

Determining the Predictive Factors of Fear of Childbirth Based on Personality Traits, Social Support and Emotional Regulation among Nulliparous Pregnant Mothers in Bandar Abbas

Masoumeh Varshoei Jaghargh ¹, Kobra Haji Alizadeh ^{2,*}

¹ MA, Department of Psychology, Bandar Abbas Branch, Islamic Azad University, Bandar Abbas, Iran

² Assistant Professor, Department of Psychology, Bandar Abbas Branch, Islamic Azad University, Bandar Abbas, Iran

* **Corresponding author:** Kobra Haji Alizadeh, Assistant Professor, Department of Psychology, Bandar Abbas Branch, Islamic Azad University, Bandar Abbas, Iran. E-mail: ph_alizadeh@yahoo.com

Received: 24 Dec 2016

Accepted: 14 Oct 2017

Abstract

Introduction: It seems that some factors that affect pregnant women with first experience are their personality traits, level of social support and emotional regulation. Therefore, this study aimed to determine the factors predicting fear of childbirth based on personality traits, social support and emotional regulation among nulliparous pregnant mothers.

Methods: This study was analytical with a correlational design. The statistical population included all nulliparous pregnant mothers referred to Bandar Abbas Shari'ati Hospital in 2015. One hundred and fifty women were selected using the convenience sampling method. Data were collected using the childbirth attitude questionnaire (CAQ), NEO five-factor inventory (NEO-FFI), social support inventory (SSI) and emotional regulation questionnaire (ERQ). Pearson correlation, multivariate inter-regression and SPSS 22 software were used to analyze the data.

Results: Pearson correlation results showed that there was a significant correlation between personality traits, social support and emotional regulation strategies with fear of childbirth ($P < 0.01$). Also, the results of inter-regression analysis showed that social support ($B = -0.373$, $P < 0.05$), suppression strategy ($B = 0.217$, $P < 0.05$) and traits of neuroticism ($B = 0.463$, $P < 0.05$), conscientiousness ($B = 0.241$, $P < 0.05$) and openness to experience ($B = -0.480$, $P < 0.05$) could predict the fear of childbirth, but traits of extraversion, agreeableness and reappraisal strategy could not predict fear of childbirth ($P > 0.05$).

Conclusions: According to the findings of this study, training and intervention programs can be recommended to improve nulliparous pregnant mothers' personality traits, social support and emotional regulation as an effective way to decrease their fear of childbirth.

Keywords: Fear of Childbirth, Personality, Social Support, Emotional Regulation, Nulliparous

تعیین عوامل پیش‌بینی کننده ترس از زایمان براساس ویژگی‌های شخصیتی، حمایت اجتماعی و تنظیم هیجان در مادران باردار نخست‌زای شهر بندرعباس

معصومه ورشوی جاغرق^۱، کبری حاجی‌علیزاده^{۲*}

^۱ کارشناسی ارشد، گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد بندرعباس، بندرعباس، ایران

^۲ استادیار، گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد بندرعباس، بندرعباس، ایران

* نویسنده مسئول: کبری حاجی‌علیزاده، استادیار، گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد بندرعباس، بندرعباس، ایران.

ایمیل: ph_alizadeh@yahoo.com

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۶/۰۷/۲۲

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۵/۱۰/۰۴

چکیده

مقدمه: به نظر می‌رسد، برخی از مهمترین عوامل دخیل در ترس از زایمان زنان باردار، ویژگی‌های شخصیتی، میزان حمایت اجتماعی و تنظیم هیجان آنان باشد. از این رو، پژوهش حاضر، با هدف تعیین عوامل پیش‌بینی کننده ترس از زایمان براساس ویژگی‌های شخصیتی، حمایت اجتماعی و تنظیم هیجان در مادران باردار نخست‌زای انجام شد.

روش کار: پژوهش حاضر، تحلیلی و از نوع همبستگی بود. جامعه آماری شامل کلیه مادران باردار نخست‌زای مراجعه‌کننده به بیمارستان شریعتی بندرعباس در سال ۱۳۹۴ بودند که ۱۵۰ زن به صورت نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. ابزارهای به کار گرفته شده، پرسشنامه‌های نگرش به زایمان (CAQ)، پرسشنامه پنج عاملی نئو (NEO-FFI)، پرسشنامه حمایت اجتماعی (SSA) و پرسشنامه تنظیم هیجان (ERQ) بود. برای تحلیل داده‌ها از آزمون همبستگی پیرسون، رگرسیون چندمتغیری هم‌زمان و نرم‌افزار SPSS-۲۲ استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج همبستگی پیرسون نشان داد که همبستگی معناداری بین ویژگی‌های شخصیتی، حمایت اجتماعی و راهبردهای تنظیم هیجان با ترس از زایمان وجود دارد ($P < 0/01$). همچنین نتایج تحلیل رگرسیون نشان داد که حمایت اجتماعی ($B = -0/373$ ، $P < 0/05$)، راهبرد فرونشانی ($B = 0/217$ ، $P < 0/05$) و ویژگی‌های روان‌رنجوری ($B = 0/463$ ، $P < 0/05$)، وظیفه‌شناسی ($B = 0/241$ ، $P < 0/05$) و تجربه‌گرایی ($B = 0/480$ ، $P < 0/05$) می‌توانند ترس از زایمان را پیش‌بینی نمایند اما ویژگی‌های برون‌گرایی، توافق‌پذیری و راهبرد ارزیابی مجدد توان پیش‌بینی ترس از زایمان را ندارند ($P > 0/05$).

نتیجه‌گیری: با توجه به یافته‌های این پژوهش، می‌توان آموزش و مداخله در بهبود ویژگی‌های شخصیتی، حمایت اجتماعی و تنظیم هیجان مادران نخست‌زا را به عنوان یک روش مؤثر در کاهش ترس از زایمان آنان پیشنهاد داد.

کلیدواژه‌ها: ترس از زایمان، شخصیت، حمایت اجتماعی، تنظیم هیجان، نخست‌زا

تمامی حقوق نشر برای انجمن علمی پرستاری ایران محفوظ است.

مقدمه

چندتا گزارش کردند که ترس از زایمان دارند (۵). ترس از زایمان یکی از عوامل پیش‌گویی کننده سزارین اورژانسی و افزایش تقاضا برای سزارین انتخابی است (۱، ۲، ۳). امروزه در بیمارستان‌های دانشگاهی ۳۰ تا ۴۰ درصد و در مراکز خصوصی ۵۰ تا ۶۰ درصد زایمان‌ها به روش سزارین انجام می‌شود (۱)، این در حالی است که سازمانی جهانی بهداشت، قویاً توصیه می‌کند که میزان سزارین در هر کشور نباید از ۱۰ تا ۱۵ درصد بیشتر باشد (۷). ترس از زایمان می‌تواند عوارض متعددی

حاملگی بزرگ‌ترین رویداد زندگی هر زن است و به دنبال آن ترس از زایمان مشکل بسیاری از زنان باردار است (۱) که عمدتاً در سه ماهه سوم بارداری نمود بیشتری دارد (۲). تخمین زده می‌شود که ۵-۲۵ درصد از زنان باردار، دچار ترس از زایمان هستند (۳). درواقع از بین هر ۵ زن باردار، یک فرد دچار ترس از زایمان بوده و بین ۶ تا ۱۳ درصد از زنان باردار، ترس شدید و ناتوان‌کننده‌ای را تجربه می‌کنند (۴). در یک بررسی به عمل آمده، ۳۱ درصد زنان نخست‌زا و ۱۸ درصد زنان

