

نقش واسطه‌ای راهبردهای تنظیم شناختی هیجان در رابطه بین سبک‌های دلبستگی و استحکام من با سازگاری با ناباروری در زنان

The mediating role of cognitive emotion regulation strategies on the relationship between attachment styles and ego strength with adjustment to infertility in women

Mohammad Ali Besharat
University of Tehran
Negar Teimourpour
Health Psychology
Abbas Rahiminezhad
University of Tehran
Batool Hossein Rashidi

Valie-Asr Reproductive Health Research Centre
Masoud Gholamali Lavasani
University of Tehran

محمدعلی بشارت*
دانشگاه تهران
نگار تیمورپور
روانشناسی سلامت
عباس رحیمی‌نژاد
دانشگاه تهران
بتول حسین رشیدی

مرکز تحقیقات بهداشت باروری ولی عصر، بیمارستان امام خمینی
مسعود غلامعلی لواسانی
دانشگاه تهران

Abstract

Infertility is a burdensome experience for women which requires high levels of emotional adjustment. The aim of the present study was to investigate the mediating role of cognitive emotional regulation strategies on the relationship between attachment styles and ego strength with adjustment to infertility in women. A total of 275 women with primary infertility who were referred to Valie-Asr Reproductive Health Research Centre (Tehran Imam Khomeini Hospital) participated in this study. Data was collected via Demographic Information Questionnaire, Adult Attachment Inventory (AAI), Ego-Strength Scale (ESS), Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ), and Adjustment to Illness Scale (AIS). Secure attachment style, ego strength and adaptive cognitive emotion regulation strategies revealed significant positive associations with adjustment to infertility. Avoidant and ambivalent attachment styles as well as non-adaptive cognitive emotion regulation strategies showed significant negative correlations with adjustment to infertility in women. Results of path analysis revealed that cognitive emotional regulation strategies mediated the relationship between ego strength and adjustment to infertility. Based on the results of the present study, it can be concluded that adjustment to infertility might be predicted by psychological factors. The results of the present study can be helpful in identifying high risk patients and planning psychological interventions.

Keywords: infertility, attachment, ego strength, emotion regulation, adjustment

چکیده

ناباروری تجربه‌ای سخت برای زنان است که نیاز به سازگاری هیجانی بالایی دارد. هدف پژوهش حاضر بررسی نقش واسطه‌ای راهبردهای تنظیم شناختی هیجان در رابطه بین سبک‌های دلبستگی و استحکام من با سازگاری با ناباروری در زنان بود. تعداد ۲۷۵ زن با ناباروری اولیه مراجعه کننده به درمانگاه ناباروری مرکز تحقیقات بهداشت باروری ولیعصر (بیمارستان امام خمینی تهران) در این پژوهش شرکت کردند. از شرکت‌کنندگان خواسته شد که پرسشنامه اطلاعات جمعیت‌شناختی، مقیاس دلبستگی بزرگسال (AAI)، مقیاس استحکام من (ESS)، مقیاس سازگاری با بیماری (AIS) و پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان (CERQ) را تکمیل کنند. نتایج پژوهش نشان داد که سبک دلبستگی ایمن، استحکام من و راهبردهای انطباقی تنظیم شناختی هیجان با سازگاری با ناباروری همبستگی مثبت معنادار دارند. سبک‌های دلبستگی اجتنابی و دوسوگرا و راهبردهای غیرانطباقی تنظیم شناختی هیجان با سازگاری با ناباروری همبستگی منفی معنادار داشتند. نتایج تحلیل مسیر نشان داد که راهبردهای تنظیم شناختی هیجان در رابطه بین استحکام من و سازگاری با ناباروری نقش واسطه‌ای دارند. بر اساس یافته‌های پژوهش حاضر می‌توان نتیجه گرفت که متغیرهای روانشناختی می‌توانند سطوح سازگاری با ناباروری را پیش‌بینی کنند. نتایج این پژوهش می‌تواند در شناسایی افراد در معرض خطر و طراحی مداخلات روانشناختی مفید باشد.

واژه‌های کلیدی: ناباروری، دلبستگی، استحکام من، تنظیم هیجان، سازگاری

* نشانی پستی نویسنده مسوول: تهران، پل گیشا، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی دانشگاه تهران، گروه روانشناسی. پست الکترونیکی: besharat@ut.ac.ir

مقدمه

ناباروری^۱ به شکست در باردار شدن پس از یک سال مقاربت جنسی منظم و بدون استفاده از ابزار ضد بارداری اطلاق می‌شود (زگرس- هچشیلد، آدامسون، دموزون، ایشیه‌پارا، منصور و همکاران، ۲۰۰۹). طبق آمار سازمان جهانی بهداشت^۲ (WHO؛ ۲۰۱۰)، ۱۵ درصد زوج‌ها در دنیا مشکل ناباروری دارند. یافته‌ها در خصوص زوج‌های ایرانی نشان می‌دهد که تقریباً یک چهارم زوج‌ها در طول زندگی مشترکشان ناباروری اولیه را تجربه می‌کنند (وحیدی، اردلان و محمد، ۲۰۰۹). ناباروری یک عامل استرس‌زای چند بُعدی است که نیاز به سازگاری هیجانی^۳ سطح بالا دارد (بشارت، لشکری و رضازاده، ۱۳۹۳؛ کلمتی، رایتانن، سیوو، سارنی و کوپونن، ۲۰۱۰). بیشتر از نیمی از زنانی که درمان‌های کمک باروری را دریافت کرده‌اند، ناباروری را استرس‌زاترین رخداد زندگی خویش قلمداد می‌کنند (ویچمن، اهلرز، ویچمن، ویور و کدینگتون، ۲۰۱۱). با توجه به اهمیت ناباروری و اثرات بسیاری که بر زنان دارد، نظریه‌های مختلفی برای تبیین آن مطرح شده است. عامل اصلی بقا، تولید مثل است. انسان‌ها میل به فناپذیری دارند و فرزنددار شدن، روشی مطمئن برای برآوردن این نیاز است. در ناباروری این نیاز مهم و غریزی برآورده نمی‌شود و به همین دلیل فرد بقای خود را در خطر می‌بیند. چون تولید مثل و باروری یک نیاز زیستی و غریزی است، هر امری که در ارضای این نیاز تداخل ایجاد نماید در واقع روند تکامل و بقا را به خطر انداخته است. به همین دلیل فرد، استرسی مشابه استرس بیماری‌های کشنده (دومار، کلمپ، اسلاسی، دوسک، کسل و همکاران، ۲۰۰۰) را تجربه می‌کند. یکی از نظریه‌هایی که می‌تواند مبنای تحولی و تکاملی مناسبی برای تجربه ناباروری ارایه دهد، نظریه دلبستگی^۴ است. افراد از زمان تولد تا مرگ توسط نیاز زیستی دلبستگی برانگیخته می‌شوند. رابطه یک نیاز نخستین با مبنای زیستی است که در تمام طول زندگی حضور دارد. آنچه که افراد هستند و آنچه که

به آن دست می‌یابند در یک ماتریس وسیع از روابط رخ می‌دهد. ماتریس روابط، از دادن زندگی، تربیت و شبکه دلبستگی تشکیل شده است. جوهره اصلی انسان بودن به دلبستگی‌ها و شیوه رابطه با دیگران وابسته است. زمانی که نیازهای رابطه‌ای برآورده می‌شود، توانایی رشد، خلاقیت و صمیمی شدن ایجاد می‌شود و زمانی که نیازهای رابطه‌ای به صورت مکرر برآورده نشود، احساس نایمنی و مشکلات هیجانی در افراد ایجاد می‌شود (ارسکین، ۲۰۱۱).

دلبستگی پیوند عاطفی و هیجانی نسبتاً پایداری است که بین کودک و مادر یا افرادی که کودک در تعامل مداوم با آنهاست، ایجاد می‌شود. جان بالبی^۵ (۱۹۶۹)؛ به نقل از بشارت، ۱۳۹۱)، بر اساس مشاهده ویژگی‌های روابط مادر-کودک به این نتیجه رسید که پیوندهای مادر (مراقب)-کودک مسوول تنظیم تجربه‌های عاطفی و رفتاری کودک هستند. اینسورث^۶ و همکاران (۱۹۷۸)؛ به نقل از بشارت، ۱۳۹۱) سه سبک دلبستگی ایمن^۷، اجتنابی^۸ و دوسوگرا^۹ را متمایز کردند. بالبی معتقد است فقدان می‌تواند منجر به فعال شدن سیستم دلبستگی و مدل‌های درونکاری^{۱۰} و تلاش فرد برای بازسازی دوباره این مدل‌ها برای تناسب بیشتر با شرایط پس از فقدان شود. سبک‌های دلبستگی نه تنها در کودکی بلکه در بزرگسالی هم نقش بسیار اساسی در برقراری ارتباط با دیگران دارند (هازن و شیور، ۱۹۸۷). با توجه به نظر بالبی، این فرض مطرح می‌شود که در ناباروری شخص تغییرات مهمی در محیط و خود را تجربه می‌کند و نیاز به ایجاد تغییرات اساسی در مدل‌های درونکاری دارد. به همین دلیل، تا زمانی که این تغییرات به صورت درست و کامل انجام نشود، فرد دچار پریشانی می‌شود. علاوه بر این، ناباروری تجربه‌ای است که فرد در آن جدایی (از فرزند) و واکنش‌های مشابه سوگ را تجربه می‌کند (مکولینسر و شیور، ۲۰۱۲) که می‌توان بر مبنای نظریه مدل‌های درونکاری این واکنش‌ها را نیز توجیه کرد.

5. Bowlby, J.

6. Ainsworth, M.

7. secure

8. avoidant

9. ambivalent

10. internal working models

1. infertility

2. World Health Organization (WHO)

3. emotional adjustment

4. attachment

ارزش تکاملی نظام دلبستگی از یک سو و پیوستگی زیست‌شناختی ازدواج- تولیدمثل از سوی دیگر، به صورتی بنیادین دلبستگی و باروری- ناباروری را به هم مرتبط می‌سازد (بشارت و فیروزی، ۱۳۸۲). دلبستگی علاوه بر تاثیرگذاری درون روانی که به نوع سازش روانی فرد با ناباروری شکل می‌دهد، به عنوان یک متغیر بین شخصی (ارتباطی) نیز سازش روانشناختی زوجین با ناباروری را متاثر می‌سازد. با توجه به مسایل مطرح شده، دلبستگی می‌تواند مبنای تکاملی- تحولی مناسبی برای تبیین باروری و ناباروری باشد. به همین دلیل در این پژوهش، به عنوان یکی از متغیرهای مدل سازگاری با ناباروری لحاظ شده است.

