

Original Research

Predicting Pregnancy Anxiety on the basis of Fertility Motivations, Early Maladaptive Schemas, Marital Satisfaction, and Quality of Life

Nasim Nouri¹
Mehrzaad NaghshTabrizi²

Abstract

The present study aimed to investigate the role of fertility motivations, early maladaptive schemas, marital satisfaction, and quality of life in predicting pregnancy anxiety. A sample of 240 pregnant women attending healthcare centers in District 6 of Tehran in 2021 was selected through convenience sampling. The research tools included Van den Bergh's Pregnancy Anxiety Scale (1989), the Early Maladaptive Schemas Questionnaire (1995), the Enrich Marital Satisfaction Scale (1978), and the WHO Quality of Life Questionnaire (1996). Data were analyzed using Pearson correlation and multiple regression. The results showed a significant negative correlation between positive fertility motivations, marital satisfaction, and quality of life with pregnancy anxiety, and a significant positive correlation between negative fertility motivations and domains of early maladaptive schemas with pregnancy anxiety. The regression results also indicated that the predictor variables accounted for 56% of the variance in pregnancy anxiety. Based on the findings,

1. Ph.D of Psychologist, Invited Assistant Professor of Psychology Department, Islamic Azad University, Iran. drnasimnouri@gmail.com. **(Corresponding Author)**

2. Obstetrics and Gynecology Specialist & also Psychologist MA, Psychology Department, Islamic Azad University (south Tehran branch), Tehran, Iran. mehrmtabrizi@gmail.com.

Submit Date: 2023/02/05

Accept Date: 2023/23/10

DOI: 10.22051/JWSPS.2024.42087.2691



it can be concluded that fertility motivations, early maladaptive schemas, marital satisfaction, and quality of life can significantly predict pregnancy anxiety.

Keywords

Fertility Motivations, Early Maladaptive Schemas, Marital Satisfaction, Quality of Life, Pregnancy Anxiety

Introduction

The present study aimed to investigate the role of fertility motivations, early maladaptive schemas, marital satisfaction, and quality of life in predicting pregnancy anxiety among pregnant women attending healthcare centers in District 6 of Tehran.

Pregnancy anxiety is a common psychological issue during pregnancy, which can have negative effects on the health of both the mother and the fetus. It manifests through physiological, social, and emotional changes, as well as parenting concerns and financial worries. Genetic, hereditary, environmental, psychological, social, and biological factors are implicated in the etiology of anxiety. Fertility motivations are complex and rooted in cultural, behavioral, and belief systems, which change within the context of population dynamics and socio-economic development. These motivations serve as primary drivers of fertility behavior and are crucial in reproductive decision-making. They encompass both positive motivations (individual desires for parenthood, enjoyment of pregnancy, childbirth, and child-rearing, traditional views, satisfaction with parenting, feelings of need and survival, and the instrumental use of offspring) and negative motivations (reasons for not wanting children, such as fear of parenthood, parental stress, and childcare challenges), all of which can ultimately lead to pregnancy anxiety.

One of the cognitive structures that involuntarily contribute to pregnancy anxiety is early maladaptive schemas, ineffective mechanisms that directly or indirectly contribute to psychological distress. Marital satisfaction refers to the subjective feeling of contentment, satisfaction, and enjoyment experienced by an individual. Pregnancy, being one of the most significant events in a woman's life, often accompanies physical problems, depression, anxiety, emotional instability, ambivalence, changes in self-perception, and disturbances in sexual relationships, all of which affect marital satisfaction. Ultimately, the concept of quality of life refers to the potential effects of health and disease on well-being and its functional impacts on daily life, considering physical and psychological



aspects (including emotional and cognitive dimensions) as well as social health dimensions.

Methodology

The research method was descriptive and correlational. The study population consisted of all pregnant women attending healthcare centers in District 6 of Tehran in 2021. The research sample included 240 pregnant women selected through convenience sampling. Data collection tools comprised standardized questionnaires, including the Pregnancy Anxiety Questionnaire by Van den Bergh (1989), the Fertility Motivations Scale by Miller (1995), the Early Maladaptive Schemas Questionnaire by Young (1999), the Enrich Marital Satisfaction Scale (1978), and the WHO Quality of Life Questionnaire (1996). The data were analyzed using descriptive and inferential statistical methods, including the Pearson correlation coefficient and multiple regression analysis.

Findings

The findings revealed a significant negative relationship between positive fertility motivations and their components (economic-social aspects, personal achievement, continuity, and marital relationships) and pregnancy anxiety. Conversely, a significant positive relationship was identified between negative fertility motivations and their components (fear of parenthood, parental stress, pregnancy and childbirth discomfort, and childcare challenges) and pregnancy anxiety. Furthermore, a significant positive relationship was observed between domains of early maladaptive schemas (abandonment and instability, self-sufficiency and impaired performance, constraint, other-direction, and excessive vigilance and inhibition) and pregnancy anxiety. In contrast, marital satisfaction and quality of life were negatively and significantly associated with pregnancy anxiety. Regression analysis indicated that the predictor variables accounted for 56% of the variance in pregnancy anxiety.

Results

Based on the research findings, positive fertility motivations and their components (economic-social aspects, personal achievement, continuity, and marital relationships) negatively predict pregnancy anxiety, while negative fertility motivations and their components (fear of parenthood, parental stress, pregnancy and childbirth discomfort, and childcare challenges) positively predict pregnancy anxiety. Strengthening positive motivations and mitigating negative fertility motivations can help reduce pregnancy anxiety. Additionally,



early maladaptive schemas, as dysfunctional cognitive patterns, have a positive relationship with pregnancy anxiety; therefore, identifying and addressing these schemas can be effective in reducing anxiety. Furthermore, higher marital satisfaction and quality of life are associated with lower pregnancy anxiety.

In conclusion, the findings suggest that fertility motivations, early maladaptive schemas, marital satisfaction, and quality of life serve as significant predictive factors for pregnancy anxiety. It is recommended that mental health professionals, in collaboration with medical care providers, design and implement interventions aimed at enhancing protective factors and reducing risk factors for pregnancy anxiety, including inappropriate fertility motivations and ineffective cognitive schemas.

References

- Alderdice, F. & Fiona, L. (2011). Factor structure of the Prenatal Distress Questionnaire. *British Journal of Midwifery*, 27, 553-559. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2010.05.003>
- Alderdice, F., & Lynn, F. (2009). Stress in pregnancy: identifying and supporting women. *British Journal of Midwifery*, 17(9), 552-559. <https://doi.org/10.12968/bjom.2009.17.9.43787>
- Alderdice, F., Lynn, F., & Lobel, M. (2012). A review and psychometric evaluation of pregnancy-specific stress measures. *J Psychosom Obstet Gynaecol*, 33(2), 62-77. <https://doi.org/10.3109/0167482x.2012.673040>
- Alipour, Z., Lamyian, M., & Hajizadeh, E. (2011). ANXIETY DURING PREGNANCY: A RISK FACTOR FOR NEONATAL PHYSICAL OUTCOME? [Research]. *Nursing and Midwifery Journal*, 9(1), 0-0. <http://unmf.umsu.ac.ir/article-1-279-en.html> (In Persian)
- Alishah, A., Ganji, J., Mohammadpour, R., Kiani, Z., & Shahhosseini, Z. (2019). Relationship between Childbearing Motivations and Women Reproductive Empowerment: A Correlational Study [Research(Original)]. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences*, 28(168), 96-107. <http://jmums.mazums.ac.ir/article-1-12480-en.html> (In Persian)
- Anderson, C. (2009). Pre-Surgical stress management improves mood, quality of life. *British Medical Journal*, 18, 329.



- Anderson, L., Sundström-Poromaa, I., Wulff, M., Aström, M., & Bixo, M. (2004). Implications of antenatal depression and anxiety for obstetric outcome. *Obstet Gynecol*, 104(3), 467-476. <https://doi.org/10.1097/01.AOG.0000135277.04565.e9>
- Barjaste, s., Alizadeh, s., & Moghaddamtabrizi, F. (2018). THE EFFECT OF COUPLE COUNSELLING BASED ON MARITAL SUPPORT on ANXIETY AND WORRY DURING PREGNANCY [Research]. *Nursing and Midwifery Journal*, 15(11), 851-862. <http://unmf.umsu.ac.ir/article-1-2775-fa.html>(In Persian)
- Barjasteh, S., & Moghaddam Tabrizi, F. (2016). ANTENATAL ANXIETY AND PREGNANCY WORRIES IN ASSOCIATION WITH MARITAL AND SOCIAL SUPPORT [Research]. *Nursing and Midwifery Journal*, 14(6), 504-515. <http://unmf.umsu.ac.ir/article-1-2665-fa.html> (In Persian)
- Beck, A. T., Brown, G., Steer, R. A., Eidelson, J. I., & Riskind, J. H. (1987). Differentiating anxiety and depression: a test of the cognitive content-specificity hypothesis. *J Abnorm Psychol*, 96(3), 179-183. <https://doi.org/10.1037//0021-843x.96.3.179>
- Bergant, A. M., Heim, K., Ulmer, H., & Illmensee, K. (1999). Early postnatal depressive mood: associations with obstetric and psychosocial factors. *J Psychosom Res*, 46(4), 391-394. [https://doi.org/10.1016/s0022-3999\(98\)00116-0](https://doi.org/10.1016/s0022-3999(98)00116-0)
- Cahill, H. A. (2001). Male appropriation and medicalization of childbirth: an historical analysis. *J Adv Nurs*, 33(3), 334-342. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2001.01669.x>
- Cámara, M., & Calvete, E. (2012). Early Maladaptive Schemas as Moderators of the Impact of Stressful Events on Anxiety and Depression in University Students. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 34(1), 58-68. <https://doi.org/10.1007/s10862-011-9261-6>
- Cecero, J. J., Marmon, T. S., Beitel, M., Hutz, A., & Jones, C. (2004). Images of mother, self, and God as predictors of dysphoria in non-clinical samples. *Personality and Individual Differences*, 36(7), 1669-1680. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.paid.2003.06.013>
- Cronly, J. A., Duff, A. J., Riekert, K. A., Fitzgerald, A. P., Perry, I. J., Lehane, E. A., Horgan, A., Howe, B. A., Ni Chroinin, M., & Savage, E. (2019). Health-Related



Quality of Life in Adolescents and Adults With Cystic Fibrosis: Physical and Mental Health Predictors. *Respir Care*, 64(4), 406-415. <https://doi.org/10.4187/respcare.06356>

Delattre, V., Servant, D., Rusinek, S., Lorette, C., Parquet, P. J., Goudemand, M., & Hautekeete, M. (2004). [The early maladaptive schemas: a study in adult patients with anxiety disorders]. *Encephale*, 30(3), 255-258. [https://doi.org/10.1016/s0013-7006\(04\)95437-1](https://doi.org/10.1016/s0013-7006(04)95437-1) (Les schémas précoces dysfonctionnels: étude chez des patients adultes souffrant d'un trouble anxieux.)

Diego, M. A., Jones, N. A., Field, T., Hernandez-Reif, M., Schanberg, S., Kuhn, C., & Gonzalez-Garcia, A. (2006). Maternal psychological distress, prenatal cortisol, and fetal weight. *Psychosom Med*, 68(5), 747-753. <https://doi.org/10.1097/01.psy.0000238212.21598.7b>

Ding, X. X., Wu, Y. L., Xu, S. J., Zhu, R. P., Jia, X. M., Zhang, S. F., Huang, K., Zhu, P., Hao, J. H., & Tao, F. B. (2014). Maternal anxiety during pregnancy and adverse birth outcomes: a systematic review and meta-analysis of prospective cohort studies. *J Affect Disord*, 159, 103-110. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.02.027>

Dunkel Schetter, C. (2011). Psychological science on pregnancy: stress processes, biopsychosocial models, and emerging research issues. *Annu Rev Psychol*, 62, 531-558. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.031809.130727>

Dunkel Schetter, C., & Lobel, M. (2012). Pregnancy and birth outcomes: A multilevel analysis of prenatal maternal stress and birth weight. In *Handbook of health psychology*, 2nd ed. (pp. 431-463). Psychology Press. <https://doi.org/10.4324/9781410600073>

Field, T., Diego, M., Hernandez-Reif, M., Figueiredo, B., Deeds, O., Ascencio, A., Schanberg, S., & Kuhn, C. (2010). Comorbid depression and anxiety effects on pregnancy and neonatal outcome. *Infant Behavior and Development*, 33(1), 23-29. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2009.10.004>

Fisher, J., Cabral de Mello, M., Patel, V., Rahman, A., Tran, T., Holton, S., & Holmes, W. (2012). Prevalence and determinants of common perinatal mental disorders in women in low- and lower-middle-income countries: a



systematic review. *Bull World Health Organ*, 90(2), 139g-149g. <https://doi.org/10.2471/blt.11.091850>

- Flink, N., Lehto, S. M., Koivumaa-Honkanen, H., Viinamäki, H., Ruusunen, A., Valkonen-Korhonen, M., & Honkalampi, K. (2017). Early maladaptive schemas and suicidal ideation in depressed patients [10.1016/j.ejpsy.2017.07.001]. *European Journal of Psychiatry*, 31(3), 87-92. <https://doi.org/10.1016/j.ejpsy.2017.07.001>
- Folkman, S. (2013). Stress: Appraisal and Coping. In M. D. Gellman & J. R. Turner (Eds.), *Encyclopedia of Behavioral Medicine* (pp. 1913-1915). Springer New York. https://doi.org/10.1007/978-1-4419-1005-9_215
- Fu, W., Wilhelm, L. O., Wei, Y., Zhou, G., & Schwarzer, R. (2020). Emotional intelligence and dyadic satisfaction buffer the negative effect of stress on prenatal anxiety and depressive symptoms in Chinese women who are pregnant with twins. *Anxiety Stress Coping*, 33(4), 466-478. <https://doi.org/10.1080/10615806.2020.1745193>
- Gu, B. A. L. (2020). *Maternity Nursing: An Introductory Text Reviews & Ratings. Anxiety and behavior: Academic Press.*
- Ghasemi, k., & Elahi, T. (2019). The relationship between early maladaptive schemas and illness anxiety: The mediating role of experiential avoidance [Research]. *Journal title*, 13(3), 47-55. <https://doi.org/10.52547/rph.13.3.47> (In Persian)
- Glanz, B., Healy, B., Rintell, D., Jaffin, S., Bakshi, R., (2010). The Association Between Cognitive Impairment and Quality of life in Patients with Early Multiple Sclerosis. *Journal of the Neurological Sciences*, 290, 75- 79.
- Glynn, L. M., Schetter, C. D., Hobel, C. J., & Sandman, C. A. (2008). Pattern of perceived stress and anxiety in pregnancy predicts preterm birth. *Health Psychol*, 27(1), 43-51. <https://doi.org/10.1037/0278-6133.27.1.43>
- Gotlib, I. H., Whiffen, V. E., Mount, J. H., Milne, K., & Cordy, N. I. (1989). Prevalence rates and demographic characteristics associated with depression in pregnancy and the postpartum. *J Consult Clin Psychol*, 57(2), 269-274. <https://doi.org/10.1037//0022-006x.57.2.269>
- Gourounti, K., Anagnostopoulos, F., Lykeridou, K., Griva, F., & Vaslamatzis, G. (2013). Prevalence of women's worries, anxiety, and depression during



pregnancy in a public hospital setting in Greece. *Clin Exp Obstet Gynecol*, 40(4), 581-583.

