

## بررسی ارتباط بین خودکارآمدی و رضایت از زندگی در زنان باردار: یک مطالعه مقطعی در آمل در سال ۱۴۰۰

رضا قنبری<sup>۱</sup>، امیررضا کریمی<sup>۲</sup>، عبدالمطلب حسنی<sup>۳</sup>، المیرا بهادران<sup>۴</sup>، میثم رضاپور<sup>۵</sup>

تاریخ دریافت ۱۴۰۱/۱۰/۱۶ تاریخ پذیرش ۱۴۰۲/۰۳/۲۷

### چکیده

**پیش‌زمینه و هدف:** خودکارآمدی به معنای اعتماد افراد به توانایی‌ها و قابلیت‌هایشان در شرایط حساس زندگی، می‌تواند با رضایت از زندگی که به‌عنوان یکی از مؤلفه‌هایی که با سلامتی و شادکامی افراد مرتبط است، مطرح باشد. هدف از این مطالعه تعیین ارتباط بین خودکارآمدی و رضایت از زندگی در زنان باردار بود. **مواد و روش‌ها:** مطالعه توصیفی-مقطعی حاضر در سال ۱۴۰۰ بر روی ۱۳۵ زن باردار که به‌طور تصادفی ساده انتخاب گردیدند. ابزار گردآوری داده‌ها شامل چک‌لیست ویژگی‌های فردی-اجتماعی مادر باردار، سن بارداری، تعداد بارداری، جنسیت جنین بود. بخش دوم شامل متغیرهای اصلی مطالعه یعنی رضایت از زندگی و خودکارآمدی بود. با توجه به ماهیت پنهان بودن متغیر رضایت از زندگی، از تجزیه و تحلیل پروفایل پنهان برای طبقه‌بندی بهینه با کمترین خطا استفاده شد. تحلیل‌های توصیفی، کای اسکور و تحلیل واریانس یک‌طرفه در نرم‌افزار Stata-16 و تحلیل پروفایل پنهان توسط MPLUS 8.3 انجام شد.

**یافته‌ها:** نمره خودکارآمدی عمومی زنان باردار تحت مطالعه بر اساس متغیرهای جنسیت جنین ( $P=0/004$ )، تعداد بارداری ( $P=0/04$ )، و سن بارداری ( $P=0/002$ ) دارای اختلاف معنی‌دار است؛ اما بر اساس متغیرهای شغل ( $P=0/667$ )، تحصیلات مادر ( $P=0/345$ )، گروه سنی ( $P=0/439$ )، هیچ اختلاف آماری معنی‌داری وجود نداشت. پروفایل‌های رضایت از زندگی بر اساس متغیرهای جنسیت جنین ( $P=0/744$ )، تعداد بارداری ( $P=0/521$ ) و سن بارداری ( $P=0/194$ )، شغل ( $P=0/433$ )، تحصیلات مادر ( $P=0/429$ ) و گروه سنی ( $P=0/563$ ) از لحاظ آماری معنی‌دار نبود. همچنین، نمره خودکارآمدی عمومی زنان باردار تحت مطالعه بر اساس پروفایل‌های رضایت از زندگی از لحاظ آماری دارای اختلاف معنی‌دار نبود ( $P=0/152$ ).

**بحث و نتیجه‌گیری:** به نظر می‌رسد خودکارآمدی عمومی با رضایت از زندگی در زنان باردار همبستگی نداشته باشد. شاید خودکارآمدی به‌صورت غیرمستقیم (مثلاً نقش میانجی) بتواند این مسئله را توجیه کند.

**کلیدواژه‌ها:** تحلیل پروفایل پنهان، خودکارآمدی، زنان باردار، رضایت از زندگی

مجله پرستاری و مامایی، دوره بیست و یکم، شماره دوم، پی‌درپی ۱۶۳، اردیبهشت ۱۴۰۲، ص ۱۷۳-۱۶۲

آدرس مکاتبه: گروه پیراپزشکی، دانشکده پیراپزشکی آمل، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران، تلفن: ۰۱۱۴۴۲۲۱۹۱۹

Email: maysam.rezapour@gmail.com

### مقدمه

باردار در این دوران با مشکلاتی مانند اضطراب ناشی از عدم توانایی در نگهداری از کودک (۳)، تغییرات جسمی، نگرانی در محدودیت برقراری ارتباط با دیگران (۴)، ترس از درد زایمان (۵) و تأثیر ارزش‌های فرهنگی بر زندگی مواجه می‌شوند که رضایت از زندگی و به‌تبع آن سلامت روان این گروه از جامعه را تحت تأثیر خود قرار می‌دهد (۶).

دوران بارداری یکی از بهترین دوران زندگی هر زنی هست؛ باین‌وجود دوران بارداری سبب تغییرات جسمی، روانی و اجتماعی در زنان باردار شده که می‌تواند بر فعالیت‌های روزانه آن‌ها تأثیرگذار باشد (۱). بسیاری از پژوهشگران، آن را دوران تحول احساس، هیجان و افکار می‌دانند و آنچه مهم است، نگرش و برداشت زنان باردار و کمک به آنان جهت انطباق با این دوران است (۲). زنان

<sup>۱</sup> دانشجوی کارشناس ارشد پرستاری، دانشکده پرستاری آمل، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران

<sup>۲</sup> دانشجوی کارشناس ارشد پرستاری، دانشکده پرستاری آمل، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران

<sup>۳</sup> استادیار، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی آمل، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران

<sup>۴</sup> کارشناس پرستاری، دانشکده پرستاری آمل، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران

<sup>۵</sup> استادیار، گروه پیراپزشکی، دانشکده پیراپزشکی آمل، دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ساری، ایران (نویسنده مسئول)

درک رابطه خودکارآمدی و رضایت از زندگی بسیار مهم و به چند دلیل ضرورت دارد. اول اینکه، هر یک از این مفاهیم وابسته به بستر خودش می‌تواند باشد، یعنی تحت شرایط زمانی، مکانی و در گروه‌های مختلف جمعیتی ممکن است تغییر کند. زیرگروه‌های جمعیتی دانشجویان (۱۹)، سالمندان، زنان باردار و سایر زیرگروه‌های جمعیتی، می‌توانند الگوهای رضایت از زندگی و خودکارآمدی متفاوتی از هم داشته باشند. مطالعات اندکی پیرامون ارتباط این دو موضوع در زنان باردار در ایران انجام شده است. از طرف دیگر، شرایط زمانی یعنی اثر دوره زمانی، مثلاً پاندمی کووید ۱۹ که استعداد، تجربه هیجانات منفی نظیر استرس و اضطراب را می‌تواند در زنان باردار بیشتر کند و یا شرایط مکانی، یعنی توجه به تفاوت‌های فرهنگی و سبک زندگی و نهایتاً ویژگی‌های فردی همانند سن خود فرد، سن حاملگی، جنسیت جنین، تعداد بارداری‌های قبلی، تحصیلات و شغل می‌تواند روی رابطه خودکارآمدی و رضایت از زندگی در زنان باردار مؤثر باشد. از این رو، هدف مطالعه حاضر این بود که در کنار ویژگی‌های فردی به ارتباط بین خودکارآمدی و رضایت از زندگی در زنان باردار پرداخته شود.

