

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

Abbas Mofrad H¹, *Khalatbari J², Malihi Al-zakerini S³, Mohammadi Shir Mahalla F³, Shafti V⁴

Author Address

1. PhD student Health Psychology, Department of Psychology, Tonekabon Branch, Islamic Azad University, Tonekabon, Iran;
2. Associate Professor, Department of Psychology, Tonekabon Branch, Islamic Azad University, Tonekabon, Iran;
3. Assistant Professor, Department of Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran;
4. Assistant Professor, Medical College, Tonekabon Branch, Islamic Azad University, Tonekabon, Iran.

* Corresponding author Email: j.khalatbari@toniau.ac.ir

Received: 2020 September 16; Accepted: 2021 June 13

Abstract

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

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

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

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

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

مدلیابی معادلات ساختاری در رابطه تعارضات زناشویی و امنیت عاطفی با استرس ادراک شده و نگرانی های دوران بارداری با بهزیستی روان شناختی در زنان باردار

حریه عباس مفرد^۱، *جواد خلعتبری^۲، سعید ملیحی الذاکرنی^۳، فاطمه محمدی شیرمحله^۳، ویدا شفتی^۴

توضیحات نویسندگان

۱. دانشجوی دکتری روان شناسی سلامت، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران؛

۲. دانشیار، گروه روان شناسی، واحد تنکابن، دانشگاه آزاد اسلامی، تنکابن، ایران؛

۳. استادیار، گروه روان شناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران؛

۴. استادیار، دانشکده پزشکی، واحد تنکابن، دانشگاه آزاد اسلامی، تنکابن، ایران.

*رأباناامه نویسنده مسئول: J.khalatbari@toniau.ac.ir

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

چکیده

زمینه و هدف: دوران بارداری اغلب دوره ای پر استرس و همراه با تغییرات فیزیولوژیک و روانی برای زنان به شمار می آید و این مشکلات اثرات چشمگیری بر وضعیت روانی آنان دارد. مطالعه حاضر با هدف مدلیابی معادلات ساختاری در رابطه تعارضات زناشویی و امنیت عاطفی با استرس ادراک شده و نگرانی های دوران بارداری با نقش میانجی بهزیستی روان شناختی در زنان باردار انجام شد.

روش بررسی: روش پژوهش همبستگی و از نوع مدلیابی معادلات ساختاری بود. جامعه آماری پژوهش را زنان باردار مراجعه کننده به کلینیک های زنان و زایمان و بیمارستان شهرستان رامسر در بازه زمانی بهمن ۱۳۹۷ تا فروردین ۱۳۹۸ تشکیل دادند. با استفاده از روش نمونه گیری تصادفی ساده از طریق قرعه کشی، ۳۸۴ نفر به عنوان نمونه انتخاب شدند. ابزارهای گردآوری داده ها پرسش نامه تعارضات زناشویی (ثنایی و همکاران، ۱۳۷۹)، مقیاس بهزیستی روان شناختی (ریف، ۱۹۸۹)، پرسش نامه نگرانی های دوران بارداری (آلدردسی و لین، ۲۰۱۱)، مقیاس استرس ادراک شده (کوهن و همکاران، ۱۹۸۳) و مقیاس امنیت عاطفی (کردوا و همکاران، ۲۰۰۵) بود. تحلیل داده ها با استفاده از آزمون خی دو و مدلیابی معادلات ساختاری در نرم افزارهای AMOS نسخه ۲۲ و SPSS نسخه ۲۲ صورت گرفت. سطح معناداری آزمون ها ۰/۰۵ بود.

یافته ها: نتایج نشان داد، تعارضات زناشویی ($p=0/002, \beta=-0/48$) و امنیت عاطفی ($p=0/013, \beta=0/37$) اثر مستقیم و معنادار بر بهزیستی روان شناختی داشتند. بهزیستی روان شناختی دارای اثر مستقیم و معنادار بر استرس ادراک شده ($p=0/013, \beta=-0/65$) و نگرانی های دوران بارداری ($p=0/006, \beta=-0/39$) بود. همچنین، شاخص های نکویی برازش از برازش مطلوب الگو با داده های گردآوری شده حمایت کرده است ($RMSEA=0/067, AGFI=0/98, CFI=0/95, GFI=0/98, X^2/df=1/90$).

