

مقایسه راهبردهای نظم‌جویی عاطفی و ذهن تمام‌عیار در زنان نابارور و
زنان بارور شده با لقاح مصنوعی و بهنجار

**A comparison between emotion regulation strategies
and mindfulness among infertile or fertile
with IVF versus fertile women**

T. Habibzadeh

سیده طیبه حبیب‌زاده *

M. Hatami, Ph.D.

دکتر محمد حاتمی **

J. Hasani, Ph.D.

دکتر جعفر حسینی ***

چکیده

پدیده ناباروری علاوه بر قلمرو پزشکی، در قلمرو علوم رفتاری و اجتماعی نیز مورد بحث و بررسی است. این پژوهش با هدف مقایسه راهبردهای نظم‌جویی عاطفی و ذهن تمام‌عیار در بین زنان نابارور و زنان بارور شده با لقاح مصنوعی و زنان بارور بهنجار به روش علی مقایسه‌ای انجام شده است. نتایج تحلیل واریانس چندمتغیری نشان می‌دهد در راهبردهای نظم‌جویی شناختی عاطفی و ذهن تمام‌عیار، در این سه گروه از نظر آماری تفاوت معناداری وجود دارد. زنان نابارور و بارور شده با لقاح مصنوعی در مقایسه با زنان بارور بهنجار نمرات بالاتری در

*. دانشجوی کارشناسی ارشد دانشگاه خوارزمی

** عضو هیأت علمی و استادیار دانشگاه خوارزمی (نویسندهٔ مسؤول)

*** عضو هیأت علمی و دانشیار دانشگاه خوارزمی

مقایسه راهبردهای نظم‌جویی عاطفی و ذهن تمام‌عیار در زنان نابارور و زنان بارور شده با لقاح مصنوعی و بهنجار راهبردهای عاطفی ناکارآمد (سرزنش خود و دیگران، نشخوار فکری و تلقی فاجعه‌آمیز) و راهبردهای عاطفی کارآمد (پذیرش، ارزیابی مثبت و دیدگاه وسیع‌تر) دارند و از ذهن تمام‌عیار پایین‌تر (مشاهده، توصیف، عدم قضاوت و عدم واکنش کمتر) برخوردارند. این مطالعه نشان می‌دهد اشکال در مدیریت صحیح هیجانات، پردازش و ارزیابی سوگیرانه محرک‌های محیطی و عدم وقوف به زمان حال، از جمله عوامل خطرپذیر برای ابتلای زنان نابارور و تحت درمان به اختلالات خلقی و اضطرابی است.

واژه-کلیدها: نظم‌جویی عاطفی، ذهن تمام‌عیار، ناباروری، لقاح مصنوعی.

Abstract

The phenomenon of infertility, in addition to the medical field, have been discussed in behavioral and social sciences realm also. The aim of this study was to compare emotion regulation strategies and mindfulness among infertile women, fertile women with IVF and normal women. using casual-comparative design 120 women (40 infertile women, 40 women conceived by IVF and 40 normal fertile women) were selected and assessed by cognitive emotion regulation (CERQ) and five factors mindfulness questionnaire (FFMQ). The results of multivariate analysis of variance showed that infertile women and women conceived by IVF in comparison with normal fertile women have more maladaptive cognitive emotion regulation strategies (self-blame, other-blame, rumination, catastrophizing) and more adaptive cognitive emotion regulation strategies (acceptance, positive reappraisal and putting into erspective) and lower mindfulness (observation, description, lack of judgment & non-reactive). The results indicate disturbance in the proper management of emotions, processing and biased assessment of environmental stimuli and a lack of awareness of the present, including venture factors for developing mood and anxiety disorders in infertile women & infertile women undergoing treatment.

Keywords: emotion regulation strategies, mindfulness, infertility, fertile with IVF.

Contact information: ta.habibzadeh@gmail.com

مقایسه راهبردهای نظم‌جویی عاطفی و ذهن تمام عیار در زنان نابارور و زنان بارور شده با لقا مح مصنوعی و بهنجار

مقدمه

باروری، زایمان و صاحب فرزند بهنجار شدن در مرکز توجه بسیاری از زوج‌هایی قرار دارد که زندگی مشترک را آغاز می‌کنند و ناباروری از نقاط مهم مولد نگرانی در این گروه است (دی سوزا، نورنها و نایاک، ۲۰۱۴). این امر در کشورهای توسعه‌نیافته یا در حال توسعه مشهودتر است، زیرا نداشتن فرزند در این جوامع باعث عدم امنیت و استحکام در امر ازدواج و نوعی داغ‌زدگی اجتماعی می‌گردد (شرایت و لوون، ۲۰۱۳). به عبارت دیگر، باروری، یکی از مهم‌ترین کارکردهای خانواده به‌شمار می‌آید. هنگامی که مرد و زنی درمی‌یابند که، ممکن است هرگز بچه‌دار نشوند، دچار بحران ناشی از ناباروری^۱ می‌شوند (مسکارنهاس و همکاران، ۲۰۱۲) و این وضعیت می‌تواند بر تمام ابعاد زندگی، به خصوص سلامت روانی آنها اثر منفی بگذارد (به نقل از شعاع کاظمی و مؤمنی جاوید، ۱۳۹۱).

بر اساس تعریف سازمان بهداشت جهانی، زوج‌های نابارور کسانی هستند که بعد یک سال از رابطه جنسی بدون استفاده از وسایل جلوگیری از بارداری قادر به باروری نیستند (احسان‌پور و همکاران، ۲۰۰۹). به عبارت دیگر، در جمعیت‌شناسی، ناباروری به‌طور غیرمستقیم بر اساس فراوانی زنان متاهلی تعریف می‌شود که پس از یک دوره زمانی (غالباً ۵ سال) در بارداری یک بچه زنده، ناموفق بوده‌اند (NICE، ۲۰۱۳).

در نگاه نخست، ناباروری یک وضعیت بالینی در نظر گرفته می‌شود، ولی تشخیص و سیر درمان آن می‌تواند بر عملکردهای هیجانی فرد، انعطاف‌پذیری وی در پاسخ به محرک‌های محیطی و آگاهی و توجه به محیط تأثیر بگذارد. ناباروری برای اغلب زنان به‌عنوان یک برهم‌زننده و مشکل در تجارب زندگی‌شان در نظر گرفته می‌شود (NICE، ۲۰۱۳) و به‌عنوان یک بحران زندگی گمارده می‌شود که فشار هیجانی‌اش برابر با وقایع آسیب‌زای زندگی است (جینگ و همکاران، ۲۰۱۴) و چالش‌های بسیاری را برای زوج‌های نابارور فراهم می‌آورد (گالهاردو، کنها و پینتو گوویا، ۲۰۱۳). هم‌چنین، پیامدهای هیجانی آن باعث افزایش اختلال در زندگی فردی زوج و مشکلات زندگی زناشویی (جینگ و همکاران، ۲۰۱۴)، تغییرات در کیفیت هیجانی مثل اضطراب و افسردگی (تورن، ۲۰۰۹؛ نجمی و همکاران، ۱۳۸۰)، روابط جنسی و تغییر در تعامل زوج با همکاران، خانواده و دوستان، کاهش ارتباط با یکدیگر و

مقایسه راهبردهای نظم‌جویی عاطفی و ذهن تمام‌عیار در زنان نابارور و زنان بارور شده با لقاح مصنوعی و بهنجار اطرافیان، اشکال در فعالیت جنسی و وسواس در مورد باردار شدن، اشکال در تصمیم‌گیری در زندگی، اختلال عاطفی و هیجانی (مظاهری و همکاران، ۲۰۰۱) و عدم حصول موفقیت در درمان می‌شود. با اینکه پیشرفت‌های علمی - پژوهشی بسیاری در حوزه پزشکی منجر به ایجاد روش‌های بارداری شده، اما ناباروری هنوز منشأ معنادار تنیدگی مزمن، ناسازگاری و بدکارکردی جنسی است (موسانی و سیلورمن، ۲۰۰۹). تحقیقات بسیاری بیان می‌دارند که عملکرد روانی اجتماعی زوج‌ها؛ از عقیده در مورد اهمیت والد بودن تا توافق زوج برای درمان و پذیرش نتیجه پزشکی؛ به‌وسیله تجربه ناباروری تحت‌تأثیر قرار می‌گیرد (جردن و رونسون، ۱۹۹۹). با این همه، بیش از ۱۰٪ جمعیت نابارور به دنبال این هستند تا از روش‌های کمک بارور ART، از جمله لقاح مصنوعی^۱، به ویژه IVF، برای آبستن شدن استفاده نمایند (جینگ و همکاران، ۲۰۱۴). همین امر، تنیدگی قابل‌توجهی را بر زوج‌ها تحمیل می‌کند.

