

Investigating the Role of Hardiness, Social Support and Self-Control Skills in Predicting Childbirth Self-Efficacy in Pregnant Women

Rezapour Mirsaleh Y¹, Yazdani MA², Amini R*¹

1. Department of Counseling, Faculty of Humanities & Social Science, Ardakan University, Ardakan, Iran

2. Department of Psychology, Faculty of Humanistic, Yazd Islamic Azad University, Yazd, Iran

* *Corresponding author.* Tel: +989134113245, E-mail: aminirazieh@rocketmail.com

Received: May 16, 2021 Accepted: Sep 4, 2021

ABSTRACT

Background & aim: Dynamic self-efficacy affects physical and emotional parameters of individuals and plays an important role in reducing the fear of natural childbirth. The present study aimed to investigate the role of hardiness, social support and self-control skills in predicting childbirth self-efficacy in pregnant women.

Methods: The present study was a descriptive- correlational study. The study population included all pregnant women who referred to clinics of Ziyae hospital in Ardakan city. A total of 180 women were selected by available sampling. Data were gathered using questionnaires of childbirth self- efficacy inventory (CBSEI), hardiness, self-control and maternity social support and then analyzed by Pearson correlation and stepwise multiple linear regression using SPSS-21.

Results: The results showed that except for physical activity, self-control did not have a significant correlation with childbirth self-efficacy and only the subscale of physical activity control had a significant negative correlation with childbirth self-efficacy ($r=-0.20$). The total scores of hardiness and commitment subscale had a positive correlation with childbirth self-efficacy ($r=0.16$). Finally, the correlation between social support and childbirth self-efficacy was positive and statistically significant ($r=0.25$). The results of regression analysis also showed that the study variables were able to predict 12% of childbirth self-efficacy variance in pregnant women ($p<0.01$).

Conclusion: Hardiness, social support and self-control have a significant positive relationship with self-efficacy and can be effective in predicting the self-efficacy of pregnant women. Childbirth self-efficacy can be increased with proper care interventions, including training courses on hardiness and self-control skills and emphasizing the importance of social support.

Keywords: Social Support, Self-Control, Childbirth Self-Efficacy, Hardiness, Pregnancy

بررسی نقش سخت‌رویی، حمایت اجتماعی و خودکنترلی در پیش‌بینی خودکارآمدی زنان باردار

یاسر رضاپور میرصالح^۱، محمدعلی یزدانی^۲، راضیه امینی^{۱*}

۱. گروه مشاوره، دانشکده علوم انسانی و اجتماعی، دانشگاه اردکان، اردکان، ایران

۲. گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی یزد، یزد، ایران

* نویسنده مسئول. تلفن: ۰۹۱۳۴۱۱۳۲۴۵ ایمیل: aminirazieh@rocketmail.com

چکیده

زمینه و هدف: خودکارآمدی پویا، شاخص‌های جسمی و احساسی فرد را تحت تاثیر قرار داده و نقش مهمی را در کاهش ترس از زایمان طبیعی، ایفا می‌کند. مطالعه حاضر، با هدف تعیین نقش مولفه‌های سخت‌رویی، حمایت اجتماعی و خودکنترلی در پیش‌بینی خودکارآمدی زنان باردار انجام شد.

روش کار: پژوهش حاضر یک مطالعه توصیفی همبستگی بود. جامعه آماری شامل کلیه زنان باردار مراجعه‌کننده به کلینیک وابسته به بیمارستان ضیایی شهرستان اردکان در سال ۱۳۹۸ بودند که از بین آنها تعداد ۱۸۰ نفر به صورت در دسترس، انتخاب شدند. داده‌ها با پرسشنامه‌های انتظار پیامد و خودکارآمدی زایمان (CBSEI)، سخت‌رویی کوباسکا، حمایت اجتماعی در دوران بارداری و خودکنترلی گراسمیک جمع‌آوری شدند. تحلیل داده‌ها با استفاده از آزمون‌های ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون چندگانه به شیوه گام به گام با استفاده از نرم افزار SPSS-21 انجام شد. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد که خودکنترلی به جز در فعالیت جسمانی، همبستگی معنی‌داری با خودکارآمدی زایمان نداشت و فقط خرده‌مقیاس کنترل فعالیت‌های جسمانی با خودکارآمدی زایمان همبستگی منفی معنی‌داری داشت ($t=-0/20$). نمره کل مقیاس سخت‌رویی ($t=0/16$) و همچنین خرده‌مقیاس تعهد با خودکارآمدی زایمان، همبستگی معنی‌دار مثبت داشت ($t=0/21$). در نهایت، همبستگی بین حمایت اجتماعی و خودکارآمدی زایمان نیز مثبت و معنی‌دار بود ($t=0/25$). نتایج تحلیل رگرسیون نیز نشان داد که متغیرهای پژوهش قادر به پیش‌بینی ۱۲ درصد از نمرات خودکارآمدی زایمان در زنان باردار بودند ($p<0/01$).

نتیجه‌گیری: سخت‌رویی، حمایت اجتماعی و خودکنترلی با خودکارآمدی رابطه مثبت معنادار داشته و می‌توانند در پیش‌بینی خودکارآمدی زنان باردار مؤثر باشند. با مداخلات مراقبتی مناسب از جمله اجرای دوره‌های آموزش مهارت‌های سخت‌رویی و خودکنترلی و تاکید بر اهمیت حمایت اجتماعی می‌توان زمینه را برای افزایش خودکارآمدی زایمان فراهم نمود.

واژه‌های کلیدی: سخت‌رویی، حمایت اجتماعی، خودکنترلی، خودکارآمدی، بارداری

پذیرش: ۱۴۰۰/۰۶/۱۳

دریافت: ۱۴۰۰/۰۲/۲۶

مقدمه

وضعیت روحی زنان می‌تواند نتایج دوران بارداری تا زایمان را تحت تاثیر قرار دهد، بطوری که افزایش استرس در دوران بارداری و ترس از زایمان با

افزایش میزان تولد زودرس همراه است (۱). ترس از زایمان با پیامدهای نامطلوب برای مادر از جمله فقدان بهداشت روانی پس از زایمان و میزان بالای سزارین مرتبط می‌باشد (۲،۳). بدون مداخلات

افسردگی، ذهن آگاهی و انتظارات زایمان دارد. همچنین در پیگیری پس از زایمان، افزایش خودکارآمدی با پیشرفت قابل توجهی در کاهش اضطراب، بهبود آگاهی، کاهش استرس و ترس از زایمان همراه بود (۱۲).

