



Predicting Marital Boredom Based on Perceived Social Support and Mental Health in Infertile Women

Mirzaei F^{1*}, Delavar A², Ghaemi F³, Bagheri F⁴

1- PhD in General Psychology, Islamic Azad University, Tehran Research Sciences Branch, Tehran, Iran.

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

3- Associate Professor, Ministry of Health, Treatment and Medical Education, Tehran, Iran.

4. Associate Professor, Department of Psychology, Islamic Azad University, Science and Research Branch, Tehran, Iran.

Corresponding Author: Mirzaei F, PhD in General Psychology, Islamic Azad University, Tehran Research Sciences Branch, Tehran, Iran.

Email: fereshteh.mirzaee@srbiau.ac.ir

Received: 15 Dec 2021

Accepted: 11 Aug 2022

Abstract

Introduction: Mental health and perceived social support are important variables in preventing marital boredom in infertile women. The aim of this study was to predict marital boredom based on perceived social support and mental health in infertile women.

Methods: The present study was a correlational study. The statistical population included infertile women referring to the infertility ward of Khatam Al-Anbia Hospital in Tehran in 2019-2020. By available sampling method, 361 people were selected to participate in the study by considering the inclusion criteria including infertile women, having a minimum cycle education, age 20-45 years and having at least two years of primary or secondary infertility history. Questionnaires of marital boredom, perceived social support and general health 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, mental health (Mean= 55.31), total social support score (Mean= 41.69), had a significant negative correlation coefficient with marital boredom (Mean=103.71) ($P<0.01$). The results of regression in predicting marital boredom through the dimensions of social support and mental health show that among the predictor variables, mental health had a significant role in predicting marital boredom ($p<0.05$) and the ability to explain 21% of The variance of marital boredom ($P<0.001$).

Conclusions: In infertile women, marital boredom can be predicted through social support and mental health, and higher social support and mental health help reduce marital boredom in these people.

Keywords: Social Support, Mental Health, Marital Boredom, Infertility, Infertile women.



پیش بینی دلزدگی زناشویی بر اساس حمایت اجتماعی ادراک شده و سلامت روان در زنان نابارور

فرشته میرزایی^{۱*}، علی دلاور^۲، فاطمه قائمی^۳، فریبرز باقری^۴

۱- دکترای روانشناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم تحقیقات، تهران، ایران.

۲- استاد، گروه روان شناسی، دانشگاه علامه طباطبایی، تهران، ایران.

۳- دانشیار، وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، تهران، ایران.

۴- دانشیار، گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات، تهران، ایران.

نویسنده مسئول: فرشته میرزایی، دکترای روانشناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم تحقیقات، تهران، ایران.
ایمیل: fereshteh.mirzaee@srbiau.ac.ir

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۵/۲۰

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۹/۲۴

چکیده

مقدمه: زنان نابارور در معرض آسیب های روانی و اجتماعی متعددی از جمله دلزدگی زناشویی قرار دارند. هدف این پژوهش پیش بینی دلزدگی زناشویی بر اساس حمایت اجتماعی ادراک شده و سلامت روان در زنان نابارور بود.

روش کار: پژوهش حاضر از نوع همبستگی بود. جامعه آماری شامل زنان نابارور مراجعه کننده به بخش ناباروری بیمارستان خاتم الانبیا تهران در سال ۱۳۹۹-۱۳۹۸ بود که باروش نمونه گیری در دسترس تعداد ۳۶۱ زن نابارور براساس ملاکهای ورود شامل حداقل تحصیلات سیکل، سن ۲۰-۴۵ سال و حداقل دو سال سابقه ناباروری اولیه یا ثانویه، برای شرکت در مطالعه انتخاب شدند. پرسشنامه های دلزدگی زناشویی، حمایت اجتماعی ادراک شده و سلامت عمومی برای جمع آوری داده ها استفاده شد. از روش های ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون با بهره گیری از نرم افزار SPSS نسخه ۲۲ برای تحلیل داده ها استفاده شد.

یافته ها: طبق نتایج، سلامت روان (با میانگین ۵۵/۳۱) و حمایت اجتماعی (با میانگین ۴۱/۶۹) دارای ضریب همبستگی منفی معنادار با دلزدگی زناشویی (با میانگین ۱۰۳/۷۱) بودند ($P < ۰/۰۱$). نتایج رگرسیون در پیش بینی دلزدگی زناشویی از طریق ابعاد حمایت اجتماعی و سلامت روان نشان می دهد که از بین متغیرهای پیش بین، سلامت روان نقش معنی داری در پیش بینی دلزدگی زناشویی داشت ($p < ۰/۰۵$) و توان تبیین ۲۱٪ از واریانس دلزدگی زناشویی را دارا بود ($P < ۰/۰۰۱$).

نتیجه گیری: در زنان نابارور، دلزدگی زناشویی از طریق حمایت اجتماعی و سلامت روان قابل پیش بینی است و حمایت اجتماعی و سلامت روان بالاتر به کاهش دلزدگی زناشویی در این افراد کمک می کند.

کلیدواژه ها: حمایت اجتماعی، سلامت روانی، دلزدگی زناشویی، زنان نابارور.

