

نقش باورهای فراشناختی و اجتناب تجربه‌ای در پیش‌بینی پریشانی روان‌شناختی با میانجیگری سازگاری با ناباروری در زنان نابارور

تاریخ دریافت: ۹۸/۱۰/۰۱- تاریخ پذیرش: ۹۹/۱۰/۱۰

خلاصه

مقدمه

ناباروری پدیده‌ای است که سلامت روان زنان نابارور را با آسیب جدی مواجه ساخته و برای آنها ایجاد پریشانی روان‌شناختی می‌کند. بر این اساس پژوهش حاضر با هدف بررسی نقش باورهای فراشناختی و اجتناب تجربه‌ای در پیش‌بینی پریشانی روان‌شناختی با میانجیگری سازگاری با ناباروری در زنان نابارور صورت پذیرفت.

روش کار

روش پژوهش، توصیفی از نوع همبستگی و معادلات ساختاری بود. جامعه آماری پژوهش شامل زنان نابارور مراجعه کننده به مرکز ناباروری رویان شهر تهران در سه ماهه تابستان سال ۱۳۹۸ بود. نمونه این پژوهش شامل تعداد ۳۵۰ زن نابارور بود که به شیوه در دسترس انتخاب شدند. ابزارهای مورد استفاده شامل پرسشنامه باورهای فراشناختی (ولز و کاترایت-هاتون، ۲۰۰۴)؛ پرسشنامه پذیرش و عمل (بوند و همکاران، ۲۰۱۱)، مقیاس سازگاری روانی-اجتماعی با بیماری (دروگیتس و دروگیتس، ۱۹۹۰) و پرسشنامه پریشانی روان‌شناختی (کسلر و همکاران، ۲۰۰۲) بود. پس از جمع‌آوری پرسشنامه‌ها، تجزیه و تحلیل داده‌های حاصل از این پژوهش با استفاده از روش‌های همبستگی پیرسون و معادله‌یابی ساختاری صورت گرفت.

نتایج

نتایج نشان داد که رابطه معناداری بین متغیرها وجود دارد ($p < 0.001$). علاوه بر این نقش میانجیگری سازگاری با ناباروری در رابطه بین باورهای فراشناختی و اجتناب تجربه‌ای با پریشانی روان‌شناختی در زنان نابارور تایید شد.

نتیجه‌گیری

با توجه به نقش معنادار سازگاری با ناباروری، لازم است جهت بهبود باورهای فراشناختی و کاهش اجتناب تجربه‌ای و پریشانی روان‌شناختی زنان نابارور، بسته آموزشی سازگاری با ناباروری برای زنان نابارور تهیه و از آن استفاده شود.

کلمات کلیدی

باورهای فراشناختی، اجتناب تجربه‌ای، پریشانی روان‌شناختی، سازگاری با ناباروری، زنان نابارور

پی‌نوشت: این مطالعه فاقد تضاد منافع می‌باشد.

مومنه قادری^۱

فریده دوکانه‌ای فرد^{۲*}

پانته‌آ جهانگیر^۴

احمد وثوق تقی دیزج^۵

^۱ دانشجوی دکتری روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی،

واحد رودهن، رودهن، ایران.

^۲ دانشیار، گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد

رودهن، رودهن، ایران.

^۳ استادیار، گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی،

واحد رودهن، رودهن، ایران.

^۴ دانشیار، متخصص رادیولوژی، تهران، ایران.

* گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد

رودهن، رودهن، ایران.

Email: F_dokaneeifard@gmail.com

مقدمه

سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۱۵ از ناباروری به عنوان یک معضل بهداشت عمومی در سراسر دنیا نام برده و از وجود یک زوج نابارور از هر چهار زوج در کشورهای در حال توسعه خبر داده است (۱). نتایج مطالعات کاظمی جالیسه و همکاران (۲) نیز نشان داده که شیوه ناباروری در ایران ۱۷/۳ درصد است. بر این اساس، ناباروری که ماهیتی تقریباً ثابت و تنش‌زا دارد، می‌تواند با ایجاد تنیدگی، به کاهش بهزیستی روان‌شناختی منجر شود. تنش حاصل از ناباروری بر روابط فردی، اجتماعی و زناشویی تأثیر گذاشته، می‌تواند موجب عدم تعادل روانی زوجین، قطع رابطه بین آنان و طلاق شود (۳). چنانکه پژوهش‌ها نشان داده‌اند که تجربه ناباروری با طیف گسترده آسیب‌های روان‌شناختی شامل کاهش سطح عزت‌نفس، افزایش سطح تنیدگی، کاهش تاب‌آوری، اضطراب، افسردگی، عصبانیت، کاهش تحمل روانی، احساس خودکوچک‌بینی، احساس ناکارآمدی، اختلال عملکرد جنسی، مشکلات زناشویی و تعارضات زناشویی همراه است (۴-۸).

علاوه بر این یوسف، مایتام، آمدو، احمد و ام بیبو (۹) نشان داده‌اند که زنان نابارور به دلیل تجربه ناباروری، پریشانی روان‌شناختی عمیق و شدیدی را تحمل می‌کنند که این شرایط می‌تواند منشا مداوم استرس‌های اجتماعی و روان‌شناختی گردد. پریشانی روان‌شناختی ناراحتی خاص و حالت هیجانی است که توسط افراد به طور موقت یا دائم در پاسخ به استرس‌های خاص و درخواست‌های آسیب را تجربه می‌شود (۱۰). افزون بر این، پریشانی روان‌شناختی حالات ذهنی ناخوشایند افسردگی و اضطراب است که هر دو علائم هیجانی و فیزیولوژیکی را دارد (۱۱). نتایج مطالعات بیانگر این است که پریشانی روان‌شناختی به عنوان یک اختلال هیجانی ممکن است عملکرد اجتماعی و زندگی روزمره افراد را تحت تأثیر قرار دهد (۱۲). پریشانی روان‌شناختی سبب می‌شود که به مرور زمان تحمل پریشانی افراد نیز کاهش یافته و رفتارهای ناسازگارانه بیشتری را از خود نشان دهد. تحمل پریشانی اغلب به عنوان توانایی ادراک شده خودگزارشی یک فرد برای تجربه و تحمل حالت‌های هیجانی، یا

توانایی رفتاری در مداومت بر رفتار معطوف به هدف در زمان تجربه پریشانی عاطفی تعریف می‌شود. همچنین از بعد جسمانی رفتاری، تحمل پریشانی به عنوان توانایی برای تحمل حالت‌های فیزیولوژیکی آزارنده تعریف می‌شود (۱۳).

مولفه‌های روان‌شناختی، شناختی، هیجانی و اجتماعی مختلفی می‌توانند با پریشانی روان‌شناختی زنان نابارور ارتباط داشته و به نوعی بر این مولفه تأثیرگذار باشند. از جمله این متغیرها می‌توان به باورهای فراشناختی اشاره کرد (۱۴). فراشناخت، هرگونه دانش یا فعالیت شناختی است که موضوع آن شناخت یا تنظیم شناخت است و به دو بعد دانش فراشناختی و تجربه فراشناختی، تقسیم می‌شود. دانش فراشناختی شامل سه طبقه دانش درباره «خود، تکلیف و راهبردهای شناختی» است (۱۵). در الگوی فراشناختی بر این باور است که افراد به این دلیل در دام هیجانی گرفتار می‌شوند که فراشناخت‌های آنان به الگوی خاصی از پاسخ دهی به تجربه‌های درونی منجر می‌شود که موجب تداوم هیجان منفی و تقویت باورهای منفی می‌شود (۱۶).

