

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.

یکی از توانایی های انسان تولیدمثل است که سمبلی از جاودانگی و میل به حیات را در وی نشان می دهد. این نوع رفتار بر شخصیت انسان و اجتماع اثرات پایداری می گذارد. به طوری که حیات فرد و جامعه مبتنی بر این کارکرد است. نقطه مقابل قابلیت باروری را ناباروری گویند. ناباروری درواقع یک بحران پیچیده زندگی است که از لحاظ روان شناختی تهدیدکننده و از لحاظ هیجانی فشارآور است، شاید به همین دلیل است برخی از پژوهشگران پیامدهای روان شناختی ناباروری را به واکنش های سوگ عمومی تشبیه کرده اند (راستی و همکاران، ۱۳۹۱). بر اساس مطالعات انجام شده ۵۰ تا ۸۰ میلیون نفر در دنیا از نوعی ناباروری رنج می برند. به طوری که در سراسر جهان از هر ۶ زوج، یک زوج در سنین باروری دچار ناباروری می شوند. تعداد زوج های 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 به عنوان یک بحران در زندگی مشترک و تداخل در نقش والدین، نه تنها باعث ایجاد مشکلات روان شناختی می شود، بلکه می تواند به عنوان 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 جنبه های بسیار مهم زندگی زوجین تأثیر می گذارد 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 به موقع بیان کنند و درواقع در بیان هیجانات خود مشکل داشته باشند احتمالاً این ناتوانی موجب پریشانی در آن ها می شود. به نظر می رسد که ناباروری می تواند در تحمل پریشانی مؤثر باشد. تعاریف متفاوتی از پریشانی هیجانی وجود دارد؛ که بهترین تعریف آن را به عنوان ناتوانی در احاطه کامل بر تجربه هیجان آزارنده و ناراحت کننده می دانند. این متغیر چگونگی پاسخ دهی افراد به عاطفه منفی گفته می شود (بشارت پور و همکاران، ۲۰۱۴؛ به نقل از اعظمی، کاکابرایی، ۱۳۹۵). نتایج پژوهش ها بیان گر این است که پریشانی روان شناختی ممکن است عملکرد اجتماعی و زندگی روزمره افراد را تحت تأثیر قرار دهد (حسنی و شاهمرادی فر، ۲۰۱۵؛ به نقل از شهابی و همکاران، ۱۳۹۶). افراد دارای تحمل پریشانی پایین، اولاً هیجان را غیرقابل تحمل می دانند و نمی توانند به آسفتگی و پریشانی شان رسیدگی نمایند، ثانیاً این افراد وجود هیجان را نمی پذیرند و از وجود آن احساس شرم و آسفتگی می کنند زیرا که توانایی های مقابله ای خود با هیجانات را دست کم می گیرند. سومین مشخصه عمده تنظیم هیجانی افراد با تحمل آسفتگی پایین، تلاش فراوان این افراد برای جلوگیری از هیجانات منفی و تسکین فوری هیجانات منفی تجربه شده می باشد (عزیزی و همکاران، ۱۳۸۹). زوجینی که میزان تحمل پریشانی در آن ها بیشتر باشد احتمالاً ناگویی هیجانی را بهتر می توانند کنترل کنند یا در جهت تعدیل آن قدم بردارند. به نظر می رسد یکی از عوامل مؤثر در چگونگی پاسخ گویی زوجین به حل اختلاف هایشان مقدار ظرفیت آن ها در تحمل پریشانی می باشد (امین الرعایا 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 تفاوت های فردی است که به ظرفیت تجربه و مقاومت در برابر ناراحتی هیجانی اشاره می کند (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 هیجان های منفی و یا سایر حالات بد و ب) عمل رفتاری تحمل حالت های