مقدمه

ممکن است بیش از سایرین در روابط زوجی و زناشویی خود دچار مشکل شوند چرا که در بسیاری از زوجین، عدم توانایی در تولید مثل به عنوان یک فاجعه شخصی تلقی می شود (۳). بنابراین ناباروری پیامدهای منفی بی شماری در روابط زناشویی دارد و در نتیجه آن احتمال بروز تعارض زناشویی، ناسازگاری و دلزدگی از روابط زناشویی می تواند افزایش یابد (۴). دلزدگی زناشویی به معنای سرد شدن

ناباروری یک مشکل شایع است که از هر شش زوج یک زن و شوهر را درگیر می کند (۱). ناباروری می تواند تأثیرات عمده ای در زندگی زوجین داشته باشد و از جمله رضایت زناشویی را تخریب سازد (۲). سازمان بهداشت جهانی بیان می دارد زوج هایی که دچار مشکل ناباروری هستند،

زوجین نسبت به هم و عدم تمایل آنها به داشتن رابطه با یکدیگر است. در این حالت زوجین عشق و علاقه ای به هم نشان نمی دهند و سعی در دوری جستن از یکدیگر دارند (۵). شروع دلزدگی بندرت ناگهانی است و معمولاً روند آن تدریجی است و بندرت از یک پدیده ناگوار و حتی چند ضربه ناراحت کننده ناشی می شود (۶). انباشته شدن سرخوردگی ها و تنش های زندگی روزمره سبب فرسایش روانی می شود و سرانجام به دلزدگی منجر می شود که با نشانگان جسمی، روانی، عاطفی همراه است (۷).

نتایج پژوهش ها حاکی از رابطه عکس بین سلامت روانی و دلزدگی زناشویی می باشند (۸). در برخی مطالعات نشان داده شده است که زوجینی که در آنها زن یا مرد دچار مشکلات بهداشت روان هستند، مشکلات زناشویی بیشتری دارند (۹). به گزارش سازمان جهانی بهداشت، سلامت روان، نیازی اساسی است که برای بهبود کیفیت زندگی انسان امری ضروری می باشد (۱۰). طبق تعریف این سازمان، سلامت روانی حالتی از رفاه و بهزیستی است که در آن فرد می تواند توانایی های خود را درک کند، با دیگران تعامل داشته باشد، با عوامل تنش زای زندگی مقابله موثر داشته باشد و به صورت مولد و ثمربخش کار کند و به خانواده و جامعه خود کمک کند (۱۱). Butterworth & Rodgers (۹) نشان دادند زوج هایی که در آنها زن یا شوهر دچار مشکلات بهداشت روان هستند، از اختلالات زناشویی بیشتر رنج می برند. Demir-Dagdaz و همکاران (۲۰۱۸) نیز در مطالعه خود نشان دادند که فقدان سلامت روان و وجود آسیب های روانشناختی می تواند زمینه ساز بروز اختلالات زناشویی و ناسازگاری زوجین شود و در مقابل این مشکلات خود می تواند به تشدید بیشتر آسیب های روانی در زوجین کمک کند (۱۰). بنابراین طبق بیانات فوق؛ در زوجین نابارور که بیش از سایرین در معرض تعارض و دلزدگی زناشویی قرار دارند، احتمالاً برخورداری آنها از سطوح بالاتر سلامت روان می تواند فاکتوری مهم در پیش بینی میزان دلزدگی زناشویی تلقی شود.

یکی دیگر از عوامل مرتبط با دلزدگی زناشویی، حمایت اجتماعی ادراک شده است. حمایت اجتماعی که در بستر تعاملات افراد رخ می دهد، میزان حمایتی است که فرد درک کرده و گزارش می کند که دریافت داشته است (۱۱). بنابراین در مورد حمایت اجتماعی آنچه مهم است، اعتقاد فرد به برخورداریش از حمایت اجتماعی است (۱۲). ادراک حمایت اجتماعی به شکل مناسب می تواند از فردی که تحت فشارهای روانی است محافظت کند و در حفظ و

برخورداری از تجربه احساسی خوب و مثبت در فرد نقش مهمی دارد (۱۳). چنین حمایتی می تواند مزایای جسمی و روانی بسیاری برای افرادی که با رویدادهای استرس زای جسمی، روانی و اجتماعی روبرو هستند فراهم کند و به عنوان عاملی برای کاهش پریشانی روانشناختی در مواجهه با حوادث استرس زا در نظر گرفته می شود (۱۴). تجربه حمایت اجتماعی مستقیماً به صورت یک عامل ضربه گیر واقعی بین موقعیت ناخوشایند و آسیب روانشناختی ظاهر شده و از طریق اثرگذاری بر متغیرهای مداخله کننده، همچون فعال سازی مقابله موثر در برابر اثرات رخدادهای استرس زا عمل می کند (۱۵). لذا می توان انتظار داشت که با افزایش قدرت این ضربه گیر روانی در زندگی زوجین نابارور، روابط زناشویی نیز از استحکام بیشتری برخوردار شود.

