

مقایسه سازگاری مادرانه در دوران بارداری، تیپ‌های شخصیتی، سرسختی روانشناختی و کارکردهای اجرایی در زنان متقاضی زایمان به روش سزارین و طبیعی

تاریخ چاپ: ۱۴۰۴/۱۰/۰۱

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۰۸/۰۵

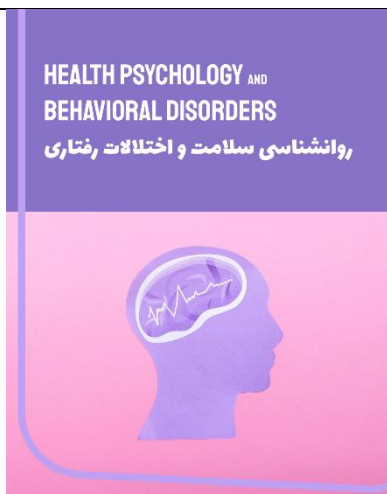
تاریخ بازنگری: ۱۴۰۴/۰۶/۲۶

تاریخ ارسال: ۱۴۰۴/۰۲/۲۳

چکیده

هدف پژوهش حاضر مقایسه سازگاری مادرانه، تیپ‌های شخصیتی، سرسختی روانشناختی و کارکردهای اجرایی در زنان متقاضی زایمان به روش سزارین و طبیعی است. این پژوهش از نوع توصیفی - علی مقایسه‌ای است و جامعه آماری شامل کلیه زنان باردار متقاضی زایمان طبیعی و سزارین در شهرستان ساوه در سال‌های ۱۴۰۳-۱۴۰۴ بود. با استفاده از نرم‌افزار G*Power و روش نمونه‌گیری در دسترس، ۸۰ زن (۴۰ نفر در هر گروه) انتخاب شدند. ابزارهای پژوهش شامل پرسشنامه‌های کارکردهای اجرایی نجاتی (۱۳۹۲)، سرسختی روانشناختی کوباسا و همکاران (۱۹۸۲)، تیپ شخصیتی راتوس (۲۰۰۱) و سازگاری مادرانه قبل از تولد زمانی و همکاران (۱۴۰۱) بود. داده‌ها با استفاده از آزمون‌های تی مستقل، تحلیل واریانس چندمتغیره (MANOVA) و نرم‌افزار SPSS مورد تحلیل قرار گرفتند. نتایج تحلیل‌های آماری نشان داد که بین دو گروه زنان متقاضی زایمان سزارین و طبیعی در متغیرهای تیپ شخصیتی، سرسختی روانشناختی و کارکردهای اجرایی تفاوت معناداری وجود ندارد ($p > 0.05$). با این حال، در مؤلفه «رابطه با مادر» از زیرمقیاس‌های سازگاری مادرانه، تفاوت معناداری مشاهده شد ($p < 0.05$) که نشان‌دهنده نقش ویژه روابط خانوادگی و حمایت‌های عاطفی بین نسلی در تصمیم‌گیری زنان درباره نوع زایمان است. بر اساس یافته‌ها، ویژگی‌های شخصیتی، سرسختی روانی و کارکردهای اجرایی به تنهایی تعیین‌کننده نوع زایمان نیستند، اما روابط عاطفی و حمایتی به‌ویژه رابطه مادر با مادر خود می‌تواند در این تصمیم نقش داشته باشد. توصیه می‌شود در برنامه‌های آموزشی و مشاوره‌های دوران بارداری به بهبود روابط خانوادگی و افزایش حمایت روانی از زنان باردار توجه ویژه‌ای شود.

کلیدواژه‌گان: ترومای کودکی، عوامل زمینه‌ساز، راهبردهای مداخله، دیمتل، تاب‌آوری کودکان

مینا رضایی^۱، احمد قدسی^{۲*}

۱. گروه روانشناسی بالینی، واحد علوم پزشکی قم، دانشگاه

آزاد اسلامی، قم، ایران

۲. عضو هیئت علمی گروه آموزشی علوم تربیتی، دانشگاه

فرهنگیان، صندوق پستی ۸۸۹-۱۴۶۶۵ تهران، ایران

* ایمیل نویسنده مسئول: a.ghodsi@cfu.ac.ir

شیوه استناددهی: رضایی، مینا، و قدسی، احمد. (۱۴۰۴). مقایسه سازگاری مادرانه در دوران بارداری، تیپ‌های شخصیتی، سرسختی روانشناختی و کارکردهای اجرایی در زنان متقاضی زایمان به روش سزارین و طبیعی. *روانشناسی سلامت و اختلالات رفتاری* ۳(۴)، ۱-۱۸.

Comparison of Maternal Adaptation During Pregnancy, Personality Types, Psychological Hardiness, and Executive Functions in Women Requesting Cesarean and Natural Delivery

Submit Date: 2025-05-13

Revise Date: 2025-07-19

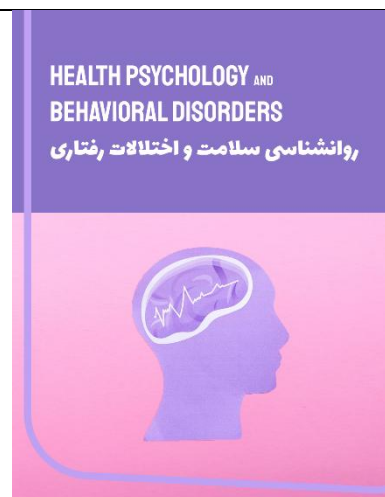
Accept Date: 2025-10-27

Publish Date: 2025-12-22

Abstract

This study aimed to compare maternal adaptation, personality types, psychological hardiness, and executive functions in women requesting cesarean and natural delivery. The research employed a descriptive–causal comparative design. The statistical population included all pregnant women in Saveh (Iran) seeking cesarean or natural childbirth in 2024–2025. Using G*Power software and convenience sampling, 80 participants (40 per group) were selected. Data collection tools included the Executive Functions Questionnaire (Nejati, 2013), Psychological Hardiness Scale (Kobasa et al., 1982), Personality Type Scale (Rathus, 2001), and Prenatal Self-Assessment Questionnaire (Zamani et al., 2022). Data were analyzed using independent t-tests and multivariate analysis of variance (MANOVA) in SPSS. Results revealed no significant differences between cesarean and natural delivery groups in personality types, psychological hardiness, or executive functions ($p > 0.05$). However, a significant difference was observed in the “relationship with mother” subscale of maternal adaptation ($p < 0.05$), suggesting that intergenerational emotional support may influence women’s delivery method preferences. Personality traits, psychological hardiness, and executive functions alone do not determine childbirth preferences; instead, relational and emotional factors, especially maternal–mother relationships, play a critical role. Therefore, prenatal counseling and educational programs should focus on strengthening family relationships and psychological support for expectant mothers.

Keywords: *Personality types, psychological hardiness, executive functions, maternal adaptation, cesarean delivery, natural delivery*

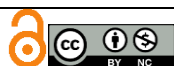
Mina Rezaei¹, Ahmad Ghodsi^{2*}

1. Department of Clinical Psychology, QoMS.c Islamic Azad University, Qom, Iran

2. Department of Educational sciences, Farhangian University, P.O.Box 14665-889, Tehran, Iran

*Corresponding Author's Email:
a.ghodsi@cfu.ac.ir

How to cite: Rezaei, M., & Ghodsi, A. (2025). Comparison of Maternal Adaptation During Pregnancy, Personality Types, Psychological Hardiness, and Executive Functions in Women Requesting Cesarean and Natural Delivery. *Health Psychology and Behavioral Disorders*, 3(4), 1-18.



© 2025 the authors. This is an open access article under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International (CC BY-NC 4.0) License.

مقدمه

بارداری یکی از مراحل حیاتی و پرچالش در زندگی زنان است که با تغییرات گسترده زیستی، روانی و اجتماعی همراه است و نیازمند سازگاری روان‌شناختی، هیجانی و رفتاری قابل توجهی می‌باشد. کیفیت این سازگاری تأثیر مستقیمی بر سلامت روانی مادر، رشد جنین، رابطه مادر-نوزاد و حتی انتخاب نوع زایمان دارد (Navon-Eyal & Taubman-Ben-Ari, 2025). در دهه‌های اخیر، با وجود توصیه‌های پزشکی و سیاست‌های بهداشتی مبنی بر اولویت زایمان طبیعی، گرایش به زایمان سزارین در ایران و بسیاری از کشورهای دیگر به‌طور چشمگیری افزایش یافته است، که این مسئله نگرانی‌هایی درباره علل و پیامدهای روان‌شناختی و اجتماعی این انتخاب ایجاد کرده است (Alimohammadzadeh & Afradi Asbaghrani, 2015).

درک دلایل روان‌شناختی و رفتاری مرتبط با انتخاب روش زایمان مستلزم بررسی مجموعه‌ای از متغیرهای شخصیتی، شناختی و هیجانی است. یکی از این عوامل، سازگاری مادرانه در دوران بارداری است که شامل پذیرش نقش مادری، مدیریت استرس، و ایجاد پیوند عاطفی سالم با جنین می‌شود. این سازگاری بر نگرش زن نسبت به زایمان و توانایی او در مواجهه با تغییرات بارداری اثرگذار است (Gül & Aktoprak, 2024). در واقع، بارداری دوره‌ای از بازسازی شناختی و هیجانی است که زنان را در مسیر آماده‌سازی برای نقش مادری قرار می‌دهد، و هرگونه اختلال در این سازگاری می‌تواند پیامدهای بلندمدتی برای سلامت روانی و جسمی مادر و نوزاد داشته باشد (Navon-Eyal & Taubman-Ben-Ari, 2025).

در کنار این متغیر، تیپ‌های شخصیتی نیز نقش تعیین‌کننده‌ای در نحوه واکنش زنان به فشارهای بارداری و انتخاب نوع زایمان دارند. تیپ شخصیتی A که با ویژگی‌هایی چون رقابت‌جویی، اضطراب بالا و تمایل به کنترل همراه است، ممکن است باعث افزایش تمایل به زایمان سزارین شود، زیرا زنان این تیپ غالباً کنترل‌پذیری و پیش‌بینی‌پذیری بالاتری را ترجیح می‌دهند (Hejazi, 2018). در مقابل، زنان با تیپ شخصیتی B معمولاً آرام‌تر، انعطاف‌پذیرتر و پذیرا تر نسبت به شرایط بارداری هستند و احتمال بیشتری دارد که به زایمان طبیعی گرایش داشته باشند (Prasmusinto et al., 2024). مطالعات جدید نیز نشان می‌دهد که تفاوت در تیپ‌های شخصیتی می‌تواند بر سازگاری مادرانه، اضطراب دوران بارداری و حتی سطح استرس زایمان اثرگذار باشد (Dişsiz et al., 2024).

