

The Relationship Between the Fear of Natural Childbirth and Self-Efficacy in Afghan Refugee Primigravida Women

Fateme Rezaei

Student Research Committee, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran.

Department of Health Education and Health Promotion, School of Health, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran.

Maryam Mohammadi

Department of Health Education and Health Promotion, School of Health, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran. Social Determinant of Health Research Center, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran.

Samaneh Sabouri

Social Determinant of Health Research Center, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran.

Department of Biostatistics, School of Health, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran.

Hadi Tehrani

*Department of Health Education and Health Promotion, School of Health, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran. (Corresponding Author) tehranilh@mums.ac.ir
Social Determinant of Health Research Center, Mashhad University of Medical Sciences, Mashhad, Iran.

Abstract

Background and Purpose: Childbirth is a unique experience marked by both joy and pain. Researchers frequently describe it as particularly painful, especially for primigravida women, who report higher levels of pain compared to multiparous women. This study aimed to investigate the relationship between fear of natural childbirth and self-efficacy among Afghan refugee primigravida women.

Materials and Methods: A cross-sectional study was conducted on 214 Afghan refugee primigravida women in Mashhad using multi-stage cluster sampling in Mashhad in 1403. To collect data, a demographic questionnaire, the Harman standard Childbirth Attitude Questionnaire, and the standard questionnaire on The Childbirth self-efficacy inventory were used. Statistical analysis was performed using SPSS version 27 statistical software, and a significance level of 0.05 was considered. First, the normality of the data was checked, and if normality was found, parametric t-test and ANOVA tests were used, and if the assumption of normality was not established, nonparametric Kruskal-Wallis, Mann-Whitney, and Spearman tests were used.

Results: The mean score for fear of childbirth was 40.57 ± 6.73 , with 95.8% of participants reporting significant fear. A significant difference ($p=0.03$) was observed between the spouse's occupation and fear of childbirth. The mean score for total self-efficacy was 214.76 ± 46.56 , indicating a statistically significant inverse correlation ($r=-0.21$) between fear of childbirth and total self-efficacy.

Conclusion: This study established a relationship between self-efficacy and fear of childbirth. It is recommended that strategies to enhance self-efficacy, including targeted educational interventions, be implemented to help reduce fear of childbirth among pregnant women.

Keywords: Fear of Childbirth, Self-efficacy, Primigravida, Refugee Women, Health Promotion.

Open Access Policy: This is an open access article under the terms of the Creative Commons Attribution License, which permits use, distribution and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited. To view a copy of this licence, visit <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>

Received: 2025/04/25
Accepted: 2025/08/16
Doi:10.22034/14.1.3

► **Citation:** Rezaei F, Mohammadi M, Sabouri S, Tehrani H. The Relationship Between the Fear of Natural Childbirth and Self-Efficacy in Afghan Refugee Primigravida Women. *Iran J Health Educ Health Promot.* Winter 2026; 14(1):12-24.

بررسی رابطه‌ی ترس از زایمان طبیعی با میزان خودکارآمدی در زنان نخست‌زای مهاجر افغانستانی

فاطمه رضایی

کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران. گروه آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.

مریم محمدی

گروه آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران. مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.

سمانه صبوری

مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران. گروه آمار زیستی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.

هادی طهرانی

* گروه آموزش بهداشت و ارتقاء سلامت، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران. (نویسنده مسئول)
tehran@h@ums.ac.ir
مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی مشهد، مشهد، ایران.

چکیده

زمینه و هدف: به‌دنبال آوردن نوزاد فرایندی است که با شادی و درد همراه است. بسیاری از محققین زایمان را پدیده‌ای بسیار دردناک توصیف کرده‌اند که در زنان نخست‌زا در مقایسه با زنان چندزا شایع‌تر و شدیدتر است. مطالعه‌ی حاضر با هدف بررسی رابطه‌ی ترس از زایمان طبیعی با میزان خودکارآمدی در زنان نخست‌زای مهاجر افغانستانی انجام گرفته است.

مواد و روش‌ها: مطالعه‌ی مقطعی بر روی ۲۱۴ زن نخست‌زای مهاجر افغانستانی با نمونه‌گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای به‌صورت تصادفی در سال ۱۴۰۳ در شهر مشهد انجام گرفت. جهت گردآوری داده‌ها از پرسش‌نامه مشخصات دموگرافیک، پرسش‌نامه استاندارد نگرش به زایمان هارمن و پرسش‌نامه استاندارد خودکارآمدی زایمان استفاده شد. تجزیه و تحلیل آماری با استفاده از نرم افزار آماری SPSS نسخه ۲۷ انجام شد و سطح معنی داری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد. ابتدا نرمال بودن داده‌ها بررسی و در صورت نرمال بودن، از آزمون‌های پارامتری تی تست و ANOVA و در صورت عدم برقراری فرض نرمالیتی از آزمون‌های ناپارامتری کروسکال والیس، من‌ویتنی و اسپیرمن استفاده شد.

یافته‌ها: میانگین نمره‌ی ترس از زایمان $40/57 \pm 6/73$ بود که ۹۵/۸٪ زنان ترس از زایمان بیشتری را گزارش کردند. هم‌چنین بین شغل همسر با ترس از زایمان اختلاف معنی‌داری ($p=0/03$) وجود داشت. میانگین نمره‌ی خودکارآمدی کل $46/56 \pm 214/76$ بود که بر اساس نتایج به دست آمده بین ترس از زایمان و خودکارآمدی کل همبستگی آماری معنی‌داری وجود داشت که این همبستگی ($r=-0/21$) به صورت معکوس بود.

نتیجه‌گیری: نتایج این مطالعه نشان داد، خودکارآمدی با ترس از زایمان رابطه دارد، بنابراین پیشنهاد می‌گردد با استفاده از راهکارهای ارتقا خودکارآمدی از جمله ارائه‌ی مداخلات آموزشی مناسب در زنان باردار، میزان ترس از زایمان را در آن‌ها کاهش داد.

کلیدواژه‌ها: ترس از زایمان، خودکارآمدی، زنان نخست‌زا، زنان افغانستانی، ارتقای سلامت.

تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۰۲/۰۵

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۰۵/۲۵

نوع مقاله: پژوهشی

◀ **استناد:** رضایی ف، محمدی م، صبوری س، طهرانی ه. بررسی رابطه‌ی ترس از زایمان طبیعی با میزان خودکارآمدی در زنان نخست‌زای مهاجر افغانستان. فصلنامه‌ی آموزش بهداشت و ارتقا سلامت. زمستان ۱۴۰۴؛ ۱۴(۱): ۱۲-۲۴.

