مقـــاله تحقیقی

پیش بینی تاب آوری فردی بر اساس حمایت اجتماعی، سلامت روان و تاب آوری خانوادگی در زنان نابارور

فرشته میرزایی[1*]، علی دلاور[2]

[1] دکترای روانشناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم تحقیقات، تهران ، ایران

[2] استاد، گروه روان‌شناسی، دانشگاه علامه طباطبایی، تهران، ایران

* نشانی نویسنده مسئول: بخش روانشناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم تحقیقات، تهران، ایران

نشانی الکترونیک: mirzaee@srbiau.ac.ir

چکیده

زمینه: زنان نابارور در معرض آسیبهای روانی و اجتماعی متعددی از قرار دارند و تاب آوری در این افراد برای محافظت از آنها در برابر آسیب‌ها از اهمیت خاصی برخوردار است. هدف پژوهش حاضر پیش‌بینی تاب‌آوری فردی بر اساس حمایت اجتماعی، سلامت روان و تاب آوری خانوادگی در زنان نابارور بود.

روش کار: پژوهش حاضر از نوع همبستگی است. جامعه آماری شامل زنان نابارور مراجعه کننده به بخش ناباروری بیمارستان خاتم الانبیا تهران در سال ۱۳۹۹-۱۳۹۸ بود. با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و با در نظر گرفتن ملاکهای ورود شامل زنان نابارور، داشتن حداقل تحصیلات سیکل، سن ۴۵-۲۰ سال و داشتن حداقل دو سال سابقه ناباروری اولیه یا ثانویه، ۳۶۱ نفر برای شرکت در مطالعه انتخاب شدند. پرسشنامه‌های تاب‌آوری کانر-دیویدسون، مقیاس سنجش تاب‌آوری خانواده، پرسشنامه حمایت اجتماعی ادراک شده و پرسشنامه سلامت عمومی برای جمع‌آوری داده‌ها استفاده شد. از روشهای ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون با بهره گیری از نرم افزار SPSS نسخه ۲۲ برای تحلیل داده‌ها استفاده شد.

یافته ها: طبق نتایج، سلامت روانی (۰/۷۱)، حمایت اجتماعی (۰/۶۲) و تاب‌آوری خانوادگی (۰/۷۸) دارای ضریب همبستگی مثبت معنادار با تاب‌آوری فردی بودند ($P<0.01$). نتایج رگرسیون در پیش بینی دلزدگی زناشویی از طریق ابعاد حمایت اجتماعی و سلامت روان نشان میدهد که متغیرهای پیش بین توان تبیین ۳۸/۳٪ از واریانس تاب‌آوری فردی را در سطح ۰/۰۰۱ داشتند ($F=13.48, P<0.001$).

نتیجه گیری: در زنان نابارور، تاب آوری فردی از طریق حمایت اجتماعی، سلامت روان و تاب‌آوری خانوادگی قابل پیش‌بینی است و حمایت اجتماعی، سلامت روان و تاب‌آوری خانوادگی بالاتر به افزایش تاب‌آوری فردی در این افراد کمک میکند.

واژه‌گان کلیدی: حمایت اجتماعی، سلامت روان، تاب‌آوری، ناباروری

مقدمه

ناباروری به عنوان ناتوانی در انجام بارداری پس از مدت معقول رابطه جنسی بدون اقدامات پیشگیری از بارداری تعریف میشود (۱). تقریباً یک پنجم زوجین، نابارور هستند و سالانه دو میلیون زوج به این جمعیت افزوده می‌شود (۲). در ایران نیز شیوع کلی ناباروری ۱۳/۱۳ درصد گزارش شده است (۳). ناباروری در واقع یک بحران پیچیده زندگی است که از لحاظ روان شناختی تهدیدکننده و از لحاظ هیجانی فشارآور است و برخی از پژوهشگران پیامدهای روان‌شناختی ناباروری را به واکنشهای سوگ عمومی تشبیه کرده‌اند (۴). طبق شواهد، ناباروری به خصوص در زنان می‌تواند آثار و عواقب روانی و اجتماعی متعددی به جای بگذارد و با کاهش اعتماد به نفس، کاهش ارتباطات، احساس تنهایی و طرد شدن، وسواس در مورد بارور شدن، احساس افسردگی، ناتوانی، خستگی، گیجی، عصبانیت، از پا درآمدن، احساس شرم و خجالت و احساس اضطراب و تنش در هنگام برخورد با مشکلات و موانع درمانی همراه باشد (۵). تاب آوری از جمله متغیرهایی است که در مورد زنان نابارور میتواند حایز اهمیت باشد و آنها در غلبه بر عوارض روانی و اجتماعی ناشی از ناباروری یاری برساند.

تاب‌آوری به خاصیت کشسانی، بازگشت پذیری و ارتجاعی معنا شده است (۶). در روانشناسی، تاب‌آوری فرآیند پویای سازگاری مثبت و موفقیت‌آمیز در شرایط چالش‌انگیز و تهدیدکننده است و به توانایی فرد برای غلبه کردن بر مشکلات زندگی و قویتر شدن در نتیجه رو به رو شدن با مشکلات اشاره دارد (۷). افراد تاب‌آور میتوانند شرایط بهتری برای زندگی کردن فراهم کنند، مهارت‌های حل مسئله را گسترش دهند و در برابر استرس مقاومتر هستند (۸). تاب‌آوری مفهومی روانشناختی است که آن را عامل تعدیل کننده استرس معرفی کرده‌اند چرا که تاب آوری به عنوان توانایی سازگاری موفقیت‌آمیز با شرایط دشوار باعث میشود که فرد در برابر استرس‌های روزمره زندگی از خود انعطاف نشان دهد و خود را با تغییرات محیطی تطبیق دهد و در نتیجه، رویدادهای استرس‌آور زندگی روزمره نمیتواند باعث آسیب جدی در فرد شود (۹). از سویی دیگر تاب‌آوری پایین باعث میشود که فرد نتواند بعد از مواجهه با رویدادهای استرس‌آور به حالت قبلی خود برگردد (۷). بنابراین تاب آوری با افزایش تحمل، سازگاری با بحرانهای زندگی و غلبه بر آنها همراست و طبق پژوهش‌ها تاب آوری روانشناختی باعث افزایش توانمندی فرد در موقعیت‌های دشوار میشود (۱۰). Li و همکاران (۹) Li و همکاران (۱۰) در مطالعه خود نشان داده‌اند که تاب‌آوری در زنان نابارور با کاهش سطح استرس و افزایش سطح رضایت زناشویی و کیفیت زندگی همراه است. تاب‌آوری یک ویژگی ثابت و تغییر ناپذیر شخصیتی نیست و افراد ظرفیت بازسازی آن را دارند (۱۱) و به نظر میرسد که وضعیت سلامت روان فرد، تاب آوری خانوادگی و حمایت اجتماعی ادراک شده عواملی هستند که می‌توانند تاب آوری فردی را متاثر سازند.

