

Resilience and Marital Satisfaction to Mediate the Relationship between Cognitive Emotion Regulation Strategies and Disease Compatibility in Infertile Women

Keikhosravi Big Zadeh Z¹, *Sodagar Sh², Jamhari F³, Bahrami Heidiji M², Choubsaz F⁴

Author Address

1. PhD student of Psychology, Faculty of Psychology, Islamic Azad University, Karaj Branch, Karaj, Iran;
 2. Assistant Professor of Psychology, Faculty of Psychology, Islamic Azad University, Karaj Branch, Karaj, Iran;
 3. Assistant Professor of Psychology, Faculty of Psychology, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran;
 4. Gynecologist, Infertility Fellowship, Kermanshah, Iran.
- *Corresponding author's email: sh_so90@yahoo.com

Received: 2020 February 16; Accepted: 2020 March 16

Abstract

Background & Objectives: Infertility could be a life crisis with various biosociocultural, emotional, and financial problems. Infertile couples may encounter social pressures in addition to the direct impacts of infertility. Infertility could particularly be a source of psychosocial suffering for women. In some communities, childbearing inability is only attributed to women; thus, there exists a gender-related bias concerning couple's infertility. Numerous interpersonal and intrapersonal characteristics affect adapting to infertility. Thus, the present study aimed to investigate the mediating role of resilience and marital satisfaction in the relationship between adaptive and maladaptive strategies of cognitive emotion regulation and compatibility to disease in infertile women.

Methods: The present descriptive-correlational study employed structural equation modeling. The statistical population of the present study consisted of all infertile women referring to infertility treatment centers in Tehran City, Iran, in 2017 who received infertility treatment for the first time. A convenience sampling method was used to select the study participants. To determine the sample size, according to Klein (2011), the number of routes was considered as a criterion and 25 subjects were selected per route. Finally, 225 infertile women participated in this study. The measurement tools were the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (Garnefski et al., 2001), the Conner-Davidson Resilience Scale (Conner & Davidson, 2003), the Enrich Marital Satisfaction Scale (Fowers & Olson, 1993), and the Adaptation to Illness Scale (Besharat, 2002). The obtained data were analyzed by descriptive (mean & SD) and inferential (Pearson correlation coefficient & structural equation modeling) statistics in SPSS and AMOS.

Results: The obtained results suggested that adaptive cognitive emotion regulation strategies presented a direct and significant effect on resilience ($\beta=0.42, p<0.001$) and marital satisfaction ($\beta=0.37, p<0.001$). Additionally, maladaptive cognitive emotion strategies were inversely and significantly predictive of resilience ($\beta=-0.33, p<0.001$) and marital satisfaction ($\beta=-0.20, p<0.001$). Besides, resilience ($\beta=0.33, p<0.001$) and marital satisfaction ($\beta=0.27, p<0.001$) provided a direct and significant effect on adaptation to illness. Moreover, adaptive cognitive emotion regulation strategies ($\beta=0.08, p=0.002$) and maladaptive cognitive emotion regulation strategies ($\beta=-0.27, p<0.001$), with the mediating role of resilience, could explain compatibility to infertility. Furthermore, adaptive cognitive emotion regulation strategies ($\beta=0.31, p<0.001$) and maladaptive cognitive emotion regulation strategies ($\beta=-0.05, p=0.05$), with the mediating role of marital satisfaction, could explain compatibility to infertility in the study subjects.

Conclusion: Based on the current research findings, individual and contextual factors can be effective in adapting to infertility in infertile women. Furthermore, resilience and marital satisfaction can play a mediating role between the dimensions of cognitive emotion regulation and adaptation to infertility.

Keywords: Adaptive cognitive emotion regulation strategies, Maladaptive cognitive emotion regulation strategies, Adaptation to illness, Resilience, Marital satisfaction, Women, Infertility.

نقش واسطه‌ای تاب‌آوری و رضایت زناشویی در رابطه بین راهبردهای تنظیم شناختی هیجان و سازگاری با بیماری در زنان نابارور

زهره کیخسروی بیگ‌زاده^۱، *شیدا سوداگر^۲، فرهاد جمهری^۳، مریم بهرامی هیدجی^۲،
فرزانه چوبساز^۴

نویسندگان

۱. دانشجوی دکتری روان‌شناسی عمومی، دانشکده روان‌شناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج، کرج، ایران؛
۲. استادیار روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج، کرج، ایران؛
۳. استادیار روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران؛
۴. متخصص زنان و زایمان، فلوشیپ نازایی، کرمانشاه، ایران.
*وابانامه نویسنده مسئول: sh_so90@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۲۷ بهمن ۱۳۹۸؛ تاریخ پذیرش: ۲۶ اسفند ۱۳۹۸

چکیده

زمینه و هدف: شناسایی عوامل مؤثر بر مشکل ناباروری در سازگاری با این مشکل از اهمیت بسزایی برخوردار است؛ ازاین‌رو، هدف از پژوهش حاضر بررسی نقش واسطه‌ای تاب‌آوری و رضایت زناشویی در رابطه بین راهبردهای سازگار و ناسازگار تنظیم شناختی هیجان با سازگاری با بیماری در زنان نابارور بود.

