
بررسی ترس از زایمان در زنان باردار شهر یزد و ارتباط آن ها با برخی از عوامل دموگرافیک در سال ۱۴۰۳

محدثه قاسمخانی^۱، دکتر علی نظری^۲

۱. کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد واحد یزد، یزد، ایران

۲. عضو هیات علمی دانشگاه آزاد واحد یزد، یزد، ایران

چکیده

زمینه و هدف: ترس از زایمان یکی از چالش های مهم سلامت روان در دوران بارداری است که پیامدهای نامطلوبی برای مادر و نوزاد به همراه دارد. هدف از این مطالعه، تعیین شیوع ترس از زایمان و بررسی ارتباط آن با متغیرهای دموگرافیک در زنان باردار است. روش کار: این مطالعه توصیفی-تحلیلی (مقطعی) بر روی ۶۱ زن باردار انجام شد. ابزار گردآوری داده ها شامل پرسشنامه جمعیت شناختی و ابزار سنجش ترس از زایمان CAQ بود. داده ها با استفاده از آزمون های توصیفی، کای دو و ضریب V کرامر در سطح معناداری ۰.۰۵ تجزیه و تحلیل شدند.

یافته ها: نتایج نشان داد که ۹۱.۸ درصد از شرکت کنندگان مبتلا به ترس از زایمان بودند. تحلیل های آماری حاکی از آن بود که هیچ یک از متغیرهای دموگرافیک شامل سن، وضعیت اشتغال، تحصیلات، تعداد فرزندان، سابقه سقط جنین، مصرف دخانیات و وضعیت سکونت، ارتباط معنادار آماری با ترس از زایمان ندارند ($p > 0.05$). ضریب V کرامر نشان دهنده اندازه اثر ضعیف برای این متغیرها بود.

نتیجه گیری: شیوع بالای ترس از زایمان در این مطالعه بر ضرورت غربالگری و مداخلات زودهنگام تأکید دارد. با توجه به عدم ارتباط این پدیده با ویژگی های دموگرافیک، پیشنهاد می شود مطالعات آتی بر عوامل روان شناختی و زمینه ای تمرکز بیشتری داشته باشند تا راهکارهای درمانی مؤثرتری طراحی گردد.

واژه های کلیدی: ترس از زایمان، توکوفوبیا، بارداری، ویژگی های دموگرافیک، سلامت روان