یکی دیگر از متغیرهایی که می‌تواند سازگاری با ناباروری را تحت تاثیر قرار دهد، استحکام من^۲ است. استحکام من، مجموعه‌ای از کنش‌های من به عنوان یکی از ساختارهای اساسی شخصیت، ریشه در نظریه‌های فروید دارد. از دیدگاه فروید (۱۹۲۳)، استحکام من به توانایی من در مواجهه با مطالبات و تعارض‌های نهاد، فرامن و مقتضیات محیط و مدیریت این شرایط اطلاق می‌شود. از این نقطه نظر، استحکام من به فرد کمک می‌کند تا در شرایط استرس‌زا و درمانده‌ساز، ثبات و پایداری هیجانی خود را حفظ کند. بر عکس، اگر من از استحکام کافی برخوردار نباشد، فرد در کشاکش مطالبات و تعارض‌ها گرفتار می‌شود و آشفتگی هیجانی را تجربه می‌کند. ضعف من از شاخص‌های اصلی آسیب‌شناسی روانی در رویکردهای روان‌پویایی محسوب می‌شود (وینر، تنن و سولس، ۲۰۱۲). بر اساس نظریه‌های تحولی (اریکسون، ۱۹۶۵؛ لوینگر، ۱۹۷۶)، استحکام من محصول فایق آمدن بر بحران‌های تحولی و گذار موفق از یک مرحله به مرحله بعدی تحول روانی است؛ فرایندی که پیامد آن رشد و استحکام من (بائر، شاب و مک آدامز، ۲۰۱۱) و شکل‌گیری هویت (کریمر، ۲۰۱۲) است. بر این اساس، میزان استحکام من بر حسب مجموعه توانمندی‌های روانشناختی فرد برای حل تعارضات درون روانی و تعامل با محیط (مک کرا و کاستا، ۲۰۰۵) شامل مهار من^۳، تاب‌آوری

دخترها در روند رشد خود با مادرشان همانندسازی می‌کنند که چند منفعت دارد: اول این که یک نمونه و الگوی بنیادی برای والدگری فراهم می‌کند. دوم، خاطره و حافظه‌ای از یک رابطه صمیمی خاص ایجاد می‌کند که شخص تمایل به تولید دوباره آن دارد. باروری مهم‌ترین تجربه‌ای است که ارتباط اولیه دختر با مادر را دوباره تولید می‌کند و میل به جوارجویی و یکی شدن با مادر را دوباره زنده می‌کند و این بار این نیرو صرف نوزاد خود می‌شود، اما ناباروری تجربه‌ای است که این روند را قطع می‌کند. به همین دلیل در تجسم^۱ زن از خود و موضوع اولیه تغییراتی ایجاد می‌شود (بشارت و فیروزی، ۱۳۸۲؛ کلمپنر، ۱۹۹۲).

حتی قبل از این که افراد بچه‌دار شوند، به فرزندی که قرار است در آینده داشته باشند، دلبسته می‌شوند. دلبستگی می‌تواند به یک فرزند خیالی یا نطفه هم باشد و با تصور تغییراتی که آن بچه در شیوه زندگی والدین ایجاد خواهد کرد، یا این که بچه چه ویژگی‌های جسمانی خواهد داشت، یا اثری که بچه بر رابطه زوجین با هم و خانواده‌های دو طرف و خویشاوندان خواهد داشت، تقویت شود. این خیالپردازی‌ها و انواع دیگر آن قبل از انعقاد نطفه می‌تواند وجود داشته باشد. برای مثال، بسیاری از زنان در دوران کودکی و نوجوانی، هویت خود را بر مبنای مادر بودن در آینده توصیف می‌کنند. باروری خیلی زودتر از این که به صورت فیزیولوژیک اتفاق بیفتد، به صورت روانشناختی اتفاق می‌افتد. دختران کوچک با عروسک‌های خود بازی می‌کنند و به این که روزی خود مادر شوند فکر می‌کنند و پسرها نیز در بازی‌ها نقش پدرانه دارند. زوجین جوان از ابتدای ارتباط خود، درباره توسعه خانواده برنامه‌ریزی می‌کنند و درباره آرزوهایشان برای فرزندان، قبل‌تر از این که برای بارداری تصمیم بگیرند، صحبت می‌کنند. پس زنان و مردان زمینه روانشناختی و هیجانی برای انطباق با والد شدن و دلبستگی به فرزندشان را سال‌ها قبل از بارداری فراهم می‌کنند، اما در ناباروری این فرایند دلبستگی گسسته می‌شود (توزر، تانکل، گوکا، دوگانبلوت، یوکسل و همکاران، ۲۰۱۰).

2. ego-strength
3. ego-control

1. representation

بقا (مانند تشکیل دلبستگی، حفظ ارتباط با دیگران، و یا اجتناب از خطر فیزیکی) از آنها استفاده می‌کند و نقش مهمی در حیطه‌های مختلف زندگی انسان (مانند بقا و سلامت روانی و جسمانی) دارند (اکمن^۵، ۱۹۹۲؛ به نقل از نس والسورث، ۲۰۰۹).

هر برنامه هیجانی توسط رژیم انتخابی ساخته شده است که شامل مواجهه‌های مکرر با نوعی خاص از موقعیت‌های مکرر تکاملی^۶ است. منظور از موقعیت مکرر تکاملی، دسته‌ای از ارتباطات احتمالی میان وقایع، شرایط و اعمالی هستند که به اندازه کافی در دوره تکاملی تداوم یافته‌اند و به دیگر گزینه‌ها ترجیح داده می‌شوند. هر یک از حالات هیجانی متمایز (مانند ترس، احساس گناه، حسادت، خشم و سوگ) با حالتی یکپارچه از عمل منطبق خواهد شد و عملکرد آن به عنوان راه‌حلی برای بهره‌برداری از ساختار خاص موقعیت مکرر تکاملی یا شرایط محرک منطبق با هیجان است. هر یک از موقعیت‌های مکرر تکاملی (بسته به درجه اهمیت ساختاری که در طول تحول داشته‌اند) واکنش‌های هیجانی با شدت‌های متفاوت ایجاد می‌کنند. برای مثال، روبرو شدن با یک بیماری از موقعیت‌هایی است که واکنش هیجانی شدیدی را در طول تحول به همراه دارد و نیاز به فرایندهای سازگاری، تفسیرها و اقدام‌های رفتاری پیچیده دارد (لوییس و همکاران، ۲۰۰۸). بر این مبنای می‌توان نتیجه گرفت که ناباروری هم مانند یک بیماری و موقعیتی آسیب‌زا ادراک می‌شود و چون این موقعیت‌ها در طول تحول واکنش‌های هیجانی شدیدی به همراه داشته‌اند، در تجربه ناباروری نیز، شخص واکنش‌های هیجانی شدیدی را تجربه می‌کند. علاوه بر این، در ناباروری تداوم و بقا نیز به خطر می‌افتد و به همین دلیل واکنش هیجانی شدیدی تجربه می‌شود. افراد هر روز با تعداد بی شماری محرک‌های درونی و بیرونی مواجه می‌شوند که هیجان‌های مختلفی را در آنها ایجاد می‌کند. این هیجان‌ها باید مدیریت و تنظیم شوند تا عملکرد و سازگاری مختل نشود. تنظیم هیجان^۷ به توانایی شناخت هیجان‌ها و تعدیل تجربه و ابراز هیجان اطلاق می‌شود (فلدمن-

من^۱، مکانیسم‌های دفاعی^۲ و راهبردهای مقابله‌ای^۳ تعیین می‌شود (بشارت، زاهدی تجریشی و نوربالا، ۱۳۹۲؛ بلاک، هورویچ و گدیمان، ۱۹۷۳). هر یک از این ویژگی‌ها به نحوی به فرد کمک می‌کنند تا با مشکلات مقابله کند، به حل مسایل بپردازد، احساس یکپارگی خود را حفظ نماید و فراتر از این‌ها به سطحی بالاتر از رشد برسد. یکی از مسایل مورد بررسی در این پژوهش، مطالعه نقش استحکام من در سازگاری با استرس‌های ناباروری است.

اما آیا رابطه بین سبک‌های دلبستگی و استحکام من با سازگاری با ناباروری یک رابطه ساده است یا متغیرهای دیگری ممکن است این رابطه را تحت تاثیر قرار دهند. پاسخ به این پرسش یکی از هدف‌های مهم پژوهش حاضر است. ناباروری به عنوان تجربه‌ای استرس‌زا و در مواردی درمانده‌ساز، هیجان‌های شدید و منفی را فعال می‌کند. از این رو، فرایند فراز و فرود هیجان‌ها و راهبردهای تنظیم هیجان‌ها ممکن است بتواند به عنوان متغیری بنیادین رابطه بین سبک‌های دلبستگی و استحکام من با سازگاری با ناباروری را تحت‌تاثیر قرار دهد. هیجان، حالت ذهنی موقت و پایداری است که به طور هماهنگ و همزمان فرایندهای روانشناختی گوناگون مانند پردازش شناختی، پاسخ‌های فیزیولوژیک، انگیزه، رفتار و بیان را درگیر می‌سازد و هدف آن سازماندهی و برانگیزاندن پاسخ‌های انطباقی و بالا بردن شانس بقا در مقابل فرصت‌ها و تقاضاهای محیط است (توبی و کاسمیدس^۴، ۲۰۰۶؛ به نقل از لوییس، هاویلند جونز و فیلدمن برت، ۲۰۰۸). هیجان‌ها نیز مانند دلبستگی، مبنای تکاملی دارند. بر اساس دیدگاه تکاملی، هیجان‌ها حالت خاصی از عمل هستند که توسط انتخاب طبیعی شکل گرفته‌اند و پاسخ‌های فیزیولوژیک، شناختی، رفتاری، انگیزشی و ذهنی را با هدف افزایش توانایی مقابله با چالش‌های انطباقی موقعیت که در طول تحول رخ داده‌اند، با هم هماهنگ می‌کنند (نس و الزورت، ۲۰۰۹). هیجان‌ها مکانیسم‌هایی هستند که شخص برای حل مشکلات مرتبط با

5. Ekman, P.

6. evolutionarily recurrent situation

7. emotion regulation

1. ego-resiliency

2. defense mechanisms

3. coping strategies

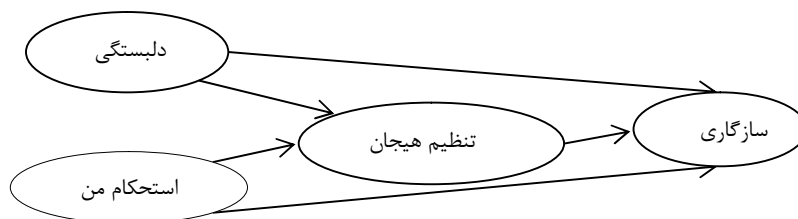
4. Tooby, J., & Cosmides, L.