روش‌بررسی: روش پژوهش توصیفی از نوع همبستگی بود که با استفاده از روش مدل‌یابی معادلات ساختاری انجام شد. جامعه آماری همه زنان نابارور مراجعه‌کننده به مراکز ناباروری شهر تهران در سال ۱۳۹۷ بودند که برای اولین بار درمان ناباروری دریافت کردند. با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس ۲۲۵ نفر انتخاب شدند. ابزار سنجش شامل مقیاس تنظیم شناختی هیجان (گارفنسکی و همکاران، ۲۰۰۱)، مقیاس تاب‌آوری کارنر-دیویدسون (کانر و دیویدسون، ۲۰۰۳)، مقیاس رضایت زناشویی انریچ (فورز و اولسون، ۱۹۹۳) و مقیاس سازگاری با بیماری (بشارت، ۱۳۸۰) بود. داده‌ها با استفاده از ضریب همبستگی و روش مدل‌یابی معادلات ساختاری با نرم‌افزارهای SPSS نسخه ۲۱ و AMOS نسخه ۲۱ تحلیل شدند. سطح معناداری آزمون‌ها ۰/۰۵ بود.

یافته‌ها: راهبردهای سازگار تنظیم شناختی هیجان اثر مستقیم و معنادار بر تاب‌آوری ($\beta=0/42$ و $p<0/001$) و رضایت زناشویی ($\beta=0/37$ و $p<0/001$) دارند. راهبردهای ناسازگار تنظیم شناختی به صورت معکوس و معنادار پیش‌بینی‌کننده تاب‌آوری ($\beta=-0/33$ و $p<0/001$) و رضایت زناشویی ($\beta=-0/20$ و $p<0/001$) هستند. همچنین راهبردهای سازگار تنظیم شناختی هیجان ($\beta=0/08$ و $p=0/002$) و راهبردهای ناسازگار تنظیم شناختی هیجان ($\beta=-0/27$ و $p<0/001$) با نقش میانجی تاب‌آوری، سازگاری با ناباروری را تبیین می‌کنند. راهبردهای سازگار تنظیم شناختی هیجان ($\beta=0/31$ و $p<0/001$) و راهبردهای ناسازگار تنظیم شناختی هیجان ($\beta=-0/05$ و $p=0/05$) با نقش میانجی رضایت زناشویی، سازگاری با ناباروری را تبیین می‌کنند.

نتیجه‌گیری: براساس یافته‌های پژوهش، تاب‌آوری و رضایت زناشویی در ارتباط بین راهبردهای سازگار و ناسازگار تنظیم شناختی هیجان و سازگاری با بیماری نقش واسطه‌ای دارند.

کلیدواژه‌ها: راهبردهای سازگار تنظیم شناختی هیجان، راهبردهای ناسازگار تنظیم شناختی هیجان، سازگاری با بیماری، تاب‌آوری، رضایت زناشویی، زنان، ناباروری.

ناباروری^۱ مسئله‌ای زیستی، روانی و اجتماعی است که با اختلال در فرایند تولیدمثل و فرزندآوری زندگی زوجین را با بحران مواجه می‌سازد (۱). در این راستا سازگاری با ناباروری از اهمیت بسزایی برخوردار است؛ به‌طور کلی، سازگاری را می‌توان به‌عنوان پاسخ انطباق‌یافته درقبال تغییرات محیطی تعریف کرد که در طول زمان به‌وجود می‌آید. سازگاری با بیماری، فرایند حفظ نگرش مثبت درباره خود و جهان باوجود مشکلات جسمی است. سازگاری با ناباروری نیز شامل راهبردهای شناختی، هیجانی و رفتاری است که درمجموع به فرد نابارور کمک می‌کند تا مقابله مؤثرتری با مشکل ناباروری خود داشته باشد (۲). عوامل بین‌فردی و درون‌فردی متعددی در ایجاد سازگاری با ناباروری نقش دارد. در این پژوهش رضایت زناشویی^۲ به‌عنوان جزئی از عوامل بین‌فردی و تاب‌آوری^۳ و راهبردهای تنظیم شناختی هیجان^۴ به‌عنوان مؤلفه‌های فردی مؤثر بر افزایش میزان سازگاری با ناباروری بررسی شد.

رضایت زناشویی به میزان تطابق میان خواسته‌های فرد از موقعیت کنونی زندگی زناشویی خود و آنچه در دوران زندگی کنونی‌اش تجربه کرده است، اشاره دارد. هرقدر این فاصله کمتر باشد، فرد بیشتر احساس رضایت‌مندی می‌کند. نتایج پژوهش اونات و کیزیلکایات بیانگر آن بود که زوج‌های دارای ارتباط مناسب و منسجم‌تر از سلامت روانی بیشتری برخوردار هستند و رضایت از زندگی بیشتری دارند (۳). این متغیر نقش درخورتوجهی در سلامت جسمانی و روانی افراد ایفا می‌کند (۴). نظریه‌پردازان مختلف بر نقش عوامل درون‌فردی بر رضایت زناشویی تأکید می‌کنند و بر این باور هستند که ویژگی‌های روان‌شناختی زوجین موجب رضایت‌مندی زناشویی می‌شود (۵).

تاب‌آوری نیز در زمره عوامل درون‌فردی است که می‌تواند سازگاری با بیماری را تحت‌تأثیر قرار دهد. تاب‌آوری به ظرفیت‌های روانی افراد برای مقاومت در برابر شرایط سخت اشاره دارد. این سازه که مبتنی بر روان‌شناسی مثبت‌گرا است، باعث حفظ سلامت روانی افراد و ارتقای آن می‌شود (۶).

