MEJDS. 2022; 12:140.

Published online 2022 Oct. **Original Article**

Modeling Structural Equations in the Relationship Between Marital Conflicts and Emotional Security With Perceived Stress and Prenatal Concerns With Psychological Well-Being in Pregnant Women

Abbas Mofrad H[1], *Khalatbari J[2], Malihi Al-zakerini S[3], Mohammadi Shir Mahalla F[3], Shafti V[4]

Author Address
1. PhD student Health Psychology, Department of Psychology, Tonekabon Branch, Islamic Azad University, Tonekabon, Iran;
2. Associate Professor, Department of Psychology, Tonekabon Branch, Islamic Azad University, Tonekabon, Iran;
3. Assistant Professor, Department of Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran;
4. Assistant Professor, Medical College, Tonekabon Branch, Islamic Azad University, Tonekabon, Iran.
* Corresponding author Email: j.khalatbari@toniau.ac.ir

Received: 2020 September 16; **Accepted:** 2021 June 13

Abstract

Background & Objectives: Pregnancy is a phenomenon that affects and changes many aspects of women's life, leading to psychological and biological crises and emotional transformation. In an extremely optimistic view, pregnancy is a period in which mothers achieve a range of interesting feelings of well–being and psychological strength. On the other hand, it is a relatively natural event and a largely positive growth experience. Although this personal experience fluctuates over a positive to negative spectrum, pregnancy potentially has important short–term and long–term implications for women's health, well–being, and social roles. Pregnancy issues are important. During pregnancy, a woman's mental health is influenced by factors, such as her feelings about femininity, marital life, husband's family, and agreements and conflicts, sex, and willingness to have a baby. Pregnancy is often a stressful period with physiological and psychological changes, and these problems will have a significant impact on their mental state. This study aimed to model structural equations to explain the relationship between marital conflicts and emotional security with perceived stress and prenatal concerns about psychological well–being in pregnant women experiencing their first pregnancy.

Methods: The present study was correlational and of structural equation modeling type. This study's statistical population consisted of pregnant women referred to obstetrics and gynecology clinics and Ramsar Hospital (Ramsar City, Iran) whose pregnancy duration was between four and six months. According to the statistics, about 1400 pregnant women were referred to these centers from February to March 2019. The sample group consisted of 384 pregnant women between 4 and 6 months of gestation selected by simple random sampling using a lottery. In selecting the sample size, 10 to 15 people were needed for each obvious variable. So, 300 people were needed, but 384 people were selected by the purposeful sampling method for more confidence. The inclusion criteria were as follows: having at least a middle school education, having an age between 20 and 45 years, being pregnant women with the experience of the first pregnancy, having a normal pregnancy, being single–birther, and lack of a history of neurological and mental illness and hospitalization. Data collection tools were the Marital Conflict Questionnaire (Sanaei et al., 2000), Psychological Well–Being Scale (Ryff, 1989), Prenatal Distress Questionnaire (Alderdice & Laynne, 2011), Perceived Stress Scale (Cohen et al., 1983), and Intimate Safety Scale (Cordova et al., 2005). Data analysis was done using the Chi–square test and structural equation modeling in AMOS version 22 and SPSS version 22 software. The significance level of the tests was 0.05.

Results: The results showed that marital conflicts (β=–0.48, p=0.002) and emotional security (β=0.37, p=0.013) had a direct and significant effect on psychological well–being. Psychological well–being had a direct and significant effect on perceived stress (β=–0.65, p=0.013) and pregnancy concerns (β=–0.39, p=0.006). Also, the indirect effect of psychological well–being in the relationship between marital conflicts and perceived stress was equal to 0.124 (p=0.014) and the indirect effect of psychological well–being in the relationship between emotional security and perceived stress was equal to 0.036 (p=0.031). The indirect effect of psychological well–being in the relationship between marital conflicts and pregnancy concerns is equal to 0.108 (p=0.019), and the indirect effect of psychological well–being in the relationship between emotional security and pregnancy concerns is equal to 0.201 (p=0.010) Obtained. Also, the goodness of fit indices supported the good fit of the model with the collected data (X^2/df=1.90, GFI=0.98, CFI=0.95, AGFI=0.98, RMSEA=0.067).

Conclusion: Based on the findings, marital conflicts and emotional security with the mediation of psychological well–being have a predictive role in the perceived stress and worry during pregnancy of pregnant women.

Keywords: Perceived stress, Emotional security, Psychological well–being, Marital conflicts, Pregnancy.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-02-19]

Copyright © 2022, MEJDS. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.

مجله مطالعات ناتوانی ۱۴۰۱؛ (۱۲):۱۴۰.

انتشار برخط مهرماه ۱۴۰۱ مقاله پژوهشی اصیل

مدل‌یابی معادلات ساختاری در رابطهٔ تعارضات زناشویی و امنیت عاطفی با استرس ادراک‌شده و نگرانی‌های دوران بارداری با بهزیستی روان‌شناختی در زنان باردار

حریه عباس مفرد[۱]، *جواد خلعتبری[۲]، سعید ملیحی الذاکرینی[۳]، فاطمه محمدی شیرمحله[۳]، ویدا شفتی[۴]

توضیحات نویسندگان

۱. دانشجوی دکتری روان‌شناسی سلامت، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران؛
۲. دانشیار، گروه روان‌شناسی، واحد تنکابن، دانشگاه آزاد اسلامی، تنکابن، ایران؛
۳. استادیار، گروه روان‌شناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران؛
۴. استادیار، دانشکدهٔ پزشکی، واحد تنکابن، دانشگاه آزاد اسلامی، تنکابن، ایران.

***رایانامهٔ نویسندهٔ مسئول:** J.khalatbari@toniau.ac.ir

تاریخ دریافت: ۲۶ شهریور ۱۳۹۹؛ **تاریخ پذیرش:** ۲۳ خرداد ۱۴۰۰

چکیده

زمینه و هدف: دوران بارداری اغلب دوره‌ای پراسترس و همراه با تغییرات فیزیولوژیک و روانی برای زنان به‌شمار می‌آید و این مشکلات اثرات چشمگیری بر وضعیت روانی آنان دارد. مطالعهٔ حاضر با هدف مدل‌یابی معادلات ساختاری در رابطهٔ تعارضات زناشویی و امنیت عاطفی با استرس ادراک‌شده و نگرانی‌های دوران بارداری با نقش میانجی بهزیستی روان‌شناختی در زنان باردار انجام شد.

روش‌بررسی: روش پژوهش همبستگی و از نوع مدل‌یابی معادلات ساختاری بود. جامعهٔ آماری پژوهش را زنان باردار مراجعه‌کننده به کلینیک‌های زنان و زایمان و بیمارستان شهرستان رامسر در بازهٔ زمانی بهمن ۱۳۹۷ تا فروردین ۱۳۹۸ تشکیل دادند. با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی ساده ازطریق قرعه‌کشی، ۳۸۴ نفر به‌عنوان نمونه انتخاب شدند. ابزارهای گردآوری داده‌ها پرسش‌نامهٔ تعارضات زناشویی (ثنایی و همکاران، ۱۳۷۹)، مقیاس بهزیستی روان‌شناختی (ریف، ۱۹۸۹)، پرسش‌نامهٔ نگرانی‌های دوران بارداری (آلدردسی و لین، ۲۰۱۱)، مقیاس استرس ادراک‌شده (کوهن و همکاران، ۱۹۸۳) و مقیاس امنیت عاطفی (کردوا و همکاران، ۲۰۰۵) بود. تحلیل داده‌ها با استفاده از آزمون خی‌دو و مدل‌یابی معادلات ساختاری در نرم‌افزارهای AMOS نسخهٔ ۲۲ و SPSS نسخهٔ ۲۲ صورت گرفت. سطح معناداری آزمون‌ها ۰/۰۵ بود.