به دنیا آوردن نوزاد فرآیندی است که با شادی و درد همراه است. در دهه‌های اخیر، بسیاری از محققین زایمان را پدیده‌ای بسیار دردناک توصیف کرده‌اند (۱). مقایسه میزان بروز ترس از زایمان در بین کشورها به دلیل تفاوت در معیارها و تعاریف مورد استفاده دشوار است (۲). داده‌های مطالعه‌ای بر روی زنان باردار چینی، نشان داد که ترس از زایمان در ۶۷٪ از بارداری‌ها رخ داده است و ۲/۲٪ از شرکت‌کنندگان ترس از زایمان شدید را تجربه کردند (۲). چند مطالعه میزان ترس از زایمان شدید زیر را گزارش کردند: ۵٪ در استرالیا، ۵/۳٪ در ایرلند، ۸٪ در کنیا، ۲۰/۱۸٪ در ترکیه و ۲۴/۵٪ در اتیوپی (۳، ۴) در مطالعه‌ای که در سوئد بر روی زنان سوئدی و زنان خارجی ساکن سوئد انجام شد میزان ترس از زایمان در زنان سوئدی ۲۲٪ و زنان خارجی ۳۷٪ گزارش شد (۵). در مطالعات انجام شده در ایران و سایر کشورها از بین هر ۵ زن باردار، ۱ فرد دچار ترس از زایمان بوده و بین ۶-۱۳٪ از زنان ترس شدید را تجربه می‌کنند (۴).

درد زایمان یکی از شدیدترین دردهایی است که زنان می‌توانند تجربه کنند (۶). ترس از زایمان را می‌توان به عنوان احساس عدم اطمینان و اضطراب قبل، حین یا بعد از زایمان توصیف کرد (۷) که در زنان نخست‌زا در مقایسه با زنان چندزا شایع‌تر و شدیدتر است. ترس از زایمان دلایل مختلفی از جمله ترس از آسیب به نوزاد، نقص عضو کودک و درد زایمان دارد (۸). ترس از زایمان ممکن است بر آمادگی زایمان، سلامت عاطفی و نتایج زایمان تأثیر بگذارد (۹). منجر به اختلالات استرس پس از سانحه شود که می‌تواند بر روابط بین مادر و نوزاد در مراحل پس از زایمان تأثیر بگذارد (۱۰). ترس شدید از زایمان احتمالاً منجر به افزایش خطر افسردگی پس از زایمان و افزایش پیامدهای منفی بارداری، افزایش مداخلات زایمانی و افزایش طول مدت زایمان می‌شود (۸)؛ علاوه بر این بر رابطه زن با شریک زندگی و خانواده‌اش نیز تأثیرگذار است (۱۱).

یک عامل مهم مؤثر بر ترس از زایمان، خودکارآمدی است (۶). از نظر علم رفتارشناسی خودکارآمدی

مهم‌ترین پیش‌نیاز برای انجام رفتار در شرایط استرس‌زا است (۱۲). خودکارآمدی زایمان به اعتماد به نفس زن به توانایی خود در طی کردن موفقیت‌آمیز فرآیند زایمان اشاره دارد. زنان ظرفیت خود را برای مدیریت جنبه‌های مختلف زایمان ارزیابی می‌کنند و بر اساس آن تصمیم می‌گیرند (۶). خودکارآمدی از دو جزء پیامد قابل انتظار و خودکارآمدی قابل انتظار تشکیل شده است که این دو، اثر قدرتمندی بر رفتار زایمانی فرد اعمال می‌کنند. پیامد قابل انتظار، به باور فرد مبنی بر این که یک رفتار معین به نتیجه خاص می‌انجامد اشاره می‌نماید. خودکارآمدی قابل انتظار، نیز به باور فرد در مورد توانایی خود در اجرای موفق یک رفتار و میزان کنترل او بر شرایط اشاره دارد (۴). زنانی که خودکارآمدی پایینی دارند، بیشتر احتمال دارد که زایمان طبیعی را دست‌نیافتنی بدانند و در دوران بارداری ترس قابل توجهی را تجربه کنند. در نتیجه، خودکارآمدی نقش مهمی در تعیین انتخاب روش زایمان آن‌ها ایفا می‌کند (۱۳). مطالعات اخیر نشان می‌دهد خودکارآمدی به طور قابل توجهی بر زایمان و وضع حمل تأثیر می‌گذارد و انگیزه و نگرش زنان باردار را نسبت به زایمان طبیعی شکل می‌دهد. زنانی که اعتماد به نفس کمتری در توانایی خود برای مقابله با زایمان دارند، معمولاً درد بیشتری را در طول زایمان تجربه می‌کنند (۱۴، ۶).

تحقیق انجام شده توسط دیلک و همکاران نقش خودکارآمدی را به عنوان عامل کلیدی در انتخاب روش زایمان نشان می‌دهد (۱۵). هم چنین لوئی خودکارآمدی را به عنوان واسطه‌ی اساسی در ترس از زایمان مطرح می‌نماید (۱۶). شناسایی زود هنگام زنان در معرض خطر ترس از زایمان برای بهبود مراقبت‌های بهداشتی زنان در دوران بارداری و پس از زایمان دارای اهمیت بالینی است. بنابراین توجه بالینی به ترس از زایمان همراه با ارزیابی‌های جامع و مراقبت از سلامت روان ضروری می‌باشد (۱۷).

در کشورهایی مانند ایران که مهاجران افغانستانی بیشترین جمعیت را در میان سایر اتباع خارجی دارند و بر پایه داده‌های کمیساریای عالی پناهندگان سازمان ملل متحد، بیش از ۹۶٪ مهاجران ایران را اتباع افغانستان تشکیل می‌دهند (۱۸). مطالعات کمی در

ی خودکارآمدی ۱۰۹/۵۳ با انحراف معیار ۲۱/۸۱ بود، با در نظر گرفتن خطای نوع اول ($\alpha=0/05$) و میزان خطای قابل قبول ($d=3$) و

$$n = \frac{(z_{1-\frac{\alpha}{2}})^2 s^2}{d^2}$$

و با در نظر گرفتن ۵٪ ریزش، با استفاده از فرمول

حجم نمونه نهایی ۲۱۴ نفر تعیین شد.

معیارهای ورود به مطالعه، سن بین ۱۸ تا ۳۵ سال، سن حاملگی بین ۱۴ تا ۲۴ هفته، حاملگی یک قلو، نخست‌زا بودن، تمایل به همکاری داوطلبانه در مطالعه، عدم ابتلا به مشکلات شدید طی ۶ ماه گذشته (نظیر تصادف، مرگ همسر یا یکی از اعضای خانواده) و عدم بارداری پرخطر بود. (بارداری پرخطر: وجود هر عاملی در بارداری که سلامت مادر و جنین را به خطر بیاندازد و طبق پرونده‌ی پزشکی و معاینات کلینیکی و پاراکلینیکی در لیست بارداری پرخطر قرار گیرد) (۲۲). معیارهای خروج نیز شامل تکمیل ناقص سؤالات پرسش‌نامه و عدم تمایل به همکاری بود.

روش نمونه‌گیری در این مطالعه چندمرحله‌ای بود، به‌طوری‌که از بین ۵ مرکز بهداشت شهر مشهد، مرکز بهداشت شماره ۲ که بر اساس آمار گرفته شده از معاونت بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی مشهد، بیشترین تعداد مهاجرین افغانستانی را تحت پوشش دارد، انتخاب گردید و از بین مراکز خدمات جامع سلامت تحت پوشش این مرکز، ۵ مرکز خدمات جامع سلامت به تصادف به عنوان خوشه انتخاب شد و از هر مرکز جامع خدمات سلامت ۲ پایگاه به تصادف انتخاب و از هر پایگاه به صورت نمونه‌گیری تصادفی مادران بارداری که معیارهای ورود را داشتند، وارد مطالعه شدند. پرسش‌نامه‌ها در افراد باسواد به صورت خودگزارش دهی و در افراد بی سواد به صورت مصاحبه تکمیل شدند.

