

الگوی روابط ساختاری حمایت اجتماعی، راهبردهای مقابله‌ای و برچسب اجتماعی با علائم افسردگی در زنان نابارور

استان تهران در سال ۱۳۸۹

عادله عزتی^{۱*}، دکتر ربابه نوری^۲، دکتر جعفر حسنی^۳

۱. کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه خوارزمی تهران، تهران، ایران.
۲. استادیار گروه روانشناسی بالینی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه خوارزمی تهران، تهران، ایران.
۳. استادیار گروه روانشناسی بالینی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه خوارزمی تهران، تهران، ایران.

تاریخ دریافت: ۱۳۹۱/۱۱/۲۴ تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۲/۱/۱۰

خلاصه

مقدمه: روان‌شناسانی که با افراد نابارور سر و کار دارند، برای کسب نتایج بهتر درمانی و تأمین سلامت روانی آنها سعی در تدوین و اجرای مداخلاتی به منظور کاهش استرس و افزایش سازگاری این افراد دارند. جهت دستیابی به این هدف، ابتدا باید مسائلی که در افزایش استرس این افراد و کاهش سلامت روانی آنها تأثیر دارد را شناخت و برای برنامه‌ریزی-های آینده جهت کاهش آسیب‌پذیری این افراد، اقدامات لازم را انجام داد. لذا مطالعه حاضر با هدف ارزیابی عوامل مؤثر بر افسردگی زنان نابارور، به بررسی روابط علی متغیرهای راهبردهای مقابله‌ای، حمایت اجتماعی، برچسب اجتماعی (استیگما)، و افسردگی، در جمعیت زنان نابارور پرداخت.

روش کار: این مطالعه مقطعی از آبان تا دی ماه سال ۱۳۸۹ بر روی ۴۰۰ زن نابارور مراجعه کننده به بیمارستان تخصصی زنان، زایمان و نازایی صارم انجام شد. افراد به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و با استفاده از پرسشنامه‌های حمایت اجتماعی وکس و همکاران، نسخه کوتاه فهرست مقابله با موقعیت‌های استرس‌زای اندلر و پارکر، پرسشنامه افسردگی بک-۲ و مقیاس استیگمای ادراک شده مورد ارزیابی قرار گرفتند. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم افزار لیزرل (نسخه ۸/۵) انجام شد. جهت تعیین چگونگی ارتباط سازه‌ها، از همبستگی اسپیرمن و جهت تعیین سهم هر یک از مؤلفه‌ها، از روش تحلیل مسیر استفاده شد.

یافته‌ها: استیگما یا برچسب اجتماعی که زنان نابارور دریافت می‌کنند، در صورتی که با راهبرد مقابله‌ای هیجان مدار همراه شود و همچنین در شرایط کاهش حمایت خانواده، باعث ایجاد افسردگی در زنان نابارور می‌شود؛ به عبارت دیگر، راهبرد مقابله هیجان مدار و حمایت خانواده، نقش میانجی در رابطه استیگما و افسردگی بر عهده داشتند. **نتیجه‌گیری:** تمرکز بر نوع راهبرد مقابله‌ای و همچنین تأکید بر حمایت خانواده برای زنان نابارور، می‌تواند تأثیر مهمی در کاهش میزان افسردگی آنان و نیز کاهش آسیب‌پذیری این قشر از جامعه نسبت به برچسب اجتماعی مربوط به ناباروری داشته باشد.

کلمات کلیدی: افسردگی، برچسب اجتماعی، حمایت اجتماعی، ناباروری

* نویسنده مسئول مکاتبات: عادله عزتی؛ دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه خوارزمی تهران، تهران، ایران. تلفن: ۰۲۱-۴۴۶۵۲۸۳۱؛ پست

الکترونیک: Adezzati@gmail.com

مقدمه

ناباروری، یکی از عوامل ایجاد کننده استرس مزمن به شمار می رود که می تواند باعث ایجاد مشکلات روانشناختی متعددی شود. با وجود جهت گیری های متفاوت، نتایج مطالعات در مجموع نشان می دهند که حدود ۱۵ درصد از زوجین، با استرس ناباروری مواجه می شوند (۱). تخمین زده شده است که از هر ۱۰ زوج، یک زوج به ناباروری اولیه یا ثانویه مبتلا می شود (۲).

ناباروری، باعث ایجاد مشکلات متعدد در سلامت روانی، بهزیستی عمومی، عزت نفس و روابط زوجین می شود (۲). مطالعات نشان داده اند که ناباروری برای زنان، نسبت به مردان، استرس آورتر بوده و منجر به عزت نفس پایین تر، رضایت از زندگی کمتر و افسردگی بیشتر در زنان می شود (۳).

بر اساس نتایج مطالعات، بین وقوع استرس های منفی و شروع افسردگی ارتباط مثبتی وجود دارد (۴). علی رغم وجود چنین ارتباط قوی بین استرس و افسردگی، تنها حدود ۲۰ تا ۵۰ درصد از افرادی که استرس های شدیدی را تجربه می کنند، دچار افسردگی می شوند. به نظر می رسد عواملی نظیر حمایت اجتماعی، و راهبرد مقابله ای فرد در برابر رویدادهای استرس زا، افراد را برای افسردگی آسیب پذیر می سازد (۴).