### مواد و روش کار

مطالعه حاضر در قالب توصیفی-مقطعی انجام شد. جمعیت مورد مطالعه کلیه زنان باردار مراجعه‌کننده در بخش مامایی، از زمانی که تست بارداری مثبت بود تا هنگام زایمان که برای مراقبت‌های دوران بارداری به مرکز آموزشی درمانی امام علی (ع) شهر آمل در بازه زمانی ماه مهر تا آذر ۱۴۰۰ مراجعه کردند را شامل می‌شد. برای تعیین حجم نمونه با در نظر گرفتن رابطه خودکارآمدی و رضایت از زندگی در گروه‌های غیر از زنان باردار در مطالعات دیگر (۱۹) و مبتنی بر رویکرد رگرسیون چندگانه خطی با نرم‌افزار Stata.16 با کد دستوری (4) ncontrol(3) ntested(0.08) power pcorr به تعداد ۱۳۰ آزمودنی محاسبه گردید که با توجه به احتمال ریزش حجم نمونه به ۱۴۰ زن باردار افزایش داده شد. نمونه‌گیری و انتخاب زنان باردار به روش تصادفی صورت گرفت. برای این کار، ابتدا توزیع فراوانی زنان باردار مراجعه‌کننده به این مرکز در ماه شهریور ۱۴۰۰ برحسب روزهای هفته (شنبه تا پنجشنبه) و ساعات مراجعه (۸ صبح تا ۱۴ عصر) فراهم شد. سپس بر اساس توزیع به دست آمده از مراجعات، تعداد نمونه‌های مورد نیاز برحسب دو متغیر ذکر شده و طی یک بازه زمانی ۳ ماهه تا رسیدن به حجم نمونه مورد نیاز مطالعه مشخص و وارد مطالعه گردیدند. از این تعداد داده‌های پنج آزمودنی

رضایت از زندگی به‌عنوان یکی از مؤلفه‌هایی است که با سلامتی و شادکامی جامعه ارتباط تنگاتنگی داشته (۷) و ارزیابی فرد از جنبه‌های گوناگون زندگی و بازتابی از توازن میان آرزوهای شخص و وضعیت کنونی اوست (۸). در مطالعه‌ای که توسط خداکرمی و همکاران در سال ۲۰۱۷ انجام شد،

یافته‌ها نشان داد که ۱/۷ درصد از زنان باردار، سطح رضایت از زندگی پایین، ۴۷/۵ درصد سطح رضایت از زندگی متوسط، ۴۹/۲ درصد سطح رضایت از زندگی بالا و ۱/۷ درصد سطح رضایت از زندگی ایدئال داشتند (۹). همچنین در مطالعه‌ای که توسط مالهوترا و همکاران (۲۰۱۵) انجام دادند، یافته‌ها نشان دادند که کمترین نمره رضایت از زندگی، ۴۶/۲۴ درصد بود و هیچ زن بارداری سطح رضایت از زندگی پایینی نداشت (۱۰). همچنین ابوجیلیان<sup>۱</sup> و همکاران (۲۰۱۴) بر روی ۲۱۸ زن جوان در کشور اردن انجام شد، نتایج نشان دادند که اضطراب در دوران قبل و بعد از بارداری نتایج نامطلوبی مانند تهوع و استفراغ، کاهش وزن و سقط جنین ایجاد کرده و ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی و همچنین سطح رضایت از زندگی آنان را تحت تأثیر قرار داد (۱۱). بنابراین دوران بارداری را می‌توان یک تجربه منحصر به فرد، همراه با تأثیرات متفاوت بر خودکارآمدی و رضایت از زندگی، به‌زیستی روان‌شناختی در این افراد دانست (۱۲).

در کنار عوامل ذکر شده، خودکارآمدی عاملی است که در مطالعات مختلف ارتباطات متناقضی را با رضایت از زندگی در زنان باردار نشان داده است (۱۳، ۱۴). بر اساس گزارش‌های سازمان جهانی بهداشت، خودکارآمدی را می‌توان به‌گونه‌ای تعریف کرد که افراد تصمیم‌گیری و فعالیت‌های زندگی خود را کنترل کنند (۱۵). به بیانی دیگر خودکارآمدی به معنای اعتماد افراد به توانایی‌ها و قابلیت‌هایشان در شرایط حساس زندگی است (۱۶). طبق مطالعاتی که بندورا<sup>۲</sup> در سال ۲۰۱۰ انجام داد خودکارآمدی پایه و اساس انگیزه انسان‌هاست و زمانی که افراد بر توانایی خود اعتقاد داشته باشند می‌توانند انگیزه را در خود ایجاد کنند تا با تغییراتی که در طول زندگی رخ می‌دهد، رویکرد مناسبی نشان دهند (۱۷). افراد با خودکارآمدی بیشتر، زمانی که با شرایط سخت زندگی مواجه می‌شوند راحت‌تر انطباق می‌یابند. اما کسانی که خودکارآمدی پایینی دارند تصور می‌کنند که نمی‌توانند در شرایط سخت موفق شده که این عامل می‌تواند منجر به افزایش استرس و اضطراب در این افراد شود (۱۸) که این شاید ارتباط بین خودکارآمدی و رضایت از زندگی را توجیه می‌کند (۱۳، ۱۴).

<sup>۱</sup>Bandura

<sup>۱</sup> Malhotra  
<sup>۲</sup>Abujilban

به دلیل عدم پاسخگویی و داده‌های ازدست‌رفته در برخی از متغیرها در تحلیل وارد نشد.

پژوهشگر پس از کسب مجوز کمیته اخلاق و بعد از کسب مجوز کتبی از معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی مازندران، به مرکز آموزشی درمانی امام علی (ع) آمل مراجعه کرده، ضمن معرفی خود و برقراری ارتباط و کسب رضایت شفاهی و کتبی آگاهانه از نمونه‌ها و بیان اهداف پژوهش به آن‌ها توسط پژوهشگر و اطمینان دهی به نمونه‌های پژوهش از آگاهانه و داوطلبانه بودن شرکت در پژوهش فوق و اینکه اطلاعات حاصل از بررسی‌ها کاملاً محرمانه خواهند بود و صرفاً در راستای این طرح تحقیقاتی به کار گرفته خواهد شد، از مادران دارای معیار ورود خواسته شد تا به پرسشنامه‌ها پاسخ دهند. پرسشنامه‌ها در حضور پژوهشگر تکمیل شد. معیارهای ورود شامل رضایت به شرکت در پژوهش، بومی بودن، داشتن توانایی خواندن و نوشتن، نداشتن سابقه بیماری‌های روانی و حوادث ناگوار طی یک سال گذشته بر اساس اظهارات واحد پژوهش، زندگی با همسر و نداشتن تصمیم جدایی است.

