

## بررسی تاثیر حمايت اجتماعي ادراك شده بر سازگاري با بيماري با نقش ميانجی تاب آوري و رضایت زناشویی در زنان نابارور

### *the impact of perceived social support on Adjustment to Illness with the mediating role of resiliency and marital satisfaction in infertile woman*

**Zohreh Keykhosravi Big Zadeh**

PhD student of health Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, karaj, Iran

**Sheida Sodagar (corresponding Aauthor)**

Assistant Professor, Department of Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran  
Email: sh\_so90@yahoo.com

**Farhad Jomhari**

Assistant Professor, Department of psychology, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran

**Maryam Bahrami Hidaji**

Assistant Professor, Department of Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran

زهره کیکسروی بیگ زاده

دانشجوی دکتری تخصصی روانشناسی سلامت، واحد کرج، دانشگاه آزاد

اسلامی، کرج، ایران

شیدا سوداگر (نویسنده مسئول)

استادیار گروه روانشناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران

Email: sh\_so90@yahoo.com

فرهاد جمهری

استادیار گروه روانشناسی، دانشگاه علامه طباطبایی، تهران، ایران

مریم بهرامی هیدجی

استادیار گروه روانشناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران

چکیده

#### Abstract

**Aim:** the aim of This study was the impact of perceived social support on Adjustment to Illness with the mediating role of resiliency and marital satisfaction in infertile woman. **Method:** The research method was descriptive-correlational which was done using structural equation modeling. The statistical population included all infertile women who referred to infertility treatment centers in Tehran for the first time. 225 women were selected using available sampling method. Measurement tools were Perceived Multidimensional Social Support Scale (Zimet et al., 1988), Resilience Scale (Conner and Davidson, 2003), the Enrich Marital Satisfaction Questionnaire (Olson & Olson, 1991) and Adjustment to Illness Scale (Bisharat, 2001). **Results:** The results showed that perceived social support has a direct and significant effect on resilience ( $P = 0.0001$  and  $\beta = 0.49$ ) and marital satisfaction ( $P = 0.002$  and  $\beta = 0.22$ ). In addition, resilience ( $P = 0.0001$  and  $\beta = 0.44$ ) and marital satisfaction ( $P = 0.0001$  and  $\beta = 0.33$ ) had a direct and significant effect on Adjustment to Illness. Finally, the results showed that resilience ( $P = 0.01$  and  $\beta = 0.11$ ) and marital satisfaction ( $P = 0.03$  and  $\beta = 0.09$ ) play a mediating role between perceived social support and Adjustment to Illness in infertile women. **Conclusion:** The results indicated that resilience and marital satisfaction play a mediating role in the relationship between perceived social support and Adjustment to Illness in infertile woman. Therefore, with the increase of these three variables, Adjustment to Illness also increases.

**Keywords:** perceived social support, resilience, marital satisfaction, Adjustment to Illness, infertile

هدف: این پژوهش با هدف بررسی تاثیر حمايت اجتماعي ادراك شده بر سازگاري با بيماري با نقش ميانجی تاب آوري و رضایت زناشویی در زنان نابارور می باشد. روش: روش پژوهش توصیفی، از نوع همبستگی بود که با استفاده از روش مدل‌یابی معادلات ساختاری انجام شد. جامعه آماری شامل همه زنان نابارور مراجعه کننده به مراکز ناباروری شهر تهران بودند که برای اولین بار مراجعه کرده بودند. با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس تعداد ۲۲۵ نفر انتخاب گردید. ابزارهای سنجش شامل مقیاس‌های حمايت اجتماعي ادراك شده (زیمت و همکاران، ۱۹۸۸)، تاب‌آوری (کانر و دیویدسون، ۲۰۰۳) و سازگاري با بيماري (بشارت، ۲۰۰۱) و پرسشنامه سنجش رضایت زناشویی (اولسون و اولسون، ۱۹۹۱) بود. یافته‌ها: نتایج نشان داد که حمايت اجتماعي ادراك شده اثر مستقیم و معنادار بر تاب‌آوری ( $\beta = 0.49$  و  $P = 0.0001$ ) و رضایت زناشویی ( $\beta = 0.22$  و  $P = 0.002$ ) دارد. علاوه بر این، تاب‌آوری ( $\beta = 0.44$  و  $P = 0.0001$ ) و رضایت زناشویی ( $\beta = 0.33$  و  $P = 0.0001$ ) به صورت مستقیم و معنی‌دار بر سازگاري با بيماري اثر داشتند. در نهایت نتایج بیانگر این بود که تاب‌آوری ( $\beta = 0.11$  و  $P = 0.01$ ) و رضایت زناشویی ( $\beta = 0.09$  و  $P = 0.03$ ) نقش واسطه‌ای بین حمايت اجتماعي ادراك شده و سازگاري با بيماري در زنان نابارور ایفا کنند. نتیجه‌گیری: پژوهش حاضر نشان داد که حمايت اجتماعي می‌تواند پیش بین مناسبی برای سازگاري با بيماري از طریق خود تاب آوري و رضایت زناشویی باشد. بنابراین با افزایش این سه متغیر سازگاري با بيماري نیز افزایش می‌یابد.

کلیدواژه‌ها: حمايت اجتماعي ادراك شده، تاب‌آوری، رضایت زناشویی، سازگاري با بيماري، نابارور

مقدمه

باروری در اکثر فرهنگ‌ها از ارزش بالایی برخوردار است و آرزوی داشتن فرزند یکی از اساسی‌ترین محرک‌های انسانی است. اگر تلاش در جهت باردار شدن با شکست مواجه شود می‌تواند به یک تجربه احساسی مخرب تبدیل گردد. یک زوج از لحاظ بالینی زمانی نابارور شناخته می‌شوند که حد اقل ۱۲ ماه پس از فعالیت جنسی منظم در عین عدم استفاده از روش‌های جلوگیری از بارداری هیچگونه بارداری نداشته باشند. ناباروری یکی از مشکلات دنیای امروز است به گون‌های که میزان آن در جهان از سال ۱۹۹۵ تا کنون ۵۰ درصد افزایش داشته است و هم اکنون ۱۰ تا ۱۵ درصد از زوجین با این مشکل درگیر هستند (داتا و همکاران<sup>۱</sup>، ۲۰۱۶). در دهه‌های اخیر عواملی نظیر تغییر نقش زنان در فعالیتهای اجتماعی، تاخیر در سن ازدواج، تغییر در سن داشتن فرزند، افزایش استفاده از روش‌های پیشگیری از باروری، آزاد شدن سقط جنین در برخی مناطق و وضعیت اقتصادی نامطلوب باعث کاهش میزان باروری در کشورهای مختلف شده است (واندر و ونیز<sup>۲</sup>، ۲۰۱۸). اگرچه ناباروری به عنوان یک منبع استرس، هم زن و هم مرد را تحت تاثیر قرار می‌دهد، اما یافته‌های پژوهشی نشان می‌دهند که زنان نابارور در مقایسه با مردان نابارور استرس بیشتری را تجربه می‌کنند (ریس، خاویر، کولو و مونته‌نگرو<sup>۳</sup>، ۲۰۱۳). و ناباروری گستره‌ای از واکنش‌های روانی منفی شامل افسردگی، اضطراب، نگرانی، خشم، شرم، حسادت، تنهایی، یاس و نومیدی، کاهش عزت نفس، عدم تعادل عاطفی، احساس عدم کفایت جنسی و اختلال عملکرد جنسی را ایجاد می‌کند (یوسف<sup>۴</sup>، ۲۰۱۶؛ نیکلمن و همکاران<sup>۵</sup>، ۲۰۱۶) و سلامت روان افراد نابارور را به مخاطره می‌اندازد (چان و همکاران<sup>۶</sup>، ۲۰۱۵).

ناباروری یک بحران زیستی- روانی- اجتماعی است که سلامت روانی زوج‌های نابارور را تهدید می‌کند؛ علاوه بر این اگر زنان نابارور از حمایت‌های اجتماعی و خانوادگی برخوردار باشند بهتر می‌توانند با مشکل ناباروری سازگار شوند (هولت لونستاد و اوچینو<sup>۷</sup>، ۲۰۱۵) لذا سازگاری با پدیده ناباروری از اهمیت قابل توجهی برخوردار است. سازگاری با ناباروری<sup>۸</sup> به مجموعه‌ای از راهکارهای شناختی و رفتاری اشاره دارد که فرد برای مقابله با بحران ناباروری از آنها استفاده می‌کند (کمپل<sup>۹</sup> و همکاران، ۲۰۰۵). زوج‌های نابارور به لحاظ اجتماعی و روانشناختی از ناباروری رنج زیادی می‌برند و به لحاظ اجتماعی ناباروری تهدیدی برای ثبات زناشویی است (اودک<sup>۱۰</sup> و همکاران، ۲۰۱۴). زنان در برابر پیامدهای روانی ناباروری آسیب پذیرتر از مردان می‌باشند و رضایت زناشویی رابطه

<sup>1</sup>-Datta & et al

<sup>2</sup>-Vander Borghet & Wyns

<sup>3</sup>- Reis, Xavier, Coelho & Montenegro

<sup>4</sup>- Yusuf

<sup>5</sup>- Nikolman & et al

<sup>6</sup>- Chan & et al

<sup>7</sup>- Holt- Lunstad & Uchino

<sup>8</sup>-adjustment to infertility

<sup>9</sup>- Compel

<sup>10</sup>- Odek

منفی و معکوسی با اختلالات هیجانی دارد (ایوردچسکیو<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۲۱). زنان نابارور نسبت به زنان بارور رضایت زناشویی کمتری را تجربه میکنند (معصومی و همکاران، ۲۰۱۵) زنانی که سازگاری مطلوبی با ناباروری دارند سطوح بالاتری از رضایت زناشویی را در اغلب حیطه‌ها نشان داده‌اند (فریرا<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۱۴).

