

مقایسه تاب‌آوری و حمایت اجتماعی ادراک‌شده در زنان نابارور دارای سطوح بالا و پایین انگ ناباروری

The Comparison of Resilience and Perceived Social Support in Infertile Women with High and Low Levels of Infertility Stigma

Mahdieh Shafiee-Tabar, PhD ✉

مهديه شفيعی تبار^۱

Abstract

This study aimed to compare resilience and perceived social support in infertile women with high and low levels of infertility stigma. The design of the present study was a descriptive and causal-comparative design. The statistical population was infertile women who referred to Jihad Arak University's Royan Infertility Center in 1401. 98 infertile women were selected as the research sample by available and purposeful sampling method (49 infertile women with high and 49 infertile women with low levels of infertility stigma). Participants answered the Infertility Stigma Consciousness Questionnaire, Resilience Scale and Multidimensional Scale of Perceived Social Support. Multivariate analysis of variance was used to analyze the data. The present study showed that infertile women with high levels of infertility stigma had significantly lower scores than the comparing group in resilience and perceived social support ($P < 0.05$). Findings of this study clarify the importance of paying attention to psychosocial factors in dealing with the stigma of infertility.

Keywords: Resilience, Perceived Social support, Infertility Stigma

چکیده

پژوهش حاضر با هدف شناخت و مقایسه تاب‌آوری و حمایت اجتماعی ادراک‌شده در زنان نابارور دارای انگ ناباروری بالا و پایین انجام گرفت. پژوهش توصیفی و از نوع علی مقایسه‌ای بود. جامعه آماری زنان نابارور مراجعه‌کننده به مرکز ناباروری رویان جهاد دانشگاهی اراک در سال ۱۴۰۱ بودند. ۹۸ زن نابارور به‌عنوان نمونه پژوهش به روش نمونه‌گیری در دسترس و به‌صورت هدفمند انتخاب شدند (۴۹ زن نابارور دارای انگ ناباروری بالا و ۴۹ زن نابارور دارای انگ ناباروری پایین). شرکت‌کنندگان به پرسشنامه انگ ناباروری ادراک‌شده، مقیاس تاب‌آوری و مقیاس چندبعدی حمایت اجتماعی ادراک‌شده پاسخ دادند. برای تحلیل داده‌ها از آزمون تحلیل واریانس چندمتغیری استفاده شد. نتایج پژوهش نشان داد زنان نابارور دارای انگ ناباروری بالا در مقایسه با زنان نابارور دارای انگ ناباروری پایین در تاب‌آوری و حمایت اجتماعی ادراک‌شده به‌طور معناداری نمرات پایین‌تری دارند ($P < 0/05$). یافته‌های این پژوهش اهمیت توجه به عوامل روانی-اجتماعی در مقابله با انگ ناباروری را روشن می‌سازد.

واژه‌های کلیدی: تاب‌آوری، حمایت اجتماعی ادراک‌شده، انگ ناباروری

● مقدمه

ناباروری (infertility) به‌عنوان شرایطی تعریف شده است که با وجود داشتن رابطه جنسی منظم حداقل دو بار در هفته حاملگی در یک سال به‌دست نمی‌آید (آلتیپارماک و دریا، ۲۰۱۸). در حدود ۲۰ درصد زوجین نابارور هستند (کنها و همکاران، ۲۰۱۶) و هر سال دو میلیون زوج نابارور به تعداد این افراد اضافه می‌شود (استرابل و همکاران، ۲۰۱۶). بر اساس گزارشی که توسط سازمان جهانی بهداشت در سال ۲۰۱۵ منتشر شده است، در کشورهای در حال توسعه از هر ۴ زوج، یک زوج یعنی ۲۵ درصد، مشکل ناباروری دارند. البته به‌دلیل تعاریف مختلفی که از ناباروری شده است آمارهایی نیز که در مورد برآورد ناباروری ارائه و منتشر می‌شود متفاوت است. کشور ما نیز از این قاعده مستثنی نیست و دامنه آن در مطالعات مختلف از ۷/۸ درصد (ساعی قره‌ناز، ۲۰۲۰)، تا ۲۰ درصد (آخوندی و همکاران، ۲۰۱۹)، گزارش شده است. در دو دهه اخیر، صرف نظر از رشد جمعیت، با وجود توسعه پیشرفت‌های فنی و پزشکی در تکنیک‌های تشخیصی و جراحی تغییر قابل توجهی در نرخ ناباروری در سراسر جهان دیده نشده است (ماسکارنهاس و همکاران، ۲۰۱۲).

در تمام جوامع، ناباروری یک موضوع مهم برای هر دو جنس است زیرا نه تنها یک رفتار بیولوژیکی برای داشتن فرزند است، بلکه موضوع مهم خانواده بودن به‌عنوان بخشی از یک جامعه در نظر گرفته می‌شود. با این حال، اخیراً جنبه‌های روان‌شناختی ناباروری مانند افسردگی، اختلال عملکرد جنسی و اثرات منفی آن بر روابط زوجین مورد توجه قرار گرفته است. از این رو، مقابله و تشخیص جنبه‌های روان‌شناختی ناباروری برای مراقبت‌های پزشکی حوزه ناباروری موضوع مهمی است (ارگین و همکاران، ۲۰۱۸).

بیماران مبتلا به ناباروری در فرهنگ‌های مختلف طیف گسترده‌ای از هیجان‌های منفی از جمله اضطراب، افسردگی، انگ، اجتناب اجتماعی و پریشانی را تجربه می‌کنند (راس و همکاران، ۲۰۱۹)؛ اما در جوامعی که هنجارهای فرهنگی به زن در برابر نقش مادر بودن ارجح بیشتری می‌نهند، این پیامدها تشدید شده و عوارضی همچون بی‌ثباتی زندگی مشترک، خشونت خانگی و انزوا را به‌دنبال خواهد داشت.