نتیجه گیری: براساس یافته ها نتیجه گرفته می شود، تعارضات زناشویی و امنیت عاطفی با واسطه گری بهزیستی روان شناختی برای استرس ادراک شده و نگرانی های دوران بارداری زنان باردار نقش پیش بینی کنندگی دارند.

کلیدواژه ها: استرس ادراک شده، امنیت عاطفی، بهزیستی روان شناختی، تعارضات زناشویی، بارداری.

از عوامل دیگری که تأثیرگذاری آن بر حالات دوران بارداری مدنظر قرار گرفته، امنیت عاطفی^۶ است. امنیت عاطفی ازجمله ویژگی‌های بنیادین است و به علت وجود تنش‌های مختلف در دوره بارداری بر مدیریت بهتر شرایط تأثیر می‌گذارد (۱۰). امنیت عاطفی، احساس امنیت و آسودگی درقبال آسیب‌پذیر بودن در بافت رابطه‌ای معین است (۱۱). در دوران بارداری امنیت عاطفی و تعارضات زناشویی^۹ می‌توانند با تأثیرگذاری استرس ادراک‌شده، نگرانی‌های دوره بارداری و وضعیت زیستی، بر فرایند بارداری و سلامت مادر و جنین اثرگذار باشند. با بررسی پیشینه نظری و تحقیقات انجام‌گرفته می‌توان نتیجه گرفت، امنیت عاطفی و تعارضات زناشویی علاوه بر تأثیر مستقیم به صورت غیرمستقیم و با میانجیگری برخی از متغیرهای روان‌شناختی بر استرس ادراک‌شده، نگرانی‌های دوره بارداری و وضعیت زیستی تأثیر می‌گذارد. تحقیقات بررسی‌شده نشان می‌دهد، یکی از متغیرهای اصلی که می‌توان از آن به عنوان متغیر میانجی یاد کرد، بهزیستی روان‌شناختی^{۱۱} است (۱۲). همچنین هومن دریافت، امنیت عاطفی از دیگر عوامل روان‌شناختی است که بهزیستی روان‌شناختی را می‌توان تحت تأثیر آن دانست (۱۳). متغیر بهزیستی روان‌شناختی به صورت مستقیم با عوامل زیستی ارتباط دارد و بر آن‌ها اثرگذار است؛ برای مثال کیو و وو مشخص کردند، بین بهزیستی روان‌شناختی و سیستم دفاعی بدن ارتباط قوی وجود دارد (۱۴). مطالعه حاضر با هدف مدلیابی معادلات ساختاری در رابطه تعارضات زناشویی و امنیت عاطفی با استرس ادراک‌شده و نگرانی‌های دوران بارداری با نقش میانجی بهزیستی روان‌شناختی در زنان باردار انجام شد.

۲ روش بررسی

روش پژوهش حاضر همبستگی و از نوع مدلیابی معادلات ساختاری بود. جامعه آماری پژوهش را زنان باردار مراجعه‌کننده به کلینیک‌های زنان و زایمان و بیمارستان شهرستان رامسر با مدت بارداری بین چهار تا شش ماه تشکیل دادند. براساس آمار به دست آمده، حدود ۱۴۰۰ زن باردار در بازه زمانی بهمن ۱۳۹۷ تا فروردین ۱۳۹۸ به این مراکز مراجعه کردند. گروه نمونه پژوهش، ۳۸۴ نفر از زنان باردار در فاصله ماه‌های چهارم تا ششم بارداری بودند که برای انتخاب آن‌ها از روش نمونه‌برداری تصادفی ساده از طریق قرعه‌کشی استفاده شد. در انتخاب حجم نمونه به دلیل اینکه در پژوهش مدلیابی به ازای هر متغیر آشکار ۱۵ تا ۱۰ نفر لازم است (۱۵) و براساس متغیرهای موجود در مدل مفهومی شکل ۱، سیصد نفر نیاز بود؛ اما برای اطمینان بیشتر، تعداد ۳۸۴ نفر به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. ملاک‌های حضور شرکت‌کنندگان در پژوهش عبارت بود از: داشتن تحصیلات بیشتر از راهنمایی؛ داشتن سن بین ۲۰ تا ۴۵ سال؛ زنان باردار با تجربه اولین

