

مقایسه تحمل پریشانی در زنان نابارور و بارور

زهرا زارع^۱

^۱ کارشناس ارشد روانشناسی عمومی، واحد کاشان، دانشگاه آزاد اسلامی، کاشان، ایران

چکیده

این پژوهش با هدف مقایسه تحمل پریشانی در زنان نابارور و بارور انجام گرفت. این مطالعه توصیفی - علی مقایسه‌ای بر روی ۶۰ زن نابارور و ۶۰ زن بارور به شیوه در دسترس انجام شد. برای گردآوری داده‌ها از پرسش‌نامه اطلاعات جمعیت‌شناختی و مقیاس تحمل پریشانی هیجانی (DTS) استفاده شد. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS ۲۴ و روش آماری تحلیل واریانس یک‌راهه مورد تحلیل قرار گرفتند. نتایج نشان داد که در متغیر تحمل پریشانی ($F=16/98, P<0/01$) تفاوت دو گروه بارور و نابارور و زیرمقیاس‌های تحمل پریشانی هیجانی ($F=18/5, P<0/01$)، جذب شدن به وسیله هیجانات منفی ($F=6, P<0/05$) و برآورد ذهنی پریشانی ($F=11/52, P<0/01$) معنادار است. زنان نابارور به‌طور کلی در معرض مشکلات روان‌شناختی جدی‌تری در مقایسه با زنان بارور قرار داشتند. با توجه به وجود این مشکلات در زنان نابارور، حضور روانشناسان در مراکز تشخیص و درمان ناباروری ضروری به نظر می‌رسد.

واژه‌های کلیدی: مقایسه تحمل پریشانی، زنان نابارور، زنان بارور.

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی

یکی از توانایی‌های انسان تولیدمثل است که سمبلی از جاودانگی و میل به حیات را در وی نشان می‌دهد. این نوع رفتار بر شخصیت انسان و اجتماع اثرات پایداری می‌گذارد. به طوری که حیات فرد و جامعه مبتنی بر این کارکرد است. نقطه مقابل قابلیت باروری را ناباروری گویند. ناباروری در واقع یک بحران پیچیده زندگی است که از لحاظ روان‌شناختی تهدیدکننده و از لحاظ هیجانی فشارآور است، شاید به همین دلیل است برخی از پژوهشگران پیامدهای روان‌شناختی ناباروری را به واکنش‌های سوگ عمومی تشبیه کرده‌اند (راستی و همکاران، ۱۳۹۱). بر اساس مطالعات انجام شده ۵۰ تا ۸۰ میلیون نفر در دنیا از نوعی ناباروری رنج می‌برند. به طوری که در سراسر جهان از هر ۶ زوج، یک زوج در سنین باروری دچار ناباروری می‌شوند. تعداد زوج‌های نابارور در ایران حدود سه میلیون نفر و در دنیا حدود پنجاه میلیون نفر تخمین زده شده است (برگی، ۱۹۹۵؛ به نقل از برقی ایرانی و همکاران، ۱۳۹۵). ناباروری و درمان آن به‌عنوان یک بحران در زندگی مشترک و تداخل در نقش والدین، نه تنها باعث ایجاد مشکلات روان‌شناختی می‌شود، بلکه می‌تواند به‌عنوان یک ضربه شدید برعلیه روابط زوجین و استحکام خانواده عمل کند (شاهوردی و همکاران، ۱۳۹۴). فریریرا و همکاران (۲۰۱۵) در پژوهشی به تأثیر ناباروری و میزان باروری بر رضایت زناشویی پرداختند و در این تحقیق روشن شد که میزان باروری ممکن است بر تمام رضایت زناشویی تأثیر نگذارد، اما بر جنبه‌های بسیار مهم زندگی زوجین تأثیر می‌گذارد مانند صمیمیت عاطفی، تمایلات جنسی و ارتباطات، تعارض در نگه داری زندگی و استقلال والدینی. یکی از عوامل مهم در ایجاد صمیمیت در رابطه، خودآشکارسازی است، یعنی بیان عواطف و افکار برای دیگری (بشارت و همکاران، ۱۳۹۳). کسانی که نتوانند هیجانات خود را به خوبی و به‌موقع بیان کنند و در واقع در بیان هیجانات خود مشکل داشته باشند احتمالاً این ناتوانی موجب پریشانی در آن‌ها می‌شود. به نظر می‌رسد که ناباروری می‌تواند در تحمل پریشانی مؤثر باشد. تعاریف متفاوتی از پریشانی هیجانی وجود دارد؛ که بهترین تعریف آن را به‌عنوان ناتوانی در احاطه کامل بر تجربه هیجان آزارنده و ناراحت‌کننده می‌دانند. این متغیر چگونگی پاسخ‌دهی افراد به عاطفه منفی گفته می‌شود (بشارت پور و همکاران، ۲۰۱۴؛ به نقل از اعظمی، کاکابرایی، ۱۳۹۵). نتایج پژوهش‌ها بیان‌گر این است که پریشانی روان‌شناختی ممکن است عملکرد اجتماعی و زندگی روزمره افراد را تحت تأثیر قرار دهد (حسینی و شاهمرادی فر، ۲۰۱۵؛ به نقل از شهابی و همکاران، ۱۳۹۶). افراد دارای تحمل پریشانی پایین، اولاً هیجان را غیرقابل تحمل می‌دانند و نمی‌توانند به آشفتگی و پریشانی‌شان رسیدگی نمایند، ثانیاً این افراد وجود هیجان را نمی‌پذیرند و از وجود آن احساس شرم و آشفتگی می‌کنند زیرا که توانایی‌های مقابله‌ای خود با هیجانات را دست‌کم می‌گیرند. سومین مشخصه عمده تنظیم هیجانی افراد با تحمل آشفتگی پایین، تلاش فراوان این افراد برای جلوگیری از هیجانات منفی و تسکین فوری هیجانات منفی تجربه شده می‌باشد (عزیزی و همکاران، ۱۳۸۹). زوجینی که میزان تحمل پریشانی در آن‌ها بیشتر باشد احتمالاً ناگویی هیجانی را بهتر می‌توانند کنترل کنند یا در جهت تعدیل آن قدم بردارند. به نظر می‌رسد یکی از عوامل مؤثر در چگونگی پاسخ‌گویی زوجین به حل اختلاف‌هایشان مقدار ظرفیت آن‌ها در تحمل پریشانی می‌باشد (امین‌الرعايا و همکاران، ۱۳۹۵). تحمل پریشانی را توانایی فرد در تجربه و تحمل حالات هیجانی منفی تعریف کرده است (سیمونز و گاهر، ۲۰۰۵؛ به نقل از اسماعیلی نسب و همکاران، ۱۳۹۳). در حقیقت، تحمل پریشانی یک متغیر تفاوت‌های فردی است که به ظرفیت تجربه و مقاومت در برابر ناراحتی هیجانی اشاره می‌کند (اسلیریگ و همکاران، ۲۰۰۷؛ به نقل از اسماعیلی نسب و همکاران، ۱۳۹۳).