- Grant, K.-A., McMahon, C., & Austin, M.-P. (2008). Maternal anxiety during the transition to parenthood: A prospective study. *Journal of Affective Disorders*, 108(1), 101-111. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jad.2007.10.002>
- Grigoriadis, S., Graves, L., Peer, M., Mamisashvili, L., Tomlinson, G., Vigod, S., Dennis, C.-L., Steiner, M., Brown, C., Cheung, A., Dawson, H., Rector, N., Guenette, M., & Richter, M. (2018). Maternal Anxiety During Pregnancy and the Association With Adverse Perinatal Outcomes: Systematic Review and Meta-Analysis. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 79. <https://doi.org/10.4088/JCP.17r12011>
- Habel, C., Feeley, N., Hayton, B., Bell, L., & Zelkowitz, P. (2015). Causes of women's postpartum depression symptoms: Men's and women's perceptions. *Midwifery*, 31(7), 728-734. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2015.03.007>
- Harris, A. E., & Curtin, L. (2002). Parental Perceptions, Early Maladaptive Schemas, and Depressive Symptoms in Young Adults. *Cognitive Therapy and Research*, 26(3), 405-416. <https://doi.org/10.1023/A:1016085112981>
- Hekmat, F., Kabacoff, R. I., & Klein, H. E. (1983). Motivations for childbearing and fertility behavior among urban and rural families of Iran. *Birth Psychol Bull*, 4(1), 26-39.
- Hobel, C. J., Dunkel-Schetter, C., Roesch, S. C., Castro, L. C., & Arora, C. P. (1999). Maternal plasma corticotropin-releasing hormone associated with stress at 20 weeks' gestation in pregnancies ending in preterm delivery. *Am J Obstet Gynecol*, 180(1 Pt 3), S257-263. [https://doi.org/10.1016/s0002-9378\(99\)70712-x](https://doi.org/10.1016/s0002-9378(99)70712-x)
- Hoyer, J., Wieder, G., Höfler, M., Krause, L., Wittchen, H. U., & Martini, J. (2020). Do lifetime anxiety disorders (anxiety liability) and pregnancy-related anxiety predict complications during pregnancy and delivery? *Early Hum Dev*, 144, 105022. <https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2020.105022>



- karamoozian, M., Askarizadeh, G., & Behroozy, N. (2017). The Study of psychometric properties of pregnancy related anxiety questionnaire [Original Article]. *Journal of Clinical Nursing and Midwifery*, 5(4), 22-34. <http://78.39.35.47/article-1-589-en.html> (In Persian)
- Kayabaşı, Ö., & Yaman Sözbir, Ş. (2022). The relationship between quality of life, perceived stress, marital satisfaction in women conceived through ART. *J Reprod Infant Psychol*, 40(2), 108-117. <https://doi.org/10.1080/02646838.2020.1788211>
- Khadivzadeh, T., Arghavani, E., & Shakeri, M. T. (2014). Relationship between Fertility Motivations and Preferences in Couples. *The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility*, 17(114), 8-18. <https://doi.org/10.22038/ijogi.2014.3414> (In Persian)
- King A, Proutt A, Phillips A.(2006). Comparative effects of two physical functioning and quality of life out comes in older adults. *Gerontology*. 2006; 137(70):825-32.
- Kline, R. B. (2011). *Principels and practice of structural equation modeling*. . The Guilford Press.
- Koelewijn, J., Sluijs, a.-m., & Vrijkotte, T. (2017). Possible relationship between general and pregnancy-related anxiety during the first half of pregnancy and the birth process: A prospective cohort study. *BMJ Open*, 7, e013413. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-013413>
- Latendresse, G. (2009). The interaction between chronic stress and pregnancy: preterm birth from a biobehavioral perspective. *J Midwifery Womens Health*, 54(1), 8-17. <https://doi.org/10.1016/j.jmwh.2008.08.001>
- Lee, C. S., & Dik, B. J. (2017). Associations among stress, gender, sources of social support, and health in emerging adults. *Stress Health*, 33(4), 378-388. <https://doi.org/10.1002/smi.2722>
- Li, Y. N., Shapiro, B., Kim, J. C., Zhang, M., Porszasz, J., Bross, R., Feroze, U., Upreti, R., Martin, D., Kalantar-Zadeh, K., & Kopple, J. D. (2016). Association between quality of life and anxiety, depression, physical activity and physical performance in maintenance hemodialysis patients. *Chronic Dis Transl Med*, 2(2), 110-119. <https://doi.org/10.1016/j.cdtm.2016.09.004>



- Littleton, H. L., Bye, K., Buck, K., & Amacker, A. (2010). Psychosocial stress during pregnancy and perinatal outcomes: a meta-analytic review. *J Psychosom Obstet Gynaecol*, 31(4), 219-228. <https://doi.org/10.3109/0167482x.2010.518776>
- Mahmoudi, M. (2010). Demographic developments, upcoming challenges and the need to revise Iran's demographic policies. *Bardashte Dovom*(11). (In Persian)
- Mangeli, M., Ramezani, T., & Mangeli, S. (2009). The Effect of Educating about Common Changes in Pregnancy Period and the Way to Cope with them on Marital Satisfaction of Pregnant Women [Original research article]. *Iranian Journal of Medical Education*, 8(2), 305-313. <http://ijme.mui.ac.ir/article-1-861-en.html> (In Persian)
- Marmon, C. (2004). Images of Mother, Self, and God as Predictors of Dysphoria in Non-clinical Samples, *Journal of Personality and Differences*. 36.1-236-239.
- Milgrom, J., Gemmill, A. W., Bilszta, J. L., Hayes, B., Barnett, B., Brooks, J., Ericksen, J., Ellwood, D., & Buist, A. (2008). Antenatal risk factors for postnatal depression: a large prospective study. *J Affect Disord*, 108(1-2), 147-157. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2007.10.014>
- Miller, W. B. (1995). Childbearing motivation and its measurement. *J Biosoc Sci*, 27(4), 473-487. <https://doi.org/10.1017/s0021932000023087>
- Miller, W. B., Bard, D. E., Pasta, D. J., & Rodgers, J. L. (2010). Biodemographic modeling of the links between fertility motivation and fertility outcomes in the NLSY79. *Demography*, 47(2), 393-414. <https://doi.org/10.1353/dem.0.0107>
- Miller, W. B., Millstein, S. G., & Pasta, D. J. (2008). The measurement of childbearing motivation in couples considering the use of assisted reproductive technology. *Biodemography Soc Biol*, 54(1), 8-32. <https://doi.org/10.1080/19485565.2008.9989129>
- Ngai, F. W., & Ngu, S. F. (2015). Predictors of maternal and paternal depressive symptoms at postpartum. *J Psychosom Res*, 78(2), 156-161. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2014.12.003>



- Olson, D. H., Fournier, D. G. & Druckman, J. M. (1987). Counselor's manual for PREPARE/ENRICH. (Revised edition). Minneapolis, MN, PREPARE/ENRICH, Inc.
- Orang, S., Hashemi Razini, H., & Abdollahi, M. H. (2017). Relationship Between Early Maladaptive Schemas and Meaning of Life and Psychological Well-Being of the Elderly [Research]. *Salmand: Iranian Journal of Ageing*, 12(3), 326-345. <https://doi.org/10.21859/sija.12.3.326>
- Pezeshki, M. Z., Zeighami, B., & Miller, W. B. (2005). Measuring the childbearing motivation of couples referred to the Shiraz Health Center for premarital examinations. *J Biosoc Sci*, 37(1), 37-53. <https://doi.org/10.1017/s0021932003006485>
- Rijkin AJ, Liefbroer AC.(2009). The Influence of Partner Relationship Quality on Fertility. *Journal of Europ Demogr Inf Bull*; 25(1): 27-44.
- Schmutte, P. S., & Ryff, C. D. (1997). Personality and well-being: Reexamining methods and meanings. *Journal of Personality and Social Psychology*, 73(3), 549-559. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.73.3.549>
- Schmutte PS.(2019). Personality and well-being: Reexamining methods and meanings. *Journal of Personality and Social Psychology*; 73(3): 549-59.
- Shek D.T.L. (2014). Quality of life in the global context: a Chinese response, (eds) Social indicators research 71, Springer
- Shiri, A., & Qasemi, S. (2020). The Relationship between Well-Being and Hope for Re-fertility in Women Aged 30-40 with Recurrent Miscarriages in Isfahan City First National Conference on Psychological Pathology, <https://civilica.com/doc/1151564> (In Persian)
- Shorey, R. C., Elmquist, J., Anderson, S., & Stuart, G. L. (2015). The Relationship Between Early Maladaptive Schemas, Depression, and Generalized Anxiety among Adults Seeking Residential Treatment for Substance Use Disorders. *J Psychoactive Drugs*, 47(3), 230-238. <https://doi.org/10.1080/02791072.2015.1050133>
- Talge, N. M., Neal, C., & Glover, V. (2007). Antenatal maternal stress and long-term effects on child neurodevelopment: how and why? *J Child Psychol Psychiatry*, 48(3-4), 245-261. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2006.01714.x>



- Talge, N. M., Neal, C., & Glover V. (2016). Early Stress, Translational Research and Prevention Science Network: Fetal and Neonatal Experience on Child and Adolescent Mental Health. Antenatal maternal stress and long-term effects on child neurodevelopment: how and why? *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2016;48:245–61.
- Taylor, L. (2005). A Brief Introduction to Schema Focused Therapy. Available in, http://www.adobe.com/rdrmessage_onlineforms_ENU.
- Taylor, C. D. J., Bee, P., & Haddock, G. (2017). Does schema therapy change schemas and symptoms? A systematic review across mental health disorders. *Psychological Psychotherapy*, 90(3), 456-479. <https://doi.org/10.1111/papt.12112>
- Teixeira, C., Figueiredo, B., Conde, A., Pacheco, A., & Costa, R. (2009). Anxiety and depression during pregnancy in women and men. *J Affect Disord*, 119(1-3), 142-148. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2009.03.005>
- The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. (1995). *Soc Sci Med*, 41(10), 1403-1409. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(95\)00112-k](https://doi.org/10.1016/0277-9536(95)00112-k)
- Van den Bergh, B. R. (1990). The influence of maternal emotions during pregnancy on fetal and neonatal behavior. *Pre- and Peri-natal Psychology Journal*, 5(2), 119-130.
- Verreault, N., Da Costa, D., Marchand, A., Ireland, K., Dritsa, M., & Khalifé, S. (2014). Rates and risk factors associated with depressive symptoms during pregnancy and with postpartum onset. *J Psychosom Obstet Gynaecol*, 35(3), 84-91. <https://doi.org/10.3109/0167482x.2014.947953>
- Wang, X., Xie, J., Wu, Y., Wu, X., Yan, S., Xu, Y., Zhu, P., Hao, J., Tao, F., & Huang, K. (2021). Gender-specific effect of pregnancy-related anxiety on preschooler's emotional and behavioral development: A population-based cohort study. *J Affect Disord*, 279, 368-376. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.10.014>
- Welburn, K., Coristine, M., Dagg, P., Pontefract, A., & Jordan, S. (2002). The Schema Questionnaire—Short Form: Factor Analysis and Relationship Between Schemas and Symptoms. *Cognitive Therapy and Research*, 26(4), 519-530. <https://doi.org/10.1023/A:1016231902020>



- World Health Organization. Division of Mental, H. (1996). WHOQOL-BREF : introduction, administration, scoring and generic version of the assessment : field trial version, December 1996. In. Geneva: World Health Organization.
- Yali, A. M., & Lobel, M. (2002). Stress-Resistance Resources and Coping in Pregnancy. *Anxiety, Stress, & Coping*, 15(3), 289-309. <https://doi.org/10.1080/1061580021000020743>
- Young, J. (1994). Schema Therapy: Conceptual Model. <https://psychology-training.com.au/wp-content/uploads/2017/04/young-chapter-one.pdf>
- Young, J. E. G., V. . (1999). A schema-focused perspective on satisfaction in close relationships. The Guilford Press.
- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2003). Schema therapy: A practitioner's guide. Guilford Press.
- Zare Sultan, A., & Ghomari, Mohammad. (2016). The Relationship between Maternal Early Maladaptive Schemas and Overt and Covert Anxiety of Elementary School Female Students. *journal of woman and study of family*, 9(33), 45-62. (In Persian)
- zare, z., & saffari, E. (2018). Fertility Motivations and their Relation with Attitude towards Government Incentives for Childbearing in Women of Reproductive Age [Research(Original)]. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences*, 28(162), 104-114. <http://jmums.mazums.ac.ir/article-1-10691-en.html> (Text in Persian)
- Zeng, Y., Cui, Y., & Li, J. (2015). Prevalence and predictors of antenatal depressive symptoms among Chinese women in their third trimester: a cross-sectional survey. *BMC Psychiatry*, 15(1), 66. <https://doi.org/10.1186/s12888-015-0452-7>.



پروہشگاہ علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی

مقاله پژوهشی

پیش‌بینی اضطراب بارداری بر اساس انگیزه‌های باروری، طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه، رضایت زناشویی و کیفیت زندگی

نسیم نوروژی^۱

مهرداد نقش تبریزی^۲

چکیده

هدف پژوهش حاضر، بررسی نقش انگیزه‌های باروری، طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه، رضایت زناشویی و کیفیت زندگی در پیش‌بینی اضطراب بارداری بود. تعداد ۲۴۰ زن باردار مراجعه‌کننده به مراکز درمانی منطقه ۶ شهر تهران در سال ۱۴۰۰ با روش نمونه‌گیری در دسترس به‌عنوان نمونه انتخاب شدند. ابزار پژوهش شامل پرسش‌نامه‌های اضطراب بارداری وندنبرگ (۱۹۸۹)، انگیزه‌های باروری میلر (۱۹۹۵)، فرم کوتاه طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه یانگ (۱۹۹۹)، رضایت زناشویی انریچ (۱۹۷۸) و کیفیت زندگی توسط سازمان بهداشت جهانی (۱۹۹۶) بود. داده‌ها با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون چندگانه مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند که یافته‌ها نشان داد بین انگیزه‌های مثبت باروری، رضایت زناشویی و کیفیت زندگی رابطه منفی و معنادار و بین انگیزه‌های منفی باروری و حوزه‌های طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه با اضطراب بارداری رابطه مثبت و معنادار برقرار است. نتایج رگرسیون نیز نشان داد متغیرهای پیش‌بین توانستند ۵۶ درصد از واریانس اضطراب بارداری را پیش‌بینی کنند. بر اساس یافته‌ها می‌توان

^۱. دکترای تخصصی روان‌شناسی، استادیار مدعو دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران. (نویسنده مسئول)

drnasimnouri@gmail.com

^۲. پزشک متخصص زنان و زایمان و کارشناس ارشد روان‌شناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران جنوب، تهران، ایران.

mehrntabrizi@gmail.com

تاریخ پذیرش ۱۴۰۲/۰۸/۰۱

تاریخ دریافت ۱۴۰۲/۰۲/۱۲

DOI: 10.22051/JWSPS.2024.42087.2691

نتیجه‌گیری کرد که انگیزه‌های باروری، طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه، رضایت زناشویی و کیفیت زندگی می‌توانند اضطراب بارداری را به طور معناداری پیش‌بینی کنند.

واژگان کلیدی

انگیزه‌های باروری، طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه، رضایت زناشویی، کیفیت زندگی، اضطراب بارداری

مقدمه و بیان مسئله

بارداری یکی از دوره‌های بحرانی و در عین حال ارزشمند در زندگی هر زن محسوب می‌شود. سلامت جسمی و روانی زن در دوره بارداری اثرات قابل توجهی بر سلامت جنین، موفقیت در زایمان طبیعی و شیردهی می‌گذارد. بارداری تجربه‌ای متفاوت از تجرب قبلی زندگی است و دارای تنش‌های فراوانی است که زوج‌هایی که دارای تعارض می‌باشند باید بتوانند خود را با وضعیت دوره بارداری تطبیق دهند (Cahill, 2020). تغییرات زیادی در دوره بارداری در ابعاد سلامت جسمی، روانی، اجتماعی، خانوادگی و در مجموع در کیفیت زندگی زنان باردار در سنین مختلف بارداری رخ می‌دهد که منجر به افزایش نگرانی، اضطراب و پریشانی می‌گردد (Gourounti et al, 2012).

وجود طیف گسترده‌ای از اختلالات روان‌شناختی در دوران بارداری موجب می‌شود وضعیت سلامت جسمی- روانی زنان باردار دچار آسیب شود (برجسته و مقدم تبریزی، ۱۳۹۵)؛ که در این خصوص می‌توان به شایع‌ترین نوع اختلالات روان‌شناختی؛ اضطراب بارداری که دربرگیرنده نگرانی‌های مختص بارداری در مورد زایمان و سلامت نوزاد است، اشاره کرد (کارآموزیان و همکاران، ۱۳۹۶). اضطراب بارداری به عنوان یک اختلال جدی آثار مخرب و طولانی مدتی را بر رفتارهای مادر و تعاملات او با خانواده در دوران بارداری و پس از زایمان می‌گذارد (علی‌پور و همکاران، ۱۳۹۰). در دهه‌های اخیر، رویکردهای زیستی، روانی-اجتماعی مرتبط با پدیده بارداری رشد فزاینده‌ای داشته و منجر به ارتقاء پژوهش‌ها درباره بارداری و پیامدهای تولد شده‌اند (Talge et al, 2007).



اضطراب بارداری به وسیله تغییرات جسمانی^۱، اجتماعی^۲ و هیجانی^۳ و همچنین مسائل مربوط به فرزندپروری^۴ و دغدغه‌های مالی مشخص می‌شود که تماماً منبع بالقوه اضطراب هستند (Yali & Lobel, 2002 & Alderdice et al 2012). در سبب‌شناسی اضطراب، عوامل ژنتیکی^۵، ارثی^۶، محیطی^۷، روانی^۸، اجتماعی و بیولوژیکی (زیست‌شناسی)^۹ مطرح هستند. همچنین نگرانی یکی از اجزای مهم اضطراب است که به صورت انتظار وقایع ناخوشایند در آینده پیش‌بینی می‌شود. اضطراب، نگرانی و دیگر احساسات اضطراب‌زا در دوران بارداری می‌تواند برای مادر و جنین مضر باشد. شواهد همه‌گیری‌شناسی نشان می‌دهد که اضطراب روانی-اجتماعی مادر یک عامل خطرزای اثرگذار برای تولد زودرس، نوزاد کم وزن (Littleton, 2010)، بارداری‌های پرخطر، افزایش حالت تهوع، استفراغ، محدودیت رشد جنینی و آسفیکسی (خفگی و اختناق)^{۱۰} جنین و در نهایت افزایش میزان سزارین است (Anderson et al, 2004). در جریان زندگی افراد، عوامل مختلفی مانند حمایت یا فقر اجتماعی می‌توانند در تجربه اضطراب بارداری نقش داشته باشد (Latendresse, 2009). مطالعات انجام شده نشان می‌دهد واکنش‌های مادران به اضطراب در امتداد بارداری تغییر می‌کند و رویدادهایی که در اوایل بارداری تجربه می‌شود، ممکن است از تجارب مشابهی که در انتهای بارداری اتفاق می‌افتد، اضطراب‌زایی بیشتری داشته باشد (Glynn et al, 2008).

