
پیش بینی استرس ناباروری بر اساس حمایت اجتماعی، تعارض زناشویی، شفقت بر خود

فرح لطفی کاشانی^۱، شهرام وزیری^۲، فریما رضوانی^۳

چکیده:

مقاله حاضر برگرفته از پژوهش با هدف پیش بینی استرس ناباروری بر اساس حمایت اجتماعی، تعارض زناشویی، شفقت بر خود در زنان نابارور شهر تهران بهار ۹۷ است. بدین منظور ۲۵۰ نفر از زنان نابارور با تشخیص ناباروری اولیه و ثانویه، مراجعه کننده به مراکز ناباروری شهر تهران به صورت نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. ابزار پژوهش، پرسشنامه های استرس ناباروری، حمایت اجتماعی، تعارض زناشویی کنزاس، شفقت بر خود می باشد که در جامعه مورد مطالعه اجرا شد. داده ها در نرم افزار SPSS نسخه ۲۵ با روش رگرسیون چند گانه همزمان تحلیل شدند. نتایج نشان دادند که متغیرهای حمایت اجتماعی، شفقت بر خود و تعارض زناشویی به طور معنا داری استرس ناباروری را پیش بینی می کنند و حمایت اجتماعی دارای بیشترین اندازه اثر است. نقش خرده مقیاس های هر کدام از متغیرها نیز بررسی شدند. در متغیر حمایت اجتماعی بعد هیجانی اطلاعاتی، متغیر تعارض زناشویی مراحل دوم و سوم، و در متغیر شفقت بر خود، ابعاد مهربانی با خود، احساس مشترک انسانی، انزوا و ذهن آگاهی پیش بینی کننده معنادار استرس ناباروری بودند.

واژه های کلیدی: استرس ناباروری، تعارض زناشویی، شفقت بر خود، حمایت اجتماعی، زنان نابارور

^۱ دانشیار روان شناسی، گروه روان شناسی بالینی، دانشکده روان شناسی و علوم اجتماعی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن، رودهن، ایران lotfi.kashani@irau.ac.ir

^۲ دانشیار روان شناسی، گروه روان شناسی بالینی، دانشکده روان شناسی و علوم اجتماعی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن، رودهن، ایران. Vaziri@irau.ac.ir

^۳ دکتری روان شناسی، دپارتمان روان شناسی عمومی، دانشکده روان شناسی و علوم اجتماعی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد رودهن، رودهن، ایران. (نویسنده مسئول) Fr4852b@gmail.com

مقدمه

ناباروری و عدم توانایی فرد برای انجام طبیعی فرایند تولیدمثل و صاحب فرزند شدن، یکی از تجربیات تلخ و دردآور زندگی است که در سراسر جهان و در همه فرهنگ‌ها به‌عنوان یک تجربه استرس‌زا و بحرانی تهدیدکننده برای ثبات فردی، زناشویی، خانوادگی و اجتماعی شناخته شده است (دایبیس، سفادی، آتامنه، آنس و کنستانتینو^۱، ۲۰۱۷). سازمان بهداشت جهانی از ناباروری به‌عنوان یک معضل بهداشت عمومی در سراسر دنیا نام برده است که در تعریف آن به یک سال باردار نشدن به رغم مقاربت و عدم استفاده از روش‌های ضد بارداری اطلاق می‌شود (سازمان بهداشت جهانی^۲، ۲۰۱۵). مطالعات نشان داده ۴۰٪ ناباروری مربوط به مردان و ۴۰٪ مربوط به زنان و ۲۰٪ مربوط به هر دوی آنها می‌باشد (کومار و کانت ساین^۳، ۲۰۱۵). ناباروری یکی از مشکلات فردی و اجتماعی است که می‌تواند افراد مبتلا را در معرض فشارهای روانی گوناگون قرار دهد. بروز رفتارهای تکانشی و خشم‌های پراکنده، احساس درماندگی، احساس بی‌ارزشی و بی‌کفایتی، اضطراب و تشویش به ویژه در درمان‌های طولانی مدت و گاه "ناموفق، باورهای منفی نسبت به خود، نگرانی در مورد جذابیت جنسی، احساس طردشدگی، شکایت‌های جسمی و همچنین اشکال در روابط زناشویی و تمایلات جنسی و تکلیفی قلمداد کردن آن به دلیل بی‌حاصلی، کاهش کیفیت زندگی، کاهش عزت نفس و کاهش ارتباطات اجتماعی از جمله مشکلات روانی افراد ناباور هستند که از سوی محققین گزارش شده اند (هوکاگلو^۴، ۲۰۱۹). از آنجایی که در جوامع مختلف، داشتن فرزند یک ارزش اجتماعی و فرهنگی محسوب می‌شود، افراد نابارور تلاش فراوانی را صرف تشخیص و درمان ناباروری می‌کنند و در عین حال به دلیل اثرات جسمی، روانی و اجتماعی درمان ناباروری، دچار تنش‌های روحی فراوانی می‌شوند. در واقع ناباروری با افزایش تنیدگی‌های روان شناختی همراه است. آزمایشات متعدد پزشکی و بررسی‌های عضوی، طولانی بودن مدت درمان ناباروری، پایین بودن میزان موفقیت روش‌های درمانی و همچنین مشکلات اقتصادی ناشی از درمان ناباروری، از جمله عوامل تنش‌زای شدید برای افراد نابارور می‌باشند. به گونه‌ای که افراد نابارور روش‌های درمانی کمک باروری را بعد از یکی دو بار تجربه، به‌علت فشار زیاد مالی و تنش روحی حین درمان رها می‌کنند. (دایریکس،

^۱ Daibes, Safadi, Athamneh, Anees, Constantino

^۲ World Health Organization (WHO)