یکی از مهم‌ترین پیامدهای ناباروری، انگ (stigma) است که سازه مهمی در حوزه سلامت روانی محسوب می‌شود. انگ در بیماران نابارور بسیار شایع است و اعتقاد بر این است که یکی از شایع‌ترین ویژگی‌های این بیماری است (ژانگ و همکاران، ۲۰۲۱). مطالعه‌ای در مورد ۴۳۲ زن نابارور در ایالات متحده نشان داد که افراد نابارور وقتی متوجه شدند که دیگران درباره ناباروری آنها صحبت می‌کنند، به‌شدت احساس انگ می‌کردند (ژائو و همکاران، ۲۰۲۲). ناباروری ناخواسته در بسیاری از فرهنگ‌ها به انگ‌زنی (stigmatization) منجر می‌شود و زنان را در معرض پیامدهای اجتماعی و هیجانی جدی قرار می‌دهد (دایس و همکاران، ۲۰۱۸). علاوه بر انگ اجتماعی، افراد در معرض خودانگ‌زنی مربوط به بیماری خود نیز هستند. خودانگ‌زنی به‌عنوان تأثیر درونی شده شناختی، عاطفی و رفتاری نگرش‌های منفی دیگران بر فردی توصیف می‌شود که دارای یک ویژگی بی‌ارزش است (رائو و همکاران، ۲۰۰۹). طبق الگوی کوریگان و همکاران (۲۰۰۶)، انگ درونی شده یا خودانگ‌زنی فرآیندی را توصیف می‌کند که در آن ابتدا فرد یک انگ واقعی را از طرف شخص دیگری تجربه می‌کند، از کلیشه منفی مرتبط با بیماری خود آگاه می‌شود و حس موافقت با آن را در خود ایجاد می‌کند. کلیشه درونی می‌شود و در نتیجه فرد دچار پریشانی روانی می‌شود. انگ درونی شده، زمانی اتفاق می‌افتد که فرد انگ را که احساس کرده است بپذیرد و آن را معتبر بداند. انگ درونی می‌تواند تأثیر مستقیمی بر افسردگی، اضطراب و کیفیت زندگی افراد داشته باشد که با بیماری مزمن زندگی می‌کنند (والوانو و همکاران، ۲۰۱۶).

از آنجایی که تاب‌آوری (resilience) به‌عنوان یکی از مهم‌ترین عوامل روان‌شناختی مؤثر بر سازگاری موفق با شرایط ناگوار شناخته می‌شود، می‌توان انتظار داشت در مقابله با انگ ناباروری نقش مهمی ایفا کند. تاب‌آوری سازه‌ای پیچیده، پویا و چندبعدی است که نتیجه تعامل بین عوامل نورویبولژیکی، اجتماعی و شخصی است و نشان‌دهنده توانایی مقابله سازگارانه با استرس و سختی برای حفظ سطح نرمال عملکرد جسمی و روان‌شناختی است (فرناندز فررا و همکاران، ۲۰۲۲).

تاب‌آوری شامل حفظ آرامش زیر فشار، انعطاف‌پذیری در مواجهه با موانع، اجتناب از راهبردهای فرسایشی، حفظ خوش‌بینی و احساسات مثبت به هنگام دشواری‌ها و خلاص شدن از موانع درونی است. افراد تاب‌آور درجه‌هایی از سلامتی و استقلال را نشان

می‌دهند. آنها قادرند که خود فکر کنند و آن را عملی سازند و وقتی از محیط خود انتقاد دارند، قادر هستند که نظرات خود را به دیگران انتقال دهند. آنها احساسات خوبی نسبت به اطرافیان دارند و توانایی‌های‌شان را برای تغییر دادن محیط باور دارند (بوگار و هالس کیلاکی، ۲۰۰۶). بیماران تاب‌آور معمولاً دارای عزت نفس، خودکارآمدی و مهارت حل مسئله مؤثر برای مقابله با استرس هستند (پوپاولیا و همکاران، ۲۰۱۷). یو و همکاران (۲۰۱۴)، در پژوهش خود نشان دادند تاب‌آوری یکی از متغیرهای مهم روان‌شناختی به حساب می‌آید که می‌تواند احتمال کاهش مشکلات روان‌شناختی به‌خصوص افسردگی و ناسازگاری‌های زناشویی زنان ناباور را کاهش دهد و زمینه‌ساز پذیرش و کنار آمدن با آن را فراهم کند. در واقع تاب‌آوری روانی نقش دفاعی مهمی در مواجهه با مشکلات ایفا می‌کند و با ناسازگاری اجتماعی، کیفیت زندگی پایین بیماران، عاطفه منفی و انگ بیماری مرتبط است (داویدو و همکاران، ۲۰۱۰؛ هرمان و همکاران، ۲۰۱۱). پست و همکاران (۲۰۲۱)، نیز دریافته‌اند در زنان مبتلا به اچ‌آی‌وی، تاب‌آوری بالا با انگ رابطه منفی دارد؛ دوتلی و همکاران (۲۰۲۱)، نیز نشان دادند بیماران مبتلا به اختلال دوقطبی دارای انگ بالا، از تاب‌آوری پایینی برخوردارند.