یکی از مسائل خانواده و سلامت آن، نوع رابطه زوجها و وجود رضایت هر دو از این رابطه است (طیرانی نجاران، ۱۳۹۷؛ اوزن، کاراتاس و پولات<sup>۳</sup>، ۲۰۲۱). مطالعه رضایت زناشویی<sup>۴</sup> و عوامل تعیین کننده آن همیشه مورد علاقه پژوهشگران رشته‌های روانشناسی و علوم اجتماعی بوده است (هملت، الونر، کارنی و برادبوری<sup>۵</sup>، ۲۰۲۱). رضایت زناشویی به طور کلی فرایندی است که در طول زندگی زوجها به وجود می‌آید؛ زیرا لازمه آن انطباق سلیقه‌ها، شناخت ویژگی‌های شخصیتی، ایجاد قواعد رفتاری و شکل‌گیری الگوهای ارتباطی سازنده بین زن و شوهر است، در عین حال برخی از پژوهشگران رضایت زناشویی را واکنش عاطفی حاصل از ارزیابی ذهنی زوجها از ابعاد مثبت و منفی رابطه زن و شوهری تعریف می‌کنند (هو، جانگ و وانگ<sup>۶</sup>، ۲۰۱۹؛ فی، چاسک، میمز، ساندمان و هرینچسن<sup>۷</sup>، ۲۰۲۰).

ناباروری بر روابط جنسی و زناشویی در بین زوجین تاثیر گذار می‌باشد (لوک و لوک<sup>۸</sup>، ۲۰۱۸). بین زنان بارور و نابارور در رضایت زناشویی تفاوت معنادار وجود دارد و ناباروری رضایت زناشویی را کاهش می‌دهد و زنان نابارور به دنبال حل مشکل خود هستند (رجبی و همکاران، ۱۳۹۷). رضایت زناشویی زنان نابارور در مقایسه با زنان بارور کمتر می‌باشد (صیادپور و صیادپور، ۱۳۹۵). همچنین میزان رضایت زناشویی در زنان با عامل ناباروری مردانه بیشتر از زنانی است که خود عامل ناباروری هستند (صحرایان و همکاران، ۱۳۹۳). وجود ارتباط مناسب بین زوجین نابارور با سازگاری بیشتر با ناباروری رابطه مثبت دارد (اونت و کیزیلکایا بجی<sup>۹</sup>، ۲۰۱۲).

ناباروری در بین زنان عاملی است که تعادل روانی را بر هم زده و روابط بین فردی و زناشویی را تحت تاثیر آثار منفی قرار می‌دهد. در واقع عاملی است که زمینه را برای پایین آمدن میزان صمیمیت و رضایت زناشویی زوجین فراهم می‌کند. (عدل، شفیق آبادی و پیرانی، ۱۳۹۵).

یکی دیگر از متغیرهایی که می‌تواند به زنان نابارور در سازگاری با ناباروری کمک کند میزان تاب‌آوری آنها است. امروزه تاب‌آوری در حوزه‌های بهداشت روانی و روان‌شناسی تحولی، جایگاه ویژه‌ای برای خود کسب کرده است و بیشتر از دو دهه است که به عنوان یک سازه مهم در تئوری‌ها و پژوهش‌های بهزیستی مطرح است (ترون<sup>۱۰</sup>، ۲۰۱۷). تاب‌آوری که در حقیقت، ظرفیت و توانایی افراد برای استقامت در برابر شرایط دشوار است، با حفظ سلامت روانی و

<sup>1</sup> - Iordachescu

<sup>2</sup> - Ferreira

<sup>3</sup> - Özen, Karataş, Polat

<sup>4</sup> - Marital Satisfaction

<sup>5</sup> - Hammett, Lavner, Karney, Bradbury

<sup>6</sup> - Hou, Jiang, Wang

<sup>7</sup> - Fye, Chasek, Mims, Sandman, Hinrichsen

<sup>8</sup> - Luk & Loke

9. Onat & Kizilkaya Beji

10. Theron

بهزیستی افراد و ارتقای آن رابطه دارد (ترون، ۲۰۱۷). مطابق با مدل تاب آوري کامپفر<sup>۱</sup> (۱۹۹۹)، تاب آوري باعث افزايش خودمختاری، عزت نفس، آگاهی میان فردی، مهارت های اجتماعی و هدفمندی می شود (دیس، پرستیا و اسمیت<sup>۲</sup>، ۲۰۱۵). رابطه استرس مرتبط با ناباروري و رضایت از زندگی در میان زنان ناباروري از طریق رضایت زناشویی و تاب آوري تعديل می شود (لی<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۱۹). حمايت ادراک شده خانواده، دوستان و افراد ديگر یک عامل پیش بینی کننده مهم برای تاب آوري است و هر چه میزان حمايت بیشتر باشد، تاب آوري نیز بیشتر خواهد بود (پجیسیک<sup>۴</sup> و همکاران، ۲۰۱۸). افسردگی با تاب آوري در زنان نابارور رابطه معکوس دارد و به نظر می رسد که تاب آوري باعث کاهش افسردگی در زنان نابارور می شود (بشرپور و همکاران، ۱۳۹۵). آموزش تاب آوري به زنان نابارور باعث بهبود روابط مثبت با دیگران و بهزیستی روانشناختی در زنان می شود (بهزاد پور و همکاران، ۱۳۹۴). با توجه به آنچه بیان شد به نظر می رسد که تاب آوري با کاهش هیجانات منفی و افزایش هیجانات مثبت می تواند بر سازگاري نسبت به بيماري در زنان نابارور موثر باشد.

حمايت اجتماعي<sup>۵</sup> برقراری یک تعامل اجتماعی است که با برقراری ارتباط شروع می شود و تداوم آن به ایجاد ارتباط همدلانه و در نهایت یک شبکه ایمنی برای بیمار می انجامد. ارتباط به افراد کمک می کند تا با شرایط مقابله کنند و احساس بهتری درباره خود بسازند. حمايت اجتماعي کمک دوجانبه است که موجب خلق تصویر مثبت از خود، پذیرش خود، امیدواری، احساس عشق و رضایتمندی می گردد اضطراب را کاهش می دهد به طوری که به فرد فرصت خود شکوفایی و رشد می دهد. (هولت لونستاد و اوچینو، ۲۰۱۵) حمايت اجتماعي میتواند از جانب افراد خانواده، دوستان و افراد ديگر فراهم شود. به طور کلی زنان در مقایسه با مردان ارتباط نزدیکی با خانواده و دوستان دارند و بیش تر تمایل دارند در صدد کسب حمايت اجتماعي برآیند (مک کیمی، بوتلر، چان، روگرز و جی میسون<sup>۶</sup>، ۲۰۱۹). زنان نابارور از راهبردهای مقابله ای مانند کناره گیری اجتماعی و منزوی کردن خود از وقایع اجتماعی، اجتناب از زنان باردار و زنان دارای فرزند و درگیر شدن در راهبردهای اجتنابی هم در سطح روانشناختی و هم در سطح جسمی استفاده می کنند (پدرو<sup>۷</sup>، ۲۰۱۵). همچنین زنان نابارور برای کنار آمدن با سطح بالایی از اضطراب، احساس گناه، بدبینی و تمایل به خودکشی از حمايت اجتماعي استفاده می کنند (راماموردی، کاویدا، پوآنراج و راجاراجسواری<sup>۸</sup>، ۲۰۱۶) از آنجایی که دریافت حمايت اجتماعي از منابعی چون خانواده و دوستان می تواند جنبه های بسیاری از استرس های زندگی را کاهش دهد، نتایج پژوهش های مختلف نشان داده است که برخورداری از حمايت اجتماعي بر رضایت از زندگی،

<sup>1</sup>-Kampfer

<sup>2</sup>- Dyess, Prestia and Smith

<sup>3</sup>- Li

<sup>4</sup>- Pejicic

<sup>5</sup>- social support

<sup>6</sup>- McKimmie, Butler, Chan, Rogers, Jimmieson

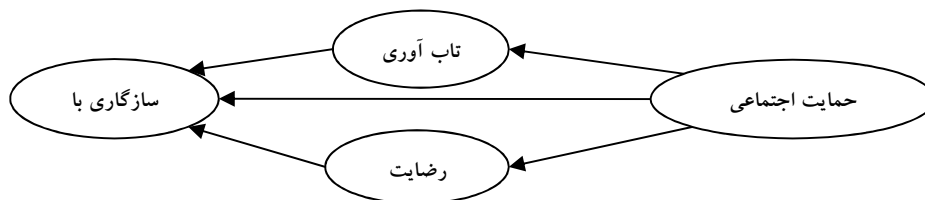
<sup>7</sup>- Pedro

<sup>8</sup>- Ramamurth, Kavitha, Pounraj, Rajarajeswari

سلامت روانی و سلامت عمومی تاثیر گذار است و استرس و احساس تنهایی را کاهش می دهد ( هوگلند، وال، هو، دوون<sup>۱</sup>، ۲۰۱۶).