یافته‌ها: نتایج نشان داد، تعارضات زناشویی (β=-۰/۴۸، p=۰/۰۰۲) و امنیت عاطفی (β=۰/۳۷، p=۰/۰۱۳) اثر مستقیم و معنادار بر بهزیستی روان‌شناختی داشتند. بهزیستی روان‌شناختی دارای اثر مستقیم و معنادار بر استرس ادراک‌شده (β=-۰/۶۵، p=۰/۰۱۳) و نگرانی‌های دوران بارداری (β=-۰/۳۹، p=۰/۰۰۶) بود. همچنین، شاخص‌های نکویی برازش از برازش مطلوب الگو با داده‌های گردآوری‌شده حمایت کرده است (X^2/df=۱/۹۰، GFI=۰/۹۸، CFI=۰/۹۵، AGFI=۰/۹۸، RMSEA=۰/۰۶۷).

نتیجه‌گیری: براساس یافته‌ها نتیجه گرفته می‌شود، تعارضات زناشویی و امنیت عاطفی با واسطه‌گری بهزیستی روان‌شناختی برای استرس ادراک‌شده و نگرانی‌های دوران بارداری زنان باردار نقش پیش‌بینی‌کنندگی دارند.

کلیدواژه‌ها: استرس ادراک‌شده، امنیت عاطفی، بهزیستی روان‌شناختی، تعارضات زناشویی، بارداری.

حق انتشار محفوظ است © ۱۴۰۱، مجله مطالعات ناتوانی. این یک مقاله با دسترسی آزاد است که تحت مجوز اختیار- غیرتجاری ۴/۰ بین‌المللی (https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.fa) منتشر شده است که به شما اجازه می‌دهد که مواد منتشر شده در این مقاله را با شرط ارجاع مناسب به نسخهٔ اصلی، به‌طور غیرتجاری نسخه‌برداری و توزیع کنید.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-02-19]

۱ مقدمه

حاملگی[1] پدیده‌ای به‌شمار می‌رود که چشم‌اندازهای زیادی از زندگی زنان را تحت‌تأثیر و تغییر قرار می‌دهد و به‌عنوان دورهٔ زمانی زمینه‌ساز بحران‌های روان‌شناختی[2] و زیست‌شناختی و دگرگونی عاطفی[3] به آن توجه شده است؛ همچنین از رخدادهای بسیار مهم زندگی است که مادران نخست‌زا را به نقشی اجتماعی جدید وارد می‌سازد (۱). یک نظر خوش‌بینانهٔ افراطی، به بارداری به‌منزلهٔ دوره‌ای نگاه می‌کند که در طی آن مادر به یک‌سری احساسات جالب بهزیستی[4] و نیرومندی روان‌شناختی دست می‌یابد؛ درحالی‌که، دیدگاه‌های دیگر، به آن به‌عنوان رخدادی نسبتاً طبیعی و عمدتاً تجربهٔ رشدی مثبت می‌نگرند (۲). هرچند این تجربهٔ شخصی، بین دو طیف مثبت و منفی در نوسان است، حاملگی به‌طور بالقوه دلالت‌های کوتاه‌مدت و بلندمدت مهمی برای سلامت زنان، بهزیستی و نقش‌های اجتماعی آنان دارد (۳). چون زنان باردار محیطی برای رشد جنین محسوب می‌شوند، تغییرات روان‌شناختی یا اختلالات روانی آن‌ها بر جنین اثر منفی خواهد گذاشت. ازآنجاکه براساس شواهد موجود، ۹۰درصد زنان حداقل یک‌بار در طول عمر خود باردار می‌شوند، توجه به مسائل همراه با دوران بارداری دارای اهمیت زیادی است (۴). بهداشت روانی[5] زن در دوران حاملگی تحت‌تأثیر عواملی ازقبیل احساس وی به هویت زنانگی[6]، زندگی زناشویی، خانوادهٔ همسر، احساس وی دربارهٔ توافق‌ها و تضادها، ارتباط جنسی، خواستن و نخواستن نوزاد است (۵).

در این میان یکی از موضوعاتی که نقش مهمی در سلامت عمومی زنان باردار دارد، نگرانی‌های دوران بارداری[7] است (۶). نگرانی وابسته به دورهٔ بارداری، نوع خاصی از نگرانی به‌شمار می‌رود که به ترس‌ها و نگرانی‌های مادرانهٔ مرتبط با بارداری اشاره می‌کند و دربرگیرندهٔ نگرانی‌ها دربارهٔ سلامتی جنین، نشانه‌های جسمانی، فرزندپروری، روابط با دیگران و زایمان است (۷). نگرانی اختصاصی دورهٔ بارداری درمقایسه با نگرانی ناشی‌از منابع نامرتبط با بارداری، ممکن است علت پیامدها و عوارض مربوط به بارداری و زایمان باشد؛ به‌طوری‌که قوشچیان چوبمسجدی و همکاران در پژوهشی دریافتند، متغیرهای نگرانی از زایمان، فاجعه‌سازی درد و شناخت در انتخاب زایمان معنادار است؛ ولی در متغیرهای ترس از درد افسردگی، اضطراب و استرس رابطهٔ معناداری مشاهده نمی‌شود (۸).

یافته‌های مختلف نشان می‌دهد، اضطراب و نگرانی به‌صورت رابطهٔ Uشکل ظاهر می‌شود؛ به‌طوری‌که در سه‌ماههٔ اول و سوم بارداری، میزان اضطراب و نگرانی افزایش می‌یابد. این اضطراب گاهی به‌عنوان مکانیزمی طبیعی، برای مقابله با نگرانی ذهنی مادر دربارهٔ بچه‌دارشدن تلقی می‌شود که مادر را برای بارداری و تغییرات همراه آن آماده می‌سازد؛ اما نگرانی، اضطراب و سایر اختلالات روانی می‌توانند شکل بیمارگونه به خود بگیرند و چنان شدت یابند که سلامت عمومی مادر باردار را تحت‌تأثیر قرار دهند (۹).

از عوامل دیگری که تأثیرگذاری آن بر حالات دوران بارداری مدنظر قرار گرفته، امنیت عاطفی[8] است. امنیت عاطفی ازجمله ویژگی‌های بنیادین است و به‌علت وجود تنش‌های مختلف در دورهٔ بارداری بر مدیریت بهتر شرایط تأثیر می‌گذارد (۱۰). امنیت عاطفی، احساس امنیت و آسودگی درقبال آسیب‌پذیربودن در بافت رابطه‌ای معین است (۱۱). در دوران بارداری امنیت عاطفی و تعارضات زناشویی[9] می‌توانند با تأثیرگذاری استرس ادراک‌شده، نگرانی‌های دورهٔ بارداری و وضعیت زیستی، بر فرایند بارداری و سلامت مادر و جنین اثرگذار باشند.