تاکنون، بررسی‌های متمرکز بر پیامدهای روان‌شناختی ناباروری نتایج مختلفی را در برداشته است. اکثر زوج‌ها در برخورد با ناباروری توانایی تطابق و مقابله را دارند، اما پاسخ‌های هیجانی عده‌ای دیگر به این موضوع پاسخ‌هایی مسأله‌ساز همچون افسردگی، اضطراب و تنیدگی است (گریل و همکاران، ۱۹۹۷؛ ورهاک و همکاران، ۲۰۰۷؛ اسمنک و همکاران، ۲۰۱۰؛ ولگستین و همکاران، ۲۰۰۸؛ به نقل از گالهاردو و همکاران، ۲۰۱۳؛ جینگ و همکاران، ۲۰۱۴). بررسی‌ها نشان می‌دهند فاکتورهای روان‌شناختی چون نشانه‌های افسردگی، اضطراب، پریشانی و مکانیسم‌های مقابله‌ای خاص، دور باطلی از مشکلات را فراهم آورده و با کاهش شانس باروری (شرایت و لوون، ۲۰۱۳) در ارتباط‌اند.

به‌طور کلی، آنچه که غالباً در زنجیره اختلالات اضطراب و افسردگی شایع در ناباروری مهم به نظر می‌رسد و بر اساس پژوهش‌های صورت گرفته مورد تأیید است، نقص در مدیریت صحیح هیجانات در برابر رویدادهای روزمره زندگی (هوکسما، ۲۰۰۸)، ناتوانی در مدیریت اطلاعات هیجان‌آور و برانگیزاننده (بون، ۲۰۰۳؛ جاکوبز و همکاران، ۲۰۰۸) و عدم پذیرش و آگاهی بدون قضاوت از محرک‌های محیطی است. از این‌رو شناخت و بررسی تفاوت‌های افراد در استفاده از راهبردهای نظم‌جویی شناختی عاطفی^۳ و چگونگی پردازش اطلاعات و ذهن تمام‌عیار^۴ با توجه به رابطه معنادار آنها با مشکلات شایع حوزه ناباروری، چون اضطراب و

مقایسه راهبردهای نظم‌جویی عاطفی و ذهن تمام‌عیار در زنان نابارور و زنان بارور شده با لقاح مصنوعی و بهنجار افسردگی کمک می‌کند تا چارچوب وسیع‌تری برای درک عوامل شناختی و رفتاری تأثیرگذار در درمان حاصل شود. لذا، پژوهش حاضر به دنبال پاسخ به این پرسش است که آیا تفاوت معناداری بین زنان نابارور و زنان بارور شده با لقاح مصنوعی با زنان بارور بهنجار در راهبردهای نظم‌جویی شناختی عاطفی و ذهن تمام‌عیار وجود دارد یا خیر.

روش

الف- جامعه آماری و نمونه: جامعه آماری این پژوهش، شامل کلیه زنان مراجعه‌کننده به درمانگاه بارداری و ناباروری بیمارستان زنان بانوان آرش تهران بود، که از بین آن‌ها، نمونه‌ای شامل ۱۲۰ نفر در سه گروه مجزای ۴۰ نفری، از زنان نابارور، زنان بارور شده با لقاح مصنوعی (اختصاصاً IVF) و زنان بارور بهنجار انتخاب شد که سابقه هیچ‌گونه بیماری روان‌پزشکی نداشتند، و در بهار سال ۹۴ به بیمارستان بانوان آرش شهر تهران مراجعه نمودند. از لحاظ سنی، در محدوده سنی (۲۰-۴۵ سال)، و از لحاظ تحصیلات، در محدوده سطوح علمی (دیپلم، فوق دیپلم، کارشناسی، کارشناسی ارشد و دکتری) قرار داشتند. برای انتخاب گروه‌های ملاک و مقایسه، به‌علت کمبود بیماران و محدودیت در نمونه‌گیری، از روش‌های نمونه‌گیری در دسترس استفاده شده است.

ب- ابزار سنجش: ۱. پرسش‌نامه راهبردهای نظم‌جویی شناختی هیجان؛ این پرسش‌نامه توسط گارنفسکی، کراچ و اسپینهاون (۲۰۰۱؛ به نقل از حسنی، ۱۳۹۰) در کشور هلند تدوین شده است. نسخه انگلیسی پرسش‌نامه نظم‌جویی شناختی هیجان پس از آماده‌سازی با فن ترجمه مضاعف بر روی ۴۲۰ نفر (۲۰۰ نفر زن) از شرکت‌کننده‌های جامعه دانشجویی شهر تهران با دامنه سنی ۱۸ الی ۳۲ اجرا گردیده است (حسنی، ۱۳۹۰). حسنی (۱۳۹۰)، برای بررسی قابلیت اعتماد نسخه فارسی پرسش‌نامه نظم‌جویی شناختی هیجان (CERQ-P) از روش‌های همسانی درونی و بازآزمایی استفاده نموده بود. وی، درستی پرسش‌نامه مذکور را از طریق تحلیل مؤلفه اصلی با استفاده از چرخش واریانس، همبستگی بین خرده مقیاس‌ها و درستی ملاکی مورد بررسی قرار داد. به طور کلی، این پرسش‌نامه شامل ۹ راهبرد متفاوت نظم‌جویی شناختی هیجان شامل ملامت خویش، پذیرش، نشخوارگری، تمرکز مجدد مثبت، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی،

مقایسه راهبردهای نظم‌جویی عاطفی و ذهن تمام عیار در زنان نابارور و زنان بارور شده با لقااح مصنوعی و بهنجار ارزیابی مجدد مثبت، دیدگاه‌پذیری، فاجعه‌سازی و ملامت دیگران است، که نتایج حاصل از بررسی بر روی آن نشان داده است که ۹ خرده‌مقیاس نسخه فارسی پرسش‌نامه نظم‌جویی شناختی هیجان همسانی درونی خوبی داشته‌اند (دامنه آلفای کرونباخ ۰/۷۶-۰/۹۲ است) (همان). نمره‌های ماده و نمره‌های کلی خرده‌مقیاس‌های مطابق به صورت معنادار همبسته‌اند ($R=0/46$ تا $R=0/75$) و ارزش ضرایب همبستگی بازآزمایی (بازآزمایی ۰/۵۱-۰/۷۷) بیانگر ثبات مقیاس است. نتایج تحلیل مؤلفه اصلی از الگوی ۹ عاملی اصلی پرسش‌نامه نظم‌جویی شناختی هیجان حمایت کرد که ۷۴ درصد واریانس را تبیین کرد. همچنین شکل کوتاه همین پرسش‌نامه توسط حسنی (۱۳۹۰) با استفاده از روش‌های تحلیل عاملی، درستی ملاکی و همبستگی بین خرده‌مقیاس‌ها مورد بررسی قرار گرفته است؛ که در فرم کوتاه نیز ۹ عامل به‌طور کلی ۷۵ درصد واریانس را تبیین می‌کند؛ و درستی همزمان با پرسش‌نامه افسردگی در تمام مؤلفه‌ها معنادار است. با توجه به این موارد فرم کوتاه این پرسش‌نامه از درستی خوبی برخوردار است. ۲. پرسش‌نامه پنج عاملی ذهن‌آگاهی بائر و همکاران: پرسش‌نامه ذهن تمام‌عیار (FFMQ)، مقیاس خودسنجی ۳۹ آیتی می‌است که توسط بائر و همکاران (۲۰۰۶) از طریق تلفیق گویه‌هایی از پرسش‌نامه ذهن تمام‌عیار فریرگ (FMI) (والش و همکاران، ۲۰۰۶)، مقیاس هوشیاری و توجه ذهن تمام‌عیار (MAAS) (براون و ریان، ۲۰۰۳)، مقیاس ذهن تمام‌عیار کنچوکی (KIMS) (بائر و اسمیت، ۲۰۰۴)، و پرسش‌نامه ذهن تمام‌عیار (FFMQ) (بائر و همکاران)، با استفاده از رویکرد تحلیل عاملی تحول یافته است. بر این اساس، بائر (۲۰۰۶)، تحلیل عاملی اکتشافی را بر نمونه‌ای از دانشجویان دانشگاه انجام داد. این پرسش‌نامه دارای ۱۱۲ گویه و ۵ مؤلفه بود. بر اساس نتایج ۴ عامل از ۵ عامل با عامل‌های شناخته شده در KIMS قابل مقایسه بود و پنجمین عامل شامل آیتم‌هایی از FMI و MQ بود. که تحت عنوان حالت غیرواکنشی به تجربه درونی تعریف شد. عامل‌های به‌دست آمده این چنین نام‌گذاری گردید: مشاهده، عمل توأم با هوشیاری، غیرقضاوتی بودن به تجربه درونی، توصیف و غیرواکنشی بودن (براون، ریان و کراسول، ۲۰۰۷).