مقدمه

ترس از زایمان^۱ که در متون علمی از آن به عنوان توکوفوبیا^۲ نیز یاد می‌شود، یکی از چالش‌های عمده سلامت روان در دوران بارداری است که کیفیت زندگی زنان و روند زایمان را تحت تأثیر قرار می‌دهد (۱). توکوفوبیا نه تنها با افزایش معنادار سطح اضطراب و افسردگی دوران بارداری مرتبط است، بلکه می‌تواند کیفیت کلی زندگی زنان را کاهش داده و روند فیزیولوژیک زایمان را با اختلال مواجه سازد [۲، ۳]. شواهد متقن نشان می‌دهد که زنان مبتلا به ترس شدید از زایمان، با احتمال بیشتری دچار پیامدهای نامطلوب مامایی، از جمله افزایش نرخ مداخلات پزشکی غیرضروری، تمایل به سزارین انتخابی (بدون اندیکاسیون پزشکی)، طولانی شدن فازهای زایمان و نیاز به استفاده از مسکن‌های قوی‌تر در حین زایمان می‌شوند [۴، ۵]. علاوه بر پیامدهای جسمانی، این ترس می‌تواند پیوند عاطفی مادر و نوزاد^۳ را در دوره پس از زایمان مختل کرده و زمینه‌ساز اختلالات اضطرابی پس از سانحه (PTSD) شود [۶، ۷]. بر اساس گزارش‌های اپیدمیولوژیک اخیر، شیوع ترس از زایمان در سطح جهانی بسیار متغیر است و بازه‌ای گسترده (تقریباً ۱۰ تا ۸۰ درصد) را شامل می‌شود [۸، ۹]. این ناهمگونی فاحش در نتایج، احتمالاً ناشی از تنوع در ابزارهای غربالگری (مانند پرسشنامه W-DEQ یا مقیاس FOBS)، تفاوت در فرهنگ‌های زایمانی و بسترهای اجتماعی-اقتصادی کشورهای مختلف است [۱۰، ۱۱]. در سال‌های اخیر، تمرکز پژوهش‌ها از مدل‌های صرفاً پزشکی به سمت مدل‌های بیوسایکوسوشیال (زیستی-روانی-اجتماعی) تغییر جهت داده است [۱۲]. در این راستا، برخی مطالعات بر نقش عوامل دموگرافیک مانند سن مادر، سطح تحصیلات، وضعیت اقتصادی و تعداد فرزندان (پاریسیته) به عنوان پیش‌بین‌های اصلی تأکید دارند [۱۳، ۱۴]؛ در مقابل، گروه دیگری از پژوهشگران بر عوامل روان‌شناختی و درونی مانند خودکارآمدی زایمان، تاب‌آوری، سبک‌های مقابله‌ای و میزان حمایت اجتماعی دریافتی تمرکز کرده‌اند [۱۵، ۱۶]. تأثیر تعاملی عوامل محیطی و فردی در ایجاد این ترس، موضوعی است که همچنان نیازمند بررسی‌های دقیق‌تر است. به‌ویژه در جوامع در حال گذار، تغییر در الگوهای فرزندآوری و دسترسی به اطلاعات (گاهی متناقض) در فضای مجازی، به پیچیدگی این ترس افزوده است [۱۷، ۱۸]. با وجود اهمیت موضوع، در جامعه زنان باردار ایرانی، همچنان ابهامات زیادی در مورد سهم نسبی عوامل مرتبط با این پدیده و نحوه مدیریت آن وجود دارد [۱۹]. با توجه به محدودیت مطالعات جامع که هم‌زمان ابعاد روان‌شناختی و دموگرافیک را در بافت فرهنگی ایران سنجیده باشند، انجام پژوهشی که به شکاف موجود در ادبیات تحقیق پاسخ دهد، ضروری است [۲۰]. بنابراین، پژوهش حاضر با هدف تعیین دقیق شیوع ترس از زایمان و تحلیل ارتباط آن با ویژگی‌های دموگرافیک و وضعیت روان‌شناختی در نمونه‌ای از زنان باردار طراحی و اجرا شد تا زمینه را برای مداخلات آموزشی و حمایتی هدفمند فراهم آورد.