چندین مطالعه که تأثیر رویدادهای منفی زندگی بر سلامت روان را مورد بررسی قرار داده اند، بر این باورند که اثرات استرس و رویدادهای منفی زندگی بر افراد، از فردی به فرد دیگر متفاوت است. متخصصین بهداشت روان بر این باورند که واکنش افراد در برابر رویدادهای استرس زا، تحت تأثیر عوامل گوناگون اجتماعی و فردی قرار دارد. از بین عوامل فردی و اجتماعی که فرد را در برابر استرس، آسیب پذیر می سازد، حمایت اجتماعی و راهبردهای مقابله ای از نقش تعیین کننده ای برخوردار بوده و به عنوان سپر بلا در برابر افسردگی عمل می کنند (۵-۷).

مقابله، به عنوان تلاشی آشکار برای برخورد با یک حادثه استرس زا مانند بیماری مزمن تعریف می شود.

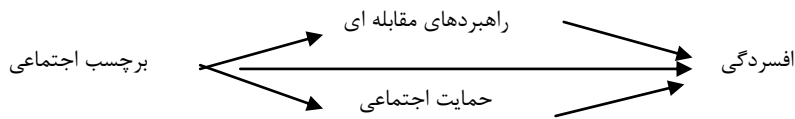
در بیماری های مزمن، راهی که یک فرد برای مقابله با بیماری اش انتخاب می کند با افسردگی او ارتباط دارد (۸)؛ به گونه ای که راهبردهای مقابله ای فعال، سطح افسردگی را کاهش می دهند (۸).

باور بر این است که منابع اجتماعی از طریق فراهم کردن حمایت هیجانی، مقابله را تقویت می کنند؛ به گونه ای که باعث تقویت احساس عزت نفس و اعتماد به نفس می شوند (۹). حمایت اجتماعی می تواند در سازگاری روانشناختی افرادی که با استرس های عمده سلامتی مواجه می شوند، مداخله کند. عکس العمل دیگران در برابر افراد نابارور تحت تأثیر باورهای آنها در مورد ناباروری و همچنین متأثر از برچسب اجتماعی (استیگما) است که به افراد نابارور زده می شود (۱۰).

درک شرایط برچسب اجتماعی، فشار روانی زیادی را بر افرادی که آن را تجربه می کنند وارد کرده و با افسردگی آنها ارتباط دارد (۱۱). برچسب یا استیگما اصطلاحی است که به عنوان سوگیری و تبعیض تعریف می شود و ناشی از باورهای منفی و عقاید رایج در مورد یک گروه از اقلیت جامعه است (۱۲). اصطلاح استیگما به بدرفتاری و تبعیض گذاری در مورد یک فرد به خاطر داشتن یک ویژگی یا رفتار کم ارزش اطلاق می شود. فردی که شرایط استیگما را تجربه می کند، به دلیل وجود یک یا چند ویژگی ناخوشایند، معمولاً احساس می کند که از اطرافیانش متمایز بوده و به دلیل این تفاوت از جامعه پیرامونش فاصله می گیرد (۱۳).

دلایل گوناگونی باعث می شود که افراد نابارور، احساس استیگما و جایگاه اجتماعی پایین تر کنند (۱۴). مطالعات نشان داده اند که بین برچسب اجتماعی ادراک شده و افسردگی، ارتباط مستقیم و مثبتی وجود دارد (۱۱-۱۵). با توجه به این که در مطالعات گذشته، نقش متغیرهای حمایت اجتماعی، راهبردهای مقابله ای و برچسب اجتماعی در افسردگی به طور جداگانه، و نه به صورت یکجا، بررسی شده است، مطالعه حاضر با هدف تعیین روابط مستقیم و غیر مستقیم متغیرهای مذکور در قالب یک مدل علی انجام شد.

بر اساس مدل پیشنهادی این مطالعه، دو متغیر میانجی حمایت اجتماعی و راهبردهای مقابله‌ای، در رابطه بین استیگما و افسردگی (به عنوان پیامد) مداخله می کنند (شکل ۳).



شکل ۲- مدل پیشنهادی عوامل میانجی در رابطه برچسب اجتماعی و افسردگی

فهرست مقابله با موقعیت های استرس‌زا^۱ اندلر و پارکر (۱۹۹۰)، پرسشنامه افسردگی بک^۲، پرسشنامه های حمایت اجتماعی^۳ وکس و همکاران و مقیاس استیگمای ادراک شده^۴ بود.

