

PENEROKAAN TAKUT BERSALIN DALAM
KALANGAN WANITA HAMIL MALAYSIA YANG
BERBILANG BUDAYA: PREVALENS, FAKTOR
RISIKO DAN HASIL KEHAMILAN

AIDA HANI BINTI MOHD KALOK

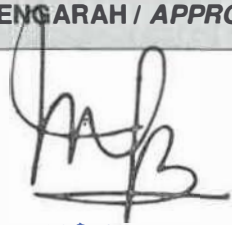


UNIVERSITI KEBANGSAAN MALAYSIA

 UNIVERSITI KEBANGSAAN MALAYSIA <i>The National University of Malaysia</i>	UKM-SPKPPP-PT(PdP)-05-AK04-BO07	No. Semakan: 02	Tarikh Kuat Kuasa: 27/01/2026
	BORANG DAN SENARAI SEMAK PENYERAHAN TESIS/DISERTASI SELEPAS PEMBETULAN FORM AND CHECKLIST OF AMENDED THESIS/DISSERTATION SUBMISSION		

F. KELULUSAN DEKAN/PENGARAH / APPROVAL FROM DEAN/DIRECTOR

Tandatangan:
Signature



Tarikh:

Date 27/1/2026

Nama dan Cap Rasmi:
Name and Official Stamp

PROFESOR DATO' DR MARINA MAT BAKI
MD (UKM), MS ORL-HNS (UKM), PhD (UCL)
Dekan Fakulti Perubatan
Pakar Perunding Kanan ORL-HNS
Universiti Kebangsaan Malaysia

G. PERAKUAN TESIS/ DISERTASI SARJANA / DOKTOR FALSAFAH (CERTIFICATION OF MASTER'S / DOCTORAL THESIS / DISSERTATION)

Nama penuh pengarang (Author's Full Name)	Aida Hani Binti Mohd Kalok		
No. Pendaftaran Pelajar (Student's Registration No.)	P120522	Sesi Akademik (Academic Session)	2/2022 - 2023
Tajuk Tesis / Disertasi (Thesis / Dissertation Title)	Penerokaan Takut Bersalin Dalam Kalangan Wanita Hamil Malaysia Yang Berbilang Budaya: Prevalens, Faktor Risiko Dan Hasil Kehamilan		

Semua tesis/disertasi dan penerbitan berkaitan hasil penyelidikan pelajar adalah tertakluk kepada Dasar Harta Intelek Universiti Kebangsaan Malaysia.
All theses/ dissertations and publications relating to the research work of a student are subject to the Intellectual Property Policy of Universiti Kebangsaan Malaysia.

Saya mengaku bahawa tahap akses tesis/disertasi ini sebagai (*Tandakan ✓ dalam kotak bagi maklumat yang berkaitan; tandakan satu (1) kotak di bawah sahaja):
I hereby declare the level of access for this thesis/dissertation as follows (tick ✓ the relevant box below; tick only one option).

Pilihan Tahap Akses Access Level Selection		Tafsiran Tahap Akses Tesis/Disertasi Definition of Thesis/Dissertation Access Level
☐	RAHSIA (CONFIDENTIAL)	Mengandungi maklumat rahsia sepertimana yang diperuntukan bawah Akta Rahsia Rasmi 1972. Contains classified information as stipulated under the Official Secrets Act 1972.
☐	TERHAD (RESTRICTED)	Mengandungi maklumat yang hanya boleh diakses oleh pihak yang mempunyai kebenaran atau keperluan tertentu untuk mengetahuinya yang ditentukan oleh organisasi/ badan di mana penyelidikan dijalankan. Contains information that may only be accessed by parties with specific authorization

 UNIVERSITI KEBANGSAAN MALAYSIA <i>The National University of Malaysia</i>	UKM-SPKPPP-PT(PdP)-05-AK04-BO07	No. Semakan: 02	Tarikh Kuat Kuasa: 27/01/2026
	BORANG DAN SENARAI SEMAK PENYERAHAN TESIS/DISERTASI SELEPAS PEMBETULAN FORM AND CHECKLIST OF AMENDED THESIS/DISSERTATION SUBMISSION		

		<i>or a defined need to know, as determined by the organization or body where the research is conducted.</i>
☒	AKSES TERBUKA (OPEN ACCESS)	Tesis/disertasi versi akhir dalam format PDF yang boleh diakses secara percuma secara dalam talian dan bebas dari isu hak cipta dan pelesenan <i>The final version of the thesis/dissertation in PDF format that is freely accessible online and free from copyright and licensing issues.</i> Kementerian Pendidikan Tinggi melalui surat bertarikh 27 Mac 2025 memutuskan bahawa kebenaran akses tesis / disertasi dalam borang serahan akses terbuka ditentukan oleh penyelia (bukan pelajar). <i>The Ministry of Higher Education, through a letter dated 27 March 2025, has decided that permission for thesis / dissertation access in the open access submission form shall be determined by the supervisor (not the student).</i>
☐	EMBARGO	Tempoh masa di mana akses kepada tesis/disertasi disekat (ditutup) selama dua (2) tahun atas sebab-sebab tertentu sebagai contoh kerahsiaan atau hak cipta. Tesis/disertasi akan berstatus akses terbuka selepas tamat tempoh embargo. <i>The period during which access to the thesis/dissertation is restricted for two (2) years due to specific reasons, such as confidentiality or copyright. The thesis/dissertation will be granted open-access status upon the expiry of the embargo period.</i>

PENGESAHAN PELAJAR (STUDENT VERIFICATION)	PENGESAHAN PENYELIA (SUPERVISOR VERIFICATION)
 TANDATANGAN PELAJAR (STUDENT'S SIGNATURE)	 TANDATANGAN PENYELIA / Pengerusi JK SISWAZAH (SUPERVISOR'S / CHAIRPERSON SUPERVISION COMMITTEE SIGNATURE)
Nama Pelajar (Student name): Aida Hani Binti Mohd Kalok No. Pendaftaran Pelajar (Student's Registration No.) P120522 Tarikh: 1/7/2026 (Date)	Nama Penyelia / Pengerusi JK Siswazah : Profesor Dr. Shamsul Azhar Shah (Supervisor's / Chairperson Supervision Committee Name) Prof Dr Shamsul Azhar Shah BScMed, MD, MCommHealth(Epid Stats), PhD Department of Public Health Medicine Faculty of Medicine Universiti Kebangsaan Malaysia Tarikh: 1/7/2026 (Date)

PENEROKAAN TAKUT BERSALIN DALAM KALANGAN WANITA HAMIL
MALAYSIA YANG BERBILANG BUDAYA: PREVALENS,
FAKTOR RISIKO DAN HASIL KEHAMILAN

AIDA HANI BINTI MOHD KALOK

TESIS YANG DIKEMUKAKAN UNTUK MEMPEROLEH
IJAZAH DOKTOR FALSAFAH (KESIHATAN MASYARAKAT)

FAKULTI PERUBATAN
UNIVERSITI KEBANGSAAN MALAYSIA
KUALA LUMPUR

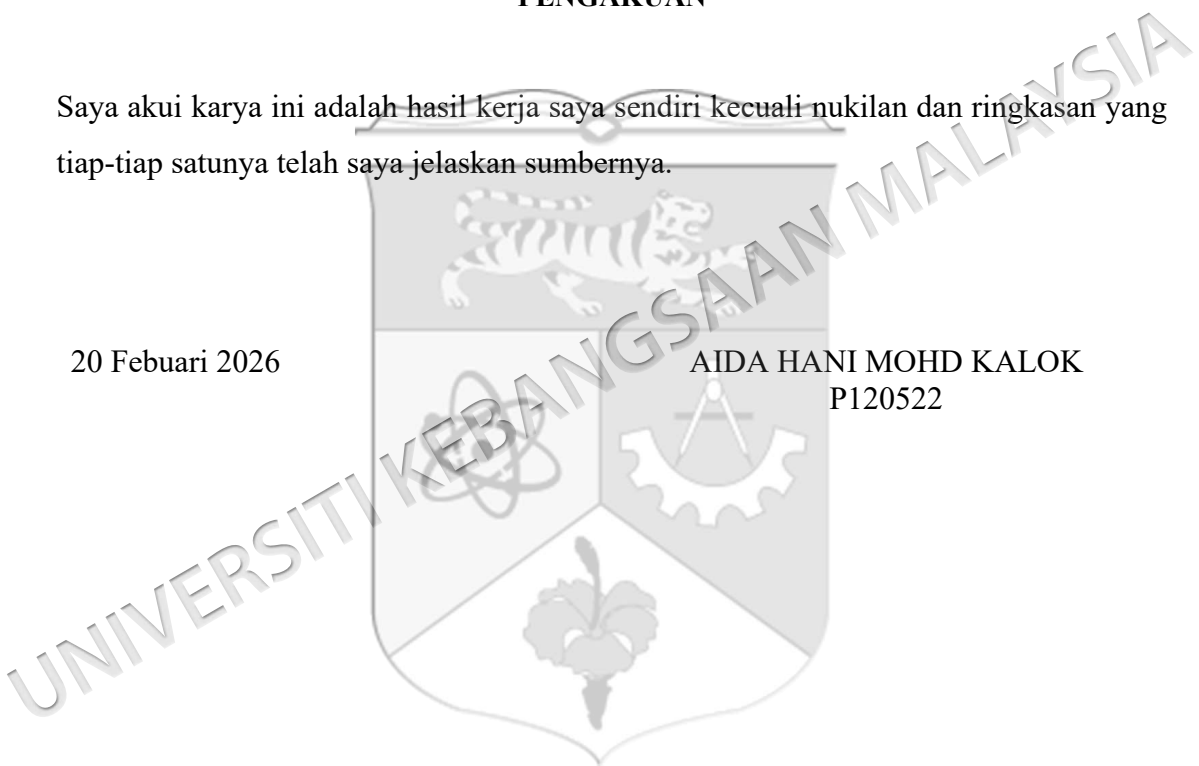
2026

PENGAKUAN

Saya akui karya ini adalah hasil kerja saya sendiri kecuali nukilan dan ringkasan yang tiap-tiap satunya telah saya jelaskan sumbernya.

20 Febuari 2026

AIDA HANI MOHD KALOK
P120522



PENGHARGAAN

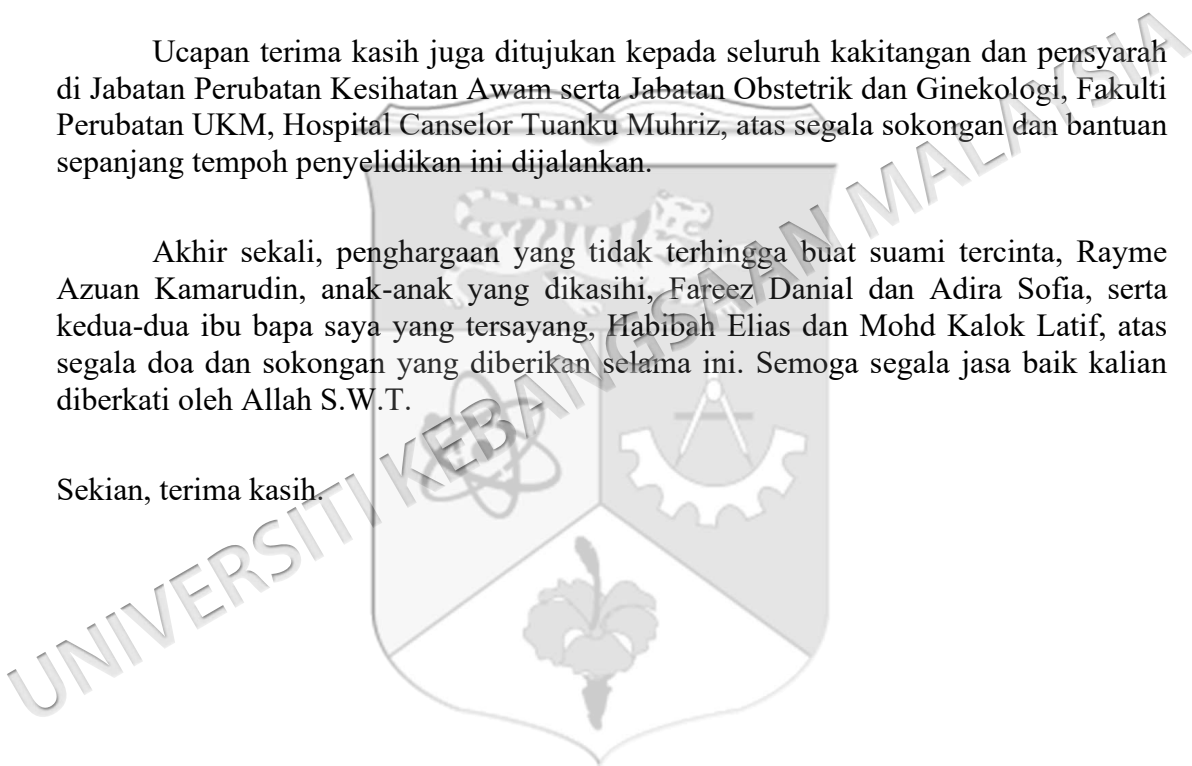
Alhamdulillah, setinggi-tinggi kesyukuran dipanjatkan ke hadrat Allah S.W.T. kerana dengan rahmat dan keberkatan-Nya, saya dapat menyiapkan kajian dan penulisan tesis ini dengan sempurna.

Pertama sekali, jutaan terima kasih saya tujukan kepada penyelia utama saya, Profesor Dr. Shamsul Azhar Shah, atas segala tunjuk ajar, panduan, nasihat dan motivasi yang amat berharga sepanjang tempoh pengajian saya. Seterusnya, penghargaan turut dirakamkan kepada penyelia bersama, Profesor Madya Dr. Ixora Kamisan Atan dan Profesor Madya Dr. Nazarudin Safian, atas bimbingan dan seliaan yang diberikan.

Ucapan terima kasih juga ditujukan kepada seluruh kakitangan dan pensyarah di Jabatan Perubatan Kesihatan Awam serta Jabatan Obstetrik dan Ginekologi, Fakulti Perubatan UKM, Hospital Canselor Tuanku Muhriz, atas segala sokongan dan bantuan sepanjang tempoh penyelidikan ini dijalankan.

Akhir sekali, penghargaan yang tidak terhingga buat suami tercinta, Rayme Azuan Kamarudin, anak-anak yang dikasihi, Fareez Danial dan Adira Sofia, serta kedua-dua ibu bapa saya yang tersayang, Habibah Elias dan Mohd Kalok Latif, atas segala doa dan sokongan yang diberikan selama ini. Semoga segala jasa baik kalian diberkati oleh Allah S.W.T.

Sekian, terima kasih.



ABSTRAK

Takut bersalin, atau tokofobia, merujuk kepada ketakutan patologi terhadap proses bersalin yang memberi kesan buruk kepada wanita semasa kehamilan dan juga selepas bersalin. Tokofobia bersifat multidimensi dan dipengaruhi oleh faktor budaya. Kajian ini bertujuan untuk meneroka takut bersalin dalam kalangan wanita hamil Malaysia yang berbilang bangsa serta membangunkan dan mengesahkan instrumen yang bersesuaian dengan budaya, bagi menilai prevalens, faktor risiko dan hasil kehamilan yang berkaitan. Kajian ini dijalankan di klinik antenatal Hospital Canselor Tuanku Muhriz, Kuala Lumpur, menggunakan reka bentuk kaedah campuran penerokaan berurutan yang merangkumi tiga fasa, iaitu temu bual kualitatif (Fasa 1), pembangunan dan pengesahan soal selidik (Fasa 2), serta kajian prevalens susulan (Fasa 3). Dua belas temu bual bersemuka menghasilkan lima tema utama, yang digunakan untuk membangunkan 137 item awal, yang seterusnya disaring melalui penilaian pakar. Dalam Fasa 2, analisis penerokaan faktor (EFA) dan analisis pengesahan faktor (CFA), dijalankan ke atas dua kohort berasingan yang melibatkan 598 wanita. EFA ke atas 43 item, menghasilkan soal selidik Malaysian Fear of Birth (MyFOB), yang merangkumi 20 item dan melibatkan 65.6% jumlah varians. Empat faktor telah dikenal pasti, iaitu (1) Proses bersalin dan kelahiran, (2) Kesakitan, (3) Emosi ibu, dan (4) Interaksi dengan petugas kesihatan. Instrumen ini menunjukkan konsistensi dalaman yang tinggi (Alfa Cronbach = 0.88), manakala CFA menunjukkan kesesuaian model yang memuaskan. Fasa 3 melibatkan gabungan kajian keratan rentas dan kohort. Prevalens keseluruhan takut bersalin ialah 75.4%, dengan tokofobia tahap sederhana hingga teruk melibatkan 26.7% wanita. Tahap pendidikan tinggi (AOR 2.03, 95% SK 1.29-3.20), pekerjaan sepenuh masa (AOR 1.73, 95% SK 1.11-2.71), dan status primigravida (AOR 1.89, 95% SK 1.20-2.97) dikenal pasti sebagai faktor signifikan yang mempengaruhi takut bersalin, manakala wanita Melayu mempunyai risiko yang lebih tinggi untuk tokofobia tahap sederhana hingga teruk (AOR 2.54, 95% SK 1.26-5.16). Pembedahan caesarean kecemasan ($p = 0.005$) dan penggunaan analgesia semasa bersalin ($p = 0.007$) dikaitkan dengan skor ketakutan yang lebih tinggi. Tokofobia tidak dikaitkan dengan kesan negatif terhadap bayi neonatal. Soal selidik MyFOB adalah instrumen penilaian tokofobia yang boleh dipercayai dan relevan dari segi budaya. Penggunaan MyFOB dalam rutin penjagaan antenatal memudahkan pengesanan awal takut bersalin dalam kalangan wanita yang berisiko, seterusnya membolehkan penyediaan sokongan dan intervensi yang sesuai bagi meningkatkan kesejahteraan psikologi ibu semasa kehamilan dan selepas bersalin.

EXPLORATION OF CHILDBIRTH FEAR AMONG MULTICULTURAL PREGNANT MALAYSIAN WOMEN: PREVALENCE, RISK FACTORS AND PREGNANCY OUTCOMES

ABSTRACT

Fear of childbirth or tokophobia refers to the pathological fear of childbirth, which adversely affects women during pregnancy and the postpartum period. Childbirth fear is multidimensional and differs across cultures. This study aimed to explore tokophobia among multi-ethnic Malaysian women and to develop and validate a culturally-adapted instrument to assess its prevalence, risk factors and pregnancy outcomes. Conducted at the antenatal clinic of Hospital Canselor Tuanku Muhriz, Kuala Lumpur, the study employed a mixed-methods exploratory sequential design comprising three phases; qualitative interviews (Phase 1), questionnaire development and validation (Phase 2), and a follow-up prevalence study (Phase 3). Twelve qualitative interviews yielded five key themes, from which 137 preliminary items were generated and refined through expert content validation. In Phase 2, exploratory factor analysis (EFA) and confirmatory factor analysis (CFA) were conducted on two independent cohorts comprising 598 women. EFA of 43 items yielded the 20-item Malaysian Fear of Birth (MyFOB) questionnaire, which accounted for 65.6% of the total variance. Four factors emerged: (1) Labour & delivery, (2) Pain, (3) Maternal emotion, and 4) Interaction with the healthcare professionals. The instrument demonstrated high internal consistency (Cronbach's $\alpha = 0.88$), and CFA indicated a good model fit. In Phase 3, a combination of cross-sectional and cohort studies was conducted. The overall prevalence of childbirth fear was 75.4%, with moderate-to-severe tokophobia affecting 26.7% women. Higher education level (AOR 2.03, 95% CI 1.29-3.20), full-time employment (AOR 1.73, 95% CI 1.11-2.71), and primigravida status (AOR 1.89, 95% CI 1.20-2.97) were independently associated with childbirth fear, while Malay women had a greater risk of moderate-to-severe fear (AOR 2.54, 95% CI 1.26-5.16). Emergency caesarean section ($p=0.005$) and use of labour analgesia ($p=0.007$) were linked to higher fear scores. Tokophobia is not associated with any neonatal adverse outcomes. MyFOB is a reliable and culturally relevant instrument for assessing childbirth fear in Malaysia. Its integration into routine antenatal care will allow early detection of tokophobia among at-risk women, enabling timely support and interventions to improve maternal psychological well-being during pregnancy and following childbirth.

KANDUNGAN

	Halaman
PENGAKUAN	ii
PENGHARGAAN	iii
ABSTRAK	iv
ABSTRACT	v
KANDUNGAN	vi
SENARAI JADUAL	xi
SENARAI ILUSTRASI	xiii
SENARAI SINGKATAN	xiv
BAB I PENDAHULUAN	
1.1 Pengenalan	1
1.2 Latar Belakang	1
1.3 Penyataan Masalah	4
1.4 Persoalan Kajian	6
1.5 Justifikasi Penyelidikan	7
1.6 Objektif Penyelidikan	7
1.6.1 Objektif Umum	7
1.6.2 Objektif Spesifik	7
1.7 Hipotesis Kajian	8
1.8 Kesimpulan	8
BAB II ULASAN LITERATUR	
2.1 Pengenalan	10
2.2 Definisi	10
2.3 Prevalens	11
2.4 Instrumen Penilaian	12
2.5 Faktor Risiko	14
2.5.1 Faktor Sosiodemografi	14
2.5.2 Faktor Sosioekonomi	16
2.5.3 Faktor Klinikal	17
2.5.4 Kesihatan Mental	20
2.5.5 Perkhidmatan Penjagaan Kesihatan	20

2.5.6	Kelas Persediaan Kelahiran	21
2.6	Hasil Kehamilan	21
2.7	Isu Berkaitan Takut Bersalin	23
2.8	Pengaruh Budaya terhadap Persepsi Proses Bersalin	24
2.9	Intervensi	26
2.10	Kerangka Konsep Kajian	27
2.11	Kesimpulan	28

BAB III METODOLOGI KAJIAN

3.1	Pengenalan	29
3.2	Lokasi	29
3.3	Kaedah Kajian	30
3.3.1	Reka Bentuk Kajian	30
3.3.2	Kriteria Kemasukan	31
3.3.3	Kriteria Pengecualian	31
3.3.4	Fasa 1: Kajian Kualitatif	32
3.3.5	Fasa 2: Pembangunan dan Pengesahan Soal Selidik	33
3.3.6	Fasa 3: Kajian Prevalens Susulan	36
3.3.7	Carta Alir Kajian	37
3.3.8	Pengiraan Saiz Sampel	37
3.4	Definisi Operasi Kajian	40
3.4.1	Pemboleh Ubah Tidak Bersandar	40
3.4.2	Pemboleh Ubah Bersandar	43
3.5	Instrumen Kajian	45
3.5.1	Soal Selidik Separa Berstruktur	45
3.5.2	Soal Selidik untuk Penilaian Kesahan Kandungan	47
3.5.3	Soal Selidik Takut Bersalin untuk Pengesahan Psikometrik	48
3.6	Analisis Statistik	49
3.6.1	Fasa 1 : Kajian Kualitatif	50
3.6.2	Fasa 2 : Pembangunan dan Pengesahan Soal Selidik	50
3.6.3	Fasa 3: Kajian Prevalens Susulan	53
3.6.4	Triangulasi	55
3.7	Etika Kajian	55
3.8	Kesimpulan	56

BAB IV	HASIL KAJIAN	
4.1	Pengenalan	57
4.2	Hasil Analisis Fasa Pertama	57
4.2.1	Keputusan Deskriptif	57
4.2.2	Hasil Analisis Tematik	59
4.2.3	Hasil Ujian Kebolehpercayaan antara Pengekod	60
4.2.4	Tema Takut Bersalin	61
4.2.5	Rumusan Hasil Analisis Fasa Pertama	71
4.3	Hasil Analisis Fasa Kedua	72
4.3.1	Penilaian Kesahan Kandungan oleh Pakar	72
4.3.2	Hasil Analisis Penerokaan Faktor (EFA)	76
4.3.3	Hasil Ujian Kepercayaan dan Kesahan Muka	82
4.3.4	Hasil Analisis Faktor Pengesahan (CFA)	84
4.3.5	Rumusan Hasil Analisis Fasa Kedua	86
4.4	Hasil Analisis Fasa Ketiga	87
4.4.1	Keputusan Deskriptif	87
4.4.2	Maklumbalas Responden terhadap Item Soal Selidik	90
4.4.3	Prevalens Takut Bersalin	92
4.4.4	Faktor Risiko Takut Bersalin	93
4.4.5	Hasil Kehamilan	103
4.5	Kesimpulan	109
BAB V	PERBINCANGAN	
5.1	Pengenalan	110
5.2	Fasa Pertama	110
5.2.1	Proses Bersalin dan Kelahiran	110
5.2.2	Risiko terhadap Ibu	113
5.2.3	Risiko terhadap Bayi	114
5.2.4	Keupayaan dan Reaksi Diri	114
5.2.5	Sikap Petugas Kesihatan	116
5.3	Fasa Kedua	117
5.3.1	Pembangunan dan Validasi Soal Selidik	117
5.3.2	Perbandingan antara MyFOB dengan Soal Selidik lain	119
5.3.3	Peranan Item-Item MyFOB dalam Penilaian Takut Bersalin	120
5.4	Fasa Ketiga	124
5.4.1	Keputusan Deskriptif	124
5.4.2	Maklumbalas Responden	126
5.4.3	Prevalens Takut Bersalin	127
5.4.4	Faktor Risiko Takut Bersalin	129

5.4.5	Hubungan antara Takut Bersalin dan Hasil Kehamilan	135
5.5	Kesimpulan	137

BAB VI KESIMPULAN

6.1	Pengenalan	138
6.2	Rumusan Kajian	138
6.3	Kesimpulan Dapatan Kajian	142
6.4	Cadangan Penambahbaikan	143
6.4.1	Saringan Antenatal	143
6.4.2	Intervensi	144
6.4.3	Kesedaran Kendiri Wanita	145
6.4.4	Profesional Kesihatan	145
6.5	Kelebihan Kajian	146
6.6	Limitasi Kajian	147
6.7	Cadangan Kajian Pada Masa Hadapan	148
6.8	Kesimpulan	150

RUJUKAN		151
----------------	--	-----

LAMPIRAN

Lampiran A	Borang Maklumat Kajian	169
Lampiran B	Borang Persetujuan Responden	171
Lampiran C	Kelulusan Etika	172
Lampiran D	Senarai Item untuk Kesahan Kandungan	174
Lampiran E	Google Forms untuk EFA	180
Lampiran F	Senarai Komunaliti Item	184
Lampiran G	Penilaian Item bagi Menentukan Versi Akhir MyFOB	186
Lampiran H	Malaysian Fear of Birth Questionnaire (MyFOB)	190
Lampiran I	Penerbitan Pertama	194
Lampiran J	Penerbitan Kedua	195
Lampiran K	Penerbitan Ketiga	196
Lampiran L	Pembentangan E-Poster	197



SENARAI JADUAL

No. Jadual		Halaman
Jadual 3.1	Pengiraan Saiz Sampel untuk Kajian Keratan Rentas	39
Jadual 3.2	Pengiraan Saiz Sampel untuk Kajian Kohort	40
Jadual 3.3	Senarai Soalan Temu Bual Kajian Kualitatif	46
Jadual 3.4	Instrumen Penilaian Tokofobia yang Digunakan sebagai Panduan Pembangunan Item	48
Jadual 3.5	Kategori Kesesuaian Model, Indeks Kesesuaian dan Tahap Penerimaan untuk CFA	53
Jadual 4.1	Maklumat Demografi dan Klinikal Peserta Kajian Kualitatif	58
Jadual 4.2	Tema, Kategori dan Bilangan Petikan berdasarkan Analisis Tematik	59
Jadual 4.3	Ujian Kebolehppercayaan antara Pengekod	61
Jadual 4.4	Kaedah Pemilihan Item Soal Selidik	73
Jadual 4.5	Keputusan Ujian KMO dan Bartlett	77
Jadual 4.6	Jumlah Varians yang Dianggar	77
Jadual 4.7	Perbandingan Nilai Eigen daripada Analisis PCA dan Analisis Selari	79
Jadual 4.8	Jumlah Varians yang Dianggar untuk Model PCA Empat Faktor	80
Jadual 4.9	Matriks Corak dan Komunaliti Item berdasarkan Model Empat Faktor	81
Jadual 4.10	Item dan Komponen Soal Selidik MyFOB	82
Jadual 4.11	Nilai Alfa Cronbach untuk MyFOB serta Setiap Komponennya	83
Jadual 4.12	Hasil Analisis Faktor Pengesahan (CFA)	84
Jadual 4.13	Ciri-Ciri Demografi, Sosioekonomi dan Klinikal Wanita Hamil	88
Jadual 4.14	Maklumbalas Responden terhadap Item MyFOB	90
Jadual 4.15	Skor MyFOB untuk Tahap Takut Bersalin yang Berbeza	93

Jadual 4.16	Perbandingan Skor Median MyFOB dan Komponen Skalanya Mengikut Faktor Risiko	94
Jadual 4.17	Faktor Risiko Takut Bersalin berdasarkan Ujian Khi Kuasa Dua dan Regresi Logistik Mudah	98
Jadual 4.18	Faktor Risiko Takut Bersalin Tahap Sederhana-Teruk berdasarkan Ujian Khi Kuasa Dua dan Regresi Logistik Mudah	99
Jadual 4.19	Analisis Regresi Logistik Berganda bagi Faktor Risiko Takut Bersalin	101
Jadual 4.20	Analisis Regresi Logistik Berganda bagi Faktor Risiko Takut Bersalin Sederhana-Teruk	102
Jadual 4.21	Hasil Kehamilan Responden Kajian Kohort	103
Jadual 4.22	Perbandingan Skor MyFOB dan Komponen Skalanya Mengikut Hasil Kehamilan	105
Jadual 4.23	Hubungan Takut Bersalin dan Hasil Kehamilan berdasarkan Ujian Khi Kuasa Dua dan Regresi Logistik Mudah	107
Jadual 4.24	Hubungan Takut Bersalin Tahap Sederhana-Teruk dan Hasil Kehamilan berdasarkan Ujian Khi Kuasa Dua dan Regresi Logistik Mudah	108



SENARAI ILUSTRASI

No. Rajah		Halaman
Rajah 2.1	Rangka Konsep Kajian	27
Rajah 3.1	Carta Alir Kajian	37
Rajah 4.1	Tema dan Kategori Takut Bersalin berdasarkan Analisis Tematik	72
Rajah 4.2	Plot Scree	78
Rajah 4.3	Analisis Pengesahan Faktor untuk Model Empat Faktor MyFOB	85
Rajah 4.4	Pembangunan dan Pengesahan Soal Selidik MYFOB	86
Rajah 4.5	Skor MyFOB dan Tahap Keparahan Takut Bersalin	92



SENARAI SINGKATAN

AOR	Nisbah Odds Terlaras (<i>Adjusted Odds Ratio</i>)
CAQ	<i>Childbirth Attitudes Questionnaire</i>
CFA	Analisis Faktor Penerokaan (<i>Confirmatory Factor Analysis</i>)
CFQ	<i>Childbirth Fear Questionnaire</i>
CS	Pembedahan Caesarean (<i>Caesarean Section</i>)
EFA	Analisis Faktor Penerokaan (<i>Exploratory Factor Analysis</i>)
FOBS	<i>Fear of Birth Scale</i>
HCTM	Hospital Canselor Tuanku Muhriz
I-CVI	<i>Item-Level Content Validity Index</i>
MyFOB	<i>Malaysian Fear of Birth Questionnaire</i>
OR	Nisbah odd (<i>Odds Ratio</i>)
OWLS	<i>Oxford Worries about Labour Scale</i>
PSAT	<i>Pregnancy-Specific Anxiety Tool</i>
PTSD	Gangguan Tekanan Pasca Trauma (<i>Post Traumatic Stress Disorder</i>)
SES	Status Sosioekonomi (<i>Socioeconomic Status</i>)
SK	Sela Keyakinan
SPECS	<i>Slade–Pais Expectations of Childbirth Scale</i>
TDPS	<i>Tilburg Pregnancy Distress Scale</i>
VAS	<i>Visual Analogue Score</i>
WDEQ-A	<i>Wijma Delivery Expectancy Questionnaire Part A</i>
WDEQ-B	<i>Wijma Delivery Expectancy Questionnaire Part B</i>

BAB I

PENDAHULUAN

1.1 PENGENALAN

Bab ini membincangkan fenomena takut bersalin (tokofobia) secara umum serta implikasi negatifnya terhadap wanita hamil. Kekurangan penyelidikan berkaitan fenomena ini, khususnya dalam konteks Malaysia, turut diuraikan. Penyataan masalah dan justifikasi kajian, bersama objektif kajian serta hipotesis penyelidikan, dibentangkan dalam bab ini

1.2 LATAR BELAKANG

Kehamilan dan proses bersalin merupakan perkara yang amat penting dan memberi kesan mendalam terhadap kehidupan seorang wanita. Pengalaman melahirkan anak dapat digambarkan sebagai proses kehidupan yang kompleks, merangkumi interaksi dinamik antara aspek psikologi dan proses fisiologi yang bersifat subjektif (Larkin et al. 2009).

Wanita umumnya berhadapan dengan pelbagai bentuk kebimbangan yang berkait rapat dengan proses kehamilan dan kelahiran. Bakal ibu berpotensi mengalami kebimbangan terhadap isu berkaitan kesihatan janin, penjagaan anak, serta perubahan dalam hubungan perkahwinan dan kekeluargaan selepas bersalin (Melender 2002). Kebimbangan berkaitan proses bersalin pula lazimnya sering tertumpu kepada kesakitan semasa bersalin, kecederaan obstetrik, pembedahan caesarean kecemasan, atau risiko kematian semasa proses kelahiran (Takegata et al. 2018).

Istilah takut bersalin (*childbirth fear*) atau tokofobia merujuk kepada ketakutan patologi terhadap proses bersalin, yang menjejaskan fungsi harian dan kesejahteraan wanita hamil (Demšar, Svetina, Verdenik, Tul, Blickstein & Velikonja 2018). Namun demikian, sehingga kini, tiada konsensus yang jelas berhubung definisi tokofobia mahupun kaedah pengukuran yang standard bagi tujuan diagnosis (Richens et al. 2018).

Penentuan prevalens sebenar tokofobia adalah sukar disebabkan oleh ketidakselarasan definisi serta variabiliti hasil kajian yang ketara antara populasi. Ulasan sistematik oleh O'Connell et al. (2017) melaporkan bahawa prevalens takut bersalin adalah antara 3.7% hingga 43%, dengan prevalens global terkumpul dianggarkan sekitar 14% .

Takut bersalin diklasifikasikan sebagai primer sekiranya ia dialami oleh wanita nulipara, manakala ia dikategorikan sebagai sekunder sekiranya ia berlaku dalam kalangan wanita multipara (Hofberg & Ward 2004). Tahap ketakutan terhadap proses bersalin dilaporkan lebih tinggi dalam kalangan wanita nulipara dan meningkat dengan ketara selepas minggu ke-21 kehamilan (Rouhe et al. 2015).

Faktor seperti sejarah penderaan seksual, keguguran kandungan terdahulu, sokongan sosial yang rendah, serta hubungan pasangan yang tidak memuaskan, telah dikenal pasti sebagai punca takut bersalin (Ayers 2014; Çapik & Durmaz 2018). Dalam kalangan wanita nulipara, tekanan, kebimbangan, kemurungan serta kurang sokongan sosial dikaitkan dengan tahap takut bersalin yang lebih tinggi. Bagi wanita multipara pula, tokofobia lazimnya dikaitkan dengan pengalaman bersalin yang traumatik, berlakunya komplikasi intrapartum, dan prosedur kecemasan seperti pembedahan caesarean atau kelahiran dengan bantuan instrumen (Dencker et al. 2019; Striebich et al. 2018).

Takut bersalin juga telah dikaitkan dengan permintaan pembedahan caesarean elektif, peningkatan risiko pembedahan caesarean kecemasan, penggunaan epidural yang lebih kerap, serta tempoh proses bersalin yang lebih panjang (Haines et al. 2015; Ortega-Cejas et al. 2021). Ketakutan yang melampau dalam kalangan ibu hamil berpotensi mengganggu aliran darah uteroplacenta dan dikaitkan dengan peningkatan

paras hormon stres, khususnya kortisol, berikutan pengaktifan paksi hipotalamus-pituitari-adrenal (Aksoy et al. 2016). Mekanisme ini berpotensi menjejaskan perkembangan janin serta kesihatan bayi sebelum dan selepas kelahiran (Beijers et al. 2014).

Kajian terdahulu turut menunjukkan bahawa tokofobia berkait rapat dengan pengalaman bersalin negatif serta gangguan tekanan pasca-trauma (*post-traumatic stress disorder*, PTSD) (Ayers 2014; Çapik & Durmaz 2018). Pengalaman bersalin yang negatif bukan sahaja menjejaskan pembentukan ikatan ibu-anak, malah dikaitkan dengan ketidakseimbangan hubungan interpersonal serta pengurangan amalan penyusuan susu ibu secara eksklusif (Taheri et al. 2018). Selain itu, pengalaman negatif ini turut meningkatkan risiko kemurungan pasca-bersalin, menjejaskan persepsi ibu terhadap kehamilan seterusnya, serta meningkatkan kemungkinan permintaan caesarean elektif (Demšar, Svetina, Verdenik, Tul, Blickstein & Globevnik Velikonja 2018; Pang et al. 2008).

Takut bersalin bersifat multidimensi. Kajian kualitatif mendapati bahawa wanita melaporkan pelbagai bentuk kebimbangan terhadap proses bersalin, termasuk risiko kepada ibu dan bayi, kesakitan, kehilangan kawalan diri, serta kemungkinan berlakunya situasi yang tidak dijangka. Pemahaman terhadap fenomena takut bersalin dalam konteks budaya tempatan adalah penting kerana persepsi wanita terhadap kehamilan dan kelahiran dipengaruhi secara signifikan oleh nilai dan norma budaya (Takegata et al. 2018).

Walaupun tiada kriteria standard untuk mentakrifkan tokofobia, *Wijma Delivery Expectancy Questionnaire Part A* (WDEQ-A) merupakan instrumen yang paling kerap digunakan bagi penilaian dan saringan takut bersalin. Instrumen lain termasuk *Fear of Birth Scale* (FOBS) dan *Childbirth Attitudes Questionnaire* (CAQ) (O'Connell et al. 2017). WDEQ-A telah dilaporkan sebagai instrumen yang sah dan mempunyai kebolehpercayaan yang baik (Ryding et al. 2007). Namun demikian, soal selidik ini dianggap agak panjang (33 item), yang berpotensi mengehadkan penggunaannya di luar konteks penyelidikan. Selain itu, kesahan rentas budaya bagi beberapa item WDEQ-A turut dipersoalkan (Storksén et al. 2012). Analisis faktor penerokaan turut

melaporkan perbezaan ketara dalam struktur faktor WDEQ-A merentas pelbagai populasi Eropah, mencadangkan bahawa persepsi wanita terhadap takut bersalin mungkin berbeza mengikut negara (Haines et al. 2015).

Kajian terdahulu menunjukkan bahawa terapi kognitif tingkahlaku (*cognitive behavioural therapy*) dan program psikoedukasi berkumpulan (*group psychoeducation*) yang menggabungkan teknik relaksasi, terbukti berkesan dalam mengurangkan tahap takut bersalin yang serius (Striebich et al. 2018). Walaupun pelbagai kajian melaporkan keberkesanan intervensi antenatal, masih tiada konsensus mengenai pendekatan terbaik untuk menyokong wanita yang mengalami takut bersalin (Wigert et al. 2020).

1.3 PENYATAAN MASALAH

Proses bersalin merupakan salah satu peristiwa paling signifikan dalam kehidupan seseorang wanita dan berpotensi memberi kesan psikologi jangka panjang. Kesejahteraan emosi dan psikologi merupakan faktor utama yang mempengaruhi persepsi dan pengalaman wanita sepanjang kehamilan dan kelahiran. Takut bersalin (tokofobia) boleh menjejaskan kehidupan seharian wanita hamil dan berpotensi memberi kesan negatif terhadap hubungan ibu dengan bayi, pasangan, dan keluarga (Nilsson et al. 2018). Takut bersalin turut dikaitkan dengan penggunaan epidural yang lebih kerap, tempoh proses bersalin yang lebih panjang, serta peningkatan risiko pembedahan caesarean kecemasan (Dencker et al. 2019). Selain itu, tokofobia juga berkait rapat dengan pengalaman bersalin yang negatif dan gangguan tekanan pasca-trauma, yang seterusnya menggugat pembentukan ikatan ibu-bayi serta meningkatkan risiko kemurungan pasca-bersalin (Dencker et al. 2019; Poggi et al. 2018).

Kebanyakan kajian berkaitan tokofobia dijalankan di Eropah, terutamanya di negara-negara Scandinavia, yang mempunyai sistem penjagaan materniti dan amalan kelahiran yang berbeza daripada negara di rantau Asia. Kajian terdahulu juga melaporkan dapatan yang tidak konsisten mengenai hubungan antara tokofobia dan faktor sosiodemografi seperti umur, tahap pendidikan, pendapatan isi rumah, status pekerjaan dan status perkahwinan (Dencker et al. 2019). Di samping itu, walaupun interaksi dengan petugas kesihatan dilaporkan berpotensi mempengaruhi rasa takut bersalin (Saisto & Halmesmäki 2003), faktor ini masih kurang dikaji.

Ketiadaan konsensus antarabangsa berkaitan definisi dan kaedah pengukuran piawai bagi fenomena ini, telah menghasilkan heterogeniti yang tinggi dalam literatur (O'Connell et al. 2017). Penggunaan instrumen penilaian yang berlainan berpotensi menyumbang kepada variasi prevalens takut bersalin, khususnya akibat perbezaan skor ambang dan isu terjemahan instrumen. Sebagai contoh, kajian dari negara China mendapati bahawa instrumen penilaian yang berlainan menghasilkan prevalens tokofobia yang berbeza dalam kumpulan subjek yang sama (29.9% vs 43%)(Zhou et al. 2025).

Penggunaan instrumen bagi menilai tokofobia juga mungkin terhad disebabkan kepelbagaian latar belakang budaya serta perbezaan persepsi dan kepercayaan wanita mengenai proses bersalin (Richens et al. 2018). Keadaan ini disokong oleh analisis faktor penerokaan bagi WDEQ-A menunjukkan bahawa komponen yang membentuk konstruk tokofobia berbeza antara populasi di Eropah (Lukasse et al. 2014). Selaras dengan itu, analisis komponen utama soal selidik CAQ turut mengenal pasti perbezaan struktur faktor dalam kalangan wanita Thai, Greek dan China (Gourounti et al. 2015; Tanglakmankhong et al. 2011; Wei et al. 2016).

Pada masa ini, wujud jurang penyelidikan yang ketara berkaitan tokofobia di Malaysia. Ketidadaan versi Melayu bagi WDEQ-A atau instrumen penilaian yang lain merupakan antara faktor yang menyumbang kepada jurang tersebut. Kajian ini bertujuan untuk membangunkan instrumen yang bersesuaian dengan konteks budaya tempatan untuk menilai tahap ketakutan terhadap proses bersalin dalam kalangan wanita hamil di Malaysia. Instrumen yang dibangunkan membolehkan prevalens takut bersalin dianggarkan, faktor risiko dikenal pasti, serta hubungannya dengan hasil kehamilan dinilai.

Wanita hamil dipilih sebagai subjek kajian kerana mereka bakal melalui proses bersalin, sekali gus membolehkan penilaian tokofobia yang lebih tepat dan mengurangkan bias yang mungkin timbul daripada andaian wanita dalam lingkungan umur reproduktif yang tidak hamil. Selain itu, pemilihan kumpulan ini membolehkan hubungan antara takut bersalin dan hasil kehamilan dinilai secara langsung, sekali gus menyokong tujuan saringan dan intervensi klinikal dalam kalangan wanita hamil.

Takut bersalin berpotensi mempengaruhi keputusan reproduktif wanita, termasuk menangguhkan kehamilan atau memilih untuk tidak hamil sama sekali. Keadaan ini berpotensi menyumbang kepada penurunan kadar kelahiran serta memberi implikasi terhadap struktur populasi dan pembangunan ekonomi negara.

Kajian ini dijangka menyumbang kepada Matlamat Pembangunan Mampan (SDG) 3, iaitu Kesihatan Baik dan Kesejahteraan, melalui peningkatan pemahaman, pengenalanpastian dan penilaian takut bersalin dalam kalangan wanita hamil di Malaysia. Pengetahuan yang diperoleh daripada kajian ini berpotensi membantu usaha meningkatkan kesejahteraan psikologi ibu serta mencapai hasil kehamilan yang lebih baik.

1.4 PERSOALAN KAJIAN

Berikut adalah persoalan kajian:

- 1) Apakah isu yang menyumbang kepada persepsi takut bersalin dalam kalangan wanita hamil di Malaysia?
- 2) Apakah domain dan item yang relevan untuk soal selidik tokofobia, berdasarkan persepsi takut bersalin dalam kalangan wanita hamil di Malaysia?
- 3) Apakah ciri-ciri psikometrik, termasuk kesahan dan kebolehpercayaan bagi instrumen soal selidik baharu yang dibangunkan untuk menilai takut bersalin dalam kalangan wanita hamil Malaysia?
- 4) Apakah prevalens takut bersalin dalam kalangan wanita hamil di Malaysia?
- 5) Apakah faktor risiko yang berkaitan dengan takut bersalin dalam kalangan wanita hamil Malaysia?
- 6) Apakah hubungan antara takut bersalin dan hasil kehamilan?

1.5 JUSTIFIKASI PENYELIDIKAN

Kajian mengenai takut bersalin di negara ini masih terhad. Sehingga kini, tiada instrumen yang direka khusus untuk menilai takut bersalin (tokofobia) dalam kalangan wanita hamil di Malaysia dengan mengambil kira konteks dan sensitiviti budaya tempatan. Prevalens serta faktor risiko yang berkaitan dengan takut bersalin dalam populasi ini juga masih belum diketahui.

Oleh itu, kajian ini bertujuan membangunkan instrumen penilaian yang sah dan mempunyai kebolehpercayaan yang baik serta bersesuaian dengan konteks budaya Malaysia. Instrumen ini dijangka dapat menyumbang kepada pembangunan sistem saringan tokofobia yang sistematik dalam populasi negara ini. Pengesanan awal melalui instrumen tersebut dijangka memperkukuh intervensi klinikal yang bersasar, sekali gus mengurangkan beban psikologi serta mencegah implikasi negatif terhadap kesejahteraan ibu dan bayi

Instrumen baharu ini juga berpotensi merangsang penyelidikan lanjutan mengenai takut bersalin dalam kalangan wanita Malaysia, termasuk kesannya terhadap pengalaman kelahiran, risiko kemurungan pasca-bersalin, serta pembentukan ikatan ibu-anak. Diharapkan hasil kajian ini akan menyumbang kepada peningkatan kesejahteraan psikologi wanita sepanjang proses kehamilan dan kelahiran.

1.6 OBJEKTIF PENYELIDIKAN

1.6.1 Objektif Umum

Meneroka fenomena takut bersalin dalam kalangan wanita hamil di Malaysia dan seterusnya menilai prevalens takut bersalin, faktor-faktor risiko, serta hubungannya dengan hasil kehamilan.

1.6.2 Objektif Spesifik

Berikut adalah objektif spesifik kajian:

1. Meneroka isu dan kebimbangan berkaitan takut bersalin dalam kalangan wanita hamil Malaysia yang berbilang budaya melalui kajian kualitatif.
2. Membangunkan dan mengesahkan instrumen soal selidik yang sesuai untuk menilai tahap takut bersalin dengan mengambil kira dapatan kajian kualitatif.
3. Menentukan prevalens takut bersalin dalam kalangan populasi wanita hamil di Malaysia.
4. Mengenal pasti faktor-faktor risiko yang berkaitan dengan takut bersalin.
5. Menilai hubungan antara takut bersalin dan hasil kehamilan.

1.7 HIPOTESIS KAJIAN

Berikut adalah hipotesis kajian:

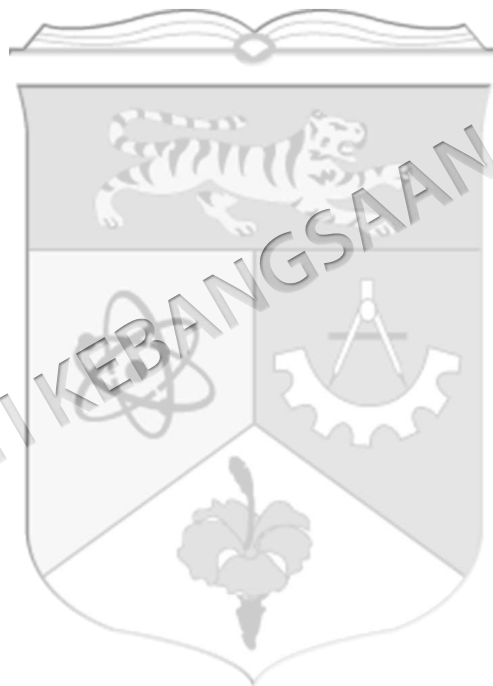
1. Pengalaman kelahiran yang negatif merupakan isu yang menyumbang kepada takut bersalin dalam kalangan wanita multipara.
2. Wanita nullipara mempunyai tahap takut bersalin yang lebih tinggi berbanding wanita multipara.
3. Tahap pendidikan dan pendapatan isi rumah yang lebih rendah dikaitkan dengan tahap takut bersalin yang lebih tinggi.
4. Tahap takut bersalin yang lebih tinggi dikaitkan dengan kelahiran secara pembedahan caesarean serta penggunaan analgesia epidural.

1.8 KESIMPULAN

Takut bersalin atau tokofobia memberi kesan negatif terhadap wanita semasa kehamilan dan selepas bersalin. Tokofobia bukan sahaja dikaitkan dengan peningkatan kadar kelahiran secara pembedahan caesarean, malah turut meningkatkan risiko kemurungan pasca-bersalin serta berpotensi menjejaskan pembentukan ikatan ibu-anak. Walaupun

kadar penyelidikan mengenai tokofobia meningkat di peringkat global, kajian dalam kalangan wanita Malaysia masih terhad.

Penyelidikan ini bertujuan untuk meneroka takut bersalin daripada perspektif wanita Malaysia dan seterusnya membangunkan instrumen penilaian yang bersesuaian dengan konteks budaya tempatan. Soal selidik yang telah melalui proses pengesahan kesahan dan kebolehpercayaan akan membolehkan penyelidik menentukan prevalens tokofobia, mengenal pasti faktor-faktor risiko dan menilai hasil kehamilan yang berkaitan. Hasil kajian ini dijangka membuka ruang kepada penyelidikan lanjutan dalam bidang psikologi kelahiran dalam kalangan wanita hamil di Malaysia.



BAB II

ULASAN LITERATUR

2.1 PENGENALAN

Bab ini menghuraikan definisi tokofobia serta kadar prevalensnya dalam pelbagai populasi di peringkat global. Perbincangan turut merangkumi pelbagai instrumen yang digunakan untuk mengenal pasti dan menilai ketakutan bersalin. Seterusnya, bab ini menghuraikan faktor yang dikaitkan dengan tokofobia, termasuk faktor sosiodemografi, sosioekonomi, klinikal, kesihatan mental, perkhidmatan kesihatan serta pendidikan antenatal. Hasil kehamilan yang dikaitkan dengan tokofobia turut dibentangkan. Selain itu, bab ini turut membincangkan isu berkaitan dengan takut bersalin yang dikenal pasti melalui kajian kualitatif serta pengaruh budaya terhadap persepsi wanita mengenai proses kelahiran. Pengaruh budaya bukan sahaja mempunyai implikasi terhadap penggunaan instrumen penilaian, malah turut mempengaruhi manifestasi takut bersalin. Perbincangan lanjut mengenainya dikemukakan dalam Bahagian 2.4 dan 2.8. Bab ini diakhiri dengan perbincangan mengenai intervensi yang relevan untuk menangani tokofobia, diikuti dengan pembentangan rangka kerja konseptual kajian.

2.2 DEFINISI

Takut bersalin (tokofobia) didefinisikan sebagai “ketakutan yang tidak berasas terhadap proses bersalin”, dan seterusnya diklasifikasikan kepada dua kategori utama, iaitu takut bersalin primer, yang dialami oleh wanita nulipara, dan takut bersalin sekunder, yang berlaku dalam kalangan wanita multipara, lazimnya berdasarkan pengalaman kelahiran terdahulu (Hofberg & Brockington 2000; Hofberg & Ward 2004). Sehingga kini, tiada takrifan takut bersalin yang dipersetujui secara universal (Richens et al. 2018).

Fenomena takut bersalin telah didokumentasikan seawal pertengahan abad ke-19 oleh pakar psikiatri Perancis, Louis Victor Marcé (Marcé 2002). Pada awal 1980-an, penyelidik Sweden mendefinisikan tokofobia sebagai “kebimbangan yang ketara sehingga menjejaskan fungsi harian dan kesejahteraan wanita” (Areskog et al. 1981). Kajian dari Finland sedekad kemudian menggambarkan takut bersalin sebagai suatu gangguan kebimbangan berkaitan kehamilan atau ketakutan fobik, yang melibatkan komplikasi fizikal, mimpi ngeri, gangguan tumpuan, serta permintaan untuk bersalin secara pembedahan caesarean (Saisto & Halmesmäki 2003).

Istilah takut bersalin klinikal digunakan untuk menerangkan ketakutan melampau yang mengganggu fungsi wanita dalam pekerjaan dan urusan domestik, serta menjejaskan aktiviti sosial dan hubungan interpersonal (Nilsson et al. 2018). Fenomena takut bersalin berada pada spektrum diagnostik yang merentang daripada kebimbangan ringan di bahagian bawah kepada ketakutan melampau yang bersifat fobik di bahagian atas (Richens et al. 2018).

Ketiadaan persetujuan terhadap skor ambang (*threshold score*) yang digunakan untuk mengenal pasti tahap takut bersalin ringan, sederhana, atau teruk terus menjadi cabaran diagnostik dalam bidang penyelidikan dan klinikal (Badaoui et al. 2019).

2.3 PREVALENS

Prevalens takut bersalin, meskipun dinilai menggunakan kaedah pengukuran yang serupa, didapati berbeza antara negara (Nilsson et al. 2018). Punca variasi ini masih tidak diketahui dengan jelas; namun demikian perbezaan instrumen penilaian dan budaya berkemungkinan menjadi faktor penyumbang kepada perbezaan kadar prevalens tersebut (Nilsson et al. 2018; Richens et al. 2018).

Ulasan sistematik terhadap tiga puluh tiga kajian yang melibatkan lapan belas negara, mendapati bahawa definisi takut bersalin adalah tidak seragam, manakala kadar prevalens yang dilaporkan adalah antara 3.7% hingga 43%, dengan prevalens gabungan sebanyak 14% (95% SK: 0.12–0.16) (O'Connell et al. 2017). Insiden takut bersalin yang dilaporkan dalam kalangan wanita hamil turut menunjukkan variasi, iaitu 8% di Eropah,

24% di Australia (Toohill et al. 2015), 25% di Asia (O'Connell et al. 2017), dan 26.9% di Amerika Syarikat (Stoll et al. 2015).

2.4 INSTRUMEN PENILAIAN

Walaupun tiada kriteria standard yang dipersetujui bagi mentakrifkan tokofobia, *Wijma Delivery Expectancy Questionnaire Part A* (WDEQ-A) adalah merupakan instrumen yang paling lazim digunakan untuk tujuan penilaian dan diagnosis (O'Connell et al. 2017; Roosevelt & Low 2016). Instrumen lain yang turut digunakan termasuk *Visual Analogue Scale* (VAS), *Fear of Birth Scale* (FOBS) dan *Childbirth Attitudes Questionnaire* (CAQ) (Christiaens et al. 2011; Ternström et al. 2015).

WDEQ-A diperkenalkan oleh Wijma et al. (1998) adalah merupakan soal selidik sendiri yang mempunyai dua versi; WDEQ-A yang menilai jangkaan dan ketakutan wanita sebelum bersalin, manakala WDEQ-B menilai pengalaman serta respons emosi wanita setelah melahirkan anak. Kedua-dua skala terdiri daripada 33 item dengan skala Likert enam mata yang menghasilkan julat skor antara 0 hingga 165 (Wijma et al. 1998). Walau bagaimanapun, metodologi yang digunakan dalam mengklasifikasikan tahap takut bersalin menggunakan WDEQ-A adalah berbeza antara kajian (Badaoui et al. 2019). Kajian-kajian terdahulu menggunakan skor ambang (*threshold score*) yang berbeza; iaitu 66, 85 dan 100 untuk mengenal pasti tahap takut bersalin yang tinggi atau teruk (Richens et al. 2018). Sesetengah penyelidik pula menggunakan persentil ke-90 sebagai ambang bagi mengklasifikasikan takut bersalin yang teruk (Molgora et al. 2018).

Walaupun skor ambang 85 paling meluas digunakan dalam penyelidikan antarabangsa, Toohill et al. (2015) mencadangkan penggunaan skor 66 bagi memastikan wanita yang memerlukan intervensi dapat dikenal pasti dan tidak tercicir. Soal selidik WDEQ-A yang dianggap panjang, dilihat sebagai faktor pembatas kepada penggunaannya dalam konteks klinikal (Storksen et al. 2012), manakala kesesuaian budaya beberapa item turut dipersoalkan (Haines et al. 2015; Richens et al. 2018). Analisis psikometrik WDEQ-A yang dijalankan dalam kalangan wanita Eropah mendapati variasi dalam komponen ketakutan bersalin antara populasi yang berbeza (Nieminen et al. 2009).

Skala *Visual Analogue Scale* (VAS) dan *Fear of Birth Scale* (FOBS) merupakan dua instrumen ringkas yang sering digunakan. VAS adalah skala satu item yang menilai ketakutan bersalin dengan julat 1 hingga 10 (Haines et al. 2011; Rouhe et al. 2009). Dengan skor ambang 5, VAS mempunyai sensitiviti 97.8% dan spesifikasi 63.7% dalam mengenal pasti wanita dengan skor WDEQ-A melebihi 100 (Rouhe et al. 2009).

FOBS pula adalah versi adaptasi daripada VAS, yang mengandungi dua item untuk menilai ketakutan dan kebimbangan, dengan julat skor 0 hingga 100. Berdasarkan skor ambang 54, FOBS mempunyai sensitiviti 89% dan spesifikasi 79% dalam mengesan wanita dengan skor WDEQ-A >85 (tahap takut bersalin yang tinggi) (Haines et al. 2015). Disebabkan reka bentuknya yang lebih ringkas berbanding WDEQ-A, FOBS lebih mudah digunakan dalam amalan klinikal bagi mengenal pasti wanita yang memerlukan penilaian lanjut. Namun yang demikian, FOBS juga berpotensi meningkatkan bilangan wanita yang diklasifikasikan sebagai takut bersalin dan seterusnya menghasilkan kadar prevalens yang lebih tinggi berbanding WDEQ-A (Badaoui et al. 2019; Haines et al. 2011; Haines et al. 2015).

Childbirth Attitudes Questionnaire (CAQ) pula merupakan instrumen yang diadaptasi daripada Areskog et al. (1982) untuk menilai tokofobia. Soal selidik ini terdiri daripada 16 item dengan skala Likert 1 hingga 4, dengan skor keseluruhan antara 16 hingga 64. Instrumen ini menilai empat domain utama, iaitu kesakitan, kecederaan, tahap kawalan diri, dan kebimbangan terhadap rawatan hospital. Skor yang lebih tinggi menunjukkan tahap takut bersalin yang lebih teruk. Kajian dalam populasi Amerika Syarikat mendapati CAQ mempunyai tahap kebolehpercayaan dan kesahan yang memuaskan (Lowe 2000).

Ulasan oleh Richens et al. (2018) mendapati bahawa sebahagian besar penyelidikan mengenai tokofobia dijalankan di negara-negara Scandinavia yang melibatkan penggunaan pelbagai instrumen penilai. Namun demikian, variasi dalam skor ambang, metodologi, serta peringkat kehamilan wanita ketika kajian dijalankan, menyebabkan takrifan takut bersalin tidak dapat dibuat secara konsisten (Richens et al. 2018).

Kepelbagaian latar belakang budaya serta perbezaan persepsi dan kepercayaan wanita terhadap proses bersalin turut mempengaruhi kesesuaian dan keberkesanan instrumen penilaian tokofobia (Richens et al., 2018). Sebagai contoh, analisis faktor penerokaan bagi WDEQ-A menunjukkan bahawa konstruk tokofobia terdiri daripada komponen yang berbeza antara populasi di Eropah (Lukasse et al., 2014). Lukasse et al. (2014) mendapati bahawa wanita Sweden memperoleh skor yang lebih tinggi bagi komponen kesepian (*loneliness*), manakala wanita Denmark lebih bimbang terhadap keselamatan bayi (*child concern*).

Begitu juga, analisis komponen utama soal selidik CAQ menunjukkan perbezaan struktur faktor antara populasi. Kajian dalam kalangan wanita Thai dan Greek mengesahkan struktur faktor tunggal (Gourounti et al., 2015; Tanglakmankhong et al., 2011), manakala kajian di China mengenal pasti empat dimensi tokofobia (Wei et al., 2016). Dapatan ini menyokong pengaruh faktor budaya terhadap manifestasi tokofobia dalam populasi yang berbeza.

Selain itu, penterjemahan instrumen berpotensi memperkenalkan ralat pengukuran serta mengubah maksud asal sesuatu item, seperti yang pernah dilaporkan dalam penterjemahan W-DEQ daripada bahasa Sweden kepada bahasa Inggeris (Lukasse et al., 2014). Oleh itu, instrumen penilaian tokofobia perlu disesuaikan dengan budaya dan bahasa tempatan bagi memastikan kesahan dan kebolehpercayaannya dalam sesuatu populasi.

2.5 FAKTOR RISIKO

2.5.1 Faktor Sociodemografi

a Umur

Faktor umur dikenal pasti mempengaruhi takut bersalin dalam kalangan ibu hamil. Laursen et al. melaporkan bahawa wanita yang berumur kurang daripada 20 tahun mempunyai risiko takut bersalin yang lebih tinggi (Nisbah Ods Terlaras (AOR) 1.50, 95% Sela Keyakinan (SK) 1.16–1.93) (Laursen et al. 2008). Penemuan ini disokong oleh kajian dari China dan Turki yang menunjukkan hubungan negatif antara umur ibu

dan tokofobia, di mana ibu yang lebih berumur melaporkan tahap ketakutan bersalin yang lebih rendah (Çıtak Bilgin et al. 2021; Gao et al. 2015).