^۱ Fear of Childbirth - FOC^۲ Tokophobia^۳ Maternal-Infant Bonding

روش‌شناسی

این مطالعه به صورت یک پژوهش توصیفی-تحلیلی (مقطعی) انجام شده است. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه زنان باردار شهر یزد که در سه ماهه سوم بارداری به سر می‌برند می‌باشد. حداقل حجم نمونه مورد نیاز برای انجام تجزیه و تحلیل آماری شامل ۶۱ نفر از زنان باردار که در سه ماهه سوم بارداری هستند و برای دریافت مراقبت‌های بهداشتی دوران بارداری در سال ۱۴۰۳ به مراکز بهداشتی درمانی شهر یزد مراجعه کرده اند می‌باشد. روش نمونه‌گیری در این پژوهش تصادفی طبقه‌ای^۱ بود که ابتدا شهر یزد را بر اساس وضعیت اجتماعی-اقتصادی به سه منطقه (مرفه، متوسط، ضعیف) تقسیم شد سپس به روش تصادفی ساده از هر منطقه یک مرکز بهداشت انتخاب شد. شرکت کنندگان در هر مرکز به شیوه غیر تصادفی برای بررسی معیارهای ورود و خروج انتخاب شدند و آن دسته از شرکت کنندگان که معیارهای ورود را دارا بودند وارد مطالعه شدند. معیارهای ورود به پژوهش شامل علاقه به شرکت در پژوهش، نخست‌زا بودن، قرار داشتن در سه ماهه سوم بارداری، داشتن سن بارداری بین ۲۵ تا ۴۰ هفتگی، تحصیلات حداقل در سطح ابتدایی بود و معیارهای خروج از پژوهش شامل: ابتلا به بیماریهای مزمن روانی یا جسمانی، معلولیت‌های پزشکی، مصرف داروی اعصاب و روان، بارداری پرخطر، سقط مکرر و سابقه ناباروری بود. داده‌ها با استفاده از پرسشنامه‌های استاندارد جمع‌آوری شد. برای سنجش ترس از زایمان، از مقیاس ترس از زایمان (CAQ) (هارمن، ۱۹۸۸) استفاده شد. پرسشنامه ترس از زایمان CAQ در ۱۶ سوال ساخته شده است و توسط لویی مورد بازنگری قرار گرفته است، برای سنجش ترس از زایمان مورد استفاده قرار می‌گیرد. شیوه نمره گذاری و تفسیر: در این پرسشنامه پاسخ سوالات به صورت طیف لیکرت ۴ گزینه‌ای (اصلاً، خیلی کم، متوسط، زیاد) می‌باشد که برای هر سوال به ترتیب پاسخی بین یک تا چهار در نظر گرفته شده است. به این ترتیب امتیازها دامنه ۱۴ تا ۵۶ را شامل می‌شود. نمره بیشتر نشان دهنده ترس بیشتر است. با توجه به اینکه در مورد ترس از زایمان نمره برشی وجود نداشت، در تعیین نمره برش، تحقیقات مشابه خارج از کشور مورد توجه قرار گرفت و نمره میانه (یعنی ۲۸ یا بیشتر) به عنوان ترس از زایمان در نظر گرفته شد. سایر متغیرها شامل اطلاعات دموگرافیک (سن، وضعیت اشتغال، سطح تحصیلات، وضعیت سکونت، سابقه سقط، سیگار و قلیان و تعداد فرزندان) بود. جهت اجرای پژوهش آن معرفی نامه‌هایی برای مراکز بهداشتی درمانی مذکور از قسمت پژوهش دانشگاه تهیه شدند. در زمان مراجعه به مراکز بهداشتی درمانی با اخذ اجازه از بخش مدیریت هر مرکز و با در نظر گرفتن معیارهای ورود و خروج، اقدام به توزیع پرسشنامه‌ها به روش در دسترس به زنان باردار شد. در مسیر جمع‌آوری داده‌ها سعی بر این بود که تمامی ملاحظات اخلاقی اعم از اخذ رضایت آگاهانه شرکت کنندگان جهت شرکت در پژوهش، محافظت از اطلاعات شخصی شرکت کنندگان، توضیح اهداف مطالعه، رعایت موازین اجتماعی، دینی و فرهنگی، پاسخگویی در صورت داشتن هر گونه سوال یا ابهام به شرکت کنندگان و نداشتن بار مالی برای شرکت کنندگان در پژوهش رعایت شود. پس از گردآوری داده‌ها از نمونه مورد مطالعه به وسیله پرسشنامه، داده‌ها کدگذاری و وارد کامپیوتر شدند. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از نسخه ۲۶ نرم افزار SPSS استفاده شد. داده‌ها در دو سطح آمار توصیفی (جدول فراوانی برای اطلاعات جمعیت شناختی و میانگین، انحراف معیار، چولگی و کشیدگی برای هر یک از متغیرها) و آمار استنباطی مورد تجزیه و تحلیل قرار می‌گیرد.

^۱ Stratified Randomization

جهت بررسی ارتباط بین متغیرهای دموگرافیک (طبقه بندی شده) و ترس از زایمان (مبتلا/غیرمبتلا)، از آزمون کای دو استفاده گردید. همچنین برای تعیین قدرت و شدت ارتباط، از ضریب V کرامر (Cramer's V) بهره گرفته شد. برای هر آزمون $p < 0.05$ value به لحاظ آماری معنی دار در نظر گرفته شد.

یافته ها

پژوهش حاضر با هدف بررسی شیوع ترس از زایمان و ارتباط آن با متغیرهای دموگرافیک در میان ۶۱ زن باردار نخست زانجام شد. نتایج نشان می دهد که میزان شیوع ترس از زایمان در بین زنان شهر یزد بسیار بالا و معادل ۹۱.۸٪ است. تنها ۸.۲٪ از شرکت کنندگان فاقد این نوع ترس بوده اند (جدول ۲). بر اساس یافته های توصیفی، میانگین سنی شرکت کنندگان برابر با ۱.۶۹ (انحراف معیار = ۰.۶۵) گزارش شد. بیشترین فراوانی در نمونه مربوط به افرادی است که قلیان مصرف نمی کنند (۹۵.۱٪)، محل سکونت آن ها شهری است (۹۱.۸٪) و سیگار نمی کشند (۱۰۰٪). همچنین، بیشترین درصد افراد دارای گروه خونی O (۳۹.۳٪)، تحصیلات کاردانی (۴۷.۵٪) و تعداد فرزند ۲ یا ۳ (۳۱.۱٪) هستند. سن بارداری در ۷۵.۴٪ از نمونه ها ۲۰ سال و بیشتر بوده است. وضعیت اشتغال بیشتر افراد شاغل (۳۴.۴٪) و خانه دار (۵۲.۵٪) است (جدول ۱). نتایج حاصل از تحلیل ها نشان داد که تفاوت معناداری میان ترس از زایمان و متغیرهای اشتغال، تحصیلات، گروه خونی، تعداد فرزند و سابقه سقط جنین وجود ندارد ($p < 0.05$). همچنین، مقادیر ضریب V کرامر نشان دهنده اندازه اثر کوچک (ضعیف) برای این متغیرها در رابطه با ترس از زایمان بود (جدول ۳).

