ISSN: 2717-3216 *Volume 13, Issue 1 (2026), 1-15* https://www.ijfpjournal.ir/

Iranian Journal of Family Psychology

Research Paper

https://doi.org/10.22034/ijfp.2026.2081051.1489

Causal Model Testing of Women's Reproductive Health Behaviors Based on Sense of Coherence and Distress Tolerance with the Mediating Role of Parenting Stress

Safura Keyvanlo[1], Fariborz Doustipour[2], Maedeh Honarbakhsh[3], Parisa Asadinia[4], Sanaz Eyni[5*]

1. PhD Student in Psychology, Department of Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, University of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, Iran.
2. M.A. in Psychology, Department of Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran.
3. M.A. in Clinical Psychology, Department of Psychology, Zanjan Branch, Islamic Azad University, Zanjan, Iran.
4. M.A. in Clinical Psychology, Department of Psychology, Ardabil Branch, Islamic Azad University, Ardabil, Iran.
5. Assistant professor, Department of Psychology, Faculty of Humanities and Social Sciences, University of Kurdistan, Sanandaj, Iran.

Article Info.

Received:16 Dec 2025

Revised: 30 Mar 2026

Accepted:15 Apr 2026

Published:20 May 2026

Keywords:

Reproductive health-behaviors,

Sense of -coherence,

Distress tolerance,

Parenting stress

***Corresponding author**
Email: s.eyni@uok.ac.ir

Abstract

Abstract

The present study aimed to investigate the roles of sense of coherence and distress tolerance in women's reproductive health behaviors mediated by parenting stress. It was applied in terms of purpose and was conducted using path analysis. The statistical population included all pregnant women who attended healthcare centers in Mashhad for prenatal care during the first six months of 2024. Of these, 238 women were selected through the convenience sampling method. The research instruments included the Pregnancy Health Behaviors Questionnaire (Lobel et al., 2008), the Sense of Coherence Scale (Antonovsky, 1996), the Distress Tolerance Scale (Simons & Gaher, 2005), and the Parenting Stress Index–Short Form (Abidin, 1995). Data were analyzed using SPSS-27 and LISREL 8.8 software. Findings showed that sense of coherence and distress tolerance had a positive and significant direct effect on reproductive health-promoting behaviors and a negative and significant direct effect on reproductive health-damaging behaviors. Moreover, the indirect effect of sense of coherence and distress tolerance on both categories of reproductive health behaviors through the mediation of parenting stress was significant ($p < 0.05$). Based on the results, enhancing the sense of coherence and distress tolerance skills can improve reproductive health and reduce women's vulnerability to parenting stress. Therefore, it is recommended that pregnancy specialists, alongside medical care, pay greater attention to the psychological factors affecting reproductive health.

How to Cite:
Keyvanlo, S., Doustipour, F., Honarbakhsh, M., Asadinia, P., Eyni, S. (2026). Causal Model Testing of Women's Reproductive Health Behaviors Based on Sense of Coherence and Distress Tolerance with the Mediating Role of Parenting Stress. *Iranian Journal of Family Psychology. 13*(1), 1-15. https://doi.org/10.22034/ijfp.2026.2081051.1489

©The Author(s). Published by Family Psychology Association of Iran.
This article is an open access article licensed under the Creative Commons Attribution 4.0 International (CC BY 4.0)

ISSN: 2717-3216 https://www.ijfpjournal.ir/

روانشناسی خانواده

دوره سیزدهم، شماره ۱، بهار ۱۴۰۵



مقاله پژوهشی

آزمون مدل علی رفتارهای سلامت باروری زنان براساس انسجام روانی، تحمل پریشانی با میانجی‌گری استرس والدگری

صفورا کیوانلو[۱]، فریبرز دوستی پور[۲]، مائده هنربخش[۳] پریسا اسدی نیا[۴]، ساناز عینی[۵*]

۱. دانشجوی دکتری روانشناسی، گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران.

۲. کارشناسی ارشد روانشناسی، گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران.

۳. کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی، واحد زنجان، دانشگاه آزاد اسلامی، زنجان، ایران.

۴. کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی، واحد اردبیل، دانشگاه آزاد اسلامی، اردبیل، ایران.

۵. استادیار، گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی و اجتماعی، دانشگاه کردستان، سنندج، ایران.

اطلاعات مقاله

دریافت: ۱۴۰۴/۰۹/۲۵

بازنگری: ۱۴۰۵/۰۱/۱۰

پذیرش: ۱۴۰۵/۰۱/۲۶

انتشار: ۱۴۰۵/۰۲/۳۰

کلیدواژه‌ها:

رفتارهای سلامت باروری،

انسجام روانی،

تحمل پریشانی،

استرس والدگری

چکیده

پژوهش حاضر با هدف بررسی نقش انسجام روانی و تحمل پریشانی در رفتارهای سلامت باروری زنان با میانجی‌گری استرس والدگری انجام شد. این مطالعه از نظر هدف، کاربردی و به روش تحلیل مسیر اجرا گردید. جامعه آماری شامل تمامی زنان بارداری بود که در شش‌ماهه نخست سال ۱۴۰۳ برای دریافت مراقبت‌های دوران بارداری به مراکز بهداشتی شهر مشهد مراجعه کردند. از میان آن‌ها ۲۳۸ نفر به روش نمونه‌گیری دردسترس انتخاب شدند. ابزارهای پژوهش شامل پرسشنامه رفتارهای سلامت بارداری (PHBS)، احساس انسجام (SOC)، تحمل پریشانی (DTS) و استرس والدگری–فرم کوتاه (PSI-SF) بود. داده‌ها در نرم‌افزارهای SPSS 27 و LISREL 8.8 تحلیل شد. یافته‌ها نشان داد انسجام روانی و تحمل پریشانی بر رفتارهای ارتقادهنده سلامت باروری اثر مستقیم مثبت و معنادار و بر رفتارهای مخرب سلامت باروری اثر مستقیم منفی و معنادار نشان داد. همچنین، اثر غیرمستقیم انسجام روانی و تحمل پریشانی بر هر دو دسته رفتارهای سلامت باروری از طریق میانجی‌گری استرس والدگری معنادار بود (P<۰/۰۵). بر اساس نتایج، تقویت انسجام روانی و مهارت‌های تحمل پریشانی می‌تواند به بهبود سلامت باروری و کاهش آسیب‌پذیری زنان در برابر استرس والدگری کمک کند. بنابراین توصیه می‌شود متخصصان حوزه بارداری در کنار مراقبت‌های پزشکی، به عوامل روان‌شناختی مؤثر بر سلامت باروری نیز توجه بیشتری داشته باشند.

***نویسنده مسئول:**

پست الکترونیکی: s.eyni@uok.ac.ir

استناد به این مقاله:

کیوانلو، صفورا، دوستی پور، فریبرز، هنربخش، مائده، اسدی نیا، پریسا، عینی، ساناز. (۱۴۰۵). آزمون مدل علی رفتارهای سلامت باروری زنان براساس انسجام روانی، تحمل پریشانی با میانجی‌گری استرس والدگری. *روانشناسی خانواده*، *۱۳*(۱)، ۱-۱۵.

مقدمه

بارداری دوره‌ای حساس است که تغییرات جسمی، روانی و اجتماعی گسترده‌ای ایجاد کرده و می‌تواند رفتارهای مرتبط با سلامت مادر و جنین را تحت‌تأثیر قرار دهد (Hadian et al., 2019). رفتارهای دوران بارداری شامل رفتارهای ارتقادهنده سلامت مانند تغذیه مناسب، فعالیت بدنی و مراقبت‌های دوران بارداری و نیز رفتارهای پرخطر مانند مصرف دخانیات و الکل یا رفتارهای جنسی پرخطر است (Morris et al., 2020). سلامت باروری[1]، بخشی مهم از سلامت فردی و اجتماعی محسوب می‌شود و شامل رفاه کامل جسمی، روانی و اجتماعی در فرآیندهای باروری و توانایی تصمیم‌گیری آگاهانه درباره زمان و نحوه بارداری است (Mahmood & Bitzer, 2024). توجه به دوره‌های پیش از بارداری، بارداری و پس از زایمان ضروری است، زیرا اصلاح رفتارهای ناسالم و کاهش عوامل تهدیدکننده می‌تواند پیامدهای بارداری را بهبود بخشد. همچنین سبک زندگی سالم ــ مانند الگوی غذایی مناسب، فعالیت بدنی و پرهیز از دخانیات نقش مهمی در سلامت زنان و فرزندان آن‌ها دارد (Guinhouya et al., 2022; Park & Lee, 2023) و موجب کاهش پیامدهای خطرناک بارداری می‌شود (Barron et al., 2022).

