

## مقاله‌ی پژوهشی

## بررسی مقایسه‌ای تاب‌آوری، باورهای فراهیجانی و بهزیستی روان‌شناختی در زنان بارور و نابارور

## خلاصه

**مقدمه:** با توجه به شیوع بالای مشکلات روانی ناشی از ناباروری در زنان نابارور و لزوم شناخت وضعیت روانی آن‌ها به منظور انجام مداخلاتی در جهت کمک به آن‌ها، پژوهش حاضر با هدف بررسی مقایسه‌ای تاب‌آوری، باورهای فراهیجانی و بهزیستی روان‌شناختی در زنان بارور و نابارور انجام شد.

**روش کار:** جامعه‌ی آماری این پژوهش علی-مقایسه‌ای شامل تمام زنان نابارور مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهرستان مشگین شهر در سال ۱۳۹۳ بود. تعداد ۸۰ زن نابارور و ۸۰ زن بارور به شیوه‌ی نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. داده‌ها با استفاده از پرسش‌نامه‌های تاب‌آوری، باورهای فراهیجانی و بهزیستی روان‌شناختی جمع‌آوری و با نرم‌افزار SPSS و با استفاده از آزمون تحلیل واریانس چندمتغیره، تحلیل شدند.

**یافته‌ها:** بین زنان بارور و نابارور در متغیرهای تاب‌آوری ( $P < 0/001$ )،  $F=10/47$ ، باورهای فراهیجانی ( $P < 0/031$ )،  $F=4/75$  و بهزیستی روان‌شناختی ( $P < 0/001$ )،  $F=12/31$  تفاوت معنی‌داری وجود دارد و در تمام این متغیرها نمرات زنان نابارور، کمتر از نمرات زنان بارور است.

**نتیجه‌گیری:** با توجه به یافته‌های پژوهش حاضر که از سطوح پایین‌تر تاب‌آوری، باورهای فراهیجانی و بهزیستی روان‌شناختی در زنان نابارور نسبت به زنان بارور حکایت دارد، ضرورت توجه به سلامت روان زنان نابارور و انجام مداخلاتی در جهت کمک به آن‌ها بیش از پیش آشکار می‌شود.

**واژه‌های کلیدی:** بهزیستی روان‌شناختی، تاب‌آوری، ناباروری، هیجان

\* هاشم جبرائیلی

دانشجوی دکتری تخصصی روان‌شناسی  
سلامت، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران

جواد هاشمی

کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی، باشگاه  
پژوهشگران جوان و نخبگان، واحد اردبیل،  
دانشگاه آزاد اسلامی واحد اردبیل، اردبیل، ایران

عالیه ناظمی

کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی، باشگاه  
پژوهشگران جوان و نخبگان، واحد اردبیل،  
دانشگاه آزاد اسلامی واحد اردبیل، اردبیل، ایران

\*مؤلف مسئول:

گروه روان‌شناسی، دانشگاه خوارزمی، تهران،  
ایران

jebraeilihora@yahoo.com

تاریخ وصول: ۹۳/۱۰/۲۵

تاریخ تایید: ۹۵/۰۲/۰۱

## پی‌نوشت:

این مطالعه با تایید گروه روان‌شناسی دانشگاه خوارزمی و بدون حمایت مالی نهاد خاصی انجام شده و با منافع نویسندگان رابطه‌ای نداشته است. از همکاری کارکنان مراکز بهداشتی و شرکت‌کنندگان در این پژوهش سپاسگزاری می‌گردد.

## مقدمه

داشت. پژوهش‌ها نیز حاکی از آن است که ناباروری مقاومت افراد را در برابر مشکلات زندگی، کم می‌کند و به طور کلی افراد نابارور نسبت به افراد عادی در برابر مشکلات، سرسختی و تاب‌آوری کمتری از خود نشان می‌دهند (۱۸-۱۶) و از اختلالات روانی، به خصوص مشکلات هیجانی، رنج می‌برند (۵).

هیجان‌ها به دو نوع تقسیم می‌شوند: هیجانات اولیه که به صورت غیر ارادی رخ می‌دهند و هیجانات ثانویه که ارادی هستند و در واکنش به هیجانات اولیه رخ می‌دهند (۱۹). فرا هیجان‌ها<sup>۶</sup> که به صورت هیجاناتی که افراد در مورد هیجان‌های خود دارند تعریف می‌شود (۱۹)، به پاسخ عاطفی اشاره دارند که یک فرد در مورد خلق یا هیجان اولیه‌ی خود دارد (۲۰). فراهیجان‌ها می‌توانند به عنوان طبقه‌ی فرعی هیجانات ثانویه در نظر گرفته شوند که مفهومی زمانی است اما هم‌چنین می‌توان گفت که هیجانات اولیه می‌توانند موضوع هیجانات ثانویه باشند مانند اضطراب در مورد خود خشم. بنابراین هیجاناتی مانند اضطراب، خشم و دلسوزی هنگامی فراهیجان هستند که موضوع آن‌ها خود هیجان باشد (۲۱). باورهای فراهیجانی که بخش مهمی از راهبردهای تنظیم هیجانی افراد را تشکیل می‌دهند و فرد را قادر می‌سازند تا با انعطاف‌پذیری بیشتری به وقایع محیطی پاسخ دهد، خود از عوامل مختلفی از جمله شدت هیجان ناشی از یک رویداد تاثیر می‌پذیرد (۲۲) و ناباروری با توجه به شدت هیجانی که دارد می‌تواند باورهای فراهیجانی این افراد را تحت تاثیر قرار داده و در نتیجه بهزیستی روان‌شناختی آن‌ها را کاهش دهد (۲۳).