1. Physical
2. Social
3. Emotional
4. Parenting
5. Genetic
6. Hereditary
7. Environmental
8. Psychological
9. Biological
۱۰. Asphyxia

انگیزه‌های باروری^۱ موضوع پیچیده‌ای است که دارای ریشه‌های فرهنگی^۲، رفتاری^۳ و اعتقادی^۴ است و در بستر انتقال جمعیت و توسعه اقتصادی و اجتماعی تغییر می‌یابد (Rijkin & Liefbroer, 2009). انگیزه‌های باروری به عنوان محرک اولیه رفتار باروری و جزء مهم تصمیم‌گیری باروری در انسان‌ها است که نقطه شروع و مقدم بر خواسته‌ها، تعداد دل‌خواه فرزند و زمان فرزندآوری است. بنابراین با تغییر در انگیزه، تغییراتی در خواسته‌ها و رفتار فرد بروز می‌کند. انگیزه‌های باروری دربرگیرنده انگیزه‌های مثبت و منفی است که نوع مثبت شامل دلیل شخصی هر فرد برای خواستن فرزند، لذت بارداری، تولد و کودک، دیدگاه سنتی، رضایت از فرزندپروری، احساس نیاز و بقا و استفاده ابزاری از فرزند است. نوع منفی شامل دلایل نخواستن فرزند نظیر ترس از والد شدن، تنش‌های والدین و چالش‌های مراقبت فرزند است (Miller, 1995). به نظر می‌رسد که ترس‌ها و چالش‌های ذهنی درباره باروری می‌تواند موجبات اضطراب بارداری را فراهم نماید.

به این امر مهم باید توجه داشت که میزان باروری در کشور در طی سه دهه اخیر رو به کاهش بوده است (محمودیان و پوررحیم، ۱۳۹۲). با توجه به این نرخ پایین باروری، سازمان ملل سه پیامد را برای آینده باروری ایران پیش‌بینی کرده است که بر اساس آن ایران در سال ۱۴۳۰ به ترتیب یکی از سه الگوی رشد جمعیتی منفی (۰/۲۳)، رشد جمعیتی متوسط روبه پایین (۰/۳۵)، یا رشد جمعیتی مثبت نزدیک به (۰/۸۹) را تجربه خواهد کرد (محمودی، ۱۳۸۹). تحقق یکی از سه الگوی رشد جمعیتی ذکر شده به تمایلات و ترجیحات باروری زوجینی بستگی دارد که در آینده به فرزندآوری مبادرت خواهند کرد (خدیوزاده و همکاران، ۱۳۹۳). مطالعات اخیر نشان می‌دهند که باروری، هم تحت تأثیر انتخاب فردی (Rijkin & Liefbroer, 2009) و هم متأثر از ارزش‌ها، فرهنگ و هنجارهای اجتماعی است (زارع و همکاران، ۱۳۹۷).

براساس الگوی آسیب‌پذیری- اضطراب^۵ در آسیب‌شناسی روانی، پژوهش‌های زیادی نقش عوامل مربوط به خانواده را به عنوان عامل زمینه‌ساز در آسیب‌پذیری فرد مورد بررسی قرار

1. Childbearing Motivations

2. Cultural

3. Behavioral

4. Religious

5. Diathesis- Stress Model



داده‌اند (Harris & Curtin, 2002). ساختارشناختی افراد نیز در زمینه‌سازی و تداوم اختلال اضطراب نقش دارد. یکی از عوامل موجود در ساختارشناختی که به صورت ناخواسته در بروز اضطراب بارداری تأثیرگذار است، طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه^۱ است که در افراد باردار کمتر مورد توجه و بررسی قرار گرفته است. طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه الگوهای هیجانی و شناختی خودآسیب‌رسانی هستند که در آغاز رشد و تحول در ذهن فرد شکل گرفته و در مسیر زندگی تکرار می‌شوند. در پاسخ به طرح‌واره‌ها، الگوهای رفتاری و هیجانی، شناختی ناسازگاری به وجود می‌آیند که افراد را در برابر انواع اختلالات روانی آسیب‌پذیر می‌کنند. منشأ این طرح‌واره‌ها از سویی نیازهای هیجانی اصلی^۲ شامل پنج حیطه دل‌بستگی امن به دیگران، خودمختاری، رقابت و احساس هویت، آزادی بیان نیازها و هیجانات، خودانگیخته بودن و محدودیت‌های معقول و خودکنترلی است. از سوی دیگر، تجارب اولیه‌ی زندگی^۳ همچون ناکامی در ارضای نیازهای اولیه، ارضای بیش از حد و همانندسازی با رفتار نادرست والدین تأثیرگذار است و عامل مؤثر دیگر، مزاج هیجانی^۴ کودک شامل مجموعه ویژگی‌های خلقی کودک که ذاتی هستند و متمایزکننده شخصیت اولیه کودک است (Young, 1994). یانگ معتقد است هر کدام از علائم آسیب‌شناسی روانی با یک یا تعداد بیشتری از طرح‌واره‌های اولیه مرتبط است (Delattre et al, 2004). در پژوهش‌ها عنوان شده است که طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه سازوکارهای ناکارآمدی هستند که به صورت مستقیم یا غیرمستقیم به پریشانی روان‌شناختی می‌انجامند (Taylor, 2005 & Marmon, 2004).

رضایت زناشویی^۵ سازه‌ای روان‌شناختی است که از سوی روان‌شناسان و مشاوران خانواده در حوزه روابط زناشویی مورد بررسی قرار گرفته است. رضایت از زندگی زناشویی احساس عینی از خشنودی، رضایت و لذت تجربه شده توسط زن و یا مرد است. این احساس در دوره‌های مختلف زندگی متفاوت است؛ اما حاملگی بدون شک یکی از مهم‌ترین وقایع زندگی هر زن به حساب می‌آید. مشکلات جسمی، افسردگی، اضطراب، بی‌ثباتی عاطفی، دوگانگی احساسات،

^۱. Early Maladaptive Schema

^۲. Core Emotional Needs

^۳. Early life Experiences

^۴. Emotional Temperament

^۵. Marital Satisfaction

تغییر در تصور نسبت به خود و اختلال در روابط جنسی، فعالیت‌های تفریحی و ارتباط با سایرین که به دنبال حاملگی رخ می‌دهد، بر رضایت زناشویی تأثیر می‌گذارد (Mangeli, 2009). همچنین ناسازگاری زناشویی و مشاجرات شدید خانوادگی در دوران بارداری موجب بروز اضطراب بارداری و به دنبال آن خطرات شدیدی چون زایمان زودرس، نوزاد نارس و افسردگی پس از زایمان همراه است (Schmutte, 2019). در دوران بارداری رضایت زناشویی زوجین یا کیفیت روابط زناشویی همانند حمایت اجتماعی برای بهره‌مندی زن باردار از یک شریک حامی ضروری به نظر می‌رسد (Fu et al, 2020).

مفهوم کیفیت زندگی^۱ به تأثیرهای احتمالی سلامتی و بیماری بر بهزیستی و تأثیرهای کارکردی آن در زندگی روزانه با نگاهی به جنبه‌های جسمانی و روان‌شناختی (شامل بعد هیجانی و شناختی) و ابعاد سلامت اجتماعی اشاره دارد. فریش^۲ (۲۰۰۶) معتقد است، کیفیت زندگی بالا، معمولاً به صورت خشنودی، رضایت، شادکامی، خرسندی و توانایی فایده‌آوردن بر مشکلات نمایان می‌شود. درحقیقت، کیفیت زندگی سازه‌ای است که به وسیله فرد ارزیابی و توصیف می‌شود. کاپاباسی و سوزبیر^۳ (۲۰۲۰) در تحقیقی به این نتیجه رسیدند که کیفیت زندگی پایین در دوران بارداری با تنش ادراک شده بیشتری همراه است.

براساس مطالعات انجام شده، پژوهش حاضر در پی پاسخگویی به این سؤال اساسی است که آیا انگیزه‌های باروری، طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه، رضایت زناشویی و کیفیت زندگی توان پیش‌بینی اضطراب بارداری را دارند؟

پیشینه تجربی

گوتلیب و همکاران^۴ (۲۰۱۸) نشان دادند زنانی که دچار اضطراب بارداری بودند پس از زایمان فشار روانی بالا و رضایت زناشویی پایینی را گزارش کردند.

^۱. Quality of Life

^۲. Frisch

^۳. aa yabaSS S SSzbr

^۴. Gotlib et al



کرونلی و همکاران^۱ (۲۰۱۸) بیان داشتند که بین کیفیت زندگی مرتبط با سلامت با اضطراب و افسردگی رابطه معکوس و معناداری وجود دارد.

کولویجن و همکاران^۲ (۲۰۱۷) میزان شیوع اضطراب بارداری در شهر آمستردام را ۰/۱۱ گزارش کردند.

فلینک و همکاران^۳ (۲۰۱۷) نشان دادند احساسات منفی و افکار ناکارآمد می‌تواند موجب اضطراب بارداری شوند.

برگنت و همکاران^۴ (۲۰۱۷) بیان داشتند که اضطراب بارداری با رضایت زناشویی ارتباط معنی‌داری ندارد.

لی و همکاران^۵ (۲۰۱۶) به این نتیجه رسیدند که بین ابعاد کیفیت زندگی با اضطراب و افسردگی همبستگی معکوس و معناداری وجود دارد.

آرای و نشاط‌دوست (۲۰۱۶) نشان دادند که عامل اول اختلال اضطراب بیماری که همان شکایت‌های بدنی است با طرح‌واره‌های حوزه‌های بریدگی و طرد، محدودیت‌های مختل و گوش به‌زنگی بیش از حد و بازداری ارتباط دارد.

ژنگ و همکاران^۶ (۲۰۱۵) دریافتند که رابطه خوب با شریک زندگی خطر بروز علائم اضطراب بارداری را کاهش می‌دهد.

ناگی و ناگو^۷ (۲۰۱۵) نشان دادند اضطراب بارداری پس از زایمان بروز اختلافات زناشویی را افزایش داده و موجب افزایش احتمال طلاق در دو سال اول پس از زایمان می‌شود.

دینگ و همکاران^۸ (۲۰۱۴) میزان تشخیص اضطراب بارداری در اوایل، میانه و اواخر بارداری در چین را به ترتیب ۰/۲۱، ۰/۱۷، ۰/۱۴ گزارش کرده‌اند.

^۱. Cronly et al

^۲. Koelewin et al

^۳. Flink et al

^۴. Bergant et al

^۵. Li et al

^۶. Zeng et al

^۷. Ngai & Ngu

^۸. Ding et al

فیشر و همکاران^۱ (۲۰۱۲) نشان دادند در دوران بارداری داشتن یک شریک عاشق، مهربان و قابل اعتماد احتمال، ابتلا به اضطراب یا افسردگی را کاهش می‌دهد.

میلر و همکاران^۲ (۲۰۱۰) نشان دادند رفتار فرد در بارداری در بسیاری از جوامع تا حد زیادی تحت تأثیر انگیزه‌های باروری قرار می‌گیرد.

لتندرس^۳ (۲۰۰۹) نشان داده است که بین اضطراب مادران در دوران بارداری و پیامدها و عوارض بارداری به ویژه در بارداری‌هایی که نابهنگام و ناخواسته هستند رابطه وجود دارد.

ضیغمی و میلر^۴ (۲۰۰۵) انگیزه‌های مثبت باروری با میل به فرزندآوری و تعداد دل‌خواه فرزندان ارتباط مستقیم و معنادار و با زمان دل‌خواه فرزندآوری ارتباط معکوس و معناداری دارد. در این مطالعه، انگیزه منفی باروری فقط با میل به فرزندآوری ارتباط معکوس و معناداری داشت و با تعداد دل‌خواه فرزند ارتباطی نداشت.

میلر (۱۹۹۵) نشان داد انگیزه مثبت باروری با میل به فرزندآوری بیشتر، تعداد فرزندان دل‌خواه بیشتر و فواصل دل‌خواه کمتر بین تولد فرزندان همراه است. همچنین، انگیزه‌های منفی باروری با میل به فرزندآوری و تعداد دل‌خواه فرزند، ارتباط معکوس و معناداری داشت.

حکمت و همکاران (۱۹۸۳) با بررسی انگیزه‌های باروری در جوامع شهری و روستایی دریافت مهم‌ترین انگیزه‌های پاسخ‌دهندگان شهری برای فرزندآوری، مزایای احساسی و عاطفی فرزندآوری بود. ولی پاسخ‌دهندگان روستایی بر مزایای اقتصادی و حس امنیت تأکید داشتند همچنین تعداد دل‌خواه فرزندان در جامعه شهری ۲/۳ و در جامعه روستایی ۴/۷ فرزند بود. به نظر می‌رسد انگیزه‌های متفاوت برگرفته از هنجارهای حاکم بر بُعد خانواده در یک جامعه در تعیین تعداد فرزندان نقش دارند.

^۱. Fisher et al

^۲. Bergant et al

^۳. Latendresse

^۴. Zeighami & Miller



قاسمی و الهی (۱۳۹۸) گزارش نمودند که طرح‌واره‌های حوزه‌های خودگردانی و عملکرد مختل و محدودیت‌های مختل در بروز اضطراب بیماری و همچنین طرح‌واره‌های آسیب‌پذیری نسبت به ضرر و بیماری و استحقاق-بزرگ‌منشی در اضطراب بیماری نقش دارد.

برجسته و همکاران (۱۳۹۶) بیان داشتند که مشاوره با زوجین مبتنی بر حمایت همسر در دوران بارداری، موجب کاهش نگرانی و اضطراب زنان باردار می‌گردد.

زارع سلطانی و قمری (۱۳۹۵) بیان داشتند که از بین مولفه‌های طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه تنها بازداری هیجانی در پیش‌بینی اضطراب آشکار و پنهان سهم دارد.

خدیوزاده و همکاران (۱۳۹۳) گزارش کردند که بین انگیزه‌های مثبت باروری در زوجین با میل به فرزندآوری و تعداد ایده‌آل فرزند ارتباط مستقیمی وجود دارد.

چارچوب نظری

اضطراب بارداری، حالت روانی است که به نگرانی‌های مختص بارداری از جمله نگرانی در مورد زایمان و سلامت جنین، سلامت مادر، حمایت‌های پزشکی، اقتصادی و اجتماعی مربوط به دوران بارداری و زایمان اطلاق می‌شود (Van den Bergh, 1990). در دو دهه گذشته، دانکل و همکاران^۱ (۲۰۱۷) اضطراب بارداری را مبتنی بر آثار لازاروس^۲ (۱۹۸۴) تعریف و بیان داشتند اضطراب یک حالت ناخوشایند و ناشناخته‌ای است که به فرد دست می‌دهد و واکنش افراد در برابر اضطراب به صورت هیجانی بروز پیدا می‌کند و با علائمی مثل احساس خستگی، بی‌قراری و تپش قلب همراه است. وندنبرگ^۳ (۱۹۹۰) معتقد است اضطراب بارداری، حالت روانی است که به نگرانی‌های مختص بارداری از جمله ترس از زایمان^۴، ترس از تولد یک بچه معلول جسمی یا روانی^۵، ترس از تغییر در روابط زناشویی^۶، ترس از تغییر خلق‌وخو و پیامدهای آن بر کودک^۷ و

^۱ Dunkel et al

^۲ Lazarus

^۳ Van den Bergh

^۴ Fear of Childbirth

^۵ Fear of Birth Achild with a Physical or Mental Disability

^۶ Fear of Changing Marital Relationships

^۷ Fear of Changing Mood and Consequences on the Child

ترس خود محورانه^۱ یا ترس از تغییرات در زندگی شخصی^۲ مادر اطلاق می‌شود. آلدريکا و همکاران^۳ (۲۰۱۲) نیز از این چارچوب مفهومی برای توصیف اضطراب مادران در دوران بارداری استفاده کرده‌اند.

نظریه میلر (۱۹۹۵) در خصوص انگیزه بارداری و میل به فرزندآوری و انگیزش بارداری مادران بیان می‌دارد که بین انگیزه‌های باروری و ترجیحات باروری ارتباط دوسویه وجود دارد. باروری، عملی ارادی است پس انگیزه در آن دخالت مستقیم دارد. گرچه تصمیم فرزندآوری موضوعی است که میان افراد، جوامع و فرهنگ‌های مختلف، متفاوت است.

طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه، الگوهای شناختی و عاطفی خود آسیب‌رسانی هستند که در جریان رشد اولیه آغاز شده و در طول زندگی تداوم می‌یابند (Young, 1999). یانگ^۴ (۱۹۹۹) معتقد است که عملکرد والدین سبب ایجاد و گسترش الگوهایی در درون سازمان‌شناختی فرد به نام طرح‌واره^۵ می‌شود. این طرح‌واره‌ها در زندگی فرد به عنوان عدسی‌هایی عمل می‌کنند که تفسیر، انتخاب و ارزیابی فرد از تجارب وی را شکل می‌دهند. اعتقاد بر این است که این تأثیرات سودمند یا مضر، سبب وسعت بخشیدن یا محدود ساختن رشد توان‌مندی‌های بالقوه در کودکان می‌گردد. گرچه تحقیقات مختلف در هر زمان در چارچوب نظریه‌ای خود به بررسی این آثار پرداخته‌اند، اما نتایج همواره از صحت این ادعا خبر می‌دهد. بک و همکاران^۶ (۱۹۹۲) در بررسی فرضیه‌ی محتوای خاص به این نتیجه رسیدند که حالات و بیماری‌های روان‌شناختی در رابطه با محتوای خاص شناختی فرد از هم متمایز می‌شوند. یانگ (۱۹۹۴) معتقد است این طرح‌واره‌ها که از آنها به عنوان یک چارچوب مرجع یاد می‌کند؛ ساختارهای پایدار و بادوامی هستند که به مثابه عدسی‌هایی بر ادراک فرد از جهان، خود و دیگران اثر می‌گذارد. این طرح‌واره‌ها در طی تجارب اوان کودکی شکل گرفته (که اکثراً در زندگی کودک نقش یک شوک یا حادثه را داشته‌اند)، و پاسخ فرد به رخداد‌های محیطی را کنترل می‌کند (Young, 1999). پنج گروه طرح‌واره‌های

^۱. Fear Self-Centered

^۲. Fear of Changes in Personal Life

^۳. Alderdice et al

^۴. Young

^۵. Schema

^۶. Beck et al



ناسازگار اولیه عبارتند از: حوزه بریدگی و طرد^۱ (عدم ارضای نیازهایی مانند امنیت و هم‌دلی به شیوه‌ای قابل پیش‌بینی) که طرح‌واره‌های مبتنی بر آن عبارتند از رهاشدگی/بی‌ثباتی^۲، بی‌اعتمادی/بدرفتاری^۳، محرومیت هیجانی^۴، نقص/شرم^۵، انزوای اجتماعی/بیگانگی^۶. در گروه دوم؛ عملکرد و خودگردانی مختل^۷ (در خانواده‌هایی که اعتماد کودک را کاهش داده و عملکرد مستقل کودک را با شکست مواجه می‌سازند)؛ طرح‌واره‌های مرتبط با آن: وابستگی/بی‌کفایتی^۸، آسیب‌پذیری نسبت به بیماری^۹، خود تحول‌نیافته/گرفتار^{۱۰} و شکست^{۱۱} است. در گروه سوم؛ محدودیت‌های مختل^{۱۲} (عدم وجود مسئولیت‌پذیری و لذا مشکلاتی در ارتباط با رعایت حقوق دیگران، تعهد و هدف‌گزینی) و طرح‌واره‌هایی که از آن سرچشمه می‌گیرد: استحقاق/بزرگ‌منشی^{۱۳}، ناکافی^{۱۴}. در گروه چهارم؛ دیگر جهت‌مندی^{۱۵} (که توجه بیش از حد به دیگران و نادیده گرفتن نیازهای خود است) و طرح‌واره‌های این حیطه: اطاعت^{۱۶}، فداکاری^{۱۷} و تأییدجویی/توجه‌طلبی^{۱۸}. نهایتاً در گروه پنجم؛ گوش‌به‌زنگی بیش از حد و بازداري^{۱۹} (که در نتیجه تأکید بیش از حد بر واپس‌زنی احساسات به وجود می‌آید) است و طرح‌واره‌های آن عبارتند از: منفی‌گرایی/بدبینی^{۲۰}، بازداري هیجانی^{۲۱}، معیارهای سرسختانه/بیش‌انتقادی^{۲۲} و درنهایت تنبیه‌گرایی^{۲۳}.

1. Disconnection & Rejection
2. Abandonment/ Instability
3. Mistrust/ Abuse
4. Emotional Deprivation
5. Defectiveness/ Shame
6. Social Isolation/ Alienation
7. Impaired Autonomy and Performance
8. Dependent/ Incompetence
9. Vulnerability to Harm or Illness
10. Enmeshment/ Undeveloped Self
11. Failure
12. Impaired Limits
13. Intitlement/ Frandiosity
14. Insufficient Self Control
15. Other Directedness
16. Subjugation
17. Self Sacrifice
18. Approval Seeking/Recognition Seeking
19. Overvigilance and Inhibition
20. Negativity/Pessimism
21. Emotional Inhibition
22. Unrelenting Standards/Hyper Criticalness
23. Punitiveness

به باور بک (۱۹۷۲)، رضایت زناشویی نگرش مثبت و لذت‌بخشی است که زن یا شوهر از جنبه‌های مختلف روابط زناشویی خود دارند. رضایت زناشویی، احساسات عینی از خوشنودی، رضایت و لذت تجربه شده توسط زن یا شوهر است موقعی که همه جنبه‌های ازدواجشان را در نظر می‌گیرند (Olson et al, 1987).

سازمان بهداشت جهانی کیفیت زندگی را درک فرد از جایگاهش در زندگی در بافت سیستم فرهنگ و ارزش‌هایی که در آن زندگی می‌کند، می‌داند که با هدف‌ها، انتظارات، استانداردها و نگرانی‌های فرد در ارتباط است (سازمان بهداشت جهانی، ۱۹۹۶). کیفیت زندگی مفهوم گسترده‌ای است که دربرگیرنده مفاهیمی چون سلامت جسمانی فرد، حالات روان‌شناختی، میزان استقلال، کیفیت ارتباطات اجتماعی و ارتباط با ابعاد برجسته محیطی است (King et al, 2006 & Li et al, 2017). عوامل محیطی نه تنها بر مشارکت اجتماعی فرد، بلکه بر کیفیت زندگی او نیز اثرگذار است (Glanz et al, 2010). کالمن (۱۹۸۴) کیفیت زندگی را گستره‌ای می‌داند که در آن امیدها و آرزوها به تجربه در می‌آیند. فرانس و پاورز (۱۹۸۵) کیفیت زندگی را رضایت یا عدم رضایت از ابعاد زندگی فرد می‌دانند که برای او مهم هستند. تستا و سیمونسون (۱۹۹۶) کیفیت زندگی را حیطه‌های اجتماعی، روانی و جسمی سلامت که متأثر از تجارب، باورها، ادراکات و انتظارات فرد هستند، تعریف می‌کنند. گران و دیگران (۱۹۹۴) کیفیت زندگی را با ارزیابی مثبت یا منفی فرد از مشخصه‌ها و خصوصیات زندگی خود در ارتباط می‌دانند (Shek, 2014). کووان (۲۰۱۰) کیفیت زندگی را داشتن کنترل بر زندگی آینده، احساس هدفمندی، رضایت از خود و هستی خود تعریف کرده است.



روش پژوهش

این مطالعه توصیفی از نوع همبستگی است و جامعه آماری آن شامل تمامی زنان باردار مراجعه‌کننده به مراکز درمانی منطقه ۶ شهر تهران در سال ۱۴۰۰ است که تعداد ۲۴۰ نفر از آنها به روش نمونه‌گیری غیرتصادفی و در دسترس به‌عنوان حجم نمونه انتخاب و به پرسش‌نامه پژوهش پاسخ دادند.

با توجه به دیدگاه کلین^۱ (۲۰۱۱) می‌توان در طرح‌های همبستگی به ازای هر زیرمقیاس تعداد ۱۰ تا ۲۰ نمونه در نظر گرفت. بر این اساس، در پژوهش حاضر نیز با توجه به وجود ۲۴ زیرمقیاس، ۲۴۰ نفر در پژوهش شرکت داده شدند. همچنین، از پرسش‌نامه به‌عنوان ابزار جمع‌آوری اطلاعات استفاده شد. سپس پاسخ‌های به‌دست آمده با روش‌های آمار توصیفی شامل شاخص‌های گرایش مرکزی و پراکندگی و آمار استنباطی شامل روش ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون چند متغیره تجزیه و تحلیل شدند.

ابزارهای پژوهش

۱- **مقیاس انگیزه باروری**^۲: این مقیاس توسط میلر^۳ در سال ۱۹۹۵ ساخته شده و دارای ۴۷ ماده و دو بُعد اصلی (انگیزه‌های مثبت باروری و انگیزه‌های منفی باروری) است. انگیزه‌های مثبت باروری خود دارای ۲۶ ماده است و دلایل شخصی فرد برای فرزندآوری را براساس چهار مؤلفه (جنبه‌های اقتصادی-اجتماعی، تحقق شخصی، تداوم، روابط زوجین) مورد بررسی قرار می‌دهد. همچنین مقیاس انگیزه‌های منفی باروری دارای ۲۱ ماده است که دلایل نخواستن فرزند را براساس پنج مؤلفه (ترس از والد شدن، تنش‌های والدین، ناراحتی‌های بارداری و فرزندآوری و چالش‌های مراقبتی فرزند که در برگیرنده مشکلات مالی و محدودیت‌های اقتصادی، نگرانی‌های اجتماعی و زیست‌محیطی) مورد بررسی قرار می‌دهد. ویرایش فارسی مقیاس انگیزه‌های باروری (خدیوزاده و همکاران، ۱۳۹۳) برای متناسب‌سازی آن با فرهنگ ایران تعداد ۳۴ ماده برای بررسی

^۱. Kline

^۲. Childbearing Motivations Scale (CMS)

^۳. Miller

انگیزه‌های مثبت باروری شامل هفت مؤلفه لذت بارداری، تولد و کودک، دیدگاه سنتی، رضایت از فرزندپروری، احساس نیاز و بقاء، استفاده ابزاری از فرزند و میل به گسترش ارتباطات و تعداد ۱۹ ماده برای بررسی انگیزه‌های منفی باروری شامل سه مؤلفه ترس از والد شدن، تنش‌های والدین و چالش‌های مراقبتی فرزند در نظر گرفته است. روش نمره‌گذاری در مقیاس انگیزه‌های باروری میلر (۱۹۹۵) براساس طیف لیکرت است. ضمناً نمرات هر یک از ابعاد به صورت جداگانه محاسبه می‌شود. اعتبار مقیاس انگیزه‌های باروری میلر (۱۹۹۵) برای انگیزه‌های مثبت ۰/۷۷ و انگیزه‌های منفی باروری ۰/۷۸ گزارش شده است. همچنین برای زیرمقیاس‌های انگیزه‌های مثبت شامل جنبه‌های اقتصادی اجتماعی ۰/۷۹، تحقق شخصی ۰/۷۷، تداوم ۰/۷۶، روابط زوجین ۰/۷۵ و برای زیرمقیاس‌های انگیزه‌های منفی باروری شامل ترس از والد شدن ۰/۸۲، تنش‌های والدین ۰/۷۹، ناراحتی‌های بارداری و فرزندآوری ۰/۷۶ و چالش‌های مراقبتی فرزند که در برگیرنده مشکلات مالی و محدودیت‌های اقتصادی ۰/۷۸، نگرانی‌های اجتماعی و زیست محیطی ۰/۷۷) گزارش شده است. همچنین روایی این ابزار از طریق همبستگی آن با زیرمقیاس ترجیحات باروری ۰/۷۷ بیان شده است. اعتبار این ابزار توسط خدیوزاده و همکاران (۱۳۹۳) برای انگیزه‌های مثبت باروری ۰/۹۱ و برای انگیزه‌های منفی باروری ۰/۹۴ گزارش شده است. همچنین میزان روایی این ابزار با دو هفته فاصله با بررسی همبستگی مقیاس ترجیحات باروری بر اساس روش بازآموزن انجام گردیده است که نتایج همبستگی بین داده‌ها در دو مرحله آزمون معادل ۰/۹۲ به دست آمده که نشان‌دهنده ثبات این ابزار است. در این پژوهش ضریب اعتبار مقیاس انگیزه‌های مثبت باروری ۰/۷۹ و انگیزه‌های منفی باروری ۰/۸۱ به دست آمد.

۲- پرسش‌نامه طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه^۱: این پرسش‌نامه (فرم کوتاه) توسط یانگ^۲ در سال ۱۹۹۹ ساخته شده و دارای ۷۵ ماده و ۱۵ طرح‌واره ناسازگار اولیه (محرومیت هیجانی، طرد/رهاشدگی، بی‌اعتمادی/بدرفتاری، انزوای اجتماعی، نقص/شرم، شکست، وابستگی/بی‌کفایتی، آسیب‌پذیری نسبت به ضرر یا بیماری، گرفتاری/در دام افتادگی، اطاعت، ایثار، بازداری هیجانی، معیارهای نامنعطف، استحقاق و خویش‌نماداری و خود انضباطی ناکافی) را در ۵ حوزه

^۱. Schema Questionnaire – Short Form (YSQ-SF)

^۲. Young



(طرح‌واره‌ای بریدگی و طرد، خودگردانی و عملکرد مختل، دیگر جهت‌مندی، گوش به‌زنگی بیش از حد و بازداری و محدودیت‌های مختل) را مورد ارزیابی قرار می‌دهد. نمره‌گذاری فرم کوتاه پرسش‌نامه اولیه یانگ (۱۹۹۹) براساس طیف ۶ درجه‌ای لیکرت انجام می‌شود. در این پرسش‌نامه نمره بالاتر از ۲۵ در هر طرح‌واره نشان‌دهنده طرح‌واره ناسازگار اولیه است. اعتبار فرم کوتاه پرسش‌نامه اولیه یانگ (۱۹۹۹) برای مؤلفه‌های محرومیت هیجانی ۰/۸۷، طرد/رهاشدگی ۰/۸۶، بی‌اعتمادی/بدرفتاری ۰/۸۳، انزوای اجتماعی ۰/۷۸، نقص/شرم ۰/۷۶، شکست ۰/۸۹، وابستگی/بی‌کفایتی ۰/۸۲، آسیب‌پذیری نسبت به ضرر یا بیماری ۰/۸۵، گرفتاری/در دام افتادگی ۰/۷۹، اطاعت ۰/۸۱، ایثار ۰/۸۴، بازداری هیجانی ۰/۷۵، معیارهای نامنعطف ۰/۷۹، استحقاق و خویش‌ن‌داری ۰/۸۲ و خودانضباطی ناکافی ۰/۸۵ به‌دست آمده است و اعتبار کلی پرسش‌نامه ۰/۸۲ گزارش شده است. روایی پرسش‌نامه توسط یانگ (۱۹۹۹) براساس ساختار عاملی و روایی سازه مورد تأیید قرار گرفته است. والر و همکاران^۱ (۲۰۰۱) آلفای کرونباخ پرسش‌نامه طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه را به‌عنوان شاخصی از همسانی درونی برای خرده‌مقیاس‌های بالاتر از ۰/۸۰ و برای کل مقیاس‌ها ۰/۹۶ گزارش کردند و نشان دادند که این پرسش‌نامه از روایی افتراقی خوبی برخوردار است. در پژوهش یوسفی و همکاران (۱۳۹۵) ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۸ گزارش شده و ضرایب همبستگی حوزه‌های طرح‌واره‌ها در دامنه ۰/۵۵ تا ۰/۸۹ به‌دست آمد. در این پژوهش ضریب اعتبار فرم کوتاه پرسش‌نامه طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه ۰/۸۲ و برای مؤلفه‌های محرومیت هیجانی ۰/۸۸، طرد/رهاشدگی ۰/۸۲، بی‌اعتمادی/بدرفتاری ۰/۸۵، انزوای اجتماعی ۰/۸۱، نقص/شرم ۰/۷۹، شکست ۰/۸۴، وابستگی/بی‌کفایتی ۰/۸۷، آسیب‌پذیری نسبت به ضرر یا بیماری ۰/۸۳، گرفتاری/در دام افتادگی ۰/۸۰، اطاعت ۰/۸۷، ایثار ۰/۸۳، بازداری هیجانی ۰/۷۹، معیارهای نامنعطف ۰/۸۱، استحقاق و خویش‌ن‌داری ۰/۷۷ و خودانضباطی ناکافی ۰/۸۱ به‌دست آمد.

۳- **مقیاس رضایت زناشویی**^۲: مقیاس رضایت زناشویی انریچ توسط اولسون و همکاران در سال ۱۹۷۸ ساخته شده و دارای ۴۷ ماده و ۱۲ زیرمقیاس پاسخ قراردادی، رضایت زناشویی،

^۱. Waller & et al

^۲. ENRICH: Marital Satisfaction (EMS) Scale

موضوعات شخصیتی، ارتباط زناشویی، حل تعارض، مدیریت مالی، فعالیت‌های مربوط به اوقات فراغت، روابط جنسی، ازدواج و فرزندان، بستگان و دوستان، نقش‌های مساوات‌طلبی و جهت‌گیری عقیدتی را مورد ارزیابی قرار می‌دهد. نمره‌گذاری این مقیاس براساس طیف ۵ درجه‌ای لیکرت انجام می‌شود و نمرات هر یک از زیرمقیاس‌ها نیز جداگانه محاسبه می‌گردد. حداکثر نمره کل فرم کوتاه مقیاس رضایت زناشویی انریچ برابر با ۲۳۵ و حداقل نمره آن برابر با ۴۷ است. اعتبار فرم کوتاه مقیاس رضایت زناشویی انریچ توسط اولسون و همکاران (۱۹۷۸) برای هر زیرمقیاس‌های پاسخ قراردادی ۰/۸۰، رضایت زناشویی ۰/۸۴، مسایل شخصیتی ۰/۸۷، ارتباط زناشویی ۰/۸۳، حل تعارض ۰/۸۱، نظارت مالی ۰/۸۵، فعالیت‌های مربوط به اوقات فراغت ۰/۷۸، روابط جنسی ۰/۸۶، ازدواج و فرزندان ۰/۷۹، بستگان و دوستان ۰/۷۵، نقش‌های مساوات‌طلبی ۰/۷۷ و جهت‌گیری عقیدتی ۰/۷۷ و اعتبار کل آن ۰/۸۱ گزارش شده است. اولسون و همکاران (۱۹۷۸) روایی این مقیاس را براساس بازآزمایی در فاصله چهار هفته بین ۰/۷۷ تا ۰/۸۳ گزارش نمودند. همچنین میزان روایی این مقیاس با مقیاس سازگاری زوجین نشان داده بود که مقیاس رضایت زناشویی انریچ از روایی مطلوب برخوردار است. در پژوهش مهدویان (۱۳۹۶) اعتبار این مقیاس در دامنه ۰/۷۸ تا ۰/۸۲ و روایی آن با مقیاس رضایت خانوادگی براساس ضریب همبستگی پیرسون با روش بازآزمایی (به فاصله یک هفته) بین ۰/۵۷ تا ۰/۶۲ گزارش شده است. در این پژوهش ضریب اعتبار مقیاس رضایت زناشویی انریچ برای زیرمقیاس‌های پاسخ قراردادی ۰/۸۷، رضایت زناشویی ۰/۸۱، مسایل شخصیتی ۰/۸۴، ارتباط زناشویی ۰/۸۶، حل تعارض ۰/۷۷، نظارت مالی ۰/۸۲، فعالیت‌های مربوط به اوقات فراغت ۰/۸۰، روابط جنسی ۰/۸۵، ازدواج و فرزندان ۰/۸۳، بستگان و دوستان ۰/۷۹، نقش‌های مساوات‌طلبی ۰/۷۸ و جهت‌گیری عقیدتی ۰/۷۵ و اعتبار کل این مقیاس ۰/۸۲ به‌دست آمد.

