

## پیش بینی اضطراب زایمان در مادران باردار بر اساس ویژگی شخصیت، رضایت زناشویی و تنظیم هیجان

هاله نکوئی<sup>۱</sup>، اسماعیل سعدی پوربیابان گرد<sup>۲</sup>

<sup>۱</sup> کارشناس ارشد روان شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم تحقیقات، تهران، ایران

<sup>۲</sup> استادتمام گروه روان شناسی، دانشگاه علامه طباطبائی، مدعو دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم تحقیقات، تهران، ایران ( نویسنده مسئول)

### چکیده

هدف پژوهش حاضر تعیین میزان پیش بینی اضطراب زایمان بر اساس ویژگی شخصیت، رضایت زناشویی و تنظیم هیجان در مادران باردار بود. این پژوهش از نظر هدف کاربردی و از نظر شیوه گردآوری اطلاعات، تحقیق توصیفی از نوع همبستگی است. جامعه آماری این مطالعه، شامل کلیه زنان باردارنخست زا (در هفته ۲۳ تا ۳۲ بارداری) مراجعه کننده به بیمارستان ولی عصر شهر تهران در پاییز و زمستان ۱۴۰۰ انجام گرفت. حجم نمونه بر اساس فرمول تاباچینک و فیدل (۲۰۰۳)، ۱۵۰ نفر بود که به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب گردیدند. در این پژوهش از پرسشنامه های اضطراب بارداری وندنبرگ، پرسشنامه شخصیتی نئو، پرسشنامه رضایت زناشویی انریچ و پرسشنامه تنظیم هیجانی گراس و جان جهت جمع آوری داده ها استفاده گردید، داده ها مورد تحلیل آزمون های همبستگی پیرسون و رگرسیون قرارگرفت. نتایج این پژوهش نشان داد ویژگی شخصیتی روان رنجوری و راهبرد سرکوبی در تنظیم هیجانی با اضطراب بارداری رابطه مثبت معنادار و همچنین ویژگی شخصیتی گشودگی به تجربه و مولفه های مسائل شخصیتی، جهت گیری مذهبی، حل تعارض و مدیریت مالی در رضایت زناشویی رابطه منفی و معنادار با اضطراب بارداری دارند. بنابراین می توان نتیجه گرفت اضطراب زایمان بر اساس ویژگی شخصیت، رضایت زناشویی و تنظیم هیجان در مادران باردار نخست زا قابل پیش بینی است.

**واژه های کلیدی:** اضطراب زایمان، ویژگی های شخصیتی، رضایت زناشویی، تنظیم هیجانی



## مقدمه:

بارداری یک دوره مهم در زندگی زنان محسوب می‌شود که در این دوران تغییرات جسمانی، روانشناختی، هیجانی - عاطفی و اجتماعی فراوانی رخ می‌دهد (نوروزی، شریف زاده، ترشیزی، گندمی، یوسف زاده و همکاران، ۱۳۹۶). با وجود پیشرفت‌های قابل توجه در آموزش‌های ارتقاء سلامت جسمانی در دوران بارداری، ابعاد روان شناختی زنان باردار کمتر مورد توجه قرار گرفته است (ادهیکاری، پتن، ویلیامسون، پتل، پریمیچی و همکاران، ۲۰۲۱). اگرچه تغییرات فیزیولوژیک ناشی از بارداری تقریباً نظام مند و پیش رونده است اما تغییرات روانشناختی لزوماً مطابق با این روند نیست (میرزائی علویجه، مظلومی، یاسینی و عسکرشاهی، ۲۰۱۴). اضطراب بارداری و زایمان یک حالت روانشناختی است که به ترس‌ها و نگرانی‌های مربوط به بارداری و زایمان مانند نگرانی در مورد زایمان و سلامت مادر و جنین اشاره دارد (کارآموزیان، عسکری زاده و بهروزی، ۱۳۹۵). این نگرانی‌ها می‌تواند ترس از زایمان، ترس از به دنیا آوردن یک فرزند معلول جسمانی یا روانشناختی، ترس از تغییر در روابط زناشویی، ترس از تغییرات در خلق و خو و پیامدهای آن بر فرزند و ترس خود محورانه یا ترس از تغییرات در زندگی شخصی مادر را شامل شود (وندنبرگ، ۱۹۹۰). اغلب، زنان نخست زای اضطراب بارداری را تجربه می‌کنند (عابدزاده کلهرودی و همکاران، ۱۴۰۰). ادراک زن از بارداری و دردهای پیرایشی بر میزان اضطراب بارداری مرتبط اند. همچنین عواملی مانند سن، کمیت و کیفیت بارداری و زایمان‌های پیشین، روابط زناشویی و میزان توجه یا غفلت همسر، میزان تحصیلات و آگاهی نسبت به فرایند بارداری و زایمان و توجه به مراقبت‌های پزشکی و روان شناختی و غیره می‌توانند پیش بینی کننده‌های مهم اضطراب بارداری محسوب شوند (ویسواسام، اسلیک و استارسوچ، ۲۰۱۹). علائم اضطراب در دوران بارداری رایج است و تا ۵۴ درصد از زنان را در مقطعی از بارداری تحت تاثیر قرار می‌دهد (دنيس، فلاح حسنی و شیر، ۲۰۱۷). پژوهش‌های گوناگون، شیوع اختلالات اضطرابی در بارداری را بالاتر از ۳۰ درصد گزارش داده و در ایران ۶۴ درصد نیز بیان شده است (میرزاخانی، حجازی نیا، گل مکانی، میر تیموری، سردار و همکاران، ۲۰۱۴). از سوی دیگر، گزارش‌های اولیه از گروه‌های باردار در سراسر جهان حاکی از افزایش علائم اضطراب در بین افراد باردار در طول همه‌گیری کووید-۱۹ است. با این حال، شیوع دقیق آن در حال حاضر مشخص نیست و (تومفوهر-مادسون، رسین، گیسبرچت، لبل و مدیگان، ۲۰۲۱؛ زایانیه و سوسانتی، ۲۰۲۰). برخی مطالعات نیز نشان داده اند که اضطراب بارداری در ۳ ماهه نخست و ۳ ماه پایانی بیشتر از ۳ ماه میانی دوران بارداری است (هال، استول، هوتون و برون، ۲۰۱۲). اضطراب بارداری و زایمان در صورت عدم مداخله جدی و بهنگام می‌تواند پیامدهای منفی مختلف روان شناختی و جسمانی بر زنان باردار داشته باشد از جمله مشکلات خلقی مادر، افسردگی پس از زایمان، اختلالات با ریشه اضطرابی مانند اختلال وسواس فکری - اجباری، اختلال افسردگی اساسی، فوبیا و اختلال اضطراب تعمیم یافته (ویسواسام، برل، میلیسیوس و استارسوچ، ۲۰۲۱)، تحریک مداوم سیستم عصبی خودمختار، انقباض عضلات صاف شریان‌ها و ضعف سیستم ایمنی بدن (گریگوریادیس، گراوس، پیر، مامیساوایل، تامیلسون و همکاران، ۲۰۱۸؛ التمس، ۲۰۰۴). همچنین وجود اضطراب بالینی جدی در دوران بارداری می‌تواند اثرات نامطلوبی بر زایمان و جنین داشته باشد مانند زایمان زودرس (ویسواسام و همکاران، ۲۰۲۱)، الگوی غیرطبیعی ضربان قلب جنین، کاهش جریان خون رحمی - جفتی و اکسیژن رسانی به رحم (گریگوریادیس و همکاران، ۲۰۱۸)، سقط جنین و مرده زایی، سزارین به جای زایمان طبیعی، مشکلات در جنین و نوزاد مانند شکاف کام و لب شکری (سید احمدی نژاد، گل مکانی، اصغری پور و تقی شاکری، ۲۰۱۵؛ میرزاخانی و همکاران، ۲۰۱۴؛ میرزائی علویجه و همکاران، ۲۰۱۴). اضطراب بارداری می‌تواند در سال‌های آینده، اختلالات اضطرابی کودکان (راشدی، نجات و اکبری امرغان، ۱۳۹۹)، افزایش خطر تاخیر زبان، اختلال کم توجهی بیش فعالی و نقص در تنظیم هیجانی پیش بینی کند (سینسی، ماکول، اوکرول و چینه، ۲۰۱۹). این پیامدهای منفی ناشی از اضطراب بالینی زایمان می‌تواند موجب مشکلات خانوادگی مانند عدم رضایت زناشویی، مشکلات عاطفی و هیجانی دیگر فرزندان شود (ویسواسام و همکاران، ۲۰۲۱). احتمال تجربه اضطراب در زنان باردار به دلیل تغییرات فیزیولوژیکی و روانی این دوران، افزایش می‌یابد (ونزل، ۲۰۱۱). زنان باردار ممکن است اضطراب عمومی در بارداری یا اختلالات اضطرابی مطابق با معیارهای ویراست پنجم راهنمای تشخیصی و آماری