بهزیستی روان‌شناختی<sup>۷</sup> معمولاً به عنوان ترکیبی از حالت‌های عاطفی مثبت مانند شادکامی و عملکرد با کارایی مطلوب در زندگی شخصی و اجتماعی مفهوم‌بندی شده است (۲۴). مدل ریف<sup>۸</sup> (۲۵) چشم‌اندازی چندبعدی و غنی‌تر از بهزیستی روان‌شناختی ارائه می‌کند که شامل خودپیروی، تسلط بر محیط، رشد شخصی، روابط مثبت با دیگران، داشتن هدف در زندگی و پذیرش خود است. زنان نابارور به دلیل مواجهه با شکست‌های پیاپی در فرزندآوری در مقایسه با زنان بارور میزان بالاتری از تنش، اضطراب و افسردگی را تجربه می‌کند (۲۸-۲۶)، دارای سطوح پایین‌تری از بهزیستی روان‌شناختی هستند (۲۹،۳۰) و از زندگی خود رضایت کمتری دارند (۳۱). بنا بر آن چه گفته شد و لزوم توجه به ویژگی‌ها و خصوصیات افراد نابارور جهت شناخت نیم‌رخ روان‌شناختی آن‌ها و طراحی مداخلاتی برای بهبود سلامت روان آن‌ها، پژوهش حاضر با هدف مقایسه‌ی تاب‌آوری، باورهای فراهیجانی و بهزیستی روان‌شناختی زنان بارور و نابارور انجام شده است.

ناباروری به عدم وقوع بارداری پس از یک سال رابطه‌ی جنسی منظم غیر محافظت شده اطلاق می‌شود (۱). برآورد می‌شود که بیش از ۷۰ میلیون زوج در سراسر جهان از ناباروری رنج می‌برند که بیشتر آن‌ها در کشورهای در حال توسعه زندگی می‌کنند (۲). بویوین<sup>۱</sup> و همکاران (۳) شیوع ناباروری را بین ۵ تا ۲۵/۷ درصد گزارش کردند. این میزان در کشور ما در سال ۲۰۰۴، ۲۴/۹ درصد گزارش شده است (۴).

ناباروری در زنان با اختلالات روانی در ارتباط است (۵) و از کیفیت زندگی آن‌ها می‌کاهد (۶،۷). میزان شیوع اختلال روانی در زنان نابارور در مقایسه با زنان بارور که ۱۱/۲ درصد است ۵۸ درصد گزارش شده است (۸). متداول‌ترین اختلال روانی در زنان نابارور اختلال اضطرابی<sup>۲</sup> با شیوع ۲۳ درصد است و بعد از آن اختلال افسردگی عمده<sup>۳</sup> با شیوع ۱۷ درصد قرار دارد (۹). ناباروری در زنان واقعه‌ی به شدت تنش‌زایی است زیرا شایستگی‌های فردی و اجتماعی آن‌ها یعنی احساس و ارزش مادر و همسری را زیر سؤال می‌برد و معنی و هدف ازدواج و ادامه‌ی زندگی را با مشکل مواجه می‌سازد (۱۰). به دلیل شدت این عامل و فشار هیجانی که مقابله با آن بر منابع روان‌شناختی فرد تحمیل می‌کند، تاب‌آوری فرد، تضعیف شده و بهزیستی روان‌شناختی وی کاهش می‌یابد (۱۱).

تاب‌آوری که به عنوان یک فرایند توانایی یا پیامد سازگاری موفقیت-آمیز با محیط، با وجود شرایط خطرزا و تهدیدکننده، در نظر گرفته می‌شود، فرد را قادر می‌سازد تا با کسب مهارت پشت سر گذاشتن مشکلات با چالش‌های زندگی و شرایط تنش‌زای آن سازگار شود (۱۲). اصطلاح تاب‌آوری به مثابه‌ی یک مولفه‌ی شخصیتی در اواخر قرن بیستم بر اساس پژوهش‌هایی که در زمینه‌ی فرایندهای عالی موثر بر کنترل و هدایت فرایندهای شناختی انجام شد، پا به عرصه‌ی تحقیقات روان‌شناختی گذاشت (۱۳). نظریه‌پردازان اولیه‌ی تاب‌آوری از جمله لوی و وال<sup>۴</sup> (۱۴) بر ویژگی‌های مرتبط با پیامدهای مثبت در مواجهه با مصایب و ناملایمات زندگی تاکید داشتند. با وجود این، کامپفر<sup>۵</sup> (۱۵) با ارایه‌ی یک مدل تبدالی از تاب‌آوری که شامل فرایند و پیامد بود کمتر بر چرخه‌های تخریب و انسجام مجدد و بیشتر بر ماهیت تبدالی محتوای محیطی و تاب‌آوری درونی (فرایندهای تبدالی محیطی-شخصی) تاکید کرد. مطابق با این دیدگاه، تاب‌آوری تنها توانایی و ویژگی‌های شخصیتی نیست بلکه این توانایی‌ها و ویژگی‌ها در تعامل با عوامل تنش‌زا مشخص خواهند کرد که آیا فرد توانایی مقابله با عوامل تنش‌زا خواهد

