

پیش‌بینی سازگاری زناشویی بر اساس راهبردهای شناختی تنظیم هیجان در زوجین نابارور

سمیرا روستا*^۱، جواد ملازاده^۲، محمدعلی گودرزی^۳، عبدالعزیز افلاک‌سیر^۴

تاریخ دریافت ۱۳۹۸/۰۴/۳۰ تاریخ پذیرش ۱۳۹۸/۰۷/۲۹

چکیده

پیش‌زمینه و هدف: ناباروری و درمان آن باعث تأثیراتی مانند آشفتگی، سرخوردگی، افسردگی، اضطراب، ناامیدی، احساس گناه و احساس بی‌ارزشی در زندگی می‌شود. استفاده از راهبردهای انطباقی تنظیم هیجان در مواجهه با تکالیف استرس‌زای زندگی سبب کاهش عواطف منفی و افزایش سازگاری افراد می‌شود. لذا هدف پژوهش حاضر پیش‌بینی سازگاری زناشویی بر اساس راهبردهای شناختی تنظیم هیجان در زوجین نابارور بود.

مواد و روش‌ها: پژوهش حاضر، پژوهش توصیفی از نوع همبستگی بود. جامعه آماری پژوهش حاضر کلیه زوج‌های نابارور مراجعه‌کننده به بیمارستان مادر و کودک شهر شیراز در تابستان سال ۱۳۹۲ بودند. نمونه پژوهش شامل ۱۲۲ زوج نابارور بود که به شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. جهت جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه سازگاری زناشویی اسپانیر و پرسشنامه تنظیم هیجان شناختی گارنفسکی و همکاران استفاده شد. تحلیل داده‌ها با روش همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون چندگانه انجام شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که سازگاری زناشویی و فاجعه‌انگاری رابطه منفی معنی‌دار ($r = -0.31$, $P = 0.000$) و سازگاری زناشویی با متغیرهای اتخاذ دیدگاه (تمرکز مجدد مثبت ($r = 0.36$, $P = 0.000$), ارزیابی مثبت ($r = 0.32$, $P = 0.000$) و برنامه‌ریزی ($r = 0.30$, $P = 0.003$) رابطه مثبت معنی‌دار دارد. نتایج رگرسیون خطی چندگانه نیز نشان داد که تمرکز مجدد مثبت ($B = 0.211$, $P = 0.01$) و فاجعه‌انگاری ($B = -0.287$, $P = 0.000$) توان پیش‌بینی سازگاری زناشویی زوجین نابارور را دارند و ۲۲/۶ درصد از واریانس سازگاری زناشویی زوجین نابارور را تبیین می‌کنند.

نتیجه‌گیری: یافته‌های پژوهش حاضر گویای رابطه راهبردهای شناختی تنظیم هیجان با سازگاری زناشویی زوجین نابارور می‌باشد. لذا همکاری متخصصان نازایی با روان‌شناسان در مراکز درمانی ناباروری و ایجاد مراکز مشاوره روانشناسی در این مراکز به‌منظور بهبود مشکلات روان‌شناختی و سازگاری زناشویی این بیماران پیشنهاد می‌شود.

کلمات کلیدی: سازگاری زناشویی، راهبردهای شناختی تنظیم هیجان، زوجین نابارور

مجله دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، دوره هفدهم، شماره نهم، پی‌درپی ۱۲۲، آذر ۱۳۹۸، صص ۷۱۶-۷۲۳

آدرس مکاتبه: گروه روانشناسی بالینی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران؛ تلفن: ۰۹۱۷۲۱۴۹۷۳۷

Email: roosta.samira64@gmail.com

مقدمه

یک میلیون زوج در ایران از این مشکل رنج می‌برند (۴). بر اساس فراتحلیل مطالعات مرتبط در بازه زمانی ۲۰۱۰-۲۰۰۱، روند میزان ناباروری در طول زندگی زوج‌های ایرانی در سال ۲۰۰۱، ۲/۸ درصد و در سال ۲۰۱۰، ۲۴/۹ درصد گزارش شده است (۵). پدیده ناباروری به دلیل ماهیت غیرقابل‌پیش‌بینی و متغیر آن پذیرفتن و سازگار شدن با آن را مشکل می‌سازد (۶). امروزه، ناباروری به‌صورت یک نگرانی اجتماعی درآمده و می‌تواند ضربات روانی شدیدی را به

ناباروری عدم بروز بارداری پس از یک سال انجام مقاربت منظم و بدون استفاده از روش‌های جلوگیری از بارداری تعریف می‌شود (۱، ۲). ناباروری، از معضلات رو به افزایش کشورهای درحال توسعه می‌باشد و به دودسته اولیه و ثانویه و با علل مختلف زنانه، مردانه و ناشناخته تقسیم می‌شود (۳). گزارش سازمان جهانی بهداشت نشان می‌دهد که بیش از ۷۰ میلیون زوج در سراسر دنیا و بیش از

