

نقش طرحواره‌های ناسازگار اولیه، راهبردهای مقابله با تنیدگی و کیفیت زندگی زناشویی بر اضطراب زنان باردار به
روش لقاح آزمایشگاهی

الهام کرمانی زاده^۱

حسن میرزاحسینی^۲

1. نویسنده مسئول: کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم پزشکی قم، ایران

kermani.elham777@gmail.com

2. mirzahoseini@yahoo.com، استادیار دانشگاه آزاد اسلامی، واحد قم، ایران

چکیده:

هدف از پژوهش حاضر بررسی نقش طرحواره‌های ناسازگار اولیه، راهبردهای مقابله با تنیدگی و کیفیت زناشویی بر اضطراب زنان باردار به روش لقاح آزمایشگاهی بود. روش پژوهش توصیفی از نوع همبستگی بود. جامعه آماری پژوهش تمامی زنان بارداری بودند که به روش لقاح آزمایشگاهی به مراکز زنان و زایمان شهر قم در سال ۱۳۹۸ مراجعه کرده بودند. نمونه‌ای به تعداد ۳۰۰ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس از این جامعه انتخاب شدند. شرکت کنندگان پرسشنامه‌های اضطراب بارداری (وندنبرگ و همکاران، ۲۰۰۴)، طرحواره‌های ناسازگار (یانگ و براون، ۲۰۰۳)، راهبردهای مقابله با تنیدگی (لازاروس و فولکمن، ۱۹۹۸) و کیفیت زندگی زناشویی (باسبی و همکاران، ۱۹۹۵) تکمیل نمودند. داده‌های بدست آمده توسط نرم افزار SPSS نسخه ۲۴ و آزمون‌های همبستگی پیرسون و رگرسیون چند متغیره تجزیه و تحلیل شدند. نتایج نشان داد که بین و طرحواره‌های ناسازگار اولیه ($p < 0/01$, $r = 0/512$) راهبردهای هیجان مدار مقابله با تنیدگی ($p < 0/01$, $r = 0/358$) با اضطراب بارداری رابطه مثبت و معناداری وجود دارد. بین راهبردهای مسئله مدار مقابله با تنیدگی ($p < 0/01$, $r = -0/460$) و کیفیت زندگی زناشویی ($p < 0/01$, $r = -0/878$) با اضطراب بارداری رابطه منفی و معناداری وجود دارد. همچنین، طرحواره‌های ناسازگار اولیه ($\beta = 0/118$ و $\text{sig} = 0/001$)، راهبردهای مسئله مدار مقابله با تنیدگی ($\beta = 0/205$ و $\text{sig} = 0/021$)، راهبردهای هیجان مدار مقابله با تنیدگی ($\beta = 0/187$ و $\text{sig} = 0/001$) و کیفیت زندگی زناشویی ($\beta = -0/823$ و $\text{sig} = 0/001$) می‌توانند اضطراب بارداری را پیش‌بینی کنند. بر اساس نتایج می‌توان گفت اضطراب زنان باردار به روش لقاح مصنوعی بر اساس طرحواره‌های ناسازگار اولیه، راهبردهای مقابله با تنیدگی و کیفیت زندگی زناشویی پیش‌بینی می‌شود. بنابراین، با توجه به حساسیت دوران بارداری و اهمیت سلامت روان مادر، توجه ویژه به این عوامل در مراقبت‌های پیش از زایمان ضروری است، همچنین این نتایج اهمیت بالینی دارد و نشان می‌دهد که برنامه‌های درمانی و مشاوره‌ای برای کاهش اضطراب زنان باردار باید شامل آموزش فنون مقابله مسئله

مدار، اصلاح طرحواره‌های ناسازگار و ارتقاء حمایت‌های زناشویی باشد. توجه به این ابعاد می‌تواند سلامت روان مادران و پیامدهای بارداری را بهبود دهد و از مشکلات روانی و جسمی در این دوره حساس پیشگیری نماید.

کلمات کلیدی: اضطراب بارداری، راهبردهای مقابله با تنیدگی، طرحواره‌های ناسازگار اولیه، کیفیت زندگی زناشویی، لقاح آزمایشگاهی

ناباروری در سراسر جهان و در همه فرهنگ‌ها به عنوان یک تجربه استرس‌زا، بحرانی و تهدیدکننده ثبات فردی، زناشویی، خانوادگی و اجتماعی شناخته شده است که می‌تواند منجر به ناتوانی زناشویی در زنان نابارور شود. تاثیر روانشناختی ناباروری بر زندگی زناشویی زوجین نابارور اغلب با کشمکش‌ها و درگیری‌های خانوادگی همراه است، به طوری که در بررسی‌های پژوهشی آمده است که ناباروری زوجین را درگیر سطوح بالای افسردگی و اضطراب می‌کند (سو^۱ و همکاران، ۲۰۲۴). از طرفی فشار روانشناختی ناشی از ناباروری می‌تواند سبب سست شدن بنیان خانواده و افزایش اختلافات در زوجین نابارور گردد و یا حتی آن را به مرز جدایی نزدیک کند (سریواستاوا^۲ و همکاران، ۲۰۲۵). از سوی دیگر، پس از مدتی محیط منزل بدون حضور کودک برای زن و مرد کسالت‌آور می‌شود و سکوت و تنهایی، منزل را برای آنها خسته کننده می‌سازد. در اغلب موارد، زوج‌های نابارور دچار بی‌حوصلگی می‌شوند و این امر ارتباطات بین آنها را تحت تأثیر قرار می‌دهد. در یک پژوهش آمده است که ناباروری می‌تواند زمینه ساز افسردگی در زوجین باشد و ناکارآمدی جنسی در زوجین را تشدید بخشد (اوزکان^۳ و همکاران، ۲۰۱۵). ناباروری با مشکلات متعدد جسمی، اقتصادی و روانشناختی همراه است و بر روابط زوجین، رضایت‌مندی یا دلزدگی زناشویی آنان اثر می‌گذارد. نتایج یک پژوهش نشان داده است که مشکلات جنسی در زندگی زناشویی زنان نابارور بیشتر از زنان بارور می‌باشد (وینکلمن^۴ و همکاران، ۲۰۱۶).

اضطراب در دوران بارداری ممکن است به اختلالات سلامت روان مانند افسردگی و اختلال استرس از سانحه^۵ منجر شود (بریورمن^۶ و همکاران، ۲۰۲۴). اضطراب بارداری به نگرانی‌ها، اشتغالات ذهنی و ترس‌های فرد درباره حاملگی، زایمان و سلامتی نوزاد گفته می‌شود (هچ^۷ و همکاران، ۲۰۲۵). بر اساس پژوهش‌ها بارداری یکی دوره‌های زندگی زنان است که تجربه اضطراب در این دوران برای زنان باردار اجتناب ناپذیر است (لیو^۸ و همکاران، ۲۰۲۵؛ سینیسی^۹ و همکاران، ۲۰۱۹). همچنین، اضطراب بارداری حالتی هیجانی است که در نگرانی‌ها و ترس‌های جاری در مورد بارداری، سلامت نوزاد ریشه دارد. این امر بر سلامت روانی زنان آثار منفی دارد و اضطراب مرتبط با بارداری به طور مستقیم با تجارب جسمانی و هیجانی مادر در ارتباط است و هیجان‌پذیری، ترس و نگرانی‌های مادران باردار منجر به این نوع از اضطراب و واکنش‌های عاطفی می‌شود (راموس^{۱۰} و همکاران، ۲۰۱۹؛ کارآموزیان و همکاران، ۱۳۹۵). پژوهش شاهویی، کریمی، مهرنژادی، شاه غیبی، کرمی و خان پور (۲۰۲۲) نشان داد که شیوع اضطراب آشکار و پنهان در زنان باردار به ترتیب ۲۳/۴ و ۲۷/۹ درصد می‌باشد. اضطراب مرتبط با بارداری می‌تواند در زنانی که به روش لقاح آزمایشگاهی باردار شده‌اند، بیشتر باشد (استیونسون^{۱۱} و همکاران، ۲۰۱۹). لقاح آزمایشگاهی یا IVF^{۱۲} توالی هماهنگ از اقداماتی است که با تحریک شدید و کنترل شده تخمدان با گنادوتروپین برون‌زا شروع می‌شود و شامل روش‌هایی برای کمک به انجام لقاح است که از طریق تزریق داخل سیتوپلاسمی اسپرم (ICSI)، انتقال گامت به لوله

¹ Su

² Srivastava

³ Ozkan

⁴ Winkelman

⁵ post-traumatic stress disorder

⁶ Braverman

⁷ Hecht

⁸ Liu

⁹ Sinesi

¹⁰ Ramos

¹¹ Sterenson

¹² in vitro fertilization (IVF)

