

نقش بازنمایی شناختی، شخصیت و عامل ناباروری در پیش‌بینی بهزیستی روان‌شناختی زنان نابارور

شقایق زهرایی^۱، هادی بهرامی احسان^۲، رضا کرمی نوری^۳، محمدعلی بشارت^۴،
مریم بیدادیان^۵

مقاله پژوهشی

چکیده

زمینه و هدف: اگرچه در بدو امر ناباروری به عنوان یک اختلال فیزیولوژیک طبقه‌بندی می‌شود، اما تجربه ناباروری فراتر از یک نارسایی فیزیولوژیک، ابعاد روانی و اجتماعی فوق‌العاده‌ای می‌یابد. پژوهش حاضر به منظور تعیین قدرت پیش‌بینی بازنمایی شناختی بیماری، شخصیت و عامل ناباروری در بهزیستی روان‌شناختی زنان نابارور صورت گرفته است.

مواد و روش‌ها: ۶۰ نفر از زنان نابارور مراجعه کننده به بیمارستان جامع زنان تهران به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. این افراد پرسش‌نامه‌های خودگزارش‌دهی را تکمیل کردند. ابزارهای پژوهش شامل پرسش‌نامه اطلاعات جمعیت‌شناختی و پزشکی، پرسش‌نامه بازنگری شده ادراک بیماری، پرسش‌نامه تیپ شخصیتی D، مقیاس شکوفایی و مقیاس تجربه مثبت و منفی بود. برای تحلیل آماری داده‌های پژوهش از تحلیل رگرسیون چندمتغیری گام به گام استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج حاصل از تحلیل رگرسیون گام به گام نیز نشان داد که از میان متغیرهای پژوهش، متغیرهای دوره زمانی (حاد/مزمن)، نتایج و بازداری اجتماعی از قدرت پیش‌بینی بیشتری در تبیین واریانس شکوفایی برخوردار هستند که در مجموع توانستند ۴۷ درصد از واریانس شکوفایی را تبیین کنند. متغیرهای دوره زمانی (حاد/مزمن) و هویت از قدرت پیش‌بینی بیشتری در تبیین واریانس تجربه مثبت برخوردار هستند، که در مجموع توانستند ۳۷ درصد از واریانس تجربه مثبت را تبیین کنند و متغیر عاطفه‌مندی منفی از قدرت پیش‌بینی بیشتری در تبیین واریانس تجربه منفی برخوردار است، که توانست ۱۴ درصد از واریانس تجربه منفی را تبیین کند.

نتیجه‌گیری: بر اساس پژوهش حاضر می‌توان نتیجه گرفت که شکوفایی با دوره زمانی (حاد/مزمن)، نتایج و بازداری اجتماعی رابطه منفی معنی‌دار، تجربه مثبت با دوره زمانی (حاد/مزمن) و هویت رابطه منفی معنی‌دار و تجربه منفی با عاطفه‌مندی منفی رابطه مثبت معنی‌دار دارد. بنابراین ضروری به نظر می‌رسد که در مداخلات بالینی درمان ناباروری، برنامه‌ریزی لازم برای مداخله در سطوح شناختی و نیز هیجانی صورت گیرد.

واژه‌های کلیدی: بازنمایی شناختی، شخصیت، عامل ناباروری، بهزیستی روان‌شناختی

ارجاع: زهرایی شقایق، بهرامی احسان هادی، کرمی نوری رضا، بشارت محمدعلی، بیدادیان مریم. نقش بازنمایی شناختی، شخصیت و عامل ناباروری در پیش‌بینی بهزیستی روان‌شناختی زنان نابارور. مجله تحقیقات علوم رفتاری ۱۳۹۳؛ ۱۲(۴): ۴۴

پذیرش مقاله: ۱۳۹۲/۱۲/۰۸

دریافت مقاله: ۱۳۹۲/۰۳/۲۵

Email: zahraei@alzahra.ac.ir

۱. استادیار، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه الزهرا (س)، تهران، ایران (نویسنده مسئول)

۲. دانشیار، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، تهران، ایران

۳. مرکز سلامت و روان‌شناسی پزشکی، دانشگاه اوربرو، سوئد؛ دانشیار دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران

۴. استاد دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، تهران، ایران

۵. دانشجوی دکتری روان‌شناسی دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران

مقدمه

سازمان بهداشت جهانی، ناباروری (Infertility) را ناتوانی در بارداری پس از یک سال مقاربت منظم بدون استفاده از روش‌های جلوگیری تعریف کرده است (۱). آمارها حکایت از آن دارند که ۶۰ تا ۱۶۸ میلیون نفر در سراسر دنیا، تحت تأثیر این پدیده جهانی قرار می‌گیرند و عمده افراد مبتلا در کشورهای در حال توسعه زندگی می‌کنند (۲).

اگرچه در بدو امر ناباروری به عنوان یک اختلال فیزیولوژیک طبقه‌بندی می‌شود، اما تجربه ناباروری فراتر از یک نارسایی فیزیولوژیک، ابعاد روانی و اجتماعی فوق‌العاده‌ای می‌یابد. تقریباً به صورت جهانی، ناباروری به عنوان دورانی بسیار پراسترس توصیف شده است که بر بهزیستی ازدواج و هم‌چنین بهزیستی هر یک از طرفین اثرگذار است (۳). از سوی دیگر مطالعات بر روی بیمارانی که در کلینیک‌های ناباروری حضور می‌یابند نتایج پیچیده‌ای از نظر بهزیستی روان‌شناختی به همراه داشته‌اند (۴). برخی مطالعات نشان می‌دهند که زنانی که تجربه ناباروری دارند در سطح بالایی از آشفتگی، اضطراب، عدم رضایت از زندگی و نایمنی هستند و در عین حال گروهی دیگر نشان می‌دهند که عملکرد روان‌شناختی آن‌ها قابل مقایسه با جمعیت عمومی است (۵).

شروع بیماری، طیفی از مشکلات را به وجود می‌آورد که از بیماری تا بیمار دیگر حتی در بیمارانی با شرایط مشابه، می‌تواند بسیار متفاوت باشد. در سال‌های اخیر روان‌شناسان سلامت نشان داده‌اند که برای معنادگی به این مشکلات و پاسخ‌دهی به آن‌ها، بیماران مدل‌های شخصی خودشان را از بیماری خلق می‌کنند، به طوری که ادراک بیماران از بیماری‌شان، خودتنظیمی رفتاری و هیجانی آن‌ها را در برابر تهدید سلامت تعیین می‌کند (۶). ناباروری هم به عنوان بیماری که به طور معمول فرد به طور مزمین درگیر آن می‌شود می‌تواند طیفی از مشکلات را به همراه داشته باشد. مطالعات نشان می‌دهند که سطوح افسردگی در زنان نابارور، مشابه افرادی است که بیماری مزمین مانند سرطان، مشکلات قلبی، فشار خون بالا و ایدز دارند. در حالی که آشفتگی، پاسخی جهانی به ناباروری نیست، اکثر مطالعات

مرور شده دریافته‌اند که زنان آشفته هستند (۵). در میان الگوهای موجود، یکی از الگوهایی که می‌تواند کمک‌کننده باشد، مدل خودتنظیمی (self regulation model) Levanthal است که فرض می‌کند ادراک بیماران از بیماری خود مبنی بر مؤلفه‌های مشخصی است که این مؤلفه‌ها در نهایت تعیین‌کننده نوع مقابله فرد هستند. بنابراین آن‌ها در نظر می‌گیرند که هر بیماری، دیدگاه‌های شخصی خودش از هویت (identity) یا شناسایی، علت (cause)، دوره زمانی (timeline)، نتایج (consequence) و میزان کنترل‌پذیری (controllability) بیماریش را دارد (۷).

مؤلفه هویت با ایده‌های بیماران نسبت به برچسب، ماهیت شرایط (به عبارت دیگر نشانه‌های مرتبط) و ارتباط میان این‌ها مرتبط است. مؤلفه علت، شامل ایده‌های بیماران در مورد علیت یا علل بیماری است و مؤلفه دوره زمانی، ادراک افراد از طول دوره احتمالی مشکل سلامتی آن‌ها را نشان می‌دهد که این‌ها به عنوان حاد/مزمین یا چرخه‌ای/دوره‌ای طبقه‌بندی شده‌اند. مؤلفه نتایج، باورهای افراد درباره وخامت بیماری و اثر احتمالی آن بر عملکرد جسمانی، اجتماعی و روانی را منعکس می‌کند. مؤلفه کنترل‌پذیری نشان می‌دهد که بیمار چه میزان باور دارد که شرایطش قابل درمان یا کنترل است (۷). Levanthal فرض می‌کند که این بازنمایی‌ها، پاسخ‌های شناختی بیمار به نشانه‌ها و بیماری‌ها را منعکس می‌کند و پاسخ‌های هیجانی هم به طور موازی با بازنمایی‌های بیمار ایجاد می‌شوند (۷). بررسی‌های اخیر مطرح می‌کنند که بازنمایی‌های بیماری می‌توانند تقریباً مستقل از راهبردهای مقابله‌ای استفاده‌شده، بر پیامد هم تأثیرگذار باشند (۸). مدل Levanthal برای ناباروری ساخته نشده است، اما (۹) مدل Levanthal را برای ناباروری بسط داده و نشان دادند که بازنمایی‌های شناختی از ناباروری، منجر به استفاده از راهبردهای مقابله‌ای خاص شده که به طور غیرمستقیم از طریق این راه‌کارها بر آشفتگی روان‌شناختی و بهزیستی فرد اثر می‌گذارند. از سویی ادراک‌ها از ناباروری به صورت مستقیم هم بر آشفتگی روان‌شناختی و بهزیستی فرد اثرگذار بودند.