علاوه بر عوامل توانمندی‌های روان‌شناختی چون تاب‌آوری، شرایط و عوامل اجتماعی نیز می‌تواند به سازگاری با نابآوری و کاهش انگ ناباورری کمک کند. یکی از مهم‌ترین متغیرهای اجتماعی تأثیرگذار مطرح در حوزه روان‌شناسی سلامت، حمایت اجتماعی (social support) است. منظور از حمایت اجتماعی ایجاد یک تعامل اجتماعی است که با برقراری ارتباط شروع می‌شود و با تداوم آن ارتباطی همدلانه و در نهایت یک شبکه ایمن برای بیمار فراهم می‌گردد. ارتباط به افراد کمک می‌کند تا با شرایط مقابله کنند و احساس بهتری درباره خود ایجاد کنند. حمایت اجتماعی کمک دوجانبه است که از یک سو سبب می‌شود مکانیسم‌های دفاعی مؤثرتری برای جلوگیری از آثار مخرب استرس توسط فرد به‌کار گرفته شود و از سوی دیگر موجب خلق تصویر مثبت از خود، پذیرش خود، امیدواری، احساس عشق و رضایت‌مندی می‌گردد و اضطراب را کاهش می‌دهد؛ به‌طوری‌که به فرد فرصت خودشکوفایی و رشد می‌دهد. حمایت اجتماعی شامل حمایت ابزاری (به‌عنوان مثال، ارائه کمک‌های مادی یا کاری)، حمایت اطلاعاتی (به‌عنوان مثال، ارائه راهنمایی‌هایی که رفتارهای مقابله‌ای یا حل مسئله را تسهیل می‌کند) و حمایت عاطفی (به‌عنوان مثال، ارائه همدلی و عاطفه) است (لی و همکاران، ۲۰۲۰). حمایت از سوی اعضای خاصی از شبکه حمایت اجتماعی می‌تواند مهم‌تر از بقیه باشد، برای مثال حمایت هیجانی که از سوی دوستان نزدیک و صمیمی ارائه شود تأثیر و اهمیت بیشتری دارد، در حالی که حمایت اطلاعاتی و ابزاری اگر از جانب متخصصان باشد دارای اهمیت بیشتری است. به‌طور کلی زنان در مقایسه با مردان ارتباط نزدیک‌تری با خانواده و دوستان دارند و بیشتر تمایل دارند درصدد کسب حمایت اجتماعی برآیند. زنانی که بچه‌دار نمی‌شوند و از حمایت اجتماعی بالایی برخوردار هستند، احساس راحتی، دوست داشته شدن، ارزشمندبودن و مراقبت خواهند داشت. حمایت اجتماعی قدرت هیجانی روانی به زنان می‌دهد تا بتوانند راه حلی پیدا کنند برای مواجهه با باری که به‌عنوان زنان ناباور با آن روبه‌رو هستند. از طرفی زنانی که بچه‌دار نمی‌شوند و از حمایت اجتماعی پایینی برخوردارند احساس ناراحتی می‌کنند، تصور می‌کنند هیچ‌کس آنها را دوست ندارد، نادیده گرفته می‌شوند. بنابراین قدرت عاطفی که آنها را وادار کند راه‌حلی برای باری که به‌عنوان زنان ناباور با آن روبه‌رو هستند پیدا کنند، را ندارند (سفیتری و همکاران، ۲۰۲۰).

نتایج مطالعه صحرائیان و همکاران (۲۰۱۵)، نشان داد زنانی که خود عامل ناباورری هستند کمتر از زنانی که همسرشان عامل ناباورری هستند حمایت اجتماعی دریافت می‌کنند. همچنین میزان رضایت زناشویی در زنان با عامل ناباورری مردانه بیشتر از زنانی است که خود عامل ناباورری هستند. همچنین های و همکاران (۲۰۱۴)، مطالعه‌ای برای تعیین کفایت حمایت اجتماعی در ۳۰۰ نفر از زنان ناباور انجام دادند و نتایج نشان داد که اغلب زنان ناباور حمایت اجتماعی کمتر از آنچه انتظار داشتند از خانواده، همسر، دوستان و پزشکان دریافت می‌کردند. بیشترین میزان شکاف و عدم توافق در رابطه با حمایت متخصصان و پزشکان بود و زنان ناباور ابراز داشتند که نیاز به حمایت بیشتری از سوی آنها دارند. چن و همکاران (۲۰۲۱)، نیز در مطالعه‌ای که در مورد بیماران مبتلا به سل انجام دادند رابطه منفی حمایت اجتماعی و انگ درونی‌شده را تأیید کردند. ژانگ و همکاران (۲۰۲۰)، نیز دریافته‌اند که در بیماران مبتلا به سرطان دهان حمایت اجتماعی و انگ رابطه منفی دارند. زلیگمن (۲۰۱۴)، با بررسی نقش انگ، تروما و حمایت اجتماعی بر رشد پس از آسیب بیماران مبتلا به ایدز نشان داد حمایت اجتماعی با انگ رابطه منفی دارد. تامسون و همکاران (۲۰۰۴)، نیز نشان دادند زمانی که سطح حمایت اجتماعی بالا است، تأثیرات منفی انگ درونی بر ذهن فرد کاهش می‌یابد.

از آنجایی که در فرهنگ مذهبی و سنتی ایران، برای تولیدمثل و حفظ نسب خانواده‌ها ارزش خاصی قائل می‌شوند، زنان نابارور، به‌طور واقعی یا خیالی در معرض نگاه منفی خانواده، دوستان و اطرافیان قرار می‌گیرند. بنابراین شناخت عواملی که به زوجین کمک کند تا در این مواقع بحران‌زا، آرامش خود را حفظ کنند و راهبردهای سازگارانه‌ای برای حل مشکلات بین‌فردی و پریشانی‌های روان‌شناختی خود اتخاذ کنند، بسیار اهمیت دارد و شناسایی متغیرهای مهم و مؤثر در این زمینه می‌تواند راه‌گشای زنان نابارور، متخصصان ناباروری و مشاوران در سطح جامعه باشد تا مداخلاتی را جهت حفظ و افزایش کیفیت روابط زوجین صورت دهند. از این رو با توجه به آنچه ذکر شد مطالعه حاضر با هدف مقایسه تاب‌آوری و حمایت اجتماعی در زنان نابارور دارای انگ ناباروری بالا و پایین انجام شده است.

• روش

پژوهش حاضر توصیفی و از نظر روش گردآوری داده‌ها، علی-مقایسه‌ای و از نظر هدف از نوع پژوهش‌های بنیادی است. جامعه پژوهش را زنان نابارور مراجعه‌کننده به مرکز ناباروری رویان جهاد دانشگاهی اراک در سال ۱۴۰۱ تشکیل دادند. در مرحله اول از میان مراجعه‌کنندگان ۱۰۰ نفر با میانگین سنی ۳۱/۲۹ ($SD=6/2$) به‌روش در دسترس انتخاب شدند. سپس بر اساس نمره شرکت‌کنندگان در پرسشنامه انگ ناباروری و نمره میانگین انگ ناباروری ($25/67$) گروه‌بندی صورت گرفت. بدین ترتیب ۴۹ نفر دارای انگ ناباروری پایین با میانگین ۱۷/۷۰ ($SD=5/8$) و ۴۹ نفر دارای انگ ناباروری بالا با میانگین ۳۳/۶۶ ($SD=6/1$) انتخاب شدند.