^۳ Kumar, Kant singh

^۴ Hocaoglu

رهبری، لانگمن، جایته و کوئن^۱، ۲۰۱۸). تعارض یکی از جوانب بسیار مهم در نظام زناشویی است که همسران تجربه می‌کنند و در صورت تشدید شدن می‌تواند اثرات بسیار بدی بر سلامت روانی زوجین داشته باشد. (امراهی و دیگران، ۱۳۹۲). مطالعه (لوگان، گو، لی، ایسیانو و آنزودو^۲، ۲۰۱۹) در کشور چین در مورد مشکلات اجتماعی، فرهنگی و احتیاجات زوجین نابارور برای مشاوره نشان داد که ناباروری در زوجین می‌تواند تعارض زناشویی را بالا برده، تا بدان جا که به ازدواج های فرزندناشویی و طلاق منجر گردد. با توجه به اینکه اکثر زنان نابارور دچار خود قضاوتی می‌گردند، نقش شفقت به خود می‌تواند برای زنانی که دچار ناباروری هستند، به عنوان یک عامل و روش مقابله‌ای و داشتن عزت نفس در مقابل استرس‌های مزمن به کار رود و باعث شود که سیستم‌های استرس دچار بیش فعالیتی نشوند (گالهاردو و دیگران، ۲۰۱۵). همچنین یکی دیگر از منابعی ای که می‌تواند هنگام مقابله با استرس در دسترس زوجین نابارو قرار گیرد، مقوله حمایت اجتماعی است که می‌تواند مستقیم یا غیر مستقیم با ارزیابی شخص از استرسور، آگاهی از راهبردهای مقابله‌ای و مفهوم خود شخص، عمل کند و نقش محافظتی و مساعدتی برای آنها فراهم کند (شووتا^۳، ۲۰۰۸).

بیان مساله

پدیده باروری یک روند طبیعی در موجودات زنده است که در انسان علاوه بر جنبه های فیزیولوژیک دارای ابعاد اجتماعی و روانی نیز می باشد. تولیدمثل و داشتن فرزند یکی از آرزوهای انسانی و اساس بقای بشر است که ممکن است برخی از زوج ها به علل مختلف از آن محروم گردند. در سراسر جهان، این عقیده که مادر بودن بالاترین امتیاز اجتماعی است که یک زن می تواند به آن برسد، ثابت گردیده و زایمان هم نقطه عطف اصلی رشد یک زن در نظر گرفته شده است (زاربو، بوروگنرا، کامپیر، کاندلورا، سکوماندی، بتو، و دیگران^۴، ۲۰۱۸). ناباروری واقعیتی است که با تمامی این موارد منافات دارد و در سراسر جهان و در همه فرهنگ ها به عنوان یک تجربه استرس زا و بحرانی، تهدیدکننده برای ثبات فردی، زناشویی، خانوادگی و اجتماعی شناخته شده است (یزدانی، الیاسی، پیوندی، موسی‌زاده، صمدائی‌گله‌کلانی، و دیگران،

^۱ Dierickx, Rahbari, Longman, Jaiteh, Coene

^۲ Logan, Gu, li, Xiao, Anazodo

^۳ Shweta

^۴ Zarbo, Brugnera, Compare, Candelora, Secomandi, Betto..

۲۰۱۷). این پدیده به عنوان پنجمین تجربه زندگی استرس زا برای زنان به شمار می رود، که با احساس غم و اندوه، افسردگی، گناه و اضطراب همراه است (باک، کانتینئو، فارکوهار، بریسون^۱، ۲۰۱۶). براساس مطالعات صورت گرفته، تخمین زده شده که حدود ۵۰ تا ۸۰ میلیون نفر در دنیا به نوعی از ناباروری رنج می برند، به طوری که در سراسر جهان از هر ۶ زوج، یک زوج در سنین باروری دچار ناباروری می گردند (زارع، گلکمانی، امیریان، مظلوم، لعل آهنگر، ۱۳۹۴). شیوع ناباروری در جهان ۱۰٪ و در ایران ۱۳/۲٪ می باشد، که طیف وسیعی از مشکلات اجتماعی، روانی، جسمی و مالی به همراه خواهد داشت. (میرزائی، نمیرانیان، دهقان فیروزآبادی، غلامی، ۲۰۱۸). ۱۵٪ مردان و ۵۰٪ زنان، ناباروری را به عنوان تجربه ناپایدار زندگی خود در نظر می گیرند (ترزئیوگلو و اوزگان^۲، ۲۰۱۷). زنان، از جمله افرادی هستند که در معرض آسیب های روانی و شخصیتی قرار دارند، از این رو ناباروری می تواند سبب اختلال در روابط زناشویی، جدایی و طلاق، کاهش اعتماد به نفس و افزایش احساس حقارت و تعارضات زناشویی گردد (بهدانی و دیگران، ۲۰۰۳؛ به نقل از شاهوردی، رضایی، ایازی روزبهرانی، صادقی، بختیاری، شاهوردی، ۱۳۹۴). حمایت اجتماعی می تواند به عنوان سپری در برابر مشکلات ناباروری عمل کند. مشکل اصلی در ارتباط با ناباروری در کشورهای در حال توسعه تبدیل درد و رنج خصوصی به دردی آشکار است که به صورت یک استیگمای عمومی و ناگوار با پیامدهای پیچیده و ویرانگر در آمده، بنابر این اگر اثرات خود ناباروری هم محدود باشد، آسیب به افراد از طرف جامعه زیاد است. پایگاه های اجتماعی زنان، فشار محیط، فرهنگ، باورهای مردسالارانه برای بقاء و امتداد نسل، نداشتن پشتوانه اجتماعی و اقتصادی برای بسیاری از زوجین، پایین بودن شانس ازدواج مجدد برای یک زن نابارور از یک سو و نکوهش زندگی انفرادی زنان از سویی دیگر از جمله عواملی است که مصائب ناشی از ناباروری را برایشان مضاعف می کند. (حسن پور ازغذی و دیگران، ۱۳۹۷؛ هوکاگلو، ۲۰۱۸). از آنجا که ناباروری در بافت خانواده اتفاق می افتد و تأثیر زیادی بر روابط خانوادگی و به ویژه روابط زوجین می گذارد؛ از این رو، کیفیت روابط خانواده و به ویژه همسر، با فرد نابارور و نیز حمایت دریافت شده از آنان در این شرایط بحران زا، تأثیر بسزایی بر سلامت روان فرد نابارور دارد؛ به گونه ای که فقدان حمایت خانواده در این شرایط استرس زا که فشار روانی زیادی را بر فرد نابارور وارد می کند، می تواند پیامدهای روانشناختی

