

بررسی مقایسه‌ای منبع کنترل سلامت، خودکارآمدی و سرسختی روانشناختی
بین زنان با تجربه زایمان طبیعی و سزارین

**A comparative study of the source of health control, self-efficacy
and psychological toughness between women with natural childbirth
and cesarean section**

Zahra Chegeni Nezhad

Dept. of Psychology, Danesh Alborz University,
Alborz, Iran.

Email: zhacegeni72@gmail.com

زهرا چگنی نژاد*

گروه روان‌شناسی، دانشگاه دانش البرز، البرز، ایران.

Leila Torabian

Dept. of Psychology, Danesh Alborz University,
Alborz, Iran.

لیلا ترابیان

گروه روان‌شناسی، دانشگاه دانش البرز، البرز، ایران.

Abstract

Given the growing demand for cesarean delivery, it seems that one of the most important factors that can reduce unnecessary cesarean section; Psychological factors. Therefore, the aim of this study was to compare the source of health control, self-efficacy and psychological toughness among women experiencing natural childbirth and cesarean section. The present research design is a descriptive comparative causal type. Sample selection was done by purposeful method. From the statistical population of the present study, which includes women with experience of natural childbirth and cesarean section in the last five years referring to Nazarabad city health center, 90 people were selected as a sample of the present study by a purposeful method. The questionnaire of Elston et al.'s Health Control Center (1978), Scherer et al.'s self-efficacy (1982) and Ahvaz psychological hardiness (1997) were used as tools. Data analysis was performed by multivariate analysis of variance. According to the research results, there is a statistically significant difference between the two groups with the experience of normal delivery and cesarean section in terms of control source dimensions and psychological hardiness. There was no significant difference between the two groups in

چکیده

با توجه به روند رو به رشد تقاضا برای زایمان سزارین، به نظر می‌رسد یکی از مهم‌ترین عواملی که می‌تواند بر کاهش سزارین غیرضروری تاثیرگذار باشد؛ عوامل روانشناختی است. بنابراین هدف پژوهش حاضر بررسی مقایسه‌ای منبع کنترل سلامت، خودکارآمدی و سرسختی روانشناختی در بین زنان با تجربه زایمان طبیعی و سزارین می‌باشد. طرح پژوهش حاضر توصیفی از نوع علی مقایسه‌ای است. انتخاب نمونه به روش هدفمند صورت گرفت. از جامعه آماری پژوهش حاضر که شامل زنان با تجربه زایمان طبیعی و سزارین در پنج سال اخیر مراجعه کننده به مرکز بهداشت شهرستان نظرآباد می‌باشد، تعداد ۹۰ نفر با روش هدفمند به عنوان نمونه پژوهش حاضر انتخاب شدند. از پرسشنامه کانون کنترل سلامت والسطن و همکاران (۱۹۷۸)، خودکارآمدی شرر و همکاران (۱۹۸۲) و سرسختی روانشناختی اهواز (۱۳۷۶) به عنوان ابزار استفاده شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با روش تحلیل واریانس چندمتغیره انجام شد. با توجه به نتایج پژوهش بین دو گروه با تجربه زایمان طبیعی و سزارین از لحاظ ابعاد منبع کنترل و سرسختی روان شناختی تفاوت معنادار آماری وجود دارد. بین دو گروه از لحاظ خودکارآمدی تفاوت معنادار مشاهده نشد. براساس یافته‌های پژوهش جهت کاهش روند رو به رشد سزارین انتخابی می‌توان به متغیرهای روان-شناختی موثر تمرکز نمود.

واژه‌های کلیدی: منبع کنترل سلامت، خودکارآمدی، سرسختی روانشناختی، زایمان طبیعی، سزارین.

terms of self-efficacy. Based on the research findings, to reduce the growing trend of elective cesarean section, we can focus on effective psychological variables.

Keywords: source of health control, self-efficacy, psychological hardiness, natural childbirth, cesarean section.

نوع مقاله: پژوهشی	دریافت: آبان ۱۴۰۰	پذیرش: دی ۱۴۰۰
-------------------	-------------------	----------------

مقدمه

زایمان طبیعی بهترین روش در زایمان است، و انجام عمل سزارین زمانی پیشنهاد می‌شود که زایمان طبیعی میسر نباشد، یا روش زایمان طبیعی برای مادر و جنین خطرناک باشد. در طول سال‌های گذشته، شیوع سزارین در سراسر جهان افزایش داشته است و دومین میزان جراحی جهان را سزارین به خود اختصاص داده است (اکبرزاده، طلایی، توسلی، جلالیان، طالبی و همکاران، ۱۳۹۴؛ رئوفی، خسروزاده، احدی‌نژاد، خان محمدی، عارفی، و همکاران، ۱۳۹۹؛ کلمنت^۱، لوبل و دکا^۲، ۲۰۰۷). بر طبق گزارش سازمان بهداشت جهانی در سال (۲۰۱۵) ایران با ۴۸٪ سزارین چهارمین کشور دنیا از لحاظ نرخ بالای سزارین است (امین‌الرعايي و آقایی، ۱۳۹۷). عدم فرهنگ‌سازی مناسب، ترس از عوارض جنینی و مادری در زایمان طبیعی، در دسترس نبودن آموزش زایمان فیزیولوژیک و بی‌درد در سطح وسیع، عدم مهارت کافی در استفاده از ابزارهای زایمان طبیعی مانند وکیوم، عدم نظارت کافی بر علمی بودن اندیکاسیونهای سزارین باعث افزایش سزارین در برابر زایمان طبیعی شده است (نجفی، کشاورز، مرادیان، ۱۳۹۶). شاخص سزارین در سال ۱۳۹۲ در ایران ۵۶٪ بوده که از میزان ۱۰ تا ۱۵ درصدی پیشنهادی سازمان بهداشت جهانی بسیار بیشتر است (مصدق راد، تاجور، جان بابایی، پارسایان، بابایی و همکاران، ۱۳۹۹). بر همین اساس به منظور کاهش آمار سزارین و ترویج زایمان طبیعی طرح تحول نظام سلامت از سال ۹۳ عملیاتی شد. یکی از اهداف این طرح رساندن میزان سزارین به ۲۵ الی ۳۰ درصد می‌باشد. اگرچه با اجرای این طرح روند نزولی میزان سزارین در کشور ما آغاز شده است.