^۱ کارشناس ارشد، روانشناسی بالینی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران (نویسنده مسئول)

^۲ دانشیار، روانشناسی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران

^۳ استاد، روانشناسی بالینی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران

^۴ دانشیار، روانشناسی سلامت، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران

روابط زناشویی زوج‌های ناباور وارد سازد (۷). تشخیص ناباورری اثرات روانی زیادی بر زوجین دارد (۸). بیشتر این بیماران علائم افسردگی، اضطراب، عصبانیت و گوشه‌گیری را بعد از درمان ناموفق‌شان گزارش کردند (۹) و عملکرد جنسی و روابط آن‌ها نیز دستخوش تغییراتی می‌شود (۱۰-۱۲). ناباورری باعث کاهش عملکرد جنسی و سازگاری زناشویی می‌شود (۱۳). تلاش برای باردارشدن، اقدامات پزشکی گران‌قیمت و خسته‌کننده‌ای را به همراه دارد و تردید و بروز ناامیدی همراه با ناباورری می‌تواند اساس روابط یک زوج را متزلزل نماید (۱۴). مطالعات مختلف نشان می‌دهند که سازگاری زناشویی در زنان ناباور پائین بوده (۱۵، ۱۶) و این می‌تواند زمینه ساز طلاق و ازدواج مجدد در افراد گردد (۱۷). همچنین پژوهش‌ها نشان داده‌اند که زوجینی که توانایی بیشتری در کنترل هیجان‌ها دارند، سازگاری زناشویی بیشتری دارند (۲۰-۱۸). نتایج پژوهش‌ها نشان داده‌اند که نقص در تنظیم هیجان نقش اساسی در آسیب‌پذیری روانی دارد (۲۱-۲۳). افرادی که در تنظیم هیجان نقص و نارسایی دارند، در مواجهه با وقایع استرس‌زای زندگی (مانند تجربه ناباورری)، توانایی تنظیم و کاهش عواطف منفی خود را ندارند. این افراد در مواجهه با مشکلات زندگی بیشتر از راهبردهای غیرانطباقی تنظیم هیجان استفاده می‌کنند. استفاده مکرر از این راهبردها، خود منجر به تشدید استرس و عواطف منفی می‌شود و در نتیجه سازگاری فرد را پایین می‌آورد (۲۴). از طرف دیگر، استفاده از راهبردهای انطباقی تنظیم هیجان در مواجهه با تکالیف استرس‌زای زندگی، منجر به کاهش عواطف منفی و افزایش عواطف مثبت می‌شود و در نتیجه توانایی فرد برای حل مسئله و سازگاری با مشکلات زندگی را افزایش می‌دهد (۲۵). نارسایی در تنظیم هیجان منجر به مشکلات روان‌شناختی مختلف (مانند افسردگی و اضطراب) در زنان ناباور می‌شود و هیجان‌ها نقش اساسی در تجربه ناباورری دارند، از این رو تنظیم هیجان، یکی از مؤلفه‌های اساسی در سازگاری با تجربه ناباورری است (۲۶). بنابراین هدف پژوهش حاضر پیش‌بینی سازگاری زناشویی زوجین ناباور از طریق راهبردهای شناختی تنظیم هیجان می‌باشد.

مواد و روش کار

طرح تحقیق حاضر، از نوع همبستگی بود. جامعه آماری پژوهش حاضر کلیه زوج‌های ناباور مراجعه‌کننده به بیمارستان مادر و کودک شهر شیراز در تابستان سال ۱۳۹۲ بودند. روش نمونه‌گیری در تحقیق حاضر در دسترس بود. به این ترتیب که با مراجعه به بیمارستان مادر و کودک شهر شیراز، ۱۲۲ زوج ناباور (۱۲۲ زن و ۱۲۲ مرد) که برای شرکت در پژوهش رضایت آگاهانه

داشتند به‌عنوان نمونه انتخاب شدند. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل گرفتن تشخیص ناباورری توسط پزشک متخصص زنان و زایمان، افراد حداقل به مدت یک سال بدون پیشگیری از بارداری، ناباور بودن، داشتن ناباورری اولیه (نداشتن فرزند و ناباورری)، نداشتن فرزندخوانده، داشتن سواد خواندن و نوشتن و قرار داشتن در دامنه سنی ۱۸ تا ۴۵ سال بود. همچنین ملاک‌های خروج از پژوهش شامل داشتن بیماری‌های مزمن جسمی دیگری به‌غیر از ناباورری، داشتن سابقه بیماری‌های روانی و استفاده از دارو یا روان‌درمانی برای درمان، سابقه بارداری قبل از دریافت تشخیص ناباورری بود. جهت جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه‌های پرسشنامه سازگاری دو نفره (DAS) و پرسشنامه تنظیم هیجان شناختی (CERQ) گارنفسکی و همکاران استفاده شد.