Walau bagaimanapun, Eriksson et al. (2005) melaporkan bahawa wanita primipara berumur lebih daripada 32 tahun menunjukkan tahap takut bersalin yang tinggi (Risiko Relatif (RR) 2.3, 95% SK 1.6–3.5). Punca takut bersalin juga dipengaruhi oleh faktor usia di mana risiko kehamilan yang tinggi sering mendatangkan kebimbangan dalam kalangan ibu yang lebih berumur, manakala ibu muda pula lebih bimbang tentang kehilangan daya tarikan dan kepuasan seksual selepas bersalin (Fairbrother et al. 2018; Räisänen et al. 2014).

Selain itu, kurang pengetahuan dan pengalaman bersalin turut dikenal pasti sebagai faktor penyumbang kepada tahap takut bersalin yang lebih tinggi dalam kalangan wanita muda yang sedang hamil (Ulu & Ertunç 2022)

b Etnik

Kajian terdahulu melaporkan bahawa wanita berkulit hitam mempunyai risiko takut bersalin yang lebih tinggi berbanding wanita kulit putih, Hispanik dan etnik lain (Elvander et al., 2013). Di Sweden, wanita asing (lahir di luar negara) mempunyai risiko takut bersalin lebih daripada dua kali ganda berbanding wanita tempatan (Nisbah ods, OR 2.7, 95% SK 1.7-4.0) (Ternström et al. 2015). Prevalens kemurungan dan kebimbangan yang tinggi, di samping kekurangan pengetahuan mengenai sistem kesihatan, bantuan kerajaan serta hak sebagai penduduk, dikenal pasti sebagai faktor penyumbang kepada takut bersalin yang ketara dalam kalangan wanita asing (Ternström et al. 2015).

c Status Perkahwinan dan Faktor Sosial

Kajian dalam kalangan wanita China menunjukkan bahawa status perkahwinan merupakan peramal negatif bagi takut bersalin, di mana wanita berkahwin melaporkan tahap ketakutan yang lebih rendah ($\beta = -0.058$, $p < 0.001$) (Zhou et al. 2021). Data daripada enam negara Eropah menunjukkan bahawa hubungan sivil yang stabil mengurangkan risiko takut bersalin (AOR 0.64, 95% SK 0.45–0.87) (Lukasse et al.

2014). Wanita yang menerima sokongan daripada pasangan mereka juga melaporkan tahap takut bersalin yang lebih rendah (Han et al. 2022; Huang et al. 2021).

Pelbagai kajian turut mengesahkan hubungan negatif antara sokongan sosial dan tahap takut bersalin (Elvander et al. 2013; Gao et al. 2015), di mana sokongan sosial berperanan melindungi wanita dalam situasi tertekan (Turner et al. 1990). Kajian terhadap wanita di China mendapati bahawa fungsi keluarga yang baik turut melindungi wanita daripada takut bersalin ($\beta = -0.32$, $p < 0.049$) (Zhang et al. 2023). Sokongan keluarga dalam bentuk perkongsian maklumat serta pengalaman melahirkan anak, membantu bakal ibu mengekalkan persepsi yang lebih positif terhadap proses bersalin (Doaltabadi et al. 2023).

Namun begitu, satu kajian di Malawi, sebuah negara berpendapatan rendah, tidak menemui sebarang hubungan antara sokongan sosial dan tokofobia (Khwepeya et al. 2018). Para penyelidik merumuskan bahawa wanita yang tinggal dalam komuniti dengan semangat kekitaan yang kuat mungkin kurang bergantung kepada sokongan langsung dalam mengatasi perasaan takut bersalin (Haines et al. 2011).

2.5.2 Faktor Sosioekonomi

a Pendidikan

Beberapa kajian melaporkan hubungan positif antara takut bersalin dan tahap pendidikan yang rendah (Gao et al. 2015; Khwepeya et al. 2018). Namun demikian, Størksen et al. mendapati bahawa wanita yang berpendidikan tinggi mempunyai risiko takut bersalin sebanyak dua kali ganda (AOR 2.1, 95% SK 1.3–3.3) (Størksen et al. 2015). Kajian dari Asia turut menyokong peranan pendidikan tinggi sebagai peramal positif terhadap takut bersalin (Çıtak Bilgin et al. 2021; Qiu et al. 2020).

Wanita yang mempunyai tahap pengetahuan yang lebih tinggi cenderung mencari maklumat berkaitan proses bersalin, sekali gus meningkatkan kesedaran terhadap risiko kelahiran, dan seterusnya menyumbang kepada tahap takut bersalin yang lebih tinggi (Størksen et al. 2015).

b Status Ekonomi

Status ekonomi turut memainkan peranan penting dalam mempengaruhi tahap takut bersalin, di mana pendapatan isi rumah yang stabil dan mencukupi dikaitkan dengan tahap ketakutan yang lebih rendah. Status suami yang bekerja didapati mengurangkan kemungkinan tokofobia (AOR 0.42, 95% SK 0.22–0.79) (Barat et al. 2023), manakala pendapatan isi rumah yang tidak mencukupi, meningkatkan risiko hampir empat kali ganda (AOR 3.70, 95% SK 1.23–11.14) (Sanjari et al. 2022).

Kajian dari Denmark melaporkan hubungan signifikan antara pengangguran dan takut bersalin (AOR 1.62, 95% SK 1.35–1.93) (Laursen et al. 2008). Pendapatan yang rendah dan keadaan kewangan yang tidak stabil boleh meningkatkan tekanan hidup dalam kalangan wanita hamil.

Namun begitu, satu kajian populasi di Finland melaporkan prevalens takut bersalin yang lebih tinggi dalam kalangan wanita hamil dengan status sosioekonomi (SES) yang tinggi. Dapatan tersebut mungkin dapat dijelaskan oleh peningkatan kadar kehamilan berisiko tinggi dalam kalangan kumpulan ini, yang dikaitkan dengan faktor umur ibu yang lebih lanjut, sekali gus menyumbang kepada peningkatan tahap tokofobia (Räisänen et al. 2014).

2.5.3 Faktor Klinikal

a Pariti

Pariti merujuk kepada bilangan kelahiran yang dialami oleh seorang wanita bagi bayi yang mencapai usia kandungan atau berat janin yang berdaya hidup (*viability*), tanpa mengira sama ada bayi tersebut dilahirkan mati atau hidup (Chambers et al. 2020).

Terdapat bukti yang konsisten bahawa risiko takut bersalin adalah lebih rendah dalam kalangan wanita multipara (Huang et al. 2021; Zhang et al. 2023). Kajian dari Iran dan Jepun turut mengesahkan hubungan negatif antara takut bersalin dan bilangan kelahiran (Moghaddam Hossieni et al. 2017; Takegata et al. 2014). Ulasan sistematik yang merangkumi 27 kajian pemerhatian, menunjukkan bahawa prevalens gabungan

takut bersalin teruk adalah lebih tinggi dalam kalangan wanita nulipara berbanding multipara (17% berbanding 14%) (Sanjari et al. 2022). Ketiadaan pengalaman bersalin serta kebimbangan tentang perkara yang tidak dapat dijangka, seperti kesakitan bersalin dan sokongan sepanjang proses kelahiran, merupakan antara faktor yang menyumbang kepada peningkatan tokofobia dalam kalangan wanita nulipara (Kjærgaard et al. 2008; Mohamamdirizi et al. 2018). Selain itu, mereka turut dipengaruhi oleh maklumat negatif serta kisah pengalaman bersalin yang menakutkan daripada orang lain (Melender 2002).

Namun begitu, Kaya et al. (2020) melaporkan bahawa tahap takut bersalin meningkat seiring dengan pertambahan bilangan kehamilan dan pariti. Peningkatan tokofobia dalam kalangan wanita multipara lazimnya dikaitkan dengan pengalaman bersalin yang traumatik atau negatif (Nilsson et al. 2018). Dapatan ini selari dengan kajian dari China yang menunjukkan bahawa ibu hamil yang pernah mengalami tokofobia sederhana hingga teruk sewaktu pembedahan caesarean yang terdahulu melaporkan tahap takut bersalin yang lebih tinggi dalam kehamilan seterusnya ($\beta = 0.049$, 95% SK 0.029–1.217) (Hou et al. 2022).

b Usia Kandungan

Hildingsson et al. (2017) melaporkan bahawa tahap takut bersalin menurun dari pertengahan hingga ke akhir kehamilan. Namun demikian, Rouhe et al. (2019) mendapati bahawa tahap tokofobia secara umumnya meningkat selepas minggu ke-21 kehamilan dan menjadi lebih ketara apabila tarikh bersalin semakin hampir. Dua kajian dari China turut mengesahkan hubungan positif antara usia kandungan dan takut bersalin (Huang et al. 2021; Zhou et al. 2021). Keadaan ini mungkin berpunca daripada perubahan tekanan emosi sepanjang kehamilan, di mana menjelang trimester ketiga, bakal ibu akan lebih cenderung berasa bimbang tentang kemampuan mereka menjalani proses bersalin, sekaligus meningkatkan tahap tokofobia.

c Faktor Berkaitan Kehamilan

Kajian di Thailand, Turki dan Iran menunjukkan bahawa wanita dengan kehamilan tidak terancang melaporkan skor WDEQ-A yang lebih tinggi berbanding wanita yang merancang kehamilan mereka (Kaya & Evcili 2020; Matinnia et al. 2015;

Phunyammalee et al. 2019). Dapatan ini disokong oleh ulasan sistematik yang turut mendapati bahawa kehamilan sedemikian merupakan faktor risiko bagi takut bersalin (Dencker et al. 2019). Wanita yang merancang kehamilan mereka lebih bersedia dari segi mental dan emosi untuk melalui proses bersalin, sekali gus meningkatkan rasa kawalan diri dan mengurangkan risiko tokofobia (Badaoui et al. 2019; Lukasse et al. 2014).

Gao et al. melaporkan hubungan positif antara sejarah keguguran dan takut bersalin ($\beta = 0.09$, $p = 0.004$) (Gao et al. 2015). Kajian di Turki pula menunjukkan bahawa wanita yang mengalami masalah kesuburan mempunyai risiko takut bersalin lebih daripada dua setengah kali ganda (AOR 2.73, $p = 0.010$) (Barat et al. 2023). Wanita dengan kehamilan yang berisiko tinggi turut melaporkan kadar peningkatan tahap tokofobia ($\beta = 0.15$, $p < 0.01$) (Taubman-Ben-Ari et al. 2021).

d Faktor Berkaitan Kelahiran

Kajian mendapati bahawa wanita yang menjalani pembedahan caesarean kecemasan mempunyai tahap tokofobia yang paling tinggi, diikuti oleh mereka yang bersalin melalui bantuan instrumen, dan akhir sekali wanita yang bersalin secara normal (Handelzalts et al. 2015). Kajian terdahulu turut melaporkan bahawa sejarah kelahiran normal melindungi para ibu daripada takut bersalin (Toohill et al. 2015).

Hou et al. mendapati bahawa bilangan pembedahan caesarean (CS) mempunyai hubungan positif dengan takut bersalin; di mana wanita dengan dua atau lebih CS melaporkan tahap ketakutan yang lebih tinggi ($\beta = 0.071$, 95% CI 0.450–2.217) (Hou et al. 2022).

Wanita yang pernah mengalami kelahiran mati (*stillbirth*), melahirkan bayi dengan bantuan instrumen, episiotomi, koyakan perineum, atau pengalaman bersalin yang negatif, lebih cenderung melaporkan tahap tokofobia yang lebih tinggi (Fairbrother et al. 2018; Gao et al. 2015; Khwepeya et al. 2018; Räisänen et al. 2014; Størksen et al. 2015). Ini membuktikan bahawa pengalaman kelahiran yang traumatik boleh membawa kepada takut bersalin sekunder (Dikmen-Yildiz et al. 2018).

2.5.4 Kesihatan Mental

Sejarah gangguan psikiatri merupakan faktor peramal bagi takut bersalin, dengan peningkatan risiko melebihi enam kali ganda (AOR 6.86, $p=0.020$) (Barat et al. 2023). Kajian dari Jepun turut menunjukkan hubungan positif antara prevalens sepanjang hayat penyakit mental dan tokofobia ($r=0.16$, $p=0.01$) (Takegata et al. 2014). Pelbagai kajian secara konsisten, telah melaporkan hubungan positif antara kemurungan ibu dan takut bersalin (Eroglu et al. 2022; Yıldırım & Alp Yılmaz 2023; Zhang et al. 2023). Begitu juga, kebimbangan maternal merupakan peramal signifikan bagi takut bersalin dalam kalangan wanita Asia (Çıtak Bilgin et al. 2021; Eroglu et al. 2022; Zhang et al. 2023). Perubahan yang dialami oleh wanita dari awal kehamilan hingga selepas bersalin, serta peralihan kepada peranan sebagai seorang ibu, boleh menimbulkan tekanan, manakala ketidakpastian tentang perkara yang bakal berlaku turut meningkatkan kebimbangan mereka (Çıtak Bilgin et al. 2021).

Prevalens simptom kemurungan adalah stabil sepanjang kehamilan, dan kadarnya hampir dengan tempoh selepas bersalin. Manakala, kebimbangan berkaitan kehamilan lebih kerap berlaku pada trimester ketiga (Evans et al. 2001; Saisto & Halmesmäki 2003)

2.5.5 Perkhidmatan Penjagaan Kesihatan

Pemeriksaan antenatal dalam kalangan ibu hamil mempengaruhi tahap tokofobia. Citak et al. (2021) melaporkan bahawa peningkatan bilangan lawatan antenatal dikaitkan dengan tahap takut bersalin yang lebih rendah ($\beta = -0.125$, $p < 0.001$). Komunikasi antara doktor dan pesakit memainkan peranan penting, di mana komunikasi yang berkesan dapat menurunkan tahap tokofobia dalam kalangan wanita hamil ($\beta = -0.33$, $p < 0.036$) (Zhang et al. 2023). Penjagaan antenatal yang berterusan membolehkan petugas kesihatan memberikan sokongan yang diperlukan oleh wanita hamil untuk menangani ketakutan dan kebimbangan terhadap proses bersalin (Kaya & Evcili 2020).

2.5.6 Kelas Persediaan Kelahiran

Pendidikan persediaan kelahiran atau kelas antenatal merupakan faktor yang mempengaruhi takut bersalin. Kajian dari negara-negara Asia secara konsisten menunjukkan bahawa kekurangan kelas persediaan antenatal dikaitkan dengan peningkatan risiko tokofobia (Beiranvand et al. 2017; Eroglu et al. 2022; Yıldırım & Alp Yılmaz 2023). Kajian di Turki menunjukkan bahawa wanita yang kurang pendidikan persediaan kelahiran mempunyai kebarangkalian lebih tinggi untuk mengalami takut bersalin (AOR 2.65, $p = 0.0006$) (Eroglu et al. 2022).

Kelas antenatal bukan sahaja meningkatkan pengetahuan bakal ibu, tetapi juga mengurangkan kebimbangan mereka terhadap proses bersalin (Hassanzadeh et al. 2021) dan menurunkan tahap tokofobia (Hassanzadeh et al. 2020). Pengetahuan mengenai proses kelahiran dapat menenangkan wanita, kerana ia membantu mereka supaya lebih bersedia untuk melahirkan anak (Melender 2002) serta memberi kesedaran kepada para ibu bahawa sebahagian komplikasi bersalin sebenarnya jarang berlaku (Fenwick et al. 2015).

Namun begitu, pendedahan kepada terlalu banyak maklumat, khususnya maklumat yang bercanggah, boleh meningkatkan tahap takut bersalin (Fenwick et al. 2015; Melender 2002; Serçekuş & Okumuş 2009). Hal ini dibuktikan oleh kajian dari Vietnam yang melaporkan hubungan positif antara tokofobia dan tahap sokongan maklumat yang diterima ($\beta = 0.13$, $p < 0.05$) (Nguyen et al. 2021).

2.6 HASIL KEHAMILAN

Tokofobia merupakan faktor utama yang meramal kebarangkalian wanita memerlukan rawatan psikiatri selepas kelahiran pertama (AOR 1.9, 95% SK 1.7–2.1) (Rouhe et al. 2011). Takut bersalin yang teruk juga meramalkan peningkatan risiko berlakunya gejala gangguan tekanan pasca-trauma (*post traumatic stress disorder*, PTSD) (RR 7.6, $p < 0.001$) (Söderquist et al. 2004). Tokofobia berkait rapat dengan PTSD kerana keduanya merupakan respons terhadap pengalaman bersalin yang negatif. Fenomena ini saling mempengaruhi, di mana PTSD boleh mencetuskan tokofobia, dan seterusnya memberi kesan kepada wanita bukan sahaja selepas bersalin, malah juga semasa

kehamilan berikutnya. Hal ini menunjukkan bahawa tokofobia boleh membawa kesan jangka panjang terhadap wanita dan hubungan interpersonal mereka (Dencker et al. 2019).

Tokofobia turut dikaitkan dengan penggunaan epidural semasa bersalin (AOR 2.02, 95% SK 1.26–3.22) (Hall et al. 2012). Kajian dari Finland melaporkan bahawa wanita yang mengalami takut bersalin lebih kerap menggunakan analgesia khususnya epidural atau rawatan perubatan lain ($p < 0.001$) (Rouhe et al. 2011). Dapatan kajian dari Kanada pula mendapati sebahagian besar wanita multipara dengan tokofobia memilih penjagaan oleh pakar obstetrik berbanding penjagaan yang dikendalikan oleh bidan ($p < 0.001$), berikutan jangkaan terhadap keperluan intervensi obstetrik semasa bersalin (Hall et al. 2012).

Kajian-kajian lain turut menunjukkan bahawa wanita yang mengalami takut bersalin mempunyai tempoh bersalin yang lebih panjang (Adams et al. 2012; Sydsjö et al. 2013) serta berisiko mengalami distosia (proses bersalin yang tidak progresif) (AOR 1.33, 95% SK 1.15–1.54) (Laursen et al. 2009).

Peningkatan risiko pembedahan caesarean kecemasan juga dilaporkan dalam kalangan wanita yang takut bersalin (AOR 1.43, 95% SK 1.13–1.80) (Laursen et al. 2009). Dencker et al. (2019) juga melaporkan kebarangkalian yang tinggi untuk menjalani pembedahan caesarean kecemasan bagi wanita yang melaporkan tahap tokofobia yang teruk, dan ini merangkumi kedua-dua kumpulan wanita primipara and multipara. Kajian dalam kalangan wanita Sweden turut mendapati lebih banyak kelahiran operatif (kelahiran melalui bantuan instrumen atau pembedahan caesarean) dalam kalangan wanita dengan takut bersalin ($p < 0.001$) (Sydsjö et al. 2013).

Ryding et al. (2015) pula menunjukkan peningkatan permintaan bagi pembedahan caesarean elektif dalam dalam kalangan wanita primipara dan multipara yang mengalami tokofobia (AOR 1.66, 95% SK 1.05–2.61 dan AOR 1.87, 95% SK 1.30–2.69). Namun begitu, kajian mereka tidak mendapati peningkatan risiko yang signifikan bagi pembedahan caesarean kecemasan (Ryding et al. 2015).

Dua kajian menunjukkan bahawa tokofobia tidak memberi kesan signifikan terhadap bayi. Hall et al. (2012) mendapati tiada peningkatan risiko terhadap hasil neonatal (AOR 1.16, 95% SK 0.52–2.58). Selaras dengan itu, Laursen et al. (2009) juga tidak mengenal pasti hubungan signifikan antara distress janin (*fetal distress*) dan tokofobia (AOR 0.94, 95% SK 0.72–1.23).

Walau bagaimanapun, kajian dari Finland melaporkan dapatan yang berbeza, di mana bilangan bayi dengan skor Apgar 0–6 pada minit pertama selepas kelahiran adalah lebih tinggi dalam kalangan wanita yang tidak mengalami tokofobia ($p = 0.03$) (Rouhe et al. 2011). Penyelidik merumuskan bahawa dapatan ini mungkin disebabkan oleh sebahagian besar kelahiran dalam kumpulan kawalan berlaku di hospital tertiar yang mengendalikan kehamilan berisiko tinggi dan kes yang lebih kompleks, yang seterusnya boleh menyumbang kepada kadar skor Apgar rendah yang lebih tinggi dalam kalangan wanita tanpa tokofobia.

2.7 ISU BERKAITAN TAKUT BERSALIN

Meta-sintesis kajian kualitatif oleh Wigert et al. (2020) menghuraikan secara mendalam pengalaman wanita yang mengalami tokofobia, yang digambarkan melalui metafora “tiada jalan pulang”. Wanita yang mengalami takut bersalin berhadapan dengan emosi yang sangat mencabar, termasuk perasaan derita, kesunyian serta kehilangan kawalan diri (Wigert et al. 2020).

Kajian dari negara Barat (Eriksson et al. 2006; Nilsson et al. 2010) menunjukkan bahawa tokofobia bersifat multidimensi di mana kebimbangan wanita tertumpu pada kemungkinan proses bersalin yang tidak normal, kehilangan kawalan diri, serta perasaan terasing. Dalam konteks Asia, wanita Jepun melaporkan kerisauan terhadap keselamatan ibu dan bayi, sakit sewaktu bersalin serta ketidaktentuan situasi (Takegata et al. 2018). Eriksson et al. (2006) turut menjelaskan bahawa tokofobia boleh menyebabkan wanita meragui kemampuan mereka sebagai ibu .

Kajian oleh Takegata et al. (2018) turut melaporkan bahawa wanita Jepun mengaitkan perasaan malu dengan tingkah laku yang mencerminkan kepanikan atau kelemahan semasa proses bersalin. Dapatan ini selari dengan kajian lain yang

mendapati bahawa tingkah laku yang menunjukkan kehilangan kawalan diri, seperti menjerit atau menangis, turut dianggap memalukan oleh sesetengah wanita (Wigert et al. 2020).

Selain itu, kajian dalam kalangan wanita Asia melaporkan kebimbangan terhadap koyakan faraj dan episiotomi semasa bersalin, yang sering dikaitkan dengan gangguan fungsi seksual selepas bersalin serta kesakitan jangka panjang (Serçekuş & Okumuş 2009; Takegata et al. 2018). Dapatan ini menunjukkan bahawa persepsi terhadap risiko fizikal dan implikasi seksual pasca bersalin turut membentuk dimensi tokofobia dalam konteks budaya tertentu.

Kebimbangan tentang kesakitan semasa bersalin adalah lazim dalam kalangan wanita nullipara, terutamanya selepas mendengar pengalaman wanita lain yang melaporkan kesakitan melampau (Fisher et al. 2006). Kebimbangan ini boleh mendorong permintaan untuk bersalin secara pembedahan caesarean (Faisal et al. 2014).

Selain faktor kesakitan, tingkahlaku dan kompetensi petugas kesihatan turut mempengaruhi tahap kebimbangan wanita, seperti yang dilaporkan dalam kajian di Sweden (Eriksson et al. 2006). Kesenambungan penjagaan wanita sepanjang kehamilan dan proses bersalin didapati meningkatkan rasa selamat dan keyakinan wanita. Kajian terdahulu menunjukkan bahawa wanita berasa lebih yakin apabila menerima rawatan daripada profesional kesihatan yang sama secara berterusan (de Jonge et al. 2014).

2.8 PENGARUH BUDAYA TERHADAP PERSEPSI PROSES BERSALIN

Persepsi wanita terhadap proses bersalin dipengaruhi oleh latar belakang budaya mereka; oleh itu, pemahaman tentang tokofobia dalam konteks budaya setempat adalah amat penting (Takegata et al. 2018). Sesetengah bakal ibu percaya bahawa proses bersalin dipengaruhi faktor ketuhanan atau unsur spiritual keagamaan (Callister et al. 1999), dan mengaitkan kejadian luar biasa semasa bersalin dengan kekurangan amalan doa atau gangguan unsur jahat (Callister & Khalaf 2010). Dapatan ini menunjukkan bahawa kepercayaan budaya dan spiritual bukan sahaja membentuk jangkaan wanita

terhadap proses kelahiran, malah turut mempengaruhi cara mereka mentafsir pengalaman bersalin.

Status ibu yang dianggap mulia dalam masyarakat Jepun, mendorong wanita untuk mengutamakan peranan keibuan, termasuk melahirkan dan menjaga bayi, berbanding penekanan terhadap pengalaman bersalin yang positif (Takegata et al. 2018). Persepsi bahawa kesakitan bersalin adalah normal dan merupakan sebahagian daripada proses semulajadi untuk menjadi seorang ibu turut menjelaskan kadar penggunaan analgesia obstetrik yang rendah dalam kalangan Jepun (Takegata et al. 2018).

Media visual turut menyumbang kepada peningkatan tahap takut bersalin melalui gambaran kelahiran yang negatif atau dramatik. Golongan dewasa muda juga didapati lebih dipengaruhi oleh budaya kelahiran yang berorientasikan perubatan, di mana mereka cenderung untuk memilih kelahiran secara pembedahan caesarean berbanding kelahiran vagina (Nilsson et al. 2018). Dapatan ini menunjukkan bahawa gambaran kelahiran dalam media dan normalisasi intervensi perubatan boleh membentuk jangkaan wanita terhadap proses bersalin serta mempengaruhi pilihan kaedah kelahiran. Persepsi bahawa kelahiran adalah proses yang berisiko tinggi mungkin meningkatkan kebergantungan terhadap intervensi obstetrik.

Satu kajian dalam kalangan wanita di Israel dan Norway melaporkan perbezaan dalam aspek kebimbangan, di mana wanita Israel lebih bimbang terhadap risiko kemudatan kepada bayi dan cenderung menggunakan analgesia epidural semasa bersalin. Sebaliknya, wanita Norway lebih menekankan aspek fizikal dan emosi proses bersalin, yang seterusnya mempengaruhi kecenderungan mereka terhadap kelahiran melalui pembedahan caesarean (Preis et al. 2018).

Pemahaman tentang persepsi wanita di Malaysia terhadap proses kelahiran masih terhad. Dalam masyarakat berbilang etnik seperti Malaysia, amalan tradisional, khususnya penjagaan selepas bersalin, masih diamalkan secara meluas. Walaupun amalan tersebut berbeza mengikut budaya, kebanyakannya bertujuan memulihkan kesihatan dan kesejahteraan ibu selepas melahirkan anak (Mohd Yusoff et al. 2018).

Sejajar dengan itu, perbezaan latar belakang budaya dan etnik berkemungkinan mempengaruhi kepercayaan, jangkaan dan pengalaman wanita berkaitan proses bersalin dan kelahiran, termasuk tahap takut bersalin yang dialami. Oleh itu, instrumen yang sesuai dengan konteks budaya tempatan diperlukan untuk memastikan penilaian tokofobia dapat dijalankan dengan lebih tepat dalam kalangan wanita hamil di Malaysia.

2.9 INTERVENSI

Ulasan sistematik dan meta-analisis berskala besar menunjukkan hubungan yang signifikan antara tokofobia dengan gangguan tekanan pasca-trauma (Nilsson et al. 2018). Oleh itu, diagnosis serta intervensi awal amat penting, terutamanya bagi wanita mengalami takut bersalin tahap teruk. Pendidikan antenatal merupakan intervensi yang kos efektif dan berupaya mengurangkan tahap takut bersalin (Karabulut et al. 2016). Terapi tingkah laku kognitif (*cognitive behavioural therapy*, CBT) turut dilaporkan memberi kesan positif yang setara (Nieminen et al. 2016).

Selain itu, intervensi dalam bentuk pendidikan psikoedukasi berkumpulan (*group psychoeducation*) dalam kalangan wanita nullipara dengan tokofobia tahap teruk, dikaitkan dengan penyesuaian ibu yang lebih baik, pengalaman bersalin yang kurang menakutkan, serta pengurangan simptom kemurungan post natal (Rouhe et al. 2015).

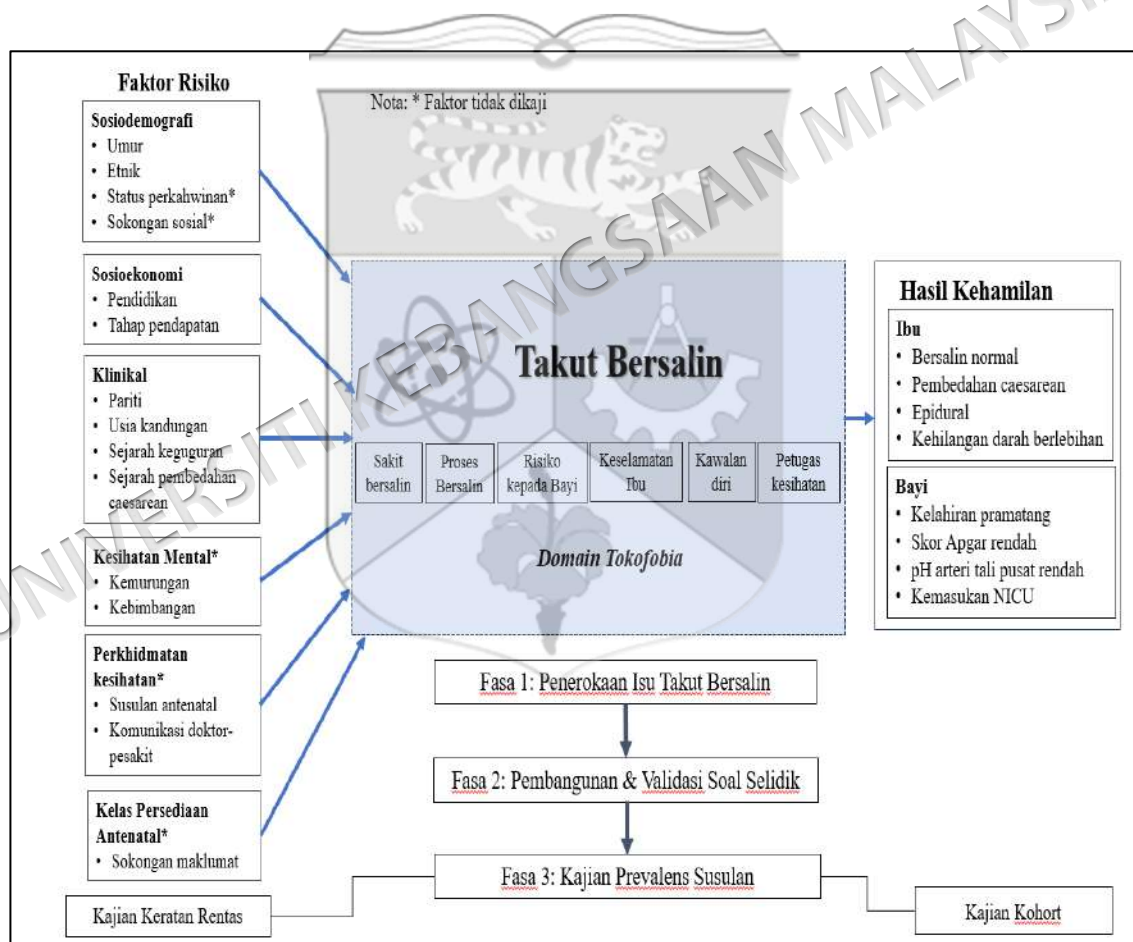
Satu kajian di Australia turut melaporkan bahawa wanita dengan tokofobia, yang menerima intervensi psikoedukasi semasa hamil, mempunyai risiko lebih rendah untuk mengalami gangguan imbas kembali (*flashback*), dan lebih cenderung bersalin secara normal untuk kehamilan seterusnya (Fenwick et al. 2015).

Walaupun pelbagai intervensi telah menunjukkan kesan positif terhadap tahap tokofobia, namun masih tiada konsensus mengenai pendekatan rawatan yang paling berkesan (Wigert et al. 2020). Oleh itu, penjagaan materniti yang peka terhadap keperluan ibu adalah amat penting, khususnya dalam menyediakan ruang untuk mereka meluahkan serta mengintegrasikan pengalaman, perasaan dan jangkaan mereka, samada negatif ataupun positif (Larsson et al. 2019).

Penjagaan tersebut perlu menekankan pendekatan pendengaran yang empatik serta sokongan yang membina kepercayaan dan rasa kawalan diri, di samping membantu wanita menghadapi ketidaktentuan sepanjang kehamilan, proses kelahiran dan tempoh pasca-bersalin (Wigert et al. 2020).

2.10 KERANGKA KONSEP KAJIAN

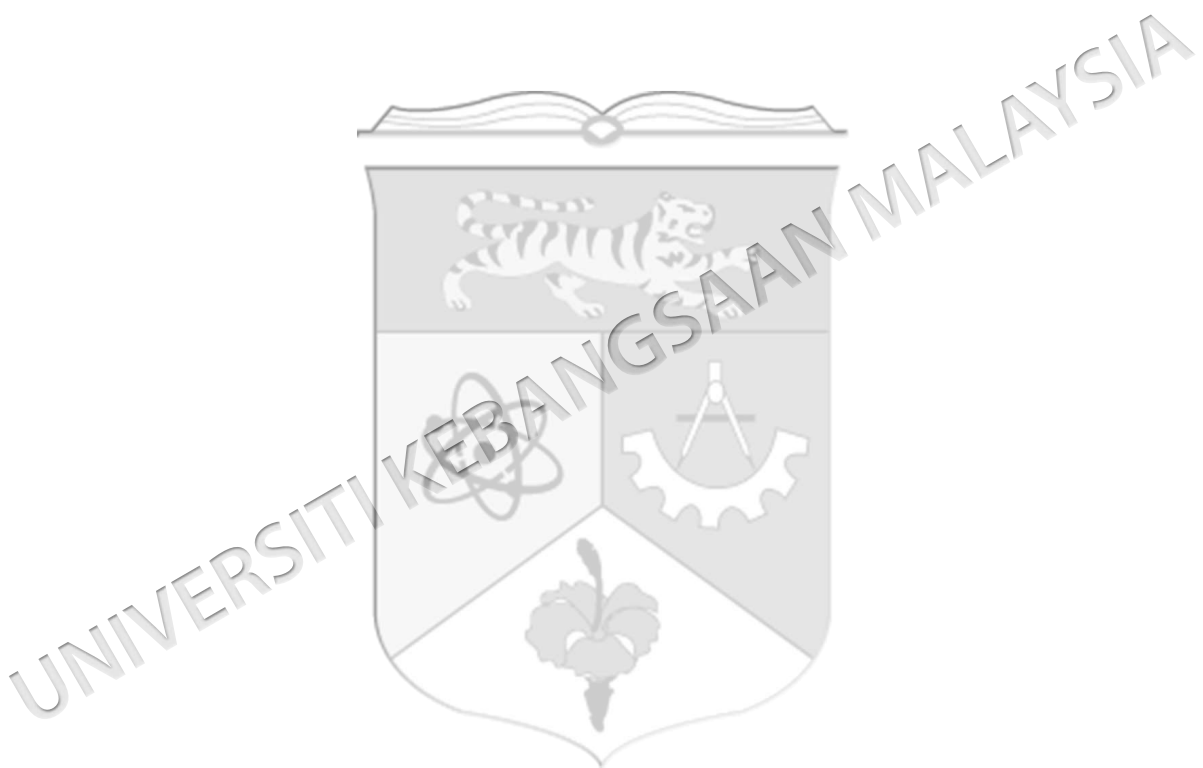
Rajah 2.1 memaparkan kerangka konsep kajian. Pelbagai domain takut bersalin diteroka melalui kajian kualitatif. Seterusnya, penilaian terhadap faktor risiko yang berkaitan dengan tokofobia termasuk faktor demografi, sosioekonomi dan klinikal, dijalankan. Hubungan antara tokofobia dan hasil kehamilan turut dinilai, menerusi kajian kohort.



Rajah 2.1 Rangka Konsep Kajian

2.11 KESIMPULAN

Bab ini telah menghuraikan dengan terperinci sorotan literatur berkaitan takut bersalin. Faktor risiko yang dikenal pasti oleh kajian terdahulu turut dibincangkan, bersama hasil kehamilan yang dikaitkan dengan tokofobia. Domain takut bersalin yang dikenal pasti melalui kajian kualitatif juga telah dibincangkan. Selain itu, pengaruh budaya terhadap tokofobia serta intervensi untuk mengurangkan tahap takut bersalin juga telah diketengahkan. Akhir sekali, rangka konsep kajian dipaparkan untuk memberi gambaran yang lebih jelas tentang hala tuju kajian ini.



BAB III

METODOLOGI KAJIAN

3.1 PENGENALAN

Bab ini menghuraikan kaedah kajian secara mendalam, termasuk lokasi dan rekabentuk kajian, kriteria kemasukan dan pengecualian, kaedah pensampelan, serta prosedur pengumpulan data. Bab ini turut menerangkan secara terperinci metodologi dalam setiap fasa kajian yang meliputi kajian kualitatif, proses pembangunan dan pengesahan soal selidik takut bersalin, dan seterusnya kajian kuantitatif hibrid yang menggabungkan reka bentuk keratan rentas dan kohort.

3.2 LOKASI

Malaysia merupakan sebuah negara persekutuan yang terletak di Asia Tenggara, merangkumi dua kawasan utama yang terpisah oleh Laut China Selatan iaitu Semenanjung Malaysia dan Malaysia Timur. Malaysia terdiri daripada tiga belas negeri serta tiga wilayah Persekutuan yang meliputi keluasan 330,534 km² (Malaysia 2017).

Jabatan Perangkaan Malaysia (2025) menganggarkan jumlah penduduk Malaysia seramai 34.3 juta pada tahun 2025, dengan komposisi penduduk warganegara mencecah 90.1 peratus. Majoriti (70.3%) penduduk negara ini adalah dalam lingkungan umur 15-64 tahun. Warganegara Malaysia dibahagikan mengikut kumpulan etnik yang terdiri daripada 58.1% Melayu, 22.3% Cina, 12.3% Bumiputera dan 6.5% India. Bilangan kelahiran pada tahun 2024 adalah sejumlah 414 918, dengan kadar kelahiran kasar sebanyak 12.2 bagi setiap 1000 penduduk.

Wilayah Persekutuan Kuala Lumpur, adalah ibu negara Malaysia yang merangkumi keluasan 243 km². Bandaraya ini mempunyai kepadatan penduduk tertinggi di Malaysia dengan kadar 8546 orang setiap km² dan jumlah keseluruhan penduduk hampir 2 juta (Malaysia 2025). Kuala Lumpur adalah pusat ekonomi, pentadbiran dan pendidikan. Pelbagai institusi pendidikan termasuk universiti awam dan swasta, mempunyai kampus di sekitar Kuala Lumpur dan Lembah Klang.

Kajian ini dijalankan di Hospital Canselor Tuanku Muhriz (HCTM) yang merupakan sebuah hospital pengajar bagi Fakulti Perubatan, Universiti Kebangsaan Malaysia. Hospital yang terletak di Cheras, Kuala Lumpur ini, mempunyai 700 buah katil dengan kemasukan pesakit sekitar 31000 setahun, manakala jumlah kelahiran pada tahun 2024 dicatatkan sebanyak 3024 (HCTM 2025).

3.3 KAEDAH KAJIAN

3.3.1 Reka Bentuk Kajian

Kajian ini menggunakan reka bentuk kaedah campuran (*mixed method*) berbentuk penerokaan berurutan (*exploratory sequential design*), yang dimulakan dengan penyelidikan kualitatif dan diikuti oleh komponen kuantitatif. Reka bentuk ini membolehkan penerokaan mendalam terhadap tokofobia menerusi pendekatan kualitatif, yang seterusnya menjadi asas kepada pembangunan instrumen baharu. Instrumen tersebut kemudiannya disahkan dan dinilai secara kuantitatif. Pendekatan kaedah campuran ini membolehkan kebolehumuman (*generalisability*) dapatan kualitatif dinilai dalam populasi yang lebih besar (Creswell & Creswell 2017).

Kajian ini merangkumi tiga fasa. Fasa 1 melibatkan penerokaan kualitatif terhadap takut bersalin melalui temu bual bersemuka secara individu dengan wanita hamil. Transkrip temu bual dianalisis secara tematik untuk mengenalpasti tema berkaitan takut bersalin, yang kemudiannya dijadikan asas pembangunan soal selidik dalam fasa seterusnya.

Fasa 2 merangkumi pembangunan dan pengesahan soal selidik untuk menilai tokofobia. Item soal selidik dibangunkan berdasarkan dapatan Fasa 1 dan sorotan literatur, seterusnya menjalani proses kesahan kandungan oleh panel pakar. Versi awal

soal selidik kemudiannya melalui proses pengesahan psikometrik yang merangkumi analisis faktor penerokaan (*exploratory factor analysis*, EFA), pengesahan muka (*face validity*) dan ujian kebolehpercayaan (*reliability testing*). Soal selidik yang terhasil seterusnya menjalani analisis faktor pengesahan (*confirmatory factor analysis*, CFA) yang mengesahkan kesesuaian model. EFA dan CFA dijalankan ke atas dua kumpulan wanita yang berasingan.

Fasa 3 melibatkan kajian hibrid dalam bentuk kajian prevalens susulan (*follow-up prevalence study*), yang menggabungkan reka bentuk keratan rentas (*cross-sectional study*) dan kohort (*cohort*). Data demografi, sosioekonomi dan klinikal responden direkodkan dalam peringkat kajian keratan rentas dan digunakan dalam pengiraan prevalens takut bersalin serta mengenalpastian faktor risiko. Kesemua responden kemudiannya diikuti susulan sehingga selesai bersalin dalam kajian kohort bagi mengumpul data kelahiran. Hubungan antara takut bersalin dengan hasil kehamilan kemudiannya dianalisis secara statistik.

3.3.2 Kriteria Kemasukan

Untuk menjadi responden kajian ini, wanita berkenaan haruslah:

- a. Berumur 18 tahun ke atas,
- b. Warganegara Malaysia,
- c. Sedang hamil,
- d. Faham Bahasa Melayu ataupun Bahasa Inggeris

3.3.3 Kriteria Pengecualian

Wanita akan dikecualikan daripada kajian ini sekiranya:

- a. Tidak bersetuju untuk menyertai kajian, atau
- b. Mengalami keguguran kandungan, atau
- c. Mempunyai janin yang tidak normal.

3.3.4 Fasa 1: Kajian Kualitatif

Responden untuk kajian kualitatif ini dipilih dalam kalangan wanita hamil yang menghadiri temu janji di klinik antenatal HCTM, dan memenuhi kriteria kemasukan kajian. Persetujuan bertulis telah diperoleh daripada setiap responden sebelum temu bual dijalankan. Temu bual secara bersemuka yang menggunakan kaedah separa berstruktur dilaksanakan di bilik konsultasi yang tertutup bagi memastikan kerahsiaan maklumat. Pemilihan responden dilakukan menggunakan kaedah pensampelan bertujuan (*purposive sampling*) bagi mencapai variasi maksimum dalam ciri demografi dan obstetrik, termasuk etnik, pariti dan kaedah kelahiran terdahulu (Mays & Pope 1995). Pendekatan ini bertujuan memastikan pelbagai perspektif dan pengalaman berkaitan takut bersalin dapat diterokai dalam kalangan peserta kajian.

Panduan temu bual merangkumi soalan yang meneroka persepsi dan jangkaan wanita terhadap proses kelahiran, termasuk risiko kepada bayi, sokongan semasa bersalin dan perkhidmatan kesihatan. Setiap sesi temu bual dirakam, ditranskripsikan secara verbatim dan dianalisis menggunakan perisian ATLAS.ti. Tempoh kajian kualitatif adalah selama enam bulan, iaitu dari Januari hingga Jun 2024.

Analisis tematik secara deduktif digunakan untuk mengenal pasti dan menghuraikan tema utama berkaitan takut bersalin berdasarkan kerangka konseptual serta bukti sedia ada dalam literatur (Braun & Clarke 2006). Pendekatan ini selaras dengan pandangan Braun dan Clarke (2006; 2021) bahawa analisis tematik boleh dijalankan secara deduktif dengan menggunakan konsep atau teori sedia ada untuk membimbing analisis tanpa menjejaskan peranan data dalam pembentukan tema.

Setiap frasa atau pernyataan yang bermakna dalam transkrip temu bual dikenal pasti dan dikodkan. Kod awal (*a priori codes*) dibangunkan berdasarkan sorotan literatur untuk membantu pengelasan data pada peringkat awal. Proses analisis seterusnya melibatkan kaedah perbandingan berterusan (*constant comparison*), di mana semakin, pengubahsuaian dan penggabungan kod dilakukan bagi mengenal pasti tema utama yang disokong oleh data peserta, tanpa terikat kepada kod awal.

Proses pengkodan dilakukan secara bebas oleh tiga orang penyelidik bagi meningkatkan kebolehpercayaan analisis. Pengambilan responden dihentikan apabila ketepuan data dicapai, iaitu apabila tiada tema baharu dikenal pasti daripada temu bual yang dijalankan.

Keteguhan metodologi kajian kualitatif dinilai berdasarkan kriteria kebolehpercayaan (*trustworthiness*), iaitu kredibiliti (*credibility*), kebolehpindahan (*transferability*), kebolehbergantungan (*dependability*) dan kebolehkesahan (*confirmability*) (Johnson et al. 2020). Kredibiliti dipertingkatkan melalui penggunaan pensampelan bertujuan dengan variasi maksimum bagi memastikan pelbagai perspektif dan pengalaman berkaitan takut bersalin dapat diterokai. Selain itu, proses analisis tematik melibatkan pengkodan secara bebas oleh tiga orang pengkod untuk meningkatkan ketepatan dan konsistensi interpretasi data.

Kebolehpindahan disokong melalui penerangan yang terperinci mengenai konteks kajian, ciri-ciri peserta dan prosedur penyelidikan bagi membolehkan penyelidik lain menilai kesesuaian dapatan dalam konteks lain. Kebolehbergantungan diperkukuhkan melalui penggunaan panduan temu bual yang sistematik, prosedur pengumpulan data yang konsisten serta penyediaan jejak audit (*audit trail*) yang mendokumentasikan proses pengumpulan dan analisis data. Kebolehkesahan pula dipastikan melalui perbincangan antara penyelidik sepanjang proses analisis serta triangulasi dengan dapatan kuantitatif bagi mengukuhkan interpretasi data dan mengurangkan pengaruh bias penyelidik.

3.3.5 Fasa 2: Pembangunan dan Pengesahan Soal Selidik

a Pembangunan Item soal selidik dan Kesahan Kandungan

Draf awal soal selidik dibangunkan berdasarkan dapatan kajian kualitatif dan sorotan literatur. Kesahan kandungan (*content validation*) merupakan proses penilaian yang penting bagi mengenal pasti item-item yang relevan dan mewakili konstruk yang dikaji (Yusoff et al. 2021). Lazimnya, bilangan penilai yang diperlukan adalah antara lima hingga tujuh (Haynes et al. 1995).

Versi pertama soal selidik dalam bahasa Inggeris telah menjalani kesahan kandungan oleh lima orang pakar yang mewakili pelbagai latar belakang profesional, iaitu seorang ahli epidemiologi, seorang ahli psikologi klinikal, seorang pakar obstetrik dan dua orang jururawat kebidanan. Pakar-pakar ini dipilih berdasarkan pengalaman mereka, sama ada secara langsung atau tidak langsung, dalam penjagaan kesihatan wanita hamil.

Soal selidik diedarkan kepada semua pakar melalui pautan *Google Forms* yang menyenaraikan semua item untuk dinilai dari segi kejelasan soalan serta kesesuaian bahasa dan budaya. Hasil penilaian tersebut digunakan untuk mengira indeks kesahan kandungan item (*Item Content Validity Index, I-CVI*). Kaedah pengiraan I-CVI diperincikan dalam bahagian analisis statistik. Pemilihan item untuk draf soal selidik seterusnya dibuat berdasarkan skor I-CVI, maklum balas pakar, dapatan kajian kualitatif serta literatur semasa.

b Analisis Faktor Penerokaan (EFA)

Kesahan konstruk (*construct validity*) bagi versi soal selidik yang telah disahkan kandungan, dinilai melalui satu kajian keratan rentas yang menggunakan kriteria kemasukan dan pengecualian yang sama seperti kajian kualitatif. Pengambilan responden bagi tujuan ini dilakukan secara pensampelan mudah (*convenience sampling*). Wanita hamil yang hadir ke temu janji di klinik antenatal HCTM telah dijemput untuk melengkapkan soal selidik elektronik sendiri melalui *Google Forms*. Soal selidik dwibahasa (Bahasa Melayu dan Bahasa Inggeris) tersebut mengandungi bahagian persetujuan yang wajib diisi oleh setiap responden. Selain memuatkan item soal selidik yang telah disahkan kandungannya, platform tersebut turut mengumpul data demografi, sosioekonomi dan klinikal responden.

Kesahan konstruk untuk soal selidik versi kedua ini dinilai menggunakan analisis faktor penerokaan (EFA), yang bertujuan untuk menentukan bilangan faktor atau domain optimum bagi keseluruhan set soal selidik (Boateng et al. 2018). Pemilihan item yang relevan serta pembentukan domain yang bersesuaian telah dicapai melalui EFA. Prosedur analisis EFA yang terperinci dihuraikan dalam bahagian analisis statistik.

Boateng et al. (2018) menyatakan bahawa saiz sampel antara 200 hingga 300 responden adalah sesuai untuk EFA, manakala penyelidik lain mengesyorkan saiz sampel ditentukan berdasarkan nisbah responden kepada item, iaitu antara lima hingga sepuluh responden bagi setiap item (Guadagnoli & Velicer 1988; Yusoff et al. 2021). Berdasarkan nisbah minimum lima responden bagi setiap item, bilangan minimum responden yang diperlukan untuk EFA dalam kajian ini ialah 215 orang.

c Kesahan Muka dan Kebolehpercayaan

Kajian rintis (*pilot study*) telah dijalankan untuk menilai kesahan muka (*face validity*) dan kebolehpercayaan versi akhir soal selidik yang dihasilkan melalui proses EFA. Kesahan muka yang juga dikenali sebagai kesahan proses respons (*response process validation*) merujuk kepada penilaian terhadap persepsi responden mengenai kesesuaian kandungan dan item soal selidik dalam konteks penggunaannya (Yusoff et al. 2021). Kesahan muka merupakan penilaian subjektif terhadap aspek kesesuaian, kebolehbacaan dan kejelasan sesuatu instrumen bagi kumpulan sasaran, dan tidak melibatkan analisis statistik (Jain et al. 2016; Ranganathan et al. 2024). Yusoff et al. (2021) menyatakan bahawa bilangan penilai yang sesuai untuk kesahan proses respons adalah di antara 10 hingga 30 orang.

Borang soal selidik yang dibangunkan melalui proses EFA dalam bentuk dwibahasa (Bahasa Melayu dan Bahasa Inggeris) telah diedarkan kepada sepuluh orang wanita yang tidak terlibat dalam kajian utama. Setiap responden diminta menilai sama ada borang tersebut mudah dibaca dan difahami, serta digalakkan memberikan cadangan penambahbaikan sekiranya perlu.

Kebolehpercayaan merujuk kepada tahap konsistensi soal selidik dalam mengukur konstruk yang sama apabila penaksiran diulang dalam keadaan yang serupa (Boateng et al. 2018). Ujian Alfa Cronbach (*Cronbach's Alpha*) telah digunakan untuk menilai konsistensi dalaman (*internal consistency*) versi akhir soal selidik. Saiz sampel minimum sebanyak 30 responden, diperlukan untuk ujian Alfa Cronbach dalam kajian rintis (Bujang et al. 2024). Jawapan daripada 61 responden telah dianalisis dalam penilaian kebolehpercayaan soal selidik ini.

d Analisis Faktor Pengesahan (CFA)

Analisis faktor pengesahan (*confirmatory factor analysis, CFA*) telah digunakan untuk menentukan sama ada data yang diperoleh menepati struktur faktor model soal selidik yang dibangunkan menerusi EFA. Dalam prosedur CFA, kesepadanaan model pengukuran tokofobia dengan data yang dicerap dinilai berdasarkan Indeks Kesepadanan (*Fitness Indices*). Penerangan mengenai indeks kesepadanan yang terlibat serta tahap penerimaan masing-masing, dihuraikan dalam bahagian analisis statistik.

Menurut Yusoff et al (2018), saiz sampel yang sesuai untuk CFA adalah sekurang-kurangnya 200 responden. Sampel CFA untuk kajian ini adalah seramai 341 responden. Pengumpulan data untuk EFA telah dijalankan antara bulan Januari dan Mac 2025, manakala CFA dari Mac hingga Mei 2025.

3.3.6 Fasa 3: Kajian Prevalens Susulan

Fasa 3 melibatkan kajian hibrid yang menggabungkan rekabentuk kajian keratan rentas (*cross-sectional study*) dan kajian kohort (*cohort study*) (Kleinbaum et al. 1991). Reka bentuk hibrid ini dikenali sebagai kajian prevalens susulan (*follow-up prevalence study*), di mana kajian keratan rentas membolehkan penilaian prevalens dan faktor risiko, diikuti oleh komponen kohort yang menilai hubungan antara tokofobia dan hasil kehamilan.

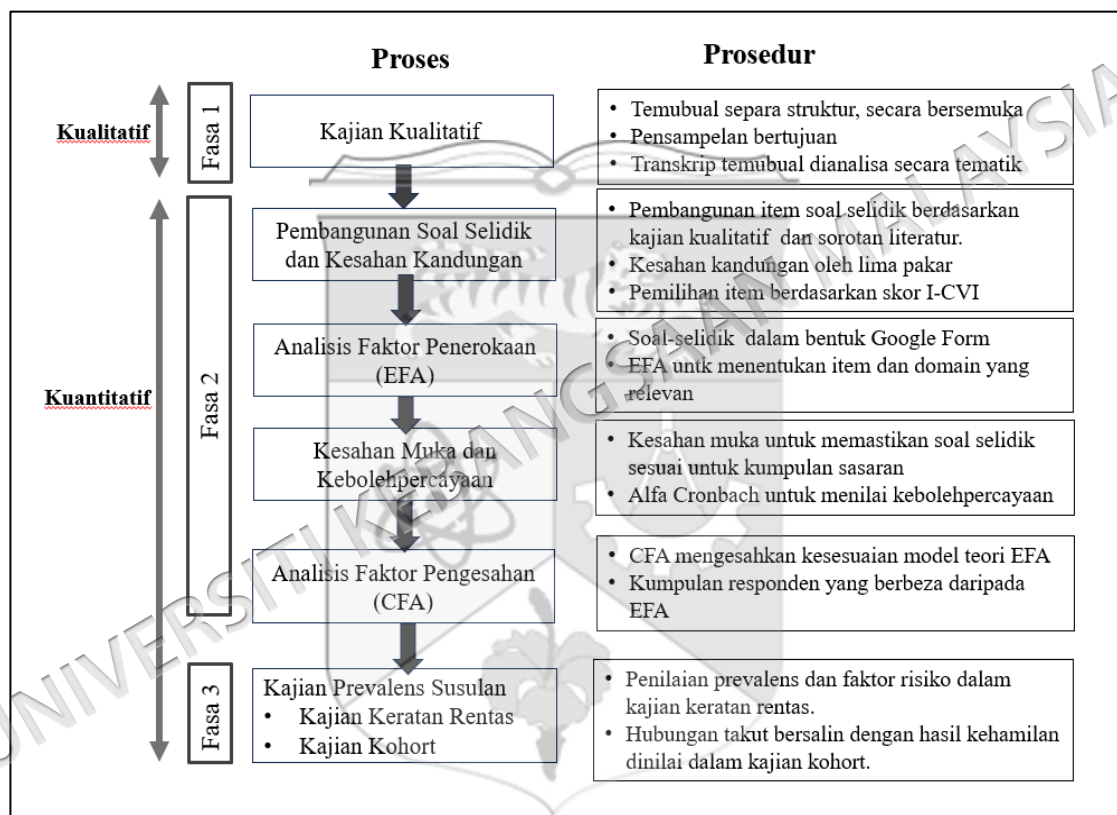
Semua data responden daripada Fasa 2 yang merangkumi ciri demografi, sosioekonomi dan klinikal, serta respons soal selidik, digunakan dalam analisis kajian keratan rentas. Peserta kajian ini kemudiannya diikuti sehingga bersalin. Data berkaitan hasil kehamilan diperoleh daripada rekod perubatan elektronik HCTM, serta Sistem ObsCentral, yang menyimpan rekod proses bersalin dan kelahiran.

Data maternal merangkumi penggunaan analgesia, kaedah kelahiran, anggaran kehilangan darah dan komplikasi obstetrik. Data neonatal pula merangkumi berat lahir, pH darah tali pusat, skor Apgar dan kemasukan ke Unit Rawatan Rapi Neonatal (NICU). Pengumpulan data untuk kajian kohort telah dilaksanakan dari September sehingga November 2025.

Kaedah analisis statistik yang digunakan dalam pengiraan prevalens dan penentuan faktor risiko, serta dalam penilaian hubungan antara takut bersalin dan hasil kehamilan, diuraikan secara terperinci dalam bahagian seterusnya.

3.3.7 Carta Alir Kajian

Rajah 3.1 memaparkan carta alir kajian. Carta ini menerangkan proses dan prosedur yang terlibat dalam setiap fasa.



Rajah 3.1 Carta Alir Kajian

3.3.8 Pengiraan Saiz Sampel

Pengiraan saiz sampel responden untuk penilaian kesahan kandungan, EFA, kesahan muka, kebolehpercayaan dan CFA telah dibincangkan dalam bahagian terdahulu.

Fasa 3 memerlukan dua pengiraan saiz sampel yang berasingan berdasarkan reka bentuk kajian yang berbeza, selaras dengan objektif masing-masing: kajian keratan rentas

untuk menentukan prevalens dan mengenal pasti faktor risiko, serta kajian kohort untuk menilai hubungan antara takut bersalin dan hasil kehamilan.

Formula berikut digunakan untuk menentukan saiz sampel bagi perbandingan dua perkadaran bebas (Rosner 2011)

$$N_1 = \left\{ z_{1-\alpha/2} * \sqrt{\bar{p} * \bar{q} * \left(1 + \frac{1}{k}\right)} + z_{1-\beta} * \sqrt{p_1 * q_1 + \left(\frac{p_2 * q_2}{k}\right)} \right\}^2 / \Delta^2$$

Formula
saiz
sampel
(3.1)

$$q_1 = 1 - p_1$$

$$q_2 = 1 - p_2$$

$$\bar{p} = \frac{p_1 + kp_2}{1 + K}$$

$$\bar{q} = 1 - \bar{p}$$

di mana,

P_1, P_2 = kadaran (insiden) of kumpulan #1 and #2

$\Delta = |P_2 - P_1|$ = perbezaan mutlak antara dua kadaran

n_1 = saiz sampel untuk kumpulan #1

n_2 = saiz sampel untuk kumpulan #2

α = kebarangkalian ralat jenis I (lazimnya 0.05)

β = kebarangkalian ralat jenis II (lazimnya 0.2)

z = nilai Z kritikal untuk nilai α or β tertentu

K = nisbah saiz sampel untuk kumpulan #2 kepada kumpulan #1

a Pengiraan Saiz sampel untuk Kajian Keratan Rentas

Untuk menentukan saiz sampel yang paling sesuai, pengiraan telah dibuat menggunakan nilai perkadaran daripada hasil kajian yang terdahulu. Jumlah sampel juga mengambilkira kadar keciciran sebanyak 10%. Jadual 3.1 memaparkan jumlah saiz sampel berdasarkan kajian yang berbeza.

Jadual 3.1 Pengiraan Saiz Sampel untuk Kajian Keratan Rentas

No	Faktor	Perkadaran tokofobia	Saiz sampel*	10% tambahan	Jumlah saiz sampel
1	Tahap Pendidikan; Sekolah menengah vs Kolej (Elvander et al. 2013)	P ₁ : 0.28 P ₂ : 0.18	554	55	609
2	Kehamilan yang dirancang; Ya vs Tidak (Elvander et al. 2013)	P ₁ : 0.16 P ₂ : 0.27	436	44	480
3	Sokongan sosial; Rendah vs Tinggi (Khwepeya et al. 2018)	P ₁ : 0.37 P ₂ : 0.15	122	12	134
4	Subfertiliti; Ya vs Tidak (Barat et al. 2023)	P ₁ : 0.53 P ₂ : 0.28	118	12	130
5	Pekerjaan; Suri rumah vs Bekerja (Barat et al. 2023)	P ₁ : 0.32 P ₂ : 0.19	350	35	385

(*) Saiz sampel untuk kedua-dua kumpulan

Kajian ini telah memilih nilai yang paling tinggi iaitu 609 sebagai saiz sampel untuk mengkaji faktor risiko tokofobia.

b Pengiraan Saiz Sampel untuk Kajian Kohort

Penentuan saiz sampel untuk mengkaji hubungan antara tokofobia dan hasil kehamilan mengambil kira kadar keciciran sebanyak 30%, berdasarkan kemungkinan sebahagian responden memilih untuk bersalin di hospital lain. Jadual 3.2 memaparkan pengiraan saiz sampel berdasarkan hasil kajian yang berbeza.

Jadual 3.2 Pengiraan Saiz Sampel untuk Kajian Kohort

No	Hasil Kehamilan	Perkadaran Tokofobia (P ₁) vs Tiada Tokofobia (P ₂)	Saiz sampel*	30% tambahan	Jumlah saiz sampel
1	Pembedahan caesarean elektif (Haines et al. 2012)	P ₁ : 0.49 P ₂ : 0.17	66	20	86
2	Epidural (Haines et al. 2012)	P ₁ : 0.42 P ₂ : 0.31	598	179	777
3	Pembedahan caesarean kecemasan (Laursen et al. 2009)	P ₁ : 0.12 P ₂ : 0.09	2696	809	3505
4	Kelahiran normal (Sysdjo et al. 2012)	P ₁ : 0.51 P ₂ : 0.75	128	38	166
5	Pembedahan caesarean elektif (Sysdjo et al. 2012)	P ₁ : 0.30 P ₂ : 0.04	64	19	83
6	Kelahiran normal (Nieminem et al. 2017)	P ₁ : 0.56 P ₂ : 0.75	194	58	252
7	Kelahiran normal (Rouhe et al. 2011)	P ₁ : 0.52 P ₂ : 0.80	84	25	109

(*) Saiz sampel untuk kedua-dua kumpulan

Kajian ini menetapkan saiz sampel sebanyak 225 responden untuk menilai hubungan antara tokofobia dan hasil kehamilan. Jumlah ini dipilih kerana dianggap paling sesuai, mengambil kira kebolehlaksanaan pengumpul data dalam tempoh penyelidikan yang ditetapkan.