۴- پرسش‌نامه کیفیت زندگی^۱: این پرسش‌نامه توسط سازمان بهداشت جهانی در سال ۱۹۹۶ ساخته شده و دارای ۲۶ ماده است و چهار زیرمقیاس سلامت جسمی، سلامت روان، روابط اجتماعی، سلامت محیط را مورد ارزیابی قرار می‌دهد. سازمان بهداشت جهانی به منظور وجود انسجام در پژوهش‌ها و سنجش کیفیت زندگی، ابزار اندازه‌گیری عمومی کیفیت زندگی سازمان

^۱. World Health Organization Quality of Life Questionnaire (WHOQOL)



بهداشت جهانی فرم ۱۰۰ سوالی را مورد تهیه قرار دادند. چند سال بعد با تعدیل گویه‌های فرم ۱۰۰ سوالی پرسش‌نامه، فرم کوتاه ۲۶ سوالی آن که ابعاد کلی و عمومی افراد را مورد ارزیابی قرار می‌داد به‌منظور استفاده راحت‌تر ساخته شد. نمره‌گذاری این پرسش‌نامه براساس طیف ۵ درجه‌ای لیکرت است و نمرات هر یک از زیرمقیاس‌ها به‌صورت جداگانه محاسبه می‌شود. اعتبار فرم کوتاه پرسش‌نامه کیفیت زندگی برای زیرمقیاس‌های سلامت جسمی ۰/۸۰، سلامت روان ۰/۸۱، روابط اجتماعی ۰/۷۹ و سلامت محیط ۰/۸۲ و کل پرسش‌نامه ۰/۸۰ است و روایی آن براساس بازآزمایی با فاصله ۳ هفته بین ۰/۷۶ تا ۰/۸۴ گزارش شده است. در پژوهش فتحی و گلک خیری (۱۳۹۶) اعتبار پرسش‌نامه برای هر یک از زیرمقیاس‌ها در دامنه بین ۰/۷۹ تا ۰/۸۴ به‌دست آمد. همچنین روایی آن با پرسش‌نامه سلامت روان براساس ضریب همبستگی پیرسون با روش بازآزمایی و روایی هم‌زمان، تصنیفی با فاصله سه هفته بین ۰/۷۳ تا ۰/۸۹ گزارش شده است. در این پژوهش ضریب اعتبار پرسش‌نامه کیفیت زندگی (۱۹۹۶) برای زیرمقیاس‌های سلامت جسمی ۰/۸۲، سلامت روان ۰/۸۴، روابط اجتماعی ۰/۸۱ و سلامت محیط ۰/۸۵ و اعتبار کل پرسش‌نامه ۰/۸۳ به‌دست آمد.

۵- پرسش‌نامه اضطراب بارداری^۱: این پرسش‌نامه توسط وندنبرگ^۲ در سال ۱۹۸۹ ساخته شده و دارای ۱۷ ماده است و ۵ زیرمقیاس ترس از زایمان، ترس از زاییدن یک بچه معلول جسمی یا روانی، ترس از تغییر در روابط زناشویی، ترس از تغییرات در خلق و خو و پیامدهای آن بر کودک و ترس خود محورانه یا ترس از تغییرات در زندگی شخصی مادر را مورد ارزیابی قرار می‌دهد. نسخه اولیه این پرسش‌نامه ۵۷ سؤال دارد و روش نمره‌گذاری آن براساس طیف ۷ درجه‌ای لیکرت است و نمرات هر یک از زیرمقیاس‌ها به‌صورت جداگانه محاسبه می‌شود. نمره این پرسش‌نامه حداقل ۱۷ و حداکثر ۱۱۹ است و نمرات بالاتر از ۶۰ نشان‌دهنده اضطراب بارداری است. اعتبار فرم کوتاه پرسش‌نامه اضطراب بارداری توسط وندنبرگ (۱۹۸۹) برای زیرمقیاس‌های ترس از زایمان ۰/۸۱، ترس از زاییدن یک بچه معلول جسمی یا روانی ۰/۸۳، ترس از تغییر در روابط زناشویی ۰/۷۷، ترس از تغییرات در خلق و خو و پیامدهای آن بر کودک

^۱. Pregnancy Related Anxiety Questionnaire (PRAQ)

^۲. Vandenbergh

۰/۷۹ و ترس خود محورانه یا ترس از تغییرات در زندگی شخصی مادر ۰/۷۵ و اعتبار کل پرسش نامه ۰/۷۹ گزارش شده است. وندنبرگ (۱۹۸۹) روایی این پرسش نامه را با پرسش نامه اضطراب بک براساس ضریب همبستگی پیرسون با روش روایی هم زمان ۰/۷۴ گزارش نموده است. در پژوهش کارآموزیان و همکاران (۱۳۹۶) اعتبار کل پرسش نامه ۰/۷۸ و زیرمقیاس ها در دامنه ۰/۶۹ تا ۰/۷۶ به دست آمد. روایی پرسش نامه را با پرسش نامه اضطراب بک براساس ضریب همبستگی با روش بازآزمایی (به فاصله یک ماه بعد) بین ۰/۶۵ تا ۰/۷۲ گزارش نمودند. در این پژوهش ضریب اعتبار پرسش نامه اضطراب بارداری وندنبرگ (۱۹۸۹) برای زیرمقیاس های ترس از زایمان ۰/۸۲، ترس از زاییدن بچه معلول جسمی یا روانی ۰/۸۴، ترس از تغییر روابط زناشویی ۰/۷۹، ترس از تغییرات در خلق و خو و پیامدهای آن بر کودک ۰/۸۰ و ترس خودمحورانه یا ترس از تغییرات در زندگی شخصی مادر ۰/۷۷ و اعتبار کل مقیاس ۰/۸۰ به دست آمد.

یافته های پژوهش

شاخص آمار توصیفی متغیرها به شرح جداول ۱ تا ۵ نشان می دهد بین نما، میانه و میانگین تفاوت اندکی وجود دارد و میزان ضریب کجی (۱ و -۱) و ضریب کشیدگی کمتر از (۲ و -۲) است، لذا می توان گفت توزیع زیر، مفروضه نرمال بودن را دارد و از میانگین می توان به عنوان معرف شاخص گرایش مرکزی استفاده نمود و از مدل های آمار پارامتریک استفاده کرد.

جدول ۱. شاخص های آمار توصیفی انگیزه های بارداری

Table1. Descriptive statistics indicators of Fertility motivations

انگیزه های بارداری	مؤلفه	نما	میانه	میانگین	انحراف استاندارد	واریانس	ضریب کشیدگی	ضریب کجی
انگیزه های بارداری	جنبه های اقتصادی-اجتماعی	۲۲	۲۰	۵۲/۳۳	۶۵/۱۲	۳۷/۵۷	-۱/۲۵	-۰/۹۷
	تحقق شخصی	۲۴	۱۸	۸۳/۳۷	۶۰/۵۲	۴۲/۶۳	۱/۰۴	-۰/۲۸
	تداوم	۲۷	۱۵	۹۳/۴۸	۰۱/۵	۲۵/۲۱	-۱/۱۷	۰/۳۴
	روابط زوجین	۲۵	۱۰	۶۹/۴۳	۵۳/۸	۶۴/۹۷	۰/۹۱	-۰/۲۱
انگیزه های بارداری	ترس از والد شدن	۲۹	۱۵	۳۷/۵۹	۷۳/۷	۵۹/۸۲	۱/۳۶	-۰/۵۷



تنش‌های والدین	۲۱	۱۰	۵۴/۳۷	۸۷/۶	۴۷/۳۵	-۱/۲۵	-۰/۷۸
ناراحتی‌های بارداری و فرزندآوری	۲۴	۵۰/۷	۲۶/۴۷	۸۵/۷	۶۱/۷۹	-۰/۸۷	۰/۴۹
چالش‌های مراقبتی فرزند	۳۲	۱۰	۲۹/۶۳	۴۶/۵	۲۹/۹۱	-۱/۰۳	۰/۶۵
نگرانی‌های اجتماعی و زیست محیطی	۱۸	۱۰	۶۷/۲۹	۷۵/۵	۳۳/۱۷	۱/۱۲	-۰/۳۰

منبع: یافته‌های پژوهش

جدول ۲. شاخص‌های آمار توصیفی طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه

Table 2. Descriptive statistics indicators of Early Maladaptive Schemas

مؤلفه	نما	میان	میانگین	انحراف استاندارد	واریانس	ضریب کشی‌دگی	ضریب کجی
طرد و بریدگی	۳۶	۴۹/۰۰	۴۸/۲۷	۹/۳۰	۸۶/۵۳	۱/۵۸	-۰/۹۷
خودگردانی و عملکرد مختل	۳۳	۳۷/۰۰	۳۷/۲۵	۸/۹۲	۷۹/۶۱	-۰/۴۹	-۰/۱۲
محدودیت‌های مختل	۲۶	۲۹/۰۰	۳۱/۸۳	۷/۸۲	۶۱/۲۹	-۱/۷۵	-۰/۳۲
دیگر جهت‌مندی	۲۳	۲۶/۰۰	۴۹/۷۹	۷/۵۷	۵۷/۴۲	-۰/۳۶	-۰/۲۹
گوش به‌زنگی بیش از حد	۲۵	۲۸/۰۰	۴۳/۶۵	۸/۲۰	۶۷/۲۷	۱/۸۳	-۰/۴۲

منبع: یافته‌های پژوهش

جدول ۳. شاخص‌های آمار توصیفی رضایت زناشویی

Table 3. Descriptive statistics indicators of Marital Satisfaction

مؤلفه	نما	میان	میانگین	انحراف استاندارد	واریانس	ضریب کشی‌دگی	ضریب کجی
موضوعات شخصیتی	۲۳	۲۵/۰۰	۴۰/۴۵	۲۳/۷	۵۲/۳۱	۱/۷۴۵	-۰/۸۶۵
ارتباط زناشویی	۱۸	۲۱/۰۰	۴۱/۲۳	۲۱/۸	۴۳/۶۷	-۹۵۶/۱	۰/۷۸۶
حل تعارض	۲۰	۲۳/۰۰	۳۶/۳۸	۸۹/۶	۵۱/۴۷	-۷۸۵/۱	۶۵۸/۰
مدیریت مالی	۲۳	۲۵/۰۰	۳۸/۶۵	۳۱/۶	۸۷/۳۹	-۹۵۱/۰	-۰/۸۴۵
فعالیت اوقات فراغت	۱۶	۲۳/۰۰	۳۳/۲۱	۶/۵۰	۲۵/۴۲	-۹۲۳/۱	-۷۵۴/۰
روابط جنسی	۲۵	۲۲/۰۰	۳۷/۵۴	۳۰/۷	۲۹/۵۳	-۵۹۸/۰	۰/۸۷۴

ازدواج و فرزندان	۲۳	۲۴/۰۰	۳۴/۷۹	۰۱/۷	۲۲/۴۹	-۰/۵۸۷	-۰/۷۹۶
خانواده و فرزندان	۱۴	۲۵/۰۰	۳۲/۲۵	۵۰/۷	۳۷/۵۶	-۶۵۴/۱	-۰/۱۲۳
جهت‌گیری مذهبی	۱۱	۲۳/۰۰	۲۹/۱۷	۶/۱۰	۲۵/۳۷	-۶۵۸/۰	-۷۵۴/۰
مساوات‌طلبی	۱۹	۲۱/۰۰	۳۹/۶۵	۷/۰۴	۶۲/۴۹	-۶۵۴/۱	-۹۸۷/۰
پاسخ قراردادی	۱۷	۱۰/۰۰	۴۱/۷۸	۶/۱۸	۲۱/۳۸	-۱/۷۵۸	-۰/۷۹۶
رضایت زناشویی	۲۵	۲۵/۰۰	۳۶/۸۲	۷/۵۷	۳۶/۵۷	-۰/۷۴۱	-۰/۷۶۵

منبع: یافته‌های پژوهش

جدول ۴. شاخص‌های گرایش به مرکز و پراکندگی و توزیع نرمال کیفیت زندگی

Table 4. Descriptive statistics indicators of Quality of Life

مؤلفه	نما	میان	میانگین	انحراف استاندارد	واریانس	ضریب کشی‌دگی	ضریب کجی
سلامت جسمی	۴۳	۲۹/۰۰	۱۸/۷۶	۶/۲۰	۳۸/۵۶	۱/۲۵۴	-۰/۹۷
سلامت روانی	۴۹	۳۲/۰۰	۱۹/۴۲	۷/۲۸	۵۳/۱۲	-۰/۴۹۷	-۰/۱۲
روابط اجتماعی	۴۱	۲۷/۰۰	۱۷/۶۷	۵/۵۹	۳۱/۲۷	-۱/۴۱۳	-۰/۱۱۶
سلامت محیطی	۴۷	۳۱/۰۰	۱۸/۲۹	۶/۰۷	۳۶/۴۵	-۱/۴۰۹	-۰/۲۱

منبع: یافته‌های پژوهش

جدول ۵. شاخص‌های گرایش به مرکز و پراکندگی و توزیع نرمال اضطراب بارداری

Table 5. Descriptive statistics indicators of Pregnancy Anxiety

مؤلفه	نما	میان	میانگین	انحراف استاندارد	واریانس	ضریب کشی‌دگی	ضریب کجی
ترس از زایمان	۲۵	۱۸/۰۰	۴۳/۲۶	۷/۲	۴۷/۳۲	-۴۹/۱	-۰/۱۳
ترس از زاییدن یک بچه معلول جسمی یا روانی	۲۳	۱۴/۰۰	۴۷/۶۱	۳/۳	۳۹/۷۲	-۹۳/۱	-۰/۹۷
ترس از تغییر در روابط زناشویی	۲۰	۱۶/۰۰	۳۹/۵۴	۲/۲	۲۸/۳۱	-۵۲/۱	-۰/۳۲
ترس از تغییرات در خلق و خو و پیامدهای آن بر کودک	۱۷	۱۳/۰۰	۳۷/۲۹	۳/۲	۴۴/۵۷	-۶۷/۱	-۰/۲۴



ترس خود محورانه یا ترس از تغییرات در زندگی	۱۳	۱۵/۰۰	۳۲/۷۶	۰/۳	۳۶/۷۳	-۳۳/۱	-۵۷/۰
--	----	-------	-------	-----	-------	-------	-------

منبع: یافته‌های پژوهش

نتایج آزمون کلموگروف اسمیرنوف به شرح جدول ۶ نیز نشان می‌دهد سطح معنی‌داری به‌دست آمده در تمام مولفه‌ها بزرگ‌تر از ۰/۰۵ است، بر این اساس با اطمینان ۹۵ درصد می‌توان گفت که تمام متغیرهای پژوهش دارای توزیع نرمال هستند و از آزمون ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون چند متغیره می‌توان برای تحلیل داده‌ها استفاده نمود.

جدول ۶. نتایج فرض نرمال بودن توزیع داده‌ها براساس آزمون کولموگروف - اسمیرنوف

Table 6. Kolmogorov-Smirnov test results

متغیر	مؤلفه	تعداد	آماره Z	سطح معناداری
نگیزه‌های مثبت باروری	جنبه‌های اقتصادی-اجتماعی	۲۴۰	۰/۶۸	۰/۷۲
	تحقق شخصی	۲۴۰	۰/۴۶	۰/۹۸
	تداوم	۲۴۰	۰/۴۹	۰/۹۶
	روابط زوجین	۲۴۰	۰/۶۰	۰/۸۵
نگیزه‌های منفی باروری	ترس از والد شدن	۲۴۰	۰/۴۷	۰/۹۷
	تنش‌های والدین	۲۴۰	۰/۵۷	۰/۸۹
	ناراحتی‌های بارداری و فرزندآوری	۲۴۰	۰/۸۳	۰/۴۳
	چالش‌های مراقبتی فرزند	۲۴۰	۰/۷۹	۰/۵۵
طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه	نگرانی‌های اجتماعی و زیست‌محیطی	۲۴۰	۰/۸۷	۰/۴۳
	طرد و بریدگی	۲۴۰	۰/۷۶	۰/۶۰
	خودگردانی و عملکرد مختل	۲۴۰	۰/۵۵	۰/۹۱
	محدودیت‌های مختل	۲۴۰	۰/۷۲	۰/۶۴
رضای	دیگر جهت‌مندی	۲۴۰	۰/۴۹	۰/۹۷
	گوش به‌زنگی بیش از حد و بازداری	۲۴۰	۰/۷۲	۰/۶۶
	موضوعات شخصیتی	۲۴۰	۰/۶۶	۰/۷۶

۰/۷۸	۰/۶۵	۲۴۰	ارتباط زناشویی	
۰/۳۹	۰/۸۹	۲۴۰	حل تعارض	
۰/۵۵	۰/۷۹	۲۴۰	مدیریت مالی	
۰/۷۶	۰/۶۶	۲۴۰	فعالیت اوقات فراغت	
۰/۵۷	۰/۷۸	۲۴۰	روابط جنسی	
۰/۵۵	۰/۷۹	۲۴۰	ازدواج و فرزندان	
۰/۷۶	۰/۶۶	۲۴۰	خانواده و فرزندان	
۰/۵۷	۰/۷۸	۲۴۰	جهت‌گیری مذهبی	
۰/۹۰	۰/۵۶	۲۴۰	مساوات‌طلبی	
۰/۹۵	۰/۵۱	۲۴۰	پاسخ قراردادی	
۰/۸۹	۰/۵۷	۲۴۰	رضایت زناشویی	
۰/۶۸	۰/۷۱	۲۴۰	سلامت جسمی	کیفیت زندگی
۰/۲۸	۰/۹۸	۲۴۰	سلامت روانی	
۰/۵۸	۰/۷۷	۲۴۰	روابط اجتماعی	
۰/۹۶	۰/۵۰	۲۴۰	سلامت محیطی	
۰/۹۹	۰/۴۳		ترس از زایمان	اضطراب بارداری
۰/۶۳	۰/۷۴	۲۴۰	ترس از زاییدن یک بچه معلول جسمی یا روانی	
۰/۴۳	۰/۸۷	۲۴۰	ترس از تغییر در روابط زناشویی	
۰/۳۵	۰/۹۲	۲۴۰	ترس از تغییرات در خلق و خو و پیامدهای آن بر کودک	
۰/۳۳	۰/۹۴	۲۴۰	ترس خود مجورانه یا ترس از تغییرات در زندگی	

منبع: یافته‌های پژوهش

همچنین، آزمون دوربین واتسون^۱ برای آزمون استقلال خطاها انجام شد که مقدار خودهمبستگی ۱/۹۶ و نزدیک به ارزش ۲ (دامنه قابل پذیرش ۱/۵ تا ۲/۵) نشان داد مفروضه استقلال خطاها رعایت شده است، در نتیجه می‌توان از آزمون‌های پارامتریک استفاده کرد.

