

Analysis of Structural Equations in the Relationship of Marital Conflicts and Affective Security with Perceived Stress and Pregnancy Worries and Biological Indexes with the Mediation of Psychological Wellbeing in Pregnant Women

Horrieh Abbasmofrad^{*}, Javad Khalatbari^{}**

Saeid Malihi Alzakerini^{*}, Fatemeh Mohammadi Shirmahalleh^{****}, Vida Shafti^{*****}**

Abstract

Pregnancy is a phenomenon which can create psychological, cognitive, emotional and communicative problems for the pregnant women in case of insufficient attention. Therefore the present study was conducted to analyze structural equations in the relationship of marital conflicts and affective security with perceived stress and pregnancy worries and biological indexes with the mediation of psychological wellbeing in pregnant women. The research method was descriptive in correlational and structural equations type. The statistical population of this study included pregnant women who attended women and delivery clinics and the hospital in the town of Ramsar from January to March of 2018-19. The research sample included 300 pregnant women who were selected through available sampling method. The applied instruments included marital conflict questionnaire (Sanaei et.al, 2000), affective security scale (Cordova, Gee, Warren, 2005), perceived stress

* PhD Student in Health Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University of Karaj, Iran, Mofrad.h1@gmail.com

** Associate Professor, Department of Psychology, Tonekabon Branch, Islamic Azad University, Tonekabon, Iran, saba_javadpsy2at@yahoo.com

*** Assistant Professor, Department of Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran (Corresponding Author), saied.malhi@kiaua.ac.ir

**** Assistant Professor, Department of Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran, M_mohammadi1352@yahoo.com

***** Assistant Professor of Obstetrics and Gynecology, School of Medicine, Islamic Azad University, Tonekabon Branch, Tonekabon, Iran, Vshafti1@gmail.com

Date received: 29-08-2020, Date of acceptance: 26-12-2020

Copyright © 2010, IHCS (Institute for Humanities and Cultural Studies). This is an Open Access article. This work is licensed under the Creative Commons Attribution 4.0 International License. To view a copy of this license, visit <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/> or send a letter to Creative Commons, PO Box 1866, Mountain View, CA 94042, USA.

questionnaire (Cohen & al, 1983), pregnancy worries questionnaire (Alderdice, Lynn, 2011) and psychological wellbeing questionnaire (Ryff, 1996). The data analysis was conducted via Pearson correlation and structural equation methods after collecting the questionnaires. The results showed that there is a significant relationship between the variables ($p < 0.001$). Moreover, the mediation role of psychological wellbeing was proved in the relationship of marital conflicts and affective security with perceived stress and pregnancy worries and biological indexes in pregnant women. Regarding the mediation role of psychological wellbeing, it is necessary to provide and use a training package of psychological wellbeing for the women to improve affective security and biological indexes and decrease marital conflicts, perceived stress and pregnancy worries in the pregnant women.

Keywords: Perceived stress, affective security, psychological wellbeing, marital conflicts, pregnancy worries, biological indexes



تحلیل معادلات ساختاری در رابطه تعارضات زناشویی و امنیت عاطفی با استرس ادراک شده و نگرانی‌های دوران بارداری و شاخص‌های زیستی با واسطه‌گری بهزیستی روان‌شناختی در زنان باردار

حریه عباس مفرد^{*}، جواد خلعتبری^{**}

سعید ملیحی الذاکرینی^{***}، فاطمه محمدی شیرمحله^{****}، ویدا شفتی^{*****}

چکیده

بارداری پدیده‌ای است که در صورت عدم توجه کافی ممکن است برای زنان مشکلات روان‌شناختی، شناختی، هیجانی و ارتباطی ایجاد نماید. بر این اساس پژوهش حاضر با هدف تحلیل معادلات ساختاری در رابطه تعارضات زناشویی و امنیت عاطفی با استرس ادراک شده و نگرانی‌های دوران بارداری و شاخص‌های زیستی با واسطه‌گری بهزیستی روان‌شناختی در زنان باردار صورت پذیرفت. روش پژوهش، توصیفی از نوع همبستگی و معادلات ساختاری بود. جامعه آماری این پژوهش را زنان باردار مراجعه‌کننده به کلینیک‌های زنان و زایمان و بیمارستان شهرستان رامسر در بازه زمانی بهمن تا فروردین ماه سال ۹۸-۱۳۹۷ بود. نمونه این پژوهش شامل تعداد ۳۰۰ زن باردار بود که به شیوه در دسترس انتخاب شدند. ابزارهای مورد استفاده شامل پرسشنامه تعارضات زناشویی (ثنایی و همکاران، ۱۳۷۹)؛ مقیاس امنیت عاطفی

* دانشجوی دکتری روان‌شناسی سلامت، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی کرج، ایران، Mofrad.h1@gmail.com

** دانشیار گروه روان‌شناسی، واحد تنکابن، دانشگاه آزاد اسلامی، تنکابن، ایران، saba_javadpsy2at@yahoo.com

*** استادیار گروه روان‌شناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران (نویسنده مسئول)،

saied.malihi@kia.ac.ir

**** استادیار گروه روان‌شناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران، M_mohammadi1352@yahoo.com

***** استادیار زنان و زایمان، دانشکده پزشکی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تنکابن، تنکابن، ایران،

Vshafii1@gmail.com

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۰۶/۰۸، تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۱۰/۰۶

(کردوا، جی و وارن، ۲۰۰۵)، پرسشنامه استرس ادراک شده (کوهن و همکاران، ۱۹۸۳)؛ پرسشنامه نگرانی‌های دوران بارداری (آلدردسی و لین، ۲۰۱۱) و پرسشنامه بهزیستی روان‌شناختی (ریف، ۱۹۹۶) بود. پس از جمع‌آوری پرسشنامه‌ها، تجزیه و تحلیل داده‌های حاصل از این پژوهش با استفاده از روش‌های همبستگی پیرسون و معادله‌یابی ساختاری صورت گرفت. نتایج نشان داد که رابطه معناداری بین متغیرها وجود دارد ($p < 0.001$). علاوه بر این نقش میانجی‌گری بهزیستی روان‌شناختی در رابطه بین تعارضات زناشویی و امنیت عاطفی با استرس ادراک شده و نگرانی‌های دوران بارداری و شاخص‌های زیستی در زنان باردار تایید شد. با توجه به نقش میانجی معنادار بهزیستی روان‌شناختی، لازم است جهت بهبود امنیت عاطفی و شاخص‌های زیستی و کاهش تعارضات زناشویی، استرس ادراک شده و نگرانی‌های دوران بارداری زنان باردار، بسته آموزشی بهزیستی روان‌شناختی برای این زنان تهیه و از آن استفاده شود.

کلیدواژه‌ها: استرس ادراک شده، امنیت عاطفی، بهزیستی روان‌شناختی، تعارضات زناشویی، نگرانی‌های دوران بارداری، شاخص‌های زیستی

۱. مقدمه

دوران بارداری یکی از مهم‌ترین مراحل زندگی یک زن است، اگرچه برای اکثریت زنان یک دوره لذت‌بخش است؛ ولی اغلب یک دوره پراسترس و همراه با تغییرات فیزیولوژیکی و روانی نیز به شمار می‌آید (هال (Hall) و همکاران، ۲۰۲۰)، به طوری که بروز یک رشته ناراحتی‌ها و مشکلات در این دوره شایع است و این مشکلات اثرات قابل ملاحظه‌ای بر وضعیت روانی آنان خواهد گذاشت (ایورنيس، لینکوئیست، ساندکویست، ایورسون و موگرن (Eurenius, Lindkvist, Sundqvist, Ivarsson, Mogren)، ۲۰۱۱). در این میان یکی از مواردی که نقش مهمی در سلامت عمومی زنان باردار دارد، نگرانی‌های دوران بارداری است (سیگنال (Signal) و همکاران، ۲۰۱۷). نگرانی وابسته به دوره بارداری، نوع خاصی از نگرانی است که به ترس‌ها و نگرانی‌های مادرانه مرتبط با بارداری اشاره دارد و دربرگیرنده نگرانی‌ها درباره سلامتی جنین، نشانه‌های جسمانی، فرزندپروری، روابط با دیگران و زایمان هست (آلدردسی و لین (Alderdice, Lynn)، ۲۰۱۱). دسته‌ای از پژوهش‌ها پیشنهاد کرده‌اند که نگرانی اختصاصی دوره بارداری در مقایسه با نگرانی ناشی از منابع نامرتبط با بارداری، ممکن است علت پیامدها و عوارض مربوط به بارداری و زایمان باشد. به طوری که کریستینسن (Christensen) و همکاران (۲۰۲۰) در پژوهشی نشان دادند

که متغیرهای نگرانی از زایمان، فاجعه‌سازی درد و شناخت در انتخاب زایمان معنی‌دار بودند، ولی در متغیرهای ترس از درد افسردگی، اضطراب و استرس رابطه معناداری مشاهده نشد.

در کل اغلب زنان باردار، ترس و نگرانی زیادی دارند و از اینکه چگونه با شرایط خود را وفق دهند دچار اضطراب می‌شوند که این امر در نوع خود مخاطراتی در پی خواهد داشت، به طوری که بروز حالت خفگی جنین در زمان تولد بین زنان مضطرب وجود دارد و همچنین الگوهای غیرطبیعی ضربان قلب جنین، نمره آپگار پایین، افزایش مرگ و میر در زمان تولد و تولد نوزاد کم‌وزن از دیگر خطرات همراه نگرانی بارداری می‌باشد (رایدینگ، ویرفلت، ونگبورگ، سچورن و ادمن (Ryding, Wirfelt, Wångborg, Sjögren, Edman), ۲۰۰۷). برگرن و همکارانش نشان دادند که مکانیسم‌های انطباقی چون "تطابق افسرده‌وار" یا "سوگ عصبی" پس از سقط می‌تواند پیشگویی‌کننده بروز علائم اضطرابی شدید به دنبال حاملگی بعدی باشد. مجموعه این عوامل مستعدکننده اضطراب، بستری را فراهم می‌کند که احتمال بروز اختلالات اضطرابی بیش‌تر است (ژوئا (Zhou) و همکاران، ۲۰۲۰). یافته‌های مختلف نشان می‌دهند که اضطراب و نگرانی به صورت یک رابطه U شکل ظاهر می‌شود؛ به طوری که در سه ماهه اول و سوم، میزان اضطراب و نگرانی افزایش می‌یابد. این اضطراب گاهی به عنوان یک مکانیزم طبیعی، برای مقابله با نگرانی ذهنی مادر درباره بچه‌دار شدن تلقی می‌شود که می‌تواند مادر را برای بارداری و تغییرات همراه آن آماده سازد؛ اما نگرانی، اضطراب و سایر اختلالات روانی می‌تواند شکل بیمارگونه به خود گرفته و چنان شدت یابد که سلامت عمومی مادر باردار را تحت تأثیر قرار دهد (آرچ (Arch)، ۲۰۱۳). از طرفی حوادث نامطبوع زندگی، نگرانی درباره تولد، وزن و تصویربندی، سلامت عمومی زنان را تحت تأثیر قرار داده و به ایجاد مشکلات روانی منجر می‌شود (کیروود و لیتچ (LeichtKirkwood)، ۲۰۱۹).

