



Structural Equation Modelling of Infertility Stress Based on Emotional Schemas, Marital Conflict, Self-Compassion, Social Support as a Mediation

Farima Rezvani ¹, Shahram Vaziri ², Farah Lotfi Kashani ^{2,*} 

¹ PhD, Department of General Psychology, Faculty of Psychology and Social Science, Islamic Azad University Roudehen Branch, Roudehen, Iran

² Associate Professor, Department of General Psychology, Faculty of Psychology and Social Science, Islamic Azad University Roudehen Branch, Roudehen, Iran

* **Corresponding author:** Farah Lotfi Kashani, Associate Professor, Department of General Psychology, Faculty of Psychology and Social Science, Islamic Azad University Roudehen Branch, Roudehen, Iran. E-mail: lotfi.kashani@irau.ac.ir

Received: 22 Sep 2019

Accepted: 23 Jun 2019

Abstract

Introduction: The purpose this research was studying the structural equation model of infertility stress based on Emotional schemas, Marital conflict, Self-compassion with mediated role of Social support in Tehran city, Iran in 2018.

Methods: The method was Structural Modelling /correlation and the population comprised of all infertile women, 200 women with primary and secondary infertility diagnosis were selected from the infertility centers of Tehran city, in 2018, using the convenience sampling method. The participants were asked to complete the questionnaires including Fertility Problem Inventory, Leahy Emotional Schema (LessII), Kansas Marital Conflict Scale (KMCS), Self-compassion Scale, MOS-Social Support Survey(MOS), To analyze the data, the equation model of AMOS (v.22) was used.

Results: The results revealed that emotional schemas had negative correlation with social support and positive correlation with infertility stress, so marital conflict positive correlation with social support and negative correlation with infertility stress. Self-compassion and social support has not significant correlation with infertility stress. Social support partially mediated the effect of emotional schemas, self-compassion, marital conflict on infertility stress.

Conclusions: According to present study, considering indirect effects of social support on infertility stress, It is recommended that with increasing of social support, consciousness of individuals, families, medical and health teams and so strategist of health in relation with this issue, will encourage them to take measures for improving the anxiety and stress of these women in fields of psychological, social and economic support.

Keywords: Infertility Stress, Emotional Schemas, Marital Conflict, Self-Compassion, Social Support



تدوین مدل ساختاری استرس ناباروری بر اساس طرحواره های هیجانی، تعارض زوجین، شفقت بر خود با میانجیگری حمایت اجتماعی

فریما رضوانی^۱، شهرام وزیری^۲، فرح لطفی کاشانی^{۳*} 

^۱ دکتری روان شناسی، دپارتمان روان شناسی عمومی، دانشکده روان شناسی و علوم اجتماعی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن، رودهن، ایران
^۲ دانشیار روان شناسی، گروه روان شناسی بالینی، دانشکده روان شناسی و علوم اجتماعی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن، رودهن، ایران
 * نویسنده مسئول: فرح لطفی کاشانی، دانشیار گروه روان شناسی، دانشکده روان شناسی و علوم اجتماعی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن، رودهن، ایران. ایمیل: lotfi.kashani@irau.ac.ir

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۸/۰۶/۳۱

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۸/۰۴/۰۲

چکیده

مقدمه: این پژوهش با هدف بررسی الگوهای ساختاری بر اساس طرحواره های هیجانی، تعارض زوجین، شفقت بر خود با نقش حمایت اجتماعی به عنوان میانجی، با استرس مرتبط با ناباروری در زنان نابارور شهر تهران انجام گرفت.

روش کار: روش پژوهش حاضر از نوع معادلات ساختاری و جامعه آماری شامل کلیه زنان نابارور می باشد. بدین منظور ۲۰۰ زن با تشخیص ناباروری اولیه و ثانویه مراجعه کننده به مراکز ناباروری شهر تهران در بهار ۹۷، به صورت نمونه گیری در دسترس انتخاب شده و به پرسشنامه های استرس ناباروری نیوتن، طرحواره هیجانی لیهی، تعارض زناشویی کنزاس (KMCS)، شفقت بر خود، حمایت اجتماعی (MOS) پاسخ دادند. برای مدل سازی معادلات ساختاری از نرم افزار Amoss 22 استفاده شد.

یافته ها: نتایج نشان داد که متغیرهای طرحواره اجتماعی همبستگی معنی دار منفی با حمایت اجتماعی و همبستگی معنی دار مثبت با استرس ناباروری، همچنین تعارض زناشویی همبستگی معنی دار مثبت با حمایت اجتماعی و همبستگی معنی دار منفی با استرس ناباروری دارد. متغیرهای شفقت با خود و حمایت اجتماعی همبستگی معنی دار با استرس ناباروری ندارد. حمایت اجتماعی میانجیگری جزئی رابطه بین طرحواره هیجانی، شفقت با خود و تعارض زناشویی با استرس مرتبط با ناباروری بود.

نتیجه گیری: براساس نتایج حاصل از پژوهش حاضر، با توجه به اثر غیرمستقیم حمایت اجتماعی بر استرس ناباروری، پیشنهاد می گردد، با افزایش حمایت های اجتماعی و افزایش آگاهی افراد، خانواده ها، تیم بهداشتی و درمانی و همچنین سیاست گذاران امر سلامت از این مساله، در بهبود وضعیت نگرانی و استرس این زنان و از لحاظ حمایت روانی، اقتصادی و اجتماعی اقدام مناسب صورت پذیرد.

واژگان کلیدی: استرس ناباروری، طرحواره هیجانی، تعارض زوجین، شفقت بر خود، حمایت اجتماعی

تمامی حقوق نشر برای انجمن علمی پرستاری ایران محفوظ است.

مقدمه

[۴]. در ایران با جمعیت ۷۲ میلیون بیش از ۲ میلیون زوج دچار مشکل ناباروری هستند، در گزارشات دیگر میزان شیوع ناباروری در کشورهای مختلف بین ۵ تا ۳۰٪ متغیر است، برخی گزارشات نشان می دهد بین ۱۲٪ - ۲۰٪ زوج ها نابارورند، ۴۰٪ ناباروری مردان و ۴۰٪ ناباروری زنان و ۲۰٪ ناباروری عوامل ناشناخته می باشد [۵]. یافته ها نشان می دهد که حدود یک چهارم زوج های ایرانی، ناباروری اولیه را در طول زندگی مشترکشان تجربه می کنند و ۳/۴٪ از آن ها در هر برهه ای از زمان دارای مشکل ناباروری اولیه هستند [۶]. براساس مطالعات صورت گرفته، بسیاری از زوجها درمان را ناتمام رها می کنند [۷] و حدود ۱۵-۲۰٪ از

ناباروری در سراسر جهان و در همه فرهنگ ها به عنوان یک تجربه استرس زا و بحرانی تهدید کننده برای ثبات فردی، زناشویی، خانوادگی و اجتماعی شناخته شده است [۱]. سازمان بهداشت جهانی (WHO) از ناباروری به عنوان یک معضل بهداشت عمومی در سراسر دنیا نام برده است که در تعریف آن به یک سال باردار نشدن به رغم مقاربت و عدم استفاده از روش های ضد بارداری اطلاق می شود [۲]. براساس مطالعات صورت گرفته، تخمین زده شده که حدود ۵۰ تا ۸۰ میلیون نفر در دنیا به نوعی از ناباروری رنج می برند [۳]، به طوری که در سراسر جهان از هر ۶ زوج، یک زوج در سنین باروری دچار ناباروری می گردند

