

پیش‌بینی نگرش به سزارین در زنان باردار براساس اضطراب‌صفت، فاجعه‌سازی درد و استرس ادراک‌شده

افسر اسدیان

کارشناس مامایی و کارشناسی ارشد روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی

اشرف سادات موسوی

دکترای تخصصی روان‌شناسی، استادیار دانشگاه حضرت معصومه (س).

اطلاعات مقاله

چکیده

چکیده: پژوهش حاضر با هدف پیش‌بینی نگرش زنان باردار نخست‌زا به زایمان سزارین، بر اساس اضطراب‌صفت، فاجعه‌سازی درد و استرس ادراک‌شده انجام شد. طرح پژوهش از نوع همبستگی و جامعه آماری شامل کلیه زنان باردار نخست‌زای شهر اصفهان در سال ۱۳۹۹-۱۴۰۰ بود که به مراکز خدمات جامع سلامت و پایگاه‌های بهداشت در سطح شهر اصفهان مراجعه کرده بودند و پرونده بارداری داشتند. با تقسیم مراکز بر اساس منطقه جغرافیایی و انتخاب افراد نمونه از هر ۵ منطقه جغرافیایی (شمال، جنوب، شرق، غرب و مرکز) تلاش شد پیشینه فرهنگی و اقتصادی متفاوت افراد در نمونه لحاظ شود. در نهایت بر اساس ملاک‌های ورود و خروج، داده‌های مربوط به ۸۰ زن باردار وارد تحلیل شد. برای گردآوری داده‌ها از پرسشنامه‌های نگرش به سزارین (ADM)، اضطراب‌صفت - صفت اسپیلبرگر (STAI)، فاجعه‌سازی درد (PCS) و استرس ادراک‌شده (PSS) استفاده شد. با استفاده از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف و میزان چولگی و کشیدگی نرمال بودن داده‌ها تأیید شد. آزمون همبستگی پیرسون نشان داد نگرش به سزارین با هر سه متغیر اضطراب‌صفت، فاجعه‌سازی درد و استرس ادراک‌شده ارتباط مثبت داشت، بدین معنی که هر چه میزان متغیرهای نام‌برده بیشتر باشد، نگرش به سزارین مثبت‌تر است. تحلیل رگرسیون چندگانه به روش گام به گام نشان داد اضطراب‌صفت، فاجعه‌سازی درد و استرس ادراک‌شده به ترتیب نگرش زنان باردار نسبت به زایمان سزارین را پیش‌بینی کردند. این سه متغیر روی هم ۳۰ درصد واریانس نگرش زنان باردار نخست‌زا به زایمان سزارین را تبیین کردند. اضطراب‌صفت با فراهم آوردن زمینه تجارب عاطفی منفی، همراه با فاجعه‌سازی درد و استرس ادراک‌شده در نگرش مثبت زنان باردار نخست‌زا نسبت به سزارین مؤثر است.

کلیدواژه‌ها: زایمان سزارین، اضطراب‌صفت، فاجعه‌سازی درد، استرس ادراک‌شده، زنان باردار نخست‌زا.

*نویسنده مسئول

ایمیل:

استناد به این مقاله:

----- (۱۴۰۱). پیش‌بینی نگرش به سزارین در زنان باردار براساس اضطراب‌صفت، فاجعه‌سازی درد و استرس ادراک‌شده.

روانشناسی خانواده---

مقدمه

زایمان اگرچه یکی از شگفت‌انگیزترین و خاص‌ترین تجربه زندگی زنان محسوب می‌شود، می‌تواند به دلیل دردناک بودن، بالقوه آسیب‌زا نیز باشد (Spaich, et al., 2013). انتخاب روش زایمان بر سلامت جنین و مادر تأثیرگذار است. هر دو روش زایمان طبیعی^۱ و سزارین^۲ آزمایش‌ها و معایبی دارند (Hannah, et al., 2004). زایمان سزارین نسبت به زایمان طبیعی، با خطرات و عوارض متعددی برای مادر و کودک همراه است. دردهای شدید زایمان طبیعی و ترس و اضطراب ناشی از درد باعث شده است که زنان نخست‌زا با وجود مزیت‌های زایمان طبیعی و آسیب‌های وارد شده بر خود و کودک در سزارین، کمتر به زایمان طبیعی روی آورند. اگرچه زایمان به روش طبیعی می‌تواند با تقویت عزت نفس و هویت مادرانه همراه باشد (Gucht & Lewis, 2015). لیکن عوامل متعدد درون‌فردی و برون‌فردی می‌تواند نگاه زنان باردار را نسبت به انتخاب نوع زایمان دستکاری کند. عوامل تأثیرگذار در تمایل به سزارین در زنان باردار را می‌توان در یک تقسیم‌بندی کلی به عوامل روان‌شناختی، عوامل محیطی، عوامل اجتماعی- فرهنگی، عوامل مربوط به شرایط زایمان و پیامدهای زایمان (Mohammadzadeh & Afradi Asbaghrani, 2015) تقسیم کرد. از عوامل روان‌شناختی می‌توان به متغیرهایی مانند ترس‌ها، باورهای اجتماعی و عامیانه و نگاه سایر مردم اشاره کرد که باعث جهت‌گیری زنان باردار نسبت به انتخاب زایمان از نوع سزارین می‌شود (Tavassoli, Kalari & Zafari Dizji, 2014). این در حالی است که سزارین با عوارض کوتاه‌مدت ۳۰ روز پس از زایمان و بعضاً عوارض طولانی‌مدت همراه است. شایع‌ترین عوارض، عفونت‌های رحم و آندومتریت، پارگی غشا، کم‌خونی، چاقی و در برخی موارد پارگی رحم است (Rosa, et al, 2019).

بارداری و زایمان به واسطه نگرانی و استرسی که در خود دارد، می‌تواند اضطراب شدیدی را به همراه داشته باشد. چه در مورد شرایط بارداری و زایمان و سلامت خود و نوزاد و چه در مورد دوران پس از زایمان. پژوهش‌ها نشان داده‌اند اضطراب در زنان باردار بالا است (برای مثال Rasouli, Shobeiri, Cheraghi, Rasouli, Ghanbari, 2016). در پژوهشی که در جمعیت گسترده‌ای از زنان باردار انجام شد، نتایج نشان داد ۲۱ درصد آنان علائم اضطرابی را تجربه می‌کنند. مهم‌ترین دلایل اضطراب و ترس زنان در بارداری شامل ترس از درد زایمان، تولد فرزند معلول، تغییر شکل بدنی و سبک زندگی است (Rafiee, Akbarzadeh, Asadi & Zare, 2013). اضطراب بر اساس ابعاد شخصیتی و یا گذرا یا پایدار بودن آن به دو نوع اضطراب‌صفت و اضطراب‌حالت تقسیم می‌شود (Berggren, Blonievsky & Derakshan, 2015). اضطراب‌صفت که به‌عنوان اضطراب پنهان نیز مطرح است، ویژگی ثابت شخصیتی بوده که به تمایل ثابت افراد برای تجربه استرس اشاره دارد و شامل اضطراب در مورد ارزیابی اجتماعی، موقعیت‌های جدید و امور روزمره بوده و به آن اضطراب بلندمدت نیز گفته می‌شود. در واقع اضطراب‌صفت زمینه ایجاد حالات اضطرابی- انفعالی را فراهم می‌آورد که متفاوت از مجموعه نشانه‌هایی است که از نظر بالینی اضطراب نامیده می‌شود. (Costello & Comrey, 1967). اضطراب‌حالت، همان اضطراب آشکار است که به سطوح گوناگون اضطراب تجربه شده در یک لحظه معین اشاره داشته و به مؤلفه‌های یک موقعیت خاص وابسته است (Berggren, et al, 2015). اضطراب‌صفت تحت تأثیر عوامل روان‌شناختی مختلفی از جمله کنترل شناختی است که به