^۱ Baak, cantineau, Farquhar, Brison

^۲ Terzioglu & Ozkan

مانند استرس را به دنبال داشته و فرد را به شدت در برابر استرس آسیب‌پذیر سازد. حمایت خانواده و اجتماع و تنها نگذاشتن افراد نابارور و همچنین درک اندوه و شرایط آنان، باعث می‌شود که این افراد راحت‌تر بتوانند با مشکل خود مقابله کرده و شرایط خود را بپذیرند. استرس ناباروری به ویژه در زنان می‌تواند ترکیبی از خود سرزنشی‌های درونی و عدم حمایت از دیگران باشد، بنابراین نقش شفقت بر خود به عنوان یک عامل درونی می‌تواند از طریق توجه و درک خود به جای قضاوت یا انتقاد از کاستی‌ها و بی‌کفایتی‌های خود، در کسب احساس مراقبت، دوست داشته شدن، عزت نفس و ارزشمند بودن از سوی دیگران، موثر باشد. همچنین شفقت بر خود به صورتی معنادار با داشتن شفقت نسبت به دیگران همراه است. افراد با شفقت خود بالا، تعارضات بین شخصی خود را با در نظر گرفتن نیازهای دیگران حل می‌کنند، در نتیجه در دایره ارتباطی دیگران از حمایت بیشتری برخوردار خواهند شد. که همین مساله باعث می‌شود فرد استرس کمتری را تجربه کند (کسیدی، مک لاگین، ۲۰۱۶).

با توجه به توضیحات و مسائل تبیین شده در زمینه‌های فوق و از آنجا که در پژوهش‌های اندکی، نقش متغیرهای حمایت اجتماعی، تعارض زوجین و شفقت بر خود برای پیش‌بینی استرس ناباروری، در کنار یکدیگر بررسی گردیده، پژوهش حاضر به دنبال پاسخگویی به این سوال کلی است که آیا می‌توان براساس حمایت اجتماعی، تعارض زوجین و شفقت بر خود، استرس ناباروری را در زنان پیش‌بینی کرد؟

روش

پژوهش حاضر مطالعه همبستگی توصیفی است. هدف تحقیق پیش‌بینی استرس ناباروری بر اساس حمایت اجتماعی، تعارض زوجین، شفقت بر خود در زنان نابارور می‌باشد. جامعه آماری شامل کلیه زنان مراجعه‌کننده با تشخیص ناباروری اولیه و ثانویه به مراکز ناباروری ابن سینا، رویان و مرکز دبیر اشرافی در شهر تهران، بهار ۱۳۹۷ می‌باشد. در این مراکز اعمال جراحی ناباروری، مشاوره ژنتیک، تلقیح داخل رحمی IVF و تعیین جنسیت انجام می‌گیرد. بدین منظور ۲۵۰ نفر از زنان نابارور که به این مراکز برای درمان ناباروری مراجعه کردند به صورت نمونه‌گیری در دسترس براساس ملاک‌های ورود به مطالعه انتخاب و به ابزارهای پژوهش پاسخ دادند. ملاک‌های ورود به مطالعه شامل ملیت ایرانی، داشتن سواد خواندن و نوشتن، تشخیص پزشکی ناباروری اولیه و ثانویه، عدم مصرف داروهای روان‌گردان می‌باشد.

ابزار

پرسشنامه استرس ناباروری (FPI): پرسشنامه استرس ناباروری توسط نیوتون و دیگرانش (۱۹۹۹) در مرکز علوم بهداشتی لندن ساخته شد. این ابزار ۴۶ سوالی برای ارزیابی نگرانی های افراد نابارور می باشد و در یک طیف لیکرت ۶ درجه ای از کاملاً "مخالفم تا کاملاً" موافقم نمره گذاری می شود. دارای پنج زیر مقیاس اجتماعی، جنسی، ارتباطی، سبک زندگی بدون فرزند و نیاز به والد شدن است برای بررسی روایی از روش تحلیل عاملی استفاده گردیده و پنج زیر مقیاس این پرسشنامه مورد تأیید قرار گرفته اند. در ایران نیز علی زاده و دیگران (۱۳۸۴) پرسش نامه استرس ناباروری نیوتون را بر روی یک نمونه ۳۰ نفری از افراد نابارور اجرا کردند.

پرسشنامه تعارض زناشویی کنزاس (KMCS): به منظور سنجش میزان تعارضات زناشویی توسط اگمن و دیگران^۱ (۱۹۸۵) ساخته شد. این مقیاس سه قسمت دارد که برای سنجش مراحل تعارض زناشویی طرح شده است. مقیاس بر پایه تحقیقات مشاهده ای است که نشان می دهد زوج های مضطرب و غیرمضطرب در سه مرحله تعارض زناشویی متفاوت هستند که شامل برنامه ریزی، بحث و مجادله و مذاکره است. نسخه ایرانی مقیاس تعارض زناشویی کنزاس، توسط عجم (۱۳۹۵) به دست آمد.

پرسشنامه شفقت بر خود (SCS): یک ابزار خود گزارش دهی ۲۶ گویه ای است که توسط نف (۲۰۰۳) به منظور سنجش میزان خودشفقت ورزی ساخته شده است و با استفاده از یک مقیاس ۵ درجه ای لیکرت نمره گذاری می شود. سوالات موجود در آن در ۶ زیرمقیاس مهربانی با خود، قضاوت در مورد خود، احساسات مشترک انسانی، منزوی سازی، ذهن آگاهی و بزرگنمایی قرار میگیرد که کیفیت رابطه فرد با تجارب خود را می سنجد. نسخه ایرانی آن توسط خسروی و دیگران (۱۳۹۲) تهیه شده است.