پرسشنامه سازگاری دو نفره (DAS): این مقیاس دارای ۳۲ سؤال است و به ارزیابی کیفیت رابطه زناشویی یا روابط دو نفری مشابه آن می‌پردازد. این مقیاس در سال ۱۹۷۶ توسط Spanier تهیه شده است. نمرات این پرسشنامه از صفر تا ۱۵۰ متغیر است. نمرات بالاتر نشان‌دهنده‌ی رابطه بهتر و سازگارتر است. Spanier، بین نمرات زوج‌های سازگار و ناسازگار تفاوت‌هایی را مشاهده و از آن برای تعیین ساخت اصلی مقیاس استفاده نمود (۲۷). Spanier پایایی کل مقیاس را با آلفای کرونباخ ۰/۹۶ گزارش کرد که از همسانی درونی قابل‌توجهی برخوردار است. همسانی درونی خرده مقیاس‌ها بین خوب تا عالی است. رضایت دو نفری ۰/۹۴، همبستگی دو نفری ۰/۸۱، توافق دو نفری ۰/۹۰ و ابراز محبت ۰/۷۳ (۲۷). در تحقیقی که توسط ملازاده و همکاران (۱۳۸۱)، صورت پذیرفت، برای تعیین پایایی پرسشنامه، از روش بازآزمایی با فاصله زمانی ۳۷ روز بر روی ۹۲ نفر اجرا شد که ضریب ۰/۸۶ به دست آمد و آلفای کرونباخ این مقیاس نیز ۰/۸۹ شد. این محققین، برای تعیین روایی از اجرای هم‌زمان این مقیاس و پرسشنامه سازگاری زناشویی لاک و والاس روی ۷۶ نفر استفاده نمودند و ضریب ۰/۹۰ را به دست آوردند (۲۸).

پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان: این مقیاس پرسشنامه‌ای چندبعدی و یک ابزار خود گزارشی است که دارای ۳۶ ماده بوده که توسط Gamefski و همکاران (۲۰۰۱) تدوین شده است (۲۹). نحوه پاسخ به آن بر اساس مقیاس درجه‌بندی لیکرت از ۱ (هرگز) تا ۵ (همیشه) قرار دارد. نمره بالاتر نشان‌دهنده استفاده بیشتر فرد از آن راهبرد شناختی محسوب می‌شود. مقیاس تنظیم شناختی هیجان ۹ راهبرد سرزنش خود، سرزنش دیگری، پذیرش شرایط، نشخوار فکری، تمرکز مجدد مثبت، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی، ارزیابی مجدد مثبت، فاجعه انگاری و اتخاذ دیدگاه را ارزیابی می‌کند. در بررسی مشخصات روان‌سنجی آزمون Gamefski و همکاران

۱۵-۱۰ سال ۳/۹ درصد (۱۰ نفر) و بیشتر از ۱۵ سال ۰/۸ درصد (۲ نفر) بود. ۳۳/۲ درصد (۸۲ نفر) درمان دارویی و ۶۲/۱ درصد (۱۵۹ نفر) درمان کمک باروری را انجام داده بودند. عامل ناباروری افراد نمونه در ۲۳/۴ درصد (۶۰ نفر) عامل زنانه، ۳۵/۲ درصد (۹۰ نفر) عامل مردانه، ۱۲/۵ درصد (۳۲ نفر) عامل مشترک و ۲۴/۲ درصد (۶۲ نفر) عامل نامشخص بود. امید به درمان در ۵۶/۳ درصد (۱۴۴ نفر) زیاد، ۳۲/۸ درصد (۸۴ نفر) تا حدی، ۵/۵ درصد (۱۴ نفر) کمی و ۰/۸ درصد (۲ نفر) اصلاً وجود نداشت.

نتایج نشان داد که بین سازگاری زناشویی و فاجعه‌انگاری رابطه منفی معنی‌دار ($P=0/000$ ، $F=0/31$) و بین سازگاری زناشویی و اتخاذ دیدگاه ($P=0/003$ ، $F=0/19$)، سازگاری زناشویی و تمرکز مجدد مثبت ($P=0/000$ ، $F=0/36$)، سازگاری زناشویی و ارزیابی مثبت ($P=0/000$ ، $F=0/32$) و سازگاری زناشویی و برنامه‌ریزی ($P=0/003$ ، $F=0/30$) رابطه مثبت معنی‌دار وجود داشت (جدول ۱).

(۲۰۰۱) پایایی آزمون را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ به ترتیب برابر با ۰/۹۱، ۰/۸۷، ۰/۸۳، ۰/۹۳ به دست آوردند (۲۹). در ایران نیز روایی آزمون از طریق همبستگی نمره کل با نمرات خرده مقیاس‌ها آزمون بررسی شد که دامنه‌ای از ۰/۴۰ تا ۰/۶۸ با میانگین ۰/۵۶ را در بر می‌گرفت که همگی آن‌ها معنادار بودند (۳۰). همچنین در پژوهش یوسفی (۱۳۸۲) پایایی این ابزار با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس‌های شناختی ۰/۸۲ گزارش شده است (۰۳). داده‌های پژوهش حاضر با استفاده از نرم‌افزار SPSS²³ و روش‌های همبستگی و رگرسیون چندگانه تحلیل شدند.

