Role of Perceived Social Support in Quality of Life in Primary Infertility: Resilience and Cognitive Emotion Regulation Strategies as Mediators

Mohammad Reza Tamannaeifar *, Mahboobe esmikhani, Shahryar Yarmohamadi Vasel, Hossein mohagheghi

1. **Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Humanities, University of Kashan, Kashan, Iran. (Corresponding Author) ORCID:0000-0003-0858-7216**
2. **PhD student in Psychology, Department of Psychology, Faculty of Economics and Social Sciences, Bu-Ali Sina University, Hamedan, Iran. ORCID:0009-0007-9524-9448**
3. **Professor, Department of Psychology, Faculty of Economics and Social Sciences, Bu-Ali Sina University, Hamedan, Iran. ORCID: 0000-0001-6891-6953**
4. **Associate Professor, Department Of Psychology, Faculty Of Economics and Social Sciences, BU-Ali Sina University, Hamadan, Iran. ORCID: 0000-0002-4232-2273**

Pre-release version

Abstract

Aim: This study examined the role of perceived social support on quality of life in primary infertility with mediated by resilience and cognitive emotion regulation strategies.

Methods: In this descriptive-correlational study, women attending specialized infertility clinics in Qom, Iran, during winter 2025 and spring 2026 were recruited. Through convenience sampling, 350 were selected, and 331 datasets were analyzed. Instruments were the FertiQoL, PSSS-12, CD-RISC-10, and CERQ-18. Data were analyzed using Pearson correlation and structural equation modeling.

Results: Perceived social support had significant direct effects on quality of life (β=0.20), resilience (β=0.45), adaptive strategies (β=0.38), and maladaptive emotion-regulation strategies (β=-0.44) ($p<0.001$). Resilience (β=0.17) and maladaptive strategies (β=-0.61) had significant direct effects on quality of life ($p<0.001$). The direct effect of adaptive strategies on quality of life was not significant (β=0.02, p=0.733). Bootstrap indirect-path analysis confirmed the mediating roles of resilience (β=0.39) and maladaptive cognitive emotion-regulation strategies (β=-0.42) in the relationship between perceived social support and quality of life, while rejecting the mediating role of adaptive strategies ($p<0.001$). Model fit was good

Conclusion: Perceived social support improves quality of life in women with primary infertility directly and by increasing resilience and reducing maladaptive emotion-regulation strategies. Therefore, psychological interventions should focus on social support, training adaptive cognitive emotion regulation, and reducing maladaptive strategies.

Keywords: *Resilience, Perceived Social Support, Cognitive Emotion Regulation Strategies, Quality of Life, Primary Infertility*

نقش حمایت اجتماعی ادراک‌شده بر کیفیت زندگی در ناباروری اولیه: میانجی‌گری تاب‌آوری و راهبردهای تنظیم شناختی هیجان

محمدرضا تمنایی‌فر، محبوبه اسمی‌خانی، شهریار یارمحمدی واصل، حسین محققی

دانشیار، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم‌انسانی، دانشگاه کاشان، کاشان، ایران. ORCID:0000-0003-0858-7216

دانشجوی دکتری روان‌شناسی، دانشکده علوم اقتصادی و اجتماعی، دانشگاه بوعلی سینا، همدان، ایران ORCID:0009-0007-9524-9448

استاد، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم اقتصادی و اجتماعی، دانشگاه بوعلی سینا، همدان، ایران ORCID: 0000-0001-6891-6953

دانشیار، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم اقتصادی و اجتماعی، دانشگاه بوعلی سینا، همدان، ایران. ORCID: 0000-0002-4232-2273

چکیده

هدف: هدف پژوهش حاضر، بررسی نقش حمایت اجتماعی ادراک‌شده بر کیفیت زندگی در ناباروری اولیه با نقش میانجی تاب‌آوری و راهبردهای تنظیم شناختی هیجان بود.

روش: این مطالعه با طرح توصیفی-همبستگی روی زنان مراجعه‌کننده به کلینیک‌های تخصصی ناباروری شهرستان قم در زمستان ۱۴۰۴ و بهار ۱۴۰۵ صورت گرفت. ۳۵۰ نفر با نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و نهایتا ۳۳۱ داده تحلیل شد. ابزار پژوهش مقیاس‌های کیفیت زندگی (FertiQoL)، حمایت اجتماعی ادراک‌شده (PSSS-12) تاب‌آوری (CD-RISC-10) و فرم کوتاه پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان(CERQ-18) بود. داده‌ها با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون و معادلات ساختاری تحلیل شد.

یافته‌ها: حمایت اجتماعی ادراک‌شده بر کیفیت زندگی (β=۰/۲)، تاب‌آوری(β= ۰/۴۵)، راهبردهای سازگارانه (β =۰/۳۸) و ناسازگارانه تنظیم هیجان (β = ۰-/۴۴) اثر مستقیم معنادار داشت (p < ۰/۰۰۱). تاب‌آوری (β =۰/۱۷) و راهبردهای ناسازگارانه (β =۰/۶۱) بر کیفیت زندگی اثر مستقیم معنادار داشتند (p < ۰/۰۰۱). اثر مستقیم راهبردهای سازگارانه بر کیفیت زندگی معنادار نبود (β = ۰/۰۲ ، p۰ =/۷۳۳) .. تحلیل غیرمستقیم با روش بوت‌استراپ نقش میانجی تاب‌آوری (β =۰/۳۹) و راهبردهای ناسازگارانه تنظیم شناختی هیجان (β ۰/۴۲ =) در رابطه حمایت اجتماعی ادراک شده و کیفیت زندگی را تایید و نقش میانجی راهبردهای ناسازگارانه را رد نمود (p < ۰/۰۰۱). برازش مدل مطلوب بود.

نتیجه‌گیری: حمایت اجتماعی ادراک‌شده، مستقیم و با افزایش تاب‌آوری و کاهش راهبردهای ناسازگارانه تنظیم هیجان، کیفیت زندگی زنان نابارور اولیه را بهبود می‌دهد؛ بنابراین مداخلات روان‌شناختی باید بر حمایت اجتماعی، آموزش تنظیم شناختی هیجان سازگارانه و کاهش راهبردهای ناسازگارانه متمرکز شوند.