درونی پریشانی ناشی از برخی از انواع عوامل استرس زا نیز برای توصیف این سازه ارائه شده اند. باور بر این است که ساختار تحمل پریشانی به گونه ای است که به پیشرفت و ماندگاری اشکال گوناگون آسیب شناسی روانی مانند استفاده از مواد مخدر، اضطراب، اختلالات شخصیت و خلق و خوی کمک می کند (لیرو و همکاران، ۲۰۱۰؛ به نقل از امین الرعایا و همکاران، ۱۳۹۵). همچنین تحمل پریشانی به طور فزاینده ای، به عنوان یک ساختار مهم در رشد بینشی جدید درباره رشد و ابقاء آسیب های روانی و همچنین پیشگیری و درمان مشاهده شده است (ولن اسکای و اتو، ۲۰۰۷؛ به نقل از اسماعیلی نسب و همکاران، ۱۳۹۳). شوری و همکاران (۲۰۱۷) نشان دادند که تحمل پریشانی و ناراحتی ممکن است جزء مهمی از درمان خشونت شریک صمیمی (IPV)، به ویژه 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 پژوهش ها حاکی از آن است که تحمل پریشانی بر ارزیابی و پیامدهای ناشی از تجربه هیجان های منفی تأثیرگذار است، به گونه ای که افرادی که در مقایسه با دیگران تحمل پریشانی کمتری دارند، واکنشی شدیدتر به استرس نشان می دهند (امین الرعایا و همکاران، ۱۳۹۵)؛ و در نتیجه زوج هایی که تحمل پریشانی بیشتری دارند، واکنشی منطقی تر 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 زوج هایی می باشد که زندگی مشترک را آغاز می کنند و ناباروری از نقاط مهم مولد نگرانی در این گروه است (برقی ایرانی و همکاران، ۱۳۹۵). ناباروری، پدیده ای است زیستی، روانی و اجتماعی به این معنا که در آن جنبه های روانی، فیزیولوژیک، محیط و روابط بین فردی در تعامل با یکدیگر قرار دارند، در نتیجه نمی توان ناباروری را صرفاً به عنوان 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 همه فرهنگ ها به عنوان یک تجربه استرس زا، بحرانی و تهدیدکننده ثبات فردی، زناشویی و خانوادگی و اجتماعی شناخته شده است (بویین، ۲۰۰۷؛ به نقل از برقی ایرانی و همکاران، ۱۳۹۵). نابارور به زوجی اطلاق می شود که حداقل یک سال از تصمیم آن ها 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). عده ای معتقدند که ناباروری در بیشتر موارد باعث تنش هیجانی می شود آن ها شدت هیجان ناشی از ناباروری را به عنوان بحران ناباروری توصیف می کنند و معتقدند که ناباروری، در تمام زمینه های ارتباطی، شغلی زوج ها تأثیر می گذارد (تقوی و فتحی آشتیانی، ۱۳۸۸). به علت تفاوت های عاطفی بین زنان و مردان تنش ناشی از ناباروری بر زنان بیشتر از مردان است. زنان نابارور از جمله افرادی هستند که در معرض آسیب های روانی و شخصیتی قرار دارند (شاهوردی و همکاران، ۱۳۹۴). ناباروری زندگی زوج ها را با یک سلسله فعالیت هایی پر زحمت درمانی، مشکلات مربوط به تمایل جنسی و روابط زناشویی، کاهش صمیمیت زوجین، احساس گناه، ناامیدی، افسردگی، کاهش احساس عزت نفس و رضایت زوجین و احساس خلأ، اختلال در کیفیت زندگی زناشویی، ترس از پایان رابطه زناشویی و درماندگی و حتی باعث ایجاد تحول روان شناختی در زوجین نابارور می گردد (برقی ایرانی و همکاران، ۱۳۹۵). لذا با توجه به مطالب بیان شده هدف از پژوهش حاضر مقایسه تحمل پریشانی در زنان نابارور و بارور می باشد.