حاملگی^۱ پدیده‌ای به شمار می‌رود که چشم‌اندازهای زیادی از زندگی زنان را تحت تأثیر و تغییر قرار می‌دهد و به عنوان دوره زمانی زمینه‌ساز بحران‌های روان‌شناختی^۲ و زیست‌شناختی و دگرگونی عاطفی^۳ به آن توجه شده است؛ همچنین از رخدادهای بسیار مهم زندگی است که مادران نخست‌زا را به نقشی اجتماعی جدید وارد می‌سازد (۱). یک نظر خوش‌بینانه افراطی، به بارداری به منزله دوره‌ای نگاه می‌کند که در طی آن مادر به یک سری احساسات جالب بهزیستی^۴ و نیرومندی روان‌شناختی دست می‌یابد؛ درحالی‌که، دیدگاه‌های دیگر، به آن به عنوان رخدادی نسبتاً طبیعی و عمدتاً تجربه رشدی مثبت می‌نگرند (۲). هرچند این تجربه شخصی، بین دو طیف مثبت و منفی در نوسان است، حاملگی به طور بالقوه دلالت‌های کوتاه‌مدت و بلندمدت مهمی برای سلامت زنان، بهزیستی و نقش‌های اجتماعی آنان دارد (۳). چون زنان باردار محیطی برای رشد جنین محسوب می‌شوند، تغییرات روان‌شناختی یا اختلالات روانی آن‌ها بر جنین اثر منفی خواهد گذاشت. از آنجاکه براساس شواهد موجود، ۹۰ درصد زنان حداقل یک‌بار در طول عمر خود باردار می‌شوند، توجه به مسائل همراه با دوران بارداری دارای اهمیت زیادی است (۴). بهداشت روانی^۵ زن در دوران حاملگی تحت تأثیر عواملی از قبیل احساس وی به هویت زنانگی^۶، زندگی زناشویی، خانواده همسر، احساس وی درباره توافقی‌ها و تضادهای، ارتباط جنسی، خواستن و نخواستن نوزاد است (۵).

در این میان یکی از موضوعاتی که نقش مهمی در سلامت عمومی زنان باردار دارد، نگرانی‌های دوران بارداری^۷ است (۶). نگرانی وابسته به دوره بارداری، نوع خاصی از نگرانی به شمار می‌رود که به ترس‌ها و نگرانی‌های مادرانه مرتبط با بارداری اشاره می‌کند و دربرگیرنده نگرانی‌ها درباره سلامت جنین، نشانه‌های جسمانی، فرزندپروری، روابط با دیگران و زایمان است (۷). نگرانی اختصاصی دوره بارداری در مقایسه با نگرانی ناشی از منابع نامرتبط با بارداری، ممکن است علت پیامدها و عوارض مربوط به بارداری و زایمان باشد؛ به طوری‌که قوشچیان چوبمسجدی و همکاران در پژوهشی دریافتند، متغیرهای نگرانی از زایمان، فاجعه‌سازی درد و شناخت در انتخاب زایمان معنادار است؛ ولی در متغیرهای ترس از درد افسردگی، اضطراب و استرس رابطه معناداری مشاهده نمی‌شود (۸).

یافته‌های مختلف نشان می‌دهد، اضطراب و نگرانی به صورت رابطه U شکل ظاهر می‌شود؛ به طوری‌که در سه ماهه اول و سوم بارداری، میزان اضطراب و نگرانی افزایش می‌یابد. این اضطراب گاهی به عنوان مکانیزمی طبیعی، برای مقابله با نگرانی ذهنی مادر درباره بچه‌دار شدن تلقی می‌شود که مادر را برای بارداری و تغییرات همراه آن آماده می‌سازد؛ اما نگرانی، اضطراب و سایر اختلالات روانی می‌توانند شکل بیمارگونه به خود بگیرند و چنان شدت یابند که سلامت عمومی مادر

6. Femininity identity

7. Pregnancy worries

8. Emotional security

9. Marital conflicts

10. Psychological well-being

1. Pregnancy

2. Psychological crises

3. Biological and emotional changes

4. Well-being

5. Mental Health

بارداری؛ نوع بارداری طبیعی؛ تک‌قلوزا بودن؛ نداشتن سابقه بیماری عصبی و روانی و بستری شدن در بیمارستان.