• ابزارها

الف. مقیاس تاب‌آوری (resilience scale- RS): این مقیاس در سال ۲۰۰۳ توسط کانر و دویدسون طراحی شد و از ۲۵ ماده مدرج ۵ گزینه از هرگز تا همیشه تشکیل شده است (کانر و دویدسون، ۲۰۰۳). کمبل سیلس و استین (۲۰۰۷) مقیاس اولیه تاب‌آوری را با انتخاب ۱۰ ماده از میان ۲۵ ماده آن را در مورد نمونه‌ای ۵۱۱ نفری هنجاریابی نمودند. روایی سازه مقیاس جدید تاب‌آوری بر اساس تحلیل عاملی تأییدی برای هر ۱۰ ماده بار عاملی بین ۴۴ تا ۹۳ درصد گزارش شده است که این حاکی از روایی سازه مطلوب و قابل قبول برای این مقیاس است. در پژوهش کیهانی و همکاران (۱۳۹۳) نیز روایی مقیاس توسط متخصصان تأیید شده است و اعتبار پرسشنامه نیز از روش آلفای کرونباخ، ۰/۷۰ به‌دست آمد.

ب. پرسشنامه انگ ناباروری ادراک‌شده (infertility stigma consciousness questionnaire- ISCQ): این پرسشنامه، وجود و شدت استیگمای درک شده ناشی از ناباروری را تشخیص می‌دهد که اقتباس شده از پرسشنامه ۲۱ موردی استیگمای درک‌شده (پینل، ۱۹۹۹) است که نسخه نهایی آن، شامل ۹ ماده در مقیاس لیکرت، از کاملاً مخالف (۱۰) تا کاملاً موافق (۶) امتیازبندی شده و دارای ثبات درونی بالای ۰/۷ بوده است. نمره بالاتر نشان‌دهنده انگ درک شده بیشتر است. در ایران تائبی و همکاران (۱۳۹۷)، با بررسی شاخص‌های روانسنجی روایی و اعتبار نسخه فارسی را تأیید کردند.

ج. مقیاس چندبعدی حمایت اجتماعی ادراک شده (scale of perceived social support- MSPSS): این مقیاس یک ابزار ۱۲ ماده‌ای است و حمایت اجتماعی را از سه منبع خانواده، اجتماع و دوستان در اندازه‌های هفت درجه‌ای از ۱ کاملاً مخالفم تا ۷ کاملاً موافقم می‌سنجد (زیمت و همکاران، ۱۹۸۸). نمره بالاتر نشان‌دهنده حمایت اجتماعی ادراک شده بیشتر است. ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس چندبعدی حمایت اجتماعی ادراک شده در پژوهش‌های خارجی تأیید شده است (ابراور و همکاران، ۲۰۰۸؛ چو، ۲۰۰۰). در ایران بشارت (۱۳۸۶)، با بررسی شاخص‌های روان‌سنجی روایی و اعتبار نسخه فارسی را تأیید کردند (بشارت، ۱۳۹۸). در این پژوهش برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از تحلیل واریانس چندمتغیری استفاده شد.

• یافته‌ها

در جدول ۱ شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش شامل میانگین، انحراف معیار و نتایج آزمون کالموگروف-اسمیرنوف برای بررسی نرمال بودن متغیرهای پژوهش به تفکیک گروه‌ها گزارش شده‌اند.

جدول ۱. شاخص‌های توصیفی و نتایج نرمال بودن توزیع متغیرهای پژوهش در دو گروه دارای انگ ناباروری بالا و پایین

متغیر	گروه	تعداد	میانگین	انحراف معیار	آماره K-S Z	p
حمایت اجتماعی ادراک شده	انگ ناباروری پایین	۴۹	۶۶/۰۶	۱۴/۲۵	۰/۰۷	۰/۲۰
	انگ ناباروری بالا	۴۹	۵۹/۱۳	۱۵/۸۳	۰/۶۷	۰/۲۰
تاب‌آوری	انگ ناباروری پایین	۴۹	۲۵/۸۸	۵/۹۰	۰/۸۳	۰/۲۰
	انگ ناباروری بالا	۴۹	۲۰/۱۲	۶/۶۰	۰/۹۱	۰/۲۰

با توجه به جدول ۱، آماره Z آزمون کالموگرف-اسمیرنف برای تمام متغیرهای پژوهش در تمامی گروه‌ها معنادار نیست، بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که توزیع متغیرها نرمال است. برای مقایسه تاب‌آوری و حمایت اجتماعی گروه دارای انگ ناباروری بالا و پایین از تحلیل واریانس چند متغیری یک‌راهه استفاده شد. قبل از ارائه نتایج این آزمون، پیش فرض‌های آن بررسی شد. برای بررسی همگنی واریانس‌های متغیرهای پژوهش از آزمون لوین استفاده شد. یافته‌ها نشان داد که آماره F آزمون لوین برای متغیرهای مورد بررسی معنادار نیست ($p > 0/05$). این یافته نشان می‌دهد که واریانس این متغیرها در گروه‌ها همگن است. برای بررسی همگنی ماتریس کوواریانس متغیرهای وابسته در گروه‌ها از آزمون ام‌باکس استفاده شد. یافته‌ها نشان داد که $F=1/95$ معنادار است ($p < 0/05$)، اما به دلیل برابری حجم نمونه قابل چشم‌پوشی است. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که ماتریس کوواریانس متغیر وابسته در دو گروه برابر است. همچنین نتایج نشان داد که مقدار F به دست آمده برای لامبدای ویلکز از لحاظ آماری معنادار است (جدول ۲)؛ بنابراین حداقل در یکی از متغیرهای وابسته بین دو گروه تفاوت معنادار وجود دارد. در جدول ۲ نتایج آزمون تحلیل واریانس چند متغیری مربوط به تاب‌آوری و حمایت اجتماعی گزارش شده است.

