



## The mediating role of childbirth self-efficacy and perceived social support in the relationship between childhood trauma and pregnancy anxiety

Mahboubeh Tavangar Dehghan<sup>1</sup>, Sheida Sodagar<sup>2</sup>, Anvar Sadat Nayebinia<sup>3</sup>

1. Master Student in Clinical Psychology, Department of Psychology, Ro.C, Islamic Azad University, Roudehen, Iran. E-mail: [tavangarmd58@iau.ir](mailto:tavangarmd58@iau.ir)

2. Assistant Professor, Department of Health Psychology, Ka.c, Islamic Azad University, Karaj, Iran. E-mail: [sh.sodagar@iau.ac.ir](mailto:sh.sodagar@iau.ac.ir)

3. Assistant Professor, Department of Midwifery, Ka.c, Islamic Azad University, Karaj, Iran. E-mail: [anvar.nayebi@gmail.com](mailto:anvar.nayebi@gmail.com)

### ARTICLE INFO

**Article type:**  
Research Article

**Article history:**  
Received 06 July 2025  
Received in revised form  
03 August 2025  
Accepted 07 September  
2025  
Published Online 21  
March 2026

**Keywords:**  
pregnancy anxiety,  
childhood trauma,  
social support,  
childbirth self-efficacy

### ABSTRACT

**Background:** Childhood trauma can have a profound impact on the mental health of pregnant women and lead to increased pregnancy anxiety; therefore, identifying factors that reduce this relationship is of great importance. Childbirth self-efficacy and perceived social support have been proposed as mediating variables that may modulate the effect of childhood trauma on pregnancy anxiety. Examining these variables not only helps to better understand the psychological processes related to pregnancy but also provides effective intervention strategies to reduce maternal anxiety.

**Aims:** The present study aimed to investigate the mediating role of childbirth self-efficacy and perceived social support in the relationship between childhood trauma and pregnancy anxiety.

**Methods:** The present research was correlational using structural equation modeling. The statistical population included all pregnant women visiting counseling centers (7 centers) in District 5 of Karaj during 1403–1404, with a sample size of 200 pregnant women selected through convenience sampling. The instruments used in this study included the Vandenberg Pregnancy Anxiety Questionnaire (1990), the Lowe Childbirth Self-Efficacy Questionnaire (1993), the Cobb Perceived Social Support Questionnaire (1986), and the Bernstein et al. Childhood Trauma Questionnaire (2003). The collected data were analyzed using structural equation modeling (maximum likelihood estimation method) with AMOS software, version 26.

**Results:** The results showed that there was a significant relationship between the research variables (significance level 0.05), and the two mediating variables, perceived social support ( $\beta = -0.282$ ,  $p = 0.001$ ) and childbirth self-efficacy ( $\beta = 0.252$ ,  $p = 0.001$ ), positively and significantly mediated the relationship between childhood trauma and pregnancy anxiety.

**Conclusion:** Therefore, it can be concluded that perceived social support and childbirth self-efficacy play an important role in the relationship between childhood trauma and pregnancy anxiety, and psychologists in this field as well as health centers can benefit from the results of this study in designing their interventions.

**Citation:** Tavangar Dehghan, M., Sodagar, S., & Nayebinia, A.S. (2026). The mediating role of childbirth self-efficacy and perceived social support in the relationship between childhood trauma and pregnancy anxiety. *Journal of Psychological Science*, 25(157), 1-15. [10.61186/jps.25.157.17](https://doi.org/10.61186/jps.25.157.17)

*Journal of Psychological Science*, Vol. 25, No. 157, 2026

© The Author(s). DOI: [10.61186/jps.25.157.17](https://doi.org/10.61186/jps.25.157.17)



✉ **Corresponding Author:** Sheida Sodagar, Assistant Professor, Department of Health Psychology, Ka.c, Islamic Azad University, Karaj, Iran.

E-mail: [sh.sodagar@iau.ac.ir](mailto:sh.sodagar@iau.ac.ir), Tel: (+98) 9188112695

## Extended Abstract

### Introduction

Pregnancy, as a critical stage of life, profoundly influences human well-being (Khosravi et al., 2024). One of the common psychological challenges among pregnant women is pregnancy-related anxiety, which is associated with concerns about the fetus, childbirth, physical changes, and the future maternal role. This form of anxiety can exert serious negative effects on the health of both mother and infant (Delanerolle et al., 2023). On the other hand, childhood trauma, such as abuse, neglect, or maltreatment, has been linked to an increased risk of anxiety during pregnancy (Racine et al., 2021; Watson et al., 2024). Previous studies indicate that perceived social support may serve as a protective factor, reducing both the severity of anxiety and other psychological symptoms in pregnancy (Karamouzian et al., 2025; Yu et al., 2024). Social support enhances a sense of belonging and psychological safety, thereby facilitating emotion regulation and improving women's ability to cope with trauma, ultimately reducing anxiety (Afifi et al., 2023). Another important psychological factor is childbirth self-efficacy, which has been shown to play a role in anxiety and fear related to pregnancy and delivery (Frankham et al., 2024; Sen & Aydin, 2024). Women with a history of childhood trauma but higher levels of self-efficacy are better able to manage stress and demonstrate greater resilience (Smith et al., 2023; Lazarus & Folkman, 1984). While several studies have highlighted the role of social support and childbirth self-efficacy in the relationship between childhood trauma and pregnancy anxiety, research in this area remains scarce in Iran. Accordingly, the present study aimed to examine the mediating role of perceived social support and childbirth self-efficacy in the relationship between childhood trauma and pregnancy anxiety.

### Method

The statistical population comprised pregnant women attending Shahid Gornam Comprehensive Health Center, Shahid Golzar Comprehensive Health Center, Agh Tapeh Comprehensive Health Center, and Maryam Hospital in District 5 of Karaj during 2023–

2024. Based on the formula  $n \geq 8M + 50$  (Plant, 2007; Kakavand, 2009), a sample of 200 pregnant women was recruited through convenience sampling. Inclusion criteria were: (1) age between 25–35 years and (2) experiencing their first childbirth. Exclusion criteria included incomplete questionnaires and a history of psychiatric medication use during the past year.

The study instruments included: the Pregnancy-Related Anxiety Questionnaire (Vandenberg, 1989), the Childbirth Self-Efficacy Inventory (Lowe, 1993), the Social Support Questionnaire (Cobb, 1986), and the Childhood Trauma Questionnaire (Bernstein et al., 2003). After obtaining the necessary approvals from the university, eligible participants were recruited from the aforementioned health centers. Participants were assured that their responses would remain confidential, could withdraw at any stage, and that all data would be destroyed after analysis. Before questionnaire administration, the researcher provided detailed instructions on how to complete the measures. Data were analyzed using structural equation modeling (maximum likelihood estimation) via AMOS version 26.

### Results

A total of 200 pregnant women participated, with a mean age of 30.68 ( $SD = 7.16$ ). Regarding education level, 109 participants (54.5%) held a high school diploma, 8 (4%) had an associate degree, 66 (33%) held a bachelor's degree, and 14 (7%) had a master's degree or higher. Correlation analyses indicated that the relationships between variables were consistent with theoretical expectations. The skewness and kurtosis indices of all study variables were within the acceptable range ( $\pm 2$ ). After verifying the assumptions of structural equation modeling, model fit indices were examined.

Table 1 indicates that except for the RMSEA index, all model fit indices supported an acceptable fit for the measurement model; subsequent modifications improved the model adequacy.

**Table 1. Model Fit Indices for Measurement and Structural Models**

Fit Index	Measurement Model	Structural Model	Cut-off Value	Initial Model	Modified Model
Chi-square ( $\chi^2$ )	100.16	58.61	101.18	-	-
Degrees of Freedom (df)	34	33	50	-	-
$\chi^2/df$	2.95	1.78	2.02	<3	-
GFI	0.908	0.945	0.926	<0.90	-
AGFI	0.851	0.909	0.884	<0.85	-
CFI	0.908	0.964	0.940	<0.90	-
RMSEA	0.099	0.062	0.072	>0.08	-

**Table 2. Mediating Role of Perceived Social Support and Childbirth Self-Efficacy in the Relationship Between Childhood Trauma and Pregnancy Anxiety**

Path	a*b	$\beta$	SEab	Z	p
Childhood Trauma → Social Support → Pregnancy Anxiety	0.046	0.152	0.013	3.53	0.001
Childhood Trauma → Childbirth Self-Efficacy → Pregnancy Anxiety	0.020	0.100	0.007	2.85	0.004

The results demonstrated that the indirect path coefficient between childhood trauma and pregnancy anxiety through perceived social support ( $\beta= 0.152$ ,  $p= 0.001$ ) and childbirth self-efficacy ( $\beta= 0.100$ ,  $p= 0.004$ ) was positive and statistically significant. Therefore, both mediators significantly explained the relationship between childhood trauma and pregnancy anxiety.