سلامت روان یعنی توانایی فرد برای ارائه اعمال هماهنگ، خوشایند، موثر و انعطاف‌پذیر در موقعیتهای سخت و دشوار و نیز توانایی برای بازیافت تعادل روانی است (۱۲). سازمان جهانی بهداشت، سلامت روان را چنین تعریف میکند: «بهداشت روان در درون مفهوم کلی سلامت جای می‌گیرد و سلامتی یعنی توانایی کامل برای ایفای نقش اجتماعی، روانی و جسمی؛ سلامتی تنها نبود بیماری و عقب ماندگی نیست و دربردارنده بهزیستی و رفاه فردی است (۱۳). بر اساس مطالعات انجام شده تجربه ناباروری که برخی آن را بحران ناباروری نام نهاده‌اند، با استرس فیزیکی، اقتصادی، روانشناختی و اجتماعی همراه است که تمامی ابعاد زندگی فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهد (۱۴). مطالعات بسیاری اثرات روانشناختی ناباروری را آشکار ساخته‌اند. شیوع کلی مشکلات روانی در زوجین نابارور ۲۵/۱ تا ۶۰/۶۰ درصد برآورد شده است (۱۵) و بر اساس بررسی‌های انجام شده افسردگی، اضطراب، پائین بودن عزت نفس، نارضایتی زناشویی و نارضایتی جنسی از پیامدهای روان شناختی ناباروری به خصوص در زنان میباشد (۱۶). در تحقیقی میزان اضطراب و افسردگی در زنان نابارور برابر با میزان اضطراب و افسردگی در زنان مبتلا به ناراحتی قلبی و سرطان و ایدز برآورد شده است. در واقع بچه‌دار شدن و مادری کردن، بخشی از هویت یک زن محسوب میشود و بنابراین ناباروری به صورت یک عامل استرس‌زا، با تحت تاثیر قرار دادن زنان از نظر هیجانی و اجتماعی میتواند، عامل خطری برای سلامتی آنها باشد (۱۷). عدم توانایی زنان برای داشتن فرزند منجر به احساس درماندگی و تجربه عواطف منفی در آنها میگردد و استرس، احساس انزوا، افسردگی، خشم، اضطراب، گناه و ناکامی از جمله هیجانات منفی هستند که در نتیجه ناباروری در زنان ایجاد می‌گردد (۱۸). تجربه این هیجانات منفی در دراز مدت میتواند سلامت جسمی و روانی زنان نابارور را دچار آسیب سازد.

خانواده یک سیستم حمایتی برای اعضای خود و در نتیجه ابزاری جهت تاب آوری آنهاست. مسئله اصلی این است که چرا بعضی افراد در شرایط چالش‌برانگیز رشد می‌کنند اما بعضی دیگر نه و چرا بعضی افراد و خانواده‌ها در مواقع گرفتاری و مصیبت تحمل بیشتری از خود نشان می‌دهند. تاب‌آوری خانواده را می‌توان به توانایی خانواده برای پاسخ مثبت به یک وضعیت نامطلوب و بیرون آمدن از آن وضعیت با احساس قدرت، مدیریت و اعتماد به نفس بیشتر نسبت به مرحله قبل تعریف کرد (۱۹). خانواده معمولا یک عامل حفاظتی در تاب آوری به حساب می‌آید و این

که یک خانواده چطور با تجربه‌های مختل کننده مواجه شده و آن را کنترل میکند، سپر فشار روانی میشود، خود را دوباره سازماندهی میکند و به حیات خود ادامه میدهد، بر انطباق بلندمدت هر یک از اعضاء خانواده و سلامت واحد خانواده تاثیر میگذارد (۲۰). تاب‌آوری خانواده بیانگر توانایی خانواده برای مواجهه با تغییرات در موقعیت‌های بحرانی، توانایی احیای مجدد و کسب تعادل پس از بحران است و شامل مؤلفه‌های ارتباط خانوادگی و حل مسأله، بهره‌مندی از منابع اقتصادی و اجتماعی، حفظ یک چشم انداز مثبت، پیوند خانوادگی، معنویت خانواده و توانایی ایجاد معنا برای مشکلات است (۲۱). تاب‌آوری خانواده به فرآیندهای انطباقی و مقابله‌ای خانواده به صورت یک واحد کارکردی اشاره دارد و توجه را از خانواده در مقام یک منبع حمایتی برای اعضا به خانواده در جایگاه یک کل تغییر میدهد (۲۲) و یک چارچوب نظری برای فهم ظرفیت خانواده‌ها در مواجه شدن با بحران، چالش، ناراحتی، حل موفقیت‌آمیز آنها و سازگاری فراهم میکند (۲۳). وقتی یک بحران یا استرس وارد میشود خانواده‌ها سعی می‌کنند بین نیازها و ظرفیت‌های خود تعادل برقرار کنند (۲۴). اینکه خانواده چگونه تغییرات را ایجاد میکنند، به مهارتها و منابع در دسترس آنها برای غلبه بر بحران بستگی دارد که سطوح مختلفی از تاب‌آوری را به وجود می‌آورد (۲۲). عوامل متعدد دیگری نیز میتوانند در ایجاد تاب آوری فردی دخیل باشند و در این میان سلامت عمومی فرد و وضعیت حمایت اجتماعی دریافت شده فاکتورهای مهمی به نظر میرسند (۲۴).