از آنجاکه موقعیت‌ها و شرایط پراسترس عمدتاً ماهیت هیجانی دارند، توانایی افراد در استفاده از راهبردهای تنظیم هیجان‌اتشان می‌تواند عامل بسیار مهمی در تعیین تاب‌آوری آن‌ها باشد (۷). اهمیت مهارت تنظیم هیجان برای حفظ سلامت روان در تحقیقات زیادی به تأیید رسیده است؛ همچنین تنظیم هیجان، به‌عنوان یکی از مهارت‌های اساسی برای تاب‌آوری (۸) و رضایت زناشویی (۹) افراد در نظر گرفته شده است. تنظیم هیجان به مدیریت رفتار، شناخت، توجه و فرایندهای فیزیولوژیک با هدف پایان‌دادن، اصلاح، بیان و حفظ تجربه‌های

هیجانی اشاره دارد (۱۰). راهبردهای شناختی تنظیم هیجان شامل خودسرزنشگری^۵، پذیرش^۶، نشخوارگری^۷، تمرکز مجدد مثبت^۸، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی^۹، ارزیابی مجدد مثبت^{۱۱}، دیدگاه‌گیری^{۱۲}، فاجعه‌نمایی^{۱۳} و دیگر سرزنشگری^{۱۴} است؛ برخی از این راهبردها انطباقی و برخی از آن‌ها غیرانطباقی‌اند و بر سازگاری با بیماری تأثیرگذار هستند (۱۱). علاوه‌براین، راهبردهای غیرانطباقی تنظیم شناختی هیجان با افزایش نگرانی در نمونه‌های بالینی و غیربالینی و نیز با مشکلات هیجانی بیشتر مانند افسردگی ارتباط دارد؛ درحالی‌که راهبردهای انطباق تنظیم شناختی هیجان مانند ارزیابی مجدد دارای ارتباط معکوسی با مشکلات هیجانی است (۱۲). نتایج پژوهش شیاتو نشان داد، استفاده از راهبردهای سازگارانه تنظیم هیجان همچون ارزیابی مجدد شناختی در مواجهه با استرس، در بسیاری از مواقع علاوه‌بر کاستن از هیجانات منفی می‌تواند باعث افزایش هیجانات مثبت شود (۱۳).

بررسی پژوهش‌های گذشته بیانگر آن است که تلاش‌هایی در راستای شناسایی عوامل مؤثر بر سازگاری با ناباروری مبتنی بر متغیرهای پژوهش حاضر صورت گرفته است؛ اما تاکنون پژوهشی مشاهده نشد که تمام این متغیرها را در قالب مدلی واسطه‌ای بررسی کرده باشد؛ بنابراین یافته‌های پژوهش حاضر نه‌تنها خلأ پژوهشی موجود را پوشش می‌دهد، بلکه شناسایی این عوامل می‌تواند در سطح کاربردی در کمک به سازگاری زنان نابارور مؤثر باشد؛ بنابراین با توجه به آنچه بیان شد، هدف این پژوهش بررسی نقش واسطه‌ای تاب‌آوری و رضایت زناشویی در رابطه بین راهبردهای تنظیم شناختی هیجان و سازگاری با بیماری در زنان نابارور بود.

۲ روش‌بررسی

طرح پژوهش حاضر توصیفی از نوع همبستگی بود که در چارچوب آن، روابط مفروض میان متغیرهای پژوهش با استفاده از روش مدل‌یابی معادلات ساختاری ارزیابی شد. بر این اساس، راهبردهای تنظیم شناختی هیجان به‌عنوان متغیر برون‌زاد، تاب‌آوری و رضایت زناشویی به‌عنوان متغیر واسطه‌ای و سازگاری با بیماری به‌عنوان متغیر درون‌زاد بررسی شدند. مدل مفهومی پژوهش در شکل ۱ آمده است. جامعه آماری پژوهش حاضر را همه زنان نابارور مراجعه‌کننده به مراکز درمان ناباروری شهر تهران در سال ۱۳۹۷ تشکیل دادند که برای اولین بار درمان ناباروری دریافت کردند. به‌منظور انتخاب شرکت‌کنندگان از روش نمونه‌گیری در دسترس استفاده شد. نحوه نمونه‌گیری به این شکل بود که از بین مراجعه‌کنندگان به مراکز ناباروری شهر تهران افرادی انتخاب شدند که تاکنون خدمات درمانی دریافت نکردند. به‌منظور تعیین حجم نمونه، براساس نظر کلاین تعداد مسیرها

9. Refocus on planning
10. Positive reappraisal
11. Putting into perspective
12. Catastrophizing
13. Other-Blame

1. Infertility
2. Marital satisfaction
3. Resiliency
4. Cognitive emotion regulation strategies
5. Self-Blame
6. Acceptance
7. Rumination
8. Positive refocusing

به عنوان ملاک در نظر گرفته شد و به ازای هر مسیر، ۲۵ نفر انتخاب شد (۱۴). در نهایت تعداد ۲۲۵ زن نابارور شرکت کنندگان پژوهش را تشکیل دادند. در این پژوهش برای گردآوری اطلاعات از ابزارهای زیر استفاده شد.