ایجاد انعطاف ورزشی عاطفی در افراد محسوب می‌شود [۱۹]. مطالعات گالهاردو و همکاران [۲۰] نشان داد که شفقت به خود می‌تواند میانجی ارتباط بین خشم درونی و استرس ناباروری باشد. همچنین نتایج تریشا و همکاران [۲۱] نشان داد که ادراک از خود به عنوان موجود منفی در ذهن دیگران و خود قضاوتی، بر استرس ناباروری زنان نقش مستقیم خواهد داشت، شفقت به خود، اثر حمایتی خاصی بر روی استرس مرتبط با ناباروری خواهد گذاشت. یکی دیگر از سازه‌هایی که می‌تواند بر استرس ناباروری تأثیر بگذارد، حمایت اجتماعی است. حمایت اجتماعی به عنوان اطلاعات یک شخص در مورد اینکه دوست داشته می‌شود، مورد مراقبت و توجه دیگران قرار دارد، محترم و باارزش است و بخشی از شبکه ارتباطی است تعریف می‌شود [۲۲]. حمایت اجتماعی می‌تواند در سازگاری روان شناختی افرادی که با استرس‌های عمده سلامتی مواجه می‌شوند، مداخله کند. دیدگاه مثبت در مورد حمایت اجتماعی نشان می‌دهد که ارتباط اجتماعی پیشرفته سبب بهبود عملکرد سیستم ایمنی و کاهش استرس و سلامت بیشتر می‌شود. هنگامی که افراد از لحاظ اجتماعی حمایت می‌شوند و شفقت بالایی دریافت می‌کنند، این امر سپری در برابر استرس می‌باشد [۲۳]. نتایج مطالعات نشان داد، حمایت اجتماعی در این افراد با سطوح پایین استرس و پریشانی در مطالعات متعدد همراه بود. با توجه به این که در مطالعات پیشین، نقش طرحواره های هیجانی، تعارض زوجین، شفقت بر خود و حمایت اجتماعی به طور جداگانه و نه به صورت یکجا بررسی شده است، مطالعه حاضر با هدف تعیین روابط مستقیم و غیر مستقیم متغیرهای مذکور در قالب یک مدل علی بررسی شد.

روش کار

پژوهش حاضر یک مطالعه همبستگی از نوع مدل یابی معادلات ساختاری است. هدف تحقیق پیش بینی استرس ناباروری بر اساس طرحواره های هیجانی، تعارض زوجین، شفقت بر خود با میانجیگری حمایت اجتماعی در زنان نابارور می‌باشد. جامعه آماری شامل کلیه زنان مراجعه کننده با تشخیص ناباروری اولیه و ثانویه به مراکز ناباروری شهر تهران در بهار ۱۳۹۷ می‌باشد. در این مراکز اعمال جراحی ناباروری، مشاوره ژنتیک، تلقیح داخل رحمی IVF و تعیین جنسیت انجام می‌گیرد. برای تعیین حجم حداقل نمونه مورد نیاز، بر اساس قانون سر انگشتی ۵ به ۱ [۲۴]، ۲۵۰ نفر انتخاب شدند، که از این تعداد ۲۰۰ پرسشنامه قابل تحلیل بودند. بدین منظور ۲۵۰ نفر از زنان نابارور که به این مراکز برای درمان ناباروری مراجعه کردند به صورت نمونه گیری در دسترس بر اساس ملاک‌های ورود به مطالعه انتخاب و به ابزارهای پژوهش پاسخ دادند. ملاک‌های ورود به مطالعه شامل ملیت ایرانی، داشتن سواد خواندن و نوشتن، تشخیص پزشکی ناباروری اولیه و ثانویه، عدم مصرف داروهای روان گردان می‌باشد. شرکت کنندگان به ابزارهای پژوهش شامل پرسشنامه استرس ناباروری، پرسشنامه طرحواره های هیجانی لیهی، پرسشنامه تعارض زناشویی، پرسشنامه شفقت بر خود و پرسشنامه حمایت اجتماعی پاسخ دادند. پرسشنامه استرس ناباروری، در اصل پرسشنامه مشکلات باروری (FPI) نام دارد، توسط نیوتون و همکارانش (۱۹۹۹) در مرکز علوم بهداشتی لندن ساخته شد [۲۵]. این ابزار ۴۶ سوالی برای ارزیابی نگرانی‌های افراد نابارور می‌باشد و در یک طیف لیکرت ۶ درجه‌ای از کاملاً "مخالفم تا کاملاً" موافقم نمره

این افراد به علت استرس بالا به دنبال درمان‌های روان شناختی هستند [۸]. مشکل ناباروری با بیماری‌هایی چون سرطان و ناراحتی‌های قلبی، فشار خون بالا برابری می‌کند و در نهایت می‌تواند سبب اختلال‌های روانی و عاطفی گردد [۹]. تحقیق کوگلان و همکاران با مقایسه استرس روانی و سقط‌های مکرر و بدون شکست بارداری نشان داد رابطه مثبت معنی دار بین استرس روانی با سقط جنین وجود دارد [۱۰]. از جمله عواملی که نقش پررنگی در ناباروری دارد، استرسی است که زوج یا فرد به همراه دارد و شامل تعامل بین شرایط فیزیکی مستعد کننده ناباروری و مداخلات پزشکی، عکس العمل‌های دیگران و خصوصیات روانی و فردی می‌شود و ممکن است برای سالها باقی مانده و با هر مداخله تشخیصی یا درمانی عود نماید [۱۱]. مطالعات بسیاری نشان داده که ناباروری و درمان آن موجب به وجود آمدن عواملی چون استرس، آشفتگی، سرخوردگی، اضطراب، افسردگی، احساس گناه و ناامیدی و احساس بی‌ارزشی در زندگی می‌شود [۱۲]. ناباروری صرفاً یک بیماری تهدیدکننده نسل نمی‌باشد، بلکه یک مشکل جسمی و روانی و اجتماعی است که می‌تواند بر سلامت روانی زوج‌های نابارور مؤثر باشد [۱۳]. مبتلایان به ناباروری در راهبردهای تنظیم هیجانی و چگونگی کنار آمدن با هیجان‌های دشوار دچار مشکلاتی می‌باشند، یک سری از عوامل می‌توانند به لحاظ هیجانی در زوج‌ها تأثیر بگذارند منجمله: عدم اطمینان درباره موفق بودن درمان ناباروری، سوگ همراه با تشخیص ناباروری، احساس از دست دادن کنترل، از دست دادن عزت نفس، هزینه‌های مالی، استرس زناشویی، فشار جنسی و فشار خانوادگی [۱۴]. از آنجا که افراد ممکن است در چگونگی مفهوم سازی هیجان‌ها خود متفاوت باشند، بنابر این طرحواره های هیجانی مختلفی خواهند داشت. طرحواره های هیجانی منعکس کننده شیوه‌هایی است که افراد هیجان‌ها را تجربه می‌کنند و از باورهای افراد درباره راه‌های مناسب تنظیم و اداره کردن یک احساس ناخوشایند به وجود می‌آیند [۱۵]. ناباروری ممکن است برای افراد یک خانواده، عوارض روانی و اختلالات خانوادگی در پی داشته و در نهایت منجر به طلاق گردد. همچنین می‌تواند باعث اختلال در کیفیت زناشویی، جدایی، کاهش اعتماد به نفس و احساس طرد شدن در شخص نابارور شود [۱۶]. زوجین با توجه به احساس تعهدی که در نخستین روزهای زندگی نسبت به هم داشتند ممکن است به علت مشکل ناباروری به تدریج دچار تعارض و آسیب‌های روان شناختی معنی داری گردند، این مسئله می‌تواند آسیبی نیرومند در برابر پایداری پیوند زناشویی ایجاد کند و تعارض‌های زناشویی تندی را میان زوجین برپا سازد [۱۷]. چنانکه براین پژوهش‌های فراوانی نشان داده‌اند، زوجین نابارور درگیر تعارض گفتاری و بدنی می‌شوند که این تعارضات نشان دهنده نبود هم‌آوایی با یکدیگر است، که با ناسازگاری دیدگاه و اهداف و رفتاری ستیزه جو همراه است [۱۸]. مطالعه تمنایی فر [۱۵] نشان داد که بین تعارض زناشویی با سلامت عمومی و پاسخ‌های مقابله‌ای زنان نابارور و زنان بارور ارتباط معنی داری وجود دارد، زنان نابارور در مقایسه با زنان بارور از سلامت روانی کمتر و سازگاری زناشویی کمتری برخوردار هستند. از دیگر مفاهیم روان شناختی که به عنوان عامل انعطاف ورزشی روانی و هیجانی در برابر سازگاری با مشکل عمل می‌کند، شفقت بر خود است. شفقت به خود را می‌توان به عنوان یک موضع مثبت نسبت به خود، زمانی که همه چیز بد پیش می‌رود تعریف کرد و آن یک صفت و عاملی محافظت کننده در برابر مشکلات و