¹ Vaginal delivery

² Caesarean delivery

دو فصلنامه روانشناسی خانواده. سال

توانایی‌هایی مانند انعطاف‌پذیری و پالایش افکار و اعمال نامربوط و تمرکز بر افکار و رفتار مربوط اشاره دارد. اضطراب‌صفت یک ویژگی شخصیتی است که فراوانی و شدت واکنش هیجانی شخص را نسبت به فشار منعکس می‌کند و در واقع خصیصه خود فرد است (Doroudian, Maddahi, Khal'atbary, 2019). بارداری به‌واسطه اهمیت آن در زندگی فرد و نگرانی در مورد سلامتی جنین، به‌طور طبیعی با مقداری اضطراب‌حالت همراه است (Faisal-Cury & Rossi Menezes, 2007). میزان اضطراب‌صفت نیز در زنان باردار در برخی مطالعات بررسی شده است (برای مثال، Shahhosseini, Abedian, Azimi, 2008) و به‌طور کلی در تمامی مطالعات میزان تجربه اضطراب در زنان باردار به‌ویژه در سه‌ماهه اول و سوم بارداری بالاتر از زنان غیرباردار گزارش شده است (Babanazari & Kafi, 2008). بر اساس مباحث نظری، انتظار می‌رود بالاتر بودن اضطراب‌صفت در زنان باردار، باعث تشدید اضطراب و حالت‌های عاطفی منفی در آنان در طول این دوره شود.

یکی از مهم‌ترین مشخصه‌های مربوط به زایمان طبیعی، درد است. پژوهش‌ها نشان داده‌اند یکی از دلایل گرایش به سزارین، تجربه اضطراب و نگرانی به شکل مزمن درباره درد است. حضور مداوم هورمون کورتیزول در عضلات صاف رحم و مجاری مربوطه، باعث کاهش قدرت عضلانی و درد شدید در این نواحی می‌شود (Imanparast, Bermas, Danesh, Ajoudani, 2014). درد، مجموعه‌ای از پاسخ‌های رفتاری، شناختی و هیجانی بوده که تابعی است از تفسیر فرد نسبت به آن. این تعریف که از نظریه ترس اجتنابی اقتباس شده، نشان‌گر آن است که اگر درد به‌عنوان یک فاجعه سوءتعبیر شود، برای بیمار در حکم یک آسیب جدی خواهد بود که به ترس و اجتناب از یک فعالیت منجر می‌شود (Leeuw, Goossens, Linton, Crombez, 2007). در پژوهشی (Boersma & Vlaeyen, 2007). در پژوهشی (Neshat & Jonaidy, 2010) نشان داده شد زنان بارداری که درد بیشتری را در دوران بارداری و پیش از زایمان تجربه کرده بودند تمایل بیشتری نسبت به سزارین داشتند. مطالعات مختلف نشان می‌دهد فرایندهای روان‌شناختی از جمله فاجعه‌پنداری درد، یکی از قوی‌ترین عوامل در ایجاد ترس از درد و همچنین افزایش میزان درد، اضطراب، استرس و ضعف در مهارت‌های مقابله‌ای نسبت به درد است (Ghooshchian, Dehghani, Khorsandi, & Farzad, 2011). فاجعه‌سازی درد یک واکنش شناختی و هیجانی افراطی به تجربه درد واقعی یا مورد انتظار است (Chaves & Brown, 1987) که مهم‌ترین میانجی در رابطه بین تجربه درد و بدتنظیمی هیجانی است (Sturgeon, Zautra & Arewasikporn, 2014). در واقع افرادی که نسبت به درد فاجعه‌سازی کمتری دارند، احتمالاً رفتارهای خودمدیریتی بهتر و لذا کنترل بهتری بر رفتار و مشکلات فعلی و همچنین کیفیت زندگی بالاتری را گزارش می‌کنند (Busch, Martin, DeWalt & Sandler, 2015).

از دیگر عوامل اثرگذار بر تمایل به انتخاب روش زایمان سزارین، میزان استرس تجربه‌شده توسط مادر است. دوران بارداری به دلیل دربرداشتن تغییرات مهم، استرس‌زا تلقی می‌شود (Leeuw, et al., 2007). از آنجا که اتفاقات و فراز و نشیب‌های مثبت و منفی زندگی، هر دو استرس‌زا هستند (Holmese & Rahe, 1967)، در پژوهشی (Holmese & Rahe, 1967) که در ارتباط با اولویت‌بندی عوامل استرس‌زا انجام شد، بارداری از جمله عوامل پراسترس و در رده هفتم وقایع استرس‌زا قرار گرفت. استرس‌ها و آشفتگی‌های دوران بارداری می‌تواند با اختلالات روانی همراه بوده، روابط درون و برون فردی مادر را تحت تأثیر قرار دهد (Cattaruzza, 2014). ارتباط بین استرس و سلامت به روش‌های مختلفی مورد بررسی و تأیید قرار گرفته است؛ هرچه فرد رخدادهای استرس‌زای بیشتری را تجربه کند، به احتمال بیشتری دچار مشکلات روان‌شناختی می‌شود (Siligman, walker & Rosenban, 2001). بنابراین به دلیل اهمیت سلامت روانی و جسمانی مادر در دوران بارداری، این موضوع اهمیت ویژه می‌یابد. استرس ادراک‌شده به‌عنوان ارزیابی شناختی فرد از وقایع منفی زندگی تعریف شده است

(Nakamura & Tsong, 2019). شدت استرس ادراک شده بیان کننده باور فرد نسبت به میزان جدی بودن استرس است (Folkman, Lazarus, Pimley, Novacek, 1987). عدم توانایی فرد در واکنش مناسب به موقعیت‌های تنش‌زا، با افزایش سطح استرس همراه است (Szczygiel, Buczny & Bazinska, 2012). بر اساس نظر والترکونون^۱ استرس، به پاسخ جنگ یا گریز فرد، نسبت به خطر ادراک شده و ارائه واکنش مناسب نسبت به آن منجر می‌شود. سطوح پایین استرس، قابل تحمل بوده ولی شدت زیاد یا مداوم استرس باعث آسیب‌های فیزیولوژیکی و بهم خوردن تعادل زیستی می‌شود (Sadock, Sadock & Ronize, 2014). استرس زمانی که با ناامیدی و فقدان مهارت‌های مقابله‌ای مناسب همراه باشد، بهزیستی روانی را تحت تأثیر قرار داده، سیستم شناختی و نگرش فرد را به صورت اختلال در عملکرد شناختی (Smets, Otgaar, Candel & Wolf, 2008) و کاهش انعطاف‌پذیری و افزایش نگرانی و نشخوارهای فکری (Barlow, Rapee & Reisner, 2001) دست‌کاری می‌کند. استرس همچنین می‌تواند با تغییر سیستم شناختی و رفتاری فرد، وی را در معرض نگرش و رفتارهای ناکارآمد و ناسازگار با سلامتی قرار دهد (McEwen, 2007).

