

مقایسه راهبردهای مقابله‌ای و سطوح سازش روان‌شناختی در زنان افسرده و غیر افسرده با تجربه مرگ داخل رحمی

سلمان زارعی^۱، نیاز یوسفی^۲

(صفحات ۱۱۴-۱۳۹)

تاریخ دریافت: ۱۳۹۷/۰۸/۱۰ - تاریخ پذیرش: ۱۳۹۷/۱۰/۰۳

چکیده

هدف: پژوهش حاضر با هدف مقایسه راهبردهای مقابله‌ای و سطوح سازش روان‌شناختی در زنان افسرده و غیر افسرده با تجربه مرگ داخل رحمی انجام شد. **روش:** این مطالعه از نوع علی-مقایسه‌ای بود. جامعه پژوهش زنان دارای تجربه مرگ داخل رحمی افسرده و غیر افسرده بود که در سال ۹۶ دارای پرونده فعال در مطب‌های تخصصی نازایی منطقه ۳ شهر تهران بودند. با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس ۳۰ نفر از زنان افسرده با تجربه مرگ داخل رحمی و ۳۰ نفر از زنان غیر افسرده دارای تجربه مرگ داخل رحمی به عنوان نمونه انتخاب شدند. برای گردآوری داده‌ها از پرسشنامه مقابله با موقعیت‌های فشارزا، مقیاس سلامت روانی و پرسشنامه افسردگی بک استفاده شد. داده‌ها با استفاده از روش تحلیل واریانس چندمتغیره تحلیل شد. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد که زنان افسرده راهبردهای مقابله‌ای هیجانی‌مدار و زنان غیر افسرد ه راهبردهای مقابله‌ای مسئله‌مدار به‌طور معناداری بیشتر استفاده می‌کنند ($P < 0/01$). اما در راهبردهای مقابله‌ای اجتنابی بین زنان غیر افسرده و افسرده تفاوت معناداری مشاهده نشد ($P = 0/79$). همچنین، نتایج نشان داد که درماندگی روان‌شناختی زنان غیر افسرده به‌طور معناداری از زنان افسرده پایین‌تر است و زنان غیر افسرده از بهزیستی روان‌شناختی بالاتری برخوردار می‌باشند ($P < 0/001$). **نتیجه‌گیری:** مطالعه حاضر نشان داد که راهبردهای مقابله‌ای و سازش روان‌شناختی متغیرهایی هستند که می‌توانند بر افسردگی زنان با تجربه مرگ داخل رحمی تاثیر داشته باشند. بنابراین برای درمان افسردگی این افراد، باید به این متغیرها توجه داشت.

واژه‌های کلیدی: افسردگی، راهبردهای مقابله‌ای، سازش روان‌شناختی، مرگ داخل رحمی.

۱. دکتری مشاوره، استادیار مشاوره، گروه روانشناسی، دانشگاه لرستان، خرم‌آباد، ایران.

۲. دانشجوی دکتری مشاوره، گروه روان‌شناسی و مشاوره، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه قم، قم، ایران.

مقدمه

گرچه بارداری واقعه‌ای مسرت‌بخش و هیجان‌انگیز است و یکی از شیرین‌ترین وقایع دوران زندگی یک زن به شمار می‌آید اما این دوران علاوه بر بروز هیجان‌های خوشایند برای زنان باردار و مادران، ممکن است بروز پدیده‌هایی را نیز به دنبال داشته باشد که زندگی این زنان را تحت تأثیر قرار داده و باعث پیدایش مشکلات روانی برای آنان شود. یکی از اتفاقات مهم دوران بارداری «مرگ داخل رحمی جنین»^۱ (IUFD) است که پس از هفته بیستم بارداری رخ می‌دهد (ولماوس و بروینس، گریستین، ون ولیت، میلوف و گروت^۲، ۲۰۱۶). شیوع IUFD، ۵ در ۱۰۰۰ گزارش شده است، و از عوامل جنینی مؤثر در بروز مرگ داخل رحمی می‌توان به عفونت‌ها، ناهنجاری‌ها، محدودیت رشد داخل رحمی و جدا شدن زودرس جفت اشاره کرد. عوامل ناشناخته‌ای نیز در مرگ جنینی سهمیم هستند، از جمله این موارد شامل آنتی‌بادی‌های آنتی‌فسفولیپید^۳، دیابت، اختلالات هیپرتانسیو^۴، تروما^۵، لیبر غیرطبیعی^۶، سپسیس^۷، اسیدوز^۸، هیپوکسی^۹، پارگی رحم، حاملگی پست‌ترم^{۱۰} است (رابسون، چان، کین و لوک^{۱۱}، ۲۰۱۱). مطالعات صورت گرفته در مورد میزان شیوع این پدیده نشان می‌دهد که با وجود افزایش میزان مراقبت‌های دوران بارداری، شیوع مرگ داخل رحمی کاهش قابل ملاحظه‌ای نداشته است (جیمز، استیر، وانروکونیک^{۱۲}، ۲۰۱۰).

از آنجا که بروز مرگ داخل رحمی باعث از بین رفتن جنین شده و حتی می‌تواند حاملگی‌های بعدی در زنان را تحت تأثیر قرار دهد و همان خطر وقوع را داشته باشد، لذا

1. intra uterine fetal death (IUFD)
2. Velmahos out HJ, Bruinse HW, Christiaens GC, Van Vleit M, Meilof JF, Groot PG et al
3. Antiphospholipid Antibody
4. Hypertensive disorders
5. Trauma
6. Abnormal labyrinth
7. Sepsis
8. Acidosis
9. Hypoxia
10. postterm pregnancy
11. Robson, S., Chin, A., Keane, R.J., Luke, C. G.
12. James, DK., Steer, Pj., Woner, CP., Conic, B.

بروز آن علاوه بر تحمیل هزینه‌های مادی فراوان به زنان باردار و مادران، باعث بروز صدمات و پیامدهای روان‌شناختی منفی مانند افسردگی، اضطراب، استرس و دیگر مشکلات روانی در زنان باردار و خانواده‌های آنان می‌شود که بعضی اوقات غیرقابل جبران هستند (هافنر و اوسلی^۱، ۲۰۱۴). مطالعات نشان داده که اغلب زنان بارداری که در دوران بارداری خود دچار پدیده مرگ داخل رحمی شده‌اند، پس از مدتی دچار بحران‌های عاطفی شدید و ناراحتی‌های دیگر شده‌اند تا جایی که این مشکلات فضای خانواده این افراد را نیز تحت الشعاع خود قرار داده است (ایزدی‌فر، ۱۳۹۴). مرگ داخل رحمی می‌تواند تأثیرات منفی متعددی را به لحاظ روان‌شناختی برای مادر به دنبال داشته باشد که یکی از مهمترین این پیامدها، افسردگی است.

افسردگی به معنی «وجود خلق افسرده روزانه به مدت حداقل ۲ هفته» است. هر دوره افسردگی ممکن است با اندوه، بی‌تفاوتی، فقدان علاقه و لذت، احساس پوچی، بی‌ارزشی، عدم تسلط بر محیط و عدم تحریک‌پذیری مشخص شود (سادوک^۲، ۲۰۱۲). افسردگی در دوران بارداری به دلیل مواجهه زنان با استرس‌های متفاوت ناشی از زایمان و بارداری، منزلت پایین اجتماعی، درماندگی آموخته شده و آثار هورمونی است (سوندسن و مزار^۳، ۲۰۰۰). در پیشگیری، کنترل و یا درمان افسردگی به‌طورکلی و افسردگی زنان با تجربه مرگ داخل رحمی و یا تجربیات مشابه به‌طور خاص باید به متغیرها و عوامل پیشاینده متعددی توجه داشت. با این حال، بنا بر توضیحاتی که در ادامه به آنها اشاره خواهیم کرد، می‌توان از دو متغیر راهبردهای مقابله‌ای^۴ و سازش روان‌شناختی^۵ به عنوان مهمترین عوامل تبیین‌کننده افسردگی در زنانی که تجربه مرگ داخل رحمی داشته‌اند، یاد کرد.

1. Hefner, J. T., & Ousley, S. D.
2. Sadock, B.J.
3. Swendsen J, Mazure C.
4. coping strategies.
5. psychological adjustment.

راهبردهای مقابله‌ای یکی از مؤلفه‌های مهم سلامت روانی است که در سال‌های اخیر مورد مطالعه قرار گرفته است (دیویس^۱، ۲۰۱۵). مقابله عبارت است از تسلط یافتن، کم کردن و یا تحمل آسیب‌هایی که استرس ایجاد می‌کند، و هرگونه پاسخی که در برابر ناملایمات زندگی داده می‌شود و از ناراحتی عاطفی جلوگیری می‌کند و یا فرد را از آن مصون می‌دارد و یا بر آن چیره می‌گرداند (پیرلین و اسکولر^۲، ۱۹۷۸). بهره‌گیری زنان باردار از راهبردهای مقابله‌ای مؤثر برای مقابله با پیامدهای روان‌شناختی ناشی از مرگ داخل رحمی باعث کاهش واکنش این زنان به استرس شده و نیز آثار زیانبار این پدیده را تعدیل می‌کند. این زنان با احساس تسلط و کفایت می‌توانند با مرگ داخل رحمی برخورد کنند (ویلز و شیفمن، ۲۰۱۵^۳).