دیگر مولفه‌ای که می‌تواند با پریشانی روان‌شناختی دارای رابطه باشد، اجتناب تجربه‌ای است. اجتناب کردن از تجارب درونی (مثل هیجان‌های منفی، افکار و حس‌های بدنی) اجتناب تجربه‌ای گفته می‌شود. این سازه شامل دو بخش است: بی‌میلی نسبت به برقراری تماس با تجارب شخصی و تلاش برای اجتناب از تجارب دردناک یا وقایعی که باعث فراخواندن این تجارب می‌گردند (۱۷). اجتناب تجربه‌ای، سازه‌ای است که به منظور اجتناب از تجارب دردناک به کار برده می‌شود و شامل دو بخش بی‌میلی نسبت به برقراری تماس با تجارب شخصی و تلاش برای اجتناب از تجارب دردناک است (۱۸). اجتناب تجربه‌ای به منظور کاهش یا تغییر افکار، احساسات یا حس‌های ناراحت کننده عمل می‌کند و در افراد با نشانه‌های افسردگی و تجارب بالینی آسیب‌زا بیشتر از افراد غیربالینی است (۱۹). نتایج پژوهش‌های بسیاری بیانگر آن است که اجتناب تجربه‌ای با

حال با توجه به آسیب روان‌شناختی در زنان نابارور همچون پریشانی روان‌شناختی و لزوم شناسایی مولفه‌های روان‌شناختی، شناختی، هیجانی، اجتماعی و فردی مرتبط با این آسیب‌ها و از طرفی لزوم بررسی نقش میانجیگر مولفه‌های مهم مرتبط با ناباروری همچون سازگاری با ناباروری و همچنین عدم انجام پژوهشی در راستای بررسی نقش باورهای فراشناختی و اجتناب تجربه‌ای در پیش‌بینی پریشانی روان‌شناختی با میانجیگری سازگاری با ناباروری در زنان نابارور، پژوهشگر بر آن شد تا نقش میانجیگر سازگاری با ناباروری را در رابطه بین باورهای فراشناختی و اجتناب تجربه‌ای با پریشانی روان‌شناختی در زنان نابارور را مورد بررسی و آزمون قرار دهد.

روش کار

پژوهش حاضر یک پژوهش همبستگی از نوع مدل‌سازی معادلات ساختاری بود که اساساً ترکیبی از تحلیل مسیر و تحلیل عاملی تاییدی است. جامعه آماری پژوهش شامل زنان نابارور مراجعه کننده به مرکز ناباروری رویان شهر تهران در سه ماهه تابستان سال ۱۳۹۸ بود. تعیین حداقل حجم نمونه لازم، برای مدل‌یابی بسیار با اهمیت است. بسیاری از پژوهشگران حداقل حجم نمونه لازم را ۲۵۰ نفر اعلام کرده اند (۲۷). بر این اساس تعداد نهایی حجم نمونه ۳۵۰ نفر بود که جهت جبران ریزش احتمالی ۴۰۰ نفر در نظر گرفته شد. از این تعداد، ۴۷ پرسشنامه به دلیل مخدوش بودن و ۳ نفر هم به علت پاسخگویی ناقص حذف و تعداد ۳۵۰ پرسشنامه وارد پژوهش شد. در پژوهش حاضر از روش نمونه‌گیری در دسترس استفاده شد. بدین صورت که از بین زنان نابارور مراجعه کننده به مرکز ناباروری رویان شهر تهران در سال ۱۳۹۸، با توجه به ملاک‌های ورود به پژوهش تعداد ۳۵۰ زن نابارور انتخاب و پرسشنامه‌های پژوهش به آنان ارائه شد. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل: داشتن جنسیت زن، داشتن مشکل ناباروی، تمایل به حضور در پژوهش، عدم دریافت مداخله روان‌شناختی در حین انجام پژوهش، داشتن دامنه سنی ۲۵ تا ۴۵ سال و حداقل سواد سیکل بود. همچنین ملاک‌های خروج از پژوهش، عدم تمایل به ادامه حضور در

شکل‌گیری و تداوم آسیب‌های روان‌شناختی و هیجانی همراه است (۲۰).

مولفه‌های روان‌شناختی، شناختی، هیجانی و اجتماعی مختلفی هستند که می‌توانند رابطه بین متغیرهای گوناگون را در جامعه‌های آماری مختلف تحت تاثیر قرار دهند. یکی از مولفه‌هایی که می‌تواند منجر به کاهش استرس، اضطراب، افسردگی و به زبان کلی منجر به بهبود مولفه‌های روان‌شناختی سازگارانه زنان نابارور گردد، سازگاری با ناباروری است (۲۱). بر همین اساس با توجه به نقش برجسته سازگاری با ناباروری در زنان نابارور در جهت کاهش آسیب‌های روان‌شناختی، در پژوهش حاضر تصور بر این است که این متغیر بتواند نقش میانجی را در رابطه بین تنظیم شناختی هیجان، پردازش هیجانی، باورهای فراشناختی و اجتناب تجربه‌ای با پریشانی روان‌شناختی در زنان نابارور را ایفا نماید. سازگاری زنان نابارور با مسئله ناباروری خود، می‌تواند به عنوان یکی از مهم‌ترین عوامل تاثیرگذار بر دیگر فرایندهای روان‌شناختی، اجتماعی و ارتباطی آنان به شمار رود. چرا که تجربه ناباروری در بعضی افراد، همانند یکی از بدترین رویدادهای زندگی همانند مرگ همسر بوده در حالی که برای برخی دیگر از افراد، تا این اندازه مهم نیست (۲۲). سطوح سازش با ناباروری تحت تاثیر عوامل متعدد شخصی، ارتباطی، اجتماعی و خانوادگی متفاوت است. شواهد پژوهشی نشان داده است که عواملی مثل کیفیت ارتباط زوجین، باورهای شخصی آنان و حمایت اجتماعی می‌توانند سطوح سازش زوجین با ناباروری را تحت تاثیر قرار دهند (۲۳). تنوع میزان سازگاری منعکس کننده آسیب‌های درون فردی است که بر ظرفیت افراد جهت سازگاری با حوادث استرس‌زای زندگی همانند ناباروری تاثیر می‌گذارد (۲۴). زنانی که ناباروری خود را می‌پذیرند، روابطشان صمیمانه‌تر از قبل شده و آسیب‌های بالینی کمتری در این افراد مشاهده می‌شود (۲۵). در صورتی که فرد نتواند به طور مثبت با ناباروری خود سازگاری پیدا کند، به دنبال آن پاسخ‌های غیرموثر آشکار شده و نگرانی به وجود می‌آید (۲۶).