یکی دیگر از متغیرهای مؤثر، سرسختی روان‌شناختی است که به عنوان یکی از ویژگی‌های مهم مقابله‌ای شناخته می‌شود و شامل مؤلفه‌هایی مانند تعهد، کنترل و چالش است (Burgio et al., 2024). زنان دارای سرسختی بالا معمولاً بارداری را به‌عنوان فرصتی برای رشد و تجربه‌ای مثبت در نظر می‌گیرند و توانایی بیشتری در مدیریت اضطراب و نگرانی‌های مربوط به زایمان دارند (Davis et al., 2025). در مقابل، زنان با سطح پایین‌تر سرسختی ممکن است در برابر تغییرات جسمی و روانی دوران بارداری مقاومت نشان دهند یا احساس ناتوانی در کنترل شرایط داشته باشند. این ویژگی می‌تواند مستقیماً بر انتخاب نوع زایمان اثر بگذارد، زیرا احساس کنترل‌پذیری کمتر ممکن است تمایل به زایمان سزارین را افزایش دهد.

از سوی دیگر، کارکردهای اجرایی، که شامل فرآیندهای شناختی سطح بالا مانند برنامه‌ریزی، کنترل هیجان، تصمیم‌گیری و انعطاف‌پذیری شناختی است، نیز در تجربه بارداری نقش بسزایی دارند (Dewey et al., 2023). زنان با کارکردهای اجرایی قوی‌تر معمولاً تصمیمات آگاهانه‌تر و منطقی‌تری درباره سلامت خود و جنین می‌گیرند و در برابر استرس‌های بارداری تاب‌آورتر هستند (Mortaji et al., 2021). برعکس، نقص در این کارکردها می‌تواند منجر به افزایش اضطراب و اتخاذ تصمیمات غیرمنطقی، از جمله انتخاب زایمان سزارین بدون ضرورت پزشکی، شود (Choe et al., 2023).

در سال‌های اخیر پژوهش‌های متعددی به بررسی ارتباط میان تغذیه، سلامت روان و کارکردهای شناختی مادران باردار پرداخته‌اند. برای مثال، رژیم‌های غذایی سالم شامل مواد مغذی کافی با سلامت روانی و شناختی مادر در ارتباط مثبت هستند (Li et al., 2024). در مقابل، مصرف بیش از حد غذاهای فرآوری‌شده یا رژیم‌های محدودکننده مانند رژیم‌های وگان در دوران بارداری ممکن است اثراتی منفی بر عملکردهای

شناختی یا رشد جنین داشته باشند (Meulenbroeks et al., 2024). همچنین، خواب کافی و کیفیت خواب در دوران بارداری از عوامل مؤثر بر سلامت روانی، عملکرد شناختی و آمادگی برای زایمان به شمار می‌روند (Meneo et al., 2024).

در کنار عوامل زیستی، نقش عوامل روانی-اجتماعی نیز غیرقابل انکار است. تبعیض، استرس و فشارهای اجتماعی می‌توانند بر سلامت روانی زنان باردار تأثیر منفی بگذارند و حتی منجر به پیامدهای ناگوار در سلامت جنین شوند (van Daalen et al., 2022). تجربه تبعیض یا نابرابری در محیط‌های کاری و اجتماعی می‌تواند سطح اضطراب و افسردگی را در دوران بارداری افزایش دهد و از این طریق بر تصمیم‌گیری در مورد نوع زایمان تأثیر بگذارد (Beaudoin, 2024; Davis et al., 2025). یافته‌های پژوهشی نشان می‌دهد که تبعیض‌های نژادی و جنسیتی می‌توانند پیامدهای بین‌نسلی داشته باشند و بر رشد هیجانی و اجتماعی نوزادان نیز اثر بگذارند (Rosenthal et al., 2018).

از سوی دیگر، التهاب مزمن در دوران بارداری، که می‌تواند ناشی از استرس‌های روانی و اجتماعی باشد، با افزایش خطر بروز اختلالات رشدی از جمله بیش‌فعالی و نقص توجه در کودکان مرتبط دانسته شده است (Rosenberg et al., 2024). همچنین، قرار گرفتن در معرض مواد شیمیایی یا عوامل محیطی مانند فلوراید در آب آشامیدنی می‌تواند بر عملکردهای اجرایی کودکان در آینده تأثیر بگذارد و اهمیت سلامت روان و محیط زیست در دوران بارداری را دوچندان کند (Dewey et al., 2023).

افزون بر این، عوامل فیزیولوژیک مانند اختلال عملکرد تیروئید در دوران بارداری نیز با پیامدهای روانی و رشدی از جمله افزایش خطر ابتلا به اختلالات طیف اوتیسم در کودکان ارتباط دارد (Kaplan et al., 2024). بنابراین، سلامت روانی و جسمی مادر باید به‌صورت هم‌زمان مورد توجه قرار گیرد تا تصمیم‌گیری درباره زایمان بر پایه اطلاعات جامع‌تری صورت گیرد.

مطالعات اخیر همچنین نشان می‌دهند که کیفیت ارتباط عاطفی مادر با جنین و میزان پیوند مادر-جنین، پیش‌بینی‌کننده‌ی مهمی برای سلامت روانی مادر در دوران بارداری است (Navon-Eyal & Taubman-Ben-Ari, 2025). این پیوند عاطفی می‌تواند با کاهش اضطراب و افزایش احساس رضایت از بارداری همراه باشد و در نهایت بر انتخاب روش زایمان اثرگذار شود. از سوی دیگر، وجود اضطراب‌های شدید، ترس از درد، یا تجارب منفی پیشین از زایمان، ممکن است منجر به افزایش گرایش به سزارین شود (Sun et al., 2024).

در دوران همه‌گیری کووید-۱۹ نیز، پژوهش‌ها نشان داده‌اند که فشارهای روانی ناشی از شرایط پاندمی تأثیر چشمگیری بر سلامت روان مادران باردار داشته است. برای مثال، استرس و نگرانی‌های ناشی از شیوع بیماری با افزایش افسردگی و اضطراب دوران بارداری همراه بوده و بر انتخاب نوع زایمان اثر گذاشته است (Burgio et al., 2024; Dişsiz et al., 2024).

به‌طور کلی، زایمان به‌عنوان یک فرایند زیستی-روانی پیچیده، تحت تأثیر تعامل متغیرهای متعددی از جمله ویژگی‌های شخصیتی، توانمندی‌های شناختی، سلامت روانی، شرایط اجتماعی و حمایت‌های عاطفی قرار دارد (Givrad et al., 2025). در این میان، عوامل فرهنگی و نگرش‌های اجتماعی نسبت به زایمان نیز در کشورهایی مانند ایران نقش قابل‌توجهی ایفا می‌کنند. بسیاری از زنان به دلیل ترس از درد زایمان طبیعی یا فشارهای فرهنگی، زایمان سزارین را گزینه‌ای امن‌تر می‌دانند (Alimohammadzadeh & Afradi Asbaghrani, 2015; Rezvani et al., 2024). با این حال، این تصمیم ممکن است نه از منظر پزشکی بلکه از نظر روان‌شناختی و اجتماعی اتخاذ شود و بنابراین نیازمند بررسی جامع‌تر است.

با توجه به آنچه گفته شد، پژوهش‌های چندبعدی که به بررسی هم‌زمان متغیرهای روان‌شناختی، شناختی و اجتماعی مرتبط با بارداری می‌پردازند، اهمیت روزافزونی یافته‌اند. به‌ویژه، بررسی هم‌زمان سازگاری مادرانه، تیپ شخصیتی، سرسختی روان‌شناختی و کارکردهای اجرایی می‌تواند به درک عمیق‌تری از فرآیند تصمیم‌گیری زنان درباره نوع زایمان منجر شود (Bakay & Kirpinar, 2024; Beaudoin, 2024).

بنابراین، هدف پژوهش حاضر مقایسه سازگاری مادرانه در دوران بارداری، تیپ‌های شخصیتی، سرسختی روان‌شناختی و کارکردهای اجرایی در زنان متقاضی زایمان به روش سزارین و طبیعی است.

این پژوهش از نظر هدف، کاربردی و از نظر روش گردآوری اطلاعات، توصیفی از نوع علی مقایسه‌ای و از نظر موقعیت، میدانی است. جامعه آماری کلیه زنان متقاضی زایمان طبیعی و سزارین شهر ساوه هستند که در سال ۱۴۰۳-۱۴۰۴ به مراکز درمانی شهرستان ساوه مراجعه می‌کنند. در این پژوهش با کمک نرم افزار G*Power و در نظر گرفتن تعداد متغیرهای مورد بررسی، اندازه اثر ۰/۸، توان آزمون ۱ و سطح اطمینان ۰/۹۵ درصد برآورد شد که در هر گروه ۴۰ نفر (۴۰ نفر در گروه سزارین، و ۴۰ نفر در گروه عادی) در مجموع ۸۰ نفر جایگزین شدند. در این پژوهش روش نمونه گیری در دسترس بود. ملاک‌های ورود: داشتن سن بین ۲۰ تا ۴۰ سال، سطح تحصیلات حداقل دیپلم، سلامت جسمانی نسبی بر اساس پرونده پزشکی و عدم وجود بیماری‌های زمینه‌ای جدی (مانند دیابت، فشار خون بالا، یا بیماری‌های قلبی)، نداشتن تشخیص رسمی اختلال روان‌پزشکی شدید (مانند اختلالات خلقی، اضطرابی یا شخصیتی) بر اساس پرونده پزشکی، مصاحبه اولیه یا پرسش‌نامه غربالگری. همچنین، شرکت‌کنندگان باید توانایی درک و پاسخ‌دهی به پرسش‌نامه‌های پژوهش را داشته باشند و رضایت‌نامه آگاهانه را برای شرکت در مطالعه امضا کنند. ملاک خروج عدم تمایل به ادامه همکاری در هر مرحله از پژوهش یا ارائه اطلاعات نادرست یا نقص در پرسشنامه‌ها است. سعی شد که افراد به لحاظ متغیرهای سن و درآمد با یکدیگر همگن شوند. ملاحظات اخلاقی پژوهش شامل ارائه اطلاعات کتبی درباره پژوهش به شرکت‌کنندگان، اطمینان خاطر به افراد درباره رعایت محرمانه بودن اطلاعات به دست آمده و استفاده از آن فقط در امور پژوهشی، داوطلبانه بودن مشارکت در مطالعه، ثبت نشدن نام و نام خانوادگی ایشان به منظور رعایت حریم خصوصی و دریافت رضایت کتبی از شرکت‌کنندگان بود.