اختلال‌های روانی<sup>۱</sup> را تجربه کنند. شیوع این اضطراب‌ها در دوران بارداری به ترتیب ۷۱ درصد و ۳۹ درصد گزارش شده است (لیچ، پویسر و فایرویتز-اسمیت، ۲۰۱۷؛ ماده‌اونپرابهاکاران، دسوزا و نیری، ۲۰۱۵). این نرخ‌ها بیشتر از میزان گزارش شده برای زنان در سنین باروری در جمعیت عمومی است به عنوان مثال، هر گونه اختلال اضطرابی در زنان استرالیایی ۲۵-۳۴ ساله ۲۱/۲ درصد گزارش کرده اند (ای ب اس، ۲۰۰۷). پژوهش‌های گوناگون، شیوع اختلالات اضطرابی در بارداری را بالاتر از ۳۰ درصد گزارش داده و در ایران ۶۴ درصد نیز بیان شده است (میرزاخانی و همکاران، ۲۰۱۴). علاوه بر این، اضطراب مربوط به بارداری اضطراب چند بعدی است که با ترس‌ها و نگرانی‌های خاص بارداری مشخص می‌شود مانند زایمان، سلامت جنین، ظاهر فردی (بایرام پور، علی، مک نیل، بنزایس، مک کوپین و تاق، ۲۰۱۵). تخمین‌ها از وقوع اضطراب مرتبط با بارداری متفاوت است و برای سطوح متوسط از حدود ۱۵ تا ۹۰ درصد متغیر است که این تغییرات احتمالاً به دلیل عدم توافق در مورد تعاریف و روش‌های اندازه‌گیری است (ماده‌اونپرابهاکاران، کومار، راموسوبرامانیام و اکیلولولا، ۲۰۱۳؛ پویکیوس، سایستو، یونکیلا- کالیو، پونامکی، رپوکاری و همکاران، ۲۰۰۶). از سوی دیگر، گزارش‌های اولیه از گروه‌های باردار در سراسر جهان حاکی از افزایش علائم اضطراب در بین افراد باردار در طول همه‌گیری کووید-۱۹ است. با این حال، شیوع دقیق آن در حال حاضر مشخص نیست و (تومفوه-مادسون، رسین، گیسبرچت، بلبل و مدیگان، ۲۰۲۱؛ زایانیاه و سوسانتی، ۲۰۲۰). ویژگی‌های شخصیتی، یکی از عواملی است که بر وضعیت سلامت روان زنان در دوران بارداری می‌تواند موثر باشد (هدائی و تقی لو، ۱۳۹۹). در دیدگاه آلپورت (۱۹۶۱) شخصیت به سازمان دهی پویای نظام‌های روانی فیزیولوژیکی درون فرد که رفتار و افکار ویژه فرد را تعیین می‌کند، اشاره دارد. نظریات مختلف روان شناختی، تعاریف گوناگونی از ویژگی‌های شخصیتی ارائه کرده اند که در این بین مدل ۵ عامل بزرگ شخصیتی کاستا و مک کری (۱۹۸۹)، یکی از شناخته شده ترین و معتبرترین این نظریات است. بر طبق این مدل، شخصیت یک مفهوم چند بعدی است که هر بعد شامل گروهی از ویژگی‌ها و صفات روانشناختی است. ۵ عامل بزرگ شخصیت در مدل کاستا و مک کری عبارت اند از: روان رنجورخویی<sup>۲</sup>، برونگرایی<sup>۳</sup>، تجربه‌پذیری<sup>۴</sup>، توافق‌پذیری<sup>۵</sup> و وظیفه‌شناسی<sup>۶</sup> (کاستا و مک کری، ۱۹۸۹). مطالعات نشان داده اند که ویژگی‌های شخصیتی از پیش بینی کننده‌های مهم سلامت روان زنان باردار است (هدائی و تقی لو، ۱۳۹۹). عامل روان رنجورخویی یکی از عوامل شخصیتی محسوب می‌شود که می‌تواند دوران تنش زایی برای بارداری و اختلالات اضطرابی در کودکان را در سال‌های آتی، پیش بینی کند (راشدی، نجات و اکبری امرغان، ۱۳۹۹). در برخی مطالعات، عامل برون گرایی را پیش بینی کننده منفی اضطراب بارداری دانسته اند (هدائی و تقی لو، ۱۳۹۹) در حالی که برخی پژوهش‌ها، عدم ارتباط معنادار بین عامل برون گرایی و اضطراب بارداری را گزارش داده اند (راشدی، و همکاران، ۱۳۹۹). در مطالعه ای بیان شد که عامل تجربه پذیری با اضطراب بارداری رابطه معکوس دارند به بیان دیگر افزایش تمایل به تجربیات جدید با کاهش اضطراب بارداری در ارتباط است (راشدی، و همکاران، ۱۳۹۹) و زنان باردار با عامل‌های شخصیتی تجربه پذیری و وظیفه شناسی زایمان طبیعی را نسبت به سزارین ترجیح می‌دهند (حجازی، ۱۳۹۷). یکی دیگر از اساسی ترین عوامل موثر بر وضعیت سلامت روان زنان در دوران بارداری، میزان رضایت زناشویی است (برجسته و مقدم تبریزی، ۱۳۹۵). رضایت زناشویی بیانگر میزان رضایت هر یک از همسران در ازدواج است که خود بخشی از طیف وسیع تری به نام سازگاری زناشویی را شامل می‌شود که برای پیش بینی موفقیت زناشویی استفاده می‌شود (شهرویی،

<sup>۱</sup>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5)<sup>۲</sup>Neuroticism (N)<sup>۳</sup>Extraversion (E)<sup>۴</sup>Openness (O)<sup>۵</sup>Agreeableness (A)<sup>۶</sup>Conscientiousness (C)



کاظمیان مقدم، خلفی و مهرایی زاده هنرمند، ۱۳۹۹). رضایت زناشویی در واقع نگرش و دیدگاه مثبت و لذت بخشی شناخته می‌شود که همسران از جنبه‌های مختلف روابط زناشویی دارند (باروج-کیاکلائی، حسینی، محمدپور تهمتن، حسینی و همکاران، ۲۰۲۲). رضایت زناشویی می‌تواند ابعاد مختلفی را شامل شود مانند پاسخ قراردادی، رضایت زناشویی، مسایل شخصیتی، ارتباط زناشویی، حل تعارض، نظارت مالی، فعالیت‌های مربوط به اوقات فراغت، روابط جنسی، ازدواج و فرزندان، بستگان و دوستان، نقش‌های مساوات طلبی و جهت گیری عقیدتی (اولسون و اولسون، ۱۹۹۸). در برخی مطالعات رضایت زناشویی، قوی ترین پیش بین اضطراب بارداری گزارش شده است به این نحو که با افزایش رضایت زناشویی، میزان اضطراب بارداری کاهش می‌یابد. این نتیجه بیانگر نقش اساسی همسر در تعدیل یا تشدید اضطراب بارداری است (بابانظری و کافی، ۱۳۸۷). تنظیم هیجان به تمامی راهبردهای آگاهانه و غیر آگاهانه ای اطلاق می‌شود که برای افزایش، ماندگاری و کاهش مولفه‌های یک پاسخ هیجانی مانند مولفه‌های شناختی، هیجانی و رفتاری استفاده می‌شود و به ظرفیت و توانمندی درک هیجانات، تعدیل تجربه و ابراز هیجانی اشاره دارد (مک ری و گروس، ۲۰۲۰). در واقع فرایند تنظیم هیجانی دارای دو بخش فرایند بیرونی و فرایند درونی است که با کمک آن مدیریت هیجانات برای تحقق و دستیابی به اهداف رخ می‌دهد (کول و جاکوبز، ۲۰۱۸). گراس و جان (۲۰۰۳)، راهبردهای تنظیم هیجانی را به دو عامل ارزیابی مجدد و سرکوبی دسته بندی کرده اند. مطالعات نشان داده اند که فرایندهای تنظیم هیجانی می‌تواند بر سلامت روان زنان در دوران بارداری، نقش مهمی ایفا و میزان تنش را تعدیل یا تشدید کند (بشرپور و طاهری فرد، ۱۳۹۸). اگرچه تاکنون برخی مطالعات اندک، تلاش کرده اند عوامل مرتبط با اضطراب بارداری و زایمان را شناسایی کنند با این وجود با توجه به گستردگی عوامل موثر بر اضطراب بارداری و زایمان، عوامل ویژگی‌های شخصیتی (هدائی و تقی لو، ۱۳۹۹)، رضایت زناشویی (بابانظری و کافی، ۱۳۸۷) و تنظیم هیجانی (بشرپور و طاهری فرد، ۱۳۹۸) از اهمیت بیشتری برخوردار هستند که هر کدام جنبه‌های مختلفی را پوشش می‌دهند و مطالعات انجام شده در رابطه این متغیرها با اضطراب بارداری و زایمان نیز محدود و ناسازگار اند. بنابراین در مطالعه حاضر، پیش بینی اضطراب زایمان در مادران باردار بر اساس ویژگی شخصیت، رضایت زناشویی و تنظیم هیجان، مورد بررسی قرار خواهد گرفت. لذا با عنایت به تمامی موارد اشاره شده موضوع اصلی در این پژوهش عبارت است از این که: آیا اضطراب زایمان در مادران باردار بر اساس ویژگی های شخصیت، رضایت زناشویی و تنظیم هیجان پیش بینی می‌شود؟

## روش

روش تحقیق در این پژوهش از نظر هدف کاربردی و از نظر شیوه گردآوری اطلاعات تحقیق توصیفی از نوع همبستگی است که هدف آن مشخص کردن جهت و میزان رابطه متغیرها می‌باشد. جامعه آماری این مطالعه، شامل کلیه زنان باردار نخست زا (در هفته ۲۳ تا ۳۲ بارداری) مراجعه کننده به بیمارستان ولی عصر شهر تهران در پاییز و زمستان ۱۴۰۰ بودند. حجم نمونه بر اساس فرمول تاباچینک و فیدل (۲۰۰۳)، ۱۵۰ نفر بود که به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب گردیدند.