یافته‌های بالینی نشان می‌دهد فشار روانی ناشی از رویدادهای روز مره زندگی به تدریج فعالیت سیستم‌های مختلف بدن را تحت تأثیر قرار داده و عملکرد آنها را مختل می‌سازد و یا با تضعیف سیستم ایمنی، استعداد ابتلا به بیماری‌های روانی و جسمی را افزایش می‌دهد، از نشانه‌های شایع استرس، خستگی، سردرد، تنش ماهیچه‌ای، اختلالات گوارشی، سرگیجه، بالا رفتن قند خون و غیره می‌باشد، استرس بالا قادر است موجب کاهش سطح سلامتی و رفاه افراد گردد (ورمرو - گونزالس (Romero-Gonzalez) و همکاران، ۲۰۲۰). افزایش

فشارخون در دوران بارداری به معنای فشار سیستولی مساوی یا بیشتر از ۱۴۰ میلی‌متر جیوه و فشار دیاستولی مساوی یا بیشتر از ۹۰ میلی‌متر جیوه می‌باشد (تاونسند، ابرون و خلیل (Townsend, O'Brien, Khalil)، ۲۰۱۶). فشار خون بالا از مشکلاتی است که باعث آسیب زیادی در دوره بارداری می‌شود. از دیگر عوامل زیستی که در دوران بارداری بیشتر مورد توجه قرار می‌گیرد سیستم ایمنی مادران باردار می‌باشد که به علت ناسازگاری بدن مادر با رشد و تکامل جنین باعث بروز مشکلات فراوانی می‌شود (رابرتسون، بروم‌فیلد و ترملن (Robertson, Bromfield, Tremellen)، ۲۰۰۳). باید توجه کرد که در دوران بارداری وجود مشکلات جسمی، اضطراب، بی‌ثباتی عاطفی و تغییرات در تصور نسبت به خود باعث افزایش تعارضات زناشویی در این دوره می‌شود (Gourounti, Anagnostoulos, Sandall, 2014). تحقیقاتی که در زمینه اثرگذاری بر مشکلات بارداری انجام شده نشان داده است که تعارضات زناشویی از جمله عواملی است که می‌تواند باعث تجربه استرس در دوران بارداری برای زنان شود (سانچز (Sanchez) و همکاران، ۲۰۲۰). همچنین در پژوهش دیگری که توسط فایسل کیوری، ساویا و منزس (Faisal-Cury, Savoia, Menezes) (۲۰۱۲) انجام گرفته است مشخص گردید که تعارضات زناشویی از عوامل تاثیرگذار بر تجربه نگرانی دوران بارداری است. علاوه بر مشکلات روان‌شناختی، تعارضات زناشویی تأثیرات مستقیمی بر فرآیندهای فیزیولوژیک بر جای می‌گذارد؛ پژوهش‌هایی که به بررسی رابطه تعارضات زناشویی و مشکلات زیست‌شناختی پرداخته است نشان دهنده تاثیرپذیری عوامل زیست‌شناختی از تعارضات بین زوجین است، برای مثال تعارضات زناشویی باعث افزایش فشارخون، و بالا رفتن احتمال تصلب شرایین می‌شود. همچنین تعارضات زناشویی با ایجاد استرس در مادران باردار باعث تضعیف سیستم ایمنی آنها می‌شود (کیوکلت (Kiecolt-Glaser) و همکاران، ۲۰۰۵). در دوران بارداری نیز این تاثیرگذاری شدت بیشتری می‌گیرد و در صورت تعارضات شدید و مزمن احتمال بروز مشکلات حادث‌تر در این دوره بیشتر می‌شود (دوریس (Devries) و همکاران، ۲۰۱۰).

از عوامل دیگری که تاثیرگذاری آن بر حالات دوران بارداری مورد توجه قرار گرفته است امنیت عاطفی است. پژوهش‌های انجام گرفته نشان داده است که امنیت عاطفی از جمله ویژگی‌های بنیادین است به علت وجود تنش‌های مختلف در دوره بارداری بر مدیریت بهتر شرایط تاثیرگذار است (ناسرین، کیبر، فرسل و ادبورگ (Nasreen, Kabir, Forsell, Edhborg)، ۲۰۱۱). طبق تعریف کردوا و اسکات (Cordova, Scott) (۲۰۰۱) امنیت

عاطفی، احساس امنیت و آسودگی نسبت به آسیب پذیر بودن در بافت یک رابطه معین می‌باشد (کورافورد و هنری (Crawford, Henry)، ۲۰۰۳) و در یک تعریف ساده امنیت عاطفی یعنی اطمینان از آن که دیگران ما را دوست دارند و بود یا نبودمان برایشان اهمیت دارد، دردها و مصائب ما آنان را نیز دچار اندوه و غم می‌کند و مسائلی از این قبیل که در جهان احساس و عاطفه قرار می‌گیرند (ساروخانی و نویدنیا، ۱۳۹۵).

چنانچه در قسمت‌های قبلی توضیح داده شد در دوران بارداری امنیت عاطفی و تعارضات زناشویی می‌تواند با تاثیرگذاری استرس ادراک شده، نگرانی‌های دوره بارداری و وضعیت زیستی بر فرایند بارداری و سلامت مادر و جنین اثرگذار باشد، با بررسی پیشینه نظری و تحقیقات انجام گرفته می‌توان نتیجه گرفت که امنیت عاطفی و تعارضات زناشویی علاوه بر تاثیر مستقیم به صورت غیرمستقیم و با میانجیگری برخی از متغیرهای روان‌شناختی بر استرس ادراک شده، نگرانی‌های دوره بارداری و وضعیت زیستی تاثیر بگذارد که تحقیقات بررسی شده چنانچه در ادامه توضیح داده خواهد شد نشان می‌دهد یکی از متغیرهای اصلی که می‌توان از آن به عنوان متغیر میانجی یاد کرد بهزیستی روان‌شناختی است (بروبرگ (Broberg) و همکاران، ۲۰۲۰). در راستای ارتباط بهزیستی روان‌شناختی و تعارضات زناشویی می‌توان چنین مطرح کرد که بررسی‌های انجام شده در زمینه تأثیرات مخرب تعارضات زوجین نشان داده است که زندگی مشترک چه به طلاق بی‌انجامد و چه به صورت فرسایشی، کشمکش‌های طاقت فرسایی را به بار آورد، می‌تواند بر بهزیستی روان‌شناختی زوجین نیز تأثیر گذارد. همچنین امنیت عاطفی از دیگر عوامل روان‌شناختی است که می‌تواند تحت تاثیر بهزیستی روان‌شناختی قرار گیرد. از سوی دیگر تحقیقات انجام گرفته نشان داده است که بهزیستی روان‌شناختی به صورت مستقیم با عوامل زیستی ارتباط دارد و بر آنها اثرگذار است. برای مثال در تحقیق مشابهی بوردوین و هبندر (Bordwine, Huebner) (۲۰۱۰) مشخص کردند که بین بهزیستی روان‌شناختی و سیستم دفاعی بدن ارتباط قوی وجود دارد، همچنین وهوون (Veenhoven) (۲۰۰۸) در پژوهشی نشان داد که عوامل روان‌شناختی بر کارکرد جسمی تأثیر می‌گذارند و کسانی که بهزیستی روان‌شناختی بالاتری دارند، از سلامت جسمی بالاتری نیز برخوردارند. با توجه به مطالب مطرح شده هدف پژوهش حاضر بررسی این مساله هست که آیا تعارضات زناشویی و امنیت عاطفی با واسطه‌گری بهزیستی روان‌شناختی، می‌تواند استرس ادراک شده و

نگرانی‌های دوران بارداری و شاخص‌های زیستی این دوره را در زنان باردار پیش‌بینی نماید؟

۲. روش پژوهش

پژوهش از لحاظ اجرا بر اساس مدل ارتباطی و طبق معادلات ساختاری جزء تحقیقات توصیفی از نوع همبستگی است چرا که هدف آن تعیین نقش واسطه‌ای به‌زیستی روان‌شناختی در رابطه بین در رابطه تعارضات زناشویی و امنیت عاطفی با استرس ادراک شده و نگرانی‌های دوران بارداری و شاخص‌های زیستی در زنان باردار است. جامعه آماری این پژوهش را زنان باردار مراجعه‌کننده به کلینیک‌های زنان و زایمان و بیمارستان شهرستان رامسر که طول مدت بارداری آنها بین چهار تا شش ماه باشد و براساس آمار بدست آمده حدود ۱۴۰۰ زن باردار در بازه زمانی بهمن تا فرودین ماه به این مراکز ۹۸-۱۳۹۷ مراجعه کردند تشکیل داده‌اند. تعیین حداقل حجم نمونه لازم، برای مدل‌یابی بسیار با اهمیت است. بسیاری از پژوهشگران حداقل حجم نمونه لازم را ۲۵۰ نفر اعلام کرده‌اند (کلاین، هوناکر، جوزف و سچیو (Kline, Honaker, Joseph, Scheve)، ۲۰۰۱). بر این اساس تعداد نهایی حجم نمونه ۳۰۰ نفر بود که جهت جبران ریزش احتمالی ۳۸۰ نفر در نظر گرفته شد. از این تعداد، ۷۱ پرسشنامه به دلیل مخدوش بودن و ۹ نفر هم به علت پاسخگویی ناقص حذف و تعداد ۳۰۰ پرسشنامه وارد پژوهش شد. براین اساس گروه نمونه این پژوهش مشتمل بر ۳۰۰ نفر از زنان باردار که طول مدت بارداری آنها بین چهار تا شش ماه بود که برای انتخاب آنها از روش نمونه‌برداری دردسترس استفاده شد. بدین صورت که از بین زنان زنان باردار مراجعه‌کننده به کلینیک‌های زنان و زایمان و بیمارستان شهرستان رامسر در بازه زمانی بهمن تا فرودین ماه به این مراکز ۹۸-۱۳۹۷، با توجه به ملاک‌های ورود به پژوهش تعداد ۳۸۰ زن نابارور انتخاب و پرسشنامه‌های پژوهش به آنان ارائه شد. ملاک‌های حضور در نمونه عبارت بودند از: داشتن تحصیلات سطح راهنمایی به بالا، داشتن سن بین ۲۰ تا ۴۵ سال، زنان باردار با تجربه اولین باردار، سابقه سقط حداکثر یک بار، نوع بارداری طبیعی، تک‌قلوزا بودن و عدم وجود سابقه بیماری عصبی و روانی و بستری شدن در بیمارستان. همچنین ملاک‌های خروج از پژوهش، عدم تمایل به ادامه حضور در پژوهش، پاسخ مخدوش به پرسشنامه و بروز حوادث پیش‌بینی نشده بود.

۳. ابزار سنجش

۱.۳ پرسش نامه تعارضات زناشویی (Marital Conflict Questionnaire)

پرسشنامه ۵۴ سوالی تعارضات زناشویی توسط ثنایی و همکاران در سال (۱۳۷۹) با هدف سنجش ابعاد تعارضات زناشویی ساخته شده است. این پرسشنامه هشت بعد از تعارضات زناشویی را می‌سنجد که عبارتند از کاهش همکاری، کاهش رابطه جنسی، افزایش واکنش‌های هیجانی، افزایش جلب حمایت فرزندان، افزایش رابطه فردی با خویشاوندان خود، کاهش رابطه خانوادگی با خویشاوندان همسر و دوستان، جدا کردن امور مالی از یکدیگر و کاهش ارتباط موثر. نحوه نمره‌گذاری آن براساس طیف پنج درجه‌ای لیکرت (از نمره ۱ برای «کاملاً مخالفم» تا ۵ برای «کاملاً موافقم») است. حداکثر نمره کل پرسشنامه ۲۷۰ و حداقل آن ۵۴ است. در این ابزار نمره بیشتر به معنی تعارض بیشتر و نمره کمتر به معنی رابطه بهتر و تعارض کمتر است. نمره‌گذاری گزینه‌ها به این صورت است: هرگز (۱)، بندرت (۲)، گاهی (۳)، اکثراً (۴)، همیشه (۵). سوالات ۳، ۱۱، ۱۴، ۲۶، ۳۰، ۳۳، ۴۵، ۴۷، ۵۴ به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. در پژوهش ثنایی و همکاران (۱۳۸۷)؛ به نقل از بخشی‌پور، اسدی، کیانی، شیرعلی‌پور و احمددوست، (۱۳۹۱) آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه روی یک گروه ۲۷۰ نفری برابر با ۰/۹۶ به دست آمد و برای ۸ خرده‌مقیاس آن از این قرار است: کاهش همکاری، ۰/۸۱؛ کاهش رابطه جنسی، ۰/۶۱؛ افزایش واکنش‌های هیجانی، ۰/۷۰؛ افزایش جلب حمایت فرزند، ۰/۳۳؛ افزایش رابطه فردی با خویشاوندان خود، ۰/۸۶؛ کاهش رابطه خانوادگی با خویشاوندان همسر و دوستان، ۰/۸۹؛ جدا کردن امور مالی از یکدیگر، ۰/۷۱؛ و کاهش ارتباط موثر، ۰/۶۹. گزارش شده است. همچنین آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۷۱ و برای هفت خرده‌مقیاس آن از ۰/۶۰ (کاهش رابطه جنسی) تا ۰/۸۱ (کاهش رابطه با خانواده همسر) متغیر بوده است. روایی پیش‌بینی آن برای پیش‌بینی بیمارهای روان‌تنی تأیید شده از جمله پیش‌بینی سردرد میگرن که معادل ($p = 0/01$ و $0/28$) بدست آمد (ابراهیمی، نجفی، مهرابی، صادقی، ۱۳۸۷).

