بررسی عوامل روان شناختی مرتبط با احساس درماندگی در زنان نابارور

سیده سمیرا موسوی[*1]، شهناز کریمی[2]، وحید احمدی[3،4]، رویا کوکبی[5]، فروزان افسرده[6]

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 دریافت:۹۲/۶/۱۰ تاریخ پذیرش: ۹۲/۱۲/۱۷

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

Email: moosavi.sa66@yahoo.com

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-10-16]

مقدمه

در هر جامعه ای بچه دار شدن و مادری کردن، بخشی از هویت یک زن محسوب می شود. بنا بر این ناباروری به صورت یک عامل استرس زا، زنان را از نظر هیجانی و اجتماعی تحت تأثیر قرار می دهد،(۱). سازمان جهانی بهداشت(WHO)، ناباروری را باردار نشدن یک زوج پس از یک سال روابط زناشویی بدون استفاده از روش های ضد بارداری تعریف می کند،(۲). بر اساس مطالعات، حدود ۵۰- ۸۰ میلیون نفر از افراد در جهان یک نوع از ناباروری را تجربه می کنند،(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 آن ها می گردد،(۵). استرس، احساس انزوا، افسردگی، خشم، اضطراب، گناه و ناکامی هیجان هایی هستند که در نتیجه ناباروری در زنان ایجاد می گردد،(۶). تجربه استرس عمدتاً بر حسب هیجان های منفی توصیف شده است و این هیجان های منفی در طی دوره های استرس زا افزایش می یابند و بر سلامتی افراد اثر می گذارند.(۷،۸)

بر اساس مطالعات گذشته، حمایت اجتماعی یکی از عوامل کاهش دهنده عواطف منفی و استرس های 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 می باشد،(۱۱). حمایت اجتماعی ممکن است به دو طریق اثرات زیانبخش استرس را کاهش دهد و تاب آوری افراد را افزایش دهد. اولاً، حمایت اجتماعی قبل از این که عوامل فشارزا بروز پیدا کنند، افراد را علیه آن ها واکسینه می کند. 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، شبکه های حمایت اجتماعی به عنوان سپری در مقابل فشارهای روانی عمل می کنند. دانش و اطمینان از این که فرد می تواند در هنگام فشار روانی به شبکه اجتماعی پناه ببرد این امکان را به او می دهد تا وقایع زندگی را کمتر تهدیدکننده ارزیابی کند.(۱۲)

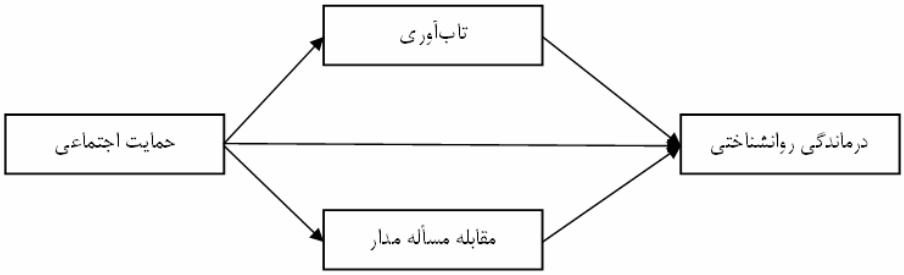
نتایج پژوهش ریدنور و همکاران(۲۰۰۹) نشان داد که حمایت اجتماعی می تواند تاب آوری را در زنان نابارور بیشتر کند،(۹). تاب آوری در زوجین نابارور به عنوان عامل حفاظت کننده علیه درماندگی روان شناختی است و کیفیت زندگی آن ها را افزایش می دهد،(۱۳). تاب آوری به معنای توانایی افراد برای سازگاری مؤثر با شرایط بحرانی است،(۱۴). درجات مختلف تاب آوری از طریق تأثیرگذاری بر حرمت خود، شایستگی و استحکام شخصی، تحمل عواطف منفی، مهارگری و معنویت با شاخص سلامت و آسیب پذیری روان شناختی مرتبط می شود.(۱۵)