همچنین حمایت اجتماعی ادراک شده عاملی است که میتواند تاب‌آوری فردی را متاثر سازد. حمایت اجتماعی تعاملات بین فردی در میان اعضای شبکه جتماعی است که به صورت روابط دوسویه و غیررسمی و معمولا خود به خودی و سودمند میباشد (۲۵). صاحب نظران، حمایت اجتماعی را واقعیتی اجتماعی و آن را ناشی از ادراک و تصور فرد می‌دانند؛ یعنی این احساس که شخص مورد توجه دیگران است و دیگران برای او ارزش قائلند و این که او به یک شبکهٔ اجتماعی متعلق است (۲۶). حمایت اجتماعی مفهومی است که عموما به عنوان کمکی که از جانب دیگران در شرایط، دشوار زندگی دریافت میشود، درک میگردد و نقش مهمی در کاهش استرس دارد و با تمام سطوح الگوی تبادلی استرس تعامل دارد (۲۷). حمایت اجتماعی اساساً برای فرد فایده‌هایی را به همراه دارد، محققان معتقدند پنج نوع حمایت اجتماعی شامل حمایت عاطفی، حمایت تعلق، حمایت ابزاری، حمایت اطلاعاتی یا ارزیابی، حمایت ارزشی و تأییدی وجود دارد (۲۸). در برخی شرایط خاص مانند بیماری یا اتفاقات ناخوشایند اهمیت حمایت اجتماعی بیشتر احساس میشود و آنچه در این میان از اهمیت برخوردار است، ادراک فرد در معرض آسیب از نوع و میزان حمایتی است که از دیگران دریافت میکنند (۲۵). بدیهی است که برداشت فرد از این نوع کمک‌ها اعم از فکری، عاطفی و رفتاری میتواند با تسکین آلام جسمانی و اصلاح مشکلات شناختی، نگرشی و یا عاطفی او منجر به بهبود شرایط زندگی وی گردد و توان شخص را در مقابله با حوادث و بیماریها افزایش دهد (۲۹). حمایت اجتماعی نیرومندترین نیروی مقابله‌ای برای رویارویی با شرایط تنش‌زا است و از طریق تقویت شناخت افراد، باعث کاهش تنش و بهبود کیفیت زندگی افراد میشود (۲۶). کسانی که سطوح بالای حمایت اجتماعی را در اختیار دارند، حتی در صورت تجربه فشار و استرس جدید در مقابل بیماری کمتر آسیب‌پذیرند. همچنین، شیوه غیرانطباقی تفکر و رفتار بیشتر میان اشخاصی شایع است که در درون خانواده حمایت اجتماعی کمی دارند (۲۸). شواهد متعدد بیان میکند افرادی که از شبکه‌های اجتماعی گسترده برخوردارند در مقابله با بیماریها بهتر می‌توانند عمل کنند تا افرادی که فاقد حمایت اجتماعی مناسب هستند (۲۹).

ناباروری وضعیتی استرسزا تلقی می‌شود و در حالی که تاب‌آوری فرد میتواند به عنوان یک عامل محافظتی در این مورد عمل کند، افراد نابارور به واسطه انبوه مشکلات معمولاً بیش از سایر افراد در معرض ضعف در تاب‌آوری و سلامت عمومی قرار دارند. بر این اساس و با توجه به اهمیت پرداختن به مطالعاتی در زمینه آسیبها و مشکلات روانی و اجتماعی افراد نابارور و بخصوص زنان نابارور، پژوهش حاضر با هدف پیش بینی تاب‌آوری فردی بر اساس حمایت اجتماعی، سلامت روان و تاب‌آوری خانوادگی در زنان نابارور انجام شد. فرضیه پژوهش این است که تاب‌آوری فردی در زنان نابارور از طریق حمایت اجتماعی، سلامت روان و تاب‌آوری خانوادگی قابل پیش بینی است.

روش کار

روش پژوهش حاضر توصیفی و از نوع همبستگی بود. 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 می‌باشد. جامعه آماری این پژوهش زنان نابارور مراجعه کننده به بخش ناباروری بیمارستان خاتم الانبیاء در سالهای ۱۳۹۹-۱۳۹۸ بودند که نمونه‌ای شامل ۳۶۱ نفر از این زنان با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. ملاک‌های ورود به مطالعه شامل زنان نابارور، داشتن حداقل تحصیلات سیکل، سن ۴۵-۲۰ سال و داشتن حداقل دو سال سابقه ناباروری اولیه یا ثانویه بود. شایان ذکر است که زنان نابارور با هر علت ناباروری و در هر مرحله‌ای از درمان اجازه ورود به مطالعه داشتند. در ارتباط با فرایند اجرای طرح، پس از تأیید موضوع تحقیق در دانشگاه، جهت اخذ مجوز اخلاق از مرکز کمیته اخلاق در پژوهش

