

April-May 2021, Volume 9, Issue 1

## Developing a Causal Model of Psychological Empowering of Pregnant Women: The Role of Psychological Distress and Mediation of Resilience, Mindfulness and Meta- emotion

Mitra Goudarzi<sup>1</sup>, Simin Gholamrezaei<sup>2\*</sup>, Kouros Amraei<sup>3</sup>

1- Ph.D. Student of Psychology, Department of Psychology, Faculty of Literature and Humanities, University of Lorestan, Khorramabad, Iran.

2- Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Literature and Humanities, University of Lorestan, Khorramabad, Iran.

3- Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Literature and Humanities, University of Lorestan, Khorramabad, Iran.

**Corresponding Author:** Simin Gholamrezaei, Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Literature and Humanities, University of Lorestan, Khorramabad, Iran.

**E-mail:** gholamrezaei.si@lu.ac.ir

Received: 16 Jan 2021

Accepted: 14 April 2021

### Abstract

**Introduction:** Internationally, women's health during pregnancy and childbirth is recognized as a cornerstone of population health and women's empowerment is one of the development goals in the current millennium. On the other hand, psychological distress is one of the most common psychological disorders in a pregnancy that can lead to serious and lasting consequences such as undermining the psychological empowerment of mothers. Therefore, the present study was conducted to develop a causal model of psychological empowerment of pregnant women based on the role of psychological distress and mediation of resilience, mindfulness and meta-emotion.

**Methods:** The research method was descriptive and correlational. The statistical population of this study included pregnant women who referred to health care centers of Boroujerd City in 2020. The sample size was 392 people who were selected by multi-stage cluster sampling. Research instruments included demographic and pregnancy information questionnaire, the Cohen Perceived Stress Scale (CPSS-14), the Van den Bergh Pregnancy Anxiety Scale (PRAQ), the Edinburgh Depression Scale (EPDS), the Connor-Davidson Resilience Scale (RISC-CD), the Bauer et al Five Facet Mindfulness Questionnaire (FFMQ), the Mitmansgruber meta-emotion scale (MES) and the Kameda's Prenatal Psychological Empowerment Scale (KPES). Data were analyzed by SPSS-26 software and structural equation modeling.

**Results:** The effect of psychological distress variable on psychological empowerment is significant both independently and with the presence of mediating variables of resilience and mindfulness. Psychological distress, psychological resilience and mindfulness can explain 67.9% of the psychological empowerment variance; But the mediating role of meta-emotion ( $t = 0.690$ ,  $\beta = -0.006$ ) was not confirmed in the model.

**Conclusions:** Health caregivers can help moderate the negative effects of psychological distress and psychological empowerment of this vulnerable group by considering resilience and mindfulness of pregnant women during prenatal care.

**Keywords:** Pregnancy, Psychological distress, Psychological empowerment, Resilience, Mindfulness, Meta-emotion.

## تدوین مدل علی توانمندسازی روانی زنان باردار: نقش پریشانی روان شناختی و میانجی گری تاب آوری، ذهن آگاهی و فراهیجان

میترا گودرزی<sup>۱</sup>، سیمین غلامرضایی<sup>۲\*</sup>، کورش امرایی<sup>۳</sup>

۱- دانشجوی دکتری روان شناسی عمومی، گروه آموزشی روان شناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه لرستان، خرم آباد، ایران.  
۲- استادیار، گروه آموزشی روان شناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه لرستان، خرم آباد، ایران.  
۳- استادیار، گروه آموزشی روان شناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه لرستان، خرم آباد، ایران.  
نویسنده مسئول: سیمین غلامرضایی، استادیار، گروه آموزشی روان شناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه لرستان، خرم آباد، ایران.  
ایمیل: gholamrezaei.si@lu.ac.ir

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۱۰/۲۶ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۱/۲۵

### چکیده

**مقدمه:** در سطح بین الملل، سلامت زنان در دوران بارداری و زایمان به عنوان سنگ بنای سلامت جمعیت شناخته می شود و توانمندسازی زنان از جمله اهداف توسعه در هزاره فعلی است، از سوی دیگر پریشانی روان شناختی از شایع ترین اختلالات روانی در بارداری است که می تواند منجر به بروز پیامدهای جدی و ماندگاری مانند تضعیف توانمندی روانی مادران شود، بنابراین پژوهش حاضر با هدف تدوین مدل علی توانمندسازی روانی زنان باردار بر اساس نقش پریشانی روان شناختی و میانجی گری تاب آوری، ذهن آگاهی و فراهیجان انجام شد.

**روش کار:** روش پژوهش از نوع توصیفی و همبستگی بود. جامعه آماری پژوهش را زنان باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهرستان بروجرد در سال ۱۳۹۹ تشکیل دادند. ۳۹۲ نفر به روش نمونه گیری خوشه ای چند مرحله ای انتخاب شدند. ابزار پژوهش شامل پرسش نامه های اطلاعات جمعیت شناختی و بارداری، استرس ادراک شده ی کوهن (14 CPSS-)، اضطراب مرتبط با بارداری و ندنبرگ (PRAQ)، افسردگی ادینبرگ (EPDS)، تاب آوری کانر دیویدسون (RISC-CD)، پرسش نامه پنج عاملی ذهن آگاهی بائر (FFMQ)، فراهیجان میتمسنگرابر (MES) و توانمندی روانی بارداری کامدو (KPES) بود. داده ها با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۶ و مدل سازی معادلات ساختاری (PLS) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

**یافته ها:** تاثیر متغیر پریشانی روان شناختی بر توانمندی روانی هم به صورت مستقل و هم با حضور متغیرهای میانجی تاب آوری و ذهن آگاهی معنادار است. پریشانی روان شناختی، تاب آوری و ذهن آگاهی می توانند ۶۷/۹٪ از واریانس توانمندی روانی را تبیین کنند؛ اما نقش میانجی فراهیجان ( $t=0/690$ ،  $\beta=-0/006$ ) در مدل تایید نشد.

**نتیجه گیری:** مراقبین سلامت با مورد توجه قرار دادن تاب آوری و ذهن آگاهی زنان باردار در جریان مراقبت های دوران بارداری می توانند به تعدیل اثرات منفی پریشانی روان شناختی و توانمندسازی روانی این قشر آسیب پذیر کمک نمایند.

**کلیدواژه ها:** بارداری، پریشانی روان شناختی، توانمندی روانی، تاب آوری، ذهن آگاهی، فراهیجان.

### مقدمه

مشت جسمی و روانی برای زنان، کودکان و خانواده ها را تسهیل کند (۳) و باعث بهبود سلامت تولید مثل مادران شود (۴). طبق تعریف سازمان بهداشت جهانی، توانمندسازی فرآیندی است که افراد از طریق آن کنترل بیشتری بر تصمیم گیری ها، سبک زندگی و فعالیت های خود خواهند داشت و بر سلامتی آن ها مؤثر است.

براساس اعلام سازمان بهداشت جهانی، افراد، خانواده ها و جوامع باید برای ارتقای سلامت خود توانمند شوند، به ویژه، زنان نقش اساسی در توانمندسازی و سلامت خانواده های خود دارند (۱). هیچ ابزاری برای توسعه، موثرتر از توانمندسازی زنان نیست (۲)؛ زیرا می تواند پیامدهای

(۱۸) و یکی از معضلات سلامتی در سطح جهان مورد توجه می باشد (۱۹)، در این میان پریشانی روان شناختی در زنان باردار، یک نگرانی عمده ی بالینی است (۲۰) که به نظر می رسد پریشانی روان شناختی می تواند دارای آثار منفی بر توانمندی روانی زنان باردار باشد؛ چرا که احتمالاً می تواند منجر به کاهش خودکارآمدی، عزت نفس و امیدواری مادر گردد (۱۳، ۱۱، ۵). که همگی از مولفه های توانمندی روانی زنان باردار می باشند.

پریشانی روان شناختی در بارداری دربرگیرنده ی استرس ادراک شده، تظاهرات هیجانی اضطراب و/یا افسردگی در زن باردار می باشد (۲۱). تحقیقات اپیدمیولوژیک بیانگر وجود ارتباط میان استرس با اضطراب و افسردگی دوران بارداری است (۲۲) در حالی که معمولاً در تحقیقات مختلف این اختلالات به صورت مجزا مورد بررسی قرار می گیرند، بنابراین ممکن است در روند بررسی ها، از شناسایی زنانی که دچار پریشانی روانی هستند، غفلت شود (۲۳) و در کم تر مطالعاتی هر سه اختلال استرس، اضطراب و افسردگی دوران بارداری هم زمان مورد توجه قرار گرفته است. پریشانی روانی مادران در دوره ی بارداری و نقاهت بعد از زایمان بسیار شایع است، گفته می شود که تقریباً بین ۲۵-۱۳٪ از زنان در کشورهای دارای درآمد بالا، از علائم پریشانی روان شناختی رنج می برند و به نظر می رسد که در کشورهای کم درآمد و متوسط شایع تر می باشد (۲۴). بسیاری از تحقیقات نشان دهنده ی ارتباط میان پریشانی روان شناختی دوران بارداری با پیامدهای نامطلوب در مادر باردار یا شیرده و کودک می باشد (۲۵)، مانند بروز پراکلامپسی مسمومیت بارداری؛ سقط جنین؛ زایمان زودرس؛ تضعیف سیستم ایمنی و در نتیجه عفونت های نفاسی و نوزادی (۲۶). وزن کم هنگام تولد؛ تأخیر در تکامل عصبی، شناختی و رفتاری، نقائص بینایی، شنوایی و اختلال در شکل گیری دلبستگی ایمن کودک، اوتیسم درخودماندگی، تکانشگری و حتی بروز اختلالات روانی در دوره نوجوانی و بزرگسالی (۲۷)، همچنین خطر بروز پریشانی روان شناختی بعد از زایمان نیز افزایش می یابد، بنابراین شناسایی و غربالگری آن قبل از تولد در زمان های مختلف در دوران بارداری توصیه می شود (۲۸). متأسفانه در مورد ارتباط توانمندی روانی با پریشانی روان شناختی در زنان باردار شواهدی ناچیزی وجود دارد (۸). نتایج تحقیق گارسیا و ییم (۲۰۱۷) در یک بررسی منظم از بیست و هفت

بهبود کیفیت زندگی، بر خورداری از زندگی سالم و افزایش درآمد از شاخص های توانمندی است (۵). این واقعیت که توانمندسازی زنان برای داشتن دنیای بهتر حیاتی است، کاملاً مستند و مبتنی بر دستاوردهای بی نظیر جنبش های بین المللی زنان طی هفت دهه ی گذشته است (۶) و از جمله اهداف توسعه در هزاره فعلی است (۷). یکی از ابعاد توانمندی، توانمندی روانی است که می تواند منجر به افزایش عزت نفس، خودکارآمدی، امیدواری و سلامت روان شناختی افراد شود (۸، ۹). از طرفی عوامل روانی-اجتماعی نیز نقش اساسی در تغییر توانمندی زنان دارند. از جمله این عوامل می توان به عوامل و روابط استرس زای روانی، شرایط زندگی، حمایت اجتماعی و سبک های مقابله یا فقدان آن ها اشاره نمود (۱۰). اگرچه ارتباط بین توانمندسازی زنان و برخی از جنبه های سلامت، به طور گسترده مورد بررسی قرار گرفته است، اما به رابطه ی میان توانمندسازی زنان و بارداری یا زایمان توجه کافی نشده است (۱۱). توانمندسازی در دوران بارداری با مفاهیم خودمختاری، خودکارآمدی و حمایت اجتماعی ارتباط نزدیکی دارد (۱۲) و با توجه به نقش کلیدی مادران در پرورش نیروی انسانی سالم و کارآمد که در واقع بزرگ ترین ثروت هر جامعه ای می باشد، می تواند در ایفای موفق تر نقش های مختلف زنان در خانواده و جامعه کمک کند (۱۳).

در سطح بین المللی، سلامت زنان در دوران بارداری و زایمان به عنوان سنگ بنای سلامت جمعیت شناخته می شود (۳). از طرفی ارتقای سلامت مادران و کاهش مرگ و میر کودکان دو مؤلفه ی مهم از اهداف توسعه ی هزاره سوم به شمار می رود (۱۳). زنان باردار یکی از گروه های آسیب پذیر جامعه هستند که سلامت روان آنان، سلامت خانواده ها؛ کودکان و جامعه را تضمین می نماید (۱۵). در واقع بارداری اتفاقی مهم و دوره ای منحصر به فرد در زندگی زنان است. انتقال به مرحله ی مادری همراه با تغییرات مختلف جسمی، روانی و اجتماعی می باشد (۱۶) و ممکن است در روند ایجاد این تغییرات و تلاش برای تطابق با آن ها بسیاری از مادران به پریشانی روان شناختی دوران بارداری مبتلا گردند که خطر بروز آن در زنان دارای درآمد پائین، بیش تر می باشد (۱۷). طبق گزارش سازمان بهداشت جهانی، مشکلات بهداشت روان زنان باردار به عنوان یک چالش مهم بهداشت عمومی

جمله پیش بینی کننده های سلامت روان آنان به شمار می روند. اگرچه مطالعات بسیار کمی به رابطه ی بین تاب آوری زنان باردار و سلامت و بهزیستی روانی آن ها پرداخته است (۳۶،۴۷). طبق نتایج تحقیقات مختلف به نظر می رسد که میزان تاب آوری روان شناختی با شدت استرس، اضطراب و افسردگی رابطه معکوس دارد (۲۳،۴۸) و می تواند بر افزایش خودکارآمدی فرد برای غلبه بر استرس، توانایی های مقابله ای، عزت نفس، ثبات عاطفی و حمایت اجتماعی تاثیرگذار باشد (۳۶)، همچنین می تواند یک عامل محافظت کننده ی مستقیم و غیرمستقیم برای اضطراب و افسردگی ناشی از استرس بارداری در دوره قبل از تولد باشد (۱۹)، بنابراین احتمالاً تاب آوری روانی می تواند در رابطه ی میان پریشانی روان شناختی بارداری و توانمندی روانی زنان باردار نقش واسطه ای داشته باشد و به تعدیل هیجانات منفی کمک کند.

