

رابطه انگ ناباروری و پریشانی روان‌شناختی با کیفیت رابطه زناشویی  
از طریق میانجی‌گری فراهیجان در زنان نابارور

The Relationship Stigma Infertility and Psychological Distress  
with Quality of Marital Relationship Through the Mediation  
of Meta-Emotion in Infertile Women

<https://dx.doi.org/10.29252/jfr.16.01.04>

A. Behbahani Mondani Zadeh, M. A.

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

R. Homaei, Ph.D.

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

آناهید بهبهانی مندنی‌زاده

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

دکتر رضوان همایی

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

دریافت مقاله: ۹۸/۱۱/۱۱

دریافت نسخه اصلاح شده: ۹۹/۲/۶

پذیرش مقاله: ۹۹/۳/۷

Abstract

The present study aims to assess the mediating role of meta-emotion in the relationship between infertility stigma and psychological distress with the quality of marital relationship in infertile women. A total of 170 infertile women were selected among infertile women referred to Ahvaz University Jihad Infertility Center during the months of September to November 2018.

چکیده

هدف پژوهش حاضر رابطه علی انگ ناباروری و پریشانی روان‌شناختی با کیفیت رابطه زناشویی و همچنین رابطه غیرمستقیم آن‌ها از طریق فراهیجان در زنان نابارور بود. جامعه آماری این پژوهش کلیه زنان نابارور مراجعه‌کننده به مرکز درمان ناباروری جهاد دانشگاهی اهواز بود که طی ماه‌های شهریور تا آبان ۱۳۹۷ مراجعه کرده بودند که از بین آنان ۱۷۰ نفر با روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند.

Corresponding author: Department of Psychology, Ahvaz Branch, Azad Islamic University, Ahvaz, Iran.

Email: [homaei@iauahvaz.ac.ir](mailto:homaei@iauahvaz.ac.ir)

نویسنده مسئول: اهواز، بلوار شهید سلیمانی، نرسیده به سهراه

فرودگاه، دانشگاه آزاد اسلامی، گروه روان‌شناسی

پست الکترونیکی: [homaei@iauahvaz.ac.ir](mailto:homaei@iauahvaz.ac.ir)

The women completed Infertility Stigma Scale (ISS), the Kessler Psychological Distress Scale (K-10), Glombok-Rust Inventory of Marital State Questionnaire (G-RIMS) and meta-emotions scale (MES). The research design of this study was correlation, through structural equation modeling. The results supported the suitability of the relationship between the patterns and the collected data. The results revealed that positive meta-emotion and negative meta-emotion mediated the infertility stigma and psychological distress on quality of marital relationship ( $p < 0/05$ ). However, the direct path of psychological distress with quality of marital relationship and positive meta-emotion were not confirmed and the final model was removed. Based on the results, meta-emotion can be effective in controlling and managing the negative emotions caused by infertility and the resulting psychological distress and ultimately leads to improved quality of marital relationship.

**Keywords:** Infertility, Psychological Distress, Quality of Marital Relationship, Meta-Emotion, Infertile Women.

در این پژوهش، آزمودنی‌ها مقیاس انگ ناباروری (ISS)، مقیاس پریشانی روان‌شناختی کسلر (K-10)، پرسشنامه وضعیت زناشویی گلوبوک - راست (GRIMS) و مقیاس فراهیجان (MES) را تکمیل کردند. تحلیل‌ها بر اساس مدل‌یابی معادلات ساختاری بود. نتایج مدل‌یابی معادلات ساختاری برازندگی مدل پیشنهادی را بر اساس داده‌ها مورد حمایت قرار دادند. یافته‌ها نشان داد که فراهیجان مثبت و فراهیجان منفی، رابطه انگ ناباروری و پریشانی روان‌شناختی بر کیفیت روابط زناشویی را میانجی‌گری می‌کند ( $P < 0/05$ ). اما مسیر مستقیم پریشانی روان‌شناختی با فراهیجان مثبت و کیفیت روابط زناشویی تأیید نشد و از مدل نهایی حذف شد. بر اساس نتایج به دست آمده فراهیجان‌ها می‌توانند در کنترل و مدیریت هیجانات منفی ناشی از انگ ناباروری و پریشانی‌های روان‌شناختی ناشی از آن مؤثر باشند و در نهایت به بهبود کیفیت روابط زناشویی منجر شوند.

**کلیدواژه‌ها:** انگ ناباروری، پریشانی روان‌شناختی، کیفیت رابطه زناشویی، فراهیجان، زنان نابارور.

## مقدمه

ناباروری<sup>۱</sup>، یک بحران پیچیده در زندگی زناشویی است. زوج‌های نابارور، علاوه بر آن که با یک سلسله مشکلات جسمانی روبه‌رو هستند، طی مدت درمان مشکلات روان‌شناختی را نیز تجربه می‌کنند (صمدی و دوستکام<sup>۲</sup>، ۱۳۹۶). ناباروری، به عنوان شکست در بارداری پس از یک سال نزدیکی منظم و بدون پیشگیری توصیف می‌شود (زگرس - هچشیلد<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۰۹). تحقیقات نشان می‌دهد، این اختلال در ۱۵ - ۱۰ درصد از زوج‌ها در سنین باروری مشاهده می‌شود (اسپیروف و فریتز<sup>۴</sup>، ۲۰۰۵؛ صمدی و دوستکام، ۲۰۱۶) و با طیف گسترده‌ای از آسیب‌های روان‌شناختی شامل کاهش کیفیت زندگی و افزایش سطح تنیدگی، اختلال عملکرد جنسی و مشکلات زناشویی همراه است (واتکینز<sup>۵</sup>، ۲۰۰۴؛ صمدی و دوستکام، ۲۰۱۶). یکی از بحران‌های اساسی در زنان نابارور کاهش کیفیت رابطه زناشویی<sup>۶</sup> آن‌هاست. کیفیت روابط زناشویی، همراهی، ارتباط خوب و فقدان تضاد را شامل می‌شود (آذرنیک و آقایی<sup>۷</sup>، ۱۳۹۴) و هم‌چنین شامل

توافق درباره موضوعات مهمی چون همکاری در فعالیت‌های مشترک و ابراز محبت به یکدیگر است (گان<sup>۸</sup>، ۲۰۰۷). کیفیت روابط زناشویی بالا به سازگاری و ارتباط مناسب منجر می‌شود (تبریزی<sup>۹</sup>، ۱۳۹۶). چنانچه زوجین نابارور از کیفیت روابط زناشویی بالایی برخوردار باشند، استرس‌های ناشی از ناباروری کمتر به رابطه زناشویی آنان آسیب می‌زند (بشارت، لشکری و رضازاده<sup>۱۰</sup>، ۱۳۹۳). زوجین نابارور، با مشکلاتی چون کاهش ارتباط با یکدیگر و اطرافیان، اشکال در فعالیت جنسی، اختلالات عاطفی و هیجانی گوناگون دست و پنجه نرم می‌کنند (لافتوس و نماسته<sup>۱۱</sup>، ۲۰۱۱). ناباروری عاملی استرس‌زاست (کالیر<sup>۱۲</sup>، ۲۰۱۰) که بر روابط زناشویی زوجین تأثیر منفی دارد و همین عامل رضایت زناشویی را با خطر جدی مواجه می‌سازد (بشارت، تیکدری‌نژاد، بهرامی‌احسان و رضازاده<sup>۱۳</sup>، ۱۳۹۱؛ پاچ و سالیوان<sup>۱۴</sup>، ۲۰۱۷؛ اونت و کیزیلکای بجی<sup>۱۵</sup>، ۲۰۱۲). از جمله عوامل کنترل‌کننده استرس در زنان نابارور، فراهیجان<sup>۱۶</sup> است (عباسی، درگاهی، محرابی، قاسمی‌جوینه و درگاهی<sup>۱۷</sup>، ۱۳۹۳). فراهیجان به معنای سازمان‌دهی مجموعه‌ای از افکار و احساسات درباره هیجانات است. این‌که فرد چه هیجانی را در پاسخ به هیجانات خود (برای مثال احساس گناه در مورد خشم) نشان می‌دهد (هارادوالا<sup>۱۸</sup>، ۲۰۱۷). فراهیجان می‌تواند به عنوان زیرمجموعه‌ای از هیجانات ثانویه درک شود، برای مثال اضطرابی که به دنبال خشم بروز می‌کند (گرنبرگ<sup>۱۹</sup>، ۲۰۰۲). فراهیجان شامل فراهیجان منفی و فراهیجان مثبت است. فراهیجان منفی (به عنوان مثال فراخشم) ناتوانی فرد در پذیرش هیجانات خود را منعکس می‌کند؛ فراهیجان مثبت (مانند فراعلاقه و فرادلسوزی) نشان‌دهنده قابلیت فرد در پذیرش هیجانات خود است (نیف<sup>۲۰</sup>، ۲۰۰۳). تجربیات هیجانی همواره در حافظه افراد می‌ماند، زیرا این دو، در مراحل مختلف پردازش اطلاعات، از رمزگذاری اولیه تا بازیابی طولانی‌مدت با یکدیگر در تعامل هستند (لابار و کابرا<sup>۲۱</sup>، ۲۰۰۶). تحقیقات نشان می‌دهد که هیجانات منفی، پردازش اطلاعات را تحت تأثیر قرار می‌دهد و فرد بیش از اندازه خود را درگیر جزئیات می‌کند (مامارلا، بورلا، باربارا، لئوناردی و فیرفیلد<sup>۲۲</sup>، ۲۰۱۳). روبی، بردنسکی، بریتزمن، کراول و کیز<sup>۲۳</sup> (۲۰۱۱) و فتوحی، میکائیلی، عطادخت و حاجلو<sup>۲۴</sup> (۱۳۹۶) در پژوهش خود نشان دادند که آموزش فراهیجان در زوجین موجب افزایش معنی‌دار سازگاری و کاهش مؤلفه‌های دل‌زدگی زناشویی خواهد شد. رجایی<sup>۲۵</sup> (۱۳۹۴) نشان داد که آموزش فراهیجان در زوجین می‌تواند به کاهش طلاق عاطفی منجر شود و روابط کلامی و غیرکلامی و تحریف شناختی بین‌فردی در زوجین را بهبود ببخشد. بئر و مونت<sup>۲۶</sup> (۲۰۱۰) اشاره کردند که زنان نابارور هنگام رویارویی با تنش‌های ناشی از ناباروری، از توان لازم برای واکنش آنی و تنظیم ذهن برای حل مسأله، برخوردار نیستند و فاقد توانایی لازم برای واکنش انعطاف‌پذیر و راهبردی در برابر تنش‌های ناشی از ناباروری هستند. به این ترتیب آن‌ها به احتمال زیاد ناهنجاری بیشتری را بین خواسته‌های درک‌شده از وضعیت ناباروری و توانایی خود برای مقابله با آن تجربه می‌کنند.