<sup>۱</sup>Boivin<sup>۲</sup>Anxiety Disorder<sup>۳</sup>Major Depressive Disorder<sup>۴</sup>Levy and Wall<sup>۵</sup>Kumpfer<sup>۶</sup>Meta emotions<sup>۷</sup>Psychological Well-being<sup>۸</sup>Ryff

## روش کار

طرح پژوهش حاضر از نوع علی-مقایسه‌ای است. جامعه‌ی آماری این پژوهش را تمام زنان بارور و نابارور مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهرستان مشکین‌شهر هستند که جهت پی‌گیری، تشخیص و درمان به این مراکز مراجعه کرده بودند. نمونه‌ی این پژوهش شامل ۱۶۰ زن (۸۰ زن بارور و ۸۰ زن نابارور) بود که به شیوه‌ی نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شد. نمونه‌ها در گروه بارور و نابارور از جهت متغیر سن، طول مدت ازدواج و تحصیلات مشابه انتخاب شد. انتخاب آزمودنی‌ها به این صورت انجام گرفت که پس از مراجعه به مراکز بهداشتی درمانی شهرستان مشکین‌شهر و انجام هماهنگی‌های لازم با مسئولین مراکز، با توجه به ملاک‌های ورود به پژوهش زنانی که مایل به همکاری بودند انتخاب و پرسش‌نامه‌ها به صورت انفرادی توسط آن‌ها تکمیل شد.

ملاک‌های ورود به پژوهش شامل جنسیت زن، عدم ابتلا به اختلالات روان‌پزشکی، دارا بودن حداقل ۲۰ و حداکثر ۴۰ سال، طی شدن حداقل ۱ و حداکثر ۱۰ سال از زمان ازدواج، داشتن حداقل تحصیلات سیکل و رضایت برای شرکت در پژوهش بود.

به منظور رعایت اصول اخلاقی، پرسش‌نامه‌ها تنها روی کسانی اجرا شد که مایل به همکاری بودند و اجباری وجود نداشت. به آزمودنی‌ها گفته شد که شرکت در مطالعه، اختیاری است و در صورت عدم تمایل می‌توانند از شرکت خودداری کنند. هم‌چنین به آزمودنی‌ها توضیح داده شد که پرسش‌نامه‌ها حاوی اطلاعات هویتی نیست و اطلاعات حاصل از پرسش‌نامه‌ها به صورت گروهی مورد تحلیل قرار خواهند گرفت.

## ابزار پژوهش

**الف- مقیاس تاب‌آوری کانر و دیویدسون (CD-RTS):**<sup>۱</sup> این پرسش‌نامه را کانر و دیویدسون با مرور منابع پژوهشی حوزه‌ی تاب‌آوری تهیه کردند. این مقیاس ۲۵ گویه دارد که در یک مقیاس لیکرتی پنج درجه‌ای بین صفر (کاملاً نادرست) تا چهار (کاملاً درست) نمره‌گذاری می‌شود. بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی این مقیاس در شش گروه جمعیت عمومی، مراجعه‌کنندگان به بخش مراقبت‌های اولیه، بیماران سرپایی روان‌پزشکی، بیماران با مشکل اختلال اضطراب فراگیر و دو گروه از بیماران مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه انجام شد که نتایج حاکی از ویژگی‌های روان‌سنجی مطلوب این مقیاس بود. جهت بررسی روایی سازه‌ی این مقیاس از تحلیل عاملی استفاده شد که پنج عامل به ترتیب با ارزش‌های ویژه ۷/۴۷، ۱/۵۶، ۱/۳۸، ۱/۱۳ و ۱/۰۷ به دست آمد. پایایی این مقیاس نیز با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۹ به دست آمد. این مقیاس به خوبی قادر به تفکیک افراد تاب‌آور از غیر تاب‌آور در گروه‌های

بالینی و غیر بالینی است و می‌تواند در موقعیت‌های پژوهشی و بالینی مورد استفاده قرار گیرد (۳۲). این مقیاس در ایران، توسط محمدی هنجاریابی شده است. برای تعیین روایی این مقیاس، همبستگی هر گویه با نمره‌ی کل بررسی شد که ضرایبی بین ۰/۴۱ تا ۰/۶۴ را نشان داد. برای تعیین پایایی مقیاس از آزمون آلفای کرونباخ استفاده شد که ضریب پایایی ۰/۸۹ به دست آمد (۳۳).