افزایش میزان زایمان سزارین با عوارض و مشکلاتی برای مادر و نوزاد از جمله خونریزی، عوارض بیهوشی برای مادر و نوزاد، آمبولی، عفونت محل زخم، کاهش وزن نوزاد، و عوارض روانی برای مادر همراه است و همچنین باعث تحمیل هزینه‌های اضافی به نظام بهداشتی- درمانی و خانواده می‌گردد، از این رو سزارین به عنوان یکی از مشکلات عمده نظام سلامت مطرح بوده است و مسئولین نظام سلامت را بر آن داشته که به دنبال راهکارهای مناسب در جهت کاهش این روند باشند (رئوفی، خسروزاده، احدی‌نژاد، خان محمدی، عارفی، و همکاران، ۱۳۹۹). کمیته بین‌المللی زنان و مامایی اعلام کرده است، که انجام سزارین انتخابی بدون دلایل پزشکی افزایش یافته است. دو دلیل عمده در انجام و افزایش سزارین نقش دارند که، سزارین به دلیل فاکتورهای طبی و دلایل پزشکی، و سزارین به دلیل تقاضای فرد می‌باشد (ابراهیمی پور و همکاران، ۱۳۹۵). پژوهش (النکیب، عبدالنواب، اربی و حسنین^۳، ۲۰۱۹) نیز نشان داد افزایش نرخ سزارین ترکیبی از عوامل پزشکی و غیرپزشکی موثر است و تعداد قابل توجهی از زایمانهای سزارین در غیاب توجیه پزشکی قوی انجام شده است. به نظر می‌رسد در بین زنانی که بدون فاکتورهای طبی، روش سزارین را انتخاب می‌کنند، عوامل روانشناختی مانند میزان خودکارآمدی پایین، ترس از زایمان، فاجعه‌سازی درد،

¹ Clement

² Lobel & Deluca

³ Elnakib, Abdel-Tawab, Orbay, Hassanein

استرس و اضطراب نقش مهمی داشته باشد (مخولی، عریان، حسن زاده، زمانی علویچه، ۱۳۹۷، گاس کوسکا^۴، ۲۰۱۴، تورک و ویلسون^۵، ۲۰۱۰).

یکی از عواملی که به نظر می‌رسد در این زمینه نقش داشته باشد منبع کنترل است. مفهوم منبع کنترل، نشان می‌دهد که داشتن کنترل درونی و بیرونی می‌تواند بر سلامتی تاثیرگذار باشد. افراد دارای منبع کنترل درونی، دارای باورهای قوی در تصمیم‌گیری و انجام رفتارهای بهداشتی بوده و خود را مسئول سلامتی خود می‌دانند. در مقابل افراد دارای منبع کنترل بیرونی، معمولاً خود را مسئول سلامتی خود ندانسته، و عواملی مانند قضا و قدر، شانس، پزشک و نیروی قدرتمند دیگران را در ارتباط با بیماری یا سلامتی خود مسئول می‌دانند. بنابراین برخورداری از منبع کنترل سلامت یعنی باور فرد بر این موضوع که محیط تحت کنترل وی است، یا خود تحت کنترل محیط قرار دارد (فتح‌آبادی، ایزددوست، تقوایی، شلانی، صادقی، ۱۳۹۷).

می‌توان خودکارآمدی را به عنوان یکی از مولفه‌های مهم در تنظیم رفتار، قضاوت‌های کارآمد و ناکارآمد، در رویارویی با وقایع زندگی دانست؛ این نگرش‌ها می‌تواند پیش‌بینی کننده نحوه رفتار افراد در مواجهه با وقایع زندگی باشد (سعادت، مذبوحی، ۱۳۹۷). بر اساس یافته‌های پژوهش خجسته و همکاران (۱۳۹۷) زنانی که از خودکارآمدی بالایی برخوردار هستند زایمان طبیعی را انتخاب می‌کنند. بنابراین بین خودکارآمدی در زایمان و انتخاب زایمان طبیعی ارتباط وجود دارد و فقدان اعتماد به نفس در زایمان طبیعی و عدم سازگاری با آن، می‌تواند مهمترین دلیل برای سزارین انتخابی باشد، در صورتی که مادر باردار باور کند نمی‌تواند موقعیت لیبر "انقباضات رحم برای زایمان" را تحت کنترل خود درآورد، معمولاً زایمان سزارین را انتخاب می‌کند. خودکارآمدی زایمان یک عامل روانی اجتماعی است که، می‌تواند از طریق مداخلات تقویت کننده اثر، منجر به کاهش درد و رنج فعال زایمان شود (تیلدن، کاگی، لی و امیس^۶، ۲۰۱۸). خودکارآمدی عاملی اساسی در طرز تفکر، احساس و رفتار در شرایط استرس‌زا و چالش‌انگیز می‌باشد و می‌تواند، توانایی افراد را برای مقابله موفقیت‌آمیز با این موقعیت‌ها افزایش دهد (گالهاردو، کانه و گوویا، ۲۰۱۳). انتظار می‌رود زنان در دوره زایمان با داشتن خودکارآمدی بتوانند با تصمیم‌گیری مناسب شرایط را به نفع خود کنند (هارجی^۷، ۲۰۰۵، کیم^۸، ۲۰۰۱). زنانی که خودکارآمدی پایینی در زایمان دارند می‌توانند نتوانند به خوبی با درد زایمان مقابله کنند. از این رو خودکارآمدی می‌تواند در انتخاب نوع زایمان نقش مهمی داشته باشد. از طرف دیگر نگرش نادرست نسبت به زایمان و سطوح بالای اضطراب در طول بارداری می‌تواند باعث افزایش میزان سزارین انتخابی شود (نیکبخت مقدم، صادقی اول شهر، امینی، حقانی، ۱۳۹۹).

سرسختی روانشناختی عامل دیگری است که بنظر می‌رسد می‌تواند در انتخاب نوع زایمان نقش داشته باشد. از نظر کوباسا (۱۹۸۸) فرد سرسخت کسی است که سه مشخصه دارد: ۱- اعتقاد به اینکه قادر به کنترل و تاثیرگذاری بر روی حوادث است و عوامل فشارزا را قابل تغییر می‌داند (کنترل). ۲- توانایی احساس عمیق درآمیختگی و یا تعهد نسبت به فعالیت‌هایی که انجام می‌دهد (تعهد). ۳- انتظار این که تغییر، یک مبارزه هیجان‌انگیز برای رشد بیشتر است و آن را جنبه عادی از زندگی می‌دانند (چالش)؛ (عظیمی، شریعتمدار، نعیمی، ۱۳۹۷). با توجه به اینکه حاملگی و زایمان دوره‌هایی از زندگی زن می‌باشند که تغییرات مهم فیزیولوژیکی و روانی در زن ایجاد می‌شود، ممکن است در برخی موارد منجر به بروز بیماری‌های روانی از جمله افسردگی پس از زایمان و اضطراب شود (کمالی، تفضلی، ابراهیمی، حسینی، ساکی و همکاران، ۱۳۹۷). همچنین زایمان سزارین و عوارض بیهوشی ناشی از آن، از عوامل تهدیدکننده‌ی قابل توجه برای زنان در ایجاد اختلال استرس پس از سانحه شناخته شد (لوپز،

