

بررسی عوامل روان شناختی مرتبط با احساس درماندگی در زنان نابارور

سیده سمیرا موسوی^{۱*}، شهناز کریمی^۲، وحید احمدی^۳، رویا کویکی^۴، فروزان افسرده^۵

۱) گروه روان شناسی، دانشگاه علوم پزشکی فسا

۲) گروه پرستاری، دانشکده پرستاری، دانشگاه علوم پزشکی فسا

۳) مرکز تحقیقات پیشگیری از آسیب های روانی اجتماعی، دانشگاه علوم پزشکی ایلام

۴) گروه روان شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد ایلام

۵) گروه جراحی زنان، دانشگاه علوم پزشکی فسا

۶) مرکز علمی کاربردی بهزیستی ایلام

تاریخ پذیرش: ۹۲/۱۲/۱۷

تاریخ دریافت: ۹۲/۶/۱۰

چکیده

مقدمه: ناباروری یکی از دردناک ترین تجربه های زندگی زنان می باشد. با توجه به تأثیر مهم ناباروری بر سلامت روان شناختی زنان، هدف پژوهش حاضر آزمودن مدلی درباره تأثیر حمایت اجتماعی بر کاهش درماندگی روان شناختی با میانجی گری تاب آوری و سبک مقابله ای مسأله مدار بود.

مواد و روش ها: در یک مطالعه همبستگی، ۹۵ زن نابارور که به مراکز درمانی عمومی و خصوصی شهرستان فسا مراجعه کرده بودند، از طریق نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. شرکت کنندگان پرسش نامه های حمایت اجتماعی ادراک شده (MSPSS)، سلامت روان (MHI)، سبک مقابله با فشار روانی (CISS) و تاب آوری (CD-RISC) را تکمیل کردند. ارزیابی الگوی پیشنهادی از طریق الگویابی معادلات ساختاری (SEM) و با استفاده از نرم افزارهای SPSS vol.18 و AMOS vol.18 انجام گرفت. جهت آزمودن اثرهای واسطه ای در الگوی پیشنهادی از روش بارون و کنی (۱۹۸۶) استفاده شد.

یافته های پژوهش: یافته ها نشان دادند که الگوی پیشنهادی از برازش خوبی با داده ها برخوردار است. هم چنین این نتایج از نقش واسطه ای تاب آوری و سبک مقابله ای مسأله مدار در رابطه بین حمایت اجتماعی و درماندگی روان شناختی حمایت کرد.

بحث و نتیجه گیری: با توجه به نتایج پژوهش حاضر توصیه می شود در مدیریت استرس مرتبط با نازایی سازه های حمایت اجتماعی، راهبرد مقابله ای مسأله محور و تاب آوری مورد توجه قرار گیرد.

واژه های کلیدی: ناباروری، درماندگی، حمایت، تاب آوری، مقابله

* نویسنده مسئول: گروه روان شناسی، دانشگاه علوم پزشکی فسا

مقدمه

در هر جامعه‌ای بچه دار شدن و مادری کردن، بخشی از هویت یک زن محسوب می‌شود. بنا بر این ناباروری به صورت یک عامل استرس‌زا، زنان را از نظر هیجانی و اجتماعی تحت تأثیر قرار می‌دهد، (۱). سازمان جهانی بهداشت (WHO)، ناباروری را باردار نشدن یک زوج پس از یک سال روابط زناشویی بدون استفاده از روش‌های ضد بارداری تعریف می‌کند، (۲). بر اساس مطالعات، حدود ۵۰-۸۰ میلیون نفر از افراد در جهان یک نوع از ناباروری را تجربه می‌کنند، (۳). نیمی از افرادی که با مشکلات ناباروری مواجهه شدند، امکان دارد که هرگز بچه دار نشوند، (۴). عدم توانایی زنان برای داشتن فرزند منجر به احساس درماندگی (تجربه عواطف منفی) در آن‌ها می‌گردد، (۵). استرس، احساس انزوا، افسردگی، خشم، اضطراب، گناه و ناکامی هیجان‌هایی هستند که در نتیجه ناباروری در زنان ایجاد می‌گردد، (۶). تجربه استرس عمدتاً بر حسب هیجان‌های منفی توصیف شده است و این هیجان‌های منفی در طی دوره‌های استرس‌زا افزایش می‌یابند و بر سلامتی افراد اثر می‌گذارند، (۷، ۸).

بر اساس مطالعات گذشته، حمایت اجتماعی یکی از عوامل کاهش دهنده عواطف منفی و استرس‌های مرتبط با ناباروری در زنان است، (۹). زنان در مقایسه با مردان احساس مسئولیت بیشتر درباره مشکل ناباروری و درمان آن دارند، بنا بر این نیاز به حمایت اجتماعی بیشتری دارند، (۱۰). حمایت اجتماعی ادراک شده، ادراک یک فرد از در دسترس بودن حمایت اطرافیان از قبیل خانواده و دوستان در هنگام نیاز است و منظور از ادراک، ارزیابی شناختی فرد از در دسترس و با کفایت بودن حمایت می‌باشد، (۱۱). حمایت اجتماعی ممکن است به دو طریق اثرات زینبخش استرس را کاهش دهد و تاب‌آوری افراد را افزایش دهد. اولاً، حمایت اجتماعی قبل از این که عوامل فشارزا بروز پیدا کنند، افراد را علیه آن‌ها واکنش‌دهنده می‌کند. اگر کسی یک شبکه اجتماعی غنی از مشاوره، منابع، امکانات و کمک مالی داشته 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. دانش و اطمینان از این که فرد می‌تواند در هنگام فشار روانی به شبکه اجتماعی پناه ببرد این امکان را به او می‌دهد تا وقایع زندگی را کمتر تهدیدکننده ارزیابی کند، (۱۲).