ابزار گردآوری داده‌ها در این پژوهش مشتمل بر دو بخش بود: بخش اول، شامل چک‌لیست ویژگی‌های فردی-اجتماعی مادر باردار (سن، تحصیلات، شغل)، ویژگی‌های باروری (سن بارداری، تعداد بارداری، جنسیت جنین) بود. بخش دوم شامل متغیرهای اصلی مطالعه یعنی رضایت از زندگی و خودکارآمدی بود. برای اندازه‌گیری رضایت از زندگی از پرسشنامه استاندارد رضایت از زندگی داینر<sup>۱</sup> و همکاران (۱۹۸۵) که در ایران توسط معروفی زاده روان‌سنجی شد، استفاده گردید (۲۰). این پرسشنامه دارای ۵ پرسش بوده که گزینه‌های پاسخ آن به‌صورت لیکرتی ۷ تایی (نمره ۱ به‌شدت مخالف تا نمره ۷ به‌شدت موافق) در محدوده ۵ تا ۳۵ نمره است. نمره بین ۲۱-۳۵ رضایت را نشان می‌دهد، نمره بین ۱۹-۲۵ رضایت را نشان می‌دهد، نمره بین ۱۴-۱۰ نارضایتی را نشان می‌دهد، نمره بین ۹-۵ به‌شدت نارضایتی است (۲۰). برای بررسی پایایی ابزار مطالعه از روش آلفا کرونباخ استفاده شد که در مطالعه حاضر ۰/۸۹ به دست آمد.

جهت بررسی خودکارآمدی زنان باردار از پرسشنامه خودکارآمدی شرر<sup>۲</sup> استفاده شد که شامل ۱۷ سؤال است و بر اساس مقیاس لیکرت (دامنه‌ی کاملاً موافق تا کاملاً مخالف) است. محدوده نمره بین ۱۷ تا ۸۵ بوده که سؤالات (۱،۳،۸،۹،۱۳،۱۵) برای گزینه‌های کاملاً موافقم، موافقم، نظری ندارم، موافق، کاملاً موافق به ترتیب نمره (۱،۲،۳،۴،۵) و در بقیه گزینه‌ها به‌صورت برعکس

نمره‌گذاری می‌شود. ضریب همبستگی بین سلامت معنوی و خودکارآمدی زنان باردار در مطالعه قبلی برابر با ۰/۷۹ بود (۲۱). در مطالعه حاضر، ضریب آلفا کرونباخ ۰/۸۳ به دست آمده است.

آماره‌های توصیفی (فراوانی نسبی برای متغیرهای کیفی و میانگین و انحراف معیار برای متغیرهای کمی) برای همه متغیرها برآورد گردید. برای ارزیابی رابطه متغیرهای مستقل (خودکارآمدی) و پیامد (رضایت از زندگی) با متغیرهای زمینه‌ای از آزمون کای اسکور و تحلیل واریانس یک‌طرفه و آزمون تی مستقل استفاده شد. با توجه به چولگی بالای متغیر رضایت از زندگی در زنان باردار، تصمیم گرفته شد تا رضایت از زندگی در قالب یک متغیر کیفی در نظر گرفته شود. با توجه به ماهیت پنهان بودن متغیر رضایت از زندگی (Latent variable) از تجزیه و تحلیل پروفایل پنهان<sup>۳</sup> (LPA) برای طبقه‌بندی بهینه با کمترین خطا استفاده شد. تعداد بهینه پروفایل‌ها بر اساس شاخص‌های برازش مدل در ترکیب با شواهد تجربی و تفسیرپذیری استخراج شد. برازش مدل با استفاده از معیار اطلاعات آکایک (AIC)، معیار اطلاعات بیزی (BIC)، معیار اطلاعات بیزی تطبیق شده با حجم نمونه (SSA-BIC)، آزمون نسبت درست‌نمایی (LMR LR) و Lo-Mandell-Rubin و آزمون نسبت درست‌نمایی (VLMR) Vuong-Lo-Mendell-Rubin ارزیابی شد. آنتروپی برای ارزیابی کیفیت طبقه‌بندی اعضای یک پروفایل استفاده شد. مقدار نزدیک‌تر به ۱/۰ نشان‌دهنده طبقه‌بندی بهتر است. تحلیل‌های توصیفی، کای اسکور و تحلیل واریانس یک‌طرفه در نرم‌افزار Stata-16 و تحلیل پروفایل پنهان در MPLUS 8.3 انجام شد.

## یافته‌ها

آماره‌های توصیفی مربوط به خصوصیات دموگرافیک نمونه مورد مطالعه در جدول شماره یک ارائه شد. نتایج نشان داد، ۶۸ نفر (۵۰/۴ درصد) دارای جنین با جنسیت دختر و ۱۰ نفر (۷/۴ درصد) از آن‌ها نامشخص بودند. از لحاظ سنی، ۱۱۵ نفر (۸۵/۲ درصد) در گروه سنی ۲۰ تا ۳۴ سال قرار داشتند و هیچ فردی کمتر از ۲۰ سال نبود. تعداد بارداری‌های چهار و بیشتر، سه نفر (۲/۹ درصد) بودند. تعداد زنان باردار برای سه‌ماهه اول، پنج نفر (۳/۷ درصد) و برای سه‌ماهه سوم، ۱۱۰ نفر (۸۱/۵ درصد) بود. زنان شاغل ۲۲ نفر (۱۶/۳ درصد) بودند. از لحاظ تحصیلات فقط دو نفر (۱/۵ درصد) دارای تحصیلات دانشگاهی بودند (جدول ۱).

<sup>3</sup> Latent Profile Analysis

<sup>1</sup> Diener

<sup>2</sup> Sherer

**جدول (۱): آماره‌های توصیفی از متغیرهای زمینه‌ای و اصلی در زنان مراجعه‌کننده (تعداد = ۱۳۵)**

متغیرهای زمینه‌ای	تعداد (درصد)
جنسیت جنین	
دختر	۶۸ (۵۰/۴)
پسر	۵۵ (۴۰/۷)
نامشخص	۱۰ (۷/۴)
تعداد بارداری	
۱	۴۸ (۳۵/۶)
۲	۵۶ (۴۱/۵)
۳	۲۷ (۲۰/۰)
۴ و بیشتر	۳ (۲/۹)
سن بارداری	
سه‌ماهه اول	۵ (۳/۷)
سه‌ماهه دوم	۲۰ (۱۴/۸)
سه‌ماهه سوم	۱۱۰ (۸۱/۵)
شغل زن باردار	
شاغل	۲۲ (۱۶/۳)
غیر شاغل (خانه‌دار)	۱۱۳ (۸۳/۷)
تحصیلات زن باردار	
ابتدایی	۱۳ (۹/۶)
راهنمایی	۷۰ (۵۱/۹)
دبیرستان	۵۰ (۳۷/۰)
دانشگاهی	۲ (۱/۵)
گروه سنی	
۲۰-۳۴ سال	۱۱۵ (۸۵/۲)
۳۵ سال و بیشتر	۲۰ (۱۴/۸)
متغیرهای اصلی	انحراف معیار ± میانگین
خودکارآمدی	۴/۷ ± ۶/۳۵
رضایت از زندگی	۴/۵ ± ۲/۲۸

