



Predictive Model of Life Quality Based on Psychological Resilience and Couple Intimacy, Mediated by Pregnancy Anxiety in Pregnant Women

Zeynab Nejadhoseinian¹, Saeid Bakhtiarpour^{2*}, Firozeh Zangeneh Motlagh³

1. Department of Psychology, Faculty of Humanities, Arak Branch, Islamic Azad University, Arak, Iran. Email: zeynab.nejadhosinian@gmail.com
2. Corresponding Author, Department of Psychology, Faculty of Humanities, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran. Email: saeedbakhtiarpour@iauahvaz.ac.ir
3. Department of Psychology, Faculty of Humanities, Arak Branch, Islamic Azad University, Arak, Iran. Email: f-zanganeh@iau-arak.ac.ir

ARTICLE INFO

Article type:
Research Article

Article History:
Received: 19 Nov 2021
Revised: 15 Jan 2022
Accepted: 26 Feb 2022
Published Online: 10 Jan 2024

Keywords:
Couple Intimacy, Pregnancy Anxiety, Pregnant Women, Psychological Resilience, Quality of Life.

ABSTRACT

The purpose of the current investigation was to develop a predictive model for quality of life in expectant women based on psychological resilience and couple intimacy, with pregnancy anxiety serving as a mediator. Pathway analysis and descriptive-correlational methods comprised the research design. During the fall and winter of 2019, expectant women who were referred to hygiene centers and gynecologists' offices in the city of Ahvaz comprised the statistical population. Four hundred expectant women comprised the statistical population; they were selected using a readily available sampling method. Quality of Life Questionnaire (QLQ), Pregnancy Anxiety Questionnaire (PAQ), Psychological Resilience Questionnaire (PRQ), and Couple Intimacy Questionnaire (CIQ) were among the administered questionnaires. Through the utilization of Bootstrap testing and pathway analysis, the data was analyzed. SPSS version 23 and Amos version 23 were utilized for this purpose. Quality of life is significantly correlated with psychological resilience, couple intimacy, and pregnancy anxiety, according to the findings ($p < 0.01$). Furthermore, it is noteworthy that psychological resilience, couple intimacy, and pregnancy anxiety exert a substantial direct impact on quality of life ($p < 0.01$). Furthermore, the results of the Bootstrap test indicated that pregnancy anxiety mediates the relationship between couple intimacy and expectant women's quality of life and psychological resilience ($p < 0.01$). Finally, the model exhibited a satisfactory level of fit. Given the substantial mediating function of pregnancy anxiety, it is imperative that clinical therapists employ efficacious psychological therapy methods to reduce the anxiety of pregnant women.

Cite this article: Nejadhoseinian, Z., Bakhtiarpour, S., & Zangeneh Motlagh, F. (2024). Predictive Model of Life Quality Based on Psychological Resilience and Couple Intimacy, Mediated by Pregnancy Anxiety in Pregnant Women. *Journal of Applied Psychological Research*, 14(4), 203-222. doi: 10.22059/japr.2024.334237.644095.



Publisher: University of Tehran Press
DOI: <https://doi.org/10.22059/japr.2024.334237.644095>

© The Author(s).



مدل پیش‌بینی کیفیت زندگی براساس تاب‌آوری روانی و صمیمیت با همسر با میانجی‌گری اضطراب بارداری در زنان باردار

زینب نژادحسینیان^۱، سعید بختیارپور^{۲*}، فیروزه زنگنه مطلق^۳

۱. دانشجوی دکتری روان‌شناسی، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم انسانی، واحد اراک، دانشگاه آزاد اسلامی، اراک، ایران. رایانامه:

zeynab.nejadhosinian@gmail.com

۲. نویسنده مسئول، استادیار، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم انسانی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران. رایانامه:

saeedbakhtiarpoor@iauahvaz.ac.ir

۳. استادیار، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم انسانی، واحد اراک، دانشگاه آزاد اسلامی، اراک، ایران. رایانامه: f-zanganeh@iau-arak.ac.ir

چکیده

اطلاعات مقاله

پژوهش حاضر با هدف ارائه مدل پیش‌بینی کیفیت زندگی براساس تاب‌آوری روانی و صمیمیت با همسر با میانجی‌گری اضطراب بارداری در زنان باردار صورت پذیرفت. روش پژوهش، توصیفی-همبستگی و تحلیل مسیر بود. جامعه آماری شامل زنان باردار مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی و مطب متخصصان زنان شهر اهواز در شش‌ماهه دوم سال ۱۳۹۸ بود. نمونه آماری شامل ۴۰۰ زن باردار بود که به روش نمونه‌گیری دردسترس انتخاب شدند. ابزارهای مورد استفاده شامل پرسشنامه کیفیت زندگی (QLQ)، پرسشنامه اضطراب بارداری (PAQ)، پرسشنامه تاب‌آوری روانی (PRQ) و پرسشنامه صمیمیت زوجین (CIQ) بود. تحلیل داده‌ها با استفاده از تحلیل مسیر و آزمون بوت‌استرپ صورت گرفت. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS و Amos نسخه ۲۳ استفاده شد. نتایج نشان داد تاب‌آوری روانی، صمیمیت با همسر و اضطراب بارداری با کیفیت زندگی دارای رابطه معنادار است ($p < 0/01$). همچنین تاب‌آوری روانی، صمیمیت با همسر و اضطراب بارداری بر کیفیت زندگی دارای اثر مستقیم معنادار است ($p < 0/01$). علاوه‌براین نتایج بوت‌استرپ نشان داد اضطراب بارداری در رابطه تاب‌آوری روانی و صمیمیت با همسر با کیفیت زندگی زنان باردار دارای نقش میانجی‌گر معنادار است ($p < 0/01$). درنهایت مدل از برازش مناسبی برخوردار بود. با توجه به نقش میانجی معنادار اضطراب بارداری لازم است درمانگران بالینی با به‌کارگیری روش‌های درمانی روان‌شناختی کارآمد، اضطراب بارداری زنان باردار را کاهش دهند.

نوع مقاله:

پژوهشی

تاریخ‌های مقاله:

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۰۸/۲۸

تاریخ بازنگری: ۱۴۰۰/۱۰/۲۵

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۱۲/۰۷

تاریخ انتشار: ۱۴۰۲/۱۰/۲۰

کلیدواژه‌ها:

اضطراب بارداری، تاب‌آوری روانی، زنان باردار، صمیمیت با همسر، کیفیت زندگی.

استناد: نژادحسینیان، ز، بختیارپور، س، و زنگنه مطلق، ف. (۱۴۰۲). نژادحسینیان، ز، بختیارپور، س، و زنگنه مطلق، ف. (۱۴۰۲). مدل پیش‌بینی کیفیت زندگی براساس تاب‌آوری

روانی و صمیمیت با همسر با میانجی‌گری اضطراب بارداری در زنان باردار. فصل‌نامه پژوهش‌های کاربردی روانشناختی، ۱۴(۴)، ۲۰۳-۲۲۲.

doi: 10.22059/japr.2024.334237.644095

ناشر: انتشارات دانشگاه

© نویسندگان.

تهران



DOI: <https://doi.org/10.22059/japr.2024.334237.644095>

۱. مقدمه

دوران بارداری از مهم‌ترین مراحل زندگی زنان به‌شمار می‌رود. هرچند که این دوره برای بیشتر زنان یک مرحله شادی‌آفرین در زندگی است، اغلب دوره‌ای پرتنش توأم با دگرگونی‌های فیزیولوژیکی و روانی نیز محسوب می‌شود (چن و همکاران^۱، ۲۰۲۰): به‌نحوی که یک سلسله ناراحتی و مشکلات در این دوره به‌صورت شایع به‌وجود می‌آید که بر حالات روانی نیز آثار قابل‌توجهی باقی می‌گذارد. این دست از مشکلات، قدرت زنان را برای ایفای نقش‌های معمول زندگی کاهش می‌دهد (می و همکاران^۲، ۲۰۲۱). طی دوره بارداری و در مدت نه‌چندان زیاد (حدود ۴۰ هفته) بدن فرد دستخوش تغییرات متعددی می‌شود. درحالی‌که بارداری پدیده‌ای زیستی و یکی از شیرین‌ترین مراحل زندگی زنان محسوب می‌شود (کالانان و همکاران^۳، ۲۰۲۲)، تغییرات فیزیولوژیکی و روانی دوران بارداری، آثار نامطلوبی بر عملکرد روزانه زنان باردار به‌جای می‌گذارد (لامیچانه و همکاران^۴، ۲۰۲۱). از دگرگونی‌های دوران بارداری در زنان می‌توان به تغییرات بیوشیمیایی، فیزیولوژیکی و آناتومیک آنان اشاره کرد (ولچ و همکاران^۵، ۲۰۲۱). از سوی دیگر دوره بارداری با تغییرات پیچیده روان‌شناختی نیز همراه است که این تغییرات سبب کاهش تمایل به روابط جنسی و بی‌رمق‌شدن روابط بین‌فردی در میان زوجین می‌شود. همچنین در دوران حاملگی، کیفیت زندگی^۶ و ابعاد سلامتی زنان باردار از جمله سلامت جسمانی، روانی و اجتماعی به‌مخاطره می‌افتد (لاتو و همکاران^۷، ۲۰۱۷). به‌نظر می‌رسد این دگرگونی‌ها خارج از کنترل آنان و نخستین تغییراتی است که آن‌ها را هم از نظر جسمی و هم از لحاظ روانی مستعد آسیب می‌سازد (لیو و همکاران^۸، ۲۰۱۹).

دگرگونی‌های هیجانی، ارتباطی و جسمی زنان باردار موجب تغییراتی در کیفیت زندگی آنان می‌شود (کاراچو و همکاران^۹، ۲۰۲۰). براساس گزارش مورین و همکاران^{۱۰} (۲۰۱۹)، کیفیت زندگی زنان باردار در ماه‌های چهارم الی هشتم به‌تدریج کاهش پیدا می‌کند و در بارداری‌های توأم با بیماری مانند دیابت، فشارخون بالا و پره‌اکلامپسی، این سیر نزولی افزایش می‌یابد. همچنین استبصاری و همکاران^{۱۱} (۲۰۲۰) گزارش کردند کیفیت زندگی زنان حامله در دوران بارداری متأثر از فاکتورهایی نظیر عوامل جمعیت‌شناختی (سن مادر، سن بارداری، شاخص توده بدنی، سطح تحصیلات و شغل مادر)، عامل والدگری (دل‌بستگی با والدین) و سلامت جنین در طول بارداری و پس از بارداری است. بر مبنای نظر سازمان بهداشت جهانی، کیفیت زندگی به معنای ادراک افراد از موقعیت زندگی در زمینه فرهنگی و سیستم ارزشی‌ای که در آن زندگی کرده‌اند و ارتباطی که با استانداردها، اهداف، انتظارات و موضوعات پیرامونی برقرار می‌کنند، تعریف می‌شود (فیشر، مارگوری و براتو^{۱۲}، ۲۰۱۹). کیفیت زندگی براساس عوامل عینی (محیط و شرایط زندگی) و عوامل ذهنی (مرزهای شخصی و قابل‌سنجش در میزان خشنودی و بهزیستی) مشخص می‌شود (لاگادک و همکاران^{۱۳}، ۲۰۱۸). کیفیت زندگی دارای مفهومی جامع و کلی است که ابعاد فیزیکی، روانی، شناختی، اجتماعی، فرهنگی و اقتصادی زندگی فرد را دربرمی‌گیرد (کارو و همکاران^{۱۴}، ۲۰۱۰).