یافته‌ها

مدت ناباروری افراد نمونه ۱-۲ سال ۳۵/۹ درصد (۹۲ نفر)، ۵-۲ سال ۳۸/۳ درصد (۹۸ نفر)، ۵-۱۰ سال ۱۵/۶ درصد (۴۰ نفر)، ۱۵-۱۰ سال ۲/۳ درصد (۶ نفر) و بیشتر از ۱۵ سال ۳/۱ درصد (۸ نفر) بود. مدت درمان در افراد نمونه ۰-۲ سال ۵۸/۶ درصد (۱۵۰ نفر)، ۲-۵ سال ۲۵ درصد (۶۴ نفر)، ۵-۱۰ سال ۷ درصد (۱۸ نفر)،

جدول (۱): میانگین، انحراف استاندارد و ضرایب همبستگی متغیرهای راهبردهای تنظیم شناختی هیجان و سازگاری زناشویی زوجین

		نابارور										
		۹	۸	۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱	انحراف استاندارد	میانگین
۱.	سرزنش خود										۳/۲۰	۱۰/۳۸
۲.	سرزنش دیگران									۰/۲۱**	۳/۵۶	۸/۷۴
۳.	نشخوار فکری							۰/۱۴*	۰/۴۳**		۳/۰۸	۱۳/۳۸
۴.	فاجعه‌انگاری						۰/۴۰**	۰/۳۶**			۳/۳۲	۱۰/۸۶
۵.	اتخاذ دیدگاه					۰/۰۵	۰/۲۷**	۰/۰۱	۰/۰۶		۳/۵۸	۱۳/۲۲
۶.	تمرکز مجدد مثبت					۰/۳۸**	۰/۱۵*	-۰/۰۱	-۰/۰۴		۳/۵۳	۱۳/۶۰
۷.	ارزیابی مثبت					۰/۰۵	۰/۲۱**	۰/۰۱	۰/۰۴		۳/۵۷	۱۳/۹۷
۸.	پذیرش شرایط			۰/۱۷**	۰/۰۷	۰/۲۵**	۰/۱۷**	۰/۳۷**	۰/۱۲	۰/۳۷**	۳/۲۴	۱۲/۰۷
۹.	برنامه‌ریزی		۰/۱۶**	۰/۶۶**	۰/۶۲**	۰/۴۲**	۰/۰۹	۰/۱۳*	۰/۰۳	-۰/۰۳	۳/۱۹	۱۵/۰۹
۱۰.	سازگاری زناشویی	۰/۳۰**	۰/۰۲	۰/۳۲**	۰/۳۶**	۰/۱۹**	۰/۳۱**	-۰/۰۵	-۰/۱۰	-۰/۱۱	۱۶/۸۳	۱۱۲/۵۶

* $p<0.05$ ** $p<0.01$

رگرسیون استاندارد نشده (B) ضرایب مربوط به مدل رگرسیونی برآورده شده می‌باشند که در پژوهش حاضر، مقادیر B برای تمرکز مجدد مثبت و نشخوار فکری به ترتیب برابر با ۱/۰۰۶ و ۱/۴۵۱- بود. ضرایب استاندارد (β) بر اساس واحد استاندارد اندازه‌گیری می‌شوند. هرچه مقدار β بزرگ‌تر باشد، اثر متغیر پیش‌بینی کننده متغیر ملاک بیشتر خواهد بود. میزان β برای تمرکز مجدد مثبت ۰/۲۱۱ است که مشخص می‌کند که میزان تغییر یک انحراف استاندارد در متغیر تمرکز مجدد مثبت، منجر به تغییر ۰/۲۱۱ در میانگین متغیر

جدول ۲ ضرایب استاندارد و غیراستاندارد را برای متغیرهای معنی‌دار در پیش‌بینی سازگاری زناشویی را نشان می‌دهد. نتایج نشان داد که مدل رگرسیون معنی‌دار بوده ($R^2=0.22/6$ ، $F=13/906$ ، $P<0.001$) و ۲۲/۶ درصد از واریانس سازگاری زناشویی زوجین نابارور بر اساس متغیرهای پیش‌بین، تبیین می‌شود. ضرایب رگرسیونی حکایت از آن دارند که تمرکز مجدد مثبت ($t=2/61$)، فاجعه‌انگاری ($t=-4/96$ ، $P=0/000$) قادر به پیش‌بینی سازگاری زناشویی زوجین نابارور می‌باشند (جدول ۲). ضرایب

ملاک (سازگاری زناشویی) می‌گردد. میزان β برای فاجعه‌انگاری ۰/۲۸۷- است که مشخص می‌کند که میزان تغییر یک انحراف ۰/۲۸۷- در میانگین متغیر ملاک (سازگاری زناشویی) می‌گردد. (جدول ۲).