یکی از عوامل روان‌شناختی اثرگذار بر رفتارهای سلامت، انسجام روانی[2] است. انسجام روانی به این باور اشاره دارد که رویدادهای زندگی قابل درک، قابل پیش‌بینی و معنادارند (Braun-Lewensohn et al., 2022). افراد با انسجام روانی بالا بهتر می‌توانند با استرس‌های زندگی مقابله کنند (Arghabaei et al., 2018) و مشکلات اجتناب‌ناپذیر دوران بارداری را مدیریت نمایند (Dymecka et al., 2021). بر اساس نظریه سلامت‌زایی، انسجام روانی یکی از عوامل مهم در سازگاری روان‌شناختی با شرایط استرس‌زا محسوب می‌شود (Antonovsky, 2002). پژوهش‌ها نشان داده‌اند که انسجام روانی بالا در زنان باردار با اضطراب و افسردگی کمتر، پریشانی پایین‌تر بارداری، کاهش ترس از زایمان، کاهش احتمال زایمان زودرس و بهبود عملکرد خانوادگی همراه است (Bäckström et al., 2018; Przestrzelska et al., 2018). همچنین انسجام روانی پایین با پیامدهای سلامت دوران بارداری ضعیف همراه است (Alcantara et al., 2023) و می‌تواند منجر به کاهش وزن قابل‌توجهی در نوزادان شود (Hermon et al., 2019). همچنین، انسجام موجب حفظ سلامت باروری می‌شود(Moura-Ramos et al., 2023)، با استرس ناشی از ناباروری همبستگی منفی داشته (Lei et al., 2021) و پیش‌بینی کننده مطلوبی از سلامت باروری و زایمان است که ظرفیتی برای انطباق با فرایندهای غیرمنتظره در فرزندآوری ایجاد نموده و با سلامت عاطفی و جسمی دوره بارداری مرتبط می‌باشد (Del-Pino-Casado et al., 2019). از سویی، یافته Khezri Yazdi and Demehri (2024) خضری یزدی و دمهری نشان داد که امنیت روانی بر نگرانی‌های دوران بارداری اثر منفی داشته و افزایش انسجام روانی با کاهش استرس ناباروری همراه است.

تحمل پریشانی[3] نیز عامل مهم دیگری است که نقش تعیین‌کننده‌ای در سلامت روانی زنان باردار دارد. تحمل پریشانی به توانایی ادامه عملکرد سازگارانه در مواجهه با هیجانات منفی اشاره دارد (Bellido-González et al., 2019). تحمل پریشانی پایین می‌تواند پیامدهای نامطلوبی مانند سقط جنین، زایمان زودرس، تضعیف سیستم ایمنی بدن، وزن کم نوزاد و اختلال در دلبستگی را ایجاد کند (Engidaw et al., 2019; Obrochta et al., 2020). بر اساس مدل تحمل پریشانی، افرادی که تحمل پریشانی بالاتری دارند می‌توانند در مواجهه با موقعیت‌های استرس‌زا یا هیجان‌های ناخوشایند، به جای اجتناب یا رفتارهای آسیب‌زا، راهبردهای سازگارانه‌تری را به کار بگیرند (Linehan, 1993). زنان دارای تحمل پریشانی پایین بیشتر در معرض رفتارهای ناسازگار و پرخطر قرار می‌گیرند (Mousavi et al., 2023) و این مسئله می‌تواند روابط بین‌فردی و سلامت زناشویی

---

[1].reproductive health
[2].psychological cohesion
[3].distress tolerance

را تضعیف کند (Simionescu et al., 2021). همچنین پژوهش‌ها نشان داده‌اند که تحمل پریشانی بر امنیت روانی زنان نابارور و نگرانی‌های بارداری تأثیر دارد (Costa et al., 2020; Salehi & Asghari Ebrahim Abad, 2019)

استرس والدگری[۴] نیز از عوامل اثرگذار بر سلامت باروری است که می‌تواند موجب بهبود سلامت باروری شود (Ribeiro et al., 2023). استرس والدگری زمانی رخ می‌دهد که بین تقاضاهای والدگری و منابع روان‌شناختی فرد تعارض ایجاد شود (Wang et al., 2020). بر اساس نظریه استرس و مقابله، استرس زمانی ایجاد می‌شود که فرد موقعیت‌های زندگی را فراتر از منابع و توانایی‌های خود برای مقابله ارزیابی کند. در چنین شرایطی، فشار روانی می‌تواند بر فرایندهای شناختی، هیجانی و رفتاری فرد تأثیر بگذارد (Lazarus & Folkman, 1984). استرس والدگری بالا با افزایش افسردگی، اضطراب و خستگی والدین و همچنین مشکلات عاطفی و رفتاری کودکان همراه است (Fang et al., 2021). از آنجا که دوران بارداری تا سه‌سالگی برای رشد مغز حیاتی است، محیط‌های استرس‌زا می‌توانند رشد عاطفی و شناختی کودک را به خطر بیندازند (Delvecchio et al., 2020). علاوه بر این، استرس در دوران بارداری می‌تواند بر رشد قبل از تولد، پس از زایمان و سلامت والدین تأثیر بگذارد (Georg et al., 2021). پژوهش‌ها حاکی از آن است که استرس مادر در دوران بارداری خطر ابتلا به مشکلات رفتاری و سلامت روانی را افزایش می‌دهد (Van den Bergh et al., 2020). استرس والدگری مادر با دلبستگی و وضعیت سلامتی در زایمان قابل پیش‌بینی است (Matvienko-Sikar et al., 2018) و استرس بالای دوران بارداری پیش‌بینی‌کننده قابل‌توجهی برای بیماری‌های گوارشی و بیماری‌های تنفسی مادر است (Phelan et al., 2015). همچنین، مادران دارای استرس والدگری پایین در مقایسه با مادران دارای استرس والدگری بالا، از سطوح بیشتر سلامت روانی برخوردار هستند (Yousefi et al., 2019).

با وجود اهمیت سلامت باروری و وجود پژوهش‌های متعدد در مورد عوامل روان‌شناختی مرتبط با این مولفه، بیشتر مطالعات پیشین این متغیرها را به‌صورت جداگانه یا در ارتباط با پیامدهایی مانند اضطراب، افسردگی و ترس از زایمان بررسی کرده‌اند و کمتر به تبیین سازوکار اثرگذاری آن‌ها بر رفتارهای سلامت باروری پرداخته‌اند. در پژوهش حاضر، انسجام روانی و تحمل پریشانی به‌عنوان دو منبع روان‌شناختی مهم انتخاب شده‌اند، زیرا انسجام روانی به زنان باردار کمک می‌کند رویدادهای این دوره را قابل فهم، قابل مدیریت و معنادار تجربه کنند و تحمل پریشانی نیز ظرفیت مواجهه سازگارانه با هیجان‌های منفی و پیشگیری از رفتارهای ناسازگارانه را افزایش می‌دهد. از سوی دیگر، بارداری مرحله‌ای انتقالی به نقش مادری است و نگرانی‌های مرتبط با مسئولیت‌های والدگری همچون استرس والدگری می‌تواند رابطه میان منابع روان‌شناختی مادر و رفتارهای سلامت باروری را توضیح دهد. بنابراین، پژوهش حاضر این متغیرها را در قالب یک مدل علی منسجم و با تمرکز بر رفتارهای سلامت باروری زنان باردار بررسی می‌کند، مدلی که می‌تواند ضمن پر کردن بخشی از خلأ پژوهشی موجود، مبنایی برای طراحی مداخلات آموزشی و روان‌شناختی در جهت ارتقای سلامت باروری فراهم سازد. لذا، پژوهش حاضر با هدف بررسی مدل علی رفتارهای سلامت باروری بر اساس انسجام روانی و تحمل پریشانی با میانجی‌گری استرس والدگری انجام شد.

روش

جامعه آماری، نمونه و روش اجرای پژوهش

این پژوهش از نظر هدف، کاربردی و از نظر نحوه گردآوری داده‌ها (طرح تحقیق) از پژوهش‌های توصیفی-همبستگی است که به روش تحلیل مسیر اجرا شد. جامعه آماری شامل تمامی زنان بارداری که در شش ماه اول سال ۱۴۰۳ جهت دریافت مراقبت‌های دوران بارداری از ماه اول تا نهم بارداری به مراکز بهداشتی درمانی شهر مشهد مراجعه کردند، بود. برای تعیین حجم نمونه از روش نسبت N:q (تعداد مشارکت کنندگان به تعداد پارامترهای برآوردی) استفاده شد. کلاین نسبت ۱۰ به ۱ را