با توجه به مطالعات انجام گرفته، از دیگر متغیرهای مؤثر در کنارآیی با استرس و بحران های موجود در زندگی، راهبردهای تنظیم شناختی هیجان و فراهیجان می باشد (۴۹). در واقع هرگونه اشکال و نقص در تنظیم هیجان ها می تواند فرد را در برابر استرس و اختلالات روانی همچون افسردگی و اضطراب آسیب پذیر سازد (۵۰). هیجان ها می توانند بر طیفی از فرآیندهای شناختی از جمله سوگیری در توجه و حافظه، قضاوت ها و تصمیم گیری ها اثر بگذارند (۴۹). میتمنسرگراپر و همکاران (۲۰۰۹) فراهیجان را به صورت واکنشی هیجانی در مورد هیجانات شخص تعریف می کنند مانند اضطراب در مورد خشم خود (۵۱،۵۲) و دارای دو بعد فراهیجان مثبت و منفی می باشد. در ادبیات روان شناختی، فراهیجان می تواند به عنوان نیروی محرک تنظیم هیجان ها تلقی شود، زیرا تمایل به تغییر شدت، مدت یا تجربه ی هیجانات بر اساس احساس ما دارد. انواع استراتژی هایی که می توانند به عنوان فراهیجان شناخته شوند، عبارتند از: عصبانیت، شفقت، علاقه، تحقیر / شرم، کنترل و سرکوب. یک بررسی اجمالی توسط متانالیز ۷۰ مطالعه نشان داد که فراهیجان منفی با علائم افسردگی متوسط تا شدید همراه است (۵۳). باورهای فراهیجانی که بخش مهمی از راهبردهای تنظیم هیجانی افراد را تشکیل می دهند و فرد را قادر می سازند تا با انعطاف پذیری بیش تری به وقایع محیطی پاسخ دهد؛ خود از عوامل مختلفی از جمله شدت هیجان ناشی از یک رویداد تاثیر

مطالعه مربوط به توانمندسازی زنان در دوران بارداری و پس از زایمان بیانگر وجود ارتباط منفی معنی دار بین توانمندی و علائم افسردگی بود.

با توجه به مطالعات به نظر می رسد که ذهن آگاهی می تواند به عنوان یک عامل محافظتی در برابر پریشانی روان شناختی و ارتقادهنده توانمندی روانی زنان باردار عمل کند؛ زیرا تحقیقات روزافزون نشان می دهد که ذهن آگاهی، استرس و تمایل به تجربه هیجان های منفی مانند اضطراب، افسردگی و خشم را در فرد کاهش و سلامت ذهنی و فیزیکی وی را افزایش می دهد (۲۹،۳۰،۳۱) و راهبرد مهمی است که می تواند هیجانات منفی نظیر اضطراب حاملگی را کاهش داده و بر کیفیت زندگی زنان باردار بیفزاید (۳۲،۳۳). مطالعات نشان می دهند که برخورداری از ذهن آگاهی بالاتر در بارداری با سطوح پایین تر پریشانی روان-شناختی همراه است و می تواند به بهبود خلق و خوی زنان باردار، افزایش عزت نفس؛ خودکارآمدی، هیجان مثبت؛ خوش بینی و رضایت از زندگی کمک کند (۳۶،۳۴،۳۵) و باعث کاهش اضطراب مادران و تأثیرات منفی آن و هم چنین کاهش مشکلات خلق و خوی کودکان شود (۳۷). نتایج تعدادی از تحقیقات نشان می دهد که آموزش ذهن آگاهی می تواند بر تاب آوری و راهبردهای تنظیم هیجان زنان باردار نیز مؤثر باشد (۳۸،۳۹،۴۰)، زیرا ذهن آگاهی اثرات خود را از طریق چهار مکانیسم تنظیم توجه، آگاهی بدن، تنظیم هیجان و تغییرات در دیدگاه فرد ایجاد می کند (۴۱). افراد ذهن آگاه بهتر می توانند بدون انجام رفتارهای غیرارادی و غیرانطباقی به شرایط سخت پاسخ دهند (۴۲). آن ها در مقابل ادراکات جدید باز برخورد می کنند، تمایل دارند خلاق تر باشند و بهتر می توانند با شرایط، افکار و احساسات سخت بدون ضعف و ناراحتی مقابله کنند؛ بنابراین می توانند تاب آوری بیش تری از خود نشان دهند (۴۳، ۴۴).

علاوه بر ذهن آگاهی، سطح بالای تاب آوری هم می تواند به عنوان یک عامل مهم دیگر در محافظت زنان باردار و کودکان آن ها از آثار زیانبار احتمالی ناشی از پریشانی روان شناختی دوران بارداری عمل نماید (۲۲،۲۳،۴۵،۴۶). نتایج مطالعات نشان داده است که حمایت همسر (به عنوان منبع خارجی) و تاب آوری (به عنوان یک منبع درونی)، عوامل مهمی در ارتقای رضایت زنان باردار در بسیاری از حوزه های مختلف بهزیستی روان شناختی هستند و از

به ازای هر متغیر آشکار، حداقل ۱۰ تا ۱۵ نفر و به ازای هر برآورد پارامتر (شامل عبارت های خطا و ضرایب مسیر) حداقل ۵ نمونه مورد نیاز است (۵۵). از میان بیست و چهار مرکز بهداشتی و درمانی شهرستان بروجرد، دوازده مرکز به طور تصادفی (از طریق قرعه کشی) انتخاب شدند و نمونه گیری به روش خوشه ای چند مرحله ای انجام شد. برای جمع آوری اطلاعات، ابتدا پژوهشگر با کسب مجوز از معاونت محترم بهداشتی دانشگاه علوم پزشکی لرستان و شبکه بهداشت و درمان شهرستان بروجرد، با مراجعه به مراکز بهداشتی درمانی و ارائه مجوز به مدیران مراکز، اقدام به ثبت مشخصات زنان باردار واجد شرایط پژوهش با کمک سامانه سیب نمود (شکل ۱).

معیارهای ورود به پژوهش عبارت بود از: سن بارداری کم تر از ۲۰ هفته، سن تقویمی ۱۵ تا ۴۹ سال، برخورداری از توانایی های شنیداری و گفتاری جهت شرکت در پژوهش، عدم سابقه ی ابتلا به بیماری روانی و سابقه ی بستری در بخش های روان و معلولیت ذهنی، عدم مصرف داروهای ضد اضطراب و ضد افسردگی، عدم استعمال دخانیات، عدم اعتیاد به مواد صنعتی یا سنتی و الکل، بارداری فعلی مادر از نوع تک قلو و کم خطر. معیارهای خروج عبارت بودند از: ارائه ی اطلاعات ناقص یا عدم همکاری، وقوع سقط یا زایمان زودرس.

با توجه به شرایط حاکم بر جامعه به دلیل بروز و اوج گیری بیماری کرونا در زمان جمع آوری داده ها، فرم رضایت آگاهانه و پرسش نامه های پژوهش به صورت آنلاین طراحی و تکمیل گردیدند. به منظور رعایت ملاحظات اخلاقی و انسانی، پرسش نامه ها فاقد نام و نام خانوادگی آزمودنی ها بود و توسط پژوهشگر به هریک از آن ها یک کد عددی اختصاص داده شد تا کلیه ی اطلاعاتشان محرمانه بماند. کلیه اصول اخلاقی در این پژوهش رعایت شده است؛ در همین راستا شرکت کنندگان اجازه داشتند هر زمان که مایل بودند، از پژوهش خارج شوند. همچنین همه شرکت کنندگان در جریان روند پژوهش قرار گرفتند و اطلاعات آن ها محرمانه نگه داشته شد. در مجموع با لحاظ نمودن معیارهای ورود و خروج، از میان ۴۰۶ نفر زن باردار واجد شرایط پژوهش در مراکز بهداشتی و درمانی منتخب در مناطق مختلف شهرستان بروجرد، ۳۹۲ نفر برای شرکت در تحقیق اعلام آمادگی نمودند و فرم رضایت آگاهانه و پرسش نامه ها را تکمیل کردند که در نهایت پس از حذف افرادی که

می پذیرند (۴۹،۵۲) و این رویداد می تواند وقوع بارداری و پریشانی عاطفی ناشی از آن باشد. متاسفانه تحقیقات مربوط به اختلال تنظیم هیجان در بارداری محدود است، اما در حال افزایش است (۵۴).

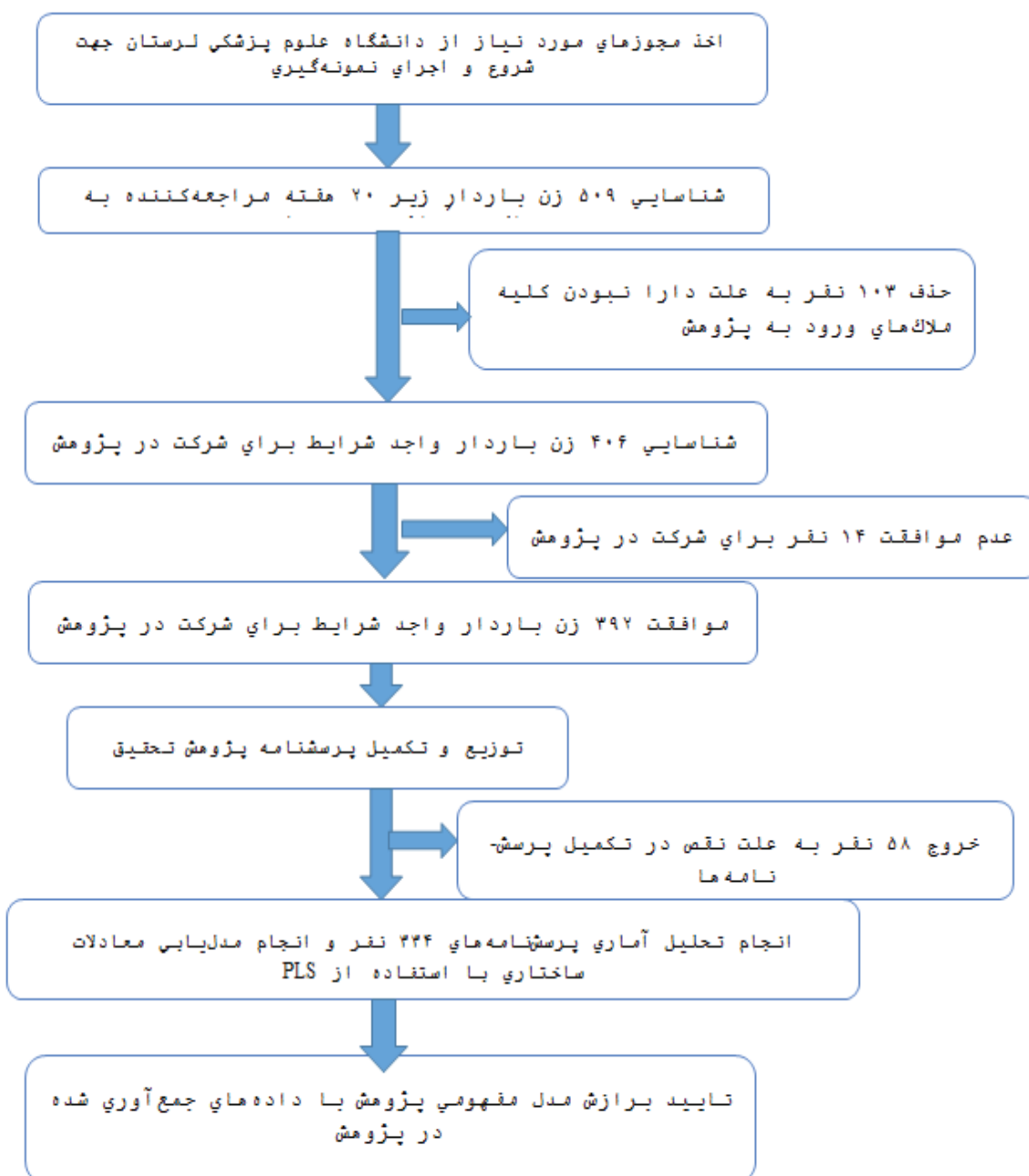
بنابراین از مرور نتایج تحقیقات مختلف چنین بر می آید که ذهن آگاهی، تاب آوری و فراهیجان، سازه های قدرتمند روان شناختی هستند که احتمالاً می توانند با پریشانی روان شناختی و توانمندی روانی زنان باردار مرتبط باشند. طبق دانش ما، تحقیقات بسیار اندکی در حوزه توانمندسازی روانی زنان باردار وجود دارد و علی رغم فراوانی بروز و عوارض پریشانی روان شناختی و ضرورت توانمندسازی زنان باردار، تاکنون تحقیقی در رابطه با بررسی تأثیر علی پریشانی روان شناختی بر توانمندی روانی زنان باردار و عوامل روان شناختی میانجی انجام نگرفته است لذا هدف این پژوهش تدوین مدل علی توانمندسازی روانی زنان باردار بود. در همین راستا، مدلی در قالب مدل معادلات ساختاری تدوین گردید که در آن پریشانی روان شناختی (استرس، اضطراب و افسردگی) و توانمندی روانی زنان باردار به ترتیب به عنوان متغیرهای مستقل و وابسته و متغیرهای ذهن آگاهی، تاب آوری روان-شناختی و فراهیجان به عنوان متغیرهای میانجی و واسطه ای قرار گرفتند.