۲.۳ مقیاس امنیت عاطفی (Emotional Security Scale)

مقیاس امنیت عاطفی برای اولین بار توسط کردوا، جی و وارن (Cordova, Gee, Warren) (۲۰۰۵) ساخته شد. این مقیاس برای ارزیابی میزان آسودگی نسبت به آسیب‌پذیری از سوی

شریک در حوزه‌های مختلفی از رابطه ساخته شد. این سیاهه، یک ابزار خودگزارش‌دهی برای سنجش شدت افسردگی در افراد ۱۳ تا ۸۰ سال است، دارای ۲۱ ماده است که برای ارزیابی علائم افسردگی (نظیر غمگینی، احساس شکست، احساس گناه) مورد بررسی قرار می‌گیرد. این پرسشنامه به صورت فردی و گروهی قابل اجرا می‌باشد. مقیاس امنیت عاطفی ISQ-R یک نمره کلی در دامنه ۰ تا ۱۱۲ به دست می‌دهد. شرکت‌کنندگان هر عبارت را در یک طیف لیکرت ۵ گزینه‌ای از ۰ (هرگز) تا ۴ (همیشه) نمره‌گذاری می‌کنند. هرچه نمره فرد بالاتر باشد نشان‌دهنده امنیت عاطفی بیشتر است. تحقیقات نشان داده است که این مقیاس از پایایی درونی مناسبی برخوردار است. روایی سازه با بررسی همبستگی بین ISQ-R و مقیاس‌هایی از سازه‌هایی که از دیدگاه نظری مربوط بودند، در حد مطلوب تایید شد (کردوا، جی و وارن، ۲۰۰۵). همچنین روایی و پایایی این آزمون در تحقیق اخلاقی‌پور (۱۳۹۳؛ به نقل از طالبی، شهودی و حمزه‌زاده، ۱۳۹۴) مورد تایید قرار گرفت، بدین ترتیب که همبستگی این آزمون با صمیمیت زناشویی ۰/۶۹ و آلفای کرونباخ ۰/۸۸ محاسبه شد.

۳.۳ پرسش‌نامه استرس ادراک شده (Perceived Stress Questionnaire)

پرسشنامه استرس ادراک شده در سال ۱۹۸۳ توسط کوهن، کاکارک و مرملستین (Cohen, Kamarck, Mermelstein)، تهیه شده است و دارای ۱۴ ماده است که برای سنجش میزان استرسی که شخص در طول یک ماه گذشته در زندگی خود تجربه کرده است، به کار می‌رود. در این آزمون از یک مقیاس پنج گزینه‌ای هرگز، خیلی کم، متوسط، نسبتاً زیاد و خیلی زیاد استفاده شده است و آزمودنی بر اساس گزینه‌ای که انتخاب می‌کند بین صفر تا ۴ نمره می‌گیرد. سؤال‌های ۴، ۵، ۶، ۷، ۹، ۱۰ و ۱۳ برعکس نمره‌گذاری می‌شوند (هیچی=۴، خیلی کم=۳، تا حدودی=۲، نسبتاً زیاد=۱ و خیلی زیاد=۰) و مجموع آنها با جمع نمرات سایر سؤال‌های مقیاس به حساب می‌آید. دامنه نمرات پرسشنامه بین صفر تا ۵۶ است. کسب نمرات بالاتر نشان‌دهنده استرس ادراک شده بیشتر است. پایایی این آزمون به روش همسانی درونی از طریق آلفای کرونباخ بین ۰/۸۴ تا ۰/۸۶ گزارش شده است و بطور کلی ملاک‌های روایی این مقیاس تحت تأثیر جنسیت و سن قرار نمی‌گیرد و روایی مناسبی دارد (کوهن، کاکارک و مرملستین (Cohen, Kamarck, Mermelstein)، ۱۹۸۳). این مقیاس توسط قربانی، بینگ، واتسون، دیویدسون و مک (Ghorbani, Bing, Watson, Mack, Davison, ۲۰۰۲) در پژوهشی بین فرهنگی هنجاریابی و میزان آلفای کرونباخ برابر

تحلیل معادلات ساختاری در رابطه تعارضات زناشویی و ... (حریه عباس مفرد و دیگران) ۱۰۷

با ۰/۸۱، برای آزمودنی‌های ایرانی و ۰/۸۶ برای آزمودنی‌های آمریکایی نشان داده‌اند. پایایی این پرسشنامه در پژوهش حاضر با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۷ به دست آمد.

۴.۳ پرسش‌نامه نگرانی‌های دوران بارداری (prenatal distress questionnaire)

پرسشنامه نگرانی‌های دوران بارداری توسط آلدردسی و لین (Alderdice, Lynn) (۲۰۱۱) ساخته شده است. این پرسشنامه دارای ۳ زیرمقیاس نگرانی درباره تولد و نوزاد، نگرانی درباره وزن و تصویر بدنی، نگرانی درباره هیجان‌ها و روابط می‌باشد که برای سنجش نگرانی‌های اختصاصی دوران بارداری به کار رفته است. این پرسشنامه ابتدا توسط یوسفی به فارسی برگردانده شد، سپس این نسخه توسط یک متخصص زبان انگلیسی با مدرک دکتری تخصصی ترجمه معکوس شد و نواقص ترجمه اصلاح گردید. در نهایت پس از مشورت با سه نفر متخصص روان‌شناسی در مورد نسخه فارسی، ابزار برای اجرا آماده شد. این پرسشنامه به صورت فردی و گروهی قابل اجرا می‌باشد و دارای طیف لیکرت پنج درجه‌ای از «۱» (کاملاً نادرست) تا «۵» (کاملاً درست) می‌باشد. پرسشنامه نگرانی‌های دوره بارداری روایی ملاکی، پایایی بازآزمایی و همسانی درونی برای کل پرسشنامه ۰/۷۴ محاسبه شد که حاکی از پایایی مطلوب پرسشنامه دارد. همچنین مقایسه دو گروه از زنان باردار (اولین بارداری در برابر چندمین بارداری) نشان داد، زنان با بارداری اول در مقایسه با زنان با چندمین بارداری، نمرات بالاتری را در پرسشنامه نگرانی‌های دوره بارداری کسب کردند (یوسفی، ۱۳۹۴).

۵.۳ پرسش‌نامه شاخص‌های زیستی (Biological Indicators Questionnaire)

با توجه به اینکه در بررسی‌های انجام شده مشخص گردید پرسشنامه استاندارد برای بررسی شاخص‌های زیستی برای انسان ساخته نشده است. در پژوهش حاضر برای بررسی این مولفه از پرسشنامه محقق ساخته استفاده شد. در پرسشنامه مذکور به بررسی فشارخون، میزان قند خون، و میزان WBC پرداخته شد ولی با توجه به اینکه نمره‌گذاری هر یک از این مولفه‌ها باهم متفاوت است به صورت لیکرت نمره‌گذاری شد که در ادامه توضیح داده می‌شود.

جدول ۱. نحوه نمره‌گذاری مولفه‌های شاخص‌های زیستی

ردیف	مولفه	کم	متوسط	بالا	خیلی بالا
۱	فشار خون	۱۳۹-۱۲۰	۱۵۹-۱۴۰	۱۶۰ به بالا	۱۸۰ به بالا
۲	مقدار قند خون	۲۰۰-۱۴۰	۲۵۰-۲۰۰	۳۰۰-۲۵۰	۳۰۰ به بالا
۳	WBC	۱۳-۱۱	۱۶-۱۳	۲۰-۱۶	۲۰ به بالا

سنجش فشار خون از دست راست با استفاده از دستگاه فشار سنج انجام شد در زنان باردار رنج قند خون نرمال در بارداری در حالت ناشتا باید کمتر از ۹۵، یک ساعت بعد از غذا کمتر از ۱۴۰ و دوساعت بعد از غذا ۲۰۰ باشد. در پژوهش حاضر از نتایج آزمایشات سنجش قند خون و WBC زنان باردار که به صورت روتین انجام می‌شود، استفاده شد. در پژوهش حاضر خون‌گیری انجام نگرفت. با توجه به اینکه پرسشنامه محقق ساخته می‌باشد روایی محتوایی پرسشنامه از طریق ارائه به پنج پزشک زنان و زایمان ۰/۸۶ و مطلوب بدست آمد و پایایی نیز از طریق آلفای کرونباخ ۰/۸۴ محاسبه شد.

۶.۳ پرسش‌نامه بهزیستی روان‌شناختی (Psychological Well-Being Questionnaire)

پرسشنامه بهزیستی روان‌شناختی با ۵۴ پرسش و ۶ خرده‌مقیاس در سال ۱۹۸۰ توسط توسط ریف (Ryff) در دانشگاه ویسکانسین در سال ۱۹۹۶ تنظیم شد و در بررسی‌های بعدی فرم کوتاه تر ۱۸ سؤالی نیز پیشنهاد گردید (بیانی، گودرزی و محمدکوچکی، ۱۳۸۷). در پژوهش حاضر نسخه ۱۸ سؤالی آن با ۶ خرده‌مقیاس به کار برده شد. خرده‌مقیاس‌های این آزمون عبارتند از: پذیرش خود، روابط مثبت با دیگران، استقلال، تسلط بر محیط، هدفمندی در زندگی، رشد شخصی. پرسشنامه بهزیستی روان‌شناختی از آزمون‌های خودگزارش دهی و بسته پاسخ است که هر یک از سؤالات آن از یک طیف ۶ درجه‌ای (کاملاً مخالفم ۱، تاحدی مخالفم ۲، مخالفم ۳، موافقم ۴، تاحدی موافقم ۵ و کاملاً موافقم ۶) تشکیل شده است. دامنه نمرات پرسشنامه بین ۱۸ تا ۱۰۸ است. کسب نمره بالاتر بیانگر بهزیستی روان‌شناختی بهتر است. دایرندانک (Dierendonck) (۲۰۰۵) نسخه‌ای از پرسشنامه بهزیستی روان‌شناختی ۱۸ سؤالی ریف را در پژوهش خود استفاده نمود، آلفای کرونباخ خرده‌مقیاس‌های آن را در دامنه ۰/۷۹ تا ۰/۸۵ گزارش نموده است و روایی محتوایی و سازه‌ای آزمون فوق را نیز مورد تایید قرار داد. نتایج همبستگی پرسشنامه ۱۸ سؤالی ریف با

مقیاس رضایت از زندگی، پرسشنامه شادکامی آکسفورد، و پرسشنامه عزت نفس روزنبرگ، حاکی از قابل قبول بودن روایی سازه این پرسشنامه در جمعیت ایرانی است (بیانی، گودرزی و محمدکوچکی، ۱۳۸۷). میکائیلی منیع (۱۳۸۹) ضریب پایایی این پرسشنامه را با استفاده از روش آلفای کرونباخ برابر با ۰/۹۰ و قابل قبول گزارش کرده است. بیانی، گودرزی و محمدکوچکی (۱۳۸۷) هم ضریب پایایی پرسشنامه ریف را با استفاده از روش بازآزمایی و آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۸۲ و ۰/۸۹ برآورد کردند. پایایی این پرسشنامه در پژوهش حاضر با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۷ به دست آمد.