ناباروری وضعیتی استرس زا تلقی می شود و افراد نابارور به واسطه انبوه مشکلات معمولاً بیش از سایر افراد در معرض افت سلامت و دلزدگی زناشویی قرار دارند. به نظر می رسد سلامت روان و حمایت اجتماعی می توانند به عنوان یک عامل محافظتی در بهبود رابطه زوجی افراد نابارور عمل کنند. این در حالی است که یافته برخی مطالعات نیز گویای عدم وجود رابطه بین اختلافات زناشویی و مشکلات روانی زوجین و حمایت اجتماعی ادراک شده در آنها می باشد. بطور مثال Azhar و همکاران (۲۰۱۸) در مطالعه خود، زوجین در آستانه طلاق و گروهی از زوجینی که در حال زندگی مشترک بودند را در علائم اضطراب و افسردگی مقایسه نمودند و نشان دادند تفاوت معناداری بین دو گروه علائم از نظر اضطراب و افسردگی وجود ندارد (۱۶). Iordachescu و همکاران (۲۰۲۱) در مطالعه خود در زنان خیانت دیده نشان دادند حمایت اجتماعی و اختلافات هیجانی نمی تواند رابطه بین خیانت زناشویی و سازگاری زناشویی را تعدیل کند (۱۷). بر این اساس و با توجه به اهمیت پرداختن به مطالعاتی در زمینه آسیب ها و مشکلات روانی و اجتماعی افراد نابارور و بخصوص زنان نابارور و شیوع این مشکل در جامعه و همچنین لزوم شناسایی فاکتورهای دخیل در دلزدگی زناشویی در آنها، مزید بر وجود یافته پژوهشی ناهمسو در این زمینه، پژوهش حاضر با هدف بررسی پیش بینی دلزدگی زناشویی بر اساس حمایت اجتماعی ادراک شده و سلامت روان در زنان نابارور در سال های ۱۳۹۹-۱۳۹۸ در بیمارستان خاتم الانبیاء انجام شد.

روش کار

روش پژوهش حاضر توصیفی و از نوع همبستگی بود.

و دوره چهار ماهه ۰/۶۶ و ضریب آلفای کرونباخ آن را بین ۰/۹۱ تا ۰/۹۳ گزارش کرده است. وی نشان داد که پرسشنامه دزدگی زناشویی از روایی خوبی برخوردار است (۱۹). در ایران صفی پوریان و همکاران، ضریب پایایی پرسشنامه دزدگی زناشویی را با استفاده از روش آلفای کرونباخ و تنصیف برای کل مقیاس به ترتیب ۰/۹۲ و ۰/۹۴ محاسبه نمودند و روایی همزمان آن را از طریق محاسبه ضریب همبستگی با مقیاس صمیمیت زناشویی ۰/۶۱- محاسبه کردند که بیانگر ضریب پایایی و روایی مطلوب پرسشنامه مذکور است (۲۰۱۷). در مطالعه حاضر ضریب پایایی پرسشنامه دزدگی زناشویی با روش آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۸۱ و روایی ملاک آن از طریق همبستگی ۰/۶۷، بدست آمد.

پرسشنامه سلامت عمومی (General Health Questionnaire): برای گردآوری داده های سلامت روان، از پرسشنامه سلامت عمومی Goldberg & Hillier (۱۹۷۹) استفاده شد (۲۱). این پرسشنامه خود گزارش دهی، در مجموعه های بالینی با هدف شناسایی کسانی که دارای یک اختلال روانی هستند، مورد استفاده قرار می گیرد و دارای چهار مقیاس فرعی هفت سوالی است: ۱) علایم جسمانی (۲) علایم اضطرابی (۳) کارکرد اجتماعی (۴) علایم افسردگی. بررسی ها نشان داده اند 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 مقیاس ها از صفر تا ۲۱ و در کل پرسشنامه از صفر تا ۸۴ خواهد بود. نمرات هر آزمودنی بطور جداگانه محاسبه می شود و پس از آن نمرات چهار زیر مقیاس را جمع کرده و نمره کلی بدست می آید. نمره کمتر بیانگر سلامت روان بهتر است و نمره ۱۶ به بالا در هر زیر مقیاس و ۶۰ به بالا در نمره کل پرسشنامه نشان دهنده ناراحتی شدید است. روایی و پایایی این پرسشنامه توسط گیبونز 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 (۲۱). ابراهیمی در بررسی ویژگی های روان سنجی پرسشنامه سلامت عمومی، روایی ملاک آن را از طریق همبستگی ۰/۷۸، ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۷، ضریب اسپیرمن- براون ۰/۹۰، ضریب تنصیف گاتمن ۰/۹۰، حساسیت ۰/۸۰، ویژگی ۰/۹۹، کارایی ۰/۸۹ و خطای کلی طبقه بندی ۰/۱۱ به دست آورد و نشان داد که این پرسشنامه از روایی بالایی برخوردار است (۲۲). در مطالعه حاضر ضریب پایایی پرسشنامه سلامت عمومی با روش آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۸۹ و

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 می باشد. جامعه آماری این پژوهش زنان نابارور مراجعه کننده به بخش ناباروری بیمارستان خاتم الانبیاء در سال های ۱۳۹۹-۱۳۹۸ بودند که نمونه ای شامل ۳۶۱ نفر از این زنان با روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. بر اساس نظر کوهن (۱۸)؛ با در نظر گرفتن سطح خطای ۵ درصد، توان آزمون ۸۰ درصد، اندازه اثر ۰/۳۰ و داشتن ۱۰ عامل در پرسشنامه های مورد استفاده، تعداد حجم نمونه ۳۶۰ نفر تعیین شد. ملاک های ورود به مطالعه شامل حداقل تحصیلات سیکل، سن ۴۵-۲۰ سال و حداقل دو سال سابقه ناباروری اولیه یا ثانویه بود. شایان ذکر است زنان نابارور با هر علت ناباروری و در هر مرحله ای از درمان اجازه ورود به مطالعه داشتند.