تعدادی از مقیاس‌های دیگر برخوردار می‌باشد که نشان از روایی عالی سازه آن دارد. این مقیاس‌ها عبارتند از: مقیاس ارزیابی انعطاف پذیری و انسجام خانوادگی (FACES-IV)، مقیاس‌های همدلی، احترام و هماهنگی، چند خرده مقیاس پرسشنامه‌های ارتباطات زناشویی، تفاهم در روابط و جهت گیری هدف زناشویی [۲۹] نسخه ایرانی مقیاس تعارض زناشویی کنزاس، توسط عجم [۳۰] به دست آمد، پایایی این مقیاس با روش ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۳ بوده است. در پژوهش حاضر پایایی به روش آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۸۶ و زیر مقیاس‌ها در دامنه‌ای از ۰/۷۵ تا ۰/۷۹ به دست آمد.

پرسشنامه شفقت بر خود (SCS)، یک ابزار خود گزارش دهی ۲۶ گویه ای است که توسط نف در سال ۲۰۰۳ به منظور سنجش میزان خودشفقت ورزی ساخته شده است و با استفاده از یک مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت نمره گذاری می‌شود. سؤالات موجود در آن در ۶ زیرمقیاس مهربانی با خود، قضاوت در مورد خود، احساسات مشترک انسانی، مزروی سازی، ذهن آگاهی و بزرگنمایی قرار می‌گیرد که کیفیت رابطه فرد با تجارب خود را می‌سنجد. نف [۳۰] پایایی کلی آن از طریق روش آزمون کرونباخ ۰/۹۲ گزارش شده است. همچنین هر یک از زیرمقیاس‌ها از همسانی درونی خوبی برخوردار بودند (از ۰/۷۵ تا ۰/۸۱). علاوه بر این پایایی بازآزمایی به فاصله زمانی دو هفته نیز ۰/۹۳ گزارش شده است. در مطالعه بایر، لایکینز، پیترز [۳۱] ضریب آلفا برای کل مقیاس ۰/۹۳ و برای خرده مقیاس‌ها در محدوده ۰/۸۶ - ۰/۷۲ به دست آمد. همچنین نتیجه روایی همزمان خودشفقتی با پرسشنامه‌های دیگر این گونه به دست آمد: بین خود شفقتی و خرده مقیاس انتقاد از خود، پرسشنامه تجارب افسردگی رابطه منفی و معنادار، و همچنین بین خودشفقتی و مقیاس ارتباط اجتماعی رابطه مثبت و معنادار به دست آمد. نسخه ایرانی آن توسط خسروی و همکاران [۳۲] تهیه شده است. آلفای کرونباخ در نسخه ایرانی ۰/۷۶ و در زیر مقیاس‌ها ۰/۸۱ (مهربانی با خود)، ۰/۷۹ (قضاوت نسبت به خود)، ۰/۸۴ (اشتراکات انسانی)، ۰/۸۵ (انزوا)، ۰/۸۰ (ذهن آگاهی)، ۰/۸۳ (بزرگنمایی) گزارش شده است. در پژوهش حاضر پایایی به روش آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۸۰ و زیر مقیاس‌ها در دامنه‌ای بین ۰/۴۶ تا ۰/۶۹ به دست آمد.

پرسشنامه حمایت اجتماعی (MOS) (۱۹۹۱) یک ابزار خود گزارشی است که توسط شربورن و استوارت [۳۳] ساخته شد، این آزمون میزان حمایت اجتماعی دریافت شده توسط آزمودنی را می‌سنجد و دارای ۱۹ گویه می‌باشد. سؤالات موجود در ۵ زیر مقیاس حمایت ملموس، حمایت هیجانی، حمایت اطلاعاتی، مهربانی تعامل اجتماعی مثبت قرار می‌گیرد. ضریب پایایی برای هر یک از خرده مقیاس‌های حمایت هیجانی، حمایت اطلاعاتی، حمایت ملموس، تعامل اجتماعی، تعامل اجتماعی مثبت و مهربانی و مقیاس کل به ترتیب ۰/۹۶، ۰/۹۶، ۰/۹۲، ۰/۹۴، ۰/۹۱، ۰/۹۷ گزارش کرده‌اند. تمنائی فر و منصوری نیک [۳۴] ضمن به تأیید رساندن روایی صوری و محتوایی این ابزار از دیدگاه متخصصان روانشناسی، پایایی آن را با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۷ اعلام کردند. در پژوهش حاضر پایایی به روش آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۹۵ و زیر مقیاس‌ها در دامنه‌ای از ۰/۹۰ تا ۰/۹۵ به دست آمد.

یافته‌ها

گذاری می‌شود. دارای پنج زیر مقیاس اجتماعی، جنسی، ارتباطی، سبک زندگی بدون فرزند و نیاز به والد شدن است برای بررسی روایی از روش تحلیل عاملی استفاده گردیده و پنج زیر مقیاس این پرسشنامه مورد تأیید قرار گرفته‌اند. همچنین برای بررسی پایایی از همسانی درونی استفاده شده و آلفای کرونباخ برای زیر مقیاس موضوعات اجتماعی ۰/۸۷، جنسی ۰/۷۷، ارتباطی ۰/۸۲، سبک زندگی بدون فرزند ۰/۸۰ و نیاز به والد شدن ۰/۸۴ محاسبه شد. در ایران نیز علیزاده و همکاران [۲۶] برای به دست آوردن روایی و پایایی پرسش نامه استرس ناباروری نیوتون را بر روی یک نمونه ۳۰ نفری از افراد نابارور اجرا کردند. پایایی به روش آلفای کرونباخ برای زیر مقیاس‌های موضوعات اجتماعی ۰/۷۸، جنسی ۰/۷۷، ارتباطی ۰/۷۸، سبک زندگی بدون فرزند ۰/۷۵ و نیاز به والد شدن ۰/۸۴ و نمره کل ۰/۹۱ برآورد شده است. در پژوهش حاضر پایایی به روش آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۹۴ و برای زیر مقیاس‌ها در دامنه‌ای بین ۰/۷۸ تا ۰/۸۴ به دست آمد.

پرسشنامه طر حواره هیجانی لیهی، توسط لیهی بر مبنای مدل طر حواره های هیجانی خود، در سال ۲۰۰۲ به صورت یک مقیاس خودگزارشی تهیه شده است. این مقیاس دارای ۵۰ گویه است که با استفاده از یک مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت نمره گذاری می‌شود، نسخه تجدید نظر شده آن با ۲۸ گویه توسط لیهی (۲۰۱۲) تهیه گردیده است [۲۷]. نسخه فارسی توسط خانزاده، ادیسی، محمدخانی و سعیدیان [۲۸] تهیه شده است. پایایی این مقیاس از طریق روش بازآزمایی در فاصله دو هفته برای کل مقیاس ۰/۷۸ و برای زیرمقیاس‌ها در دامنه‌ای بین ۰/۵۶ تا ۰/۷۱ است، همچنین ضریب همسانی درونی مقیاس با استفاده از روش آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۸۲ و برای زیرمقیاس‌ها در دامنه‌ای از ۰/۵۹ تا ۰/۷۳ به دست آمد. به طور کلی نتایج به دست آمده از هر دو روش حاکی از پایایی قابل قبول این مقیاس است. در پژوهش حاضر برای نسخه ۲۸ سوالی، پایایی به روش آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۸۳ و زیر مقیاس‌ها در دامنه‌ای بین ۰/۲۶ تا ۰/۶۷ به دست آمد.