### Conclusion

The findings indicated significant associations among study variables, with perceived social support and childbirth self-efficacy mediating the relationship between childhood trauma and pregnancy anxiety. These results are consistent with prior studies (Watson et al., 2024; Smith et al., 2024; Yu et al., 2024). Specifically, self-efficacy was found to act as a protective mechanism: women with higher childbirth self-efficacy employ coping strategies such as preparation, relaxation techniques, and seeking help, which mitigate perceived threat and lower anxiety responses (LeBlanc et al., 2022). Likewise, perceived social support served as a psychological buffer, fostering positive emotions, psychological security, and a more optimistic cognitive appraisal of childbirth. According to Lazarus and Folkman's (1984) cognitive model, reduced negative thoughts contribute to decreased anxiety.

Despite its strengths, this study faced limitations, including the cross-sectional design and geographic restriction to a single city, limiting causal inference and generalizability. Future research is recommended to employ longitudinal designs and explore diverse regions of the country. Moreover, examining additional mediators and moderators could provide further insights. The findings have practical implications for psychologists and healthcare providers, who can utilize them to develop interventions aimed at reducing pregnancy anxiety and improving maternal and infant health outcomes.

### Ethical Considerations

**Compliance with ethical guidelines:** This study was conducted as part of a master's thesis at Islamic Azad University, Karaj branch. Data collection was carried out with informed written consent, and participants were assured of confidentiality, voluntary participation, and the right to withdraw at any time.

**Funding:** This study was conducted as a PhD thesis with no financial support.

**Authors' contribution:** The first author was the senior author, the second were the supervisors and the third was the advisors.

**Conflict of interest:** The authors declare no conflict of interest for this study.

**Acknowledgments:** The authors thank the health center staff and the participants for their valuable contributions.



## عنوان نقش میانجی گر خودکارآمدی زایمان و حمایت اجتماعی ادراک شده در رابطه بین ترومای کودکی و اضطراب بارداری

محبوبه توانگر دهقان<sup>۱</sup>، شیدا سوداگر<sup>۲</sup>، انور سادات ناییبیا<sup>۳</sup>

۱. دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی، واحد رودهن، دانشگاه آزاد اسلامی، رودهن، ایران.

۲. استادیار، گروه روانشناسی سلامت، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران.

۳. استادیار، گروه مامایی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران.

### چکیده

### مشخصات مقاله

**زمینه:** ترومای دوران کودکی می تواند تأثیر عمیقی بر سلامت روان زنان باردار داشته باشد و به افزایش اضطراب بارداری منجر شود، بنابراین شناسایی عوامل کاهش دهنده این رابطه اهمیت بالایی دارد. خودکارآمدی زایمان و حمایت اجتماعی ادراک شده به عنوان متغیرهای میانجی مطرح شده اند که ممکن است اثر ترومای کودکی بر اضطراب بارداری را تعدیل کنند. بررسی این متغیرها نه تنها به فهم بهتر فرآیندهای روانشناختی مرتبط با بارداری کمک می کند، بلکه راهکارهای مداخله ای مؤثری برای کاهش اضطراب مادران ارائه می دهد.

**هدف:** هدف از انجام پژوهش حاضر بررسی نقش میانجی گر خودکارآمدی زایمان و حمایت اجتماعی ادراک شده در رابطه بین ترومای کودکی و اضطراب بارداری بود.

**روش:** روش پژوهش حاضر همبستگی از نوع معادلات ساختاری بود. جامعه آماری شامل تمامی زنان باردار مراجعه کننده به مراکز مشاوره (۷ مرکز) در منطقه ۵ شهر کرج در سال ۱۴۰۳-۱۴۰۴ بود که حجم نمونه آن ۲۰۰ نفر زن باردار بود که به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. ابزار مورد استفاده در این پژوهش شامل پرسشنامه اضطراب بارداری و نندیرگ (۱۹۹۰)، پرسشنامه خودکارآمدی زایمان لوئی (۱۹۹۳)، پرسشنامه حمایت اجتماعی کوب (۱۹۸۶) و پرسشنامه ترومای دوران کودکی برنشتاین و همکاران (۲۰۰۳) بود. داده های گردآوری شده با روش مدل یابی معادلات ساختاری (روش برآورد بیشینه احتمال) و به وسیله نرم افزار ایموس نسخه ۲۶ تحلیل شدند.

**یافته ها:** نتایج نشان داد که بین متغیرهای پژوهش رابطه معناداری وجود دارد (سطح معنی داری ۰/۰۵) و دو متغیر میانجی حمایت اجتماعی ادراک شده (β = -۰/۲۸۲، P = ۰/۰۰۱) و خودکارآمدی زایمان (β = ۰/۲۵۲، P = ۰/۰۰۱) به صورت مثبت و معنادار رابطه بین ترومای کودکی و اضطراب زایمان را میانجی گری می کنند.

**نتیجه گیری:** با توجه به این رابطه، روانشناسان این حوزه و مراکز بهداشت می توانند در طراحی مداخلات خود از نتایج این پژوهش بهره برند.

### نوع مقاله:

پژوهشی

### تاریخچه مقاله:

دریافت: ۱۴۰۴/۰۴/۱۵

بازنگری: ۱۴۰۴/۰۵/۱۲

پذیرش: ۱۴۰۴/۰۶/۱۶

انتشار برخط: ۱۴۰۵/۰۱/۰۱

### کلیدواژه ها:

اضطراب بارداری، ترومای کودکی، حمایت اجتماعی، خودکارآمدی زایمان

**استناد:** توانگر دهقان، محبوبه؛ سوداگر، شیدا؛ و ناییبیا، انور سادات (۱۴۰۵). عنوان نقش میانجی گر خودکارآمدی زایمان و حمایت اجتماعی ادراک شده در رابطه بین ترومای

کودکی و اضطراب بارداری. مجله علوم روانشناختی، دوره ۲۵، شماره ۱۵۷، ۱-۱۵.

مجله علوم روانشناختی، دوره ۲۵، شماره ۱۵۷، ۱۴۰۵. DOI: [10.61186/jps.25.157.17](https://doi.org/10.61186/jps.25.157.17)



© نویسنده گان

✉ نویسنده مسئول: شیدا سوداگر، استادیار، گروه روانشناسی سلامت، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران. رایانامه: [sh.sodagar@iau.ac.ir](mailto:sh.sodagar@iau.ac.ir)

تلفن: ۰۹۱۸۸۱۱۲۶۹۵

## مقدمه

بارداری<sup>۱</sup>، به عنوان یک مرحله بحرانی، زندگی انسان را عمیقاً تحت تأثیر قرار می‌دهد و پدیده تغییر دهنده زندگی است که مسئولیت‌ها، شادی‌ها و نگرانی‌های جدیدی را برای زنان در پی دارد (خسروی و همکاران، ۱۴۰۳). حدود ۹۰ درصد از زنان حداقل یک بار در زندگی خود باردار می‌شوند و بارداری رویدادی است که بسیاری از دیدگاه‌های زندگی یک زن را تغییر می‌دهد و پیامدهای بالقوه مهمی برای سلامت، رفاه و نقش‌های اجتماعی زنان دارد (عباسی فرد و همکاران، ۱۴۰۲). بارداری برای بسیاری از والدین دوران هیجان انگیزی است، اما همچنین می‌تواند دوره عدم اطمینان و اضطراب باشد؛ چرا که با تغییرات فیزیکی، احساسی و تغییرات هورمونی همراه است (چراغی و جمشیدی منش، ۱۴۰۰).

اضطراب بارداری<sup>۲</sup> به عنوان یکی از نگرانی‌های شایع در زنان باردار، نوعی نگرانی شدید است که به سلامت جنین، زایمان، تغییرات جسمی و نقش آینده‌مادر مرتبط می‌شود و می‌تواند تأثیرات منفی جدی بر سلامت مادر و نوزاد داشته باشد (دلانرول و همکاران، ۲۰۲۳). اضطراب بارداری مفهومی چندبُعدی است که شامل نگرانی‌های مربوط به سلامت جنین، ترس از زایمان و نگرانی درباره نقش والدینی آینده می‌شود که با پیامدهایی مانند زایمان پیش‌از موعد، وزن تولد پایین و کاهش پیوند مادر-نوزاد همراه بوده است (وان در برگ و همکاران، ۲۰۲۲). طبق یک متاآنالیز کلی، ۱۵٫۲٪ از زنان در دوران بارداری دارای اختلال اضطرابی قابل تشخیص، هستند (BMC بارداری و تولد کودک، ۲۰۲۲).