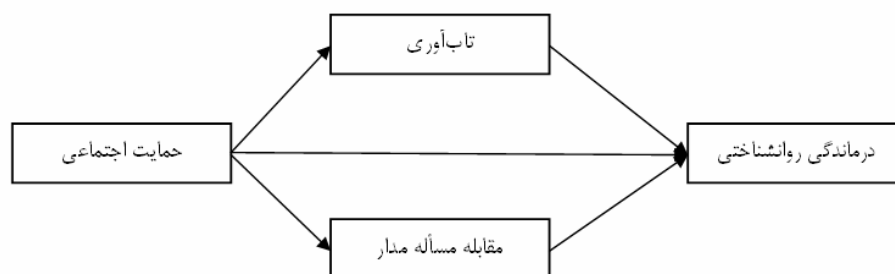
نتایج پژوهش ریدنور و همکاران (۲۰۰۹) نشان داد که حمایت اجتماعی می‌تواند تاب‌آوری را در زنان نابارور

بیشتر کند، (۹). تاب‌آوری در زوجین نابارور به عنوان عامل حفاظت‌کننده علیه درماندگی روان‌شناختی است و کیفیت زندگی آن‌ها را افزایش می‌دهد، (۱۳). تاب‌آوری به معنای توانایی افراد برای سازگاری مؤثر با شرایط بحرانی است، (۱۴). درجات مختلف تاب‌آوری از طریق تأثیرگذاری بر حرمت خود، شایستگی و استحکام شخصی، تحمل عواطف منفی، مهارگری و معنویت با شاخص سلامت و آسیب‌پذیری روان‌شناختی مرتبط می‌شود، (۱۵).

از طرف دیگر اگر افراد بر این باور باشند که در زمان نیازشان کسانی برای کمک به آن‌ها حضور دارند، توانایی آن‌ها برای مقابله و کنار آمدن با فشارهای روانی بهتر می‌شود، (۱۳). مقابله مؤثر شامل راهبردهای منفعل یا فعالانه‌ای است که توسط افراد برای سازگاری بهتر و اجتناب از آسیب روانی، هیجانی یا فیزیکی استفاده می‌شود، (۱۶). یکی از انواع شیوه‌های مقابله، کنار آمدن هیجان‌مدار است. در کنار آمدن هیجان‌مدار، فرد در مقابل فشار روانی به صورت هیجانی پاسخ داده و از مکانیسم‌های دفاعی استفاده می‌کند. به عبارت دیگر فرد سعی در کنترل احساسات نامطلوب (که از شرایط فشارزا ایجاد شده است) دارد. در کنار آمدن مسئله‌مدار، شخص به طور مستقیم با مشکلات روبه‌رو شده و برای حل آن‌ها اقدام می‌کند. راهبردهای مقابله‌ای اجتنابی، مستلزم فعالیت‌ها و تغییرات شناختی است که هدف آن‌ها اجتناب از موقعیت تهدیدآمیز می‌باشد. در این نوع از راهبردها فرد به یک فعالیت جدید می‌پردازد یا به اجتماع و دیگر افراد روی می‌آورد، (۱۷).

بر اساس مطالعات پیشین، اگر زنان نابارور از راهبردهای هیجان‌مدار و فرار-اجتناب استفاده کنند، درماندگی و عواطف منفی بیشتری را تجربه می‌کنند و استفاده از راهبرد مقابله مسئله‌مدار تأثیرات منفی این بحران را کاهش می‌دهد، (۲۰-۱۸). همان‌طور که مطرح شد در ادبیات پژوهشی پیشین، حمایت اجتماعی، شیوه‌های مقابله و تاب‌آوری نقش مهمی در کاهش تجربه عواطف منفی در زنان نابارور ایفا می‌کنند. بنا بر این درک این عوامل در فرایند تشخیص، درمان و پیشگیری از بروز درماندگی روان‌شناختی در این افراد ضروری به نظر می‌رسد و لذا مطالعه پیامدهای روان‌شناختی و اجتماعی ناباروری از اهمیت زیادی برخوردار است. بر این اساس، الگوی پیشنهادی پژوهش حاضر به منظور بررسی اثر مستقیم حمایت اجتماعی بر درماندگی روان‌شناختی و بررسی نقش واسطه‌ای دو متغیر میانجی‌گر مقابله مسئله‌مدار و تاب‌آوری در این رابطه ارائه شده است. شکل شماره ۱ انگاره

مفروض در روابط بین این متغیرها (الگوی پیشنهادی پژوهش حاضر) را نشان می دهد.