^۱Berga

^۲Ferreira

^۳Distress tolerance

^۴Simons & Gaher

^۵O Cleirigh

در ادبیات گوناگون تحمل پریشانی ممکن است در حوزه شناختی، عاطفی، رفتاری و یا فیزیولوژیکی بازتاب شود. هم‌چنین دو تعریف اعلی از الف) ظرفیت مقاومت در برابر هیجان‌های منفی و یا سایر حالات بد و ب) عمل رفتاری تحمل حالت‌های درونی پریشانی ناشی از برخی از انواع عوامل استرس‌زا نیز برای توصیف این سازه ارائه شده‌اند. باور بر این است که ساختار تحمل پریشانی به‌گونه‌ای است که به پیشرفت و ماندگاری اشکال گوناگون آسیب‌شناسی روانی مانند استفاده از مواد مخدر، اضطراب، اختلالات شخصیت و خلق‌وخوی کمک می‌کند (لیرو و همکاران، ۲۰۱۰؛ به نقل از امین‌الرعایا و همکاران، ۱۳۹۵). هم‌چنین تحمل پریشانی به‌طور فزاینده‌ای، به‌عنوان یک ساختار مهم در رشد بینشی جدید دربارهٔ رشد و ابقاء آسیب‌های روانی و هم‌چنین پیشگیری و درمان مشاهده شده است (ولن اسکای و اتو، ۲۰۰۷؛ به نقل از اسماعیلی‌نسب و همکاران، ۱۳۹۳). شوری و همکاران (۲۰۱۷) نشان دادند که تحمل پریشانی و ناراحتی ممکن است جزء مهمی از درمان خشونت شریک صمیمی (IPV)، به‌ویژه برای تجاوز روانشناسی باشد. در پژوهشی نشان داده شد که رابطه معنادار معکوسی بین تحمل پریشانی و شدت افسردگی و افسردگی روانی وجود دارد (ویلیامز و همکاران، ۲۰۱۳). نتایج پژوهش‌ها حاکی از آن است که تحمل پریشانی بر ارزیابی و پیامدهای ناشی از تجربه هیجان‌های منفی تأثیرگذار است، به‌گونه‌ای که افرادی که در مقایسه با دیگران تحمل پریشانی کمتری دارند، واکنشی شدیدتر به استرس نشان می‌دهند (امین‌الرعایا و همکاران، ۱۳۹۵)؛ و در نتیجه زوج‌هایی که تحمل پریشانی بیشتری دارند، واکنشی منطقی‌تر در برابر استرس و مشکلات مرتبط با رابطه زناشویی از جمله ناباروری دارند. باروری، زایمان و صاحب فرزند سالم شدن در مرکز توجه بسیاری از زوج‌هایی می‌باشد که زندگی مشترک را آغاز می‌کنند و ناباروری از نقاط مهم مولد نگرانی در این گروه است (برقی ایرانی و همکاران، ۱۳۹۵). ناباروری، پدیده‌ای است زیستی، روانی و اجتماعی به این معنا که در آن جنبه‌های روانی، فیزیولوژیک، محیط و روابط بین‌فردی در تعامل با یکدیگر قرار دارند، در نتیجه نمی‌توان ناباروری را صرفاً به‌عنوان اختلالی در عملکرد اعضای بدن به حساب آورد، بلکه ابعاد دیگر آن نیز با اهمیت هستند و لازم است به آن توجه شایانی شود (رمضان زاده و همکاران، ۲۰۰۷؛ به نقل از راستی و همکاران، ۱۳۹۱). ناباروری در سراسر جهان در همهٔ فرهنگ‌ها به‌عنوان یک تجربه استرس‌زا، بحرانی و تهدیدکننده ثبات فردی، زناشویی و خانوادگی و اجتماعی شناخته شده است (بووین، ۲۰۰۷؛ به نقل از برقی ایرانی و همکاران، ۱۳۹۵). نابارور به زوجی اطلاق می‌شود که حداقل یک سال از تصمیم آن‌ها برای فرزنددار شدن بدون استفاده از وسایل پیشگیری از بارداری گذشته باشد اما موفق نشده باشند و برای درمان اقدام کرده و از سوی پزشک متخصص تشخیص ناباروری داده شده باشد (آقا محمدیان و همکاران، ۲۰۱۴؛ به نقل از برقی ایرانی و همکاران، ۱۳۹۵). عده‌ای معتقدند که ناباروری در بیشتر موارد باعث تنش هیجانی می‌شود آن‌ها شدت هیجان ناشی از ناباروری را به‌عنوان بحران ناباروری توصیف می‌کنند و معتقدند که ناباروری، در تمام زمینه‌های ارتباطی، شغلی زوج‌ها تأثیر می‌گذارد (تقوی و فتحی آشتیانی، ۱۳۸۸). به علت تفاوت‌های عاطفی بین زنان و مردان تنش ناشی از ناباروری بر زنان بیشتر از مردان است. زنان نابارور از جمله افرادی هستند که در معرض آسیب‌های روانی و شخصیتی قرار دارند (شاهوردی و همکاران، ۱۳۹۴). ناباروری زندگی زوج‌ها را با یک سلسله فعالیت‌هایی پرزحمت درمانی، مشکلات مربوط به تمایل جنسی و روابط زناشویی، کاهش صمیمیت زوجین، احساس گناه، ناامیدی، افسردگی، کاهش احساس عزت‌نفس و رضایت زوجین و احساس خلأ، اختلال در کیفیت زندگی زناشویی، ترس از پایان رابطه زناشویی و درماندگی و حتی باعث ایجاد تحول روان‌شناختی در زوجین نابارور می‌گردد (برقی ایرانی و همکاران، ۱۳۹۵). لذا با توجه به مطالب بیان شده هدف از پژوهش حاضر مقایسه تحمل پریشانی در زنان نابارور و بارور می‌باشد.