^۱. Durbin-Watson



همچنین، آزمون ضریب تحمل^۱ و تورم واریانس^۲ برای بررسی عدم هم‌خطی چندگانه^۳ بین متغیرهای مستقل انجام گردید. با این توضیح که آزمون تولرانس نشانگر درصدی از واریانس در متغیرهای مستقل است که در متغیرهای مستقل دیگر نیست. تورم واریانس نیز نشانگر رابطه هم‌زمان متغیرهای مستقل است. در این تحقیق نظر به این‌که نتایج آزمون مذکور به شرح جدول ۷ نشان داد مقادیر ضریب تولرانس بزرگ‌تر از صفر است، بنابراین تولرانس وجود ندارد. همچنین مقادیر ضریب تورم واریانس کمتر از ۱۰ در جدول ۷ نشان‌دهنده عدم تورم واریانس و تأیید مفروضه عدم هم‌خطی چندگانه است. لذا می‌توان از آزمون‌های پارامتریک استفاده کرد.

جدول ۷. آزمون ضریب تحمل (تولرانس) و تورم واریانس بررسی هم‌خطی چندگانه

Table 8. Tolerance, Multicollinearity, Variance Inflation Factor test

هم‌خطی چندگانه		متغیرهای پژوهش
Tolerance (ضریب تحمل (تولرانس)	VIF (تورم واریانس)	
۰/۸۳۲	۱/۱۹۷	انگیزه‌های باروری
۰/۸۸۱	۱/۱۳۳	طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه
۰/۶۸۱	۱/۴۶۵	رضایت زناشویی
۰/۶۴۸	۱/۵۴۱	کیفیت زندگی
۰/۶۶۱	۱/۵۰۹	اضطراب بارداری

منبع: یافته‌های پژوهش

آزمون کفایت حجم نمونه کرویت بارتلت^۴ انجام گردید. با این توضیح که شاخص کفایت نمونه‌برداری (KMO) از صفر تا یک تغییر می‌کند که ۰/۹ تا ۱ عالی، ۰/۸ تا ۰/۹ خوب، ۰/۷ تا ۰/۸ رضایت‌بخش، ۰/۶ تا ۰/۷ متوسط و اگر بین ۰/۵ تا ۰/۶ باشد حجم نمونه ناکافی است و

^۱. Tolerance

^۲. Variance Inflation Factor (VIF)

^۳. Multicollinearity

^۴. Bartlett's Test of Sphericity

کمتر از ۰/۵ غیرقابل محسوب می‌شود. نتایج در جدول ۸ نشان می‌دهد شاخص کفایت نمونه‌برداری برابر با ۰/۸۳ است که بیان‌گر همبستگی معنی‌دار و در سطح خوب بین سؤالات است. آزمون کرویت بارتلت نیز معنادار ($\text{Sig} < ۰/۰۰۱$) است.

جدول ۸. آزمون کفایت نمونه‌برداری و آزمون کرویت بارتلت

Table 9. Measure of Sampling Adequacy & Bartlett's test of Sphericity

مقادیر	شاخص‌ها
۰/۸۳	کفایت نمونه (KMO)
۱۰۲۶/۹۳۴	آزمون بارتلت
۲۳۹	درجات آزادی
۰/۰۰۱(**)	معناداری

منبع: یافته‌های پژوهش

با توجه به نتایج در جدول ۹ و میزان $F=۶/۳۴۲$ و $R^2=۰/۵۶$ به‌دست آمده که در سطح ۰/۰۱ معنادار است، می‌توان گفت توان پیش‌بینی اضطراب بارداری از طریق انگیزه‌های باروری، طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه، رضایت زناشویی و کیفیت زندگی وجود دارد.

جدول ۹. نتایج رگرسیون

Table 9. Regression results

مدل	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	R	R ²	adjR ²	sig
رگرسیون	۱۹۷/۱۳۷	۲	۹۷/۹۱۵	۶/۳۴۲	۰/۷۵**	۰/۵۶	۰/۵۸	۰/۰۰۰
باقی‌مانده	۱۶۴/۱۲۶	۲۳۷	۲۴/۲۱۴					
کل	۳۶۱/۲۶۳	۲۳۹						

منبع: یافته‌های پژوهش



جدول ۱۰. ضرایب رگرسیونی پیش‌بینی اضطراب بارداری

Table 10. Regression coefficient in predicting Pregnancy Anxiety

متغیر	مؤلفه	ضرایب استاندارد-ضرایب غیراستاندارد			آماره t	سطح معناداری
		B	Std. Error	Beta		
	مقدار ثابت	۱۵/۰۹۳	۴/۰۳۷	-	۲/۷۹	۰/۰۰۰
انگیزه‌های بارداری	جنبه‌های اقتصادی-اجتماعی	۰/۷۸۵	۰/۳۰۷	-۰/۲۱۵	۳/۳۲	۰/۰۰۰
	تحقق شخصی	۰/۶۹۷	۰/۳۴۹	-۰/۲۳۴	۲/۸۹	۰/۰۰۰
	تداوم	۰/۴۵۳	۰/۲۵۸	-۰/۲۹۸	۳/۶۴	۰/۰۰۰
	روابط زوجین	۰/۷۸۴	۰/۲۴۱	-۰/۲۷۳	۳/۵۵	۰/۰۰۰
	انگیزه‌های مثبت بارداری	۰/۶۲۷	۰/۳۴۹	-۰/۳۱۱	۳/۴۷	۰/۰۰۰
	ترس از والد شدن	۰/۹۶۵	۰/۲۹۵	۰/۲۶۱	۲/۷۹	۰/۰۰۰
	تنش‌های والدین	۰/۵۷۹	۰/۳۷۴	۰/۲۳۸	۲/۸۳	۰/۰۰۰
	ناراحتی‌های بارداری و فرزندآوری	۰/۶۱۵	۰/۳۶۵	۰/۲۵۳	۲/۶۱	۰/۰۰۰
	چالش‌های مراقبتی فرزند	۰/۵۹۸	۰/۳۲۲	۰/۲۶۹	۳/۴۲	۰/۰۰۰
	نگرانی‌های اجتماعی و زیست محیطی	۰/۷۵۲	۰/۳۴۹	۰/۲۲۹	۳/۲۵	۰/۰۰۰
	انگیزه‌های منفی بارداری	۰/۶۲۱	۰/۲۸۵	۰/۲۷۵	۳/۳۲	۰/۰۰۰
	خویش‌داری/خودانضباطی ناکافی	۰/۵۴۹	۰/۲۴۷	۰/۳۷۶	۲/۶۵	۰/۰۰۰
طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه	استحقاق/بزرگ‌منشی	۰/۶۱۴	۰/۲۵۴	۰/۳۴۹	۳/۶۲	۰/۰۰۰
	حوزه محدودیت‌های مختل	۰/۴۱۷	۰/۲۸۷	۰/۴۷۲	۲/۷۵	۰/۰۰۰
	معیارهای سرسختانه	۰/۵۳۱	۰/۲۴۸	۰/۵۲۱	۳/۴۲	۰/۰۰۰
	بازداری	۰/۹۱۰	۰/۲۵۳	۰/۵۱۷	۳/۰۷	۰/۰۰۰
	حوزه گوش به‌زنگی بیش از حد	۰/۸۷۵	۰/۳۲۴	۰/۵۳۲	۳/۲۶	۰/۰۰۰
	ایثار	۰/۳۵۲	۰/۲۶۷	۰/۵۵۷	۳/۲۱	۰/۰۰۰
	اطاعت	۰/۳۹۷	۰/۲۵۴	۰/۵۵۱	۲/۸۶	۰/۰۰۰
	حوزه دیگرجهت‌مندی	۰/۲۷۵	۰/۳۲۶	۰/۵۶۳	۳/۲۸	۰/۰۰۰
	گرفتاری/خویش‌داری تحول نیافته	۰/۵۷۸	۰/۲۷۳	۰/۴۷۹	۳/۸۹	۰/۰۰۰
	آسیب‌پذیری در برابر ضرر و بیماری	۰/۳۹۲	۰/۲۶۵	۰/۴۷۳	۳/۲۶	۰/۰۰۰

۰/۰۰۰	۲/۷۵	۰/۴۸۵	۰/۲۳۵	۰/۴۲۵	وابستگی/بی کفایتی	رضایت زناشویی
۰/۰۰۰	۲/۶۴	۰/۴۶۸	۰/۲۴۲	۰/۳۸۷	شکست خوردگی	
۰/۰۰۰	۳/۲۱	۰/۴۹۳	۰/۲۶۵	۰/۲۹۸	حوزه خودگردانی و عملکرد مختل	
۰/۰۰۰	۲/۷۳	۰/۵۲۱	۰/۲۵۱	۰/۶۵۲	نقض/شرم	
۰/۰۰۰	۳/۲۵	۰/۵۰۸	۰/۲۶۸	۰/۷۵۴	انزوای اجتماعی/بیگانگی	
۰/۰۰۰	۲/۶۹	۰/۵۳۹	۰/۲۷۳	۰/۶۳۵	بی‌اعتمادی/بدرفتاری	
۰/۰۰۰	۲/۶۱	۰/۵۲۷	۰/۲۵۱	۰/۸۷۴	رهاشدگی/بی‌ثباتی	
۰/۰۰۰	۲/۵۹	۰/۴۹۳	۰/۲۳۹	۰/۵۴۱	محرومیت هیجانی	
۰/۰۰۰	۳/۳۷	۰/۵۴۸	۰/۳۲۱	۰/۴۲۹	حوزه بریدگی و طرد	
۰/۰۰۰	۳/۸۶	-۰/۵۵۲	۰/۲۵۷	۰/۳۲۵	ارتباط زناشویی	رضایت زناشویی
۰/۰۰۰	۳/۲۶	-۰/۵۴۴	۰/۲۶۳	۰/۳۹۸	موضوعات شخصیتی	
۰/۰۰۰	۳/۳۲	-۰/۵۵۶	۰/۲۵۲	۰/۴۵۸	پاسخ قراردادی	
۰/۰۰۰	۲/۶۸	-۰/۵۳۷	۰/۲۴۱	۰/۶۹۸	مساوات طلبی	
۰/۰۰۰	۲/۸۲	-۰/۵۲۹	۰/۲۶۱	۰/۷۴۵	روابط جنسی	
۰/۰۰۰	۳/۱۶	-۰/۵۲۶	۰/۲۷۹	۰/۳۶۹	حل تعارض	
۰/۰۰۰	۳/۲۷	-۰/۵۳۱	۰/۲۳۸	۰/۴۵۷	مدیریت مالی	
۰/۰۰۰	۲/۷۱	-۰/۵۱۹	۰/۲۲۹	۰/۶۴۹	ازدواج و فرزندان	
۰/۰۰۰	۳/۳۳	-۰/۴۹۲	۰/۲۲۷	۰/۳۶۴	فعالیت اوقات فراغت	
۰/۰۰۰	۳/۲۳	-۰/۴۷۳	۰/۲۶۲	۰/۴۲۹	خانواده و فرزندان	
۰/۰۰۰	۲/۶۹	-۰/۴۵۱	۰/۳۶۱	۰/۵۳۲	جهت‌گیری مذهبی	
۰/۰۰۰	۲/۷۵	-۰/۵۵۸	۰/۳۲۷	۰/۹۴۱	رضایت زناشویی	
۰/۰۰۰	۲/۸۱	-۰/۵۲۶	۰/۲۵۳	۰/۳۲۵	سلامت جسمی	کیفیت زندگی
۰/۰۰۰	۳/۳۵	-۰/۵۳۲	۰/۲۲۱	۰/۴۲۷	سلامت روانی	
۰/۰۰۰	۳/۴۹	-۰/۵۱۸	۰/۲۷۸	۰/۶۹۱	روابط اجتماعی	
۰/۰۰۰	۲/۶۹	-۰/۵۲۱	۰/۳۴۹	۰/۵۷۲	سلامت محیطی	
۰/۰۰۰	۲/۷۳	-۰/۵۴۷	۰/۲۸۹	۰/۴۵۶	کیفیت زندگی	

منبع: یافته‌های پژوهش



به‌طور کلی یافته‌های به‌دست آمده از رگرسیون با هدف پیش‌بینی اضطراب بارداری براساس انگیزه‌های باروری، طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه، رضایت زناشویی و کیفیت زندگی زنان باردار می‌توان گفت از آن‌جا که Sig کم‌تر از ۰/۰۱ و یا T-VALUE خارج از بازه ۱/۹۶ و ۱/۹۶- است، فرضیه پژوهش در سطح اطمینان ۹۹٪ تأیید می‌گردد. بدین‌گونه که بین مؤلفه‌های انگیزه‌های باروری، طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه، رضایت زناشویی و کیفیت زندگی با اضطراب بارداری رابطه معناداری وجود دارد.

همچنین نتایج رگرسیون نشان داد اضطراب بارداری از طریق انگیزه‌های مثبت بارداری با ضریب ۰/۳۱۱- به‌صورت منفی قابل پیش‌بینی است، بدین‌ترتیب که با افزایش انگیزه‌های مثبت بارداری میزان اضطراب بارداری کاهش می‌یابد. همچنین کلیه مؤلفه‌های انگیزه‌های مثبت بارداری (تداوم ۰/۲۹۸-، روابط زوجین ۰/۲۷۳-، تحقق شخصی ۰/۲۳۴-، جنبه‌های اقتصادی- اجتماعی ۰/۲۱۵-) به‌صورت منفی میزان اضطراب بارداری را پیش‌بینی می‌کنند، بدین معنا که با افزایش هر کدام از این مؤلفه‌ها، میزان اضطراب بارداری کاهش می‌یابد.

از دیگر نتایج این بود که اضطراب بارداری از طریق انگیزه‌های منفی بارداری با ضریب ۰/۲۷۵ به‌صورت مثبت قابل پیش‌بینی است و با افزایش انگیزه‌های منفی بارداری میزان اضطراب بارداری افزایش می‌یابد. همچنین مؤلفه‌های انگیزه‌های منفی بارداری (چالش‌های مراقبتی فرزند ۰/۲۶۹، ترس از والد شدن ۰/۲۶۱، ناراحتی‌های بارداری و فرزندآوری ۰/۲۵۳، تنش‌های والدین ۰/۲۳۸، نگرانی‌های اجتماعی و زیست‌محیطی ۰/۲۲۹) به‌صورت مثبت میزان اضطراب بارداری را پیش‌بینی می‌کنند، یعنی با افزایش هر کدام از این مؤلفه‌ها، اضطراب بارداری افزایش می‌یابد. به‌علاوه، اضطراب بارداری از طریق حوزه‌های طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه (حوزه دیگر جهت‌مندی ۰/۵۶۳، حوزه بریدگی و طرد ۰/۵۴۸، حوزه گوش به‌زنگی بیش از حد و بازداری ۰/۵۳۲، حوزه خودگردانی و عملکرد مختل ۰/۴۹۳ و حوزه محدودیت مختل ۰/۴۷۲) به‌صورت مثبت قابل پیش‌بینی است، یعنی با افزایش هر یک از حوزه‌های طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه میزان اضطراب بارداری افزایش می‌یابد. همچنین هر کدام از مؤلفه‌های حوزه‌های طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه شامل حوزه دیگر جهت‌مندی (ایثار ۰/۵۵۷ و اطاعت ۰/۵۵۱)، حوزه بریدگی و

طرد (نقض / شرم ۰/۵۲۱، انزوای اجتماعی / بیگانگی ۰/۵۰۸، بی‌اعتمادی / بدرفتاری ۰/۵۳۹، رها- شدگی / بی‌ثباتی ۰/۵۲۷ و محرومیت هیجانی ۰/۴۹۳)، حوزه گوش به‌زنگی بیش از حد و بازداری (معیارهای سرسختانه ۰/۵۲۱ و بازداری ۰/۵۱۷)، حوزه خودگردانی و عملکرد مختل (گرفتاری / خویشتن تحول‌نیافته ۰/۴۷۹، آسیب‌پذیری در برابر ضرر و بیماری ۰/۴۷۳، وابستگی / بی‌کفایتی ۰/۴۸۵، شکست‌خوردگی ۰/۴۶۸)، حوزه محدودیت مختل (خویشتن‌داری / خودانضباطی ناکافی ۰/۳۷۶ و استحقاق / بزرگ‌منشی ۰/۳۴۹) میزان اضطراب بارداری را مثبت پیش‌بینی می‌کنند، بدین معنا که با افزایش هر یک از آنها میزان اضطراب بارداری افزایش می‌یابد. مضافاً رضایت زناشویی اضطراب بارداری را با ضریب ۰/۵۵۸- منفی پیش‌بینی می‌کنند، بدین ترتیب با افزایش رضایت زناشویی میزان اضطراب بارداری کاهش می‌یابد. همچنین مؤلفه‌های آن (پاسخ قراردادی ۰/۵۵۶، ارتباط زناشویی ۰/۵۵۲، موضوعات شخصیتی ۰/۵۴۴-، نقش‌های مساوات‌طلبی ۰/۵۳۷، مدیریت مالی ۰/۵۳۱، روابط جنسی ۰/۵۲۹، حل تعارض ۰/۵۲۶، ازدواج و فرزندان ۰/۵۱۹، فعالیت‌های مربوط به اوقات فراغت ۰/۴۹۲، خانواده و دوستان ۰/۴۷۳- و جهت‌گیری مذهبی ۰/۴۵۱-) میزان اضطراب بارداری را به‌صورت منفی پیش‌بینی می‌کنند و با افزایش هر کدام از آنها میزان اضطراب بارداری کاهش می‌یابد.