دانشگاه آزاد اسلامی–واحد علوم تحقیقات تهران اقدام شد. سپس دانشگاه معرفی نامه‌ای صادر نمود که از مراکز ناباروری در شهر تهران درخواست همکاری در این طرح تحقیقاتی با محقق را داشت. مرکز ناباروری بیمارستان خاتم الانبیاء تهران بر اساس آمادگی برای اعلام همکاری در اجرای این طرح تحقیقاتی، به عنوان محیط پژوهش انتخاب شد. پس از انجام مذاکره و هماهنگی‌های لازم با مسئولین بیمارستان و اعلام همکاری آنها، فعالیت محقق در بخش ناباروری در این مرکز شروع شد. مسئولین بخش ناباروری بیمارستان، بیماران حائز شرایط را به محقق معرفی کرده و آنها را به محقق ارجاع می‌دادند. سپس محقق درباره تحقیق و شرکت در پژوهش توضیحات لازم را به بیماران می‌داد و در صورت رضایت آنها برای مشارکت در پژوهش، پرسشنامه‌ها برای تکمیل شدن در اختیار شرکت کنندگان قرار می‌گرفت. جهت رعایت نکات اخلاقی، قبل از اجرای پژوهش اطلاعات لازم در اختیار آزمودنی‌ها قرار گرفت و به آزمودنی‌ها اطمینان داده شد که همه اطلاعات محرمانه خواهد ماند و برای امور پژوهشی استفاده می‌شود. همچنین آزمودنی‌ها به میل و اختیار خود و پس از تایید بخش ناباروری مرکز مربوطه مبنی بر داشتن شرایط لازم، توانستند در پژوهش شرکت کنند.

مقیاس تاب آوری کانر – دیویدسون (Connor-Davidson Resilience Scale)

کانر و دیویدسون (۲۰۰۳)، این مقیاس ۲۵ گویه‌ای را ساختند. این مقیاس تاب‌آوری را در اندازه‌های پنج درجه‌ای لیکرت از صفر (همیشه نادرست) تا ۴ (همیشه درست) می‌سنجد (۳۰). مطالعه مقدماتی کانر و دیویدسون (۲۰۰۳) در مورد ویژگی‌های روان سنجی این مقیاس در جمعیت عادی و بیماران نشان داد که این ابزار همسانی درونی، پایایی باز آزمایی، روایی همگرا و واگرای کافی دارد. نتایج تحلیل عاملی نشان داد که این مقیاس یک ابزار چند بعدی است و وجود پنج عامل شایستگی/ استحکام شخصی، اعتماد به غرایز شخصی/تحمل عواطف منفی، پذیرش مثبت تغییر/ روابط ایمن، کنترل و معنویت را برای این مقیاس تایید کرده است. این مقیاس در مطالعه در ایران بر روی ۲۴۸ نفر اجرا شد و پایایی آن با سنجش همسانی درونی آلفای کرونباخ ۰/۸۹ به دست آمد. همچنین روایی صوری و محتوایی این مقیاس مورد تایید قرار گرفت (۳۱).

مقیاس سنجش تاب آوری خانواده (Family Resilience Assessment Scale)

مقیاس تاب‌آوری خانواده که توسط Sixbey در سال ۲۰۰۵ ساخته شده (۳۲)، شامل ۶۶ سوال در ۶ حوزه ارتباط خانوادگی و حل مسئله (۳۰ سوال)، بهره‌مندی از منابع اقتصادی و اجتماعی (۱۳ سوال)، حفظ چشم انداز مثبت (۶ سوال)، پیوند خانوادگی (۷ سوال)، معنویت خانواده (۵ سوال) و توانایی ایجاد معنا برای سختی و دشواری (۵ سوال) است. از آزمودنی خواسته شد که بر روی مقیاس لیکرت از کاملاً مخالفم (برابر ۱) تا کاملاً موافقم (برابر ۴) به سوالات پاسخ دهد. حداقل نمره اکتسابی در این مقیاس ۶۶ و حداکثر نمره ۲۶۴ بیان شده و نمره بیشتر نشانگر تاب‌آوری خانواده بیشتر است. در پژوهش Sixbey پایایی نمره کل مقیاس ۰/۹۶ و روایی ملاکی همزمان با ابزار سنجش خانواده و شاخص معنای شخصی، خوب ارزیابی شده است (۳۲). روایی همزمان مقیاس تاب آوری خانواده در مطالعه‌ای در ایران با استفاده از مقیاس معنای زندگی و آب دیدگی تایید شد. ضریب آلفای کرونباخ برای نمره کل تاب آوری خانواده ۰/۹۳ و برای ابعاد آن دامنه‌ای از ۰/۷۶ تا ۰/۹۳ محاسبه شد (۳۳).

پرسشنامه سلامت عمومی (General Health Questionnaire)

برای گردآوری داده‌های سلامت روان، از پرسشنامه سلامت عمومی Goldberg & Hillier (1979) استفاده شد (۳۴). این پرسشنامه خود گزارش دهی، در مجموعه‌های بالینی با هدف شناسایی کسانی که دارای یک اختلال روانی هستند، مورد استفاده قرار می‌گیرد و دارای چهار مقیاس فرعی هفت سوالی است: ۱) علایم جسمانی ۲) علایم اضطرابی ۳) کارکرد اجتماعی ۴) علایم افسردگی. بررسی‌ها نشان داده‌اند 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 مقیاس‌ها از صفر تا ۲۱ و در کل پرسشنامه از صفر تا ۸۴ خواهد بود. نمرات هر آزمودنی بطور جداگانه محاسبه می‌شود و پس از آن نمرات چهار زیر مقیاس را جمع کرده و نمره کلی بدست می‌آید. نمره کمتر بیانگر سلامت روان بهتر است و نمره ۱۶ به بالا در هر زیر مقیاس و ۶۰ به بالا در نمره کل پرسشنامه نشان‌دهنده ناراحتی شدید است. روایی و پایایی این پرسشنامه توسط Goldberg & Hillier با روش بازآزمایی ضریب پایایی ۰/۷۴ و ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۴ به دست آمد (۳۴). ابراهیمی در بررسی ویژگی‌های روانسنجی 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 (۳۵). در مطالعه حاضر ضریب پایایی پرسشنامه سلامت عمومی با روش آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۸۹ و روایی ملاک آن از طریق

همبستگی ۰/۷۱، بدست آمد.