– مقیاس تنظیم شناختی هیجان^۱: این مقیاس توسط گارنفسکی و همکاران در سال ۲۰۰۱ تهیه شد (۱۵). مقیاس تنظیم شناختی هیجان دارای ۳۶ گویه و نُه زیرمقیاس است. پنج زیرمقیاس پرسشنامه راهبردهای سازگار تنظیم شناختی هیجان (پذیرش، توجه مجدد مثبت، توجه مجدد به برنامه ریزی، ارزیابی مجدد مثبت، اتخاذ دیدگاه) و چهار زیرمقیاس دیگر راهبردهای ناسازگار تنظیم شناختی هیجان (سرزنش خود، نشخوار ذهنی، فاجعه آمیزنداری، سرزنش دیگران) است. هر سؤال از ۱ (هرگز) تا ۵ (همیشه) نمره گذاری می شود. نمرات بیشتر در هر خرده مقیاس بیانگر میزان استفاده بیشتر از راهبرد مذکور در مقابله یا مواجهه با وقایع استرس زا و منفی است (۱۵). پایایی راهبردهای سازگار و ناسازگار و کل پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ به ترتیب برابر با ۰/۹۱، ۰/۸۷ و ۰/۹۳ بود (۱۵). پایایی این پرسشنامه نیز توسط حسنی در جامعه ایرانی و به وسیله روش آلفای کرونباخ ۰/۸۲ به دست آمد (۱۶).

– مقیاس تاب آوری کانر-دیویدسون^۲: این مقیاس توسط کانر و دیویدسون در سال ۲۰۰۳ تهیه شد (۶). ابزاری ۲۵ سؤالی و تک عاملی است که سازه تاب آوری را در طیف لیکرت پنج درجه ای از ۱ (هرگز) تا ۵ (همیشه) می سنجد. حداقل نمره تاب آوری آزمودنی در این مقیاس ۲۵ و حداکثر آن ۱۲۵ است (۶). کانر و دیویدسون، همسانی درونی، پایایی بازآزمایی و روایی همگرا و واگرای مقیاس را مطلوب و رضایت بخش گزارش کردند (۶). رزم پوش نیز پایایی این مقیاس را در جامعه ایرانی با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۹۰ به دست آورد (۱۷).

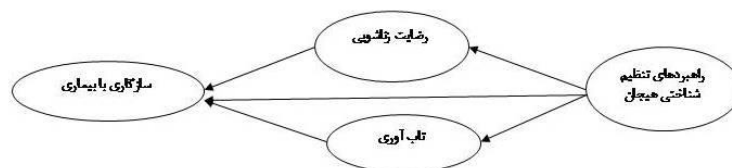
– مقیاس رضایت زناشویی انریچ^۳: این مقیاس توسط فورز و اولسون در سال ۱۹۹۳ ساخته شد (۱۸). این مقیاس رضایت مندی زناشویی را در قالب پرسشنامه ای ۴۷ گویه ای در نُه حوزه رضایت مندی زناشویی شامل مسائل شخصیتی، ارتباط زناشویی، حل تعارض، مدیریت مالی، فعالیت های اوقات فراغت، روابط جنسی، ازدواج و فرزندان، اقوام و دوستان و جهت گیری مذهبی ارزیابی می کند. نمره گذاری پرسشنامه به صورت پنج گزینه ای در طیف لیکرت (از کاملاً موافق=۱ تا کاملاً مخالف=۵) است. کمترین نمره ۴۷ و بیشترین نمره ۲۳۵ است.

افرادی با نمرات کمتر از ۱۵۰، دارای میزانی از ناسازگاری زناشویی هستند (۱۸). پایایی این پرسشنامه با روش ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۲ گزارش شد (۱۸). در ایران نیز سلیمانان برای بررسی روایی سازه این پرسشنامه از پرسشنامه سازگاری زناشویی^۴ استفاده کرد و ضریب همبستگی را ۰/۶۵ به دست آورد (۱۹).

– مقیاس سازگاری با بیماری^۵: این ابزار توسط بشارت در سال ۱۳۸۰ ساخته شد (۲۰). مقیاس سازگاری با بیماری دارای دوازده گویه است و سازگاری با بیماری های پزشکی را در اندازه های هفت درجه ای از صفر (اصلاً صحیح نیست) تا ۶ (کاملاً صحیح است) می سنجد. حداقل و حداکثر نمره بیمار در کل مقیاس به ترتیب صفر و ۷۲ محاسبه می شود. نمره بیشتر نشان دهنده سطوح بیشتر سازگاری با بیماری و مشارکت در فعالیت های معمول زندگی با وجود تجربه و تحمل استرس ها و محدودیت های مربوط به بیماری است. نتایج تحلیل عاملی اکتشافی و تأییدی با تعیین یک عامل کلی، روایی سازه مقیاس سازگاری با بیماری را تأیید کرد (۲۰).

اصول اخلاقی رعایت شده در اجرای پژوهش عبارت بود از: شرکت در پژوهش آزادانه و به اختیار آزمودنی ها بود و هیچ گونه اجباری از جانب محقق صورت نگرفت؛ علاوه بر این درخصوص محرمانه بودن اطلاعات تکمیل شده توسط آزمودنی ها اطمینان کافی داده شد.