بر اساس نتایج، همسانی درونی عامل‌ها مناسب بود و ضریب آلفا در گستره‌ای بین ۰/۷۵ (در عامل غیرواکنشی بودن) تا ۰/۹۱ (در عامل توصیف) قرار داشت. همبستگی بین عامل‌ها

مقیاسه راهبردهای نظم‌جویی عاطفی و ذهن تمام عیار در زنان نابارور و زنان بارور شده با لقااح مصنوعی و بهنجار متوسط و در همه موارد معنی‌دار بود و در طیفی بین ۰/۱۵ تا ۰/۳۴ قرار داشت (نوسر، ۲۰۱۰؛ نقل از احمدوند، ۱۳۹۱). همچنین در مطالعه‌ای که بر روی اعتباریابی و پایانی این پرسش‌نامه در ایران انجام گرفت، ضرایب همبستگی آزمون-بازآزمون پرسشنامه FFMQ در نمونه ایرانی بین $r = 0.57$ (مربوط به عامل غیر قضاوتی بودن) و $r = 0.84$ (عامل مشاهده) مشاهده گردید. همچنین ضرایب آلفا در حد قابل قبولی بین $\alpha = 0.55$ (مربوط به عامل غیرواکنشی بودن) و $\alpha = 0.81$ (مربوط به عامل توصیف) به‌دست آمد (احمدوند، ۱۳۹۱). در این مقیاس، آزمون‌دنی باید در یک مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای از ۱ (هرگز و یا بسیار به ندرت) تا ۵ (اغلب یا همیشه) میزان موافقت یا مخالفت خود با هر یک از عبارات را بیان کند. دامنه نمرات در این مقیاس ۱۹۵-۳۹ می‌باشد. از جمع نمرات هر زیر مقیاس یک نمره کلی به‌دست می‌آید که نشان می‌دهد که هر چه نمره بالاتر باشد، ذهن تمام‌عیار هم بیشتر است.

ج- روش اجرا و تحلیل: پس از هماهنگی با کادر پزشکی-اداری بیمارستان و آزمون‌دنی‌ها، پرسش‌نامه‌های مشخصات فردی، نظم‌جویی شناختی عاطفی و ذهن تمام‌عیار در اختیار آزمون‌دنی‌ها قرار داده شد. برای رعایت اصول اخلاقی و به منظور جلب همکاری آزمون‌دنی‌ها، پیش از اجرای آزمون اطلاعاتی درباره موضوع و هدف پژوهش تا آنجا که در نتایج پژوهش تأثیرگذار نباشد به شرکت‌کنندگان داده شد و پس از جلب اطمینان آنها در مورد اینکه اطلاعات آنها محرمانه باقی می‌ماند، وارد نمونه پژوهش شدند. بعد از توافق با آزمون‌دنی‌ها، پرسش‌نامه‌های مورد نظر اجرا شد. معیارهای ورود به پژوهش شامل؛ داشتن حداقل توانایی خواندن و نوشتن، داشتن تشخیص اصلی ناباروری برای گروه مبتلا به اختلالات ناباروری و تشخیص بارداری برای گروه کنترل که شامل زنان باردار بهنجار است، داشتن تا حدودی واقعیت‌سنجی برای اجرای پرسش‌نامه‌ها در بین بیماران، و معیارهای خروج، نداشتن حداقل توانایی خواندن و نوشتن و دارا بودن مشکلات حاد روان‌پزشکی و پزشکی بنا به تشخیص پزشک معالج بود. همچنین، برای بررسی روابط بین متغیرها، از تحلیل واریانس چند متغیره و تحلیل واریانس تک متغیره با رعایت پیش‌فرض‌ها و آزمون تعقیبی توکی با استفاده از برنامه آماری SPSS 20، استفاده شد.

مقیاسه راهبردهای نظم‌جویی عاطفی و ذهن تمام عیار در زنان نابارور و زنان بارور شده با لقاح مصنوعی و بهنجار

داده‌ها و یافته‌ها

در این بخش، ابتدا توصیف داده‌های به دست آمده و پس تحلیل‌های استنباطی آنها به تفکیک فرضیه‌های پژوهش ارائه می‌شود. بر این اساس، فراوانی نمونه بر حسب سن، در رده‌های سنی ۲۱-۲۵ سال، ۲۶-۳۰ سال، ۳۱-۳۵ سال و ۳۶-۴۱ سال به ترتیب، ۳۹/۱۶، ۲۲.۵، ۲۶/۶۷ و ۱۱/۶۷ درصد است. همچنین، مدت ازدواج در سه دسته زیر پنج سال، ۴۰/۸ درصد، پنج تا ده سال، ۲۸/۳ درصد و بالای پنج سال ۲۰/۸ درصد است. مدت زمان تشخیص ناباروری در نمونه مورد مطالعه، ۱۵/۸ درصد کمتر از یک سال، ۲۵/۸ درصد یک تا سه سال، ۱۵ درصد چهار تا شش سال ۱۰ درصد، هفت سال به بالا و ۳۳ درصد هیچکدام، می‌باشد.

همچنین، جدول شماره (۱)، ضمن ارائه میانگین و انحراف معیار متغیرهای مورد مطالعه به تفکیک در سه گروه نابارور، زنان بارور شده با لقاح مصنوعی و گروه بهنجار، نشان می‌دهد که میانگین سرزنش خود در گروه نابارور برابر با (۱۰/۹۵) و انحراف معیار آن برابر (۲/۵۳) می‌باشد. میانگین گروه زنان بارور شده با لقاح مصنوعی در سرزنش خود، برابر با (۸/۷۲) و انحراف معیار آن برابر (۲/۱۲) می‌باشد. میانگین گروه بهنجار در سرزنش خود برابر با (۷/۲۰) و انحراف معیار آن برابر (۲/۱۹) می‌باشد. سایر نتایج مربوطه نیز در جدول قابل مشاهده می‌باشد.

جدول ۱: میانگین و انحراف معیار متغیرهای راهبردهای نظم‌جویی شناختی عاطفی و

ذهن تمام‌عیار در گروه‌های زنان نابارور، بارور شده با لقاح مصنوعی و بارور بهنجار

متغیرهای پژوهش	نابارور		بارور شده با لقاح مصنوعی		بارور بهنجار	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
سرزنش خود	۱۰/۹۵	۲/۵۳	۸/۷۲	۲/۱۲	۷/۲۰	۲/۱۹
سرزنش دیگران	۱۱/۴۰	۳/۱۹	۹/۲۷	۳/۳۷	۷/۱۲	۱/۸۶
نشخوار فکری	۱۵/۹۲	۳/۴۸	۱۳/۰۲	۳/۲۶	۱۱/۱۵	۳/۶۶
تلقی فاجعه آمیز	۱۴/۱۵	۲/۸۲	۱۲/۱۲	۲/۷۴	۹/۹۲	۲/۹۲
پذیرش	۱۱/۸۵	۳/۳۰	۱۰/۷۰	۳/۲۹	۹/۲۵	۲/۶۷
تمرکز مثبت مجدد و برنامه‌ریزی	۲۴/۱۰	۵/۷۳	۲۶/۴۰	۴/۶۴	۳۵/۹۵	۸/۱۶
ارزیابی مثبت و دیدگاه وسیع‌تر	۱۵/۴۷	۳/۹۸	۱۳/۳۵	۳/۲۱	۱۳/۵۲	۳/۳۵
مشاهده	۱۴/۵۰	۷/۱۲	۱۹/۸۷	۷/۵۰	۲۷/۲۵	۷/۶۸
توصیف	۱۵/۴۰	۶/۹۱	۲۰/۷۲	۶/۱۵	۲۸/۷۷	۶/۷۶
عمل همراه با آگاهی	۲۳/۰۷	۶/۶۵	۲۲/۵۵	۵/۶۱	۱۹/۶۵	۵/۸۰
عدم قضاوت	۱۶/۶۰	۶/۱۰	۲۰/۶۲	۷/۷۰	۲۶/۱۷	۶/۴۶
عدم واکنش	۱۶/۳۵	۵/۷۴	۱۸/۰۵	۵/۷۷	۲۳/۸۰	۵/۵۴

مقایسه راهبردهای نظم‌جویی عاطفی و ذهن تمام عیار در زنان نابارور و زنان بارور شده با لجاج مصنوعی و بهنجار

بر اساس فرضیه نخست پژوهش، مبتنی بر این که تفاوت در راهبردهای نظم‌جویی شناختی عاطفی به گونه‌ای است که در مقایسه با زنان بارور بهنجار، زنان نابارور و زنان بارور شده با لجاج مصنوعی از راهبردهای نظم‌جویی عاطفی منفی‌تری استفاده می‌کنند، نتایج به دست آمده از آزمون تحلیل واریانس چند متغیری در جدول شماره (۲)، نشان می‌دهد که تمام شاخص‌های ارائه شده از جمله آزمون ردیابی T هاتلینگ و بزرگ‌ترین ریشه‌روی در سطح معناداری ۰/۰۰۱، معنادار است و این نشان‌دهنده آن است که بین گروه‌های مورد مقایسه حداقل در یک متغیر تفاوت معناداری وجود دارد.