فالوپ (GIFT) و انتقال زیگوت به داخل لوله فالوپ (ZIFT) و انتقال لوله ای رویان (TET) روش لاپاراسکوپی انجام می شود (شینگشتی^۱ و همکاران، ۲۰۲۴؛ دخت نکاوند، مبینی، شیخی و روشندل، ۱۳۹۳). فرایند درمان، ارزیابی ها و تزریقات مکرر در این روش، باعث ایجاد آشفته‌گی در زندگی روزمره زوج‌ها می‌شود (نیکولافسکایا^۲ و همکاران، ۲۰۲۵). مطالعات مختلف نشان داده‌اند زنان که به روش لقاح مصنوعی باردار می‌شوند، اضطراب بارداری بیشتری نسبت به زنانی دارند که به طور معمولی باردار می‌شوند (حسینی، نیسی، داودی و زرگر، ۱۳۹۷). والدین در بارداری های حاصل از لقاح آزمایشگاهی در مقایسه با بارداری های طبیعی با مشکلات متعددی مواجه هستند که هم قبل و هم بعد از لقاح آزمایشگاهی، والدین با نگرانی‌هایی در زمینه سلامت جنین و سازگاری با جنین مواجه هستند و به همین جهت نیازمند دریافت مشاوره و مراقبت می‌باشند (والیانی، عابدیان، احمدی و پهلوان زاده، ۱۳۹۴). لقاح آزمایشگاهی آخرین شیوه درمانی برای زوج‌های نابارور می‌باشد و شکست در آن به معنای بی‌فرزند ماندن است (مک ماهون^۳ و همکاران، ۲۰۲۴). پژوهش‌ها نشان داده است که علاوه بر عوامل زیست‌شناختی مانند سن، علل ناباروری، علائم روانی و وضعیت روانشناختی افراد مثل اضطراب و افسردگی نیز، با نتیجه درمان IVF مرتبط هستند به گونه‌ای که اضطراب و افسردگی را به عنوان علت احتمالی شکست اولین دوره IVF مطرح می‌سازند (یان^۴ و همکاران، ۲۰۲۵). همچنین مطالعات دیگر نشان داده است ارتباط معناداری بین نوسانات غیر عادی هورمون آزاد کننده گنادوتروپین هنگام اضطراب بالا و نتایج درمان IVF وجود دارد (لی^۵ و همکاران، ۲۰۲۵؛ پیرکالانی و طالعی راد، ۲۰۱۳).

طرحواره‌های ناسازگار اولیه، الگوهای خودآسیب‌رسان در فرد هستند که در ابتدای رشد و تحول، در ذهن شکل گرفته و در مسیر زندگی تکرار می‌شوند. در واقع این طرحواره‌ها باورهایی هستند که افراد درباره خود، دیگران و محیط دارند، و به طور معمول از ارضا نشدن نیازهای اولیه در دوران کودکی سرچشمه می‌گیرند (تورها^۶ و همکاران، ۲۰۲۴). طرحواره‌ها از مفاهیم جدید و بنیادی در حوزه روان درمانی هستند که بسیاری از آنها در اوایل زندگی شکل می‌گیرند و به حرکت خود ادامه می‌دهند و خودشان را به تجارب بعدی تحمیل می‌کنند. بنابراین شناخت هرچه بیشتر این الگوهای ناکارآمد به اصلاح و تغییر آنها کمک شایانی خواهد کرد. طرحواره‌های ناسازگار اولیه از ارضاء نشدن نیازهای اولیه زندگی فرد و همچنین تجارب منفی دوران کودکی سرچشمه می‌گیرد که از پنج حوزه اصلی شامل حوزه بریدگی و طرد^۷، خودمختاری و عملکرد مختل^۸، محدودیت‌های مختل^۹، دیگر جهت‌مندی^{۱۰} و گوش‌بزدلی بیش از حد و بازداری^{۱۱} تشکیل شده است (پائوولس^{۱۲} و همکاران، ۲۰۱۸). از آنجا که طرحواره‌ها بنیادهای شناختی فرد را تشکیل داده و می‌توانند رفتارهای فرد را شکل داده و به آن سمت و سو دهند، لذا می‌توان بین طرحواره‌های ناسازگار اولیه به عنوان بخش زیرین و سخت شناخت‌های افراد که اغلب در دوره‌های تحولی رشد شکل گرفته‌اند، با رفتارهای ناسازگارانه در مقاطع بعدی رشد افراد، رابطه برقرار نمود. طرحواره‌ها موجب سوگیری در تفسیرهای فرد از رویدادها شده و این سوگیری‌ها خود را به صورت نگرش‌های تحریف شده، گمانه

¹ Shingshetty

² Nikolaevskaya

³ McMahon

⁴ Yan

⁵ Li

⁶ Turhan

⁷ Disconnection & rejection

⁸ impaired autonomy & performance

⁹ impaired limit

¹⁰ other directedness

¹¹ over-vigilance & inhibition

¹² Pauwels

های نادرست، اهداف و چشم داشت های غیر واقع بینانه نشان می دهند (زارع سلطانی و فمری، ۱۳۹۵)، که اینها خود می تواند به افزایش اضطراب در موقعیت های حساس زندگی بیانجامد.

روانشناسی سلامت، در سال های اخیر اهمیت زیادی برای نحوه مدیریت و مواجهه با استرس و چالش های زندگی در بهبود وضعیت سلامت جسمانی و روانی افراد قائل شده و مؤثرترین روش مداخله را، تقویت پاسخ های مقابله ای و توانمندی های شناختی آنان معرفی می کند (آبراهام^۱ و همکاران، ۲۰۲۴؛ کارلسن^۲ و همکاران، ۲۰۱۲). فرآیند مقابله با تنیدگی یک پدیده پیچیده و چندبعدی است که دارای ویژگی های روانشناختی، عاطفی و رفتاری است (صفری، کاوسی، جویباری، ثناگو و محمدی، ۱۳۹۴). راهبردهای مقابله با تنیدگی مجموعه ای از تلاش های شناختی و رفتاری فرد است که برای تغییر و تفسیر اصلاح وضعیت تنیدگی را به کار می روند و به کاهش تنیدگی ناشی از آن منجر می شوند (ایرانی و همکاران، ۱۳۹۸). بر اساس نتایج یک پژوهش افراد بارداری که مشکلات روانشناختی بیشتری مانند اضطراب دارند، سطوح مقابله با تنیدگی^۳ ضعیف تری دارند (آردا سوروسو^۴ و همکاران، ۲۰۱۹). همچنین دیگر پژوهش ها نشان داده است که بین سطح نگرانی های زنان باردار و استفاده از راهبردهای هیجان مدار ارتباط مستقیم وجود دارد (ملکوتی و همکاران، ۱۳۹۷). زنانی که به شیوه لقاح آزمایشگاهی باردار می شوند، تنیدگی بیشتری را تجربه می کنند و این امر می تواند ضرورت راهبردهای مقابله با تنیدگی را در آنان نشان دهد (گسیئر^۵ و همکاران، ۲۰۲۵).

از طرف دیگر بارداری و اضطراب ناشی از آن با تغییرات فیزیولوژیک خود در تمامی ابعاد کیفیت زندگی از جمله عملکرد جنسی و زناشویی تغییراتی ایجاد می کند و در زنان باردار به روش لقاح آزمایشگاهی، تنیدگی ها و مشکلات خاصی وجود دارد که این خود می تواند زمینه ساز کاهش کیفیت زندگی زناشویی در افراد شود (آژ و همکاران، ۱۳۹۷). کیفیت زندگی زناشویی^۶ شامل توافق زناشویی^۷، خرسندی زناشویی^۸ و انسجام زناشویی^۹ است و نتیجه شیوه هایی بوده که افراد متأهل به طور نظام مند خود را به این مثلث سازماندهی می کنند (موحدی و همکاران، ۱۳۹۳). در مطالعات نشان داده ناباروری و درمان آن بر فعالیت جنسی، اعتماد به نفس و ارتباطات زوج ها تأثیر گذاشته و باعث بروز احساس تنهایی، طرد شدن و احساس افسردگی و ناتوانی می شود (بایرامی و همکاران، ۱۳۹۷) و سطوح بالای رضایت زناشویی منجر به افزایش میزان سلامت روانی و کاهش اضطراب می شود (پائو^{۱۰}، ۲۰۱۷).

بنابراین با توجه به اهمیت پرداختن به وضعیت سلامت روانشناختی زنان باردار به روش لقاح آزمایشگاهی و تأثیر معنادار طرحواره های ناسازگار اولیه، راهبرد های مقابله با تنیدگی و کیفیت زندگی زناشویی بر میزان اضطراب زنان و همچنین از آنجایی که در پژوهش های پیشین چنین مطالعه ای انجام نشده است؛ با توجه به منابع و مطالعات بیان شده در سدد پاسخ به این سوال هستیم که آیا کیفیت زندگی زناشویی، راهبردهای مقابله با تنیدگی و طرحواره های ناسازگار اولیه پیش بینی کننده اضطراب بارداری در زنان باردار به روش لقاح آزمایشگاهی می باشد یا خیر؟

¹ Abraham

² Karlsen

³ stress coping

⁴ Arda Sürücü

⁵ Giessner

⁶ marital quality

⁷ dyadic consensus

⁸ dyadic satisfaction

⁹ dyadic cohesion

¹⁰ Pau

روش:

پژوهش حاضر از نوع توصیفی از نوع همبستگی بود. جامعه آماری پژوهش تمامی زنان بارداری بودند که به روش لقاح آزمایشگاهی به مراکز زنان و زایمان شهر قم در سال ۱۳۹۸ مراجعه کرده بودند. به منظور تعیین حجم نمونه با استفاده از فرمول تاباچنیک و فیدل (۲۰۰۷) حداقل حجم نمونه در طرح‌های همبستگی استفاده شد $(n=50+8m)$. حجم نمونه و m تعداد متغیرهای پیش بین است. در این پژوهش با احتساب زیرمقیاس‌ها، حداکثر ۲۶ متغیر پیشبین وجود داشت. بنابراین حداقل حجم نمونه ۲۵۸ به دست آمد. با در نظر گرفتن پرسشنامه‌های مخدوش حجم نمونه ۳۰۰ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس تعیین شد. سپس آنها به پرسشنامه‌های پژوهش پاسخ دادند. در ابتدای پرسشنامه اصول اخلاقی پژوهش نوشته شد و طی آن شرکت آزادانه و داوطلبانه و محرمانه ماندن پاسخ‌ها شرح داده شد. پژوهشگر بر روند اجرای پرسشنامه‌ها نظارت داشت تا تمامی پرسشنامه‌ها تکمیل گردد و هیچ پرسشنامه‌ای بدون پاسخ باقی نماند. بعد از گردآوری داده‌ها پرسشنامه‌های پاسخ‌های زنان باردار تحلیل گردید. همچنین، آزمودنی‌ها به صورت عادلانه انتخاب شدند و احتمال قرار گرفتن هریک از افراد جامعه در نمونه به یک نسبت بود. اخذ رضایت آگاهانه از آزمودنی‌هایی که در پژوهش شرکت کرده بودند و اینکه در هر مرحله از پژوهش می‌توانستند از ادامه آن انصراف دهند. مفروضه‌های پژوهش شامل آزمون کلموگروف اسمیرنوف برای نرمال بودن توزیع نمرات، آزمون دوربین واتسون برای آزمون استقلال خطاها، آزمون ضریب تحمل و تورم واریانس برای بررسی عدم همخطی چندگانه بود. در سطح استنباطی جهت بررسی روابط بین متغیرها از ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون چند متغیره استفاده شد. ابزار تجزیه و تحلیل داده‌ها در این پژوهش نرم افزار SPSS نسخه ۲۴ بود.

