

Prediction of Depression through Cognitive Emotion Regulation and Resilience among Infertile Females

Sajad Basharpour¹, Akbar Atadokht², Mozaffar Ghaffari^{3,*}, Mehri Mowlaie⁴

¹ Associate Professor in Psychology, University of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, Iran

² Assistant Professor in Psychology, University of Mohaghegh Ardabili, Ardabil, Iran

³ Instructor, Department of Psychology, Payame Noor University, Iran

⁴ Ph.D. student in general psychology, Department of psychology, University of Mohaghegh Ardabili, Ardabili, Iran

* **Corresponding author:** Mozaffar Ghaffari, Department of Psychology, Payame Noor University, Iran. E-mail: mozaffar.ghaffari@yahoo.com

Received: 03 Apr 2016

Accepted: 22 Sep 2016

Abstract

Introduction: Depression is a common and potential disabling factor in infertile females. The aim of the present research was to examine the relationship between cognitive emotion regulation strategies and resilience, and depression of infertile females.

Methods: This research was a correlational study. The sample of the present study included three hundred infertile females referred to the infertility institution of Tabriz Jihad University, which were selected using the random sampling method. For collecting the data, Garnefski cognitive emotion regulation scale, Conner resilience questionnaire and Beck depression inventory were used. The data were analyzed with Pearson correlation test and multiple regression analysis and SPSS software version 22. The P value was considered significant at 0.05.

Results: There was a positive relationship between depression of infertile females and self-blame, others-blame, preoccupation, catastrophizing, and putting into perspective, and there was a negative significant relationship with resilience, renewed positive concentration, renewed positive appraisal, acceptance and renewed concentration on scheduling. The results of multivariate correlation coefficient through the Enter method showed that variable resilience and cognitive emotion regulation had a role ($R^2 = 49.1\%$) in explaining depression in infertile females.

Conclusions: In accordance with the reverse relationship between depression in infertile females and resilience and cognitive emotion regulation strategies, it seems that resilience and adaptive cognitive emotion regulation strategies can lead to a decrease in depression in infertile females.

Keywords: Cognitive Emotion Regulation; Resilience; Depression; Infertile; Women

پیش بینی افسردگی زنان نابارور از طریق تنظیم شناختی هیجان و تاب آوری

سجاد بشرپور^۱، اکبر عطادخت^۲، مظفر غفاری^{۳*}، مهری مولایی^۴

^۱ دانشیار روانشناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران

^۲ استادیار روانشناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران

^۳ مربی، گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور، ایران

^۴ دانشجوی دکتری تخصصی روانشناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران

* نویسنده مسئول: مظفر غفاری، گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور، ایران. ایمیل: mozaffar.ghaffari@yahoo.com

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۵/۰۷/۰۱

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۵/۰۱/۱۵

چکیده

مقدمه: افسردگی یک ویژگی مشترک و به طور بالقوه ناتوان کننده در زنان نابارور می باشد. هدف این پژوهش تعیین ارتباط راهبردی تنظیم شناختی هیجان و تاب آوری با میزان افسردگی زنان نابارور بوده است.

روش کار: روش پژوهش توصیفی از نوع همبستگی است. نمونه آماری این تحقیق شامل ۳۰۰ نفر از زنان نابارور مراجعه کننده به مرکز نازایی و ناباروری جهاد دانشگاهی واحد تبریز بودند که به روش نمونه گیری تصادفی ساده انتخاب شدند. برای گردآوری داده‌ها از فرم کوتاه پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان گارنفسکی و همکاران، پرسشنامه تاب آوری کانر و دیویدسن و پرسشنامه افسردگی بک استفاده شد و داده‌ها با استفاده از آزمون ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون چندگانه و از طریق نرم افزار آماری SPSS (نسخه ۲۲) مورد تحلیل قرار گرفتند. میزان P کمتر از ۰/۰۵ معنی دار در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: بین افسردگی زنان نابارور با مؤلفه ملامت خویش، ملامت دیگران، نشخوار فکری، فاجعه سازی و کم اهمیت شماری رابطه مثبت و با متغیر تاب آوری، مؤلفه تمرکز مثبت مجدد، ارزیابی مثبت مجدد، پذیرش و تمرکز مجدد بر برنامه ریزی رابطه منفی و معنی دار به دست آمد. نتایج ضریب همبستگی چند متغیری به روش enter نشان داد که متغیر تاب آوری و راهبردهای تنظیم شناختی هیجان در تبیین افسردگی زنان نابارور (۰/۴۹/۱) سهم دارند.

نتیجه گیری: با توجه به ارتباط معکوس افسردگی با تاب آوری و راهبردهای کارآمد تنظیم شناختی هیجان، به نظر می رسد تاب آوری و راهبردهای کارآمد تنظیم شناختی هیجان باعث کاهش افسردگی در زنان نابارور می شوند.

واژگان کلیدی: تنظیم شناختی هیجان؛ تاب آوری؛ افسردگی؛ زنان؛ نابارور

تمامی حقوق نشر برای انجمن علمی پرستاری ایران محفوظ است.

مقدمه

زنان نابارور از اهمیت قابل ملاحظه‌ای برخوردار بوده است. مطالعه Yan, Li Zhu, و Lei (۲۰۱۰) نشان داد که ۶۹/۱۹ درصد از زنان نابارور احساس شرمندگی کرده و همین احساس باعث بروز علائم افسردگی در این گروه می شود (۱۹).

Stuart, Liu, Lewis و Ryan (۲۰۱۳) نشان دادند که زنان نابارور و تحت درمان با آی وی اف (IVF) علائم افسردگی قابل ملاحظه‌ای را در مقایسه با زنان دیگر گروه‌ها نشان دادند (۲۰). افسردگی می تواند بر روند درمان ناباروری، مرحله پیگیری و امید به درمان به میزان زیادی تأثیر منفی بگذارد (۲۱). Naughton, Shindel, Nelson, Mulhall و Ohebshalom (۲۰۰۸) گزارش کردند که ۲۳-۱۹ درصد از زنان نابارور و تحت درمان با درمان‌های پیشرفته ناباروری، افسردگی خفیف تا شدید را تجربه کرده‌اند (۲۲). در مطالعه Gengxiang و همکاران (۲۰۱۴) (۲۳)، از ۲۸۸ نفر شرکت کننده زن

ناباروری به عنوان ناتوانی برای باردار شدن یا عدم تداوم بارداری تعریف شده است (۱-۴). ناباروری برای بسیاری از زوجین به یک بحران فزاینده تبدیل شده است (۵-۷). با وجود اینکه هر دو جنس به لحاظ هیجانی تحت تأثیر شرایط ناشی از ناباروری قرار می گیرند، به نظر می رسد زنان، استرس، فشار، افسردگی و اضطراب زیادی را متحمل می شوند (۸-۱۵). زنان عموماً به ناباروری با غمی عمیق و سوگواری پاسخ می دهند که می تواند منجر به بکارگیری راهبردهای مقابله‌ای هیجان - محور مانند گریه‌های مداوم و دعا کردن شود (۳، ۱۶، ۱۷). ۱۲/۴ درصد از زنان در سنین ۴۴-۲۰ در ۱۹۰ کشور مطالعه شده، نابارور بوده‌اند (۱۸).