## روش کار

پژوهش حاضر از جمله تحقیقات توصیفی (همبستگی) و از نوع مدل سازی معادلات ساختاری است که در آن مدل یابی روابط موجود میان متغیرهای پریشانی روان شناختی، توانمندی روانی، ذهن آگاهی، تاب آوری و فراهیجان از طریق نرم افزار اسمارت پی ال اس صورت گرفته است. جامعه آماری پژوهش حاضر را کلیه ی زنان باردار مراجعه کننده به مراکز بهداشتی و درمانی شهرستان بروجرد در بهار سال ۱۳۹۹ تشکیل دادند. به منظور برآورد حجم نمونه با مدنظر قرار دادن پیش فرض های مربوط به نمونه گیری احتمالی شامل روش تحلیل آماری (مدل سازی)، سطح اطمینان (۹۵ درصد)، توان آزمون (بالاتر از ۰/۸۰)، حجم اثر (۰/۰۵) و تعداد متغیرهای مستقل موجود در تحلیل (۴ متغیر) با استفاده از نرم افزار سمپل پاور حجم نمونه آماری در قالب یک طیف از ۳۴۰ تا ۴۰۰ نفر برآورد گردید. طبق فرمول تاباچنیک و فیدل (۲۰۰۱)، فرمول استیونس (۲۰۰۲) و بنتلروچو (۱۹۸۷)، نیز برای مدل یابی معادلات ساختاری

که دارای کد اخلاق IR.LUMS.REC.1398.255 می باشد. همه اصول اخلاقی در این مقاله رعایت شده است.

اطلاعات ناقص ارائه داده بودند، فقط پرسش نامه های ۳۳۴ نفر قابل تحلیل بود (شکل ۱). لازم به ذکر است که این مقاله بر گرفته از رساله ی دکتری نویسنده اول است



شکل ۱. الگوریتم مراحل اجرای مدل سازی معادلات ساختاری پژوهش

بارداری، خواسته یا ناخواسته بودن بارداری، سابقه سقط، مرده زایی و عوارض بارداری را اندازه گرفت. مقیاس استرس ادراک شده کوهن: پرسش نامه ی استرس ادراک شده در سال ۱۹۸۳ توسط کوهن، کمارک و مرملستاین ساخته شده است و دارای ۳ نسخه ی ۴، ۱۰ و ۱۴ ماده ای

ابزارهای پژوهش مشتمل بر موارد ذیل بود: پرسش نامه ی اطلاعات جمعیت شناختی و بارداری: این پرسش نامه یک ابزار محقق ساخته ی خودگزارشی بود که اطلاعات جمعیت شناختی سن، میزان تحصیلات، وضعیت اشتغال، وضعیت اقتصادی، شغل، تعداد بارداری، سن

می باشد و مادر پاسخ هایی را انتخاب می کند که در هفته گذشته بیشتر احساس کرده است. هر سوال ۴ گزینه دارد و هر گزینه امتیاز ۳-۰ را به خود اختصاص می دهد. جمع کلی امتیازات از ۰ الی ۳۰ متغیر می باشد. در ایران بهرامی و بهرامی (۱۳۹۲) پایایی پرسش نامه مذکور را با استفاده از روش بازآزمایی ۰/۸۴ به دست آوردند. همچنین پایایی این پرسش نامه به روش بازآزمایی و دونیمه کردن به ترتیب ۰/۷۳ و ۰/۶۱ گزارش شده است (۶۱). در پژوهش حاضر پایایی به روش آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۸۱ به دست آمد.

مقیاس پنج عاملی ذهن آگاهی: نوعی مقیاس خودسنجی ۳۹ آیتی است که توسط بائر و همکاران (۲۰۰۶) از طریق تلفیق گویه هایی از پرسش نامه ذهن آگاهی فریبورگ؛ مقیاس آگاهی از توجه؛ مقیاس ذهن آگاهی عاطفی و شناختی و پرسش نامه ذهن آگاهی با استفاده از رویکرد تحلیل عاملی تحول یافته است. این پرسش نامه دارای ۱۱۲ گویه و ۵ مولفه است و پنج بعد ذهن آگاهی را تحت عنوان مشاهده (۸ آیتیم)، توصیف (۸ آیتیم)، عمل کرد آگاهانه (۸ آیتیم)، عدم قضاوت در مورد تجارب درونی (۸ آیتیم) و عدم واکنش به تجارب درونی (۷ آیتیم) اندازه می گیرد. بر اساس نتایج بائر، ضریب آلفای کرونباخ در گستره ای بین ۰/۷۵ (در عامل غیر واکنشی بودن) تا ۰/۹۱ (در عامل توصیف) قرار داشت، پاسخ ها بر اساس مقیاس پنج درجه ای لیکرت از ۱ (هرگز یا خیلی به ندرت) تا ۵ (اغلب یا همیشه) کدگذاری می-شود. دامنه نمرات در این مقیاس ۱۹۵-۳۹ است. از جمع نمرات هر زیرمقیاس یک نمره کلی به دست می آید که نشان می دهد هر چه نمره بالاتر باشد ذهن آگاهی هم بیش تر است (۶۲).

در مطالعه ای که بر روی اعتباریابی و پایایی این پرسش نامه در ایران انجام گرفت، ضرایب همبستگی آزمون-باز آزمون پرسشنامه در نمونه ایرانی بین ۰/۵۷ (مربوط به عامل غیر قضاوتی بودن) و ۰/۸۴ (عامل مشاهده) مشاهده گردید. هم چنین ضرایب آلفا در حد قابل قبولی (بین ۰/۵۵ مربوط به عامل غیر واکنشی بودن و ۰/۸۳ مربوط به عامل توصیف) به دست آمد (۶۳). در پژوهش حاضر، پایایی به روش آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۷۵ و زیر مقیاس ها در دامنه ای بین ۰/۷۱ تا ۰/۸۸ به دست آمد. مقیاس تاب آوری کانر و دیویدسون: این مقیاس جهت سنجش میزان تاب آوری افراد بزرگ سال طراحی شده و دارای ۲۵ گویه است که هر گویه بر اساس یک مقیاس لیکرت بین صفر (کاملاً نادرست) و پنج (همیشه درست)،

است که برای سنجش استرس عمومی درک شده در یک ماه گذشته به کار می رود (۵۶) در این پژوهش از نسخه ۱۴ آیتی آن استفاده شد، پرسش نامه استرس ادراک شده دارای ۱۴ سوال بصورت لیکرت ۵ جمله ای از هرگز تا همیشه می باشد. مقیاس مذکور، دو خرده مقیاس را می سنجد: خرده مقیاس ادراک منفی از تنیدگی و خرده مقیاس ادراک شده مثبت از تنیدگی. ضرایب پایایی همسانی درونی مقیاس از طریق ضریب آلفای کرونباخ در دامنه ای از ۰/۸۴ تا ۰/۸۶. در دو گروه از دانشجویان و یک گروه از افراد سیگاری در برنامه ترک به دست آمده است. در پژوهش احمدیان (۱۳۹۱) ضریب آلفای کرونباخ برای کل نمرات پرسش نامه ۰/۸۴ مشخص گردید (۵۷). در پژوهش حاضر پایایی ۰/۹۱ به دست آمد.

مقیاس اضطراب مرتبط با بارداری: پرسش نامه ی اضطراب بارداری وندنبرگ (۱۹۸۹) که میزان ترس ها و نگرانی های مربوط به بارداری را می سنجد و توسط وندنبرگ ساخته شده است (۵۸)، دارای دو فرم بلند و کوتاه می باشد، فرم بلند و کوتاه پرسش نامه به ترتیب دارای ۵۸ و ۱۷ سوال است. تحلیل عاملی اکتشافی داده های هر دو فرم پرسش نامه، پنج عامل را نشان داده است که مشتمل بر 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 های خودمحوارانه یا ترس از تغییرات در زندگی شخصی مادر می باشند (۵۰). در این پژوهش از فرم کوتاه پرسش نامه استفاده شده است. شیوه ی امتیازدهی بر اساس مقیاس لیکرت می باشد، هر عبارت بین یک تا هفت، درجه بندی شده است؛ بنابراین نمره اضطراب بارداری می تواند بین ۱۷ تا ۱۱۹ باشد. آلفای کرونباخ همه ی خرده مقیاس ها در سراسر دوره بارداری ۰/۷۶ گزارش شده است. بررسی ویژگی های روان سنجی پرسش نامه فرم کوتاه اضطراب بارداری در ایران توسط کارآموزیان، عسگری زاده و بهروزی (۱۳۹۳) در شهر کرمان انجام گرفته است و آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ها ۰/۷۰ گزارش گردید (۵۹). در پژوهش حاضر پایایی به روش آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۸۴ و برای زیر مقیاس ها در دامنه ای بین ۰/۶۵ تا ۰/۹۰ به دست آمد.

مقیاس افسردگی ادینبورگ: استفاده از مقیاس که شامل ده پرسش است به صورت قابل اطمینانی می تواند افسردگی در بارداری و دوره پس از زایمان را مشخص کند. مقیاس افسردگی ادینبورگ توسط کاکس و همکاران (۱۹۸۷) طراحی شده است (۶۰). پاسخ دهی به سوالات به صورت لیکرت

خودکارآمدی با ۶ سؤال، تصویر از آینده ۶ سؤال، عزت نفس ۷ سؤال، حمایت و تأیید از طرف دیگران ۴ سؤال و لذت اضافه شدن یک نفر به خانواده با ۴ سؤال می باشد (۶۷) و براساس معیار درجه بندی لیکرت، از کاملاً مخالف تا کاملاً موافق با نمره های ۱ تا ۴ پاسخ داده شده و حداقل نمره ۲۷ و حداکثر نمره ۱۰۸ به آن تعلق می گیرد. از میانگین نمره به منظور قضاوت استفاده می شود. روان سنجی این پرسش نامه در ایران توسط حاجی پور و همکاران (۱۳۹۲) انجام شد، روایی ابزار با روش اعتبار محتوا و پایایی آن به وسیله تعیین ضریب آلفای کرونباخ مورد تأیید قرار گرفت. ضریب آلفای کرونباخ کل سؤالات در پژوهش آن ها ۰/۸۹ به دست آمد. ضریب آلفای کرونباخ برای ابعاد عزت نفس ۰/۸۰، تصویر از آینده ۰/۸۲، خودکارآمدی ۰/۸۷، و لذت اضافه شدن یک نفر به خانواده ۰/۹۴، حمایت و تأیید از طرف دیگران ۰/۸۲ به دست آمد (۶۸). در پژوهش حاضر پایایی به روش آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۸۹ و زیر مقیاس ها در دامنه ای بین ۰/۸۶ تا ۰/۹۰ به دست آمد.

پس از اتمام نمونه گیری، داده های جمع آوری شده در نرم افزار SPSS نسخه ۲۶ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت و بعد از به دست آوردن اطلاعات توصیفی، با کمک نرم افزار PLS بررسی همبستگی های میان متغیرهای اصلی پژوهش، مدل یابی و بررسی نقش واسطه ای متغیرهای ذهن آگاهی، تاب آوری روانی و فراهیجان طبق مدل پژوهشی انجام شد.

### یافته ها

اطلاعات جمعیت شناختی و سوابق بارداری ۳۳۴ زن باردار شرکت کننده در پژوهش حاضر که پاسخ گوی همه پرسش نامه ها بودند در (جدول ۱) نشان داده شده است. طبق مندرجات این جدول، میانگین و انحراف استاندارد سنی آزمودنی ها  $28/11 \pm 6/41$  سال بود و میانگین و انحراف معیار سن بارداری آن ها  $3/61 \pm 14/11$  هفته بود. ۱۲۶ (۳۷/۷ درصد) نفر از کل آزمودنیها دارای تحصیلات دیپلم و فوق دیپلم بودند. ۲۶۹ (۸۰/۵ درصد) نفر از مادران خانه دار و ۶۵ (۱۹/۵ درصد) شاغل بودند. ۱۸۶ (۵۵/۷ درصد) نفر وضعیت اقتصادی خود را ضعیف گزارش نمودند. در ۲۷۰ (۸۰/۸ درصد) آزمودنی، بارداری اخیر خود را برنامه ریزی شده می دانستند. ۲۹۱ (۸۷/۱ درصد) زن سطح استرس محیط زندگی خود را کم می دانستند. ۱۴۰ (۴۱/۹ درصد) مادر نخست زای بودند. ۳۰۱ (۹۰/۱ درصد) زن فاقد

نمره گذاری می شود (۶۴)؛ بنابراین، حداقل نمره در این پرسش نامه صفر و حداکثر ۱۰۰ است. نقطه برش این پرسش نامه امتیاز ۵۰ می باشد. این پرسش نامه شامل ۵ زیرمقیاس است که عبارتند از: تصور از شایستگی فردی، اعتماد به غرایز فردی تحمل عاطفه منفی، پذیرش مثبت تغییر و روابط ایمن، کنترل و تأثیرات معنوی می باشد. پایایی این پرسش نامه در ایران توسط محمدی (۱۳۸۹) هنجاریابی شده است، برای محاسبه ی پایایی از روش آلفای کرونباخ استفاده شد که ضریب پایایی برابر ۰/۸۹ است. روایی آن به شیوه ی تحلیل عاملی برابر با ۰/۸۷ به دست آمد (۶۵). در پژوهش حاضر پایایی به روش آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۹۲ و زیر مقیاس ها در دامنه ای بین ۰/۷۸ تا ۰/۸۹ به دست آمد.