⁴ Guskowska

⁵ Turk & Wilson

⁶ Tilden, Caughey, Lee & Emeis

⁷ Galharo, Cunha, Gouveia

⁸ Hatgi

⁹ Kim

بررسی مقایسه‌ای منبع کنترل سلامت، خودکارآمدی و سرسختی روانشناختی بین زنان با تجربه زایمان طبیعی و سزارین

می‌یر، لسن لین و اپینی^{۱۰}، ۲۰۱۷). افراد سخت‌رو تمایل دارند که موقعیت استرس‌زا را به عنوان یک موقعیت چالش برانگیز تفسیر کنند، آنها احساس تعهد بیشتری نسبت به کارشان دارند و استرس‌ها را به عنوان فرصت‌های بالقوه برای تغییر در نظر می‌گیرند (کوباسا و پیوکستی، ۱۹۸۲؛ کرمی مقدم، انتصار فومنی، حجازی، ۱۳۹۷). با توجه به مسائل مطرح شده پژوهش‌های معدودی به بررسی عوامل روانشناختی موثر بر انتخاب نوع زایمان پرداخته‌اند. از این رو پژوهش حاضر با هدف مقایسه منبع کنترل سلامت، خودکارآمدی و سرسختی روانشناختی در بین زنان با تجربه زایمان طبیعی و سزارین انجام شده است.

روش پژوهش

پژوهش حاضر در قالب یک مطالعه توصیفی با روش علی-مقایسه‌ای^{۱۱} انجام شده است. جامعه آماری کلیه زنان با تجربه زایمان طبیعی و سزارین که در پنج سال اخیر (از ۱۳۹۵ تا ۱۴۰۰) به مرکز بهداشت شهرستان نظرآباد مراجعه نموده‌اند، می‌باشد. نمونه‌گیری با استفاده از روش هدفمند انجام شد و تعداد ۹۰ نفر به عنوان نمونه مورد پژوهش انتخاب و در دو گروه (با تجربه زایمان طبیعی و سزارین) قرار گرفتند.

ملاک‌های رود به پژوهش داشتن پرونده پزشکی زایمان و تنظیم خانواده در مراکز بهداشت شهرستان نظرآباد، حداقل تحصیلات در خواندن و نوشتن، برخورداری از سلامت روانشناختی، عدم مصرف داروهای روانشناختی و ملاک‌های خروج شامل داشتن اختلالات روانی تشخیص داده شده و مصرف داروهای روانپزشکی بود، و همچنین داشتن بیماری جسمی خاصی که منجر به توصیه پزشک برای سزارین شده بود.

ابزارهای مورد استفاده

پرسشنامه اطلاعات فردی و جمعیت شناختی: این پرسشنامه توسط محقق ساخته شده، و شامل سن، جنسیت، وضعیت تأهل، میزان تحصیلات، نوع زایمان و ... است که به صورت خودگزارش‌دهی توسط آزمودنی‌ها تکمیل شد.

پرسشنامه منبع کنترل سلامت: پرسشنامه منبع کنترل سلامت توسط والستون، والستون و دولیس^{۱۲} در سال (۱۹۷۸) برای سنجش منبع کنترل سلامت افراد طراحی شد. این فرم از ۱۸ گویه با ۳ زیر مقیاس کنترل درونی، افراد قدرتمند و شانس با سیستم نمره گذاری لیکرت تشکیل شده است. مطالعه مانی و همکاران (۱۳۹۷) مشخص کرد که مقیاس چندوجهی منبع کنترل سلامت دارای پایایی قابل قبول می‌باشد که با ضریب آلفای ۰/۸۵ و در مورد خرده مقیاس‌ها، ضریب بین ۰/۶۳ الی ۰/۷۹ بدست آمده است. در مورد روایی ابزار، از روش‌های روایی صوری، روایی همزمان و روایی سازه استفاده شده است. براساس روایی سازه، آزمون در فرم فارسی دارای ۴ عامل است. در رابطه با روایی همزمان، آزمون همبستگی قابل قبولی با پرسشنامه جایگاه‌مهاردرونی، بیرونی لونسون داشت.

پرسشنامه خودکارآمدی عمومی شرر (GSF): پرسشنامه خودکارآمدی توسط شرر^{۱۳}، مادوکس^{۱۴}، مرکاندنت^{۱۵}، پرنیس دان،^{۱۶} ژاکوب^{۱۷} و راجرز^{۱۸} (۱۹۸۲) در قالب ۱۷ ماده ساخته شده است. ترجمه و اعتباریابی این پرسشنامه توسط بختیاری برای

¹⁰ Lopez, Meyer, Loures, Lselin & Epiny

¹¹ Causal & comparative

¹² Wallston, Wallston, Devellis

¹³ Sherr

¹⁴ Maddux

¹⁵ Mercandante

¹⁶ Prentice-dunn

¹⁷ Jacobs

¹⁸ Rogers

در سال (۱۳۷۵) انجام شده است. روش نمره گذاری پرسشنامه خودکارآمدی بدین صورت است که به هر ماده از ۱ تا ۵ امتیازی اختصاص داده می شود. میزان آلفای کرونباخ این پرسشنامه در پژوهش بهداری خسروشاهی و هاشمی نصرت آبادی (۱۳۹۰) ۰/۸۱ گزارش دادند. بختیاری براتی (۱۳۷۶) به منظور سنجش روایی سازه ای مقیاس خودکارآمدی عمومی، نمرات بدست آمده از این مقیاس را با اندازه های چندین ویژگی شخصیتی (مقیاس کنترل درونی و بیرونی راتر، مقیاس درجه اجتماعی مارلو و کران، خرده مقیاس کنترل شخصی، و مقیاس شایستگی بین فردی روزنبرگ) بررسی کردند؛ که همبستگی بین مقیاس خودکارآمدی و اندازه های خصوصیات شخصیتی متوسط (۰/۶۱٪ و در سطح ۰/۰۵ معنادار) و در جهت تأیید سازه مورد نظر بود (به نقل از کرامتی و شهرآرای، ۱۳۸۳). در پژوهش حاضر، روایی این پرسشنامه از طریق همبستگی هر سؤال با نمره ی کل بین ۰/۴۷ تا ۰/۷۶ به دست آمد که در سطح $p > 0/01$ معنی دار می باشد.