^۱Leyro

^۲Zvolen-Sky & Otto

^۳Shorey

^۴Williams

^۵Boivin

روش پژوهش

جامعه آماری و نمونه های پژوهش

پژوهش حاضر یک پژوهش توصیفی و از نوع علی - مقایسه‌ای است. جامعه آماری پژوهش حاضر این تحقیق، شامل تمامی زنان بارور و نابارور استان قم در سال ۱۳۹۷ می‌باشد. بر اساس شیوه نمونه‌گیری در دسترس ۶۰ نفر از زنان بارور و ۶۰ نفر از زنان نابارور مراجعه‌کننده به مرکز فوق تخصصی درمان ناباروری جهاد دانشگاهی استان قم به‌عنوان نمونه تعیین شدند.

ابزار پژوهش

۱. پرسشنامه اطلاعات جمعیت شناختی:

شامل اطلاعاتی درباره سن، خانه‌دار یا شاغل بودن، تحصیلات، وضعیت باروری (بارور یا نابارور)، طول مدت پیگیری درمان ناباروری، سابقه ابتلا به افسردگی و سایر بیماری‌های روان‌شناختی در فرد.

۲. مقیاس تحمل پریشانی هیجانی (DTS):

این مقیاس توسط سیمونز و گاهر (۲۰۰۵) تهیه شده است، یک شاخص خودسنجی است که دارای ۱۵ ماده و چهار خرده مقیاس به این ترتیب است: ۱- تحمل (تحمل پریشانی، با سؤالات ۱، ۳ و ۵)، ۲- جذب (جذب شدن به وسیله هیجان‌های منفی، با سؤالات ۲، ۴ و ۱۵)، ۳- ارزیابی (برآورد ذهنی پریشانی، با سؤالات ۶، ۷، ۹، ۱۰، ۱۱، ۱۲) و ۴- تنظیم (تنظیم تلاش‌ها برای تسکین پریشانی، با سؤالات ۸، ۱۳، ۱۴). عبارات این پرسشنامه، بر روی یک مقیاس پنج‌درجه‌ای (۱- کاملاً موافق ۲- اندکی موافق ۳- نه موافق نه مخالف ۴- اندکی مخالف ۵- کاملاً مخالف) نمره‌گذاری می‌شوند و هریک از این گزینه‌ها به ترتیب ۵، ۴، ۳، ۲، ۱ امتیاز دارند. عبارت ۶ به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شود. نمرات بالا در این مقیاس نشان‌گر تحمل پریشانی بالاست. سیمونز و گاهر (۲۰۰۵) ضرایب آلفا برای این مقیاس را به ترتیب ۰/۷۲، ۰/۸۲ و ۰/۷۰ و برای کل مقیاس ۰/۸۲ را گزارش کرده‌اند، آن‌ها همچنین گزارش کرده‌اند که این پرسشنامه دارای روایی ملاکی و همگرایی اولیه خوبی است (به نقل از اسماعیلی نسب و همکاران، ۱۳۹۳). علوی (۲۰۱۱) این مقیاس را به فارسی ترجمه و در جمعیت ایرانی اعتباریابی کرده است. پایایی کل مقیاس ۰/۷۱ و خرده مقیاس‌ها در دامنه ۰/۴۲ تا ۰/۵۸ بوده است (به نقل از اسفند زاد و همکاران، ۱۳۹۵).

شیوه اجرا. پس از اخذ معرفی‌نامه از دانشگاه آزاد اسلامی کاشان، به مرکز فوق تخصصی درمان ناباروری جهاد دانشگاهی استان قم مراجعه کرده و مجوز اجرای تحقیق در مرکز مذکور را از حراست مرکز درمان ناباروری گرفته شد. پرسشنامه‌ها بین مراجعه‌کنندگان به مرکز که ملاک‌های شمول مطالعه را دارا بودند، توزیع شد. برای جلب رضایت مشارکت‌کنندگان، به آن‌ها توضیحاتی در مورد اهداف پژوهش داده شد. برای رفع نگرانی آن‌ها بیان شد که نوشتن نام و نام خانوادگی نیاز نیست. هم‌چنین گفته شد شرکت در این پژوهش، کاملاً اختیاری است و پاسخ دادن به پرسشنامه‌ها حدوداً ۱۵-۲۰ دقیقه وقت آن‌ها را می‌گیرد. درنهایت از شرکت‌کنندگان در تحقیق تشکر و قدردانی شد. بعد از تکمیل پرسشنامه‌ها، داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از نرم‌افزار Spss۲۴ و با استفاده از آمار توصیفی (میانگین، انحراف استاندارد و جداول فراوانی) و آمار استنباطی (واریانس یک‌راهه) مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت.

یافته ها

در این بخش به منظور بررسی وضعیت کلی پاسخ‌گویان، متغیرهای جمعیت‌شناختی نمونه، مورد بررسی قرار گرفته است. حجم نمونه ۱۲۰ نفر از دو گروه ۶۰ نفری زنان بارور و نابارور بود.

۱. سن پاسخ‌گویان

پراکندگی سنی پاسخ‌گویان به تفکیک در دو گروه بارور و نابارور در جدول ۱ نشان داده شده است.