[4].parental stress

به عنوان حداقل قابل قبول و ۲۰ به ۱ را به عنوان نسبت مطلوب برای برآورد معتبر پارامترها توصیه می‌کند. با توجه به وجود ۲ متغیر برون‌زا، یک متغیر میانجی و ۲ متغیر درون‌زا در مدل، تعداد پارامترهای برآوردی ۱۴ عدد بود. از این رو، حداقل نمونه ۱۴۰ نفری (نسبت ۱۰ به ۱) و نمونه مطلوب ۲۸۰ نفری (نسبت ۲۰ به ۱) برآورد شد. در نهایت با در نظر گرفتن احتمال ریزش، ۲۵۰ نفر به عنوان حجم نمونه انتخاب شد که نسبت N:q معادل ۱۸ به ۱ را تأمین می‌کند و در دامنه خوب تا مطلوب قرار دارد (Kline, 2013). براین اساس، ۲۵۰ نفر به عنوان حجم نمونه به روش نمونه‌گیری دردسترس انتخاب شدند. بدین صورت که از میان ۵۲ مرکز بهداشتی-درمانی شهر مشهد، ۱۵ مرکز به روش تصادفی ساده انتخاب شد. دلیل انتخاب ۱۵ مرکز، پوشش مناسب جغرافیایی مناطق مختلف شهر و تنوع اقتصادی-اجتماعی بود. سپس با مراجعه به این مراکز، زنان واجد شرایط ورود به پژوهش، پس از مصاحبه اولیه و کسب رضایت آگاهانه، انتخاب شدند. معیارهای ورود شامل: دامنه سنی ۲۰ تا ۴۵ سال، حداقل تحصیلات سیکل، عدم ابتلا به اختلالات روان‌پزشکی تشخیص‌داده‌شده توسط روان‌پزشک (بر اساس گزارش خودِ فرد و بررسی پرونده سلامت روان)، و داشتن سابقه زایمان مشکل‌دار یا سقط جنین بود. دلیل تأکید بر اختلالات خلقی به‌ویژه افسردگی، هم‌پوشانی علائم آن با متغیرهای پژوهش (به‌ویژه استرس والدگری و تحمل پریشانی) است که می‌توانست نتایج را مخدوش کند. معیارهای خروج نیز شامل عدم پاسخ‌دهی کامل یا ارائه اطلاعات ناقص بود. جهت رعایت اصول اخلاقی، پرسشنامه‌ها به صورت ناشناس توزیع شد، پاسخگویی به سوالات اختیاری بود، و شرکت‌کنندگان می‌توانستند در هر مرحله از ادامه همکاری انصراف دهند. اصول رازداری و حفظ حریم خصوصی رعایت شد. در نهایت از ۲۵۰ پرسشنامه توزیع‌شده، ۱۲ پرسشنامه به دلیل نقص در تکمیل یا انصراف حذف و اطلاعات ۲۳۸ نفر با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل مسیر در نرم‌افزارهای SPSS 27 و LISREL 8.8 تحلیل شد. میانگین سنی شرکت‌کنندگان ۲۹/۱۵ سال در بازه سنی ۲۰ تا ۴۵ سال بود. از نظر تحصیلات، ۲۸٪ دیپلم و زیردیپلم، ۴۵٪ لیسانس، ۱۷٪ فوق‌لیسانس و ۱۰٪ دکترا بودند.

ابزار سنجش

مقیاس رفتارهای سلامت بارداری[5]: این مقیاس یک ابزار خود سنجی رفتارهای سلامت بارداری است که توسط Lobel et al. (2008) تنظیم‌شده است. این مقیاس دارای ۲۴ سؤال است که از صفر (هرگز) تا ۴ (خیلی اوقات) نمره نمره‌گذاری می‌شوند. این مقیاس را Abdollahi et al. (2020) ترجمه و ویژگی‌های روانسنجی آن را تأیید کردند و با استفاده از تحلیل عاملی به دو بعد کلی و هر بعد دو خرده مقیاس دست یافتند که شامل: تغذیه مخرب سلامتی، تغذیه ارتقادهنده سلامتی، فعالیت‌های فیزیکی ارتقادهنده سلامتی، عادت فیزیکی مخرب سلامتی، که در مجموع رفته ۶۵/۱۳ درصد از واریانس آن را تبیین می‌کند. در واقع دو فاکتور به رفتارهای مخرب سلامتی (۵-۷-۹-۱۶-۱۹-۲۰-۲۱-۲۲-۲۴-۴-۸-۱۳) و دو بعد به رفتارهای ارتقای دهنده سلامتی (۲-۳-۶-۱۰-۱۲-۱۸-۲۳-۱-۱۱-۱۵) اختصاص دارد. دو سوال ۱۴ و ۱۷ در هیچکدام از عوامل بارگذاری نشدند. بنابراین بر اساس پژوهشAbdollahi et al. (2020) پرسشنامه رفتارهای سلامت بارداری ۲۲ سوال روایی و پایایی شده است. شاخص همبستگی درون خوشه‌ای در هر چهار حیطه پرسشنامه نشان دهنده تکرارپذیری این مقیاس است. در پژوهش حاضر پایایی به روش آلفای کرونباخ برای دو زیر مقیاس رفتارهای ارتقادهنده سلامت باروری و رفتارهای مخرب سلامت باروری به ترتیب ۰/۹۲ و ۰/۹۰ بدست آمد.

پرسشنامه انسجام روانی فرم ۱۳ ماده‌ای[6]: فرم کوتاه پرسشنامه حس‌انسجام توسط Antonovsky (2002) طراحی‌شده است. این پرسشنامه ۱۳ سؤال داد که هر سؤال از لیکرت ۷ درجه‌ای(۱ تا ۷) تشکیل یافته است. نمره‌گذاری از ۱۳ تا ۹۱ می‌باشد که نمره بالاتر نشانگر حس‌انسجام بالا است. نمره ۱۳ تا ۶۳ بیانگر حس‌انسجام پایین، نمره ۶۴ تا ۷۹ نشانه حس‌انسجام متوسط و نمره ۸۰ تا ۹۱ حس‌انسجام بالا را نشان‌می‌دهد. سازندگان پرسشنامه روایی سازه آن را تأیید و پایایی به روش همسانی درونی

[5].Pregnancy Health Behavior Scale
[6].Sense of Coherence (SOC) 13 scale

(آلفای کرونباخ) برای خرده مقیاس‌ها بین ۰/۸۲ تا ۰/۹۵ گزارش نمودند (Antonovsky, 2002). در ایران Alipour and Sharif (2012) پرسشنامه مذکور را هنجاریابی کردند که پایایی به روش آلفای کرونباخ ۰/۹۶ به دست آمد. در پژوهش حاضر پایایی به روش آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۸۳ بدست آمد.

مقیاس تحمل پریشانی[۷]: این مقیاس توسط Simons and Gaher (2005) تنظیم‌شده است. این مقیاس دارای ۱۵ گویه است که ۴ خرده مقیاس آن به عناوین تحمل، جذب، ارزیابی و تنظیم است. بر روی یک مقیاس پنج درجه‌ای (۱- کاملاً موافق ۲- اندکی موافق ۳- نه موافق و نه مخالف ۴- اندکی مخالف ۵- کاملاً مخالف) نمره‌گذاری می شوند. گویه ۶ به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شود. نمرات بالا در این مقیاس نشان‌گر تحمل پریشانی بالاست. Simons and Gaher (2005) ضرایب آلفا برای این مقیاس را به ترتیب ۰/۷۲ ، ۰/۸۲ و ۰/۷۰ و برای کل مقیاس ۰/۸۲ را گزارش کرده‌اند، آن‌ها همچنین گزارش کرده‌اند که این پرسشنامه دارای روایی ملاکی و همگرای اولیه خوبی است. همچنین پایایی این مقیاس با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس‌های تحمل، ارزیابی، جذب و تنظیم به ترتیب اعداد ۰/۷۲، ۰/۷۸، ۰/۸۵ و ۰/۷۴ گزارش‌شده است. Mahmoudpour et al. (2021) در پژوهشی، جهت بررسی روایی عامل این پرسشنامه از تحلیل عامل تأییدی استفاده کردند که نتایج تحلیل عامل تأییدی نشان‌دهنده برازش قابل‌قبول ساختار عاملی مقیاس با داده‌ها بود. همچنین ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۸۹ به دست آمد. در پژوهش حاضر پایایی به روش آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۸۲ بدست آمد.

پرسشنامه استرس والدگری- فرم کوتاه[۸]: این پرسشنامه توسط Abidin and Brunner (1995) ساخته شد و دارای ۳۶ گویه و سه زیر مقیاس است که، آشفتگی والدین (PD) با گویه‌های ۱ تا ۱۲، تعاملات ناکارآمد والد-کودک (PCDI) با گویه‌های ۱۳تا ۲۴ و خصوصیات کودک مشکل‌آفرین (DC) با گویه‌های ۲۵ تا ۳۶ سنجیده می‌شود. هر زیرمقیاس با ۱۲ گویه ارزیابی می گردد. مقیاس پاسخگویی به پرسشنامه طیف لیکرت ۵ گزینه‌ای (از کاملاً موافقم تا کامل مخالفم) است که به بدترین حالت نمره ۵ و به بهترین حالت نمره ۱ تعلق می گیرد. دامنه نمره قابل کسب در این پرسشنامه ۳۶ تا ۱۸۰ است که نمره بالاتر به معنی استرس والدگری بیشتر است. در پژوهش Díaz-Herrero et al. (2011) ضریب اعتبار باز آزمایی برای کل ۰/۹۷ و برای زیرمقیاس آشفتگی والدین ۰/۹۲، تعامل ناکارآمد ۰/۹۲ و ویژگی کودک مشکل آفرین ۰/۹۲ گزارش شد. بررسی روایی و اعتبارسنجی نسخه فارسی این پرسشنامه توسط Shirzadi et al. (2015) انجام‌گرفته است. پایایی ابزار با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۵۹ تا ۰/۸۶ تأیید شد و ضریب همبستگی بین آزمون- باز آزمون که بافاصله ۱۶ روز انجام شد، ۰/۹۲ تا ۰/۹۷ کسب شد. در پژوهش حاضر پایایی کل پرسشنامه با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۷ بدست آمد.