به نظر ایندلر و پارکر^۴ (۱۹۹۴) راهبردهای مقابله‌ای را می‌توان به سه دسته تقسیم کرد: هیجان‌مدار^۵: این سبک مقابله شامل کلیه فعالیت‌ها یا افکاری می‌شود که به فرد به منظور کنترل و بهبود احساسات نامطلوب ناشی از شرایط فشارزا به‌کار می‌گیرد. اجتناب‌مدار^۶: این راهبرد مستلزم انکار یا کوچک شمردن موقعیت‌های تنش‌زاست. افرادی که از این روش استفاده می‌کنند، هشیارانه تفکرات تنش‌زا را واپس‌رانی کرده و تفکرات دیگری را جایگزین آن می‌کنند. و مسئله‌مدار^۷: مقابله‌های متمرکز بر مسأله، عبارت است از عملکردهای مستقیم فکری و رفتاری فرد است که به منظور تغییر و اصلاح شرایط تهدیدکننده محیطی انجام می‌شود. گروهی از مطالعات نشان دادند که استفاده از راهبردهای مقابله‌ای اثربخش، می‌تواند یکی از روشها برای کنترل و یا درمان افسردگی باشد (هیومن، گرین، گرین والد، گلدشتاین، کینی و اندال^۸، ۲۰۱۴؛ ملندر و

1. Davis, R.

2. Pearlman LI, Schooler C.

3. Wills, M., Shiffman, M.

4. Endler, N. S., & Parker, J. D.

5. emotional - focused.

6. avoidance- focused.

7. problem - focused

8. Human, M., Green, S., Groenewald, C., Goldstein, R. D., Kinney, H. C., & Odendaal, H. J.

لوری^۱، ۲۰۰۲؛ نظیمیه، شیخها و کمالی زارچ، ۱۳۹۵؛ پهلوانی، تهرانی نژاد و ملکوتی، ۱۳۸۱؛ شاکر، حسینی، گلشنی، صادقی و فیض الهی، (۱۳۸۵).

ناگاس و همکاران^۲ (۲۰۰۹) به این نتیجه رسیدند که میانگین نمره راهبردهای مقابله‌ای اجتنابی در بیماران افسرده بیشتر از میانگین نمره‌ی مقابله‌ی مسئله‌مدار و هیجان‌مدار است. پژوهش صالحی، سیمیرو ابوالقاسمی (۱۳۹۲) نشان داد که نتایج افسردگی پس از زایمان با دوراهبرد مقابله با تنیدگی هیجان‌مدار و مسئله‌مدار ارتباطی ندارد و میزان افسردگی پس از زایمان در زنان با راهبردهای مقابله‌ای هیجان‌مدار و مسئله‌مدار تفاوت معنی‌داری نداشت و میزان خطر نسبی ابتلا به افسردگی بعد از زایمان در زنان باردار که راهبرد هیجان‌مدار استفاده کردند نسبت به زنانی که راهبرد مسئله‌مدار را به کار گرفتند ۱/۲ برابر بیشتر است. نیک‌راهان و همکاران (۱۳۹۰) در پژوهشی نشان دادند که ویژگی‌های شخصیتی از روان‌رنجورخویی و برون‌گرایی تأثیری می‌پذیرد و زنان بارداری که روان‌رنجورتر از بقیه هستند بیشتر از سایرین از سبک‌های هیجان‌مدار استفاده می‌کنند.

به‌طورکلی، بررسی مطالعات انجام شده در ارتباط با تأثیر و یا رابطه بین راهبردهای مقابله‌ای و افسردگی در زنان نشان می‌دهد که یافته‌های این مطالعات با یکدیگر همسو نیستند. تعدادی از مطالعات نشان دادند که راهبرد مقابله‌ای مسئله‌مدار زنان غیرافسرده به‌طور معناداری بالاتر از نمره زنان افسرده است (گاوبی و کوریج^۳، ۲۰۰۳؛ لی بگلی^۴، ۲۰۰۵؛ لوپس و فریدن برگ^۵، ۲۰۰۳؛ عزتی، نوری و حسنی، ۱۳۹۲؛ عارفی، رحیمی و گل محمدیان، ۱۳۹۵؛ شاکر و همکاران، ۱۳۸۵؛ و غضنفری و قدم‌پور، ۱۳۸۷) اما در دیگر مطالعات (نظامی و عزیزی، ۱۳۹۴؛ صالحی و همکاران، ۱۳۹۲ و پهلوانی و همکاران،

1. Melender, H. L., & Lauri, S.
2. Nagase, Y.
3. Gowbi, D, L., & Corich, C.
4. Lee-Baggley, D.
5. Lewis R, Frydenberg E.

۱۳۸۱) این ارتباط دیده نشد. نتایج مطالعه شرمن^۱ و همکاران (۲۰۰۰) و عزتی و همکاران، (۱۳۹۲) نشان داد که راهبرد مقابله‌ای هیجان‌مدار در زنان افسرده به‌طور معناداری بالاتراز نمره زنان غیرافسرده است اما در مطالعه نظامی و عزیزی، (۱۳۹۴) و صالحی و همکاران (۱۳۹۲) این تفاوت دیده نشد. در حالیکه تعدادی از مطالعات نشان دادند بین نمرات راهبرد مقابله‌ای اجتنابی زنان غیرافسرده و افسرده تفاوت معناداری وجود دارد (براینت و هاروی^۲، ۲۰۰۸؛ تروپ^۳، ۱۹۹۴؛ نظامی و عزیزی ۱۳۹۴؛ عزتی و همکاران، ۱۳۹۲). اما این تفاوت در پژوهش شرمن و همکاران (۲۰۰۰) معنادار بود.

از طرفی، زنانی که در برخورد با پدیده مرگ داخل رحمی رفتارهای ناسازگارانه از خود بروز می‌دهند، زمینه افزایش اختلالات روان‌شناختی شدیدتری را نیز در خودشان فراهم می‌نمایند (جیمز و همکاران^۴، ۲۰۱۰). به‌سختی دیگر، یکی دیگر از متغیرهایی تبیین‌کننده افسردگی از جمله در زنان بعد از تجربه مرگ داخل رحمی، سازش روان‌شناختی است (کوزارلی، کوپر^۵، ۲۰۰۰؛ هدایتی و ابراهیمی مقدم، ۱۳۹۵؛ خسروی، ۱۳۹۴). زنان باردار جهت جلوگیری از بروز پیامدهای روان‌شناختی شدیدتر، لازم است میزان پذیرش روان‌شناختی خود را نسبت به وقوع مرگ داخل رحمی بالا برده و به عبارتی دیگر سازش پذیرتر شوند. سازش روان‌شناختی به معنی انجام رفتارهای منطقی و مطابق با تغییرات محیطی توسط افراد است (جیمز و همکاران، ۲۰۱۰). سازگاری روان‌شناختی جزء عملکردی سیستم عصبی است که مشکل تولید مثل را حل می‌کند و صفتی است که از فشارهای انتخابی یک گونه در محیط خود بوجود می‌آید. خودداری از به‌کارگیری دائم و طولانی مدت مکانیزهای دفاعی ویژگی افراد سازش‌پذیر است. استفاده همیشگی از مکانیزهای دفاعی، شخص را به تدریج از واقعیت دور می‌کند، درحالی‌که شخص

1. Sherman, B. F.
2. Bryant, R. A., & Harvey, A. G.
3. Troop, N. A.
4. James, D. K., & et al.
5. Cozzarelli, C., Cooper, L.

سازش‌پذیر مقدار معینی از اضطراب را می‌پذیرد و طبعاً وقتی وجود اضطراب پذیرفته می‌شود، بسیار کم احتیاج به استفاده از روش‌های دفاعی خواهد داشت (جیمز و همکاران، ۲۰۱۰). در مورد زنان بارداری که دچار پدیده مرگ داخل رحمی می‌شوند، زمانی می‌توان رفتارهای این زنان را سازشی توصیف نمود که رفتارهایی از خود بروز دهند که علاوه بر بازگرداندن آرامش روانی به آنان، فضای خانواده و اطرافیان را نیز تحت تأثیر منفی قرار نداده و پذیرش روان‌شناختی این پدیده را برای آنها فراهم نماید (جیمز و همکاران، ۲۰۱۰).

هرچند مطالعات متعدد به بررسی نقش متغیرهای راهبردهای مقابله‌ای و سازش روان‌شناختی در پیشگیری و یا کنترل اختلال افسردگی پرداختند، با این حال هیچ پژوهشی در داخل کشور رابطه و نقش این متغیرها را با سطح افسردگی در زنان با تجربه مرگ داخل رحمی، مورد بررسی قرار نداده است. محدود پژوهش‌های انجام شده در خارج کشور نیز نقش این متغیرها را در تنها در جامعه‌های آماری مشابه (برای مثال زنان با تجربه بارداری زود هنگام) مورد بررسی قرار داده‌اند. از این رو مطالعه حاضر، اولین پژوهشی که به بررسی نقش این دو متغیر بر افسردگی در زنان با تجربه مرگ داخل رحمی می‌پردازد.