## ابزار اندازه گیری :

### الف) پرسشنامه اضطراب بارداری و نندبرگ - ۵۵ آیتمی

پرسشنامه اضطراب بارداری دارای ۵۵ آیتم و ۵ عامل شامل: ۱- ترس از زایمان ۲- ترس از به دنیا آوردن یک فرزند معلول جسمانی یا روانشناختی ۳- ترس از تغییر در روابط زناشویی ۴- ترس از تغییرات در خلق و خو و پیامدهای آن بر فرزند ۵-

⁹Pregnancy Related Anxiety Questionnaire (PRAQ)



ترس خود محورانه یا ترس از تغییرات در زندگی شخصی مادر توسط وندنبرگ در سال ۱۹۸۹ برای ارزیابی اضطراب بارداری و حاملگی طراحی شده است (وندنبرگ، ۱۹۹۰). نسخه اصلی این پرسشنامه دارای ۵۸ آیتم است و ۳ آیتم آخر، حالت‌های عمومی است که در تحلیل پژوهش حاضر لحاظ نشده است و به ۵۵ آیتم کاهش یافته است. شیوه نمره گذاری هر آیتم از ۰ تا ۷ است بنابراین کمترین و بیشترین نمره نهایی کل پرسشنامه (که حاصل جمع همه آیتم‌ها به جز ۳ آیتم آخر است)، به ترتیب ۰ و ۳۸۵ خواهد بود. هر چقدر نمره کسب شده بیشتر باشد نمایانگر اضطراب بیشتر آزمودنی در آن عامل است. ضریب همبستگی این پرسشنامه با پرسشنامه اضطراب حالت - صفت اسپیلبرگ، قابل قبول و ضریب آلفای کرونباخ برای همه عامل‌ها در سراسر بارداری ۰/۷۶ گزارش شده است (وندنبرگ، ۱۹۹۰). در بررسی ویژگی‌های روان سنجی این پرسشنامه در جامعه ایرانی، ضریب آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۷۰، عامل‌های ترس از زایمان ۰/۷۴، ترس از به دنیا آوردن فرزند معلول جسمانی یا روانشناختی ۰/۷۱، ترس از تغییر در روابط زناشویی، ۰/۷۶، ترس از تغییرات در خلق و خو و پیامدهای آن بر فرزند ۰/۷۰ و ترس خود محورانه یا ترس از تغییرات در زندگی شخصی مادر ۰/۷۵ به دست آمده است (کاراموزیان، عسکری زاده و دره کوردی، ۲۰۱۵). در مطالعه ای دیگر نیز روایی صوری این پرسشنامه در جامعه ایرانی مورد تایید قرار گرفته است (بابانظری و کافی، ۲۰۰۸).

#### ب) پرسشنامه شخصیتی نئو- ۶۰ آیتمی

پرسشنامه شخصیتی نئو دارای ۶۰ آیتم و ۵ عامل شامل روان نژندی (N)، برونگرایی (E)، تجربه‌پذیری (O)، توافق‌پذیری (A) و وظیفه‌شناسی (C) توسط کاستا و مک کری (۱۹۸۹) برای ارزیابی ویژگی‌های شخصیتی طراحی شده است. نمره گذاری این پرسشنامه بر روی مقیاس پنج درجه ای لیکرت از کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم است و برای محاسبه هر عامل، آیتم‌های آن بر اساس جدول نمره گذاری پرسشنامه نئو نمره گذاری و جمع خواهند شد. تفسیر هر یک از عامل‌های شخصیتی بر اساس نمره آن عامل در ۳ بازه ۰ تا ۱۲، ۱۲ تا ۲۴ و ۲۴ تا ۴۸ و بر اساس جدول تفسیر پرسشنامه نئو انجام می‌شود (فتحی آشتیانی، ۱۳۹۱). یک مطالعه طولانی ۶ ساله روی مقیاس‌های روان نژندی، برونگرایی و تجربه‌پذیری، ضریب‌های اعتبار ۰/۶۸ تا ۰/۸۳ را در گزارش‌های شخصی و نیز در گزارش‌های زوج‌ها نشان داده است. ضریب اعتبار دو عامل توافق‌پذیری و وظیفه‌شناسی به فاصله دو سال به ترتیب ۰/۷۹ و ۰/۶۳ بوده است (مک کری و کاستا، ۱۹۸۹) به نقل از گروسی فرشی، ۱۳۸۰. در بررسی ویژگی‌های روانسنجی پرسشنامه نئو در جامعه ایرانی، ضریب همبستگی ۵ بعد اصلی را بین ۰/۵۶ تا ۰/۸۷ گزارش شده است. ضرایب آلفای کرونباخ عامل‌های روان نژندی ۰/۸۶، برونگرایی ۰/۷۳، تجربه‌پذیری ۰/۵۶، توافق‌پذیری ۰/۶۸ و وظیفه‌شناسی ۰/۸۷ به دست آمد (گروسی فرشی، ۱۳۸۰).

#### ج) پرسشنامه رضایت زناشویی انریچ - ۴۷ آیتمی

پرسشنامه رضایت زناشویی انریچ دارای ۴۷ آیتم و ۱۲ مقیاس پاسخ قراردادی، رضایت زناشویی، مسایل شخصیتی، ارتباط زناشویی، حل تعارض، نظارت مالی، فعالیت‌های مربوط به اوقات فراغت، روابط جنسی، ازدواج و فرزندان، بستگان و دوستان، نقش‌های مساوات طلبی و جهت گیری عقیدتی توسط اولسون و اولسون (۱۹۹۸) برای ارزیابی حوزه‌های بالقوه مشکل زا یا شناسایی حوزه‌های غنی سازی<sup>۱</sup> رابطه زناشویی طراحی شده است. این پرسشنامه بر مبنای طیف لیکرت ۵ درجه ای نمره

<sup>۱</sup>Van den Bergh

<sup>۲</sup>NEO

<sup>۳</sup>Olson & Olson

<sup>۴</sup>enrichment



گذاری می‌شود نمرات بین ۴۷ تا ۸۴ نارضایتی شدید، نمرات بین ۸۵ تا ۱۲۲ نارضایتی نسبی، نمرات ۱۲۳ تا ۱۶۰ رضایت متوسط، نمرات ۱۶۱ تا ۱۹۸ رضایت زیاد و نمرات بین ۱۹۹ تا ۲۳۵ رضایت خیلی زیاد را نشان می‌دهد (اولسون و اولسون، ۱۹۹۹). در این مطالعه تنها نمره کل پرسشنامه لحاظ خواهد شد. همسانی درونی این پرسشنامه در دامنه ای از ۰/۷۳ تا ۰/۹۰ تخمین زده می‌شود (السن والسن، ۲۰۰۰). در مطالعه ای اعتبار این پرسشنامه با از طریق ضریب همبستگی با مقیاس‌های رضایت خانودگی از ۰/۴۱ تا ۰/۶۰ و با مقیاس‌های رضایت زندگی از ۰/۳۲ تا ۰/۴۱ برآورد شده است که نشانگر روایی سازه آن است. در این مطالعه از فرم ۴۷ آیتمی این پرسشنامه استفاده شده است که توسط سلیمانیان (۱۳۷۳) هنجاریابی شده و همسانی درونی آن ۰/۹۵ گزارش شده است.

#### د) پرسشنامه تنظیم هیجانی گراس و جان ۱۰<sup>۱۲</sup> آیتمی

پرسشنامه راهبردهای تنظیم هیجانی دارای ۱۰ آیتم و ۲ خرده مقیاس ارزیابی مجدد و سرکوبی توسط گراس و جان (۲۰۰۳) طراحی شده است. روش نمره گذاری هر آیتم بر اساس طیف لیکرت ۷ درجه ای است (کاملاً مخالفم=۱، مخالفم=۲، تا حدودی مخالفم=۳، خنثی=۴، تا حدودی موافقم=۵، موافقم=۶، کاملاً موافقم=۷). ضرایب آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس ارزیابی مجدد ۰/۷۹ و برای خرده مقیاس سرکوبی ۰/۷۳ و اعتبار و بازآزمایی بعد از ۳ ماه برای کل مقیاس ۰/۶۹ گزارش شده است. همچنین ضرایب همسانی درونی برای ارزیابی مجدد از ۰/۴۸ تا ۰/۶۸ و برای سرکوبی از ۰/۴۲ تا ۰/۶۳ بدست آمده است (گراس و جان، ۲۰۰۳). در بررسی ویژگی‌های روانسنجی این پرسشنامه در ایران، ضریب آلفای کرونباخ برای ارزیابی مجدد ۰/۷۳، سرکوبی ۰/۸۱ و پایایی کل ۰/۷۷ گزارش شده است (قاسم پور، الباقی و حسن زاده، ۲۰۱۷).