یافته‌ها

در جدول۱ میانگین، انحراف استاندارد، بهنجاری و همبستگی متغیرهای پژوهش نشان داده شده است. مقادیر کجی و کشیدگی متغیرها در بازه استاندارد (۲، ۲-) قرار دارند که نشان دهنده نرمال بودن توزیع متغیرهای پژوهش است. پیش از اجرای تحلیل معادلات ساختاری، مفروضه‌های اساسی این روش مورد بررسی قرار گرفتند. ارزیابی داده‌های پرت تک متغیره با استفاده از نمرات استاندارد و داده‌های پرت چندمتغیره بر اساس فاصله ماهالانویس نشان داد که هیچ داده پرت تک متغیره یا چندمتغیرهای وجود ندارد. همچنین نرمال بودن چندمتغیره داده‌ها با استفاده از ضریب کشیدگی چندمتغیره ماردیا ارزیابی شد که مقدار آن ۴/۲۸ به دست آمد و پایین‌تر از حد بحرانی (۵) بود و بنابراین فرض نرمال بودن چندمتغیره تأیید می‌شود. علاوه بر این، بررسی مفروضه عدم همخطی میان متغیرهای پیش بین پژوهش از طریق شاخص‌های تحمل و تورم واریانس نشان داد این مفروضه برقرار است. شاخص تحمل متغیرهای پیش بین در بازه ۰/۷۹ تا۰/۹۲ بود که از ۰/۱ بیشتر است و تورم

[7].Distress Tolerance Scale
[8].Parenting Stress Index–Short Form

واریانس این متغیرها در دامنه ۱/۴۵ تا ۱/۷۱ که از ۶ کمتر است. از اینرو بین متغیرهای پیش بین همخطی چندگانه وجود نداشت.

جدول ۱. میانگین، انحراف استاندارد، بهنجاری و ماتریس همبستگی متغیرهای پژوهش

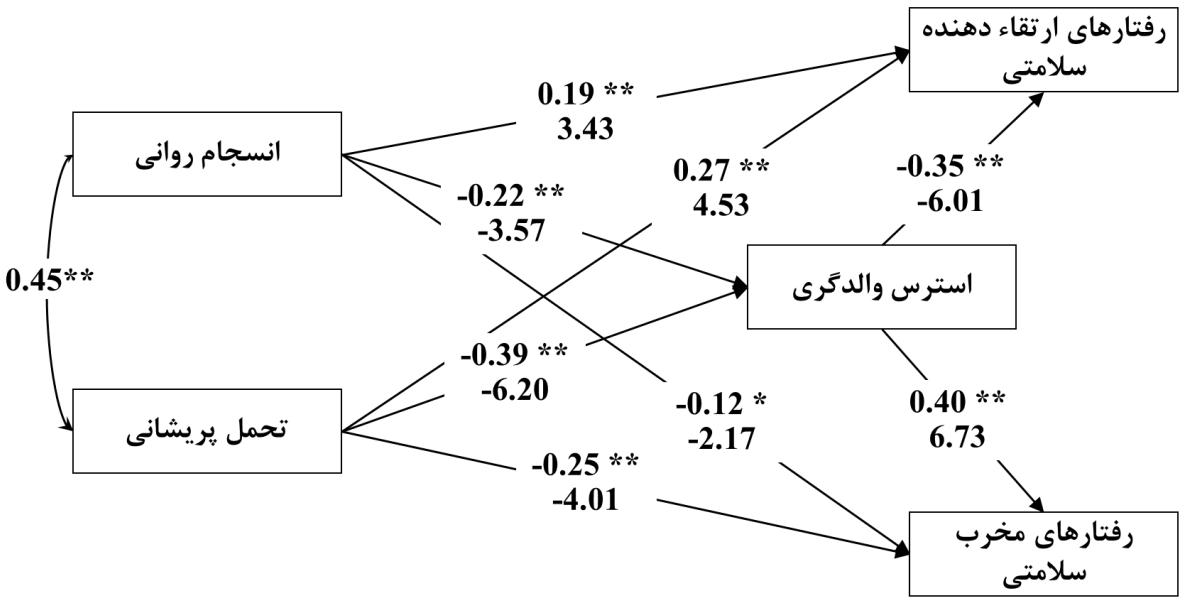
	متغیرها	M	SD	چولگی	کشیدگی	۱	۲	۳	٤	٥
۱	رفتارهای ارتقا دهنده سلامتی	۲۷/۲۷	۹/۹۵	-۰/۸۵	-۰/۳۹	۱				
۲	رفتارهای مخرب سلامتی	۱۶/۹۴	۱۰/۱۳	۰/۷۸	-۰/۳۶	-۰/۶۸**	۱			
۳	انسجام روانی	۵۲/۴۴	۷/۷۷	۰/۶۰	-۰/۰۱	۰/۴۵**	-۰/۳۷**	۱		
۴	تحمل پریشانی	۳۶/۵۲	۸/۹۷	۰/۲۶	-۰/۰۶	۰/۵۳**	-۰/۴۹**	۰/۴۵**	۱	
۵	استرس والد گری	۸۲/۸۷	۲۰/۶۴	۰/۲۲	-۰/۴۷	-۰/۵۵**	۰/۵۶**	-۰/۳۹**	-۰/۴۸**	۱

بر اساس جدول ۱، بین نگرش رفتارهای ارتقا دهنده سلامتی با انسجام روانی (P<۰/۰۱؛ r=۰/۴۵) و تحمل پریشانی (P<۰/۰۱؛ r=۰/۵۳) در سطح ۹۹ درصد ارتباط مثبت و معنی‌دار و با استرس والد گری (P<۰/۰۱؛ r=-۰/۵۵) در سطح ۹۹ درصد ارتباط منفی و معنی‌دار برقرار است. همچنین نگرش رفتارهای مخرب سلامتی با انسجام روانی (P<۰/۰۱؛ r=-۰/۳۷) و تحمل پریشانی (P<۰/۰۱؛ r=-۰/۴۹) در سطح ۹۹ درصد ارتباط منفی و معنی‌دار و با استرس والد گری (P<۰/۰۱؛ r=۰/۵۶) در سطح ۹۹ درصد ارتباط منفی و معنی‌دار وجود دارد. در پژوهش حاضر جهت بررسی انسجام روانی و تحمل پریشانی با رفتارهای سلامت بارداری با نقش میانجی گری استرس والدگری از روش معادلات ساختاری استفاده گردید. پیش از انجام تحلیل‌ها، پیش فرض‌های لازم جهت اجرای معادلات ساختاری بررسی گردیده است. جدول۲ شاخص‌های برازش مدل پژوهش را نشان می‌دهد.

جدول ۲. شاخص‌های برازش مدل پژوهش

شاخص برازندگی	X2/df	CFI	NFI	GFI	RMSEA	IFI	TLI
مقادیر قابل قبول	<۳	۰/۹۰≤	۰/۹۰≤	۰/۸۰≤	<۰/۰۸	۰/۹۰≤	۰/۹۰≤
مقادیر محاسبه شده	۱/۸۵	۰/۹۱	۰/۹۲	۰/۸۶	۰/۰۶۵	۰/۹۱	۰/۹۰

نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد مدل از برازش مطلوبی برخوردار است. ضرایب استاندارد مسیرهای مدل مفهومی در شکل ۱ نشان داده شده است.



*شکل ۱: آزمون مدل تحقیق در حالت استاندارد و T-Value (**=معنی‌داری در سطح ۰/۰۱ و *= معنی‌داری در سطح ۰/۰۵)*

جدول ۳. نتایج تحلیل اثرات غیرمستقیم

مسیرهای مستقیم			ضریب بتا	مقدار T	خطای استاندارد	معنی داری
انسجام روانی	←	رفتارهای ارتقا دهنده سلامتی	۰/۱۹	۳/۴۳	۰/۰۶۷	۰/۰۱
انسجام روانی	←	رفتارهای مخرب سلامتی	-۰/۱۲	-۲/۱۷	۰/۱۰۵	۰/۰۳
انسجام روانی	←	استرس والد گری	-۰/۲۲	-۳/۵۷	۰/۰۵۵	۰/۰۰۱
تحمل پریشانی	←	رفتارهای ارتقا دهنده سلامتی	۰/۲۷	۴/۵۳	۰/۰۶۴	۰/۰۰۱
تحمل پریشانی	←	رفتارهای مخرب سلامتی	-۰/۲۵	-۴/۰۱	۰/۰۷۵	۰/۰۰۱
تحمل پریشانی	←	استرس والد گری	-۰/۳۹	-۶/۲۰	۰/۰۲۵	۰/۰۰۱
استرس والد گری	←	رفتارهای ارتقا دهنده سلامتی	-۰/۳۵	-۶/۰۱	۰/۰۳۰	۰/۰۵
استرس والد گری	←	رفتارهای مخرب سلامتی	۰/۴۰	۶/۷۳	۰/۰۲۱	۰/۰۵

همانگونه که در جدول ۳، ملاحظه می‌شود ضرایب مسیر مربوط به اثرهای مستقیم متغیرهای پژوهش در سطح ۰/۰۵ معنادار است. به‌منظور بررسی اثرات غیرمستقیم متغیرهای انسجام روانی و تحمل پریشانی بر رفتارهای سلامت‌محور و رفتارهای مخرب سلامتی با میانجی‌گری استرس والدگری، از روش بوت‌استرپ با سطح اطمینان ۹۵ درصد استفاده شده است که نتایج آن در جدول ۴ ارائه گردیده است.