در طی سال‌های اخیر همزمان با مطرح شدن مدل پزشکی بیولوژیکی - روانی - اجتماعی ناباروری، پرداختن به پارامترهای روانشناختی از جمله بهزیستی روانشناختی، عوامل محافظتی، بافت فرهنگی و منابع مقاومت

شرایط مزمن مانند سرطان (۴۶-۴۸)، درد آرتروزی (۴۹)، دیابت (۵۰) مرتبط است.

با بازنگری ادبیات پژوهشی خارج از کشور و نظریه‌های موجود در این زمینه و سایر منابع، می‌توان چنین استدلال کرد که بین سبک‌های تنظیم شناختی هیجان و تاب‌آوری با افسردگی زنان نابارور رابطه وجود دارد. با توجه به فراوانی علایم افسردگی در زنان نابارور به علت ناامیدی، احساس شرمندگی، عزت نفس و خودکارآمدی پایین... به عنوان مثال مطالعه، Li, Yan, Li, Zhu (۲۰۱۰) نشان داد که ۶۹/۱۹ درصد از زنان نابارور احساس شرمندگی کرده و همین احساس باعث بروز علائم افسردگی در این گروه می‌شود (۱۹)، یا اینکه Stuart, Liu, Lewis و Ryan (۲۰۱۳) نشان دادند که زنان نابارور و تحت درمان با آی وی اف (IVF) علائم افسردگی قابل ملاحظه‌ای را در مقایسه با زنان دیگر گروه‌ها نشان دادند (۲۰)، همچنین همانطور که گفته شد افراد با تاب‌آوری بالا و سبک‌های کارآمد تنظیم شناختی هیجان، گرایش بیشتری به استفاده از راهکارهای مقابله‌ای قوی دارند. استفاده از راهکارهای مقابله‌ای مانند رفتارهای خودمراقبتی ممکن است احتمال بروز بیماری را کاهش داده و گرایش افراد به پیروی از دستورات پزشکی را افزایش دهد. از آنجا که در داخل کشور تحقیق روشنی راجع به موضوع حاضر صورت نگرفته بود، لذا بررسی سازوکارهای روانشناختی از جمله تنظیم هیجان و تاب‌آوری به عنوان مولفه‌های مهم درگیر در افسردگی زنان نابارور، اهمیت پرداختن به چنین پژوهش‌هایی را جهت ارائه راهکارهای مناسب درمان‌های روانشناختی پیش روی این افراد قرار می‌دهد.

روش کار

تحقیق حاضر یک مطالعه توصیفی از نوع همبستگی بوده است. جامعه آماری این پژوهش را زنان نابارور استان‌های شمال غربی کشور، که جهت درمان (درمان مشکل ناباروری) در مرکز نازایی و ناباروری جهاد دانشگاهی واحد تبریز در سال ۱۳۹۴ تشکیل پرونده داده بوده‌اند تشکیل داده‌اند. نمونه آماری پژوهش حاضر با استفاده از فرمول کوکران و با توجه به طرح پژوهش و تعداد متغیرها شامل ۳۲۲ نفر از زنان نابارور استان‌های شمال غربی کشور، که در مرکز نازایی و ناباروری جهاد دانشگاهی واحد تبریز (جهت درمان مشکل ناباروری خودشان) پرونده داشتند و به روش نمونه‌گیری تصادفی ساده انتخاب شدند. برای گزینش اعضای نمونه، از بین ۳۰۰۰ پرونده (که تمامی پرونده‌ها کد گذاری شده بودند)، ۳۲۲ پرونده به صورت تصادفی ساده انتخاب شدند. پس از مشخص شدن زمان مراجعه بیماران (بیماران انتخاب شده)، محققان در مراکز حاضر شده، و بعد از جلب نظر و توجیه آنان اقدام به توزیع و جمع‌آوری پرسش‌نامه‌ها و پاسخ‌نامه‌های مربوط در همان زمان و مکان نمودند. در مدت ۸ هفته تمامی داده‌ها گردآوری شدند. ۲۲ پاسخنامه به دلیل ناقص بودن و یا پاسخ‌دهی توأم با بی‌دقتی کنار گذاشته شدند و تحلیل نتایج بر روی ۳۰۰ مجموعه پاسخنامه باقیمانده انجام گرفت. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل: دامنه سنی ۲۵ الی ۴۰ سال، سطح سواد خواندن و نوشتن، مدت ناباروری یک سال و بیشتر داشتن تمایل همکاری با مطالعه. تنها ملاک خروج از مطالعه، نداشتن تمایل همکاری با پژوهشگران بوده است. به منظور حفظ ملاحظات اخلاقی در خصوص محرمانه بودن اطلاعات به آزمودنی‌ها اطمینان داده

نابارور، تعداد ۶۵ نفر (۲۲/۶ درصد) افسردگی بالایی در مقایسه با گروه کنترل داشته‌اند. مطالعات دیگر نشان دادند که شیوع اختلالات افسردگی در بین زنان نابارور دوبرابر جمعیت عادی است (۲۴-۲۶). مطالعه دیگری نشان داد که تقریباً ۳۷ درصد زنان نابارور علائم افسردگی در BDI را گزارش کرده‌اند که دوبرابر گروه کنترل می‌باشد (۲۷).