نسخه کوتاه فهرست مقابله با موقعیت های استرس‌زا اندلر و پارکر (۱۹۹۰)، آزمونی با ۲۱ سؤالی است و هر ۷ سؤال، یک راهبرد مقابله را می سنجد. سؤالات ۱-۴-۷-۹-۱۵-۱۸-۲۱ روش مقابله اجتنابی، سؤالات ۲-۶-۸-۱۱-۱۳-۱۶-۱۹ روش مقابله مسئله مدار و سؤالات ۳-۵-۱۰-۱۲-۱۴-۱۷-۲۰ روش مقابله هیجان مدار را می سنجد. حداکثر نمره برای هر روش ۳۵ و حداقل آن ۷ می باشد. اندلر و پارکر (۱۳۹۰)، پایایی روش های مسئله مدار، هیجان مدار و اجتنابی را برای نمونه پسران به ترتیب ۰/۹۲، ۰/۸۲ و ۰/۸۵ و برای نمونه دختران ۰/۹۰، ۰/۸۵ و ۰/۸۲ به دست آوردند.

پرسشنامه افسردگی بک، که نسخه دوم پرسشنامه افسردگی بک می‌باشد، شامل ۲۱ سؤال است که ۲۱ جنبه از علائم جسمانی و روانی افسردگی را بررسی می کند. ۱۵ سؤال آن درباره علائم روانی افسردگی و ۶ سؤال درباره علائم جسمی افسردگی می باشد. پاسخ دهنده باید هر بند از سؤالات را خوانده و بر اساس شدت آن علامت، نمره صفر تا ۳ را انتخاب کند (۱۷). آلوی و کاین در مطالعه خود، اعتبار درونی پرسشنامه را ۰/۹۰ اعلام کردند (۱۷). در بین نمونه های ایرانی، ضریب پایایی این مقیاس به روش ضریب پایایی بازآزمایی با فاصله زمانی دو هفته، ۰/۷۳ گزارش شده است (۱۸).

با توجه به مطالب ذکر شده، بررسی تأثیر متغیرهای فردی و محیطی از جمله راهبردهای مقابله‌ای، حمایت اجتماعی و برچسب اجتماعی بر افسردگی زنان نابارور به عنوان پیامد بحران، ضروری به نظر می‌رسد؛ تا از این طریق تأثیری که شرایط برچسب اجتماعی بر زندگی و وضعیت روانی افراد نابارور و کاهش سازگاری آنها دارد، شناسایی شده و اقدامات لازم جهت حل این مسئله انجام شود. لذا مطالعه حاضر با هدف ارزیابی برازش مدل پیشنهادی و تعیین رابطه مستقیم و غیر مستقیم متغیرها بر یکدیگر انجام شد.

روش کار

این مطالعه مقطعی از آبان تا دی ماه سال ۱۳۸۹ بر روی ۴۰۰ زن نابارور مراجعه کننده به بیمارستان تخصصی زنان، زایمان و نازایی صارم انجام شد. افراد به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. معیارهای ورود به مطالعه شامل: ایرانی بودن، داشتن حداقل سواد خواندن و نوشتن، جنسیت زن و تشخیص ناباروری (گذشت حداقل یک سال از تلاش مستمر برای باردار شدن) بود. از آنجایی که مطالعه حاضر، بخشی از پایان نامه کارشناسی ارشد تحت همین عنوان می باشد و قبلاً مطالعه ای مشابه در این زمینه انجام نشده است، یک مرحله غربالگری اولیه انجام شد که طی آن، پرسشنامه ترجمه و اصلاح شده استیگما بر روی ۲۸ زن نابارور آزمون شد تا اعتبار این پرسشنامه سنجیده شود. پس از تحلیل داده ها و مشخص شدن اعتبار بالای آزمون (آلفای کرونباخ ۰/۸۶)، مرحله اصلی مطالعه انجام شد و پرسشنامه ها که در ۴ برگه به هم متصل بودند، به زنان نابارور مراجعه کننده داده شدند. ابزار گردآوری داده ها شامل: نسخه کوتاه

¹ Coping Inventory For Stressful Situations (CISS-SF)

² Beck Depression Inventory-II (BDI-II)

³ Social Support

⁴ Perceived stigma

پرسشنامه‌ها در بین زنانی که به بخش ناباروری مراجعه کرده بودند، توزیع شد و پس از ارائه توضیحاتی در مورد طرح مطالعه و نحوه تکمیل پرسشنامه‌ها، از آنان جهت شرکت در مطالعه دعوت شد. همچنین به افراد در مورد محرمانه ماندن اطلاعات و ناشناس ماندن آنها، اطمینان خاطر داده شد. حدود ۵۰ پرسشنامه‌ای که ناقص یا نامعتبر بودند، حذف شد و این، جزء موارد ریزش طرح بود. در مجموع، نمونه پژوهش شامل ۴۰۰ زن نابارور بود. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم افزار لیزرل^۱ (نسخه ۸/۵) انجام شد. جهت تعیین چگونگی ارتباط سازه‌ها، از همبستگی اسپیرمن و جهت تعیین سهم هر یک از مؤلفه‌ها، از روش تحلیل مسیر استفاده شد. در انجام آزمون‌ها ضریب اطمینان ۰/۹۵ و میزان معناداری ۰/۰۵ در نظر گرفته شده است.

یافته‌ها

در مطالعه حاضر، زنان ناباروری که در سال ۱۳۸۹ به بیمارستان صارم مراجعه کرده بودند مورد مطالعه قرار گرفتند. مطالعه حاضر، با استفاده از روش مدل‌یابی معادلات ساختاری به بررسی ارتباط علی متغیرهای حمایت اجتماعی، راهبردهای مقابله‌ای و استیگما با افسردگی در زنان نابارور پرداخت.