یکی از عواملی که می‌تواند در کاهش خودکارآمدی زنان باردار اثرگذار باشد، کمبود حمایت اجتماعی یا انزوای اجتماعی است (۱۳). حمایت اجتماعی شامل حمایت مثبت با ارائه تشویق در طول دوره بارداری است. حمایت اجتماعی به عنوان یک ساختار سه بعدی شامل حمایت‌های عاطفی (نگرانی، آسایش و تشویق) توصیف شده است. همچنین حمایت اجتماعی به صورت پشتیبانی ابزار (پول، زمان و کمک ملموس)؛ و حمایت اطلاعاتی (مشاوره، آموزش، و به‌اشتراک‌گذاری دانش) به زنان باردار انجام می‌شود (۱۴). حمایت اجتماعی می‌تواند از طرف جامعه یا یک منبع حرفه‌ای باشد و زنان باردار می‌توانند حمایت اجتماعی را از تعدادی از منابع از جمله همسر، والدین، بستگان و دوستان دریافت کنند (۱۵). حمایت اجتماعی مناسب می‌تواند به افزایش شانس زایمان طبیعی در زنان باردار کمک کند. مداخلات حمایتی می‌تواند از طریق فراهم ساختن حمایت اجتماعی در قالب آموزش و تداوم مراقبت و پیگیری مراقبت‌های پیش و پس از زایمان توسط متخصصین تسهیل گردد (۱۶).

از دیگر مولفه‌های مرتبط با خودکارآمدی در زنان باردار، خودکنترلی است. خودکنترلی، اغلب به عنوان توانایی کنترل افکار و اعمال خود، یکی از مهم‌ترین ساختارهای روانشناسی است. بر اساس پژوهش‌ها، خودکنترلی نقش بالقوه‌ای در محافظت فرد در مقابل علائم استرس دارد (۱۷). خودکنترلی با سلامت روانی رابطه مثبت و با اضطراب عمومی رابطه منفی داشته و نتایج نشان می‌دهد خودکنترلی واریانس قابل توجهی را در سلامت روان پیش‌بینی می‌کند (۱۸). نتایج پژوهش دیگری نشان می‌دهد که خودکنترلی رابطه بین قصد و عمل را تعدیل کرده و از افزایش

روانشناسی مناسب، ترس بالای زنان از زایمان، می‌تواند باعث شود آن‌ها عمل جراحی را به عنوان تنها گزینه برای زایمان خود در نظر بگیرند (۴). از آنجا که زنان باید در فعالیت‌های شناختی و رفتاری مختلف برای آمادگی زایمان مشارکت داشته باشند، انتظار می‌رود خودکارآمدی را در مورد توانایی‌شان برای زایمان و تولد افزایش دهند. خودکارآمدی در ابتدا توسط بندورا^۱ به عنوان اعتقاد به این که می‌توان با انتظار موفقیت انجام یک کار (به عنوان مثال، انتظارات اثربخشی) و برآورد فردی (به عنوان مثال، انتظارات نتیجه) به نتیجه مطلوب رسید، بیان شد (۵). افزایش خودکارآمدی مبتنی بر اطلاعاتی است که از تجربه شخصی با یک وضعیت یا رویداد، تجربیات داوطلبانه و قاطعیت کلامی به دست می‌آید و به صورت پویا، شاخص‌های جسمی و احساسی را تحت تاثیر قرار می‌دهد. خودکارآمدی مفهومی است که به‌طور گسترده برای پیش‌بینی رفتارهای سلامت استفاده می‌شود (۶) و به عنوان عاملی برای کاهش ترس (۷) و اضطراب در دوران بارداری (۸) در نظر گرفته می‌شود. خودکارآمدی اعتقاد شناختی در توانایی خود برای انجام وظایف مراقبت از نوزادان در مادران است (۹). خودکارآمدی می‌تواند بر جنبه‌های مختلف زندگی زنان باردار تأثیر بگذارد (۱۲). بطوری که زنانی که خودکارآمدی کمتر و ترس بیشتری از زایمان دارند، بیشتر دچار زایمان سزارین ناخواسته می‌شوند (۱۰). پژوهشگران رابطه منفی بین خودکارآمدی و استرس مادری و افسردگی پس از زایمان را گزارش کردند (۹). افزایش خودکارآمدی به کاهش ترس و انجام زایمان به صورت طبیعی کمک می‌کند و توسعه خودکارآمدی بر میزان اضطراب یا ترس آن‌ها از فرایند زایمان تأثیر می‌گذارد (۱۱).

^۱ Bandura

ترس، تردید و بی‌اعتمادی مرتبط با انجام عمل جلوگیری می‌کند (۱۹). خودکنترلی، بازگرداندن تأیید و توانایی فرد و به عنوان یک هدف برای درمان افسردگی و افزایش خودکارآمدی در نظر گرفته می‌شود. در این فرایند فرد معتقد می‌شود که می‌تواند توانایی‌های خود را کنترل کند و رفتارهای مثبت را در زندگی در پیش گرفته و با افزایش خودکارآمدی، احساسات منفی را کاهش دهد (۲۰). زنان باردار می‌توانند با کنترل و تنظیم هیجانات و افزایش خودکارآمدی به وسیله خودکنترلی در هنگام زایمان، زمینه انجام زایمان راحت را فراهم سازند (۲۱).