شکل شماره ۱. الگوی پیشنهادی پژوهش حاضر

مواد و روش ها

در این مطالعه همبستگی، جامعه آماری شامل کلیه زنان نابارور بود که از شهریور تا بهمن ماه سال ۱۳۹۱ به مراکز درمانی زنان و زایمان عمومی و خصوصی شهرستان فسا مراجعه نموده و تشخیص ناباروری را بر اساس تعریف سازمان جهانی بهداشت (WHO) از ناباروری دریافت کرده اند. پرسش نامه های مورد نیاز پژوهش در اختیار - متخصصان زنان و زایمان، قرار گرفته و موافقت زنانی که واجد تشخیص و شرایط مورد نظر بودند، جهت شرکت در مطالعه کسب شد. پس از آن که برای هر آزمودنی هدف پژوهش و نحوه پاسخ گویی به گویه های هر آزمون به اختصار بیان شد، پرسش نامه ها در اختیار آنان قرار گرفت. ۹۵ نفر از این افراد با استفاده از روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. ابزارهای مورد استفاده جهت جمع آوری داده های پژوهش، به شرح زیر هستند:

مقیاس سلامت روانی (MHI): این مقیاس که توسط ویت و ویر (۱۹۸۳) ساخته شده، یک آزمون ۳۸ سوالی است و دو وضعیت بهزیستی روان شناختی و درماندگی روان شناختی را بر اساس یک مقیاس ۵ درجه ای لیکرت از (۱) تا (۵) می سنجد. ضرایب آلفای کرونباخ زیر مقیاس های بهزیستی روان شناختی و درماندگی روان شناختی برای نمره های آزمودنی های بهنجار به ترتیب ۰/۹۱ و ۰/۸۸ و برای نمره آزمودنی های بیمار به ترتیب ۰/۸۵ و ۰/۸۹ محاسبه شد که نشان دهنده همسانی درونی خوب مقیاس می باشد. (۲۱)

مقیاس چند بعدی ادراک حمایت اجتماعی (MSPSS): این پرسش نامه را زیمت و همکاران در سال ۱۹۸۸، به منظور سنجش حمایت اجتماعی ادراک شده از طرف خانواده، دوستان و افراد معنادار دیگر در زندگی فرد تهیه

کردند. این ابزار شامل ۱۲ گویه است که هر گویه در مقیاس ۵ گزینه ای لیکرت از نمره یک برای «کاملاً مخالفم» تا پنج برای «کاملاً موافقم» قرار دارد. گویه ها به صورت مستقیم نمره گذاری می شوند. در پژوهش سلیمی و همکاران (۱۳۸۸)، برای تعیین پایایی این پرسش نامه از روش آلفای کرونباخ استفاده شد که برای سه بعد ادراک حمایت اجتماعی از طرف خانواده، دوستان و افراد خاص دیگر به ترتیب برابر ۰/۸۶، ۰/۸۶ و ۰/۸۲ بود. هم چنین در پژوهش مذکور برای سه عامل مطرح شده، مقدار ضریب KMO برابر ۰/۸۷ و ضریب کروییت و بارتلت ۲۴۸۵/۸۹ ($P < 0.001$) بود. (۲۲)

پرسش نامه سبک مقابله با فشار روانی (CISS): اندلر و پارکر (۱۹۹۰) این پرسش نامه را با هدف ارزیابی انواع سبک های مقابله ای افراد در موقعیت های استرس زا به سه صورت سبک های مقابله ای مسأله مدار، هیجان مدار و اجتنابی طراحی کردند. این آزمون شامل ۲۱ سوال است که هر ۷ سوال به یکی از ابعاد مقابله مربوط است و پاسخ به هر سوال بر اساس یک مقیاس ۵ درجه ای لیکرت از هرگز (۱) تا خیلی زیاد (۵) مشخص می شود. پایایی کل این پرسش نامه با استفاده از روش آلفای کرونباخ (۰/۸۴) گزارش شده است. (۲۳)

مقیاس تاب آوری کانر و دیویدسون (CD-RISC): این مقیاس دارای ۲۵ گویه پنج گزینه ای است که در مقیاس لیکرت صفر «کاملاً نادرست» تا پنج «کاملاً درست» نمره گذاری می شود. پایایی این پرسش نامه در ایران با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۹ گزارش شده است. (۲۴)

به منظور ارزیابی الگوی پیشنهادی از گویایی معادلات ساختاری (SEM) استفاده شد. تمامی تحلیل ها با استفاده از نرم افزارهای SPSS vol.18 و AMOS vol.18

افزایشی (IFI) و جذر میانگین مجزورات خطای تقریب (RMSEA) مورد استفاده قرار گرفتند.

