MEJDS. 2021; 11:11. doi: 10.29252/mejds.0.0.163

Published online 2021 Apr. **Research Article**

Resilience and Marital Satisfaction to Mediate the Relationship between Cognitive Emotion Regulation Strategies and Disease Compatibility in Infertile Women

Keikhosravi Big Zadeh Z[1], *Sodagar Sh[2], Jamhari F[3], Bahrami Heidiji M[2], Choubsaz F[4]

Author Address
1. PhD student of Psychology, Faculty of Psychology, Islamic Azad University, Karaj Branch, Karaj, Iran;
2. Assistant Professor of Psychology, Faculty of Psychology, Islamic Azad University, Karaj Branch, Karaj, Iran;
3. Assistant Professor of Psychology, Faculty of Psychology, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran;
4. Gynecologist, Infertility Fellowship, Kermanshah, Iran.
***Corresponding author's email:** sh_so90@yahoo.com

Received: 2020 February 16; **Accepted:** 2020 March 16

Abstract

Background & Objectives: Infertility could be a life crisis with various biosociocultural, emotional, and financial problems. Infertile couples may encounter social pressures in addition to the direct impacts of infertility. Infertility could particularly be a source of psychosocial suffering for women. In some communities, childbearing inability is only attributed to women; thus, there exists a gender–related bias concerning couple's infertility. Numerous interpersonal and intrapersonal characteristics affect adapting to infertility. Thus, the present study aimed to investigate the mediating role of resilience and marital satisfaction in the relationship between adaptive and maladaptive strategies of cognitive emotion regulation and compatibility to disease in infertile women.

Methods: The present descriptive–correlational study employed structural equation modeling. The statistical population of the present study consisted of all infertile women referring to infertility treatment centers in Tehran City, Iran, in 2017 who received infertility treatment for the first time. A convenience sampling method was used to select the study participants. To determine the sample size, according to Klein (2011), the number of routes was considered as a criterion and 25 subjects were selected per route. Finally, 225 infertile women participated in this study. The measurement tools were the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (Garnefski et al., 2001), the Conner–Davidson Resilience Scale (Conner & Davidson, 2003), the Enrich Marital Satisfaction Scale (Fowers & Olson, 1993), and the Adaptation to Illness Scale (Besharat, 2002). The obtained data were analyzed by descriptive (mean & SD) and inferential (Pearson correlation coefficient & structural equation modeling) statistics in SPSS and AMOS.

Results: The obtained results suggested that adaptive cognitive emotion regulation strategies presented a direct and significant effect on resilience (β=0.42, p<0.001) and marital satisfaction (β=0.37, p<0.001). Additionally, maladaptive cognitive emotion strategies were inversely and significantly predictive of resilience (β=–0.33, p<0.001) and marital satisfaction (β=–0.20, p<0.001). Besides, resilience (β=0.33, p<0.001) and marital satisfaction (β=0.27, p<0.001) provided a direct and significant effect on adaptation to illness. Moreover, adaptive cognitive emotion regulation strategies (β=0.08, p=0.002) and maladaptive cognitive emotion regulation strategies (β=–0.27, p<0.001), with the mediating role of resilience, could explain compatibility to infertility. Furthermore, adaptive cognitive emotion regulation strategies (β=0.31, p<0.001) and maladaptive cognitive emotion regulation strategies (β=–0.05, p=0.05), with the mediating role of marital satisfaction, could explain compatibility to infertility in the study subjects.

Conclusion: Based on the current research findings, individual and contextual factors can be effective in adapting to infertility in infertile women. Furthermore, resilience and marital satisfaction can play a mediating role between the dimensions of cognitive emotion regulation and adaptation to infertility.

Keywords: Adaptive cognitive emotion regulation strategies, Maladaptive cognitive emotion regulation strategies, Adaptation to illness, Resilience, Marital satisfaction, Women, Infertility.

Copyright © 2016, MEJDS. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-18]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.173.2]

[DOI: 10.29252/mejds.0.0.163]

مجله مطالعات ناتوانی ۱۴۰۰؛ (۱۱):۱۱.
doi: 10.29252/mejds.0.0.163
انتشار برخط فروردین ۱۴۰۰
مقاله پژوهشی اصیل

نقش واسطه‌ای تاب‌آوری و رضایت زناشویی در رابطهٔ بین راهبردهای تنظیم شناختی هیجان و سازگاری با بیماری در زنان نابارور

زهره کیخسروی بیگ‌زاده[۱]، *شیدا سوداگر[۲]، فرهاد جمهری[۳]، مریم بهرامی هیدیجی[۲]، فرزانه چوبساز[۴]

توضیحات نویسندگان
۱. دانشجوی دکتری روان‌شناسی عمومی، دانشکدهٔ روان‌شناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج، کرج، ایران؛
۲. استادیار روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج، کرج، ایران؛
۳. استادیار روان‌شناسی، دانشکدهٔ روان‌شناسی دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران؛
۴. متخصص زنان و زایمان، فلوشیپ نازایی، کرمانشاه، ایران.
***رایانامهٔ نویسندهٔ مسئول:** sh_so90@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۲۷ بهمن ۱۳۹۸؛ **تاریخ پذیرش:** ۲۶ اسفند ۱۳۹۸

چکیده

زمینه و هدف: شناسایی عوامل مؤثر بر مشکل ناباروری در سازگاری با این مشکل از اهمیت بسزایی برخوردار است؛ ازاین‌رو، هدف از پژوهش حاضر بررسی نقش واسطه‌ای تاب‌آوری و رضایت زناشویی در رابطهٔ بین راهبردهای سازگار و ناسازگار تنظیم شناختی هیجان با سازگاری با بیماری در زنان نابارور بود.