جهت گردآوری اطلاعات از پرسش‌نامه‌های زیر استفاده شد:

۱- پرسش‌نامه‌ی اطلاعات دموگرافیک که شامل اطلاعات مربوط به زنان نخست‌زای مهاجر افغانستانی ساکن مشهد در دو بخش بود. بخش اول اطلاعات مربوط به مادر باردار از قبیل سن، سطح تحصیلات، شغل و میزان درآمد و بخش دوم اطلاعات مربوط به همسر شامل سن، سطح تحصیلات، شغل، میزان درآمد، وضعیت بیمه و سکونت

حوزه بهداشت و سلامت این گروه صورت گرفته است. چالش‌های پناهندگان افغانستانی در ایران، شامل سطح پایین تحصیلات، سواد بهداشتی پایین، فقدان بیمه، دسترسی کم به خدمات بهداشتی و درمانی و هزینه‌های بالای پزشکی است. هم‌چنین مشکلات و اختلالات روانی در بین پناهندگان افغانستانی بیشتر از جمعیت ایرانی است (۱۹). بنابراین نیازمند انجام مطالعات بیشتری می‌باشند زیرا شناسایی و برطرف نمودن مشکلات این افراد از بار مالی و سایر عوارض ناشی از مشکلات بهداشتی می‌کاهد، توجه ویژه به این عوامل در مراقبت‌های دوران بارداری حائز اهمیت خواهد بود. زنان افغان نسبتاً جوان هستند و تقریباً نیمی از آن‌ها در سن باروری هستند و نیازهای باروری فراوانی دارند. بنابراین، مراقبت‌های باروری و زایمان کافی و مقرون‌به‌صرفه برای تضمین سلامت مادر و کودک و کاهش پیامدهای نامطلوب زایمان در میان این جمعیت آسیب‌پذیر ضروری است (۱۸)؛ زیرا بارداری دوره‌ای از آسیب‌پذیری بیشتر برای زنان مهاجر است و در مقایسه با زنان بومی در معرض خطر بیشتر ابتلا به بیماری و مرگ و میر مادران و نوزادان هستند. ارتباط ضعیف و ارائه‌ی اطلاعات ناکافی بر توانایی زنان مهاجر در انتخاب گزینه‌های مراقبتی مناسب و ارائه رضایت آگاهانه تأثیر می‌گذارد (۲۰).

از آنجایی‌که بیشتر مطالعات در ایران بر روی زنان باردار ایرانی انجام شده است و خودکارآمدی در ترس از زایمان طبیعی در زنان باردار و به‌خصوص زنان باردار نخست‌زا دارای اهمیت است، از طرفی مطالعات کمی بر روی بهداشت و سلامت زنان نخست‌زای مهاجر افغانستانی ساکن ایران انجام شده است، این مطالعه با هدف بررسی رابطه ترس از زایمان طبیعی با میزان خودکارآمدی در زنان نخست‌زای مهاجر افغانستانی انجام گرفت.

مواد و روش‌ها

این پژوهش یک مطالعه‌ی مقطعی بود که بر روی زنان نخست‌زای مهاجر افغانستانی شهر مشهد مراجعه‌کننده به مراکز جامع بهداشت شهر مشهد در سال ۱۴۰۳ انجام گرفت. جهت برآورد حجم نمونه نهایی از مطالعه‌ی نیکبخت مقدم و همکاران (۲۱) که در آن میانگین نمره

وارد نرم افزار آماری SPSS نسخه ی ۲۷ شد. پس از بررسی و اطمینان از صحت ورود داده ها با استفاده از آمار توصیفی، شاخص های پراکندگی مانند میانگین و انحراف معیار (دامنه و میان چارگی) مربوط به متغیرها، تعیین و توزیع فراوانی و درصد متغیرها معین شد. به منظور بررسی نرمال بودن متغیرها از آزمون کلموگروف اسمیرنوف استفاده شد و بر اساس نتایج آن از آزمون های پارامتریک مناسب برای متغیرهای نرمال و از آزمون های ناپارامتریک مناسب برای متغیرهای غیرنرمال استفاده گردید. برای تعیین ارتباط بین متغیرها از ضریب همبستگی اسپیرمن استفاده شد. جهت تعیین ارتباط بین متغیرهای کمی و کیفی با توجه به نوع متغیرها آزمون های من ویتنی، کروسکال والیس، ANOVA و تی تست مورد استفاده قرار گرفت.

یافته ها

میانگین سنی زنان نخست زای تحت مطالعه بین ۱۸ تا ۳۵، با میانگین ۲۵/۷۱ و انحراف معیار ۵/۱۱ سال بود. سطح تحصیلات با ۴۰/۲٪ زیردیپلم بیشترین فراوانی را در بین آن ها داشت و اکثریت آن ها با ۶۹/۶٪ خانه دار و بدون درآمد بودند. ۹۵/۸٪ زنان ترس از زایمان بیشتری را گزارش کردند. میانگین سنی همسران زنان تحت مطالعه با میانگین ۲۹/۲۸ و انحراف معیار ۵/۴۹ سال بود و سطح تحصیلات زیردیپلم با ۴۳/۵٪ و ۵۳/۷٪ آن ها کارگر بودند. ۴۶/۷٪ نیز سطح درآمد متوسط را گزارش نمودند. در مجموع ۹۱/۶٪ فاقد بیمه بودند و ۶۳/۱۶٪ آن ها با بیشترین فراوانی در منازل رهنی/استیجاری زندگی می کردند (جدول ۱).

بود. ۲- پرسش نامه ی استاندارد فرم کوتاه خودکارآمدی زایمان (۲۳، ۶) که دارای ۳۴ سؤال است و از دو بخش تشکیل شده است، بخش اول شامل ۱۷ سؤال که پیامد مورد انتظار مربوط به زایمان و بخش دوم نیز شامل ۱۷ سؤال است که خودکارآمدی مورد انتظار زایمان را می سنجد. پاسخ سؤالات در هر دو بخش به صورت طیف لیکرت ۱۰ تایی (کاملاً نامطمئن = ۱ تا کاملاً مطمئن = ۱۰) در نظر گرفته شده است که دامنه ی امتیاز سؤالات ۱۷ تا ۱۷۰ در هر بخش است. با جمع نمرات هر دو بخش، نمره ی کل خودکارآمدی به دست می آید. نمره بیشتر نشان دهنده ی پیامد و خودکارآمدی مورد انتظار بیشتر است. این پرسش نامه توسط خرسندی و همکاران در سال ۲۰۱۳ ترجمه و اعتبارسنجی شد که از همسویی درونی ۰/۸۴ الی ۰/۹۱ برخوردار است و ضریب آلفای کرونباخ کل ابزار ۰/۹۲ و برای هر کدام از خرده مقیاس های پیامد قابل انتظار و خودکارآمدی قابل انتظار ۰/۸۸ محاسبه شد. ۳- پرسش نامه ی استاندارد نگرش به زایمان هارمن که اعتباریابی آن در ایران با توجه به نوع سؤالات، ساختار عاملی و اعتبارسنجی آن، به منظور بررسی ترس از زایمان استفاده شد (۲۴). دارای ۱۴ سؤال است که با طیف لیکرتی ۴ تایی مشخص می گردد و هر سؤال به ترتیب نمره ی ۱ تا ۴ را شامل می شود که دامنه ی امتیاز آن ۱۴ تا ۵۶ می باشد. نمره ی بیشتر نشان دهنده ی ترس بیشتر است. همسویی درونی این پرسش نامه ۰/۸۴ محاسبه شده است. این پرسش نامه توسط خرسندی و همکاران در سال ۲۰۰۸ ترجمه و اعتبارسنجی شد (۲۵). پس از جمع آوری داده های پژوهش جهت تجزیه و تحلیل داده های توصیفی، پرسش نامه ها کدگذاری و پس از آن