روش کار

پژوهش حاضر از نوع علی-مقایسه‌ای بود. جامعه پژوهش حاضر زنان مرگ داخل رحمی افسرده و غیرافسرده بودند که در سال ۹۶ دارای پرونده فعال در مطب‌های تخصصی نازایی منطقه ۳ شهر تهران بودند که بر اساس نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. سپس آزمون افسردگی بک اجرا شد و زنان در دو گروه افسرده و غیرافسرده از نظر سن هم‌تا شدند. در پرسشنامه بک نمرات ۰-۹ عدم افسردگی، ۱۰-۱۵ افسردگی خفیف، ۱۶-۱۹ افسردگی خفیف-متوسط، ۲۰-۲۹ افسردگی متوسط-شدید، و ۳۰ به بالا افسردگی شدید را نشان می‌دهند (زارع پور، کمالی، علاقبند، قیصری و سرلک، ۱۳۹۱). در پژوهش

حاضر افرادی که در پرسشنامه افسردگی بک نمره کمتر از ۲۰ گرفته‌اند به عنوان گروه غیر افسرده و افرادی که نمره آنها برابر یا بالاتر از ۲۰ بوده است، افسرده محسوب شدند. ۶۰ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. در این نوع تحقیقات تعداد ۱۵ نفر برای هر گروه کفایت می‌کند (دلاور، ۱۳۹۴) که با بیش برآورد ۵۰ درصدی، تعداد ۳۰ نفر برای هر گروه انتخاب شد. لازم به ذکر است زنان هر دو گروه (زنان دچار شده به مرگ داخل رحمی جنین افسرده و غیر افسرده) هم از طریق ملاک‌های ورودی پژوهش و هم از نظر سایر متغیرهای کنترل مانند سن و دیگر ویژگی‌های آماری هم‌تاسازی شدند. ملاک‌های ورود زنان به عنوان افراد گروه نمونه شامل موارد زیر بود: ۱- تمامی این زنان می‌بایست به هنگام بروز پدیده مرگ داخل رحمی جنین، دارای سن حاملگی بالای ۲۰ هفته باشند. ۲- دامنه سنی زنان هر دو گروه (زنان دچار شده به مرگ داخل رحمی جنین افسرده و غیر افسرده) باید بین ۲۵ تا ۴۵ باشد. ۳- هیچکدام از این زنان هر دو گروه (زنان مبتلا به مرگ داخل رحمی جنین افسرده و غیر افسرده) سابقه بستری در بیمارستان و کلینیک‌های روانی به دلیل اختلالات روان‌شناختی شدید را نداشته باشند. ۴- در رابطه با زنان دچار مرگ داخل رحمی جنین، حاملگی این زنان می‌بایست به دلایلی خود به خودی، تحریک سزارینی و یا پنساژ خاتمه یافته باشد. برای گردآوری داده‌ها از ابزارهای زیر استفاده شد:

پرسشنامه مقابله با موقعیت‌های فشارزا (CISS): این پرسشنامه توسط اندلرو پارکر (۱۹۹۰) تهیه شده و به وسیله اکبرزاده (۱۳۷۶) ترجمه شده است. این تست شامل ۴۸ ماده است. نمره‌گذاری این پرسشنامه به صورت پنج‌درجه‌ای در مقیاس لیکرت است؛ بدین صورت که برای گزینه‌های هرگز (۱)؛ گاهی (۲)؛ معمولاً (۳)؛ بیشتر اوقات (۴) و همیشه (۵) نمره در نظر گرفته شده است. این پرسشنامه سه زمینه اصلی رفتارهای مقابله‌ای را مورد سنجش قرار می‌دهد. مقابله مسئله‌مدار: برخورد فعال با مسئله در جهت مدیریت و حل آن؛ مقابله هیجان‌مدار: تمرکز بر پاسخ‌های هیجانی به مسئله و مقابله اجتنابی با فرار از مسئله. دامنه نمره کل این پرسشنامه نیز بین ۴۸ تا ۲۴۰ است.

فراهانی، شگری، گراوند و دانشور (۱۳۸۷) به منظور بررسی استواری ساختار عاملی CISS از تحلیل عاملی تأییدی با روش حداکثر احتمال بر اساس ماتریس واریانس-کوواریانس استفاده کردند. نتایج تحلیل عاملی تأییدی نشان داد که الگوی سه عاملی این پرسشنامه برازندگی قابل قبولی با داده‌ها دارند. در نمونه اصلی مقیاس مقابله با بحران اندلرو پارکر، ضریب همسانی درونی کل ۰/۹۲ گزارش شده است. این ضریب برای سه مقیاس اصلی آن در مقابله مساله مدار برای پسران و دختران به ترتیب ۰/۹۰، ۰/۹۲ و مقابله هیجان مدار به ترتیب ۰/۸۵، ۰/۸۲، برای مقابله اجتنابی به ترتیب ۰/۸۲ و ۰/۸۵ و برای دو مقیاس فرعی سردرگمی و روی آوردن به اجتماع به ترتیب ۰/۷۷ و ۰/۸۰ گزارش شده است (اندر و پارکر، ۱۹۹۰). اعتبار این مقیاس در پژوهش فراهانی و همکاران (۱۳۸۷) برای هریک از راهبردهای مسئله مدار، هیجان مدار و اجتنابی به ترتیب ۰/۸۵، ۰/۷۹ و ۰/۷۶ به دست آمد. در مطالعه حاضر پایایی این پرسشنامه با استفاده از آلفای کرونباخ بر روی ۳۰ نفر، به ترتیب برای بُعد مسئله محور برابر با ۰/۸۱، برای بُعد هیجانی برابر با ۰/۷۷ و برای بُعد اجتنابی برابر با ۰/۸۲ و برای کل آزمون ۰/۸۰ به دست آمد.

مقیاس سلامت روانی: مقیاس سلامت روانی (ویت و وار، ۱۹۸۳) یک آزمون ۳۱ سؤالی است و دو وضعیت بهزیستی روان شناختی و درماندگی روان شناختی را در اندازه‌های پنج درجه‌ای لیکرت از نمره‌ی یک تا پنج می‌سنجد. حداقل نمره آزمودنی در زیرمقیاس‌های بهزیستی روان شناختی و درماندگی روان شناختی به ترتیب ۱۴ و ۲۰ و حداکثر نمره آزمودنی در همین زیرمقیاس‌ها به ترتیب ۶۰ و ۱۰۰ خواهد بود. بهزیستی روان شناختی، به منزله‌ی مولفه‌ی ایجابی سازش و سلامت روان شناختی، بر حسب وجود عواطف مثبت و احساس رضایت از موقعیت‌های شخصی و اجتماعی؛ و درماندگی روان شناختی، به منزله‌ی مولفه‌ی سلبی سازش و سلامت روان شناختی، بر حسب فقدان نشانه‌های آسیب شناختی روانی شامل اضطراب، افسردگی و از دست دادن کنترل رفتار

هیجانی تعریف شده است (ویت و وار، ۱۹۸۳). در فرم فارسی این مقیاس که در نمونه‌ای متشکل از ۱۶۰ دانشجوی دانشگاه‌های تهران و علم و صنعت ایران در دو گروه بیمار (n=۸۰؛ ۵۰ دختر، ۳۰ پسر) و بهنجار (n=۸۰؛ ۵۰ دختر، ۳۰ پسر) اجرا شد، ضرایب آلفای کرونباخ زیرمقیاس‌های بهزیستی روان‌شناختی و درماندگی روان‌شناختی برای نمره آزمودنی‌های بهنجار به ترتیب ۰/۹۱ و ۰/۸۸ و برای نمره آزمودنی‌های بیمار به ترتیب ۰/۸۵ و ۰/۸۹ محاسبه شد که نشانه همسانی درونی خوب مقیاس هستند. روایی همزمان مقیاس سلامت روانی از طریق اجرای همزمان پرسشنامه سلامت عمومی (گلدبرگ و ویلیامز^۱، ۱۹۸۸) در مورد همه آزمودنی‌های دو گروه محاسبه شد. نتایج ضرایب همبستگی پیرسون نشان داد که بین نمره کلی آزمودنی‌ها در پرسشنامه سلامت عمومی با زیرمقیاس بهزیستی روان‌شناختی همبستگی منفی معنی‌دار (p<۰/۰۰۱) و با زیرمقیاس درماندگی روان‌شناختی همبستگی مثبت معنی‌دار (p<۰/۰۰۱) و (r=۰/۸۶ وجود دارد. برای بررسی پایایی این پرسشنامه در مطالعه حاضر از روش آلفای کرونباخ استفاده شد که در یک نمونه ۳۰ نفری، برابر با ۰/۷۶ بدست آمد که پایایی قابل قبولی است.