پرسشنامه سرسختی اهواز: پرسشنامه سرسختی اهواز یک مقیاس خودگزارشی مداد کاغذی، ۲۷ ماده ای است، که توسط کیامرثی در سال (۱۳۷۶) ساخته شده است. دامنه نمره در این پرسشنامه عدد ۰ تا ۸۱ است. بدست آوردن نمره ی بالا در این پرسشنامه نشان دهنده سرسختی روانشناختی بالا در فرد است. در اندازه گیری روایی این پرسشنامه با پرسشنامه اضطراب ($r = -0.55$)، پرسشنامه خودشکوفایی ($r = -0.55$)، پرسشنامه افسردگی ($r = -0.62$)، تعریف سازه های سرسختی روان شناختی ($r = -0.51$)، رابطه معنی داری مشاهده شد که این ضرایب نشان دهنده اعتبار مطلوب و رضایت بخش می باشند. برای محاسبه اعتبار این پرسشنامه ها از دو روش بازآزمایی و همسانی درونی استفاده شده است. ضرایب پایایی بازآزمایی به دست آمده بین نمره های آزمودنی ها در دو نوبت (آزمون بازآزمون) برای کل آزمودنی ها برابر با ۰/۸۴، برای آزمودنی های مؤنث برابر با ۰/۸۵ و برای آزمودنی های مذکر برابر با ۰/۸۴ می باشد. همچنین ضرایب آلفای کرونباخ برای کل آزمودنی ها برابر با ۰/۷۶ و برای آزمودنی های مؤنث برابر با ۰/۷۴ و برای آزمودنی های مذکر برابر با ۰/۷۶ می باشد. با توجه به نتایج بدست آمده، ضرایب پایایی این پرسشنامه نیز رضایت بخش می باشد (کیامرثی، ۱۳۷۶).

روش اجرا

پس از کسب مجوز لازم جهت انجام پژوهش، با توجه به شرایط کشور از لحاظ بیماری کرونا و توصیه به انجام حتی المقدور امور به صورت دورکاری در این پژوهش سعی شد تا جای امکان از تماس با گروه نمونه به صورت چهره به چهره و ارسال و دریافت کاغذ به لحاظ جلوگیری از گسترش کرونا خودداری شود. به این خاطر جمع آوری نمونه به صورت اینترنتی و هم به صورت پرسشنامه چاپی انجام شد. در فرم اینترنتی توضیحات مقدماتی در خصوص هدف پژوهش و جلب مشارکت آزمودنی ها و اطمینان بخشی به آزمودنی ها مبنی بر محرمانه ماندن اطلاعات در قالب یک فایل صوتی تهیه و در اختیار اعضای نمونه قرار گرفت. پرسشنامه ها در قالب یک لینک اینترنتی تنظیم شد که برای اعضای نمونه ارسال می شد. آزمودنی ها می توانستند بعد از دریافت لینک نسبت به پاسخدهی یا انصراف از آن اقدام نمایند. پرسشنامه ها به صورت اینترنتی و بدون محدودیت زمانی در اختیار افراد به صورت انفرادی قرار گرفت. پرسشنامه ها در فرم و ترتیب یکسانی توزیع شد. پرسشنامه های چاپ شده نیز در اختیار مادرانی قرار گرفت که پنج سال اخیر تجربه زایمان داشتند و جهت تنظیم خانواده و واکسیناسیون فرزند خود به این مراکز مراجعه داشتند.

ملاحظات اخلاقی پژوهش

ملاحظات اخلاقی لازم در این پژوهش مانند لزوم محرمانه ماندن پاسخ ها، تجزیه و تحلیل داده ها به شکل کلی، رعایت شد. رضایت نامه شرکت در این پژوهش در ابتدای صفحه ویژگی های جمعیت شناختی در قالب یک سؤال قرار داده شد. از آنجایی

بررسی مقایسه‌ای منبع کنترل سلامت، خودکارآمدی و سرسختی روانشناختی بین زنان با تجربه زایمان طبیعی و سزارین

که کمیت اخلاق در پژوهش در دانشگاه وجود نداشت برای انجام پژوهش حاضر کد اخلاق اخذ نگردید و صرفاً بر اساس مجوز ارائه شده از مقامات و مسئولین ذیربط پژوهش حاضر انجام شد.

روش تجربه و تحلیل

تجزیه و تحلیل داده‌های حاصل از پرسشنامه در دو سطح آمار توصیفی و استنباطی صورت گرفت. آمار توصیفی جهت بررسی میانگین، فراوانی، انحراف معیار استفاده شد. آمار استنباطی به منظور بررسی فرضیه‌های پژوهش، و تحلیل واریانس چند متغیره یا مانووا استفاده شد و داده با استفاده از نرم افزار ۲۶- spss تحلیل و بررسی شد.

نتایج

از مجموع تعداد ۹۰ نفر مشارکت کننده در پژوهش حاضر تعداد ۴۵ نفر در گروه زایمان طبیعی و تعداد ۴۵ نفر در گروه سزارین قرار گرفتند. ویژگی‌های جمعیت شناختی مشارکت کنندگان در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱: شاخص‌های فراوانی مشارکت کنندگان به تفکیک گروه

مجموع	نوع زایمان			
	تجربه زایمان سزارین	تجربه زایمان طبیعی		
۲	۱	۱	کمتر از ۱۸ سال	سن
۱۷	۹	۹	۱۸-۲۵ سال	
۴۸	۳۰	۱۸	۲۶-۳۵ سال	
۲۳	۶	۱۷	۳۶-۴۵ سال	
۱	۰	۱	کمتر از یک سال	مدت تاهل
۲۲	۱۲	۱۰	۱-۵ سال	
۲۷	۱۶	۱۱	۶-۱۰ سال	
۲۰	۱۰	۱۰	۱۱-۱۵ سال	
۱۹	۷	۱۲	۱۶-۲۰ سال	
۱	۰	۱	بیشتر از ۲۰ سال	
۱۵	۵	۱۰	زیر دیپلم	میزان تحصیلات
۴۰	۱۶	۲۴	دیپلم و کاردانی	
۳۱	۲۱	۱۰	کارشناسی	
۴	۳	۱	کارشناسی ارشد	
۵۰	۲۱	۲۹	خانه دار	شغل
۳	۱	۲	کارگر	
۱۴	۹	۵	کارمند	
۲۳	۱۴	۹	سایر	
۹۰	۴۵	۴۵	مجموع	

شاخص‌های توصیفی متغیرهای مورد پژوهش در جدول ارائه شده است.