از طرف دیگر اگر افراد بر این باور باشند که در زمان نیازشان کسانی برای کمک به آن ها حضور دارند، توانایی آن ها برای مقابله و کنار آمدن با فشارهای روانی بهتر می شود،(۱۳). مقابله مؤثر شامل راهبردهای منفعل یا فعالانه ای است که توسط افراد برای سازگاری بهتر و اجتناب از آسیب روانی، هیجانی یا فیزیکی استفاده می شود،(۱۶). یکی از انواع شیوه های مقابله، کنارآمدن هیجان مدار است. در کنار آمدن هیجان مدار، فرد در مقابل فشار روانی به صورت هیجانی پاسخ داده و از مکانیسم های دفاعی استفاده می کند. به عبارت دیگر فرد سعی در کنترل احساسات نامطلوب(که از شرایط فشارزا ایجاد شده است) دارد. در کنار آمدن مسأله مدار، شخص به طور مستقیم با مشکلات روبه رو شده و برای حل آن ها اقدام می کند. راهبردهای مقابله ای اجتنابی، مستلزم فعالیت ها و تغییرات شناختی است که هدف آن ها اجتناب از موقعیت تهدیدآمیز می باشد. در این نوع از راهبردها فرد به یک فعالیت جدید می پردازد یا به اجتماع و دیگر افراد روی می آورد.(۱۷)

بر اساس مطالعات پیشین، اگر زنان نابارور از راهبردهای هیجان مدار و فرار-اجتناب استفاده کنند، درماندگی و عواطف منفی بیشتری را تجربه می کنند و استفاده از راهبرد مقابله مسأله مدار تأثیرات منفی این بحران را کاهش می دهد،(۲۰-۱۸). همان طور که مطرح شد در ادبیات پژوهشی پیشین، حمایت اجتماعی، شیوه های مقابله و تاب آوری 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 روان شناختی در این افراد ضروری به نظر می رسد و لذا مطالعه پیامدهای روان شناختی و اجتماعی ناباروری از اهمیت زیادی برخوردار است. بر این اساس، الگوی پیشنهادی پژوهش حاضر به منظور بررسی اثر مستقیم حمایت اجتماعی بر درماندگی روان شناختی و بررسی نقش واسطه ای دو متغیر میانجی گر مقابله مسأله مدار و تاب آوری در این رابطه ارائه شده است. شکل شماره ۱ انگاره

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-10-16]

مـفروض در روابط بین این متغـــیرها(الگوی پیشنهادی پژوهـش حاـضر) را نـشـان می دهـد.



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 کرویت 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 الگویابی معادلات ساختاری(SEM) استفاده شد. تمامی تحلیل ها با استفاده از نرم افزارهای SPSS vol.18 و AMOS vol.18

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-10-16]

صورت گرفت. جهت تعیین کفایت برازش الگوی پیشنهادی با داده ها، ترکیبی از شاخص های برازندگی شامل مقدار مجذور کای($\chi 2$)، شاخص هنجارشده مجذور کای($\chi 2/df$)، شاخص نیکویی برازش(GFI)، شاخص نیکویی برازش تعدیل شده(AGFI)، شاخص برازندگی هنجارشده(NFI)، شاخص برازندگی تطبیقی(CFI)، شاخص برازندگی افزایشی(IFI) و جذر میانگین مجذورات 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

.