از سویی دیگر، تجربه ترومای دوران کودکی<sup>۳</sup> (مانند سوءرفتار، غفلت یا بی‌توجهی) با افزایش احتمال آسیب در بزرگسالی (عزیزی و حاجعلیزاده، ۱۴۰۲) و اضطراب در دوران بارداری همراه است (راسین و همکاران، ۲۰۲۱). ترومای کودکی به تجربه رویدادهای استرس‌زا، تهدید کننده یا آسیب‌زایی گفته می‌شود که در سال‌های اولیه زندگی (معمولاً قبل از ۱۸ سالگی) رخ می‌دهند و باعث اختلال در احساس امنیت، رشد هیجانی و روانی فرد می‌شود که شامل سواستفاده جنسی، جسمی، عاطفی، غفلت والدین، خشونت خانگی، فقر یا فقدان والدین می‌باشد (عقیقی و همکاران،

۲۰۲۳). علاوه بر این، پژوهش نشان داده که احتمال ابتلای زنان باردار به اضطراب یا افسردگی جدید در صورتی که سابقه تجربه‌های آسیب‌زا در کودکی همراه با مقاومت روانی پایین داشته باشند، به‌طور قابل‌توجهی افزایش می‌یابد؛ به گونه‌ای که مطالعات نشان داده‌اند زنانی که سابقه سوءرفتار، غفلت یا سایر رویدادهای آسیب‌زا در کودکی دارند، در بارداری احتمال بیشتری برای بروز علائم اضطراب، افسردگی و استرس پیش از زایمان دارند. این وضعیت می‌تواند هم سلامت مادر و هم نتایج زایمان و رشد نوزاد را تحت تأثیر قرار دهد (تو و همکاران، ۲۰۲۱؛ برانتون و همکاران، ۲۰۲۴).

از طرفی، مطالعات نشان داده است که حمایت اجتماعی<sup>۴</sup> می‌تواند به‌عنوان یک عامل حفاظتی عمل کند و شدت اضطراب و نشانه‌های روانی در دوران بارداری را کاهش دهد (علیزاده-دیبازری و همکاران، ۲۰۲۵؛ هاجور و همکاران، ۲۰۲۴). حمایت اجتماعی ادراک شده به درجه ای گفته می‌شود که فرد باور دارد منابع عاطفی، اطلاعاتی و عملی مورد نیازش را از سوی شبکه اجتماعی اش (شامل خانواده، دوستان و دیگران) در دسترس و قابل اتکا است. این نوع حمایت بیشتر بر احساس امنیت و اطمینان روانی تمرکز دارد تا حمایت واقعی که دریافت می‌شود (لیکی و اورهک، ۲۰۲۱). حمایت اجتماعی می‌تواند با کاهش فعالیت سیستم پاسخ استرس (محور HPA) و تنظیم بهتر هورمون‌های استرس مانند کورتیزول، تأثیر فیزیولوژیکی مثبتی بر سلامت روان مادر داشته باشد (هوستینار و همکاران، ۲۰۱۴) و با ایجاد احساس تعلق فرد و امنیت روانی در فرد باعث تنظیم شدن هیجانات می‌شود که توانمندی‌های فرد را برای مقابله با تروما و در نتیجه کاهش اضطراب یاری می‌دهد (عقیقی و همکاران، ۲۰۲۳). از نظر روانشناختی، وقتی زنان باردار باور دارند که در مواقع استرس‌زا حمایت عاطفی، اطلاعاتی و عملی دریافت می‌کنند، میزان پاسخ‌های استرسی‌شان کاهش یافته و سازوکارهای مقابله‌ای آن‌ها تقویت می‌شود (لیکی و اوهک، ۲۰۲۱).

به علاوه، عامل روانشناختی دیگری که در اضطراب‌ها و ترس‌های مرتبط با بارداری نقش دارد، خودکارآمدی زایمانی<sup>۵</sup> است (فرانخام و همکاران، ۲۰۲۴؛ سیمون و همکاران، ۲۰۲۴). خودکارآمدی زایمان به باور فرد درباره

4. Social support

5. Childbirty Self-efficacy

1. Pregnancy

2. Pregnancy Anxiety

3. Childhood trauma

## روش

**(الف) طرح پژوهش و شرکت کنندگان:** جامعه آماری شامل تمامی زنان باردار مراجعه کننده به مرکز جامع سلامت شهدای گمنام، مرکز جامع سلامت شهدای گلزار و مرکز جامع سلامت آق تپه واقع در منطقه ۵ شهر کرج در سال ۱۴۰۳-۱۴۰۴ بود که حجم نمونه با توجه به فرمول  $n \geq 8M + 50$  (پلنت، ۲۰۰۷؛ ترجمه کاکاوند، ۱۳۸۹) ۲۰۰ نفر زن باردار به روش نمونه گیری در دسترس در نظر گرفته شد. معیارهای ورود به پژوهش شامل: داشتن حداقل سن ۲۵ و حداکثر ۳۵ سال و اولین تجربه زایمان بود. معیارهای خروج نیز شامل: تکمیل ناقص پرسشنامه ها توسط شرکت کنندگان و افرادی که سابقه مصرف داروهای اعصاب و روان طی یکسال گذشته داشته اند، بود.

## (ب) ابزار

پرسشنامه اضطراب بارداری و نندبرگ<sup>۱</sup> (PRAQ): این پرسشنامه توسط وندبرگ (۱۹۹۰) با هدف ارزیابی اضطراب بارداری ساخته شده است. نمره گزاری آن به این صورت میباشد که هر یک از عبارت های پرسشنامه بین یک تا هفت درجه بندی می شود؛ نمره کل پرسشنامه از جمع پاسخ های داده شده به سوالات بدست می آید که بین ۱۷ تا ۱۱۹ است. این پرسشنامه دارای ۱۷ سؤال و ۵ مولفه شامل: ترس از زایمان (سوالات ۱، ۷، ۱۲، ۱۵)، ترس از زاییدن یک بچه معلول جسمی یا روانی (سوالات ۳، ۸، ۱۳، ۱۶)، ترس از تغییر در روابط زناشویی (سوالات ۲، ۶، ۱۰، ۱۴)، ترس از تغییرات در خلق و خو و پیامدهای آن بر کودک (سوالات ۴، ۹، ۱۱)، و ترس از تغییرات در زندگی شخصی مادر (سوالات ۵، ۱۷) می باشد. روایی و پایایی خارجی این پرسش نامه براساس آلفای کرونباخ برای نمره کلی اضطراب حاملگی ۰/۷۶ به دست آمد و همبستگی معنی دار مؤلفه ها و مقیاس کلی پرسش نامه روایی همزمان ۰/۷۴ محاسبه شده است (وندبرگ، ۱۹۹۰). روایی و پایایی داخلی پرسشنامه بر اساس ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۸ و برای عامل های پنج گانه بین ۰/۶۹ تا ۰/۷۶ محاسبه شد و روایی آن نیز ۰/۸۲ بدست آمد (هدائی و تقی لو، ۱۳۹۹). همچنین در پژوهش حاضر، پایایی کلی پرسشنامه بر اساس آلفای کرونباخ ۰/۸۵ گزارش شد.

توانایی اش در مدیریت فرآیند زایمان و مقابله با استرس ها و دردهای مرتبط گفته می شود (دریانی و همکاران و همکاران، ۲۰۲۳). هر چه میزان اطمینان فرد به توانایی خود در مدیریت درد، استرس و پیچیدگی های فرآیند زایمان بیشتر باشد، اضطراب کمتری را تجربه خواهد کرد (گمدا-گودتا و همکاران، ۲۰۲۳). از طرفی، زنانی که ترومای دوران کودکی را تجربه کرده اند، اما خودکارآمدی بالایی دارند، نسبت به اضطراب و استرس کمتر آسیب پذیر هستند؛ این موضوع به دلیل افزایش توانایی آن ها در مدیریت هیجان ها و استرس های محیطی است (گرین و همکاران، ۲۰۲۳؛ لازارو و فولکمن، ۱۹۸۴).

با توجه به آنچه گفته شد، به نظر می رسد که اضطراب بارداری نه تنها یک وضعیت معجزا، بلکه ممکن است بازتابی از آسیب های دوران کودکی باشد که با مکانیزم های روان شناختی و زیستی در دوران حاملگی تعامل دارد و می تواند اثرات منفی برای مادر و نوزاد داشته باشد. بنابراین، شناخت عوامل خطر و مکانیسم های واسطه ای که مسیر بین تجربه های تروماتیک کودکی و اضطراب بارداری را توضیح می دهند، اهمیت بالایی دارد. از طرفی، با وجود اینکه پژوهش های متعددی نقش میانجی حمایت اجتماعی ادراک شده و خودکارآمدی زایمانی را در رابطه بین ترومای کودکی و اضطراب بارداری بررسی کرده اند، اما اغلب این مطالعات دارای محدودیت هایی هستند که جای پژوهش های جدید را باز می گذارند. اول اینکه، بررسی هم زمان نقش میانجی هر دو عامل حمایت اجتماعی و خودکارآمدی به صورت مدل های ترکیبی و پیچیده در مطالعات اندکی انجام شده است (علیزاده-دیبازی و همکاران، ۲۰۲۵). دوم اینکه، مکانیزم های روانی و زیستی این میانجی ها و نحوه تأثیرگذاری آن ها بر کاهش اضطراب مرتبط با ترومای کودکی هنوز به طور کامل شناخته نشده است (هاستینار و همکاران، ۲۰۱۴). در نهایت، پژوهش های کمی در زمینه نقش این متغیرها در جمعیت ها و فرهنگ های مختلف، به ویژه در ایران، انجام شده است که اهمیت توجه به زمینه های فرهنگی و بومی را نشان می دهد. از این رو، پژوهش حاضر با هدف بررسی نقش میانجی حمایت اجتماعی ادراک شده و خودکارآمدی در رابطه بین ترومای کودکی و اضطراب بارداری است.