با بررسی پیشینهٔ نظری و تحقیقات انجام‌گرفته می‌توان نتیجه گرفت، امنیت عاطفی و تعارضات زناشویی علاوه‌بر تأثیر مستقیم به‌صورت غیرمستقیم و با میانجیگری برخی از متغیرهای روان‌شناختی بر استرس ادراک‌شده، نگرانی‌های دورهٔ بارداری و وضعیت زیستی تأثیر می‌گذارد. تحقیقات بررسی‌شده نشان می‌دهد، یکی از متغیرهای اصلی که می‌توان از آن به‌عنوان متغیر میانجی یاد کرد، بهزیستی روان‌شناختی[10] است (۱۲). همچنین هومن دریافت، امنیت عاطفی از دیگر عوامل روان‌شناختی است که بهزیستی روان‌شناختی را می‌توان تحت‌تأثیر آن دانست (۱۳). متغیر بهزیستی روان‌شناختی به‌صورت مستقیم با عوامل زیستی ارتباط دارد و بر آن‌ها اثرگذار است؛ برای مثال کیو و وو مشخص کردند، بین بهزیستی روان‌شناختی و سیستم دفاعی بدن ارتباط قوی وجود دارد (۱۴). مطالعهٔ حاضر با هدف مدل‌یابی معادلات ساختاری در رابطهٔ تعارضات زناشویی و امنیت عاطفی با استرس ادراک‌شده و نگرانی‌های دوران بارداری با نقش میانجی بهزیستی روان‌شناختی در زنان باردار انجام شد.

۲ روش‌بررسی

روش پژوهش حاضر همبستگی و از نوع مدل‌یابی معادلات ساختاری بود. جامعهٔ آماری پژوهش را زنان باردار مراجعه‌کننده به کلینیک‌های زنان و زایمان و بیمارستان شهرستان رامسر با مدت بارداری بین چهار تا شش ماه تشکیل دادند. براساس آمار به‌دست‌آمده، حدود ۱۴۰۰ زن باردار در بازهٔ زمانی بهمن ۱۳۹۷ تا فرودین ۱۳۹۸ به این مراکز مراجعه کردند. گروه نمونهٔ پژوهش، ۳۸۴ نفر از زنان باردار در فاصلهٔ ماه‌های چهارم تا ششم بارداری بودند که برای انتخاب آن‌ها از روش نمونه‌برداری تصادفی ساده ازطریق قرعه‌کشی استفاده شد. در انتخاب حجم نمونه به‌دلیل اینکه در پژوهش مدل‌یابی به‌ازای هر متغیر آشکار ۱۰تا۱۵ نفر لازم است (۱۵) و براساس متغیرهای موجود در مدل مفهومی شکل ۱، سیصد نفر نیاز بود؛ اما برای اطمینان بیشتر، تعداد ۳۸۴ نفر به‌روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. ملاک‌های حضور شرکت‌کنندگان در پژوهش عبارت بود از: داشتن تحصیلات بیشتر از راهنمایی؛ داشتن سن بین ۲۰تا۴۵ سال؛ زنان باردار با تجربهٔ اولین

1. Pregnancy
2. Psychological crises
3. Biological and emotional changes
4. Well-being
5. Mental Health
6. Femininity identity
7. Pregnancy worries
8. Emotional security
9. Marital conflicts
10. Psychological well-being

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-02-19]

بارداری؛ نوع بارداری طبیعی؛ تک‌قلوزا بودن؛ نداشتن سابقهٔ بیماری عصبی و روانی و بستری‌شدن در بیمارستان.

در پژوهش حاضر ملاحظات اخلاقی زیر مدنظر قرار گرفت: اهداف پژوهش و چگونگی انجام آن برای شرکت‌کنندگان توضیح داده شد؛ اخذ رضایت‌نامهٔ کتبی آگاهانه از آنان صورت گرفت؛ محرمانه‌بودن همهٔ اطلاعات شرکت‌کنندگان به‌طور کتبی اعلام شد؛ رعایت اصل امانت‌داری در تمام مراحل پژوهش از ابتدا تا انتها صورت گرفت؛ به شرکت‌کنندگان حق انصراف از شرکت در پژوهش در هر مرحله از پژوهش داده شد؛ به شرکت‌کنندگان برای محرمانه‌ماندن اطلاعات و نیز نیازنبودن به ذکر نام و نام خانوادگی روی پرسش‌نامه‌ها و انجام گروهی تحلیل اطلاعات اطمینان‌خاطر داده شد.

برای جمع‌آوری داده‌ها ابزارهای زیر به‌کار رفت.

ـ پرسش‌نامهٔ تعارضات زناشویی[1]: این پرسش‌نامهٔ ۵۴سؤالی توسط ثنایی و همکاران در سال ۱۳۷۹و با هدف سنجش ابعاد تعارضات زناشویی ساخته شد (به‌نقل از ۱۶). این پرسش‌نامه هشت بُعد از تعارضات زناشویی را شامل کاهش همکاری، کاهش رابطهٔ جنسی، افزایش واکنش‌های هیجانی، افزایش جلب حمایت فرزندان، افزایش رابطهٔ فردی با خویشاوندان خود، کاهش رابطهٔ خانوادگی با خویشاوندان همسر و دوستان، جداکردن امور مالی از یکدیگر و کاهش ارتباط مؤثر می‌سنجد. حداکثر نمرهٔ کل پرسش‌نامه ۲۷۰ و حداقل آن ۵۴ است. کسب نمرات بیشتر در تمامی خرده‌مقیاس‌ها و نمرهٔ کل این پرسش‌نامه به‌معنای تعارض زناشویی بیشتر در فرد است. نمره‌گذاری آن براساس طیف پنج‌درجه‌ای لیکرت از نمرهٔ ۱ «کاملاً مخالفم» تا نمرهٔ ۵ «کاملاً موافقم» انجام می‌گیرد. این پرسش‌نامه به‌صورت فردی و گروهی اجرا می‌شود (۱۶). در پژوهش ثنایی و همکاران، آلفای کرونباخ برای کل پرسش‌نامه روی گروهی ۲۷۰نفری برابر با ۰/۹۶ به‌دست آمد و برای هشت خرده‌مقیاس کاهش همکاری ۰/۸۱، کاهش رابطهٔ جنسی ۰/۶۱، افزایش واکنش‌های هیجانی ۰/۷۰، افزایش جلب حمایت فرزند ۰/۳۳، افزایش رابطهٔ فردی با خویشاوندان خود ۰/۸۶، کاهش رابطهٔ خانوادگی با خویشاوندان همسر و دوستان ۰/۸۹، جداکردن امور مالی از یکدیگر ۰/۷۱ و کاهش ارتباط مؤثر ۰/۶۹ گزارش شد (به‌نقل از ۱۶).