عوامل مختلفی وجود دارند که می‌توانند نقش مؤثری در کیفیت زندگی زنان باردار ایفا کنند. یکی از متغیرهایی که می‌تواند موجب افزایش تحمل روانی و ظرفیت ذهنی زنان باردار شود و کیفیت زندگی آنان را ارتقا دهد، تاب‌آوری روانی^{۱۵} است (شمسی ثانی و تمنایی‌فر، ۱۳۹۶). براساس مشاهدات، تاب‌آوری روانی می‌تواند به‌عنوان متغیر میانجی میان استرس بارداری، رابطه با

1. Chen et al.
2. Mei et al.
3. Callanan et al.
4. Lamichhane et al.
5. Welch et al.
6. Quality of Life
7. Lau et al.
8. Liu et al.
9. Caracho et al.
10. Morin et al.
11. Estebansari et al.
12. Fischer, Marguerie, & Brotto
13. Lagadec et al.
14. Karow et al.
15. Psychological resilience

دیگران و کیفیت خواب زنان باردار دخالت کند (گارسیا-لئون و همکاران^۱، ۲۰۱۹). این در حالی است که نتایج پژوهش باغی و همکاران (۱۳۹۶)، رزم‌پوش، رضانی، ماردپور و کولیوند (۱۳۹۷)، گرامی‌نژاد و همکاران (۱۳۹۷)، حسینی نیا و حاتمی (۱۳۹۸) و موسوی و همکاران (۱۳۹۹) بیانگر آن است که رابطه معناداری بین تاب‌آوری و کیفیت زندگی در افراد مختلف وجود دارد. چنان که حسینی نیا و حاتمی (۱۳۹۸) نشان دادند بهزیستی روان‌شناختی و تاب‌آوری می‌تواند کیفیت زندگی بازنشستگان پیش‌بینی کند. همچنین موسوی و همکاران (۱۳۹۹) گزارش کردند که تاب‌آوری در رابطه بین سواد سلامت و کیفیت زندگی اختصاصی بیماران مبتلا به سرطان پستان می‌تواند نقش میانجی ایفا کند. تاب‌آوری روان‌شناختی بدین معنا است که افراد توانایی سازگاری مثبت و عادت به نگهداری ذهن در وضعیت سلامت را در خود پرورش می‌دهند. حالت روان‌شناختی منفی با تاب‌آوری روانی این تفاوت را دارد که تاب‌آوری روی مکانیسم‌های روانی پیشگیری‌کننده تمرکز دارد و به فرد کمک می‌کند تا بتواند با هیجان‌های منفی خود کنار بیاید، ولی حالات روان‌شناختی منفی موجب زایش حالات روانی نامطلوب دیگر می‌شود (ریستویسکا و همکاران^۲، ۲۰۱۵). باور چانگ و همکاران^۳ (۲۰۲۱) بر آن است که تاب‌آوری با استفاده از راهبردهای مؤثر نظیر جست‌وجوی حمایت اجتماعی، روش‌های مقابله‌ای فعال و سازنده، خوددلگرم‌سازی، افکار مثبت و خوش‌بینی می‌تواند موجب افزایش توان روانی افراد شود. در عوض، راهبردهای مقابله‌ای غیرسازنده نظیر افسردگی، روش‌های حل مسئله منفعلانه و اجتنابی را کاهش می‌دهد. ویژگی افراد تاب‌آور این است که جهت‌گیری مشخصی در زندگی دارند و در رابطه با خود و دیگران از نقش حمایت‌گرانه برخوردارند. در عین حال قدرت درونی آن‌ها سبب می‌شود در مقابل آسیب‌های روان‌شناختی ایستادگی بیشتری از خود نشان دهند (باکمن و همکاران^۴، ۲۰۱۹).

صمیمیت با همسر^۵، از دیگر متغیرهایی است که می‌تواند در کیفیت زندگی زنان باردار نقش مؤثری ایفا کند (برزگر و سامانی، ۱۳۹۵)؛ چنان که لی، کیم و لی^۶ (۲۰۲۱) گزارش کرده‌اند که صمیمیت زناشویی می‌تواند با کاهش تنش‌های روابط با همسر و افسردگی دوران بارداری در زوجین منتظر فرزند، کیفیت زندگی آنان را ارتقا بخشد. صمیمیت زناشویی از ویژگی‌های کلیدی و مهم روابط زوجین و از مشخصه‌های آشکار یک ازدواج موفق محسوب می‌شود. این ویژگی به تعامل همسران اشاره دارد. فقدان یا کمبود صمیمیت، شاخص آشفستگی در روابط زناشویی به‌شمار می‌رود (هسون-اوهایون و همکاران^۷، ۲۰۱۹). صمیمیت موجب می‌شود افراد، بخش‌های مهم افکار و زندگی خودشان را با دیگران به اشتراک بگذارند. در روابط نزدیک که خودافشایی، همدلی، اشتیاق، صداقت، صراحت و شفافیت رفتاری وجود دارد، اشخاص به‌طور معمول به شباهت‌هایی که با یکدیگر دارند آگاهی می‌یابند و علاوه بر لذتی که در روابط صمیمانه نصیبشان می‌شود، به سلامت روانی و تجربه حس همبستگی با دیگری نیز نائل می‌شوند (کلی، زیمر-جیمیک و بویسلارد^۸، ۲۰۱۲). از اهم موانع ایجاد صمیمیت می‌توان به گوش نکردن فعال، گوش سپردن انتخابی، شنیدن دفاعی یا با هدف تغییر نگرش نفر مقابل، به‌کارگیری واژه‌های دوپهلوی، توهین و سرزنش، انتظارات غیرواقع‌بینانه از رابطه، نداشتن همدلی، تعصب و پیروی از کلیشه‌ها، نداشتن تفاهم فرهنگی و دفاع‌های ناهشیار افراد اشاره کرد (لی، کیم و لی، ۲۰۲۱). براساس مطالعات و تجارب بالینی می‌توان اذعان کرد بسیاری از تعارضات زناشویی ریشه در فقدان صمیمیت و مشکلات ارتباطی بین زوج‌ها دارد. بر این مبنای صمیمیت نیاز اساسی و واقعی انسان به‌شمار می‌رود و صرفاً یک تمایل یا آرزو نیست. به همین دلیل، عدم ارضای آن به افزایش تعارضات، کاهش رضایت زناشویی و بروز مشکلات عاطفی و روانی می‌انجامد (اوه و هوانگ^۹، ۲۰۱۸). بر پایه تحقیقات انجام‌شده، وجود صمیمیت در بین زوج‌ها، عاملی مهم در بقا و تداوم پیوند ازدواج به‌حساب می‌آید و از طرفی، پرهیز از ایجاد روابط صمیمانه، از عوامل شکست در زندگی خانوادگی محسوب می‌شود (تریوه و همکاران،

1. Garcia-Leon et al.

2. Ristevska et al.

3. Chang et al.

4. Backmann et al.

5. intimacy with spouse

6. Lee, Kim, & Lee

7. Hasson-Ohayon et al.

8. Kelly, Zimmer-Gembeck, & Boislard

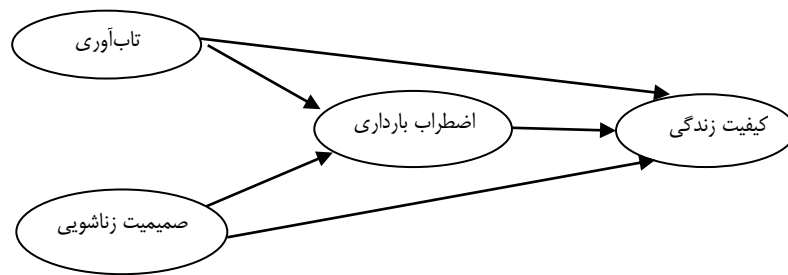
9. Oh & Hwang

(۱۳۹۹).

در برابر رابطه مثبت تاب‌آوری روانی و صمیمیت زناشویی با کیفیت زندگی، متغیرهایی وجود دارند که کیفیت زندگی زنان باردار را به‌طور نامطلوبی تحت‌الشعاع قرار می‌دهند. یکی از این عوامل که به‌عنوان میانجی مطرح می‌شود و نقش مؤثری در کاهش کیفیت زندگی دارد، اضطراب بارداری^۱ است. چنان‌که نتایج پژوهش برجسته و مقدم تبریزی (۱۳۹۵)، فتحی و گلک خیبری (۱۳۹۶)، بشرپور و طاهری‌فرد (۱۳۹۸) و حسین‌پور، رضایی و غلامرضایی (۱۳۹۸) حاکی از آن است که اضطراب بارداری می‌تواند موجب به‌وجود آمدن استرس، بی‌نظمی هیجانی، تحریف‌های شناختی و افسردگی شود. علاوه‌براین دومینگاز-سولیس، لیما-سرانو و لیما-رودریگز^۲ (۲۰۲۱)، ناجا و همکاران^۳ (۲۰۲۰) و ماهرر و همکاران^۴ (۲۰۲۰) در نتایج پژوهش خود اظهار کردند اضطراب دوران بارداری تحلیل‌های روان‌شناختی، شناختی و هیجانی زنان باردار را تحت تأثیر قرار می‌دهد و سلامت عمومی آنان را به مخاطره می‌اندازد. به‌موازات افزایش اضطراب در زنان باردار، دیگر مشکلات روانی نیز ظاهر می‌شوند، از جمله عدم پایداری هیجانی، آشفتگی (بی‌قراری) و بروز مشکل در روابط بین‌فردی. این پریشانی‌های روان‌شناختی می‌تواند سلامتی زنان باردار را تحت‌الشعاع قرار دهد و بارداری پرخطر و تولد نوزاد کم‌وزن به دنبال داشته باشد (اکاگیو و همکاران^۵، ۲۰۱۹). اضطراب دوران بارداری به‌صورت یک منحنی U شکل ظاهر می‌شود. بدین معنا که در ماه‌های اول و آخر بارداری، میزان اضطراب و نگرانی به‌تدریج افزایش می‌یابد؛ به‌نحوی که تجربه تغییرات جسمی و ذهنی زن باردار می‌تواند میزان اضطراب او را افزایش دهد. در این زمینه، زنان باردار با شماری از نگرانی‌های درست و گاهی نادرست، دست‌وپنجه نرم می‌کنند (بوئن و همکاران^۶، ۲۰۱۴). اضطراب دوران بارداری می‌تواند به‌صورت ترس از زایمان، ترس از تولد کودک دارای نقص جسمی و نگرانی درباره تغییرات مرتبط با بارداری بروز کند (آرچ، دیمیدجان و چسک^۷، ۲۰۱۲)؛ بنابراین می‌توان از جمله عواملی که به اضطراب بارداری منجر می‌شوند، به ترس از درد، تجربه حوادث قبلی، عوامل شخصیتی، مشکلات روانی-اجتماعی و اقتصادی، احساس ناتوانی در کنترل روند زایمان، نگرانی بابت سلامتی فرزند، عدم حمایت خانوادگی یا اجتماعی، پایین بودن سطح تحصیلات، شنیدن نقل‌قول‌های رعب‌آور از دیگران درمورد زایمان یا تجربه زایمان قبلی اشاره کرد (داچو و همکاران^۸، ۲۰۲۱).