1. Vandenberg Pregnancy Anxiety Questionnaire (PRAQ)

پرسشنامه ترومای دوران کودکی (CTQ): این پرسشنامه توسط برنستاین و همکاران در سال ۲۰۰۳ با هدف ارزیابی آسیب ها و تروماهای دوره کودکی ساخته شده است. پرسشنامه ترومای دوران کودکی دارای ۲۸ سوال است که نمره دهی این مقیاس در طیف ۵ درجه ای لیکرت هرگز (۱) تا همیشه (۵) نمره گذاری می شود و دامنه نمرات برای هر کدام از زیر مقیاس ها از ۵ تا ۲۵ و برای کل پرسشنامه ۲۵ تا ۱۲۵ است. در این پرسشنامه که ویژه استفاده برای کودکان و نوجوانان می باشد، ۵ نوع آسیب و بد رفتاری مورد ارزیابی قرار می گیرد، این پنج مورد عبارتند از: سوء استفاده جنسی (سؤالات ۲۰، ۲۱، ۲۳، ۲۴، ۲۷)، سوء استفاده جسمی (سؤالات ۹، ۱۱، ۱۲، ۱۵، ۱۷)، سوء استفاده عاطفی (سؤالات ۳، ۸، ۱۴، ۱۸، ۲۵)، غفلت عاطفی (سؤالات ۵، ۷، ۱۳، ۱۹، ۲۸)، و غفلت جسمی (سؤالات ۱، ۲، ۴، ۶، ۲۶). روایی و پایایی خارجی این پرسشنامه به این شرح است: پایایی خارجی به دو روش آزمون بازآزمون و آلفای کرونباخ در این مقیاس در دامنه ۰/۷۰ تا ۰/۸۴ گزارش شده است و روایی همزمان آن با درجه بندی درمانگران از میزان ترومای کودکی در دامنه ۰/۵۹ تا ۰/۷۸ گزارش شده است (برنستاین و همکاران، ۲۰۰۳). در نمونه ایرانی پایایی آن بر اساس آلفای کرونباخ ۰/۹۰ محاسبه شد (پورآقا و همکاران، ۱۳۹۱). در پژوهش حاضر نیز پایایی کلی این پرسشنامه بر اساس آلفای کرونباخ ۰/۷۹ به دست آمد.

### یافته ها

در این پژوهش ۲۰۰ زن باردار با میانگین و انحراف استاندارد سنی به ترتیب ۳۰/۶۸ و ۷/۱۶ شرکت کردند. میزان تحصیلات ۱۰۹ نفر (۵۴/۵ درصد) از شرکت کنندگان دیپلم، ۸ نفر (۴ درصد) فوق دیپلم، ۶۶ نفر (۳۳ درصد) لیسانس و ۱۴ نفر (۷ درصد) فوق لیسانس و بالاتر بود. گفتنی است که ۳ نفر از شرکت کنندگان سوال مربوط به میزان تحصیلات را بی پاسخ رها کردند. جدول ۱ میانگین، انحراف استاندارد متغیرهای ترومای کودکی (سوء استفاده عاطفی، سوء استفاده فیزیکی، سوء استفاده جنسی، غفلت عاطفی و غفلت جسمی)، خودکارآمدی زایمان، حمایت اجتماعی ادراک شده و اضطراب زایمان (ترس از زایمان، زاییدن کودک معلول، تغییر در روابط زناشویی، تغییر در خلق و خو و تغییرات در زندگی شخصی) را نشان می دهد.

پرسشنامه خودکارآمدی زایمان<sup>۱</sup> (CBSEI): لویی (۱۹۹۳) پرسشنامه خودکارآمدی زایمان را با هدف سنجش میزان خودکارآمدی زایمان در دوران بارداری تدوین کرد. این پرسشنامه دارای ۶۲ سوال است و از دو بخش تشکیل شده است بخش اول شامل پیامد مورد انتظار مربوط به زایمان را می سنجد. بخش دوم نیز خودکارآمدی مورد انتظار مربوط به زایمان را می سنجد. نمره دهی این پرسشنامه به این شکل می باشد که پاسخ سؤالات در هر دو بخش به صورت طیف لیکرت ۱۰ تایی کاملاً نامطمئن (۱) تا کاملاً مطمئن (۱۰) می باشد که برای هر سوال به ترتیب نمره بین ۱ تا ۱۰ در نظر گرفته می شود. با جمع نمرات خودکارآمدی آیتم ها، نمره کل خودکارآمدی و با جمع نمرات پیامد نمره کل پیامد مورد انتظار زایمان به دست می آید به این ترتیب امتیازها دامنه ۱۷ تا ۱۷۰ را شامل می شود و نمره بیشتر نشان دهنده پیامد و خودکارآمدی مورد انتظار زایمان بیشتر است. روایی و پایایی خارجی این پرسشنامه بر اساس آلفای کرونباخ ۰/۸۲ و روایی ۰/۷۶ محاسبه شد (لویی، ۱۹۹۳). خورسندی و همکاران (۱۳۸۷) پایایی این ابزار را به وسیله روش آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۹۱ محاسبه کردند. همچنین، تحلیل عامل تاییدی ساختار پرسشنامه را تایید نمود. در پژوهش حاضر نیز پایایی این پرسشنامه بر اساس آلفای کرونباخ ۰/۸۸ گزارش گردید.

پرسشنامه حمایت اجتماعی<sup>۲</sup> (SS-A): این پرسشنامه بر اساس تعریف کوب از حمایت اجتماعی توسط واکس و همکاران در سال ۱۹۸۷ با هدف سنجش ۳ بعد حمایت خانواده، دوستان و دیگران ساخته شد. همچنین این پرسشنامه به اسم های دیگری مانند حمایت اجتماعی واکس و حمایت اجتماعی فلیپس نیز مشهور است. پرسشنامه SS-A دارای ۲۳ سوال است و نمره دهی آن به صورت طیف لیکرت پنج درجه ای از خیلی کم تا خیلی زیاد می باشد. بنابراین دامنه نمرات از ۲۳ تا ۱۱۵ متغیر است. پایایی خارجی این پرسشنامه بر اساس آلفای کرونباخ را ۰/۸۲ و روایی خارجی آن ۰/۷۵ گزارش شده است (واکس و همکاران، ۱۹۸۷). در نمونه ایرانی نیز ابراهیمی قوام و همکاران (۱۳۷۵) روایی و پایایی آن را ۰/۶۸ و ۰/۸۲ محاسبه کردند. در پژوهش حاضر نیز پایایی کلی این پرسشنامه بر اساس آلفای کرونباخ ۰/۸۶ به دست آمد.

<sup>۱</sup>. Childbirth Self-Efficacy Inventory (CBSEI)

<sup>۲</sup>. Social Support - Appraisals

جدول ۱. میانگین، انحراف معیار، چولگی، کشیدگی، ضریب تحمل و تورم واریانس متغیرهای پژوهش

متغیرها	میانگین	انحراف استاندارد	چولگی	کشیدگی	ضریب تحمل	تورم واریانس
۱. ترومای کودکی - سوءاستفاده عاطفی	۶/۴۹	۲/۴۵	۰/۵۵	۰/۷۳	۰/۶۴	۱/۵۸
۲. ترومای کودکی - سوءاستفاده فیزیکی	۵/۸۲	۱/۷۸	۰/۸۲	-۰/۹۸	۰/۶۲	۱/۶۰
۳. ترومای کودکی - سوءاستفاده جنسی	۵/۷۱	۲/۱۰	-۰/۶۲	۰/۲۳	۰/۶۹	۱/۴۶
۴. ترومای کودکی - غفلت عاطفی	۹/۶۰	۳/۶۴	۱/۰۹	۰/۴۴	۰/۴۲	۲/۳۶
۵. ترومای کودکی - غفلت جسمی	۷/۹۰	۳/۲۲	-۰/۳۳	-۰/۷۵	۰/۴۴	۲/۲۹
۶. خودکارآمدی زایمان	۴۹۲/۵۳	۷۷/۲۰	-۰/۵۱	-۰/۴۲	۰/۸۷	۱/۱۶
۷. حمایت اجتماعی ادراک شده	۶۳/۵۳	۱۲/۱۶	-۰/۵۴	-۰/۰۴	۰/۶۹	۱/۴۴
۸. اضطراب زایمان - ترس از زایمان	۸/۴۵	۳/۱۱	۰/۸۴	-۰/۱۱		
۹. اضطراب زایمان - زاییدن کودک معلول	۱۲/۸۰	۴/۲۰	۶۸۰	۰/۸۳		
۱۰. اضطراب زایمان - تغییر در روابط زناشویی	۱۰/۴۴	۳/۰۹	۰/۴۵	-۱/۱۶		
۱۱. اضطراب زایمان - تغییر در خلق و خو	۹/۳۵	۳/۱۴	۰/۵۴	-۱/۰۸		
۱۲. اضطراب زایمان - تغییرات در زندگی شخصی	۱۱/۱۴	۴/۸۱	۰/۹۲	-۰/۴۴		

مفروضه همخطی بودن نیز در بین داده‌های پژوهش حاضر برقرار بود. زیرا که مقادیر ضریب تحمل متغیرهای پیش‌بین بزرگتر از ۰/۱ و مقادیر عامل تورم واریانس هر یک از آن‌ها کوچک‌تر از ۱۰ بود. منطبق بر دیدگاه میرز و همکاران (۲۰۰۶) ضریب تحمل کمتر از ۰/۱ و ارزش عامل تورم واریانس بالاتر از ۱۰ نشان‌دهنده عدم برقراری مفروضه همخطی بودن است. در نهایت ضریب ماردیا برابر با ۱۳/۲۷ و نسبت بحرانی مربوط به آن برابر با ۱/۸۳ به دست آمد که کمتر از ۵ بود. براین اساس مفروضه نرمال بودن توزیع داده‌های چند متغیری نیز در بین داده‌ها برقرار بوده.

