

The Mediating Role of Infertility Stress in the Relationship Between Sexual Self-Concept, Family Resilience, and Marital Adjustment in Infertile Women

Kakanezhadifard M¹, *Heidari A², Naderi F²

Author Address

1. Department of Health Psychology, Khorramshahr-Persian Gulf International Branch, Islamic Azad University, Khorramshahr, Iran;

2. Department of Psychology, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran.

*Corresponding author's email: docheidarie43@yahoo.com

Received: 2020 February 23; Accepted: 2020 April 13

Abstract

Background & Objectives: Infertility, as a major crisis, affects individuals' quality of life in biopsychosocial and moral domains. Infertile couples, especially infertile women, may experience stress related to infertility. Resilience is a factor that can influence infertility stress and marital adjustment. A major aspect of sexual life is sexual self-concept; it predicts interpersonal behaviors and can promote psychosexual health, especially in stressful situations, like infertility. Infertility may be associated with decreased sexual self-esteem, self-esteem, and confidence concerning sexual function. The current research aimed to investigate the mediating role of infertility stress in the relationship between sexual self-concept, family resilience, and marital adjustment in infertile women.

Methods: This correlational study was performed based on structural equation modeling. The statistical population of this study consisted of all infertile women referring to infertility treatment centers in Khuzestan and Isfahan Provinces, Iran, in 2018. According to the number of variables, 260 subjects were selected by the convenience sampling method. After the loss of the subjects and the elimination of confounding questionnaires and multivariate data, 244 questionnaires were analyzed. The inclusion criteria of the study were Iranian nationality, reading and writing literacy, the age of 18 years or older, and a confirmed diagnosis of infertility (primary & secondary). The exclusion criteria included acute psychiatric disorders and consuming psychotropic drugs. The measurement tools consisted of the Multidimensional Sexual Self-Concept Questionnaire (Snell, 1998), Family Resilience Assessment Scale (Sixbey, 2005), Fertility Problem Inventory (Newton et al., 1999), and Dyadic Adjustment Scale (Spanier, 1978). To analyze the research data, SPSS and AMOS were used at the significance levels of 0.01 and 0.05.

Results: The present study results revealed that the direct relationship between sexual self-concept ($\beta=0.13$, $p=0.025$), family resilience ($\beta=0.15$, $p=0.018$), and marital adjustment was positive and significant. The direct relationship between sexual self-concept ($\beta=-0.23$, $p<0.001$), family resilience ($\beta=-0.33$, $p<0.001$), and infertility stress were negative and significant. The relationship between infertility stress and marital adjustment was negative and significant ($\beta=-0.26$, $p<0.001$). Furthermore, the indirect effect of sexual self-concept ($\beta=0.06$, $p=0.002$) and family resilience ($\beta=0.09$, $p=0.002$) on marital adjustment, with the mediating role of infertility stress, was significant. Additionally, the modified research model presented a good fit for the collected data ($\chi^2/df=1.18$, CFI=0.99, IFI=0.99, TLI=0.99, NFI=0.98, RMSEA=0.02).

Conclusion: Sexual self-concept and family resilience, mediated by infertility stress, were effective on marital adjustment. Infertility stress, directly, and as a mediator, affected marital adjustment in infertile women; thus, it can be considered as an essential characteristic in the provision of infertile couples with health and psychological services.

Keywords: Sexual self-concept, Family resilience, Infertility stress, Marital adjustment.

نقش میانجی‌گری استرس ناباروری در رابطه بین خودپنداره جنسی و تاب‌آوری خانواده با سازگاری زناشویی در زنان نابارور

مرضیه کاکانزادی فردا^۱، *علیرضا حیدرئی^۲، فرح نادری^۲

توضیحات نویسندگان

۱. گروه روان‌شناسی سلامت، واحد بین‌المللی خرمشهر-خلیج فارس، دانشگاه آزاد اسلامی، خرمشهر، ایران؛

۲. گروه روان‌شناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران.

*رأبانا نامه نویسنده مسئول: docheidarie43@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۴ اسفند ۱۳۹۸؛ تاریخ پذیرش: ۲۵ فروردین ۱۳۹۹

چکیده

زمینه و هدف: ناباروری، یکی از بزرگ‌ترین چالش‌های زنان در سنین باروری است که عواقب اجتماعی و روانی زیان‌آوری برای فرد دارد. هدف این پژوهش بررسی نقش میانجی‌گری استرس ناباروری در رابطه بین خودپنداره جنسی و تاب‌آوری خانواده با سازگاری زناشویی در زنان نابارور بود.

روش بررسی: این تحقیق از نوع همبستگی مبتنی بر مدل‌یابی معادلات ساختاری بود. به این منظور نمونه‌ای به حجم ۲۴۴ نفر از جامعه آماری زنان نابارور مراجعه‌کننده به مراکز درمان ناباروری استان‌های خوزستان و اصفهان در سال ۱۳۹۷، به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. داده‌ها با پرسشنامه چندوجهی خودپنداره جنسی (اسنل، ۱۹۹۸)، مقیاس ارزیابی تاب‌آوری خانواده (سیکسی، ۲۰۰۵)، پرسشنامه استرس ناباروری (نیوتون و همکاران، ۱۹۹۹) و پرسشنامه سازگاری زناشویی (اسپاینر، ۱۹۷۸) بود. برای تحلیل داده‌های پژوهش، نرم‌افزارهای SPSS نسخه ۲۲ و AMOS نسخه ۲۲ به کار رفت. سطح معناداری در این پژوهش ۰/۰۱ و ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد، رابطه مستقیم بین خودپنداره جنسی ($\beta = ۰/۱۳$ و $p = ۰/۰۲۵$) و تاب‌آوری خانواده ($\beta = ۰/۱۵$ و $p = ۰/۰۱۸$) با سازگاری زناشویی مثبت و معنادار بود. رابطه مستقیم بین خودپنداره جنسی ($\beta = -۰/۲۳$ ، $p < ۰/۰۰۱$) و تاب‌آوری خانواده ($\beta = -۰/۳۳$ ، $p < ۰/۰۰۱$) با استرس ناباروری منفی و معنادار بود. رابطه بین استرس ناباروری با سازگاری زناشویی منفی و معنادار بود ($\beta = -۰/۲۶$ و $p < ۰/۰۰۱$)؛ همچنین اثر غیرمستقیم خودپنداره جنسی ($\beta = ۰/۰۶$ و $p = ۰/۰۰۲$) و تاب‌آوری خانواده ($\beta = ۰/۰۲$ و $p = ۰/۰۰۲$) بر سازگاری زناشویی معنادار بود؛ به علاوه مدل اصلاح‌شده پژوهش برازش مطلوبی برای داده‌های گردآوری‌شده داشت ($\chi^2/df = ۱/۱۸$ و $CFI = ۰/۹۹$ ، $IFI = ۰/۹۹$ ، $TLI = ۰/۹۹$ و $NFI = ۰/۹۸$ ، $RMSEA = ۰/۰۲$).

نتیجه‌گیری: براساس نتایج، خودپنداره جنسی و تاب‌آوری خانواده با میانجی‌گری استرس ناباروری بر سازگاری زناشویی مؤثر هستند. باتوجه به اینکه استرس ناباروری به صورت مستقیم و در نقش میانجی بر سازگاری زناشویی زنان نابارور اثر دارد، می‌تواند به عنوان فاکتور مهمی در ارائه خدمات روان‌شناختی به زوجین نابارور به کار رود.

کلیدواژه‌ها: خودپنداره جنسی، تاب‌آوری خانواده، استرس ناباروری، سازگاری زناشویی.

ناباروری غیرارادی در زوجین شود (۱۰). خودپنداره، مجموعه منظمی از ویژگی‌هایی است که فرد آن را جزئی از خودش تلقی می‌کند. خودپنداره فرایندی اجتماعی است و از طریق تماس اجتماعی حاصل می‌شود. خودپنداره جنسی^۵ به‌عنوان سازه‌ای چندبعدی در نظر گرفته شده است که به برداشت مثبت و منفی فرد و احساسات درباره توان‌مندی‌های جنسی خود اشاره می‌کند (۱۱). از جنبه‌های بسیار مهم زندگی جنسی افراد خودپنداره جنسی آنان است که نقش پیش‌بینی‌کنندگی را در بروز رفتارهای بین زوجین دارد و ارتقای آن می‌تواند به سلامت جنسی روانی افراد به‌ویژه در شرایط استرس مانند ناباروری کمک کند (۱۲). ناباروری ممکن است با خودپنداره جنسی کم و کاهش اعتمادبه‌نفس و اطمینان به خود در عملکرد جنسی همراه باشد؛ زیرا این باور در بین بسیاری از زوجین وجود دارد که بارداری ثمره رابطه جنسی است و بدون بارداری رابطه جنسی در ذهن افراد به‌صورت رابطه‌ای بی‌حاصل تلقی می‌شود و ممکن است شایستگی‌های فردی و اجتماعی افراد نابارور و به‌ویژه زنان را زیر سؤال ببرد؛ به‌علاوه بر خودپنداره جنسی و به‌تبع آن بر سازگاری زناشویی زوجین اثرگذار است (۱۳).