رابطه بسیار هیجانی است. نوزاد و مادر در تعامل و تبادل هیجانی مداوم با یکدیگر هستند. این امر منجر به سازگاری بیشتر هر دو طرف می‌شود و راهبردهای تنظیم هیجان را اصلاح می‌کند و بهبود می‌بخشد (نس و السورث، ۲۰۰۹). زنی که تجربه ناباروری را دارد از این رابطه هیجانی عمیق، محروم می‌ماند و به همین دلیل می‌تواند اختلال در تنظیم هیجان را تجربه کند. یافته‌های پژوهشی نیز نشان داده‌اند که هیجان‌ها و راهبردهای تنظیم هیجان می‌توانند رابطه بین سبک‌های دلبستگی (برننیک و برات، ۲۰۱۳؛ بزازیان و بشارت، ۱۳۸۹؛ بشارت، ۱۳۹۲؛ بشارت، اسدی و تولائیان، ۱۳۹۴؛ بشارت و شهیدی، ۲۰۱۴؛ ساداوا، بوسری، مولنار، پریز و دکورویل، ۲۰۰۹) و استحکام من (بشارت و همکاران، ۱۳۹۴؛ پلیتری، ۲۰۰۹؛ تاگید و فردریکسون، ۲۰۰۷؛ کالدول و شیور، ۲۰۱۲) با سازگاری را تحت‌تاثیر قرار دهند.

با استناد به یافته‌های موجود در زمینه متغیرهای پژوهش، این پژوهش با هدف‌های چندگانه به این شرح انجام شد: تعیین رابطه سبک‌های دلبستگی با سازگاری با ناباروری؛ تعیین رابطه استحکام من با سازگاری با ناباروری؛ تعیین رابطه راهبردهای شناختی تنظیم هیجان با سازگاری با ناباروری؛ و تعیین نقش واسطه‌ای راهبردهای تنظیم شناختی هیجان در رابطه بین سبک‌های دلبستگی و استحکام من با سازگاری با ناباروری. مدل فرضی روابط بین متغیرهای پژوهش در شکل ۱ نشان داده شده است.

بارت، گروسف کریستنسن و بنوناتو، ۲۰۰۱؛ گروس، ۱۹۹۸، ۲۰۰۱). تنظیم هیجان از نخستین مراحل رشد و تحول روانی، به صورت فراگیر در همه جنبه‌های زندگی به کار بسته می‌شود. تنظیم هیجان به کلیه فرایندهای درونی، بیرونی و تبدیلی اطلاق می‌شود که از طریق نظارت، ارزیابی و اصلاح واکنش‌های هیجانی، بیان هیجان‌ها و ایجاد تغییر در تجربه‌های دردناک یک جزء یا بیش از یک جزء هیجان را درگیر می‌کند. این فرایندها ممکن است هشیار یا ناهشیار باشند و اگر به درستی هدایت شوند به شخص کمک می‌کنند تا بتواند در مقابل برانگیختگی هیجان کنش سازش‌یافته نشان دهد (جان و گراس، ۲۰۰۷).

راهبردهای تنظیم هیجان در اوایل کودکی موجود هستند. عوامل غریزی (سرشتی^۱ و زیستی) در شکل‌گیری تنظیم هیجان نقش دارند. گرایش نوزاد به این که از نظر هیجانی برانگیخته شود، به صورت مستقیم یا غیر مستقیم، بر نوع راهبردها و مهارت‌های تنظیم هیجانی که در کودک رشد می‌یابد، تاثیر می‌گذارد. علاوه بر عوامل غریزی، عوامل محیطی و بیرونی (مراقبت و دلبستگی) نیز در رشد راهبردهای تنظیم هیجان نقش دارند. بر این اساس، هیجان علاوه بر شیوه درون شخصی^۲، به صورت بین‌شخصی^۳ نیز تنظیم می‌شود. به اشتراک گذاشتن هیجان‌ها با دیگران یکی از شیوه‌های بازتوانی و تنظیم هیجان‌ها است (نس و السورث، ۲۰۰۹). یکی از روابط بین شخصی بسیار مهم برای زنان، رابطه با فرزندشان است. این



شکل ۱

مدل فرضی روابط بین متغیرهای پژوهش

1. temperamental
2. intrapersonal
3. interpersonal

روش

جامعه آماری، نمونه و روش اجرای پژوهش: پژوهش حاضر یک مطالعه همبستگی است. جامعه آماری زنان نابارور بودند. تعداد ۲۷۵ زن با ناباروری اولیه مراجعه کننده به درمانگاه ناباروری مرکز تحقیقات بهداشت باروری ولیعصر (بیمارستان امام خمینی تهران) در این پژوهش شرکت کردند. گروه نمونه به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شد. ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بودند از: زن بودن، تشخیص ناباروری اولیه، رضایت کامل جهت شرکت در پژوهش و داشتن سواد خواندن و نوشتن. ملاک‌های خروج از پژوهش عبارت بودند از: تشخیص مشکل و بیماری عمده جسمانی مزمن ناتوان‌کننده داخلی و جراحی، اختلال روانپزشکی عمده و مصرف داروهای روانپزشکی. قبل از شرکت بیمار در پژوهش، درمورد رضایت آنها اطمینان حاصل شد. زمان تقریبی برای تکمیل پرسشنامه ها ۲۰ الی ۲۵ دقیقه بود. در تحلیل آماری داده‌های این پژوهش از روش همبستگی و تحلیل مسیر و از نرم افزارهای آماری (۱۸) SPSS و (۸/۵) LISREL استفاده شد. میانگین و انحراف استاندارد سنی زنان به ترتیب ۳۱/۸ و ۶/۶ با دامنه ۱۷ تا ۴۸ سال بود. مدت زمان ازدواج آنها ۷۸ ماه با انحراف استاندارد ۶۰/۹ و دامنه ۱۲ تا ۳۴۸ ماه و میانگین مدت زمان ناباروری شان ۴۷/۲ ماه با انحراف استاندارد ۳۷ و دامنه ۱۲ تا ۳۴۶ ماه بود.

ابزار سنجش

پرسشنامه ویژگی‌های شخصی: این پرسشنامه محقق ساخته که از طریق مصاحبه نیمه ساختار یافته تکمیل شد، خصوصیات فردی و ملاک‌های ورود و خروج را می‌سنجد.

مقیاس دل‌بستگی بزرگسال: مقیاس دل‌بستگی بزرگسال^۱ (AAI؛ بشارت، ۱۳۸۴ الف، ۱۳۹۲، ۲۰۱۱) که با استفاده از مواد آزمون هازن و شیور (۱۹۸۷) ساخته و در مورد نمونه‌های ایرانی هنجار شده است، یک آزمون ۱۵ گویه‌ای است و سه سبک دل‌بستگی ایمن، اجتنابی و دوسوگرا را در مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت می‌سنجد. حداقل و حداکثر نمره آزمودنی‌ها در

زیرمقیاس‌های آزمون به ترتیب ۵ و ۲۵ است. ضرایب آلفای کرونباخ پرسش‌های زیرمقیاس‌های ایمن، اجتنابی و دوسوگرا در مورد یک نمونه ($n = 1480$ ؛ $\alpha = 0.86$ ، زن، ۶۲۰ مرد) برای کل آزمودنی‌ها به ترتیب ۰/۹۱، ۰/۸۹، ۰/۸۸؛ برای زنان ۰/۹۱، ۰/۹۰، ۰/۸۷ و برای مردان ۰/۹۰، ۰/۸۹، ۰/۸۷ محاسبه شد که نشانه همسانی درونی^۲ خوب مقیاس دل‌بستگی بزرگسال است. ضرایب همبستگی بین نمره‌های یک نمونه ۳۰۰ نفری از آزمودنی‌ها در دو نوبت با فاصله چهار هفته برای سنجش پایایی بازآزمایی^۳ محاسبه شد. این ضرایب در مورد سبک‌های دل‌بستگی ایمن، اجتنابی و دوسوگرا برای کل آزمودنی‌ها به ترتیب ۰/۸۷، ۰/۸۳، ۰/۷۴؛ برای زنان ۰/۸۶، ۰/۸۲، ۰/۷۵ و برای مردان ۰/۸۵، ۰/۸۱، ۰/۷۳ محاسبه شد که نشانه پایایی بازآزمایی رضایت‌بخش مقیاس است. روایی محتوایی^۴ مقیاس دل‌بستگی بزرگسال با سنجش ضرایب همبستگی بین نمره‌های پانزده نفر از متخصصان روانشناسی مورد بررسی قرار گرفت. ضرایب توافق کندال برای سبک‌های دل‌بستگی ایمن، اجتنابی و دوسوگرا به ترتیب ۰/۸۰، ۰/۶۱ و ۰/۵۷ محاسبه شد. روایی همزمان^۵ مقیاس دل‌بستگی بزرگسال از طریق اجرای همزمان مقیاس‌های مشکلات بین شخصی و حرمت خود کوپر اسمیت در مورد یک نمونه ۳۰۰ نفری از آزمودنی‌ها ارزیابی شد. نتایج ضرایب همبستگی پیرسون نشان داد که بین نمره آزمودنی‌ها در سبک دل‌بستگی ایمن و زیر مقیاس‌های مشکلات بین شخص همبستگی منفی معنادار (از $r = -0.61$ تا $r = -0.83$)

و با زیرمقیاس‌های حرمت خود همبستگی مثبت معنادار (از $r = 0.39$ تا $r = 0.41$) وجود دارد. بین نمره آزمودنی‌ها در سبک‌های دل‌بستگی ناایمن و زیرمقیاس‌های مشکلات بین شخص همبستگی مثبت معنادار (از $r = 0.26$ تا $r = 0.45$) و با زیرمقیاس‌های حرمت خود همبستگی منفی و اما غیرمعنادار به دست آمد. این نتایج نشان دهنده روایی کافی مقیاس دل‌بستگی بزرگسال است. نتایج تحلیل عوامل نیز با تعیین سه عامل سبک دل‌بستگی ایمن، سبک دل‌بستگی اجتنابی و سبک

2. internal consistency
3. test-retest reliability
4. content validity
5. concurrent validity

1. Adult Attachment Inventory (AAI)

از ۰/۷۰ تا ۰/۸۴، برای مکانیسم‌های دفاعی رشد یافته از ۰/۷۳ تا ۰/۸۵، برای راهبردهای مقابله مساله‌محور از ۰/۷۱ تا ۰/۷۸، برای راهبردهای مقابله هیجان‌محور مثبت از ۰/۶۷ تا ۰/۸۱ و برای نمره کل مقیاس استحکام من از ۰/۸۳ تا ۰/۸۸ به دست آمد. این ضرایب که همه در سطح $p < ۰/۰۰۱$ معنادار هستند، پایایی بازآزمایی مقیاس استحکام من را تایید می‌کنند. روایی همگرا^۶ و تشخیصی (افتراقی)^۷ مقیاس استحکام من از طریق اجرای همزمان مقیاس سلامت روانی^۸ (MHI-28؛ بشارت، ۱۳۸۸)، مقیاس دشواری تنظیم هیجان^۹ (DERS؛ گرتز و رومر، ۲۰۰۴) و فهرست عواطف مثبت و منفی^{۱۰} (PANAS؛ واتسون، کلارک و تلگن، ۱۹۸۸) در مورد نمونه‌های مختلف از دو گروه بیمار و بهنجار محاسبه شد و مورد تایید قرار گرفت. این ضرایب در سطح $p < ۰/۰۰۱$ معنادار بودند. نتایج تحلیل عاملی اکتشافی^{۱۱} و تاییدی^{۱۲} نیز با تعیین پنج عامل (مهار من، تاب‌آوری من، مکانیسم‌های دفاعی رشد یافته، راهبردهای مقابله مساله‌محور و راهبردهای مقابله هیجان‌محور مثبت)، روایی سازه مقیاس استحکام من را مورد تایید قرار داد (بشارت، ۱۳۸۶، ۱۳۹۵).

پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان: پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان^{۱۳} (CERQ؛ گارنفسکی و کرایچ، ۲۰۰۶)، یک ابزار ۱۸ گویه‌ای است و راهبردهای تنظیم شناختی هیجان‌ها را در پاسخ به حوادث تهدیدکننده و استرس‌زای زندگی در اندازه‌های پنج درجه‌ای از ۱ (هرگز) تا ۵ (همیشه) بر حسب نه زیرمقیاس به این شرح می‌سنجد: خود سرزنشگری^{۱۴}؛ دیگر سرزنشگری^{۱۵}؛ تمرکز بر فکر/ نشخوارگری^{۱۶}؛ فاجعه‌نمایی^{۱۷}؛

دل‌بستگی دوسوگرا، روایی سازه^۱ مقیاس دل‌بستگی بزرگسال را مورد تایید قرار داد (بشارت، ۱۳۸۴ الف، ۱۳۹۲، ۲۰۱۱).

مقیاس استحکام من: مقیاس استحکام من^۲ (ESS؛ بشارت، ۱۳۸۶)، یک ابزار ۲۵ گویه‌ای است که با اقتباس از ابزارهای سنجش مهار من، تاب‌آوری من، مکانیسم‌های دفاعی و راهبردهای مقابله‌ای برای اندازه‌گیری میزان توانمندی من در مهار و مدیریت موقعیت‌ها و شرایط دشوار زندگی ساخته و هنجاریابی شده است. این مقیاس واکنش‌های فرد به موقعیت‌های دشوار زندگی را در اندازه‌های پنج درجه‌ای از ۱ (خیلی کم) تا ۵ (خیلی زیاد) بر حسب پنج زیرمقیاس مهار من، تاب‌آوری من، مکانیسم‌های دفاعی رشد یافته^۳، راهبردهای مقابله مساله‌محور^۴ و راهبردهای مقابله هیجان‌محور مثبت^۵ می‌سنجد. حداقل و حداکثر نمره آزمودنی در هر یک از زیرمقیاس‌های استحکام من به ترتیب ۵ و ۲۵ است. از مجموع نمره پنج زیرمقیاس آزمون، نمره کل فرد برای استحکام من از ۲۵ تا ۱۲۵ محاسبه می‌شود. ویژگی‌های روانسنجی مقیاس استحکام من در چندین پژوهش، که طی سال‌های ۱۳۸۴ تا ۱۳۹۳ در نمونه‌های بیمار ($n = ۳۷۲$) و بهنجار ($n = ۱۲۵۷$) انجام شده‌اند، مورد بررسی و تایید قرار گرفته‌اند (بشارت، ۱۳۸۶، ۱۳۹۵). در این پژوهش‌ها، ضرایب آلفای کرونباخ برای پرسش‌های هر یک از زیرمقیاس‌های استحکام من برای مهار من از ۰/۷۳ تا ۰/۷۹، برای تاب‌آوری من از ۰/۸۰ تا ۰/۸۶، برای مکانیسم‌های دفاعی رشد یافته از ۰/۷۰ تا ۰/۸۳، برای راهبردهای مقابله مساله‌محور از ۰/۸۱ تا ۰/۹۰، برای راهبردهای مقابله هیجان‌محور مثبت از ۰/۶۹ تا ۰/۸۵ و برای نمره کل مقیاس استحکام من از ۰/۸۹ تا ۰/۹۳ به دست آمد. این ضرایب همسانی درونی مقیاس استحکام من را تایید می‌کنند. پایایی بازآزمایی مقیاس استحکام من برای نمونه‌های بیمار ($n = ۱۲۲$) و بهنجار ($n = ۲۷۴$) در دو نوبت با فاصله‌های ۲ تا ۶ هفته برای مهار من از ۰/۶۵ تا ۰/۷۳، برای تاب‌آوری من

6. convergent
7. discriminant
8. Mental Health Inventory
9. Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS)
10. Positive and Negative Affect Schedule
11. exploratory factor analysis
12. confirmatory factor analysis
13. Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ)
14. Self-Blame
15. Other Blame
16. Focus on Thought/Rumination
17. Catastrophizing

1. construct validity
2. Ego Strength Scale (ESS)
3. mature
4. problem-focused coping
5. positive emotional-focused coping

است. ویژگی‌های روانسنجی مقیاس سازگاری با بیماری در نمونه‌هایی از بیماران مبتلا به بیماری عروق کرونری قلب ($n = 46$)؛ زن، ۱۹؛ مرد؛ بشارت، پورنگ، صادق‌پور طبایی و پورنقاش تهرانی، ۱۳۸۷؛ $n = 60$ ؛ بشارت، شمسی‌پور و صادقیان، ۱۳۸۴)، مالتیپل اسکروزیز ($n = 120$)؛ زن، ۷۹؛ زن، ۴۱؛ بشارت، براتی و لطفی، ۱۳۸۷) و ناباروری ($n = 280$)؛ زن، ۱۴۰؛ مرد؛ بشارت و فیروزی، ۱۳۸۲؛ $n = 45$ ؛ بشارت و حسین‌زاده بازرگانی، ۱۳۸۵) بررسی و تایید شده است. همسانی درونی مقیاس سازگاری با بیماری در این پژوهش‌ها بر اساس ضرایب آلفای کرونباخ از ۰/۷۱ تا ۰/۸۷ محاسبه و تایید شد. روایی همگرا و تشخیصی (افترافی) مقیاس سازگاری با بیماری از طریق اجرای همزمان مقیاس سلامت روانی (MHI؛ بشارت، ۱۳۸۵)، مقیاس اضطراب و افسردگی بیمارستانی^۷ (HADS؛ زیگموند و اسنیت، ۱۹۸۳) و فهرست عواطف مثبت و منفی (PANAS؛ واتسون و همکاران، ۱۹۸۸) در مورد نمونه‌های مختلف محاسبه شد و مورد تایید قرار گرفت. ضرایب همبستگی سازگاری با بیماری با بهزیستی روانشناختی ۰/۶۵، با عاطفه مثبت ۰/۵۹، با درماندگی روانشناختی ۰/۵۱-، و با عاطفه منفی ۰/۵۷- به دست آمد. این ضرایب در سطح $p < 0/001$ معنادار بودند. روایی پیش‌بین مقیاس سازگاری با بیماری از طریق مقایسه نمره‌های سازگاری دو گروه بهنجار و بیمار محاسبه شد. نتایج نشان داد که نمره سازگاری نسبت به تفاوت و تمایز دو گروه در سطح $p < 0/001$ حساس است (بشارت، ۱۳۸۰). نتایج تحلیل عاملی اکتشافی و تاییدی نیز با تعیین یک عامل کلی، روایی سازه مقیاس سازگاری با بیماری را مورد تایید قرار داد (بشارت، ۱۳۸۴).

یافته‌ها

ماتریس همبستگی، میانگین و انحراف استاندارد سبک‌های دل‌بستگی، استحکام من، سازگاری با بیماری و راهبردهای تنظیم شناختی هیجان در جدول ۱ ارائه شده‌اند. یافته‌های جدول ۱ نشان می‌دهد که سازگاری با دل‌بستگی ایمن ($r = 0/12, p < 0/05$)، استحکام من ($r = 0/44, p < 0/01$)

کم‌اهمیت‌شماری^۱؛ تمرکز مجدد مثبت^۲؛ ارزیابی مجدد مثبت^۳؛ پذیرش^۴؛ تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی^۵ (گارنفسکی و کرایچ، ۲۰۰۶). حداقل و حداکثر نمره در هر زیرمقیاس به ترتیب ۲ و ۱۰ خواهد بود و نمره بالاتر نشان دهنده استفاده بیشتر فرد از آن راهبرد شناختی است. ویژگی‌های روانسنجی پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان در پژوهش‌های خارجی مورد تایید قرار گرفته است (گارنفسکی، بان و کرایچ، ۲۰۰۵؛ گارنفسکی و کرایچ، ۲۰۰۶؛ گارنفسکی، کرایچ و اسپینهاون، ۲۰۰۱). در بررسی مقدماتی ویژگی‌های روانسنجی این پرسشنامه در نمونه‌ای از جمعیت عمومی ($n = 368$)؛ زن، ۱۹۷؛ مرد، ۱۷۱)، ضرایب آلفای کرونباخ برای زیرمقیاس‌ها از ۰/۶۷ تا ۰/۸۹ محاسبه شد (بشارت، ۱۳۸۸). این ضرایب همسانی درونی پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان را تایید می‌کنند. ضرایب همبستگی بین نمره‌های تعدادی از شرکت‌کنندگان در پژوهش (۴۳ زن، ۳۶ مرد) در دو نوبت با فاصله دو تا چهار هفته برای زیرمقیاس‌های پرسشنامه از $r = 0/57$ تا $r = 0/76$ محاسبه شد. این ضرایب که در سطح $p < 0/001$ معنادار بودند، پایایی بازآزمایی پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان را تایید می‌کنند (بشارت و بزازیان، ۱۳۹۳). روایی محتوایی پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان بر اساس داوری هشت نفر از متخصصان روانشناسی بررسی و ضرایب توافق کندال برای زیرمقیاس‌ها از ۰/۸۱ تا ۰/۹۲ محاسبه شد.