جدول ۴: نتایج تحلیل اثرات غیرمستقیم

اثرات غیرمستقیم					اثرات غیر مستقیم	Boot SE	Boot CI ۹۵٪		نتیجه
							حد پایین	حد بالاتر	
انسجام روانی	←	استرس والد گری	←	رفتارهای ارتقا دهنده سلامتی	۰/۰۷۷۰	۰/۰۳۶۰	۰/۰۰۷۱	۰/۱۴۸۳	تأیید
انسجام روانی	←	استرس والد گری	←	رفتارهای مخرب سلامتی	-۰/۰۸۸۰	۰/۰۳۷۶	-۰/۱۶۱۷	-۰/۰۱۴۳	تأیید
تحمل پریشانی	←	استرس والد گری	←	رفتارهای ارتقا دهنده سلامتی	۰/۱۳۶۵	۰/۰۳۳۵	۰/۰۷۰۸	۰/۲۰۲۲	تأیید
تحمل پریشانی		استرس والد گری		رفتارهای مخرب سلامتی	-۰/۱۵۶۰	۰/۰۴۱۳	-۰/۲۳۶۹	-۰/۰۷۵۱	تأیید

نتایج تحلیل نشان داد که تمامی مسیرهای غیرمستقیم مورد بررسی از نظر آماری معنادار هستند؛ زیرا بازه‌های اطمینان بوت‌استرپ در هیچ‌یک از موارد شامل صفر نمی‌باشند. یافته‌ها نشان داد که انسجام روانی از طریق استرس والدگری تأثیر مثبت و معناداری بر رفتارهای ارتقادهنده سلامتی دارد و به‌صورت غیرمستقیم موجب تقویت این رفتارها می‌شود. همچنین، انسجام روانی از طریق کاهش استرس والدگری، اثر منفی و معناداری بر رفتارهای مخرب سلامتی دارد. که بیانگر نقش محافظتی این متغیر در کاهش رفتارهای ناسالم است.

از سوی دیگر، نتایج مربوط به تحمل پریشانی نشان داد که این متغیر نیز از طریق استرس والدگری، تأثیر مثبت و معناداری بر رفتارهای ارتقادهنده سلامتی دارد و در عین حال، به‌صورت غیرمستقیم موجب کاهش رفتارهای مخرب سلامتی می‌شود. به‌طور کلی، این نتایج حاکی از آن است که استرس والدگری نقش میانجی معناداری در رابطهٔ بین انسجام روانی و تحمل پریشانی با رفتارهای مرتبط با سلامت ایفا می‌کند. بدین معنا که سطوح بالاتر انسجام روانی و تحمل پریشانی با کاهش استرس والدگری همراه بوده و از این طریق، به افزایش رفتارهای سلامت‌محور و کاهش رفتارهای مخرب سلامتی منجر می‌شوند.

بحث

پژوهش حاضر با هدف بررسی نقش انسجام روانی و تحمل پریشانی در رفتارهای سلامت باروری زنان با میانجی‌گری استرس والدگری انجام گرفت. نتایج پژوهش حاضر نشان داد انسجام روانی بر رفتارهای ارتقادهنده سلامت باروری اثر مثبت و معنادار و بر رفتارهای مخرب سلامت باروری اثر منفی و معنادار دارد؛ این یافته با پژوهش‌ها Eyni et al. (2023) و Alcantara et al. (2023) همسو است که نشان دادند انسجام روانی پایین با پیامدهای نامطلوب سلامت در دوران بارداری ارتباط دارد. همچنین، با پژوهش‌هایی که به نقش عوامل انسجام‌بخش فردی و خانوادگی در سازگاری بهتر در حوزه باروری اشاره کردند (Lei et al., 2021; Moura-Ramos et al., 2023) افزون بر این، انسجام روانی بالاتر با فشار روانی و آشفتگی کمتر همراه است که می‌تواند تبیین‌کننده گرایش بیشتر افراد به رفتارهای سلامت‌محور باشد (Del-Pino-Casado et al., 2019). ازسویی، کاهش آشفتگی‌های روانی، نگرانی و ناایمنی روانی با پیامدهای بهتر بارداری همراه است (Hermon et al., 2019; Khezri Yazdi & Demehri, 2024) در تبیین این یافته می‌توان گفت بارداری رویدادی چالش‌برانگیز است که نیازمند توانایی درک شرایط، مدیریت منابع و یافتن معنا در تجربه بارداری است؛ ویژگی‌هایی که به سطح بالای انسجام روانی وابسته‌اند (Alcantara et al., 2023). افراد دارای انسجام روانی بالا رویدادهای مرتبط با بارداری را قابل درک و قابل کنترل ارزیابی می‌کنند و از راهبردهای مقابله‌ای سازگارانه‌تر بهره می‌گیرند. این افراد بارداری را تهدیدآمیز نمی‌بینند و آن را تجربه‌ای معنادار و قابل مدیریت تلقی می‌کنند (Hermon et al., 2019; Lei et al., 2021) از منظر نظریه سلامت‌زایی (Antonovsky, 2002)، افرادی که از انسجام روانی بالاتری برخوردارند، رویدادهای تنش‌زای زندگی، از جمله بارداری، ناباروری یا نگرانی‌های مرتبط با سلامت باروری را قابل فهم، قابل مدیریت و معنادار ارزیابی می‌کنند. این نوع ارزیابی موجب می‌شود زنان در مواجهه با فشارهای جسمی، روانی و اجتماعی، کمتر دچار آشفتگی، درماندگی و رفتارهای ناسازگارانه شوند و بیشتر به استفاده از منابع حمایتی، دریافت مراقبت‌های پزشکی، رعایت توصیه‌های بهداشتی، تغذیه سالم، فعالیت بدنی مناسب و پرهیز از رفتارهای پرخطر گرایش پیدا کنند (Del-Pino-Casado et al., 2019) بنابراین، انسجام روانی با تقویت توانایی فرد در مدیریت استرس و استفاده مؤثر از منابع درونی و بیرونی، می‌تواند زمینه‌ساز افزایش رفتارهای ارتقادهنده سلامت باروری و کاهش رفتارهای مخرب سلامت باروری شود. به بیان دیگر، در چارچوب سلامت‌زایی، انسجام روانی به‌عنوان یک منبع محافظتی عمل می‌کند که زنان را قادر می‌سازد تهدیدهای مربوط به سلامت باروری را نه صرفاً به‌عنوان عوامل فشارزا، بلکه به‌عنوان موقعیت‌هایی قابل کنترل و معنادار تجربه کنند و در نتیجه انتخاب‌های سلامت‌محورتری داشته باشند.

دیگر یافته پژوهش نشان داد که تحمل پریشانی بر رفتارهای ارتقادهنده سلامت باروری اثر مثبت و معنادار و بر رفتارهای مخرب سلامت باروری اثر منفی و معناداری دارد. این یافته با نتایج پژوهش‌های پیشین همسو است که نشان دادند افزایش تحمل پریشانی می‌تواند افراد را به سمت رفتارهای سازگارانه‌تر و سلامت‌محور هدایت کند (Manouchehri et al., 2024; Costa et al., 2020; Mousavi et al., 2023) افرادی که توانایی بیشتری در تحمل پریشانی دارند، احتمالاً بهتر با فشارهای مرتبط با باروری مقابله کرده و رفتارهای سالم‌تری را اتخاذ می‌کنند (Simionescu et al., 2021). همچنین، تحمل پریشانی نقش مهمی در پیش‌بینی امنیت روانی زنان نابارور دارد (Salehi & Asghari Ebrahim Abad, 2019). در تبیین این یافته می‌توان گفت در حوزه سلامت باروری، زنان در دوره‌هایی مانند بارداری یا مواجهه با نگرانی‌های مرتبط با باروری ممکن است با فشارهای هیجانی، نگرانی و عدم قطعیت مواجه شوند. بر اساس مدل تحمل پریشانی (Linehan, 1993)، افرادی که از تحمل پریشانی بالاتری برخوردارند قادرند این هیجان‌های منفی را بهتر مدیریت کرده و تصمیم‌های سلامت‌محور مانند پیگیری مراقبت‌های بارداری و رعایت توصیه‌های بهداشتی را اتخاذ کنند. در مقابل، تحمل پریشانی پایین می‌تواند منجر به استفاده از راهبردهای اجتنابی و رفتارهای ناسازگارانه شود که احتمال بروز رفتارهای مخرب سلامت را افزایش می‌دهد (Mousavi et al., 2023). تحمل پریشانی بالا توانایی پردازش سازگارانه هیجان‌ها را

تقویت کرده و موجب می‌شود فرد در شرایط استرس‌زا از راهبردهای مقابله‌ای کارآمدتری مانند حل مسئله، پذیرش هیجان و ارزیابی مجدد استفاده کند (Simionescu et al., 2021). پژوهش‌ها نشان می‌دهد عملکرد هیجانی باثبات‌تر در افراد با تحمل پریشانی بالا، مانعی در برابر رفتارهای اجتنابی و ناسالم بوده و آنان را در برابر پیامدهای منفی روان‌شناختی محافظت می‌کند (Costa et al., 2020). در دوران بارداری، زنانی که هیجانات منفی را قابل‌تحمل می‌دانند و خود را قادر به مدیریت تنش‌ها ارزیابی می‌کنند، توان بیشتری در کنترل واکنش‌های هیجانی، کاهش پریشانی و تصمیم‌گیری سالم دارند. این ویژگی سبب می‌شود رفتارهای مراقبتی را با ثبات بیشتری دنبال کرده و از رفتارهای پرخطر دوری کنند.