پرسشنامه حمایت اجتماعی ادراک شده Maltidimensional scale of perceived so-) (cial support

برای گردآوری های لازم در زمینه حمایت اجتماعی ادراک شده از پرسشنامه حمایت اجتماعی ادراک شده Zimet و همکاران (۱۹۹۰) استفاده شد (۳۶). این پرسشنامه ۱۲ گویه دارد و سه بعد حمایت خانواده، دوستان و دیگر افراد مهم را می‌سنجد. هر بعد این مقیاس ۴ گویه دارد و پاسخ دهنده به هر گویه روی مقیاس ۷ درجه ای لیکرت (۱= کاملا مخالف و ۷= کاملا موافق) پاسخ می‌دهد. نمرهٔ بالا در این مقیاس، بیانگر سطح بالای حمایت اجتماعی ادراک شده است. ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس در مطالعه زیمت و همکاران برای زیر مقیاس‌های شخص مهم دیگر ۰/۹۱، خانواده ۰/۸۷ و دوستان ۰/۸۵ بوده است. ضریب آلفای کرونباخ آن برای بعد خانواده ۰/۸۸، دوستان ۰/۹۰ و دیگر افراد مهم ۰/۶۱ گزارش شده است (۳۶). در مطالعه‌ای در ایران روایی صوری و محتوایی این پرسشنامه بررسی و تایید شد و ضریب آلفای کرونباخ آن ۰/۷۷ محاسبه شد (۳۷). در مطالعه حاضر ضریب پایایی پرسشنامه حمایت اجتماعی ادراک شده با روش آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۸۳ بدست آمد.

در پژوهش حاضر، برای تحلیل داده‌ها از روش‌های ضریب همبستگی پیرسون و رگرسیون با بهره‌گیری 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 (۳۶٪) و ۲-۳ سال کمترین فراوانی را

جدول ۱. وضعیت نمونه مورد مطالعه در ویژگیهای 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 ۴۵سال	۶۱	۱۶/۹
وضعیت تحصیل	راهنمایی سیکل	۴۳	۱۱/۹
	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

داشتند.

میانگین، انحراف استاندارد و همچنین ضرایب همبستگی بین متغیرهای پژوهش در جدول ۲ ارائه شده است. همانطور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، تمامی متغیرهای پیش بین همبستگی معناداری با تاب آوری فردی دارند. سلامت روانی (۰/۷۱)، حمایت اجتماعی (۰/۶۲) و تاب‌آوری خانوادگی (۰/۷۸) دارای ضریب همبستگی مثبت معنادار با تاب آوری فردی بودند.

قبل از اجرای تحلیل رگرسیون مفروضات تحلیل رگرسیون مورد بررسی قرار گرفت. جهت بررسی نرمال بودن داده‌ها از آزمون کولموگروف – اسمیرنوف استفاده شد که نتایج این آزمون گویای نرمال بودن داده ها بود ($P>0/05$). 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 (۳۸)، نشان دهنده استقلال خطاها است و از آنجا که

جدول۲. میانگین، انحراف استاندارد و ضرایب همبستگی بین متغیرها

متغیر	میانگین	انحراف معیار	۱	۲	۳	۴
۱. سلامت عمومی	۵۵/۳۱	۳۸/۴۰	۱			
۲. حمایت اجتماعی	۴۱/۶۹	۹/۶۳	۰/۶۰**	۱		
۳. تاب آوری فردی	۴۷/۳۹	۱۱/۵۵	۰/۷۱**	۰/۶۲**	۱	
۴. تاب آوری خانوادگی	۱۴۸/۶۳	۲۲/۵۹	۰/۶۶**	۰/۴۱**	۰/۷۸**	۱

** > P ۰/۰۱ * > P ۰/۰۵

مقدار این شاخص در فاصله بین ۲/۳۲ محاسبه شد نشان میدهد که مفروضه استقلال خطاها رعایت شده است. همچنین شاخص تشخیص همخطی برای حمایت اجتماعی و سلامت روان و تاب آوری خانوادگی به عنوان متغیرهای پیش بین به صورت جداگانه بررسی شد. با توجه به اینکه ضریب همبستگی بین متغیرهای مستقل بالاتر از ۰/۸۰ (۳۸) 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 می‌توان گفت پدیده همخطی بودن در متغیرهای پژوهش رخ نداده است. بنابراین برای استفاده از تحلیل رگرسیون مانعی وجود نداشت و در جدول ۳ و ۴ نتایج آن گزارش شده است.

طبق نتایج جدول ۳، متغیرهای پیش بین توان تبیین ۳۸/۳ درصد از واریانس تاب آوری فردی را داشت و طبق نتایج این جدول مدل رگرسیون حاصل در سطح کمتر از ۰/۰۰۱ معنادار است($F=13.48, P<0.001$). بنابراین معناداری مدل کلی پیش بینی تاب‌آوری فردی بر اساس حمایت اجتماعی و سلامت روان و تاب‌آوری خانوادگی مورد تأیید است و متغیر حمایت اجتماعی و سلامت روان و تاب‌آوری خانوادگی قابلیت پیش بینی تاب‌آوری فردی را دارا هستند.

نتایج رگرسیون در پیش بینی تاب‌آوری فردی از طریق حمایت اجتماعی و سلامت روان و تاب آوری خانوادگی نشان می‌دهد که هر سه متغیر نقش معنی‌داری در پیش‌بینی تاب‌آوری فردی داشتند ($p<0.01$). با توجه به مقادیر t و معناداری، به ترتیب تاب‌آوری خانوادگی، سلامت روان و حمایت اجتماعی دارای بیشترین تاثیر در پیش بینی تاب‌آوری فردی بوده‌اند.

بحث

پژوهش حاضر با هدف پیش بینی تاب‌آوری فردی بر اساس حمایت اجتماعی و سلامت روان و تاب آوری خانوادگی در زنان نابارور انجام شد. نتایج این پژوهش نشان داد که حمایت اجتماعی و سلامت روان و تاب‌آوری خانوادگی در زنان نابارور با تاب‌آوری فردی رابطه مثبت معنی‌دار دارد و این متغیرها بطور معناداری دارای قابلیت پیش بینی تاب‌آوری فردی در زنان نابارور هستند.