عوامل متعددی در افسردگی زنان نابارور و تحت درمان با روش‌های پیشرفته ناباروری مورد بررسی قرار گرفته است، که از این میان نقش تنظیم شناختی هیجان در افسردگی حائز اهمیت بوده است. به گونه‌ای که نقص در مهارت‌های تنظیم هیجان در درمان افسردگی به عنوان هدف امیدبخش مورد توجه بوده است (۲۸-۳۰). تنظیم هیجان شامل فرایند درونی و بیرونی مدیریت، ارزیابی و اصلاح واکنش‌های هیجانی است (۳۱). در متون روانشناختی، این مفهوم اغلب به منظور توصیف فرایند تعدیل عاطفه منفی به کار رفته است، هرچند تنظیم هیجان می‌تواند در برگیرنده فرایندهای هشیار باشد، الزاماً نیازمند آگاهی و راهبردهای آشکار نیست (۳۲) و به عنوان فرایندهای بیرونی و درونی دخیل در بازبینی، ارزشیابی و تعدیل ظهور، شدت و طول مدت واکنش‌های هیجانی تعریف شده است (۳۱)، که در سطح ناهشیار، نیمه هوشیار و هوشیار به کار گرفته می‌شود (۳۳). محققان ۹ راهبرد شناختی در تنظیم هیجانان معرفی کرده‌اند: نشخوار فکری، پذیرش، خود را مقصر دانستن، توجه مثبت مجدد، متمرکز بر برنامه ریزی، بازنگری و ارزیابی مجدد به صورت مثبت، تحت نظر قرار دادن، فاجعه آمیز تلقی کردن و مقصر دانستن دیگران (۳۴). راهبردهای کارآمد تنظیم شناختی، شامل توانایی مؤثر در برابر هیجان‌های منفی، به ننگ داشتن حس کنترل در موقعیت‌های آشفته که منجر به ایجاد افسردگی می‌گردند، می‌شوند (۳۵). به عبارتی دیگر، مهارت‌های مؤثر و موفق تنظیم هیجان به جلوگیری و کاهش شدت و مدت حالت‌های افسردگی و افسرده‌خویی کمک می‌کند (۳۶). در حالی که راهبردهای ناکارآمد تنظیم شناختی هیجان منجر به فعال شدن دوباره الگوهای افکار افسرده شده و کمک به بروز دوباره افسردگی می‌شود (۳۷، ۳۸).

از جمله عامل دیگری که در تحقیقات کنونی با توجه اهمیت آن مورد بررسی قرار گرفته، تاب‌آوری است. به طور کلی واژه تاب‌آوری به عوامل و فرایندهایی اطلاق می‌شود که رشد جسمانی و روانشناختی را از خطر گرفتاری به رفتارهای مشکل‌زا و آسیب روانشناختی محافظت می‌کند، و به زبان ساده عبارت است از تطابق مثبت در واکنش به شرایط ناگوار (۳۹). تاب‌آوری به عنوان یکی از زیرطبق مثبت در واکنش روانشناسی مثبت‌گرا، نقش مهمی در مقابله با تنیدگی‌ها و تهدیدهای زندگی و آثار نامطلوب آن دارد؛ به شکلی که در طی یک دهه اخیر جایگاه ویژه‌ای را در حوزه بهداشت روان به خود اختصاص داده است (۴۰). تاب‌آوری به عنوان توانایی فرد برای ننگ داشتن سطح سالمی از عملکرد روانشناختی و جسمانی (۴۱)، و مقابله مؤثر و انعطاف پذیر با چالش‌های زندگی تعریف شده است (۴۲-۴۴) Bonanno (۲۰۰۴) تاکید دارد که تاب‌آوری مداوم عملکرد را بهبود بخشیده و یک شاخص قوی بهزیستی روانشناختی است (۴۱). به نظر می‌رسد تاب‌آوری گرایش به تجربه افسردگی و اضطراب را کاهش می‌دهد (۴۱، ۴۵). ویژگی تاب‌آوری با کاهش ابتلا به بیماری‌های مزمن، بهبود پیش‌آگهی و سازگاری بهتر با

مقیاس افکار خودکشی و پرسشنامه اضطراب بک استفاده شد، به ترتیب ضرایب ۰/۶۸، ۰/۳۷ و ۰/۶۰ به دست آمد که نشان از روایی مطلوب پرسشنامه می‌باشد (۵۸). آزمون افسردگی بک در مطالعات متعدد هنجار یابی شده است. همبستگی نمرات دو بخش با نمره کل آزمون ۰/۲۳ تا ۰/۶۸ و ضریب همسانی درونی مقیاس ۰/۸۵ و پایایی مقیاس با استفاده از فرمول اسپیرمن-بروان ۰/۸۱ و پایایی آزمون ۰/۴۹ گزارش شده است (۵۹).

در تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش‌های آمار توصیفی چون میانگین، انحراف استاندارد و روش‌های آمار استنباطی چون ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون چندگانه استفاده شده است. در تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم افزار آماری SPSS نسخه ۲۲ استفاده شده است. نتایج این تحلیل‌ها در جداول ۱ و ۲ ارائه شده است.

یافته‌ها

نتایج آمار توصیفی شامل (میانگین و انحراف استاندارد) در جدول ۱ ارائه شده است. قبل از انجام تحلیل‌های آماری جهت نرمال بودن داده‌ها از آزمون کالموگراف اسمیرنوف استفاده شد که نتایج نشان داد که میزان P برای کلیه متغیرهای پژوهش از ۰/۰۵ بزرگ‌تر است لذا مفروضه نرمال بودن توزیع نمرات رعایت شده و به این ترتیب استفاده از تحلیل ضریب همبستگی پیرسون مقدور است. نتایج ماتریس ضرایب همبستگی متغیرهای پژوهش در جدول ۲ گزارش شده است.

جدول ۱: میانگین و انحراف استاندارد نمره‌های شرکت کنندگان در متغیرهای پژوهش

متغیرها	میانگین ± انحراف استاندارد
تاب آوری	۱۳/۶۳ ± ۶۸/۳۵
راهبرد انطباقی تنظیم هیجان	۵/۳۷ ± ۳۲/۱۷
راهبرد غیر انطباقی تنظیم هیجان	۴/۸۳ ± ۲۲/۴۶
افسردگی	۱۱/۵۸ ± ۴۵/۲۲

برای تعیین سهم هر یک از مؤلفه‌های راهبردهای غیر انطباقی تنظیم هیجان (ملامت خویش، ملامت دیگران، نشخوار فکری، فاجعه سازی و کم اهمیت شماری) و انطباقی (تمرکز مثبت مجدد، ارزیابی مثبت مجدد، پذیرش و تمرکز مجدد بر برنامه ریزی) و متغیر تاب‌آوری در پیش‌بینی افسردگی زنان نابارور از تحلیل رگرسیون چندگانه همزمان یا استاندارد استفاده شد. از تحلیل مقدماتی برای اطمینان از عدم تخطی از مفروضه‌های نرمال بودن، خطی بودن، هم خطی و یکسانی پراکندگی، استفاده گردید. مقادیر تولارنس و وی آی اف در جدول ۳ حاکی از آن است مفروضه هم خطی، رعایت شده است. چون که ارزش تولارنس تمام متغیرها بیشتر از ۰/۱ و ارزش وی آی اف متغیرها کمتر از ۱۰ بوده است. همچنین برای بررسی استقلال خطاها از آزمون دوربین-واتسون استفاده شده است که میزان آن ۱/۷۶ به دست آمد که نشان از مستقل بودن خطاها بوده است. مفروضه دیگری که در آزمون رگرسیون باید رعایت می‌شد نرمال بودن توزیع نمرات متغیر ملاک (وابسته) بود که در مطالعه حاضر برای بررسی توزیع نمرات متغیر ملاک

شد که نتایج به صورت فردی تجزیه و تحلیل واقع نمی‌شود بلکه به صورت گروهی تحلیل می‌شود.