(۲۹) همسانی درونی پرسشنامه (۷۱-۸۹) در گروه های بالینی و غیربالینی رضایت بخش بود. به علاوه اجتناب تجربه‌ای از هیجان با نشانه های افسردگی و اضطراب، مشکل در تنظیم هیجان و شاخص های ناراحتی در پرسشنامه سلامت روان رابطه معناداری را نشان داد. همچنین نتیجه روایی افتراقی نشان داد عامل اجتناب از تجارب هیجانی در دو گروه بالینی و غیربالینی تفاوت معناداری دارد. ولی عامل کنترل روی زندگی تفاوت معناداری در دو گروه نشان نداد. در پژوهش حاضر نیز پایایی با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای زیرمقیاس های اجتناب از تجارب هیجانی و کنترل روی زندگی به ترتیب ۰/۸۱، و ۰/۸۳ و برای نمره کل پرسشنامه ۰/۸۲ به دست آمد.

پرسشنامه پریشانی روان‌شناختی: پرسشنامه پریشانی روان‌شناختی که وضعیت روانی بیمار را طی یک ماه اخیر بررسی می‌کند، توسط کسلر و همکاران (۳۰) به صورت ۱۰ سؤالی تنظیم شد. پاسخ سؤالات، به صورت ۵ گزینه‌ای تمام اوقات = ۴، بیشتر اوقات = ۳، بعضی اوقات = ۲، به ندرت = ۱ و هیچ وقت = ۰ است که بین ۴-۰ نمره گذاری می‌شود و حداکثر نمره در آن برابر ۴۰ است. پژوهش‌های انجام گرفته بر روی پرسشنامه پریشانی روان‌شناختی کسلر نشان دهنده ارتباط قوی میان نمرات بالا در پرسشنامه پریشانی روان‌شناختی کسلر و تشخیص بیماری‌های خلقی و اضطرابی توسط فرم مصاحبه تشخیصی بین‌المللی مرکب (CIDI) می‌باشد. همچنین ارتباط کمتر ولی معنادار میان نمرات پرسشنامه و بیماری‌های روانی دیگر وجود دارد (۳۱). افزون بر آن، پرسشنامه پریشانی روان‌شناختی کسلر دارای حساسیت و ویژگی مناسبی برای غربال‌گری افراد مبتلا به اضطراب و افسردگی می‌باشد و نیز این ابزار برای مهار و نظارت‌های بعد از درمان مناسب است (۳۰). مطالعات دیگر نیز حاکی از معتبر بودن این پرسشنامه برای مطالعات غربال‌گری و شناسایی اختلالات روانی است (۳۲). چنانکه واسیلیادیس و همکاران (۳۱) و اندرسون و همکاران (۳۳) قابلیت اعتماد و درستی آزمای می‌محتوایی این پرسشنامه را بر جمعیت سالمندان قابل قبول گزارش کرده‌اند. یعقوبی (۳۴) نیز در ایران در پژوهشی قابلیت اعتماد پرسشنامه را با روش آلفای

پژوهش، پاسخ محدودش به پرسشنامه و بروز حوادث پیش‌بینی نشده بود. جهت رعایت اخلاق در پژوهش، رضایت زنان برای شرکت در پژوهش کسب و از کلیه مراحل انجام پژوهش آگاه شدند. علاوه بر این به این افراد اطمینان داده شده که اطلاعات آنها به شکل محرمانه باقی خواهد ماند و نتایج پژوهش به صورت بی‌نام منتشر خواهد شد.

ابزار پژوهش

پرسشنامه پذیرش و عمل: پرسشنامه پذیرش و عمل را بوند و همکاران (۲۸) ساخته‌اند. یک نسخه ۱۰ ماده‌ای از پرسشنامه اصلی است. این پرسشنامه سازه‌ای را می‌سنجد که به تنوع، پذیرش، اجتناب تجربه‌ای و انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی برمی‌گردد. در ایران عباسی، فتی، مولودی و ضرابی (۲۹) مشخصات روان‌سنجی این پرسشنامه را در پژوهشی گزارش دادند. تحلیل عاملی اکتشافی ۲ عامل اجتناب از تجارب هیجانی و کنترل روی زندگی را نشان داد. گویه‌ها براساس مقیاس ۷ درجه‌ای لیکرت است که از امتیاز ۱ (هرگز درست نیست) تا ۷ (همیشه درست است) درجه‌بندی شده است. سؤالات ۱، ۶ و ۱۰ به شکل معکوس نمره گذاری می‌شود. حداقل نمره این پرسشنامه ۱۰ و حداکثر نمره ۷۰ می‌باشد. افزایش نمره در نتایج حاصل از اجرای این پرسشنامه بیان کننده افزایش اجتناب تجربه‌ای و کاهش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی آزمودنی است. مشخصات روان‌سنجی نسخه اصلی بدین شرح است: نتایج ۲۸۱۶ شرکت کننده با ۶ نمونه نشان داد که این ابزار پایایی، روایی و اعتبار سازه رضایت‌بخشی دارد. میانگین ضریب آلفا ۰/۸۴ و پایایی بازآزمایی در فاصله ۳ و ۱۲ ماه به ترتیب ۰/۸۱ و ۰/۷۹ به دست آمد. نتایج نشان داد که پرسشنامه پذیرش و عمل به صورت همزمان، طولی و افزایشی دامنه‌ای از نتایج از سلامت ذهنی تا میزان غیبت از کار را پیش‌بینی می‌کند که همسان با نظریه زیربنایی آن است. این ابزار همچنین اعتبار تمیزی مناسبی را نشان می‌دهد. به نظر می‌رسد نسخه دوم پرسشنامه پذیرش و عمل مفهوم مشابه با نسخه اول را اندازه می‌گیرد، اما ثبات روان‌سنجی بهتری دارد (۲۸). در پژوهش عباسی و همکاران

کرونباخ $0/83$ گزارش کرده‌اند. همچنین این پژوهشگران درستی‌آزمایی محتوایی این پرسشنامه را مطلوب گزارش کرده‌اند. قابلیت اعتماد این پرسشنامه در پژوهش حاضر با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ $0/88$ محاسبه گردید.

پرسشنامه باورهای فراشناختی: پرسشنامه باورهای فراشناختی توسط ولز و کاتریت-هاتون در سال 2004 تهیه شده است. این پرسشنامه یک مقیاس خودگزارشی 30 آیتمی است که تفاوت‌های فردی را در مورد باورها فراشناخت، قضاوت‌ها و گرایش‌های نظارت‌گری ارزیابی می‌کند. این مقیاس دارای پنج خرده‌مقیاس می‌باشد شامل باورهای نگرانی مثبت، باورهای فراشناختی منفی، کارآمدی شناختی پایین، باورهای فراشناخت منفی در مورد کنترل افکار و خودآگاهی شناختی است. پاسخ به سوالات آن در قالب یک مقیاس چهار درجه‌ای لیکرت $1-5$ موافق نیستم الی 4 -کاملاً موافقم محاسبه می‌شود. سوالات 3 ، 5 ، 12 ، 16 ، 18 و 30 به شکل معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. برای محاسبه امتیاز مربوط به هر بعد، امتیاز مربوط به تک تک سوالات آن بعد را باهم جمع می‌شوند. شیرین‌زاده دستگردی (۳۵) این پرسشنامه را برای جمعیت ایران ترجمه و آماده نموده است. ضریب آلفای کرونباخ کل مقیاس در نمونه ایرانی $0/91$ گزارش شده است و برای خرده مقیاس‌های باورهای نگرانی مثبت، باورهای فراشناختی منفی، کارآمدی شناختی پایین، باورهای فراشناخت منفی در مورد افکار و خودآگاهی شناختی به ترتیب در نمونه ایرانی $0/87$ ، $0/86$ ، $0/81$ ، $0/80$ و $0/71$ گزارش شده است. همچنین روایی محتوایی این پرسشنامه به وسیله دو روان‌شناس بالینی و یک روان‌پزشک بررسی و به منظور سنجش انسجام درونی از طریق روش دو نیمه کردن و از طریق روش آلفای کرونباخ ضریب $0/79$ بدست آمده است (۳۵). پایایی پرسشنامه رئیسی (۳۶) در این پژوهش به وسیله ضریب آلفای کرونباخ برای زیرمقیاس‌های باورهای نگرانی مثبت، باورهای فراشناختی منفی، کارآمدی شناختی پایین، باورهای فراشناخت منفی در مورد افکار و خودآگاهی شناختی به ترتیب $0/83$ ، $0/81$ ، $0/86$ ، $0/84$ و $0/89$ محاسبه گردید. پایایی پرسشنامه حاضر در این پژوهش با استفاده از ضریب