جدول ۱- متغیرهای دموگرافیک افراد شرکت کننده در مطالعه و ارتباط آن با خودکارآمدی کل و ترس از زایمان

متغیر	فراوانی (درصد)	خودکارآمدی کل میانگین ± انحراف معیار	ترس از زایمان میانگین ± انحراف معیار
بی سواد	۱۴ (۶/۵)	۲۱۴/۰۷ ± ۶۳/۴۶	۳۹/۴۲ ± ۸/۴۵
زیر دیپلم	۸۶ (۴۰/۲)	۲۱۴/۹۴ ± ۴۳/۵۹	۴۰/۶۶ ± ۶/۱۷
دیپلم	۶۸ (۳۱/۸)	۲۱۸/۶۴ ± ۴۹/۸۷	۴۱/۱۰ ± ۶/۷۲
لیسانس	۳۳ (۱۵/۴)	۲۰۱/۵۷ ± ۳۶/۹۲	۳۹/۹۰ ± ۷/۲۲
بالتر از لیسانس	۱۳ (۶/۱)	۲۲۷/۵۳ ± ۴۸/۸۴	۴۰/۲۳ ± ۷/۵۶
آماره آزمون		۴/۷۳ ^a	۲/۰۳ ^a
p-value		۰/۳۱	۰/۷۳
خانه دار	۱۴۹ (۶۹/۶)	۲۱۷/۴۴ ± ۴۳/۸۶	۴۰/۶۷ ± ۶/۵۸
مشاغل خانگی	۴۰ (۱۸/۷)	۲۰۲/۹۲ ± ۵۳/۴۳	۴۰/۴۷ ± ۶/۵۵
شاغل	۲۵ (۱۱/۷)	۲۱۷/۷۶ ± ۴۹/۴۵	۴۰/۲۰ ± ۸/۰۷
آماره آزمون		۳/۶۸ ^a	۰/۰۳ ^a
p-value		۰/۱۵	۰/۹۸
درآمد	کافی	۲۲۳/۲۰ ± ۴۷/۱۱	۳۶/۹۰ ± ۹/۷۸
	۱۰ (۴/۷)		

متوسط	۲۳(۱۰/۷)	۲۰۷/۱۳ ± ۴۶/۵۶	۴۱/۱۷ ± ۵/۵۷
ناکافی	۳۲(۱۵/۰)	۲۰۵/۱۲ ± ۵۷/۶۸	۴۰/۸۷ ± ۷/۰۸
درآمدی ندارم	۱۴۹(۶۹/۶)	۲۱۷/۴۴ ± ۴۳/۸۶	۴۰/۶۷ ± ۶/۵۸
آماره آزمون		۱/۳۵ ^a	۱/۱۷ ^a
p-value		۰/۵۰	۰/۷۵
بی سواد	۱۶(۷/۵)	۲۱۱/۹۳ ± ۶۳/۶۳	۴۲/۰۰ ± ۶/۳۹
زیر دیپلم	۹۳(۴۳/۵)	۲۱۸/۵۱ ± ۴۸/۴۴	۴۰/۹۸ ± ۶/۷۳
دیپلم	۵۶(۲۶/۲)	۲۰۸/۷۸ ± ۳۷/۸۴	۳۹/۹۴ ± ۶/۳۶
لیسانس	۳۲(۱۵/۰)	۲۱۴/۷۵ ± ۴۲/۶۵	۴۰/۵۶ ± ۷/۶۰
بالتر از لیسانس	۱۷(۷/۹)	۲۱۶/۶۴ ± ۵۳/۸۷	۳۹/۱۱ ± ۶/۸۵
آماره آزمون		۰/۳۹ ^c	۲/۴۷ ^a
p-value		۰/۸۰	۰/۶۴
کارگر	۱۱۵(۵۳/۷)	۲۱۴/۷۰ ± ۴۶/۱۰	۴۱/۶۹ ± ۶/۱۸
آزاد	۹۳(۴۳/۵)	۲۱۳/۹۱ ± ۴۷/۹۳	۳۹/۳۱ ± ۷/۳۲
طلبه	۶(۲/۸)	۲۲۹/۱۶ ± ۳۶/۷۰	۳۸/۸۳ ± ۲/۹۹
آماره آزمون		۰/۳۴ ^d	۶/۸۰ ^b
p-value		۰/۷۴	۰/۰۳
کافی	۵۰(۲۳/۴)	۲۰۴/۳۰ ± ۴۹/۷۷	۴۰/۵۰ ± ۷/۵۲
متوسط	۱۰۰(۴۶/۷)	۲۲۰/۰۸ ± ۴۴/۰۲	۴۰/۷۸ ± ۶/۵۹
ناکافی	۶۴(۲۹/۹)	۲۱۴/۶۴ ± ۴۷/۱۷	۴۰/۳۲ ± ۶/۳۸
آماره آزمون		۱/۹۳ ^d	۰/۳۴ ^a
p-value		۰/۱۴	۰/۸۴
دارد	۱۸(۸/۴)	۲۳۴/۷۷ ± ۵۶/۹۲	۳۷/۵۰ ± ۷/۹۹
ندارد	۱۹۶(۹۱/۶)	۲۱۲/۹۲ ± ۴۵/۲۲	۴۰/۸۶ ± ۶/۵۵
آماره آزمون		۱/۹۴	-۱/۷۱ ^e
p-value		۰/۰۶	۰/۰۸
شخصی	۲۵(۱۱/۷)	۲۰۸/۲۴ ± ۴۴/۹۲	۳۹/۲۸ ± ۷/۰۰
رهنی / استیجاری	۱۳۶(۶۳/۶)	۲۱۳/۵۶ ± ۴۷/۱۴	۴۰/۸۰ ± ۶/۷۴
زندگی با والدین همسر	۵۲(۲۴/۸)	۲۲۰/۹۲ ± ۴۵/۹۸	۴۰/۶۰ ± ۶/۶۴
آماره آزمون		۱/۶۱ ^a	۱/۵۹ ^a
p-value		۰/۴۴	۰/۴۵
متغیر		خودکارآمدی کل	ترس از زایمان
سن فرد	۲۵/۷۱ ± ۵/۱۱	میانگین ± انحراف معیار	میانگین ± انحراف معیار
سن همسر	۲۹/۲۸ ± ۵/۴۹	۲۱۴/۷۶ ± ۴۶/۵۶	۴۰/۵۷ ± ۶/۷۳
p-value		-	-

a کروسکال والیس b من ویتنی c تی تست ANOVA

اسپیرمن متغیر سن با نمره‌های خودکارآمدی کل و ترس از زایمان بین سن فرد و سن همسر، اختلاف معنی‌داری مشاهده نشد ($p > 0.05$) (جدول ۱). نتایج این مطالعه در زمینه ترس از زایمان نشان داد که به‌طوری کلی میانگین ترس از زایمان در زنان مهاجر افغانستانی $40/57 \pm 6/73$ بود. هم چنین نمره ی خودکارآمدی کل نیز $214/76 \pm 46/56$ بود. میانگین ابعاد خودکارآمدی نیز در جدول ۲ گزارش شده است.