داشته باشد. در ۶ تا ۱۰ درصد، موارد ترس از زایمان با پیامدهای بسیار شدید ناتوان کننده در عمل زایمان همراه است (۸، ۹). زنانی که در دوران بارداری ترس زیادی را تجربه می کنند، بعد از زایمان در معرض خطر عدم تعادل هیجانی قرار می گیرند (۱) و افسرده می شوند (۱۰). حالات عاطفی و ترس مادر از زایمان می تواند اثرات زیان باری بر جنین داشته باشد (۱۱). در حالت فشار و اضطراب طولانی مدت، حرکات جنین شدیدتر شده و نوزاد زودتر از موعد متولد شده یا جنین سقط می شود. در ضمن عارضه هایی همچون کم خونی، بیش فعالی، تحریک پذیری و بدغذایی در چنین کودکانی بیشتر است (۱۲). عوامل روان شناختی و اجتماعی متعددی همچون باورهای مادران (۱۳)، تمایل به بی دردی، نگرانی در مورد سلامت نوزاد (۷، ۱۲)، تاریخچه مشکلات روانی، درد بالای دوران حاملگی، عدم حمایت همسر، دانش کم در مورد فرایند زایمان (۵)، فقدان حمایت اجتماعی (۵)، زمینه های قومی و فرهنگی (۱۴)، تعاملات بین ماماها، پرستاران، درمان گران و متخصصان زنان و زایمان با مادران (۱۵) و حتی نوع بیمارستان (۱۶) می توانند در ترس از زایمان نقش حائز اهمیتی داشته باشند. آنچه مسلم است، این است که ترس از زایمان در بعضی زنان بسیار بالا و در بعضی از زنان بسیار پایین است. به نظر می رسد ویژگی های شخصیتی زنان در ترس و عدم ترس از زایمان مؤثر باشد. زنانی که ویژگی های شخصیتی نوع A دارند و به عبارتی رقابت جو ناشکیبا، پرخاشگر، کم حوصله و متمایل به کار و فعالیت هستند، ترس از زایمان بیشتری دارند (۱۷). شخصیت بیانگر آن دسته از ویژگی های فردی است که نسبتاً ثابت هستند و الگوی رفتاری آنان را نشان می دهد (۱۸). McCrae و Costa شخصیت را متشکل از پنج عامل اصلی؛ روان رنجوری، برون گرایی، تجربه پذیری، توافق پذیری و وظیفه شناسی عنوان کردند (۱۹). در پژوهشی که Saisto و همکاران بر روی ۲۷۸ زوج انجام دادند، این نتیجه حاصل شد که جدا از ویژگی های شخصیتی زنان، حتی ویژگی های شخصیتی شوهران آن ها نیز بر روی ترس از زایمان زنان بی تأثیر نیست (۱۲). پژوهش های دیگری به نقش ویژگی های شخصیتی زنان در ترس از زایمان آنان اشاره کرده اند (۲۰، ۲۱). از عوامل اجتماعی که به نظر می رسد، موجب ترس از زایمان می شوند، عدم برخورداری زن باردار از حمایت دیگران باشد. حمایت اجتماعی به عنوان مهیا بودن افرادی تعریف می شود که فرد به آن ها اطمینان کرده و احساس می کند به عنوان یک فرد مورد احترام است و در شرایط استرس زا، منابع روان شناختی مهمی به حساب آورده می شوند (۲۲). حمایت اجتماعی می تواند بر ارزیابی های شناختی شخص و باورهای درباره جهان تأثیرگذار باشد (۲۳) و منجر به کاهش بیماری و افزایش سلامت شود (۲۴). همسران می توانند نقش مهمی در حمایت از زنان در دوران بارداری، لیبر و پس از زایمان داشته باشند (۲۵). حمایت از جانب همسر با تجربه مثبت زایمانی، کاهش نیاز به تسکین درد در لیبر و فقدان آن با عدم تمایل به شیردهی (۲۶)، افسردگی پس از زایمان (۲۷-۲۹)، تنش های بعد از زایمان (۳۰) و عدم پذیرش نقش والدگری (۳۱) ارتباط دارد. نتایج پژوهش های Klaus و Kennell (۳۲) و خاوندی (۳۳) نشان دادند که طول زایمان، استفاده از بی دردی و میزان سزارین در زنانی که در طی بارداری و زایمان دارای همراه بودند و تحت حمایت قرار داشتند، کاهش می یابد. افراد نگران و آن هایی که ترس را تجربه می کنند، عمدتاً در تنظیم هیجان های خود مشکل دارند (۳۴) و

از این رو به نظر می رسد، زنانی که از زایمان ترس دارند نیز نمی توانند هیجانات خود را به درستی مدیریت کنند و از راهبردهای ناکارآمد تنظیم هیجان استفاده می کنند. تنظیم هیجان شامل مهارت های مربوط به آگاهی و ارزیابی هیجان ها، تنظیم هیجان ها و استفاده سازش یافته (انطباقی) از هیجان ها است (۳۵). Garnefski و همکاران معتقدند افراد در شرایط استرس زا متفاوت برخورد می کنند. برخی از افراد به نشخواری فکری، سرزنش خود، سرزنش دیگران و تلقی فاجعه آمیز روی می آورند که باعث ناگوار جلوه دادن موقعیت و افزایش هیجان منفی می شود. در مقابل عده ای بر تمرکز مجدد مثبت، توسعه چشم انداز، ارزیابی مثبت، پذیرش و برنامه ریزی تکیه می کنند که باعث مدیریت هیجان ایجاد شده، می گردد و توان فرد را برای مقابله با آن بالا می برد (۳۶). پژوهش های انجام شده، نشان می دهد که استفاده از بعضی راهبردها از جمله سرزنش خود، نشخواری فکری و فاجعه بار خواندن و تا حدودی سرزنش دیگران در افراد دارای مشکلات روانی و جسمانی شایع تر است (۳۷، ۳۸). از این رو هیجان ها همیشه مثبت نیستند و می توانند برای ما آسیب زا نیز باشند و در هر لحظه می توانند پاسخ های فیزیولوژیکی، تعامل های اجتماعی و فرایندهای ذهنی مانند، توجه، تصمیم گیری و حافظه ما را تحت تأثیر قرار دهند (۳۹). عدم تنظیم هیجان ها، می تواند زمینه مشکلات یا اختلالات هیجانی را فراهم کند به طوری که پاسخ های هیجانی مشکل زا در بیش از نیمی از اختلالات محور I و تمام اختلالات شخصیتی محور II اتفاق می افتد (۴۰). Berking و Wupperman در بررسی خود به این نتیجه رسیدند که نقص در توانایی مقابله سازگارانه با چالش های هیجانی با اختلالاتی همچون افسردگی، شخصیت مرزی، سوء مصرف مواد، جسمانی سازی و سایر نشانگان آسیب روانی رابطه دارد (۴۱). نظریه پردازان چنین استدلال می کنند که اشخاصی که نمی توانند به طور مؤثری واکنش های هیجانی خود را کنترل و نظارت کنند، دوره های شدیدتری از اندوه و پریشانی را تجربه می کنند که منجر به افسردگی یا اضطراب برای آن ها می شود (۴۲). همچنین پژوهش های انجام شده، نشان داده اند که عدم تنظیم هیجان باعث نگرانی و هراس می شود (۳۴، ۴۳). با توجه به مطالب ذکر شده، ترس از زایمان می تواند برای زن باردار و جنین، مخاطراتی به همراه داشته باشد و همچنین می تواند برای اعضای خانواده و کادر پزشکی وی آشفتگی هایی به همراه داشته باشد؛ از این رو شناسایی عواملی که منجر به کاهش این ترس شود، حائز اهمیت فراوانی است. همچنین به علت تأثیری که فرهنگ و قومیت در فراوانی و شدت ترس از زایمان دارد، بررسی عوامل کاهش دهنده این ترس در قومیت های مختلف امری مهم جلوه می کند. به نظر می رسد که ویژگی های شخصیتی زنان باردار، حمایتی که آنان از دیگران دریافت می کنند و راهبردهایی که در تنظیم هیجانات خود به آن متوسل می شوند، در کاهش ترس از زایمان مؤثر باشد؛ از این رو این پژوهش با هدف تعیین عوامل پیش بینی کننده ترس از زایمان براساس ویژگی های شخصیتی، حمایت اجتماعی و تنظیم هیجان در مادران باردار نخست زای شهر بندرعباس انجام شد.