پسر وجود نداشت ( $P > 0.05$ ). زنان بارداری که تعداد سه بارداری قبلی را تجربه کردند به‌طور معنی‌داری دارای نمره خودکارآمدی بالاتری نسبت به دیگر تعداد بارداری قبلی بودند ( $P = 0.037$ ). همچنین زنان با تعداد بارداری قبلی چهار مورد و بیشتر به‌طور معنی‌داری نمره خودکارآمدی پایین‌تری را نسبت به یک، دو یا سه بارداری قبلی داشتند. زنان بارداری که در سه‌ماهه اول بارداری قرار داشتند به‌طور معنی‌داری دارای بالاترین نمره خودکارآمدی بودند.

نمره خودکارآمدی عمومی زنان باردار تحت مطالعه بر اساس متغیرهای جنسیت جنین، تعداد بارداری و سن بارداری دارای اختلاف معنی‌دار است؛ اما بر اساس متغیرهای شغل، تحصیلات مادر و گروه سنی هیچ اختلاف آماری معنی‌داری وجود نداشت (جدول ۲). نمره خودکارآمدی در زنان بارداری که جنسیت جنین نامشخص بود به‌طور معنی‌داری بیشتر از زنان بارداری بود که جنین دختر یا پسر داشتند ( $P = 0.001$ ) اما اختلافی بین جنسیت جنین دختر و

**جدول (۲):** مقایسه نمره خودکارآمدی عمومی برحسب متغیرهای زمینه‌ای در نمونه مورد مطالعه (تعداد = ۱۳۵)

متغیرهای زمینه‌ای	انحراف معیار $\pm$ میانگین	آماره آزمون	معنی‌داری (P-value)
جنسیت جنین		†۲۵/۸	۰/۰۰۰۴
دختر	۳۵/۷ $\pm$ ۳/۲		
پسر	۶/۶ $\pm$ ۴/۳۴		
نامشخص	۶/۷ $\pm$ ۴/۴۳		
تعداد بارداری		†۸۴/۲	۰/۰۴۰
۱	۴/۶ $\pm$ ۷/۳۵		
۲	۸/۷ $\pm$ ۲/۳۴		
۳	۷/۶ $\pm$ ۹/۳۸		
۴ و بیشتر	۴/۱۲ $\pm$ ۵/۳۲		
سن بارداری		†۵۰/۶	۰/۰۰۲
سه‌ماهه اول	۹/۴ $\pm$ ۸/۴۵		
سه‌ماهه دوم	۴/۷ $\pm$ ۵/۳۷		
سه‌ماهه سوم	۱/۷ $\pm$ ۸/۳۴		
شغل مادر باردار		†۰۴۳۳	۰/۶۶۷
شاغل	۹/۱ $\pm$ ۹/۳۴		
غیر شاغل (خانه‌دار)	۶/۰ $\pm$ ۷/۳۵		
تحصیلات مادر باردار		†۰۷/۱	۰/۳۴۵
ابتدایی	۵/۵ $\pm$ ۱/۳۷		
راهنمایی	۵/۷ $\pm$ ۹/۳۵		
دبیرستان	۵/۷ $\pm$ ۲/۳۵		
دانشگاهی	۴/۱۳ $\pm$ ۵/۲۷		
گروه سنی		‡۷۸۹/۰	۰/۴۳۹
سال ۲۰-۳۴	۵/۰ $\pm$ ۷/۴۷		
سال ۳۵ و بیشتر	۲/۱ $\pm$ ۸/۴۷		

† One Way ANOVA

‡ Independent T- test with unequal variance.

با استفاده از تحلیل پروفایل پنهان (LPA) مدل دو پروفایلی بهترین شاخص‌های برازش را دارا بود (جدول شماره ۳) و به همین علت به‌عنوان مدل نهایی در نظر گرفته شد.

**جدول (۳):** شاخص‌های برازش مدل‌های پروفایلی پنهان

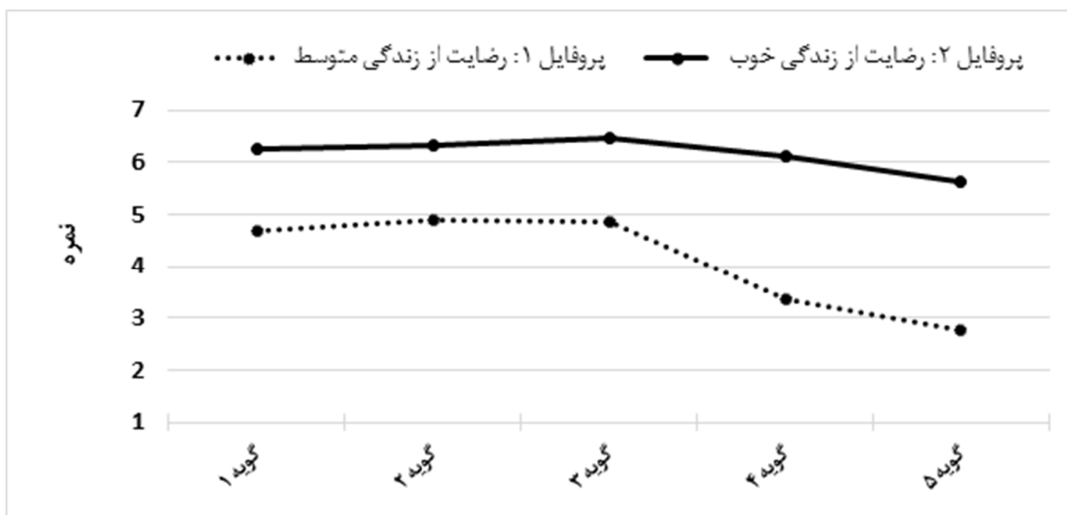
تعداد پروفایل	لگاریتم درست نمایی	AIC	BIC	SSABIC	LMR	VLMR *	Entropy
۲ پروفایل	-۱۰۲۷/۱	۲۰۸۶/۲	۲۱۳۲/۷	۲۰۸۲/۱	۲۳۵.۸ *	۲۴۳/۸ *	۰/۹۲۷
۳ پروفایل	-۹۵۵/۲۰	۱۹۵۴/۵۰	۲۰۱۸/۵۰	۱۹۴۸/۹۰	۱۳۸/۹	۱۴۳/۶	۰/۹۳۳
۴ پروفایل	-۹۲۲/۴۰	۱۹۰۰/۸۰	۱۹۸۲/۱۰	۱۸۹۳/۵۰	۶۵/۷	۶۳/۶	۰/۸۸۹

AIC, Akaike Information Criterion; BIC, Bayesian Information Criterion; SSABIC, Sample Size Adjusted Bayesian Information Criterion; LMR, Lo-Mendell-Rubin likelihood ratio test; VLMR, Vuong-Lo-Mendell-Rubin likelihood ratio test.