با توجه به تعاریف، بالا بودن اضطراب‌حالت در زنان باردار با توجه به وضعیت آنان و نگرانی‌های احتمالی برای تولد فرزند سالم، طبیعی به نظر می‌رسد. ولی بالا یا پایین بودن اضطراب‌صفت، که طبق تعریف یک ویژگی شخصیتی و پایدار است، می‌تواند بر روند بارداری تأثیر سوء بگذارد. اضطراب‌صفت یک ویژگی شخصیتی و ثابت است که با فراهم آوردن زمینه ایجاد حالات اضطرابی می‌تواند بر میزان ارزیابی فرد از عوامل استرس‌زا اثر بگذارد. همچنین از آنجا که طبق دیدگاه ترس اجتنابی، نحوه تفسیر فرد از موقعیت بر میزان درد تجربه شده توسط او تأثیرگذار است، بالا بودن میزان اضطراب‌صفت می‌تواند با بالا بردن میزان ترس از درد و فاجعه‌سازی آن به رفتارهای اغراق‌آمیز برای اجتناب از درد منجر شود. با توجه به آنچه گفته شد از وجوه اهمیت این تحقیق شناسایی عوامل اثرگذار بر ترجیح روش زایمان سزارین به طبیعی توسط زنان باردار است. با توجه به اینکه علیرغم خطرات بیشتر زایمان سزارین برای مادر و کودک نسبت به زایمان طبیعی، آمارها نشانگر افزایش میزان تمایل به زایمان سزارین در ایران است، شناسایی عوامل اثرگذار در این انتخاب و سپس کاربرد روش‌های آموزشی و درمانی می‌تواند زمینه انتخاب سالم‌تر را برای مادران باردار فراهم آورد. همچنین تا آنجا که بررسی به عمل آمد پژوهشی که هر سه متغیر مدنظر پژوهش حاضر را در پیش‌بینی نگرش به سزارین بررسی کند، یافت نشد. بر این اساس پژوهش حاضر به دنبال پاسخ‌گویی به این مسأله بود که آیا می‌توان گرایش به سزارین را براساس اضطراب‌صفت، فاجعه‌سازی درد و استرس ادراک شده پیش‌بینی کرد؟ فرض بر این است که هرچه میزان این متغیرها در فردی بیشتر باشد، نگرش وی به زایمان سزارین مثبت‌تر است.

روش

جامعه آماری، نمونه و شیوه نمونه‌گیری

^۱ Walter Cannon

دو فصلنامه روانشناسی خانواده. سال

جامعه آماری پژوهش حاضر شامل همه زنان باردار نخست‌زا شهر اصفهان در سال ۱۴۰۰-۱۳۹۹ بود که به ۳۰ مرکز خدمات جامع سلامت و پایگاه‌های بهداشت در سطح شهر اصفهان مراجعه کرده و پرونده بارداری داشتند. مراکز سلامت به‌گونه‌ای انتخاب شدند که تقریباً تمام مناطق شهر، با پیشینه فرهنگی و اقتصادی متفاوت را تحت پوشش قرار دهد؛ بدین‌شکل از مناطق جغرافیایی شمال، جنوب، غرب، شرق و مرکز شهر، هر کدام به ۲ الی ۳ مرکز مراجعه و نمونه‌گیری از آنها انجام شد.

با مراجعه به مراکز خدمات جامع سلامت و پایگاه‌های بهداشت، تلاش می‌شد همکاری زنان بارداری که به این مراکز مراجعه کرده بودند، جلب شود. پس از کسب رضایت آنان برای شرکت در پژوهش، پرسشنامه‌های کاغذی در اختیار آنان قرار می‌گرفت، در همان جلسه تکمیل و به پژوهشگر برگشت داده می‌شد. با توجه به خاص بودن نمونه مورد بررسی و انجام پژوهش در دوره کرونا، نمونه‌گیری به‌صورت هدفمند و دردسترس بود. با توجه به حداقل تعداد ۵۰ نمونه برای پژوهش‌های همبستگی (Wilson Van Voorhis & Morgan, 2007)، به منظور افزایش توان آزمون و احتمال حذف برخی پرسشنامه‌ها به دلیل ناکامل بودن یا عدم رعایت معیارهای ورود، تعداد بیشتری پرسشنامه تکمیل شد تا در نهایت پس از حذف پرسشنامه‌های نامعتبر، داده‌های ۸۰ زن باردار وارد تحلیل شد. معیارهای ورود عبارت بودند از: ایرانی بودن، نوبت اول زایمان، تک قلو بودن جنین، سن مادر بین ۲۵ تا ۴۰، نداشتن بیماری خاص، نداشتن سابقه ناباروری. معیارهای خروج عبارت بودند از: بیماری خاص مادر، خطر جانی مادر یا جنین، درخواست آزمودنی برای خروج از پژوهش.

ابزار سنجش

پرسشنامه نگرش به سزارین^۱ (ADM): این پرسشنامه مشتمل بر ۱۵ گویه بوده، نگرش افراد نسبت به سزارین را روی مقیاس لیکرت از ۴ (کاملاً موافق) تا صفر (کاملاً مخالف) می‌سنجد (Ghadimi, Rasouli, Motahar, Lajevardi, Imani, et al., 2014) به‌طوری‌که نمره بالاتر نشان‌دهنده افزایش تمایل به انتخاب سزارین است. پایایی به روش آلفای کرونباخ، برای خرده‌مقیاس‌های ترس از زایمان، نگرانی از سلامت جنین، نگرانی از سلامت مادر، تلقین و پیشنهاد دیگران، هزینه زایمان سزارین و کل مقیاس به‌ترتیب ۰/۷۹۸، ۰/۷۳۳، ۰/۷۷۵، ۰/۷۰۲، ۰/۷۱۱ و ۰/۸۶۵ گزارش شده است (Ghadimi, et al., 2014).

پرسشنامه اضطراب حالت- صفت اسپیلبرگر^۲ (STAI) (Speilberger, 1983): این پرسشنامه شامل ۴۰ سوال چهارگزینه‌ای است که روی طیف لیکرت چهاردرجه‌ای از صفر (تقریباً هرگز) تا ۴ (تقریباً همیشه) پاسخ داده می‌شود. مقیاس اضطراب حالت از سؤال ۱ تا ۲۰ و اضطراب صفت از سؤال ۲۱ تا ۴۰ است. در تحقیق حاضر از بخش اضطراب‌صفت استفاده شد. ضریب آلفای کرونباخ برای مقیاس اضطراب حالت ۰/۹۲ و برای مقیاس اضطراب‌صفت ۰/۹۰ گزارش شده است. همبستگی این پرسشنامه با پرسشنامه پاسخ‌های مقابله‌ای نوجوانان معنی‌دار گزارش شده است (Aguilar-Vafaie, 2007).