در مدل‌یابی معادلات ساختاری، جهت ارزیابی برازش مدل، از نرم افزار لیزرل استفاده می‌شود. برنامه لیزرل، به منظور پاسخ به این پرسش اجرا می‌شود که آیا داده‌ها با مدل مورد نظر هماهنگی لازم را دارد یا خیر. این نرم افزار برای تعیین برازش یا هماهنگی مدل، ۳۴ شاخص برازندگی را محاسبه می‌کند. هر یک از شاخص‌ها را به تنهایی نمی‌توان به عنوان دلیلی بر برازندگی دانست یا بر عکس؛ بلکه این شاخص‌ها را باید در کنار یکدیگر تفسیر کرد. جدول ۱، مهمترین این شاخص‌ها را ذکر می‌کند و نشان می‌دهد که الگوی مدل با داده‌های مطالعه، برازش مناسبی دارد.

مقیاس حمایت اجتماعی وکس و همکاران (۱۹۸۶)، دارای ۲۳ سؤال است که سه حیطة خانواده، دوستان و سایرین را در نظر می‌گیرد. نمره گذاری این مقیاس به صورت چهار نقطه‌ای بسیار موافق، موافق، مخالف و بسیار مخالف است. ضریب پایایی در نمونه دانشجویی در کل مقیاس ۰/۹۰ و در نمونه دانش آموزی در همین مقیاس ۰/۷۰ به دست آمده است و در اجرای مجدد در دانش آموزان پس از ۶ هفته، ضریب به دست آمده ۰/۸۱ بود (۱۹).

مقیاس استیگمای ادراک شده: این مقیاس، در مطالعه اصلی، شامل سه سؤال بود که نمره‌گذاری آن به صورت بله/خیر بود و منعکس کننده وضعیت ناباروری فرد بود. نمره آزمودنی، از مجموع نمره سه سؤال حاصل می‌شد. آلفای کرونباخ به دست آمده در مطالعه اصلی، معادل ۰/۷۲ بود (۲۰).

با توجه به اینکه پرسشنامه استاندارد شده و معتبری جهت سنجش استیگما به زبان فارسی در بین منابع موجود یافت نشد، در مطالعه حاضر از مقیاس استیگمای ادراک شده که در بالا ذکر شد، استفاده گردید و جهت استانداردسازی آن روی جمعیت ایرانی، یک مرحله غربالگری اولیه اجرا شد. مراحل استاندارد کردن مقیاس به این صورت بود که ابتدا سؤالات، به فارسی ترجمه شد و جهت افزایش پایایی آزمون، درجه بندی مقیاس به صورت ۶ درجه‌ای (از بسیار مخالف تا بسیار موافق) تغییر یافت. جهت سنجش پایایی مقیاس، یک مرحله غربالگری بر روی ۳۰ نفر از زنان نابارور مراجعه کننده به بیمارستان صارم اجرا شد. در این مرحله، اعتبار مقیاس اندازه‌گیری شده و آلفای کرونباخ سؤالات، ۰/۸۶ به دست آمد که این نتایج به معنای اعتبار مطلوب آزمون می‌باشد.

¹ LISREL

جدول ۱- شاخص های برازش مدل بدون اعمال خطای اندازه گیری

شاخص های برازش	اندازه شاخص
کای دو تابع برازندگی حداقل	۲۲۷/۷۶ (p=۰/۰۰)
ریشه خطای میانگین مجذورات تقریب (RMSEA)	۰/۱۸
شاخص خوبی برازندگی (GFI)	۰/۸۹

درجه آزادی = ۱۴

شاخص دیگری که در کنار شاخص های مذکور از اهمیت زیادی در تعیین برازش مدل برخوردار است، شاخص ریشه خطای میانگین مجذورات تقریب (RMSEA)^۳ می باشد. از آنجایی که RMSEA به دست آمده (۰/۱۸) از مقدار ملاک (۰/۱) بیشتر بود، نشان دهنده برازش نامناسب مدل می باشد.

با توجه به نتایج به دست آمده از برازش مدل، الگوی ارائه شده توسط مطالعه حاضر، نیاز به اصلاح داشته و جهت بهبود برازش مدل، برخی از مسیرها باید حذف شوند. در ادامه، به بررسی ضرایب مسیر در مدل ارائه شده پرداخته می شود. ابتدا برآورد اثر مستقیم متغیرهای نهفته درون‌زا بر دیگر متغیرهای نهفته درون‌زا گزارش می شود (جدول ۲).

بر اساس نظر یورسکوگ و سوربوم (۱۹۹۳)، هنگامی که با رویکرد تولید مدل^۱، مدلی برازش شود، از مجموع آماره های برازش، دو شاخص خوبی برازندگی^۲ و کای اسکور (یا کای دو) از اهمیت بیشتری برخوردارند. در این قسمت این شاخص ها بررسی می شود.