پرسشنامه تعارض زناشویی کنزاس (KMCS) (۱۹۸۵) به منظور سنجش میزان تعارضات زناشویی ساخته شد. این مقیاس سه قسمت دارد که برای سنجش مراحل تعارض زناشویی طرح شده است. مرحله اول ۱۱ عبارت، مرحله دوم ۵ عبارت، مرحله سوم ۱۱ عبارت دراد که روی هم شامل ۲۷ عبارت است. مقیاس بر پایه تحقیقات مشاهده‌ای است که نشان می‌دهد زوج‌های مضطرب و غیر مضطرب در سه مرحله تعارض زناشویی متفاوت هستند که شامل برنامه ریزی، بحث و مجادله و مذاکره است. هر آیتیم توسط مقیاس درجه بندی ۵ تایی نمره گذاری می‌شود. هر چه میزان امتیاز بالا باشد نشانگر کمتر بودن میزان تعارض زناشویی است. این مقیاس با همسانی درونی عالی با آلفای ۰/۹۱ تا ۰/۹۵ برای مردان در کلیه مراحل و آلفای ۰/۸۸ تا ۰/۹۵ برای زنان برخوردار می‌باشد. ثبات مقیاس نیز با همبستگی‌های بازآزمایی با طول مدت ۶ ماه برای سه مرحله بسیار خوب است که دامنه‌ای از ۰/۶۴ تا ۰/۹۶ به دست آمده است. مقیاس‌ها از روایی گروه‌های شناخته شده خوبی برای همسران برخوردار بوده و می‌تواند به شکل معنادار بین ازدواج‌های برآشفته و غیر برآشفته بر حسب رضایت زناشویی تمایز قائل شود. این همبستگی‌ها برای شوهران نیز مثبت بوده است اما همواره معنادار نبوده است. مقیاس‌های KMCS همچنین از همبستگی با

بین متغیرهای پژوهش مدلی تدوین شد، سپس شاخص‌های برازندگی مدل اندازه‌گیری و مدل ساختاری آن مورد محاسبه و مورد ارزیابی قرار گرفت. برازش کلی مدل اندازه‌گیری به وسیله تحلیل عاملی تاییدی انجام شد. برازندگی این مدل بسیار مهم می‌باشد به این علت که تمام متغیرهای مکنون مدل ساختاری در آن آشيان نموده است. بدست آوردن شاخص‌های برازندگی ضعیف در این مرحله باعث می‌شود تا یک بار دیگر مراحل پیشین پژوهش مورد بازبینی قرار گیرد و مانع از ورود به مرحله دوم یعنی تحلیل مدل ساختاری شود.

در جدول ۱، شاخص‌های توصیفی نمرات زنان در متغیرهای پژوهش ارائه شده است.

جدول ۲ ماتریس همبستگی سازه‌ها نشان می‌دهد که هم خطی بودن چند گانه با ملاک همبستگی بالای ۰/۹ در میان متغیرها برقرار نیست. پیش از آزمون فرضیه، برای اطمینان از پایایی و روایی مناسب ابزارها در نمونه‌های زنان نابارور، ابزارها مورد تحلیل روان سنجی قرار گرفت. همان طور که پیشتر اشاره شد برای پاسخ به پرسش‌های پژوهش از روش مدل‌یابی معادلات ساختاری استفاده شده است. برای این منظور، با استفاده از ترسیم روابط مستقیم و غیر مستقیم

جدول ۱: شاخص‌های توصیفی نمرات زنان نابارور

متغیرها	میانگین	انحراف معیار	تعارض زناشویی	حمایت اجتماعی	استرس ناباروری	شفقت با خود
تعارض زناشویی	۳/۲۴	۰/۶۹۵	۱			
حمایت اجتماعی	۳/۹۱	۰/۸۴۸	۰/۵۹۷**	۱		
استرس ناباروری	۳/۵۸	۰/۸۸۱	۰/۴۶۶**	۰/۴۷۰**	۱	
شفقت بر خود	۳/۰۳	۰/۵۶۳	۰/۳۳۶**	۰/۱۹۰**	۰/۰۸۲	۱
طرحواره هیجانی	۳/۱۹	۰/۶۵۳	۰/۳۶۰**	۰/۳۹۱**	۰/۴۴۵**	۰/۵۳۷**

جدول ۲: تحلیل عاملی تاییدی تک مدلی

متغیرها	X ²	DF	CMIN/DF	RMSEA	TLI	GFI
طرحواره						
مدل اولیه	۲۷۰/۰۱۷	۷۷	۳/۵۰۷	۰/۱۰	۰/۷۱۷	۰/۷۶۱
مدل اصلاح شده	۱۰۱/۷۳۹	۵۲	۱/۹۵۷	۰/۰۶۲	۰/۹۰۴	۰/۹۳۶
تعارض زناشویی						
مدل اولیه	۳/۰۹۳	۱	۳/۰۹۳	۰/۰۹	۰/۹۷۸	۰/۹۹
مدل اصلاح شده	-	-	-	-	-	-
شفقت با خود						
مدل اولیه	۱۰۲/۶۱۶	۹	۱۱/۴۰۱	۰/۲۳۹	۰/۵۲۰	۰/۸۳۸
مدل اصلاح شده	۰/۰۱۷	۲	۱/۰۰۸	۰/۰۰۱	۱/۰۲۹	۱
حمایت اجتماعی						
مدل اولیه	۷/۰۷۷	۲	۳/۵۳۸	۰/۱	۰/۹۶۹	۰/۹۸۶
مدل اصلاح شده	-	-	-	-	-	-
استرس ناباروری						
مدل اولیه	۴۱/۹۷۶	۵	۸/۳۹۵	۰/۱۷۲	۰/۸۶۷	۰/۹۴۳
مدل اصلاح شده	۵/۷۵۴	۳	۱/۹۱۸	۰/۰۶۱	۰/۹۸۴	۰/۹۹۱

۱. طرحواره های هیجانی همبستگی معنی دار منفی با حمایت اجتماعی دارد.
۲. طرحواره های هیجانی همبستگی معنی دار مثبت با استرس ناباروری دارد.
۳. شفقت با خود همبستگی معنی داری با استرس ناباروری ندارد.
۴. تعارض زناشویی همبستگی معنی دار مثبت با حمایت اجتماعی دارد.
۵. تعارض زناشویی همبستگی معنی دار منفی با استرس ناباروری دارد.
۶. حمایت اجتماعی همبستگی معنی داری با استرس ناباروری ندارد. مقدار R2 سازه استرس ناباروری (R²=۰/۵۲۱) حاکی از برازش بالا و برای حمایت اجتماعی (R²=۰/۶۷۸) نیز برازش متوسط به بالا است. در پیش بینی استرس ناباروری زنان بر اساس طرحواره های هیجانی، شفقت با خود و تعارض زناشویی زوجین از طریق میانجی‌گری حمایت اجتماعی همان گونه که مشاهده می‌شود مسیر a1 معنی دار است. از آنجا که مسیر b نیز معنی دار است، مطابق الگوریتم بارون - کئی چون مسیر طرحواره به استرس (c1) نیز معنی دار است، میانجی‌گری جزئی

همان طور که جدول نشان می‌دهد سازه‌های تعارض زناشویی حمایت اجتماعی نیاز به اصلاح نداشتند. اما در سازه استرس ناباروری میان خطاهای سازه‌های نیاز به والد شدن با سبک زندگی بدون فرزند و نگرانی ارتباطی کوواریانس برقرار شد. در سازه طرحواره های هیجانی نیز متغیرهای مشاهده شده بی ارزش سازی، منطقی بودن افراطی حذف و میان خطاهای متغیر تداوم و بی اعتبار سازی کوواریانس برقرار شد. در مورد سازه شفقت با خود نیز متغیر ذهن آگاهی حذف شد. مدل اندازه‌گیری پس از اصلاح مجدداً آزمون شد. در مدل اصلاح شده در طرحواره های هیجانی، متغیرهای بی اعتبار سازی، فقدان کنترل، توافق اندک، عدم پذیرش و سرزنش در مدل باقی ماندند. از میان مسیرها، به غیر از مسیر شفقت با خود به استرس ناباروری، و حمایت اجتماعی به استرس ناباروری، سایر مسیرها معنی دار هستند. همانگونه که جدول ۳ نشان می‌دهد.