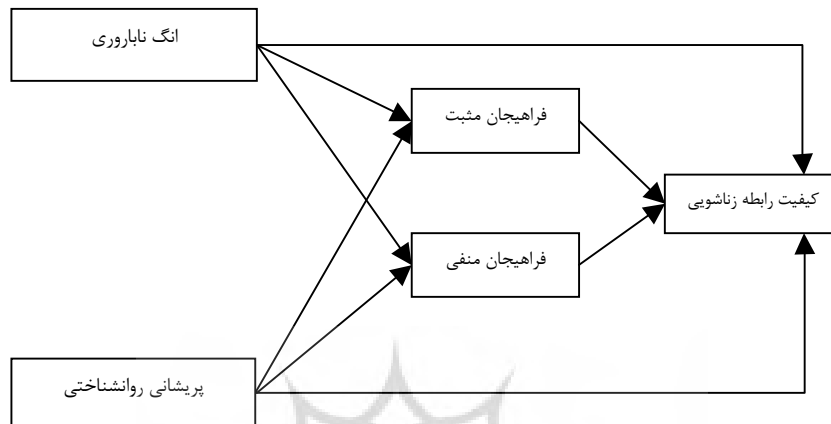
انگ<sup>۲۷</sup> سازه مهمی در زمینه سلامت روان محسوب می‌شود و یکی از مهم‌ترین پیامدهای اختلال ناباروری است (دونکر و سندل<sup>۲۸</sup>، ۲۰۰۷). ناباروری ناخواسته در بسیاری از فرهنگ‌ها به انگ ناباروری منجر می‌شود و یکی از نگران‌کننده‌ترین تجربیات زندگی است (فیدو و زهید<sup>۲۹</sup>، ۲۰۰۴). مطالعات نشان دادند که ۶۹/۱۹ درصد زنان نابارور احساس انگ می‌کنند و ۵۳/۰۸ درصد از زنان نابارور هم دچار انگ ناباروری هستند (لی، یان، ژو و لی<sup>۳۰</sup>، ۲۰۱۰). انگ ناباروری سبب می‌شود تا فرد نابارور، تبعیض را از سوی همسر یا دیگر اعضای خانواده تجربه کند (گافمن<sup>۳۱</sup>، ۲۰۱۰). آن‌ها مورد غیبت یا اهانت دوستان‌شان قرار می‌گیرند (فلدرجوهان<sup>۳۲</sup>،

۲۰۱۲)، یا اجازه نزدیک شدن به کودکان‌شان را ندارند (تبونگ و آدانگو<sup>۳۳</sup>، ۲۰۱۳a). هم‌چنین آن‌ها مورد بدرفتاری خانواده همسر قرار می‌گیرند (تبونگ و آدانگو، ۲۰۱۳b). ناباروری، زوجین را تحت تأثیر قرار می‌دهد و حل آن به تشریک مساعی هر دو زوج، وابسته است؛ زوجینی که رویکرد مقابله‌ای مناسبی را برای مواجهه با مشکل خود دارند، سازگاری زناشویی بالایی دارند (پاچ و سالیوان، ۲۰۱۷)، اما پژوهش‌های متعدد نشان داده‌اند که ناباروری، سازگاری بین زوجین را مخدوش می‌سازد (لاری، پاچ، دانکل - اسکاتر و کریستین‌سن<sup>۳۴</sup>، ۲۰۰۲). یائو، چان و چان<sup>۳۵</sup> (۲۰۱۸) در پژوهش خود اعلام کردند که ناباروری به احتمال زیاد به بی‌ثباتی زناشویی منجر می‌شود. مطالعات مختلف نشان داده‌اند که زنان باردار همواره تحت مراقبت و احترام خانواده‌ها و جامعه قرار می‌گیرند؛ در مقابل، ناباروری می‌تواند باعث ایجاد استرس بر زوج‌های متأهل و در نهایت منجر به طلاق شود (ابوریبه، حمودا، رفعت و نجیب<sup>۳۶</sup>، ۲۰۱۳). ناباروری سبب فشار، افسردگی و بی‌ثباتی زناشویی می‌شود (ابوالفتوح<sup>۳۷</sup> و همکاران، ۲۰۱۳). ایزدی و سجادیان<sup>۳۸</sup> (۱۳۹۶) نشان دادند که ناباروری، سازگاری زناشویی را تحت تأثیر قرار می‌دهد و زنانی که دچار ناباروری هستند، باید از راهبردهای مقابله‌ای تنظیم هیجان در مقابل این استرس مزمن استفاده کنند. حقیقتیان، حقیقت و رستمی<sup>۳۹</sup> (۱۳۹۳) در پژوهشی نشان دادند که زنان نابارور در مقایسه با زنان بارور با استرس بیشتری مواجه‌اند و بر روابط اجتماعی و اختلافات خانوادگی آن‌ها تأثیر منفی می‌گذارد.

از جمله عواملی که کارکرد روانی زنان نابارور را مختل می‌کند، پریشانی روان‌شناختی<sup>۴۰</sup> است. پریشانی روان‌شناختی مجموعه‌ای از علائم روانی، فیزیولوژیک و رفتاری مانند اضطراب، واکنش‌های افسردگی، بی‌قراری، کاهش توانایی هوشی و اختلالات خواب است که با علائمی مانند احساسات منفی و خسته‌کننده، تحریک‌پذیری و نگران‌کننده مشخص می‌شود (کاوا و شافی<sup>۴۱</sup>، ۲۰۱۵) که با علائم جسمی مانند بی‌خوابی، سردرد و کمبود انرژی ارتباط دارد (دراپیا، بیولیو - پروست، مارچند، بویر، پره‌ویل<sup>۴۲</sup> و همکاران، ۲۰۱۰). پریشانی روان‌شناختی می‌تواند روابط بین‌فردی را به شدت تخریب کند؛ زیرا چنین افرادی تنش بیشتری را در رابطه با همسر، فرزندان و دوستان خود ایجاد می‌کند (کیوق، ریکاردی، تیمپانو، میشل و اشمیت<sup>۴۳</sup>، ۲۰۱۰). نیکولورو - سانتاباربارا، لوبل، بوکا، استلینگ و پاستور<sup>۴۴</sup> (۲۰۱۷) در پژوهش خود نشان دادند که زنان نابارور نسبت به زنان دیگر پریشانی روان‌شناختی بیشتری داشتند. هم‌چنین پریشانی روان‌شناختی سبب کاهش رضایت‌مندی زناشویی می‌شود و این افراد در صورت مواجهه با مشکل، از راهبردهای ناسازگارانه جهت حل مسأله استفاده می‌کنند (خواجه، گودرزی و سلیمانی<sup>۴۵</sup>، ۲۰۱۴). شوانی، زهراکار، قاسمی‌جوبنه و درگاهی<sup>۴۶</sup> (۱۳۹۴) به نقش منفی پریشانی روان‌شناختی در تعهد زناشویی اشاره کرده‌اند.

در فرهنگ مذهبی و سنتی ایران، برای تولید مثل و حفظ نسب خانواده‌ها ارزش خاصی قائل می‌شوند، بنابراین زنان نابارور، به طور واقعی یا خیالی در معرض نگاه منفی خانواده، دوستان و همسایه‌ها قرار می‌گیرند. شناخت عواملی که به زوجین کمک کند تا در این مواقع بحران‌زا، آرامش خود را حفظ کنند و راهبردهای سازگارانه‌ای برای حل مشکلات بین‌فردی و پریشانی‌های روان‌شناختی خود اتخاذ کنند، بسیار اهمیت دارد. شناسایی متغیرهای مهم و مؤثر در این زمینه می‌تواند راهگشای زنان نابارور، متخصصان ناباروری و مشاوران در سطح جامعه باشد تا مداخلاتی را جهت حفظ و افزایش کیفیت روابط زوجین صورت دهند. فراهیجان در این زمینه نقش کلیدی دارد، ولی پژوهش‌ها نقش میانجی‌گرانه آن را برای کاهش پریشانی‌های روان‌شناختی

و حفظ کیفیت رابطه زوجینی که با بحرانی نظیر ناباروری مواجه هستند، بررسی نکرده‌اند. هم‌چنین با توجه به این مسأله که در پژوهش‌های موجود، در زمینه نقش ناباروری در کیفیت رابطه زناشویی تناقض‌های متعددی ذکر شده است، نقش این بحران بر روابط زوجین نیز بررسی شد. بنابراین با توجه به مطالب فوق هدف پژوهش حاضر بررسی رابطه علی انگ ناباروری و پریشانی روان‌شناختی با کیفیت رابطه زناشویی از طریق میانجی‌گری فراهیجان در زنان نابارور بود. شکل ۱ مدل مفهومی از روابط بین متغیرهای پژوهش را نشان می‌دهد.



شکل ۱: مدل مفهومی پژوهش

## روش

### روش پژوهش، جامعه آماری و نمونه

طرح پژوهش، طرح همبستگی از طریق الگویابی معادلات ساختاری<sup>۴۷</sup> است که یک روش همبستگی چندمتغیری است. جامعه پژوهش کلیه زنان نابارور مراجعه‌کننده به مرکز درمان ناباروری جهاد دانشگاهی اهواز بود که طی ماه‌های شهریور تا آبان ۱۳۹۷ مراجعه کرده بودند. نمونه این پژوهش مشتمل بر ۱۷۰ زن نابارور در انتظار باروری شهر اهواز با سابقه پرونده و ویزیت‌شده در این مرکز به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار AMOS<sup>۲۱</sup> استفاده شد. روش آماری مورد استفاده مدل‌سازی معادلات ساختاری بود.

### ابزار سنجش

**پرسشنامه وضعیت زناشویی**<sup>۴۸</sup>: پرسشنامه وضعیت زناشویی راست، بنون، کرو و گلوبوک<sup>۴۹</sup> (۱۹۹۸) شامل ۲۸ عبارت است. گزینه‌ها بین صفر تا سه نمره‌گذاری می‌شوند (کاملاً مخالف، مخالف، موافق و کاملاً موافق). این پرسشنامه ارزیابی کلی فرد از زندگی زناشویی خویش را نشان می‌دهد. نمره کل بین صفر تا ۸۴ است؛ نمره بالا نشانه وخیم‌تر بودن وضعیت زناشویی است. از لحاظ روایی این پرسشنامه با نظریه فینچام و

برادبوری<sup>۵۰</sup> (۱۹۹۵) در مورد کیفیت زناشویی همسو است (هولی است و میلر<sup>۵۱</sup>، ۲۰۰۵). روایی این پرسشنامه بر ۲۴ زوج، همبستگی میان بهبودی زوجها و پرسشنامه، ۰/۹۱ گزارش شد (راست و همکاران، ۱۹۹۸). پژوهش عیسی‌نژاد<sup>۵۲</sup> (۱۳۸۶) نتایج همبستگی این پرسشنامه را با پرسشنامه سازگاری زناشویی باسبی، کران، لارسن و کریستین‌سن<sup>۵۳</sup> (۱۹۹۵) به میزان ۰/۶۷ نشان داده است. پرسشنامه هم‌چنین به مداخلات غنی‌سازی حساس بوده که نشان‌دهنده روایی سازه‌های و ملاکی پرسشنامه است (شاکرمی، داورنیا، زهراکار و طلائیان<sup>۵۴</sup>، ۱۳۹۴). بشارت (۱۳۸۰) نیز پایایی این پرسشنامه را به شیوه آلفای کرونباخ ۰/۹۳ و به شیوه بازآزمایی پس از دو هفته ۰/۹۴ برآورد کرده است (حسینی، رسولی، داورنیا و بابایی‌گرمخانی<sup>۵۵</sup>، ۱۳۹۵). در پژوهش ارسلان‌ده، حبیبی، سلیمی<sup>۵۶</sup>، شاکرمی و داورنیا (۱۳۹۶) نیز همسانی درونی پرسشنامه با بهره‌گیری از آلفای کرونباخ ۰/۸۱ به دست آمد. در پژوهش حاضر پایایی کل این پرسشنامه بر اساس آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۰ به دست آمده است.