پرسشنامه حمایت اجتماعی (MOS): یک ابزار خودگزارشی است که توسط شربورن و استوارت (۱۹۹۱) ساخته شد، این آزمون میزان حمایت اجتماعی دریافت شده توسط آزمودنی را می سنجد و دارای ۱۹ گویه می باشد. نسخه ایرانی پرسشنامه حمایت اجتماعی توسط تمنائی فر و منصوری نیک (۱۳۹۳) به دست آمد.

^۱ Eggman, Moxley, Schumm

یافته ها

در این بخش تحلیل داده ها در راستای آزمون فرضیه ها ارایه شده اند. ابتدا پیش فرض های رگرسیون چند گانه و بعد آزمون آماری ارایه شده است. روش رگرسیون از نوع همزمان است. نمرات ۱۳ نفر به دلیل تاثیر گذار بودن از تحلیل کنار گذاشته شدند. به منظور تعیین اندازه ویژه هر متغییر از مقدار همبستگی نیمه تفکیکی استفاده شد. هر چند مقادیر بتای استاندارد سهم هر متغییر را نشان می دهد، ولی مثل مجذور همبستگی قابل تفسیر نیست.

جدول ۱ ماتریس همبستگی میان نمرات کل به همراه میانگین و انحراف معیارها

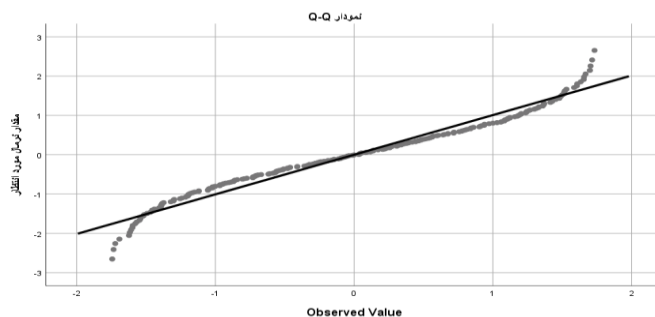
انحراف معیار	میانگین	استرس ناباروری	حمایت اجتماعی	تعارض زناشویی	شفقت با خود	
۰/۵۳۳	۲/۹۶				۱	شفقت با خود
۰/۵۷۰	۳/۱۷			۱	۰/۳۶۴**	تعارض زناشویی
۰/۸۴۸	۳/۹۱		۱	۰/۵۷۳**	۰/۲۰۵**	حمایت اجتماعی
۰/۸۲۷	۳/۶۳	۱	-۰/۴۷۳**	-۰/۴۳۹**	-۰/۱۳۱*	استرس ناباروری

جدول ۱ ماتریس همبستگی میان نمرات کل را نشان می دهد. این ماتریس همبستگی دو به دو میان متغییرهاست. از طرف دیگر، نشان می دهد که میان متغییرهای پیش بین همبستگی بالای ۰/۹ وجود ندارد و پیش فرض هم خطی بودن چند گانه رعایت شده است. تمام نمرات به شکل نمرات مقیاس درآمده و میانگین گیری شده است. بالاترین میانگین زنان در حمایت اجتماعی و پایین ترین میانگین در شفقت با خود است.

جدول ۲ آزمون نرمال بودن تک متغییری کالماگاروف-اسمیرنوف و مقادیر کجی و کشیدگی

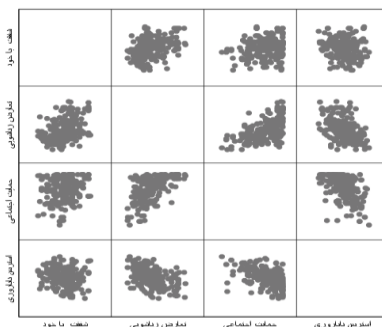
متغیرها	آماره	درجه آزادی	معناداری	کجی	کشیدگی
شفقت بر خود	۰/۰۵۶	۲۵۰	۰/۰۵۵	۰/۰۳۲	-۰/۳۳۷
تعارض زناشویی	۰/۱۰۶	۲۵۰	۰/۰۰۰	۰/۷۷۳	۰/۱۷۶
حمایت اجتماعی	۰/۰۹۹	۲۵۰	۰/۰۰۰	۰/۷۲۵	۰/۰۴۱
استرس ناباروری	۰/۰۳۳	۲۵۰	۰/۲۰۰	۰/۰۹۷	۰/۴۵۸

جدول ۲ نشان می دهد که توزیع تک متغییری نمرات کل تعارض زناشویی و حمایت اجتماعی نرمال نیست. البته مقادیر کجی و کشیدگی در دامنه مطلوب قرار دارد. با این حال از طریق نمودار جعبه ای، مقادیر تاثیر گذار شناسایی و به طور موردی از تحلیل کنار گذاشته شدند.



شکل ۲ نمودار کیو-کیو توزیع نمرات استاندارد کل متغیرها

نمودار فوق برحسب نمرات استاندارد شده ترسیم شده است. همان طور که مشاهده می شود، نمرات چند نفر در ابتدا و انتها خارج از خط است، و از مقدار مورد انتظار بالا و پایین می باشد.



شکل ۳ ماتریس پراکنش میان نمرات کل متغیرها

همان گونه که ماتریس پراکنش چند گانه نشان می دهد، رابطه میان متغیرها از نوع خطی است.