یافته های پژوهش

یافته های توصیفی مربوط به میانگین، انحراف معیار و ضرایب همبستگی بین متغیرهای پژوهش حاضر در جدول شماره ۱ نشان داده شده اند

صورت گرفت. جهت تعیین کیفیت برازش الگوی پیشنهادی با داده ها، ترکیبی از شاخص های برازندگی شامل مقدار مجذور کای (χ^2)، شاخص هنجار شده مجذور کای (χ^2/df)، شاخص نیکویی برازش (GFI)، شاخص نیکویی برازش تعدیل شده (AGFI)، شاخص برازندگی هنجار شده (NFI)، شاخص برازندگی تطبیقی (CFI)، شاخص برازندگی

جدول شماره ۱. میانگین، انحراف معیار و ضرایب همبستگی بین متغیرهای پژوهش حاضر

| متغیرها | میانگین | انحراف معیار | ۱ | ۲ | ۳ | ۴ |
|-----------------------|---------|--------------|------|------|------|---|
| حمایت اجتماعی | ۴۷/۰۸۴ | ۹/۱۸۴ | — | | | |
| تاب آوری | ۶۵/۲۰۰ | ۱۹/۴۳ | ۰/۲۴ | — | | |
| سبک مقابله مسأله مدار | ۲۳/۱۶۸ | ۴/۳۳۳ | ۰/۳۵ | ۰/۴۴ | — | |
| درماندگی روان شناختی | ۶۸/۸۴۲ | ۱۷/۸۹۲ | ۰/۳۶ | ۰/۳۵ | ۰/۳۰ | — |

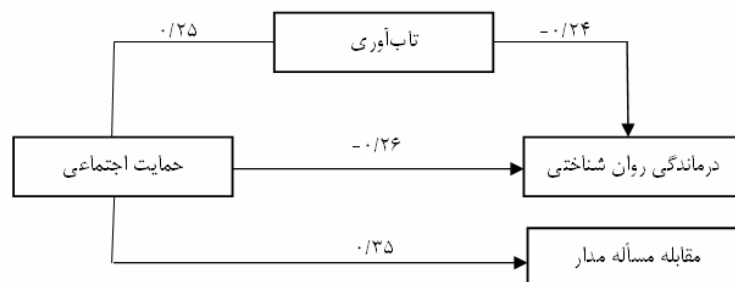
* کلیه ضرایب همبستگی در سطح $P < 0.01$ معنی دارند.

یک مسیر غیر معنی دار و همبسته کردن خطاهای سبک مقابله ای مسأله مدار و تاب آوری به توصیه نرم افزار AMOS بود. نتایج حاکی از برازش مطلوب الگوی نهایی است. شاخص های برازندگی الگوی پیشنهادی، الگوی اصلاح شده اول و الگوی نهایی در جدول شماره ۲ نشان داده شده اند. شکل شماره ۲ نیز الگوی نهایی پژوهش حاضر را همراه با ضرایب استاندارد مسیرها نشان می دهد

الگویابی معادلات ساختاری (SEM): پیش از بررسی ضرایب ساختاری، برازش الگوی پیشنهادی با داده ها مورد بررسی قرار گرفت. با وجود این که مقادیر اکثر شاخص های برازندگی نشان دهنده برازش قابل قبول الگوی پیشنهادی با داده ها بودند، اما شاخص جذر میانگین مجزورات خطای تقریب (RMSEA) نشان داد که الگو نیاز به بهبود دارد. گام بعدی ارتقای برازش الگوی پیشنهادی از طریق حذف

جدول شماره ۲. شاخص های برازندگی الگوی پیشنهادی و الگوی نهایی

| شاخص های برازندگی الگو | χ^2 | df | χ^2/ Df | GFI | AGFI | IFI | CFI | NFI | RMSEA |
|------------------------|----------|----|--------------|------|------|------|------|------|-------|
| الگوی پیشنهادی | ۱۶/۰۵۰ | ۱ | ۱۶/۰۵۰ | ۰/۹۲ | ۰/۷۷ | ۰/۶۹ | ۰/۷۰ | ۰/۷۷ | ۰/۲ |
| الگوی اصلاح شده اول | ۱۶/۹۷۷ | ۲ | ۸/۴۸۸ | ۰/۹۲ | ۰/۶۱ | ۰/۷۲ | ۰/۷۰ | ۰/۷۰ | ۰/۰۹ |
| الگوی نهایی | ۰/۹۲۷ | ۱ | ۰/۹۲۷ | ۰/۹۹ | ۰/۹۵ | ۰/۹۹ | ۰/۹۹ | ۰/۹۸ | ۰/۰۱ |



شکل شماره ۲. الگوی نهایی پژوهش حاضر و ضرایب استاندارد مسیرها

ضرایب مسیر در شکل شماره ۲ حاکی از معنی داری ۴ مسیر مستقیم هستند. اما همان طور که مشاهده می شود در این پژوهش تأثیر مستقیم مقابله مسأله مدار بر کاهش درماندگی روان شناختی تأیید نشد. هر یک از روابط واسطه ای با استفاده از روش بارون و کینی (۱۹۸۶) و بررسی سه الگوی رگرسیونی آزموده شدند. شرایط اساسی بارون و کینی (۱۹۸۶) می توانند با توجه به همبستگی های ساده میان سه متغیر موجود در رابطه مورد آزمون قرار گیرند، (۲۵). با مشاهده ماتریس ضرایب

همبستگی موجود در جدول شماره ۱ می توان دریافت که حمایت اجتماعی با تاب آوری و درماندگی روان شناختی و هم چنین تاب آوری با درماندگی روان شناختی دارای روابط معنی داری هستند ($P < 0.01$) این روابط پیش نیازهای اساسی مورد نظر بارون و کینی (۱۹۸۶) را برآورده می سازند. گام بعدی استفاده از حمایت اجتماعی و تاب آوری به عنوان پیش بین های درماندگی روان شناختی است. جدول های شماره ۳ و ۴ نمایشگر این موقعیت ها می باشند.