\*P-value < ۰.۰۵

برجسب "رضایت از زندگی خوب" نامگذاری گردید. میانگین هر یک از گویه های پرسشنامه رضایت از زندگی برای این دو پروفایل در شکل شماره یک نمایش داده شده است.

در این مدل دو پروفایلی برای رضایت از زندگی، پروفایل یک با تعداد ۳۴ زن باردار و میانگین  $0.61 \pm 0.5$  با "رضایت از زندگی متوسط" و پروفایل دو، با ۱۰۱ زن باردار و میانگین  $0.3 \pm 0.8$  با



**شکل (۱):** میانگین هریک از گویه های پرسشنامه‌ی رضایت از زندگی بر اساس پروفایل‌های استخراج شده از تحلیل پروفایل پنهان (گویه ۱: زندگی من در اکثر موارد با ارمان هایم نزدیک بوده است، گویه ۲: شرایط زندگی من عالی است، گویه ۳: از زندگی ام راضی هستم، گویه ۴: تاکنون هر آنچه از زندگی می‌خواستم به دست آوردم، گویه ۵: اگر می‌توانستم زندگی دوباره داشته باشم تقریباً هیچ چیز را تغییر نمی‌دادم).

ارتباط پروفایل رضایت از زندگی با هیچ یک از متغیرهای جنسیت جنین، تعداد بارداری و سن بارداری، شغل، تحصیلات مادر و گروه سنی از لحاظ آماری معنی‌دار نبود (جدول شماره ۴).

**جدول (۴):** ارتباط متغیرهای زمینه‌ای با رضایت از زندگی در زنان باردار مراجعه‌کننده (تعداد = ۱۳۵)

متغیر	تعداد (درصد)		معنی‌داری (P-value)
	متوسط (۲۵/۲)	خوب: ۱۰۱ (۷۴/۸)	
جنسیت جنین			۷۴۴/۰
دختر	۱۷ (۵۰/۰)	۵۱ (۵۰/۵)	
پسر	۱۵ (۴۴/۱)	۴۰ (۳۹/۶)	
نامشخص	۲ (۵/۹)	۱۰ (۹/۹)	
تعداد بارداری			۵۲۱/۰
۱	۱۰ (۲۹/۴)	۳۸ (۳۷/۶)	
۲	۱۶ (۴۷/۱)	۴۰ (۳۹/۶)	
۳	۶ (۱۷/۶)	۲۱ (۲۰/۸)	
۴ و بیشتر	۲ (۵/۹)	۲ (۲/۰)	
سن بارداری			۱۹۴/۰
سه‌ماهه اول	۲ (۵/۹)	۳ (۲/۹)	

		متوسط (۲۵/۲) ۳۴		خوب: ۱۰۱ (۷۴/۸)		آماره آزمون کای اسکوتر		معنی داری (P-value)	
سه ماهه دوم		۲ (۵/۹)		۱۸ (۱۷/۸)					
سه ماهه سوم		۳۰ (۸۸/۲)		۸۰ (۷۹/۲)					
شغل مادر باردار		۶۱۳/۰		۴۳۳/۰					
شاغل		۷ (۲۰/۶)		۱۵ (۱۴/۸)					
غیر شاغل (خانه دار)		۲۷ (۷۹/۴)		۸۶ (۸۵/۲)					
تحصیلات مادر باردار		۷۶/۲		۴۲۹/۰					
ابتدایی		۲ (۵/۹)		۱۱ (۱۰/۹)					
راهنمایی		۱۶ (۴۷/۱)		۵۴ (۵۳/۵)					
دبیرستان		۱۶ (۴۷/۱)		۳۴ (۳۳/۷)					
دانشگاهی		۰		۲ (۲۰)					
گروه سنی		۳۳/۰		۵۶۳/۰					
۲۰-۳۴ سال		۳۰ (۸۸/۲)		۸۵ (۸۴/۲)					
۳۵ سال و بیشتر		۴ (۱۱/۸)		۱۶ (۱۵/۸)					

علاوه بر این نمره خودکارآمدی بر اساس این دو پروفایل "رضایت از زندگی متوسط" و "رضایت از زندگی خوب" اختلاف معنی داری نداشت (جدول شماره ۵).

**جدول (۵): ارتباط خودکارآمدی با رضایت از زندگی در زنان باردار (تعداد = ۱۳۵)**

رضایت از زندگی	انحراف معیار $\pm$ میانگین	آماره آزمون T	معنی داری (P-value)
متوسط: ۳۴ (۲۵/۲ درصد)	$۳۷/۳ \pm ۱/۴$	۴۲/۱	۱۵۲/۰
خوب: ۱۰۱ (۷۴/۸ درصد)	$۳۵/۱ \pm ۰/۷$		

## بحث و نتیجه گیری

هدف از این مطالعه تعیین ارتباط بین خودکارآمدی و رضایت از زندگی در زنان باردار در شهرستان آمل بود. در مطالعه حاضر ارتباطی بین خودکارآمدی و رضایت از زندگی در زنان باردار وجود نداشت؛ در صورتی که در مطالعات قبلی که در نمونه‌های دیگر انجام شد، ارتباط مثبتی بین خودکارآمدی و رضایت از زندگی گزارش شد. از جمله در مطالعه پوربافرانی<sup>۱</sup> و همکاران (۲۰۱۸) که بین خودکارآمدی و رضایت از زندگی زنان متأهل همبستگی بالایی گزارش کردند و به این نتیجه رسیدند که برای ارتقای رضایت از زندگی، نیاز به استفاده از راهبردهای ارتقا دهنده خودکارآمدی می‌باشد (۲۲). در مطالعه دیگر، توسط کاکار<sup>۲</sup> و همکاران (۲۰۱۲) یافته‌ها نشان داد، خودکارآمدی در جوانان پیش‌بینی کننده رضایت از زندگی در آن‌هاست (۱۸). در مطالعه عزیزی و همکاران (۲۰۱۵)

نیز نتایج حاکی از آن بود که خودکارآمدی بیشترین ارتباط را با رضایت از زندگی داشت (۲۳). به نظر می‌رسد از جمله دلایل این اختلاف نتایج شاید این باشد که زنان باردار نسبت به گروه‌های دیگر در شرایط استرس‌زای بیشتری قرار داشته و نتوانستند نگرش "من می‌توانم این کار را انجام دهم" را در خود پیروانند. از لحاظ آماری با توجه به فراوانی نسبی و توزیع متغیرهای خودکارآمدی عمومی و رضایت از زندگی که بر اساس متغیرهای زمینه‌ای برای مراجعین (عدم اختلاف معنی دار در بین گروه‌ها) و همچنین انتخاب همه نمونه‌ها از یک مرکز درمانی و ورود نمونه‌های همگن و تقریباً با ویژگی‌های مشابه بوده که این عوامل می‌تواند علت اختلاف این نتایج باشد. از طرف دیگر، شاید یکی دیگر از دلایل عدم ارتباط بین خودکارآمدی و رضایت از زندگی، پاندمی کووید ۱۹ باشد. به نظر می‌رسد مکانیسم تأثیر پاندمی کووید ۱۹ بر روی متغیرهای رضایت