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

برای جمع‌آوری داده‌ها ابزارهای زیر به‌کار رفت.

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

– مقیاس امنیت عاطفی^۲: این مقیاس برای اولین بار توسط کردوا و همکاران در سال ۲۰۰۵ ساخته شد (۱۷). این مقیاس میزان آسودگی را درقبال آسیب‌پذیری ازسوی شریک در حوزه‌های مختلفی از رابطه ارزیابی می‌کند. این سیاهه، ابزاری خودگزارش‌دهی برای سنجش شدت افسردگی در افراد ۱۳ تا ۸۰ سال است و ۲۱ ماده دارد که برای ارزیابی علائم افسردگی (نظیر غمگینی، احساس شکست، احساس گناه) بررسی می‌شود. کسب نمرات بیشتر در این مقیاس به معنای امنیت عاطفی بیشتر در فرد است. نحوه نمره‌گذاری آن براساس طیف پنج‌درجه‌ای لیکرت از نمره ۱ «کاملاً مخالفم» تا نمره ۵ «کاملاً موافقم» است (۱۷). این مقیاس از پایایی درونی مناسب برخوردار

است (۱۷). همچنین روایی و پایایی این مقیاس در تحقیق موقانلو و حسینی به تأیید رسید؛ بدین‌ترتیب که آلفای کرونباخ آن ۰/۸۸ و همبستگی این مقیاس با پرسش‌نامه صمیمیت زناشویی^۳ ۰/۶۹ و محاسبه شد (۱۸).

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

– پرسش‌نامه نگرانی‌های دوران بارداری^۵: این پرسش‌نامه توسط آلدردسی و لین در سال ۲۰۱۱ ساخته شد (۲۱). پرسش‌نامه دارای سه زیرمقیاس نگرانی درباره تولد و نوزاد، نگرانی درباره وزن و تصویر بدنی، نگرانی درباره هیجان‌ها و روابط است که برای سنجش نگرانی‌های اختصاصی دوران بارداری به‌کار می‌رود (۲۱). اسفندیاری و همکاران در پژوهشی مبنی بر مقایسه دو گروه از زنان باردار (اولین بارداری در برابر چندمین بارداری) نشان دادند، زنان با بارداری اول در مقایسه با زنان با چندمین بارداری، نمرات بیشتری را در پرسش‌نامه نگرانی‌های دوره بارداری کسب کردند (۲۲). همچنین روایی ملاکی، پایایی بازآزمایی و همسانی درونی برای کل پرسش‌نامه ۰/۷۴ محاسبه شد که حاکی از پایایی مطلوب پرسش‌نامه است (۲۲).

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

4. Perceived Stress Scale

5. Prenatal Distress Questionnaire

6. Psychological Well-being Scale

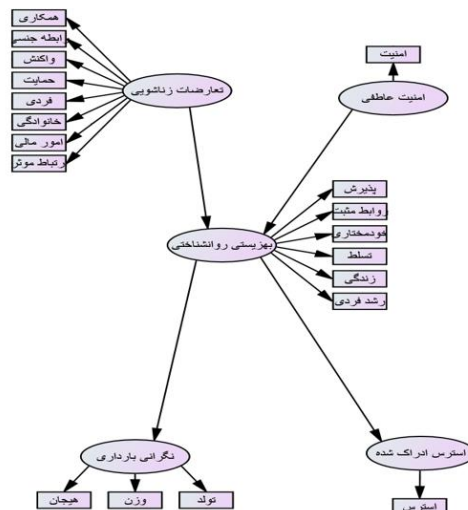
1. Marital Conflict Questionnaire

2. Intimate Safety Scale

3. Marital Intimacy Questionnaire

بر اساس شاخص مجذور خی دو^۱، شاخص برازندگی تطبیقی^۲ (CFI)، شاخص نکویی برازش^۳ (GFI)، شاخص نکویی برازش تعدیل شده^۴ (AGFI)، ریشه خطای میانگین مجذورات تقریب^۵ (RMSEA) و باقی مانده ریشه مجذور میانگین (SRMR) بررسی شد. برای ارزیابی روابط واسطه‌ای، آزمون بوت‌استراپ به کار رفت. برای مقایسه شرکت‌کنندگان از نظر تحصیلات، سن و ازدواج فامیلی، آزمون خی دو به کار رفت. تحلیل‌های مذکور با بهره‌گیری از نرم‌افزارهای SPSS نسخه ۲۲ و AMOS نسخه ۲۲ صورت گرفت. سطح معناداری آزمون‌ها در این پژوهش، ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