کلیدواژه‌ها : *تاب‌آوری، حمایت اجتماعی ادراک‌شده، راهبردهای تنظیم شناختی هیجان، کیفیت زندگی، ناباروری اولیه*

مقدمه

ناباروری یکی از چالش‌های مهم حوزه سلامت است که میلیون‌ها نفر را در سراسر جهان تحت تأثیر قرار می‌دهد (ثناگو و همکاران، ۱۴۰۳). این وضعیت به‌عنوان عدم موفقیت در دستیابی به بارداری پس از گذشت بیش از یک سال رابطه جنسی منظم و بدون استفاده از روش‌های پیشگیری تعریف می‌شود (مین گوئز-آلرکون و همکاران، ۲۰۲۴). ناباروری می‌تواند به صورت اولیه یا ثانویه بروز کند. ناباروری اولیه به حالتی اطلاق می‌شود که زوجین هیچ تجربه بارداری قبلی نداشته باشند، در حالی که ناباروری ثانویه زمانی رخ می‌دهد که حداقل یک بارداری موفق در سابقه زوجین وجود داشته باشد (زو و همکاران، ۲۰۲۲). شیوع جهانی ناباروری در میان زنان بین۳/۵ تا ۱۶/۷درصد در کشورهای توسعه‌یافته و ۶/۹ تا ۹/۳ درصد در کشورهای در حال توسعه گزارش شده است. در ایران، میزان ناباروری ۲۰/۳ درصد گزارش شده است (افشاری و همکاران، ۱۴۰۲). ناباروری می‌تواند پیامدهای متعدد جسمانی، روانی و اجتماعی به همراه داشته باشد، به‌گونه‌ای که زنان مبتلا به مشکلات باروری برخی اختلالات روان‌پزشکی از جمله سطوح بالاتری از تنش و استرس (دیهیمی و همکاران، ۱۴۰۴) و به طور کلی کیفیت زندگی پایین‌تری را تجربه می‌کنند (مین گوئز-آلرکون و همکاران ،۲۰۲۴).

کیفیت زندگی مفهومی پویا، پیچیده و چند بعدی است (شن و همکاران، ۲۰۲۲)؛ که بیانگر نگرش فرد نسبت به جایگاه و شرایط خود در زندگی است و تحت تأثیر فرهنگ، ارزش‌ها، اهداف و اولویت‌های شخصی قرار دارد (ثناگو وهمکاران، ۱۴۰۳). کیفیت زندگی مفهومی ذهنی و غیرقابل مشاهده مستقیم بوده و معیاری جامع برای سنجش رفاه و بهزیستی کلی افراد در یک جامعه محسوب می‌شود (راک و همکاران، ۲۰۲۴). یکی از عوامل پیش‌بینی کننده کیفیت زندگی حمایت اجتماعی است (یانگ و همکاران، ۲۰۲۳). پژوهش مرادی و همکاران (۱۴۰۰)، نشان داد که کیفیت زندگی در زنان نابارور ایرانی با حمایت اجتماعی ادراک‌شده رابطه‌ای معنادار دارد.

حمایت اجتماعی یکی از مهم‌ترین عوامل مؤثر بر سلامت روانی و رفتاری به شمار می‌رود و به میزان پشتیبانی واقعی یا ادراک‌شده‌ای اشاره دارد که فرد از سوی خانواده، دوستان یا سایر افرادی که فرد آنان را ارزشمند می‌داند دریافت می‌کند یا تصور می‌کند که دریافت کرده است (چادها و همکاران، ۲۰۲۳). حمایت اجتماعی را می‌توان در دو دسته «دریافت‌شده» و

«ادراک‌شده» طبقه‌بندی کرد. حمایت اجتماعی با کاهش اثرات منفی فشارهای روانی، به‌عنوان یک عامل حفاظتی عمل کرده، توان افراد را برای رویارویی سازگارانه با چالش‌های زندگی تقویت می‌سازد (شبیر و همکاران، ۲۰۲۴). وجود حمایت اجتماعی مناسب می‌تواند احساس تنهایی و استرس را کاهش داده و رضایت از زندگی و سلامت روان افراد را افزایش دهد (آلتمن، ۲۰۲۰). در زنان نابارور نیز، حمایت اجتماعی ادراک‌شده با رضایت از زندگی و کیفیت زندگی بالاتر همراه است (جعفری و همکاران، ۲۰۲۴) و زنان با انگ ناباروری بالاتر، حمایت اجتماعی ادراک‌شده کمتری گزارش می‌کنند (شفیع‌تبار و همکاران، ۱۴۰۲).

از دیگر عوامل تاثیرگذار در کیفیت زندگی می‌توان به تاب‌آوری اشاره کرد. تاب‌آوری فرایندی پویا و انطباقی است که شامل توانایی درک استرس به‌عنوان فرصتی برای رشد، آگاهی از محدودیت‌های فردی در روند مدیریت فشارها، تقویت ظرفیت مقاومت در برابر آن و حتی بهره‌گیری از حس شوخ‌طبعی در مواجهه با شرایط دشوار است (پاپادمیتریو، ۲۰۲۴). این سازه تحت تأثیر عواملی چون خوش‌بینی، خودکارآمدی، انعطاف‌پذیری، معنویت و روابط حمایت‌گرانه شکل می‌گیرد (ولیانگن و همکاران، ۲۰۲۴). بر اساس مدل واگنیلد و کالینز (۲۰۰۹) ، تاب‌آوری شامل پنج بُعد اصلی است: پشتکار، تعادل درونی، معناداری، اتکای به خود و تنهایی وجودی. این ویژگی در زنان نقشی اساسی در تضمین سلامت و بهزیستی خانواده و ایجاد خانواده‌هایی نیرومند و تاب‌آور دارد که قادرند با عوامل پیش‌بینی‌ناپذیر و فشارهای بیرونی مقابله کنند (ولیانگن و همکاران، ۲۰۲۴). یافته‌های پژوهشی حاکی از آن است که بین تاب‌آوری افراد نابارور و کیفیت زندگی آن‌ها رابطه‌ای مثبت و معنادار وجود دارد (لی و همکاران، ۲۰۲۶؛ مرادی و همکاران، ۱۴۰۰؛ فلاح و پورفرج، ۲۰۲۵).