۴. روند اجرای پژوهش

در ابتدا مراجعین زنان باردار مراجعه کننده به کلینیک‌های زنان و زایمان و بیمارستان شهرستان رامسر که طول مدت بارداری آنها بین چهار تا شش ماه براساس ملاک‌های ورود طرح بررسی شدند و پس از مشخص شدن افراد واجد شرایط، در جلسه‌های انفرادی، طرح برایشان توضیح داده شد و افراد پرسشنامه‌های مقیاس تعارضات زناشویی، مقیاس امنیت عاطفی، پرسشنامه استرس ادراک شده، پرسشنامه نگرانی‌های دوران بارداری و پرسشنامه بهزیستی روان‌شناختی داده شد همچنین رضایت کتبی جهت استفاده از نتایج آخرین آزمایش خون که به صورت روتین زنان باردار انجام می‌دهند گرفته شد. در طول مدت پاسخ‌دهی شرکت کننده‌ها، پژوهشگر حضور فعال داشت تا از بروز پاسخ‌های تصادفی (پاسخ‌دهی سریع و بدون تمرکز، اتمام زودتر از موعد مقرر) جلوگیری نماید و از آزمودنی‌ها خواسته شد اگر در تکمیل پرسشنامه‌ها با ابهامی مواجه شده‌اند از پژوهشگر بخواهند توضیح بیشتری بدهد در خاتمه از همکاری همه بیماران تشکر به عمل آمد. پژوهشگر در این تحقیق، اصول اخلاقی زیر را رعایت کرده است: اهداف پژوهش و چگونگی انجام آن برای شرکت‌کنندگان توضیح داده شد و رضایت‌نامه کتبی آگاهانه از آنان اخذ شد (بر اساس کد اخلاق ۱،۳،۵)؛ پژوهش حاضر کد اخلاق با شماره IR.IAU.K.REC.1398.041 دریافت کرده است؛ محرمانه بودن کلیه اطلاعات شرکت‌کنندگان کتباً اعلام شد (بر اساس کد اخلاق ۱۶). اصل امانت در تمام مراحل پژوهش از ابتدا تا انتها رعایت شد؛ به شرکت‌کنندگان حق انصراف از شرکت در پژوهش در هر مرحله از پژوهش داده شد (بر اساس کد اخلاق ۸)؛ مطابق با بند بیست کدهای اخلاقی در پژوهش، انجام روش پژوهش مغایر با موازین دینی و فرهنگی نمونه‌های

پژوهش نبود؛ به آزمودنی‌ها جهت محرمانه ماندن اطلاعات و نیز عدم نیاز به ذکر نام و نام‌خانوادگی در روی پرسشنامه‌ها اطمینان خاطر داده خواهد شد؛ اصول اخلاقی در استفاده از منابع و پژوهش‌های دیگر رعایت شد.

در این پژوهش به منظور توصیف و تحلیل داده‌های پژوهش از روش‌های آمار توصیفی شامل محاسبه میانگین و انحراف استاندارد و برای آزمون پژوهش و تحلیل داده با توجه به اینکه مدل مورد بررسی دارای مدل متغیرهای درون‌زاد، برون‌زاد و میانجی می‌باشد از آزمون معادلات ساختاری استفاده شد، لازم به ذکر است که داده‌ها با استفاده از نرم افزار LISREL نسخه ۵.۸ و SPSS نسخه ۲۲ تحلیل شد، به این صورت که ابتدا داده‌های وارد نرم‌افزار SPSS شده و سپس برای برآزش مدل و بررسی فرضیه‌های پژوهش از مدل معادلات ساختاری و نرم‌افزار LISREL استفاده شد. همچنین از تحلیل مسیر برای تعیین ضرایب مستقیم و غیرمستقیم استفاده شد.

۵. یافته‌های پژوهش

توزیع فراوانی و درصد گروه نمونه بر حسب سن، تعداد زایمان (بیشترین تعداد به ترتیب دومین و اولین و سومین باشند)، تعداد فرزندان، شغل آزمودنی، ازدواج فامیلی داشتن یا خیر، سن همسر، شغل همسر، میزان تحصیلات آزمودنی و همسر سطح درآمد در جدول ۲ گزارش شده است.

جدول ۲. توزیع فراوانی و درصد گروه نمونه بر حسب ویژگی‌های جمعیت شناختی (n=۳۰۰)

ویژگی‌های جمعیت شناختی	فراوانی	درصد	pvalue	آزمون آماری
میزان تحصیلات آزمودنی				
کمتر از دیپلم	۱۵۰	۵۰	۰/۶۵	ANOVA
دیپلم	۱۲۳	۴۱	۰/۶۷	ANOVA
فوق دیپلم	۲۰	۶/۶۷	۰/۵۴	ANOVA
لیسانس	۷	۲/۳۳	۰/۷۹	ANOVA
سن آزمودنی				
۲۰ - ۲۶	۸۲	۲۷/۳۳	۰/۲۱	ANOVA
۲۷ - ۳۳	۱۳۸	۴۶	۰/۵۲	ANOVA
۳۴ - ۴۰	۷۶	۲۵/۳۳	۰/۴۸	ANOVA

تحلیل معادلات ساختاری در رابطه تعارضات زناشویی و ... (حریه عباس مفرد و دیگران) ۱۱۱

ANOVA	۰/۱۳	۱/۳۳	۴	۴۱ - ۴۷	
				ازدواج فامیلی	
ANOVA	۰/۴۹	۳۲/۶۷	۹۸	بلی	
ANOVA	۰/۲۵	۶۷/۳۳	۲۰۲	خیر	
				شغل آزمودنی	
ANOVA	۰/۳۴	۲۷/۶۷	۸۳	کارمند	
ANOVA	۰/۶۹	۶۳/۳۳	۱۹۰	آزاد	
ANOVA	۰/۱۴	۲/۳۳	۷	بیکار	
ANOVA	۰/۳۱	۶/۶۷	۲۰	خانه دار	
				سطح درآمد	
ANOVA	۰/۴۵	۱۸/۳۳	۵۵	ضعیف	
ANOVA	۰/۶۲	۷۲	۲۱۶	متوسط	
ANOVA	۰/۵۹	۹/۶۷	۲۹	خوب	
				تعداد زایمان	
ANOVA	۰/۲۹	۲۳	۶۹	اول	
ANOVA	۰/۴۳	۷۰/۳۳	۲۱۱	دوم	
ANOVA	۰/۵	۶/۶۷	۲۰	سوم	
				تعداد فرزندان	
ANOVA	۰/۵	۲۴	۷۲	یک	
ANOVA	۰/۵۳	۶۶	۱۹۸	دو	
ANOVA	۰/۱۷	۸/۳۳	۲۵	سه	
ANOVA	۰/۲۷	۱/۶۷	۵	چهار و بیشتر	
				شغل همسر	
ANOVA	۰/۱۱	۸۴/۶۷	۲۵۴	آزاد	
ANOVA	۰/۵۲	۱۵/۳۳	۴۶	کارمند	
				سن همسر	
ANOVA	۰/۲۵	۶	۱۸	۲۰ - ۲۶	
ANOVA	۰/۲۸	۲۱	۶۳	۲۷ - ۳۳	
ANOVA	۰/۱۵	۴۵/۶۷	۱۳۷	۳۴ - ۴۰	
ANOVA	۰/۷۶	۲۷/۳۳	۸۲	۴۱ - ۴۷	
				میزان تحصیلات همسر	
ANOVA	۰/۳۸	۳۷/۶۷	۱۱۳	کمتر از دیپلم	
ANOVA	۰/۶۵	۴۷/۳۳	۱۴۲	دیپلم	

ANOVA	۰/۵۸	۱۲/۳۳	۳۷	فوق دیپلم	
ANOVA	۰/۴۸	۲/۶۷	۸	لیسانس	

شاخص‌های گرایش مرکزی و پراکندگی نمره‌های تعارضات زناشویی، امنیت عاطفی، استرس ادراک شده، نگرانی‌های دوران بارداری و شاخص‌های زیستی و بهزیستی روان‌شناختی و مولفه‌های آنها، در گروه نمونه در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳. شاخص‌های گرایش مرکزی و پراکندگی نمره متغیرهای پژوهش (n=۳۰۰)

ابزار	مولفه	میانگین	میانه	نما	انحراف استاندارد	کمینه	بیشینه
تعارضات زناشویی	کاهش همکاری	۲/۶۴	۲/۴۹	۲/۳۷	۱/۸۹	۱/۹۳	۴/۵۱
	کاهش رابطه جنسی	۳/۴۹	۳/۲۸	۳/۷۲	۱/۵۳	۱/۶۱	۴/۵۸
	افزایش واکنش‌های هیجانی	۲/۷۷	۲/۵	۲/۸۹	۱/۱۴	۱/۲۶	۴/۴
	افزایش جلب حمایت فرزندان	۳/۳۲	۳/۰۶	۳/۱۳	۱/۳۷	۱/۹۱	۴/۴۳
	افزایش رابطه فردی با خویشاوندان خود	۲/۸۹	۲/۶	۳/۱۸	۱/۹۸	۱/۹۷	۴/۴۴
	کاهش رابطه خانوادگی با خویشاوندان همسر و دوستان	۳/۲۷	۲/۹۸	۳/۵۵	۱/۴۱	۱/۴۱	۴/۵۹
	جدا کردن امور مالی از یکدیگر	۲/۹۹	۳/۱۸	۳/۲۳	۱/۳۶	۱/۲۷	۴/۶۴
	کاهش ارتباط موثر	۲/۵۷	۲/۶۹	۲/۸۵	۱/۴	۱/۷۶	۴/۴۶
	نمره کل	۲/۹۹	۲/۸۵	۳/۱۱	۱/۵۱	۱/۶۴	۴/۶
بهزیستی روان‌شناختی	آزمون امنیت عاطفی تجدید نظر شده	۳/۱۷	۳/۴۳	۳/۰۱	۱/۷۷	۱/۲۸	۴/۴۳
	مقیاس امنیت عاطفی	۳/۴۵	۳/۶۷	۳/۶۶	۱/۹۸	۱/۵۴	۴/۶۶
	استرس ادراک شده	۲/۸۲	۲/۶۷	۳/۰۷	۱/۴۵	۱/۵۹	۴/۴۵
	پذیرش خود	۲/۵	۲/۶۱	۲/۲۱	۱/۶۷	۱/۹۹	۴/۴۴
	روابط مثبت با دیگران	۲/۸۹	۳/۱	۳/۱۵	۱/۰۳	۱/۳۲	۴/۵
	خودمختاری	۳/۷۲	۳/۶	۳/۵۳	۱/۳۸	۱/۶۳	۴/۶۴
	تسلط بر محیط	۲/۷۳	۲/۴۷	۲/۴۷	۱/۹۱	۱/۸۷	۴/۶۱
	زندگی هدفمند	۳/۵۸	۳/۷۹	۳/۴۳	۱/۲۱	۱/۷۷	۴/۶۱
	رشد فردی	۳/۱۴	۳/۳۳	۳/۳۴	۱/۷۴	۱/۸۶	۴/۶۳
نمره کل	۳/۰۹	۳/۱۵	۳/۰۲	۱/۴۹	۱/۷۴	۴/۶۱	
نگرانی درباره تولد و نوزاد	۲/۷۸	۳/۰۷	۲/۵۶	۱/۶۱	۱/۴۴	۴/۴۵	