ابزارهای پژوهش

- پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان (CERQ) یک ابزار ۱۸ گوی‌های است و راهبردهای تنظیم شناختی هیجان را در پاسخ به حوادث تهدید کننده و استرس‌زای زندگی در اندازه‌های پنج درجه‌ای از ۱ (هرگز) تا ۵ (همیشه) بر حسب نه زیرمقیاس به این شرح می‌سنجد: ملامت خویش؛ ملامت دیگران؛ تمرکز بر فکر یا نشخوار فکری؛ فاجعه سازی؛ کم اهمیت شماری؛ تمرکز مثبت مجدد؛ ارزیابی مثبت مجدد؛ پذیرش؛ تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی (۵۱). حداقل و حداکثر نمره در هر زیرمقیاس به ترتیب ۲ و ۱۰ است و نمره بالاتر نشان‌دهنده استفاده بیشتر فرد از آن راهبرد شناختی است. ویژگی‌های روان‌سنجی پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان در پژوهش‌های خارجی مورد تأیید قرار گرفته است (۵۳-۵۱). در بررسی مقدماتی ویژگی‌های روان‌سنجی این پرسشنامه در نمونه‌ای از جمعیت عمومی (n=۳۶۸، 197 زن، ۱۷۱ مرد) ضرایب آلفای کرونباخ برای زیرمقیاس‌ها از ۰/۶۷ تا ۰/۸۹ محاسبه شد، که این ضرایب همسانی درونی پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان را تأیید می‌کنند (۵۴). ضرایب همبستگی نمره‌های تعداد از شرکت‌کنندگان در پژوهشی (۴۳ زن، ۳۶ مرد) در دو نوبت با فاصله دو تا چهار هفته برای زیرمقیاس‌های پرسشنامه ۲۰/۵۷= تا ۲۰/۶۷= محاسبه شد. این ضرایب که در سطح $p < 0.01$ معنادار بودند، پایایی بازآزمایی پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان را تأیید می‌کنند (۵۵). روایی پرسشنامه، از طریق بررسی همبستگی میان راهبردهای منفی این پرسشنامه با نمرات مقیاس افسردگی و اضطراب پرسشنامه ۲۸ سوالی سلامت عمومی، به ترتیب ضرایبی برابر ۰/۳۵ و ۰/۳۷ به دست آمده که هر دو ضریب در سطح $P > 0.001$ معنی دار هستند (۴۴).

- پرسشنامه تاب‌آوری کاتر و دیویدسن ۲۵ گویه دارد که توسط کاتر و دیویدسن (۲۰۰۳) طراحی شده است که در یک مقیاس لیکرتی بین صفر (کاملاً نادرست) تا پنج (همیشه درست) با دامنه ۲۵-۱۲۵ نمره گذاری می‌شود. روایی پرسشنامه، از طریق بررسی همبستگی نمرات این پرسشنامه با نمرات مقیاس سرسختی روانشناختی و مکان کنترل راتی، به ترتیب ضرایبی برابر ۰/۴۱ و ۰/۴۸ به دست آمده که هر دو ضریب در سطح $P > 0.001$ معنی دار هستند (۵۶). در ایران برای تعیین پایایی این مقیاس، نخست همبستگی هر نمره با نمره کل بجز گویه ۳، ضریب‌های بین ۰/۴۱ تا ۰/۶۴ را نشان داد. سپس گویه‌های مقیاس به روش موهلفه اصلی مورد تحلیل عاملی قرار گرفتند. برای تعیین پایایی مقیاس تاب‌آوری کاتر و دیویدسون از روش آلفای کرونباخ بهره گرفته شد و ضریب پایایی ۰/۸۹ به دست آمد (۵۷). در پژوهشی که توسط سامانی، جوکار و صحراگرد (۱۳۸۶) انجام شد پایایی این مقیاس به کمک ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۷ به دست آمد (۵۸).

- پرسشنامه افسردگی بک شامل ۲۱ عبارت است که شدت علائم افسردگی را در زمینه‌های عاطفی، شناختی، و جسمانی ارزیابی می‌کند و برای هریک از سؤالات چهار گزینه وجود دارد که دامنه درجه بندی آن از صفر (عدم وجود) تا ۳ (شدید) است و نمره کلی پرسشنامه در محدوده ۰ الی ۶۳ متغیر می‌باشد. برای محاسبه روایی سازه از طریق بررسی همبستگی نمرات این پرسشنامه با نمرات مقیاس ناامیدی بک،

تحلیل رگرسیون چندگانه استاندارد نشان داد که متغیر تاب آوری و مؤلفه‌های نشخوار فکری، ملامت خویش، فاجعه سازی، کم اهمیت شماری، تمرکز مثبت مجدد، ارزیابی مثبت مجدد، تمرکز مجدد بر برنامه ریزی و پذیرش در زنان نابارور قوی‌ترین متغیرها برای پیش بینی افسردگی می‌باشد. ($R = 0.71$; $R^2 = 0.491$; $F = 45.83$; $P < 0.000$). جدول ۳ ضرایب استاندارد و غیر استاندارد بتا را برای متغیرها در پیش بینی افسردگی زنان نابارور را نشان می‌دهد.

(افسردگی زنان نابارور) از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف استفاده شد که میزان معناداری بیشتر از ۵ صدم به دست آمد که نشان از نرمال بودن توزیع متغیر ملاک (افسردگی زنان نابارور) می‌باشد. برای بررسی داده‌های پرت از آزمون ماهالانوبیس استفاده شد که میزان ۲۲/۴۵ به دست آمد که میزان آن کمتر از مقدار بحرانی مجذور کای با آلفای ۰/۰۰۱ بوده است (مقدار بحرانی مجذور کای از طریق برنامه آماری Mnitab با در نظر گرفتن تعداد متغیرها به مقدار ۲۰/۵۲ به دست آمد) که نشان داد در این مطالعه داده‌های پرت وجود نداشت. نتایج