عامل موثر دیگر در پیش‌بینی کیفیت زندگی راهبردهای تنظیم شناختی هیجان است. تنظیم هیجان عبارت است از مجموعه راهبردهای خودآگاه و ناخودآگاهی که افراد برای حفظ تعادل هیجانی خود به‌کار می‌گیرند (ونگ و همکاران، ۲۰۲۴). راهبردهای تنظیم شناختی هیجان به‌طورکلی به دو طبقه راهبردهای سازگارانه و راهبردهای ناسازگارانه تقسیم می‌شوند. راهبردهای سازگارانه شامل کم‌اهمیت‌شماری، تمرکز مجدد مثبت، ارزیابی مجدد مثبت، پذیرش همراه با برنامه‌ریزی می‌باشند و در سوی دیگر راهبردهای ناسازگارانه شامل سرزنش خود، سرزنش

دیگران، تمرکز بر فکر، نشخوارگری و فاجعه نمایی می‌باشند (تمنایی‌فر و شیرانی،۱۴۰۳). افرادی که در تنظیم هیجان دچار ضعف و نارسایی هستند، افزون بر آنکه در پردازش اطلاعات هیجانی و مدیریت هیجان‌ها مشکل دارند (دیتال و همکاران ۲۰۲۰)، در رویارویی با رویدادهای استرس‌زای زندگی نیز توان کافی برای تنظیم هیجان و تعدیل عواطف منفی خود را ندارند (بشارت و همکاران، ۱۴۰۱؛ شاهی و محمدی زاده ۱۴۰۳) . در زنان نابارور، راهبردهای سازگارانه با سازگاری بهتر با ناباروری و کیفیت زندگی بالاتر و راهبردهای ناسازگارانه با استرس و کاهش کیفیت زندگی همراه است (قبادی و همکاران، ۱۴۰۳).

مرور پیشینه نشان می‌دهد حمایت اجتماعی ادراک‌شده، تاب‌آوری و راهبردهای تنظیم شناختی هیجان هر یک به‌طور مستقل با کیفیت زندگی رابطه دارند؛ با این حال، اینکه حمایت اجتماعی از چه مسیرهایی و با چه ترتیبی به کیفیت زندگی زنان دارای ناباروری اولیه منتهی می‌شود، تا کنون به‌طور نظام‌مند بررسی نشده است. پژوهش‌های متعدد رابطه بین حمایت اجتماعی وتاب‌آوری را مورد تاکید قرار داده‌اند (زانگ و همکاران، ۲۰۲۴). حمایت اجتماعی ضمن مفید بودن برای سلامتی موجب بالا رفتن تاب‌آوری می‌شود (حسین زاده و پناه علی، ۱۴۰۳). برمبنای مدل استرس-محافظت، حمایت اجتماعی با کاهش اثرات منفی استرس می‌تواند مقاومت افراد را در برابر آسیب‌های روانی افزایش داده و منجر به بالارفتن تاب‌آوری شود (چانگ و همکاران، ۲۰۲۲). برمبنای این مدل حمایت اجتماعی با ایجاد یک واسطه بین کاهش تنش ناشی از مشکلات زندگی فردی و از طریق افزایش حس خودکارآمدی و کنترل بر امور شخصی می‌تواند باعث تقویت رفتارهای سازگارانه شود (پانگ و همکاران، ۲۰۲۱). همچنین برخی پژوهش‌ها حمایت اجتماعی را به‌عنوان تسهیلگر راهبردهای تنظیم شناختی هیجان معرفی کرده‌اند (فولاد چنگ ودادوند ۱۴۰۴).

ناباروری اولیه، به‌ویژه در زنان، فراتر از یک مشکل پزشکی، یک تجربه روانی–اجتماعی پیچیده است که با فشارهای فرهنگی، احساس ناکامی، طرد اجتماعی و کاهش چشمگیر کیفیت زندگی همراه است. در ایران با شیوع حدود ۲/۲۰ درصدی (افشاری و همکاران، ۱۴۰۲)، ناباروری و با توجه به اینکه ناباروری غالباً برچسبی زنانه تلقی می‌شود، زنان بیش از مردان در معرض آسیب‌های روان‌شناختی و اجتماعی قرار می‌گیرند. ازاین‌رو، شناسایی سازوکارهای روانی مؤثر بر

کیفیت زندگی این جمعیت، یک ضرورت بالینی و اجتماعی محسوب می‌شود. با توجه به شیوع بالای ناباروری در ایران، افزایش سن ازدواج و فشارهای فرهنگی–اجتماعی مضاعف بر زنان، پرداختن به کیفیت زندگی این جمعیت یک اولویت بهداشت روانی است. پژوهش حاضر نخستین بار نقش میانجی تاب‌آوری و راهبردهای تنظیم شناختی هیجان را در رابطه حمایت اجتماعی ادراک‌شده با کیفیت زندگی در زنان دارای ناباروری اولیه بررسی می‌کند. نتایج این پژوهش مبنایی برای طراحی بسته‌های آموزشی–درمانی هدفمند فراهم می‌کند که بر تقویت شبکه حمایت اجتماعی، آموزش تاب‌آوری و اصلاح راهبردهای تنظیم شناختی هیجانی متمرکزند. همچنین یافته‌ها به سیاست‌گذاران سلامت و باروری کمک می‌کند تا خدمات مشاوره‌ای و روان‌شناختی را در کنار درمان‌های پزشکی، به‌عنوان بخشی ضروری از مسیر درمان ناباروری بگنجانند. نهایتاً، ارتقای کیفیت زندگی این زنان می‌تواند از بروز آسیب‌های ثانویه مانند افسردگی، اضطراب و اختلافات زناشویی پیشگیری کند و سلامت خانواده را تضمین نماید؛ از این‌رو، پژوهش حاضر به دنبال پاسخ به این پرسش بودکه آیا تاب‌آوری و راهبردهای تنظیم شناختی هیجان در رابطه بین حمایت اجتماعی با کیفیت زندگی در زنان نابارور نقش میانجی دارند یا خیر؟