جدول (۲): برآورد ضرایب رگرسیون سازگاری زناشویی بر اساس تمرکز مجدد مثبت، ارزیابی مثبت، فاجعه‌انگاری، برنامه‌ریزی و اتخاذ

دیدگاه زوجین ناباور								
مدل	مقدار B	خطای استاندارد	مقدار β	ضرایب استاندارد	مقدار t	مقدار P	Tolerance	VIF
ارزیابی مثبت	۰/۵۶۵	۰/۴۲۴	۰/۱۲۰	۰/۱۲۰	۱/۳۳	۰/۱۸	۰/۴۰۲	۲/۴۸۹
فاجعه‌انگاری	-۱/۴۵۱	۰/۲۹۲	-۰/۲۸۷	-۰/۲۸۷	-۴/۹۶	۰/۰۰۰	۰/۹۷۷	۱/۰۲۴
برنامه‌ریزی	۰/۲۱۳	۰/۴۲۸	۰/۰۴۰	۰/۰۴۰	۰/۴۹	۰/۶۱	۰/۴۹۱	۲/۰۳۶
اتخاذ دیدگاه	۰/۲۱۷	۰/۳۲۱	۰/۰۴۶	۰/۰۴۶	۰/۶۷۶	۰/۵۰	۰/۶۹۶	۱/۴۳۷

بحث و نتیجه‌گیری

ناباوروری خود ندارند و این نیز باعث افزایش مشکلات هیجانی مانند علائم افسردگی و اضطراب در زنان و مردان ناباور می‌شود و به دنبال آن مشکلات هیجانی و افسردگی می‌تواند باعث کاهش سازگاری زناشویی و طلاق در زوجین ناباور گردد (۳۷). همچنین افرادی که ارزیابی مجدد مثبت انجام می‌دهند بیشتر و قانع‌تر و پراسترس‌تر مانند ناباوروری را به شیوه‌ای خوش‌بینانه تفسیر می‌کنند و فعالانه در تلاش‌اند که خلق‌وخوهای منفی خود را اصلاح نمایند (۳۸). این افراد در مقایسه با افرادی که این راهبرد را کمتر به کار می‌برند، عواطف مثبت بیشتر و عواطف منفی کم‌تری را تجربه می‌کنند و آن‌ها را بروز می‌دهند. این افراد همچنین از روابط اجتماعی نزدیک‌تر، عزت‌نفس بیشتر، رضایتمندی بیشتر از زندگی و علائم افسردگی کم‌تر برخوردارند (۳۹، ۳۵). کاهش علائم افسردگی از طریق این راهبرد، می‌تواند باعث افزایش سازگاری زناشویی در زوجین ناباور گردد.

نتایج پژوهش حاضر با پژوهش ونزلاف و وگنر (۴۰) ناهمخوان می‌باشند. آنان نشان دادند که اقدامات در جهت بازدارندگی دلبخواهی افکار یا به نوعی همان توجه مجدد مثبت که باعث برگرداندن فکر یا توجه به سمت موضوعات مثبت‌تر جهت درگیری کم‌تر فکر با رویداد استرس‌زا می‌شود، ریشه در قابلیت فهم افکار سرکوب شده دارد. بازدارندگی مزمن (شدید) ممکن است مانع از عادت به تحریک هیجانات شود و این‌گونه سبب برانگیختگی هیجانات به خصوص افسردگی و علائم مرتبط با اضطراب می‌شود. در توجیه این ناهم‌خوانی می‌توان گفت این راهبرد احتمالاً در کوتاه‌مدت مؤثر است اما در بلندمدت ممکن است طبق تحقیق ونزلاف و وگنر (۴۰)، مانع از عادت به تحریک هیجانات شود و این‌گونه سبب برانگیختگی