شناسایی عوامل مثبت و منفی مؤثر بر کیفیت زندگی زنان باردار می‌تواند به استفاده از روش‌های مداخله‌ای مناسب و کارآمد منجر شود. چنان‌که شناسایی عواملی همچون تاب‌آوری روانی و صمیمیت با همسر می‌تواند از راهکارهای بنیادین در امر بهبود کیفیت زندگی زنان باردار باشد؛ چرا که بهترین شیوه بهبود متغیرهایی همچون کیفیت زندگی را تمرکز بر عوامل مؤثر مثبت و منفی بر آن می‌دانند. چنان‌که با کشف روابط بین تاب‌آوری روانی، صمیمیت با همسر و اضطراب بارداری با کیفیت زندگی در زنان باردار می‌توان با تدوین مدلی کاربردی، به آنان آموزش‌های لازم بر مبنای ارتقای تاب‌آوری روانی، بهبود صمیمیت زناشویی و کاهش اضطراب دوران بارداری را ارائه داد. این در حالی است که باید به نقش مخرب اضطراب بارداری در سلامت روانی و جسمی مادر، زایمان زودرس و سلامت جسمی کودک نیز توجه کرد. چنان‌که اضطراب بارداری با آسیب به پردازش‌های شناختی، روان‌شناختی و هیجانی زنان باردار سبب می‌شود فرایندهای فیزیولوژیکی زنان باردار نیز دچار آسیب شود و ادامه این روند می‌تواند جنین را دچار مشکل کند. عدم شناسایی عوامل پدیدآورنده و پیش‌بینی‌کننده و در پی آن، عدم تدوین مدل درمانی مناسب، سبب می‌شود تا زنان باردار ارتباط سازنده خود را با همسر و محیط از دست بدهند و با بروز آسیب‌های روان‌شناختی، اختلالات هیجانی، روانی و شناختی پس از زایمان نیز به آن اضافه می‌شود؛ بنابراین مسئله اصلی پژوهش حاضر، ارائه مدل پیش‌بینی کیفیت زندگی براساس تاب‌آوری روانی و صمیمیت با همسر با میانجی‌گری اضطراب بارداری در زنان باردار است. مدل مفهومی پژوهش در شکل ۱ ارائه شده است.

1. pregnancy anxiety
2. Domínguez-Solís, Lima-Serrano, & Lima-Rodríguez
3. Naja et al.
4. Mahrer et al.
5. Okagbue et al.
6. Bowen et al.
7. Arch, Dimidjian, & Chessick
8. Dachew et al.



شکل ۱. مدل مفهومی پژوهش

۲. روش

۲-۱. جامعه، نمونه و روش اجرا

روش پژوهش توصیفی-همبستگی و تحلیل مسیر است. جامعه آماری پژوهش شامل زنان باردار مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی و مطب متخصصان زنان شهر اهواز در شش ماهه دوم سال ۱۳۹۸ بود که به شیوه نمونه‌گیری دردسترس، از بین آنان ۴۰۰ زن باردار انتخاب شدند و از آن‌ها درخواست شد به سؤالات پرسشنامه‌ها پاسخ دهند. معیارهای ورود به پژوهش داشتن سطح تحصیلات راهنمایی، سن ۱۸ یا بیشتر و تشخیص پزشکی بارداری بود. معیار خروج نیز پاسخگویی ناقص و مخدوش و انصراف از ادامه پاسخگویی به پرسشنامه‌ها بود. پس از جمع‌آوری پرسشنامه‌ها، ۲۸ پرسشنامه به دلیل پاسخگویی ناقص یا مخدوش حذف شدند. پس از این فرایند ۲۸ پرسشنامه به شکل مجدد اجرا شد تا تعداد نمونه ۴۰۰ نفر شود. برای رعایت اخلاق در پژوهش، رضایت زنان برای شرکت در پژوهش کسب شد و آنان از کلیه مراحل پژوهش آگاه شدند. علاوه بر این به این افراد اطمینان داده شد که اطلاعات آن‌ها به شکل محرمانه باقی خواهد ماند و نتایج پژوهش به صورت بی‌نام منتشر خواهد شد.

۲-۲. ابزارهای پژوهش

۲-۲-۱. پرسشنامه کیفیت زندگی^۱ (QLQ)

پرسشنامه کیفیت زندگی توسط وار و شربرن^۲ (۱۹۹۲) تدوین شده است. این پرسشنامه دارای ۳۶ عبارت است که هشت حیطه مختلف سلامت را ارزیابی می‌کند: بعد جسمانی^۳ (۱۰)، ایفای نقش جسمی^۴ (۴ عبارت)، دردهای بدنی^۵ (۲ عبارت)، سلامت عمومی^۶ (۵ عبارت)، خستگی یا نشاط^۷ (۴ عبارت)، عملکرد اجتماعی^۸ (۲ عبارت)، ایفای نقش عاطفی^۹ (۳ عبارت) و سلامت روانی^{۱۰} (۵ عبارت) (عبارت ۲ در هیچ‌یک از زیرمقیاس‌ها قرار نمی‌گیرد و فقط با نمره کل جمع می‌شود) (منتظری، گشتاسبی و وحدانی‌نیا، ۱۳۸۴). دامنه نمرات پرسشنامه با توجه به شیوه نمره‌گذاری هر زیرمقیاس، صفر تا ۱۰۰ است. کسب نمرات بیشتر نشان‌دهنده کیفیت زندگی بالاتر است. در پژوهش مچورنی، وار و شربرن^{۱۱} که روی ۳۴۴۵ بیمار انجام شد، کیفیت زندگی در ۲۴ زیرگروه از نظر جمعیت اجتماعی متفاوت بررسی شد. نتایج نشان داد ثبات درونی تمام مقیاس‌ها ۰/۹۷ و اعتبار بازآزمایی پرسشنامه ۰/۹۲ است. همچنین روایی پرسشنامه برای هر خرده‌مقیاس ۰/۶۵ تا ۰/۹۴ و برای کل مقیاس‌ها به‌طور متوسط ۰/۸۵ به‌دست آمد. در پژوهش کریم‌پور (۱۳۹۴) روایی محتوایی این پرسشنامه توسط استادان راهنما و مشاور و چند تن از افراد صاحب‌نظر تأیید شده و از اعتبار لازم برخوردار است. چنان‌که روایی محتوایی این پرسشنامه ۰/۸۴ و پایایی آن با استفاده از

1. Quality of Life Questionnaire (QLQ)
2. Ware & Sherbourne
3. physical domain
4. physical functioning
5. bodily pain
6. general health
7. fatigue or excitement
8. social functioning
9. emotional health role
10. mental health
11. Mchorney, Ware, Sherbourne

ضریب آلفای کرونباخ در زیرمقیاس‌های هشت‌گانه ۰/۷۵ تا ۰/۸۴ است. همچنین پایایی نمره کل پرسشنامه نیز ۰/۸۵ محاسبه شده است. علاوه بر این پایایی پرسشنامه در جمعیت ایرانی تأیید شده و ضرایب همسانی درونی خرده‌مقیاس‌های هشت‌گانه آن ۰/۷۰ تا ۰/۸۵ و ضرایب بازآزمایی آن‌ها با فاصله زمانی یک هفته ۰/۴۳ تا ۰/۷۹ گزارش شده است (کریم‌پور، ۱۳۹۴). این پرسشنامه می‌تواند در تمام شاخص‌ها، افراد سالم را از افراد بیمار تفکیک کند (منتظری، گشتاسبی و وحدانی‌نیا، ۱۳۸۴). پایایی زیرمقیاس‌های جسمانی، ایفای نقش جسمی، دردهای بدنی، سلامت عمومی، خستگی یا نشاط، عملکرد اجتماعی، ایفای نقش عاطفی، سلامت روانی و نمره کل پرسشنامه در پژوهش حاضر با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۷۹، ۰/۸۰، ۰/۷۸، ۰/۸۳، ۰/۸۱، ۰/۸۳، ۰/۸۰، ۰/۸۲ و ۰/۸۴ محاسبه شد.

۲-۲-۲. پرسشنامه تاب‌آوری روان‌شناختی^۱ (PRQ)

پرسشنامه تاب‌آوری روان‌شناختی توسط کانر و دیویدسون^۲ (۲۰۰۳) برای سنجش میزان تاب‌آوری روانی افراد طراحی شد. این پرسشنامه دارای ۲۵ گویه است که آزمودنی‌ها پاسخ خود را روی یک مقیاس چهاردرجه‌ای لیکرت از کاملاً نادرست (صفر) تا همیشه درست (۴) مشخص می‌کنند. پرسشنامه دارای پنج زیرمقیاس است: زیرمقیاس تصور از شایستگی فردی^۳ (۸ گویه)، اعتماد به غرایز فردی/ تحمل عاطفه منفی^۴ (۷ گویه)، پذیرش مثبت تغییر و روابط ایمن^۵ (۵ گویه)، کنترل^۶ (۳ گویه) و تأثیرات معنوی^۷ (۲ گویه). امتیاز کل در این پرسشنامه از صفر تا ۱۰۰ و نمرات بالاتر نشان‌دهنده تاب‌آوری روانی بیشتر در شخص است. کانر و دیویدسون (۲۰۰۳) به نقل از عباسی، آقایی و ابراهیمی‌مقدم، (۱۳۹۸) ثابت درونی پرسشنامه را با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۹ به دست آوردند و پایایی بازآزمایی آن را ۰/۸۷ گزارش کردند. محمدی و همکاران (۱۳۸۴) پایایی پرسشنامه کانر و دیویدسون (۲۰۰۳) را با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۹ محاسبه و روایی آن را مناسب گزارش کردند. همچنین پایایی این پرسشنامه در پژوهش مظفری (۱۳۹۸) با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۸ محاسبه شد. در پژوهش حاضر نیز میزان پایایی زیرمقیاس‌های تصور از شایستگی فردی، اعتماد به غرایز فردی/ تحمل عاطفه منفی، پذیرش مثبت تغییر و روابط ایمن، کنترل، تأثیرات معنوی و نمره کل پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۸۳، ۰/۸۵، ۰/۸۱، ۰/۸۳، ۰/۸۴ و ۰/۸۶ محاسبه شد.