**ب- پرسش‌نامه‌ی فراشناخت و فراهیجان مثبت:**<sup>۲</sup> برای سنجش باورهای فراهیجانی از پرسش‌نامه‌ی فراشناخت و فراهیجان مثبت<sup>۳</sup> استفاده شد. این پرسش‌نامه دارای ۱۸ گویه است که در یک مقیاس لیکرتی چهار درجه‌ای از کاملاً مخالف تا کاملاً موافق به آن پاسخ داده می‌شود. گویه‌های این پرسش‌نامه بیانگر باورهای فراشناختی در مورد فرایندهای شناختی و هیجانی هنگام مواجهه با موقعیت‌های چالش‌برانگیز است که برگرفته از مصاحبه‌های انجام شده در مطالعه‌ی کیفی است. این پرسش‌نامه از سه خرده‌مقیاس اعتماد به خاموش‌سازی افکار و هیجان‌ات پایدار، اعتماد به تفسیر هیجان‌ات خود به عنوان نشانه، جلوگیری از واکنش فوری و تنظیم ذهن برای حل مسئله و اعتماد به تنظیم سلسله مراتب اهداف انعطاف‌پذیر و عملی تشکیل شده است. تحلیل عاملی اکتشافی در پژوهش بیر و مونتا<sup>۴</sup> از ساختار سه عاملی حمایت کرد و نشان داد که سه عامل پرسش‌نامه ۵۴/۷۶ درصد از کل واریانس را به خود اختصاص می‌دهد. ضرایب آلفای کرونباخ برای سه عامل به ترتیب ۰/۸۵، ۰/۷۶ و ۰/۸۵ گزارش شده است که حاکی از پایایی بالای پرسش‌نامه است (۳۴). در ایران، رحمانیان و واعظ موسوی در پژوهشی با هدف بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی این پرسش‌نامه آن را روی ۳۰۷ ورزشکار زن و مرد اجرا کردند. تحلیل عاملی، نشان‌دهنده‌ی وجود سه عامل بود که در مجموع ۴۷/۲۴ درصد از کل واریانس این پرسش‌نامه را تبیین می‌کرد. ضریب پایایی همسانی درونی از طریق آلفای کرونباخ برای کل پرسش‌نامه ۰/۸۳ و ضریب پایایی دونیمه‌سازی ۰/۸۶ به دست آمد که از پایایی بالای این ابزار حکایت دارد (۳۵).

**ج- پرسش‌نامه‌ی بهزیستی روان‌شناختی (PWB):** این مقیاس در سال ۱۹۸۹ توسط ریف ساخته شد و در سال ۲۰۰۲ مورد تجدید نظر قرار گرفت. این پرسش‌نامه مشتمل بر ۱۸ سؤال است که در یک مقیاس لیکرتی ۶ درجه‌ای از کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم، نمره‌گذاری می‌شود و شش عامل استقلال، تسلط بر محیط، رشد شخصی، ارتباط مثبت با دیگران، هدف‌مندی در زندگی و پذیرش خود را اندازه‌گیری می‌کند.

<sup>2</sup>Positive Metacognitions and Positive Meta-emotions Questionnaire

<sup>3</sup>Beer

<sup>4</sup>Moneta

<sup>1</sup>Conner and Davidson Resilience Scale

با توجه به معنی داری آماری آزمون لامبدای ویلکز، به منظور مشخص ساختن منبع معنی داری آماری اثر چندمتغیری، آماره‌های تحلیل واریانس یک‌سویه (آنووا) در مورد هر یک از متغیرهای تاب‌آوری، باورهای فراهیجانی و بهزیستی روان‌شناختی به صورت جداگانه اجرا شد. بر اساس نتایج تحلیل واریانس تک‌متغیره برای بررسی اثر باروری در جدول ۲ می‌توان گفت که بین زنان بارور و نابارور در متغیرهای تاب‌آوری ( $F(1)=10/47, P<0/01$ )، باورهای فراهیجانی ( $F(1)=4/75, P<0/05$ ) و بهزیستی روان‌شناختی ( $F(1)=12/31, P<0/01$ ) تفاوت آماری معنی‌داری وجود دارد. نگاهی به میانگین این متغیرها در جدول ۱ نشان می‌دهد که در هر سه متغیر، زنان بارور نسبت به زنان نابارور نمرات بالاتری را کسب کرده‌اند و در نتیجه از تاب‌آوری، باورهای فراهیجانی و بهزیستی روان‌شناختی بالاتری برخوردارند.