جدول ۲. نتایج آزمون تحلیل واریانس چندمتغیری مربوط به تاب‌آوری و حمایت اجتماعی در گروه‌های پژوهش

آزمون	آماره	F	df1	df2	سطح معناداری	اندازه اثر
اثر پیلایی	۰/۲۲	۵/۱۸	۵	۹۲	۰/۰۰۰۱	۰/۲۲
لامبدای ویلکز	۰/۷۸	۵/۱۸	۵	۹۲	۰/۰۰۰۱	۰/۲۲
اثر هالتینگ	۰/۲۸	۵/۱۸	۵	۹۲	۰/۰۰۰۱	۰/۲۲
بزرگترین ریشه روی	۰/۲۸	۵/۱۸	۵	۹۲	۰/۰۰۰۱	۰/۲۲

با توجه به جدول ۲، آماره F تحلیل واریانس چند متغیری بررسی تفاوت گروه‌ها در تاب‌آوری و حمایت اجتماعی معنادار است. نتایج تحلیل واریانس یک‌راهه جهت بررسی اینکه گروه‌ها در کدام متغیرهای حمایت اجتماعی و تاب‌آوری تفاوت دارند در جدول ۳ گزارش شده است.

جدول ۳. نتایج تحلیل واریانس یک راهه تفاوت گروه‌ها در تاب‌آوری و حمایت اجتماعی

متغیر وابسته	S.S	M.S	df	F	p	اندازه اثر
حمایت اجتماعی ادراک شده	۱۱۷۴/۷۱	۱۱۷۴/۷۱	۱	۵/۱۷	۰/۰۲	۰/۰۵
تاب‌آوری	۸۱۱/۳۱	۸۱۱/۳۱	۱	۲۰/۶۹	۰/۰۰۰۱	۰/۱۸

با توجه به جدول ۳ تفاوت در حمایت اجتماعی ($F=5/17$) در سطح $p < 0/05$ و تاب‌آوری ($F=20/69$) در سطح $p < 0/01$ معنادار است. این یافته‌ها نشان‌گر آن هستند که بین گروه‌های پژوهش در این مقیاس‌ها تفاوت معناداری وجود دارد. اندازه اثر برای حمایت اجتماعی و تاب‌آوری به ترتیب برابر با ۰/۰۵ و ۰/۱۸ است.

نتایج تجزیه و تحلیل آماری بررسی تفاوت بین دو گروه در متغیرهای مورد بررسی و همچنین داده‌های توصیفی (جدول ۱) حاکی از پایین‌تر بودن نمرات گروه دارای انگ ناباروری بالا در متغیرهای حمایت اجتماعی و تاب‌آوری نسبت به گروه دارای انگ ناباروری پایین بود.

● بحث

پژوهش حاضر با هدف مقایسه تاب‌آوری و حمایت اجتماعی در زنان نابارور دارای انگ نابوری بالا و پایین انجام شده است. نتایج پژوهش نشان داد زنان نابارور دارای انگ نابوری بالا در مقایسه با زنان نابارور دارای انگ نابوری پایین به‌طور معناداری از تاب‌آوری پایین‌تری برخوردارند. این یافته با نتایج پژوهش‌های پست و همکاران (۲۰۲۱)، دوتلی و همکاران (۲۰۲۱)، داویدو و همکاران (۲۰۱۰)، هرمان و همکاران (۲۰۱۱) همسو است.

در تبیین یافته فوق، با توجه به نظریه کانر و دیویدسون (۲۰۰۳)، در رابطه با ماهیت تاب‌آوری می‌توان گفت تاب‌آوری، ظرفیتی برای مقاومت در برابر استرس ناباروری ایجاد می‌کند که قابلیت زنان نابارور را برای سازگاری و غلبه بر خطر و سختی‌ها افزایش می‌دهد. تاب‌آور بودن مسیر دستیابی به انعطاف‌پذیری را تسهیل می‌کند. چنانچه پژوهش‌ها نیز نشان می‌دهند تاب‌آوری با پریشانی خاص و عمومی مرتبط با ناباروری ارتباط منفی دارد و عامل محافظتی غیراختصاصی در برابر پریشانی خاص ناباروری و اختلال در کیفیت زندگی محسوب می‌شود (هرمان و همکاران، ۲۰۱۱).

همانطور که پیش از این ذکر شد انگ، احساس منفی ناشی از تفاوت اجتماعی با دیگران است که بیماران را طرد و منزوی می‌کند، منجر به خودشناسی منفی می‌شود و سرزنش و تحقیر خود را در پی دارد. افراد دارای سطح انگ بالا احتمالاً فاقد معیارهای مقابله‌ای مثبت هستند و سطوح بالاتری از اضطراب اجتماعی دارند. انگ می‌تواند منجر به حقارت، تنهایی، سرزنش خود و خودتحقیر در ارتباطات بین‌فردی شود. بیماران نابارور اغلب شکلی از خودبستگی و به حاشیه رانده‌شدن را برای اجتناب از فعالیت‌های اجتماعی نشان می‌دهند و همین امر پدیده اجتناب اجتماعی را جدی‌تر می‌کند. این در حالی است که تاب‌آوری بالا با ویژگی‌هایی مانند سرسختی، خودسازی و خوش‌بینی همراه است. افراد دارای تاب‌آوری بالا می‌توانند به‌طور فعال و مؤثر با اثرات نامطلوب ناباروری مقابله کنند، توانایی جهت‌گیری‌های مثبت اجتماعی قوی‌تری دارند و می‌توانند با نگرش مثبتی در فعالیت‌های اجتماعی شرکت کنند. فعالانه به جستجوی کمک و حمایت اجتماعی روی می‌آورند و از منابع استرس اجتناب می‌کنند و تمایل به نشان دادن رفتارهای اجتماعی مثبت‌تری دارند. در مقابل، بیمارانی که سطح تاب‌آوری روان‌شناختی پایینی دارند، تمایل به اتخاذ روش‌های اجتنابی برای رویارویی با مشکلات نشان می‌دهند (پینکورت، ۲۰۰۹).