**پرسشنامه فراهیجان<sup>۵۷</sup>:** این مقیاس توسط میتمن‌سگرابر، بک، هوپر و اسچولیر<sup>۵۸</sup> (۲۰۰۹) ساخته شده است. دارای ۲۸ گویه و شش خرده‌مقیاس است. این پرسشنامه در کل دو بعد فراهیجان مثبت (فراشفقت و فراعلاقه) و منفی (فراخشم، فراشرم/فراتحقیر، فراکنترل فکر و فرابازداری) را می‌سنجد. حداقل و حداکثر نمره حاصل بر اساس لیکرت پنج‌درجه‌ای برابر ۲۸ و ۱۴۰ است. ضریب پایایی گزارش‌شده توسط سازندگان این پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای بعد فراهیجان مثبت ۰/۹۱ و برای فراهیجان منفی ۰/۸۵ گزارش شده است. ضریب همبستگی این مقیاس با پرسشنامه شخصیت نئو، مقیاس عاطفه مثبت و منفی، پرسشنامه افسردگی بک و پرسشنامه فراشناخت معنادار به دست آمده است. ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه در پژوهش الماسی<sup>۵۹</sup> (۲۰۱۷) برای بعد فراهیجان مثبت ۰/۸۹ و برای فراهیجان منفی ۰/۸۱ گزارش شده است. این پرسشنامه توسط رضایی، پارسایی، نجاتی، نیک‌آمال و هاشمی‌رزینی<sup>۶۰</sup> (۱۳۹۳) برای استفاده در فرهنگ ایرانی، ترجمه، روا و پایا شده است. آن‌ها از ضریب آلفای کرونباخ برای بررسی پایایی و از روش تحلیل عامل تأییدی و همبستگی مقیاس فراهیجان با هوش عاطفی برای بررسی روایی پرسشنامه استفاده کردند. نتایج پژوهش آن‌ها نشان داد ضریب آلفای کرونباخ در خرده‌مقیاس فراهیجان مثبت ۰/۸۷ و در خرده‌مقیاس فراهیجان منفی ۰/۷۰ است. در پژوهش حاضر پایایی این پرسشنامه بر اساس آلفای کرونباخ به ترتیب فراهیجان مثبت و فراهیجان منفی برابر با ۰/۷۳ و ۰/۷۹ به دست آمده است.

**پرسشنامه انگ ناباروری<sup>۶۱</sup>:** مقیاس انگ ناباروری به وسیله فو<sup>۶۲</sup> و همکاران (۲۰۱۴) به عنوان شاخصی از انگ ادراک‌شده برای زنان نابارور ساخته شده است. شامل ۲۷ آیتم است که گزینه‌ها در یک طیف لیکرت پنج‌درجه‌ای از کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم مرتب شده‌اند. حداقل و حداکثر نمره در این ابزار به ترتیب ۲۷ و ۱۳۵ است. این پرسشنامه با هدف احساس انگ زنان نابارور نسبت به ناباروری‌شان، سخن‌چینی و توهین از سوی دیگران، خویشاوندان و جامعه تدوین شده است. ضرایب پایایی آلفای کرونباخ، تنصیف و ضرایب بازآزمایی (به فاصله یک هفته) مقیاس، همگی بالاتر از ۰/۷۰ گزارش شد. مقیاس انگ ناباروری با مقیاس‌های عزت نفس روزنبرگ، درجه‌بندی حمایت اجتماعی و شاخص خانواده آپگار (APGAR) به صورت منفی همبسته بودند (رجبی و بهلول<sup>۶۳</sup>، ۲۰۰۸). در پژوهش حاضر پایایی کل این پرسشنامه بر اساس آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۹ به دست آمده است.

**پرسشنامه پریشانی روان‌شناختی کسلر<sup>۶۴</sup>:** این پرسشنامه توسط کسلر، بارکر، کوپ، اپستین، گرور<sup>۶۵</sup> و همکاران (۲۰۰۳) به صورت ۱۰ سؤالی تنظیم شده و وضعیت روانی بیمار را طی یک ماه اخیر بررسی می‌کند، پاسخ سؤالات، به صورت پنج‌درجه‌ای (هیچ‌گاه تا تمام اوقات) است که بین صفر تا چهار نمره‌گذاری می‌شود و حداکثر نمره در آن برابر ۴۰ است. اندروز و اسلید<sup>۶۶</sup> (۲۰۰۱) اعتبار و پایایی این پرسشنامه را مورد تأیید قرار داده‌اند. وزیری و لطفی‌کاشانی<sup>۶۷</sup> (۱۳۹۱) در پژوهشی پایایی پرسشنامه را با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۳ گزارش کرده‌اند. در پژوهش حاضر پایایی کل این پرسشنامه بر اساس آلفای کرونباخ برابر با ۰/۹۵ به دست آمده است.

### یافته‌ها

در جدول ۱ میانگین، انحراف معیار و ضرایب همبستگی پیرسون ارائه شده است. همان‌گونه که در جدول ۱ قابل مشاهده است، بین متغیرهای پژوهش همبستگی معنی‌دار وجود دارد.

جدول ۱: میانگین، انحراف استاندارد و ماتریس همبستگی بین متغیرهای

پژوهش در نمونه زنان نابارور

متغیرهای پژوهش		۱	۲	۳	۴	۵
۱	انگ ناباروری	۱				
۲	پریشانی روان‌شناختی	-۰/۵۱۴°	۱			
۳	فراهیجان مثبت	-۰/۳۳۴°	-۰/۲۴۳°	۱		
۴	فراهیجان منفی	۰/۳۲۹°	۰/۳۵۹°	-۰/۴۸۵°	۱	
۵	کیفیت رابطه زناشویی	-۰/۴۷۵°	-۰/۳۴۷°	۰/۵۱۵°	-۰/۴۵°	۱
میانگین		۷۲/۳۳	۲۱/۷۵	۴۲/۵۵	۳۸/۲۱	۴۸/۸
انحراف استاندارد		۱۷/۸۷	۷/۶۵	۱۰/۴۱	۱۰/۳۹	۱۳/۴۲

بعد از استخراج مدل اولیه، مشخص شد که ضرایب استاندارد مسیرهای پریشانی روان‌شناختی به فراهیجان مثبت و مسیر پریشانی روان‌شناختی به کیفیت رابطه زناشویی معنی‌دار نیست. بعد از حذف مسیرهای دارای ضریب استاندارد غیرمعنی‌دار، دوباره شاخص برازش مدل محاسبه شد که نتیجه آن در جدول ۲ آورده شده است.

جدول ۲: مقایسه شاخص‌های برازندگی مدل پیشنهادی و مدل اصلاح‌شده

شاخص‌های برازندگی	$\chi^2$	Df	$\chi^2/df$	GFI	AGFI	IFI	TLI	CFI	NFI	RMSEA
مدل پیشنهادی (اولیه)	۳۲/۵۶	۱	۳۲/۵۶	۰/۹۳۶	۰/۰۳۹	۰/۸۶۰	۰/۴۶۲	۰/۸۵۴	۰/۸۵۶	۰/۴۲
مدل اصلاح‌شده نهایی	۲/۱۴	۲	۱/۰۷	۰/۹۹۵	۰/۹۶۳	۰/۹۹۹	۰/۹۹۷	۰/۹۹۹	۰/۹۹۱	۰/۰۲

با توجه به نتایج مندرج در جدول ۲، شاخص جذر برآورد واریانس خطای تقریب<sup>۶۸</sup> ۰/۴۲ و شاخص برازندگی توکر - لويس<sup>۶۹</sup> ۰/۴۶۲ و شاخص برازش نیکوی انطباقی<sup>۷۰</sup> ۰/۰۳۹ حاکی از برازش ضعیف مدل پیشنهادی بوده و نیز نشان می‌دهند که مدل پیشنهادی به اصلاح نیاز دارد. پس از حذف دو مسیر غیرمعنی‌دار به منظور اصلاح برازش مدل، یک بار دیگر مدل مورد آزمون قرار گرفت. نتایج مندرج در جدول ۲ نشان می‌دهند که شاخص‌های برازندگی مدل اصلاح‌شده شامل شاخص مجذور خی<sup>۷۱</sup> ( $\chi^2=2/14$ )، مجذور خی نسبی ( $\chi^2/df=1/07$ )، شاخص نیکویی برازش ۰/۹۹۵، شاخص نیکویی برازش انطباقی ۰/۹۶۳، شاخص برازش مقایسه‌ای<sup>۷۱</sup> ۰/۹۹۹، شاخص برازندگی افزایش<sup>۷۲</sup> ۰/۹۹۹، شاخص برازندگی توکر - لويس ۰/۹۹۷ و جذر میانگین مجذورات خطای تقریب ۰/۰۲ حاکی از برازش عالی مدل اصلاح‌شده است. بنابراین مدل اصلاح‌شده یا نهایی از برازندگی مطلوبی برخوردار است.

جدول ۳ مسیرها و ضرایب استاندارد آن‌ها در الگوی پیشنهادی اولیه و الگوی اصلاح‌شده نهایی را نشان می‌دهد.

جدول ۳: الگوی ساختاری: مسیرها و ضرایب استاندارد مربوط به اثرات مستقیم

بین متغیرهای پژوهش در مدل نهایی

مدل نهایی		مدل پیشنهادی		مسیر
P	B	P	B	
۰/۰۰۱	-۰/۳۳۴	۰/۰۰۱	-۰/۲۸۴	انگ ناباروری به فراهیجان مثبت
۰/۰۰۶	۰/۲۱۹	۰/۰۱۵	۰/۱۹۷	انگ ناباروری به فراهیجان منفی
-	-	۰/۳۴	-۰/۰۹۷	پریشانی روان‌شناختی به فراهیجان مثبت
۰/۰۰۳	۰/۲۲۰	۰/۰۰۲	۰/۲۵۷	پریشانی روان‌شناختی به فراهیجان منفی
۰/۰۰۱	-۰/۳۰۴	۰/۰۰۱	-۰/۲۸۲	انگ ناباروری به کیفیت رابطه زناشویی
-	-	۰/۳۷	-۰/۰۶۴	پریشانی روان‌شناختی به کیفیت رابطه زناشویی
۰/۰۰۱	۰/۳۱۹	۰/۰۰۱	۰/۳۲۶	فراهیجان مثبت به کیفیت رابطه زناشویی
۰/۰۰۵	-۰/۱۹۴	۰/۰۰۵	-۰/۱۸۵	فراهیجان منفی به کیفیت رابطه زناشویی

بر اساس نتایج نشان داده شده در جدول ۳ همه ضرایب مسیر مربوط به مدل نهایی معنی‌دار هستند. هم‌چنین مسیرهای غیرمعنی‌دار از مدل نهایی حذف شدند. همان‌طور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، انگ ناباروری توانسته است فراهیجان مثبت ( $\beta = -0/334$ ) و کیفیت رابطه زناشویی ( $\beta = -0/304$ ) را به نحو منفی و معنی‌دار و فراهیجان منفی ( $\beta = 0/219$ ) را به نحو مثبت و معنی‌دار پیش‌بینی کند. پریشانی روان‌شناختی نیز توانسته است فراهیجان منفی ( $\beta = 0/220$ ) را به نحو مثبت و معنی‌دار پیش‌بینی کند، ولی نتوانسته فراهیجان مثبت و کیفیت رابطه زناشویی را پیش‌بینی کند ( $p < 0/05$ ).

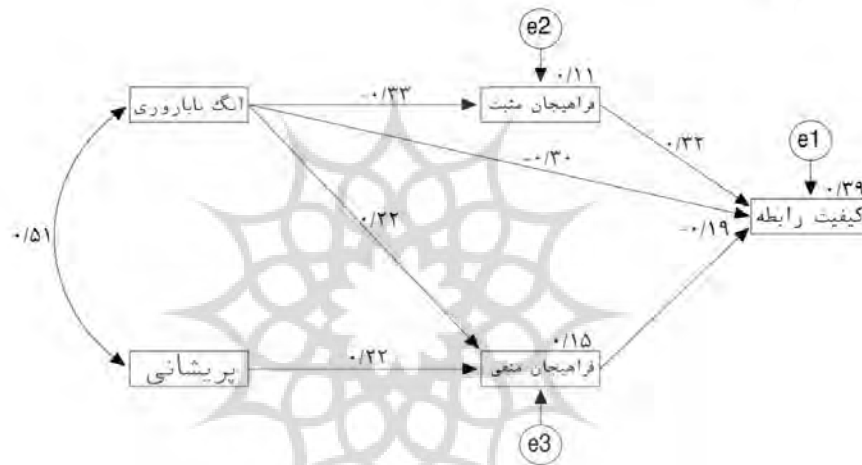
برای تعیین معنی‌داری هر یک از روابط واسطه‌ای و اثرات غیرمستقیم متغیرهای مستقل بر متغیرهای وابسته از طریق متغیر میانجی از روش بوت‌استرپ<sup>۷۳</sup> مطابق هیز و شارکو<sup>۷۴</sup> (۲۰۱۳) استفاده شد. نتایج برای مسیرهای واسطه‌ای الگوی پیشنهادی در جدول ۴ آورده شده است.