¹ Attitude toward Delivery Mod

² Speilberger State-Trait Anxiety Inventory

پرسشنامه فاجعه‌سازی درد^۱(PCS): این پرسش‌نامه شامل ۱۳ عبارت در مورد افکار و احساسات فرد در طول تجارب دردناک گذشته است که دارای دو خرده‌مقیاس بزرگ‌نمایی و نشخوار ذهنی/ ناامیدی است (Rahmati, Asghari, Moghadam, Shairi, Paknejad & Rahmati, 2017). گویه‌ها در مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای از صفر (هرگز) تا ۴ (همیشه) نمره‌گذاری می‌شوند. نمره کل، دامنه‌ای بین صفر تا ۵۲ دارد و نمره بالاتر، نشانه سطح بالاتر افکار و احساسات فاجعه‌سازی است. آلفای کرونباخ برای نمره کل مقیاس برابر ۰/۸۷ بوده است (Sullivan, Bishop & Pivik, 1995). در نمونه ۱۹۵ نفری بیماران مبتلا به درد مزمن، ضریب آلفای کرونباخ برای خرده‌مقیاس‌های بزرگ‌نمایی، نشخوار ذهنی/ناامیدی و کل مقیاس به ترتیب ۰/۸۶، ۰/۸۰ و ۰/۸۹ گزارش شده است (Rahmati, et al., 2017).

پرسشنامه استرس ادراک‌شده^۲(PSS): این پرسش‌نامه با هدف ارزیابی درجه‌ای که در آن فرد، زندگی خود را استرس‌زا درک می‌کند، تهیه شده و دارای سه نسخه ۴، ۱۰ و ۱۴ ماده‌ای است (Cohen, Kamarak & Mermelstein, 1983). در این پژوهش از نسخه ۱۰ گویه‌ای استفاده شد. شیوه نمره‌گذاری پرسشنامه بر اساس طیف ۵ درجه‌ای لیکرت از صفر (هرگز) تا ۴ (خیلی زیاد) است. نمره بالاتر نشان دهنده استرس ادراک‌شده بیشتر است. آلفای کرونباخ این مقیاس ۰/۷۸ گزارش شده است (Cohen, et al., 1983). این مقیاس روی ۱۵۱ دانشجوی ایرانی اجرا و ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۵ گزارش شده است. (Mousavi & Ghorbani, 2007)

شیوه انجام پژوهش

در پژوهش حاضر از پرسشنامه کاغذی استفاده شد که شامل چهار پرسشنامه نگرش به سزارین، اضطراب‌صفت، فاجعه‌سازی درد و استرس ادراک شده بود. قسمت اول پرسشنامه شامل اطلاعات جمعیت‌شناختی بود. پژوهشگر در محل مراکز سلامت و پایگاه‌های بهداشتی حضور می‌یافت و ضمن معرفی خود، پس از کسب رضایت زنان باردار مراجعه‌کننده به مراکز و اطمینان‌بخشی به آنها از نظر محرمانه بودن اطلاعات، پرسشنامه‌ها را به صورت فردی در اختیار آنها قرار می‌داد و پس از تکمیل در همان روز دریافت می‌کرد.

روش تجزیه و تحلیل داده‌ها

تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS-24 و به روش ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون چندگانه به روش گام به گام انجام شد.

یافته‌ها

جدول ۱: ویژگی‌های جمعیت‌شناختی

| ویژگی‌ها | گروه‌ها | فراوانی | درصد فراوانی |
|----------|--------------|---------|--------------|
| سن زنان | ۲۵ تا ۳۰ سال | ۳۵ | ۴۳/۷ |

¹ Pain Catastrophizing Scale

² Perceived Stress Scale

دو فصلنامه
روانشناسی خانواده. سال

| | | | |
|------|----|--------------------|---------------------------------|
| ۲۸/۸ | ۲۳ | ۳۱ تا ۳۵ سال | |
| ۲۷/۵ | ۲۲ | ۳۶ تا ۴۰ سال | |
| ۳۲/۵ | ۲۶ | ۲۵ تا ۳۵ سال | سن همسران |
| ۵۱/۲ | ۴۱ | ۳۶ تا ۴۵ سال | |
| ۸/۸ | ۷ | ۴۶ تا ۵۰ سال | |
| ۷/۵ | ۶ | بیشتر از ۵۰ سال | |
| ۱۱/۳ | ۹ | زیر دیپلم | سطح تحصیلات زنان |
| ۳۲/۵ | ۲۶ | دیپلم | |
| ۵۶/۲ | ۴۵ | تحصیلات دانشگاهی | |
| ۱۲/۵ | ۱۰ | زیر دیپلم | سطح تحصیلات همسران |
| ۴۷/۵ | ۳۸ | دیپلم | |
| ۴۰ | ۳۲ | تحصیلات دانشگاهی | |
| ۹۶/۳ | ۷۷ | بیمه درمانی دارند | بیمه درمانی |
| ۳/۷ | ۳ | بیمه درمانی ندارند | |
| ۳۸/۸ | ۳۱ | بیمه تکمیلی دارند | بیمه تکمیلی |
| ۶۱/۲ | ۴۹ | بیمه تکمیلی ندارند | |
| ۳۵ | ۲۸ | شرکت داشته اند | شرکت در کلاس آمادگی برای زایمان |
| ۶۵ | ۵۲ | شرکت نداشته اند | |
| ۳۰ | ۲۴ | طبیعی | انتخاب نوع زایمان |
| ۷۰ | ۵۶ | سزارین | |

ویژگی‌های جمعیت شناختی نمونه در جدول ۱ آمده است. بیشترین تعداد نمونه در گروه سنی ۳۰-۲۵ سال با تحصیلات دانشگاهی بود.

جدول ۲: میانگین و انحراف استاندارد مقیاس‌ها

| متغیر | میانگین | انحراف استاندارد | کمترین نمره | بیشترین نمره | آلفای کرونباخ |
|-----------------|---------|------------------|-------------|--------------|---------------|
| نگرش به سزارین | ۳۹/۲۶ | ۶/۵۹ | ۲۸ | ۵۵ | ۰/۸۷ |
| اضطراب‌صفت | ۴۱/۶۳ | ۱۳/۴۸ | ۲۰ | ۷۳ | ۰/۸۷ |
| استرس ادراک‌شده | ۲۱/۸۶ | ۷/۵۸ | ۷ | ۳۸ | ۰/۹۲ |
| فاجعه‌سازی درد | ۲۴/۷۵ | ۱۰/۸۵ | ۲ | ۵۲ | ۰/۸۹ |

ویژگی‌های توصیفی مقیاس‌های مورد استفاده در جدول ۲ آمده است. همه پرسش‌نامه‌ها از میزان آلفای کرونباخ مناسب برخوردار بودند.