جدول ۱ میانگین، انحراف استاندارد متغیرهای ترومای کودکی (سوء استفاده عاطفی، سوء استفاده فیزیکی، سوء استفاده جنسی، غفلت عاطفی و غفلت جسمی)، خودکارآمدی زایمان، حمایت اجتماعی ادراک شده و اضطراب زایمان (ترس از زایمان، زاییدن کودک معلول، تغییر در روابط زناشویی، تغییر در خلق و خو و تغییرات در زندگی شخصی) را نشان می‌دهد همچنان که جدول ۱ نشان می‌دهد شاخص چولگی و کشیدگی متغیرهای پژوهش در محدوده  $\pm 2$  قرار داشت.

این یافته بیانگر آن است که مفروضه نرمال بودن توزیع داده‌های تک متغیری برقرار است (رک کلاین، ۲۰۱۶). جدول ۱ نشان می‌دهد که

جدول ۲. ماتریس همبستگی بین متغیرهای پژوهش

متغیر	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱	۱۲
۱. سوءاستفاده عاطفی	۱											
۲. سوءاستفاده فیزیکی	۰/۴۳	۱										
۳. سوءاستفاده جنسی	۰/۳۳	۰/۵۴	۱									
۴. غفلت عاطفی	۰/۴۴	۰/۳۳	۰/۳۲	۱								
۵. غفلت جسمی	۰/۴۹	۰/۳۲	۰/۳۱	۰/۷۲	۱							
۶. خودکارآمدی زایمان	-۰/۲۱	-۰/۰۳	-۰/۰۷	-۰/۲۸	-۰/۳۱	۱						
۷. حمایت اجتماعی	-۰/۳۷	-۰/۱۲	-۰/۱۷	-۰/۴۹	-۰/۴۰	۰/۳۴	۱					
۸. ترس از زایمان	۰/۲۷	۰/۱۳	۰/۱۰	۰/۱۳	۰/۱۷	-۰/۳۱	-۰/۲۵	۱				
۹. زاییدن کودک معلول	۰/۲۱	۰/۱۹	۰/۱۷	۰/۲۸	۰/۳۲	-۰/۳۷	-۰/۳۳	۰/۴۲	۱			
۱۰. تغییر در روابط زناشویی	۰/۱۲	۰/۱۱	۰/۰۹	۰/۱۶	۰/۲۲	-۰/۳۸	-۰/۲۸	۰/۳۷	۰/۴۲	۱		
۱۱. تغییر در خلق و خو	۰/۱۵	۰/۱۴	۰/۱۰	۰/۲۰	۰/۲۴	-۰/۳۲	-۰/۳۰	۰/۳۸	۰/۵۰	۰/۵۸	۱	
۱۲. تغییرات در زندگی شخصی	۰/۳۴	۰/۲۶	۰/۱۶	۰/۳۴	۰/۴۳	-۰/۳۸	-۰/۴۷	۰/۴۱	۰/۵۵	۰/۵۶	۰/۷۰	۱

\* =  $P < 0/05$ , \*\* =  $P < 0/01$

شده به کمک تحلیل عاملی تأییدی ارزیابی شد. لازم به اشاره است، همچنان که شکل ۱ نشان می‌دهد در مدل پژوهش حاضر دو متغیر ترومای کودکی و اضطراب باردار متغیر مکنون بوده و مدل اندازه‌گیری پژوهش را شکل دادند. جدول ۳ شاخص‌های برازندگی مدل اندازه‌گیری و مدل ساختاری را نشان می‌دهد.

جدول ۲ نشان می‌دهد که همبستگی بین متغیرها در جهت مورد انتظار و همسو با تئوری‌های حوزه پژوهش بود. به دنبال ارزیابی مفروضه‌ها و اطمینان از برقراری آن‌ها در بین داده‌ها، مدل ساختاری پژوهش با استفاده از روش مدل‌یابی معادلات ساختاری، نرم‌افزار AMOS 26.0 و برآورد بیشینه احتمال<sup>۱</sup> (ML) ارزیابی شد. پیش از آزمون مدل ساختاری چگونگی برازش مدل اندازه‌گیری با داده‌های گردآوری

جدول ۳. شاخص‌های برازش مدل اندازه‌گیری و مدل ساختاری

نقطه برش <sup>۲</sup>	مدل ساختاری	مدل اندازه‌گیری		شاخص‌های برازندگی
		مدل اصلاح شده	مدل اولیه	
-	۱۰۱/۱۸	۵۸/۶۱	۱۰۰/۱۶	مجذور کای <sup>۳</sup>
-	۵۰	۳۳	۳۴	درجه آزادی مدل
کمتر از ۳	۲/۰۲	۱/۷۸	۲/۹۵	$\chi^2/df^4$
۰/۹۰ >	۰/۹۲۶	۰/۹۴۵	۰/۹۰۸	GFI <sup>۵</sup>
۰/۸۵۰ >	۰/۸۸۴	۰/۹۰۹	۰/۸۵۱	AGFI <sup>۶</sup>
۰/۹۰ >	۰/۹۴۰	۰/۹۶۴	۰/۹۰۸	CFI <sup>۷</sup>
۰/۰۸ <	۰/۰۷۲	۰/۰۶۲	۰/۰۹۹	RMSEA <sup>۸</sup>

پس از ارزیابی چگونگی برازش مدل اندازه‌گیری، در مرحله دوم شاخص‌های برازندگی مدل ساختاری (شکل ۱) برآورد و ارزیابی شد. در مدل ساختاری پژوهش فرض شده بود که ترومای کودکی هم به صورت مستقیم و هم با میانجی‌گری خودکارآمدی زایمان با اضطراب بارداری رابطه دارد. جدول ۳ نشان می‌دهد که شاخص‌های برازندگی حاصل از تحلیل از برازش قابل قبول مدل ساختاری با داده‌های گردآوری شده حمایت می‌کنند. جدول ۳ ضرایب مسیر در مدل ساختاری را نشان می‌دهد.

جدول ۲ نشان می‌دهد که به استثنای شاخص برازندگی RMSEA دیگر شاخص‌های برازندگی حاصل از تحلیل عاملی تأییدی از برازش قابل قبول مدل اندازه‌گیری با داده‌های گردآوری شده حمایت کردند. با توجه به اهمیت فراوان شاخص برازندگی RMSEA در برازش مدل با داده‌ها، شاخص‌های اصلاح ارزیابی و براساس آن با ایجاد کوواریانس بین خطاهای دو نشانگر سوء استفاده فیزیکی و سوء استفاده جنسی ترومای کودکی مدل اصلاح و همچنان که جدول ۳ نشان می‌دهد، به دنبال اصلاح مدل اندازه‌گیری شاخص‌های برازندگی قابل قبول برای آن حاصل شد. در مدل اندازه‌گیری بزرگترین بار عاملی متعلق به نشانگر غفلت جسمی ( $\beta = ۰/۸۷۳$ ) و کوچکترین بار عاملی متعلق به نشانگر سوء استفاده جنسی ( $\beta = ۰/۳۸۳$ ) بود. بدین ترتیب با توجه به این که بارهای عاملی همه نشانگرها بزرگتر از ۰/۳۲ بود، می‌توان گفت همه آن‌ها از توان لازم برای اندازه‌گیری متغیرهای مکنون پژوهش حاضر برخوردار بودند.