هدف پژوهش حاضر پیش‌بینی سازگاری زناشویی بر اساس راهبردهای شناختی تنظیم هیجان در زوجین ناباور بود. نتایج پژوهش حاضر نشان داد که بین سازگاری زناشویی و فاجعه‌انگاری رابطه منفی معنی‌دار و بین سازگاری زناشویی با متغیرهای اتخاذ دیدگاه، تمرکز مجدد مثبت، ارزیابی مثبت و برنامه‌ریزی رابطه مثبت معنی‌دار وجود دارد. تمرکز مجدد مثبت و فاجعه‌انگاری توان پیش‌بینی سازگاری زناشویی زوجین ناباور را دارا بودند. این نتایج با پژوهش عیسی‌زاده (۳۱) و عزیز و همکاران (۳۲) همخوان می‌باشد. در تبیین این یافته می‌توان گفت که مهارت تنظیم شناختی هیجان مؤثرترین عامل فردی در سلامت روان و میزان احساس کنترل بر دنیای درون و بیرون به شمار می‌آید (۳۳). هرچه میزان احساس کنترل نزد فرد کاهش یابد، آن فرد از حالت سلامت کامل فاصله می‌گیرد و به سوی مشکلات هیجانی و روانی بیشتر پیش می‌رود، استفاده از راهبردهای منفی و ناسازگار تنظیم شناختی هیجان، می‌تواند باعث شود که احساس کنترل فرد بر دنیای درونی و بیرونی کاهش یابد (۳۴). راهبردهای مقابله‌ای شناختی منفی دارای همبستگی مثبت معنادار با افسردگی، اضطراب و استرس و راهبردهای مثبت دارای همبستگی منفی معنادار با این شاخص‌های سلامت روان می‌باشند و از پیش‌بینی‌کننده‌های قوی هیجان‌های منفی هستند (۳۶، ۳۵). می‌توان نتیجه گرفت که استفاده از راهبردهای منفی و ناسازگار تنظیم شناختی هیجان مانند فاجعه‌انگاری که صریحاً بر وحشتناک بودن ناباوروری و نداشتن فرزند تأکید دارد، می‌تواند باعث شود که احساس کنترل فرد بر دنیای درونی و بیرونی کاهش یابد به این صورت که افراد ناباور ممکن است به این نتیجه برسند که هیچ‌گونه کنترلی بر

و سازگاری زناشویی را نمی‌دهند و بر این اساس نمی‌توان به رابطه علت و معلول بین ناباروری و سازگاری زناشویی دست یافت. همکاری متخصصان نازائی با روان‌شناسان در مراکز درمانی ناباروری و ایجاد مراکز مشاوره روانشناسی در این مراکز به منظور بهبود مشکلات روان‌شناختی و سازگاری زناشویی این بیماران پیشنهاد می‌شود. همچنین پیشنهاد می‌شود پژوهش حاضر در جمعیت عمومی زوجین نابارور، زوجین ناباروری که به دنبال درمان نیستند و زوجین ناباروری که تحت درمان با روش‌های کمک باروری هستند، مورد مقایسه قرار گیرد.

تشکر و قدردانی

مقاله حاضر برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد رشته روانشناسی بالینی برگرفته شده است. نویسندگان مقاله بر خود لازم می‌دانند از کلیه زوجین نابارور و همچنین مسئولین و پرسنل بیمارستان مادر و کودک شیراز که ما را در انجام پژوهش حاضر یاری نمودند، تشکر و قدردانی نمایند.

هیجانان به‌خصوص افسردگی و علائم مرتبط با اضطراب و در نتیجه باعث کاهش سازگاری زناشویی می‌شود (۴۱). و از آنجاکه این تحقیق یک تحقیق عرضی- مقطعی است، لذا نمی‌توان به‌طور قطع نتایج آن را تعمیم داد و برای این کار نیازمند انجام پژوهش‌های طولی و در نظر گرفتن عواملی مانند طول مدت ناباروری، طول مدت درمان، تحصیلات، امید به درمان، وضعیت اقتصادی، عامل ناباروری و چرخه درمان (یعنی اینکه زوجین در کدام قسمت از مراحل درمان مانند مرحله تشخیص، اوایل درمان، اواسط درمان یا اواخر درمان، قرار دارند)، نیز می‌باشیم. این موارد را می‌بایست برای تمام نتایج به‌دست‌آمده در نظر گرفت.

ازجمله محدودیت‌های پژوهش حاضر محدودیت مربوط به انتخاب نمونه است که نمونه پژوهش حاضر را زوجین نابارور در جستجوی درمان تشکیل داد. لذا در تعمیم نتایج به زوجین ناباروری که در جستجوی درمان نیستند باید جانب احتیاط را رعایت نمود. همچنین بیشتر مطالعات در زمینه ناباروری ازجمله مطالعه حاضر، از نوع عرضی بوده‌اند نه طولی، که این نوع از مطالعات اجازه تعمیم-دهی را در آثار مدت ناباروری و یا مدت درمان برآشتگی‌های روانی

References:

1. Berek JS. Berek and Novak's gynecology. 15th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2012.
2. Zegers-Hochschild F, Adamson GD, de Mouzon J, Ishihara O, Mansour R, Nygren K, et al. The International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technology (ICMART) and the World Health Organization (WHO) Revised Glossary on ART Terminology. Hum Reprod 2009; 24: 2683-7.
3. Hasanpoor-Azghdy SB, Simbar M, Vedadhir A. The emotional-psychological consequences of infertility among infertile women seeking treatment: Results of a qualitative study. Iran J Reprod Med 2014; 12 (2): 131-8.
4. Inhorn MC. Right to assisted reproductive technology: overcoming infertility in low-resource countries. Int J Gynaecol Obstet 2009; 106 (2): 172-4.
5. Direkvand Moghadam A, Delpisheh A, Sayehmiri K. The trend of infertility in Iran, an original review and meta-analysis. Nurse Pract Today 2014; 1(1): 46-52.
6. Hook J, Worthington E, Davis D, Jennings D, Gartner A. Empirically supported religious and spiritual therapies. J Clin Psychol 2010; 66: 46-72.
7. Pasha H, Basirat Z, Esmailzadeh S, Faramarzi M, Adibrad H. Marital intimacy and predictive factors among infertile women in northern Iran. J Clin Diagn Res 2017; 11(5): QC13-QC17.
8. Fahami F, Hosseini S, Ehsanpour S, Zargham A. Womens lived experiences of female infertility. Iran J Obstet Gynecol Infertil 2010; 13(4): 45-53.
9. Chehreh H, Neisani Samani L, Seyed Fatemi N, Hosseini AF. Anxiety and ITS relationship with infertility and obstetrics factors in ART pregnant Women. Iran J Nurs 2012; 25(77): 77-84.
10. Bayar U, Basaran M, Atasoy N, Kokturk F, Arikan II, Barut A, et al. Sexual dysfunction in infertile couples: Evaluation and treatment of infertility. J Pak Med Assoc 2014; 64(2): 138-45.