روش‌بررسی: روش پژوهش توصیفی از نوع همبستگی بود که با استفاده از روش مدل‌یابی معادلات ساختاری انجام شد. جامعهٔ آماری همهٔ زنان نابارور مراجعه‌کننده به مراکز ناباروری شهر تهران در سال ۱۳۹۷ بودند که برای اولین‌بار درمان ناباروری دریافت کردند. با استفاده از روش نمونه‌گیری دردسترس ۲۲۵ نفر انتخاب شدند. ابزار سنجش شامل مقیاس تنظیم شناختی هیجان (گارنفسکی و همکاران، ۲۰۰۱)، مقیاس تاب‌آوری کارنر–دیویدسون (کانر و دیویدسون، ۲۰۰۳)، مقیاس رضایت زناشویی انریچ (فورز و اولسون، ۱۹۹۳) و مقیاس سازگاری با بیماری (بشارت، ۱۳۸۰) بود. داده‌ها با استفاده از ضریب همبستگی و روش مدل‌یابی معادلات ساختاری با نرم‌افزارهای SPSS نسخهٔ ۲۱ و AMOS نسخهٔ ۲۱ تحلیل شدند. سطح معناداری آزمون‌ها ۰/۰۵ بود.

یافته‌ها: راهبردهای سازگار تنظیم شناختی هیجان اثر مستقیم و معنادار بر تاب‌آوری ($p<۰/۰۰۱$ و $\beta=۰/۴۲$) و رضایت زناشویی ($p<۰/۰۰۱$ و $\beta=۰/۳۷$) دارند. راهبردهای ناسازگار تنظیم شناختی به‌صورت معکوس و معنادار پیش‌بینی‌کنندهٔ تاب‌آوری ($p<۰/۰۰۱$ و $\beta=-۰/۳۳$) و رضایت زناشویی ($p<۰/۰۰۱$ و $\beta=-۰/۲۰$) هستند. همچنین راهبردهای سازگار تنظیم شناختی هیجان ($p=۰/۰۰۲$ و $\beta=۰/۰۸$) و راهبردهای ناسازگار تنظیم شناختی هیجان ($p<۰/۰۰۱$ و $\beta=-۰/۲۷$) با نقش میانجی تاب آوری، سازگاری با ناباروری را تبیین می‌کنند. راهبردهای سازگار تنظیم شناختی هیجان ($p<۰/۰۰۱$ و $\beta=۰/۳۱$) و راهبردهای ناسازگار تنظیم شناختی هیجان ($p=۰/۰۵$ و $\beta=-۰/۰۵$) با نقش میانجی رضایت زناشویی، سازگاری با ناباروری را تبیین می‌کنند.

نتیجه‌گیری: براساس یافته‌های پژوهش، تاب‌آوری و رضایت زناشویی در ارتباط بین راهبردهای سازگار و ناسازگار تنظیم شناختی هیجان و سازگاری با بیماری نقش واسطه‌ای دارند.

کلیدواژه‌ها: راهبردهای سازگار تنظیم شناختی هیجان، راهبردهای ناسازگار تنظیم شناختی هیجان، سازگاری با بیماری، تاب‌آوری، رضایت زناشویی، زنان، ناباروری.

حق انتشار محفوظ است © ۱۳۹۵، مجله مطالعات ناتوانی. این یک مقاله با دسترسی آزاد است که تحت مجوز اختیار–غیرتجاری ۴/۰ بین‌المللی (https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.fa) منتشر شده است که به شما اجازه می‌دهد که مواد منتشر شده در این مقاله را با شرط ارجاع مناسب به نسخهٔ اصلی، به‌طور غیرتجاری نسخه‌برداری و توزیع کنید.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-18]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.173.2]
[DOI: 10.29252/mejds.0.0.163]

۱ مقدمه

ناباروری[1] مسئله‌ای زیستی، روانی و اجتماعی است که با اختلال در فرایند تولیدمثل و فرزندآوری زندگی زوجین را با بحران مواجه می‌سازد (۱). در این راستا سازگاری با ناباروری از اهمیت بسزایی برخوردار است؛ به‌طورکلی، سازگاری را می‌توان به‌عنوان پاسخ انطباق‌یافته درقبال تغییرات محیطی تعریف کرد که در طول زمان به‌وجود می‌آید. سازگاری با بیماری، فرایند حفظ نگرش مثبت دربارهٔ خود و جهان باوجود مشکلات جسمی است. سازگاری با ناباروری نیز شامل راهبردهای شناختی، هیجانی و رفتاری است که درمجموع به فرد نابارور کمک می‌کند تا مقابلهٔ مؤثرتری با مشکل ناباروری خود داشته باشد (۲). عوامل بین‌فردی و درون‌فردی متعددی در ایجاد سازگاری با ناباروری نقش دارد. در این پژوهش رضایت زناشویی[2] به‌عنوان جزئی از عوامل بین‌فردی و تاب‌آوری[3] و راهبردهای تنظیم شناختی هیجان[4] به‌عنوان مؤلفه‌های فردی مؤثر بر افزایش میزان سازگاری با ناباروری بررسی شد.

رضایت زناشویی به میزان تطابق میان خواسته‌های فرد از موقعیت کنونی زندگی زناشویی خود و آنچه در دوران زندگی کنونی‌اش تجربه کرده است، اشاره دارد. هرقدر این فاصله کمتر باشد، فرد بیشتر احساس رضایت‌مندی می‌کند. نتایج پژوهش اونات و کیزیلکایات بیانگر آن بود که زوج‌های دارای ارتباط مناسب و منسجم‌تر از سلامت روانی بیشتری برخوردار هستند و رضایت از زندگی بیشتری دارند (۳). این متغیر نقش درخورتوجهی در سلامت جسمانی و روانی افراد ایفا می‌کند (۴). نظریه‌پردازان مختلف بر نقش عوامل درون‌فردی بر رضایت زناشویی تأکید می‌کنند و بر این باور هستند که ویژگی‌های روان‌شناختی زوجین موجب رضایت‌مندی زناشویی می‌شود (۵).