آلفای کرونباخ برای زیرمقیاس‌های باورهای نگرانی مثبت، باورهای فراشناختی منفی، کارآمدی شناختی پایین، باورهای فراشناخت منفی در مورد افکار و خودآگاهی شناختی به ترتیب $0/84$ ، $0/83$ ، $0/81$ ، $0/85$ و $0/88$ محاسبه گردید.

مقیاس سازگاری روانی- اجتماعی با بیماری: مقیاس سازگاری روانی- اجتماعی با بیماری شامل 41 سوال است که در یک مقیاس چهار درجه‌ای صفر تا سه شامل هفت حوزه جهت‌گیری مراقبت بهداشتی (با 8 عبارت)، محیط شغلی (با 6 عبارت)، محیط خانه (با 8 عبارت)، روابط جنسی (با 6 عبارت)، گستره روابط خانوادگی (با 5 عبارت)، محیط اجتماعی (با 6 عبارت) و درماندگی روان‌شناختی (با 7 عبارت) است (۳۷). لازم به ذکر است که در پژوهش حاضر به دلیل عدم اشتغال تمام افراد حاضر در پژوهش زیرمقیاس محیط شغلی حذف گردید. با توجه به شیوه نمره‌گذاری این پرسشنامه، تنها مولفه درماندگی روان‌شناختی دارای نمره معکوس می‌باشد. بدین معنی که کسب نمره کمتر نشان دهنده درماندگی روان‌شناختی بالاتر است. دامنه نمرات این پرسشنامه بین 40 تا 160 است. در مطالعه اصلی پایایی با استفاده از آلفای کرونباخ برای هر یک از زیرمقیاس‌های ذکر شده به ترتیب $0/47$ ، $0/76$ ، $0/77$ ، $0/83$ ، $0/62$ ، $0/80$ و $0/85$ گزارش شده است. روایی سازه این مقیاس با استفاده از تحلیل عاملی اکتشافی به روش چرخش واریماکس حاکی از آن بود که این هفت مؤلفه در مجموع 63% و هر یک از زیرمقیاس‌ها به ترتیب 18% ، 10% ، 9% ، 8% ، 7% ، 7% ، 5% از واریانس کل متیاس را تبیین می‌کنند. در مجموع بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس سازگاری روانی اجتماعی نسبت به بیماری حاکی از آن است که این مقیاس از شاخص‌های پایایی و روایی رضایت بخش برخوردار است (۳۸). پایایی پرسشنامه حاضر در این پژوهش با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای زیرمقیاس‌های جهت‌گیری مراقبت بهداشتی، محیط خانه، روابط جنسی، گستره روابط خانوادگی، محیط اجتماعی و درماندگی روان‌شناختی به ترتیب $0/72$ ، $0/79$ ، $0/79$ ، $0/81$ ، $0/75$ و $0/81$ و برای نمره کل آزمون $0/78$ محاسبه گردید.

در پژوهش حاضر از آمار توصیفی و آمار استنباطی استفاده شد. در قسمت آمار توصیفی، شاخص‌های مرکزی نظیر میانگین و انحراف معیار، و در قسمت آمار استنباطی برای تجزیه و تحلیل داده‌ها و آزمون فرضیه‌ها، از ماتریس همبستگی پیرسون، رگرسیون چندگانه و مدل‌سازی معادلات ساختاری استفاده شد. لازم به ذکر است که در پژوهش حاضر، جهت تجزیه و تحلیل آماری، از نرم افزار SPSS و Amos نسخه ۲۳ استفاده شد.

یافته‌ها

داده‌های جمعیت شناختی بیانگر آن بود که میانگین سنی زنان حاضر در پژوهش ۳۸/۴ سال بود. همچنین بیشتر این افراد دارای سطح تحصیلات دیپلم بودند (۱۶۳ نفر معادل ۴۶/۵۷ درصد). علاوه بر این بیشتر این افراد خانه‌دار بودند (۲۵۴ نفر معادل ۷۴/۷۰ درصد).

جدول ۱. یافته‌های توصیفی باورهای فراشناختی، اجتناب تجربه‌ای، پریشانی روان‌شناختی و سازگاری با ناباروری

نمونه	میانگن	انحراف	کمترین	بالاترین	
		معیار	نمره	نمره	
۳۵۰	۶۹/۲۵	۹/۱۱	۴۱	۹۶	باورهای فراشناختی
۳۵۰	۳۴/۵۵	۷/۲۱	۲۰	۵۸	اجتناب

جدول ۲. تحلیل همبستگی پیرسون بین باورهای فراشناختی، اجتناب تجربه‌ای، پریشانی روان‌شناختی و سازگاری با ناباروری

متغیرها	باورهای فراشناختی	اجتناب تجربه‌ای	سازگاری با ناباروری	پریشانی روان‌شناختی
باورهای فراشناختی	۱	۰/۶۳**	۰/۳۸**	-۰/۵۶**
مقدار معناداری	-	۰/۰۰۰۱	۰/۰۰۰۱	۰/۰۰۰۱
تعداد نمونه	۳۵۰	۳۵۰	۳۵۰	۳۵۰
اجتناب تجربه‌ای	۰/۶۳**	۱	-۰/۷۴**	۰/۴۹**
مقدار معناداری	۰/۰۰۰۱	-	۰/۰۰۰۱	۰/۰۰۰۱
تعداد نمونه	۳۵۰	۳۵۰	۳۵۰	۳۵۰
سازگاری با ناباروری	۰/۳۸**	-۰/۷۴**	۱	-۰/۷۹**
مقدار معناداری	۰/۰۰۰۱	۰/۰۰۰۱	-	۰/۰۰۰۱
تعداد نمونه	۳۵۰	۳۵۰	۳۵۰	۳۵۰
پریشانی روان‌شناختی	-۰/۵۶**	۰/۴۹**	-۰/۷۹**	۱