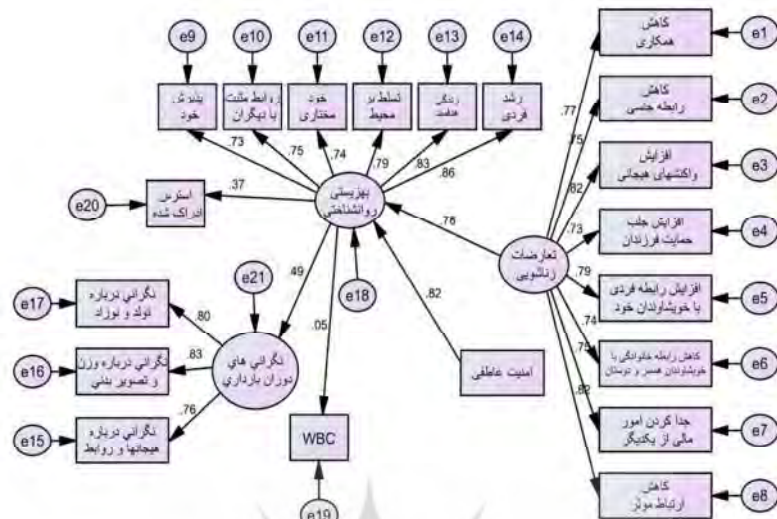
۴/۵۷	۱/۷۸	۱/۰۱	۳/۱۵	۲/۸۲	۳/۰۳	نگرانی درباره وزن و تصویر بدنی	تغییرات روانشناختی
۴/۴۴	۱/۵۵	۱/۲۲	۴/۰۹	۳/۵۹	۳/۸۵	نگرانی درباره هیجان‌ها و روابط می‌باشد	
۴/۴۶	۱/۵۹	۱/۲۸	۳/۲۷	۳/۱۶	۳/۲۲	نمره کل	
۱۵۷	۱۲۰	۱۰/۳۶	۱۲۱	۱۲۳	۱۲۵	فشار خون	
۲۶۹	۱۴۰	۱۲/۷۵	۱۷۴	۱۵۶	۱۸۲	مقدار قند خون	
۱۴	۱۱	۱/۸۷	۳۱ ۱۲	۱۸ ۱۲	۱۲/۳۶	WBC	

جهت بررسی پیش فرض‌های آماری، یافته‌ها نشان داد مقدار سطح معناداری آزمون کولموگروف-اسمیرنوف برای متغیرهای پژوهش بیشتر از ۰/۰۵ است. بنابراین فرض صفر پذیرفته می‌شود یا به عبارت دیگر توزیع متغیرها نرمال می‌باشد. شاخص چولگی و کشیدگی متغیرها بین (۲ و -۲) قرار دارد بنابراین توزیع متغیرها به توزیع نرمال شباهت زیادی دارد. بنابراین می‌توان داده‌ها را هم بر اساس شاخص چولگی و کشیدگی و هم از لحاظ آزمون استنباطی کولموگروف-اسمیرنوف نرمال در نظر گرفت. نرمال بودن چندمتغیره شرط لازم برای برآورد پارامترها در معادلات ساختاری می‌باشد. ضریب مردیا برای بررسی فرض نرمال بودن چندمتغیره نشان داده شده است. مقدار آماره z ضریب مردیا کوچک‌تر از ۱/۹۶ می‌باشد که این مطلب فرض صفر مبنی بر نرمال بودن چند متغیره در سطح اطمینان ۹۵ درصد را تایید می‌کند. همچنین نتیجه آزمون KMO نشان داد که مقدار KMO برای همه مقیاس‌ها بیشتر از ۰/۷ می‌باشد بنابراین حجم نمونه از کفایت خوبی برای انجام تحلیل عاملی تاییدی برخوردار است. در این بخش به تحلیل و تبیین مدل مفهومی تحقیق پرداخته می‌شود. بدین منظور، برای مدل‌سازی معادلات ساختاری از نرم‌افزار AMOS 24 استفاده شده است. در چارچوب این تحقیق، برای اندازه‌گیری مفاهیم «تعارضات زناشویی»، «امنیت عاطفی»، «بهبودی روان‌شناختی»، «استرس ادراک شده»، «نگرانی‌های دوران بارداری» و «امنیت عاطفی تجدید نظر شده» از ابعاد و گویه‌های جداگانه‌ای در پرسشنامه استفاده شد که از نرم‌افزار Amos 24 به روش تحلیل عاملی تاییدی برای برازش هر کدام از مدل‌های اندازه‌گیری استفاده گردید. برای تعیین صحت مدل‌های اندازه‌گیری شاخص‌های متعددی وجود دارد که در ادامه آورده شده است.

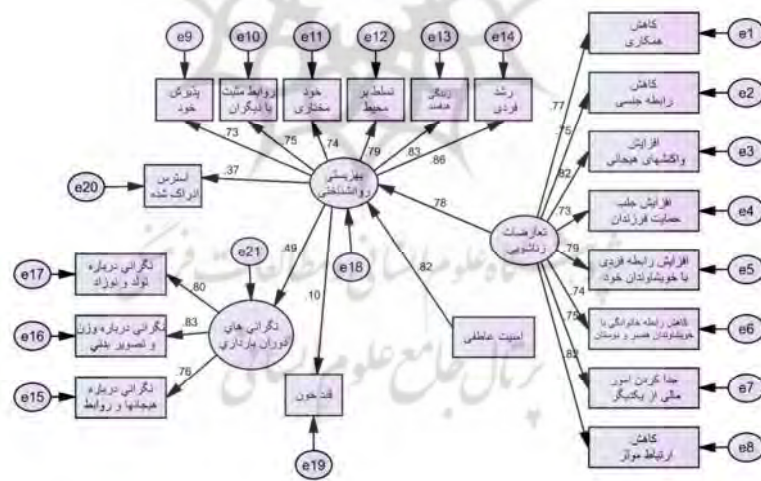
جدول ۵. شاخص‌های برازش مدل‌های اندازه‌گیری

شاخص	حد مطلوب	تعارضات زناشویی	امنیت عاطفی	بهبودی روان‌شناختی	استرس ادراک شده	نگرانی‌های دوران بارداری	امنیت عاطفی تجدیدنظر شده
X2/df	۳ و کم‌تر	۲/۳۴	۲/۲۳	۲/۰۵۴	۲/۸۱	۱/۶۵	۲/۶
RMR	نزدیک به صفر	۰/۰۴۶	۰/۰۳۹	۰/۰۲۶	۰/۰۲۶	۰/۰۳۴	۰/۰۴۳
GFI	۰/۹ و بالاتر	۰/۹۸۱	۰/۸۹۱	۰/۹۸۹	۰/۹۹۳	۰/۹۴۳	۰/۹۲۷
AGFI	۰/۹ و بالاتر	۰/۹۵۵	۰/۸۶۵	۰/۹۶۲	۰/۹۶۴	۰/۹۳۶	۰/۹۰۹
NFI	۰/۹ و بالاتر	۰/۹۶۱	۰/۸۸۳	۰/۹۸۹	۰/۹۸۲	۰/۹۰۱	۰/۹۲۶
RFI	۰/۹ و بالاتر	۰/۹۳۲	۰/۸۶۵	۰/۹۷۱	۰/۹۴۵	۰/۹۵۴	۰/۹۴۱
IFI	۰/۹ و بالاتر	۰/۹۷۷	۰/۹۳۲	۰/۹۹۴	۰/۹۸۸	۰/۹۵۷	۰/۹۲۴
TLI	۰/۹ و بالاتر	۰/۹۶۰	۰/۹۲۰	۰/۹۸۵	۰/۹۶۴	۰/۹۲۳	۰/۹۱۴
CFI	۰/۹ و بالاتر	۰/۹۷۷	۰/۹۳۱	۰/۹۹۴	۰/۹۸۸	۰/۹۴۳	۰/۹۲۷
PRATIO	۰/۵ و بالاتر	۰/۵۷۱	۰/۸۶۳	۰/۵	۰/۵۳۳	۰/۵۶	۰/۵۵۶
PNFI	۰/۵ و بالاتر	۰/۵۴۹	۰/۷۶۲	۰/۵۹	۰/۵۲۷	۰/۵۲	۰/۷۵۱
PCFI	۰/۵ و بالاتر	۰/۵۵۸	۰/۸۰۴	۰/۵۹۸	۰/۵۲۹	۰/۷۶۴	۰/۷۲۹
RMSEA	کوچکتر از ۰/۰۸	۰/۰۵۸	۰/۰۵۵	۰/۰۵۳	۰/۰۶۷	۰/۰۶۷	۰/۰۶۹

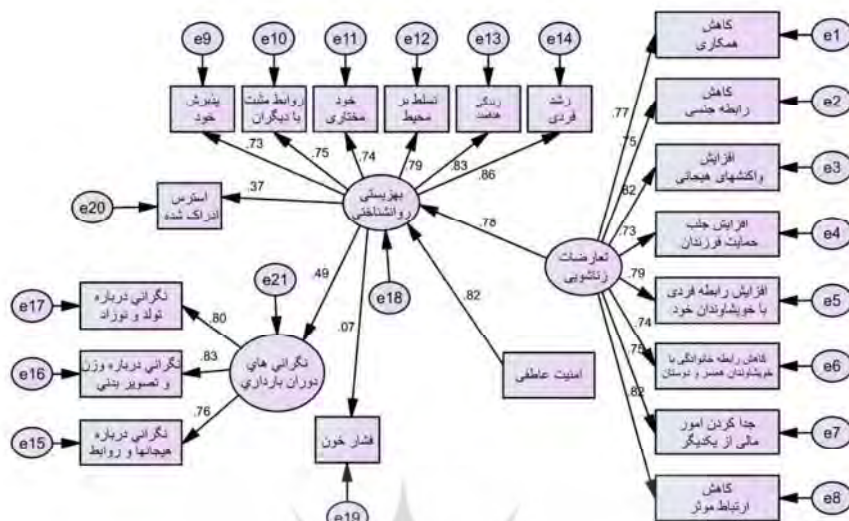
نتایج جداول فوق نشان می‌دهد که شاخص‌های برازش همه مدل اندازه‌گیری در حد مطلوب هستند. در ادامه روایی و پایایی سازه‌های مدل بررسی می‌شود. در این بخش به تحلیل و تبیین مدل مفهومی تحقیق پرداخته می‌شود. بدین منظور، برای تحلیل مسیر از نرم‌افزار AMOS 24 استفاده شده است. پس از بررسی شاخص‌های برازش، مناسب بودن مدل مورد تحلیل قرار می‌گیرد. در نگاره مدل مسیر پژوهش در حالت ضرایب استاندارد به تفکیک سه شاخص زیستی (قند خون، فشار خون و WBC) آورده شده است.



نگاره ۲. مدل مسیر برازش شده (WBC)



نگاره ۳. مدل مسیر برازش شده (قند خون)



نگاره ۴. مدل مسیر برازش شده (فشار خون)

برای بررسی برازش مدل‌های مسیر از شاخص‌های برازش استفاده شد. این شاخص‌ها در جدول زیر گزارش شده است.

جدول ۶. شاخص‌های برازش مدل

شاخص	حد مطلوب	مقادیر گزارش شده (مدل قند خون)	مقادیر گزارش شده (مدل فشار خون)	مقادیر گزارش شده (مدل WBC)
X2/df	۳ و کم‌تر	۱/۹	۲/۷۷	۱/۲۹
RMR	نزدیک به صفر	۰/۰۹۱	۰/۰۹۲	۰/۰۸۲
GFI	۰/۹ و بالاتر	۰/۹۱۹	۰/۹۱۵	۰/۹۰۷
AGFI	۰/۹ و بالاتر	۰/۹۲۸	۰/۹۱۳	۰/۹۱۶
NFI	۰/۹ و بالاتر	۰/۹۱۷	۰/۹۴۱	۰/۹۱۲
RFI	۰/۹ و بالاتر	۰/۹۳۴	۰/۹۰۸	۰/۹۵۷
IFI	۰/۹ و بالاتر	۰/۹۰۶	۰/۹۲۶	۰/۹۰۵
TLI	۰/۹ و بالاتر	۰/۹۰۱	۰/۹۳۳	۰/۹۲۱
CFI	۰/۹ و بالاتر	۰/۹۱۹	۰/۹۱۵	۰/۹۰۷
PRATIO	۰/۵ و بالاتر	۰/۷۶۵	۰/۵۶۳	۰/۶۸۸
PNFI	۰/۵ و بالاتر	۰/۶	۰/۷۷۳	۰/۵۹۹

تحلیل معادلات ساختاری در رابطه تعارضات زناشویی و ... (حریه عباس مفرد و دیگران) ۱۱۷

PCFI	۰/۵ و بالاتر	۰/۳۸۶	۰/۸۱۴	۰/۷۰۷
RMSEA	کوچکتر از ۰/۰۸	۰/۰۳۸	۰/۰۶۱	۰/۰۶۸

با توجه به جدول ۶، شاخص‌های CFI، AGFI، GFI و PNFI بیشتر از مقادیر مشخص شده هستند. مقادیر RMSEA و X^2/df نیز کمتر از مقادیر ذکر شده در جدول بالا هستند. با توجه به این یافته‌ها می‌توان گفت که مدل‌های آزمون شده از برازش مناسبی برخوردار است. در ادامه به بررسی فرضیات پژوهش پرداخته می‌شود.