مقیاس فراهیجان میتمنسگرابر و همکاران: این مقیاس که توسط میتمنسگرابر و همکاران در سال ۲۰۰۹ طراحی گردیده است، دارای ۲۸ گویه و شش خرده مقیاس می باشد که در کل دو بعد فراهیجان مثبت (شفقت و علاقه) و منفی (خشم، شرم / تحقیر، کنترل فکر و بازداری) را مورد ارزیابی قرار می دهد. حداقل و حداکثر نمره حاصل در پرسش نامه براساس لیکرت پنج درجه ای برابر ۲۸ و ۱۶۸ می باشد (۴۲،۶۶). ضریب پایایی گزارش شده توسط سازندگان این پرسش نامه با استفاده ضریب آلفای کرونباخ برای بعد فراهیجان مثبت ۰/۹۱ و برای فراهیجان منفی ۰/۸۵ گزارش شده است. ضریب همبستگی این مقیاس با پرسش نامه شخصیت نئو، مقیاس عاطفه مثبت و منفی، پرسش نامه افسردگی بک و پرسش نامه فراشناخت معنا دار به دست آمده است و توسط رضایی، پارسایی، نجاتی، نیک آمال و هاشمی زینبی (۱۳۹۳) برای استفاده در فرهنگ ایرانی، ترجمه، روا و پایا گردیده است. آن ها از ضریب آلفای کرونباخ برای بررسی پایایی و از روش تحلیل عامل تأییدی و همبستگی مقیاس فراهیجان با هوش عاطفی برای بررسی روایی پرسش نامه استفاده کردند. نتایج پژوهش آن ها نشان داد ضریب آلفای کرونباخ در خرده مقیاس فراهیجان مثبت ۰/۸۷ و در خرده مقیاس فراهیجان منفی ۰/۷۰ و برای کل مقیاس ۰/۸۹ می باشد و پرسش نامه با دو عامل از برازش عاملی قابل قبولی برخوردار است (۵۲). در پژوهش حاضر پایایی به روش آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۹۲ و زیر مقیاس ها در دامنه ای بین ۰/۷۴ تا ۰/۹۷ به دست آمد.

پرسش نامه توانمندی روانی زنان باردار کامدو: این ابزار دارای ۲۷ سؤال در ۵ بعد می باشد که شامل ابعاد



سابقه ابتلا به بیماری یا عارضه خاص در بارداری ها یا زایمان های قبلی بودند.

جدول ۱. توزیع نمونه آماری پژوهش بر اساس اطلاعات جمعیت شناختی (n=۳۳۴)

نام متغیر	میانگین (انحراف معیار)	تعداد، فراوانی (درصد)
سن (سال)	۲۸/۸۱۱ (۶/۴۱)	
سن بارداری (هفته)	۱۴/۳۱۱ (۳/۶۱)	
سطح تحصیلات	ابتدایی	۸ (۲/۴)
	راهنمایی	۴۰ (۱۲)
	دبیرستان	۵۹ (۱۷/۷)
	دیپلم و فوق دیپلم	۱۲۶ (۳۷/۷)
	کارشناسی	۹۲ (۲۷/۵)
	تحصیلات تکمیلی	۹ (۲/۷)
وضعیت اشتغال	خانه دار	۲۶۹ (۸۰/۵)
	شاغل	۶۵ (۱۹/۵)
	عدم اشتغال	۲۶۹ (۸۰/۵)
سطح استرس محیط کاری در شاغلین	کم	۴۴ (۱۳/۲)
	متوسط	۱۹ (۵/۷)
	زیاد	۲ (۰/۶)
وجود استرس زیاد در محیط زندگی و وضعیت اقتصادی	بلی	۴۳ (۱۲/۹)
	خیر	۲۹۱ (۸۷/۱)
	ضعیف	۱۰۴ (۳۱/۱)
	متوسط	۱۸۶ (۵۵/۷)
تعداد بارداری	خوب	۴۴ (۱۳/۲)
	بارداری اول	۱۴۰ (۴۱/۹)
	بارداری دوم	۱۰۳ (۳۰/۸)
	بارداری سوم	۶۴ (۱۹/۲)
خواسته یا ناخواسته بودن بارداری	بارداری چهارم یا بیشتر	۲۷ (۸/۱)
	خواسته بودن بارداری	۲۷۰ (۸۰/۸)
	ناخواسته بودن بارداری	۶۴ (۱۹/۲)
سابقه سقط یا مردهزایی در بارداریهای قبلی	بلی	۷۵ (۲۲/۵)
	خیر	۲۵۹ (۷۷/۵)
سابقه ابتلا به بیماری یا عارضه خاص در بارداریها یا زایمانهای قبلی	بلی	۳۳ (۹/۹)
	خیر	۳۰۱ (۹۰/۱)
ابتلا به بیماری یا عارضه خاص در بارداری فعلی	بلی	۱۲ (۳/۶)
	خیر	۳۲۲ (۹۶/۴)

در (جدول ۲) میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش و مولفه های آن ها مشاهده می شود.

جدول ۲. شاخص های آمار توصیفی متغیرهای تحقیق (n=۳۳۴)

نام متغیر	کمترین مقدار	بیشترین مقدار	میانگین	انحراف معیار
پیشانی روانشناختی	۲۸	۱۹۱	۸۰/۲۵	۲۵/۶۴۳
استرس	۷	۵۵	۲۸/۳۴	۹/۲۶۶
ادراک منفی از استرس	۱	۳۱	۱۲/۵۹	۵/۲۳۸
ادراک مثبت از استرس	۲	۲۷	۱۵/۷۵	۴/۸۴۶
اضطراب	۱۷	۱۱۸	۴۴	۱۶/۵۴۵
ترس از تغییرات در زندگی شخصی مادر	۳	۲۱	۷/۰۲	۴/۲۶۲
ترس از زاییدن بچه توان خواه	۴	۲۸	۱۰/۶۹	۵/۴۱۱
ترس از زایمان	۳	۲۱	۱۰/۳۷	۶/۰۳۳
ترس از تغییرات خلق و خو	۳	۲۱	۷/۲۸	۴/۷۴۶
ترس از تغییر در روابط زناشویی	۴	۲۷	۸/۶۵	۴/۴۱۹
افسردگی	۱	۲۵	۷/۹۲	۴/۸۹۸
توانمندسازی	۴۲	۱۰۸	۸۱/۱۳	۱۰/۸۴۶
خودکارآمدی	۶	۲۴	۱۷/۷۶	۲/۹۷۴
تصویر از آینده	۶	۲۴	۱۸/۱۹	۲/۷۰۳
عزت نفس	۱۰	۲۸	۲۰/۸۵	۳/۲۷۷
لذت اضافه شدن یک فرد به خانواده	۴	۱۶	۱۲/۵۷	۱/۸۷۷
حمایت و تایید دیگران	۴	۱۶	۱۱/۷۶	۲/۰۶۳
تابآوری	۲۳	۹۹	۶۱/۵۱	۱۳/۹۷۲
تصور از شایستگی فردی	۶	۳۲	۱۸/۸۷	۵/۱۲۱
اعتماد به غرایز فردی	۵	۲۸	۱۵/۶۲	۴/۲۰۷
پذیرش مثبت تغییر	۵	۲۰	۱۳/۰۷	۲/۷۷۷
کنترل	۰	۱۲	۷/۵۲	۲/۰۱۹
تأثیرات معنوی	۰	۸	۶/۴۳	۱/۳۴
ذهنآگاهی	۷۳	۱۷۲	۱۲۷/۹۶	۱۶/۱۸۸
مشاهده	۱۶	۴۰	۲۸/۶	۴/۸۷۷
توصیف	۱۵	۳۷	۲۷/۲۴	۴/۰۷۶
عمل با آگاهی	۱۱	۳۸	۲۴/۹۱	۵/۱۵۳
عدم قضاوت	۸	۳۵	۲۴/۲۸	۳/۸۴۹
عدم واکنش	۷	۳۵	۲۲/۹۳	۴/۶۷
فراهیجان	۴۲	۱۳۵	۱۰۶/۱۷	۱۳/۰۲۹
خشم	۴	۲۴	۱۲/۰۷	۴/۰۲۹
شرم	۹	۳۰	۱۸/۵۸	۴/۴۸۵
سرکوب	۲	۱۲	۷/۶	۲/۰۰۶

۴/۳۹۸	۱۹/۳۴	۳۰	۸	کنترل فکر
۱۲/۰۴۲	۵۷/۵۸	۸۷	۲۳	فراهیجان منفی
۷/۲۷۹	۲۷/۵۷	۴۲	۷	شفقت
۳/۶۲۲	۲۱/۰۲	۳۰	۵	علاقه
۱۰/۰۵۲	۴۸/۵۹	۷۲	۱۳	فراهیجان مثبت

رابطه با بررسی روایی واگرا، از آزمون فورنل لارکر استفاده شد (جدول ۳). طبق آزمون فورنل-لارکر، یک متغیر پنهان در مقایسه با سایر متغیرهای پنهان، باید پراکندگی بیش تری را در بین نشانگرهای خود داشته باشد. همچنین جذر میانگین واریانس استخراج شده هر متغیر پنهان باید بیش تر از حداکثر همبستگی آن متغیر با دیگر متغیرهای پنهان مدل باشد (۶۹). همان گونه که در جدول ۳ مشاهده می شود، بر اساس نتایج به دست آمده از همبستگی ها و جذر AVE که بر روی قطر این جدول قرار داده شده است، می توان روایی افتراقی سازه های مدل را از نظر معیار فورنل-لارکر نتیجه گرفت که این امر حاکی از قابل قبول بودن روایی واگرای سازه ها است و در مجموع برآزش مناسب مدل های اندازه گیری تایید شد.

در این پژوهش به منظور بررسی برآزش مدل از نسخه ۲ نرم افزار Smart PLS و روش دو مرحله ای حداقل مربعات جزئی برای تحلیل داده ها استفاده شده است. تحلیل مدل در روش معادلات ساختاری با رویکرد حداقل مربعات جزئی در سه بخش برآزش مدل های اندازه گیری، برآزش مدل ساختاری و برآزش مدل کلی انجام می شود. برای بررسی برآزش مدل اندازه گیری پژوهش، مقادیر بارهای عاملی؛ آلفای کرونباخ؛ پایایی ترکیبی، روایی همگرا و واگرا مورد توجه و تحلیل قرار گرفته است. نتایج به دست آمده از آزمون های پایایی مدل، بیانگر آلفای کرونباخ بالاتر از ۰/۷ و همچنین پایایی ترکیبی بالاتر از ۰/۷ در کلیه متغیرها بود. همچنین آزمون های روایی همگرای مدل حاکی از معنادار بودن کلیه بارهای عاملی ( $>0/4$ ) بود. میانگین واریانس استخراجی (AVE) در کلیه متغیرها بزرگ تر از ۰/۵ بود.

جدول ۳. ماتریس سنجش روایی واگرا به روش Fornell و Larcker

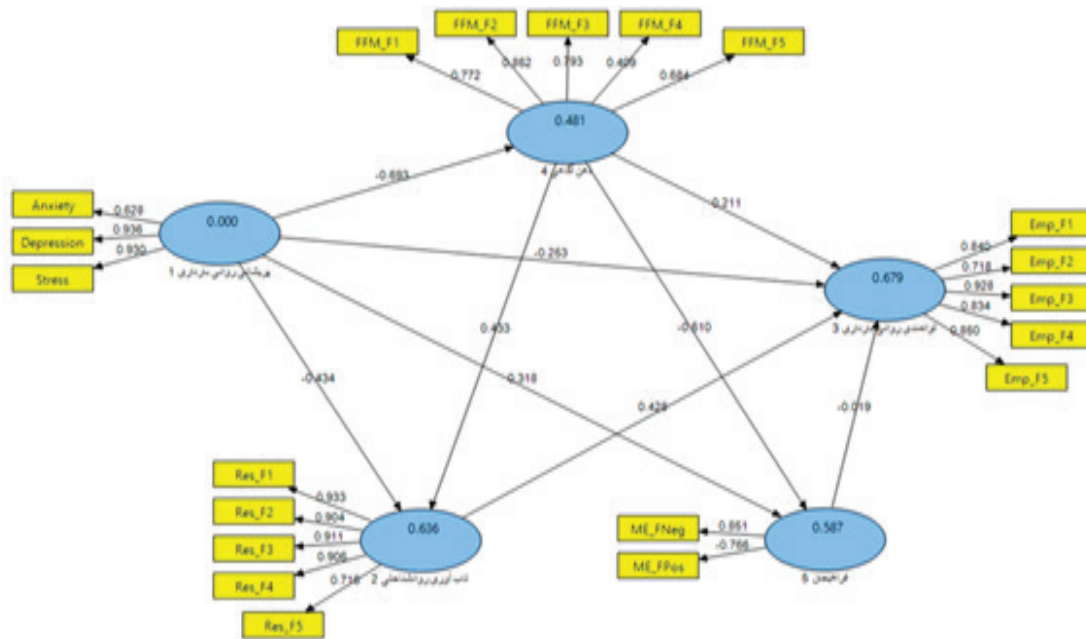
نام متغیر	پریشانی روانی بارداری	تاب آوری روانی	توانمندسازی روانی	ذهن آگاهی	فراهیجان
پریشانی روانی بارداری	۰/۸۴۴				
تاب آوری روانشناختی	-۰/۷۳۴	۰/۸۷۸			
توانمندسازی	-۰/۷۲۶	۰/۷۷۹	۰/۸۳۷		
ذهن آگاهی	-۰/۶۹۳	۰/۷۱۴	۰/۷۱۴	۰/۷۳۲	
فراهیجان	۰/۶۷۲	-۰/۵۷۶	-۰/۵۹	-۰/۷۲۱	۰/۸۱۰