بررسی نتایج سنجش نمره‌های خودکارآمدی کل و ترس از زایمان در سطوح مختلف متغیرهای دموگرافیک در جدول ۱ نشان می‌دهد، تنها بین شغل همسر و نمره ترس از زایمان اختلاف معنی‌داری وجود داشت، در زنانی که شغل همسرشان کارگر بود، میزان ترس بالاتری را ($p = 0.03$) با میانگین $41/69$ و انحراف معیار $36/70$ گزارش کرده بودند، در مقابل زنانی که شغل همسرشان طلبه بود میزان بالاتری از خودکارآمدی کل، با میانگین $229/16$ و انحراف معیار $39/70$ داشتند ولی در سایر سطوح اختلاف معنی‌داری یافت نشد ($p > 0.05$). در بررسی همبستگی

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار نمره‌های پرسشنامه های خودکارآمدی کل و اجزاء آن و ترس از زایمان

نمره قابل اکتساب	میانگین ± انحراف معیار	متغیر
۱۷-۱۷۰	۱۲۲/۶۶ ± ۲۲/۸۹	پیامد مورد انتظار
۱۷-۱۷۰	۱۰۲/۰۹ ± ۲۶/۳۶	خودکارآمدی مورد انتظار
۳۴-۳۴۰	۲۱۴/۷۶ ± ۴۶/۵۶	خودکارآمدی کل
۱۴-۵۶	۴۰/۵۷ ± ۶/۷۳	ترس از زایمان

خودکارآمدی کل و اجزای آن، ترس از زایمان نیز کاهش می‌یافت (جدول ۳).

در خصوص رابطه ی ترس از زایمان و خودکارآمدی نتایج مطالعه نشان داد که بین ترس از زایمان و خودکارآمدی کل و اجزای آن، همبستگی آماری معنی داری وجود دارد، که این همبستگی به صورت معکوس بود، یعنی با افزایش

جدول ۳. بررسی همبستگی نمره ی ترس از زایمان با نمره ی خودکارآمدی کل و اجزاء آن

خودکارآمدی کل		خودکارآمدی مورد انتظار		پیامد مورد انتظار		متغیر
p-value	ضریب همبستگی	p-value	ضریب همبستگی	p-value	ضریب همبستگی	ترس از زایمان
۰/۰۰۲	-۰/۲۱ ^a	۰/۰۰۱	-۰/۲۲ ^a	۰/۰۱۸	-۰/۱۶ ^a	

بحث

پژوهش حاضر با هدف بررسی رابطه ی ترس از زایمان با میزان خودکارآمدی در زنان نخست زای مهاجر افغانستانی طراحی و اجرا شده است.

در مطالعه ی حاضر نمرات خودکارآمدی و اجزاء آن و نمره ی ترس از زایمان مورد سنجش قرار گرفت. به‌طور کلی نتایج نشان داد، بین ترس از زایمان و خودکارآمدی زایمان همبستگی معنی داری وجود داشت که این همبستگی به صورت معکوس بود، یعنی با افزایش خودکارآمدی میزان ترس از زایمان کاهش می‌یافت. آنچه واضح است نقش مهم خودکارآمدی در میزان ترس از زایمان است که بر نتایج زایمان تأثیر می‌گذارد، به طوری که زنان را به گونه‌ای تحت تأثیر قرار می‌دهد که شروع به شک و تردید در خود کرده و نسبت به توانایی خود در بارداری و به دنیا آوردن فرزند احساس عدم اطمینان کنند (۲۶) که در زنان نخست زای میزان ترس بیشتر و خودکارآمدی پایین تر از زنان چندزا است (۲۷). از طرف دیگر، خودکارآمدی اعتماد به نفس فرد است که آن‌ها می‌توانند در انجام این رفتار در واقعیت موفق شوند. زنان با سطح پایین خودکارآمدی ممکن است دشواری یک تولد طبیعی را اغراق کرده و اعتماد به نفس کمتری در توانایی آن‌ها در مقابله با فرایند تولد داشته باشند. مطالعات قبلی نشان می‌دهد که خودکارآمدی کم با ترس از زایمان مرتبط است و از پیش بینی کننده های ترس از زایمان است (۲). خودکارآمدی زن در زایمان نقش مهمی در توانایی او برای استفاده از مکانیزم‌های مقابله‌ای و نحوه ی تجربه ی او از زایمان ایفا می‌کند. احساس درد در حین زایمان به شدت به باور فرد (پیامد مورد انتظار) در مورد توانایی‌اش (خودکارآمدی مورد انتظار) برای مدیریت

زایمان وابسته است. زنانی که در توانایی خود برای کنترل تجربه ی زایمان اطمینان بیشتری دارند، زایمان‌های بهتری را تجربه و درد کمتری را تحمل می‌نمایند. تجربه ی زایمان تحت تأثیر احساس یک زن از مهارت‌هایش قرار دارد. این موضوع تأثیر قابل توجهی بر تصمیم‌گیری در مورد زایمان طبیعی یا زایمان به روش سزارین نه تنها برای بارداری فعلی بلکه برای بارداری‌های آینده نیز دارد (۲۸). در سال‌های اخیر، موارد سزارین گسترش یافته و منجر به افزایش میزان اقدامات غیرضروری شده است. این روند، هم مادر و هم جنین را در معرض خطر بیماری‌های مختلف قرار داده است. در حالی که سزارین برای ۱۰ تا ۱۵٪ از زایمان‌ها ضروری است، تقریباً ۳۵ تا ۹۰٪ از زایمان‌ها را می‌توان به طور طبیعی و بدون هیچ گونه مداخله ی پزشکی انجام داد. سطح خاصی از ترس، به عنوان یک پاسخ روانشناختی محافظتی طبیعی، به زنان باردار کمک می‌کند تا برای چالش‌های زایمان آماده شوند و با آن‌ها مقابله کنند. یک عامل مهم مؤثر بر ترس از زایمان، خودکارآمدی است که به طور قابل توجهی بر زایمان و وضع حمل تأثیر می‌گذارد و انگیزه و نگرش زنان باردار را نسبت به زایمان طبیعی شکل می‌دهد. زنانی که اعتماد به نفس کمتری در توانایی خود برای مقابله با زایمان دارند، معمولاً درد بیشتری را در طول زایمان تجربه می‌کنند (۱۴، ۶).