بسیاری از مطالعات ناباروری، رابطه میان قابلیت کنترل ادراک شده ناباروری و سطوح آشفتگی روان شناختی را مطرح کرده‌اند (۱۰). Stanton، Tenen، Afflek، و Mendola دریافتند که زنانی که بر سیر مشکل باروری‌شان کنترل بیشتری احساس می‌کنند، بهزیستی هیجانی بالاتر و آشفتگی پایین‌تری را گزارش می‌کنند (۱۷). Tennen، Litt، Affleck و Klock دریافتند که احساس از دست دادن کنترل بر زندگی فرد به دلیل ناباروری و درمان باروری با افزایش سطوح آشفتگی پس از IVF ناموفق همراه بود. احساس از دست دادن کنترل ۱۶ درصد واریانس آشفتگی پس از IVF ناموفق را تبیین می‌کرد (۱۸). از سویی Lord و Robertson، و Mahajan و همکاران مطرح کردند که قابلیت کنترل ادراک شده ناباروری و درمان باروری با آشفتگی روان شناختی مرتبط نمی‌باشند. به نظر می‌رسد عوامل میانجی دیگری در کنار بازنمایی شناختی از ناباروری می‌تواند بر آشفتگی روان شناختی فرد تأثیرگذار باشد (۲۰-۱۹).

مدل Leventhal در عین حال که می‌تواند مفید باشد، کامل نیست. به عنوان مثال در بررسی علت که بخشی از بازنمایی‌های شناختی فرد می‌باشد، شکل خاصی از باورها که در قالب تقدیر، عقوبت و خواست خدا متجلی می‌شوند بررسی نشده است. نتایج مطالعات نشان می‌دهد که دینداری غریزی، مقابله با حوادث منفی زندگی را تسهیل می‌کند و دینداری غریزی با ارزیابی مبتنی بر مذهب از حوادث مهم و در نتیجه بهزیستی بهتر همراه است (۲۰). ارزیابی مبتنی بر مذهب از ناباروری ممکن است تفسیری مثبت از ناباروری و پذیرش ناباروری را تشویق کند (۲۱). در دیدگاه مذهبی از یک سو، بچه‌ها اغلب به عنوان هدیه‌ای از طرف خدا در نظر گرفته می‌شوند بنابراین ناتوانی در باروری می‌تواند دلالت بر آن داشته باشد که زن گناهی انجام داده یا از طرف خدای مقدس بی‌ارزش شمرده شده است (۲۲) و یا از سویی دیگر منجر به روش مقابله‌ای خاصی شود. همان‌گونه که بررسی Latifnejad-Roudsari و Allan بین دو جامعه ایران و انگلستان نشان داد که زنان نابارور مذهبی، ناباروری را به عنوان تجربه‌ای غنی برای رشد معنوی در نظر می‌گرفتند

Gourounti و همکاران در بررسی ۱۳۷ زنی که تحت درمان IVF بودند نشان دادند که با کنترل فاکتورهای دموگرافیک، ادراک کنترل فردی پایین و مقابله اجتنابی با استرس مرتبط با ناباروری رابطه مثبت داشت و مقابله ارزیابی مشکل با استرس مرتبط با ناباروری و نشانه‌شناسی افسردگی رابطه منفی معنی‌دار داشت (۱۰). فراتحلیل Hagger و Orbell روی مطالعات تجربی که مدل خودتنظیمی لونتال را به کار برده بودند، نشان داد که شواهد از ارتباط معنی‌دار میان ابعاد شناختی بیماری، راهبردهای مقابله و بهزیستی روان شناختی حمایت می‌کنند. هم چنین ادراک این که بیماری قابل کنترل است به طور مثبت و معنی‌داری با بهزیستی روان شناختی و به طور منفی با آشفتگی روان شناختی مرتبط بود (۱۱).

بهزیستی روان شناختی می‌تواند به عنوان یکی از پیامدها در مدل لونتال در نظر گرفته شود. در سالیان اخیر، رویکرد آسیب شناختی به مطالعه سلامتی انسان مورد انتقاد قرار گرفته است. بر خلاف این دیدگاه که سلامتی را به عنوان نداشتن بیماری تعریف می‌کند، رویکردهای جدید بر «خوب بودن» (wellness) به جای «بد یا بیمار بودن» (illness) تأکید می‌کنند (۱۲). به دنبال ظهور این نظریه‌ها و جنبش روان شناسی مثبت، گروهی از روان‌شناسان به جای اصطلاح سلامتی روانی (mental health) از بهزیستی روان شناختی (psychological wellbeing) استفاده کرده‌اند (۱۳).

بهزیستی روانی جزء روان شناختی کیفیت زندگی است که به عنوان درک افراد از زندگی خودشان در حیطه رفتارهای هیجانی و عملکردهای روانی و ابعاد سلامت روانی تعریف شده است و شامل دو جزء است. اولین جزء آن قضاوت شناختی درباره این که چطور افراد در زندگی‌شان در حال پیشرفت هستند را شامل می‌شود. در صورتی که دومین جزء آن، سطح تجربه‌های خوشایند را در بر می‌گیرد (۱۴-۱۵). به عبارت دیگر احساس بهزیستی دارای مؤلفه‌های عاطفی و شناختی است. بهزیستی روان شناختی از سه مؤلفه تشکیل شده که عبارت هستند از: رضامندی زندگی، عاطفه منفی و عاطفه مثبت (۱۶).

پستان، عاطفه‌مندی منفی با حساسیت بالا نسبت به نشانه‌های ایجادشده ناشی از درمان و روش خود مغلوب‌گری از مقایسه شرایط خود با سایر بیماران مرتبط است (۲۷). مطالعه Williams و Durning نشان داد که سن و عاطفه‌مندی منفی تنها متغیرهای مرتبط با سطح سازگاری با ناباروری است (۳۰). Williams و همکاران در مطالعه‌ای ۱۹۲ بیمار که سکت قلبی کرده بودند را یک هفته پس از سکت از نظر تیپ شخصیتی D و ادراک بیماری بررسی کردند. بیماران دارای تیپ شخصیتی D باور داشتند که بیماریشان نتایج جدی‌تری دارد، بیشتر باقی می‌ماند، کمتر قابل کنترل است و کمتر قابل درمان می‌باشد. علاوه بر این، به طور معنی‌داری نسبت به بیماران نگران‌تر هستند، هیجانات بیشتری را تجربه می‌کنند و درک کمتری از بیماری‌شان دارند (۶). Denollet، ۷۳۶ بیمار با فشار خون بالا را از نظر تیپ شخصیتی D بررسی کرد. نتایج نشان داد افرادی که فشار خون بالا داشتند و دارای تیپ شخصیتی D بودند، عواطف افسرده‌تری در مقایسه با کسانی که تیپ شخصیتی D نداشتند، گزارش کردند (۲۷). Mols، Denollet، Kaptein، Reemst و Thong ارتباط میان تیپ شخصیتی D و ادراک بیماری در میان بازماندگان سرطان کولون را بررسی کردند. ۱۹ درصد بیماران مورد بررسی، تیپ شخصیتی D داشتند. آنان بر این باور بودند که بیماریشان عواقب جدی‌تری دارد، بیشتر طول می‌کشد و نشانه‌های بیشتری تجربه می‌کردند که به بیماری‌شان نسبت می‌دادند. همچنین، نسبت به بیماران نگرانی بیشتری داشتند و بیماریشان از نظر هیجانی، اثر بیشتری بر آنها می‌گذاشت (۲۸). در مطالعه‌ای ۱۵۵۳ بیمار مراقبت اولیه با دیابت نوع دو را از نظر مشخصات جمعیت‌شناختی و بالینی، سبک زندگی و ویژگی‌های روان‌شناختی بررسی کردند. ۱۰۱۲ نفر از این گروه، یک سال بعد هم پرسش‌نامه تیپ شخصیتی D را پر کردند. بیماران دارای تیپ شخصیتی D، حمایت اجتماعی کمتر و حوادث زندگی پراسترس‌تر، تنهایی، خلق افسرده، بی‌لذتی و اضطراب بیشتری را تجربه می‌کردند (۳۱).

(۲۳). بنابراین جای اعتقاد به تقدیر، عقوبت و خواست خدا در بررسی بازنمایی‌های شناختی حاصل از ناباروری به نظر خالی می‌رسد. در این بررسی تقدیر، سرنوشت و عقوبت هم به عنوان بخشی علی در بازنمایی‌های شناختی بیماری لحاظ شده است.