3.4 DEFINISI OPERASI KAJIAN

3.4.1 Pemboleh Ubah Tidak Bersandar

Dalam kajian keratan rentas yang menilai faktor risiko tokofobia, pemboleh ubah tidak bersandar terdiri daripada faktor demografi, sosioekonomi dan klinikal. Status takut bersalin bertindak sebagai pemboleh ubah bersandar dalam analisis keratan rentas. Namun, dalam kajian kohort, ia berfungsi sebagai pemboleh ubah tidak bersandar bagi bagi menilai hubungannya dengan hasil kehamilan.

a Faktor Demografi dan Sosioekonomi**i Umur**

Responden diminta menyatakan umur mereka semasa menjawab soal selidik. Nilai tersebut kemudiannya dikategorikan kepada lima kumpulan, iaitu: 1) 18 hingga 24 tahun, 2) 25 hingga 29 tahun, 3) 30 hingga 34 tahun, 4) 35 hingga 39 tahun, dan 5) 40 tahun dan ke atas (DOSM 2025). Pemboleh ubah ini turut dikategorikan kepada dua kumpulan, iaitu umur kurang daripada 35 (<35) dan 35 tahun dan keatas (≥ 35).

ii Etnik

Etnik responden dinilai sebagai pemboleh ubah kategori berdasarkan kaum utama di Malaysia, iaitu Melayu, Cina, India, Bumiputera, dan lain-lain (DOSM 2025).

iii Tahap Pendidikan

Pemboleh ubah ini dinilai berdasarkan tahap pendidikan tertinggi yang dicapai oleh responden iaitu, sekolah rendah, sekolah menengah, kolej dan universiti. Pemboleh ubah ini kemudian dikategorikan lagi kepada tahap pendidikan rendah (sekolah rendah dan menengah) dan tahap pendidikan tinggi (kolej dan universiti) (Phunyammalee et al. 2019; Takegata et al. 2014).

iv Status Pekerjaan

Pemboleh ubah ini dikategorikan kepada bekerja sepenuh masa, bekerja sendiri dan suri rumah (Phunyammalee et al. 2019). Wanita yang mempunyai sumber pendapatan, sama ada melalui pekerjaan sepenuh masa atau bekerja sendiri, kemudiannya dikelompokkan dalam kumpulan yang sama iaitu bekerja, manakala suri rumah dikategorikan sebagai tidak bekerja.

v Pendapatan Isi Rumah

Responden diminta untuk menyatakan pendapatan isi rumah sebulan. Nilai tersebut kemudiannya dikategorikan kepada kurang daripada RM 4999, RM 5000 hingga 9999,

dan RM 10000 dan lebih. Kategori pendapatan isi rumah ini umumnya adalah berdasarkan klasifikasi B40, M40 dan T20 oleh Jabatan Statistik Malaysia (DOSM 2022).

b Faktor Klinikal

i Status Primigravida

Primigravida merujuk kepada wanita yang mengandung buat kali pertama (Marcelina et al. 2019). Pemboleh ubah kategori ini mempunyai dua kategori iaitu ya atau tidak.

ii Pariti

Pariti merujuk kepada bilangan kelahiran yang pernah dialami oleh seseorang wanita. Pembolehubah ini mempunyai dua kategori iaitu nullipara yang merujuk kepada wanita yang belum pernah melahirkan anak, dan bukan nullipara iaitu wanita yang pernah melahirkan sekurang-kurangnya satu anak (Toohill et al. 2014).

iii Sejarah Keguguran Kandungan

Pemboleh ubah kategori ini mempunyai dua pilihan, iaitu ya atau tidak, berdasarkan sejarah responden yang pernah mengalami keguguran kandungan atau tidak (Gao et al. 2015).

iv Sejarah Pembedahan Caesarean

Pemboleh ubah yang mempunyai kategori ya atau tidak ini merujuk kepada samada responden pernah melahirkan anak melalui kaedah pembedahan caesarean (Lukasse et al. 2014).

v Usia Kandungan

Responden diminta menyatakan usia kandungan mereka (dalam minggu) semasa menjawab soal selidik. Nilai ini kemudiannya di kategorikan mengikut trimester iaitu

trimester pertama (≤ 13 minggu), trimester kedua (14 hingga 27 minggu) dan trimester ketiga (≥ 28 minggu) (Huang et al. 2021).

vi Masalah Perubatan

Pemboleh ubah ini merujuk kepada masalah perubatan yang di alami oleh wanita semasa kehamilan. Responden diminta memilih kategori yang bersesuaian dan dibenarkan memilih lebih daripada satu kategori jika perlu. Kategori yang terlibat adalah tiada masalah perubatan, anemia, diabetes semasa hamil, tekanan darah tinggi, asma dan lain-lain (Räisänen et al. 2014). Jawapan responden kemudiannya di kelompokkan kepada dua kumpulan, iaitu ada masalah perubatan dan tiada masalah perubatan.

3.4.2 Pemboleh Ubah Bersandar

a Takut Bersalin

Pemboleh ubah bersandar ini merujuk kepada tokofobia yang di alami oleh responden. Skor ambang untuk menentukan samada seseorang responden mengalami takut bersalin adalah 50% daripada jumlah keseluruhan skor soal selidik. Status takut bersalin adalah pemboleh ubah bersandar dalam kajian keratan rentas, namun ia bertindak menjadi pemboleh ubah tidak bersandar dalam kajian kohort. Komponen-komponen takut bersalin iaitu: 1) proses bersalin dan kelahiran, 2) kesakitan, 3) emosi, dan 4) interaksi dengan petugas kesihatan, turut menjadi pemboleh ubah bersandar dalam kajian rentas.

Komponen proses bersalin dan kelahiran menilai tahap ketakutan wanita hamil terhadap proses melahirkan bayi, manakala komponen kesakitan menilai kebimbangan terhadap kesakitan semasa bersalin. Komponen emosi pula mengukur tahap keyakinan dan ketenangan wanita hamil dalam menghadapi kelahiran. Seterusnya, komponen interaksi dengan petugas kesihatan menilai persepsi wanita hamil terhadap petugas kesihatan yang mengendalikan proses kelahiran.

b Hasil Kehamilan

Hasil kehamilan yang dinilai dalam kajian ini merangkumi kaedah bersalin, penggunaan analgesia, serta komplikasi maternal dan neonatal.

i Kaedah Bersalin

Pemboleh ubah bersandar ini merujuk kepada kaedah bersalin responden iaitu kelahiran vagina yang merangkumi kelahiran secara normal dan kelahiran menerusi bantuan instrumen, pembedahan caesarean elektif, dan pembedahan caesarean kecemasan (Sydsjö et al. 2012).

ii Analgesia

Pemboleh ubah ini merujuk kepada sebarang penggunaan ubat penahan sakit (analgesia) sepanjang proses bersalin, iaitu epidural, suntikan pethidine ataupun gas nitrous oxide (entonox) (Rouhe et al. 2011; Sydsjö et al. 2012).

iii Epidural

Pemboleh ubah ini merujuk sebagai penggunaan epidural sebagai penahan sakit semasa proses bersalin (Rouhe et al. 2011; Sydsjö et al. 2012).

iv Pendarahan Selepas Bersalin

Pemboleh ubah ini merujuk kepada pendarahan selepas bersalin, yang terdiri daripada dua kategori. Kategori pertama ialah pendarahan normal yang melibatkan kehilangan darah kurang daripada 500ml, manakala kategori kedua adalah pendarahan teruk di mana kehilangan darah adalah sebanyak 500ml atau lebih. Pendarahan teruk ini juga dikenali sebagai *postpartum haemorrhage* (PPH). Kajian ini hanya mengambil kira PPH primer, iaitu pendarahan teruk yang terjadi dalam tempoh 24 jam selepas kelahiran (Rath 2011).

v Hasil Neonatal yang Negatif

Pemboleh ubah ini merujuk kepada sebarang keadaan neonatal yang tidak memuaskan seperti berikut: (a) Kelahiran pramatang sebelum 37 minggu, (b) Berat lahir rendah iaitu kurang daripada 2500 gram, (c) Skor Apgar kurang daripada 7 pada minit kelima selepas kelahiran, (d) pH darah arteri tali pusat kurang daripada 7.1, dan (e) kemasukan ke unit rawatan rapi neonatal (NICU) (Hall et al. 2012)}

3.5 INSTRUMEN KAJIAN

Beberapa instrumen kajian telah digunakan termasuk:

- a) Soal selidik separa berstruktur untuk sesi temu bual bersemuka
- b) Soal selidik bagi penilaian kesahan kandungan
- c) Soal selidik takut bersalin untuk pengesahan psikometrik

Google Forms iaitu platform dalam talian berasaskan web, telah digunakan untuk mengedar dan mengumpul data soal selidik kajian secara elektronik. Perkhidmatan ini adalah percuma dan sesuai digunakan sebagai instrumen soal selidik sendiri (*self-administered questionnaire*). Pautan borang soal selidik diedarkan melalui email, applikasi komunikasi seperti Whatsapp, atau melalui imbasan kod QR.

Data yang dikumpul melalui *Google Forms* direkodkan secara automatik dan dieksport ke format hamparan (fail Excel). Fail tersebut kemudiannya dimuat naik ke perisian SPSS untuk analisis statistik. Platform ini bukan sahaja digunakan dalam proses pembangunan dan pengesahan soal selidik, malah turut memudahkan pengumpulan data berkaitan hasil kehamilan.

3.5.1 Soal Selidik Separu Berstruktur

Soal selidik separu berstruktur yang dibangunkan melalui sorotan literatur ini, digunakan sebagai panduan semasa sesi temu bual bersemuka. Soal selidik dwi bahasa ini merangkumi topik berkenaan persepsi dan jangkaan wanita terhadap proses bersalin termasuk kesakitan bersalin, prosedur obstetrik, risiko kepada bayi, sokongan sepanjang

proses bersalin , serta perkhidmatan kesihatan. Senarai soalan temu bual kajian kualitatif dipaparkan dalam Jadual 3.3.

Jadual 3.3 Senarai Soalan Temu Bual Kajian Kualitatif

Tema Soalan	No	Bahasa Melayu	Bahasa Inggeris
Persepsi dan jangkaan wanita terhadap proses bersalin	1	Apakah perasaan anda tentang proses bersalin?	<i>How do you feel about childbirth?</i>
	2	Bagaimana proses bersalin yang anda anggap sempurna? (dari segi fasiliti/staf/sokongan)	<i>What do you consider a perfect or ideal delivery? (in terms of facility/staff/support)</i>
	3	Apakah yang anda rasakan mungkin menjadi cabaran semasa anda bersalin?	<i>What do you feel might be a challenge during your delivery?</i>
	4	Apakah yang mungkin menakutkan anda semasa proses bersalin?	<i>What might scare you during labour?</i>
	5	Adakah anda bersedia untuk menjalani proses bersalin?	<i>Are you ready to give birth?</i>
	6	Adakah anda rasa proses bersalin anda akan berjalan dengan lancar? Jelaskan	<i>Do you think your labour will go smoothly? Explain</i>
Proses bersalin dan kelahiran	7	Apakah pendapat anda berkenaan sakit sepanjang proses bersalin?	<i>What do you think about pain during childbirth?</i>
	8	Apakah perasaan anda tentang: ▪ Episiotomi (potongan faraj yg dibuat utk memudahkan proses kelahiran bayi) ▪ Kelahiran vakum ▪ Kelahiran forsep ▪ Kelahiran melalui pembedahan caesarean	<i>How do you feel about the following:</i> ▪ <i>Episiotomy</i> ▪ <i>Vacuum delivery</i> ▪ <i>Forceps delivery</i> ▪ <i>Caesarean section</i>
Kerisauan terhadap keadaan bayi	9	Apakah kerisauan anda berkenaan bayi semasa proses bersalin?	<i>What are your worries about the baby during the delivery process?</i>
Pengalaman bersalin	10	Bagaimanakah pengalaman bersalin anda sebelum ini mempengaruhi pemikiran anda terhadap proses bersalin?	<i>How has your previous birth experience affected your thoughts on childbirth?</i>

bersambung...

...sambungan			
Rawatan kesihatan dan sokongan	11	Apakah bentuk sokongan yang anda harapkan semasa bersalin? (keluarga/suami)	<i>What form of support do you expect in labour?</i>
	12	Apakah peranan suami yang anda harapkan semasa proses bersalin?	<i>What role do you expect your husband to play during labour?</i>
	13	Apakah yang anda harapkan daripada petugas kesihatan seperti doktor dan jururawat yang menjaga anda sepanjang proses bersalin?	<i>What do you expect from health workers, such as doctors and nurses, who take care of you throughout the birthing process?</i>
	14	Adakah anda menerima maklumat berkenaan proses bersalin? Sila jelaskan	<i>Do you receive information regarding childbirth? Please explain</i>
Lain-lain	15	Adakah anda mempunyai perkara lain yang ingin anda kongsi?	<i>Do you have anything else that you would like to share?</i>

3.5.2 Soal Selidik untuk Penilaian Kesahan Kandungan

Sebanyak 137 item soal selidik dalam Bahasa Inggeris telah dibangunkan berdasarkan dapatan kajian kualitatif dan sorotan literatur. Daripada jumlah tersebut, 109 item diadaptasi daripada instrumen penilaian tokofobia yang dilaporkan dalam literatur, manakala 28 item dibangunkan berdasarkan data kualitatif kajian ini. Jadual 3.4 memaparkan senarai instrumen dalam literatur yang dijadikan panduan untuk pembangunan item.

Jadual 3.4 Instrumen Penilaian Tokofobia yang Digunakan sebagai Panduan Pembangunan Item

No	Nama Soal Selidik	Bilangan Item	Negara Asal
1	<i>Wijma Delivery Expectancy Questionnaire</i> (WDEQ-A) (Wijma et al. 1998)	33	Sweden
2	<i>Childbirth Attitudes Questionnaire</i> (CAQ) (Lowe 2000)	16	Amerika Syarikat
3	<i>Childbirth Fear Questionnaire</i> (CFQ) (Fairbrother et al. 2022)	40	Kanada
4	<i>Tilburg Pregnancy Distress Scale</i> (TDPS) (Pop et al. 2011)	16	Netherlands
5	<i>Oxford Worries about Labour Scale</i> (OWLS) (Redshaw et al. 2009)	10	England
6	<i>Slade-Pais Expectations of Childbirth Scale</i> (SPECS) (Slade et al. 2016)	50	England
7	<i>Pregnancy-Specific Anxiety Tool</i> (PSAT) (Bayrampour et al. 2023)	33	Kanada

Bagi memudahkan proses penilaian kesahan kandungan oleh pakar, *Google Forms* digunakan untuk menyenaraikan kesemua item dalam 23 kategori yang berbeza. Setiap pakar diminta menilai tahap kesesuaian setiap item menggunakan skala empat mata, di mana skor 1 mewakili “paling tidak sesuai”, skor 2 “tidak sesuai”, skor 3 “sesuai”, dan skor 4 “paling sesuai”. Pakar turut digalakkan memberikan komen konstruktif bagi tujuan penambahbaikan item soal selidik. Senarai penuh 137 item tersebut disertakan dalam Lampiran D.

3.5.3 Soal Selidik Takut Bersalin untuk Pengesahan Psikometrik

Wanita hamil yang hadir ke temujanji klinik antenatal HCTM telah dijemput untuk melengkapkan soal selidik elektronik sendiri dalam bentuk *Google Forms*. Peserta perlu mengimbas kod QR yang disediakan menggunakan telefon bimbit masing-masing, untuk mencapai borang elektronik tersebut. Bagi peserta yang tidak mempunyai telefon bimbit atau akses internet, sebuah komputer tablet telah disediakan bagi kegunaan responden untuk menjawab soal selidik.

Google Forms berkenaan mengandungi bahagian persetujuan yang wajib diisi oleh setiap responden. Hanya mereka yang bersetuju untuk menyertai kajian ini, dapat

beralih ke bahagian soal selidik seterusnya. Bagi individu yang enggan meyertai kajian ini, mereka akan diarahkan ke halaman *Google Forms* yang terakhir, untuk terus menghantar borang.

Setiap responden diminta untuk mengisi nombor pendaftaran pesakit mereka, yang akan digunakan dalam kajian kohort seterusnya bagi pengumpulan data kelahiran. Soal selidik *Google Forms* ini dimulakan dengan soalan berkenaan demografi wanita iaitu umur, etnik, tahap pendidikan, status pekerjaan dan pendapatan isi rumah. Segmen seterusnya merangkumi maklumat klinikal seperti status primigravida, sejarah keguguran kandungan, bilangan anak, sejarah kelahiran caesarean, usia kandungan serta masalah perubatan semasa kehamilan hamil.

Untuk kumpulan EFA, soal selidik takut bersalin mempunyai 43 item. Setiap item terdiri daripada satu pernyataan dengan pilihan jawapan menggunakan skala Likert daripada 1 (sangat tidak bersetuju) hingga 7 (sangat bersetuju). Skala Likert tujuh mata dipilih kerana menawarkan ketepatan pengukuran yang lebih tinggi, mudah digunakan dan lebih berkesan dalam mencerminkan penilaian sebenar responden (Finstad 2010). Bagi memastikan kelengkapan data, setiap responden dikehendaki menjawab setiap soalan, sebelum berpindah ke item seterusnya. Salinan *Google Forms* yang digunakan untuk proses EFA telah disertakan dalam Lampiran E.

Versi akhir soal selidik takut bersalin yang terhasil melalui proses EFA kemudiannya diedarkan kepada kumpulan responden yang berbeza untuk tujuan analisis CFA. *Google Forms* yang digunakan mengandungi segmen demografi, sosioekonomi dan klinikal yang serupa seperti versi terdahulu. Versi akhir yang mengandungi 20 item ini, turut menggunakan skala Likert tujuh mata, namun susunan item telah diubah selepas proses EFA bagi memastikan aliran yang lebih koheren kepada pengguna.

3.6 ANALISIS STATISTIK

Pelbagai perisian telah digunakan untuk menjalankan analisis statistik kajian. Perisian ATLAS.ti 25 digunakan bagi data kualitatif, manakala analisis data kuantitatif

menggunakan perisian *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) versi 26.0 dan *Analysis of Moment Structures* (AMOS) versi 29.0.

3.6.1 Fasa 1 : Kajian Kualitatif

Analisis tematik bagi data kualitatif dijalankan menggunakan perisian ATLAS.ti 25 versi Windows. Krippendorff Cu- α adalah ukuran kebolehpercayaan antara pengekod (*intercoder reliability*). Bagi proses penilaian Krippendorff Cu- α , penyelidik utama akan terlebih dahulu menganalisis semua transkrip dan membangunkan sistem kod yang lengkap untuk semua pernyataan terbabit. Seterusnya, dua pengekod bebas menilai setiap pernyataan dan memadankannya dengan kod yang telah tersedia. Nilai Krippendorff Cu- α seterusnya dikira berdasarkan input daripada ketiga-tiga pengekod, dan nilai melebihi 0.8 menunjukkan tahap persetujuan yang memuaskan antara pengekod (Marzi et al. 2024).

3.6.2 Fasa 2 : Pembangunan dan Pengesahan Soal Selidik

a Kesahan kandungan (*Content validity*)

Untuk proses kesahan kandungan, setiap pakar telah diminta menilai tahap kesesuaian setiap item menggunakan skala interval daripada 1 hingga 4, di mana 1 mewakili tahap yang paling tidak sesuai, manakala 4 mewakili tahap yang paling sesuai. Bagi pengiraan indeks kesahan kandungan, penilaian pakar kemudiannya dikod semula kepada dua kategori, iaitu skor 1 (sesuai) diberikan bagi skala kesesuaian 3 atau 4, manakala skor 0 (tidak sesuai) diberikan bagi skala kesesuaian 1 atau 2. Indeks kesahan kandungan item (*Item Content Validity Index*, I-CVI) dikira berdasarkan formula berikut:

$$\text{I-CVI} = \frac{\text{Bilangan pakar yang menilai item sebagai sesuai}}{\text{Jumlah pakar}}$$

Kajian ini menggunakan nilai I-CVI sekurang-kurangnya 0.80, sebagai syarat untuk mengekalkan sesuatu item dalam soal-selidik (Yusoff et al. 2021).

b Analisis faktor penerokaan (*Exploratory factor analysis*)

Analisis faktor penerokaan dijalankan menggunakan perisian Statistical Package for Social Sciences (SPSS) versi 26.0. Kecukupan pensampelan dinilai melalui ujian kesferaan Bartlett (*Bartlett's test of sphericity*) dan ujian Kaiser–Meyer–Olkin (KMO). Bagi memastikan analisis faktor sesuai dijalankan, ujian Bartlett perlu mencapai keputusan yang signifikan ($p < 0.05$), manakala ujian KMO perlu mencapai nilai sekurang-kurangnya 0.6 (Tabachnick & Fidell 2013).

Pengekstrakan faktor melalui analisis komponen utama (*principal component analysis*, PCA), bertujuan untuk memperoleh penyelesaian yang ringkas dengan bilangan faktor yang paling minimum, namun masih mampu menerangkan sebanyak mungkin varians dalam set data asal (Tabachnick & Fidell 2013). Tabachnick & Fidell (2013) mengesyorkan agar penyelidik menggunakan pendekatan penerokaan dengan menguji beberapa bilangan faktor yang berlainan sehingga mencapai penyelesaian yang memuaskan. Bagi memastikan struktur faktor yang boleh dipercayai, nilai varians kumulatif telah ditetapkan pada kadar sekurang-kurangnya 60% (Williams et al. 2010).

Tiga kaedah telah digunakan untuk menentukan bilangan faktor yang perlu dikekalkan, iaitu kriteria Kaiser (*Kaiser's criterion*), ujian scree (*scree test*) dan analisis selari (*parallel analysis*). Nilai eigen bagi sesuatu faktor mewakili jumlah varians keseluruhan yang dapat diterangkan oleh faktor tersebut. Oleh yang demikian, berdasarkan kriteria Kaiser, hanya faktor yang mempunyai nilai eigen (*eigenvalue*) ≥ 1 dikekalkan untuk analisis selanjutnya. (Pallant 2016).

Ujian scree melibatkan pemeriksaan graf nilai eigen untuk mengenal pasti titik pemisah (*elbow point*) di mana lengkung graf mula mendatar. Faktor yang berada di atas titik pemisah tersebut dianggap signifikan dan dikekalkan (Costello & Osborne 2005; Pallant 2016). Analisis selari pula melibatkan perbandingan nilai eigen yang diperoleh daripada data kajian dengan nilai eigen daripada set data yang dijana secara rawak. Hanya faktor yang mempunyai nilai eigen yang melebihi nilai sepadan daripada set data rawak tersebut dikekalkan (Pallant 2016).

Putaran faktor (*factor rotation*) bertujuan untuk mengenal pasti corak muatan item yang memudahkan proses penafsiran. Kajian ini menggunakan putaran oblik Promax yang mengekalkan item dengan nilai muatan faktor minimum 0.4 (Boateng et al. 2018). Putaran oblik dipilih kerana kaedah tersebut membolehkan hubungkait antara item (Pallant 2016) dan memberikan gambaran yang lebih tepat dalam kajian yang melibatkan tingkah laku manusia (Williams et al. 2010).

Seterusnya untuk menghasilkan model EFA yang paling sesuai, penilaian item dibuat berdasarkan matriks corak (*pattern matrix*), komunaliti (*communalities*) dan korelasi inter-item (*inter-item correlation*). Matriks corak digunakan untuk menilai muatan item dalam setiap faktor (Costello & Osborne 2005). Komunaliti pula menjelaskan varians dalam setiap item, dan item dengan nilai <0.4 telah di semak atau digugurkan disebabkan oleh ketidaksepadanan dengan faktor yang dicadangkan (Pallant 2016). Pengurangan item untuk model akhir soal selidik turut dibuat berdasarkan nilai korelasi inter-item > 0.7 , di mana nilai tersebut menunjukkan pengukuran konstruk yang sama oleh item-item yang terlibat (Röschel et al. 2021).

Model soal selidik yang dihasilkan melalui EFA, seterusnya menjalani ujian kebolehpercayaan dalam kajian rintis.

c Ujian kebolehpercayaan (*Reliability testing*)

Kebolehpercayaan soal selidik ini diuji menggunakan Alfa Cronbach. Kaedah statistik ini menilai konsistensi dalaman item-item skala, iaitu tahap sejauh mana item-item dalam skala tersebut saling berkorelasi antara satu sama lain berbanding dengan skor jumlah keseluruhan (Boateng et al. 2018). Nilai antara 0.80 hingga 0.95 dianggap sebagai julat yang dikehendaki bagi konsistensi dalaman sesuatu soal selidik, manakala nilai Alfa Cronbach sekurang-kurangnya 0.70 lazimnya diterima sebagai ambang kebolehpercayaan (Boateng et al. 2018), dan digunakan untuk kajian ini.

d Analisis faktor pengesahan (*Confirmatory factor analysis*)

Analisis faktor pengesahan dijalankan menggunakan perisian AMOS. Dalam CFA, model yang dicadangkan (melalui EFA), dianggap mempunyai kesesuaian yang

memuaskan apabila semua indeks kesesuaian model menepati kriteria minimum yang ditetapkan. Jadual berikut menyenaraikan semua indeks yang terlibat berserta kriteria minimum masing-masing:

Jadual 3.5 Kategori Kesesuaian Model, Indeks Kesesuaian dan Tahap Penerimaan untuk CFA

Kategori	Nama Indeks	Tahap Penerimaan
Kesesuaian mutlak (<i>Absolute Fit</i>)	<i>Root Mean Square Error of Approximation</i> (RMSEA)	RMSEA < 0.080
	<i>Goodness of Fit Index</i> (GFI)	GFI > 0.850
Kesesuaian inkremental (<i>Incremental Fit</i>)	<i>Adjusted Goodness of Fit Index</i> (AGFI)	AGFI > 0.850
	<i>Comparative Fit Index</i> (CFI)	CFI > 0.900
	<i>Incremental Fit Index</i> (IFI)	IFI > 0.900
	<i>Tucker–Lewis Index</i> (TLI)	TLI > 0.900
Kesesuaian Parsimoni (<i>Parsimonious fit</i>)	<i>Chi-square/df</i> (χ^2/df)	$\chi^2/df < 3$

Sumber: Boateng et al. 2018; Wu et al. 2025

3.6.3 Fasa 3: Kajian Prevalens Susulan

a Analisis Prevalens dan Faktor Risiko Takut Bersalin

Analisis deskriptif dilakukan di mana data setiap pemboleh ubah tidak bersandar dilaporkan dalam bentuk nilai mutlak dan peratusan. Skor potong (*cut-off score*) untuk menentukan samada responden mengalami takut bersalin, ditentukan berdasarkan nilai pertengahan (*midvalue*) di antara skor minimum dan skor maksimum (Wang et al. 2016), berdasarkan formula berikut:

$$\text{Skor potong} = \frac{(\text{Skor minimum} + \text{skor maksimum})}{2}$$

Kaedah ini dipilih untuk kerana ia lebih ringkas dan memudahkan penafsiran data di mana data kajian dapat dibahagikan kepada dua kumpulan binari iaitu takut bersalin dan tidak takut bersalin. Nilai pertengahan, menyediakan ambang neutral (*neutral threshold*) terutamanya apabila ambang sebenar tidak diketahui, kerana tiada instrumen piawai yang dipersetujui secara global untuk menilai takut bersalin.

WHO-5 yang merupakan Indeks Kesejahteraan Pertubuhan Kesihatan Sedunia 5-item (*5-item World Health Organization Well-Being Index*), adalah contoh soal selidik yang menggunakan skor potong berdasarkan nilai pertengahan (*midvalue cut-off score*). WHO-5 menunjukkan kesahihan yang memuaskan sebagai alat saringan untuk kemurungan dan juga sebagai ukuran hasil dalam ujian klinikal yang merentasi pelbagai kepakaran (Topp et al. 2015).

Analisis berterusan skor MyFOB digunakan untuk menilai faktor risiko berkaitan dengan variasi tahap takut bersalin merentas keseluruhan julat skor, manakala analisis kategorikal digunakan untuk menganggarkan prevalens, mengenal pasti faktor yang berkaitan dengan tahap keparahan yang berbeza, serta memudahkan tafsiran klinikal dapatan kajian.

Ujian normaliti data iaitu Kolmogorov-Smirnov dan Shapiro Wilk menunjukkan bahawa data pemboleh ubah bersandar iaitu skor tokofobia mempunyai taburan yang tidak normal. Oleh yang demikian, Ujian Mann-Whitney dan Kruskal Wallis telah digunakan untuk perbandingan skor tokofobia di antara kumpulan.

Data kategori telah dianalisis menggunakan ujian khi kuasa dua (*chi-square test*) atau ujian tepat Fisher (*Fisher's exact test*) jika bersesuaian. Regresi logistik mudah (*simple logistic regression*) yang melibatkan satu pemboleh ubah atau univariabel, juga digunakan untuk mengenal pasti faktor-faktor risiko untuk takut bersalin. Walaupun pada kebiasaannya, nilai p kurang daripada 0.05 dianggap sebagai signifikan secara statistik, namun untuk mengurangkan kadar positif palsu, nilai p terlaras berdasarkan pembetulan Bonferroni, telah digunapakai untuk ujian khi kuasa dua, Mann-Whitney serta regresi logistik mudah.

Bagi menentukan faktor risiko bebas (*independent risk factor*), analisis regresi logistik berganda (*multiple logistic regression*) telah dijalankan dengan menggunakan kaedah ke hadapan (*forward*) dan ke belakang (*backward*), yang membolehkan analisis data secara penerokaan (Chowdhury & Turin 2020) Kesemua pembolehubah tidak bersandar yang mempunyai nilai $p < 0.25$ dalam analisis regresi logistik mudah dan yang

dianggap penting dari segi klinikal, telah dipilih untuk analisis regresi logistik berganda (Hosmer Jr et al. 2013).

b Analisis Hasil Kehamilan

Hubungan antara skor median MyFOB serta komponen-komponen skala, dengan hasil kehamilan dinilai menerusi ujian Mann-Whitney. Perbandingan skor dibuat untuk pelbagai kategori hasil kehamilan yang merangkumi kaedah bersalin, penggunaan analgesia termasuk epidural, komplikasi maternal dan kesan negatif ke atas bayi neonatal.

Seterusnya, ujian khi kuasa dua dan regresi logistik mudah dijalankan untuk mengenal pasti hasil kehamilan yang mempunyai hubungan signifikan dengan takut bersalin serta takut bersalin tahap sederhana-teruk. Nilai p terlaras turut digunakan untuk menentukan tahap signifikan bagi ujian Mann-Whitney, khi kuasa dua dan regresi logistik mudah. Penilaian untuk menentukan samada takut bersalin adalah merupakan faktor bebas untuk hasil kehamilan, juga dijalankan menerusi analisis regresi logistik berganda.

3.6.4 Triangulasi

Proses triangulasi dijalankan menerusi perbandingan hasil kajian daripada kaedah kualitatif dan kuantitatif (Smajic et al. 2022), bagi menilai tahap keselarasan dan saling melengkapi antara kedua-dua set dapatan, di samping mengenal pasti tema yang konsisten merentas kedua-dua kaedah. Pendekatan ini dapat meningkatkan keyakinan terhadap dapatan kajian, sekali gus menyokong kesahan dan kebolehpercayaan hasil penyelidikan.

3.7 ETIKA KAJIAN

Penyelidikan ini mendapat kelulusan daripada Sekretariat Etika Penyelidikan Universiti Kebangsaan Malaysia, dengan No Rujukan Etika: JEP-2023-633, manakala dana pembiayaan kajian diperolehi daripada Geran Fundamental Fakulti Perubatan UKM (GFFP), dengan Kod Projek : FF-2023-316. Surat kelulusan etika disertakan dalam Lampiran C.

Borang maklumat untuk peserta yang menjelaskan tujuan kajian, risiko serta faedah yang berkaitan, telah diedarkan kepada bakal responden. Mereka juga dimaklumkan berkenaan polisi kerahsiaan maklumat kajian yang melindungi identiti responden, dalam sebarang penerbitan atau pembentangan kajian. Penyertaan dalam kajian ini adalah secara sukarela dan responden dikehendaki membaca borang maklumat peserta sebelum memberikan persetujuan. Untuk responden kajian kualitatif, borang persetujuan perlu ditandatangani sebelum temu bual bermula. Manakala bagi soal selidik atas talian, responden diwajibkan untuk memilih opsyen 'Ya' di bahagian persetujuan, sebelum mereka dapat beralih ke halaman web seterusnya.

Responden juga dimaklumkan bahawa mereka berhak menarik diri daripada kajian pada bila-bila masa, dan keputusan tersebut tidak akan mempengaruhi rawatan kesihatan mereka. Salinan borang maklumat kajian (Lampiran A) dan borang persetujuan responden (Lampiran B) turut disertakan dalam tesis ini.

3.8 KESIMPULAN

Kajian ini membangunkan soal selidik melalui reka bentuk kaedah penerokaan berurutan, di mana kajian kualitatif meneroka fenomena takut bersalin dalam kalangan wanita hamil, manakala komponen kuantitatif digunakan untuk pembangunan dan pengesahan item soal selidik. Proses pengesahan melibatkan kesahan kandungan oleh pakar, analisis faktor penerokaan (EFA), ujian kebolehpercayaan, kesahan muka, dan analisis faktor pengesahan (CFA).

Soal selidik yang terhasil, seterusnya digunakan bagi menentukan prevalens dan faktor risiko tokofobia menerusi kajian keratan rentas, serta menilai hubungan antara tokofobia dan hasil kehamilan dalam kajian kohort.

BAB IV

HASIL KAJIAN

4.1 PENGENALAN

Bab ini membentangkan hasil analisis data bagi ketiga-tiga fasa kajian. Data Fasa 1 merangkumi analisis tematik daripada temu bual bersemuka. Hasil kajian Fasa 2 pula melibatkan dapatan daripada proses pembangunan dan pengesahan psikometrik soal selidik. Seterusnya, bab ini menghuraikan penemuan Fasa 3, termasuk prevalens takut bersalin, faktor risiko, serta hubungan antara takut bersalin dan hasil kehamilan.

4.2 HASIL ANALISIS FASA PERTAMA

Keputusan kajian kualitatif ini dimulakan dengan dapatan deskriptif responden, diikuti oleh tema yang disintesiskan menerusi analisis tematik transkrip temu bual. Lima tema berkaitan tokofobia telah dikenal pasti, iaitu proses bersalin dan kelahiran, risiko kepada ibu, risiko kepada bayi, keupayaan dan reaksi diri, serta sikap petugas kesihatan.

4.2.1 Keputusan Deskriptif

Temu bual secara bersemuka melibatkan 12 orang wanita telah dijalankan di klinik antenatal Hospital Canselor Tuanku Muhriz, Cheras. Semua peserta memberikan persetujuan bertulis dan telah menjawab kesemua soalan yang dikemukakan. Kajian kualitatif ini dijalankan selama enam bulan, dari Januari hingga Jun 2024, dan ketepuan data dicapai selepas temu bual dengan dua belas peserta. Jadual 4.1 membentangkan maklumat demografi dan klinikal semua peserta.

Jadual 4.1 Maklumat Demografi dan Klinikal Peserta Kajian Kualitatif

Peserta	Umur	Bangsa	Pendidikan	Pekerjaan	Gravida & Pariti	Usia Kandungan (minggu)	Kelahiran terdahulu	Masalah Perubatan
P1	36	Melayu	Diploma	Kakitangan pentadbiran	Gravida 5 Para 4	20 minggu	Kelahiran normal	Kronik hipertensi
P2	34	Cina	SPM	Kerani	Gravida 1 Para 0	36 minggu	-	Hipo-tiroidisme
P3	37	Cina	Diploma	Kerani akaun	Gravida 3 Para 0	36 minggu	-	Subfertility; Kehamilan IVF
P4	29	Melayu	Diploma	Katerer	Gravida 2 Para 1	35 minggu	Pembedahan caesarean	Sekatan pertumbuhan janin
P5	29	Melayu	Ijazah	Pegawai kewangan	Gravida 1 Para 0	36 minggu	-	Sekatan pertumbuhan janin
P6	28	Melayu	Ijazah	Eksekutif	Gravida 3 Para 0	36 minggu	-	Tiada; risiko rendah
P7	29	Melayu	Ijazah	Penganalisis kandungan digital	Gravida 1 Para 0	32 minggu	-	Tiada; risiko rendah
P8	31	India	Diploma	Setiausaha	Gravida 2 Para 0	31 minggu	-	Diabetes gestasi
P9	34	Bumiputera (Kedayan)	Diploma	Suri rumah	Gravida 3 Para 1	34 minggu	Kelahiran normal	Diabetes gestasi
P10	33	India	Ijazah	Pegawai bank	Gravida 1 Para 0	35 minggu	-	Tiada; risiko rendah
P11	33	Bumiputera (Rungus)	Ijazah	Suri rumah	Gravida 1 Para 0	30 minggu	-	Tiada; risiko rendah
P12	33	India	Ijazah	Suri rumah	Gravida 3 Para 2	20 minggu	Kelahiran normal	Asma

Lima wanita berbangsa Melayu (P1, P4, P5, P6, dan P7), dua berbangsa Cina (P2 dan P3), tiga berbangsa India (P8, P10 dan P12), manakala dua wanita merupakan bumiputera Sabah dan Sarawak (P9 dan P11). Sebelas peserta mendapat pendidikan tahap diploma atau ijazah, dan hanya seorang (P2) berkelulusan Sijil Pelajaran Malaysia (SPM). Sebahagian besar daripada mereka bekerja sepenuh masa, manakala tiga wanita menjadi suri rumah (P9, P11 dan P12).

Lapan wanita adalah nullipara, iaitu belum pernah melahirkan anak (P2, P3, P5, P6, P7, P8, P10 dan P11). Tiga wanita pernah bersalin secara normal (P1, P9 dan P12) dan hanya satu pernah menjalani pembedahan caesarean (P4). Empat wanita dikategorikan sebagai kandungan berisiko rendah (P6, P7, P10 dan P11). Dua peserta (P8 dan P9) mempunyai diagnosis diabetes gestasi (gestational diabetes), seorang (P1) mengalami hipertensi kronik, seorang (P2) mengalami hipotiroidisme, seorang (P12) mengalami asma, manakala dua wanita (P4 dan P5) mengalami sekatan pertumbuhan janin (*fetal growth restriction*) yang memerlukan pemantauan rapi. Seorang peserta

(P3) hamil melalui kaedah persenyawaan in vitro (*in vitro fertilisation*, IVF), kerana masalah subfertiliti.

4.2.2 Hasil Analisis Tematik

Transkrip temu bual telah menjalani analisis tematik dengan bantuan perisian ATLAS.ti 25. Penyelidik utama telah membangunkan sistem kod yang lengkap untuk semua pernyataan dan mengenal pasti kategori dan tema yang relevan, menerusi analisis deduktif. Penilaian awal terhadap transkrip temu bual mengenal pasti sebanyak 519 petikan (*quotations*). Melalui analisis deduktif dan perbincangan kolaboratif, sebanyak 40 kod telah dibangunkan yang merangkumi 126 petikan. Seterusnya, 17 kategori telah dikenal pasti dan daripada kategori ini, lima tema utama telah dibangunkan. Jadual 4.2 memaparkan tema, kategori, kod dan bilangan petikan yang terhasil daripada analisis tematik tersebut.

Jadual 4.2 Tema, Kategori dan Bilangan Petikan berdasarkan Analisis Tematik

No	Tema	Kategori	Kod	Bilangan Petikan
1	Proses Bersalin dan Kelahiran	Kesakitan	Sakit Bersalin	9
			Sakit Episiotomi	5
		Ketidakpastian	Proses yang tidak diketahui	5
			Proses bersalin yang tidak dapat diramal	7
			Keunikan pengalaman kelahiran	2
			Jangkamasa bersalin	3
			Ketiadaan suami	2
			Pengalaman kelahiran negatif berulang	1
		Tempoh bersalin Sokongan	Pemeriksaan faraj	3
			Kelahiran instrumental	1
			Episiotomi	5
			Induksi	1
2	Risiko terhadap Bayi	Bayi lemas	Tali pusat terbelit	3
			Hypoksia	6
			Mekonium	2

bersambung...

...sambungan

		Kecederaan semasa lahir	Kecederaan bayi	4
		Pramatang	Kelahiran pramatang	1
3	Risiko terhadap Ibu	Komplikasi Obstetrik	Pembedahan caesarean kecemasan	6
			Komplikasi bersalin	3
		Kesejahteraan Ibu	Kesihatan dan Pemulihan diri	9
			Keselamatan	2
			Kesan jangka panjang	7
4	Keupayaan dan Reaksi Diri	Ketidakupayaan meneran	Kurang tenaga untuk meneran	2
			Tiada sensasi untuk meneran	1
			Tidak mampu meneran	2
5	Sikap Petugas Kesihatan	Kehilangan kawalan diri	Hilang kawalan	1
		Panduan dan Sokongan	Panduan	6
			Sokongan	5
			Memberi keyakinan	1
			Tidak ditinggalkan bersendirian	1
		Empati	Prihatin	2
			Baik hati dan mesra	3
			Sabar	2
			Memahami	3
		Sikap Hormat	Tidak dimarahi	1
			Tidak garang	1
			Tidak menengking	4
			Bersikap hormat	1
			Layanan adil	1
		Kepercayaan terhadap petugas kesihatan	Percaya kepada petugas kesihatan	2
Jumlah	5	17	40	126

4.2.3 Hasil Ujian Kebolehppercayaan antara Pengekod

Seterusnya, dua pengekod bebas dilantik untuk menilai kebolehppercayaan sistem kod yang telah dibangunkan melalui pengiraan pekali Krippendorff $Cu-\alpha$. Kedua-dua pengekod memadankan pernyataan dalam transkrip temu bual dengan kod yang telah ditetapkan. Nilai Krippendorff $Cu-\alpha$ sebanyak 0.828 telah memenuhi ambang minimum bagi tahap persetujuan yang memuaskan (Marzi et al. 2024).

Jadual berikut memaparkan tahap persetujuan antara pengekod bagi tema takut bersalin yang berbeza. Julat nilai persetujuan antara pengekod, iaitu 0.869 hingga 1.000 mencerminkan kebolehpercayaan sistem kod yang memuaskan.

Jadual 4.3 Ujian Kebolehpercayaan antara Pengekod

Tema Takut Bersalin	Nilai Krippendorff Cu-α
Proses Bersalin dan Kelahiran	0.924
Risiko terhadap Bayi	1.000
Risiko terhadap Ibu	0.869
Keupayaan dan Reaksi Diri	1.000
Sikap Petugas Kesihatan	0.924
Keseluruhan	0.828

4.2.4 Tema Takut Bersalin

Bahagian seterusnya membincangkan dapatan kualitatif kajian berdasarkan tema takut bersalin yang telah dibangunkan. Dapatan kualitatif yang melibatkan wanita nullipara adalah berdasarkan persepsi mereka terhadap proses bersalin, manakala takut bersalin dalam kalangan wanita multipara mungkin dipengaruhi oleh pengalaman kelahiran terdahulu.

a Proses Bersalin dan Kelahiran

Tema ini merangkumi kebimbangan ibu terhadap proses bersalin dan kelahiran termasuk kesakitan, ketidakpastian, tempoh bersalin, sokongan, prosedur klinikal, serta kemungkinan berulangnya pengalaman kelahiran negatif.

i Kesakitan

Majoriti wanita menyatakan kerisauan tentang menghadapi sakit bersalin, seperti yang ditunjukkan oleh pernyataan berikut:

“Ketakutan itu, bila datangnya kontraksion secara berperingkat. Macam kita tak boleh nak kawal perasaan itu. Bila kontraksion datang, saya takut sangat sebab saya tahu sakit”

(Peserta 1)

Lima responden turut menyatakan kebimbangan tentang kesakitan akibat episiotomi atau potongan pada faraj yang mungkin perlu dilakukan sewaktu bersalin, seperti pernyataan berikut:

“I rasa takut yang itu (episiotomi)..takut sakit”

(Peserta 6)

ii Ketidakpastian

Wanita juga bimbang tentang ketidakpastian proses bersalin. Bagi primigravida, yang tiada pengalaman melahirkan anak, perasaan takut bersalin timbul kerana mereka perlu menjalani suatu proses yang tidak diketahui, seperti yang dipaparkan oleh pernyataan berikut:

“Bersalin? Macam quite gementar jugalah. Sebab tak tau nak expect apa, what will happen during the process. Firstly, maybe because I’ve never experienced”

(Peserta 6)

Responden juga risau akan ketidaktentuan situasi yang mungkin berlaku sepanjang proses bersalin. Pernyataan berikut menggambarkan kebimbangan wanita tentang berlakunya komplikasi yang tidak dapat diramal:

“Kita tak tahu apa yang terjadi bila proses bersalin. Walaupun kita dah ada pengalaman yang lepas, kita tak tahu yang kali ini sama ada complicated ke atau pun benda itu, berjalan lancar. Kita tak tahu, kita tak dapat jangka”

(Peserta 1)

“Caesar ke normal deliver. Yang tu I takut sebab we are not sure you see. Suddenly, you can have complications last minute”

(Peserta 12)

Wanita yang mempunyai pengalaman bersalin menekankan keunikan setiap kelahiran, kerana setiap kehamilan adalah berbeza:

“Ahh tu yang saya risau lah sebab kandungan tak sama kan satu-satu”

(Patient 9)

“Okey..saya, setiap anak, saya tak tahu apa yang akan jangka, yang jadi pada diri saya semasa proses bersalin itu”

(Peserta 1)

iii Tempoh bersalin

Jangkamasa proses bersalin yang panjang mendatangkan kerisauan kepada wanita hamil kerana ia dikaitkan dengan sakit bersalin yang lama. Responden yang mempunyai pengalaman bersalin juga mengharapkan agar jangkamasa proses bersalin mereka pendek:

“Harap-harap dia tak lama lah, sebab sebelum ni saya takde komplikasi beranak yang kena tunggu 24 jam baru bukaan. Saya pecah ketuban dekat rumah, sampai hospital, check – enam, dia terus pergi lapan, sembilan - terus masuk labour room, 10 minit meneran- keluar”

(Peserta 9)

iv Sokongan

Wanita hamil merasakan bahawa kehadiran suami di sisi mereka, merupakan suatu bentuk sokongan yang menjadikan mereka lebih yakin untuk menempuhi proses bersalin, seperti yang digambarkan oleh pernyataan berikut:

“I don’t expect anything, I just want him to be beside me. It will make me confident and brave”

(Peserta 10)

v **Prosedur**

Responden turut menyatakan kerisauan terhadap prosedur klinikal termasuk proses induksi, pemeriksaan faraj, episiotomi dan kelahiran dengan bantuan instrumen. Responden mengaitkan pemeriksaan faraj dengan perasaan malu, namun masih menerima proses tersebut sebagai suatu keperluan dalam proses bersalin:

“Perasaan malu ada. Rasa macam kekoklah. Kekok ada juga, tapi sebab kita tahu proses tu memang wajib untuk ibu-ibu, memang kena lah juga. Memang kena accept”

(Peserta 11)

Begitu juga dengan proses induksi di mana responden menyatakan bahawa mereka akan tetap menjalani prosedur sedemikian, walaupun mereka berasa bimbang:

“Induce, kalau dah terpaksa untuk mencepatkan bukaan, terpaksa lah. Apa boleh buat, terima jelah. Risau jugalah”

(Peserta 9)

vi **Pengalaman Kelahiran yang Negatif**

Seorang responden menyatakan kerisauan terhadap berulangnya pengalaman kelahiran yang negatif. Wanita tersebut menjalani pembedahan caesarean kecemasan kerana kegagalan bukaan pangkal rahim semasa proses bersalin. Malangnya, beliau mengalami masalah jangkitan kuman pada luka pembedahan caesarean. Pengalaman tersebut menimbulkan kebimbangan kepada responden untuk melalui proses bersalin bagi kehamilan seterusnya:

“ Nak normal ke, nak induce ke, ataupun caesar kan. Itu macam memainkan fikiran saya, sebab saya takut dulu. Saya takut juga, induce-trauma. Induce, sebab dah letak macam drips semua. Semua dah ada, tapi masih lagi jalan tak buka. Caesar pun saya takut sebab penjagaan lepas bersalin”

(Peserta 4)

b Risiko terhadap Ibu

Tema takut bersalin ini merangkumi dua kategori iaitu komplikasi obstetrik dan kesejahteraan ibu.

i Komplikasi Obstetrik

Kebanyakan responden menyatakan kerisauan terhadap pembedahan caesarean kecemasan dan komplikasi proses bersalin seperti pendarahan yang berlebihan, seperti pernyataan-pernyataan berikut:

“Masa caesar tu saya tak tahu keadaan kita macam mana. Kita tahu kita kena belah perut. Jadi kat situ pun kita dah takut kan?”

(Peserta 1)

“Ahh...selalu saya takut komplikasi selepas bersalin tu bila pendarahan, bleeding”

(Peserta 9)

ii Kesejahteraan Ibu

Kategori kesejahteraan ibu pula merangkumi aspek kesihatan dan pemulihan diri, keselamatan dan kesan jangka panjang proses kelahiran. Responden menyatakan

kerisauan tentang pemulihan badan mereka selepas bersalin terutamanya jika perlu melahirkan bayi melalui pembedahan caesarean:

“Caesar dia tak sakit pun, tapi penjagaan dia aje lah macam susah sikit. Kena jaga betul-betul, kalau tak akan terbuka. Itu aje lah yang saya risau”

(Peserta 4)

“Of course we’re scared lah. Sebab first, saya tak pernah buat apa-apa surgery. Second, of course lah you ada dua baby, anak lagi I nak jaga dia. Kalau I caesar, I kena jaga myself first”

(Peserta 12)

Responden juga berharap keselamatan mereka terjaga sepanjang proses bersalin dan dapat bersalin dengan mudah tanpa komplikasi:

“Dari segi keselamatan, macam saya cakap tadi, cara kita bersalin itu sama ada dipermudahkan ataupun tidak. Jadi kita macam bimbang, keselamatan diri kita, sama ada selamat ataupun tidak”

(Peserta 1)

Wanita juga risau akan kesan jangka panjang prosedur seperti epidural ke atas tubuh mereka, seperti yang ditunjukkan oleh pernyataan-pernyataan berikut:

“But, people ask me - don’t take this one. Normally, after they take epidural they will get the side effect one. Sakit pinggang lah”

(Peserta 3)

“Epidural, yang itu I ada sedikit kerisauan. Sebab orang kata, most of the time, benda tu in future baru kita tahu. Sakit pinggang”

(Peserta 5)

c Risiko terhadap Bayi

Tema ini menjelaskan kebimbangan wanita hamil terhadap risiko ke atas bayi semasa proses kelahiran termasuk risiko lemas, kecederaan dan kelahiran pramatang.

i Bayi lemas

Kebanyakan responden risau akan kemungkinan bayi mereka lemas:

“Takut nanti kalau macam terlambat ataupun proses bersalin tu tak berjalan dengan lancar. Risau nanti baby tu macam tak cukup oksigen”

(Peserta 11)

“Kurang itu oxygen dalam lah. Macam ni mesti worry punya”

(Peserta 3)

ii Kecederaan Bayi

Risiko kecederaan ke atas bayi turut menjadi punca kerisauan para ibu. Responden mengaitkan risiko kecederaan ini dengan kelahiran yang menggunakan bantuan instrumen seperti vakum atau forsep:

“Kalau tak perlu saya tak nak. Sebab vacuum, dia punya komplikasi nanti kepala baby tu dia akan memanjang sikit. Forsep pula saya takut nanti, dia kan besi. Tempurung kepala baby tu kan dia tak keras, so takut luka”

(Peserta 9)

iii Kelahiran Prematang

Seorang responden juga menyatakan kerisauan terhadap kelahiran pramatang dan berharap bayi beliau lahir selepas 36 minggu:

“Erm..kalau saya, asal dia dah atas daripada 36 weeks, maybe 38 macam tu kalau boleh, dia nak keluar awal pun. Dia sihat, takde komplikasi apa. So far scan okay, baby okay. Saya bersedia je kalau dia nak lahir”

(Peserta 9)

d Keupayaan dan Reaksi Diri

Tema ini membincangkan persepsi wanita terhadap keupayaan mereka untuk bersalin secara normal serta reaksi diri sewaktu proses kelahiran.

i Ketidakupayaan untuk meneran

Responden menyatakan kebimbangan tidak dapat mencapai kelahiran normal kerana ketidakupayaan mereka meneran disebabkan oleh kurang tenaga, kurang sensasi ataupun tidak meneran dengan betul. Responden menyatakan kerisauan tidak dapat meneran secara efektif kerana pengambilan epidural:

“Yang I takut about epidural is.. maybe bukan takutlah, tapi concern. Bila you are numb, you don’t know how much you dah teran. Macam tak tahu nak teran tu, you dah teran ke, you dah terlebih teran ke.. ahh yang itu lah..I don’t know”

(Peserta 7)

ii Hilang kawalan diri

Responden turut risau tentang reaksi mereka ketika melalui proses bersalin, di mana sakit bersalin yang melampau mungkin menjadikan wanita tersebut hilang kawalan diri, seperti yang dijelaskan oleh penyataan berikut:

“Mungkin kita tak boleh nak control diri kita masa tu, mungkin because of tahan sakit ke, kita jadi macam menjerit ke, apa ke, kita tak tahu kan?”

(Peserta 6)

e Sikap Petugas Kesihatan

Tema ini membincangkan ciri-ciri berkenaan petugas kesihatan yang boleh mempengaruhi takut bersalin dalam kalangan wanita hamil. Kategori yang terlibat termasuk panduan dan sokongan, empati, sikap hormat serta kepercayaan terhadap petugas kesihatan.

i Panduan dan sokongan

Kebanyakan wanita mengharapkan panduan dan sokongan daripada petugas kesihatan semasa dan selepas bersalin, termasuklah cara meneran serta kaedah penyusuan bayi, seperti ditunjukkan oleh pernyataan-pernyataan berikut:

“In terms of guidance, there is clear instruction of what to do, maybe on the process of how to breathe in breathe out ke.. ahh..benda tu lah..I need”

(Peserta 6)

“My sister-in-law cakap dekat sini, dia orang banyak support masa kita dalam labour room. So I think the most ideal support masa itulah; in the labour room. How to manage sakit tu and then how to push”

“First time mum, bagi I, kita tak tahu semua benda. So dia akan membantu kalau dia tolong kita bagi tahu, oh kena buat macam ni. Baby, kena just keep on feed, breastfeed”

(Peserta 5)

“I just want them to give me the proper guidance to deliver”

(Peserta 10)

Responden juga berharap agar mereka tidak ditinggalkan bersendirian semasa melalui proses bersalin, seperti digambarkan oleh pernyataan berikut:

“Tak payah cakap - oh tunggu sana sekejap. Lama sedikit, tunggu-tunggu, lepas tu biar you dekat sana”

(Peserta 2)

ii Empati

Kategori empati ini merangkumi sikap-sikap yang mencerminkan keupayaan petugas kesihatan merasai dan memahami perasaan wanita hamil ketika melalui proses bersalin, termasuk prihatin, sabar, memahami serta memberi layanan yang baik dan mesra.

Responden berharap agar jururawat dan doktor yang menjaga mereka, faham akan situasi ibu bersalin yang sedang berjuang menempuh kesakitan, seperti yang digambarkan oleh pernyataan-pernyataan berikut:

“Kitorang faham yang sometimes nurse or doktor pun ada hari yang tak berapa okay kan? So kita faham, tapi I just hope they will understand us, as a mother in pain”

(Peserta 7)

“Dari segi layanan, saya berharap dapat staf-staf yang baik, doktor yang baik. Sebab apa, kita melalui proses tu kan...aah..macam kita tengah berperang”

(Peserta 11)

“Sometimes, we are in sakit also right? Be patient. At least if we are in pain, if they are patient, means I can handle”

(Peserta 10)

iii Sikap hormat

Kategori ini melibatkan sikap dan layanan petugas kesihatan terhadap wanita hamil yang berteraskan rasa hormat kepada pesakit. Responden berharap supaya staf yang

menjaga mereka ketika bersalin tidak memarahi ataupun menengking mereka dan melayan mereka dengan baik, seperti ditunjukkan oleh pernyataan-pernyataan berikut:

“I’m hoping they are calm and also like soft spoken, cakap pun takdelah menjerit-jerit..macam tu lah”

(Peserta 6)

“Hopefully takde yang garang-garang ke. That one typical lah kan. Macam kita terdengar nurse sometimes”

(Peserta 7)

“I don’t want them to shout at me, because it hurts sometimes”

(Peserta 10)

iv Kepercayaan terhadap Petugas Kesihatan

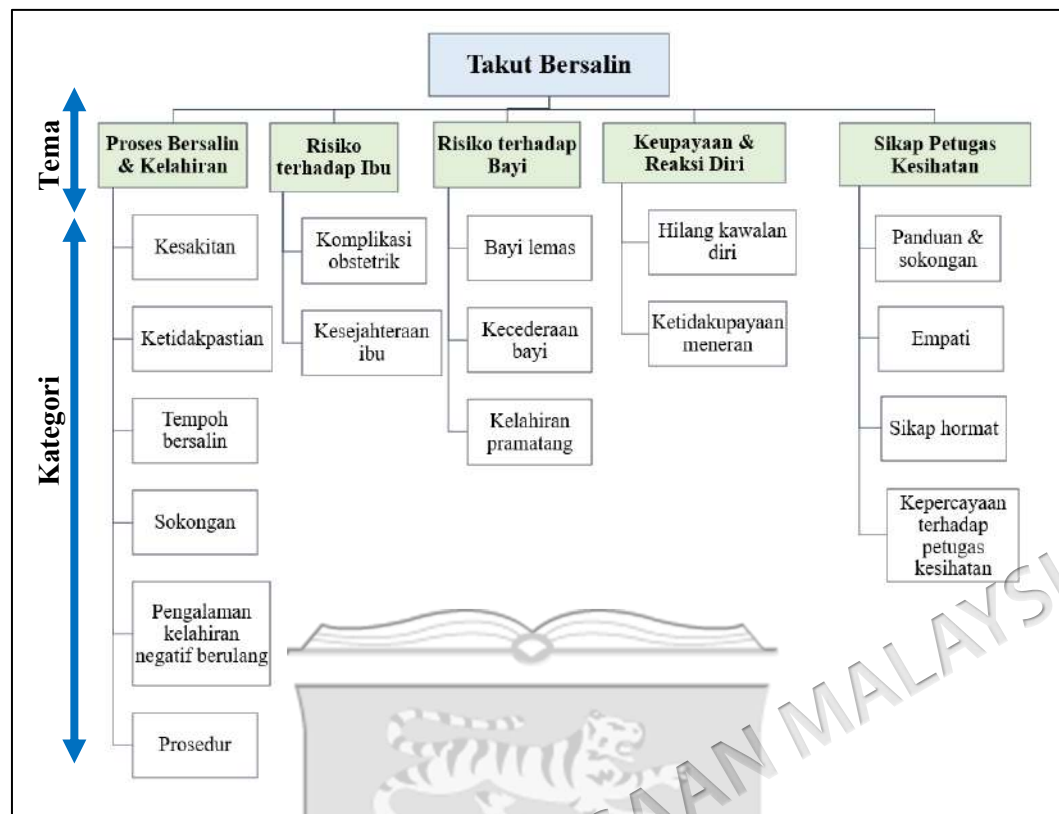
Responden percaya bahawa petugas kesihatan yang menjaga mereka dengan baik sepanjang proses bersalin dan akan mengambil langkah-langkah yang bersesuaian demi kepentingan pesakit seperti yang digambarkan oleh pernyataan berikut:

“Saya yakin dengan petugas-petugas hospital lah sebab setiap kaedah ataupun setiap langkah yang diaorang lakukan itu memang untuk kebaikan”

(Peserta 11)

4.2.5 Rumusan Hasil Analisis Fasa Pertama

Rajah 4.1 merumuskan dapatan kajian kualitatif fasa pertama dengan memaparkan tema dan kategori takut bersalin yang terhasil melalui analisis tematik secara deduktif. Lima tema takut bersalin dan tujuh belas kategori telah disenaraikan dalam rajah berikut.



Rajah 4.1 Tema dan Kategori Takut Bersalin berdasarkan Analisis Tematik

4.3 HASIL ANALISIS FASA KEDUA

Keputusan analisis fasa kedua melibatkan dapatan pembangunan soal selidik yang melibatkan kesahan kandungan pakar. Ini diikuti dengan penghuraian terperinci proses pengesahan psikometrik termasuk analisis faktor penerokaan (EFA), ujian kebolehpercayaan, kesahan muka dan akhir sekali analisis faktor pengesahan (CFA).

4.3.1 Penilaian Kesahan Kandungan oleh Pakar

Sebanyak 137 item soal selidik yang meliputi 23 kategori berbeza telah menjalani kesahan kandungan oleh lima orang pakar. Pengiraan indeks kesahan kandungan item (I-CVI) menunjukkan julat antara 0.4 sehingga 1.0. Pemilihan item untuk versi awal soal selidik telah dibuat berdasarkan I-CVI, dapatan kajian kualitatif dan sorotan literatur

Sebanyak 31 item yang mempunyai nilai $I-CVI \geq 0.8$ telah dipilih, manakala 12 item lain dipilih berdasarkan dapatan kajian kualitatif Fasa 1 dan disokong oleh literatur.

Jadual 4.4 di bawah memaparkan 43 item yang terpilih, berserta kaedah pemilihan masing-masing.