ناباروری باعث کاهش سلامت روانی، جسمی، روابط اجتماعی و کیفیت زندگی در زنان می شود. علاوه بر این، مشخص شد که زنان نابارور کمتر از زنان بارور توسط جامعه، خانواده، دوستان و افراد دیگر حمایت می شوند (جمیلیان<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۱۷). نتایج تحقیقات در خصوص تفاوت در حمایت اجتماعی ادراک شده در زنان و مردان نابارور متفاوت می باشد برخی از تحقیقات به عدم تفاوت بین زنان و مردان نابارور (امینی و همکاران، ۱۳۹۸) و برخی به وجود تفاوت اشاره دارند (سلطان<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۱۸) و همچنین بین حمایت اجتماعی و رضایت زناشویی در زنان نابارور رابطه معناداری وجود دارد (سلطان و همکاران، ۲۰۱۸؛ چو<sup>۴</sup> و همکاران، ۲۰۲۱). همچنین تحقیقات نشان داده که رابطه اضطراب و رضایت زناشویی در زوج های ناباروری که از حمایت اجتماعی بالاتری برخوردار هستند منفی و معناداری می باشد (ایرادچسکیو و همکاران، ۲۰۲۱). ارتباط مستقیمی و ضعیفی بین حمایت اجتماعی ادراک شده از جانب خانواده و سازگاری روانی - اجتماعی با بیماری وجود دارد که این رابطه معنادار نمی باشد (قمری و همکاران، ۱۳۹۹). حمایت اجتماعی ادراک شده دوستان یک عامل محافظتی مهم برای سلامت روان است، تا حدی به این دلیل که فرد را برای مواجهه با یک موقعیت استرس زا به عنوان فرصتی برای رشد شخصی و مقابله فعالانه با آن آماده می کند (پجیسیک و همکاران، ۲۰۱۸).

شناسایی عوامل موثر بر سازگاری با ناباروری می تواند در کمک به سازگاری زنان نابارور موثر باشد و همچنین با توجه به محدود بودن چنین پژوهش هایی در کشور که چندین متغیر مرتبط با سازگاری با ناباروری را بطور همزمان مورد بررسی قرار داده باشد و درصدد ارائه مدلی برای سازگاری با ناباروری باشد، انجام این پژوهش در کشور مهم به نظر می رسد. با توجه به آنچه بیان شد، پژوهش حاضر به دنبال بررسی نقش واسطه گری تاب آوری و رضایت زناشویی در رابطه بین حمایت اجتماعی ادراک شده با سازگاری با بیماری در زنان نابارور است. مدل مفهومی پژوهش در شکل شماره ۱ نمایش داده شده است.



شکل شماره ۱. مدل مفهومی پژوهش

روش

<sup>۱</sup> - Haugland, Wahl, Hofoss, DeVon

<sup>۲</sup> - Jamilian

<sup>۳</sup> - Sultan

<sup>۴</sup> - Chu

طرح پژوهش حاضر توصيفی، از نوع هبستگی است که در آن، روابط مفروض میان متغيرهای مدل پژوهش، با استفاده از روش مدل‌یابی معادلات ساختاری بررسی شده است. جامعه آماری پژوهش حاضر را همه زنان نابارور مراجعه کننده به مراکز درمان ناباروري شهر تهران که برای اولین بار درمان ناباروري دریافت می‌کنند (در سال ۱۳۹۷) را شامل می‌شوند. به منظور تعیین حجم نمونه، تعداد مسیرهای مورد آزمون در مدل، ملاک قرار گرفت. طبق نظر کلاین<sup>۱</sup> (۲۰۱۱) به ازاء هر مسیر می‌توان حداقل ۱۰ و حداکثر ۲۰ نفر را انتخاب کرد. بر این اساس تعداد ۲۲۵ نفر انتخاب گردید. به منظور انتخاب شرکت کنندگان، از روش نمونه‌گیری هدفمند استفاده شد. نحوه نمونه‌گیری بدین شکل بود که از بین مراجعه کنندگان به مراکز ناباروري شهر تهران، افرادی که تا کنون خدمات درمانی دریافت نکرده بودند انتخاب شدند. میانگین سنی شرکت کنندگان ۲۷/۵ سال و انحراف استاندارد ۶/۴۵ سال بود. میانگین مدت ازدواج ۴/۵ سال بود.

#### ابزار

مقیاس چند بعدی حمايت اجتماعي ادراک شده (MSPSS)<sup>۲</sup>: این مقیاس که توسط زیمت، دالم، زیمت و فارلی<sup>۳</sup> (۱۹۸۸) ساخته شد، ابزاری ۱۲ گویه‌ای است و حمايت اجتماعي را از سه منبع خانواده، اجتماع و دوستان در اندازه های ۷ درجه‌ای از ۱ (کاملاً موافقم) تا ۷ (کاملاً مخالف) می‌سنجد. نمره بالاتر نشان دهنده حمايت اجتماعي ادراک شده بیشتر است. ویژگی‌های روانسنجی مقیاس چند بعدی حمايت اجتماعي ادراک شده در پژوهش‌های خارجی مورد تایید قرار گرفته است (براور، امسلی، کید، لاجنر و سیدات<sup>۴</sup>، ۲۰۰۸؛ زیمت و همکاران، ۱۹۸۸). در پژوهش عاشوری و اعرابی (۱۳۹۹)، ضرایب اعتبار با روش آلفای کرانباخ برای عامل کلی حمايت اجتماعي ادراک شده و هر سه بعد خانواده، دوستان، و افراد مهم زندگی به ترتیب ۰/۸۸، ۰/۹۰، ۰/۸۷ و ۰/۸۹ به دست آمد.

در پژوهش حاضر نیز به منظور احراز پایایی از روش آلفای کرونباخ استفاده شد. مقدار ضریب آلفا برای زیر مقیاس های حمايت خانوادگی، اجتماعي و دوستان و کل مقیاس به ترتیب برابر با ۰/۸۱، ۰/۸۳، ۰/۷۸ و ۰/۸۶ بود. همچنین به منظور تعیین روایی مقیاس مذکور از روش تحلیل عامل تاییدی استفاده شد. نتایج تحلیل عاملی نیز ساختار سه عاملی مقیاس چند بعدی حمايت اجتماعي ادراک شده را تایید کرد.

مقیاس تاب‌آوری کانر و دیویدسون (CD-RISC)<sup>۵</sup>: مقیاس تاب‌آوری کانر و دیویدسون (۲۰۰۳) یک ابزار ۲۵ سؤالی است که سازه تاب‌آوری را در اندازه‌های پنج درجه ای لیکرت از یک تا پنج می‌سنجد. تحقیقات اولیه نشان می‌دهد که این ابزار، برای سنجش میزان تاب‌آوری افراد بزرگسال مقیاس مناسبی است. بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی این مقیاس در گروه های مختلف مورد بررسی قرار گرفت و رضایت بخش ارزیابی شد (کانر و دیویدسون، ۲۰۰۳).