جای فاکتور شخصیت هم در مدل لونتال خالی است. نه تنها بیماری‌های جسمانی، بلکه آثار روان‌شناختی این بیماری‌ها هم تحت تأثیر تیپ شخصیتی D قرار می‌گیرند. تیپ شخصیتی D بر آسفتگی هیجانی و کیفیت زندگی گروه‌های مختلف بیماری اثر معنی‌داری دارد (۲۴). در مطالعه‌ای مروری مشخص شد که تیپ شخصیتی D با افزایش تعداد یا وخامت شکایات مرتبط با سلامت و ادراک هیجانات منفی (مانند افسردگی و اضطراب) مرتبط بود (۲۵). بازنمایی شناختی در مدل لونتال را می‌توان به عنوان حالت (state) در نظر گرفت. در حالی که شخصیت را به عنوان عاملی مؤثر می‌توان، صفت (trait) در نظر گرفت.

تیپ شخصیتی D به عنوان ترکیبی از عاطفه‌مندی منفی (negative affectivity) یعنی گرایش به تجربه هیجانات منفی در طول زمان و موقعیت‌ها و بازداری اجتماعی (social inhibition) به معنای گرایش به بازداری هیجانات منفی طی تماس اجتماعی، به دلیل ترس از عدم تأیید تعریف می‌شود (۲۴، ۲۶). عاطفه‌مندی منفی و بازداری هیجانی، کل حیطة تفاوت‌های فردی در شخصیت را پوشش نمی‌دهند. اما این صفات کلی، حیطة عمده‌ای از شخصیت را بازنمایی می‌کنند (۲۷). تیپ شخصیتی D می‌تواند در کار بالینی به عنوان فاکتور آسیب‌پذیری عمومی برای غربال‌گری و شناسایی زیرگروه‌های در معرض خطر برای کیفیت زندگی و سلامت روان آسیب‌دیده در نظر گرفته شود (۲۸). شواهد پیشنهاد می‌کنند که عاطفه‌مندی منفی، تعیین‌کننده مهمی در بهزیستی ذهنی و آسفتگی هیجانی در بیماران قلبی است (۲۷). تیپ شخصیتی D عامل خطری برای پیامدهای سلامت متفاوت، کیفیت زندگی پایین، خستگی و شکل‌های مختلف آسفتگی مانند اضطراب، افسردگی و استرس پس از سانحه در بیماران قلبی است (۲۹). یا در زنان با سرطان

ناباروری قرار می‌گیرند این مطالعه بر تجربه زنان از ناباروری تمرکز دارد.

به این ترتیب افرادی که به دنبال درمان ناباروری بوده‌اند اضطراب و آشفتگی هیجانی بیشتری را در مقایسه با جمعیت عمومی گزارش کرده‌اند، اما این پاسخی همگانی نیست به طوری که گروهی، مشکلات بیشتری دارند (۳۹). هر یک از متغیرهای تأثیرگذار بر بهزیستی روان‌شناختی که به آن اشاره شد، در پژوهش‌های مختلف به طور جداگانه مورد بررسی قرار گرفته‌اند. پژوهش حاضر به دنبال پاسخ به این سؤال است که عوامل فوق در کنار یکدیگر تا چه حد در پیش‌بینی بهزیستی روان‌شناختی هم از بعد شکوفایی و هم از بعد تجربه مثبت و منفی سهیم هستند.

مواد و روش‌ها

جامعه و نمونه

جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه زنان با تشخیص ناباروری بودند که به بیمارستان جامع زنان تهران مراجعه می‌کردند. از میان مراجعه‌کنندگان ۶۰ نفر به روش نمونه‌گیری هدفمند به عنوان نمونه انتخاب شدند. ملاک‌های ورود عبارت بودند از: ناباروری اولیه، دریافت درمان IUI یا IVF، دارا بودن حداقل سواد خواندن و نوشتن برای تکمیل پرسش‌نامه‌ها، رضایت کامل برای شرکت در پژوهش، نداشتن تشخیص عمده جسمانی نامرتب با ناباروری و نداشتن اختلال عمده روان‌پزشکی.

ابزارهای اندازه‌گیری

پرسش‌نامه اطلاعات جمعیت‌شناختی و پزشکی: اطلاعات جمعیت‌شناختی و طبی بیماران از طریق پرسش‌نامه‌ای که به منظور جمع‌آوری این دسته داده‌ها تنظیم و تدوین شده بود به دست آمد. اطلاعات جمعیت‌شناختی؛ مواردی مانند سن، طول مدت ازدواج، میزان تحصیلات، وضعیت اشتغال و میزان درآمد را مورد پرسش قرار می‌داد. اطلاعات پزشکی؛ مدت ناباروری، اقدامات درمانی، دارا بودن سایر بیماری‌های طبی، سابقه بستری، عامل ناباروری، اطلاع

از سویی دیگر این که چه کسی مشکل جسمانی ناباروری را دارد هم می‌تواند تأثیر متفاوتی بر زنان نابارور داشته باشد. در میان جمعیت نابارور، عامل یک سوم موارد به زنان، یک سوم به مردان و یک سوم به صورت ترکیبی از هر دو طرف نسبت داده می‌شود. تقریباً ۱۰ درصد موارد ناباروری بدون تبیین یا با عوامل ناشناخته برای هر دو طرف زن و مرد در نظر گرفته می‌شود (۳۲). هنگامی که مشکل ناباروری از جانب مرد است، عکس‌العمل زنان به ناباروری همسرشان می‌تواند از دلسوزی تا شرم و خشم متفاوت باشد. ممکن است او را حمایت و یا سرزنش کنند. اما از آن جایی که تأکید برای باروری روی زنان بیشتر است، در این شرایط بسیاری از زنان از این که مسؤولیت ناباروری بر عهده طرف مقابلشان است احساس راحتی بیشتری دارند (۳۳). عامل ناباروری بر واکنش‌های افراد نسبت به ناباروری تأثیرگذار است. به عنوان مثال، زنان با ناباروری بدون علت شناخته‌شده مضطرب‌تر و ناراضی‌تر از زنان با علت شناخته‌شده ناباروری گزارش شده‌اند (۳۵-۳۴). مطالعه‌ای نشان داد مردان نابارور در مقایسه با زنان نابارور از کیفیت زندگی بهتری برخوردار هستند. کیفیت زندگی با علت ناباروری هم رابطه داشت؛ به این معنی که علت زنانه ناباروری موجب پایین آمدن بیشتر نمره‌ها بود. به طوری که وقتی علت ناباروری مردانه است، کیفیت زندگی بهتر از زمانی است که علت ناباروری زنانه است (۳۶). در مطالعه‌ای در مینه‌سوتا، نتایج نشان داد که احساس ذهنی بهزیستی و کیفیت زندگی در زنان نابارور بیشتر از مردان نابارور تحت تأثیر قرار گرفته بود (۳۷).

بدون شک ناباروری منبعی از آشفتگی برای زوجها است به طوری که نرم‌های اجتماعی، ناباروری را با شکست در سطوح درون‌فردی، بین‌فردی، هیجانی و اجتماعی برابر می‌کند، اما زنان در بسیاری از موارد، بیشتر متحمل ضربه این ادراکات اجتماعی می‌شوند (۲). به طوری که مروری بر مطالعات در مورد پاسخ‌های روان‌شناختی به ناباروری نشان داده که ناباروری برای برای زنان بیش از مردان استرس‌زا است (۳۸). با توجه به این که زنان در مقایسه با مردان، سطوح بالاتری از آشفتگی را تجربه می‌کنند و اغلب بیش از مردان تحت درمان

مشابه استفاده می‌کند، می‌آید. در فرم تجدید نظر شده، آیتم‌های اسناد علی از ۱۰ آیتم به ۱۸ آیتم تغییر یافته است (۴۰). نمره خرده مقیاس‌های بخش دوم و سوم پرسش‌نامه با جمع نمرات آیتم‌های هر بخش به دست می‌آید.

۷۱۱ بیمار از هشت گروه مختلف بیماری برای بررسی IPQ-R انتخاب شده‌اند. آلفای کرونباخ برای همسانی درونی خرده‌مقیاس‌های هویت، دوره زمانی (حاد/مزمین)، دوره زمانی چرخه‌ای، نتایج، کنترل فردی، کنترل درمانی، پیوستگی بیماری، بازنمایی‌های هیجانی، اسنادهای روان‌شناختی، ریسک‌فاکتورها، ایمنی و تصادف یا شانس به ترتیب ۰/۷۵، ۰/۸۹، ۰/۷۹، ۰/۸۴، ۰/۸۱، ۰/۸۰، ۰/۸۷، ۰/۸۸، ۰/۸۶، ۰/۷۷، ۰/۶۷ و ۰/۲۳ به دست آمده است.

برای بررسی روایی افتراقی IPQ-R از PANAS استفاده شده است. برای ارزیابی روایی پیش‌بین مقیاس از علائم سربایی (Ambulatory Index)، پروفایل اثر بیماری و مقیاس شدت خستگی در نمونه MS استفاده شده است. همبستگی‌ها میان این دو مقیاس عموماً کم بوده است. بیشترین ارتباط میان بازنمایی‌های هیجانی و عواطف منفی (۰/۵۴) بوده که بیانگر این نکته است که عواطف منفی، ۲۹ درصد واریانس ناراحتی هیجانی که به وسیله بیماری ایجاد شده است را تبیین می‌کند (۴۰). IPQ-R روی بیماری‌های حاد و مزمن هم بررسی شده است. بررسی‌ها نشان داده است که دو گروه حاد و مزمن در همه ابعاد به طور معنی‌داری متفاوت هستند (۴۰).