در تبیین نقش معنادار حمایت اجتماعی در پیش بینی تاب‌آوری فردی در زنان نابارور باید گفت که مطالعات انجام شده پیرامون حمایت اجتماعی ادراک شده نشان میدهند که هر چه شبکه شخصی وسیع‌تر و متنوع‌تر باشد فرد قدرت مقابله با مشکلات را بیشتر داشته و کمتر در مقابل مشکلات آسیب‌پذیر است (۲۵). مدل تأثیر غیرمستقیم ضربه‌گیری حمایت اجتماعی عنوان میکند که حمایت اجتماعی عمدتاً هنگامی که سطح استرس بالا است بر سلامت روانی تأثیر دارد. گرچه که فقدان حمایت در این مدل ضرورتاً استرس‌زا به حساب نمی‌آید، اما در شرایط استرس بالا و حمایت کم، آسیب و پریشانی روانی افزایش می‌یابد. بر اساس فرضیه سپر حمایت اجتماعی، حمایت اجتماعی از طریق محافظت فرد در برابر تأثیرات منفی از فشار استرس زیاد بر فرد جلوگیری کرده و دارای نقش محافظتی برای فرد در مواقع قرار گرفتن در برابر استرس شدید است (۲۶). این محافظت از راه ارزیابی شناختی می‌تواند صورت گیرد؛ به طوری که در مواجه با موقعیت استرس‌زا مانند بیماری، افراد برخوردار از حمایت اجتماعی بالا، موقعیت را به اندازه افراد محروم از حمایت اجتماعی، استرس‌زا ارزیابی نمی‌کنند چرا که کسانی که حمایت اجتماعی بسیاری از آنان به عمل می‌آید، اطمینان دارند که در صورت نیاز می‌توانند از دوستان و نزدیکان خود کمک بگیرند و بنابراین استرس کمتری احساس می‌کنند و

جدول ۳. نتایج تحلیل رگرسیون متغیرهای پژوهش

متغیر شاخص	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری	R	R^2
رگرسیون	۳۳۸۸/۰۶	۳	۱۱۲۹/۳۵	۱۳/۴۸	۰/۰۰۱	۰/۶۲	٪۳۸/۳
باقیمانده	۲۹۹۰۹/۴۶	۳۵۷	۸۳/۷۸				
کل	۳۳۲۹۷/۵۲	۳۶۰					

جدول ۴. خلاصه نتایج تحلیل رگرسیون تاب‌آوری فردی بر پایه حمایت اجتماعی و سلامت روان و تاب‌آوری خانوادگی

متغیر پیش بین	ضریب رگرسیون	خطای استاندارد	ضریب رگرسیون استاندارد	t	معناداری
سلامت روان	۱/۱۲	۰/۰۷	۰/۵۱	۸/۶۹***	۰/۰۰۱
حمایت اجتماعی	۱/۰۵	۰/۱۱	۰/۳۲	۵/۰۶***	۰/۰۰۸
تاب آوری خانوادگی	۰/۹۷	۰/۰۶	۰/۵۸	۹/۹۸**	۰/۰۰۱

موقعیت را کمتر استرس‌زا ارزیابی می‌کنند (۲۷). همچنین حمایت اجتماعی موجب تعدیل واکنش رفتاری و هیجانی و شناختی فرد در برابر موقعیت استرس‌زا می‌شود. از طرف دیگر، یکی از تبعات حمایت اجتماعی مطلوب سلامت روان و در نتیجه آن تبعیت از رفتارهای خودمراقبتی است. صرف نظر از میزان استرس، حمایت اجتماعی در هر صورت برای حفظ سلامت فرد مفید است چرا که افرادی که حمایت اجتماعی بیشتری دریافت می‌دارند احساس تعلق و عزت نفس بیشتری می‌کنند و این باعث افزایش تاب آوری در فرد خواهد شد (۲۹). بنابراین، حمایت اجتماعی اطرافیان در زنان نابارور اهمیت دارد چرا که توجه و حس تعلقی که آنها از اطرافیان و به ویژه همسر خود دریافت می‌دارند، حس امید و شکست ناپذیری را در آنها به وجود می‌آورد. در همین راستا یافته مطالعه Iordachescu و همکاران (۲۷)، نشان داد که در زوجین نابارور برخورداری از حمایت اجتماعی در کاهش سطح استرس و بهبود سازگاری زناشویی و هیجانات منفی نقش دارد. یافته مطالعه Park و همکاران (۲۸) نشان داد که حمایت اجتماعی در کاهش سطح استرس و افزایش کیفیت زندگی و بهبود پاسخ درمانی نقش معناداری دارد.

در تبیین نقش معنادار سلامت روان در پیش بینی تاب‌آوری فردی در زنان نابارور باید گفت که سلامت روان و وضعیت باثبات روانی به عنوان یکی از بهترین ابزارهای درون فردی در کنار آمدن با امور دشوار به شمار می‌آید. در همین راستا نشان داده شده است که سازگاری و مقابله با بیماری‌های مزمن در افرادی که از عوامل تسهیل کننده از جمله سلامت و بهداشت روان برخوردار هستند به طور سریعتر اتفاق میافتد و از دوام و ثبات بیشتری نیز برخوردار است (۱۲). همچنین نگرش مثبت، خوش‌بینی و امید و انگیزهای که در چنین موقعیتی در یک فرد با سطح بالای سلامت روان وجود دارد، می‌تواند برای وی مفید باشد و با حفظ حالت کنترل پذیری شرایط منجر به انجام رفتارهای سلامت محور بیشتری از جمله رعایت یک سبک زندگی سالم و پایبندی به رفتارهای خودمراقبتی شود (۱۳). بنابراین می‌توان گفت سطح و وضعیت سلامت روان یک فرد عامل تعیین کننده مهمی در نوع برخورد وی با شرایط استرسزا و مقابله با آنهاست (۱۴). Patel و همکاران (۱۲) در مطالعه خود نشان دادند که افراد نابارور با سلامت روان کمتر در مقابل افراد نابارور با سلامت روان بیشتر از بدتنظیمی هیجان، عواطف منفی و امید به درمان کمتر رنج می‌برند. Cher-noff و همکاران (۱۵)، در مطالعه خود نشان دادند که در افراد نابارور، سلامت روان میتواند پیش بین معنادار بهبود راهبردهای مقابله‌ای، سازگاری با بیماری و تبعیت از برنامه درمانی باشد.