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

پژوهش حاضر توصیفی و از نوع همبستگی بود. جامعه آماری پژوهش کلیه زنان دارای پرونده فعال ناباروری اولیه در کلینیک‌های تخصصی درمان ناباروری شهرستان قم در زمستان سال ۱۴۰۴و بهار سال ۱۴۰۵ بود. با وجود اختلاف‌نظر درباره حجم نمونه مناسب برای مدل‌یابی معادلات ساختاری، برخی پژوهشگران حداقل ۲۰۰ نفر را ضروری می‌دانند (کیریازوس، ۲۰۱۸) .همچنین بر اساس دیدگاه کلاین (۲۰۲۳)، برای اجرای معادلات ساختاری به ازای هر متغیر دست‌کم ۲۰ نفر مورد نیاز است. بنابراین، در پژوهش حاضر بر مبنای پیشنهاد کلاین و با احتساب احتمال ریزش برخی پاسخنامه‌ها ۳۵۰ نفر با روش نمونه‌گیری در دسترس وارد پژوهش شدند که پس از حذف داده‌های پرت و ناقص ۳۳۱ داده وارد تحلیل شد. برای اجرای پژوهش پس از اخذ معرفی‌نامه و انعقاد قرارداد با مراکز درمان ناباروری قم، زنان دارای ناباروری اولیه شناسایی

شدند و پرسشنامه‌ها به‌صورت آنلاین و کاغذی (با حضور پژوهشگر در مراکز) در اختیار داوطلبان قرار گرفت تا در صورت تمایل در پژوهش شرکت نمایند. داشتن سواد کافی، تشخیص ناباروری اولیه بر اساس نظر پزشک متخصص، عدم شرکت در مطالعات روانشناختی هم‌زمان و داشتن رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش از ملاک‌های ورود به پژوهش بود. تکمیل نکردن پاسخنامه و انصراف از ادامه همکاری در هر مرحله از پژوهش و ابتلا به اختلال روان‌پزشکی حاد یا بیماری جسمی شدید که توان پاسخ‌دهی را تحت تأثیر قرار دهد نیز ملاک خروج از پژوهش بود. جهت سنجش متغیرهای پژوهش، در سطح توصیفی از میانگین و انحراف معیار استفاده شد. در سطح استنباطی، جهت بررسی روابط بین متغیرها از ضریب همبستگی پیرسون و مدل‌یابی معادلات ساختاری استفاده شد. نرم افزار تحلیل داده‌ها SPSS29 و AMOS 24 بود.

ابزار پژوهش

الف-پرسشنامه کیفیت زندگی (FertiQoL)[1]: این ابزار توسط بووین و همکاران (۲۰۱۱)، طراحی شده و شامل ۳۶ سوال است. پرسشنامه دو بخش دارد: بخش هسته‌ای با ۲۴ سؤال و چهار خرده‌مقیاس عاطفی، ذهنی–بدنی، منطقی و اجتماعی–محیطی، و بخش درمان با ۱۰ سؤال درباره تجربه و رضایت از درمان‌های ناباروری. در این پژوهش تنها از سؤالات بخش هسته‌ای استفاده شد. پاسخ‌ها بر اساس مقیاس لیکرت پنج‌درجه‌ای نمره‌گذاری می‌شوند، به‌گونه‌ای که هر سوال بین ۰ تا ۴ امتیاز دریافت می‌کند. نمرات بالاتر نشان‌دهنده کیفیت زندگی بالاتر و سازگاری بهتر فرد با شرایط ناباروری است. بر اساس گزارش بووین و همکاران (۲۰۱۱)، ضریب آلفای کرونباخ کل پرسشنامه برابر با ۰/۹۲ به دست‌آمده است. همچنین، میزان پایایی خرده‌مقیاس‌ها به شرح زیر است: عاطفی ۰/۹۰، ذهن–بدن۰/۸۴، منطقی ۰/۸۰ و اجتماعی ۰/۷۵. این پرسشنامه در ایران توسط حکمت‌زاده و همکاران (۲۰۱۸)، هنجاریابی شد که در آن ضریب آلفای کرونباخ کل پرسشنامه ۰/۸۲ و میزان آن در خرده مقیاس عاطفی ۰/۷۷، ذهن/ بدن ۰/۸۷، منطقی ۰/۷۹ و اجتماعی ۰/۷۷ به دست‌آمد. در پژوهش حاضر میزان آلفای کرونباخ برای خرده

[1] Fertility Quality of Life

مقیاس عاطفی ۰/۸۹، ذهن/ بدن ۰/۸۶، منطقی ۰/۷۹ و اجتماعی ۰/۸۲ و برای کل سوالات ۰/۹۳ به دست‌آمد.