جدول ۴: نتایج بوت‌استرپ بین متغیرهای مستقل، وابسته، میانجی

مسیر	مقدار بوت‌استرپ	حد پایین	حد بالا	سطح معنی‌داری
انگ ناباروری به فراهیجان مثبت به کیفیت رابطه زناشویی	-۰/۰۸۴	-۰/۱۳۹	-۰/۰۴۴	۰/۰۰۶
انگ ناباروری به فراهیجان منفی به کیفیت رابطه زناشویی	-۰/۰۴۷	-۰/۰۸۸	-۰/۰۱۴	۰/۰۱۳
پریشانی روان‌شناختی به فراهیجان مثبت به کیفیت رابطه زناشویی	-۰/۰۶۷	-۰/۱۷۲	۰/۰۳۷	۰/۲۹۵
پریشانی روان‌شناختی به فراهیجان منفی به کیفیت رابطه زناشویی	-۰/۱۴۳	-۰/۲۲۶	-۰/۰۵۹	۰/۰۱۵

نتایج مندرج در جدول ۴ نشان می‌دهد که سطح معنی‌داری برای فراهیجان مثبت به عنوان متغیر میانجی بین انگ ناباروری و کیفیت زناشویی معنی‌دار، ولی به عنوان متغیر میانجی بین پریشانی روان‌شناختی و کیفیت رابطه زناشویی غیرمعنی‌دار بود. هم‌چنین سطح معنی‌داری برای فراهیجان منفی به عنوان متغیر میانجی بین انگ ناباروری و کیفیت رابطه زناشویی و پریشانی روان‌شناختی و کیفیت رابطه زناشویی نیز معنی‌دار بود.



شکل ۲: مدل اصلاح‌شده نهایی پژوهش حاضر به همراه ضرایب استاندارد مسیره‌ها در زنان نابارور

### بحث و نتیجه‌گیری

انگ ناباروری در زنان می‌تواند سبب بروز هیجانات منفی، هم‌چون احساس فقدان عزت نفس و منزلت، اضطراب، افسردگی، ترس و شرم شود (وان براکل<sup>۷۵</sup> و همکاران، ۲۰۰۶) و این هیجانات منفی، سبب بروز پریشانی روان‌شناختی می‌شود (سینگ، سینگ، کاتور<sup>۷۶</sup>، ۲۰۱۵). پریشانی‌های روان‌شناختی ناشی از ناباروری، سبب می‌شود تا افراد کمتر از فراهیجان مثبت و بیشتر از راهبردهای منفی هیجانات (فراهیجان منفی) جهت غلبه بر مشکلات استفاده کنند و همین امر می‌تواند کیفیت رابطه زناشویی را تحت تأثیر قرار

دهد (رجایی، ۱۳۹۴). با توجه به اثرات روانی مخرب ناباروری، هدف از پژوهش حاضر، بررسی رابطه علی انگ ناباروری و پریشانی روان‌شناختی با کیفیت رابطه زناشویی از طریق میانجی‌گری فراهیجان در زنان نابارور بود. پژوهش حاضر نشان داد که بین انگ ناباروری با فراهیجان مثبت رابطه منفی و معنی‌دار وجود دارد. نتایج این پژوهش با پژوهش‌های قلی‌زادگان و طالبی<sup>۷۷</sup> (۱۳۹۳)، حسن پورازغدی، سیمبر، و داددهیر و رشیدی<sup>۷۸</sup> (۱۳۹۲) و پاچ و سالیوان (۲۰۱۷) همسو است. در تبیین این یافته می‌توان گفت که افراد نابارور با یکی از مهم‌ترین بحران‌های دوران زندگی مواجه هستند که مشکلات روان‌شناختی و تجربیات استرس‌زای جدی برای آنان ایجاد می‌کند (ال‌کیسی<sup>۷۹</sup> و همکاران، ۲۰۱۴) و آن‌ها در شرایط مواجهه با انگ‌های ناباروری، نمی‌توانند هیجانات مثبتی را در قبال این شرایط تجربه کنند یا مضامین مثبتی برای این مشکل بیابند، آنان نمی‌توانند هیجان‌ها یا احساسات‌شان را مدیریت کنند و روی آن‌ها تسلط داشته باشند. بنابراین فراهیجان‌های مثبت مانند فرادلسوزی و فراعلاقه که باعث پذیرش شرایط سخت در فرد و اثر مثبت بر بهزیستی فرد می‌شود، مختل خواهد شد. فراهیجان‌های مثبت به فرد کمک می‌کنند که در زمان مواجهه با مشکلات، بهترین کارکرد شناختی خود را داشته باشند تا هیجان‌های خود را کنترل کند (فراری و کویاما<sup>۸۰</sup>، ۲۰۰۲)، در این شرایط پراسترس، این کارکرد مختل شده و آنان، ممکن است خود یا دیگران را مقصر بدانند، اوضاع را فاجعه‌بار تلقی کنند، غرق در افکار خود شوند که در نهایت این امر سازگاری و سلامت روان آنان را خدشه‌دار می‌سازد (عباسی و همکاران، ۱۳۹۳).

از دیگر یافته‌های پژوهش حاضر این بود که بین انگ ناباروری با فراهیجان منفی رابطه مثبت و معنی‌دار وجود دارد که این یافته با پژوهش‌های ابوالفتوح و همکاران (۲۰۱۳)، پترسون<sup>۸۱</sup> و همکاران (۲۰۱۲)، فریمن، باکسر، ریکلس، تراک و ماستوئینی<sup>۸۲</sup> (۲۰۰۸)، استامر، ویسچمن و ورس<sup>۸۳</sup> (۲۰۰۲)، دیلون، کومینگ و کومیند<sup>۸۴</sup> (۲۰۰۰) همسو است. انگ ناباروری در زنان نابارور، نگرش روان‌شناختی مطلقاً منفی ایجاد می‌کند که باعث پیامدهای منفی و پریشانی ناشی از ناباروری خواهد شد. آن‌ها حمایت و پایگاه اجتماعی خود را از دست می‌دهند (اسلید، نیل، سیمپسون و لاشن<sup>۸۵</sup>، ۲۰۰۷) و همین امر، باعث فراخوانی فراهیجان‌های منفی نظیر فراخشم و فرااضطراب می‌شود و قابلیت پذیرش و سازگاری با شرایط را کاهش می‌دهد (فراری و کویاما، ۲۰۰۲). به عبارت دیگر، انگ ناباروری در خانواده‌های سنتی که برای نقش والدینی، اهمیت زیادی قائل‌اند، باعث نگرانی و هیجانات منفی (غم و افسردگی) خواهد شد. هیجانات منفی نیز در آنان سبب بروز پریشانی روان‌شناختی می‌شود و قدرت تصمیم‌گیری منطقی را از آنان سلب می‌کند و سبب به‌کارگیری راهبردهای ناسازگارانه مقابله؛ هم‌چون پرخاشگری و توسل به خرافه و جادو در آنان می‌شود. تفکرات غیرمنطقی مانند اهمیت بیش از حد به پذیرش اطرافیان و اعتقاد به این‌که تنها با حذف ناباروری، روابط‌شان با اطرافیان بهبود می‌یابد، سبب تجربه فراهیجان‌های منفی در زوجین نابارور می‌شود (پترسون و همکاران، ۲۰۱۲).

از دیگر یافته‌های پژوهش حاضر این بود که بین پریشانی روان‌شناختی با فراهیجان مثبت رابطه معنی‌داری وجود ندارد. نتایج این پژوهش با پژوهش‌های احدیان‌فر، اصغر‌نژادفرید، لواسانی و عاشوری<sup>۸۶</sup> (۱۳۹۶)، ذاکری، حسنی و اسماعیلی<sup>۸۷</sup> (۱۳۹۶) همسو نیست. در تبیین این یافته می‌توان گفت که شاید یکی از دلایل عدم معنی‌داری اثر مستقیم پریشانی روان‌شناختی بر فراهیجان مثبت، عدم شباهت مؤلفه‌های

تشکیل‌دهنده پریشانی روان‌شناختی نظیر تداعی افکار و احساسات منفی، تحریک‌پذیری و عدم تمرکز با مؤلفه‌های فراهیجان مثبت؛ هم‌چون تمرکز و احساس کنترل است. دلیل دیگر آن نمونه خاص پژوهش حاضر، یعنی زنان نابارور و مشکل خاص آنان به خصوص در فرهنگ‌های سنتی است. این مشکل در فرهنگ‌های سنتی، می‌تواند بقای زندگی زناشویی را به طور جدی در معرض آسیب قرار دهد و از سویی عدم آشنایی زنان نابارور پژوهش حاضر با فراهیجان مثبت، سبب شد تا آنان نتوانند راهبردهای سازگارانه و رفتارهای خودمراقبتی برای کنترل پریشانی روان‌شناختی داشته باشند. به عبارتی، ناباروری عاملی است که می‌تواند هیجان مثبت را مختل کند و انعطاف‌پذیری را از فرد سلب کند (محمدی و خلیج‌آبادی فراهانی<sup>۸۸</sup>، ۱۳۸۰) و به این ترتیب نمی‌تواند تأثیری بر پریشانی روان‌شناختی داشته باشد.

از دیگر یافته‌های پژوهش حاضر این بود که بین پریشانی روان‌شناختی با فراهیجان منفی رابطه مثبت و معنی‌دار وجود دارد که با پژوهش‌های احدیان‌فر و همکاران (۱۳۹۶)، کاوا و شافی (۲۰۱۵)، مارکووین<sup>۸۹</sup> (۲۰۱۱) همسو است. می‌توان گفت که ناباروری موجب می‌شود تا آن‌ها افکار منفی تکرارشونده‌ای حول محور علل و چرایی ناباروری‌شان داشته باشند. این افکار، راجع به موضوعاتی است که در حال حاضر کاری از دست فرد ساخته نیست و همین امر موجب افزایش پریشانی روانی در این افراد می‌شود. از سوی دیگر، فراهیجان منفی نیز باعث کاهش تمرکز و ظرفیت حافظه کاری در آنان می‌شود و به این صورت آنان نمی‌توانند به خوبی بر اطلاعات مورد نظرشان تمرکز داشته باشند که این امر پردازش دقیق اطلاعات را تحت تأثیر قرار می‌دهد و بیش از اندازه درگیر جزئیات می‌شوند (مامارلا و همکاران، ۲۰۱۳). بنابراین پریشانی‌های روان‌شناختی سبب ملامت خویش، نشخوار ذهنی، فاجعه‌سازی و ملامت دیگران می‌شود (احمدیان‌فر و همکاران، ۱۳۹۶)؛ یعنی افراد نابارور، از راهبردهای فراهیجان منفی شامل استفاده مکرر از رفتارهای منفعلانه و پریشان‌کننده خود، استفاده می‌کنند. این رفتارها، مزاحم و وقت‌گیر هستند و موجب تجربه احساسات نامطلوبی هم‌چون خستگی، ناامیدی، بی‌ارزشی، افسردگی، اضطراب و در کل پریشانی روان‌شناختی می‌شود.