پرسشنامه کارکردهای اجرایی: این پرسشنامه توسط نجاتی (۱۳۹۲) تدوین شده است و دارای ۳۰ ماده و هفت زیر مقیاس است. روش نمره گذاری آن طیف لیکرت ۵ درجه‌ای است. هفت زیر مقیاس آن شامل حافظه (سوالات ۱ تا ۶)؛ توجه انتخابی (سوالات ۷ تا ۱۲)؛ تصمیم گیری (سوالات ۱۳ تا ۱۷)؛ برنامه ریزی (سوالات ۱۸ تا ۲۰)؛ توجه پایدار (سوالات ۲۱ تا ۲۳)؛ شناخت اجتماعی (سوالات ۲۴ تا ۲۶)؛ و انعطاف پذیری شناختی (سوالات ۲۷ تا ۳۰) است. نمرات مربوط به مقیاس شناخت اجتماعی به صورت معکوس نمره گذاری می‌شوند. نمره کل پرسشنامه در محدوده ۳۰ تا ۱۵۰ است. با توجه به نمره نهایی فرد در محدوده ۳۰ الی ۱۵۰ کسب نمره ۳۰ الی ۷۰ نشان دهنده کارکرد اجرایی ضعیف، کسب نمره ۷۰ الی ۱۱۰ نشان دهنده کارکرد اجرایی متوسط و کسب نمره ۱۱۰ الی ۱۵۰ نشان دهنده کارکرد اجرایی بالاست. در پژوهش نجاتی (۱۳۹۲) پایایی کلی پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۴ به دست آمده است. همچنین برای سنجش روایی همزمان آزمون از همبستگی معدل تحصیلی و زیر مقیاس‌های آزمون استفاده شد که به جز شناخت اجتماعی سایر زیر مقیاس‌های آزمون در سطح ۰/۰۰۱ با معدل همبستگی داشتند. محدوده همبستگی‌ها از ۰/۱۸۰ تا ۰/۳۵۰ بوده است (نجاتی، ۱۳۹۲). در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ ۰/۸۵ به دست آمد.

پرسشنامه سرسختی روانشناختی: آزمون سرسختی توسط کوباسا و همکاران (۱۹۸۲) برای اندازه گیری سرسختی تهیه شده است. این آزمون از ۲۰ سوال ۴ گزینه‌ای (هرگز، به ندرت، گاهی اوقات و اغلب اوقات) تشکیل شده است. این آزمون توسط زارع و امین پور (۱۳۹۰) بر روی دانشجویان دانشگاه پیام نور مورد هنجاریابی قرار گرفت. مطالعات زارع و امین پور (۱۳۹۰) نشان دهنده همسانی درونی مناسب این پرسشنامه می‌باشد. آلفای کرونباخ ۰/۹۱ گزارش شده است. بر اساس تحلیل مولفه‌های اصلی و چرخش واریمکس بعد از ۷ تکرار ۳ عامل استخراج شدند. این سه عامل ۵۰/۱۶ درصد کل واریانس آزمون را تبیین می‌کنند. کوباسا و مدی (۱۹۹۲) این آزمون را دارای روایی سازه مناسب می‌دانند. پرسشنامه سرسختی دارای ۲۰ عبارت بوده و هدف آن ارزیابی میزان سرسختی و عوامل آن در افراد می‌باشد. شیوه نمره دهی پرسشنامه سرسختی بدین صورت است که گزینه‌های هرگز، به ندرت، گاهی اوقات و اغلب اوقات به ترتیب نمرات ۴، ۳، ۲ و ۱ کسب خواهد نمود. جمع کل نمرات این سوالات به عنوان امتیاز سرسختی آزمودنی در نظر گرفته می‌شود و هر چه این نمره بالاتر باشد، بیانگر سرسختی بالاتر پاسخ دهنده است و برعکس. برای سنجش امتیاز کلی پرسشنامه سرسختی، امتیاز تک تک سوالها با هم جمع شده و به عنوان میزان

اعتقاد به دعا در فرد پاسخ دهنده در نظر گرفته می‌شود. برای اندازه گیری امتیاز مربوط به هر عامل، امتیازات سوالات آن بعد با هم جمع می‌شود. در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ ۰/۸۵ به دست آمد.

پرسشنامه تیپ شخصیتی: جهت تعیین تیپ شخصیتی افراد می‌توان از پرسشنامه تیپ شخصیتی A و B راتوس (۲۰۰۱) استفاده کرد که این پرسشنامه، ۲۵ ویژگی شخصیتی فرد را مورد بررسی قرار می‌دهد. افراد جهت تکمیل پرسشنامه با توجه به وجود یا عدم وجود هر ویژگی، یکی از گزینه‌های "بلی" یا "خیر" را انتخاب می‌کردند که به پاسخ بلی، "نمره یک" و به پاسخ خیر، "نمره صفر" تعلق می‌گرفت. در این پرسشنامه نمره متوسط، ۱۳ در نظر گرفته می‌شود. نمره بیشتر از ۱۳ تمایل به تیپ A و نمره کمتر از ۱۳ تمایل به تیپ B، نمره کمتر از ۵ تمایل شدید به تیپ B و نمره بیشتر از ۲۰، تمایل شدید به تیپ A را نشان می‌دهد. روایی محتوا و پایایی این آزمون در مطالعات انجام شده در ایران مورد تأیید قرار گرفته و ضریب پایایی آن ۰/۷۷ گزارش شده است. همچنین ضریب پایایی این آزمون در مطالعات انجام شده در خارج از ایران نیز ۰/۸۰ گزارش شده است. در مطالعه شرافت و همکاران (۱۳۹۲) قبل از گردآوری اطلاعات، این ابزار توسط گروهی از متخصصان (روانشناسان و روانشناسان بالینی) از نظر اعتبار صوری و محتوا بررسی و مورد تأیید قرار گرفت، ضمناً پایایی ابزار نیز از طریق بازآزمون مورد بررسی و با $r = 0/81$ مورد تأیید قرار گرفت. در پژوهش یوسفی و همکاران (۱۳۹۳) از آلفای کرونباخ استفاده شد که این مقدار برابر ۰/۸۶ بوده است. آلفای کرونباخ ۰/۶۰ می‌باشد.

پرسشنامه خودارزیابی قبل از تولد: پرسشنامه توسط زمانی و همکاران (۱۴۰۱) طراحی شده است. سازگاری روانی مادر با بارداری را اندازه گیری می‌کند و دارای ۷ خرده مقیاس است. روایی محتوایی پرسشنامه توسط ۵ متخصص تأیید شد. در بررسی همسانی درونی، نتایج ضرایب آلفای کرونباخ برای نمره کل سازگاری مادرانه در دوران بارداری ۰/۹۳۵ و برای زیرمقیاس‌ها همگی بالای ۰/۷۹ بود و همچنین ضریب پایایی بازآزمایی نشان دهنده ثبات نمرات در فاصله ۳ ماه بود. نتایج تحلیل عاملی نشان داد که تمامی خرده مقیاس‌ها (به جز خرده مقیاس آمادگی برای زایمان) بار عاملی معنادار و بالاتر از ۰/۳۰ روی سازگاری بارداری دارند. با بررسی روایی نیز ضریب همبستگی پرسشنامه خودارزیابی قبل از تولد با پرسشنامه تجارب در روابط نزدیک بین ۰/۳۲ تا ۰/۴۵۹ به دست آمد. علاوه بر تأیید روایی ملاک، همبستگی بالای زیرمقیاس‌ها با نمره کل، روایی سازه پرسشنامه را تأیید کرد.

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها در این پژوهش، ابتدا از آمار توصیفی شامل میانگین، انحراف معیار و شاخص‌های پراکندگی برای توصیف ویژگی‌های جمعیت‌شناختی و متغیرهای اصلی استفاده شد. سپس به منظور بررسی فرض نرمال بودن توزیع داده‌ها از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف بهره گرفته شد. برای آزمون تفاوت میانگین متغیرهای پژوهش بین دو گروه زنان متقاضی زایمان سزارین و طبیعی، از آزمون تی مستقل و تحلیل واریانس چندمتغیره (MANOVA) استفاده گردید. تمامی تحلیل‌های آماری با نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶ انجام شد و سطح معناداری در تمامی آزمون‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

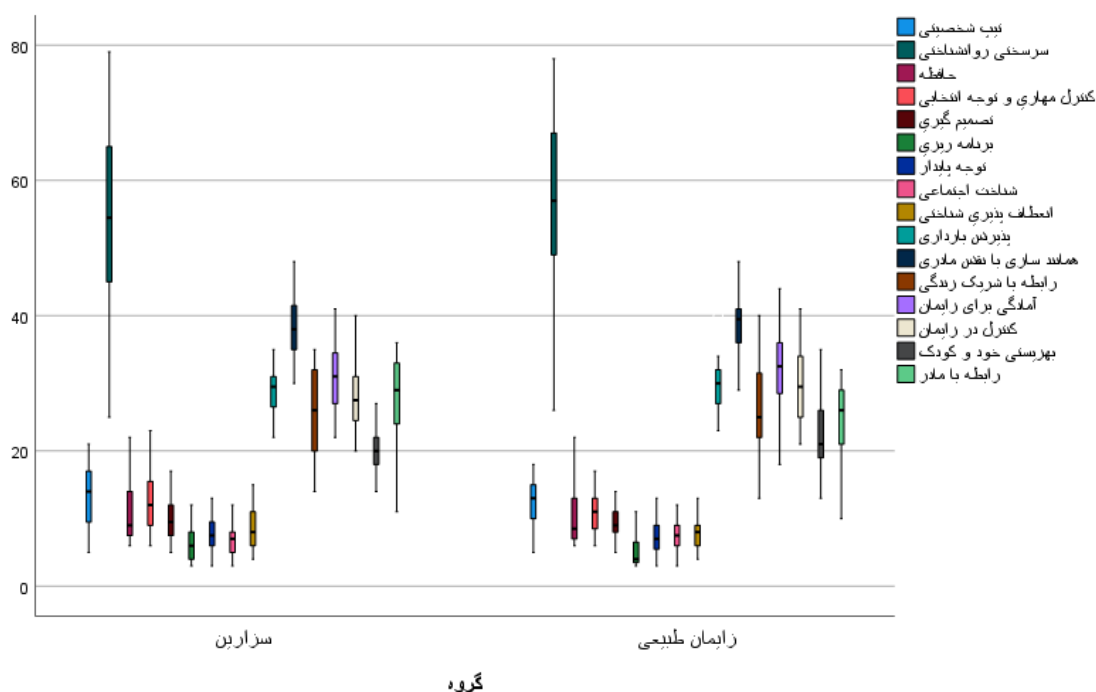
در این بخش ابتدا به بررسی توصیفی داده‌ها پرداخته و سپس نتایج آمار استنباطی گزارش شده است.