تجربه‌ای

پریشانی ۳۵۰ ۲۸/۵۹ ۵/۶۳ ۸ ۳۶

روان‌شناختی

سازگاری با ۳۵۰ ۹۳/۵۴ ۱۲/۱۱ ۵۲ ۱۳۱

ناباروری

نتایج ارائه شده در جدول ۱ حاکی از آن است که در گروه نمونه پژوهش میانگین و انحراف معیار متغیر باورهای فراشناختی ($69/25 \pm 9/11$)، متغیر اجتناب تجربه‌ای ($34/55 \pm 7/21$)، متغیر پریشانی روان‌شناختی ($28/59 \pm 5/63$) و متغیر سازگاری با ناباروری ($34/55 \pm 7/21$)، به دست آمده است. قبل از ارائه نتایج تحلیل آزمون همبستگی پیرسون، پیش‌فرض‌های آزمون‌های پارامتریک مورد سنجش قرار گرفت. بر همین اساس نتایج آزمون شاپیرو ویلک بیانگر آن بود که پیش‌فرض نرمال بودن توزیع نمونه‌ای داده‌ها در متغیرهای باورهای فراشناختی، اجتناب تجربه‌ای، پریشانی روان‌شناختی و سازگاری با ناباروری برقرار است ($p > 0/05$). همچنین پیش‌فرض همگنی واریانس نیز توسط آزمون لوین مورد سنجش قرار گرفت که نتایج آن معنادار نبود که این یافته نشان می‌داد پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها در متغیرهای باورهای فراشناختی، اجتناب تجربه‌ای، پریشانی روان‌شناختی و سازگاری با ناباروری رعایت شده است ($p > 0/05$). حال به ارائه نتایج جداول استنباطی پرداخته می‌شود.

مقدار معناداری	۰/۰۰۰۱	۰/۰۰۰۱	۰/۰۰۰۱	۰/۰۰۰۱
تعداد نمونه	350	350	350	350

* $p > 0/05$ ** $p > 0/01$

فراشناختی، اجتناب تجربه‌ای با پریشانی روان‌شناختی زنان نابارور پرداخته می‌شود. پس از بررسی ضرایب مسیر، برازندگی مدل پیشنهادی بررسی شد. برای تعیین کفایت برازندگی مدل پیشنهادی، ترکیبی از شاخص‌های برازندگی استفاده شد که نتایج آن در جدول ۳ ارائه شده است.

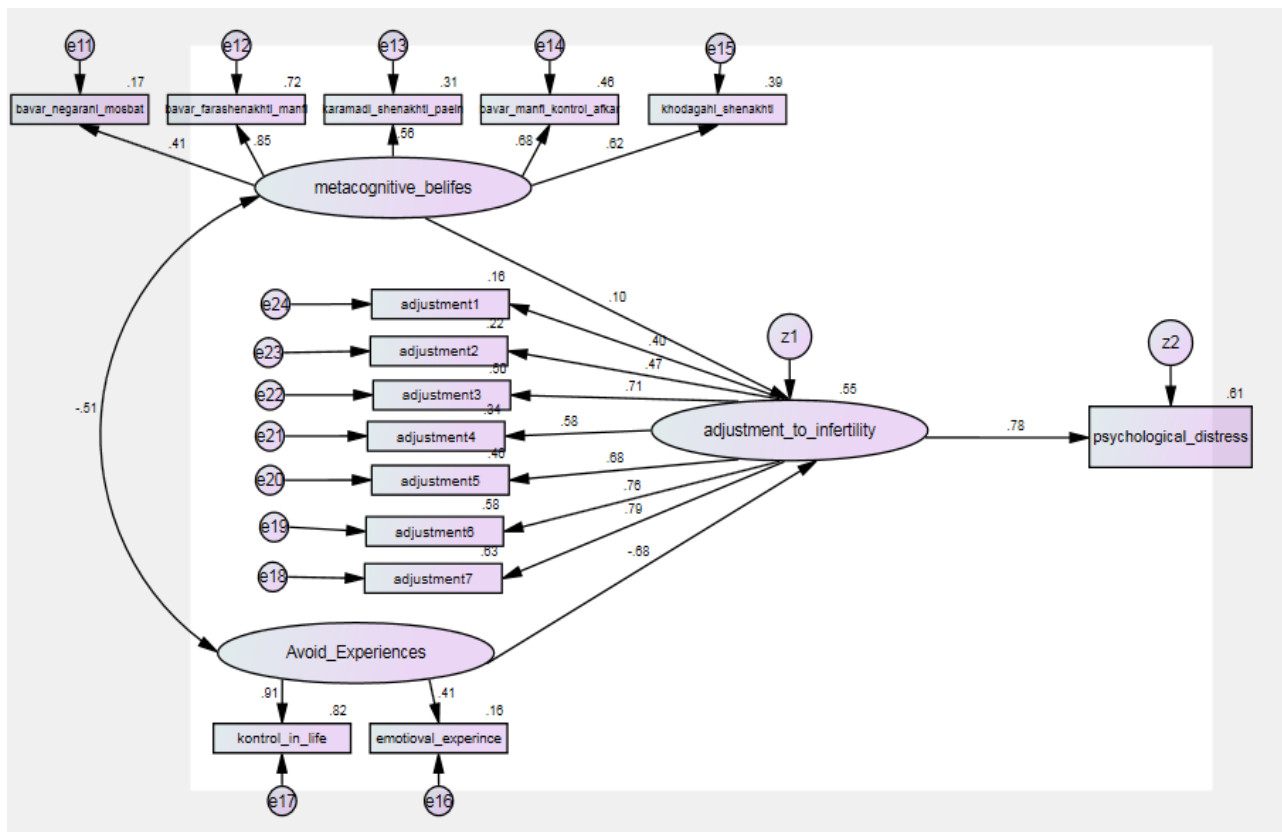
با توجه به ضریب همبستگی پیرسون در جدول ۲ مشخص است متغیرهای باورهای فراشناختی، اجتناب تجربه‌ای و سازگاری با ناباروری به ترتیب به میزان $0/56-$ ، $0/49$ و $0/79-$ با پریشانی روان‌شناختی زنان نابارور همبستگی دارند. در ادامه به بررسی نقش میانجی سازگاری با ناباروری در رابطه بین باورهای

جدول ۳: شاخص‌های برازندگی مدل پیشنهادی در پژوهش

RMSEA	NFI	CFI	TLI	IFI	AGFI	GFI	χ^2/df	DF	χ^2
۰/۰۷۶	۰/۹۵۳	۰/۹۷۱	۰/۹۶۳	۰/۹۷۲	۰/۹۱۰	۰/۹۵۵	۲/۴۱	۲۲	۵۳/۱۷

بالاتر از $0/95$ ؛ شاخص توکرلویس (IFI) برابر با $0/972$ (مقدار مطلوب بالاتر از $0/95$)؛ شاخص برازندگی تطبیقی (CFI) برابر با $0/971$ (مقدار مطلوب بالاتر از $0/95$)؛ شاخص برازندگی هنجار شده (NFI) برابر با $0/953$ (مقدار مطلوب بالاتر از $0/95$)؛ و شاخص جذر میانگین مجذورات خطاب تقریب (RMSEA) برابر با $0/076$ (مقدار مطلوب کوچکتر از $0/08$) است. این یافته‌های نشانگر برازش مناسب مدل پیشنهادی است.