1- Kline

2- Multidimensional Scale of Perceived Social Support

3- Zimet, Dahlem, Zimet & Farley

4- Bruwer, Emsley, Kidd, Lochner, Seedat

5- Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC)

نتایج مطالعه مقدماتی مربوط به ویژگی‌های روان‌سنجی این مقیاس، پایایی و روایی آن را تأیید کرده است (کانر و دیویدسون، ۲۰۰۳). همسانی درونی، پایایی بازآزمایی و روایی همگرا و واگرای مقیاس، کافی گزارش شده است. نتایج تحلیل عاملی نیز حاکی از وجود یک عامل کلی تاب‌آوری می‌باشد (کانر و دیویدسون، ۲۰۰۳). عرب علی دوستی و همکاران (۲۰۱۵) برای سنجش روایی سازه پرسشنامه از سه روش روایی همگرا و روش مقایسه بین گروه‌های شناخته شده و نیز روایی عاملی استفاده شد. ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه ۰/۸۲ با دو عامل به دست آمد. الحسینی و همکاران (۲۰۱۷) ضریب آلفای کرونباخ کل مقیاس را ۰/۸۹ و ضریب همبستگی پیرسون میان دو بار اجرای آزمون را ۰/۸۷ گزارش کرده اند. در مطالعه سادات ایزدی اونجی و همکاران (۱۳۹۸) ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۱ به دست آمد. در پژوهش حاضر نیز به منظور بررسی روایی مقیاس تاب‌آوری کانر و دیویدسون از روش تحلیل عاملی تأییدی استفاده شد. نتایج وجود یک عامل کلی تاب‌آوری را تأیید می‌نماید. به منظور بررسی پایایی این مقیاس از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد که مقدار این ضریب برای کل مقیاس برابر با ۰/۸۶ به دست آمد.

پرسشنامه سنجش رضایت زناشویی انریچ<sup>۱</sup> (EMSS): برای سنجش میزان رضایت زناشویی از مقیاس رضایت زناشویی فرم ۴۷ سوالی انریچ استفاده شد. این پرسشنامه توسط اولسون و همکاران<sup>۲</sup> (۱۹۸۹) ساخته شده است و رضایتمندی زناشویی را به صورت ۵ گزینه ای از ۱ تا ۵ می‌سنجد. این پرسشنامه ۹ حوزه رضایتمندی زناشویی شامل مسائل شخصیتی، ارتباط زناشویی، حل تعارض، مدیریت مالی، فعالیت‌های اوقات فراغت، روابط جنسی، ازدواج و فرزندان، اقوام و دوستان و جهت‌گیری مذهبی را ارزیابی می‌کند. اولسون و اولسون (۱۹۹۱) اعتبار این پرسشنامه را با روش ضریب آلفا ۰/۹۲ گزارش کرده‌اند. در تحقیق دامن کش و شیخ‌الاسلامی (۱۳۹۸) برای بررسی روایی پرسشنامه رضایت زناشویی از همسانی درونی خرده مقیاسها با نمره کل استفاده شد که دامنه این همبستگی از ۰/۶۷ تا ۰/۸۸ بدست آمد. به منظور تعیین پایایی نیز از روش آلفای کرونباخ استفاده شد که برای موضوعهای شخصیتی ۰/۷۷، ارتباط زناشویی ۰/۸۳، حل تعارض ۰/۸۵، مدیریت مالی ۰/۷۹، فعالیت‌های مربوط به اوقات فراغت ۰/۶۹، روابط جنسی ۰/۷۳، ازدواج و فرزندان ۰/۷۲، اقوام و دوستان ۰/۶۸ و جهت‌گیری مذهبی ۰/۷۳ و برای کل پرسشنامه ۰/۷۸ بدست آمد.

در پژوهش حاضر نیز به منظور بررسی روایی پرسشنامه سنجش رضایت زناشویی از محاسبه ضریب همبستگی بین زیرمقیاس‌ها با یکدیگر و با نمره کل استفاده شد. نتایج بیانگر این بود که ضریب همبستگی بین زیرمقیاس‌ها با یکدیگر و با نمره کل رضایت بخش بود. علاوه بر این به منظور بررسی پایایی پرسشنامه سنجش رضایت زناشویی از روش آلفای کرونباخ استفاده شد که مقدار این ضریب برای زیرمقیاس‌ها و نمره کل بین ۰/۵۷ تا ۰/۷۳ به دست آمد.

مقیاس سازگاری با بیماری<sup>۳</sup> (AIS): این مقیاس توسط بشارت (۱۳۸۰) تهیه شده است و یک ابزار ۱۲ گویه ای است که سازگاری با بیماری‌های پزشکی را در اندازه‌های ۷ درجه ای از ۰ تا ۶ می‌سنجد (بشارت، ۱۳۸۰). نمره بالاتر نشان دهنده سطوح بالاتر سازگاری با بیماری و مشارکت در فعالیت‌های معمول زندگی علی‌رغم تجربه و تحمل استرس‌ها و محدودیت‌های مربوط به بیماری است. همسانی درونی مقیاس سازگاری با بیماری در این پژوهش‌ها بر اساس

<sup>۱</sup>-Enrich Marital Satisfaction Scale

<sup>۲</sup>- Olson and et al

<sup>۳</sup>-Adjustment to Illness Scale(AIS)

ضرایب آلفای کرونباخ از ۰/۷۱ تا ۰/۸۷ محاسبه و تایید شد. روایی همگرا و تشخیصی مقیاس سازگاری با بيماري از طریق اجرای همزمان مقیاس سلامت روانی، مقیاس اضطراب و افسردگی بیمارستانی و فهرست عواطف مثبت و منفی واتسون در مورد نمونه‌های مختلف محاسبه شد و مورد تایید قرار گرفت (بشارت، ۱۳۸۵). در پژوهش حاضر نیز به منظور تعیین روایی مقیاس سازگاری با بيماري از روش تحلیل عامل تاییدی استفاده شد. نتایج تحلیل عاملی وجود یک عامل کلی را تایید کرد. به منظور بررسی پایایی مقیاس سازگاری با بيماري از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد که مقدار این ضریب برای کل مقیاس برابر با ۰/۸۵ به دست آمد.

به منظور رعایت اصول اخلاقی در پژوهش، افراد گروه نمونه در مشارکت یا عدم مشارکت آزاد بودند. همچنین از فیلم‌برداری یا هر روش دیگری که بتوان بر اساس آن آزمودنی‌ها را شناسایی کرد، خودداری شد. به آزمودنی‌ها اطمینان داده شد که اصل امانتداری در خصوص اطلاعات جمع‌آوری شده رعایت خواهد شد. در نهایت برای آزمودنی‌ها توضیح داده شد که هر زمان که بخواهند از نتایج پژوهش مطلع شوند می‌توانند از طریق آدرس ایمیلی که در اختیار آنها قرار گرفته با محقق مکاتبه نمایند.

#### یافته‌ها

متغیرهای حاضر در این پژوهش مشتمل بر حمايت اجتماعي ادراک شده (شامل حمايت دوستان، حمايت خانواده و حمايت اجتماع) به عنوان متغیر برون زاد؛ تاب‌آوری و رضایت زناشویی به عنوان متغیر واسطه‌ای و سازگاری با بيماري به عنوان متغیر درون زاد بودند. بر این اساس، مندرجات جدول ۱ میانگین، انحراف معیار، کمترین نمره و بیشترین نمره مشارکت‌کنندگان در متغیرهای مذکور را نشان می‌دهد.

جدول ۱- میانگین، انحراف معیار، حداقل و حداکثر نمرات مشارکت‌کنندگان در متغیرهای پژوهش

نام متغیر	میانگین	انحراف معیار	کوچکترین نمره	بزرگترین نمره	کجی	کشیدگی
حمايت دوستان	۱۱/۷۲	۴/۲۹	۴	۱۹	-۰/۲۹	-۰/۴۹
حمايت خانواده	۱۱/۴۹	۴/۱۶	۴	۱۹	-۰/۲۵	-۰/۸۵
حمايت اجتماع	۱۲/۹۶	۴/۱۲	۴	۲۰	-۰/۲۱	-۰/۶۳
تاب آوری	۹۶	۱۱	۲۵	۱۲۵	-/۸۰	۰/۳۴
رضایت زناشویی	۱۶۵	۲۷/۴۱	۶۱	۲۱۴	۰/۳۸	۰/۷۱
سازگاري با بيماري	۵۷/۳۷	۱۱/۴۱	۱۸	۷۲	-۰/۹۷	۰/۷۵

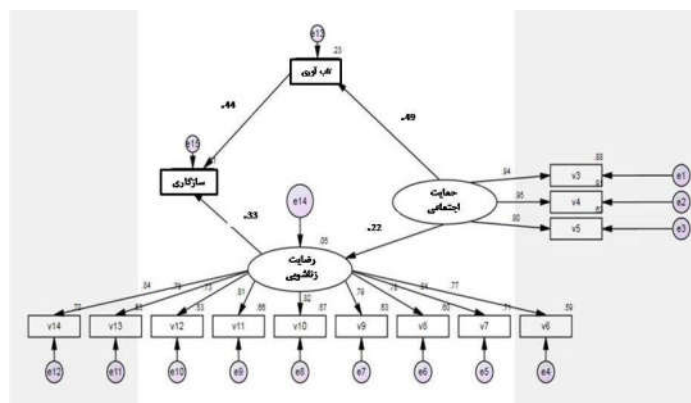
در جدول ۲ روابط دو متغیری بین متغیرهای پژوهش با محاسبه ضریب همبستگی پیرسون آورده شده است