داده های جمع آوری شده در دو سطح توصیفی (با استفاده از میانگین، انحراف معیار) و استنباطی (ضریب همبستگی و مدل پابی معادلات ساختاری) با استفاده از نرم افزارهای SPSS نسخه ۲۱ و AMOS نسخه ۲۱ تحلیل شدند. سطح معناداری برای تمام آزمون های آماری ۰/۰۵ بود. قبل از تحلیل مدل ساختاری نرمال بودن توزیع چندمتغیره داده ها بررسی شد. نتایج نشان داد که داده ها به صورت چندمتغیره دارای توزیع نرمال است ($p > 0.05$). برازندگی الگوی پیشنهادی براساس شاخص مجذور خی، شاخص برازندگی تطبیقی (CFI)، شاخص نکویی برازش (GFI)، شاخص نکویی برازش تعدیل شده (AGFI) و ریشه خطای میانگین مجذورات تقریب (RMSEA) بررسی شد. چنانچه شاخص مجذور خی بر درجه آزادی کوچک تراز ۲/۵ باشد، مقدار RMSEA کوچک تر و به صفر نزدیک تر باشد؛ همچنین اگر شاخص های برازش CFI، GFI و AGFI به یک نزدیک تر باشد، بیان کننده آن است که الگوی پیشنهادی تأیید شده است (۱۴).



شکل ۱. مدل مفهومی پژوهش

4. Marital Adjustment Questionnaire

5. Adaptation to Disease Scale

1. Cognitive Emotion Regulation Scale

2. Conner-Davidson Resilience Scale

3. ENRICH Marital Satisfaction Scale

۳ یافته‌ها

بین متغیرهای پژوهش را نشان می‌دهد. همان‌گونه که مشاهده می‌شود، سازگاری با بیماری با تاب‌آوری، رضایت زناشویی و راهبردهای سازگار تنظیم شناختی هیجان رابطه مستقیم و معنادار دارد ($p < 0/001$)؛ همچنین بین سازگاری با بیماری با راهبردهای ناسازگار تنظیم شناختی هیجان رابطه معکوس و معنادار وجود دارد ($p < 0/001$). بین تاب‌آوری و رضایت زناشویی با راهبردهای سازگار تنظیم شناختی هیجان رابطه مستقیم و معنادار ($p < 0/001$) و با راهبردهای ناسازگار تنظیم شناختی هیجان رابطه معکوس و معنادار ($p < 0/001$) مشاهده شد.

میانگین $\pm$ انحراف معیار سن شرکت‌کنندگان برابر با $29/74 \pm 5/48$ سال بود. همچنین میانگین $\pm$ انحراف معیار راهبردهای سازگار و ناسازگار تنظیم شناختی هیجان به ترتیب $62/64 \pm 11/57$ و $44/72 \pm 11/36$ به دست آمد. علاوه بر این میانگین و انحراف معیار متغیرهای تاب‌آوری، رضایت زناشویی و سازگاری با بیماری به ترتیب برابر با 96 ± 11 ، $165 \pm 27/42$ و $57/11 \pm 37/41$ بود. پیش از اجرای همبستگی پیرسون نرمال بودن داده‌ها با آزمون کولموگوروف اسمیرنف بررسی شد و نتایج نرمال بودن داده‌ها را بیان کرد. جدول ۱ نتایج ضریب همبستگی

جدول ۱. ماتریس ضریب همبستگی بین متغیرهای پژوهش

متغیرها	۱	۲	۳	۴	۵
۱. تاب‌آوری	-				
۲. رضایت زناشویی	۰/۴۲	-			
۳. سازگاری با بیماری	۰/۵۵	۰/۴۳	-		
۴. راهبردهای سازگار تنظیم شناختی هیجان	۰/۴۰	۰/۲۷	۰/۲۱	-	
۵. راهبردهای ناسازگار تنظیم شناختی هیجان	-۰/۴۰	-۰/۲۰	-۰/۳۱	-۰/۳۲	-

جدول ۲ میزان اثرات مستقیم، غیرمستقیم و کل هر متغیر را بر سازگاری با بیماری نشان می‌دهد. بر این اساس مشاهده می‌شود که ضرایب استاندارد اثرهای مستقیم، غیرمستقیم و کل راهبردهای سازگار تنظیم شناختی هیجان بر سازگاری با بیماری به ترتیب برابر با $0/05$ ، $0/36$ و $0/31$ و ضرایب استاندارد اثرهای مستقیم، غیرمستقیم و کل راهبردهای ناسازگار تنظیم شناختی هیجان بر سازگاری با بیماری به ترتیب برابر با $-0/39$ ، $-0/27$ ، $-0/11$ است؛ در نتیجه، می‌توان گفت که راهبردهای سازگار و ناسازگار تنظیم شناختی هیجان توانسته‌اند با نقش واسطه‌ای تاب‌آوری و رضایت زناشویی مدل مطلوبی را ارائه دهند.

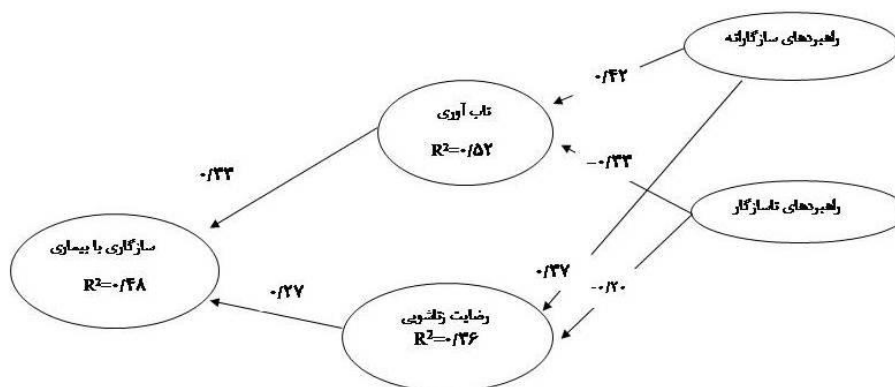
جدول ۲. اثرات غیرمستقیم، مستقیم و کلی متغیرهای برون‌زاد بر سازگاری با بیماری با واسطه‌گری تاب‌آوری و رضایت زناشویی