روش کار

روش تحقیق پژوهش حاضر تحلیلی و از نوع همبستگی بود. جامعه آماری این پژوهش کلیه مادران باردار مراجعه کننده به بیمارستان دکتر

جهت تعیین پایایی این پرسشنامه از روش ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد و ضریب آلفای کرونباخ پنج مؤلفه روان‌رنجوری، برون‌گرایی، تجربه‌پذیری، توافق‌پذیری و وظیفه‌شناسی به‌ترتیب برابر با ۰/۷۳، ۰/۸۱، ۰/۶۹، ۰/۸۴ و ۰/۶۶ به دست آمد.

پرسشنامه حمایت اجتماعی (SSA)

پرسشنامه ارزیابی حمایت اجتماعی توسط Vaux و همکاران تهیه گردیده و دارای ۲۳ سؤال است که حمایت اجتماعی را توسط سه حیطه خانواده (۸ سؤال)، دوستان (۷ سؤال) و دیگران مهم (۸ سؤال) می‌سنجد. نمره‌گذاری این پرسشنامه به‌صورت مقیاس لیکرت پنج‌درجه‌ای (کاملاً موافق = ۵ تا کاملاً مخالف = ۱) است که نمره بالاتر بیانگر میزان حمایت اجتماعی بیشتر است. پژوهش وکس و همکاران ساختار سه عاملی پرسشنامه را تأیید می‌کند همچنین میزان آلفای کرونباخ برای ابعاد خانواده، دوستان و سایرین به‌ترتیب ۰/۷۲، ۰/۸۶ و ۰/۸۹ گزارش شده است (۴۸). در پژوهش داخلی ضریب پایایی در نمونه دانشجویی در کل مقیاس ۰/۹۰ و در نمونه دانش‌آموزی در همین پژوهش ۰/۷۰ به دست آمد و در اجرای مجدد در دانش‌آموزان پس از ۶ هفته، ضریب به‌دست‌آمده ۰/۸۱ بود (۴۹). در پژوهش حاضر پایایی پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۱ برای نمره کل و برای ابعاد خانواده، دوستان و دیگران مهم به‌ترتیب ۰/۶۰، ۰/۶۶ و ۰/۷۰ به دست آمد.

پرسشنامه تنظیم هیجان (ERQ)

این پرسشنامه توسط Gross و John تهیه‌شده است و با ۱۰ سؤال دارای دو خرده‌مقیاس ارزیابی مجدد (۶ سؤال) و فرونشانی (۴ سؤال) است. پاسخ‌ها براساس مقیاس لیکرت ۷ درجه‌ای از کاملاً مخالفم (۱) تا کاملاً موافقم (۷) قرار دارد. ضریب همسانی درونی این مقیاس برای ارزیابی مجدد، در دامنه‌ای از ۰/۴۸ تا ۰/۶۸ و برای فرونشانی ۰/۴۲ تا ۰/۶۳ به‌دست‌آمده است، ضرایب همبستگی ارزیابی مجدد با مقیاس عواطف مثبت (۰/۲۴) و عواطف منفی (۰/۱۴-) و فرونشانی با مقیاس عواطف مثبت (۰/۱۵-) و عواطف منفی (۰/۰۴) گزارش شده است (۵۰). معصومی‌نومندان پس از تأیید روایی محتوایی مقیاس، با استفاده از تحلیل عاملی اکتشافی و تأییدی وجود دو عامل ارزیابی مجدد و فرونشانی را تأیید کرده است. همچنین پایایی این پرسشنامه را برای خرده‌مقیاس‌های ارزیابی مجدد و فرونشانی به‌ترتیب با میزان ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۹ و ۰/۹۸ گزارش کرده است (۵۱). در پژوهش حاضر میزان ضریب آلفای کرونباخ برای بعد فرونشانی و ارزیابی مجدد به‌ترتیب ۰/۸۱ و ۰/۷۷ به دست آمد. برای تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش از شاخص توصیفی میانگین و انحراف استاندارد و در سطح استنباطی از آزمون همبستگی پیرسون و رگرسیون چندمتغیری هم‌زمان استفاده شد. همچنین داده‌ها توسط نرم‌افزار SPSS-۲۲ تحلیل شدند.

یافته‌ها

نمونه پژوهش حاضر، متشکل از ۱۵۰ زن باردار نخست‌زا بودند که میانگین و انحراف استاندارد سنی آنان $28/77 \pm 5/77$ بود. همچنین از لحاظ تحصیلات ۴۱/۳ درصد دیپلم، ۲۳/۳ درصد فوق‌دیپلم، ۳۲/۷

شریعتی بندرعباس در سال ۱۳۹۴ بودند. براساس نظر Gall و همکاران، در تحلیل رگرسیون و براساس یک قاعده سرانگشتی برای هر متغیر پیش‌بین حداقل باید ۱۵ نفر به اندازه نمونه اضافه شود (۴۴). بر این اساس در پژوهش حاضر به علت وجود هشت متغیر پیش‌بین در معادله رگرسیون، حداقل اندازه نمونه باید ۱۲۰ نفر باشد، اما به‌منظور بالا بردن اعتبار پژوهش از میان جامعه آماری، نمونه‌ای به حجم ۱۵۰ زن باردار به شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شد؛ به این صورت که پس از تصویب موضوع و اخذ مجوزهای لازم، با مراجعه به بیمارستان دکتر شریعتی بندرعباس و با همکاری مسئولان بیمارستان و رعایت جوانب اخلاقی مبنی بر داوطلبانه بودن شرکت در پژوهش، عدم ذکر نام و پنهان ماندن اطلاعات شخصی، زنان باردار براساس ملاک‌های ورود انتخاب شدند و به ابزارهای پژوهش پاسخ دادند. معیارهای ورود برای پژوهش حاضر شامل باردار بودن با سن حاملگی ۲۳ تا ۳۲ هفته بارداری، عدم تجربه بارداری و زایمان در گذشته، عدم داشتن اختلال روان‌پریشی، سوءمصرف مواد، عدم اختلال شخصیت و همچنین رضایت کامل در جهت پاسخ دادن به ابزارهای پژوهش بود. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه‌های زیر استفاده شد:

پرسشنامه نگرش به زایمان (CAQ)

این پرسشنامه توسط Harman به‌منظور اندازه‌گیری ترس از زایمان ساخته شد و سپس توسط Lowe مورد بازنگری قرار گرفت (۴۵). این پرسشنامه دارای ۱۶ گویه است که نمره‌گذاری آن براساس مقیاس ۴ درجه‌ای لیکرت (اصلاً، خیلی کم، متوسط و زیاد) است. هرچه فرد نمره بالاتری در این مقیاس کسب کند، به این معناست که ترس بیشتری از زایمان دارد. نسخه فارسی این پرسشنامه از روایی منطقی و محتوایی مناسبی برخوردار بوده و روایی محتوایی آن توسط متخصصین مختلف روان‌شناسی تأیید شده است. در پژوهش نصیری و شریفی همسانی درونی این پرسشنامه ۰/۸۳ (۱۷) و در پژوهش دلاور و علیزاده میزان ضریب آلفای کرونباخ آن ۰/۸۷ گزارش شده است (۱۳). در پژوهش حاضر، میزان ضریب آلفای کرونباخ مقیاس ۰/۸۴ به دست آمد.