در تبیین نقش تاب‌آوری خانواده در پیش‌بینی تاب‌آوری فردی در زنان نابارور باید گفت که هر خانواده در هر مرحله از زندگی و بحران‌ها، نیاز به سازگاری ویژه‌ای دارد و در شرایط آسیب‌زا به خصوص آسیب‌های مزمن و عود کننده پیچیده و پیشرونده، کارکرد خانواده و اعضای وابسته بدان در صورت ناتوانی در حفظ تعادل خود ممکن است از هم گسیخته شوند (۱۹). چنانچه خانواده‌ها در نتیجهٔ تجربهٔ فقدان، بحران یا استرس دارای عملکرد مناسبی باشد خود می‌تواند منبع حمایت عاطفی و کمک به اعضای خود باشد و به افزایش توانایی آنان برای مقابله با چالش‌ها کمک کند (۲۰). تاب‌آوری خانواده به فرد کمک می‌کند تا در مواقع چالش، بحران، یا سختی عمده و بالقوه که ممکن است عملکرد وی را به هم بزنند؛ با اتکا بر توانایی خود و خانواده برای استفاده از منابع درونی و بیرونی به سازگاری بهتر دست پیدا کند (۲۲). تاب‌آوری خانواده می‌تواند تا حدی تعیین کند که فرد چه برداشت و رفتاری در پاسخ به چالش‌ها و در برابر محیط خود داشته باشد؛ به طوری که وی را قادر به استفاده موثر از راهبردهای مقابله‌ای مسئله مدار و مجموعه‌ای از واکنش‌های شناختی، رفتاری و هیجانی فعال در مواجههٔ با استرس میسازد که در نهایت منجر به موفقیت وی خواهد شد (۲۱). در نتیجهٔ فرد در مواجهه با استرس قویتر می‌شود، به منابع بیشتری دست می‌یابد، نسبت به توانمندی‌هایش مطمئن‌تر میشود و در مقایسه با گذشتهٔ خود پیشرفت میکند. تحقیقات نشان میدهد که خانوادههای تاب‌آور از مهارتهای حل مسأله شناختی به خوبی استفاده می‌شود و اعضای آن از ثبات روانی و عاطفی بیشتری برخوردار هستند و توانایی استفاده از مهارتهای هیجانی را به طور فعال دارند (۲۴).

طبق نتایج به دست آمده، حمایت اجتماعی و سلامت روان و تاب آوری خانوادگی دارای رابطه مثبت معنادار با تاب آوری فردی در زنان نابارور می‌باشند و نقش معناداری در پیش‌بینی تاب‌آوری فردی در این افراد هستند. پیشنهاد می‌شود مشاوران و درمانگران خانواده از یافته‌های این پژوهش، در راستای مداخلات بالینی و آموزشی استفاده کرده و از این رویکرد در جهت افزایش سلامت عمومی زوجین نابارور بهره ببرند. یکی از محدودیتهای پژوهش حاضر این است که نمونه مورد بررسی محدود به زنان نابارور مراجعه کننده به بخش ناباروری بیمارستان خاتم الانبیاء بود و تعمیم یافته‌ها به سایر زوجین نابارور را با محدودیت مواجه میسازد. همچنین این پژوهش از نوع تحقیقات همبستگی است و هر چند در تحقیقات همبستگی نیز میتوان بر اساس نظریه در مورد علت و معلول سخن گفت اما برای بررسی واقعی تاثیر متغیر مستقل بر وابسته، به پژوهش های آزمایشی نیازمند هست. محدودیت دیگر پژوهش این است که اطلاعات جمع‌آوری شده صرفا از طریق خود گزارشی شرکت کنندگان از طریق پرسشنامه به دست آمده است و استفاده از منابع چندگانهٔ اخذ اطلاعات میتواند به نتایج معتبرتر کمک کند. بر این اساس پیشنهاد می‌شود به منظور افزایش اعتبار

تعمیم یافته‌ها، مطالعات بعدی بر روی جمعیت وسیعتر زوجین نابارور انجام شود و همچنین به منظور دستیابی به نتایج معتبرتر، مطالعات بعدی می‌توانند داده‌ها را از طرقی غیر از خودگزارشی، مثلا از طریق مصاحبه به دست بیاورند.

منابع

1. Carson SA, Kallen AN. Diagnosis and management of infertility: a review. Jama. 2021 Jul 6;326(1):65-76.

2. Deshpande PS, Gupta AS. Causes and prevalence of factors causing infertility in a public health facility. Journal of human reproductive sciences. 2019 Oct;12(4):287.

3. Maharlouei N, Morshed Behbahani B, Doryanizadeh L, Kazemi M. Prevalence and pattern of infertility in Iran: A systematic review and meta-analysis study. Women's Health Bulletin. 2021 Apr 1;8(2):63-71.

4. Vander Borght M, Wyns C. Fertility and infertility: Definition and epidemiology. Clinical biochemistry. 2018 Dec 1;62:2-10.

5. Wiig S, Aase K, Billett S, Canfield C, Røise O, Njå O, Guise V, Haraldseid-Driftland C, Ree E, Anderson JE, Macrae C. Defining the boundaries and operational concepts of resilience in the resilience in healthcare research program. BMC health services research. 2020 Dec;20(1):1-9.