پس از تأیید و اخذ مجوز اخلاق از مرکز کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه آزاد اسلامی - واحد علوم تحقیقات تهران، محقق با معرفی نامه ای از دانشگاه به مراکز ناباروری شهر تهران مراجعه نمود که مرکز ناباروری بیمارستان خاتم الانبیاء بر اساس اعلام همکاری، به عنوان محیط پژوهش انتخاب شد. مسئولین بخش ناباروری بیمارستان، بیماران واجد شرایط را به محقق معرفی کردند. سپس محقق درباره هدف تحقیق و روند شرکت در پژوهش توضیحات لازم را به مشارکت کنندگان داد و پس از اخذ رضایت آنها، پرسشنامه ها در اختیار شرکت کنندگان قرار گرفت. به آزمودنی ها اطمینان داده شد که همه اطلاعات محرمانه خواهد ماند و با میل و اختیار خود می توانند در هر زمان از ادامه همکاری با محقق اجتناب کنند.

پرسشنامه دزدگی زناشویی (Couple burnout measure): پرسشنامه دزدگی زناشویی که توسط Pines در ۱۹۹۶ ساخته شده است (۱۹)، دارای ۲۱ عبارت و سه خرده مقیاس اصلی خستگی جسمی، خستگی عاطفی و خستگی روانی است. نمره گذاری این پرسشنامه بر اساس طیف هفت درجه ای لیکرت از هرگز (نمره یک) تا همیشه (نمره هفت) تنظیم شده و هفده ماده مقیاس، شامل عبارت های منفی مانند خستگی، ناراحتی و بی ارزش بودن و چهار ماده آن شامل عبارات مثبت مانند خوشحال و پر انرژی بودن است. حداکثر امتیاز در کل مقیاس ۱۴۷ و حداقل ۲۱ و در هر یک از مولفه های مقیاس، حداکثر امتیاز ۴۹ و حداقل آن هفت است. کسب نمره بیشتر به معنای دزدگی زناشویی بیشتر است. Pines ارزیابی ضریب پایایی آن را به روش باز آزمایی برای یک دوره یک ماهه ۰/۸۹، دوره دو ماهه ۰/۷۶

روش آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۸۳ و روایی ملاک آن از طریق همبستگی ۰/۶۲، بدست آمد. پرسشنامه اطلاعات جمعیت شناختی: در قالب یک پرسشنامه محقق ساخته مشخصات دموگرافیک شامل سن، سطح تحصیلات و مدت زمان ناباروری جمع آوری شد. در پژوهش حاضر، برای تحلیل داده ها از روش های ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون با بهره گیری از نرم افزار SPSS نسخه ۲۲ در سطح حداقل ۰/۰۵ استفاده شد.

یافته ها

۳۶۱ زن نابارور در این مطالعه شرکت داشتند. در جدول ۱ شاخص های توصیفی متغیرهای جمعیت شناختی ارائه شده است. از ۳۶۱ شرکت کننده، گروه سنی ۳۶ تا ۴۰ سال دارای بیشترین فراوانی (۳۱/۲٪) و گروه سنی ۴۱ تا ۴۵ سال دارای کمترین فراوانی بود. از نظر سطح تحصیلات، دیپلم (۳۸/۳٪) از همه بیشتر و دکتری (۲/۲) از همه کمتر بود. همچنین از نظر مدت زمان ناباروری، ۶-۴ سال از بیشترین (۲۶٪) و ۲-۳ سال کمترین فراوانی را داشتند.

روایی ملاک آن از طریق همبستگی ۰/۷۱، بدست آمد. پرسشنامه حمایت اجتماعی ادراک شده (Multidimensional scale of perceived social support): برای گردآوری های لازم در زمینه حمایت اجتماعی ادراک شده از پرسشنامه حمایت اجتماعی ادراک شده Zimet و همکاران (۱۹۹۰) استفاده شد (۲۳). این پرسشنامه ۱۲ گویه دارد و سه بعد حمایت خانواده، دوستان و دیگر افراد مهم را می سنجد. هر بعد این مقیاس ۴ گویه دارد و پاسخ دهنده به هر گویه روی مقیاس ۷ درجه ای لیکرت (۱= کاملاً مخالف و ۷= کاملاً موافق) پاسخ می دهد. 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 مقیاس های شخص مهم دیگر ۰/۹۱، خانواده ۰/۸۷ و دوستان ۰/۸۵ بوده است. در پژوهش دیگر، ضریب آلفای کرونباخ آن برای بعد خانواده ۰/۸۸، دوستان ۰/۹۰ و دیگر افراد مهم ۰/۶۱ گزارش شده است (۲۳). خباز و همکاران ضرایب اعتبار درونی این آزمون را در یک گروه ۳۱۱ نفری از دانشجویان دانشگاه علامه طباطبایی ۶۶/۱ محاسبه کردند (۲۴). در مطالعه حاضر ضریب پایایی پرسشنامه حمایت اجتماعی ادراک شده با

جدول ۱. وضعیت نمونه مورد مطالعه در ویژگی های 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 |
| | راهنمایی سیکل | ۴۳ | ۱۱/۹ |
| وضعیت تحصیل | 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 |

پیش بین همبستگی معناداری با بروز دزدگی زناشویی دارند. سلامت روانی (۰/۴۶-)، نمره کل حمایت اجتماعی ادراک شده (۰/۲۰-)، مولفه خانواده (۰/۱۸-)، مولفه دوستان

میانگین، انحراف استاندارد و همچنین ضرایب همبستگی بین متغیرهای پژوهش در جدول ۲ ارائه شده است. همانطور که در جدول ۲ مشاهده می شود، تمامی متغیرهای

