

## بررسی مقایسه‌ای هوش هیجانی، سبک‌های دلبستگی و تاب‌آوری در بین نوجوانان متولدشده با دو روش زایمان طبیعی و سزارین

محسن مخلوق<sup>۱</sup>، زهرا سیمی<sup>۲\*</sup>، شهلا مولوی<sup>۳</sup>، بهناز محمدی<sup>۴</sup>، علیرضا آقاییوسفی<sup>۵</sup>

تاریخ دریافت ۱۳۹۸/۰۷/۱۷ تاریخ پذیرش ۱۳۹۸/۱۲/۰۱

### چکیده

**پیش‌زمینه و هدف:** یکی از مهم‌ترین هدف‌های روان‌شناسی مثبت، شناسایی متغیرها و روش‌هایی است که بر بهزیستی و سلامت روانی تأثیر دارد و موجب زندگی بهتر و سازگاری انسان با زندگی و تهدیدات زندگی می‌شود. از جمله ویژگی‌ها و توانمندی‌هایی که در روان‌شناسی مثبت‌گرا اهمیت بسزایی دارد، می‌توان به هوش هیجانی، سبک‌های دلبستگی و تاب‌آوری اشاره کرد و نوع زایمان (طبیعی و سزارین) می‌تواند بر این متغیرها تأثیرگذار باشد. لذا پژوهش حاضر باهدف مقایسه هوش هیجانی، سبک‌های دلبستگی و تاب‌آوری در بین نوجوانان متولدشده با دو روش زایمان طبیعی و سزارین صورت پذیرفت.

**روش کار:** روش پژوهش تحلیلی و از نوع مقایسه‌ای است. جامعه آماری کلیه دانش‌آموزان دختر مقطع متوسطه شهرستان ممسنی مشغول به تحصیل در سال ۱۳۹۷-۹۸ بود که با روش نمونه‌گیری خوشه‌ای تعداد ۶۰ نفر به‌عنوان حجم نمونه (۳۰ نفر با زایمان طبیعی و ۳۰ نفر سزارین) تعیین شدند. گردآوری اطلاعات از طریق پرسش‌نامه‌های تاب‌آوری کانرو دیویدسون (۲۰۰۳)، هوش هیجانی بار آن (۱۹۹۷) و سبک‌های دلبستگی کولینزورید (۱۹۹۰) انجام شد. داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از روش تحلیل واریانس یک‌راهه (آنوا) و با استفاده از نرم‌افزار SPSS-22 تجزیه و تحلیل شدند.

**یافته‌ها:** یافته‌های پژوهش نشان داد بین هوش هیجانی دو گروه زایمان طبیعی و سزارین تفاوت معناداری وجود دارد ( $P < 0.02$ ). به‌طوری‌که میانگین (و انحراف معیار) هوش هیجانی در گروه زایمان طبیعی ۳۲۱ (۲۱) و سزارین ۳۰۷/۸۹ (۲۱/۶۹) نشان داد هوش هیجانی گروه زایمان طبیعی بیشتر از سزارین است. همچنین نتایج نشان داد بین سبک‌های دلبستگی ایمن در بین گروه زایمان طبیعی ۱۳/۴۳ (۴/۲۷) و سزارین ۱۲/۴۶ (۲/۳)، اجتنابی در بین گروه زایمان طبیعی ۱۲/۲ (۳/۱۲) و سزارین ۱۳/۲۴ (۲/۸۳)، اضطرابی در بین گروه زایمان طبیعی ۱۵/۷۹ (۴/۰۲) و سزارین ۱۴/۱۷ (۵/۰۷) و تاب‌آوری در بین گروه زایمان طبیعی ۷۵/۰۳ (۱۴/۶۶) و سزارین ۶۹/۷۱ (۲۰/۳۹) در بین دو گروه تفاوت معنادار آماری وجود نداشت ( $P = 0.25$ ).

**نتیجه‌گیری:** با توجه به نتایج پژوهش حاضر می‌تواند گفت که تجربه فیزیولوژیکی نوع زایمان می‌تواند بر ویژگی‌های روان‌شناختی مانند هوش هیجانی تأثیر داشته باشد.

**واژه‌های کلیدی:** هوش هیجانی، سبک‌های دلبستگی، تاب‌آوری، زایمان طبیعی، عمل سزارین

مجله پرستاری و مامایی، دوره هجدهم، شماره اول، پی‌درپی ۱۲۶، فروردین ۱۳۹۹، ص ۶۸-۵۸

آدرس مکاتبه: تهران، دانشگاه علامه طباطبایی، تلفن: ۰۹۱۷۶۳۳۲۸۰۵

Email: z.simin00@yahoo.com

### مقدمه

روان‌شناختی و جسمانی مادر و اعضای خانواده‌ی آنان دارد (۱)، مکانیسم انجام زایمان یک فرآیند خود به خودی و بدون نیاز به مداخله می‌باشد که سال‌های سال با سیر طبیعی خود انجام شده است. طی دهه‌های اخیر با پیشرفت علوم و تکنولوژی، بشر به

زایمان یکی از تأثیرگذارترین تغییرات و وقایع مهم در زندگی زنان است. این تغییر، نه تنها برای زنان تجربه‌ای فراموش‌نشده است بلکه با توجه به اهمیت آن، تأثیر فوق‌العاده‌ای در شکل‌گیری اثرات

<sup>۱</sup> کارشناس ارشد روان‌شناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اراک، اراک، ایران

<sup>۲</sup> کارشناس ارشد مشاوره خانواده، دانشگاه علامه طباطبایی تهران، تهران، ایران (نویسنده مسئول)

<sup>۳</sup> دکترای تخصصی روان‌شناسی سلامت، دانشگاه علوم پزشکی جندی شاپور اهواز، اهواز، ایران

<sup>۴</sup> کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد بوشهر، بوشهر، ایران

<sup>۵</sup> دکترای تخصصی روان‌شناسی، دانشیار روانشناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران

راه‌هایی دست یافته تا در مواردی که زایمان از طریق کانال طبیعی میسر نیست و یا مخاطرات جدیدی برای مادر و جنین به همراه دارد، به کمک عمل جراحی (سزارین) بتواند به کمک آن‌ها به‌شتابد (۲) باین‌حال محققان به راین باورند که فاکتورهای متعددی بر انتخاب نوع زایمان تأثیرگذار می‌باشد که برخی از این عوامل تسهیل‌کننده‌ی سزارین و برخی تسهیل‌کننده‌ی زایمان طبیعی هستند (۳).