6. Schwarz S. Resilience in psychology: A critical analysis of the concept. Theory & Psychology. 2018 Aug;28(4):528-41.

7. Seiler A, Jenewein J. Resilience in cancer patients. Frontiers in psychiatry. 2019 Apr 5;10:208.

8. Hornor G. Resilience. Journal of pediatric health care. 2017 May 1;31(3):384-90.

9. Li Y, Zhang X, Shi M, Guo S, Wang L. Resilience acts as a moderator in the relationship between infertility-related stress and fertility quality of life among women with infertility: a cross-sectional study. Health and quality of life outcomes. 2019 Dec;17(1):1-9.

10. Li X, Ye L, Tian L, Huo Y, Zhou M. Infertility-Related stress and life satisfaction among chinese infertile women: a moderated mediation model of marital satisfaction and resilience. Sex Roles. 2020 Jan;82(1):44-52.

11. Fletcher D, Sarkar M. Psychological resilience: A review and critique of definitions, concepts, and theory. European psychologist. 2013;18(1):12.

12. Patel A, Sharma PS, Kumar P. Role of mental health practitioner in infertility clinics: A review on past, present and future directions. Journal of Human Reproductive Sciences. 2018 Jul;11(3):219.

13. World Health Organization. Department of Mental Health, Substance Abuse, World Health Organization, World Health Organization. Department of Mental Health, Substance Abuse. Mental Health, World Health Organization. Mental Health Evidence, Research Team. Mental health atlas 2005. World Health Organization; 2005.

14. Graham S, Depp C, Lee EE, Nebeker C, Tu X, Kim HC, Jeste DV. Artificial intelligence for mental health and mental illnesses: an overview. Current psychiatry reports. 2019 Nov;21(11):1-8.

15. Chernoff A, Balsom AA, Gordon JL. Psychological coping strategies associated with improved mental health in the context of infertility. Archives of women's mental health. 2021 Feb;24(1):73-83.

16. Li X, Wang K, Huo Y, Zhou M. The effect of infertility-related stress on Chinese infertile females' mental health: The moderating role of marital adjustment. PsyCh journal. 2019 Jun;8(2):232-9.

17. Saleem S, Qureshi NS, Mahmood Z. Attachment, perceived social support and mental health problems in women with primary infertility. International Journal of Reproduction, Contraception, Obstetrics and Gynecology. 2019 Jun 1;8(6):2533-41.

18. Khan AR, Iqbal N, Afzal A. Impact of Infertility on mental health of women. Int. J. Indian Psychol. 2019;7:804-9.

19. Walsh F. Strengthening family resilience. Guilford publications; 2015 Sep 28.

20. Black K, Lobo M. A conceptual review of family resilience factors. Journal of family nursing. 2008 Feb;14(1):33-55.

21. Vesely CK, Letiecq BL, Goodman RD. Immigrant family resilience in context: Using a community-based approach to build a new conceptual model. Journal of Family Theory & Review. 2017 Mar;9(1):93-110.

22. Kang X, Fang M, Li G, Huang Y, Li Y, Li P, Wang H. Family resilience is a protective buffer in the relationship between infertility-related stress and psychological distress among females preparing for their first in vitro fertilization–embryo transfer. Psychology, Health & Medicine. 2022 Apr 21;27(4):823-37.

23. Ahn SH, Kim SH. Distress, Family Resilience, and Quality of Life among Family Caregivers of Cancer Patients Undergoing Chemotherapy: The Moderating Role of Family Resilience. Korean Journal of Adult Nursing. 2022 Apr 1;34(2):225-32.

24. Van Schoors M, Caes L, Verhofstadt LL, Goubert L, Alderfer MA. Systematic review: Family resilience after pediatric cancer diagnosis. Journal of Pediatric Psychology. 2015 Oct 1;40(9):856-68.

25. Freeman P. Social support. Stress, well-being, and performance in sport. 2021 Mar 8:240-58.

26. Wills TA, Bantum EO, Ainette MG. Social support. The assessment in health psychology. 2016 Mar 30:131-46.

27. 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.

28. Park JM. The relationship between social support and infertility stress in infertile men. Journal of the Korea Convergence Society. 2020;11(8):107-13.

29. Khalid A, Dawood S. Social support, self-efficacy, cognitive coping and psychological distress in infertile women. Archives of Gynecology and Obstetrics. 2020 Aug;302(2):423-30.

30. Connor KM, Davidson JR. Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC). Depression and anxiety. 2003 Sep;18(2):76-82.

31. Khoshouei MS. Psychometric evaluation of the Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC) using Iranian students. International Journal of Testing. 2009 Mar 20;9(1):60-6.

32. Sixbey MT. Development of the family resilience assessment scale to identify family resilience constructs. University of Florida;

2005.

33. Dadashi Haji M, Karaminia R, Salimi SH, Ahmadi Tahour M. Translation and validation of the “Walsh Family Resilience Questionnaire” for Iranian families. International Journal of Behavioral Sciences. 2018 Aug 1;12(2):48-52.

34. Goldberg DP, Hillier VF. A scaled version of the General Health Questionnaire. Psychological medicine. 1979 Feb;9(1):139-45.

35. Nourbala AA, Bagheri YS, Mohammad K. The validation of general health questionnaire-28 as a psychiatric screening tool.

36. Zimet GD, Dahlem NW, Zimet SG, Farley GK. The multidimensional scale of perceived social support. Journal of personality assessment. 1988 Mar 1;52(1):30-41.

37. Bagherian-Sararoudi R, Hajian A, Ehsan HB, Sarafraz MR, Zimet GD. Psychometric properties of the Persian version of the multidimensional scale of perceived social support in Iran. International journal of preventive medicine. 2013 Nov;4(11):1277.

38. Freund RJ, Wilson WJ, Sa P. Regression analysis. Elsevier; 2006 May 30.