ابزار پژوهش:

پرسشنامه اضطراب بارداری:

پرسشنامه اضطراب بارداری توسط وندنبرگ (۱۹۹۰) تهیه شده است؛ که شامل ۱۰ سوال و سه مولفه ترس از زایمان^۱، ترس از تولد نوزادی با معلولیت^۲، ترس از تولد نوزاد با معلولیت^۳، ترس از تولد نوزاد با معلولیت^۴، ۵، ۶ و ۷؛ نگرانی در مورد ظاهر^۳، ترس از تولد نوزاد با معلولیت^۴، ۸، ۹ و ۱۰ را اندازه‌گیری می‌کند. نمره گذاری این پرسشنامه به صورت طیف لیکرت می‌باشد به این صورت که به کاملاً موافقم ۵ نمره، موافقم ۴ نمره، نظری ندارم ۳ نمره، مخالفم ۲ نمره و کاملاً مخالفم ۱ نمره تعلق می‌گیرد (عبدالله زاده رافی و همکاران، ۱۳۹۱). برای بررسی قابلیت اعتماد پرسشنامه از آلفای کرونباخ استفاده شده است که ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۸، دو نیمه کردن ۰/۶۴ و بازآزمایی ۰/۷۴ به دست آمده است (کارآموزیان و همکاران، ۱۳۹۵). در خارج کشور نیز برای بررسی قابلیت اعتماد پرسشنامه از آلفای کرونباخ استفاده شده است که ضریب ترس از زایمان ۰/۸۳، ترس از تولد نوزادی با معلولیت ۰/۸۷ و نگرانی در مورد ظاهر ۰/۸۳ به دست آمده است. در یک پژوهش دیگر ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۶ گزارش شده است (فالون^۴ و همکاران، ۲۰۱۶). همچنین روایی سازه پرسشنامه نشان داد که مولفه‌های ترس از زایمان، ترس از تولد نوزادی با معلولیت و نگرانی در مورد

¹ Fear of child birth

² Fear of handicapped child

³ Concern about own appearance

⁴ Fallon

ظاهر با نمره کل پرسشنامه همبستگی معنی‌دار داشتند و پایداری پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ برای مولفه‌های ترس از زایمان ۰/۷۸، ترس از تولد نوزادی با معلولیت ۰/۴۰ و نگرانی در مورد ظاهر ۰/۷۷ به دست آمده است. در پژوهش حاضر برای بررسی قابلیت اعتماد پرسشنامه از آلفای کرونباخ استفاده شده است که ضریب ۰/۸۶ به دست آمده است.

پرسشنامه طرحواره‌های ناسازگار اولیه:

پرسشنامه طرحواره‌های ناسازگار اولیه توسط یانگ و براون (۲۰۰۳) تهیه شده است. این پرسشنامه ۷۵ سوالی پنج حوزه اصلی و ۱۵ خرده مقیاس شامل حوزه بریدگی و طرد (محرومیت هیجانی با سوالات ۱، ۲، ۳، ۴ و ۵، بی‌اعتمادی/بدرفتاری با سوالات ۱۱، ۱۲، ۱۳، ۱۴ و ۱۵، طرد/رهاشدگی با سوالات ۶، ۷، ۸، ۹ و ۱۰، انزوای اجتماعی با سوالات ۱۶، ۱۷، ۱۸، ۱۹ و ۲۰ و نقص/شرم با سوالات ۲۱، ۲۲، ۲۳، ۲۴ و ۲۵)، خودمختاری و عملکرد مختل (شکست با سوالات ۲۶، ۲۷، ۲۸، ۲۹ و ۳۰، وابستگی/بی‌کفایتی با سوالات ۳۱، ۳۲، ۳۳، ۳۴ و ۳۵، گرفتاری با سوالات ۴۱، ۴۲، ۴۳، ۴۴ و ۴۵ و آسیب پذیری به ضرر و بیماری با سوالات ۳۶، ۳۷، ۳۸، ۳۹ و ۴۰)، محدودیت‌های مختل (استحقاق/بزرگ منشی با سوالات ۴۶، ۴۷، ۴۸، ۴۹ و ۵۰ و از خود گذشتگی با سوالات ۵۱، ۵۲، ۵۳، ۵۴ و ۵۵) و گوش بزرگی بیش از حد و بازداری (بازداری هیجانی با سوالات ۵۶، ۵۷، ۵۸، ۵۹ و ۶۰ و معیارهای سرسختانه با سوالات ۶۱، ۶۲، ۶۳، ۶۴ و ۶۵) را اندازه‌گیری می‌کند (اسپرب^۱ و همکاران، ۲۰۱۹). نمره‌گذاری آن بر اساس طیف ۶ درجه ای لیکرت صورت می‌گیرد به این صورت کاملاً غلط، ۱ نمره، تقریباً غلط ۲ نمره، بیشتر درست است تا غلط ۳ نمره، اندکی درست ۴ نمره، تقریباً درست ۵ نمره و کاملاً درست ۶ نمره تعلق می‌گیرد (فیلیپس^۲ و همکاران، ۲۰۱۹). در یک پژوهش آلفای کرونباخ کل سوالات ۰/۹۶ به دست آمده است (برجی و همکاران، ۱۳۹۸). در پژوهش دیگر آلفای کرونباخ مولفه‌ها در دامنه بین ۰/۸۹ تا ۰/۹۶ گزارش شده است (شعبانی خدیو و همکاران، ۱۳۹۸). در خارج از کشور برای بررسی قابلیت اعتماد پرسشنامه از آلفای کرونباخ استفاده شده است که ضرایب مولفه‌ها در دامنه ۰/۷۹ تا ۰/۹۱ گزارش شده است و روایی همگرایی بین دو نسخه کوتاه و بلند ضریب ۰/۸۰ به دست آمده است (استانیسزک و پوپیل^۳، ۲۰۱۸). در یک پژوهش دیگر نیز آلفای کرونباخ مولفه‌ها بین ۰/۷۹ تا ۰/۹۲ به دست آمده است (سیمپسون^۴ و همکاران، ۲۰۱۹). در پژوهش حاضر برای بررسی قابلیت اعتماد پرسشنامه از آلفای کرونباخ استفاده شده است که ضریب ۰/۹۰ به دست آمده است.

پرسشنامه راهبردهای مقابله با تنیدگی:

پرسشنامه راهبردهای مقابله با تنیدگی توسط لازاروس و فولکمن (۱۹۸۴) شامل ۶۶ سوال تهیه شده است. خرده مولفه‌های مقابله هیجان محور شامل رویارویی سوالات ۶، ۷، ۱۷، ۲۸، ۳۴ و ۴۶؛ دوری‌گزینی با سوالات ۱۲، ۱۳، ۱۵، ۲۱، ۴۱، ۴۴؛ گریز-اجتناب با سوالات ۱۱، ۱۶، ۳۳، ۴۰، ۴۷، ۵۰، ۵۸ و ۵۹؛ خودکنترلی با سوالات ۱۰، ۱۴، ۳۵، ۴۳، ۵۴، ۶۲ و ۶۳؛ و خرده مولفه‌های مسئله محور شامل جستجوی حمایت اجتماعی با سوالات ۸، ۱۸، ۲۲، ۳۱، ۴۲ و ۴۵؛ مسئولیت پذیری با سوالات ۹، ۲۵، ۲۹ و ۵۱؛ مسئله‌گشایی برنامه ریزی شده با سوالات ۱، ۲۶، ۳۹، ۴۳، ۴۹ و ۵۲؛ ارزیابی مجدد مثبت با سوالات ۲۰، ۲۳، ۳۰، ۳۶، ۳۸، ۵۶ و ۶۰ می‌باشند.