متغیرها	اثر مستقیم	اثر غیرمستقیم	اثر کل	مقدار احتمال
راهبردهای سازگار تنظیم شناختی هیجان $\rightarrow$ رضایت زناشویی	۰/۳۷	-	۰/۳۷	$< 0/001$
راهبردهای سازگار تنظیم شناختی هیجان $\rightarrow$ تاب‌آوری	۰/۴۲	-	۰/۴۲	$< 0/001$
راهبردهای سازگار تنظیم شناختی هیجان $\rightarrow$ رضایت زناشویی $\rightarrow$ سازگاری با بیماری	۰/۰۵	۰/۳۱	۰/۳۶	$< 0/001$
راهبردهای ناسازگار تنظیم شناختی هیجان $\rightarrow$ رضایت زناشویی $\rightarrow$ سازگاری با بیماری	-۰/۱۱	-۰/۰۵	-۰/۰۶	$< 0/001$
راهبردهای ناسازگار تنظیم شناختی هیجان $\rightarrow$ رضایت زناشویی	-۰/۲۰	-	-۰/۲۰	$< 0/001$
راهبردهای ناسازگار تنظیم شناختی هیجان $\rightarrow$ تاب‌آوری	-۰/۳۳	-	-۰/۳۳	$< 0/001$
راهبردهای ناسازگار تنظیم شناختی هیجان $\rightarrow$ تاب‌آوری $\rightarrow$ سازگاری با بیماری	-۰/۱۱	-۰/۲۷	-۰/۳۹	$< 0/001$
راهبردهای سازگار تنظیم شناختی هیجان $\rightarrow$ تاب‌آوری $\rightarrow$ سازگاری با بیماری	۰/۰۶۲	۰/۰۸	۰/۱۴۲	$< 0/001$
تاب‌آوری $\rightarrow$ سازگاری با بیماری	۰/۳۳	-	۰/۳۳	$< 0/001$
رضایت زناشویی $\rightarrow$ سازگاری با بیماری	۰/۲۷	-	۰/۲۷	$< 0/001$

همان‌طور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، نسبت خی دو به درجه آزادی مقادیر CFI، GFI و AGFI نزدیک به یک است؛ در نتیجه، مدل تقریباً برابر با ۲/۵، میزان RMSEA نزدیک به صفر و همچنین، ارائه شده برازش خوبی دارد.

جدول ۳. نکویی برازش مدل ساختاری

شاخص‌ها	RMSEA	AGFI	GFI	CFI	χ^2/df	χ^2
مقادیر	۰/۰۶	۰/۹۱	۰/۹۰	۰/۹۳	۲/۵۱	۳۸۱۴/۵۱



شکل ۲. مدل نقش واسطه‌ای تاب‌آوری و رضایت زناشویی در رابطه بین راهبردهای سازگار و ناسازگار تنظیم شناختی هیجان با سازگاری با ناباروری

۴ بحث

استرس‌زا در زندگی خود مواجه هستند، استفاده از راهبردهای مثبت تنظیم شناختی هیجان می‌تواند تأثیر مثبتی بر فرایند تاب‌آوری آن‌ها داشته باشد.

در تبیین رابطه منفی راهبردهای ناسازگار تنظیم شناختی هیجان با تاب‌آوری زنان نابارور می‌توان گفت، استفاده از این راهبردها باعث می‌شود بیماران مبتلا به ناباروری با نگاه و دیدگاهی متفاوت به ارزیابی رویدادها و وقایع بپردازند و بیشتر به ابعاد و جنبه‌های منفی آن رویداد توجه کنند؛ در نتیجه ناراحتی و تنیدگی بیشتری را تجربه می‌کنند و توانایی کنارآمدن با این رویداد ناگوار را ندارند (۷).

علاوه‌براین، راهبردهای سازگار و ناسازگار تنظیم شناختی هیجان بر رضایت زناشویی تأثیر به‌ترتیب مثبت و منفی داشت. در این زمینه نیز می‌توان بیان کرد، راهبردهای ناسازگار تنظیم شناختی هیجان با تشدید افسردگی، اضطراب و مشکلات بین‌فردی ارتباط دارد و می‌تواند به‌راحتی کیفیت روابط زوجین را تحت‌تأثیر قرار دهد (۱۶). راهبردهای ناسازگار نظیر نشخوار فکری، ملامت دیگران و خود با بزرگ‌نمایی مشکلات بین‌فردی و فردی و کاهش پذیرش این مشکلات تأثیر منفی در روابط زوجین دارد (۸). در نقطه مقابل راهبردهای سازگار تنظیم شناختی هیجان با کاهش نشانه‌های اضطراب و افسردگی، روابط میان‌فردی بهتر، بهبود توان‌مندی‌های شناختی و حل مسئله بهتر همراه است که تمامی این عوامل نقش مهمی در رابطه بین زوجین و بالطبع رضایت زناشویی دارند. باتوجه به پژوهش بلاچ و همکاران می‌توان گفت، چنانچه زوجین نابارور از رضایت زناشویی بیشتری برخوردار باشند، استرس‌های ناشی از ناباروری کمتر به رابطه زناشویی آنان آسیب می‌زند و بهتر می‌تواند با مشکلات ناباروری سازگار شوند (۵).