مقیاس سازگاری با بیماری: مقیاس سازگاری با بیماری^۶ (AIS؛ بشارت، ۱۳۸۰)، یک ابزار ۱۲ گویه‌ای است و سازگاری با بیماری‌های پزشکی را در اندازه‌های ۷ درجه‌ای از ۰ (اصلاً صحیح نیست) تا ۶ (کاملاً صحیح است) می‌سنجد. حداقل و حداکثر نمره بیمار در کل مقیاس به ترتیب ۰ و ۷۲ محاسبه می‌شود. نمره بالاتر نشان‌دهنده سطوح بالاتر سازگاری با بیماری و مشارکت در فعالیت‌های معمول زندگی علی‌رغم تجربه و تحمل استرس‌ها و محدودیت‌های مربوط به بیماری

1. Putting into Perspective
2. Positive Refocusing
3. Positive Reappraisal
4. Acceptance
5. Refocus on Planning
6. The Adjustment to Illness Scale (AIS)

7. The Hospital Anxiety and Depression Scale

سبک‌های دل‌بستگی، استحکام من و سازگاری با ناباروری

و راهبردهای انطباقی تنظیم شناختی هیجان ($r = -0/37, p < 0/01$) و راهبردهای غیرانطباقی تنظیم شناختی هیجان ($r = 0/38, p < 0/01$) همبستگی مثبت معنادار و با دل‌بستگی اجتنابی ($r = -0/43, p < 0/01$) همبستگی منفی معنادار دارد. دل‌بستگی دوسوگرا ($r = -0/21, p < 0/01$).

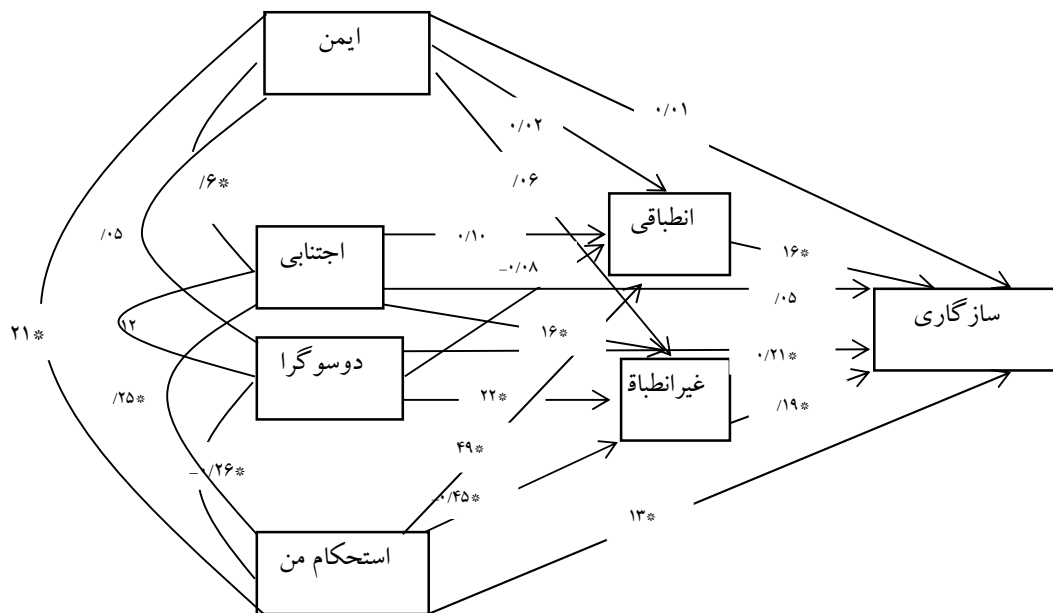
جدول ۱

ماتریس همبستگی، میانگین و انحراف استاندارد سبک‌های دل‌بستگی، استحکام من، سازگاری با بیماری و راهبردهای تنظیم شناختی هیجان

متغیر	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷
۱- ایمن	۱						
۲- اجتنابی	-0/50**	۱					
۳- دوسوگرا	0/05	0/12*	۱				
۴- استحکام من	0/21**	-0/20**	-0/25**	۱			
۵- تنظیم هیجان غیر انطباقی	-0/12*	0/26**	0/35**	0/50**	۱		
۶- تنظیم هیجان انطباقی	0/17**	-0/23**	-0/21**	0/54**	-0/33**	۱	
۷- سازگاری	0/13*	-0/20**	-0/37**	0/44**	-0/43**	0/38**	۱
انحراف استاندارد± میانگین	10/5±3	12/8±3/5	13/8±3/4	78/3±14	2/9±0/7	3/1±0/7	44/2±23/5

* $p < 0/05$ ** $p < 0/01$

نتایج تحلیل مسیر در شکل ۲ ارائه شده است. ضرایب استاندارد معنادار در این شکل‌ها با علامت * نشان داده شده‌اند.



شکل ۲

نقش واسطه‌ای تنظیم هیجان در رابطه بین سبک‌های دل‌بستگی و استحکام من با سازگاری با ناباروری

شاخص‌های برازش مدل در جدول ۲ نشان داده شده است. همان‌طور که مشاهده می‌شود شاخص‌های برازش مدل بسیار مناسب هستند.

جدول ۲

شاخص‌های برازش مدل

<u>P value</u>	<u>RMSEA</u>	<u>AGFI</u>	<u>GFI</u>	<u>CFI</u>	<u>2/df</u>	<u>2</u>	
۰/۶	۰/۰۰۰	۱/۰۰	۱/۰۰	۱/۰۰	۰/۱۶	۰/۱۶	مدل

مسیرهای مستقیم، غیرمستقیم و کل اثر دلستگی و استحکام من بر سازگاری در جدول ۳ گزارش شده است. این جدول بر حسب ضرایب β است. مقابل هر ضریب، مقدار t در پراتز و مقدار معناداری در زیر آن نشان داده شده است. همان‌طور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، اثر مستقیم، غیرمستقیم و کل دلستگی ایمن و اجتنابی معنادار نیست. اثر غیرمستقیم و کل سبک دوسوگرا نیز معنادار نیست، اما اثر

جدول ۳

اثر مستقیم، غیر مستقیم و کل سبک دلستگی و استحکام من بر سازگاری با ناباروری با نقش واسطه‌ای تنظیم هیجان

<u>مسیر</u>	<u>مستقیم</u>	<u>غیر مستقیم</u>	<u>کل</u>
ایمن	۰/۰۲ (۰/۱۴) P > ۰/۰۵	۰/۰۱ (۰/۵) P > ۰/۰۵	۰/۰۳ (۰/۰۴) P > ۰/۰۵
اجتنابی	-۰/۱۷ (-۰/۰۸) P > ۰/۰۵	-۰/۱۵ (-۲/۳۴) P > ۰/۰۵	-۰/۳۲ (-۱/۴۸) P > ۰/۰۵
دوسوگرا	-۰/۰۷ (-۳/۸) P < ۰/۰۵	-۰/۱۸ (-۲/۷۹) P > ۰/۰۵	-۰/۸۸ (-۴/۹) P > ۰/۰۵
استحکام من	۰/۱۲ (۲/۵) P < ۰/۰۵	۰/۱۵ (۳/۸۱) P < ۰/۰۵	۰/۲۷ (۶/۲۴) P < ۰/۰۵

بحث

رابطه بین سبک‌های دلستگی و آسیب‌های روانی را در کودکی و بزرگسالی مورد بررسی قرار داده‌اند. نتایج این پژوهش‌ها (سورسینلی و همکاران، ۲۰۱۰) نشان داده‌اند که سبک‌های دلستگی در کیفیت سلامت روانی نقش مهمی دارند. یکی از عوامل محافظت‌کننده در برابر آسیب‌های روانی، سبک دلستگی ایمن است و سبک‌های دلستگی نایمن در برابر آسیب‌های روانی به عنوان یک عامل خطر عمل می‌کنند (کسیدی و شیور، ۲۰۰۸). از آنجایی که ناباروری یک تجربه استرس‌زاست، منجر به فعال شدن سیستم دلستگی در فرد

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که سبک‌های دلستگی ایمن و نایمن با سازگاری با ناباروری رابطه معنادار دارند. نتایج نشان داد که ایمنی در دلستگی، با افزایش سازگاری زنان با ناباروری و دلستگی اجتنابی و دوسوگرا با کاهش سازگاری رابطه معنادار دارند. پژوهش‌های متعدد (بشارت و میرزمانی، ۱۳۸۵؛ پلاکویین و لافونتین، ۲۰۱۰؛ سورسینلی، روسی، مونتاباروچی و بلادارو، ۲۰۱۰؛ کسیدی و شیور، ۲۰۰۸؛ ماهاجان، تورنبال، دیویس، جیندال، بریگز و همکاران، ۲۰۰۹)

اجتماعی و رفتار پر خطر) را بیان کردند. گذرگاه اول، هیجان است. کیفیت تنظیم هیجان بر اساس دل‌بستگی اولیه شکل می‌گیرد. دل‌بستگی ایمن منجر به شکل‌گیری راهبردهای انطباقی تنظیم هیجان و ناایمنی در دل‌بستگی منجر به استفاده از راهبردهای غیرانطباقی تنظیم هیجان می‌شود. از سوی دیگر حالات هیجانی و توانایی مدیریت آنها بر سازگاری اثر دارند. در مورد گذرگاه دوم، در موقعیت استرس، سیستم دل‌بستگی فرد فعال شده و متعاقب آن پاسخ‌های مقابله‌ای ویژه‌ای نیز جهت رویارویی با استرس راه‌اندازی می‌شود. این پاسخ‌ها بسته به کیفیت سیستم دل‌بستگی - رفتار انطباقی فرد، می‌تواند به آرامش یا افزایش تنش فیزیولوژیکی و لذا عوارض سو سلامت منجر شود. بر اساس نظر بالبی دل‌بستگی ایمن از طریق تسهیل راهبردهای سازنده انطباقی، با حفظ بهزیستی در خلال موقعیت‌های استرس‌زا همراه است، در حالی که دل‌بستگی مضطرب با احساس آسیب‌پذیری در خود، افزایش برانگیختگی و تشدید نشانگان هیجانی و جسمانی در موقعیت استرس‌زا و دل‌بستگی اجتنابی با بی‌اهمیت‌انگاری اغراق‌آمیز و انفعال روانشناختی از موقعیت استرس همراه است. دل‌بستگی اجتنابی به واسطه گسستگی روانی - هیجانی فرد از موقعیت استرس‌زا، موقتاً می‌تواند از وقوع پاسخ‌های فیزیولوژیکی آشکار جلوگیری نماید، اما از آنجا که اجتناب این افراد معمولاً با درون‌ریزی و فرونشانی هیجانی همراه است، در طولانی مدت خطر وقوع علائم جسمانی و آسیب به سیستم ایمنی را افزایش می‌دهد. در حوزه گذرگاه سوم، نظریه دل‌بستگی بر آن است که کیفیت ارتباطات ناشی از دل‌بستگی ایمن، از طریق جستجوی حمایت دیگران، تجسم‌ها و مدل‌های درون‌کاری مثبت و متعاقباً برانگیختن واکنش‌های حمایتی مثبت در دیگران، برای فرد فراهم‌کننده احساس امنیت در موقعیت تهدید یا فقدان خواهد بود. افراد دل‌بسته ایمن قادر به تشکیل ارتباطات نزدیک و صمیمی و رضایت‌بخش و نیز شبکه‌های اجتماعی و حمایتی سودمند هستند، که این عوامل با سطح سلامت رابطه مثبت دارند. نهایتاً گذرگاه چهارم گویای آن است که دل‌بستگی ایمن با نوعی احساس اطمینان نسبی درباره خود به عنوان فردی شایان مراقبت و توجه مثبت همراه است. بنابراین اصل، گرایش