جدول ۲: آزمون‌های چندمتغیری برای بررسی گروه‌های مورد مقایسه در ابعاد مشکلات نظم‌جویی شناختی عاطفی

شاخص منبع تغییر	آزمون‌های چندمتغیری	ارزش مشاهده ۲۷	F	درجه آزادی فرضیه	خطای درجه آزادی ۲۸	سطح معنی داری	ضریب تا
گروه‌های مورد مقایسه	ردیابی پیلاپی ۲۹	۰/۷۷۹	۱۰/۲۰	۱۴	۲۲۴	۰/۰۰۱	۰/۳۹۰
	لامبدای ویلکس ۳۰	۰/۲۸۴	۱۳/۹۰	۱۴	۲۲۲	۰/۰۰۱	۰/۴۶۷
	ردیابی T هاتلینگ ۳۱	۲/۳۰	۱۸/۰۶	۱۴	۲۲۰	۰/۰۰۱	۰/۵۳۵
	بزرگ‌ترین ریشه روی ۳۳	۲/۱۹	۳۵/۱۸	۷	۱۱۲	۰/۰۰۱	۰/۶۸۷

جدول ۳: نتایج آزمون‌های تک متغیره برای بررسی ابعاد مشکلات نظم‌جویی شناختی عاطفی

منابع تغییرات	متغیر وابسته	مجموع مجدورات	درجه آزادی	میانگین مجدورات	F	سطح معنی داری	ضریب تا
گروه‌ها	سرزنش خود	۲۸۴/۵۱	۲	۱۴۲/۲۵	۲۷/۰۹	۰/۰۰۱	۰/۳۱۷
	سرزنش دیگران	۳۶۵/۵۱	۲	۱۸۲/۷۵	۲۱/۸۶	۰/۰۰۱	۰/۲۷۲
	نشخوار فکری	۴۶۳/۰۱	۲	۲۳۱/۵۰	۱۹/۱۴	۰/۰۰۱	۰/۲۴۷
	تلقی فاجعه آمیز	۳۵۷/۲۱	۲	۱۷۸/۶۰	۲۲/۲۲	۰/۰۰۱	۰/۲۷۵
	پذیرش	۱۳۵/۸۰	۲	۶۷/۹۰	۷/۰۴	۰/۰۰۱	۰/۱۰۸
	تمرکز مثبت مجدد و برنامه‌ریزی	۳۱۵۸/۸۶	۲	۱۵۷۹/۴۳	۳۹/۱۴	۰/۰۰۱	۰/۴۰۱
	ارزیابی مثبت و دیدگاه وسیع تر	۱۱۱/۳۱	۲	۵۵/۶۵	۴/۴۶	۰/۰۱	۰/۰۷۱

مقایسه راهبردهای نظم‌جویی عاطفی و ذهن تمام عیار در زنان نابارور و زنان بارور شده با لقاح مصنوعی و بهنجار

همچنین، آزمون‌های تک متغیره تحلیل واریانس (جدول شماره ۳) نشان می‌دهد که بین سه گروه زنان نابارور و زنان بارور شده با لقاح مصنوعی و زنان بارور بهنجار در ابعاد نظم‌جویی شناختی عاطفی، تفاوت معناداری وجود دارد.

همان‌گونه که جدول شماره (۴) نشان می‌دهد، بین بعد ارزیابی مثبت و دیدگاه وسیع‌تر، در گروه بارور بهنجار و بارور شده با لقاح مصنوعی تفاوت معناداری وجود ندارد ($\text{sig} = 0/97$). بین بعد پذیرش، در گروه بارور بهنجار و بارور شده با لقاح مصنوعی تفاوت معناداری وجود ندارد ($\text{sig} = 0/09$). بین سایر ابعاد در تمام گروه‌ها تفاوت معنادار است. برای مثال؛ در متغیر سرزنش خود، بین گروه نابارور و گروه بارور شده با لقاح مصنوعی تفاوت معناداری در سطح ($0/001$) وجود دارد. که با توجه به میانگین‌های آن‌ها در جدول توصیفی داده‌ها میانگین گروه نابارور در سرزنش خود بالاتر می‌باشد. سایر نتایج در جدول قابل مشاهده می‌باشد.

جدول ۴: آزمون تعقیبی توکی برای مقایسه گروه‌ها در ابعاد راهبردهای نظم‌جویی عاطفی

متغیر وابسته	گروه (i)	گروه (j)	تفاوت میانگین‌ها (i-j)	خطای انحراف استاندارد	سطح معناداری
سرزنش خود	نابارور	بارور شده با لقاح مصنوعی	۲/۲۲	۰/۵۱۲۳	۰/۰۰۱
		بارور بهنجار	۳/۷۸	۰/۵۱۲۳	۰/۰۰۱
	بارور شده با لقاح مصنوعی	نابارور	-۲/۲۲	۰/۵۱۲۳	۰/۰۰۱
		بارور بهنجار	۱/۵۲	۰/۵۱۲۳	۰/۰۱
	بارور بهنجار	نابارور	۳/۷۵	۰/۵۱۲۳	۰/۰۰۱
		بارور شده با لقاح مصنوعی	-۱/۵۲	۰/۵۱۲۳	۰/۰۱
سرزنش دیگران	نابارور	بارور شده با لقاح مصنوعی	۲/۱۲	۰/۶۴۶۵	۰/۰۰۴
		بارور بهنجار	۴/۲۷	۰/۶۴۶۵	۰/۰۰۱
	بارور شده با لقاح مصنوعی	نابارور	-۲/۱۲	۰/۶۴۶۵	۰/۰۰۱
		بارور بهنجار	۲/۱۵	۰/۶۴۶۵	۰/۰۰۳
	بارور بهنجار	نابارور	-۴/۲۷	۰/۶۴۶۵	۰/۰۰۱
		بارور شده با لقاح مصنوعی	-۲/۱۵	۰/۶۴۶۵	۰/۰۰۳
نشخوار فکری	نابارور	بارور شده با لقاح مصنوعی	۲/۹۰	۰/۷۷۷۶	۰/۰۰۱
		بارور بهنجار	۴/۷۷	۰/۷۷۷۶	۰/۰۰۱
	بارور شده با لقاح مصنوعی	نابارور	-۲/۹۰	۰/۷۷۷۶	۰/۰۰۱
		بارور بهنجار	۱/۸۷	۰/۷۷۷۶	۰/۰۰۴
	بارور بهنجار	نابارور	-۴/۷۷	۰/۷۷۷۶	۰/۰۰۱
		بارور شده با لقاح مصنوعی	-۱/۸۷	۰/۷۷۷۶	۰/۰۰۴

مقایسه راهبردهای نظم‌جویی عاطفی و ذهن‌تمام‌عیار در زنان نابارور و زنان بارور شده با لقاح مصنوعی و بهنجار

متغیر وابسته	گروه (i)	گروه (j)	تفاوت میانگین‌ها (i-j)	خطای انحراف استاندارد	سطح معناداری
تلقی فاجعه آمیز	نابارور	بارور شده با لقاح مصنوعی	۲/۰۲	۰/۶۳۳۹	۰/۰۰۵
		بارور بهنجار	۴/۲۲	۰/۶۳۳۹	۰/۰۰۱
	بارور شده با لقاح مصنوعی	نابارور	-۲/۰۲	۰/۶۳۳۹	۰/۰۰۵
		بارور بهنجار	۲/۲۰	۰/۶۳۳۹	۰/۰۰۲
	بارور بهنجار	نابارور	-۴/۲۲	۰/۶۳۳۹	۰/۰۰۱
		بارور شده با لقاح مصنوعی	-۲/۲۰	۰/۶۳۳۹	۰/۰۰۲
پذیرش	نابارور	بارور شده با لقاح مصنوعی	۱/۱۵	۰/۶۹۴۰	۰/۲۲۶
		بارور بهنجار	۲/۶۰	۰/۶۹۴۰	۰/۰۰۱
	بارور شده با لقاح مصنوعی	نابارور	-۱/۱۵	۰/۶۹۴۰	۰/۲۲۶
		بارور بهنجار	۱/۴۵	۰/۶۹۴۰	۰/۰۹
	بارور بهنجار	نابارور	-۲/۶۰	۰/۶۹۴۰	۰/۰۰۱
		بارور شده با لقاح مصنوعی	-۱/۴۵	۰/۶۹۴۰	۰/۰۹
تمرکز مثبت و مجدد و برنامه ریزی	نابارور	بارور شده با لقاح مصنوعی	-۲/۳۰	۱/۴۲۰	۰/۲۴۲
		بارور بهنجار	-۱۱/۸۵	۱/۴۲۰	۰/۰۰۱
	بارور شده با لقاح مصنوعی	نابارور	۲/۳۰	۱/۴۲۰	۰/۲۴۲
		بارور بهنجار	-۹/۵۵	۱/۴۲۰	۰/۰۰۱
	بارور بهنجار	نابارور	۱۱/۸۵	۱/۴۲۰	۰/۰۰۱
		بارور شده با لقاح مصنوعی	۹/۵۵	۱/۴۲۰	۰/۰۰۱
ارزیابی مثبت و دیدگاه وسیع‌تر	نابارور	بارور شده با لقاح مصنوعی	۲/۱۲	۰/۷۸۹۶	۰/۰۲
		بارور بهنجار	۱/۹۵	۰/۷۸۹۶	۰/۰۳
	بارور شده با لقاح مصنوعی	نابارور	-۲/۱۲	۰/۷۸۹۶	۰/۰۲
		بارور بهنجار	-۰/۱۷۵	۰/۷۸۹۶	۰/۹۷
	بارور بهنجار	نابارور	-۱/۹۵	۰/۷۸۹۶	۰/۰۳
		بارور شده با لقاح مصنوعی	۰/۱۷۵	۰/۷۸۹۶	۰/۹۷

یافته‌های به‌دست آمده از آزمون تحلیل واریانس چند متغیری در جدول شماره (۵)، در تبیین فرضیه دوم مبنی بر این که تفاوت ذهن‌تمام‌عیار در زنان نابارور، زنان بارور شده با لقاح مصنوعی نسبت به زنان بارور بهنجار منفی و از نظر آماری معنادار است، در سطح معناداری ۰/۰۰۱، نشان‌دهنده این است که بین گروه‌های مورد مقایسه حداقل در یک متغیر ذهن‌تمام‌عیار تفاوت معنادار وجود دارد.