پرسشنامه افسردگی بک: شامل ۲۱ ماده با نشانه‌های مختلف، که شدت علائم افسردگی را در زمینه عاطفی، شناختی و جسمانی ارزیابی می‌کند. برای هر یک از ماده‌ها ۴ گزینه وجود دارد که دامنه درجه بندی آن از صفر (عدم وجود) تا ۳ (شدید) است. بنابراین نمرات کلی محدوده‌ای بین صفر تا ۶۳ را دربر می‌گیرد. نقطه برش در تحقیقات بنا بر نوع تحقیق متفاوت بوده و در این تحقیق از نقطه برش ۲۰ استفاده شده است که در آن نمرات ۰-۹ عدم افسردگی، ۱۰-۱۵ افسردگی خفیف، ۱۶-۱۹ افسردگی خفیف-متوسط، ۲۰-۲۹ افسردگی متوسط-شدید، و ۳۰ به بالا افسردگی شدید را نشان می‌دهند. نتایج پژوهش بک، استیرو کاربین^۲ (۱۹۸۸) در ارزشیابی روایی محتوایی، سازه و افتراقی

1. Goldberg DP, Williams P

2. Beck, A. T., Steer, R. A., & Carbin, M. G

و نیز تحلیل عاملی نتایج مطلوبی را نشان دادند. همچنین همبستگی این مقیاس با مقیاس افسردگی هامیلتون، $0/73$ ، با مقیاس خودسنجی زونگ $0/76$ و با مقیاس افسردگی MMPI $0/74$ بوده است. پژوهش‌های تحلیل عاملی نیز فقط یک عامل را به دست داده است (علی پور و نوری، ۱۳۸۵). دابسون و محمدخانی (۱۳۸۶) پایایی بازآزمایی را $0/93$ گزارش کردند و روایی همگرایی آن را در همبستگی میان نمره‌های مقیاس با نمره‌های مقیاس‌های ناامیدی بک و افکار خودکشی نشان دادند. بک (۱۹۷۲) گزارش داد که پایایی این پرسشنامه با روش اسپیرمن- براون در حدود 93 صدم است. اعتبار بازآزمایی آن بر حسب فاصله دو آزمون و جمعیت تحت مطالعه، از 48 تا 86 صدم بوده است. برای بررسی پایایی این پرسشنامه در پژوهش حاضر از روش آلفای کرونباخ استفاده شد که در یک نمونه 30 نفری، برابر با $0/76$ بدست آمد که پایایی قابل قبولی است.

یافته‌ها

بررسی ویژگی‌های جمعیت شناختی نشان داد که میانگین و انحراف استاندارد سن زنان افسرده در مطالعه حاضر به ترتیب برابر با $33/03$ و $3/96$ و میانگین و انحراف استاندارد سن زنان غیرافسرده به ترتیب برابر با $30/63$ و $3/83$ بود. در خصوص سطح تحصیلات برای زنان غیرافسرده، بیشترین فراوانی مربوط به سطح تحصیلات لیسانس (۱۴ نفر؛ $46/7$ درصد) و دو سطح تحصیلات فوق دیپلم (۴ نفر؛ $13/3$ درصد) و فوق لیسانس و بالاتر (۴ نفر؛ $13/3$ درصد) دارای کمترین فراوانی بود. به طور نسبتاً مشابه، برای زنان افسرده نیز، بیشترین و کمترین فراوانی به ترتیب مربوط به سطح تحصیلات لیسانس (۱۶ نفر؛ $53/3$ درصد) و فوق دیپلم (۲ نفر؛ $6/7$ درصد) بود. در جدول ۱ مشخصه‌های توصیفی متغیرهای پژوهش به تفکیک گروه‌ها گزارش شد.

جدول ۱. مشخصه‌های توصیفی گروه‌ها در متغیرهای اصلی پژوهش

گروه‌ها		زنان افسرده				زنان غیرافسرده	
شاخص‌ها متغیرها	میانگین	انحراف استاندارد	چولگی	کشیدگی	میانگین	انحراف استاندارد	چولگی
مسئله‌مدار	۴۵/۹۰	۱۲/۳۱	۰/۰۱	۰/۷۱	۵۴/۰۳	۱۱/۵۰	-۰/۵۸
هیجان‌مدار	۴۹/۹۶	۹/۱۷	۰/۰۷	۰/۲۲	۴۶/۰۶	۹/۸۳	-۰/۰۴
اجتنابی	۳۹/۷۳	۱۰/۰۵	-۰/۱۵	-۰/۵۳	۴۰/۴۳	۱۰/۷۳	۰/۰۶
بهبزستی روان‌شناختی	۴۷/۵۳	۴/۸۹	-۰/۲۶	-۰/۰۳	۵۲/۷۰	۷/۵۰	۰/۸۷
درماندگی روانشناختی	۴۴/۹۰	۴۴/۹۰	-۰/۶۵	۰/۳۰	۳۷/۲۶	۳/۹۴	۰/۰۰۷

قبل از تحلیل استنباطی داده‌ها، مفروضه‌های تحلیل واریانس مورد بررسی قرار گرفت. برای بررسی برابری و همگنی واریانس‌های مولفه‌های راهبردهای مقابله‌ای (مسئله‌مدار، هیجان‌مدار، اجتنابی)، سازش روان‌شناختی (بهبزستی روان‌شناختی و درماندگی روان‌شناختی) از آزمون لون استفاده شد که نتایج نشان داد این پیش‌فرض در تمامی مؤلفه‌های راهبردهای مقابله‌ای یعنی مقابله مسئله‌مدار ($P=0/67, F=0/17$)، مقابله هیجان‌مدار ($P=0/58, F=0/30$)، مقابله اجتنابی ($P=0/71, F=0/13$)، بهبودی روان‌شناختی ($P=0/46, F=0/16$) و درماندگی روان‌شناختی ($P=0/39, F=0/73$) برقرار است. نتایج بررسی نرمال بودن توزیع با استفاده از آزمون کالموگروف-اسیمرنوف نشان داد از آنجا که سطح معنی‌داری به دست آمده در این آزمون، در تمامی متغیرهای پژوهش به تفکیک گروه، بیش از مقدار ملاک $0/05$ است، در نتیجه توزیع متغیرهای مورد بررسی در نمونه آماری دارای توزیع نرمال است. جهت بررسی همگنی ماتریس واریانس-کوواریانس از آزمون ام-باکس استفاده شد که نتایج نشان داد با توجه به سطح معناداری بدست آمده این آزمون برای متغیرهای پژوهش ($p>0/05$) گویای آن است که این مفروضه نیز رعایت شده است.

جدول ۲. نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیره (مانکوا) بر روی نمرات

پس آزمون راهبردهای مقابله‌ای، و سازش روان‌شناختی

متغیرها	ارزش لامبدای ویلکز	F	Df خطا	Df اثر	سطح معناداری
راهبردهای مقابله‌ای	۰/۰۲	۹۳۲/۷۰	۵۶/۰۰	۳/۰۰	۰/۰۰۱
سازش روان‌شناختی	۰/۳۹	۴۳/۱۹	۵۷/۰۰	۲/۰۰	۰/۰۰۱

نتایج آزمون لامبدای ویلکز نشان می‌دهد که بین دو گروه زنان افسرده و غیرافسرده حداقل در یکی از مؤلفه‌های راهبردهای مقابله‌ای (مسئله‌مدار، هیجان‌مدار و اجتنابی) و همچنین سازش روان‌شناختی (بهزیستی روان‌شناختی و درماندگی روان‌شناختی) تفاوت معنادار ($P < 0/01$) وجود دارد. در ادامه برای پی‌بردن به این نکته که از لحاظ کدام متغیر بین دو گروه تفاوت وجود دارد از تحلیل کوواریانس تک متغیره در متن مانکوا انجام گرفت که نتایج حاصل در جداول ۳ نشان داده شد.

جدول ۳. نتایج تحلیل واریانس تک متغیره اثرات گروه بر مؤلفه‌های

راهبردهای مقابله‌ای و سازش روان‌شناختی

منبع	متغیرها	مجموع مجزورات	df	میانگین مجزورات	F	P	مجزوراتا
گروه	مقابله مسئله‌مدار	۹۹۲/۲۶	۱	۹۹۲/۲۶	۶/۹۹	۰/۰۱	۰/۱۰
	مقابله هیجان‌مدار	۷۱۴/۱۵	۱	۷۱۴/۱۵	۷/۸۹	۰/۰۱	۰/۱۲
	مقابله اجتنابی	۷/۳۵	۱	۷/۳۵	۰/۰۶	۰/۷۹	۰/۰۰
	بهزیستی روان‌شناختی	۴۰۰/۴۱	۱	۴۰۰/۴۱	۹/۹۸	۰/۰۰۱	۰/۱۴
	درماندگی روان‌شناختی	۸۴۷/۰۱	۱	۸۴۷/۰۱	۳۹/۰۹	۰/۰۰۱	۰/۴۰

براساس داده‌های جدول ۳ بین زنان افسرده و غیرافسرده در دو مؤلفه مقابله مسئله‌مدار و هیجان‌مدار راهبردهای مقابله‌ای تفاوت معنادار وجود داشت اما بین مؤلفه مقابله اجتنابی متغیر راهبردهای مقابله‌ای، بین دو گروه زنان افسرده و غیرافسرده تفاوت

معناداری مشاهده نشد. توضیح بیشتر اینکه، براساس داده‌های جدول فوق نمرات راهبرد مقابله‌ای مسئله محور زنان غیرافسرده به طور معناداری بالاتراز نمره زنان افسرده بود ($P < 0/01$). همچنین متغیر گروه، ۱۰ درصد از واریانس راهبرد مقابله‌ای مسئله محور را تبیین می‌کند. نمرات راهبرد مقابله‌ای هیجان مدار زنان افسرده به طور معناداری بالاتراز نمره زنان افسرده بود ($P < 0/01$). همچنین متغیر گروه، ۱۲ درصد از واریانس راهبرد مقابله‌ای هیجان مدار را تبیین می‌کند. بین نمرات راهبرد مقابله‌ای اجتنابی زنان غیرافسرده و افسرده تفاوت معناداری به لحاظ آماری وجود ندارد ($P = 0/79$). براساس نتایج مندرج در جدول بین زنان افسرده و غیرافسرده در هر دو مؤلفه سازش روان شناختی تفاوت معنادار وجود دارد. با این توضیح که نمرات بهزیستی روان شناختی زنان غیرافسرده به طور معناداری بالاتراز نمره زنان افسرده است ($P < 0/001$). همچنین متغیر گروه، ۱۴ درصد از واریانس بهزیستی روان شناختی را تبیین می‌کند. نمره درماندگی روان شناختی زنان غیرافسرده به طور معناداری پایین تر از نمره زنان افسرده بود ($P < 0/001$). همچنین متغیر گروه، ۴۰ درصد از واریانس درماندگی روان شناختی را تبیین می‌کند.

بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌های پژوهش نشان داد که راهبرد مقابله‌ای مسئله مدار زنان غیرافسرده به طور معناداری بالاتراز نمره زنان افسرده است. این یافته با نتایج مطالعات گاوبی و کوریج (۲۰۰۳)؛ لی بگلی (۲۰۰۵)؛ لوپس و فریدن برگ (۲۰۰۳)؛ عزتی، نوری و حسنی (۱۳۹۲)؛ عارفی، رحیمی و گل محمدیان (۱۳۹۵)؛ شاکر، حسینی، گلشنی، صادقی و فیض الهی (۱۳۸۵)؛ و غضنفری و قدم‌پور (۱۳۸۷) همسو و با مطالعات نظامی و عزیزی (۱۳۹۴)؛ صالحی، سیمیرو و ابوالقاسمی (۱۳۹۲) و پهلوانی و همکاران (۱۳۸۱) که نشان دادند بین افراد افسرده و غیرافسرده نابارور در استفاده از راهبردهای مقابله‌ای تفاوتی وجود ندارد، ناهمسو است. یافته‌های این پژوهش بر این اساس قابل تبیین است که طبق مدل

فولکمن و لازاروس^۱ (۱۹۸۸) در فرآیند مقابله مهارت‌های شناختی برای حل مسئله مورد استفاده قرار می‌گیرند. فرد با به‌کار بستن سبک مقابله کارآمد مساله‌مدار از مهارت‌های شناختی برای حل مسئله استفاده می‌کند. براین اساس راه‌های مقابله با مشکل مستقیماً بررسی می‌شوند و معمولاً با یافتن راه‌حل‌های مناسب برای مشکل رضایت روان‌شناختی حاصل می‌شود. از سوی دیگر این وضعیت باعث نظم و انسجام فکری می‌شود و آشفتگی هیجانی را کاهش می‌دهد. در سایه انسجام فکری و آرامش هیجانی به دست آمده منبع استرس نیز بهتر شناسایی شد و ممکن است قابل کنترل ارزیابی شود. شناخت منبع کنترل از یک سو و قابل کنترل ارزیابی کردن آن از سوی دیگر به افزایش سلامت روانی و در نتیجه کنترل یا کاهش افسردگی کمک می‌کند (غضنفری و قدم‌پور، ۱۳۸۷).

نتایج تحلیل هم‌چنین نشان داد که استفاده از راهبرد مقابله‌ای هیجان‌مدار در زنان افسرده به‌طور معناداری از زنان غیرافسرده بیشتر است که با نتایج مطالعه شرم‌ن و همکاران (۲۰۰۰) مبنی بر رابطه مستقیم میان مقابله مبتنی بر هیجان و افسردگی و عزتی، نوری و حسنی (۱۳۹۲) مبنی بر رابطه مستقیم بین راهبرد مقابله‌ای هیجان‌مدار و علائم افسردگی در زنان نابارور هم‌سو و با مطالعه نظامی و عزیزی (۱۳۹۴) و صالحی، سیمپرو ابوالقاسمی (۱۳۹۲) که نشان دادند بین استفاده از راهبرد هیجان‌مدار و افسردگی در افراد نابارور رابطه معناداری وجود ندارد، ناهم‌سواست. استفاده از راهبرد هیجان‌مدار، فرد را از درگیری مستقیم و موثر با مشکل باز می‌دارد و توانمندی او برای حل مشکل را کاهش می‌دهد. این وضعیت باعث اختلال در انسجام فکری و آشفتگی هیجانی می‌شود و سلامت روانی را کاهش می‌دهد. آشفتگی فکری و هیجانی امکان شناخت صحیح منبع استرس را نیز به تحلیل می‌برد و سلامت روانی را به صورت منفی تحت تاثیر قرار می‌دهد (غضنفری و قدم‌پور، ۱۳۸۷). شرم‌ن، بانانو و همکاران (۲۰۰۰) رابطه میان مقابله مبتنی

1. Folkman, S., & Lazarus, L.S

برهیجان و افسردگی را تایید کردند، آنها نشان دادند که راهبردهای انفعالی مقابله مانند اجتناب، تفکر آرزومندانه و سرزنشگری خود، با افسردگی رابطه مستقیم و معنادار دارد و برعکس، راهبردهای متمرکز بر مساله با گزارش کمتر نشانه‌های افسردگی مرتبط‌اند.

در تبیین این یافته می‌توان گفت، راهبردهای سازش‌نا یافته مقابله‌ای، شیوه‌هایی از مقابله‌اند که مولد مشکلات بعدی هستند. ناتوانی از تشخیص و فهم آنچه در جریان است (شامل تفسیرهای غیرمنطقی و مصیبت بار در مورد موقعیت موجود یا نشانه‌های جسمانی ناشی از موقعیت راهبردهای سازش‌نا یافته، معمولاً به ایجاد حلقه معیوب افزایش اضطراب و نگرانی منجر می‌شود. راهبرد هیجان‌مدار، مستلزم یافتن روش‌هایی برای کنترل هیجان‌ها و تلاش برای امیدوار بودن به هنگام مواجهه با موقعیت‌های تنش‌زاست. افرادی که از این راهبرد استفاده می‌کنند، ضمن اینکه بر هیجان‌ات خود کنترل دارند، ممکن است احساساتی چون خشم یا ناامیدی، افسردگی و علایم درماندگی روان‌شناختی را از خود نشان دهند. در تبیین دیگر برای این یافته می‌توان به این نکته اشاره کرد که تجربه مرگ داخل رحمی جنین، باعث ایجاد افکار منفی در مادر شده و مقابله هیجان‌مدار، فرد را با این افکار بیشتر درگیر می‌کند. این درگیری با افکار منفی، به صورت نشخوارذهنی درآمده و فرد را برای افسردگی آماده می‌کند. در نتیجه می‌توان گفت که مقابله هیجان‌مدار که به معنای حل هیجانی مشکل در شرایط استرس‌زا و بحران که فرد هیجان‌ات منفی را بیشتر تجربه می‌کند، کارکردی منفی داشته و فرد را برای افسردگی آسیب‌پذیر می‌سازد، درحالی‌که ممکن است در شرایط غیربحرانی که فرد لزوماً هیجان‌ات منفی را تجربه نمی‌کند کارکرد مثبت داشته و به بالا بردن خلق کمک کند (جشی و سینگ^۱، ۲۰۰۹).

بررسی و تحلیل بیشتر داده‌ها نشان داد که بین نمرات راهبرد مقابله‌ای اجتنابی زنان غیرافسرده و افسرده تفاوت معناداری به لحاظ آماری وجود ندارد. این یافته با مطالعه

1. Joshi HL, Singh LR.

براینت و هاروی (۲۰۰۸)؛ تروپ (۱۹۹۴)؛ نظامی و عزیزی (۱۳۹۴) عزتی، نوری و حسنی (۱۳۹۲) همسو و با پژوهش شرم و همکاران (۲۰۰۰) ناهمسواست. در تبیین این یافته می توان گفت که سبک مقابله ای اجتنابی پاسخ هایی را در بر می گیرد که هدف آن انکار یا به حداقل رساندن آسیب های یک بحران یا پیامدهای آن است. با اینکه شخص موقعیت را همانگونه که وجود دارد می پذیرد اما، آن را تغییر ناپذیر فرض می کند و نیز شامل رفتارهای جایگزین است، به این نحو که شخص سعی می کند در فعالیت های جدید درگیر شود و آن فعالیت ها را به عنوان جایگزین فقدان های ناشی از بحرانها کند و منابع ارضای جدیدی را ابداع کرده و جایگزین منابع قبلی کند. اگرچه این سبک مقابله ای به عنوان راهبردی کوتاه مدت کارآمد شناخته شده است اما در دراز مدت مانع سازش روان شناختی شده و نشانه های درماندگی مثل افسردگی را افزایش می دهد.