جدول ۳ ضرایب رگرسیون، مجذور همبستگی چند گانه و آزمون معنی داری

متغیر	b	B استاندارد	خطای معیار	t	R ^۲	F	همبستگی
تعارض	-۰/۱۷۲	-۰/۱۲۱	۰/۱۲۲	-۱/۴۱۷	۰/۱۹۳	۱۸/۶۱۴	-
زناشویی	-۰/۲۱۲	-۰/۲۰۱	۰/۰۷۹	-۲/۶۶۳**			-۰/۰۸۳
مرحله اول	-۰/۲۷۶	-۰/۱۹۲	۰/۱۱۴	-۲/۴۲۱**			-۰/۱۵۶
مرحله دوم							-۰/۱۴۲
مرحله سوم							
شفقت با خود	۰/۱۳۰	۰/۱۵۶	۰/۰۵۱	۲/۵۳۹**	۰/۴۹۰	۳۶/۹۴۸	۰/۱۱۹
مهربانی با خود	۰/۰۰۸	۰/۰۰۹	۰/۰۴۵	-۲/۸۵۵***			۰/۰۰۸
قضاوت	۰/۱۴۹	۰/۱۷۱	۰/۰۵۲	-۳/۷۷۴***			-۰/۱۳۴
کردن خود	۰/۱۹۲	-۰/۲۴۷	۰/۰۵۱	۱۱/۶۱۹***			-۰/۱۷۷
احساس مشترک انسانی	۰/۳۶۴	۰/۵۹۱	۰/۰۳۱	۰/۵۵۸			۰/۵۴۶
انزوا	۰/۰۲۶	۰/۰۳۶	۰/۰۴۷				۰/۰۲۶
ذهن آگاهی بزرگ نمایی							
حمایت اجتماعی	-۰/۰۴۵	۰/۰۵۵	۰/۰۶۳	-۰/۷۲۱	۲۳۷۰	۱۸/۰۴۸	-۰/۰۴۱
ملموس هیجانی -	-۰/۱۵۷	۰/۲۰۰	۰/۰۵۳	-۲/۹۶۴***			-۰/۱۷۰
اطلاعاتی	-۰/۱۵۲	۰/۱۸۳	۰/۰۸۳	-۱/۸۲۱			-۰/۱۰۴
مهربانی تعامل	۰/۱۲۸	۰/۱۴۹	۰/۰۸۳	-۱/۵۴۵			-۰/۰۸۸

اجتماعی				
مثبت				
کل				
۰/۱۹۶-	۳/۵۰۹***-	۰/۱۰۶	۰/۲۴۹-	۰/۳۷۱-
۰/۰۱۷	۲/۰۱۵*	۰/۰۹۸	۰/۱۳۰-	۰/۱۹۷-
۰/۲۸۱-	۵/۰۲۸***-	۰/۰۶۸	۰/۳۴۲-	۰/۳۴۴-
خود				
حمایت				
اجتماعی				

تفسیر بر اساس فرضیه های پژوهش

بر اساس فرضیه اول، نتایج آزمون نشان داد که تعارض زناشویی، شفقت با خود و حمایت اجتماعی، استرس ناباروری را به طور معنی داری ($p < 0.01$)، $R^2 = 0.271$ ، $F(3,234) = 28.964$) پیش بینی می کنند. مقدار مجذور همبستگی چند گانه ۲۷/۱ درصد واریانس استرس ناباروری را پیش بینی می کنند. ضریب تعارض زناشویی (بتا=۰/۲۴۹-)، شفقت بر خود (بتا=۰/۱۹۷-) و حمایت اجتماعی (بتا=۰/۳۴۴-) است. در مورد تعارض زناشویی لازم به ذکر است که نمرات بالاتر نشان دهند تعارض کمتر است. سهم تعارض زناشویی ۳/۸۴ درصد، سهم شفقت با خود ۳/۸۸ درصد و سهم حمایت اجتماعی ۱۱/۸۳ درصد است.

از آنجا که هر سه متغیر پیش بین توانسته اند به طور معنی داری استرس ناباروری را پیش بین کنند، در رگرسیون چند گانه جداگانه به تفکیک، نقش خرده مقیاس های آنها نیز بررسی شد. نتایج آزمون فرضیه دوم نشان داد که خرده مقیاس های تعارض زناشویی به غیر مرحله اول، استرس ناباروری را به طور معنی داری ($p < 0.01$)، $R^2 = 0.193$ ، $F(3,234) = 18.614$) پیش بینی می کنند. مقدار مجذور همبستگی چند گانه ۱۹/۳ درصد واریانس استرس ناباروری را پیش بینی می کنند. ضریب مرحله دوم (بتا=۰/۲۰۱-) و مرحله سوم (بتا=۰/۱۹۲-) است. در مورد تعارض زناشویی لازم به ذکر است که نمرات بالاتر نشان دهند تعارض کمتر است. سهم مرحله اول ۰/۶۹ درصد، سهم مرحله دوم ۲/۴۳ درصد و سهم مرحله سوم ۲/۰۲ درصد است. نتایج آزمون فرضیه سوم نشان داد که خرده مقیاس های شفقت با خود به غیر از قضاوت کردن خود و بزرگ نمایی، استرس ناباروری را بطور معنی داری ($p < 0.01$)، $R^2 = 0.490$ ، $F(3,234) = 36.941$

($F_{(6,231)}$) پیش‌بینی می‌کنند. مقدار مجذور همبستگی چندگانه $0.49/0.1$ درصد واریانس استرس ناباروری را پیش بینی می‌کنند. ضریب مهربانی با خود (بتا= 0.156)، قضاوت کردن خود (بتا= 0.009)، احساس مشترک انسانی (بتا= 0.171)، انزوا (بتا= 0.247)، ذهن آگاهی (بتا= 0.591) و بزرگ‌نمایی (بتا= 0.36) است. سهم مهربانی با خود $13/42$ درصد، سهم قضاوت کردن خود 0.006 درصد، احساس مشترک انسانی $1/80$ ، انزوا $3/13$ ، ذهن آگاهی $29/81$ و سهم بزرگ‌نمایی 0.07 درصد است.