#### یافته ها

در بخش آمار توصیفی با استفاده از شاخص‌های میانگین و انحراف استاندارد به بررسی و توصیف داده‌های پژوهش پرداخته شده است. میانگین و انحراف معیار سن زنان به ترتیب برابر با ۲۹/۳۲ و ۶/۰۶ می‌باشد. در جدول (۱) ویژگی‌های جمعیت شناختی وضعیت شغلی و وضعیت تحصیلات ارائه گردیده است.

جدول (۱): توزیع فراوانی و درصد فراوانی ویژگی‌های جمعیت شناختی وضعیت تحصیلی و شغلی

سن		وضعیت شغلی				
زیر دیپلم	دیپلم و کاردانی	لیسانس	تحصیلات		غیر شاغل	شاغل
			ت	تکمیلی		
۳۴	۴۴	۴۳	۲۹	۸۱	۶۹	
۲۲/۳	۲۹/۳	۲۸/۷	۱۹/۷	۵۴/۰	۴۶/۰	

همانطور که جدول (۱) نشان می‌دهد، از لحاظ ویژگی سطح تحصیلات، ۲۲ درصد زنان دارای تحصیلات زیر دیپلم، ۲۹ درصد دیپلم و کاردانی، ۲۸ درصد لیسانس و ۱۹ درصد دارای تحصیلات تکمیلی هستند. همچنین از لحاظ ویژگی وضعیت شغلی، ۵۴ درصد زنان شاغل و ۴۶ درصد غیر شاغل هستند. در ادامه نمودار میله ای ویژگی‌های جمعیت شناختی وضعیت شغلی و تحصیلات ارائه شده است.



جدول (۲): میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای تنظیم هیجان، ویژگی‌های شخصیتی و اضطراب زایمان

مقیاس‌ها	مولفه‌ها	میانگین	انحراف استاندارد	حداقل نمره	حداکثر نمره
فروشناسی	ارزیابی مجدد	۲۷/۹۷	۶/۱۶	۷/۰۰	۴۲/۰۰
	فروشناسی	۱۷/۷۶	۳/۰۲	۷/۰۰	۲۵/۰۰
روان‌نژندی	روان‌نژندی	۲۰/۷۴	۵/۱۷	۹/۰۰	۳۵/۰۰
	برونگرایی	۲۸/۹۳	۵/۱۰	۱۲/۰۰	۴۶/۰۰
	تجربه‌پذیری	۲۴/۰۷	۳/۰۵	۱۵/۰۰	۳۴/۰۰
	توافق جویی	۳۱/۰۸	۴/۹۷	۱۲/۰۰	۴۳/۰۰
	باوجدان بودن	۳۰/۹۹	۵/۱۳	۱۵/۰۰	۴۴/۰۰
فترس	ترس از زایمان	۶۳/۹۱	۱۶/۰۸	۲۹/۰۰	۹۰/۰۰
	ترس از بچه معلول	۲۰/۷۶	۸/۲۹	۵/۰۰	۳۴/۰۰
	تغییر روابط زناشویی	۳۹/۴۱	۱۶/۱۲	۱۰/۰۰	۶۶/۰۰
	خلق و خو	۴۸/۴۶	۱۹/۰۳	۱۲/۰۰	۸۲/۰۰
	خودمحو‌رانه	۵۷/۵۰	۲۰/۶۱	۱۴/۰۰	۸۸/۰۰
	نمره کل	۲۲۴/۴۷	۷۷/۰۱	۷۶/۰۰	۳۴۸/۰۰

همانطور که جدول (۲) نشان می‌دهد میانگین نمرات زنان باردار شرکت کننده در پژوهش در دو سبک نظم جویی ارزیابی مجدد و فروشناسی به ترتیب برابر با ۲۷/۹۷ و ۱۷/۷۶ می‌باشد. همچنین میانگین نمرات زنان در ویژگی‌های شخصیتی روان‌نژندی، برونگرایی، تجربه‌پذیری، توافق جویی و باوجدان بودن به ترتیب برابر با ۲۰/۷۴، ۲۸/۹۳، ۲۴/۰۷، ۳۱/۰۸ و ۳۰/۹۹ می‌باشد. بدین ترتیب زنان باردار در متغیر روان رنجوری کمترین میانگین نمرات و در توافق جویی بیشترین میانگین نمرات را به دست آورده‌اند. همچنین میانگین نمرات زنان باردار در اضطراب بارداری برابر با ۲۲۴/۴۷ و در زیر مقیاسهای ترس از زایمان ترس از بچه معلول تغییر روابط زناشویی خلق و خو خودمحو‌رانه به ترتیب برابر با ۶۳/۹۱، ۳۹/۴۱، ۲۰/۷۶، ۴۷/۴۶ و ۵۷/۵۰ می‌باشد. در ادامه جدول آمار توصیفی مربوط به متغیر رضایت زناشویی و زیر مقیاسهای آن ارائه شده است.

جدول (۳): شاخص‌های آمار توصیفی مربوط به رضایت

مولفه‌ها	میانگین	انحراف استاندارد	حداقل نمره	حداکثر نمره
پاسخ قراردادی	۸/۸۳	۱/۹۹	۵/۰۰	۱۲/۰۰
رضایت زناشویی	۱۶/۳۱	۴/۱۳	۸/۰۰	۲۴/۰۰
مسائل شخصیتی	۵/۶۹	۳/۲۲	۱/۰۰	۱۲/۰۰
ارتباط زناشویی	۸/۰۹	۳/۴۶	۱/۰۰	۱۶/۰۰
حل تعارض	۱۱/۲۴	۳/۴۲	۴/۰۰	۲۰/۰۰
مدیریت مالی	۷/۴۳	۲/۴۵	۴/۰۰	۱۲/۰۰
اوقات فراغت	۹/۳۱	۱/۹۲	۳/۰۰	۱۶/۰۰
روابط جنسی	۱۰/۱۴	۲/۶۹	۴/۰۰	۱۶/۰۰
فرزندپروری	۷/۸۱	۲/۵۶	۲/۰۰	۱۵/۰۰



خانواده و دوستان	۹/۱۰	۲/۹۸	۳/۰۰	۱۶/۰۰
نقشهای مساوات طلبی	۵/۲۸	۱/۶۶	۲/۰۰	۸/۰۰
جهت گیری مذهبی	۹/۱۲	۳/۳۹۳	۳/۰۰	۱۶/۰۰
نمره کل	۱۰۸/۳۸	۲۴/۸۸۶	۶۶/۰۰	۱۶۵/۰۰

همانطور که نتایج جدول (۳) در متغیر رضایت زناشویی نشان میدهد، زنان باردار در زیر مقیاس برابری نقشهای مرد و زن کمترین میانگین نمرات (۵/۲۸) و در زیر مقیاس رضایت زناشویی (۱۶/۳۱) بیشترین میانگین نمرات را کسب کرده اند.

جدول (۴): ضریب همبستگی پیرسون بین تنظیم هیجان، ویژگیهای شخصیتی و رضایت زناشویی با اضطراب بارداری

اضطراب بارداری	r	ارزیابی مجدد	سرکوبی	روان نژندی	برون گرایی	گشودگی تجربه	توافق جویی	باوجدان بودن	رضایت زناشویی
	۰/۱۳	۰/۵۱*	۰/۲۲**	۰/۱۹*	۰/۴۴**	۰/۱۷*	۰/۱۰	۰/۵۷**	
	۰/۱۳۶	۰/۰۰۱	۰/۰۰۶	۰/۰۲۱	۰/۰۰۱	۰/۰۴۳	۰/۲۲۸	۰/۰۰۱	

\*\*P<0/01, \*P<0/05

نتایج جدول (۴) نشان می دهد که ضرایب همبستگی رضایت زناشویی و ویژگیهای شخصیتی برونگرایی، گشودگی به تجربه، توافق جویی و رضایت زناشویی با اضطراب بارداری به ترتیب برابر با ۰/۱۹، ۰/۴۴، ۰/۱۷ و ۰/۵۷ می باشد که این ضرایب منفی و در سطح ۰/۰۵ معنادار است. لذا نتیجه گرفته می شود که با افزایش رضایت زناشویی و ویژگیهای شخصیتی برونگرایی، گشودگی به تجربه و توافق جویی در زنان باردار شهر تهران، میزان اضطراب بارداری در آنان کاهش می یابد و بالعکس. همچنین نتایج نشان داد که ضرایب همبستگی مولفه های سرکوبی، روان نژندی با اضطراب بارداری به ترتیب برابر با ۰/۵۱ و ۰/۲۲ می باشد که این ضرایب مثبت و در سطح ۰/۰۱ معنادار است. لذا نتیجه گرفته می شود که با افزایش استفاده از راهبرد سرکوب و افزایش ویژگی شخصیتی روان نژندی میزان اضطراب بارداری نیز افزایش می یابد. در ادامه نتایج مربوط به تحلیل رگرسیون مربوط به متغیرهای پیش بین ارائه شده است.