11. Abbasalizadeh F, Fardy-Azar Z, Ranjbar-Koucheksaray F. correlation of infertility and sexual dysfunction. *Res J Biol Sci* 2017; 3(1): 52-6.
12. Aggarwal RS, Mishra VV, Jasani AF. Incidence and prevalence of sexual dysfunction in infertile females. *Middle East Fertil Soc J* 2013; 18(3): 187-90.
13. Valsanagkar S, Bodhare T, Bele S, Sal S. An evaluation of health related quality of life in women. *J Hum Reprod Sci* 2012; 4 (2): 80-5.
14. Satarzadeh N, Bahrami N, Ranjbar Koch-saraei F, Ghojzadeh M. Comparison of sexual satisfactory and depression between sterile and unsterile couples refer to Alzahra research and education center, Tabriz. *Yafte* 2007; 9 (2): 17-24.
15. Peterson BD, Newton CR, Rosen KH. Examining congruence between partners' perceived infertility-related stress and its relationship to marital adjustment and depression in infertile couples. *Fam Process*. 2003; 42: 59-70.
16. Bali A, Dhingra R, Baru A. Marital Adjustment of Childless Couples. *J Soc Sci*. 2010; 24 (1):6-73.
17. Mann K. *Tribal Women on the Threshold of 21st Century*. New Delhi; 1996.
18. Saemi H, Basharat M A, AsgharnejadFarid A A. Predicting marital adjustment based on marital intimacy and deficit emotional regulate. *JPS* 2019; 18 (78): 635-46. (Persian)
19. Criss MM, Morris AS, Ponce-Garcia E, Cui L, Silk JS. Pathways to Adaptive Emotion Regulation among Adolescents from Low-Income Families. *Fam Relat* 2016; 265: 517-29.
20. Rick M, Falconier M, Wittenborn A. Emotion regulation dimensions and relationship satisfaction in clinical couples. *J Pers Relat* 2017;24:211-45.
21. Asberg K. Hostility/anger as a mediator between college students' emotion regulation abilities and symptoms of depression, social anxiety, and generalized anxiety. *J Psychol* 2013; 147: 469-90.
22. Besharat MA, Shahidi V. Mediating role of cognitive emotion regulation strategies on the relationship between attachment styles and alexithymia. *Eur J Psychol* 2014; 10: 352-62.
23. Milojevich HM, Norwalk KE, Sheridan MA. Deprivation and threat, emotion dysregulation, and psychopathology: Concurrent and longitudinal associations. *Dev Psychopathol* 2019; 31(3): 847-57.
24. D'Avanzato K, Joormann J, Siemer M, Gotlib I H. Emotion regulation in depression and anxiety: examining diagnostic specificity and stability of strategy use. *Cognit Ther Res* 2013; 37: 968-80.
25. Besharat M A, Teimourpour N, Rahiminezhad A, Hossein Rashidi B, Gholamali Lavasani M. The mediating role of cognitive emotion regulation strategies on the relationship between attachment styles and ego strength with adjustment to infertility in women. *Contemp Psychol* 2016; 11 (1): 3-20 (Persian)
26. Hämmerli K, Znoj H, Berger T. What are the issues confronting infertile women? A qualitative and quantitative approach. *Qual Rep* 2010; 15: 766-82.
27. Spanier GB. Measuring dyadic adjustment: New scales for assessing the quality of marriage and similar dyads. *J Marriage Fam* 1976; 38:15-28.
28. Mollazadeh J, Mansour M, Ezheei J. Kiyamanesh AR. Coping Styles and Marital Adjustment in Shahed Children. *J Psychol* 2002; 6: 255-75. (Persian)
29. Garnefski N, Kraaij V, Spinhoven PH. Negative life events, cognitive emotion regulation and depression. *Pers Individ Dif* 2001; 30: 1311-327.
30. Yousefi F. Model emotional intelligence, cognitive development, emotion regulation strategies, cognitive and general health. [Dissertation]. Shiraz: University of Shiraz; 2003. (Persian)