با خود و تعارض زناشویی، از طریق حمایت اجتماعی بر استرس ناباروری تأثیر جزئی دارند.

برقرار است. در مورد متغیرهای شفقت با خود و تعارض زناشویی نیز این رابطه برقرار است. به عبارت دیگر، طرحواره های هیجانی، شفقت

جدول ۳: پارامترهای مدل اندازه گیری در تحلیل عامل تاییدی

متغیرهای مکنون - نشانگر	b	B	خطای معیار	نسبت بحرانی
طرحواره ها				
نشخوار فکری	۱/۰۹۷	۰/۶۴۰	۰/۱۴۸	۷/۴۲۷***
عدم پذیرش	۰/۶۸۴	۰/۴۷۷	۰/۱۱۳	۶/۰۵۷**
توافق اندک	۰/۸۴۰	۰/۵۴۴	۰/۱۲۶	۶/۶۶۲*
تداوم	۰/۲۲۷	۰/۱۷۲	۰/۰۹۶	۲/۳۵۸**
کرختی	۰/۵۳۸	۰/۳۶۱	۰/۱۱۱	۴/۸۴۰**
فقدان کنترل	۱/۱۷۰	۰/۶۳۳	۰/۱۵۹	۷/۳۷۳***
دیدگاه ساده انگارانه	۰/۲۳۹	۰/۱۶۷	۰/۱۰۰	۲/۳۹۰*
احساس گناه	۰/۷۵۷	۰/۵۰۵	۰/۱۲۰	۶/۳۱۸***
عدم درک پذیری	۰/۴۵۴	۰/۳۴۲	۰/۰۹۸	۴/۶۱۶***
ابرازگری پایین	۰/۱۵۸	۰/۱۰۸	۰/۱۰۲	۱/۵۵۷
سرزنش	۰/۹۱۸	۰/۵۸۱	۰/۱۳۲	۶/۹۷۵***
شفقت با خود				
هماندسازی افراطی	۲/۰۲۱	۰/۷۷۹	۰/۳۱۱	۶/۵۰۶***
انزوا	۱/۹۲۰	۰/۷۷۲	۰/۲۹۶	۶/۴۹۰***
تجارب مشترک انسانی	۰/۷۷۷	۰/۳۵۵	۰/۱۷۹	۴/۳۳۲***
قضاوت کردن خود	۱/۰۹۸	۰/۴۹۸	۰/۲۰۵	۵/۳۶۸***
مهربانی کردن با خود	۱/۰۰۰	۰/۴۴۰		
تعارض زناشویی				
مرحله ۱	۱/۰۰۰	۰/۸۵۶		
مرحله ۲	۱/۱۱۴	۰/۷۳۳	۰/۰۹۲	۱۲/۰۶۹***
مرحله ۳	۰/۸۹۷	۰/۷۸۴	۰/۰۶۹	۱۲/۹۳۸***
حمایت اجتماعی				
ملموس	۱/۰۰۰	۰/۷۲۲		
اطلاعات اجتماعی	۰/۸۸۰	۰/۶۰۳	۰/۰۹۶	۹/۱۵۹***
مهربانی	۱/۲۵۵	۰/۹۱۲	۰/۰۹۲	۱۳/۳۶۳***
تعامل اجتماعی مثبت	۱/۱۵۹	۰/۸۷۲	۰/۰۸۸	۱۳/۲۳۸***
استرس ناباروری				
نگرانی اجتماعی	۱/۰۰۰	۰/۷۸۵		
نگرانی جنسی	۱/۱۰۴	۰/۷۵۹	۰/۰۹۰	۱۲/۳۲۴***
نگرانی ارتباطی	۱/۰۷۰	۰/۷۶۳	۰/۰۹	۱۱/۸۵۹***
سبک زندگی	۰/۸۰۳	۰/۶۳۵	۰/۰۸۲	۹/۷۵۰***
نیاز به والد شدن	۱/۰۰۰	۰/۷۵۷	۰/۰۸۷	۱۱/۵۴۷***

*** ۰/۰۱

*** ۰/۰۰۱

جدول ۴: ضرایب مسیر مدل ساختاری

متغیرهای مکنون - نشانگر	B	B	خطای معیار	نسبت بحرانی
طرحواره ها				
حمایت اجتماعی	-۱/۰۱۸	-۰/۷۰۴	۰/۴۷۴	-۲/۱۴۹°
استرس ناباروری	۲/۰۳۸	۱/۳۵۸	۰/۸۷۰	۲/۳۴۳***
شفقت با خود				
حمایت اجتماعی	-۰/۵۸۳	-۰/۵۸۷	۰/۲۹۷	-۱/۹۶۱°
استرس ناباروری	۰/۹۰۵	۰/۸۷۸	۰/۵۲۵	۱/۷۲۲
تعارض زناشویی				
حمایت اجتماعی	۰/۹۱۲	۰/۵۵۵	۰/۱۴۳	۶/۳۵۵***
استرس ناباروری	-۰/۴۶۵	-۰/۲۷۳	۰/۲۲۷	-۲/۰۵۱°
حمایت اجتماعی				
استرس ناباروری	۰/۰۷۱	۰/۰۶۸	۰/۱۹۶	۰/۳۵۹