در نهایت نتایج آزمون فرضیه چهارم نشان داد که از میان خرده مقیاس‌های حمایت اجتماعی فقط خرده مقیاس هیجانی/اطلاعاتی، استرس ناباروری را به طور معنی‌داری ($p < 0.001$)، $R^2 = 0.237$ ، $F_{(4,233)} = 18/0.48$ پیش‌بینی می‌کند. مقدار مجذور همبستگی چند گانه $23/7$ درصد واریانس استرس ناباروری را پیش بینی می‌کند. ضریب حمایت ملموس (بتا= 0.55)، هیجانی/اطلاعاتی (بتا= 0.20)، مهربانی (بتا= 0.183) و تعامل اجتماعی مثبت (بتا= 0.149) است. سهم حمایت ملموس 0.17 درصد، سهم هیجانی/اطلاعاتی $2/89$ درصد، سهم مهربانی $1/08$ و سهم تعامل اجتماعی مثبت 0.77 درصد است.

نتیجه گیری

براساس نتایج حاصل از آزمون فرضیه‌های پژوهش، حمایت اجتماعی، تعارض زناشویی و شفقت بر خود به طور معناداری استرس ناباروری را پیش بینی می‌کند و حمایت اجتماعی دارای بیشترین اندازه اثر می‌باشد. از آنجا که حمایت اجتماعی نقش تعیین کننده ای در کاهش استرس ناباروری دارد، بنابر این می‌تواند به عنوان سپر بلا در برابر فشارهای روانی زنان عمل کند، زنان نابارور در درمان ناباروری بیشتر از مردان نیاز به حمایت اجتماعی نشان می‌دهند، دریافت حمایت از منابعی چون خانواده و دوستان می‌تواند استرس ناباروری را در این زنان کاهش دهد. (امینی و همکاران، ۱۳۹۷؛ میرغفور وند و دیگران، ۱۳۹۲؛ آباداسا و الیازوری، ۲۰۱۷؛ وانگ و دیگران، ۲۰۱۵). پژوهش امینی و دیگران (۱۳۹۷) بر روی افراد نابارور گویای آن بود که صرف نظر از عامل مردانه یا زنانه در ناباروری، زنان بیشتر دچار استرس می‌گردند لیکن با افزایش حمایت اجتماعی میزان استرس کاهش می‌یابد. پژوهش میرغفور وند و دیگران (۱۳۹۲) نشان داد که زنان نابارور با گرفتن حمایت بالا وضعیت بهتری نسبت به مردان دارند و بیشترین حمایت را از سوی خانواده خود دریافت می‌کنند. تحقیقات وانگ و همکاران (۲۰۱۵)

نشان داد که نداشتن حمایت اجتماعی می توانست ریسک به دست آمدن پریشانی های روانی را در زنان افزایش دهد. از طرف دیگر بروز مشکلات روان شناختی در زنان نابارور می تواند روابط دو سویه بین تعارضات زناشویی و استرس های ناباروری را تبیین نماید. افراد نابارور ناراحتی هیجانی قابل ملاحظه ای را تجربه می کنند و همین امر می تواند باعث اختلال در کیفیت روابط زناشویی، کاهش صمیمیت، ترس از خاتمه رابطه زناشویی، جدایی، طلاق شود (هوکاگلو، ۲۰۱۹؛ لوگان و دیگران، ۲۰۱۹). پژوهش هوکاگلو (۲۰۱۹) نشان داد که اکثر زنان نابارور از عزت نفس پایین و اعتماد به نفس کمتری برخوردارند و مهارت های مقابله ای ضعیف تری را تجربه می کنند که می تواند برای زوج ها یکی از بحران های عمده زندگی تلقی گردد و فشار روانی زیادی را به بار آورد. بحران ناباروری جز مقوله هایی است که با احساسات درونی ناخوشایند همراه است بخصوص در زنان نابارور که با استرس مواجه اند. شفقت بر خود یکی از روش های مقابله با احساسات بد درونی است، و به عنوان روشی مفید برای جلوگیری از تفکر خود قضاوتگرانه محسوب می شود، تشدید فعالیت خود قضاوتی در زنان نابارور، تفکر جزئی نگری را در آنها ایجاد می کند، آنها نیازها و احساسات خود را فراموش می کنند، که این سبب افزایش استرس بیشتر شده و مشکل را حادتر می کند. مسئله ناباروری گویای درد و رنجی است که زنان نابارور آن را تجربه می کنند، و این وضعیت می تواند تأثیرات مخربی بر رفاه حال درونی آنها بگذارد اما سطوح بالاتر شفقت بر خود می تواند تأثیر حمایت کننده ای برای زنان نابارور داشته باشد. این یافته با نتایج پژوهشهای (کانها و دیگران، ۲۰۱۶؛ ایزدی، سجادیان، ۱۳۹۶؛ قویلی، سهرابی، فرهادی، ۲۰۱۶؛ گالهاردو و دیگران، ۲۰۱۱؛ راکو بوگدان، هافمن، ۲۰۱۵) همخوانی دارد. زنان نابارور از لحاظ حمایت اجتماعی دارای تجربه های هیجانی می باشند و برای کاهش استرس ناباروری خود، نیاز به اطلاعات پیرامون ناباروری دارند. همچنین عناصر شفقت بر خود می تواند استرسشان را کاهش دهد. اهمیت تعارض زناشویی با کاهش تنش های ناشی از روابط متقابل و درک نیازهای زوج نشان داده شده و موجب پایین آمدن استرس می گردد.

براساس نتایج به دست آمده از پژوهش حاضر، با توجه به اندازه اثر بیشتر حمایت اجتماعی بر استرس ناباروری، پیشنهاد می گردد، با افزایش حمایت و آگاهی افراد، خانواده ها، تیم بهداشتی و درمانی و همچنین سیاست گذاران امر سلامت از این مساله، در بهبود وضعیت نگرانی و استرس این زنان، از لحاظ حمایت روانی، اقتصادی و اجتماعی اقدامات مناسب صورت گیرد.