جدول ۷. نتیجه بررسی فرضیات پژوهش

تأثیر	متغیر میانجی	اثر غیرمستقیم	نسبت بحرانی (CR)	سطح معناداری	نتیجه	نتیجه فرضیه
تعارضات زناشویی بر استرس ادراک شده	بهزیستی روان‌شناختی	۰/۲۸۸	۵/۷۹	۰/۰۰۱	تأثیرگذاری معنادار است	تایید
تعارضات زناشویی بر نگرانی‌های دوران بارداری	بهزیستی روان‌شناختی	۰/۳۸۲	۷/۲۶	۰/۰۰۱	تأثیرگذاری معنادار است	تایید
امنیت عاطفی بر استرس ادراک شده	بهزیستی روان‌شناختی	۰/۳۰۳	۶/۲۸	۰/۰۰۱	تأثیرگذاری معنادار است	تایید
امنیت عاطفی بر نگرانی‌های دوران بارداری	بهزیستی روان‌شناختی	۰/۴۰۱	۸/۵۶	۰/۰۰۱	تأثیرگذاری معنادار است	تایید
امنیت عاطفی بر شاخص WBC	بهزیستی روان‌شناختی	۰/۰۴۱	۰/۵۷	۰/۴۲۸	تأثیرگذاری معنادار نیست	رد
امنیت عاطفی بر شاخص فشار خون	بهزیستی روان‌شناختی	۰/۰۵۷	۰/۶۳	۰/۵۱۸	تأثیرگذاری معنادار نیست	رد
امنیت عاطفی بر شاخص قند خون	بهزیستی روان‌شناختی	۰/۰۸۲	۰/۹۲	۰/۸۱۴	تأثیرگذاری معنادار نیست	رد
تعارضات زناشویی بر شاخص WBC	بهزیستی روان‌شناختی	۰/۰۳۹	۰/۴۳	۰/۳۲۹	تأثیرگذاری معنادار نیست	رد
تعارضات زناشویی بر شاخص فشار خون	بهزیستی روان‌شناختی	۰/۰۵۵	۰/۶۴	۰/۵۳۷	تأثیرگذاری معنادار نیست	رد
تعارضات زناشویی بر شاخص قند خون	بهزیستی روان‌شناختی	۰/۰۷۸	۰/۸۹	۰/۷۰۹	تأثیرگذاری معنادار نیست	رد

مقدار تأثیر غیرمستقیم از حاصل ضرب ضریب متغیر مستقل بر میانجی و متغیر میانجی بر متغیر وابسته بدست می‌آید که در فرضیه اول مقدار تأثیر غیرمستقیم $0.288 = 0.37 \times 0.78$ می‌شود. یافته‌ها در جدول ۴-۱۲ نشان می‌دهد نسبت بحرانی (۵/۷۹) تأثیر غیرمستقیم

تعارضات زناشویی بر استرس ادراک شده از ۱/۹۶ بیشتر و سطح معناداری از ۰/۰۵ کمتر است بنابراین در سطح اطمینان ۹۵ درصد بین تعارضات زناشویی با استرس ادراک شده با واسطه گری بهزیستی روان‌شناختی در زنان باردار رابطه وجود دارد. مقدار تاثیر غیرمستقیم تعارضات زناشویی بر نگرانی‌های دوران بارداری با واسطه گری بهزیستی روان‌شناختی $0/49 = 0/78 \times 0/382$ می‌شود. نسبت بحرانی (۷/۲۶) تاثیر غیرمستقیم تعارضات زناشویی بر نگرانی‌های دوران بارداری از ۱/۹۶ بیشتر و سطح معناداری از ۰/۰۵ کمتر است بنابراین در سطح اطمینان ۹۵ درصد بین تعارضات زناشویی با نگرانی‌های دوران بارداری با واسطه گری بهزیستی روان‌شناختی در زنان باردار رابطه وجود دارد.

مقدار تاثیر غیرمستقیم تعارضات زناشویی بر شاخص WBC با واسطه گری بهزیستی روان‌شناختی $0/39 = 0/78 \times 0/05$ می‌شود. نسبت بحرانی (۰/۴۳) تاثیر غیرمستقیم تعارضات زناشویی بر شاخص WBC از ۱/۹۶ کمتر و سطح معناداری از ۰/۰۵ بیشتر است بنابراین بین تعارضات زناشویی و شاخص WBC با واسطه گری بهزیستی روان‌شناختی در زنان باردار رابطه معناداری وجود ندارد. مقدار تاثیر غیرمستقیم تعارضات زناشویی بر شاخص فشار خون با واسطه گری بهزیستی روان‌شناختی $0/05 = 0/78 \times 0/07$ می‌شود. نسبت بحرانی (۰/۶۴) تاثیر غیرمستقیم تعارضات زناشویی بر شاخص فشار خون از ۱/۹۶ کمتر و سطح معناداری از ۰/۰۵ بیشتر است بنابراین بین تعارضات زناشویی و شاخص فشار خون با واسطه گری بهزیستی روان‌شناختی در زنان باردار رابطه معناداری وجود ندارد. مقدار تاثیر غیرمستقیم تعارضات زناشویی بر شاخص قند خون با واسطه گری بهزیستی روان‌شناختی $0/078 = 0/78 \times 0/10$ می‌شود. نسبت بحرانی (۰/۸۹) تاثیر غیرمستقیم تعارضات زناشویی بر شاخص قند خون از ۱/۹۶ کمتر و سطح معناداری از ۰/۰۵ بیشتر است بنابراین بین تعارضات زناشویی و شاخص قند خون با واسطه گری بهزیستی روان‌شناختی در زنان باردار رابطه معناداری وجود ندارد. مقدار تاثیر غیرمستقیم امنیت عاطفی بر استرس ادراک شده با واسطه گری بهزیستی روان‌شناختی $0/33 = 0/78 \times 0/37$ می‌شود. نسبت بحرانی (۶/۲۸) تاثیر غیرمستقیم امنیت عاطفی بر استرس ادراک شده از ۱/۹۶ بیشتر و سطح معناداری از ۰/۰۵ کمتر است بنابراین در سطح اطمینان ۹۵ درصد بین امنیت عاطفی با استرس ادراک شده با واسطه گری بهزیستی روان‌شناختی در زنان باردار رابطه وجود دارد. مقدار تاثیر غیرمستقیم امنیت عاطفی بر نگرانی‌های دوران بارداری با واسطه گری بهزیستی روان‌شناختی $0/401 = 0/78 \times 0/49$ می‌شود. نسبت بحرانی (۸/۵۶)

تأثیر غیرمستقیم امنیت عاطفی بر نگرانی‌های دوران بارداری از ۱/۹۶ بیشتر و سطح معناداری از ۰/۰۵ کمتر است بنابراین در سطح اطمینان ۹۵ درصد بین امنیت عاطفی با نگرانی‌های دوران بارداری با واسطه گری بهزیستی روان‌شناختی در زنان باردار رابطه وجود دارد. مقدار تأثیر غیرمستقیم امنیت عاطفی بر شاخص WBC با واسطه گری بهزیستی روان‌شناختی $0/05 \times 0/82 = 0/041$ می‌شود. نسبت بحرانی (۰/۵۷) تأثیر غیرمستقیم امنیت عاطفی بر شاخص WBC از ۱/۹۶ کمتر و سطح معناداری از ۰/۰۵ بیشتر است بنابراین بین امنیت عاطفی و شاخص WBC با واسطه گری بهزیستی روان‌شناختی در زنان باردار رابطه معناداری وجود ندارد در نتیجه فرضیه ششم-الف مورد تأیید قرار نمی‌گیرد. مقدار تأثیر غیرمستقیم امنیت عاطفی بر شاخص فشار خون با واسطه گری بهزیستی روان‌شناختی $0/05 \times 0/07 = 0/0035$ می‌شود. نسبت بحرانی (۰/۶۳) تأثیر غیرمستقیم امنیت عاطفی بر شاخص فشار خون از ۱/۹۶ کمتر و سطح معناداری از ۰/۰۵ بیشتر است بنابراین بین امنیت عاطفی و شاخص فشار خون با واسطه گری بهزیستی روان‌شناختی در زنان باردار رابطه معناداری وجود ندارد. مقدار تأثیر غیرمستقیم امنیت عاطفی بر شاخص قند خون با واسطه گری بهزیستی روان‌شناختی $0/05 \times 0/10 = 0/005$ می‌شود. نسبت بحرانی (۰/۹۲) تأثیر غیرمستقیم امنیت عاطفی بر شاخص قند خون از ۱/۹۶ کمتر و سطح معناداری از ۰/۰۵ بیشتر است بنابراین بین امنیت عاطفی و شاخص قند خون با واسطه گری بهزیستی روان‌شناختی در زنان باردار رابطه معناداری وجود دارد (اثر غیرمستقیم ۰/۲۸۸، نسبت بحرانی ۵/۷۹ و سطح معناداری کمتر از ۰/۰۵ است) همچنین در سطح اطمینان ۹۵ درصد بین امنیت عاطفی با استرس ادراک شده با واسطه گری بهزیستی روان‌شناختی در زنان باردار رابطه وجود دارد (اثر غیرمستقیم ۰/۳۰۳، نسبت بحرانی ۶/۲۸ و سطح معناداری از ۰/۰۵ کمتر است) با توجه به اینکه هر دو متغیر تعارضات زناشویی و امنیت عاطفی بطور غیرمستقیم (از طریق بهزیستی روان‌شناختی) بر استرس ادراک شده تأثیر معناداری می‌گذارند. یافته‌ها نشان می‌دهد در سطح اطمینان ۹۵ درصد بین تعارضات زناشویی با نگرانی‌های دوران بارداری با واسطه گری بهزیستی روان‌شناختی در زنان باردار رابطه وجود دارد (اثر غیرمستقیم ۰/۳۸۲، نسبت بحرانی ۷/۲۶ و سطح معناداری کمتر از ۰/۰۵ است) همچنین در سطح اطمینان ۹۵ درصد بین

امنیت عاطفی با نگرانی‌های دوران بارداری با واسطه‌گری بهزیستی روان‌شناختی در زنان باردار رابطه وجود دارد (اثر غیرمستقیم $0/401$ ، نسبت $8/56$ و سطح معناداری از $0/05$ کمتر است) با توجه به اینکه هر دو متغیر تعارضات زناشویی و امنیت عاطفی بطور غیرمستقیم (از طریق بهزیستی روان‌شناختی) بر نگرانی‌های دوران بارداری تاثیر معناداری می‌گذارند.

۶. نتیجه‌گیری

نتایج بررسی فرضیه مبنی بر اینکه بین تعارضات زناشویی با استرس ادراک شده با واسطه‌گری بهزیستی روان‌شناختی در زنان باردار رابطه وجود دارد. نتایج نشان داد با احتمال ۹۵ درصد بین تعارضات زناشویی با استرس ادراک شده با واسطه‌گری بهزیستی روان‌شناختی در زنان باردار رابطه وجود دارد. به منظور تبیین یافته فرضیه اول پژوهش، رابطه دو به دوی متغیرها مورد بررسی قرار می‌گیرند.