جدول (۵): تحلیل رگرسیون جهت بررسی روابط چندگانه متغیرهای پیش بین با متغیر ملاک اضطراب بارداری

مرحله	متغیر وارد معادله -	R	R2	SE	R2 change	df1	df2	F	P	آمارهای تغییر یافته
۱	رضایت زناشویی	۰/۵۷	۰/۳۲	۶۳/۵۸	۰/۳۲۵	۱	۱۴۲	۶۸/۲۲	۰/۰۰۱	
۲	رضایت زناشویی + گشودگی تجربه	۰/۶۳	۰/۴۰	۵۹/۹۳	۰/۰۸۰	۱	۱۴۱	۱۸/۸۵	۰/۰۰۱	
۳	رضایت زناشویی + گشودگی تجربه + سرکوبی	۰/۶۶	۰/۴۴	۵۸/۱۵	۰/۰۴	۱	۱۴۰	۹/۷۴	۰/۰۰۲	

نتایج جدول (۵) نشان می دهد که در گام اول متغیر رضایت زناشویی بدلیل دارا بودن بالاترین ضریب همبستگی با متغیر وابسته وارد معادله رگرسیون شده و ۳۲ درصد از واریانس متغیر اضطراب بارداری را تبیین کرده است که با توجه به F مشاهده شده (۶۸/۲۲)، این میزان از واریانس تبیین شده در گام اول مدل رگرسیون، در سطح ۰/۰۱ معنی دار است. در گام دوم ویژگی شخصیتی گشودگی به تجربه بدلیل دارا بودن بالاترین ضریب همبستگی وارد معادله شد و به همراه رضایت زناشویی مجموعاً



۴۰ درصد از اضطراب بارداری را تبیین کرده‌اند که با توجه به  $F$  مشاهده شده (۱۸/۸۵)، در سطح ۰/۰۱ معنی دار است. در نهایت در گام سوم مولفه نظم جویی سرکوبی بدلیل دارا بودن بالاترین ضریب همبستگی وارد معادله شد و به همراه رضایت زناشویی و گشودگی تجربه مجموعاً ۴۴ درصد از اضطراب بارداری مادران را تبیین کرده‌اند که با توجه به  $F$  مشاهده شده (۹/۷۴) در سطح ۰/۰۱ معنی دار است. در ادامه نتایج مربوط به ضرایب رگرسیونی استاندارد و غیر استاندارد ارائه شده است.

جدول (۶): نتایج ضرایب رگرسیون بین متغیرهای پیش بین با متغیر ملاک اضطراب بارداری

مقدار B	خطای استاندارد	ضرایب استاندارد			سطح معناداری
		مقدار t	مقدار بتا	مقدار t	
۴۱۷/۹۹	۲۴/۱۴	۱۷/۳۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	عدد ثابت
-۱/۷۸	۰/۲۱	-۰/۵۷	-۸/۲۶	۰/۰۰۰	رضایت زناشویی
-۷/۴۰	۱/۷۰	-۰/۲۹	-۴/۳۴	۰/۰۰۱	گشودگی تجربه
۶/۱۳	۱/۹۶	۰/۲۳	۳/۱۲	۰/۰۰۲	سرکوبی

نتایج جدول (۶) نشان می‌دهد که از بین متغیرهای پیش بین پژوهش، متغیرهای رضایت زناشویی (با آماره  $t$  برابر با ۶/۶۱-)، گشودگی تجربه (با آماره  $t$  برابر با ۴/۳۴-) و سرکوبی (با آماره  $t$  برابر با ۳/۱۲) می‌تواند تغییرات مربوط به اضطراب بارداری مادران را پیش بینی نماید. با توجه به ضرایب استاندارد بتای بدست آمده می‌توان گفت که با افزایش یک انحراف استاندارد در رضایت زناشویی و ویژگی شخصیتی گشودگی به تجربه در زنان باردار، میزان اضطراب بارداری آنان به ترتیب به مقدار ۰/۵۷ و ۰/۲۹ انحراف استاندارد، کاهش می‌یابد. همچنین با افزایش یک انحراف استاندارد در مولفه نظم جویی سرکوبی در زنان باردار، میزان اضطراب بارداری آنان به مقدار ۰/۲۳ انحراف استاندارد، افزایش می‌یابد.

جدول (۷): تحلیل رگرسیون جهت بررسی روابط چندگانه ویژگی‌های شخصیتی با متغیر ملاک اضطراب بارداری

مرحله	متغیر وارد معادله شده	R	R2	SE	آمارهای تغییر یافته			P
					R2 change	df1	df2	F
۱	گشودگی تجربه	۰/۴۴	۰/۲۰	۶۹/۷۳	۰/۲۰	۱	۱۴۵	۳۶/۰۱
۲	گشودگی روان تجربه + نژندی	۰/۴۸	۰/۲۴	۶۸/۳۰	۰/۰۴	۱	۱۴۴	۷/۰۹

نتایج جدول (۷) نشان می‌دهد که در گام اول ویژگی شخصیتی گشودگی به تجربه بدلیل دارا بودن بالاترین ضریب همبستگی با متغیر ملاک وارد معامله رگرسیون شده و ۲۰ درصد از واریانس متغیر اضطراب بارداری را تبیین کرده است که با توجه به  $F$  مشاهده شده (۳۶/۰۱)، این میزان از واریانس تبیین شده در گام اول مدل رگرسیون، در سطح ۰/۰۱ معنی دار است. در گام دوم ویژگی شخصیتی روان نژندی بدلیل دارا بودن بالاترین ضریب همبستگی وارد معادله شد و به همراه گشودگی به تجربه مجموعاً ۲۴ درصد از اضطراب بارداری مادران را تبیین کرده‌اند که با توجه به  $F$  مشاهده شده (۷/۰۹)، در سطح ۰/۰۱ معنی دار است. در ادامه نتایج مربوط به ضرایب رگرسیونی استاندارد و غیر استاندارد ارائه شده است.



جدول (۸): نتایج ضرایب رگرسیون بین ویژگی‌های شخصیتی با متغیر ملاک اضطراب بارداری

ضرایب غیراستاندارد		ضرایب استاندارد		سطح معناداری	
مقدار B	خطای استاندارد	مقدار بتا	مقدار t	سطح معناداری	
۴۳۷/۰۸۲	۴۹/۸۶۴		۸/۷۶	۰/۰۰۱	عدد ثابت
-۱۰/۹۲۰	۱/۸۴۶	-۰/۴۳	-۵/۹۱	۰/۰۰۱	گشودگی به تجربه
۲/۳۸۵	۰/۸۹۶	۰/۱۹	۲/۶۶	۰/۰۰۹	روان نژندی

نتایج جدول (۸) نشان می‌دهد که از بین پنج ویژگی شخصیتی، ویژگی‌های شخصیتی گشودگی به تجربه (با آماره t برابر با -۵/۹۱) و روان نژندی (با آماره t برابر با ۲/۶۶) می‌تواند تغییرات مربوط به اضطراب بارداری مادران را پیش بینی نماید. همچنین با توجه به ضرایب بتای بدست آمده می‌توان گفت که با افزایش یک انحراف استاندارد در ویژگی شخصیتی گشودگی به تجربه در مادران باردار، میزان اضطراب بارداری آنان به مقدار ۰/۴۳ انحراف استاندارد، کاهش می‌یابد. همچنین با افزایش یک انحراف استاندارد در ویژگی شخصیتی روان نژندی مادران باردار، میزان اضطراب بارداری آنان به مقدار ۰/۱۹ انحراف استاندارد، افزایش می‌یابد.

جدول (۹): ضریب همبستگی پیرسون بین مولفه‌های رضایت زناشویی با اضطراب بارداری

جهتگیری مذهبی	خانواده دوستان	رابطه جنسی	برابری جنسیتی	مدیریت مالی	حل تعارض	ارتباط زناشویی	مسائل شخصی	رضایت زناشویی	پاسخ قرارداد		
-۰/۵۶**	-۰/۴۶**	-۰/۳۵**	-۰/۵۴**	-۰/۵۶**	-۰/۲۷**	-۰/۵۳**	-۰/۵۸**	-۰/۵۰**	-۰/۴۱**	r	اضطراب بارداری
۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	p	

\*\*P&lt;0/01, \*P&lt;0/05

نتایج جدول (۹) نشان می‌دهد که ضرایب همبستگی مولفه‌های پاسخ قراردادی، رضایت زناشویی، مسائل شخصی، ارتباطات زناشویی، حل تعارض، مدیریت مالی، برابری نقش‌های جنسیتی، رابطه جنسی، ارتباط با خانواده و دوستان و جهت گیری مذهبی با اضطراب بارداری به ترتیب برابر با -۰/۴۱، -۰/۵۰، -۰/۵۸، -۰/۵۳، -۰/۲۷، -۰/۵۶، -۰/۵۴، -۰/۳۵، -۰/۴۶ و -۰/۵۶ می‌باشد که این ضرایب منفی و در سطح ۰/۰۱ معنادار است. لذا نتیجه گرفته می‌شود که با افزایش میزان رضایت زناشویی در مولفه‌های پاسخ قراردادی، رضایت زناشویی، مسائل شخصی، ارتباطات زناشویی، حل تعارض، مدیریت مالی، برابری نقش‌های جنسیتی، رابطه جنسی، ارتباط با خانواده و دوستان و جهت گیری مذهبی در زنان باردار شهر تهران، میزان اضطراب بارداری در آنان کاهش می‌یابد و بالعکس. در ادامه نتایج مربوط به تحلیل رگرسیون مربوط به متغیرهای پیش بین ارائه شده است.