5. Goodness Fit Index

6. Adjusted Goodness Fit Index

7. Comparative Fit Index

8. Root Mean Square Error of Approximation

1. Maximum Likelihood

۲. نقاط برش براساس دیدگاه کلاین (۲۰۱۶)

3. Chi-Square

4. normed chi-square

جدول ۴. ضرایب مسیر کل و مستقیم بین متغیرهای پژوهش در مدل ساختاری

مسیر	B	S.E	$\beta$	p
ترومای کودکی ← حمایت اجتماعی ادراک شده	-۱/۰۰۶	۰/۲۴۹	-۰/۵۳۹	۰/۰۰۱
ترومای کودکی ← خودکارآمدی زایمان	-۲/۰۰۴	۰/۶۷۸	-۰/۳۳۷	۰/۰۰۲
حمایت اجتماعی ادراک شده ← اضطراب زایمان	-۰/۰۴۵	۰/۰۱۷	-۰/۲۸۲	۰/۰۰۳
خودکارآمدی زایمان ← اضطراب زایمان	-۰/۰۱۰	۰/۰۰۳	-۰/۲۹۶	۰/۰۰۲
ضرب مستقیم ترومای کودکی ← اضطراب زایمان	۰/۴۰۲	۰/۱۸۴	۰/۲۲۴	۰/۰۲۶
ضرب غیرمستقیم ترومای کودکی ← اضطراب زایمان	۰/۴۵۲	۰/۱۷۸	۰/۲۵۲	۰/۰۰۱
ضرب مسیر کل ترومای کودکی ← اضطراب زایمان	۰/۸۵۴	۰/۲۳۰	۰/۴۷۵	۰/۰۰۱

صورت مثبت و معنادار رابطه بین ترومای کودکی و اضطراب زایمان را میانجیگری می کنند. در ادامه به منظور تعیین نقش منحصر به فرد هر یک دو متغیر میانجی در رابطه بین ترومای کودکی و اضطراب زایمان از فرمول بارون و کنی (۱۹۸۶)، به نقل از مالنکروت و همکاران، (۲۰۰۶) استفاده شد. جدول ۴ نقش میانجیگر حمایت اجتماعی ادراک شده و خودکارآمدی زایمان در تبیین رابطه بین ترومای کودکی و اضطراب زایمان را نشان می دهد.

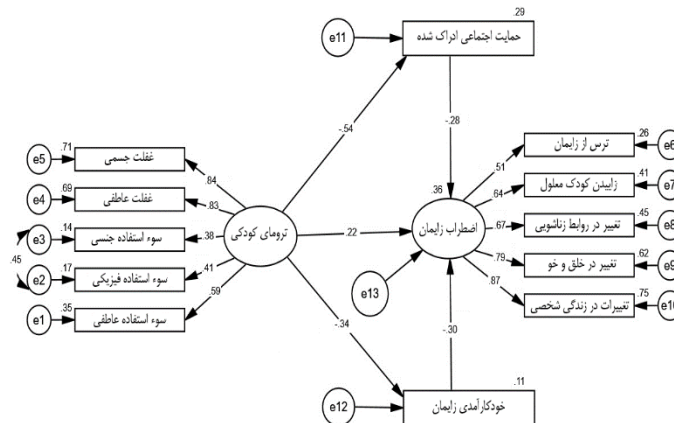
جدول ۴ نشان می دهد که ضریب مسیر بین ترومای کودکی با اضطراب زایمان ( $\beta = ۰/۴۷۵, P = ۰/۰۰۱$ ) مثبت و ضرایب مسیر بین حمایت اجتماعی ادراک شده ( $\beta = -۰/۲۸۲, P = ۰/۰۰۱$ ) و خودکارآمدی زایمان ( $\beta = -۰/۲۹۶, P = ۰/۰۰۱$ ) با اضطراب زایمان منفی و معنادار بود. همچنین ضریب مسیر غیر مستقیم بین ترومای کودکی با اضطراب زایمان ( $\beta = ۰/۲۵۲, P = ۰/۰۰۱$ ) مثبت و معنادار بود. این یافته بیانگر آن است که دو متغیر میانجی حمایت اجتماعی ادراک شده و خودکارآمدی زایمان به

جدول ۵. نقش میانجی گر حمایت اجتماعی ادراک شده و خودکارآمدی زایمان در تبیین رابطه بین ترومای کودکی و اضطراب زایمان

مسیرها	a*b	$\beta$	SEab	Z	p
ترومای کودکی ← حمایت اجتماعی ادراک شده ← اضطراب زایمان	۰/۰۴۶	۰/۰۱۳	۰/۱۵۲	۳/۵۳	۰/۰۰۱
ترومای کودکی ← خودکارآمدی زایمان ← اضطراب زایمان	۰/۰۲۰	۰/۰۰۷	۰/۱۰۰	۲/۸۵	۰/۰۰۴

گیری شد که هر دو متغیر حمایت اجتماعی ادراک شده و خودکارآمدی زایمان به صورت مثبت و معنادار رابطه بین ترومای کودکی و اضطراب زایمان را میانجیگری می کند. شکل ۱ پارامترهای استاندارد در مدل ساختاری پژوهش را نشان می دهد.

منطبق بر نتایج جدول ۵ استفاده از فرمول بارون و کنی نشان داد که ضریب مسیر غیرمستقیم بین ترومای کودکی با اضطراب زایمان از طریق حمایت اجتماعی ادراک شده ( $\beta = ۰/۱۵۲, P = ۰/۰۰۱$ ) و خودکارآمدی زایمان ( $\beta = ۰/۱۰۰, P = ۰/۰۰۱$ ) مثبت و معنادار است. براین اساس چنین نتیجه



شکل ۱. پارامترهای استاندارد در مدل ساختاری پژوهش

شکل ۱ نشان می‌دهد که مجموع مجذور همبستگی‌های چندگانه (R2) برای اضطراب زایمان برابر با ۰/۳۶ به بدست آمده است، این موضوع بیانگر آن است که ترومای کودکی، حمایت اجتماعی ادراک شده و خودکارآمدی زایمان در مجموع ۳۶ درصد از واریانس اضطراب زایمان را تبیین می‌کند.

### بحث و نتیجه‌گیری

هدف از انجام پژوهش حاضر بررسی نقش میانجی گر خودکارآمدی زایمان و حمایت اجتماعی ادراک شده در رابطه بین ترومای کودکی و اضطراب بارداری بود. نتایج نشان داد که ضریب مسیر بین ترومای کودکی با اضطراب زایمان مثبت و ضرایب مسیر بین حمایت اجتماعی ادراک شده و خودکارآمدی زایمان با اضطراب زایمان منفی و معنادار بود. همچنین ضریب مسیر غیرمستقیم بین ترومای کودکی با اضطراب زایمان مثبت و معنادار بود. این یافته بیانگر آن است که دو متغیر میانجی حمایت اجتماعی ادراک شده و خودکارآمدی زایمان به صورت مثبت و معنادار رابطه بین ترومای کودکی و اضطراب زایمان را میانجی‌گری می‌کنند.

یافته نخست پژوهش نشان داد که ترومای کودکی اثر مستقیم مثبت و معناداری بر اضطراب زایمان دارد. این نتیجه با پژوهش‌های گرین و همکاران (۲۰۲۴) و راسین و همکاران (۲۰۲۱) همسو است. در برخی مطالعات، با در نظر گرفتن عوامل حمایتی و آموزش‌های دوران بارداری، شدت این ارتباط کاهش یافته گزارش شده است. در تبیین این یافته می‌توان گفت زنان دارای سابقه ترومای کودکی به دلیل فعال شدن مکرر سیستم استرس، افزایش حساسیت هیجانی و باورهای منفی نسبت به خود و محیط، احتمال بیشتری برای تجربه اضطراب مرتبط با زایمان دارند (راسین و همکاران، ۲۰۲۱). این اضطراب ممکن است منجر به افزایش نگرانی‌های مرتبط با درد، کنترل فرآیند زایمان و ترس از آسیب دیدن نوزاد شود (تو و همکاران، ۲۰۲۱). علاوه بر این، ترومای کودکی می‌تواند باعث ایجاد الگوهای پاسخ‌دهی ناپایدار به استرس شود که در دوران بارداری شدت می‌یابد و نیازمند توجه ویژه در مراقبت‌های پیش از زایمان است (برانتون و همکاران، ۲۰۲۴). بنابراین، تشخیص به موقع و حمایت‌های روانی هدفمند می‌تواند به کاهش اضطراب زایمان در این گروه از زنان کمک کرده و سلامت مادر و کودک را بهبود بخشد (دلانرول و همکاران، ۲۰۲۳).

یافته دوم پژوهش نشان داد که حمایت اجتماعی ادراک شده نقش میانجی در رابطه بین ترومای کودکی و اضطراب زایمان ایفا می‌کند. زنان دارای حمایت اجتماعی بیشتر اضطراب کمتری را تجربه کردند. این یافته با پژوهش‌های هاجور و همکاران (۲۰۲۴) و هاستینار و همکاران (۲۰۱۴) همسو است. در برخی پژوهش‌ها، کیفیت حمایت بیش از کمیت آن اهمیت داشته است. در تبیین این یافته می‌توان گفت حمایت اجتماعی ادراک شده از طریق فراهم کردن منابع عاطفی، اطلاعاتی و عملی به زنان باردار موجب افزایش احساس امنیت و کاهش فشارهای روانی می‌شود (لیکی و اورهک، ۲۰۲۱). وجود شبکه‌های حمایتی قوی، از جمله خانواده، همسر، دوستان و مراقبین سلامت، می‌تواند نقش مؤثری در تعدیل پاسخ‌های استرس‌زا در دوران بارداری و زایمان داشته باشد (هاجور و همکاران، ۲۰۲۴). این حمایت‌ها باعث بهبود مهارت‌های مقابله‌ای، افزایش اعتمادبه‌نفس و کاهش نگرانی‌ها و ترس‌های مرتبط با فرآیند زایمان می‌شود، که در نهایت به کاهش شدت اضطراب منجر می‌گردد. از سوی دیگر، فقدان حمایت اجتماعی با افزایش خطر ابتلا به اختلالات اضطرابی و افسردگی در این دوره همراه است که می‌تواند پیامدهای منفی بر سلامت مادر و جنین داشته باشد.