¹ Sperrb

² Phillips

³ Staniszek & Popiel

⁴ Simpson

نمره‌گذاری پرسشنامه در طیف طیف ۴ چهار درجه‌ای لیکرت شامل اصلاً صفر نمره، بعضی اوقات ۱ نمره، معمولاً ۲ نمره و زیاد ۳ نمره تعلق می‌گیرد (برگار^۱ و همکاران، ۲۰۱۸). در این پرسشنامه ۱۶ سوال انحرافی است و ۵۰ سوال دیگر شیوه مقابله فرد با تنیدگی را مورد ارزیابی قرار می‌دهند. برای بررسی همسانی درونی پرسشنامه بر روی دانش‌آموزان دختر دبیرستان‌های شهر سبزوار از آلفای کرونباخ استفاده شده است که ضرایب مقابله مسئله مدار ۰/۷۰ و مقابله هیجان مدار ۰/۶۹ به دست آمده است (سدیدی و یمینی، ۱۳۹۷). روایی پرسشنامه با ضریب همبستگی نشان داده است که ضریب همبستگی بین تعهد سازمانی و راهبردهای مقابله‌ای با تنیدگی ۰/۳۳ و معنی‌دار در سطح ۰/۰۰۱ به دست آمده است (محمودی راد و همکاران، ۱۳۹۷). در خارج کشور برای بررسی قابلیت اعتماد پرسشنامه از آلفای کرونباخ استفاده شده است که ضرایب آلفای کرونباخ مولفه‌ها بین ۰/۸۶ تا ۰/۹۳ گزارش شده است (کرایج و گرانسکی^۲، ۲۰۱۹). همچنین در یک پژوهشی دیگر آلفای کرونباخ برای رویارویی ۰/۵۳، دوری‌گزینی ۰/۴۹، گریز-اجتناب ۰/۷۲، خودکنترلی ۰/۴۸، جستجوی حمایت اجتماعی ۰/۷۵، مسئولیت‌پذیری ۰/۶۳، مسئله‌گشایی برنامه‌ریزی شده ۰/۷۴ و ارزیابی مجدد مثبت ۰/۷۶ به دست آمده است (براون و بوند^۳، ۲۰۱۹). در پژوهش حاضر برای بررسی قابلیت اعتماد پرسشنامه از آلفای کرونباخ استفاده شده است که ضریب ۰/۷۱ به دست آمده است.

پرسشنامه کیفیت زندگی زناشویی:

پرسشنامه تجدیدنظر شده کیفیت زندگی زناشویی توسط باسبی، کران، لارسن و کریستنسن (۱۹۹۵) تهیه شده است و شامل ۱۴ سوال که سه مولفه توافق زناشویی با سولات ۱، ۲، ۳، ۴، ۵ و ۶؛ خرسندی زناشویی با سولات ۷، ۸، ۹، ۱۰ و ۱۱؛ انسجام زناشویی با سولات ۱۲، ۱۳ و ۱۴ اندازه‌گیری می‌کند. این پرسشنامه به صورت در طیف لیکرت ۶ درجه‌ای نمره‌گذاری می‌شود به این صورت که همیشه ۶ نمره، تقریباً همیشه ۵ نمره، اکثر اوقات ۴ نمره، معمولاً ۳ نمره، کم ۲ نمره و به ندرت ۱ تعلق می‌گیرد. در مجموع نمره‌های بالا نشان دهنده کیفیت زندگی زناشویی بالاتر است (صداقت خواه و بهزادی پور، ۱۳۹۶). بررسی ویژگی‌های روانسنجی پرسشنامه (روایی و پایایی) در یک پژوهش بر روی مراجعین مراکز مشاوره شهرستان سمنان پایایی پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ به روش آلفای کرونباخ بر روی زنان توافق زناشویی ۰/۸۳، خرسندی زناشویی ۰/۸۴، انسجام زناشویی ۰/۸۶ و کل سولات ۰/۸۳ و برای مردان به روش آلفای کرونباخ برای توافق زناشویی ۰/۸۱، خرسندی زناشویی ۰/۸۳، انسجام زناشویی ۰/۷۸ و کل سولات ۰/۸۹ به دست آمده است (عیسی نژاد و همکاران، ۱۳۹۶). در خارج کشور همسانی درونی پرسشنامه با آلفای کرونباخ ضریب به دست آمده برای مردان ۰/۸۹ و برای زنان ۰/۷۹ گزارش شده است (لی و جوهانسون^۴، ۲۰۱۸). در پژوهش حاضر برای بررسی قابلیت اعتماد پرسشنامه از آلفای کرونباخ استفاده شده است که ضریب ۰/۷۶ به دست آمده است.

یافته‌ها:

در جدول زیر توصیف ویژگی‌های جمعیت شناختی سن، تحصیلات و وضعیت شغلی زنان باردار به روش لفاح آزمایشگاهی را نشان می‌دهد.

۱. توصیف ویژگی‌های جمعیت شناختی زنان باردار

¹ Bregar

² Kraaij & Garnefski

³ Brown & Bond

⁴ Li & Johnson

متغیر جمعیت شناختی		فراوانی	درصد	متغیر جمعیت شناختی		فراوانی	درصد
سن	۲۱ سال	۱۱	۳/۷	تحصیلات	زیر دیپلم	۵۳	۱۷/۷
	۲۳ سال	۱۱	۳/۷		دیپلم	۱۳۳	۴۴/۳
	۲۴ سال	۶۴	۲۱/۳		فوق دیپلم	۵۴	۱۸
	۲۵ سال	۸۷	۲۹		لیسانس	۲۵	۸/۳
	۲۶ سال	۵۳	۱۷/۷		فوق لیسانس و بالاتر	۳۵	۱۱/۷
	۲۷ سال	۱۴	۴/۷		کل	۳۰۰	۱۰۰
	۳۰ سال	۳۹	۱۳	وضعیت شغلی	خانه دار	۱۷۰	۵۶/۷
	۳۱ سال	۲۱	۷		کارمند	۱۳۰	۴۳/۳
	کل	۳۰۰	۱۰۰		کل	۳۰۰	۱۰۰

و در ادامه میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش (طرحواره‌های ناسازگار اولیه، راهبردهای مقابله با تنیدگی، کیفیت زندگی زناشویی و اضطراب بارداری زنان) به طور کامل در جدول ۲ شرح داده شده است.

۲. آمار توصیفی متغیرهای پژوهش

متغیرهای پژوهش	تعداد	حداقل	حداکثر	میانگین	انحراف معیار
ترس از زایمان	۳۰۰	۷	۱۴	۹/۳۸	۲/۴۵
ترس از تولد نوزاد معلول	۳۰۰	۶	۱۳	۹/۲۵	۲/۲۱
نگرانی در مورد ظاهر نوزاد	۳۰۰	۶	۱۳	۹/۰۸	۲/۰۹
نمره کل اضطراب بارداری	۳۰۰	۲۰	۳۹	۲۷/۷۲	۶/۱۳
محرومیت هیجانی	۳۰۰	۱۶	۲۶	۲۱/۹۷	۳/۲۴
بی‌اعتمادی	۳۰۰	۱۵	۲۷	۲۱/۹۱	۳/۴۳
طرد	۳۰۰	۱۴	۲۶	۲۰/۷۲	۳/۵۲
انزوای اجتماعی	۳۰۰	۱۴	۲۴	۱۹/۸۱	۳/۱۴
نقص/شرم	۳۰۰	۱۵	۲۳	۱۸/۴۷	۲/۲۱
شکست	۳۰۰	۱۴	۲۶	۱۹/۸۷	۳/۹۲
وابستگی	۳۰۰	۱۴	۲۶	۲۰/۶۲	۳/۷۵
گرفتاری	۳۰۰	۱۱	۲۵	۱۸/۲۹	۳/۹۳
آسیب پذیری به ضرر	۳۰۰	۱۴	۲۰	۱۷/۳۰	۲/۰۱
استحقاق	۳۰۰	۱۴	۲۵	۱۹/۹۳	۳/۲۸
خویشتن داری ناکافی	۳۰۰	۱۳	۲۳	۱۹/۰۱	۳/۳۷
اطلاعت	۳۰۰	۱۴	۲۵	۱۸/۴۵	۳/۴۶
از خود گذشتگی	۳۰۰	۱۵	۲۶	۱۹/۸۱	۳/۰۷
بازداری هیجانی	۳۰۰	۱۴	۲۵	۲۰/۸۴	۳/۳۹
معیارهای سرسختانه	۳۰۰	۱۴	۲۴	۱۸/۵۷	۲/۷۷
نمره کل طرحواره‌های ناسازگار اولیه	۳۰۰	۲۲۰	۳۶۱	۲۹۵/۶۱	۴۱/۶۴
رویارویی	۳۰۰	۹	۱۸	۱۲/۴۸	۲/۵۷

دوری گزینی	۳۰۰	۸	۱۶	۱۱/۷۰	۲/۴۳
گریز-اجتناب	۳۰۰	۸	۲۰	۱۲/۴۱	۴/۱۹
خودکنترلی	۳۰۰	۸	۲۱	۱۴/۱۰	۴/۱۴
نمره کل راهبردهای مقابله‌ای هیجان مدار	۳۰۰	۳۶	۷۵	۵۰/۶۹	۱۱/۴۲
جستجوی حمایت اجتماعی	۳۰۰	۶	۱۷	۱۲/۷۱	۳/۵۵
مسئولیت‌پذیری	۳۰۰	۳	۱۱	۷/۸۹	۲/۶۴
مسئله‌گشایی برنامه ریزی شده	۳۰۰	۷	۱۸	۱۲/۳۰	۲/۹۴
ارزیابی مجدد مثبت	۳۰۰	۱۰	۱۹	۱۴/۳۵	۳/۰۳
نمره کل راهبردهای مقابله‌ای مسئله مدار	۳۰۰	۲۸	۶۵	۴۷/۲۵	۱۱/۲۵
توافق زناشویی	۳۰۰	۱۰	۲۸	۱۹/۰۳	۶/۱۱
خرسندی زناشویی	۳۰۰	۱۰	۲۶	۱۸/۷۴	۵/۶۱
انسجام زناشویی	۳۰۰	۴	۱۳	۸/۸۰	۳/۳۹
نمره کل کیفیت زندگی زناشویی	۳۰۰	۲۷	۶۶	۴۶/۵۶	۱۴/۰۲

به منظور بررسی رابطه بین حساسیت پردازش حسی، ترومای دوران کودکی و مکانسیم های دفاعی از آزمون همبستگی پیرسون استفاده گردید.