بحث

تفسیرها و باورهای منفی زنان نابارور مؤثر بوده که پیامد این طرحواره‌ها و باورهای منفی می‌تواند در تشدید استرس ناباروری نقش داشته باشد. در تبیین بخش دیگری از یافته که نشان داد، شفقت با خود همبستگی معنی داری با استرس ناباروری ندارد، می‌توان چنین استنباط نمود، ذهن انسان همان گونه که نسبت به عوام بیرونی واکنش نشان می‌دهد، در مواجهه با درونیات نیز آرام می‌گیرد، بنابراین باید انتظار داشت که شفقت بر خود به کاهش استرس ناباروری کمک کند، در حالی که رابطه این دو متغیر در پژوهش حاضر مورد تأیید قرار نگرفته است. شفقت بر خود توانایی متصل شدن به احساسات درد و رنج خود با حس مهربانی است. اولین مؤلفه شفقت بر خود، خود مهربانی یا توانایی رفتار با خود با مراقبت و درک و نقطه مقابل آن خود قضاوتی است. در نمونه حاضر، میزان خود قضاوتی گویای درد و رنجی بود که زنان نابارور داشتند. تشدید فعالیت خود قضاوتی در زنان نابارور، می‌تواند تفکر جزئی‌نگری را در آنها تشدید نماید، به طوری که نیازها و احساسات خود را فراموش کنند [۴۴]. هنگامی که زنان بر این باورند که در ذهن دیگران دارای ویژگیهای منفی می‌باشند، در نتیجه نگرش شفقت بر خود در آنها دیده نخواهد شد و اثر حمایتی خاصی بر روی استرس مرتبط با ناباروری نخواهد گذاشت [۲۰، ۲۱]. در بخش دیگری از یافته‌ها، نتایج نشان داد، تعارض زناشویی همبستگی معنی دار مثبت با حمایت اجتماعی دارد. با توجه به اینکه نمرات بالا در پرسشنامه تعارض به معنای تعارض کمتری است، بنابراین براساس این یافته، هر چه میزان حمایت اجتماعی کاهش یابد، تعارض زناشویی افزایش می‌یابد. نتیجه به دست آمده با نتایج پژوهش‌های صحرائیان و همکاران [۳۴، ۳۹] همسوئی دارد. در تبیین نتایج به دست آمده می‌توان چنین استنباط نمود، زنان نابارور به دلیل استرس‌های فراوانی که به دلیل مسئله ناباروری متحمل می‌شوند، دارای مشکلات روان شناختی از قبیل افسردگی، اضطراب، عزت نفس ضعیف و... هستند که منجر به تنش‌های فراوانی بین خود و همسرشان می‌گردد، در نتیجه حمایت و همدردی کمتری از سوی همسر خود دریافت می‌کنند. براساس نتیجه دیگر پژوهش، طرحواره‌های هیجانی از طریق حمایت اجتماعی بر استرس ناباروری تأثیر دارد. پژوهش‌ها به طور ثابت بر نقش تعدیل‌کننده حمایت اجتماعی بر استرس تأکید داشته‌اند [۴۵، ۴۶]. در این راستا مارتینز و همکارانش [۴۷] پژوهشی تحت عنوان تأثیرات مستقیم و غیر مستقیم حمایت اجتماعی در استرس ناباروری انجام دادند، به این نتیجه دست یافتند که اهمیت حمایت اجتماعی در کمک به زنان در درمان ناباروری برجسته است. متخصصان بهداشت باید کیفیت شبکه‌های اجتماعی را بررسی کنند و به حمایت همسر و خانواده اهمیت دهند. نتایج حاصل از مطالعه آبادسا و الیازوری [۴۸] حاکی از آن بود، حمایت اجتماعی تأثیر غیر مستقیم با افسردگی و استرس ناباروری دارد. لو [۴۹] معتقد است حمایت اجتماعی اثرات رویدادی استرس‌زا را تعدیل می‌کند و به تجربه عواطف مثبت می‌انجامد. زنان نابارور علاوه بر نیاز به حمایت روانی همسر، احساس نیاز به دریافت حمایت و همدردی از سوی شبکه‌های اجتماعی (خانواده، گروه درمان، مراقبان) را نیز ابراز می‌نمایند. حمایت اجتماعی با نقش واسطه‌ای خود بر وضعیت جسمی، روانی، رضایت از زندگی و جنبه‌های مختلف کیفیت زندگی افراد اثرات زیادی دارد و به

براساس نتایج حاصل از آزمون فرضیه‌های پژوهش، از بین متغیرهای پیش‌بین، متغیر تعارض زناشویی و طرحواره‌های هیجانی بر استرس ناباروری اثر مستقیم دارد و متغیر شفقت بر خود بر استرس ناباروری اثر مستقیم ندارد. حمایت اجتماعی با استرس ناباروری همبستگی ندارد. طرحواره‌های هیجانی با حمایت اجتماعی رابطه منفی، تعارض زناشویی با حمایت اجتماعی رابطه مثبت دارد. در رابطه با تأثیر متغیر میانجی، طرحواره‌های هیجانی، شفقت با خود و تعارض زناشویی به طور جزئی از طریق حمایت اجتماعی بر استرس ناباروری تأثیر جزئی دارند. در راستای تأیید رابطه مستقیم بین تعارض زناشویی و استرس ناباروری، نتیجه به دست آمده با نتایج پژوهش قبلی [۳۵-۳۷] هماهنگی دارد.

در این راستا مونگو و همکاران اظهار می‌کنند ۸۳ درصد از زوج‌های نابارور در مورد ناتوانی در بچه دار شدن تحت فشار و تنش بودند و والدین و همسر آن‌ها بیشترین میزان تنش را دریافت می‌کردند، بنابراین وجود تنش در زندگی زناشویی زنان نابارور امری عادی است که همین تنش‌ها و تعارضات در زندگی زناشویی، میزان استرس ناشی از عامل ناباروری رو نیز افزایش می‌دهد [۳۸]. ضمن آنکه این یافته با نظریه بنسازون [۳۹]. در مورد رابطه استرس ناشی از ناباروری با ناسازگاری زناشویی افراد، هم جهت بوده و نظریه اندریوس [۴۰] رابطه مستقیم استرس زنان نابارور با عملکرد زناشویی آنها نیز تأیید می‌نماید. در تبیین نتایج حاصل می‌توان عنوان نمود، مهم‌ترین مشکل زوج‌های نابارور در حیطه روابط بین فردی آنها (ارتباط زوجین با همدیگر)، کاهش رضای مندی زناشویی، کاهش سازگاری زناشویی، کاهش رضایت جنسی، افزایش تعارض زناشویی و ترس از طلاق و جدایی است که هر کدام از این موارد استرس و فشار روانی مضاعفی برای فرد نابارور به وجود می‌آورد. آسیب‌های زندگی زناشویی در زوجین نابارور، مجموعه عواملی است که باعث ایجاد تعارض و اختلافات زناشویی شده، میزان خشنودی و سازگاری زوجین را کاهش می‌دهد و مانع عملکرد به هنجار زندگی زناشویی و گاهی منجر به طلاق و جدایی نیز می‌شود. متخصصان سلامت روان گزارش می‌کنند که افراد نابارور نشانه‌هایی از بحران، افسردگی، سوگواری، فقدان کنترل و سطوح بالایی از اضطراب یا احساس گناه، نگرانی درباره بدن و اختلالات کنش جنسی را تجربه می‌کنند و در صورتی که فرد خود را به علت ناباروری مقصر بداند و تصور نامطلوبی از وضعیت جسمانی خود داشته باشد، در مقابل استرس‌های وارده، شکنندگی بیشتری از خود نشان می‌دهد. عباسی و رضازاده [۴۱] بروز چنین مشکلات روان شناختی در زنان نابارور می‌تواند روابط دو سویه بین تعارضات زناشویی و استرس‌های ناباروری را تبیین نماید.

در تبیین رابطه طرحواره‌های هیجانی منفی با استرس ناباروری می‌توان عنوان نمود، بر اساس نظریه طرحواره بک [۴۲] تصور می‌شود که افکار منفی یا تفسیرهای تحریف شده، از فعال شدن باورهای منفی انباشته شده در حافظه بلند مدت، نشأت می‌گیرد. در همین راستا، طرح‌واره‌ها را نیز می‌توان ساختارهایی برای بازیابی مفاهیم کلی ذخیره شده در حافظه یا مجموعه سازمان یافته‌ای از اطلاعات، باورها و فرض‌ها دانست [۴۳]. به واسطه این مبنای نظری، طرحواره‌های منفی در فعال شدن

به دیگران همراه است [۵۱]. افراد با شفقت خود بالا، تعارضات بین شخصی خود را با در نظر گرفتن نیازهای خود و دیگران حل می‌کنند [۵۲]. بنابراین زنان نابارور از طریق خودشفقتی ارتباطات خود را با دیگران را بهبود بخشیده و در نتیجه در دایره ارتباطی دیگران از حمایت بیشتری برخوردار خواهند شد که همین مساله باعث می‌شود فرد مشکل به وجود آمده (ناباروری) را کمتر استرس زا ارزیابی کند و در کاهش تنش‌های مربوط به ناباروری به آنها کمک نماید.