ـ مقیاس امنیت عاطفی[2]: این مقیاس برای اولین‌بار توسط کردوا و همکاران در سال ۲۰۰۵ساخته شد (۱۷). این مقیاس میزان آسودگی را درقبال آسیب‌پذیری ازسوی شریک در حوزه‌های مختلفی از رابطه ارزیابی می‌کند. این سیاهه، ابزاری خودگزارش‌دهی برای سنجش شدت افسردگی در افراد ۱۳تا۸۰ سال است و ۲۱ ماده دارد که برای ارزیابی علائم افسردگی (نظیر غمگینی، احساس شکست، احساس گناه) بررسی می‌شود. کسب نمرات بیشتر در این مقیاس به‌معنای امنیت عاطفی بیشتر در فرد است. نحوهٔ نمره‌گذاری آن براساس طیف پنج‌درجه‌ای لیکرت از نمرهٔ ۱ «کاملاً مخالفم» تا نمرهٔ ۵ «کاملاً موافقم» است (۱۷). این مقیاس از پایایی درونی مناسب برخوردار است (۱۷). همچنین روایی و پایایی این مقیاس در تحقیق موقانلو و حسینی به تأیید رسید؛ بدین‌ترتیب که آلفای کرونباخ آن ۰/۸۸ و همبستگی این مقیاس با پرسش‌نامهٔ صمیمیت زناشویی[3] ۰/۶۹ و محاسبه شد (۱۸).

ـ مقیاس استرس ادراک‌شده[4]: این مقیاس ابزاری چهارده‌ماده‌ای است که توسط کوهن و همکاران در سال ۱۹۸۳تهیه شد که برای سنجش استرس عمومی درک‌شده در یک ماه گذشته به‌کار می‌رود (۱۹). این مقیاس سنجش افکار و احساسات دربارهٔ حوادث استرس‌زا، کنترل، غلبه، کنارآمدن با فشار روانی و استرس تجربه‌شده را انجام می‌دهد. همچنین عوامل خطرزا را در اختلالات رفتاری بررسی می‌کند و فرایند روابط تنش‌زا را نشان می‌دهد. این ابزار در مقیاس لیکرت پنج‌درجه‌ای از نمرهٔ ۱ «خیلی کم» تا نمرهٔ ۴ «خیلی زیاد»، سنجیده می‌شود. برای تقریباً هرگز ۱ امتیاز، گاهی اوقات ۲ امتیاز، اغلب اوقات ۳ امتیاز و بسیاری از اوقات ۴ امتیاز تعلق می‌گیرد. عبارات ۴، ۵، ۶، ۷، ۹، ۱۰، ۱۳ به‌طور معکوس نمره‌گذاری می‌شود (هرگز=۴ تا بسیاری از اوقات=۱). کمترین امتیاز کسب‌شده صفر و بیشترین نمره ۵۶ است. نمرهٔ بیشتر نشان‌دهندهٔ استرس ادراک‌شدهٔ بیشتر است (۱۹). ضریب آلفای کرونباخ نسخهٔ اصلی این مقیاس ۰/۸۴ به‌دست آمد که نشانهٔ همسانی درونی خوب مقیاس است (۱۹). قربانی و همکاران در پژوهشی بین‌فرهنگی، آلفای کرونباخ این مقیاس را برای آزمودنی‌های ایرانی برابر با ۰/۸۱ و برای آزمودنی‌های آمریکایی برابر با ۰/۸۶ نشان دادند (۲۰).

ـ پرسش‌نامهٔ نگرانی‌های دوران بارداری[5]: این پرسش‌نامه توسط آلدردسی و لین در سال ۲۰۱۱ساخته شد (۲۱). پرسش‌نامه دارای سه زیرمقیاس نگرانی دربارهٔ تولد و نوزاد، نگرانی دربارهٔ وزن و تصویر بدنی، نگرانی دربارهٔ هیجان‌ها و روابط است که برای سنجش نگرانی‌های اختصاصی دوران بارداری به‌کار می‌رود (۲۱). اسفندیاری و همکاران در پژوهشی مبنی‌بر مقایسهٔ دو گروه از زنان باردار (اولین بارداری دربرابر چندمین بارداری) نشان دادند، زنان با بارداری اول درمقایسه با زنان با چندمین بارداری، نمرات بیشتری را در پرسش‌نامهٔ نگرانی‌های دورهٔ بارداری کسب کردند (۲۲). همچنین روایی ملاکی، پایایی بازآزمایی و همسانی درونی برای کل پرسش‌نامه ۰/۷۴ محاسبه شد که حاکی‌از پایایی مطلوب پرسش‌نامه است (۲۲).

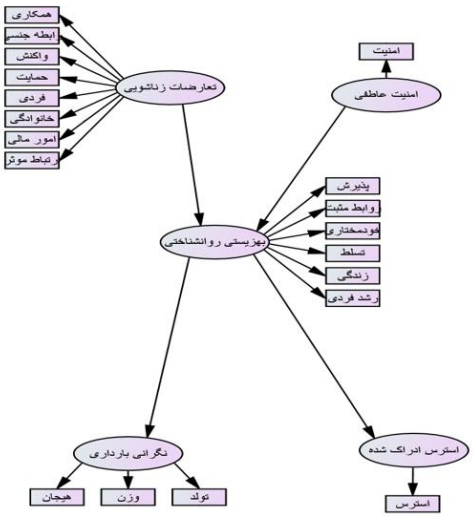
ـ مقیاس بهزیستی روان‌شناختی[6]: برای اندازه‌گیری بهزیستی روان‌شناختی از مقیاس تدوین‌شده توسط ریف در سال ۱۹۸۹ استفاده شد (۲۳). این مقیاس هیجده سؤال دارد و شش عامل خودمختاری، رشد شخصی، روابط مثبت با دیگران، هدفمندی در زندگی، پذیرش خود و تسلط بر محیط را می‌سنجد. نحوهٔ نمره‌گذاری تمامی سؤالات و ابعاد پرسش‌نامه براساس طیف لیکرت شش‌گزینه‌ای از کاملاً مخالفم (۱) تا کاملاً موافقم (۶) است (۲۳). در مطالعهٔ ریف، آلفای کرونباخ به‌دست‌آمده برای خرده‌مقیاس‌های پذیرش خود ۰/۹۳، ارتباط با دیگران ۰/۹۱، خودمختاری ۰/۸۶، تسلط بر محیط ۰/۹۰، هدفمندی

1. Marital Conflict Questionnaire
2. Intimate Safety Scale
3. Marital Intimacy Questionnaire
4. Perceived Stress Scale
5. Prenatal Distress Questionnaire
6. Psychological Well-being Scale

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-02-19]

در زندگی ۰/۹۰ و رشد شخصی ۰/۸۷ گزارش شد. این مقیاس در آغاز بر نمونه‌ای ۳۲۱نفری اجرا شد و ضریب هماهنگی بین مقیاس‌ها ۰/۸۶تا۰/۹۳ و ضریب پایایی بازآزمایی پس از شش هفته روی نمونهٔ ۱۱۷نفری بین ۰/۸۱تا۰/۸۶ به‌دست آمد (۲۳). پایایی نسخهٔ فارسی این مقیاس توسط معینی و همکاران بررسی شد و همسانی درونی خرده‌مقیاس‌های رشد شخصی ۰/۷۷، پذیرش خود ۰/۷۳، هدفمندی در زندگی ۰/۷۴ و خودمختاری ۰/۸۰ به‌دست آمد (۲۴).