نتایج پژوهش ذال و همکاران نشان داد، بین خودپنداره جنسی با رضایت‌مندی زناشویی در زنان بارور و نیز در زنان نابارور رابطه مثبت و معناداری وجود دارد؛ همچنین بین تاب‌آوری با رضایت‌مندی زناشویی در زنان بارور و نیز در زنان نابارور رابطه مثبت و معناداری مشاهده می‌شود (۱۴). نتایج پژوهش دانش و همکاران حاکی از آن بود که رابطه تاب‌آوری و بهزیستی روان‌شناختی با رضایت زناشویی زوجین نابارور مثبت و معنادار است و تاب‌آوری و بهزیستی روان‌شناختی به‌طور مشترک می‌تواند ۴۷ درصد از واریانس رضایت زناشویی آن‌ها را تبیین کند (۱۵).

از آنجا که اختلالات عملکرد جنسی نقش انکارناپذیری در کیفیت زندگی و اعتمادبه‌نفس در زندگی زناشویی زوج‌ها دارد، ناتوانی در برقراری ارتباطی سالم و لذت‌بخش با شریک جنسی تبعات جسمی و روانی و حتی اجتماعی به‌دنبال خواهد داشت. خودپنداره جنسی از جنبه‌های بسیار مهم زندگی جنسی انسان در حیطه روان‌شناسی است که نیاز است در پژوهش‌های مختلف به جنبه‌های مؤثر بر آن پرداخته شود. تحقیقات متعددی در رابطه با بررسی عملکرد جنسی و اختلال عملکرد جنسی زنان و مردان ایرانی صورت گرفته است؛ ولی پژوهش در حیطه سلامت جنسی در ایران هنوز حیطه‌ای نوپا است و تاکنون رابطه خودپنداره جنسی با عملکرد جنسی زنان ایرانی صورت گرفته است؛ ولی پژوهش در حیطه سلامت جنسی در ایران هنوز حیطه‌ای نوپا است و تاکنون رابطه خودپنداره جنسی با عملکرد جنسی زنان ایرانی بررسی نشده است. در مجموع براساس آنچه بیان شد و براساس مبانی پژوهشی، الگوی مفهومی و پیشنهادی رابطه مستقیم و غیرمستقیم خودپنداره جنسی و تاب‌آوری خانواده و سازگاری زناشویی از طریق استرس ناشی از ناباروری در زنان نابارور تدوین شد. بر مبنای این مدل، خودپنداره جنسی و تاب‌آوری خانواده به‌عنوان متغیر پیش‌بین، استرس ناشی از

واژه‌نامه بین‌المللی مراقبت‌های ناباروری و باروری، ناباروری را «بیماری شناخته‌شده با نبود ایجاد یک بارداری بالینی» پس از دوازده ماه رابطه جنسی منظم و بدون محافظت به‌علت اختلال در توانایی فرد یا شریک جنسی‌اش برای تولیدمثل تعریف می‌کند (۱). بر طبق آخرین آمار جهانی، میانگین کلی ناباروری در جهان ۱۰ درصد است. کمترین و بیشترین فراوانی شیوع ناباروری به ترتیب به استرالیا و آفریقا مربوط می‌شود و روند ناباروری در سال‌های اخیر در اکثر نقاط دنیا رو به افزایش بوده است (۲). براساس مطالعات، شیوع ناباروری در ایران ۱۳/۲ درصد است و این شیوع ناباروری به آمار جهانی نزدیک است (۳). به گزارش سازمان بهداشت جهانی، حدود شصت تا هشتاد میلیون زوج در جهان از ناباروری رنج می‌برند و از این آمار حدود ۴۰ درصد مربوط به مردان، ۴۰ درصد به زنان و ۲۰ درصد مربوط به هر دو جنس است (به نقل از ۲). ناباروری می‌تواند به‌عنوان بحرانی بزرگ کیفیت زندگی افراد را در حوزه‌های زیستی، روانی، اجتماعی و اخلاقی تحت تأثیر قرار دهد (۴).

در فرهنگ‌های شرقی والدگری و به‌ویژه مادری نقطه عطف مهمی در رشد و قسمتی از هویت زنان محسوب می‌شود؛ بنابراین، زوج‌های نابارور و به‌ویژه زنان نابارور ممکن است دارای استرس‌های مرتبط با ناباروری^۱ باشند؛ همچنین از مشکلات فیزیکی و روانی بیشتر به دلیل شکست در این هدف مهم زندگی^۲ با توجه به انگ اجتماعی^۳ که در کشورهای در حال توسعه و جهان سوم با آن همراه است، رنج ببرند (۵). پریشانی زناشویی^۴ ناشی از ناباروری و نیز تلاش‌های ناموفق درمان، زنان را با خطر بیشتری از اضطراب، احساس از دست‌دادن کنترل، عزت‌نفس ضعیف، افسردگی، ناراحتی مزمن و اضطراب روانی مواجه می‌سازد (۶).

برخی از پژوهش‌ها نشان داده است، منازعات زناشویی در میان زوج‌های نابارور بیشتر است و حتی در بعضی از آن‌ها این بحران روانی موجب کشمکش و ناسازگاری بین زوجین می‌شود (۷). تاب‌آوری^۵ از عواملی است که می‌تواند بر استرس ناشی از ناباروری و از طریق آن بر سازگاری زناشویی اثرگذار باشد. تاب‌آوری به‌عنوان توانایی روانی برای مقاومت و سازگاری با رویدادهای دشوار زندگی تعریف می‌شود (۸). مراحل مختلف زندگی با بحران‌ها، درگیری‌ها و نیازهای سازگاری ویژه‌ای همراه است و مانند سپری محافظت در برابر فشارهای زندگی خانوادگی عمل می‌کند و به بهبود سازگاری زناشویی کمک می‌کند (۹). پژوهش‌های بسیاری نشان می‌دهد، تاب‌آوری مانند عاملی محافظتی در برابر استرس ناشی از بارداری عمل می‌کند و در نهایت از بهزیستی روانی افراد محافظت می‌کند (۹-۷).

ناباروری ممکن است علاوه بر هزینه‌های مالی و بار فیزیکی و عاطفی منجر به اعتمادبه‌نفس ضعیف، نبود رضایت از عملکرد زناشویی و کاهش در تعداد دفعات مقاربت جنسی به‌عنوان عوامل مرتبط با

5. Sexual self-concept

1. Infertility-related stress
2. Social stigma
3. Marital distress
4. Resilience

ناباروری به عنوان متغیر میانجی و سازگاری زناشویی به عنوان متغیر ملاک در نظر گرفته شد. با توجه به مطالب بیان شده، هدف این پژوهش بررسی نقش میانجی‌گری استرس ناباروری در رابطه بین خودپنداره جنسی و تاب‌آوری خانواده با سازگاری زناشویی در زنان نابارور بود.