جدول ۱. توزیع فراوانی پاسخ‌گویان بر اساس سن آنها

فراوانی		درصد		سن (سال)
بارور	نابارور	بارور	نابارور	
-	۳	-	۵/۱	کمتر از ۲۰ سال
۷	۲۰	۷/۱۱	۹/۳۳	۲۱/۰۰ - ۲۷/۵۰
۲۱	۳۱	۳۵	۵/۵۲	۲۷/۵۱ - ۳۵/۰۰
۲۱	۶	۳۵	۱۰	۳۶/۰۰ - ۴۲/۵۰
۱۱	-	۳/۱۸	-	بیش از ۴۲,۵ سال
۶۰	۶۰	۱۰۰/۰	۱۰۰	جمع
		نابارور	بارور	
		۱۹	۲۱	کمینه
		۴۲	۵۰	بیشینه
		۲۹	۳۶/۲	میانگین
		۵/۱۵	۶/۶	انحراف معیار

سن پاسخ‌گویان به‌طور کلی بین ۱۹ تا ۵۰ سال بوده است که در گروه بارور سن ۲۱ تا ۵۰ سال و در گروه نابارور سن ۱۹ تا ۴۲ سال بوده است. فراوانی و درصد پاسخ‌گویان در هر گروه سنی در جدول ۱ ارائه شده است. به‌طور کلی میانگین سن پاسخ‌گویان ۳۲/۶ با انحراف معیار ۶/۹ سال است. میانگین سنی گروه بارور ۳۶/۲ سال و میانگین سنی گروه نابارور ۲۹ سال بوده است.

۱. وضعیت اشتغال

جدول ۲. توزیع فراوانی پاسخ‌گویان بر اساس وضعیت اشتغال آنها

درصد	فراوانی	وضعیت اشتغال	باروری
۴۰	۲۴	شاغل	بارور
۶۰	۳۶	خانه‌دار	
۱۰۰/۰	۶۰	کل	
۳۳	۲۰	شاغل	نابارور
۶۷	۴۰	خانه‌دار	
۱۰۰/۰	۱۲۰	کل	

همان‌طور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، زنان خانه‌دار در دو گروه زنان بارور (۶۰ درصد خانه‌دار) و نابارور (۶۷ درصد خانه‌دار) بیش از زنان شاغل هستند.

۲- تحصیلات پاسخ‌گویان

جدول ۳. توزیع فراوانی پاسخ‌گویان بر اساس تحصیلات آنها

درصد	فراوانی		تحصیلات
	بارور	نابارور	
۵۰	۳۱/۷	۳۰	دیپلم و کمتر
۱۰	۱/۷	۶	فوق دیپلم
۲۵	۴۱/۷	۱۵	کارشناسی
۱۱/۷	۲۵/۰	۷	کارشناسی ارشد
۱/۷	-	۱	دکتر
۱۰۰	۱۰۰	۶۰	کل

همان طور که در جدول ۳ مشاهده می شود، در هر دو گروه، تحصیلات کارشناسی بیشترین فراوانی را به خود اختصاص داده اند. پس از آن گروه دیپلم بیشترین فراوانی را در هر دو گروه به خود اختصاص داده است.

۱. مدت زمان درمان گروه نابارور

جدول ۴. توزیع فراوانی پاسخ گویان نابارور بر اساس مدت زمان درمان آن ها

درصد	فراوانی	مدت زمان درمان (ماه)
۲۰/۷	۱۲	کمتر از ۶/۰۰
۱۲/۱	۷	۷/۰۰- ۲۳/۰۰
۲۲/۴	۱۳	۲۴/۰۰- ۴۰/۰۰
۱۰/۳	۶	۴۱/۰۰- ۵۷/۰۰
۱۷/۲	۱۰	۵۸/۰۰- ۷۴/۰۰
۱/۷	۳	۷۵/۰۰- ۹۱/۰۰
۱۵/۵	۹	بیش از ۹۲/۰۰
	۶۰	کل

در جدول ۴، پراکندگی مدت زمان درمان در گروه نابارور نشان داده شده است. بیشترین فراوانی مرتبط با گروهی است که مدت زمان درمان آن ها، ۲۴ تا ۴۰ ماه بوده است.

شاخص های توصیفی متغیرهای تحقیق

در این تحقیق متغیر تحمل پریشانی هیجانی وجود دارد. شاخص های توصیفی این متغیر (شامل میانگین، انحراف معیار، کمینه، بیشینه و کجی و کشیدگی) به همراه زیرمقیاس های هر کدام در این بخش ارائه شده است.

تحمل پریشانی هیجانی

متغیر تحمل پریشانی هیجانی دارای چهار زیرمقیاس است که عبارتند از تحمل پریشانی هیجانی، جذب شدن به وسیله هیجانات منفی، برآورد ذهنی پریشانی و تنظیم تلاش ها برای تسکین پریشانی. نمره کل تحمل پریشانی هیجانی بین ۲۱ تا ۷۰/۷۳ متغیر بود.

جدول ۵. آمارهای توصیفی متغیر تحمل پریشانی هیجانی (N = ۱۲۰)

کشیدگی	کجی	انحراف	میانگین	بیشینه	کمینه	باروری	زیرمقیاس ها
استاندارد							
۰/۰۶	-۱/۰۶	۲/۶۹	۸/۷	۱۴/۰۰	۴/۰۰	بارور	تحمل پریشانی هیجانی
۰/۰۳	-۰/۹۷	۲/۳۱	۶/۷	۱۱/۰۰	۳/۰۰	نابارور	
-۰/۱۵	-۰/۳۸	۲/۸۹	۹/۴۲	۱۵/۰۰	۳/۰۰	بارور	جذب شدن به وسیله هیجان منفی
۰/۴۳۲	-۰/۲۲	۲/۸۴	۸/۱۴	۱۵/۰۰	۳/۰۰	نابارور	
۰/۰۵	-۰/۰۸	۴/۵۷	۲۰/۳۳	۲۹/۰۰	۱۱/۰۰	بارور	بر آورد ذهنی پریشانی
۰/۱۷	-۰/۵۳	۴/۵۸	۱۷/۴۹	۲۸/۰۰	۸/۰۰	نابارور	
۱/۰۱۲	۰/۷۳	۲/۹۴	۶/۵	۱۵/۰۰	۳/۰۰	بارور	تنظیم تلاش ها برای تسکین پریشانی
۰/۰۹	-۱/۰۶	۲/۰۷	۶/۰۱	۱۰/۰۰	۳/۰۰	نابارور	
۰/۰۴	۰/۰۱	۹/۱۵	۴۴/۹۷	۷۱/۰۰	۲۵/۰۰	بارور	تحمل پریشانی هیجانی کل
۰/۱۱	-۰/۶۳	۸/۳۸	۳۸/۳۶	۵۶/۰۰	۲۱/۰۰	نابارور	