جدول ۱. مقادیر توصیفی مولفه‌های پژوهش

متغیر	گروه	N	میانگین	انحراف معیار
تیپ شخصیتی A, B	سزارین	۴۰	۱۳/۳۷۵۰	۴/۴۳۰۰۱
	زایمان طبیعی	۴۰	۱۲/۵۰۰۰	۳/۹۷۴۲۸
سرخسختی روانشناختی	سزارین	۴۰	۵۵/۲۲۵۰	۱۳/۴۸۹۷۶
	زایمان طبیعی	۴۰	۵۶/۴۷۵۰	۱۲/۱۶۵۵۰
حافظه	سزارین	۴۰	۱۰/۸۰۰۰	۴/۲۳۱۷۵
	زایمان طبیعی	۴۰	۱۰/۲۲۵۰	۴/۱۷۲۴۸

۴/۵۶۷۹۳	۱۲/۸۲۵۰	۴۰	سزارین	کنترل مهاری و توجه انتخابی
۳/۵۰۲۳۸	۱۱/۳۰۰۰	۴۰	زایمان طبیعی	
۳/۰۹۱۶۶	۹/۹۲۵۰	۴۰	سزارین	تصمیم گیری
۲/۵۷۴۰۳	۹/۳۰۰۰	۴۰	زایمان طبیعی	
۲/۳۱۹۲۳	۵/۸۲۵۰	۴۰	سزارین	برنامه ریزی
۲/۲۰۱۹۸	۵/۱۵۰۰	۴۰	زایمان طبیعی	
۲/۵۹۵۷۳	۷/۶۷۵۰	۴۰	سزارین	توجه پایدار
۲/۷۰۳۷۵	۷/۳۵۰۰	۴۰	زایمان طبیعی	
۲/۴۷۵۳۹	۷/۰۲۵۰	۴۰	سزارین	شناخت اجتماعی
۲/۲۳۸۲۲	۷/۶۲۵۰	۴۰	زایمان طبیعی	
۳/۲۰۸۵۶	۸/۷۵۰۰	۴۰	سزارین	انعطاف پذیری شناختی
۲/۳۰۴۴۰	۷/۸۵۰۰	۴۰	زایمان طبیعی	
۳/۵۷۹۷۷	۲۸/۸۲۵۰	۴۰	سزارین	پذیرش بارداری
۳/۷۱۴۰۶	۲۹/۲۷۵۰	۴۰	زایمان طبیعی	
۵/۶۲۹۵۹	۳۸/۵۰۰۰	۴۰	سزارین	همانند سازی با نقش مادری
۴/۷۹۹۵۷	۳۹/۳۰۰۰	۴۰	زایمان طبیعی	
۶/۵۰۷۱۵	۲۵/۳۷۵۰	۴۰	سزارین	رابطه با شریک زندگی
۶/۵۸۴۹۵	۲۶/۱۵۰۰	۴۰	زایمان طبیعی	
۵/۱۹۸۰۶	۳۰/۸۲۵۰	۴۰	سزارین	آمادگی برای زایمان
۵/۷۴۸۹۷	۳۱/۷۷۵۰	۴۰	زایمان طبیعی	
۴/۶۸۹۸۰	۲۸/۱۷۵۰	۴۰	سزارین	کنترل در زایمان
۵/۲۵۶۵۰	۲۹/۴۰۰۰	۴۰	زایمان طبیعی	
۴/۰۵۶۹۷	۲۰/۴۵۰۰	۴۰	سزارین	بهزیستی خود و کودک
۵/۰۳۵۷۱	۲۱/۹۷۵۰	۴۰	زایمان طبیعی	
۶/۶۸۱۵۹	۲۷/۸۵۰۰	۴۰	سزارین	رابطه با مادر
۶/۰۶۳۲۹	۲۴/۱۷۵۰	۴۰	زایمان طبیعی	
۱۶,۰۰۴۶۳	۶۲,۸۲۵۰	۴۰	سزارین	کارکردهای اجرایی
۱۲,۶۵۳۵۷	۵۸,۸۰۰۰	۴۰	زایمان طبیعی	
۲۱,۰۱۰۳۸	۲۰۰,۰۰۰۰	۴۰	سزارین	سازگاری مادرانه در دوران بارداری
۲۱,۸۴۲۰۳	۲۰۲,۰۵۰۰	۴۰	زایمان طبیعی	

مقادیر آمار توصیفی و شاخص‌های مرکزی از جمله میانگین، انحراف معیار، گزارش شده است. بر اساس اطلاعات پرسشنامه تیپ شخصیت کسب نمرات بین ۵ تا ۱۳ بیانگر تمایل به تیپ شخصیتی B است که نشان می‌دهد که گروه زایمان طبیعی در این دسته قرار می‌گیرند. همچنین کسب نمرات ۱۳ تا ۲۰ بیانگر تمایل به تیپ شخصیتی A است. که نتایج نشان می‌دهد گروه سزارین در این دسته قرار می‌گیرند. در مابقی متغیرها بین دو گروه تفاوت زیاد و معنی داری مشاهده نمی‌شود که البته برای تحلیل دقیق تر می‌بایست به تحلیل‌های استنباطی مراجعه کرد.



شکل ۱. باکس پلات جهت شناسایی داده پرت برای متغیرهای تحقیق به تفکیک گروه

نتایج آزمون نرمال بودن داده‌ها نشان داد که مقدار چولگی و کشیدگی برای متغیر تیپ شخصیتی به ترتیب برابر با -0.003 و -0.060 ، برای متغیر سرسختی روانشناختی -0.211 و -0.486 ، برای کارکردهای اجرایی 0.494 و -0.356 و برای سازگاری مادرانه در دوران بارداری -0.211 و 0.079 بود. با توجه به اینکه تمامی مقادیر چولگی و کشیدگی در بازه -2 تا $+2$ قرار دارند، می‌توان نتیجه گرفت که توزیع داده‌ها در تمام متغیرهای پژوهش نرمال بوده و پیش‌فرض نرمال بودن داده‌ها رعایت شده است.

جدول زیر نتایج آزمون‌های چند متغیره (چهار آزمون اثر پیلای، لاندای ویلکز، اثر هوتلینگ، بزرگترین ریشه روی) را نشان می‌دهد. برای معنی داری و غیر معنی داری هر آزمون می‌توان به مقدار Sig دقت نمود که اگر کمتر از 0.05 باشد معنی دار است. از میان چهار آزمون چندمتغیره، آزمون لاندای ویلکز از معروفیت بیشتری نسبت به چهار آزمون دیگر برخوردار است. اما آزمون اثر پیلای در موقعیت‌های عملی دارای قدرت بیشتری نسبت به سایر آزمون‌هاست.

جدول ۲. نتایج آزمون‌های چند متغیره

اثر	ارزش	F	فرضیه df	خطای df	Sig	مربع اتا
وضعیت_گروه						
اثر پیلای	۰/۴۲۶	۲/۹۲۴	۱۶	۶۳	۰/۰۰۱	۰/۴۲۶
لامبدای ویلکز	۰/۵۷۴	۲/۹۲۴	۱۶	۶۳	۰/۰۰۱	۰/۴۲۶
اثر هوتلینگ	۰/۷۴۳	۲/۹۲۴	۱۶	۶۳	۰/۰۰۱	۰/۴۲۶
بزرگترین ریشه روی	۰/۷۴۳	۲/۹۲۴	۱۶	۶۳	۰/۰۰۱	۰/۴۲۶

در جدول فوق نتایج آزمون‌های اثر پیلای، لامبدای ویلکز، اثر هوتلینگ و بزرگترین ریشه روی گزارش شده است. هر چهار آزمون گزارش شده برای بررسی معنی داری تحلیل واریانس چند متغیره استفاده می‌شوند. همانگونه که اشاره شد پر کاربرد ترین آزمون که در بیشتر گزارشات ارائه می‌شود لامبدای ویلکز است و قویترین آزمون نیز که نسبت به عدم برقراری پیش فرض‌ها مقاوم است اثر پیلای می‌باشد. در مواقعی که تمامی شرایط برقرار است و حجم نمونه‌ها نیز برابر است نتایج هر چهار آزمون شبیه و نزدیک به می‌شود. مقادیر به دست آمده از آزمون‌های

اثر پیلایی، لامبدای ویلکز، اثر هوتلینگ و بزرگترین ریشه روی قابل مشاهده است با توجه به سطح معناداری برای آزمون اثر پیلایی ($0/001$)، لامبدای ویلکز ($0/001$)، اثر هوتلینگ ($0/001$) و بزرگترین ریشه روی ($0/001$) که کمتر از $0/05$ بر آورد شده است. بین دو گروه حداقل در یک از متغیرهای مورد تحقیق و مولفه‌های مورد بررسی تفاوت معناداری وجود دارد.

