



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

### Abstract

### Article Info

**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

### Authors:

Fereshteh Mirzaei \*<sup>1</sup>

Ali Delavar <sup>2</sup>

### 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 Tabatabaie University, Tehran, Iran.



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

اطلاعات مقاله

چکیده

فرشته میرزایی\*<sup>۱</sup>  
علی دلاور<sup>۲</sup>

**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 ۱۳۹۸-۱۳۹۹ بود. از طریق 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

## مقدمه

ناباروری می‌تواند به عنوان ناتوانی در انجام بارداری پس از مدت معقول رابطه جنسی بدون اقدامات پیشگیری از بارداری تعریف شود (۱). بر اساس مطالعات، حدود ۸۰-۵۰ می‌لیون نفر از افراد در جهان ناباروری را تجربه می‌کنند (۲). عدم توانایی زنان برای داشتن فرزند منجر به احساس درماندگی و تجربه عواطف منفی در آنها می‌گردد و استرس، احساس انزوا، افسردگی، خشم، اضطراب، گناه و ناکامی از جمله هیجانات منفی هستند که در نتیجه ناباروری در زنان ایجاد می‌گردد (۳). طبق نتایج مطالعات، حدود ۱۵ درصد از زوجین، با استرس ناباروری مواجه می‌شوند (۴). گرچه ناباروری، باعث ایجاد مشکلات متعدد در سلامت روانی، بهزیستی عمومی، عزت نفس و روابط زوجین می‌شود ولی مطالعات نشان داده‌اند که ناباروری برای زنان، نسبت به مردان، استرس‌آورتر بوده و منجر به عزت نفس پایینتر، رضایت از زندگی کمتر و افسردگی بیشتر و در نهایت افت بیشتر سلامت روان می‌شود (۵). حمایت اجتماعی از جمله متغیرهایی است که احتمالاً می‌تواند سلامت روان زنان نابارور را تحت تأثیر قرار دهد. حمایت اجتماعی به عنوان کمک‌ها و حمایت‌های والدین، دوستان و دیگر افراد مهم تعریف شده است که فرد آنها را با توجه به شرایط اجتماعی و فردی خود درک می‌نماید (۶). ادراک حمایت اجتماعی به شکل مناسب می‌تواند از فردی که تحت فشارهای روانی است محافظت کند و در حفظ و برخورداری از تجربه احساسی مثبت در فرد نقش مهمی دارد (۷). چنین حمایتی می‌تواند مزایای جسمی و روانی بسیاری برای افرادی که با رویدادهای استرس‌زای جسمی، روانی و اجتماعی روبرو هستند فراهم کند و به عنوان عاملی برای کاهش پریشانی روانشناختی در مواجهه با حوادث استرس‌زا در نظر گرفته می‌شود (۸). بنابراین در مواجهه با عوامل مشکلزای زندگی، برخورداری از حمایت اجتماعی می‌تواند به عنوان یک عامل محافظتی تلقی شود که می‌زان احتمال موفقیت فرد را در غلبه بر این عوامل تنش‌زا افزایش می‌دهد (۹). در همین راستا، یافته مطالعات متعدد دال بر نقش حمایت اجتماعی درک شده در افزایش سطح راهبردهای مقابل‌های موثر، افزایش عملکرد فردی و اجتماعی، کیفیت زندگی و طول عمر بیشتر در افراد هستند (۱۰-۱۲).

از جمله متغیرهای دیگری که به نظر می‌رسد می‌تواند در حفظ سلامت روان در زنان نابارور مؤثر باشد، تاب‌آوری است. تاب‌آوری، توانمندی تحت شرایط تنش‌زا تعریف می‌شود (۱۳) و به عنوان فرآیندی پویا دربرگیرنده سازگاری موفق با شرایط