جدول شماره ۳. ضریب رگرسیون حمایت اجتماعی و درماندگی روان شناختی

| مدل | ضرایب غیر استاندارد | | ضرایب استاندارد | T | معنی داری |
|-----|---------------------|---------|-----------------|--------|-----------|
| | خطای استاندارد | β | | | |
| ۱ | ثابت | ۱۰۱/۸۵۰ | — | ۱۱/۲۶۶ | ۰/۰۰۰۱ |
| | حمایت اجتماعی | -۰/۷۰ | -۰/۳۶ | -۲/۷۱۹ | ۰/۰۰۰۱ |

متغیر وابسته: درماندگی روان شناختی

در جدول شماره ۳ حمایت اجتماعی به عنوان تنها پیش بین متغیر درماندگی روان شناختی به کار رفته است. همان گونه که مندرجات جدول شماره ۳ نشان می دهند، ضریب مسیر حمایت اجتماعی به درماندگی روان شناختی در

سطح $P < 0.01$ معنی دار می باشد. جدول شماره ۴ موقعیتی را نشان می دهد که هر دو متغیر حمایت اجتماعی و تاب آوری به طور هم زمان به عنوان متغیرهای پیش بین درماندگی روان شناختی در معادله رگرسیون قرار گرفته اند.

جدول شماره ۴. ضرایب رگرسیون حمایت اجتماعی و تاب آوری با درماندگی روان شناختی

| مدل | ضرایب غیر استاندارد | | ضرایب استاندارد | T | معنی داری |
|-----|---------------------|----------------|-----------------|--------|-----------|
| | B | خطای استاندارد | | | |
| ۲ | ثابت | ۱۱۲/۶۴۳ | — | ۱۱/۹۸۶ | ۰/۰۰۰۱ |
| | حمایت اجتماعی | -۰/۵۶ | -۰/۲۹ | -۳/۰۳۰ | ۰/۰۰۳ |
| | تاب آوری | -۰/۲۶ | -۰/۲۸ | -۲/۹۹۰ | ۰/۰۰۴ |

متغیر وابسته: درماندگی روان شناختی

با ملاحظه جدول شماره ۴ می توان دریافت که وقتی متغیر تاب آوری به عنوان متغیر پیش بین دوم به متغیر حمایت اجتماعی اضافه می گردد، مقدار ضریب رگرسیون متغیر پیش بین اول (حمایت اجتماعی) کاهش می یابد با وجود این که هنوز معنی دار است. این حالت اثر واسطه ای جزئی تاب آوری در این رابطه را مورد تأیید قرار می دهد. با توجه به مندرجات جدول شماره ۱ که ماتریس ضرایب همبستگی متغیرها را نشان می دهد، می توان دریافت که حمایت اجتماعی همبستگی معنی داری با دو متغیر سبک مقابله

مسأله مدار و درماندگی روان شناختی و سبک مقابله مسأله مدار نیز همبستگی معنی داری با درماندگی روان شناختی دارد و این امر حاکی از تحقق شرط اول بارون و کینی (۱۹۸۶) می باشد. نتایج حاصل از تحلیل رگرسیون حمایت اجتماعی به عنوان تنها پیش بین درماندگی روان شناختی در جدول شماره ۳ نشان داده شد و نتایج تحلیل رگرسیون حمایت اجتماعی و سبک مقابله مسأله مدار به عنوان پیش بین های درماندگی روان شناختی در جدول شماره ۵ نشان داده شده اند.

جدول شماره ۵. ضرایب رگرسیون حمایت اجتماعی و سبک مقابله مسئله مدار با درماندگی روان‌شناختی

| مدل | ضرایب غیر استاندارد | | ضرایب استاندارد | T | معنی داری |
|-----|-----------------------|----------------|-----------------|--------|-----------|
| | B | خطای استاندارد | | | |
| ۲ | ثابت | ۱۱۴/۷۷۸ | ۱۰/۹۸۵ | ۱۰/۴۴۹ | ۰/۰۰۰۱ |
| | حمایت اجتماعی | -۰/۵۶۱ | ۰/۱۹۸ | -۲/۸۳۰ | ۰/۰۰۶ |
| | سبک مقابله مسئله مدار | -۰/۸۴۳ | ۰/۴۲۰ | -۲/۰۰۶ | ۰/۰۴۸ |

متغیر وابسته: درماندگی روان‌شناختی

با ملاحظه جدول شماره ۵ می‌توان دریافت که وقتی متغیر سبک مقابله مسئله مدار به عنوان متغیر پیش بین دوم به متغیر حمایت اجتماعی اضافه می‌گردد، مقدار ضریب رگرسیون متغیر پیش بین اول (حمایت اجتماعی) کاهش می‌یابد با وجود این که هنوز معنی دار است. این حالت اثر واسطه‌ای جزئی سبک مقابله مسئله مدار را در این رابطه را مورد تأیید قرار می‌دهد.