دو فصلنامه
روانشناسی خانواده. سال

جدول ۳: نتایج آزمون نرمال بودن متغیرها

| متغیرها | کولموگروف - اسمیرنوف | | کشیدهگی |
|-----------------|----------------------|--------------|---------|
| | آماره | سطح معناداری | |
| نگرش به سزارین | ۰/۱۶۶ | $P < ۰/۰۰۱$ | ۰/۶۱۳ |
| اضطراب صفت | ۰/۱۴۷ | $P < ۰/۰۰۱$ | ۰/۰۸۴ |
| استرس ادراک شده | ۰/۰۹۱ | ۰/۰۹۵ | ۰/۵۶۶ |
| فاجعه سازی درد | ۰/۰۸۵ | ۰/۲۰۰ | ۰/۴۹۰ |

برای بررسی نرمال بودن داده‌ها از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف^۱ و میزان چولگی و کشیدهگی استفاده شده است. نتایج آزمون کولموگروف-اسمیرنوف برای دو متغیر استرس ادراک شده و فاجعه سازی درد ($p \geq 0/05$) و نتایج بررسی میزان چولگی و کشیدهگی دو متغیر نگرش به سزارین و اضطراب صفت (قرارگیری در بازه ۲- و ۲+) اجازه استفاده از آزمون‌های پارامتریک را داد (جدول ۳).

نتایج آزمون همبستگی پیرسون نشان داد نگرش به سزارین با اضطراب صفت ($r=۰/۳۸۴$ ، $p=۰/۰۰۱$)، فاجعه سازی درد ($r=۰/۲۸۲$ ، $p=۰/۰۱۱$) و استرس ادراک شده ($r=۰/۳۴۶$ ، $p=۰/۰۰۲$) همبستگی مثبت و معنی دار داشت. بدین معنی که با افزایش هر یک از متغیرهای اضطراب صفت، فاجعه سازی درد و استرس ادراک شده، نگرش فرد نسبت به سزارین مثبت تر می شود.

جدول ۴: مدل رگرسیون پیش بینی نگرش زنان باردار نسبت به زایمان سزارین توسط اضطراب صفت، فاجعه سازی درد و استرس ادراک شده

| گام‌ها | منبع | مجموع مجذورات | درجه آزادی | میانگین مجذورات | F | سطح معناداری | R | ضریب تعیین | مقدار دوربین واتسون |
|---------------------------------------|------------|---------------|------------|-----------------|--------|--------------|-------|------------|---------------------|
| گام اول: اضطراب صفت | رگرسیون | ۵۰۶/۵۸۹ | ۱ | ۵۰۶/۵۸۹ | ۱۳/۵۱۰ | $P < ۰/۰۰۱$ | ۰/۳۸۴ | ۰/۱۴۸ | |
| | باقی مانده | ۲۹۲۴/۸۹۹ | ۷۸ | ۳۷/۴۹۹ | | | | | |
| | کل | ۳۴۳۱/۴۸۷ | ۷۹ | | | | | | |
| گام دوم: اضطراب صفت و استرس ادراک شده | رگرسیون | ۷۹۴/۴۷۰ | ۲ | ۳۹۷/۲۳۵ | ۱۱/۵۹۹ | $P < ۰/۰۰۱$ | ۰/۴۸۱ | ۰/۲۳۲ | |
| | باقی مانده | ۲۶۳۷/۰۱۸ | ۷۷ | ۳۴/۲۴۷ | | | | | |
| | کل | ۳۴۳۱/۴۸۷ | ۷۹ | | | | | | |

^۱ - Kolmogorov-Smirnov Test

دو فصلنامه
روانشناسی خانواده. سال

| | | | | | | | | | |
|-------|-------|-------|-------------|--------|---------|----|----------|------------|----------------------|
| ۱/۹۵۵ | ۰/۲۹۹ | ۰/۵۴۷ | $P < ۰/۰۰۱$ | ۱۰/۸۰۷ | ۳۴۲/۰۲۷ | ۳ | ۱۰۲۶/۰۸۱ | رگرسیون | گام سوم: هر سه متغیر |
| | | | | | ۳۱/۶۵۰ | ۷۶ | ۲۴۰۵/۴۰۷ | باقی مانده | |
| | | | | | | ۷۹ | ۳۴۳۱/۴۸۷ | کل | |

برای پیش‌بینی نگرش زنان باردار نسبت به زایمان سزارین توسط اضطراب‌صفت، فاجعه‌سازی درد و استرس ادراک شده، برای بالا بردن دقت مدل رگرسیونی و همچنین برای اینکه بتوان متغیرهای پیش‌بین را به ترتیب قدرت پیش‌بینی از قوی‌ترین به ضعیف‌ترین متغیر شناسایی نمود، از مدل رگرسیون چندگانه به روش گام به گام استفاده شد. بر اساس میزان همبستگی متغیرها با نگرش به سزارین، در گام نخست، اضطراب‌صفت، در گام دوم، اضطراب‌صفت و استرس ادراک‌شده و در گام سوم هر سه متغیر وارد تحلیل شدند (جدول ۴). همان‌طور که یافته‌ها نشان می‌دهد در هر سه گام میزان F معنی‌دار است. مقدار ضریب تبیین مدل در گام سوم که هر سه متغیر وارد تحلیل شدند، بیشترین مقدار و برابر با ۰/۲۹۹ بود؛ بدین معنا که ۳۰ درصد از واریانس نگرش زنان باردار نسبت به زایمان سزارین توسط اضطراب‌صفت، فاجعه‌سازی درد و استرس ادراک‌شده تبیین می‌شود. همچنین مقدار آماره دوربین و اتسون برابر با ۱/۹۵۵ و بیشتر از ۱/۵ بود که نشان می‌دهد مشکل خودهمبستگی بین باقی‌مانده‌ها در مدل رگرسیونی چندگانه وجود نداشت.

جدول ۵: ضرایب بتای استاندارد و غیراستاندارد و مدل اثرگذاری اضطراب‌صفت، فاجعه‌سازی درد و استرس ادراک‌شده بر نگرش زنان

باردار نسبت به زایمان سزارین

| گام‌ها | متغیر پیش بین | ضریب بتا | خطای استاندارد | بتای استاندارد | t آزمون | سطح معناداری |
|---------|-----------------|----------|----------------|----------------|---------|--------------|
| گام اول | مقدار ثابت | ۳۱/۴۴۳ | ۲/۲۳۵ | | ۱۴/۰۶۹ | $P < ۰/۰۰۱$ |
| | اضطراب‌صفت | ۰/۱۸۸ | ۰/۰۵۱ | ۰/۳۸۴ | ۳/۶۷۶ | $P < ۰/۰۰۱$ |
| گام دوم | مقدار ثابت | ۲۶/۸۰۱ | ۲/۶۶۹ | | ۱۰/۰۴۰ | $P < ۰/۰۰۱$ |
| | اضطراب‌صفت | ۰/۱۶۶ | ۰/۰۴۹ | ۰/۳۳۹ | ۳/۳۴۹ | $۰/۰۰۱$ |
| | استرس ادراک شده | ۰/۲۵۵ | ۰/۰۸۸ | ۰/۲۹۳ | ۲/۸۹۹ | $۰/۰۰۵$ |
| گام سوم | مقدار ثابت | ۲۳/۱۹۳ | ۲/۸۹۲ | | ۸/۰۲۰ | $P < ۰/۰۰۱$ |
| | اضطراب‌صفت | ۰/۱۵۶ | ۰/۰۴۸ | ۰/۳۱۹ | ۳/۲۷۸ | $۰/۰۰۲$ |
| | استرس ادراک شده | ۰/۲۵۹ | ۰/۰۸۴ | ۰/۲۹۸ | ۳/۰۶۱ | $۰/۰۰۳$ |
| | فاجعه‌سازی درد | ۰/۱۵۸ | ۰/۰۵۸ | ۰/۲۶۰ | ۲/۷۰۵ | $۰/۰۰۸$ |