در حوزه سلامت نیز بیماران با تاب‌آوری بالا، توان تحمل درد و رنج بیشتری نشان می‌دهند و قادرند در شرایط بسیار دشوار بیماری، سلامت روانی خود را حفظ نمایند و در برابر مشکلات از راه‌کارهای مطلوبی استفاده نمایند. تاب‌آوری با تأثیر بر نوع احساس و هیجان‌های فرد، باعث نگرش مثبت و در نتیجه رضایت از زندگی می‌شود، حتی گاهی با کاهش احساس استرس، موجبات خرسندی و رضایت را برای بیماران فراهم می‌سازد و موجب ارتقا کیفیت زندگی می‌شود. در واقع تاب‌آوری با افزایش عواطف مثبت و کاهش عواطف و احساسات منفی، خودارزشمندی را افزایش می‌دهد و مقابله با بازخوردها و واکنش‌های تبعیض‌آمیز و قضاوتی را در زنان نابارور راحت‌تر می‌سازد و انگ ناباروری کمتری تجربه می‌شود. مطابق با مدل کامپفر نیز توانمندی‌های حاصل از تاب‌آوری از جمله افزایش خودمختاری، عزت نفس، آگاهی میا فردی و مهارت‌های اجتماعی، می‌تواند به افراد نابارور کمک کند تا بر احساس بی‌احترامی، بی‌اعتنایی و سایر پیامدهای هیجانی ناباروری چیره شوند.

به‌طور کلی می‌توان گفت بیماران با سطوح بالایی از تاب‌آوری روانی می‌توانند نگرش خوبی برای پذیرش صعب‌العلاج بیماری داشته باشند و می‌توانند به‌طور فعال با تبعیض، طرد و انزجار دیگران روبه‌رو شوند، احساسات منفی کمتری داشته باشند و انگ کمتری داشته باشند. در عین حال تاب‌آوری اثرات مثبت متعددی مانند حفظ عملکرد، بهزیستی ذهنی، انگیزه برای فعالیت و بهبود کیفیت زندگی را در پی دارد.

همچنین نتایج پژوهش نشان داد زنان نابارور دارای انگ نابوری بالا در مقایسه با زنان نابارور دارای انگ نابوری پایین به‌طور معناداری از حمایت اجتماعی ادراک شده پایین‌تری برخوردارند. این یافته با نتایج پژوهش‌های چن و همکاران (۲۰۲۱)، ژانگ و همکاران (۲۰۲۰)، زلیگمن (۲۰۱۴)، تامسون و همکاران (۲۰۰۴)، همسو است.

در تبیین یافته فوق می‌توان به دیدگاه‌های نظری مرتبط با ساختار حمایت اجتماعی از جمله دیدگاه استرس و مقابله، دیدگاه ساخت‌گرایی اجتماعی و دیدگاه رابطه (لاکی و کوهن، ۲۰۰۰) اشاره کرد که به اتفاق بر تأثیر مثبت حمایت اجتماعی بر سلامت تأکید

دارند. دیدگاه استرس و مقابله بیان می‌کند که حمایت اجتماعی از طریق محافظت از افراد در برابر اثرات منفی استرس به نتایج بهتر سلامت کمک می‌کند. بر این اساس، حمایت‌های اجتماعی به‌عنوان یک مکانیسم مقابله‌ای در برخورد با رویدادهای استرس‌زای زندگی عمل می‌کند. رویکرد ساخت‌گرای اجتماعی نیز بر این عقیده است که حمایت از طریق ارتقا عزت‌نفس و خودتنظیمی، سلامت را افزایش می‌دهد. در نهایت، دیدگاه ارتباطی تأکید دارد که فرآیندهای ارتباط را نمی‌توان از مزایای سلامتی یا حمایت جدا کرد، زیرا تصور می‌شود همه آنها هم‌زمان اتفاق می‌افتند. با این وجود دیدگاه استرس و مقابله در ارتباط با بیماران مزمن بیشترین حمایت را داشته است.

طبق نظریه استرس و مقابله لازاروس و همکاران (۱۹۸۴)، مقابله دو کارکرد اصلی دارد: مدیریت هیجان‌های مرتبط با استرس به‌طوری که آنها عملکرد فرد را مختل نکنند و بهبود وضعیت فرد، یا از طریق بهبود خود فرد یا بهبود محیط (لازاروس و فولکمن، ۱۹۸۴). با در نظر گرفتن این کارکردها، حمایت اجتماعی به‌خوبی در این چارچوب به‌دلیل توانایی تأییدشده تجربی آن برای تسهیل رسیدن به این اهداف نقش مهمی ایفا می‌کند. به عبارت دیگر حمایت اجتماعی هم با تدارکات شبکه‌ای از منابع روان‌شناختی و مادی، به توانایی فرد برای مقابله با استرس ناباوروری کمک می‌کند و هم با ارتقا خودآگاهی مثبت و تنظیم هیجان‌های منفی، شناخت‌های ناشی از انگ درونی‌شده را تعدیل می‌کند. به‌طوری که سطح حمایت اجتماعی بالا می‌تواند اثر منفی انگ درونی‌شده بر مشکلات سلامت روانی را کاهش داد.

به‌طور قطع درجات مختلفی از انگ تجربه شده توسط زنانی که آرزوی برآورده نشده فرزند داشتن را دارند از خانواده، دوستان، اقوام، همکلاسی‌ها و جامعه سرچشمه می‌گیرد. در واقع بعید به نظر می‌رسد زنان ناباوروری که انگ بالاتری را تجربه می‌کنند، از حمایت عاطفی کسانی که به آنها انگ می‌زنند برخوردار باشند. چرا که اساساً انگ به‌دلیل بازخوردها و واکنش‌های تبعیض‌آمیز و قضاوتی است که از جانب اطرافیان دریافت می‌کنند. تجربه انگ به‌طور جدی بر توانایی بیماران برای کار، کمک‌خواهی از دیگران و برقراری ارتباط با دیگران اثرگذار است و انزوای اجتماعی و اجتناب اجتماعی را در پی خواهد داشت. انگ بیماران ناباورور به‌طور عمده در خودتحقیری و کناره‌گیری اجتماعی انعکاس می‌یابد، که مکانیسم‌های بالقوه اجتناب اجتماعی است. اجتناب اجتماعی با عواطف منفی، احساس انگ فزاینده و تبعیض اجتماعی مرتبط است. بنابراین افراد با سطح بالایی از انگ با احتمال بیشتری سبک‌های مقابله‌ای منفی چون عدم تمایل به برقراری ارتباط با خانواده و دوستان و محدود کردن خود را به‌کار می‌برند، که باعث تشدید احساس تنهایی و اجتناب اجتماعی آنها در زندگی اجتماعی می‌شود.