در این تحقیق کمترین و بیشترین امتیاز کسب شده برای متغیر تحمل پریشانی کل در گروه زنان بارور ۲۵ و ۷۱ و در گروه زنان نابارور ۲۱ و ۵۶ بوده است. میانگین این متغیر در این تحقیق، در گروه بارور ۴۴/۹۷ با انحراف معیار ۹/۱۵ و در گروه نابارور ۳۸/۳۶ با انحراف معیار ۸/۳۸ است. با توجه به کجی و کشیدگی متغیر تحمل پریشانی هیجانی کل و زیرمقیاس هایش که در جدول ۵ مشاهده می شود، توزیع این متغیر نرمال است.

مقایسه متغیرهای پژوهش در دو گروه بارور و نابارور

هدف اصلی پژوهش، مقایسه متغیر تحمل پریشانی هیجانی بین دو گروه زنان بارور و نابارور است؛ اما قبل از این مقایسه بایستی دو گروه به لحاظ سن، تحصیلات و شغل، همتا باشند. بدین منظور معناداری تفاوت میانگین دو گروه زنان بارور و نابارور در این متغیرها بررسی می‌شود.

جدول ۶. نتایج آزمون تحلیل واریانس یک‌طرفه برای معناداری تفاوت سنی بین دو گروه بارور و نابارور

سطح معنی‌داری	F	میانگین مربعات	درجه آزادی	مجموع مربعات	
۰/۰۰۰	۴۴/۹۱۷	۱۵۶۲/۴۰۸	۱	۱۵۶۲/۴۰۸	بین‌گروهی
		۳۴/۷۸۵	۱۱۸	۴۱۰۴/۵۸۳	درون‌گروهی
			۱۱۹	۵۶۶۶/۹۹۲	کل

تفاوت سنی بین دو گروه معنادار است، بنابراین به لحاظ سنی، همتا نیستند.

جدول ۷. نتایج آزمون تحلیل واریانس یک‌طرفه برای معناداری تفاوت اشتغال در میان دو گروه زنان بارور و نابارور

سطح معنی‌داری	F	میانگین مربعات	درجه آزادی	مجموع مربعات	
۰/۲۲۶	۱/۴۸۰	۰/۳۳۷	۱	۰/۳۳۷	بین‌گروهی
		۰/۲۲۸	۱۱۸	۲۶/۴۱۷	درون‌گروهی
			۱۱۹	۲۶/۷۵۴	کل

تفاوت اشتغال در بین دو گروه معنادار نیست؛ بنابراین دو گروه از این لحاظ همتا هستند.

جدول ۸. نتایج آزمون تحلیل واریانس یک طرفه برای معناداری تفاوت تحصیلات در دو گروه

سطح معنی داری	F	میانگین مربعات	درجه آزادی	مجموع مربعات	
۰/۸۶۴	۰/۰۳۰	۰/۰۳۵	۱	۰/۰۳۵	بین گروهی
		۱/۱۷۸	۱۱۸	۱۳۷/۸۳۱	درون گروهی
			۱۱۹	۱۳۷/۸۶۶	کل

با توجه به معناداری تفاوت تحصیلات در بین دو گروه، به این لحاظ دو گروه همتا نیستند.

مقایسه تحمل پریشانی هیجانی در بین دو گروه زنان بارور و نابارور

جدول ۹. نتایج آزمون تحلیل واریانس یک طرفه برای معناداری تفاوت پریشانی هیجانی در بین دو گروه

سطح معنی داری	F	میانگین مربعات	درجه آزادی	مجموع مربعات		
۰/۰۰۰	۱۸/۵۰۰	۱۱۶/۷۲۸	۱	۱۱۶/۷۲۸	بین گروهی	تحمل پریشانی هیجانی
		۶/۳۰۹	۱۱۸	۷۴۴/۵۱۸	درون گروهی	
			۱۱۹	۸۶۱/۲۴۷	کل	
۰/۰۱۶	۶/۰۰۷	۴۹/۴۰۸	۱	۴۹/۴۰۸	بین گروهی	جذب شدن به وسیله هیجانان منفی
		۸/۲۲۵	۱۱۸	۹۷۰/۵۲۷	درون گروهی	
			۱۱۹	۱۰۱۹/۹۳۵	کل	
۰/۰۰۱	۱۱/۵۲۰	۲۴۱/۶۱۲	۱	۲۴۱/۶۱۲	بین گروهی	برآورد ذهنی پریشانی
		۲۰/۹۷۳	۱۱۸	۲۴۷۴/۷۶۴	درون گروهی	
			۱۱۹	۲۷۱۶/۳۷۶	کل	
۰/۲۷۶	۱/۱۹۸	۷/۷۷۰	۱	۷/۷۷۰	بین گروهی	تنظیم تلاشها برای تسکین پریشانی
		۶/۴۸۶	۱۱۸	۷۶۵/۲۹۳	درون گروهی	
			۱۱۹	۷۷۳/۰۶۳	کل	
۰/۰۰۰	۱۶/۹۸۴	۱۳۰۷/۸۸۰	۱	۱۳۰۷/۸۸۰	بین گروهی	تحمل پریشانی کل
		۷۷/۰۰۷	۱۱۸	۹۰۸۶/۸۵۴	درون گروهی	
			۱۱۹	۱۰۳۹۴/۷۳۴	کل	

همان طور که در جدول ۹ مشاهده می شود، تفاوت دو گروه بارور و نابارور در متغیر تحمل پریشانی و زیرمقیاس های تحمل پریشانی هیجانی، جذب شدن به وسیله هیجانان منفی و برآورد ذهنی پریشانی، معنادار است و تنها در زیرمقیاس تنظیم تلاشها برای تسکین پریشانی، این تفاوت معنادار نیست. در تمامی این موارد، پارامترهای تحمل پریشانی هیجانی در گروه بارور بیش از نابارور است.