بحث و نتیجه‌گیری

این مطالعه با هدف بررسی نقش هم‌زمان سازه‌های حمایت اجتماعی، راهبرد مقابله مسئله مدار، تاب‌آوری بر درماندگی روان‌شناختی در زنان نابارور انجام شد. نتایج حاصل از ارزیابی الگوی پیشنهادی حاضر نشان داد که حمایت اجتماعی اثر منفی مستقیم بر درماندگی روان‌شناختی دارد. در تبیین این یافته می‌توان گفت که حمایت اجتماعی یکی از راهبردهای سازگارانه زنان نابارور در پاسخ به استرس‌های مرتبط با بارداری است (۲۶)، که موجب می‌شود افراد احساس تنهایی نکرده و بدانند در صورت نیاز کسانی هستند که به آن‌ها کمک کنند (۱۳، ۲۷). آن‌ها می‌توانند تجربیات درمانده‌کننده و آزاردهنده خود را با دیگران در میان گذاشته و تخلیه روانی شوند (۲۸). بنا بر این حمایت اجتماعی می‌تواند از بروز هیجان‌های منفی چون گناه، شرم، اضطراب و افسردگی در افراد جلوگیری کند. این یافته با پژوهش‌های ماینز و همکاران (۲۰۰۳)، ماتسایشی و همکاران (۲۰۰۴)، اسلید و همکاران (۲۰۰۷) و رشیدی و همکاران (۲۰۱۱) هم خوانی دارد (۳۱-۳۹، ۱۹). اما با پژوهش بروک و همکاران (۲۰۱۰) همسو نیست (۳۲).

هم‌چنین یافته‌های پژوهش نشان دادند که حمایت اجتماعی از طریق تاب‌آوری، اثر منفی غیرمستقیم بر درماندگی روان‌شناختی دارد. منابع بیرونی از قبیل حمایت همسر، خانواده، دوستان و جامعه به فرد کمک می‌کند که با بحران ناباروری سازگار شود. افراد تاب‌آور عزت نفس

بالایی دارند و به خودکارآمدی خویش باور داشته و مهارت حل مسئله و ارتباط اجتماعی مؤثر دارند (۳۳). در افراد نابارور می‌توان چنین گفت که آن‌هایی که علی‌رغم داشتن این بحران کیفیت زندگی خوبی دارند، تحمل روان‌شناختی بالایی دارند (۳۴، ۳۵). بنا بر این حمایت اجتماعی از طریق افزایش تحمل روان‌شناختی به کاهش درماندگی و استرس مرتبط با ناباروری کمک می‌کند. این یافته، همسو با پژوهش ریدنور و همکاران (۲۰۰۹) می‌باشد (۹). هم‌چنین نتایج این پژوهش نشان داد که حمایت اجتماعی اثر مثبت مستقیم بر سبک مقابله‌ای مسئله مدار دارد. به عبارت دیگر حمایت اجتماعی از طریق تسهیل راهبرد مسئله مدار، افراد را به جستجوی اطلاعات بیشتر درباره مسئله، تغییر ساختار مسئله از لحاظ شناختی، محاسبه و اولویت دادن به حل مسئله بر می‌انگیزاند (۳۶). این یافته با پژوهش هلیک و همکاران (۲۰۰۹) هم خوانی دارد (۳۷). اما در این پژوهش اثر مستقیم سبک مقابله‌ای مسئله مدار بر درماندگی روان‌شناختی تأیید نشد. که این یافته با پژوهش‌های جردن و همکاران (۱۹۹۹)، دانکور و همکاران (۲۰۰۹) و رشیدی و همکاران (۲۰۱۱) هم خوانی ندارد (۲۰-۱۸). از طرف دیگر یافته‌های این مطالعه نشان داد که حمایت اجتماعی از طریق سبک مسئله مدار، اثر منفی غیرمستقیم بر درماندگی روان‌شناختی دارد. در تبیین این یافته می‌توان گفت که با استفاده از راهبردهای کنار آمدن مسئله مدار، زنان نابارور ادراک از خود مثبت تری را تجربه کرده و کمتر به خاطر ناباروری خود را سرزنش می‌کنند. زنان ناباروری که قادر نیستند تا به طور شناختی از موفقیت اجتناب کنند، درباره مشکلاتشان نشخوار ذهنی دارند و کمتر در راهبردهای حل مسئله درگیر می‌شوند، هیجان منفی را تجربه می‌کنند (۳۸).

بنا بر این تجربه ناباروری در افراد احساس ناقص بودن ایجاد می‌کند و درماندگی هیجانی از قبیل اضطراب،

مردان نابارور نیز بررسی شود. بنا بر این می توان چنان ذکر کرد که در افراد نابارور حمایت اجتماعی، راهبرد مقابله ای مسأله مدار و تاب آوری رابطه منفی با استرس و درماندگی روان شناختی دارند. سازه های مذکور می توانند در آموزش و اجرای برنامه های مداخله ای، جهت ارتقای بهزیستی روان شناختی این افراد مورد توجه قرار گیرند.