یافته دیگر پژوهش نشان داد که استرس والدگری اثر مستقیم منفی و معنادار بر رفتارهای ارتقادهنده سلامت باروری و اثر مستقیم مثبت و معنادار بر رفتارهای مخرب سلامت باروری دارد. این یافته همسو با مطالعات انجام گرفته در این زمینه (Matvienko-Sikar et al., 2018; Van den Bergh et al., 2020; Yousefi et al., 2019) نشان داد که کاهش استرس والدگری از طریق عوامل محافظتی روان‌شناختی و سبک زندگی سالم می‌تواند به بهبود سلامت باروری و سلامت روان مادر منجر شود. براساس نظریه ارزیابی شناختی استرس (Lazarus & Folkman, 1984)، استرس والدگری زمانی افزایش می‌یابد که مادر نقش مادری و بارداری را فراتر از منابع ادراک‌شده خود ارزیابی کند. در این چارچوب، استرس والدگری یک پاسخ صرفاً هیجانی نیست، بلکه حاصل ارزیابی شناختی تهدید و کاهش احساس کنترل و خودکارآمدی است. فرایندی که به تضعیف خودتنظیمی و تنظیم هیجان منجر می‌شود. همچنین، مطابق مدل استرس والدگری (Abidin & Brunner, 1995)، استرس والدگری بالا با کاهش حساسیت والدگری و اختلال در رفتارهای مراقبتی سلامت‌محور همراه است. درواقع، افزایش استرس والدگری با کاهش ظرفیت پردازش شناختی و توانایی خودتنظیمی موجب رفتارهای هیجانی، تکانشی یا اجتنابی و گرایش به کاهش پایبندی به رفتارهای ارتقادهنده سلامت باروری می‌شود (Delvecchio et al., 2020 ;Ribeiro et al., 2023). ادامه استرس در دوران بارداری موجب تجربه هیجانات منفی پایدار می‌شود؛ هیجاناتی که نه‌تنها سلامت روانی مادر را تهدید می‌کنند بلکه می‌توانند پیامدهای جسمانی و اجتماعی کودک در آینده را نیز تحت‌تأثیر قرار دهند (Georg et al., 2021). با توجه به اینکه شکل‌گیری پیوند عاطفی مادر–جنین پیش از تولد از عوامل مهم پیش‌بینی‌کننده کیفیت رابطه در سال‌های نخست زندگی است (Cuijlits et al., 2019)، استرس والدگری می‌تواند این فرآیند را مختل کند. به‌طور کلی می‌توان گفت افزایش استرس والدگری با تضعیف تنظیم هیجان، کاهش سرمایه‌گذاری هیجانی در بارداری و اختلال در آمادگی روانی مادر برای مراقبت از نوزاد، سلامت باروری زنان را تحت‌تأثیر منفی قرار می‌دهد.

نتایج پژوهش نشان داد که انسجام روانی با میانجی‌گری استرس والدگری، به‌طور غیرمستقیم و معناداری بر رفتارهای سلامت باروری زنان اثر می‌گذارد. این مسیر غیرمستقیم به این معناست که پیامدهای مثبت انسجام روانی از طریق کاهش استرس والدگری به بهبود رفتارهای سلامت باروری زنان منجر می‌شود. بنابراین کاهش استرس والدگری به‌عنوان عاملی در کنارآمدن با تنش‌های روانی می‌تواند پیوندی معنادار میان انسجام روانی و رفتارهای سلامت باروری ایجاد کند. اگرچه پژوهش مستقیمی در این زمینه گزارش نشده، اما تبیین نظری این یافته با رویکردهای نظریه ایمنی هیجانی و مدل دایره‌ای سیستم‌های خانواده هم‌خوانی دارد. خانواده‌هایی که از انسجام بالایی برخوردارند، روابطی حمایتگر، قابل‌پیش‌بینی و مبتنی بر امنیت هیجانی دارند. مطابق نظریه ایمنی هیجانی، هنگامی‌که فرد محیط را کم‌تهدید ارزیابی می‌کند، واکنش‌های هیجانی منفی کاهش یافته و ظرفیت مقابله مؤثر افزایش می‌یابد (Forman & Davis, 2005). در چنین خانواده‌هایی، اعضا در موقعیت‌های فشار تمایل بیشتری به همفکری، همکاری و حل مسئله دارند و همین امر مانند سپری در برابر تنش‌های زندگی عمل می‌کند. انسجام روانی باعث می‌شود فرد رویدادهای بارداری را قابل درک و قابل مدیریت ارزیابی کرده و احساس کنترل بیشتری داشته باشد؛ در نتیجه، شدت استرس والدگری کاهش می‌یابد. بر اساس مدل دایره‌ای سیستم‌های خانواده، خانواده‌های متعادل که هم صمیمیت و هم سازگاری ساخت‌مند دارند، توان بیشتری برای کنار آمدن با فشارهای رشدی مانند گذار به والدگری نشان می‌دهند (Olson, 2000) . پژوهش‌ها نیز نشان می‌دهد چنین

محیطی امکان کاهش فشارهای هیجانی دوران بارداری را فراهم می‌کند و زمینه‌ساز افزایش رفتارهای خودمراقبتی و پیشگیری از پیامدهای نامطلوب بارداری است (Rezaeean et al., 2020). از سوی دیگر، کاهش استرس والدگری تعامل مثبت مادر–جنین و سپس مادر–نوزاد را تقویت می‌کند و می‌تواند به رشد مطلوب‌تر کودک و سلامت روانی بهتر مادر منجر شود (Ribeiro et al., 2023). بنابراین می‌توان گفت انسجام روانی از طریق کاهش استرس والدگری، مسیری مؤثر برای ارتقای رفتارهای سلامت باروری فراهم می‌کند و زنان را در مدیریت نقش مادری و تغییرات دوران بارداری توانمندتر می‌سازد.

یافته دیگر پژوهش نشان داد که تحمل پریشانی با میانجی‌گری استرس والدگری اثر غیرمستقیم و معناداری بر رفتارهای سلامت باروری دارد. این مسیر غیرمستقیم به این معناست که زنان با تحمل پریشانی بالاتر، توان بیشتری در تنظیم هیجان، تحمل فشارهای بارداری و سازگاری با نقش مادرانه دارند که پیامد آن کاهش استرس والدگری است و به‌نوبه خود زمینه را برای رفتارهای سالم‌تر در مراقبت بارداری فراهم می‌سازد. هرچند پژوهش مستقیمی در این زمینه یافت نشده، اما تبیین این یافته با رویکردهای نظری همچون نظریه تنظیم هیجان و مدل استرس–مقابله همسو است. بر اساس نظریه‌های تنظیم هیجان، تحمل پریشانی به‌عنوان ظرفیتی کلیدی، امکان تجربه هیجان‌های منفی بدون واکنش‌های تکانشی یا اجتنابی را فراهم می‌کند و به تنظیم پاسخ‌های هیجانی در موقعیت‌های تنش‌زا می‌انجامد. تحمل پریشانی از مؤلفه‌های مهم سازگاری با شرایط استرس‌زا محسوب می‌شود. افرادی که از تحمل پریشانی بالاتر برخوردارند، هیجان‌های ناخوشایند را قابل تحمل ارزیابی کرده و از راهبردهای سازگارانه‌تر مانند پذیرش، حل مسئله و ارزیابی مجدد شناختی استفاده می‌کنند (Walser & Hayes, 2006). در مقابل، تحمل پریشانی پایین با گرایش به رفتارهای اجتنابی، سرکوب هیجان و واکنش‌های تکانشی همراه است و می‌تواند آسیب‌پذیری روانی را افزایش دهد (Morford et al.,2017) . از منظر مدل‌های استرس–مقابله، تحمل پریشانی یکی از منابع فردی مهم است که ارزیابی شناختی استرسورهای مرتبط با بارداری و والدگری را تعدیل کرده و شدت استرس والدگری را کاهش می‌دهد. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که تحمل پریشانی پایین با سبک‌های فرزندپروری ناسازگار مانند کنترل افراطی، اجتناب هیجانی و محدود کردن استقلال کودک ارتباط دارد (Emerson et al., 2019 ;Firoozi, 2020). در مقابل، تحمل پریشانی بالا با افزایش انعطاف‌پذیری هیجانی والد، به بهبود انتخاب و به‌کارگیری راهبردهای تنظیم هیجان کمک می‌کند و موجب پاسخ‌دهی سازگارانه‌تر در موقعیت‌های تنش‌زا می‌شود (Naragon-Gainey et al., 2017). ازآنجاکه تنظیم هیجان نقش مهمی در سازگاری والدین در دوران بارداری دارد، تفاوت‌های فردی در تحمل پریشانی می‌تواند میزان آسیب‌پذیری روانی و جسمی مادر را پیش‌بینی کند (McMahon & Naragon-Gainey, 2020). بنابراین افزایش تحمل پریشانی می‌تواند با کاهش استرس والدگری، زمینه‌ساز ارتقای رفتارهای سلامت باروری شود؛ به این معنا که مادران با توان بیشتر در مدیریت تنش‌های بارداری، احتمال بیشتری دارد رفتارهای مراقبتی و سلامت‌محور را دنبال کرده و از رفتارهای پرخطر دوری کنند.