یافته سوم پژوهش نشان داد که خودکارآمدی زایمان نیز نقش میانجی در رابطه بین ترومای کودکی و اضطراب زایمان ایفا می‌کند. این یافته با نتایج پژوهش‌های گمدا-گودتا و همکاران (۲۰۲۳)، دریانی و همکاران (۲۰۲۳) و گرین و همکاران (۲۰۲۴) همسو است. در برخی بافت‌ها آموزش‌های ساختاریافته‌ی پیش از زایمان شدت این اثر را کاهش داده‌اند. زنانی که خودکارآمدی بالاتری دارند، احساس کنترل بیشتری بر تجربه‌های زایمان خود دارند و این موضوع باعث کاهش ترس، نگرانی و اضطراب آنها می‌شود. خودکارآمدی، به‌عنوان یک منبع روانی مثبت، زنان را قادر می‌سازد تا با احساسات منفی، درد و استرس‌های مرتبط با زایمان بهتر مقابله کنند. خودکارآمدی موجب بهبود مهارت‌های مقابله‌ای، تقویت اعتمادبه‌نفس و کاهش ناتوانی می‌شود که این عوامل به کاهش نگرانی‌ها و ترس‌های مرتبط با فرآیند زایمان کمک می‌کنند (گمدا-گودتا و همکاران، ۲۰۲۳). افزون بر این، خودکارآمدی بالاتر می‌تواند به زنان در تنظیم بهتر پاسخ‌های فیزیولوژیکی و روانی به استرس کمک کند، که این

موضوع به نوبه خود از شدت اضطراب کاسته و تجربیات بهتری از زایمان ایجاد می کند (دریانی و همکاران، ۲۰۲۳).

در مجموع، زنان دارای سابقه ترومای کودکی اما خودکارآمدی بالا، اضطراب کمتری نسبت به زایمان تجربه می کنند؛ زیرا افزایش خودکارآمدی تغییر در ارزیابی را ممکن می سازد و زن زایمان و فرآیند آن را کمتر تهدیدآمیز می بیند و در نتیجه میزان اضطراب کاهش می یابد (فرانخام و همکاران، ۲۰۲۴). همچنین، خودکارآمدی با استفاده از استراتژی های مقابله ای نظیر آمادگی، تکنیک های تن آرامی و درخواست کمک همراه است که تجربه تهدید را کاهش داده و واکنش های اضطرابی را کم می کند (گمدا-گودتا و همکاران، ۲۰۲۳). از طرفی، حمایت اجتماعی نیز به عنوان میانجی در رابطه بین ترومای کودکی و اضطراب زایمان عمل می کند؛ به گونه ای که فرد باردار باور دارد که دیگران (خانواده، دوستان، همسر) در شرایط نیاز به کمک و حمایت حاضر خواهند شد و او در مواجهه با سختی های زایمان تنها نیست. در واقع حضور دیگران مانند یک سپر روانی عمل کرده و موجب ایجاد هیجانات مثبت در مادر می شود که احساس امنیت روانی و آرامش ایجاد می کند، تفسیر شناختی مادر از زایمان را مثبت می نماید و در نهایت طبق مدل شناختی با کاهش افکار منفی، اضطراب نیز کاهش می یابد (لازاروس و فولکمن، ۱۹۸۴).

این پژوهش با محدودیت هایی روبه رو بود؛ از جمله می توان به مقطعی بودن پژوهش و عدم استنباط رابطه علی از آن اشاره کرد. همچنین به مکان اجرای پژوهش اشاره کرد؛ از آنجا که این پژوهش در یک شهر انجام شده است، قابل تعمیم به سایر مناطق نیست. به علاوه، به دلیل محدودیت زمانی فقط دو متغیر میانجی مورد بررسی قرار گرفت. بنابراین، پیشنهاد می شود این موضوع در پژوهش های طولی و در مناطق دیگر انجام گیرد. همچنین، پیشنهاد می شود دیگر متغیرهای واسطه ای و تعدیل گر در رابطه میان متغیرهای پژوهش بررسی شود.

بر اساس یافته های این پژوهش، چند پیشنهاد کاربردی و پژوهشی مطرح می شود: در حوزه کاربردی، غربالگری روتین ترومای کودکی در

مراقبت های پیش از بارداری و پیش از زایمان و ارجاع به خدمات روان شناختی هدفمند توصیه می شود. همچنین، طراحی برنامه های تقویت خودکارآمدی زایمان در قالب کارگاه های آموزشی و تمرین های مهارت محور (تن آرامی، تکنیک های تنفسی، تصویرسازی و آموزش فرایند زایمان) می تواند در مراکز بهداشتی اجرا گردد. علاوه بر آن، آموزش خانواده و همسر برای افزایش نقش حمایتی مؤثر و ایجاد شبکه های حمایتی اجتماعی پیشنهاد می شود. در حوزه پژوهشی، انجام مطالعات طولی و مداخله ای برای بررسی رابطه علی و پایداری اثرات، مطالعه متغیرهای تعدیل گر همچون کیفیت رابطه زناشویی و تاب آوری، و به کارگیری شاخص های زیستی استرس مانند کورتیزول و HRV در کنار پرسشنامه های خودگزارشی، پیشنهاد می شود. این اقدامات می تواند به طراحی بسته های درمانی و آموزشی مبتنی بر شواهد برای کاهش اضطراب زایمان و بهبود نتایج بارداری منجر شود.

### ملاحظات اخلاقی

**پیروی از اصول اخلاق پژوهش:** این مقاله برگرفته از پایان نامه کارشناسی ارشد نویسنده اول در رشته روانشناسی و در دانشکده روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی، واحد کرج است. به جهت حفظ رعایت اصول اخلاقی در این پژوهش سعی شد تا جمع آوری اطلاعات پس از جلب رضایت شرکت کنندگان انجام شود. همچنین به شرکت کنندگان درباره رازداری در حفظ اطلاعات شخصی و ارائه نتایج بدون قید نام و مشخصات شناسنامه افراد، اطمینان داده شد.

**حامی مالی:** این پژوهش در قالب پایان نامه کارشناسی ارشد و بدون حمایت مالی می باشد.

**نقش هر یک از نویسندگان:** این مقاله از رساله دکتری نویسنده اول و به راهنمایی نویسنده دوم و مشاوره نویسنده سوم استخراج شده است.

**تضاد منافع:** نویسندگان همچنین اعلام می دارند که در نتایج این پژوهش هیچ گونه تضاد منافی وجود ندارد.

**تشکر و قدردانی:** بدین وسیله از زنان بارداری که در این پژوهش شرکت کردند، تشکر و قدردانی می گردد.

## References

## منابع

ابراهیمی، حجت الله، دژ کام، محمود، و تقه الاسلام، محمد. (۱۴۰۰). ترومای دوران کودکی و اقدام به خودکشی در بزرگسالی. *مجله روان پزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، ۱۹(۴)، ۲۸۲-۲۷۵.

<http://ijpcp.iuums.ac.ir/article-1-2090-fa.html>

پورآقارودبرده، فاطمه، کافی، سیدموسی، و رضائی، سجاد. (۱۳۹۱). روان شناسی بالینی و شخصیت: ارتباط احساس غربت و حمایت اجتماعی ادراک شده با سلامت روان دانشجویان تازه وارد. *روانشناسی بالینی و شخصیت*، ۱۸(۱۹)، ۲۷-۳۶.

[https://journals.shahed.ac.ir/article\\_2659.html](https://journals.shahed.ac.ir/article_2659.html)

چراغی، پریسا، و جمشیدی منش، منصوره. (۱۴۰۰). ارتباط دل بستگی مادر به جنین با اضطراب و عوامل جمعیت شناختی زنان نخست‌زا با بارداری پرخطر. *نشریه پرستاری ایران*، ۳۴(۱۳۴)، ۴۶-۵۹.

Doi:10.32598/ijn.34.6.4

خسروی، سیده میدیا، عزیزی، مرتضی، عبداللهی، شهاب الدین، و آقایی، هاجر. (۱۴۰۳). پیش بینی افسردگی پس از زایمان بر اساس رضایت زناشویی، رضایت بدنی و باورهای ناکارآمد در زنان باردار شهرستان بوکان. *مجله دانشگاه علوم پزشکی اراک*، ۲۷(۷)، ۳-۱۵.

Doi:10.61186/jams.27.2.68

خورسندی، مهدی، رضایی، علی اصغر، جمال پور، نسرین. (۱۳۸۷). اعتبارسنجی نسخه فارسی پرسشنامه خودکارآمدی زایمان در زنان باردار ایرانی. *پژوهش های روان سنجی*، ۴(۱)، ۴۵-۵۷.

<https://jmcciri.ir/article-1-1165-fa.pdf>

عباسی فرد، میترا، میرزایی، سکینه، آقا محمد حسنی، پروین، باقری پررانی، فاطمه، کامیاب، زهرا. (۱۴۰۲). رابطه بین حمایت اجتماعی، نگرانی و اضطراب دوره بارداری با کیفیت زندگی زنان نخست‌زا در شهر رفسنجان. *مجله طب پیشگیری و سلامت*، ۱۴(۲)، ۵۶-۶۷.