نتیجه‌گیری

براساس نتایج حاصل از پژوهش حاضر، با توجه به اثر غیرمستقیم حمایت اجتماعی بر استرس ناباروری، پیشنهاد می‌گردد، با افزایش حمایت‌های اجتماعی و افزایش آگاهی افراد، خانواده‌ها، تیم بهداشتی و درمانی و همچنین سیاست‌گذاران امر سلامت از این مساله، در بهبود وضعیت نگرانی و استرس این زنان اقدامات مناسب از لحاظ حمایت روانی، اقتصادی و اجتماعی انجام گردد.

سپاسگزاری

از مراکز و کلینیک‌های درمان ناباروری شهر تهران همه کسانی که جهت اجرای این پژوهش همکاری صمیمانه‌ای را با پژوهشگران داشتند، کمال تشکر و قدردانی را داریم.

تضاد منافع

نویسندگان مقاله اعلام می‌دارند که در نگارش این مقاله هیچ گونه تضاد منافی وجود ندارد.

References

1. Sayadi M, Shahhosseini tazik S, Madani Y, Gholamali lavasani M. The Effectiveness of Emotionally Focused Couple Therapy on Marital Commitment and Couple Burnout in Infertile Couples. *J Educ Community Health*. 2017;4(3):26-37. doi: 10.21859/jech.4.3.26
2. Sexual and reproductive health: Infertility definitions and terminology. World Health Organization; 2009.
3. Sharifi N, Fathnezhad kazemi A, Ghafari Novin M. Infertility, Ovulation Induction, and Risk of Cancer in Women: Review Article. *J Fasa Univ Med Sci*. 2016;6(3):283-95.
4. Amirian M, Mazloun SR, Laal Ahangar M. Comparison of marital satisfaction in fertile and infertile couples and its relationship with sexual problems. *Iranian J Obstet, Gynecol Infertility*. 2015;18(143):1-10.
5. Tamannaifar M. A comparative study of mental health, marital adjustment and coping responses among fertile-infertile women. *Clin Psychol Pers*. 2011;3(4):51-60.
6. Farokh Tehrani D, Afiyat M, Boloursaz S, Rahmani S, Mardani R, Kazemi S, et al. The results of hysterosalpingography in infertile women between 2008 and 2015 in the radiology clinic of Imam Reza Hospital in Mashhad. *Iranian J Obstet, Gynecol Infertility*. 2017;20(10):21-8.
7. Akyuz A, Seven M, Sahiner G, Bilal B. Studying the effect of infertility on marital violence in Turkish women. *Int J Fertil Steril*. 2013;6(4):286-93. pmid: 24520453
8. Chehreh R, Ozgoli G, Abolmaali K, Nasiri M, Mazaheri E. Comparison of the Infertility-Related Stress Among Couples and its Relationship With Infertility Factors. *Int J*

عنوان یک عامل تعدیل کننده مؤثر در مقابله و سازگاری با شرایط استرس زای زندگی شناخته شده است، [۵۰] که در نتیجه در کاهش مشکلات روانشناختی زنان نابارور از جمله استرس آنها بسیار کمک کننده می‌باشد و موجب می‌شود، هیجانات منفی و احساسات ناخوشایند ناشی از ناباروری را با تجربه استرس کمتری پاسخ می‌دهند و به دلیل فعال شدن طرحواره‌های هیجانی به صورت مطلوبتری، توانایی بیشتری در تنظیم و اداره کردن استرس ناباروری از خود بروز می‌دهند. همچنین یافته دیگر پژوهش نشان داد، حمایت اجتماعی رابطه تعارض زناشویی و استرس ناباروری را میانجی‌گری جزئی می‌کند. هنگامی که زنان نابارور با فشار و محرک‌های تنش زای مربوط به ناباروری مواجهه می‌شوند، مشکلات روان شناختی فراوانی از جمله اضطراب، افسردگی و... موجب می‌شود روابط زناشویی همراه با تعارض را در زندگی مشترک تجربه کنند که این مساله سطح حمایت اجتماعی دریافت شده از سوی دیگران به ویژه همسر را کاهش می‌دهد و حمایت اجتماعی پایین در کنار تعارضات بالا میزان استرس ناباروری را افزایش می‌دهد. در بخش دیگری از یافته‌ها، نقش میانجی‌گری جزئی حمایت اجتماعی در رابطه بین شفقت به خود و استرس ناباروری، مورد تأیید قرار گرفته است. استرس ناباروری به ویژه در زنان می‌تواند ترکیبی از خود سرزنش‌های درونی و عدم حمایت از دیگران باشد، بنابراین شفقت از خود به عنوان یک عامل درونی می‌تواند از طریق توجه و درک خود به جای قضاوت یا انتقاد از کاستی‌ها و بی‌کفایتی‌های خود، در کسب احساس مراقبت، دوست داشته شدن، عزت نفس و ارزشمند بودن از سوی دیگران، مؤثر باشد. همچنین شفقت خود به صورتی معنادار با داشتن شفقت نسبت

- Women's Health Reprod Sci. 2018;7(3):313-8. doi: 10.15296/ijwhr.2019.52
9. Van Der Merwe E, Greeff AP. Infertility-Related Stress within the Marital Relationship. *Int J Sex Health*. 2015;27(4):522-31. doi: 10.1080/19317611.2015.1067275
10. Coughlan C, Walters S, Ledger W, Li TC. A comparison of psychological stress among women with and without reproductive failure. *Int J Gynaecol Obstet*. 2014;124(2):143-7. doi: 10.1016/j.ijgo.2013.08.006 pmid: 24290538
11. Latifnejad Roudsari R, Rasolzadeh Bidgoly M, Mousavifar N, Modarres Gharavi M. The effect of collaborative counseling on perceived infertility-related stress in infertile women undergoing IVF. *Iranian J Obstet, Gynecol Infertility*. 2011;14(4):22-31.
12. Sami N, Saeed Ali T. Perceptions and experiences of women in karachi, pakistan regarding secondary infertility: results from a community-based qualitative study. *Obstet Gynecol Int*. 2012;2012:108756. doi: 10.1155/2012/108756 pmid: 22474450
13. Shahverdi J, Ahmadi SM, Sadeghi K, Bakhtiari M, Rezaei M, Veisy F, et al. A comparative study of the level of mental health, happiness, inferiority feelings, marital satisfaction and marital conflict in fertile and infertile women in Kermanshah. *J Clin Res Paramedical Sci*. 2015;4(3):277-85.
14. Dadfar F, Dadfar M, Kolivand PH. Comparison of Frequency and Intensity of Stressors in Infertile Couples Undergoing Intrauterine Insemination Treatment, Intra-Cytoplasmic Sperm Injection Treatment and without