همچنین نتایج بیانگر تأثیر مثبت تاب‌آوری بر سازگاری با بیماری بود. نتایج این پژوهش تأکیدی بر اهمیت تاب‌آوری در سازگاری با شرایط تنیدگی‌زا نظیر ناباروری است. درخصوص نقش واسطه‌ای تاب‌آوری بین راهبردهای تنظیم شناختی هیجان و سازگاری با بیماری می‌توان بیان داشت، راهبردهای سازگار تنظیم شناختی هیجان باعث انعطاف‌پذیری شناختی در هنگام سختی‌ها می‌شود و از این طریق

هدف از پژوهش حاضر بررسی نقش واسطه‌ای تاب‌آوری و رضایت زناشویی در رابطه بین راهبردهای سازگار و ناسازگار تنظیم شناختی هیجان و سازگاری با بیماری در زنان نابارور بود. نتایج نشان داد که راهبردهای سازگار و ناسازگار تنظیم شناختی هیجان به‌طور مستقیم پیش‌بین معنادار سازگاری با بیماری نیست؛ اما در بررسی اثر مستقیم متغیرهای برون‌زاد بر تاب‌آوری و رضایت زناشویی نتایج بیانگر آن بود که راهبردهای سازگار تنظیم شناختی هیجان به‌طور مثبت و معناداری پیش‌بین تاب‌آوری و رضایت زناشویی است و راهبردهای ناسازگار تنظیم شناختی هیجان به‌طور منفی و معنادار پیش‌بین این دو متغیر است. علاوه‌براین دو متغیر تاب‌آوری و رضایت زناشویی پیش‌بین مثبت و معنادار سازگاری با بیماری هستند. درنهایت مشخص شد، راهبردهای سازگار و ناسازگار تنظیم شناختی هیجان با واسطه تاب‌آوری و رضایت زناشویی پیش‌بین معنادار سازگاری با بیماری هستند.

در تبیین این یافته که راهبردهای تنظیم شناختی هیجان بر تاب‌آوری مؤثر هستند می‌توان بیان داشت، هیجانات از نظر اجتماعی مفید هستند و می‌توانند در انتقال احساسات به دیگران و حفظ یا قطع رابطه با دیگران سازنده باشند؛ ازاین‌رو تعدیل و تنظیم آن‌ها از طریق راهبردهای تنظیم هیجان نقش مؤثری بر سلامت روان و متغیرهای مرتبط با آن از قبیل تاب‌آوری دارد؛ زیرا هیجانات به‌عنوان راه‌حل‌هایی برای مقابله با چالش‌ها و استرس‌ها و مشکلات زندگی عمل می‌کنند (۱۳).

استفاده از راهبردهای سازگار تنظیم شناختی هیجان ممکن است با کاستن از هیجانات منفی و در نتیجه بهبود عملکرد شناختی و هیجانی، موجبات رویارویی فرد برای حل مشکل و افزایش تاب‌آوری او را فراهم آورد. راهبردهای سازگار تنظیم شناختی هیجان را می‌توان به‌عنوان عاملی مهم در جهت کاهش مشکلات روان‌شناختی زنان نابارور در نظر گرفت. در این راستا شیاتو نشان داد که استفاده از راهبردهای سازگار تنظیم شناختی هیجان می‌تواند باعث کاهش هیجانات منفی و افزایش هیجانات مثبت شود (۱۳). از آنجاکه زنان نابارور با تجربه‌ای منفی و

سازگاری با ناباروری در زنان نابارور مؤثر باشد. علاوه بر این مشاهده می شود که متغیرهای تاب آوری و رضایت زناشویی می توانند بین راهبردهای تنظیم شناختی هیجان و سازگاری با ناباروری نقش واسطه ای ایفا کنند.

۶ تشکر و قدردانی

از تمامی شرکت کنندگان در این پژوهش نهایت قدردانی می شود.

۷ بیانیه ها

تأییدیه اخلاقی و رضایت نامه از شرکت کنندگان

اصول اخلاقی رعایت شده در اجرای پژوهش عبارت بود از: شرکت در پژوهش آزادانه و به اختیار آزمودنی ها بود و هیچ گونه اجباری از جانب محقق صورت نگرفت؛ علاوه بر این درخصوص محرمانه بودن اطلاعات تکمیل شده توسط آزمودنی ها اطمینان کافی داده شد.

تراحم منافع

نویسندگان اعلام می دارند هیچ گونه تضاد منفعی ندارند.

سازگاری با بیماری را بهبود می بخشد (۶). علاوه بر این راهبردهای تنظیم شناختی هیجان بر ارتباطات مثبت بین زوجین و همدلی و همراهی آن ها در شرایط دشوار اثر می گذارند و این امر کارکرد بین فردی سازگاری با ناباروری را بهبود می بخشد. نتایج این پژوهش اهمیت مهارت تنظیم شناختی هیجان را در افزایش تاب آوری و رضایت زناشویی و به طبع آن سازگاری با ناباروری در زنان روشن کرد؛ از این رو پیشنهاد می شود متصدیان سلامت روان، برای ارتقای سطح تاب آوری در جامعه پژوهشی مدنظر، کارگاه های آموزشی و جلسات گروه درمانی با مضمون آموزش این متغیرها اجرا کنند.