برای تهیه نسخه فارسی IPQ-R، علاوه بر ترجمه، بازگرداندن ترجمه به انگلیسی و مقایسه با نسخه اصلی، برای بررسی بازنمایی‌های شناختی اختصاصی یعنی باور به تقدیر، عقوبت و خواست خدا، سؤالاتی توسط پژوهش‌گر به پرسش‌نامه افزوده شد. پرسش‌نامه روی ۳۲ نفر با بیماری دیابت نوع ۲ اجرا شد و به فاصله زمانی دو هفته دوباره پرسش‌نامه برای بررسی اعتبار بازآزمایی به آن‌ها داده شد. آلفای کرونباخ برای همسانی درونی خرده‌مقیاس‌های هویت، دوره زمانی (حاد/مزمین)، دوره زمانی چرخه‌ای، نتایج، کنترل فردی، کنترل درمانی، پیوستگی بیماری، بازنمایی‌های

خانواده‌ها از ناباروری و عامل آن و علل احتمالی عدم ادامه درمان را مورد بررسی قرار می‌داد.

پرسش‌نامه بازنگری‌شده ادراک بیماری. پرسش‌نامه ادراک بیماری توسط Moss-Morris, Petrie, Weinman و Horne بر اساس نظریه خود‌نظم‌بخشی لونتال به منظور ارزیابی جنبه‌های شناختی بیماری، برای جمعیت‌های مختلف بیمار طراحی شده و روی جمعیت‌های بیماران مزمن مختلف آزمون شده است. مؤلفه‌های این آزمون برای ارزیابی هر یک از پنج مؤلفه بازنمایی بیماری بر اساس تئوری لونتال استخراج شده است (۷).

پرسش‌نامه در سال ۲۰۰۲ توسط Moss-Morris و همکاران بازنگری شد. IPQ-R به سه بخش تقسیم شده است؛ به طوری که هویت و ابعاد علی از سایر ابعاد تفکیک شده‌اند (۴۲-۴۰). تمام آیتم‌ها از IPQ در فرم تجدید نظر شده آمده است. آیتم‌های جدید هم از بازخوردهایی که در استفاده از IPQ حاصل شده، به دست آمده است. یک بازنگری انتقادی از مطالعات منتشرشده، برخی تفاوت‌ها را در پیوستگی درونی خرده‌مقیاس‌هایی خاص مشخص کرد. به ویژه دو خرده‌مقیاس درمان/کنترل و دوره زمانی برخی از مشکلات را با توجه به پیوستگی درونی‌شان نشان دادند. تحلیل دوباره خرده‌مقیاس درمان/کنترل آشکار کرد که این آیتم‌ها روی دو فاکتور جداگانه بار دارند. یک مؤلفه با کنترل فردی و باورهای خودکارآمدی مرتبط بود، در حالی که دیگری باورهای درمانی یا توصیه‌های پیشنهادی (برای مثال انتظارات درمانی) را ارزیابی می‌کرد. از آن جایی که این دو مؤلفه، همبستگی ضعیفی با هم داشتند دو خرده‌مقیاس جداگانه طراحی شد. از سوی دیگر خرده‌مقیاس دوره زمانی، همسانی درونی کمتر از حد مطلوب داشت، به این ترتیب به تعداد آیتم‌هایش افزوده شد و آیتم‌هایی هم برای ارزیابی باورهای دوره زمانی چرخه‌ای افزوده شد. در فرم تجدید نظر شده، خرده‌مقیاس پیوستگی بیماری هم افزوده شد. به این ترتیب مجموع سؤالات بخش دوم به ۵۰ رسید. این بخش مقیاس روی طیف لیکرت پنج درجه‌ای سنجیده می‌شود (۴۳، ۴۰). سرانجام بعد علت به عنوان بخشی جدا که از مقیاس لیکرت

ولی از گروهی که فاقد این تیپ بودند، تنها ۷ درصد مرگ ناشی از سکته قلبی داشتند (۴۷).

مقیاس شکوفایی: مقیاس شکوفایی که توسط Diener و همکاران (۴۸) طراحی شده است، شامل هشت آیتم است که وجوه مهم عملکرد فرد را مشتمل بر ارتباطات مثبت، احساس صلاحیت و داشتن معنا و هدف در زندگی توصیف می‌کند. مقیاس برای اندازه‌گیری بهزیستی بر روی طیف لیکرت هفت‌تایی طراحی شده است. همه عبارات جهت‌گیری مثبت دارند. نمره کلی برای بهزیستی روان‌شناختی میان ۸ تا ۵۶ متغیر خواهد بود. آلفای کرونباخ مقیاس در مطالعه‌ای مقدماتی روی دانشجویان ایرانی، ۰/۸۴ به دست آمده است (۴۹) و بار عاملی فاکتورها بین ۰/۶۱ تا ۰/۷۷ گزارش شده است (۴۸).

مقیاس تجربه مثبت و منفی: این مقیاس که توسط Diener و همکاران (۴۸) طراحی شده است، شامل ۱۲ سؤال، ۶ سؤال برای تجارب مثبت و شش سؤال برای تجارب منفی است. مقیاس تجربه مثبت و منفی به دلیل ناپایداری PANAS که توسط Watson و همکارانش به کار رفته بود، طراحی شده است. آلفای کرونباخ مقیاس در مطالعه‌ای مقدماتی روی دانشجویان ایرانی برای عواطف مثبت ۰/۴۲ و برای عواطف منفی ۰/۰۷ به دست آمد. اعتبار پایین به دست آمده مربوط به دو آیتم از عواطف منفی و دو آیتم از عواطف مثبت بود. با حذف این آیتم‌ها، آلفای کرونباخ مقیاس برای عواطف مثبت ۰/۸۱ و برای عواطف منفی ۰/۸۴ به دست آمد (۴۹). بار عاملی فاکتورها در عواطف مثبت بین ۰/۵۸ تا ۰/۸۱ و در عواطف منفی بین ۰/۴۹ تا ۰/۷۸ گزارش شده است. هم چنین مقیاس‌های منفی و مثبت با هم همبستگی منفی معنی‌دار (۰/۶۰-) داشتند (۴۸).

یافته‌ها

طرح پژوهش و شیوه تجزیه و تحلیل داده‌ها

طرح پژوهش حاضر از نوع همبستگی است و برای تعیین سهم هر یک از متغیرهای پیش‌بین در تبیین بهزیستی روان‌شناختی از تحلیل رگرسیون چندمتغیری گام به گام استفاده شد.

هیجانی، اسنادهای روان‌شناختی، ریسک‌فاکتورها، ایمنی، تصادف یا شانس و تقدیر به ترتیب ۰/۸۰، ۰/۹۳، ۰/۷۶، ۰/۸۵، ۰/۳۴، ۰/۵۵، ۰/۸۶، ۰/۹۲، ۰/۸۲، ۰/۷۳، ۰/۶۴، ۰/۳۲ و ۰/۹۴ به دست آمد. همبستگی خرده‌مقیاس‌ها در آزمون- پس‌آزمون با فاصله زمانی دو هفته هم به ترتیب ۰/۷۵، ۰/۸۸، ۰/۶۷، ۰/۷۸، ۰/۰۹، ۰/۲۷، ۰/۸۰، ۰/۷۸، ۰/۸۶، ۰/۸۱، ۰/۴۴، ۰/۷۸ و ۰/۹۲ به دست آمد. همبستگی‌های به دست آمده به جز کنترل فردی، کنترل درمانی و ایمنی در سطح ۰/۰۵ معنی‌دار بودند و ایمنی هم در سطح ۰/۰۱ معنی‌دار بود. تیپ شخصیتی D. این مقیاس که از طریق بررسی بر روی بیماران قلبی در بلژیک ساخته شده است، به طور اختصاصی برای ارزیابی عواطف منفی (روان نژند خوبی)، بازداری اجتماعی (درون‌گرایی) و در نهایت ارزیابی تیپ شخصیتی D ساخته شده است (۴۴). این مقیاس دارای دو خرده مقیاس تحت عنوان عواطف منفی (NA) و بازداری اجتماعی (SI) برای ارزیابی صفات شخصیتی کلی (روان‌نژندخویی و برون‌گرایی) تیپ D می‌باشد (۴۵). هر خرده مقیاس از هفت آیتم تشکیل شده است و هر آیتم بر اساس مقیاس طیف لیکرتی از صفر (غلط) تا چهار (صحیح) درجه‌بندی شده است. بیمار با نمره بالا در کل مقیاس به عنوان شخصیت تیپ D شناخته می‌شود. آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس NA از ۰/۸۱ تا ۰/۸۹ و برای خرده مقیاس SI از ۰/۷۲ تا ۰/۸۵ گزارش شده است. همین‌طور پایایی بازمیابی این خرده مقیاس‌ها به ترتیب ۰/۷۸ و ۰/۸۷ گزارش شده است (۴۵). وفایی و ذوالجناحی در یک مطالعه مقدماتی در مورد کیفیت روان‌سنجی این مقیاس روی یک نمونه ایرانی ۳۱ نفری، آلفای کرونباخ را ۰/۷۹ به دست آوردند. سپس آن‌ها در مطالعه دیگری روی یک نمونه ۴۰۰ نفری در ایران، آلفای کرونباخ را برای کل مقیاس ۰/۷۹، برای خرده مقیاس NA، ۰/۷۷ و برای خرده مقیاس SI، ۰/۶۹ گزارش کردند (۴۶). در بررسی روایی پیش‌بین، مقیاس روی ۳۸۴ بیمار قلبی اجرا شد. یک سوم آن‌ها نمرات بالایی کسب کردند. این افراد به مدت هشت سال تحت نظر قرار گرفتند. از افرادی که دارای تیپ شخصیتی D بودند، ۲۷ درصد بر اثر سکته قلبی فوت کردند

اطلاعات و داده‌ها

میانگین سن نمونه پژوهش حاضر ۲۸/۱۵ و انحراف استاندارد آن ۴/۴۸ بود. میانگین و انحراف استاندارد طول مدت ازدواج آن‌ها به ترتیب ۶/۳۷ و ۳/۳۹ و میانگین و انحراف استاندارد طول ناباروری آنها به ترتیب ۴/۷۴ و ۳/۶۹ بود.