### جدول ۱- میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای تاب‌آوری، باورهای

گروه	تاب‌آوری			باورهای فراهیجانی			بهزیستی روان‌شناختی
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
زنان بارور	۵۷/۸۲	۲۰/۸۴	۵۱/۳۳	۷/۸۳	۵۷/۳۰	۲۰/۱۰	
زنان نابارور	۴۶/۰۷	۲۳/۶۴	۴۸/۰۵	۹/۶۱	۴۵/۰۴	۲۳/۹۳	

### جدول ۲- آزمون تحلیل واریانس تک‌متغیره برای بررسی اثر باروری

منبع تغییرات	متغیر وابسته	MS	SS	Df	F	P
باروری	تاب‌آوری	۵۵۲۲/۵۰	۵۵۲۲/۵۰	۱	۱۰/۴۷	۰/۰۰۱
	باورهای فراهیجانی	۴۲۹/۰۳	۴۲۹/۰۳	۱	۴/۷۵	۰/۰۳۱
	بهزیستی روان‌شناختی	۶۰۰۸/۱۴	۶۰۰۸/۱۴	۱	۱۲/۳۱	۰/۰۰۱

### بحث

پژوهش حاضر با هدف مقایسه‌ی زنان بارور و نابارور در متغیرهای تاب‌آوری، باورهای فراهیجانی و بهزیستی روان‌شناختی انجام شد. یافته‌ها نشان داد بین زنان بارور و نابارور در هر سه متغیر تفاوت آماری معنی‌داری وجود دارد و زنان نابارور نسبت به زنان بارور از تاب‌آوری، باورهای فراهیجانی و بهزیستی روان‌شناختی پایین‌تری برخوردارند. پایین‌تر بودن میزان تاب‌آوری زنان نابارور نسبت به زنان بارور با نتایج حاصل از پژوهش‌های کاکان<sup>۲</sup> و همکاران (۱۶)، سکستون<sup>۳</sup> و همکاران (۱۷) و لی<sup>۴</sup> و همکاران (۱۸) هم‌سو است. تاب‌آوری که به عنوان یک فرایند توانای یا پیامد سازگاری موفقیت‌آمیز با محیط، با وجود شرایط خطرناک و تهدیدکننده در نظر گرفته می‌شود، فرد را قادر می‌سازد تا با کسب مهارت پشت سر گذاشتن مشکلات با چالش‌های زندگی و شرایط

مجموع نمرات این ۶ عامل، نمره‌ی کلی بهزیستی روان‌شناختی را تشکیل می‌دهد. ریف و سینگر<sup>۱</sup> ضریب همسانی درونی این پرسش‌نامه را با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۹۱ گزارش کردند (۳۶). در ایران خانجانی و همکاران در پژوهشی با هدف بررسی ساختار عاملی و ویژگی‌های روان‌سجی فرم کوتاه مقیاس بهزیستی روان‌شناختی ریف در دانشجویان همسانی درونی عوامل این مقیاس را با استفاده از آلفای کرونباخ بین ۰/۵۱ تا ۰/۷۶ گزارش کردند و برای بررسی ساختار عاملی پرسش‌نامه از تحلیل عاملی استفاده کردند که نتایج، حاکی از آن بود که ساختار ۶ عاملی بهزیستی روان‌شناختی ریف برازش خوبی با داده‌ها دارد (۳۷).

### نتایج

نتایج حاصل از آزمون‌های توصیفی نشان داد که ۲۶/۲۵ درصد از زنان بارور و ۲۸/۷۵ درصد از زنان نابارور در دامنه‌ی سنی ۲۰ تا ۲۵ سال، ۳۱/۲۵ درصد از زنان بارور و ۳۳/۷۵ درصد از زنان نابارور در دامنه‌ی سنی ۲۶ تا ۳۰ سال، ۲۵ درصد از زنان بارور و ۲۲/۵ درصد از زنان نابارور در دامنه‌ی سنی ۳۰ تا ۳۵ سال و ۱۷/۵ درصد از زنان بارور و ۱۵ درصد از زنان نابارور در دامنه‌ی سنی ۳۶ تا ۴۰ سال قرار داشتند. از نظر تحصیلات ۲۵ درصد از زنان بارور و ۲۱/۲۵ درصد از زنان نابارور سیکل، ۳۲/۵ درصد از زنان بارور و ۳۳/۷۵ درصد از زنان نابارور دیپلم، ۱۵ درصد از زنان بارور و ۱۳/۷۵ درصد از زنان نابارور در حد کاردانی، ۲۶/۲۵ درصد از زنان بارور و ۲۸/۷۵ درصد از زنان نابارور کارشناسی و ۱/۲۵ درصد از زنان بارور و ۲/۵ درصد از زنان نابارور کارشناسی ارشد و بالاتر بودند. از نظر طول مدت ازدواج نیز ۴۱/۲۵ درصد از زنان بارور و ۳۶/۲۵ درصد از زنان نابارور ۱ تا ۳ سال، ۴۲/۵ درصد از زنان بارور و ۴۰ درصد از زنان نابارور ۴ تا ۶ سال و ۱۶/۲۵ درصد از زنان بارور و ۲۳/۷۵ درصد از زنان نابارور بیش از ۶ سال از ازدواج‌شان می‌گذشت.