۲-۲-۳. پرسشنامه صمیمیت زناشویی^۸ (MIQ)

پرسشنامه صمیمیت زناشویی توسط وندن بروک، وندرکین، ورتمن^۹ (۱۹۹۵) ساخته شده و از ۵۶ گویه تشکیل شده است و شاخص صمیمی بودن در ازدواج را می‌سنجد. شاخص‌های این پرسشنامه عبارت‌اند از: شاخص صمیمیت (مسائل و مشکلات مربوط به صمیمی بودن) (۱۴ گویه)، میزان توافق زوجین^{۱۰} (۱۲ گویه)، میزان صادق بودن^{۱۱} (۱۲ گویه)، علاقه و محبت داشتن به یکدیگر^{۱۲} (۸ گویه) و پایبندی به تعهدات^{۱۳} (۱۰ گویه). برای پاسخگویی به گویه‌های این پرسشنامه از طیف لیکرت استفاده می‌شود؛ چنان‌که به پاسخ خیلی کم نمره صفر، کم نمره ۱، متوسط نمره ۲، زیاد نمره ۳ و خیلی زیاد نمره ۴ اختصاص داده می‌شود؛ بنابراین دامنه نمرات این پرسشنامه صفر تا ۲۲۴ است. کسب نمرات بالاتر نشان‌دهنده صمیمیت زناشویی بیشتر است. تاکنون بسیاری از مطالعات روان‌سنجی نشان داده‌اند پرسشنامه صمیمیت زناشویی در جمعیت‌های مختلف از روایی و

1. Psychological Resilience Questionnaires (PRQ)

2. Conner & Davidson

3. imagine of individual competence

4. trust in individual instincts/ tolerance of negative emotions

5. positive acceptance of change and secure relationships

6. control

7. spiritual influences

8. Marital Intimacy Questionnaire (MIQ)

9. Van den Broucke, Vandereycken & Vertommen

10. couple's agreement

11. be honest

12. love and affection

13. Adherence to commitments

پایایی مناسب و رضایت‌بخشی بهره‌مند است. وندن بروک، وندرکین و ورتمن (۱۹۹۵) روایی محتوایی پرسشنامه را مطلوب و ۰/۸۹ گزارش کردند. آنان همچنین میزان پایایی پرسشنامه را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۶ به‌دست آوردند. در ایران نیز عرفانی اکبری (۱۳۸۷) به نقل از شریفیان و همکاران، (۱۳۹۳) میزان روایی محتوایی پرسشنامه را ۰/۸۷ گزارش کرد. همچنین این پژوهشگر میزان پایایی خرده‌مقیاس صمیمیت را ۰/۷۷، میزان توافق زوجها را ۰/۸۷، صادق‌بودن را ۰/۷۴، علاقه و محبت را ۰/۸۰ و پابندی به تعهدات را ۰/۷۱ گزارش کرد. در پژوهش حاضر نیز پایایی زیرمقیاس‌های شاخص صمیمیت، توافق زوجین، صادق‌بودن، علاقه و محبت داشتن به یکدیگر، پابندی به تعهدات و نمره کل پرسشنامه با استفاده از روش آلفای کرونباخ به‌ترتیب ۰/۷۴، ۰/۸۰، ۰/۷۶، ۰/۷۷، ۰/۷۵ و ۰/۷۹ به‌دست آمد.

۲-۲-۴. پرسشنامه اضطراب بارداری^۱ (PAQ)

پرسشنامه اضطراب بارداری توسط وندنبرگ^۲ (۱۹۹۰) به‌منظور ارزیابی ترس‌ها و نگرانی‌های مربوط به بارداری ارائه شد. نسخه اولیه پرسشنامه دارای ۵۷ گویه و نسخه کوتاه آن دارای ۱۷ گویه است. در پژوهش حاضر از پرسشنامه ۱۷ گویه‌ای استفاده شد. این ۱۷ گویه پنج عامل را ارزیابی می‌کند: ترس از زایمان^۳ (۳ ماده)، ترس از تولد کودک معلول جسمی یا روانی^۴ (۴ ماده)، ترس از تغییر در روابط زناشویی^۵ (۴ ماده)، ترس از تغییرات در خلق‌وخو و پیامدهای آن برای کودک^۶ (۳ ماده) و ترس خودمحرانه یا ترس از تغییرات در زندگی شخصی مادر^۷ (۳ ماده). نمره هریک از عبارتها از یک تا هفت درجه‌بندی می‌شود. نمره کل پرسشنامه از جمع پاسخ‌های داده‌شده به گویه‌ها به‌دست می‌آید که بین ۱۷ تا ۱۱۹ است. کسب نمرات بالاتر نیز نشان‌دهنده اضطراب بارداری بیشتر است (وندنبرگ، ۱۹۹۰). هویزینگ و همکاران^۸ (۲۰۰۴) در بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی پرسشنامه اضطراب بارداری وندنبرگ (۱۹۹۰)، ضریب همبستگی آن با پرسشنامه اضطراب حالت-صفت را ۰/۴۹ و قابل‌قبول گزارش کردند. همچنین آنان میزان پایایی پرسشنامه را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۸ به‌دست آوردند. در ایران نیز ویژگی‌های روان‌سنجی پرسشنامه مطلوب گزارش شد و پایایی پرسشنامه براساس ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۸ تأیید شد که برای عامل‌های پنج‌گانه ۰/۶۹ تا ۰/۷۶ بود (کارآموزیان، عسکری‌زاده و بهروزی، ۱۳۹۵). در پژوهش حاضر، پایایی زیرمقیاس‌های ترس از زایمان، ترس از تولد کودک معلول جسمی یا روانی، ترس از تغییر در روابط زناشویی، ترس از تغییرات در خلق‌وخو و پیامدهای آن برای کودک، ترس خودمحرانه یا ترس از تغییرات در زندگی شخصی مادر و نمره کل پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ به‌ترتیب ۰/۷۱، ۰/۷۳، ۰/۷۴، ۰/۷۰، ۰/۷۳ و ۰/۷۵ به‌دست آمد.

۲-۳. روش تجزیه و تحلیل اطلاعات

تحلیل داده‌ها به روش تحلیل مسیر و آزمون بوت‌استرپ صورت گرفت. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS و Amos نسخه ۲۳ استفاده شد.

۳. یافته‌ها

۳-۱. توصیف جمعیت‌شناختی

بررسی یافته‌های جمعیت‌شناختی نشان داد میانگین سن زنان باردار حاضر در پژوهش $34/24 \pm 4/56$ سال و بیشترین فراوانی تحصیلات، دیپلم (۱۹۳ نفر، ۵۱/۸۸ درصد) است. یافته‌های توصیفی متغیرهای پژوهش در جدول ۱ آمده است.

1. Pregnancy Anxiety Questionnaire (PAQ)
2. Van den Bergh
3. fear of childbirth
4. fear of birth physically or mentally disabled child
5. fear of change marital relations
6. fear of changes in temperamen and its consequences on the child
7. self-centered fear or fear of change In the Mother's personal life
8. Huizink et al.

۳-۲. توصیف شاخص‌ها

جدول ۱. یافته‌های توصیفی متغیرهای پژوهش

متغیر	میانگین	انحراف معیار	حداقل نمره	حداکثر نمره
صمیمیت با همسر	۱۰۲/۱۵	۱۶/۸۴	۸۹	۱۱۲
تاب‌آوری روانی	۵۱/۱۳	۶/۲۱	۴۲	۵۵
اضطراب بارداری	۶۵/۶۲	۱۳/۰۹	۴۰	۶۹
کیفیت زندگی	۵۸/۶۱	۴/۵۹	۴۳	۶۵

۳-۳. بررسی پیش‌فرض‌های آزمون‌های پارامتریک

قبل از ارائه نتایج تحلیل آزمون همبستگی پیرسون، پیش‌فرض‌های آزمون‌های پارامتریک سنجش شدند. بر همین اساس، نتایج آزمون شاپیرو-ویلک^۱ بیانگر آن بود که پیش‌فرض نرمال بودن توزیع نمونه‌ای داده‌ها در متغیرهای کیفیت زندگی، تاب‌آوری روانی، صمیمیت زناشویی و اضطراب بارداری برقرار است ($p < 0/05$). همچنین پیش‌فرض همگنی واریانس با آزمون لوین^۲ سنجش شد که نتایج آن معنادار نبود. این یافته نشان داد پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها در متغیرهای کیفیت زندگی، تاب‌آوری روانی، صمیمیت زناشویی و اضطراب بارداری رعایت شده است ($p < 0/05$). در ادامه نتایج جداول استنباطی ارائه می‌شود.

۳-۴. همبستگی بین متغیرها

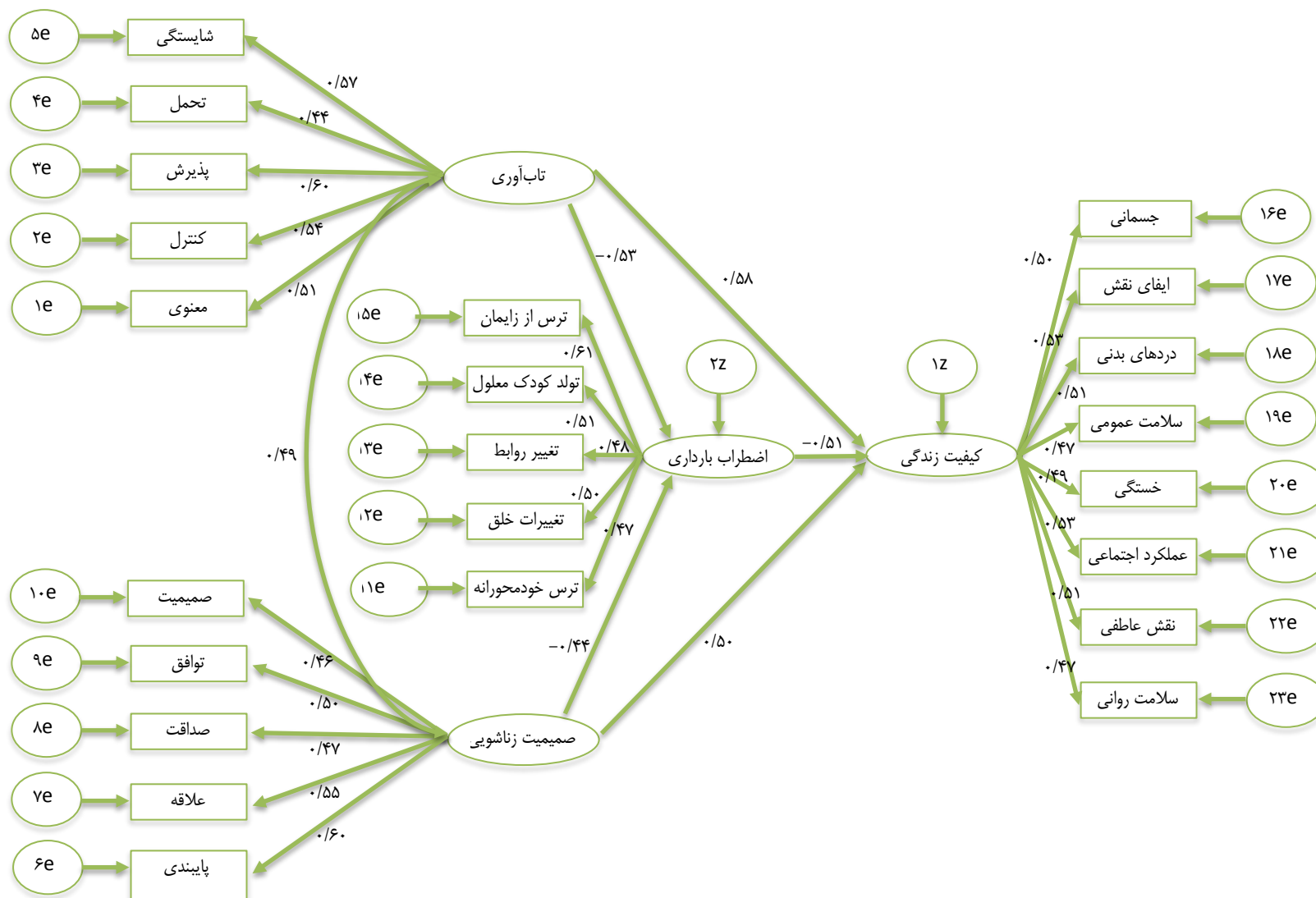
جدول ۲. ماتریس همبستگی پیرسون بین کیفیت زندگی، تاب‌آوری روانی، صمیمیت زناشویی و اضطراب بارداری در زنان باردار

متغیرها	کیفیت زندگی	تاب‌آوری روانی	صمیمیت زناشویی	اضطراب بارداری
همبستگی	۱			
معناداری	-			
همبستگی	**۰/۶۲	۱		
معناداری	۰/۰۰۰۱	-		
همبستگی	**۰/۵۳	**۰/۵۰	۱	
معناداری	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	-	
همبستگی	**۰/۵۵	**۰/۵۴	**۰/۴۷	۱
معناداری	۰/۰۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۰۱	-

با توجه به ضریب همبستگی پیرسون در جدول ۲، بین متغیرهای پژوهش به صورت دوجه‌دو رابطه معنادار وجود دارد.