سیاسگزاری

لازم به ذکر است تحقیق حاضر، بخشی از گزارش طرح پژوهشی به شماره ۳۶-۹۱ در دانشگاه علوم پزشکی شهرستان فسا می باشد. از متخصصین محترم زنان و زایمان شهرستان فسا به خاطر همکاری در معرفی نمونه های پژوهش تشکر و قدردانی می گردد.

References

1. Sudha G, Reddy KSN, Reddy KN, Reddy BKC. Emotional distress in infertile couples: Across-cultural study. *Asia Pacific J Soc Sci* 2011; 1:90-101.
2. Zegers-Hochschild F, Adamson GD, de Mouzon J, Ishihara O, Mansour R, Nygren K, et al. The international committee for monitoring assisted reproductive technology (ICMART) and the World Health Organization (WHO) revised glossary on ART terminology. *Hum Reprod* 2009; 24: 2683-7.
3. Spector AR. Psychological issues and interventions with infertile patients. *Women Therap* 2004; 27: 91-105.
4. Vayena E, Rowe PJ, Griffin PD. Current practices and controversies in assisted reproduction. *Proc Med Ethic Soc Reprod* 2001 ;8:17-21.
5. Anderson KM, Sharpe M, Rattery A, Irvine DS. Distress and concern in couples referred to a specialist infertility clinic. *J Psychosomatic Res* 2003;54:353-5.
6. Merari D, Cherit A, Modan B. Emotional reactions and attitudes prior to in vitro fertilization: An interspouse study. *Psychol Res* 2002; 17:629-40.
7. Folkman S. The case for positive emotions in the stress process. *Anxiety Stress Cop* 2008; 21:3-14.
8. Little LM, Simmons BL, Nelson DL. Health among leaders: positive and negative affect burnout, forgiveness and revenge. *J Manag Stud* 2007; 44:243-60.

افسردگی، پرخاشگری، فقدان انرژی، پریشانی و اندوه در زنان نابارور بیشتر از زنان بارور است. قرار داشتن در شبکه اجتماعی دو طرفه با افزایش میزان تاب آوری و سبک مقابله ای مسأله مدار در زنان نابارور، می تواند از بروز هیجان های منفی و احساس درماندگی در این افراد جلوگیری کند. با توجه به این که استفاده از الگویابی معادلات ساختاری علیت را به اثبات نمی رساند، بنا بر این لازم است جانب احتیاط رعایت شود و در پژوهش های آتی می توان با استفاده از مطالعات طولی یا آزمایشی، روابط علی مفروض در الگوی پیشنهادی را بررسی کرد. هم چنین پیشنهاد می شود که در پژوهش های آتی از نمونه بزرگ تر استفاده شود تا تعمیم پذیری یافته ها با اطمینان بیشتری انجام شود. الگوی مذکور می تواند در مطالعات آینده در

9. Ridenour AF, Yorgason JB, Peterson B. The infertility resilience model: Assessing individual, couple, and external predictive factors. *Contemp Fam Ther* 2009; 31:34-51.
10. Peterson BD, Newton CR, Rosen KH, Skaggs GE. Gender differences in how men and women who referred for IVF cope with infertility stress. *Hum Reprod* 2006; 21: 2443-9.
11. Thoits PA. Stress, coping, and social support processes: where are we? What next? *J Health Soc Behav* 1995:53-79.
12. Azadi S, Azad H. [An investigation between social support, resilience and psychological wellbeing among students in Ilam]. [Article in Persian]. *War Publ Health* 2011; 12: 48-58. (Persian)
13. Silber SH, Jonathan HG, Minjin B. Unexpected resilience of species with temperature-dependent sex determination at the Cretaceous-Palaeogene boundary. *Royal Society* 2010;7:1-4.
14. Scali J, Gandubert C, Ritchie K, Soulier M, Ancelin M-L. Measuring resilience in adult women using the 10-items connor-davidson resilience scale (CD-RISC). Role of trauma exposure and anxiety disorders. *PLoS ONE* 2012; 7: 1-7.
15. Besharat MA. Resilience, vulnerability and psychological wellbeing. *Psychol Sci* 2007; 6(24): 373-83.
16. Daniluk J, Tench E. Long-term adjustment of infertile couples following unsuccessful medical intervention. *J Counsel Dev-*