بحث و نتیجه گیری

این مطالعه با هدف مقایسه تحمل پریشانی هیجانی در زنان نابارور و بارور انجام گرفت. نتایج حاصل از این پژوهش نشان داد که تحمل پریشانی هیجانی در گروه بارور بیش از نابارور است.

فرضیه پژوهش: بین تحمل پریشانی در زنان نابارور و بارور تفاوت معنادار وجود دارد.

نتایج حاصل از آزمون فرضیه پژوهش نشان داد که تفاوت دو گروه بارور و نابارور در متغیر تحمل پریشانی و زیرمقیاس های تحمل پریشانی هیجانی، جذب شدن به وسیله هیجانانگیز منفی و برآورد ذهنی پریشانی، معنادار است و تنها در زیرمقیاس تنظیم تلاش ها برای تسکین پریشانی، این تفاوت معنادار نیست. در تمامی این موارد، پارامترهای تحمل پریشانی هیجانی در گروه بارور بیش از نابارور است. علی رغم جستجوی فراوان در مقالات خارجی و داخلی هیچ پژوهشی کاملاً مشابه با یافته حاضر به دست نیامد. بیشتر پژوهش های در زمینه متغیر تحمل پریشانی، در حیطه اعتیاد و با نمونه هایی به غیر از زنان نابارور بوده است. با این حال به بررسی نتایج نزدیک به این موضوع می پردازیم.

در تبیین یافته حاضر می توان گفت زنان با تحمل پریشانی پایین خودشان را به عنوان کسی که در تحمل هیجانانگیز منفی ناتوان هستند درک می کنند (مک هاج، ۲۰۱۳؛ به نقل از رحمانی جوانمرد و خانی، ۱۳۹۶). از طرفی تجربه ناباروری، پریشانی روان شناختی عمیق و شدیدی را بر فرد و زوج تحمیل می کند (به نقل از شیخ سجادی، ۱۳۹۶). ناباروری چون باعث ناتوانی زن برای رسیدن به نقش مورد نظر اجتماعی می شود، اغلب با پریشانی روانی همراه است (گریل و همکاران، ۲۰۱۰؛ به نقل از جمشیدیان قلعه شاهی و همکاران، ۱۳۹۶). تحمل پریشانی را توانایی فرد در تجربه و تحمل حالات هیجانی منفی تعریف کرده است (سیمونز و گاهر، ۲۰۰۵؛ به نقل از اسماعیلی نسب و همکاران، ۱۳۹۳). در حقیقت، تحمل پریشانی یک متغیر تفاوت های فردی است که به ظرفیت تجربه و مقاومت در برابر ناراحتی هیجانی اشاره می کند (اسلیگی و همکاران، ۲۰۰۷؛ به نقل از اسماعیلی نسب و همکاران، ۱۳۹۳). پژوهش ها حاکی از آن است که ناباروری مقاومت افراد را در برابر مشکلات، کم می کند و به طور کلی افراد نابارور نسبت به افراد عادی در برابر مشکلات، سرسختی و تاب آوری کمتری از خود نشان می دهند (کاگان و همکاران، ۲۰۱۱؛ لی و همکاران، ۲۰۱۲؛ به نقل از جبرائیلی و همکاران، ۱۳۹۵). عدم بارداری با هیجانانگیز منفی و ناخوشایند همراه است (نرو و همکاران، ۲۰۱۳؛ به نقل از کرمی و همکاران، ۱۳۹۶). افراد با تحمل پریشانی پایین در یک تلاش غلط برای مقابله با هیجانانگیز منفی خود درگیر بی نظمی رفتاری می شوند (کاف و همکاران، ۲۰۱۴؛ به نقل از اعظمی و کاکابرابی، ۱۳۹۵)؛ و نسبت به تجربه پریشانی بسیار حساس هستند و این حساسیت منجر به واکنش های ناسازگارانه به موقعیت های ناراحت کننده می شود (هاوکینز و همکاران، ۲۰۱۳؛ به نقل از جوانمرد و خانی، ۱۳۹۶). مطالعات انجام شده در زمینه بررسی روانی افراد نابارور، «آشفتگی»، «استرس»، «اضطراب»، «افسردگی»، «پایین بودن عزت نفس»، «نارضایتی

^۱ Greil

^۲ Simons & Gaher

^۳ Cleirigh

^۴ Kagan

^۵ Nereu

^۶ Keough

^۷ Hawkins

زناشویی»، «نارضایتی جنسی»، «کاهش کیفیت زندگی» را به عنوان پیامدهای روان‌شناختی ناباروری معرفی کرده‌اند (فاسینو و همکاران، ۲۰۰۲؛ به نقل از قاهری و همکاران، ۱۳۹۵). نیلفروشان و همکاران (۱۳۸۵) در پژوهش خود نشان دادند که کیفیت زندگی زنان نابارور به‌طور معناداری پایین‌تر از کیفیت زندگی زنان بارور است؛ و زنان نابارور به‌طور معناداری در وضعیت عاطفی- روانی دشوارتری به سر برده و از زندگی خود لذت کمتری می‌برند.

هم‌چنین تحمل پریشانی به‌طور فزاینده‌ای، به‌عنوان یک ساختار مهم در رشد بینشی جدید دربارهٔ رشد و ابقاء آسیب‌های روانی و هم‌چنین پیشگیری و درمان مشاهده شده است (ولن اسکای و اتو، ۲۰۰۷؛ به نقل از اسماعیلی^۱ و همکاران، ۱۳۹۳).