جدول ۲: شاخص های توصیفی متغیرهای مورد پژوهش در دو گروه

تجربه زایمان سزارین				تجربه زایمان طبیعی				متغیر
دامنه تغییرات	واریانس	انحراف معیار	میانگین	دامنه تغییرات	واریانس	انحراف معیار	میانگین	
۲۳	۵۸/۷۰	۷/۶۶	۲۴/۹۳	۱۸	۲۲/۶۳	۴/۷۵	۲۸/۲۲	درونی
۱۲	۶/۹۰	۲/۶۲	۱۰/۷۷	۱۱	۶/۴۹	۲/۵۴	۱۱/۷۷	افراد موثر
۲۸	۷۰/۱۰	۸/۳۷	۱۷/۸۸	۲۶	۳۷/۲۵	۶/۱۰	۱۵/۵۳	شانس
۳۲	۴۱/۲۹	۶/۴۲	۳۵/۶۰	۳۳	۷۴/۶۱	۶/۹۰	۵۵/۵۳	منبع کنترل سلامت
۴۲	۷۴/۶۳	۸/۶۳	۵۵/۹۵	۳۰	۶۲/۱۸	۷/۸۸	۵۹/۰۰	خودکارآمدی
۳۸	۷۹/۹۴	۸/۹۴	۴۹/۲۲	۳۷	۶۵/۶۰	۸/۰۹	۵۵/۷۳	سرسختی

یکی از مفروضه های آزمون تحلیل واریانس چندمتغیره، فرضیه همگنی واریانس ها است. برای بررسی این مفروضه از آزمون لون (Leven) استفاده می کنیم و در صورتی که سطح معناداری این آزمون بیشتر از ۰/۰۵ باشد، مفروضه همگنی واریانس ها تایید می شود.

جدول ۳: نتایج آزمون لون برای بررسی همگنی واریانس ها

آماره لون	df1	Df2	سطح معنی داری
۰/۴۲۸	۱	۸۸	سرسختی
۰/۰۱۶	۱	۸۸	خودکارآمدی
۱۱/۸۴۹	۱	۸۸	کنترل درونی
۰/۰۰۳	۱	۸۸	افراد موثر
۱۲/۰۷۱	۱	۸۸	شانس
۰/۱۳۸	۱	۸۸	منبع کنترل سلامت

$P < 0.05$

با توجه به جدول فوق، مقدار آزمون لون برای تمام متغیرها با درجات آزادی ۱ و ۸۸ در سطح آلفای بیشتر از ۰/۰۵ قرار دارد که نشان می دهد با توجه به سطح معناداری محاسبه شده برای هر یک از متغیرها تفاوت واریانس ها در تمامی متغیرها از نظر آماری معنادار نیست. بنابراین فرض تساوی واریانس ها با استفاده از آزمون لون برقرار است.

جدول ۳: نتایج آزمون تحلیل واریانس برای بررسی تفاوت دو گروه در متغیرهای مورد پژوهش

آماره	مقدار	F	Df ₁	Df ₂	سطح معنی داری
اثر پیلاتی	۰/۱۶۷	۳/۳۵۸	۵/۰۰۰	۸۴/۰۰۰	۰/۰۰۸

$P < 0.05$

چنان که در جدول فوق مشاهده می شود بین ترکیب خطی متغیرهای مورد پژوهش با توجه به گروه از لحاظ آماری تفاوت معنادار وجود دارد ($p < 0.008$ و $F = 3.358$)؛ برای بررسی تفاوت مشاهده شده، با استفاده از آزمون تحلیل واریانس چندمتغیره به مقایسه گروه ها از لحاظ متغیرهای مورد پژوهش در جدول زیر پرداخته شد.

بررسی مقایسه‌ای منبع کنترل سلامت، خودکارآمدی و سرسختی روانشناختی بین زنان با تجربه زایمان طبیعی و سزارین

جدول ۴: خلاصه نتایج آزمون تحلیل واریانس متغیرهای مورد پژوهش

متغیر	مجموع مجزورات	DF	میانگین مجزورات	F	Sig.
سرسختی	۹۵۳/۸۷۸	۱	۹۵۳/۸۷۸	۱۳/۱۰۶	۰/۰۰۰
خودکارآمدی	۲۰۸/۵۴۴	۱	۲۰۸/۵۴۴	۳/۰۴۹	۰/۰۸۴
کنترل درونی	۲۴۳/۳۷۸	۱	۲۴۳/۳۷۸	۵/۹۸۵	۰/۰۱۶
افراد موثر	۲۲/۵۰۰	۱	۲۲/۵۰۰	۳/۳۵۸	۰/۰۷۰
شانس	۱۲۴/۸۴۴	۱	۱۲۴/۸۴۴	۲/۳۲۶	۰/۱۳۱
منبع کنترل سلامت	۸۴/۱۰۰	۱	۸۴/۱۰۰	۱/۸۹۲	۰/۱۷۲

$P < ۰/۰۵$

با توجه به نتایج جدول فوق بین دو گروه از لحاظ سرسختی ($p < ۰/۰۰۰$ و $F = ۱۳/۱۰۶$) و کنترل درونی ($p < ۰/۰۱۶$) و تفاوت معنادار آماری وجود دارد. با توجه به جدول ۲ مشخص می شود میزان میانگین سرسختی و کنترل درونی در گروه زایمان طبیعی بالاتر است. بین دو گروه از لحاظ خودکارآمدی ($p = ۰/۰۸۴$ ، $F = ۳/۰۴۹$) تفاوت معنادار آماری مشاهده نشد. بنابراین فرضیه پژوهش تایید نشد.

بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر با موضوع بررسی مقایسه‌ای منبع کنترل سلامت، خودکارآمدی و سرسختی روانشناختی بین زنان با تجربه زایمان طبیعی و سزارین صورت پذیرفته است. نتایج پژوهش حاضر نشان داد بین دو گروه زنان با زایمان طبیعی و زنان با زایمان سزارین از لحاظ متغیرهای منبع کنترل سلامت و سرسختی روان شناختی تفاوت معنادار آماری وجود دارد. این یافته از پژوهش حاضر با نتایج پژوهش‌های فناورولی و همکاران (۲۰۱۹)، النکب و همکاران (۲۰۱۹)، پریس و همکاران (۲۰۱۹)، ایلسکا و همکاران (۲۰۲۱)، ویگرت و همکاران (۲۰۲۰)، کونو (۲۰۲۰)، آنتونی و یانگ (۲۰۲۰)، رستمی و همکاران (۱۳۹۶) و اکبری سجیرانی و موسوی (۱۳۹۵) همسو می‌باشد و با پژوهش لیتلتون و همکاران (۲۰۰۷)، لیت و همکاران (۲۰۰۵) ناهمسو می‌باشد. همچنین نتایج پژوهش حاضر نشان داد بین دو گروه از لحاظ میزان خودکارآمدی تفاوت معناداری وجود ندارد. این یافته از پژوهش حاضر با نتایج مطالعات بندیکس و همکاران (۲۰۲۰)، سلد و همکاران (۲۰۱۹)، تیلدن و همکاران (۲۰۱۸)، تیلدن و همکاران (۲۰۱۶)، بزاز و همکاران (۱۳۹۷)، جانلو و همکاران (۱۳۹۷) همسو با نتایج مطالعات چاوو و همکاران (۲۰۱۷)، گالهاردو و همکاران (۲۰۱۳)، نیکبخت مقدم و همکاران (۱۳۹۹) و خجسته و همکاران (۱۳۹۷) ناهمسو است.