جدول ۲- ماتریس همبستگی متغیرهای پژوهش



متغیرها	۱	۲	۳	۴	۵	۶
۱. حمایت دوستان	—					
۲. حمایت خانواده	۰/۸۹**	—				
۳. حمایت اجتماع	۰/۷۴**	۰/۷۶**	—			
۴. تاب آوری	۰/۴۵**	۰/۴۵**	۰/۴۰**	—		
۵. رضایت زناشویی	۰/۱۸**	۰/۱۹**	۰/۱۹**	۰/۴۲**	—	
۶. سازگاری با بیماری	۰/۲۱**	۰/۲۴**	۰/۲۲**	۰/۵۵	۰/۴۳**	—

نتایج جدول ۲ حاکی از آن است که بین متغیرهای حمایت اجتماعی ادراک شده، تاب آوری و رضایت از زناشویی با سازگاری نسبت به بیماری رابطه مثبت و معنی دار وجود دارد. همچنین نتایج بیانگر این بود که بین حمایت اجتماعی ادراک شده با تاب آوری و رضایت از زناشویی نیز رابطه مثبت و معنی دار وجود دارد. پیش از آزمون مدل پژوهش، برای حصول اطمینان از اینکه داده‌های پژوهش مفروضه‌های زیر بنایی روش مدل‌یابی معادلات ساختاری را برآورده می‌نماید، مفروضه اصلی مدل‌یابی معادلات ساختاری یعنی نرمال بودن تک متغیری و چندمتغیری داده‌ها بررسی شد که نتایج بیانگر وجود شرایط مناسب داده‌های گردآوری شده بود. شکل ۲ نتیجه حاصل از کاربرد تحلیل معادلات ساختاری جهت آزمون مدل پژوهش را به صورت کلی نشان می‌دهد. اثرات مستقیم، غیرمستقیم و کل متغیرهای پژوهش در جدول ۳ قابل مشاهده است.



شکل شماره ۲-مدل نهایی پژوهش

جدول ۳ اثرات ضرایب استاندارد مستقیم، غیر مستقیم و کل متغیرهای پژوهش

متغیر پیش بین	متغیر ملاک	اثر مستقیم	اثر غیر مستقیم	اثر کل	معناداری
حمایت اجتماعی ادراک شده	تاب آوری	۰/۴۹	---	۰/۴۹	۰/۰۰۰۱

۰/۰۰۲	۰/۲۲	---	۰/۲۲	رضايت زناشويي	حمايت اجتماعي ادراك شده
۰/۰۰۳	۰/۲۷	۰/۲۹	-۰/۰۲	سازگاري با بيماري	حمايت اجتماعي ادراك شده
۰/۰۰۰۱	۰/۴۴	---	۰/۴۴	سازگاري با بيماري	تاب آوري
۰/۰۰۰۱	۰/۳۳	---	۰/۳۳	سازگاري با بيماري	رضايت زناشويي

همان طور که در شکل ۲ ملاحظه می‌شود، در مجموع مدل پژوهش حاضر ۳۲ درصد از واريانس سازگاري با بيماري در زنان نابارور را تبیین می‌کند. همچنين اين مدل ۲۲ درصد از واريانس تاب آوري و ۵ درصد از واريانس رضايت زناشويي را تبیین نموده است.

به منظور بررسی برازش مدل پژوهش از چندین شاخص معتبر استفاده شد که نتایج آن در جدول ۳ آمده است. اولین شاخص مورد بررسی، شاخص مجذور خي تقسيم بر درجه آزادي (خي دو هنجار شده) بود که با توجه به آن که مقدار عددی بدست آمده (۱/۸۳) در فاصله مقبول کمتر از ۳ قرار دارد، بنابراین نتیجه به دست آمده دلالت بر برازنده بودن مدل دارد. شاخص برازش تطبيقي (CFI) که به مقایسه مدل مورد نظر با مدل بدون رابطه‌هايش می‌پردازد، برابر با ۰/۹۱ بود که اين مقدار بالاتر از معيار ۰/۹۰ است و بنابراین نشانگر برازش بسيار مطلوب مدل است. مقدار به دست آمده برای شاخص برازش افزايشی (IFI) نیز برابر با ۰/۹۰ بود که برابر با ۰/۹۰ و بيانگر برازش نسبتا مطلوب مدل است. مقدار شاخص نيکویی برازش (GFI)، که نشان دهنده ميزان واريانس و کواريانس تبیین شده توسط مدل است، برابر با ۰/۹۰ به دست آمد که برابر با حد مورد پذیرش، یعنی ۰/۹۰ است و بنابراین قابل قبول است. شاخص نيکویی برازش تعديل شده (AGFI)، نیز که شاخص نيکویی برازش را تا حدی نسبت به حجم نمونه و درجات آزادي مدل تعديل می‌کند می‌تواند از صفر تا یک متغير باشد و مقادير نزديک به ۱ نشان دهنده نيکویی برازش بهتر مدل است. شاخص AGFI برای مدل نهایی پژوهش برابر با ۰/۸۷ بود که قابل قبول است. آخرين شاخص مورد بررسی، ريشه دوم میانگين مجذورات خطای تقريب (RMSEA) بود. مقدار حاصله از اين شاخص باید بين ۰/۰۵ تا ۰/۰۸ باشد تا برازش مدل تأييد شود. مقدار به دست آمده اين شاخص برابر با ۰/۰۶ بود که بيانگر برازش نسبي مدل پژوهش است. در مجموع محاسبات صورت گرفته نشان دهنده برازش مکفی برای مدل نهایی است.

جدول ۳- شاخص‌های برازش مدل نهایی پژوهش

شاخص‌ها	$\chi^2/df$	CFI	IFI	GFI	AGFI	RMSEA
مقادير	۱/۸۳	۰/۹۱	۰/۹۰	۰/۹۰	۰/۸۷	۰/۰۶

به منظور بررسی نقش واسطه ای متغيرهای تاب آوري و رضايت زندگي از آزمون بوت استروپ استفاده شد. نتایج در جدول ۴ آورده شده است.

جدول ۴- اثرات غیرمستقیم حمایت اجتماعی ادراک شده بر سازگاری با بیماری با واسطه‌گری خودتاب‌آوری و رضایت زناشویی

اثرات غیرمستقیم				متغیرها		
P	حد بالا	حد پایین	خطا	$\beta$	درون‌زاد	برون‌زاد
۰/۰۱	۰/۱۹	۰/۰۳	۰/۰۴	۰/۱۱	سازگاری با بیماری	حمایت اجتماعی ادراک شده
۰/۰۳	۰/۰۰۴۵	۰/۰۰۴	۰/۰۰۲	۰/۰۹	سازگاری با بیماری	رضایت زناشویی

براساس نتایج جدول فوق هر دو متغیر تاب‌آوری و رضایت زناشویی توانستند نقش واسطه‌ای بین حمایت اجتماعی ادراک شده و سازگاری با بیماری در زنان نابارور ایفا کنند.

### بحث و نتیجه‌گیری

نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل اطلاعات بیانگر این است که حمایت اجتماعی ادراک شده بطور مستقیم و معنی‌داری بر سازگاری با بیماری را در زنان نابارور تاثیر ندارد؛ این یافته با پژوهش قمری و همکاران (۱۳۹۹) که ارتباط مستقیمی و ضعیفی بین حمایت اجتماعی ادراک شده از جانب خانواده و سازگاری روانی-اجتماعی با بیماری وجود دارد همسو و با پژوهش ویوان و بولینا<sup>۱</sup> (۲۰۱۱) و گولاکت<sup>۲</sup> (۲۰۰۹) همسو نبود. منابع حمایت اجتماعی می‌توانند نقش تعیین‌کننده‌ای در فرآیند سازش یافتگی با بحران‌های زندگی مانند سازگاری با بیماری داشته باشند (گولاکت، ۲۰۰۹). در توجیه این یافته می‌توان بیان داشت که اگرچه حمایت اجتماعی بطور مستقیم بر سازگاری با ناباروری تاثیر ندارد اما با واسطه‌متغیرهای تاب‌آوری و رضایت از زندگی به خوبی می‌تواند بر سازگاری با بیماری اثرگذار باشد.

در خصوص اینکه اثر حمایت اجتماعی ادراک شده بر سازگاری با بیماری از مسیر تاب‌آوری معنا دار است باید گفت که با افزایش ادراک از حمایت اجتماعی از جانب زنان نابارور، میزان تاب‌آوری افزایش یافته و از این طریق سازگاری با ناباروری نیز افزایش خواهد یافت. این یافته نیز با پژوهش‌های گذشته در خصوص تاثیر حمایت اجتماعی ادراک شده بر تاب‌آوری (پهلوان<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۱۱؛ موسوی و همکاران، ۱۳۹۳؛ شارما<sup>۴</sup> و همکاران، ۲۰۱۲؛ پیچیسک و همکاران، ۲۰۱۸) و تاثیر تاب‌آوری بر سازگاری با بیماری (جیسا و توماس<sup>۵</sup>، ۲۰۱۶) همسو است.