به منظور واریس سؤال پژوهش از تحلیل رگرسیون چندمتغیری گام به گام استفاده شده است به طوری که بازنمایی شناختی بیماری، شخیصت تیپ D و عامل ناباروری به عنوان متغیر پیش‌بین و بهزیستی روان‌شناختی از دو بعد شکوفایی و تجربه مثبت و منفی به عنوان متغیر ملاک در نظر گرفته شد. در تحلیل رگرسیون چندمتغیری گام به گام شکوفایی بر اساس متغیرهای پژوهش، ابتدا دوره زمانی (حاد/مزمن) وارد شد که ۲۹ درصد شکوفایی را تبیین کرد ($F = ۲۳/۶۵, p < ۰/۰۰۱$). پس از آن نتایج اضافه شد و تبیین واریانس را به ۱۰ درصد افزایش داد ($F = ۱۸/۵۴, p < ۰/۰۰۱$). بازداری اجتماعی سومین متغیری بود که وارد شد و ۸ درصد به میزان تبیین واریانس افزود ($F = ۱۶/۶۷, p < ۰/۰۰۱$) و میزان تبیین‌کنندگی به ۴۷ درصد رسید. دیگر متغیرهای پژوهش، افزایش معنی‌داری در نسبت واریانس تبیین‌شده نداشتند. نتایج نشان می‌دهد که شکوفایی با دوره زمانی (حاد/مزمن)، نتایج و بازداری اجتماعی مرتبط است. تحلیل واریانس نشان داد که مدل رگرسیون معنی‌دار می‌باشد ($F = ۱۶/۶۷, p < ۰/۰۰۱$).

بر اساس جدول ۱، به ازای هر واحد افزایش در متغیر دوره زمانی (حاد/مزمن)، متغیر شکوفایی به میزان ۰/۵۳- تغییر پیدا می‌کند که نشان‌دهنده رابطه منفی معنی‌دار میان دوره زمانی (حاد/مزمن) و شکوفایی است. به ازای هر واحد افزایش در متغیر نتایج، متغیر شکوفایی به میزان ۰/۶۱- تغییر پیدا می‌کند که نشان‌دهنده رابطه منفی معنی‌دار میان نتایج و شکوفایی است. به ازای هر واحد افزایش در متغیر بازداری اجتماعی، متغیر شکوفایی به میزان ۰/۳۴- تغییر پیدا می‌کند که نشان‌دهنده رابطه منفی معنی‌دار میان بازداری اجتماعی و شکوفایی است.

در تحلیل رگرسیون چندمتغیری گام به گام تجربه مثبت، بر اساس متغیرهای پژوهش، ابتدا نتایج وارد شد که ۱۸ درصد

تجربه مثبت را تبیین کرد ($F = ۱۲/۴۹, p < ۰/۰۰۱$). پس از آن دوره زمانی (حاد/مزمن) اضافه شد و تبیین واریانس را به ۵ درصد افزایش داد ($F = ۸/۷۸, p < ۰/۰۰۱$). هویت سومین متغیری بود که وارد شد و ۷ درصد به میزان تبیین واریانس افزود ($F = ۷/۸۷, p < ۰/۰۰۱$). در آخر دوره زمانی (حاد/مزمن) و هویت باقی ماندند که میزان تبیین‌کنندگی به ۳۷ درصد رسید ($F = ۱۰/۳۷, p < ۰/۰۰۱$). دیگر متغیرهای پژوهش، افزایش معنی‌داری در نسبت واریانس تبیین‌شده نداشتند. نتایج نشان می‌دهد که تجربه مثبت با هویت و دوره زمانی (حاد/مزمن) مرتبط است. تحلیل واریانس نشان داد که مدل رگرسیون معنی‌دار می‌باشد ($F = ۱۰/۳۷, p < ۰/۰۰۱$).

بر اساس جدول ۲، به ازای هر واحد افزایش در متغیر دوره زمانی (حاد/مزمن)، متغیر تجربه مثبت به میزان ۰/۴۶- تغییر پیدا می‌کند که نشان‌دهنده رابطه منفی معنی‌دار میان دوره زمانی (حاد/مزمن) و تجربه مثبت است. به ازای هر واحد افزایش در متغیر هویت، متغیر تجربه مثبت به میزان ۰/۷۱- تغییر پیدا می‌کند که نشان‌دهنده رابطه منفی معنی‌دار میان هویت و تجربه مثبت است.

در تحلیل رگرسیون چندمتغیری گام به گام تجربه منفی، بر اساس متغیرهای پژوهش، تنها عاطفه‌مندی منفی ۱۴ درصد تجربه منفی را تبیین کرد ($F = ۹/۳۵, p < ۰/۰۰۱$). دیگر متغیرهای پژوهش، افزایش معنی‌داری در نسبت واریانس تبیین‌شده نداشتند. نتایج نشان می‌دهد که تجربه منفی با عاطفه‌مندی منفی مرتبط است. تحلیل واریانس نشان داد که مدل رگرسیون معنی‌دار می‌باشد ($F = ۹/۳۵, p < ۰/۰۰۱$).

بر اساس جدول ۳، به ازای هر واحد افزایش در متغیر عاطفه‌مندی منفی، متغیر تجربه منفی به میزان ۹/۸۷ افزایش پیدا می‌کند که نشان‌دهنده رابطه مثبت معنی‌دار میان عاطفه‌مندی منفی و تجربه منفی است.

جدول ۱. ضرایب تحلیل رگرسیون چند متغیری گام به گام شکوفایی بر اساس متغیرهای پژوهش

مدل	متغیر	B	Beta	T	Sig.
۳	دوره	۰/۵۳	۳	۶	۰/۰۱
	زمانی (حاد/مزم)	-	-۰/۰	-۲/۷	
۴	نتایج	۰/۶۱	۳	۵	۰/۰۰۱
	بازدار	-	-۰/۹	-۳/۹	۰/۰۰۶
۵	ی اجتماعی	۰/۳۴	۲	۸	
		-	-۰/۹	-۲/۷	

متغیر ملاک: شکوفایی

جدول ۲. ضرایب تحلیل رگرسیون چند متغیری گام به گام تجربه مثبت بر اساس متغیرهای پژوهش

مدل	متغیر	B	Beta	T	Sig.
۴	دوره	۰/۴۶	۳	۲	۰/۰۰۲
	زمانی (حاد/مزم)	-	-۰/۷	-۳/۴	
۵	هویت	۰/۷۱	۳	۸	۰/۰۰۶
		-	-۰/۲	-۲/۳	

متغیر ملاک: تجربه مثبت

جدول ۳. ضرایب تحلیل رگرسیون چند متغیری گام به گام تجربه منفی بر اساس متغیرهای پژوهش

مدل	متغیر	B	Beta	T	Sig.
۱	عاطفه مندی منفی	۹/۸۷	۰/۳۷	۶/۰۱	۰/۰۰۱

متغیر ملاک: تجربه منفی

بحث و نتیجه گیری

به منظور پاسخ به سؤال پژوهش از تحلیل رگرسیون چندمتغیری گام به گام استفاده شد. متغیر دوره زمانی (حاد/مزم)، نتایج و بازداری اجتماعی ۴۷ درصد تغییرات شکوفایی را تبیین می کنند. از سویی مشخص گردید که شکوفایی با دوره زمانی (حاد/مزم)، نتایج و بازداری اجتماعی رابطه منفی معنی دار دارد. متغیر هویت و دوره زمانی

(حاد/مزم)، ۳۷ درصد تغییرات تجربه مثبت را تبیین می کنند. در عین حال مشخص شد که هویت و دوره زمانی (حاد/مزم) رابطه منفی معنی داری با تجربه مثبت دارند. متغیر عاطفه مندی منفی ۱۴ درصد تجربه منفی را تبیین می کند و دیگر متغیرهای پژوهش، افزایش معنی داری در نسبت واریانس تبیین شده نداشتند. از سویی عاطفه مندی منفی با تجربه منفی رابطه مثبت معنی دار دارد.