مهمترین آماره برازش، شاخص کای اسکور است. این آماره، میزان تفاوت ماتریس مشاهده شده و برآورد شده را اندازه گیری می کند. عدم معناداری این آماره، به معنای برازش مدل می باشد. البته باید به این موضوع توجه داشت که این شاخص معمولاً در تعداد بالای N، معنادار می شود و ملاک ثابتی برای برازش نیست و باید به شاخص های دیگر مراجعه کرد.

آماره مهم دیگری که همراه شاخص کای اسکور اهمیت دارد، شاخص خوبی برازندگی می باشد. این معیار، اندازه ای از مقدار نسبی واریانس ها و کواریانس ها است که توسط مدل توجیه می شود. شاخص خوبی برازندگی به دست آمده در مطالعه حاضر، ۰/۸۹ بود که این مقدار تقریباً با مقدار ملاک (۰/۹) برابر است. بنابراین بر اساس این شاخص می توان نتیجه گرفت که مدل پیشنهادی مطالعه حاضر دارای برازش مطلوبی می باشد.

جدول ۲- مقدار واریانس تبیین شده از متغیرهای نهفته درون‌زا و برآورد ضرایب بتا (β)

مسیر	(T) Beta	
	از	به
مقابل اجتنابی	۰/۰۶ - (-۱/۳۵)	
هیجان مدار	۰/۴۰* (۹/۰۱)	۰/۱۷
مسئله مدار	۰/۱۸* (-۳/۷۹)	۰/۲۱
حمایت دوستان	۰/۰۷ - (۱/۳۳)	
خانواده	۰/۱۹* (-۳/۳۷)	۰/۰۴
دیگران	۰/۰۱ - (۰/۸۶)	

p < ۰/۰۱ *

³ Root Mean Square Error of Approximation

¹ Model Generated Approach

² Goodness of Fit Index

توجه به مقدار واریانس تبیین شده برای هر یک از مسیرها، مشخص می‌شود که سایر مسیرها باید از مدل حذف شوند. در جدول ۳، میزان تأثیر مستقیم متغیر برون‌زا بر متغیرهای درون‌زا مورد بررسی قرار گرفته است.

بر اساس جدول ۲، از بین راهبردهای مقابله‌ای، راهبردهای هیجان‌مدار و مسئله‌مدار؛ و از بین زیر مقیاس‌های حمایت اجتماعی، تنها حمایت خانواده تأثیر معناداری بر روی افسردگی داشت ($p=0/01$) و مسیر سایر زیر مقیاس‌ها با افسردگی معنادار نبود ($p=0/05$). با

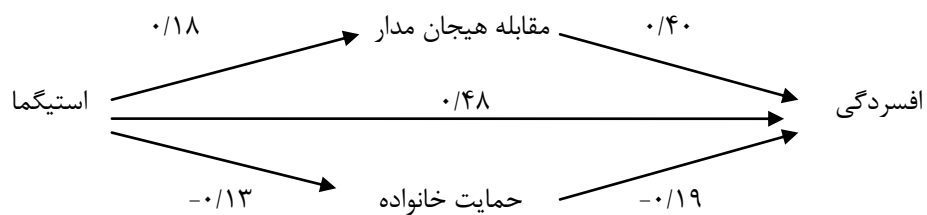
جدول ۳- مقدار واریانس تبیین شده از متغیر برون‌زا و برآورد ضرایب گاما (γ)

واریانس	(T) Gama	مسیر	از
۰/۲۳	۰/۴۸* (۱۱/۱۶)	افسردگی	به
۰/۰۰۶	-۰/۰۷ (-۱/۵۶)	حمایت دوستان	استیگما
۰/۰۱	-۰/۱۳** (-۲/۷۷)	حمایت خانواده	استیگما
۰/۰۱	-۰/۱۱** (-۲/۳۳)	حمایت دیگران	استیگما
۰/۰۰۰	-۰/۰۰۴ (-۰/۰۷)	مقابله اجتنابی	استیگما
۰/۰۳	۰/۱۸* (۳/۶۹)	مقابله هیجان‌مدار	استیگما
۰/۰۰۵	-۰/۰۷ (-۱/۳۹)	مقابله مسئله‌مدار	استیگما

$p<0/05^{**}, p<0/01^*$

($p=0/01$) و نشان دهنده تأثیر مثبت استیگما بر مقابله هیجان‌مدار می‌باشد. سایر مسیرها از ضرایب معنی‌داری برخوردار نبودند و باید از مدل حذف شوند تا مدل از برازندگی قابل قبولی برخوردار شود. با توجه به مطالب فوق، مدل ارائه شده به این صورت ارائه می‌شود:

بر اساس جدول ۳، استیگما تأثیر مثبت معناداری بر افسردگی داشت ($p=0/01$). همچنین مسیر استیگما به حمایت خانواده و حمایت دیگران، مسیر معناداری بود ($p=0/05$) که نشان می‌دهد استیگما تأثیر منفی بر حمایت خانواده و دیگران دارد. از سوی دیگر، مسیر استیگما به راهبرد مقابله هیجان‌مدار معنادار (بود)