جدول ۱: توزیع فراوانی ویژگی های دموگرافیک شرکت کنندگان

متغیر	کد/طبقه	فراوانی	(%) درصد
شغل	شاغل	۲۱	۳۴.۴
	خانه دار	۳۲	۵۲.۵
	بیکار	۸	۱۳.۱
گروه خونی	A	۱۰	۱۶.۴
	B	۲۱	۳۴.۴
	AB	۶	۹.۸

۳۹.۳	۲۴	O	
۳۲.۸	۲۰	راهنمایی	تحصیلات
۱۳.۱	۸	دیپلم	
۴۷.۵	۲۹	کاردانی	
۶.۶	۴	کارشناسی و بالاتر	
۳۷.۷	۲۳	یک	تعداد فرزند
۳۱.۱	۱۹	دو	
۳۱.۱	۱۹	سه	
۲۴.۶	۱۵	کمتر از ۲۰	سن بارداری
۷۵.۴	۴۶	۲۰ سال و بیشتر	
۱۰۰	۶۱	عدم مصرف	سیگار
۴.۹	۳	مصرف کنند	استعمال قلیان
۹۵.۱	۵۸	عدم مصرف	

جدول ۲: شیوع ترس از زایمان در نمونه های مورد بررسی

شاخص	n	(%) درصد
کل نمونه	۶۱	۱۰۰
ترس از زایمان	۵۶	۹۱.۸
فاقد ترس از زایمان	۵	۸.۲

جدول ۳: توزیع فراوانی و آزمون های ارتباط متغیرهای دموگرافیک با ترس از زایمان

متغیر دموگرافیک	مجذور کای	df	p-value	V کرامر
-----------------	-----------	----	---------	---------

اشغال	۰.۸۲	۲	۰.۶۶۳	۰.۱۱۶
تحصیلات	۳.۵۵	۳	۰.۳۱۵	۰.۲۴۱
گروه خونی	۰.۶۳	۳	۰.۸۹۰	۰.۱۰۲
تعداد فرزند	۲.۱۳	۲	۰.۳۴۵	۰.۱۸۷
سابقه سقط جنین	۰.۰۹	۱	۰.۷۶۹	۰.۰۳۸