نتایج پژوهش حاضر بیان کننده تفاوت میانگین منبع کنترل درونی زنان با زایمان طبیعی و سزارین است، و این امر نشان دهنده این است که زنانی که زایمان طبیعی انجام می‌دهند از منبع کنترل درونی بالاتر برخوردارند و زنانی که زایمان سزارین را انتخاب می‌نمایند از منبع کنترل بیرونی برخوردارند. به نظر می رسد می توان چنین اظهار نمود که "منبع کنترل" یکی از مهمترین عوامل تعیین کننده شیوه زایمان است. این نتایج به نظریه اسناد هایدرا نزدیک است. هایدرا (۱۹۸۵) در نظریه اسنادی اسناد بیرونی بیان می‌دارد: بیشتر افراد ممکن است فرض کنند که رفتار شخص معلول عوامل موقعیتی نظیر عوامل اقتصادی یا فشار اجتماعی است (اسناد موقعیتی) در همین راستا راتر بیان می‌دارد افراد با خصیصه شخصیتی منبع کنترل بیرونی رویدادها را خارج از کنترل خود ادراک می‌کنند و نتایج و برآیندهای رویداد را به شانس، بخت یا تحت کنترل نیرومند دیگران نسبت می‌دهند (صفاری نیا و مهدی‌زاده، ۱۳۹۹). در مجموع می توان گفت افراد با منبع کنترل درونی، بهتر از اشخاص با منبع کنترل بیرونی به مقابله با رویدادهای استرس‌زا می‌پردازند یا با آنها سازگار می‌شوند (بن‌سون و دیتز، ۱۹۹۲). زنان با منبع

کنترل درونی معتقدند می‌توانند بر شرایط قبل از زایمان، حین زایمان و بعد از زایمان کنترل داشته باشند و گرایش به سمت روش زایمان طبیعی دارند.

در راستای تبیین بالاتر بودن میزان میانگین سرسختی روان‌شناختی در بین زنان گروه زایمان طبیعی می‌توان گفت سرسختی باعث می‌شود که فرد استرس‌ها را به صورتی واقع‌بینانه مورد توجه قرار دهد. افراد سرسخت نسبت به رویدادهای زندگی احساس کنترل بیشتری می‌نمایند و رویدادهای محیط را به گونه‌ای معنادار ارزیابی می‌کنند در حالی که افراد غیرسرسخت نسبت به رویدادهای زندگی دچار احساس از خود بیگانگی، ناتوانی و تهدید می‌شوند (بیاض، ۱۳۹۱؛ نادی و تیموری، ۱۳۹۶). از آنجایی که ترس از درد زایمان و عدم ایمنی، دلیل انتخاب بسیاری از مادران برای نوع زایمان می‌باشد، بنابراین مادرانی که دارای ویژگی سرسختی روانشناختی بالاتری می‌باشند، بیشتر از نوع زایمان طبیعی بهره می‌برند (اسکینگر، ۲۰۰۶؛ مخلوق و همکاران، ۱۳۹۹). افراد سرسخت فعالانه با مسائل خود مواجه شده و می‌کوشند آن را حل کنند (مشیری، کافی، ۱۳۹۳). بنابراین بنظر می‌رسد ارتقاء سرسختی روانشناختی در یک زن باردار می‌تواند در مدیریت درد موثر بوده و از طریق غلبه بر هیجان‌های منفی و ترس، تجربه خوشایندی را برای زن فراهم سازد و باعث شود فرد زایمان طبیعی را انتخاب نماید.

در راستای تبیین عدم معناداری دو گروه از لحاظ میزان خودکارآمدی می‌توان به تغییر هنجارها و ارزش‌های فرهنگی اشاره نمود. در گذشته هنجارها و ارزش‌های فرهنگی نسبت به زایمان طبیعی از فاکتورهای اصلی در تصمیم به انجام زایمان طبیعی به شمار می‌رفت، و زنان روش زایمان طبیعی را به عنوان یک پدیده طبیعی تلقی کرده و سمبل قدرت و توانایی خود در ایفای نقش مادری می‌دانستند در حالی که امروزه این چنین نیست (شرح‌آبادی و همکاران، ۱۳۹۶).

از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به عدم امکان بررسی به تفکیک طبقات اجتماعی اقتصادی، و استفاده از پرسشنامه خودگزارشی اشاره نمود. در راستای ارائه پیشنهاد با توجه به متغیرهای بررسی شده در این پژوهش، پژوهش‌های آتی می‌توانند به بررسی مدل مربوط در بین زنان ایرانی اقدام کنند. با توجه به متغیرهای بررسی شده در این پژوهش، در پژوهش‌های آتی می‌توان به بررسی کارآزمایی بالینی تدوین و ساخت بسته آموزشی چندعاملی مهارت‌های روان‌شناختی موثر بر انتخاب زایمان طبیعی پرداخت. بررسی سایر متغیرهای روان‌شناختی در ارتباط با انتخاب روش زایمان نیز پیشنهاد می‌شود.