۳. نتایج ماتریس همبستگی پیرسون بین متغیرهای پژوهش

متغیرهای پژوهش	۱	۲	۳	۴	۵
۱- اضطراب بارداری	۱				
۲- راهبردهای هیجان مدار مقابله‌ای	۰/۳۵۸**	۱			
۳- راهبردهای مسئله مدار مقابله‌ای	-۰/۴۶۰**	-۰/۶۰۴**	۱		
۴- طرحواره‌های ناسازگار اولیه	۰/۵۱۲**	۰/۲۵۲*	-۰/۳۴۹**	۱	
۵- کیفیت زندگی زناشویی	-۰/۸۷۸**	-۰/۵۵۵**	۰/۵۷۰**	-۰/۴۷۶**	۱

** مقدار احتمال در سطح ۰/۰۱

* مقدار احتمال در سطح ۰/۰۵

بر اساس جدول نتایج ماتریس ضریب همبستگی پیرسون نشان داد بین طرحواره‌های ناسازگار اولیه ($p < ۰/۰۱$, $r = ۰/۵۱۲$) با اضطراب بارداری رابطه مثبت و معناداری وجود دارد. بین راهبردهای هیجان مدار مقابله با تنیدگی ($p < ۰/۰۱$, $r = ۰/۳۵۸$) با اضطراب بارداری رابطه مثبت و معناداری وجود دارد. بین راهبردهای مسئله مدار مقابله با تنیدگی ($p < ۰/۰۱$, $r = -۰/۴۶۰$) و کیفیت زندگی زناشویی ($p < ۰/۰۱$, $r = -۰/۸۷۸$) با اضطراب بارداری رابطه منفی و معناداری وجود دارد. از آنجایی که بین متغیرهای پژوهش رابطه معناداری وجود دارد این امر ادامه تحلیل را امکان‌پذیر می‌سازد، لذا برای پیش‌بینی اضطراب بارداری بر اساس طرحواره‌های ناسازگار اولیه، راهبردهای مقابله با تنیدگی و کیفیت زندگی زناشویی از رگرسیون چندمتغیره استفاده می‌شود که نتایج آن در جداول زیر آمده است.

۴. خلاصه مدل و تحلیل واریانس رگرسیون چندمتغیره اضطراب بارداری بر اساس متغیرهای پژوهش

همبستگی چندگانه (MR)	مجذور R (ضریب تعیین)	مجذور R تعدیل شده	آماره F	سطح معناداری F
----------------------	----------------------	-------------------	---------	----------------

۰/۰۰۱	۳۰۷/۵۷۶	۰/۸۰۴	۰/۸۰۷	۰/۸۹۸
-------	---------	-------	-------	-------

نتایج نشان داد که ضریب همبستگی چندگانه بین طرحواره‌های ناسازگار اولیه، راهبردهای مقابله با تنیدگی و کیفیت زندگی زناشویی با اضطراب بارداری برابر ۰/۸۹۸ است. همچنین بر اساس مقدار ضریب تعیین ۸۰/۷ درصد از واریانس اضطراب بارداری بر اساس تعامل همزمان این متغیرها پیش‌بینی می‌شود. همچنین مقدار F به دست آمده برابر ۳۰۷/۵۷۶ است که در سطح آلفای کوچکتر از ۰/۰۵ معنی‌دار است که نشان دهنده مناسب بودن مدل رگرسیونی ارائه شده است. در جدول ۴-۸- ضرایب استاندارد و غیراستاندارد چندمتغیره اضطراب بارداری بر اساس متغیرهای پیش‌بین آمده است.

۵. ضرایب استاندارد و غیراستاندارد چندمتغیره اضطراب بارداری بر اساس متغیرهای پژوهش

سطح معناداری	T	ضرایب استاندارد	ضرایب غیر استاندارد		متغیرهای پیش‌بین
		ضریب بتا (β)	خطای استاندارد	B	
۰/۰۰۱	۱۹/۵۲۳	-	۲/۳۵۸	۴۶/۵۶۹	ثابت (Constant)
۰/۰۰۱	۴/۰۲۷	۰/۱۱۸	۰/۰۰۴	۰/۰۱۷	طرحواره‌های ناسازگار اولیه
۰/۰۲۱	۲/۱۳۷	-۰/۲۰۵	۰/۰۱۹	۰/۰۰۳	راهبردهای مسئله مدار مقابله‌ای
۰/۰۰۱	۵/۵۰۳	۰/۱۸۷	۰/۰۱۸	۰/۱۰۰	راهبردهای هیجان مدار مقابله‌ای
۰/۰۰۱	۲۶/۱۵۱	-۰/۸۲۳	۰/۰۱۵	۰/۴۰۳	کیفیت زندگی زناشویی

نتایج ضرایب استاندارد و غیراستاندارد تحلیل رگرسیون چندمتغیره نشان داد که طرحواره‌های ناسازگار اولیه ($\text{sig} = ۰/۰۰۱$) و راهبردهای مسئله مدار مقابله با تنیدگی ($\beta = ۰/۱۱۸$ ، $\text{sig} = ۰/۰۲۱$ و $\beta = -۰/۲۰۵$)، راهبردهای هیجان‌مدار مقابله با تنیدگی ($\text{sig} = ۰/۰۰۱$ و $\beta = ۰/۱۸۷$) و کیفیت زندگی زناشویی ($\text{sig} = ۰/۰۰۱$ و $\beta = -۰/۸۲۳$) می‌توانند اضطراب بارداری را پیش‌بینی کنند. لذا بر اساس آنچه که بیان شد می‌توان گفت فرضیه کلی مبنی بر اینکه اضطراب زنان باردار بر اساس طرحواره‌های ناسازگار اولیه، راهبردهای مقابله با تنیدگی و کیفیت زندگی زناشویی پیش‌بینی می‌شود تایید شد.

بحث و نتیجه گیری:

هدف از پژوهش حاضر بررسی نقش طرحواره‌های ناسازگار اولیه، راهبردهای مقابله با تنیدگی و کیفیت زندگی زناشویی بر اضطراب زنان باردار به روش لقاح آزمایشگاهی می‌باشد. نتایج نشان داد که بین و طرحواره‌های ناسازگار اولیه ($r = ۰/۵۱۲$)، راهبردهای هیجان‌مدار مقابله با تنیدگی ($r = ۰/۳۵۸$ ، $p < ۰/۰۱$) با اضطراب بارداری رابطه مثبت و معناداری وجود دارد. بین راهبردهای مسئله‌مدار مقابله با تنیدگی ($r = -۰/۴۶۰$ ، $p < ۰/۰۱$) و کیفیت زندگی زناشویی ($r = -۰/۸۷۸$ ، $p < ۰/۰۱$) با اضطراب بارداری رابطه منفی و معناداری وجود دارد. طرحواره‌های ناسازگار اولیه ($\text{sig} = ۰/۰۰۱$ و $\beta = ۰/۱۱۸$)، راهبردهای مسئله مدار مقابله با تنیدگی ($\text{sig} = ۰/۰۲۱$ و $\beta = -۰/۲۰۵$)، راهبردهای هیجان‌مدار مقابله با تنیدگی ($\text{sig} = ۰/۰۰۱$ و $\beta = ۰/۱۸۷$) و کیفیت زندگی زناشویی ($\text{sig} = ۰/۰۰۱$ و $\beta = -۰/۸۲۳$) می‌توانند اضطراب بارداری را پیش‌بینی کنند. لذا بر اساس آنچه که بیان شد می‌توان گفت فرضیه کلی مبنی بر اینکه اضطراب زنان باردار بر اساس طرحواره‌های ناسازگار اولیه، راهبردهای مقابله با تنیدگی و کیفیت زندگی زناشویی پیش‌بینی می‌شود تایید شد. از آنجایی که بین متغیرهای پژوهش رابطه معناداری وجود دارد این امر ادامه تحلیل را امکان‌پذیر می‌سازد، پس برای پیش‌بینی اضطراب بارداری بر اساس طرحواره‌های ناسازگار اولیه، راهبردهای مقابله با تنیدگی و کیفیت زندگی زناشویی از رگرسیون چندمتغیره استفاده شد که نتایج نشان داد که واریانس اضطراب بارداری بر اساس تعامل همزمان این متغیرها پیش‌بینی می‌شود و بر اساس آنچه که بیان شد می‌توان گفت فرضیه کلی

مبنی بر اینکه اضطراب زنان باردار بر اساس طرحواره‌های ناسازگار اولیه، راهبردهای مقابله با تنیدگی و کیفیت زندگی زناشویی پیش‌بینی می‌شود تایید شد. این نتیجه به دست آمده با نتایج تحقیقات آردا سوروسو و همکاران (۲۰۱۹) همسویی دارد. از سوی دیگر، راهبردهای مقابله با تنیدگی، به ویژه تمایز بین راهبردهای هیجان‌مدار و راهبردهای مسئله‌مدار، اهمیت بسزایی در پیش‌بینی اضطراب بارداری دارند. استفاده بیش از حد از راهبردهای هیجان‌مدار که غالباً شامل واکنش‌های اجتنابی یا سرکوب هیجان است، باعث تشدید احساس اضطراب می‌شود. این نتایج در هماهنگی با نظریه‌های روانشناسی هیجان و مطالعاتی است که نشان می‌دهند مقابله هیجان‌مدار ناکارآمد می‌تواند بار روانی را افزایش دهد. بالعکس، بکارگیری راهبردهای مسئله‌مدار که شامل عملگرایی برای کاهش عوامل استرس‌زا و مدیریت فعال مشکلات است، ارتباط منفی و معنی‌داری با اضطراب داشته و در بهبود کیفیت روانی موثر است. این دوگانگی در شیوه‌های مقابله‌ای بر اهمیت آموزش مهارت‌های مقابله‌ای مسئله‌مدار در برنامه‌های روان‌درمانی و مشاوره تاکید دارد (داوودی و همکاران، ۲۰۲۴؛ سالاری مقدم و همکاران، ۲۰۲۴؛ تیمیرکان^۱ و همکاران، ۲۰۲۱).