۲ روش بررسی

پژوهش حاضر به لحاظ نحوه گردآوری اطلاعات توصیفی و از نوع همبستگی و به طور مشخص مبتنی بر مدل‌یابی معادلات ساختاری^۱ بود. جامعه آماری پژوهش حاضر را تمامی زنان نابارور مراجعه‌کننده به مراکز درمان ناباروری دو استان خوزستان و اصفهان در سال ۱۳۹۷ تشکیل دادند. نمونه‌گیری به صورت در دسترس انجام شد. در انتخاب حجم نمونه باید گفت در پژوهش‌های مدل‌یابی به ازای هر متغیر آشکار، ۲۰ نفر نیاز است (۱۰) و براساس متغیرهای موجود (چهار متغیر آشکار) در مدل مفهومی نمودار ۱، ۸۰ نفر نیاز بود؛ اما با توجه به اینکه در پژوهش‌های مدل‌سازی معادلات ساختاری، تعداد نمونه کمتر از ۲۰۰ نفر پیشنهاد نمی‌شود، در این پژوهش با توجه به در نظر گرفتن ریزش، تعداد ۲۶۰ پرسشنامه توزیع شد. پس از ریزش آزمودنی‌ها و حذف پرسشنامه‌های مخدوش و داده‌های پرت یک‌متغیری و چندمتغیری تعداد ۲۴۴ پرسشنامه تجزیه و تحلیل شد. شاخص‌های توان آزمون و برازش مدل نشان‌دهنده کفایت حجم نمونه بود. در این پژوهش برای جایگزین کردن داده‌های گمشده از روش جایگزین کردن داده‌های گمشده با میانگین متغیر استفاده شد. همچنین برای تشخیص داده‌های پرت چندمتغیری، روش‌های مبتنی بر فاصله ماهالانوبیس برای متغیرها به کار رفت. بعد از ارائه توضیح توسط پژوهشگر در خصوص نحوه تکمیل پرسشنامه‌ها و اخذ رضایت آگاهانه از آزمودنی‌ها برای شرکت در پژوهش، پرسشنامه‌ها توسط آزمودنی‌ها تکمیل شد. معیارهای ورود شرکت‌کنندگان به مطالعه عبارت بود از: ملیت ایرانی؛ داشتن سواد خواندن و نوشتن؛ سن هجده سال یا بیشتر؛ تشخیص ناباروری توسط پزشک متخصص ناباروری (اولیه و ثانویه) براساس پرونده پزشکی. ملاک‌های خروج شرکت‌کنندگان از مطالعه، ابتلا به اختلالات حاد روان‌پزشکی و مصرف داروهای روان‌گردان براساس پرونده پزشکی در نظر گرفته شد. برای دقت بیشتر در پاسخ‌گویی به سؤالات پرسشنامه‌ها، هرگونه ابهام شرکت‌کنندگان درباره سؤالات توسط محقق (نویسنده اول مقاله) برطرف شد. ابتدا پژوهشگر برای دستیابی به مشارکت‌کنندگان، با ارائه معرفی‌نامه از دانشگاه آزاد خرمشهر به مسئولان مراکز ناباروری شهر اهواز ۱۰ مرکز و شهر اصفهان ۱۰ مرکز، مراجعه کرد. سپس با توضیح اهداف پژوهش برای تمامی زنان نابارور پس از اخذ موافقت شفاهی آن‌ها، برای هر مشارکت‌کننده به توضیح و تشریح اهداف پژوهش پرداخت؛ همچنین با تعیین وقت قبلی اجرای توزیع و تکمیل پرسشنامه‌ها آغاز شد. مشارکت‌کنندگان درباره محرمانه بودن داده‌ها اطمینان حاصل کردند. از ابزارهای زیر در این پژوهش استفاده شد.

– پرسشنامه چندوجهی خودپنداره جنسی^۲: این پرسشنامه در سال

۱۹۹۸ توسط اسنل طراحی شد که وجوه مختلفی از خودپنداره جنسی افراد را اندازه‌گیری می‌کند (۱۶). این پرسشنامه ابزاری خودگزارشی عینی است که ۷۸ گویه و ۱۸ حیطه دارد. سؤالات مقیاس لیکرت از صفر (به هیچ وجه در مورد من صدق نمی‌کند) تا چهار (کاملاً در مورد من صدق می‌کند) نمره‌گذاری می‌شود؛ همچنین حیطه‌ها به حیطه‌های بزرگ‌تری به نام‌های خودپنداره جنسی منفی، خودپنداره جنسی مثبت و خودپنداره جنسی موقعیتی طبقه‌بندی می‌شود. دامنه نمرات به دست آمده در این پرسشنامه می‌تواند بین صفر تا ۳۱۲ متغیر باشد. کسب نمرات بیشتر در این پرسشنامه به معنای خودپنداره جنسی بیشتر فرد است (۱۶). اسنل ضریب آلفای کرونباخ برای خرده‌مقیاس‌های خودپنداره‌های جنسی منفی، مثبت و موقعیتی را به ترتیب ۰/۷۳، ۰/۷۹ و ۰/۷۷ و اعتبار بازمایی پس از سه ماه برای کل مقیاس را ۰/۶۹ به دست آورد (۱۶). اعتبار این مقیاس در ایران توسط رضایی و همکاران براساس روش همسانی درونی با دامنه آلفای کرونباخ ۰/۶۵ تا ۰/۸۴ و روایی پرسشنامه از طریق تحلیل مؤلفه اصلی با استفاده از چرخش واریماکس، همبستگی بین خرده‌مقیاس (I=۰/۱۷) و روایی ملاکی مطلوب گزارش شد (۱۷). در پژوهش حاضر، ضریب پایایی این ابزار از طریق محاسبه همسانی درونی و روش آلفای کرونباخ، ۰/۸۱ به دست آمد.

– مقیاس ارزیابی تاب‌آوری خانواده^۳: این مقیاس در سال ۲۰۰۵ توسط سیکسی برای اندازه‌گیری میزان تاب‌آوری خانواده طراحی شد (۱۸). این مقیاس دارای ۵۴ گویه است و شش خرده‌مقیاس ارتباط و حل مسئله، منابع اقتصادی و اجتماعی، چشم‌انداز مثبت، تماس و ارتباط، معنویت و معنایابی برای سختی‌ها را اندازه‌گیری می‌کند. این ابزار مقیاسی چهاردرجه‌ای لیکرتی را به کار می‌برد که ۱ به منزله به شدت مخالفم و ۴ به منزله به شدت موافقم است. نمرات این مقیاس در طیفی بین ۵۴ تا ۲۱۶ قرار می‌گیرد. نمرات بیشتر نشان‌دهنده سطح بیشتری از تاب‌آوری در خانواده است؛ در حالی که نمرات کم نشان‌دهنده آن است که خانواده سطح کمی از تاب‌آوری دارد (۱۸). در پژوهش سیکسی، پایایی این مقیاس با استفاده از آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۹۶ بود. مقیاس ارزیابی تاب‌آوری خانواده از اعتبار خوبی نیز برخوردار بود. بیشتر عامل‌های این مقیاس، با توجه به ضرایب پایایی خرده‌مقیاس‌ها که بین ۰/۷۵ تا ۰/۹۵ بود، می‌توانند ابزار مثبت و قابل اعتمادی برای اندازه‌گیری تاب‌آوری خانواده محسوب شوند (۱۸). نسخه فارسی این مقیاس در ایران توسط زهراکار و همکاران بررسی شد. پایایی مقیاس نیز با ضریب آلفای کرونباخ و بازمایی کل مقیاس به ترتیب ۰/۹۲ و ۰/۸۸ به دست آمد. همچنین ضرایب روایی همگرایی مقیاس ارزیابی تاب‌آوری خانواده با پرسشنامه تاب‌آوری کانر-دیویدسون^۴؛ ۰/۶۵ به دست آمد که در حد زیاد و پذیرفتنی بود (۱۹). پایایی این ابزار در پژوهش حاضر به روش آلفای کرونباخ ۰/۷۸ به دست آمد.

– پرسشنامه استرس ناباروری^۵: این پرسشنامه در سال ۱۹۹۹ توسط نیوتون و همکارانش به منظور بررسی استرس ناباروری افراد ساخته شد

4. Connor-Davidson Resilience Questionnaire

5. Fertility Stress Inventory

1. Structural Equation Modeling

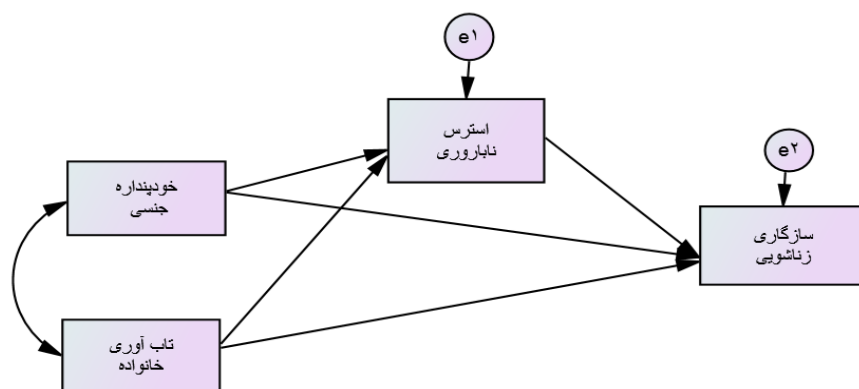
2. The Multi-dimensional Sexual Self-Concept Questionnaire