<sup>۱</sup> Poorbaferani

<sup>۲</sup> Çakar

خودکارآمدی را در زنان چند تا بیشتر از نخست را گزارش نمود (۳۲). یکی از دلایل این نتایج شاید این باشد که تجربه بارداری قبلی در افزایش اعتمادبنفس و انطباق با شرایط استرس‌زا در مادر را افزایش می‌دهد و در نتیجه خودکارآمدی آن‌ها نیز بیشتر خواهد شد. با توجه به ترس از زایمان و خودکارآمدی پایین زنان نخست‌زا، نیاز است که مداخلات مناسب توسط مراقبین بهداشتی در جهت مقابله با ترس و افزایش خودکارآمدی در زنان نخست‌زا اتخاذ شود. در مطالعه آزموده و همکاران (۲۰۱۵) بین نمره خودکارآمدی و سطح تحصیلات مادر تفاوت معنی‌دار مشاهده شد (۳۳). علت این اختلاف نتیجه شاید به دلیل تعداد بسیار کم زنان تحصیل کرده و حجم نمونه پایین مطالعه حاضر باشد. یافته دیگر این مطالعه نشان داد که اکثر زنان باردار سطح رضایت از زندگی متوسط (۲۵/۲) درصد) و خوب (۷۸/۸ درصد) را گزارش کردند. در مطالعه اسکورزاک و همکاران (۲۰۱۹) نیز نتایج نشان داد که ۴۸/۴۳ درصد از زنان باردار با سطح رضایت از زندگی بالا، ۳۵/۱۸ درصد رضایت متوسط و ۱۶/۳۹ درصد از پاسخ دهندگان با سطح رضایت از زندگی پایین مشخص شدند. رضایت از زندگی در زنان باردار به عوامل زیادی از جمله ویژگی‌های شخصیتی، عواطف و احساسات، عوامل دموگرافیک و تغییرات فیزیولوژیکی و روانی متعددی بستگی دارد (۳۴).

از جمله نقاط قوت مطالعه حاضر این است که به جای استفاده از نقطه برش‌های استاندارد طبقه‌بندی رضایت از زندگی، از رویکرد تجربه و تحلیل پروفایل پنهان استفاده شد که مزیت‌هایی همچون طبقه‌بندی با کمترین خطای اندازه‌گیری و همچنین اعتبار بالاتر را برای نمونه حاضر نسبت به روش سنتی (استفاده از نقطه برش‌های از قبل مشخص شده) را دارا می‌باشد.

مطالعه حاضر چندین محدودیت دارد. اول اینکه، مطالعه حاضر یک طرح مقطعی بوده و بررسی رابطه علت و معلول از آن امکان پذیر نیست. دوم اینکه، اگرچه برای تعیین رابطه واقعی بین خودکارآمدی و رضایت از زندگی، استفاده از نمونه‌های همگن و از یک مرکز کارکرد بهتری می‌تواند داشته باشد اما قابلیت تعمیم پذیری آن پایین‌تر است. سوم اینکه، مطالعه حاضر فقط خودکارآمدی عمومی را در نظر گرفته است و جنبه‌های دیگر خودکارآمدی همانند جنبه اجتماعی را در نظر نگرفته است. چهارم اینکه، برای اندازه‌گیری رضایت از زندگی از پرسشنامه کوتاه استفاده گردید که حیطه‌های مختلف رضایت از زندگی نادیده گرفته شد. نهایتاً اینکه، متغیرهایی همچون رضایت از زندگی و خودکارآمدی مفاهیمی وابسته به بستر اجتماعی- فرهنگی هستند و بایستی در

از زندگی و خودکارآمدی از طریق ایجاد اضطراب برای جمعیت زنان باردار می‌تواند مطرح باشد. در تأیید این نتایج، مطالعه‌ای که توسط برتلوت<sup>۱</sup> و همکاران (۲۰۱۹) انجام شد نتایج نشان داد که زنانی که در دوران کرونا باردار شدند نسبت به زنانی که قبل از کرونا حامله شدند میزان استرس، اضطراب و افسردگی بیشتری تجربه کردند (۲۴). مطالعه دیگری که توسط دورانکاس<sup>۲</sup> و همکاران (۲۰۲۰) انجام شد نیز حاکی از آن بود که زنان باردار در پاندمی کووید بیشتر دچار مشکلات روحی و روانی می‌شوند (۲۵). در مطالعه کربت<sup>۳</sup> و همکاران (۲۰۲۰) نشان داده شد که کووید ۱۹ تأثیر منفی بر روح و روان زنان باردار گذاشته به طوری که نگرانی و دغدغه بیشتر آن‌ها بر روی فرزندانشان و جنینشان بود. به نظر می‌رسد طرح فاصله‌گذاری اجتماعی برای همه‌گیری کووید ۱۹، اضطراب و نگرانی زنان باردار را افزایش داده بود (۲۶). در این دوره به دلیل ترس از کووید ممکن بود، زنان باردار برای پیگیری سلامتی خود به مراکز بهداشتی و درمانی مراجعه نکنند که این عامل می‌تواند بر روی سلامتی جسمی و روانی مادر تأثیر منفی گذاشته و در نتیجه خودکارآمدی را کاهش دهد (۲۷). دلیل دیگر شاید این باشد که خودکارآمدی عمومی مولفه‌ی تأثیرگذاری روی رضایت از زندگی نباشد، بلکه بایستی خودکارآمدی‌های اجتماعی را در نظر گرفت زیرا در مطالعات مختلفی نتایج نشان دادند که خودکارآمدی اجتماعی تأثیر مثبت روی رضایت از زندگی دارد (۲۸).

در مطالعه‌ای که توسط برونتون<sup>۴</sup> و همکاران (۲۰۲۰) انجام شد، یافته‌ها حاکی از آن بود که خودکارآمدی پایین والدین می‌تواند پذیرش بارداری در زنان نخست‌زا را تحت تأثیر قرار داده و اضطراب آن‌ها را بیشتر کند (۲۹) که این عامل نشان‌دهنده این است که حمایت از زنان باردار توسط خانواده‌های آن‌ها می‌تواند منجر به ارتقای خودکارآمدی شود. علاوه بر این، بالا بودن خودکارآمدی اطرافیان یک خانم باردار و شرایط روحی روانی آنان بر خودکارآمدی زنان باردار مؤثر است. نیاز است که اطرافین زنان باردار نیز دارای خودکارآمدی مناسب باشند تا خودکارآمدی زن باردار بیشتر شود و از نظر شرایط روحی و روانی در وضعیت مناسبی قرار بگیرند (۳۰).