در نهایت به نظر می‌رسد در کنار حمایت اجتماعی و خودکنترلی، سخت‌رویی روانشناختی فرد، با خودکارآمدی زایمان ارتباط داشته باشد. سخت‌رویی روان‌شناسی، مجموعه‌ای از ویژگی‌های شخصیتی است که هنگام برخورد با حوادث زندگی روزمره نقش مهمی را ایفا می‌کند (۲۲). سخت‌رویی روانشناختی افرادی را که در معرض فشار روانی و اجتماعی قرار دارند سالم نگه می‌دارد (۲۳). سخت‌رویی یک عامل برای بهبود سلامت و ایمنی فرد نسبت به فشارهای بیرونی و درونی است و همچنین به عنوان واسطه و محافظ بین رویداد استرس‌زا و بیماری عمل می‌کند. این ساخت و ساز به فرد در غلبه بر رویدادهای تهدیدآمیز در شرایط دشوار کمک کرده (۲۴) و باعث کاهش استرس و اضطراب می‌شود (۲۵). بنابراین، سخت‌رویی به معنای درک تغییر به عنوان یک فرایند مفید، جهت‌گیری فعال برای انطباق با عوامل استرس‌زا و اعتماد به نفس در هنگام مواجهه با چالش‌ها است (۲۶). زنان باردار با کمک سخت‌رویی می‌توانند بر استرس خود در مورد زایمان غلبه کرده و احتمال دارد بتوانند شانس خود را برای داشتن زایمان طبیعی افزایش دهند (۲۷).

آمارها در ایران نشان می‌دهد میزان نرخ سزارین از ۱۶ درصد در سال ۱۳۶۴ به ۶۰ درصد در سال ۱۳۹۲

رسیده است و نرخ کنونی سزارین به طور مداوم رو به افزایش بوده و بالاتر از مقدار قابل توجیه پزشکی می‌باشد (۲۸). افزایش شیبدار و نامناسب میزان سزارین، نشان‌دهنده یک مشکل بهداشتی در کشور ما بوده و عدم توجه کافی به این امر و عوامل موثر در کاهش آن، سبب تداوم مشکل شده است. بنا بر آنچه گفته شد خودکارآمدی در زنان باردار شامل ارزیابی فرد از توانایی خود برای مقابله با موقعیت‌های پرسترس و اجرای رفتارهای ضروری خصوصاً در مقابله با دردهای زایمان و انجام موفقیت‌آمیز فرایند زایمان طبیعی است و ممکن است در کاهش زایمان سزارین و روی آوردن به زایمان طبیعی نقش موثری داشته باشد. با وجود تاثیر عواملی مانند خودکنترلی، حمایت اجتماعی و سخت‌رویی بر خودکارآمدی زایمان، نقش این عوامل و میزان تاثیرات آن فاقد پیشینه تجربی مناسب در ایران بوده و نیازمند انجام تحقیق و بررسی است. هدف از مطالعه حاضر، تعیین رابطه سخت‌رویی، حمایت اجتماعی و خودکنترلی با خودکارآمدی زایمان زنان باردار می‌باشد.

روش کار

این پژوهش، یک مطالعه توصیفی همبستگی از نوع مقطعی بود. جامعه آماری شامل کلیه زنان باردار مراجعه‌کننده به کلینیک وابسته به بیمارستان ضیایی شهرستان اردکان در سال ۱۳۹۸ بودند (۵۵۰ نفر) که از بین آنها تعداد ۲۲۵ نفر با روش نمونه‌گیری دردسترس بر اساس فرمول زیر انتخاب شدند:

$$n = \frac{550 \times 1.96^2 \times .677^2}{.1^2 \times (550 - 1) + (1.96^2 \times .677^2)} \approx 225$$

معیارهای ورود نمونه‌ها به مطالعه عبارت بودند از: محدوده سنی ۱۸-۴۰ سال، برخورداری از سواد خواندن و نوشتن، سه ماهه آخر بارداری (سن حاملگی بیشتر و مساوی ۲۸ هفته)، عدم ابتلا به بیماری‌های روانی و جسمی مزمن ناتوان‌کننده (بنا بر اظهارات خود بیمار)، عدم مصرف داروهای خاص (به جز

این پرسشنامه دارای ۱۶ سوال می‌باشد که با طیف لیکرت ۴ درجه ای نمره‌دهی می‌شود که حداقل نمره ۱۴ و حداکثر ۵۶ می‌باشد. همسویی درونی این پرسشنامه، ۰/۸۵/ محاسبه گردیده است (۳۱).

ابزار دیگر، فرم کوتاه پرسشنامه سخت‌رویی بود که توسط کوباسا و مدی^۶ (۱۹۸۳) ساخته شده و یک پرسشنامه ۲۰ گزینه‌ای است که شامل ۳ خرده مقیاس تعهد، کنترل و چالش می‌باشد و دارای دامنه‌هایی از نمره صفر (اصلاً درست نیست) تا ۳ (کاملاً درست است) می‌باشد. دامنه تغییر نمرات بین صفر تا ۱۵۰ و نمره برش آن، ۷۵ می‌باشد. ضرایب آلفای کرونباخ این پرسشنامه از ۰/۸۸ تا ۰/۹۳ برای زیرمقیاس تعهد، ۰/۸۵ تا ۰/۹۴ برای زیرمقیاس کنترل، ۰/۸۹ تا ۰/۹۵ برای زیرمقیاس چالش و ۰/۸۷ تا ۰/۹۴ برای سخت‌رویی کل محاسبه شده که نشانه همسانی درونی خوب این مقیاس است (۳۲). این پرسشنامه در ایران ترجمه و استاندارد شده و روایی صوری و محتوایی آن تأیید شده است (۳۳).

همچنین از پرسشنامه حمایت اجتماعی در دوران بارداری^۷ (MSSS) استفاده گردید. این پرسشنامه که توسط وبستر^۸ و همکاران (۲۰۰۰) ساخته شده شامل شش مولفه بوده و سوالاتی را در ارتباط با حمایت خانواده، شبکه دوستی، کمک همسر، تعارض با همسر، احساس کنترل توسط همسر و احساس عدم دوست داشته شدن توسط همسر در بر می‌گیرد. هر مورد دارای مقیاس پاسخگویی از نوع لیکرت ۵ گزینه‌ای است. جمع کل موارد ۳۰ بوده و نمرات ۲۴ و بالاتر حاکی از افزایش حمایت می‌باشد. وبستر و همکاران ضریب آلفای کرونباخ این ابزار را ۰/۸۲ محاسبه کردند (۳۴). همچنین سازگاری درونی مقیاس در پژوهش دیگری با استفاده از آلفای کرونباخ مورد آزمایش قرار گرفت و ۰/۷۴ به دست آمد (۳۵).