تی در سطح معناداری ۰/۰۵، مقدار ۱/۹۶ می باشد. همانطور که در (شکل ۳) مشاهده می شود، تمامی ضرایب مسیر در مدل ساختاری به استثنای ضریب مسیر فراهیجان به توانمندی روانی (۰/۱۹-) در حد قابل قبول یعنی بالاتر از ۰/۲ قرار دارند. هم چنین طبق (شکل ۴) در میان مقادیر آماره تی در خروجی مدل فقط مقدار آماره تی مربوط به مسیر فراهیجان به توانمندی روانی در مدل پژوهشی کم تر از ۱/۹۶ بود و بنابراین به لحاظ آماری معنادار نبود. در کل نتایج حاصل از آزمون معناداری مدل بیانگر موارد زیر است:

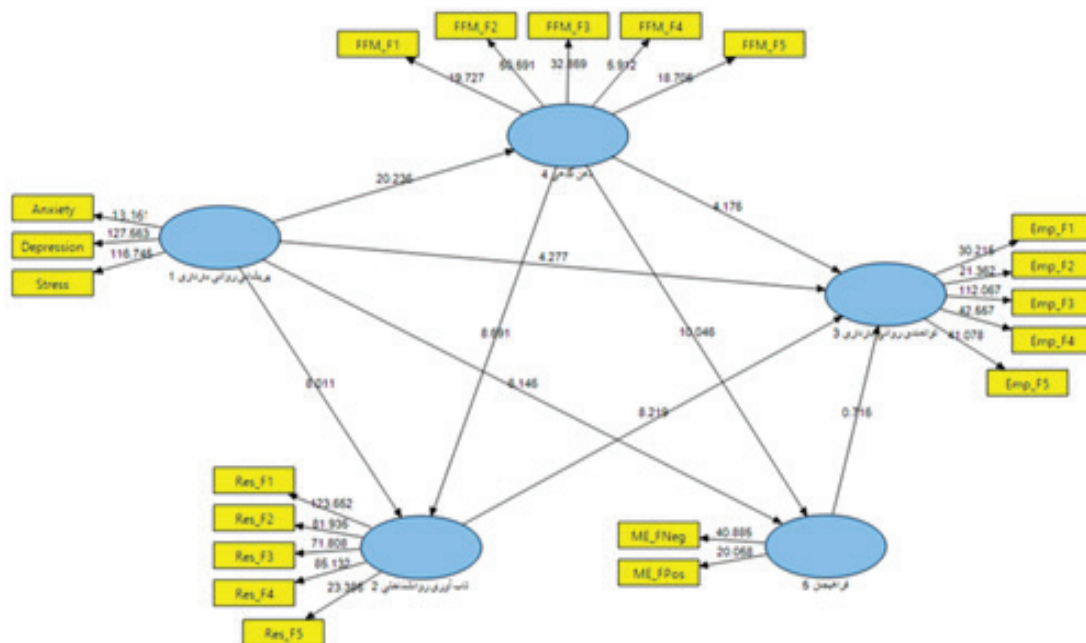
بعد از سنجش روایی و پایایی مدل اندازه گیری، مدل ساختاری تعیین شده از طریق روابط بین متغیرهای مکنون مورد ارزیابی قرار می گیرد؛ بنابراین ضرایب مسیر و مقادیر واریانس تبیین شده ( $R^2$ ) متغیرهای درون زا (وابسته) مورد بررسی قرار گرفت. هر ضریب مسیر در مدل ساختاری را می توان معادل یک ضریب بتای استاندارد شده PLS در رگرسیون های حداقل مربعات معمولی در نظر گرفت که حد قابل قبول آن بالاتر از ۰/۲ است (۷۰). در شکل های ۴ و ۳، ضرایب استاندارد شده ( $\beta$ ) و ضرایب معناداری (t) مدل پژوهشی نشان داده شده است. حداقل مقدار برای آماره

باشد. طبق یافته ها، ذهن آگاهی نیز می تواند تبیین کننده ی تاب آوری ( $\beta=۰/۴۳۳$ ،  $t=۸/۶۹۱$ ) و فراهیجان ( $\beta=-۰/۵۱۰$ ،  $t=۱۰/۰۴۶$ ) ای تاب آوری، ذهن آگاهی و فراهیجان میان پریشانی روان شناختی و توانمندی روانی از آزمون سوپل استفاده گردید که نتایج آن در (جدول ۴) قابل مشاهده است.

متغیرهای پریشانی روان شناختی ( $\beta=-۰/۲۵۳$ ،  $t=۴/۲۷۷$ ) تاب آوری ( $\beta=۰/۴۲۸$ ،  $t=۸/۲۱۹$ ) و ذهن آگاهی ( $\beta=۰/۲۱۱$ ) می توانند واریانس توانمندی روانی را تبیین کنند. هم چنین پریشانی روان شناختی می تواند تبیین کننده ی تاب آوری ( $\beta=-۰/۴۳۴$ ،  $t=۸/۰۱۱$ )، ذهن آگاهی ( $\beta=۰/۳۱۸$ ،  $t=۶/۱۴۶$ ) و فراهیجان ( $\beta=-۰/۶۹۳$ ،  $t=۲۰/۲۳۶$ )



شکل ۳: مدل برونداد نقش واسطه ای ذهن آگاهی، تاب آوری و فراهیجان در رابطه بین پریشانی روان شناختی و توانمندی روانی (ضرایب استاندارد شده)



شکل ۴: مدل برونداد نقش واسطه ای ذهن آگاهی، تاب آوری و فراهیجان در رابطه بین پریشانی روان شناختی و توانمندی روانی (ضرایب معناداری)

کیفیت قوی مولفه های ذهن آگاهی (۰/۵۳۸) و تاب آوری (۰/۷۶۵) است. بنابراین نتایج نشان می دهند که شاخص های بسیار مناسبی برای اندازه گیری متغیرها، از ادبیات استخراج شده است. هم چنین نتایج بدست آمده از شاخص های روایی متقاطع افزونگی نیز در مقایسه با مقادیر مذکور، بیانگر کیفیت مطلوب مدل ساختاری پژوهش می باشد و نشانگر آن است که متغیرهای ذهن آگاهی و تاب آوری با کیفیت مناسبی میتوانند تغییرات توانمندی روانی را پیش بینی کنند. متغیر تاب آوری به لحاظ نقشی که در کیفیت مدل ساختاری دارد، از کیفیت قوی برخوردار است و متغیر ذهن آگاهی نیز کیفیتی نسبتاً متوسط دارد اما متغیر فراهیجان تاثیر معناداری در پیش بینی تغییرات توانمندی روانی نداشت.

مطابق با یافته ها، تاب آوری و ذهن آگاهی می توانند میان پریشانی روان شناختی و توانمندی روانی با سطح معناداری ۰/۰۵، نقش میانجی داشته باشند. بر اساس نتایج حاصله از آزمون  $R^2$ ، متغیرهای پریشانی روانی، ذهن آگاهی و تاب آوری روی هم رفته ۶۷/۹ درصد از تغییرات توانمندی روانی را تبیین می کنند که این مقدار در مقایسه با سه مقدار (۰/۱۹، ۰/۳۳، ۰/۶۷) تعیین شده توسط (۷۰) چاین، قوی ارزیابی می شود. جهت سنجش کیفیت مدل اندازه گیری از شاخص روایی متقاطع اشتراکی (CV.Com) و برای سنجش کیفیت مدل ساختاری از شاخص روایی متقاطع افزونگی (CV.Red) استفاده شد که در (جدول ۵) قابل مشاهده است. مقادیر به دست آمده از CV.Com در مقایسه با مقادیر تعیین شده (۰/۰۲) ضعیف، ۰/۱۵ متوسط، ۰/۳۵ قوی) توسط (۷۱) هنسلر، رینگل و سنکوویکز بیانگر

جدول ۴. اثرات متغیر برون زا بر متغیرهای درونزا و مقادیر کیفیت مدل ساختاری

نام مسیر	اثر مستقیم ( $\beta$ )	خطای معیار	T-Value	ضریب تعیین ( $R^2$ )	CV Red ( $Q^2$ )	CV Com
تاب آوری روانی	-	-	-	۰/۶۳۶	۰/۴۸۲	۰/۷۶۵
پریشانی روانی بارداری ← تابآوری روانی	-۰/۴۳۴	-۰/۰۵۴	۸/۰۱۱			
ذهن آگاهی ← تابآوری روانی	۰/۴۳۳	۰/۰۵	۸/۶۹۱			
توانمندی روانی	-	-	-	۰/۶۷۹	۰/۴۵۸	۰/۶۹۱
پریشانی روانی بارداری ← توانمندی روانی	-۰/۲۵۳	۰/۰۵۹	۴/۲۷۷			
تاب آوری روانی ← توانمندی روانی	۰/۴۲۸	۰/۰۵۲	۸/۲۱۹			
ذهن آگاهی ← توانمندی روانی	۰/۲۱۱	۰/۰۵	۴/۱۷۶			
فراهیجان ← توانمندی روانی	-۰/۰۱۹	۰/۰۲۷	۰/۷۱۶			
ذهن آگاهی	-	-	-	۰/۴۸۱	۰/۲۴۹	۰/۵۳۸
پریشانی روانی بارداری ← ذهن آگاهی	-۰/۶۹۳	-۰/۰۳۴	۲۰/۲۳۶			
فراهیجان	-	-	-	۰/۵۸۷	۰/۳۶۹	۰/۶۵۰
پریشانی روانی بارداری ← فراهیجان	۰/۳۱۸	۰/۰۵۲	۶/۱۴۶			
ذهن آگاهی ← فراهیجان	-۰/۵۱	۰/۰۵۱	۱۰/۰۴۶			

$$GOF = \sqrt{0.672 \times 0.596} = 0.633$$

در (جدول ۵)، خلاصه ی یافته های پژوهش در رابطه با روابط متغیرها در مدل ساختاری پژوهش نشان داده شده است. همانطور که در جدول مشاهده می شود

جهت سنجش کیفیت مدل کلی نیز از شاخص GOF استفاده شد. در پژوهش حاضر، مقدار برآمده از این شاخص، ۰/۶۳۳ می باشد که از طریق فرمول زیر به دست آمد و در مقایسه با سه مقدار ذکر شده توسط چین که پیش تر اعلام شد، قوی ارزیابی می شود.

فقط مسیرهای ساختاری فراهیجان به توانمندی روانی  $(\beta=-0/019, t=0/716)$  و اثر علی پریشانی روان شناختی  $(\beta=-0/006, t=0/690)$  در مدل پژوهشی تایید نشد.

جدول ۵. نتایج بررسی اثرات مستقیم و غیرمستقیم متغیرها و مسیرهای ساختاری در مدل ساختاری پژوهش (با رویکرد PLS)

تایید فرضیه	ضرایب استاندارد شده ( $\beta$ )	آماره t-value	مسیر ساختاری
تایید	-0/253	4/277	پریشانی روانشناختی ← توانمندی روانی
تایید	0/211	4/176	ذهن آگاهی ← توانمندی روانی
تایید	0/428	8/219	تابآوری روانشناختی ← توانمندی روانی
رد	-0/019	0/716	فراهیجان ← توانمندی روانی
تایید	0/433	8/691	ذهن آگاهی ← تاب آوری روانشناختی
تایید	-0/51	10/046	ذهن آگاهی ← فراهیجان
تایید	-0/146	4/128	پریشانی روانشناختی ← ذهن آگاهی ← توانمندی روانی
تایید	-0/186	5/729	پریشانی روانشناختی ← تاب آوری روانشناختی ← توانمندی روانی
رد	-0/006	0/690	پریشانی روانشناختی ← فراهیجان ← توانمندی روانی
تایید	0/185	5/945	ذهن آگاهی ← تاب آوری روانشناختی ← توانمندی روانی
رد	0/010	0/699	ذهن آگاهی ← فراهیجان ← توانمندی روانی

### بحث

هایی است که در این راستا انجام گرفته است (۱،۵،۱۱،۱۳)؛ در تعدادی از مقالات، بین افسردگی و توانمندی روانی زنان باردار ارتباط منفی معناداری به دست آمده است (۵،۱۱)؛ به عنوان مثال گارسیا و بیسم (۲۰۱۷) بررسی منظمی را در مورد مطالعات مربوط به توانمندسازی زنان در دوران بارداری و بعد از زایمان انجام دادند. آن ها یافته های ۲۷ مقاله مرتبط را با تمرکز بر علائم افسردگی دوران بارداری و بعد از زایمان یا تولد زودرس بررسی کردند. یافته های تمام مطالعات بررسی شده بیانگر وجود ارتباط معنی دار منفی بین توانمندسازی و علائم افسردگی بود (۵۷،۵۸). در تبیین این یافته می توان گفت که گر چه شواهد کمی در مورد ارتباط توانمندی زنان و پریشانی روانی وجود دارد اما ارتباط بین این دو عامل به دلایل مختلف قابل قبول است (۸)؛ زیرا به نظر می رسد پریشانی روان شناختی دارای آثار منفی بر مولفه های توانمندی روانی زنان باردار مانند کاهش خودکارآمدی، عزت نفس و امیدواری است (۱۸،۱۱) و بر همین اساس رابطه منفی میان پریشانی روان شناختی و توانمندسازی روانی زنان باردار توجیه می گردد. همچنین نتایج بیانگر آن بود که ذهن آگاهی با توانمندی روانی زنان باردار رابطه علی مستقیم دارد. طبق دانش ما، تاکنون رابطه میان ذهن آگاهی و توانمندی روانی زنان باردار مورد بررسی قرار نگرفته است و به همین دلیل تحقیق همسانی یافت نشد، البته یافته های تحقیق زرین نجات و