Jadual 4.4 Kaedah Pemilihan Item Soal Selidik

Tema	Kategori	No	Penyataan Item	I-CVI	Kaedah pemilihan
Proses Bersalin dan Kelahiran	Kesakitan	1	Saya bimbang tentang sakit semasa bersalin (<i>I worry about labour pain</i>)	1.0	I-CVI
		2	Saya takut mengalami kesakitan sewaktu melahirkan bayi secara normal (<i>I fear experiencing pain during a vaginal birth</i>)	1.0	I-CVI
	Analgesia	3	Saya bimbang tidak mendapat ubat tahan sakit yang berkesan semasa sakit bersalin (<i>I am worried about not getting effective pain relief</i>)	1.0	I-CVI
		4	Saya bimbang tidak mendapat epidural semasa sakit bersalin (<i>I worry about not being able to have an epidural during labour</i>)	1.0	I-CVI
	Ketidakpastian	5	Saya takut untuk melalui proses bersalin (<i>I am scared about labour</i>)	1.0	I-CVI
		6	Saya bimbang proses bersalin saya mungkin sukar (<i>I worry that I might have a difficult labour</i>)	1.0	I-CVI
	Tempoh bersalin	7	Saya risau tentang jangkamasa proses bersalin yang lama (<i>I worry about the length of my labour</i>)	1.0	I-CVI
	Ketiadaan suami	8	Saya bimbang suami tidak dapat menemani saya sewaktu bersalin (<i>I am worried that my husband will not be able to accompany me during childbirth</i>)	0.6	Dapatan Kualitatif
	Induksi	9	Saya risau perlu menjalani proses bersalin secara paksa (induksi) (<i>I worry about having to be induced</i>)	0.4	Dapatan Kualitatif
	Pemeriksaan faraj	10	Saya bimbang tentang pemeriksaan faraj (vagina) sepanjang proses bersalin (<i>I worry about having vaginal examinations during labour</i>)	1.0	I-CVI

bersambung...

...sambungan

Proses Bersalin dan Kelahiran	Instrumental	11	Saya risau tentang kelahiran menggunakan forsep atau vakum (<i>I worry about having forceps or vacuum delivery</i>)	1.0	I-CVI
	Episiotomi/koyakan faraj	12	Saya takut mengalami episiotomi (<i>I fear having an episiotomy</i>)	0.6	Dapatan Kualitatif
		13	Saya risau berlakunya koyakan faraj semasa bersalin (<i>I worry about getting vaginal tears during childbirth</i>)	1.0	I-CVI
		14	Saya takut perlu dijahit selepas kelahiran bayi (<i>I am afraid of needing stitches after the birth</i>)	1.0	I-CVI
	Pendedahan tubuh badan	15	Saya bimbang orang lain melihat saya separa telanjang sewaktu bersalin (<i>I worry about other people seeing me half-naked during childbirth</i>)	1.0	I-CVI
		16	Saya bimbang diperhatikan oleh orang yang tidak dikenali semasa melahirkan bayi (<i>I worry about being watched by strangers during childbirth</i>)	1.0	I-CVI
	Kaedah bersalin	17	Saya takut tidak dapat mencapai kelahiran yang saya mahukan (<i>I fear not being able to have the kind of birth I want</i>)	1.0	I-CVI
	Bayi lemas	18	Saya bimbang bayi saya akan lemas semasa proses bersalin (<i>I worry that my baby will feel distressed during labour and birth</i>)	1.0	I-CVI
	Risiko terhadap Bayi	19	Saya bimbang bayi saya cedera semasa lahir (<i>I worry that my baby will suffer an injury during birth</i>)	1.0	I-CVI
		20	Saya bimbang bayi saya dilahirkan prematang (tidak cukup bulan) (<i>I worry that my baby will be born premature</i>)	1.0	I-CVI
		21	Saya takut ada sesuatu yang tidak kena dengan bayi saya semasa lahir (<i>I am afraid that something is wrong with the baby at birth</i>)	1.0	I-CVI
		22	Saya takut bayi saya mungkin mati semasa lahir (<i>I fear my baby may die at birth</i>)	0.4	Dapatan Kualitatif

bersambung...

...sambungan

Risiko terhadap Ibu	Pembedahan caesarean	23	Saya bimbang saya perlu bersalin melalui pembedahan caesarean (<i>I worry that I may need a caesarean delivery</i>)	0.6	Dapatan Kualitatif
	Komplikasi bersalin	24	Saya bimbang mengalami komplikasi sewaktu bersalin (<i>I worry my labour will be complicated</i>)	1.0	I-CVI
		25	Saya takut mengalami pendarahan yang banyak sewaktu bersalin (<i>I have fear of bleeding too much during delivery</i>)	1.0	I-CVI
	Pemulihan diri	26	Saya risau tentang kesembuhan (pemulihan) badan saya selepas bersalin (<i>I worry about my recovery from childbirth</i>)	1.0	I-CVI
	Keselamatan diri	27	Saya takut saya boleh mati semasa bersalin (<i>I'm afraid that I could die during labour</i>)	0.6	Dapatan Kualitatif
	Kesan jangka panjang	28	Saya bimbang tentang kesan jangka panjang proses bersalin ke atas badan saya (<i>I am worried about the long-term effects that labour or birth could have on my body</i>)	1.0	I-CVI
	Perubahan diri	29	Saya bimbang kurang menikmati hubungan seksual kerana ketidakselesaan atau sakit selepas bersalin (<i>I am concerned about enjoying sexual intercourse less because of pain or discomfort from the birth</i>)	1.0	I-CVI
Keupayaan Diri	Tidak dapat meneran	30	Saya cukup kuat untuk menghadapi proses bersalin (<i>I am strong enough to cope with labour</i>)	1.0	I-CVI
		31	Saya risau tidak mempunyai tenaga yang cukup untuk meneran (<i>I worry about not having enough energy to push</i>)	1.0	I-CVI
		32	Saya risau tidak meneran dengan betul semasa bersalin (<i>I worry about not pushing correctly during childbirth</i>)	0.6	Dapatan Kualitatif
Reaksi Diri	Hilang kawalan diri	33	Saya bimbang hilang kawalan diri semasa bersalin (<i>I worry I will lose control of myself during labour</i>)	1.0	I-CVI

bersambung...

...sambungan

Sikap Petugas Kesihatan	Panduan/Bimbingan	34	Saya yakin doktor/jururawat akan membimbing saya semasa bersalin (<i>I hope the staff will guide me during delivery</i>)	1.0	I-CVI
	Memberi keyakinan	35	Saya yakin doktor/jururawat akan memastikan saya tenang (<i>I am confident the staff will keep me calm</i>)	0.4	Dapatan Kualitatif
	Tidak ditinggalkan bersendirian	36	Saya takut ditinggalkan bersendirian semasa bersalin (<i>I have a fear of being left alone during labour</i>)	1.0	I-CVI
	Layanan baik	37	Saya yakin kakitangan kesihatan akan melayan saya dengan baik (<i>I am confident that the staff will be kind to me</i>)	1.0	I-CVI
		38	Saya bimbang dimarahi oleh doktor ataupun jururawat (<i>I worry about getting scolded by the staff</i>)	0.4	Dapatan Kualitatif
	Kepercayaan terhadap petugas kesihatan	39	Saya percaya bahawa kakitangan kesihatan yang menjaga saya, akan membuat keputusan yang tepat untuk saya (<i>I trust that the healthcare staff will make the right decision for me</i>)	1.0	I-CVI
	Fasiliti kesihatan	40	Saya takut dengan persekitaran hospital (<i>I have fear of the hospital environment</i>)	0.4	Dapatan Kualitatif
	Emosi Ibu	41	Saya akan berasa tenang semasa bersalin (<i>I will feel calm during labour</i>)	0.6	Dapatan Kualitatif
		42	Saya berasa yakin untuk bersalin (<i>I feel confident about giving birth</i>)	0.6	Dapatan Kualitatif
		43	Saya berasa teruja untuk bersalin (<i>I feel excited about giving birth</i>)	1.0	I-CVI

4.3.2 Hasil Analisis Penerokaan Faktor (EFA)

Prosedur EFA melibatkan analisis komponen prinsipal (*principal component analysis, PCA*) dengan putaran Promax (*Promax rotation*). Jumlah sampel untuk EFA adalah sebanyak 257. Prosedur PCA menilai 43 item soal selidik yang mempunyai respon berskala Likert 1 sehingga 7, di mana nilai skor adalah selari dengan tahap ketakutan.

Sebanyak lapan item (30, 34, 35, 37, 39, 41, 42, dan 43) memerlukan pengiraan skor terbalik oleh kerana persepsi soalan yang positif.

Ujian kesferaan Bartlett (Bartlett's sphericity test) telah mencapai keputusan signifikan ($p < 0.001$), manakala nilai Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) ialah 0.925, iaitu melebihi tahap minimum 0.6 (Tabachnick & Fidell 2013). Keputusan ini membuktikan bahawa data terlibat layak untuk analisis EFA seterusnya. Jadual 4.5 menunjukkan nilai ujian KMO dan Bartlett.

Jadual 4.5 Keputusan Ujian KMO dan Bartlett

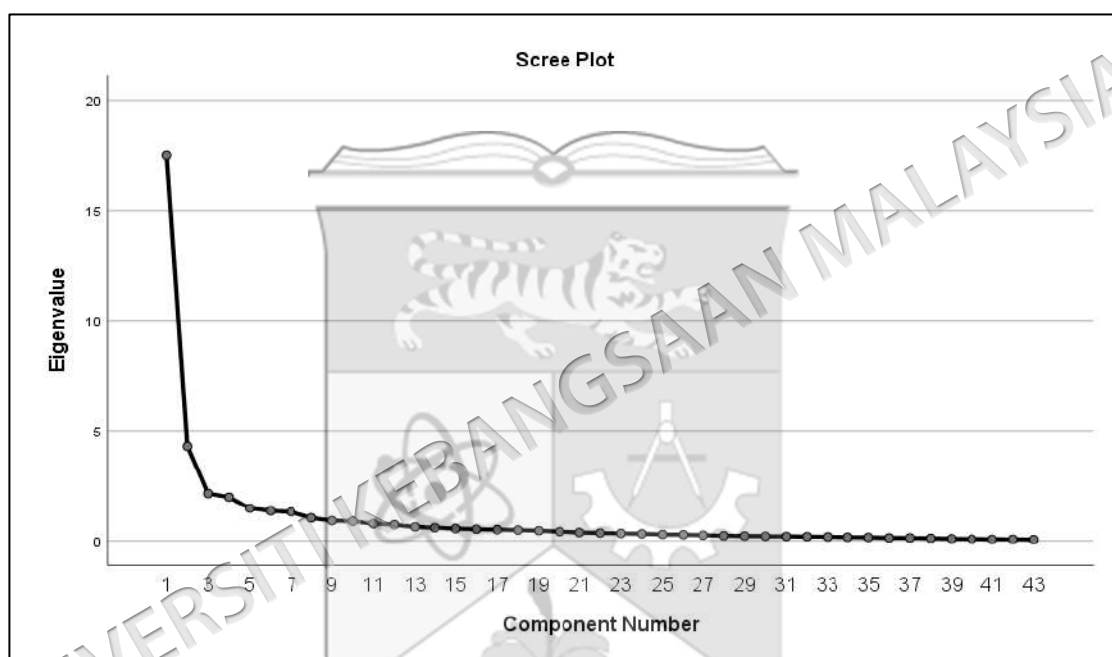
Ujian KMO dan Bartlett		
Kaiser-Meyer-Olkin (KMO)		0.925
Ujian Kesferaan Bartlett	Anggaran Khi-Kuasa Dua	9610.574
	dF	903
	Nilai p	<0.001

Jumlah varians yang dijelaskan (*total variance explained*) untuk data EFA adalah sebanyak 72.1%, melebihi kadar minimum sebanyak 60% (Williams et al. 2010). Sejumlah 8 faktor telah dikenal pasti mempunyai nilai eigen ≥ 1 . Kadar varians bagi komponen-komponen berkenaan adalah 40.7% (komponen 1), 9.9% (komponen 2), 5.0% (komponen 3), 4.6% (komponen 4), 3.4% (komponen 5), 3.1% (komponen 6), 3.0% (komponen 7) dan 2.4% (komponen 8). Jadual berikut memaparkan komponen jumlah nilai varians yang dianggarkan oleh komponen dengan nilai eigen melebihi 1.

Jadual 4.6 Jumlah Varians yang Dianggar

Komponen	Nilai Eigen Asal			Jumlah Pengekstrakan Pemberat Kuasa dua		
	Jumlah	% Varians	% Kumulatif	Jumlah	% Varians	% Kumulatif
1	17.489	40.673	40.673	17.489	40.673	40.673
2	4.271	9.932	50.605	4.271	9.932	50.605
3	2.141	4.980	55.585	2.141	4.980	55.585
4	1.979	4.602	60.187	1.979	4.602	60.187
5	1.469	3.417	63.603	1.469	3.417	63.603
6	1.349	3.137	66.740	1.349	3.137	66.740
7	1.301	3.027	69.766	1.301	3.027	69.766
8	1.031	2.398	72.164	1.031	2.398	72.164

Selain kriteria Kaiser yang menetapkan nilai Eigen ≥ 1 sebagai syarat untuk pengekelan faktor, kajian ini turut menggunakan ujian scree dan analisis selari. Rajah 4.2 memaparkan graf scree yang diperoleh daripada analisis faktor penerokaan. Titik pemisah, iaitu apabila lengkungan graf mula mendatar, dikenal pasti pada komponen kelima. Oleh yang demikian, bilangan faktor yang berada sebelum titik pemisah dan perlu dikekalkan ialah empat (Costello & Osborne 2005; Pallant 2016).



Rajah 4.2 Plot Scree

Analisis selari juga telah dijalankan untuk menentukan jumlah komponen yang layak dikekalkan. Satu set data dengan saiz sampel yang sama, telah dijana secara rawak, menggunakan perisian *Monte Carlo Parallel Analysis*. Jadual 4.7 memaparkan perbandingan nilai eigen daripada data PCA dan data rawak. Hanya empat faktor mempunyai nilai eigen yang lebih tinggi daripada nilai eigen yang sepadan daripada set data analisis selari (Pallant 2016). Dapatan ujian Kaiser, scree dan analisis selari telah membuktikan bahawa hanya empat faktor layak dikekalkan untuk analisis PCA seterusnya.

Jadual 4.7 Perbandingan Nilai Eigen daripada Analisis PCA dan Analisis Selari

Komponen	Nilai Eigen Sebenar (PCA)	Nilai Eigen (Analisis Selari)
1	17.489	1.889
2	4.271	1.780
3	2.141	1.704
4	1.979	1.642
5	1.469	1.588
6	1.349	1.532
7	1.301	1.4833
8	1.031	-

Analisis PCA kemudiannya diulang berdasarkan model empat faktor. Pemilihan item adalah berdasarkan komunaliti (*communalities*), korelasi inter-item (*inter-item correlation*), matriks corak (*pattern matrix*) dan jumlah kumulatif varians yang dijelaskan. Item dengan nilai komunaliti < 0.40 , menunjukkan ketidaksepadanan dengan faktor yang dicadangkan (Pallant 2016), manakala nilai korelasi inter-item, $r > 0.70$, menunjukkan bahawa item yang terlibat mengukur konstruk yang sama (Röschel et al. 2021). Dapatan daripada kajian kualitatif dan sorotan literatur turut diambil kira dalam proses pemilihan item. Nilai komunaliti bagi setiap item, serta keputusan penilaian dan pemilihan item untuk versi akhir soal selidik, dipaparkan dalam Lampiran F dan Lampiran G.

Item-item ini seterusnya diuji dalam beberapa model faktor yang berbeza bagi memperoleh nilai tertinggi untuk jumlah varians yang diterangkan (*total variance explained*). Jadual yang menerangkan gabungan item bagi model yang berbeza, turut dipaparkan dalam Lampiran G.

Kajian ini mendapati bahawa model PCA yang paling optimum ialah model empat faktor yang mengandungi 20 item dengan jumlah kumulatif varians sebanyak 65.6%. Peratusan varians yang diterangkan oleh setiap faktor ialah 37.5% (Faktor 1), 16.2% (Faktor 2), 6.8% (Faktor 3) dan 5.1% (Faktor 4). Jadual 4.8 memaparkan jumlah varians yang dianggarkan oleh model empat faktor ini.

Jadual 4.8 Jumlah Varians yang Dianggap untuk Model PCA Empat Faktor

Komponen	Nilai Eigen Asal			Jumlah Pengekstrakan Pemberat Kuasa dua		
	Jumlah	% Varians	% Kumulatif	Jumlah	% Varians	% Kumulatif
1	7.503	37.516	37.516	7.503	37.516	37.516
2	3.244	16.222	53.738	3.244	16.222	53.738
3	1.350	6.750	60.488	1.350	6.750	60.488
4	1.016	5.078	65.566	1.016	5.078	65.566

Jadual 4.9 menunjukkan kedudukan setiap item di dalam komponen masing-masing berdasarkan corak matriks. Komponen-komponen dalam model PCA ini merangkumi aspek tokofobia yang berbeza iaitu: 1) Proses bersalin dan kelahiran, 2) Kesakitan, 3) Emosi ibu dan 4) Interaksi dengan petugas kesihatan. Sebanyak 8 item dikenal pasti untuk komponen proses bersalin dan kelahiran. Komponen kesakitan pula mengandungi 6 item, manakala komponen emosi ibu dan komponen interaksi dengan petugas kesihatan, masing-masing mempunyai 3 item.

Kesemua 20 item dalam model ini mempunyai nilai muatan faktor > 0.4 , yang mengesahkan struktur faktor masing-masing (Pallant 2016). Setiap item juga menunjukkan muatan faktor yang kukuh dalam faktor masing-masing, tanpa pemuatan silang (*cross loading*). Semua item dalam model ini merekodkan nilai komunaliti > 0.4 , yang turut menyokong kesepadanan item dengan faktor yang dicadangkan (Pallant 2016). Komunaliti setiap item juga dipaparkan dalam Jadual 4.9.

Jadual 4.9 Matriks Corak dan Komunaliti Item berdasarkan Model Empat Faktor

Nombor Asal Item	Item	Faktor/Komponen				Komunaliti
		1	2	3	4	
33	Saya bimbang akan hilang kawalan diri semasa bersalin	0.907				0.684
23	Saya bimbang saya perlu bersalin melalui pembedahan	0.858				0.554
38	Saya bimbang dimarahi oleh petugas kesihatan	0.754				0.500
26	Saya bimbang tentang pemulihan badan saya selepas bersalin	0.750				0.682
32	Saya bimbang tidak dapat meneran dengan betul semasa bersalin	0.740				0.707
24	Saya risau mengalami komplikasi sewaktu bersalin	0.695				0.702
18	Saya bimbang bayi saya akan lemas semasa proses kelahiran	0.548				0.683
36	Saya takut ditinggalkan bersendirian semasa proses bersalin	0.524				0.507
3	Saya bimbang tidak mendapat ubat tahan sakit yang berkesan semasa sakit bersalin		0.954			0.659
10	Saya bimbang tentang pemeriksaan faraj (vagina) sepanjang proses bersalin		0.684			0.588
8	Saya bimbang suami saya tidak dapat menemani saya sewaktu bersalin		0.678			0.445
1	Saya bimbang tentang sakit semasa bersalin		0.660			0.610
12	Saya takut mengalami episiotomi (potongan di bahagian faraj)		0.527			0.568
7	Saya risau tentang jangkamasa proses bersalin yang lama		0.522			0.701
42*	Saya berasa yakin untuk bersalin			0.872		0.829
43*	Saya berasa teruja untuk bersalin			0.867		0.719
41*	Saya akan berasa tenang semasa bersalin			0.808		0.735
37*	Saya yakin kakitangan kesihatan akan melayan saya dengan baik hati				0.888	0.818
39*	Saya percaya bahawa kakitangan kesihatan akan membuat keputusan yang tepat untuk saya				0.839	0.752
34*	Saya yakin doktor/jururawat akan membimbing saya semasa bersalin				0.826	0.669

* Skor terbalik; Faktor 1: Proses bersalin dan kelahiran; Faktor 2: Kesakitan; Faktor 3: Emosi ibu; Faktor 4: Interaksi dengan petugas kesihatan

4.3.3 Hasil Ujian Kepercayaan dan Kesahan Muka

Model soal selidik yang terbina melalui prosedur PCA, dikenali sebagai *Malaysian Fear of Birth* (MyFOB). Kedudukan item dalam soal selidik ini telah disusun semula supaya soal selidik ini lebih koheren kepada responden. Jadual 4.10 memaparkan susunan item dalam MyFOB berserta komponen masing-masing.

Jadual 4.10 Item dan Komponen Soal Selidik MyFOB

No	No asal	Komponen	Item
1*	42	E	Saya berasa yakin untuk bersalin (<i>I feel confident about giving birth</i>)
2	1	S	Saya bimbang tentang sakit semasa bersalin (<i>I worry about labour pain</i>)
3	10	S	Saya bimbang tentang pemeriksaan faraj (vagina) sepanjang proses bersalin (<i>I worry about having vaginal examinations during labour</i>)
4	3	S	Saya bimbang tidak mendapat ubat tahan sakit yang berkesan semasa sakit bersalin (<i>I am worried about not getting effective pain relief</i>)
5	7	S	Saya risau tentang jangka masa proses bersalin yang lama (<i>I worry about a long labour</i>)
6	8	S	Saya bimbang suami saya tidak dapat menemani saya sewaktu bersalin (<i>I am worried that my husband will not be able to accompany me during labour</i>)
7*	41	E	Saya akan berasa tenang semasa bersalin (<i>I will feel calm during labour</i>)
8	36	B	Saya takut ditinggalkan bersendirian semasa proses bersalin (<i>I have a fear of being left alone during labour</i>)
9*	37	PK	Saya yakin kakitangan kesihatan akan melayan saya dengan baik (<i>I am confident the healthcare staff will be kind to me</i>)
10*	43	E	Saya berasa teruja untuk bersalin (<i>I feel excited about giving birth</i>)
11	32	B	Saya bimbang tidak dapat meneran dengan betul semasa bersalin (<i>I worry about not pushing correctly during childbirth</i>)
12*	34	PK	Saya yakin doktor & jururawat akan membimbing saya semasa bersalin (<i>I am confident staff will guide me</i>)
13	33	B	Saya bimbang akan hilang kawalan diri semasa bersalin (<i>I worry I will lose control of myself during labour</i>)
14	38	B	Saya bimbang dimarahi oleh petugas kesihatan (<i>I worry about getting scolded by the healthcare staff</i>)
15	12	S	Saya takut mengalami episiotomi (potongan di bahagian faraj) (<i>I fear having an episiotomy or being cut in the vagina</i>)

bersambung...

...sambungan

16	24	B	Saya risau mengalami komplikasi sewaktu bersalin (<i>I worry that my labour will be complicated</i>)
17	18	B	Saya bimbang bayi saya akan lemas semasa proses kelahiran (<i>I worry that my baby will feel distressed during childbirth</i>)
18	23	B	Saya bimbang saya perlu bersalin melalui pembedahan (<i>I worry that I may need a caesarean delivery</i>)
19*	39	PK	Saya percaya bahawa petugas kesihatan yang menjaga saya akan membuat keputusan yang tepat untuk saya (<i>I trust that the healthcare staff will make the right decision for me</i>)
20	26	B	Saya bimbang tentang pemulihan badan saya selepas bersalin (<i>I worry about my recovery from childbirth</i>)

* Skor terbalik; B: Proses bersalin & kelahiran; S: Kesakitan; E: Emosi Ibu; PK: Interaksi petugas kesihatan

Soal selidik MyFOB ini kemudiannya menjalani ujian kesahan muka dalam kalangan sepuluh orang wanita. Maklum balas secara bersemuka menunjukkan bahawa responden mempunyai pemahaman yang baik dan dapat melengkapkan soal selidik dengan mudah.

Kajian rintis telah dijalankan untuk menilai kebolehpercayaan MyFOB melalui pekali Alfa Cronbach, melibatkan seramai 61 orang wanita. Nilai Alfa Cronbach bagi MyFOB ialah 0.879, yang menunjukkan tahap kebolehpercayaan yang tinggi. Setiap komponen MyFOB turut mencatatkan nilai kebolehpercayaan > 0.70, sekali gus mengesahkan konsistensi dalaman bagi setiap domain (Boateng et al. 2018). Jadual 4.11 memaparkan nilai Alfa Cronbach bagi skala MyFOB serta setiap komponennya.

Jadual 4.11 Nilai Alfa Cronbach untuk MyFOB serta Setiap Komponennya

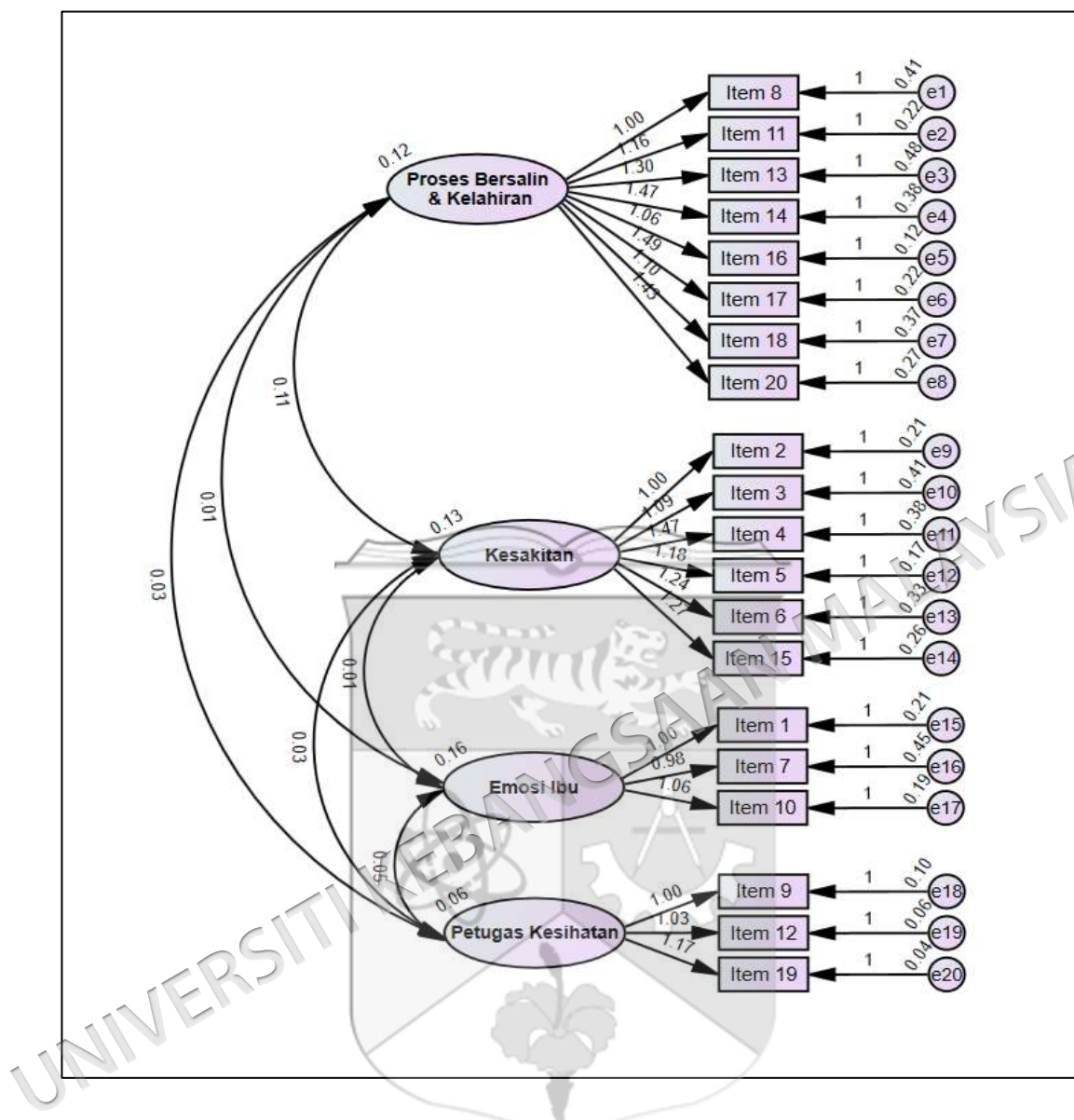
Komponen MyFOB	Bilangan Item	Alfa Cronbach
Skala MyFOB (keseluruhan)	20	0.879
▪ Proses Bersalin dan Kelahiran	8	0.858
▪ Kesakitan	6	0.884
▪ Emosi Ibu	3	0.721
▪ Interaksi dengan Petugas Kesihatan	3	0.911

4.3.4 Hasil Analisis Faktor Pengesahan (CFA)

Analisis faktor pengesahan telah menggunakan kumpulan responden yang berbeza daripada kumpulan EFA. Saiz sampel seramai 341 orang memenuhi keperluan minimum bagi pelaksanaan prosedur CFA (Yusoff et al. 2021). Responden dalam kumpulan CFA telah melengkapkan soal selidik MyFOB versi akhir. Analisis menggunakan perisian AMOS telah membuktikan bahawa MyFOB mencapai kesesuaian model yang memuaskan, seperti yang dipaparkan dalam Jadual 4.12 dan Rajah 4.3

Jadual 4.12 Hasil Analisis Faktor Pengesahan (CFA)

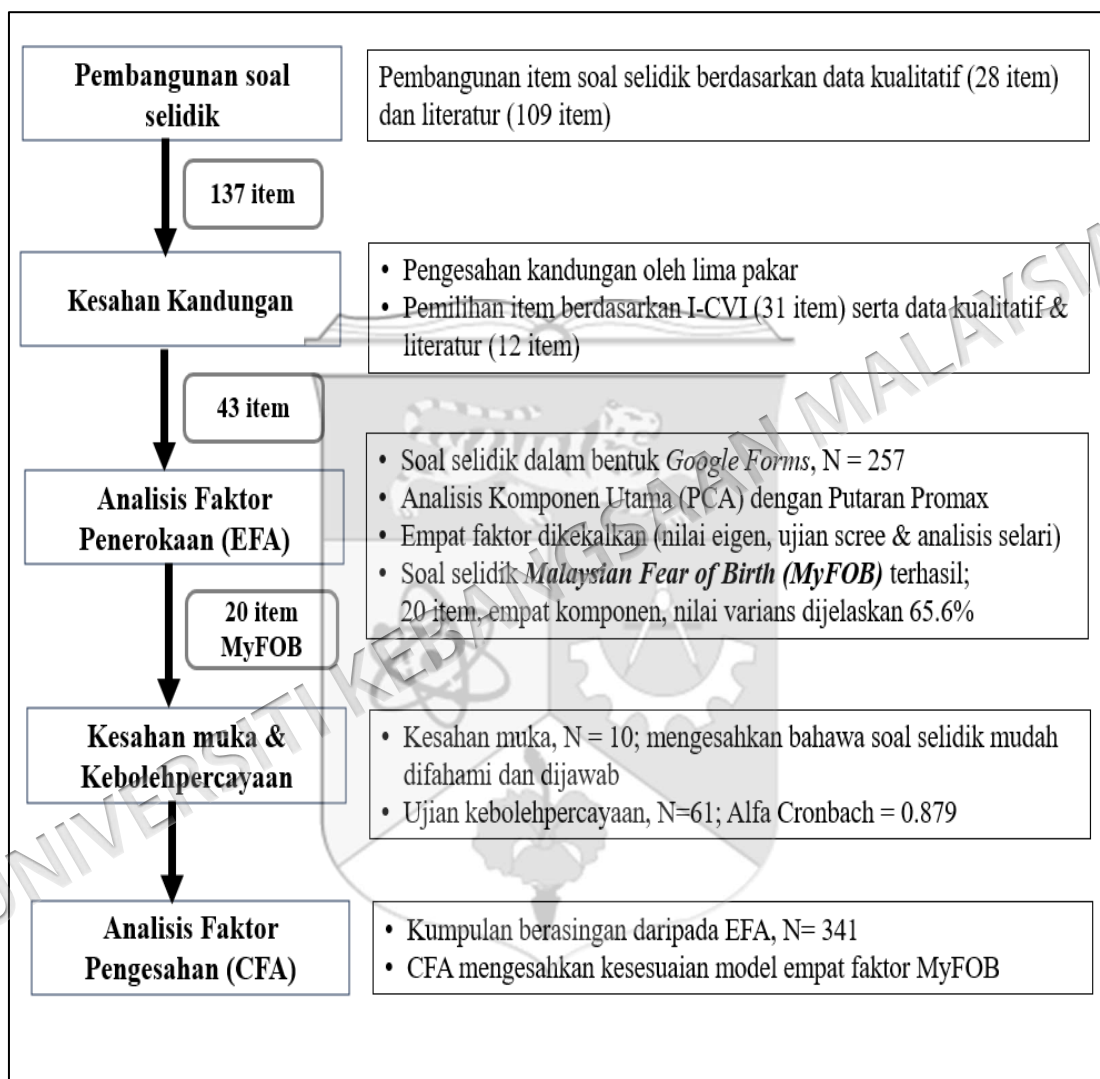
Kategori Kesesuaian	Indeks MyFOB	Tahap Penerimaan
Kesesuaian mutlak (<i>Absolute Fit</i>)	0.062	RMSEA < 0.080
	0.902	GFI > 0.85
Kesesuaian inkremental (<i>Incremental Fit</i>)	0.874	AGFI > 0.85
	0.906	CFI > 0.900
	0.907	IFI > 0.900
	0.891	TLI > 0.900
Kesesuaian Parsimoni (<i>Parsimonious fit</i>)	2.287	$\chi^2/df < 3$



Rajah 4.3 Analisis Pengesahan Faktor untuk Model Empat Faktor MyFOB

4.3.5 Rumusan Hasil Analisis Fasa Kedua

Rajah berikut merumuskan proses pembangunan dan pengesahan soal selidik MyFOB. Pembangunan soal selidik yang bermula dengan 137 item, akhirnya menghasilkan versi akhir yang mengandungi 20 item dan merangkumi empat komponen .



Rajah 4.4 Pembangunan dan Pengesahan Soal Selidik MYFOB

4.4 HASIL ANALISIS FASA KETIGA

Dalam Fasa 3, kajian keratan rentas menilai prevalens takut bersalin dalam kalangan wanita menggunakan skala MyFOB. Seterusnya, analisis statistik dijalankan bagi mengenal pasti faktor risiko tokofobia. Kajian kohort seterusnya menganalisis data kelahiran bagi wanita yang bersalin di HCTM untuk menilai hubungan antara tokofobia dan hasil kehamilan.

4.4.1 Keputusan Deskriptif

Data demografi, sosioekonomi dan klinikal daripada 598 orang wanita telah diperoleh dalam Fasa 2. Umur median ialah 32 tahun, dengan julat antara kuartil (*interquartile range*, IQR) sebanyak 7. Majoriti wanita berumur kurang daripada 35 tahun (70.9%). Seramai 86.0% responden terdiri daripada etnik Melayu, diikuti oleh etnik Cina (6.7%), India (3.2%) dan Bumiputera (3.3%).

Sebahagian besar wanita mempunyai pendidikan tahap diploma atau ijazah (79.6%) dan bekerja sepenuh masa (75.9%). Pendapatan isi rumah median adalah RM 5,000 (IQR=4525). Seramai 41.6% responden mempunyai pendapatan isi rumah kurang daripada RM5,000, 47.2% berpendapatan antara RM 5,000 hingga RM 9,999, manakala 11.2% mempunyai pendapatan melebihi RM 10,000.

Serama 211 responden (35.3%), hamil buat kali pertama (primigravida). Sekitar satu pertiga (36.3%) daripada responden merupakan nullipara iaitu wanita yang belum pernah melahirkan anak. Sebanyak 210 wanita (35.1%) mempunyai seorang anak (para 1), manakala 171 (28.6%) mempunyai sekurang-kurangnya dua orang anak (para ≥ 2). Sekitar satu perempat (24.7%) daripada responden pernah mengalami keguguran kandungan.

Dalam kalangan wanita yang pernah melahirkan anak yang seramai 381 orang, 151 daripada mereka (39.6%) pernah bersalin melalui pembedahan caesarean. Usia kandungan median adalah 32 minggu (IQR= 9). Majoriti wanita (72.4%) dalam trimester ketiga (antara 28 hingga 40 minggu). Sebanyak 379 (63.4%) wanita tergolong

dalam kumpulan kehamilan berisiko rendah, manakala 36.6% mempunyai sekurang-kurangnya satu masalah perubatan atau obstetrik ketika hamil.

Jadual 4.13 memaparkan ciri-ciri demografi, sosioekonomi dan klinikal wanita hamil yang menjadi responden kajian ini.

Jadual 4.13 Ciri-Ciri Demografi, Sosioekonomi dan Klinikal Wanita Hamil

Ciri-ciri Wanita Hamil		N= 598 n (%)
Umur (tahun)	Median (IQR)	32 (7)
	▪ 18-24	13 (2.2)
	▪ 25-29	177 (29.6)
	▪ 30-34	234 (39.1)
	▪ 35-39	138 (23.1)
	▪ 40 dan ke atas	36 (6.0)
	<35	424 (70.9)
	35 dan ke atas	174 (29.1)
Etnik	▪ Melayu	514 (86.0)
	▪ Cina	40 (6.7)
	▪ Indian	19 (3.2)
	▪ Bumiputera	20 (3.3)
	▪ Lain-lain	5 (0.8)
	Melayu	514 (86.0)
	Bukan Melayu	84 (14.0)
Tahap Pendidikan	▪ Sekolah rendah	2 (0.3)
	▪ Sekolah menengah	120 (20.1)
	▪ Kolej	108 (18.1)
	▪ Universiti	368 (61.5)
	Tahap pendidikan rendah (sekolah rendah dan menengah)	122 (20.4)
	Tahap pendidikan tinggi (kolej dan university)	476 (79.6)
Pekerjaan	▪ Bekerja sepenuh masa	435 (72.7)
	▪ Bekerja sendiri	19 (3.2)
	▪ Suri rumah	144 (24.1)

bersambung...

...sambungan

	Bekerja	454 (75.9)
	Suri rumah	144 (24.1)
Pendapatan Isi Rumah (RM)	Median (IQR)	5000 (4525)
	▪ < 4999	249 (41.6)
	▪ 5000-9999	282 (47.2)
	▪ ≥RM10000	67 (11.2)
	<5000	249 (41.6)
	≥5000	349 (58.4)
Primigravida (Kehamilan pertama)	Ya	211 (35.3)
	Tidak	387 (64.7)
Pariti	Median (IQR)	1 (2)
	▪ Para 0 (Nullipara; tiada anak)	217 (36.3)
	▪ Para 1 (Seorang anak)	210 (35.1)
	▪ Para 2 dan ke atas (sekurang-kurangnya 2 orang anak)	171 (28.6)
Keguguran Kandungan	Sejarah keguguran kandungan	148 (24.7)
Kaedah bersalin terdahulu (N=381)	Bersalin normal	230 (60.4)
	Pembedahan casearean	151 (39.6)
Usia kandungan (minggu)	Median (IQR)	32 (9)
	▪ Trimester pertama (≤ 13 minggu)	26 (4.3)
	▪ Trimester kedua (14-27 minggu)	139 (23.2)
	▪ Trimeter ketiga (28-40 minggu)	433 (72.4)
Masalah Perubatan	Tiada	379 (63.4)
	▪ Anemia	79 (13.2)
	▪ Diabetes semasa kehamilan	78 (13.0)
	▪ Hypertensi	20 (3.3)
	▪ Asma	33 (8.3)
	▪ Lain-lain	43 (10.8)
	Masalah Perubatan	219 (36.6)
	Tiada masalah perubatan	379 (63.4)

4.4.2 Maklumbalas Responden terhadap Item Soal Selidik

Skala MyFOB mempunyai respon berskala Likert daripada 1 hingga 7, di mana respons 1 hingga 3 menunjukkan tahap tidak bersetuju, respon 4 mewakili pendapat neutral, manakala 5 hingga 7 menunjukkan tahap persetujuan.

Bagi komponen proses bersalin dan kelahiran, sebahagian besar responden bersetuju dengan kesemua item dengan julat respons antara 61.4% dan 83.6%. Majoriti wanita juga bersetuju dengan item dalam komponen kesakitan di mana peratusan bersetuju adalah antara 60.4 % hingga 78.6%. Bagi komponen emosi, sebahagian besar wanita melaporkan perasaan yakin (70.2%) dan perasaan teruja (74.9%) untuk bersalin, walaubagaimanapun hanya 46.3% menjangkakan mereka akan berasa tenang semasa bersalin. Responden kajian ini mempunyai persepsi positif yang tinggi terhadap petugas kesihatan di mana kesemua item mempunyai tahap persetujuan melebihi 90%. Jadual 4.14 menunjukkan maklumbalas responden secara keseluruhan untuk setiap item MyFOB.

Jadual 4.14 Maklumbalas Responden terhadap Item MyFOB

Item	Komponen	Soal Selidik	Maklumbalas, n(%)		
			Tidak bersetuju 1-3	Neutral 4	Bersetuju 5-7
1*	E	Saya berasa yakin untuk bersalin	49 (8.2)	129 (21.6)	420 (70.2)
2	S	Saya bimbang tentang sakit semasa bersalin	47 (7.9)	81 (13.5)	470 (78.6)
3	S	Saya bimbang tentang pemeriksaan faraj (vagina) sepanjang proses bersalin	109 (18.2)	99 (16.6)	390 (65.2)
4	S	Saya bimbang tidak mendapat ubat tahan sakit yang berkesan semasa sakit bersalin	136 (22.7)	101 (16.9)	361 (60.4)
5	S	Saya risau tentang jangkamasa proses bersalin yang lama	52 (8.7)	70 (11.7)	476 (79.6)
6	S	Saya bimbang suami saya tidak dapat menemani saya sewaktu bersalin	93 (15.6)	69 (11.5)	436 (72.9)

bersambung...

...sambungan

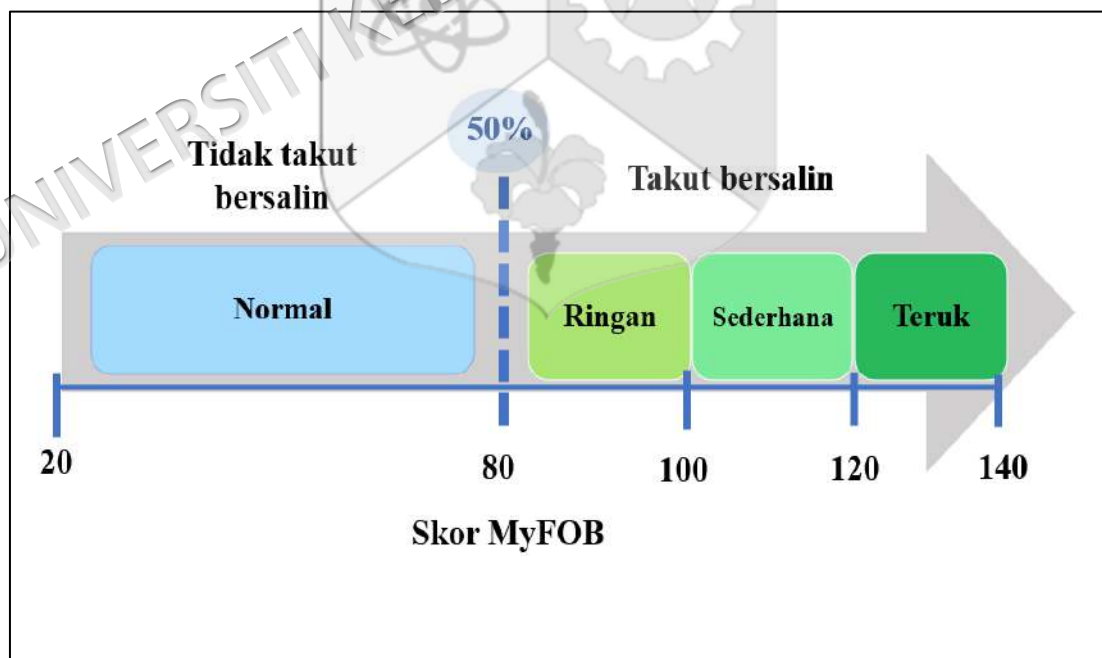
7*	E	Saya akan berasa tenang semasa bersalin	110 (18.4)	211 (35.3)	277 (46.3)
8	B	Saya takut ditinggalkan bersendirian semasa proses bersalin	78 (13.0)	78 (13.0)	442 (73.9)
9*	PK	Saya yakin kakitangan kesihatan akan melayan saya dengan baik	12 (2.0)	38 (6.4)	548 (91.6)
10*	E	Saya berasa teruja untuk bersalin	42 (7.0)	108 (18.1)	448 (74.9)
11	B	Saya bimbang tidak dapat meneran dengan betul semasa bersalin	65 (10.9)	69 (11.5)	464 (77.6)
12*	PK	Saya yakin doktor & jururawat akan membimbing saya semasa bersalin	78 (1.7)	26 (4.3)	562 (94.0)
13	B	Saya bimbang akan hilang kawalan diri semasa bersalin	125 (20.9)	106 (17.7)	367 (61.4)
14	B	Saya bimbang dimarahi oleh petugas kesihatan	113 (18.9)	103 (17.2)	382 (63.9)
15	S	Saya takut mengalami episiotomi (potongan di bahagian faraj)	63 (10.5)	74 (12.4)	461 (77.1)
16	B	Saya risau mengalami komplikasi sewaktu bersalin	36 (6.0)	62 (10.4)	500 (83.6)
17	B	Saya bimbang bayi saya akan lemas semasa proses kelahiran	63 (10.5)	76 (12.7)	459 (76.8)
18	B	Saya bimbang saya perlu bersalin melalui pembedahan	81 (13.5)	104 (17.4)	413 (69.1)
19*	PK	Saya percaya bahawa petugas kesihatan yang menjaga saya akan membuat keputusan yang tepat untuk saya	8 (1.3)	47 (7.9)	543 (90.8)
20	B	Saya bimbang tentang pemulihan badan saya selepas bersalin	83 (13.9)	103 (17.2)	412 (68.9)

* Skor terbalik; B: Proses bersalin & kelahiran; S: Kesakitan; E: Emosi Ibu; PK: Interaksi petugas kesihatan

4.4.3 Prevalens Takut Bersalin

Prevalens takut bersalin dikira berdasarkan skor potong yang ditentukan menggunakan nilai pertengahan antara skor minimum (20) dan skor maksimum (140), iaitu 80. Oleh itu, responden yang memperoleh skor 81 dan ke atas dianggap mengalami takut bersalin. Penilaian tokofobia mengikut tahap keparahan adalah penting kerana kajian terdahulu menunjukkan bahawa takut bersalin pada tahap tinggi atau teruk mempunyai hubungan yang signifikan dengan pembedahan caesarean kecemasan serta kebimbangan atau kemurungan dalam kalangan wanita hamil (Haines et al. 2015). Kes takut bersalin yang dikenal pasti seterusnya diklasifikasikan kepada tiga tahap keparahan, iaitu ringan, sederhana dan teruk, berdasarkan tertil taburan skor yang mewakili sepertiga bawah, pertengahan dan atas. Pendekatan ini lazim digunakan apabila tiada skor ambang diagnostik yang telah disahkan bagi sesuatu instrumen (Villar et al. 2011).

Rajah di bawah memaparkan skor keseluruhan MyFOB berserta skor potong untuk takut bersalin serta tahap keparahan yang berbeza.



Rajah 4.5 Skor MyFOB dan Tahap Keparahan Takut Bersalin

Jadual 4.15 menunjukkan prevalens takut bersalin termasuk tahap keparahan. Kajian ini mendapati bahawa 451 wanita (75.4%) mengalami tokofobia. Daripada jumlah tersebut, 291 orang responden (48.7%) melaporkan takut bersalin pada tahap ringan, 158 orang (26.4%) mengalami tokofobia tahap sederhana, manakala 2 orang (0.3%) melaporkan takut bersalin tahap teruk.

Jadual 4.15 Skor MyFOB untuk Tahap Takut Bersalin yang Berbeza

Tahap Takut Bersalin	Skor MyFOB	Prevalens, n (%)
Tiada Takut Bersalin	≤ 80 [20-140]	147 (24.6)
Takut Bersalin (Keseluruhan)	≥ 81 [20 -140]	451 (75.4)
▪ Tahap ringan	81-100	291 (48.7)
▪ Tahap sederhana	101-120	158 (26.4)
▪ Tahap teruk	121-140	2 (0.3)

4.4.4 Faktor Risiko Takut Bersalin

a Keputusan Analisis Mann-Whitney dan Kruskal-Wallis

Kutipan data melibatkan 598 responden bagi analisis faktor risiko telah melebihi saiz sampel minimum yang diperlukan. Ujian Kolmogorov–Smirnov dan Shapiro–Wilk menunjukkan bahawa skor MYFOB tidak mempunyai taburan normal (Kolmogorov–Smirnov $D = 0.087$, $p < 0.001$; Shapiro–Wilk $W = 0.938$, $p < 0.001$). Sehubungan itu, analisis statistik bukan parametrik iaitu Mann-Whitney dan Kruskal-Wallis telah digunakan untuk membandingkan skor median antara kumpulan. Ujian khi kuasa dua dan regresi logistik juga digunakan untuk mengenal pasti faktor risiko yang signifikan.

Tahap signifikan diselaraskan menggunakan pembetulan Bonferroni (*Bonferroni correction*) bagi mengawal ralat jenis I (*Type I errors*). Selepas pembetulan Bonferroni berdasarkan 11 perbandingan, nilai $p < 0.005$ dianggap signifikan. Jadual 4.16 memaparkan perbandingan skor MyFOB serta komponen skalanya merentasi faktor-faktor yang berbeza.

Jadual 4.16 Perbandingan Skor Median MyFOB dan Komponen Skalanya Mengikut Faktor Risiko

No	Faktor		Median (IQR)				
			MyFOB	Proses Bersalin & Kelahiran	Kesakitan	Emosi	Interaksi dengan Petugas Kesihatan
	Nilai keseluruhan		93.0 (20.0)	44.0 (13.0)	33.0 (10.0)	9.0 (4.0)	5.0 (4.0)
1	Umur	<35	93.0 (20.0)	45.5 (13.0)	33.0 (10.0)	9.0 (4.0)	5.0 (4.0)
		≥ 35	90.0 (22.0)	42.0 (14.0)	33.0 (9.0)	9.0 (4.0)	5.0 (5.0)
			p=0.003	p<0.001	p=0.243	p=0.462	p=0.852
2	Etnik	Melayu	93.0 (20.0)	45.0 (12.0)	33.0 (10.0)	9.0 (4.0)	5.0 (4.0)
		Cina	88.0 (22.0)	40.0 (18.0)	31.0 (8.0)	10.0(3.0)	7.0 (4.0)
		India	86.0 (33.0)	38.0 (18.0)	32.0 (12.0)	9.0 (5.0)	5.0 (4.0)
		Bumiputera	89.5 (21.0)	44.0 (15.0)	31.0 (11.0)	9.0 (5.0)	3.5 (3.0)
		Lain-lain	85.0 (36.0)	42.0 (15.0)	29.0 (17.0)	8.0 (4.0)	4.0 (3.0)
			p=0.128	p=0.002	p=0.177	p=0.072	p=0.003
				India vs Melayu, p=0.046			Melayu vs Cina, p=0.002
				Cina vs Melayu, p=0.038			Bumiputera vs Cina, p=0.018
		Melayu	93.0 (20.0)	45.0 (12.0)	33.0 (10.0)	9.0 (4.0)	5.0 (4.0)
		Bukan Melayu	87.0 (24.0)	40.5 (17.0)	31.0 (9.0)	10.0(4.0)	6.0 (5.0)
			p=0.023	p=0.001	p=0.025	p=0.024	p=0.072
3	Tahap Pendidikan	Rendah	87.0 (27.0)	42.0 (17.0)	30.5 (12.0)	8.0 (6.0)	4.0 (5.0)
		Tinggi	93.0 (19.0)	45.0 (12.0)	34.0 (9.0)	9.0 (4.0)	5.0 (4.0)
			p<0.001	p=0.028	p=0.004	p=0.001	p=0.409
4	Pekerjaan	Bekerja	93.0 (19.0)	45.0 (12.0)	33.0 (9.0)	9.0 (4.0)	5.0 (4.0)
		Suri rumah	88.5 (24.0)	43.0 (15.0)	31.0 (13.0)	8.0 (5.0)	4.0 (4.0)
			p=0.013	p=0.072	p=0.034	p=0.025	p=0.142
5	Pendapatan isi rumah (RM)	<5000	91.0 (22.0)	44.0 (15.0)	32.0 (11.0)	9.0 (5.0)	5.0 (4.0)
		5000 -9999	93.0 (19.0)	44.0 (12.0)	33.0 (8.0)	9.0 (4.0)	6.0 (4.0)
		≥10000	93.0 (23.0)	44.0 (14.0)	34.0 (9.0)	10.0(4.0)	5.0 (4.0)
			p=0.843	p=0.817	p=0.676	p=0.033	p=0.109

bersambung...

...sambungan								
6	Primigravida (Kehamilan pertama)		<5000	91.0 (22.0)	44.0 (15.0)	32.0 (11.0)	9.0 (5.0)	5.0 (4.0)
			≥5000	93.0 (20.0)	44.0 (13.0)	33.0 (8.0)	9.0 (4.0)	6.0 (4.0)
				p=0.580	p=0.626	p=0.377	p=0.094	p=0.042
		Ya	96.0 (17.0)	47.0 (12.0)	35.0 (9.0)	9.0 (3.0)	5.0 (4.0)	
		Tidak	89.0 (21.0)	43.0 (14.0)	32.0 (10.0)	9.0 (5.0)	5.0 (4.0)	
			p<0.001	p<0.001	p=0.001	p=0.072	p=0.992	
7	Pariti	Nullipara (Para 0)	95.0 (17.0)	46.0 (12.0)	34.0 (9.0)	9.0 (3.0)	5.0 (4.0)	
		Para ≥1	90.0 (22.0)	43 (14.0)	33.0 (10.0)	9.0 (5.0)	5.0 (4.0)	
			p<0.001	p<0.001	p=0.004	p=0.050	p=0.878	
		Para 0	95.0 (17.0)	46.0 (12.0)	34.0 (9.0)	9.0 (3.0)	5.0 (4.0)	
		Para 1	91.0 (21.0)	44.0 (14.0)	33.0 (10.0)	10.0(6.0)	5.0 (5.0)	
		Para ≥2	88.0 (22.0)	42.0 (15.0)	32.0 (10.0)	8.0 (4.0)	5.0 (4.0)	
			p<0.001	p=0.001	p=0.003	p=0.003	p=0.906	
			Para ≥2 vs Para 0, p<0.001	Para ≥2 vs Para 0, p=0.001	Para ≥2 vs Para 0, p=0.002	Para ≥2 vs Para1, p=0.018		
			Para 1 vs Para 0, p=0.037	Para 1 vs Para 0, p=0.032		Para ≥2 vs Para0, p=0.005		
8	Sejarah keguguran kandungan	Ya	91.5 (20.0)	44.0 (13.0)	33.0 (10.0)	9.0 (5.0)	6.0 (5.0)	
		Tidak	93.0 (21.0)	45.0 (14.0)	33.0 (10.0)	9.0 (4.0)	5.0 (4.0)	
			p=0.157	p=0.063	p=0.516	p=0.382	p=0.230	
9	Kelahiran caesarean terdahulu, N=381	Ya	92.0 (21.0)	43.0 (14.0)	34.0 (9.0)	9.0 (5.0)	6.0 (4.0)	
		Tidak	89.0 (21.0)	43.5 (14.0)	32.0 (10.0)	9.0 (5.0)	5.0 (4.0)	
10	Usia kandungan		p=0.173	p=0.902	p=0.017	p=0.778	p=0.381	
		Trimester 1	89.5 (21.0)	42.0 (17.0)	31.0 (10.0)	10.5(4.0)	6.0 (6.0)	
		Trimester 2	92.0 (22.0)	44.0 (13.0)	33.0 (9.0)	9.0 (4.0)	5.0 (4.0)	
		Trimester 3	93.0 (20.0)	44.0 (13.0)	33.0 (10.0)	9.0 (4.0)	5.0 (4.0)	
			p=0.344	p=0.311	p=0.027	p=0.148	p=0.223	
		Trimester 1 & 2	91.0 (22.0)	44.0 (13.0)	32.0 (9.0)	9.0 (4.0)	5.0 (4.0)	
11	Masalah Perubatan	Trimester 3	93.0 (20.0)	44.0 (13.0)	33.0 (10.0)	9.0 (4.0)	5.0 (4.0)	
			p=0.851	p=0.948	p=0.546	p=0.377	p=0.625	
		Ya	91.0 (21.0)	44.0 (13.0)	34.0 (9.0)	9.0 (4.0)	5.0 (4.0)	
		Tidak	93.0 (20.0)	44.0 (13.0)	33.0 (10.0)	9.0 (4.0)	5.0 (4.0)	
		p=0.920	p=0.862	p=0.898	p=0.652	p=0.701		

Ujian Mann-Whitney yang membandingkan skor median MyFOB mendapati skor yang lebih tinggi dalam kalangan wanita berumur kurang daripada 35 tahun ($p = 0.003$), individu yang berpendidikan tinggi iaitu pada tahap kolej atau universiti ($p < 0.001$), primigravida ($p < 0.001$) dan nullipara ($p < 0.001$). Dari segi pariti, analisis Kruskal-Wallis mendapati bahawa skor median bagi wanita yang mempunyai sekurang-kurangnya dua orang anak ($\text{para} \geq 2$), adalah lebih rendah berbanding mereka yang tiada anak ($\text{para } 0$) ($p < 0.001$). Wanita yang mempunyai seorang anak juga melaporkan skor median yang lebih rendah berbanding wanita yang tiada anak ($p = 0.037$); namun dapatan ini tidak signifikan selepas pembetulan Bonferroni.

Perbandingan skor median untuk komponen proses bersalin dan kelahiran mendapati bahawa umur kurang daripada 35 tahun ($p < 0.001$), etnik Melayu ($p = 0.001$), primigravida ($P < 0.001$) dan nullipara ($p < 0.001$) mempunyai skor yang lebih tinggi. Ujian Kruskal-Wallis menunjukkan pariti mempengaruhi skor median, di mana wanita dengan $\text{para} \geq 2$, melaporkan skor yang lebih rendah berbanding $\text{para } 0$ ($p = 0.001$). Walaupun terdapat perbezaan antara kumpulan etnik dalam analisis Kruskal-Wallis ($p = 0.002$), perbandingan individu tidak mencapai tahap signifikan selepas pelarasan Bonferroni.

Bagi komponen kesakitan pula, analisis Mann-Whitney menunjukkan bahawa tahap pendidikan tinggi ($p = 0.004$), primigravida ($p = 0.001$) dan nullipara ($p = 0.004$) mempunyai skor median yang lebih tinggi. Pariti mempengaruhi skor komponen kesakitan ($p = 0.003$), di mana wanita $\text{para } 0$ menunjukkan skor lebih tinggi berbanding $\text{para } 2$ ($p = 0.002$).

Perbandingan skor median komponen emosi menunjukkan bahawa individu berpendidikan tinggi mempunyai skor yang lebih tinggi ($p = 0.001$), yang mencerminkan emosi negatif dalam kalangan mereka. Perbezaan dari segi pariti juga mempengaruhi emosi ibu ($p = 0.003$), namun perbandingan individu antara kumpulan tidak mencapai tahap signifikan berdasarkan pembetulan Bonferroni.

Ujian Kruskal-Wallis mendapati perbezaan yang signifikan dalam skor median bagi komponen interaksi dengan petugas kesihatan ($p = 0.003$), di mana wanita Cina melaporkan skor yang lebih tinggi berbanding wanita Melayu ($p = 0.002$).

Kajian ini mendapati bahawa faktor-faktor seperti status pekerjaan wanita hamil, pendapatan isi rumah, sejarah keguguran kandungan, sejarah kelahiran secara pembedahan caesarean, usia kandungan, serta masalah perubatan, tidak mempengaruhi skor keseluruhan ataupun skor komponen skala MyFOB.

b Keputusan Analisis Khi Kuasa Dua dan Regresi Logistik Mudah

Ujian khi kuasa dua dijalankan untuk mengenal pasti faktor risiko tokofobia. Seterusnya, analisis regresi logistik mudah telah dijalankan bagi menganggarkan nisbah odds (*odds ratio*) untuk faktor yang terlibat. Penilaian faktor risiko takut bersalin dilakukan bagi tokofobia secara keseluruhan serta bagi ketakutan tahap sederhana hingga teruk. Nilai signifikan berdasarkan pembetulan Bonferroni ditetapkan pada $p < 0.005$.

Analisis khi kuasa dua menunjukkan bahawa faktor risiko takut bersalin adalah tahap pendidikan tinggi ($p < 0.001$), status bekerja ($p = 0.001$), primigravida ($p = 0.001$), dan nullipara ($p = 0.002$), seperti yang dipaparkan di dalam Jadual 4.17. Wanita yang menerima pendidikan pada tahap kolej atau universiti menunjukkan peningkatan risiko mengalami tokofobia berbanding mereka yang berpendidikan lebih rendah (OR 2.47, 95% SK 1.61-3.78). Wanita yang bekerja juga menunjukkan risiko takut bersalin yang lebih tinggi berbanding suri rumah (OR 1.96, 95% SK 1.30-2.95). Kehamilan kali pertama juga dikenal pasti sebagai faktor risiko tokofobia (OR 2.05, 95% SK 1.34-3.13), begitu juga wanita nullipara iaitu mereka yang belum pernah melahirkan anak (OR 1.89, 95% SK 1.25 – 2.86).

Kajian ini mendapati bahawa faktor umur, etnik, pendapatan isi rumah, sejarah keguguran kandungan, sejarah kelahiran secara pembedahan caesarean, usia kandungan serta masalah perubatan, tidak menunjukkan hubungan yang signifikan dengan takut bersalin, berdasarkan ujian khi kuasa dua ataupun regresi logistik mudah.