پژوهش حاضر با محدودیت هایی همراه بود. این پژوهش بر زنان نابارور صورت گرفت؛ بنابراین قابلیت تعمیم نتایج آن را به گروه مردان محدود می کند. همچنین باتوجه به آنکه پژوهش حاضر از نوع همبستگی بود، لازم است استنباط علی از نتایج آن با احتیاط صورت گیرد.

۵ نتیجه گیری

نتایج این پژوهش بیانگر آن بود که عوامل فردی و بافتی می تواند بر

References

1. Drosdzol A, Skrzypulec V. Depression and anxiety among polish infertile couples--an evaluative prevalence study. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 2009;30(1):11–20. doi: [10.1080/01674820902830276](https://doi.org/10.1080/01674820902830276)
2. Campbell-Sills L, Cohan SL, Stein MB. Relationship of resilience to personality, coping, and psychiatric symptoms in young adults. *Behav Res Ther*. 2006;44(4):585–99. doi: [10.1016/j.brat.2005.05.001](https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.05.001)
3. Onat G, Kizilkaya Beji N. Effects of infertility on gender differences in marital relationship and quality of life: a case-control study of Turkish couples. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2012;165(2):243–8. doi: [10.1016/j.ejogrb.2012.07.033](https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2012.07.033)
4. Öngen DE. Cognitive emotion regulation in the prediction of depression and submissive behavior: Gender and grade level differences in Turkish adolescents. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*. 2010;9:1516–23. doi: [10.1016/j.sbspro.2010.12.358](https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2010.12.358)
5. Bloch L, Haase CM, Levenson RW. Emotion regulation predicts marital satisfaction: more than a wives' tale. *Emotion*. 2014;14(1):130–44. doi: [10.1037/a0034272](https://doi.org/10.1037/a0034272)
6. Connor KM, Davidson JRT. Development of a new resilience scale: the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depress Anxiety*. 2003;18(2):76–82. doi: [10.1002/da.10113](https://doi.org/10.1002/da.10113)
7. Behzadpoor S, Motahhari Z, sadat, Vakili M, Sohrabi F. the effect of resilience training on increasing psychological well-being of infertile women. *Ilam Uni Med Sci*. 2015;23(5):131–42. [Persian] <http://sjimu.medilam.ac.ir/article-1-2537-en.pdf>
8. Schetter CD, Dolbier C. Resilience in the context of chronic stress and health in adults. *Soc Personal Psychol Compass*. 2011;5(9):634–52. doi: [10.1111/j.1751-9004.2011.00379.x](https://doi.org/10.1111/j.1751-9004.2011.00379.x)
9. Slatcher RB, Schoebi D. Protective processes underlying the links between marital quality and physical health. *Curr Opin Psychol*. 2017;13:148–52. doi: [10.1016/j.copsyc.2016.09.002](https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2016.09.002)
10. Gross JJ. Emotion regulation in adulthood: Timing is everything. *Current Directions in Psychological Science*. 2001;10(6):214–9. doi: [10.1111/1467-8721.00152](https://doi.org/10.1111/1467-8721.00152)
11. Weiss LG. Toward the mastery of resiliency. *Canadian Journal of School Psychology*. 2008;23(1):127–37. doi: [10.1177/0829573508316600](https://doi.org/10.1177/0829573508316600)
12. Troy AS, Mauss IB. Resilience in the face of stress: emotion regulation as a protective factor. In: Litz BT, Charney D, Friedman MJ, Southwick SM, editors. *Resilience and mental health: challenges across the lifespan*. Cambridge: Cambridge University Press; 2011. pp: 30–44. doi: [10.1017/CBO9780511994791.004](https://doi.org/10.1017/CBO9780511994791.004)
13. Shiota MN. Silver linings and candles in the dark: differences among positive coping strategies in predicting subjective well-being. *Emotion*. 2006;6(2):335–9. doi: [10.1037/1528-3542.6.2.335](https://doi.org/10.1037/1528-3542.6.2.335)
14. Kline RB. *Principles and practice of structural equation modeling*. 3rd ed. New York: The Guilford Press; 2011.
15. Garnefski N, Kraaij V, Spinhoven P. Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems. *Personality and Individual Differences*. 2001;30(8):1311–27. doi: [10.1016/S0191-8869\(00\)00113-6](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(00)00113-6)

16. Hasani J. The reliability and validity of the short form of the cognitive emotion regulation questionnaire. *Journal of Research in Behavioural Sciences*. 2011;9(4):229–40. [Persian] <http://rbs.mui.ac.ir/article-1-207-en.pdf>
17. Razmpush M. Taein sahm hoosh manavi va tab avari dar jahat-giri zendegi daneshjouyan [Determining the proportion of spiritual intelligence and resilience in explaining university students' life orientation] [Thesis for M.A in General Psychology]. [Roudhen, Iran]: Islamic Azad University, Roudehen Branch; 2012. [Persian]
18. Fowers BJ, Olson DH. ENRICH Marital Satisfaction Scale: A brief research and clinical tool. *Journal of Family Psychology*. 1993;7(2):176–85. doi: [10.1037/0893-3200.7.2.176](https://doi.org/10.1037/0893-3200.7.2.176)
19. Soleymanian A. Investigating effect of unreasonable thought on marital satisfaction [Thesis for M.Sc]. [Tehran, Iran]: Teacher Training University; 2004. [Persian]
20. Besharat MA. Preliminary investigation of the psychometric properties of the Glombock-Rast marital status questionnaire. Tehran: University of Tehran; 2002. [Persian]