شکل ۳- مدل پیشنهادی آزمون شده در مطالعه

نتایج مطالعه، مدل پیشنهادی مطالعه را که مبنی بر رابطه علی متغیرهای استیگما، راهبردهای مقابله ای و حمایت اجتماعی با افسردگی در زنان نابارور بود، تأیید کرده و نشان می‌دهد که استیگما به صورت مستقیم و غیر مستقیم، با افسردگی ارتباط دارد. به گونه ای که درک شرایط برچسب اجتماعی یا استیگما در زنان نابارور، به صورت مستقیم تا ۴۸ درصد افسردگی آنان را پیش بینی می‌کند. از سوی دیگر درک شرایط استیگما در صورتی که راهبرد مقابله ای فرد، هیجان مدار باشد رابطه مثبت با افسردگی زنان نابارور داشته و در صورتی که حمایت خانواده زیاد باشد، رابطه منفی با افسردگی خواهد داشت. به عبارت دیگر استیگما به صورت غیر مستقیم نیز با میانجی‌گری مقابله هیجان مدار و حمایت خانواده با افسردگی رابطه دارد.

بحث

در مطالعه حاضر، مدل مفهومی استرس-مقابله هولاهان و همکاران (۱۹۹۹) تأیید شد. به عنوان نتیجه گیری کلی از مدل، می‌توان گفت که در شرایط بحران، سیستم محیطی و سیستم فردی در کنار هم می‌توانند بر نتایج سلامت تأثیرگذار باشند. بر اساس نتایج مطالعه حاضر، دریافت استیگما و فقدان حمایت خانواده به عنوان متغیرهای سیستم محیطی، فرد را برای پیامدهای روانشناختی ناباروری مانند افسردگی آسیب پذیر می‌سازند. از طرف دیگر، مقابله هیجان مدار به عنوان متغیر مهمی از سیستم فردی در شرایط بحرانی مانند ناباروری، فرد را به سوی افسردگی سوق می‌دهد.

علی‌رغم اینکه مطالعات گذشته، بر رابطه مثبت مقابله اجتنابی و افسردگی تأکید کرده اند (۲۱)، در مطالعه حاضر بین این دو متغیر، ارتباطی مشاهده نشد که این تناقض می‌تواند ناشی از این باشد که در شرایط ناباروری و احساس استیگمای ناشی از آن که موقعیت استرس زایی را برای فرد ایجاد می‌کند، فرد دائماً با موضوع استرس زا (یعنی ناباروری) درگیر بوده و اجتناب از این موقعیت، امکان پذیر نمی‌باشد؛ در نتیجه در این شرایط، استفاده از راهبرد مقابله اجتنابی جهت کاهش استرس ناباروری، جایگاه چندانی ندارد. به عبارت دیگر، فرد

نابارور دائماً با موضوع ناباروری درگیر بوده و در خانواده و اجتماع در معرض این مشکل قرار می‌گیرد. از طرف دیگر، واحدهای پژوهش در مطالعه حاضر، زنان ناباروری بودند که به بیمارستان مراجعه کرده و اغلب تحت درمان بودند. در نتیجه، مقابله اجتنابی که به معنای انکار وضعیت دشوار و دوری از مواجهه با آن می‌باشد، در این جمعیت نمود چندانی نداشت.

مطالعات گذشته، در مورد ارتباط مقابله هیجان مدار با سلامت روان، نتایج متناقضی را ارائه کرده اند؛ به گونه ای که برخی مطالعات، از ارتباط منفی بین مقابله هیجان مدار با افسردگی حمایت کرده و برخی از آنان از ارتباط مثبت آن با افسردگی دفاع کرده اند (۲۱). مطالعه حاضر، از نتایج مطالعاتی که رابطه مثبت مقابله هیجان مدار با افسردگی را تأیید کرده اند، حمایت می‌کند. در تبیین این یافته می‌توان به این نکته اشاره کرد که شرایط بحران ناباروری، باعث ایجاد افکار منفی در فرد نابارور شده و مقابله هیجان مدار، فرد را با این افکار بیشتر درگیر می‌کند. این درگیری با افکار منفی، به صورت نشخوار ذهنی درآمده و فرد را برای افسردگی آماده می‌کند. در نتیجه می‌توان گفت که مقابله هیجان مدار که به معنای حل هیجانی مشکل در شرایط استرس زا و بحران که فرد هیجانات منفی را بیشتر تجربه می‌کند، کارکردی منفی داشته و فرد را برای افسردگی آسیب پذیر می‌سازد، در حالی که ممکن است در شرایط غیر بحرانی که فرد لزوماً هیجانات منفی را تجربه نمی‌کند، کارکرد مثبتی داشته و به بالا بردن خلق کمک کند.