بررسی ضرایب بتای استاندارد و غیراستاندارد و میزان t (جدول ۵) نشان داد در گام سوم که هر سه متغیر پیش‌بین (اضطراب‌صفت، استرس ادراک‌شده و فاجعه‌سازی درد) وارد مدل شدند، اضطراب‌صفت با ضریب بتای استاندارد ۰/۳۱۹ و مقدار t ۳/۲۷۸ بالاترین میزان پیش‌بینی‌کنندگی نگرش به سزارین را دارا بود؛ بدین معنی که با افزایش یک انحراف استاندارد

در نمره اضطراب‌صفت، نگرش زنان باردار نسبت به زایمان سزارین با توجه به مثبت بودن ضریب، ۰/۳۲ انحراف استاندارد بالاتر خواهد رفت. استرس ادراک‌شده با ضریب بتای استاندارد ۰/۲۹۸ و مقدار $t = ۳/۰۶۱$ در رتبه دوم و فاجعه‌سازی درد با ضریب بتای استاندارد ۰/۲۶۰ و مقدار $t = ۲/۷۰۵$ در رتبه سوم توانستند نگرش به سزارین را پیش‌بینی کنند. با توجه به مثبت بودن ضرایب، افزایش میزان استرس ادراک‌شده و فاجعه‌سازی درد، باعث ایجاد نگرش مثبت‌تر به سزارین می‌شود.

بحث

نتایج پژوهش بر اساس تحلیل مدل رگرسیون خطی چندگانه نشان داد اضطراب‌صفت، فاجعه‌سازی درد و استرس ادراک‌شده توانستند نگرش زنان باردار نسبت به زایمان سزارین را به صورت مستقیم پیش‌بینی کنند. از پژوهش‌های همسو با این یافته می‌توان به این موارد اشاره کرد؛ ارتباط استرس ادراک‌شده با نگرش به زایمان و انتخاب نوع زایمان در زنان باردار نخست‌زا (Moasheri, 2016; Sinaei, Abbaspoor, Hashemi & Javadifar, 2018)؛ ارتباط شدت ترس از زایمان با انتخاب نوع زایمان در زنان نخست‌زا (Andaroon, Kordi, Kimiaei, Esmaeili, 2017)؛ رابطه ترس از درد، ترس از زایمان و نگرش به سزارین با روش ارجح زایمان در زنان باردار (Moasheri, Sharifzadehm Soltanzadeh, Khosravi Givshad, 2016)؛ نقش ترس از درد و متغیرهای روانشناختی مرتبط با آن در پیش‌بینی زایمان سزارین (Rakhshany Zabol, 2016)؛ بررسی همبستگی بین نوع سزارین و اختلال استرس پس از زایمان در زنان باردار یونانی (Ghooshchian, et al., 2011)؛ تأثیر مدیریت استرس بر کاهش اضطراب بارداری و اضطراب‌حالت/صفت (Dareshoury Mohammadi, Bosaknejad, & Sarvghad, 2003) و رابطه مثبت میان اضطراب‌صفت و نگرش مثبت به زایمان سزارین (Orovou, et al., 2020; Sun, Huang, Hu, Yan, Xu, Zhu, 2019; Koelewijn, Sluijs, Vrijkotte, 2017).

در مورد رابطه مثبت میان اضطراب‌صفت و نگرش به سزارین، و اینکه اضطراب‌صفت بهتر از بقیه متغیرها توانست نگرش مثبت به سزارین را پیش‌بینی نماید، توجه به این مضمون مفید است که اضطراب‌صفت، مفهومی است مشابه روان‌رنجورخویی که فرد را برای تجربه عاطفه منفی و احساس نارضایتی و ناخشنودی مزمز آماده نگه می‌دارد (Whatson, Clarck, & Tellegen, 1988). افراد دارای اضطراب‌صفت بالا علاوه بر آسیب‌پذیری هیجانی، درگیر توجه و تمرکز بیش از حد بر افکار منفی می‌شوند که در نهایت منجر به شکل‌گیری باورهای فراشناختی ناکارآمد می‌شود. سطح بالای اضطراب‌صفت، اضطراب‌حالت بیشتر و در نتیجه آسیب‌های جسمانی و روانی بیشتر را در فرد ایجاد می‌کند و چرخه معیوب اضطراب را در آن‌ها به وجود می‌آورد (Carter & Barlow, 1995). این مدل اضطراب در دوران بارداری موجب ترس مادر باردار از درد زایمان طبیعی شده، علیرغم آگاهی به عوارض سزارین، نگرشی مثبت نسبت به آن در مادران باردار نخست‌زا ایجاد می‌کند. بنابراین بالان بودن اضطراب‌صفت، خود می‌تواند به فاجعه‌سازی درد بیشتر و همچنین میزان بیشتر استرس ادراک‌شده نیز منجر شود.

در تبیین رابطه مثبت میان فاجعه‌سازی درد و نگرش به سزارین، می‌توان گفت فاجعه‌سازی درد یکی از قوی‌ترین عوامل روان‌شناختی در پیش‌بینی تجربه درد است. فاجعه‌آمیز کردن درد با افزایش درد، اضطراب، پریشانی، فرآیندهای عاطفی و

دو فصلنامه

روانشناسی خانواده. سال

همچنین ناتوانی همراه است. به علاوه کسانی که درد را فاجعه‌سازی می‌کنند، انتظار درد بیشتری دارند و میزان بهبودی کمتری را پس از زایمان نسبت به کسانی که فاجعه‌سازی نمی‌کنند، گزارش می‌کنند. فاجعه‌سازی درد می‌تواند در زایمان منبع تهدیدی برای زنان باشد که به دنبال این تهدید، افکار فاجعه‌آمیز تشدید می‌شود و آن‌گاه برآورد بالا از شدت درد زایمان و دست کم گرفتن توانایی‌های مقابله با درد در زنان باردار نخست‌زا بروز پیدا می‌کند، که با یافته دیگر پژوهش‌ها نیز (Ghooshchian, et al., 2011) همسو است. از آنجایی که ترس از زایمان یکی از متغیرهای شناختی مهم و منفی و مرتبط با احساسات ترس و اضطراب است، زنان نخست‌زا به دلیل عدم تجربه زایمان، تصور می‌کنند درد زایمان بسیار جانکاه و غیرقابل تحمل است، این تصور باعث ایجاد هیجانات منفی شدید در آنها می‌شود که در صورت ناتوانی در کنترل هیجانات خود، باعث ایجاد اختلال در پاسخ‌های فیزیولوژیک و فرایندهای ذهنی مانند توجه، حافظه و تصمیم‌گیری می‌شود. مهم‌ترین دلیل ایجاد ترس از زایمان که در مطالعات متفاوت به آن اشاره شده، ترس از درد است. در واقع اگر ترس از درد حالت غیرمنطقی و مرضی به خود بگیرد، منجر به شکل‌گیری میل به اجتناب از منبع درد می‌شود. در افراد با ترس بالا از درد زایمان نیز انتخاب سزارین، خود یک رفتار اجتناب از درد است. از طرف دیگر حتی در صورت عدم اجتناب از زایمان طبیعی، ترس از درد می‌تواند در زایمان، منبع تهدیدی برای زنان باشد؛ چراکه باعث می‌شود برآورد بالا از شدت درد و دست کم گرفتن توانایی‌های مقابله با درد بروز پیدا کند. ترس از درد، از طریق ایجاد تنش، باعث تشدید احساس درد می‌شود و فاجعه‌آمیز کردن درد با افزایش درد، اضطراب، استرس، پریشانی، فرایندهای عاطفی و همچنین ناتوانی همراه است و این موارد خود موجب انتخاب زایمان به روش سزارین در بین زنان باردار نخست‌زا می‌شود.