در نهایت این‌که اضطراب بارداری از طریق کیفیت زندگی با ضریب ۰/۵۴۷- به‌صورت منفی قابل پیش‌بینی است و این یعنی با افزایش کیفیت زندگی میزان اضطراب بارداری کاهش می‌یابد. همچنین مولفه‌های کیفیت زندگی (سلامت جسمی ۰/۵۲۶، سلامت روانی ۰/۵۳۲، ارتباط اجتماعی ۰/۵۱۸- و سلامت محیطی ۰/۵۲۱-) میزان اضطراب بارداری را به‌صورت منفی پیش‌بینی می‌کنند، بدین معنی که با افزایش آنها میزان اضطراب بارداری کاهش می‌یابد.

بحث و نتیجه‌گیری

بر اساس نتایج به‌دست آمده، انگیزه‌های مثبت باروری و مؤلفه‌های آن (جنبه‌های اقتصادی-اجتماعی، تحقق شخصی، تداوم و روابط زوجین) با اضطراب بارداری رابطه منفی و معنی‌داری دارند. به‌گونه‌ای که زنان بارداری که در مؤلفه‌های مذکور نمره بالایی کسب کرده‌اند اضطراب بارداری کمتری را گزارش کرده‌اند. نتایج این پژوهش با نتایج پژوهش‌های تک‌تاریا و همکاران (۲۰۱۹)، جانگ و همکاران (۲۰۱۷)،

هابل و همکاران (۲۰۱۵)، خدیوزاده و همکاران (۲۰۱۳)، میلر و همکاران (۲۰۰۸ و ۲۰۱۰)، ریجکین و ریفلوئر (۲۰۰۹)، پزشکی و همکاران (۲۰۰۵)، زارع و همکاران (۱۳۹۷)، عالیشاه و همکاران (۱۳۹۷)، خدیوزاده و همکاران (۱۳۹۳) هم‌سو است.

از سوی دیگر، انگیزه‌های منفی باروری و مؤلفه‌های (ترس از والد شدن، تنش‌های والدین، ناراحتی‌های بارداری و فرزندآوری و چالش‌های مراقبتی فرزند که در برگیرنده مشکلات مالی و محدودیت‌های اقتصادی، نگرانی‌های اجتماعی و زیست محیطی) با اضطراب بارداری رابطه مثبت و معنی‌داری دارد. به‌گونه‌ای که زنان بارداری که در مؤلفه‌های مذکور نمره بالایی کسب کرده‌اند اضطراب بارداری بیشتری را گزارش کرده‌اند. نتایج این پژوهش با نتایج پژوهش‌های تک‌زریا و همکاران (۲۰۱۹)، جانگ و همکاران (۲۰۱۷)، هابل و همکاران (۲۰۱۵)، خدیوزاده و همکاران (۲۰۱۳)، میلر و همکاران (۲۰۰۸ و ۲۰۱۰)، ریجکین و ریفلوئر (۲۰۰۹)، پزشکی و همکاران (۲۰۰۵)، زارع و همکاران (۱۳۹۷)، عالیشاه و همکاران (۱۳۹۷)، خدیوزاده و همکاران (۱۳۹۳) هم‌سو است.

همچنین، هر یک از حوزه‌های طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه (طرد و بریدگی، حوزه خودگردانی و عملکرد مختل، حوزه محدودیت مختل، حوزه دیگر جهت‌مندی، حوزه گوش به‌زنگی بیش از حد و بازداری) با اضطراب بارداری رابطه مثبت و معنی‌داری دارند. به‌گونه‌ای هرچه میزان نمرات کسب شده در حوزه‌های طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه بالاتر بوده، زنان باردار میزان اضطراب بارداری بالاتری را گزارش نموده‌اند. نتایج این پژوهش با نتایج پژوهش‌های رحیمی و همکاران (۱۳۹۷)، کرلیدر و همکاران (۲۰۱۸)، پلات و همکاران (۲۰۱۷)، فلینک و همکاران (۲۰۱۷)، میات و همکاران (۲۰۱۷)، بایرام پور و همکاران (۲۰۱۶)، آرای و نشاط دوست (۲۰۱۶)، شری (۲۰۱۵)، مک براید (۲۰۱۵)، کمر و همکاران (۲۰۰۳)، هریس و کرتن (۲۰۰۲)، قاسمی و الهی (۱۳۹۸)، قاهری و همکاران (۱۳۹۵)، زارع سلطانی و قمری (۱۳۹۵) هم‌سو است.

به‌علاوه، رضایت زناشویی با اضطراب بارداری رابطه منفی و معنی‌داری دارد و هرچه زنان بارداری از میزان رضایت زناشویی بالاتری برخوردار بوده‌اند، اضطراب بارداری کمتری گزارش کرده‌اند. نتایج این پژوهش با نتایج پژوهش‌های فو و همکاران (۲۰۲۰)، پروگز (۲۰۲۰)، کاهیل (۲۰۲۰)، اسموت (۲۰۱۹)، گوتلیب و همکاران (۲۰۱۸)، برگنت و همکاران (۲۰۱۷)، زنگ، کویی و لی (۲۰۱۵)، ناگی و

ناگو (۲۰۱۵)، فیشر و همکاران (۲۰۱۲)، منگلی و همکاران (۱۳۸۷)، برجسته و همکاران (۱۳۹۶) هم‌سو است.

کیفیت زندگی با اضطراب بارداری رابطه منفی و معنی‌داری دارد. به گونه‌ای که زنان بارداری که در کیفیت زندگی نمره بالایی کسب کرده‌اند، اضطراب بارداری کمتری را گزارش نموده‌اند. نتایج این پژوهش با نتایج کایاباسی و سوزبیر (۲۰۲۰)، کرونلی و همکاران (۲۰۱۸)، آمبرین و همکاران (۲۰۱۶)، لی و همکاران (۲۰۱۶)، گرونتی و همکاران (۲۰۱۲)، رینفجل و همکاران (۲۰۰۸)، فریش (۲۰۰۶)، قاهری و همکاران (۱۳۹۵)، آقاییوسفی و همکاران (۱۳۹۰) هم‌سو است.

تعارض منافع

در این پژوهش، هیچ‌گونه تعارض منافع توسط نویسندگان گزارش نشده است.

سهم نویسندگان

این مقاله برگرفته از طرح پایان‌نامه کارشناسی ارشد مصوب معاونت پژوهشی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران جنوب است. مجری طرح خانم دکتر مهرزاد نقش تبریزی، و استاد راهنما سرکار خانم دکتر نسیم نوری هستند که به‌عنوان نویسنده مسئول در فرایند اجرای طرح، استخراج نتایج و تدوین مقاله نظارت و همکاری داشته‌اند.

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی



منابع

- آقایوسفی، علی‌رضا، مرادی، کبری، صفری، نوش‌آفرین، قاضی، شیرین و امیری، فاطمه. (۱۳۹۰). بررسی رابطه بین رضایت زناشویی با مشکلات جسمی دوران بارداری و عوامل مرتبط با آن. یافته، ۱۳(۱)، ۱۳۴-۱۲۵.
- برجسته، سمیرا، علیزاده، سعیده و مقدم تبریزی، فاطمه. (۱۳۹۶). بررسی تأثیر مشاوره زوجین مبتنی بر حمایت همسر بر اضطراب و نگرانی دوران بارداری در زنان باردار. *مجله دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه*. ۱۵(۱۱)، ۸۶۲-۸۵۱.
- برجسته، سمیرا و مقدم تبریزی، فاطمه. (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.
- خدیوزاده، طلعت، ارغوانی، الهام و شاکری، محمدتقی. (۱۳۹۳). تعیین ارتباط انگیزه‌های فرزندآوری با ترجیحات باروری. *زنان مامایی و نازایی*، ۱۷(۴)، ۱۸-۸.
- زارع، زهرا، صفاری، احسان و کیایی‌تبار، رویا. (۱۳۹۷). بررسی انگیزه‌های باروری و ارتباط آن با نگرش به مشوق‌های دولتی در خصوص فرزندآوری در زنان سنین باروری. *مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران*، ۲۸(۱۶۲)، ۱۱۴-۱۰۴.
- زارع‌سلطانی، اکرم و قمری، محمد. (۱۳۹۵). رابطه طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه مادران با اضطراب آشکار و پنهان دانش‌آموزان دختر ابتدایی. *زن و مطالعات خانواده*، ۹(۳۳)، ۶۲-۴۵.
- شیری، آیناز و قاسمی، سارا. (۱۳۹۹). رابطه شادکامی با امید به باروری مجدد در بانوان ۳۰-۴۰ سال دارای سقط مکرر جنین در شهر اصفهان. اولین همایش ملی آسیب‌شناسی روانی، اردیبهشت، ۲۶ آذرماه.
- عالیشاه، آرزو، گنجی، ژیلا، محمدپور، رضا علی، کیانی، زهرا و شاه‌حسینی، زهره. (۱۳۹۷). بررسی ارتباط بین انگیزه‌های فرزندآوری و توان‌مندی باروری زنان: یک مطالعه همبستگی. *مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران*، ۲۸(۱۶۸)، ۱۰۷-۹۶.

علی‌پور، زهرا، لمیعان، می‌نور و حاجی‌زاده، ابراهیم. (۱۳۹۰). اضطراب در بارداری، عامل خطری برای پیامدهای جسمی نوزادی. *دوماه‌نامه دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه*، ۹(۱)، ۰-۰.

قاسمی، کبری و الهی، طاهره. (۱۳۹۸). رابطه طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه با اضطراب بیماری، نقش واسطه‌های اجتناب تجربی. *مجله پژوهش در سلامت روان‌شناختی*، ۲۷(۳)، ۲۷-۴۵.

کارآموزیان، مهسا، عسکری‌زاده، قاسم و بهروز، ناصر. (۱۳۹۶). بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی پرسش‌نامه اضطراب بارداری. *مجله بالینی پرستاری و مامایی*، ۵(۴)، ۳۴-۲۲.

محمودی، محمدجواد. (۱۳۸۹). تحولات جمعیتی، چالش‌های پیش‌رو و لزوم تجدید نظر در سیاست‌های جمعیتی ایران. *برداشت دوم*، ۷(۱۱-۱۲)، ۷۳-۴۱.

منگلی، معصومه، رضانی، طاهره و منگلی، صدیقه. (۱۳۸۷). تأثیر آموزش تغییرات طبیعی دوران بارداری و نحوه سازگاری با آنها بر رضایت‌مندی زناشویی زنان باردار. *مجله ایرانی آموزش در علوم پزشکی*، ۸(۲)، ۳۱۳-۳۰۵.

- Alderdice, F. & Fiona, L. (2011). Factor structure of the Prenatal Distress Questionnaire. *British Journal of Midwifery*, 27, 553-559. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2010.05.003>
- Alderdice, F., & Lynn, F. (2009). Stress in pregnancy: identifying and supporting women. *British Journal of Midwifery*, 17(9), 552-559. <https://doi.org/10.12968/bjom.2009.17.9.43787>
- Alderdice, F., Lynn, F., & Lobel, M. (2012). A review and psychometric evaluation of pregnancy-specific stress measures. *J Psychosom Obstet Gynaecol*, 33(2), 62-77. <https://doi.org/10.3109/0167482x.2012.673040>
- Alipour, Z., Lamyian, M., & Hajizadeh, E. (2011). ANXIETY DURING PREGNANCY: A RISK FACTOR FOR NEONATAL PHYSICAL OUTCOME? [Research]. *Nursing and Midwifery Journal*, 9(1), 0-0. <http://unmf.umsu.ac.ir/article-1-279-en.html> (In Persian)
- Alishah, A., Ganji, J., Mohammadpour, R., Kiani, Z., & Shahhosseini, Z. (2019). Relationship between Childbearing Motivations and Women Reproductive Empowerment: A Correlational Study [Research(Original)].



- Journal of Mazandaran University of Medical Sciences*, 28(168), 96-107.
<http://jmums.mazums.ac.ir/article-1-12480-en.html> (In Persian)
- Anderson, C. (2009). Pre-Surgical stress management improves mood, quality of life. *British Medical Journal*, 18, 329.
- Anderson, L., Sundström-Poromaa, I., Wulff, M., Aström, M., & Bixo, M. (2004). Implications of antenatal depression and anxiety for obstetric outcome. *Obstet Gynecol*, 104(3), 467-476.
<https://doi.org/10.1097/01.AOG.0000135277.04565.e9>
- Barjaste, s., Alizadeh, s., & Moghaddamtabrizi, F. (2018). THE EFFECT OF COUPLE COUNSELLING BASED ON MARITAL SUPPORT on ANXIETY AND WORRY DURING PREGNANCY [Research]. *Nursing and Midwifery Journal*, 15(11), 851-862. <http://unmf.umsu.ac.ir/article-1-2775-fa.html> (In Persian)
- Barjasteh, S., & Moghaddam Tabrizi, F. (2016). ANTENATAL ANXIETY AND PREGNANCY WORRIES IN ASSOCIATION WITH MARITAL AND SOCIAL SUPPORT [Research]. *Nursing and Midwifery Journal*, 14(6), 504-515.
<http://unmf.umsu.ac.ir/article-1-2665-fa.html> (In Persian)
- Beck, A. T., Brown, G., Steer, R. A., Eidelson, J. I., & Riskind, J. H. (1987). Differentiating anxiety and depression: a test of the cognitive content-specificity hypothesis. *J Abnorm Psychol*, 96(3), 179-183.
<https://doi.org/10.1037//0021-843x.96.3.179>
- Bergant, A. M., Heim, K., Ulmer, H., & Illmensee, K. (1999). Early postnatal depressive mood: associations with obstetric and psychosocial factors. *J Psychosom Res*, 46(4), 391-394. [https://doi.org/10.1016/s0022-3999\(98\)00116-0](https://doi.org/10.1016/s0022-3999(98)00116-0)
- Cahill, H. A. (2001). Male appropriation and medicalization of childbirth: an historical analysis. *J Adv Nurs*, 33(3), 334-342.
<https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2001.01669.x>
- Cámara, M., & Calvete, E. (2012). Early Maladaptive Schemas as Moderators of the Impact of Stressful Events on Anxiety and Depression in University Students. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 34(1), 58-68. <https://doi.org/10.1007/s10862-011-9261-6>
- Cecero, J. J., Marmon, T. S., Beitel, M., Hutz, A., & Jones, C. (2004). Images of mother, self, and God as predictors of dysphoria in non-clinical samples. *Personality and Individual Differences*, 36(7), 1669-1680.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.paid.2003.06.013>

- Cronly, J. A., Duff, A. J., Riekert, K. A., Fitzgerald, A. P., Perry, I. J., Lehane, E. A., Horgan, A., Howe, B. A., Ni Chroinin, M., & Savage, E. (2019). Health-Related Quality of Life in Adolescents and Adults With Cystic Fibrosis: Physical and Mental Health Predictors. *Respir Care*, 64(4), 406-415. <https://doi.org/10.4187/respcare.06356>
- Delattre, V., Servant, D., Rusinek, S., Lorette, C., Parquet, P. J., Goudemand, M., & Hautekeete, M. (2004). [The early maladaptive schemas: a study in adult patients with anxiety disorders]. *Encephale*, 30(3), 255-258. [https://doi.org/10.1016/s0013-7006\(04\)95437-1](https://doi.org/10.1016/s0013-7006(04)95437-1) (Les schémas précoces dysfonctionnels: étude chez des patients adultes souffrant d'un trouble anxieux.)
- Diego, M. A., Jones, N. A., Field, T., Hernandez-Reif, M., Schanberg, S., Kuhn, C., & Gonzalez-Garcia, A. (2006). Maternal psychological distress, prenatal cortisol, and fetal weight. *Psychosom Med*, 68(5), 747-753. <https://doi.org/10.1097/01.psy.0000238212.21598.7b>
- Ding, X. X., Wu, Y. L., Xu, S. J., Zhu, R. P., Jia, X. M., Zhang, S. F., Huang, K., Zhu, P., Hao, J. H., & Tao, F. B. (2014). Maternal anxiety during pregnancy and adverse birth outcomes: a systematic review and meta-analysis of prospective cohort studies. *J Affect Disord*, 159, 103-110. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.02.027>
- Dunkel Schetter, C. (2011). Psychological science on pregnancy: stress processes, biopsychosocial models, and emerging research issues. *Annu Rev Psychol*, 62, 531-558. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.031809.130727>
- Dunkel Schetter, C., & Lobel, M. (2012). Pregnancy and birth outcomes: A multilevel analysis of prenatal maternal stress and birth weight. In *Handbook of health psychology, 2nd ed.* (pp. 431-463). Psychology Press. <https://doi.org/10.4324/9781410600073>
- Field, T., Diego, M., Hernandez-Reif, M., Figueiredo, B., Deeds, O., Ascencio, A., Schanberg, S., & Kuhn, C. (2010). Comorbid depression and anxiety effects on pregnancy and neonatal outcome. *Infant Behavior and Development*, 33(1), 23-29. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2009.10.004>
- Fisher, J., Cabral de Mello, M., Patel, V., Rahman, A., Tran, T., Holton, S., & Holmes, W. (2012). Prevalence and determinants of common perinatal mental disorders in women in low- and lower-middle-income countries: a