منابع

- [۱] ابراهیمی پور، س.، نخعی، ن (۱۳۹۵). بررسی موانع گسترش زایمان طبیعی و راهکارهای افزایش آن از دیدگاه متخصصین، زنان و ماماها. *مجله بهداشت و توسعه*. ۵(۱)، ۷۱-۷۸.
- [۲] اکبرزاده، ف.، طلایی، ع.، توسلی، ف.، جلالیانی، س.، طالبی، م.، مدرس غروی، م.، اخلاقی، س (۱۳۹۴). بررسی ویژگی‌های روان‌شناختی در زنان با زایمان طبیعی، عمل سزارین انتخابی و اورژانس، *مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد*. ۵۸(۱۰)، ۶۱۱-۶۱۹.
- [۳] اکبری سجیرانی، ف.، موسوی، س (۱۳۹۵). مطالعه ابعاد سه گانه بهزیستی (ذهنی، روان‌شناختی و معنوی) در پیش‌بینی ترس از زایمان طبیعی در زنان باردار. *مجله بالینی پرستاری و مامایی*. ۵(۳)، ۶۲-۷۲.
- [۴] امین‌الرعا، م.، آقایی، ا (۱۳۹۷). اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر ترس از زایمان در زنان نخست‌زا. *دانش و پژوهش در روانشناسی کاربردی*. ۷۴(۴)، ۵۶-۶۵.
- [۵] بختیاری براتی، س (۱۳۷۶). بررسی رابطه ساده و چندگانه متغیرهای خوداثربخش، عزت‌نفس و خودیابی با عملکرد تحصیلی در دانش‌آموزان سال سوم نظام جدید شهر اهواز. *پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه شهید چمران اهواز*.
- [۶] بزاز، م.، دهقانی، ف.، وزیری‌زیدی، س (۱۳۹۷). رابطه بین صمیمت با همسر و خودکارآمدی عمومی با افسردگی پس از زایمان در نخستین زایمان در شهر کرد. *مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی سبزوار*. ۴(۲۵)، ۵۵۵-۵۶۱.
- [۷] خجسته، ف.، اشتهاریان، د.، انصاری، ح (۱۳۹۷). بررسی مقایسه مشاوره حضوری و حمایت تلفنی بر خودکارآمدی زایمان زنان نخست‌زا. *مجله زنان مامایی و نازایی*. ۲۱(۹)، ۲۶-۳۴.
- [۸] رستمی، س.، موسوی، س.، گلستانه، س (۱۳۹۶). پیش‌بینی درد زایمان براساس سخت‌رویی روان‌شناختی، حمایت اجتماعی و تاب‌آوری در زنان نخست‌زای شهر بوشهر. *مجله بالینی پرستاری و مامایی*. ۶(۲)، ۳۲-۳۶.
- [۹] رئوفی، س.، خسروی‌زاده، ا.، احدی‌نژاد، ب.، خان محمدی، س.، عارفی، ص.، شهنساری، س. (۱۳۹۹). تاثیر طرح تحول نظام سلامت بر شاخص‌های زایمان طبیعی و سزارین: تحلیل سری زمانی منطقه در یک بیمارستان خصوصی تهران. *مجله زنان، مامائی و نازایی ایران*. ۲۳(۵). ۵۱-۵۹.
- [۱۰] سعادت‌تی، ش.، مذبحی، س (۱۳۹۷). پیش‌بینی مسئولیت‌پذیری دانش‌آموزان دختر دوره دوم متوسط براساس خودکارآمدی و هوش معنوی. *فصلنامه روانشناسی تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی*. ۱۴(۴۸)، ۱۲۷-۱۴۵.
- [۱۱] صفاری‌نیا، م.، مهدوی‌زاده، آ (۱۳۹۹). رابطه منبع کنترل و سیستم‌های فعال ساز و بازداری رفتاری یا سلامت عمومی سالمندان ساکن خانه سالمند شهر دبی. *مجله دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی*. ۱۵(۱)، ۵۴-۶۷.
- [۱۲] عظیمی، د.، شریعتمدار، آ.، نعیمی، ا (۱۳۹۷). اثربخشی آموزش سرسختی روان‌شناختی بر خودکارآمدی تحصیلی و پذیرش اجتماعی دانش‌آموزان. *فصلنامه روانشناسی تربیتی دانشگاه علامه طباطبائی*. ۱۴(۴۷)، ۸۶-۱۰۲.
- [۱۳] فتح‌آبادی، ج.، ایزددوست، م.، تقوایی، د.، شلاتی، ب.، صادقی، س (۱۳۹۶). بررسی نقش باورهای سلامت، منبع کنترل سلامت و سبک زندگی محور در پیش‌بینی احتمال خطر به دیابت. *پایش نشریه*. ۱۷(۲)، ۱۶۹-۶۸.
- [۱۴] کرمی‌مقدم، پ.، انتصارفومنی، غ.، حجازی، م (۱۳۹۷). پیش‌بینی خودکارآمدی تحصیلی بر اساس سبک‌های اسناد و سرسختی روان‌شناختی با میانجیگری خود پنداره تحصیلی در دانش‌آموزان متوسطه دوم شهرستان کنگاور. *توسعه آموزش جندی شاپور*. ۹(۴۷۵)، ۶۴-۷۷.
- [۱۵] کمالی، ز.، تفضیلی، م.، ابراهیمی، م.، حسینی، م.، ساکی، آ.، ضیایی‌بردار، م.، آلاصابر، م.، محبی‌دهنوی، ز (۱۳۹۷). مقایسه سلامت معنوی و استرس ادراک شده در زنان پره‌کلامپسی مبتلا و غیر مبتلا به اختلال استرس پس از ضربه. *مجله دانشگاه علوم پزشکی مازنداران*. ۲۸(۱۶۹)، ۱۱۶-۱۲۸.
- [۱۶] کیامرثی، آ (۱۳۷۶). ساخت و اعتباریابی مقیاسی برای سنجش سرسختی روان‌شناختی و بررسی رابطه آن با تیپ شخصیتی الف، کانون بهار، عزت‌نفس، شکایات جسمانی و عملکرد تحصیلی در دانشجویان دختر و پسر دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز. *پایان‌نامه کارشناسی ارشد*.