جهت بررسی اثر متغیر باروری روی متغیرهای تاب‌آوری، باورهای فراهیجانی و بهزیستی روان‌شناختی از آزمون تحلیل واریانس چندمتغیره (مانووا) استفاده گردید. قبل انجام تحلیل واریانس به منظور بررسی مفروضه‌ی همسانی واریانس-کواریانس از آزمون باکس استفاده شد که حاکی از عدم معنی داری این آزمون ( $P>0/056, Box M=6/73$ ) بود. در نتیجه برابر بودن ماتریس‌های کواریانس متغیرهای تاب‌آوری، باورهای فراهیجانی و بهزیستی روان‌شناختی برای متغیر باروری بود. نتایج اثر باروری، با استفاده از آزمون لامبدای ویلکز روی ترکیب خطی متغیرهای تاب‌آوری، باورهای فراهیجانی و بهزیستی روان‌شناختی، حاکی از وجود اثر معنی‌دار این متغیر ( $F=7/02, P<0/01, \eta^2=0/88$ ) روی متغیرهای تاب‌آوری، باورهای فراهیجانی و بهزیستی روان‌شناختی بود.

<sup>2</sup>Kagan<sup>3</sup>Sexton<sup>4</sup>Lee<sup>1</sup>Singer

هستند. به این ترتیب آن‌ها به احتمال زیاد ناهنجاری بیشتری را بین خواسته‌های درک شده از وضعیت ناباروری و توانایی خود برای مقابله با آن تجربه می‌کنند (۳۴).

عوامل این راهبردها و باورها نه تنها با سطوح پایین تاب‌آوری و سطوح بالای افسردگی، اضطراب، تنش و دیگر هیجان‌های منفی در ارتباط هستند، بلکه و هم‌چنان که یافته‌های پژوهش حاضر در ارتباط با بهزیستی روان‌شناختی و در راستای پژوهش‌های والرانی<sup>۱</sup> و همکاران (۲۹) و بایلی<sup>۲</sup> و همکاران (۳۰) نشان داد به سطوح پایین‌تر بهزیستی روان‌شناختی در این گروه از افراد منجر می‌شود. نتایج حاصل از این پژوهش‌ها حاکی از آن است که زنان نابارور در مقایسه با زنان بارور در زمینه‌های ارتباط مثبت با دیگران، هدف‌مندی و پذیرش خود، عملکرد جسمی، سرزندگی، عملکرد اجتماعی، عملکرد عاطفی و سلامت روان مشکلات بیشتری دارند و رضایت کمتری را از زندگی تجربه می‌کنند.

از محدودیت‌های پژوهش حاضر این است که تنها زنان ناباروری را مورد بررسی قرار داد که به مراکز بهداشتی مراجعه نموده و در جستجوی درمان پزشکی برای مشکل خود بود، لذا نتایج حاصل از این پژوهش نمی‌تواند در مورد زنانی که به دنبال درمان نیستند یا در پی درمان‌های غیر پزشکی هستند به کار رود زیرا آن‌ها ممکن است الگوهای متفاوتی ویژگی‌های روان‌شناختی را نشان دهند.

### نتیجه‌گیری

ناباروری و مشکلات ناشی از آن تنها برای فقدان فرزند نیست و مواردی از جمله آشفتگی در روابط خانوادگی و زناشویی، احساس طرد از سوی اطرافیان و سرزنش شدن از سوی خود و دیگران تاثیرات زیادی بر جنبه‌های شخصیتی و روان‌شناختی زنان نابارور می‌گذارد. پژوهش حاضر سه مورد از این جنبه‌های روان‌شناختی (تاب‌آوری، باورهای فراهیجانی و بهزیستی روان‌شناختی) را مورد بررسی قرار داد و نتایج حاصل از آن نشان داد که زنان نابارور نسبت به زنان بارور در تمام این حوزه‌ها در سطوح پایین‌تر عمل می‌کنند. این نتایج نشان‌دهنده‌ی شدت مشکلات روانی ناشی از ناباروری است و لزوم ارایه‌ی مداخلاتی جهت بهبود سلامت روان این گروه از افراد برجسته می‌سازد.

تنش‌آور سازگار شود (۱۲). نظریه‌پردازان اولیه‌ی تاب‌آوری (۱۴) بر ویژگی‌های مرتبط با پیامدهای مثبت در مواجهه با مصایب و ناملایمات تاکید داشتند. با وجود این، نظریه‌پردازان بعدی (۱۵) کمتر بر چرخه‌های تخریب و انسجام مجدد و بیشتر بر ماهیت تبدالی محتوای محیطی و تاب‌آوری درونی تاکید کردند. مطابق با این دیدگاه، تاب‌آوری، تنها توانایی و ویژگی‌های شخصیتی نیست بلکه این توانایی‌ها و ویژگی‌ها در تعامل با عوامل تنش‌زا محیطی مشخص خواهند کرد که آیا فرد توانایی مقابله با عوامل تنش‌زا را خواهد داشت. بررسی‌ها نشان می‌دهد که ناباروری با توجه به شدت تنشی که با خود برای زنان به همراه دارد آن‌ها را با سطوح پایین‌تر هويت، عزت نفس، سلامت جسمانی و سطوح بالاتر افسردگی، استرس، اضطراب، انگ و شرمندگی درگیر می‌کند (۳۸) و با تحلیل بردن منابع مقابله‌ای به سطوح پایین تاب‌آوری در آن‌ها منجر می‌شود و باعث می‌شود که این زنان با هیجان منفی مداوم درگیر باشند.