جدول (۱۰): تحلیل رگرسیون جهت بررسی روابط چندگانه مولفه‌های رضایت زناشویی با متغیر ملاک اضطراب بارداری

مرحله	متغیر وارد شده	معادله	R	R <sup>2</sup>	SE	R <sup>2</sup> change	df1	df2	F	P
۱	موضوعات شخصیتی		۰/۵۸۴	۰/۳۴۱	۶۳/۳۲	۰/۳۴۱	۱	۱۴۶	۷۵/۷۱۶	۰/۰۰۱
۲	موضوعات شخصیتی + جهت		۰/۶۱۳	۰/۳۷۹	۶۱/۸۸	۰/۰۴۰	۱	۱۴۵	۷/۸۷۷	۰/۰۰۶



گیری مذهبی							
موضوعات							
۳	شخصیتی + جهت گیری مذهبی + حل تعارض	۰/۶۴۴	۰/۴۲۰	۶۰/۱۲	۰/۰۳۹	۱	۱۴۴
		۹/۶۱۶	۰/۰۰۲				
موضوعات							
شخصیتی + جهت							
۴	گیری مذهبی + حل تعارض + مدیریت مالی	۰/۶۷۶	۰/۴۶۳	۵۸/۰۷	۰/۰۴۳	۱	۱۴۳
		۱۱/۳۲۴	۰/۰۰۱				

نتایج جدول (۱۰) نشان می‌دهد که در گام اول مولفه موضوعات شخصیتی بدلیل دارا بودن بالاترین ضریب همبستگی با متغیر وابسته وارد معامله رگرسیون شده و ۳۴ درصد از واریانس متغیر اضطراب بارداری را تبیین کرده است که با توجه به  $F$  مشاهده شده (۷۵/۷۱) که این میزان از واریانس تبیین شده در گام اول مدل رگرسیون، در سطح ۰/۰۱ معنی دار است. در گام دوم مولفه جهت گیری مذهبی بدلیل دارا بودن بالاترین ضریب همبستگی وارد معادله شد و به همراه موضوعات شخصیتی مجموعاً نزدیک به ۳۸ درصد از اضطراب بارداری را تبیین کرده‌اند که با توجه به  $F$  مشاهده شده (۷/۸۷)، در سطح ۰/۰۱ معنی دار است. در نهایت در گام سوم مولفه حل تعارض وارد معادله شد و به همراه موضوعات شخصیتی و جهت گیری مذهبی مجموعاً ۴۰ درصد از اضطراب بارداری مادران را تبیین کرده‌اند که با توجه به  $F$  مشاهده شده (۹/۶۱) در سطح ۰/۰۱ معنی دار است. در نهایت در گام چهارم مولفه مدیریت مالی وارد معادله شد و به همراه موضوعات شخصیتی، جهت گیری مذهبی و حل تعارض مجموعاً ۴۶ درصد از اضطراب بارداری مادران را تبیین کرده‌اند که با توجه به  $F$  مشاهده شده (۱۱/۳۲) در سطح ۰/۰۱ معنی دار است. در ادامه نتایج مربوط به ضرایب رگرسیونی استاندارد و غیر استاندارد ارائه شده است.

جدول (۱۱): نتایج ضرایب رگرسیون بین مولفه‌های رضایت زناشویی با متغیر ملاک اضطراب بارداری

ضرایب غیراستاندارد		ضرایب استاندارد			
مقدار B	خطای استاندارد	مقدار بتا	مقدار t	سطح معناداری	عدد ثابت
۳۰۴/۴۸	۱۰/۶۳		۲۸/۶۳	۱/۰۰۰	
-۱۴/۰۸	۱/۶۱	-۰/۵۸۴	-۸/۷۰	۰/۰۰۰	موضوعات شخصیتی
-۶/۴۸	۲/۳۱	-۰/۲۸۳	-۲/۸۰	۰/۰۰۶	جهت گیری مذهبی
-۶/۱۱	۱/۹۷	-۰/۲۷۰	-۳/۱۰	۰/۰۰۲	حل تعارض
-۱۱/۹۳	۳/۵۴	-۰/۳۷۷	-۳/۳۶	۰/۰۰۱	مدیریت مالی

نتایج جدول (۱۱) نشان می‌دهد که از بین مولفه‌های رضایت زناشویی، مولفه‌های موضوعات شخصیتی (با آماره  $t$  برابر با -۸/۷۰)، جهت گیری مذهبی (با آماره  $t$  برابر با -۲/۸۰)، حل تعارض (با آماره  $t$  برابر با ۳/۱۰) و مدیریت مالی (با آماره  $t$  برابر با -۳/۳۶) می‌تواند تغییرات مربوط به اضطراب بارداری مادران را پیش بینی نماید. با توجه به ضرایب استاندارد بتای بدست آمده می‌توان گفت که با افزایش یک انحراف استاندارد در مولفه‌های موضوعات شخصیتی، جهت گیری مذهبی، حل تعارض و مدیریت مالی در زنان باردار، میزان اضطراب بارداری آنان به ترتیب به مقدار ۰/۵۸، ۰/۲۸، ۰/۲۷ و ۰/۳۷ انحراف استاندارد، کاهش می‌یابد.



جدول (۱۲): تحلیل رگرسیون جهت بررسی روابط چندگانه راهبردهای تنظیم هیجان با متغیر ملاک اضطراب بارداری

مرحله	متغیر وارد شده	معادله	R	R <sup>2</sup>	SE	آمارهای تغییر یافته			
						R <sup>2</sup> change	df1	df2	F
۱	سرکوبی		۰/۴۸	۰/۲۴	۶۷/۶۱	۰/۲۴	۱	۱۴۲	۴۳/۹۵
									۰/۰۰۱

نتایج جدول (۱۲) نشان می‌دهد که از بین دو راهبرد تنظیم هیجان تنها در گام اول سرکوبی بدلیل دارا بودن بالاترین ضریب همبستگی با متغیر ملاک وارد معامله رگرسیون شده و ۲۴ درصد از واریانس متغیر اضطراب بارداری را تبیین کرده است که با توجه به  $F$  مشاهده شده (۴۳/۹۵)، این میزان از واریانس تبیین شده در گام اول مدل رگرسیون، در سطح ۰/۰۱ معنی دار است.

جدول (۱۳): نتایج ضرایب رگرسیون بین راهبردهای تنظیم هیجان با متغیر ملاک اضطراب بارداری

مقدار B	خطای استاندارد	مقدار بتا	ضرایب استاندارد	
			مقدار t	سطح معناداری
-۶/۲۷۳	۳۵/۱۰۲		-۰/۱۷۹	۰/۸۵۸
۱۳/۰۳۸	۱/۹۶۷		۶/۶۳۰	۰/۰۰۱
سرکوبی		۰/۴۸۶		

نتایج جدول (۱۳) نشان می‌دهد که از بین دو راهبرد تنظیم هیجان، تنها راهبرد سرکوبی (با آماره  $t$  برابر با ۶/۶۳) می‌تواند تغییرات مربوط به اضطراب بارداری مادران را پیش بینی نماید. همچنین با توجه به ضرایب بتای بدست آمده می‌توان گفت که با افزایش یک انحراف استاندارد در راهبرد سرکوبی در مادران باردار، میزان اضطراب بارداری آنان به مقدار ۰/۴۸ انحراف استاندارد، افزایش می‌یابد.

### نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف شناخت ارتباط بین ویژگی‌های شخصیت، رضایت زناشویی و تنظیم هیجان با اضطراب زایمان صورت گرفت. بر اساس یافته‌های پژوهش می‌توان نتیجه گرفت که برخی ویژگی‌های شخصیتی با اضطراب بارداری رابطه معناداری دارند. از میان ویژگی‌های شخصیتی، افزایش نمرات در عامل روان رنجوری (روان نژندی) به طور معناداری با افزایش اضطراب بارداری همراه است در حالی که عامل شخصیتی گشودگی به تجربه رابطه معکوس معناداری با اضطراب بارداری دارد. از میان ویژگی‌های شخصیتی، گشودگی به تجربه، قوی ترین عامل شخصیتی پیش بینی کننده اضطراب بارداری بود. همچنین یافته‌های این پژوهش نشان داد که رضایت زناشویی (در مولفه‌های مسائل شخصیتی، جهت گیری مذهبی، حل تعارض و مدیریت مالی) پیش بینی کننده منفی و معنی دار اضطراب بارداری است. در میان مولفه‌های رضایت زناشویی، مسائل شخصیتی قوی ترین مولفه پیش بینی کننده اضطراب بارداری بود. همچنین یافته‌های این پژوهش نشان داد که تنظیم هیجانی با اضطراب بارداری رابطه معناداری دارد و سرکوبی به عنوان یکی از راهبردهای تنظیم هیجانی می‌تواند به طور مثبت و معنادار، اضطراب بارداری را پیش بینی کند. مطالعه هدائی و تقی لو (۱۳۹۹) نیز گزارش دادند از بین عامل‌های شخصیت، عامل روان رنجوری پیش بینی کننده مثبت و معنادار و عامل برون گرایی پیش بینی کننده منفی و معنادار اضطراب بارداری است. نیک راهان و همکاران (۱۳۹۰) نیز رابطه مثبت و معنادار روان رنجورخویی و رابطه منفی و معنادار برون گرایی با اضطراب بارداری را گزارش کردند. حجازی (۱۳۹۷) گزارش داد زنان بارداری که در عامل‌های شخصیتی روان رنجور خوبی و برون گرایی نمرات بالاتری کسب کنند، اضطراب و ترس از زایمان بیشتری را تجربه می‌کنند که موجب می‌شود آنها سزارین را به عنوان روش زایمان انتخاب کنند. هرچه شخصیت زنان باردار از لحاظ روانشناختی قوی تر باشد کمتر دچار اضطراب می‌شوند (فاضلی فارسانی، نیکزادیان، سلیمانی بآبادی و بندری زادگان، ۱۳۹۷) در حالی که زنان باردار با تمایل به تیپ شخصیتی A (تیپ شخصیتی پر جنب و جوش)، ترس از زایمان بیشتری را تجربه می‌کنند (نصیری و شریفی، ۱۳۹۲). در