پژوهش حاضر با هدف تدوین مدل توانمندسازی روانی زنان باردار بر اساس نقش پریشانی روان شناختی و میانجی گری ذهن آگاهی، تاب آوری و فراهیجان انجام گرفت. طبق بررسی ما، این اولین پژوهشی است که الگوی توانمندسازی روانی زنان باردار را ارائه می دهد. تحلیل مدل با روش مدل یابی معادلات ساختاری بیانگر برآزش مناسب مدل پیشنهادی بود. نتایج حاصل، نشان داد که متغیرهای پریشانی روان شناختی، ذهن آگاهی و تاب آوری قادرند بخش مهمی (۶۷/۹ درصد) از تغییرات توانمندی روانی زنان باردار را تبیین کنند، همچنین رابطه علی مستقیم ذهن آگاهی با تاب آوری و فراهیجان تایید شد، در مجموع فقط مسیر فراهیجان به توانمندی روانی در مدل پژوهشی معنادار نشد و به تبع عدم معنی داری این مسیر مستقیم، مسیرهای غیرمستقیم پریشانی روان شناختی به توانمندی روانی و ذهن آگاهی به توانمندی روانی با میانجی گری فراهیجان نیز معنادار نشد. بنابراین تنها اثر مستقیم و نقش میانجی فراهیجان بر توانمندی روانی در مدل تایید نشد. نتایج این پژوهش موید رابطه علی منفی و معنادار پریشانی روان شناختی با توانمندی روانی بود، اگر چه ما در بررسی پیشینه پژوهشی نتوانستیم مقاله ای در رابطه با بررسی ارتباط میان پریشانی روان شناختی و توانمندی روانی زنان باردار پیدا کنیم اما یافته های ما همسو با محدود پژوهش

نمود که همخوان با نتایج تحقیقات جعفری شالکوهی، اسدی مجره و اکبری (۱۳۹۸)، طاهری فرد و میکاییلی (۱۳۹۸)، صدقی و همکاران (۱۳۹۷)، میرمهودی و رضاعلی (۱۳۹۷) و صدیقی ارفعی و همکاران (۱۳۹۵) می باشد. در تبیین این یافته می توان گفت که ذهن آگاهی با افزایش آگاهی فرد از تجربیات لحظه حال و برگرداندن توجه به سیستم شناختی و پردازش کارآمدتر اطلاعات، باعث کاهش نگرانی، برانگیختگی فیزیولوژیک و اضطراب تجربیات لحظه حال و در نتیجه افزایش ظرفیت مقابله ای و تاب آوری فرد می شود (۴۴). در واقع ذهن آگاهی به واسطه کاهش تنش ماهیچه ای باعث تغییر رابطه فرد با تجارب درونیش و توجه به پاسخ های مضطرب کننده می گردد و کمک می کند تا به جای اجتناب، تشویق به مواجه و پذیرش آن ها شود، در نتیجه این موضوع زمینه را برای کاهش نگرانی و افزایش تاب آوری فرد فراهم می کند (۴۱). بر همین اساس افزایش میزان تاب آوری زنان باردار به دنبال افزایش ذهن آگاهی آنان توجیه می شود.

یافته ی دیگر مطالعه حاکی از وجود رابطه ی معکوس ذهن آگاهی با فراهیجان زنان باردار بود. اگر چه طبق جستجوی ما، تاکنون رابطه ذهن آگاهی با فراهیجان در بارداری مورد بررسی قرار نگرفته است و به همین دلیل تحقیق همسویی در این رابطه یافت نشد اما تحقیقات روزافزون نشان می دهد که ارتقای ذهن آگاهی راهبرد مهمی است که می تواند هیجانهای منفی در حاملگی را کاهش دهد و به بهبود مولفه های فراهیجان در افراد کمک کند (۲۴، ۳۳، ۳۶، ۳۷). در تبیین این یافته می توان گفت برخی تحقیقات نشان داده اند که ذهن آگاهی قادر است پاسخ دهی افراد به موقعیت های فشارزا و هیجانی را تعدیل کند. هم چنین نقش ذهن آگاهی در کاهش واکنش پذیری و بهبود خودنظم بخشی هیجانی در برابر موقعیت های تنش زا تایید شده است. افراد دارای مهارت بالای ذهن آگاهی علاوه بر سعی در پذیرش هیجان های منفی و تحمل آن، مکانیسم گذار از آن را می آموزند و با انجام تمرینات ذهن آگاهی آن را به سبک خودکار ذهن خود تبدیل می کنند که در نهایت منجر به فاصله گیری از هیجانهای منفی، کاهش نشخوار فکری و ایجاد هیجان مثبت می شود (۴۲). بنابراین انتظار می رود زنان باردار برخوردار از ذهن آگاهی بالاتر بتوانند به نحو موثری هیجانهای ثانویه منفی خود مانند خشم و سرکوب را مدیریت نمایند و فراهیجان مثبت خود را تقویت

همکاران (۲۰۲۰) نشان داد که افزایش ذهن آگاهی در زنان باردار می تواند به کاهش اضطراب و افزایش خودکارآمدی آنان کمک کند که هم راستا با نتایج ما بود. در تبیین این یافته می توان اظهار نمود که ذهن آگاهی مستلزم توجه آگاهانه به زمان و مکان حاضر همراه با عدم قضاوت و پذیرش تجربیات درونی و بیرونی می باشد؛ بنابراین فرد درگیر افکار مرتبط با گذشته و نگرانی های آینده نمی شود و در نتیجه می تواند به آرامش دست یابد، همچنین نتایج تعدادی از مطالعات بیانگر آن است که افزایش ذهن آگاهی می تواند به بهبود خلق و خوی دوران بارداری، افزایش عزت نفس؛ هیجان مثبت؛ خوش بینی و رضایت از زندگی کمک کند (۳۴، ۳۵). پس به نظر می رسد ذهن آگاهی می تواند در ارتقای مولفه های توانمندی روانی یعنی افزایش خودکارآمدی، عزت نفس و امیدواری کارآمد باشد، بنابراین رابطه مستقیم بین ذهن آگاهی و توانمندی روانی زنان باردار منطقی می باشد.

از سایر یافته های پژوهش، تایید رابطه ی مستقیم تاب آوری با توانمندی روانی زنان باردار بود. اگر چه ما موفق به یافتن مطالعه همسانی در این زمینه نشدیم اما این یافته به نوعی در راستای نتایج پژوهش های ایلسکا و همکاران (۲۰۲۰)، زوامی و همکاران (۲۰۱۹)، گارسیا - لئون و همکاران (۲۰۱۹) و ژنگ و همکاران (۲۰۲۰) بود؛ زیرا یافته های آنها موید تاثیر مثبت تاب آوری در افزایش سلامت روان و کاهش هیجان های منفی زنان باردار و هماهنگ با نتایج پژوهش حاضر بود. در تبیین این یافته می توان اظهار کرد که در دوران بارداری، اتخاذ یک روش مقابله ای مناسب، می تواند فشارهای ناشی از عوامل استرس زا را به حداقل ممکن برساند یا حتی جلوگیری کند (۴۵). زنان باردار برخوردار از تاب آوری بالاتر، می توانند در مواجهه با چالش های دوران بارداری و موقعیت های دشوار، به نحو موثرتری عمل نمایند. در واقع، تاب آوری می تواند بر افزایش خودکارآمدی فرد برای غلبه بر استرس، توانایی های مقابله ای، عزت نفس، ثبات عاطفی و حمایت اجتماعی تاثیرگذار باشد (۳۵)، همچنین معنویت که یکی از مولفه های تاب آوری است، می تواند به افزایش توانمندی زنان باردار کمک کند (۴)؛ بنابراین رابطه مستقیم تاب آوری با توانمندی روانی قابل توجیه می باشد.

از دیگر یافته های پژوهش می توان به تایید رابطه علی مستقیم ذهن آگاهی با تاب آوری روانی زنان باردار اشاره

و در نتیجه به عنوان یک عامل واسطه ای موثر در رابطه میان پریشانی روان شناختی و توانمندی روانی زنان باردار ایفای نقش نماید.

همچنین نتایج پژوهش موید رابطه ی معکوس پریشانی روان شناختی با تاب آوری و نقش واسطه ای آن در رابطه ی میان پریشانی روان شناختی با توانمندی روانی زنان باردار بود. نتایج ما در مورد رابطه ی معکوس پریشانی روان شناختی با تاب آوری با یافته های مطالعات قبلی مطابقت داشت (۲۲،۴۷). اگر چه مطالعات کمی در مورد تأثیر تاب آوری بر پریشانی روان شناختی در زنان باردار انجام شده است (۱۹). اما نتایج تعدادی از تحقیقات نشان می دهد که منابع فردی از جمله تاب آوری، عاملی مهم در کاهش میزان پریشانی روان شناختی مادر است (۴۷). در ارتباط با نقش واسطه ای تاب آوری در رابطه ی میان پریشانی روان شناختی با توانمندی روانی زنان باردار، طبق دانش ما تحقیق همسانی برای آن یافت نشد و قبلاً به محدود مطالعات موجود در ارتباط با بررسی رابطه ی تاب آوری با توانمندی زنان اشاره شد. در تبیین این یافته می توان اظهار کرد که تحقیقات در دوران بارداری نشان می دهد که هر چه زنان از انعطاف پذیری بیش تری برخوردار باشند، بهتر می توانند با وقایع استرس زای ناشی از بارداری مقابله کنند (۴۵). طبق نتایج تحقیقات مختلف به نظر می رسد که سطح تاب آوری روان شناختی با شدت استرس؛ اضطراب و افسردگی رابطه ی معکوس دارد (۲۲،۴۸) و می تواند یک عامل محافظت کننده مستقیم و غیرمستقیم برای اضطراب و افسردگی ناشی از استرس بارداری در دوره قبل از تولد باشد (۱۹)، از سوی دیگر قبلاً بیان شد که تاب آوری می تواند بر افزایش خودکارآمدی فرد برای غلبه بر استرس، توانایی های مقابله ای، عزت نفس، ثبات عاطفی و حمایت اجتماعی تأثیرگذار باشد (۳۵)، بنابراین منطقی است که تاب آوری روان شناختی بتواند به عنوان یک عامل میانجی در تعدیل آثار مخرب پریشانی روانی و بهبود توانمندی روانی در زنان باردار نقش آفرین باشد.

دیگر یافته ها بیانگر وجود رابطه ی مثبت و معنادار میان پریشانی روان شناختی با فراهیجان و عدم تأیید نقش مستقیم و واسطه ای فراهیجان در رابطه بین پریشانی روان شناختی و توانمندی روانی زنان باردار بود که تحقیق همسانی برای آن ها پیدا نشد. در همین راستا نتایج یک بررسی اجمالی توسط متاآنالیز ۷۰ مطالعه نشان داد

کنند. البته با توجه به این که در مدل پژوهش حاضر بُعد منفی فراهیجان سهم بیش تری در تبیین متغیر فراهیجان داشت و بار عاملی آن مثبت شد در حالی که بُعد مثبت فراهیجان از بار عاملی کم تر و منفی برخوردار بود و یافته ها بیانگر وجود رابطه ی مستقیم بین فراهیجان و پریشانی روان شناختی بود، بنابراین رابطه ی معکوس ذهن آگاهی با فراهیجان منطقی به نظر می رسد.

یافته های دیگر مطالعه تأییدکننده ی رابطه علی منفی پریشانی روان شناختی با ذهن آگاهی و نقش واسطه ای ذهن آگاهی در رابطه ی بین پریشانی روان شناختی و توانمندی روانی زنان باردار بود. وجود رابطه ی منفی و معنادار پریشانی روان شناختی با ذهن آگاهی در پژوهش ما مطابق با نتایج تحقیقات قبلی می باشد (۱۶،۲۴،۳۰،۳۲). در واقع، استرس، اضطراب و افسردگی می تواند منجر به کاهش ذهن آگاهی شود؛ در حالی که ذهن آگاهی یک چارچوب متعادل ذهنی است که از بزرگ نمایی های هیجانی ناگوار جلوگیری می کند و فرصتی فراهم می سازد که فرد از حالت های هیجانی ناخوشایند و بروز هیجان های ناپایدار فاصله بگیرد (۳۱) و به تعدیل واکنش عاطفی و کنار آمدن با تجربیات، احساسات و افکار ناخوشایند کمک می کند (۱۶). در ارتباط با نقش واسطه ای ذهن آگاهی در رابطه بین پریشانی روان شناختی با توانمندی روانی زنان باردار، پژوهش همسانی برای مقایسه نتایج یافت نشد. در تبیین این نتیجه می توان گفت گزارشات چند مطالعه ای که اخیراً منتشر شده اند مطرح کننده ی آن است که مداخلات مبتنی بر ذهن آگاهی در دوران بارداری اثرات مثبت امیدوارکننده ای بر کاهش پریشانی روانی مادر دارد (۲۴). چندین مطالعه قبلی در مورد استرس، افسردگی و اضطراب، تأییدکننده ی نقش مثبت ذهن آگاهی در کاهش علائم روان شناختی و استرس ادراک شده می باشد و نشان می دهد که سطح بالاتر "عدم قضاوت" و "عدم واکنش"، پیش بینی کننده ی سطح پایین افسردگی، اضطراب و علائم مرتبط با استرس است (۳۰). نتایج تعدادی از مطالعات نیز بیانگر آن است که افزایش ذهن آگاهی می تواند به بهبود خلق و خوی دوران بارداری، افزایش عزت نفس؛ هیجان مثبت؛ خوش بینی و رضایت از زندگی کمک کند (۳۴)، بنابراین منطقی است که ذهن آگاهی بتواند با کاهش هیجانات منفی؛ افزایش توجه و ارزیابی شناختی مناسب تر به افزایش هیجانات مثبت؛ خودکارآمدی؛ عزت نفس و امیدواری مادر باردار کمک کند



توان اظهار نمود که نتایج بعضی تحقیقات نشان می دهد که آموزش ذهن آگاهی می تواند بر راهبردهای تنظیم هیجان زنان باردار مؤثر باشد (۳۸). انواع هیجان هایی که می توانند به عنوان فراهیجان شناخته شوند، عبارتند از: عصبانیت، شفقت، علاقه، تحقیر / شرم، کنترل و سرکوب (۵۳) که عمده ی آن ها مربوط به بُعد منفی فراهیجان می باشند (۴۹) و طبیعی است که ذهن آگاهی با فراهیجان منفی رابطه معکوس و با فراهیجان مثبت، ارتباط مستقیم داشته باشد که در پژوهش حاضر با توجه به یافتن رابطه مثبت و غالب بُعد منفی فراهیجان با آن، بنابراین منطقی است که متغیر فراهیجان در رابطه ی میان ذهن آگاهی با توانمندی روانی ارتباط معکوس داشته باشد که البته تاثیر آن بر توانمندی روانی ناچیز و غیرمعنادار بود.