اجتماعی، والد بودن را برای زنان قوی تر می‌کنند (۳۸). بنابراین تجربه استرس بیشتر مرتبط با درمان از یک سو و فرهنگی که ناباروری را مشکلی زنانه تلقی می‌کند می‌تواند منجر به این شود که عامل شناخته شده ناباروری از نظر متخصصین نقش چندانی در تجربه شکوفایی فرد و تجربه مثبت و منفی او نداشته باشد. بررسی رشیدی و همکاران هم که بر دو جنس تمرکز داشته، نشان داده که مردان نابارور در مقایسه با زنان نابارور از کیفیت زندگی بهتری برخوردار بودند که حکایت از تأثیرپذیری بیشتر زنان از ناباروری دارد (۳۶).

در میان متغیرهای بازنمایی شناختی، متغیر هویت، دوره زمانی (حاد/مزمن) و نتایج، متغیرهای تبیین کننده‌ای بودند. به طوری که متغیر دوره زمانی (حاد/مزمن) و نتایج، تبیین کننده بخشی از واریانس شکوفایی بودند و متغیر هویت و دوره زمانی (حاد/مزمن)، تبیین کننده بخشی از واریانس تجربه مثبت بودند. اما بخشی از بازنمایی شناختی که در مطالعات مختلف، رابطه معنی داری با بهزیستی روان شناختی داشته، مؤلفه قابلیت کنترل بوده است. به طوری که Gourounti و همکاران نشان دادند؛ ادراک کنترل فردی پایین و مقابله اجتنابی با استرس مرتبط با ناباروری رابطه مثبت داشت (۱۰). فرا تحلیل Hagger و Orbell هم نشان داد که ادراک این که بیماری قابل کنترل است به طور مثبت و معنی داری با بهزیستی روان شناختی و به طور منفی با آشفتگی روان شناختی مرتبط بود (۱۱) و یا Stanton و همکاران دریافتند که زنانی که بر سیر مشکل باروری شان کنترل بیشتری احساس می‌کنند، بهزیستی هیجانی بالاتر و آشفتگی پایین تری را گزارش می‌کنند (۱۷). در مطالعه Litt و همکاران از دست دادن کنترل با افزایش سطوح آشفتگی پس از IVF ناموفق همراه بود به طوری که احساس از دست دادن کنترل ۱۶ درصد واریانس آشفتگی پس از IVF ناموفق را تبیین می‌کرد (۱۸). نتایج این بررسی با مطالعات فوق همسو نبود؛ به طوری که قابلیت کنترل تبیین کننده بهزیستی روان شناختی نبود. این بررسی با نتایج Lord و Robertson، و Mahajan و همکاران همسو بود که

در عین حال که مطالعات نشان داده‌اند عامل ناباروری بر واکنش افراد نابارور تأثیرگذار است، در این مطالعه عامل ناباروری، افزایش معنی داری در نسبت واریانس تبیین شده هیچ یک از ابعاد بهزیستی روان شناختی (شکوفایی، تجربه مثبت و تجربه منفی) نداشت. نتایج این مطالعه با گزارش Oddens و همکاران و Vischmann و همکاران مبنی بر این که زنان با ناباروری بدون علت شناخته شده مضطرب تر و ناراضی تر از زنان با علت شناخته شده ناباروری گزارش شده‌اند (۳۴-۳۵) و یا با مطالعه‌ای که در مینه‌سوتا نشان داد که احساس ذهنی بهزیستی و کیفیت زندگی در زنان نابارور بیشتر از مردان نابارور تحت تأثیر قرار گرفته بود (۳۷)، متفاوت است. به نظر می‌رسد که فرهنگ می‌تواند در تبیین این تفاوت نقش تعیین کننده‌ای داشته باشد. فرهنگ نقش معنی داری در دادن معنای متفاوت به ناباروری دارد (۵۰). در کشورهای شرقی، باروری یکی از فاکتورهای بسیار باارزش است و هنگامی که باروری با مشکل روبرو شود، می‌تواند منجر به بحرانی روانی شود. به بیانی دیگر راه مواجهه افراد با ناباروری تا حدی به ارزش‌ها و نرم‌های اجتماعی فرهنگی جامعه‌ای که در آن زندگی می‌کنند بستگی دارد (۵۱). در فرهنگ‌های شرقی باروری یکی از ارزش‌ترین فاکتورها است. چنانچه باروری غیرممکن شود، ممکن است بحرانی روان شناختی ایجاد شود. روشی که افراد با ناباروری دست و پنجه نرم می‌کنند، حداقل تا حدودی تحت تأثیر ارزش‌ها و نرم‌های اجتماعی فرهنگی جامعه‌ای که در آن زندگی می‌کنند قرار می‌گیرد (۵۱). مطالعات از آفریقا و آسیا گزارش می‌کنند که با توجه به نقش مطیع بودن زنان در ازدواج، اگر ناباروری را تجربه کنند، تهدید شده و ترس‌هایی توسط همسر را تجربه می‌کنند (۵۲). به طوری که مروری بر مطالعات در مورد پاسخ‌های روان شناختی به ناباروری نشان داده که ناباروری برای برای زنان بیش از مردان استرس‌زا است. این مسأله می‌تواند به این علت باشد که زنان بیشتر از مردان تحت درمان قرار می‌گیرند. بنابراین از استرس‌های مرتبط با درمان بیشتر رنج می‌برند و از طرفی دیگر هم قراردادهای

سویی Williams و همکاران در مطالعه‌ای ۱۹۲ بیمار که سکنه قلبی کرده بودند را یک هفته پس از نظر تیپ شخصیتی D و ادراک بیماری بررسی کردند. بررسی‌ها آشکار کرد که بیماران دارای تیپ شخصیتی D از نظر بیماری، به‌طور معنی‌داری با سایرین متفاوت بودند. بیماران دارای تیپ شخصیتی D باور داشتند که بیماری‌شان نتایج جدی‌تری دارد، بیشتر باقی می‌ماند، کمتر قابل کنترل است و کمتر قابل درمان می‌باشد. آنان به‌طور معنی‌داری نشانه‌های بیشتری را تجربه می‌کنند که به بیماری‌شان نسبت می‌دهند (۶). در این بررسی هم هویت که همان نشانه‌های تجربه شده توسط فرد است در تبیین تجربه مثبت نقش داشت. می‌توان در نظر گرفت که تیپ شخصیتی D به عنوان صفت بر هویت اثرگذار بوده و هویت به عنوان حالت تبیین‌کننده بخشی از واریانس تجربه مثبت بوده است.

در مؤلفه علت بازنمایی شناختی، تقدیر، سرنوشت و عقوبت هم نقشی در تبیین واریانس بهزیستی روان‌شناختی نداشت. به نظر می‌رسد که تمنای داشتن فرزند و نتایج مورد انتظار ناباروری در کنار تعجیل برای گرفتن نتیجه از درمان ناباروری از تقدیر و سرنوشت می‌تواند پیشی بگیرد و در عین حال به نظر می‌رسد اثر تقدیر، سرنوشت و عقوبت بر واسطه‌های مؤثر بر بهزیستی روان‌شناختی قابل بررسی باشد.

در بررسی تبیین‌کنندگی تیپ شخصیتی D، بازداری اجتماعی تبیین‌کننده بخشی از واریانس شکوفایی بود و عاطفه‌مندی منفی تنها تبیین‌کننده تجربه منفی بود. یافته این بررسی همسو با شواهدی است که پیشنهاد می‌کنند عاطفه‌مندی منفی، تعیین‌کننده مهمی در بهزیستی ذهنی و آشفتگی هیجانی در بیماران است (۲۷). همان‌طور که بررسی‌ها نشان داده که در زنان با سرطان پستان، عاطفه‌مندی منفی با حساسیت بالا نسبت به نشانه‌های ایجادشده ناشی از درمان و روش خود مغلوب‌گری از مقایسه شرایط خود با سایر بیماران مرتبط است (۲۷)، مطالعه Durning و Williams هم نشان داد که سن و عاطفه‌مندی منفی تنها متغیرهای مرتبط با سطح سازگاری با ناباروری است (۳۰). بررسی Denollet

قابلیت کنترل ادراک شده ناباروری و درمان باروری با آشفتگی روان‌شناختی مرتبط نمی‌باشند (۲۰-۱۹). به نظر می‌رسد عوامل میانجی دیگری در کنار بازنمایی شناختی از ناباروری می‌تواند بر آشفتگی روان‌شناختی فرد تأثیرگذار باشد. از آن جایی که باروری در فرهنگ ایران تضمین‌کننده بقای زندگی زناشویی و از سویی دیگر تکمیل‌کننده زندگی فرد و تحقق داستان باروری اوست، نتیجه‌ای که فرد برای ناباروری در نظر می‌گیرد می‌تواند تبیین‌کننده احساس شکوفایی فرد باشد و بالطبع به نظر می‌رسد که هرچه باروری اهمیت بیشتری برای فرد داشته باشد، نتایج حاصل از ناباروری اثرگذارتر خواهد بود. همین‌طور هم فشار ناشی از نداشتن فرزند، تعجیل افراد را برای صاحب فرزند شدن بیشتر می‌کند. از سویی نمونه مورد مطالعه گروهی از زنان نابارور بودند که تحت درمان IUI یا IVF بودند. طبیعتاً این گروه درگیر درمان جدی‌تری برای مشکل ناباروری خود شده بودند. بنابراین بازنمایی دوره زمانی تجربه ناباروری، با توجه به این که درمان هم دریافت می‌کردند می‌تواند بر بهزیستی آن‌ها اثرگذار باشد. از سویی نتیجه این بررسی مبنی بر اثر تبیین‌کنندگی بازداری اجتماعی، دوره زمانی و نتایج، همسو با بررسی Mols و همکاران است که ارتباط میان تیپ شخصیتی D و ادراک بیماری در میان بازماندگان سرطان کولون (یک تا ۱۰ سال پس از تشخیص) را بررسی کردند. بیمارانی که تیپ شخصیتی D داشتند، بر این باور بودند که بیماری‌شان عواقب جدی‌تری دارد (نتایج)، بیشتر طول می‌کشد (دوره زمانی) و نشانه‌های بیشتری تجربه می‌کردند که به بیماری‌شان نسبت می‌دادند. همچنین، نسبت به بیماری‌شان نگرانی بیشتری داشتند و بیماری‌شان از نظر هیجانی، اثر بیشتری بر آن‌ها می‌گذاشت (۲۸).