مقایسه راهبردهای نظم‌جویی عاطفی و ذهن تمام عیار در زنان نابارور و زنان بارور شده با لقاح مصنوعی و بهنجار

جدول ۵: آزمون‌های چندمتغیری برای بررسی گروه‌های مورد مقایسه در ابعاد ذهن تمام‌عیار

ضرب تأ	سطح معنی‌داری	خطای درجه آزادی	درجه آزادی فرضیه	F	ارزش مشاهده	آزمون‌های چندمتغیری	شاخص منبع تغییر
۰/۳۴۰	۰/۰۰۱	۲۲۸	۱۰	۱۱/۷۶	۰/۶۸۱	ردیابی پیلاپی	گروه‌های مورد مقایسه
۰/۴۲۷	۰/۰۰۱	۲۲۶	۱۰	۱۶/۸۰	۰/۳۲۹	لامیدای ویلکس	
۰/۵۰۱	۰/۰۰۱	۲۲۴	۱۰	۲۲/۵۲	۲/۰۱	ردیابی T هاتینگ	
۰/۶۶۶	۰/۰۰۱	۱۱۴	۵	۴۵/۵۲	۱/۹۹	بزرگترین ریشه روی	

نتایج آزمون‌های تک متغیره در جدول شماره (۶)، نشان داد که بین سه گروه زنان نابارور و زنان بارور شده با لقاح مصنوعی و زنان بارور بهنجار در ابعاد ذهن تمام‌عیار تفاوت معناداری وجود دارد.

جدول ۶: نتایج آزمون‌های تک متغیره برای بررسی ابعاد ذهن تمام‌عیار

ضرب تأ	سطح معنی‌داری	F	میانگین مجذورات	درجه آزادی	مجموع مجذورات	متغیر وابسته	منابع تغییرات
۰/۳۳۶	۰/۰۰۱	۲۹/۵۷	۱۶۳۸/۹۵	۲	۳۲۷/۹۱	مشاهده	گروه‌ها
۰/۴۱۴	۰/۰۰۱	۴۱/۳۹	۱۸۱۳/۶۵	۲	۳۶۲/۳۱	توصیف	
۰/۰۶	۰/۰۲	۳/۷۷	۱۳۶/۱۰	۲	۲۷۲/۲۱	عمل همراه با آگاهی	
۰/۲۵۵	۰/۰۰۱	۲۰/۰۳	۹۲۴/۵۵	۲	۱۸۴۹/۱۱	عدم قضاوت	
۰/۲۴۳	۰/۰۰۱	۱۸/۸۱	۶۰۹/۷۰	۲	۱۲۱۹/۴۰	عدم واکنش	

در ادامه برای بررسی این که تفاوت‌های معنی‌دار بین سه گروه زنان نابارور و زنان بارور شده با لقاح مصنوعی و زنان بارور بهنجار در ابعاد ذهن تمام‌عیار در کدام بعد قرار دارد؛ از آزمون تعقیبی توکی استفاده شد، که نتایج آن در جدول شماره (۷) آمده است. همان‌گونه که جدول نشان می‌دهد بین بعد عمل همراه با آگاهی در گروه نابارور و بارور شده با لقاح مصنوعی تفاوت معناداری وجود ندارد ($\text{sig} = ۰/۹۱۹$). بین بعد عمل همراه با آگاهی، در گروه بارور بهنجار و بارور شده با لقاح مصنوعی تفاوت معناداری وجود ندارد ($\text{sig} = ۰/۰۸$). بین بعد عدم واکنش، در گروه نابارور و بارور شده با لقاح مصنوعی تفاوت معناداری وجود ندارد ($\text{sig} = ۰/۳۷$). بین سایر ابعاد در تمام گروه‌ها تفاوت معنادار است. برای مثال در متغیر مشاهده، بین گروه نابارور و بارور شده با لقاح مصنوعی تفاوت معناداری در سطح ($۰/۰۰۵$) وجود دارد؛

مقایسه راهبردهای نظم‌جویی عاطفی و ذهن‌تمام‌عیار در زنان نابارور و زنان بارور شده با لقاح مصنوعی و بهنجار که با توجه به میانگین‌های آن‌ها در جدول توصیفی داده‌ها میانگین گروه نابارور در مشاهده پایین‌تر می‌باشد. سایر نتایج در جدول قابل مشاهده می‌باشد.

جدول ۷: آزمون تعقیبی توکی برای مقایسه گروه‌ها در ابعاد ذهن‌تمام‌عیار

متغیر وابسته	گروه (i)	گروه (j)	تفاوت میانگین‌ها (i-j)	خطای انحراف استاندارد	سطح معناداری
مشاهده	نابارور	بارور شده با لقاح مصنوعی	-۵/۳۷	۱/۶۶	۰/۰۰۵
		بارور بهنجار	-۱۲/۷۵	۱/۶۶	۰/۰۰۱
	بارور شده با لقاح مصنوعی	نابارور	۵/۳۷	۱/۶۶	۰/۰۰۱
		بارور بهنجار	-۷/۳۷	۱/۶۶	۰/۰۰۱
	بارور بهنجار	نابارور	۱۲/۷۵	۱/۶۶	۰/۰۰۱
		بارور شده با لقاح مصنوعی	۷/۳۷	۱/۶۶	۰/۰۰۱
توصیف	نابارور	بارور شده با لقاح مصنوعی	-۵/۳۲	۱/۴۸	۰/۰۰۱
		بارور بهنجار	-۱۳/۳۷	۱/۴۸	۰/۰۰۱
	بارور شده با لقاح مصنوعی	نابارور	۵/۳۲	۱/۴۸	۰/۰۰۱
		بارور بهنجار	-۸/۰۵	۱/۴۸	۰/۰۰۱
	بارور بهنجار	نابارور	۱۳/۳۷	۱/۴۸	۰/۰۰۱
		بارور شده با لقاح مصنوعی	۸/۰۵	۱/۴۸	۰/۰۰۱
عمل همراه با آکاشی	نابارور	بارور شده با لقاح مصنوعی	۰/۵۲۵	۱/۳۴	۰/۹۱۹
		بارور بهنجار	۳/۴۲	۱/۳۴	۰/۰۰۳
	بارور شده با لقاح مصنوعی	نابارور	-۰/۵۲۵	۱/۳۴	۰/۹۱۹
		بارور بهنجار	۲/۹۰	۱/۳۴	۰/۰۰۸
	بارور بهنجار	نابارور	-۳/۴۲	۱/۳۴	۰/۰۰۳
		بارور شده با لقاح مصنوعی	-۲/۹۰	۱/۳۴	۰/۰۰۸
عدم قضاوت	نابارور	بارور شده با لقاح مصنوعی	-۴/۰۲	۱/۵۱	۰/۰۰۲
		بارور بهنجار	-۹/۵۷	۱/۵۱	۰/۰۰۱
	بارور شده با لقاح مصنوعی	نابارور	۴/۰۲	۱/۵۱	۰/۰۰۲
		بارور بهنجار	-۵/۵۵	۱/۵۱	۰/۰۰۱
	بارور بهنجار	نابارور	۹/۵۷	۱/۵۱	۰/۰۰۱
		بارور شده با لقاح مصنوعی	۵/۵۵	۱/۵۱	۰/۰۰۱
عدم واکنش	نابارور	بارور شده با لقاح مصنوعی	-۱/۷۰	۱/۲۷	۰/۳۷
		بارور بهنجار	-۷/۴۵	۱/۲۷	۰/۰۰۱
	بارور شده با لقاح مصنوعی	نابارور	۱/۷۰	۱/۲۷	۰/۳۷
		بارور بهنجار	-۵/۷۵	۱/۲۷	۰/۰۰۱
	بارور بهنجار	نابارور	۷/۴۵	۱/۲۷	۰/۰۰۱
		بارور شده با لقاح مصنوعی	۵/۷۵	۱/۲۷	۰/۰۰۱

مقایسه راهبردهای نظم‌جویی عاطفی و ذهن تمام‌عیار در زنان نابارور و زنان بارور شده با لقاح مصنوعی و بهنجار

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر مقایسه راهبردهای نظم‌جویی عاطفی و ذهن تمام‌عیار در زنان نابارور، زنان بارور شده با لقاح مصنوعی و زنان بارور بهنجار بود. با توجه به اهمیت مطالعه ناباروری پژوهش‌گران بسیاری تلاش نموده‌اند تا ارتباط ناباروری و درمان آن را با سایر جنبه‌های روان‌شناختی مورد مطالعه قرار دهند. بر این مبنای نتایج پژوهش حاضر، نشان داد که زنان نابارور، راهبردهای نظم‌جویی عاطفی منفی‌تر و ذهن تمام‌عیار کمتری را نسبت به زنان بارور شده با لقاح مصنوعی و زنان بارور بهنجار تجربه می‌کنند و همچنین، زنان بارور شده با لقاح مصنوعی نسبت به زنان بارور بهنجار، از راهبردهای نظم‌جویی عاطفی منفی‌تر و ذهن تمام‌عیار کمتری برخوردارند.

در بررسی و تبیین چگونگی استفاده از راهبردهای نظم‌جویی عاطفی، همسو با هدف اصلی پژوهش، نتایج نشان دادند که زنان نابارور، بیش از زنان بارور بهنجار از راهبردهای نظم‌جویی عاطفی چون؛ سرزنش خود، سرزنش دیگران، نشخوار فکری استفاده کرده و پذیرش، ارزیابی مثبت و دیدگاه وسیع‌تری نسبت به آنها دارند. همچنین، تمرکز مثبت مجدد و برنامه‌ریزی در زنان بارور بهنجار بیش از زنان نابارور است. این بررسی‌ها در زنان بارور شده با لقاح مصنوعی و زنان بارور بهنجار، نشان داد که سرزنش خود و دیگران، نشخوار فکری و تلقی فاجعه‌آمیز در زنان بارور شده با لقاح مصنوعی بیش از زنان بارور بهنجار است. در پذیرش، ارزیابی مثبت و دیدگاه وسیع‌تر تفاوت معناداری بین این دو گروه وجود ندارد و زنان بارور بهنجار، تمرکز مثبت مجدد و برنامه‌ریزی بیشتری نسبت به زنان بارور شده با لقاح مصنوعی دارند.

در تبیین نتایج به دست آمده از پژوهش می‌توان به چندی از پژوهش‌ها از جمله پژوهش رشیدی و همکاران (۲۰۱۱) و کاراکا و همکاران (۲۰۱۵)، اشاره کرد. آنها با هدف قرار دادن استراتژی‌های مقابله‌ای هیجان، نشان دادند که ناباروران، چه زن چه مرد، بیشتر از سایرین از استراتژی‌های مقابله‌ای منفی و نامناسب در پاسخ به مشکلاتشان استفاده می‌کنند. همچنین؛ دورت، پالاماتوس و مارکوس (۲۰۱۵)، یونگ آه مینا و همکاران (۲۰۱۳)، آلدائو و همکاران (۲۰۱۰)، یونگ و همکاران (۲۰۰۵)، لیل و همکاران (۲۰۰۴)، فروزیتی و ایورسون (۲۰۰۴) در پژوهش‌های خود نشان دادند که شیوه استفاده از راهبردهای نظم‌جویی عاطفی در شرایط و

مقایسه راهبردهای نظم‌جویی عاطفی و ذهن تمام عیار در زنان نابارور و زنان بارور شده با لقااح مصنوعی و بهنجار موقعیت تنیدگی‌زا با ایجاد و رشد برخی اختلالات روانی رابطه مستقیم دارد و سطح بالای راهبردهای نظم‌جویی عاطفی منفی نقش مهمی در بروز اختلالات اضطرابی و خلقی دارد و آن دسته از زنانی که از راهبردهای نظم‌جویی عاطفی منفی بیشتر استفاده می‌کنند، آمادگی بیشتری برای ابتلا به اختلالات خلقی و اضطرابی دارند. به‌طور کلی، یافته‌های پژوهشی متعددی بیان‌گر وجود رابطه قوی بین راهبردهای نظم‌جویی شناختی هیجان با آسیب‌شناسی روانی است (گارفنسکی و همکاران، ۲۰۰۱؛ ۲۰۰۳؛ گارفنسکی، تردس، کریچ، لجراستی و ون دن کومر، ۲۰۰۴؛ براکت و سالووی، ۲۰۰۴؛ واتسون، ۲۰۰۵؛ کریچ، ون، گارفنسکی، اس چروورز و لو فوانگ و وان، ۲۰۱۰؛ آلدائو، نولن هوکسما و اسپوزور، ۲۰۱۰). بر این اساس، اختلالات اضطراب (واتسون، ۲۰۰۵؛ آلدائو و همکاران، ۲۰۱۰) و افسردگی به‌طور گسترده‌ای به‌عنوان نتیجه مشکلات در نظم‌جویی عاطفی پذیرفته شده است (کمپل سیلس، بارلو، ۲۰۰۷؛ منین و همکاران، ۲۰۰۷؛ ماروکوین و همکاران، ۲۰۱۱). هم‌چنین، همسو با نتایج پژوهش حاضر و مطابق با مشاهدات عینی صورت گرفته که نشان داده‌اند زنان نابارور بیش از سایرین دچار سرزنش خود و دیگران، نشخوار فکری و تلقی فاجعه‌آمیز هستند؛ والکنستین، زویک، هاتزینگر و جورمن (۲۰۱۳)، بیان داشته‌اند که استفاده از فاجعه‌سازی، نشخوار و خود سرزنشی با علائم اضطراب و افسردگی همراه است. چرا که یکی از فرضیه‌های اساسی در زمینه راهبردهای منفی همچون مقصر دانستن خود و دیگران، مکانیسم زیربنایی مشکلات برونی‌سازی و درونی‌سازی شده در زنان نابارور و زنان بارور شده با لقااح مصنوعی است.

در همین راستا، مک رای و همکاران (۲۰۰۸)، در بررسی خود نشان دادند که زنان به‌طور کیفی هیجان‌های منفی خود را از طریق افزایش هیجان‌های مثبت خنثی می‌کنند، بدین صورت که زنان دامنه بیشتری از هیجان‌های مثبت را تولید می‌کنند تا از وخامت هیجان‌های منفی خود بکاهند. هم‌چنین، مشاهدات عینی همراه با پژوهش حاضر نشان داد که زنان نابارور، برای تلاش بر فائق آمدن بر مشکلات ناباروری و درمان و برای تحمل فشارهای روانی این مسئله بیش از سایرین به این راهبرد متوسل شده و به عبارت دیگر با تمسک به این ارزیابی، بر مشکلات خلقی و اضطرابی خود فائق می‌آیند. از سویی دیگر مطابق با یافته‌های صورت گرفته، بررسی‌های اسمینک و همکاران (۲۰۰۱)؛ برگ و ویلسون (۱۹۹۱)؛ رشیدی و همکاران،

مقیاسه راهبردهای نظم‌جویی عاطفی و ذهن تمام‌عیار در زنان نابارور و زنان بارور شده با لقاح مصنوعی و بهنجار (۱۳۹۱)؛ ورهاک و همکاران (۲۰۰۷)، نشان می‌دهند زنان بارور شده با درمان‌های کمک بارداری هم‌چون افراد نابارور از اضطراب، افسردگی و ترس‌های مختلف که مرتبط با عارضه‌شان است، رنج می‌برند، نتایج این پژوهش همسو با نتایج حاصل از مطالعات احسان‌پور و همکاران (۱۳۸۸) و در نهایت همسو با نتایج پژوهش حاضر است.

هم‌چنین، ذهن تمام‌عیار در راستای وجود تفاوت معنادار بین گروه‌های مورد بررسی، علت اختلال‌های روانی را در ناآگاهی و بد تنظیمی‌های هیجانی و گیر افتادن در دام افکار منفی می‌داند. با این تفاوت که در ذهن تمام‌عیار فقط و فقط بر زمان حال تأکید می‌شود، بدون اینکه به گذشته توجه شود.

بر این اساس نتایج نشان دادند که، در خرده‌مقیاس‌های مشاهده و توصیف رابطه معناداری بین سه گروه مورد مقایسه وجود دارد. مشاهده، در زنان بارور نسبت به زنان بارور شده با لقاح مصنوعی بیشتر مورد استفاده قرار گرفته شده است. هم‌چنین، یافته‌ها نشان داد که توصیف در زنان بارور بیش از زنان بارور شده با لقاح مصنوعی صورت گرفته است. بر اساس مشاهدات همراه با پژوهش قابل تبیین است که زنان نابارور و تحت درمان ناباروری، به علت عدم توجه به محیط اطراف خود و درگیر شدن در حالات غم و اندوه تمایلی برای بیان و توصیف محیط و یا حتی حالات درونی خود ندارند. هم‌چنین، عمل همراه با آگاهی، در زنان بارور شده با لقاح مصنوعی و زنان بارور بهنجار تفاوت معناداری نداشته است، این در حالی است که، عمل همراه با آگاهی، در زنان نابارور بیش از زنان بارور بهنجار بوده است و این تفاوت از لحاظ آماری معنادار بوده است. به علاوه، عدم قضاوت، در زنان بارور بیش از زنان بارور شده با لقاح مصنوعی بود. در تبیین این یافته می‌توان گفت که درگیر شدن زنان نابارور در چرخه‌های شناختی معیوب و ارزیابی‌های سوگیرانه مانع این می‌شود، که آنها به محیط خود به دور از قضاوت نگاه کنند و واکنش نشان دهند. آنها برای کوچکترین نشانه‌ها و تغییرات در درون و بیرون خود، تعبیر و تفسیر ارائه داده و درگیر نشخوارهایی با مضمون دردها و ناراحتی‌های ناشی از این ناتوانی‌شان هستند. آنها به علاوه، در ارتباطات خود با همسر و خانواده‌شان بیشتر قضاوتی عمل کرده، و در یک ذهن‌خوانی غلط هرگونه توجه و لطف و حتی بی‌توجهی آنها را به مشکل ناباروری و نقص جسمی‌شان نسبت می‌دهند.

مقایسه راهبردهای نظم‌جویی عاطفی و ذهن تمام‌عیار در زنان نابارور و زنان بارور شده با لقاح مصنوعی و بهنجار

هم‌چنین، خرده‌مقیاس عدم واکنش، در زنان بارور بیش از زنان بارور شده با لقاح مصنوعی و زنان نابارور بود. بر اساس مشاهدات صورت گرفته و بااستناد به یافته‌هایی که اذعان می‌کنند نشخوار فکری و اشتغالات ذهنی زنان نابارور و تحت درمان بیش از زنان بارور است، می‌توان اذعان نمود که این زنان بر خلاف همتایان بهنجار خود، نمی‌توانند به سادگی از کنار اتفاقات و محرک‌ها بدون گیر کردن در آنها عبور کنند.

به‌عبارت دیگر، تاکنون پژوهشی سعی نکرده است تا خرده‌مقیاس‌های ذهن تمام‌عیار را در ارتباط با ناباروری و درمان آن مورد مطالعه مقایسه‌ای قرار دهد و اکثراً اثربخشی این مداخلات را بر روی مبتلایان به اختلالات ناباروری مورد توجه قرار داده‌اند. اما با استناد به همین پژوهش‌های صورت گرفته می‌توان اذعان نمود که ذهن تمام‌عیار با اختلالاتی چون افسردگی رابطه معناداری دارد (برنارد و تیزدل، ۱۹۹۹؛ کابات زین، ۲۰۱۰؛ سابوته و همکاران، ۱۳۹۳؛ فیلی، برجعلی و سهرابی، ۱۳۹۱؛ هیکا، ۲۰۱۲؛ گالهاردو، کونها و پینتو-گویز، ۲۰۱۳؛ هویدا، زارعی، عبدی و دباغی، ۲۰۱۴؛ جینگ، لیو و لی، ۲۰۱۴) و روان‌درمانی مبتنی بر آن بر سلامت روانی و روان‌درستی روان‌شناختی مبتلایان به اختلالات ناباروری تاثیرگذار است.

به‌طور کلی، یافته‌های این پژوهش نشان داد که اختلالات خلقی و اضطرابی شایع در مبتلایان به مشکلات ناباروری، نمایش طیف وسیعی از مشکلات مدیریت صحیح هیجان در افراد، به کارگیری راهبردهای نظم‌جویی عاطفی ناکارآمد (چون؛ سرزنش خود و دیگران، نشخوار فکری و تلقی فاجعه‌آمیز)، و هم‌چنین، ارزیابی غلط شناختی و پردازش سوگیرانه محرک‌های محیطی، عدم وقوف بر لحظه حال و تفکر همراه با قضاوت و ناآگاهی است. بر این اساس، توجه آگاهانه به این جنبه‌ها و شناسایی و تبیین رابطه معنادار میان این متغیرها و اختلالات روان‌شناختی همبود با آنها، می‌تواند مورد توجه حوزه درمان‌های پزشکی و روان‌شناختی ناباروری قرار گیرد. بر این اساس، برای کنترل و حصول نتایج موفقیت‌آمیز در درمان‌های ناباروری، کاربست درمان‌های مبتنی بر نظم‌جویی عاطفی و ذهن تمام‌عیار به‌عنوان یک هدف اساسی حائز اهمیت است.

این پژوهش همچون سایر پژوهش‌ها محدودیت‌هایی داشت از آن جمله می‌توان به محدودیت‌های ذیل اشاره کرد: همگون سازی نشدن آزمودنی‌ها از لحاظ برخی متغیرها مانند

مقایسه راهبردهای نظم‌جویی عاطفی و ذهن‌تمام‌عیار در زنان نابارور و زنان بارور شده با لجاج مصنوعی و بهنجار وضعیت اقتصادی و شغل که باعث می‌شود، تعمیم نتایج با احتیاط انجام شود، از آنجا که روش نمونه‌گیری پژوهش حاضر از نوع در دسترس بوده، و نمونه حاضر محدود به انجام در شهر، بیمارستان خاصی بوده است، بنابراین در تعمیم نتایج آن باید با احتیاط عمل کنیم.

بنابر آنچه که در توان این پژوهش نبود، و آن چه که، در سیر انجام پژوهش نیازش احساس شد، پیشنهاد می‌شود، پژوهشگرانی که علاقه‌مند هستند؛ تا به بررسی راهبردهای نظم‌جویی عاطفی و ذهن‌تمام‌عیار در حوزه ناباروری پردازند، به نقش عوامل تأثیرگذار در این زمینه مانند وضعیت عاطفی، شغلی، شخصیتی و اقتصادی توجه داشته باشند. به پژوهشگران آتی پیشنهاد می‌گردد که جهت تعمیم بهتر نتایج از نمونه‌ای با حجم بالاتر و نمونه‌گیری تصادفی استفاده نمایند.

پی‌نوشت‌ها:

- | | |
|---------------------------------|---------------------|
| 1- Infertility | 2- fertile with IVF |
| 3- cognitive emotion regulation | 4- Mindfulness |

منابع و مأخذ فارسی:

- احمدوند، زهرا. حیدری نسب، لیلا. شعیری، محمدرضا. (۱۳۹۱). تبیین بهزیستی روان‌شناختی بر اساس مؤلفه‌های ذهن‌آگاهی. فصل‌نامه علمی پژوهشی روان‌شناسی سلامت. شماره ۲.
- حسینی، جعفر. (۱۳۹۰). بررسی اعتبار و روایی فرم کوتاه پرسش‌نامه نظم‌جویی شناختی هیجان. تحقیقات علوم رفتاری. دوره ۹. شماره ۴. ۱۳۹۰.
- حسینی، جعفر. تاج‌الدینی، امراه. قائدنیای جهرمی، علی. فرمانی شهرضا، شیوا. (۱۳۹۳). مقایسه راهبردهای نظم‌جویی شناختی هیجان و طرحواره‌های هیجانی در همسران افراد مبتلا به سوء مصرف مواد و افراد بهنجار. فصلنامه روان‌شناسی بالینی. شماره ۲۱.
- حسینی، جعفر. میرآقایی، علی‌محمد. (۱۳۹۱). رابطه راهبردهای تنظیم شناختی هیجان با ایده‌پردازی خودکشی. روان‌شناسی معاصر. دوره ۷. شماره ۱.

مقایسه راهبردهای نظم‌جویی عاطفی و ذهن تمام عیار در زنان نابارور و زنان بارور شده با لقاح مصنوعی و بهنجار ساپوته، سحر. شهنازی، حسین. شریفی‌راد، غلام‌رضا. حسن‌زاده، اکبر. (۱۳۹۲). بررسی سازه‌های الگوی اعتقاد بهداشتی در خصوص اضطراب بارداری در زنان باردار نخست‌زا. *مجله تحقیقات نظام سلامت؛ ویژه‌نامه آموزش بهداشت*. صفحات ۱۷۵۶-۱۷۱۶.

سوادپور، محمدتقی. (۱۳۹۳). بررسی مقایسه‌ای بهزیستی روانی، فراهیجان و تاب‌آوری در زنان بارور و نابارور. *فصل‌نامه علمی دانشگاه علوم پزشکی اردبیل*. شماره ۳، دوره ۳. صفحات ۱۳۳-۱۳۹.

شعاع کاظمی، مهرانگیز. مومنی جاوید، مهر آور. (۱۳۹۰). شیوع بدعملکردی جنسی و وضعیت سلامت روان در زنان نابارور مبتلا به سرطان پستان شهر تهران. *فصلنامه بیماری‌های پستان ایران*. سال ۴. شماره اول و دوم. بهار و تابستان ۱۳۹۰.

فیلی، علی‌رضا. برجعلی، احمد. سهرابی، فرامرز. فرخی، نورعلی. (۱۳۹۱). مقایسه اثربخشی روش درمان شناختی رفتار با روش درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن تیزدل بر نشخوار فکری زنان نابارور افسرده. *فصل‌نامه علمی دانشگاه علوم پزشکی یاسوج*. دوره ۱۷، شماره ۱.

نجاتی، وحید. ذبیح‌زاده، عباس. نیک فرجام، محمدرضا. (۱۳۹۱). رابطه بین ذهن آگاهی و کارکردهای توجهی پایدار و انتخابی. *مجله پژوهش‌های علوم شناختی و رفتاری*. سال دوم، شماره دوم، پیاپی (۳). صفحات ۳۱-۴۲.

نجاتی، وحید. ذبیح‌زاده، عباس. نیک‌فرجام، محمدرضا. نادری، زهره. پورنقدعلی، علی. (۱۳۹۰). رابطه بین ذهن آگاهی و ذهن‌خوانی از روی تصویر چشم. *مجله تحقیقات علوم رفتاری زاهدان*. سال ۱۳۹۱. دوره ۱۴، شماره ۱.

منابع و مأخذ خارجی:

Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., & Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review, 30*, 217-237.

مقایسه راهبردهای نظم‌جویی عاطفی و ذهن تمام‌عیار در زنان نابارور و زنان بارور شده با لجاج مصنوعی و بهنجار

- Baer, R. A.; Smith, G. T.; Hopkins, J.; Krietemeyer, J.; & Toney, L. (2006). "Using Self-report Assessment methods to Explore Facets of mindfulness". *Assessment, Vol 13.no. 1*. 27-45.
- Baer, R. A.; Smith, G. T.; Lykins, E.; Button, D.; Krietemeyer, J.; Sauter, S.; Walsh, E.; Duggan, D.; & Williams, M. G. (2008), "Construct Validity of the Five Facet Mindfulness Questionnaire in Meditating & nonmeditating Samples", *Assessment, Vol. 15.no. 3*. 329- 324.
- Beck, A. T. (2005). The current state of cognitive therapy: a 40-year retrospective. *Archives of General Psychiatry, 62(9)*, 953-959.
- Bohlmeijer, E.; Prenger, R.; Taal, E.; & Cuijpers, P. (2012). The effects of mindfulness-based stress reduction therapy on mental health of adults with a chronic medical disease: A meta-analysis. *J Psychosom Res, 2012; 68:539-44*.
- Boivin, J.; & Gamero, S. (2015). Evolution of psychology and counseling in infertility. *Fertility and Sterility, 104(2)*, 251-259.
- Campbell- Sills, L.; Barlow, D. H.; Brown, T. A.; & Hofmann, S. G. (2006). Acceptability and suppression of negative emotion in anxiety and mood disorder. *Emotion, 6*, 587-595.
- Cayoun, A. B. (2005). From co-emergence dynamics to human perceptual evolution: The role of neuroplasticity during mindfulness training. *Neuroplasticity & mindfulness, Vol. 14, No. 4*, 631-645.
- DeSteno, David. (2009). *Emotion*. Boston, MA 02115. bi-monthly, beginning in February.
- Douglas, S. M.; Katie, A.; McLaughlin, B.; & Thomas, J. F. (2009). Emotion regulation deficits in generalized anxiety disorder, social anxiety disorder, and their co- occurrence. *Journal of Anxiety Disorders, 23*, 866-871.
- Ehsanpour, S.; Mohsenzadeh, N.; Kazemi, A.; & Yazdani, M. (2009). The relation between social support and stress in treatment of infertility in infertile couples referred to infertility centers of Isfahan in 2007. *IJNMR, Spring, Vol. 14, No. 2*.
- Feliu, T.; Balle, M.; & Sese, A. (2010). Relationships between negative affectivity, emotion regulation, anxiety, & depressive symptoms in adolescents as examined through structural equation modeling. *Journal of Anxiety Disorders, 24*, 686-693.
- Jing, Li.; Liu, Botao.; & Li, Min.; (2014). Coping with infertility: a transcultural perspective. *Current Opinion in Psychiatry, September 2014. 27(5)*, 320-325.
- Hayes, S.; Luoma, J. B.; & Bond, F. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes & outcomes. *Behavior Research & Therapy, (44)*, 1-25.

مقایسه راهبردهای نظم‌جویی عاطفی و ذهن تمام‌عیار در زنان نابارور و زنان بارور شده با لقاح مصنوعی و بهنجار

- Hoveyda, S.; Zareei, H.; Abadi, M.; & Dabaghi, M. (2014). The Effectiveness of Mindfulness-Based Stress Reduction Program and Group Conscious Yoga on Anxiety, Depression, Stress in Infertile Women. *Gijyiu*, 4(2).
- Haica, C. (2012). Assessing relative importance of FertiQoL dimensions on General Quality of Life, DAS, PDE, USAQ. *Psychology & Counselling*, 27(2), 268-273.
- Galhardo, A.; Cunha, M.; & Pinto- Gouveia, M. (2013). *Mindfulness-Based Program for Infertility: efficacy study*. Fertility and Sterility, 1059-1067.
- Garnefski, N.; & Kraaij, V. (2006). Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (18-item CERQ- short). *Personality & Individual Difference*, 41, 1045-1053.
- Garnefski, N.; Van DenKommer, T.; Kraaij, V.; Teerds, J.; Legerstee, J.; & Qnstin, F. (2002). The relationship between cognitive emotion regulation strategies & emotional problems: Comparison between a clinical & non-clinical sample. *European Journal of personality*, 16, 403-420.
- Gibson, D. M.; & Myers, J. E. (2000). Gender and infertility: a relational approach to counseling women. *Journal Counseling Dev*, 78(4):11, 400.
- Greenfield, D. (1996). The course of infertility: Immediate and long term responses. *Psychotherapy in Practice*, 2(2), 5-16.
- Gross, J. (2007). *Handbook of emotion regulation*. The Guilford Press. pp 145-176.
- Guz, H.; Ozkan, A.; Sarisoy, G.; Yunik, F.; & Yunik, A. (2010). Psychiatric Symptoms in Turkish Infertile Women. *J Psychosom Oobestest Gynaecol*, 24 (4): pp 267-271.
- Jacob, P.; Esben, H.; Morten, S.; Hecksher, B.; & Nicolek, R. (2010). A randomized pilot study of mindfulness-based cognitive therapy and group cognitive-behavioral therapy for young adults with social phobia. *Scandinavian Journal of Psychology*, 51, 403-410.
- Leible, T. L.; & Snell, J. R. (2004). Borderline personality disorder and multiple aspects of emotional intelligence. *Personality and Individual Differences*, 37(2), 393-404.
- Mace, C. (2008). *Mindfulness and mental health: therapy, theory, and science*. 2nd ed. New York: Rutledge Press, 2008;35-6.
- Marroquin, B. (2011). Interpersonal emotion regulation as a mechanism of social support in depression. *Clinical Psychology Review*, 31, 1276-1290.
- Martin, R.; & Dahlen, E. R. (2005). Cognitive emotion regulation in the prediction of depression, anxiety, stress, & anger. *Personality & Individual Differences*, 39, 1249-1260.
- McCown, D.; Reibel, D.; & Micozzi, M. S. (2010). *Teaching mindfulness: a practical guide for clinicians & educators*. New York: Springer.

مقایسه راهبردهای نظم‌جویی عاطفی و ذهن تمام‌عیار در زنان نابارور و زنان بارور شده با لقاح مصنوعی و بهنجار

- Mussani, F.; & Silverman, J. (2009). Investigating the effect of socio-economic status on perceived infertility- related stress in women. *UTM J*, 87(1), 234-252.
- Newman, M. G.; Liera, S. J. (2011). A novel theory of experiential avoidance in generalized anxiety disorder: A review and synthesis of research supporting a contrast avoidance model of worry. *Clin Psycho Rev*, 2011, 31(3):371-82.
- Peterson, B. D.; & Eifert, G. H. (2011). Using Acceptance and Commitment Therapy to Treat Infertility Stress. *Cognitive and Behavioral Practice*. 18(4), Pages 577-587.
- Rashidi, B.; Hosseini. S.; Beigi, P.; Ghazizadeh, M.; & Farahani, M.(2011). Infertility Stress: The Role of Coping Strategies, Personality Trait, and Social Support. *Journal of Family and Reproductive Health*, 5(4):101-108.
- Riskind, J. H.; Black, D.; & Shahar, G. (2010). Cognitive vulnerability to anxiety in the stress generation process: Interaction between the Looming Cognitive Style and Anxiety Sensitivity. *J Anx Dis*, 24(1):124-8.
- Thorn, P. (2009). Understanding infertility: Psychological and social considerations from a counseling perspective. *International Journal of Fertility and Sterility*, 3(2), 48- 51.
- Verhaak, C. M. (2003). *Emotional impact of unsuccessful fertility treatment in women*. Wageningen: Ponsen & Looyen BV.
- Kabat-Zinn, J. (2011). Some reflections on the origins of MBSR, skillful means, & the trouble with maps. *Contemporary Buddhism*. 11(1).