علیرغم اینکه مطالعات گذشته (ناگاس، ۲۰۰۹؛ شرم و همکاران، ۲۰۰۰) بر رابطه مثبت بین افسردگی و راهبرد مقابله ای اجتنابی تاکید کرده اند، در مطالع حاضر بین این دو متغیر ارتباطی دیده نشد که این تناقض می تواند ناشی از این باشد که در شرایط مرگ داخل رحمی جنین و موقعیت استرس زایی که برای مادر ایجاد می کند، فرد دائماً با موضوع استرس زا و غم انگیز (یعنی مرگ داخل رحمی جنین) درگیر بوده و اجتناب از این موقعیت، امکان پذیر نمی باشد؛ در نتیجه در این شرایط، استفاده از راهبرد مقابله ای اجتنابی جهت کاهش غمزدگی یا استرس ناشی از مرگ داخل رحمی جنین، جایگاه چندانی ندارد. به عبارت دیگر، مادری که مرگ داخل رحمی جنین را تجربه کرده است، دائماً با این موضوع درگیر بوده و در خانواده و اجتماع در معرض این مشکل قرار می گیرد. از طرف دیگر، شرکت کننده گان در پژوهش حاضر، زنان دارای تجربه IUFD بودند که به بیمارستان مراجعه کرده و اغلب تحت درمان بودند. در نتیجه مقابله اجتنابی که به معنای انکار وضعییت دشوار و دوری از مواجهه با آن می باشد، در این جمعیت نمود چندانی نداشت.

در ارتباط با سوال دوم پژوهش، نتایج نشان داد که زنان افسرده از سازگاری روان‌شناختی پایین‌تری نسبت به زنان غیرافسرده برخوردارند. این یافته با نتایج مطالعات با بادگار^۱ (۲۰۰۴)؛ اسپیگل^۲ (۲۰۰۷)؛ ویسرو اسمیتس^۳ (۲۰۰۸)؛ هدایتی و ابراهیمی مقدم (۱۳۹۴)؛ کریمیان زارع (۱۳۹۲)؛ هارون رشیدی و همکاران (۱۳۹۲) همسو و با مطالعات فیشر و همکاران^۴ (۲۰۰۸) و ورهاک و همکاران^۵ (۲۰۱۰) ناهمسو است. در یک مطالعه فراتحلیلی، سگرین^۶ (۲۰۱۱) گزارش می‌دهد که افسردگی با اشکال در مهارت‌های اجتماعی بسیار مرتبط است. در این نظریه فرض بر این است که تعاملات مختل و آسیب دیده، نه تنها ممکن است پیامد افسردگی باشند بلکه حتی می‌تواند خود، نقش سببی مهمی در شروع و تداوم افسردگی داشته باشند. محققان دیگری نیز از جمله هیرشفلد و همکاران^۷ (۲۰۰۰)؛ التواستالا^۸ (۲۰۰۲)؛ گابل^۹، ۲۰۰۰ گزارش داده‌اند که سازگاری در افراد دارای افسردگی بیش از افراد غیرافسرده دچار مشکل شده است به این صورت که آنها خود و دیگران را به طور منفی ارزیابی می‌کنند و از تعاملات اجتماعی خود کمتر راضی و خشنود هستند. لانگمن، برادن و میشل^{۱۰} (۲۰۰۹) نیز نشان داد که بین میزان افسردگی و سازگاری روان‌شناختی و همچنین سلامت روانی زنان ارتباط وجود دارد و زنانی که در مداخله درمانی شرکت نکرده‌اند، میزان ارتباط مستقیم بین افسردگی و سازگاری روان‌شناختی در طول زمان افزایش یافته است. افسردگی درمان نشده می‌تواند منجر به مشکل در کنترل علائم، اختلال در تصمیم‌گیری برای درمان، سازگاری ضعیف با درمان، تعامل اجتماعی ضعیف و اختلال در کیفیت زندگی شود.

1. Badger, T.
2. Spiegel, D.
3. Vissero, M.R.M., & Smets, E.M.A.
4. Fisher, J.W., & et al.
5. Verhaak, C. M., & et al.
6. Segrin, C.
7. Hirschfeld R. M., & et al.
8. Aalto-Setälä, T.
9. Gable, S.
10. Longman, A. J., Braden, C. J., & Mishel, M. M.

بهبودی روان‌شناختی به عنوان یکی از مؤلفه‌های سازش روان‌شناختی، بر کنترل بیماری‌ها و واکنش‌پذیری افراد در مقابل مشکلات کمک می‌کند (معمدی، برجعلی و صادق پور، ۱۳۹۷). بالا بودن بهبودی روان‌شناختی موجب می‌شود تا افراد به طور عمده‌ای هیجانات مثبت را تجربه کنند و از حوادث و وقایع پیرامون خود ارزیابی مثبتی داشته باشند. در مقابل، افرادی که سطح بهبودی روان‌شناختی آنها پایین است (از جمله زنان با تجربه مرگ داخل رحمی)، حوادث و موقعیت‌های زندگی‌شان را نامطلوب ارزیابی می‌کنند و هیجانات منفی و ناخوشایند مانند افسردگی را بیشتر تجربه می‌کنند (مایرز، ۱۹۹۵). در این راستا خدابخشی، کولایی و غیبی (۱۳۹۷) با مقایسه بهبودی روان‌شناختی در زنان افسرده و غیرافسرده دریافتند که میانگین نمرات بهبودی روان‌شناختی زنان افسرده به طور معناداری پایین‌تر از زنان غیرافسرده است. جامعه در مطالعه حاضر تنها محدود به زنانی بود که دارای تجربه IUFD بودند. بنابراین نمی‌توان نتایج این مطالعه را به دیگر افراد مانند زنان نابارور، تعمیم داد. بر اساس نتایج بدست آمده در مطالعه حاضر پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آتی در قالب طرح‌های آزمایشی (و نه علی مقایسه‌ای) عوامل تاثیرگذار بر سلامت روان‌شناختی زنان دارای تجربه IUFD مانند آموزش راهبردهای مقابله‌ای اثربخش، را مورد بررسی قرار دهند. برای مثال با استفاده از طرح‌های آزمایشی تک‌آزمونی^۱ (سرمد، بازرگان و حجازی، ۱۳۹۲) پژوهشگران می‌توانند تاثیرات آموزش و استفاده از هریک از راهبردهای مقابله‌ای را بر سطح افسردگی زنان دارای تجربه IUFD مورد مطالعه قرار دهند. با توجه به محدود بودن جامعه در مطالعه حاضر به زنان دارای تجربه مرگ داخل رحمی، پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آتی متغیرهای پژوهش حاضر را روی جامعه‌ای با ویژگی‌های جمعیت‌شناختی متفاوت (برای مثال مردان یا زنان نابارور یا زنان با تجربه بارداری زود هنگام)، مورد بررسی قرار دهند.

1. Single- subject

پیشنهاد می‌شود که در مراکز درمانی مربوطه، در کنار مداخلات پزشکی، از طریق برگزاری کلاس‌های آموزشی توسط متخصصین روان‌شناس، به‌زیستی روان‌شناختی مادران دارای تجربه IUFUD مورد توجه قرار گیرد. ارائه خدمات مشاوره‌ای از طریق برگزاری کارگاه‌های حضوری، تدوین بسته‌های آموزشی، و همچنین اطلاع‌رسانی رسانه‌ای و افزایش آگاهی و دانش خانواده‌ها و عموم مردم درباره شیوه‌های رفتار و کمک به زنان دارای تجربه IUFUD از دیگر اقدامات مناسب برای کمک به این دسته از مادران است.

منابع

- استفان دابسون، ک.، محمدخانی، پ.، مساح‌چولابی، ا. (۱۳۸۶). مختصات روان‌سنجی پرسشنامه افسردگی بک ۲- در یک نمونه بزرگ مبتلایان به اختلال افسردگی اساسی. مجله توانبخشی، ۸ (۲۴)، ۸۰-۸۶.
- اسلامی نسب، ع. (۱۳۷۳). روان‌شناسی سازگاری: چگونه باخود، طبیعت و اجتماع سازگار شویم. تهران: سازمان چاپ و نشر بنیاد.
- ایزدی فر، ف. (۱۳۹۴). بررسی اپیدمیولوژیک مرگ داخل رحمی جنین و عوامل مساعدکننده آن در مادران باردار. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی سنجند.
- بک، آ. ت. (۱۹۹۶). شناخت درمانی و مشکلات روانی. (ترجمه قرچه داغی، م. ۱۳۹۰). تهران: نشر درسا.
- پهلوانی، ه.، شاهرخ تهرانی نژاد، ا.، ملکوتی، ک. (۱۳۸۱). بررسی عوامل استرس‌زا، راهبردهای مقابله و رابطه آن با سلامت روانی در افراد ناباور. روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران، ۲۸، ۸۷-۷۹.
- جمالی، ی. (۱۳۹۳). تدوین مدل رضایت شغلی براساس سبک زندگی اسلامی، سازگاری زناشویی و جنسیت. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبایی.
- حسینی، ف.، پوررضا، ا.، حسینی، م.، شجاعی‌زاده، د. (۱۳۸۴). افسردگی حین بارداری: لزوم ادغام بیماریابی، افزایش مشارکت همسران. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی گرگان، ۷ (۱)، ۶۰-۶۵.
- خدابخشی کولایی، آ.، غیبی، ف. (۱۳۹۷). مقایسه باورهای مذهبی و روان‌شناختی در زنان سالمند افسرده و غیرافسرده. سبک زندگی اسلامی با محوریت سلامت، ۲ (۲)، ۷۹-۷۵.
- خداپناهی، م. ک.، شفیع‌تبار، م.، حیدری، م. (۱۳۸۹). اثربخشی مداخله آموزش روان‌شناختی و ارتقای کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان سینه. فصلنامه روان‌شناسی تحولی، ۹ (۳۶)، ۳۷۱-۳۴۱.
- خسروی، س. (۱۳۹۴). بررسی نقش پیش‌بینی‌کنندگی سازگاری اجتماعی و پرخاشگری برای افسردگی در نوجوانان. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد مرودشت.