پیرامون رابطه بین تعارضات زناشویی و بهزیستی روان‌شناختی، یافته‌های مطالعه حیدریان و رحمانی (۱۳۹۸)، سیفی و تقوی (۱۳۹۸) و محمدی و مکوندی (۱۳۹۳) همسو با مطالعه حاضر بود. حیدریان و رحمانی (۱۳۹۸) نشان دادند بین بهداشت روانی با تعارضات زوجین متعارض رابطه وجود داشت. در مطالعه محمدی و مکوندی (۱۳۹۳) بین بهزیستی روان‌شناختی و رضایت زناشویی رابطه مثبت و معنادار بدست آمد. سیفی و تقوی (۱۳۹۸) نیز عنوان کردند هرچه رضایت زناشویی زوجین بالاتر رود، بهزیستی هم افزایش می‌یابد. در ارتباط بین بهزیستی روان‌شناختی و تعارضات زناشویی می‌توان استدلال کرد که بهزیستی روان‌شناختی شامل استقلال، تسلط بر محیط، رشد شخصیتی، ارتباط مثبت با دیگران، هدفمندی در زندگی و پذیرش خود است که می‌تواند در رضایت زناشویی، ارتباطات، حل تعارض و تحریف آرمانی که از ویژگی‌های رضایت زناشویی است تاثیر بگذارد و زندگی بسیار رضایت بخشی را رقم بزند. علاوه بر این، تعارضات زناشویی، کاهش رضایت زناشویی را در پی دارد و رضایت زناشویی یک جنبه کلی از رضایت در زندگی افراد است که در بهزیستی روان‌شناختی فردی و خانوادگی نقش بسزایی دارد.

پیرامون رابطه تعارضات زناشویی و استرس ادراک شده یافته‌های ایزدی و سجادیان (۱۳۹۶) مبنی بر اینکه سازگاری زناشویی بر استرس مرتبط با ناباروری موثر است، همسو با نتیجه مطالعه حاضر است. در تبیین این یافته می‌توان گفت افزایش تعارضات زناشویی،

نگرانی‌ها و اضطراب را افزایش می‌دهد و موجب افزایش استرس می‌شود. اما در صورتی که تعارضات زناشویی به درستی حل و فصل شوند، ارتباط زناشویی تقویت شده، روابط صمیمی‌تر می‌شود و میزان استرس در دوران بارداری کاهش می‌یابد. بنابراین حل تعارضات و برقراری سازگاری زناشویی به عنوان یک عامل حمایت‌کننده عمل می‌کند که می‌تواند میزان استرس را کاهش دهد. این یافته از این جهت با مطالعه مهرآرا و همکاران (۲۰۱۹) همسو است که نشان دادند استرس ادراک شده می‌تواند پیش‌بینی‌کننده رضایت زناشویی در زنان شاغل متاهل باشد.

پیرامون رابطه بهزیستی روان‌شناختی و استرس ادراک شده نتایج مطالعه حسن‌زاده و همکاران (۱۳۹۸) و دیلگونی و همکاران (۱۳۹۵) با مطالعه حاضر همخوان است. حسن‌زاده و همکاران (۱۳۹۸) نشان دادند استرس ادراک شده با میانجی‌گری تاب‌آوری بر بهزیستی روان‌شناختی موثر است. مطالعه دیلگونی و همکاران (۱۳۹۵) نیز نشان داد بین بهزیستی روان‌شناختی با استرس بارداری، رابطه وجود دارد. در واقع می‌توان گفت بهزیستی روان‌شناختی می‌تواند در سلامت جسمی و روانی افراد تأثیر داشته باشد. بهزیستی روان‌شناختی شادکامی را به همراه دارد و شاد بودن یکی از مهمترین هدفهای نوع بشر است. از طرف دیگر، شادکامی دستیابی به اهداف دیگر را تسهیل می‌کند و رفتارهای مطلوب و پیامدهای رفتاری مطلوب به دنبال دارد که کاهش استرس از جمله آن است. افراد با بهزیستی روان‌شناختی بالا در بسیاری از حوزه‌های زندگی خود موفق هستند و موفقیت آنها تا حدودی ناشی از حس خوش‌بینی، شادکامی، شوخ‌طبعی آنها است. نوع دوستی، اجتماعی بودن، فعال بودن، دوست داشتن خود و دیگران، داشتن بدنی سالم و قوی و داشتن مهارت‌های بالای حل مسئله از ویژگی‌های افراد با بهزیستی روان‌شناختی بالا است. مجموعه این عوامل با تقویت مهارت‌های مقابله‌ای، میزان استرس ادراک شده را کاهش می‌دهد.

نتایج بررسی فرضیه بین تعارضات زناشویی با نگرانی‌های دوران بارداری با واسطه‌گری بهزیستی روان‌شناختی در زنان باردار رابطه وجود دارد. نتایج نشان داد با احتمال ۹۵ درصد بین تعارضات زناشویی با نگرانی‌های دوران بارداری با واسطه‌گری بهزیستی روان‌شناختی در زنان باردار رابطه وجود دارد. به منظور تبیین یافته فرضیه دوم پژوهش، رابطه دو به دوی متغیرها مورد بررسی قرار می‌گیرند. پیرامون رابطه بین تعارضات زناشویی و نگرانی‌های دوران بارداری زادحسن و همکاران (۱۳۹۵) نشان دادند نگرانی از تصویر بدن با رضایت

زناشویی همبستگی مثبت معنی‌داری دارد و می‌تواند رضایت زناشویی زوجین را تحت تاثیر قرار دهد که با مطالعه حاضر همخوان است. در همین راستا بابانظری و کافی (۱۳۸۷) عنوان کردند اضطراب بارداری با رضایت زناشویی ارتباط معنی‌دار دارد. در تبیین این یافته می‌توان گفت با توجه به اینکه زنان باردار مراجعه‌کننده به کلینیک‌های زنان و زایمان و بیمارستان شهرستان رامسر اولین بارداری خود را تجربه می‌کنند و قبلاً نیز سابقه سقط جنین داشته‌اند با نگرانی‌هایی پیرامون تولد و نوزاد، نگرانی درباره وزن و تصویر بدنی و نگرانی درباره هیجان‌ها و روابط خود روبرو هستند. این نگرانی‌ها می‌تواند تعارضات زناشویی را در پی داشته باشد. از سوی دیگر، وجود تعارضات زناشویی که معمولاً در رابطه همسران وجود دارد، نیازمند به کارگیری راهبردهایی است تا بطور سالم حل و فصل شوند، اما بواسطه قرار داشتن زنان در شرایط بارداری ممکن است با مهارت‌های مقابله‌ای درست حل و فصل نشود و بهزیستی روان‌شناختی زنان باردار را به خطر انداخته، به نگرانی‌های دوران بارداری دامن بزند.

در راستای رابطه بین تعارضات زناشویی و بهزیستی روان‌شناختی می‌توان به مطالعه خزایی، شمسی‌پور و دوازده امامی (۱۳۹۷) اشاره کرد که عنوان کردند می‌توان از بهزیستی درمانی در افزایش رضایت زناشویی زنان خانه‌دار استفاده کرد. در همین راستا، نریمانی و همکاران (۱۳۹۴) در مطالعه خود نشان دادند بین بهزیستی معنوی با رضامندی زناشویی رابطه مثبت و معناداری وجود دارد. یافته‌های مطالعه ویسمن و همکاران (۲۰۱۴) نیز همسو با مطالعه حاضر بود که نشان دادند ابعاد بهزیستی ذهنی با سازگاری زناشویی همبسته است. در تبیین این یافته می‌توان گفت نداشتن مهارت در حل مسائل میان-فردی به عنوان یکی از عوامل مهم می‌تواند در به وجود آمدن تعارضات زناشویی نقش داشته باشد و با افزایش نگرانی، افسردگی، اضطراب و دیگر مشکلات روان‌شناختی، بهزیستی روان‌شناختی را با مشکل مواجه کند. از سوی دیگر، افراد دارای سطح بهزیستی روان‌شناختی بالا، رفتارهای انعطاف‌پذیر بیشتری از خود بروز می‌دهند و روابط بهتری با دیگران ایجاد می‌کنند و این رفتارهای انعطاف‌پذیر سبب حل بهتر مسائل و درک بهتر شرایط می‌شوند و می‌توانند منجر به کاهش تعارضات زناشویی شوند. همچنین، مداخلات مبتنی بر بهزیستی روان‌شناختی موجب به وجود آمدن هیجان مثبت در زوجین می‌شود و این هیجانات می‌توانند بر روابط زوجین و کاهش تعارضات بین آنها موثر باشد.

پیرامون رابطه بین بهزیستی روان‌شناختی و نگرانی‌های دوران بارداری مطالعه اخلاقی کوهپایه و علی‌خانی (۱۳۹۶) همسو با یافته حاضر بود که نشان دادند بین بهزیستی روان‌شناختی با میزان نگرانی مادران دارای کودک اتیسم رابطه معنادار مستقیم وجود دارد. می‌توان گفت یکی از مشکلات زنان با نگرانی‌های دوران بارداری، نگرانی آنها نسبت به تصویر بدنی است و از آنجا که حس می‌کنند که بخشی از بدن آنها زشت و بدقواره است و دارای تصویر بدنی منفی و غیرمنطبق بر واقعیت هستند، احساس حقارت و عدم شایستگی می‌کنند و داری عزت‌نفس پایین هستند. این عوامل روان‌شناختی موجب ایجاد هیجانات منفی در آنها می‌شود. این افراد به واسطه احساسات و حالات روان‌شناختی ناخوشایند از زندگی لذت نمی‌برند و نشاط ندارند، می‌توان گفت بین نارضایتی از تصویر بدن و بهزیستی روان‌شناختی رابطه معنادار وجود دارد. همچنین این افراد امور را نامطلوب ارزیابی کرده و هیجان‌های منفی مانند اضطراب، افسردگی و پریشانی روان‌شناختی بیشتری را تجربه می‌کنند. محدودیت‌های پژوهش حاضر عبارت است از پژوهش حاضر بر روی زنان باردار مراجعه کننده به کلینیک‌های زنان و زایمان و بیمارستان شهرستان رامسر انجام شد بنابراین در تعمیم آن به سایر جوامع آماری باید جانب احتیاط را رعایت کرد. نوع پژوهش که به صورت مقطعی انجام شده است محدودیت‌هایی را در زمینه تفسیرها و اسنادهای علت‌شناسانه متغیرهای پژوهش مطرح می‌کند که لازم است در نظر گرفته شود. استفاده از ابزار خودگزارش دهی از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌باشد زیرا ممکن است بازخورد یا نظرات و خودگزارشی افراد در مورد خود که از این آزمون‌ها به دست می‌آید با آن چیزی که واقعا در عمل و رفتار فرد می‌توانیم مشاهده کنیم، متفاوت باشد. عدم کنترل ویژگی‌های شخصیتی، سطح تحصیلات و وضعیت اجتماعی - اقتصادی زنان باردار پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های با طرح طولی جهت استنباط رابطه علت و معلولی در مورد متغیرهای این پژوهش صورت گیرد. پیشنهاد می‌شود پژوهش‌هایی با همین موضوع ولی با حجم نمونه بیشتر انجام شوند و سپس نتایج آنها جهت مقایسه بررسی شوند. اجرای برنامه‌های بهبود وضعیت بهزیستی به عنوان عامل پیشگیرانه در سلامت جسمانی و بروز بیماری‌های روان‌تنی توصیه می‌شود. ارائه دهندگان مراقبت‌های بهداشتی باید از زنان باردار در مورد احساس پریشانی روان‌شناختی و یا سایر عواملی که موجب نگرانی در دوران بارداری می‌شود، سؤال کنند. شناسایی اینگونه مشکلات، زنان باردار را به منابع مناسب ارجاع می‌دهند و می‌تواند به کاهش تعارضات زناشویی در دوران

بارداری کمک کند. فعالیت‌های ضد استرس برای زنان باردار و همسران آنها توصیه می‌شود.