از دیگر یافته‌های پژوهش حاضر این بود که رابطه انگ ناباروری بر کیفیت رابطه زناشویی منفی و معنی‌دار است. این یافته با پژوهش‌های ایزدی و سجادیان (۱۳۹۶)، حقیقتیان و همکاران (۱۳۹۳)، یائو و همکاران (۲۰۱۸) و ابوریبه و همکاران (۲۰۱۳) همسو است. مشکلات ناباروری، تنها برای فقدان فرزند نیست؛ بلکه مواردی از جمله آشفتگی در روابط خانوادگی و زناشویی، احساس طرد از سوی اطرافیان، سرزنش شدن از سوی خود و دیگران، تأثیرات زیادی بر جنبه‌های شخصیتی و روان‌شناختی و نیز کارکردهای خانوادگی - ارتباطی او می‌گذارد و به طور کلی کیفیت زندگی زوجین را پایین می‌آورد و در بعضی مواقع باعث از هم پاشیدن زندگی آن‌ها می‌شود (کیز، اشموتکین و ریف<sup>۹۰</sup>، ۲۰۰۲). وجود انگ ناباروری موجب کاهش صمیمیت و تعهد، در زوجین نابارور می‌شود. تحمل این انگ برای زوجین بسیار سخت است و فشار و استرس ناشی از این شرایط، سبب سست شدن بنیان خانواده و افزایش اختلافات می‌شود یا حتی آن‌ها را به مرز طلاق نزدیک می‌سازد. در واقع می‌توان گفت هنگامی که زوجین از سوی اطرافیان به صورت واقعی یا غیرواقعی انگی را در مورد ناباروری احساس می‌کنند (یائو و همکاران، ۲۰۱۸)، این امر به بحث و کشمکش بین زوجین منجر می‌شود و همین موضوع کیفیت روابط زناشویی آنان را کاهش می‌دهد.

از دیگر یافته‌های پژوهش حاضر این بود که اثر مستقیم پریشانی روان‌شناختی بر کیفیت رابطه زناشویی در زنان نابارور معنی‌دار نیست. این یافته با پژوهش‌های شوانی و همکاران (۱۳۹۴)، نیکولورو - سانتاباربارا و همکاران (۲۰۱۷) و خواجه و همکاران (۲۰۱۴) همسو نیست. در مورد این یافته می‌توان گفت زمانی که زنان خود را در حل مسأله ناباروری ناتوان می‌بینند، بیشتر تلاش کرده و برای درمان اقدام می‌کنند. مشکلات ناباروری باعث بروز اضطراب و پریشانی روان‌شناختی می‌شود، اما عدم رابطه معنی‌دار پریشانی روان‌شناختی با کیفیت رابطه زناشویی در پژوهش حاضر، شاید به این دلیل است که استفاده از شیوه‌های درمانی مختلف برای ناباروری، باعث امیدواری نسبی در زنان می‌شود، بنابراین آنان سعی می‌کنند روند درمانی خود را پیگیری کنند. این تلاش‌ها سبب افزایش نسبی احساس کفایت و تسلط بر زندگی آنان می‌شود. در شرایط ناامیدکننده ناباروری، زوجین تلاش مشترک بیشتری برای به دست گرفتن اوضاع زندگی می‌کنند. بنابراین شاید عوامل میانجی دیگری مانند شخصیت و احساس تعهد به رابطه زناشویی سبب شده تا پریشانی روان‌شناختی ارتباطی را با کیفیت روابط زناشویی نشان ندهند.

از دیگر یافته‌های پژوهش حاضر این بود که رابطه فراهیجان مثبت با کیفیت رابطه زناشویی معنی‌دار و مثبت است. این یافته با پژوهش‌های نجفی، سلیمانی، احمدی، جاویدی، حسینی کامکار<sup>۹۱</sup> و همکاران (۱۳۹۳)، ضیاءالحق، حسن‌آبادی، قنبری هاشم‌آبادی و مدرس‌غروی<sup>۹۲</sup> (۱۳۹۱)، تایی و پولسون<sup>۹۳</sup> (۲۰۱۳)، زاکارینی، جانسون، دالگیش و ماکینن<sup>۹۴</sup> (۲۰۱۳) همسو است. زنان نابارور با به‌کارگیری فراهیجان مثبت، توانایی مقابله و مدیریت هیجان‌ها را دارند و این توانایی به طور معنی‌داری صمیمیت و سازگاری زناشویی را افزایش می‌دهد (ضیاءالحق و همکاران، ۱۳۹۱). همچنین می‌توانند هیجان‌ها را در خود و دیگران به درستی تشخیص داده و واکنشی مناسب نسبت به آن نشان دهند. فراهیجان‌های مثبت، به افکار و احساسات درباره هیجان‌ات سازمان می‌دهد و استفاده از هیجان‌ات مثبت در طول تعارضات زناشویی باعث می‌شود که زوجین را به سمت دستیابی به راه‌حل‌های مشترک هدایت کند (گورمن<sup>۹۵</sup>، ۲۰۰۸). این ویژگی‌ها سبب می‌شود که آنان با تمرکز بر نکات مثبت، به حل تعارض‌ها و تنش‌ها بپردازند. بنابراین، قابل توجه است که گفته شود فراهیجان مثبت با اثری که بر بهبود مشکلات در زوجین نابارور می‌گذارد، به بهبود کیفیت روابط زناشویی و رضایت زوجین از زندگی مشترک، رضایت‌مندی شخصی، ارتباطات زناشویی، حل تعارض، اوقات فراغت، روابط جنسی و روابط با خانواده و دوستان کمک می‌کند (گورمن، ۲۰۰۸).

از دیگر یافته‌های پژوهش حاضر این بود که رابطه فراهیجان منفی بر کیفیت رابطه زناشویی منفی و معنی‌دار است. این یافته با یافته پژوهش‌های فتوحی و همکاران (۱۳۹۶) و تایی و پولسون (۲۰۱۳)، همسو است. در تبیین این یافته می‌توان گفت که زنان نابارور با فراهیجان‌های منفی، در موقعیت‌های بین‌فردی و به خصوص در تعاملات بین‌زوجی، رفتارهای کلامی و غیرکلامی مخرب و الگوهای منفی در ارتباطات خود دارند و به این دلیل کمتر قادرند رابطه صمیمانه خود را با همسرشان حفظ کنند؛ زیرا باورهای غیرمنطقی و تحریفات شناختی آن‌ها سبب می‌شود مهارت‌های لازم را در برقراری ارتباط مناسب با شریک زندگی نداشته باشند. زنان نابارور که از فراهیجان‌های منفی استفاده می‌کنند، بر این باورند که توان کمتری برای تغییر نشخوارهای فکری و نگرانی هنگام رویارویی با تنش‌های ناشی از ناباروری دارند، فاقد توانایی لازم برای واکنش انعطاف‌پذیر و راهبردی در برابر تنش‌های ناشی از ناباروری هستند (بئر و مونتا، ۲۰۱۰). در واقع می‌توان

گفت که فراهیجان‌های منفی سبب بروز مشکلات ارتباطی بین زوجین خواهد بود و این امر باعث می‌شود تا نگرش زوجین نسبت به یکدیگر منفی شود و از راهبردهای خصومت‌آمیز و رفتارهای تخریب‌گر هم‌چون انتقاد، تحقیر و حالت تدافعی در زندگی زناشویی در مواجهه با مشکلات زناشویی استفاده می‌کنند که برای زوجین خوشایند نیست و به مشکلات دامن می‌زند (فتوحی و همکاران، ۱۳۹۶).

از دیگر یافته‌های پژوهش حاضر این بود که اثر غیرمستقیم انگ ناباروری بر کیفیت رابطه زناشویی از طریق فراهیجان مثبت، معنی‌دار بود. این یافته با پژوهش‌های ایزدی و سجادیان (۱۳۹۶)، قلی‌زادگان و همکاران (۱۳۹۳) و یائو و همکاران (۲۰۱۸)، همسو است. زنان نابارور، در شرایط استرس‌زایی چون احساس تحقیر و توهین از سوی دیگران، با استفاده از راهبردهای فراهیجان مثبت، هیجانات خود را مدیریت می‌کنند. فراهیجان مثبت آنان را قادر می‌سازد تا با انعطاف‌پذیری بیشتری وقایع و مشکلات محیط را پاسخ گویند و توانمندی تنظیم منطقی هیجان را در آنان افزایش می‌دهد (گروس<sup>۹۶</sup>، ۲۰۰۳). آن‌ها با تصمیم‌گیری‌های صحیح و توجه به جنبه‌های مثبت این شرایط، مثل داشتن حمایت همسر، با انعطاف‌پذیری بیشتری به شرایط پاسخ می‌دهند. هیجانات مثبت به زنان نابارور کمک می‌کند که بتوانند انگ‌های ناباروری را تحمل کنند و به آن‌ها کمک می‌کند تا مدیریت بهینه‌ای برای تنظیم راهبردهای هیجانی داشته باشند (عباسی و همکاران، ۱۳۹۳). آن‌ها با ایجاد صمیمیت و تعهد بیشتر، همراه با همسر خود، مشترکاً راهبردهایی برای مواجهه با شرایط پیش‌رو پیدا می‌کنند و این همراهی و کار گروهی، در بهبود کیفیت رابطه زناشویی مؤثر خواهد بود.

از دیگر یافته‌های پژوهش حاضر این بود که اثر غیرمستقیم انگ ناباروری بر کیفیت رابطه زناشویی از طریق فراهیجان منفی معنی‌دار است. طی زمان، مسأله ناباروری، باعث طرح سؤالات کنجکاوانه و فشارهای اطرافیان می‌شود و همین امر، موجب نگرانی زوج‌ها می‌شود و در نتیجه می‌توان گفت که انگ ناباروری باعث می‌شود که فراهیجان منفی در زوجین نابارور بیشتر باشد و ناامیدی و فقدان تسلط و کنترل نسبت به غم و اندوه و مشکلات هیجانی خود را تجربه کنند. فقدان احساس کنترل و کارایی، می‌تواند آسیب مخربی را در روابط بین‌فردی آنان داشته باشد. زنان نابارور به دلیل ادراک شدت تنش ناباروری، راهبردهای مقابله‌ای نامناسبی را در مواجهه با این مشکل، به کار می‌گیرند. ناباروری اعتماد به نفس آن‌ها را پایین آورده و سبب می‌شود تا آنان از راهبردهای خودسرزندی و اجتناب استفاده کنند (بینگ، وو و لاک<sup>۹۷</sup>، ۲۰۱۵) و در تنش‌های بین‌زوجی خود نمی‌توانند واکنش‌های مناسب نشان دهند، هم‌چنین گفت‌وگوی آنان غیرمنطقی خواهد بود و باعث کاهش کیفیت رابطه زناشویی آنان خواهد شد.

از دیگر یافته‌های پژوهش حاضر این بود که اثر غیرمستقیم پریشانی روان‌شناختی بر کیفیت رابطه زناشویی از طریق فراهیجان مثبت معنی‌دار نبوده است. می‌توان گفت که ایجاد پریشانی روان‌شناختی در شرایط استرس‌زا، به‌کارگیری فراهیجان مثبت را خدشه‌دار می‌سازد. پریشانی روان‌شناختی، سبب سوگیری‌ها و تحریفات شناختی می‌شود که انعطاف‌پذیری را از فرد سلب می‌کند. فشاری که زنان نابارور تحمل می‌کنند، به علاوه هزینه‌ها و پروسه طولانی درمان ناباروری، باعث بروز اضطراب و استرس شدید در آنان شده که خوش‌بینی و امید را کاهش می‌دهد. در این شرایط روابط بین‌فردی و از جمله روابط بین‌زوجی آنان تحت تأثیر هیجانات منفی و باورهای غیرمنطقی دچار آسیب خواهد شد. به طور کلی، پریشانی روان‌شناختی،

هیجانات و روابط بین زوجین را دچار آسیب می‌گرداند و در نتیجه راهبردهای فراهیجانی مثبت نمی‌توانند کارایی لازم را برای بهبود کیفیت رابطه زناشویی ایفا کنند.

از دیگر یافته‌های پژوهش حاضر این بود که اثر غیرمستقیم پریشانی روان‌شناختی بر کیفیت رابطه زناشویی از طریق فراهیجان منفی معنی‌دار است. پریشانی روان‌شناختی در زنان نابارور فراهیجان منفی را تقویت می‌کند. هیجاناتی مانند افکار منفی، نشخوار ذهنی، بدبینی و عدم کنترل بر هیجانات و ناتوانی در مدیریت آن‌ها که در نتیجه سبب می‌شود که زنان نابارور راهبردهای ناسازگارانه‌ای برای حل مشکلات بین‌فردی اتخاذ کنند (پترسون، نیوتون و رزن<sup>۹۸</sup>، ۲۰۰۳). آنان در روابط بین‌زوجی بر مشکلات زندگی و ویژگی‌های منفی همسر خود تمرکز می‌کنند و در این شرایط، از دیدگاه وی، این مشکلات حل‌ناشدنی و فاجعه‌بار تلقی می‌شود و همین امر، سبب افزایش مشکلات بین زوجین می‌شود. این مشکلات، سبب کاهش دلگرمی و صمیمیت بین زوجین می‌شود و نگرش زوجین را نسبت به یکدیگر منفی می‌کند، سبب تنش در روابط اجتماعی و آشفتگی روانی زوج‌ها و در نهایت موجب قطع ارتباط بین آن‌ها می‌شود (کارگرجهرمی و رضانی<sup>۹۹</sup>، ۱۳۹۵) و کیفیت رابطه زناشویی را کاهش خواهد داد.

با توجه به محدود بودن جامعه نمونه به زنان نابارور، نتایج این پژوهش قابل تعمیم به زنان نابارور شهرستان‌هایی با ویژگی‌های فرهنگی، قومی و آموزشی متفاوت با شهر اهواز نیست و لازم است در تعمیم‌دهی نتایج محتاط بود. پیشنهاد می‌شود که متغیرهای میانجی دیگری که اثرات انگ ناباروری در کیفیت روابط زناشویی را تعدیل می‌سازد، شناسایی و مورد بررسی قرار گیرد. همچنین با توجه به اهمیت متغیرهای مورد پژوهش، پیشنهاد می‌شود کارگاه‌هایی در زمینه آموزش فراهیجان برای کمک به زنان نابارور برای مقابله با تأثیرات انگ ناباروری و پریشانی‌های روان‌شناختی بر کیفیت روابط زناشویی برگزار شود.

#### پی‌نوشت‌ها

- |  |     |   |
|--|-----|---|
| 1. Infertile                               | 51. | Hollist & Miller                                  |
| 2. Samadi & Doustkam                       | 52. | Isanejad  |
| 3. Zegers-Hochschild                       | 53. | Busbi, Karan, Larsen & Kristiansen                |
| 4. Spiroff & Fritz                         | 54. | Shakarami, Davarnia, Zahrakar & Talaeian          |
| 5. Watkins                                 |     |   |
| 6. The Quality of Marital Relationship     | 55. | Hosseini, Rasouli, Davarnia & Baba                |
| 7. Azar Nik & Aghaee                       |     | Garmkhaneh  |
| 8. Gong                                    | 56. | Arsalandeh, Habibi & Salimi                       |
| 9. Tabrizee                                | 57. | Meta-Emotion Scale (MES)                          |
| 10. Besharat, Lashkari & Rezazadeh         | 58. | Mitmansgruber, Beck, Hofer & Schubler             |
| 11. Loftus & Namaste                       |     |   |
| 12. Collier                                | 59. | Almasi  |
| 13. Tikdarinejad, Bahrami Ehsan & Rezazdeh | 60. | Rezaei, Parsaei, Nejati, Nikamal & Hashemi Rezini |
| 14. Pasch & Sullivan                       | 61. | Infertile Stigma Scale (ISS)                      |
| 15. Onat & Kizilkaya Beji                  | 62. | Fu  |
| 16. Meta-Emotion                           | 63. | Rajabi & Bohlul                                   |

- |  |  |
|--|--|
| 17. Abbasi, Dargahi, Mehrabi, Ghasemi<br>Jobaneh & Dargahi     | 65. Kessler, Barker, Colpe, Epstein &<br>Gfroerer                      |
| 18. Haraduvala   | 66. Andrews & Slade  |
| 19. Grenberg   | 67. Vaziri & Lotfi Kshani  |
| 20. Neff   | 68. Root Mean Square Error of Appr-<br>oximation (RMSEA)               |
| 21. LaBar & Cabeza   | 69. Tucker-Lewis Index (TLI)   |
| 22. Mammarella, Borella, Carretti,<br>Leonardi & Fairfield     | 70. Adjusted Goodness of Fit Index<br>(AGFI)                           |
| 23. Robey, Burdenski, Britzman,<br>Crowell & Cisse             | 71. Comparative Fit Index (CFI)  |
| 24. Fotohi, Mikaeili, Atadokht & Hajlo                         | 72. Incremental Fit Index  |
| 25. Rajae  | 73. Bootstrap  |
| 26. Beer & Moneta  | 74. Hayes & Scharkow   |
| 27. Stigma   | 75. Van Brakel   |
| 28. Donkor & Sandall   | 76. Singh, Singh, Singh & Kaur   |
| 29. Fido & Zhaid   | 77. Gholizadegan & Talebi  |
| 30. Li, Yan, Zhu & Lei   | 78. Hasanpoorazghdy, Simbar, Vedadhir<br>& Amiri Farahani              |
| 31. Goffman  | 79. El Kissi   |
| 32. Fledgerjohan   | 80. Ferrari & Koyama   |
| 33. Tabong & Adongo  | 81. Peterson   |
| 34. Lauri, pasch, dunkel-schatter &<br>Christensen             | 82. Freeman, Boxer, Rickels, Tureck &<br>Mastoinni                     |
| 35. Yao, Chan & Chan   | 83. Stammer, Wischman & Verres   |
| 36. Abou-Rabia, Hammouda, Raafat &<br>Nagiub                   | 84. Dhillon, Cumming & Cummind   |
| 37. Abolfotouh   | 85. Neill, Simpson & Lashen  |
| 38. Izadi & Sajjadian  | 86. Ahadian fard, Asgharnejad farid,<br>Lavasani & Ashoori             |
| 39. Haghghatian, Hghighat & Rostami                            | 87. Zakeri, Hasani & Esmaeili  |
| 40. Cognitive Distress   | 88. Mohammadi & Khalajabadi Farahani                                   |
| 41. Kawa & Shafi   | 89. Marroquín  |
| 42. Drapeau, Beaulieu-Prévost,<br>Marchand, Boyer & Préville   | 90. Keyes, Shmotkin & Ryff   |
| 43. Keough, Riccardi, Timpano, Mitchell<br>& Schmidt           | 91. Najafi, Soleimani, Ahmadi, Javidi,<br>Hoseni Kamkar & Pirjavid     |
| 44. Nicoloro-SantaBarbara, Lobel,<br>Bocca, Stelling & Pastore | 92. Ziaolhagh, Hasan Abadi, Ghanbari<br>Hashem Abadi & Modares Gharavi |
| 45. Khajeh, Gudarzi & Soleimani                                | 93. Tie & Poulsen  |
| 46. Showani, Zahrakar, Ghasemi<br>Jobaneh & Dargahi            | 94. Zuccarini, Johnson, Dalgeish &<br>Makinen                          |
| 47. Structural Equation Modeling (SEM)                         | 95. Gurman   |
| 48. Marital Status Questionnaire                               | 96. Gross  |
| 49. Rust, Bennun, Crowe & Golombok                             | 97. Ying, Wu & Loke  |
| 50. Fincham & Bradbery   | 98. Peterson, Newton & Rosen   |
| 64. Kessler Psychological Distress<br>Questionnaire (K10)      | 99. Kargar Jahromi & Ramezanli   |

## منابع

- آذرینک، م.، و آقای، ا. (۱۳۹۴). پیش‌بینی کیفیت روابط زناشویی بر اساس مؤلفه‌های هوش هیجانی (خوش‌بینی) تنظیم هیجان، ارزیابی از هیجان‌ات، مهارت‌های اجتماعی و کاربرد هیجان‌ات) در زوجین شهر اصفهان. دومین کنفرانس بین‌المللی روان‌شناسی، علوم تربیتی و سبک زندگی، مشهد، دانشگاه تربیت مدرس. ۱۷۸-۱۹۱.
- احدیان‌فرد، پ.، اصغرزادفرید، ع. ا.، لواسانی، ف.، و عاشوری ا. (۱۳۹۶). نقش مؤلفه‌های شناختی، فراشناختی و فراهیجانی در پیش‌بینی پریشانی هیجانی در دانشجویان. *مجله روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی ایران*، ۲ (۲۳)، ۱۷۸-۱۹۱.
- ارسلان‌ده، ف.، حبیبی، م.، سلیمی، آ.، شاکرمی، م.، و داورنیا، ر. (۱۳۹۶). تأثیر زوج‌درمانی گروهی هیجان‌مدار بر بهبود کیفیت روابط زناشویی و افزایش صمیمیت زوجها. *مجله علوم پزشکی زانکو*، ۱۸ (۵۹)، ۶۸-۷۹.
- ایزدی، ن.، و سجادیان، ا. (۱۳۹۶). رابطه سازگاری زناشویی و استرس مرتبط با ناباروری: نقش میانجی‌گری شفقت خود و خودقضاوتی. *روان‌پرستاری*، ۵ (۲)، ۱۵-۲۲.
- بشارت، م.، ع.، لشکری، م.، و رضازاده، م.، ر. (۱۳۹۳). تبیین سازگاری با ناباروری بر اساس کیفیت رابطه باورهای زوجین و حمایت اجتماعی. *روان‌شناسی خانواده*، ۱ (۲)، ۴۱-۵۴.
- بشارت، م.، ع.، تیکدری‌نژاد، آ.، بهرامی‌احسان، ه.، و رضازاده، م.، ر. (۱۳۹۱). نقش تعدیل‌کننده سبک‌های دلبستگی در رابطه بین باورهای غیرمنطقی و مشکلات زناشویی. *مشاره کاربردی*، ۲ (۲)، ۲۹-۴۴.
- بشارت، م.، ع. (۱۳۸۰). بررسی رابطه سبک‌های دلبستگی با رضایت زناشویی. *فصلنامه خانواده‌پژوهی*، ۳ (۴)، ۴۴۴-۴۵۳.
- تبریزی، م. (۱۳۹۶). *فرهنگ‌نامه توصیفی خانواده و خانواده‌درمانی*. تهران: انتشارات فروزان.
- حسن‌پورازغدی، ب.، سیمبر، م.، ودادهیر، ا. ع.، و حسین‌رشیدی، ب. (۱۳۹۲). تبیین تأثیرات روانی نازایی در زنان نابارور. در *جست‌وجوی درمان: یک مطالعه کیفی*. نشریه دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید بهشتی، ۲۳ (۱۳)، ۱-۸.
- حسینی، ا.، رسولی، م.، داورنیا، ر.، و بابایی‌گرمخانی، م. (۱۳۹۵). تأثیر آموزش گروهی بر اساس برنامه کاربرد عملی مهارت‌های ارتباط صمیمانه بر کیفیت روابط زناشویی. *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی ایلام*، ۲ (۲)، ۸-۱۷.
- حقیقتیان، م.، حقیقت، ف.، و رستمی، ز. (۱۳۹۳). بررسی پیامدهای اجتماعی نازایی بر خانواده در شهر اصفهان. *تحقیقات نظام سلامت*، ۱۰ (۲)، ۳۵۴-۳۶۱.
- ذاکری، م.، م.، حسنی، ج.، و اسماعیلی، ن. (۱۳۹۶). اثربخشی آموزش نظم‌جویی فرایندی هیجان بر پریشانی روان‌شناختی افراد مبتلا به ویتیلیگو. *روان‌شناسی سلامت*، ۶ (۲۳)، ۳۹-۵۶.
- رجائی، آ. (۱۳۹۴). *بررسی اثربخشی زوج‌درمانی به روش گاتمن بر کاهش طلاق، بهبود روابط کلامی و غیرکلامی، تحریف‌های متعارض‌های شناختی بین‌فردی زوجین*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد دانشگاه فردوسی. دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی.
- رضایی، ن.، م.، پارسایی، ا.، نجاتی، ع.، نیک‌آمال، م.، و هاشمی‌رزینی، س. ا. (۱۳۹۳). ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس فراهیجان دانشجویان. *تحقیقات روان‌شناختی*، ۶ (۲۳)، ۱۱۱-۱۲۴.
- شاکرمی، م.، داورنیا، ر.، زهراکار، ک.، طلائیان، ر. (۱۳۹۴). اثربخشی زوج‌درمانی گروهی کوتاه‌مدت راه‌حل‌محور بر بهبود کیفیت روابط زناشویی زنان. *مجله علوم پزشکی رازی*، ۲۲ (۱۳۱)، ۱-۱۳.
- شوانی، ا.، زهراکار، ک.، قاسمی‌جوبنه، ر.، و درگاهی، ش. (۱۳۹۴). نقش رضایت جنسی، سلامت معنوی، پریشانی روان‌شناختی و عزت نفس در تعهد زناشویی زنان دارای همسر جانباز. *طب جانباز*، ۷ (۲)، ۹۹-۱۰۵.



- صمدی، ح. و دوستکام، م. (۱۳۹۶). بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر سازگاری زناشویی زنان نابارور. *اندیشه و رفتار در روان‌شناسی بالینی*، ۱۱ (۴۳)، ۶۷-۷۶.
- ضیالاحق، م. س.، حسن‌آبادی، ح.، قنبری‌هاشم‌آبادی، ب. ع. و مدرس غروی، م. (۱۳۹۱). تأثیر زوج‌درمانی هیجان‌مدار بر سازگاری زناشویی. *فصلنامه خانواده‌پژوهی*، ۸ (۲۹)، ۴۹-۶۶.
- عباسی، م.، درگاهی، ش.، محرابی، ع.، قاسمی‌جوینده، ر.، درگاهی، ع. (۱۳۹۳). نقش فراهیجان و تاب‌آوری در بهزیستی روان‌شناختی زنان نابارور شهرستان گناباد. *مجله سلامت جامعه*، ۸ (۱)، ۹-۱۷.
- عیسی‌نژاد، ا. (۱۳۸۶). تأثیر غنی‌سازی روابط بر کیفیت رابطه زناشویی زوج‌های شهر اصفهان. پایان‌نامه کارشناسی ارشد رشته مشاوره، دانشکده روان‌شناسی دانشگاه اصفهان.
- فتوحی، س.، میکائیلی، ن.، عطادخت، ا.، وحاجلو، ن. (۱۳۹۶). اثربخشی زوج‌درمانی مبتنی بر فراهیجان بر سازگاری و دل‌زدگی زناشویی در همسران دارای تعارض، *مجله مطالعات زنان و خانواده*، ۳۹ (۲)، ۴۴-۴۵.
- قلی‌زادگان، س. و طالبی، ز. (۱۳۹۳). رابطه ناگویی هیجانی و استیگما در بین زوجین فاقد فرزند، سومین همایش ملی سلامت روان و تندرستی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد قوچان.
- کارگرجهرمی، م. و رضائلی س. (۱۳۹۵). مقابله با ناباروری: معاینه مکانیسم‌های مقابله در زنان ایرانی مبتلا به ناباروری. *مجله روان‌پزشکی*، ۱۸، ۱۹۵-۱۸۸.
- محمدی، م. ر. و خلیج‌آبادی فراهانی، ف. (۱۳۷۰). مشکلات عاطفی و روانی ناشی از ناباروری و راهکارهای مقابله با آن‌ها. *فصلنامه ناباروری و باروری*، ۲ (۴)، ۳۹-۳۴.
- نجفی، م.، سلیمانی، ع. ا.، احمدی، خ.، جاویدی، ن. ا.، حسینی‌کامکار، ا. و پیرجاوید، ف. (۱۳۹۳). بررسی اثربخشی زوج‌درمانی هیجان‌مدار (EFT) بر افزایش سازگاری زناشویی و ارتقای سلامت جسمی و روان‌شناختی زوجین نابارور. *مجله زنان نازایی و مامایی ایران*، ۱۷ (۱۳۳)، ۸-۲۱.
- وزیری، ش. و لطفی‌کاشانی، ف. (۱۳۹۱). اعتبار و پایایی آزمون واحد پریشانی ذهنی. *مجله اندیشه و رفتار در روان‌شناسی بالینی*، ۷ (۲۶)، ۷۷-۸۸.

- Abbasi, M., Dargahi, S., Mehrabi, A., Ghasemi Jobaneh, R., Dargahi, A. (2017). Role of Meta Emotion and Resiliency in Psychological the Well-being of Infertile Women of Gonabad City in 2012- 2013. *Community Health Journal*, 8(1), 9-17 [in Persian].
- Abolfotouh, M., Salam, M., Alturaif, D., Suliman, W., Al-Essa, N., Al-Issa, H., & Alrowiely, M. (2013). Predictors of quality of life and glycemc control among Saudi adults with diabetes. *International Journal of Medicine and Medical Sciences*, 46(1), 1360-1370.
- Abou-Rabia, N. M., Hammouda, G. A., Raafat, M. H., & Nagiub, O. (2013). Developmental changes of internal anal sphincter in guinea pigs: a histological and immunohistochemical study. *Egyptian Journal of Histology*, 36(2), 418-26.
- Ahadian fard, P., Asgharnejad farid, A. A., Lavasani, F., & Ashoori, A. (2017). Role of Cognitive, Metacognitive, and Meta-Emotional Components in Prediction of Emotional Distress in Students. *IJPCP*, 23(2), 178-191 [in Persian].
- Almasi, N. G. (2017). The relationship of meta-emotion dimensions and positive and negative symptoms in the patients of chronic schizophrenia. *Journal of Behavioral and Brain Science*, 7(20), 62-67.
- Andrews, G., & Slade, T. (2001). Interpreting scores on the Kessler Psychological Distress Scale. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 25(1), 494-497.

- Arsalandeh, F., Habibi, M., salimi, A., Shakarami, M., & Davarniya, R. (2018). Effectiveness of Inducing Positive Affect on Improvement Autobiographical Memory in Depressive Patients. *Zanko J Med Sci*, 18(59), 68-79 [in Persian].
- Azarnik, M., & Aghaee, A. (2015). Predicting the quality of marital relationships based on the components of emotional intelligence (optimism / emotion regulation, emotion assessment, social skills and emotion use) in couples in Isfahan. *Second International Conference on Psychology, Educational Sciences and Lifestyle, Mashhad, Torbat Heydariyeh University* [in Persian].
- Beer, N., & Moneta, G. B. (2010). Construct and concurrent validity of the positive metacognitions and positive meta-emotions questionnaire. *Pers Individ Diff*, 49(8), 977-982.
- Besharat, M. A. (2001). Investigating the Relationship between Attachment Styles and Marital Satisfaction. *Journal of Family Research*, 3(4), 453-444 [in Persian].
- Besharat, M. A., Lashkari, M., & Reza zadeh, M. R. (2015). Explaining adjustment to infertility according to relationship quality, couples' beliefs and social support. *IJFP*; 1 (2), 41-54[in Persian].
- Besharat, M., Tikdarinejad, A., Bahrami Ehsan, H., & Reza zadeh, M. (2013). The moderating role of attachment styles in the relationship between irrational beliefs and marital problems. *Biannual Journal of Applied Counseling*, 2(2), 29-44 [in Persian].
- Collier, F. (2010). When a couples wants baby. *Sexology*, 19, 170-174.
- Dhillon, R., Cumming, C., & Cummind, D. (2000). Psychological well-being and coping patterns in infertile man. *Journal of Fertiland Steril*, 45(5), 702-7013.
- Donkor, E., & Sandall, J. (2007). The impact of perceived stigma and mediating social factors on infertility-related stress among women seeking infertility treatment in Southern Ghana. *Social Science and Medicine*, 65(8), 1683-1694.
- Drapeau, A., Beaulieu-Prévost, D., Marchand, A., Boyer, R., Prévile, M., & Kairouz, S. (2010). A life-course and time perspective on the construct validity of psychological distress in women and men. Measurement invariance of the K6 across gender. *BMC Medicine Research Methodology*, 10(1), 68- 74.
- El Kissi, Y., Amamou, B., Hidar, S., Ayoubi Idrissi, K., Khairi, H., & Ben Hadj Ali, B. (2014). Quality of life of infertile Tunisian couples and differences according to gender. *International Journal Gynaecology Obstetrics*, 125(2), 134-137.
- Ferrari, M., & Koyama, E. (2002). Meta-emotions about anger and amae: A cross-cultural comparison. *Consciousness & Emotion*, 3(2), 197-211.
- Fido, A., & Zahid, M. A. (2004). Coping with infertility among Kuwaiti women: cultural perspectives. *International Journal Social Psychology*, 50(4), 294-300.
- Fledderjohann, J. J. (2012). Zero is not good for me: implications of infertility in Ghana. *Hum Reprod*, 27(5), 1383-1390.
- Fotohi, S., Mikaeili, N., Atadokht, A., & Hajlo, N. (2018). Comparing The Effectiveness Of Meta-Emotion Based Couple Therapy with Narrative Couple Therapy On Adjustment And Cuople Burnout In Conflicting Couples. *Counseling Culture and Psychotherapy*, 9(34), 77-101 [in Persian].
- Freeman, E. W., Boxer, A. S., Rickels, K., Tureck, R., & Mastoinni, L. (2008). Psychological evaluation and support in a program of in vitro fertilization and embryo transfer. *Fertil and Steril*, 43(1), 48-53.

- Fu, B., Qin, N., Cheng, L., Tang, G., Cao, Y., Yan, C., Zhu, S., & Lei, J. (2015). Development and validation of an Infertility Stigma Scale for Chinese women. *Journal Psychosomatic Research*, 79(1), 69-75.
- Gholizadegan, S., & Talebi, Z. (2014). The Relationship between Emotional Loss and Stigma among Couples Without Children. *3rd National Conference on Mental Health, Islamic Azad University, Quchan Branch* [in Persian].
- Goffman, E. (2010). *Stigma: notes on the management of spoiled identity*. New York: Prentice-Hall.
- Gong, M. (2007). Does status in consistency matter for marital quality? *Journal of Family Issues*, 28(12), 1582-1610.
- Gross, J. J. (2003). *The Wisdom of feelings: psychological processes in emotional intelligence*. 1st Ed. New York: Guilford press.
- Gurman, S. A. (2008). *Clinical Handbook of Couple Therapy* (4 Ed). New York: Guilford Publications.
- Greenberg, L. (2002). *Emotion Focused Therapy: Coaching Clients through Their Feelings*. Washington: American psychological association.
- Haghighatian, M., Haghighat, F., & Rostami, Z. (2014). Uses of heat wrap therapy for the relief of patients acute low back pain. *Health System Research*, 10(2), 354-361 [in Persian].
- Haradhvala, N. (2017). *Meta-emotions in daily life: associations with emotional awareness and depression*, Master thesis in Psychology, Washington University.
- Hassanpourazghadi, B., Simbar, M., Vedadhir, A. A., & Hossein Rashidi, B. (2013). Explaining the psychological effects of infertility in infertile women. Seeking treatment: A qualitative study. *Journal of the School of Nursing and Midwifery, Shahid Beheshti University of Medical Sciences and Health Services*, 23(83), 8-1 [in Persian].
- Hayes, A. F., & Scharkaw, M. (2013). The relative trustworthiness of inferential tests of the indirect effect in statistical mediation analysis: Does method really matter? *Psychological Science*, 24(10), 1918-1927.
- Hollist, C. S. & Miller, R. B. (2005). Perceptions of attachment style and marital quality in midlife marriage. *Family Relations*, 54, 46-58.
- Hosseini, A., Rasouli, M., Davarniya, R., & Babaei Gharmkhani, M. (2016). The Effect of Group Training Based on Practical Application of Intimate Relationship Skills Program on Marital Relationships Quality. *SJIMU*, 24(2), 8-17 [in Persian].
- Isanejad, A. (2007). *The effect of relationship enrichment on the quality of marital relationship between couples in Isfahan*. Bachelor's Thesis in Counseling, Faculty of Psychology, University of Isfahan [in Persian].
- Izadi, N., & Sajjadian, I. (2017). The Relationship between Dyadic Adjustment and Infertility-Related Stress: The Mediated Role of Self-compassion and Self-judgment. *IJPN*; 5 (2), 15-22 [in Persian].
- Kargar Jahromi, M., & Ramazanli, S. (2016). Coping with infertility: Examining the mechanisms of coping in Iranian women with infertility. *Journal of Psychiatry*, 18, 195-188 [in Persian].
- Kawa, M. H., & Shafi, H. (2015). Evaluation of Internet Addiction, Impulsivity and Psychological Distress among University Students. *International Journal Clinical Therapy Diagnostige*, 3(1), 70-76.

- Keough, M. E., Riccardi, C. J., Timpano, K. R., Mitchell, M. A., & Schmidt, N. B. (2010). Anxiety symptomatology: the association with distress tolerance and anxiety sensitivity. *Behavior Therapy*, 41(4), 567-574.
- Keyes, C. L., Shmotkin, D., & Ryff, C. D. (2002). Optimizing well-being: the empirical encounter of two traditions. *Journal of personality and social psychology*, 82(6), 1007-1022.
- Kessler, R.C., Barker, P. R., Colpe, L. J., Epstein, J. F., Gfroerer, J. C., & Hiripi, E. (2003). Screening for serious mental illness in the general population. *Arch Gen Psychiatry*, 60(2), 184-189.
- Khajeh, A., Goodarzi, M., & Soleimani, F. (2014). The relation of psychological well-being and marital quality and the dimensions of the married students. *Indian Journal Science Research*, 7(1), 534-538.
- LaBar, K. S., & Cabeza, R. (2006). Cognitive neuroscience of emotional memory. *Nature reviews. Neuroscience*, 7(1), 54-64.
- Lauri, A., Pasch, C., Dunkel-Schetter, D., & Andrew, C. (2002). Differences between husbands and wivs approach to infertility affect marital communication and adjustment. *Fertility and Sterility*, 77(6), 1241-1247.
- Li, H., Yan, C. L., Zhu, S. J., Lei, J. (2010). Humiliation Feeling of Infertile Women and Its Relevant Factors. *Chin Gene Practice*, 13(1), 1627-1629.
- Loftus, J., & Namaste, P. (2011). Expectant Mothers: Women's Infertility and the Potential Identity of Biological Motherhood. *Qualitative Sociology Review*, 7(1), 35-54.
- Mammarella, N., Borella, E., Carretti, B., Leonardi, G., & Fairfield, B. (2013). Examining an emotion enhancement effect in working memory: Evidence from age-related differences. *Journal of Neuropsychological Rehabilitation*, 23(3), 416-428.
- Marroquín, B. (2011). Interpersonal emotion regulation as a mechanism of social support in depression. *Clinical Psychology Review*, 31(8), 1276-1290.
- Mitmansgruber, H., Beck, T. N., Hofer, S., & Schubler, G. (2009). When you don't like what you feel: Experiential avoidance, mindfulness and Meta-emotion in emotion regulation. *Personality and Individual Differences*, 46(4), 448-453.
- Mohammadi, M. R., & Khalajabadi Farahani, F. (1991). Emotional and psychological problems caused by infertility and ways to deal with them. *Journal of Infertility and Fertility*, 2 (4), 39-34 [in Persian].
- Najafi, M., Soleimani, A., Ahmadi, K., Javidi, N., Hoseni Kamkar, E., Pirjavid, F. (2015). The study of the effectiveness of couple emotionally focused therapy (EFT) on increasing marital adjustment and improving the physical and psychological health of the infertile couples. *The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility*, 17(133), 8-21 [in Persian].
- Neff, K. D. (2003). The development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and Identity*, 2(3), 223-250.
- Nicoloro-SantaBarbara, J. M., Lobel, M., Bocca, S., Stelling, J. R., Pastore L. M. (2017). Psychological and emotional concomitants of infertility diagnosis in women with diminished ovarian reserve or anatomical cause of infertility. *Fertility and Sterility*, 108 (1), 161-167.
- Onat, G., & Kizilkaya Beji, N. (2012). Effects of infertility on gender differences in marital relationship and quality of life: a case-control study of Turkish couples.

- European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology*, 165(2), 243-248.
- Pasch, L. A., & Sullivan K. T. (2017). Stress and coping in couples facing infertility. *Current Opinion in Psychology*, 13(1), 131-135.
- Peterson, B., Boivin, J., Norre, J., Smith, C., Thorn, P., & Wischmann, T. (2012). An introduction to infertility counseling: a guide for mental health and medical professionals. *Journal of Assistant Reproduction Genetic*, 29(3), 243-248.
- Peterson, B. D., Newton, C.R., & Rosen, K. H. (2003). Examining congruence between partners' perceived infertility-related stress and its relationship to marital adjustment and depression in infertile couples. *Family Research and the Practice of Family Therapy*, 42(1), 59-70.
- Rajabi, G. H., & Bohlol, N. (2008). The reliability and validity of Rosenberg Self-Esteem Scale in freshman students of Shahid Chamran University of Ahvaz. *Journal of Education Psychology Research*, 33(8), 33-48 [in Persian].
- Rajaei, A. (2015). *A study of the effectiveness of Guttmann's couple therapy on reducing divorce, improving verbal and nonverbal relationships, and interpersonal cognitive cognitive impairments*. Master's thesis, Ferdowsi University. Faculty of Education and Psychology[in Persian].
- Rezaei, N. M., Parsaei, A., Nejati, A., Nikamal, M., & Hashemi Razini, S. A. (2014). Psychometric characteristics of Farahijan students' scale. *Psychological Research*, 6 (23), 124-111 [in Persian].
- Robey, P., Burdenski, T. K., Britzman, M., Crowell, J., & Cisse, G. S. (2011). Systemic Applications of Choice Theory and Reality Therapy: An Interview with Glasser Scholars. *Counseling and Therapy for Couples and Families*, 19(4), 427-433.
- Rust, J., Bennun, I., Crowe, M., & Golombok, S. (1998). *The Golombok-Rust Inventory of Marital State Questionnaire*. London: Nefer-Nelson.
- Samadi, H., & Doustkam, M. (2016). Investigating the effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on marital compatibility and life expectancy in infertile women. *International Academic Journal of Sosial Sciences*, 3(5), 16-27[ in Persian].
- Shakarami, M., Davarniya, R., Zaharakar, K., & Talaeian, R. (2015). Effectiveness of brief solution-focused group couple therapy on improving marital quality in women. *RJMS*; 22 (131), 1-13 [in Persian].
- Showani, E., Zaharakar, K., Ghasemi Jobaneh, R., & Dargahi, S. (2015). Role of Sexual Satisfaction, Spiritual Health, Psychological Distress and Self- Esteem in Marital Commitment of Veterans Wives. *Iran J War Public Health*; 7 (2), 99-105 [in Persian].
- Singh, R. P. B., Singh, H., Singh, C. J., & Kaur, K. T. (2015). Screening of psychological distress in cancer patients during chemotherapy: A cross-sectional study. *Indian journal of palliative care*, 21(3), 305-311.
- Slade, P., Neill, C. O., Simpson, A. J., & Lashen, H. (2007). The relationship between perceived stigma, disclosure patterns, support and distress in new attendees at an infertility clinic. *Hum Reprod*, 22(8), 2309- 2317.
- Spiroff, L., & Fritz, M. A. (2005). *Clinical Gynecology Endocrine-ology and Infertility*. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins.
- Stammer, H., Wischman, T., & Verres, R. (2002). Counseling and couple therapy for infertile couples. *Family Process*, 41(1), 111-122.

- Tabong, P. T., & Adongo, P. B. (2013). Infertility and childlessness: a qualitative study of the experiences of infertile couples in Northern Ghana. *BMC Pregnancy Childbirth*, 13(1), 72-76.
- Tabong, P. T., & Adongo, P. B. (2013b). Understanding the social meaning of infertility and childbearing: a qualitative study of the perception of childbearing and childlessness in Northern Ghana. *Plos One*, 8, e54429.
- Tabrizee, M. (2017). *Descriptive Dictionary of Family and Family Therapy*. Tehran: Forouzan Publications [in Persian].
- Tie, S., & Poulsen, Sh. (2013). Emotionally focused couple therapy with couples marital adjustment. *Contemporary Family Therapy*, 35(3), 557-567.
- Van Brakel, W. H., Anderson, A. M., Mutatkar, R. K., Bakirtzief, Z., Nicholls, P. G., Raju, M. S., & Das-Pattanayak, R. K. (2006). The Participation Scale: measuring a key concept in public health. *Disability and Rehabilitation*, 28(4), 193-203.
- Vaziri, S., Lotfi Kashani, F. (2013). Study of factor structure, reliability and validity of the sexual self efficacy questionnaire. *Thoughts and Behavior in Clinical Psychology*, 8(29), 47-56 [in Persian].
- Watkins, K. J. (2004). The infertility experience: Biopsychosocial effects and suggestions for counsellors. *Journal of Counseling and Development*, 82(4), 394-402.
- Yao, H., Chan, C. H. Y., & Chan, C. L. W. (2018). Childbearing importance: A qualitative study of women with infertility in China. *Research in Nursing & Health*, 41(1), 69-77.
- Ying, L. Y., Wu, L. H., & Loke, A. Y. (2015). Gender differences in experiences with and adjustments to infertility: A literature review. *International Journal Nurses Studies*, 52(10), 1640-1652.
- Zakeri, M., Hasani, J., Esmaili, N. (2017). Effectiveness of processing emotion regulation strategies training (PERST) in psychological distress (PD) of patient with vitiligo. *Quarterly Journal of Health Psychology*, 6(23), 39-56 [in Persian].
- Zegers-Hochschild, F., Adamson, G. D., de Mouzon, J., Ishihara, O., Mansour, R., & Nygren, K. (2009). The International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technology (ICMART) and the World Health Organization (WHO) Revised Glossary on ART. Terminology. *Fertility and Sterility*, 92(1), 1520-1524.
- Ziaolhagh, M. S., Hassan Abadi, H., Ghanbari Hashem Abadi, B. A. & Modares Gharavi, M. (2011). The effect of emotional and managerial therapy on marital adjustment. *Journal of Family Research*, 8(29), 66-49 [in Persian].
- Zuccarini, D., Johnson, S. M., Dalgeish, T. L., & Makinen, J. A. (2013). Forgiveness and Reconciliation in Emotionally Focused Therapy for Couples: The Client Change Process and Therapist Interventions. *Journal of Marital Family Therapy*, 39(2), 148-162.