مطالعه ی عفتی درباری و همکاران (۲۹) و مرادی و همکاران (۳۰) نشان داد، بین نمره ی کل ترس از زایمان و نمره ی کل خودکارآمدی زایمان (و ابعاد آن) همبستگی معکوس قابل توجهی وجود دارد. در مطالعه ی سیمون و همکاران نیز میزان خودکارآمدی در زنان با سن پایین با

اولین بارداری و دارای ترس بالا، پایین بود و این ممکن است به دلیل عدم کسب اطلاعات بیشتر در رابطه با زایمان باشد، این مطالعه هم چنین نشان داد میزان خودکارآمدی در زنان نخست‌زا ۱/۵۱ برابر نسبت به زنان چندزا پایین تر است که ممکن است به دلیل عدم آگاهی در مورد خدمات بهداشتی زایمان باشد و بارداری نامطلوب نیز ممکن است ترس را افزایش دهد (۲۷). در مطالعه‌ی شاکرمی و همکاران، میانگین نمره‌ی ترس از زایمان در زنان نخست‌زا به طور معنی‌داری بیشتر از زنان چندزا بود. از نظر میانگین خودکارآمدی کل، انتظار پیامد و خودکارآمدی مورد انتظار، زنان نخست‌زا در مقایسه با زنان چندزا نمرات کمتری داشتند (۱۷). در مطالعه‌ی نیکبخت مقدم و همکاران نیز بین ترس از زایمان و خودکارآمدی مورد انتظار همبستگی معنی‌داری و معکوس گزارش شد (۲۱). در مطالعه‌ی هوانگ و همکاران نیز زنان نخست‌زا ترس از زایمان بیشتری داشتند اما تفاوت معنی‌داری در خودکارآمدی زایمان بین زنان نخست‌زا و چندزا مشاهده نشد (۳۱). البته در برخی از مطالعات، ترس از زایمان در زنان چندزا بیشتر گزارش شده است (۳۲) که می‌توان در تبیین آن بیان کرد، زنان نخست‌زا از درد ناشناخته و ناتوانی در کنترل آن می‌ترسند ولی ترس در زنان چندزا، ممکن است ناشی از تجربیات قبلی باشد (۱۷). همان‌طور که قبلاً ذکر شد، خودکارآمدی مستقیماً با ترس از زایمان مرتبط است. ترس از زایمان شاخصی است که نشان می‌دهد زنان ممکن است به مداخله نیاز داشته باشند (۶).

در مطالعه‌ی حاضر بین شغل همسر و ترس از زایمان در زنان نخست‌زای مهاجر افغانستانی اختلاف معنی‌داری یافت شد به‌طوری‌که ترس از زایمان در زنانی که همسرانشان کارگر بودند میزان ترس از زایمان بیشتر از زنانی بود که شغل همسرانشان آزاد یا طلبه بودند. در اکثر جوامع، مردان در هزینه‌های سلامت و تحصیل، فعالیت‌های اقتصادی همسر و تنظیم خانواده تصمیم‌گیرنده هستند. این تصمیم‌گیری نه تنها بر رفاه کلی خانواده بلکه بر پیامدهای بارداری و زایمان نیز مؤثر است و می‌تواند به معنی تفاوت بین مرگ و زندگی مادر و کودک باشد (۳۳). زنان افغانستانی که به خدمات بهداشت عمومی دسترسی دارند اغلب بدون اجازه مردان خانواده اجازه حضور در اماکن عمومی را ندارند.

چنین مواردی می‌تواند بر رفتار بهداشتی زنان در مراقبت‌های دوران بارداری تأثیر بگذارند (۱۸). خانواده‌های با سطح اقتصادی و اجتماعی پایین‌تر با مواردی هم‌چون مراقبت ناکافی بارداری، بارداری مکرر، استرس، اضطراب و پیامدهای نامطلوب بارداری رو به رو هستند (۳۰). بنابراین می‌توان بیان کرد، زنان با کیفیت زندگی پایین ممکن است احساس کنند که توانایی زایمان ندارند و سطح استرس آن‌ها افزایش یابد (۳۴)؛ ولی زنانی که همسرشان طلبه بودند، به دلیل داشتن باورهای دینی که مادر بودن در اسلام پایه‌ی مذهبی دارد و در قرآن آیاتی در مورد مراحل بارداری و حمایت همسر وجود دارد. از حمایت معنوی مناسب‌تری بهره‌مند بودند. حمایت همسر از زنان باردار، تأثیر مثبتی بر خودکارآمدی زایمان آن‌ها دارد و با افزایش حمایت همسر در زنان باردار، خودکارآمدی زایمان آن‌ها نیز افزایش می‌یابد (۳۵)؛ اما در مطالعه‌ی بیرانوند و همکاران بین متغیرهای تحصیلات و شغل همسر ارتباط معنی‌داری وجود نداشت (۸). بحث فوق نشان می‌دهد که مطالعات مختلف نتایج متفاوتی را در ارتباط بین مشخصات دموگرافیک و ترس از زایمان گزارش می‌دهند بنابراین تحقیقات بیشتری برای بررسی ارتباط آن‌ها ضروری است.

چنانچه یافته‌های مطالعه‌ی حاضر نشان می‌دهد، میزان ترس از زایمان در زنان نخست‌زای مهاجر افغانستانی بالا است. زنان متولد خارج از کشور، گروهی بسیار آسیب‌پذیر هستند که به حمایت فرهنگی حساس و هدفمند مراقبین، نیاز دارند (۵). مطالعه‌ی لوکاس و همکاران با هدف مقایسه‌ی شیوع و محتوا و عوامل مرتبط با ترس از زایمان در شش کشور اروپایی (بلژیک، ایسلند، دانمارک، استونی، نروژ و سوئد) نشان داد، تفاوت‌های قابل توجهی بین کشورها برای ترس از زایمان وجود دارد (۳۶). نتایج مطالعه‌ی ای در سوئد نیز نشان داد میزان ترس از زایمان در زنان خارجی ساکن در سوئد نسبت به زنان سوئدی سه برابر بیشتر است که با یافته‌ی مطالعه‌ی حاضر نیز همسو می‌باشد (۵). بخشی از فرهنگ مردم قومیت و سنت‌های آن‌ها است که زندگی اجتماعی آنان را تداوم می‌بخشد. زنان نیز در زمان بارداری آداب و رسوم را تجربه می‌کنند که نشان‌دهنده‌ی تفاوت ملل و فرهنگ‌ها است (۳۷).

زنان پرخطر و در نظرگرفتن عوامل روان‌شناختی و اجتماعی تأثیرگذار بر ترس از زایمان و خودکارآمدی در مناطق مختلف و در حجم نمونه‌های بزرگ‌تر و در سایر شهرها نیز اجرا شود و مطالعه مقایسه ای بررسی میزان ترس از زایمان و خودکارآمدی در بین زنان باردار نخست زای و چندزا در زنان مهاجر افغانستانی و ایرانی نیز انجام شود.

تشکر و قدردانی: بدین‌وسیله از معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مشهد، شرکت‌کنندگان و کارکنان مراکز خدمات جامع سلامت، بابت همکاری در این مطالعه قدردانی می‌نماییم.

تعارض منافع: در پژوهش حاضر تضاد منافع وجود ندارد.

حمایت مالی: این تحقیق توسط دانشگاه علوم پزشکی مشهد (کد تحقیقاتی ۴۰۳۰۸۰۶) تأمین مالی شده است. تأمین‌کنندگان مالی هیچ نقشی در طراحی مطالعه، جمع‌آوری و تجزیه و تحلیل داده‌ها، تصمیم‌گیری برای انتشار یا آماده‌سازی برای انتشار یا آماده‌سازی دستنوشته نداشتند.

ملاحظات اخلاقی: نتایج این مطالعه بخشی از پایان‌نامه کارشناسی‌ارشد آموزش بهداشت و ارتقا سلامت است که به تأیید دانشگاه علوم پزشکی مشهد رسیده است جهت رعایت ملاحظات اخلاقی، کد اخلاق (IR.MUMS.REC.1403.294) و مجوزهای لازم جهت گردآوری اطلاعات از دانشگاه علوم پزشکی مشهد اخذ گردید. به نمونه‌های تحت مطالعه در مورد نحوه انجام پژوهش، محرمانه بودن اطلاعات و هدف از انجام مطالعه، آگاهی‌های لازم ارائه شد و همه‌ی آن‌ها به‌صورت داوطلبانه و با رضایت آگاهانه وارد مطالعه شدند.