پژوهشی که بطور مستقیم نقش واسطه‌ای تاب‌آوری بین حمایت اجتماعی ادراک شده و سازگاری با بیماری را بررسی کرده باشد مشاهده نشد. اما پژوهش‌های مختلف دیگر نقش واسطه‌ای تاب‌آوری بین حمایت اجتماعی و سایر متغیرهای روان‌شناختی را نشان داده‌اند. نتایج مطالعه موسوی و همکاران (۱۳۹۴) نیز حاکی از این بود که تاب‌آوری

<sup>۱</sup>- Vivan & Bonilla

<sup>۲</sup>- Gulact

<sup>۳</sup>- Pehlivan

<sup>۴</sup>- Sharma

<sup>۵</sup>- Jisha & Thomas

نقش واسطه‌ای مهمی در رابطه بین حمايت اجتماعي و پریشانی روان‌شناختي دارد. نتایج پژوهش پچيسک و همکاران (۲۰۱۸) نشان داد که حمايت ادراک شده خانواده، دوستان و افراد ديگر یک عامل پیش‌بینی‌کننده مهم برای تاب‌آوری است - هر چه میزان حمايت بیشتر باشد، تاب‌آوری بیشتر است. این نتایج منجر به این نتیجه می‌شود که حمايت ادراک شده دوستان یک عامل محافظتي مهم برای سلامت روان است، تا حدی به این دلیل که فرد را برای مواجهه با یک موقعیت استرس‌زا به عنوان فرصتي برای رشد شخصی و مقابله فعالانه با آن آماده می‌کند. در پژوهش لی<sup>۱</sup> و همکاران (۲۰۱۹) نقش واسطه‌ای رضایت زناشویی و تاب‌آوری در رابطه استرس مرتبط با ناباروري و رضایت از زندگی در میان زنان نابارور چینی نشان داد که اثر ناباروري بر حیطه‌های مختلف زندگی از طریق رضایت زناشویی و تاب‌آوری تعديل می‌شود. در تبیین این یافته می‌توان مطرح کرد که تجربه حمايت در برابر مطالبات موقعیت به مثابه یک عامل حفاظتي احتمالی محسوب نمی‌شود بلکه از طریق افزایش توانمندی‌ها و سازش فرد در رویارویی با چالش‌ها و غلبه بر مشکلات، خودمهارگري او را افزایش داده و فرصت استفاده از تجربه‌های جانشین را فراهم می‌کند. از این رو می‌توان مطرح ساخت که روابط حمايتی و مراقبتي منبعی اساسی برای تاب‌آوری بوده و افرادی که این نوع حمايت‌ها را دریافت می‌کنند، مهارت‌هایی مانند حل‌مساله، تصمیم‌گيري و ابراز وجود را گسترش می‌دهند که این امر منجر به افزایش تاب‌آوری در آنان شده و در نهایت موجب بهبود سازگاري با ناباروري در زنان نابارور می‌شود.

بدین ترتیب، می‌توان ادعان داشت که عوامل محافظتي حمايت اجتماعي و تاب‌آوری در کاهش شرایط تنیدگی‌زا در زندگی زنان نابارور نقش بسزایی دارند. پژوهش بشر پور و همکاران (۱۳۹۵) نشان داد که افسردگی با تاب‌آوری در زنان نابارور رابطه معکوس دارد و به نظر می‌رسد که تاب‌آوری باعث کاهش افسردگی در زنان نابارور می‌شود. زنان نابارور با وجود شرایط سخت روحی و اجتماعي که با آن مواجه هستند تلاش می‌کنند تا با وضعیت خود سازگار گردند. این تلاش آنان با فراهم بودن شرایط اجتماعي مناسب از طریق حمايت اجتماعي و دارا بودن مهارت‌های روان‌شناختي مناسب نظیر تاب‌آوری و سازگاري با بيماري در آنان افزایش می‌یابد.

علاوه بر این نتایج بیانگر نشان داد که حمايت اجتماعي ادراک شده با واسطه رضایت زناشویی نیز تاثیر معنی‌دار بر سازگاري با بيماري دارد. این یافته نیز با یافته‌های اونت و کیزیلکایابجی (۲۰۱۲) و پاتریک<sup>۲</sup> و همکاران (۲۰۰۷) و مطالعه سلطان و همکاران (۲۰۱۸) که تفاوت معناداری بین زنان بارور و نابارور در حمايت اجتماعي ادراک شده را نشان می‌داد و از طرف ديگر همبستگی معناداری بین رضایت زناشویی و حمايت اجتماعي ادراک شده وجود دارد و پژوهش فریرا و همکاران (۲۰۱۴) که زنانی که سازگاري مطلوبی با ناباروري دارند سطوح بالاتری از رضایت زناشویی در اغلب حیطه‌ها را نشان داده‌اند، همسو بود. در تبیین این یافته می‌توان به ماهیت مشکلی که زنان نابارور با آن مواجهه هستند اشاره کرد که خود مساله ناباروري و مشکل در فرزندآوری است. ریس و همکاران (۲۰۱۳) معتقدند که در کشورهای در حال توسعه داشتن فرزند مهمترین راه برای زنان به منظور ارتقا وضعیت خود در خانواده و جامعه

<sup>۱</sup>- Li

<sup>۲</sup>- Patrick

است. از سوی دیگر حسن پور ازغدی و همکاران (۱۳۹۲) در پژوهشی کیفی بر روی زنان نابارور ایرانی، ناباروری را یکی از سخت‌ترین رویدادهای زندگی زنان توصیف کردند. این محققان بیان داشته‌اند که هم واکنش‌های مربوط به خود پدیده ناباروری و هم واکنش‌های مربوط به دوره درمان برای زنان نابارور بسیار دردناک است. علاوه بر این واکنش‌های هیجانی مختلف مثل ترس و اضطراب و احساس گناه مانع از این می‌شود که زنان نابارور بتوانند ارتباط موثری با دیگران و جامعه داشته باشند. بنابراین داشتن شبکه حمایت اجتماعی می‌تواند بر رضایت از زندگی زناشویی آنان تاثیر گذار باشد و از این طریق سازگاری با بیماری را افزایش دهد.

یافته‌های پژوهش همچنین نشان داد که حمایت اجتماعی ادراک شده اثر مستقیم و معناداری بر تاب آوری زنان نابارور دارد که این با یافته پجیسک و همکاران (۲۰۱۸) و راجعیان و گودرزی (۱۳۹۵) مبنی بر اینکه رابطه مثبت معناداری بین میزان حمایت اجتماعی و تاب آوری وجود دارد همسو می‌باشد. این یافته به دین معنا می‌باشد که با افزایش ادراک از حمایت اجتماعی در زنان نابارور، میزان تاب آوری افزایش می‌یابد. در تبیین این یافته می‌توان گفت که حمایت اجتماعی به عنوان حضور افرادی که فرد به آنها اطمینان می‌کند و احساس می‌کند به عنوان یک فرد توسط آنها مورد اطمینان و اهمیت است تعریف می‌شود که رضایت از حمایت اجتماعی طی شرایط تنیدگی زای زندگی، همانند ناباروری منبع روانشناختی مهمی به حساب آورده می‌شود. همچنین در حمایت اجتماعی افراد صمیمیت، مراقبت و توجه را برای فرد تامین می‌کند و به فرد کمک می‌کنند تا توانمندی‌های خود را بهتر بشناسد. حمایت اجتماعی اثر شرایط تنیدگی زای مواجهه با ناباروری را از طریق ایجاد ادراکی در فرد بیمار مبنی بر اینکه هنگام بروز این مشکل، کسانی هستند که او را کمک کنند، تقلیل می‌دهد. این ادراک در فرد بیمار باعث می‌شود که او عامل تنش‌زا را کمتر آسیب‌زا می‌داند.

یافته دیگر پژوهش نشان داد که حمایت اجتماعی ادراک شده اثر مستقیم و معناداری بر رضایت زناشویی زنان نابارور دارد. که این با یافته‌های هوگلند، وال، هو، دوون (۲۰۱۶) و سلطان و همکاران (۲۰۱۸) و همچنین چو و همکاران (۲۰۲۱) همسومی باشد. در تبیین این یافته می‌توان گفت زنان ناباروری که از حمایت نزدیکان خود و خصوصا همسر برخوردار است هیجانات منفی ناشی از ناباروری در او کمتر خواهد بود و فرد به این باور می‌رسد که علاوه بر داشتن ناباروری همچنان مورد توجه اطرافیان و همسر خواهد بود که این باعث کاهش فشار ناشی از ناباروری بر فرد خواهد شد و به بهبود کیفیت زندگی و رضایت فرد از زندگی زناشویی خواهد شد. یکی از مهارت‌های مقابله‌ای که بسیاری از افراد آن را نادیده می‌گیرند، استفاده سازنده و مفیدی از سیستم‌های حمایتی (شبکه دوستان، اقوام و نزدیکان) است. این سیستم‌ها به روش‌های مختلف به افراد کمک می‌کنند تا با رویدادهای استرس‌زای زندگی مقابله کنند؛ بنابراین سیستم حمایتی زوج‌های نابارور و به ویژه زنان به کم کردن تعارضات زناشویی و ناراحتی‌های روانشناختی ناشی از بحران ناباروری منجر خواهد شد.