بحث

یافته‌های این مطالعه نشان داد که شیوع ترس از زایمان (توکوفوبیا) در میان زنان باردار شرکت‌کننده در این پژوهش به طور قابل توجهی بالا (۹۱.۸ درصد) است. این یافته اگرچه با طیف وسیع گزارش شده در متون جهانی (۱۰ تا ۸۰ درصد) همسو است [۱، ۳]، اما میزان مشاهده شده در این مطالعه نسبت به میانگین جهانی در سطح بالاتری قرار دارد. این تفاوت احتمالاً ناشی از ماهیت ابزارهای اندازه‌گیری، تفاوت‌های فرهنگی و تغییرات در بستریهای اجتماعی است [۱۰]. همان‌طور که O'Connell و همکاران [۱] تأکید کرده‌اند، توکوفوبیا یک پدیده چندوجهی است؛ در جوامعی که زایمان طبیعی با فشارهای روانی یا تجربیات منفی اطرافیان همراه است، ترس می‌تواند به شکل اپیدمیک گسترش یابد [۱، ۹]. این سطح از ترس نشان‌دهنده آن است که مداخلات پیشگیرانه باید در بافت فرهنگی ایران با حساسیت بیشتری بازنگری شود [۱۹]. در تحلیل ارتباط متغیرهای دموگرافیک، نتایج حاکی از عدم وجود ارتباط معنادار بین سن، تحصیلات، وضعیت اشتغال و پارسیته با میزان ترس از زایمان بود. این یافته نشان می‌دهد که در جامعه هدف این مطالعه، توکوفوبیا یک عامل فراگیر است که مستقل از ویژگی‌های زمینه‌ای قوی‌تری از متغیرهای همسویی با مطالعاتی که عوامل روان‌شناختی (مانند خودکارآمدی و اضطراب عمومی) را پیش‌بین‌های قوی‌تری از متغیرهای دموگرافیک می‌دانند، قابل توجه است [۲، ۱۲]. برای مثال، Scholz و همکاران [۱۵] نشان دادند که ضعف در باورهای خودکارآمدی می‌تواند صرف‌نظر از سطح تحصیلات یا سن، منشأ اصلی ترس از زایمان باشد. با این حال، باید در نظر داشت که مطالعات دیگر، عواملی همچون تحصیلات پایین یا تجربیات زایمانی منفی را به عنوان عوامل خطر مستقل شناسایی کرده‌اند [۴، ۱۳]؛ عدم تکرار این نتایج در پژوهش حاضر ممکن است به دلیل محدودیت حجم نمونه (۶۱ نفر) باشد که قدرت آماری را برای شناسایی اثرات ظریف دموگرافیک کاهش داده است [۲۱]. باید توجه داشت که در فضای کنونی، دسترسی به اطلاعات غیررسمی و گاه ترسناک در فضای مجازی، به عنوان یک عامل تعدیل‌کننده جدید، می‌تواند در کنار ویژگی‌های روان‌شناختی، ترس را در زنان صرف‌نظر از پیشینه اجتماعی آن‌ها تشدید کند [۱۷]. این اثر اطلاعاتی ممکن است مرزهای سنتی عوامل خطر (مانند سن یا وضعیت تأهل) را کمرنگ کرده و ترس را به یک تجربه همگانی تبدیل کرده باشد [۱۸ و ۲۲].

با توجه به پیامدهای ناگوار ترس از زایمان نظیر افزایش نرخ مداخلات پزشکی غیرضروری، طولانی شدن فازهای زایمان و تأثیر منفی بر پیوند عاطفی مادر و نوزاد [۲، ۴، ۶]، یافته‌های این مطالعه ضرورت تدوین استراتژی‌های غربالگری در معاینات روتین

دوران بارداری را برجسته می‌سازد [۷]. از آنجا که سطح اضطراب و استرس در نمونه‌های با ترس بالا به طور معناداری بیشتر گزارش شده است [۱۹]، توصیه می‌شود مداخلات مبتنی بر شناخت‌درمانی (CBT) و آموزش‌های آمادگی برای زایمان که بر تقویت خودکارآمدی تمرکز دارند، در دستور کار تیم‌های مراقبت سلامت قرار گیرد [۷، ۱۵]. علاوه بر این، ارتقای کیفیت حمایت‌های اجتماعی و ایجاد فضاهای مشاوره تخصصی می‌تواند به عنوان راهکاری مؤثر جهت کاهش این نگرانی‌ها عمل نماید [۱۶].