۳-۵. بررسی مدل ساختاری

پس از اطمینان از وجود همبستگی بین مؤلفه‌ها، جدول ضرایب رگرسیونی غیراستاندارد و استاندارد مسیرهای تحلیل مسیر پیش‌بینی کیفیت زندگی براساس تاب‌آوری روانی و صمیمیت با همسر با میانجی‌گری اضطراب بارداری در زنان باردار بررسی می‌شود.



شکل ۲. الگوی ساختاری نهایی مدل پیش‌بینی کیفیت زندگی براساس تاب‌آوری روانی و صمیمیت با همسر با میانجی‌گری اضطراب بارداری در زنان باردار

جدول ۳. ضرایب رگرسیونی غیراستاندارد و استاندارد مسیرهای مدل پیش‌بینی کیفیت زندگی براساس تاب‌آوری روانی و صمیمیت با همسر با میانجی‌گری اضطراب بارداری در زنان باردار

مسیرهای مدل	ضرایب غیراستاندارد	خطای استاندارد	مقدار بحرانی (t)	ضرایب استاندارد	مقدار معناداری	ضریب تعیین
تاب‌آوری روانی ← اضطراب بارداری	-۰/۷۹۷	۰/۱۳	-۶/۱۳	-۰/۵۳۱	۰/۰۰۰۱	۰/۲۸۲
تاب‌آوری روانی ← کیفیت زندگی	۰/۸۶۶	۰/۱۲	۷/۲۲	۰/۵۸۲	۰/۰۰۰۱	۰/۳۳۸
صمیمیت زناشویی ← اضطراب بارداری	-۰/۳۸۸	۰/۰۹	-۴/۳۲	-۰/۴۴۳	۰/۰۰۰۱	۰/۱۹۶
صمیمیت زناشویی ← کیفیت زندگی	۱/۱۷۸	۰/۲۱	۵/۶۱	۰/۵۰۴	۰/۰۰۰۱	۰/۲۵۴
اضطراب بارداری ← کیفیت زندگی	-۰/۷۴۳	۰/۱۳	-۵/۷۲	-۰/۵۱۱	۰/۰۰۰۱	۰/۲۶۱

چنان که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، تاب‌آوری روانی بر اضطراب بارداری ($\beta = -0/531, p < 0/05$) و کیفیت زندگی ($\beta = -0/05$) را $\beta = 0/582, p < 0/05$ زنان باردار دارای اثر مستقیم معنادار است و توانسته به ترتیب ۲۸/۲ و ۳۳/۸ درصد از واریانس این متغیرها را تبیین کند. همچنین صمیمیت زناشویی بر اضطراب بارداری ($\beta = -0/443, p < 0/05$) و کیفیت زندگی ($\beta = 0/504, p < 0/05$) زنان باردار دارای اثر مستقیم معنادار است و به ترتیب ۱۹/۶ و ۲۵/۴ درصد از واریانس این متغیرها را تبیین می‌کند. در نهایت اضطراب بارداری بر کیفیت زندگی ($\beta = -0/504, p < 0/05$) زنان باردار دارای اثر مستقیم معنادار است و ۲۶/۱ درصد از واریانس این متغیر را تبیین می‌کند. برای تعیین کفایت برازندگی مدل پیشنهادی، ترکیبی از شاخص‌های برازندگی استفاده شد که نتایج آن در جدول ۴ آمده است. پیش از ارائه توضیحات مربوط به جدول ۴ اشاره به چند نکته ضروری است. از نظر کلی، الگوی مناسب از لحاظ شاخص‌های برازش باید دارای χ^2 دو غیرمعنادار، نسبت χ^2/df کمتر از ۳، شاخص نیکویی برازش^۱ (GFI)، شاخص برازش تطبیقی^۲ (CFI)، شاخص برازندگی هنجار شده^۳ (NFI) بیشتر از ۰/۹۵، شاخص نیکویی برازش تعدیل یافته^۴ (AGFI) بالاتر از ۰/۹۰، شاخص برازندگی تطبیقی مقتصد^۵ (PCFI) بالاتر از ۰/۵۰، شاخص برازش افزایشی^۶ (IFI) بزرگ‌تر از ۰/۹ و تقریب ریشه میانگین مجذورات خطای^۷ (RMSEA) کوچک‌تر از ۰/۰۹ باشد. ذکر این نکته ضروری است که اصلی‌ترین فاکتور قضاوت برازش مدل، توجه به تقریب ریشه میانگین مجذورات خطا (RMSEA) است؛ چرا که این عامل از تعداد حجم نمونه تأثیر نمی‌پذیرد.

جدول ۴. شاخص‌های برازندگی مدل پیشنهادی در پژوهش

RMSEA	NFI	PCFI	CFI	TLI	IFI	AGFI	GFI	p	CMIN/df	df	CMIN
۰/۰۸۱	۰/۹۶۶	۰/۷۱۴	۰/۹۵۹	۰/۹۵۳	۰/۹۵۵	۰/۹۲۴	۰/۹۵۶	۰/۱۱	۱/۳۹	۲۲۳	۳۰۹/۹۷

با توجه به جدول ۴، در مدل پیشنهادی تحقیق برای کل نمونه آزمودنی‌ها شاخص نسبت مجذور χ^2 بر درجه آزادی^۸ (CMIN/df) ۱/۳۹ (مقدار مطلوب کوچک‌تر از ۳)، شاخص نیکویی برازش (GFI) ۰/۹۵۶ (مقدار مطلوب بالاتر از ۰/۹۵)، شاخص نیکویی برازش تعدیل یافته (AGFI) ۰/۹۲۴ (مقدار مطلوب بالاتر از ۰/۹۰)، شاخص برازندگی افزایشی (IFI) ۰/۹۵۵ (مقدار مطلوب بالاتر از ۰/۹۵)، شاخص توکر لویس^۹ (TLI) ۰/۹۵۳ (مقدار مطلوب بالاتر از ۰/۹۵)، شاخص برازندگی تطبیقی^{۱۰} (CFI) ۰/۹۵۹ (مقدار مطلوب بالاتر از ۰/۹۵)، شاخص برازندگی تطبیقی مقتصد (PCFI) ۰/۷۱۴ (مقدار مطلوب بالاتر از ۰/۵۰)، شاخص برازندگی هنجار شده (NFI) ۰/۹۶۶ (مقدار مطلوب بالاتر از ۰/۹۵)، و شاخص جذر میانگین مجذورات خطای تقریب (RMSEA) ۰/۰۸۱ (مقدار مطلوب کوچک‌تر از ۰/۰۹) است. این یافته‌ها نشانگر برازش مناسب مدل پیشنهادی است. برای

1. goodness of fit index
2. comparative fit index
3. normed fit index
4. aparsimony normed fit index
5. parsimony normed fit index
6. incremental fit index
7. root mean square error of approximation
8. chi-square minimum/ degrees of freedom
9. Tucker Lewis Index
10. comparative fit index

بررسی نقش میانجی‌گری متغیر توانایی کنترل فکر در رابطه سیستم‌های مغزی-رفتاری و ابعاد تاریک شخصیت با رفتارهای پرخطر در دانش‌آموزان دوره دوم متوسطه از آزمون بوت‌استرپ^۱ و سوبل^۲ استفاده شد.

جدول ۵. نتایج آزمون بوت‌استرپ برای بررسی مسیرهای غیرمستقیم

متغیر پیش‌بین	متغیر میانجی	متغیر ملاک	حد پایین	حد بالا	فاصله اطمینان	اثرات غیرمستقیم
تاب‌آوری روانی	اضطراب بارداری	کیفیت زندگی	-۰/۱۱۴	-۰/۱۲۱	۰/۹۵	۰/۲۳۳
صمیمیت زناشویی	اضطراب بارداری	کیفیت زندگی	-۰/۱۲۶	-۰/۲۴۱	۰/۹۵	۰/۱۹۱

با توجه به نتایج جدول ۵ و در نظر گرفتن اینکه صفر در محدوده بالا و پایین نمرات قرار نگرفته است، نقش میانجی‌گری اضطراب بارداری در رابطه تاب‌آوری روانی و صمیمیت زناشویی با کیفیت زندگی در زنان باردار تأیید می‌شود. این در حالی است که نتایج آزمون سوبل نیز برای بررسی نقش میانجی‌گری اضطراب بارداری در رابطه تاب‌آوری روانی و صمیمیت زناشویی با کیفیت زندگی در زنان باردار به ترتیب ۳/۴۰ و ۲/۱۱ به دست آمد که تأییدکننده نتایج آزمون بوت‌استرپ است.

۴. بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف ارائه مدل پیش‌بینی کیفیت زندگی براساس تاب‌آوری روانی و صمیمیت با همسر با میانجی‌گری اضطراب بارداری در زنان باردار صورت پذیرفت. یافته اول نشان داد تاب‌آوری روانی بر اضطراب بارداری و کیفیت زندگی زنان باردار دارای اثر مستقیم معنادار بوده است. نتایج پژوهش حاضر با یافته‌های مطالعات زیر هم‌راستا است: شمس‌ی ثانی و تمنایی‌فر (۱۳۹۶) با نقش مؤثر خودکارآمدی و تاب‌آوری در افزایش کیفیت زندگی در دوران بارداری، باغی و همکاران (۱۳۹۶) با پیش‌بینی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به فشارخون بالا براساس تاب‌آوری و حمایت اجتماعی، رزم‌پوش و همکاران (۱۳۹۷) با نقش معنادار خودکارآمدی و تاب‌آوری در کیفیت زندگی پرستاران، گرامی‌نژاد و همکاران (۱۳۹۷) با رابطه تاب‌آوری با کیفیت زندگی پرستاران، حسینی‌نیا و حاتمی (۱۳۹۸) با پیش‌بینی کیفیت زندگی بر مبنای بهزیستی روان‌شناختی و تاب‌آوری افراد و موسوی و همکاران (۱۳۹۹) با نقش میانجی تاب‌آوری در رابطه سواد سلامت و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان پستان. علاوه بر این گارسیا-لئون و همکاران (۲۰۱۹) نشان داده‌اند تاب‌آوری روانی می‌تواند بین استرس بارداری، رابطه با دیگران و کیفیت خواب زنان باردار میانجی‌گری کند. در تبیین یافته حاضر باید گفت تاب‌آوری روانی فرایندی را به جریان می‌اندازد که بر پایه آن، فرد بر سازگاری موفقیت‌آمیز با شرایط تهدیدکننده دست می‌یازد. بر این اساس، تاب‌آوری سازگاری مثبت و سازنده در تعامل با شرایط ناگوار را به ارمان می‌آورد (ریستویسکا و همکاران، ۲۰۱۵). البته باید یادآوری کرد که نه تنها تاب‌آوری روانی موجب پایداری افراد در برابر آسیب‌ها یا شرایط تهدیدکننده می‌شود، بلکه آن‌ها می‌آموزند در محیط پیرامونی خود شرکت فعال و سازنده نیز داشته باشند؛ بنابراین می‌توان گفت تاب‌آوری روانی موجب می‌شود توانایی فرد در برقراری تعادل زیستی-روانی، در شرایط دشوار و تنش‌زا فزونی یابد (چانگ و همکاران، ۲۰۲۱). بر این اساس، آموزش تاب‌آوری روانی با ارتقای سطح تحمل روانی زنان باردار، موجب سازگاری موفق با شرایط تهدیدکننده می‌شود و آنان را در مشارکت مؤثر در فعالیتهای گروهی و خانواده ترغیب می‌کند. از سوی دیگر توانایی درونی را تقویت می‌کند و اضطراب بارداری را در آنان کاهش می‌دهد که در نهایت این روند موجب بهبود کیفیت زندگی آنان می‌شود. به علاوه، تاب‌آوری به واسطه پیامدهای مثبت هیجانی، عاطفی و شناختی موجب ترمیم «خود» می‌شود (گرامی‌نژاد و همکاران، ۱۳۹۷). به این ترتیب تاب‌آوری سبب می‌شود زنان باردار به سازگاری موفقیت‌آمیزی دست پیدا کنند و بتوانند به شکل مناسبی با استرس‌های ناتوان‌کننده و دشواری‌های پیش‌رو مواجه شوند؛ بنابراین تاب‌آوری به منظور فائق آمدن بر موقعیت‌های پر تنش زمینه‌های یادگیری مهارت‌های رفتاری و شناختی را فراهم می‌کند و این جریان می‌تواند کارآمدی و توانمندی زنان باردار را در شرایط پراضطراب افزایش دهد. با افزایش قدرت تأثیرگذاری زنان باردار، قدرت درونی و مقابله‌ای آنان ارتقا می‌یابد و کیفیت زندگی آنان رو به بهبود می‌گذارد.