- دانش منفرد، ف. (۱۳۸۰). بررسی ارتباط نگرش‌های ناکارآمد و بروز نشانه‌های افسردگی در نوجوانان شهر تهران. پایان نامه کارشناسی ارشد. انستیتوروان پزشکی تهران، دانشگاه علوم پزشکی ایران.
- دلاور، ع. (۱۳۹۴). روش تحقیق در روان‌شناسی و علوم تربیتی. تهران: ویرایش.
- زارع‌پور، ف.، کمالی، م.، علاقبند، م.، قیصری، م.، سرلک، ش. (۱۳۹۱). بررسی میزان افسردگی و رابطه آن با ورزش در زنان بالای ۲۰ سال. دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، ۲۰ (۱)، ۶۴-۷۲.
- سرمد، ز.، بازرگان، ع.، حجازی، ا. (۱۳۹۲). روش‌های تحقیق در علوم رفتاری. تهران: آگه
- شاکر، ج.، حسینی، م.، گلشنی، ص.، صادقی، خ.، فیض الهی، و. (۱۳۸۵). تعیین میزان سلامت روانی، رضایت از زناشویی و نوع راهبردهای مقابله‌ای زنان ناباور. باروری و ناباروری، ۳ (۷)، ۲۶۷-۲۷۵.
- شکری، ا.، ت، صادق، گراوند، ف.، پاییزی، م.، مولایی، م.، عبدالله‌پور، م.، اکبری، ه. (۱۳۸۷). ساختار عاملی و ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه فارسی پرسشنامه مقابله با موقعیت‌های استرس‌زا. تازه‌های علوم شناختی، ۱۰ (۳)، ۲۲-۳۳.
- صالحی، ح.، سیمبر، و.، ابدی، ع. (۱۳۹۲). مقایسه افسردگی پس از زایمان در زنان با دو راهبرد مقابله‌ای با تنیدگی هیجان‌مدار و مسأله‌مدار در حاملگی‌های کم‌خطر. مجله دانشگاهی علوم پزشکی، ۷ (۲)، ۳۵-۴۰.
- عارفی، م.، رحیمی، ر.، گل‌محمدیان، م. (۱۳۹۵). بررسی و مقایسه رگه‌های شخصیت و سبک‌های مقابله‌ای در زنان و مردان سالم و مبتلا به بیماری‌های قلبی سرپایی. مجله علمی - پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی سبزوار، ۲۳ (۱)، ۱۲۲-۱۳۲.
- عزتی، ع.، نوری، ر.، حسنی، ج. (۱۳۹۲). الگوی روابط ساختاری حمایت اجتماعی، راهبردهای مقابله‌ای و برجسب اجتماعی با علائم افسردگی در زنان ناباور استان تهران در سال ۱۳۸۹. زنان، مامایی و نازایی، ۱۶ (۴)، ۲۸-۲۰.
- علی‌پور، ا.، نوری، ن. (۱۳۸۵). بررسی پایایی و روایی مقیاس افسردگی-شادکامی در پرسنل بخش دادگستری شهر اصفهان. مجله اصول بهداشت روانی، ۸ (۳۲)، ۸۵-۹۶.
- غضنفری، ف. و قدم‌پور، ع. (۱۳۸۷). بررسی رابطه راهبردهای مقابله‌ای و سلامت روانی در ساکنین شهر خرم‌آباد. اصول بهداشت روانی، ۱۰ (۳۷)، ۴۷-۵۴.
- فراهانی، م.، شکری، ا.، گراوند، ف.، دانشور، ز. (۱۳۸۷). تفاوت‌های فردی در استرس تحصیلی و بهزیستی ذهنی: نقش سبک‌های مقابله با تنیدگی. مجله علوم رفتاری، ۴ (۲۹۷-۳۰۴).
- کریمیان زارع، ا. (۱۳۹۲). تاثیر میزان افسردگی بر سازگاری عاطفی اجتماعی دانشجو جوان دختر و پسر دانشگاه پیام نور کاشمر. پایان نامه کارشناسی ارشد. دانشکده علوم تربیتی، دانشگاه پیام نور کاشمر.
- معمودی، ع.، برجعلی، ا. و صادقی‌پور، م. (۱۳۹۷). پیش‌بینی بهزیستی روان‌شناختی سالمندان بر اساس توان مدیریت استرس و حمایت اجتماعی. مجله سالمند، ۴۸، ۱۰۹-۱۰۱.
- نظامی، ل.، عزیزی، م. (۱۳۹۴). پیش‌بینی افسردگی پس از زایمان بر اساس استرس ادراک شده و سبک‌های مقابله با استرس در زنان باردار شهر تبریز. اندیشه و رفتار، ۹ (۳۷)، ۶۷-۶۷.

نظیمیه، ف.، شیخها، م.ح.، کمالی‌زارچ، م. (۱۳۹۵). تأثیر آموزش مقابله درمانگری بر سلامت عمومی زنان باردار دارای ریسک بالای ناهنجاری‌های ژنتیکی در جنین. ماهنامه دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد، ۲۴ (۸)، ۶۱۷-۶۰۷.

نیک‌راهان، غ.، کجیاف، م.، نوری، ا.، زارعان، ا.، نقشینه، ا. (۱۳۹۰). بررسی رابطه ویژگی‌های شخصیت، سبک‌های مقابله با استرس و سطح استرس در زنان باردار. مجله زنان، مامایی و نازایی ایران، ۱۴ (۵)، ۵۱-۵۹.

هدایتی، ر.، حسین ابراهیمی، م. (۱۳۹۴). رابطه افسردگی دانش‌آموزان دبیرستانی دختر با سازگاری و اهمال کاری، نخستین کنگره بین‌المللی جامع روان‌شناسی ایران، تهران، مرکز همایش‌های توسعه ایران، https://www.civilica.com/Paper-PSYI01-PSYI01_011.html

Barnard, L. K. & Curry, J. F. (2011). Self-compassion: Conceptualizations, Correlates, & interventions, *Review of General Psychology*, 15 (4) , 289-296.

Beck, A. T., Steer, R. A., & Carbin, M. G. (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical psychology review*, 8 (1) , 77-100.

Brown, K. W. & Ryan, M. (2003). The benefits of being present: mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 48 (4) , 822-831.

Cohen, F. L. (1979). Coping with the stresses of illness. *Health Psychology*, 217-254.

Cozzarelli, C., Cooper, L. (2000). Psychological responses of women after first-trimester abortion. *Arch Gen Psychiatry journal*, 57 (8) , 777-784

Denisooof, E. & Endler, N. S. (2000). Life experience, coping, and weight preoccupation in young adult woman. *Caadian Journal of Behavioral Science*, 32 (2) , 97-104.

Endler, N. S., & Parker, J. D. (1990). Multidimensional assessment of coping: A critical evaluation. *J Pers Soc Psychol*, 58 (5) , 844-54.

Endler, N. S., & Parker, J. D. (1994). Assessment of multidimensional coping: Task, emotion, and avoidance strategies. *Psychological assessment*, 6 (1) , 50.

Folkman, S., & Lazarus, R. S. (1988). Coping as a mediator of emotion. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 466- 475.

Folkman. S., & Lazarus, R. S. (1986). Stress processes and depressive symptomatology, *Journal of Abnormal Psychology*, 95, 107-113.

Fox, H. C., Bergquist, K. L., Casey, J., Hong, K. A. & Sinha, R. (2012). Selective Cocaine related difficulties in emotion intelligence: relationship to stress and impulse control. *The American Journal on abdications*, 20 (2) , 151-160.

Fridtedm M. A., Verducci, J. S., Walters, K. & Young, M. E. (2009). Impact omultifamily psycho educational psychotherapy in treating children age 8 to 12 years with mood disirders. *Arch gen Psychiatry*, 66, 1031-1021.

Goldberg DP, Williams P, (1988). Editors. A users' guide to the General Health Questionnaire. UK: NFER, Nelson.