تاب‌آوری نیز در زمرهٔ عوامل درون‌فردی است که می‌تواند سازگاری با بیماری را تحت‌تأثیر قرار دهد. تاب‌آوری به ظرفیت‌های روانی افراد برای مقاومت دربرابر شرایط سخت اشاره دارد. این سازه که مبتنی‌بر روان‌شناسی مثبت‌گرا است، باعث حفظ سلامت روانی افراد و ارتقای آن می‌شود (۶).

ازآنجاکه موقعیت‌ها و شرایط پراسترس عمدتاً ماهیت هیجانی دارند، توانایی افراد در استفاده از راهبردهای تنظیم هیجاناتشان می‌تواند عامل بسیار مهمی در تعیین تاب‌آوری آن‌ها باشد (۷). اهمیت مهارت تنظیم هیجان برای حفظ سلامت روان در تحقیقات زیادی به تأیید رسیده است؛ همچنین تنظیم هیجان، به‌عنوان یکی از مهارت‌های اساسی برای تاب‌آوری (۸) و رضایت زناشویی (۹) افراد در نظر گرفته شده است. تنظیم هیجان به مدیریت رفتار، شناخت، توجه و فرایندهای فیزیولوژیک با هدف پایان‌دادن، اصلاح، بیان و حفظ تجربه‌های هیجانی اشاره دارد (۱۰). راهبردهای شناختی تنظیم هیجان شامل خودسرزنشگری[5]، پذیرش[6]، نشخوارگری[7]، تمرکز مجدد مثبت[8]، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی[9] ، ارزیابی مجدد مثبت[10] ، دیدگاه‌گیری[11] ، فاجعه‌نمایی[12] و دیگرسرزنشگری[13] است؛ برخی از این راهبردها انطباقی و برخی از آن‌ها غیرانطباقی‌اند و بر سازگاری با بیماری تأثیرگذار هستند (۱۱). علاوه‌براین، راهبردهای غیرانطباقی تنظیم شناختی هیجان با افزایش نگرانی در نمونه‌های بالینی و غیربالینی و نیز با مشکلات هیجانی بیشتر مانند افسردگی ارتباط دارد؛ درحالی‌که راهبردهای انطباق تنظیم شناختی هیجان مانند ارزیابی مجدد دارای ارتباط معکوسی با مشکلات هیجانی است (۱۲). نتایج پژوهش شیاتو نشان داد، استفاده از راهبردهای سازگارانهٔ تنظیم هیجان همچون ارزیابی مجدد شناختی در مواجهه با استرس، در بسیاری از مواقع علاوه‌بر کاستن از هیجانات منفی می‌تواند باعث افزایش هیجانات مثبت شود (۱۳).

بررسی پژوهش‌های گذشته بیانگر آن است که تلاش‌هایی در راستای شناسایی عوامل مؤثر بر سازگاری با ناباروری مبتنی‌بر متغیرهای پژوهش حاضر صورت گرفته است؛ اما تاکنون پژوهشی مشاهده نشد که تمام این متغیرها را در قالب مدلی واسطه‌ای بررسی کرده باشد؛ بنابراین یافته‌های پژوهش حاضر نه‌تنها خلأ پژوهشی موجود را پوشش می‌دهد، بلکه شناسایی این عوامل می‌تواند در سطح کاربردی در کمک به سازگاری زنان نابارور مؤثر باشد؛ بنابراین باتوجه به آنچه بیان شد، هدف این پژوهش بررسی نقش واسطه‌ای تاب‌آوری و رضایت زناشویی در رابطهٔ بین راهبردهای تنظیم شناختی هیجان و سازگاری با بیماری در زنان نابارور بود.

۲ روش‌بررسی

طرح پژوهش حاضر توصیفی از نوع همبستگی بود که در چارچوب آن، روابط مفروض میان متغیرهای پژوهش با استفاده از روش مدل‌یابی معادلات ساختاری ارزیابی شد. بر این اساس، راهبردهای تنظیم شناختی هیجان به‌عنوان متغیر برون‌زاد، تاب‌آوری و رضایت زناشویی به‌عنوان متغیر واسطه‌ای و سازگاری با بیماری به‌عنوان متغیر درون‌زاد بررسی شدند. مدل مفهومی پژوهش در شکل ۱ آمده است. جامعهٔ آماری پژوهش حاضر را همهٔ زنان نابارور مراجعه‌کننده به مراکز درمان ناباروری شهر تهران در سال ۱۳۹۷ تشکیل دادند که برای اولین‌بار درمان ناباروری دریافت کردند. به‌منظور انتخاب شرکت‌کنندگان از روش نمونه‌گیری دردسترس استفاده شد. نحوهٔ نمونه‌گیری به این شکل بود که از بین مراجعه‌کنندگان به مراکز ناباروری شهر تهران افرادی انتخاب شدند که تاکنون خدمات درمانی دریافت نکردند. به‌منظور تعیین حجم نمونه، براساس نظر کلاین تعداد مسیرها

1. Infertility
2. Marital satisfaction
3. Resiliency
4. Cognitive emotion regulation strategies
5. Self-Blame
6. Acceptance
7. Rumination
8. Positive refocusing
9. Refocus on planning
10. Positive reappraisal
11. Putting into perspective
12. Catastrophizing
13. Other-Blame

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-18]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.173.2]
[DOI: 10.29252/mejds.0.0.163]

به‌عنوان ملاک در نظر گرفته شد و به ازای هر مسیر، ۲۵ نفر انتخاب شد (۱۴). درنهایت تعداد ۲۲۵ زن نابارور شرکت‌کنندگان پژوهش را تشکیل دادند. در این پژوهش برای گردآوری اطلاعات از ابزارهای زیر استفاده شد.

ـ مقیاس تنظیم شناختی هیجان[1]: این مقیاس توسط گارنفسکی و همکاران در سال ۲۰۰۱ تهیه شد (۱۵). مقیاس تنظیم شناختی هیجان دارای ۳۶ گویه و نُه زیرمقیاس است. پنج زیرمقیاس پرسشنامه راهبردهای سازگار تنظیم شناختی هیجان (پذیرش، توجه مجدد مثبت، توجه مجدد به برنامه‌ریزی، ارزیابی مجدد مثبت، اتخاذ دیدگاه) و چهار زیرمقیاس دیگر راهبردهای ناسازگار تنظیم شناختی هیجان (سرزنش خود، نشخوار ذهنی، فاجعه‌آمیزپنداری، سرزنش دیگران) است. هر سؤال از ۱ (هرگز) تا ۵ (همیشه) نمره‌گذاری می‌شود. نمرات بیشتر در هر خرده‌مقیاس بیانگر میزان استفادهٔ بیشتر از راهبرد مذکور در مقابله یا مواجهه با وقایع استرس‌زا و منفی است (۱۵). پایایی راهبردهای سازگار و ناسازگار و کل پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ به‌ترتیب برابر با ۰/۹۱، ۰/۸۷ و ۰/۹۳ بود (۱۵). پایایی این پرسشنامه نیز توسط حسنی در جامعهٔ ایرانی و به‌وسیلهٔ روش آلفای کرونباخ ۰/۸۲ به‌دست آمد (۱۶).

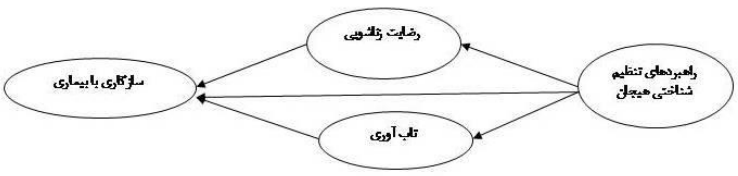
ـ مقیاس تاب‌آوری کانر ـ دیویدسون[2] : این مقیاس توسط کانر و دیویدسون در سال ۲۰۰۳ تهیه شد (۶). ابزاری ۲۵ سؤالی و تک‌عاملی است که سازهٔ تاب‌آوری را در طیف لیکرت پنج‌درجه‌ای از ۱ (هرگز) تا ۵ (همیشه) می‌سنجد. حداقل نمرهٔ تاب‌آوری آزمودنی در این مقیاس ۲۵ و حداکثر آن ۱۲۵ است (۶). کانر و دیویدسون، همسانی درونی، پایایی بازآزمایی و روایی همگرا و واگرای مقیاس را مطلوب و رضایت‌بخش گزارش کردند (۶). رزم‌پوش نیز پایایی این مقیاس را در جامعهٔ ایرانی با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۹۰ به‌دست آورد (۱۷).

ـ مقیاس رضایت زناشویی انریچ[3]: این مقیاس توسط فورز و اولسون در سال ۱۹۹۳ ساخته شد (۱۸). این مقیاس رضایت‌مندی زناشویی را در قالب پرسشنامه‌ای ۴۷ گویه‌ای در نُه حوزهٔ رضایت‌مندی زناشویی شامل مسائل شخصیتی، ارتباط زناشویی، حل تعارض، مدیریت مالی، فعالیت‌های اوقات فراغت، روابط جنسی، ازدواج و فرزندان، اقوام و دوستان و جهت‌گیری مذهبی ارزیابی می‌کند. نمره‌گذاری پرسشنامه به‌صورت پنج‌گزینه‌ای در طیف لیکرت (از کاملاً موافق=۱ تا کاملاً مخالف=۵) است. کمترین نمره ۴۷ و بیشترین نمره ۲۳۵ است. افرادی با نمرات کمتر از ۱۵۰، دارای میزانی از ناسازگاری زناشویی هستند (۱۸). پایایی این پرسشنامه با روش ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۲ گزارش شد (۱۸). در ایران نیز سلیمانیان برای بررسی روایی سازهٔ این پرسشنامه از پرسشنامهٔ سازگاری زناشویی[4] استفاده کرد و ضریب همبستگی را ۰/۶۵ به‌دست آورد (۱۹).

ـ مقیاس سازگاری با بیماری[5]: این ابزار توسط بشارت در سال ۱۳۸۰ ساخته شد (۲۰). مقیاس سازگاری با بیماری دارای دوازده گویه است و سازگاری با بیماری‌های پزشکی را در اندازه‌های هفت‌درجه‌ای از صفر (اصلاً صحیح نیست) تا ۶ (کاملاً صحیح است) می‌سنجد. حداقل و حداکثر نمرهٔ بیمار در کل مقیاس به‌ترتیب صفر و ۷۲ محاسبه می‌شود. نمرهٔ بیشتر نشان‌دهندهٔ سطوح بیشتر سازگاری با بیماری و مشارکت در فعالیت‌های معمول زندگی باوجود تجربه و تحمل استرس‌ها و محدودیت‌های مربوط به بیماری است. نتایج تحلیل عاملی اکتشافی و تأییدی با تعیین یک عامل کلی، روایی سازهٔ مقیاس سازگاری با بیماری را تأیید کرد (۲۰).

اصول اخلاقی رعایت‌شده در اجرای پژوهش عبارت بود از: شرکت در پژوهش آزادانه و به اختیار آزمودنی‌ها بود و هیچ‌گونه اجباری از جانب محقق صورت نگرفت؛ علاوه‌براین درخصوص محرمانه‌بودن اطلاعات تکمیل‌شده توسط آزمودنی‌ها اطمینان کافی داده شد.

داده‌های جمع‌آوری‌شده در دو سطح توصیفی (با استفاده از میانگین، انحراف معیار) و استنباطی (ضریب همبستگی و مدل‌یابی معادلات ساختاری) با استفاده از نرم‌افزارهای SPSS نسخهٔ ۲۱ و AMOS نسخهٔ ۲۱ تحلیل شدند. سطح معناداری برای تمام آزمون‌های آماری ۰/۰۵ بود. قبل از تحلیل مدل ساختاری نرمال‌بودن توزیع چندمتغیرهٔ داده‌ها بررسی شد. نتایج نشان داد که داده‌ها به‌صورت چندمتغیره دارای توزیع نرمال است (p>۰/۰۵). برازندگی الگوی پیشنهادی براساس شاخص مجذور خی، شاخص برازندگی تطبیقی (CFI)، شاخص نکویی برازش (GFI)، شاخص نکویی برازش تعدیل‌شده (AGFI) و ریشهٔ خطای میانگین مجذورات تقریب (RMSEA) بررسی شد. چنانچه شاخص مجذور خی بر درجهٔ آزادی کوچک‌تراز ۲/۵ باشد، مقدار RMSEA کوچک‌تر و به صفر نزدیک‌تر باشد؛ همچنین اگر شاخص‌های برازش CFI، GFI و AGFI به یک نزدیک‌تر باشد، بیان‌کنندهٔ آن است که الگوی پیشنهادی تأیید شده است (۱۴).



شکل ۱. مدل مفهومی پژوهش

1. Cognitive Emotion Regulation Scale
2. Conner-Davidson Resilience Scale
3. ENRICH Marital Satisfaction Scale
4. Marital Adjustment Questionnaire
5. Adaptation to Disease Scale

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-18]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.173.2]
[DOI: 10.29252/mejds.0.0.163]

۳ یافته‌ها

میانگین±انحراف معیار سن شرکت‌کنندگان برابر با ۵/۴۸±۲۹/۷۴ سال بود. همچنین میانگین±انحراف معیار راهبردهای سازگار و ناسازگار تنظیم شناختی هیجان به‌ترتیب ۱۱/۵۷±۶۲/۶۴ و ۱۱/۳۶±۴۴/۷۲ به‌دست آمد. علاوه‌براین میانگین و انحراف معیار متغیرهای تاب‌آوری، رضایت زناشویی و سازگاری با بیماری به‌ترتیب برابر با ۱۱±۹۶، ۲۷/۴۲±۱۶۵ و ۳۷/۴۱±۵۷/۱۱ بود. پیش از اجرای همبستگی پیرسون نرمال‌بودن داده‌ها با آزمون کولموگروف‌اسمیرنف بررسی شد و نتایج نرمال‌بودن داده‌ها را بیان کرد. جدول ۱ نتایج ضریب همبستگی بین متغیرهای پژوهش را نشان می‌دهد.

همان‌گونه که مشاهده می‌شود، سازگاری با بیماری با تاب‌آوری، رضایت زناشویی و راهبردهای سازگار تنظیم شناختی هیجان رابطهٔ مستقیم و معنادار دارد ($p<۰/۰۰۱$)؛ همچنین بین سازگاری با بیماری با راهبردهای ناسازگار تنظیم شناختی هیجان رابطهٔ معکوس و معنادار وجود دارد ($p<۰/۰۰۱$). بین تاب‌آوری و رضایت زناشویی با راهبردهای سازگار تنظیم شناختی هیجان رابطهٔ مستقیم و معنادار ($p<۰/۰۰۱$) و با راهبردهای ناسازگار تنظیم شناختی هیجان رابطهٔ معکوس و معنادار ($p<۰/۰۰۱$) مشاهده شد.

جدول ۱. ماتریس ضریب همبستگی بین متغیرهای پژوهش

متغیرها	۱	۲	۳	۴	۵
۱. تاب‌آوری	–				
۲. رضایت زناشویی	۰/۴۲	–			
۳. سازگاری با بیماری	۰/۵۵	۰/۴۳	–		
۴. راهبردهای سازگار تنظیم شناختی هیجان	۰/۴۰	۰/۲۷	۰/۲۱	–	
۵. راهبردهای ناسازگار تنظیم شناختی هیجان	ـ۰/۴۰	ـ۰/۲۰	ـ۰/۳۱	ـ۰/۳۲	–

جدول ۲ میزان اثرات مستقیم، غیرمستقیم و کل هر متغیر را بر سازگاری با بیماری نشان می‌دهد. بر این اساس مشاهده می‌شود که ضرایب استاندارد اثرهای مستقیم، غیرمستقیم و کل راهبردهای سازگار تنظیم شناختی هیجان بر سازگاری با بیماری به‌ترتیب برابر با ۰/۰۵، ۰/۳۱ و ۰/۳۶ و ضرایب استاندارد اثرهای مستقیم، غیرمستقیم و کل راهبردهای ناسازگار تنظیم شناختی هیجان بر سازگاری با بیماری به‌ترتیب برابر با ۰/۱۱ـ، ۰/۲۷ـ و ۰/۳۹ـ است؛ درنتیجه، می‌توان گفت که راهبردهای سازگار و ناسازگار تنظیم شناختی هیجان توانسته‌اند با نقش واسطه‌ای تاب‌آوری و رضایت زناشویی مدل مطلوبی را ارائه دهند.

جدول ۲. اثرات غیرمستقیم، مستقیم و کلی متغیرهای برون‌زاد بر سازگاری با بیماری با واسطه‌گری تاب‌آوری و رضایت زناشویی

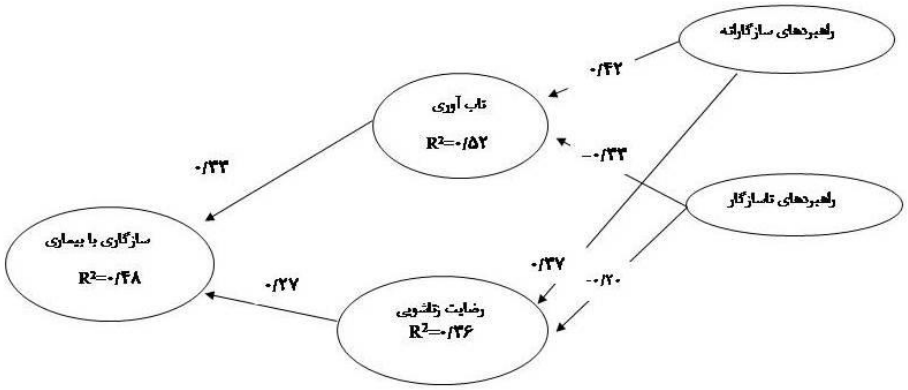
متغیرها	اثر مستقیم	اثر غیرمستقیم	اثر کل	مقدار احتمال
راهبردهای سازگار تنظیم شناختی هیجان← رضایت زناشویی	۰/۳۷	–	۰/۳۷	<۰/۰۰۱
راهبردهای سازگار تنظیم شناختی هیجان ← تاب‌آوری	۰/۴۲	–	۰/۴۲	<۰/۰۰۱
راهبردهای سازگار تنظیم شناختی هیجان← رضایت زناشویی← سازگاری با بیماری	۰/۰۵	۰/۳۱	۰/۳۶	<۰/۰۰۱
راهبردهای ناسازگار تنظیم شناختی هیجان← رضایت زناشویی← سازگاری با بیماری	ـ۰/۱۱	ـ۰/۰۵	ـ۰/۰۶	۰/۰۵
راهبردهای ناسازگار تنظیم شناختی هیجان ← رضایت زناشویی	ـ۰/۲۰	–	ـ۰/۲۰	<۰/۰۰۱
راهبردهای ناسازگار تنظیم شناختی هیجان ← تاب‌آوری	ـ۰/۳۳	–	ـ۰/۳۳	<۰/۰۰۱
راهبردهای ناسازگار تنظیم شناختی هیجان ← تاب‌آوری ← سازگاری با بیماری	ـ۰/۱۱	ـ۰/۲۷	ـ۰/۳۹	<۰/۰۰۱
راهبردهای سازگار تنظیم شناختی هیجان ← تاب‌آوری ← سازگاری با بیماری	۰/۰۶۲	۰/۰۸	۰/۱۴۲	۰/۰۰۲
تاب‌آوری ← سازگاری با بیماری	۰/۳۳	–	۰/۳۳	<۰/۰۰۱
رضایت زناشویی ← سازگاری با بیماری	۰/۲۷	–	۰/۲۷	<۰/۰۰۱

همان‌طورکه در جدول ۳ مشاهده می‌شود، نسبت خی دو به درجهٔ آزادی تقریباً برابر با ۲/۵، میزان RMSEA نزدیک به صفر و همچنین، مقادیر CFI، GFI و AGFI نزدیک به یک است؛ درنتیجه، مدل ارائه‌شده برازش خوبی دارد.

جدول ۳. نکویی برازش مدل ساختاری

شاخص‌ها	RMSEA	AGFI	GFI	CFI	χ^2/df	χ^2
مقادیر	۰/۰۶	۰/۹۱	۰/۹۰	۰/۹۳	۲/۵۱	۳۸۱۴/۵۱

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-18]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.173.2]
[DOI: 10.29252/mejds.0.0.163]



شکل ۲. مدل نقش واسطه‌ای تاب‌آوری و رضایت زناشویی در رابطهٔ بین راهبردهای سازگار و ناسازگار تنظیم شناختی هیجان با سازگاری با ناباروری

٤ بحث

هدف از پژوهش حاضر بررسی نقش واسطه‌ای تاب‌آوری و رضایت زناشویی در رابطهٔ بین راهبردهای سازگار و ناسازگار تنظیم شناختی هیجان و سازگاری با بیماری در زنان نابارور بود. نتایج نشان داد که راهبردهای سازگار و ناسازگار تنظیم شناختی هیجان به‌طور مستقیم پیش‌بین معنادار سازگاری با بیماری نیست؛ اما در بررسی اثر مستقیم متغیرهای برون‌زاد بر تاب‌آوری و رضایت زناشویی نتایج بیانگر آن بود که راهبردهای سازگار تنظیم شناختی هیجان به‌طور مثبت و معناداری پیش‌بین تاب‌آوری و رضایت زناشویی است و راهبردهای ناسازگار تنظیم شناختی هیجان به‌طور منفی و معنادار پیش‌بین این دو متغیر است. علاوه‌براین دو متغیر تاب‌آوری و رضایت زناشویی پیش‌بین مثبت و معنادار سازگاری با بیماری هستند. درنهایت مشخص شد، راهبردهای سازگار و ناسازگار تنظیم شناختی هیجان با واسطهٔ تاب‌آوری و رضایت زناشویی پیش‌بین معنادار سازگاری با بیماری هستند.

در تبیین این یافته که راهبردهای تنظیم شناختی هیجان بر تاب‌آوری مؤثر هستند می‌توان بیان داشت، هیجانات از نظر اجتماعی مفید هستند و می‌توانند در انتقال احساسات به دیگران و حفظ یا قطع رابطه با دیگران سازنده باشند؛ ازاین‌رو تعدیل و تنظیم آن‌ها ازطریق راهبردهای تنظیم هیجان نقش مؤثری بر سلامت روان و متغیرهای مرتبط با آن ازقبیل تاب‌آوری دارد؛ زیرا هیجانات به‌عنوان راه‌حل‌هایی برای مقابله با چالش‌ها و استرس‌ها و مشکلات زندگی عمل می‌کنند (۱۳).

استفاده از راهبردهای سازگار تنظیم شناختی هیجان ممکن است با کاستن از هیجانات منفی و درنتیجه بهبود عملکرد شناختی و هیجانی، موجبات رویارویی فرد برای حل مشکل و افزایش تاب‌آوری او را فراهم آورد. راهبردهای سازگار تنظیم شناختی هیجان را می‌توان به‌عنوان عاملی مهم درجهت کاهش مشکلات روان‌شناختی زنان نابارور در نظر گرفت. در این راستا شیاتو نشان داد که استفاده از راهبردهای سازگار تنظیم شناختی هیجان می‌تواند باعث کاهش هیجانات منفی و افزایش هیجانات مثبت شود (۱۳). ازآنجاکه زنان نابارور با تجربه‌ای منفی و استرس‌زا در زندگی خود مواجه هستند، استفاده از راهبردهای مثبت تنظیم شناختی هیجان می‌تواند تأثیر مثبتی بر فرایند تاب‌آوری آن‌ها داشته باشد.

در تبیین رابطهٔ منفی راهبردهای ناسازگار تنظیم شناختی هیجان با تاب‌آوری زنان نابارور می‌توان گفت، استفاده از این راهبردها باعث می‌شود بیماران مبتلا به ناباروری با نگاه و دیدگاهی متفاوت به ارزیابی رویدادها و وقایع بپردازند و بیشتر به ابعاد و جنبه‌های منفی آن رویداد توجه کنند؛ درنتیجه ناراحتی و تنیدگی بیشتری را تجربه می‌کنند و توانایی کنارآمدن با این رویداد ناگوار را ندارند (۷).

علاوه‌براین، راهبردهای سازگار و ناسازگار تنظیم شناختی هیجان بر رضایت زناشویی تأثیر به‌ترتیب مثبت و منفی داشت. در این زمینه نیز می‌توان بیان کرد، راهبردهای ناسازگار تنظیم شناختی هیجان با تشدید افسردگی، اضطراب و مشکلات بین‌فردی ارتباط دارد و می‌تواند به‌راحتی کیفیت روابط زوجین را تحت‌تأثیر قرار دهد (۱۶). راهبردهای ناسازگار نظیر نشخوار فکری، ملامت دیگران و خود با بزرگ‌نمایی مشکلات بین‌فردی و فردی و کاهش پذیرش این مشکلات تأثیر منفی در روابط زوجین دارد (۸). در نقطهٔ مقابل راهبردهای سازگار تنظیم شناختی هیجان با کاهش نشانه‌های اضطراب و افسردگی، روابط میان‌فردی بهتر، بهبود توان‌مندی‌های شناختی و حل مسئلهٔ بهتر همراه است که تمامی این عوامل نقش مهمی در رابطهٔ بین زوجین و بالطبع رضایت زناشویی دارند. باتوجه به پژوهش بلاچ و همکاران می‌توان گفت، چنانچه زوجین نابارور از رضایت زناشویی بیشتری برخوردار باشند، استرس‌های ناشی‌از ناباروری کمتر به رابطهٔ زناشویی آنان آسیب می‌زند و بهتر می‌توانند با مشکلات ناباروری سازگار شوند (۵).

همچنین نتایج بیانگر تأثیر مثبت تاب‌آوری بر سازگاری با بیماری بود. نتایج این پژوهش تأکیدی بر اهمیت تاب‌آوری در سازگاری با شرایط تنیدگی‌زا نظیر ناباروری است. درخصوص نقش واسطه‌ای تاب‌آوری بین راهبردهای تنظیم شناختی هیجان و سازگاری با بیماری می‌توان بیان داشت، راهبردهای سازگار تنظیم شناختی هیجان باعث انعطاف‌پذیری شناختی در هنگام سختی‌ها می‌شود و از این طریق

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-18]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.173.2]
[DOI: 10.29252/mejds.0.0.163]

سازگاری با بیماری را بهبود می‌بخشد (۶). علاوه‌براین راهبردهای تنظیم شناختی هیجان بر ارتباطات مثبت بین زوجین و همدلی و همراهی آن‌ها در شرایط دشوار اثر می‌گذارند و این امر کارکرد بین‌فردی سازگاری با ناباروری را بهبود می‌بخشد. نتایج این پژوهش اهمیت مهارت تنظیم شناختی هیجان را در افزایش تاب‌آوری و رضایت زناشویی و به‌طبع آن سازگاری با ناباروری در زنان روشن کرد؛ ازاین‌رو پیشنهاد می‌شود متصدیان سلامت روان، برای ارتقای سطح تاب‌آوری در جامعهٔ پژوهشی مدنظر، کارگاه‌های آموزشی و جلسات گروه‌درمانی با مضمون آموزش این متغیرها اجرا کنند.

پژوهش حاضر با محدودیت‌هایی همراه بود. این پژوهش بر زنان نابارور صورت گرفت؛ بنابراین قابلیت تعمیم نتایج آن را به گروه مردان محدود می‌کند. همچنین باتوجه به آنکه پژوهش حاضر از نوع همبستگی بود، لازم است استنباط علّی از نتایج آن با احتیاط صورت گیرد.

۵ نتیجه‌گیری

نتایج این پژوهش بیانگر آن بود که عوامل فردی و بافتی می‌تواند بر سازگاری با ناباروری در زنان نابارور مؤثر باشد. علاوه‌براین مشاهده می‌شود که متغیرهای تاب‌آوری و رضایت زناشویی می‌توانند بین راهبردهای تنظیم شناختی هیجان و سازگاری با ناباروری نقش واسطه‌ای ایفا کنند.

۶ تشکر و قدردانی

از تمامی شرکت‌کنندگان در این پژوهش نهایت قدردانی می‌شود.

۷ بیانیه‌ها

تأییدیهٔ اخلاقی و رضایت‌نامه از شرکت‌کنندگان

اصول اخلاقی رعایت‌شده در اجرای پژوهش عبارت بود از: شرکت در پژوهش آزادانه و به اختیار آزمودنی‌ها بود و هیچ‌گونه اجباری از جانب محقق صورت نگرفت؛ علاوه‌براین درخصوص محرمانه‌بودن اطلاعات تکمیل‌شده توسط آزمودنی‌ها اطمینان کافی داده شد.

تزاحم منافع

نویسندگان اعلام می‌دارند هیچ‌گونه تضاد منافعی ندارند.

References

1. Drosdzol A, Skrzypulec V. Depression and anxiety among polish infertile couples--an evaluative prevalence study. J Psychosom Obstet Gynaecol. 2009;30(1):11–20. doi: 10.1080/01674820902830276
2. Campbell-Sills L, Cohan SL, Stein MB. Relationship of resilience to personality, coping, and psychiatric symptoms in young adults. Behav Res Ther. 2006;44(4):585–99. doi: 10.1016/j.brat.2005.05.001
3. Onat G, Kizilkaya Beji N. Effects of infertility on gender differences in marital relationship and quality of life: a case-control study of Turkish couples. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2012;165(2):243–8. doi: 10.1016/j.ejogrb.2012.07.033
4. Öngen DE. Cognitive emotion regulation in the prediction of depression and submissive behavior: Gender and grade level differences in Turkish adolescents. Procedia - Social and Behavioral Sciences. 2010;9:1516–23. doi: 10.1016/j.sbspro.2010.12.358
5. Bloch L, Haase CM, Levenson RW. Emotion regulation predicts marital satisfaction: more than a wives' tale. Emotion. 2014;14(1):130–44. doi: 10.1037/a0034272
6. Connor KM, Davidson JRT. Development of a new resilience scale: the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). Depress Anxiety. 2003;18(2):76–82. doi: 10.1002/da.10113
7. Behzadpoor S, Motahhari Z sadat, Vakili M, Sohrabi F. the effect of resilience training on increasing psychological well-being of infertile women. Ilam Uni Med Sci. 2015;23(5):131–42. [Persian] http://sjimu.medilam.ac.ir/article-1-2537-en.pdf
8. Schetter CD, Dolbier C. Resilience in the context of chronic stress and health in adults. Soc Personal Psychol Compass. 2011;5(9):634–52. doi: 10.1111/j.1751-9004.2011.00379.x
9. Slatcher RB, Schoebi D. Protective processes underlying the links between marital quality and physical health. Curr Opin Psychol. 2017;13:148–52. doi: 10.1016/j.copsyc.2016.09.002
10. Gross JJ. Emotion regulation in adulthood: Timing is everything. Current Directions in Psychological Science. 2001;10(6):214–9. doi: 10.1111/1467-8721.00152
11. Weiss LG. Toward the mastery of resiliency. Canadian Journal of School Psychology. 2008;23(1):127–37. doi: 10.1177/0829573508316600
12. Troy AS, Mauss IB. Resilience in the face of stress: emotion regulation as a protective factor. In: Litz BT, Charney D, Friedman MJ, Southwick SM, editors. Resilience and mental health: challenges across the lifespan. Cambridge: Cambridge University Press; 2011. pp: 30–44. doi: 10.1017/CBO9780511994791.004
13. Shiota MN. Silver linings and candles in the dark: differences among positive coping strategies in predicting subjective well-being. Emotion. 2006;6(2):335–9. doi: 10.1037/1528-3542.6.2.335
14. Kline RB. Principles and practice of structural equation modeling. 3rd ed. New York: The Guilford Press; 2011.
15. Garnefski N, Kraaij V, Spinhoven P. Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems. Personality and Individual Differences. 2001;30(8):1311–27. doi: 10.1016/S0191-8869(00)00113-6

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-18]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.173.2]
[DOI: 10.29252/mejds.0.0.163]

16. Hasani J. The reliability and validity of the short form of the cognitive emotion regulation questionnaire. Journal of Research in Behavioural Sciences. 2011;9(4):229–40. [Persian] http://rbs.mui.ac.ir/article-1-207-en.pdf
17. Razmpush M. Taein sahm hoosh manavi va tab avari dar jahat–giri zendegi daneshjouyan [Determining the proportion of spiritual intelligence and resilience in explaining university students' life orientation] [Thesis for M.A in General Psychology]. [Roudhen, Iran]: Islamic Azad University, Roudehen Branch; 2012. [Persian]
18. Fowers BJ, Olson DH. ENRICH Marital Satisfaction Scale: A brief research and clinical tool. Journal of Family Psychology. 1993;7(2):176–85. doi: 10.1037/0893-3200.7.2.176
19. Soleymanian A. Investigating effect of unreasonable thought on maritalsatisfaction [Thesis for M.Sc]. [Tehran, Iran]: Teacher Training University; 2004. [Persian]
20. Besharat MA. Preliminary investigation of the psychometric properties of the Glombock-Rast marital status questionnaire. Tehran: University of Tehran; 2002. [Persian]

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-18]
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.0.0.173.2]
[DOI: 10.29252/mejds.0.0.163]