یافته دوم پژوهش حاضر نشان داد صمیمیت زناشویی بر اضطراب بارداری و کیفیت زندگی زنان باردار دارای اثر مستقیم

1. Bootstrap
2. Sobel test

معنادار است. یافته حاضر با نتایج پژوهش برزگر و سامانی (۱۳۹۵) مبنی بر نقش واسطه‌ای صمیمیت در رابطه بین الگوهای ارتباطی و کیفیت زندگی زناشویی زنان همسو است. علاوه بر این لی، کیم و لی (۲۰۲۱) نشان دادند صمیمیت زناشویی می‌تواند با کاهش استرس‌های مرتبط با روابط با همسر و افسردگی دوران بارداری، کیفیت زندگی زنان باردار را بهبود بخشد. در تبیین یافته حاضر باید گفت صمیمیت زناشویی قادر است با پی‌ریزی ارتباط و تعامل سازنده بین زوجین، مشکلات ارتباطی آن‌ها را تا حد زیادی کاهش دهد. این روند سبب می‌شود زوجین بتوانند سلامت روانی و عمومی بیشتری را در کنار یکدیگر تجربه کنند (اوه و هوانگ، ۲۰۱۸)؛ بنابراین زنان باردار با ایجاد صمیمیت زناشویی بیشتر می‌توانند متقابلاً توجه روانی، هیجانی و فیزیکی بیشتری را از همسرشان دریافت کنند و با احساس مشارکت و درک همسر از وضعیت بارداری، اضطراب دوران بارداری آنان کاهش یابد. در تبیین دیگر باید اذعان داشت صمیمیت زناشویی موجب افزایش تفاهم و درک متقابل زوجین از یکدیگر می‌شود (لی، کیم و لی، ۲۰۲۱)؛ بنابراین برخورداری از صمیمیت زناشویی موجب می‌شود همسران زنان باردار، ضمن پذیرش شرایط روانی، هیجانی، جسمانی و شناختی همسر خود تلاش کنند همدلی بیشتری از خود بروز دهند. درعین حال چنین روندی به مشارکت بیشتر همسر در امور مراقبتی و بهداشتی زنان باردار می‌انجامد. از طرفی زنان باردار با دریافت احساس همدلی همسر خود، به‌سوی آرامش روانی بیشتر گام برمی‌دارند و اضطراب آنان نیز کاهش می‌یابد؛ چرا که در چنین شرایطی خود را مورد توجه و علاقه همسر می‌یابند و از نظر ذهنی، کیفیت زندگی بالاتری را تجربه می‌کنند.

در نهایت نتایج نشان داد اضطراب بارداری درعین حال که تأثیر مستقیم بر کیفیت زندگی زنان باردار داشته است، توانسته نقش میانجی معناداری را در رابطه تاب‌آوری روانی و صمیمیت با همسر با کیفیت زندگی زنان باردار داشته باشد. یافته حاضر با نتایج پژوهش برجسته و مقدم تبریزی (۱۳۹۵)، فتحی و گلک خبیری (۱۳۹۶)، بشرپور و طاهری فرد (۱۳۹۸) و حسین‌پور، رضایی و غلامرضایی (۱۳۹۸) همسو است؛ چنان‌که این پژوهشگران نشان داده‌اند اضطراب بارداری می‌تواند به شکل‌گیری استرس، بدتنظیمی هیجانی، سوگیری‌های شناختی و افسردگی منجر شود. علاوه بر این دومین‌گاز-سولیس، لیما-سرانو و لیما-رودریگز (۲۰۲۱)، ناجا و همکاران (۲۰۲۰) و ماهر و همکاران (۲۰۲۰) در نتایج پژوهش خود گزارش کردند که اضطراب بارداری با تحریف پردازش‌های شناختی، حالات روان‌شناختی و هیجانی زنان باردار را تحت تأثیر قرار می‌دهد و سلامت عمومی آنان را به مخاطره می‌اندازد. در تبیین یافته حاضر می‌توان گفت اضطراب از هر نوعی که باشد، زمینه‌ساز بروز سایر آسیب‌های روانی و هیجانی در افراد می‌شود (ناجا و همکاران، ۲۰۲۰). چنین فرایندی سبب می‌شود زنان باردار در رویارویی با اضطراب دوران بارداری، ناپایداری هیجانی و روانی بیشتری را تجربه کنند. ادامه این روند موجب کاهش سلامت روان عمومی زنان باردار می‌شود و کیفیت زندگی آنان را تقلیل می‌دهد. تبیین دیگر را می‌توان براساس عوامل شکل‌دهنده اضطراب بارداری ارائه کرد. آرچ، دیمیدجان و چسبک (۲۰۱۲) و داچو و همکاران (۲۰۲۱) گزارش کردند مهم‌ترین علل اضطراب دوران بارداری عبارت‌اند از: ترس از درد، حوادث قبلی (مثل سابقه سقط یا مرده‌زایی)، عوامل شخصیتی، مشکلات روانی-اجتماعی، احساس عدم کنترل در پیشرفت زایمان، اضطراب مربوط به سلامتی نوزاد، عدم دریافت حمایت از همسر و اجتماع، تحصیلات اندک، شنیدن نقل‌قول‌های ترس‌آور از دیگران و تجربه زایمان قبلی؛ بنابراین تمرکز بر این باورهای ذهنی و نشخوار فکری مرتبط با آن‌ها سبب می‌شود زنان باردار با چنین عواملی به‌طور مکرر دل‌مشغول باشند و چنین روندی سایر حوزه‌های زندگی آنان را نیز تحت‌الشعاع قرار دهد؛ به‌طوری‌که اضطراب بارداری با ایجاد افکار و باورهای ناکارآمد و تحریفات شناختی متعدد، پردازش ذهنی و شناختی زنان باردار را دچار اعوجاج کند، عملکرد کلی آنان را تحت تأثیر قرار دهد و سرانجام کیفیت زندگی آن‌ها را کاهش دهد.

محدودبودن دامنه تحقیق به زنان باردار مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی و مطب متخصصان زنان شهر اهواز و وجود برخی متغیرهای کنترل‌نشده، مانند وضعیت مالی خانواده‌ها، موقعیت اجتماعی آن‌ها، تجربه‌های بارداری قبلی و نمونه‌گیری غیرتصادفی از محدودیت‌های این پژوهش بود. پیشنهاد می‌شود برای افزایش تعمیم‌پذیری نتایج، این پژوهش در سایر شهرها و مناطق و جوامع دارای فرهنگ‌های متفاوت، با کنترل عوامل ذکرشده و به‌کارگیری روش نمونه‌گیری تصادفی (برای افزایش قدرت تعمیم‌پذیری یافته‌ها) اجرا شود. با توجه به نقش میانجی معنادار اضطراب بارداری لازم است درمانگران بالینی با به‌کارگیری روش‌های درمانی روان‌شناختی کارآمد، اضطراب بارداری زنان باردار را کاهش دهند.

۵. ملاحظات اخلاقی

به‌منظور رعایت اصول اخلاقی، فرم‌های رضایت‌نامه آگاهانه توسط تمامی آزمودنی‌ها تکمیل شد. به بانوان باردار شرکت‌کننده در پژوهش اطمینان داده شد اطلاعات آن‌ها محرمانه است و نیازی به ذکر نام نیست.

۶. حمایت مالی و سپاسگزاری

مقاله حاضر برگرفته از رساله دکتری تخصصی نویسنده اول مقاله در دانشگاه آزاد اسلامی واحد اراک است. از تمام بانوان حاضر در پژوهش، کارکنان مطب‌ها و مراکز بهداشتی فعال در پژوهش که همکاری کاملی برای اجرای پژوهش داشتند، قدردانی می‌شود. شایان ذکر است هیچ سازمان دولتی و خصوصی‌ای از این پژوهش حمایت مالی نکرده است.

۷. تعارض منافع

مقاله حاضر فاقد هرگونه تعارض منافع بوده است.