مطالعات نیز تأیید می‌کند هنگامی که افراد مورد انگ قرار می‌گیرند، از اغلب موقعیت‌های اجتماعی خود محروم می‌شوند که احساس تبعیض، انزوا و یا حتی طرد شدن از جامعه را به دنبال دارد (ژانگ و همکاران، ۲۰۲۰). انگ، تعاملات اجتماعی بیماران را مختل می‌کند عملکرد اجتماعی و توانایی ایفای نقش‌های روزانه را کاهش می‌دهد و در نهایت کیفیت زندگی بیماران را به خطر می‌اندازد. در مقابل حمایت اجتماعی خوب باعث افزایش رضایت از زندگی و اعتماد اجتماعی می‌شود و بیماران را قادر می‌سازد تا با بحران سازگار شوند، بنابراین خطر پریشانی روانی را نیز کاهش می‌دهد. سطوح حمایت اجتماعی بالاتر افراد را به این باور سوق می‌دهد دیگران نگران آنها هستند و آنها را می‌پذیرند (چن و همکاران، ۲۰۲۱). به‌عبارت دیگر سطح حمایت اجتماعی بالا، تأثیرات منفی انگ درونی بر ذهن فرد را کاهش می‌دهد. منظور از سطح بالای حمایت اجتماعی دریافت حمایت عاطفی بیشتر از طرف خانواده و دوستان است که به افزایش خودآگاهی مثبت و کاهش احساسات منفی افراد کمک می‌کند (لی و همکاران، ۲۰۲۰).

• نتیجه‌گیری

مطالعه حاضر، نشان داد که تاب‌آوری و حمایت اجتماعی می‌تواند نقش مثبتی در مقابله با انگ ناباوروری در بیماران ناباورور داشته باشد. از یک سو تاب‌آوری می‌تواند به بیماران کمک کند تا به‌طور مؤثر با اثرات نامطلوب بیماری کنار بیایند و در برابر اثرات نامطلوب هیجان‌های منفی بایستند و از سوی دیگر روابط حمایتی خانواده، دوستان و دیگران با افزایش خودآگاهی مثبت و کاهش احساسات منفی افراد می‌تواند شناخت‌های ناشی از انگ درونی‌شده را کاهش دهد. از این رو می‌توان پیشنهاد داد ارتقا حمایت اجتماعی و تاب‌آوری از طریق مداخلات روان‌شناختی به‌عنوان یک استراتژی مؤثر برای کاهش انگ ناباوروری در نظر گرفته شود.

• تعارض منافع

در این پژوهش هیچ‌گونه تضاد منافی از سوی نویسندگان گزارش نشده است.

• تقدیر و تشکر

از تمامی افراد شرکت‌کننده در پژوهش و مسئولین مرکز ناباروری رویان جهاد دانشگاهی اراک که در اجرای این پژوهش مشارکت و همکاری داشتند، قدردانی می‌شود.

• منابع

- بشارت، محمدعلی. (۱۳۹۸). مقیاس چندبعدی حمایت اجتماعی ادراک‌شده: پرسشنامه، روش اجرا و نمره گذاری. *روانشناسی تحولی: روانشناسان ایرانی*، ۱۵ (۶۰)، ۴۴۷-۴۴۹.
- ثابتی، محبوبه؛ عبادی، عباس؛ ازگلی، گیتی و کریمان، نورالسادات. (۱۳۹۷). ترجمه و روانسنجی مقیاس سنجش استیگمای درک شده ی ناباروری. *مجله دانشکده پزشکی اصفهان*، ۳۶ (۵۰۶)، ۱۴۵۷-۱۴۶۲.
- کیهانی، مهناز؛ تقوایی، داود؛ رجبی، ابوالفضل و امیرپور، برزو. (۱۳۹۳). همسانی درونی و تحلیل عاملی تأییدی مقیاس تاب‌آوری کانر- دیویدسون در دانشجویان دختر پرستاری. *مجله ایرانی آموزش در علوم پزشکی*، ۱۴ (۱۰)، ۸۶۵-۸۵۷.
- Akhondi, M. M., Ranjbar, F., Shirzad, M., Behjati Ardakani, Z., Kamali, K., & Mohammad, K. (2019). Practical Difficulties in Estimating the Prevalence of Primary Infertility in Iran. *International Journal of Fertility & Sterility*, 13(2), 113- 117.
- Altiparmak, S., & Derya, Y. A. (2018). The effects of fertility- supporting health training on healthy lifestyle behaviors and infertility self- efficacy in infertile women: A quasiexperimental study. *European Journal of Integrative Medicine*, 7, 146_153.
- Bogar, C.B., & Hulse-killackey, D. (2006). Resiliency Determinants and Resiliency Processes Among Female Adult Survivors of Childhood Sexual Abuse. *Journal of Counseling and Development*, 84, 318-327.
- Campbell-Sills, L., & Stein, M. B. (2007). Psychometric analysis and refinement of the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC): Validation of a 10-item measure of resilience. *Journal of traumatic stress*, 20(6), 1019-1028.
- Chen, X., Xu, J., Chen, Y., Wu, R., Ji, H., Pan, Y., Duan, Y., Sun, M., Du, L., Gao, M., Wang, J., & Zhou, L. (2021). The relationship among social support, experienced stigma, psychological distress, and quality of life among tuberculosis patients in China. *Scientific Reports*, 11(1), 24236.
- Connor, K. M., & Davidson, J. R. (2003). Development of a new resilience scale: the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depression and anxiety*, 18(2), 76-82.
- Cunha, M., Galhardo, A., & Pinto- Gouveia, J. (2016). Experiential avoidance, self- compassion, self- judgment and coping styles in infertility. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 10, 41- 47.
- Daibes, M.A., Safadi, R.R., Athamneh, T., Anees, I.F., Constantino, R.E. (2018). “Half a woman, half a man; that is how they make me feel”: a qualitative study of rural Jordanian women’s experience of infertility. *Culture, Health & Sexuality*, 20 (5), 516-530.
- Davydov, D. M., Stewart, R., Ritchie, K., & Chaudieu, I. (2010). Resilience and mental health. *Clinical Psychology Review*, 30(5), 479-495.
- Duthely, L.M., Sanchez- Covarrubias, A.P., & Brown, M.R. (2021). Pills, PrEP, and Pals: adherence, stigma, resilience, faith and the need to connect among minority women with HIV/AIDS in a US HIV epicenter. *Front Public Health*, 9, 667331.
- Ergin, R. N., Polat, A., Kars, B., Öztekin, D., Sofuoğlu, K., & Çalışkan, E. (2018). Social stigma and familial attitudes related to infertility. *Turkish journal of obstetrics and gynecology*, 15(1), 46-49.
- Fernandez- Ferrera, C., Llana- Suarez, D., Fernandez- Garcia, D., Castañon, V., Llana- Suarez, C., & Llana, P. (2022). Resilience, Perceived Stress, and Depressed Mood in Women Under in Vitro Fertilization Treatment. *Reproductive Sciences*, 29(3), 816- 822.
- Herrmann, D., Scherg, H., Verres, R., von Hagens, C., Strowitzki, T., & Wischmann T. (2011). Resilience in infertile couples acts as a protective factor against infertility- specific distress and impaired quality of life. *Journal of Assisted Reproduction and Genetics*, 28(11), 1111-1117.
- High, A.C., & Steuber, K.R. (2014). An examination of support (in) adequacy: Types, sources, and consequences of social support among infertile women. *Commun Monogr*, 81(2):157- 78.
- Knight, M.T., Wykes, T., & Hayward, P. (2006). Group treatment of perceived stigma and self- esteem in schizophrenia: A waiting list trial of efficacy. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 34, 305-318.
- Lakey, B., & Cohen, S. (2000). *Social support theory and measurement*. In S. Cohen, L. G. Underwood, & B. H. Gottlieb (Eds.), *Social support measurement and intervention* (pp. 29- 52). New York: Oxford University Press.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal, and Coping*. New York, NY: Springer Publishing Company, Inc.