مکمل‌های مجاز در دوران بارداری) و عدم سوء مصرف مواد. زنانی که حوادث ناگوار و استرس‌زا در سه‌ماهه اخیر (بیماری جدی خود، همسر یا فرزندان، فوت یکی از نزدیکان، مهاجرت، تصادف و اختلاف خانوادگی شدید) داشتند یا علاقمند به ادامه همکاری نبودند، از مطالعه خارج شدند. از بین ۲۲۵ پرسشنامه توزیع شده، ۲۰۰ عدد برگردانده شد که از بین آنها تعداد ۱۸۰ پرسشنامه بطور کامل تکمیل شدند. روش کار در این مطالعه به این صورت بود که قبل از جمع‌آوری داده‌ها، اهداف پژوهش برای تمام شرکت‌کنندگان توضیح داده شد و فرم رضایت‌نامه کتبی توسط آنها تکمیل گردید.

ابزارهای جمع‌آوری داده‌ها در این پژوهش شامل پرسشنامه خودکارآمدی زایمان^۱ (فرم کوتاه) بود. پرسشنامه خودکارآمدی زایمان توسط لوئی^۲ در سال ۱۹۹۳ طراحی شده و شامل دو بخش انتظار پیامد^۳ و خودکارآمدی^۴ است. هر بخش ۱۶ سوال داشته و نمره‌گذاری آن به صورت ۱۰ درجه‌ای لیکرت است که به صورت ۱ (اصلاً مفید نیست) تا ۱۰ (بسیار مفید است) برای خرده مقیاس انتظار پیامد و ۱ (اصلاً مطمئن نیستم) تا ۱۰ (کاملاً مطمئنم) برای خرده مقیاس خودکارآمدی است. هر خرده مقیاس نمره‌ای بین ۱۶-۱۶۰ را ارائه می‌دهد که نمرات بالاتر نشان‌دهنده سطوح بالاتر انتظار پیامد یا خودکارآمدی برای زایمان است (۲۹). ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه، ۰/۹۰ گزارش شده است (۳۰). در این پژوهش فقط بخش مربوط به خودکارآمدی زایمان مورد استفاده قرار گرفت.

همچنین به منظور بررسی ترس زایمان از پرسشنامه نگرش زایمان هارمن^۵ (CAQ) که توسط لوئی در سال ۲۰۰۰ مورد بازنگری قرار گرفته، استفاده شد.

^۱ Childbirth Self Efficacy Inventory

^۲ Lowe

^۳ Outcome Expectancy (OE)

^۴ Efficacy Expectancy (EE)

^۵ Childbirth Attitude Question

^۶ Kobasa & Maddi

^۷ Modified Social Support Survey

^۸ Webster

به شیوه گام به گام در نرم افزار SPSS-21 تحلیل شدند.

یافته‌ها

براساس یافته‌های مطالعه، میانگین سن مادران شرکت کننده در پژوهش $25/68 \pm 3/73$ و سن همسران زنان شرکت کننده در پژوهش، $32/09 \pm 4/48$ سال بود (جدول ۱).

میانگین متغیرهای مورد مطالعه و ضریب همبستگی پیرسون آن‌ها با نمره کلی خودکارآمدی زایمان در جدول ۲ آورده شده است. همان طور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، نمرات خودکنترلی به جز در بعد فعالیت جسمانی، همبستگی معنی‌داری با خودکارآمدی زایمان ندارد و فقط خرده‌مقیاس کنترل فعالیت‌های جسمانی است که با خودکارآمدی زایمان همبستگی منفی معنی‌دار دارد ($p < 0/05$). همچنین بین نمره کل سخت‌رویی روانی و خرده‌مقیاس تعهد با خودکارآمدی زایمان، همبستگی معنی‌داری دیده شد ($p < 0/05$). به علاوه، ارتباط حمایت اجتماعی و خودکارآمدی زایمان نیز مثبت و معنی‌دار بود ($p < 0/01$).

ابزار دیگر مورد استفاده در این مطالعه، پرسشنامه خودکنترلی گراسمیک^۱ و همکاران (۱۹۹۳) بود. این ابزار یک پرسشنامه ۲۴ ماده‌ای است که با لیکرت چهاردرجه‌ای از ۱ (کاملاً موافقم) تا ۴ (کاملاً مخالفم) نمره‌گذاری می‌شود و شامل شش زیرمقیاس شتاب‌زدگی، راحت‌طلبی، خطرپذیری، ترجیح فعالیت جسمانی، خودمحوری و ابراز خشم می‌باشد. برای هر زیرمقیاس چهار ماده در نظر گرفته شده و با منفی کردن همه سوالات به جز سوال ۱۰ می‌توان روش نمره‌گذاری را برعکس نمود. نمرات بیشتر نشان‌دهنده خودکنترلی بالا و نمرات کمتر نشان‌دهنده خودکنترلی پایین می‌باشد. پایایی این ابزار از طریق ضریب آلفای کرونباخ $0/80$ گزارش شده است (۳۶). اله‌وردی پور و همکاران نیز در پژوهش خود روی دانش‌آموزان دبیرستانی شهر تهران از این مقیاس استفاده نمودند که با کاربرد روش آلفای کرونباخ، ضریب پایایی $0/80$ را برآورد کردند (۳۷).

داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از آزمون‌های ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون چندگانه

^۱ Grasmick

جدول ۱. فراوانی واحدهای مورد پژوهش بر حسب مشخصات دموگرافیک آنها

متغیر	گروه‌ها	تعداد	درصد
سن مادران	۱۸-۲۵	۶۲	۳۹/۹
	۲۶-۳۰	۶۴	۳۸/۱
	۳۱-۳۵	۳۵	۲۰/۸
	۳۶-۴۰	۷	۴/۲
تعداد فرزند	بدون فرزند	۵۹	۳۵/۱
	۱	۶۷	۳۹/۹
	۲	۴۱	۲۴/۴
	۳	۱	۰/۶
سابقه شرکت در دوره‌های زایمان بدون درد	دارد	۱۰۶	۶۳/۱
	ندارد	۶۲	۳۶/۹
سابقه داشتن سزارین یا سقط جنین	سابقه سزارین	۴۱	۲۴/۴
	سابقه سقط	۳۶	۲۱/۴
	نداشتن سابقه	۱۳۲	۷۸/۶

جدول ۲. میانگین، انحراف معیار و ضریب همبستگی متغیرهای مورد مطالعه با نمره کلی خودکارآمدی زایمان

متغیر	خرده مقیاس	M ± SD	R	Sig
خود کنترلی	کنترل تکانشگری	۱۰/۸۹ ± ۲/۵۴	-۰/۰۴	۰/۶۱۲
	کنترل تکالیف ساده	۱۲/۶۷ ± ۲/۸۲	-۰/۰۳	۰/۶۵۴
	کنترل خطر پذیری	۸/۲۰ ± ۲/۸۵	-۰/۰۸	۰/۳۲۶
	فعالیت جسمانی	۱۳/۴۸ ± ۲/۷۹	-۰/۲۰	۰/۰۱۰
	کنترل خودمحوری	۸/۱۷ ± ۲/۷۶	-۰/۰۱	۰/۹۲۹
	کنترل خلق و خو	۱۰/۵۳ ± ۲/۹۳	-۰/۱۲	۰/۱۱۱
سخت رویی روانی	نمره کل	۶۳/۹۵ ± ۹/۱۳	-۰/۰۲	۰/۸۳۲
	تعهد	۱۲/۸۷ ± ۵/۴۰	-۰/۲۱	۰/۰۰۷
	کنترل	۹/۹۸ ± ۴/۵۷	-۰/۰۵	۰/۵۳۱
	چالش	۵/۰۲ ± ۳/۲۸	-۰/۱۱	۰/۱۰۹
حمایت اجتماعی	نمره کل	۲۷/۸۶ ± ۱۰/۷۸	-۰/۱۶	۰/۰۴۱
	خودکارآمدی	۱۲/۴۵ ± ۳/۶۳	-۰/۲۵	۰/۰۰۱
	انتظار پیامد	۷۴/۷۳ ± ۳۰/۱۷	-۰/۹۶	۰/۰۰۰
خودکارآمدی زایمان	نمره کل	۷۸/۲۷ ± ۳۰/۴۰	-۰/۹۶	۰/۰۰۰
	نمره کل	۱۵۲/۹۹ ± ۵۸/۲۳	--	

۲ و مقادیر آزمون تحمل بزرگتر از ۰/۶ بود که نشان از عدم هم خطی بودن متغیرهای مستقل با یکدیگر داشت. مقدار آزمون دورین واتسون نیز کمتر از ۴ بود که حاکی از استقلال متغیرهای خطا از یکدیگر بود. خطی بودن رابطه بین متغیرها نیز با استفاده از نمودار نقطه‌ای مورد بررسی قرار گرفت که معنی دار بودن مقدار F در تحلیل واریانس نشان دهنده خطی بودن ارتباط بین متغیرها بود.

جهت آزمون فرضیه پژوهش از رگرسیون چندگانه به شیوه گام به گام استفاده شد. قبل از برآورد رگرسیون، پیش فرض‌های آن شامل نرمال بودن توزیع متغیر ملاک، خطی بودن رابطه بین متغیرها، عدم هم خطی بین متغیرهای مستقل و استقلال مقادیر خطا از یکدیگر مورد بررسی و تأیید قرار گرفت. غیرمعنی دار بودن آماره‌های آزمون کولموگروف-اسمیرنوف نشان داد که توزیع نمرات متغیرهای ملاک، نرمال است. مقادیر آزمون تورم واریانس کوچکتر از

جدول ۳. رگرسیون گام به گام جهت پیش بینی خودکارآمدی زایمان بر اساس متغیرهای مورد مطالعه

گام	B	Std. Error	β	t	sig	F	R	R ²	sig
۱	۱۰۳/۲۵	۱۵/۶۱		۶/۶۱	۰/۰۰۰	۱۱/۰۱	۰/۲۵	۰/۰۶	۰/۰۰۱
	۳/۹۹	۱/۲۰	-۰/۲۵	۳/۳۲	۰/۰۰۱				
۲	۱۵۸/۰۴	۲۶/۱۳		۶/۰۵	۰/۰۰۰	۹/۰۵	۰/۳۱	۰/۱۰	۰/۰۱۰
	۳/۹۲	۱/۱۸	-۰/۲۴	۳/۳۱	۰/۰۰۱				
	-۳/۹۹	۱/۵۴	-۰/۱۹	-۲/۵۹	۰/۰۱۰				
۳	۱۵۴/۶۳	۲۵/۹۰		۵/۹۷	۰/۰۰۰	۷/۶۷	۰/۳۵	۰/۱۲	۰/۰۳۴
	۲/۸۷	۱/۲۷	-۰/۱۸	۲/۲۶	۰/۰۲۵				
	-۴/۵۳	۱/۵۵	-۰/۲۲	-۲/۹۳	۰/۰۰۴				
	۱/۸۴	۰/۸۶	-۰/۱۷	۲/۱۴	۰/۰۳۴				