در زندگی ۰/۹۰ و رشد شخصی ۰/۸۷ گزارش شد. این مقیاس در آغاز بر نمونه‌ای ۳۲۱ نفری اجرا شد و ضریب همابستگی بین مقیاس‌ها ۰/۹۳ تا ۰/۸۶ و ضریب پایایی بازآزمایی پس از شش هفته روی نمونه ۱۱۷ نفری بین ۰/۸۱ تا ۰/۸۶ به دست آمد (۲۳). پایایی نسخه فارسی این مقیاس توسط معینی و همکاران بررسی شد و همسانی درونی خرده‌مقیاس‌های رشد شخصی ۰/۷۷، پذیرش خود ۰/۷۳، هدفمندی در زندگی ۰/۷۴ و خودمختاری ۰/۸۰ به دست آمد (۲۴). مدل مفهومی پژوهش در شکل ۱ ارائه شده است. در راستای تحلیل استنباطی از روش مدل تحلیل مسیر و برازندگی الگوی پیشنهادی



شکل ۱. مدل مفهومی پژوهش

۳ یافته‌ها

میانگین و انحراف معیار سن شرکت‌کنندگان $30/15 \pm 5/62$ سال بود. سن و ازدواج فامیلی داشتن یا خیر و همچنین مقدار احتمال، در جدول توزیع فراوانی و درصد گروه نمونه برحسب میزان تحصیلات آزمودنی، ۱ گزارش شده است.

جدول ۱. ویژگی‌های جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان

مقدار احتمال	درصد	تعداد	ویژگی‌های جمعیت‌شناختی
۰/۶۷۵	۵۰/۰	۱۵۰	میزان تحصیلات آزمودنی
	۴۱/۰	۱۲۳	کمتر از دیپلم
	۶/۶	۲۰	دیپلم
	۲/۴	۷	فوق‌دیپلم
			لیسانس
۰/۵۲۰	۲۷/۳	۸۲	سن آزمودنی
	۴۶/۱	۱۳۸	۲۶ تا ۳۰
	۲۵/۳	۷۶	۳۱ تا ۳۵
	۱/۳	۴	۳۶ تا ۴۰
			ازدواج فامیلی
۰/۴۹۳	۳۲/۶	۹۸	بلی
	۶۷/۴	۲۰۲	خیر

4. Adjusted goodness of fit index

5. Root mean square error of approximation

1. χ^2

2. Comparative fit index

3. Goodness of fit index

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

جدول ۲. شاخص‌های آمار توصیفی متغیرهای پژوهش

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

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

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

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

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

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

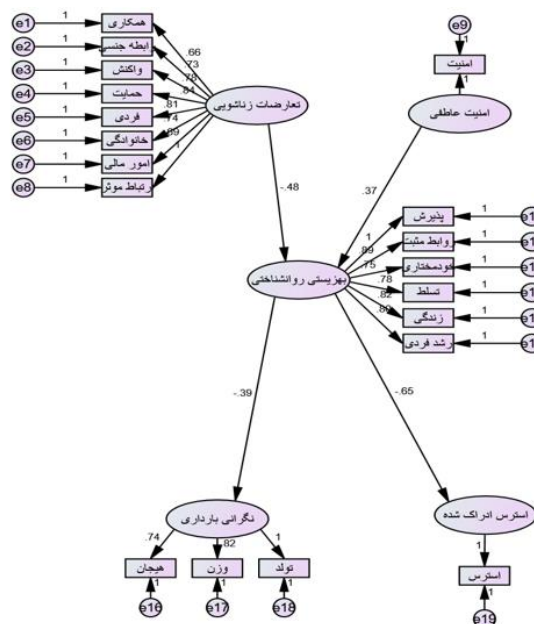
استرس ادراک شده برابر با ۰/۰۳۶ ($p=۰/۰۳۱$) بود. اثر غیرمستقیم بهزیستی روان‌شناختی در رابطه بین تعارضات زناشویی و نگرانی‌های دوران بارداری برابر با ۰/۲۰۱ ($p=۰/۰۱۰$) به‌دست آمد.