با توجه به نتایج مندرج در جدول ۳ ملاحظه می‌شود که در مدل پیشنهادی تحقیق برای کل نمونه آزمودنی‌ها شاخص نسبت مجذور خی بر درجه آزادی (χ^2/df) برابر با $2/41$ (مقدار مطلوب کوچکتر از ۳)؛ شاخص نیکویی برازش (GFI) برابر با $0/955$ (مقدار مطلوب بالاتر از $0/95$)؛ شاخص نیکویی برازش تعدیل یافته (AGFI) برابر با $0/910$ (مقدار مطلوب بالاتر از $0/90$)؛ شاخص برازندگی فزاینده (IFI) برابر با $0/972$ (مقدار مطلوب



نمودار ۱. ضرایب استاندارد مدل پیشنهادی رابطه باورهای فراشناختی و اجتناب تجربه‌ای در پیش‌بینی پریشانی روان‌شناختی با میانجیگری سازگاری با ناباروری در زنان نابارور

جدول ۴. ضرایب استاندارد و غیراستاندارد مسیرهای موجود در پژوهش

مسیر	بر آورد غیراستاندارد	خطای استاندارد	بر آورد استاندارد	نسبت بحرانی (t)	سطح معناداری (p)
باورهای فراشناختی بر سازگاری با ناباروری	۰/۳۱	۰/۰۱۷	۰/۱۰	۲/۹۳	۰/۰۳
اجتناب تجربه‌ای بر سازگاری با ناباروری	-۰/۶۵	۰/۰۲۱	-۰/۶۸	-۵/۷۴	۰/۰۰۰۱
سازگاری با ناباروری بر پریشانی روان‌شناختی	۰/۷۴	۰/۰۱۱	۰/۷۸	۷/۲۳	۰/۰۰۰۱

نتایج حاصل از نمودار شماره یک و جدول شماره ۴ بیانگر آن است که مسیرهای باورهای فراشناختی بر سازگاری با ناباروری ($\beta=0/10$; $p=0/03$)؛ اجتناب تجربه‌ای بر سازگاری با ناباروری ($\beta=-0/68$; $p=0/0001$)؛ و سازگاری با ناباروری بر پریشانی روان‌شناختی ($\beta=0/74$; $p=0/0001$) معنی‌دار هستند.

یک بخش از یافته‌ها بیانگر آن بود که باورهای فراشناختی بر سازگاری با ناباروری در زنان نابارور تاثیر دارد. این یافته با نتایج پژوهش احدیان‌فر و همکاران (۱۴) همسو بود. چنانکه این پژوهشگران نشان داده‌اند که باورهای فراشناختی می‌تواند به

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی نقش باورهای فراشناختی و اجتناب تجربه‌ای در پیش‌بینی پریشانی روان‌شناختی با

شکل معناداری روند سازگاری افراد با بیماری را تحت تاثیر قرار دهد. در تبیین یافته حاضر می‌توان گفت باورهای فراشناختی به نحوه بکارگیری دانش فرد درباره کلیه فرایندهای شناختی در جهت تحقق اهداف یادگیری و رفتاری اطلاق می‌شود. بنابراین در این فرایند تاکید عمده بر آگاهی افراد از نظام شناختی خود است، به نحوی که راه‌های از میان بردن موانع ارتباطی و شناختی را می‌آموزد، شیوه‌های بهینه رفتار کردن در موقعیت‌های چالش‌برانگیز را پی‌ریزی می‌کنند و در همه مراحل تفکر، فعالیت‌های خود را تنظیم می‌کنند (۱۶). بر این اساس باورهای فراشناختی به زنان نابارور این توانایی را اعطا می‌کند که در فهم روابط بین واقعیات موقعیت حاضر دقت کنند، راه حل انتخابی خود را بررسی نمایند، مسائل پیچیده را در قالب مراحل جزئی‌تری تحلیل نمایند و با سوال کردن از خود، جریان تفکرشان را کنترل کنند. این فرایند سبب می‌شود تا آنها نسبت به نقاط ضعف و قوت خود بصیرت یابند. کسب آگاهی و دانش در حوزه فهم واقعیت‌ها و انتخاب راه حل‌های بهنجار سبب شکل‌گیری سازگاری با چالش‌ها همچون سازگاری با ناباروری در زنان نابارور می‌شود. علاوه بر این کسب دانش مبنی بر آگاهی از قواعد، راهبردها و اهداف مساله در اثر وجود فراشناخت باعث می‌شود که زنان نابارور بتوانند بطور کارآمدتر و منعطف‌تری به انطباق توانایی‌های شناختی خود با موقعیت جدید بپردازند. بنابراین باورهای فراشناختی با ایجاد انطباق بین پردازش شناختی و واقعیت‌ها و چالش‌های محیطی سبب می‌شود تا زنان نابارور سازگاری بهتری را با بیماری خود نشان دهند.

بخش دیگر یافته‌ها نشان داد که اجتناب تجربه‌ای بر سازگاری با ناباروری در زنان نابارور تاثیر می‌گذارد. یافته حاضر با نتایج پژوهش ویلیامز و همکاران (۱۷) همسو بود. این پژوهشگران نشان داده‌اند که اجتناب از تجارب هیجانی با آسیب‌های روان‌شناختی و هیجانی همراه بوده و می‌تواند روند سازگاری افراد را در زمینه‌های مختلف مختل سازد. در تبیین یافته حاضر می‌توان گفت که اجتناب تجربه‌ای با شکل‌دهی اجتناب فرد از تجارب روان‌شناختی و هیجانی خود، سبب ایجاد خودگریزی در افراد می‌شود (۱۷). اجتناب تجربه‌ای سبب

می‌شود که فرد نتواند تجارب دردناک گذشته خود را پذیرفته و از این رو در مواجهه با آن در رنج است. امتناع از مواجهه با تجارب درونی خود و خاطرات تلخ نیز می‌تواند روند سازگاری افراد با چالش‌های محیطی همچون ناباروری را کند نماید؛ بدین صورت که زنان نابارور در اثر وجود اجتناب تجربه‌ای به شکل آگاهانه و یا ناآگاهانه از مواجهه شناختی با ناباروری خود امتناع کرده و این فرایند باعث می‌شود تا آنها سازگاری کمتری را با ناباروری از خود نشان دهند. از طرفی دیگر باید اشاره کرد که افرادی که دارای اجتناب تجربه‌ای هستند، بیشتر از افراد عادی دارای احساسات یا حس‌های ناراحت‌کننده، نشانه‌های افسردگی و تجارب بالینی آسیب‌زا هستند (۱۹). وجود نشانه‌های افسردگی سبب کناره‌گیری زنان نابارور از تعاملات خانوادگی و اجتماعی می‌شود. این فرایند باعث می‌شود که به شکل ناخودآگاه ارتباطات هیجانی و روان‌شناختی زنان نابارور با نزدیکان و اطرافیان کاهش یابد. کاهش در ارتباطات محیطی و خانوادگی نیز سبب کاهش ادراک حمایت اجتماعی در این افراد شده و به روند ایجاد سازگاری با ناباروری آسیب وارد می‌شود.