Jadual 4.17 Faktor Risiko Takut Bersalin berdasarkan Ujian Khi Kuasa Dua dan Regresi Logistik Mudah

No	Faktor		N=598			
			Takut bersalin, n (%)	Tidak takut, n (%)	Nilai p*	Nisbah Ods (95% SK)
1	Umur	<35	331 (78.1)	93 (21.9)	0.019	1.60 (1.08-2.38)
		≥35	120 (69.0)	54 (31.0)		
2	Etnik	Melayu	394 (76.7)	120 (23.3)	0.083	1.56 (0.94-2.57)
		Bukan Melayu	57 (67.9)	27 (32.1)		
3	Tahap Pendidikan	Tinggi	377 (79.2)	99 (20.8)	<0.001	2.47 (1.61-3.78)
		Rendah	74 (60.7)	48 (39.3)		
4	Pekerjaan	Bekerja	357 (78.6)	97 (21.4)	0.001	1.96 (1.30-2.95)
		Suri rumah	94 (65.3)	50 (34.7)		
5	Pendapatan Isi Rumah	≥ RM5000	266 (76.2)	83 (23.8)	0.591	1.11 (0.76-1.62)
		< RM5000	185 (74.3)	64 (25.7)		
6	Primigravida	Ya	176 (83.4)	35 (16.6)	0.001	2.05 (1.34-3.13)
		Tidak	275 (71.1)	112 (28.9)		
7	Nullipara	Ya	179 (82.5)	38 (17.5)	0.002	1.89 (1.25-2.86)
		Tidak	272 (71.4)	109 (28.6)		
8	Sejarah Keguguran	Ya	107 (72.3)	41 (27.7)	0.309	0.80 (0.53-1.23)
		Tidak	344 (76.4)	106 (23.6)		
9	Sejarah Pembedahan Caesarean, N=381	Ya	111 (73.5)	40 (26.5)	0.458	1.19 (0.75-1.88)
		Tidak	161 (70.0)	69 (30.0)		
10	Usia Kandungan	Trimester 3	329 (76.0)	104 (24.0)	0.604	1.12 (0.74-1.68)
		Trimester 1-2	122 (73.9)	43 (26.1)		
11	Masalah Perubatan	Ya	163 (74.4)	56 (25.6)	0.669	0.92 (0.63-1.35)
		Tidak	288 (76.0)	91 (24.0)		

* Ujian Khi Kuasa Dua; Nilai p terlaras <0.005

Penilaian faktor risiko turut dilakukan untuk takut bersalin tahap sederhana hingga teruk. Analisis khi kuasa dua dan regresi logistik mudah membandingkan individu dengan takut bersalin tahap sederhana hingga teruk dengan mereka yang tidak mengalami takut bersalin. Faktor peramal bagi takut bersalin tahap sederhana-teruk

ialah umur <35 tahun ($p=0.004$), tahap pendidikan tinggi ($p=0.001$), primigravida ($p<0.001$) dan nullipara ($p<0.001$).

Wanita hamil yang berumur kurang daripada 35 tahun melaporkan peningkatan risiko takut bersalin sederhana-teruk sebanyak dua kali ganda (OR 2.07, 95% SK 1.25-3.43). Individu yang berpendidikan tinggi juga mempunyai risiko yang lebih tinggi untuk mengalami tokofobia sederhana-teruk (OR 2.50, 95% SK 1.45-4.30). Ibu yang hamil buat kali pertama, primigravida (OR 2.82, 95% SK 1.73-4.61) serta wanita yang belum pernah melahirkan anak, nullipara (OR 2.41, 95% SK 1.49-3.90) turut berisiko tinggi untuk mengalami takut bersalin sederhana hingga teruk. Jadual 4.18 memaparkan faktor risiko untuk takut bersalin tahap sederhana-teruk.

Jadual 4.18 Faktor Risiko Takut Bersalin Tahap Sederhana-Teruk berdasarkan Ujian Khi Kuasa Dua dan Regresi Logistik Mudah

No	Faktor	N=307		Nilai p*	Nisbah Ods (95% SK)
		Takut bersalin sederhana-teruk, n (%)	Tidak takut, n (%)		
1	Umur	<35	125 (57.3)	0.004	2.07 (1.25-3.43)
		≥ 35	35 (39.3)		
2	Etnik	Melayu	144 (54.5)	0.035	2.03 (1.04-3.93)
		Bukan Melayu	16 (37.2)		
3	Tahap Pendidikan	Tinggi	134 (57.5)	0.001	2.50 (1.45-4.30)
		Rendah	26 (35.1)		
4	Pekerjaan	Bekerja	123 (55.9)	0.034	1.71 (1.04-2.83)
		Suri rumah	37 (42.5)		
5	Pendapatan Isi Rumah	$\geq$ RM5000	87 (51.2)	0.713	0.92 (0.59-1.44)
		< RM5000	73 (53.3)		
6	Primigravida	Ya	75 (68.2)	<0.001	2.82 (1.73-4.61)
		Tidak	85 (43.1)		
7	Nullipara	Ya	73 (65.8)	<0.001	2.41 (1.49-3.90)
		Tidak	87 (44.4)		

bersambung...

...sambungan

8	Sejarah Keguguran	Ya	30 (42.3)	41 (57.7)	0.058	0.60 (0.35-1.02)
		Tidak	130 (55.1)	106 (44.9)		
9	Sejarah Pembedahan Caesarean, N=381	Ya	38 (48.7)	40 (51.3)	0.321	1.34 (0.75-2.38)
		Tidak	49 (41.5)	69 (58.5)		
10	Usia Kandungan	Trimester 3	115 (52.5)	104 (47.5)	0.827	1.06 (0.64-1.73)
		Trimester 1-2	45 (51.1)	43 (48.9)		
11	Masalah Perubatan	Ya	60 (51.7)	56 (48.3)	0.914	0.98 (0.61-1.55)
		Tidak	100 (52.4)	91 (47.6)		

* Ujian Khi Kuasa Dua; Nilai p terlaras <0.005

c Keputusan Analisis Regresi Logistik Berganda

Bagi menentukan faktor risiko bebas menerusi analisis regresi logistik berganda, hanya pembolehubah bersandar yang mempunyai nilai $p < 0.25$ dalam analisis regresi logistik mudah telah dipilih (Hosmer Jr et al. 2013). Untuk tokofobia secara keseluruhan, enam faktor iaitu umur, etnik, tahap pendidikan, pekerjaan, status primigravida dan status nullipara telah terlibat dalam pengiraan ods terlaras (*adjusted odds ratio*, AOR).

Kaedah pengiraan ke hadapan (*forward*) dan ke belakang (*backward*) dalam analisis logistik berganda telah membolehkan analisis penerokaan data (*exploratory data analysis*) (Hosmer Jr et al. 2013). Walaupun kedua-dua menghasilkan dapatan yang hampir serupa, namun kaedah ke belakang melaporkan nilai R kuasa dua Nagelkerke (*Nagelkerke R Square*) yang lebih tinggi. Oleh yang demikian, kajian ini telah menggunakan dapatan daripada analisis logistik berganda berdasarkan kaedah pengiraan ke belakang.

Faktor risiko bebas untuk takut bersalin adalah tahap pendidikan tinggi ($p=0.002$), status bekerja ($p=0.016$) serta primigravida ($p=0.006$). Risiko takut bersalin dalam kalangan wanita hamil yang berpendidikan tinggi adalah dua kali ganda lebih tinggi berbanding mereka yang berpendidikan rendah (AOR 2.03, 95% SK 1.29-3.20). Kemungkinan takut bersalin juga adalah lebih tinggi dalam kalangan individu yang bekerja (AOR 1.73, 95% SK 1.11-2.71) serta primigravida (AOR 1.89, 95% SK 1.20-2.97).

Jadual 4.19 memaparkan keputusan analisis regresi logistik berganda. Peratusan varians yang disumbangkan oleh model yang terdiri daripada enam faktor ini hanyalah 9.2 peratus.

Jadual 4.19 Analisis Regresi Logistik Berganda bagi Faktor Risiko Takut Bersalin

No	Faktor	Langkah 1		Langkah 2	
		Nilai p	AOR (95% SK)	Nilai p	AOR (95% SK)
1	Umur < 35 (Rujukan: ≥ 35)	0.088	1.45 (0.95-2.21)	0.090	1.44 (0.94-2.20)
2	Etnik Melayu (Rujukan: Bukan Melayu)	0.053	1.69 (0.99-2.88)	0.053	1.69 (0.99-2.88)
3	Tahap pendidikan tinggi (Rujukan: Tahap rendah)	0.002	2.03 (1.29-3.20)	0.002	2.03 (1.29-3.20)
4	Bekerja (Rujukan: Suri rumah)	0.015	1.74 (1.11-2.72)	0.016	1.73 (1.11-2.71)
5	Primigravida (Rujukan: Bukan primigravida)	0.137	2.23 (0.77-6.41)	0.006	1.89 (1.20-2.97)
6	Nullipara (Rujukan: Bukan nullipara)	0.736	0.84 (0.30-2.35)		
Nilai kebarangkalian Log-2 (<i>-2 Log likelihood</i>)			628.581		628.695
Nilai R kuasa dua Nagelkerke (<i>Nagelkerke R Square</i>)			0.093		0.092

Analisis regresi logistik juga dijalankan untuk faktor risiko takut bersalin tahap sederhana-teruk. Sebanyak tujuh faktor telah terlibat dalam pengiraan nisbah ods terlaras tersebut iaitu umur, etnik, tahap pendidikan, pekerjaan, status primigravida, status nullipara dan sejarah keguguran kandungan.

Hasil analisis berkenaan menunjukkan bahawa faktor risiko bebas untuk takut bersalin tahap sederhana-teruk adalah etnik Melayu ($p=0.010$), tahap pendidikan tinggi ($p=0.002$) dan nullipara ($p<0.001$). Risiko bagi wanita Melayu untuk mengalami tokofobia tahap sederhana-teruk adalah dua setengah kali ganda lebih tinggi berbanding wanita bukan Melayu (AOR 2.54, 95% SK 1.26-5.16). Wanita berpendidikan tinggi juga turut melaporkan peningkatan risiko yang hampir serupa (AOR 2.46, 95% SK 1.40-4.32). Wanita yang hamil buat kali pertama melaporkan nilai nisbah ods terlaras yang paling tinggi, iaitu peningkatan risiko sebanyak tiga kali ganda berbanding wanita yang bukan primigravida (AOR 3.10, 95% SK 1.85-5.20).

Nilai varians untuk model regresi logistik berganda yang terdiri daripada tujuh faktor ini adalah 14.6 peratus. Jadual 4.20 memaparkan keputusan analisis regresi logistik berganda untuk takut bersalin sederhana-teruk.

Jadual 4.20 Analisis Regresi Logistik Berganda bagi Faktor Risiko Takut Bersalin Sederhana-Teruk

Faktor	Langkah 1		Langkah 2		Langkah 3		Langkah 4		Langkah 5	
	Nilai p	AOR (95% SK)	Nilai p	AOR (95% SK)	Nilai p	AOR (95% SK)	Nilai p	AOR (95% SK)	Nilai p	AOR (95% SK)
Umur <35 (Rujukan: Umur ≥ 35)	0.131	1.54 (0.88-2.68)	0.099	1.58 (0.92-2.72)	0.105	1.57 (0.91-2.69)	0.117	1.54 (0.90-2.64)		
Etnik Melayu (Rujukan: Bukan Melayu)	0.022	2.36 (1.13-4.92)	0.020	2.39 (1.15-4.97)	0.028	2.26 (1.09-4.68)	0.025	2.28 (1.11-4.69)	0.010	2.54 (1.26-5.16)
Tahap pendidikan tinggi (Rujukan: Tahap rendah)	0.015	2.14 (1.16-3.94)	0.016	2.12 (1.15-3.90)	0.002	2.40 (1.36-4.22)	0.002	2.46 (1.40-4.32)	0.002	2.46 (1.40-4.32)
Bekerja (Rujukan: Suri rumah)	0.325	1.34 (0.75-2.39)	0.297	1.36 (0.76-2.42)						
Primigravida (Rujukan: Bukan primigravida)	0.058	8.15 (0.93-71.52)	0.049	8.75 (1.01-75.68)	0.046	9.10 (1.04-79.58)	<0.001	2.85 (1.68-4.83)	<0.001	3.10 (1.85-5.20)
Nullipara (Rujukan: Para ≥ 1)	0.305	0.32 (0.04-2.80)	0.278	0.30 (0.04-2.61)	0.273	0.30 (0.03-2.59)				
Sejarah Keguguran (Rujukan: Tiada keguguran)	0.628	0.86 (0.48-1.56)								
Nilai kebarangkalian Log-2	384.222		384.458		385.543		387.075		389.547	
Nilai R kuasa dua Nagelkerke	0.166		0.165		0.161		0.155		0.146	

4.4.5 Hasil Kehamilan

a Keputusan Deskriptif

Sejumlah 450 daripada 598 responden (75.2%) telah bersalin di Hospital Canselor Tuanku Muhriz. Data berkaitan proses bersalin dan kelahiran yang direkodkan dalam rekod perubatan elektronik HCTM telah dikumpulkan dan seterusnya dianalisis. Saiz sampel sebanyak 450 wanita ini telah melebihi keperluan minimum bagi kajian kohort, iaitu 225 orang. Jadual 4.21 menunjukkan hasil kehamilan bagi kohort tersebut.

Jadual 4.21 Hasil Kehamilan Responden Kajian Kohort

Hasil Kehamilan		N=450, n (%)
Kaedah Bersalin	Kelahiran vagina	227 (50.4)
	Pembedahan caesarean kecemasan	99 (22.0)
	Pembedahan caesarean elektif	124 (27.6)
Penggunaan analgesia dalam proses bersalin (N=326)	Ya	144 (44.2)
	Tidak	182 (55.8)
	▪ Epidural	127 (39.7)
	▪ Pethidine	8 (2.5)
	▪ Entonox	14 (4.4)
Kehilangan darah berlebihan (PPH)	Kehilangan darah >500ml	73 (16.2)
Kesan Neonatal	Kelahiran pramatang (<37 minggu)	40 (8.9)
	Berat lahir rendah (<2500g)	53 (11.8)
	Skor Apgar rendah (<7 pada 5 minit)	2 (0.4)
	pH arteri rendah (<7.1)	9 (2.0)
	Kemasukan NICU	16 (3.6)
	Kelahiran mati	1 (0.2)
Kesan neonatal yang negatif		86 (19.1)

Seramai 227 orang wanita (50.4%) telah mencapai kelahiran vagina iaitu bersalin secara normal ataupun melalui bantuan instrumen. Peratusan wanita yang bersalin melalui pembedahan caesarean kecemasan adalah 22 peratus, manakala 27.6 peratus pula melahirkan anak mereka melalui pembedahan caesarean elektif.

Sejumlah 144 daripada 326 orang wanita yang melalui proses bersalin (44.2%), telah mengambil analgesia untuk kesakitan bersalin, di mana majoriti telah memilih epidural (127 orang). Kira-kira 16 peratus daripada wanita yang bersalin, mengalami pendarahan selepas bersalin yang berlebihan iaitu melebihi 500ml (*postpartum haemorrhage*, PPH).

Seramai 40 orang bayi telah dilahirkan pramatang (8.9%) dan 53 orang bayi pula mempunyai berat lahir rendah (*low birth weight*) <2500g (11.8%). Peratusan bayi yang mempunyai skor Apgar <7 pada 5 minit selepas kelahiran dan pH arteri tali pusat < 7.1, adalah masing-masing sebanyak 0.4 dan 2.0 peratus. Sejumlah 16 orang bayi (3.6%) memerlukan kemasukan ke unit jagaan rapi neonatal (NICU). Terdapat satu kelahiran mati direkodkan dalam kohort kajian ini.

Bagi tujuan analisis, kesan neonatal yang negatif ditakrifkan sebagai kelahiran pramatang, berat lahir rendah, skor Apgar<7, pH arteri<7.1 atau kemasukan bayi ke NICU. Kajian ini mendapati bahawa kadar kesan neonatal negatif adalah sekitar 19.1%.

b Keputusan Analisis Ujian Mann-Whitney

Perbandingan skor median MyFOB serta empat komponen skala berkenaan telah dijalankan dalam kalangan hasil kehamilan yang berbeza. Ujian Mann-Whitney di gunakan untuk mengenal pasti hasil kehamilan yang mempunyai hubungan signifikan dengan skor takut bersalin yang tinggi. Enam jenis perbandingan telah dilakukan dan nilai p terlaras berdasarkan pembetulan Bonferroni adalah <0.008. Jadual 4.22 memaparkan keputusan Ujian Mann Whitney tersebut.

Jadual 4.22 Perbandingan Skor MyFOB dan Komponen Skalanya Mengikut Hasil Kehamilan

Hasil Kehamilan		Median(IQR)				
		MyFOB	Proses Bersalin & Kelahiran	Kesakitan	Emosi	Interaksi Petugas Kesihatan
Kaedah bersalin (keseluruhan) N=450	Kelahiran menerusi proses bersalin	93.0(20.0)	45.0(14.0)	33.5(10.0)	9.0(4.0)	5.0(4.0)
	Kelahiran elektif	92.5(21.0)	44.0(13.0)	35.5(10.0)	8.0(5.0)	6.0(5.0)
		p=0.819	p=0.414	p=0.209	p=0.077	p=0.228
Kaedah Bersalin (menerusi proses bersalin) N=326	Kelahiran vagina	90.0(20.0)	44.0(14.0)	33.0(10.0)	9.0(4.0)	5.0(4.0)
	Pembedahan caesarean	98.0(19.0)	47.0(12.0)	35.0(9.0)	9.0(4.0)	5.0(4.0)
	kecemasan	p=0.005	p=0.008	p=0.023	p=0.984	p=0.796
Penggunaan analgesia	Ya	96.0(16.0)	47.0(12.0)	34.0(10.0)	9.0(4.0)	5.0(4.0)
	Tidak	89.0(23.0)	43.0(16.0)	33.0(11.0)	9.0(4.0)	5.0(4.0)
		p=0.007	p=0.001	p=0.068	p=0.656	p=0.230
	Epidural	96.0(16.0)	47.0(12.0)	34.0(10.0)	9.0(4.0)	5.0(3.0)
	Tiada Epidural	90.0(23.0)	44.0(16.0)	33.0(10.0)	9.0(4.0)	5.0(4.0)
		p=0.030	p=0.003	p=0.107	p=0.726	p=0.081
Kehilangan darah selepas bersalin	<500ml	93.0(21.0)	45.0(13.0)	34.0(10.0)	9.0(5.0)	5.0(4.0)
	≥500ml	93.0(21.0)	45.0(15.0)	35.0(12.0)	9.0(4.0)	5.0(4.0)
		p=0.641	p=0.332	p=0.886	p=0.333	p=0.573
Kesan neonatal negatif	Ya	93.5(24.0)	45.0(15.0)	34.0(12.0)	9.0(4.0)	4.0(3.0)
	Tidak	93.0(20.0)	45.0(13.0)	34.0(10.0)	9.0(5.0)	5.0(4.0)
		p=0.849	p=0.864	p=0.677	p=0.499	p=0.113

Kajian ini menunjukkan bahawa wanita yang bersalin secara pembedahan caesarean kecemasan, mempunyai skor takut bersalin yang lebih tinggi semasa kehamilan, berbanding wanita yang mengalami kelahiran vagina ($p=0.005$). Penggunaan analgesia semasa proses bersalin juga dikaitkan dengan skor MyFOB yang lebih tinggi ($p=0.007$). Skor MyFOB dalam tempoh antenatal juga didapati lebih tinggi dalam kalangan wanita yang menggunakan epidural untuk sakit bersalin, berbanding

individu yang tidak menggunakan analgesia tersebut ($p=0.030$), namun, dapatan ini tidak signifikan selepas pelarasan Bonferroni.

Tiada hubungan yang signifikan didapati antara skor takut bersalin dengan kaedah bersalin secara elektif, kehilangan darah berlebihan selepas bersalin ataupun kesan neonatal yang negatif.

Perbandingan skor komponen skala MyFOB menunjukkan bahawa skor median yang lebih tinggi dalam komponen proses bersalin dan kelahiran, dikaitkan dengan penggunaan analgesia ($p=0.001$) dan epidural ($p=0.003$) semasa proses bersalin. Pembedahan caesarean kecemasan turut dikaitkan dengan skor komponen proses bersalin dan kelahiran ($p=0.008$) dan komponen kesakitan ($p=0.023$) yang lebih tinggi, namun dapatan ini tidak signifikan selepas pelarasan Bonferroni.

Tiada hubungan signifikan dikenal pasti antara skor komponen MyFOB dengan kaedah bersalin secara elektif, kehilangan darah berlebihan selepas bersalin ataupun kesan neonatal yang negatif.

c Keputusan Analisis Khi Kuasa Dua dan Regresi Logistik Mudah

Ujian khi kuasa dua dan regresi logistik telah dijalankan untuk mengenal pasti hasil kehamilan yang mempunyai hubungan signifikan dengan takut bersalin secara keseluruhan serta takut bersalin tahap sederhana hingga teruk. Nilai p terlaras <0.008 telah digunakan sebagai aras signifikan. Jadual 4.23 memaparkan keputusan penilaian tersebut.

Jadual 4.23 Hubungan Takut Bersalin dan Hasil Kehamilan berdasarkan Ujian Khi Kuasa Dua dan Regresi Logistik Mudah

No	Tahap Takut Bersalin	Hasil Kehamilan			
		Kelahiran elektif	Kelahiran melalui proses bersalin	Nilai p*	Nisbah ods (95% SK)
1	Semua wanita, N=450				
	Takut bersalin	94 (27.6)	246 (72.4)	0.939	1.02
	Tidak takut bersalin	30 (27.3)	80 (72.7)		(0.63-1.65)
2	Wanita yang melalui proses bersalin, N=326	Pembedahan caesarean	Bersalin normal	Nilai p*	Nisbah ods (95% SK)
	Takut bersalin	79 (32.1)	167 (67.9)	0.229	1.42
	Tidak takut bersalin	20 (25.0)	60 (75.0)		(0.80- 2.52)
3	N=326	Analgesia	Tiada analgesia	Nilai p*	Nisbah ods (95% SK)
	Takut bersalin	117 (47.6)	129 (52.4)	0.031	1.78
	Tidak takut bersalin	27 (33.8)	53 (66.6)		(1.05-3.02)
4	N=326	Epidural	Tiada epidural	Nilai p*	Nisbah ods (95% SK)
	Takut bersalin	103 (41.9)	143 (58.1)	0.059	1.68
	Tidak takut bersalin	24 (30.0)	56 (70.0)		(0.98-2.89)
5	N=450	Kehilangan darah $\geq 500\text{ml}$	Kehilangan darah $< 500\text{ml}$	Nilai p*	Nisbah ods (95% SK)
	Takut bersalin	54 (15.9)	286 (84.1)	0.731	0.90
	Tidak takut bersalin	19 (17.3)	91 (82.7)		(0.51-1.61)
6	N=450	Kesan neonatal negatif	Tiada kesan negatif	Nilai p*	Nisbah ods (95% SK)
	Takut bersalin	64 (18.8)	276 (81.2)	0.785	0.93
	Tidak takut bersalin	22 (20.0)	88 (80.0)		(0.54-1.60)

* Ujian Khi Kuasa Dua; Nilai p terlaras < 0.008

Kajian ini mendapati bahawa lebih ramai wanita yang takut bersalin menggunakan analgesia semasa proses bersalin, berbanding mereka yang tidak takut (47.6% vs 33.8%, $p=0.031$). Namun, dapatan ini tidak signifikan berdasarkan pelarasan Bonferroni. Kajian ini juga tidak menemui sebarang hubungan antara takut bersalin dengan hasil kehamilan yang lain.

Penilaian hubungan hasil kehamilan dan takut bersalin tahap sederhana hingga teruk, juga dijalankan menggunakan ujian khi kuasa dua dan regresi logistik mudah, seperti dipaparkan dalam jadual 4.24.

Jadual 4.24 Hubungan Takut Bersalin Tahap Sederhana-Teruk dan Hasil Kehamilan berdasarkan Ujian Khi Kuasa Dua dan Regresi Logistik Mudah

No	Tahap Takut Bersalin	Hasil Kehamilan			
		Kelahiran elektif	Kelahiran melalui proses bersalin	Nilai p*	Nisbah ods (95% SK)
1	N=237				
	Takut bersalin sederhana-teruk (n=127)	33 (26.0)	94 (74.0)	0.823	0.94 (0.53-1.67)
	Tidak takut bersalin (n=110)	30 (27.3)	80 (72.7)		
2	Wanita yang melalui proses bersalin, N=174	Pembedahan caesarean	Bersalin normal	Nilai p*	Nisbah ods (95% SK)
	Takut bersalin sederhana - teruk (n=94)	39 (41.5)	55 (58.5)	0.022	2.13 (1.11-4.08)
	Tidak takut bersalin (n=80)	20 (25.0)	60 (75.0)		
3	N=174	Analgesia	Tiada analgesia	Nilai p*	Nisbah ods (95% SK)
	Takut bersalin sederhana-teruk	44 (46.8)	50 (53.2)	0.081	1.73 (0.93-3.20)
	Tidak takut bersalin	27 (33.8)	23 (66.3)		
4	N=174	Epidural	Tiada epidural	Nilai p*	Nisbah ods (95% SK)
	Takut bersalin sederhana-teruk	38 (40.4)	56 (59.6)	0.152	1.58 (0.84-2.98)
	Tidak takut bersalin	24 (30.0)	56 (70.0)		
5	N=237	Kehilangan darah $\geq 500\text{ml}$	Kehilangan darah $< 500\text{ml}$	Nilai p*	Nisbah ods (95% SK)
	Takut bersalin sederhana teruk	17 (13.4)	110 (86.6)	0.406	0.74 (0.36-1.51)
	Tidak takut bersalin	19 (17.3)	91 (82.7)		
6	N=237	Kesan neonatal negatif	Tiada kesan negatif	Nilai p*	Nisbah ods (95% SK)
	Takut bersalin sederhana teruk	23 (18.1)	104 (81.9)	0.711	0.89 (0.46-1.69)
	Tidak takut bersalin	22 (20.0)	88 (80.0)		

* Ujian Khi Kuasa Dua; Nilai p terlaras < 0.008

Kajian ini mendapati bahawa wanita yang mengalami takut bersalin tahap sederhana-teruk, mempunyai peningkatan risiko bersalin secara pembedahan caesarean kecemasan sebanyak dua kali ganda (OR 2.13, 95% SK 1.11-4.08). Walaubagaimanapun, dapatan ini tidak mencapai tahap signifikan berdasarkan pelarasan Bonferroni. Kajian ini juga tidak menemui sebarang hubungan antara hasil kehamilan yang lain dengan takut bersalin tahap sederhana-teruk.

Analisis regresi logistik berganda dijalankan untuk menilai sama ada takut bersalin secara keseluruhan atau takut bersalin tahap sederhana hingga teruk merupakan faktor risiko bebas bagi hasil kehamilan seperti penggunaan analgesia atau pembedahan caesarean kecemasan. Enam pemboleh ubah tidak bersandar yang terlibat dalam model regresi logistik sebelum ini telah disertakan dalam analisis, iaitu umur, etnik, tahap pendidikan, pekerjaan, status primigravida dan status nullipara.

Kajian ini menunjukkan bahawa takut bersalin semasa kehamilan bukan merupakan faktor risiko bebas bagi penggunaan analgesia semasa proses bersalin ($p = 0.093$). Begitu juga, takut bersalin tahap sederhana hingga teruk bukan merupakan faktor risiko bebas bagi kelahiran melalui pembedahan caesarean kecemasan dalam kalangan wanita yang melalui proses bersalin ($p = 0.226$).

4.5 KESIMPULAN

Bab ini menghuraikan secara terperinci dapatan bagi semua fasa kajian. Hasil kajian kualitatif mengenal pasti lima tema utama takut bersalin dalam kalangan wanita hamil di Malaysia. Seterusnya, proses pembangunan dan pengesahan soal selidik telah menghasilkan *Malaysian Fear of Birth* (MyFOB), iaitu satu instrumen penilaian yang mempunyai struktur komponen yang kukuh serta kebolehpercayaan yang memuaskan.

Bab ini turut menghuraikan dapatan kajian prevalens susulan yang mengenal pasti prevalens takut bersalin yang tinggi dalam kalangan wanita hamil, serta faktor risiko bagi tokofobia. Akhir sekali, kajian kohort mendapati bahawa takut bersalin semasa kehamilan dikaitkan dengan risiko pembedahan caesarean kecemasan dan penggunaan analgesia semasa proses bersalin.

BAB V

PERBINCANGAN

5.1 PENGENALAN

Bab ini membincangkan dapatan kajian secara mendalam, di mana penghuraian dibuat berdasarkan fasa kajian. Perbandingan di antara penemuan kajian ini dengan penyelidikan dari benua Asia serta seluruh dunia turut dilakukan.

5.2 FASA PERTAMA

Penerokaan takut bersalin dalam kalangan wanita Malaysia dalam fasa pertama mengenal pasti lima tema utama takut bersalin iaitu: 1) Proses Bersalin dan Kelahiran, 2) Risiko terhadap Ibu, 3) Risiko terhadap Bayi, 4) Keupayaan dan Reaksi Diri, dan 5) Sikap Petugas Kesihatan. Nilai Krippendorff $Cu-\alpha$ 0.828 mengesahkan keteguhan dan kebolehpercayaan sistem pengkodan yang digunakan (Marzi et al. 2024). Bahagian seterusnya akan membincangkan setiap tema takut bersalin dan membandingkan dapatan kajian ini dengan penemuan kajian antarabangsa.

5.2.1 Proses Bersalin dan Kelahiran

Tema proses bersalin dan kelahiran melaporkan kebimbangan wanita hamil terhadap kesakitan, ketidakpastian, jangkamasa bersalin, sokongan, prosedur klinikal, serta kemungkinan berulang pengalaman kelahiran negatif. Responden kajian ini melaporkan kebimbangan terhadap kesakitan yang bakal dialami, terutamanya akibat kontraksi rahim serta potongan episiotomi. Ketakutan terhadap kesakitan (*fear of pain*) merupakan ciri utama dalam kebimbangan wanita mengenai proses kelahiran dalam beberapa kajian antarabangsa (Fisher et al. 2006; Slade et al. 2019). Metasintesis oleh

Sheen et al. (2018) menunjukkan bahawa wanita takut akan kesakitan akibat kontraksi, trauma perineum, kesakitan yang berkaitan dengan proses pemasangan epidural, serta kesakitan semasa meneran untuk melahirkan bayi, yang selari dengan dapatan kajian ini.

Pariti turut mempengaruhi perspektif wanita terhadap kesakitan. Wanita nulipara lebih bimbang tentang keupayaan mereka untuk menghadapi kesakitan, manakala wanita multipara berpendapat bahawa mereka “telah berjaya menghadapinya sebelum ini” dan “menjangkakan dapat menghadapinya sekali lagi”(Sheen & Slade 2018).

Kesakitan sering dikaitkan dengan tempoh bersalin yang panjang, seperti yang ditunjukkan dalam kajian ini. Satu kajian di Sweden melaporkan bahawa sekitar separuh daripada wanita takut akan proses bersalin yang lama (Eriksson et al. 2006). Takegata et al. (2018) turut mengenal pasti tempoh bersalin yang berpanjangan sebagai salah satu kategori utama takut bersalin dalam kalangan wanita Jepun, yang mereka rasakan sukar untuk ditempuhi. Kajian tersebut juga mendapati bahawa ketidakpastian mengenai bila proses bersalin akan bermula, dan berapa lama ia akan berlangsung, serta ketiadaan jaminan untuk kelahiran secara normal, merupakan faktor yang menyumbang kepada perasaan takut bersalin.

Satu kajian di Australia pula melaporkan bahawa tempoh bersalin yang terlalu singkat juga boleh menjadi punca kebimbangan. Wanita yang pernah mengalami kelahiran yang cepat bimbang bahawa kelahiran seterusnya mungkin berlaku dengan lebih pantas, dan berisiko berlaku di tempat yang tidak sesuai, iaitu di luar persekitaran hospital (Fisher et al. 2006).

Kajian ini mendapati bahawa wanita melaporkan kebimbangan terhadap ketidakpastian yang mungkin dihadapi semasa proses bersalin, yang berkemungkinan lebih ketara dalam kalangan wanita primigravida akibat kurang pengalaman bersalin. Proses kelahiran dianggap sebagai satu peristiwa yang tidak dapat dirancang ataupun dikawal sepenuhnya (Fenwick et al. 2015; Fisher et al. 2006). Fisher et al. (2006) melaporkan bahawa ketakutan terhadap perkara yang tidak diketahui merupakan tema

lazim dalam naratif wanita tanpa mengira pariti. Kekurangan pengalaman terdahulu menyumbang kepada kebimbangan dalam kalangan wanita primipara, manakala ketakutan wanita multipara lebih dipengaruhi oleh kesedaran bahawa proses bersalin sukar diramal dan tidak dapat dikawal, selaras dengan dapatan kajian ini.

Sokongan suami semasa proses bersalin amat penting bagi wanita Malaysia kerana ia meningkatkan keyakinan diri mereka untuk melahirkan anak. Dapatan ini selari dengan kajian di Iran yang melaporkan bahawa kehadiran suami memberikan ketenangan dan membuatkan wanita berasa disayangi (Fathi Najafi et al. 2017). Satu kajian di United Kingdom turut mendapati bahawa wanita meluahkan kebimbangan untuk bersalin secara bersendirian, khususnya apabila pasangan tidak berada di sisi mereka ketika diperlukan (Slade et al. 2019). Sokongan emosi daripada suami atau ahli keluarga semasa bersalin juga dikaitkan dengan pengurangan penggunaan analgesia, tempoh bersalin yang lebih singkat, serta kadar pembedahan caesarean yang lebih rendah, di samping pengalaman kelahiran yang lebih positif bagi ibu (Hodnett et al. 2007).

Responden kajian ini menyatakan kebimbangan terhadap prosedur klinikal yang mungkin perlu dijalani seperti induksi bersalin, pemeriksaan faraj, episiotomi, serta kelahiran dengan bantuan vakum atau forsep. Kebimbangan yang sama turut dilaporkan oleh kajian di United Kingdom, di mana wanita berasa takut terhadap pelbagai intervensi perubatan, termasuk pemeriksaan faraj dan kelahiran secara instrumental. Slade et al. (2018) merumuskan bahawa ketakutan ini mencerminkan komunikasi yang kurang jelas antara wanita dan profesional kesihatan, sekali gus menyebabkan wanita berasa kurang kawalan terhadap tubuh dan privasi mereka.

Walaupun peserta kajian ini berasa bimbang dan malu untuk menjalani prosedur klinikal tersebut, mereka tetap akur serta mengakui bahawa prosedur berkenaan diperlukan bagi membantu proses kelahiran.

Kajian ini menunjukkan bahawa pengalaman kelahiran negatif menyumbang kepada perasaan takut bersalin dalam kehamilan seterusnya, selaras dengan literatur sedia ada (Fisher et al. 2006; Sheen & Slade 2018; Wigert et al. 2020). Kebimbangan

bahawa komplikasi atau kesukaran yang lepas akan berulang, didapati meningkatkan perasaan takut dan cemas dalam kehamilan seterusnya (Karlström et al. 2011). Kajian kualitatif melaporkan bahawa wanita yang mengalami kelahiran traumatik berasa seolah-olah tubuh mereka tidak berfungsi dengan baik semasa bersalin dan kawalan berada di tangan profesional kesihatan. Pada masa yang sama, mereka turut berasa ditinggalkan keseorangan, khususnya apabila tidak mendapat sokongan emosi daripada professional kesihatan (Nilsson et al. 2010).

Fisher et al. (2006) mencadangkan bahawa terdapatnya satu kitaran berulang, di mana pengalaman kelahiran yang negatif menyebabkan peningkatan tahap takut bersalin dalam kehamilan seterusnya serta meninggikan risiko intervensi obstetrik. Situasi ini kemudiannya menguatkan lagi perasaan takut dalam kalangan wanita hamil, sekali gus meningkatkan kemungkinan berulangnya pengalaman bersalin yang traumatik (Hofberg & Ward 2003).

5.2.2 Risiko terhadap Ibu

Responden kajian ini menyatakan kebimbangan terhadap kemungkinan berlakunya komplikasi obstetrik seperti pembedahan caesarean kecemasan dan pendarahan yang berlebihan, selaras dengan dapatan kajian antarabangsa lain (Faisal et al. 2014; Sheen & Slade 2018; Takegata et al. 2018). Slade et al. (2019) mentafsirkan ketakutan wanita terhadap kemudaratan diri (*fear of harm to self*) sebagai perasaan tidak selamat semasa bersalin dan kebimbangan terhadap kecederaan fizikal serta risiko kematian (Slade et al. 2019).

Kajian ini mendapati bahawa wanita hamil mengambil berat tentang kesejahteraan diri mereka, termasuk proses pemulihan selepas bersalin dan kesan jangka panjang proses kelahiran terhadap tubuh badan mereka. Satu kajian di Turki melaporkan bahawa wanita bimbang terhadap kecederaan perineum yang berpotensi menjejaskan fungsi seksual (Serçekuş & Okumuş 2009). Wanita Iran pula melaporkan kebimbangan yang ketara terhadap risiko masalah fungsi lantai pelvis (*pelvic floor dysfunction*), termasuk inkontinens urin dan najis, prolaps organ pelvis, dan atoni vagina (Faisal et al. 2014).

Kebimbangan sedemikian mendorong peningkatan tanggapan dalam kalangan wanita hamil bahawa pembedahan caesarean merupakan kaedah kelahiran yang lebih sesuai untuk mengekalkan imej tubuh dan fungsi seksual, (Cheung et al. 2006; Serçekuş & Okumuş 2009). Wanita Jepun pula melaporkan kebimbangan terhadap risiko kesakitan jangka panjang akibat kecederaan perineum, yang dipercayai boleh menjejaskan keupayaan mereka menjaga bayi (Takegata et al. 2018)

5.2.3 Risiko terhadap Bayi

Wanita Malaysia melaporkan kebimbangan terhadap risiko kepada bayi mereka, termasuk kemungkinan hipoksia, kecederaan semasa kelahiran dan kelahiran pramatang. Kebimbangan terhadap kesihatan dan keselamatan bayi merupakan antara tema takut bersalin yang paling kerap dilaporkan di seluruh dunia (Eriksson et al. 2006; Takegata et al. 2018).

Wanita menyatakan ketakutan bahawa bayi mereka mungkin mengalami kecederaan fizikal atau meninggal dunia semasa proses bersalin, dan mereka mengharapkan bayi yang dilahirkan sihat serta tidak mengalami sebarang kecacatan (Fisher et al. 2006; Sheen & Slade 2018; Slade et al. 2019). Sebahagian wanita yang bimbang tentang risiko kecederaan kepada bayi semasa kelahiran secara vagina menganggap pembedahan caesarean sebagai kaedah yang kurang traumatik bagi bayi, sekali gus mendorong permintaan untuk menjalani pembedahan caesarean elektif (Cheung et al. 2006; Faisal et al. 2014). Kekurangan pendidikan antenatal turut dikaitkan dengan salah tanggapan bahawa kelahiran secara vagina boleh menyebabkan kecederaan pada kepala bayi, seperti yang dilaporkan dalam populasi di Iran dan China.

5.2.4 Keupayaan dan Reaksi Diri

Responden kajian ini menyatakan kebimbangan terhadap keupayaan mereka untuk mencapai kelahiran secara normal, termasuk kekurangan tenaga untuk meneran atau teknik meneran yang tidak betul, selaras dengan dapatan kajian terdahulu. Metasintesis kajian kualitatif oleh Sheen et al. (2018) melaporkan kebimbangan wanita terhadap kesukaran proses kelahiran, yang merangkumi aspek: (1) tubuh mereka tidak cukup berupaya (Sjögren 1997); (2) mereka tidak mampu melahirkan bayi (Roosevelt & Low

2016; Serçekuş & Okumuş 2009); (3) bayi terlalu besar (Jean Greer BSc 2014); (4) pelvis mereka terlalu sempit; atau (5) kontraksi yang tidak mencukupi semasa proses bersalin (Eriksson et al. 2006).

Satu kajian dalam kalangan wanita Scandinavia yang mengalami tokofobia teruk melaporkan bahawa lebih 65% daripada mereka bimbang tentang prestasi semasa bersalin serta keupayaan tubuh mereka untuk melahirkan bayi (Sjögren 1997). Dapatan ini turut disokong oleh kajian di Amerika Syarikat yang melaporkan bahawa wanita lazimnya takut tidak mempunyai kekuatan untuk menghadapi proses bersalin, tidak mampu bernafas atau meneran semasa proses kelahiran, serta berasa tidak berdaya (Soet et al. 2003).

Eriksson et al. (2006) menjelaskan tema ‘keupayaan dan reaksi diri’ dalam kalangan wanita Sweden, yang merangkumi perasaan tidak berupaya secara fizikal, ketidakmampuan menjalani proses bersalin dengan baik, serta kehilangan kawalan terhadap tubuh dan emosi. Para penyelidik berpendapat bahawa ketakutan tersebut boleh menimbulkan keraguan dalam kalangan wanita hamil terhadap identiti kewanitaan serta keupayaan mereka sebagai ibu.

Responden kajian ini turut menyatakan kebimbangan terhadap kehilangan kawalan diri, khususnya ketika mengalami kesakitan semasa proses bersalin. Dapatan ini selaras dengan kajian terdahulu yang mengenal pasti ketakutan terhadap kehilangan kawalan emosi atau fizikal semasa bersalin (Sheen & Slade 2018). Wanita berasa takut sekiranya mereka menjadi panik semasa bersalin (Serçekuş & Okumuş 2009), hilang kawalan emosi atau fizikal (Fisher et al. 2006), atau gagal berfungsi dengan baik (Sjögren 1997). Wanita juga bimbang tidak dapat bekerjasama dengan profesional kesihatan dan tidak pasti tentang tingkah laku serta respons mereka semasa proses kelahiran (Eriksson et al. 2006; Nilsson & Lundgren 2009).

Kajian terdahulu mendapati bahawa wanita hamil mengaitkan kehilangan kawalan terhadap tubuh badan mereka dengan perasaan malu, khususnya apabila mereka menjerit atau menangis semasa proses kelahiran (Faisal et al. 2014; Fisher et al. 2006; Roosevelt & Low 2016). Sejajar dengan itu, Takegata et al. (2018) melaporkan bahawa

wanita Jepun menganggap keadaan panik di hadapan suami sebagai sesuatu yang memalukan, yang berkemungkinan dipengaruhi oleh norma dan nilai budaya dalam masyarakat Jepun.

5.2.5 Sikap Petugas Kesihatan

Kajian ini mengenal pasti sikap petugas kesihatan sebagai salah satu tema utama takut bersalin. Tema ini mencerminkan keinginan wanita untuk memperoleh panduan dan sokongan, serta penjagaan kesihatan yang bersifat empatik dan menghormati maruah pesakit daripada profesional kesihatan. Di samping itu, wanita hamil juga meletakkan kepercayaan yang tinggi terhadap petugas kesihatan untuk membuat keputusan klinikal yang tepat bagi menjamin kesejahteraan diri mereka.

Dapatan kajian ini disokong oleh kajian terdahulu yang melaporkan bahawa wanita bimbang tidak menerima rawatan perubatan yang mencukupi (Eriksson et al. 2006), tidak memperoleh sokongan yang sewajarnya semasa proses bersalin dan kelahiran (Sjögren 1997), atau ditinggalkan secara fizikal serta berasa diabaikan oleh profesional kesihatan (Roosevelt & Low 2016).

Layanan yang tidak memuaskan serta tingkah laku yang tidak mesra dalam kalangan kakitangan materniti boleh menimbulkan rasa tidak percaya terhadap mereka, sekali gus meningkatkan tahap tokofobia (Fisher et al. 2006). Saisto dan Halmesmaki (2003) mendapati bahawa sekitar 73% wanita hamil melaporkan ketidakpercayaan terhadap kakitangan obstetrik sebagai punca takut bersalin. Penerokaan terhadap kebimbangan 329 wanita Finland menunjukkan bahawa sebahagian besar daripada mereka bimbang terhadap sikap profesional kesihatan yang tidak mesra, ditinggalkan bersendirian serta tidak dilibatkan dalam proses membuat keputusan berkaitan penjagaan mereka (Melender 2002).

Satu kajian di Iran menunjukkan bahawa tingkah laku petugas kesihatan yang menghargai dan menghormati wanita merupakan faktor penting dalam memastikan pengalaman kelahiran yang positif (Shahoei et al. 2011). Kajian di Sweden pula mendapati bahawa kakitangan kesihatan yang tidak menyesuaikan pendekatan atau

sikap mereka semasa berhadapan dengan wanita hamil yang mengalami tokofobia, dianggap sebagai tidak bersimpati dan kurang membantu (Nilsson & Lundgren 2009).

Kegagalan untuk mengiktiraf dan memberi respons yang sewajarnya terhadap keperluan emosi wanita boleh menyebabkan mereka berasa lebih rentan (*vulnerable*), menjejaskan kepercayaan terhadap petugas kesihatan, serta seterusnya meningkatkan tahap takut bersalin.

Sebaliknya, sokongan positif daripada penyedia perkhidmatan kesihatan didapati membantu mengurangkan tokofobia. Fisher et al. (2006) menyatakan bahawa penjagaan oleh bidan yang yakin dan peka terhadap keperluan wanita bersalin, serta penyampaian maklumat yang jelas, terbukti berkesan dalam meredakan ketakutan wanita.

Elemen kawalan (*control*) dikenal pasti sebagai komponen penting dalam pengalaman kelahiran. Satu kajian di Ireland turut menyokong peranan penting bidan dalam mewujudkan pengalaman kelahiran yang positif. Pemberian maklumat yang jelas semasa proses bersalin membantu meningkatkan rasa kawalan dalam diri wanita, sekali gus mengurangkan kebimbangan mereka serta menyumbang kepada pengalaman kelahiran yang lebih positif (Larkin et al. 2012).

5.3 FASA KEDUA

Bahagian ini membincangkan proses pembangunan dan pengesahan soal selidik takut bersalin yang menghasilkan MYFOB. Seterusnya, perbandingan antara MyFOB dan soal selidik yang lazim digunakan seperti WDEQ-A serta CAQ, dan peranan item MyFOB dalam penilaian takut bersalin turut diuraikan.

5.3.1 Pembangunan dan Validasi Soal Selidik

Langkah pertama dalam pembangunan soal selidik takut bersalin adalah menyenaraikan item untuk proses kesahan kandungan oleh pakar. Sebanyak 137 item telah dibangunkan berdasarkan analisis instrumen penilaian tokofobia di dalam literatur (109 item), serta dapatan kualitatif fasa pertama (28 item). Seterusnya item tersebut melalui

proses kesahan kandungan oleh lima pakar daripada pelbagai disiplin termasuk epidemiologi, psikologi, obstetrik dan kebidanan, yang menyumbang perspektif berbeza. Bilangan penilai yang dipilih memenuhi jumlah minimum yang disyorkan, iaitu antara lima hingga tujuh orang (Haynes et al. 1995).

Indeks kesahan kandungan (I-CVI) telah dikira bagi setiap item, dan nilai 0.80 digunakan sebagai ambang untuk mengekalkan item bagi proses pengesahan seterusnya (Yusoff et al. 2021). Sebanyak 31 item dikekalkan berdasarkan nilai $I-CVI \geq 0.8$, manakala 12 item lagi dipilih berdasarkan dapatan kualitatif yang disokong oleh literatur, menjadikan jumlah keseluruhan item untuk analisis faktor penerokaan sebanyak 43.

Sejumlah 257 orang responden telah melengkapkan soal selidik melalui *Google Forms* bagi tujuan penilaian EFA, melebihi saiz sampel minimum yang diperlukan, iaitu 215 orang (Yusoff et al. 2021). Analisis penerokaan faktor (EFA) bertujuan untuk menentukan bilangan komponen yang optimum bagi model soal selidik serta penempatan item di bawah komponen tertentu (Boateng et al. 2018).

Analisis komponen prinsipal (PCA) dengan putaran Promax pada peringkat awal mengenal pasti lapan komponen dengan jumlah varians yang dijelaskan sebanyak 72.1%. Namun, hanya empat komponen dianggap sesuai untuk dikekalkan berdasarkan kriteria Kaiser, ujian scree dan analisis selari (Costello & Osborne 2005; Pallant 2016).

Analisis PCA kemudiannya diulang berdasarkan model empat faktor. Pemilihan item telah dibuat berdasarkan nilai komunaliti > 0.40 (Pallant 2016), korelasi inter-item, matriks corak, serta jumlah kumulatif varians $> 60\%$ (Williams et al. 2010). Model akhir yang dikenali sebagai *Malaysian Fear of Birth* (MyFOB), merupakan soal selidik yang terdiri daripada 20 item dan merangkumi empat komponen dengan jumlah kumulatif varians sebanyak 65.5%. Nilai muatan faktor > 0.40 dan nilai komunaliti > 0.40 bagi setiap item menunjukkan kesepadanan item dengan komponen yang dicadangkan serta menyokong kestabilan struktur faktor (Pallant 2016).

Empat komponen MyFOB iaitu proses bersalin dan kelahiran, kesakitan, emosi ibu dan interaksi dengan petugas kesihatan, hampir selari dengan tema takut bersalin

yang diperolehi melalui kajian kualitatif. Item-item yang berkaitan dengan tema takut bersalin seperti (1) risiko terhadap bayi, (2) risiko terhadap ibu dan (3) keupayaan dan reaksi diri, didapati mempunyai muatan dalam komponen proses bersalin dan kelahiran serta kesakitan dalam skala MyFOB.

Walaupun item untuk komponen emosi ibu dibangunkan berdasarkan sorotan literatur, analisis PCA mengesahkan kestabilan dan kesepadanan struktur komponen berkenaan dalam model akhir soal selidik.

Ujian kesahan muka MyFOB mengesahkan bahawa soal selidik berkenaan mudah difahami dan dijawab. Nilai Alfa Cronbach 0.879 membuktikan kebolehpercayaan skala MyFOB (Boateng et al. 2018). Analisis faktor pengesahan (CFA) yang melibatkan 341 responden memenuhi keperluan saiz sampel minimum dan dapatan analisis menunjukkan bahawa model MyFOB mencapai kesesuaian model yang memuaskan

5.3.2 Perbandingan antara MyFOB dengan Soal Selidik lain

Pengesahan ciri-ciri psikometrik dan kesesuaian model MyFOB dalam dua kohort berbeza (EFA dan CFA), mengesahkan kekukuhannya sebagai skala diagnostik. MyFOB menilai takut bersalin secara menyeluruh menerusi pelbagai komponen, termasuk aspek-aspek kebimbangan yang juga dinilai oleh skala lain seperti WDEQ-A dan CAQ.

MyFOB merupakan model empat faktor yang merangkumi kebimbangan mengenai proses bersalin dan kelahiran, kesakitan, emosi ibu dan interaksi dengan penjaga kesihatan. Sebagai perbandingan, WDEQ-A dibangunkan sebagai instrumen unidimensi; namun, kajian di United Kingdom dan Australia mengenal pasti empat domain: ketakutan (*fear*), kekurangan jangkaan positif (*lack of positive anticipation*), keterasingan (*isolation*), dan risiko (*riskiness*) (Fenwick et al. 2009; Johnson & Slade 2002).

Analisis komponen utama WDEQ-A dalam kohort Eropah pula menemui enam faktor iaitu: 1) Kekurangan keberkesanan sendiri (*lack of self-efficacy*), 2) Kesepian

(*loneliness*), 3) Penilaian negatif (*negative appraisal*), 4) Kekurangan jangkaan positif (*lack of positive anticipation*), 5) Ketakutan (*fear*) dan 6) Kebimbangan terhadap bayi (*concern for the child*) (Lukasse et al. 2014). Lukasse et al. mendapati bahawa walaupun takut bersalin terdiri daripada komponen yang serupa, faktor-faktor yang dianggap penting dalam sesebuah populasi adalah berbeza di antara negara. Sebagai contoh, analisis skor WDEQ-A menunjukkan wanita Denmark mencatat skor terendah bagi komponen kesepian, manakala wanita Belgium merekodkan skor tertinggi bagi komponen yang sama.

Begitu juga dengan kajian yang melibatkan CAQ, di mana analisis PCA menunjukkan struktur faktor tunggal dalam kalangan wanita Thai dan Greek (Gourounti et al. 2015; Tanglakmankhong et al. 2011), manakala versi bahasa Cina pula melaporkan empat dimensi ketakutan yang merangkumi sakit bersalin (*labour pain*), keselamatan bayi (*baby safety*), hilang kawalan diri (*loss of control*) dan persekitaran kelahiran (*birthing environment*) (Wei et al. 2016). Penemuan ini membuktikan bahawa kandungan takut bersalin berbeza antara negara dan budaya, walaupun menggunakan instrumen penilaian yang sama.

5.3.3 Peranan Item-Item MyFOB dalam Penilaian Takut Bersalin

Sila rujuk Jadual 4.10 di muka surat 77 untuk perbincangan seterusnya. Analisis faktor penerokaan telah mengenal pasti kesakitan sebagai komponen penting MyFOB. Ketakutan terhadap sakit bersalin merupakan salah satu kebimbangan paling ketara dalam kalangan ibu mengandung (Chen et al. 2024; Sheen & Slade 2018), terutamanya bagi wanita nullipara (Fenwick et al. 2015; Yoosefi Lebni et al. 2021). Kesakitan berkaitan episiotomi dan koyakan faraj juga menyumbang kepada takut bersalin dalam kalangan wanita Malaysia, selari dengan dapatan kajian lain (Melender 2002; Takegata et al. 2018). MyFOB menilai aspek ketakutan berkaitan sakit bersalin dan episiotomi menerusi item 2 dan 15.

Item yang mewakili kebimbangan tentang tidak mendapat ubat penahan sakit yang secukupnya semasa bersalin (item 4), menunjukkan pemuatan tertinggi dalam komponen kesakitan MyFOB. Dapatan ini mencerminkan kepentingan analgesia untuk menangani sakit bersalin dalam kalangan wanita Malaysia. Pandangan yang

bertentangan dikenal pasti dalam kalangan wanita Jepun, di mana mereka percaya kesakitan dan penderitaan yang dialami semasa bersalin penting untuk pengalaman bersalin yang memuaskan dan untuk membina keyakinan sebagai ibu (Takegata et al. 2018).

Walaupun pemeriksaan faraj adalah sebahagian daripada keperluan penjagaan intrapartum yang diterima oleh wanita hamil, pengalaman tersebut mungkin mendatangkan kesakitan, keresahan bahkan boleh memalukan (Hassan et al. 2012). Maka tidak menghairankan jika wanita Malaysia bimbang tentang proses bersalin yang panjang, di mana mereka terpaksa menghadapi bukan sahaja kontraksi rahim yang menyakitkan tetapi juga pemeriksaan faraj berulang. Skala MyFOB menilai tahap kerisauan ini melalui item 3 dan 5.

Kajian ini mendapati sokongan suami semasa bersalin amat penting bagi wanita hamil dan dianggap memberi kesan perlindungan terhadap kesakitan. Ini dibuktikan melalui pemuatan item 6 (Saya bimbang suami saya tidak dapat menemani saya sewaktu bersalin) dalam komponen kesakitan MyFOB. Penglibatan suami semasa proses kelahiran didapati dapat mengurangkan kesakitan dan keresahan ibu, memendekkan tempoh bersalin dan mengurangkan penggunaan analgesia (Kululanga et al. 2012). Ketakutan dan kebimbangan yang dialami wanita hamil semasa bersalin, boleh meningkatkan persepsi sakit mereka. Sokongan emosi daripada suami atau pasangan seperti memberi galakan positif, menenangkan isteri serta hadir sepanjang proses kelahiran dapat meredakan ketakutan ibu hamil dan sekaligus mengurangkan kesakitan mereka (Emelonye et al. 2016; Nori et al. 2023).

Komponen proses bersalin dan kelahiran MyFOB merangkumi (1) risiko kepada ibu dan bayi dan (2) kemampuan ibu untuk bersalin termasuk kawalan diri. Proses kelahiran dianggap berisiko oleh wanita hamil dan mereka sering melaporkan ketakutan terhadap kecederaan atau bahaya yang mungkin terjadi ke atas mereka semasa bersalin (Chen et al. 2024; Sheen & Slade 2018). Penemuan kajian ini sejajar dengan dapatan literatur yang menjelaskan kebimbangan wanita terhadap keselamatan mereka proses bersalin dan kelahiran, termasuk risiko komplikasi obstetrik seperti pendarahan, pembedahan caesarean kecemasan dan kematian semasa bersalin (Roosevelt & Low

2016; Serçekuş & Okumuş 2009). Skala MyFOB mengukur aspek kerisauan tersebut menerusi item 16, 18 dan 20.

Wanita hamil kerap menyuarakan kebimbangan yang lebih tinggi terhadap kesejahteraan bayi berbanding diri sendiri, kerana mereka merasa bertanggungjawab terhadap kesihatan bayi (Yoosefi Lebni et al. 2021). Oleh yang demikian, risiko ke atas kesihatan bayi semasa proses bersalin, menjadi sumber ketakutan dalam kalangan bakal ibu (Chen et al. 2024). Selain mengalami kecederaan fizikal atau bahaya semasa kelahiran (Sheen & Slade 2018), wanita juga takut bayi mereka dilahirkan prematang, cacat, lemas, atau mati semasa kelahiran (Chen et al. 2024; Yoosefi Lebni et al. 2021). Lebni et al. (2021) mendapati wanita Iran melaporkan kebimbangan tentang lilitan tali pusat pada leher bayi yang boleh menyebabkan kekurangan oksigen. Dapatan yang serupa juga dilaporkan dalam kalangan responden kajian ini. Aspek ketakutan ini dinilai oleh item 17 skala MyFOB (Saya bimbang bayi saya akan lemas semasa proses kelahiran).

Selaras dengan kajian terdahulu, responden kajian ini menyuarakan ketakutan terhadap hilang kawalan diri dan ketidakupayaan untuk berfungsi semasa bersalin (Sheen & Slade 2018), yang dinilai oleh item 11 dan 13 skala MyFOB. Wanita hamil takut kehilangan kawalan ke atas badan mereka dan melakukan tingkah laku yang memalukan, seperti menjerit dan menangis semasa melahirkan anak (Fisher et al. 2006; Roosevelt & Low 2016; Serçekuş & Okumuş 2009). Takegata et al. (2018) mendapati budaya Jepun menganggap panik dan hilang kawalan diri sebagai kelemahan, menyebabkan wanita merasa malu jika berkelakuan sedemikian semasa bersalin.

Ibu hamil juga risau tentang keupayaan fizikal untuk bersalin secara normal dan melaporkan kebimbangan seperti tidak mempunyai tenaga mencukupi untuk meneran atau tidak meneran dengan betul (Slade et al. 2019). Kemungkinan bayi besar, pelvis sempit dan kontraksi rahim yang tidak mencukupi turut menyumbang kepada kebimbangan ibu mengenai keupayaan mereka untuk mencapai kelahiran normal (Sheen & Slade 2018; Slade et al. 2019). Kajian Sweden merumuskan bahawa kerisauan terhadap kebolehan dan reaksi diri semasa bersalin mungkin mencerminkan keraguan wanita hamil terhadap kebolehan mereka sebagai ibu (Eriksson et al. 2005).

Maklum balas dan sokongan daripada jururawat dan doktor sangat mempengaruhi persepsi wanita Malaysia tentang kemampuan mereka untuk mencapai kelahiran normal dan interaksi dengan petugas kesihatan boleh menjadi punca takut bersalin. Item MyFOB yang menilai aspek ini mempunyai muatan faktor dalam dua komponen iaitu proses bersalin dan kelahiran (item 8 dan 14) serta interaksi dengan petugas kesihatan (item 9, 12 dan 19).

Selain daripada kurang sokongan semasa bersalin (Sheen & Slade 2018), wanita juga menyuarakan kebimbangan ketara terhadap rawatan perubatan yang tidak memuaskan akibat kekurangan kompetensi profesional (Eriksson et al. 2005). Responden kajian ini melaporkan ketakutan ditinggalkan oleh staf kesihatan semasa bersalin, sejajar dengan penemuan kajian dalam populasi negara Barat (Melender 2002; Roosevelt & Low 2016). Wanita Malaysia juga bimbang dimarahi oleh petugas kesihatan semasa bersalin. Begitu juga, Serçekuş et al. mendapati wanita Turki takut untuk ditengking atau melakukan kesilapan semasa bersalin, dengan sebahagiannya percaya bahawa mereka tidak akan menerima sokongan mencukupi dan akan dibiarkan sendirian semasa bersalin (Serçekuş & Okumuş 2009).

Sikap petugas kesihatan semasa proses bersalin penting bagi wanita Malaysia. Wanita hamil menghargai panduan dan layanan baik oleh profesional kesihatan serta yakin mereka akan membuat keputusan klinikal yang tepat. Panduan dan maklumat daripada bidan (*midwife*) didapati mengurangkan ketakutan terhadap proses kelahiran dengan meningkatkan penglibatan bakal ibu dalam proses bersalin (Wigert et al. 2020). Sikap prihatin dan sokongan yang diberikan oleh bidan kepada wanita hamil membuatkan mereka merasa dihargai, sekaligus melindungi bakal ibu daripada takut bersalin (Lyberg & Severinsson 2010). Wanita juga sedar bahawa mereka tidak dapat mengawal keadaan semasa bersalin dan perlu mempercayai serta bergantung kepada kepakaran staf kesihatan yang merawat mereka (Wigert et al. 2020). Ketidaktentuan proses kelahiran menyumbang kepada takut bersalin; bagi sesetengah wanita, menyerahkan peranan untuk membuat keputusan kepada profesional yang mahir, boleh membawa kelegaan kerana tanggungjawab tersebut bukan lagi dipikul oleh mereka (Salomonsson et al. 2013).

Emosi ibu merupakan salah satu komponen MyFOB yang menilai keberkesanan sendiri (*self-efficacy*) wanita semasa bersalin; item 1, 7 dan 10 mengukur tahap keyakinan dan ketenangan diri yang dijangka semasa proses bersalin. Keberkesanan sendiri adalah proses kognitif dinamik yang membolehkan ibu hamil menilai kebolehan mereka untuk bertindak wajar terhadap pelbagai situasi bersalin (Bandura 1982). Keberkesanan sendiri memainkan peranan perantara dalam hubungan antara ketahanan tekanan (*stress resilience*) dengan takut bersalin (Huang et al. 2021). Individu yang mempunyai ketahanan tekanan yang tinggi, menggunakan sumber psikologi mereka untuk memperkukuhkan keupayaan dalam menghadapi proses kelahiran, sekali gus meningkatkan keyakinan diri serta mengurangkan tokofobia (Huang et al. 2021).