برای انجام تحلیل رگرسیون، متغیر حمایت اجتماعی به‌عنوان پیش بین خودکارآمدی زایمان در گام اول وارد معادله رگرسیون شد. در گام دوم، متغیر فعالیت جسمانی از خرده مقیاس‌های خودکنترلی و در گام سوم، متغیر تعهد از خرده‌مقیاس‌های سرسختی روانی وارد معادله رگرسیون شدند. ضریب همبستگی چندگانه در گام اول $0/25$ بود که نشان می‌داد متغیر حمایت اجتماعی با ورود خود به معادله رگرسیون، قادر به پیش‌بینی ۶ درصد از واریانس خودکارآمدی زایمان بود ($p < 0/01$). در گام دوم، اضافه‌شدن فعالیت جسمانی، قدرت پیش‌بینی خودکارآمدی زایمان را تا ۱۰ درصد بالا برد که این مقدار نیز معنی‌دار بود ($p < 0/01$). در نهایت، در گام سوم با اضافه‌شدن تعهد، ضریب همبستگی چندگانه تا $0/35$ بالا رفت. به عبارتی دیگر، از بین حمایت اجتماعی، سرسختی روانی و خودکنترلی، حمایت اجتماعی، فعالیت جسمانی از خرده مقیاس‌های خودکنترلی و تعهد از خرده مقیاس‌های سرسختی روانی در مجموع قادر به پیش‌بینی ۱۲ درصد از نمرات خودکارآمدی زایمان در زنان باردار بودند ($p < 0/05$).

بحث

هدف از پژوهش حاضر تعیین رابطه بین سخت‌رویی، حمایت اجتماعی و خودکنترلی با خودکارآمدی زایمان زنان باردار بود. بر اساس داده‌های به دست آمده، نمرات خودکنترلی به جز در فعالیت جسمانی، همبستگی معنی‌داری با خودکارآمدی زایمان نداشت و فقط خرده مقیاس کنترل فعالیت‌های جسمانی با خودکارآمدی زایمان همبستگی منفی معنی‌داری داشت. به عبارتی دیگر، هرچه فرد برای کنترل موقعیت‌های تنش‌زا، به فعالیت‌های جسمانی روی می‌آورد، میزان خودکارآمدی زایمان وی کاهش می‌یابد. علیرغم این نتیجه، استراحت در بیمارستان یا خانه به طور گسترده برای پیشگیری از زایمان زودرس و سزارین توصیه می‌شود. این توصیه بر

اساس این مشاهدات است که کار سخت و فعالیت بدنی سخت در دوران بارداری می‌تواند با زایمان زودرس و با این عقیده که استراحت در بستر می‌تواند فعالیت رحم را کاهش دهد، ارتباط داشته باشد (۳۸).

از طرفی بین نمره کل سخت‌رویی روانی و خرده‌مقیاس تعهد با خودکارآمدی زایمان همبستگی معنی‌دار مثبت دیده شد و این متغیرها پیش‌بینی‌کننده خودکارآمدی زایمان بودند. در مطالعه یاسمی‌نژاد و همکاران نیز بین سخت‌رویی و راهبردهای زایمان رابطه مثبتی گزارش شد (۳۹). یلی و لوبل^۱، آمادگی و داشتن تعهد را به عنوان یک راهبرد مقابله‌ای مبتنی بر مسئله و ارزیابی مثبت، عنوان کردند (۴۰). سخت‌رویی شامل تأثیرگذاری بر افکار، احساسات و رفتار و احساس تعهد است. داشتن سخت‌رویی و تعهد باعث گسترش حس کنترل بر زندگی در زنان باردار شده و به کاهش اضطراب و انجام زایمان طبیعی منجر می‌شود (۴۱). در تبیین این یافته می‌توان گفت تعهد به این معنا است که مادر به توانایی خود در انجام وظایف و رفتارهای خاص مربوط به موفقیت در فرایند زایمان اطمینان دارد. همچنین پایبندی و تعهد زن به نقش مادری، می‌تواند آمادگی مناسبی جهت مقابله با استرس و کنترل فشارهای بیرونی و درونی ایجاد نماید. سخت‌رویی موجب تمرکز بر مشکل، شناسایی نقاط قوت و ضعف خود و تلاش برای اولویت‌بندی مواردی می‌شود که می‌تواند در زندگی فرد، تفاوت ایجاد کند. سخت‌رویی با تقویت خودکارآمدی به مادران کمک می‌کند تا با شرایط خود کنار بیایند، همچنین می‌تواند مهارت‌هایی را برای مدیریت استرس زایمان ارائه داده و زنان باردار را برای پذیرش فرایند زایمان طبیعی تحریک می‌کند. نتایج مطالعه نشان داد که بین حمایت اجتماعی و خودکارآمدی زایمان، همبستگی مثبت و معنی‌داری

¹ Yali & Lobel

بنابراین به پژوهشگران پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های بعدی ارتباط ترس از زایمان با سابقه سقط جنین و بارداری ناخواسته که می‌توانند باعث ایجاد بحران‌های روانی طی بارداری شوند، در نظر بگیرند.

نتیجه گیری

نتایج نشان داد که مؤلفه‌های سخت‌رویی، حمایت اجتماعی و خودکنترلی با خودکارآمدی زنان باردار ارتباط داشته و پیش‌بینی‌کننده‌های خودکارآمدی زایمان بودند. این یافته‌ها اهمیت توجه بیشتر در این زمینه را مشخص کرده و نشان می‌دهد که می‌توان از متغیرهای خودکنترلی و سخت‌رویی در جهت مثبت بهره برده و با حمایت بیشتر در دوران بارداری، فضایی را برای افزایش خودکارآمدی و آماده‌سازی ذهنی زنان فراهم نمود. بنابراین با مداخلات مراقبتی مناسب از جمله اجرای دوره‌های آموزش مهارت‌های سخت‌رویی و خودکنترلی و تاکید بر اهمیت حمایت اجتماعی قبل از شروع بارداری و در زنانی که تصمیم به بچه‌دار شدن دارند می‌توان خودکارآمدی آنان را بهبود بخشید و در جهت توانمندسازی و آمادگی آنان برای زایمان طبیعی کام برداشت.

تشکر و قدردانی

پژوهش حاضر مصوب دانشگاه آزاد اسلامی واحد یزد با کد اخلاق IR.IAU.YAZD.REC.1396,29 می‌باشد. بدینوسیله از کلیه کسانی که در انجام این پژوهش محققین را یاری کردند، صمیمانه قدردانی می‌گردد.