مطالعه اسلمن و همکاران (۲۰۲۰) بیان شد زنان باردار با ویژگی‌های شخصیتی قوی در عامل‌های وجدان و برون‌گرایی، علائم افسردگی و استرس کمتری را تجربه کردند و زنان با ثبات عاطفی بیشتر، علائم افسردگی، اضطراب و استرس کمتری را تجربه کردند در حالی که زنان با ثبات عاطفی کمتر، وظیفه‌شناسی کمتر و برون‌گرا کمتر و زنانی که حمایت اجتماعی کمتری دارند، در معرض خطر بیشتری برای علائم آسیب‌شناختی روانی حین زایمان قرار دارند. در پژوهش مروری بایرام پور و همکاران (۲۰۱۸) گزارش شد اغلب مطالعات در این خصوص، ارتباط قابل توجهی بین ویژگی‌های شخصیتی با اضطراب بارداری را نشان داده‌اند. اضطراب صفت بالاتر، در هر مقطع زمانی می‌تواند پیش‌بین کننده مهم اضطراب بارداری باشد (روس<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۱۳). به طور کلی، اغلب مطالعات پیشین نیز نشان داده‌اند که روان‌رنجوری می‌تواند اضطراب بارداری را به طور مستقیم و معنادار پیش‌بینی کنند اما در خصوص گشودگی به تجربه، این یافته‌ها اندک است. کیفیت ازدواج می‌تواند شدت ازدواج دوران بارداری را پیش‌بینی کند و هر چه سطح کیفیت ازدواج پایین‌تر باشد، زن باردار در طول دوره بارداری خود، اضطراب بیشتری را تجربه می‌کند (برجسته و مقدم تبریزی، ۱۳۹۵). رضایت زناشویی را می‌توان از قوی‌ترین پیش‌بینی کننده‌های اضطراب بارداری در نظر گرفت در واقع با حمایت عاطفی همسر و ایجاد یک محیط امن خانوادگی و کاهش تنش‌ها در خانواده، فشار روانی زن باردار کاهش می‌یابد (بابانظری و کافی، ۱۳۸۷). این در حالی است که تعارض در روابط زناشویی، بحث و جدل، خشونت خانگی، مشکلات روانشناختی همسر، عدم تفاهم و طلاق عاطفی می‌تواند کاهش رضایت زناشویی و ایجاد یک محیط استرس‌زا برای زن باردار به همراه آورد (نسرین و همکاران، ۲۰۱۸). اگر همسران این زنان، از بهزیستی روانشناختی پایین برخوردار باشند موجب کمبود رضایت از زندگی و رضایت زناشویی ضعیف می‌شود. به تبع کاهش رضایت زناشویی در زوجین، زنان باردار نیز ترس بیشتری را در این دوران و بویژه هنگام زایمان تجربه می‌کنند (سایستو و هالمسماکی، ۲۰۰۴). دوره بارداری خود می‌تواند رضایت زناشویی را تحت تاثیر قرار دهد برای مثال ممکن است توجه بیشتر همسر به زن باردار خویش را به همراه داشته باشد و یا آن‌که به دلیل تغییرات جسمانی و روانی ناشی از بارداری، همسر توجه چندانی به زن باردار خویش نداشته باشد و تنها به دنبال رفع نیازهای عاطفی و جنسی خویش باشد. به نظر می‌رسد کاهش رضایت زناشویی پیش از دوره بارداری می‌تواند عدم رسیدگی همسر به زن باردار خویش را پیش‌بینی کنند با این وجود مطالعات بیشتری در این زمینه نیاز است. بارداری و زایمان یک وضعیت دشوار در طول زندگی زنان محسوب می‌شود که علاوه بر تغییرات گسترده جسمانی، تغییرات هیجانی مانند تحریک پذیری، زودرنجی و ابراز هیجانی شدید و آنی را نیز به دنبال خواهد داشت. هر فرد در مواجهه با مشکلات و چالش‌های زندگی خود از راهبردهای تنظیم هیجانی مختلفی استفاده می‌کند (بشرپور، ۱۳۹۸). زنان نیز در طول بارداری، از راهبردهای مختلف تنظیم هیجانی استفاده می‌کنند. هر چه زنان باردار از راهبردهای تنظیم هیجانی سازگارتر استفاده کنند، بهتر می‌توانند هیجانات و احساسات خود را تنظیم کنند و اضطراب کمتری را تجربه می‌کنند. باید توجه کرد که تنظیم هیجانی به معنای سرکوب هیجانی نیست بلکه به تمامی راهبردهای آگاهانه و غیرآگاهانه ای اطلاق می‌شود که برای افزایش، ماندگاری و کاهش مولفه‌های یک پاسخ هیجانی مانند مولفه‌های شناختی، هیجانی و رفتاری استفاده می‌شود و به ظرفیت و توانمندی درک هیجانات، تعدیل تجربه و ابراز هیجانی اشاره دارد (مک‌ری و گروس، ۲۰۲۰). زنان بارداری که از سرکوبی به عنوان راهبردی برای تنظیم هیجانی خود استفاده می‌کنند، مانع از ایجاد تکانه‌های هیجانی، سازگاری و یا پاسخ‌های مقابله‌ای مؤثر و کارآمد می‌شوند که موجب افزایش تجربه هیجانات نامطلوب و افزایش اضطراب در طول بارداری می‌گردد. در مطالعه حاضر، به شناخت رابطه ویژگی‌های شخصیتی، رضایت زناشویی و تنظیم هیجانی در زنان باردار شهر تهران پرداخته شد که نتایج آن نشان داد ویژگی شخصیتی روان‌رنجوری و راهبرد سرکوبی در تنظیم هیجانی با اضطراب بارداری رابطه مثبت معنادار دارند در حالی که ویژگی شخصیتی گشودگی به تجربه و مولفه‌های

<sup>۳</sup>Roos<sup>۴</sup>Saisto & Halmesmäki



مسائل شخصیتی، جهت گیری مذهبی، حل تعارض و مدیریت مالی در رضایت زناشویی رابطه منفی و معنادار با اضطراب بارداری دارند. با این وجود، ضروری است که در پژوهش‌های آینده به سایر عوامل موثر تعیین کننده در خصوص اضطراب بارداری پرداخته شود و گروه‌های دیگر زنان باردار با ابزارهای مناسب دیگر، مورد بررسی قرار گیرند.