به لحاظ کاربردی پژوهش حاضر، تلویحات مهمی را برای متولیان حوزه بهداشت و درمان، روان‌شناسان و روان‌پزشکان به دنبال دارد و از نتایج آن می‌توان برای کمک به ارتقا سطح سلامت روانی زنان نابارور کنار آمده با پدیده ناباروری بهره جست. ناباروری یک تجربه بسیار استرس‌زا است و این فشار می‌تواند منجر به قطع زود هنگام درمان-

های مرتبط گردد. علاوه بر این بار و فشار روانی و هیجانی تجربه شده در ناباروری یکی از دلایل اصلی قطع درمان زوجین نابارور است، به همین دلیل طراحی مداخلات روان‌شناختی با در نظر گرفتن متغیرهای پژوهش حاضر می‌تواند سازگاری زنان نابارور را افزایش و حتی قطع زود هنگام درمان‌ها را کاهش دهد.

این پژوهش با محدودیت‌هایی نیز همراه بود از آنجا که پژوهش حاضر از نوع همبستگی است، لازم است استنباط علی از نتایج آن، با احتیاط صورت گیرد. به‌علاوه در این پژوهش از روش نمونه‌گیری هدفمند استفاده شد؛ روشی که می‌تواند تعمیم داده‌های پژوهش را با محدودیت مواجه سازد.

### منابع

- احمدزاده، ابراهیم. (۱۳۸۴). بررسی رابطه میان رضایت زناشویی و سلامت روان در بین دبیران زن و مرد شاغل در مقطع متوسطه دبیرستان در سال‌های ۱۳۸۴-۸۳ پایان نامه کارشناسی ارشد رشته روان‌شناسی، دانشگاه تربیت معلم. تهران.
- امینی، لیلیا؛ قربانی، بهزاد؛ افشار، بهاره. (۱۳۹۸). مقایسه استرس ناباروری و حمايت اجتماعي درک شده زنان نابارور و همسران مردان نابارور. نشریه پرستاری ایران. ۳۲(۱۲۲): ۸۵-۷۶.
- بشارت، محمدعلی. (۱۳۸۶). بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس ارزیابی باورهای شخصی، گزارش پژوهشی. دانشگاه تهران.
- بشارت، محمدعلی. (۱۳۸۰). بررسی مقدماتی ویژگی‌های روان‌سنجی پرسشنامه وضعیت زناشویی گلوبوک-راست. گزارش پژوهشی. دانشگاه تهران.
- بشارت، محمدعلی. (۱۳۸۰). ساخت و اعتباریابی مقیاس سازگاری با بیماری. گزارش پژوهشی. دانشگاه تهران.
- بشارت، محمدعلی. (۱۳۸۵). پایایی و اعتبار مقیاس سلامت روانی (MHI)، فصلنامه دانشور رفتار، ۴(۱): ۱۱-۱۶.
- بهزادپور، سمانه؛ سادات مطهری، زهرا؛ وکیلی، مریم؛ سهرابی، فرامرز. (۱۳۹۴). تاثیر آموزش تاب آوري بر افزایش بهزیستی روان‌شناختی زنان نابارور. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی ایلام. ۲۳(۵): ۱۴۲-۱۳۱.
- بشپور، سجاده؛ عطاذخت، اکبر؛ غفاری، مظفر؛ مولایی، مهري. (۱۳۹۵). پیش بینی افسردگی زنان نابارور از طریق تنظیم شناختی هیجان و تاب آوري. نشریه روان پرستاری. ۴(۴): ۴۱-۳۳.
- حسن پور ازغدی، سیده بتول؛ سیمبر، معصومه؛ ودادهیر، ابوعلی؛ حسین رشیدی، بتول. (۱۳۹۲). تبیین تاثیرات روانی نازایی در زنان بارور در جستجوی درمان نیک مطالعه کیفی، نشریه پرستاری و مامایی، ۲۳(۸۳): ۱-۹.
- دامن کشان، اطهر، شیخ الاسلامی، راضیه. (۱۳۹۸) تنظیم هیجان و رضایت زناشویی: نقش واسطه ای نشخوار خشم. فصلنامه علمی - پژوهشی زن و جامعه، ۱۰(۲): ۱-۱۸.
- رجیبی، غلامرضا؛ کریمی، مریم؛ امان الهی؛ عباس. (۱۳۹۷). رضایت زناشویی و راهبردهای مقابله‌ای در زنان بارور و نابارور شهر اهواز. دوفصلنامه مشاوره کاربردی، دانشگاه شهید چمران اهواز. ۸(۱): ۶۲-۴۵.
- سادات ایزدی اونجی، فاطمه؛ حاجی باقری، علی؛ عزیزی فینی، اسماعیل. (۱۳۹۸) پیش بینی رضایت زناشویی بر اساس تاب آوري و سلامت روانی در سالمندان. مجله علمی و پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید صدوقی یزد. ۲۷(۳): ۱۳۶۱-۱۳۷۱.
- عدل، حدیث السادات؛ شفیق آبادی، عبدالله و پیرانی، ذبیح. (۱۳۹۵). اثر بخشی روان درمانی گروهی مبتنی بر کیفیت زندگی بر صمیمیت زناشویی در زنان نابارور. مجله دانشگاه علوم پزشکی اراک، ۱۹(۱۰)، ۷۱-۵۹.
- صحراييان، کیمیا؛ جعفرزاده، فاطمه؛ پورسمر، سیده لیلا. (۱۳۹۳) مجله دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، ۱۲(۱۲): ۱۱۰۴-۱۱۰۹.
- صیادپور، زهره؛ صیادپور، مژگان. (۱۳۹۵) مقایسه رضایت زناشویی، اضطراب و جرات ورزی در زنان بارور و نابارور. مجله علوم شناختی، ۱۵(۶۰): ۵۲۲-۵۴۶.
- قمري، لیلیا؛ صادقی. نرگس؛ آذربریزین. مهرداد. (۱۳۹۹) ارتباط بین ادراک حمايت از جانب خانواده و سازگاري روانی - اجتماعي با بيماري درنوجوانان مبتلا به سرطان. نشریه پرستاری ایران. ۳۳(۱۲۵): ۳۰-۴۱.
- موسوی، سیده سمیرا؛ کریمی، شهناز؛ احمدی، وحید؛ کوبی، رویا؛ افسرده، فروزان. (۱۳۹۳). بررسی عوامل روان‌شناختی مرتبط با احساس درماندگی در زنان نابارور. مجله علمی و پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی ایلام. ۲۲(۳): ۸۱-۷۳.

- Alhosseini, A. S., Firouzkouhi Berenjabadi, M. (2017). Analysis Of Relationship Between Resilience With Dimensions Of Work Engagement. *Management Studies in Development & Evolution*. 25(83), 1-24.
- Arab Alidousti, A. A., Nakhaee, N., Khanjani, N., (2015) Reliability And Validity Of The Persian Versions Of The ENRICH Marital Satisfaction (Brief Version) And Kansas Marital Satisfaction Scales. *J Health and Development*. 4(2), 158-67
- Bennett, S. L. R. (2009). *An investigation of sources of women infertility specific distress and well-being*. Oxford University Press.
- Bordbar, L., Salehi, S., & Rahbar, T. (2016). A comparison of perfectionism and coping strategies in infertile and normal couples. *Journal of Applied Environmental and Biological Sciences*, 6(1), 97-101.
- Bruwer, B., Emsley, R., Kidd, M., Lochner, C., & Seedat, S. (2008). Psychometric properties of the Multidimensional Scale of Perceived Social Support in youth. *Comprehensive Psychiatry*, 49(2). 195-201.
- Chan, C.H.Y., Chan, T.H.Y., Peterson, B.D., Lampic, C., & Tam, M.Y.J. (2015). Intentions and attitudes towards parenthood and fertility awareness among Chinese university students in Hong Kong: A comparison with Western samples. *Human reproduction*, 30(2), 364-372.
- Chu, X, Geng, Y., Zhang, R., and Guo, W. (2021). Perceived Social Support and Life Satisfaction in Infertile Women Undergoing Treatment: A Moderated Mediation Model. *Frontiers in Psychology*. 28(12),1-8.
- Compel, L., Cohan, S., & Stein, M. (2005). Relationship of resilience to personality coping and psychiatric symptoms in young adult. *Behavior, Research and Therapy*. 44(4), 585-599.
- Datta, J., Palmer, M., Tanton, C., Gibson, L., Jones, K., Macdowall, W., Glasier, A., Sonnenberg, P., Field, N., Mercer, C.H., Johnson, A. M., Wellings, K. (2016) Prevalence of infertility and help seeking among 15000 women and men. *Human Reprod*. 31(9),2108-2118.
- Dyess, S.M., Prestia, A.S., Smith, M.C. (2015). Support for caring resiliency among successful nurse leaders. *Nurs Adm Q*, 39(2),104-116.
- Ferreira, M., Antunes, L., Duarte, J., Claudia Chaves, C., (2014). Influence of infertility and fertility adjustment on marital satisfaction. *Social and Behavior Sciences*. 171(16), 96-103.
- Fye, M. A., Chasek, C. T., Mims, G. A., Sandman, J., & Hinrichsen, A. (2020). Marital Satisfaction During Retirement. *The Family Journal*, 28(3), 313-318.
- Gülaçt, F. (2009). The effect of perceived social support on subjective well-being. *Proscenia Social and Behavioral Sciences*, 2(10), 3844-3849.
- Hammett, J. F., Lavner, J. A., Karney, B. R., & Bradbury, T. N. (2021). Intimate partner aggression and marital satisfaction: a cross-lagged panel analysis. *Journal of interpersonal violence*, 36(3-4),1463-1481.
- Hasanpoor-Azghdy, S.B., Simbar, M., Vedadhir, A. (2015). The social consequences of infertility among Iranian women: a qualitative study. *Int J Fertil Steril*. 8(4):409.
- Holt-Lunstad, J., Uchino, B. (2015) Social support and health. *Health Behav*. 1(2),183-204.
- Hou, Y., Jiang, F., Wang, X. (2019). Marital commitment, communication and marital satisfaction: An analysis based on actor-partner interdependence model. *International Journal of Psychology*, 54(3), 369- 376.
- Haugland, T., Wahl, A.K., Hofoss, D., DeVon, H.A. (2016) Association between general selfefficacy, social support, cancer-related stress and physical health-related quality of life: a path model study in patients with neuroendocrine tumors. *Health Qual Life Out*. 14(1):11- 17.
- Iordachescu, D. A., Gica, C., Vladislav, E. O. (2021). Emotional disorders, marital adaptation and the moderating role of social support for couples under treatment for infertility. *Ginekologia Polska*. 92(2), 98-104



- Jamilian, H., Jamilian, M., Soltany, Sh. (2017). The Comparison of Quality Of Life and Social Support among Fertile and Infertile Women. *Patient Saf Qual Improv.*5(2), 521-525.
- Jisha, P. R., Thomas, I. (2016). Quality of Life and Infertility: Influence of Gender, Years of Marital Life, Resilience, and Anxiety. *Psychological Studies.*61(3), 159-169.
- Kampfer, K. L. (1999). *Factor and processes contributing to resilience: The resilience framework.* In: M.D. Glantz & J.L. Johnson (Eds.), Resilience and development (pp.179-224). New York: Kluwer Academic Publishers.
- Kline, R.B. (2011). *Principles and Practice of Structural Equation Modeling.* 3rd ed. New York: The Guilford Press.
- Li, X., Ye, L., Tian, L., Huo, Y., Zhou, M. (2019) Infertility-Related Stress and Life Satisfaction among Chinese Infertile Women: A Moderated Mediation Model of Marital Satisfaction and Resilience. *Sex Roles.* 82(1-2),44-52.
- Luk, B. H., Loke, A.Y.(2018). Sexual satisfaction, intimacy and relationship of couples undergoing infertility treatment. *J Reprod Infant Psychol;* 37(2),108-122.
- McKimmie, B.M., Butler, T., Chan, E., Rogers, A., Jimmieson NL.(2019) Reducing stress: Social support and group identification. *Group Process Interg.* 1(2):77-84.
- Masoumi, S. Z., Garousian, M., Khani, S., Oliaei, S. R., Shayan, A. (2015). Comparison of quality of life, sexual satisfaction and marital satisfaction between fertile and infertile couples. *International Journal of Fertility and Sterility,* 10(3), 290-296.
- Meadan, H., James, W.H., Aaron, T.E. (2010). Families with children who have autism spectrum disorders: stress and support. *Social science journals,* 77(1), 7-36.
- Mestre, J. M., Núñez-Lozano, J. M., Gómez-Moliner, R., Zayas, A., & Guil, R. (2017). Emotion regulation ability and resilience in a sample of adolescents from a suburban area. *Frontiers in Psychology,* 13(8),1-14.
- Odek, A. W., Masinde, J., Egesah, O. (2014). The predisposing factors, consequences and coping strategies of infertility in males and females in Kisumu district, Kenya. *European Scientific Journal, Special Edition,*10 (10), 415-426.
- Onat, G., Kizilkaya, B. N. (2012). Effects of infertility on gender differences in marital relationship and quality of life: a case-control study of Turkish couples. *European Journal of Obstetrics and Gynecology and Reproductive Biology,* 165(2), 243-248.
- Özen, Ş., Karataş, T., & Polat, Ü. (2021). Perceived social support, mental health, and marital satisfaction in multiple sclerosis patients. *Perspectives in Psychiatric Care.* 57(4), 1862-1875.
- Patrick, S., Sells, J. N., Giordano, F. G., Tollerud, T. R. (2007). Intimacy, differentiation and personality variables as predictors of marital satisfaction. *The family journal,* 15(4), 359-367.
- Pedro, A. (2015). Coping with infertility: An explorative study of South African women's experiences. *Open Journal of Obstetrics and Gynecology,* 5(1), 49-59.
- Pehlivan, S., Ovayolu, O., Ovayolu, N., Sevinc, A., Camci, C. (2011). Relationship between hopelessness, loneliness, and perceived social support from family in Turkish patients with cancer. *Support Care Cancer,* 20(4), 733- 739.
- Pejičić, M., Ristić, M., Anđelković, V.(2018). The mediating effect of cognitive emotion regulation strategies in the relationship between perceived social support and resilience in postwar youth, *Journal of community psychology,* 46(4), 457-472.



- Ramamurth, I. R., Kavitha, G., Pounraj, D., Rajarajeswari, S. (2016). Psychological impact and coping strategies among women with infertility - A hospital based cross sectional study. *International Archives of Integrated Medicine*, 3(2), 114-118.
- Reis, S., Xavier, M. R., Coelho, R., & Montenegro, N. (2013). Psychological impact of single and multiple courses of assisted reproductive treatments in couples: A comparative study. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 171(1), 61-66.
- Ryan, K.J., Kistner, R.W. (1999). *Kistner's gynecology and women's health*. 7th ed. Michigan: Mosby.
- Sharma, V., Sood, A., Ioprinzi, C., and Prasad, K. (2012). Stress Management and Resilience Training (SMART) program to decrease stress and enhance resilience among breast cancer survivors: a randomized clinical trial. *BMC Complement Altern Med*. 12(1), 211-220.
- Sultan, A., Yousuf, S., Jan, S., Hassan, U., Jaan, U. (2018). Perceived social support and marital satisfaction among fertile and infertile women. *Age*. 20(30), 55-60.
- Theron, L. C. (2017). Adolescent versus adult explanations of resilience enablers: A South African study. *Youth & Society*. <http://dx.doi.org/10.1177/0044118X17731032>.
- Vander Borgh, M., Wyns, C. (2018). Fertility and infertility: Definition and epidemiology. *Clin Biochem*. 62(8), 2-10.
- Vivan, I., Bonilla, E., Macpherson, E. (2011). Support networks of single Puerto Rican of children with disabilities. *Journal of child and family studies*. 20(1), 66-69
- Watkins, K. J., Baldo, T. D. (2004). The infertility experience: Biopsychosocial effects and suggestions for counselors. *Journal of Counseling and Development*, 82(4), 394-420.
- Watson, B. M. (2010). Predictors of Depression in Men and Women Experiencing Assisted Reproductive Technology Treatment (Honors Thesis). The University of Queensland. Australia.
- Winch, R. (2000). *Selected studies in marriage and the family*, New York, Hito Rinehart and Winston, INC.
- Winkelman, W.D., Katz, P.P., Smith, J.F., Rowen, T.S., Group IOPP (2016) The sexual impact of infertility among women seeking fertility care. *Sex Med*. 4(3),190-7.
- Yusuf, L. (2016). Depression, anxiety and stress among female patients of infertility; A case control study. *Pakistan J Med Sci*. 32(6),1340-1343.
- Zimet, D. G., Dahlem, N. W., Zimet, G. D., Farley, K. G. (1988). The multidimensional scale of perceived social support. *Journal of Personality Assessment*, 52(1), 30-41.