جدول ۲: همبستگی تاب‌آوری، راهبردهای انطباقی و غیرانطباقی با افسردگی

متغیر	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰
۱- تاب‌آوری	۱									
۲- ملامت خویش	-۰/۴۱**	۱								
۳- ملامت دیگران	-۰/۳۴**	۰/۵۱**	۱							
۴- نشخوار فکری	-۰/۴۸**	۰/۵۱**	۰/۲۴**	۱						
۵- فاجعه سازی	-۰/۲۸**	۰/۵۳**	۰/۲۱**	۰/۵۲**	۱					
۶- کم اهمیت شماری	-۰/۲۵**	۰/۴۷**	۰/۳۶**	۰/۳۸**	۰/۴۱**	۱				
۷- تمرکز مثبت مجدد	۰/۵۶**	-۰/۵۱**	-۰/۳۴**	-۰/۵۳**	-۰/۴۹**	-۰/۲۱**	۱			
۸- ارزیابی مثبت مجدد	۰/۵۸**	-۰/۴۶**	-۰/۳۵**	-۰/۷۱**	-۰/۴۷**	-۰/۲۳**	۰/۳۸**	۱		
۹- تمرکز مجدد بر برنامه ریزی	۰/۴۵**	-۰/۵۳**	-۰/۴۱**	-۰/۴۶**	-۰/۵۲**	-۰/۳۳**	۰/۴۷**	۰/۳۵**	۱	
۱۰- پذیرش	۰/۳۷۵**	-۰/۰۰۹	-۰/۰۷۸	-۰/۰۹۹	-۰/۰۹۸	-۰/۰۸۷	-۰/۱۲۵*	۰/۰۹۶	۰/۰۸۷	۱
۱۱- افسردگی	-۰/۴۹**	۰/۴۹**	۰/۳۵**	۰/۵۲**	۰/۴۲**	۰/۲۱**	-۰/۵۴**	-۰/۵۲**	-۰/۲۳**	-۰/۱۷۹*

** $P < 0.01$

جدول ۳: ضریب رگرسیون چندگانه استاندارد برای پیش بینی افسردگی زنان نابارور با توجه به مؤلفه‌های راهبردهای تنظیم هیجان و تاب‌آوری

Tolerance	VIF	سطح معنی داری	t	ضرایب استاندارد	ضرایب غیر استاندارد	
					B	بتا
۰/۰۰۱	۲/۶۱	۰/۰۰۰	-۴/۴۶	-۰/۴۸۷	۰/۱۷۲	-۰/۶۷۶
۰/۲۵۹	۴/۳۸	۰/۰۰۰	۳/۶۸	۰/۳۵۸	۰/۱۴۳	۰/۴۷۸
۰/۴۵۱	۲/۶۷	۰/۳۰۱	۳/۵۷	۰/۳۳۳	۰/۱۳۸	۰/۴۲۲
۰/۱۳۲	۴/۳۳	۰/۰۰۰	۳/۹۰	۰/۴۸۵	۰/۱۵۶	۰/۵۷۷
۰/۱۳۸	۵/۴۷	۰/۰۰۰	۳/۶۴	۰/۳۴۷	۰/۱۴۰	۰/۴۶۹
۰/۴۳۸	۴/۲۳	۰/۰۰۱	۲/۵۶	۰/۲۶۸	۰/۱۲۵	۰/۳۴۶
۰/۲۶۷	۱/۷۹	۰/۰۰۱	-۳/۵۳	-۰/۳۶۸	۰/۱۳۷	-۰/۳۵۷
۰/۴۵۹	۵/۲۷	۰/۰۰۱	-۳/۴۶	-۰/۳۲۹	۰/۱۲۶	-۰/۳۴۶
۰/۱۳۷	۳/۳۳	۰/۰۰۱	-۲/۵۱	-۰/۲۷۹	۰/۱۲۵	-۰/۳۲۱
۰/۵۹۵	۱/۲۵۷	۰/۰۰۴	-۲/۱۱	-۰/۲۶۱	۰/۱۲۲	-۰/۲۲۱

بحث

و معنی دار وجود دارد، اما رابطه افسردگی با راهبرد ملامت خویش، ملامت دیگران، نشخوار فکری، فاجعه سازی و کم اهمیت شماری مثبت در سطح ۵ صدم معنی دار می‌باشد. این نتیجه گیری با یافته‌های (۲۹-۴۰) هم خوانی دارد. در تمامی این مطالعات نشان داده شده است

مطالعه حاضر در مرحله اول به دنبال بررسی ارتباط راهبردهای تنظیم شناختی هیجان با میزان افسردگی زنان نابارور بوده است. نتایج بدست آمده نشان داد که بین راهبردهای پذیرش، تمرکز مجدد مثبت، ارزیابی مثبت مجدد و تمرکز مجدد بر برنامه ریزی با افسردگی همبستگی منفی

(نظیر ناباروری) و مقاومت در برابر مشکلات و از بین بردن اثرات منفی مشکلات (نظیر ناباروری) در زنان نابارور ایفای نقش می‌کند. همچنین نتایج تحلیل رگرسیون چندگانه استاندارد نشان داد که نقش متغیر تاب‌آوری در پیش بینی میزان افسردگی زنان نابارور معنی دار می‌باشد عبارت دیگر نقش متغیر تاب‌آوری در تبیین مدل افسردگی زنان نابارور معنی دار می‌باشد.

پژوهش حاضر محدودیت‌هایی نیز داشت. اول اینکه پژوهش حاضر از نوع پژوهش‌های همبستگی بوده و نمی‌توان گفت که متغیرهای پیش بین علت اصلی متغیر ملاک می‌باشد. دوم اینکه در این پژوهش برای جمع آوری داده‌ها از پرسشنامه استفاده شد، از این رو با توجه به این که پرسشنامه‌ها جنبه خودسنجی داشته‌اند ممکن است در پاسخ‌ها سوگیری وجود داشته باشد. در تحقیقات بعدی لازم هست اثرات سایر متغیرهای روانشناختی نظیر هوش موفق، شخصی و باورآمیختگی اندیشه-کنش روی افسردگی زنان نابارور بررسی و مطالعه شود. از سویی دیگر به دلیل استفاده از ابزارهای خودگزارشی پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی از روش مصاحبه و مشاهده هم برای جمع آوری اطلاعات استفاده شود.

نتیجه گیری

نتایج این مطالعه نشان داد که متغیرهای پیش بین (مؤلفه‌های تنظیم شناختی هیجان و تاب‌آوری) در پیش بینی متغیر ملاک (افسردگی زنان نابارور) نقش دارند و می‌توان از این متغیرها برای افزایش سلامت روانی زنان نابارور استفاده کرد براساس یافته‌های به دست آمده، برای افزایش سلامت روانی و کاهش افسردگی زنان نابارور و سایر اختلالات روانی زنان نابارور، لازم است که برای مادران تمامی سنین کارگاههای آموزشی در این زمینه اجرا شود. نتایج مطالعه حاضر نشان داد که راهبردهای پذیرش، تمرکز مجدد مثبت، ارزیابی مثبت مجدد و تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی با افسردگی همبستگی منفی و معنی دار دارد، اما رابطه افسردگی با راهبرد ملامت خویش، ملامت دیگران، نشخوار فکری، فاجعه سازی و کم اهمیت شماری مثبت و معنی دار به دست آمد. همچنین نتایج این مطالعه نشان داد که متغیرهای پیش بین (تنظیم شناختی هیجان و تاب‌آوری) در پیش بینی متغیر ملاک (افسردگی زنان نابارور) نقش دارند و می‌توان از این متغیرها برای افزایش سلامت روانی زنان نابارور استفاده کرد براساس یافته‌های به دست آمده، برای افزایش سلامت روانی و کاهش افسردگی زنان نابارور و سایر اختلالات روانی زنان نابارور، لازم است که برای مادران تمامی سنین کارگاههای آموزشی در این زمینه اجرا شود.