پرسشنامه پنج عاملی نئو (NEO-FFI)

این پرسشنامه توسط Costa و McCrae برای سنجش پنج عامل اصلی (روان‌رنجوری، برون‌گرایی، تجربه‌پذیری، توافق‌پذیری و وظیفه‌شناسی) طراحی شد (۱۹). این پرسشنامه دارای ۶۰ ماده است و صرفاً پنج عامل اصلی شخصیت را می‌سنجد. نمره‌گذاری این پرسشنامه بر روی مقیاس پنج‌درجه‌ای لیکرت از کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم انجام می‌شود. اعتبار بازآزمایی در دامنه‌ای بین ۰/۸۶ تا ۰/۹۰ قرار داشت. همچنین همسانی درونی زیرمقیاس‌ها در نمونه مورد مطالعه از ۰/۷۴ تا ۰/۸۹ متغیر بود (۴۶). نتایج بررسی اعتبار این پرسشنامه توسط انیسی و همکاران با استفاده از روش ضریب آلفای کرونباخ نشان داد که ویژگی‌های وظیفه‌شناسی و روان‌رنجوری به‌ترتیب آلفای ۰/۸۳ و ۰/۸۰ و ویژگی‌های شخصیتی تجربه‌پذیری، توافق‌پذیری و برون‌گرایی به‌ترتیب آلفای ۰/۳۹، ۰/۶۰ و ۰/۵۸ داشتند. به‌علاوه در بررسی روایی هم‌زمان مشاهده شد که ضریب همبستگی روان‌رنجوری و برون‌گرایی در پرسشنامه NEO با روان‌رنجوری و برون‌گرایی در پرسشنامه Eysenck به‌ترتیب معادل ۰/۶۸ و ۰/۴۷ بود (۴۷). در پژوهش حاضر

درصد لیسانس و ۲/۷ درصد دارای تحصیلات تکمیلی بودند. نتایج آمار توصیفی و استنباطی متغیرهای پژوهش به شرح زیر است:

جدول ۱: میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش

مؤلفه‌ها	حداقل نمره	حداکثر نمره	میانگین و انحراف استاندارد
ویژگی‌های شخصیتی			
برون‌گرایی	۱۷	۷۴	۳۵/۷۶ ± ۹/۸۱
روان‌رنجوری	۱۷	۸۳	۳۶/۹۸ ± ۷/۸۴
تجربه‌گرایی	۱۵	۵۶	۳۵/۳۶ ± ۹/۸۱
توافق‌پذیری	۱۵	۶۰	۳۶/۳۳ ± ۱۰/۲۷
وظیفه‌شناسی	۱۸	۵۸	۳۸/۱۲ ± ۱۰/۶۸
حمایت اجتماعی			
خانواده	۱۷	۴۰	۳۰/۱۶ ± ۵/۱۹
دوستان	۱۲	۳۵	۲۵/۶۴ ± ۴/۴۱
دیگران	۱۴	۴۰	۳۰/۰۲ ± ۴/۸۴
حمایت کل	۴۴	۱۱۳	۸۵/۸۴ ± ۱۳/۵۰
تنظیم هیجان			
ارزیابی مجدد	۱۰	۲۷	۱۷/۸۸ ± ۳/۲۲
فرونشانی	۹	۲۴	۱۵ ± ۳/۵۱
ترس از زایمان	۱۶	۵۹	۳۵/۷۴ ± ۹/۳۲

جدول ۲: ماتریس همبستگی بین متغیرهای پیش‌بین با متغیر ملاک ترس از زایمان

متغیرها	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱
۱- روان‌رنجوری	۱										
۲- برون‌گرایی	۰/۸۳۹*	۱									
۳- توافق‌پذیری	۰/۸۲۱*	۰/۷۳۹*	۱								
۴- تجربه‌گرایی	۰/۸۹۳*	۰/۸۵۱*	۰/۸۷۴*	۱							
۵- وظیفه‌شناسی	۰/۷۰۷*	۰/۷۰۴*	۰/۶۹۲*	۰/۷۳۹*	۱						
۶- حمایت دوستان	-۰/۴۳۲*	-۰/۳۷۸*	-۰/۳۹۵*	-۰/۴۲۵*	-۰/۵۶۴*	۱					
۷- حمایت خانواده	-۰/۴۵۳*	-۰/۳۹۲*	-۰/۳۳۶*	-۰/۳۸۵*	-۰/۶۲۱*	۰/۷۴۴*	۱				
۸- حمایت دیگران	-۰/۴۹۷*	-۰/۴۵۳*	-۰/۴۲۸*	-۰/۴۹۹*	-۰/۶۹۰*	۰/۸۳۷*	۰/۸۴۶*	۱			
۹- حمایت کل	-۰/۴۹۳*	-۰/۴۳۷*	-۰/۴۱۲*	-۰/۴۶۶*	-۰/۶۷۰*	۰/۹۱۳*	۰/۹۳۱*	۰/۹۵۸*	۱		
۱۰- ارزیابی مجدد	۰/۰۶۲	۰/۰۸۴	۰/۱۵۴	۰/۱۵۶	۰/۰۳۲	۰/۱۹۷*	۰/۱۴۲	۰/۱۹۴*	۰/۱۹۲**	۱	
۱۱- فرونشانی	۰/۱۱۶	۰/۱۹۶**	۰/۲۱۴*	۰/۲۴۱*	۰/۲۱۶*	-۰/۱۱۸	-۰/۲۱۳*	-۰/۱۹۱**	-۰/۱۸۳**	-۰/۰۰۲	۱
۱۲- ترس از زایمان	۰/۳۳۱*	۰/۲۲۷*	۰/۲۳۴*	۰/۲۲۸*	۰/۴۲۷*	-۰/۴۵۱*	-۰/۵۶۲*	-۰/۴۶۴*	-۰/۵۳۰*	-۰/۱۱۸	۰/۳۰۷*

*P < ۰/۰۱ و **P < ۰/۰۵

براساس نتایج تحلیل همبستگی پیرسون، میزان همبستگی ترس از زایمان با ویژگی‌های شخصیتی روان‌رنجوری برابر با ۰/۳۳۱ (۰/۰۰۱ < P)، برون‌گرایی برابر با ۰/۲۲۷ (۰/۰۰۵ < P)، توافق‌پذیری برابر با ۰/۲۳۴ (۰/۰۰۴ < P)، تجربه‌گرایی برابر با ۰/۲۲۸ (۰/۰۰۵ < P)، وظیفه‌شناسی برابر با ۰/۴۲۷ (۰/۰۱۲ < P)، حمایت اجتماعی برابر با ۰/۵۳۰ (۰/۰۰۱ < P)، ارزیابی مجدد برابر با ۰/۱۱۸ (۰/۰۴۹ < P) و فرونشانی ۰/۳۰۷ (۰/۰۰۱ < P) است که به‌غیر از ارزیابی مجدد، تمامی این روابط معنادار هستند. همچنین قابل‌ذکر است که روابط سایر

جدول ۱ میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهشی را نشان می‌دهد. براساس نتایج به‌دست‌آمده، در میان ویژگی‌های شخصیتی، وظیفه‌شناسی دارای بیشترین میانگین ۳۸/۱۲ ± ۱۰/۶۸ و تجربه‌گرایی دارای کمترین میانگین ۳۵/۳۶ ± ۹/۸۱ است. میانگین و انحراف استاندارد حمایت اجتماعی کل ۸۵/۸۴ ± ۱۳/۵۰، ارزیابی مجدد ۳/۲۲ ± ۱۷/۸۸، فرونشانی ۳/۵۱ ± ۱۵ و ترس از زایمان ۳۵/۷۴ ± ۹/۳۲ است. نتایج سایر مؤلفه‌ها در جدول ۱ قابل‌مشاهده است.