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

| متغیر | M | SD | ۱ | ۲ | ۳ | ۴ | ۵ | ۶ |
|-------------------------------|--------|-------|---------|---------|---------|---------|---------|---|
| ۱. حمایت اجتماعی ادراک شده کل | ۴۱/۶۹ | ۱/۲۸ | ۱ | | | | | |
| ۲. خانواده | ۱۴/۵۹ | ۳/۴۶ | -۰/۸۹** | ۱ | | | | |
| ۳. دوستان | ۱۳/۹۳ | ۳/۵۱ | -۰/۷۷** | ۰/۵۴** | ۱ | | | |
| ۴. افراد مهم | ۱۴/۶۹ | ۴/۶۳ | -۰/۸۵** | ۰/۷۲** | ۰/۴۱** | ۱ | | |
| ۵. سلامت روانی | ۵۵/۳۱ | ۱۰/۸۷ | -۰/۶۰** | ۰/۵۵** | ۰/۴۷** | -۰/۵۱** | ۱ | |
| ۶. دلزدگی زناشویی | ۱۰۳/۷۱ | ۱۱/۹۳ | -۰/۲۰** | -۰/۱۸** | -۰/۱۷** | -۰/۱۴* | -۰/۴۶** | ۱ |

* P<۰/۰۵ ** P<۰/۰۱

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 می توان گفت پدیده همخطی بودن در متغیرهای پژوهش رخ نداده است. بنابراین برای استفاده از تحلیل رگرسیون مانعی وجود نداشت و به منظور بررسی نقش پیش بینی کنندگی ابعاد حمایت اجتماعی و سلامت روان در دلزدگی زناشویی، ضرایب رگرسیون و معنی داری آنها بررسی شد (جدول ۳).

قبل از اجرای تحلیل رگرسیون مفروضات تحلیل رگرسیون مورد بررسی قرار گرفت. جهت بررسی نرمال بودن داده ها از آزمون کولموگروف - اسمیرنوف استفاده شد که نتایج این آزمون گویای نرمال بودن داده ها بود (P>۰/۰۵). به منظور بررسی پیش فرض استقلال خطاها و عدم هم خطی بین متغیرهای پیش بین آماره دوربین واتسون بررسی شد. چنان چه آماره به دست آمده، کمتر از ۴ باشد، نشان دهنده استقلال خطاها است و از آنجا که مقدار این شاخص در فاصله بین ۱/۸۷ محاسبه شد نشان می دهد که مفروضه استقلال خطاها رعایت شده است. همچنین شاخص تشخیص هم خطی برای هر کدام از ابعاد حمایت اجتماعی و سلامت روان به عنوان متغیرهای پیش

جدول ۳: خلاصه نتایج تحلیل رگرسیون ابعاد حمایت اجتماعی و سلامت روان بر پایه دلزدگی زناشویی

| متغیر پیش بین | R | R ² | F | B | خطای استاندارد | β | t |
|------------------|------|----------------|----------|-------|----------------|-------|----------|
| سلامت روان | ۰/۴۵ | ۰/۲۱ | ۱۳/۰۰*** | -۰/۰۳ | ۰/۰۱ | -۰/۵۲ | -۷/۲۳*** |
| حمایت دوستان | | | | -۰/۳۵ | ۱/۳۱ | -۰/۵۵ | -۰/۲۷** |
| حمایت خانواده | | | | -۰/۳۱ | ۱/۳۱ | -۰/۴۹ | -۰/۲۴ |
| حمایت افراد مهم | | | | -۰/۲۹ | ۱/۳۰ | -۰/۵۰ | -۰/۲۲ |
| حمایت اجتماعی کل | | | | -۱/۰۵ | ۳/۹۲ | -۱/۴۳ | -۰/۲۶ |

بحث

پژوهش حاضر با هدف پیش بینی دلزدگی زناشویی بر اساس حمایت اجتماعی ادراک شده و سلامت روان در زنان نابارور انجام شد. نتایج این پژوهش نشان داد که سلامت روان و حمایت اجتماعی ادراک شده در زنان نابارور با دلزدگی زناشویی رابطه منفی معنی دار دارد. همچنین نتایج نشان داد که از بین متغیرهای پیش بین، سلامت روان نقش معنی

نتایج رگرسیون در پیش بینی دلزدگی زناشویی از طریق ابعاد حمایت اجتماعی و سلامت روان نشان می دهد که از بین متغیرهای پیش بین، سلامت روان نقش معنی داری در پیش بینی دلزدگی زناشویی داشت (P<۰/۰۵) و ابعاد حمایت اجتماعی در پیش بینی دلزدگی زناشویی نقش معناداری نداشتند (P>۰/۰۵). سلامت روان توان تبیین ۲۱٪ از واریانس دلزدگی زناشویی را در سطح ۰/۰۰۱ داشت.

داری در پیش بینی دلزدگی زناشویی دارد ($p < 0/05$). در همین راستا Galinsky & Waite (۲۲) نیز در مطالعه خود نشان دادند که سلامت روان با افزایش فعالیت و رضایت جنسی در زوجین می تواند به رضایت بیشتر آنها از زندگی کمک کند. در مطالعه دیگری نشان داده شد که وجود سطوح پایین تر پریشانی روانی در زوجین با نمرات بالاتر در فرایند خانواده و عملکرد فردی و اجتماعی همراه است (۲۳). Butterworth & Rodgers (۹) نشان دادند زوج هایی که در آنها زن یا شوهر دچار مشکلات بهداشت روانی هستند، از اختلالات زناشویی بیشتر خبر می دهند. Demir-Dagdas و همکاران در مطالعه خود نشان دادند که فقدان سلامت روان و وجود آسیب های روانشناختی می تواند زمینه ساز بروز اختلافات زناشویی و ناسازگاری زوجین شود و در مقابل این مشکلات خود می تواند به تشدید بیشتر آسیب های روانی در زوجین کمک کند (۱۰).