Ketahanan mental yang lebih tinggi turut dikaitkan dengan peningkatan kesejahteraan kognitif dan psikologi (Lazarus & Folkman 1984), menyemai rasa tenang dalam kalangan ibu hamil. Wanita kerap menggambarkan perasaan teruja, gembira dan tenang semasa proses bersalin (Olza et al. 2018), mencerminkan keyakinan diri mereka. Menurut Olza et al. (2018) persepsi positif wanita terhadap cara mereka menangani stres dan keyakinan terhadap kemampuan mereka menempuhi proses kelahiran amat penting dalam menyumbang kepada pengalaman bersalin yang memuaskan.

5.4 FASA KETIGA

Bahagian ini membincangkan dapatan kajian Fasa 3 yang terdiri daripada kajian prevalens susulan. Perbincangan dimulakan dengan keputusan deskriptif daripada kajian keratan rentas, diikuti oleh maklum balas responden berdasarkan item MyFOB. Seterusnya, dapatan kajian berkaitan prevalens dan faktor risiko dihuraikan serta dibandingkan dengan data global. Akhir sekali, penemuan kajian kohort mengenai hubungan antara takut bersalin dan hasil kehamilan dibincangkan secara terperinci dengan mengambil kira penemuan kajian antarabangsa.

5.4.1 Keputusan Deskriptif

Sila rujuk Jadual 4.13 di mukasurat 83 bagi perbincangan seterusnya. Dapatan deskriptif menunjukkan majoriti wanita hamil berusia <35 tahun (70.9%), sejajar dengan

perangkaan statistik Malaysia 2024 yang melaporkan peratusan ibu bagi kumpulan umur 20–34 sebanyak 73.4% (DOSM 2025). Kadar kelahiran di Malaysia yang melibatkan etnik Melayu bagi tahun yang sama adalah 65.7%, manakala peratusan wanita Melayu untuk kajian ini lebih tinggi (86.0%). Peratusan wanita hamil daripada etnik Cina (6.7%) dan India (3.2%) dalam kajian ini didapati lebih rendah berbanding statistik kebangsaan, iaitu masing-masing 10.8% dan 4.3% (DOSM 2025).

Majoriti responden menerima pendidikan tertiar (80%), mencerminkan tahap literasi dan pemahaman yang tinggi. Sebanyak tiga per empat responden bekerja sepenuh masa, dan median pendapatan isi rumah adalah sekitar RM5,000, lebih rendah berbanding median nasional RM7,017 seperti yang dilaporkan oleh Jabatan Statistik Malaysia pada 2024 (DOSM 2025). Oleh kerana data kajian diperoleh melalui soal selidik sendiri, penyelidik tidak dapat memastikan sama ada nilai yang dilaporkan merujuk kepada pendapatan individu atau pendapatan isi rumah.

Sekitar satu pertiga responden hamil buat kali pertama (35.3%) dan belum pernah melahirkan anak (nullipara, 36.3%). Dapatan ini sejajar dengan perangkaan nasional yang merekodkan peratusan kelahiran pertama sebanyak 31%. Data kebangsaan melaporkan purata (*mean*) umur ibu pada kelahiran pertama 28.3 tahun (DOSM 2025), manakala umur purata primigravida kajian ini lebih tinggi pada 29.7 tahun.

Majoriti usia kandungan responden direkodkan dalam trimester ketiga (72.4%). Secara umum, rujukan wanita hamil ke hospital dilakukan pada trimester kedua, dan temujanji klinik hanya diperoleh beberapa minggu kemudian, bergantung pada tahap risiko kehamilan, sekali gus menyumbang kepada dapatan kajian ini. Peratusan wanita yang pernah menjalani pembedahan caesarean dalam kajian ini (40%) adalah lebih tinggi berbanding kadar nasional sekitar 23.2% (Karalasingam et al. 2020). Ini mungkin disebabkan oleh peranan HCTM sebagai hospital tertiar yang mengendalikan kehamilan berisiko tinggi termasuk sejarah kelahiran secara pembedahan.

Kebanyakan wanita hamil kajian ini mempunyai kehamilan berisiko rendah (63.4%). Kadar diabetes dalam kehamilan adalah lebih rendah (13.0%) berbanding

prevalens diabetes gestasi di Malaysia sekitar 27.1% (Zulkipli et al. 2024). Kadar anemia dalam kalangan responden kajian (13.2%) juga didapati lebih rendah berbanding julat prevalens yang dilaporkan untuk wanita hamil di Malaysia (19.3-57.4%) (Abd Rahman et al. 2022). Dapatan ini menunjukkan bahawa kebanyakan responden mempunyai tahap kesihatan yang baik.

5.4.2 Maklumbalas Responden

Sila rujuk Jadual 4.14 di mukasurat 85 bagi perbincangan seterusnya. Bagi komponen proses bersalin dan kelahiran, responden kajian menunjukkan kadar persetujuan antara 61.4% dan 83.6%. Peratusan tertinggi dilaporkan untuk kerisauan terhadap komplikasi bersalin (83.6%) dan risiko bayi lemas (76.8%). Dapatan ini selaras dengan kajian Universiti Sains Malaysia di mana wanita hamil melaporkan tahap ketakutan tertinggi terhadap risiko kematian ibu dan bayi (Yi et al. 2025). Kajian tersebut menggunakan *Childbirth Fear Questionnaire* (CFQ) yang mengandungi sembilan komponen dan mendapati skor min tertinggi bagi domain kematian yang merangkumi item berkaitan kematian ibu, kematian bayi, serta bayi lemas.

Majoriti responden (77.6%) juga menyatakan kebimbangan tidak dapat meneran dengan betul semasa bersalin, yang mencerminkan keraguan terhadap kebolehpayaan sendiri. Kebanyakan wanita hamil juga mengharapkan sokongan petugas kesihatan sewaktu bersalin di mana mereka takut ditinggalkan bersendirian semasa proses bersalin (73.9%)

Bagi komponen kesakitan, kajian mendapati lebih tujuh puluh peratus wanita hamil menyatakan kebimbangan terhadap sakit bersalin (78.6%), jangkamasa proses bersalin yang lama (79.6%) dan ketiadaan suami (72.9%). Dapatan ini mengesahkan kepentingan kesakitan sebagai faktor penyumbang utama kepada takut bersalin dalam kalangan wanita Malaysia.

Responden kajian mempunyai keyakinan tinggi kepada petugas kesihatan di mana kadar persetujuan untuk komponen yang berkenaan mencatatkan nilai melebihi sembilan puluh peratus bagi kesemua item. Wanita hamil percaya bahawa doktor dan jururawat yang menjaga mereka semasa proses bersalin akan melayan mereka dengan

baik (91.6%), membimbing mereka (94.0%) serta membuat keputusan klinikal yang tepat (90.8%). Dapatan ini secara tidak langsung mencerminkan tahap rawatan kesihatan yang memuaskan dan berkualiti di Malaysia secara umum, dan di HCTM khususnya.

Maklumbalas responden bagi komponen emosi menunjukkan keberkesanan sendiri yang memuaskan di mana majoriti menyatakan perasaan yakin (70.2%) dan teruja (74.9%) untuk bersalin. Namun, hanya 46.3% responden melaporkan akan berasa tenang sewaktu bersalin, sekali gus mencadangkan bahawa proses bersalin berpotensi menjadi sumber gangguan emosi kepada wanita.

5.4.3 Prevalens Takut Bersalin

Kajian ini mendapati prevalens takut bersalin dalam kalangan wanita Malaysia adalah sebanyak 75.4%, dengan ketakutan tahap sederhana hingga teruk melibatkan 26.7% responden. Satu kajian dalam kalangan wanita hamil di Hospital Universiti Sains Malaysia, Kelantan melaporkan prevalens yang lebih tinggi, iaitu sekitar 79.8% dengan peratusan ketakutan tahap sederhana dan teruk masing-masing sebanyak 38.3% dan 11.1% (Yi et al. 2025).

Secara umumnya, prevalens takut bersalin di Malaysia adalah lebih tinggi berbanding kadar prevalens gabungan global sebanyak 14% (95% SK 0.12-0.16), serta prevalens di negara maju di benua Eropah dan Amerika yang dilaporkan berada dalam julat 3.7% hingga 29.5% (O'Connell et al. 2017). Data terkini turut menunjukkan kadar tokofobia yang lebih tinggi dalam kalangan wanita Asia, iaitu antara 56.6 % hingga 84.4% (Ogurlu & Erbil 2023; Zhang et al. 2023), dengan prevalens tokofobia tahap teruk setinggi 61.5% dilaporkan dalam kalangan wanita di Iran (Moghaddam Hossieni et al. 2017).

Variasi prevalens ini mungkin disebabkan perbezaan faktor sosioekonomi dan politik, serta tahap sistem kesihatan yang lebih rendah di negara sedang membangun berbanding negara Barat yang lebih maju (Sanjari et al. 2022). Sebagai contoh, negara maju seperti Sweden mengamalkan pendekatan penjagaan multidisiplin yang komprehensif bagi wanita yang mengalami takut bersalin tahap teruk, melalui klinik

khusus yang disokong oleh bidan berpengalaman, pakar obstetrik, ahli psikologi, pekerja sosial dan pakar psikiatri (Waldenström et al. 2006).

Kesinambungan penjagaan melalui model penjagaan berasaskan kebidanan (*midwife-led care*) atau susulan oleh pakar obstetrik yang sama sepanjang kehamilan, yang diamalkan dalam sistem kesihatan Barat, mungkin dapat menjelaskan kadar tokofobia yang lebih rendah dalam kalangan wanita Eropah (Lukasse et al. 2014). Di samping itu, ciri-ciri populasi seperti etnik, agama, kepercayaan, struktur sosial dan norma sosial turut mempengaruhi tahap ketakutan ibu terhadap proses bersalin (Phunyanmalee et al. 2019).

Penggunaan instrumen penilaian yang berlainan berpotensi menyumbang kepada variasi prevalens takut bersalin, khususnya akibat perbezaan skor ambang dan terjemahan instrumen yang boleh menyebabkan bias. Sebagai contoh, kajian dari negara China mendapati bahawa penilaian menggunakan WDEQ-A dan CAQ terhadap subjek yang sama menghasilkan kadar takut bersalin yang berbeza, masing-masing sebanyak 29.9% dan 43.9%. Walaupun kedua-dua instrumen berkenaan menunjukkan tahap kebolehppercayaan dan kesahan yang baik, WDEQ-A dilaporkan lebih berkesan berdasarkan keupayaannya untuk membuat penilaian secara lebih komprehensif (Zhou et al. 2025).

Begitu juga, satu kajian di Malaysia yang menilai takut bersalin (Yi et al. 2025) menggunakan *Childbirth Fear Questionnaire* (CFQ), sebuah instrumen yang asalnya dibangunkan berdasarkan konteks populasi United Kingdom (Fairbrother et al. 2022). Perbezaan budaya mungkin mempengaruhi persepsi wanita semasa menjawab soal selidik berkenaan dan seterusnya memberi kesan terhadap skor keseluruhan. Versi Bahasa Melayu CFQ mengandungi 40 item yang menilai tokofobia menerusi sembilan domain, iaitu: 1) kehilangan kepuasan seksual, 2) kesakitan semasa kelahiran vagina, 3) intervensi perubatan, 4) rasa malu, 5) kemudaratan kepada bayi, 6) kelahiran secara caesarean, 7) kematian ibu atau bayi, 8) ubat penahan sakit yang tidak mencukupi, dan 9) kecederaan akibat kelahiran vagina.

Walaupun MYFOB dan CFQ didapati menilai beberapa aspek tokofobia yang serupa, kajian ini menunjukkan bahawa kerisauan terhadap kehilangan kepuasan seksual dan rasa malu adalah kurang relevan dalam kalangan wanita Malaysia yang hamil. Selain itu, CFQ tidak menilai aspek emosi maternal dan interaksi dengan petugas kesihatan, sedangkan kedua-dua aspek tersebut merupakan domain utama tokofobia dalam kohort kajian ini.

5.4.4 Faktor Risiko Takut Bersalin

Kajian ini mengenal pasti umur ibu sebagai faktor risiko takut bersalin, di mana risiko lebih tinggi di dapati dalam kalangan wanita berusia < 35 tahun. Dapatan ini disokong oleh kajian dari China dan Turki yang melaporkan korelasi negatif antara usia wanita hamil dan tahap takut bersalin (Çıtak Bilgin et al. 2021; Gao et al. 2015). Peningkatan risiko takut bersalin tahap sederhana-teruk sebanyak dua kali ganda juga dikenal pasti dalam kalangan wanita < 35 tahun, sejajar dengan dapatan kajian dari Iran (Mortazavi & Mehrabadi 2021). Mortazavi et al. (2021) menunjukkan bahawa usia ibu yang lebih muda (< 30 tahun) merupakan faktor peramal bebas untuk takut bersalin yang teruk (AOR 1.43, 95% SK 1.00-2.03).

Subanalisis kajian ini mendapati bahawa kadar primigravida dalam kalangan responden < 35 tahun adalah lebih tinggi daripada responden ≥ 35 tahun (87.2% berbanding 12.8%, $p < 0.001$). Ketiadaan pengalaman bersalin menyumbang kepada peningkatan tahap tokofobia dalam kalangan individu yang hamil buat kali pertama (Ulu & Ertunç 2022), sekali gus dapat menjelaskan dapatan kajian ini.

Walaubagaimanapun, data daripada China dan Scandinavia menunjukkan hubungkait antara kumpulan wanita yang lebih berusia dan tahap takut bersalin yang lebih tinggi (Eriksson et al. 2005; Huang et al. 2021; Räisänen et al. 2014). Masalah perubatan dalam kalangan wanita lebih tua dan risiko janin tidak normal menyumbang kepada kehamilan berisiko tinggi dan seterusnya meningkatkan tahap kebimbangan dalam kalangan mereka (Räisänen et al. 2014).

Perbezaan budaya juga didapati mempengaruhi takut bersalin dalam kalangan wanita Malaysia, di mana dapatan kajian melaporkan perbezaan yang signifikan antara

wanita Melayu dan bukan Melayu. Skor median yang lebih tinggi dalam kalangan etnik Melayu bagi komponen proses bersalin dan kelahiran, mencerminkan tahap kebimbangan yang lebih ketara untuk mencapai kelahiran normal. Wanita hamil mungkin menghadapi tekanan yang tinggi untuk bersalin secara normal kerana dalam kebanyakan budaya, kelahiran melalui pembedahan ditafsirkan sebagai kegagalan peribadi, kelemahan sebagai ibu atau ketidakupayaan untuk memenuhi peranan sebagai seorang wanita sejati (Schneider 2018).

Wanita Cina pula melaporkan tahap kebimbangan yang lebih tinggi terhadap interaksi dengan petugas kesihatan berbanding wanita Melayu. Kebimbangan terhadap isu komunikasi, serta tahap pemahaman dan sensitiviti petugas kesihatan terhadap pesakit daripada latar budaya yang berbeza (Ramzan et al. 2023), berkemungkinan menjelaskan dapatan ini.

Tahap pendidikan yang tinggi merupakan faktor risiko bebas yang mempengaruhi takut bersalin, termasuk ketakutan pada tahap sederhana hingga teruk. Dapatan ini selaras dengan kajian di beberapa negara Asia yang menunjukkan hubungan positif antara tahap pendidikan yang tinggi dan peningkatan kadar takut bersalin (Barat et al. 2023; Çıtak Bilgin et al. 2021; Qiu et al. 2020). Selain itu, risiko tokofobia didapati lebih tinggi dalam kalangan wanita Norway yang berpendidikan tinggi berbanding mereka yang berpendidikan rendah (AOR 2.10, 95% SK 1.30-3.30) (Størksen et al. 2015).

Wanita yang berpendidikan tinggi lebih berkemungkinan untuk mencari pelbagai maklumat berkaitan proses bersalin dan kelahiran. Walaupun pengetahuan mengenai proses bersalin boleh memberi keyakinan kepada wanita hamil (Melender 2002), penerimaan maklumat yang bercanggah boleh meninggikan tahap takut bersalin (Fenwick et al. 2015). Penggunaan internet turut membolehkan wanita berkongsi maklumat berkenaan proses kelahiran dan penjagaan anak (Qiu et al. 2020). Walau bagaimanapun, penggunaan internet yang berlebihan, di mana individu terdedah kepada informasi yang tidak tepat dan kisah-kisah kelahiran yang traumatik, boleh meningkatkan tahap tokofobia (Bjelke et al. 2016).

Sebaliknya, ulasan sistematik oleh Sanjari et al. (2022) melaporkan prevalens takut bersalin yang lebih tinggi dalam kalangan wanita yang menerima pendidikan tahap diploma dan rendah, berbanding pendidikan universiti (19% berbanding 16%) . Ketidakpadanan antara penyampaian maklumat berkaitan kehamilan dan kelahiran dengan tahap pendidikan wanita, berkemungkinan menyukarkan wanita berpendidikan rendah untuk memahami maklumat tersebut sepenuhnya, sekali gus meningkatkan kebimbangan mereka (Erkaya et al. 2017).

Kajian ini menunjukkan bahawa pekerjaan sepenuh masa merupakan faktor risiko bebas bagi tokofobia dalam kalangan wanita hamil di Malaysia. Dapatan ini sejajar dengan data dari Australia yang melaporkan hubungan signifikan antara takut bersalin dengan status pekerjaan ibu (Toohill et al. 2014). Wanita yang bekerja sepenuh masa mempunyai tahap interaksi sosial yang lebih tinggi berbanding suri rumah, di mana mereka mungkin terdedah kepada maklumat negatif ataupun pengalaman bersalin yang menakutkan (Melender 2002), yang dikongsi oleh rakan-rakan sekerja, seterusnya menyumbang kepada kebimbangan yang ketara.

Tahap tokofobia yang lebih tinggi turut dikenal pasti dalam kalangan wanita dengan status sosioekonomi tinggi (Räisänen et al. 2014). Räisänen et al. (2014) mencadangkan bahawa wanita dalam kumpulan ini lazimnya mempunyai kehamilan berisiko tinggi, khususnya disebabkan usia ibu yang lebih lanjut, yang seterusnya meningkatkan tahap ketakutan mereka.

Namun demikian, status ekonomi yang tidak stabil dan pendapatan isi rumah yang rendah juga dilaporkan mempengaruhi takut bersalin. Ulasan sistematik menunjukkan peningkatan risiko takut bersalin dalam kalangan wanita yang mempunyai pendapatan isi rumah rendah (AOR 3.70, 95% SK 1.23–11.14)(Sanjari et al. 2022). Kajian terkini dari Arab Saudi turut mengesahkan kadar takut bersalin yang lebih tinggi dalam kumpulan yang serupa. Kesulitan kewangan keluarga boleh meningkatkan kebimbangan bakal ibu terhadap kos penjagaan kehamilan, kelahiran dan tempoh postnatal, terutamanya jika berlaku komplikasi obstetrik yang memerlukan rawatan profesional (Alateeq et al. 2025).

Dapatan kajian ini, walau bagaimanapun, tidak menunjukkan sebarang hubungan signifikan antara pendapatan isi rumah dan takut bersalin dalam kalangan wanita hamil.

Status primigravida (kehamilan pertama) merupakan faktor risiko bebas bagi takut bersalin serta ketakutan tahap sederhana hingga teruk dalam kalangan wanita hamil di Malaysia. Wanita nullipara juga merekodkan hampir dua kali ganda peningkatan risiko tokofobia. Ketiadaan pengalaman bersalin serta kebimbangan terhadap situasi yang tidak dijangka seperti kesakitan dan sokongan semasa bersalin (Kjærgaard et al. 2008; Mohamamdirizi et al. 2018), merupakan punca takut bersalin dalam kalangan mereka.

Penjelasan tersebut selari dengan dapatan kajian ini yang menunjukkan skor median yang lebih tinggi bagi komponen (1) proses bersalin dan kelahiran, dan (2) kesakitan dalam kalangan primigravida dan nullipara. Data dari Iran dan Jepun yang melaporkan korelasi negatif antara takut bersalin dan bilangan kelahiran (Moghaddam Hossieni et al. 2017; Takegata et al. 2014), turut menyokong dapatan kajian ini.

Pemerhatian berbeza dilaporkan oleh kajian dari Turki yang mengenal pasti hubungan positif antara skor takut bersalin WDEQ-A dengan bilangan pariti ($r=0.329$, $p=0.003$) (Kaya & Evcili 2020). Peningkatan kadar takut bersalin dalam kalangan multipara lazimnya dikaitkan pengalaman bersalin yang negatif atau traumatik (Nilsson et al. 2018). Data dari Eropah turut melaporkan peningkatan risiko lima kali ganda bagi takut bersalin dalam kalangan wanita yang mempunyai pengalaman bersalin yang negatif (AOR 5.11, 95% SK 4.07–6.42) (Lukasse et al. 2014). Komplikasi obstetrik seperti kelahiran dengan bantuan instrumen, pembedahan caesarean kecemasan dan kehilangan darah berlebihan semasa bersalin dikaitkan dengan pengalaman bersalin yang negatif (Størksen et al. 2013).

Sebaliknya, dapatan kajian ini mendapati pengurangan kadar tokofobia dalam kalangan wanita multipara. Pengalaman kelahiran terdahulu dapat meningkatkan keyakinan dan kebolehan wanita mengendalikan situasi mencabar sepanjang proses bersalin (Korukcu et al. 2016), sekaligus mengurangkan tahap kebimbangan mereka.

Penjelasan ini disokong oleh dapatan kajian yang menunjukkan skor median komponen emosi yang lebih rendah dilaporkan dalam kalangan multipara (para ≥ 2), mencerminkan tahap keberkesanan sendiri yang lebih tinggi. Dari sudut budaya, status keibuan yang dihargai dan dianggap mulia mendorong wanita mengabaikan pengalaman negatif serta menerima kehamilan seterusnya dengan penuh kegembiraan dan kesyukuran (Korukcu et al. 2019).

Kajian ini tidak menemui sebarang hubungan antara sejarah pembedahan caesarean dan takut bersalin dalam kalangan wanita hamil (para ≥ 1). Kajian Eropah oleh Lukasse et al. (2014) melaporkan peningkatan risiko takut bersalin sebanyak dua kali ganda dalam kalangan wanita hamil yang pernah melahirkan melalui pembedahan kecemasan (AOR 2.13, 95% SK 1.60-2.84). Wanita yang mengalami pengalaman bersalin yang negatif semasa pembedahan caesarean terdahulu mungkin bimbang pengalaman serupa akan berulang pada kelahiran seterusnya. Penjelasan ini disokong kajian dari China yang mendapati tahap takut bersalin lebih tinggi dalam kalangan wanita yang mengalami ketakutan sederhana hingga teruk semasa pembedahan caesarean terdahulu (Hou et al. 2022).

Dapatan kajian ini sejajar dengan penemuan kajian dari Thailand yang melaporkan tahap takut bersalin serupa antara wanita dengan sejarah kelahiran normal dan pembedahan caesarean (Phunyammalee et al. 2019). Ini mungkin kerana penjagaan kesihatan yang baik dan memuaskan semasa pembedahan caesarean terdahulu mengurangkan pengaruh negatif terhadap pengalaman kelahiran, sekaligus mengelakkan peningkatan tokofobia dalam kehamilan berikutnya.

Kajian terdahulu melaporkan peningkatan risiko tokofobia dalam kalangan wanita yang pernah mengalami keguguran (AOR 1.73, 95% SK 1.05-2.85) (Saisto et al. 1999). Gao et al. (2015) mendapati skor takut bersalin yang lebih tinggi dalam kalangan wanita yang pernah mengalami keguguran kandungan ($p=0.011$). Pengalaman berkenaan bukan sahaja mengurangkan keyakinan diri wanita, malah meninggalkan perasaan takut yang mungkin dizahirkan semasa kehamilan seterusnya (Gao et al. 2015; Saisto et al. 1999). Dapatan kajian ini, walau bagaimanapun, tidak menemui sebarang hubungan antara sejarah keguguran kandungan dan takut bersalin.

Masalah perubatan ibu didapati tidak mempunyai hubungan signifikan dengan takut bersalin dalam kajian ini. Tahap kesihatan responden yang baik dan memuaskan berkemungkinan menyumbang kepada pengurangan risiko kehamilan, sekali gus merendahkan tahap kebimbangan ibu. Qiu et al. (2019) melaporkan kadar tokofobia yang lebih tinggi dalam kalangan wanita hamil yang menilai status kesihatan mereka sebagai rendah ($\beta = 2.26$, $p = 0.003$).

Ini selari dengan kajian Denmark yang melibatkan 30,480 wanita nullipara, yang melaporkan korelasi tinggi antara tokofobia dan penilaian kesihatan diri (Laursen et al. 2008). Laursen et al. (2008) melaporkan peningkatan risiko takut bersalin sebanyak dua kali ganda dalam kalangan wanita hamil yang menganggap tahap kesihatan mereka tidak memuaskan (AOR 2.16, 95% SK 1.72–2.70). Penilaian kesihatan diri yang rendah menjadikan bakal ibu lebih cenderung berasa tidak berupaya menghadapi proses bersalin dan seterusnya meningkatkan risiko tokofobia.

Kajian terdahulu menunjukkan dapatan berbeza tentang pengaruh usia kandungan terhadap takut bersalin. Kajian dari China melaporkan korelasi positif di mana tahap takut bersalin meningkat selari dengan usia kandungan (Huang et al. 2021; Zhou et al. 2021). Ini disokong oleh data dari Finland yang menunjukkan peningkatan tahap tokofobia yang signifikan selepas minggu ke-21 kehamilan (Rouhe et al. 2009). Kebimbangan ibu tentang keupayaan menghadapi proses bersalin dipengaruhi oleh perubahan tekanan emosi sepanjang kehamilan, dan menjadi semakin ketara menjelang kelahiran (Zhou et al. 2021).

Walau bagaimanapun, kajian dari Arab Saudi menunjukkan kadar tokofobia yang lebih tinggi dalam kalangan wanita yang hamil dalam trimester pertama (Alateeq et al. 2025). Penyelidik merumuskan bahawa kekurangan maklumat mengenai proses bersalin serta peluang yang terhad untuk membincangkan kebimbangan dengan profesional kesihatan pada peringkat awal kehamilan, boleh meningkatkan tahap tokofobia. Dapatan kajian ini tidak mendapati sebarang hubungan antara usia kandungan dan takut bersalin.

5.4.5 Hubungan antara Takut Bersalin dan Hasil Kehamilan

Kajian ini mendapati bahawa takut bersalin semasa kehamilan mempunyai hubungan signifikan dengan pembedahan caesarean secara kecemasan dan penggunaan analgesia semasa proses bersalin, khususnya epidural. Takut bersalin tidak mempengaruhi komplikasi maternal seperti pendarahan yang berlebihan, ataupun mengakibatkan kesan neonatal yang negatif.

Wanita yang bersalin melalui pembedahan caesarean kecemasan melaporkan skor MyFOB yang lebih tinggi semasa hamil berbanding individu yang melahirkan secara normal. Kajian ini juga mengenal pasti peningkatan risiko pembedahan caesarean sebanyak dua kali ganda (AOR 2.13, 95% SK 1.11-4.08) dalam kalangan wanita dengan takut bersalin sederhana hingga teruk; namun dapatan ini tidak signifikan selepas pelarasan Bonferroni. Kajian dari Denmark menunjukkan bahawa takut bersalin semasa kehamilan merupakan peramal positif kelahiran melalui pembedahan caesarean kecemasan (AOR 1.43; 95% SK 1.13-1.80) (Laursen et al. 2009). Kadar kelahiran melalui pembedahan kecemasan juga didapati lebih tinggi dalam kalangan wanita yang mempunyai takut bersalin, seperti dilaporkan di Sweden (18.1% vs. 11.2%, $p = 0.007$) (Sydsjö et al. 2012) dan di Finland (19.8% vs. 12.4%, $p < 0.001$) (Rouhe et al. 2011).

Dapatan tersebut menyokong hipotesis bahawa kegelisahan ibu (*anxiety*) mengganggu proses bersalin, di mana peningkatan paras plasma adrenalin menyebabkan pengurangan kontraksi rahim dan distosia bersalin (Lederman et al. 1978). Lederman et al. (1978) melaporkan bahawa tahap ketakutan yang lebih tinggi dalam kalangan wanita hamil dikaitkan dengan paras plasma adrenalin yang meningkat dan tempoh proses bersalin yang lebih panjang. Penjelasan ini selari dengan subanalisis kajian ini, di mana wanita yang menjalani pembedahan caesarean kerana distosia bersalin mempunyai skor median bagi komponen proses bersalin dan kelahiran yang lebih tinggi (skor median(IQR): 50.0(11.0) vs. 44.0(4.0), $p = 0.003$). Dapatan ini mencadangkan bahawa tahap kebimbangan yang tinggi terhadap proses bersalin boleh memberi kesan negatif kepada fungsi rahim dan pembukaan serviks.

Penemuan kajian ini sejajar dengan data dari Finland yang menunjukkan kadar penggunaan analgesia dalam proses bersalin yang lebih tinggi dalam kalangan wanita

yang mengalami takut bersalin berbanding individu yang tidak takut (83.2% vs. 73.0%, $P < 0.001$) (Rouhe et al. 2011). Kemungkinan pengambilan epidural semasa bersalin juga meningkat sekitar dua kali ganda berdasarkan data dari Australia (OR 1.90, 95% SK 1.10-3.20) (Haines et al. 2012) dan Kanada (OR 2.02, 95% SK 1.26-3.22) (Hall et al. 2012). Ini membuktikan kepentingan faktor kesakitan sebagai penyumbang utama tokofobia dalam kalangan wanita hamil.

Walaupun bagaimanapun, hubungan antara persepsi wanita hamil terhadap proses bersalin dan pilihan kaedah analgesia mungkin lebih kompleks. Heinz & Sleigh et al. (2003) menunjukkan bahawa wanita yang memilih epidural semasa proses bersalin lebih cenderung melaporkan tahap takut bersalin yang tinggi, lokus kawalan luaran (*external locus of control*) dan pematuhan pasif (*passive compliance*) semasa bersalin. Lokus kawalan luaran merujuk kepada kebergantungan wanita hamil kepada pihak luar, terutamanya pengamal perubatan, yang boleh mencerminkan kekurangan keyakinan diri. Pematuhan pasif pula merujuk kepada tahap keinginan yang rendah untuk terlibat secara aktif dalam proses kelahiran. Penglibatan wanita secara aktif dalam proses bersalin, termasuk membuat keputusan mengenai penjagaan kesihatan dan pengurusan kesakitan, meningkatkan tahap kawalan sendiri (Heinze & Sleigh 2003).

Heinz & Sleigh et al. (2003) juga melaporkan bahawa pilihan kaedah penahan sakit lebih berkait rapat dengan ideologi wanita tentang kelahiran berbanding dengan keadaan fizikal semasa proses bersalin. Ini disokong lagi oleh fakta bahawa 90% peserta memilih kaedah kawalan kesakitan yang mereka gunakan semasa bersalin sebelum bermulanya kontraksi (Goldberg et al. 1999). Goldberg et al. (1999) melaporkan hubungan yang signifikan antara rancangan wanita hamil untuk mendapatkan epidural, dan kebarangkalian mereka menerima analgesia tersebut. Penemuan tersebut selari dengan dapatan kajian ini, di mana wanita yang menerima epidural, mempunyai skor median yang lebih tinggi untuk komponen proses bersalin dan kelahiran ($p=0.003$), tetapi bukan bagi komponen kesakitan ($p=0.107$).

Kajian ini mendapati bahawa takut bersalin tidak mendatangkan kesan neonatal negatif, selari dengan dapatan kajian terdahulu. Data dari Denmark melaporkan bahawa takut bersalin tidak mempengaruhi kadar distress janin (OR 0.94, 95% SK 0.72–1.23)

(Laursen et al. 2009). Hall et al. (2012) turut melaporkan bahawa takut bersalin tidak memberi kesan buruk ke atas bayi neonatal (OR 1.16, 95% SK 0.52–2.58). Walaupun kegelisahan ibu (*maternal anxiety*) boleh mempengaruhi peredaran darah janin yang berpotensi meningkatkan risiko hipoksia (Sjöström et al. 1997; Teixeira et al. 1999), setakat ini tiada bukti kukuh yang mengaitkan takut bersalin dengan kesan neonatal negatif.

Kajian ini juga tidak menemui sebarang hubungan antara takut bersalin dan komplikasi maternal, iaitu pendarahan berlebihan semasa bersalin. Dapatan ini disokong oleh kajian dari Sweden yang tidak menemui sebarang peningkatan signifikan dalam kadar komplikasi semasa bersalin ($p=0.665$) mahupun dalam tempoh postpartum ($p=0.175$), dalam kalangan wanita hamil yang mengalami tokofobia (Sydsjö et al. 2012).

5.5 KESIMPULAN

Bab ini telah membincangkan secara mendalam dapatan kajian bagi setiap fasa. Tema takut bersalin serta struktur soal selidik MyFOB menunjukkan bahawa dimensi takut bersalin dalam kalangan wanita Malaysia adalah selari dengan dapatan antarabangsa dan bersifat merentas budaya.

Prevalens tokofobia di Malaysia yang lebih tinggi berbanding negara Barat, tetapi setara dengan negara-negara Asia, mungkin dipengaruhi oleh faktor sosioekonomi, struktur sistem kesihatan serta nilai budaya dan kepercayaan. Faktor risiko takut bersalin yang dikenal pasti juga konsisten dengan literatur terdahulu.

Hubungan antara takut bersalin dengan peningkatan pembedahan caesarean kecemasan dan penggunaan analgesia, mencadangkan bahawa kesan tokofobia lebih tertumpu kepada ibu dan tidak memberi implikasi jelas terhadap bayi.

BAB VI

KESIMPULAN

6.1 PENGENALAN

Bab ini membentangkan rumusan kajian yang merangkumi latar belakang, reka bentuk serta penemuan utama kajian. Seterusnya, bab ini menghuraikan kesimpulan yang diperoleh daripada dapatan kajian, serta implikasinya terhadap penjagaan wanita hamil dan penambahbaikan amalan klinikal di Malaysia. Bab ini juga membincangkan kelebihan dan limitasi kajian, serta mengemukakan cadangan untuk kajian masa hadapan berkaitan fenomena takut bersalin dalam kalangan wanita Malaysia.

6.2 RUMUSAN KAJIAN

Kajian ini menggunakan kaedah campuran berbentuk penerokaan berurutan dan telah berjaya memenuhi semua objektif kajian iaitu: (1) meneroka fenomena takut bersalin dalam kalangan wanita hamil di Malaysia yang berbilang budaya menerusi kajian kualitatif; (2) membangunkan dan mengesahkan instrumen soal selidik untuk menilai takut bersalin; (3) menentukan prevalens takut bersalin dalam kalangan wanita hamil di Malaysia; (4) mengenal pasti faktor risiko takut bersalin; dan (5) menilai hubungan antara takut bersalin dengan hasil kehamilan.

Kajian kualitatif Fasa 1 berjaya meneroka takut bersalin menerusi temu bual bersemuka. Pemilihan responden menggunakan kaedah pensampelan bertujuan telah mencapai kepelbagaian dalam ciri sosiodemografi dan klinikal. Analisis tematik secara deduktif yang dijalankan dengan bantuan perisian ATLAS.ti mengenal pasti lima tema utama sakit bersalin iaitu: (1) proses bersalin dan kelahiran, (2) risiko terhadap bayi, (3) risiko terhadap ibu, (4) keupayaan dan reaksi diri, serta (5) sikap petugas kesihatan.

Sistem pengkodan yang dibangunkan turut menunjukkan tahap kebolehpercayaan yang memuaskan menerusi nilai Krippendorff $Cu-\alpha$ sebanyak 0.828. Dapatan tema takut bersalin dalam kajian ini adalah selari dengan data populasi global (Eriksson et al. 2006; Takegata et al. 2018; Wigert et al. 2020).

Pembangunan dan pengesahan soal selidik takut bersalin dijalankan dalam Fasa 2. Item soal selidik telah dibangunkan berdasarkan tujuh instrumen penilaian takut bersalin yang berasal dari benua Eropah dan Amerika serta dapatan kualitatif Fasa 1. Sebanyak 137 item dihasilkan, yang seterusnya menjalani kesahan kandungan oleh lima pakar yang memberi perspektif dari segi epidemiologi, psikiatri, obstetrik dan kebidanan. Pemilihan item soal selidik untuk proses EFA dibuat berdasarkan nilai I-CVI, penemuan kualitatif dan sorotan literatur. Soal selidik versi awal yang terdiri daripada 43 item diedarkan melalui *Google Forms* dan telah dijawab oleh 257 responden, memenuhi keperluan saiz sampel EFA. Proses pemilihan item yang kukuh melalui analisis komponen utama telah mengenal pasti 20 item, yang merangkumi empat komponen dan nilai varians yang memuaskan (65.5%). Model EFA yang tidak menunjukkan pemuatan silang (*cross-loading*) antara item menyokong kestabilan struktur faktor.

Soal selidik yang terhasil dikenali sebagai *Malaysian Fear of Birth* (MyFOB), mempunyai empat komponen iaitu (1) Proses bersalin dan kelahiran, (2) Kesakitan, (3) Emosi ibu, dan (4) Interaksi dengan petugas kesihatan. MyFOB merupakan soal selidik dwi bahasa yang menggunakan respon berdasarkan skala Likert tujuh mata yang dipilih kerana ketepatan pengukuran yang lebih tinggi dan lebih berkesan dalam mencerminkan penilaian sebenar responden. Ujian kesahan muka mengesahkan bahawa skala tersebut mudah difahami serta dapat dijawab tanpa sebarang kesulitan, manakala ujian rintis pula mengesahkan kebolehpercayaan skala berdasarkan nilai Alfa Cronbach yang tinggi (0.88). MyFOB dibuktikan mempunyai kesesuaian model yang memuaskan menerusi analisis CFA.

Fasa 3 melibatkan kajian prevalens susulan, yang menggabungkan kajian keratan rentas untuk menilai prevalens dan faktor risiko takut bersalin, diikuti dengan kajian kohort yang mengenal pasti hubungan antara takut bersalin dan hasil kehamilan.

Pengiraan prevalens takut bersalin menggunakan skor potong pada nilai pertengahan dipilih kerana kaedah ini lebih ringkas dan memudahkan penafsiran data.

Prevalens takut bersalin dalam kalangan wanita hamil di Malaysia adalah sekitar 75.4% dengan tahap ketakutan sederhana hingga teruk melibatkan 26.7% wanita. Dapatan ini selari dengan prevalens di negara-negara Asia (Ogurlu & Erbil 2023; Zhang et al. 2023), namun lebih tinggi berbanding dengan populasi di Eropah dan negara maju yang lain (O'Connell et al. 2017). Kepelbagaian tahap sosio-ekonomi, sistem kesihatan, budaya dan kepercayaan menyumbang kepada perbezaan tersebut. Sebagai contoh, kadar tokofobia yang lebih rendah dalam kalangan wanita Eropah mungkin dipengaruhi oleh kesinambungan penjagaan sepanjang kehamilan, sama ada melalui model penjagaan berasaskan kebidanan (*midwife-led care*) atau susulan oleh pakar obstetrik yang sama (Lukasse et al. 2014). Prevalens kajian ini didapati lebih rendah daripada kajian USM di Kelantan (79.8%), yang mungkin disebabkan penggunaan instrumen penilaian yang berbeza (Yi et al. 2025).

Maklumbalas reponden menunjukkan peratusan tinggi melaporkan kebimbangan terhadap komplikasi bersalin (83.6%) dan risiko bayi lemas (76.8%), selari dengan kajian tempatan yang lain. Majoriti reponden juga mempunyai keraguan terhadap kebolehpayaan sendiri (77.6%) serta mengharapkan sokongan petugas kesihatan semasa bersalin (73.9%). Kebanyakan wanita hamil (>70%) melaporkan kebimbangan terhadap sakit bersalin, jangkamasa proses bersalin yang lama dan ketiadaan suami sebagai teman, mengesahkan kepentingan komponen kesakitan dalam takut bersalin.

Tahap keyakinan yang tinggi terhadap petugas kesihatan dibuktikan melalui kadar persetujuan yang tinggi (>90%) untuk semua item dalam komponen berkenaan. Maklum balas responden turut mencerminkan tahap keyakinan yang tinggi dalam kalangan wanita hamil, dengan kebanyakan mereka menantikan proses kelahiran dengan perasaan teruja. Walau bagaimanapun, kebimbangan terhadap proses bersalin masih berpotensi mempengaruhi emosi wanita, dengan kurang separuh daripada responden (46.3%) menjangkakan bahawa mereka akan berasa tenang semasa bersalin.

Kajian ini mengenal pasti umur < 35 tahun, tahap pendidikan tinggi, pekerjaan sepenuh masa serta status primigravida dan nullipara sebagai faktor risiko takut bersalin. Ketiadaan pengalaman bersalin serta pendedahan kepada maklumat yang negatif dan menakutkan mengenai proses bersalin yang diperolehi melalui media sosial atau pergaulan seharian boleh menjelaskan dapatan berkenaan.

Etnik Melayu turut menunjukkan peningkatan risiko mengalami ketakutan tahap sederhana hingga teruk. Wanita Melayu mungkin menghadapi tekanan tinggi untuk mencapai kelahiran normal yang meningkatkan tahap kebimbangan mereka. Wanita etnik Cina pula melaporkan skor ketakutan yang lebih tinggi terhadap petugas kesihatan, mencerminkan kebimbangan terhadap isu komunikasi dan ketidaksesuaian budaya.

Peningkatan bilangan kelahiran mempunyai kesan pelindung terhadap takut bersalin, di mana wanita multipara (para ≥ 2) mempamerkan peningkatan keberkesanan sendiri yang dapat mengurangkan takut bersalin.

Berbeza dengan dapatan kajian terdahulu, kajian ini tidak menemui sebarang hubungan antara takut bersalin dengan pendapatan isi rumah, sejarah keguguran kandungan, sejarah pembedahan caesarean, usia kandungan dan masalah perubatan. Dapatan kajian ini selari dengan hipotesis kajian yang meramalkan kadar takut bersalin yang lebih tinggi dalam kalangan wanita nullipara, serta hubungan signifikan antara takut bersalin dan faktor sosiodemografi seperti tahap pendidikan.

Kadar pembedahan caesarean kecemasan dan penggunaan analgesia, khususnya epidural, adalah lebih tinggi dalam kalangan wanita yang mengalami takut bersalin sepanjang tempoh kehamilan, selari dengan penemuan kajian dari Eropah dan menepati hipotesis kajian ini. Kegelisahan ibu mendorong peningkatan plasma adrenalin yang boleh menyebabkan pengurangan kontraksi rahim dan menyebabkan distosia bersalin. Penjelasan tersebut selari dengan dapatan kajian ini yang menunjukkan skor ketakutan untuk komponen proses bersalin dan kelahiran lebih tinggi dalam kalangan wanita yang menjalani pembedahan caesarean kecemasan kerana distosia.

Penggunaan analgesia yang lebih kerap dalam kalangan wanita yang mengalami takut bersalin menunjukkan bahawa faktor kesakitan merupakan penyumbang penting tokofobia. Walau bagaimanapun, keputusan untuk mengambil epidural berkemungkinan telah dibuat sebelum proses bersalin bermula, disokong oleh skor yang lebih tinggi bagi komponen proses bersalin dan kelahiran dalam kalangan wanita yang memilih epidural.

Walaupun terdapat bukti bahawa kegelisahan ibu boleh menjejaskan peredaran darah janin dan meningkatkan risiko hipoksia, kajian ini tidak menemui sebarang hubungan antara takut bersalin dengan kesan neonatal negatif, salari dengan dapatan antarabangsa. Kajian ini juga tidak mendapati peningkatan kadar komplikasi maternal seperti pendarahan berlebihan selepas bersalin.

6.3 KESIMPULAN DAPATAN KAJIAN

Kajian yang menggunakan reka bentuk kaedah campuran penerokaan berurutan ini telah berjaya meneroka takut bersalin dalam kalangan wanita hamil di Malaysia serta membangunkan instrumen yang sah dan boleh dipercayai untuk menilai tokofobia. Instrumen ini seterusnya digunakan untuk menentukan prevalens dan faktor risiko takut bersalin serta menilai hubungannya dengan hasil kehamilan.

Dapatan kualitatif dalam Fasa 1 mengenal pasti lima tema utama berkaitan takut bersalin, iaitu kebimbangan terhadap proses bersalin dan kelahiran, risiko komplikasi kepada ibu dan bayi, kebolehpayaan dan reaksi diri, serta sikap petugas kesihatan.

Pembangunan soal selidik dalam Fasa 2 menghasilkan *Malaysian Fear of Birth* (MyFOB), iaitu instrumen dwibahasa yang sah dan boleh dipercayai untuk menilai tokofobia. Soal selidik ini mengandungi 20 item dalam empat komponen yang merangkumi proses bersalin dan kelahiran, kesakitan, emosi ibu, serta interaksi dengan petugas kesihatan.

Hasil kajian rentas dalam Fasa 3 menunjukkan bahawa prevalens takut bersalin adalah tinggi dalam kalangan wanita hamil di Malaysia (75.4%), walaupun hanya 26.4% mengalami takut bersalin pada tahap sederhana hingga teruk. Tahap pendidikan

tinggi, pekerjaan sepenuh masa dan status primigravida dikenal pasti sebagai faktor risiko bebas takut bersalin. Selain itu, wanita Melayu didapati mempunyai risiko yang lebih tinggi untuk mengalami tokofobia tahap sederhana hingga teruk, yang berkemungkinan dipengaruhi oleh faktor sosial dan budaya berkaitan kelahiran.

Kajian kohort dalam Fasa 3 menunjukkan bahawa takut bersalin dikaitkan dengan peningkatan risiko pembedahan caesarean kecemasan dan penggunaan analgesia semasa bersalin, namun tidak menunjukkan hubungan dengan hasil neonatal yang buruk. Dapatan ini menunjukkan bahawa kesan negatif takut bersalin lebih tertumpu kepada aspek maternal dan tidak menjejaskan kesejahteraan bayi.

Dapatan kajian turut menunjukkan keselarasan antara data kualitatif dan kuantitatif. Peratusan persetujuan tertinggi bagi item MyFOB melibatkan komplikasi bersalin, risiko bayi lemas, ketidakupayaan meneran dan kesakitan semasa bersalin, yang selaras dengan tema takut bersalin yang dikenal pasti dalam kajian kualitatif. Responden turut melaporkan tahap keyakinan dan kepercayaan yang tinggi terhadap petugas kesihatan, sekali gus mengesahkan kepentingan peranan mereka dalam mempengaruhi persepsi wanita terhadap takut bersalin.

6.4 CADANGAN PENAMBAHBAIKAN

Dapatan kajian ini bukan sahaja merapatkan jurang penyelidikan, malah mempunyai implikasi langsung terhadap amalan klinikal. Pengenalpastian awal wanita yang mengalami takut bersalin, membolehkan penyediaan sokongan dan intervensi yang bersasar sebelum kelahiran. Bahagian ini menghuraikan implikasi kajian terhadap pelaksanaan saringan antenatal, strategi intervensi, serta peningkatan kesedaran dalam kalangan wanita hamil dan profesional kesihatan.

6.4.1 Saringan Antenatal

MyFOB merupakan skala dwibahasa yang ringkas dan mudah difahami, menjadikannya sesuai untuk penilaian ketakutan terhadap kelahiran dalam kalangan wanita di Malaysia, khususnya dalam persekitaran klinikal. Secara ideal, saringan perlu melibatkan semua wanita hamil; namun dalam keadaan sumber yang terhad, saringan

boleh difokuskan kepada kumpulan berisiko tinggi, seperti wanita yang lebih muda dan primigravida.

Walaupun kajian ini tidak mendapati sebarang hubungan antara tokofobia dan sejarah pembedahan caesarean terdahulu, profesional kesihatan perlu peka bahawa pengalaman kelahiran yang traumatik boleh mencetuskan takut bersalin dalam kehamilan seterusnya. Oleh itu, wanita dalam kategori ini juga berpotensi mendapat manfaat daripada saringan. Proses saringan dicadangkan dijalankan pada awal trimester kedua bagi membolehkan pelaksanaan intervensi awal serta penilaian semula tahap ketakutan selepas intervensi diberikan.

Salah satu intervensi yang berpotensi memberi manfaat kepada kumpulan ini ialah Program Terapi Tingkah Laku Kognitif (*Cognitive Behavioural Therapy*, CBT), yang bertujuan mengurangkan takut bersalin dengan membantu wanita mengenal pasti dan mengubah pemikiran serta emosi negatif berkaitan kelahiran. Program ini merangkumi teknik relaksasi, pendedahan secara berperingkat kepada situasi berkaitan kelahiran, serta pendidikan mengenai proses bersalin dan pilihan pengurusan kesakitan (Abdelaziz et al. 2025). Melalui intervensi ini, wanita diharapkan dapat menghadapi kelahiran dengan keyakinan yang lebih tinggi dan tahap kebimbangan yang lebih rendah.

6.4.2 Intervensi

Kajian terdahulu menunjukkan bahawa intervensi antenatal dapat mengurangkan tahap takut bersalin dalam kalangan wanita hamil. Kelas antenatal merupakan pendekatan yang kos efektif untuk meningkatkan pengetahuan bakal ibu mengenai proses kelahiran, sekali gus mengukuhkan keberkesanan sendiri dan mengurangkan kebimbangan mereka. Kelas ini juga memberi peluang kepada wanita untuk berinteraksi dengan profesional kesihatan dan mendapatkan maklumat yang tepat, terutamanya apabila mereka terdedah kepada maklumat yang bercanggah daripada pelbagai sumber, termasuk media sosial.

Bukti sedia ada menyokong keberkesanan intervensi seperti terapi tingkah laku kognitif dan psikoedukasi dalam mengurangkan tahap ketakutan terhadap proses

bersalin serta meningkatkan kualiti pengalaman kelahiran. Walau bagaimanapun, kekurangan data dalam konteks wanita Malaysia menunjukkan keperluan mendesak untuk membangunkan modul intervensi yang komprehensif bagi menangani semua komponen takut bersalin dalam kalangan wanita Malaysia, yang boleh merangkumi kaunseling serta penggunaan media audio-visual.

6.4.3 Kesedaran Kendiri Wanita

Dapatan kajian ini boleh dimanfaatkan untuk meningkatkan kesedaran dalam kalangan wanita hamil di Malaysia tentang fenomena takut bersalin yang dikaitkan dengan peningkatan risiko pembedahan caesarean kecemasan. Penyedia perkhidmatan kesihatan memainkan peranan penting dalam menyebarkan maklumat ini, bukan sahaja melalui pelaksanaan saringan antenatal secara rutin tetapi juga melalui program kesedaran awam, termasuk penggunaan media sosial. Peningkatan kesedaran sendiri dalam kalangan wanita hamil akan membolehkan mereka mendapatkan bantuan daripada sumber yang dipercayai, seperti profesional kesihatan, apabila diperlukan.

6.4.4 Profesional Kesihatan

Profesional kesihatan memainkan peranan penting dalam proses kelahiran wanita. Kajian ini menunjukkan bahawa wanita hamil menghargai sokongan yang diberikan oleh penjaga kesihatan semasa proses bersalin, dan interaksi negatif boleh meningkatkan tahap ketakutan mereka. Kajian terdahulu mendapati bahawa komunikasi doktor-pesakit yang berkesan dapat mengurangkan takut bersalin; namun, pemboleh ubah ini tidak dinilai dalam kajian ini.

Diharapkan kajian ini dapat meningkatkan kesedaran dalam kalangan penyedia perkhidmatan kesihatan mengenai prevalens takut bersalin dalam kalangan wanita hamil di Malaysia serta faktor risiko yang berkaitan, termasuk status sosioekonomi yang tinggi, yang mungkin bukan kumpulan rentan yang lazim dikenal pasti. Dapatan kajian ini turut menunjukkan bahawa wanita hamil mempunyai keyakinan dan kepercayaan yang tinggi terhadap petugas kesihatan. Oleh itu, profesional kesihatan khususnya doktor dan jururawat berpotensi memainkan peranan penting dalam mengurangkan kebimbangan wanita hamil melalui komunikasi yang berkesan, penyampaian maklumat

yang tepat serta penjagaan yang prihatin dan empatik semasa proses bersalin, sekali gus berpotensi menghasilkan pengalaman kelahiran yang lebih positif.

6.5 KELEBIHAN KAJIAN

Kajian ini merupakan perintis dalam penyelidikan takut bersalin di Malaysia yang mengkaji fenomena ini secara komprehensif menerusi reka bentuk penerokaan berurutan. Pensampelan bertujuan yang digunakan dalam pemilihan responden memastikan kepelbagaian ciri sosiodemografi dan klinikal dicapai. Dapatan kualitatif turut mengesahkan sifat multidimensi takut bersalin, dengan pelbagai tema dikenal pasti sebagai faktor yang mempengaruhi fenomena tersebut, selari dengan literatur global.

Penemuan fasa 1 kajian ini menjadi teras kepada pembentukan MyFOB; instrumen penilaian takut bersalin pertama yang dibangunkan khusus untuk wanita Malaysia. Pengesahan ciri-ciri psikometrik dan kesesuaian model MyFOB dalam dua kohort berbeza (EFA dan CFA), mengesahkan kekukuhannya sebagai skala penilaian yang sah dan boleh dipercayai.

MyFOB menilai takut bersalin secara menyeluruh menerusi pelbagai komponen, termasuk aspek kebimbangan yang turut dinilai oleh instrumen lain seperti WDEQ-A dan CAQ. Soal selidik yang mengandungi 20 ini lebih ringkas dan mudah untuk dijawab berbanding WDEQ-A (33 item), seterusnya memudahkan aplikasi dalam amalan klinikal. Secara keseluruhannya, MyFOB merangkumi domain yang setara dengan WDEQ dan CAQ, namun telah diadaptasi agar selaras dengan konteks budaya dan populasi Malaysia.

Prevalens dan faktor risiko takut bersalin yang dilaporkan oleh kajian ini merupakan antara data awal yang akan menyumbang kepada literatur kajian tempatan. Prevalens takut bersalin yang tinggi dalam kalangan wanita hamil di Malaysia menunjukkan kelaziman fenomena ini. Faktor peramal yang dikenal pasti boleh dijadikan panduan dalam pembentukan program saringan takut bersalin. Penemuan kajian ini yang mengenal pasti skor ketakutan yang lebih tinggi dalam kalangan wanita Melayu dan Cina, mengesahkan pengaruh budaya ke atas takut bersalin.

Walaupun kadar keciciran kajian kohort adalah sekitar 25%, nilai tersebut masih boleh diterima dengan mengambil kira kekangan tempoh penyelidikan. Kajian ini tetap berjaya menghasilkan data perintis berkaitan hubungan takut bersalin dan hasil kehamilan dalam kalangan wanita hamil di Malaysia. Penemuan penting ini mengesahkan kesan negatif fenomena psikologi ini terhadap ibu, namun pengaruh ke atas bayi neonatal setakat ini adalah terhad.

Kesimpulannya penemuan kajian ini menjadi penyumbang utama kepada data kajian takut bersalin di Malaysia yang boleh menjadi asas penyelidikan lanjutan. Pembentukan MyFOB menyediakan instrumen penilaian alternatif, khususnya untuk kegunaan kajian tempatan, dan di rantau Asia secara keseluruhannya. Instrumen ini diharap dapat menyumbang ke arah pembentukan sistem saringan takut bersalin serta model intervensi takut bersalin yang bersesuaian di Malaysia pada masa hadapan.

6.6 LIMITASI KAJIAN

Kajian ini mempunyai beberapa limitasi. Pertama, kajian ini tidak dibangunkan berasaskan teori tingkah laku (*behavioural theory*), yang mungkin mengehadkan pemahaman tentang mekanisme psikologi yang mempengaruhi tokofobia. Walau bagaimanapun, dapatan kajian adalah selaras dengan Teori Tingkah Laku Kognitif (*Cognitive Behavioural Theory*) (Beck 2005), yang mencadangkan bahawa persepsi negatif terhadap kesakitan bersalin, komplikasi obstetrik dan keselamatan bayi berpotensi meningkatkan takut bersalin. Dapatan kajian juga sejajar dengan Teori Kognitif Sosial (*Social Cognitive Theory*) (Bandura 1997), yang menekankan bahawa tahap keberkesanan sendiri yang rendah serta pendedahan kepada pengalaman kelahiran negatif boleh meningkatkan tahap ketakutan wanita terhadap proses kelahiran.

Kedua, ketiadaan soalan yang meneroka aspek budaya dalam Fasa 1 mengehadkan penerokaan secara khusus terhadap pengaruh budaya terhadap tokofobia dalam kalangan wanita Malaysia. Ketiga, kebolehbandingan dapatan kajian ini dengan kajian antarabangsa yang menggunakan instrumen penilaian yang lebih lazim, seperti WDEQ-A dan CAQ, mungkin terhad kerana MyFOB berbeza dari segi bilangan item, skala respons dan skor ambang. Penggunaan instrumen yang berlainan boleh

mempengaruhi anggaran prevalens, seperti yang ditunjukkan oleh kajian di China yang mendapati bahawa penilaian menggunakan WDEQ-A dan CAQ dalam kumpulan responden yang sama menghasilkan kadar prevalens yang berbeza (29.9% berbanding 43%) (Zhou et al., 2025).

Keempat, reka bentuk keratan rentas hanya membolehkan hubungan antara faktor risiko dan takut bersalin dikenal pasti tanpa membolehkan inferens sebab-akibat dibuat. Kelima, pengambilan sampel daripada satu pusat kajian sahaja, iaitu Hospital Canselor Tuanku Muhriz (HCTM), mungkin mengehadkan kebolehumuman dapatan kepada populasi wanita hamil di Malaysia. Kebanyakan responden mempunyai tahap pendidikan dan status sosioekonomi yang lebih tinggi berbanding populasi umum. Oleh itu, dapatan kajian mungkin kurang mewakili persepsi wanita daripada golongan berpendapatan rendah, kawasan luar bandar, atau negeri-negeri lain di Malaysia. Selain itu, peratusan responden Melayu dalam kajian ini adalah tinggi (86%) dan melebihi perkadaran etnik berdasarkan data nasional. Keadaan ini berpotensi menyebabkan bias pemilihan yang boleh mempengaruhi dapatan kajian.

Keenam, penggunaan kod awal (*a priori codes*) dalam analisis kualitatif berpotensi mengehadkan penerokaan tema yang tidak dijangka. Akhir sekali, penglibatan wanita hamil sahaja mengehadkan kebolegunaan dapatan kepada kumpulan wanita lain dalam lingkungan umur reproduktif.

6.7 CADANGAN KAJIAN PADA MASA HADAPAN

Hanya sebilangan terhad faktor risiko telah diteliti dalam kajian ini. Kajian terdahulu menunjukkan bahawa faktor seperti sokongan sosial dan pasangan, kebimbangan dan kemurungan maternal, serta hubungan antara doktor dan pesakit, boleh mempengaruhi takut bersalin. Kajian lanjutan wajar meneroka pemboleh ubah ini secara lebih mendalam.

Penyelidikan lanjut juga diperlukan untuk menilai semula kesan tokofobia terhadap peredaran maternal dan fetal, termasuk peningkatan biomarker yang mencerminkan respons stres yang lebih tinggi dan proses keradangan sistemik. Selain

itu, kajian lanjutan perlu menentukan sama ada keadaan ini meningkatkan risiko sekatan pertumbuhan janin yang berpotensi membawa kepada hasil neonatal yang buruk.

Memandangkan terdapat bukti bahawa takut bersalin boleh mengakibatkan pengalaman kelahiran yang negatif serta dikaitkan dengan gangguan tekanan pasca-trauma (PTSD), kesan ini juga perlu dikaji dalam kalangan wanita Malaysia yang mengalami tokofobia. Penilaian boleh dilakukan menggunakan *City Birth Trauma Scale* (City BiTS), iaitu instrumen laporan sendiri yang dibangunkan khusus untuk menilai PTSD yang berkaitan dengan pengalaman kelahiran. Instrumen ini mengandungi 29 item yang merangkumi penilaian terhadap pengalaman kelahiran traumatik, gejala PTSD, tempoh gejala, tahap gangguan fungsi harian, serta gejala disosiatif yang dialami selepas kelahiran (Ayers et al. 2018).

Kajian masa hadapan juga perlu merangkumi penilaian kemurungan postnatal dalam kalangan wanita yang mengalami tokofobia semasa kehamilan menggunakan instrumen seperti Skala Kemurungan Postnatal Edinburgh (*Edinburgh Postnatal Depression Scale*, EPDS). EPDS merupakan instrumen saringan laporan sendiri yang mengandungi 10 item untuk menilai gejala kemurungan selepas bersalin. Versi Bahasa Melayu EPDS telah disahkan dan menunjukkan kesahan serta kebolehpercayaan yang baik dalam kalangan wanita Malaysia (Azidah et al. 2006). Selain itu, penyelidikan juga wajar menilai kesan tokofobia terhadap kadar penyusuan susu ibu, ikatan ibu-anak, serta persepsi wanita terhadap kehamilan seterusnya.

Penyelidikan lanjut turut diperlukan untuk menilai kesahan ramalan dan utiliti klinikal MyFOB dalam mengenal pasti wanita yang memerlukan sokongan psikologi. Pembangunan modul intervensi takut bersalin yang mengambil kira komponen ketakutan yang dikenal pasti dalam kajian ini juga penting bagi memastikan kesesuaiannya dengan keperluan wanita hamil di Malaysia. Sebagai contoh, intervensi boleh dilaksanakan dalam bentuk pendidikan antenatal yang menekankan penyampaian maklumat yang relevan untuk menangani kebimbangan berkaitan proses bersalin dan kelahiran serta kesakitan semasa bersalin.

Komponen emosi pula boleh ditangani melalui intervensi psikologi seperti Terapi Tingkah Laku Kognitif (*Cognitive Behavioural Therapy*, CBT), yang bertujuan membantu wanita mengenal pasti dan mengubah pemikiran serta emosi negatif berkaitan proses kelahiran. Bagi komponen interaksi dengan petugas kesihatan, intervensi boleh dilaksanakan dalam bentuk latihan komunikasi untuk profesional kesihatan yang bertujuan meningkatkan kemahiran komunikasi semasa penjagaan antenatal dan proses bersalin, di samping memperkukuh empati serta sokongan emosi yang diberikan kepada wanita hamil.