3. Family Resilience Assessment Scale

۲۰). این پرسشنامه ابزاری ۴۶ سؤالی است که در طیف لیکرتی

شش درجه‌ای شامل کاملاً مخالفم (۱)، نسبتاً مخالفم (۲)، مخالفم (۳)، موافقم (۴)، نسبتاً موافقم (۵)، کاملاً موافقم (۶) نمره‌گذاری می‌شود. همچنین این پرسشنامه پنج خرده‌مقیاس دارد که شامل خرده‌مقیاس‌های موضوعات اجتماعی، جنسی، ارتباطی، سبک زندگی بدون فرزند و نیاز به والدشدن است. دامنه نمرات به دست آمده فرد در این پرسشنامه بین ۴۶ تا ۲۷۶ قرار دارد. نمرات بیشتر در این پرسشنامه به معنای استرس ناباروری بیشتر در فرد است (۲۰). در بررسی پایایی نسخه اصلی این پرسشنامه، نیوتون و همکاران از روش همسانی درونی استفاده کردند و آلفای کرونباخ برای خرده‌مقیاس‌های موضوعات اجتماعی ۰/۸۷، جنسی ۰/۷۷، ارتباطی ۰/۸۲، سبک زندگی بدون فرزند ۰/۸۰ و نیاز به والدشدن ۰/۸۴ محاسبه شد (۲۰). در ایران سامانی و همکاران روایی و پایایی این ابزار را بررسی کردند؛ همچنین پایایی به روش آلفای کرونباخ برای خرده‌مقیاس‌های موضوعات اجتماعی ۰/۷۸، جنسی ۰/۷۷، ارتباطی ۰/۷۸، سبک زندگی بدون فرزند ۰/۷۵ و نیاز به والدشدن ۰/۸۴ و نمره کل ۰/۹۱ برآورد شد (۲۱). پایایی این ابزار در پژوهش حاضر به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۱

به دست آمد. پرسشنامه سازگاری زناشویی^۱: این پرسشنامه در سال ۱۹۷۸ توسط اسپانیر برای ارزیابی کیفیت رابطه زناشویی از نظر زن یا شوهر یا هر دونفری که با هم زندگی می‌کنند، ساخته شد (۲۲). این پرسشنامه دارای ۳۲ گویه و چهار خرده‌مقیاس شامل رضایت دونفری، همبستگی دونفری، توافق دونفری و ابراز محبت است. دامنه نمرات بین صفر تا ۱۶۰ است و نمرات بیشتر به معنای سازگاری زناشویی است (۲۲). اسپانیر اعتبار این پرسشنامه را در کل نمرات با آلفای کرونباخ ۰/۹۶ برآورد کرد که نشان می‌دهد این ابزار از همسانی درونی خوبی برخوردار است؛ همچنین در پژوهش وی، همسانی درونی خرده‌مقیاس‌های رضایت دونفری ۰/۷۹، همبستگی دونفری ۰/۹۴، توافق دونفری ۰/۸۱ و ابراز محبت ۰/۹۰ به دست آمد (۲۲). در ایران نیز این مقیاس توسط عیسی‌نژاد و همکاران هنجاریابی شد. ضریب همبستگی بین نمرات زوج‌ها طی دو بار اجرا در کل نمرات ۰/۸۶، خرده‌مقیاس‌های رضایت دونفری ۰/۶۸، همبستگی دونفری ۰/۷۵، توافق دونفری ۰/۷۱ و ابراز محبت ۰/۶۱ به دست آمد (۲۳). در این پژوهش نیز ضریب پایایی ابزار از طریق آلفای کرونباخ ۰/۷۶ بود.



نمودار ۱. مدل مفهومی پژوهش

شاخص‌های CFI، AGFI، GFI بزرگتر از ۰/۹۵ و شاخص RMSEA کوچکتر از ۰/۰۵ باشند، بر برازش بسیار مطلوب و بسیار خوب دلالت دارد؛ همچنین اگر شاخص‌های CFI، AGFI، GFI بزرگتر از ۰/۹۰ و شاخص RMSEA کوچکتر از ۰/۰۸ باشند، بیانگر برازش مطلوب و خوب است (۲۴). برای تحلیل داده‌های پژوهش، نرم‌افزارهای SPSS نسخه ۲۲ و AMOS نسخه ۲۲ به کار رفت. سطح معناداری در این پژوهش ۰/۰۱ و ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

۳ یافته‌ها

میانگین و انحراف معیار سنی شرکت‌کنندگان در پژوهش به ترتیب برابر با ۳۲/۰۶±۶/۴ سال به دست آمد که از این بین کمترین و بیشترین سن افراد به ترتیب ۲۹ و ۴۴ سال بود. در جدول ۱ شاخص‌های توصیفی (میانگین، انحراف معیار) نمونه‌های شرکت‌کننده در پژوهش حاضر و نتایج آزمون همبستگی پیرسون برای بررسی رابطه بین متغیرهای

مدل مفهومی پژوهش در نمودار ۱ ارائه شده است. در این مدل، استرس ناباروری در رابطه بین خودپنداره جنسی و تاب‌آوری خانواده با سازگاری زناشویی نقش میانجی ایفا می‌کند. در این پژوهش از آمار توصیفی برای دسته‌بندی مشخصات فردی آزمودنی‌ها به منظور محاسبه فراوانی، درصد، میانگین و انحراف معیار استفاده شد؛ همچنین روش آمار استنباطی به کار رفت. از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف برای تشخیص نرمال بودن داده‌ها و از ضریب همبستگی پیرسون و مدل معادلات ساختاری استفاده شد. در راستای برازندگی الگوی پیشنهادی، شاخص مجذور خی دو بر درجه آزادی، شاخص نکویی تطبیقی (CFI)، شاخص نکویی برازش (GFI)، شاخص نکویی تطبیقی (AGFI) و ریشه خطای میانگین مجذورات تقریب (RMSEA) بررسی شد. اگر شاخص نسبت مجذور خی بر درجه آزادی کوچکتر از ۳ باشد، برازش بسیار مطلوب را نشان می‌دهد. اگر

1. Measuring Dyadic Adjustment

و تأیید شد. برای بررسی نرمال بودن داده‌ها، آزمون‌های کجی و کشیدگی به‌کار رفت. باتوجه به اینکه آماره‌های کجی و کشیدگی متغیرهای پژوهش همه بین ۲- و ۲ بودند، فرض نرمال بودن داده‌ها تأیید شد. برای بررسی هم‌خطی چندگانه، آماره تحمل و عامل تورم واریانس (VIF) به‌کار رفت و برای همه متغیرها آماره VIF کمتر از ۱۰ و آماره تحمل بیشتر از ۰/۱ بود؛ لذا مفروضه نبود هم‌خطی چندگانه رعایت شد. همچنین برای آزمون مفروضه استقلال خطاها از آزمون دوربین واتسون^۱ استفاده شد. مقدار به‌دست‌آمده در این پژوهش برابر با ۱/۷۱ بود که چون در طیف ۲/۵- ۱/۵ قرار داشت، رعایت مفروضه استقلال خطاها را نشان داد.