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

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

جدول ۵. شاخص‌های نکویی برازش مدل تحلیل مسیر

شاخص‌های نکویی برازش	نسبت مجذور خی به درجه آزادی ^۱	ریشه خطای میانگین مجذورات تقریب	شاخص نکویی برازش تعدیل شده	شاخص نکویی برازش	شاخص نکویی تطبیقی
الگوی مسیر	۱/۹۰	۰/۰۶۷	۰/۹۸	۰/۹۸	۰/۹۵



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

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

۴ بحث

پژوهش حاضر با هدف تعیین برازش مدل رابطه تعارضات زناشویی و

^۱. χ^2/df

دفاعی بدن (۱۴)، همسوست.

استفاده شده از محدودیت‌های پژوهش بود؛ بنابراین پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی از ابزارهای عینی‌تری استفاده شود که سوگیری کمتری در رابطه با نظر آزمودنی دارند؛ همچنین پیشنهاد می‌شود، در مطالعات آتی متغیرهای دیگری نیز در پژوهش روی زنان باردار مدنظر قرار گیرد و با پژوهش حاضر مقایسه شود. به‌منظور بررسی بهتر حفظ نتایج می‌توان از دوره‌های طولانی‌تر پیگیری نیز استفاده کرد.

۵ نتیجه‌گیری

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

۶ تشکر و قدردانی

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

۷ بیانیه‌ها

تأییدیه اخلاقی و رضایت‌نامه از شرکت‌کنندگان

ملاحظات اخلاقی رعایت‌شده در این پژوهش عبارت بود از: اهداف پژوهش و چگونگی انجام آن برای شرکت‌کنندگان توضیح داده شد؛ اخذ رضایت‌نامه کتبی آگاهانه از آنان صورت گرفت؛ محرمانه بودن همه اطلاعات شرکت‌کنندگان به‌طور کتبی اعلام شد؛ رعایت اصل امانت‌داری در تمام مراحل پژوهش از ابتدا تا انتها صورت گرفت؛ به شرکت‌کنندگان حق انصراف از شرکت در پژوهش در هر مرحله از پژوهش داده شد؛ به شرکت‌کنندگان برای محرمانه ماندن اطلاعات و نیز نیاز نبودن به ذکر نام و نام خانوادگی روی پرسش‌نامه‌ها و انجام گروهی تحلیل اطلاعات اطمینان‌خاطر داده شد. این مقاله برگرفته از رساله دکتری روان‌شناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج است. همچنین مجوز اجرای پژوهش بر گروه مطالعه‌شده از زوجین مراجعه‌کننده به کلینیک‌های زنان و زایمان و بیمارستان شهرستان رامسر با شماره نامه ۱۴۸ صادر شده است.

رضایت برای انتشار

این امر غیرقابل اجرا است.

در دسترس بودن داده‌ها و مواد

تمامی داده‌های حاصل از این پژوهش امکان اشتراک‌گذاری دارند.

تضاد منافع

نویسندگان اعلام می‌کنند تضاد منفعی بین آن‌ها وجود ندارد.

منابع مالی

تأمین منابع مالی از هزینه‌های شخصی بوده و توسط هیچ نهاد یا سازمانی تأمین نشده است.

مشارکت نویسندگان

نویسنده اول داده‌های به‌دست‌آمده را آنالیز و تفسیر کرد. نویسنده دوم، در نگارش نسخه دست‌نوشته همکار اصلی بود. همه نویسندگان نسخه دست‌نوشته نهایی را خوانده و تأیید کردند.