منابع

- باغی، و.، باغبان کریمی، ا.، جعفری، ح.، و قانعی قشلاق، ر. (۱۳۹۶). پیش‌بینی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به فشارخون بالا براساس تاب‌آوری و حمایت اجتماعی. *روان‌پرستاری*. ۵(۶)، ۲۹-۲۴. <http://ijpn.ir/article-1-981-fa.html>
- برجسته، س.، و مقدم تبریزی، ف. (۱۳۹۵). بررسی ارتباط بین میزان نگرانی و اضطراب دوران بارداری با حمایت همسر و حمایت اجتماعی. *مجله دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه*. ۱۴(۶)، ۵۱۵-۵۰۴. <http://unmf.umsu.ac.ir/article-1-2665-fa.html>
- برزگر، ا.، و سامانی، س. (۱۳۹۵). نقش واسطه‌ای صمیمیت در رابطه بین الگوهای ارتباطی و کیفیت زندگی زناشویی. *مجله زن و جامعه*. ۷(۲۶)، ۱۲۸-۱۱۵. <https://dorl.net/dor/20.1001.1.20088566.1395.7.26.6.2>
- بشری‌پور، س.، و طاهری‌فرد، م. (۱۳۹۸). پیش‌بینی اضطراب بارداری زنان حامله براساس سوگیری‌های شناختی و راهبردهای تنظیم هیجان. *روان‌پرستاری*. ۷(۲)، ۳۱-۲۴. <http://ijpn.ir/article-1-1272-fa.html>
- تربوه، ب.، کریمی، ک.، اکبری، م.، و مرادی، ا. (۱۳۹۹). الگوی ساختاری تعهد زناشویی براساس باورهای ارتباطی زناشویی، درگیری عاطفی و انتقاد در خانواده: نقش میانجی‌گر صمیمیت زناشویی. *روان‌شناسی کاربردی*. ۱۴(۱)، ۱۵۸-۱۳۹. https://apsy.sbu.ac.ir/article_97304.html
- حسین‌پور، ف.، رضایی، ف.، و غلامرضایی، س. (۱۳۹۸). پیش‌بینی ذهن‌آگاهی زنان باردار براساس دشواری در تنظیم هیجان، استرس ادراک‌شده، اضطراب بارداری و افسردگی. *مجله دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه*. ۱۷(۶)، ۴۹۳-۴۸۵. <http://unmf.umsu.ac.ir/article-1-3850-fa.html>
- حسینی‌نیا، ن.، و حاتمی، ح. (۱۳۹۸). پیش‌بینی کیفیت زندگی برمنای بهزیستی روان‌شناختی و تاب‌آوری در بازنشستگان. *دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی*. ۲۰(۱)، ۹۷-۸۱. <https://doi.org/10.30486/jsrp.2019.663546>
- رزم‌پوش، م.، رضایی، خ.، ماردپور، ع.، و کولیوند، پ. (۱۳۹۷). نقش خودکارآمدی و تاب‌آوری در کیفیت زندگی پرستاران. *علوم اعصاب شفای خاتم*. ۷(۱)، ۴۲-۳۴. <http://shefayekhatam.ir/article-1-1857-fa.html>
- شریفیان، م.، دبیرمقدم، م.، حسن‌زاده پشنگ، س.، و صفاری‌نیا، م. (۱۳۹۳). بررسی اثربخشی آموزش برنامه ارتباط زوج‌ها بر کیفیت زندگی و صمیمیت زناشویی زنان ناراضی از زندگی زناشویی شهر تهران. *مطالعات روان‌شناختی*. ۱۰(۳)، ۷۸-۴۷. <https://doi.org/10.22051/psy.2015.1779>
- شمسی‌ثانی، م.، و تمنایی‌فر، م.، ر. (۱۳۹۶). کیفیت زندگی در بارداری: نقش خودکارآمدی و تاب‌آوری. *چهارمین کنفرانس بین‌المللی نوآوری‌های اخیر در روان‌شناسی، مشاوره و علوم رفتاری*. ۲۲ تیر ۱۳۹۶، دانشگاه خوارزمی تهران، تهران. <https://civilica.com/doc/670033>

- عباسی، ع، آقایی، ا، و ابراهیمی مقدم، ح. (۱۳۹۸). اثربخشی درمان فراشناختی بر تاب‌آوری افراد مبتلا به اختلال اضطراب فراگیر. *فصلنامه علمی-پژوهشی علوم روان‌شناختی*. ۱۸(۷۸)، ۶۹۸-۶۹۱. <http://dorl.net/dor/20.1001.1.17357462.1398.18.78.9.4>
- فتحی، آ، و گلک خیبری، س. (۱۳۹۶). بررسی رابطه نگرانی‌های دوران بارداری، کیفیت زندگی و افسردگی با سلامت عمومی زنان باردار. *مجله دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه*. ۱۵(۱۲)، ۹۴۹-۹۳۹. <http://unmf.umsu.ac.ir/article-1-3233-fa.html>
- کارآموزیان، م، عسکری‌زاده، ق، و بهروزی، ن. (۱۳۹۵). بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی پرسشنامه اضطراب بارداری. *مجله بالینی و مامایی*. ۴(۴)، ۳۴-۲۲. <http://78.39.35.47/article-1-589-fa.html>
- کریم‌پور، ج. (۱۳۹۴). اثربخشی برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن‌آگاهی (MBSR) بر کیفیت زندگی، استرس ادراک‌شده و بهزیستی روان‌شناختی بیماران قلبی-عروقی. *دومین کنفرانس ملی روان‌شناسی و علوم رفتاری*. ۱۱ اردیبهشت ۱۳۹۴. سالن همایش‌های تلاش، تهران. ایران. <https://en.civilica.com/doc/349319>
- گرامی‌نژاد، ن، حسینی، م، موسوی میرزایی، س، و قربانی مقدم، ز. (۱۳۹۷). ارتباط تاب‌آوری با کیفیت زندگی حرفه‌ای در پرستاران بخش‌های ویژه. *نشریه پرستاری ایران*. ۳۱(۱۶)، ۶۰-۴۹. <http://ijn.iiums.ac.ir/article-1-2847-fa.html>
- محمدی، م، جزایری، ع، رفیعی، ا، جوکار، ب، و پورشهباز، ع. (۱۳۸۴). بررسی عوامل مؤثر بر تاب‌آوری در افراد در معرض خطر سوءمصرف مواد. *فصلنامه پژوهش‌های نوین روان‌شناختی*. ۱۱(۲)، ۲۲۴-۲۰۳. <https://www.magiran.com/volume/56645>
- مظفری، و. (۱۳۹۸). اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر تاب‌آوری و کنترل هیجانی همسران جانباز اعصاب و روان. *مجله طب جانباز*. ۱۱(۲)، ۶۶-۶۱. <http://ijwph.ir/article-1-772-en.html>
- منتظری، ع، گشتاسبی، آ، و وحدانی‌نیا، م. (۱۳۸۴). ترجمه، تعیین پایایی و روایی گونه فارسی ابزار استاندارد SF-۳۶. *مجله پایش*. ۵(۱)، ۵۶-۴۹. <http://dorl.net/dor/20.1001.1.16807626.1384.5.1.7.3>
- موسوی، س، باقریان سرارودی، ر، مسچی، ف، خلعتبری، ج، و تاجری، ب. (۱۳۹۹). نقش میانجی تاب‌آوری در رابطه بین سواد سلامت و کیفیت زندگی اختصاصی در بیماران مبتلا به سرطان پستان. *روان‌شناسی سلامت*. ۹(۳۳)، ۷۹-۹۴. <https://doi.org/10.30473/hpj.2020.52453.4785>

References

- Abbasi, A., Aghaei, A., & Ebrahimi Moghadam, H. (2019). Effectiveness of metacognitive therapy on resiliency in the people with generalized anxiety. *Journal of Psychological Science*, 18(78), 691-698. <http://psychologicalscience.ir/article-1-356-fa.html> (In Persian)
- Arch, J. J., Dimidjian, S., & Chessick, C. (2012). Are exposure-based cognitive behavioral therapies safe during pregnancy? *Archives of women's Ment Health*, 15(6), 445-57. <https://doi.org/10.1007/s00737-012-0308-9>
- Backmann, J., Weiss, M., Schippers, M. C., & Hoegl, M. (2019). Personality factors, student resiliency, and the moderating role of achievement values in study progress. *Learning and Individual Differences*, 72, 39-48. <https://doi.org/10.1016/j.lindif.2019.04.004>
- Baghi, V., & Baghban Karimi, E. (2018) Predicting the Quality of Life of Patients With Hypertension Based on Resilience and Social Support. *Iranian Journal of Psychiatric Nursing*, 5(6), 24-30. <http://ijpn.ir/article-1-981-fa.html> (In Persian)
- Barjasteh, S., & Moghaddam Tabrizi, F. (2016) Antenatal anxiety and pregnancy worries in association with marital and social support. *Nursing and Midwifery Journal*, 14(6), 504-515. <http://unmf.umsu.ac.ir/article-1-2665-fa.html> (In Persian)
- Barzegar, E., & Samani, S. (2016). The meditating role of intimacy in the association between communication patterns and quality of married life. *Journal of Women and Society*, 26(7), 115-128. <https://dorl.net/dor/20.1001.1.20088566.1395.7.26.6.2> (In Persian)

- Basharpour, S., & Taherifard, M. (2019). Predicting the Pregnancy Anxiety in pregnant women basing on Cognitive Biases and Emotion Regulation strategies. *Iranian Journal of Psychiatric Nursing*, 7(2), 23-31. <http://ijpn.ir/article-1-1272-fa.htm> (In Persian)
- Bowen, A., Duncan, V., Peacock, S., Bowen, R., Schwartz, L., Campbell, D., & Muhajarine, N. (2014). Mood and anxiety problems in perinatal Indigenous women in Australia, New Zealand, Canada, and the United States: A critical review of the literature. *Transcult Psychiatry*, 51(1), 93-111. <https://doi.org/10.1177/1363461513501712>
- Callanan, F., Tuohy, T., Bright, A., & Grealish, A. (2022). The effectiveness of psychological interventions for pregnant women with anxiety in the antenatal period: A systematic review. *Midwifery*, 104, 103169. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2021.103169>
- Caracho, R. A., Foratori-Junior, G. A., Fusco, N. S., Jesuino, B. G., Missio, A. L. T., & Sales-Peres, S. H. C. (2020). Systemic conditions and oral health-related quality of life of pregnant women of normal weight and who are overweight. *International Dental Journal*, 70(4), 287-295. <https://doi.org/10.1111/idj.12547>
- Chang, J., Ji, Y., Li, Y., Yuan, M., & Su, P. (2021). Childhood trauma and depression in college students: Mediating and moderating effects of psychological resilience. *Asian Journal of Psychiatry*, 65, 1028-1033. <https://doi.org/10.1016/j.ajp.2021.102824>
- Chen, L., Yue, P., Lamb, K. V., Zhang, Y., & Zhu, R. (2020). Stigma in HBV-infected pregnant women in disclosed situations: Current status, influencing factors, and impacts on the quality of life. *Applied Nursing Research*, 56, 151-155. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2020.151347>
- Conner, K. M., & Davidson, J. R. T. (2003). Development of a new resilience scale: The conner – Davidson Resilience scale (CD- RISC). *Depression & Anxiety*, 18(2), 76-82. <https://doi.org/10.1002/da.10113>
- Dachew, B. A., Ayano, G., Betts, K., & Alat, R. (2021). The impact of pre-pregnancy BMI on maternal depressive and anxiety symptoms during pregnancy and the postpartum period: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 281, 321-330. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.12.010>
- Domínguez-Solís, E., Lima-Serrano, M., & Lima-Rodríguez, J.S. (2021). Non-pharmacological interventions to reduce anxiety in pregnancy, labour and postpartum: A systematic review. *Midwifery*, 102, 103126. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2021.103126>
- Estebarsari, F., Rahimi Khalife Kandi, Z., Jalili Bahabadi, F., Raiesi Filabadi, Z., Estebarsari, K., & Mostafaei, D. (2020). Health-related quality of life and related factors among pregnant women. *Journal of Education and Health Promotion*, 9, 299. https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_307_20
- Fathi, A., & Golakeh Khibari, S. (2018). The relationship between prenatal concerns, depression, quality of life and general health of pregnant women. *Nursing and Midwifery Journal*, 15(12), 939-949. <http://unmf.umsu.ac.ir/article-1-3233-fa.html> (In Persian)
- Fischer, O. J., Marguerie, M., & Brotto, L.A. (2019). Sexual function, quality of life, and experiences of women with ovarian cancer: A mixed-methods study. *Sexual Medicine*, 7(4), 530-539. <https://doi.org/10.1016/j.esxm.2019.07.005>
- Garcia-Leon, M. A., Caparros-Gonzalez, R. A., Romero-Gonzalez, B., Gonzalez-Perez, R., & Peralta Ramirez, I. (2019). Resilience as a protective factor in pregnancy and puerperium: its relationship with the psychological state, and with hair cortisol concentrations. *Midwifery*, 75, 138-145. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2019.05.006>
- Geraminejad, N., Hosseini, M., Mousavi Mirzaei, S., & Ghorbani Moghaddam, Z. (2019). Association between resilience and professional quality of life among nurses working in intensive care units. *Iran Journal of Nursing*, 31(116), 49-60. <http://ijn.iiums.ac.ir/article-1-2847-fa.html> (In Persian)
- Hasanzadeh Pashang, S., Dabir Moghadam, M., Sharifian, M., & Saffarinia, M. (2014). The