پیش‌بین، میانجی و ملاک در این پژوهش مشاهده می‌شود. مندرجات آن حاکی از این است که تمام متغیرهای پژوهش به‌غیر از متغیرهای پیش‌بین با یکدیگر دارای همبستگی معناداری هستند. این امر حکایت از انتخاب مناسب متغیرها در این پژوهش، براساس پیشینه پژوهشی و مطالعات انجام‌شده در گذشته دارد. این تحلیل‌های همبستگی بینشی را درخصوص روابط دومتغیری بین متغیرهای پژوهش فراهم می‌کند. به‌منظور آزمون هم‌زمان مدل روابط مفروض در پژوهش حاضر، از روش تحلیل مسیر استفاده شد. همسو با پیشنهاد بنتلر و یوان (۲۴)، قبل از تحلیل داده‌ها با استفاده از روش آماری تحلیل مسیر و مدل‌یابی معادلات ساختاری ابتدا پیش‌فرض‌های خطی بودن، هم‌خطی چندگانه و استقلال خطاها، آزمون

جدول ۱. شاخص‌های توصیفی و همبستگی متغیرها

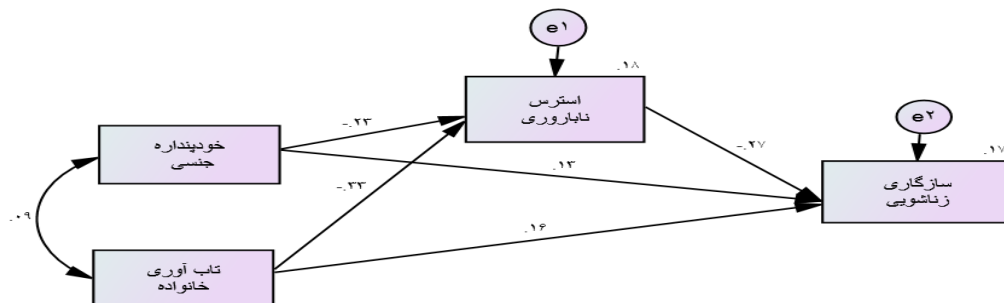
شاخص مقیاس	میانگین	انحراف معیار	خودپنداره جنسی	تاب‌آوری خانواده	استرس ناباروری	سازگاری زناشویی
خودپنداره جنسی	۱۶۸/۱۰	۴۲/۵۲	۱			
تاب‌آوری خانواده	۱۵۴/۵۷	۲۱/۹۸	۰/۰۸ ($p=۰/۱۷۲$)	۱		
استرس ناباروری	۱۷۴/۱۹	۲۵/۸۳	-۰/۲۶** ($p<۰/۰۰۱$)	-۰/۳۵** ($p<۰/۰۰۱$)	۱	
سازگاری زناشویی	۱۰۲/۱۹	۱۸/۱۶	۰/۲۱** ($p<۰/۰۰۱$)	۰/۲۶** ($p<۰/۰۰۱$)	-۰/۳۶** ($p<۰/۰۰۱$)	۱

$p \leq ۰/۰۱$ **

جدول ۲. برازش الگوی آزمون‌شده براساس شاخص‌های برازندگی

شاخص برازندگی	χ^2	df	$\frac{\chi^2}{df}$	IFI	TLI	CFI	NFI	RMSEA
حد مطلوب	-	-	۱-۵	$\geq ۰/۹$	$\geq ۰/۹$	$\geq ۰/۹$	$\geq ۰/۹$	$\leq ۰/۰۸$
الگوی پیشنهادی	۰/۰۰	۰	-	۱/۰۰	-	۱/۰۰	۱/۰۰	۰/۲۴
الگوی نهایی	۲۸/۳۷	۲۴	۱/۱۸	۰/۹۹	۰/۹۹	۰/۹۹	۰/۹۸	۰/۰۲

با مقایسه پارامترهای مدل پیشنهادی با مدل اصلاح‌شده به این نتیجه می‌رسیم که مدل اصلاح‌شده برازش مطلوبی برای داده‌ها دارد. نمودار



نمودار ۲. ضرایب استاندارد مسیر الگوی پیشنهادی آزمون‌شده

^۱. Durbin-Watson

ارزیابی مجدد مدل با در نظر گرفتن نشانگرهای متغیر مکنون تاب‌آوری خانواده اصلاح شد و شاخص‌های برازندگی مدل نهایی مجدداً آزمون شد. الگوی ساختاری، مسیرها و ضرایب استاندارد آن‌ها در مدل پیشنهادی و نهایی مطابق جدول ۳ است.

باتوجه به رعایت مفروضه‌ها می‌توان برازندگی الگوی پیشنهادی را براساس معیارهای برازندگی ارزیابی کرد. جدول ۲، برازش الگوی آزمون‌شده پیشنهادی و نهایی را براساس شاخص‌های برازندگی نشان می‌دهد. مطابق با مقادیر به دست آمده، الگوی پیشنهادی در شاخص‌های برازندگی دارای برازش مطلوبی نبود؛ لذا مدل پیشنهادی از طریق اندازه‌گیری یکی از متغیرهای پیش‌بین به صورت مکنون و

جدول ۳. ضرایب مسیر استاندارد مربوط به اثرهای مستقیم متغیرها در مدل پیشنهادی و نهایی

مدل اصلاح شده نهایی		مدل پیشنهادی		مسیر
p	β	P	β	
۰/۰۲۵*	۰/۱۳	۰/۰۲۳*	۰/۱۳	خودپنداره جنسی ← سازگاری زناشویی
۰/۰۱۸**	۰/۱۵	۰/۰۱۸**	۰/۱۵	تاب‌آوری خانواده ← سازگاری زناشویی
<۰/۰۰۱**	-۰/۲۳	<۰/۰۰۱**	-۰/۲۳	خودپنداره جنسی ← استرس ناباروری
<۰/۰۰۱**	-۰/۳۳	<۰/۰۰۱**	-۰/۳۳	تاب‌آوری خانواده ← استرس ناباروری
<۰/۰۰۱**	-۰/۲۶	<۰/۰۰۱**	-۰/۲۶	استرس ناباروری ← سازگاری زناشویی

$p \leq ۰/۰۵$ * و $p \leq ۰/۰۱$ **

تاب‌آوری خانواده با استرس ناباروری منفی و معنادار است ($\beta = -۰/۳۳$, $p < ۰/۰۰۱$)؛ رابطه بین استرس ناباروری با سازگاری زناشویی منفی و معنادار است ($\beta = -۰/۲۶$, $p < ۰/۰۰۱$). در این پژوهش برای تعیین معناداری روابط غیرمستقیم متغیرها، از آزمون بوت‌استرپ استفاده شد. جدول ۴ ضرایب استاندارد را در مسیرهای غیرمستقیم در مدل آزمون‌شده پیشنهادی و نهایی نشان می‌دهد.

براساس ضرایب پارامتر استاندارد و سطح معناداری متناظر ارائه شده در جدول ۳ تمام مسیرهای مستقیم مدل معنادار است؛ به این صورت که رابطه مستقیم بین خودپنداره جنسی با سازگاری زناشویی مثبت و معنادار است ($\beta = ۰/۱۳$, $p = ۰/۰۲۵$)؛ رابطه مستقیم بین تاب‌آوری خانواده با سازگاری زناشویی مثبت و معنادار است ($\beta = ۰/۱۵$)؛ رابطه مستقیم بین خودپنداره جنسی با استرس ناباروری منفی و معنادار است ($\beta = -۰/۲۳$, $p < ۰/۰۰۱$)؛ رابطه مستقیم بین

جدول ۴. آزمون میانجی‌گری چندگانه اثرهای غیرمستقیم مدل با استفاده از روش بوت‌استرپ

مدل اصلاح شده نهایی		مدل پیشنهادی		مسیر غیرمستقیم
p	β	p	β	
۰/۰۰۲**	۰/۰۶	۰/۰۰۲**	۰/۰۶	خودپنداره جنسی به سازگاری زناشویی از طریق استرس ناباروری
۰/۰۰۲**	۰/۰۹	۰/۰۰۲**	۰/۰۸	تاب‌آوری خانواده به سازگاری زناشویی از طریق استرس ناباروری

$p \leq ۰/۰۱$ **

زنان نابارور رابطه مثبت و معناداری وجود دارد و بین تاب‌آوری با رضایت‌مندی زناشویی در زنان بارور و نیز در زنان نابارور رابطه مثبت و معناداری مشاهده می‌شود (۱۴). همچنین این یافته با نتایج پژوهش دانش و همکاران همخوان است. آن‌ها دریافته‌اند که رابطه تاب‌آوری و بهزیستی روان‌شناختی با رضایت زناشویی زوجین نابارور مثبت و معنادار است (۱۵).

درخصوص اثر غیرمستقیم خودپنداره جنسی بر سازگاری زناشویی از طریق استرس ناباروری، مندرجات جدول ۴ نشان می‌دهد که این مسیر غیرمستقیم معنادار است ($\beta = ۰/۰۶$, $p = ۰/۰۰۲$). همچنین برای اثر غیرمستقیم تاب‌آوری خانواده بر سازگاری زناشویی از طریق استرس ناباروری، مندرجات جدول ۴ نشان می‌دهد که این مسیر معنادار است ($\beta = ۰/۰۹$, $p = ۰/۰۰۲$).