- Halamandaris, K. F. & Power, K. G. (1999). Individual differences, social support and coping with the examination stress: a study of psychosocial and academic adjustment of first year home students. *Personality and individual differences*, 26 (4) , 665-685.
- Hefner, J. T., & Ousley, S. D. (2014). Statistical classification methods for estimating ancestry using morphoscopic traits. *Journal of Forensic Sciences*, 59 (4) , 883-890.
- Homana, K.J., & Tylka, T.L. (2015). Self-compassion moderates body comparison and appearance self-worth's inverse relationships with body appreciation. *Body Image*, 15 (3) , 1-7.
- Human, M., Green, S., Groenewald, C., Goldstein, R. D., Kinney, H. C., & Odendaal, H. J. (2014). Psychosocial implications of stillbirth for the mother and her family: A crisis-support approach. *Social Work*, 50 (4) , 563-580.
- James, D. K., Steer, P. J., Weiner, C. P., & Gonik, B. (2010). High risk pregnancy e-book: Management options-expert consult. Elsevier Health Sciences.
- Joshi, H.L., Singh, L. R. (2009). Psychological Distress, Coping and Subjective Wellbeing among infertile women. *Indian Acad Appl Psychol*, 35, 329-36.
- Kashdan, T. B. (2007). Social anxiety spectrum and diminished positive experiences: theoretical synthesis and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 27 (3) , 248-365.
- Kersting A, Wagner B. (2012). Complicated grief after perinatal loss. *Dialogues Clin Neurosci*; 14, 187-194.
- Krieger, T., Altenstein, D., Baettig, I., Doerig, N., grosse Holtforth, M., (2013). Selfcompassion in depression: Associations with depressive symptoms, rumination, and avoidance in depressed outpatients. *Behav. Ther.* 44, 501-513.
- Krieger, T., Berger, T., & grosse Holtforth, M. G. (2016). The relationship of self-compassion and depression: Cross-lagged panel analyses in depressed patients after outpatient therapy. *Journal of Affective Disorders*, 202, 39-45.
- Kunna, A., Kheiri, S, A., Ismail, K,S., Elkheir, H. A., Elnour, S., and Taha, U. (2018). the Psychological Impact of Foetal Loss at Term on Sudanese Mothers. *Int Gyn. & Women's Health* 1 (3) , 15-27.
- Lattack, H. C. (1986). Coping with job stress: measures and future directions for scale development. *Journal of Applied Psychology*, 71 (3) , 377.
- Lazarus, R. S. (1993). Coping theory research: past, present and future. *Psychosomatic medicine*, 55 (3) , 23-247.
- Lazarus, R. S. (1995). Psychological stress in the workplace. *Occupational stress: A handbook*, 1, 3-14.
- Lazarus, R. S. (1999). Hope: An emotion and vital coping resource against despair. *Social Research*, 653-678.
- Lee-Baggeley, D., & Preece, M. (2005). coping with interpersonal stress: Role of Big Five traits. *Journal of Personality*, 73, 1141-1180.
- Lepore, S. J., & Evans, G. W. (1996). Coping with multiple stressors in the environment. In M. Zeidner & N. S. Endler (Eds.) , *Handbook of coping: Theory, research, applications* (pp. 350-377). Oxford, England: John Wiley & Sons.

- Lewis R, Frydenberg E. (2002). Concomitants of failure to cope: what we should teach adolescents about coping. *Br J Educ Psychol*, 72 (3) , 419–431
- Li, J., Laursen, T.M., Precht, D.H., Olsen, J., Mortensen, P.B. (2005). Hospitalization for mental illness among parents after the death of a child. *N. Engl. J. Med.* 352, 1190–1196.
- Macbeth, A. & Gumley, A. (2012). Exploring compassion: A meta-analysis of the association between self-compassion and psychopathology. *Clinical Psychology Review*, 32 (6) , 545-522.
- MacBeth, A., & Gumley, A. (2012). Exploring compassion: A meta-analysis of the association between self-compassion and psychopathology. *Clinical Psychology Review*, 32, 545–552.
- MacBeth, A., Gumley, A.,) 2012 (. Exploring compassion: a meta-analysis of the association between self-compassion and psychopathology. *Clin. Psychol. Rev.*, 545–552.
- Margulies, D. M., Weintraub, S. Basile, J., Grover, P. J. & Carlson, G. A. (2012). Will disruptive mood dysregulations disorder reduce false diagnosis of bipolar disorder in children? *Bipolar Disorder*, 14, 488-453.
- Melender, H. L., & Lauri, S. (2002). Experiences of security associated with pregnancy and childbirth: A study of pregnant women. *International journal of nursing practice*, 8 (6) , 289-296.
- Melendez, J. C., Mayordomo, T., Sancho, P., & Tomas, J. M. (2012). Coping strategies: Gender differences and development throughout life span. *The Spanish Journal of Psychology*, 15 (3) , 1089-1098.
- Mullis, R. L. & Chapman, P. (2000). Age, Gender and self-esteem differences in adolescent coping styles. *The Journal Social Psychology*, 140 (4) , 539-541.
- Murray-harvey, R. T., Slee, P., Lawson, M. J., Silinsm H., Banfield, G. & Russell, A. (2000). Under stress: the concerns and coping strategies of teacher education students. *European Journal of Teacher Education*, 23 (1) , 19-35.
- Myers, D. G., & Diener, E. (1995). Who is happy?. *Psychological Science*, 6 (1) ,10–9.
- Nagase, Y., Uchiyama, M., Kaneita, Y., Li, L., Kaji, T., Takahashi, S., Konno, M., Mishima, K., Nishikawa, T., & Ohida, T. (2009). Coping strategies and their correlates with depression in the Japanese general population, *Psychiatry Research*, 168, 57–66.
- Neff, K. D. & McGehee, P. (2010). Self c0mpassion and psychological resilience among adolescents and young adults. *Self and identity*, 9, 225-240.
- Neff, K. D., Hsieh, Y. P. & Dejjitterat, K. (2007). Self-compassion, achievement goals, and coping with academic failure. *Self-Identity*, 4, 263-287.
- Neff, K. D., Hsieh, Y., & Dejjitterat, K. (2005). Self-compassion, Achievement Goals, and Coping with Academic Failure. *Self and Identity*, 4 263 – 287.
- Neff, K.D. (2003). Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. *Self and Identity*; 2: 85-102.
- Neff, K.D., & Rude, S.S., & Kirkpatrick, K. (2007). An examination of self-compassion in relation to positive psychological functioning and personality traits. *J Res Pers*, 41, 139-154.

- Pauly, G, McPherson, S. (2010). The experience and meaning of compassion and self-compassion for individuals with depression or anxiety. *Psychological Treatment*, 83, 129-143.
- Pearlin, L. I., & Schooler, C. (1978). The structure of coping. *Journal of health and social behavior*, 2-21.
- Robson, S., Chin, A., Keane, R.J., Luke, C. G. (2011). Subsequent birth outcomes after an unexplained still birth. *New Zealand Journal of obstetric & Gynecology*, 41 (1) , 29-35.
- Roger, D., Jarvis, G., & Najarian, B. (1993). Detachment and coping: the construction and validation of a new scale for measuring coping strategies. *Personality and Individual Differences*, 15 (6) , 619-626.
- Rusting, C. L & Nolen-Hoeksema, S. (1998). Regulation responses to anger: effects of rumination and distraction on angry mood. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74 (3) , 790-798.
- Sadock BJ. (2012). Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. 7th ed: Wolters Kluwer Health.
- Schaubroeck, J., & Merritt, D. E. (1997). Divergent effects of job control on coping with work stressors: The key role of self-efficacy. *Academy of Management Journal*, 40 (3) , 738-754.
- Schlotz, W., Yim, I. S., Zoccola, P. M., Jansenm L. & Sxhulz, P. (2011). The Perceived stress reactivity scale: measurement invariance, Stability, and validity in three countries. *Psychological Assessment*, 23 (1) , 80-88.
- Sherman, B. F., Bananno, G. A., Wiener, L. S., & Batt Les, H. B. (2000). When Children Tell Their Friends They Have AIDS: Possible Consequences For Psychological Well - Being and Disease Progression. *Arch pedioter*, 7 (5) , 554-562
- Swendsen J, Mazure C. (2000). Life stress as a risk factor for postpartum depression: Current research and methodological issues. *Clin Psychol Science Practice*, 29, 1-22.
- Tamres, L, K., Janicki, D & Helgesin, V. S. (2002). Sex differences in coping behavior: a Meta analytic review and an examination of relative coping. *Personality and Social Psychology Review*, 6 (1) , 2-30.
- Van Middendorp, H., Geenen, R., Sobi, M. J., Hox, J. J., Vingerhoets, A. J., Van Doornen, L. J., & Bijlsma, J. W. (2005). Styles of emotion regulation and their associations with perceived health in patients with rheumatoid arthritis. *Annals of Behavioral Medicine*, 30 (1) , 44-53.
- Veit, C.T., & Ware, J. E. (1983). The structure of psychological distress and well-being in general populations. *J Consult Clin Psychol*, 51, 730-42.
- Velmahos, out H.J., Bruinse, H.W., Christiaens, G.C., Van Vleit, M., Meilof, J.F., Groot, P.G., et al. (2016). Prevalence of ant iphospholipid antibodies in patient with fetal loss; *Journal of Obstetric & Gynecology*, 50 (12) , 809-832.
- Vingerhoets, A. J., & Van Heck, G. L. (1990). Gender, coping and psychosomatic symptoms. *Psychological medicine*, 20 (1) , 125-135.

- Vitaliano, P. P., Maiuro, R. D., Russo, J., & Becjer, J. (1987). Raw versus relative scores in the assessment of coping strategies. *Journal of Behavioural Medicine*, 10 (1) , 1-18.
- Williams, L. M., & Barry, J. (2003). Do sex differences in emotionality mediate sex differences in traits of psychosis-proneness?. *Cognition and Emotion*, 17 (5) , 747-758.
- Wills, M., Shiffman, M. (2015). Determining risk factors for intrapartum fetal death. *Journal of reproductive medicine*, 45, 419-424.
- Yearwood, E. L., Pearson, G. S., & Newland, J. A. (Eds.). (2012). *Child and adolescent behavioral health: A resource for advanced practice psychiatric and primary care practitioners in nursing*. John Wiley & Sons.