تضاد منافع

بنا بر اظهار نویسندگان، این مقاله تعارض منافع ندارد.

وجود دارد. در مطالعه یوکسل^۱ نیز افزایش سلامت روان زنان باردار در نتیجه حمایت اجتماعی خانواده، همسر و دوستان از آنها دیده شد (۴۲). همچنین در تحقیقی که روی زنان نخست‌زا در هفته‌های ۱۶-۱۲ بارداری تمرکز داشت، بین سطح بهزیستی روانشناختی و میزان خودکارآمدی با وضعیت حمایت اجتماعی، ارتباط معنی‌داری مشاهده شد (۴۳). اعتقاد بر این است که حمایت اجتماعی نه تنها در طول بارداری، بلکه برای برقراری رابطه سالم مادر و نوزاد نیز مهم است. حمایت اجتماعی می‌تواند از طریق تجربیات شخصی زنان از والدین و همسر خود و رابطه زناشویی موفق، تجربیات مثبت و ترغیب کلامی توسط دیگران ایجاد شود. به نظر می‌رسد، حمایت اجتماعی با ایجاد احساس ادغام فرد در یک شبکه اجتماعی بزرگ (شامل دوستان و بستگان فرد باردار)، به عنوان سپری در برابر اثرات سوء احتمالی رویدادهای استرس‌زا از جمله زایمان، عمل می‌کند.

بر اساس نتایج مطالعه حاضر، فعالیت جسمانی، نقش معناداری در پیش‌بینی خودکارآمدی زایمان داشت. نتایج پژوهش پیراسته و همکاران، ارتباط معناداری را بین فعالیت جسمانی و نوع زایمان نشان داد، بطوری که میزان زایمان طبیعی در زنانی که پیاده‌روی بیشتری داشتند، بالاتر بود (۴۴). به نظر می‌رسد فعالیت جسمانی مستمر و سبک می‌تواند پیش‌بینی‌کننده مهمی برای خودکارآمدی زایمان باشد.

پژوهش حاضر با محدودیت‌هایی همراه بود؛ از آنجایی که عوامل دیگری نظیر نوع زایمان قبلی، تجربه مادر از اولین زایمان، سابقه سقط جنین و استرس‌های محیطی وارده حین بارداری می‌توانند خودکارآمدی زایمان را تحت تاثیر قرار دهند، بنابراین تعمیم یافته‌ها باید با احتیاط انجام شود.

¹ Yuksel

References

- 1- Rezaeian SM, Latifnejad Roudsari R, Mazloom SR, Dadgar S. The relationship of prenatal self-care behaviors with stress, anxiety and depression in women at risk of preterm delivery. *The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility*. 2017;20(3):68-76 [Persian].
- 2- Molgora S, Fenaroli V, Prino LE, Rollè L, Sechi C, Trovato A, et al. Fear of childbirth in primiparous Italian pregnant women: The role of anxiety, depression, and couple adjustment. *Women and Birth*. 2018;31(2):117-23.
- 3- Wigert H, Nilsson C, Dencker A, Begley C, Jangsten E, Sparud-Lundin C, et al. Women's experiences of fear of childbirth: a metasynthesis of qualitative studies. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*. 2020;15(1):1704484.
- 4- Molgora S, Fenaroli V, Cracolici E, Saita E. Antenatal fear of childbirth and emergency cesarean section delivery: a systematic narrative review. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*. 2020;38(4):436-54.
- 5- Bandura A. *Self-efficacy: the Exercise of Control*. New York: Freeman; 1997.
- 6- Jiang X, Jiang H, Li M, Lu Y, Liu K, Sun X. The mediating role of self-efficacy in shaping self-management behaviors among adults with type 2 Diabetes. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*. 2019;16(2):151-60.
- 7- Bandura A. Health promotion by social cognitive means. *Health Education & Behavior*. 2004;31(2):143-64.
- 8- Zarenejad M, Yazdkhasti M, Rahimzadeh M, Mehdizadeh Tourzani Z, Esmaelzadeh Saeieh S. The effect of mindfulness-based stress reduction on maternal anxiety and self-efficacy: a randomized controlled trial. *Brain and Behavior*. 2020;10(4):e01561.
- 9- Leahy Warren P. First-time mothers: social support and confidence in infant care. *Journal of Advanced Nursing*. 2005;50(5):88-79.
- 10- Vance AJ, Brandon DH. Delineating among parenting confidence, parenting self-efficacy and competence. *ANS. Advances in Nursing Science*. 2017;40(4):18-37.
- 11- Çankaya S, Şimşek B. Effects of antenatal education on fear of birth, depression, anxiety, childbirth self-efficacy, and mode of delivery in primiparous pregnant women: a prospective randomized controlled study. *Clinical Nursing Research*. 2021;30(6):818-29.
- 12- Byrne J, Hauck Y, Fisher C, Bayes S, Schutze R. Effectiveness of a mindfulness-based childbirth education pilot study on maternal self-efficacy and fear of childbirth. *Journal of Midwifery & Women's Health*. 2014;59(2):192-97.
- 13- Phipps MG, Nunes AP. Assessing pregnancy intention and associated risks in pregnant adolescents. *Maternal and Child Health Journal*. 2012;16(9):1820-27.
- 14- Evans M, Donelle L, Hume-Loveland L. Social support and online postpartum depression discussion groups: a content analysis. *Patient Education and Counseling*. 2012;87(3):405-10.
- 15- Bodaghi E, Alipour F, Bodaghi M, Nori R, Peiman N, Saeidpour S. The role of spirituality and social support in pregnant women's anxiety, depression and stress symptoms. *Community Health Journal*. 2017;10(2):72-82.
- 16- Fenwick J, Staff L, Gamble J, Creedy DK, Bayes S. Why do women request caesarean section in a normal, healthy first pregnancy?. *Midwifery*. 2010;26(4):394-400.
- 17- Agbaria Q, Mahamid F, Ziya Berte D. Social support, self-control, religiousness and engagement in high risk-behaviors among adolescents. *The International Journal of Indian Psychology*. 2017;4(4):13-33.
- 18- Bowlin SL, Baer RA. Relationships between mindfulness, self-control, and psychological functioning. *Personality and Individual Differences*. 2012;52(3):411-15.
- 19- Van Gelderen M, Kautonen T, Fink M. From entrepreneurial intentions to actions: self-control and action-related doubt, fear, and aversion. *Journal of Business Venturing*. 2015;30(5):655-73.
- 20- Dorling JL, Bhapkar M, Das SK, Racette SB, Apolzan JW, Fearnbach SN, et al. Change in self-efficacy, eating behaviors and food cravings during two years of calorie restriction in humans without obesity. *Appetite*. 2019;143:1043-97.
- 21- Chaisitsanguan K, Kongvattananon P, Somprasert C. Strategies of comfort management during childbirth: a qualitative systematic review. *Current Women's Health Reviews*. 2021;17(1):36-44.