### نتیجه گیری

توانمندی روانی به عنوان یک عامل مهم روان شناختی با سلامت جسمی و روانی زنان باردار مرتبط می باشد و یک عامل کلیدی و راهبردی جهت ارتقای سلامت زنان است. از سوی دیگر پریشانی روان شناختی دوران بارداری، یک نگرانی عمده ی بالینی در حوزه ی سلامت عمومی و مراقبت های بهداشتی است که دارای پیامدهای منفی فراوانی می باشد. یافته های ما نشان داد پریشانی روان شناختی دارای تاثیر منفی بر توانمندسازی روانی، ذهن آگاهی و تاب آوری روان شناختی زنان باردار است در حالی که برخورداری از مهارت های ذهن آگاهی و تاب آوری روان شناختی می تواند به ارتقای توانمندی روانی این گروه آسیب پذیر از جامعه کمک کند. نقش فراهیجان در توانمندسازی روانی آنان تاثیرگذار نشد. همچنین نتایج بیانگر آن بود که تقویت ذهن آگاهی می تواند در افزایش تاب آوری زنان تاثیرگذار باشد. با توجه به این که مراقبین سلامت مانند پزشکان، پرستاران، روان شناسان و ماماها در ارائه ی مراقبت ها و مداخلات مبتنی بر شواهد به زنان باردار نقش ویژه ای دارند، لذا با انجام غربالگری از نظر ابتلا به پریشانی روان شناختی و تعیین میزان ذهن آگاهی، تاب آوری و توانمندی روانی زنان باردار در روند غربالگری های اوایل بارداری و آموزش مهارت های تاب آوری و ذهن آگاهی به آنان در جریان ارائه ی مراقبت های دوران بارداری می توانند در تعدیل اثرات منفی پریشانی روان شناختی و توانمندسازی روانی آنان و در نتیجه محقق نمودن پیامدهای مثبت ناشی

که فراهیجان منفی با علائم افسردگی متوسط تا شدید همراه است. (۵۳). در تبیین این نتایج می توان گفت، به نظر می رسد فراهیجان مثبت می تواند به عنوان عامل تعدیل کننده ی شدت پریشانی روان شناختی دوران بارداری و در نتیجه ارتقای توانمندی روانی زنان مانند افزایش عزت نفس و خودکارآمدی ایفای نقش نماید (۴۹). البته در پژوهش ما با توجه به این که نتایج نشان داد بُعد منفی فراهیجان سهم بیش تری در تبیین متغیر فراهیجان دارد و دارای رابطه مستقیم با آن است در حالی که بعد مثبت فراهیجان از بار عاملی کم تر و منفی برخوردار بود، بنابراین منطقی است که متغیر فراهیجان با پریشانی روانی رابطه مستقیم و با توانمندی روانی ارتباط معکوس داشته باشد که البته تاثیر مستقیم آن بر توانمندی روانی و در نتیجه نقش واسطه ای آن در این پژوهش ناچیز بود و بهمین دلیل معنادار نشد. بخش دیگری از یافته های پژوهش، نقش میانجی گری تاب آوری روان شناختی را در ارتباط میان ذهن آگاهی و توانمندی روانی تایید کرد که طبق جستجوی ما در ارتباط با این یافته نیز، مطالعه ی همسانی یافت نشد. در تبیین این یافته می توان بیان کرد که ذهن آگاهی ممکن است استفاده از سبک مقابله ای اجتنابی در پاسخ به استرس را کاهش دهد و تاب آوری را افزایش دهد. در دهه گذشته، پژوهش های زیادی نشان داده اند که ویژگی هایی چون خودکارآمدی، مهارت حل خلاقانه مسأله، درون گرایی و توانایی تعامل با زمان حال به طور معنادار با تاب آوری رابطه دارند؛ همچنین پژوهش های اخیر نشان می دهند که بسیاری از این ویژگی ها که با تاب آوری رابطه دارند، با ذهن آگاهی نیز مرتبط می باشند (۴۳)، بنابراین نتایج تحقیقات مختلف حاکی از وجود رابطه میان ذهن آگاهی و تاب آوری است. افراد با ذهن آگاهی بالاتر، تاب آوری بالاتری دارند و منطقی است که زنان باردار با ذهن آگاهی بالاتر دارای تاب آوری بیش تری باشند و با برخورداری از این دو مهارت مهم روان شناختی بالطبع ذهن آگاهی می تواند با میانجی گری تاب آوری به ارتقای مولفه های توانمندی روانی زنان باردار مانند عزت نفس؛ خودکارآمدی و امیدواری کمک کند.

همچنین نتایج مشخص کرد که فراهیجان فاقد نقش میانجی در رابطه میان ذهن آگاهی و توانمندی روانی زنان باردار در مدل پیشنهادی پژوهش است. در رابطه با این یافته نیز تحقیق همتایی یافت نشد. در تبیین این یافته می

های آتی به بررسی رابطه علت و معلولی این متغیرها در غالب طرح های آزمایشی توجه شود. از آنجا که مطالعه بر روی زنان باردار سالم انجام شده است، پیشنهاد می شود در مطالعات آتی در زنان باردار مبتلا به عوارض بارداری و / یا بیماری های خاص و زنان نابارور نیز انجام شود. همچنین پیشنهاد می گردد که بررسی رابطه ی فراهیجان مثبت و فراهیجان منفی به طور مجزا با متغیرهای توانمندی روانی، پریشانی روان شناختی و ذهن آگاهی زنان باردار در پژوهش های آتی مورد بررسی قرار گیرد.

### سیاسگزاری

این مقاله بر گرفته از رساله ی دکتری نویسنده اول است که دارای کد اخلاق IR.LUMS.REC.1398.255 می باشد. بدین وسیله از مدیران محترم دانشگاه علوم پزشکی لرستان، شبکه بهداشت و درمان شهرستان بروجرد، پرسنل محترم مراکز بهداشتی درمانی شهرستان بروجرد به ویژه پرسنل بخش سلامت خانواده که در جهت اجرای پژوهش همکاری صمیمانه داشتند و همچنین از تمام زنان باردار عزیز شرکت کننده در این مطالعه تشکر و قدردانی می شود.

### تعارض منافع

هیچ گونه تعارض منافع چه در زمان پژوهش و چه در زمان تدوین این مقاله در بین نویسندگان آن وجود نداشته است.

### References

1. Taebi M, Simbar M, Abdollahian S. Psychological empowerment strategies in infertile women: A systematic Review. JEHP 2018; 7(68). [https://doi.org/10.4103/jehp.jehp\\_151\\_15](https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_151_15)
2. Kumar Rahul E. Women are the real architects of society - women empowerment. SAJMMR 2016; 6 (3,4): 42- 52.
3. Nieuwenhuijze A, Leahy-Warren MP. Women's empowerment in pregnancy and childbirth: A concept analysis. JMIDW 2019; 78: 1-7. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2019.07.015>
4. Borghei NS, Taghipour A, Latifnejad Roudsari R, Keramat A, Jabbari Nooghabi H. Predictors of Prenatal Empowerment Among Iranian Pregnant Women. Electronic Physician 2016; 8(9):2962-2969. <https://doi.org/10.19082/2962>
5. Saleh L. Women's Perceived Quality of Care and Self-Reported Empowerment with

از آن در سطح فردی و خانوادگی، کمک کننده باشند. از محدودیت های پژوهش حاضر می توان به موارد زیر اشاره نمود: ضرورت رعایت محدودیت در ارتباط حضوری با زنان باردار مورد بررسی که به دلیل لزوم رعایت پروتکل های بهداشتی در رابطه با بروز و اوج گیری بیماری کرونا بود. محدودیت دیگر، کاربرد ابزار پرسش نامه بود. در این شیوه مبنای گردآوری اطلاعات، خودگزارشی شرکت کنندگان می باشد و میزان صداقت، تمرکز، انگیزه و بعضی عوامل فردی دیگر می توانند بر صحت داده های جمع آوری شده، تاثیرگذار باشند. تعداد زیاد سوالات پرسش نامه ها از دیگر محدودیت ها بود. عدم وجود تحقیقات همسان در روند بررسی روابط میان اکثر متغیرهای پژوهش و در نتیجه محدودیت در مقایسه ی یافته های پژوهش با سایر تحقیقات نیز از سایر محدودیت های پژوهش بود؛ همچنین با توجه به این که مطالعه در شهرستان بروجرد انجام شده است لذا تعمیم نتایج باید با احتیاط صورت گیرد.

به منظور ارتقای سلامت روان مادران باردار پیشنهاد می شود که ارائه دهندگان خدمات بهداشتی با توجه به نتایج حاصل شده از پژوهش حاضر، تاکید بیش تری بر سازه های قدرتمند روان شناختی مانند توانمندسازی روانی زنان باردار، ذهن آگاهی و تاب آوری روانی در ارتقای سلامت این گروه آسیب پذیر و مهم جامعه داشته باشند که تا حدودی مورد غفلت قرار گرفته است. همچنین در پژوهش

- Centering Pregnancy Versus Individual Prenatal Care. NWH 2019; 23(3): 234-244. <https://doi.org/10.1016/j.nwh.2019.03.008>
6. Gressel CM, Rashed T, Aswati Maciuika L, Sheshadri Sh, Coley Ch, Kongeseri S, Bhavani RR. Vulnerability mapping: A conceptual framework towards a context-based approach to women's empowerment. jwdp 2020; 20:100245. <https://doi.org/10.1016/j.wdp.2020.100245>
7. Batool SA, Batool SS. Construction and Validation of Global Psychological Empowerment Scale for Women. J Soc Clin Psychol 2017; 1 (15):1, 3-10 <https://doi.org/10.1037/t68675-000>
8. Afulani PA, Altman M, Musana J, Sudhinarase M. Conceptualizing pathways linking women's empowerment and prematurity in developing countries. BMC Pregnancy and Childbirth 2017; 17 (Suppl 2):338 <https://doi.org/10.1186/s12884-017-1502-6>
9. Khoshmehr Z, Barkhordari-Sharifabad

- M, Nasiriani Kh, Fallahzadeh H. Moral courage and psychological empowerment among nurses. *BMC Nursing* 2020; 19:43. <https://doi.org/10.1186/s12912-020-00435-9>
10. Kiani Z, Simbar M, Dolatian M, Zayeri F. Structural equation modeling of psychosocial determinants of health for the empowerment of Iranian women in reproductive decision making. *BMC Women's Health* 2020; 19. <https://doi.org/10.1186/s12905-020-0893-0>
  11. Prata N, Tavrow P, Upadhyay U. Women's empowerment related to pregnancy and childbirth: introduction to special issue. *BMC Pregnancy and Childbirth* 2017; 17. <https://doi.org/10.1186/s12884-017-1490-6>
  12. Zinsser LA, Stoll K, Wieber F, Pehlke-Milde J, Gross MM. Changing behaviour in pregnant women: A scoping review. *J Midw* 85; 2020: 102680. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2020.102680>
  13. Garcia E Yim I. A systematic review of concepts related to women's empowerment in the perinatal period and their associations with perinatal depressive symptoms and premature birth. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2017;17(Suppl 2). <https://doi.org/10.1186/s12884-017-1495-1>
  14. Janighorban M, Dadkhah tehrani T, Najimi A, Hafezi S. The correlation between psychological empowerment and job burnout in midwives working in the labor ward of hospitals. *IJNMR* 2020; 25:128-33
  15. Sarani A, Azhari S, Mazlom S, aghammohamadiansherbaf H. The Relationship between Coping Strategies During Pregnancy with Perceived Stress Level in Pregnant Mothers. *JBUMS* 2016; 18 (7) :7-13. [Persian].
  16. Lucena L, Frange C, Amorim Pinto AC, Levy Andersen M, Tufik S, Hachul H. Mindfulness interventions during pregnancy: A narrative review. *JOIM* 2020; 18(6):470- <https://doi.org/10.1016/j.joim.2020.07.007>
  17. Zhang H, Zhang Q, Gao T, Kong Y, Qin Z, Hu Y, Cao R, Mei S. Relations between Stress and Quality of Life among Women in Late Pregnancy: The Parallel Mediating Role of Depressive Symptoms and Sleep Quality. *Psychiatry Investig* 2019; 16 (5):363-369. <https://doi.org/10.30773/pi.2019.02.14>
  18. Chinchilla-Ochoa D, Barriguete-Chávez Peón Blanca Eugenia Farfán- Labonne P, Garza-Morales S, Leff-Gelman P, Flores-Ramos M. Depressive symptoms in pregnant women with high trait and state anxiety during pregnancy and postpartum. *Int J Womens Health* 2019; 11:257-65
  19. Ma X, Wang Y, Hu H, Tao XG, Zhang Y, Shi H. The impact of resilience on prenatal anxiety and depression among pregnant women in Shanghai. *J Affect Disord*. 2019; 250:57- 64. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.02.058>
  20. Molgora S, Fenaroli V, Saita E. PSYCHOLOGICAL DISTRESS PROFILES IN EXPECTANT MOTHERS: WHAT IS THE ASSOCIATION WITH PREGNANCY-RELATED AND RELATIONAL VARIABLES? *JAD* 2019; 262:83-89. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.10.045>
  21. Bellido-González M, Robles-Ortega MH, Castelar-Rios MJ, Díaz-López MA, Gallo-Vallejo JL, Moreno-Galdó MF, Santos-Roig ML. Psychological distress and resilience of mothers and fathers with respect to the neurobehavioral performance of small- for gestational- age newborns. *J. HQLO* 2019. <https://doi.org/10.1186/s12955-019-1119-8>
  22. Xuemei M, Ying W, Hua H, Grant TX, Yunhui Z, Huijing S. The impact of resilience on prenatal anxiety and depression among pregnant women in Shanghai. *JAD* 2019; 250: 57- 64. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.02.058>
  23. Coates R, Ayers S, de Visser R, Thornton A. the Wellbeing in Pregnancy (WiP) Collaborative Group: Evaluation of the CORE-10 to assess psychological distress in pregnancy. *J. Reprod. Infant Psychol*. 2019; 38 (Issue 3): 311-323. <https://doi.org/10.1080/02646838.2019.1702631>
  24. Hulsbosch LP, Nykliček I, Potharst ES, Meems M, Boekhorst MM, Pop VJ. Online mindfulness-based intervention for women with pregnancy distress: design of a randomized controlled trial. *BMC Pregnancy and Childbirth* 2020; 20:159. <https://doi.org/10.1186/s12884-020-2843-0>
  25. Tomfohr-Madsen LM, Campbell TS, Giesbrecht GF, Letourneau NL, Carlson LE, Madsen JW, et al. Mindfulness-based cognitive therapy for psychological distress in pregnancy: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials* 2016; 17:498. <https://doi.org/10.1186/s13063-016-1601-0>
  26. Shishehgar S, Dolatian M, bakhtiari M, Alavi Majd H. A survey of relationship between so-