- elop 2007;85:89-100.
17. Endler NS, Parker JD. Assessment of multidimensional coping: task, emotion, and avoidance strategies. *Psychol Assess* 1994; 6:50-60.
 18. Jordan C, Revenson T A. Gender differences in coping with infertility: A Meta analysis. *Behav Med* 1999; 23: 341-53.
 19. Rashidi B, et al. Infertility Stress: The Role of Coping Strategies, Personality Trait, and Social Support. *Fam Reprod Health* 2011;5: 101-8.
 20. Donkor ES, Sandall J. Coping strategies of women seeking infertility treatment in Southern Ghana. *African J Reprod Health* 2009; 13:81-93.
 21. Besharat MA. The relationship between alexithymia with anxiety, depression, psychological distress and psychological wellbeing. *Psychol Tabriz Uni* 2008;3:24-46.
 22. Salimi A, Jowkar B, Nikpour R. An investigation of the role of perceived social support and loneliness in the use of internet. *Psychol Stud* 2009; 5:81-102.
 23. Mohammadkhani SH, Gharebash R. Emotional intelligence and coping styles as predictors of general health. *J Res Psychol* 2008;2:37-47.
 24. Mohammadi, M. [Effective factors on resiliency in individuals at risk for substance abuse]. Tehran: Welfare and Rehabilitation; 2006. (Persian)
 25. Arshadi N. [Designing and testing a model of the antecedent and consequences of job motivation in the National South Oil Company - Ahwaz area]. *J Community* 2007; 2:413-7. (Persian)
 26. Zaki MA. [Reliability and Validity of the Social Provision Scale (SPS) in the Students of Isfahan University]. *Iran J Psychiatry Clin Psychol* 2009; 14: 439-46.
 27. Ehsanpour S, Mohsenzadeh N, Kazemi A, Yazdani M. The relation between social support and stress in treatment of infertility in infertile couples referred to infertility centers of Isfahan in 2007. *IJNMR* 2009; 14: 51-5.
 28. Hayden BY, Parikh PC, Deaner RO, Platt ML. Economic principles motivating social attention in humans. *Proc Biol Sci* 2007; 22:1751-6.
 29. Mindes E, Ingrama K, Kliewera W, James C. Longitudinal analyses of the relationship between unsupportive social interactions and psychological adjustment among women with fertility problems. *Soc Sci Med* 2003; 56: 2165-80.
 30. Matsabayashi H, Hosaka T, Izumi S, Suzuki T, Kondo A, Makino T. Increased depression and anxiety in infertile Japanese women resulting from lack of husband's support and feelings of stress. *Gen Hospital Psychiatry* 2004; 26: 398-404.
 31. Slade P, O'Neill C, Simpson A, Lashen H. The relationship between perceived stigma, disclosure patterns, support distress in new attendees at an infertility clinic. *Hum Reprod* 2007; 22:2309-17.
 32. Broeck UV, D'Hooghe T, Enzlin P, Demyttenaere K. Predictors of psychological distress in patients starting IVF treatment: infertility-specific versus general psychological characteristics. *Human Reprod* 2010;25: 1471-80.
 33. Wagnild GM, Young HM. Development and psychometric evaluation of the Resilience Scale. *J Nurs Meas* 1993;1:165-78.
 34. Ridenour AF, Yorgason JB, Peterson B. The Infertility Resilience Model: Assessing Individual, Couple, and External Predictive Factors. *Contemp Fam Ther* 2009; 31:34-51.
 35. Greil AL, Leitko TA, Porter KL. Infertility: his and hers. *Gend Soc* 1988;2: 172-99.
 36. Nikrahan GH. An investigation of the relationship between personality traits, coping strategies with infertility-related stress. *IJOGI* 2011; 14: 49-57.
 37. Hlebec V, Mrzel M, Kogovšek T. Social support network and received support at stressful events. *Metodološki Zvezki* 2009; 6:155-71.
 38. Joshi HL, Singh LR. Psychological Distress, Coping and Subjective Wellbeing among infertile women. *Indian Acad Appl Psychol* 2009;35: 329-36.



An Investigation of Psychological Factors Related to Distress Feeling in the Infertile Women

Mousavi SS^{1*}, Karimi S², Ahmadi V^{3,4}, Kokabi R⁵, Afsordeh F⁶

(Received: September 1, 2013)

Accepted: March 8, 2014)

Abstract

Introduction: Infertility is one of the most painful experiences in women's life. With respect to the important role of infertility in women's psychological well being, the purpose of this research was to test a model for the effect of social support on reducing psychological distress with the mediating role of resilience and problem-oriented coping strategy.

Materials & Method: In a correlation study, 95 infertile women that had referred to Fasa public and private medical centers were selected through available sampling. Participants completed Multidimensional Scale of Perceived Social Support (MSPSS), Mental Health Inventory (MHI), Coping Inventory for Stressful Situations (CISS-21) and Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). Fitness of the proposed model was ex-

amined through structural equation modeling (SEM), using SPSS-18 and AMOS-18 software packages. The indirect effects were tested using Baron and Kenny method.

Findings: Findings indicated that the proposed model fitted the data properly. The results also supported the mediating role of resilience and problem-oriented coping strategy in the relationship between social support and psychological distress.

Discussion & Conclusion: Based on the findings of the study, it is suggested that we pay attention to social support components, problem-oriented coping strategy, and psychological distress.

Keywords: infertility, distress, support, resilience, coping

1. Dept of Psychology, Fasa University of Medical Sciences, Fasa, Iran.

2. Dept of Nursing, Faculty of Nursing, Fasa University of Medical Sciences, Fasa, Iran.

3. Research Center for Prevention of Psychosocial Injuries, Ilam University of Medical Sciences, Ilam, Iran

4. Dept of Psychology, Islamic Azad University, Ilam, Iran

5. Dept of Gynecology, Fasa University of Medical Sciences, Fasa, Iran.

6. Welfare Applied Sciences Center, Ilam, Iran

* (Corresponding author)