مطالعه حاضر نشان داد بین خودکارآمدی و متغیرهای جنسیت جنین، تعداد بارداری‌های قبلی و سن حاملگی ارتباط معنی‌دار وجود دارد. زنان بارداری که تجربه بارداری قبلی را داشتند، به طور معنی‌داری دارای نمره خودکارآمدی بالاتری بودند. در مطالعه‌ی دریانی و همکاران (۲۰۲۰) نتایج نشان داد که زنانی که قبلاً بارداری را تجربه کرده بودند نسبت به زنانی که برای اولین بار باردار شدند، سطح اضطراب کمتری گزارش کردند (۳۱). شاکرمی (۲۰۲۱) نمره

<sup>۳</sup> Corbett  
<sup>۴</sup> Brunton

<sup>۱</sup> Berthelot  
<sup>۲</sup> Durankus



به محققین پیشنهاد می‌شود این متغیرها را در استان‌های دیگر در زنان باردار با تعداد نمونه بیشتر و متغیرهای دیگری که می‌تواند ارتباط بین خودکارآمدی و رضایت از زندگی را تبیین کند وارد مطالعه خود کنند. همچنین به مسئولین توصیه می‌شود تا عواملی را که منجر به ارتقای خودکارآمدی در زنان باردار که قشری آسیب پذیر محسوب می‌شوند، توجه ویژه‌ای داشته باشند.

### تشکر و قدردانی

این مقاله برگرفته از طرح مصوب در دانشگاه علوم پزشکی مازندران با کد اخلاقی IR.MAZUMS.REC.1400.209 می‌باشد. نویسندگان مقاله بر خود لازم می‌دانند که از مشارکت‌کنندگان مطالعه و از مسئولین بیمارستان و کمیته تحقیقات دانشجویی دانشگاه که در امر مطالعه حاضر یاری رساندند، تشکر کنند.

### References:

1. Asefi F, Delaram M, Kazemian A, Bahadoran P. The effect of pregnant women attending in delivery preparation classes on their attitudes mode of delivery. *J Clin Nurs Midwifery* 2016;5(3). (Persian)
2. Asl B, Golmakani N, Shakeri M, Sadjadi A. The level of happiness in pregnancy and its related factors in pregnant women of Mashhad city in 2013. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2015;17(137). (Persian)
3. Bastani F, Haidarnia A, Vafaie M, Kazem-nejad A, Kashanian M. The Effect of Relaxation Training Based on Self-efficacy Theory on Mental Health of Pregnant Women. *Iran J Psychiatry Clin Psychol* 2006;12(2):109-16. (Persian)
4. Alipour M, Ghahremani L, Amooei S, S K. The Effectiveness of Relaxation Techniques on Depression, Anxiety and Stress in Pregnant Women: Based On Self-Efficacy Theory. *Sci J Kurdistan Univ Med Sci* 2017;22(3):20-30. (Persian)
5. Tavassoli A, Kalari F, Zafari dizji A. Social Factors Affecting Cesarean Trend in Pregnant Women. *J Med Ethics* 2014;8(29). (Persian)
6. Alipour A, A HM. Reliability and Validity of the Oxford Happiness Inventory among Iranians. *Dev Psychol* 2007;3(12). (Persian)

بستر خودش تفسیر شوند، از این رو تعمیم پذیری نتایج مطالعه به دیگر بسترها (هم مکانی و هم گروه‌های جمعیتی) بایستی با احتیاط صورت گیرد.

به نظر می‌رسد خودکارآمدی عمومی به‌طور مستقیم یک متغیر تأثیرگذار روی رضایت از زندگی در زنان باردار نباشد و شاید متغیری به‌صورت غیرمستقیم (نقش میانجی) بتواند این مسئله را توجیه کند. با توجه به یافته‌ها حجم نمونه پایین و همگن بودن نمونه‌ها علت عدم معنی‌داری آماری بین خودکارآمدی و رضایت از زندگی باشد. همچنین نمونه‌گیری و انجام مطالعه در همه‌گیری کووید ۱۹ و عدم مراجعه اکثر زنان باردار به مراکز درمانی علت عدم معنی‌داری بین خودکارآمدی و رضایت از زندگی شده است که شاید نیاز باشد محققان در طرح‌های دیگر به این موضوع توجه ویژه‌ای داشته باشند.

### پیشنهادهای

7. Baker S, Rees S, Chebli M, LeMarec N, Godbout R, Huta V, et al. Effects of gestational stress: 2. Evaluation of male and female adult offspring. *Brain Res* 2009;1302:194-204.
8. Afshani AR, ShiriMohammadabad H. The study of relationship between life satisfaction and social health of Yazd city women. *Toloo behdasht* 2016;15(2):34-44. (Persian)
9. Khodakarami B, Masoomizadeh S Z, R A. The Status and Marital Satisfaction Factors In Nulliparous Pregnant Females Attending Clinics in Asadabad City during Years 2015 and 2016. *Sci J Hamadan Nurs Midwifery Fac* 2017;25(1). (Persian)
10. Malhotra R, Mudgal R, Dharmarha S, Mehta S, M BS. How happy are pregnant women? A socio-demographic analysis. *Clin Epidemiol Glob Health* 2015;3(3):117-24.
11. Abujilban SK, Abuidhail J, Al-Modallal H, Hamaideh S, Mosemli O. Predictors of Antenatal Depression Among Jordanian Pregnant Women in Their Third Trimester. *Health Care Women Int* 2014;35(2):200-15.
12. HajiPour L, Hosseini Tabaghdehi M, TaghiZoghi Z, Behzadi Z. Empowerment of Pregnant Women. *J Holist Nurs Midwifery* 2016;26(3):16-24. (Persian)