این پژوهش دارای چند محدودیت بود. نخست، شرکت‌کنندگان این پژوهش صرفاً از میان زنان باردار مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر مشهد انتخاب شده‌اند، که این موضوع تعمیم‌پذیری نتایج به سایر گروه های جمعیتی و فرهنگی را با احتیاط مواجه می‌سازد. همچنین، امکان کنترل برخی عوامل مداخله‌گر از جمله ویژگی‌های ژنتیکی مرتبط با بارداری و تعداد دفعات بارداری وجود نداشت و این موضوع می‌تواند بر تفسیر دقیق نتایج تأثیر بگذارد. بر این اساس، پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده سایر گروه‌های جمعیتی با به‌کارگیری طرح‌های طولی روند تغییرات روان‌شناختی و رفتارهای سلامت باروری را در طول دوران بارداری با دقت بیشتری بررسی کنند. با توجه به نقش انسجام روانی و تحمل پریشانی در ارتقای سلامت باروری، ضروری است برنامه‌های آموزشی و مداخلات روان‌شناختی برای تقویت این مؤلفه‌ها طراحی و اجرا شود. همچنین پیشنهاد می‌شود کارکنان حوزه بهداشت و درمان در مراقبت‌های دوران بارداری رویکردی جامع اتخاذ کنند که علاوه بر عوامل خطر، بر منابع حمایتی و مؤلفه‌های تاب‌آوری در برابر استرس والدگری نیز تمرکز داشته باشد. از سوی دیگر، با توجه به کمبود آگاهی‌های مرتبط با سلامت باروری

و وجود شرمساری والدین در انتقال این آموزش‌ها، مناسب است آموزش سلامت باروری در مدارس توسط مشاوران و متخصصان این حوزه ارائه شود. در نهایت، پژوهش‌های آینده باید با تمرکز بیشتر بر عوامل تعیین‌کننده سلامت باروری، مؤثرترین مداخلات برای بهبود رفتارهای ارتقادهنده سلامت را در میان زنان باردار طراحی و بررسی کنند.

تشکر و سپاسگزاری

پژوهشگران بر خود لازم می‌دانند که از تمامی شرکت‌کنندگان جهت شرکت در پژوهش تشکر و قدردانی نمایند.

تعارض منافع

هیچگونه تعارض منافع توسط نویسندگان بیان نشده است.

بیانیه استفاده از هوش مصنوعی

نویسندگان اظهار می‌دارند که در هیچ‌یک از مراحل تهیه، نگارش، ویرایش، تحلیل، ترجمه یا آماده‌سازی این مقاله از ابزارهای هوش مصنوعی مولد یا فناوری‌های مبتنی بر هوش مصنوعی استفاده نشده است.

تأییدیه اخلاقی

بر اساس اظهار نویسندگان تمامی مراحل پژوهش مطابق با ضوابط و اصول اخلاق در پژوهش اجرا شده است.

References

Abdollahi, S., Faramarzi, M., Gholinia, H., & Esfandiari, M. (2020). Psychometric Properties of Persian Version of Prenatal Health Behaviors. *Journal of Babol University of Medical Sciences*, *22*(1), 326–333. http://doi.org/10.22088/jbums.22.1.326

Abidin, R. R., & Brunner, J. F. (1995). Development of a parenting alliance inventory. *Journal of Clinical Child Psychology*, *24*(1), 31–40. https://doi.org/10.1207/s15374424jccp2401_4

Alcantara, J., Myers, S., Emmanuel, E., & Grace, S. (2023). Sense of coherence in pregnancy: a systematic review of the literature. https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-2454507/v1

Alipour, A., & Sharif, N. (2012). Validity and reliability of the Sense of Coherence (SOC) questionnaire in university students. *Pajoohandeh Journal*, *17*(1), 50–56. http://pajoohande.sbmu.ac.ir/article-1-1276-en.html

Alomair, N., Alageel, S., Davies, N., & Bailey, J. V. (2020). Factors influencing sexual and reproductive health of Muslim women: a systematic review. *Reproductive Health, 17*(1), 33. https://doi.org/10.1186/s12978-020-0888-1

Antonovsky, A. (2002). *Unraveling the mystery of health: How people manage stress and stay well*. In The health psychology reader (pp. 127–139). SAGE Publications Ltd. https://doi.org/10.4135/9781446221129.n9

Arghabaei, M., Soleimanian, A. A., & Mohammadipour, M. (2018). The role of family emotional atmosphere, sense of coherence, and affects in the prediction of tendency toward substance use among university students. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, *24*(3), 310–323. http://doi.org/10.32598/ijpcp.24.3.310

Bäckström, C., Kåreholt, I., Thorstensson, S., Golsäter, M., & Mårtensson, L. B. (2018). Quality of couple relationship among first-time mothers and partners, during pregnancy and the first six months of parenthood. *Sexual & Reproductive Healthcare*, *17*, 56–64. https://doi.org/10.1016/j.srhc.2018.07.001

Barron, M. L., Lithgow, D., Wade, G. H., & Mueller Luckey, G. (2022). Fertility health knowledge in US adults: men narrowing the knowledge gap. *American Journal of Men's Health*, *16*(5), 15579883221117915. https://doi.org/10.1177/15579883221117915

Bellido-González, M., Robles-Ortega, H., Castelar-Ríos, M. J., Díaz-López, M. Á., Gallo-Vallejo, J. L., Moreno-Galdó, M. F., & de Los Santos-Roig, M. (2019). Psychological distress and resilience of mothers and fathers with respect to the neurobehavioral performance of small-for-gestational-age newborns. *Health and Quality of Life Outcomes*, *17*(1), 54. https://doi.org/10.1186/s12955-019-1119-8

Braun-Lewensohn, O., Idan, O., Lindström, B., & Margalit, M. (2022). *Salutogenesis and the Sense of Coherence During the Adolescent Years*. In: Mittelmark, M.B., et al. The Handbook of Salutogenesis. Springer, Cham. https://doi.org/10.1007/978-3-030-79515-3_16

Costa, E. C., Castanheira, E., Moreira, L., Correia, P., Ribeiro, D., & Graça Pereira, M. (2020). Predictors of emotional distress in pregnant women: the mediating role of relationship intimacy. *Journal of Mental Health*, *29*(2), 152–160. https://doi.org/10.1080/09638237.2017.1417545

Cuijlits, I., Van De Wetering, A., Endendijk, J., Van Baar, A., Potharst, E., & Pop, V. (2019). Risk and protective factors for pre-and postnatal bonding. *Infant Mental Health Journal, 40*(6), 768-785. https://doi.org/10.1002/imhj.21811

Dahal, P., Joshi, S. K., & Swahnberg, K. (2022). A qualitative study on gender inequality and gender-based violence in Nepal. *BMC Public Health, 22*(1), 2005. https://doi.org/10.1186/s12889-022-14389-x

Del-Pino-Casado, R., Espinosa-Medina, A., López-Martínez, C., & Orgeta, V. (2019). Sense of coherence, burden and mental health in caregiving: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, *242*, 14–21. https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.08.002

Delvecchio, E., Germani, A., Raspa, V., Lis, A., & Mazzeschi, C. (2020). Parenting styles and child's well-being: The mediating role of the perceived parental stress. *Europe's Journal of Psychology*, *16*(3), 514–531. https://doi.org/10.5964/ejop.v16i3.2013

Díaz-Herrero, Á., López-Pina, J. A., Pérez-López, J., de la Nuez, A. G. B., & Martínez-Fuentes, M. T. (2011). Validity of the Parenting Stress Index-Short Form in a sample of Spanish fathers. *The Spanish Journal of Psychology*, *14*(2), 990–997. https://doi.org/10.5209/rev_SJOP.2011.v14.n2.44

Dymecka, J., Gerymski, R., Machnik-Czerwik, A., Derbis, R., & Bidzan, M. (2021). Fear of COVID-19 and life satisfaction: The role of the health-related hardiness and sense of coherence. *Frontiers in Psychiatry*, *12*, 712103. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.712103

Emerson, L.-M., Ogielda, C., & Rowse, G. (2019). The role of experiential avoidance and parental control in the association between parent and child anxiety. *Frontiers in Psychology, 10*, 262. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00262

Engidaw, N. A., Mekonnen, A. G., & Amogne, F. K. (2019). Perceived stress and its associated factors among pregnant women in Bale zone Hospitals, Southeast Ethiopia: a cross-sectional study. *BMC Research Notes*, *12*(1), 356. https://doi.org/10.1186/s13104-019-4383-0

Eyni, S., Fatahi, A., Shahnazdoust, F., & Veismoradi, M . (2023). A causal model of emotional divorce in couples based on emotional aggression and dyadic coping: The mediating role of emotion regulation strategies. *Iranian Journal of Family Psychology, 10*(1), 18-33. https://doi.org/10.22034/ijfp.2024.561022.1153

Fang, Y., Boelens, M., Windhorst, D. A., Raat, H., & van Grieken, A. (2021). Factors associated with parenting self-efficacy: A systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, *77*(6), 2641–2661. https://doi.org/10.1111/jan.14767

Firoozi, M. (2020). Distress tolerance in mothers of children with cancer for predicting her parenting style and child's attachment behaviors: A cross sectional study. *International Journal of Cancer Management, 13*(3), e88905. https://doi.org/10.5812/ijcm.88905

Forman, M., & Davis, W. N. (2005). Characteristics of middle-aged women in inpatient treatment for eating disorders. *Eating Disorders, 13*(3), 231-243. https://doi.org/10.1080/10640260590932841

Georg, A. K., Schröder-Pfeifer, P., Cierpka, M., & Taubner, S. (2021). Maternal parenting stress in the face of early regulatory disorders in infancy: a machine learning approach to identify what matters most. *Frontiers in Psychiatry*, *12*, 663285. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2021.663285

Guinhouya, B. C., Duclos, M., Enea, C., & Storme, L. (2022). Beneficial effects of maternal physical activity during pregnancy on fetal, newborn, and child health: guidelines for interventions during the perinatal period from the French National College of Midwives. *Journal of Midwifery & Women's Health*, *67*, S149–S157. https://doi.org/10.1111/jmwh.13424