سهم نویسندگان: هادی طهرانی و فاطمه رضایی: طراحی مطالعه و نگارش مقاله. مریم محمدی: مشارکت در اجرای طرح و نگارش مقاله. سمانه صبوری: مشارکت در اجرای طرح و تحلیل داده‌ها و نگارش مقاله. فاطمه رضایی: جمع‌آوری اطلاعات.

نقاط قوت، محدودیت‌ها و پیشنهادات: از محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به جامعه‌ی مورد مطالعه اشاره کرد که محدود به مراکز خدمات جامع سلامت شهر مشهد بود و نمی‌توان نتایج را به سایر گروه‌ها تعمیم داد. از طرفی این پژوهش فقط بر روی زنان نخست زای مهاجر افغانستانی که بارداری بدون عارضه‌ای را داشتند، با هدف تعیین رابطه ترس از زایمان با میزان خودکارآمدی آن‌ها انجام گرفت و یک مطالعه‌ی مقطعی برای کشف عوامل احتمالی مرتبط با ترس از زایمان با میزان خودکارآمدی در زنان نخست زای مهاجر افغانستانی بود که نمی‌تواند روابط علت‌ومعلولی و عوامل مؤثر بر آن را، نشان دهد. علاوه بر آن، از دست دادن نظرات زنانی که به مراقبت‌های دوران بارداری دسترسی نداشتند، می‌تواند باعث سوگیری شود که برای کم کردن تأثیر آن، زنان بی‌سواد نیز در مطالعه گنجانده شدند که می‌توان نقطه قوت مطالعه دانست.

نتیجه‌گیری

با توجه به نتایج این مطالعه که ارتباط معنی‌داری بین ترس از زایمان و خودکارآمدی زایمان بود و از آن جایی که ترس یک عامل مهم است که باعث درد در هنگام زایمان می‌شود و زنان نخست زای به دلیل نداشتن تجربه‌ی بارداری و زایمان، ترس بیشتری در طول بارداری تجربه می‌کنند و نسبت به انجام زایمان باور و توانایی پایینی دارند. شناسایی زودهنگام زنان در معرض خطر ترس از زایمان به‌منظور بهبود مراقبت‌های بهداشتی برای زنان در دوران بارداری و پس از زایمان مهم است به‌خصوص در زنان افغانستانی که تحقیقات در مورد سلامت آن‌ها کم است؛ بنابراین، توجه بالینی به ترس از زایمان با ارزیابی‌های جامع و مراقبت از سلامت روان ضروری است تا تأثیر آن در خودکارآمدی زایمان را کاهش دهد که می‌توان با طراحی مداخلات مناسب آموزشی در طی مراقبت‌های دوران بارداری و توجه به عوامل مؤثر در افزایش خودکارآمدی به کاهش ترس از زایمان کمک نمود؛ بنابراین پیشنهاد می‌شود مطالعات بیشتری برای گنجانیدن

References

1. Tajvar M, Asgari Faryadras N, Atashbahar O, Ashoorkhani M, Yaseri M. Investigating the effect of virtual childbirth preparation education on the health practices of pregnant women: a quasiexperimental study. *Iranian Journal of Health Education and Health Promotion*. 2023;11(3):302-18.
2. Huang JG, Huang J, Li Y, Liao BZ. The prevalence and predictors of fear of childbirth among pregnant Chinese women: a hierarchical regression analysis. *Bmc Pregnancy and Childbirth*. 2021;21(1). <https://doi.org/10.1186/s12884-021-04123-7> PMID:34551755 PMCID:PMC8456556
3. Gelaw T, Ketema TG, Beyene K, Gurara MK, Ukke GG. Fear of childbirth among pregnant women attending antenatal care in Arba Minch town, southern Ethiopia: a cross-sectional study. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2020;20(1):672. <https://doi.org/10.1186/s12884-020-03367-z> PMID:33160330 PMCID:PMC7648954
4. Samavati S, Kazemi F, Aghababaei S, Soltani F. The effect of yoga on fear of childbirth and childbirth self-efficacy in primigravid women: a randomized controlled trial. *The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility*. 2022;25(3):75-85.
5. Ternström E, Hildingsson I, Haines H, Rubertsson C. Higher prevalence of childbirth related fear in foreign born pregnant women - Findings from a community sample in Sweden. *Midwifery*. 2015;31(4):445-50. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2014.11.011> PMID:25529841
6. Beirami A, Rahemi Z. Investigating the effect of mindfulness-based art therapy on self-efficacy of multiparous and nulliparous women: A randomized controlled trial. 2024.
7. Wijma K. Why focus on 'fear of childbirth'? *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 2003;24(3):141-3. <https://doi.org/10.3109/01674820309039667> PMID:14584300
8. Pirdadeh Beiranvand S, behboodi moghaddam Z, Hasani M, Beiranvand S, Beygizadeh A. Fear of natural childbirth and its related factors among primigravid women: a mixed-methods study. *The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility*. 2024;27(3):21-36.
9. Ahmadzadeh Tori N, Rajabzadeh R, Jafari Y, Shokrallahi N, Hosseini SH. Applying the Theory of Planned Behavior in Predicting Factors Influencing the Choice of the Type of Delivery of Pregnant Women Referring to Comprehensive Health Centers. *Iranian Journal of Health Education and Health Promotion*. 2024;12(1):63-72.
10. Rastegar M, Ahmadinezhad GS, khadivzadeh T, Karimi FZ, Nouravaran Feizabadi M. Investigating the Level of Maternal Respect in the Obstetrics Department of Educational Hospitals of the East Region of Iran. *Razavi Journal of Medicine*. 2025;13(1):-.
11. Challacombe FL, Nath S, Trevillion K, Pawlby S, Howard LM. Fear of childbirth during pregnancy: associations with observed mother-infant interactions and perceived bonding. *Archives of Women's Mental Health*. 2021;24(3):483-92. <https://doi.org/10.1007/s00737-020-01098-w> PMID:33336315 PMCID:PMC8116271
12. Kharazi SS, Peyman N, Esmaily H. The effect of health literacy and self-efficacy intervention on nutrition of pregnant mothers and infant weight. *Journal of Health Literacy*. 2022;7(2):24-36.
13. Veringa-Skiba IK, Ziemer K, de Bruin EI, de Bruin EJ, Bögels SM. Mindful awareness as a mechanism of change for natural childbirth in pregnant women with high fear of childbirth: a randomised controlled trial. *BMC pregnancy and childbirth*.