- 22- Sarani A, Abadi SR, Azhari S, Mazlom SR, Aghamohammadian Sharbaf H. Relationship between demographic, obstetric factors and psychological hardiness in pregnant women referred to health centers in Mashhad. *Tendenzen*. 2016;25:597-606 [Persian].
- 23- Sandvik AM, Bartone PT, Hystad SW, Phillips TM, Thayer JF, Johnsen BH. Psychological hardiness predicts neuroimmunological responses to stress. *Psychology, Health & Medicine*. 2013;18(6):705-13.
- 24- Acharya C, Sethi V. Exploring the relationship between hardiness, perceived stress, life satisfaction and affect among college undergraduates. *Journal of Psychosocial Research*. 2020;15(1):341-47.
- 25- Madrigal L, Gill DL, Willse JT. Gender and the relationships among mental toughness, hardiness, optimism and coping in collegiate athletics: a structural equation modeling approach. *Journal of Sport Behavior*. 2017;40(1):68-86.
- 26- Thompson E, Sheen J, Maybery D. Measuring recovery in parents experiencing mental health problems. *Journal of Family Nursing*. 2019;25(2):219-59.
- 27- Priel B, Gonik N, Rabinowitz B. Appraisals of childbirth experience and newborn characteristics: the role of hardiness and affect. *Journal of Personality*. 1993;61(3):299-315.
- 28- Dadipoor S, Madani A, Alavi A, Roozbeh N, Safari Moradabadi A. A survey of the growing trend of caesarian section in Iran and the world: a review article. *The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility*. 2016;19(27):8-17 [Persian].
- 29- Lowe NK. Maternal confidence for labor: development of the childbirth self-efficacy inventory. *Research in Nursing & Health*. 1993;16(2):141-49.
- 30- Ip WY, Chan D, Chien WT. Chinese version of the childbirth self-efficacy inventory. *Journal of Advanced Nursing*. 2005;51(6):625-33.
- 31- Lowe NK. Self-efficacy for labor and childbirth fears in nulliparous pregnant women. *Journal of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology*. 2000;21:219-24.
- 32- Kobasa SC, Maddi SR, Zola MA. Type A and hardiness. *Journal of Behavioral Medicine*. 1983;6(1):41-51.
- 33- Ghaseri R, Arandi PS, Gholmohammad Nejad GR, Eyvaziyan F. The relational study of emotional intelligence and hardiness among teachers of Sarab city. *Journal of Instruction and Evaluation*. 2012;4(16):69-80 [Persian].
- 34- Webster J, Linnane JW, Dibley LM, Hinson JK, Starrenburg SE, Roberts JA. Measuring social support in pregnancy: can it be simple and meaningful?. *Birth*. 2000;27(2):97-101.
- 35- Dibaba Y, Fantahun M, Hindin MJ. The association of unwanted pregnancy and social support with depressive symptoms in pregnancy: evidence from rural Southwestern Ethiopia. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2013;13(1):1-8.
- 36- Grasmick HG, Tittle CR, Bursik Jr, Arneklev BJ. Testing the core empirical implications of Gottfredson and Hirschi's general theory of crime. *Journal of Research in Crime and Delinquency*. 1993;30(1):5-29.
- 37- Allahverdipour H, Hidarnia AR, Kazemnejad A, Shafii F, Azad Fallah P, Mirzaee E, et al. Assessment of substance abuse behaviors in adolescents: integration of self-control into extended parallel process model. *Journal of Shahid Sadoughi University of Medical Sciences*. 2005;13(1):21-31 [Persian].
- 38- Sosa CG, Althabe F, Belizán JM, Bergel E. Bed rest in singleton pregnancies for preventing preterm birth. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2015;3:20-32.
- 39- Yasami Nejad P, Feli B. Examine the relationship between the religious orientation and Psychological hardiness in Student. *Research Issues in Islamic education*. 2011;19(12):119-37 [Persian].
- 40- Yali AM, Lobel M. Coping and distress in pregnancy: an investigation of medically high risk women. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*. 1999;20(1):39-52.
- 41- Gharehzad Azari M, Ghorban Shirudi SH, Khalatbari J. Relationship of hardiness training with anxiety and quality of life of pregnancy women. *Procedia- Social and Behavioral Sciences*. 2013;84(9):1785-89.

- 42- Yuksel A, Bayrakci H. Self-efficacy, psychological well-being and perceived social support levels in pregnant women. *International Journal of Caring Sciences*. 2019;12(2):1-10.
- 43- Ginja S, Coad J, Bailey E, Kendall S, Goodenough T, Nightingale S, et al. Associations between social support, mental wellbeing, self-efficacy and technology use in first-time antenatal women: data from the BaBBLLeS cohort study. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2018;18(1):1-11.
- 44- Pirasteh A, Jouhari Z, ZafarGhandi N, Khajavi Shojaie K, Sayahi S. Pattern of physical activity in nulliparous women referred to Shaheed Mostafa Khomeini hospital. *Daneshvar Medicine: Basic and Clinical Research Journal*. 2018;25(136):25-32 [Persian].