#### منابع:

- بابانظری، ل. و کافی، م. (۱۳۸۷). بررسی تطبیقی اضطراب بارداری در رابطه با دوره‌های مختلف آن، رضایت زناشویی و عوامل جمعیت‌شناختی. مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران، ۱۴(۲)، ۲۱۳-۲۰۶.
- برجسته، س. و مقدم تبریزی، ف. (۱۳۹۵). بررسی ارتباط بین میزان نگرانی و اضطراب دوران بارداری با حمایت همسر و حمایت اجتماعی. مجله پرستاری و مامایی، ۱۴(۶)، ۵۱۵-۵۰۴.
- بشرپور، س. و طاهری فرد، م. (۱۳۹۸). پیش بینی اضطراب بارداری زنان حامله بر اساس سوگیری‌های شناختی و راهبردهای تنظیم هیجان. نشریه روان پرستاری، ۷(۲)، ۳۱-۲۴.
- حجازی، م. (۱۳۹۷). مقایسه ویژگی‌های شخصیتی و اضطراب زنان باردار بر حسب انتخاب نوع زایمان. فصلنامه علمی-پژوهشی طب توانبخشی، ۷(۱)، ۵۸-۵۱.
- راشدی، ن. نجات، ح. و اکبری امرغان، ح. (۱۳۹۹). رابطه ویژگی‌های شخصیتی مادر و عوامل تنش زای دوران بارداری با اختلال اضطرابی کودکان. فصلنامه ایده‌های نوین روان شناسی، ۶(۱۰)، ۱۴-۱.
- شهرویی، ش. کاظمیان مقدم، ک. خلفی، ع. و مهرابی زاده هنرمند، م. (۱۳۹۹). نقش واسطه‌ای صمیمیت زناشویی در رابطه‌ی اسنادهای ارتباطی، خودکارآمدی جنسی و تعهد زناشویی. دوفصلنامه مشاوره کاربردی: دانشگاه شهید چمران اهواز، ۱۰(۲)، ۱۴۳-۱۲۳.
- عابدزاده کلهرودی، م. کریمیان، ز. نصیری، س. و خورشیدی فرد، م. (۱۴۰۰). بررسی میزان اضطراب و استرس درک شده زنان باردار نسبت به بیماری کووید-۱۹ و عوامل مرتبط با آن در شهر کاشان سال ۱۳۹۹. مجله زنان مامائی و نازائی ایران، ۲۴(۵)، ۱۸-۸.
- فاضلی فارسانی، ر. نیکزادیان، م. سلیمانی بآبادی، ش. و بندری زادگان، ح. (۱۳۹۷). ارتباط ویژگی‌های شخصیتی و اضطراب آشکار و پنهان در اولویت روش زایمان زنان باردار مراجعه کننده به درمانگاه زنان الهادی شوشتر در سال ۱۳۹۷، پنجمین کنگره دانشجویی پژوهشی منطقه جنوب غرب کشور، بهبهان، <https://civilica.com/doc/858289>.
- نصیری، ف. و شریفی، ش. (۱۳۹۲). ارتباط ترس از زایمان و تیپ شخصیتی در زنان باردار. مجله زنان مامایی و نازایی ایران، ۱۶(۶۶)، ۲۵-۱۸.
- نوروزی، ا. شریف زاده، غ. ترشیزی، م. گندمی، ف. یوسف زاده، ع. ملاکی مقدم، ح. و گندمی، ن. (۱۳۹۶). پیش بینی کننده‌های اضطراب بارداری و زیرمقیاس‌های آن در زنان باردار شهر بیرجند در سال ۱۳۹۵. مجله تحقیقات نظام سلامت، ۱۳(۳)، ۳۸۰-۳۷۳.
- نیک راهان، غ. کجاف، م. نوری، ا. زارعان، ا. و نقشینه، ا. (۱۳۹۰). بررسی رابطه ویژگی‌های شخصیت، سبک‌های مقابله با استرس و سطح استرس در زنان باردار. مجله زنان مامایی و نازایی ایران، ۱۴(۵)، ۵۷-۴۹.
- هدائی، م. و تقی‌لوی، ص. (۱۳۹۹). پیش بینی اضطراب بارداری بر اساس شخصیت و هوش هیجانی همسر. فصلنامه ایده‌های نوین روانشناسی، ۶(۱۰)، ۱۴-۱.

ABS. (2007). National survey of mental health well-being: Summary of results Canberra: Australian Bureau of Statistics.

Adhikari, K., Patten, S. B., Williamson, T., Patel, A. B., Premji, S., Tough, S., ... &



- Asselmann, E., Kunas, S. L., Wittchen, H. U., & Martini, J. (2020). Maternal personality, social support, and changes in depressive, anxiety, and stress symptoms during pregnancy and after delivery: A prospective-longitudinal study. *Plos one*, 15(8), e0237609.
- Bayrampour, H., Ali, E., McNeil, D. A., Benzies, K., MacQueen, G., & Tough, S. (2015). Pregnancy-related anxiety: A concept analysis. *Int. J. Nurs. Stud.* 55, 115-130. doi:10.1016/j.ijnurstu.2015.10.023
- Bayrampour, H., Vinturache, A., Hetherington, E., Lorenzetti, D. L., & Tough, S. (2018). Risk factors for antenatal anxiety: a systematic review of the literature. *Journal of reproductive and infant psychology*, 36(5), 476-503.
- Beck, A. T. (1991). Cognitive therapy: A 30-year retrospective. *American psychologist*, 46(4), 368.
- Cole, P.M. and Jacobs, A. E. (2018). From children's expressive control to emotion regulation: Looking back, looking ahead. *Eur J Dev Psychol.* 15(6):658-677
- Dennis CL, Falah-Hassani K, Shiri R. Prevalence of antenatal and postnatal anxiety: systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry.* 2017;210:315–323
- Grigoriadis, S., Graves, L., Peer, M., Mamisashvili, L., Tomlinson, G., Vigod, S. N., ... & 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(5), 813.
- Gross J, Thompson RA. Emotion regulation: Conceptual foundations. In: Gross JJ, Editor. *Handbook of emotion regulation*. New York, NY: Guilford Publications; 2007
- Gross JJ, John OP. Individual differences in two emotion regulation processes: implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of personality and social psychology.* 2003;85(2):348-62.
- Hall WA, Stoll K, Hutton EK, Brown H. A prospective study of effects of psychological factors and sleep on obstetric interventions, mode of birth, and neonatal outcomes among low-risk British Columbian women. *BMC Pregnancy Childbirth* 2012; 12: 78.
- Karamoozian M, Askarizadeh G, Darekordi A. The impact of prenatal group stress management therapy on anxiety in mothers and newborns physiological parameters. *Developmental Psychology* 2015; 11(43): 259 -71
- Leach, L. S., Poyser, C., & Fairweather-Schmidt, K. (2017b). Maternal perinatal anxiety: A review of prevalence and correlates. *Clin. Psych.* 21(1), 4-19. doi:10.1111/cp.12058
- Madhavanprabhakaran, G. K., D'Souza, M. S., & Nairy, K. S. (2015). Prevalence of pregnancy anxiety and associated factors. *Int. J. Afr. Nurs. Sci.* 3, 1-7. doi:https://doi.org/10.1016/j.ijans.2015.06.002
- Madhavanprabhakaran, G., Kumar, K., Ramasubramaniam, S., & Akintola, A. (2013). Effects of pregnancy related anxiety on labour outcomes: A prospective cohort study. *J. Res. Nurs. Midwifery.* 2(7), 96-103. doi:http://dx.doi.org/10.14303/JRNM.2013.061
- McRae, K., & Gross, J. J. (2020). Emotion regulation. *Emotion*, 20(1), 1.
- Mikulincer M, Shaver PR. Attachment in adulthood: Structure, Dynamics, and change. New York, NY: Guilford Press; 2007.
- Mirzaei Alavijeh M, Mazloomi SS, Yassini SM, Askarshahi M. fathers' subjective norms, normative beliefs and motivation to comply regarding prevention of children tendency toward addictive drugs. *J Health Syst Res* 2014; (suppl): 1757 -64. [In Persian].
- Mirzakhani K, Hejazinia Z, Golmakani N, Mirteimouri M, Sardar MA, Shakeri MT. The effect of execution of exercise program with birth ball during pregnancy on anxiety rate in nulliparous women. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2014; 17(117): 8-16. [In Persian].



- Nasreen, H. E., Kabir, Z. N., Forsell, Y., & Edhborg, M. (2011). Prevalence and associated factors of depressive and anxiety symptoms during pregnancy: a population based study in rural Bangladesh. *BMC women's health*, 11(1), 1-9.
- Olson, D. H., & Olson, A. K. (1999). Prepare/enrich program. In R. Berger, and M. Hannah (Eds.), *Handbook of preventative approaches in couple therapy*. (pp. 196-216). New York: Brunner/Mazel Inc.
- Olson, D. H., & Olson, A. K. (2000). Empowering couples: Prepare/enrich program. *Marriage and Family: A Christian Journal*, 3, 69-81.
- Saisto, T., & Halmesmäki, E. (2003). Fear of childbirth: a neglected dilemma. *Acta obstetricia et gynecologica Scandinavica*, 82(3), 201-208.
- Saisto, T., Salmela-Aro, K., Nurmi, J. E., & Halmesmäki, E. (2001). Psychosocial characteristics of women and their partners fearing vaginal childbirth. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 108(5), 492-498.
- Seyed Ahmadi Nejad FS, Golmakani N, Asghari Pour N, Taghi Shakeri M. Effect of progressive muscle relaxation on depression, anxiety, and stress of primigravid women. *Evid Based Care* 2015; 5(1): 67 -76.
- Sinesi, A., Maxwell, M., O'Carroll, R., & Cheyne, H. (2019). Anxiety scales used in pregnancy: systematic review. *BJPsych open*, 5(1).
- Tomfohr-Madsen, L. M., Racine, N., Giesbrecht, G. F., Lebel, C., & Madigan, S. (2021). Depression and anxiety in pregnancy during COVID-19: A rapid review and meta-analysis. *Psychiatry Research*, 113912.
- Van den Bergh B. The influence of maternal emotions during pregnancy on fetal and neonatal behavior. *Pre-and Perinatal Psychology Journal*. 1990; 5(2): 119-30
- Viswasam, K., Berle, D., Milicevic, D., & Starcevic, V. (2021). Prevalence and onset of anxiety and related disorders throughout pregnancy: A prospective study in an Australian sample. *Psychiatry Research*, 297, 113721.
- Viswasam, K., Eslick, G. D., & Starcevic, V. (2019). Prevalence, onset and course of anxiety disorders during pregnancy: A systematic review and meta analysis. *Journal of affective disorders*, 255, 27-40.
- Wang M, Saudino KJ. Genetic and environmental influences on individual differences in emotion regulation and its relation to working memory in toddlerhood. *Emotion* 2013; 13(6): 1055-67.
- Wenzel, A. (2011). *Anxiety in Childbearing Women. Diagnosis and Treatment*. Washington DC: American Psychological Association
- Zainiyah, Z., & Susanti, E. (2020). Anxiety in Pregnant Women During Coronavirus (Covid-19) Pandemic in East Java, Indonesia. *Majalah Kedokteran Bandung*, 52(3), 149-153.