Hadian, T., Mousavi, S., Meedya, S., Mohammad-Alizadeh-Charandabi, S., Mohammadi, E., & Mirghafourvand, M. (2019). Adolescent pregnant women's health practices and their impact on maternal, fetal and neonatal outcomes: a mixed method study protocol. *Reproductive Health*, *16*(1), 45. https://doi.org/10.1186/s12978-019-0719-4

Hermon, N., Wainstock, T., Sheiner, E., Golan, A., & Walfisch, A. (2019). Impact of maternal depression on perinatal outcomes in hospitalized women—a prospective study. *Archives of Women's Mental Health*, *22*(1), 85–91. https://doi.org/10.1007/s00737-018-0883-5

Khezri Yazdi, L., & Demehri, F. (2024). Predicting concerns during pregnancy based on marital quality and cognitive self-Regulation with the Mediating Role of Mental Security. *Tolooebehdasht*, *22*(6), 30–43. https://doi.org/10.18502/tbj.v22i6.15209

Kline, R. B. (2013). *Exploratory and confirmatory factor analysis*. In Y. Petscher, C. Schatschneider, & D. L. Compton (Eds.), Applied quantitative analysis in education and the social sciences (pp. 171–207). Routledge. https://api.semanticscholar.org/CorpusID:149846442

Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Springer Publishing Company. https://books.google.com/books/about/Stress_Appraisal_and_Coping.html?id=i-ySQQuUpr8C

Lei, A., You, H., Luo, B., & Ren, J. (2021). The associations between infertility-related stress, family adaptability and family cohesion in infertile couples. *Scientific Reports*, *11*(1), 24220. https://doi.org/10.1038/s41598-021-03715-9

Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. Guilford Press. https://www.guilford.com/books/Cognitive-Behavioral-Treatment-of-Borderline-Personality-Disorder/Marsha-Linehan/9780898621839

Lobel, M., Cannella, D. L., Graham, J. E., DeVincent, C., Schneider, J., & Meyer, B. A. (2008). Pregnancy-specific stress, prenatal health behaviors, and birth outcomes. *Health Psychology*, *27*(5), 604–615. https://doi.org/10.1037/a0013242

Mahmood, T. A., & Bitzer, J. (2024). 5 Public Health Aspects. *Textbook of Contraception, Sexual and Reproductive Health*, 28. https://doi.org/10.1017/9781108961097.005

Mahmoudpour, A., Shariatmadar, A., Borjali, A., & Shafiabadi, A. (2021). Psychometric Properties of the Distress Tolerance Scale (DTS) in the Elderly. *Quarterly of Educational Measurement*, *12*(46), 49–64. https://doi.org/10.22054/jem.2022.65915.3341

Manouchehri, F., Eyni, S., & Zemestani, M . (2024). The mediating role of psychological well-being in the relationship between pathological worry and childbearing motivation in married women . *Iranian Journal of Family Psychology*, *11*(2), 116-132. https://doi.org/10.22034/ijfp.2025.2042893.1360

Matvienko-Sikar, K., Murphy, G., & Murphy, M. (2018). The role of prenatal, obstetric, and post-partum factors in the parenting stress of mothers and fathers of 9-month old infants. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, *39*(1), 47–55. https://doi.org/10.1080/0167482X.2017.1286641

McMahon, T. P., & Naragon-Gainey, K. (2020). Ecological validity of trait emotion regulation strategy measures. *Psychological Assessment, 32*(8), 796. https://doi.org/10.1037/pas0000827

Morford, A. E., Cookston, J. T., & Hagan, M. J. (2017). Parental distress tolerance in three periods of child development: the moderating role of child temperament. *Journal of Child and Family Studies, 26*(12), 3401-3411. https://doi.org/10.1007/s10826-017-0838-x

Morris, T., Strömmer, S., Vogel, C., Harvey, N., Cooper, C., Inskip, H., Woods-Townsend, K., Baird, J., Barker, M., & Lawrence, W. (2020). Improving pregnant women's diet and physical activity behaviours: the emergent role of health identity. *BMC Pregnancy and Childbirth*, *20*(1), 244. https://doi.org/10.1186/s12884-020-02913-z

Moura-Ramos, M., Pinto, A., & Reis, J. (2023). P-581 Family of origin cohesion and intention to pursue fertility preservation in transgender and non-binary people. *Human Reproduction*, *38*(1), dead093. 125. https://doi.org/10.1093/humrep%2Fdead093.125

Mousavi, S., Mousavi, S., & Shahsavari, M. R. (2023). Effects of compassion-focused therapy on resilience and distress tolerance in female heads of households. *Women's Health Bulletin*, *10*(3), 200–209. https://doi.org/10.30476/whb.2023.99466.1238

Naragon-Gainey, K., McMahon, T. P., & Chacko, T. P. (2017). The structure of common emotion regulation strategies: A meta-analytic examination. *Psychological Bulletin, 143*(4), 384. https://doi.org/10.1037/bul0000093

Obrochta, C. A., Chambers, C., & Bandoli, G. (2020). Psychological distress in pregnancy and postpartum. *Women and Birth*, *33*(6), 583–591. https://doi.org/10.1016/j.wombi.2020.01.009

Olson, D. H. (2000). Circumplex model of marital and family systems. *Journal of Family Therapy, 22*(2), 144-167. https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.1979.00003.x

Park, J., & Lee, H. (2023). The relationship between depression, self-efficacy, social support, and health-promoting behaviors in Korean single-household women. *Preventive Medicine Reports*, *32*, 102156. https://doi.org/10.1016/j.pmedr.2023.102156

Pereira, D. (2021). Parenting and health: the major challenge of complex relations. *Children, 8*(10), 928. https://doi.org/10.3390/children8100928

Phelan, A., DiBenedetto, M., Paul, I., Zhu, J., & Kjerulff, K. (2015). Psychosocial stress during first pregnancy predicts infant health outcomes in the first postnatal year. *Maternal and Child Health Journal*, *19*(12), 2587–2597. https://doi.org/10.1007/s10995-015-1777-z

Przestrzelska, M. A., Knihinicka-Mercik, Z., Gryboś, A., Ptaszkowski, K., Bartnicki, J., & Zalewski, J. (2018). Evaluation of factors affecting the sense of coherence in women during pregnancy: A prospective pilot study. *Advances in Clinical and Experimental Medicine*, *27*(10), 1425–1430. https://doi.org/10.17219/acem/73802

Rezaeean, S.-M., Abedian, Z., Latifnejad-Roudsari, R., Mazloum, S.-R., & Abbasi, Z. (2020). The effect of prenatal self-care based on Orem's theory on preterm birth occurrence in women at risk for preterm birth. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research, 25*(3), 242-248. https://doi.org/10.4103/ijnmr.IJNMR_207_19

Ribeiro, C. S. Z., Gondim, E. C., Scorzafave, L. G. D. S., Gomes-Sponholz, F. A., Santos, D. D. d., & Mello, D. F. d. (2023). Estresse parental na gestação e maternidade. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, *57*, e20220351. https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2022-0351en

Salehi, B., & Asghari Ebrahim Abad, M. J. (2019). Investigating the impact of the role and dimensions of religion and distress tolerance in predicting the psychological safety of infertile women. *Women's Studies Sociological and Psychological*, *17*(1), 165–192. https://doi.org/10.22051/jwsps.2019.15782.1488

Shirzadi, P., Framarzi, S., Ghasemi, M., & Shafiee, M. (2015). Investigating Validity and reliability of Parenting Stress Index–short form among Fathers of normal child under 7 years old. *Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal (RRJ)*, *3*(4), 91–110. https://api.semanticscholar.org/CorpusID:148809535

Simionescu, G., Doroftei, B., Maftei, R., Obreja, B.-E., Anton, E., Grab, D., Ilea, C., & Anton, C. (2021). The complex relationship between infertility and psychological distress. *Experimental and Therapeutic Medicine*, *21*(4), 306. https://doi.org/10.3892/etm.2021.9737

Simons, J. S., & Gaher, R. M. (2005). The Distress Tolerance Scale: Development and validation of a self-report measure. *Motivation and Emotion*, *29*(2), 83–102. https://doi.org/10.1007/s11031-005-7955-3

Van den Bergh, B. R., van den Heuvel, M. I., Lahti, M., Braeken, M., de Rooij, S. R., Entringer, S., Hoyer, D., Roseboom, T., Räikkönen, K., & King, S. (2020). Prenatal developmental origins of behavior and mental health: The influence of maternal stress in pregnancy. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, *117*, 26–64. https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2017.07.003

Walser, R. D., & Hayes, S. C. (2006). *Acceptance and commitment therapy in the treatment of posttraumatic stress disorder*. In V. M. Follette & J. I. Ruzek (Eds.), Cognitive-behavioral therapies for trauma (2nd ed., pp. 146–172). Guilford Press. https://psycnet.apa.org/record/2006-02767-007

Wang, Y., Huang, Z., & Kong, F. (2020). Parenting stress and life satisfaction in mothers of children with cerebral palsy: The mediating effect of social support. *Journal of Health Psychology*, *25*(3), 416–425. https://doi.org/10.1177/1359105317739100

Yousefi, F., Bakhtiarpour, S., Makvandi, B., & Naderi, F. (2019). Causal relationship between lifestyle and cognitive flexibility with mental health of exceptional children's mothers with mediating role of negative thinking control. *Empowering Exceptional Children*, *10*(4), 61–73. https://doi.org/10.22034/CECIRANJ.2019.201486.1271