مدل مفهومی پژوهش در شکل ۱ ارائه شده است. در راستای تحلیل استنباطی از روش مدل تحلیل مسیر و برازندگی الگوی پیشنهادی براساس شاخص مجذور خی‌دو[1]، شاخص برازندگی تطبیقی[2] (CFI)، شاخص نکویی برازش[3] (GFI)، شاخص نکویی برازش تعدیل‌شده[4] (AGFI)، ریشهٔ خطای میانگین مجذورات تقریب[5] (RMSEA) و باقی‌ماندهٔ ریشهٔ مجذور میانگین (SRMR) بررسی شد. برای ارزیابی روابط واسطه‌ای، آزمون بوت‌استراپ به‌کار رفت. برای مقایسهٔ شرکت‌کنندگان از نظر تحصیلات، سن و ازدواج فامیلی، آزمون خی‌دو به‌کار رفت. تحلیل‌های مذکور با بهره‌گیری از نرم‌افزارهای SPSS نسخهٔ ۲۲ و AMOS نسخهٔ ۲۲ صورت گرفت. سطح معناداری آزمون‌ها در این پژوهش، ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.



شکل ۱. مدل مفهومی پژوهش

۳ یافته‌ها

میانگین و انحراف معیار سن شرکت‌کنندگان ۵/۶۲±۳۰/۱۵ سال بود. توزیع فراوانی و درصد گروه نمونه برحسب میزان تحصیلات آزمودنی، سن و ازدواج فامیلی داشتن یا خیر و همچنین مقدار احتمال، در جدول ۱ گزارش شده است.

جدول ۱. ویژگی‌های جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان

ویژگی‌های جمعیت‌شناختی	تعداد	درصد	مقدار احتمال
میزان تحصیلات آزمودنی			
کمتر از دیپلم	۱۵۰	۵۰/۰	
دیپلم	۱۲۳	۴۱/۰	۰/۶۷۵
فوق‌دیپلم	۲۰	۶/۶	
لیسانس	۷	۲/۴	
سن آزمودنی			
۲۰تا۲۶	۸۲	۲۷/۳	
۲۷تا۳۳	۱۳۸	۴۶/۱	
۳۴تا۴۰	۷۶	۲۵/۳	۰/۵۲۰
۴۱تا۴۷	۴	۱/۳	
ازدواج فامیلی			
بلی	۹۸	۳۲/۶	۰/۴۹۳
خیر	۲۰۲	۶۷/۴	

1. $\chi 2$
2. Comparative fit index
3. Goodness of fit index
4. Adjusted goodness of fit index
5. Root mean square error of approximation

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-02-19]

شاخص‌های گرایش مرکزی و پراکندگی نمره‌های تعارضات زناشویی و مؤلفه‌های آن، امنیت عاطفی، استرس ادراک‌شده، نگرانی‌های دوران بارداری و مؤلفه‌های آن و بهزیستی روان‌شناختی و مؤلفه‌های آن، در گروه نمونه در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲. شاخص‌های آمار توصیفی متغیرهای پژوهش

ابزار	مؤلفه	میانگین	انحراف معیار	کمینه	بیشینه	K-S	مقدار احتمال
تعارضات زناشویی	کاهش همکاری	۲/۶۴	۱/۸۹	۱/۹۳	۴/۵۱	۰/۴۹	۰/۷۵۴
	کاهش رابطهٔ جنسی	۳/۴۹	۱/۵۳	۱/۶۱	۴/۵۸	۰/۸۱	۰/۵۱۲
	افزایش واکنش‌های هیجانی	۲/۷۷	۱/۱۴	۱/۲۶	۴/۴	۰/۵۷	۰/۶۳۷
	افزایش جلب حمایت فرزندان	۳/۳۲	۱/۳۷	۱/۹۱	۴/۴۳	۰/۹۴	۰/۳۱۸
	افزایش رابطهٔ فردی با خویشاوندان خود	۲/۸۹	۱/۹۸	۱/۹۷	۴/۴۴	۱/۱۲۸	۰/۱۵۹
	کاهش رابطهٔ خانوادگی با خویشاوندان همسر	۳/۲۷	۱/۴۱	۱/۴۱	۴/۵۹	۱/۰۲	۰/۲۰۸
	جداکردن امور مالی از یکدیگر	۲/۹۹	۱/۳۶	۱/۲۷	۴/۶۴	۱/۱۱۱	۰/۱۶۱
	کاهش ارتباط مؤثر	۲/۵۷	۱/۴	۱/۷۶	۴/۴۶	۰/۹۸۱	۰/۲۵۶
	کل پرسش‌نامه	۲/۹۹	۱/۵۱	۱/۶۴	۴/۶	۱/۳۰۱	۰/۰۵۴
بهزیستی روان‌شناختی	پذیرش خود	۲/۵	۱/۶۷	۱/۹۹	۴/۴۴	۱/۲۶۷	۰/۰۶۴
	روابط مثبت با دیگران	۲/۸۹	۱/۰۳	۱/۳۲	۴/۵	۱/۲۵۴	۰/۰۶۹
	خودمختاری	۳/۷۲	۱/۳۸	۱/۶۳	۴/۶۴	۱/۱۶۶	۰/۱۲۱
	تسلط بر محیط	۲/۷۳	۱/۹۱	۱/۸۷	۴/۶۱	۱/۰۴۱	۰/۳۸
	زندگی هدفمند	۳/۵۸	۱/۲۱	۱/۷۷	۴/۶۱	۰/۹۰۳	۰/۳۹
	رشد فردی	۳/۱۴	۱/۷۴	۱/۸۶	۴/۶۳	۱/۱۳۶	۰/۱۵۱
	کل پرسش‌نامه	۳/۰۹	۱/۴۹	۱/۷۴	۴/۶۱	۰/۷۲۸	۰/۴۵
نگرانی‌های دوران بارداری	نگرانی دربارهٔ تولد و نوزاد	۲/۷۸	۱/۶۱	۱/۴۴	۴/۴۵	۱/۲۹۸	۰/۱۶۹
	نگرانی دربارهٔ وزن و تصویر بدنی	۳/۰۳	۱/۰۱	۱/۷۸	۴/۵۷	۱/۲۸۴	۰/۱۴
	نگرانی دربارهٔ هیجان‌ها و روابط	۳/۸۵	۱/۲۲	۱/۵۵	۴/۴۴	۱/۰۵۹	۰/۲۱۲
	کل پرسش‌نامه	۳/۲۲	۱/۲۸	۱/۵۹	۴/۴۶	۱/۰۷۹	۰/۳۰۱
	امنیت عاطفی	۳/۴۵	۱/۹۸	۱/۵۴	۴/۶۶	۱/۲۱۸	۰/۸۶۲
	استرس ادراک‌شده	۲/۸۲	۱/۴۵	۱/۵۹	۴/۴۵	۰/۰۶۲	۰/۲۷۰

براساس جدول ۲، نتایج آزمون کولموگروف‌اسمیرنوف نشان داد، داده‌های تحقیق توزیع نرمال داشت (p>۰/۰۵).