براین اساس می‌توان گفت هر چه فرد راهبرد مقابله مسئله‌مدار را بیشتر به کار برد از سلامت روان بالاتری برخوردار است و نشانه‌های جسمانی، اضطراب، اختلال در عملکرد اجتماعی و افسردگی کمتری نشان خواهد داد. ویژگی دیگر افرادی که از سبک مقابله کارآمد مسئله‌مدار استفاده می‌کنند، سطح تنش پایین است. پایین بودن سطح تنش هیجانی باعث می‌شود که فرد در سایه آرامش روانی بهتر بتواند از مهارت‌های شناختی و پویایی برای مقابله با مشکل استفاده کند و سطح اضطراب پایین‌تری را تجربه نمایند و کسانی که از روش مقابله‌ای هیجانی و فرار از مواجهه با مشکل استفاده می‌کنند، درک پایین‌تری از کفایت در مواجهه با جنبه‌های مختلف زندگی خود دارند (عباسی، شمسی‌زاده، آسایش، رحمانی، حسینی و طالبی، ۱۳۹۲) و تنش و فشار روانی و اضطراب بیشتری را متحمل می‌شوند. نتایج یافته‌ها نشان می‌دهد که طرحواره‌های ناسازگار اولیه ارتباط مثبت و معنا داری با اضطراب بارداری دارند، که بیانگر نقش مهم این طرحواره‌ها در افزایش آسیب‌پذیری روانی زنان در دوران حساس بارداری است. طرحواره‌های ناسازگار که از تجارب منفی دوران کودکی و نوجوانی نشأت می‌گیرند، به عنوان الگوهای شناختی پایدار و منفی، نگرش فرد نسبت به خود و دیگران را تحریف می‌کنند و موجب می‌شوند تا زنان در مواجهه با شرایط استرس‌زا مانند بارداری نابارور با سطح بالاتری از اضطراب روبرو شوند. این یافته با پژوهش‌های پیشین همسو است که نقش طرحواره‌های ناسازگار را در اضطراب و اختلالات خلقی نشان داده‌اند و ضرورت مداخلات روانشناختی هدفمند را برای اصلاح این الگوهای ذهنی پررنگ می‌کند (عطادخت و همکاران، ۲۰۲۰؛ نوردahl^۲ و همکاران، ۲۰۱۹). براین اساس می‌توان گفت به دلیل تغییرات هورمونی و تغییری که با بارداری در زندگی فرد به وجود می‌آید، بارداری به خودی خود با سطحی از استرس و اضطراب همراه است. افراد با طرحواره‌های ناسازگار اولیه نیز بر اساس طرحواره‌های ناسازگار شکل گرفته، انتظارات نامتعادلی از خودشان دارند. به عنوان مثال سبک تربیتی سختگیرانه والدین در دوران کودکی می‌تواند یک فرد را مستعد شکل‌گیری طرحواره‌ی معیارهای سرسختانه کند (عارف‌نیا، سرنیدی و یوسفی، ۱۳۹۱) و به همین ترتیب این طرحواره در بزرگسالی به ویژه در شرایط خاصی چون بارداری به روش لقاح آزمایشگاهی، در فرد اضطراب و عدم اطمینان به خود به وجود بیاورد. بنابراین منطقی به نظر می‌رسد که وقتی بارداری، به ویژه بارداری به روش لقاح آزمایشگاهی با مسائلی چون دارا بودن طرحواره‌های ناسازگار اولیه با هم ادغام می‌شود سطح اضطراب فرد به شدت افزایش پیدا کند. در بررسی پیش‌بینی اضطراب زنان باردار بر اساس کیفیت زندگی زناشویی می‌توان گفت کیفیت زندگی زناشویی باعث افزایش شادمانی، وضعیت تندرستی بهتر و کاهش افسردگی و اضطراب در زنان باردار می‌شود. کیفیت زندگی زناشویی، به عنوان یک متغیر حمایتی روانی، نقش کاهنده معناداری بر اضطراب بارداری دارد و حمایت عاطفی و رضایت از روابط زوجی می‌تواند منبع مهمی برای مدیریت استرس‌های روانی باشد.

¹Timircan

²Nordahl

مطالعات نشان داده‌اند که رضایت همسران و کیفیت ارتباط زوج‌ها به طور مستقیم با کاهش نگرانی‌ها و اضطراب‌های دوران بارداری مرتبط است و ارتقاء این کیفیت می‌تواند به سلامت روان مادر و رشد سالم جنین کمک کند. این یافته‌ها تاکید می‌کنند که مداخلات روانی-اجتماعی در جهت بهبود روابط زناشویی بخشی حیاتی از برنامه‌های حمایت روانی زنان باردار به ویژه در روش‌های کمک باروری است (علیپور و همکاران، ۲۰۱۹؛ میرزاخانی و همکاران، ۲۰۲۰). کیفیت زندگی زناشویی در زن باردار به منزله رضایت وی از خانواده، رضایت از زندگی و رضایت از شرایط موجود است و این احساس رضایت مانع از رشد اضطراب در وی می‌گردد. کیفیت زندگی زناشویی پایین می‌تواند مشکلاتی مانند مشکلات عاطفی، مشکلات ارتباط بین فردی ایجاد کند، که این مسائل می‌تواند سطوح مختلفی از اضطراب را در فرد ایجاد نماید. منطقی است که اضطراب زنان باردار بر اساس راهبردهای مقابله با تنیدگی، طرحواره‌های ناسازگار اولیه و کیفیت زندگی زناشویی پیش‌بینی شود. در نهایت می‌توان گفت تاثیر چندگانه این متغیرها را در پیش‌بینی اضطراب نشان می‌دهد، که از نظر بالینی بیانگر ضرورت نگاه جامع و چندوجهی به عوامل روانشناختی مؤثر بر اضطراب بارداری است. بر این اساس، هم اصلاح شناخت‌ها و طرحواره‌های ناسازگار، هم تقویت راهبردهای مقابله مسئله‌محور و هم بهبود کیفیت زندگی زناشویی باید در قالب برنامه‌های مداخله‌ای و حمایتی مدنظر قرار گیرند.

از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به این مورد اشاره کرد که صرفاً بر روی زنان بارداری که از روش لقاح آزمایشگاهی باردار شده‌اند انجام شده است، بنابراین تعمیم‌پذیری نتایج به سایر گروه‌های باردار (مانند بارداری طبیعی یا با روش‌های دیگر درمان ناباروری)، با احتیاط صورت می‌گیرد. همچنین متغیرهای فردی و محیطی مانند حمایت اجتماعی، سابقه اختلالات روانی، وضعیت اقتصادی-اجتماعی یا شرایط پزشکی خاص ممکن است بر اضطراب بارداری تأثیرگذار باشند. بر همین اساس پیشنهاد می‌شود که مطالعه‌ای مشابه بر روی زنان باردار با روش لقاح مصنوعی در دیگر شهرها، بررسی نقش متغیرهای دیگری مانند ترس از زایمان قبل از بارداری، پریشانی روانشناختی، عواطف منفی و غیره برای پیش‌بینی اضطراب بارداری زنان باردار به روش لقاح مصنوعی، انجام پژوهش برای پیش‌بینی عوامل مؤثر بر اضطراب باردار با سایر روش‌های تحقیق مانند کیفی و آمیخته، استفاده از چندین روش اندازه‌گیری همزمان مانند مشاهده و مصاحبه برای بررسی عوامل مؤثر بر اضطراب بارداری و با توجه به ماهیت دینامیک راهبردهای مقابله‌ای در ماه‌های مختلف بارداری انجام پژوهش در این زمینه انجام گیرد.

تقدیر و تشکر:

خود را ملزم می‌دانم از تمامی کسانی که بنده را در انجام این پژوهش یاری رسانده‌اند کمال تشکر را داشته باشم.

کد تصویب:

این مقاله بر گرفته از پایان نامه کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی نویسنده اول می‌باشد که با کد ۱۵۴۲۹۰۳۸۲۰۲۶۲۲۵۱۳۹۷۱۹۰۲۸۸ در واحد پژوهشی دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم پزشکی قم به تصویب رسیده است.

منابع:

آژ، نضال؛ سمیعی راد، فاطمه؛ کلهر، مهری؛ حسن پور، کبری؛ علیپور، محمود؛ و منتظری، علی. (۱۳۹۷). بررسی کیفیت زندگی جنسی زنان باردار: یک مطالعه مقطعی. *پایش*، ۱۷ (۴): ۴۲۹-۴۲۱.

ایرانی، شیرین؛ توکلی، ماهگل؛ اسماعیلی، مریم؛ و فاطمی، علیمحمد. (۱۳۹۸). اثر بخشی درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر پذیرش بیماری و راهبردهای کنار آمدن با استرس در بیماران مبتلا به لوپوس اریتماتوی سیستمیک. *پژوهشنامه روانشناسی مثبت*، ۵ (۱): ۱-۱۶.

بایرامی، رقیه؛ عفتی داریانی، فاطمه؛ حاج شفیعهها، معصومه؛ و جان قربان، رکسانا. (۱۳۹۷). درک مردان در انتظار اولین فرزند از بارداری حاصل لقاح آزمایشگاهی: یک مطالعه کیفی. *مجله حیات*، ۲۴ (۲): ۱۱۱-۱۲۶.