- cial support with quality of life as well as stress among pregnant women referred to Shahryar hospital affiliated to social security organization in 1391. ANM 2012; 23 (81):3- 27. [Persian]
27. Engidaw NA, Mekonnen AG, Amogne FK. Perceived stress and its associated factors among pregnant women in Bale Zone Hospitals, Southeast Ethiopia: a cross sectional study. BMC Res Notes 2019; 12(356). <https://doi.org/10.1186/s13104-019-4383-0>
  28. Obrochta CA, et al. Psychological distress in pregnancy and postpartum, Women Birth 2020; 33(6):583-591.
  29. ghorbani M, najafi M, Rezaei Dehnavi S. Effectiveness of mindfulness based stress reduction on executive function, cognitive flexibility in women with neuroticism trait in Esfahan city. Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry 2018; 5 (3) :22-37. [Persian] <https://doi.org/10.29252/shenakht.5.3.22>
  30. Chien WT, Chow KM, Chong YY, Bressington D, Choi KC, Chan CWH. The Role of Five Facets of Mindfulness in a Mindfulness-Based Psychoeducation Intervention for People with Recent-Onset Psychosis on Mental and Psychosocial Health Outcomes. Front. Psychiatry 2020. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2020.00177>
  31. Kord B, Mehdi pour H. The relationship between mindfulness and perceived self-efficacy with subjective well-being among cancer patients in Tabriz hospitals. IJNR. 2018; 13(1) :11-17. [Persian]. <https://doi.org/10.21859/ijnr-13012>
  32. Hall HG, et al. Mindfulness and perinatal mental health: A systematic review. Women Birth 2015; 29(1):62-71. <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2015.08.006>
  33. Babanazari L, Kafi SM. Anxiety to its Different Periods, Sexual Satisfaction and Demographic Factors. IJPCP 2008; 14(2): 206-213. [Persian]
  34. Krusch A, Crane C, Dymond M. An investigation of dispositional mindfulness and mood during pregnancy. BMC Pregnancy and Childbirth 2019; 1-8. <https://doi.org/10.1186/s12884-019-2416-2>
  35. Nasiri M, Karsazi H, Esmailpour F, Beyrami M. The Role of Meaning in Life, Mindfulness and Resilience in the Flourishing of Students. Positive Psychology 2015;1(3):21-32. [Persian]
  36. Zarenejad M, Yazdkhasti M, Rahimzadeh M, Mehdizadeh Tourzani Z, Esmaelzadeh-Saeieh S. The effect of mindfulness-based stress reduction on maternal anxiety and self-efficacy: A randomized controlled trial. Brain Behav. 2020; 10: e01561. <https://doi.org/10.1002/brb3.1561>
  37. Lönnberg G, Jonas W, Unternaehrer E, Bränström R, Nissen E, Niemi E. Effects of a mindfulness based childbirth and parenting program on pregnant women's perceived stress and risk of perinatal depression-Results from a randomized controlled trial. JAD 2020; 262: 133-142. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.10.048>
  38. Jafari Shalkohi A, Asadi Majareh S, Akbari B. The Effectiveness of Mindfulness Training on Resiliency and Cognitive Emotion Regulation Strategies in Pregnant Women. JSRP 2020; 21(2, Continuous 80): 43-53. [Persian]
  39. Taherifard M, Mikaeili N. The Effectiveness of Cognition-based Mindfulness Therapy on Social Anxiety, Resilience and Emotion Regulation in Women Victims of Domestic Violence. JTBCP 2019; 14(51): 17-26. [Persian].
  40. Mirmahdi S, Razaali M. The Effectiveness of Mindfulness-based Cognitive Therapy on Resilience, Emotion Regulation and Life Expectancy among Women with Diabetes2. J Health Psychol. 2019; 7(28): 167-183. [Persian]
  41. Sedghi P, Cheraghi A. The effectiveness of the mindfulness training on Psychological well-being and resiliency of female-headed household. JFR 2018; 14(4): 549-562. [Persian].
  42. Babaei Nadinluye K, Mikaeli Manee F, Pezeshki H, Bafande H, Abdi H. Relationship between Mindfulness and Meta-Emotion on Predicting Emotional Adjustment of Novice Nurses. IJN. 2017; 30 (105) :11-22. [Persian] <https://doi.org/10.29252/ijn.30.105.11>
  43. Sedighi Arfaee, F., Namaki Bidgoli, Z. Examining the relationship of mindfulness to resilience in university students. Journal of Fundamentals of Mental Health, 2016; 18(Special Issue): 586-590. [Persian]
  44. Kabat-Zinn J. Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future. Clin. Psychol. 2003; 10(2): 144-56 <https://doi.org/10.1093/clipsy/bpg016>
  45. Yu, M. Gong, W. Taylor, B. Cai, Y. and Xu, D. Coping Styles in Pregnancy, Their Demographic and Psychological Influences,

- and Their Association with Postpartum Depression: A Longitudinal Study of Women in China. *Int. J. Environ. Res. Public Health*. 2020, 17, 3654; [www.mdpi.com/journal/ijerph](http://www.mdpi.com/journal/ijerph) <https://doi.org/10.3390/ijerph17103654>
46. Garcia-Leon M. A., Caparros- Gonzales R., Romero- Gonzalez B., Gonzalez- Perez R., & Peralta-Ramirazi. Resilience as a Protective Factor in Pregnancy and Puerperium: Its Relationship with the Psychological State, and with Hair Cortisol Concentrations. *Midwifery* 2019, doi: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2019.05.006>
47. Ilska M, Przybyła-Basista H. The role of partner support, ego-resiliency, prenatal attitudes towards maternity and pregnancy in psychological well-being of women in high-risk and low-risk pregnancy. *J. Psych Health Med*. 2020; 25(5):630-638. <https://doi.org/10.1080/13548506.2020.1737718>
48. Monfared Kashki M, Maleki A, Amini K, Faghihzadeh S. Effect of Spirituality-Based Consultation on Coping Patterns with Pregnancy Challenges in Primigravida Women. *J Mazandaran Univ Med Sci* 2019; 29(176):81-91. [Persian]
49. Almardani Some'eh S, Nourian Aghdam J, Yousefi M. The comparison of strategies of emotion regulation and meta-emotion in practitioner and non-practitioner. *RRJ* 2019; 8(2):27-32. [Persian]
50. Basharpour S, Taheri fard M. Predicting the Pregnancy Anxiety in pregnant women basing on Cognitive Biases and Emotion Regulation strategies. *IJPN*. 2019; 7 (2) :23-31. [Persian]
51. Mitmansgruber H, Beck TN, Höfer S, Schüßler G. When you don't like what you feel: Experiential avoidance, mindfulness and meta-emotion in emotion regulation. *Pers Individ Dif*. 2009;46(4):448-53. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2008.11.013>
52. Norman E, Furnes B. The Concept of "Metaemotion": What is There to Learn from Research on Metacognition? *Emotion Review* 2016; 8(2): 187- 193. <https://doi.org/10.1177/1754073914552913>
53. Mansell W, Barnes A, Grant L, et al. Do meta-emotion strategies and their effects vary in students between their family home and their university home? *Curr Psychol* (2020). <https://doi.org/10.1007/s12144-020-00996-7>
54. Lin B, R Kaliush P, Conradt E, Terrell S, Neff D, K Allen A, C Smid M, Monk C, E Crowell SH. Intergenerational transmission of emotion dysregulation: Part I. Psychopathology, self-injury, and parasympathetic responsivity among pregnant women. *Dev. Psychopathol*. 2019; 31: 817-831. <https://doi.org/10.1017/S0954579419000336>
55. Meyers LS, Gamst G, Guarino AJ. *Applied Multivariate Research: Design and Interpretation*. Thousand Oaks: Sage Publications, 2006. [https://doi.org/10.1207/s15327906mbr4104\\_3](https://doi.org/10.1207/s15327906mbr4104_3)
56. Cohen S, Kamarck T, Mermelstein R. A global measure of perceived stress. *J Health Soc Behav*. 1983; 24(4): 385-96. <https://doi.org/10.2307/2136404>
57. Ahmadian A, Mehrabizadeh H, Zargar Y, Shahbazian H, khadivi M. The Effect of Mindfulness Cognitive Therapy on Systolic and Diastolic Blood Pressure in Men Patient with Hypertension. *J Ilam Uni Med Sci* 2013; 21: 244-254. [Persian].
58. Van den Bergh B. The influence of maternal emotions during pregnancy on fetal and neonatal behavior. *Pre Perinat Psychol J*. 1990;5(2):119-30.
59. Karamoozian M, Askarizadeh G, Behroozy N. The Study of psychometric properties of pregnancy related anxiety questionnaire. *J Clin Nurs Midwifery*. 2017;5(4):22-34.
60. Ahmadi kani Golzar A, GoliZadeh Z. Validation of Edinburgh Postpartum Depression Scale (EPDS) for screening postpartum depression in Iran. *IJPN*. 2015; 3 (3) :1-10. [Persian].
61. Bahrami N, Araban M, Bahrami S. The Impact of antenatal education on postpartum depression, Dezful, Iran. *HMJ* 2010; 13(4):277-283. [Persian].
62. Baer RA, Smith GT, Hopkins J, Krietemeyer J, Toney L. Using self-report assessment methods to explore facets of mindfulness. *Assessment* 2006; 13: 27-45. <https://doi.org/10.1177/1073191105283504>
63. Robotmili S, karimi M. The prediction of social anxiety in adolescents based on meta cognitive beliefs, mindfulness and fear of negative evaluation. *Social Psychology Research* 2018; 8(31): 51-68. [Persian].
64. Connor KM, Davidson J. Development of a new resilience scale: The Connor-

- Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depress. Anxiety* 2003; 18: 76 - 82. <https://doi.org/10.1002/da.10113>
65. Abdollahi S, Zarani F, Fathabadi J. The role of social support and resilience in quality of life among adolescents with Chronic renal failure. *J Health Psychol.* 2018; 6(24): 31-52. [Persian]
66. Rezaei N, parsaei E, Nejati E, Nicamal M, ashemi rezini S. Psychometric evaluation of student's meta-emotion scales. *Psycho. Res* 2014;6(23): 111-24. [Persian].
67. Kameda y, shimada K. Development of an empowerment scale for pregnant women. *J tsurume Health sci soci kanazawa univ* 2008; 32 (1): 39-48.
68. Hajipour L, Montazeri A, Mohtasham Amiri Z, Hosseini Tabaghdehi M, Mohsenzadeh Ledari F. The Empowerment of Pregnant Women in Tonekabon, Iran. *Caspian J Reprod Med* 2016; 2(1): 9-13.
69. Hair Jr J, Sarstedt M, Hopkins L, G Kuppelwieser V. Partial least squares structural equation modeling (PLS-SEM) An emerging tool in business research. *Europe business review* 2014; 26(2): 106-121. <https://doi.org/10.1108/EBR-10-2013-0128>
70. Chin WW. Issues and opinion on structural equation modeling. *MIS Quarterly.* 1998; 21,7-16.
71. Henseler J, Ringle CM, Sinkovics RR. The use of partial least squares path modeling in international marketing. *Adv. Int. Mark* 2009; 20: 277-320. [https://doi.org/10.1108/S1474-7979\(2009\)0000020014](https://doi.org/10.1108/S1474-7979(2009)0000020014)