- 2022;22(1):47.
<https://doi.org/10.1186/s12884-022-04380-0>
 PMid:35045820 PMCID:PMC8767678
14. Jones KA, Freijah I, Brennan SE, McKenzie JE, Bright TM, Fiolet R, et al. Interventions from pregnancy to two years after birth for parents experiencing complex post-traumatic stress disorder and/or with childhood experience of maltreatment. *Cochrane database of systematic reviews*. 2023(5).
<https://doi.org/10.1002/14651858.CD014874.pub2>
 PMid:37146219 PMCID:PMC10162699
15. Dilks FM, Beal JA. Role of Self-Efficacy in Birth Choice. *The Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*. 1997;11(1):1-9.
<https://doi.org/10.1097/00005237-199706000-00003> PMid:9214946
16. Lowe NK. Self-efficacy for labor and childbirth fears in nulliparous pregnant women. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*. 2000;21(4):219-24.
<https://doi.org/10.3109/01674820009085591> PMid:11191169
17. Shakarami A, Mirghafourvand M, Abdolalipour S, Jafarabadi MA, Iravani M. Comparison of fear, anxiety and self-efficacy of childbirth among primiparous and multiparous women. *Bmc Pregnancy and Childbirth*. 2021;21(1).
<https://doi.org/10.1186/s12884-021-04114-8>
 PMid:34548055 PMCID:PMC8456545
18. Dadras O, Taghizade Z, Dadras F, Alizade L, Seyedalinaghi S, Ono-Kihara M, et al. "It is good, but I can't afford it..." potential barriers to adequate prenatal care among Afghan women in Iran: a qualitative study in South Tehran. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2020;20(1):274.
<https://doi.org/10.1186/s12884-020-02969-x>
 PMid:32375696 PMCID:PMC7201652
19. Mahmoodi Z, Bahrami G, Ghavidel N, Seddighi H. The effect of social determinants of health on quality of life among Afghan refugees in Iran during the COVID-19 pandemic: a path analysis. *BMC psychiatry*. 2023;23(1):11.
<https://doi.org/10.1186/s12888-022-04502-0>
 PMid:36600233 PMCID:PMC9812534
20. Fair F, Raben L, Watson H, Vivilaki V, van Den Muijsenbergh M, Soltani H, et al. Migrant women's experiences of pregnancy, childbirth and maternity care in European countries: A systematic review. *PloS one*. 2020;15(2):e0228378.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0228378> PMid:32045416 PMCID:PMC7012401
21. Nikbakht moghadam f, sadeghi avalshahr h, amini I, haghani s. The Study Of Relationship Between Childbirth Self-Efficacy And Attitude Toward Normal Delivery With Pregnancy Anxiety In Primigravida Women Referred To Selected Health Care Centers Of Shahriar City In 2018. *Nursing and Midwifery Journal*. 2020;18(3):210-22.
22. Ozgoli G, Pourebrahim T, Hajikhani Golchin NA. What experiences did the high risk pregnancy reveal to the couple? *The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility*. 2024;27(1):9-22.
23. Khorsandi M, Asghari Jafarabadi M, Jahani F, Rafiei M. Cultural adaptation and psychometric testing of the short form of Iranian childbirth self efficacy inventory. *Iran Red Crescent Med J*. 2013;15(11):e11741.
<https://doi.org/10.5812/ircmj.11741> PMid:24719682 PMCID:PMC3971774
24. Sanjari S, Rafati F, Amirfakhraei A, mohamade solymane mr, Karimi Afshar E. Evaluation of Factor Structure and Validation of Electronic form of CAQ Fear of Delivery Questionnaire in Pregnant Women. *Health Psychology*. 2021;10(38):57-70.
25. Khorsandi M, Ghofranipoor F, Heidarneia A, Fagheihzade S, Akbarzadeh A, Vafaei M. Efficacy of delivery in pregnant women. *J Med Counc Islam Repub Iran*. 2008;26(5):89-95.

26. Storksen HT, Garthus-Niegel S, Adams SS, Vangen S, Eberhard-Gran M. Fear of childbirth and elective caesarean section: a population-based study. *Bmc Pregnancy and Childbirth*. 2015;15:10. <https://doi.org/10.1186/s12884-015-0655-4> PMID:26382746 PMCID:PMC4573308
27. Simon T, Fikadu K, Afework B, Alemu H, Kussia B. Childbirth Self-Efficacy and Its Associated Factors among Pregnant Women in Arba Minch Town, Southern Ethiopia, 2023: A Cross-Sectional Study. *Journal of Pregnancy*. 2024;2024:6478172. <https://doi.org/10.1155/2024/6478172> PMID:38390034 PMCID:PMC10883742
28. Abd El-Kader AI. Effectiveness of Childbirth Self-Efficacy Enhancing Classes on Labor Length and Outcomes among Egyptian Primiparous Women: A Quasi-Experimental Study. *SAGE Open Nursing*. 2024;10:23779608241288755. <https://doi.org/10.1177/23779608241288755> PMID:39386172 PMCID:PMC11462605
29. Effati Daryani F, Mohammadi A, Mirghafourvand M. Childbirth self-efficacy and fear of childbirth and their predictors in adolescent and adult pregnant women referring to health centres of Urmia-Iran: a cross-sectional study. *BMJ Open*. 2023;13(10):e077043. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2023-077043> PMID:37848306 PMCID:PMC10582945
30. Moradi M, Nazi A, Mazloumi E. Prevalence and Causes Related to Fear of Vaginal Delivery in Iran: A Systematic Review. *Iranian Journal of Nursing Research*. 2022;17(1):43-53.
31. Huang Y, Zhong Y, Chen Q, Zhou J, Fu B, Deng Y, et al. A comparison of childbirth self-efficacy, fear of childbirth, and labor pain intensity between primiparas and multiparas during the latent phase of labor: a cross-sectional study. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2024;24(1):400. <https://doi.org/10.1186/s12884-024-06571-3> PMID:38822235 PMCID:PMC11143632
32. Nguyen LD, Nguyen LH, Ninh LT, Nguyen HTT, Nguyen AD, Vu LG, et al. Fear of childbirth and preferences for prevention services among urban pregnant women in a developing country: a multicenter, cross-sectional study. *International journal of environmental research and public health*. 2021;18(10):5382. <https://doi.org/10.3390/ijerph18105382> PMID:34070085 PMCID:PMC8158107
33. Jamali F, Olfati F, Oveisi S, Ranjkesh F. Effects of spouses' involvement in pregnancy on fear of childbirth in nulliparous women. *Journal of Inflammatory Diseases*. 2018;22(2):38-47. <https://doi.org/10.29252/qums.22.2.38>
34. Saridi M, Toska A, Latsou D, Chondropoulou MA, Matsioulas A, Sarafis P. Assessment of quality of life and psycho-emotional burden in pregnant women in Greece. *Eur J Midwifery*. 2022;6:13. <https://doi.org/10.18332/ejm/145963> PMID:35415465 PMCID:PMC8939182
35. Kucukaya B, Basgol S. The effect of perceived spousal support on childbirth self-efficacy on pregnant women in turkey. *BMC Pregnancy and Childbirth*. 2023;23(1):173. <https://doi.org/10.1186/s12884-023-05508-6> PMID:36915041 PMCID:PMC10012433
36. Lukasse M, Schei B, Ryding EL. Prevalence and associated factors of fear of childbirth in six European countries. *Sexual & Reproductive Healthcare*. 2014;5(3):99-106. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2014.06.007> PMID:25200969

37. Rahimi F, Rabiepor E, Alinejad V. A Comparative Study Of The Fear Of Childbirth And Childbirth Experience Of Pregnant Women With Primiparous Pregnancies In Turkish And Kurdish

38. Ethnicities Referring To Comprehensive Health Centers In Naqdeh City In 2021. Nursing and Midwifery Journal. 2023;21(1):25-36.

<https://doi.org/10.61186/unmf.21.1.25>