۴ بحث

در تبیین این یافته می‌توان گفت، ازجمله مسائل مهم که بر رضایت سازگاری زناشویی تأثیر بسیاری دارد، عملکرد جنسی زوجین است؛ همچنین عوامل درونی و بیرونی مختلفی بر عملکرد جنسی تأثیر دارد. یکی از این عوامل، تصورات و احساسات زوجین درباره ارتباط جنسی و شناخت جنبه‌های جنسی خویشان است؛ به این صورت که خودپنداره مثبت به عملکرد مطلوب‌تری در فرد منتهی می‌شود (۲۵). به علاوه می‌توان گفت، خودپنداره جنسی ساختاری چندبعدی به‌شمار می‌رود که به ادراکات و احساسات مثبت و منفی فرد درباره خودش در روابط

باتوجه به سازگاری زناشویی به‌ویژه در زوجینی که با بحران ناباروری مواجه هستند، پژوهش حاضر با هدف بررسی نقش میانجی‌گر استرس ناباروری در رابطه بین خودپنداره جنسی و تاب‌آوری خانواده با سازگاری زناشویی در زنان نابارور انجام شد. تحلیل داده‌ها نشان داد، خودپنداره جنسی با سازگاری زناشویی رابطه مثبت و معناداری داشت. این یافته با نتایج پژوهش ذال و همکاران همسوست. آن‌ها نشان دادند، بین خودپنداره جنسی با رضایت‌مندی زناشویی در زنان بارور و نیز در

جنسی اشاره دارد؛ همچنین خودپنداره جنسی بیانگر احساسات، تصورات و باورهای است که افراد درباره روابط جنسی دارند و براساس این احساسات، تصورها و باورها و رفتارهای خود را تنظیم می‌کنند (۲۶). حال وقتی فرد احساسات، تصورات و باورهای مثبتی از رابطه جنسی داشته باشد، بدیهی است رابطه جنسی رضایت‌بخش‌تری را تجربه کند که به نوبه خود می‌تواند باعث احساسات مثبت، نزدیکی و صمیمیت همسر، افزایش ارتباط زناشویی و در نتیجه تداوم آن و نیز افزایش توان حل تعارض زوجین و رضایت و سازگاری زناشویی شود (۲۷). در واقع وقتی فردی درباره کل وجود خود ادراک منفی داشته باشد این برداشت در مجموعه اعمال و رفتار منعکس می‌گردد و باعث می‌شود در مواجهه با موقعیت‌های محروم‌کننده نتواند سازگاری لازم را از خود نشان دهد (۲۸).

همچنین یافته‌ها حاکی از رابطه تاب‌آوری خانواده با سازگاری زناشویی در زنان ناباور بود. این یافته با پژوهش ذال و همکاران (۱۴) همسوست. در تبیین این یافته می‌توان گفت، باتوجه به اینکه ناباورری بحران بزرگی در زندگی زوجین به‌شمار می‌آید که ممکن است بر روابط زناشویی آن‌ها نیز اثرگذار باشد، نیاز به تاب‌آوری در سازگاری زناشویی بدیهی به نظر می‌رسد. سازگاری زناشویی تحت‌تأثیر عوامل مختلفی قرار دارد که تاب‌آوری ممکن است آن‌ها را تحت‌الشعاع قرار دهد (۲۹). در بیشتر پژوهش‌ها تاب‌آوری به‌عنوان ویژگی فردی بررسی شده است؛ اما در پژوهش حاضر تاب‌آوری خانواده ارزیابی شد که به‌صورت توانایی خانواده به‌عنوان سیستمی عملکردی در مقاومت و بازسازی در سختی‌ها تعریف می‌شود. در واقع خانواده‌های تاب‌آور در مواقع بحران خانوادگی راه‌های عبور متفاوتی را پیدا می‌کنند و با شرایط خود را وفق داده و سازگارتر خواهند بود. تاب‌آوری با افزایش انعطاف‌پذیری افراد و کاهش هیجانات منفی سبب افزایش سازگاری افراد با شرایط مختلف از جمله سازگاری زناشویی می‌شود (۳۰).

برطبق دیگر یافته این پژوهش، خودپنداره جنسی با استرس ناشی از ناباورری رابطه منفی و معنادار داشت که با نتایج پژوهش‌های پیکسوتو و همکاران (۱۲) و علیرضایی و همکاران (۱۳) همسوست. با در نظر گرفتن این نکته که نه تنها زنان مسئولیت ناباورری را بیشتر متوجه خود می‌دانند بلکه مردان نیز همسرشان را بیشتر مسئول نداشتن فرزند می‌پندارند (۳۱)، این سرزنش از سوی همسر و خود به‌صورت خودسرزنشگری، می‌تواند بر سلامت روانی فرد اثر بگذارد و شکست در انجام وظایفی همچون تولیدمثل و باروری، منجر به کاهش اطمینان به خود و در نتیجه کاهش خودپنداره شود؛ همچنین باتوجه به اینکه ناباورری می‌تواند به‌صورت بی‌حاصل بودن رابطه جنسی ادراک شود (۱۳)، خودپنداره جنسی این زنان آسیب می‌بیند و این شیوه واکنش استرس ایجاد می‌کند و با در نظر گرفتن ناباورری به‌عنوان عاملی استرس‌زا، ارتباط انکارناپذیر خودپنداره جنسی و استرس ناباورری توجیه‌پذیر است؛ زیرا افرادی که عزت‌نفس و خودپنداره زیادی دارند، در مقابل انواع استرس‌ها و فشارهای روانی و حوادث و مشکلات مقاوم و پایدار خواهند بود.

همچنین این پژوهش نشان داد، بین تاب‌آوری خانواده و استرس ناباورری رابطه منفی و معناداری وجود داشت. این یافته با پژوهش‌های

لی و همکاران (۶)، بنسیمون (۸) و یو و همکاران (۹) که از این روابط بین انواع استرس و تاب‌آوری حمایت کرده‌اند، همسوست. در تبیین این یافته می‌توان گفت، افراد و خانواده‌ها با تاب‌آوری زیاد در مقابل رویدادهای استرس‌زا با خوش‌بینی، ابراز وجود و اعتماد به نفس برخورد می‌کنند؛ در نتیجه این رویدادها را کنترل‌شدنی می‌بینند (۳۲). در واقع این ویژگی به خانواده‌های دارای مشکلات ناباورری و به‌ویژه زنان کمک می‌کند راهکارهای مؤثرتری را در مواجهه با استرس ناباورری به کار برند؛ زیرا تاب‌آوری زیاد در خانواده سبب تقویت ظرفیت‌های موجود در خانواده جهت تسلط یافتن بر سختی‌ها و استرس‌های موجود و در هنگام مواجهه با استرس از جمله استرس ناباورری، سیستم‌های خانواده بر منابع مقاومتی خود تکیه می‌کنند. این منابع توانایی و نقاط قوت در اعضا است که خانواده با استفاده از آن‌ها عوامل استرس‌زا را مدیریت می‌کند و نیز به نیازهای موجود در خانواده رسیدگی می‌کند (۱۶).

همچنین یافته‌ها نشان داد که رابطه منفی و معناداری بین استرس ناشی از ناباورری و سازگاری زناشویی بود که این یافته با پژوهش ماساروتی و همکاران (۳۳) همسوست. در تبیین این یافته که رابطه منفی و معنادار بین استرس ناشی از ناباورری و سازگاری زناشویی وجود دارد، می‌توان گفت مطابق با ادبیات نظری و عملی پژوهش، بین رضایت و سازگاری زناشویی و استرس ادراک‌شده که امکان دارد ناشی از ناباورری یا هر عامل دیگری باشد، رابطه‌ای دوسویه برقرار است (۶). در واقع مطابق با یافته‌های پیشین، سطوح بیشتر سازگاری زناشویی با نمرات کمتر استرس ناباورری همراه است و سازگاری زناشویی می‌تواند به‌عنوان عاملی حمایتی در مقابله با استرس ناشی از ناباورری به‌شمار آید (۴). به عبارتی سازگاری و رضایت زناشویی زیاد در بین زوجین می‌تواند به کاهش استرس ناباورری کمک کند؛ زیرا در رابطه‌ای زناشویی رضایت‌مندانه همسر می‌تواند از شریک زندگی خود تحت شرایط استرس شدید بیشتر حمایت مادی یا معنوی کند که در نتیجه باعث افزایش سلامت فردی می‌شود (۶)؛ همچنین در خصوص رابطه عکس می‌توان گفت، استرس ناباورری به دلیل اثراتی که بر روابط زوجین می‌گذارد، بر سازگاری زناشویی تأثیر دارد (۱۹). در واقع استرس ناباورری بهداشت روانی زنان را تحت‌تأثیر قرار می‌دهد و عوارض استرس می‌تواند ناشی از واکنش بین استرسورها و ادراک فرد از موقعیت استرس‌آمیز باشد؛ همچنین مقدار استرس تجربه‌شده ممکن است بر توانایی فرد برای سازگاری ثمربخش او با وقایع استرس‌آمیز اثر داشته باشد (۳۳).