می‌شود و نظریه دل‌بستگی می‌تواند چارچوب مناسبی برای تبیین تجربه ناباروری باشد (پلاکویین و لافونتین، ۲۰۱۰). در همین راستا نتایج پژوهشی نشان داد که اضطراب دل‌بستگی پیش‌بینی‌کننده استرس در افرادی است که قرار است برای بار اول تحت درمان ناباروری قرار بگیرند (ون در بروئک، دیهوف، انزلین و دمیتینایر، ۲۰۱۰). از طرف دیگر سبک دل‌بستگی اجتنابی منجر به سازگاری ضعیف‌تر زنان با تجربه ناباروری می‌شود (ماهاجان و همکاران، ۲۰۰۹). در کل افرادی که سبک دل‌بستگی ناایمن (اجتنابی و دوسوگرا) دارند در سازگاری با ناباروری مشکلات بیشتری را تجربه می‌کنند (بشارت و میرزمانی، ۱۳۸۵).

احساس ایمن بودن و دوست داشته شدن (که از مشخصه‌های دل‌بستگی ایمن) است منجر به تجسم مثبت از دیگران، احساس حرمت خود، کارآمدی و استفاده از راهبردهای مقابله‌ای سازگارانه در زندگی می‌شود و این منابع به عنوان یک عامل محافظت‌کننده عمده در زمان استرس عمل می‌کنند و تاب‌آوری فرد را افزایش می‌دهند. از طرف دیگر دل‌بستگی ناایمن یک عامل خطر برای کاهش تاب‌آوری در زمان استرس است و باعث تجربه هیجان‌های منفی می‌شود و بر مشکلات هیجانی، آسیب‌پذیری روانی و در نهایت ناسازگاری نقش مهمی دارد. تجارب اولیه دل‌بستگی افرادی که سبک دل‌بستگی ناایمن (اجتنابی یا دوسوگرا) دارند، با تنظیم پریشانی به شیوه بی‌ثبات و ناکافی مشخص می‌شود که می‌تواند با رشد منابع درونی لازم برای مقابله موفق با استرس و مشکلات زندگی و حفظ سلامت روانی تداخل نماید. افرادی که سبک دل‌بستگی دوسوگرا دارند در زمان استرس از راهبردهای بیش فعال ساز دل‌بستگی استفاده می‌کنند که خطر را اغراق‌آمیز جلوه می‌دهد و احساس درماندگی و آسیب‌پذیری را تشدید می‌کند. از طرف دیگر، افرادی که سبک دل‌بستگی اجتنابی دارند، راهبردهای نافع ساز را به کار می‌برند که دسترسی به هیجان‌ها را مسدود و نیازها را انکار می‌کند، حتی زمانی که حضور دارند (میکولینسر، شیور و هورث، ۲۰۰۶).

ساداوا و همکاران (۲۰۰۹) در تبیین رابطه دل‌بستگی و سازگاری چهار گذرگاه اصلی (هیجان، استرس، حمایت

به تکالیف گوناگون اختصاص دهد و بدون تجربه آسفتگی عملکرد روانشناختی مطلوب داشته باشد. تاب‌آوری من بالا (که یکی از مولفه‌های استحکام من است) باعث می‌شود در زمان استرس، فرد بتواند ارزیابی واقع‌بینانه از مشکل داشته باشد و در مواجهه با مشکل، انعطاف‌پذیر باشد (بلاک و بلاک، ۱۹۸۰). افرادی که در روند رشد آنها اختلالی ایجاد شده است، یا مانعی در طی کردن موفقیت‌آمیز مراحل رشد آنها وجود داشته است، استحکام من پایین‌تری دارند و در مواجهه با تکالیف مختلف، به شیوه‌ای تکراری (که در تمام دوران رشد آن را استفاده می‌کردند) پاسخ می‌دهند. این شیوه انعطاف‌ناپذیر مانع از توانایی حل مساله می‌شود و در نتیجه استرس فرد را افزایش و سازگاری را کاهش می‌دهد.

نتایج پژوهش نشان داد که راهبردهای انطباقی و غیر انطباقی تنظیم هیجان با سازگاری با ناباروری به ترتیب رابطه مثبت و منفی معنادار داشتند. هم‌رلی، زنج و برگر (۲۰۱۰) نشان دادند که نارسایی در تنظیم هیجان منجر به مشکلات روانشناختی مختلف (مانند افسردگی و اضطراب) در زنان نابارور می‌شود و هیجان‌ها نقش اساسی در تجربه ناباروری دارند، از این رو تنظیم هیجان، یکی از مولفه‌های اساسی در سازگاری با تجربه ناباروری است. نتایج پژوهش‌ها (آسبرگ، ۲۰۱۳؛ بشارت، ۱۳۹۲؛ بشارت و همکاران، ۱۳۹۴؛ بشارت و شهیدی، ۲۰۱۴) نشان داده‌اند که نقص در تنظیم هیجان نقش اساسی در آسیب‌پذیری روانی دارد. افرادی که در تنظیم هیجان نقص و نارسایی دارند، در مواجهه با وقایع استرس‌زای زندگی (مانند تجربه ناباروری)، توانایی تنظیم و کاهش عواطف منفی خود را ندارند. این افراد در مواجهه با مشکلات زندگی بیشتر از راهبردهای غیرانطباقی تنظیم هیجان استفاده می‌کنند. استفاده مکرر از این راهبردها، خود منجر به تشدید استرس و عواطف منفی می‌شود و در نتیجه سازگاری فرد را پایین می‌آورد (دی‌آوانزاتو، جورمان، سیمر و گاتلیب، ۲۰۱۳). از طرف دیگر، استفاده از راهبردهای انطباقی تنظیم هیجان در مواجهه با تکالیف استرس‌زای زندگی، منجر به کاهش عواطف منفی و افزایش عواطف مثبت می‌شود و در نتیجه توانایی فرد برای حل مساله و سازگاری با مشکلات زندگی را افزایش می‌دهد.

به رفتارهای خودمراقبتی و حافظ سلامت و اجتناب از رفتارهای خودتخریب‌گر و آسیب‌رسان سلامت در افراد دلبسته ایمن محتمل‌تر است.

نتایج پژوهش نشان داد که بین استحکام من و سازگاری با ناباروری رابطه مثبت معنادار وجود دارد. استحکام من نقش مهمی در پیش‌بینی سلامت دارد (بشارت و همکاران، ۱۳۹۴؛ پلیتری، ۲۰۰۹؛ تاگید و فردریکسون، ۲۰۰۷؛ ستینری، منتو، سانتورو، مالماس، بلینگیری و همکاران، ۲۰۱۲؛ کالدول و شیور، ۲۰۱۲). افرادی که استحکام من پایینی دارند بیشتر در معرض آسیب‌پذیری روانی قرار دارند (مککرا و کاستا، ۲۰۰۵). افرادی که تاب‌آوری من بالاتری دارند به دلیل داشتن رویکردی انعطاف‌پذیر به زندگی، در مواجهه با تکالیف دشوار و استرس‌زا دچار آسفتگی و مشکلات هیجانی نمی‌شوند (کالدول و شیور، ۲۰۱۲). افراد با تاب‌آوری من بالا، عواطف مثبت بیشتر، سطوح بالاتری از اطمینان به خود و سازگاری روانشناختی بیشتری نسبت به افراد با تاب‌آوری من پایین تجربه می‌کنند (لتزینگ، بلاک و فاندنر، ۲۰۰۵). افرادی که تاب‌آوری من بالاتری دارند، در پی تجربه‌های منفی بهتر و سریعتر بهبود می‌یابند و به طور انعطاف‌پذیری با مطالبات متغیر و بی‌ثبات موقعیت‌های استرس‌زا انطباق پیدا می‌کنند. از طرف دیگر افرادی که تاب‌آوری من پایینی دارند به موقعیت‌های استرس‌زا به شیوه‌ای انعطاف‌ناپذیر و با حالت تکراری یا شیوه‌ای بسیار آسفته و بی‌نظم پاسخ می‌دهند. افرادی که تاب‌آوری من بالاتری دارند، رویکردی کنجکاوانه، غیردفاعی و خوش‌بینانه به زندگی دارند و هم‌چنین سطوح حرمت خود و سازگاری آنها بالا تر از افرادی است که تاب‌آوری من پایینی دارند (بلاک و بلاک، ۱۹۸۰). افراد بیش‌مهارگر بیشتر در معرض مشکلات رفتاری درونی‌سازی (مانند اضطراب و افسردگی و انزوای اجتماعی) هستند (بامستیر، وهس و تیس، ۲۰۰۷).

طی کردن موفقیت‌آمیز مراحل رشدی منجر به شکل‌گیری یک من مستحکم در فرد می‌شود (بایر و همکاران، ۲۰۱۱). من به عنوان یک مکانیسم تعدیل‌کننده و تنظیم‌کننده عمل می‌کند که وظیفه اصلی آن کنترل عملکردهای روانشناختی است (ماهاپاترا، ساهو، میشر و کومار، ۲۰۱۱). استحکام من بالا در فرد، باعث می‌شود در زمان مشکل، به راحتی انرژی خود را

انطباقی تنظیم هیجان در مقایسه با راهبرد غیرانطباقی تنظیم هیجان به عنوان یک متغیر واسطه‌ای در رابطه بین سبک‌های دلبستگی و سازگاری باشد. یعنی زمانی که هر دو این متغیرها به عنوان یک واسطه در رابطه بین سبک‌های دلبستگی و سازگاری قرار می‌گیرند، قدرت راهبردهای انطباقی تنظیم هیجان برای تبیین این رابطه بیشتر از راهبردهای غیرانطباقی تنظیم هیجان است.