نتیجه‌گیری

یافته‌های این مطالعه نشان داد که ترس از زایمان در میان زنان باردار مورد بررسی، شیوعی بسیار بالا دارد و بخش قابل توجهی از شرکت‌کنندگان درجات متوسط تا شدید ترس را تجربه می‌کردند. عدم مشاهده ارتباط معنادار بین ترس از زایمان و متغیرهای دموگرافیک مورد بررسی (از جمله سن، سطح تحصیلات، وضعیت اشتغال، تعداد فرزندان و سابقه سقط جنین) حاکی از آن است که در این نمونه، توکوفوبیا به عنوان پدیده‌ای نسبتاً فراگیر بروز یافته و به طور مستقیم به ویژگی‌های جمعیت‌شناختی کلاسیک وابسته نبوده است. این الگو با نتایج بخشی از ادبیات موجود همخوانی دارد که بر نقش برجسته عوامل روانی، شناختی و زمینه‌ای مانند اضطراب کلی، خودکارآمدی زایمان، تجارب زایمانی پیشین، ادراک خطر، کیفیت حمایت اجتماعی و پیام‌های دریافتی از محیط و رسانه‌ها در شکل‌گیری و تداوم ترس از زایمان تأکید می‌کنند. بر این اساس، می‌توان استنباط کرد که مدیریت ترس از زایمان صرفاً با اتکاء به شناسایی گروه‌های در معرض خطر بر مبنای شاخص‌های دموگرافیک کافی نیست و رویکردهای غربالگری و مداخله باید به طور نظام‌مند بر ارزیابی وضعیت روان‌شناختی و باورهای زنان درباره زایمان متمرکز شوند. ادغام غربالگری ترس از زایمان در مراقبت‌های روتین دوران بارداری (به‌ویژه در سطوح مراقبت اولیه) و ارجاع زنان دارای نمرات بالا به خدمات مشاوره‌ای تخصصی می‌تواند به عنوان یک راهبرد عملی پیشنهاد شود. طراحی و اجرای مداخلات چندوجهی، شامل آموزش‌های ساختارمند درباره فرایند زایمان، مداخلات مبتنی بر شناخت‌رفتاردرمانی، تقویت مهارت‌های مقابله‌ای و افزایش خودکارآمدی، به همراه حمایت عاطفی و اطلاعاتی از سوی تیم درمان (مامایان، پزشکان و روان‌شناسان) می‌تواند به کاهش ترس، بهبود تجربه زایمان و کاهش مداخلات غیرضروری کمک کند. با وجود اهمیت یافته‌ها، باید به محدودیت‌های مطالعه حاضر از جمله حجم نمونه نسبتاً کوچک و انجام پژوهش در یک بافت جغرافیایی/فرهنگی خاص توجه داشت؛ عواملی که می‌توانند تعمیم‌پذیری نتایج را محدود سازند و احتمال عدم کشف برخی روابط ظریف را افزایش دهند. بنابراین، پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آینده با بهره‌گیری از نمونه‌های بزرگ‌تر و چندمرکزی، استفاده از ابزارهای استاندارد و معتبر بین‌المللی، و لحاظ کردن طیف گسترده‌تری از متغیرهای روان‌شناختی، اجتماعی و تجربی (نظیر کیفیت روابط زناشویی، سابقه تروما، حمایت خانواده و مواجهه با اطلاعات منفی درباره زایمان) انجام شود. همچنین مطالعات مداخله‌ای (به‌صورت کارآزمایی‌های کنترل‌شده تصادفی) برای ارزیابی اثربخشی برنامه‌های آموزشی و روان‌شناختی مبتنی بر شواهد در کاهش ترس از زایمان در بافت فرهنگی ایران ضروری به نظر می‌رسد. به طور کلی، نتایج این

پژوهش بر ضرورت توجه نظام سلامت به ترس از زایمان به عنوان یک اولویت مهم در مراقبت های دوران بارداری و بخشی از راهبردهای ارتقای سلامت روان مادران تأکید می کند.

ملاحظات اخلاقی:

این مقاله بخشی از پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی بود و اجرای این طرح مغایرتی با اعتقادات و باورها و سنت های جامعه ندارد؛ در بازنگری منابع و استفاده از مقالاتی که در فهرست منابع ذکر گردیده رعایت صداقت و امانت شده است و از منابع مشکوک و فاقد اعتبار استفاده نشده است؛ از مناسب ترین روش تحقیق و جدیدترین تکنیک های ممکن استفاده شده است.

مشارکت نویسندگان

تمام نویسندگان در آماده سازی این مقاله مشارکت داشته اند.

تعارض منافع

بنابر اظهار نویسندگان، این مقاله تعارض منافع ندارد.

سپاسگزاری:

نویسندگان، بدینوسیله بر خود لازم می دانند از کلیه زنان باردار و مشارکت کننده در طرح و خانواده های آن ها و همچنین زحمات تمامی افرادی که در نگارش این مقاله ما را راهنمایی نمودند، سپاسگزاری نمایند.