رابطه زناشویی و ازدواج، پیوند دو شخصیت است و از میان ویژگی ها شخصیتی، پیوسته ترین ارتباط با کیفیت روابط زناشویی را یافته های مربوط به نورزگرایی دارد (۱۰). بطور کلی آسیب های روانی شامل تجارب هیجانی منفی، ناتوانی در کنترل میل و تکانه، مقابله ناکارآمد با استرس، گرایش به شکوه و شکایت از موقعیت ها و تعبیر هر پدیده ای به عنوان یک عامل استرس زا، بالقوه می تواند هر نوع رابطه ای را دچار اختلال سازد و زندگی فرد را از جهات فردی و اجتماعی تحت تاثیر قرار دهد (۹). همچنین افراد با مشکلات روانی در مقایسه با زوجین با سطوح بالای سلامت روان، زمان زیادی را صرف نگرانی ها و تمرکز بر عواطف منفی می کنند و بنابراین اغلب فرصت کمی برای انجام وظایف زناشویی دارند که در دراز مدت امکان بروز دلزدگی زناشویی را افزایش می دهد (۲۳). در واقع افراد با مشکلات سلامت روان از عواطف منفی همچون اضطراب، ترس، نگرانی، ناامیدی، افسردگی و نفرت رنج می برند و در مقابل در تجربه کردن عواطف مثبت شامل شادی، نشاط و احساس سرزندگی ناتوان هستند و اغلب از مسایل و موضوعات مختلف شاکی هستند و از رضایت از زندگی پائینی برخوردارند و این موجب می شود که نه تنها خود از زندگی زناشویی خود لذت نبرند بلکه همسر و اطرافیان خود را نیز آزرده خاطر سازند و در طولانی مدت موجب دلسردی طرف مقابل شوند و دلزدگی زناشویی را موجب شوند (۲۲). سطوح پایین سلامت روان به معنای افت عملکرد طبیعی

یک فرد است و چنین فردی از مهارت های مقابله ای موثر و بنیه روانی کافی و سالم برای مواجهه با رویدادهای بالقوه استرس زا برخوردار نیست و این چنین فرایندی می تواند با مختل کردن روند طبیعی زندگی در بلندمدت با ایجاد و تجمع آسیبهای روانی بیشتر با تشدید مشکلات سلامت روان همراه باشد که می تواند خود را به صورت مشکلات فردی و ارتباطی نمایان سازد و در یک رابطه زوجی ممکن است به صورت تنش بین زوجین، درگیری، تعارضات فراوان و اغلب بدون نتیجه و در نهایت احساس ناامیدی، استیصال، ناکامی و دلزدگی از طرف مقابل همراه باشد (۸). بنابراین برخورداری از سلامت روان و مولفه های آن همچون دید مثبت گرا نسبت به مسائل زندگی، خوش بینی، تحمل پریشانی، انعطاف پذیری، داشتن عزت نفس، پذیرش نقاط ضعف خود و دیگران شفقت ورزی از فاکتورهای اساسی یک رابطه سالم و رضایت بخش است. در روابط زناشویی، عدم برخورداری هر یک از طرفین رابطه از مولفه های سلامت روان می تواند مولد یک چالش در رابطه زوجی باشد و این به ویژه در مورد زوجین نابارور بیشتر مصداق پیدا می کند چرا که ناباروری را می توان معضلی فردی و بین فردی دانست که زوجین را بیشتر در معرض ناسازگاری و عدم تحمل پریشانی روانی قرار می دهد (۲۱). سطوح پایین سلامت روان به معنای افت عملکرد طبیعی یک فرد است و چنین فردی از مهارت های مقابله ای موثر و بنیه روانی کافی و سالم برای مواجهه با رویدادهای بالقوه استرس زا برخوردار نیست و این چنین فرایندی می تواند با مختل کردن روند طبیعی زندگی در بلند مدت با ایجاد و تجمع آسیب های روانی بیشتر با تشدید مشکلات سلامت روان همراه باشد که می تواند خود را به صورت مشکلات فردی و ارتباطی نمایان سازد و در یک رابطه زوجی ممکن است به صورت تنش بین زوجین، درگیری، تعارضات فراوان و اغلب بدون نتیجه و در نهایت احساس ناامیدی، استیصال، ناکامی و دلزدگی از طرف مقابل همراه باشد (۲۲).