ناگوار است (۱۴). می‌توان گفت که تاب‌آوری، توانمندی فرد در برقراری تعادل زیستی-روانی در شرایط خطرناک است (۱۵). تاب‌آوری صرف مقاومت منفعل در برابر آسیب‌ها یا شرایط تهدید کننده و سازنده محیط نیست، بلکه فرد تاب‌آور، مشارکت کننده فعال پیرامونی خود است (۱۶). افراد با تاب‌آوری بالا، چاره‌ساز و انعطاف‌پذیر بوده، مطابق تغییرات محیطی خود را وفق می‌دهند و بعد از مواجهه با عوامل فشارزا به سرعت به حالت بهبودی باز می‌گردند (۱۷). تاب‌آوری خانوادگی می‌تواند محصول عواملی در درون و بیرون خانواده باشد و شامل ویژگی‌ها، ابعاد و خصوصیات خانواده است که به خانواده کمک می‌کند تا در برابر کژکاری هنگام تغییر مقاوم باشد و در موقعیت‌های تنش‌زا، سازگاری خود را حفظ کند (۱۸). تاب‌آوری خانوادگی از طریق فرار از خطر ایجاد نمی‌شود، بلکه از طریق اعمال موفقیت‌آمیز و عوامل محافظتی از سوی اعضای خانواده برای درگیر شدن در شرایط نامطلوب و ظهور قویتر آنها ایجاد می‌شود (۱۹). یافته مطالعات گویای این است که تاب‌آوری در شرایط تنش‌زا متغیر مهمی تلقی می‌شود که در کاهش استرس، حفظ عملکرد بهینه، استفاده از راهبردهای مقابل‌های سازنده، موفقیت و سازگاری با شرایط نقش حیاتی دارد (۱۷-۱۵).

ناباروری وضعیتی استرس‌زا تلقی می‌شود و افراد نابارور به واسطه انبوه مشکلات معمولاً بیش از سایر افراد در معرض افت سلامت روانی و جسمانی قرار دارند و این خود می‌تواند با تشدید مشکل ناباروری آنها همراه باشد. این در حالی است که به نظر می‌رسد حمایت اجتماعی و تاب‌آوری می‌تواند به عنوان یک عامل محافظتی در بهبود و تقویت سلامت روان افراد نابارور عمل کنند. بر این اساس و با توجه به اهمیت پرداختن به مطالعاتی در زمینه آسیب‌ها و مشکلات روانی و اجتماعی افراد نابارور، 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.

## روش کار

روش پژوهش حاضر توصیفی و از نوع همبستگی بود. طرح این مطالعه مصوب در کمی‌ته اخلاق در پژوهش دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات با کد اخلاق IR.IAU.SRB. REC.1397.093 می‌باشد. جامعه آماری این پژوهش زنان نابارور مراجعه کننده به بخش ناباروری بیمارستان خاتم الانبیاء در سالهای ۱۳۹۸-۱۳۹۹ بودند که نمونه‌های

می‌سنجد. هر بعد این مقیاس ۴ گویه دارد و پاسخ دهنده به هر گویه روی مقیاس ۷ درجه‌ای لیکرت (=۱ کاملاً مخالف و ۷= کاملاً موافق) پاسخ می‌دهد. نمره 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 دامنه‌های 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 واگرایی کافی دارد. نتایج تحلیل عاملی نشان داد که این مقیاس یک ابزار چندبعدی است و وجود پنج عامل شایستگی/ استحکام

شامل ۳۶۱ نفر از این زنان با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. ملاک‌های ورود به مطالعه شامل داشتن حداقل تحصیلات سیکل، سن ۲۰-۴۵ 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 داده‌های 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 گیونز در السوادور 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-sional scale of perceived social support):** برای گردآوری‌های لازم در زمی‌نه حمایت اجتماعی ادراک شده از پرسشنامه حمایت اجتماعی ادراک شده Zimet و همکاران (۱۹۹۰) استفاده شد (۲۲). این پرسشنامه ۱۲ گویه دارد و سه بعد حمایت خانواده، دوستان و دیگر افراد مهم را

همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون با بهره‌گیری از نرم افزار SPSS نسخه ۲۲ استفاده شد.

#### یافته‌ها

۳۶۱ زن نابارور در این مطالعه شرکت داشتند. در جدول ۱ شاخصهای توصیفی متغیرهای جمعیت شناختی ارائه شده است.