ب- مقیاس حمایت اجتماعی ادراک شده[1](PSSS-12): این پرسشنامه از ۱۲ گویه تشکیل شده و سه بعد اصلی را مورد سنجش قرار می‌دهد: حمایت دریافت‌شده از سوی خانواده با سوالات ۳، ۴، ۸ و ۱۱، حمایت اجتماعی ادراک‌شده از دوستان با سوالات ۶، ۷، ۹ و ۱۲ و حمایت اجتماعی دریافت‌شده از سایر افراد با سوالات ۱، ۲، ۵ و ۱۰. نمره‌گذاری این ابزار بر مبنای طیف پنج‌درجه‌ای لیکرت انجام می‌گیرد. بر اساس گزارش سازندگان ابزار، ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۸۸ و برای خرده‌مقیاس‌های خانواده ۰/۸۷، دوستان ۰/۸۵ و سایر افراد ۰/۹۱ به دست آمده است. نتایج بازآزمایی نیز نشان داد که ضریب همبستگی کل مقیاس برابر با ۰/۸۵ و ضرایب همبستگی برای خرده‌مقیاس‌های خانواده ۰/۸۵ ، دوستان ۰/۷۵ و دیگران ۰/۷۲ بوده اند (زیمت و همکاران، ۱۹۸۸). در مطالعه وئو و همکاران (۲۰۲۵)، مقدار ضریب آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۹۵گزارش گردید. در ایران، پایایی این ابزار با استفاده از آلفای کرونباخ مورد تأیید قرار گرفته و ضریب کلی برابر با ۰/۸۸ گزارش شده است (عقدکی و همکاران، ۱۴۰۲). در پژوهش حاضر میزان آلفای کرونباخ ۰/۹۰ به دست آمد.

پ- مقیاس تاب‌آوری[2] (CD-RISC): این مقیاس نخستین‌بار توسط کمپبل‌سیلز و استین (۲۰۰۷)، طراحی گردید. نسخه اولیه ابزار شامل ۲۵ سوال بوده که پیش‌تر توسط کانر و دیویدسون (۲۰۰۳)، برای ارزیابی توانایی افراد در مقابله با استرس و شرایط دشوار تهیه شده بود. کمپبل‌سیلز و استین (۲۰۰۷)، نسخه کوتاه‌شده‌ای از این پرسشنامه را ارائه دادند که شامل ۱۰ سوال است. نمره‌گذاری آن بر مبنای طیف پنج‌درجه‌ای لیکرت صورت می‌گیرد. حداقل نمره در این مقیاس ۰ و حداکثر آن ۴۰ است. نمره‌های بالاتر بیانگر سطح بالاتر تاب‌آوری و توانایی بیشتر در مواجهه با استرس و شرایط نامطلوب هستند. سازندگان مقیاس پایایی ابزار را با استفاده از آلفای کرونباخ مورد بررسی قرار داده و ضریب ۰/۸۵را گزارش کرده‌اند (کمپبل‌سیلز و استین، ۲۰۰۷). در پژوهشی در ایران، پایایی این مقیاس از طریق آلفای کرونباخ برابر ۰/۹۶ به دست

[1] Perceived Social Support Scale (PSSS-12)

[2] Connor–Davidson Resilience Scale

آمده است. همچنین روایی ملاکی همزمان آن با مقیاس بهزیستی روان‌شناختی ریف (۱۹۸۹) مورد ارزیابی قرار گرفته است. نتایج نشان داد که ضریب همبستگی پیرسون بین دو ابزار ۰/۶۹ بوده و این مقدار در سطح ۰/۰۱ معنادار گزارش شده است (تمنایی‌فر و شیرانی، ۱۴۰۳). در پژوهش حاضر میزان آلفای کرونباخ ۰/۷۱ به دست آمد.

ت- فرم کوتاه پرسشنامه تنظیم شناختی هیجانی[1](CERQ): این پرسشنامه توسط گرانفسکی و کرایج (۲۰۰۶)، طراحی شده‌است. این پرسشنامه ۱۸ سوال دارد و دو بعد اصلی را مورد سنجش قرار می‌دهد : راهبردهای ناسازگارانه (سرزنش خود: سوالات ۱ و ۲؛ سرزنش دیگران: سوالات ۱۷ و ۱۸؛ نشخوارگری: سوالات ۵ و ۶؛ فاجعه‌نمایی: سوالات ۱۵ و ۱۶) و راهبردهای سازگارانه (دیدگاه‌گیری: سوالات ۱۳ و ۱۴؛ تمرکز مجدد مثبت: سوالات ۷ و ۸؛ ارزیابی مجدد مثبت: سوالات ۱۱ و ۱۲؛ پذیرش: سوالات ۳ و ۴؛ تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی: سوالات ۹ و ۱۰). نمره‌گذاری ابزار در یک طیف پنج‌درجه‌ای لیکرت صورت می‌گیرد. حداقل و حداکثر امتیاز هر خرده‌مقیاس به ترتیب ۲ و ۱۰ است و نمرات بالاتر به منزله استفاده بیشتر فرد از آن راهبرد شناختی تلقی می‌شود. ضریب آلفای کرونباخ برای خرده‌مقیاس‌های سرزنش خود ۰/۶۸، سرزنش دیگران ۰/۷۷، نشخوارگری ۰/۷۹، فاجعه‌نمایی ۰/۸۱، دیدگاه‌گیری ۰/۷۹، تمرکز مجدد مثبت ۰/۸۰، ارزیابی مجدد مثبت ۰/۸۱، پذیرش ۰/۷۳و تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی ۰/۷۹ توسط سازندگان ابزار گزارش شده است (گرانفسکی و کرایج، ۲۰۰۶). در مطالعه‌ای دیگر، ضرایب آلفای کرونباخ در دامنه ۰/۷۵تا ۰/۸۷ محاسبه شده است (کوتاجار و باتس، ۲۰۲۵). در نسخه هنجاریابی‌شده ایرانی، ضرایب کل برای راهبردهای سازگارانه ۹۵/۰ و برای راهبردهای ناسازگارانه ۸۸/۰ گزارش شده است (محسن‌آبادی و فتحی آشتیانی، ۱۴۰۰). در پژوهش حاضر میزان آلفای کرونباخ برای راهبردهای سازگارانه ۰/۸۵، راهبردهای ناسازگارانه ۰/۷۸ و برای کل سوالات ۰/۷۶ به دست آمد.