اما متغیر هویت هم تبیین‌کننده بخشی از واریانس تجربه مثبت بود. در مطالعات پیشین چنین رابطه‌ای گزارش نشده است. آنچه در این مطالعه به دست آمده است می‌تواند به دلیل درمان دارویی این گروه باشد؛ به طوری که حساسیت و تمرکز این افراد را بر نشانه‌های بدنی آن‌ها افزایش می‌دهد. از

بهبودی روان‌شناختی فرد تأثیرگذار باشند. با توجه به نتایج متفاوت نقش مؤلفه‌های بازنمایی شناختی در بهبودی روان‌شناختی فرد در مقایسه با پژوهش‌های پیشین و این نکته که یکی از عوامل تأثیرگذار بر بازنمایی‌های شناختی و به عبارت دیگر شناخت فرد، محیط پیرامون فرد است، به نظر می‌رسد جامعه مورد بررسی و فرهنگ باروری موجود در آن هم می‌تواند نقش به‌سزایی داشته باشد.

محدودیت‌ها و پیشنهادات

همانند بسیاری از پژوهش‌های دیگر در پژوهش حاضر هم مشکلات و محدودیت‌هایی وجود داشت. در این پژوهش امکان استفاده از نمونه‌گیری تصادفی مقدور نبود. در نتیجه از روش نمونه‌گیری هدفمند استفاده شد که از محدودیت‌های این پژوهش است. در این پژوهش متغیرها به شیوه خطی مورد بررسی قرار گرفتند که این امر، تقدم و تأخر متغیرها در پیش‌بینی بهبودی روان‌شناختی را به دلیل وجود نقش واسطه‌ای برخی از متغیرها با مشکل مواجه می‌کند. در نتیجه پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی با استفاده از شیوه‌های تحلیل مسیر و معادلات ساختاری به تبیین بهتر پرداخته شود. این پژوهش در جامعه ایران صورت گرفته و از آن جایی که باروری مسأله‌ای مهم در فرهنگ ایران است به نظر می‌رسد انجام این بررسی در فرهنگی متفاوت و مقایسه نتایج با هم می‌تواند مفید باشد.

هم نشان داد افرادی که فشار خون بالا داشتند و دارای تیپ شخصیتی D بودند، عواطف افسرده‌تری در مقایسه با کسانی که تیپ شخصیتی D نداشتند، گزارش کردند (۲۷). این پژوهش هم نشان داد که عاطفه‌مندی با تجربه منفی رابطه مثبت معنی‌دار دارد. عاطفه‌مندی منفی بعد درون‌فردی شخصیت تیپ D در نظر گرفته می‌شود، بنابراین افراد با عاطفه‌مندی منفی بالا، احساس درونی مثبتی مبتنی بر احساس شکوفایی تجربه نمی‌کنند.

این مطالعه نشان داد که بازداری اجتماعی بخشی از واریانس شکوفایی را تبیین می‌کند که همسو با مطالعه Nefs و همکاران (۳۱) است، به طوری که نشان دادند بیماران دارای تیپ شخصیتی D، حمایت اجتماعی کمتر و حوادث زندگی پراسترس‌تر، تنهایی، خلق افسرده، بی‌لذتی و اضطراب بیشتری را تجربه می‌کردند. بازداری اجتماعی بعد بین‌فردی شخصیت تیپ D است. طبیعتاً بازداری اجتماعی، دریافت حمایت اجتماعی را هم محدود می‌کند. از سویی بخشی از احساس شکوفایی فرد، در ارتباطش با سایرین معنا می‌یابد. بنابراین با محدود کردن تعاملات اجتماعی، شکوفایی هم محدود خواهد شد.

می‌توان نتیجه گرفت که ناباروری، درمان‌های ناباروری و مشکلات روان‌شناختی و مهم‌تر از آن بستری که فرد ناباروری را تجربه می‌کند، به شیوه پیچیده‌ای با هم در ارتباط هستند. در عین حال که در این پژوهش فاکتورهایی دیگر در کنار متغیر پیش‌بین مدل لونتال در نظر گرفته شده‌اند، اما هنوز به نظر می‌رسد عوامل دیگری هم می‌توانند در تبیین

References

1. Drosdzol A, Skrzypulec V. Depression and anxiety among Polish infertile couples – an evaluative prevalence study, *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology* 2009; 30 (1): 11-20.
2. Ali S, Sophie R, Imam AM, Khan F, Ali SF, Shaikh A, Farid-ul-Hasnain S. Knowledge, perceptions and myths regarding infertility among selected adult populations in Pakistan: a cross-sectional study. *Bio Med Central Public Health* 2011; 11: 760.
3. Jordan C, Revenson TA. Gender Differences in Coping with Infertility: A Meta-Analysis. *Journal of Behavioral Medicine* 1999; 22 (4): 341-58.

4. Kraaij V, Garnefski N, Vlietstra A. Cognitive coping and depressive symptoms in definitive infertility: A perspective study. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology* 2008; 29 (1): 9-16.
5. Miles LM, Keitel M, Jackson M, Harris A, Licciardi F. Predictors of distress in women being treated for infertility. *Journal of Reproductive and Infant Psychology* 2009; 27 (3): 238-57.
6. Williams L, O'Connor RC, Grubb NR, O'Carroll RE. Type D personality and illness perceptions in myocardial infarction patients. *Journal of Psychosomatic Research* 2011; 70: 141-4.
7. Weinman J, Petrie JK, Moss-Morris R, Horne R. The Illness Perception Questionnaire: A new method for assessing the cognitive representation of illness. *Psychology and Health* 1996; 11: 431-45.
8. Hale ED, Treharne GG, Kitas GD. The Common-Sense Model of self-regulation of health and illness: how can we use it to understand and respond to our patients' needs? *Rheumatology* 2007; 46: 904-906.
9. Benyamini Y, Gozlan M, Kokia E. On the Self-Regulation of a Health Threat: Cognitions, Coping, And Emotions Among Women Undergoing Treatment for Infertility. *Cognitive Therapy and Research* 2004; 28 (5): 577-92.
10. Gourounti K, Anagnostopoulos F, Potamianos G, Lykeridou K, Schmidt L, Vislamatzis G. Perception of control, coping and psychological stress of infertile women undergoing IVF. *Reproductive Bio Medicine Online* 2012; 24: 670-9.
11. Hagger MS, Orbell S. A meta-analytic review of the common-sense model of illness representations. *Psychology & Health* 2003; 18: 141-84.
12. Ryff CD, Singer BH, Love GD. Positive health: Connecting well-being with biology. *Philosophical Transactions of the Royal Society of London* 2004; 359: 1383-94.
13. Ryff CD, Singer B. The contours of positive human health, *Psychological Inquiry* 1998; 9: 1-28.
14. Joronen K. Adolescent's Subjective Well-Being in their social context. *Acta: Universities Tamperensis*; 2005.
15. Staples M. The Relationship of volunteerism and perceived control to personal neighborhood Well-Being. *Melbourne: Deakin University*; 2004.
16. Diener ED, Oishi S, Lucas RE. Personality, culture, and subjective well-being: emotional and cognitive evaluations of life. *Journal of Annual Review of Psychology* 2003; 54: 403-25.
17. Stanton AL, Tennen H, Affleck G, Mendola R. Cognitive appraisal and adjustment to infertility. *Women Health* 1991; 17(3): 1-15.
18. Litt M, Tennen H, Affleck G, Klock S. Coping and cognitive factors in adaption to in vitro fertilization. *Journal of Behavioral Medicine* 1992; 15: 171.
19. Lord S, Robertson N. The role of patient appraisal and coping in predicting distress in IVF. *Journal of Reproductive and Infant Psychology* 2005; 23: 319-32.
20. Mahajan NN, Turnbull DA, Davies MJ, Jindal UN, Briggs NE, Taplin JE. Adjustment to infertility: the role of intrapersonal and interpersonal resources/vulnerabilities. *Human Reproduction* 2009; 24 (4): 906- 12.