نتایج مطالعه حاضر از نتایج مطالعات گذشته، مبنی بر تأثیر استیگما بر افسردگی (۱۱) حمایت می‌کند. شرایط اجتماعی منفی مانند استیگما یا برچسب اجتماعی، با محروم کردن افراد نابارور از عادی و سالم به نظر رسیدن، باعث انزوای بیشتر این افراد و فاصله گیری آن‌ها از جهان بارورها می‌شود، همچنین این شرایط، عزت نفس افراد را کاهش داده و آنها را برای مقابله مؤثر با استرس ناباروری ناتوان می‌سازد؛ از این رو باعث افزایش خطر افسردگی در افراد نابارور تحت استیگما می‌شود. افرادی که برچسب ناباروری می‌خورند، خود را متفاوت از دیگران دانسته و به تدریج از آنها فاصله می‌گیرند. این

فاصله گرفتن از دیگران که احتمال دارد به دلیل اجتناب از یادآوری ناباوریشان باشد، ممکن است باعث انزوا و کناره‌گیری آنها شده و این افراد را مستعد تجربه افسردگی سازد.

در مطالعه حاضر، حمایت خانواده بر افسردگی زنان ناباور تأثیر داشت، در صورتی که در مورد ارتباط سایر انواع حمایت اجتماعی نظیر حمایت دوستان یا حمایت دیگران با افسردگی نتایج معناداری به دست نیامد. این در حالی است که در مطالعات گذشته، بر تأثیر حمایت اجتماعی بر کاهش افسردگی تأکید شد (۹، ۱۵، ۲۲). این یافته می‌تواند ناشی از این باشد که ناباور، در بافت خانواده اتفاق می‌افتد و تأثیر زیادی بر روابط خانوادگی و به ویژه روابط زوجین می‌گذارد؛ از این رو، کیفیت روابط خانواده و به ویژه همسر، با فرد ناباور و نیز حمایت دریافت شده از آنان در این شرایط بحران‌زا، تأثیر بسزایی بر سلامت روان فرد ناباور دارد؛ به گونه‌ای که فقدان حمایت خانواده در این شرایط استرس‌زا و به‌ویژه در شرایط استیگما که فشار روانی زیادی را بر فرد ناباور وارد می‌کند، می‌تواند پیامدهای روانشناختی مانند افسردگی را به دنبال داشته و فرد را به شدت در برابر استرس آسیب‌پذیر سازد. حمایت خانواده و تنها نگذاشتن افراد ناباور و همچنین درک اندوه و شرایط آنان، باعث می‌شود که این افراد راحت‌تر بتوانند با مشکل خود مقابله کرده و شرایط خود را بپذیرند. این پذیرش و درک شدن از سوی خانواده، باعث کاهش افکار منفی، انزوا و نشخوارهای ذهنی شده و پیشروی به سوی افسردگی را کاهش می‌دهد.

علی‌رغم تمام تلاش‌های انجام شده به منظور دقیق و صحیح بودن مطالعه، در این مطالعه مانند سایر مطالعات رفتاری و اجتماعی، محدودیت‌هایی وجود داشت که در تعمیم نتایج، باید مد نظر قرار گیرند؛ مثلاً با توجه به اینکه مطالعه حاضر بر روی زنان ناباور انجام شد، تعمیم این مدل به سایر جمعیت‌ها، نیازمند مطالعات بیشتر بوده و باید با احتیاط انجام شود. همچنین جامعه پژوهش در مطالعه حاضر، تنها از مراجعه‌کنندگان به بیمارستان تخصصی ناباور، بودند، در نتیجه تعمیم نتایج به همه افراد ناباور باید با احتیاط صورت گیرد. از

طرف دیگر، با توجه به اینکه در مطالعه حاضر فقط از زنان ناباور ارزیابی به عمل آمد، باید از تعمیم نتایج به مردان خودداری شود.

بر اساس نتایج مطالعه حاضر، پیشنهاد می‌شود سایر عوامل تأثیرگذار بر کیفیت زندگی افراد ناباور مانند رضایت زناشویی، رضایت جنسی و شناخت‌های ناکارآمد مورد بررسی قرار گیرند. همچنین پیشنهاد می‌شود، مطالعاتی که بر مداخلات آموزشی (مانند آموزش مقابله‌ای مؤثر، آموزش روابط زوجین، آموزش‌های مربوط به روابط جنسی) مبتنی هستند، در بررسی‌های آینده گنجانده شوند. به منظور ارتقاء سلامت روان زنان ناباور، انجام مداخلات مربوط به آموزش راهبردهای مقابله‌ای و جستجوی حمایت اجتماعی و کاهش حساسیت به برچسب‌های اجتماعی از طریق اصلاح افکار، جهت سازگاری بهتر با مشکلات ناباور، ضروری به نظر می‌رسد. به این منظور پیشنهاد می‌شود که در مراکز درمانی، کلاس‌های آموزشی مربوطه توسط متخصصین روانشناس برگزار شود. همچنین لازم است در بیمارستان‌های زنان و ناباور، روانشناسانی جهت حل مشکلات شناختی، زوجی و سازگاری زوجین ناباور و مشاوره‌های خانوادگی حضور فعال داشته باشند.

نتیجه‌گیری

تمرکز بر نوع راهبرد مقابله‌ای و همچنین تأکید بر حمایت خانواده برای زنان ناباور، می‌تواند تأثیر مهمی در کاهش میزان افسردگی آنان و نیز کاهش آسیب‌پذیری این قشر از جامعه نسبت به برچسب اجتماعی مربوط به ناباور داشته باشد.