- effectiveness of couple's communication program training on life quality and marriage intimacy among unsatisfied women from married life in Tehran city. *Journal of Psychological Studies*, 10(3), 47-78. <https://doi.org/10.22051/psy.2015.1779> (In Persian)
- Hasson-Ohayon, I., Ben-Pazi A., Silberg T., Pijnenborg, G., & Goldzweig, G. (2019). The mediating role of parental satisfaction between marital satisfaction and perceived family burden among parents of children with psychiatric disorders. *Psychiatry Research*, 271, 105-110. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.11.037>
- Hoosienpoor, F., Rezaei, F., & Gholamrezaei, S. (2019). Investigating the role of difficulty in emotion regulation, perceived stress, pregnancy anxiety and depression in pregnant women's mind. *Nursing and Midwifery Journal*, 17(6), 485-493. <http://unmf.umsu.ac.ir/article-1-3850-fa.html> (In Persian)
- Hosseini, N., & Hatami, H. (2019). Anticipating retirees' quality of life based on mental well-being and resiliency. *Journal of Knowledge and Research in Applied Psychology*, 20(1), 81-97. <https://doi.org/10.30486/jsrp.2019.663546> (In Persian)
- Huizink, A., Mulder, E., Robles de Medina, P., Visser, P., & Buitelaar, J. (2004). Is pregnancy anxiety a distinctive syndrome? *Early Human Developmental*, 79(2), 81-91. <https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2004.04.014>
- Karimpoor, J. (2015). Effectiveness mindfulness-based stress reduction program (MBSR) on quality of life, stress is understood and psychological well-being of cardiovascular patients. *The 2nd International Conference on Psychology Behavioral Sciences*. 1 May 2015 Talash Conference Center, Tehran, Iran. <https://civilica.com/doc/349319/> (In Persian)
- Karamoozian, M., Askarizadeh, G., & Behroozy, N. (2017). The Study of psychometric properties of pregnancy related anxiety questionnaire. *Journal of Clinical Nursing and Midwifery*, 5(4), 22-34. <http://78.39.35.47/article-1-589-fa.html> (In Persian)
- Karow, A., Reimer, J., Schafer, I., Krausz, M., Haasen, C., & Verthein, U. (2010). Quality of life under maintenance treatment with heroin versus methadone in patients with opioid dependence. *Drug and Alcohol Dependence*, 112, 209–215. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2010.06.009>
- Kelly, M., Zimmer-Gembeck, M. J., & Boislard, M. (2012). Identity, intimacy, status and sex dating goals as correlates of goal-consistent behavior and satisfaction in Australian youth. *Journal of Adolescence*, 35(6), 1441–1454. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2012.03.002>
- Lagadec, N., Steinecker, M., Kapassi, A., Magnier, A., Chastang, J., Robert, S., Gaouaou, N., & Ibanez, G. (2018). Factors influencing the quality of life of pregnant women: a systematic review. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 18(1), 455. <https://doi.org/10.1186/s12884-018-2087-4>
- Lamichhane, D. K., Jung, D., Shin, Y., Lee, K., Lee, S., Ahn, K., Kim, K.W., Shin, Y. H., Suh, D. I., Hong, S., & Kim, H. (2021). Association of ambient air pollution with depressive and anxiety symptoms in pregnant women: A prospective cohort study. *International Journal of Hygiene and Environmental Health*, 237, 113823. <https://doi.org/10.1016/j.ijheh.2021.113823>
- Lau, Y., Htun, T. P., Lim, P. I., Ho-Lim, S. T., Chi, C., Tsai, C., Ong, K. W., & Klainin-Yobas, P. (2017). Breastfeeding attitude, health-related quality of life and maternal obesity among multi-ethnic pregnant women: A multi-group structural equation approach. *International Journal of Nursing Studies*, 67, 71-82. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2016.12.004>
- Lee, M., Kim, Y., & Lee, M. (2021). The mediating effect of marital intimacy on the relationship between spouse-related stress and prenatal depression in pregnant couples: An actor-partner interdependent model test. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(2), 487. <https://doi.org/10.3390/ijerph18020487>

- Liu, N., Gou, W., Wang, J., Chen, D., Sun, W., Guo, P., Zhang, X., & Zhang, W. (2019). Effects of exercise on pregnant women's quality of life: A systematic review. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 242, 170-177. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2019.03.009>
- Mahrer, N. E., Ramos, I. F., Guardino, C., Davis, E. P., Ramey, S. L., Shalowitz, M., & Dunkel Schetter, C. (2020). Pregnancy anxiety in expectant mothers predicts offspring negative affect: The moderating role of acculturation. *Early Human Development*, 141, 104932. <https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2019.104932>
- McHorney, C. A., Ware Jr, J. E., Lu, J. R., & Sherbourne, C. D. (1994). The MOS 36-item Short-Form Health Survey (SF-36): III. Tests of data quality, scaling assumptions, and reliability across diverse patient groups. *Medical care*, 40-66. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8277801/>
- Mei, H., Li, N., Li, J., Zhang, D., Cao, Z., Zhou, Y., Cao, J., & Zhou, A. (2021). Depression, anxiety, and stress symptoms in pregnant women before and during the COVID-19 pandemic. *Journal of Psychosomatic Research*, 149, 110586. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2021.110586>
- Mohammadi, M., Jazayeri, A., Rafiei, A., Jokar, B., & Pourshahbaz, A. (2005). Survey the factors of influence on resilience in people at risk of substance abuse. *Modern Psychological Research*, 1(2), 203-224. (In Persian)
- Montazeri, A., Goshtasebi, A., & Vahdaninia, M. S. (2006). The short form health survey (SF-36): translation and validation study of the Iranian version. *Journal of Payesh Iranian Institute for Health Sciences Research*, 5(1), 49-56. <http://payeshjournal.ir/article-1-756-fa.html> (In Persian)
- Morin, M., Claris, O., Dussart, C., Frelat, A., Deplace, A., Molinier, L., Matillon, Y., Elhinger, V., & Vayssiere, C. (2019). Health-related quality of life during pregnancy: A repeated measures study of changes from the first trimester to birth. *Acta Obstet Gynecol Scandinavica*, 98(10), 1282-1291. <https://doi.org/10.1111/aogs.13624>
- Mousavi, Sh., Bagherian-Saraoudi, R., Meschi, F., Khalatbari, J., & Tajeri, B. (2020). The role of mediating resilience in the relationship between health literacy and specific quality of life in breast cancer patients. *Journal of Health Psychology*, 9(33), 79-94. <https://doi.org/10.30473/hpj.2020.52453.4785> (In Persian)
- Mozaffari, V. (2019). Effectiveness of cognitive mindfulness-based-therapy on resilience and emotional control of psychiatric veteran's wives. *Iranian Journal of War and Public Health*, 11(2), 61-66. <http://ijwph.ir/article-1-772-en.html> (In Persian)
- Naja, S., Al Kubaisi, N., Singh, R., & Bougmiza, I. (2020). Generalized and pregnancy-related anxiety prevalence and predictors among pregnant women attending primary health care in Qatar, 2018–2019. *Heliyon*, 6(10), e05264. <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2020.e05264>
- Oh, Y. K., & Hwang, S.Y. (2017). Impact of uncertainty on the quality of life of young breast cancer patients: focusing on mediating effect of marital intimacy. *Journal of Korean Academic Nurse*, 48(1), 50-58. <https://doi.org/10.4040/jkan.2018.48.1.50>
- Okagbue, H. I., Adamu, P. I., Bishop, S. A., Oguntunde, P. E., Opanuga, A. A., & Akhmetshin, E. M. (2019). Systematic review of prevalence of antepartum depression during the trimesters of pregnancy. *Open Access Macedonian Journal of Medical Sciences*, 7(9), 1555–1560. <https://doi.org/10.3889/oamjms.2019.270>
- Razmpush, M., Ramezani, K., Maredpour, A., & Koulivand, P. H. (2019). The role of self-efficacy and resilience in nurses' quality of life. *Neuroscience Journal of Shefaye Khatam*, 7(1), 34-42. <http://shefayekhatam.ir/article-1-1857-fa.html> (In Persian)
- Ristevska-Dimitrovska, G., Filov, I., Rajchanovska, D., Stefanovski, P., & Dejanova, B. (2015). Resilience and quality of life in breast cancer patients. *Open Access Macedonian Journal of Medical Science*, 3(4), 727-731. <https://doi.org/10.3889/oamjms.2015.128>

- Shamsi Thani, M., & Tamanaeifar, M. R. (2016). Quality of life in pregnancy: the role of self-efficacy and resilience. *The 4th International Conference on Recent Innovations in Psychology, Counseling and Behavioral Science*. July 22, 2016, Khorazmi University of Tehran, Tehran.
<https://civilica.com/doc/670033> (In Persian)
- Sharifian, M., Dabir Moghadam, M., Hasanzadeh Pashang, S., & Saffarinia, M. (2014). The effectiveness of Couple's Communication Program Training on life quality and marriage intimacy among unsatisfied women from married life in Tehran city. *Journal of Psychological Studies*, 10(3), 47-78. <https://doi.org/10.22051/psy.2015.1779> (In Persian)
- Tariveh, B., Karimi, Q., Akbari, M., & Moradi, O. (2020). Structural model of marital commitment based on marital communication beliefs, emotional involvement, and criticism in the family with mediating role of marital intimacy. *Journal of Applied Psychology*, 14(1), 139-158.
https://apsy.sbu.ac.ir/article_97304.html (In Persian)
- Van den Berg, B. R. H. (1990). The influence of maternal emotional during pregnancy on fetal & neonatal behavior. *Journal of Prenatal & Perinatal Psychological and Health*, 5(14), 119-30.
<https://pure.uvt.nl/ws/portalfiles/portal/1041624/INFLUEN2.PDF>
- Van den Broucke, S., Vandereycken, W., & Vertommen, H. (1995). Marital intimacy: Conceptualization and assessment. *Clinical Psychology Review*, 15(3), 217-233.
[https://doi.org/10.1016/0272-7358\(95\)00007-C](https://doi.org/10.1016/0272-7358(95)00007-C)
- Ware, J. E., & Sherbourne, C. D. (1992). The MOS 36-item short-form health survey (SF-36): I. Conceptual framework and item selection. *Medical Care*, 30(6), 473-483.
<https://doi.org/10.1097/00005650-199206000-00002>
- Welch, B. M., Keil, A. P., Bommarito, P. A., Erve, T. J., Deterding, L. J., Williams, J. G., Lih, F. B., Cantonwine, D. E., McElrath, T. F., & Ferguson, K. K. (2021). Longitudinal exposure to consumer product chemicals and changes in plasma oxylipins in pregnant women. *Environment International*, 157, 106787. <https://doi.org/10.1016/j.envint.2021.106787>