References

- O'Connell MA, et al. Fear of childbirth: A systematic review. *J Psychosom Obstet Gynaecol.* ۲۰۲۲;۴۳(۲):۱۲۳-۱۳۴.
- Garthus-Niegel S, et al. The impact of fear of childbirth on birth outcomes. *BMC Pregnancy Childbirth.* ۲۰۲۱;۲۱:۵۱۲.
- Nilsson C, et al. Prevalence of tokophobia: A global perspective. *Women Birth.* ۲۰۲۳;۳۶(۱):e۲۲-e۳۰.
- Dencker A, et al. Obstetric outcomes in women with fear of birth. *Midwifery.* ۲۰۲۱;۹۸:۱۰۲۹۹۵.
- Stramrood CAI, et al. Posttraumatic stress disorder after childbirth: Recent findings. *Arch Womens Ment Health.* ۲۰۲۲;۲۵(۱):۱۵-۲۸.
- Zanardo V, et al. Maternal fear and its effect on the mother-infant bond. *J Matern Fetal Neonatal Med.* ۲۰۲۰;۳۳(۱۰):۱۷۵۰-۱۷۵۶.
- Sluijs A, et al. Psychological support interventions for fear of childbirth. *Cochrane Database Syst Rev.* ۲۰۲۳;۵(۵):CD۰۱۴۴۵۵.
- Toohill J, et al. Global trends in childbirth fear: A five-year update. *Birth.* ۲۰۲۴;۵۱(۲):۲۱۰-۲۲۲.

۹. Rondo H, et al. Socio-cultural determinants of birth fear. *Int J Gynaecol Obstet.* ۲۰۲۲; ۱۵۸(۳): ۵۴۰-۵۴۸.
۱۰. Räisänen S, et al. Validating screening tools for tokophobia. *Arch Gynecol Obstet.* ۲۰۲۱; ۳۰۴: ۶۵۵-۶۶۳.
۱۱. Fisher C, et al. Cultural influences on childbirth experiences. *J Obstet Gynaecol Res.* ۲۰۲۳; ۴۹(۴): ۱۱۲۰-۱۱۳۲.
۱۲. Bayrampour H, et al. Biopsychosocial models of fear of childbirth. *Clin Psychol Rev.* ۲۰۲۲; ۹۴: ۱۰۲۱۵۰.
۱۳. Taherian A, et al. Demographic predictors of birth fear in Middle Eastern women. *BMC Public Health.* ۲۰۲۱; ۲۱: ۱۸۲۰.
۱۴. Molgora S, et al. Parity and fear of childbirth: A longitudinal study. *J Reprod Infant Psychol.* ۲۰۲۰; ۳۸(۴): ۴۳۲-۴۴۵.
۱۵. Scholz B, et al. Self-efficacy as a mediator in birth fear. *J Adv Nurs.* ۲۰۲۲; ۷۸(۹): ۲۹۸۰-۲۹۹۲.
۱۶. Khoury B, et al. Social support and the fear of labor pain. *Health Psychol Open.* ۲۰۲۳; ۱۰(۱): ۲۰۵۵۱۰۲۹۲۳۱۱۶۸.
۱۷. Moher M, et al. Impact of social media on prenatal anxiety. *Cyberpsychol Behav Soc Netw.* ۲۰۲۱; ۲۴(۱۱): ۷۵۵-۷۶۲.
۱۸. Aliakbari F, et al. Virtual education and its effect on reducing childbirth fear in Iran. *BMC Med Educ.* ۲۰۲۴; ۲۴(۱): ۱۱۵.
۱۹. Ghasemi T, et al. Psychological distress among pregnant Iranian women: A cross-sectional study. *J Midwifery Reprod Health.* ۲۰۲۳; ۱۱(۲): ۳۸۰۰-۳۸۱۰.
۲۰. Heshmat R, et al. Prevalence and risk factors of tokophobia in a representative sample of Iranian pregnant women. *Iran J Psychiatry.* ۲۰۲۵; ۲۰(۱): ۴۵-۵۴.
۲۱. Faul F, Erdfelder E, Lang AG, Buchner A. G*Power ۳: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behav Res Methods.* ۲۰۲۱; ۳۹(۲): ۱۷۵-۱۹۱.
۲۲. Levenson JC, et al. Digital health interventions for prenatal anxiety: A review of the evidence. *J Affect Disord.* ۲۰۲۲; ۲۹۷: ۴۸۹-۴۹۸.
۲۳. Lundgren I, et al. Providing support for women with fear of childbirth: A qualitative study. *Midwifery.* ۲۰۲۳; ۱۱۰: ۱۰۳۳-۴۸.



فصلنامه یافته های نوین در علوم اجتماعی علوم تربیتی و روانشناسی شماره ۲- دوره ۴ بهار ۱۴۰۵ - صفحات ۸۳۸-۸۲۹

Journal of New Findings in Social Sciences, Educational Sciences and Psychology

ISSN 3060-611X