تنظیم هیجان از رگرسیون چندمتغیری هم‌زمان استفاده شد که نتایج آن به شرح ذیل است:

متغیرها در **جدول ۲** قابل مشاهده است. به‌منظور بررسی مقدار تبیین ترس از زایمان براساس ویژگی‌های شخصیتی، حمایت اجتماعی و

جدول ۳: نتایج تحلیل رگرسیون چندمتغیری هم‌زمان متغیرهای پیش‌بین با متغیر ملاک ترس از زایمان

متغیرهای پیش‌بین	Beta	B	Std. Error	T	Sig
حمایت اجتماعی	-.۰۳۷۳	-.۰/۲۵۸	۰/۰۶۵	-۳/۹۴	۰/۰۰۱
ویژگی‌های شخصیتی					
۱- روان‌رنجوری	۰/۴۶۳	۰/۶۳۵	۰/۲۲۱	۲/۸۶	۰/۰۰۵
۲- برون‌گرایی	-.۰/۰۸۲	-.۰/۰۹۸	۰/۱۶۶	-۵/۸۷	۰/۵۵۸
۳- توافق‌پذیری	-.۰/۰۳۸	-.۰/۰۷۹	۰/۲۹۵	-۰/۳۸	۰/۷۸۹
۴- تجربه‌گرایی	-.۰/۴۸۰	-.۰/۷۰۱	۰/۲۸۶	-۲/۴۵	۰/۰۱۵
۵- وظیفه‌شناسی	۰/۲۴۱	۰/۴۷۱	۰/۲۳۷	۱/۹۸	۰/۰۴۹
تنظیم هیجان					
۱- ارزیابی مجدد	-.۰/۰۰۸	-.۰/۰۲۲	۰/۲۰۵	-۱/۰۹	۰/۹۱۴
۲- فرونشانی	۰/۲۱۷	۰/۵۷۵	۰/۱۸۳	۳/۱۳	۰/۰۰۲

Sig = ۰/۰۰۱, F = ۱۱/۰۴, R² = ۰/۳۸۵, R = ۰/۶۲۱

در برآورد مقدار رگرسیون، مفروضه‌های نرمال بودن، ثابت بودن واریانس و هم خطی نبودن چندگانه برقرار بود. همان‌طور که در **جدول ۳** مشخص است، ویژگی‌های شخصیتی، حمایت اجتماعی و تنظیم هیجان هم‌زمان وارد معادله رگرسیون شده‌اند و با میزان همبستگی ۰/۶۲۱ توانسته‌اند ۳۸/۵ درصد از واریانس ترس از زایمان را پیش‌بینی کنند و با توجه به مقدار F می‌توان گفت مدل رگرسیونی معنادار است ($P < ۰/۰۰۱$, $F = ۱۱/۰۴$). برای بررسی سهم هر یک از پنج بعد ویژگی‌های شخصیتی، حمایت اجتماعی و تنظیم هیجان در معادله رگرسیون از ضرایب استاندارد استفاده شد. با توجه به نتایج ضرایب بتای استاندارد و بررسی معناداری آماره T می‌توان گفت حمایت اجتماعی، ویژگی‌های روان‌رنجوری، تجربه‌گرایی، وظیفه‌شناسی و فرونشانی به‌ترتیب با اندازه ۰/۳۷۳، ۰/۴۶۳، ۰/۴۸۰، ۰/۲۴۱ و ۰/۲۱۷ نقش معناداری در پیش‌بینی ترس از زایمان دارند و ویژگی‌های توافق‌پذیری، برون‌گرایی و ارزیابی مجدد به‌ترتیب با بتای استاندارد ۰/۰۳۸، ۰/۰۸۲ و ۰/۹۱۴ تأثیر آماری معناداری در پیش‌بینی ترس از زایمان ندارند.

بحث

پژوهش حاضر، با هدف تعیین عوامل پیش‌بینی کننده ترس از زایمان براساس ویژگی‌های شخصیتی، حمایت اجتماعی و تنظیم هیجان در مادران باردار نخست‌زای شهر بندرعباس انجام شد. نتایج پژوهش نشان داد که ویژگی‌های روان‌رنجوری و وظیفه‌شناسی به‌طور مثبت و ویژگی تجربه‌گرایی به‌طور منفی می‌توانند ترس از زایمان را پیش‌بینی نمایند. به‌عبارت دیگر با افزایش ویژگی‌های روان‌رنجوری و وظیفه‌شناسی می‌توان شاهد افزایش ترس از زایمان و با افزایش تجربه‌گرایی، شاهد کاهش ترس از زایمان در مادران نخست‌زای بود. همچنین قابل‌ذکر است نتایج به‌دست‌آمده از مطالعه حاضر، نشان داد که ویژگی‌های برون‌گرایی و توافق‌پذیری تأثیر آماری معناداری در پیش‌بینی ترس از زایمان نداشتند. همسو با این نتیجه، Handelzalts و همکاران در

پژوهش خود بر روی ۱۰۱ زن نخست‌زا به این یافته رسیدند که ویژگی‌های روان‌رنجوری و وظیفه‌شناسی رابطه معناداری با ترس قبل از زایمان دارند اما سایر ویژگی‌ها رابطه معناداری نشان ندادند (۲۰). در پژوهشی که Johnston و Brown بر روی ۷۵۵ زن باردار انجام دادند، به این نتیجه رسیدند که بالا بودن ویژگی روان‌رنجوری و پایین بودن ویژگی برون‌گرایی با ترس از زایمان بیشتر و همچنین انجام سزارین همراه است (۵۲). آن‌چه از پژوهش‌های انجام‌شده نتیجه‌گیری می‌شود، این است که تنها بعضی از ویژگی‌های شخصیتی بر روی ترس از زایمان مؤثر است و ویژگی روان‌رنجوری نقش برجسته‌ای دارد. در فراتحلیلی که توسط Kotov و همکاران صورت گرفت، این نتیجه نمایان شد که ویژگی‌های شخصیتی با اختلالات اضطرابی، افسردگی و سوءمصرف مواد رابطه دارند اما ویژگی روان‌رنجوری سهم بیشتری از سایر ویژگی‌های دارد (۵۳). افراد روان‌رنجور تمایل به هیجان‌پذیری منفی دارند. درواقع چنین افرادی زودرنج، دمدمی مزاج و بلا تکلیف هستند، افکار پریشانی دارند و رفتارهای بروز می‌دهند که توأم با آشفتگی‌های احساسی است. همچنین گرایش بیشتری به بی‌ثباتی هیجانی، اضطراب و غم و اندوه دارند (۲۰). زن باردار که دارای چنین خصایصی باشد، مستعد ترس و اضطراب است و با کوچک‌ترین دردی به فاجعه‌سازی آن می‌پردازد (۵۴). وقتی چنین شخصی به درد زایمان فکر کند به علت فاجعه‌سازی و غیرقابل تحمل پنداشتن آن دستخوش ترس از زایمان می‌شود. طبق نتایج این پژوهش، زنانی که برخوردار از سطح بالای ویژگی‌های تجربه‌گرایی هستند، ترس از زایمان کمتری دارند. افرادی که ویژگی تجربه‌گرایی دارند از انعطاف‌پذیری خوبی برخوردار هستند. این افراد بیشتر پذیرای عقاید و ارزش‌های جدید و غیرمتعارف هستند، هیجان‌خواه بوده و میل به تجربه هیجان‌های مثبت و منفی دارند و همچنین بیشتر پذیرای فعالیت‌های تازه و متنوع هستند (۱۹). از این‌رو می‌توان گفت، زنی که از سطح بالای ویژگی تجربه‌گرایی برخوردار است، زایمان را به‌عنوان یک عمل هیجان‌انگیز و مفرح تلقی می‌کند و حتی اگر آن را با درد ملازم بداند، این درد را به‌نوعی لذت‌بخش

پاشا بر روی ۲۱۰ زن باردار نشان داده شد که برخورداری آنان از حمایت اجتماعی موجب کاهش استرس آنان در دوران بارداری می‌شود (۵۵). حمایت اجتماعی علاوه بر اثرات مثبت آن قبل و حین زایمان، می‌تواند تأثیرات مفیدی در بعد از زایمان نیز داشته باشد (۲۷). در پژوهش آژ و همکاران زنانی که در زمان بارداری تحت اقدامات حمایتی بودند در مرحله پس از زایمان افسردگی کمتری نسبت به گروه گواه (بدون اقدامات حمایتی) داشتند (۲۸). طبق بررسی Toohill و همکاران، عدم حمایت اجتماعی خصوصاً از جانب شوهر و عدم آگاهی زنان باردار از فرایند زایمان در افزایش ترس از زایمان در آنان نقش برجسته‌ای دارد (۵). همچنین واکنش، حمایت و پشتیبانی پزشکان و کادر بیمارستانی در میزان ترس از زایمان مؤثر است (۱۵)؛ از این رو می‌توان گفت وجود افراد حامی و دلسوز و همچنین افرادی که اطلاعات شایسته و مناسبی به زن باردار ارائه دهند، می‌توانند ترس از زایمان را در زنان کاهش دهند.