یافته آخر پژوهش نشانگر نقش میانجی معنادار سازگاری با ناباروری در ارتباط بین باورهای فراشناختی و اجتناب تجربه‌ای با پریشانی روان‌شناختی در زنان نابارور بود. یافته حاضر همسو با یافته بشارت و همکاران (۲۱) بود. این پژوهشگران در نتایج پژوهش خود نشان داده‌اند که سازگاری با بیماری می‌تواند منجر به کاهش آسیب‌های روان‌شناختی بیماران شود. در تبیین یافته حاضر می‌توان گفت که سازگاری با ناباروری می‌تواند منجر به کاهش نشخوار فکری، خوددرگیری و پردازش‌های شناختی و هیجانی آسیب‌زا همچون افسردگی، اضطراب و استرس شود؛ چرا که سازگاری با ناباروری فرد را وارد فرایند پذیرش می‌کند. این فرایند سبب می‌شود تا زنان نابارور در عین حالی که با قدرت حل مساله در پی یافتن روش‌های بهبود و باردار شدن هستند، نسبت به وجود پدیده ناباروری نیز به پذیرش می‌رسند و آن را قسمتی از زندگی خویش به حساب می‌آورند. بر این اساس آنها تمام معنای زندگی خود را در باردار شدن

بسته‌ای آموزشی با محتوای روش‌های ایجاد سازگاری با ناباروری و پذیرش آن برای جامعه زنان نابارور طراحی و اجرا شود تا بدین صورت گامی عملی جهت کاهش پریشانی روان‌شناختی این گروه از جامعه برداشته شود.

تضاد منافع

در این پژوهش هیچ‌گونه تعارض منافع توسط نویسندگان گزارش نشده است.

تشکر و قدردانی

مقاله حاضر برگرفته از رساله دوره دکتری تخصصی به شماره کد پژوهشی ۱۵۰۲۰۷۰۵۹۷۱۰۰۲ و کد اخلاق IR.IAU.FALA.REC.1398.007 بود. بدین وسیله از تمام زنان نابارور حاضر در پژوهش و مسئولین مرکز ناباروری رویان که همکاری کامل جهت اجرای پژوهش داشتند، قدردانی به عمل می‌آید.

سرمایه‌گذاری نکرده و به دیگر امورات زندگی و زناشویی خود نیز توجه نشان می‌دهند که این روند نیز با بهبود سلامت روان آنها، باعث کاهش مولفه‌های روان‌شناختی مخرب همچون پریشانی روان‌شناختی می‌شود.

محدود بودن دامنه تحقیق به زنان نابارور مراجعه کننده به مرکز ناباروری رویان شهر تهران و وجود برخی متغیرهای کنترل نشده، مانند وضعیت هوشی زنان حاضر در پژوهش، وضعیت مالی خانواده‌ها و موقعیت اجتماعی آنها و عدم بهره‌گیری از روش‌های نمونه‌گیری تصادفی از محدودیت‌های این پژوهش بود؛ بنابراین پیشنهاد می‌شود برای افزایش قدرت تعمیم‌پذیری نتایج، در سطح پیشنهاد پژوهشی، این پژوهش در سایر شهرها و مناطق و جوامع دارای فرهنگ‌های متفاوت، دیگر گروه‌ها، کنترل عوامل ذکر شده و روش نمونه‌گیری تصادفی اجرا شود. با توجه به نقش میانجی معنادار سازگاری با ناباروری در رابطه بین باورهای فراشناختی و اجتناب تجربه‌ای با پریشانی روان‌شناختی در زنان نابارور، در سطح کاربردی پیشنهاد می‌شود

References

1. Izadi N, Sajjadian I. The Relationship between Dyadic Adjustment and Infertility-Related Stress: The Mediated Role of Self-compassion and Self-judgment. *IJPN*. 2017; 5(2): 15-22. (In Persian).
2. Kazemijaliseh H, Ramezani Tehrani F, Behboudi Gandevani S, Hosseinpanah F, Khalili D, Azizi F. The Prevalence and Causes of Primary Infertility in Iran: A Population Based Study. *Glob J Health Sci*. 2015;7(6):226-232.
3. Zhang C, Li T. Culture, fertility and the socioeconomic status of women. *China Economic Review*. 2017; 45: 279-288.
4. Gulec G, Hassa H, Yalcin EG, Yenilmez C. The effects of infertility on sexual functions and dyadic adjustment in couples that present for infertility treatment. *Turk Psikiyatri Derg*. 2011; 22(3): 166-76.
5. Raes F, Pommier E, Neff KD, Van Gucht D. Construction and factorial validation of a short form of the Self-Compassion Scale. *Clin Psychol Psychother*. 2011; 18(3): 250-255.
6. Merrell J, Lavery M, Ashton K, Heinberg L. Depression and infertility in women seeking bariatric surgery. *Surgery for Obesity and Related Diseases*. 2014; 10(1): 132-137.
7. Al-Asadi JN, Hussein ZB. Depression among infertile women in Basrah, Iraq: Prevalence and risk factors. *Journal of the Chinese Medical Association*. 2015; 78(11): 673-677.
8. Maroufizadeh S, Ghaheri A, Almasi-Hashiani A, Mohammadi M, Navid B, Ezabadi Z, Omani Samani R. The prevalence of anxiety and depression among people with infertility referring to Royan Institute in Tehran, Iran: A cross-sectional questionnaire study. *Middle East Fertility Society Journal*. 2018; 32(2): 103-106.
9. Yusuf A.J., Maitama H.Y., Amedu M.A., Ahmed M, Mbibu HN. Socio-demographic correlates of psychological distress among male patients with infertility in Zaria, Nigeria. *African Journal of Urology*. 2012; 18(4): 170-174.