- Li, J., Liang, W., Yuan, B., & Zeng, G. (2020). Internalized Stigmatization, Social Support, and Individual Mental Health Problems in the Public Health Crisis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(12), 4507.
- Mascarenhas, M.N., Flaxman, S.R., Boerma, T., Vanderpoel, S., & Stevens, G.A. (2012). National, regional, and global trends in infertility prevalence since 1990: a systematic analysis of 277 health surveys. *PLOS Medicine*, 9,1001356.
- Pinquart, M. (2009). Moderating effects of dispositional resilience on associations between hassles and psychological distress. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 30(1), 53–60.
- Popa- Velea, O., Diaconescu, L., Jidveian, P.M., & Trușescu, C. (2017). Resilience and active coping style: effects on the self- reported quality of life in cancer patients. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, (2):124–36.
- Post, F., Buchta, M., Kemmler, G., Pardeller, S., Frajo- Apor, B., & Hofer, A. (2021). Resilience predicts self- stigma and stigma resistance in stabilized patients with bipolar I disorder. *Front Psychiatry*, 12, 678807.
- Ross, R., & Hess, R.F. (2019). Social pressure for pregnancy scale: its development, psychometric properties, and potential contributions to infertility and depression research. *Journal of Nursing Measurement*, 27(1),5–15.
- Saei Ghare Naz, M., Ozgoli, G., & Sayehmiri, K. (2020). Prevalence of Infertility in Iran: A Systematic Review and Meta- Analysis. *Urology Journal*, 1(17), 338- 345.
- Safitri, M., Sulis, M., & Bayu, S. (2020). Social Support and Resilience in Women Who Have Infertility. *In Proceedings of the 1st International Conference on Health (ICOH 2019)*, 133- 139.
- Sahraian, K., Poursamar, S., & Jafarzadeh, F. (2015). The relationship between social support and marital satisfaction in infertile women based on infertility factor. *Journal of Urmia Nursing and Midwifery Faculty*, 12(12),1104- 9.
- Struble, J., Reid, S., & Bedaiwy, M.A. (2016). Adenomyosis: A Clinical Review of a Challenging Gynecologic Condition. *Journal of Minimally Invasive Gynecology*, 23(2):164- 185.
- Thompson, V.L., Noel, J.G., & Campbell, J. (2004). Stigmatization, discrimination, and mental health: the impact of multiple identity status. *American Journal of Orthopsychiatry*, 74(4):529- 544.
- Valvano, A., Floyd, R. M., Penwell- Waines, L., Stepleman, L., Lewis, K., & House, A. (2016). The relationship between cognitive fusion, stigma, and well- being in people with multiple sclerosis. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 5(4), 266–270.
- Yu, Y., Li Peng, L., Chen, C., Long, L., & Wang, T. (2014). Resilience and social support promote posttraumatic growth of women with infertility: The mediating role of positive coping. *Psychiatry Research*, 215, 401- 405.
- Zeligman, M. (2014). "Exploring the influence of stigma, level of trauma, and social support on the experience of posttraumatic growth in adults living with HIV". Electronic Theses and Dissertations, 2004- 2019. 4514.
- Zhang, F., Lv, Y., Wang, Y., Cheng, X., Yan, Y., Zhang, Y., & Wang, Y. (2021). The social stigma of infertile women in Zhejiang Province, China: a questionnaire- based study. *BMC Womens Health*, 21(1):97.
- Zhang, Y., Cui, C., Wang, Y., & Wang, L. (2020). Effects of stigma, hope and social support on quality of life among Chinese patients diagnosed with oral cancer: a cross- sectional study. *Health and Quality of Life Outcomes*, 18, 112.
- Zhao, Q., Huangfu, C., Li, J., Liu, H., & Tang, N. (2022). Psychological Resilience as the Mediating Factor Between Stigma and Social Avoidance and Distress of Infertility Patients in China: A Structural Equation Modeling Analysis. *Psychology Research and Behavior Management*, 15,391- 403.