شخصی، اعتماد به غرایز شخصی/تحمل عواطف منفی، پذیرش مثبت تغییر/روابط ایمن، کنترل و معنویت را برای این مقیاس تایید کرده است. این مقیاس در مطالعه در ایران بر روی ۲۴۸ نفر اجرا شد و پایایی آن با سنجش همسانی درونی آلفای کرونباخ ۰/۸۹ به دست آمد. همچنین روایی صوری و محتوایی این مقیاس مورد تایید قرار گرفت (۲۷). در پژوهش حاضر، برای تحلیل داده‌ها از روشهای ضریب

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  |

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

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

\* P &lt; ۰/۰۵ \*\* P &lt; ۰/۰۱

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

| گام ها    | پیش بین ها                    | R    | R <sup>۲</sup> | F       | B    | $\beta$ | 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** |
|           | تاب آوری فردی                 |      |                |         | ۰/۵۶ | ۰/۲۳    | ۴/۷۸** |
| گام سوم   | حمایت اجتماعی                 | ۰/۶۷ | ۰/۴۴           | ۴۲/۲۷** | ۱/۰۲ | ۱/۵۲    | ۷/۱۹** |
|           | تاب آوری فردی                 |      |                |         | ۰/۷۲ | ۰/۴۵    | ۵/۸۶** |
|           | تاب آوری خانوادگی             |      |                |         | ۰/۴۱ | ۰/۱۸    | ۳/۱۸*  |
| گام چهارم | حمایت اجتماعی                 | ۰/۶۸ | ۰/۴۶           | ۳۵/۰۴** | ۱/۱۳ | ۰/۴۶    | ۶/۸۴** |
|           | تاب آوری فردی                 |      |                |         | ۰/۷۵ | ۰/۳۳    | ۵/۰۴** |
|           | تاب آوری خانوادگی             |      |                |         | ۰/۵۱ | -۰/۱۵   | ۲/۹۷*  |
|           | حمایت اجتماعی * تاب آوری فردی |      |                |         | ۰/۶۵ | ۰/۲۴    | ۳/۳۷*  |

به منظور بررسی سهم حمایت اجتماعی در پیش بینی سلامت عمومی در زنان نابارور و بررسی نقش تعدیل کننده تاب آوری 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 - اسمی رنوف استفاده شد که نتایج این آزمون گویای نرمال

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 تاب آوری خانوادگی (۰/۶۶) دارای ضریب همبستگی مثبت معنادار با سلامت عمومی بودند.

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 اهمیّت 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 مستقیماً 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 واکنش 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 تاب‌آوری فردی و تاب‌آوری خانوادگی دارای رابطه مثبت معنادار با سلامت عمومی در زنان

بودن داده‌ها بود ( $p < 0.05$ ). به منظور بررسی پیش فرض استقلال خطاها و عدم هم خطی بین متغیرهای پیش بین آماره دوربین واتسون بررسی شد. چنانچه 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 تاب‌آوری فردی به معادله رگرسیون، واریانس تبیین شده به ۴۲ درصد افزایش یافت. مدل سوم با ورود تاب‌آوری 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

فرد از هر موضوعی فاجعه‌سازی کند و خود را در مقابله با آن شرایط ناتوان احساس کند و سلامت روانی و جسمی خود را در معرض آسیب قرار دهد (۱۸).

طبق نتایج به دست آمده، تاب‌آوری فردی و خانوادگی در رابطه بین حمایت اجتماعی ادراک شده و سلامت عمومی در زنان نابارور دارای نقش تعدیل کننده بود. به عبارت دیگر در زنان نابارور با تاب‌آوری فردی و خانوادگی سطح پایین، برخورداری از حمایت اجتماعی می‌تواند موجب کاهش کمتر سلامت عمومی شود. لذا مشاوران و درمانگران خانواده می‌توانند از یافته‌های این پژوهش، در راستای مداخلات بالینی و آموزشی استفاده کرده و از این رویکرد در جهت افزایش سلامت عمومی زوجین نابارور بهره‌برند.

### تشکر و قدردانی

این مقاله مستخرج از رساله دکترای مصوب در کمی‌ته اخلاق در پژوهش دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات با کد اخلاق IR.IAU.SRB.REC.1397.093 می‌باشد. بدین وسیله از تمامی شرکت کنندگان در پژوهش که ما را در انجام پژوهش همکاری نمودند، تشکر و قدردانی می‌شود.