10. Choi *NG*, Sullivan *JE*, DiNitto *DM*, Kunik *ME*.(2019). Associations between psychological distress and health-related behaviors among adults with chronic kidney disease. *Preventive Medicine*, **2019**; 126: 105-111.
11. Teasdale *TW*, Antal *A*. Psychological distress and intelligence in young men. *Personality and Individual Differences*, 2016; 99: 336-339.
12. Gyasi *RM*. Social support, physical activity and psychological distress among community-dwelling older Ghanaians. *Archives of Gerontology and Geriatrics*, 2019; 81: 142-148.
13. MacKillop *J*, DeWit *H*. *The Wiley- Blackwell handbook of Addiction Psychopharmacology*. John Wiley and Sons. 2013.
14. Ahadian fard *P*, Asgharnejad farid *A A*, Lavasani *F*, Ashoori *A*. (2017). Role of Cognitive, Metacognitive, and Meta-Emotional Components in Prediction of Emotional Distress in Students. *IJPCP*. 23 (2) :178-191
15. Asli Azad *M*, Faramarzi *S*, Arefi *M*, Farhadi *T*, Fakkar *A*. The Effectiveness of Meta-Cognitive Knowledge on Reduced Hyperactivity and Improved Attention in Children Afflicted With Attention Deficit and Hyperactivity Disorder (ADHD) in the Primary School. *Advances in Cognitive Sciences*. 2014; 16(1): 49-57. (In Persian).
16. Hjemdal *O*, Hagen *R*, Nordahl *HM*, Wells *A*. Metacognitive Therapy for Generalized Anxiety Disorder: Nature, Evidence and an Individual Case Illustration, *Cognitive and Behavioral Practice*, 2013; 20(3): 301-313.
17. Williams *JL*, Hardt *MM*, Henschel *AV*, Eddinger *JR*. Experiential avoidance moderates the association between motivational sensitivity and prolonged grief but not posttraumatic stress symptoms. *Psychiatry Research*, 2019; 273: 336-342.
18. Kirk *A*, Meyer *JM*, Whisman *MA*, Deacon *BJ*, Arch *JJ*. Safety behaviors, experiential avoidance, and anxiety: A path analysis approach. *Journal of Anxiety Disorders*, 2019; 64: 9-15.
19. Kashdan *TB*, Morina *N*, Priebe *S*. Post-traumatic stress disorder, social anxiety disorder, and depression in survivors of the Kosovo War: Experiential avoidance as a contributor to distress and quality of life. *Journal of Anxiety Disorders*, 2009; 23(2): 185-191.
20. Chawla *N*, Ostafin *B*. Experiential avoidance as a functional dimensional approach to psychopathology: An empirical review. *Journal of Clinical Psychology*, 2007; 63(9): 871-890.
21. Besharat *MA*, Teymourpour *N*, Rahimi Nejad *A*, Hossein Rashidi *B*, Gholam Ali Lavasani *M*. Investigating the mediating role of cognitive emotion regulation strategies in the relationship between attachment styles and my firmness with coping with infertility in women, *Contemporary Psychology*, 2015; 11(1): 3-20. (In Persian).
22. Kheyrkhan *M*, Vahedi *M*, Poneh Janani *S*. The Effect of Group Counseling on Infertility Adjustment of infertile women in Tabriz Al-Zahra clinic, *Contemporary Psychology*, 2015; 11(1): 3-20. (In Persian).
23. Alonso *Y*. The bio psychosocial model in medical research: the evolution of the health concept over the last two decades. *Patient Education and Counseling*, 2004; 53: 239-244.
24. Mahajan *NN*, Turnbull *DA*, Davies *MJ*, Jindal *UN*, Briggs *NE*, Taplin *JE*. Adjustment to infertility: the role of intrapersonal and interpersonal resources/vulnerabilities. *Hum Reprod*, 2009; 24(4):906-912.
25. Zuraida *AS*. Psychological distress among infertile woman: exploring biopsychosocial response to infertility. *Malas J Psychiatry* 2010; 19(2):1-11.
26. Sbaraqli *C*, Morgante *G*, Goracci *A*, Hofkens *T*, De Leo *V*, Castrogiovanni *P*. Infertility and psychiatric morbidity. *Fertil Steril*, 2008; 90(6): 2107-2011.
27. Kline *G*, Honaker *J*, Joseph *A*, Scheve *K*. Analyzing Incomplete Political Science Data: An Alternative Algorithm for Multiple Imputation. *American Political Science Review*. 2001; 95: 49-69.
28. Bond *FW*, Hayes *SC*, Baer *RA*, Carpenter *KM*, Guenole *N*, Orcutt *HK*, et al. Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire-II: a revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance. *Behavior Therapy*, 2011; 42(4): 676-88.
29. Abbasi *A*, Fati *L*, Moloudi *R*, Zarabi *H*. Adequacy psychometrics of the Persian version of the Admission and Practice Questionnaire - Second Edition, *Psychological Methods and Models*, 2013; 2(10): 65-80. (In Persian).

30. Kessler RC, Andrews G, Colpe LJ, Hiripi E, Mroczek DK, Normand SLT, Walters EE, Zaslavsky AM. Short screening scales to monitor population prevalence's and trends in nonspecific psychological distress. *Psychological Medicine*, 2002; 32(6): 959-976.
31. Vasiliadis HM, Chudzinski V, Gontijo-Guerra S, Préville M. Screening instruments for a population of older adults: The 10-item Kessler Psychological Distress Scale (K10) and the 7-item Generalized Anxiety Disorder Scale (GAD-7). *Psychiatry Research*, 2015; 228(1): 89-94.
32. Green K, Karrak H. Life span developmental psychology: Prospective on stress and coping (pp. 151-174). Hillsdale, N. J: Lawrence Erlbaum Associates. 2010.
33. Anderson LS, Grimsrud A, Myer L, Williams DR, Stien DJ, Seedat S. The psychometric properties of the K10 and K6 scales in screening for mood and anxiety disorders in the South African Stress and Health study. *International Journal Methods Psychiatry Research*, 2011; 20(4): 215-223.
34. Yaqubi H. Psychometric Properties Version 10 of the Kessler Psychological Distress Questionnaire (10-K). *Journal of Applied Psychological Research*, 2015; 6 (4): 57-45. (In Persian).
35. Shirinzadeh Dastgerdi P. Comparison of metacognitive beliefs and responsibility in patients with obsessive-compulsive disorder, generalized anxiety disorder and normal individuals. Master Thesis in Clinical Psychology. Shiraz university. 2006. (In Persian).
36. Raisi Dastgerdi MD. The effectiveness of cognitive therapy based on the Douglas model on metacognitive beliefs, dysfunctional attitudes, anxiety and cognitive emotion regulation in adolescents with generalized anxiety disorder in Isfahan. Master Thesis, Islamic Azad University, Isfahan Branch (Khorasgan). 2018. (In Persian).
37. Derogatis LR, Derogatis MF. Administration, Scoring and Procedures Manual±II. *Clinical Psychometric Research*. 1990.
38. Samadzadeh N, Poursharifi H, Babapour Kheyreddin J. The effectiveness of cognitive- behavioral therapy on the psycho-social adjustment to illness and symptoms of depression in individuals with type II diabetes. 2015; 17(5): 77-97. (In Persian).

Original Article

The Role of Metacognitive Beliefs and Experiential Avoidance in Predicting Psychological Distress with the Mediation of Adaptation to Infertility in Infertile Women

Received: 22/12/2019 - Accepted: 30/12/2020

Momeneh Ghaderi ¹
Farideh Dukaneh Fard ^{2*}
Panthea Jahangir ⁴
Ahmad Vosough Taghi Dizaj ⁵

¹ PhD student in Psychology, Islamic Azad University, Roodehen Branch, Roodehen, Iran.

² Associate Professor, Department of Psychology, Islamic Azad University, Roodehen Branch, Roodehen, Iran.

³ Assistant Professor, Department of Psychology, Islamic Azad University, Roodehen Branch, Roodehen, Iran.

⁴ Associate Professor, Radiologist, Tehran, Iran.

* Department of Psychology, Islamic Azad University, Roodehen Branch, Roodehen, Iran.

Email: F_dokaneefard@gmail.com

Abstract

Introduction: infertility is phenomenon which seriously damages infertile women's mental health and causes psychological distress in them. Therefore, the present study was conducted aiming to investigate the role of metacognitive beliefs and experiential avoidance in predicting psychological distress with the mediation of adaptation to infertility in infertile women

Materials and Methods: the research method was descriptive from correlational and structural equations type. The statistical population of the current study was infertile women who referred to Royan infertility center in the city of Tehran in the third quarter of 2018. The sample of the present study which included 350 infertile women who were selected through convenient method. The applied questionnaires in this study included the questionnaire of metacognitive beliefs (Wales and Kateraigh-Hawton, 2004), the questionnaire of acceptance and action (Bond, et.la, 2011), the scale of mental-social adaptation to disease (Derogits and Derogits, 1990) and the questionnaire of psychological distress (Kesler, et.al, 2002). After collecting the questionnaires, the analysis of data was conducted through Pearson correlation method and structural equation.

Results: the results showed that there is a significant relationship between variables ($p < 0.001$). In addition, the mediating role of adaptation to infertility was confirmed in the relationship of metacognitive beliefs and experiential avoidance with psychological distress in infertile women.

Conclusion: considering the significant role of adaptation to infertility, it is a necessity to provide and use the training package of adaptation to infertility for infertile women to improve metacognitive beliefs and decrease experiential avoidance and psychological distress of infertile women.

Key words: Metacognitive beliefs, experiential avoidance, psychological distress, adaptation to infertility, infertile women

Acknowledgement: There is no conflict of interest.