از محدودیت‌های پژوهش حاضر این است که جامعه موردنظر شامل زنان شهر قم می‌باشد که به‌طور کامل قابل‌تعمیم به جوامع دیگر نیست. کنترل جنسیت و تمرکز روی زنان امکان مقایسه بین زنان و مردان را ایجاد نمی‌کند و روش نمونه‌گیری در دسترس بود. هم‌چنین با توجه به نامشخص بودن علت ناباروری که می‌تواند بر نتیجه کار مؤثر باشد عمل استنتاج‌ها تا حدودی تحت تأثیر قرار می‌گیرد. می‌بایست اثر متغیرهای مداخله‌گری هم چون تأثیر خرده‌فرهنگ‌ها، شرایط اجتماعی و اقتصادی آزمودنی‌ها را در نظر داشت. در این تحقیق تنها به گفته آزمودنی‌ها اکتفا شد، این امکان وجود دارد که برخی از آن‌ها به سؤالات مربوط به پرسشنامه پاسخ درستی نداده باشند. محدودیت ابزار اندازه‌گیری متغیرها که فقط از پرسشنامه جهت گردآوری داده‌ها استفاده گردید لذا در تفسیر نتایج می‌بایست محدودیت‌های این ابزار را در نظر داشت. از محدودیت‌های دیگر این پژوهش هم‌تا نبودن دو گروه نابارور و بارور به لحاظ سنی و تحصیلی بود. با توجه به محدودیت‌های این پژوهش، پیشنهاد می‌گردد که در مطالعات آینده متغیرهای مذکور در بین مردان نابارور و با شیوه‌های تصادفی‌تر انجام شود. هم‌چنین با توجه به کمبود پژوهش در متغیر تحمل پریشانی هیجانی در نمونه گروه زنان نابارور و بارور پیشنهاد می‌شود پژوهشگران متغیر مذکور را در جوامع مختلف و با تعداد بالاتری از نمونه مورد مطالعه قرار دهند. از طرفی می‌بایست اثر متغیرهای مداخله‌گری هم چون تأثیر خرده‌فرهنگ‌ها، شرایط اجتماعی و اقتصادی آزمودنی‌ها را در نظر داشت. پیشنهاد می‌شود در مطالعات آتی، نمونه مورد مطالعه به لحاظ سنی و تحصیلی هم‌تاسازی شود و نتایج آن با مطالعه حاضر مقایسه گردد. با توجه به نتایج به‌دست‌آمده از این پژوهش، پیشنهاد می‌شود که بستری فراهم شود تا زوجین نابارور به‌موازات درمان طبی، از درمان‌های روان‌شناختی در مراکز تشخیصی و درمانی ناباروری بهره‌مند شوند.

سیاسگزاری

از همه شرکت‌کنندگان در پژوهش و همه کسانی که در اجرای این پژوهش همکاری داشتند؛ تشکر و قدردانی می‌شود.

منابع فارسی

اسفندزاد، علی حسین؛ شمس، گیتی؛ میثمی، علی پاشا و عرفان، عارفه. (۱۳۹۵). نقش ذهن‌آگاهی، تنظیم هیجانی، تحمل پریشانی و ارتباط مؤثر با دیگران در پیش‌بینی نشانه‌های وسواسی‌جبری. *مجله روان‌پزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، دوره ۲۲، شماره ۴، ۲۸۳-۲۷۰.