### تضاد منافع

بین نویسندگان هیچ گونه تعارضی در منافع وجود ندارد.

نابارور می‌باشد. همچنین نشان داده شد که تاب‌آوری فردی و خانوادگی در رابطه بین حمایت اجتماعی ادراک شده و سلامت عمومی در زنان نابارور دارای نقش تعدیل کننده است. John-son و همکاران (۱۶) در یک بررسی نشان دادند که تاب‌آوری در افراد با مشکلات خواب، در کاهش استرس مرتبط با بدخواهی و بهبود کیفیت خواب موثر است. Schultz & Brindle (۱۷) در مطالعه خود بر روی افراد آسیب دیده نخاعی نشان دادند که تاب‌آوری بالا در این افراد می‌تواند به آنها در سازگاری بیشتر با معلولیت خود کمک کند.

ناباروری اختلالی است که به خصوص در زنان به واسطه نقش خود در تولید مثل می‌تواند در اجتماع به عنوان یک ضعف و ناتوانی تلقی شود و فرد را با واکنش‌های متفاوت و ناخوشایند از سوی اطرافیان مواجهه سازد و این بار تنش تهدیدی جدی برای سلامتی فرد می‌باشد (۴). سطوح پایین سلامت روان به معنای افت عملکرد طبیعی یک فرد است و چنین فردی از مهارت‌های مقابله‌ای موثر و بنیه روانی کافی و سالم برای مواجهه با رویدادهای بالقوه استرس‌زا برخوردار نیست و این چنین فرایندی می‌تواند با مختل کردن روند طبیعی زندگی در بلندمدت همراه باشد (۵). در روابط زناشویی، عدم برخورداری هر یک از طرفین رابطه از مولفه‌های سلامت روان می‌تواند مولد یک چالش در رابطه زوجی باشد و این به ویژه در مورد زوجین نابارور بیشتر مصداق پیدا می‌کند چرا که ناباروری را می‌توان معضلی فردی و بین فردی دانست که زوجین را بیشتر در معرض ناسازگاری و عدم تحمل پریشانی روانی قرار می‌دهد (۵). تاب‌آوری به معنای توانایی افراد برای سازگاری موثر با شرایط بحرانی است و درجات مختلف تاب‌آوری از طریق تأثیرگذاری بر حرمت خود، شایستگی و استحکام شخصی، تحمل عواطف منفی، مهارگری و معنویت با شاخص سلامت و آسیب‌پذیری روان شناختی مرتبط می‌شود (۱۴). تاب‌آوری در زوجین نابارور به عنوان عامل حفاظت کننده علیه درماندگی روان شناختی است و کیفیت زندگی آنها را افزایش می‌دهد (۱۹). بطور کلی نشانه مربوط به ضعف در تاب‌آوری شامل ناتوانی در کنترل میل و تکانه، مقابله ناکارآمد با استرس، گرایش به شکوه و شکایت ارزیابی موقعیت‌ها به عنوان استرس‌زا و تجربه‌های هیجانی منفی است که بالقوه می‌تواند هر نوع رابطه‌ای را دچار اختلال سازد و زندگی فرد را از جهات فردی و اجتماعی تحت تأثیر قرار دهد (۱۷). افراد با تاب‌آوری پایین رویدادها را به بدترین شکل ممکن تعبیر کرده و بنابراین این فرایند می‌تواند با بزرگنمایی ضعفها و کمبودها و کوچک‌نمایی و یا نادید انگاری نقاط قوت در خود و دیگران منجر شود و در نهایت

## منابع

- 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 system. *Journal of Marital and Family Therapy*. 2003;39(2):187-200.
  1. Carson SA, Kallen AN. Diagnosis and management of infertility: a review. *Jama*. 2021;326(1):65-76.
  2. Vander Borgh 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, Mahlkecht A, Duschek S. Impairments in life satisfaction in infertility: Associations with perceived stress, affectivity, partnership quality, social support and the desire to have

- 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.