در خصوص حمایت اجتماعی ادراک شده نیز نتایج مطالعه حاضر نشان داد که این متغیر با دلزدگی زناشویی زنان نابارور دارای رابطه منفی است؛ به معنای اینکه در زنان نابارور با حمایت اجتماعی ادراک شده بالاتر، دلزدگی زناشویی کمتر قابل مشاهده است. در تبیین این یافته می توان گفت تجربه حمایت اجتماعی مستقیماً به صورت یک عامل ضربه گیر واقعی بین موقعیت ناخوشایند و آسیب

فرشته میرزایی و همکاران

از طریق حمایت اجتماعی و سلامت روان قابل پیش بینی است و حمایت اجتماعی و سلامت روان بالاتر به کاهش دزدگی زناشویی در این افراد کمک می کند. لذا مشاوران و درمانگران خانواده می توانند از یافته های این پژوهش، در راستای مداخلات بالینی و آموزشی استفاده کرده و از این رویکرد در جهت کاهش دزدگی زناشویی و بهبود روابط زوجین نابارور و در جهت استحکام روابط آنها بهره برند. یکی از محدودیت های پژوهش حاضر، نمونه مورد بررسی محدود به زنان نابارور مراجعه کننده به بخش ناباروری بیمارستان خاتم الانبیاء بود که تعمیم یافته ها به سایر زوجین نابارور را با محدودیت مواجه می سازد. همچنین این پژوهش از نوع تحقیقات همبستگی است و هر چند در تحقیقات همبستگی نیز می توان براساس نظریه در مورد علت و معلول سخن گفت اما برای بررسی واقعی تاثیر متغیر مستقل بر وابسته، به پژوهش های آزمایشی نیازمند هست. به علاوه، اطلاعات جمع آوری شده در این مطالعه، صرفاً با خود گزارشی شرکت کنندگان از طریق پرسشنامه به دست آمده و استفاده از منابع چندگانه اخذ اطلاعات می تواند به نتایج معتبرتر کمک کند. بر این اساس پیشنهاد می شود به منظور افزایش اعتبار تعمیم یافته ها، مطالعات بعدی بر روی جمعیت وسیع تر زوجین نابارور انجام شود و همچنین به منظور دستیابی به نتایج معتبرتر، مطالعات بعدی می توانند داده ها را از طرقی غیر از خودگزارشی، مثلاً از طریق مصاحبه به دست بیاورند.

سیاسگزاری

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

تضاد منافع

بین نویسندگان هیچ گونه تعارضی در منافع وجود ندارد.

روانشناختی ظاهر شده و از طریق اثر گذاری بر متغیرهای مداخله کننده همچون مقابله در برابر اثرات موقعیت های منفی یا رخدادهای استرس زا عمل می کند (۱۱). لذا می توان انتظار داشت که با افزایش قدرت این ضربه گیر روانی، روابط زناشویی نیز از استحکام بیشتری برخوردار بوده و به موازات آن رضایت زناشویی نیز افزایش می یابد. حمایت اجتماعی در قالب حمایت ملموس یا حمایت عاطفی و داشتن یک نفر در زندگی که می توان از مراقبت، ابراز همدلی و حس پذیرش وی بهره مند بود، می تواند منبع مهمی برای احساس آرامش، تاب آوری بیشتر و توانایی غلبه بر استرس تلقی گردد (۱۲). 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 واکنش های متفاوت و ناخوشایند از سوی اطرافیان مواجه سازد و بار تنش موجود را برای وی چندین برابر سازد و همچنین رابطه زناشویی وی را نیز تحت تاثیر قرار دهد (۱۳). سطوح بالای برخورداری از حمایت عاطفی در زنان نابارور می تواند به آنها کمک کند تا بتوانند از تبعات منفی ناباروری از بعد اجتماعی و خانوادگی به عنوان یک پدیده ناپهنجار و احساسات منفی مربوط به آن همچون شرم و خجالت و خودانتقادی در امان باشند و در بستر امن روابط اجتماعی خود از مزایای عاطفی و اجتماعی بسیاری سود ببرند و روابط زوجی خود را نیز ارتقا بخشند. برخورداری از حمایت اجتماعی می تواند منبع امید و دلگرمی محسوب شود (۱۴) که زنان نابارور را در فرایند تبعیت بهتر از فرایند درمان، مشارکت اجتماعی فعال تر، داشتن احساس امید و شادابی، تاب آوری بیشتر در برابر مشکلات و در نتیجه رضایت از زندگی زناشویی پیش ببرد. تجربه حمایت اجتماعی مستقیماً به صورت یک عامل ضربه گیر واقعی بین موقعیت ناخوشایند و آسیب روانشناختی ظاهر شده و از طریق اثر گذاری بر متغیرهای مداخله کننده، همچون مقابله در برابر اثرات موقعیت های منفی عمل می کند (۱۳).