سپاسگزاری

محققان بر خود لازم می‌دانند از زنان شرکت کننده در پژوهش و مسئولین و کارکنان مرکز نازایی و ناباروری جهاد دانشگاهی واحد تبریز که ما را در انجام این پژوهش یاری نمودند، کمال تشکر و قدردانی را داشته باشند.

تضاد منافع

هیچ گونه تضاد منافی برای نویسندگان این مقاله وجود ندارد.

افرادی که از راهبردهای تنظیم شناختی ناکارآمد مانند نشخوار فکری، فاجعه انگاری و ملامت خویش استفاده می‌کنند، در برابر مشکلات هیجانی آسیب پذیر هستند. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که راهبردهای تنظیم شناختی ناکارآمد مانند نشخوار فکری، فاجعه انگاری و ملامت خویش، با اختلالات روانی و شخصیتی نظیر افسردگی رابطه دارد. در مطالعه Jarrett و همکاران نشان داده شده است که توانایی مقابله موفقیت آمیز در برابر هیجان‌های مخالف به ننگ داشتن حس کنترل در موقعیت‌های آشفته که منجر به تداخل در فرایند اطلاعات افسردگی‌زا است، می‌شود (۳۶). به عبارتی دیگر می‌توان گفت مهارت‌های مؤثر و موفق تنظیم هیجان به جلوگیری و کاهش شدت و مدت حالت‌های افسردگی و افسرده خویی کمک می‌کند (۳۵). در حالی که راهبردهای ناکارآمد تنظیم شناختی هیجان منجر به فعال شدن دوباره الگوهای افکار افسرده (۳۷) شده و کمک به بروز دوباره افسردگی می‌شود. می‌توان گفت که راهبردهای تنظیم شناختی هیجان به افراد کمک می‌کند تا برانگیختگی و هیجان‌های منفی خود را تنظیم نمایند. این شیوه تنظیم با بروز و افزایش میزان اختلال‌های روانی رابطه غیر مستقیم دارد. بنابراین در نتیجه ارزیابی شناختی نادرست از موقعیت به دلیل کمبود اطلاعات، برداشت اشتباه یا اعتقادات بی منطق و نادرست، فرد راهبرد شناختی ناکارآمد را برای روبه رو شدن با موقعیت تنیدگی‌زا بر می‌گزیند، که باعث افزایش افسردگی در فرد می‌شود. در مقابل انتخاب راهبرد مقابله کارآمد در ابعاد شناختی، هیجانی و رفتاری، علاوه بر افزایش استفاده از مقابله‌های سازگارانه، بر ارتقای سلامت روانی بر کاهش افسردگی نیز اثر گذار است. همچنین نتایج تحلیل رگرسیون چندگانه استاندارد نشان داد که راهبردهای نشخوار فکری، ملامت خویش، فاجعه سازی، کم اهمیت شماری، تمرکز مثبت مجدد، ارزیابی مثبت مجدد، تمرکز مجدد بر برنامه ریزی و پذیرش در پیش بینی میزان افسردگی زنان نابارور نقش دارند. عبارت دیگر راهبردهای نشخوار فکری، ملامت خویش، فاجعه سازی، کم اهمیت شماری، تمرکز مثبت مجدد، ارزیابی مثبت مجدد، تمرکز مجدد بر برنامه ریزی و پذیرش در تبیین مدل افسردگی زنان نابارور سهم دارند.

از اهداف دیگر مطالعه حاضر، بررسی ارتباط تاب‌آوری با میزان افسردگی زنان نابارور بوده است. در بررسی ارتباط بین تاب‌آوری با افسردگی مشخص شد که بین تاب‌آوری با افسردگی $r = -0.49$ ، $P < 0.001$ ارتباط منفی معنی دار وجود دارد. به نظر می‌رسد که تاب‌آوری در زنان نابارور، به عنوان یک عامل محافظتی برای کاهش اثرات استرس عمل می‌کند. به علاوه زنان نابارور توانمند به خصوصیات شخصیتی تاب‌آوری، آمادگی بیشتری را برای استفاده از راهبردهای مقابله‌ای کارآمد و جامعه پسند از خود نشان می‌دهند (۴۲، ۴۳). نتیجه به دست آمده همسو با یافته Bonanno هست که تاکید داشته، تاب‌آوری تداوم عملکرد را بهبود بخشیده و یک شاخص قوی برای بهزیستی روانشناختی می‌باشد (۴۰). به نظر می‌رسد تاب‌آوری گرایش به تجربه افسردگی و اضطراب را کاهش می‌دهد (۴۰، ۴۴). می‌توان گفت که تاب‌آوری به علت داشتن ویژگی‌هایی چون: توانایی بالای اجتماعی؛ توانایی در حل مسئله، احساس هدفمندی و باور به آینده؛ نقش میانجی بسیار مهمی در جلوگیری یا بروز افسردگی و سایر اختلالات روانی عمل می‌کند. به عبارت دیگر، تاب‌آوری به واسطه کاهش هیجان‌های منفی و افزایش سلامت روانی، به عنوان منبعی برای تسهیل غلبه بر مشکلات