هم‌چنان که نتایج پژوهش حاضر در مورد باورهای فراهیجانی نشان داد زنان نابارور نسبت به زنان بارور از سطوح پایین‌تری از باورهای فراهیجانی برخوردارند. با توجه به این که تا کنون هیچ پژوهشی باورهای فراهیجانی را در زنان بارور و نابارور بررسی نکرده است امکان مقایسه‌ی مستقیم نتایج حاصل از پژوهش حاصل با پژوهش‌های پیشین وجود ندارد اما با توجه به مبانی نظری می‌توان گفت که علت پایین بودن باورهای فراهیجانی در زنان نابارور می‌تواند ناشی از شدت تنش ناباروری و راهبردهای مقابله‌ای نامناسب در مواجهه با این تنش باشد. زنان نابارور معمولاً از اعتماد به نفس پایینی برخوردارند. آنان از راهبردهای مقابله‌ی هیجان‌گسلیده کمتر استفاده می‌کنند که این امر با افسردگی آن‌ها در ارتباط است. این زنان بیشتر از راهبردهای خودسرزنی و اجتناب استفاده می‌کنند، بیشتر احتمال دارد که به دنبال کسب اطلاعات و حمایت عاطفی باشند، درگیر بازسازی شناختی شوند و به خوداتهام‌زنی اقدام کنند (۲۷).

اگر بخواهیم در بافت باورهای فراهیجانی بحث کنیم این راهبردها باعث می‌شود که زنان نابارور بر این باور باشند که توان کمتری برای تغییر سریع و جلوگیری از نشخوار فکری و نگرانی هنگام رویارویی با تنش‌های ناشی از ناباروری دارند، از توان لازم برای عدم واکنش واکنش و آنی و تنظیم ذهن برای حل مسئله، برخوردار نیستند و فاقد توانایی لازم برای واکنش انعطاف‌پذیر و راهبردی در برابر تنش‌های ناشی ناباروری

<sup>1</sup>Valoriani

<sup>2</sup>Bayley

### References

1. Direkvand-Moghadam A, Delpisheh A, Khosravi A. Epidemiology of female infertility: A review of literature. *Biosci Biotech Res Asia* 2013; 10(2): 559-67.
2. Ombelet W, Cooke I, Dyer S, Serour G, Devroey P. Infertility and the provision of infertility medical services in developing countries. *Hum Reprod Update* 2008; 14(6): 605-21.
3. Boivin J, Bunting L, Collins JA, Nygren KG. International estimates of infertility prevalence and treatment-seeking: Potential need and demand for infertility medical care. *Hum Reprod* 2007; 22(6): 1506-12.