جدول ۳. نتایج بررسی واریانس‌ها

منبع	وابسته	مجموع مربعات	df	میانگین مربعات	F	Sig.	مجذور اتا
گروه	تیپ شخصیتی	۱۵/۳۱۳	۱	۱۵/۳۱۳	۰/۸۶۵	۰/۳۵۵	۰/۰۱۱
	سرسختی روانشناختی	۳۱/۲۵۰	۱	۳۱/۲۵۰	۰/۱۸۹	۰/۶۶۵	۰/۰۰۲
	کارکردهای اجرایی	۳۲۴/۰۱۳	۱	۳۲۴/۰۱۳	۱/۵۵۷	۰/۲۱۶	۰/۰۲۰
	سازگاری مادرانه در دوران بارداری	۸۴/۰۵۰	۱	۸۴/۰۵۰	۰/۱۸۳	۰/۶۷۰	۰/۰۰۲
	حافظه	۶/۶۱۳	۱	۶/۶۱۳	۰/۳۷۴	۰/۵۴۲	۰/۰۰۵
	کنترل مهارت و توجه انتخابی	۴۶/۵۱۳	۱	۴۶/۵۱۳	۲/۸۰۸	۰/۰۹۸	۰/۰۳۵
	تصمیم‌گیری	۷/۸۱۳	۱	۷/۸۱۳	۰/۹۶۵	۰/۳۲۹	۰/۰۱۲
	برنامه ریزی	۹/۱۱۳	۱	۹/۱۱۳	۱/۷۸۲	۰/۱۸۶	۰/۰۲۲
	توجه پایدار	۲/۱۱۳	۱	۲/۱۱۳	۰/۳۰۱	۰/۵۸۵	۰/۰۰۴
	شناخت اجتماعی	۷/۲۰۰	۱	۷/۲۰۰	۱/۲۹۳	۰/۲۵۹	۰/۰۱۶
	انعطاف پذیری شناختی	۱۶/۲۰۰	۱	۱۶/۲۰۰	۲/۰۷۶	۰/۱۵۴	۰/۰۲۶
	پذیرش بارداری	۴/۰۵۰	۱	۴/۰۵۰	۰/۳۰۴	۰/۵۸۳	۰/۰۰۴
	همانند سازی با نقش مادری	۱۲/۸۰۰	۱	۱۲/۸۰۰	۰/۴۶۸	۰/۴۹۶	۰/۰۰۶
	رابطه با شریک زندگی	۱۲/۰۱۳	۱	۱۲/۰۱۳	۰/۲۸۰	۰/۵۹۸	۰/۰۰۴
	آمادگی برای زایمان	۱۸/۰۵۰	۱	۱۸/۰۵۰	۰/۶۰۱	۰/۴۴۱	۰/۰۰۸
	کنترل در زایمان	۳۰/۰۱۳	۱	۳۰/۰۱۳	۱/۲۱۰	۰/۲۷۵	۰/۰۱۵
	بهبودی خود و کودک	۴۶/۵۱۳	۱	۴۶/۵۱۳	۲/۰۲۵	۰/۱۴۰	۰/۰۲۸
	رابطه با مادر	۲۷۰/۱۱۳	۱	۲۷۰/۱۱۳	۶/۰۳۶	۰/۰۱۲	۰/۰۷۸

جدول فوق نتایج نهایی آنالیز واریانس را نمایش و گزارش شده است. برای بررسی فرضیات و تفاوت میانگین بین گروه‌ها می‌بایست به مقدار احتمال آزمون مراجعه کرد. با توجه به سطح معنی داری به جز در متغیر رابطه با مادر بین دو گروه تفاوت وجود ندارد.

جدول ۴. نتایج آزمون تی مستقل تیپ‌های شخصیتی

متغیر	t	df	Sig. (2-tailed)
تیپ‌های شخصیتی	۰/۹۳۰	۷۸	۰/۳۵۵
با فرض برابری واریانس			
با فرض عدم برابری واریانس	۰/۹۳۰	۷۷/۰۹۸	۰/۳۵۵

جدول فوق نتایج نهایی آزمون تی مستقل را نمایش و گزارش شده است. برای بررسی فرضیات و تفاوت میانگین بین گروه‌ها می‌بایست به مقدار احتمال آزمون مراجعه کرد. با توجه به سطح معنی داری در تیپ‌های شخصیتی بین دو گروه تفاوت وجود ندارد. لذا فرضیه مورد تایید قرار نگرفت. بر اساس اطلاعات پرسشنامه تیپ شخصیت کسب نمرات بین ۵ تا ۱۳ بیانگر تمایل به تیپ شخصیتی B است که نشان می‌دهد که گروه زایمان طبیعی در این دسته قرار می‌گیرند. همچنین کسب نمرات ۱۳ تا ۲۰ بیانگر تمایل به تیپ شخصیتی A است. که نتایج نشان می‌دهد گروه سزارین در این دسته قرار می‌گیرند.

جدول ۵. نتایج آزمون تی مستقل سرسختی روانشناختی

متغیر	t	df	Sig. (2-tailed)
سرسختی روانشناختی	-۰/۴۳۵	۷۸	۰/۶۶۵
با فرض برابری واریانس			
با فرض عدم برابری واریانس	-۰/۴۳۵	۷۷/۱۸۲	۰/۶۶۵

جدول فوق نتایج نهایی آزمون تی مستقل را نمایش و گزارش شده است. برای بررسی فرضیات و تفاوت میانگین بین گروه‌ها می‌بایست به مقدار احتمال آزمون مراجعه کرد. با توجه به سطح معنی داری در سرسختی روانشناختی بین دو گروه تفاوت وجود ندارد. لذا فرضیه مورد تایید قرار نگرفت.

جدول ۶. نتایج بررسی تحلیل واریانس ها

منبع	وابسته	مجموع مربعات	df	میانگین مربعات	F	Sig	مجذور اتا
گروه	کارکردهای اجرایی	۳۲۴/۰۱۳	۱	۳۲۴/۰۱۳	۱/۵۵۷	۰/۲۱۶	۰/۰۲۰
	حافظه	۶/۶۱۳	۱	۶/۶۱۳	۰/۳۷۴	۰/۵۴۲	۰/۰۰۵
	کنترل مهارت و توجه انتخابی	۴۶/۵۱۳	۱	۴۶/۵۱۳	۲/۸۰۸	۰/۰۹۸	۰/۰۳۵
	تصمیم‌گیری	۷/۸۱۳	۱	۷/۸۱۳	۰/۹۶۵	۰/۳۲۹	۰/۰۱۲
	برنامه ریزی	۹/۱۱۳	۱	۹/۱۱۳	۱/۷۸۲	۰/۱۸۶	۰/۰۲۲
	توجه پایدار	۲/۱۱۳	۱	۲/۱۱۳	۰/۳۰۱	۰/۵۸۵	۰/۰۰۴
	شناخت اجتماعی	۷/۲۰۰	۱	۷/۲۰۰	۱/۲۹۳	۰/۲۵۹	۰/۰۱۶
	انعطاف پذیری شناختی	۱۶/۲۰۰	۱	۱۶/۲۰۰	۲/۰۷۶	۰/۱۵۴	۰/۰۲۶

جدول فوق نتایج نهایی آنالیز واریانس را نمایش و گزارش شده است. برای بررسی فرضیات و تفاوت میانگین بین گروه‌ها می‌بایست به مقدار احتمال آزمون مراجعه کرد. با توجه به سطح معنی داری بین دو گروه تفاوت وجود ندارد. لذا فرضیه مورد تایید قرار نگرفت.

جدول ۷. نتایج بررسی واریانس ها

منبع	وابسته	مجموع مربعات	df	میانگین مربعات	F	Sig	مجذور اتا
گروه	پذیرش بارداری	۴/۰۵۰	۱	۴/۰۵۰	۰/۳۰۴	۰/۵۸۳	۰/۰۰۴
	همانند سازی با نقش مادری	۱۲/۸۰۰	۱	۱۲/۸۰۰	۰/۴۶۸	۰/۴۹۶	۰/۰۰۶
	رابطه با شریک زندگی	۱۲/۰۱۳	۱	۱۲/۰۱۳	۰/۲۸۰	۰/۵۹۸	۰/۰۰۴
	آمادگی برای زایمان	۱۸/۰۵۰	۱	۱۸/۰۵۰	۰/۶۰۱	۰/۴۴۱	۰/۰۰۸
	کنترل در زایمان	۳۰/۰۱۳	۱	۳۰/۰۱۳	۱/۲۱۰	۰/۲۷۵	۰/۰۱۵
	بهبودی خود و کودک	۴۶/۵۱۳	۱	۴۶/۵۱۳	۲/۲۲۵	۰/۱۴۰	۰/۰۲۸
	رابطه با مادر	۲۷۰/۱۱۳	۱	۲۷۰/۱۱۳	۶/۶۳۶	۰/۰۱۲	۰/۰۷۸
	سازگاری مادرانه در دوران بارداری	۸۴/۰۵۰	۱	۸۴/۰۵۰	۰/۱۸۳	۰/۶۷۰	۰/۰۰۲

جدول فوق نتایج نهایی آنالیز واریانس را نمایش و گزارش شده است. برای بررسی فرضیات و تفاوت میانگین بین گروه‌ها می‌بایست به مقدار احتمال آزمون مراجعه کرد. با توجه به سطح معنی داری بین دو به جز در متغیر رابطه با مادر بین دو گروه تفاوت وجود ندارد. لذا فرضیه مورد تایید قرار گرفت.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر مقایسه سازگاری مادرانه، تیپ‌های شخصیتی، سرسختی روانشناختی و کارکردهای اجرایی در زنان متقاضی زایمان به روش سزارین و طبیعی بود. نتایج تحلیل داده‌ها نشان داد که بین دو گروه زنان متقاضی زایمان سزارین و طبیعی در متغیرهای تیپ شخصیتی، سرسختی روانشناختی و کارکردهای اجرایی تفاوت معناداری وجود ندارد، اما در یکی از مؤلفه‌های سازگاری مادرانه یعنی «رابطه با مادر» تفاوت معنادار مشاهده شد. این یافته حاکی از آن است که گرایش به زایمان سزارین یا طبیعی ممکن است بیشتر تحت تأثیر عوامل عاطفی، بین‌نسلی و فرهنگی قرار گیرد تا ویژگی‌های شخصیتی و شناختی پایدار.

این نتایج با یافته‌های برخی پژوهش‌های پیشین همسو است که نشان داده‌اند تفاوت‌های عمده‌ای در صفات شخصیتی میان زنان متقاضی دو نوع زایمان وجود ندارد (Hejazi, 2018). با وجود این، برخی مطالعات معتقدند تیپ‌های شخصیتی می‌توانند بر نحوه‌ی مواجهه‌ی زنان با استرس‌های بارداری و انتخاب روش زایمان اثرگذار باشند (Gül & Aktoprak, 2024; Prasmusinto et al., 2024). به‌ویژه، تیپ شخصیتی A که با اضطراب بالا و تمایل به کنترل همراه است، معمولاً با تمایل بیشتر به زایمان سزارین مرتبط دانسته شده است، زیرا این زنان شرایط پیش‌بینی‌پذیرتر و کنترل‌پذیرتر را ترجیح می‌دهند (Burgio et al., 2024). در حالی که در مطالعه حاضر چنین تفاوتی مشاهده نشد، می‌توان این نتیجه را به همگونی فرهنگی و آگاهی مشابه زنان درباره روش‌های زایمان نسبت داد. در واقع، در جوامعی مانند ایران که تبلیغات پزشکی و فضای اجتماعی نسبت به زایمان سزارین گسترده است، عوامل فرهنگی ممکن است اثر تعدیل‌کننده بر ویژگی‌های شخصیتی داشته باشند (Alimohammadzadeh & Afradi Asbaghrani, 2015).

در ارتباط با سرسختی روانشناختی نیز یافته‌ها نشان داد که بین دو گروه تفاوت معناداری وجود ندارد. این یافته در راستای نتایج پژوهش (Navon-Eyal & Taubman-Ben-Ari, 2025) قرار دارد که گزارش کردند سطح تاب‌آوری و سرسختی زنان باردار بیش از آنکه تابع روش زایمان باشد، به کیفیت پیوند مادر-جنین و حمایت‌های اجتماعی بستگی دارد. همچنین، در مطالعه‌ای مشابه، (Davis et al., 2025) نشان دادند که فشارهای روانی، تبعیض یا اضطراب اجتماعی در دوران بارداری می‌تواند تأثیرات مخربی بر سلامت روانی مادر بگذارد، اما این اثرات بیشتر از سرسختی روانی فرد به عوامل محیطی وابسته است. بدین ترتیب، می‌توان گفت که زنان باردار در این مطالعه احتمالاً از سطح مشابهی از حمایت خانوادگی و اجتماعی برخوردار بوده‌اند و این امر سبب همسانی در شاخص‌های سرسختی میان دو گروه شده است. در تبیین یافته‌های مربوط به کارکردهای اجرایی، نتایج نشان داد که زنان متقاضی زایمان سزارین و طبیعی از نظر مؤلفه‌هایی مانند برنامه‌ریزی، تصمیم‌گیری و کنترل مهارت‌های تفاوت معنی‌داری ندارند. این نتیجه با یافته‌های (Bakay & Kirpinar, 2024) و (Mortaji et al., 2021) همخوان است که نشان دادند بارداری به خودی خود ممکن است تغییراتی در کارکردهای شناختی از جمله حافظه کاری و تصمیم‌گیری ایجاد کند، اما این تغییرات میان زنان با انتخاب روش‌های متفاوت زایمان یکسان است. پژوهش (Dewey et al., 2023) نیز تأیید می‌کند که عملکردهای اجرایی زنان باردار بیشتر تحت تأثیر عوامل زیستی و محیطی مانند تغذیه و قرارگیری در معرض مواد شیمیایی است تا ویژگی‌های روان‌شناختی فردی. بر این اساس، می‌توان گفت که تفاوت در کارکردهای اجرایی زنان باردار، تابعی از انتخاب روش زایمان نیست بلکه از شرایط زیستی، تغذیه‌ای و محیطی آن‌ها نشئت می‌گیرد.

یافته‌ی قابل‌توجه پژوهش، تفاوت معنادار در مؤلفه «رابطه با مادر» از سازگاری مادرانه بود. این نتیجه حاکی از آن است که رابطه‌ی بین‌نسلی و کیفیت تعاملات عاطفی زنان با مادر خود، نقش مهمی در سازگاری بارداری و احتمالاً در تصمیم‌گیری آن‌ها برای نوع زایمان دارد. یافته‌های (Rosenthal et al., 2018) نیز نشان می‌دهد که کیفیت روابط خانوادگی و بین‌نسلی، می‌تواند اثرات بین‌نسلی در رشد هیجانی و شناختی مادران و فرزندان آن‌ها داشته باشد. به‌طور مشابه، (Givrad et al., 2025) بیان می‌کند که آسیب‌های روان‌شناختی مرتبط با دوران بارداری مانند اضطراب یا ترومای زایمان، اغلب ریشه در روابط خانوادگی و تجربیات عاطفی دوران کودکی دارند. از این‌رو، تفاوت مشاهده‌شده در رابطه با مادر در پژوهش حاضر را می‌توان بازتابی از تفاوت در حمایت عاطفی و احساس امنیت در روابط مادر-دختر دانست که بر سازگاری مادرانه اثر می‌گذارد.

مطالعات اخیر نیز بر اهمیت پیوند مادر با جنین و کیفیت رابطه‌ی عاطفی او با والدین تأکید دارند. برای مثال، (Navon-Eyal & Taubman-Ben-Ari, 2025) نشان دادند که پیوند مثبت مادر-جنین و احساس تعلق عاطفی در دوران بارداری نقش محافظتی در برابر اضطراب و افسردگی ایفا می‌کند. این یافته با دیدگاه (Sun et al., 2024) همسو است که نشان داد استرس‌های دوران بارداری از طریق کاهش ذهن‌آگاهی و آرامش ذهنی، سازگاری عاطفی مادر را کاهش می‌دهد. همچنین، پژوهش (Meneo et al., 2024) بر نقش سلامت خواب در

بهبود سازگاری روانی و عملکرد عاطفی زنان باردار تأکید می‌کند. این شواهد همگی بیانگر آن است که سازگاری مادرانه یک فرآیند چندبعدی است که نه تنها به ویژگی‌های شخصیتی و شناختی بلکه به روابط عاطفی، کیفیت زندگی و سلامت روانی وابسته است.

از سوی دیگر، درک نتایج مطالعه حاضر در بستر فرهنگی ایران نیز اهمیت دارد. در بسیاری از جوامع، از جمله ایران، نگرش‌های فرهنگی، ترس از درد، تجربه‌های منفی از زایمان طبیعی، یا توصیه‌های غیرعلمی پزشکان می‌تواند بر انتخاب زنان تأثیرگذار باشد (Amiri et al., 2021; Rezvani et al., 2024). در این زمینه، (Alimohammadzadeh & Afradi Asbaghrani, 2015) به این نکته اشاره کرده‌اند که تبلیغات بیمارستانی، فشار اجتماعی و کمبود آگاهی روانی از مهم‌ترین دلایل گرایش زنان ایرانی به زایمان سزارین است. به همین دلیل، حتی در غیاب تفاوت‌های روان‌شناختی چشمگیر، انتخاب روش زایمان ممکن است به واسطه‌ی عوامل فرهنگی و اجتماعی شکل گیرد.

نتایج این پژوهش همچنین با یافته‌های جهانی درباره تأثیر سلامت روانی و اجتماعی بر تجربه بارداری هم‌راستا است. برای مثال، (van Daalen et al., 2022) در مرور نظام‌مند خود نشان دادند که تبعیض نژادی و اجتماعی با افزایش خطر پیامدهای نامطلوب بارداری همراه است. به‌طور مشابه، (Beaudoin, 2024) تأکید می‌کند که زنان فعال در محیط‌های شغلی پر استرس یا دارای تبعیض‌های سازمانی، بیشتر در معرض اختلالات اضطرابی و افسردگی دوران بارداری قرار دارند. چنین فشارهایی می‌تواند به‌طور غیرمستقیم بر تصمیم‌گیری درباره زایمان تأثیر گذارد و احتمال انتخاب سزارین را افزایش دهد.

از منظر زیستی نیز نتایج پژوهش‌های جدید بر نقش عوامل سلامت جسمانی در فرآیند تصمیم‌گیری درباره زایمان تأکید دارند. (Kaplan et al., 2024) گزارش کردند که اختلال عملکرد تیروئید در دوران بارداری ممکن است با افزایش اضطراب و تصمیم‌گیری‌های ناپایدار مرتبط باشد، در حالی که (Li et al., 2024) نشان دادند رژیم‌های غذایی ناسالم می‌توانند منجر به افزایش خطر زایمان زودرس و انتخاب سزارین شوند. همچنین، (Jang et al., 2024) یافته‌هایی ارائه کردند که ارتباط میان مصرف مواد غذایی فرآوری‌شده در دوران بارداری و بروز مشکلات پوستی در نوزادان را نشان می‌دهد، که به‌طور غیرمستقیم اهمیت سبک زندگی سالم را در دوران بارداری برجسته می‌کند. به علاوه، پژوهش‌های (Rosenberg et al., 2024) و (Davis et al., 2025) نیز بر نقش سلامت روان مادر در پیشگیری از پیامدهای رشدی در کودکان تأکید دارند. التهاب‌های مزمن روان‌زاد یا استرس‌های طولانی‌مدت می‌تواند به افزایش خطر ابتلا به اختلالات عصبی-رشدی مانند ADHD در کودکان منجر شود. بنابراین، مداخله‌های روان‌شناختی و حمایتی در دوران بارداری نه تنها بر تجربه زایمان، بلکه بر سلامت نسل آینده نیز تأثیرگذار است.

در مجموع، یافته‌های این پژوهش نشان می‌دهد که انتخاب نوع زایمان بیش از آنکه با ویژگی‌های شخصیتی و شناختی مادر مرتبط باشد، با عوامل عاطفی، خانوادگی، فرهنگی و محیطی ارتباط دارد. نتایج تفاوت معنادار در مؤلفه رابطه با مادر را می‌توان نشانه‌ای از اهمیت حمایت‌های عاطفی و بین‌نسلی دانست که می‌تواند احساس امنیت، آرامش و آمادگی روانی زنان باردار را افزایش دهد. بنابراین، طراحی مداخلات روان‌شناختی در دوران بارداری باید بر تقویت روابط خانوادگی، آموزش مهارت‌های ارتباطی و افزایش آگاهی درباره روش‌های زایمان تمرکز یابد.

یکی از محدودیت‌های این پژوهش، محدود بودن نمونه به زنان باردار شهرستان ساوه بود که ممکن است تعمیم نتایج به سایر مناطق فرهنگی و اجتماعی ایران را محدود کند. همچنین، استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس می‌تواند احتمال سوگیری انتخابی را افزایش دهد. ابزارهای خودگزارشی مورد استفاده نیز ممکن است تحت تأثیر تمایل پاسخ‌دهی اجتماعی قرار گرفته باشند. افزون بر این، پژوهش حاضر عوامل زیستی و پزشکی مانند سابقه زایمان، وضعیت سلامت جسمی یا اختلالات هورمونی را کنترل نکرده است که ممکن است بر نتایج اثرگذار باشند.

پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آینده از روش‌های ترکیبی (کمی-کیفی) برای بررسی عمیق‌تر تجربه زنان از بارداری و انتخاب روش زایمان استفاده کنند. انجام مطالعات طولی که تغییرات سازگاری مادرانه، سرسختی و کارکردهای شناختی را از دوران بارداری تا پس از زایمان پیگیری کنند نیز مفید خواهد بود. همچنین، بررسی نقش متغیرهای میانجی مانند اضطراب زایمان، حمایت همسر و کیفیت ارتباط زنانشویی می‌تواند

درک جامع‌تری از فرآیند تصمیم‌گیری زنان فراهم کند. پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آینده نمونه‌های متنوع‌تری از نظر اقتصادی و فرهنگی دربرگیرند تا اثرات زمینه‌ای به‌دقت‌تری بررسی شوند.

نتایج این پژوهش نشان می‌دهد که مداخلات آموزشی و مشاوره‌ای دوران بارداری باید بر تقویت روابط عاطفی زنان با خانواده، افزایش حمایت‌های روانی، و اصلاح نگرش‌های فرهنگی درباره زایمان متمرکز شود. ایجاد دوره‌های آمادگی روانی برای زایمان، آموزش ذهن‌آگاهی و مهارت‌های سازگاری به زنان باردار، و فراهم‌سازی بسترهای حمایتی از سوی نظام سلامت می‌تواند به کاهش اضطراب و بهبود تجربه زایمان کمک کند. همچنین، همکاری میان روان‌شناسان سلامت، متخصصان زنان و مشاوران خانواده برای طراحی برنامه‌های جامع مراقبت روانی-رفتاری در دوران بارداری ضروری است.

مشارکت نویسندگان

در نگارش این مقاله تمامی نویسندگان نقش یکسانی ایفا کردند.

موازین اخلاقی

در انجام این پژوهش تمامی موازین و اصول اخلاقی رعایت گردیده است.

تعارض منافع

در انجام مطالعه حاضر، هیچ‌گونه تضاد منافی وجود ندارد.

تشکر و قدردانی

پژوهشگران از تمامی شرکت‌کنندگان که در اجرای پژوهش حاضر کمک نمودند نهایت قدردانی و سپاس را دارند.

شفافیت داده‌ها

داده‌ها و مآخذ پژوهش حاضر در صورت درخواست از نویسنده مسئول و ضمن رعایت اصول کپی رایت ارسال خواهد شد.

حامی مالی

این پژوهش حامی مالی نداشته است.

چکیده گسترده

EXTENDED ABSTRACT

Introduction

Pregnancy represents one of the most critical and transformative stages in a woman's life, characterized by significant biological, emotional, and psychosocial changes that demand comprehensive psychological and behavioral adaptation. The quality of maternal adaptation during pregnancy is a key determinant of maternal mental health, maternal-infant bonding, and even childbirth preferences (Navon-Eyal & Taubman-Ben-Ari,

2025). Over recent decades, despite global public health efforts emphasizing the benefits of vaginal delivery, the rate of cesarean section (C-section) has increased dramatically in many countries, including Iran, raising growing concern regarding its psychological and social determinants (Alimohammadzadeh & Afradi Asbaghrani, 2015).

The decision to deliver by cesarean or vaginal birth is not merely a medical choice; it often reflects a complex interaction between psychological factors, cognitive capacities, social support, and cultural attitudes. Psychological variables such as maternal adaptation, personality type, psychological hardiness, and executive functions have been identified as critical components influencing a woman's ability to cope with the challenges of pregnancy and childbirth. Maternal adaptation encompasses cognitive, emotional, and behavioral processes through which a pregnant woman adjusts to her changing body, emotional state, and new maternal role (Gül & Aktoprak, 2024). Successful adaptation enhances maternal well-being and fosters healthy maternal-fetal bonding (Navon-Eyal & Taubman-Ben-Ari, 2025).

Personality traits play an essential role in shaping a woman's emotional reactivity, coping strategies, and health-related decisions during pregnancy. For example, women with Type A personality—typically characterized by competitiveness, high anxiety, and a strong need for control—are more likely to prefer cesarean delivery because it is perceived as more predictable and controllable (Hejazi, 2018). Conversely, women with Type B personality, who are more relaxed and flexible, may be more open to the physiological process of vaginal delivery (Prasmusinto et al., 2024). Studies conducted during the COVID-19 pandemic further highlighted how individual personality differences affect stress management in pregnant women (Dişsiz et al., 2024).

Psychological hardiness, defined as a personal resource for coping with stress, consists of three main components: commitment, control, and challenge (Burgio et al., 2024). Women with higher levels of psychological hardiness tend to approach pregnancy as an opportunity for growth rather than as a stressful or threatening experience. They exhibit greater resilience in the face of anxiety, uncertainty, and physiological changes (Davis et al., 2025). Research has shown that psychological hardiness can serve as a buffer against the negative effects of stress and anxiety during pregnancy, contributing to better emotional regulation and healthier decision-making about childbirth (Navon-Eyal & Taubman-Ben-Ari, 2025).

Cognitive processes, particularly executive functions, also play a crucial role in decision-making during pregnancy. Executive functions refer to higher-order cognitive abilities that include planning, decision-making, impulse control, and cognitive flexibility. Impairments in executive functioning can lead to poor stress management and irrational decision-making (Dewey et al., 2023). Conversely, well-developed executive functioning allows women to process medical information effectively and make informed decisions about childbirth (Mortaji et al., 2021). For instance, women who can critically evaluate the risks and benefits of cesarean and vaginal delivery are more likely to make decisions that align with their health needs rather than with fear-driven assumptions (Choe et al., 2023).

Moreover, maternal health behaviors—including nutrition, sleep, and environmental exposure—can influence both psychological and cognitive outcomes. Studies have demonstrated that maternal diet plays a pivotal role in psychological stability and fetal development (Li et al., 2024). Poor dietary habits and inadequate nutrient intake can increase stress and anxiety levels, while healthy dietary patterns enhance resilience and emotional balance. Similarly, the quality of sleep during pregnancy has been linked to improved psychological well-being and adaptive coping strategies (Meneo et al., 2024). Environmental and physiological factors such as inflammation and thyroid dysfunction have also been associated with adverse outcomes, including depression and anxiety during pregnancy (Kaplan et al., 2024; Rosenberg et al., 2024).

Social and cultural contexts further influence women's experiences and decision-making in pregnancy. In societies like Iran, social norms, medical culture, and even healthcare marketing significantly impact women's

choices regarding delivery methods (Alimohammadzadeh & Afradi Asbaghrani, 2015; Rezvani et al., 2024). Additionally, discrimination and psychosocial stressors can exacerbate anxiety and depression in pregnant women (Beaudoin, 2024; van Daalen et al., 2022). For instance, discriminatory experiences or social inequality during pregnancy are associated with higher levels of depressive symptoms and anxiety (Davis et al., 2025). These stressors may indirectly shape childbirth decisions, leading some women to prefer cesarean delivery as a means of regaining control over a perceived uncontrollable environment.

In summary, previous research underscores the complex interplay of psychological, cognitive, social, and environmental factors influencing childbirth preferences. Despite these insights, few studies have simultaneously examined personality type, psychological hardiness, executive functions, and maternal adaptation in differentiating cesarean and vaginal delivery candidates. Addressing this gap, the present study aimed to compare these variables between women requesting cesarean and vaginal delivery in order to deepen the understanding of the psychological foundations underlying childbirth decisions.

Methods and Materials

This study employed a descriptive-comparative research design. The statistical population consisted of all pregnant women in Saveh, Iran, who were candidates for either cesarean or vaginal delivery in 2024–2025. Using the G*Power software, a total sample of 80 participants (40 in each group) was determined based on an effect size of 0.8, a statistical power of 1, and a confidence level of 95%. Participants were selected through convenience sampling.

Data collection instruments included: (1) the Executive Functions Questionnaire (Nejati, 2013), (2) the Psychological Hardiness Scale (Kobasa et al., 1982), (3) the Personality Type Scale (Rathus, 2001), and (4) the Prenatal Self-Assessment Questionnaire (Zamani et al., 2022) measuring maternal adaptation. Reliability coefficients for all instruments ranged between 0.80 and 0.93. Data were analyzed using multivariate analysis of variance (MANOVA), independent t-tests, and descriptive statistics (means, standard deviations, and variances).

Findings

Descriptive analysis revealed that mean scores for personality type, psychological hardiness, and executive functions were similar between the two groups. Women in the cesarean group showed slightly higher mean scores in Type A personality traits, while women in the vaginal delivery group leaned toward Type B personality tendencies. However, these differences were not statistically significant.

The MANOVA results indicated no significant differences between cesarean and vaginal delivery groups in personality type ($p=0.355$), psychological hardiness ($p=0.665$), or executive functions ($p=0.216$). Similarly, subcomponents of executive functions—including memory, decision-making, planning, and cognitive flexibility—did not differ significantly between groups.

In contrast, one significant difference was found in the maternal adaptation dimension of “relationship with mother” ($p=0.012$), where women opting for cesarean reported stronger emotional connections with their mothers compared to those choosing vaginal delivery. Other subcomponents of maternal adaptation such as relationship with partner, readiness for delivery, and self-child well-being showed no significant differences. Overall, the results suggest that while general psychological and cognitive profiles do not differ substantially between groups, specific relational and emotional variables—particularly intergenerational bonds—may play a key role in shaping childbirth preferences.

Discussion and Conclusion

The results of this study demonstrate that women requesting cesarean and vaginal delivery do not differ significantly in personality traits, psychological hardiness, or executive functioning. This finding supports earlier research indicating that childbirth decisions may be less influenced by stable personality dimensions and more by situational, cultural, and emotional factors. For instance, while some studies have linked Type A

personality to a preference for cesarean delivery, this study's results align with findings suggesting that social and cultural norms may override individual personality tendencies in contexts where cesarean birth is medically or culturally normalized.

Similarly, the absence of significant differences in psychological hardiness suggests that both groups of women possess comparable levels of resilience and coping capacity. This may be attributed to shared environmental factors such as family support, healthcare access, and social expectations, which shape maternal coping strategies during pregnancy. The finding is consistent with studies showing that psychological well-being and maternal hardiness are strongly influenced by perceived social support and maternal-fetal bonding rather than by personal traits alone.

The lack of group differences in executive functions also implies that cognitive processing abilities, such as planning and decision-making, are not primary determinants of childbirth preference. Previous research has suggested that pregnancy itself induces cognitive changes affecting memory and decision-making, but these changes appear consistent across women regardless of delivery preference. Thus, it can be inferred that decision-making about childbirth may stem more from emotional, relational, and contextual influences than from cognitive deficits or advantages.

The only significant difference found—the “relationship with mother” variable within maternal adaptation—offers an important psychological insight. Women with stronger emotional bonds and support from their mothers exhibited higher adaptation scores and were more likely to consider cesarean delivery. This may reflect the cultural dynamics in which maternal figures exert strong influence on younger women's childbirth decisions. Intergenerational emotional transmission, advice, and perceived expectations could therefore shape how women interpret the risks and benefits of childbirth.

This result aligns with research emphasizing the importance of intergenerational relationships in maternal emotional regulation and childbirth experiences. Emotional continuity and communication between mother and daughter can enhance confidence and reduce anxiety, thereby influencing childbirth decisions. Conversely, lack of such support may increase uncertainty or fear of natural delivery.

Cultural and environmental factors are also crucial in interpreting these findings. In Iran, societal attitudes, fear of labor pain, and widespread medicalization of childbirth have contributed to high cesarean rates. Many women perceive cesarean delivery as safer or more convenient, despite clinical recommendations favoring vaginal birth. This cultural preference, reinforced by healthcare systems and family expectations, may minimize the influence of individual psychological differences on decision-making.

From a clinical perspective, these findings underscore the importance of addressing relational and emotional factors in prenatal care programs. Psychological counseling and educational interventions that focus on strengthening family relationships and promoting positive childbirth attitudes may be more effective than personality-based or cognitive interventions alone.

In conclusion, the study provides evidence that while personality type, psychological hardiness, and executive functions do not significantly distinguish between women choosing cesarean and vaginal delivery, emotional and relational dynamics—particularly the relationship with one's mother—play a pivotal role. Childbirth decisions are thus best understood as products of cultural, familial, and emotional systems rather than isolated individual traits. The findings highlight the need for integrated prenatal interventions that promote maternal adaptation, enhance emotional support, and foster family-centered health education to encourage more balanced and informed childbirth decisions.

References

- Alimohammadzadeh, K., & Afradi Asbaghrani, P. (2015). Effective Determinants of the Tendency for Cesarean Section (Case Study: Pregnant Women in Tehran). *Women in Development and Politics*, 13(3), 357-376. https://jwdp.ut.ac.ir/article_56336.html?lang=en
- Amiri, B., Amiri, B., Nasiri, M., Mosazadeh, F., & Iranifard, E. (2021). The Effect of Type of Delivery on the Incidence of Postpartum Depression. The Second National Conference on Interdisciplinary Research in Management and Medical Sciences, Tehran. <https://en.civilica.com/doc/1289475/>
- Bakay, H., & Kirpinar, İ. (2024). Do pregnancy and motherhood have an impact on cognitive functions in women. *Women & Health*, 64(6), 486-500. <https://doi.org/10.1080/03630242.2024.2371812>
- Beaudoin, D. T. (2024). *Exploring the Psychological Consequences of Pregnancy Discrimination Among Active-Duty Women* [Alliant International University]. <https://militaryreach.auburn.edu/detail?id=9ee1d7a8-b7d3-437e-8ede-a7c7143c6a17>
- Burgio, S., Cucinella, G., Baglio, G., Zaami, S., Krysiak, R., Kowalcze, K., Billone, V., & Gullo, G. (2024). Prenatal Attachment, Personality, and Depression in High-Risk Pregnancies During Pandemic Emergencies. *Healthcare*, 12(23), 2359. <https://doi.org/10.3390/healthcare12232359>
- Choe, D. E., Deer, L. K., & Hastings, P. D. (2023). Latent class analysis of maternal depression from pregnancy through early childhood: Differences in children's executive functions. *Developmental Psychology*, 59(8), 1452. <https://doi.org/10.1037/dev0001540>
- Davis, K. P., Freeman, M., Fazal, P., Reynolds, K. A., Rioux, C., Moody, D. L. B. L. B. P. Y., Giesbrecht, G. F., Lebel, C., & Tomfohr-Madsen, L. (2025). Experiences with discrimination during pregnancy in Canada and associations with depression and anxiety symptoms. *Canadian Journal of Public Health*, 116(1), 70-85. <https://doi.org/10.17269/s41997-024-00933-2>
- Dewey, D., England-Mason, G., Ntanda, H., Deane, A. J., Jain, M., Barnieh, N., Giesbrecht, G. F., Letourneau, N., & Team, A. P. S. (2023). Fluoride exposure during pregnancy from a community water supply is associated with executive function in preschool children: A prospective ecological cohort study. *Science of The Total Environment*, 891, 164322. <https://doi.org/10.1016/j.scitotenv.2023.164322>
- Dişsiz, M., İşbay, B., & Yılmaz, B. (2024). The effect of personality traits of pregnant women on the COVID-19 stress level. *ZEYNEP KAMIL MEDICAL JOURNAL*, 55(1), 23-28. <https://doi.org/10.14744/zkmj.2023.42650>
- Givrad, S., Wall, K. M., Goldman, L. W., Shin, J. Y., Novak, E. H., Lowell, A., Penner, F., Day, M. J., Papa, L., Wright, D., & Rutherford, H. J. (2025). A systematic review on the assessment of pregnancy-specific psychological trauma during pregnancy: A call to action. *AJOG Global Reports*, 5(1), 100451. <https://doi.org/10.1016/j.xagr.2025.100451>
- Gül, S., & Aktoprak, M. (2024). The Relationship Between Personality Traits and Pregnancy Adaptation: The Case of Primigravida Pregnant Women. *Acta Medica Ruha*, 2(3), 199-207. <https://actamedicaruha.com/index.php/pub/article/view/120>
- Hejazi, M. (2018). Comparison of Personality Traits and Anxiety in Pregnant Women Based on Their Choice of Delivery Method. *Bimonthly Scientific-Research Journal of Rehabilitation Medicine*, 7(1), 51-58. https://medrehab.sbm.ac.ir/article_1100421.html
- Jang, W., Kim, M., Ha, E., & Kim, H. (2024). Association of maternal ultra-processed food consumption during pregnancy with atopic dermatitis in infancy: Korean Mothers and Children's Environmental Health (MOCEH) study. *Nutrition Journal*, 23(1), 67. <https://doi.org/10.1186/s12937-024-00969-7>
- Kaplan, Z. B., Pearce, E. N., Lee, S. Y., Shin, H. M., & Schmidt, R. J. (2024). Maternal thyroid dysfunction during pregnancy as an etiologic factor in autism spectrum disorder: Challenges and opportunities for research. *Thyroid*, 34(2), 144-157. <https://doi.org/10.1089/thy.2023.0391>
- Li, T., He, Y., Wang, N., Feng, C., Zhou, P., Qi, Y., Wang, Z., Lin, X., Mao, D., Sun, Z., Sheng, A., Su, Y., Shen, L., Li, F., Cui, X., Yuan, C., Wang, L., Zang, J., & Zong, G. (2024). Maternal dietary patterns during pregnancy and birth weight: a prospective cohort study. *Nutrition Journal*, 23(1), 100. <https://doi.org/10.1186/s12937-024-01001-8>
- Meneo, D., Baldi, E., Cerolini, S., Curati, S., Bastianini, S., Berteotti, C., Simonazzi, G., Manconi, M., Zoccoli, G., De Bartolo, P., Gelfo, F., Martire, V. L., & Baglioni, C. (2024). Promoting sleep health during pregnancy for enhancing women's health: a longitudinal randomized controlled trial combining biological, physiological and psychological measures, Maternal Outcome after THERapy for Sleep (MOTHERS). *BMC psychology*, 12(1), 340. <https://doi.org/10.1186/s40359-024-01827-1>
- Meulenbroeks, D., Otten, E., Smeets, S., Groeneveld, L., Jonkers, D., Eussen, S. S. H., & Gubbels, J. (2024). The association of a vegan diet during pregnancy with maternal and child outcomes: a systematic review. *Nutrients*, 16(19), 3329. <https://doi.org/10.3390/nu16193329>
- Mortaji, N., Krzeczowski, J. E., Boylan, K., Booi, L., Perreault, M., & Van Lieshout, R. J. (2021). Maternal pregnancy diet, postnatal home environment and executive function and behavior in 3-to 4-y-olds. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 114(4), 1418-1427. <https://doi.org/10.1093/ajcn/nqab202>

- Navon-Eyal, M., & Taubman-Ben-Ari, O. (2025). Psychological well-being during pregnancy: the contribution of stress factors and maternal-fetal bonding. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 43(1), 47-61. <https://doi.org/10.1080/02646838.2023.2222143>
- Prasmusinto, D., Ikhsan, M., & Setiawan, M. W. (2024). Personality traits influence food cravings in pregnant women. *Scientific reports*, 14(1), 31281. <https://doi.org/10.1038/s41598-024-82686-z>
- Rezvani, M., Ghanizadeh Hesar, N., Mohammad Alinasab Firouzjah, E., & Sheikh, H. (2024). A Comparison of Functional Disability and Body Image in Two Groups of Women with Vaginal Delivery and Cesarean Section. *Bimonthly Scientific-Research Journal of Rehabilitation Medicine*, 13(3), 650-663. <https://doi.org/10.32598/SJRM.13.3.3156>
- Rosenberg, J. B., Jepsen, J. R. M., Mohammadzadeh, P., Sevelsted, A., Vinding, R., Sørensen, M. E., Horner, D., Aagaard, K., Fagerlund, B., Brix, S., Følsgaard, N., Schoos, A. M. M., Stokholm, J., Chawes, B., Pantelis, C., Dalsgaard, S., Glenthøj, B. Y., Bilenberg, N., Bønnelykke, K., & Ebdrup, B. H. (2024). Maternal inflammation during pregnancy is associated with risk of ADHD in children at age 10. *Brain, behavior, and immunity*, 115, 450-457. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2023.10.023>
- Rosenthal, L., Earnshaw, V. A., Moore, J. M., Ferguson, D. N., Lewis, T. T., Reid, A. E., Lewis, J. B., Stasko, E. C., Tobin, J. N., & Ickovics, J. R. (2018). Intergenerational consequences: women's experiences of discrimination in pregnancy predict infant social-emotional development at 6 months and 1 year. *Journal of Developmental & Behavioral Pediatrics*, 39(3), 228-237. <https://doi.org/10.1097/DBP.0000000000000529>
- Sun, S., Luo, C., Zeng, X., & Wu, Q. (2024). The relationship between pregnancy stress and mental health of the pregnant women: the bidirectional chain mediation roles of mindfulness and peace of mind. *Frontiers in psychology*, 14, 1295242. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1295242>
- van Daalen, K. R., Kaiser, J., Kebede, S., Cipriano, G., Maimouni, H., Olumese, E., Chui, A., Kuhn, I., & Oliver-Williams, C. (2022). Racial discrimination and adverse pregnancy outcomes: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Global Health*, 7(8), e009227. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2022-009227>