در خصوص یافته‌های مسیرهای غیرمستقیم نیز این پژوهش نشان داد، استرس ناباورری می‌تواند به‌عنوان میانجی در رابطه بین خودپنداره جنسی و سازگاری زناشویی عمل کند. باتوجه به اینکه تاکنون پژوهشی درباره بررسی نقش میانجی‌گری استرس ناباورری تاکنون انجام نشده است، نمی‌توان در خصوص همسببودن یا نبودن این یافته با پژوهش‌های گذشته اظهار نظر کرد. در تبیین این یافته می‌توان گفت، خودپنداره جنسی زوجین و به‌ویژه زنان ناباور به‌واسطه برنامه‌های آمیزش جنسی اجباری و اضطراب به‌جهت نتیجه‌بخش نبودن و ادراک بی‌حاصل بودن رابطه جنسی کاهش می‌یابد؛ این چرخه کاهش

خودپنداره و افزایش امیدواری و ناامیدی در هر ماه، در زمان تلاش برای درمان ناباروری سبب ایجاد استرس زیادی می‌شود؛ بنابراین خودپنداره جنسی کم در زنان نابارور علاوه بر اثر مستقیم بر سازگاری زناشویی، از طریق تأثیری که بر استرس ناشی از ناباروری می‌گذارد، بر سازگاری زناشویی در زنان نابارور نیز مؤثر است.

دیگر یافته‌های این پژوهش حاکی از رابطه غیرمستقیم بین تاب‌آوری خانواده و سازگاری زناشویی از طریق استرس ناشی از ناباروری بود. در تبیین این یافته نیز می‌توان گفت، تاب‌آوری برای زوجین نابارور نقش حیاتی در کاهش استرس‌های مرتبط با ناباروری و حفظ تعاملات مثبت آن‌ها دارد (۳۲). به عبارت دیگر تاب‌آوری خانواده علاوه بر اینکه به صورت مستقیم بر سازگاری زناشویی زوجین نابارور مؤثر است می‌تواند از طریق تأثیری که بر استرس ناباروری زنان نابارور دارد سازگاری زناشویی را تحت تأثیر قرار دهد.

ازجمله محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به خودگزارشی بودن ابزار اشاره کرد؛ همچنین نمونه پژوهش شامل زنان نابارور دو استان خوزستان و اصفهان بود و برای تعمیم یافته‌ها به سایر جوامع باید احتیاط لازم صورت گیرد. در این پژوهش روابط بین متغیرها به شکل مدلیابی بررسی شد؛ لذا تفسیر علی به مانند تحقیقات آزمایشی براساس آن ممکن نیست. درخصوص مطالعات مربوط به زوج‌های نابارور بهتر است مطالعات به صورت طولی انجام گیرد تا روند تأثیر مداخلات و نیز روابط بین متغیرها در این جامعه آماری در طی زمان و در مراحل مختلف ناباروری ارزیابی شود. اثرات درازمدت احتمالی و سازگاری زناشویی زوجین و نیز استرس مربوط به ناباروری نیاز به بررسی در طول زمان دارد؛ زیرا نیازها و ویژگی‌های روان‌شناختی زنان نابارور در مراحل مختلف ناباروری متفاوت است؛ به عنوان مثال زنانی که در مراحل ابتدایی نازایی هستند، نیازی به انطباق با شیوه زندگی بدون فرزند ندارند و این نیازها طی زمان متفاوت خواهد بود (۳۳)؛ از این رو پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آزمایشی به صورت طولی روی زنان نابارور انجام شود. باتوجه به اینکه به دلایل فرهنگی ادراک ناباروری و استرس‌های ناشی از آن بین زنان و مردان متفاوت است، پیشنهاد می‌شود پژوهش‌هایی با نقش تعدیل‌کنندگی جنسیت در این خصوص انجام پذیرد.

۵ نتیجه‌گیری

براساس یافته‌های پژوهش، خودپنداره جنسی و تاب‌آوری خانواده با

میانجی‌گری استرس ناباروری بر سازگاری زناشویی مؤثر هستند؛ همچنین باتوجه به اینکه استرس ناباروری به صورت مستقیم و نیز در نقش میانجی بر سازگاری زناشویی زنان نابارور مؤثر است، می‌تواند به عنوان فاکتور مهمی در ارائه خدمات بهداشتی و روان‌شناختی به زوجین نابارور به کار رود.

۶ تشکر و قدردانی

از تمامی زنان نابارور که در این پژوهش ما را یاری کردند، نهایت تشکر و قدردانی می‌شود.

۷ بیانیه‌ها

تأییدیه اخلاقی و رضایت‌نامه از شرکت‌کنندگان

این مقاله برگرفته از رساله مقطع دکتری تخصصی نویسنده اول مقاله در رشته روان‌شناسی سلامت با عنوان «آزمون مدل رابطه علی سبک‌های حل تعارض، سلامت خانواده اصلی و خودپنداره جنسی با سازگاری زناشویی و بهزیستی ذهنی از طریق استرس ناباروری و تاب‌آوری خانواده در زنان مبتلا به ناباروری» است که در دانشگاه آزاد اسلامی واحد بین‌المللی خرمشهر-خلیج فارس، در تاریخ ۱۳۹۷ دی ۱۳۹۷ به تصویب رسید. مجوز اجرای این پژوهش بر گروه مطالعه‌شده از مراکز ناباروری اهواز و اصفهان با شماره نامه ۸۴ صادر شده است. همچنین موافقت کتبی هر شرکت‌کننده برای شرکت در پژوهش دریافت شد و مشارکت‌کنندگان درباره محرمانه‌بودن داده‌ها اطمینان حاصل کردند.

رضایت برای انتشار

این امر غیر قابل اجرا است.

تواضع منافع

نویسندگان اعلام می‌کنند هیچ‌گونه تضاد منافی ندارند.

منابع مالی

تأمین منابع مالی برای انجام این پژوهش از هزینه‌های شخصی بوده است و توسط هیچ نهاد یا سازمانی تأمین نشده است.

مشارکت نویسندگان

نویسنده اول داده‌های به دست آمده را آنالیز و تفسیر کرد. نویسندگان دوم و سوم در نگارش نسخه دست‌نوشته همکار اصلی بودند. همه نویسندگان نسخه دست‌نوشته نهایی را خواندند و تأیید کردند.

References

- Shlomo SB, Taubman-Ben-Ari O, Skvirsky V, Azuri Y, Weissman A, Horowitz E. Subjective well-being of women at the beginning of fertility treatment: the role of medical variables, attachment orientation and supportive relationship with the mother. *J Reprod Infant Psychol.* 2019;37(4):358–69. doi: [10.1080/02646838.2019.1578867](https://doi.org/10.1080/02646838.2019.1578867)
- Choy JT, Eisenberg ML. Comprehensive men's health and male infertility. *Transl Androl Urol.* 2020;9(Suppl 2):S239-S43. doi: [10.21037/tau.2019.08.35](https://doi.org/10.21037/tau.2019.08.35)
- Zarif Golbar Yazdi H, Aghamohammadian Sharbaf HR, Kareshki H, Amirian M. Infertility and psychological and social health of iranian infertile women: a systematic review. *Iranian J Psychiatry.* 2020;15(1):67-79. <https://doi.org/10.18502/ijps.v15i1.2441>

4. Izadi N, Sajjadian I. The relationship between dyadic adjustment and infertility-related stress: the mediated role of self-compassion and self-judgment. *Iranian Journal of Psychiatric Nursing*. 2017;5(2):15–22. [Persian] doi: [10.21859/ijpn-05023](https://doi.org/10.21859/ijpn-05023)
5. Bavazin F, Vieskarami H. The effect of relaxation techniques on the reduction of stress, sexual anxiety, communication concerns, and social concerns in females with infertility. *Iranian Journal of Nursing Research*. 2018;13(2):10–6. [Persian] <http://ijnr.ir/article-1-2012-en.pdf>
6. Li X, Ye L, Tian L, Huo Y, Zhou M. Infertility-related stress and life satisfaction among Chinese infertile women: a moderated mediation model of marital satisfaction and resilience. *Sex Roles*. 2020;82(1):44–52. doi: [10.1007/s11199-019-01032-0](https://doi.org/10.1007/s11199-019-01032-0)
7. Jalili Nikoo S, Kharamin SH, Ghasemi Jobaneh R, Mohammad Alippoor Z. Role of family resilience and mindfulness in addiction potential of students. *Armaghane danesh*. 2015;20(4):357–68. [Persian] <http://armaghanej.yums.ac.ir/article-1-933-en.pdf>
8. Bensimon M. Elaboration on the association between trauma, PTSD and posttraumatic growth: The role of trait resilience. *Personality and Individual Differences*. 2012;52(7):782–7. doi: [10.1016/j.paid.2012.01.011](https://doi.org/10.1016/j.paid.2012.01.011)
9. Yu Y, Peng L, Chen L, Long L, He W, Li M, et al. Resilience and social support promote posttraumatic growth of women with infertility: the mediating role of positive coping. *Psychiatry Res*. 2014;215(2):401–5. doi: [10.1016/j.psychres.2013.10.032](https://doi.org/10.1016/j.psychres.2013.10.032)
10. Vickberg SMJ, Deaux K. Measuring the dimensions of women's sexuality: the women's sexual self-concept scale. *Sex Roles*. 2005;53(5):361–9. doi: [10.1007/s11199-005-6759-y](https://doi.org/10.1007/s11199-005-6759-y)
11. Alirezaei S, Ozgoli G, Alavi Majd H. Evaluation of factors associated with sexual function in infertile women. *Int J Fertil Steril*. 2018;12(2):125–9. doi: [10.22074/ijfs.2018.5193](https://doi.org/10.22074/ijfs.2018.5193)
12. Peixoto MM, Amarelo-Pires I, Pimentel Biscaia MS, Machado PPP. Sexual self-esteem, sexual functioning and sexual satisfaction in Portuguese heterosexual university students. *Psychology & Sexuality*. 2018;9(4):305–16. doi: [10.1080/19419899.2018.1491413](https://doi.org/10.1080/19419899.2018.1491413)
13. Alirezaee S, Ozgoli G, Alavi Majd HR. Comparison of sexual self-efficacy and sexual function in fertile and infertile women referred to health centers in Mashhad in 1392. *Pajoohandeh Journal*. 2014;19(3):131–6. [Persian] <http://pajoohande.sbm.ac.ir/article-1-1769-en.pdf>
14. Zaal B, Kafashzadeh S, Amini Nasab A, Izadi R. The relationship between sexual self-concept and resilience with marital satisfaction in fertile and infertile women. In: 8th Congress of Reproductive Health and Infertility Research Center [Internet]. Tehran, Iran: Shahid Beheshti University; 2015. [Persian] <https://www.sid.ir/Fa/Seminar/ViewPaper.aspx?ID=68462>
15. Danesh E, Aminalroayaei P, NooriPour-Liavoli R. The relationship between resiliency, psychological well-being and marital satisfaction of infertile couples undergoing in vitro fertilization. *Salāmat-i ijtimāi (Community Health)*. 2017;4(3):166–74. [Persian] doi: [10.22037/ch.v4i3.13681](https://doi.org/10.22037/ch.v4i3.13681)
16. Snell WE. The multidimensional sexual self-concept questionnaire. In: *Handbook of sexuality-related measures*. New York, NY: Routledge; 1998. pp:521–4.
17. Ramezani MA, Ghaemmaghami A, Talakar M, Saadat SH, Zamani E, Shams J, et al. Validity and Reliability Assessment of multi-dimensional sexual self-concept questionnaire for Iranian population. *Iran J Military Med*. 2013;14(4):302–9. [Persian] http://militarymedj.ir/files/site1/user_files_01eb20/ramezani_ma-A-10-993-1-675690e.pdf
18. Sixbey MT. Development of the family resilience assessment scale to identify family resilience constructs [Ph.D. dissertation]. [Florida, US]: University of Florida; 2005.
19. Zahrakar K, Karami K, Bozorgmanesh K. Evaluate the psychometric properties of the Sixbey. *Quarterly of Educational Measurement*. 2014;5(18):133–56. [Persian] doi: [10.22054/jem.2015.792](https://doi.org/10.22054/jem.2015.792)
20. Newton CR, Sherrard W, Glavac I. The fertility problem inventory: measuring perceived infertility-related stress. *Fertil Steril*. 1999;72(1):54–62. doi: [10.1016/s0015-0282\(99\)00164-8](https://doi.org/10.1016/s0015-0282(99)00164-8)
21. Samani RO, Almasi-Hashiani A, Shokri F, Maroufizadeh S, Vesali S, Sepidarkish M. Validation study of the fertility problem inventory in Iranian infertile patients. *Middle East Fertility Society Journal*. 2017;22(1):48–53. doi: [10.1016/j.mefs.2016.07.002](https://doi.org/10.1016/j.mefs.2016.07.002)
22. Spanier GB. Sex education and premarital sexual behavior among American college students. *Adolescence*. 1978;13(52):659–74.
23. Isanezhad O, Ahmadi S-A, Bahrami F, Baghban-Cichani I, Farajzadegan Z, Etemadi O. Factor structure and reliability of the Revised Dyadic Adjustment Scale (RDAS) in Iranian population. *Iran J Psychiatry Behav Sci*. 2012;6(2):55–61.
24. Bentler PM, Yuan KH. Structural equation modeling with small samples: test statistics. *Multivariate Behav Res*. 1999;34(2):181–97. doi: [10.1207/s15327906mb340203](https://doi.org/10.1207/s15327906mb340203)
25. Hosseini S, Farahani MN, Rashidi B. The role of infertility stress, coping styles, personality trait and social support in marital adjustment of infertile women. *Research in Psychological Health*. 2014;7(2):1–12. [Persian]

26. Maier SU, Makwana AB, Hare TA. Acute stress impairs self-control in goal-directed choice by altering multiple functional connections within the brain's decision circuits. *Neuron*. 2015;87(3):621–31. doi: [10.1016/j.neuron.2015.07.005](https://doi.org/10.1016/j.neuron.2015.07.005)
27. Zare Z, Golmakani N, Shareh H, Shakeri MT. Survey of relationship between sexual self-efficacy and sexual life quality with marital satisfaction in primiparous women after childbirth. *Beyhagh*. 2016;21(2):1–10. [Persian] http://beyhagh.medsab.ac.ir/article_858_6198220ea8ab205121a6609922556200.pdf?lang=en
28. Kafei Atrian M, Mohebbi Dehnavi Z, Kamali Z. The relationship between sexual self-efficacy and sexual function in married women. *Journal of Midwifery and Reproductive Health*. 2019;7(2):1703–11. [Persian] doi: [10.22038/jmrh.2018.30672.1333](https://doi.org/10.22038/jmrh.2018.30672.1333)
29. Jaafarpour M, Maroufi M, Molaiezhad M. Relationship between sexual self-concept and sexual performance in married women referring to mobarakeh health centers, Iran. *Journal of Research Development in Nursing and Midwifery*. 2016;12(3):40–7. [Persian] <http://nmj.goums.ac.ir/article-1-814-en.pdf>
30. Antičević V, Jokić-Begić N, Britvić D. Sexual self-concept, sexual satisfaction, and attachment among single and coupled individuals. *Pers Relationship*. 2017;24(4):858–68. doi: [10.1111/pere.12217](https://doi.org/10.1111/pere.12217)
31. Gibson DM, Myers JE. Gender and infertility: a relational approach to counseling women. *Journal of Counseling & Development*. 2000;78(4):400–10. doi: [10.1002/j.1556-6676.2000.tb01923.x](https://doi.org/10.1002/j.1556-6676.2000.tb01923.x)
32. Sadeghian E, Heidarian Pour A. Stressors and mental health status among students of Hamadan university of medical sciences. *Journal of Hayat*. 2009;15(1):71–80. [Persian] <https://hayat.tums.ac.ir/article-1-131-en.pdf>
33. Massarotti C, Gentile G, Ferreccio C, Scaruffi P, Remorgida V, Anserini P. Impact of infertility and infertility treatments on quality of life and levels of anxiety and depression in women undergoing in vitro fertilization. *Gynecol Endocrinol*. 2019;35(6):485-9. doi: [10.1080/09513590.2018.1540575](https://doi.org/10.1080/09513590.2018.1540575)