یافته‌ها

[1] Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ)

در این پژوهش ۳۵۰ نفر به سوالات پرسشنامه‌ها پاسخ دادند. تحلیل بر روی ۳۳۱ نفر صورت گرفت. میانگین و انحراف معیار سن به ترتیب ۳۳/۳۶ و ۶/۵۴ بود. ۴۳ نفر(۱۳ درصد) زیر دیپلم، ۱۲۷ نفر(۳۸/۴ درصد) دیپلم و فوق دیپلم، ۱۱۲ نفر(۳۳/۸ درصد) لیسانس، ۴۳ نفر(۱۳ درصد) فوق لیسانس و ۶ نفر(۱/۸ درصد) دکترا بودند. از نظر مدت زمان ازدواج ۱۵ نفر(۴/۵ درصد) کمتر از ۲ سال، ۱۰۰ نفر(۳۰/۲ درصد) ۲ تا ۵ سال، ۱۱۵ نفر(۳۴/۷ درصد) ۵ تا ۱۰ سال، ۱۰۱ نفر(۳۰/۵ درصد) بیشتر از ۱۰ سال بودند. در جدول ۱ تعداد، میانگین، انحراف معیار و نرمال بودن متغیرهای پژوهش آمده است.

جدول ۱. تعداد، میانگین، انحراف معیار و نرمال بودن متغیرهای پژوهش

متغیرهای پژوهش	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	چولگی	کشیدگی
هیجانی	۳۳۱	۱۰/۴۵	۵/۸۷	۰/۳۶	-۰/۶۵
بدنی-ذهن	۳۳۱	۱۱/۶۱	۵/۴۲	۰/۱۸	-۰/۶۲
ارتباطی	۳۳۱	۱۶/۶۷	۴/۷۲	-۰/۴۸	-۰/۲۰
اجتماعی	۳۳۱	۱۳/۶۶	۵/۴۰	-۰/۲۱	-۰/۶۲
نمره کل کیفیت زندگی ناباروری	۳۳۱	۵۲/۱۹	۱۸/۲۸	۰/۰۵	۰/۵۷
حمایت خانواده	۳۳۱	۱۴/۵۶	۳/۶۹	-۰/۶۴	۰/۰۱
حمایت دوستان	۳۳۱	۱۲/۸۴	۴/۲۴	-۰/۳۲	-۰/۵۱
حمایت دیگران	۳۳۱	۱۵/۱۱	۳/۲۴	-۰/۸۵	۰/۸۴
نمره کل حمایت اجتماعی ادراک شده	۳۳۱	۴۲/۵۱	۹/۱۸	-۰/۵۲	۰/۴۱
سرزنش خود	۳۳۱	۴-۹۹	۲/۳۱	۰/۵۴	-۰/۷۶
سرزنش دیگران	۳۳۱	۴/۲۱	۲/۳۶	۱/۰۹	۰/۲۷
نشخوار	۳۳۱	۷/۲۴	۱/۹۹	-۰/۳۳	-۰/۷۴
فاجعه نمایی	۳۳۱	۶/۱۰	۲/۳۹	۰/۱۳	-۱/۰۸
نمره کل تنظیم هیجان ناسازگارانه	۳۳۱	۲۲/۵۳	۶/۱۸	۰/۳۷	-۰/۱۱
دیدگاه‌گیری	۳۳۱	۶/۱۶	۲/۱۳	۰/۱۳	-۰/۹۰
تمرکز مجدد	۳۳۱	۴/۹۲	۲/۱۰	۰/۶۷	-۰/۱۱
ارزیابی مجدد	۳۳۱	۶/۷۱	۲/۱۹	-۰/۲۳	-۰/۸۶
پذیرش	۳۳۱	۶/۳۰	۲/۰۲	-۰/۰۹	-۰/۳۲

تمرکز بر برنامه‌ریزی	۳۳۱	۷/۰۷	۲/۱۲	-۰/۲۸	-۰/۸۷
نمره کل تنظیم هیجان سازگارانه	۳۳۱	۳۱/۱۶	۷/۶۷	۰/۱۰	-۰/۳۹
تاب‌آوری	۳۳۱	۲۱/۷۳	۵/۰۴	-۰/۰۶	۰/۵۰

جدول ۱ میانگین و انحراف معیار و نرمال بودن متغیرهای پژوهش را نشان می‌دهد. به‌منظور بررسی نرمال بودن تک‌متغیره داده‌ها، مقادیر چولگی و کشیدگی باید در بازه ۲- تا ۲+ قرار داشته باشند (کلاین، ۲۰۲۳)، که در پژوهش حاضر نیز این شرط احراز شد. همچنین برای بررسی نرمال بودن چندمتغیره، از ضریب کشیدگی استانداردشده مردیا استفاده می‌شود که مقدار آن باید کمتر از ۴ باشد (کلاین، ۲۰۲۳). بر اساس نتایج جدول ۱، مقدار این ضریب۲/ ۶۷ به‌دست آمد که بیانگر نرمال بودن چندمتغیره توزیع نمرات است. در ادامه در جدول ۲ ضرایب مستقیم مدل پژوهش گزارش شده است.

جدول۲. ضرایب استاندارد و مستقیم مدل پژوهش

مسیرهای مستقیم	بتا	t	sig
حمایت اجتماعی ← کیفیت زندگی	۰/۱۸	۲/۳۹	۰/۰۱۷
تنظیم ناسازگارانه← کیفیت زندگی	-۰/۵۶	-۶/۸۶	۰/۰۰۱
تنظیم سازگارانه← کیفیت زندگی	۰/۰۳	-۰/۶۴	۰/۵۱۹
حمایت اجتماعی ← تنظیم ناسازگارانه	-۰/۴۷	-۶/۳۵	۰/۰۰۱
حمایت اجتماعی ← تنظیم سازگارانه	۰/۴۱	۵/۸۴	۰/۰۰۱
حمایت اجتماعی ← تاب‌آوری	۰/۵۷	۷/۵۹	۰/۰۰۱
تاب‌آوری← کیفیت زندگی	۰/۲۶	۳/۸۰	۰/۰۰۱