Seterusnya, kajian masa hadapan juga perlu menilai keberkesanan intervensi atau sokongan yang diberikan dalam mengurangkan tahap ketakutan ibu terhadap proses bersalin dan kelahiran, serta kesannya terhadap pengurangan hasil kehamilan yang negatif dan komplikasi psikologi postnatal.

6.8 KESIMPULAN

Fenomena takut bersalin adalah sangat lazim dalam kalangan populasi yang dikaji dan dikaitkan dengan peningkatan risiko pembedahan caesarean kecemasan. Profesional kesihatan berperanan penting dalam mengurangkan kesan negatif tokofobia melalui kaunseling, penyampaian maklumat yang tepat tentang proses kelahiran, serta interaksi yang positif dengan wanita hamil yang merangkumi bimbingan, sokongan dan penjagaan yang empatik.

RUJUKAN

- Abd Rahman, R., Idris, I. B., Isa, Z. M., Rahman, R. A. & Mahdy, Z. A. 2022. The prevalence and risk factors of iron deficiency anemia among pregnant women in Malaysia: a systematic review. *Front Nutr* 9:847693.
- Abdelaziz, E. M., Alshammari, A. M., Elsharkawy, N. B., Oraby, F. A. & Ramadan, O. M. E. 2025. Digital intervention for tokophobia: a randomized controlled trial of internet-based cognitive behavioral therapy on fear of childbirth and self-efficacy among Egyptian pregnant women. *BMC Pregnancy and Childbirth* 25(1): 233.
- Adams, S. S., Eberhard-Gran, M. & Eskild, A. 2012. Fear of childbirth and duration of labour: a study of 2206 women with intended vaginal delivery. *BJOG-an International Journal of Obstetrics and Gynaecology* 119(10): 1238-1246.
- Aksoy, A. N., Aydin, F., Kucur, S. K. & Gözükar, I. 2016. Maternal and fetal doppler velocimetry in women diagnosed with fear of childbirth. *Niger J Clin Pract* 19(5): 632-635.
- Alateeq, D., Khunayn, N. B., Alqahtani, R., Alqahtani, S., Alharbi, K., Aldossary, S., Alaasmi, A., Alanazi, R., Aleyeidi, N. & Fayed, A. 2025. Prevalence and associated factors of fear of childbirth among pregnant women in Saudi Arabia. *Front Psychiatry* 16:1715407.
- Areskog, B., Uddenberg, N. & Kjessler, B. 1981. Fear of childbirth in late pregnancy. *Gynecol Obstet Invest* 12(5): 262-266.
- Ayers, S. 2014. Fear of childbirth, postnatal post-traumatic stress disorder and midwifery care. *Midwifery* 30(2): 145-148.
- Ayers, S., Wright, D. B. & Thornton, A. 2018. Development of a measure of postpartum PTSD: the city birth trauma scale. *Front Psychiatry* 9:409.
- Azidah, A. K., Shaiful, B. I., Rusli, N. & Jamil, M. Y. 2006. Postnatal depression and socio-cultural practices among postnatal mothers in Kota Bahru, Kelantan, Malaysia. *Med J Malaysia* 61(1): 76-83.
- Badaoui, A., Kassm, S. A. & Naja, W. 2019. Fear and anxiety disorders related to childbirth: epidemiological and therapeutic issues. *Curr Psychiatry Rep* 21(4): 27.
- Bandura, A. 1982. Self-efficacy mechanism in human agency. *American Psychologist* 37(2): 122.

Bandura, A. 1997. *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: Macmillan.

Barat, S., Kordinejad, B., Faramarzi, M., Khafri, S., Bouzari, Z. & Ebrahim, E. 2023. Prevalence of fear of childbirth and its effective factors in pregnant women in Babol, Iran (2019-2020): a cross-sectional study. *International Journal of Women's Health and Reproduction Sciences* 11(1): 25-32.

Bayrampour, H., Hohn, R. E., Tamana, S. K., Sawatzky, R., Janssen, P. A., Bone, J. N., Fairbrother, N. & Joseph, K. S. 2023. Pregnancy-specific anxiety tool (PSAT): instrument development and psychometric evaluation. *J Clin Psychiatry* 84(3): 22m14696.

Beck, A. T. 2005. The current state of cognitive therapy: a 40-year retrospective. *Arch Gen Psychiatry* 62(9): 953-959.

Beijers, R., Buitelaar, J. K. & De Weerth, C. 2014. Mechanisms underlying the effects of prenatal psychosocial stress on child outcomes: beyond the HPA axis. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 23(10): 943-956.

Beiranvand, S. P., Moghadam, Z. B., Salsali, M., Majd, H. A., Birjandi, M. & Khalesi, Z. B. 2017. Prevalence of fear of childbirth and its associated factors in primigravidwomen: a cross- sectional study. *Shiraz E Medical Journal* 18(11):

Bjelke, M., Martinsson, A. K., Lendahls, L. & Oscarsson, M. 2016. Using the internet as a source of information during pregnancy - a descriptive cross-sectional study in Sweden. *Midwifery* 40:187-191.

Boateng, G. O., Neilands, T. B., Frongillo, E. A., Melgar-Quinonez, H. R. & Young, S. L. 2018. Best practices for developing and validating scales for health, social, and behavioral research: a primer. *Front Public Health* 6:149.

Braun, V. & Clarke, V. 2006. Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology* 3(2): 77-101.

Bujang, M. A., Omar, E. D., Foo, D. H. P. & Hon, Y. K. 2024. Sample size determination for conducting a pilot study to assess reliability of a questionnaire. *Restor Dent Endod* 49(1): e3.

Callister, L. C. & Khalaf, I. 2010. Spirituality in childbearing women. *J Perinat Educ* 19(2): 16-24.

Callister, L. C., Semenick, S. & Foster, J. C. 1999. Cultural and spiritual meanings of childbirth in orthodox jewish and mormon women. *J Holist Nurs* 17(3): 280-295.

- Çapik, A. & Durmaz, H. 2018. Fear of childbirth, postpartum depression, and birth-related variables as predictors of post-traumatic stress disorder after childbirth. *Worldviews Evid Based Nurs* 15(6): 455-463.
- Chambers, G. M., Venetis, C. A., Jorm, L. R., Stavrou, E. P. & Vajdic, C. M. 2020. Parity: A key measure of confounding in data-linkage studies of outcomes after medically assisted reproduction. *Int J Popul Data Sci* 5(1): 1119.
- Chen, C., Hussein, S. Z. B., Nasri, N. W. M., Yao, J., Qin, Y., Zhao, Z. & Zuo, K. 2024. Fear of childbirth among pregnant women: a concept analysis. *J Adv Nurs* 80(11): 4476-4487.
- Cheung, N. F., Mander, R., Cheng, L., Chen, V. Y. & Yang, X. Q. 2006. Caesarean decision-making: negotiation between Chinese women and healthcare professionals. *Evidence-based Midwifery* 4(1): 24-31.
- Chowdhury, M. Z. I. & Turin, T. C. 2020. Variable selection strategies and its importance in clinical prediction modelling. *Fam Med Community Health* 8(1): e000262.
- Christiaens, W., Van De Velde, S. & Bracke, P. 2011. Pregnant women's fear of childbirth in midwife- and obstetrician-led care in Belgium and the Netherlands: test of the medicalization hypothesis. *Women Health* 51(3): 220-239.
- Çıtak Bilgin, N., Coşkun, H., Coşkuner Potur, D., İbar Aydın, E. & Uca, E. 2021. Psychosocial predictors of the fear of childbirth in Turkish pregnant women. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 42(2): 123-131.
- Costello, A. B. & Osborne, J. 2005. Best practices in exploratory factor analysis: Four recommendations for getting the most from your analysis. *Practical assessment, research, and evaluation* 10(1): 1-9.
- Creswell, J. W. & Creswell, J. D. 2017. *Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches*. California: Sage Publications.
- De Jonge, A., Stuijt, R., Eijke, I. & Westerman, M. J. 2014. Continuity of care: what matters to women when they are referred from primary to secondary care during labour? a qualitative interview study in the Netherlands. *BMC Pregnancy Childbirth* 14:103.
- Demšar, K., Svetina, M., Verdenik, I., Tul, N., Blickstein, I. & Globevnik Velikonja, V. 2018. Tokophobia (fear of childbirth): prevalence and risk factors. *J Perinat Med* 46(2): 151-154.

- Dencker, A., Nilsson, C., Begley, C., Jangsten, E., Mollberg, M., Patel, H., Wigert, H., Hessman, E., Sjöblom, H. & Sparud-Lundin, C. 2019. Causes and outcomes in studies of fear of childbirth: a systematic review. *Women Birth* 32(2): 99-111.
- Dikmen-Yildiz, P., Ayers, S. & Phillips, L. 2018. Longitudinal trajectories of post-traumatic stress disorder (PTSD) after birth and associated risk factors. *J Affect Disord* 229:377-385.
- Doaltabadi, Z., Amiri-Farahani, L., Hasanpoor-Azghady, S. B. & Haghani, S. 2023. The effect of face-to-face and virtual prenatal care training of spouses on the pregnancy experience and fear of childbirth of primiparous women: A controlled quasi-experimental study. *J Telemed Telecare* 29(10): 775 - 784.
- D.O.S.M 2022. *Laporan Survei Pendapatan Isi Rumah 2022*. Putrajaya: Department of Statistics Malaysia
- D.O.S.M 2025. *Household Income Survey Report 2024 (Malaysia & States)*. Putrajaya: Ministry of Economy Malaysia.
- D.O.S.M 2025. *Perangkaan Penting Malaysia 2025*. Putrajaya: Department of Statistics Malaysia.
- Elvander, C., Cnattingius, S. & Kjerulff, K. H. 2013. Birth experience in women with low, intermediate or high levels of fear: findings from the first baby study. *Birth* 40(4): 289-296.
- Emelonye, A. U., Pitkäaho, T., Aregbesola, A. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2016. Spouses' perspective of their participation and role in childbirth pain relief. *Ann Med Health Sci Res* 6(6): 367-374.
- Eriksson, C., Westman, G. & Hamberg, K. 2005. Experiential factors associated with childbirth-related fear in Swedish women and men: a population based study. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 26(1): 63-72.
- Eriksson, C., Westman, G. & Hamberg, K. 2006. Content of childbirth-related fear in Swedish women and men: analysis of an open-ended question. *J Midwifery Womens Health* 51(2): 112-118.
- Erkaya, R., Karabulutlu, Ö. & Çalık, K. Y. 2017. Defining childbirth fear and anxiety levels in pregnant women. *Procedia-Social and Behavioral Sciences* 237: 1045-1052.
- Eroglu, E. O., Yildiz, M. I., Turkoglu, O., Tanriover, E., Evran, A., Karahan, S. & Sahin, D. 2022. High/severe fear of childbirth and related risk factors among pregnant

- women: is vaginismus a risk factor? *Journal of Obstetrics and Gynaecology* 42(7): 2860-2866.
- Evans, J., Heron, J., Francomb, H., Oke, S. & Golding, J. 2001. Cohort study of depressed mood during pregnancy and after childbirth. *BMJ* 323(7307): 257-260.
- Fairbrother, N., Collardeau, F., Albert, A. & Stoll, K. 2022. Screening for perinatal anxiety using the childbirth fear questionnaire: a new measure of fear of childbirth. *Int J Environ Res Public Health* 19(4): 2223.
- Fairbrother, N., Thordarson, D. S. & Stoll, K. 2018. Fine tuning fear of childbirth: the relationship between childbirth fear questionnaire subscales and demographic and reproductive variables. *J Reprod Infant Psychol* 36(1): 15-29.
- Faisal, I., Matinnia, N., Hejar, A. R. & Khodakarami, Z. 2014. Why do primigravidae request caesarean section in a normal pregnancy? A qualitative study in Iran. *Midwifery* 30(2): 227-233.
- Fathi Najafi, T., Latifnejad Roudsari, R. & Ebrahimipour, H. 2017. The best encouraging persons in labor: a content analysis of Iranian mothers' experiences of labor support. *PLoS One* 12(7): e0179702.
- Fenwick, J., Gamble, J., Nathan, E., Bayes, S. & Hauck, Y. 2009. Pre- and postpartum levels of childbirth fear and the relationship to birth outcomes in a cohort of Australian women. *J Clin Nurs* 18(5): 667-677.
- Fenwick, J., Toohill, J., Creedy, D. K., Smith, J. & Gamble, J. 2015. Sources, responses and moderators of childbirth fear in Australian women: a qualitative investigation. *Midwifery* 31(1): 239-246.
- Finstad, K. 2010. Response interpolation and scale sensitivity: Evidence against 5-point scales. *Journal of Usability Studies* 5(3): 104-110.
- Fisher, C., Hauck, Y. & Fenwick, J. 2006. How social context impacts on women's fears of childbirth: a Western Australian example. *Soc Sci Med* 63(1): 64-75.
- Gao, L. L., Liu, X. J., Fu, B. L. & Xie, W. 2015. Predictors of childbirth fear among pregnant Chinese women: a cross-sectional questionnaire survey. *Midwifery* 31(9): 865-870.
- Goldberg, A. B., Cohen, A. & Lieberman, E. 1999. Nulliparas' preferences for epidural analgesia: their effects on actual use in labor. *Birth* 26(3): 139-143.

- Gourounti, K., Kouklaki, E. & Lykeridou, K. 2015. Validation of the Childbirth Attitudes Questionnaire in Greek and psychosocial characteristics of pregnant women with fear of childbirth. *Women Birth* 28(3): e44-51.
- Guadagnoli, E. & Velicer, W. F. 1988. Relation of sample size to the stability of component patterns. *Psychol Bull* 103(2): 265-275.
- Haines, H., Pallant, J. F., Karlström, A. & Hildingsson, I. 2011. Cross-cultural comparison of levels of childbirth-related fear in an Australian and Swedish sample. *Midwifery* 27(4): 560-567.
- Haines, H. M., Pallant, J. F., Fenwick, J., Gamble, J., Creedy, D. K., Toohill, J. & Hildingsson, I. 2015. Identifying women who are afraid of giving birth: a comparison of the fear of birth scale with the WDEQ-A in a large Australian cohort. *Sex Reprod Healthc* 6(4): 204-210.
- Haines, H. M., Rubertsson, C., Pallant, J. F. & Hildingsson, I. 2012. The influence of women's fear, attitudes and beliefs of childbirth on mode and experience of birth. *BMC Pregnancy Childbirth* 12:55.
- Hall, W. A., Stoll, K., Hutton, E. K. & Brown, H. 2012. A prospective study of effects of psychological factors and sleep on obstetric interventions, mode of birth, and neonatal outcomes among low-risk British Columbian women. *BMC Pregnancy Childbirth* 12:78.
- Han, L., Bai, H., Lun, B., Li, Y., Wang, Y. & Ni, Q. 2022. The prevalence of fear of childbirth and its association with intolerance of uncertainty and coping styles among pregnant Chinese women during the COVID-19 pandemic. *Front Psychiatry* 13:935760.
- Handelzalts, J. E., Becker, G., Ahren, M. P., Lurie, S., Raz, N., Tamir, Z. & Sadan, O. 2015. Personality, fear of childbirth and birth outcomes in nulliparous women. *Arch Gynecol Obstet* 291(5): 1055-1062.
- Hassan, S. J., Sundby, J., Hussein, A. & Bjertness, E. 2012. The paradox of vaginal examination practice during normal childbirth: Palestinian women's feelings, opinions, knowledge and experiences. *Reprod Health* 9:16.
- Hassanzadeh, R., Abbas-Alizadeh, F., Meedya, S., Mohammad-Alizadeh-Charandabi, S. & Mirghafourvand, M. 2020. Fear of childbirth, anxiety and depression in three groups of primiparous pregnant women not attending, irregularly attending and regularly attending childbirth preparation classes. *BMC Womens Health* 20(1): 180.

Hassanzadeh, R., Abbas-Alizadeh, F., Meedya, S., Mohammad-Alizadeh-Charandabi, S. & Mirghafourvand, M. 2021. Primiparous women's knowledge and satisfaction based on their attendance at childbirth preparation classes. *Nurs Open* 8(5): 2558-2566.

Haynes, S. N., Richard, D. & Kubany, E. S. 1995. Content validity in psychological assessment: a functional approach to concepts and methods. *Psychological Assessment* 7(3): 238.

H. C. T. M. 2025. *Statistik Hospital*. <https://hctm.ukm.my/en/statistik-hospital> [10 Mei 2026]

Heinze, S. D. & Sleight, M. J. 2003. Epidural or no epidural anaesthesia: relationships between beliefs about childbirth and pain control choices. *Journal of Reproductive and Infant Psychology* 21(4): 323-333.

Hodnett, E. D., Gates, S., Hofmeyr, G. J. & Sakala, C. 2007. Continuous support for women during childbirth. *Cochrane Database Syst Rev* 3: Cd003766.

Hofberg, K. & Brockington, I. 2000. Tokophobia: an unreasoning dread of childbirth. A series of 26 cases. *Br J Psychiatry* 176:83-85.

Hofberg, K. & Ward, M. R. 2003. Fear of pregnancy and childbirth. *Postgrad Med J* 79(935): 505-510.

Hofberg, K. & Ward, M. R. 2004. Fear of childbirth, tocophobia, and mental health in mothers: the obstetric-psychiatric interface. *Clin Obstet Gynecol* 47(3): 527-534.

Hosmer Jr, D. W., Lemeshow, S. & Sturdivant, R. X. 2013. *Applied Logistic Regression*. New Jersey: John Wiley & Sons.

Hou, Y., Zhou, X., Yao, M. & Liu, S. 2022. Fear of childbirth and its predictors in re-pregnant women after cesarean section: a cross-sectional multicenter study in China. *BMC Pregnancy Childbirth* 22(1): 393.

Huang, J., Huang, J., Li, Y. & Liao, B. 2021. The prevalence and predictors of fear of childbirth among pregnant Chinese women: a hierarchical regression analysis. *BMC Pregnancy Childbirth* 21(1): 643.

Jain, S., Dubey, S. & Jain, S. 2016. Designing and validation of questionnaire. *International Dental & Medical Journal of Advanced Research* 2(1): 1-3.

- Jean Greer, R. 2014. Fear of childbirth and ways of coping for pregnant women and their partners during the birthing process: a salutogenic analysis. *Evidence Based Midwifery* 12(3): 95.
- Johnson, J. L., Adkins, D. & Chauvin, S. 2020. A review of the quality indicators of rigor in qualitative research. *Am J Pharm Educ* 84(1): 7120.
- Johnson, R. & Slade, P. 2002. Does fear of childbirth during pregnancy predict emergency caesarean section? *BJOG* 109(11): 1213-1221.
- Karabulut, Ö., Coşkuner Potur, D., Doğan Merih, Y., Cebeci Mutlu, S. & Demirci, N. 2016. Does antenatal education reduce fear of childbirth? *Int Nurs Rev* 63(1): 60-67.
- Karalasingam, S. D., Jeganathan, R., Jegasothy, R. & Reidpath, D. D. 2020. Caesarean section rates from Malaysian tertiary hospitals using Robson's 10-group classification. *BMC Pregnancy Childbirth* 20(1): 64.
- Karlström, A., Nystedt, A., Johansson, M. & Hildingsson, I. 2011. Behind the myth: few women prefer caesarean section in the absence of medical or obstetrical factors. *Midwifery* 27(5): 620-627.
- Kaya, D. & Evcili, F. 2020. The affecting factors of childbirth fear for pregnant women admitted to a health center and university hospital in Turkey. *Journal of Health Research* 34(5): 389-397.
- Khwepeya, M., Lee, G. T., Chen, S. R. & Kuo, S. Y. 2018. Childbirth fear and related factors among pregnant and postpartum women in Malawi. *BMC Pregnancy Childbirth* 18(1): 391.
- Kjærgaard, H., Wijma, K., Dykes, A. K. & Alehagen, S. 2008. Fear of childbirth in obstetrically low risk nulliparous women in Sweden and Denmark. *Journal of Reproductive and Infant Psychology* 26(4): 340-350.
- Kleinbaum, D. G., Kupper, L. L. & Morgenstern, H. 1991. *Epidemiologic Research: Principles and Quantitative Methods*. New York: John Wiley & Sons.
- Korukcu, O., Bulut, O. & Kukulu, K. 2016. Psychometric evaluation of the Wijma delivery expectancy/experience questionnaire version B. *Health Care for Women International* 37(5): 550-567.
- Korukcu, O., Bulut, O. & Kukulu, K. 2019. From experiences to expectations: a quantitative study on the fear of childbirth among multigravida women. *Arch Psychiatr Nurs* 33(3): 248-253.

- Kululunga, L. I., Malata, A., Chirwa, E. & Sundby, J. 2012. Malawian fathers' views and experiences of attending the birth of their children: a qualitative study. *BMC Pregnancy and Childbirth* 12(1): 141.
- Larkin, P., Begley, C. M. & Devane, D. 2009. Women's experiences of labour and birth: an evolutionary concept analysis. *Midwifery* 25(2): e49-e59.
- Larkin, P., Begley, C. M. & Devane, D. 2012. 'Not enough people to look after you': an exploration of women's experiences of childbirth in the Republic of Ireland. *Midwifery* 28(1): 98-105.
- Larsson, B., Hildingsson, I., Ternström, E., Rubertsson, C. & Karlström, A. 2019. Women's experience of midwife-led counselling and its influence on childbirth fear: a qualitative study. *Women Birth* 32(1): e88-e94.
- Laursen, M., Hedegaard, M. & Johansen, C. 2008. Fear of childbirth: predictors and temporal changes among nulliparous women in the Danish National Birth Cohort. *BJOG* 115(3): 354-360.
- Laursen, M., Johansen, C. & Hedegaard, M. 2009. Fear of childbirth and risk for birth complications in nulliparous women in the Danish National Birth Cohort. *BJOG* 116(10): 1350-1355.
- Lazarus, R. S. & Folkman, S. 1984. *Stress, Appraisal, and Coping*. New York: Springer Publishing Company.
- Lederman, R. P., Lederman, E., Work, B. A., Jr. & Mccann, D. S. 1978. The relationship of maternal anxiety, plasma catecholamines, and plasma cortisol to progress in labor. *Am J Obstet Gynecol* 132(5): 495-500.
- Lowe, N. K. 2000. Self-efficacy for labor and childbirth fears in nulliparous pregnant women. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 21(4): 219-224.
- Lukasse, M., Schei, B. & Ryding, E. L. 2014. Prevalence and associated factors of fear of childbirth in six European countries. *Sex Reprod Healthc* 5(3): 99-106.
- Lyberg, A. & Severinsson, E. 2010. Fear of childbirth: mothers' experiences of team-midwifery care - a follow-up study. *J Nurs Manag* 18(4): 383-390.
- Malaysia, J. P. 2017. Maklumat Malaysia: Lokasi.
<https://www.malaysia.gov.my/portal/content> [12 Februari 2026]
- Malaysia, J. P. 2025. Perangkaan Demografi Malaysia, Suku Tahun Ketiga 2025. Putrajaya: Jabatan Penerangan Malaysia.

Marcé, L. V. 2002. *Traité de la folie des femmes enceintes: des nouvelles accouchées et des nourrices*. Paris: L'Harmattan.

Marcelina, L. A., Rachmawati, I. N. & Ungsianik, T. 2019. Dissatisfaction with the husband support increases childbirth fear among Indonesian primigravida. *Enfermeria Clinica* 29:379-383.

Marzi, G., Balzano, M. & Marchiori, D. 2024. K-Alpha Calculator-Krippendorff's Alpha Calculator: a user-friendly tool for computing Krippendorff's Alpha inter-rater reliability coefficient. *MethodsX* 12:102545.

Matinnia, N., Faisal, I., Hanafiah Juni, M., Herjar, A. R., Moeini, B. & Osman, Z. J. 2015. Fears related to pregnancy and childbirth among primigravidae who requested caesarean versus vaginal delivery in Iran. *Matern Child Health J* 19(5): 1121-1130.

Mays, N. & Pope, C. 1995. Rigour and qualitative research. *BMJ* 311(6997): 109-112.

Melender, H. L. 2002. Experiences of fears associated with pregnancy and childbirth: A study of 329 pregnant women. *Birth-Issues in Perinatal Care* 29(2): 101-111.

Melender, H. L. 2002. Experiences of fears associated with pregnancy and childbirth: a study of 329 pregnant women. *Birth* 29(2): 101-111.

Moghaddam Hossieni, V., Toohill, J., Akaberi, A. & Hashemiasl, B. 2017. Influence of intimate partner violence during pregnancy on fear of childbirth. *Sex Reprod Healthc* 14:17-23.

Mohamamdirizi, S., Mohamadirizi, M. & Mohamadirizi, S. 2018. The comparison of fear of childbirth and sense of coherence among low-risk and high-risk pregnancy women. *J Educ Health Promot* 7:143.

Mohd Yusoff, Z., Amat, A., Naim, D. & Othman, S. 2018. Postnatal care practices among the Malays, Chinese and Indians: a comparison. *SHS Web of Conferences* 45: 05002.

Molgora, S., Fenaroli, V., Prino, L. E., Rollè, L., Sechi, C., Trovato, A., Vismara, L., Volpi, B., Brustia, P., Lucarelli, L., Tambelli, R. & Saita, E. 2018. Fear of childbirth in primiparous Italian pregnant women: the role of anxiety, depression, and couple adjustment. *Women Birth* 31(2): 117-123.

Mortazavi, F. & Mehrabadi, M. 2021. Predictors of fear of childbirth and normal vaginal birth among Iranian postpartum women: a cross-sectional study. *BMC Pregnancy Childbirth* 21(1): 316.

- Nguyen, L. D., Nguyen, L. H., Ninh, L. T., Nguyen, H. T. T., Nguyen, A. D., Vu, L. G., Nguyen, C. T., Vu, G. T., Doan, L. P., Latkin, C. A., Ho, C. S. H. & Ho, R. C. M. 2021. Fear of childbirth and preferences for prevention services among urban pregnant women in a developing country: a multicenter, cross-sectional study. *International Journal of Environmental Research and Public Health* 18(10): 5382.
- Nieminen, K., Andersson, G., Wijma, B., Ryding, E. L. & Wijma, K. 2016. Treatment of nulliparous women with severe fear of childbirth via the internet: a feasibility study. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 37(2): 37-43.
- Nieminen, K., Stephansson, O. & Ryding, E. L. 2009. Women's fear of childbirth and preference for cesarean section--a cross-sectional study at various stages of pregnancy in Sweden. *Acta Obstet Gynecol Scand* 88(7): 807-813.
- Nilsson, C., Bondas, T. & Lundgren, I. 2010. Previous birth experience in women with intense fear of childbirth. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 39(3): 298-309.
- Nilsson, C., Bondas, T. & Lundgren, I. 2010. Previous birth experience in women with intense fear of childbirth. *Journal of Obstetric Gynecologic and Neonatal Nursing* 39(3): 298-309.
- Nilsson, C., Hessman, E., Sjöblom, H., Dencker, A., Jangsten, E., Mollberg, M., Patel, H., Sparud-Lundin, C., Wigert, H. & Begley, C. 2018. Definitions, measurements and prevalence of fear of childbirth: a systematic review. *BMC Pregnancy Childbirth* 18(1): 28.
- Nilsson, C. & Lundgren, I. 2009. Women's lived experience of fear of childbirth. *Midwifery* 25(2): e1-9.
- Nori, W., Kassim, M. a. K., Helmi, Z. R., Pantazi, A. C., Brezeanu, D., Brezeanu, A. M., Penciu, R. C. & Serbanescu, L. 2023. Non-pharmacological pain management in labor: a systematic review. *J Clin Med* 12(23): 7203.
- O'connell, M. A., Leahy-Warren, P., Khashan, A. S., Kenny, L. C. & O'Neill, S. M. 2017. Worldwide prevalence of tocophobia in pregnant women: systematic review and meta-analysis. *Acta Obstet Gynecol Scand* 96(8): 907-920.
- Ogurlu, M. & Erbil, N. 2023. The effect of intimate partner violence on fear of childbirth among pregnant women. *Journal of Interpersonal Violence* 38(3-4): 3737-3755.
- Olza, I., Leahy-Warren, P., Benyamini, Y., Kazmierczak, M., Karlsdottir, S. I., Spyridou, A., Crespo-Mirasol, E., Takács, L., Hall, P. J., Murphy, M., Jonsdottir, S. S., Downe, S. & Nieuwenhuijze, M. J. 2018. Women's

psychological experiences of physiological childbirth: a meta-synthesis. *BMJ Open* 8(10): e020347.

Ortega-Cejas, C. M., Roldán-Merino, J., Lluch-Canut, T., Castrillo-Pérez, M. I., Vicente-Hernández, M. M., Jimenez-Barragan, M., Biurrun-Garrido, A., Farres-Tarafa, M., Casas, I. & Cabrera-Jaime, S. 2021. Reliability and validity study of the Spanish adaptation of the "Wijma Delivery Expectancy/Experience Questionnaire" (W-DEQ-A). *PLoS One* 16(3): e0248595.

Pallant, J. 2016. *SPSS Survival Manual*. London: McGraw-Hill Education.

Pang, M. W., Leung, T. N., Lau, T. K. & Hang Chung, T. K. 2008. Impact of first childbirth on changes in women's preference for mode of delivery: follow-up of a longitudinal observational study. *Birth* 35(2): 121-128.

Phunymmalee, M., Buayaem, T. & Boriboonhirunsarn, D. 2019. Fear of childbirth and associated factors among low-risk pregnant women. *J Obstet Gynaecol* 39(6): 763-767.

Poggi, L., Goutaudier, N., Séjourné, N. & Chabrol, H. 2018. When fear of childbirth is pathological: the fear continuum. *Matern Child Health J* 22(5): 772-778.

Pop, V. J., Pommer, A. M., Pop-Purceleanu, M., Wijnen, H. A., Bergink, V. & Pouwer, F. 2011. Development of the Tilburg Pregnancy Distress Scale: the TPDS. *BMC Pregnancy Childbirth* 11:80.

Preis, H., Benyamini, Y., Eberhard-Gran, M. & Garthus-Niegel, S. 2018. Childbirth preferences and related fears - comparison between Norway and Israel. *BMC Pregnancy Childbirth* 18(1): 362.

Qiu, L., Sun, N., Shi, X., Zhao, Y., Feng, L., Gong, Y. & Yin, X. 2020. Fear of childbirth in nulliparous women: A cross-sectional multicentre study in China. *Women Birth* 33(2): e136-e141.

Räisänen, S., Lehto, S. M., Nielsen, H. S., Gissler, M., Kramer, M. R. & Heinonen, S. 2014. Fear of childbirth in nulliparous and multiparous women: a population-based analysis of all singleton births in Finland in 1997-2010. *BJOG* 121(8): 965-970.

Ramzan, W. N. R. T. W., Ismail, M. F. M. & Shahadan, S. Z. 2023. Cultural competence among Malaysian nurses. *International Journal of Care Scholars* 6(1): 140-141.

Ranganathan, P., Caduff, C. & Frampton, C. M. A. 2024. Designing and validating a research questionnaire - part 2. *Perspect Clin Res* 15(1): 42-45.

- Rath, W. H. 2011. Postpartum hemorrhage – update on problems of definitions and diagnosis. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 90(5): 421-428.
- Redshaw, M., Martin, C., Rowe, R. & Hockley, C. 2009. The Oxford Worries about Labour Scale: women's experience and measurement characteristics of a measure of maternal concern about labour and birth. *Psychol Health Med* 14(3): 354-366.
- Richens, Y., Smith, D. M. & Lavender, D. T. 2018. Fear of birth in clinical practice: A structured review of current measurement tools. *Sex Reprod Healthc* 16: 98-112.
- Roosevelt, L. & Low, L. K. 2016. Exploring fear of childbirth in the United States through a qualitative assessment of the Wijma Delivery Expectancy Questionnaire. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 45(1): 28-38.
- Röschel, A., Wagner, C. & Dür, M. 2021. Examination of validity, reliability, and interpretability of a self-reported questionnaire on Occupational Balance in Informal Caregivers (OBI-Care) - a Rasch analysis. *PLoS One* 16(12): e0261815.
- Rosner, B. 2011. *Fundamentals of Biostatistics (The 7th edition)*. Boston: Brooks/Cole
- Rouhe, H., Salmela-Aro, K., Gissler, M., Halmesmäki, E. & Saisto, T. 2011. Mental health problems common in women with fear of childbirth. *BJOG* 118(9): 1104-1111.
- Rouhe, H., Salmela-Aro, K., Halmesmäki, E. & Saisto, T. 2009. Fear of childbirth according to parity, gestational age, and obstetric history. *BJOG* 116(1): 67-73.
- Rouhe, H., Salmela-Aro, K., Toivanen, R., Tokola, M., Halmesmäki, E., Ryding, E. L. & Saisto, T. 2015. Group psychoeducation with relaxation for severe fear of childbirth improves maternal adjustment and childbirth experience--a randomised controlled trial. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 36(1): 1-9.
- Ryding, E. L., Lukasse, M., Van Parys, A. S., Wangel, A. M., Karro, H., Kristjansdottir, H., Schroll, A. M., Schei, B. & Bidens, G. 2015. Fear of childbirth and risk of cesarean delivery: a cohort study in six European countries. *Birth-Issues in Perinatal Care* 42(1): 48-55.
- Ryding, E. L., Wirfelt, E., Wängborg, I. B., Sjögren, B. & Edman, G. 2007. Personality and fear of childbirth. *Acta Obstet Gynecol Scand* 86(7): 814-820.
- Saisto, T. & Halmesmäki, E. 2003. Fear of childbirth: a neglected dilemma. *Acta Obstet Gynecol Scand* 82(3): 201-208.

- Saisto, T., Ylikorkala, O. & Halmesmäki, E. R. J. A. 1999. Factors associated with fear of delivery in second pregnancies. *Obstetrics and Gynecology* 94(5): 679-682.
- Salomonsson, B., Berterö, C. & Alehagen, S. 2013. Self-efficacy in pregnant women with severe fear of childbirth. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* 42(2): 191-202.
- Sanjari, S., Chaman, R., Salehin, S., Goli, S. & Keramat, A. 2022. Update on the global prevalence of severe fear of childbirth in low-risk pregnant women: a systematic review and meta-analysis. *International Journal of Women's Health and Reproduction Sciences* 10(1): 3-10.
- Schneider, D. A. 2018. Birthing failures: childbirth as a female fault line. *J Perinat Educ* 27(1): 20-31.
- Serçekuş, P. & Okumuş, H. 2009. Fears associated with childbirth among nulliparous women in Turkey. *Midwifery* 25(2): 155-162.
- Shahoei, R., Riji, H. M. & Saeedi, Z. A. 2011. 'Safe passage': pregnant Iranian Kurdish women's choice of childbirth method. *Journal of Advanced Nursing* 67(10): 2130-2138.
- Sheen, K. & Slade, P. 2018. Examining the content and moderators of women's fears for giving birth: a meta-synthesis. *J Clin Nurs* 27(13-14): 2523-2535.
- Sjögren, B. 1997. Reasons for anxiety about childbirth in 100 pregnant women. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 18(4): 266-272.
- Sjöström, K., Valentin, L., Thelin, T. & Marsál, K. 1997. Maternal anxiety in late pregnancy and fetal hemodynamics. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 74(2): 149-155.
- Slade, P., Balling, K., Sheen, K. & Houghton, G. 2019. Establishing a valid construct of fear of childbirth: findings from in-depth interviews with women and midwives. *BMC Pregnancy Childbirth* 19(1): 96.
- Slade, P., Pais, T., Fairlie, F., Simpson, A. & Sheen, K. 2016. The development of the Slade-Pais Expectations of Childbirth Scale (SPECS). *Journal of Reproductive and Infant Psychology* 34(5): 495-510.
- Smajic, E., Avdic, D., Pasic, A., Prcic, A. & Stancic, M. 2022. Mixed methodology of scientific research in healthcare. *Acta Inform Med* 30(1): 57-60.
- Söderquist, J., Wijma, K. & Wijma, B. 2004. Traumatic stress in late pregnancy. *J Anxiety Disord* 18(2): 127-142.

- Soet, J. E., Brack, G. A. & Diiorio, C. 2003. Prevalence and predictors of women's experience of psychological trauma during childbirth. *Birth* 30(1): 36-46.
- Stoll, K., Edmonds, J. K. & Hall, W. A. 2015. Fear of childbirth and preference for cesarean delivery among young American women before childbirth: a survey study. *Birth* 42(3): 270-276.
- Storksen, H. T., Eberhard-Gran, M., Garthus-Niegel, S. & Eskild, A. 2012. Fear of childbirth; the relation to anxiety and depression. *Acta Obstet Gynecol Scand* 91(2): 237-242.
- Størksen, H. T., Garthus-Niegel, S., Adams, S. S., Vangen, S. & Eberhard-Gran, M. 2015. Fear of childbirth and elective caesarean section: a population-based study. *BMC Pregnancy Childbirth* 15:221.
- Størksen, H. T., Garthus-Niegel, S., Vangen, S. & Eberhard-Gran, M. 2013. The impact of previous birth experiences on maternal fear of childbirth. *Acta Obstet Gynecol Scand* 92(3): 318-324.
- Striebich, S., Mattern, E. & Ayerle, G. M. 2018. Support for pregnant women identified with fear of childbirth (FOC)/tokophobia - A systematic review of approaches and interventions. *Midwifery* 61:97-115.
- Sydsjö, G., Angerbjörn, L., Palmquist, S., Bladh, M., Sydsjö, A. & Josefsson, A. 2013. Secondary fear of childbirth prolongs the time to subsequent delivery. *Acta Obstet Gynecol Scand* 92(2): 210-214.
- Sydsjö, G., Sydsjö, A., Gunnervik, C., Bladh, M. & Josefsson, A. 2012. Obstetric outcome for women who received individualized treatment for fear of childbirth during pregnancy. *Acta Obstet Gynecol Scand* 91(1): 44-49.
- Tabachnick, B. G. & Fidell, L. S. 2013. *Using Multivariate Statistics, 6th Edn.* Boston: Pearson.
- Taheri, M., Takian, A., Taghizadeh, Z., Jafari, N. & Sarafraz, N. 2018. Creating a positive perception of childbirth experience: systematic review and meta-analysis of prenatal and intrapartum interventions. *Reprod Health* 15(1): 73.
- Takegata, M., Haruna, M., Matsuzaki, M., Shiraishi, M., Okano, T. & Severinsson, E. 2014. Antenatal fear of childbirth and sense of coherence among healthy pregnant women in Japan: a cross-sectional study. *Arch Womens Ment Health* 17(5): 403-409.

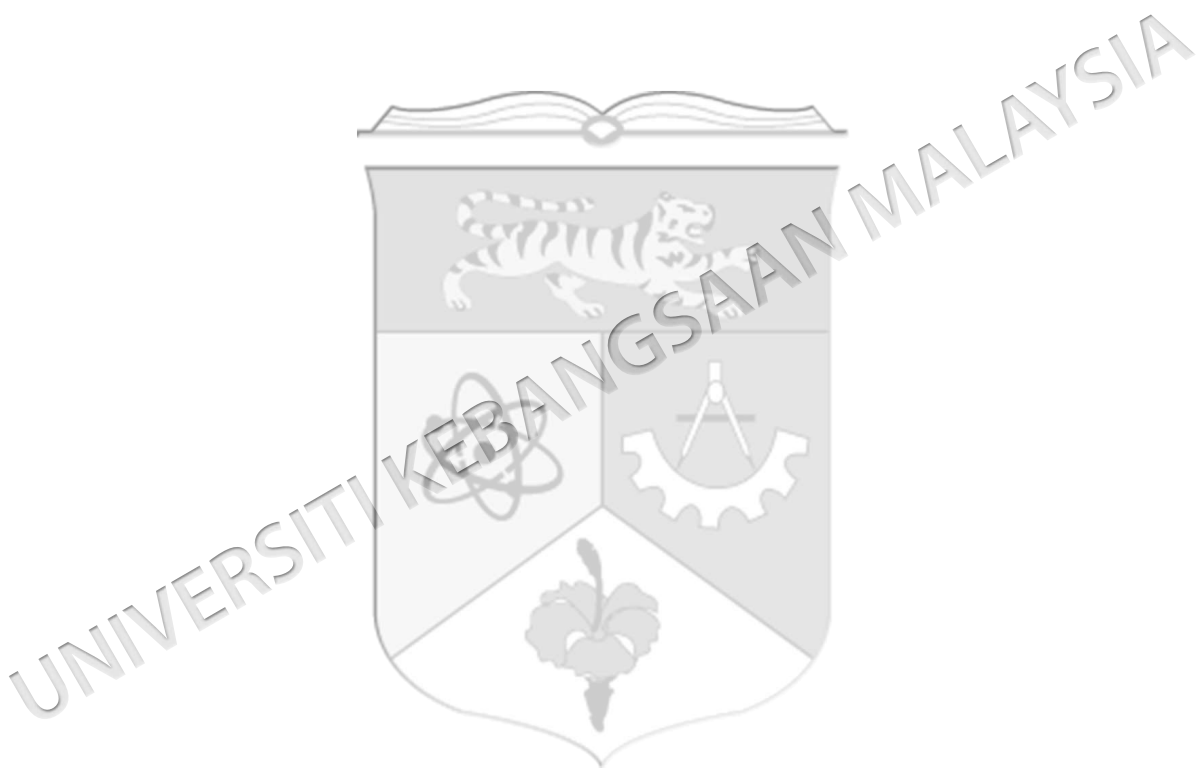
- Takegata, M., Haruna, M., Morikawa, M., Yonezawa, K., Komada, M. & Severinsson, E. 2018. Qualitative exploration of fear of childbirth and preferences for mode of birth among Japanese primiparas. *Nurs Health Sci* 20(3): 338-345.
- Tanglakmankhong, K., Perrin, N. A. & Lowe, N. K. 2011. Childbirth Self-Efficacy Inventory and Childbirth Attitudes Questionnaire: psychometric properties of Thai language versions. *J Adv Nurs* 67(1): 193-203.
- Taubman-Ben-Ari, O., Chasson, M. & Abu-Sharkia, S. 2021. Childbirth anxieties in the shadow of COVID-19: self-compassion and social support among Jewish and Arab pregnant women in Israel. *Health Soc Care Community* 29(5): 1409-1419.
- Teixeira, J. M., Fisk, N. M. & Glover, V. 1999. Association between maternal anxiety in pregnancy and increased uterine artery resistance index: cohort based study. *BMJ* 318(7177): 153-157.
- Ternström, E., Hildingsson, I., Haines, H. & Rubertsson, C. 2015. Higher prevalence of childbirth related fear in foreign born pregnant women--findings from a community sample in Sweden. *Midwifery* 31(4): 445-450.
- Toohill, J., Creedy, D. K., Gamble, J. & Fenwick, J. 2015. A cross-sectional study to determine utility of childbirth fear screening in maternity practice - An Australian perspective. *Women Birth* 28(4): 310-316.
- Toohill, J., Fenwick, J., Gamble, J. & Creedy, D. K. 2014. Prevalence of childbirth fear in an Australian sample of pregnant women. *BMC Pregnancy Childbirth* 14:275.
- Topp, C. W., Østergaard, S. D., Søndergaard, S. & Bech, P. 2015. The WHO-5 Well-Being Index: a systematic review of the literature. *Psychotherapy and Psychosomatics* 84(3): 167-176.
- Turner, R. J., Grindstaff, C. F. & Phillips, N. 1990. Social support and outcome in teenage pregnancy. *J Health Soc Behav* 31(1): 43-57.
- Ulu, E. & Ertunç, T. 2022. Being pregnant in COVID-19: fear of giving birth, fear of COVID-19, and marital adjustment. *Cyprus Turkish Journal of Psychiatry and Psychology* 4(3): 222-230.
- Villar, J., Pérez-Méndez, L., Basaldúa, S., Blanco, J., Aguilar, G., Toral, D., Zavala, E., Romera, M. A., González-Díaz, G., Nogal, F. D., Santos-Bouza, A., Ramos, L., Macías, S. & Kacmarek, R. M. 2011. A risk tertiles model for predicting mortality in patients with acute respiratory distress syndrome: age, plateau

- pressure, and $P(aO(2))/F(IO(2))$ at ARDS onset can predict mortality. *Respir Care* 56(4): 420-428.
- Waldenström, U., Hildingsson, I. & Ryding, E. L. 2006. Antenatal fear of childbirth and its association with subsequent caesarean section and experience of childbirth. *BJOG* 113(6): 638-646.
- Wang, S.-W., Hsu, C.-W. & Hu, A. H. 2016. An analytic framework for social life cycle impact assessment-part 1: methodology. *The International Journal of Life Cycle Assessment* 21(10): 1514-1528.
- Wei, J., Liu, J., Zhang, L., Wu, Y. & Fu, C. 2016. Reliability and validity of the Chinese version of childbirth attitudes questionnaire. *J Nurs* 31(02): 81-83.
- Wigert, H., Nilsson, C., Dencker, A., Begley, C., Jangsten, E., Sparud-Lundin, C., Mollberg, M. & Patel, H. 2020. Women's experiences of fear of childbirth: a metasynthesis of qualitative studies. *Int J Qual Stud Health Well-being* 15(1): 1704484.
- Wijma, K., Wijma, B. & Zar, M. 1998. Psychometric aspects of the W-DEQ; a new questionnaire for the measurement of fear of childbirth. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 19(2): 84-97.
- Williams, B., Onsman, A. & Brown, T. 2010. Exploratory factor analysis: a five-step guide for novices. *Australasian Journal of Paramedicine* 8:1-13.
- Yi, O. Y., Keng, S. L. & Yusuf, A. 2025. Factors associated with fear of childbirth among pregnant women in Malaysia. *British Journal of Midwifery* 33(12): 670-678.
- Yıldırım, A. & Alp Yılmaz, F. 2023. Effects of depression and anxiety on the fear of childbirth. *Current Psychology* 43(9):7691-7696.
- Yoosefi Lebni, J., Khalajabadi Farahani, F., Solhi, M. & Ebadi Fard Azar, F. 2021. Causes and grounds of childbirth fear and coping strategies used by Kurdish adolescent pregnant women in Iran: a qualitative study. *J Reprod Infertil* 22(1): 47-56.
- Yusoff, M. S. B., Arifin, W. N. & Hadie, S. N. H. 2021. ABC of questionnaire development and validation for survey research. *Education in Medicine Journal* 13(1): 97-108.
- Zhang, T., Liu, M., Min, F., Wei, W., Liu, Y., Tong, J., Meng, Q., Sun, L. & Chen, X. 2023. Fear of childbirth and its determinants in pregnant women in the third trimester: a cross-sectional study. *BMC Psychiatry* 23(1): 574.

Zhou, X., Liu, H., Li, X. & Zhang, S. 2021. Fear of childbirth and associated risk factors in healthy pregnant women in the northwest of China: a cross-sectional study. *Psychol Res Behav Manag* 14:731-741.

Zhou, X. L., Wei, Y. R., Cao, G. F., Zhang, S. M., Yang, L. & Li, X. M. 2025. Comparison of the W-DEQ and CAQ in assessing FOC among pregnant women in China. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 46(1): 2469178.

Zulkiply, S. H., Ratnam, K. K. Y. & Liew, S. H. 2024. Prevalence and factors associated with gestational diabetes mellitus in Malaysia: a population-based study comparing 2016 and 2022. *BMC Public Health* 24(1): 2703.



LAMPIRAN A

BORANG MAKLUMAT KAJIAN

Tajuk Kajian

Eksplorasi Ketakutan Bersalin dalam kalangan Wanita Pelbagai Budaya di Malaysia: Prevalens, Faktor Risiko dan Hasil Kehamilan

Pendahuluan:

Anda adalah dijemput untuk menyertai kajian. Sebelum anda mengambil bahagian dalam kajian ini, adalah penting untuk anda mengambil masa untuk membaca dan memahami Borang Maklumat Subjek ini.

Tujuan Kajian:

Tujuan penyelidikan ini dilakukan adalah untuk memahami dengan lebih mendalam perasaan takut untuk bersalin dalam kalangan wanita hamil dan kesannya terhadap kandungan serta psikologi para-para ibu.

Bagaimanakah kajian ini dijalankan?

Anda akan diminta untuk menandatangani surat persetujuan yang menyatakan kesediaan anda untuk mengambil bahagian dalam kajian ini. Maklumat seperti sejarah perubatan dan data demografi akan dicatat dan direkodkan. Anda akan ditemuduga oleh penyelidik dan perbualan tersebut akan direkodkan.

Risiko dan faedah kajian:

Penyelidikan ini mungkin akan mendatangkan manfaat ataupun langsung tiada memberi apa-apa manfaat kepada anda. Segala maklumat yang diperolehi daripada penyelidikan ini akan dapat membantu para penyelidik memahami kerisauan dan perasaan takut terhadap proses bersalin. Risiko untuk penyertaan penyelidikan ini yang adalah minima dan tidak akan menjejaskan rawatan anda. Anda berhak untuk tidak menjawab jika rasa tidak selesa dengan mana-mana soalan kajian.

Adakah anda perlu menyertai kajian ini?

Penglibatan dalam penyelidikan ini adalah secara sukarela. Sekiranya anda tidak setuju, anda tidak perlu memberikan sebab-sebab dan ini tidak akan menjejaskan rawatan yang

akan diberikan. Anda juga boleh menarik diri pada bila-bila masa sahaja semasa penyelidikan ini.

Maklumat Sulit:

Maklumat dalam kajian ini akan dibuat dalam bentuk laporan yang akan diterbitkan. Maklumat-maklumat ini hanya boleh diakses oleh para pengkaji dan Jawatankuasa Etika Penyelidikan Universiti Kebangsaan Malaysia. Maklumat ini akan dilaporkan dalam bentuk kolektif dan tidak akan merujuk kepada individu tertentu. Dengan ini maklumat anda adalah sulit dan terpelihara.

Bayaran dan pampasan:

Anda tidak perlu membayar ataupun dibayar untuk menyertai kajian ini. Anda hanya perlu membayar bil rawatan hospital seperti biasa.

Kepada siapakah yang saya boleh bertanya tentang kajian ini?

Sekiranya anda mempunyai sebarang persoalan, anda boleh merujuk kepada Kumpulan Penyelidik. Anda juga boleh menghubungi Jawatankuasa Etika Penyelidikan UKM untuk pengesahan.

Kumpulan Penyelidik:

Nama: Prof. Dr. Shamsul Azhar Shah
Jabatan Perubatan Kesihatan Awam
Nombor Telefon: 03-91458408

Nama: Dr. Aida Hani Mohd Kalok
Jabatan Perubatan Kesihatan Awam
Nombor Telefon: 03-91456485

LAMPIRAN B

BORANG PERSETUJUAN RESPONDEN

Tajuk Kajian: Eksplorasi Ketakutan Bersalin dalam kalangan Wanita Pelbagai Budaya di Malaysia: Prevalens, Faktor Risiko dan Hasil Kehamilan

Nama Penyelidik: Dr. Aida Hani Mohd Kalok / Prof. Dr. Shamsul Azhar Shah

Saya,, No Kad Pengenalan :

- telah membaca maklumat dalam Lembaran Maklumat Pesakit
- telah diberikan masa untuk berfikir mengenainya dan semua soalan-soalan saya telah dijawab dengan memuaskan.
- memahami bahawa saya bebas memilih untuk menarik diri daripada kajian ini pada bila-bila masa tanpa sebab
- memahami yang nama saya tidak akan didedahkan dalam penulisan laporan penyelidikan ini

Saya secara sukarela bersetuju untuk menjadi sebahagian daripada kajian penyelidikan ini, mematuhi prosedur kajian, dan bersedia untuk menyediakan maklumat yang diperlukan untuk doktor, jururawat, atau ahli-ahli kakitangan lain, seperti yang diminta.

Peserta Kajian

Tandatangan:

No Kad Pengenalan:

Tel no:

Tarikh:

LAMPIRAN C

KELULUSAN ETIKA



SEKRETARIAT ETIKA PENYELIDIKAN UKM • UKM RESEARCH ETHICS COMMITTEE

Reference : UKM PPI/111/8/JEP-2023-633
Date : 26 September 2023

Professor Dr. Shamsul Azhar Shah
Department of Public Health Medicine
Faculty of Medicine
National University Of Malaysia

Dear Professor/Datuk/Dato'/Datin/Sir/Madam,

ETHICAL APPROVAL TO CONDUCT RESEARCH IN THE NATIONAL UNIVERSITY OF MALAYSIA

Research title: Exploration of Childbirth Fear among Multicultural Malaysian Women: Prevalence, Risk Factors and Pregnancy Outcomes

Ethics Ref. No.: JEP-2023-633

Approval period: 21 September 2023 – 20 March 2025

Study Site: Hospital Canselor Tuanku Muhriz UKM

Sample Size: Phase 1: the estimated sample size required to reach data saturation is between 9 to 17 interviews
Phase 2: 761 Subjects

With reference to the above.

2. The Research Ethics Committee, The National University of Malaysia (RECUKM) has provided ethical approval for above study. Please be reminded permission from the Deputy Dean of research of the faculty or Director of Institute/Centre and all relevant heads of departments / units where the study will be carried out must be obtained prior to the study. You are required to follow and comply with their decision and all other relevant regulations.

3. Please note that the investigator's responsibility is to ensure that:

- i. All Adverse Events should be reported to RECUKM as soon as possible.
- ii. Progress report should be submitted every 6 Months.
- iii. All changes / amendments to the study documents / study sites / study team must be notified to the RECUKM. All changes must be approved by RECUKM before continuation of the study.
- iv. Application for renewal of the approval has to be submitted to RECUKM within one month (1 month) prior to the expiry of ethical approval.
- v. Final Report should be provided to RECUKM when the project is complete.
- vi. Please take note that all records and data are to be kept strictly CONFIDENTIAL and can only be used for the purpose of this study. All precautions are to be taken to maintain data confidentiality.

Required forms can be obtained from the The Research Ethics Committee, The National University of Malaysia (RECUKM) website: <https://www.ukm.my/jepukm>

Thank you.

Sekretariat Etika Penyelidikan Universiti Kebangsaan Malaysia
Tingkat 1, Blok Klinik, Hospital Canselor Tuanku Muhriz, Pusat Pembedahan UKM, Jalan Yasrab Latif, Bandar Tun Razak, 56000 Cheras Kuala Lumpur.
Telefon: +603-9145 5046 / 5048
Email: sepukm@ukm.edu.my Web: <https://www.ukm.my/jepukm/>

Mengilham Harapan • Mencinta Masa Depan • Inspiring Futures • Nurturing Possibilities



SEKRETARIAT ETIKA PENYELIDIKAN UKM • UKM RESEARCH ETHICS COMMITTEE

Yours sincerely,

PROFESSOR DR MOHD SHAHRIR MOHAMED SAID
 Chairperson
 UKM Research Ethics Committee
 Universiti Kebangsaan Malaysia

- c.c. -
- **Director**
 Hospital Canselor Tuanku Muhriz UKM
 UKM Medical Centre
 National University Of Malaysia
 - **Deputy Dean (Research & Innovation)**
 Faculty of Medicine
 National University Of Malaysia
 - **Head of Department Public Health Medicine**
 Faculty of Medicine
 National University Of Malaysia
 - **Associate Professor Dr. Ixora Kamisan@ Atan**
 Department of Obstetric & Gynecology
 Faculty of Medicine
 National University Of Malaysia
 - **Associate Professor Dr. Nazarudin Safian**
Dr. Aida Hani Mohd Kalok (P120522 - PhD Candidate)
 Department of Public Health Medicine
 Faculty of Medicine
 National University Of Malaysia
 - **Dr. Shalisah Sharip**
 Department of Psychiatry
 Faculty of Medicine
 National University Of Malaysia
 - Approval letter File 2023

LAMPIRAN D

SENARAI ITEM UNTUK KESAHAN KANDUNGAN

Scoring: 1 = least relevant; 2 = not relevant; 3 = relevant; 4 = most relevant

Category	No	Statement	Score	Comment
1. Pain	1	I worry about labour pain		
	2	I worry that labour will be extremely painful		
	3	I fear of experiencing pain in labour		
	4	I fear experiencing pain during a vaginal birth		
	5	I fear of experiencing pain during a caesarean birth		
	6	I worry about pain from episiotomy		
	7	I fear of experiencing pain while pushing the baby out		
	8	I will not be able to cope with the pain		
	9	I am confident I will be able to cope with the pain		
2. Analgesia	10	I am worried about not getting effective pain relief		
	11	I will not get the pain relief I want		
	12	I fear not getting the pain medication I need		
	13	I worry of not being able to have an epidural during labour		
	14	I am confident I will get the pain relief I want		
3. Unpredictability	15	I am scared about labour		
	16	Labour is scary		
	17	Labour is unknown		
	18	I am worried about labour and birth, and I don't know why		
	19	I worry about not knowing when I will go into labour		
	20	I worry that I might have a difficult labour or delivery		
	21	I worry that my labour will not go to plan		
	22	I worry that labour is unpredictable		
4. Length of Labour	23	I worry about having a long labour		
	24	I worry about not knowing how long the labour would be		
	25	I worry about the length of my labour		

	26	I worry about getting to the hospital in time		
5. Husband/Partner's Support	27	I worry that my husband/partner is not available during labour		
	28	I fear my husband is not available to support me in labour/delivery		
	29	I worry about being left alone, without my husband/partner, during labour		
6. Past Experience	30	I worry about having the same birth experience as last time		
7. Procedures in Labour	31	I worry about having to be induced		
	32	I'm embarrassed about having vaginal examinations		
	33	I worry about having vaginal examinations		
	34	I'm worried about having forceps/vacuum delivery		
	35	I fear of requiring vacuum/forceps		
	36	I fear of having episiotomy		
	37	I worry about getting vaginal tears during childbirth		
	38	I fear needing to have stitches after the birth		
8. Other procedures	39	I worry about having unpleasant procedures during labour and birth		
	40	I am worried about things being 'done' to me during labour and birth		
	41	I have fear of painful injections		
	42	I fear being administered injections		
	43	I fear having general anaesthetics		
9. Exposure	44	I will feel physically exposed during labour		
	45	I fear other people seeing me naked during labour/birth		
	46	I fear other people see me urinate during labour/birth		
	47	I fear other people seeing me have a bowel movement during labour/birth		
	48	I fear being watched by strangers during labour/birth		
10. Mode of delivery	49	I fear of having vaginal birth		
	50	I fear of having caesarean birth		
	51	Not being able to have a vaginal birth, even though this is what I would prefer		

	52	Not being able to have a cesarean birth, even though this is what I would prefer		
	53	I fear not being able to have the kind of birth I want (i.e., either vaginal or cesarean)?		
11. Fetal distress	54	I worry that my baby will feel distressed during labour and birth		
	55	I fear the baby suffocating during labour/birth		
	56	I worry that my baby will pass meconium during labour		
	57	I worry about my baby's cord getting entangled during labour		
12. Harm to baby	58	I am concerned /worried that the baby could be injured during birth/labour		
	59	I have fear of the baby being injured during the delivery.		
	60	I am worried that my baby will be harmed during labour and birth		
	61	I fear the baby being damaged/handicapped as a consequence of labour/birth		
	62	I fear the baby being hurt by a medical intervention that takes place during labour/birth (e.g., vacuum, anesthetics)		
13. Other fetal complications	63	I worry that my baby will be born premature		
	64	I fear that I may deliver prematurely		
	65	I have fear of something being wrong with the baby.		
	66	I worry that the baby might be abnormal		
	67	I fear the baby dying during labour/birth		
14. Caesarean section and Birth Complications	68	I'm worried about needing a caesarean section		
	69	I worry I will need emergency surgery		
	70	I have fear of having to have a caesarean section		
	71	I worry my labour will be complicated		
	72	I have fear of bleeding too much during delivery		
15. Maternal Health & Safety	73	I have fear of being torn with the birth of the baby.		
	74	I fear of vaginal tearing during delivery		

	75	I worry about my recovery from childbirth		
	76	I'm afraid that I could die during labour		
	77	I am worried I will be harmed during labour		
	78	I fear of dying during labour/birth		
16. Pregnancy Changes and Long-term Effect	79	I am worried about the long-term effects that labour or birth could have on my body		
	80	I fear being left with scars from a cesarean birth		
	81	I am concerned that the physical discomforts of pregnancy might persist after childbirth		
	82	I worry about gaining too much weight		
	83	I am worried about getting back into shape after birth		
	84	I'm worried/ concerned about my body looking less attractive following the birth		
	85	I'm concerned about my vagina looking less attractive following a vaginal childbirth		
	86	I'm concerned about enjoying sexual intercourse less because of pain or discomfort from the birth		
17. Maternal Capability	87	I'm concerned that my partner enjoying sexual intercourse less because of stretching of my vagina from having a vaginal birth		
	88	I am strong enough to cope with labour		
	89	My body will fail me during labour		
	90	I worry about not having enough energy to push		
	91	I worry about not pushing correctly during childbirth		
	92	I am confident my body can give birth to my baby		
	93	I am confident my body will work well during labour and birth		
	94	I have fear I will not be able to help during delivery		
18. Loss of composure	95	I worry I will lose control of myself during labour		
	96	I am afraid I will lose self-control during delivery		

	97	I have fear of losing control of myself at the delivery.		
	98	I fear losing emotional control in front of other people (being rude, yelling) during labour/birth		
	99	I worry I will embarrass myself		
	100	I am emotionally strong to cope with labour		
	101	I am confident I am emotionally strong enough to cope with labour and birth		
19. Guidance and Support by the Healthcare Provider	102	I hope the staff will guide me during delivery		
	103	I expect the staff to give me instructions during delivery		
	104	I'm worried that my HCP won't support my decision in labour		
	105	I'm worried the staff will not offer me adequate pain relief		
	106	I expect the staff to offer me emotional support		
	107	I am confident that staff will be there when I need them		
	108	I expect/hope the staff will help me relax		
	109	I am confident the staff will keep me calm		
	110	I'm worried that the staff will leave me on my own		
	111	I have fear of being left alone during labour		
20. Healthcare Professionals' Attitudes	112	I am confident that the staff will be kind to me		
	113	I am confident that the staff will be patient with me		
	114	I am confident the staff will understand my condition in labour		
	115	I hope/expect the staff to respect my wishes		
	116	I am confident that staff will always respect my wishes		
	117	I worry I will not have a voice in decision making during labour		
	118	I worry about getting scolded by the staff		
	119	I worry about the staff shouting at me		

	120	I worry that I will not be getting the same treatment as other patients		
21. Health Facility and Care Provision	121	I trust that the healthcare staff will make the right decision for me		
	122	I fear being harmed because of incompetent medical care		
	123	I have fear of not getting the kind of care that I want		
	124	I have fear of the hospital environment		
	125	I will get the amount of privacy I want on the labour ward		
	126	The labour room will be a relaxing environment		
22. Maternal Negative Emotions	127	I am really afraid of giving birth.		
	128	I have nightmares about the delivery.		
	129	I have difficulty relaxing when thinking of the coming birth.		
	130	I will feel extremely anxious when in labour		
	131	I will be very worried when in labour		
23. Maternal Positive Emotions	132	I will feel calm during labour		
	133	I feel confident about giving birth		
	134	I feel strong about giving birth		
	135	I feel excited about giving birth		
	136	I feel relaxed about giving birth		
	137	I feel happy about giving birth		

LAMPIRAN E

GOOGLE FORMS UNTUK EFA

Kebimbangan terhadap Proses Bersalin di kalangan Wanita Hamil

Tujuan penyelidikan ini adalah untuk memahami persepsi dan kebimbangan para ibu yang sedang hamil berkenaan proses bersalin. Kaji selidik ini telah mendapat kelulusan Jawatankuasa Etika Penyelidikan Universiti Kebangsaan Malaysia (Kod penyelidikan: FF-2023-316)

Penglibatan dalam penyelidikan ini adalah secara sukarela. Maklumat yang direkodkan adalah sulit dan hasil penyelidikan ini akan diterbitkan secara umum tanpa merujuk kepada mana-mana individu.