در بررسی رابطه بین ترس از زایمان و راهبردهای تنظیم هیجان، نتایج به‌دست‌آمده نشان داد که راهبرد فرونشانی رابطه معناداری با ترس از زایمان دارد و می‌تواند به‌طور معناداری ترس از زایمان را پیش‌بینی کند؛ اما راهبرد ارزیابی مجدد نمی‌تواند، پیش‌بینی کننده ترس از زایمان باشد. همسو با این نتیجه، غفاری و رضایی در بررسی ۲۰۰ نفر از دانشجویان نشان دادند، افرادی که از راهبردهای تنظیم هیجان منفی استفاده می‌کنند ترس بیشتری دارند و نسبت به نگرانی آسیب‌پذیرتر هستند (۳۴). فرادینی سفلی و همکاران در بررسی تأثیر استفاده از راهبردهای منفی تنظیم هیجان به این نتیجه رسیدند که راهبردهای تنظیم هیجان با ترس و نگرانی رابطه معناداری دارند و استفاده از راهبردهای منفی در تنظیم هیجان موجب اضطراب و هراس می‌شود (۴۳). با توجه به پژوهش‌های صورت گرفته، راهبرد فرونشانی به‌عنوان یکی از راهبردهای منفی در تنظیم هیجان می‌تواند، زمینه‌ساز ترس از زایمان در مادران نخست‌زا شود. بررسی‌های انجام‌شده، نشان می‌دهد که در پس مشکلات روان‌شناختی، تنظیم هیجان نقش بارزی دارد و عدم تنظیم هیجان سازگارانه موجب آشفتگی‌های روانی می‌شود (۳۷). (۴۱، ۳۸). به این صورت که ناتوانی در کنترل هیجانات منفی ناشی از وجود افکار و باورهای منفی درباره نگرانی و در برابر وقایع استرس‌زای زندگی و همچنین استفاده از شیوه‌های ناکارآمد مقابله‌ای، منجر به مشکلات هیجانی و روان‌شناختی چون ترس، افسردگی، اضطراب، تکان‌شگری، پرخاش‌گری و سایر مشکلات روانی می‌شود؛ بنابراین، توانایی تنظیم هیجانات به‌طور مؤثر یکی از مؤلفه‌های اساسی سلامت روان است (۳۶). تنظیم هیجان، فرایند درونی و تبدیلی است که فرد از طریق آن هیجان‌های جاری خود را به‌صورت هشیار یا ناهشیار مدیریت و مهار می‌کند و به این وسیله حالت یا برانگیختگی خود را نظم می‌دهد. نظم دهی هیجان مسئول نظارت، ارزیابی و تعدیل واکنش‌های فرد است و به فرد در دستیابی به اهدافش یاری می‌دهد و هر فردی از آن به‌منظور حفظ، مهار، افزایش تجربه و ابراز هیجان‌ها جهت افزایش سازگاری و تطابق هیجان خود استفاده می‌کند. زنان نخست‌زا به دلیل عدم تجربه زایمان، تصور می‌کنند که درد زایمان بسیار جانکاه و غیرقابل تحمل باشد و به همین دلیل دستخوش هیجانات منفی می‌شوند و اگر نتوانند هیجانات منفی خود را مدیریت کنند موجب اختلال در پاسخ‌های

تلقی خواهد کرد؛ در نتیجه کمتر احتمال می‌رود که دستخوش ترس از زایمان شود. نتایج تحلیل ویژگی وظیفه‌شناسی در این پژوهش حاکی از این بود که بالا بودن ویژگی وظیفه‌شناسی با ترس از زایمان بیشتر توأم است. هرچند طبق فراتحلیل کوتو و همکاران پایین بودن ویژگی وظیفه‌شناسی با افسردگی، اختلال اضطراب فراگیر و ترس مرضی اجتماعی همراه است (۵۳)؛ اما از سویی می‌تواند با مشکلاتی مرتبط باشد. فردی که ویژگی وظیفه‌شناسی داشته باشد، احساس مسئولیت می‌کند، محتاط، دقیق و دلسوز است و همچنین هدفمند و در پی موفقیت است (۱۹)؛ اما در بعد منفی، این افراد کمال‌گرایی افراطی دارند و ممکن است دچار کار زدگی و خستگی شوند. از این رو می‌توان این گونه تبیین کرد که وقتی زن بارداری دارای ویژگی وظیفه‌شناسی باشد به دنبال موفقیت در زایمان و تولد سالم و بی‌خطر فرزندش است. احساس مسئولیت در به دنیا آوردن سالم نوزاد و عدم به وجود آمدن مشکل در تولد وی می‌تواند، موجبات ترس از زایمان در چنین مادرانی شود. همان‌طور که در بررسی‌های به‌عمل‌آمده، نشان داده‌شده است، نگرانی از سلامت نوزاد موجب ترس از زایمان و انتخاب روش سزارین می‌شود (۷، ۱۲). ویژگی‌های برون‌گرایی و توافق‌پذیری جزو ویژگی‌هایی بودند که در پژوهش حاضر نتوانستند پیش‌بینی کننده معنادار ترس از زایمان باشند. همسو با این یافته، در پژوهش Handelzalts و همکاران نیز ویژگی‌های برون‌گرایی و توافق‌پذیری، رابطه معناداری با ترس از زایمان نشان ندادند (۲۰). ویژگی برون‌گرایی و توافق‌پذیری بیشتر حاوی خصایصی هستند (معاشرتی، جامعه‌پذیری، سلطه‌جویی، قاطعیت، رک‌گویی، همکاری و تواضع) که به تعامل فرد با دیگران مربوط می‌شود (۱۹) و به نظر می‌رسد در حالت‌های درون‌فردی کمتر اثرگذار باشد.