در تبیین این یافته می‌توان گفت، باتوجه به اینکه زنان باردار مراجعه‌کننده به کلینیک‌های زنان و زایمان و بیمارستان شهرستان رامسر اولین بارداری خود را تجربه می‌کنند، با نگرانی‌هایی درباره تولد و نوزاد، نگرانی درباره وزن و تصویر بدنی و نگرانی درباره هیجان‌ها و روابط خود روبه‌رو هستند. این نگرانی‌ها می‌تواند تعارضات زناشویی را در پی داشته باشد. ازسویی دیگر، تعارضات زناشویی که معمولاً در رابطه همسران وجود دارد، نیازمند به‌کارگیری راهبردهایی است تا به‌طور مناسب حل و فصل شود؛ اما به‌واسطه قراردادش زن در شرایط بارداری ممکن است با مهارت‌های مقابله‌ای درست برطرف نشود و بهزیستی روان‌شناختی زنان باردار را به خطر بیندازد و به نگرانی‌های دوران بارداری دامن بزند (۶).

در تبیین یافته دیگر پژوهش مبنی بر اثر مستقیم تعارضات زناشویی بر بهزیستی روان‌شناختی می‌توان گفت، نداشتن مهارت در حل مسائل میان‌فردی به‌عنوان یکی از عوامل مهم می‌تواند در به‌وجودآمدن تعارضات زناشویی نقش داشته باشد و با افزایش نگرانی، افسردگی، اضطراب و دیگر مشکلات روان‌شناختی، بهزیستی روان‌شناختی را با مشکل مواجه کند. ازسویی دیگر، افراد دارای سطح بهزیستی روان‌شناختی بالا، رفتارهای انعطاف‌پذیر بیشتری از خود بروز می‌دهند و روابط بهتری با دیگران ایجاد می‌کنند. این رفتارهای انعطاف‌پذیر سبب حل بهتر مسائل و درک بهتر شرایط می‌شود و می‌تواند تعارضات زناشویی را کاهش دهد. همچنین، مداخلات مبتنی بر بهزیستی روان‌شناختی موجب به‌وجودآمدن هیجان مثبت در زوجین می‌شود و این هیجان‌ها می‌تواند بر روابط زوجین و کاهش تعارضات بین آن‌ها مؤثر باشد (۱۲).

در تبیین یافته دیگر پژوهش مبنی بر اثر مستقیم بهزیستی روان‌شناختی بر نگرانی‌های دوران بارداری می‌توان گفت، یکی از مشکلات زنان با نگرانی‌های دوران بارداری، نگرانی آن‌ها درباره تصویر بدنی است. ازآنجا که آن‌ها حس می‌کنند بخشی از بدنشان زشت و بدقواره است و دارای تصویر بدنی منفی و غیرمنطبق بر واقعیت هستند، احساس حقارت و شایستگی‌نداشتن می‌کنند و عزت‌نفس ضعیف دارند. این عوامل روان‌شناختی موجب ایجاد هیجان‌ها منفی در آن‌ها می‌شود. این افراد به‌واسطه احساسات و حالات روان‌شناختی ناخوشایند از زندگی لذت نمی‌برند و نشاط ندارند. می‌توان گفت، بین نارضایتی از تصویر بدن و بهزیستی روان‌شناختی رابطه معنادار وجود دارد. همچنین این افراد امور را نامطلوب ارزیابی کرده و هیجان‌های منفی مانند اضطراب، افسردگی و پریشانی روان‌شناختی بیشتری را تجربه می‌کنند (۹).

پژوهش حاضر به‌دلیل شرایط خاص زنان باردار دارای محدودیت‌های خاصی ازجمله ناتوانی در تعمیم‌پذیری یافته‌ها به انواع دیگر بیماری‌ها و تعمیم‌پذیری یافته‌ها به زنان باردار سایر شهرها بود. جمع‌آوری داده‌ها با استفاده از پرسش‌نامه و کم‌بودن تعداد افراد نمونه به‌دلیل خاص بودن نمونه از دیگر محدودیت‌های پژوهش بود؛ بنابراین پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی علاوه بر پرسش‌نامه، ابزارهای دیگری مثل مصاحبه به‌کار رود؛ همچنین تأثیر عوامل بررسی‌شده در این پژوهش، بر سایر بیماری‌ها ارزیابی شود. به‌علاوه خودگزارشی بودن ابزارهای

References

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