برجی، میترا؛ فرشادنیا، الهام؛ خرمی، زهرا؛ و قهاری، شهربانو. (۱۳۹۸). پیش بینی افکار خودکشی بر اساس معناداری زندگی و طرحواره‌های ناسازگار اولیه در دانشجویان. *مجله سلامت اجتماعی*، ۶ (۲): ۱۸۶-۱۹۵.

حسینی، منیر، نیسی، عبدالکاظم، داودی، ایران، زرگر، یداله. (۱۳۹۷). اثربخشی مداخله روانشناختی جامع نگر بر سلامت روانشناختی و نرخ باروری زنان با زنان با علت نامشخص و تحت درمان لقاح آزمایشگاهی. *مجله دستاوردهای روانشناختی*، ۴ (۲۵): ۷۴-۵۹.

دخت نکاوند، مهران، مبینی، نغمه، شیخی، علی اکبر، روشندل، سولماز. (۱۳۹۳). بررسی تاثیر آرام سازی بر اضطراب و نتیجه درمان ای وی اف در بیماران نابارور مراجعه کننده به مراکز ناباروری منتخب دانشگاه علوم پزشکی تهران. *مجله دانشکده علوم پزشکی ارومیه*، ۱۳ (۷): ۶۰۵-۶۱۲.

زارع سلطانی، اکرم، و قمری، محمد. (۱۳۹۵). رابطه طرحواره های ناسازگار اولیه مادران با اضطراب آشکار و پنهان دانش آموزان دختر ابتدایی. *زن و مطالعات خانواده*، ۸ (۳۳): ۴۵-۶۲.

سدیدی، محسن؛ و یمینی، محمد. (۱۳۹۷). پیش‌بینی بهزیستی روان‌شناختی بر اساس راهبردهای مقابله‌ای و ناگویی هیجانی. *فصلنامه علمی و پژوهشی مطالعات روانشناختی*، ۱۴ (۲): ۱۴۱-۱۲۵.

شعبانی خدیو، امیر؛ و احمدیان، حمزه. (۱۳۹۸). رابطه ارضاء نیازهای بنیادی روانی و اختلال تنظیم هیجانی با نقش میانجیگری طرحواره های ناسازگار اولیه در دانشجویان دانشگاه بوعلی سینا همدان. *دانش و پژوهش در روانشناسی کاربردی*، ۲۰ (۱): ۱۱۱-۱۰۱.

صداقت خواه، عاطفه، و بهزادی پور، ساره. (۱۳۹۶). پیش بینی کیفیت زناشویی براساس باورهای ارتباطی، ذهن آگاهی و انعطاف پذیری روان شناختی. *فصلنامه زن و خانواده*، ۸ (۳۰): ۷۷-۵۷.

صفری، نرگس؛ کاوسی، علی؛ جویباری، لیلا؛ ثناگو، اکرم؛ محمدی، غلامرضا. (۱۳۹۴). رابطه بین فاجعه سازی، اضطراب درد و راهبردهای مقابله‌ای در بیماران سرطانی. *روان پرستاری*، ۳ (۲): ۴۲-۳۱.

عارف نیا، سمانه، سرنندی، پرویز، و یوسفی، رحیم. (۱۳۹۱). مقایسه ی طرحواره های ناسازگار اولیه در دانش آموزان دوره راهنمایی دارای اضطراب مدرسه و دانش آموزان عادی. *مجله روانشناسی مدرسه*، ۱ (۴): ۷۴-۸۹.

عباسی، علی، شمسی زاده، مرتضی، آسایش، حمید، رحمانی، حسین، حسینی، سیدعابدین، طالبی، میترا. (۱۳۹۲). ارتباط فشار مراقبتی با روش های مقابله ای مراقبین خانوادگی بیماران سرطانی. *روان پرستاری*، ۱ (۳): ۷۱-۷۴.

عبدالله زاده رافی، مهدی؛ حسن زاده اول، مریم؛ احمدی، شکوفه؛ طاهری، محمد؛ و حسینی، محمدعلی. (۱۳۹۱). رابطه حمایت اجتماعی با افسردگی و اضطراب سه ماهه سوم بارداری. *پژوهش پرستاری*، ۷ (۲۶): ۱۰-۱.

عیسی نژاد، امید، علیپور، الهه، و کلهری، صفورا. (۱۳۹۶). فراهم سازی ارزیابی تراز خودتنظیمی زناشویی در جامعه ایرانی: آزمون پایایی، روایی و ساختار عاملی نسخه ایرانی سنج خودتنظیمی رفتاری برای روابط کارآمد زوج ها. *مشاوره و رواندرمانی خانواده*، ۷ (۲): ۱۲۶-۱۴۷.

کارآموزیان، مهسا؛ عسگری زاده، قاسم؛ و بهروزی، ناصر. (۱۳۹۵). بررسی ویژگی های روان سنجی پرسشنامه اضطراب بارداری. *مجله بالینی پرستاری و مامایی*، ۵ (۴): ۳۴-۲۲.

محمودی راد، غلامحسین؛ حسینی، مهدی؛ کاظمی مجد، رضوان؛ و دره کی، علی اکبر. (۱۳۹۷). ارتباط میان راهبردهای مقابله ای و تعهد سازمانی پرستاران. *فصلنامه مدیریت پرستاری*، ۷ (۲): ۱۰-۱.

ملکوتی، جمیله؛ میرغفوروند، مژگان؛ صالحی پور مهر، هانیه؛ شمسایی، فرشید؛ و صفری کمیل، معصومه. (۱۳۹۷). نگرانی های مادران باردار و ارتباط آن با راهبردهای مقابله ای در مراجعه کنندگان به مراکز و پایگاه های بهداشتی شهر همدان. *مجله حیات*، ۲۴ (۱): ۳۵-۴۷.

موحدی، معصومه؛ موحدی، یزدان؛ و کریمی نژاد، کلثوم. (۱۳۹۳). بررسی رابطه رضایت زناشویی، صمیمیت و کیفیت زندگی زناشویی در متأهلین باگذشت. *دو فصلنامه مشاوره و روان درمانی خانواده*، ۴ (۴): ۶۵۳-۶۳۳.

والیانی، محبوبه، عابدیان، سارا، احمدی، سیدمهدی، پهلوان زاده، سعید. (۱۳۹۴). بررسی رضایتمندی زنان نابارور از روند مراقبتی کاهش استرس در طول دوره درمان. *مجله مراقبت پرستاری و مامایی / این سینا*، ۲۳ (۱): ۴۸-۳۸.

Abraham, C., Conner, M., Jones, F., & O'Connor, D. (2024). *Health psychology*. Routledge.

Alipour, Z., Kazemi, A., Kheirabadi, G., & Eslami, A. A. (2019). Relationship Between Marital Quality, Social Support and Mental Health During Pregnancy. *Community mental health journal*, 55(6), 1064–1070.

Arda Sürücü, H., Büyükkaya Besen, D., Duman, M., Erbil, E. Y., & Ay, İ. (2019). Are levels of coping with stress in pregnancy with gestational diabetes worse than in healthy pregnancy?. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 40 (2), 114-122.

Atadokht, A., Daryadel, S. J., Samadifard, H. R., Kelarde, S. M., & Heidarirad, H. (2020). Comparing brain-behavioral systems, early maladaptive schemas, and preservative thinking in women with and without pregnancy anxiety in the health center of Ardabil Province, Iran. *Chronic Diseases Journal*, 1-7.

Braverman, A. M., Davoudian, T., Levin, I. K., Bocage, A., & Wodoslawsky, S. (2024). Depression, anxiety, quality of life, and infertility: a global lens on the last decade of research. *Fertility and sterility*, 121(3), 379-383.

Bregar, B., Skela-Savič, B., & Plesničar, B. K. (2018). Cross-sectional study on nurses' attitudes regarding coercive measures: the importance of socio-demographic characteristics, job satisfaction, and strategies for coping with stress. *BMC psychiatry*, 18 (1), 171- 183.

Brown, L.J., & Bond, M.J. (2019). The pragmatic dercition and validation of measures of adaptive and maladaptive coping styles. *Cogent Psychology*, 6 (1), 156-163.

Davoudi, M., Pouladi Rishchri, A., & Danesh, E. (2024). Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Pregnancy Concerns, Stress Coping Schemas, and Interpersonal Sensitivity in Pregnant Women with Pregnancy Anxiety. *Applied Family Therapy Journal (AFTJ)* , 5(4), 74-85.

Fallon, V., Halford, J.C.G., Bennett, K.M., & Harrold, J.A. (2016). The postpartum specific anxiety scale: development and preliminary validation. *Archives of Women's Mental Health*, 19 (6), 1079-1090.

Giessner, T., & Baskurt, A. B. (2025). P-538 The Influence of Psychological Capital and Coping Mechanisms on the Well-being of Women Undergoing IVF Treatments. *Human Reproduction*, 40(Supplement_1), deaf097-844.

Hecht, L. M., Joseph-Mofford, G., Iacobelli, R., Ahmed, M., Haley, E., Loree, A. M., & Miller-Matero, L. R. (2025). Anxiety, depression, and infertility-specific distress among women with female factor infertility. *Journal of health psychology*, 30(1), 32-39.

Karlsen, B., Oftedal B, Bru E. (2012). The relationship between clinical indicators, coping styles, perceived support and diabetes-related distress among adults with type 2 diabetes. *J of ad Nurs*. 68 (2):391-401.