نتیجه گیری

طبق نتایج به دست آمده، در زنان نابارور، دزدگی زناشویی

References

1. Velez MP, Richardson H, Baxter NN, McClintock C, Greenblatt E, Barr R, Green M. Risk of infertility in female adolescents and young adults with cancer: a population-based cohort study. *Human Reproduction*. 2021;36(7):1981-8. <https://doi.org/10.1093/humrep/deab036>
2. Esfandyari S, Chugh RM, Park HS, Hobeika E, Ulin M, Al-Hendy A. Mesenchymal stem cells as a bio organ for treatment of female infertility. *Cells*. 2020;9(10):2253. <https://doi.org/10.3390/cells9102253>
3. Ngai FW, Loke AY. Relationships between infertility-related stress, family sense of coherence and quality of life of couples with infertility. *Human Fertility*. 2021 Jan 5:1-3. <https://doi.org/10.1080/14647273.2021.1871781>
4. Shreffler KM, Gallus KL, Peterson B, Greil AL. Couples and infertility. *The Handbook of Systemic Family Therapy*. 2020 11;3:385-406. <https://doi.org/10.1002/9781119790945.ch17>
5. Zarastvand A, Tizdast T, Khalatbari J, Abolghasemi S. The Effectiveness of Mindfulness-based Cognitive Therapy on Marital Self-regulation, Marital Burnout and Self-criticism of Infertile Women. *Journal of Arak University of Medical Sciences*. 2020 10;23(4):488-97. <https://doi.org/10.32598/jams.23.4.6005.2>
6. Zarastvand A, Tizdast T, Khalatbari J, Abolghasemi S. The Effectiveness of Mindfulness-based Cognitive Therapy on Marital Self-regulation, Marital Burnout and Self-criticism of Infertile Women. *Journal of Arak University of Medical Sciences*. 2020 10;23(4):488-97. <https://doi.org/10.32598/jams.23.4.6005.2>
7. Iordachescu DA, Gica C, Vladislav EO, Panaitescu AM, Peltecu G, Furtuna ME, Gica N. Emotional disorders, marital adaptation and the moderating role of social support for couples under treatment for infertility. *Ginekologia Polska*. 2021;92(2):98-104. <https://doi.org/10.5603/GP.a2020.0173>
8. Wójcik G, Zawisza K, Jabłońska K, Grodzicki T, Tobiasz-Adamczyk B. Transition out of marriage and its effects on health and health-related quality of life among females and males. courage and courage-polfus-population based follow-up study in Poland. *Applied Research in Quality of Life*. 2021;16(1):13-49. <https://doi.org/10.1007/s11482-019-09742-z>
9. Butterworth P, Rodgers B. Mental health problems and marital disruption: is it the combination of husbands and wives' mental health problems that predicts later divorce?. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*. 2008;43(9):758-63. <https://doi.org/10.1007/s00127-008-0366-5>
10. Demir-Dagdas T, Isik-Ercan Z, Intepe-Tingir S, Cava-Tadik Y. Parental divorce and children from diverse backgrounds: Multidisciplinary perspectives on mental health, parent-child relationships, and educational experiences. *Journal of Divorce & Remarriage*. 2018;59(6):469-85. <https://doi.org/10.1080/10502556.2017.1403821>
11. Wang J, Mann F, Lloyd-Evans B, Ma R, Johnson S. Associations between loneliness and perceived social support and outcomes of mental health problems: a systematic review. *BMC psychiatry*. 2018;18(1):1-6. <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1736-5>
12. Mahmoodi H. Comparison of perceived social support and self-compassion among patients with multiple sclerosis and normal people. *Quarterly journal of health psychology*. 2018;7(25):21-34.
13. Lakey B, Orehek E. Relational regulation theory: a new approach to explain the link between perceived social support and mental health. *Psychological review*. 2011;118(3):482. <https://doi.org/10.1037/a0023477>
14. Thompson T, Pérez M, Kreuter M, Margenthaler J, Colditz G, Jeffe DB. Perceived social support in African American breast cancer patients: Predictors and effects. *Social Science & Medicine*. 2017;192:134-42. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2017.09.035>
15. Hughes C, Devine RT, Foley S, Ribner AD, Mesman J, Blair C. Couples becoming parents: Trajectories for psychological distress and buffering effects of social support. *Journal of affective disorders*. 2020;15;265:372-80. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.01.133>
16. Azhar A, Abbas J, Wenhong Z, Akhtar T, Aqeel M. Linking infidelity stress, anxiety and depression: evidence from Pakistan married couples and divorced individuals. *International Journal of Human Rights in Healthcare*. 2018. <https://doi.org/10.1108/IJHRH-11-2017-0069>
17. Iordachescu DA, Gica C, Vladislav EO, Panaitescu AM, Peltecu G, Furtuna ME, Gica N. Emotional disorders, marital adaptation and the moderating role of social support

- for couples under treatment for infertility. *Ginekologia Polska*. 2021;92(2):98-104. <https://doi.org/10.5603/GP.a2020.0173>
18. Cohen J. Approximate power and sample size determination for common one-sample and two-sample hypothesis tests. *Educational and Psychological Measurement*. 1970;30(4):811-31. <https://doi.org/10.1177/001316447003000404>
19. Pines & Nunes R. The relationship between career and couple burnout: Implications for career and couple counseling. *Journal of employment counseling*. 2003;40(2):50-64. <https://doi.org/10.1002/j.2161-1920.2003.tb00856.x>
20. Safipouriyani S, Ghadami A, Khakpour M, Sodani M, Mehrafarid M. The effect of group counseling using interpersonal therapy (IPT) in reducing marital boredom in female divorce applicants. *JNE*. 2016; 5(1): 1-11.
21. Goldberg DP, Hillier VF. A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychological medicine*. 1979;9(1):139-45. <https://doi.org/10.1017/S0033291700021644>
22. 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.
23. Zimet G, Powel S, Farley G, Werkman S, Borkoff K. Psychometric characteristics of the multidimensional scale of perceived social support .*Journal of personality Assessment*.1990; 55 (3) : 610-7. <https://doi.org/10.1080/00223891.1990.9674095> https://doi.org/10.1207/s15327752jpa5503&4_17
24. Khabbaz M, Karimi Y, Karimian N, Shehbakhsh A. Comparison relation between the dimensions of perfectionism and social support with academic burnout in students of Allameh Tabatabai University. *Clinical Psychology Research and Counseling*. 2011;4(2):82-96.
25. Galinsky AM, Waite LJ. Sexual activity and psychological health as mediators of the relationship between physical health and marital quality. *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*. 2014;69(3):482-92. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbt165>
26. Darghouth S, Brody L, Alegría M. Does marriage matter? Marital status, family processes, and psychological distress among Latino men and women. *Hispanic Journal of Behavioral Sciences*. 2015;37(4):482-502. <https://doi.org/10.1177/0739986315606947>