بر اساس یافته‌های پژوهش حاضر که اضطراب‌صفت، فاجعه‌سازی درد و استرس ادراک‌شده، نگرش زنان باردار نسبت به زایمان سزارین را پیش‌بینی می‌کنند، ارائه اطلاعات در مورد شیوه زایمان، یادآوری توانمندی انسان برای مقابله با این درد و توضیح چرخه میان متغیرهای مورد بررسی، در کنار آموزش روش‌های کاهش اضطراب و استرس می‌تواند از تمایل زنان باردار نخست‌زا به زایمان سزارین بکاهد.

پژوهش حاضر در دوران کرونا انجام شد. این امر به دلیل عدم تمایل برخی از خانم‌های باردار به حضور طولانی‌مدت در مرکز سلامت برای پاسخ‌گویی به پرسش‌نامه، به طولانی شدن مدت زمان نمونه‌گیری منجر شد. همچنین نمونه‌گیری فقط در مراکز خدمات جامع سلامت و پایگاه‌های بهداشت صورت گرفت. از آنجا که افراد با سطح اجتماعی-اقتصادی بالاتر بیشتر به مراکز خصوصی مراجعه می‌کنند، لازم است این مسئله در تحلیل داده‌ها مدنظر قرار گیرد. انجام پژوهش در شهرهای دیگر می‌تواند نقش عوامل فرهنگی و قومی را مشخص سازد. همچنین بررسی نقش وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، سازمان نظام پزشکی، انجمن متخصصان زنان و زایمان و پزشکان در ترغیب زنان به زایمان طبیعی پیشنهاد می‌شود.

تشکر و سپاسگزاری

بدین‌وسیله از تمامی مشارکت‌کنندگان در پژوهش حاضر که انجام پژوهش را امکان‌پذیر ساختند، قدردانی می‌شود.

تعارض منافع

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد در دانشگاه آزاد اسلامی است و بنا به اظهار نویسنده مسئول مقاله، حمایت مالی از پژوهش و تعارض منافع وجود نداشته است.

References

- Aguilar-Vafaie, M.E. (2007). Psychometric properties of youth coping responses inventory in a study on patients undergoing treatment for cancer. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, 12 (4) :315-326 [In Persian]
- Andaroon, A., Kordi, M., Kimiaei, S.A., Esmacili, H. (2017). Relationship between Intensity of fear of Childbirth with choosing mode of delivery in Primiparous Women. *The Iranian Journal of Obstetrics, gynecology and Infertility*, 20 (5), 68-75. [In Persian]
- Babanazari, L., Kafi, S.M. (2008). Relationship of pregnancy anxiety to its different periods, sexual satisfaction and demographic factors. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, 14(2):206-13. [In Persian]
- Barlow, D.H., Rapee, R.M. & Reisner, L.C. (2001). *Mastering Stress*. American Health Publishing Company.
- Berggren, N., Blonievsky, T. Derakshan, N. (2015). Enhanced visual detection in trait anxiety. *Emotion*, 15(4), 477-483.
- Busch, E.L., Martin, C., DeWalt, D.A. (2015). Sandler RS. Functional health literacy, chemotherapy decisions, and outcomes among a colorectal cancer cohort. *Cancer Control*, 22(1), 95-101.
- Carter, M.M., & Barlow, D.H. (1995). Learned alarms: The origins of panic. In W. T. O'Donohue & L. Krasner (Eds.), *Theories of behavior therapy: Exploring behavior change* (pp. 209–228).
- Cattaruzza, A. (2014). Difficulties in the treatment of depression during pregnancy and postpartum depression. *Journal of Infant, Child and Adolescent Psychotherapy*, 13,75-87.
- Chaves, J. F., Brown, J. M. (1987). Spontaneous cognitive strategies for the control of clinical pain and stress. *Journal of Behavioral Medicine*, 10, 263–276.
- Cohen, S., Kamarak, T., Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24(4), 385-396.
- Costello, C., Comrey, A. (1967). Scales for measuring depression and anxiety. *Journal of Psychology*, 66(2), 303-313.
- Dareshouri Mohammadi, Z., Bosaknejad, S., & Sarvghad, S. (2013). A survey on the effectiveness of stress management training with cognitive-behavioral group therapy approach on state/trait anxiety, pregnancy anxiety and mental health of primiparous women. *Jentashapir Journal of Cellular and Molecular Biology (Jentashapir Journal of Health Research)*, 3(4 (9)), 495-504. [In Persian]
- Doroudian, N., Maddahi, M.E., Khal'atbary, M. (2019). A Comparison of the Impact of Cognitive-Behavioral Therapy and Acceptance and Commitment Therapy on the Emotional Regulation and