در بررسی رابطه بین ترس از زایمان و حمایت اجتماعی، نتایج به‌دست‌آمده، نشان داد که حمایت اجتماعی می‌تواند ترس از زایمان را پیش‌بینی کند. به‌عبارت‌دیگر، با افزایش حمایت اجتماعی ترس از زایمان در زنان نخست‌زا کاهش پیدا می‌کند. همسو با این نتیجه، صادقی و همکاران در پژوهش خود بر روی ۲۰۰ زن باردار نخست‌زا به این نتیجه رسیدند که حمایت خانواده، میزان ترس از زایمان را کاهش داده و موجب افزایش رضایت از زایمان در آنان می‌شود (۲۵). خوانندی در مقایسه تأثیر حمایت مداوم حین زایمان توسط فرد همراه در گروه آزمایش و گواه (بدون همراه) به این یافته رسید که حمایت مداوم حین زایمان توسط فرد همراه باعث کاهش طول فاز فعال زایمان، کاهش زایمان به روش سزارین و افزایش نمره آپگار دقیقه اول و شروع زودتر تغذیه با شیر مادر می‌شود (۳۳). از این رو با توجه به پژوهش‌های صورت گرفته، وجود افرادی که زن باردار به آن‌ها اطمینان دارد و در شرایط دشوار پشتیبان و حامی وی هستند در مقابله با ترس و سختی‌های زایمان یاری کننده هستند. Kodzi و همکاران در پژوهش خود نشان دادند افرادی که از حمایت اجتماعی بالایی برخوردار هستند سلامت جسمی و روانی بالاتری دارند (۲۴). اقدامات حمایتی که از سوی دیگران اعمال می‌شود، نحوه مقابله با ترس از زایمان را در زنان باردار بهبود می‌بخشد و درک حمایت‌های موجود باعث می‌شود موقعیت، کمتر تهدیدآمیز ارزیابی شود. حمایت اجتماعی با تأثیرگذاری بر ارزیابی‌های شناختی زنان باردار و باورهای آنان در مورد جهان موجب پذیرش و مقابله مؤثرتر با پدیده‌ها می‌شود (۲۳). در بررسی فرامرزی و

که مسئولان سیاست و برنامه‌ریزی و همچنین پزشکان، مشاوران، روان‌شناسان و سایر متخصصان حوزه سلامت با آگاهی از نتایج پژوهش سعی در آموزش و مداخله در صدد افزایش حمایت اجتماعی، راهبردهای مثبت تنظیم هیجان و شناساندن ویژگی‌های مختلف شخصیتی در ترس از زایمان داشته باشند تا شاهد کاهش مشکلات زنان باردار باشیم.

سپاس‌گزاری

مقاله حاضر برگرفته از پژوهش مصوب در شورای تخصصی پژوهش دانشگاه آزاد اسلامی واحد بندرعباس به شماره ۶۱۸۲۰۷۰۵۹۳۲۰۳۵ است. در پایان پژوهشگران بر خود لازم می‌دانند از کلیه مادران باردار شرکت‌کننده در پژوهش، خانواده آنان، مسئولین محترم بیمارستان شریعتی بندرعباس و سایر اساتید و دوستانی که یاریگر ما در این پژوهش بوده‌اند صمیمانه تشکر و قدردانی نمایند.

References

- Akhlaghi F, Shamsa F. Relation between Depression, Anxiety, Self-Esteem, Marital Satisfaction, Demographical Factor and Maternal Complications with Fear of Childbirth in Nulliparous Women. *Int J Gynecol Obstet*. 2012;119:S800-S. DOI: 10.1016/s0020-7292(12)62014-1
- Negahban T, Ansari A. [Does fear of childbirth predict emergency cesarean section in primiparous women?]. *J Hayat*. 2009;14(4):73-81.
- Storksens HT, Eberhard-Gran M, Garthus-Niegel S, Eskild A. Fear of childbirth; the relation to anxiety and depression. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2012;91(2):237-42. DOI: 10.1111/j.1600-0412.2011.01323.x PMID: 22085403
- Alipour Z, Lamyian M, Hajizadeh E, Vafaei MA. The association between antenatal anxiety and fear of childbirth in nulliparous women: a prospective study. *Iran J Nurs Midwifery Res*. 2011;16(2):169-73. PMID: 22224102
- Toohill J, Fenwick J, Gamble J, Creedy DK, Buist A, Ryding EL. Psycho-Social Predictors of Childbirth Fear in Pregnant Women: An Australian Study. *Open J Obstet Gynecol*. 2014;04(09):531-43. DOI: 10.4236/ojog.2014.49075
- Abbaspoor Z, Moghaddam-Banaem L, Ahmadi F, Kazemnejad A. [Women's fear of childbirth and its impact on the chosen birth method: A qualitative study]. *Payesh*. 2014;5(13):576-87.
- JamshidiManesh M, Oskouie F, Jouybary L, Sanagoo A. [The process of women's decision making for selection of cesarean delivery]. *Iran J Nurs*. 2009;21(56):55-67.
- Fahami F, Masoudfar S, Davazdahemami S. The Effect of Lamaze Practices on the Outcome of Pregnancy and Labor in Primipara Women. *Iranian J Nurs Midwifery Res*. 2008;12(3).
- Zafarghandi N, Hadavand S, Torkestani F, Zaeri F, Variji M. [Evaluation of anxiety and fear of labor in postpartum period]. *J Med Council IRI*. 2005;23(2):155-60.
- van Bussel JC, Spitz B, Demyttenaere K. Anxiety in pregnant and postpartum women. An exploratory study of the role of maternal orientations. *J Affect Disord*. 2009;114(1-3):232-42. DOI: 10.1016/j.jad.2008.07.018 PMID: 18793805
- Alehagen S, Wijma B, Wijma K. Fear of childbirth before, during, and after childbirth. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2006;85(1):56-62. PMID: 16521681
- Saisto T, Salmela-Aro K, Nurmi JE, Halmesmaki E. Psychosocial characteristics of women and their partners fearing vaginal childbirth. *BJOG*. 2001;108(5):492-8. PMID: 11368135
- Delavar Gavam S, Alizadeh Goradel J. [The role of metacognitive beliefs and positive and negative affect in the Fear of childbirth of pregnant women with first experience]. *Iranian J Nurs Res*. 2014;9(3):10-8.
- Heydarpour S, Zare E, Mehrabi E, Heydarpour F, Kolivand M. [Comparison of primiparous women perception of pain, fear and anxiety of vaginal delivery among Persian, Kurdish and Turkish women]. *J Clin Res Paramed Sci*. 2015;4(3):223-30.
- Klabbers GA, van Bakel HJ, van den Heuvel M, Vingerhoets AJ. Severe fear of childbirth: Its features, assessment, prevalence, determinants, consequences and possible treatments. *Psychologische Teme*. 2016;25(1):107-27.
- Ghooshchian S, Dehghani M, Khorsandi M, Farzad V. [The role of fear of pain and related psychological variables in prediction of cesarean labor]. *Arak Uni Med Sci J*. 2011;14(56):45-54.
- Nasiry F, Sharifi S. Relationship between fear of childbirth and personality type in pregnant women. *Iranian J Obstet Gynecol Infert*. 2013;16(66):18-25.
- Prorok M, Lawrence DS. *Handbook of Personality: Theory and Research*. 3rd ed. New York: Guilford; 1989.
- McCrae RR, Costa PT, Jr. Rotation to Maximize the Construct Validity of Factors in the NEO Personality Inventory. *Multivariate Behav Res*. 1989;24(1):107-24. DOI: 10.1207/s15327906mbr2401_7 PMID: 26794299