References

- Lohrmann JA. A psychological investigation of women's experience of successfully coping with infertility. Cincinnati (OH): Union Institute; 1995.
- Eren N. The effect of perceived social support in infertile couples on infertility related stress and marriage harmony. Ankara, Turkey: Gazi University; 2008.
- Tas ci E, Bolsoy N, Kavlak O, Yucesoy F. Marriage harmony in infertile women. Turk J Obst Gynecol 2008;5:105-10.
- Yanikkerem E, Kavlak O, Sevil U. Problems infertile couples experience and nursing approaches. J Anatolia Nurs Health Sci. 2008;11:112-21.
- Shu-Hsin L. Effects of using a nursing crisis intervention program on psychosocial responses and coping strategies of infertile women during in vitro fertilization. J Nurs Res. 2003;11(3):197-208. PMID: [14579197](#)
- Farzadi L, Mohammadi-Hosseini F, Seyyed-Fatemi N, Alikhah H. Assessment of stressors and coping strategies of infertile women. J Med Sci. 2007;7(4):603-8. DOI: [10.3923/jms.2007.603.608](#)
- Sexton MB, Byrd MR, O'Donohue WT, Jacobs NN. Web-based treatment for infertility-related psychological distress. Arch Womens Ment Health. 2010;13(4):347-58. DOI: [10.1007/s00737-009-0142-x](#) PMID: [20127127](#)
- Newton CR, Sherrard W, Glavac I. The Fertility Problem Inventory: measuring perceived infertility-related stress. Fertil Steril. 1999;72(1):54-62. PMID: [10428148](#)
- Peterson BD, Newton CR, Rosen KH. Examining congruence between partners' perceived infertility-related stress and its relationship to marital adjustment and depression in infertile couples. Fam Process. 2003;42(1):59-70. PMID: [12698599](#)
- Lee TY, Sun GH, Chao SC. The effect of an infertility diagnosis on the distress, marital and sexual satisfaction between husbands and wives in Taiwan. Hum Reprod. 2001;16(8):1762-7. PMID: [11473979](#)
- Hart VA. Infertility and the role of psychotherapy. Issues Ment Health Nurs. 2002;23(1):31-41. PMID: [11887609](#)
- Watkins KJ, Baldo TD. The infertility experience: Biopsychosocial effects and suggestions for counselors. J Counsel Develop. 2004;82(4):394-403. DOI: [10.1002/j.1556-6678.2004.tb00326.x](#)
- Peterson BD, Newton CR, Rosen KH, Skaggs GE. Gender differences in how men and women who are referred for IVF cope with infertility stress. Hum Reprod. 2006;21(9):2443-9. DOI: [10.1093/humrep/del145](#) PMID: [16675482](#)
- Ramazanzadeh F, Noorbala AA, Abedinia N, Naghizadeh MM. Emotional adjustment in infertile couples. Int J Reproduct BioMed. 2009;7(3):97-103.
- Herrmann D, Scherg H, Verres R, von Hagens C, Strowitzki T, Wischmann T. Resilience in infertile couples acts as a protective factor against infertility-specific distress and impaired quality of life. J Assist Reprod Genet. 2011;28(11):1111-7. DOI: [10.1007/s10815-011-9637-2](#) PMID: [21901362](#)
- Schmidt L, Christensen U, Holstein BE. The social epidemiology of coping with infertility. Hum Reprod. 2005;20(4):1044-52. DOI: [10.1093/humrep/deh687](#) PMID: [15608029](#)
- Lemmens GM, Vervaeke M, Enzlin P, Bakelants E, Vanderschueren D, D'Hooghe T, et al. Coping with infertility: a body-mind group intervention programme for infertile couples. Hum Reprod. 2004;19(8):1917-23. DOI: [10.1093/humrep/deh323](#) PMID: [15155608](#)
- Mascarenhas MN, Flaxman SR, Boerma T, Vanderpoel S, Stevens GA. National, regional, and global trends in infertility prevalence since 1990: a systematic analysis of 277 health surveys. PLoS Med. 2012;9(12):e1001356. DOI: [10.1371/journal.pmed.1001356](#) PMID: [23271957](#)
- Li H, Yan CL, Zhu SJ, Lei J. Humiliation feeling of infertile women and its relevant factors. Chin Gene Pract. 2010;13:1627-9.
- Lewis AM, Liu D, Stuart SP, Ryan G. Less depressed or less forthcoming? Self-report of depression symptoms in women preparing for in vitro fertilization. Arch Womens Ment Health. 2013;16(2):87-92. DOI: [10.1007/s00737-012-0317-8](#) PMID: [23138273](#)
- Garnefski N, Kraaij V, Schroevers MJ, Somsen GA. Post-traumatic growth after a myocardial infarction: a matter of personality, psychological health, or cognitive coping? J Clin Psychol Med Settings. 2008;15(4):270-7. DOI: [10.1007/s10880-008-9136-5](#) PMID: [19104983](#)
- Nelson CJ, Shindel AW, Naughton CK, Ohebshalom M, Mulhall JP. Prevalence and predictors of sexual problems, relationship stress, and depression in female partners of infertile couples. J Sex Med. 2008;5(8):1907-14. DOI: [10.1111/j.1743-6109.2008.00880.x](#) PMID: [18564149](#)
- Wu G, Yin T, Yang J, Xu W, Zou Y, Wang Y, et al. Depression and coping strategies of Chinese women undergoing in-vitro fertilization. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2014;183:155-8. DOI: [10.1016/j.ejogrb.2014.10.019](#) PMID: [25461370](#)
- Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, Nelson CB, Hughes M, Eshleman S, et al. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey. Arch Gen Psychiatry. 1994;51(1):8-19. PMID: [8279933](#)