^۱Leyro^۲Zvolen-Sky & Otto^۳Shorey^۴Williams^۵Boivin

روش پژوهش

جامعه آماری و نمونه های پژوهش

پژوهش حاضر یک پژوهش توصیفی و از نوع علی - مقایسه ای است. جامعه آماری پژوهش حاضر این تحقیق، شامل تمامی زنان بارور و نابارور استان قم در سال ۱۳۹۷ می باشد. بر اساس شیوه نمونه گیری در دسترس ۶۰ نفر از زنان بارور و ۶۰ نفر از زنان نابارور مراجعه کننده به مرکز فوق تخصصی درمان ناباروری جهاد دانشگاهی استان قم به عنوان نمونه تعیین شدند.

ابزار پژوهش

۱. پرسشنامه اطلاعات جمعیت شناختی:

شامل اطلاعاتی درباره سن، خانه دار یا شاغل بودن، تحصیلات، وضعیت باروری (بارور یا نابارور)، طول مدت پیگیری درمان ناباروری، سابقه ابتلا به افسردگی و سایر بیماری های روان شناختی 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 هیجان های منفی، با سؤالات ۲، ۴ و ۱۵)، ۳- ارزیابی (برآورد ذهنی پریشانی، با سؤالات ۶، ۷، ۹، ۱۰، ۱۱ و ۱۲) و ۴- تنظیم (تنظیم تلاش ها برای تسکین پریشانی، با سؤالات ۸، ۱۳ و ۱۴). عبارات این پرسشنامه، بر روی یک مقیاس پنج درجه ای (۱- کاملاً موافق ۲- اندکی موافق ۳- نه موافق نه مخالف ۴- اندکی مخالف ۵- کاملاً مخالف) نمره گذاری می شوند و هریک از این گزینه ها به ترتیب ۵، ۴، ۳، ۲، ۱ امتیاز دارند. عبارت ۶ به صورت معکوس نمره گذاری می شود. نمرات بالا در این مقیاس نشان گر 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 کرده اند، آن ها همچنین گزارش کرده اند 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 مقیاس ها در دامنه ۰/۴۲ تا ۰/۵۸ بوده است (به نقل از اسفند زاد و همکاران، ۱۳۹۵).

شیوه اجرا. پس از اخذ معرفی نامه 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. پرسشنامه ها بین مراجعه کنندگان به مرکز که ملاک های شمول مطالعه را دارا بودند، توزیع شد. برای جلب رضایت مشارکت کنندگان، به آن ها توضیحاتی در مورد اهداف پژوهش داده شد. برای رفع نگرانی آن ها بیان شد که نوشتن نام و نام خانوادگی نیاز نیست. هم چنین گفته شد شرکت در این پژوهش، کاملاً اختیاری است و پاسخ دادن به پرسشنامه ها حدوداً ۱۵-۲۰ دقیقه وقت آن ها را می گیرد. در نهایت از شرکت کنندگان در تحقیق تشکر و قدردانی شد. بعد از تکمیل پرسشنامه ها، داده های جمع آوری شده با استفاده از نرم افزار Spss۲۴ و با استفاده از آمار توصیفی (میانگین، انحراف استاندارد و جداول فراوانی) و آمار استنباطی (واریانس یک راهه) مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت.

یافته ها

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

۱. سن پاسخ گویان

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

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

سن پاسخ گویان به طور 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 پاسخ گویان در هر گروه سنی در جدول ۱ ارائه شده است. به طور کلی میانگین سن پاسخ گویان 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.

جدول ۲. توزیع فراوانی پاسخ گویان بر اساس وضعیت اشتغال آنها

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

همان طور که در جدول ۲ مشاهده می شود، زنان خانه دار در دو گروه زنان بارور (۶۰ درصد خانه دار) و نابارور (۶۷ درصد خانه دار) بیش از زنان شاغل هستند.

۲. تحصیلات پاسخ گویان

جدول ۳. توزیع فراوانی پاسخ گویان بر اساس تحصیلات آنها

| تحصیلات | فراوانی | | درصد | |
|---------------|---------|---------|-------|---------|
| | بارور | نابارور | بارور | نابارور |
| دیپلم و کمتر | ۱۹ | ۳۰ | ۳۱/۷ | ۵۰ |
| فوق دیپلم | ۱ | ۶ | ۱/۷ | ۱۰ |
| کارشناسی | ۲۵ | ۱۵ | ۴۱/۷ | ۲۵ |
| کارشناسی ارشد | ۱۵ | ۷ | ۲۵/۰ | ۱۱/۷ |
| دکتر | - | ۱ | - | ۱/۷ |
| کل | ۶۰ | ۶۰ | ۱۰۰ | ۱۰۰ |

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)

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

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 می شود.

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

| مجموع مربعات | درجه آزادی | میانگین مربعات | F | سطح معنی داری | |
|-----------------|---------------|-------------------|--------|------------------|------------|
| ۱۵۶۲/۴۰۸ | ۱ | ۱۵۶۲/۴۰۸ | ۴۴/۹۱۷ | ۰/۰۰۰ | بین گروهی |
| ۴۱۰۴/۵۸۳ | ۱۱۸ | ۳۴/۷۸۵ | | | درون گروهی |
| ۵۶۶۶/۹۹۲ | ۱۱۹ | | | | کل |

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

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

| مجموع مربعات | درجه آزادی | میانگین مربعات | F | سطح معنی داری | |
|-----------------|---------------|-------------------|-------|------------------|------------|
| ۰/۳۳۷ | ۱ | ۰/۳۳۷ | ۱/۴۸۰ | ۰/۲۲۶ | بین گروهی |
| ۲۶/۴۱۷ | ۱۱۸ | ۰/۲۲۸ | | | درون گروهی |
| ۲۶/۷۵۴ | ۱۱۹ | | | | 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

| مجموع مربعات | درجه آزادی | میانگین مربعات | F | سطح معنی داری |
|-----------------|---------------|-------------------|-------|------------------|
| ۰/۰۳۵ | ۱ | ۰/۰۳۵ | ۰/۰۳۰ | ۰/۸۶۴ |
| ۱۳۷/۸۳۱ | ۱۱۸ | ۱/۱۷۸ | | |
| ۱۳۷/۸۶۶ | ۱۱۹ | | | |