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	___			
تاب‌آوری	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	___

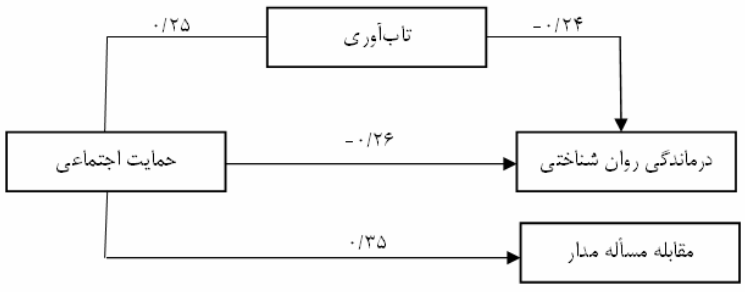
*** کلیه ضرایب همبستگی در سطح P<0.01 معنی دارند.**

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 مجذورات خطای تقریب(RMSEA) نشان داد که الگو نیاز به بهبود دارد. گام بعدی ارتقای برازش الگوی پیشنهادی از طریق حذف یک مسیر غیر معنی‌دار 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

.

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

شاخص‌های برازندگی الگو	$\chi 2$	df	$\chi 2$/ 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

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-10-16]

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 کِنی(۱۹۸۶) و بررسی سه الگوی رگرسیونی آزموده شدند.

شرایط اساسی بارون و کِنی(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 کِنی(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
		۱÷	خطای استاندارد	β		
۱	ثابت	۱۰۱/۸۵۰	۹/۰۴۰	—	۱۱/۲۶۶	۰/۰۰۰۱
	حمایت اجتماعی	-۰/۷۰	۰/۱۸۸	-۰/۳۶	-۳/۷۱۹	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 ٤. ضرایب رگرسیون حمایت اجتماعی و تاب آوری با درماندگی روان شناختی

مدل		ضرایب غیر استاندارد		ضرایب استاندارد	T	معنی داری
		B	خطای استاندارد	β		
۲	ثابت	۱۱۲/۶۴۳	۹/۳۹۸	—	۱۱/۹۸۶	۰/۰۰۰۱
	حمایت اجتماعی	-۰/۵۶	۰/۱۸۷	-۰/۲۹	-۳/۰۳۰	۰/۰۰۳
	تاب‌آوری	-۰/۲۶	۰/۰۸۸	-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 کنی(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

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-10-16]

.

جدول شماره ۵. ضرایب رگرسیون حمایت اجتماعی و سبک مقابله مسأله مدار با درماندگی روان شناختی

مدل		ضرایب غیر استاندارد		ضرایب استاندارد	T	معنی داری
		B	خطای استاندارد	β		
۲	ثابت	۱۱۴/۷۷۸	۱۰/۹۸۵	—	۱۰/۴۴۹	۰/۰۰۰۱
	حمایت اجتماعی	-۰/۵۶۱	۰/۱۹۸	-۰/۲۸۸	-۲/۸۳۰	۰/۰۰۶
	سبک مقابله مسأله مدار	-۰/۸۴۳	۰/۴۲۰	۰/۲۰۴	-۲/۰۰۶	۰/۰۴۸

متغیر وابسته: درماندگی روان شناختی

با ملاحظه جدول شماره ۵ می توان دریافت که وقتی متغیر سبک مقابله مسأله مدار 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 سبک مقابله مسأله مدار را در این رابطه را مورد تأیید قرار می دهد.

بحث و نتیجه گیری

این مطالعه با هدف بررسی نقش هم زمان سازه های حمایت اجتماعی، راهبرد مقابله مسأله مدار، تاب آوری بر درماندگی روان شناختی در زنان نابارور انجام شد. نتایج حاصل از ارزیابی الگوی پیشنهادی حاضر نشان داد که حمایت اجتماعی اثر منفی مستقیم بر درماندگی روان شناختی دارد. در تبیین این یافته می توان گفت که حمایت اجتماعی یکی از راهبردهای سازگارانه زنان نابارور در پاسخ به استرس های مرتبط با بارداری است،(۲۶)، که موجب می شود افراد احساس تنهایی نکرده و بدانند در صورت نیاز کسانی هستند که به آن ها کمک کنند،(۱۳،۲۷). آن ها می توانند تجارب درمانده کننده و آزاردهنده خود را با دیگران در میان گذاشته و تخلیه روانی شوند،(۲۸). بنا بر این حمایت اجتماعی می تواند از بروز هیجان های منفی چون گناه، شرم، اضطراب و افسردگی در افراد جلوگیری کند. این یافته با پژوهش های مایندز و همکاران(۲۰۰۳)، ماتسابیشی و همکاران(۲۰۰۴)، اسلید و همکاران(۲۰۰۷) و رشیدی و همکاران(۲۰۱۱) هم خوانی دارد،(۳۱-۱۹،۲۹). اما با پژوهش بروک و همکاران(۲۰۱۰) همسو نیست.(۳۲)