Doi: 10.18502/tbj.v24i1.18925

عزیزی، مجید و حاجی علیزاده، کبری. (۱۴۰۲). نقش تعدیل کننده خودتماز یافتگی در ارتباط بین سوء رفتار هیجانی و سبک دل بستگی با رضایت زناشویی زوجین. *خانواده پژوهی*، ۱۹(۱)، ۴۵-۵۸.

<https://doi.org/10.48308/JFR.19.1.45>

هدائی، منیژه و تقی لو، صادق. (۱۳۹۹). پیش بینی اضطراب بارداری بر اساس شخصیت و هوش هیجانی همسر. *فصلنامه ایده های نوین روانشناسی*، ۶(۱۰)، ۱-۱۴.

<http://jnip.ir/article-1-386-fa.html>

Abbasifard, M., Mirzaei, S., Agha Mohammad Hassani, P., Bagheri-Perrani, F., & Kamyab, Z. (1402). The relationship between social support, worry and anxiety during pregnancy with the quality of life of primiparous women in Rafsanjan city. *Journal of Preventive Medicine and Health*, 14(2), 56-67. <https://doi.org/10.18502/tbj.v24i1.18925>

Afifi, T. O., Taillieu, T., Salmon, S., Stewart-Tufescu, A., Struck, S., Fortier, J., ... & Katz, L. Y. (2023). Protective factors for decreasing nicotine, alcohol, and cannabis use among adolescents with a history of adverse childhood experiences (ACEs). *International Journal of Mental Health and Addiction*, 21(4), 2255-2273. <https://doi.org/10.1007/s11469-021-00720-x>

Alizadeh-Dibazari, Z., Maghalian, M., & Mirghafourvand, M. (2025). The relationship between perceived social support and fear of childbirth in pregnant women: a systematic review and meta-analysis. *BMC psychology*, 13(1), 709. <https://doi.org/10.1186/s40359-025-03047-7>

azizi, M. and hajjalizadeh, K. (2023). The moderating role of self-differentiation in the relationship between emotional abuse and attachment style with marital satisfaction of couples. *Journal of Family Research*, 19(1), 45-58. <https://doi.org/10.48308/JFR.19.1.45>

Bernstein, D. P., Stein, J. A., Newcomb, M. D., Walker, E., Pogge, D., Ahluvalia, T., ... & Zule, W. (2003). Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. *Child Abuse & Neglect*, 27(2), 169-190. [https://doi.org/10.1016/S0145-2134\(02\)00541-0](https://doi.org/10.1016/S0145-2134(02)00541-0)

BMC Pregnancy and Childbirth. (2022). Prevalence of anxiety disorders during pregnancy: A meta-analysis. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 22(1), 45. <https://doi.org/10.1186/s12884-022-05001-7>

Brunton, R. (2024). Childhood abuse and perinatal outcomes for mother and child: A systematic review of the literature. *PLoS one*, 19(5), e0302354. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0302354>

Cheraghi, P., & Jamshidimanesh, M. (1400). The relationship between maternal attachment to the fetus with anxiety and demographic factors of primiparous women with high-risk pregnancy. *Iranian Journal of Nursing*, 34(134), 46-59. <https://doi.org/10.32598/ijn.34.6.4>

Cohen, S., & Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological*

- Bulletin*, 98(2), 310–357.  
<https://doi.org/10.1037/0033-2909.98.2.310>
- Daryani, F. E., Mohammadi, A., & Mirghafourvand, M. (2023). 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*, 13(10), e077043. Doi:10.1136/bmjopen-2023-077043
- Delanerolle, G., McCauley, M., Hirsch, M., Zeng, Y., Cong, X., Cavalini, H., ... Phiri, P. (2023). The prevalence of mental ill-health in women during pregnancy and after childbirth during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 23(1), 76. <https://doi.org/10.1186/s12884-022-05243-4>
- Ebrahimi, H., Dejkam, M., & Taghe El-Islam, M. (1400). Childhood trauma and suicide attempts in adulthood. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, 19(4), 275–282. <http://ijpcp.iiums.ac.ir/article-1-2090-fa.html>
- Frankham, L. J., Thorsteinsson, E. B., & Bartik, W. (2024). Childbirth self-efficacy and birth-related PTSD symptoms: An online childbirth education randomised controlled trial for mothers. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 24, Article 668. <https://doi.org/10.1186/s12884-024-06873-6>
- Gemeda Gudeta, T., Benti Terefe, A., Muhamed, A. N., Mengistu, G. T., & Abebe Sori, S. (2023). Perceived childbirth self-efficacy and its associated factors among pregnant women in south-central Ethiopia. *International Journal of Women's Health*, 1431–1442.
- Green, E. (2020). The role of self-efficacy in the relationship between childhood trauma and anxiety. <https://doi.org/10.23860/thesis-Green-Elaine-2020>
- Hajure, M., Alemu, S. S., Abdu, Z., Tesfaye, G. M., Workneh, Y. A., Dule, A., ... & Gezimu, W. (2024). Resilience and mental health among perinatal women: a systematic review. *Frontiers in psychiatry*, 15, 1373083. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2024.1373083>
- Hedai, M., & Taghiloo, S. (2012). Predicting pregnancy anxiety based on the personality and emotional intelligence of the spouse. *Quarterly Journal of New Ideas in Psychology*, 6(10), 1–14. <http://jnip.ir/article-1-386-fa.html>
- Hostinar, C. E., Sullivan, R. M., & Gunnar, M. R. (2014). Psychobiological mechanisms underlying the social buffering of the hypothalamic–pituitary–adrenocortical axis: A review of animal models and human studies across development. *Psychological Bulletin*, 140(1), 256–282. <https://doi.org/10.1037/a0032671>
- Khorsandi, M., Rezaei, A. A., & Jamalpour, N. (2008). Validation of the Persian version of the Childbirth Self-Efficacy Questionnaire in Iranian pregnant women. *Psychometric Research*, 4(1), 45–57. <https://jmcciri.ir/article-1-1165-fa.pdf>
- Khorsavi, S. M., Azizi, M., Abdollahi, S., & Aghaei, H. (2014). Prediction of postpartum depression based on marital satisfaction, body satisfaction and dysfunctional beliefs in pregnant women in Bukan city. *Journal of Arak University of Medical Sciences*, 27(7), 3–15. <https://doi.org/10.61186/jams.27.2.68>
- Lakey, B., & Orehek, E. (2021). Relational regulation theory: A new approach to explain the link between perceived social support and mental health. *Psychological Review*, 128(3), 434–457. <https://doi.org/10.1037/rev0000265>
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer Publishing Company.
- Leblanc, V., Simard, M., Toupin, I., et al. (2022). Childbirth self-efficacy and psychological well-being during pregnancy: A longitudinal study. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 51(2), 123–134. <https://doi.org/10.1016/j.jogn.2021.10.009>
- Lowe, N. K. (1993). Maternal confidence for labor: Development of the Childbirth Self-Efficacy Inventory. *Research in Nursing & Health*; 16(2), 141–149.
- Pouragharoudbardeh, F., Kafi, S., & Rezaei, S. (1391). Clinical psychology and personality: The relationship between homelessness and perceived social support with mental health of newly arrived students. *Clinical Psychology and Personality*, 18(19), 27–36. [https://journals.shahed.ac.ir/article\\_2659.html](https://journals.shahed.ac.ir/article_2659.html)
- Racine, N., Plamondon, A., Madigan, S., McDonald, S., & Tough, S. (2021). Associations between adverse childhood experiences and anxiety in pregnancy: A meta-analytic review. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 21(1), 123. <https://doi.org/10.1186/s12884-021-03905-0>
- Simon, T., Fikadu, K., Afework, B., Alemu, H., & Kussia, B. (2024). 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(1), 6478172.  
<https://doi.org/10.1155/2024/6478172>
- Tu, H. F., Skalkidou, A., Lindskog, M., & Gredebaeck, G. (2021). Maternal childhood trauma and perinatal distress are related to infants' focused attention from 6 to 18 months. *Scientific reports*, 11(1), 24190. Lakey, B., & Orehek, E. (2021). <https://www.nature.com/articles/s41598-021-03568-2.pdf>
- Van den Bergh PhD, B. R. H. (1990). The influence of maternal emotions during pregnancy on fetal and neonatal behavior. *Journal of Prenatal & Perinatal Psychology & Health*, 5(2), 119. [https://www.researchgate.net/publication/259603362\\_Maternal\\_emotions\\_during\\_pregnancy\\_and\\_fetal\\_and\\_neonatal\\_behavior](https://www.researchgate.net/publication/259603362_Maternal_emotions_during_pregnancy_and_fetal_and_neonatal_behavior)
- Vaux, A.C., Riedel, S.L., & Stewart, D. (1987). Modes of social support: The social support behaviors (SS-B) scale. *American Journal of Community Psychology*, 15, 209-232. Doi:10.1007/BF00919279