21. Batson CD, Schoenrade P, Ventis WL. Religion and the individual: A Social Psychological Perspective. New York: Oxford University; 1993.
22. Dyer SJ. The value of children in African countries- Insights from studies on infertility. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology* 2007; 28 (2): 69-77.
23. Latifnejad-Roudsari R, Allan HT. Women's Experiences and Preferences in Relation to Infertility Counseling: A Multipath Dialogue. *International Journal of Fertility and Sterility* 2011; 5 (3): 158-67.
24. Dannemann S, Matschke K, Einsle F, Smucker MR, Zimmermann K, Joraschky P, et al. Is type D a stable constructs? An examination of type-D personality in patients before and after cardiac surgery. *Journal of Psychosomatic Research* 2010; 69: 101-9.
25. Mols F, Denollet J. Type D personality among noncardiovascular patient populations: A systemic review. *General Hospital Psychiatry* 2010; 32: 66-72.
26. O'Dell KR, Masters KS, Spielman GI, Maisto SA. Does type-D personality predict outcomes among patients with cardiovascular disease? A meta-analytic review. *Journal of Psychosomatic Research* 2011; 71: 199-206.
27. Denollet G. Type D Personality: A potential risk factor refined. *Journal of Psychosomatic Research* 2000; 49: 255-66.
28. Mols F, Denollet J, Kaptein AA, Reemst PHM, Thong MSY. The association between Type D personality and illness perception in colorectal cancer survivors: A study from the population-based profiles registry. *Journal of Psychosomatic Research* 2012; 73: 232-9.
29. Aquarius AE, Denollet J, Hamming JF, de Vries J. Role of disease status and Type D personality in outcomes in patients with peripheral arterial disease. *The American Journal of Cardiology* 2005; 96(7): 996– 1001.
30. Durning PE, Williams RS. Factors influencing expectations and fertility-related adjustment among women receiving infertility treatment. *Fertility and Sterility* 2004; 82: S101.
31. Nefs G, Pouwer F, Pop V, Denollet J. Type D (distressed) personality in primary care patients with type 2 diabetes: Validation and clinical correlates of the DS14 assessment. *Journal of Psychosomatic Research* 2012; 72(4): 251-7.
32. Bayer SR, Alper MM, Penzias A. *The Boston IVF Handbook of Infertility*. New York: The Parthenon Publishing Group; 2002.
33. Takefman J. *Psychological Issues in Male Factor Infertility*. Infertility Awareness Association of Canada 2008.
34. Oddens BJ, den Tonkelaar I, Nieuwenhuys H. Psychosocial experiences in women facing fertility problems— comparative survey. *Human Reproduction* 1999; 14: 255–61.
35. Wischmann T, Stammer H, Scherg H, Gerhard I, Verres R. Psychosocial characteristics of infertile couples: A study by the 'Heidelberg fertility consultation service'. *Human Reproduction* 2001; 16: 1753–61.
36. Rashidi B, Montazeri A, Abedinia N, Shariat M, Ashrafi M, Ramezanzadeh F. Health-related quality of life in infertile couples receiving IVF or ICSI treatment. *Payesh* 2012; 11(3): 385-9. [In Persian].

37. Monga M, Alexandrescu B, Katz SE, Stein M, Ganiats T. Impact of infertility on quality of life, marital adjustment, and sexual function. *Journal of Urology* 2004; 63: 126-30.
38. Benyamini Y, Gozlan M, Kokia E. Women's and men's perception of infertility and their associations with psychological adjustment: a dyadic approach. *British Journal of Health Psychology* 2009; 14: 1-16.
39. Rashidi B, Montazeri A, Ramezanzadeh F, Shariat M, Abedinia N, Ashrafi M. Health-related quality of life in infertile couples receiving IVF or ICSI treatment. *BMC Health Services Research* 2008; 8: 186.
40. Moss-Morris R, Weinman J, Petrie KJ, Horne R, Cameron LD, Buick D. Illness perception questionnaire (IPQ-R). *Psychology and Health* 2002; 17 (1): 1-16.
41. Cherrington CC, Moser DK, Lennie TA, Kennedy CW. Illness representation after acute myocardial infarction: Impact on In-Hospital Recovery. *American Journal of Clinical Care* 2004; 13 (2): 136-45.
42. Hagger MS, Orbell S. A confirmatory factor analysis of the revised illness perception questionnaire (IPQ-R) in a cervical screening context. *Psychology and Health* 2005; 20 (2): 161-73.
43. Grace SL, Krepostman TS, Brooks D, Arthur H, Scholey P, Suskin N, et al. Illness perceptions among cardiac patients: Relation to depressive symptomatology and sex. *Journal of Psychosomatic Research* 2005; 59(3): 153-60.
44. Denollet J. DS14: Standard assessment of negative affectivity, social inhibition, and type D personality. *Psychosomatic Medicine* 2005; 67(1): 89-97.
45. Pedersen SS, Denollet J. Validity of the type D personality construct in Danish post-MI patients and healthy controls. *Journal of Psychosomatic Research* 2004; 57: 265-72.
46. Zoljanani E, Vafai M. Relationship between Type D Personality and Behavioral inhibition and behavioral activation. *Journal of psychology*. 2006; 1 (2-3): 123-44 [In Persian].
47. Ahmadpour-Mobarakeh A, Ahadi H, Mazaheri MM, Nafisi GH. Construction and Assessment of Type D Personality and its relationship with CHD. *Knowledge and Research in Psychology* 2007; 32: 37-60. [In Persian]
48. Diener E, Wirtz D, Tov W, Kim-Prieto C, Choi D, Oishi S, et al. New Well-being Measures: Short Scales to Assess Flourishing and Positive and Negative Feelings. *Social Indicators Research* 2010; 97(2): 143-156.
49. Kormi-Nouri R, Farahani MN, Trost K. The roles of positive and negative affect in well-being among Swedish and Iranian university students. *The Journal of Positive Psychology* 2013; 8 (5): 435-43.
50. Lykeridou K, Gourounti K, Deltsidou A, Loutradis D, Vaslamatzis G. The impact of infertility diagnosis on psychological status of women undergoing fertility treatment. *Journal of Reproductive and Infant Psychology* 2009; 27 (3): 223-37.
51. Wiersema NJ, Drukker AJ, Dung MBT, Nhu GH, Nhu TN, Lambalk CB. Consequences of infertility in developing countries: results of a questionnaire and interview survey in the South of Vietnam. *Journal of Transitional Medicine* 2006; 4 (54).
52. Dyer SJ, Abrahams N, Hoffman M, van der Spuy ZM. Men leave me as I cannot have children': women's experiences with involuntary childlessness. *Human Reproduction* 2002; 17: 1663-8.

The role of cognitive representation, personality and cause of infertility in predicting psychological wellbeing of infertile women

Shshgyeigh Zahraie ¹, Hadi Bahrami Ehsan ², Reza Kormi Nouri ³,
Mohamad Ali Besharat ⁴, Maryam Bidadian ⁵

Original Article

Abstract

Aim and Background: Although infertility is categorized as a physiological disorder at the first level but its experience has a huge psychological and social aspect. The present study aims at determining the predictive power of cognitive representation of illness, personality and the cause of infertility in the psychological wellbeing in infertile women.

Methods and Materials: 60 infertile women referred to Tehran Women General Hospital were selected by purposeful sampling method. The subjects filled out the Demographic and medical questionnaire, Illness Perception Questionnaire- Revised (IPQ-R), Type D Scale (DS14), Flourishing scale and Scale of Positive and Negative Experience (SPANE). For statistical analysis of research data, stepwise multivariate regression analysis was used.

Findings: Results obtained from stepwise regression analysis indicated that among the studied variables of the research, timeline (acute/chronic), consequences and social inhibition have more predictive power in explaining flourishing variance and could explain flourishing by 47%. Timeline (acute/chronic) and identity have more predictive power in explaining positive experience variance and could explain positive experience by 37% and negative affectivity has more predictive power in explaining negative experience variance and could explain negative experience by 14%.

Conclusions: The findings of the study show that flourishing has a negative meaningful relationship with timeline (acute/chronic), consequences and social inhibition; positive experience has a negative meaningful relationship with Timeline (acute/chronic) and identity and negative experience has a positive meaningful relationship with negative affectivity. Hence, programming for cognitive and emotional interventions is assumed necessary in clinical interventions for infertility.

Keywords: Cognitive Representation, Personality, Cause of Infertility, Psychological Wellbeing

Citation: Zahraie Sh, Bahrami Ehsan H, Kormi Nouri R, BesharatM A, Bidadian M. **The role of cognitive representation, personality and cause of infertility in predicting psychological wellbeing of infertile women.** J Res Behave Sci 2014; 12(4): ??

Received: 15.06.2013

Accepted: 27.02.2014

1. Assistant Professor of Faculty of Psychology and Educational Science, Alzahra University, Tehran, Iran (Corresponding Author) Email: zahraei@alzahra.ac.ir
2. Associate Professor of Faculty of Psychology and Educational Science, University of Tehran, Tehran, Iran
3. Center for Health and Medical Psychology, Associate Professor of Faculty of Psychology and Educational Science, University of Tehran, Tehran, Iran
4. Professor of Faculty of Psychology and Educational Science, University of Tehran, Tehran, Iran
5. PhD. Candidate in Psychology, Tarbiat Modarres University, Tehran, Iran