منابع

فارسی

- امرالهی، ر.، روشن چسلی، ر.، شعیری، م.ر.، نیک آذین، ا. (۱۳۹۲). تعارض زناشویی، رضایت زناشویی و رضایت جنسی: مقایسه زنان دارای ازدواج های فامیلی و غیر فامیلی. دو فصلنامه علمی - پژوهشی، دانشگاه شاهد: ۲۰ (۸)، ۱۱-۲۲.
- امینی، ل.، قربانی، ب.، صادقی اول شهر، ه.، رئوفی، ز.، مرتضی پور علیسرایی، م. (۱۳۹۷). ارتباط بین حمایت اجتماعی درک شده و استرس ناباروری در همسران مردان نابارور، مرکز تحقیقات مراقبتهای پرستاری دانشگاه علوم پزشکی ایران، (نشریه روان پرستاری): ۳۱ (۱۱۱)، ۳۱-۳۹.
- ایزدی ن.، سجادیان ا. (۱۳۹۶). رابطه سازگاری زناشویی و استرس مرتبط با ناباروری: نقش میانجیگری شفقت خود و خودقضاوتی. نشریه روان پرستاری: ۵، ۱۵-۲۲.
- تمنائی فر، م.ر.، منصوری نیک، ا. (۱۳۹۳). ارتباط ویژگیهای شخصیتی، حمایت اجتماعی و رضایت از زندگی با عملکرد تحصیلی دانشجویان. فصلنامه پژوهش و برنامه ریزی در آموزش عالی: شماره ۷۱، ۱۴۹-۱۶۶.
- حسن پور ازغذی، س.ب.، سیمبر م.، ودادهیر، ا.ع.، رشیدی، ب. (۱۳۹۲). تبیین تاثیرات روانی نازایی در زنان نابارور در جستجوی درمان: یک مطالعه کیفی. نشریه علمی-پژوهشی دانشکده پرستاری و مامائی: ۲۳ (۸۳)، ۸۳، ۱-۸.
- خسروی، ص.، صادقی، م.، یابنده، م.ر. (۱۳۹۲). کفایت روان سنجی مقیاس شفقت خود. مجله روش ها و مدل های روان شناختی: ۳ (۱۳)، ۴۷-۵۹.
- شاهوردی، ج.، احمدی، س. م.، صادقی، خ.ا.، بختیاری، م.، رضایی، م.، ویسی، ف.، خاموشی، ف. (۱۳۹۴). مقایسه سطح سلامت روان، شادکامی، احساس حقارت، رضایت زناشویی و تعارضات زناشویی در زنان نابارور و بارور شهر کرمانشاه. مجله تحقیقات بالینی در علوم پیراپزشکی: ۴ (۳)، ۲۷۷-۲۸۵.
- زارع، ز.، گلمکانی، ن.، امیریان، م.، مظلوم، س.ر.، لعل آهنگر، م. (۱۳۹۴). مقایسه خشنودی زناشویی در زوجین بارور و نابارور و رابطه آن با مشکلات جنسی. مجله زنان و مامائی و زایمان ایران: ۱۸ (۱۴۳)، ۱-۱۰.

- علی زاده، ت.، فراهانی، م.ن.، شهرآرای، م.، علی زادگان ش. (۱۳۸۴). رابطه بین عزت نفس و منبع کنترل با استرس ناباروری زنان و مردان نابارور. *مجله باروری و ناباروری*: ۶ (۲)، ۱۹۴-۲۰۴.
- عجم، ا.ع. (۱۳۹۵). تاثیر آموزش مستقیم و غیر مستقیم ماهواره ای بر تعارض زناشویی و نگرش به خیانت زناشویی. *فصلنامه علمی و پژوهشی مطالعات اسلام و روان شناسی*: ۱۰ (۱۸)، ۱۲۵-۱۴۶.
- میرغفوروند، م.، حسنیور، ش.، بانی، س.، یحیوی کوچکسرایبی، ف. (۱۳۹۲). حمایت اجتماعی ادراک شده در زوجین نابارور و پیشگویی کننده های فردی - اجتماعی آن. *مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران*: ۲۳ (۱)، ۲۱۳-۲۲۳.

انگلیسی

- Abadsa, A.A., Al Yazori, M.T. (۲۰۱۷). *The social support as a mediator between the infertility stress and depression among infertile female in the Gaza Strip, IUG Journal of Educational and Psychological Sciences Peer-reviewed Journal of Islamic University-Gaza*, ۲۵(۳), ۱-۱۳. ISSN ۲۴۱۰-۳۱۵۲.
- Baak, N.A., Cantineau, A.E., Farquhar, C., & Brison, D. (۲۰۱۶). *Temperature of embryo culture for assisted reproduction, Cochrane Database of Systematic Reviews*, doi:۱۰,۱۰۰۲/۱۴۶۵۱۸۵۸. cd.۱۲۱۹۲.
- Baer, R.A., Lykins, L.B., Peters, J.R. (۲۰۱۲). *Mindfulness and self-compassion as predictors of psychological wellbeing in long-term meditators and nonmeditators. The Journal of Positive Psychology*. ۷(۳), ۲۳۰-۲۳۸.
- Cassidy, T., McLaughlin, M. (۲۰۱۶). *Distress and coping with in Vitro Fertilization (IVF): The role of self-compassion, parenthood motivation and attachment. Journal*