جدول ۳. برآورد ضرایب اثر مستقیم متغیرهای برون‌زای تعارضات زناشویی و امنیت عاطفی بر بهزیستی روان‌شناختی (وابستهٔ میانی) و متغیرهای استرس ادراک‌شده و نگرانی‌های دوران بارداری (وابسته‌های اصلی)

مسیر	مقدار برآورد	برآورد استانداردشده	خطای معیار	فاصلهٔ اطمینان (۹۵درصد)		مقدار احتمال
تعارضات زناشویی بر بهزیستی روان‌شناختی	ـ۰/۵۶	ـ۰/۴۸	۰/۰۸	۳/۰۴	۰/۰۰۱	۰/۰۰۲
امنیت عاطفی بر بهزیستی روان‌شناختی	۰/۴۴	۰/۳۷	۰/۰۹	۲/۴۹	۰/۰۰۱	۰/۰۱۳
بهزیستی روان‌شناختی بر استرس ادراک‌شده	ـ۰/۷۳	ـ۰/۶۵	۰/۰۹	۲/۴۷	۰/۰۰۱	۰/۰۱۳
بهزیستی روان‌شناختی بر نگرانی‌های دوران بارداری	ـ۰/۴۶	ـ۰/۳۹	۰/۱۳	۲/۷۴	۰/۰۰۱	۰/۰۰۶

همان‌طورکه جدول ۳ نشان می‌دهد، تعارضات زناشویی دارای اثر مستقیم، منفی و معنادار (β=-۰/۴۸، p=۰/۰۰۲) و امنیت عاطفی دارای اثر مستقیم، مثبت و معنادار (β=۰/۳۷، p=۰/۰۱۳) بر بهزیستی روان‌شناختی بودند؛ همچنین بهزیستی روان‌شناختی دارای اثر مستقیم، منفی و معنادار بر استرس ادراک‌شده (β=-۰/۶۵، p=۰/۰۱۳) و بهزیستی روان‌شناختی دارای اثر مستقیم، منفی و معنادار بر نگرانی‌های دوران بارداری (β=-۰/۳۹، p=۰/۰۰۶) بودند. به‌منظور بررسی سهم واسطه‌گری بهزیستی روان‌شناختی در رابطهٔ بین تعارضات زناشویی و استرس ادراک‌شده، امنیت عاطفی و نگرانی‌های دوران بارداری از دستور بوت‌استراپ استفاده شد که نتایج آن در جدول ۴ آورده شده است.

باتوجه به جدول ۴، اثر غیرمستقیم بهزیستی روان‌شناختی در رابطهٔ بین تعارضات زناشویی و استرس ادراک‌شده برابر با ۰/۱۲۴ (p=۰/۰۱۴) و اثر غیرمستقیم بهزیستی روان‌شناختی در رابطهٔ بین امنیت عاطفی و

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-02-19]

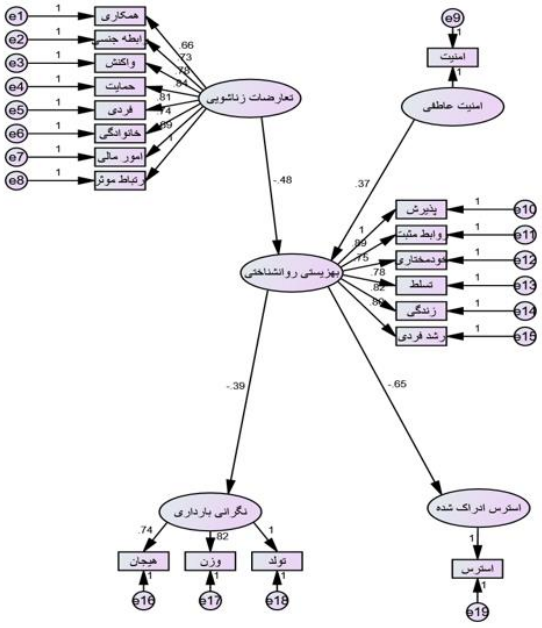
استرس ادراک‌شده برابر با ۰/۰۳۶ (p=۰/۰۳۱) بود. اثر غیرمستقیم بهزیستی روان‌شناختی در رابطهٔ بین تعارضات زناشویی و نگرانی‌های دوران بارداری برابر با ۰/۱۰۸ (p=۰/۰۱۹) و اثر غیرمستقیم بهزیستی روان‌شناختی در رابطهٔ بین امنیت عاطفی و نگرانی‌های دوران بارداری برابر با ۰/۲۰۱ (p=۰/۰۱۰) به‌دست آمد.

جدول ۴. برآورد مسیرهای غیرمستقیم موجود در مدل با استفاده از بوت‌استراپ

متغیر پیش‌بین	متغیر واسطه	متغیر ملاک	مقدار برآورد	برآورد استانداردشده	فاصلهٔ اطمینان (۹۵درصد)		مقدار احتمال
					حد بیشتر	حد کمتر	
تعارضات زناشویی		استرس ادراک‌شده	۰/۱۸۶	۰/۱۲۴	۰/۲۱۰	۰/۱۰۳	۰/۰۱۴
امنیت عاطفی	بهزیستی	استرس ادراک‌شده	۰/۰۸۷	۰/۰۳۶	۰/۲۳۹	۰/۰۱۵	۰/۰۳۱
تعارضات زناشویی	روان‌شناختی	نگرانی‌های دوران بارداری	۰/۱۳۵	۰/۱۰۸	۰/۱۸۹	۰/۰۹۷	۰/۰۱۹
امنیت عاطفی		نگرانی‌های دوران بارداری	۰/۲۳۷	۰/۲۰۱	۰/۳۴۱	۰/۱۷۵	۰/۰۱۰

جدول ۵. شاخص‌های نکویی برازش مدل تحلیل مسیر

شاخص‌های نکویی برازش	نسبت مجذور خی به درجهٔ آزادی[1]	ریشهٔ خطای میانگین مجذورات تقریب	شاخص نکویی برازش تعدیل‌شده	شاخص نکویی برازش	شاخص نکویی تطبیقی
الگوی مسیر	۱/۹۰	۰/۰۶۷	۰/۹۸	۰/۹۸	۰/۹۵



شکل ۲. الگوی مسیر مدل برازش‌شدهٔ روابط بین تعارضات زناشویی، امنیت عاطفی، بهزیستی روان‌شناختی، استرس ادراک‌شده و نگرانی‌های دوران بارداری با برآورد ضرایب استاندارد

جدول ۵ نشان می‌دهد، شاخص‌های نکویی برازش از برازش مطلوب الگو با داده‌های گردآوری‌شده حمایت می‌کند. نتایج الگوی مسیر اندازه‌گیری‌شدهٔ روابط بین تعارضات زناشویی، امنیت عاطفی، بهزیستی روان‌شناختی، استرس ادراک‌شده و نگرانی‌های دوران بارداری در شکل ۲ ارائه شده است.