Kraaij, V., & Garnefski, N. (2019). The behavioral emotion regulation questionnaire: development, psychometric properties and relationships whit emotional problems and the cognitive emotion regulation questionnaire. *Personality and Individual Differences*, 137, 56-61.

Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer.

Li, N., Bai, J., Wang, L., Chen, M., Zhu, H., Dong, J., ... & Shi, J. (2025). Factors influencing the anxiety and depression status in patients undergoing in vitro fertilization-embryo transfer assisted pregnancy. *Scientific Reports*, 15(1), 16303.

Li, P.F., & Jahnsn, L.N. (2018). Couples' depression and relationship satisfaction: Examining the moderating effects of demand/withdraw communication patterns. *Journal of Family Therapy*, 40, S63-S85.

Liu, F., Qiao, W., Han, W., Fan, X., Chen, Y., Lu, R., ... & Zhang, D. (2025). Using network analysis to identify central symptoms of depression and anxiety in different profiles of infertility patients. *BMC psychiatry*, 25(1), 229.

McMahon, C., Hammarberg, K., Lensen, S., Wang, R., Mol, B. W., & Vollenhoven, B. J. N. (2024). What do women undergoing in vitro fertilization (IVF) understand about their chance of IVF success?. *Human Reproduction*, 39(1), 130-138.

Mirzakhani, K., Khadivzadeh, T., Faridhosseini, F. and Ebadi, A. (2020). Pregnant Women's Experiences of the Conditions Affecting Marital Well-Being in High-Risk Pregnancy: A Qualitative Study. *International Journal of Community Based Nursing & Midwifery*, 8(4), 345-357. doi: 10.30476/ijcbnm.2020.85666.1285

Nikolaevskaya, A. O., Tyuvina, N. A., Balabanova, V. V., & Vasilenko, M. A. (2025). Interrelation and mutual influence of mental health and reproductive function in women with infertility undergoing in vitro fertilization therapy. *Neurology, Neuropsychiatry, Psychosomatics*, 17(3), 26-32.

Nordahl, D., Høifødt, R. S., Bohne, A., Landsem, I. P., Wang, C. E. A., & Thimm, J. C. (2019). Early maladaptive schemas as predictors of maternal bonding to the unborn child. *BMC psychology*, 7(1), 23.

Ozkan, B., Orhan, E., Aktas, N., & Coskuner, E.R. (2015). Depression and sexual dysfunction in Turkish men diagnosed with infertility. *Urology*, 85 (6), 1389-1393.

Pau, K. (2017). Marital Satisfaction and Mental Health Among Working Community in Malaysia. *Medical Science*, 6 (8), ISSN No 2277 - 8160 er 2014 • ISSN No 2277 – 8179.

Pauwels, E., Dierckx, E., Smits, D., Janssen, R., & Claes, L. (2018). Validation of the young schema questionnaire-short form in a flemish community sample. *Psychological Belgica*, 58 (1), 634-641.

Phillips, K., Brockman, R., Bailey, P. E., & Kneebone, I. I. (2019). Young Schema Questionnaire–Short Form Version 3 (YSQ-S3): Preliminary validation in older adults. *Aging & mental health*, 23 (1), 140-147.

Pirkalani, K.K., & Talaee Rad, Z. (2013). Psychological stress causes relative infertility through direct changing the frequency pattern of gnRH release from the hypothalamus. *European Psychiatry*, 28 (1), 1-8.

Ramos, I.F., Guardino, C.M., Mansolf, M., Glynn, L.M., Sandman, C.A., Hobel, C.J., & Schetter, C.D. (2019). Pregnancy anxiety predicts shorts gestation in Latina and non-Latina white women: the role placental corticotrophin-releasing hormone. *Psycho Neuroendocrinology*, 99, 166-173.

Salari Moghaddam, L., Ebrahimi Moghadam, H., & Pirani, Z. (2024). Structural Model Explanation of the Relationship Between Early Maladaptive Schemas and Adaptation in Students: The Mediating Role of Coping Strategies. *KMAN Counseling & Psychology Nexus*, 2(1), 191-199.

- Senesi, A., Maxwell, M., O'Carroll, R., & Cheyne, H. (2019). Anxiety scales used in pregnancy: Systematic review. *BJPsych Open*, 5 (1), 152-167.
- Shahoei, R., Karimi, A., Mehrnezhadi, SH., Shahgheibi, SH., Karimi, G., Khanpour, F. (2022). Anxiety and depression and related factors in pregnant mothers. *Scientific Faculty*, 8 (2), 77-91.
- Shingshetty, L., Cameron, N. J., McLernon, D. J., & Bhattacharya, S. (2024). Predictors of success after in vitro fertilization. *Fertility and Sterility*, 121(5), 742-751.
- Simpson, S., Simionato, G., Smout, M., van Vreeswijk, M. F., Hayes, C., Sougleris, C., & Reid, C. (2019). Burnout amongst clinical and counselling psychologist: The role of early maladaptive schemas and coping modes as vulnerability factors. *Clinical psychology & psychotherapy*, 26 (1), 35-46.
- Sperb, W., da Silva, J. A., Cogo-Moreira, H., Lara, D. R., & de Carvalho, H. W. (2019). The latent structure of the Young Schema Questionnaire-Short Form. *Brazilian Journal of Psychiatry, (AHEAD)*, 41 (6): 530-534.
- Srivastava, R., Sharma, A., Saraswathy, K. N., Puri, M., Babu, N., & Mahajan, C. (2025). The self as a resource: A qualitative study of women coping with infertility in north India. *Journal of Health Psychology*, 13591053251342535.
- Staniszek, K., & Popiel, A. (2018). Development and validation of the Polish experimental short version of the Young Schema Questionnaire (YSQ-ES-PL) for the assessment of early maladaptive schemas. *Roczniki Psychologiczne/Annals of Psychology*, 20 (2), 401-427.
- Sterenson, E.L., Cebert, M., & Silva, S. (2019). Stress and Anxiety in couples who conceive via vitro fertilization compared with those who conceive spontaneously. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, 48(6), 635-644.
- Su, Z., Ding, P., Su, W., Li, X., Li, Y., Li, X., ... & Wang, Y. (2024). Association between oxidative balance score and female infertility from the national health and nutrition examination survey 2013–2018. *Frontiers in Endocrinology*, 15, 1386021.
- Timircan, M., Bratosin, F., Vidican, I., Suciu, O., Turaiche, M., Bota, A. V., Mitrescu, S., & Marincu, I. (2021). Coping Strategies and Health-Related Quality of Life in Pregnant Women with SARS-CoV-2 Infection. *Medicina (Kaunas, Lithuania)*, 57(10), 1113.
- Turhan, H. M., Shoaib, K., Tully, J., & Nixon, E. (2024). Early maladaptive schemas in sex offenders and non-sexual violent offenders: a systematic review. *International Journal of Cognitive Therapy*, 17(3), 486-510.
- an den Bergh, B. R. H. (1990). The influence of maternal emotions during pregnancy on fetal and neonatal behavior. *Journal of Prenatal & Perinatal Psychology and Health*, 5(2), 119-130.
- Winkelman, W.D., Katz, P.P., Smith, J.F., & Romen, T.S. (2016). The sexual impact of infertility among women seeking fertility care. *Sexual Medicine*, 4 (3), e190-e197.
- Yan, Y., Ma, Y., Xu, L., & Lv, Y. (2025). Impact of perceived social support on anxiety and depression in women undergoing in vitro fertilization-embryo transfer: the role of psychological resilience. *Journal of Assisted Reproduction and Genetics*, 42(1), 231-242.
- Young, J. E., & Brown, G. (2003). *Young schema questionnaire*. New York: Cognitive Therapy Center of New York.

The role of primary maladaptive schemas, stress coping strategies and quality of married life on the anxiety of pregnant women through in vitro fertilization

Elham Kermani zadeh¹

Hassan Mirza hosseini²

Abstract

The purpose of this research is to investigate the role of primary maladaptive schemas, stress coping strategies, and marital quality on the anxiety of pregnant women through in vitro fertilization. The current research is of a descriptive type and research data collection was done by available sampling method, 300 people were selected among pregnant women by in vitro fertilization method in Qom city. In order to obtain the desired data, pregnancy anxiety questionnaires, incompatible schemas, coping strategies and quality of married life were distributed among them. The obtained data were analyzed by SPSS software and Pearson correlation tests and multivariate regression. The results showed that there is a positive and significant relationship between initial maladaptive schemas ($r=0.512$, $p<0.01$) and emotion-oriented coping strategies ($r=0.358$, $p<0.01$) with pregnancy anxiety. There is a negative and significant relationship between problem-oriented coping strategies ($r=0.460$, $p<0.01$) and quality of married life ($r=0.878$, $p<0.01$) with pregnancy anxiety. Also, primary maladaptive schemas ($\text{sig}=0.001$ and $\beta=0.118$), problem-oriented strategies for coping with stress ($\text{sig}=0.021$ and $\beta=0.205$), emotion-oriented strategies for coping with stress (0.001 $\text{sig}=0$ and $\beta=0.187$) and quality of married life ($\text{sig}=0.001$ and $\beta=0.823$) can predict pregnancy anxiety. Based on the results, it can be said that the anxiety of pregnant women with artificial insemination is predicted based on the initial maladaptive schemas, coping strategies and the quality of married life.

Key words: pregnancy anxiety, primary maladaptive schemas, stress coping strategies, quality of married life, in vitro fertilization

¹ Corresponding author: Master of Clinical Psychology, Islamic Azad University, Medical Sciences Department, Qom, Iran. kermani.elham777@gmail.com

² Assistant Professor, Islamic Azad University, Qom Branch, Iran. mirzahoseini@yahoo.com