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

| مجموع مربعات | درجه آزادی | میانگین مربعات | F | سطح معنی داری |
|--------------|------------|-------------------|--------|------------------|
| ۱۱۶/۷۲۸ | ۱ | ۱۱۶/۷۲۸ | ۱۸/۵۰۰ | ۰/۰۰۰ |
| ۷۴۴/۵۱۸ | ۱۱۸ | ۶/۳۰۹ | | |
| ۸۶۱/۲۴۷ | ۱۱۹ | | | |
| ۴۹/۴۰۸ | ۱ | ۴۹/۴۰۸ | ۶/۰۰۷ | ۰/۰۱۶ |
| ۹۷۰/۵۲۷ | ۱۱۸ | ۸/۲۲۵ | | |
| ۱۰۱۹/۹۳۵ | ۱۱۹ | | | |
| ۲۴۱/۶۱۲ | ۱ | ۲۴۱/۶۱۲ | ۱۱/۵۲۰ | ۰/۰۰۱ |
| ۲۴۷۴/۷۶۴ | ۱۱۸ | ۲۰/۹۷۳ | | |
| ۲۷۱۶/۳۷۶ | ۱۱۹ | | | |
| ۷/۷۷۰ | ۱ | ۷/۷۷۰ | ۱/۱۹۸ | ۰/۲۷۶ |
| ۷۶۵/۲۹۳ | ۱۱۸ | ۶/۴۸۶ | | |
| ۷۷۳/۰۶۳ | ۱۱۹ | | | |
| ۱۳۰۷/۸۸۰ | ۱ | ۱۳۰۷/۸۸۰ | ۱۶/۹۸۴ | ۰/۰۰۰ |
| ۹۰۸۶/۸۵۴ | ۱۱۸ | ۷۷/۰۰۷ | | |
| ۱۰۳۹۴/۷۳۴ | ۱۱۹ | | | |

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 هیجانات 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.

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 هیجانات 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. بالاین 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 هیجانات 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 (اسلیگ 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 هیجانات 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 هیجانات منفی خود درگیر بی نظمی رفتاری می شوند (کاف و همکاران، ۲۰۱۴؛ به نقل از اعظمی و کاکابرای، ۱۳۹۵)؛ و نسبت به تجربه پریشانی بسیار حساس هستند و این حساسیت منجر به واکنش های ناسازگارانه به موقعیت های ناراحت کننده می شود (هاو کینز و همکاران، ۲۰۱۳؛ به نقل از جوانمرد و خانی، ۱۳۹۶). مطالعات انجام شده در زمینه بررسی روانی افراد نابارور، «آشفته گی»، «استرس»، «اضطراب»، «افسردگی»، «پایین بودن عزت نفس»، «نارضایتی

^۱ Greil^۲ Simons & Gaher^۳ O Cleirigh^۴ Kagan^۵ Nereu^۶ Keough^۷ Hawkins

زناشویی، «نارضایتی جنسی»، «کاهش کیفیت زندگی» را به عنوان پیامدهای روان شناختی ناباروری معرفی کرده اند (فاسینو و همکاران، ۲۰۰۲؛ به نقل از قاهره و همکاران، ۱۳۹۵). نیلفروشان و همکاران (۱۳۸۵) در پژوهش خود نشان دادند که کیفیت زندگی زنان نابارور به طور معناداری پایین تر از کیفیت زندگی زنان بارور است؛ و زنان نابارور به طور معناداری در وضعیت عاطفی- روانی دشوارتری به سر برده و از زندگی خود لذت کمتری می برند.

همچنین تحمل پریشانی به طور فزاینده ای، به عنوان یک ساختار مهم در رشد بینشی جدید درباره رشد و ابقاء آسیب های روانی و همچنین پیشگیری و درمان مشاهده شده است (ولن اسکای و اتو، ۲۰۰۷؛ به نقل از اسماعیلی^۱ و همکاران، ۱۳۹۳).