۴ بحث

پژوهش حاضر با هدف تعیین برازش مدل رابطهٔ تعارضات زناشویی و امنیت عاطفی با استرس ادراک‌شده و نگرانی‌های دوران بارداری با واسطه‌گری بهزیستی روان‌شناختی در زنان باردار انجام شد. نتایج نشان داد، تعارضات زناشویی و امنیت عاطفی با واسطه‌گری بهزیستی روان‌شناختی برای استرس ادراک‌شده و نگرانی‌های دوران بارداری در زنان باردار نقش پیش‌بینی‌کنندگی دارد. نتایج این مطالعه با پژوهش قوشچیان و همکاران مبنی‌بر نقش ترس از درد و متغیرهای روان‌شناختی مرتبط با آن در پیش‌بینی زایمان سزارین (۸) و پژوهش کیو و وو مبنی‌بر وجود ارتباط قوی بین بهزیستی روان‌شناختی و سیستم

[1]. χ2/df

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-02-19]

دفاعی بدن (۱۴)، همسوست.
در تبیین این یافته می‌توان گفت، باتوجه به اینکه زنان باردار مراجعه‌کننده به کلینیک‌های زنان و زایمان و بیمارستان شهرستان رامسر اولین بارداری خود را تجربه می‌کنند، با نگرانی‌هایی دربارهٔ تولد و نوزاد، نگرانی دربارهٔ وزن و تصویر بدنی و نگرانی دربارهٔ هیجان‌ها و روابط خود روبه‌رو هستند. این نگرانی‌ها می‌تواند تعارضات زناشویی را در پی داشته باشد. ازسویی‌دیگر، تعارضات زناشویی که معمولاً در رابطهٔ همسران وجود دارد، نیازمند به‌کارگیری راهبردهایی است تا به‌طور مناسب حل‌وفصل شود؛ اما به‌واسطهٔ قرارداشتن زنان در شرایط بارداری ممکن است با مهارت‌های مقابله‌ای درست برطرف نشود و بهزیستی روان‌شناختی زنان باردار را به خطر بیندازد و به نگرانی‌های دوران بارداری دامن بزند (۶).
در تبیین یافتهٔ دیگر پژوهش مبنی‌بر اثرمستقیم تعارضات زناشویی بر بهزیستی روان‌شناختی می‌توان گفت، نداشتن مهارت در حل مسائل میان‌فردی به‌عنوان یکی از عوامل مهم می‌تواند در به‌وجودآمدن تعارضات زناشویی نقش داشته باشد و با افزایش نگرانی، افسردگی، اضطراب و دیگر مشکلات روان‌شناختی، بهزیستی روان‌شناختی را با مشکل مواجه کند. ازسویی‌دیگر، افراد دارای سطح بهزیستی روان‌شناختی بالا، رفتارهای انعطاف‌پذیر بیشتری از خود بروز می‌دهند و روابط بهتری با دیگران ایجاد می‌کنند. این رفتارهای انعطاف‌پذیر سبب حل بهتر مسائل و درک بهتر شرایط می‌شود و می‌تواند تعارضات زناشویی را کاهش دهد. همچنین، مداخلات مبتنی‌بر بهزیستی روان‌شناختی موجب به‌وجودآمدن هیجان مثبت در زوجین می‌شود و این هیجانات می‌تواند بر روابط زوجین و کاهش تعارضات بین آن‌ها مؤثر باشد (۱۲).
در تبیین یافتهٔ دیگر پژوهش مبنی‌بر اثر مستقیم بهزیستی روان‌شناختی بر نگرانی‌های دوران بارداری می‌توان گفت، یکی از مشکلات زنان با نگرانی‌های دوران بارداری، نگرانی آن‌ها دربارهٔ تصویر بدنی است. ازآنجاکه آن‌ها حس می‌کنند بخشی از بدنشان زشت و بدقواره است و دارای تصویر بدنی منفی و غیرمنطبق بر واقعیت هستند، احساس حقارت و شایستگی‌نداشتن می‌کنند و عزت‌نفس ضعیف دارند. این عوامل روان‌شناختی موجب ایجاد هیجانات منفی در آن‌ها می‌شود. این افراد به‌واسطهٔ احساسات و حالات روان‌شناختی ناخوشایند از زندگی لذت نمی‌برند و نشاط ندارند. می‌توان گفت، بین نارضایتی از تصویر بدن و بهزیستی روان‌شناختی رابطهٔ معنادار وجود دارد. همچنین این افراد امور را نامطلوب ارزیابی کرده و هیجان‌های منفی مانند اضطراب، افسردگی و پریشانی روان‌شناختی بیشتری را تجربه می‌کنند (۹).
پژوهش حاضر به‌دلیل شرایط خاص زنان باردار دارای محدودیت‌های خاصی ازجمله ناتوانی در تعمیم‌پذیری یافته‌ها به انواع دیگر بیماری‌ها و تعمیم‌پذیری یافته‌ها به زنان باردار سایر شهرها بود. جمع‌آوری داده‌ها با استفاده از پرسش‌نامه و کم‌بودن تعداد افراد نمونه به‌دلیل خاص‌بودن نمونه از دیگر محدودیت‌های پژوهش بود؛ بنابراین پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی علاوه‌بر پرسش‌نامه، ابزارهای دیگری مثل مصاحبه به‌کار رود؛ همچنین تأثیر عوامل بررسی‌شده در این پژوهش، بر سایر بیماری‌ها ارزیابی شود. به‌علاوه خودگزارشی‌بودن ابزارهای استفاده‌شده از محدودیت‌های پژوهش بود؛ بنابراین پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی از ابزارهای عینی‌تری استفاده شود که سوگیری کمتری در رابطه با نظر آزمودنی دارند؛ همچنین پیشنهاد می‌شود، در مطالعات آتی متغیرهای دیگری نیز در پژوهش روی زنان باردار مدنظر قرار گیرد و با پژوهش حاضر مقایسه شود. به‌منظور بررسی بهتر حفظ نتایج می‌توان از دوره‌های طولانی‌تر پیگیری نیز استفاده کرد.

۵ نتیجه‌گیری

براساس یافته‌های پژوهش نتیجه گرفته می‌شود، تعارضات زناشویی و امنیت عاطفی با واسطه‌گری بهزیستی روان‌شناختی برای استرس ادراک‌شده و نگرانی‌های دوران بارداری در زنان باردار نقش پیش‌بینی‌کنندگی دارند.

۶ تشکروقدردانی

از تمامی شرکت‌کنندگان که در این پژوهش یاری کردند، نهایت تشکر و قدردانی می‌شود.

۷ بیانیه‌ها

تأییدیهٔ اخلاقی و رضایت‌نامه از شرکت‌کنندگان
ملاحظات اخلاقی رعایت‌شده در این پژوهش عبارت بود از: اهداف پژوهش و چگونگی انجام آن برای شرکت‌کنندگان توضیح داده شد؛ اخذ رضایت‌نامهٔ کتبی آگاهانه از آنان صورت گرفت؛ محرمانه‌بودن همهٔ اطلاعات شرکت‌کنندگان به‌طور کتبی اعلام شد؛ رعایت اصل امانت‌داری در تمام مراحل پژوهش از ابتدا تا انتها صورت گرفت؛ به شرکت‌کنندگان حق انصراف از شرکت در پژوهش در هر مرحله از پژوهش داده شد؛ به شرکت‌کنندگان برای محرمانه‌ماندن اطلاعات و نیز نیازنبودن به ذکر نام و نام خانوادگی روی پرسش‌نامه‌ها و انجام گروهی تحلیل اطلاعات اطمینان‌خاطر داده شد. این مقاله برگرفته از رسالهٔ دکتری روان‌شناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج است. همچنین مجوز اجرای پژوهش بر گروه مطالعه‌شده از زوجین مراجعه‌کننده به کلینیک‌های زنان و زایمان و بیمارستان شهرستان رامسر با شماره نامهٔ ۱۴۸ صادر شده است.
رضایت برای انتشار
این امر غیرقابل اجرا است.
در دسترس بودن داده‌ها و مواد
تمامی داده‌های حاصل از این پژوهش امکان اشتراک‌گذاری دارند.
تضاد منافع
نویسندگان اعلام می‌کنند تضاد منافعی بین آن‌ها وجود ندارد.
منابع مالی
تأمین منابع مالی از هزینه‌های شخصی بوده و توسط هیچ نهاد یا سازمانی تأمین نشده است.
مشارکت نویسندگان
نویسندهٔ اول داده‌های به‌دست‌آمده را آنالیز و تفسیر کرد. نویسندهٔ دوم، در نگارش نسخهٔ دست‌نوشته همکار اصلی بود. همهٔ نویسندگان نسخهٔ دست‌نوشتهٔ نهایی را خوانده و تأیید کردند.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-02-19]