دو فصلنامه
روانشناسی خانواده. سال

- Self-Efficacy of Women with Social Anxiety. *The Women and families Cultural-Educational*, 13 (44), 89-108. [In Persian]
- Faisal-Cury, A., Rossi Menezes, P. (2007). Prevalence of anxiety and depression during pregnancy in a private setting sample. *Archives of Women's Mental Health*, 10(1): 25-32.
- Folkman, S., Lazarus, R.S., Pimley, S., Novacek, J. (1987). Age differences in stress and coping processes. *Psychology Aging*, 2(2), 171-84.
- Ghadimi, M.R., Rasouli, M., Motahar, S., Lajevardi, Z., Imani, A., Chobsaz, A., Razeghian, S. (2014). Affecting Factors the Choice of Delivery and Attitude of Pregnant Women Admitted to the Civil Hospitals, the Social Security Organization in 2013. *Journal of Sabzevar University of Medical Sciences*, 21(2), 310- 319. [In Persian]
- Ghooshchian, S., Dehghani, M., Khorsandi, M., Farzad. V. (2011). The Role of Fear of Pain and Related Psychological Variables in Prediction of Cesarean Labor. *Arak Medical University Journal (AMUJ)*, 14(3), 45-54. [In Persian]
- Gucht, N., Lewis, K. (2015). Women's experiences of coping with pain during childbirth: A critical review of qualitative research. *Midwifery*, 31, 349–358.
- Hannah, M.E., Whyte, H., Hannah, W.J., Hewson, S., Amankwah, K., Cheng, M., Gafni, A., Guselle, P., Helewa, M., Hodnett, E.D., Hutton, E., Kung, R., McKay, D., Ross, S., Saigal, S., Willan, A. (2004). Maternal outcomes at 2 years after planned cesarean section versus planned vaginal birth for breech presentation at term: The international randomized Term Breech Trial. *Am J Obstet Gynecol*, 191, 917–927.
- Holmes, T.H., & Rahe, R.H. (1967). The Social Readjustment Rating Scale. *Journal of Psychosomatic Research*, 11(2), 213–218.
- Imanparast, R., Bermas, H., Danesh, E., Ajoudani, Z. (2014). The effect of cognitive behavior therapy on anxiety reduction of first normal vaginal delivery. *Journal of Shahid Sadoughi University of Medical Sciences and Health Services*, 22(1), 974-980. [In Persian]
- Koelewijn JM, Sluijs AM, Vrijkotte, T. GM. (2017). Possible relationship between general and pregnancy-related anxiety during the first half of pregnancy and the birth process: a prospective cohort study. *BMJ Open*, 7(5):013413.
- Leeuw, M., Goossens, M. E., Linton, S. J., Crombez, G., Boersma, K., Vlaeyen, J. W. (2007). The fear-avoidance model of musculoskeletal pain: current state of scientific evidence. *Journal of Behavioral Medicine*, 30, 77–94.
- McEwen, B.S. (2007). Physiology and neurobiology of stress and adaptation: central role of the brain. *Physiological reviews*, 87(3), 873-904.
- Moasheri, B.N., Sharifzadehm G., Soltanzadeh, V., Khosravi Givshad, z., Rakhshany Zabol, F. (2016). Relationship between fear of pain, fear of delivery and attitude towards cesarean section with preferred mode of delivery among pregnant women. *The Iranian Journal of Obstetrics, gynecology and Infertility*, 18, 8-16. [In Persian]

- Mohammadzadeh, K.A., Afradi Asbaghrani, P. (2015). The effective determinants in willingness to cesarean section (The case of pregnant women in Tehran). *Women in Development & Politics*, 13(3), 357-376. [In Persian]
- Mousavi, A.S., Ghorbani, N. (2007). Self-knowledge, self-criticism, and psychological health. *Psychological Studies*, 2(3&4), 75-91. [In Persian]
- Nakamura, N., & Tsong, Y. (2019). Perceived stress, psychological functioning, and resilience among individuals in same-sex binational relationships. *Psychology of Sexual Orientation and Gender Diversity*, 6(2), 175-181.
- Neshat, p., Jonaidy, E. (2010). Relationship between pregnant women's knowledge about pain reducing methods and cesarean section. *Journal of Medical Science of Islamic Azad University of Mashhad*, 6,3(23), 201-208. [In Persian]
- Orovou, E., Dagla, M., Iatrakis, G., Lykeridou, A., Tzavara, C., Antoniou, E. (2020). Correlation between Kind of Cesarean Section and Posttraumatic Stress Disorder in Greek Women. *International Journal Environmental Research and Public Health*, 17, 1592.
- Rafiee, B., Akbarzadeh, M., Asadi, N., Zare, N. (2013). Comparison of attachment and relaxation training effects on anxiety in third trimester and postpartum depression among primipara women. *Hayat*, 9(1), 76-88. [In Persian]
- Rahmati, N., Asghari Moghadam, M., Shairi, M., Paknejad, M., Rahmati, Z., Ghassami, M., Marufi, N., Naeb Aghaee, H. (2017). A Study of the Psychometric Properties of the Pain Catastrophizing Scale Amongst Iranian Patients with Chronic Persistent Pain. *Journal of Ilam University of Medical Sciences*, 25(1), 63-79. DOI: 10.29252/sjimu.25.1.63. [In Persian]
- Rasouli, P., Shobeiri, F., Cheraghi, F., Rasouli, R., Ghanbari, V. (2016). Study of the relationship of anxiety and depression in third trimester pregnancy on growth index of neonates and preterm delivery. *Iranian Journal of Pediatric Nursing*, 2(4):1-9. [In Persian]
- Rosa, F., Perugin, G., Schettini, D. Romano, N., Romeo, S., Podestà, R., Guastavino, A., Casaleggio, A., Gandolfo, N. (2019). Imaging findings of cesarean delivery complications: cesarean scar disease and much more. *Insights Imaging*, 10(1), 98.
- Sadock, B.J., Sadock, V.A., & Ronize, P. (2014). *Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/Clinical Psychiatry*, Eleventh Edition. Lippincott Williams & Wilkins.
- Shahhosseini, Z., Abedian, K., Azimi, H. (2008). Role of anxiety during pregnancy in preterm delivery. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences*, 16 (63):85-92. (Persian).
- Siligman, M., walker, E., & Rosenban, D. (2001). *Abnormal psychology*. New yourk:w.w.notron & company.
- Sinaei, A., Abbaspoor, Z., Hashemi, S.E., Javadifar, N. (2018). The Relationship between Perceived Stress and Attitude towards Delivery and Choosing Mode of Delivery among Pregnant Women. *Journal of Babol University of Medical Sciences*, 20(5), 61-67. [In Persian]

دو فصلنامه
روانشناسی خانواده. سال

Smeets, T., Otgaar, H., Candel, I. & Wolf, O.T. (2008). True or false? Memory is differentially affected by stress-induced cortisol elevations and sympathetic activity at consolidation and retrieval. *Psychoneuroendocrinology*, 33(10), 1378-1386.

Spaich, S., Welzel, G., Berlit, S., Temerinac, D., Tuschy, B., Sutterlin, M., Kehl, S. (2013). Mode of delivery and its influence on women's satisfaction with childbirth. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*, 170(2):401-406.

Speilberger, C.D. (1983). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory: STAI (Form y)*. Palo Alto, CA: Consulting Pssychologist Press.

Sturgeon, J. A., Zautra, A. J., Arewasikporn, A. (2014). A multilevel structural equation modeling analysis of vulnerabilities and resilience resources influencing affective adaption to chronic pain. *Pain*, 155(2), 292-298.

Sullivan, M.J.L., Bishop, S., & Pivik, J. (1995). The Pain Catastrophizing Scale: development and validation. *Psychology Assessment*, 7(4), 524-532.

Sun, Y., Huang, K., Hu, Y., Yan, S., Xu, Y., Zhu, P., et al. (2019). Pregnancy-specific anxiety and elective cesarean section in primiparas: A cohort study in China. *PLoS ONE*, 14(5), e0216870.

Szczygiel, D., Buczny, J., Bazinska, R. (2012). Emotion regulation and emotional information processing: the moderating effect of emotional awareness. *Personality and Individual differences*, 52(3), 433-437.

Tavassoli, A., Kalari, F., Zafari Dizji, A. (2014). Social Factors affecting Cesarean Trend in pregnant women. *Faslnameh-i akhlaq-i pizishki*, 8(29), 145-170. [In Persian]

Watson, D., Clark, L.A., Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect – the Panas Scales. *J. Pers. Soc. Psychol.* 54, 1063-1070.

Wilson Van Voorhis, C.R., L Morgan, B. (2007). Understanding power and rules of thumb for determining sample size. *Methods for Psychology*, 3(2), 43-50.