Sekiranya anda bersetuju untuk menyertai kajian ini, sila jawab 'Ya' di bahagian seterusnya. Sekiranya anda tidak bersetuju, anda tidak perlu memberikan sebab-sebab dan ini tidak akan menjejaskan rawatan anda.

*Indicates required questions

1. Saya bersetuju menyertai kajian ini *

Mark only one oval.

☐ Ya

☐ Tidak

4. Apakah bangsa anda? *

What is your ethnicity

Mark only one oval.

☐ Melayu (Malay)

☐ Cina (Chinese)

☐ India (Indian)

☐ Bumiputera

☐ Lain-lain (Others)

2. Sila masukkan nombor pendaftaran pesakit anda *
(Please enter your patient registration number)
Jika tiada nombor, sila letak *
(If number is unavailable, please enter *)

3. Berapakah umur anda?
What is your age?

5. Tahap pendidikan tertinggi *

Highest education level

Mark only one oval.

☐ Sekolah rendah (primary school)

☐ Sekolah menengah (secondary school)

☐ Kolej (College)

☐ Universiti (University)

6. Status pekerjaan *

Work status

Mark only one oval.

☐ Suri rumah (Housewife)

☐ Bekerja sepenuh masa (Full time employment)

☐ Bekerja sendiri (Self-employed)

7. Pendapatan isi rumah sebulan (RM) *

Monthly household income (RM)

8. Adakah ini kandungan anda yang pertama? *

Is this your first pregnancy?

Mark only one oval.

☐ Ya (Yes)

☐ Tidak (No)

13. Adakah anda mempunyai masalah perubatan? (sila pilih yang berkenaan) *

Do you have any medical problem? (please choose the relevant conditions)

Check all that apply.

☐ Tiada (None)

☐ Anemia; kurang darah (Anaemia)

☐ Tekanan darah tinggi (Hypertension)

☐ Kencing manis (Diabetes)

☐ Asma (Asthma)

☐ Others

9. Pernahkah anda mengalami keguguran kandungan? *

Have you experienced miscarriage before?

Mark only one oval.

☐ Ya

☐ Tidak

14. Adakah anda bercadang untuk bersalin di hospital ini (HCTM)? *

Are you planning to deliver your baby in this hospital?

Mark only one oval.

☐ Ya

☐ Tidak

10. Berapakah bilangan anak anda di rumah?

How many children do you have at home?

11. Pernahkah anda bersalin melalui pembedahan caesarian?

Have you had caesarean delivery in the past?

Mark only one oval.

☐ Ya (Yes)

☐ Tidak (No)

☐ Tidak berkenaan (Not applicable)

12. Berapakah umur kandungan anda (dalam minggu) sekarang? *

How many weeks pregnant are you now?

15. 1. Saya bimbang tentang sakit semasa bersalin *

(I worry about labour pain)

Mark only one oval.

1 2 3 4 5 6 7

Sangat ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Sangat bersetuju (Strongly agree)

Kebimbangan terhadap Proses Bersalin (Maternal Childbirth Fear)

Sila nilaikan pernyataan berikut mengikut skala 1 (sangat tidak bersetuju) hingga 7 (sangat bersetuju)

Please rate the following statement according to scale 1 (strongly disagree) to 7 (strongly agree)

Proses Bersalin & Kelahiran (Labour & Childbirth)

15. 1. Saya bimbang tentang sakit semasa bersalin *

(I worry about labour pain)

Mark only one oval.

1 2 3 4 5 6 7

Sangat ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Sangat bersetuju (Strongly agree)

16. 2. Saya takut mengalami kesakitan sewaktu melahirkan bayi secara normal * (I fear experiencing pain during vaginal birth) Mark only one oval. 1 2 3 4 5 6 7 Sari ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Sangat bersetuju (Strongly agree)	20. 6. Saya bimbang proses bersalin saya mungkin sukar * (I worry that I might have a difficult labour) Mark only one oval. 1 2 3 4 5 6 7 Sari ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Sangat bersetuju (Strongly agree)
17. 3. Saya bimbang tidak mendapat ubat tahan sakit yang berkesan semasa sakit bersalin * (I am worried about not getting effective pain relief) Mark only one oval. 1 2 3 4 5 6 7 Sari ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Sangat bersetuju (Strongly agree)	21. 7. Saya risau tentang jangka masa proses bersalin yang lama * (I worry about a long labour) Mark only one oval. 1 2 3 4 5 6 7 Sari ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Sangat bersetuju (Strongly agree)
18. 4. Saya bimbang tidak mendapat epidural semasa sakit bersalin * (I worry about not being able to have an epidural during labour) Mark only one oval. 1 2 3 4 5 6 7 Sari ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Sangat bersetuju (Strongly agree)	22. 8. Saya bimbang suami saya tidak dapat menemani saya sewaktu bersalin * (I am worried that my husband will not be able to accompany me during labour) Mark only one oval. 1 2 3 4 5 6 7 Sari ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Sangat bersetuju (Strongly agree)
19. 5. Saya takut untuk melalui proses bersalin * (I am scared about labour) Mark only one oval. 1 2 3 4 5 6 7 Sari ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Sangat bersetuju (Strongly agree)	23. 9. Saya risau perlu menjalani proses bersalin secara paksa/induksi * (I worry about having to be induced) Mark only one oval. 1 2 3 4 5 6 7 Sari ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Sangat bersetuju (Strongly agree)
24. 10. Saya bimbang tentang pemeriksaan faraj (vagina) sepanjang proses bersalin * (I worry about having vaginal examinations during labour) Mark only one oval. 1 2 3 4 5 6 7 Sari ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Sangat bersetuju (Strongly agree)	28. 14. Saya takut perlu dijahit selepas kelahiran bayi * (I am afraid of needing stitches after the birth) Mark only one oval. 1 2 3 4 5 6 7 Sari ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Sangat bersetuju (Strongly agree)
25. 11. Saya risau tentang kelahiran menggunakan forsep atau vakum * (I am worried about having forceps/vacuum delivery) Mark only one oval. 1 2 3 4 5 6 7 Sari ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Sangat bersetuju (Strongly agree)	29. 15. Saya bimbang orang lain melihat saya separa telanjang sewaktu bersalin * (I worry about other people seeing me half naked during childbirth) Mark only one oval. 1 2 3 4 5 6 7 Sari ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Sangat bersetuju (Strongly agree)
26. 12. Saya takut mengalami episiotomi/ potongan di bahagian faraj * (I fear of having episiotomy/ being cut in vagina) Mark only one oval. 1 2 3 4 5 6 7 Sari ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Sangat bersetuju (Strongly agree)	30. 16. Saya bimbang diperhatikan oleh orang yang tidak dikenali semasa melahirkan bayi * (I worry about being watched by strangers during childbirth) Mark only one oval. 1 2 3 4 5 6 7 Sari ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Sangat bersetuju (Strongly agree)
27. 13. Saya risau berlakunya koyakan faraj semasa bersalin * (I worry about getting vaginal tears during childbirth) Mark only one oval. 1 2 3 4 5 6 7 Sari ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Sangat bersetuju (Strongly agree)	31. 17. Saya takut tidak dapat mencapai kelahiran yang saya mahukan; samada kelahiran normal ataupun pembedahan caesarean * (I fear of not being able to have the kind of birth I want i.e. either vaginal or caesarean) Mark only one oval. 1 2 3 4 5 6 7 Sari ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Sangat bersetuju (Strongly agree)

Risiko kepada Bayi (Child Risk)

32. 18. Saya bimbang bayi saya akan lemas semasa proses kelahiran * (I worry that my baby will feel distressed during childbirth) Mark only one oval. 1 2 3 4 5 6 7 Sari ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Sangat bersetuju (Strongly agree) 33. 19. Saya bimbang bayi saya cedera semasa lahir * (I worry that my baby suffers an injury during birth) Mark only one oval. 1 2 3 4 5 6 7 Sari ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Sangat bersetuju (Strongly agree) 34. 20. Saya bimbang bayi saya dilahirkan prematang (tidak cukup bulan) * (I worry that my baby will be born premature) Mark only one oval. 1 2 3 4 5 6 7 Sari ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Sangat bersetuju (Strongly agree) 35. 21. Saya takut ada sesuatu yang tidak kena dengan bayi saya semasa lahir * (I'm afraid that something is wrong with the baby at birth) Mark only one oval. 1 2 3 4 5 6 7 Sari ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Sangat bersetuju (Strongly agree)	36. 22. Saya takut bayi saya mungkin mati semasa lahir * (I fear my baby may die at birth) Mark only one oval. 1 2 3 4 5 6 7 Sari ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Sangat bersetuju (Strongly agree) Risiko Ibu (Maternal Risk) 37. 23. Saya bimbang saya perlu bersalin melalui pembedahan * (I worry that I may need caesarean delivery) Mark only one oval. 1 2 3 4 5 6 7 Sari ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Sangat bersetuju (Strongly agree) 38. 24. Saya risau mengalami komplikasi sewaktu bersalin * (I worry that my labour will be complicated) Mark only one oval. 1 2 3 4 5 6 7 Sari ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Sangat bersetuju (Strongly agree) 39. 25. Saya takut mengalami pendarahan yang banyak sewaktu bersalin * (I fear of bleeding too much during delivery) Mark only one oval. 1 2 3 4 5 6 7 Sari ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Sangat bersetuju (Strongly agree)
40. 26. Saya bimbang tentang pemulihan badan saya selepas bersalin * (I worry about my recovery from childbirth) Mark only one oval. 1 2 3 4 5 6 7 Sari ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Sangat bersetuju (Strongly agree) 41. 27. Saya takut saya boleh mati semasa bersalin * (I am afraid that I could die during childbirth) Mark only one oval. 1 2 3 4 5 6 7 Sari ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Sangat bersetuju (Strongly agree) 42. 28. Saya bimbang tentang kesan jangka panjang proses bersalin ke atas badan saya * (I am worried about the long term effects of childbirth on my body) Mark only one oval. 1 2 3 4 5 6 7 Sari ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Sangat bersetuju (Strongly agree) 43. 29. Saya bimbang kurang menikmati hubungan seksual kerana ketidakselesaan selepas bersalin (I am concerned about enjoying sexual intercourse less because of discomfort from the birth) Mark only one oval. 1 2 3 4 5 6 7 Sari ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Sangat bersetuju (Strongly agree)	44. 30. Saya cukup tabah untuk menghadapi proses bersalin * (I am strong enough to cope with labour) Mark only one oval. 1 2 3 4 5 6 7 Sari ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Sangat bersetuju (Strongly agree) 45. 31. Saya risau tidak bertenaga untuk meneran * (I worry about not having enough energy to push) Mark only one oval. 1 2 3 4 5 6 7 Sari ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Sangat bersetuju (Strongly agree) 46. 32. Saya bimbang tidak dapat meneran dengan betul semasa bersalin * (I worry about not pushing correctly during childbirth) Mark only one oval. 1 2 3 4 5 6 7 Sari ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Sangat bersetuju (Strongly agree) 47. 33. Saya bimbang akan hilang kawalan diri semasa bersalin * (I worry I will lose control of myself during labour) Mark only one oval. 1 2 3 4 5 6 7 Sari ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Sangat bersetuju (Strongly agree) Sikap Petugas Kesihatan (Healthcare Professionals Attitude)

48. 34. Saya yakin doktor/jurawat akan membimbing saya semasa bersalin *
(I am confident the staff will guide me during delivery)

Mark only one oval.

1 2 3 4 5 6 7

Sari ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Sangat bersetuju (Strongly agree)

49. 35. Saya yakin doktor/jurawat akan menenangkan saya *
(I am confident the staff will keep me calm)

Mark only one oval.

1 2 3 4 5 6 7

Sari ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Sangat bersetuju (Strongly agree)

50. 36. Saya takut ditinggalkan bersendirian semasa proses bersalin *
(I have fear of being left alone during labour)

Mark only one oval.

1 2 3 4 5 6 7

Sari ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Sangat bersetuju (Strongly agree)

51. 37. Saya yakin kakitangan kesihatan akan melayan saya dengan baik *
(I am confident the healthcare staff will be kind to me)

Mark only one oval.

1 2 3 4 5 6 7

Sari ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Sangat bersetuju (Strongly agree)

52. 38. Saya bimbang dimarahi oleh petugas kesihatan *
(I worry about getting scolded by the healthcare staff)

Mark only one oval.

1 2 3 4 5 6 7

Sari ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Sangat bersetuju (Strongly agree)

53. 39. Saya percaya bahawa petugas kesihatan yang menjaga saya, akan membuat keputusan yang tepat untuk saya *
(I trust that the healthcare staff will make the right decision for me)

Mark only one oval.

1 2 3 4 5 6 7

Sari ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Sangat bersetuju (Strongly agree)

54. 40. Saya takut dengan persekitaran hospital *
(I have fear of the hospital environment)

Mark only one oval.

1 2 3 4 5 6 7

Sari ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Sangat bersetuju (Strongly agree)

Emosi Ibu (Maternal Emotions)

55. 41. Saya akan berasa tenang semasa bersalin *
(I will feel calm during labour)

Mark only one oval.

1 2 3 4 5 6 7

Sari ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Sangat bersetuju (Strongly agree)

56. 42. Saya berasa yakin untuk bersalin *
(I feel confident about giving birth)

Mark only one oval.

1 2 3 4 5 6 7

Sari ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Sangat bersetuju (Strongly agree)

57. 43. Saya berasa teruja untuk bersalin *
(I feel excited about giving birth)

Mark only one oval.

1 2 3 4 5 6 7

Sari ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ Sangat bersetuju (Strongly agree)

Sila tekan butang "SUBMIT" (Please press the SUBMIT button)

Terima kasih di atas penyertaan anda

Sila ambil token anda di kaunter penyelidikan

Thank you for your participation

Please collect your token from the research counter

This content is neither created nor endorsed by Google.

Google Forms

LAMPIRAN F
SENARAI KOMUNALITI ITEM

Item	Komunaliti
1. Saya bimbang tentang sakit semasa bersalin	0.613
2. Saya takut mengalami kesakitan sewaktu melahirkan bayi secara normal	0.659
3. Saya bimbang tidak mendapat ubat tahan sakit yang berkesan semasa sakit bersalin	0.441
4. Saya bimbang tidak mendapat epidural semasa sakit bersalin	0.305
5. Saya takut untuk melalui proses bersalin	0.674
6. Saya bimbang proses bersalin saya mungkin sukar	0.702
7. Saya risau tentang jangkamasa proses bersalin yang lama	0.723
8. Saya bimbang suami saya tidak dapat menemani saya sewaktu bersalin	0.359
9. Saya risau perlu menjalani proses bersalin secara paksa/induksi	0.580
10. Saya bimbang tentang pemeriksaan faraj (vagina) sepanjang proses bersalin	0.582
11. Saya risau tentang kelahiran menggunakan forseps atau vakum	0.608
12. Saya takut mengalami episiotomi (potongan di bahagian faraj)	0.680
13. Saya risau berlakunya koyakan faraj semasa bersalin	0.603
14. Saya takut perlu dijahit selepas kelahiran bayi	0.592
15. Saya bimbang orang lain melihat saya separa telanjang sewaktu bersalin	0.605
16. Saya bimbang diperhatikan oleh orang yang tidak dikenali semasa melahirkan bayi	0.643
17. Saya takut tidak dapat mencapai kelahiran yang saya mahukan	0.542
18. Saya bimbang bayi saya akan lemas semasa proses kelahiran	0.737
19. Saya bimbang bayi saya cedera semasa lahir	0.752
20. Saya bimbang bayi saya dilahirkan prematang (tidak cukup bulan)	0.517
21. Saya takut ada sesuatu yang tidak kena dengan bayi saya semasa lahir	0.713
22. Saya takut bayi saya mungkin mati semasa lahir	0.729
23. Saya bimbang saya perlu bersalin melalui pembedahan	0.463
24. Saya risau mengalami komplikasi sewaktu bersalin	0.719
25. Saya takut mengalami pendarahan yang banyak sewaktu bersalin	0.737
26. Saya bimbang tentang pemulihan badan saya selepas bersalin	0.693
27. Saya takut saya boleh mati semasa bersalin	0.711
28. Saya bimbang tentang kesan jangka panjang proses bersalin ke atas badan saya	0.679

29. Saya bimbang kurang menikmati hubungan seksual kerana ketidakselesaian selepas bersalin	0.495
REV_30 Saya cukup kuat untuk menghadapi proses bersalin	0.360
31. Saya risau tidak bertenaga untuk meneran	0.676
32. Saya bimbang tidak dapat meneran dengan betul semasa bersalin	0.720
33. Saya bimbang akan hilang kawalan diri semasa bersalin	0.586
REV_34 Saya yakin doktor/jururawat akan membimbing saya semasa bersalin	0.580
REV_35 Saya yakin doktor/jururawat akan memastikan saya tenang	0.760
36. Saya takut ditinggalkan bersendirian semasa proses bersalin	0.450
REV_37 Saya yakin kakitangan kesihatan akan melayan saya dengan baik	0.748
38. Saya bimbang dimarahi oleh petugas kesihatan	0.419
REV_39 Saya percaya bahawa petugas kesihatan akan membuat keputusan yang tepat	0.651
40. Saya takut dengan persekitaran hospital	0.261
REV_41 Saya akan berasa tenang semasa bersalin	0.592
REV_42 Saya berasa yakin untuk bersalin	0.684
REV_43 Saya berasa teruja untuk bersalin	0.540

REV: Reverse scoring; Pengiraan skor terbalik

LAMPIRAN G
PENILAIAN ITEM BAGI MENENTUKAN VERSI AKHIR MYFOB

Theme	No	Malay Version	Communalities (4-factor model)	Include	Reasons
Labour & Delivery	1	Saya bimbang tentang sakit semasa bersalin	0.613	Y	Q2: $r = 0.699$. Similar to Q2. Simpler. ACCEPT
	2	Saya takut mengalami kesakitan sewaktu melahirkan bayi secara normal	0.659	N	Q1: $r = 0.699$, Similar to Q1
	3	Saya bimbang tidak mendapat ubat tahan sakit yang berkesan semasa sakit bersalin	0.441	Y	Q4: $r = 0.748$. Higher communality. ACCEPT
	4	Saya bimbang tidak mendapat epidural semasa sakit bersalin	0.305	N	Q3 $r = 0.748$, Similar to Q3. Low communality.
	5	Saya takut untuk melalui proses bersalin	0.674	N	Q 1,2,6,7: $r = 0.624 - 0.715$
	6	Saya bimbang proses bersalin saya mungkin sukar	0.702	N	Q7: $r = 0.841$
	7	Saya risau tentang jangka masa proses bersalin yang lama	0.723	Y	Similar to Q5-6: $r = 0.659-0.715$. Longer duration, potentially more difficult labour. ACCEPT
	8	Saya bimbang suami tidak dapat memenuhi saya sewaktu bersalin	0.359	Y	Loading < 0.4 in pattern matrix, low communality. BUT Important in QUAL & LIT. ACCEPT
	9	Saya risau perlu menjalani proses bersalin secara paksa (induksi)	0.580	N	Q 6,7: $r = 0.669-0.683$
	10	Saya bimbang tentang pemeriksaan faraj (vagina) sepanjang proses bersalin	0.582	Y	Good communality. ACCEPT
	11	Saya risau tentang kelahiran menggunakan forsep atau vakum	0.608	N	Q10,12,13,14: $r = 0.627 - 0.681$.
	12	Saya takut mengalami episiotomi	0.680	Y	Correlated with tear, instrumentation, and

					suturing. Highest communality. ACCEPT
	13	Saya risau berlakunya koyakan faraj semasa bersalin	0.603	N	Q11,12,14: $r = 0.64-0.83$
	14	Saya takut perlu dijahit selepas kelahiran bayi	0.592	N	Q11,12,13: $r = 0.36-0.74$
	15	Saya bimbang orang lain melihat saya separa telanjang sewaktu bersalin	0.605	N	Q16: $r = 0.88$
	16	Saya bimbang diperhatikan oleh orang yang tidak dikenali semasa melahirkan bayi	0.643	N	Exclude to improve model
	17	Saya takut tidak dapat mencapai kelahiran yang saya mahukan	0.542	N	Q 23: $r = 0.56$
Child Risk	18	Saya bimbang bayi saya akan lemas semasa proses bersalin	0.737	Y	Q19,20,21,22: $r = 0.615-0.877$. Good communality. ACCEPT
	19	Saya bimbang bayi saya cedera semasa lahir	0.752	N	Q 18,20,21,22: $r = 0.666-0.877$
	20	Saya bimbang bayi saya dilahirkan prematang (tidak cukup bulan)	0.517	N	Q 18,19,21,22: $r = 0.615-0.728$
	21	Saya takut ada sesuatu yang tidak kena dengan bayi saya semasa lahir	0.713	N	Q 18,19,20,22: $r = 0.728-0.875$
	22	Saya takut bayi saya mungkin mati semasa lahir	0.729	N	Q 18,19,20,21: $r = 0.607-0.777$
Maternal Risk	23	Saya bimbang saya perlu bersalin melalui pembedahan caesarean	0.463	Y	Q 24; $r = 0.648$, mode of delivery. Better model. ACCEPT.
	24	Saya bimbang mengalami komplikasi sewaktu bersalin	0.719	Y	Similar to Q25. Broader question. High communality, ACCEPT.
	25	Saya takut mengalami pendarahan yang banyak sewaktu bersalin	0.737	N	Q 24, $r = 0.875$
	26	Saya risau tentang kesembuhan (pemulihan) badan saya selepas bersalin	0.693	Y	Q 27,28: $r = 0.709-0.778$. Good communality. ACCEPT
	27	Saya takut saya boleh mati semasa bersalin	0.711	N	Q 24,25,26,28: $r = 0.709-0.775$

	28	Saya bimbang tentang kesan jangka panjang proses bersalin ke atas badan saya	0.679	N	Q 24,25,26,27: $r = 0.685-0.778$
	29	Saya bimbang kurang menikmati hubungan seksual kerana ketidakselesaian atau sakit selepas bersalin	0.495	N	Exclusion improves model
Own Capability	30	Saya cukup kuat untuk menghadapi proses bersalin	0.360 RV	N	Low communality, exclude.
	31	Saya risau tidak mempunyai tenaga yang cukup untuk meneran	0.676	N	Q32: $r = 0.878$
	32	Saya risau tidak meneran dengan betul semasa bersalin	0.720	Y	Q31: $r = 0.878$, Improves final model. ACCEPT
	33	Saya bimbang hilang kawalan diri semasa bersalin	0.586	Y	Q31,32: $r = 0.744 - 0.785$. Based on LIT. ACCEPT
HCP Attitudes	34	Saya yakin doktor/jururawat akan membimbing saya semasa bersalin	0.580 RV	Y	Q 35; $r = 0.779$. Important based on QUAL. ACCEPT
	35	Saya yakin doktor/jururawat akan memastikan saya tenang	0.760 RV	N	Q 34, 37, 39: $r = 0.673-779$
	36	Saya takut ditinggalkan bersendirian semasa bersalin	0.450	Y	Based on QUAL result, reasonable communality. ACCEPT
	37	Saya yakin kakitangan kesihatan akan melayan saya dengan baik	0.748 RV	Y	Q 35, $r = 0.772$. ACCEPT
	38	Saya bimbang dimarahi oleh doktor ataupun jururawat	0.419	Y	QUAL result, improves model. ACCEPT
	39	Saya percaya bahawa kakitangan kesihatan yang menjaga saya, akan membuat keputusan yang tepat untuk saya	0.651 RV	Y	Similar to Q35, 37. Based on QUAL result. ACCEPT
	40	Saya takut dengan persekitaran hospital	0.261	N	Low communality. Exclude.
Emotions	41	Saya akan berasa tenang semasa bersalin	0.592 RV	Y	Q 42 $r = 0.732$, Good communality. Better model ACCEPT
	42	Saya berasa yakin untuk bersalin	0.684 RV	Y	Emotion, LIT, better model. ACCEPT

	43	Saya berasa teruja untuk bersalin	0.540 RV	Y	Emotion, QUAL. ACCEPT
--	----	-----------------------------------	----------	---	---------------------------------

RV; reverse scoring. QUAL; qualitative study. LIT; literature.

Various models and their variance

Model	Items	Item no	Factor	Total variance
1	1/3/7/8/10/12/16/17/18/24 26/29/R30/31/33/R34/36/38/R39/40/R42/R43	22	4	61.3%
	Omit LSCS (Q23), Pushing correctly (Q32), Feeling calm (Q41)			
2	1/3/7/10/12/16/17/18/24 26/29/31/33/R34/36/38/R39/R42/R43	19	3	59.8%
	Omit Husband (Q8), Hospital (Q40), Feeling strong (Q30)			
3	1/3/7/8/10/12/18/23/24/26 32/33/R34/36/R37/38/R39/R41/R42/R43	20	4	65.6% ACCEPT
	Omit Stranger (Q16,17), Sexual relationship (Q29), Feeling strong (Q30), Hospital (Q40)			

LAMPIRAN H

Malaysian Fear of Birth Questionnaire (MyFOB)

Arahan / Instructions:

Sila bulatkan atau tandakan jawapan anda pada skala 1 hingga 7 untuk setiap pernyataan di bawah. / Please circle or tick your answer on the 1 to 7 scale for each statement below.

- 1 = Sangat tidak bersetuju / Strongly disagree
 2 = Tidak bersetuju / Disagree
 3 = Agak tidak bersetuju / Somewhat disagree
 4 = Neutral / Neutral
 5 = Agak bersetuju / Somewhat agree
 6 = Bersetuju / Agree
 7 = Sangat bersetuju / Strongly agree

1. Saya berasa yakin untuk bersalin

(I feel confident about giving birth)

1 [] 2 [] 3 [] 4 [] 5 [] 6 [] 7 []

2. Saya bimbang tentang sakit semasa bersalin

(I worry about labour pain)

1 [] 2 [] 3 [] 4 [] 5 [] 6 [] 7 []

3. Saya bimbang tentang pemeriksaan faraj (vagina) sepanjang proses bersalin

(I worry about having vaginal examinations during labour)

1 [] 2 [] 3 [] 4 [] 5 [] 6 [] 7 []

4. Saya bimbang tidak mendapat ubat tahan sakit yang berkesan semasa sakit bersalin

(I am worried about not getting effective pain relief)

1 [] 2 [] 3 [] 4 [] 5 [] 6 [] 7 []

5. Saya risau tentang jangkamasa proses bersalin yang lama

(I worry about a long labour)

1 [] 2 [] 3 [] 4 [] 5 [] 6 [] 7 []

6. Saya bimbang suami saya tidak dapat menemani saya sewaktu bersalin

(I am worried that my husband will not be able to accompany me during labour)

1 [] 2 [] 3 [] 4 [] 5 [] 6 [] 7 []

7. Saya akan berasa tenang semasa bersalin.

(I will feel calm during labour)

1 [] 2 [] 3 [] 4 [] 5 [] 6 [] 7 []

8. Saya takut ditinggalkan bersendirian semasa proses bersalin*(I have fear of being left along during labour)*

1 [] 2 [] 3 [] 4 [] 5 [] 6 [] 7 []

9. Saya yakin kakitangan kesihatan akan melayan saya dengan baik*(I am confident the healthcare staff will be kind to me)*

1 [] 2 [] 3 [] 4 [] 5 [] 6 [] 7 []

10. Saya berasa teruja untuk bersalin*(I feel excited about giving birth)*

1 [] 2 [] 3 [] 4 [] 5 [] 6 [] 7 []

11. Saya bimbang tidak dapat meneran dengan betul semasa bersalin*(I worry about not pushing correctly during childbirth)*

1 [] 2 [] 3 [] 4 [] 5 [] 6 [] 7 []

12. Saya yakin doktor & jururawat akan membimbing saya semasa bersalin*(I'm confident staff will guide me)*

1 [] 2 [] 3 [] 4 [] 5 [] 6 [] 7 []

13. Saya bimbang akan hilang kawalan diri semasa bersalin*(I worry I will lose control of myself during labour)*

1 [] 2 [] 3 [] 4 [] 5 [] 6 [] 7 []

14. Saya bimbang dimarahi oleh petugas kesihatan*(I worry about getting scolded by the healthcare staff)*

1 [] 2 [] 3 [] 4 [] 5 [] 6 [] 7 []

15. Saya takut mengalami episiotomi (potongan di bahagian faraj)*(I fear of having episiotomy/ being cut in the vagina)*

1 [] 2 [] 3 [] 4 [] 5 [] 6 [] 7 []

16. Saya risau mengalami komplikasi sewaktu bersalin*(I worry that my labour will be complicated)*

1 [] 2 [] 3 [] 4 [] 5 [] 6 [] 7 []

17. Saya bimbang bayi saya akan lemas semasa proses kelahiran*(I worry that my baby will feel distressed during childbirth)*

1 [] 2 [] 3 [] 4 [] 5 [] 6 [] 7 []

18. Saya bimbang saya perlu bersalin melalui pembedahan*(I worry that I may need caesarean delivery)*

1 [] 2 [] 3 [] 4 [] 5 [] 6 [] 7 []

19. Saya percaya bahawa petugas kesihatan yang menjaga saya akan membuat keputusan yang tepat untuk saya

(I trust that the healthcare staff will make the right decision for me)

1 [] 2 [] 3 [] 4 [] 5 [] 6 [] 7 []

20. Saya bimbang tentang pemulihan badan saya selepas bersalin

(I worry about my recovery from childbirth)

1 [] 2 [] 3 [] 4 [] 5 [] 6 [] 7 []



Administrator Scoring Guide (Do not provide to respondents)

Total Possible Score: 20 to 140 (Each item scores 1 to 7).

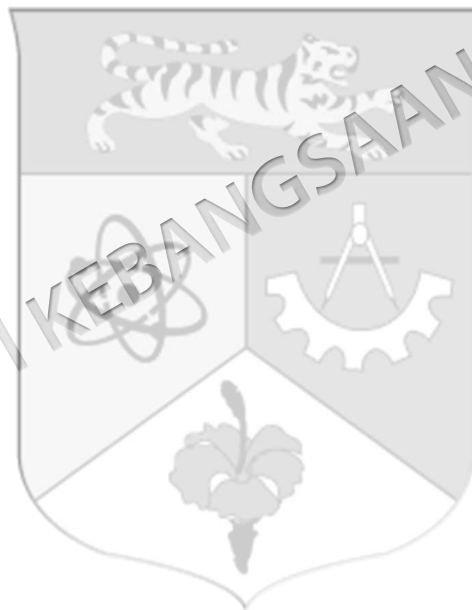
Reverse Scoring Items: 1, 7, 9, 10, 12, 19.

Overall Score Interpretation:

- Presence of Fear of Childbirth: Score 81 and above.
- Severity - Mild: 81-100; Moderate: 101-120; Severe: 121-140.

Subdomains:

- Labour & Delivery (Items 8, 11, 13, 14, 16, 17, 18, 20): Score ≥ 33 indicates fear of the labour and delivery process.
- Pain (Items 2, 3, 4, 5, 6, 15): Score ≥ 25 indicates fear of pain.
- Maternal Emotion (Items 1, 7, 10): Score ≥ 13 indicates a more anxious and less confident mother.
- Healthcare Professionals (Items 9, 12, 19): Score ≥ 13 indicates fear/worry about interaction with healthcare providers.



LAMPIRAN I

PENERBITAN PERTAMA



OPEN ACCESS

EDITED BY
Zahir Vally,
United Arab Emirates University,
United Arab Emirates

REVIEWED BY
Vera Mateus,
University of Coimbra, Portugal
Madhuri H. Nanjundaswamy,
National Institute of Mental Health and
Neurosciences (NIMHANS), India

*CORRESPONDENCE
Shamsul Azhar Shah
✉ drsham@hctm.ukm.edu.my

RECEIVED 14 June 2024
ACCEPTED 31 December 2024
PUBLISHED 14 January 2025

CITATION
Kalok A, Kamisan Atan I, Sharip S, Safian N and
Shah SA (2025) Factors influencing childbirth
fear among Asian women: a scoping review.
Front. Public Health 12:1448940.
doi: 10.3389/fpubh.2024.1448940

COPYRIGHT
© 2025 Kalok, Kamisan Atan, Sharip, Safian
and Shah. This is an open-access article
distributed under the terms of the [Creative
Commons Attribution License \(CC BY\)](#). The
use, distribution or reproduction in other
forums is permitted, provided the original
author(s) and the copyright owner(s) are
credited and that the original publication in
this journal is cited, in accordance with
accepted academic practice. No use,
distribution or reproduction is permitted
which does not comply with these terms.

Factors influencing childbirth fear among Asian women: a scoping review

Aida Kalok^{1,2}, Ixora Kamisan Atan², Shalishah Sharip³,
Nazarudin Safian¹ and Shamsul Azhar Shah^{1*}

¹Department of Public Health Medicine, Faculty of Medicine, Universiti Kebangsaan Malaysia, Kuala Lumpur, Malaysia, ²Department of Obstetrics & Gynecology, Faculty of Medicine, Universiti Kebangsaan Malaysia, Kuala Lumpur, Malaysia, ³Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Universiti Kebangsaan Malaysia, Kuala Lumpur, Malaysia

Fear of childbirth (FOC) or tokophobia adversely affects women during pregnancy, delivery, and postpartum. Childbirth fear may differ across regions and cultures. We aimed to identify factors influencing the fear of childbirth among the Asian population. A systematic literature search was performed using the PubMed, Scopus, and Web of Science databases in November 2023. Original articles in English with research conducted in Asian countries were included. The independent factors associated with childbirth fear, from the relevant studies were identified and discussed. Forty-six papers met the eligibility criteria but only 26 studies were discussed in this review. The significant factors were categorized into (1) demographics, (2) clinical, (3) healthcare service, (4) childbirth education & information, and (5) COVID-19 pandemic. The prevalence of childbirth fear among Asians ranged between 56.6 and 84.8%. Significant demographic factors included age, education, marital status, economic status, and area of residence. Greater levels of tokophobia were linked to nulliparity, unplanned pregnancy, infertility, miscarriage, and pregnancies at risk. Effective doctor-patient communication and more frequent antenatal visits were shown to alleviate maternal childbirth fear. There was consistent evidence of prenatal childbirth education's benefit in reducing FOC. The usage of smartphone apps and prolonged exposure to electronic devices were linked to a higher degree of tokophobia. Nulliparas who received too much pregnancy-related information also reported increased childbirth fear. There was a positive correlation between maternal fear of COVID-19 infection and FOC. Keeping updated with COVID-19 information increased the maternal childbirth fear by two-fold. In conclusion, a stable economy and relationship contribute to lesser childbirth fear among Asian women. Poor maternal health and pregnancy complications were positive predictors of FOC. Health practitioners may reduce maternal childbirth through women's education, clear communication as well as accurate information and guidance to expectant mothers. Further study is required into the content of childbirth fear among Asian women. These research findings hopefully will lead to the development of culturally adapted screening tools and interventions that reduce the burden of FOC among expectant mothers.

KEYWORDS

Asia, childbirth, fear, pregnancy, tokophobia

LAMPIRAN J

PENERBITAN KEDUA



Review

Psychosocial Determinants of Childbirth Fear Among Asian Women: A Scoping Review

Aida Kalok ^{1,2}, Ixora Kamisan Atan ², Shalisah Sharip ³, Nazarudin Safian ¹ and Shamsul Azhar Shah ^{1,*}

¹ Department of Public Health Medicine, Faculty of Medicine, Hospital Canselor Tuanku Muhriz, Universiti Kebangsaan Malaysia, Jalan Yaacob Latif, Kuala Lumpur 56000, Malaysia; aidahani.mohdikalok@hctm.ukm.edu.my (A.K.)

² Department of Obstetrics & Gynaecology, Faculty of Medicine, Hospital Canselor Tuanku Muhriz, Universiti Kebangsaan Malaysia, Jalan Yaacob Latif, Kuala Lumpur 56000, Malaysia

³ Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Hospital Canselor Tuanku Muhriz, Universiti Kebangsaan Malaysia, Jalan Yaacob Latif, Kuala Lumpur 56000, Malaysia

* Correspondence: dsaham@hctm.ukm.edu.my

Abstract

Background: Fear of childbirth (FOC) or tokophobia has a detrimental impact on women during and after pregnancy. Childbirth fear is multidimensional and may differ across nations and cultures. We aimed to determine the psychosocial determinants of tokophobia among Asians. **Methods:** We conducted a systematic literature search using the PubMed, Scopus, and Web of Science databases in September 2023. Included were original English-language articles that focused on Asian cohorts. We identified independent variables associated with maternal childbirth fear based on multivariable logistic and linear regression analysis. **Results:** Twenty-three studies are discussed in this review. We categorized the factors into (1) psychiatry, (2) psychology, (3) perception and experience, (4) relationships and support, (5) spirituality, and (6) COVID-19. The studies involved 10,538 women with overall FOC prevalence ranging between 56.6% to 82.1%. Maternal history of psychiatric disorder, depression, and anxiety were positive predictors of childbirth fear. Childbirth self-efficacy protects Asian mothers against tokophobia. A reduced level of fear was associated with higher maternal psychological and spiritual well-being, as well as stronger maternal resilience. Spousal and social support alongside good family function were shown to exert a protective effect against childbirth fear. Intimate partner abuse was associated with an increased risk of tokophobia in women. Studies during the pandemic indicated that maternal fear, obsession, and anxiety about COVID-19 were positively correlated to fear of childbirth. **Conclusions:** Childbirth fear among Asian women is greatly influenced by various psycho-social factors. More culturally driven research is needed to help develop relevant interventions that will enhance maternal psychological and spiritual well-being and reduce the fear of childbirth.

Keywords: Asia; childbirth; fear; pregnancy; psychology; social support



Academic Editor: Bettine Pinto
Muschkele Iser

Received: 3 May 2025

Revised: 23 June 2025

Accepted: 24 June 2025

Published: 27 June 2025

Citation: Kalok, A.; Kamisan Atan, I.; Sharip, S.; Safian, N.; Shah, S.A. Psychosocial Determinants of Childbirth Fear Among Asian Women: A Scoping Review. *Healthcare* 2025, 13, 1535. <https://doi.org/10.3390/healthcare13131535>

Copyright: © 2025 by the authors. Licensee MDPI, Basel, Switzerland. This article is an open access article distributed under the terms and conditions of the Creative Commons Attribution (CC BY) license (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>).

1. Introduction

The experience of childbirth is a complex individual life process with significant subjective psychological and physiological elements that are impacted by social and environmental influences [1]. Concerns about fetal well-being, future child care, or changes in the family dynamics following childbirth may cause anxiety among expectant mothers [2]. A pathological fear of childbirth that impacts or disrupts a pregnant woman's

LAMPIRAN K

PENERBITAN KETIGA



OPEN ACCESS

EDITED BY
Wulf Röösler,
Charité University Medicine Berlin, Germany

REVIEWED BY
Naseema Shafiqat,
All India Institute of Medical Sciences, Bhopal,
India
Ulfat Amin,
Islamic University of Science and Technology,
India

***CORRESPONDENCE**
Shamsul Azhar Shah
✉ drsham@hctm.ukm.edu.my

RECEIVED 27 September 2025
REVISED 30 October 2025
ACCEPTED 28 November 2025
PUBLISHED 09 January 2026

CITATION
Kalok A, Kamisan Atan I, Sharip S and
Shah SA (2026) Assessing fear of childbirth in
Malaysia: development and psychometric
testing of the Malaysian Fear of Birth
questionnaire (MyFOB).
Front. Public Health 13:1714125.
doi: 10.3389/fpubh.2025.1714125

COPYRIGHT
© 2026 Kalok, Kamisan Atan, Sharip and
Shah. This is an open-access article
distributed under the terms of the Creative
Commons Attribution License (CC BY). The
use, distribution or reproduction in other
forums is permitted, provided the original
author(s) and the copyright owner(s) are
credited and that the original publication in
this journal is cited, in accordance with
accepted academic practice. No use,
distribution or reproduction is permitted
which does not comply with these terms.

Assessing fear of childbirth in Malaysia: development and psychometric testing of the Malaysian Fear of Birth questionnaire (MyFOB)

Aida Kalok^{1,2}, Ixora Kamisan Atan³, Shafisah Sharip¹ and
Shamsul Azhar Shah^{1*}

¹Department of Public Health Medicine, Faculty of Medicine, Universiti Kebangsaan Malaysia, Kuala Lumpur, Malaysia, ²Department of Obstetrics and Gynaecology, Faculty of Medicine, Universiti Kebangsaan Malaysia, Kuala Lumpur, Malaysia, ³Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Universiti Kebangsaan Malaysia, Kuala Lumpur, Malaysia

Introduction: Fear of childbirth or tokophobia refers to the pathological fear of childbirth, which affects the daily life of pregnant women. Childbirth fear is multidimensional and differs across cultures. We aimed to develop and validate the first Malaysian Fear of Birth questionnaire (MyFOB) among the multiethnic Malaysian women.

Methods: The research was conducted in the antenatal clinic, Hospital Canselor Idris, Kuala Lumpur. A mixed-methods, exploratory sequential approach was applied. Phase 1 involved a qualitative exploration of childbirth fear through one-to-one interviews, while phase 2 comprised questionnaire development based on the qualitative results, literature review and experts' input. Psychometric properties of the questionnaire were assessed through exploratory factor analysis (EFA), face validation, and reliability testing. Subsequently, confirmatory factor analysis (CFA) was performed to determine the model fit of the final version of MyFOB. EFA and CFA were conducted on two separate cohorts.

Results: Twelve qualitative interviews yielded five themes. Subsequently, one hundred thirty-seven items were generated and underwent content validation by five experts. The construct validity of the initial 43-item questionnaire was assessed through EFA. Phase 2 cohorts for EFA and CFA were 257 and 341, respectively. Principal component analysis resulted in MyFOB, which comprised 20 items accounting for 65.6% of the total variance. These items were grouped into four factors: 1) Labour & delivery, 2) Pain, 3) Maternal emotion, and 4) Healthcare professionals. The pilot study on sixty-one women revealed good reliability (Cronbach $\alpha = 0.88$) while confirmatory factor analysis demonstrated a good model fit.

Discussion: The Malaysian Fear of Childbirth Questionnaire (MyFOB) is a reliable and valid tool that can be utilised in routine antenatal care to identify vulnerable women.

KEYWORDS

Asia, childbirth, fear, Malaysia, pregnancy, tokophobia

LAMPIRAN L
PEMBENTANGAN E-POSTER



PP-168 Development and psychometric validation of the Malaysian fear of birth questionnaire (MyFOB)
Aida Kalok^{1,2}, Ixora Kamisan Atan², Shalishah Sharip³, Nazarudin Safian¹, Shamsul Azhar Shah¹

¹Department of Public Health Medicine, Faculty of Medicine, Universiti Kebangsaan Malaysia, Kuala Lumpur, Malaysia, ²Department of Obstetrics & Gynaecology, Faculty of Medicine, Universiti Kebangsaan Malaysia, Kuala Lumpur, Malaysia, ³Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Universiti Kebangsaan Malaysia, Kuala Lumpur, Malaysia

A-0203

Development and Psychometric Validation of the Malaysian Fear of Birth Questionnaire (MyFOB)

Aida KALOK^{1,2}, Ixora KAMISAN ATAN², Shalishah SHARIP³, Nazarudin SAFIAN¹, Shamsul Azhar SHAH¹¹Department of Public Health Medicine, ²Department of Obstetrics & Gynaecology, ³Department of Psychiatry, Faculty of Medicine, Universiti Kebangsaan Malaysia, Kuala Lumpur, Malaysia.

INTRODUCTION

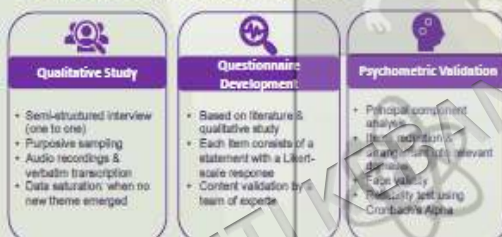
Fear of childbirth (FOC) or Tokophobia has been defined as 'an unreasonable dread of childbirth' [1]. Among Asian women, significant associated factors include age, education, marital status, nulliparity, unplanned pregnancy and infertility. Childbirth fear has been associated with greater use of epidural and increased risk of emergency caesarean section. FOC is also linked to negative birth experiences and post-traumatic stress disorder (PTSD) that can result in dysfunctional maternal-infant bonding [2]. Childbirth is multidimensional, and standardised instruments to assess tokophobia may be restrictive due to a diverse spectrum of cultural backgrounds, alongside varying perspectives and beliefs around childbirth [3].

STUDY OBJECTIVES

To develop and validate the first childbirth fear assessment tool for multicultural Malaysian women.

METHODS

The research was conducted in the antenatal clinic, Hospital Condeor Tuanku Muhriz, Kuala Lumpur, between February 2024 and March 2025. A mixed-methods, exploratory sequential approach was applied (qualitative followed by quantitative study).



The study data were analysed using the Statistical Package of Social Sciences (SPSS) Version 26.0 (IBM Corp., Armonk, NY, USA).

RESULTS

Twelve qualitative interviews yielded five themes of childbirth fear: (i) Labour & Delivery, (ii) Child Risk, (iii) Maternal Risk, (iv) Own Capability & Reaction, (v) Healthcare Professionals' Attitudes.

137 items were generated based on the qualitative study findings and literature review. All the items underwent content validation by five experts (an obstetrician, two midwives, an epidemiologist & a psychologist). The pilot questionnaire consisted of 43 items, which were produced based on the content validation index (CVI) and inter-item correlation analysis.

The construct validity was assessed through 257 subjects. The Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) was 0.885, and the Bartlett's test was significant ($p < 0.001$), supporting the sample factorability.

Table 1: Individual item and domain of the Malaysian Fear of Birth (MyFOB) Scale

Item no	Domain	Item
1*	E	I feel confident about giving birth
2	P	I worry about labour pain
3	P	I worry about having vaginal examinations during labour
4	P	I am worried about not getting effective pain relief
5	P	I worry about a long labour
6	P	I am worried that my husband will not be able to accompany me during labour
7*	E	I will feel calm during labour
8	LD	I have fear of being left alone during labour
9*	HP	I am confident the healthcare staff will be kind to me
10*	E	I feel excited about giving birth
11	LD	I worry about not pushing correctly during childbirth
12*	HP	I am confident staff will guide me
13	LD	I worry I will lose control of myself during labour
14	LD	I worry about getting scolded by the healthcare staff
15	P	I fear of having episiotomy/ being cut in the vagina
16	LD	I worry that my labour will be complicated
17	LD	I worry that my baby will feel distressed during childbirth
18	LD	I worry that I may need caesarean delivery
19*	HP	I trust that the healthcare staff will make the right decision for me
20	LD	I worry about my recovery from childbirth

* Reverse Scoring; E: Maternal emotion; HP: Health Professionals; LD: Labour & Delivery; P: Pain

The final version of the Malaysian Fear of Childbirth (MyFOB) questionnaire comprises of 20 items with 7-point Likert scale response that account for 65.6% of the total variance, grouped into four factors: (1) Labour & Delivery, (2) Pain, (3) Maternal Emotion, (4) Healthcare Professionals. Face validation confirmed the clarity & understandability of the scale.

Table 2: Item Factor Loading in the Pattern Matrix and Cronbach's Alpha

Item position	MyFOB Item	Component			
		LD	P	E	HP
13	I worry I will lose control of myself during labour	0.907			
18	I worry that I may need caesarean delivery	0.858			
14	I worry about getting scolded by the healthcare staff	0.754			
20	I worry about my recovery from childbirth	0.750			
11	I worry about not pushing correctly during childbirth	0.740			
16	I worry that my labour will be complicated	0.695			
17	I worry that my baby will feel distressed during childbirth	0.548			
8	I have fear of being left alone during labour	0.524			
4	I am worried about not getting effective pain relief		0.954		
3	I worry about having vaginal examinations during labour		0.684		
6	I am worried that my husband will not be able to accompany me during labour		0.678		
2	I worry about labour pain		0.660		
15	I fear of having episiotomy/ being cut in vagina		0.527		
5	I worry about a long labour		0.523		
1*	I feel confident about giving birth (REV)			0.872	
10	I feel excited about giving birth (REV)			0.867	
7	I feel calm during labour (REV)			0.808	
9*	I am confident the HCP will be kind to me (REV)				0.888
19*	I trust HCP will make the right decision (REV)				0.839
12*	I am confident staff will guide me (REV)				0.826
Cronbach's Alpha (Overall = 0.879)		0.858	0.884	0.721	0.911

* Reverse Scoring; E: Maternal emotion; HP: Health Professionals; LD: Labour & Delivery; P: Pain

DISCUSSION

MyFOB is the first childbirth fear assessment tool, purposely developed for the multicultural Malaysian population. The high Cronbach's Alpha value indicates a good internal consistency. MyFOB domains are similar to other validated FOC scales; Pain-Childbirth Attitude Questionnaire (CAQ) [4]; Labour & Delivery-Pregnancy-Specific Anxiety Tool (PSAT) [5]; Healthcare Professionals -Slade-Pain Expectations of Childbirth Scale (SPECS) [6]; Maternal emotion-Wilma Delivery Expectancy Questionnaire Part A (WDEQ-A) [7].

The majority of studies among Asian women used WDEQ-A and CAQ as diagnostic tools [2]. Although both scales have been validated in various countries, doubts persist about the validity of translated versions due to cultural nuance [8]. Unlike the most commonly used WDEQ-A and CAQ, MyFOB covers wider aspects of childbirth specific to Malaysians.

MyFOB is useful to identify individuals with childbirth fear who will benefit from early psychosocial support & intervention. We are conducting a further study to determine the prevalence of childbirth fear, associated factors and pregnancy outcomes among our population. We hope that the research findings will provide deeper insight into the burden of FOC in Malaysia.

CONCLUSION

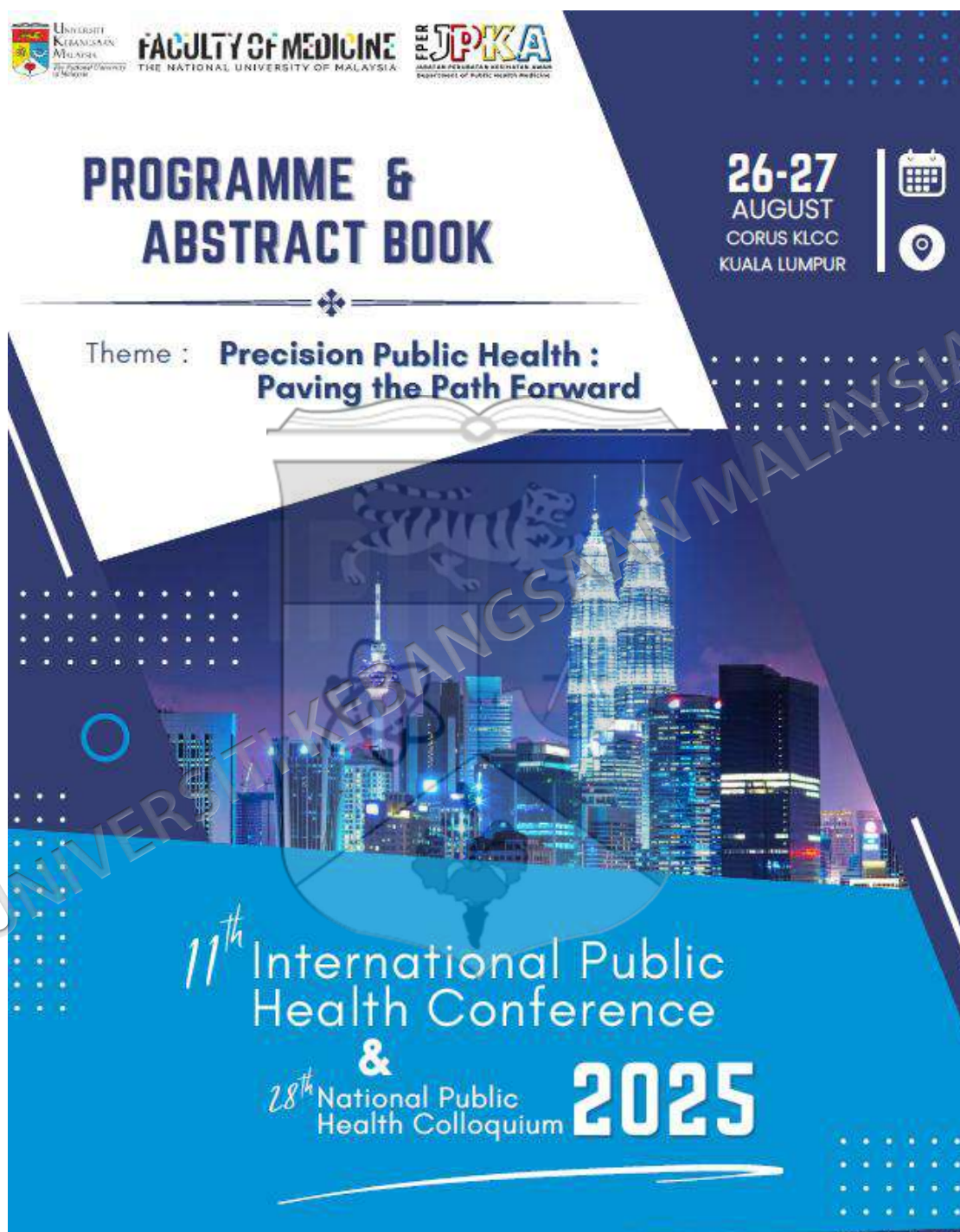
The Malaysian Fear of Childbirth Questionnaire (MyFOB) is a reliable and valid tool to identify childbirth fear among Malaysian women.

REFERENCES

1. Dendler E et al. Tokophobia (fear of childbirth): prevalence and risk factors. *J Perinat Med* (2018) 46:151-158
2. Kakik A et al. Factors influencing childbirth fear among Asian women: a scoping review. *Front Public Health* (2024) 12:1448940
3. Buhara Y et al. Fear of birth in clinical practice: A structural review of current measurement tools. *Sex Reprod Healthc* (2018) 15:98-112
4. Wei J et al. Reliability and validity of the Chinese version of Childbirth Attitude Questionnaire. *J Nurs* (2016) 33(12):831-834
5. Reynolds H et al. Pregnancy-Specific Anxiety Tool (PSAT): Instrument Development and Psychometric Evaluation. *J Clin Psychiatry* (2012) 73(2):220-226
6. Slade P et al. The development of the Slade-Pain Expectations of Childbirth Scale (SPECS). *Journal of Reproductive and Infant Psychology* (2014) 34(5): 495-510
7. Wijaya K et al. Psychometric aspects of the W-DEQ, a new questionnaire for the measurement of fear of childbirth. *J Psychosom Obstet Gynaecol* (1998) 19(2): 64-67
8. Zhang Q et al. Validation of the Chinese version of the Fear of Birth Scale among pregnant women. *Midwifery* (2024) 133:103986

LAMPIRAN M

Pembentangan Oral dan E-Poster



**SCIENTIFIC PAPER ORAL PRESENTATION 1
 (EPIDEMIOLOGY):**

Date: 26th August 2025 (Tuesday)

Time: 03.15pm – 04.30pm

Room: Corus 1

Chairperson: Dr. Noor 'Adilah Kamarudin

	PAGE		PAGE
OPA1 A Silent Struggle: Unmet Kidney Care Needs in Malaysia's Diabetic Community <i>Soong Yiing Yap, Shamsul Azhar Shah, Ruslinda Mustafar, Noraryana Hassan, Subashini Ambigapathy</i>	45	OPA6 Data-Driven Phenotyping of Type 2 Diabetes Mellitus in Malaysia: A National Registry Cluster Analysis <i>Ismail Saudi, Abqariyah Yahya, Sanjay Rampal</i>	50
OPA2 Spatiotemporal Relation between Measles Cases and Vaccine Refusal in Kedah State, 2014-2024 <i>WL Tan, Che Muzaini CM, Saraswathi BR., Norizan A</i>	46	OPA7 The Rising Burden of Diabetes Mellitus: Trends, Projections, and Joinpoint Analysis toward 2025 <i>Mohamad Fuad Mohamad Anuar, Zamira Seman, Mohd Azahadi Omar</i>	51
OPA3 A Cross-Sectional Analysis of the Prevalence and Predictors of Childbirth Fear in the Malaysian Context <i>Aida Hani Mohd Kalok, Ixora Kamisan Atan, Shalisah Sharip, Nazarudin Safian, Shamsul Azhar Shah</i>	47	OPA8 Silent Genes, Loud Impact: Thalassaemia Trait Distribution among Secondary Students in Pahang, Malaysia <i>Masrih Harum Mukhtar, Aznita Iryany Mohd Noor</i>	52
OPA4 Diabetes Control in Perlis: A 5-Year Review of the National Diabetes Registry (2020-2024) <i>Izwana Hamzah, Azirah Yob</i>	48	OPA9 Epidemiological Analysis of Tuberculosis Mortality in Bera District: Key Contributing Factors Over Five Years <i>Mohammad Lokman Hakim Mat Isar, Safaridah Anuar, Azulaikha Alias</i>	53
OPA5 Diarrhoeal Mortality and WASH Exposure in Malaysia: What a Decade of Data Reveals (2014–2023) <i>Shahdattul Dewi Nur Khairitza Taib, Rosemawati Ariffin, Husnina Ibrahim, Harishah Talib, Shubash Shander Ganapathy</i>	49	OPA10 Comparing Abdominal and General Obesity as Predictors of Hypertension: Insights from the PURE Malaysia Study <i>Muhammad Asyad Azaharrudin, Zaleha Md Isa, Rosnah Ismail, Noor Hassim Ismail, Azmi Mohd Tamil, Mohd Hasni Ja'afar, Nafiza Mat Nasir, Nurul Hafiza Ab Razak, Khairul Hazdi Yusof</i>	54

PPE4	208
Validating the Short-Form Health Literacy Questionnaire (HLS-SF12) and Assessing Health Literacy Among the Temiar Orang Asli <i>Amir Zharif Adenan, Lau Kin Mun, Farha Munira Mohamed Kamel, Siti Sara Yaacob, Khalid Ibrahim</i>	
PPE5	209
Exploring the Role of Household Engagement in Vector Control Programmes: A Scoping of Family Health Education Strategies <i>Misra Helma Firdaus, Sharifa Ezat Wan Puteh, Rosnah Sutan, Mohd Rizal Abdul Manaf</i>	
PPE6	210
Tobacco Use, Parental Influence, and Depression among Malaysian Adolescents: A Secondary Data analysis from The National School-Based Student Health Survey 2022 <i>Norhafizah Sahril</i>	
PPE7	211
Prevalence and Associated Factors of Depression among Youth Aged 16-30 Years in Malaysia: Findings from the NHMS 2023 <i>Mohamad Aznuddin Abd Razak, S Maria Awaluddin, Noraila Hamid, Wan Sarifah Ainin Wan Jusoh, Hamizatul Akmal Abd Hamid, Khairul Hasnan Amali, Wan Kim Sui, Halizah Mat Rifin</i>	
PPE8	212
Undernutrition among School-going Adolescents in Malaysia and Its Associated Factors: Findings from A Nationwide Study <i>Hamizatul Akmal Abd Hamid, Mohamad Aznuddin Abd Razak, Chan Ying Ying, Lalitha Palaniveloo, Lim Kuang Kuay</i>	
PPE9	213
Addressing the Needs of the Global Ageing Population: A Scoping Review of Primary Care for Dementia <i>Nur Khairah Badaruddin, Sri Devi Sukumaran, Tg. Mohamad Iskandar Tg. Mohamad Rosman, Kavita Jetly Jagjit Kumar Jetly, Fairuz Nadiyah Nordin, Nor Hanizah Abdul Gapal, Nor Asma Musa, Noraziani Khamis</i>	
PPE10	214
The Role of PROSTAR 2.0 in Enhancing Knowledge and Perception towards HIV/AIDS among Adolescents: A Study in Pahang (2023–2024) <i>Nor Fazilah Mohamed, Ahmad Firdaus Rubani, Putri Nur Awatiff Ahmad Rantung, Nurul Ain Emeran</i>	
PPE11	215
Understanding Fear of Childbirth: A Malaysian Qualitative Perspective <i>Aida Hani Mohd Kalok, Ixora Kamisan Atan, Shalisah Sharip, Nazarudin Safian, Shamsul Azhar Shah</i>	
PPE12	216
Social Determinants of Maternal Mortality: A Narrative Review of Evidence from Low and Middle-Income Countries <i>Muhamad Redhuan Fadzil, Mohamad Ezzat Mohamad Ismail, Nor Aimi Amanina Najhan, Fateen Nadhira Ismail, Muhammad Sufi Mohd Pauze, Rosnah Sutan</i>	
PPE13	217
Clustering Analysis of Behavioural Risk Factors among School Adolescents: An Approach towards Precision Public Health <i>Teh Chien Huey, Sumarni MG, Qistina Ruslan, Nur Huda Jaghfir, Sarbhan Singh</i>	