- systematic review. *Bull World Health Organ*, 90(2), 139g-149g. <https://doi.org/10.2471/blt.11.091850>
- Flink, N., Lehto, S. M., Koivumaa-Honkanen, H., Viinamäki, H., Ruusunen, A., Valkonen-Korhonen, M., & Honkalampi, K. (2017). Early maladaptive schemas and suicidal ideation in depressed patients [10.1016/j.ejpsy.2017.07.001]. *European Journal of Psychiatry*, 31(3), 87-92. <https://doi.org/10.1016/j.ejpsy.2017.07.001>
- Folkman, S. (2013). Stress: Appraisal and Coping. In M. D. Gellman & J. R. Turner (Eds.), *Encyclopedia of Behavioral Medicine* (pp. 1913-1915). Springer New York. https://doi.org/10.1007/978-1-4419-1005-9_215
- Fu, W., Wilhelm, L. O., Wei, Y., Zhou, G., & Schwarzer, R. (2020). Emotional intelligence and dyadic satisfaction buffer the negative effect of stress on prenatal anxiety and depressive symptoms in Chinese women who are pregnant with twins. *Anxiety Stress Coping*, 33(4), 466-478. <https://doi.org/10.1080/10615806.2020.1745193>
- G., B. A. L. (2020). *Maternity Nursing: An Introductory Text Reviews & Ratings*. Anxiety and behavior: Academic Press.
- Ghasemi, k., & Elahi, T. (2019). The relationship between early maladaptive schemas and illness anxiety: The mediating role of experiential avoidance [Research]. *Journal title*, 13(3), 47-55. <https://doi.org/10.52547/rph.13.3.47> (In Persian)
- Glanz, B., Healy, B., Rintell, D., Jaffin, S., Bakshi, R., (2010). The Association Between Cognitive Impairment and Quality of life in Patients with Early Multiple Sclerosis. *Journal of the Neurological Sciences*, 290, 75- 79.
- Glynn, L. M., Schetter, C. D., Hobel, C. J., & Sandman, C. A. (2008). Pattern of perceived stress and anxiety in pregnancy predicts preterm birth. *Health Psychol*, 27(1), 43-51. <https://doi.org/10.1037/0278-6133.27.1.43>
- Gotlib, I. H., Whiffen, V. E., Mount, J. H., Milne, K., & Cordy, N. I. (1989). Prevalence rates and demographic characteristics associated with depression in pregnancy and the postpartum. *J Consult Clin Psychol*, 57(2), 269-274. <https://doi.org/10.1037//0022-006x.57.2.269>
- Gourounti, K., Anagnostopoulos, F., Lykeridou, K., Griva, F., & Vaslamatzis, G. (2013). Prevalence of women's worries, anxiety, and depression during pregnancy in a public hospital setting in Greece. *Clin Exp Obstet Gynecol*, 40(4), 581-583.

- Grant, K.-A., McMahon, C., & Austin, M.-P. (2008). Maternal anxiety during the transition to parenthood: A prospective study. *Journal of Affective Disorders*, 108(1), 101-111. <https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.jad.2007.10.002>
- Grigoriadis, S., Graves, L., Peer, M., Mamisashvili, L., Tomlinson, G., Vigod, S., Dennis, C.-L., Steiner, M., Brown, C., Cheung, A., Dawson, H., Rector, N., Guenette, M., & Richter, M. (2018). Maternal Anxiety During Pregnancy and the Association With Adverse Perinatal Outcomes: Systematic Review and Meta-Analysis. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 79. <https://doi.org/10.4088/JCP.17r12011>
- Habel, C., Feeley, N., Hayton, B., Bell, L., & Zekowitz, P. (2015). Causes of women's postpartum depression symptoms: Men's and women's perceptions. *Midwifery*, 31(7), 728-734. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2015.03.007>
- Harris, A. E., & Curtin, L. (2002). Parental Perceptions, Early Maladaptive Schemas, and Depressive Symptoms in Young Adults. *Cognitive Therapy and Research*, 26(3), 405-416. <https://doi.org/10.1023/A:1016085112981>
- Hekmat, F., Kabacoff, R. I., & Klein, H. E. (1983). Motivations for childbearing and fertility behavior among urban and rural families of Iran. *Birth Psychol Bull*, 4(1), 26-39.
- Hobel, C. J., Dunkel-Schetter, C., Roesch, S. C., Castro, L. C., & Arora, C. P. (1999). Maternal plasma corticotropin-releasing hormone associated with stress at 20 weeks' gestation in pregnancies ending in preterm delivery. *Am J Obstet Gynecol*, 180(1 Pt 3), S257-263. [https://doi.org/10.1016/s0002-9378\(99\)70712-x](https://doi.org/10.1016/s0002-9378(99)70712-x)
- Hoyer, J., Wieder, G., Höfler, M., Krause, L., Wittchen, H. U., & Martini, J. (2020). Do lifetime anxiety disorders (anxiety liability) and pregnancy-related anxiety predict complications during pregnancy and delivery? *Early Hum Dev*, 144, 105022. <https://doi.org/10.1016/j.earlhumdev.2020.105022>
- karamoozian, M., Askarizadeh, G., & Behroozy, N. (2017). The Study of psychometric properties of pregnancy related anxiety questionnaire [Original Article]. *Journal of Clinical Nursing and Midwifery*, 5(4), 22-34. <http://78.39.35.47/article-1-589-en.html> (In Persian)



- Kayabaşı, Ö., & Yaman Sözbir, Ş. (2022). The relationship between quality of life, perceived stress, marital satisfaction in women conceived through ART. *J Reprod Infant Psychol*, 40(2), 108-117. <https://doi.org/10.1080/02646838.2020.1788211>
- Khadivzadeh, T., Arghavani, E., & Shakeri, M. T. (2014). Relationship between Fertility Motivations and Preferences in Couples. *The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility*, 17(114), 8-18. <https://doi.org/10.22038/ijogi.2014.3414> (In Persian)
- King A, Proutt A, Phillips A.(2006). Comparative effects of two physical functioning and quality of life out comes in older adults. *Gerontology*. 2006; 137(70):825-32.
- Kline, R. B. (2011). *Principels and practice of structural equation modeling*. . The Guilford Press.
- Koelewijn, J., Sluijs, a.-m., & Vrijkotte, T. (2017). Possible relationship between general and pregnancy-related anxiety during the first half of pregnancy and the birth process: A prospective cohort study. *BMJ Open*, 7, e013413. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2016-013413>
- Latendresse, G. (2009). The interaction between chronic stress and pregnancy: preterm birth from a biobehavioral perspective. *J Midwifery Womens Health*, 54(1), 8-17. <https://doi.org/10.1016/j.jmwh.2008.08.001>
- Lee, C. S., & Dik, B. J. (2017). Associations among stress, gender, sources of social support, and health in emerging adults. *Stress Health*, 33(4), 378-388. <https://doi.org/10.1002/smi.2722>
- Li, Y. N., Shapiro, B., Kim, J. C., Zhang, M., Porszasz, J., Bross, R., Feroze, U., Upreti, R., Martin, D., Kalantar-Zadeh, K., & Kopple, J. D. (2016). Association between quality of life and anxiety, depression, physical activity and physical performance in maintenance hemodialysis patients. *Chronic Dis Transl Med*, 2(2), 110-119. <https://doi.org/10.1016/j.cdtm.2016.09.004>
- Littleton, H. L., Bye, K., Buck, K., & Amacker, A. (2010). Psychosocial stress during pregnancy and perinatal outcomes: a meta-analytic review. *J Psychosom Obstet Gynaecol*, 31(4), 219-228. <https://doi.org/10.3109/0167482x.2010.518776>

- Mahmoudi, M. (2010). Demographic developments, upcoming challenges and the need to revise Iran's demographic policies. *Bardashte Dovom*(11). (In Persian)
- Mangeli, M., Ramezani, T., & Mangeli, S. (2009). The Effect of Educating about Common Changes in Pregnancy Period and the Way to Cope with them on Marital Satisfaction of Pregnant Women [Original research article]. *Iranian Journal of Medical Education*, 8(2), 305-313. <http://ijme.mui.ac.ir/article-1-861-en.html> (In Persian)
- Marmon, C. (2004). Images of Mother, Self, and God as Predictors of Dysphoria in Non-clinical Samples, *Journal of Personality and Differences*, 36.1-236-239.
- Milgrom, J., Gemmill, A. W., Bilszta, J. L., Hayes, B., Barnett, B., Brooks, J., Ericksen, J., Ellwood, D., & Buist, A. (2008). Antenatal risk factors for postnatal depression: a large prospective study. *J Affect Disord*, 108(1-2), 147-157. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2007.10.014>
- Miller, W. B. (1995). Childbearing motivation and its measurement. *J Biosoc Sci*, 27(4), 473-487. <https://doi.org/10.1017/s0021932000023087>
- Miller, W. B., Bard, D. E., Pasta, D. J., & Rodgers, J. L. (2010). Biodemographic modeling of the links between fertility motivation and fertility outcomes in the NLSY79. *Demography*, 47(2), 393-414. <https://doi.org/10.1353/dem.0.0107>
- Miller, W. B., Millstein, S. G., & Pasta, D. J. (2008). The measurement of childbearing motivation in couples considering the use of assisted reproductive technology. *Biodemography Soc Biol*, 54(1), 8-32. <https://doi.org/10.1080/19485565.2008.9989129>
- Ngai, F. W., & Ngu, S. F. (2015). Predictors of maternal and paternal depressive symptoms at postpartum. *J Psychosom Res*, 78(2), 156-161. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2014.12.003>
- Olson, D. H., Fournier, D. G. & Druckman, J. M. (1987). Counselor's manual for PREPARE/ENRICH. (Revised edition). Minneapolis, MN, PREPARE/ENRICH, Inc.
- Orang, S., Hashemi Razini, H., & Abdollahi, M. H. (2017). Relationship Between Early Maladaptive Schemas and Meaning of Life and Psychological Well-Being of the Elderly [Research]. *Salmand: Iranian Journal of Ageing*, 12(3), 326-345. <https://doi.org/10.21859/sija.12.3.326>



- Pezeshki, M. Z., Zeighami, B., & Miller, W. B. (2005). Measuring the childbearing motivation of couples referred to the Shiraz Health Center for premarital examinations. *J Biosoc Sci*, 37(1), 37-53. <https://doi.org/10.1017/s0021932003006485>
- Rijkin AJ, Liefbroer AC.(2009). The Influence of Partner Relationship Quality on Fertility. *Journal of Europ Demogr Inf Bull*; 25(1): 27-44.
- Schmutte, P. S., & Ryff, C. D. (1997). Personality and well-being: Reexamining methods and meanings. *Journal of Personality and Social Psychology*, 73(3), 549-559. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.73.3.549>
- Schmutte PS.(2019). Personality and well-being: Reexamining methods and meanings. *Journal of Personality and Social Psychology*; 73(3): 549-59.
- Shek D.T.L. (2014). Quality of life in the global context: a Chinese response, (eds) Social indicators research 71, Springer
- Shiri, A., & Qasemi, S. (2020). *The Relationship between Well-Being and Hope for Re-fertility in Women Aged 30-40 with Recurrent Miscarriages in Isfahan City* First National Conference on Psychological Pathology, <https://civilica.com/doc/1151564> (In Persian)
- Shorey, R. C., Elmquist, J., Anderson, S., & Stuart, G. L. (2015). The Relationship Between Early Maladaptive Schemas, Depression, and Generalized Anxiety among Adults Seeking Residential Treatment for Substance Use Disorders. *J Psychoactive Drugs*, 47(3), 230-238. <https://doi.org/10.1080/02791072.2015.1050133>
- Talge, N. M., Neal, C., & Glover, V. (2007). Antenatal maternal stress and long-term effects on child neurodevelopment: how and why? *J Child Psychol Psychiatry*, 48(3-4), 245-261. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2006.01714.x>
- Talge, N. M., Neal, C., & Glover V. (2016). Early Stress, Translational Research and Prevention Science Network: Fetal and Neonatal Experience on Child and Adolescent Mental Health. Antenatal maternal stress and long-term effects on child neurodevelopment: how and why? *Journal of Child Psychol Psychiatry*. 2016;48:245–61.
- Taylor, L. (2005). A Brief Introduction to Schema Focused Therapy. Available in, http://www.adobe.com/rdrmessage_onlineforms_ENU.
- Taylor, C. D. J., Bee, P., & Haddock, G. (2017). Does schema therapy change schemas and symptoms? A systematic review across mental health

- disorders. *Psychol Psychother*, 90(3), 456-479. <https://doi.org/10.1111/papt.12112>
- Teixeira, C., Figueiredo, B., Conde, A., Pacheco, A., & Costa, R. (2009). Anxiety and depression during pregnancy in women and men. *J Affect Disord*, 119(1-3), 142-148. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2009.03.005>
- The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. (1995). *Soc Sci Med*, 41(10), 1403-1409. [https://doi.org/10.1016/0277-9536\(95\)00112-k](https://doi.org/10.1016/0277-9536(95)00112-k)
- Van den Bergh, B. R. (1990). The influence of maternal emotions during pregnancy on fetal and neonatal behavior. *Pre- and Peri-natal Psychology Journal*, 5(2), 119-130.
- Verreault, N., Da Costa, D., Marchand, A., Ireland, K., Dritsa, M., & Khalifé, S. (2014). Rates and risk factors associated with depressive symptoms during pregnancy and with postpartum onset. *J Psychosom Obstet Gynaecol*, 35(3), 84-91. <https://doi.org/10.3109/0167482x.2014.947953>
- Wang, X., Xie, J., Wu, Y., Wu, X., Yan, S., Xu, Y., Zhu, P., Hao, J., Tao, F., & Huang, K. (2021). Gender-specific effect of pregnancy-related anxiety on preschooler's emotional and behavioral development: A population-based cohort study. *J Affect Disord*, 279, 368-376. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.10.014>
- Welburn, K., Coristine, M., Dagg, P., Pontefract, A., & Jordan, S. (2002). The Schema Questionnaire—Short Form: Factor Analysis and Relationship Between Schemas and Symptoms. *Cognitive Therapy and Research*, 26(4), 519-530. <https://doi.org/10.1023/A:1016231902020>
- World Health Organization. Division of Mental, H. (1996). WHOQOL-BREF : introduction, administration, scoring and generic version of the assessment : field trial version, December 1996. In. Geneva: World Health Organization.
- Yali, A. M., & Lobel, M. (2002). Stress-Resistance Resources and Coping in Pregnancy. *Anxiety, Stress, & Coping*, 15(3), 289-309. <https://doi.org/10.1080/1061580021000020743>
- Young, J. (1994). *Schema Therapy: Conceptual Model*. <https://psychology-training.com.au/wp-content/uploads/2017/04/young-chapter-one.pdf>
- Young, J. E. G., V. . (1999). *A schema-focused perspective on satisfaction in close relationships*. The Guilford Press.



- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2003). *Schema therapy: A practitioner's guide*. Guilford Press.
- Zare Sultan, A., & Ghomari, Mohammad. (2016). The Relationship between Maternal Early Maladaptive Schemas and Overt and Covert Anxiety of Elementary School Female Students. *journal of woman and study of family*, 9(33), 45-62. (In Persian)
- zare, z., & saffari, E. (2018). Fertility Motivations and their Relation with Attitude towards Government Incentives for Childbearing in Women of Reproductive Age [Research(Original)]. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences*, 28(162), 104-114. <http://jmums.mazums.ac.ir/article-1-10691-en.html> (Text in Persian)
- Zeng, Y., Cui, Y., & Li, J. (2015). Prevalence and predictors of antenatal depressive symptoms among Chinese women in their third trimester: a cross-sectional survey. *BMC Psychiatry*, 15(1), 66. <https://doi.org/10.1186/s12888-015-0452-7>.



© 2024 Alzahra University, Tehran, Iran. This article is an open-access article distributed under the terms and conditions of the Creative Commons Attribution-Noncommercial 4.0 International (CC BY-NC 4.0 license) (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

نویسندگان

drnasimnouri@gmail.com

نسیم نوری

دکترای تخصصی روان‌شناسی، استادیار مدعو دانشگاه آزاد اسلامی

مهرزاد نقش تبریزی

پزشک متخصص زنان و زایمان و کارشناس ارشد روان‌شناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی

mehrntabrizi@gmail.com

واحد تهران جنوب، ایران