31. Easazadeh A. The Predictive Role of Cognitive Emotion Regulation Strategies in Marital Satisfaction and Job Burnout among Nurses. *Int J Nurs* 2016; 29 (102): 22-31.
32. Azizi B, Radpey L, Alipour O. The relation between emotion regulation strategies and marital satisfaction of youths in Sardasht. *Indian J Fundam Appl Sci* 2015; 5: 5555-60.
33. Garnefski N, Kraij V. Relationship between cognitive emotion regulation strategies and depressive symptoms: A comparative study of five specific samples. *Pers Individ Dif* 2006; 40: 1659-69.
34. Lovibond SH, Lovibond PF. *Manual for the Depression Anxiety Stress Scale*, 2ed. Sydney: Psychology Foundation of Australia; 1995.
35. Kraaij V, Garnefski N, Vlietstra A. Cognitive coping and depressive symptoms in definitive infertility: A prospective study. *J Psychosom Obstet Gynaecol* 2008; 29 (1): 9-16.
36. Martin R, Dahlen ER. Cognitive emotion regulation in the prediction of depression, anxiety, stress, and anger. *Pers Individ Dif* 2005; 39: 1249-60.
37. Mcnaughton C, Bostwick M. Development of brief stress management support groups for couples undergoing in vitro fertilization treatment. *Fertil Steril* 2000; 74 (81): 87-93.
38. Gross JJ, John OP. Individual differences in two emotion regulation processes: implications for affect, relationships, and well-being. *J Pers Soc Psychol* 2003; 85(2): 348-62.
39. Faramarzi M, Pasha H, Esmaelzade S, Aghajani MR, Abedi SH. Is coping strategies predictor of anxiety and depression in couple infertile? *Health* 2013; 5 (3A): 634-49.
40. Wenzlaff RM, Wegner DM. Thought suppression. *Annu Rev Psychol* 2000; 51(1): 59-91.
41. Mcnaughton C, Bostwick M. Development of brief stress management support groups for couples undergoing in vitro fertilization treatment. *Fertil Steril* 2000; 74(81): 87-93.

THE PREDICTION OF MARITAL ADJUSTMENT BASED ON COGNITIVE EMOTION REGULATION STRATEGIES IN INFERTILE COUPLES

Samira Roosta¹, Javad mollazadeh², Mohammad Ali Goodarzi³, Abdolaziz Aflakseir⁴

Received: 09 Aug, 2019; Accepted: 20 Oct, 2019

Abstract

Background & Aims: Infertility and its treatment bring about such consequences as disturbance, frustration, depression, anxiety, hopelessness, feeling of guilt, and feeling of worthlessness in life. Using adaptive emotion regulation strategies in the face of stressful life tasks reduce negative emotions and increase individual adjustment. Therefore, the aim of this study was to predict marital adjustment based on cognitive strategies of emotion regulation among infertile couples.

Materials & Methods: The present research was a descriptive correlational study. All infertile couples referred to the Mother and Child Hospital of Shiraz in the summer of 2013 constituted the statistical population of this study. The research sample consisted of 122 infertile couples who were selected via convenience sampling method. Spanier's Dyadic Adjustment Scale and Cognitive Emotion Regulation Questionnaire were employed to collect data. Data analysis was performed through Pearson correlation and multiple regression analysis.

Results: The results showed that there is a significant negative relationship between marital adjustment and Catastrophizing ($r = -0.31, p = 0.000$). Also, there is a significant positive relationship between marital adjustment and putting into perspective ($r = 0.19, p = 0.003$), marital adjustment and positive refocusing ($r = 0.36, p = 0.000$), marital adjustment and positive reappraisal ($r = 0.32, p = 0.000$), and marital adjustment and refocus on planning ($r = 0.30, p = 0.003$). Multiple linear regression results also showed that positive refocusing ($B = 0.211, p = 0.01$) and Catastrophizing ($B = -0.287, p = 0.000$) have predictive power of marital adjustment in infertile couples and explain for 22.6% of the variance of infertile couples' marital adjustment.

Conclusion: The findings of this study confirmed the relationship between cognitive emotion regulation strategies and marital adjustment of infertile couples. Therefore, it is suggested that the necessary conditions be provided for the collaboration of infertility specialists with psychologists in infertility treatment centers and it is also recommended that psychological counseling centers be established in these centers in order to improve the mental health and marital adjustment of these patients.

Keywords: Marital adjustment, Cognitive emotion regulation strategies, infertile couples

Address: Department of Clinical Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Shiraz University, Shiraz, Iran

Tel: (+98) 91721497371

Email: roosta.samira64@gmail.com

¹ MSc, Clinical Psychology, Shiraz University, Shiraz, Iran (Corresponding Author)

² Associate Professor, Psychology, Shiraz University, Shiraz, Iran

³ Professor, Clinical Psychology, Shiraz University, Shiraz, Iran

⁴ Associate Professor, Psychology of Health, Shiraz University, Shiraz, Iran