4. Vahidi S, Ardalan A, Mohammad K. [Prevalence of primary infertility in the Islamic Republic of Iran in 2004 2005]. *Asia-Pacific journal of public health* 2009; 21: 287-93. (Persian)
5. Merrell J, Lavery M, Ashton K, Heinberg L. Depression and infertility in women seeking bariatric surgery. *Surg Obes Relat Dis* 2014; 10(1): 132-7.
6. El Kissi Y, Amamou B, Hidar S, Ayoubi Idrissi K, Khairi H, Ben Hadj Ali B. Quality of life of infertile Tunisian couples and differences according to gender. *Int J Gynaecol Obstet* 2014; 125(2): 134-7.
7. Xiaoli S, Mei L, Junjun B, Shu D, Zhaolian W, Jin W, et al. Assessing the quality of life of infertile Chinese women: a cross-sectional study. *Taiwan J Obstet Gynecol* 2016; 55(2): 244-50.
8. Amani-Vamarzani S, Dusti YA, Hassanzadeh R. Psychological disorders among women with Primary Infertility and fertile women. *Int Res J Appl Basic Sci* 2013; 4(3): 720-3.
9. Chen TH, Chang SP, Tsai CF, Juang KD. Prevalence of depressive and anxiety disorders in an assisted reproductive technique clinic. *Hum Reprod* 2004; 19(10): 2313-8.
10. Sheikhan Z, Ozgoli G, Azar M, Hosseini F, Nasiri M, Amiri S. [Prevalence of sexual violence among infertile women attended to 2011 Tehran of infertility centers]. *Journal of nursing and midwifery studies of Beheshti University of Medical Sciences* 2013; 23(81): 55-65. (Persian)
11. Lee GL, Blyth ED, Chan CL. Understanding the patterns of adjustment to infertility of IVF users using narrative and autobiographical timeline. *Asian Pac J Reprod* 2012; 1(2): 125-34.
12. Clauss- Ehlers CS. Sociocultural factors, resilience, and coping support for a culturally sensitive measure of resilience. *J Appl Dev Psychol* 2008; 29(3): 197-212.
13. Lemay R, Ghazal H. Resilience and positive psychology: Finding hope. *Child Fam* 2001; 5(1): 10-21.
14. Levy AJ, Wall JC. Children who have witnessed community homicide: Incorporating risk and resilience in clinical work. *Fam Soc* 2000; 81(4): 402-11.
15. Kumpfer KL. Factors and processes contributing to resilience: the resilience framework. In: Glantz MD, Johnson JL. (editors). *Resilience and development: Positive life adaptations*. New York: Kluwer Academic/Plenum Publishers; 1999: 179-224.
16. Kagan L, Psaros C, Alert MD, Styer AK, Shifren JL, Park ER. Improving resilience among infertile women: a pilot study. *Fertil Steril* 2011; 96(3): 151.
17. Sexton MB, Byrd MR, Kluge S. Measuring resilience in women experiencing infertility using the CD-RISC: Examining infertility-related stress, general distress, and coping styles. *J Psychiatr Res* 2010; 44(4): 236-41.
18. Lee GL, Blyth ED, Lai-Wan Chan C. Understanding the patterns of adjustment to infertility of IVF users using narrative and autobiographical timeline. *Asian Pac J Reprod* 2012; 1(2): 125-34.
19. Jäger C, Bartsch A. Meta-emotions. *Grazer Philosophische Studien* 200; 73(1): 179-204. (German)
20. Koopman EM. Why do we read sad books? Eudaimonic motives and meta-emotions. *Poet* 2015; 52(1): 18-31.
21. Mitmansgruber H, Beck TN, Höfer S, Schübler G. When you don't like what you feel: Experiential avoidance, mindfulness and meta-emotion in emotion regulation. *Pers Individ Diff* 2009; 46(4): 448-53.
22. Hasani J, Azad Fallah P, Rasolzade K, Ashayeri H. Assess cognitive emotion regulation strategies based on the concept of neuroticism and extraversion. *News in cognitive sciences* 2008; 10(4): 1-13. (Persian)
23. Abbasi M, Dargahi SH, Jabraeili H, Ghasemi Jobaneh R, Dargahi A. [Role of meta-emotion and resiliency in psychological the well-being of infertile women of Gonabad city in 2012-2013]. *Community health journal* 2014; 8(1): 9-17. (Persian)
24. Deci EL, Ryan RM. Hedonia, eudaimonia, and well-being: An introduction. *J Happiness Stud* 2008; 9(1): 1-11.
25. Ryff CD, Singer B. Psychological well-being: Meaning, measurement, and implications for psychotherapy research. *Psychother Psychosom* 1996; 65(1): 14-23.
26. Cousineau TM, Domar AD. Psychological impact of infertility. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2007; 21(2): 293-308.
27. Ying LY, Wu LH, Loke AY. Gender differences in experiences with and adjustments to infertility: A literature review. *Int J Nurs Stud* 2015; 52(10): 1640-52.
28. Karaca A, Unsal G. Psychosocial problems and coping strategies among Turkish women with infertility. *Asian Nurs Res (Korean Soc Nurs Sci)* 2015; 9(3): 243-50.
29. Valoriani V, Lotti F, Lari D, Miccinesi G, Vaiani S, Vanni C, et al. Differences in psychophysical well-being and signs of depression in couples undergoing their first consultation for assisted reproduction technology (ART): an Italian pilot study. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2016; 197(1): 179-85.
30. Bayley TM, Slade P, Lashen H. Relationships between attachment, appraisal, coping and adjustment in men and women experiencing infertility concerns. *Hum Reprod* 2009; 24 (11): 2827-37.
31. McQuillan J, Torres Stone RA, Greil AL. Infertility and life satisfaction among women. *J Fam Issues* 2007; 28(7): 955-81.
32. Conner KM, Davidson JRT. Development of a new resilience scale. *Depress Anxiety* 2003; 18(2): 76-82.
33. Mohammadi M. [Effective factor on resiliency in people who are exposed to drug abuse]. *Psychology journal of Tabriz University* 2005; 1(2-3): 193-214. (Persian)
34. Beer N, Moneta GB. Construct and concurrent validity of the positive metacognitions and positive meta-emotions questionnaire. *Pers Individ Diff* 2010; 49(8): 977-82.
35. Rahmani Z, Vaez Mousavi SM. [Psychometric properties of the positive meta-cognitions and meta-emotions questionnaire in athletes. *Journal of psychology and psychiatry* 2015; 1(3): 44-62. (Persian)
36. Ryff CD, Singer B. From social structure to biology: Integrative science in pursuit of human health and well-being. In: CR Snyder CR, Lopez SJ. (editors). *Handbook of positive psychology*. London: Oxford University; 2002: 541-54.
37. Khanjani M, Shahidi S, Fath-Abadi J, Mazaheri MA, Shokri O. [Factor structure and psychometric properties of the Ryff's scale of Psychological well-being, short form (18-item) among male and female students]. *Iranian journal of psychiatry and clinical psychology* 2014; 8(32): 27-36. (Persian)
38. Greil AL, Slauson-Blevins K, McQuillan J. The experience of infertility: A review of recent literature. *Sociol. Health Illn* 2010; 32(1): 140-62.