- of *Psychology & Clinical Psychiatry*, ۶(۴), ۰۰۳۶۳. doi: ۱۰.۱۰۴۰۶/jpcpy.۲۰۱۶.۰۶.۰۰۳۶۳
- Cunha, M., Galhardo, A., Gouveia, J.P. (۲۰۱۶). *Experiential avoidance, self-compassion, self-judgment and coping styles in infertility. Sexual & Reproductive Healthcare*, ۱۰:۴۱-۴۷. doi: ۱۰.۱۰۱۶/j.srhc.۲۰۱۶.۰۴.۰۰۱
 - Daibes, M., Safadi, R., Athamneh, T., Anees, I.F., Constantino, R.E., (۲۰۱۷). *Half a woman, half a man; that they make me feel: a qualitative study of rural Jordanian women's experience of infertility. Cultural, Health & Sexuality*, ۲۰(۵), ۵۱۶-۵۳۰.
 - Dierickx S., Rahbari L., Longman C., Jaiteh F., Coene G. (۲۰۱۸). *I am always crying on the inside: a qualitative study on the implications of infertility on women's lives in urban Gambia. Reproductive Health*, ۱۵(۱). <https://doi.org/10.1186/s12978-018-0096-2>.
 - Eggeman, K.W., Moxley, V., Schumm, W.R. (۱۹۸۵). *Assessing spouses' perceptions of Gottman's temporal form in marital conflict. Psychology Reports*, ۵۷(۱), ۱۷۱-۱۸۱.
 - Galhardo, A., Cunha, M., Pinto-Gouveia, J. (۲۰۱۵). *Emotion regulation processes in couples with infertility, fertile couple and couples applying for adoption. ACBS Annual World Conference ۲۰۱۵ Jul Berlin Germany*.
 - Galhardo, A., Pinto-Gouveia, J., Cunha, M., Matos, M. (۲۰۱۱). *The impact of shame and self-judgment on psychopathology in infertile patients, Human Reproduction*, ۲۶ (۹), ۲۴۰۸-۲۴۱۴.

- Gavili, H., Sohrabi, A., Farhadifar, F. (۲۰۱۶). *The effectiveness of compassion-focused therapy on the infertile women depression. International Journal of Humanities & Cultural Studies, ISSN: ۲۳۵۶-۵۹۲۶. (Persian).*
- Hocaoglu, C. (۲۰۱۹). *The psychosocial Aspect of Infertility. Infertility, Assisted Reproductive Technologies and Hormone Assays. doi: ۱۰,۵۷۷۲/intechopen.۸۰۷۱۳.*
- Kumar, N., Kant Singh, A., (۲۰۱۵). *Trends of male factor infertility, and important cause of infertility: A review of literature. Journal of Human Reproductive Science, ۸ (۴), ۱۹۱-۱۹۶.*
- Logan, S.H., Gu, R., Li, W., Xiao, S.H., Anazodo, A. (۲۰۱۹). *Infertility in China: Culture, Society and a need for fertility counselling. Asian Pacific J. of Reproduction, ۸(۱), ۱-۶. doi: ۱۰,۴۱۰۳/۲۳۰۵-۰۵۰۰,۲۵۰.۴۱۶.*
- Mirzaei, M., Namiranian, N., Dehghan Firouzabadi, R., Gholami, S. (۲۰۱۸). *The prevalence of infertility in ۲۰-۴۹ years women in Yazd, ۲۰۱۴-۲۰۱۵: a cross-sectional study. International J. Reproductive Biomed (Yazd), ۱۶(۱۱), ۶۸۳-۶۸۸. (Persian).*
- Neff, K.D. (۲۰۰۳). *Self-compassion: An alternative conceptualization of healthy attitude toward oneself, Self and Identity, ۲(۲), ۸۵-۱۰۲*
• [https://doi.org/10,1080/10529886.2009.322](https://doi.org/10.1080/10529886.2009.322).
- Newton, C.R., Sherrard, W., & Glavac, I. (۱۹۹۹). *The Fertility Problem Inventory: measuring perceived infertility-related stress. Fertility and sterility, ۷۲(۱), ۵۴-۶۲.*

- Raque-Bogdan, T.L., Hoffman, M.A., (۲۰۱۵). *The Relationship Among Infertility, Self-Compassion, and Well-Being for Women with Primary or Secondary Infertility*, *Psychology of Women Quarterly*, ۳۹(۴), ۴۸۴-۴۹۶.
DOI: ۱۰.۱۱۷۷/۰۳۶۱۶۸۴۳۱۵۰۵۷۶۲۰۸ pwq.sagepub.com
- Sherbourne, D., Stewart, A.L. (۱۹۹۱). *The MOS social support survey*. *Sot Science Medicine*, ۳۲(۶), ۷۰۵-۷۱۴.
- Shweta, L.R. (۲۰۰۸). *Relationships among individuals personality, self esteem, age, perceived social support, appearance schema, appearance appraisal and body image coping strategies*. Thesis for degree of doctor of philosophy in design and human environment, Oregon State University, P.۲۲۷.
- Terzioglu, C., Ozkan, B. (۲۰۱۷). *Psychodrama and the emotional state of women dealing with infertility, Sexuality and Disability*, ۳۶(۱), ۸۷-۹۹. doi-org/۱۰.۱۰۰۷/s۱۱۱۹۵-۰۱۷-۹۵۱۴-۸.
- Wang, J.Y., Li, Y.S., Chen, J.D., Liang, W.M., Yang, T.C., Lee, Y.C., et al. (۲۰۱۵). *Investigating the Relationships among Stressors, Stress Level, and Mental Symptoms for Infertile Patients: A Structural Equation Modeling Approach*. *PLOS ONE*, ۱۰(۱۰), e۰۱۴۰۵۸۱. doi:۱۰.۱۳۷۱/journal.pone.۰۱۴۰۵۸۱.
- World Health Organization (۲۰۱۵). *Infertility definitions and terminology*.
<http://www.who.int/reproductivehealth/topics/infertility/definitions/en/>.

- Yazdani, F., Elyasi, F., Peyvandi, S., Moosazadeh, M., Samadaee Galekolae, K. et al. (۲۰۱۷). *Counseling-supportive interventions to decrease infertile women's perceived stress: A systematic review*, *Electron Physician*, ۹(۶), ۴۶۹۴-۴۷۰۲. doi: ۱۰.۱۹۰۸۲/۴۶۹۴. (Persian).
- Zarbo, C., Brugnera, A., Compare, A., Candeloro, I., Secomandi, R., Betto, E., Frigerio, L. (۲۰۱۸). *Perfectionistic traits and importance given to parenthood are associated with infertility-related quality of life in a sample of infertile women with and without endometriosis*. *Sexual & Reproductive Healthcare*, ۱۷, ۸۶- ۹۰. doi: ۱۰.۱۰۱۶/j.srhc.۲۰۱۸.۰۷.۰۰۸.