کتاب‌نامه

- ابراهیمی، امرالله، نجفی، محمدرضا، مهرباب کوشکی، علی، صادقی، زهره. (۱۳۸۷). رابطه تعارضات زناشویی و برخی عوامل جمعیت‌شناختی با شانس ابتلا به سردردهای میگرنی، مجله دانشکده پزشکی اصفهان، ۲۶(۱۹)، ۱۱۸-۱۱۲.
- اخلاقی کوهپایه، حسین، علی‌خانی، هدی. (۱۳۹۶). رابطه بهزیستی روانشناختی و امید به زندگی با میزان نگرانی مادران دارای کودکان اوتیسم در شهر تهران، کنفرانس بین‌المللی روانشناسی، مشاوره، تعلیم و تربیت، مشهد.
- ایزدی، ندا، سجادیان، ایلناز. (۱۳۹۶). رابطه سازگاری زناشویی و استرس مرتبط با ناباروری: نقش میانجی‌گری شفقت خود و خودقضاوتی، مجله روان‌پرستاری، ۵(۲)، ۱۵-۲۲.
- بابانظری، لاله، کافی، سیدموسی. (۱۳۸۷). بررسی تطبیقی اضطراب بارداری در رابطه با دوره‌های مختلف آن، رضایت زناشویی و عوامل جمعیت‌شناختی، مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران، ۱۴(۲)، ۲۰۶-۲۱۳.
- بخشی‌پور، باب‌الله، اسدی، مسعود، کیانی، احمدرضا، شیرعلی‌پور، اصغر، احمددوست، حسین. (۱۳۹۱). رابطه عملکرد خانواده با تعارضات زناشویی زوج‌های در آستانه طلاق، دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی، ۱۳(۲)، ۱۱-۲۱.
- بیانی، علی‌اصغر، گودرزی، عاشور، محمدکوچکی، علی. (۱۳۸۷). روایی و پایایی مقیاس بهزیستی روان‌شناختی ریف، مجله روانپزشکی و روان‌شناسی بالینی، ۱۴(۲)، ۱۴۶-۱۵۱.
- حسن‌زاده نمین، فرزانه، پیمانی، جاوید، رنجبری‌پور، طاهره، ابوالمعالی‌الحسینی، خدیجه. (۱۳۹۸). مدل پیش‌بینی بهزیستی روان‌شناختی بر اساس تاب‌آوری با در نظر گرفتن نقش میانجی استرس ادراک شده، مجله روانشناسی اجتماعی، ۷(۵۱)، ۵۵-۶۷.
- حیدریان، فاطمه، رحمانی، محمدعلی. (۱۳۹۸). سلامت روان، تمایزیافتگی و تعارضات زناشویی، هفتمین کنگره انجمن روانشناسی ایران، تهران.
- خزایی، امیر، شمسی‌پور، حمید، دوازده امامی، محمدحسین. (۱۳۹۷). اثربخشی بهزیستی درمانی گروهی بر رضایت زناشویی و بهزیستی روان‌شناختی زنان خانه‌دار، روانشناسی و روانپزشکی شناخت، ۵(۵)، ۴۳-۵۲.
- دیلگونی، طیبه، دولتیان، ماهرخ، شمس، جمال، زائری، فرید، محمودی، زهره. (۱۳۹۵). بررسی همبستگی بین معنویت و بهزیستی روان‌شناختی؛ و استرس مختص دوران بارداری، پژوهش در دین و سلامت، ۲(۴)، ۳۵-۴۳.

تحلیل معادلات ساختاری در رابطه تعارضات زناشویی و ... (حریه عباس مفرد و دیگران) ۱۲۵

سیفی، یاور، تقوی، محمدرضا. (۱۳۹۸). رابطه بهزیستی معنوی با رضایت زناشویی: نقش واسطه‌گری سرسختی روان‌شناختی، *روانشناسی معاصر*، ۱۴(۱)، ۳۱-۴۱.

طالبی، معصومه، شهودی، مریم، حمزه‌زاده، فرزانه. (۱۳۹۴). روابط بین رهبری اخلاقی و امنیت روانی با مدیریت ریسک در بین پرستاران، *مجله پرستاری و مامایی*، ۱۳(۱)، ۴۷-۵۴.

محمدی، صفیه، مکوندی، بهنام. (۱۳۹۳). رابطه بین بهزیستی روان‌شناختی و رضایت زناشویی در دانشجویان متأهل، اولین کنگره ملی روانشناسی خانواده گامی در ترسیم الگوی مطلوب خانواده، اهواز.

میکائیلی منیع، فرزانه. (۱۳۸۹). بررسی وضعیت بهزیستی روان‌شناختی دانشجویان دوره کارشناسی دانشگاه ارومیه، *مجله افق دانش*، ۱۶(۴)، ۷۲-۶۵.

نریمانی، محمد، پرزور، پرویز، عطادخت، اکبر، عباسی، مسلم. (۱۳۹۴). نقش بهزیستی معنوی و پایبندی مذهبی در پیش‌بینی رضامندی زناشویی پرستاران، *مجله بالینی پرستاری و مامایی*، ۴(۲)، ۱-۱۰.

یوسفی، رحیم. (۱۳۹۴). ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه فارسی پرسشنامه نگرانی‌های دوران بارداری، *مجله پرستاری و مامایی*، ۱۳(۳)، ۲۱۵-۲۲۵.

Alderdice, F., & Lynn, F. (2011). Factor structure of the prenatal distress questionnaire. *Midwifery*, 27(4), 553-559.

Arch, J. J. (2013). Pregnancy-specific anxiety: which women are highest and what are the alcohol-related risks? *Comprehensive psychiatry*, 54(3), 217-228.

Bordwine, V.C., Huebner, E.S. (2010). The role of coping in mediating the relationship between positive affect and school satisfaction in adolescents. *Child indicators Research*, 3(3), 349-366.

Broberg, L., De Wolff, M.G., Anker, L., Damm, P., Tabor, A., Hegaard, H.K., Midtgaard, J. (2020). Experiences of participation in supervised group exercise among pregnant women with depression or low psychological well-being: A qualitative descriptive study. *Midwifery*, 85, 102-107.

Christensen, L., Vøllestad, N.K., Veierød, M.B., Jakobsen, V.E., Stuge, B., Bakke, E.S., Cabri, J., Robinson, H.S. (2020). Trunk, pelvic and hip kinematics during the Stork test in pregnant women with pelvic girdle pain, asymptomatic pregnant and non-pregnant women. *Clinical Biomechanics*, 80, 105-110.

Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health Social Behavior*, 24(4), 385-396.

Cordova, J. V. Gee, C. B. & Warren, L. Z. (2005). Emotional skillfulness in marriage: Intimacy as a mediator of the relationship between emotional skillfulness and marital satisfaction. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 24(2), 218-235.

Cordova, J. V., & Scott, R. L. (2001). Intimacy: A behavioral interpretation. *The Behavior Analyst*, 24(1), 75-86.

- Crawford, J. R., & Henry, J. D. (2003). The Depression Anxiety Stress Scales (DASS): Normative data and latent structure in a large non-clinical sample. *British journal of clinical psychology, 42*(2), 111-131.
- Devries, K. M., Kishor, S., Johnson, H., Stöckl, H., Bacchus, L. J., Garcia-Moreno, C., & Watts, C. (2010). Intimate partner violence during pregnancy: analysis of prevalence data from 19 countries. *Reproductive health matters, 18*(36), 158-170.
- Dierendonck, D. (2005). The construct validity of Ryff Scale of psychological well-being its extension with spiritual well-being. *Personality and Individual Differences, 36*, 629-643.
- Eurenius, E., Lindkvist, M., Sundqvist, M., Ivarsson, A., & Mogren, I. (2011). Maternal and paternal self-rated health and BMI in relation to lifestyle in early pregnancy: the Salut Programme in Sweden. *Scandinavian journal of public health, 39*(7), 730-741.
- Faisal-Cury, A., Savoia, M. G., & Menezes, P. R. (2012). Coping style and depressive symptomatology during pregnancy in a private setting sample. *The Spanish journal of psychology, 15*(1), 295-305.
- Ghorbani, N., Bing, M.N., Watson, P.J., Davison, H.K., Mack, D.A.(2002). Self-reported emotional intelligence: Construct similarity and functional dissimilarity of higher-order processing in Iran and the United States. *International Journal of Psychology, 37*(5), 297-308.
- Gourounti, K., Anagnostoulos, F., Sandall, J. (2014). Poor marital support associate with anxiety and worries during pregnancy in Greek pregnant women. *Midwifery, 30*(6), 628-635.
- Hall, H.G., Cant, R., Munk, N., Carr, B., Tremayne, A., Weller, C., Fogarty, S., Lauche, R. (2020). The effectiveness of massage for reducing pregnant women's anxiety and depression; systematic review and meta-analysis. *Midwifery, 90*, 102-106.
- Kiecolt-Glaser, J. K., Loving, T. J., Stowell, J. R., Malarkey, W. B., Lemeshow, S., Dickinson, S. L., & Glaser, R. (2005). Hostile marital interactions, proinflammatory cytokine production, and wound healing. *Archives of general psychiatry, 62*(12), 1377-1384.
- Kirkwood, L., Leicht, A. (2019). Relationship between physical activity participation and body image in pregnant and post-natal women. *Journal of Science and Medicine in Sport, 22*(2), 55-60.
- Kline, G., Honaker, J., Joseph, A., and Scheve, k. (2001). Analyzing Incomplete Political Science Data: An Alternative Algorithm for Multiple Imputation. *American Political Science Review, 95*, 49-69.
- Nasreen, H. E., Kabir, Z. N., Forsell, Y., & Edhborg, M. (2011). Prevalence and associated factors of depressive and anxiety symptoms during pregnancy: a population based study in rural Bangladesh. *BMC women's health, 11*(1), 22-27.
- Robertson, S. A., Bromfield, J. J., & Tremellen, K. P. (2003). Seminal 'priming' for protection from pre-eclampsia—a unifying hypothesis. *Journal of reproductive immunology, 59*(2), 253-265.
- Romero-Gonzalez, B., Puertas-Gonzalez, J.A., Strivens-Vilchez, H., Gonzalez-Perez, R., Peralta-Ramirez, M.A. (2020). Effects of cognitive-behavioural therapy for stress management on stress and hair cortisol levels in pregnant women: A randomised controlled trial. *Journal of Psychosomatic Research, 135*, 110-114.

- Ryding, E. L., Wirfelt, E., Wångborg, I. B., Sjögren, B., Edman, G. (2007). Personality and fear of childbirth. *Acta obstetrica et gynecologica Scandinavica*, 86(7), 814-820.
- Sanchez, SE., Friedman, L.E., Rondon, M.B., Drake, C.L., Williams, M.A., Gelaye, B. (2020). Association of stress-related sleep disturbance with psychiatric symptoms among pregnant women. *Sleep Medicine*, 70, 27-32.
- Signal, T. L., Paine, S. J., Sweeney, B., Muller, D., Priston, M., Lee, K., & Huthwaite, M. (2017). The prevalence of symptoms of depression and anxiety, and the level of life stress and worry in New Zealand Māori and non-Māori women in late pregnancy. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 51(2), 168-176.
- Townsend, R., O'Brien, P., & Khalil, A. (2016). Current best practice in the management of hypertensive disorders in pregnancy. *Integrated Blood Pressure Control*, 9, 79-83.
- Veenhoven, R. (2008). Healthy happiness: Effects of happiness on physical health and the consequences for preventive health care. *Journal of happiness studies*, 9(3), 449-469.
- Zhou, C., Weng, J., Tan, F., Wu, S., Ma, J., Zhang, B., Yuan, Q. (2020). Pregnancy-related anxiety among Chinese pregnant women in mid-late pregnancy under the two-child policy and its significant correlates. *Journal of Affective Disorders*, 276, 272-278.