- [۱۷] مخلوق، م.، بهناز، ش.، آقاییوسفی، ع. (۱۳۹۹). بررسی مقایسه‌ای هوش هیجانی، سبک دلبستگی و تاب‌آوری در بین نوجوانان متولد شده با دو روش زایمان طبیعی و سزارین. *مجله پرستاری و مامایی*. ۱۸(۱)، ۵۸-۶۸.
- [۱۸] مخولی، م.، عربان، خ.، حسن‌زاده، م.، زمانی، ا.، علویچه، ف. (۱۳۹۷). تاثیر اختصاصی کردن پیامهای آموزشی بر انتخاب نوع زایمان در زنان باردار: کارآزمایی بالینی. *مجله زنان، مامایی و نازایی ایران*. ۲۱(۱۰)، ۶۶-۷۶.
- [۱۹] مشیری، ف.، کافی، س. (۱۳۹۳). رابطه ویژگی‌های شخصیتی روانشناختی کارکنان اتاق عمل در بیمارستان الزهراء اصفهان. *مجله علوم پزشکی رازی*. ۲۳(۱۴۳)، ۴۷-۵۶.
- [۲۰] مصدق‌راد، ع.، اسلامبولچی، ل. (۱۳۹۸). آینده پژوهی ترویج زایمان طبیعی در ایران: نامه به سردبیر. *مجله دانشکده پزشکی، علوم پزشکی تهران*. ۷۷(۴)، ۲۷۲.
- [۲۱] نادى، ع.، تیموری‌نژاد، م. (۱۳۹۶). بررسی اثر مولفه‌های سرسختی روانشناختی با رفتار شهروندی. *کنفرانس ملی دستاوردهای نوین جهان در تعلیم و تربیت، روانشناسی، حقوق و مطالعات فرهنگی-اجتماعی*. دوره ۱.
- [۲۲] نجفی شرح‌آبادی، ف.، کشاورز، پ.، مرادیان، ز. (۱۳۹۴). بررسی شیوع زایمان طبیعی و عوامل موثر بر انتخاب آن در زنان شهر بوشهر. *مقاله پژوهشی سلامت جامعه*. ۱۱(۱)، ۲۰-۲۹.
- [۲۳] نیکبخت مقدم، ف.، صادقی اول‌شهر، ه.، امینی، ل.، حقانی، ش. (۱۳۹۹). بررسی ارتباط خودکارآمدی و نگرش نسبت به زایمان طبیعی با اضطراب بارداری در زنان نخست‌زا مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی منتخب شهریار در سال ۱۳۹۷. *مجله پرستاری و مامایی*. ۱۸(۳)، ۲۱۰-۲۲۲.
- [24] Antoin, C., Young. B. K., (2020). Cesarean section one hundred years 1920-2020 the Good, the Bad and the Ugly. *Journal of Perinatal Medicine*. <https://doi.org/10.1515/jpm-2020-0305>.
- [25] Benson, L.T., Deeter, T. E., (1992). Moderators of the relation between stress and depression in adolescents. *Journal of School Counselor*; 39(3): 189-94.
- [26] Bendix, E. J., Kroner, H. F., Knudsen, S. P., Bendix, J. M., Molsted, S., (2020) Cross-cultural adaption, translation and reliability tests of the Danish version of the Pregnancy Exercise Self-Efficacy Scale. *Sexual & Reproductive Healthcare*. 26 (100542).
- [27] Byers, E., (2005). Relationship Satisfaction And Sexual Satisfaction: A Longitudinal Study Of Individuals In Longterm Relationships. *J Sex Res*. 33(42): 113-118.
- [28] Clement, S., (2001)., Feb. Psychological aspects of caesarean section. *Best Pract Res Clin Obstetric Gynaecol.*: 15(1): 26-109.
- [29] Chu, K. H., Chen, A. Ch., Tai, J., Chen, S. F., Yin, L. (2017)., Development and validation of the self-efficacy regarding vaginal birth scale. *Journal of obstetric Gynecologic & Neonatal Nursing*; 46: 13-21.
- [30] Elnakib, S., Abdol-Tawab, N., Orbay, D., Hassanein, N., (2019). Medical and non-medical reasons for cesarean section delivery in Egypt: a hospital-based retrospective study. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 19: 411.
- [31] Fenaroli, V., Molgora, S., Dodaro, S., Svelato, A., Gesi, L., et al. (2019). The childbirth experience: obstetric and psychological predictors in Italian primiparous women. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 19: 419.
- [32] Galhardo, A., Cunha, M., Gouveia, J.P., (2013)., Measuring Self-Efficacy with to Deal Infertility: psychometric Properties and Confirmatory Factor Analysis of the Portuguese Version of the Infertility Self-Efficacy Scale. *Journal of Research in Nursing & Health*; 36: 65-74.
- [33] Guskowska, M., (2014)., The effect of exercise and childbirth classes on fear of childbirth and locus of labor pain control. *Anxiety, Stress & Coping*. 27(2): 176.
- [34] Hargi, O., (2005)., & Kim, Y., (2001)., The effects of assertiveness training on enhancing the social skills of adolescents with visual impairments. *Humanities and Social Science*. 62(4): 13-34.

- [35] Iiska, M., Salmeri, A. K., Zaleska, A. K., Banas, E., Gelner, H., Cnota, W., (2021)., Factors associated with fear of childbirth among Polish pregnant women. *Scientific Reports*.4(11): 5605.
- [36] Kim, J.(2005). Effectiveness of reality therapy program for schizophrenic patients. *Journal of Korean Academy*, 35(8): 1485-1492.
- [37] Kobasa, S. C., Maddi, S. R., (1977). Existential personality theory and Existential Personality Theories. R Corsini (Peacock, Itasca, IL). 243-276.
- [38] Konno, K., (2020)., Relationship between stressor, stress reactions and hardiness in Japaness mothers of early neonatal babies: A cross- sectional study. *Hapan jornal of Nursing siencel Early viev*. 1749-7932.
- [39] Lett, H. S., Blumenthal, J. A., Babyak, M. A., Strauman, T., Robins, C., Sherwood A., (2005). Social support and coronary heart disease: epidemiologic evidence, and implications for treatment. *Psychosomatic Medicine*. 67: 78-869.
- [40] Littleton, H. L., Breitkopf, C. R., Berenson, A. B., (2007)., May. Correlates of anxiety symptoms during pregnancy and association with perinatal outcomes: a meta-analysis. *Am J Obstet Gynecol*. 196(5): 32-424.
- [41] Lobel, M. DeLuca, R .S. (2007), Jun. Psychosocial sequelae of cesarean delivrye: review and analysis of their causes and implications. *Soc Sci Med*. 64(11).
- [42] Lopez, u., Meyer, M., Lores, V., Lselin, C. L., Epiney, M., (2017). Postraumatic stress disorderin parturients delivering by caesarean section and the implication of anaesthesia: a prospective cohort study. *Health and Quality of Outcomes*. 15(118): 2411
- [43] Mollberg, M. Palet, H., (2020)., Women's experiences of fear of childbirth: metasynthesis of qualitative studies. *J Qual Stud Health Well-being*. 15(1): 1704484.
- [44] Preis, H., Lobel, M., Benyamin, Y., (2019). Between Expectancy and Experience: Testing a Model of Chidbirth Satisfaction. *JOURNALS SAGE*. 43(1).
- [45] Slade, p. Balling,K. Sheen, K. Houghton, G. (2019)., Estabilisssshing a valid
- [46] construct of fear childbirth: finding from in-depth interviews with women and
- [47] midwives. *BMC pregnancy and childbirth*.19(1): 96.
- [48] Tilden, L. E., Caughey, B. A., Lee, S. C., Emeis, C.,(2018). The Effect of Neonatal
- [49] Childbirth Self-Efficacy on Perinatal Outcomes. *J Obsstet Gynecol Neonatal*
- [50] *Nurs*. 64(11): 1024-1049.
- [51] Turk, D. C., & Wilson, H. D., (2010)., Fear of pain as a prognostic factor in chronic pain: conceptual models, assessment, and treatment implications. *Current Pain and Headache Reporst*. 14(2): 88-95.
- [52] Wallston, K.A., Wallston, B .S., DeVellis, R., (1978)., Development of the Multidimensional Health Locus of Control (MHLC) Scales. *Health Educ Monogr*. 6(2): 70-160.
- [53] Wigert, H., Nillsson, Ch., Dencker, A., Begley, C., Jangsten, E., Lundin, C. S.,
- [54] World Health Organization., (2010). international statistical classification of diseases and related health problems. ICD-10, 10th(revision).