تشکر و قدردانی

این مطالعه در قالب پایان‌نامه کارشناسی ارشد انجام شد. بدینوسیله از همکاری مسئولین محترم پژوهشکده سلولی-مولکولی صرم به ویژه جناب آقای دکتر حاجتی و سرکارخانم میرفتاحی و همچنین تمام زنان ناباور عزیزی که ما را در انجام این مطالعه یاری نمودند، تشکر و قدردانی می‌شود.

1. Ridenour AF, Yorgason JB, Peterson B. The infertility resilience model: Assessing individual, couple, and external predictive factors. *Contemp Fam Ther* 2009; 31: 34-51.
2. Salmela-Aro K, Suikkar AM. Letting go of your dreams Adjustment of child-related goal appraisals and depressive symptoms during infertility treatment. *Journal of research in personality* 2008; 42: 988-1003.
3. Mindesa EJ, Ingrama KM, Kliewera W, Jamesb CA. Longitudinal analyses of the relationship between Longitudinal analyses of the relationship between unsupportive social interactions and psychological adjustment among women with fertility problems. *Social Science & Medicine* 2003; 56: 2165-2180.
4. Noury R, Jazayeri AR, Mazinani R, Qazi Tabatabaee M. The role of stress and sociotroy and autonomy personality with depression. *Refah e Ejtemaee Magazin* 1385; 20:1-18. (Full Text in Persian)
5. Bakhshani NM, Birashk B, Aatef Vahid MK, Bolhari J. [The relationship between social support and stressfull life events with depression] [Article in Persian]. *Iran Pschiatry Clin Psychol* 2003;9(2):49-55.
6. Somerfield MR, Mc Crae RR. Stress and coping research. *American Psychologist* 2000; 1: 556-627.
7. Sexton MB, Michelle RB, Kluge Sv. Measuring resilience in women experiencing infertility using the CD-RISC: Examining infertility-related stress, general distress, and coping styles. *Journal of Psychiatric Research* 2010; 44: 236-241.
8. Lankveld Wv, Hanneke T, Ge`rard N, Vonk M, Hoogen F. Social support, disease-related cognitions and coping as predictors of depressed mood in systemic sclerosis. *Cogn Ther Res* 2008; 32: 434-447.
9. Holahan CJ, Moos RH, Schaefer JA, Editors. Coping, stress resistance, and growth: Conceptualizing adaptive functioning. USA: John Wiley and Sons Inc; 1996. P. 24-43
10. Miall CE. Community constructs of involuntary childlessness: Sympathy, stigma, and social support. *Canadian Review of Sociology and Anthropology* 1994; 31: 392-421.
11. Prachakul W, Grant JS, Keltner NL. Relationships Among Functional Social Support, HIV-Related Stigma, Social Problem Solving, and Depressive Symptoms in People Living With HIV: A Pilot Study. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care* 2007; 18: 67-76.
12. Crocker J, Major B, Steele C, Editors. *Social Stigma. The Handbook of Social Psychology.* Boston: MA: McGraw Hill; 1998. P. 504-553.
13. Dovidio JF, Major B, Crocker J. Stigma: Introduction and overview. *Stigma: Social psychological perspectives.* New York: Guilford; 2000. P. 344-357.
14. Lal Joshi H, Singh R, Bindu. Psychological distress, coping and subjective wellbeing among infertile women. *Journal of the Indian Academy of Applied Psychology* 2009; 35: 329-336.
15. Vyavaharkar M, Moneyham L, Corwin S, Saunders R, Annang L, Tavakoli A. Relationships between stigma, social support, and depression in HIV-infected african American women living in the rural Southeastern United States. *J Assoc Nurses AIDS Care* 2010 Mar-Apr;21(2):144-52.
16. Taylor MV. Social support, personal control, and psychological functioning among individuals with heart failure.[Unpublished PhD Thesise].Pittsburgh:University of Pittsburgh;2005:55-67.
17. Bahadori Khosroshahi J, Khanjani Z. Study of relationship between humor and stressful events with depression in college students. *Journal of Zahedan Medical Sciences Studies* 1390;5:14-15.
18. Lotfi nia H. The effectiveness of problem solving therapy in reducing college student's depression. *Medical Journal of Tbriz University of Medical sciences & Healthy Services* 1388;31(4):53-58.
19. Abdifard S. Study of relationship between social support and the locus of control with adjustment in Ferdowsi University of Mashhad M.A students . M.A Dessertation, Tarbiat Moalem University.1374.
20. Donkor E.S, Sandall J. The impact of perceived stigma and mediating social factors on infertility-related stress among women seeking infertility treatment in Southern Ghana. *Social Science & Medicine* 2007; 65:1683-1694.
21. Nagas Y, et al. coping strategies and thei correlates with depression in the Japaneses general population. *Psychiatry Research* 2009;168:57-66.
22. Faramarzi M, Alipor A, Esmaelzadeh S, Kheirkhah Farzan, Poladi K, Pash H. Treatment of depression and anxiety in infertile women: cognitive behavioral therapy versus fluoxetine. *Journal of Affective Disorders* 2008; 108:159-164.