20. Handelzalts JE, Becker G, Ahren MP, Lurie S, Raz N, Tamir Z, et al. Personality, fear of childbirth and birth outcomes in nulliparous women. *Arch Gynecol Obstet*. 2015;291(5):1055-62. DOI: 10.1007/s00404-014-3532-x PMID: 25391637
21. Ryding EL, Wirfelt E, Wangborg IB, Sjogren B, Edman G. Personality and fear of childbirth. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2007;86(7):814-20. DOI: 10.1080/00016340701415079 PMID: 17611826
22. Lee MK, Park S, Lee ES, Ro J, Kang HS, Shin KH, et al. Social support and depressive mood 1 year after diagnosis of breast cancer compared with the general female population: a prospective cohort study. *Support Care Cancer*. 2011;19(9):1379-92. DOI: 10.1007/s00520-010-0960-4 PMID: 20676695
23. Lofvenmark C, Mattiasson AC, Billing E, Edner M. Perceived loneliness and social support in patients with chronic heart failure. *Eur J Cardiovasc Nurs*. 2009;8(4):251-8. DOI: 10.1016/j.ejcnurse.2009.05.001 PMID: 19539533
24. Kodzi IA, Obeng Gyimah S, Emina J, Chika Ezech A. Religious involvement, social engagement, and subjective health status of older residents of informal neighborhoods of Nairobi. *J Urban Health*. 2011;88 Suppl 2:S370-80. DOI: 10.1007/s11524-010-9482-0 PMID: 20589536
25. Sadeghi Aval Shahr H, Moosavi Sahebalzamani S, Jahdi F, Neisani Samani L, Haghani H. [Relationship between Perceived Social Support in Pregnancy with Birth Satisfaction in Primigravid Women Referred to Shahid Akbar Abadi Hospital]. *Prev Care Nurs Midwifery J*. 2014;4(1):54-64.
26. Hildingsson I, Tingvall M, Rubertsson C. Partner support in the childbearing period -- a follow up study. *Women Birth*. 2008;21(4):141-8. DOI: 10.1016/j.wombi.2008.07.003 PMID: 18707928
27. Spoozak L, Gotman N, Smith MV, Belanger K, Yonkers KA. Evaluation of a social support measure that may indicate risk of depression during pregnancy. *J Affect Disord*. 2009;114(1-3):216-23. DOI: 10.1016/j.jad.2008.07.015 PMID: 18765164
28. Ajh N, Unesian M, Fili A, Abasi Motejaded A. [The study of supportive activities during pregnancy on postpartum depression]. *J Hayat*. 2006;12(3):73-80.
29. Maliszewska K, Swiatkowska-Freund M, Bidzan M, Preis K. Relationship, social support, and personality as psychosocial determinants of the risk for postpartum blues. *Ginek Pol*. 2016;87(6):442-7. DOI: 10.5603/GP.2016.0023 PMID: 27418222
30. Navidian A, Kermansaravi F, Navabirigi S, Saber S, Saeedinegad F. Correlation between postpartum stress and social support in nulliparous women. *J Health Promot Manage*. 2016;5(17):40-9.
31. Ny P, Olukoya AA, Plantin L. Positive Health Outcomes of Fathers' Involvement in Pregnancy and Childbirth Paternal Support: A Scope Study Literature Review. *Fathering*. 2011;9(1):87-102. DOI: 10.3149/fth.0901.87
32. Klaus MH, Kennell JH. The doula: an essential ingredient of childbirth rediscovered. *Acta Paediatr*. 1997;86(10):1034-6. PMID: 9350877
33. Khavandizadeh Aghdam S. [The Effect of the Continuous Labor Support from a Supportive Companion on the Process and Outcomes of Labor in Primigravida]. *J Ardabil Univ Med Sci*. 2006;6(4):368-73.
34. Ghaffari M, Rezaei A. [Investigating the relation of cognitive emotion regulation strategies and thought-action fusion with the rate of worry in the students]. *J Rafsanjan Univ Med Sci*. 2014;12(12):975-90.
35. Berking M, Wupperman P, Reichardt A, Pejic T, Dippel A, Znoj H. Emotion-regulation skills as a treatment target in psychotherapy. *Behav Res Ther*. 2008;46(11):1230-7. DOI: 10.1016/j.brat.2008.08.005 PMID: 18835479
36. Garnefski N, Koopman H, Kraaij V, ten Cate R. Brief report: Cognitive emotion regulation strategies and psychological adjustment in adolescents with a chronic disease. *J Adolesc*. 2009;32(2):449-54. DOI: 10.1016/j.adolescence.2008.01.003 PMID: 18775562
37. Garnefski N, Kraaij V. Relationships between cognitive emotion regulation strategies and depressive symptoms: A comparative study of five specific samples. *Personality and Individual Differences*. 2006;40(8):1659-69. DOI: 10.1016/j.paid.2005.12.009
38. Campbell-Sills L, Barlow DH, Brown TA, Hofmann SG. Acceptability and suppression of negative emotion in anxiety and mood disorders. *Emotion*. 2006;6(4):587-95. DOI: 10.1037/1528-3542.6.4.587 PMID: 17144750
39. Hassani J, Azadfallah P, Rasoulzade-Tabatabaei S. [Impact of reappraisal and suppression of emotional experiences on frontal EEG asymmetries based on Neuroticism and Extraversion dimensions]. *J Psychol Tabriz Univ*. 2009;4(13):71-37.
40. Gross J. Emotion Regulation. In: Lewis M, Haviland-Jones J, Feldman Barrett L, editors. *Handbook of emotion*. 3rd ed. New York: The Guilford Press; 2008.
41. Berking M, Wupperman P. Emotion regulation and mental health: recent findings, current challenges, and future directions. *Curr Opin Psychiatry*. 2012;25(2):128-34. DOI: 10.1097/YCO.0b013e3283503669 PMID: 22262030
42. Sobhi-Gharamaleki N, Porzoor P, Aghajani S, Narimani M. [Effectiveness of emotion regulation training on reduction of anxiety, stress and depression symptoms among University students]. *Iranian J Health Educ Health Promot*. 2015;3(1):5-13.
43. Faradini Sofla H, Karsazi H, Imami Ezzat A, Bakhshipour Roudsari A. [The structural relationships of anxiety sensitivity, worry and difficulty in regulating emotions with generalized anxiety disorder, social anxiety disorder and panic disorder]. *J Thought Behav Clin Psychol*. 2015;9(36):77-92.

44. Gall M, Borg W, Gall J. Educational research: An introduction. UK: Longman Publishing; 1996.
45. Lowe NK. Self-efficacy for labor and childbirth fears in nulliparous pregnant women. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 2000;21(4):219-24. PMID: 11191169
46. Roshanchsly R, Shaeiri M, Atryfrd M, Nikkhah A, Qaem-Maqami B, Rahimi-Rad A. [Psychometric properties of "five-factor NEO Personality Inventory NEO-FFI]. *J Daneshvar Raftar*. 2007;16:27-36.
47. Anisi J, Majdiyan M, Joshanloo M, Ghoharikamel Z. [Validity and reliability of NEO Five-Factor Inventory (NEO-FFI) on university students]. *Int J Behav Sci*. 2011;5(4):351-5.
48. Vaux A, Phillips J, Holly L, Thomson B, Williams D, Stewart D. The social support appraisals (SS-A) scale: Studies of reliability and validity. *Am J Commun Psychol*. 1986;14(2):195-218. DOI: 10.1007/bf00911821
49. Abdifard S. [Study of relationship between social support and the locus of control with adjustment in Ferdowsi University of Mashhad M.A students]. Tehran: Kharazmi University; 1995.
50. Balzarotti S, John OP, Gross JJ. An Italian Adaptation of the Emotion Regulation Questionnaire. *Eur J Psychol Asses*. 2010;26(1):61-7. DOI: 10.1027/1015-5759/a000009
51. Masoomi Nomandan S. [The casual model of relationship of the brain-behavior systems, emotion regulation, emotional schemas in craving the peoples who suffer from substance abuse]. Tehran: Kharazmi University; 2014.
52. Johnston RG, Brown AE. Maternal trait personality and childbirth: the role of extraversion and neuroticism. *Midwifery*. 2013;29(11):1244-50. DOI: 10.1016/j.midw.2012.08.005 PMID: 23039942
53. Kotov R, Gamez W, Schmidt F, Watson D. Linking "big" personality traits to anxiety, depressive, and substance use disorders: a meta-analysis. *Psychol Bull*. 2010;136(5):768-821. DOI: 10.1037/a0020327 PMID: 20804236
54. Martinez MP, Sanchez AI, Miro E, Medina A, Lami MJ. The relationship between the fear-avoidance model of pain and personality traits in fibromyalgia patients. *J Clin Psychol Med Settings*. 2011;18(4):380-91. DOI: 10.1007/s10880-011-9263-2 PMID: 21964824
55. Faramarzi M, Pasha H. [The role of social support in prediction of stress during pregnancy]. *J Babol Univ Med Sci*. 2015;17(11):52-60.