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که راهبردهای انطباقی و غیر انطباقی تنظیم هیجان در رابطه بین استحکام من و سازگاری با ناباروری نقش واسطه‌ای دارند. نتایج قبلی (ترز، ۲۰۱۳) نیز نشان داده است که تاب‌آوری من منجر به توانایی تنظیم موثر پاسخ‌های هیجانی و عاطفی به وقایع بد شخصی و مشکلات سلامت می‌شود و از بهزیستی افراد محافظت می‌کند. داشتن رویکردی باز، انعطاف پذیر و خوش‌بینانه به چالش‌های متعدد و غیر قابل پیش‌بینی زندگی منجر به سازگاری بالاتر افراد می‌شود. رشد و توسعه این حالت مثبت، راهبردهای تنظیم هیجان و تجسم‌های شناختی از خود و دیگران را بهینه می‌سازد (کالدول و شیور، ۲۰۱۲). تاب‌آوری من در همه افراد - چه آسیب کودکی را تجربه کرده باشند و چه تجربه نکرده باشند- وجود دارد و به عنوان یک عامل محافظت کننده در برابر ظهور علایم روانشناختی عمل می‌کند (فیلیپ، لاونتور، بیولی - پلتیر، لکورس و لکس، ۲۰۱۱).

به طور خلاصه، روابط درونی متغیرهای این پژوهش، شناخت بهتری از عوامل تعیین‌کننده سازگاری با ناباروری در زنان در اختیار محققان قرار می‌دهد. شناسایی این عوامل به غنی‌تر شدن پایه‌های نظری تبیین‌کننده سازگاری با ناباروری در زنان کمک می‌کند. با توجه به یافته‌های پژوهش می‌توان به اهمیت دلبستگی در دوران رشد و نقش پیشگیری‌کننده آن از ابتلا به مشکلات روانی پی برد. شکل‌گیری دلبستگی ایمن در کاهش استرس در مواقع تهدیدکننده موثر است. نتایج این پژوهش نشان داد که سبک‌های دلبستگی اثر مستقیم بر سازگاری ندارند و تنها از طریق متغیرهای واسطه‌ای بر سازگاری تاثیر می‌گذارد. به همین دلیل باید به متغیرهای واسطه‌ای و نقش آنها در افزایش سازگاری نیز به طور ویژه

نتایج پژوهش نشان داد که راهبردهای انطباقی تنظیم هیجان در رابطه بین سبک دلبستگی دوسوگرا و سازگاری با ناباروری در زنان نقش واسطه‌ای دارد. اتکای مزمین به راهبردهای بیش فعال ساز، افراد دارای سبک دلبستگی دوسوگرا را در معرض مشکلات متعدد هیجانی و سازگاری قرار می‌دهد (میکولینسر و همکاران، ۲۰۰۶). تجربه مکرر عدم ثبات منبع دلبستگی می‌تواند منجر به تلاش مداوم و پافشاری برای به دست آوردن نزدیکی، حمایت و عشق شود. افراد دارای این نوع دلبستگی (مضطرب/ دوسوگرا) به تهدیدهای احتمالی گوش به زنگ هستند، مدام نگران در دسترس بودن منابع دلبستگی هستند و از راهبردهای بیش فعال ساز استفاده می‌کنند. بیش فعال بودن سیستم دلبستگی در این افراد با نشخوار درباره نگرانی‌های مرتبط با وجود تهدید و واکنش افزایش یافته به تهدیدهای تجربه شده یا ادراک شده همراه است. نشخوار منجر به تدوام یا تشدید هیجان منفی در فرد، افزایش تعداد و یا شدت دوره‌های افسردگی، شیوه حل مساله ناسازگارانه می‌شود (کالدول و شیور، ۲۰۱۲). در واقع راهبردهای تنظیم هیجان یکی از واسطه‌های اصلی رابطه میان سبک‌های دلبستگی و سازگاری هستند (میکولینسر و شیور، ۲۰۱۲).

از طرف دیگر، نتایج پژوهش نشان داد که راهبردهای غیرانطباقی تنظیم هیجان در رابطه بین سبک‌های دلبستگی و سازگاری با ناباروری نقش واسطه‌ای معنادار ندارند. این یافته با نتایج پژوهش‌های پیشین (میکولینسر و شیور، ۲۰۱۲) ناهمخوان است. پژوهش‌های پیشین نشان داده‌اند که راهبردهای تنظیم هیجان واسطه رابطه بین سبک‌های دلبستگی و سازگاری (میکولینسر و شیور، ۲۰۱۲) و رابطه بین دلبستگی اجتنابی و اضطرابی با مشکلات رفتاری هستند (برننگ و برات، ۲۰۱۳؛ بشارت، ۱۳۹۲؛ بشارت و همکاران، ۱۳۹۴؛ بشارت و شهیدی، ۲۰۱۴؛ ساداوا و همکاران، ۲۰۰۹). دلیل این که در پژوهش حاضر تنها راهبرد انطباقی تنظیم هیجان نقش واسطه‌ای در رابطه بین سبک‌های دلبستگی و سازگاری داشت و راهبرد غیرانطباقی تنظیم هیجان نقش واسطه‌ای نداشت، می‌تواند قدرتمندی بیشتر راهبردهای

آموزش این مهارت‌ها در زنان نابارور پرداخت تا سازگاری آنها با تجربه ناباروری افزایش پیدا کند.

از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به این موارد اشاره کرد: نمونه مورد بررسی در این پژوهش تنها زنان نابارور بودند و مردان نابارور مورد بررسی قرار نگرفتند؛ نمونه پژوهش حاضر، بیماران مراجعه کننده به مراکز درمانی دانشگاهی بودند، بنابراین نتایج به دست آمده محدود به طبقه خاصی از جامعه است و تعمیم‌پذیری را دشوار می‌کند؛ مقطعی بودن طرح پژوهش مانع از نتیجه‌گیری در مورد روابط علی می‌شود؛ در این پژوهش از روش نمونه‌گیری در دسترس استفاده شد؛ روشی که می‌تواند تعمیم داده‌های پژوهش را با محدودیت مواجه سازد.

توجه شود. راهبردهای تنظیم شناختی هیجان و استحکام من به عنوان متغیرهایی که نقش واسطه‌ای در این مدل داشتند می‌توانند در طراحی مداخلات درمانی جهت افزایش سازگاری به کار آیند. ناباروری یک تجربه بسیار استرس‌زاست و این فشار حتی می‌تواند منجر به قطع زودهنگام درمان‌های کمک باروری شود. علاوه بر این بار و فشار روانی و هیجانی تجربه شده در ناباروری یکی از دلایل اصلی قطع درمان زوجین نابارور است، به همین دلیل طراحی مداخلات روانشناختی (با توجه به متغیرهای پژوهش حاضر) می‌تواند سازگاری زنان نابارور را افزایش و حتی قطع زودهنگام درمان‌ها را کاهش دهد. به عنوان مثال می‌توان به صورت کارگاه یا جلسات روان‌درمانی به

مراجع

بشارت، م. ع.، براتی، ن.، و لطفی، ج. (۱۳۸۷). رابطه سبک‌های مقابله با استرس و سطوح سازش روانشناختی در بیماران مبتلا به مولتیپل اسکروزیس. پژوهش در پزشکی، ۳۲، ۲۷-۳۵.

بشارت، م. ع.، و بزازیان، س. (۱۳۹۳). بررسی ویژگی‌های روانسنجی پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان در نمونه‌ای از جامعه ایرانی. مجله دانشکده پرستاری و مامایی، ۸۴، ۷۰-۶۱.

بشارت، م. ع.، پورنگ، پ.، صادق‌پور طبایی، ع.، و پورنقاش تهرانی، س. (۱۳۸۷). رابطه سبک‌های مقابله با استرس و سطوح سازش روانشناختی با فرایند بهبود بیماران قلبی-عروقی. مجله دانشکده پزشکی، ۸۱، ۵۷۹-۵۷۳.

بشارت، م. ع.، و حسین زاده بازرگانی، ر. (۱۳۸۵). بررسی و مقایسه سلامت روانی و مشکلات جنسی زنان بارور و نابارور. فصلنامه اندیشه و رفتار، ۴۵، ۸-۱.

بشارت، م. ع.، زاهدی تجریشی، ک.، و نوربالا، ا. ع. (۱۳۹۲). مقایسه ناگویی هیجانی و راهبردهای تنظیم هیجان در بیماران جسمانی‌سازی، بیماران اضطرابی و افراد عادی. روانشناسی معاصر، ۱۶، ۱۳-۳.

بشارت، م. ع.، شمسی پور، ح.، و صادقیان، س. (۱۳۸۴). رابطه استرس زناشویی و علایم افسردگی در زنان مبتلا به بیماری کرونری قلب و زنان سالم. مجله روانشناسی و علوم تربیتی، ۳۵، ۳۷-۲۱.

بشارت، م. ع.، و فیروزی، م. (۱۳۸۲). مقایسه زنان و مردان نابارور بر حسب سبک دل‌بستگی و سازش روانشناختی با ناباروری. مجله روانشناسی و علوم تربیتی، ۲، ۴۵-۲۷.

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، ۲، ۵۴-۴۱.

بشارت، م. ع.، و میرزمانی، م. (۱۳۸۵). رابطه سبک‌های دل‌بستگی و مشکلات جنسی در زوجین نابارور. فصلنامه روانشناسان ایرانی، ۶، ۱۰۹-۱۰۱.

بزازیان، س.، و بشارت، م. ع. (۱۳۸۹). سبک‌های دل‌بستگی، ادراک بیماری و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به دیابت نوع I. روانشناسی معاصر، ۹، ۱۱-۳.

بشارت، م. ع. (۱۳۸۰). ساخت و اعتباریابی مقیاس سازگاری با بیماری. گزارش پژوهشی. دانشگاه تهران.

بشارت، م. ع. (۱۳۸۴الف). هنجاریابی مقیاس دل‌بستگی بزرگسال. گزارش پژوهشی. دانشگاه تهران.

بشارت، م. ع. (۱۳۸۴ب). پایایی، روایی و تحلیل عاملی مقیاس سازگاری با بیماری. گزارش پژوهشی. دانشگاه تهران.

بشارت، م. ع. (۱۳۸۵). پایایی و اعتبار مقیاس سلامت روانی (MHI). دانشور رفتار، ۱۶، ۱۶-۱۱.

بشارت، م. ع. (۱۳۸۶). ساخت و ارزیابی مقیاس استحکام من. گزارش پژوهشی. دانشگاه تهران.

بشارت، م. ع. (۱۳۸۸). پایایی و روایی فرم ۲۸ سولی مقیاس سلامت روانی در جمعیت ایرانی. مجله علمی پزشکی قانونی، ۵۴، ۹۱-۸۷.

بشارت، م. ع. (۱۳۹۱). مبانی درمانی نظریه دل‌بستگی. رویش روانشناسی، ۱، ۱۵-۳۹.

بشارت، م. ع. (۱۳۹۲). مقیاس دل‌بستگی بزرگسال: پرسشنامه، شیوه اجرا و کلید نمره گذاری. روانشناسی تحولی (روانشناسان ایرانی)، ۳۵، ۳۲۰-۳۱۷.