- Treatment. *Neurosci J Shefaye Khatam*. 2016;4(1):26-36. doi: 10.18869/acadpub.shefa.4.1.26
15. Rezaee F, Sepahvandi M, Mirzaee Haabili K. The Effectiveness of Emotional Schema Therapy on Cognitive-behavioral Avoidance and the Severity of Generalized Anxiety of Symptoms in Female Students with Generalized Anxiety Disorder. *Q J Psychol Stud Alzahra Univ*. 2017;13(1):43-62.
 16. Direkvand Moghaddam A, Delpisheh A, Sayehmiri K. An Investigation of the Worldwide of Infertility as a Systematic Review. *Qom Univ Med Sci J*. 2016;10(1):76-87.
 17. Sadri DE, Sheikholeslami A, Tarvirdizadeh H. The Effect Of Emotional-Focused Couple Therapy On The Infertile Couples'quality Of Relationship, Marital Conflict, And Intimacy. *J Fam Couns Psychother*. 2017;7(125-145).
 18. McKinnon JM, Greenberg LS. Revealing underlying vulnerable emotion in couple therapy: impact on session and final outcome. *J Fam Ther*. 2013;35(3):303-19. doi: 10.1111/1467-6427.12015
 19. Hupfeld J, Ruffieux N. Validierung einer deutschen Version der Self-Compassion Scale (SCS-D). *Z Klin Psychol Psychother*. 2011;40(2):115-23. doi: 10.1026/1616-3443/a000088
 20. Galhardo A, Cunha M, Pinto-Gouveia J, Matos M. The mediator role of emotion regulation processes on infertility-related stress. *J Clin Psychol Med Settings*. 2013;20(4):497-507. doi: 10.1007/s10880-013-9370-3 pmid: 23821009
 21. Raque-Bogdan TL, Hoffman MA. The Relationship Among Infertility, Self-Compassion, and Well-Being for Women With Primary or Secondary Infertility. *Psychol Women Q*. 2015;39(4):484-96. doi: 10.1177/0361684315576208
 22. Basharpour S, Narimani M, Esazadeghan A. Relation of coping styles and social support with perceived stress. *Q J Psychol Stud*. 2013;9(2):29-48.
 23. Maheux A, Price M. The indirect effect of social support on post-trauma psychopathology via self-compassion. *Pers Individ Differences*. 2016;88:102-7. doi: 10.1016/j.paid.2015.08.051
 24. Howitt D, Cramer D, Pasha Sharifi H, Najafi zand J, Mirhashemi M, manavipoor D, et al. An introduction to Statistic in psychology. Tehran: Sokhan Publication; 2014.
 25. Newton CR, Sherrard W, Glavac I. The Fertility Problem Inventory: measuring perceived infertility-related stress. *Fertil Steril*. 1999;72(1):54-62. doi: 10.1016/s0015-0282(99)00164-8 pmid: 10428148
 26. Alizadeh T, Farahani MN, Shahraray M, Alizadegan S. The relationship between self esteem and locus of control with infertility related stress of no related infertile men and women. *J Reprod Infertility*. 2005;6(2).
 27. Leahy R. Leahy Emotional Schema Scale II (LESS II). New York: American Institute for Cognitive Therapy; 2012.
 28. Khanzadeh M, Edrisi F, Muhammadkhani S, Saidian M. Actor Structure Psychometric Properties Of Emotional Schema Scale. *J Clin Psychol*. 2013;11(3):91-119.
 29. Eggeman K, Moxley V, Schumm WR. Assessing spouses' perceptions of Gottman's temporal form in marital conflict. *Psychol Rep*. 1985;57(1):171-81. doi: 10.2466/pr0.1985.57.1.171 pmid: 4048331
 30. Neff KD. The Development and Validation of a Scale to Measure Self-Compassion. *Self Identity*. 2003;2(3):223-50. doi: 10.1080/152988603090927
 31. Baer RA, Lykins ELB, Peters JR. Mindfulness and self-compassion as predictors of psychological wellbeing in long-term meditators and matched nonmeditators. *J Posit Psychol*. 2012;7(3):230-8. doi: 10.1080/17439760.2012.674548
 32. Khosravi S, Sadeghi M, Yabandeh M. Psychometric properties of self-compassion scale *J Psychol Models Methods*. 2013;3(13):47-58.
 33. Sherbourne CD, Stewart AL. The MOS social support survey. *Soc Sci Med*. 1991;32(6):705-14. doi: 10.1016/0277-9536(91)90150-b pmid: 2035047
 34. Tamannaefar M, Mansourinik A. The relationship between personality characteristics, social support and life satisfaction with university students' academic performance. *J Res Plann Higher Educ*. 2014;20(1):149-66.
 35. Tao P, Coates R, Maycock B. Investigating marital relationship in infertility: a systematic review of quantitative studies. *J Reprod Infertil*. 2012;13(2):71-80. pmid: 23926528
 36. Izadi N, Sajjadian I. The Relationship between Dyadic Adjustment and Infertility-Related Stress: The Mediated Role of Self-compassion and Self-judgment. *Iranina J Psychiatr Nurs*. 2017;5(2):15-22. doi: 10.21859/ijpn-05023
 37. Besharat MA, Lashkari M, Rezazadeh MR. Explaining adjustment to infertility according to relationship quality, couples' beliefs and social support. *J Fam Psychol*. 2014;1:41-54.
 38. Sahraian K, Poursamar S, Jafarzadeh F. The relationship between social support and marital satisfaction in infertile women based on infertility factor. *J Urmia Nurs Midwifery Fac*. 2015;12(12):1104-9.
 39. Benazon N, Wright J, Sabourin S. Stress, sexual satisfaction, and marital adjustment in infertile couples. *J Sex Marital Ther*. 1992;18(4):273-84. doi: 10.1080/00926239208412852 pmid: 1291698
 40. Andrews FM, Abbey A, Jill Halman L. Is fertility-problem stress different? The dynamics of stress in fertile and infertile couples*†. *Fertil Steril*. 1992;57(6):1247-53. doi: 10.1016/s0015-0282(16)55082-1
 41. Molid HA, Varaghchi J. Psychological meta-analysis of the infertility researches in Iran. *Iranian J Obstet, Gynecol Infertility*. 2012;15(13):26-33.
 42. Beck AT. Cognitive therapy and the emotional disorders: Penguin; 1979.
 43. Bayazi MH, Gohari Z, Hojjat SK, Behrad A. Relationship between emotional schemas and anxiety, depression and coping stress styles in patients with coronary artery disease. *J North Khorasan Univ Med Sci*. 2014;5(5):1091-8. doi: 10.29252/jnkums.5.5.1091
 44. Galhardo A, Pinto-Gouveia J, Cunha M, Matos M. The impact of shame and self-judgment on psychopathology in infertile patients. *Hum Reprod*. 2011;26(9):2408-14. doi: 10.1093/humrep/der209 pmid: 21727160
 45. Salimi H, Shabani S. The role of social support and coping strategies on mental health of a group of Iranian disabled war veterans. *Iranian J Psychiatr*. 2013;4(15):35-57.
 46. Nasiri F, Abdolmaleki S. Explaining The Relationship Between Perceived Social Support And Quality Of Life, Perceived Stress Mediator Role In Female-Headed

- Households In Sanandaj. *J Appl Sociol.* 2017;4(64):99-116.
47. Martins MV, Peterson BD, Almeida VM, Costa ME. Direct and indirect effects of perceived social support on women's infertility-related stress. *Hum Reprod.* 2011;26(8):2113-21. doi: [10.1093/humrep/der157](https://doi.org/10.1093/humrep/der157) pmid: [21596709](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21596709/)
48. Al-Yazori MT, Abadsa AAA. The Social Support as a Mediator between the Infertility Stress and Depression among Infertile Female in the Gaza Strip *J Educ Psychol Stud.* 2017;25(3):1-13. doi: [10.12816/0040186](https://doi.org/10.12816/0040186)
49. Lu L. Social support, reciprocity, and well-being. *J Soc Psychol.* 1997;137(5):618-28. doi: [10.1080/00224549709595483](https://doi.org/10.1080/00224549709595483) pmid: [9362145](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9362145/)
50. Tajalli P, sobhi A, Ganbaripanah A. The relationship between daily hassles and social support on mental health of university students. *Procedia -Soc Behav Sci.* 2010;5:99-103. doi: [10.1016/j.sbspro.2010.07.058](https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2010.07.058)
51. Neff KD, Pommier E. The Relationship between Self-compassion and Other-focused Concern among College Undergraduates, Community Adults, and Practicing Meditators. *Self Identity.* 2013;12(2):160-76. doi: [10.1080/15298868.2011.649546](https://doi.org/10.1080/15298868.2011.649546)
52. Yarnell LM, Neff KD. Self-compassion, Interpersonal Conflict Resolutions, and Well-being. *Self Identity.* 2013;12(2):146-59. doi: [10.1080/15298868.2011.649545](https://doi.org/10.1080/15298868.2011.649545)