هم چنین یافته های پژوهش نشان دادند که حمایت اجتماعی از طریق تاب آوری، اثر منفی غیرمستقیم بر درماندگی روان شناختی دارد. منابع بیرونی از قبیل حمایت همسر، خانواده، دوستان و جامعه به فرد کمک می کند که با بحران ناباروری سازگار شود. افراد تاب آور عزت نفس بالایی دارند و به خودکارآمدی خویش باور داشته و مهارت حل مسأله و ارتباط اجتماعی مؤثر دارند،(۳۳). در افراد نابارور می توان چنین گفت که آن هایی که علی رغم داشتن این بحران کیفیت زندگی خوبی دارند، تحمل روان شناختی بالایی دارند،(۳۴،۳۵). بنا بر این حمایت اجتماعی از طریق افزایش تحمل روان شناختی به کاهش درماندگی و استرس مرتبط با ناباروری کمک می کند. این یافته، همسو با پژوهش ریدنور و همکاران(۲۰۰۹) می باشد،(۹). هم چنین نتایج این پژوهش نشان داد که حمایت اجتماعی اثر مثبت مستقیم بر سبک مقابله ای مسأله مدار دارد. به عبارت دیگر حمایت اجتماعی از طریق تسهیل راهبرد مسأله مدار، افراد را به جستجوی اطلاعات بیشتر درباره مسأله، تغییر ساختار مسأله از لحاظ شناختی، محاسبه و اولویت دادن به حل مسأله بر می انگیزاند،(۳۶). این یافته با پژوهش هلبک و همکاران(۲۰۰۹) هم خوانی دارد،(۳۷). اما در این پژوهش اثر مستقیم سبک مقابله ای مسأله مدار بر درماندگی روان شناختی تایید نشد. که این یافته با پژوهش های جردن و همکاران(۱۹۹۹)، دانکور و همکاران(۲۰۰۹) و رشیدی و همکاران(۲۰۱۱) هم خوانی ندارد،(۲۰-۱۸). از طرف دیگر یافته های این مطالعه نشان داد که حمایت اجتماعی از طریق سبک مسأله مدار، اثر منفی غیر مستقیم بر درماندگی روان شناختی دارد. در تبیین این یافته می توان گفت که با استفاده از راهبردهای کنار آمدن مسأله مدار، زنان نابارور ادراک از خود مثبت تری را تجربه کرده و کمتر به خاطر ناباروری خود را سرزنش می کنند. زنان ناباروری که قادر نیستند تا به طور شناختی از موقعیت اجتناب کنند، درباره مشکلاتشان نشخوار ذهنی دارند و کمتر در راهبردهای حل مسئله درگیر می شوند، هیجان منفی را تجربه می کنند.(۳۸)

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

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-10-16]

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 علّی 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 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.

سپاسگزاری

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 monitorring 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 fertileization: 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.

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 teperature-dependent sex determination at the Cretaceous–Palaeogene boundary. Ro-yal 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-

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-10-16]

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 Stud2009; 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.

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-10-16]

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

Mousavi SS[1], Karimi S[2], Ahmadi V[3,4], Kokabi R[5], Afsordeh F[6]*

(Recived: 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 examined 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, Facultyr 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)*

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-10-16]