بشارت، م. ع. (۱۳۹۵). ساخت و اعتباریابی مقیاس استحکام من. علوم روانشناختی، ۵۸، زیر چاپ.

بشارت، م. ع. (۱۳۸۸). بررسی مقدماتی ویژگی‌های روانسنجی پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان. گزارش پژوهشی. دانشگاه تهران.

بشارت، م. ع.، اسدی، م. م.، و تولائی، ف. (۱۳۹۴). نقش واسطه‌ای استحکام من در رابطه بین سبک‌های دل‌بستگی و راهبردهای تنظیم شناختی هیجان. روانشناسی تحولی (روانشناسان ایرانی)، ۴۶، ۱۱۹-۱۰۷.

References

- Asberg, K. (2013). Hostility/anger as a mediator between college students' emotion regulation abilities and symptoms of depression, social anxiety, and generalized anxiety. *The Journal of Psychology: Interdisciplinary and Applied*, 147, 469-490.
- Bauer, J. J., Schwab, J. R., & McAdams, D. P. (2011). Self-actualizing: Where ego development finally feels good? *The Humanistic Psychologist*, 39, 1-15.
- Baumeister, R. F., Vohs, K. D., & Tice, D. M. (2007). The strength model of self-control. *Current Directions in Psychological Science*, 6, 351-357.
- Besharat, M. A. (2011). Development and validation of adult attachment inventory. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 30, 475-479.
- Besharat, M. A., & Shahidi, V. (2014). Mediating role of cognitive emotion regulation strategies on the relationship between attachment styles and alexithymia. *Europ's Journal of Psychology*, 10, 352-362.
- Bellak, L., Hurvich, M., & Gedeman, H. (1973). *Ego functions in schizophrenics, neurotics and normals*. NY: John Wiley.
- Block, J. H., & Block, J. (1980). Block, J. H., & Block, J. (1980). The role of ego-control and ego-resilience in the organization of behavior. In W. A. Collins (Ed.), *Development of cognition, affect, and social relations Minnesota Symposium in Child Psychology* (Vol. 13, pp. 39-101). NJ: Erlbaum: Hillsdale.
- Brenning, K. M., & Braet, C. (2013). The emotion regulation model of attachment: An emotion-specific approach. *Personal Relationships*, 20, 107-123.
- Caldwell, J. G., & Shaver, P. R. (2012). Exploring the cognitive-emotional pathways between adult attachment and ego-resiliency. *Individual Differences Research*, 10, 141-152.
- Cassidy, J., & Shaver, P. R. (2008). *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications*. New York: Guilford Press.
- Cramer, P. (2012). Psychological maturity and change in adult defense mechanisms. *Journal of Research in Personality*, 46, 306-316.
- D'Avanzato, K., Joormann, J., Siemer, M., & Gotlib, I. H. (2013). Emotion regulation in depression and anxiety: examining diagnostic specificity and stability of strategy use. *Cognitive Therapy Research*, 37, 968-980.
- Domar, A. D., Clapp, D., Slawsby, E. A., Dusek, J., Kessel, B., & Freizinger, M. (2000). Impact of group psychological interventions on pregnancy rates in infertile women. *Fertility and Sterility*, 73, 805-811.
- Erikson, E. H. (1965). Youth: Fidelity and diversity. In E. H. Erikson (Ed.), *The challenge of youth* (pp. 1-28). Garden City, NY: Anchor Books.
- Erskine, R. G. (2011). Attachment, relational-needs, and psychotherapeutic presence. *Integrative Psychotherapy*, 5, 1016.
- Feldman-Barrett, L., Gross, J., Christensen, T. C., & Benvenuto, M. (2001). Knowing what you're feeling and knowing what to do about it: Mapping the relation between emotion differentiation and emotion regulation. *Cognition and Emotion*, 15, 713-724.
- Freud, S. (1923). The ego and the id. In J. Strachey (Ed. and Trans.), *The complete psychological works* (Vol. 19). New York: Norton, 1976.
- Garnefski, N., Baan, N., & Kraaij, V. (2005). Psychological distress and cognitive emotion regulation strategies among farmers who feel victim to the foot-and-mouth crisis. *Personality and Individual Differences*, 13, 1317-1327.
- Garnefski, N., & Kraaij, V. (2006). Cognitive Emotion Regulation Questionnaire: Development of a short 18 item version (CERQ short). *Personality and Individual Differences*, 41, 1045-1053.
- Garnefski, N., Kraaij, V., & Spinhoven, S. (2001). Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems. *Personality and Individual Differences*, 30, 1311-1327.
- Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26, 41-54.
- Gross, J. J. (1998). The emerging field of emotion regulation: an integrative review. *Review of General Psychology*, 2, 271-299.

- Gross, J. J. (2001). Emotion regulation in adulthood: Timing is everything. *Current Directions in Psychological Science, 10*, 214-219.
- Hämmerli, K., Znoj, H., & Berger, T. (2010). What are the issues confronting infertile women? a qualitative and quantitative approach. *The Qualitative Report, 15*, 766-782.
- John, O. P., & Gross, J. J. (2007). Individual Differences in Emotion Regulation. In J. J. Gross (Ed.), *Handbook of Emotion Regulation* (pp. 351-372). New York, NY: Guilford Press.
- Hazan, C., & Shaver, P. R. (1987). Romantic love conceptualized and an attachment process. *Journal of Personality and Social Psychology, 52*, 511-524.
- Klemetti, R., Raitanen, J., Sihvo, S., Saarni, S., & Koponen, P. (2010). Infertility, mental disorders and well-being: A nationwide survey. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica, 89*, 677-682.
- Klempner, L. G. (1992). Infertility: Identifications and disruptions with the maternal object. *Clinical Social Work Journal, 20*, 193-203.
- Letzring, T. D., Block, J., & Funder, D. (2004). Ego-control and ego-resiliency: generalization of self-report scales based on personality descriptions from acquaintances, clinicians, and the self. *Journal of Research in Personality, 39*, 395-422.
- Lewis, M., Haviland-Jones, J. M., & Feldman Barrett, L. (2008). *Handbook of Emotions* (Third.). New York, NY: Guilford Press.
- Loevinger, J. (1976). *Ego development*. San Francisco, CA: Jossey-Bass.
- Mahajan, N. N., Turnbull, D. A., Davies, M. J., Jindal, U. N., Briggs, N. E., & Taplin, J. E. (2009). Adjustment to infertility: the role of intrapersonal and interpersonal resources/vulnerabilities. *Human Reproduction, 24*, 906-912.
- Mahapatra, J., Sahoo, D., Mishra, P. K., & Kumar, R. (2011). Evaluating ego-strength in depression on SIS-I indices. *SIS Journal of Projective Psychology and Mental Health, 18*, 69-76.
- Mccrae, R. R., & Costa, P. T. (2005). *Personality in adulthood*. New York, NY: Guilford Press.
- Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2012). An attachment perspective on psychopathology. *World Psychiatry, 11*, 11-15.
- Mikulincer, M., Shaver, P. R., & Horesh, N. (2006). Attachment bases of emotion regulation and posttraumatic adjustment. In S. J. N. Simpson & J. N. Hughes (Eds.), *Emotion regulation in families: Pathways to dysfunction and health* (pp. 77-99). Washington, DC: American Psychological Association.
- Nesse, R. M., & Ellsworth, P. C. (2009). Evolution, emotions, and emotional disorders. *American Psychologist, 64*, 129-139.
- Pellitteri, J. (2009). *Emotional Processes in Music Therapy*. New Hampshire: Barcelona Publishers.
- Peloquin, K., & Lafontaine, M. F. (2010). What are the correlates of infertility related clinical anxiety? A literature review and the presentation of a conceptual model. *Marriage & Family Review, 46*, 580-620.
- Philippe, F. L., Laventure, S., Beaulieu-Pelletier, G., Lecours, S., & Leves, N. (2011). Ego resiliency as a mediator between childhood trauma and psychological symptoms. *Journal of Social and Clinical Psychology, 30*, 583-598.
- Sadava, S. W., Busseri, M. A., Molnar, D. S., Perrier, C. P. K., & Decourville, N. (2009). Investigation of a four pathway model of adult attachment orientation and health. *Journal of Social and Personal Relationships, 26*, 604-633.
- Settineri, S., Mento, C., Santoro, D., Mallamace, A., Bellinghieri, G., Savica, V., & Ricciardi, B. (2012). Ego strength and health: An empiric study in hemodialysis patients. *Health, 4*, 1328-1333.
- Surcinelli, P., Rossi, N., Montebrocchi, O., & Baldaro, B. (2010). Adult attachment styles and psychological disease: examining the mediating role of personality traits. *Journal of Psychology, 144*, 523-534.
- Terzi, S. (2013). Secure attachment style, coping with stress and resilience among university students. *The Journal of Happiness & Well-Being, 1*, 463-479.
- Tugade, M. M., & Fredrickson, B. L. (2007). Regulation of positive emotions: Emotion regulation strategies that promote resilience.

- Journal of Happiness Studies*, 8, 311-333.
- Tuzer, V., Tuncel, A., Goka, S., Dogan Bulut, S., Yuksel, F. V., Atan, A., & Goka, E. (2010). Marital adjustment and emotional symptoms in infertile couples: Gender differences. *Turkish Medical Journal*, 40, 229-237.
- Vahidi, S., Ardalan, A., & Mohammad, K. (2009). Prevalence of primary infertility in the Islamic Republic of Iran in 2004-2005. *Asian Pacific Journal of Public Health*, 21, 289-293.
- Van den Broeck, U., D'Hooghe, T., Enzlin, P., & Demyttenaere, K. (2010). Predictors of psychological distress in patients starting IVF treatment: infertility-specific versus general psychological characteristics. *Human Reproduction*, 25, 1471-1480.
- Watson, D., Clarke, L. A., & Tellegen, A. (1988). Development and validation of brief measures of positive and negative affect: The PANAS scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 1063-1070.
- Weiner, I. B., Tennen, H. A., & Suls, J. M. (2012). *Handbook of Psychology, Personality and Social Psychology (Vol. 5)*. New Jersey: Wiley.
- Wichman, C. L., Ehlers, S. L., Wichman, S. E., Weaver, A. L., & Coddington, C. (2011). Comparison of multiple psychological distress measures between men and women preparing for in vitro fertilization. *Fertility and Sterility*, 95, 717-721.
- World Health Organization. (2010). Mother or nothing: The agony of infertility. *Bulletin of the World Health Organization*, 88, 881-882.
- Zegers-Hochschild, F., Adamson, G. D., de Mouzon, J., Ishihara, O., Mansour, R., Nygren, K., et al. (2009). The International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technology (ICMART) and the World Health Organization (WHO) Revised Glossary on ART Terminology. *Human Reproduction*, 24, 2683-2687.
- Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67, 361-370.