^۱Fassino

^۲Zvolen-Sky & Otto

- اسماعیلی نسب، مریم؛ اندامی خشک، علیرضا؛ آرزوی، هاله و ثمرخی، امیر. (۱۳۹۳). نقش پیش‌بینی‌کنندگی دشواری در تنظیم هیجان و تحمل پریشانی در اعتیادپذیری دانشجویان. *فصلنامه اعتیاد پژوهی سوءمصرف مواد*، سال هشتم، شماره بیست و نهم، ۶۳-۴۹.
- اعظمی، ادریس و کاکابرایی، کیوان. (۱۳۹۵). پیش‌بینی تحمل آشفتگی بر اساس سیستم‌های مغزی رفتاری و بدتنظیمی هیجانی: برازش یک مدل. *مجله کمیته تحقیقات دانشجویی دانشگاه علوم پزشکی سبزوار*، سال ۲۱، شماره ۳۹، ۳۷-۲۹.
- امین‌الرعا، رضوان؛ کاظمیان، سمیه و اسمعیلی، معصومه. (۱۳۹۵). پیش‌بینی تحمل پریشانی بر اساس مؤلفه‌های ارتباطی خانواده مبدأ در زنان مطلقه و غیر مطلقه. *فصلنامه علمی - پژوهشی زن و جامعه*، سال هفتم، شماره چهارم، ۱۰۵-۹۱.
- برقی ایرانی، زیبا؛ پیرحیاتی، زهره و پیرقلی، فاطمه. (۱۳۹۵). نقش عزت‌نفس، استرس ادراک‌شده، ناگویی هیجانی و اجتناب شناختی در پیش‌بینی عملکرد جنسی زنان بارور و نابارور. *مجله دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه*، دوره پانزدهم، شماره دوم، ۱۰۶-۹۵.
- بشارت، محمدعلی؛ گرانامیه پور، شیوا؛ پورنقدعلی، علی؛ افقی، زهرا؛ حبیب نژاد، محمد و آقایی ثابت، سارا. (۱۳۹۳). رابطه ناگویی هیجانی و مشکلات بین‌شخصی: نقش تعدیل‌کننده سبک‌های دلبستگی. *روانشناسی معاصر*، ۹ (۱)، ۱۶-۳.
- تقوی، نغمه و فتحی آشتیانی، علی. (۱۳۸۸). ویژگی‌های روان‌شناختی زنان و مردان نابارور در مقایسه با گروه بارور. *اندیشه و رفتار*، دوره سوم، شماره ۱۱، ۵۴-۴۵.
- جبرائیلی، هاشم؛ هاشمی، جواد و ناظمی، عالیه. (۱۳۹۵). بررسی مقایسه‌ای تاب‌آوری، باورهای فراهیجانی و بهزیستی روان‌شناختی در زنان بارور و نابارور. *مجله اصول بهداشت روانی*، سال ۱۸ (۵)، ۲۶۴-۲۵۹.
- جمشیدیان قلعه شاهی، پروین؛ آقایی، اصغر و گل پرور، محسن. (۱۳۹۶). بررسی اثربخشی درمان مثبت نگر ایرانی-اسلامی بر اضطراب، استرس و افسردگی زنان نابارور. *مجله دانشکده پزشکی اصفهان*، سال سی و پنجم، شماره ۴۱۸، ۷۶-۷۰.
- دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی شهید بهشتی*، دوره ۲۳، شماره ۸۳، ۸-۱.
- راستی، مریم؛ حسن‌زاده، رمضان و میرزاییان، بهرام. (۱۳۹۱). ویژگی‌های شخصیت و شادکامی در بین زنان بارور و نابارور. *فصلنامه سلامت خانواده، دانشکده علوم پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساری*، دوره اول، شماره دوم، ۳۳-۲۷.
- رحمانی جوانمرد، سمیرا و خانی، محمدحسین. (۱۳۹۶). مطالعه و مقایسه نارسایی هیجانی، تحمل آشفتگی و نشخوار خشم در زنان مبتلا به فشارخون و زنان سالم. *فصلنامه علمی - پژوهشی روانشناسی سلامت*، سال ششم، شماره ۳، پیاپی ۲۳، ۱۵۰-۱۳۶.
- شاهوردی، جمیله؛ احمدی، سید مجتبی؛ صادقی، خیراله؛ بختیاری، میترا؛ رضایی، منصور؛ ویسی، فاطمه و خاموشی، فیروزه. (۱۳۹۴). مقایسه سطح سلامت روان، شادکامی، احساس حقارت، رضایت زناشویی و تعارضات زناشویی در زنان نابارور و بارور شهر کرمانشاه. *مجله تحقیقات بالینی در علوم پیراپزشکی*، سال چهارم، شماره سوم، ۲۸۴-۲۷۷.
- شهبابی، مهرنسیسا؛ یزدی، سید امیرامین؛ مشهدی، علی و حسنی، جعفر. (۱۳۹۶). نقش نگرش مذهبی در تحمل پریشانی روان‌شناختی و دشواری نظم جویی هیجان دانشجویان دانشگاه تهران. *مجله پژوهش در دین و سلامت*، دوره ۳، شماره ۴، ۴۷-۳۲.
- شیخ سجادیه، مرجان و آتش پور، سید حمید. (۱۳۹۶). اثربخشی آموزش رفتاردرمانی دیالکتیک به شیوه گروهی بر پریشانی روان‌شناختی زنان نابارور در شهر اصفهان. *دانش و پژوهش روانشناسی کاربردی*، سال هجدهم، شماره ۱، پیاپی ۶۷، ۲۹-۲۳.
- عزیزی، علی‌رضا؛ میرزایی، آزاده و شمس، جمال. (۱۳۸۹). بررسی رابطه تحمل آشفتگی و تنظیم هیجانی با میزان وابستگی دانشجویان به سیگار. *مجله پژوهشی حکیم*، دوره سیزدهم، شماره اول، ۱۸-۱۱.

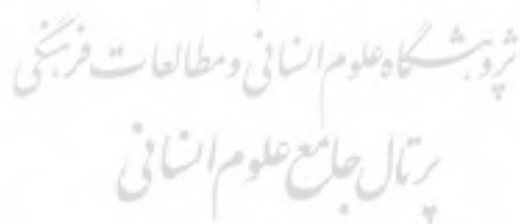
قاهری، آزاده؛ شجاعی شاهرخ آبادی، محدثه؛ زایری، فرید؛ معروفی زاده، سامان و کریمی، مرتضی. (۱۳۹۵). رابطه رضایت از زندگی، اضطراب و کیفیت زندگی ناباروری. کومش، جلد ۱۷، شماره ۴، پیاپی ۶۰، ۹۶۵-۹۵۷.

کریمی، جهانگیر؛ مکاری، زهرا و شلاتی، بیتا. (۱۳۹۶). اثربخشی آموزش آرامسازی عضلانی بر افسردگی، اضطراب و استرس زنان نابارور. *رویش روانشناسی*، سال ششم، شماره ۴، شماره پیاپی ۲۱، ۲۵۵-۲۴۱.

نیلفروشان، پریسا؛ لطیفی، زهره؛ عابدی، محمدرضا و احمدی، سید احمد. (۱۳۸۵). مقایسه کیفیت زندگی و ابعاد مختلف آن در زنان بارور و نابارور. *مجله تحقیقات علوم رفتاری*، دوره ۴، شماره ۱ و ۲، ۷۰-۶۶.

منابع انگلیسی

- Ferreira, M., Antunes, L., Duarte, J., & Chaves, C. (2015). Influence of infertility and fertility adjustment on marital satisfaction. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 171, 96-103.
- Shorey, R. C., Strauss, C., Elmquist, J., Anderson, S., Cornelius, T. L., & Stuart, G. L. (2017). Distress tolerance and intimate partner violence among men in substance use treatment. *Journal of family violence*, 32(3), 317-324.
- Williams, A. D., Thompson, J., & Andrews, G. (2013). The impact of psychological distress tolerance in the treatment of depression. *Behaviour research and therapy*, 51(8), 469-475.



Comparison distress tolerance in fertile and infertile women

Zahra Zare

Abstract

The aim of this study was to compare distress tolerance in fertile and infertile women. This descriptive-causal comparative study was performed on 60 infertile women and 60 fertile women by available means. Demographic information questionnaire and distress tolerance Scale (DTS) were used to collect data. Data were analyzed using SPSS 24 software and one-way analysis of variance. The results showed that in the variable of distress tolerance ($P < 0.01$, $F = 16.98$), the difference between the fertile and infertile groups and the subscales of emotional distress ($P < 0.01$, $F = 18.5$), absorption by negative emotions ($0.05 P < 0, 6F$) and distress mental estimation ($P < 0.01$, $F = 11.52$) are significant. Infertile women were generally more likely to have more serious psychological problems than fertile women. Due to the existence of these problems in infertile women, the presence of psychologists in infertility diagnosis and treatment centers seems necessary.

Keywords: *distress tolerance, infertile women, fertile women.*

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی