Journal of Nurse and Physician within War/Summer 2022/ Tenth Year

ISSN: 2645-3940 DOI: 10.29252/npwjm.10.35.26

The moderating role of individual and family resilience in the relationship between perceived social support and general health in infertile women

Abstract

Introduction: Infertility has many negative individual and social consequences and infertile women are exposed to mental health problems. The aim of this study was to investigate the moderating role of individual and family resilience in the relationship between perceived social support and general health in infertile women.

Methods: The present study was a correlational study. The statistical population included infertile women referred to the infertility ward of Khatam Al-Anbia Hospital in Tehran in 2019-2020. Through available sampling, 361 people were selected to participate in the study. The Connor-Davidson Resilience Scale, Family Resilience Scale, Perceived Social Support Questionnaire, and General Health Questionnaire were used to collect data. Pearson correlation coefficient and regression methods were used to analyze the data using SPSS software version 22.

Results: According to the results, perceived social support, individual resilience and family resilience had a significant positive correlation coefficient with general health. The regression results showed that individual resilience has a moderating role in the relationship between social support and general health of infertile women.

Conclusion: The general health of infertile women can be improved by strengthening social support and resilience and preventing psychological harm in them.

Keywords: Social Support, Public Health, Resilience, Infertility

Article Info

Authors:

Fereshteh Mirzaei *[1]

Ali Delavar [2]

Affiliations

1- Corresponding Author: PhD in General Psychology, Islamic Azad University, Tehran Research Sciences Branch, Tehran, Iran. fereshteh.mirzaee@srbiau.ac.ir ORCID: 0000-0002-4126-1392

2- Professor, Department of Psychology, Allameh Tabatabaei University, Tehran, Iran.

[Downloaded from npwjm.ajaums.ac.ir on 2026-11-09]

[DOI: 10.29252/npwjm.10.35.26]

سخن آغازین DOI: 10.29252/npwjm.10.35.26 ISSN: 2645-3940

نقش تعدیل کننده تاب آوری فردی و خانوادگی در رابطه بین حمایت اجتماعی ادراک شده و سلامت عمومی در زنان نابارور

چکیده **اطلاعات مقاله**

فرشته میرزایی*[1]
علی دلاور[2]

مقدمه: ناباروری با پیامدهای منفی فردی و اجتماعی بسیاری همراه است و زنان نابارور در معرض مشکلات سلامت روان قرار دارند. هدف پژوهش حاضر بررسی نقش تعدیل کننده تابآوری فردی و خانوادگی در رابطه بین حمایت اجتماعی ادراک شده و سلامت عمومی در زنان نابارور بود.

روش کار: پژوهش حاضر از نوع همبستگی بود. جامعه آماری شامل زنان نابارور مراجعه کننده به بخش ناباروری بیمارستان خاتم الانبیا تهران در سال ۱۳۹۹-۱۳۹۸ بود. ازطریق نمونه گیری در دسترس ۳۶۱ نفر برای شرکت در مطالعه انتخاب شدند. مقیاس تاب آوری کانر – دیویدسون، مقیاس سنجش تاب آوری خانواده، پرسشنامه حمایت اجتماعی ادراک شده و پرسشنامه سلامت عمومی برای جمع آوری دادهها استفاده شد. از روشهای ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون با بهرهگیری از نرم افزار SPSS نسخه ۲۲ برای تحلیل دادهها استفاده شد.

یافتهها: طبق نتایج، حمایت اجتماعی ادراک شده، تاب آوری فردی و تاب آوری خانوادگی دارای ضریب همبستگی مثبت معنادار با سلامت عمومی بودند. نتایج رگرسیون نشان داد که تاب آوری فردی در رابطه بین حمایت اجتماعی و سلامت عمومی زنان نابارور نقش تعدیل کننده دارد.

نتیجه: بر این اساس، میتوان سلامت عمومی زنان نابارور را با تقویت حمایت اجتماعی و تاب آوری ارتقا بخشید و از آسیبهای روانی در آنها پیشگیری کرد.

کلیدواژهها: حمایت اجتماعی، سلامت عمومی، تاب آوری، ناباروری

وابستگی سازمانی نویسندگان

***۱- دکترای روانشناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم تحقیقات، تهران ، ایران.**
fereshteh.mirzaee@srbiau.ac.ir 0000-0002-4126-1392
۲- ستاد، گروه روان شناسی، دانشگاه علامه طباطبایی، تهران، ایران. 0000-0001-5922-3119

[Downloaded from npwjm.ajaums.ac.ir on 2026-11-09]

[DOI: 10.29252/npwjm.10.35.26]

مقدمه

نابـاروری می‌توانـد بـه عنـوان ناتوانـی در انجـام بـارداری پـس از مـدت معقـول رابطـه جنسـی بـدون اقدامـات پیشـگیری از بـارداری تعریـف شـود (۱). بـر اسـاس مطالعـات، حـدود ۸۰-۵۰ می‌لیـون نفـر از افـراد در جهـان نابـاروری را تجربـه می‌کننـد (۲). عـدم توانایـی زنـان بـرای داشـتن فرزنـد منجـر بـه احسـاس درماندگـی و تجربـه عواطـف منفـی در آنهـا می‌گـردد و اسـترس، احسـاس انـزوا، افسـردگی، خشـم، اضطـراب، گنـاه و ناکامـی از جملـه هیجانـات منفـی هسـتند کـه در نتیجـه نابـاروری در زنـان ایجـاد می‌گـردد (۳). طبـق نتایـج مطالعـات، حـدود ۱۵ درصـد از زوجیـن، بـا اسـترس نابـاروری مواجـه می‌شـوند (۴). گرچـه نابـاروری، باعـث ایجـاد مشـکلات متعـدد در سـلامت روانـی، بهزیسـتی عمومـی، عـزت نفـس و روابـط زوجیـن می‌شـود ولـی مطالعـات نشـان دادهانـد کـه نابـاروری بـرای زنـان، نسـبت بـه مـردان، استرسآورتر بـوده و منجـر بـه عـزت نفـس پایینتـر، رضایـت از زندگـی کمتـر و افسـردگی بیشـتر و در نهایـت افـت بیشـتر سـلامت روان می‌شـود (۵). حمایـت اجتماعـی از جملـه متغیرهایـی اسـت کـه احتمـالاً می‌توانـد سـلامت روان زنـان نابـارور را تحـت تأثیـر قـرار دهـد. حمایـت اجتماعـی بـه عنـوان کمکهـا و حمایت‌هـای والدیـن، دوسـتان و دیگـر افـراد مهـم تعریـف شـده اسـت کـه فـرد آنهـا را بـا توجـه بـه شـرایط اجتماعـی و فـردی خـود درک می‌نمایـد (۶). ادراک حمایـت اجتماعـی بـه شـکل مناسـب می‌توانـد از فـردی کـه تحـت فشـارهای روانـی اسـت محافظـت کنـد و در حفـظ و برخـورداری از تجربـه احساسـی مثبـت در فـرد نقـش مهمـی دارد (۷). چنیـن حمایتـی می‌توانـد مزایـای جسـمی و روانـی بسـیاری بـرای افـرادی کـه بـا رویدادهـای استرسـزای جسـمی، روانـی و اجتماعـی روبـرو هسـتند فراهـم کنـد و بـه عنـوان عاملـی بـرای کاهـش پریشـانی روانشـناختی در مواجهـه بـا حـوادث استرسـزا در نظـر گرفتـه می‌شـود (۸). بنابرایـن در مواجهـه بـا عوامـل مشـکلزای زندگـی، برخـورداری از حمایـت اجتماعـی می‌توانـد بـه عنـوان یـک عامـل محافظتـی تلقـی شـود کـه مـی‌زان احتمـال موفقیـت فـرد را در غلبـه بـر ایـن عوامـل تنشـزا افزایـش می‌دهـد (۹). در همـی‌ن راسـتا، یافتـه مطالعـات متعـدد دال بـر نقـش حمایت اجتماعـی درک شـده در افزایـش سـطح راهبردهـای مقابل‌هـای موثـر، افزایـش عملکـرد فـردی و اجتماعـی، کیفیـت زندگـی و طـول عمـر بیشـتر در افـراد هسـتند (۱۰-۱۲).

از جملـه متغیرهـای دیگـری کـه بـه نظـر می‌رسـد می‌توانـد در حفـظ سـلامت روان در زنـان نابـارور مؤثـر باشـد، تـاب‌آوری اسـت. تابـآوری، توانمنـدی تحـت شـرایط تنـش‌زا تعریـف می‌شـود (۱۳) و بـه عنـوان فرآینـدی پویـا دربرگیرنـده سـازگاری موفـق بـا شـرایط ناگـوار اسـت (۱۴). می‌تـوان گفـت کـه تابـآوری، توانمنـدی فـرد در برقـراری تعـادل زیسـتی -روانـی در شـرایط خطرنـاک اسـت (۱۵). تـاب‌آوری صـرف مقاومـت منفعـل در برابـر آسـیبها یـا شـرایط تهدیـد کننـده و سـازنده محیـط نیسـت، بلکـه فـرد تابآور، مشـارکت کننـده فعـال پیرامونـی خـود اسـت (۱۶). افـراد بـا تابـآوری بـالا، چارهسـاز و انعطافپذیـر بـوده، مطابـق تغییـرات محیطـی خـود را وفـق می‌دهنـد و بعـد از مواجهـه بـا عوامـل فشـارزا بـه سـرعت بـه حالـت بهبـودی بـاز می‌گردنـد (۱۷). تابـآوری خانوادگـی می‌توانـد محصـول عواملـی در درون و بیـرون خانـواده باشـد و شـامل ویژگی‌هـا، ابعـاد و خصوصیـات خانـواده اسـت کـه بـه خانـواده کمـک می‌کنـد تـا در برابـر کـژکاری هنـگام تغییـر مقـاوم باشـد و در موقعیت‌هـای تنشـزا، سـازگاری خـود را حفـظ کنـد (۱۸). تـاب آوری خانوادگـی از طریـق فـرار از خطـر ایجـاد نمی‌شـود، بلکـه از طریـق اعمـال موفقیـت آمـی‌ز و عوامـل محافظتـی از سـوی اعضای خانـواده بـرای درگیـر شـدن در شـرایط نامطلـوب و ظهـور قویتـر آنهـا ایجـاد می‌شـود (۱۹). یافتـه مطالعـات گویـای ایـن اسـت کـه تابـآوری در شـرایط تنشـزا متغیـر مهمـی تلقـی می‌شـود کـه در کاهـش اسـترس، حفـظ عملکـرد بهینـه، اسـتفاده از راهبردهـای مقابلهـای سـازنده، موفقیـت و سـازگاری بـا شـرایط نقـش حیاتـی دارد (۱۷-۱۵).

نابـاروری وضعیتـی استرسـزا تلقـی می‌شـود و افـراد نابـارور بـه واسـطه انبـوه مشـکلات معمـولاً بیـش از سـایر افـراد در معـرض افـت سـلامت روانـی و جسـمانی قـرار دارنـد و ایـن خـود می‌توانـد بـا تشـدید مشـکل نابـاروری آنهـا همـراه باشـد. ایـن در حالی اسـت کـه بـه نظـر می‌رسـد حمایـت اجتماعـی و تابـآوری می‌تواننـد بـه عنـوان یـک عامـل محافظتـی در بهبـود و تقویـت سـلامت روان افـراد نابـارور عمـل کننـد. بـر ایـن اسـاس و بـا توجـه بـه اهمیـت پرداختـن بـه مطالعاتـی در زمینـه آسـیب‌ها و مشـکلات روانـی و اجتماعـی افـراد نابـارور، پژوهـش حاضـر بـا هـدف بررسـی نقـش تعدیـل کننـده تـاب‌آوری فـردی و خانوادگـی در رابطـه بیـن حمایـت اجتماعـی ادراک شـده و سـلامت عمومـی در زنـان نابـارور انجـام شـد.

روش کار

روش پژوهـش حاضـر توصیفـی و از نـوع همبسـتگی بـود. طـرح ایـن مطالعـه مصـوب در کمی‌تـه اخـلاق در پژوهـش دانشـگاه آزاد اسـلامی واحـد علـوم و تحقیقـات با کـد اخـلاق .IR.IAU.SRB REC.1397.093 مـی باشـد. جامعـه آمـاری ایـن پژوهـش زنـان نابـارور مراجعـه کننـده بـه بخـش نابـاروری بیمارسـتان خاتـم الانبیـاء در سـالهای ۱۳۹۹-۱۳۹۸ بودنـد کـه نمونهـای

[Downloaded from npwjm.ajaums.ac.ir on 2026-11-09]

[DOI: 10.29252/npwjm.10.35.26]

شامل ۳۶۱ نفر از این زنان با روش نمونهگیری در دسترس انتخاب شدند. ملاک های ورود به مطالعه شامل داشتن حداقل تحصیلات سیکل، سن ۴۵-۲۰ سال و داشتن حداقل دو سال سابقه ناباروری بود. جهت رعایت نکات اخلاقی، قبل از اجرای پژوهش اطلاعات لازم در اختیار آزمودنیها قرار گرفت و به آزمودنیها اطمینان داده شد که همه اطلاعات محرمانه خواهد ماند و برای امور پژوهشی استفاده میشود. همچنین آزمودنیها به میل و اختیار خود و پس از تایید بخش ناباروری مرکز مربوطه مبنی بر داشتن شرایط لازم، توانستند در پژوهش شرکت کنند. از ابزارهای زیر برای جمع آوری دادهها استفاده شد:

پرسشنامه سلامت عمومی (General Health Questionnaire): برای گردآوری داده های سلامت روان، از پرسشنامه سلامت عمومی Goldberg & Hillier (۱۹۷۹) استفاده شد (۲۰). این پرسشنامه خود گزارشدهی دارای چهار مقیاس فرعی هفت سوالی است: ۱) علایم جسمانی ۲) علایم اضطرابی ۳) کارکرد اجتماعی ۴) علایم افسردگی. بررسیها نشان دادهاند جنسیت، سن و سطح تحصیلات تاثیر مهمی در نمرات این پرسشنامه نداشته است. در این پرسشنامه ۲۸ سوالی، نمره هر فرد در هر یک از خرده مقیاسها از صفر تا ۲۱ و در کل پرسشنامه از صفر تا ۸۴ خواهد بود. نمرات هر آزمودنی بطور جداگانه محاسبه میشود و پس از آن نمرات چهار زیر مقیاس را جمع کرده و نمره کلی بدست میآید. نمره کمتر بیانگر سلامت روان بهتر است و نمره ۱۶ به بالا در هر زیر مقیاس و ۶۰ به بالا در نمره کل پرسشنامه نشاندهنده ناراحتی شدید است. روایی و پایایی این پرسشنامه توسط گیبونز در الساوادور بر روی ۷۳۲ نفر از دانشجویان بررسی شد و با روش باز آزمایی ضریب پایایی ۰/۷۴ و با در نظر گرفتن نقطه برش ۶/۷، حساسیت آزمون ۰/۸۸ و ویژگی آن ۸۴/۲ به دست آمد (۲۰). ابراهیمی در بررسی ویژگیهای روانسنجی پرسشنامه سلامت عمومی، روایی ملاک آن را از طریق همبستگی ۰/۷۸، ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۷ و ضریب اسپیرمن – براون ۰/۹۰ به دست آورد و نشان داد که این پرسشنامه از روایی بالایی برخوردار است (۲۱).

پرسشنامه حمایت اجتماعی ادراک شده (Maltidi-scale of perceived social support mensional): برای گردآوری های لازم در زمینه حمایت اجتماعی ادراک شده از پرسشنامه حمایت اجتماعی ادراک شدهZimet و همکاران (۱۹۹۰) استفاده شد (۲۲). این پرسشنامه ۱۲ گویه دارد و سه بعد حمایت خانواده، دوستان و دیگر افراد مهم را میسنجد. هر بعد این مقیاس ۴ گویه دارد و پاسخ دهنده به هر گویه روی مقیاس ۷ درجهای لیکرت (۱= کاملا مخالف و ۷= کاملا موافق) پاسخ میدهد. نمرهٔ بالا در این مقیاس، بیانگر سطح بالای حمایت اجتماعی ادراک شده است. ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس در مطالعه زیمت و همکاران برای زیر مقیاسهای شخص مهم دیگر ۰/۹۱، خانواده ۰/۸۷ و دوستان ۰/۸۵ و ضریب بازآزمایی آن برای بعد خانواده ۰/۸۸، دوستان ۰/۹۰ و دیگر افراد مهم ۰/۶۱ گزارش شده است (۲۲). خباز و همکاران ضرایب اعتبار درونی این آزمون را در یک گروه ۳۱۱ نفری از دانشجویان دانشگاه علامه طباطبایی ۶۶/۱ محاسبه کردند (۲۳).

مقیاس سنجش تاب آوری خانواده (Resilience Family Scale Assessment): مقیاس تاب آوری خانواده که توسط Sixbey در سال ۲۰۰۵ ساخته شده، شامل ۶۶ سوال در ۶ حوزه ارتباط خانوادگی و حل مسئله، بهره مندی از منابع اقتصادی و اجتماعی، حفظ چشم انداز مثبت، پیوند خانوادگی، معنویت خانواده و توانایی ایجاد معنا برای سختی و دشواری است (۲۴). از آزمودنی خواسته شد که بر روی مقیاس لیکرت از کاملاً مخالفم (برابر ۱) تا کاملاً موافقم (برابر ۴) به سوالات پاسخ دهد. حداقل نمره اکتسابی در این مقیاس ۶۶ و حداکثر نمره ۲۶۴ بیان شده و نمره بیشتر نشانگر تابآوری خانواده بیشتر است. در پژوهش Sixbey پایایی نمره کل مقیاس ۰/۹۶ و روایی ملاکی همزمان با ابزار سنجش خانواده و شاخص معنای شخصی، خوب ارزیابی شده است (۲۴). این پرسشنامه در ایران توسط سادات حسینی و حسین چاری، ترجمه و اعتباریابی شده است. روایی همزمان مقیاس تابآوری خانواده با استفاده از مقیاس معنای زندگی و آب دیدگی تایید شد. ضریب آلفای کرونباخ برای نمره کل تابآوری خانواده ۰/۹۳ و برای ابعاد آن دامنهای از ۰/۷۶ تا ۰/۹۳ محاسبه شد (۲۵).

مقیاس تاب آوری کانر – دیویدسون (Connor-Da-vidson Resilience Scale): کانر و دیویدسون (۲۰۰۳) این مقیاس ۲۵ گویهای را ساختند. این مقیاس تابآوری را در اندازههای پنج درجهای لیکرت از صفر (همیشه نادرست) تا ۴ (همیشه درست) میسنجد (۲۶). مطالعه مقدماتی کانر و دیویدسون (۲۰۰۳) در مورد ویژگیهای روانسنجی این مقیاس در جمعیت عادی و بیماران نشان داد که این ابزار همسانی درونی، پایایی باز آزمایی، روایی همگرا و واگرای کافی دارد. نتایج تحلیل عاملی نشان داد که این مقیاس یک ابزار چندبعدی است و وجود پنج عامل شایستگی/ استحکام

[Downloaded from npwjm.ajaums.ac.ir on 2026-11-09]
[DOI: 10.29252/npwjm.10.35.26]

شـخصی، اعتمـاد بـه غرایـز شـخصی/تحمل عواطـف منفـی، پذیـرش مثبـت تغییر/روابـط ایمن،کنتـرل و معنویـت را بـرای ایـن مقیـاس تاییـد کـرده اسـت. ایـن مقیـاس در مطالعـه در ایـران بـر روی ۲۴۸ نفـر اجـرا شـد و پایایـی آن بـا سـنجش همسـانی درونـی آلفـای کرونبـاخ ۰/۸۹ بـه دسـت آمـد. همچنیـن روایـی صـوری و محتوایـی ایـن مقیـاس مـورد تاییـد قـرار گرفـت (۲۷).
در پژوهـش حاضـر، بـرای تحلیـل دادههـا از روشـهای ضریـب همبسـتگی پیرسـون و تحلیـل رگرسـیون بـا بهرهگیـری از نـرم افـزار SPSS نسـخه ۲۲ اسـتفاده شـد.

یافتهها

۳۶۱ زن نابـارور در ایـن مطالعـه شـرکت داشـتند. در جـدول ۱ شـاخصهای توصیفـی متغیرهـای جمعیـت شـناختی ارائـه شـده اسـت.

جدول ۱. وضعیت نمونه مورد مطالعه در ویژگیهای جمعیت شناختی

متغیر	طبقات	تعداد	درصد
سن	۲۰ تا ۳۰ سال	۸۶	۲۳/۸
	۳۱ تا ۳۵ سال	۱۰۲	۲۸/۱
	۳۶ تا ۴۰ سال	۱۱۲	۳۱/۲
	۴۱ تا ۴۵ سال	۶۱	۱۶/۹
وضعیت تحصیل	راهنمایی سیکل	۴۳	۱۱/۹
	دیپلم	۱۳۸	۳۸/۳
	فوق دیپلم	۳۶	۱۰
	لیسانس	۱۱۱	۳۰/۷
	فوق لیسانس	۲۵	۶/۹
	دکتری	۸	۲/۲
مدت زمان ناباروری	دو تا سه سال	۴۰	۱۱
	چهار تا شش سال	۱۳۰	۳۶
	هفت تا نه سال	۹۳	۲۵/۷
	ده تا ۱۲ سال	۴۶	۱۳
	بالای ۱۲ سال	۵۲	۱۴/۳
	جمع	۳۶۱	۱۰۰

[Downloaded from npwjm.ajaums.ac.ir on 2026-11-09]
[DOI: 10.29252/npwjm.10.35.26]

جدول ۲: میانگین، انحراف استاندارد و ضرایب همبستگی بین متغیرها

متغیر	M	SD	۱	۲	۳	۴
۱. سلامت عمومی	۵۵/۳۱	۳۸/۴۰	۱			
۲. حمایت اجتماعی	۴۱/۶۹	۹/۶۳	۰/۶۰**	۱		
۳. تاب‌آوری فردی	۴۷/۳۹	۱۱/۵۵	۰/۷۱**	۰/۶۲**	۱	
۴. تاب‌آوری خانوادگی	۱۴۸/۶۳	۲۲/۵۹	۰/۶۶**	۰/۴۱**	۰/۷۸**	۱

* P < ۰/۰۵ ** P < ۰/۰۱

جدول ۳. نتایج تحلیل رگرسیون سلامت عمومی در زنان نابارور بر اساس حمایت اجتماعی و تاب‌آوری فردی و خانوادگی

گام ها	پیش بین ها	R	R^2	F	B	β	t
گام اول	حمایت اجتماعی	۰/۶۱	۰/۳۷	۶۳/۸۹**	۱/۲۴	۰/۵۶	۸/۸۶**
گام دوم	حمایت اجتماعی	۰/۶۵	۰/۴۲	۳۰/۹۱**	۰/۹۳	۰/۴۹	۶/۹۰**
	تاب‌آوری فردی				۰/۵۶	۰/۲۳	۴/۷۸**
گام سوم	حمایت اجتماعی	۰/۶۷	۰/۴۴	۴۲/۲۷**	۱/۰۲	۱/۵۲	۷/۱۹**
	تاب‌آوری فردی				۰/۷۲	۰/۴۵	۵/۸۶**
	تاب‌آوری خانوادگی				۰/۴۱	۰/۱۸	۳/۱۸*
گام چهارم	حمایت اجتماعی	۰/۶۸	۰/۴۶	۳۵/۰۴**	۱/۱۳	۰/۴۶	۶/۸۴**
	تاب‌آوری فردی				۰/۷۵	۰/۳۳	۵/۰۴**
	تاب‌آوری خانوادگی				۰/۵۱	-۰/۱۵	۲/۹۷*
	حمایت اجتماعی * تاب‌آوری فردی				۰/۶۵	۰/۲۴	۳/۳۷*

می‌انگین، انحراف استاندارد و همچنین ضرایب همبستگی بین متغیرهای پژوهش در جدول ۲ ارائه شده است. همانطور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، تمامی متغیرهای پیش بین همبستگی معناداری با سلامت عمومی دارند. حمایت اجتماعی ادراک شده (۰/۶۰)، تاب آوری فردی (۰/۷۱)، و تابآوری خانوادگی (۰/۶۶) دارای ضریب همبستگی مثبت معنادار با سلامت عمومی بودند.

به منظور بررسی سهم حمایت اجتماعی در پیش بینی سلامت عمومی در زنان نابارور و بررسی نقش تعدیل کننده تابآوری فردی و خانوادگی در این رابطه، از تحلیل رگرسیون چندگانه به شیوه سلسله مراتبی استفاده شد. قبل از اجرای تحلیل رگرسیون مفروضات تحلیل رگرسیون مورد بررسی قرار گرفت. جهت بررسی نرمال بودن دادهها از آزمون کولموگروف – اسمی‌رنوف استفاده شد که نتایج این آزمون گویای نرمال

[Downloaded from npwjm.ajaums.ac.ir on 2026-11-09]
[DOI: 10.29252/npwjm.10.35.26]

بودن داده ها بود (p/۰۵>۰). به منظور بررسی پیش فرض استقلال خطاها و عدم هم خطی بین متغیرهای پیش بین آماره دوربین واتسون بررسی شد. چنان چه آماره به دست آمده، کمتر از ۴ باشد، نشان دهنده استقلال خطاها است و از آنجا که مقدار این شاخص در فاصله بین ۱/۸۷ محاسبه شد نشان می‌دهد که مفروضه استقلال خطاها رعایت شده است. همچنین شاخص تشخیص همخطی برای هر کدام از ابعاد حمایت اجتماعی و سلامت روان به عنوان متغیرهای پیش بین به صورت جداگانه بررسی شد. با توجه به اینکه ضریب همبستگی بین متغیرهای مستقل بالاتر از ۰/۷۰ نبوده است، بنابراین احتمال هم خطی بودن چندگانه مطرح نبوده و به عبارتی همخطی چندگانه بین متغیرهای پیش بین وجود ندارد. علاوه بر این، با توجه به اینکه مقدار شاخص ضریب تحمل بالاتر از ۰/۱۰ و شاخص تورم واریانس از ۱۰ پایینتر بود، بنابراین می‌توان گفت پدیده همخطی بودن در متغیرهای پژوهش رخ نداده است. بنابراین برای استفاده از تحلیل رگرسیون مانعی وجود نداشت و به منظور تحلیل رگرسیون برای بررسی نقش تعدیل کنندگی تابآوری فردی و خانوادگی در رابطه بین حمایت اجتماعی ادراک شده و سلامت عمومی در زنان نابارور انجام شد (جدول ۳).

بر پایه نتایج بدست آمده در جدول ۳، حمایت اجتماعی به طور مستقل توانست ۳۷ درصد از واریانس سلامت عمومی زنان نابارور را تبیین کند. در گام دوم با اضافه شدن تاب آوری فردی به معادله رگرسیون، واریانس تبیین شده به ۴۲ درصد افزایش یافت. مدل سوم با ورود تاب آوری خانوادگی، واریانس تبیین شده سلامت عمومی زنان نابارور به ۴۴ افزایش یافت. با ورود اثر تعاملی حمایت اجتماعی و تابآوری فردی واریانس تبیین شده به ۴۶ درصد افزایش یافت. براین اساس تابآوری فردی توانست در رابطه بین حمایت اجتماعی و سلامت عمومی زنان نابارور نقش تعدیل کننده داشته باشد.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی نقش تعدیل کننده تابآوری فردی و خانوادگی در رابطه بین حمایت اجتماعی ادراک شده و سلامت عمومی در زنان نابارور انجام شد. نتایج این پژوهش نشان داد که حمایت اجتماعی ادراک شده دارای رابطه مثبت معنادار با سلامت عمومی در زنان نابارور می‌باشد. همسو با یافته مطالعه حاضر، Iordachescu و همکاران (۹) در یک مطالعه نشان دادند که در زنان نابارور تحت درمان، برخورداری از حمایت اجتماعی در سازگاری آنها با شرایط بیماری و دریافت پاسخ موفق درمانی و افزایش احتمال باروری موثر است. Kiesswetter و همکاران (۱۰) در بررسی خود نشان دادند که برخورداری از حمایت اجتماعی در زوجین نابارور به افزایش سطح کیفیت زندگی و کاهش تعارض زناشویی کمک می‌کند. Shin و همکاران (۱۱) در یک بررسی در زنان نابارور تحت درمان نشان دادند که دریافت حمایت اجتماعی از دوستان و خانواده در افزایش خودکارآمدی درمانی، انگیزه برای درمان و تبعیت از دستورات درمانی در این افراد موثر است.

زنان به واسطه نقش اجتماعی که برای آنها تعریف شده است، در مقایسه با مردان احساس مسئولیت بیشتری درباره مشکل ناباروری و درمان آن دارند و بنابراین به مراتب بیشتر در معرض انواع آسیبهای روانی قرار دارند (۲). بنابراین عوامل محافظتی که می‌توانند در کاهش بار این فشار روانی به این افراد کمک کنند از اهمیت خاصی برخوردار هستند (۵). حمایت اجتماعی یکی از عوامل کاهش دهنده عواطف منفی و استرسهای مرتبط با ناباروری است چرا که حمایت اجتماعی ادراک شده، ادراک فرد از در دسترس بودن حمایت اطرافیان از قبیل خانواده و دوستان در هنگام نیاز است و ارزیابی شناختی فرد موید در دسترس بودن و با کفایت بودن حمایتها می‌باشد (۹). حمایت اجتماعی مستقیما به صورت یک عامل ضربهگیر واقعی بین موقعیت ناخوشایند و آسیب روانشناختی ظاهر شده و از طریق اثر گذاری بر متغیرهای مداخله کننده همچون مقابله در برابر اثرات موقعیتهای منفی یا رخدادهای استرسزا عمل می‌کند (۱۱). لذا می‌توان انتظار داشت که با افزایش قدرت این ضربهگیر روانی، روابط زناشویی نیز از استحکام بیشتری برخوردار بوده و به موازات آن رضایت زناشویی نیز افزایش می‌یابد. حمایت اجتماعی در قالب حمایت ملموس یا حمایت عاطفی و داشتن یک نفر در زندگی که می‌توان از مراقبت، ابراز همدلی و حس پذیرش وی بهرهمند بود، می‌تواند منبع مهمی برای احساس آرامش، تابآوری بیشتر و توانایی غلبه بر استرس تلقی گردد (۷). حمایت اجتماعی ممکن است به دو طریق اثرات زیانبخش استرس ناباروری را کاهش دهد و به تقویت سلامت روان افراد کمک کند. اولاً، حمایت اجتماعی قبل از این که عوامل فشارزا بروز پیدا کنند، افراد را علیه آنها واکسینه می‌کند و فردی که از یک شبکه اجتماعی غنی از مشاوره، منابع، امکانات و کمک مالی برخوردار باشد، فشارهای بالقوه علتی برای نگرانی و تشویش خاطر او نخواهد بود. ثانیاً، شبکههای حمایت اجتماعی به عنوان سپری در مقابل فشارهای روانی عمل می‌کنند (۷).

نتایج این پژوهش نشان داد که تاب آوری فردی و تاب آوری خانوادگی دارای رابطه مثبت معنادار با سلامت عمومی در زنان

[Downloaded from npwjm.ajaums.ac.ir on 2026-11-09]
[DOI: 10.29252/npwjm.10.35.26]

نابـارور می‌باشـد. همچنیـن نشـان داده شـد کـه تابـآوری فـردی و خانوادگـی در رابطـه بیـن حمایـت اجتماعـی ادراک شـده و سـلامت عمومـی در زنـان نابـارور دارای نقـش تعدیـل کننـده اسـت. John-son و همـکاران (۱۶) در یـک بررسـی نشـان دادنـد که تابـآوری در افـراد بـا مشـکلات خـواب، در کاهـش اسـترس مرتبـط بـا بدخوابـی و بهبـود کیفیـت خـواب موثـر اسـت. Schultz & Brindle (۱۷) در مطالعـه خـود بـر روی افـراد آسـیب دیـده نخاعـی نشـان دادنـد کـه تـاب آوری بـالا در ایـن افـراد می‌توانـد بـه آنهـا در سـازگاری بیشـتر بـا معلولیـت خـود کمـک کنـد.

نابـاروری اختلالـی اسـت کـه بـه خصـوص در زنـان بـه واسـطه نقـش خـود در تولیـد مثـل می‌توانـد در اجتمـاع بـه عنـوان یـک ضعـف و ناتوانـی تلقـی شـود و فـرد را بـا واکنشـهای متفـاوت و ناخوشـایند از سـوی اطرافیـان مواجهـه سـازد و ایـن بـار تنـش تهدیـدی جـدی بـرای سـلامتی فـرد می‌باشـد (۴). سـطوح پاییـن سـلامت روان بـه معنـای افـت عملکـرد طبیعـی یـک فـرد اسـت و چنیـن فـردی از مهارتهـای مقابلهـای موثـر و بنیـه روانـی کافـی و سـالم بـرای مواجهـه بـا رویدادهـای بالقـوه استرسـزا برخـوردار نیسـت و ایـن چنیـن فراینـدی می‌توانـد بـا مختـل کـردن رونـد طبیعـی زندگـی در بلندمـدت همـراه باشـد (۵). در روابـط زناشـویی، عـدم برخـورداری هـر یـک از طرفیـن رابطـه از مولفههـای سـلامت روان می‌توانـد مولـد یـک چالـش در رابطـه زوجـی باشـد و ایـن بـه ویـژه در مـورد زوجیـن نابـارور بیشـتر مصـداق پیـدا می‌کنـد چـرا کـه نابـاروری را می‌تـوان معضلـی فـردی و بیـن فـردی دانسـت کـه زوجیـن را بیشـتر در معـرض ناسـازگاری و عـدم تحمـل پریشـانی روانـی قـرار می‌دهـد (۵). تـاب آوری بـه معنـای توانایـی افـراد بـرای سـازگاری مؤثـر بـا شـرایط بحرانـی اسـت و درجـات مختلـف تـاب آوری از طریـق تأثیرگـذاری بـر حرمـت خـود، شایسـتگی و اسـتحکام شـخصی، تحمـل عواطـف منفـی، مهارگـری و معنویـت بـا شـاخص سـلامت و آسـیب پذیـری روان شـناختی مرتبـط می‌شـود (۱۴). تابـآوری در زوجیـن نابـارور بـه عنـوان عامـل حفاظـت کننـده علیـه درماندگـی روان شـناختی اسـت و کیفیـت زندگـی آنهـا را افزایـش می‌دهـد (۱۹). بطـور کلـی نشـانه مربـوط بـه ضعـف در تابـآوری شـامل ناتوانـی در کنتـرل مـی‌ل و تکانـه، مقابلـه ناکارآمـد بـا اسـترس، گرایـش بـه شـکوه و شـکایت ارزیابـی موقعیت‌هـا بـه عنـوان اسـترس‌زا و تجربه‌هـای هیجانـی منفـی اسـت کـه بالقـوه می‌توانـد هـر نـوع رابطهـای را دچـار اختـلال سـازد و زندگـی فـرد را از جهـات فـردی و اجتماعـی تحـت تاثیـر قـرار دهـد (۱۷). افـراد بـا تـاب آوری پاییـن رویدادهـا را بـه بدتریـن شـکل ممکـن تعبیـر کـرده و بنابرایـن ایـن فراینـد می‌توانـد بـا بزرگنمایـی ضعفهـا و کمبودهـا و کوچـک نمایـی و یـا نادیـد انـگاری نقـاط قـوت در خـود و دیگـران منجـر شـود و در نهایـت فـرد از هـر موضوعـی فاجعه‌سـازی کنـد و خـود را در مقابلـه بـا آن شـرایط ناتـوان احسـاس کنـد و سـلامت روانـی و جسـمی خـود را در معـرض آسـیب قـرار دهـد (۱۸).

طبـق نتایـج بـه دسـت آمـده، تابـآوری فـردی و خانوادگـی در رابطـه بیـن حمایـت اجتماعـی ادراک شـده و سـلامت عمومـی در زنـان نابـارور دارای نقـش تعدیـل کننـده بـود. بـه عبـارت دیگـر در زنـان نابـارور بـا تـاب آوری فـردی و خانوادگـی سـطح پاییـن، برخـورداری از حمایـت اجتماعـی مـی توانـد موجـب کاهـش کمتـر سـلامت عمومـی شـود. لـذا مشـاوران و درمانگـران خانـواده می‌تواننـد از یافتههـای ایـن پژوهـش، در راسـتای مداخـلات بالینـی و آموزشـی اسـتفاده کـرده و از ایـن رویکـرد در جهـت افزایـش سـلامت عمومـی زوجیـن نابـارور بهـره برنـد.

تشکر و قدردانی

ایـن مقالـه مسـتخرج از رسـاله دکتـرا مصـوب در کمیتـه اخـلاق در پژوهـش دانشـگاه آزاد اسـلامی واحـد علـوم و تحقیقـات بـا کـد اخـلاق IR.IAU.SRB.REC.1397.093 می‌باشـد. بدیـن وسـیله از تمامـی شـرکت کننـدگان در پژوهـش کـه مـا را در انجـام پژوهـش همـکاری نمودنـد، تشـکر و قدردانـی می‌شـود.

تضاد منافع

بین نویسندگان هیچ گونه تعارضی در منافع وجود ندارد.

[Downloaded from npwjm.ajaums.ac.ir on 2026-11-09]

[DOI: 10.29252/npwjm.10.35.26]

منابع

1.Carson SA, Kallen AN. Diagnosis and management of infertility: a review. Jama. 2021;326(1):65-76.
2.Vander Borght M, Wyns C. Fertility and infertility: Definition and epidemiology. Clinical biochemistry. 2018;62:2-10.
3.Deshpande PS, Gupta AS. Causes and prevalence of factors causing infertility in a public health facility. Journal of human reproductive sciences. 2019;12(4):287.
4.Rooney KL, Domar AD. The relationship between stress and infertility. Dialogues in clinical neuroscience. 2022.
5.Hoyle RH, Davisson EK, Novice ML. Relations between protective traits and psychological distress among women experiencing infertility. Journal of Health Psychology. 2022;27(2):397-407.
6.Schwarzer R, Knoll N, Rieckmann N. Social support. Health psychology. 2004;158:181.
7.Southwick SM, Sippel L, Krystal J, Charney D, Mayes L, Pietrzak R. Why are some individuals more resilient than others: the role of social support. World psychiatry. 2016;15(1):77.
8.Wellman B, Gulia M. The network basis of social support: A network is more than the sum of its ties. Networks in the global village: Routledge; 2018. p. 83-118.
9.Iordachescu DA, Gica C, Vladislav EO, Panaitescu AM, Peltecu G, Furtuna ME, et al. Emotional disorders, marital adaptation and the moderating role of social support for couples under treatment for infertility. Ginekologia Polska. 2021;92(2):98-104.
10.Kiesswetter M, Marsoner H, Luehwink A, Fistarol M, Mahlknecht A, Duschek S. Impairments in life satisfaction in infertility: Associations with perceived stress, affectivity, partnership quality, social support and the desire to have a child. Behavioral Medicine. 2020;46(2):130-41.
11.Shin H, Lee J, Kim S-J, Jo M. Associations of Symptoms of Depression, Social Support, and Quality of Life Among Korean Women Who Experience Infertility. Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing. 2021;50(6):e1-e12.
12.Uchino BN, Trettevik R, Kent de Grey RG, Cronan S, Hogan J, Baucom BR. Social support, social integration, and inflammatory cytokines: A meta-analysis. Health Psychology. 2018;37(5):462.
13.Schwarz S. Resilience in psychology: A critical analysis of the concept. Theory & Psychology. 2018;28(4):528-41.
14.de Almeida Santos Z, Benevides Soares A. Social skills, coping, resilience and problem-solving in psychology university students. Liberabit. 2018;24:265-76.
15.Munoz RT, Brady S, Brown V. The psychology of resilience: A model of the relationship of locus of control to hope among survivors of intimate partner violence. Traumatology. 2017;23(1):102.
16.Schultz KR, Brindle SS. Health care providers' perspectives on resilience and positive adjustment within the spinal cord injury population. Rehabilitation Psychology. 2022.
17.Johnson KT, Williams PG, Aspinwall LG, Curtis BJ. Resilience to stress-related sleep disturbance: Examination of early pandemic coping and affect. Health Psychology. 2022.
18.Chen J-J, Wang Q-L, Li H-P, Zhang T, Zhang S-S, Zhou M-K. Family resilience, perceived social support, and individual resilience in cancer couples: analysis using the actor-partner interdependence mediation model. European Journal of Oncology Nursing. 2021;52:101932.
19.Walsh F. Family resilience: A dynamic sys-

[Downloaded from npwjm.ajaums.ac.ir on 2026-11-09]

[DOI: 10.29252/npwjm.10.35.26]

temic framework. Multisystemic Resilience: Oxford University Press; 2021. p. 255-70.
20.Goldberg DP, Hillier VF. A scaled version of the General Health Questionnaire. Psychological medicine. 1979;9(1):139-45.
21.Ebrahimi A. Psychometric properties, factor structure, clinical cut-off point, sensitivity of general health questionnaire 28 questions (GHQ-28). Journal of Behavioral Sciences Research. 2006;5(1):5-13.
22.Zimet GD, Dahlem NW, Zimet SG, Farley GK. The multidimensional scale of perceived social support. Journal of personality assessment. 1988;52(1):30-41.
23.Khabaz M, Karimi Y, Karimian N, Shah Bakhsh A. Comparison the relation between the dimensions of perfectionism and social support with academic burnout in students of Allameh Tabatabai University. Research in Clinical Psychology and Counseling. 2014;4(2):82-96.
24.Sixbey MT. Development of the family resilience assessment scale to identify family resilience constructs: University of Florida; 2005.
25.Sadat Hosseini F, Hosseinchari M. The survey of validation and reliability of family resiliency scale. Family Counseling and Psychotherapy. 2013;3(2):181-209.
26.Connor KM, Davidson JR. Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC). Depression and anxiety. 2003;18(2):76-82.
27.Khoshouei MS. Psychometric evaluation of the Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC) using Iranian students. International Journal of Testing. 2009;9(1):60-6.

[Downloaded from npwjm.ajaums.ac.ir on 2026-11-09]

[DOI: 10.29252/npwjm.10.35.26]