References

1. Airo Toivanen R, Korja R, Saisto T, Rouhe H, Muotka J, Salmela-Aro K. Changes in emotions and personal goals in primiparous pregnant women during group intervention for fear of childbirth. J Reprod Infant Psychol. 2018;36(4):363–80. https://doi.org/10.1080/02646838.2018.1462477
2. Mota P, Pascoal AG, Carita AI, Bø K. Normal width of the inter-recti distance in pregnant and postpartum primiparous women. Musculoskelet Sci Pract. 2018;35:34–7. https://doi.org/10.1016/j.msksp.2018.02.004
3. Bassi M, Delle Fave A, Cetin I, Melchiorri E, Pozzo M, Vescovelli F, et al. Psychological well-being and depression from pregnancy to postpartum among primiparous and multiparous women. J Reprod Infant Psychol. 2017;35(2):183–95. https://doi.org/10.1080/02646838.2017.1290222
4. Pan WL, Gau ML, Lee TY, Jou HJ, Liu CY, Wen TK. Mindfulness-based programme on the psychological health of pregnant women. Women and Birth. 2019;32(1):e102–9. https://doi.org/10.1016/j.wombi.2018.04.018
5. Suto M, Takehara K, Yamane Y, Ota E. Effects of prenatal childbirth education for partners of pregnant women on paternal postnatal mental health and couple relationship: A systematic review. J Affect Disord. 2017;210:115–21. https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.12.025
6. Karrabi R, Farjamfar M, Mortazavi F, Nazari AM, Goli S. The effect of solution-focused group counseling on pregnant women's worries: A randomized clinical trial. Hayat. 2019;25(1):81–94. [Persian] https://hayat.tums.ac.ir/article-1-2873-en.pdf
7. Malakouti J, Mirghafourvand M, Salehi Pour Mehr H, Shamsaei F, Safari Komeil M. Maternal worries and their relationship with coping strategies in pregnant women referring to health centers in Hamadan. Hayat. 2018;24(1):35–47. [Persian] https://hayat.tums.ac.ir/article-1-2196-en.pdf
8. Ghooshghian Choobmasjedi S, Dehghani M, Khorsandi M, Farzad VA. The role of fear of pain and related psychological variables in prediction of cesarean labor. Journal of Arak University of Medical Sciences. 2011;14(3):45–54. [Persian] http://jams.arakmu.ac.ir/article-1-798-fa.pdf
9. Power M, Uphoff E, Kelly B, Pickett KE. Food insecurity and mental health: an analysis of routine primary care data of pregnant women in the Born in Bradford cohort. J Epidemiol Community Health. 2017;71(4):324–8. https://doi.org/10.1136/jech-2016-207799
10. Flynn M, Kay R. Migrants' experiences of material and emotional security in rural Scotland: Implications for longer-term settlement. Journal of Rural Studies. 2017;52:56–65. https://doi.org/10.1016/j.jrurstud.2017.03.010
11. López-Larrosa S, Mendiri P, Sánchez-Souto V. Exploring the relationship between interparental conflict and emotional security: What happens with adolescents in residential care compared to those living with their families? Children and Youth Services Review. 2019;101:123–30. https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2019.03.054
12. Broberg L, Tabor A, Rosthøj S, Backhausen M, Frokjaer VG, Damm P, et al. Effect of supervised group exercise on psychological well-being among pregnant women with or at high risk of depression (the EWE Study): A randomized controlled trial. Acta Obstet Gynecol Scand. 2021;100(1):129–38. https://doi.org/10.1111/aogs.13982
13. Homan KJ. Secure attachment and eudaimonic well-being in late adulthood: The mediating role of self-compassion. Aging Ment Health. 2018;22(3):363–70. https://doi.org/10.1080/13607863.2016.1254597
14. Qi D, Wu Y. Does welfare stigma exist in China? Policy evaluation of the minimum living security system on recipients' psychological health and wellbeing. Soc Sci Med. 2018;205:26–36. https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2018.03.041
15. Kline RB. Principles and practice of structural equation modeling. 3rd ed. New York: Guilford Press; 2011.
16. Sanaei B. Families and marriage scales. Tehran: Besat Pub; 2005. [Persian]
17. Cordova JV, Gee CB, Warren LZ. Emotional skillfulness in marriage: Intimacy as a mediator of the relationship between emotional skillfulness and marital satisfaction. Journal of Social and Clinical Psychology. 2005;24(2):218–35. https://doi.org/10.1521/jscp.24.2.218.62270
18. Moghanloo M, Hosseini SM. Prediction of emotional empathy in the wives of veterans by cognitive emotion regulation strategies and resilience. Iranian Journal of War and Public Health. 2019;11(2):93–9. [Persian] https://ijwph.ir/article-1-778-en.pdf
19. Cohen S, Kamarck T, Mermelstein R. A global measure of perceived stress. J Health Soc Behav. 1983;24(4):385–96.
20. Ghorbani N, Krauss SW, Watson PJ, Lebreton D. Relationship of perceived stress with depression: complete mediation by perceived control and anxiety in Iran and the United States. Int J Psychol. 2008;43(6):958–68. https://doi.org/10.1080/00207590701295264
21. Alderdice F, Lynn F. Factor structure of the Prenatal Distress Questionnaire. Midwifery. 2011;27(4):553–9. https://doi.org/10.1016/j.midw.2010.05.003
22. Esfandiari M, Faramarzi M, Gholinia H, Omidvar S, Nasiri-Amiri F, Abdollahi S. Psychometric properties and factor structure of the persian version of revised prenatal distress questionnaire in second and third trimesters. Iran J Nurs Midwifery Res. 2020;25(5):431–6. https://doi.org/10.4103/ijnmr.ijnmr_160_19
23. Ryff CD. In the eye of the beholder: views of psychological well-being among middle-aged and older adults. Psychol Aging. 1989;4(2):195–201. https://doi.org/10.1037//0882-7974.4.2.195
24. Moeini B, Shafii F, Hidarnia A, Babaii GR, Birashk B, Allahverdipour H. Perceived stress, self-efficacy and its relations to psychological well-being status in Iranian male high school students. Social Behavior and Personality: An International Journal. 2008;36(2):257–66. https://doi.org/10.2224/sbp.2008.36.2.257

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-02-19]