13. Moksnes UK, Eilertsen MEB, Ringdal R, Bjørnsen HN, Rannestad T. Life satisfaction in association with self - efficacy and stressor experience in adolescents-self - efficacy as a potential moderator. *Scand J Caring Sci* 2019;33(1):222-30.
14. Rogowska AM, Zmaczyńska-Witek B, Mazurkiewicz M, Kardasz Z. The mediating effect of self-efficacy on the relationship between health locus of control and life satisfaction: A moderator role of movement disability. *Disabil Health J* 2020;13(4):100923.
15. Hajipour L, Hosseini tabaghdehi M, Taghi zoghi Z, Z B. Empowerment of Pregnant Women. *J Holist Nurs Midwifery* 2016;25(81). (Persian)
16. Jamshidimanesh M, Alimanesh N, Moghaddam ZB, Haghani H. Effect of an educational package on self-efficacy of infertile women. *Payesh* 2015;14(2):227-37. (Persian)
17. Bandura AJ. Self-efficacy. *The Corsini encyclopedia of psychology*. John Wiley & Sons, Inc.2010.
18. Çakar FS. The Relationship between the Self-Efficacy and Life Satisfaction of Young Adults. *Int Educ Stud* 2012;5(6):123-30.
19. Shamsaei F. The relationship between self-efficacy with life satisfaction in undergraduate nursing students at Hamadan Nursing and Midwifery Faculty. *J Nurs Edu* 2020;8(6):34-40. (Persian)
20. Maroufizadeh S, Ghaheeri A, Omani Samani R, Ezabadi Z. Psychometric properties of the satisfaction with life scale (SWLS) in Iranian infertile women. *Int J Reprod Biomed* 2016;14(1):57-62. (Persian)
21. Zareipour M, Abdolkarimi M, Asadpour M, Dashti S, Askari F. The relationship between spiritual health and self-efficacy in pregnant women referred to rural health centers of Uremia in 2015. *J Community Health* 2017;10(2):52-61. (Persian)
22. Poorbaferani Z, Mazaheri MA, Hasanzadeh A. Life satisfaction, general self-efficacy, self-esteem, and communication skills in married women. *Int J Health Promot Educ* 2018;7. (Persian)
23. Azizi N, Atkinson BE, Baughman HM, Giammarco EA. Relationships between general self-efficacy, planning for the future, and life satisfaction. *Pers Individ Dif* 2015;82:58-60.
24. Berthelot N, Lemieux R, Garon-Bissonnette J, Lacharité C, Muzik M. The protective role of mentalizing: Reflective functioning as a mediator between child maltreatment, psychopathology and parental attitude in expecting parents. *Child Abuse Negl* 2019;95:104065.
25. Durankuş F, Aksu E. Effects of the COVID-19 pandemic on anxiety and depressive symptoms in pregnant women: a preliminary study. *J Matern Fetal Neonatal Med* 2022;35(2):205-11.
26. Corbett GA, Milne SJ, Hehir MP, Lindow SW, O'connell MP. Health anxiety and behavioural changes of pregnant women during the COVID-19 pandemic. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2020;249:96.
27. Fakari FR, Simbar M. Coronavirus pandemic and worries during pregnancy; a letter to editor. *Arch Acad Emerg Med* 2020;8(1):e21.
28. Zamani Shalkouhi B, Shirazi M. Predictions social self-efficacy and life satisfaction in students through attachment to parents and peers. *J Educ Psychol* 2020;17(38):67-84. (Persian)
29. Brunton R, Simpson N, Dryer R. Pregnancy-related anxiety, perceived parental self-efficacy and the influence of parity and age. *Int J Environ Res Public Health* 2020;17(18):6709.
30. Wardani Diadjeng S, Rismaina P, Miftahul J. The Role of Family Support on Self Efficacy Recovery Pregnant Women Confirmed Covid-19. *J Posit Psychol* 2022.
31. Daryani F, Zarei S, Mohammadi A, Hemmati E, Ghasemi Yngyknd S, Mirghafourvand M. Depression, stress, anxiety and their predictors in

- Iranian pregnant women during the outbreak of COVID-19. *BMC psychol* 2020;8(1):1-10.
32. Shakarami A, Mirghafourvand M, Abdolalipour S, Jafarabadi MA, Irvani M. Comparison of fear, anxiety and self-efficacy of childbirth among primiparous and multiparous women. *BMC Pregn Childbirth* 2021;21(1):642.
33. Azmoude E, Jafarnejade F, Mazlom SR. The predictors for maternal self efficacy in early parenthood. *J Midwifery Reprod Health* 2015;3(2):368 76.
34. Skurzak A, Zarajczyk M, Iwanowicz-Palus G, Korzyńska-Piętas M, Lewicka M, Wiktor H. Life satisfaction of the pregnant women. *Mental* 2019;224:53 98.

## INVESTIGATING THE RELATIONSHIP BETWEEN SELF-EFFICACY AND LIFE SATISFACTION IN PREGNANT WOMEN: A CROSS-SECTIONAL STUDY IN AMOL, IRAN IN 2021

Reza Ghanbari<sup>1</sup>, Amirreza Karimi<sup>2</sup>, Abdolmotaleb Hasani<sup>3</sup>, Elmira Bahadoran<sup>4</sup>, Maysam Rezapour<sup>5\*</sup>

Received: 06 January, 2023; Accepted: 17 June, 2023

### Abstract

**Background & Aim:** Self-efficacy, which means people's trust in their abilities and capabilities in critical situations, can be related to life satisfaction, and it is one of the components related to people's health and happiness. This study aimed to determine the relationship between self-efficacy and life satisfaction in pregnant women.

**Materials & Methods:** This descriptive and cross-sectional study was carried out in 2021 on 135 pregnant women who were selected randomly. The data collection tool included a checklist of personal-social characteristics of the expectant mother, gestational age, number of pregnancies, and sex of the fetus. The second part included the main variables of the study, i.e., life satisfaction and self-efficacy. Due to the hidden nature of the life satisfaction variable, latent profile analysis was used for optimal classification with the least error. Descriptive analysis, chi-square, and one-way analysis of variance were performed in Stata-16 software, and latent profile analysis by MPLUS 8.3.

**Results:** The general self-efficacy score of pregnant women had a significant difference based on fetal gender ( $P=0.0004$ ), number of pregnancies ( $P=0.04$ ), and gestational age ( $P=0.002$ ); However, based on the variables of occupation ( $P=0.667$ ), mother's education ( $P=0.345$ ), and age group ( $P=0.439$ ), there was no statistically significant difference. Profiles of life satisfaction based on the variables of fetal sex ( $P=0.744$ ), number of pregnancies (0.521), gestational age (0.194), occupation ( $P=0.433$ ), mother's education ( $P=0.429$ ) and age group ( $P=0.563$ ) was not statistically significant. In addition, the pregnant women's general self-efficacy score had no statistically significant difference based on the life satisfaction profiles ( $P=0.152$ ).

**Conclusion:** Typically, general self-efficacy is not correlated with life satisfaction in pregnant women. Maybe indirect self-efficacy (for example as mediator) can justify this issue.

**Keywords:** Latent Profile Analysis, Life Satisfaction, Pregnant Women, Self-Efficacy

**Address:** Department of Paramedicine, Amol School of Paramedical Sciences, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

**Tel:** +9811 4422 1919

**Email:** ma.rezapour@mazums.ac.ir

This is an open-access article distributed under the terms of the [Creative Commons Attribution-noncommercial 4.0 International License](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, as long as the original work is properly cited.

<sup>1</sup> MSc, Amol School of Nursing, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

<sup>2</sup> MSc, Amol School of Nursing, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

<sup>3</sup> Assistant Professor of Nursing, Department of Nursing, Amol School of Nursing and Midwifery, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

<sup>4</sup> Nursing Bachelor, Amol School of Nursing, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran

<sup>5</sup> Assistant Professor of Epidemiology, Department of Paramedicine, Amol School of Paramedical Sciences, Mazandaran University of Medical Sciences, Sari, Iran (Corresponding Author)