از محدودیت های پژوهش حاضر این است که جامعه مورد نظر شامل زنان شهر قم می باشد که به طور کامل قابل تعمیم به جوامع دیگر نیست. کنترل جنسیت و تمرکز روی زنان امکان مقایسه بین زنان و مردان را ایجاد نمی کند و روش نمونه گیری در دسترس بود. همچنین با توجه به نامشخص بودن علت ناباروری که می تواند بر نتیجه کار مؤثر باشد عمل استنتاج ها تا حدودی تحت تأثیر قرار می گیرد. می بایست اثر متغیرهای مداخله گری هم چون تأثیر خرده فرهنگ ها، شرایط اجتماعی و اقتصادی آزمودنی ها را در نظر داشت. در این تحقیق تنها به گفته آزمودنی ها اکتفا شد، این امکان وجود دارد که برخی از آن ها به سؤالات مربوط به پرسشنامه پاسخ درستی نداده باشند. محدودیت ابزار اندازه گیری متغیرها که فقط از پرسشنامه جهت گردآوری داده ها استفاده گردید لذا در تفسیر نتایج می بایست محدودیت های این ابزار را در نظر داشت. از محدودیت های دیگر این پژوهش هم تا نبودن دو گروه نابارور و بارور به لحاظ سنی و تحصیلی بود. با توجه به محدودیت های این پژوهش، پیشنهاد می گردد که در مطالعات آینده متغیرهای مذکور در بین مردان نابارور و با شیوه های تصادفی تر انجام شود. همچنین با توجه به کمبود پژوهش در متغیر تحمل پریشانی هیجانی در نمونه گروه زنان نابارور و بارور پیشنهاد می شود پژوهشگران متغیر مذکور را در جوامع مختلف و با تعداد بالاتری از نمونه مورد مطالعه قرار دهند. از طرفی می بایست اثر متغیرهای مداخله گری هم چون تأثیر خرده فرهنگ ها، شرایط اجتماعی و اقتصادی آزمودنی ها را در نظر داشت. پیشنهاد می شود در مطالعات آتی، نمونه مورد مطالعه به لحاظ سنی و تحصیلی هم تاسازی شود و نتایج آن با مطالعه حاضر مقایسه گردد. با توجه به نتایج به دست آمده از این پژوهش، پیشنهاد می شود که بستری فراهم شود تا زوجین نابارور به موازات درمان طبی، از درمان های روان شناختی در مراکز تشخیصی و درمانی ناباروری بهره مند شوند.

سیاسگزاری

از همه شرکت کنندگان در پژوهش و همه کسانی که در اجرای این پژوهش همکاری داشتند؛ تشکر و قدردانی می شود.

منابع فارسی

اسفندزاد، علی حسین؛ شمس، گیتی؛ میثمی، علی پاشا و عرفان، عارفه. (۱۳۹۵). نقش ذهن آگاهی، تنظیم هیجانی، تحمل پریشانی و ارتباط مؤثر با دیگران در پیش بینی نشانه های وسواسی جبری. *مجله روان پزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، دوره ۲۲، شماره ۴، ۲۸۳-۲۷۰.

^۱Fassino

^۲Zvolen-Sky & Otto

اسماعیلی نسب، مریم؛ اندامی خشک، علیرضا؛ آرزوی، هاله و ثمررخی، امیر. (۱۳۹۳). نقش پیش‌بینی‌کنندگی دشواری در تنظیم هیجان و تحمل‌پیشانی در اعتیادپذیری دانشجویان. *فصلنامه اعتیاد پژوهی سوءمصرف مواد*، سال هشتم، شماره بیست و نهم، ۶۳-۴۹.

اعظمی، ادریس و کاکابرایی، کیوان. (۱۳۹۵). پیش‌بینی تحمل‌آشفتگی 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.

امین‌الرعایا، رضوان؛ کاظمیان، سمیه و اسمعیلی، معصومه. (۱۳۹۵). پیش‌بینی تحمل‌پیشانی 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 / رومیه*، دوره پانزدهم، شماره دوم، ۱۰۶-۹۵.

بشارت، محمدعلی؛ گرانمایه 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، عالییه. (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، تحمل‌آشفتگی 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.

شهابی، مهرنیا؛ یزدی، سید امیرامین؛ مشهدی، علی و حسنی، جعفر. (۱۳۹۶). نقش نگرش مذهبی در تحمل‌پیشانی روان‌شناختی و دشواری نظم‌جویی هیجان دانشجویان دانشگاه تهران. *مجله پژوهش در دین و سلامت*، دوره ۳، شماره ۴، ۴۷-۳۲.

شیخ سجادی، مرجان و آتش پور، سید حمید. (۱۳۹۶). اثربخشی آموزش رفتاردرمانی دیالکتیک به شیوه گروهی بر پیشانی 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 تحمل‌آشفتگی 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 ۹۶۵-۹۵۷.

کرمی، جهانگیر؛ مکاری، زهرا و شلاتی، بیتا. (۱۳۹۶). اثربخشی آموزش آرام سازی 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.*