در سال‌های اخیر میزان زایمان سزارین روند افزایشی داشته است. رشد زایمان‌های سزارین بیشتر ناشی از عوامل غیرمأمایی شامل افزایش استفاده از فن‌آوری در زایمان طبیعی، ترس از شکایت بیماران، محرک‌های مالی، ترجیح پزشکان و فلسفه‌ی آموزش و تمرین در پزشکی با نگرش بیماری‌زایی زایمان طبیعی بوده است (۴)؛ نتایج پژوهش‌های متعدد نشان می‌دهند که بیشتر مادران، به دلایل متعدد زایمان سزارین را به‌جای زایمان طبیعی انتخاب می‌کنند؛ سابقه‌ی تجربه منفی از مراقبت‌های زایمانی یا ترس از درک این تجربه یکی از مهم‌ترین دلایلی است که مادران را به‌سوی انجام زایمان سزارین در بارداری‌های بعدی سوق می‌دهد (۵)؛ این در حالی است که انجام عمل سزارین به دلیل عوارض بیهوشی، خون‌ریزی آمبولی، عفونت‌های بعد از عمل جراحی و مرگ‌ومیر بعضی مادران پس از انجام عمل سزارین، هزینه‌های مالی، دوره‌ی اقامت و بستری شدن مادر در بیمارستان، به همراه پیامدهای روانی آن چون ناتوانی‌های مادر پس از تولد، بی‌علاقگی، تحریک‌پذیری، بی‌اشتهایی، بی‌قراری، خستگی، کم‌خلقی، غم و افسردگی پس از زایمان باعث ارجحیت زایمان طبیعی نسبت به سزارین می‌شود (۶). مطالعات انجام شده در ارتباط با تجربه‌ی زایمان سزارین حاکی از آن است که داروهای مورد استفاده در سزارین، روی حالت عصبی-رفتاری نوزاد و شروع تغذیه‌ی وی با شیر مادر اثر می‌گذارد. تزریق داخل وریدی مخدرها در طول زایمان، رفلکس‌های طبیعی نوزاد را برای جستجوی پستان مادر در ساعت اول تحت تأثیر قرار می‌دهد (۷) باین‌وجود، امروزه کاهش تمایل زنان ایرانی به زایمان طبیعی و افزایش تعداد زایمان‌های سزارین و عوارض ناشی از آن به‌جدی‌ترین چالش در سلامت مادران و فرزندان آنان تبدیل شده است (۸).

یافته‌های پژوهشی که توسط محققان انجام شده، حاکی از آن است که نوع زایمان مادران از لحاظ میزان دشواری و زمان آن، می‌تواند بر وضعیت سلامت روحی مادران و حتی روابط آن‌ها با نوزادشان تأثیر بگذارد (۹). در حقیقت اثرات نوع زایمان علاوه بر سلامت جسمی، اثرات زیادی روی مؤلفه‌های روان‌شناختی مادران و فرزندان‌شان دارد. از مؤلفه‌های شناختی که باعث تأثیر نوع و شیوه‌ی

زایمان قرار می‌گیرد، سبک دلبستگی<sup>۱</sup> است. انسان با یک سیستم روانی-زیستی به نام رفتار دلبستگی متولد می‌شود. هدف این سیستم در کودک، دستیابی به یک احساس ایمنی و حمایت‌شدگی واقعی یا ادراک‌شده از تعامل نزدیک و صمیمی با تصویر دلبستگی است (۱۰). سبک دلبستگی به کیفیت پیوندی عاطفی اطلاق می‌شود که کودک در زمان ناراحتی با مراقبان‌شان ایجاد می‌کند و به تمایل فرد به تلاش جدی برای حفظ مجاورت و تماس با فرد یا افرادی معین اطلاق می‌شود که می‌توانند برای آرامش و امنیت جسمانی و روانی وی امکانات ذهنی فراهم سازند. این دلبستگی با سازه‌های شناختی، عاطفی و انگیزشی تنظیم می‌شود (۱۱). با توجه به پژوهش‌های بالبی و اینسورث<sup>۲</sup> (۱۹۸۰)، سبک‌های دلبستگی را می‌توان به دو سبک دلبستگی ایمن و نایمن طبقه‌بندی کرد که سبک نایمن خود شامل سبک دلبستگی نایمن دو سوگرا و سبک دلبستگی نایمن اجتنابی است (۱۲). طبق نظر بالبی، سبک‌های دلبستگی بر نقش کیفیت مراقبت مادر و رفتارهای مادری بر پاسخ‌دهی هیجانی کودک تأکید دارد و به نظر می‌رسد رابطه‌ی هیجانی مطلوب بین مادر و کودک در ماه‌های نخستین، بر عقل مطلوب کودک تأثیر معناداری داشته باشد (۱۳). طبق دیدگاه‌های مطرح در روان‌شناسی تحولی، تأثیر تجربه‌های نخستین بین مادر و کودک در تحول بهنجار و رشد عاطفی و جسمانی کودک نقش به‌سزایی دارد و سبک دلبستگی مادر، تعیین‌کننده‌ی نحوه‌ی ارتباط کودک با دنیای اطراف است (۱۴).

از این‌رو نوع سبک‌های دلبستگی مادران با توجه به سازه‌های روان‌شناختی و شخصیتی بازخورد مادرانه به جنین و میزان سازش‌یافتگی وی در دوران بارداری شکل‌گرفته از آن‌ها، در شکل‌گیری نوع زایمان و تمایل مادران تأثیر به‌سزایی دارد (۱۵) به‌طوری‌که نتایج پژوهش‌ها نشان داده است مادرانی که دارای سبک دلبستگی نایمن اجتنابی بودند در مقایسه با مادرانی که از سبک دلبستگی نوع ایمن برخوردار بودند، ترس از زایمان بیشتری داشته و در این رابطه‌ی حساس، احساس نایمنی بیشتری می‌کردند (۱۶). دو دهه مشاهدات بالینی نشان داد که نوزادان متولد شده از طریق عمل سزارین در مقایسه با فرزندان که با روش طبیعی به دنیا آمده بودند با دوست نداشتند لمس شوند و در آغوش گرفته شوند و مادران دارای فرزند متولد شده با عمل سزارین، ارزیابی‌های منفی بیشتری نسبت به فرزندان خود دارند (۱۷). همچنین، شواهد پژوهشی نشان می‌دهد که مادران دارای عمل سزارین نمرات پایین‌تری در مقیاس دلبستگی مادر-کودک در مقایسه با مادران دارای عمل طبیعی دارند (۱۸). مادران دارای عمل طبیعی تمایل بیشتری

<sup>۱</sup> - Attachment style

<sup>۲</sup> - Bowlby & Ainsworth

جهت مراقبت از فرزندان خود را دارند. احساس خستگی کمتری می‌کنند در مقایسه با مادران دارای سزارین که نمی‌توانند از فرزندان شان مراقبت کنند (۱۹). همچنین، عمل سزارین اثرات سوءیی بر ادراک حسی، توانایی یکپارچگی حسی، رشد عصب/ روان‌شناختی و رابطه مادر- فرزند دارد (۲۰).

مولفه‌ی دیگری که می‌تواند تحت تأثیر نوع زایمان قرار گیرد هوش هیجانی است. هوش هیجانی نوعی از هوش است که مشتمل بر شناخت احساسات خویش و استفاده از آن برای اتخاذ تصمیم‌های مناسب در زندگی است. به عبارت دیگر، هوش هیجانی بیان‌گر توانایی اراده‌ی مطلوب خلق و خو، وضع روانی و کنترل تنش‌هاست (۲۱) و با ویژگی‌های بین فردی مثبت مانند سلامت روانی، خوش‌بینی، خلق مثبت، کاهش خلق افسرده، تاب‌آوری، طرز نگرش و اعتماد به نفس، خودکارآمدی، مدیریت استرس و قدرت حل مسئله که از جمله مؤلفه‌های مهم در انتخاب نوع زایمان ترجیحی مادرانه است، در ارتباط می‌باشد (۲۲)؛ احتمال بروز پیامدهای عاطفی و رفتاری منفی در زندگی بعدی در فرزندان متولد شده با عمل سزارین توسط برخی از روان‌شناسان مورد تأیید قرار گرفته است (۲۳). نوزادان متولد شده از طریق عمل سزارین با اختلالات هیجانی بیشتری مواجه می‌شوند و در سن پیش دبستانی مشکلات خواب دارند (۲۴). اما در پژوهشی این یافته به دست آمد که عمل سزارین با مشکلات رفتاری و نه مشکلات هیجانی در فرزندان در ارتباط است (۲۵). لئونگ و همکاران نیز در پژوهشی نشان دادند که هیچ‌گونه ارتباطی بین عمل سزارین با رفتار، عزت نفس و علائم افسردگی در نوزادان مشاهده نشد و به نظر می‌رسد که در کشورهای در حال توسعه رابطه شیوه تولد فرزند به وضوح با بهزیستی روان‌شناختی دوران کودکی و اوائل نوجوانی مشخص نباشد (۲۶). هم‌چنین در پی مطالعات انجام شده، تعداد مؤلفه‌های هوش هیجانی، چون سازگاری، مؤلفه‌های خوش خلقی، کنترل تنش، مؤلفه میان فردی و درون فردی در کودکانی که با زایمان طبیعی به دنیا می‌آیند نسبت به کودکانی که با عمل جراحی سزارین به دنیا آمده‌اند بیشتر است، در نتیجه نوع زایمان بر میزان هوش کودکان تأثیر به‌سزایی دارد (۲۷). سومین فاکتور در انتخاب نوع زایمان ترجیحی زنان و تاثیرات روان‌شناختی آن بر کودکان، تاب‌آوری<sup>۳</sup> است. تاب‌آوری فرآیندی است توانایی انطباق دادن با چالش‌ها و تهدیدات زندگی و غلبه بر آن‌هاست و بر گروه‌هایی از افراد تمرکز دارد که در معرض عوامل خطر آفرین و دشوار قرار دارند و به‌عنوان عاملی حفاظت‌کننده علیه درماندگی روان‌شناختی با گسترش مجموعه‌ای از مهارت‌های مقابله‌ای در موقعیت‌های چالش‌زای زندگی است (۲۸) و مهم‌ترین عامل مؤثر در

افزایش اعتماد و شایستگی انعطاف‌پذیری و سازگاری کودکان در شرایط مختلف است. از سویی نخستین کسانی که کودک از آن‌ها الگو می‌گیرد خانواده است. تجارب اولیه‌ی تاب‌آوری برای افراد در شبکه وسیعی از ساختارهای اجتماعی روانی خانواده شکل می‌گیرد. از این‌رو شکل‌گیری این فرآیند در فرزندان منوط به تاب‌آوری مادران در شرایط استرس‌زایی است که پاره‌ای از لحظات مادران را ممکن است به خود اختصاص دهد (۲۹). از آن‌جایی که بارداری یکی از پراسترس‌ترین دوره‌های زندگی زنان است و ترس از درد زایمان و عدم ایمنی، دلیل انتخاب بسیاری از مادران برای نوع زایمان می‌باشد، بنابراین مادرانی که دارای ویژگی روان‌شناختی تاب‌آوری بالاتری می‌باشند، بیشتر از نوع زایمان طبیعی بهره می‌برند (۳۰). با توجه به تناقضات موجود پژوهش‌ها در زمینه تأثیر روش زایمان بر سلامت روان و ویژگی‌های روان‌شناختی فرزندان، به همین منظور پژوهش حاضر باهدف مقایسه‌ی هوش هیجانی، سبک‌های دلبستگی و تاب‌آوری نوجوانان متولد شده به صورت سزارین و طبیعی صورت پذیرفت.

## روش کار

روش پژوهش تحلیلی و از نوع مقایسه‌ای است. جامعه‌ی آماری آن کلیه‌ی دانش‌آموزان دختر مقطع متوسطه شهرستان ممسنی مشغول به تحصیل در سال تحصیلی ۹۸-۱۳۹۷ بود که نمونه مورد نظر با روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چند مرحله‌ای انتخاب شد. به این‌صورت که از بین مناطق آموزش و پرورش این شهر، یک منطقه‌ی آموزش و پرورش انتخاب و به صورت تصادفی بین مدارس، دو دبیرستان انتخاب شد. سپس از هر مدرسه، چند کلاس انتخاب و در نهایت تعداد ۶۰ نفر به‌عنوان حجم نمونه (۳۰ نفر با زایمان طبیعی و ۳۰ نفر سزارین) تعیین شدند. با توجه به اینکه در روش‌های علی-مقایسه‌ای باید هر زیر گروه حداقل ۱۵ نفر باشد (۳۱)، با در نظر گرفتن احتمال افت آزمودنی و همچنین وجود اعتبار بیرونی بالا، برای هر گروه (نوجوانان متولد شده به صورت عمل سزارین و طبیعی) ۳۰ نفر و در مجموع ۶۰ نفر انتخاب شدند.

پس از آرایه‌ی توضیح اهداف پژوهش، یادآوری در محرمانه نگه‌داشتن اطلاعات و اختیاری بودن شرکت افراد در مطالعه و تکمیل رضایت‌نامه، پرسش‌نامه‌ها توسط افراد تکمیل گردید. داده‌ها توسط نرم‌افزار SPSS 21 در دو بخش آمار توصیفی و استنباطی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. در بخش آمار توصیفی از میانگین و انحراف معیار و در بخش آمار استنباطی از تحلیل واریانس یک‌راهه (آنوا) استفاده شد. محقق پس از تصویب و اخذ مجوز از کمیته اخلاق

<sup>3</sup>- Resilience

(کد اخلاق IR.UMSHA.REC.1398.636) معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی همدان، به مراکز آموزشی منتخب مراجعه نموده و پس از معرفی خود و هماهنگی‌های لازم با واحد مربوطه و کسب رضایت از دانش‌آموزان مورد پژوهش جهت شرکت در مطالعه، هدف از انجام پژوهش را برای آنها توضیح و همچنین در مورد محرمانه باقی ماندن اطلاعات به آن‌ها اطمینان خاطر داد.

#### ابزار سنجش:

**پرسش‌نامه‌ی هوش هیجانی:** این پرسش‌نامه توسط «باران» در سال ۱۹۹۷ با طرح این سؤال که چرا بعضی از مردم با داشتن هوش متوسط نسبت به بعضی با هوش بالاتر در زندگی موفق‌ترند، ارائه شد (۳۲). پرسش‌نامه دارای ۱۱۷ سؤال و ۱۵ خرده‌مقیاس (خودآگاهی هیجانی، خودآزمایی، عزت نفس، خودکوفایی، استقلال، همدلی، مسئولیت‌پذیری، حل مسئله، تحمل فشار روانی، کنترل واقع‌گرایی، انعطاف‌پذیری، می‌باشد که بر روی یک طیف ۵ درجه‌ای لیکرت از کاملاً موافقم=۵ تا کاملاً مخالفم=۱ تنظیم شده‌اند. نمره‌ی کل هر مقیاس برابر با مجموع نمرات هریک از سؤالات آن مقیاس و نمره‌ی کل آزمون برابر با مجموع نمرات ۱۵ خرده‌مقیاس می‌باشد. کسب امتیاز بیشتر در این آزمون نشان‌گر موفقیت برتر فرد در مقیاس مورد نظر یا در کل آزمون می‌باشد. باران این پرسش‌نامه را بر روی ۳۸۳۱ نفر از شش کشور با ۴۸.۸ درصد مرد و ۵۱.۲ درصد زن اجرا کرد که به طور سیستماتیک در آمریکای شمالی هنجاریابی گردید. نتایج نشان داد که آزمون از اعتبار و روایی برخوردار است و آلفای کرونباخ آن نیز ۰.۷۶ به دست آمد. در ایران تحقیقات زیادی در این مورد صورت گرفته که نشان‌گر پایایی و روایی این پرسش‌نامه است. هنجاریابی این پرسش‌نامه برای دانشجویان ایرانی توسط دهشیری (۲۰۰۳) انجام شد و تعداد عبارت‌های آن به ۹۰ عبارت کاهش یافته است (۳۳). ضریب بازآزمایی نیز در فاصله‌ی یک ماه ۰/۷۳ و آلفای کرونباخ آن ۰/۷۲ حاصل شد. آلفای کرونباخ آن در این تحقیق نیز ۰/۹۴ به دست آمد.

**مقیاس تاب‌آوری:** توسط کانر و دیویدسون (۲۰۰۳) با ۲۵ ماده برای سنجش تاب‌آوری ساخته شده است (۳۴). هر ماده به صورت همیشه درست است (نمره ۵) تا کاملاً نادرست (نمره صفر) نمره‌گذاری می‌شود. نقطه‌ی برش این پرسش‌نامه، امتیاز ۵۰ می‌باشد. نمره‌ی بالاتر از ۵۰ نشان‌گر افراد دارای تاب‌آوری خواهد بود. هرچه این امتیاز بیشتر باشد، تاب‌آوری فرد نیز بیشتر است. روایی این مقیاس به روش تحلیل عوامل و روایی هم‌گرا و واگرا و

اعتبار آن نیز به روش بازآزمایی و آلفای کرونباخ توسط سازندگان آزمون در گروه‌های مختلف (عادی و در خطر) محاسبه و تأیید شده است. در پژوهشی روایی و اعتبار این مقیاس در فرهنگ ایران بررسی و با استفاده از روش تحلیل عوامل، روایی آن تأیید شد (۳۵). هم‌چنین ضریب اعتبار مقیاس مذکور با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰.۷۰ گزارش شد. جهت تعیین روایی نیز همبستگی هر ماده با نمره‌ی کل آزمون محاسبه شد و نتایج نشان دادند که همبستگی ماده‌ها با نمره‌ی کل در دامنه‌ی ۰.۴۲ تا ۰.۶۹ قرار دارد و همگی در سطح ۰.۰۱ معنادار بودند. ضریب آلفای کرونباخ در این تحقیق نیز ۰.۹۲ به دست آمد.

**پرسش‌نامه‌ی سبک دلبستگی:** کولینز و رید در سال ۱۹۹۰ بر اساس نظریه هازن و شاور، پرسش‌نامه‌ی سبک دلبستگی را تهیه کردند (۳۶). این پرسش‌نامه ابتدا دارای ۲۱ ماده بود که بعدها به ۱۸ آیتم کاهش یافت و دارای سه زیرمقیاس وابستگی، نزدیک‌بودن و اضطراب می‌باشد. زیرمقیاس وابستگی، تقریباً عکس دلبستگی اجتنابی، نزدیک‌بودن مطابق با دلبستگی ایمن، و اضطراب با سبک دوسوگرا-اضطرابی تطابق دارد که هر سبک دلبستگی توسط ۶ سؤال سنجیده می‌شود. نمره‌گذاری در مقیاس لیکرتی از طیف کاملاً مخالفم=۰ تا کاملاً موافقم=۴ می‌باشد. در مورد سؤالات ۶، ۸، ۱۲، ۱۷، ۵، ۱۶ و ۱۸ نمره‌گذاری به صورت معکوس می‌باشد. کولینز و رید (۱۹۹۰) ضریب بازآزمایی با فاصله‌ی زمانی یک ماه را ۰.۹۵ به دست آوردند. پایایی پرسش‌نامه نیز برای مقیاس وابستگی ۰.۷۸، نزدیکی ۰.۸۵ و اضطراب ۰.۸۵ و آلفای کرونباخ کل پرسش‌نامه ۰.۸۱ به دست آمد. آلفای کرونباخ پرسش‌نامه توسط طلاییان و وزیر (۱۳۸۲) نیز ۰/۹۵ به دست آمد (۳۷). ضریب آلفای کرونباخ برای سه سبک ایمن، اجتنابی و اضطرابی به ترتیب ۰/۸۶، ۰/۷۲ و ۰/۷۸ به دست آمد.

#### یافته‌ها

در این پژوهش در مجموع ۶۰ دختر دبیرستانی شرکت کردند که ۲۸ نفر (۴۶/۶۷) دارای سن ۱۶-۱۵ و ۳۲ نفر (۵۳/۳۳) سن ۱۸-۱۷ ساله بودند. همچنین میزان تحصیلات مادر مورد بررسی قرار گرفت که ۴ نفر (۶/۶۷) دیپلم، ۴۷ نفر (۷۸/۳۳) لیسانس و ۹ نفر (۱۵/۰) تحصیلات تکمیلی بودند. شاخص‌های توصیفی میانگین و انحراف معیار متغیرها در دو گروه کودکان سزارین و طبیعی در جدول ۱ آمده است.

**جدول (۱): میانگین و انحراف معیار متغیرها**

متغیرها	میانگین	انحراف معیار
هوش هیجانی	۳۰۷.۸۹	۲۱.۶۹
طبیعی	۳۲۱	۲۱
سبک اجتنابی	۱۳.۲۴	۲.۸۳
طبیعی	۱۲.۲	۳.۱۲
سبک اضطرابی	۱۴.۱۷	۵.۰۷
طبیعی	۱۵.۷۹	۴.۰۲
سبک ایمن	۱۲.۴۶	۲.۳
طبیعی	۱۳.۴۳	۴.۲۷
تاب‌آوری	۶۹.۷۱	۲۰.۳۹
طبیعی	۷۵.۰۳	۱۴.۶۶

برای بررسی فرضیه‌های پژوهش از آزمون تحلیل واریانس یک‌راهه (آنوا) استفاده شد. به منظور بررسی پیش‌فرض تساوی واریانس‌ها نیز از آزمون لوین استفاده شد که نتایج آن در جدول ۲ آمده است.

براساس نتایج جدول ۱، میانگین هوش هیجانی (۳۲۱)، سبک اضطرابی (۱۵.۷۹)، سبک ایمن (۱۳.۴۳) و تاب‌آوری (۷۵.۰۳) در گروه طبیعی بالاتر از سزارین است. اما میانگین سبک اجتنابی (۱۳.۲۴) در گروه سزارین بالاتر است.

**جدول (۲): آزمون لوین**

متغیرها	آماره	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	سطح معناداری
هوش هیجانی	۰.۲۱	۱	۵۷	۰.۶۴
سبک اجتنابی	۰.۲۴	۱	۵۷	۰.۶۲
سبک اضطرابی	۲.۶	۱	۵۱	۰.۰۹
سبک ایمن	۱.۲	۱	۵۶	۰.۲۴
تاب‌آوری	1/2	۱	۵۶	۰.۱۲

همان‌طور که نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد آزمون لوین برای هیچ‌یک از متغیرها معنادار نمی‌باشد. از این رو پیش‌فرض تساوی واریانس‌ها برقرار می‌باشد.

با توجه به برقراری پیش‌فرض‌های آزمون‌های پارامتریک، می‌توان از آزمون آنوا برای تحلیل داده‌ها استفاده کرد که نتایج آن در جدول ۳ آمده است.

**جدول (۳): نتایج تحلیل واریانس یک‌راهه (آنوا) برای بررسی فرضیه‌های پژوهش**

متغیرها	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	سطح معناداری
هوش هیجانی	بین گروهی	۱	۲۵۳۱/۸۵	۵.۵۵	۰.۰۲
	درون گروهی	۵۷	۴۵۵.۵۹		
	کل	۵۸			
سبک اجتنابی	بین گروهی	۱	۱۵.۹۹	۱.۷۹	۰.۱۸
	درون گروهی	۵۷	۸.۹۱		
	کل	۵۸			
سبک اضطرابی	بین گروهی	۱	۳۴.۴۳	۱.۶	۰.۲۱
	درون گروهی	۵۷			

		۲۱.۴۱	۵۱	۱۰۹۲.۰۹	درون گروهی	
			۵۲	۱۱۲۵.۵۲	کل	
۰.۲۵	۱.۳۱	۱۳.۶	۱	۱۳.۶	بین گروهی	سبک ایمن
		۱۲	۵۶	۶۷۲.۳۳	درون گروهی	
			۵۷	۶۸۵.۹۳	کل	
۰.۲۵	۱.۳۱	۴۰۹.۷۵	۱	۴۰۹.۷۵	بین گروهی	تاب‌آوری
		۳۱۲.۰۱	۵۶	۱۷۴۷۲.۶۸	درون گروهی	
			۵۷	۱۷۸۸۲.۴۳	کل	

هیجانی نوجوانان متولدشده با زایمان طبیعی بیش‌تر از نوجوانان متولدشده با زایمان سزارین باشد.

بر اساس یافته‌های به‌دست آمده، بین سبک‌های دلبستگی نوجوانان متولدشده به صورت سزارین و طبیعی، تفاوت معناداری وجود ندارد. در تبیین این یافته می‌توان گفت خانواده از لحاظ تربیتی و اجتماعی دارای اهمیت و جایگاه ویژه‌ای است و بر این اساس دست‌یابی به جامعه‌ی سالم، وابسته به سلامت خانواده است و نیز تحقق سلامت خانواده وابسته به سلامت روانی اعضای آن است (۴۲). در این میان، توجه به وظایفی که مادر در زندگی خانوادگی بر دوش دارد بیش‌تر از هر چیزی دارای اهمیت است، چراکه رعایت این وظایف از سوی مادر خانواده، موجب برپایی انس و آرامش میان همه‌ی اعضای خانواده می‌گردد (۴۳)؛ یکی از متغیرهای قابل اعتنا در متن خانواده، دلبستگی است که از بطن خانواده شکل می‌گیرد و به‌ویژه با مفاهیم اعتماد و قابلیت اعتبار یک رابطه، سروکار دارد (۴۴). سبک دلبستگی مفهومی مرتبط با نظام عاطفی خانواده است و به معنای پیوند عاطفی است که در کودکی، بین کودک و مراقب اصلی وی شکل می‌گیرد و بر رشد اجتماعی و احساس کودک در کل زندگی مؤثر است (۴۵). وجود رابطه میان کاهش گسلس عاطفی والدین با سبک دلبستگی ایمن در فرزندان، مؤید نظریه‌ی بالبی در زمینه‌ی اهمیت پیوند عاطفی در شکل‌گیری دلبستگی‌ها است، زیرا نقطه‌ی مقابل گسلس عاطفی، پیوند صمیمی و عاطفی است که زمینه‌ساز سبک ایمن می‌باشد (۴۶).

مادران جلوه‌هایی از ابراز عواطف در خانواده‌اند و زمان بیشتری را با فرزندان می‌گذرانند. بنابراین در ایجاد سبک‌های دلبستگی در فرزندان نقش مؤثری ایفا می‌کنند. زمانی که مادر از سلامتی جسمی و روانی برخوردار باشد می‌تواند رابطه‌ی عاطفی صمیمانه با فرزندان برقرار کند و منجر به شکل‌گیری سبک دلبستگی ایمن در آن‌ها شود. تحقیقات نشان داده‌اند بین میزان سلامت جسمی و روانی و اعتماد به نفس در مادران با زایمان طبیعی و سزارین تفاوتی وجود ندارد؛ با توجه به مطالب بیان‌شده انتظار می‌رود بین سبک دلبستگی

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد بین هوش هیجانی دو گروه زایمان طبیعی و سزارین تفاوت معناداری وجود دارد ( $p < 0.05$ ) که با توجه به میانگین، هوش هیجانی گروه زایمان طبیعی بیشتر از سزارین است. همچنین نتایج نشان داد بین سبک‌های دلبستگی ایمن، اجتنابی و اضطرابی و تاب‌آوری بین دو گروه تفاوت معنادار آماري وجود نداشت. در نتیجه فرضیه‌ی اول پژوهش تأیید و فرضیه دوم و سوم رد می‌شود.

### بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر مقایسه‌ی هوش هیجانی، سبک‌های دلبستگی و تاب‌آوری نوجوانان متولد شده به صورت سزارین و طبیعی می‌باشد. نتایج تحقیق حاضر نشان داد بین هوش هیجانی در دو گروه، تفاوت معناداری وجود دارد. پژوهش‌ها نشان داده‌اند هوش هیجانی بیش از هوش‌بهر، پیش‌گویی‌کننده‌ی موفقیت فرد در زندگی است. افرادی که دارای کفایت هیجانی بالا هستند، مهارت‌های اجتماعی بهتر، روابط درازمدت پایترو توانایی بیش‌تری برای حل تعارضات دارند (۳۸) محیط خانواده اولین محل برای آموزش مهارت‌های هیجانی است؛ این آموزش با گفتار و رفتار مستقیم والدین با کودکان و همچنین با الگوبرداری فرزندان از مهارت‌های هیجانی پدر و مادر صورت می‌گیرد (۳۹). افسردگی پس از زایمان به‌عنوان اختلالی با علائم نوسانات خلقی، خستگی و کم‌شدن علاقه به فعالیت‌ها، می‌تواند روی ارتباط مادر با فرزند تأثیرگذار باشد. افسردگی مادر در زمان کودکی فرزندشبر رابطه‌ی وی با فرزند و رفتارهای اجتماعی زمان بزرگ‌سالی فرزند تأثیر می‌گذارد. مادران افسرده حالات منفی بیشتری دارند و تعاملات مثبت کمتری با فرزندشان برقرار می‌کنند، هم‌چنین در هنگام تعامل با فرزندشان حساسیت کمتری دارند. سبک والدینی گرم و رابطه‌ی مطلوب والدین و فرزندان می‌تواند هوش هیجانی آن‌ها را پیش‌بینی کند (۴۰). نتایج تحقیقات مختلف نشان داده است که میزان افسردگی پس از زایمان در مادران با زایمان سزارین بیش‌تر از زایمان طبیعی است (۴۱)؛ با توجه به مطالب مطرح شده، انتظار می‌رود هوش

کودکان متولد شده به صورت سزارین و طبیعی تفاوت معناداری وجود نداشته باشد (۴۷).

همچنین این پژوهش نشان داد بین تاب‌آوری نوجوانان متولد شده به صورت سزارین و طبیعی تفاوت معناداری وجود ندارد؛ در تبیین این یافته می‌توان گفت تاب‌آوری به‌عنوان عامل مؤثر در سازگاری موفقیت‌آمیز با سختی‌ها و تنش‌های زندگی، می‌تواند بر سلامتی، رفاه و ارتقای رضایت از زندگی و توانایی سازگاری نوجوانان اثرگذار باشد (۴۸). یکی از عوامل مؤثر بر تاب‌آوری، هیجانات مثبت در زندگی می‌باشد که نقش بسیار مهمی در بهبود افراد از فشار روانی بازی می‌کند (۴۹). بعضی از محققان معتقدند که هیجانات مثبت، منابع روان‌شناختی بسیار مهمی هستند که به فرد کمک می‌کنند در مقابل فشار روانی از روش‌های مقابله‌ای موثری استفاده کند (۵۰). بنابراین افرادی که هیجانات مثبت را به میزان بیشتری تجربه می‌کنند، احتمالاً در مقابل حوادث سخت، مقاوم‌تر هستند و بنابراین تاب‌آورتر می‌باشند (۴۹). محیط خانواده می‌تواند از عوامل مهم تأثیرگذار بر تجربه‌ی هیجانات مثبت توسط نوجوانان باشد. مواردی مانند شیوه‌های فرزندپروری والدین، روابط فردی درون خانواده، وضعیت خانه و همچنین تجاربی مانند سوء رفتار و موارد دیگر می‌توانند بر تجربه‌ی هیجانات مثبت و در نتیجه رشد و تاب‌آوری فرد تأثیرگذار باشند (۵۱). نوجوانانی که از حمایت خانواده‌های خود بهره‌مند هستند و این حمایت را درک کرده‌اند، احساس می‌کنند که می‌توانند در رویارویی با مشکلات، عملکرد بهتری داشته باشند. هنگامی که اعضای خانواده به مسئولیت‌ها و وظایف خانوادگی خود عمل کنند تعاملات بهتری صورت گرفته و از سردرگمی اعضا پیشگیری می‌شود و بنابراین رضایت‌مندی و شادکامی افراد بیشتر می‌شود. در این میان نقش مادر و وظایف حیاتی او می‌تواند نقش موثری در ایجاد هیجانات مثبت و شادکامی داشته باشد (۵۲). کیفیت زندگی مطلوب مادران و برخورداری آن‌ها از سلامتی جسمی و روانی می‌تواند منجر به عملکرد مناسب آن‌ها در محیط خانواده شده و با برطرف کردن نیازهای عاطفی، روانی و جسمانی اعضای خانواده، محیطی سرشار از هیجانات مثبت برای آن‌ها ایجاد کند. تحقیقات متعدد نشان داده‌اند بین کیفیت زندگی (۵۳) و سلامت جسمی و روانی (۴۷) مادران با زایمان طبیعی و سزارین تفاوت معناداری وجود ندارد از این‌رو مادران با هر نوع زایمان،

در صورتی که از کیفیت زندگی و سلامتی مطلوبی برخوردار باشند، می‌توانند هیجانات مثبت را در محیط خانواده ایجاد کرده و تاب‌آوری نوجوانان را افزایش دهند.

براساس یافته‌های مطالعه‌ی حاضر مبنی بر تفاوت هوش هیجانی در دو گروه و اهمیت هوش هیجانی در روابط فرد در بزرگسالی، زایمان طبیعی در مقایسه با سزارین پیامدهای مطلوب‌تری فراهم می‌کند. همچنین از لحاظ ارتباط مادر و فرزند نیز می‌تواند نتایج مطلوب‌تری داشته باشد. از این‌رو پیشنهاد می‌شود تا کلاس‌های آمادگی برای زایمان طبیعی در طی دوران بارداری و ارتقای کیفیت زایمان باهدف ترویج زایمان طبیعی مورد توجه بیشتر قرار گیرند. از جمله محدودیت‌های این مطالعه، اجرای آن فقط در شهر ممسنی می‌باشد لذا پیشنهاد می‌گردد مطالعات بعدی در شهرهای دیگر و در جامعه‌های بزرگ‌تری مورد بررسی قرار گیرد. با توجه به اهمیت نوع زایمان پیشنهاد می‌شود متغیرهای روانشناختی دیگری مانند تاب‌آوری بین دو گروه مورد مقایسه قرار گیرد.

#### تعارض منافع

در این پژوهش هیچ‌گونه تعارض منافی توسط نویسندگان گزارش نشده است.

#### سهم نویسندگان

در این پژوهش محسن مخلوق و زهرا سیمی نگارش اولیه مقاله، امور مربوط به گردآوری داده‌ها به عهده‌ی زهرا سیمی و بهناز محمدی، تجزیه و تحلیل داده‌ها به عهده‌ی شهلا مولوی و بهناز محمدی و بازنگری نهایی و انجام اصلاحات توسط زهرا سیمی و محسن مخلوق انجام شده است.

#### سپاس‌گزاری

این مقاله طی طرح تحقیقاتی مصوب معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی همدان با کد اخلاق IR.UMSHA.REC.1398.636 با می‌باشد از معاونت پژوهشی و جناب مرتضی شمسایی به دلیل حمایت‌های انجام گرفته و همچنین نسبت به مدیران آموزش و پرورش شهرستان ممسنی و هم‌چنین پرسش‌شوندگان شرکت‌کننده در این پژوهش، مراتب تشکر و قدردانی ابراز می‌داریم.

#### References:

1. Jamshidi F, Khakbazan Z, Babai Gh, Seyednoori T. Investigation the reasons to choose cesarean section in

pregnant women in Rasht. Hayat 2012; 10(22): 51-60 (Persian).

2. Geller EJ, Wu JM, Jannelli ML, Nguyen TV, Visco AG. Neonatal outcomes associated with planned vaginal

- versus planned primary cesarean delivery. *J Perinatol* 2010; 30(4):258-64.
3. Pazandeh F, Potrata B, Huss R, Hirst J, House A. Women's experiences of routine care during labor and childbirth and the influence of medicalization: a qualitative study from Iran. *Midwifery* 2017; 53:63-70.
  4. Moazzeni MS. Maternal mortality in the Islamic Republic of Iran: on track and in transition. *Matern Child Health J* 2013;17(4):577-80.
  5. Størksen HT, Garthus-Niegel S, Adams SS, Vangen S, Eberhard-Gran AM. Fear of childbirth and elective caesarean section: a population-based study. *BMC Pregnancy and Childbirth* 2015; 15:221.
  6. Eisenach JC, Pan PH, Smiley R, Lavand'homme P, Landau R, Houle TT. Severity of acute pain after childbirth, but not type of delivery, predicts persistent pain and postpartum depression. *Pain* 2008;140(1):87-94.
  7. Dewey KG, Nommsen-Rivers LA, Heinig MJ, Cohen RJ. Risk factors for suboptimal infant breastfeeding behavior, delayed onset of lactation, and excess neonatal weight loss. *Pediatrics* 2013; 112(3 Pt 1):607-19.
  8. Changizi N, Rezaeizadeh G, Janani L, Shariat M, Habibelahi A. In depth analysis of the leading causes of maternal mortality due to cesarean section in Iran. *Journal of Family and Reproductive Health* 2017;11(1):1-6.
  9. Uzuncakmak C, Ozcam H. Association between maternal mortality and cesarean section: Turkey experience. *PLoS ONE* 2016;11(11):e0166622.
  10. Condon JT, Corkindale CJ. The assessment of parent-to-infant attachment: development of a self-report questionnaire instrument. *J Reprod Infant Psychol* 1998; 16(1):57-76.
  11. Malach Pines A. Adult attachment styles and their relationship to burnout: A preliminary, cross-cultural investigation. *Work and Stress* 2005; 18(1):66-80.
  12. Eichhorn, N. Maternal fetal attachment: Can acceptance of fetal sentience impact the maternal-287 fetal attachment relationship? *J Prenat Perinat Psychol Health* 2012; 27(1): 262-70.
  13. Glover V, Hill J. Sex differences in the programming effects of prenatal stress on psychopathology and stress responses: an evolutionary perspective. *Physiol Behav* 2012;106(5):736-40.
  14. Murray L, Arteche A, Fearon P, Halligan S, Croudace T, Cooper P. The effects of maternal postnatal depression and child sex on academic performance at age 16 years: a developmental approach. *J Child Psychol Psychiatry* 2010;51(10):1150-9.
  15. Yercheski A, Mahon N E, Yercheski T J, Hanks M M, Cannella B L. A meta-analytic study of predictors of maternal-fetal attachment. *Int J Nurs Stud* 2015; 46(5):708-15.
  16. Laxton-Kane M, Slade P. The role of maternal prenatal attachment in a woman's experience of pregnancy and implications for the process of care. *J Reprod Infant Psychol* 2002; 20(4): 253-66.
  17. Mao XL, Jing J. The influence of cesarean section on children's cognitive characteristics. *J Bethune Milit Med College* 2005; 3: 231-2.
  18. Herguner S, Cicek E, Annagur A, Herguner A, Ors R. Association of delivery type with postpartum depression and maternal attachment. *Arch Dis Child* 2012; 97: 368.
  19. Wiklund I, Edman G, Larsson C, Andolf E. First-time mothers and changes in personality in relation to mode of delivery. *J Adv Nurs* 2009;65(8):1636-44.
  20. Chen H, Tan D. Cesarean Section or Natural Childbirth? Cesarean Birth May Damage Your Health. *Front Psychol* 2019; 10: 1-7.
  21. Salovey P, Stroud LR, Woolery A, Epel ES. Perceived emotional intelligence, stress reactivity, and symptom reports: Further explorations using the trait meta-mood scale. *Psychol Health* 2002;17(5):611-27.
  22. Ryff CD. Self realization and meaning making in the face of adversity: A eudaimonic approach to human resilience. *J Psychol Afr* 2014;24(1):1-2.



23. Emerson W. Treating Cesarean birth trauma during infancy and childhood. *J Prenat Perinat Psychol Health* 2001; 15: 177– 92.
24. Kelmanson IA. Emotional and behavioural features of preschool children born by Caesarean deliveries at maternal request. *European Journal of Developmental Psychology* 2013; 10(6):676- 90.
25. Rutayisire E, Wu X, Huang K, Tao S, Chen Y, Tao F. Childhood Emotional and Behavior Problems and Their Associations with Cesarean Delivery. *Braz J Psychiatry* 2017; 40(2):145-53.
26. Leung, CY, Leung, MG, Schooling MC. Mode of delivery and child and adolescent psychological wellbeing: Evidence from Hong Kong's "Children of 1997" birth cohort. *Sci Rep* 2017;7(1):1-8.
27. Soltani, Nasim. Da) Comparative Study of Emotional Intelligence with Delivery (Cesarean and Vaginal). The 2nd National Conference on Research and Treatment in Clinical Psychology of Torbat-e-Jam Branch of the Islamic Azad University 2014.
28. Khodabakhshi Koolae A, Nasiri Z, Mostafae F. The relationship between resiliency and meaning of life in students, 5th Proceedings Seminar of mental health of students. University of Shahed Medical science 2010, Tehran, Iran. [Persian]
29. Schweingruber D. Success through a positive mental attitude?: The role of positive thinking in door-to-door sales. *The Sociological Quarterly* 2006; 47(1): 41-68.
30. Ryding EL, Wirfelt E, Wangborg IB, Sjogren B, Edman G. Personality and fear of childbirth. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2007;86(7):814-20.
31. Delavar A. *Research Methods in Psychology and Educational Sciences*. Virayesh; 2011.
32. Bar-On R. Development of the Bar-On EQ-I: A measure of emotional and social intelligence. Paper presented at the 105th Annual Convention of the American Psychological Association, Chicago, USA.
33. Dehshiri G. Standardization emotional intelligence questionnaires to assess various aspects of intelligence of students at Tehran University [MA thesis]. Tehran: Allameh Tabataba'i University; 2003.
34. Connor KM, Davidson JR. Development of a new resilience scale: the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depress Anxiety* 2003;18(2):76-82.
35. Mohammadi M, Jazayeri AR, Rafiei A H, Jokar B, Porshahbaz A. Investigating resilience Factors in People at Risk of Drug Abuse. *New Psychological Research* 2006; 1 (3): 203- 24.
36. Collins NL, Read SJ. Adult attachment, working models, and relationship quality in dating couples. *J Pers Soc Psychol* 1990; 58: 644–63.
37. Talaeyan R, Vazivar S. Attachment and mental health in adolescence. *Journal of family ideas* 2003; 13: 130-40. (Persian).
38. Mayer JD, Salovey P. The intelligence of emotional intelligence. *Intelligence* 1993; 17(4): 433-42.
39. Soltani Far A. Emotional Intelligence. *Principles of Mental Health* 2007; 35: 83-4.
40. Asghari M, Besharat M A. The relation of perceived parenting with emotional intelligence. *Procedia Soc Behav Sci* 2011; 30: 231-5.
41. Lashgaripour K. Postpartum depression and related factors: 4.5-month evaluation. *J Fundam Ment Health* 2014; 13(52): 404-12.
42. Amini, M, Heidari H. The Effectiveness of Relationship Enrichment Education on Improving Quality of Life and Marital Satisfaction among Married Students. *Journal of Public Health and Education* 2016; 3 (2): 23-31.
43. Parsa F, Rostami S, Sajjadi S. Women's duties in marital life and its role in establishing the foundation of the family from the point of view of Islamic jurisprudence. *Journal of counseling and psychotherapy* 2016; 6 (22): 165-88.
44. Karantzis GC, Feeny JA, Wilkinson R. Is less More? Confirmatory factor analysis of the Attachment style questionnaires. *J Soc Pers Relat* 2010; 27 (6): 749-80.
45. Ma'azzani T, Mr Asghar, Golparvar M. Prevention of attachment styles of children based on parental parenting

- methods. Teaching and evaluation (Educational Sciences)2013; 7 (25): 87-99.
46. Doinita N E, Maria ND. Attachment and parenting styles. *Procedia Soc Behav Sci* 2015; 203: 199- 204.
47. Akbarzadeh F, Talaei A, Tavasoli F, Jalaliyani S, Talebi M, Madrasgaravi M, Akhlaghi S. The review of the features of humanities is a naturalistic choice, the choice of a business strategy. *Journal of Mashhad University of Medical Sciences* 2015; 10:611-9.
48. Heileman M, Lee K, Kury F. Psychometric properties of the Spanish of resilience scale. *J Nurs Meas* 2003; 11(1): 61-72.
49. Zautra A, Johnson J L, Davies M. Positive Affect as a source of resilience for woman in chronic pain. *J Consult Clin Psychol* 2005; 73: 212-20.
50. Fredrickson B L, Joiner T. Positive emotions trigger upward spirals toward emotional well-being. *Psychol Sci* 2002; 13:172-5.
51. Alizadeh H. *Psychological Analysis: Psychological Well-Being and Behavioral Disorders*. First Printing. Tehran: Arasbaran; 2013.
52. YousefNejad M. *An Investigation on the Relationship between Family Performance and Maladaptive Schemes and Life Satisfaction in Babol Students* [Master's Thesis]. Al-Zahra University; 2008.
53. Symon A, Mackay A, Ruta D. Postnatal quality of life: A pilot study using the mother generated index. *J Adv Nur* 2003; 42: (1) 21-9.

## COMPARISON OF EMOTIONAL INTELLIGENCE, ATTACHMENT STYLES, AND RESILIENCE AMONG TEENAGERS BORN WITH TWO METHODS OF CESAREAN SECTION AND VAGINAL DELIVERY

Mohsen Makhlogh<sup>1</sup>, Zahra Simi<sup>2\*</sup>, Shahla Molavi<sup>3</sup>, Behnaz Mohammadi<sup>4</sup>, Alireza Aghayousefi<sup>5</sup>

Received: 18 Oct, 2019; Accepted: 19 Feb, 2020

### Abstract

**Background & Aims:** One of the most important goals of psychology is to identify the variables and methods that affect well-being and mental health and lead to a better life and human adaptation to life and life threats. Emotional intelligence, attachment styles, and resilience are some of the characteristics and abilities that are important in positive psychology and the type of delivery (cesarean section and vaginal delivery) can affect these variables. Therefore, the present study aimed to compare emotional intelligence, attachment styles, and resilience among adolescents born with two methods of cesarean section and vaginal delivery.

**Materials & Methods:** The research is a descriptive-analytical research and scientifically-comparative. The statistical population consisted of all girls' high school students in Mamasani city in 2017-2018. 60 students were selected by cluster sampling (30 students for vaginal delivery and 30 students for cesarean section). Data were collected by Resilience Questionnaire of Conner and Davidson (2003), Emotional Intelligence of Bar Ann (1997), and Attachment Style of Collins and Rid (1990). Statistical analysis was conducted using SPSS 21 software, and descriptive statistics and one way variance analysis (ANOVA) were utilized.

**Results:** The findings showed that there is a significant difference between the emotional intelligence in the two groups of vaginal delivery and cesarean section ( $p < 0.02$ ). The mean (standard deviation) of emotional intelligence in vaginal delivery was 321 (21) and it was 307/89(21.69) in cesarean section group. Findings showed that emotional intelligence in vaginal delivery group is more than cesarean section group. Also there is no difference between the safety in vaginal delivery (13.43 (4.27)) and cesarean section (12.46 (3.2)), avoidance attachment in vaginal delivery (12.2 (3.12)) and cesarean section (13.24 (2.83)), anxiety attachment in vaginal delivery (15.79 (4.02)) and cesarean section (14.17(5.07)), and resilience in vaginal delivery (75.03 (14.66)) and cesarean section (69.71 (20.39)).

**Conclusion:** Based on the results of the present study, it can be concluded that the physiological experience of the methods of delivery can affect psychological characteristics such as emotional intelligence.

**Keywords:** Emotional Intelligence, Attachment Styles, Resilience, Undergone Cesarean, Vaginal Delivery

**Address:** School Faculty of Psychology, Tehran University of Allameh Tabatabaee, Tehran, Iran

**Tel:** +989176332805

**Email:** z.simin00@yahoo.com

<sup>1</sup> Master of Psychology, Dept. of Psychology, University of Islamic Azad branch Arak, Arak, Iran

<sup>2</sup> Master of Family Counseling, Dept. of Counseling, School Faculty of Psychology, Tehran University of Allameh Tabatabaee, Tehran, Iran (Corresponding Author)

<sup>3</sup> PhD. Health Psychology, Ahvaz Jundishapur University of Medical Sciences, Ahvaz, Iran

<sup>4</sup> MA Student of Psychology, University of Islamic Azad branch Bushehr, Bushehr, Iran

<sup>5</sup> Associate Professor in psychology. Payame Noor University. Tehran. Iran