25. Kringlen E, Torgersen S, Cramer V. Mental illness in a rural area: a Norwegian psychiatric epidemiological study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2006;41(9):713-9. DOI: [10.1007/s00127-006-0080-0](https://doi.org/10.1007/s00127-006-0080-0) PMID: [16732397](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16732397/)
26. Kringlen E, Torgersen S, Cramer V. A Norwegian psychiatric epidemiological study. *Am J Psychiatry.* 2001;158(7):1091-8. DOI: [10.1176/appi.ajp.158.7.1091](https://doi.org/10.1176/appi.ajp.158.7.1091) PMID: [11431231](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11431231/)
27. Domar AD, Broome A, Zuttermeister PC, Seibel M, Friedman R. The prevalence and predictability of depression in infertile women. *Fertil Steril.* 1992;58(6):1158-63. PMID: [1459266](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1459266/)
28. Berking M, Wupperman P. Emotion regulation and mental health: recent findings, current challenges, and future directions. *Curr Opin Psychiatry.* 2012;25(2):128-34. DOI: [10.1097/YCO.0b013e3283503669](https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e3283503669) PMID: [22262030](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22262030/)
29. Greenberg LS. Emotion-focused therapy: Coaching clients to work through their feelings. Washington, DC: American Psychological Association; 2002.
30. Mennin D, Farach F. Emotion and evolving treatments for adult psychopathology. *Clin Psychol Sci Pract.* 2007;14(4):329-52. DOI: [10.1111/j.1468-2850.2007.00094.x](https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.2007.00094.x)
31. Thompson RA. Emotion regulation: a theme in search of definition. *Monogr Soc Res Child Dev.* 1994;59(2-3):25-52. PMID: [7984164](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7984164/)
32. Gross JJ, Muñoz RF. Emotion regulation and mental health. *Clin Psychol Sci Pract.* 1995;2(2):151-64. DOI: [10.1111/j.1468-2850.1995.tb00036.x](https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.1995.tb00036.x)
33. Mayer JD, Salovey P. Emotional intelligence and the construction and regulation of feelings. *Appl Prevent Psychol.* 1995;4(3):197-208. DOI: [10.1016/S0962-1849\(05\)80058-7](https://doi.org/10.1016/S0962-1849(05)80058-7)
34. Garnefski N, Legerstee J, Kraaij VV, Van Den Kommer T, Teerds J. Cognitive coping strategies and symptoms of depression and anxiety: a comparison between adolescents and adults. *J Adolesc.* 2002;25(6):603-11. PMID: [12490178](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12490178/)
35. Berking M, Ebert D, Cuijpers P, Hofmann SG. Emotion regulation skills training enhances the efficacy of inpatient cognitive behavioral therapy for major depressive disorder: a randomized controlled trial. *Psychother Psychosom.* 2013;82(4):234-45. DOI: [10.1159/000348448](https://doi.org/10.1159/000348448) PMID: [23712210](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23712210/)
36. Jarrett RB, Minhajuddin A, Borman PD, Dunlap L, Segal ZV, Kidner CL, et al. Cognitive reactivity, dysfunctional attitudes, and depressive relapse and recurrence in cognitive therapy responders. *Behav Res Ther.* 2012;50(5):280-6. DOI: [10.1016/j.brat.2012.01.008](https://doi.org/10.1016/j.brat.2012.01.008) PMID: [22445946](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22445946/)
37. Segal ZV, Kennedy S, Gemar M, Hood K, Pedersen R, Buis T. Cognitive reactivity to sad mood provocation and the prediction of depressive relapse. *Arch Gen Psychiatry.* 2006;63(7):749-55. DOI: [10.1001/archpsyc.63.7.749](https://doi.org/10.1001/archpsyc.63.7.749) PMID: [16818864](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16818864/)
38. Waller MA. Resilience in ecosystemic context: evolution of the concept. *Am J Orthopsychiatry.* 2001;71(3):290-7. PMID: [11495331](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11495331/)
39. Poursardar F, Abbaspour Z, Abdi Zarrin S, Sangari AA. Investigate the effect of resilience on enhancing mental health and life satisfaction. *Yafte.* 2012;14(1):81-9.
40. Bonanno GA. Loss, trauma, and human resilience: have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? *Am Psychol.* 2004;59(1):20-8. DOI: [10.1037/0003-066X.59.1.20](https://doi.org/10.1037/0003-066X.59.1.20) PMID: [14736317](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14736317/)
41. McMahon CA, Gibson FL, Allen JL, Saunders D. Psychosocial adjustment during pregnancy for older couples conceiving through assisted reproductive technology. *Hum Reprod.* 2007;22(4):1168-74. DOI: [10.1093/humrep/del502](https://doi.org/10.1093/humrep/del502) PMID: [17220164](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17220164/)
42. Li MH. Relationships among stress coping, secure attachment, and the trait of resilience among Taiwanese college students. *Coll Stud J.* 2008;42(2):312.
43. Yi-Frazier JP, Smith RE, Vitaliano PP, Yi JC, Mai S, Hillman M, et al. A Person-Focused Analysis of Resilience Resources and Coping in Diabetes Patients. *Stress Health.* 2010;26(1):51-60. PMID: [20526415](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20526415/)
44. Connor KM, Davidson JR. Development of a new resilience scale: the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depress Anxiety.* 2003;18(2):76-82. DOI: [10.1002/da.10113](https://doi.org/10.1002/da.10113) PMID: [12964174](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12964174/)
45. Carver CS. Enhancing adaptation during treatment and the role of individual differences. *Cancer.* 2005;104(11 Suppl):2602-7. DOI: [10.1002/cncr.21247](https://doi.org/10.1002/cncr.21247) PMID: [16247785](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16247785/)
46. Farber EW, Schwartz JA, Schaper PE, Moonen DJ, McDaniel JS. Resilience factors associated with adaptation to HIV disease. *Psychosomatics.* 2000;41(2):140-6. DOI: [10.1176/appi.psy.41.2.140](https://doi.org/10.1176/appi.psy.41.2.140) PMID: [10749952](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10749952/)
47. Taylor SE, Kemeny ME, Reed GM, Bower JE, Gruenewald TL. Psychological resources, positive illusions, and health. *Am Psychol.* 2000;55(1):99-109. PMID: [11392870](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11392870/)
48. Wright LJ, Zautra AJ, Going S. Adaptation to early knee osteoarthritis: the role of risk, resilience, and disease severity on pain and physical functioning. *Ann Behav Med.* 2008;36(1):70-80. DOI: [10.1007/s12160-008-9048-5](https://doi.org/10.1007/s12160-008-9048-5) PMID: [18716855](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18716855/)
49. Yi JP, Vitaliano PP, Smith RE, Yi JC, Weinger K. The role of resilience on psychological adjustment and physical health in patients with diabetes. *Br J Health Psychol.* 2008;13(Pt 2):311-25. DOI: [10.1348/135910707X186994](https://doi.org/10.1348/135910707X186994) PMID: [17535497](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17535497/)
50. Garnefski N, Kraaij V. Cognitive emotion regulation questionnaire—development of a short 18-item version (CERQ-short). *Personal Individ Differ.* 2006;41(6):1045-53. DOI: [10.1016/j.paid.2006.04.010](https://doi.org/10.1016/j.paid.2006.04.010)

51. Garnefski N, Baan N, Kraaij V. Psychological distress and cognitive emotion regulation strategies among farmers who fell victim to the foot-and-mouth crisis. *Personal Individ Differ*. 2005;38(6):1317-27. DOI: [10.1016/j.paid.2004.08.014](https://doi.org/10.1016/j.paid.2004.08.014)
52. Garnefski N, Kraaij V, Spinhoven P. Negative life events, cognitive emotion regulation and emotional problems. *Personal Individ Differ*. 2001;30(8):1311-27. DOI: [10.1016/S0191-8869\(00\)00113-6](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(00)00113-6)
53. Besharat MA. [Preliminary study of psychometric properties of cognitive emotion regulation questionnaire. Research report]. Tehran: Tehran University; 2009.
54. Besharat MA, Bazzazian S. [The examination of psychometric properties of cognitive emotion regulation questionnaire in a sample of Iranian society]. *J Shai Beh Midwifery Fac*. 2014;24(84):61-70.
55. Yousefi F. Model emotional intelligence, cognitive development, emotion regulation strategies, cognitive and general health (Dissertation). Shiraz: University of Shiraz; 2003.
56. Mohamadi M. [Factors effecting on resilience in individuals with substance abuse]. Tehran: University of Social Welfare and Rehabilitation; 2005.
57. Jow kar B. The mediating role of resilience in the relationship between general and emotional intelligence and life satisfaction. *Contemp Psychol*. 2007;2(2):1-9.
58. Dabson KS, Mohammadkhani P. [Psychometric characteristics of Beck depression inventory-II in patients with major depressive disorder]. *J Rehab*. 2007;8(29):828.
59. Masoudi Alavi N, Sharifi K, Aliakbarzadeh Z. [Depression and anxiety in patient's undertaken renal replacement therapy in Kashan during]. *J Med Feyz Sci*. 2009;12(4):46-51.