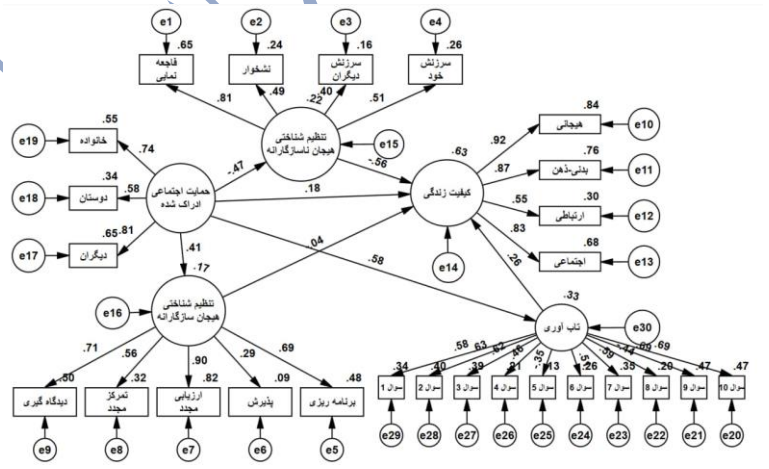
مطابق جدول ۲ تمام مسیرها جز اثر مستقیم راهبردهای سازگارانه تنظیم شناختی هیجان بر کیفیت زندگی معناداراست. در ادامه، جهت بررسی رابطه غیرمستقیم مدل پیشنهادی از روش بوت‌استراپ استفاده شده است که نتایج آن در جدول ۳ آمده است.

جدول ۳. نتایج بوت استروپ مدل پژوهش

مسیرهای غیرمستقیم	فاصله اطمینان

	اثر استاندارد غیرمستقیم	حدپایین	حدبالا
حمایت اجتماعی← تنظیم ناسازگارانه← کیفیت زندگی	-۰/۴۱	-۰/۴۴	-۰/۳۰
حمایت اجتماعی← تنظیم سازگارانه← کیفیت زندگی	۰/۰۶	۰/۰۸	۰/۰۳
حمایت اجتماعی ←تاب‌آوری ← کیفیت زندگی	۰/۳۷	۰/۲۵	۰/۳۲

برای تعیین معناداری حمایت اجتماعی بر کیفیت زندگی از طریق نقش میانجی تنظیم شناختی هیجان(ناسازگارانه و سازگارانه) و تاب‌آوری از روش بوت استروپ استفاده شد که مسیرهای میانجی معنادار بودند. همچنین در این پژوهش روش برآورد پارامتر، روش حداکثر درست نمایی (MLE) بوده است. مطابق نتایج میزان شاخص RMSEA معادل ۰/۰۷ و ریشه میانگین مجذور باقیمانده (SRMR) به میزان ۰/۰۵ به دست آمده است؛ بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که مدل با داده‌ها برازش بسیار خوبی داشته و متناسب است. شکل ۱ مدل نهایی و برازش شده پژوهش آمده است.



شکل ۱. مدل نهایی پژوهش

شکل ۱ مدل ساختاری و نهایی پژوهش را نشان می‌دهد. ۶۳ درصد از کیفیت زندگی بر اساس حمایت اجتماعی ادراک شده با نقش میانجی تنظیم شناختی هیجان(ناسازگارانه و سازگارانه) و تاب‌آوری تبیین می‌شود.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف آزمون مدل علّی رابطه بین حمایت اجتماعی ادراک‌شده و کیفیت زندگی با میانجی‌گری تاب‌آوری و راهبردهای تنظیم شناختی هیجان در زنان دارای ناباروری اولیه انجام شد. نخستین یافته پژوهش این بود که حمایت اجتماعی ادراک شده با کیفیت زندگی زنان دارای ناباروری اولیه رابطه معنادار دارد. این یافته با یافته‌های پژوهش (سارانیا و همکاران، ۲۰۲۶؛ الصباح و همکاران، ۲۰۲۵؛ جعفری و همکاران، ۲۰۲۴؛ فتح نژاد کاظمی و ابری مقدم، ۱۴۰۴)، همسو است. در تبیین این یافته، می‌توان گفت بر اساس نظریه استرس-محافظت کوهن و ویلز (۱۹۸۵)، ناباروری به عنوان یک رویداد استرس‌زای عمده، می‌تواند ارزیابی شناختی منفی و پریشانی روانی قابل توجهی در زنان ایجاد کند. در این شرایط، حمایت اجتماعی ادراک‌شده از سوی خانواده، دوستان و افراد خاص، به عنوان یک محافظ عمل می‌کند و از دو طریق کیفیت زندگی را بهبود می‌بخشد. نخست، از طریق بازسازی شناختی، زنانی که حمایت اجتماعی بالاتری را ادراک می‌کنند، ناباروری و پیامدهای منفی آن (مانند انگ اجتماعی، فشارهای خانواده و درمان‌های طولانی) را کمتر تهدیدآمیز ارزیابی کرده و احساس تنهایی و شرم کمتری تجربه می‌کنند. دوم، از طریق تأمین منابع مقابله‌ای، حمایت اجتماعی ادراک‌شده دسترسی به راهبردهای مؤثر مقابله با استرس را تسهیل می‌کند که این امر به نوبه خود منجر به کاهش پریشانی روانی و در نتیجه ارتقای کیفیت زندگی می‌شود (الصباح، ۲۰۲۵؛ ثناگو و همکاران، ۱۴۰۳؛ دیهیمی و همکاران، ۱۴۰۴). حمایت اجتماعی ادراک‌شده همچنین با کاهش احساس شرم و طردشدگی می‌تواند به افزایش بهزیستی روانی و ارتقای کیفیت زندگی منجر شود (الصباح ، ۲۰۲۵).

یافته دیگر پژوهش حاضر نشان داد که بین تاب‌آوری و کیفیت زندگی در زنان دارای ناباروری اولیه رابطه مثبت و معنادار وجود دارد. این یافته با نتایج مطالعات متعدد (لی و همکاران، ۲۰۲۶؛ بهبهانی موندنی‌زاده و همکاران، ۲۰۲۵؛ فلاح و پورفرج، ۲۰۲۵؛ مرادی و همکاران، ۱۴۰۰) همسو و با نتیجه

پژوهش چن و همکاران (۲۰۲۶)، ناهمسو است. در تبیین این یافته، می‌توان گفت بر اساس مدل فرایند تاب‌آوری ریچاردسون (۲۰۰۲)، ناباروری به عنوان یک محرک زندگی، تعادل روانی-زیستی-معنوی زنان را بر هم می‌زند و افراد برای بازگشت به تعادل، مسیرهای مختلفی را طی می‌کنند. زنان با تاب‌آوری بالا، مسیر بازگشت‌یکپارچه‌سازی تاب‌آورانه را انتخاب می‌کنند؛ یعنی نه تنها به تعادل اولیه بازمی‌گردند، بلکه از این تجربه برای رشد شخصی، یافتن معنا و تقویت توانمندی‌های خود استفاده می‌کنند (سیستو و همکاران، ۲۰۱۹). به عبارت دیگر، زنان تاب‌آور از راهبردهای مقابله‌ای مؤثرتری مانند حل مسئله و تمرکز بر معنا استفاده می‌کنند و استرس‌های ناشی از تشخیص، درمان‌های طولانی و فشارهای اجتماعی را کمتر تهدیدآمیز درک می‌کنند (ژو و همکاران، ۲۰۲۵). تاب‌آوری همچنین با افزایش احساس خودکارآمدی و کنترل بر امور، به ویژه در فرهنگ‌های جمع‌گرا مانند ایران که باروری نقشی محوری در هویت زنان دارد، می‌تواند به کاهش پریشانی روانی و ارتقای کیفیت زندگی منجر شود (بهبهانی موندنی‌زاده و همکاران، ۲۰۲۵). ناهمسویی یافته حاضر با برخی پژوهش‌ها را می‌توان با تفاوت در بافت فرهنگی و شرایط پژوهش توضیح داد. در فرهنگ ایرانی، باروری جایگاهی هویتی و اجتماعی برای زنان دارد و تاب‌آوری می‌تواند از طریق معنایابی و کاهش فشار روانی، کیفیت زندگی را ارتقا دهد. در ضمن، در نمونه‌هایی با مرحله ناباروری، مدت درمان یا فشارهای اجتماعی متفاوت، این رابطه ممکن است تحت‌الشعاع عوامل قوی‌تر قرار گیرد. تفاوت ابزارهای سنجش تاب‌آوری و کیفیت زندگی و ابعاد مورد بررسی نیز می‌تواند نتایج را ناهمسو کند. کنترل یا عدم کنترل متغیرهای روان‌شناختی مانند اضطراب، افسردگی و راهبردهای مقابله‌ای نیز رابطه مستقیم را تعدیل یا غیرمعنادار می‌سازد. همچنین در پژوهش‌های مختلف، میانجی‌های متفاوتی به کار گرفته می‌شود که می‌تواند مسیرهای اثرگذاری را تغییر دهد.

یافته دیگر پژوهش حاضر نشان داد که راهبردهای ناسازگارانه تنظیم شناختی هیجان، اثر مستقیم و معناداری بر کیفیت زندگی داشته و راهبردهای سازگارانه تنظیم شناختی هیجان اثر مستقیم معناداری بر کیفیت زندگی ندارند. به عبارت دیگر، در زنان نابارور ایرانی، افزایش استفاده از راهبردهایی مانند نشخوارگری، فاجعه‌نمایی و سرزنش‌گری، به طور مستقیم کیفیت زندگی را کاهش می‌دهد. این نتیجه با نتایج پژوهش‌های (الامری، ۲۰۲۶؛ چانگ و همکاران، ۲۰۲۶؛ والیس و همکاران، ۲۰۲۵ و صادقیان و همکاران، ۲۰۲۴) در ارتباط معنادار میان راهبردهای ناسازگارانه تنظیم شناختی هیجان و کیفیت زندگی همسو است. در تبیین این یافته می‌توان گفت بر اساس مدل فرایند دوگانه تنظیم هیجان گرانفسکی و کرایج (۲۰۰۶)، راهبردهای ناسازگارانه مانند نشخوارگری، فاجعه‌نمایی و سرزنش‌گری، با ایجاد یک چرخه

معیوب از ارزیابی‌های منفی شناختی، به تداوم و تشدید پریشانی هیجانی دامن می‌زنند. این راهبردها با افزایش استرس ادراک‌شده، کاهش احساس خودکارآمدی و تضعیف روحیه، به تدریج ابعاد مختلف کیفیت زندگی از جمله سلامت روانی، عملکرد اجتماعی و رضایت از زندگی را تحت تأثیر منفی قرار می‌دهند (صادقیان و همکاران، ۲۰۲۴؛ چانگ و همکاران، ۲۰۲۶) و با افزایش پریشانی روانی و کاهش احساس کنترل (صادقیان و همکاران، ۲۰۲۴) و افزایش اضطراب و افسردگی (الامری، ۲۰۲۶)، کیفیت زندگی را به طور معناداری کاهش می‌دهند. عدم تأیید نقش راهبردهای سازگارانه تنظیم شناختی هیجان در این مطالعه را می‌توان چنین تبیین کرد که در بافت فرهنگی ایران، ناباروری به‌عنوان پدیده‌ای اجتماعی-هویتی، فشارهای منحصربه‌فردی بر زنان وارد می‌سازد که صرفاً به‌کارگیری راهبردهای سازگارانه برای تعدیل آن کافی نیست و آنچه نقش تعیین‌کننده‌تری دارد، کاهش راهبردهای ناسازگارانه با تأثیر مستقیم‌تر بر کاهش پریشانی روانی است (چانگ و همکاران، ۲۰۲۶). همچنین احتمال می‌رود اثر راهبردهای سازگارانه از طریق متغیرهای واسطه‌ای اعمال شود یا تحت تأثیر متغیرهای کنترل‌نشده مانند شرایط اقتصادی-اجتماعی قرار گیرد.

یافته دیگر پژوهش حاضر نشان داد که بین حمایت اجتماعی ادراک‌شده و تاب‌آوری در زنان دارای ناباروری اولیه رابطه معنادار وجود دارد. این یافته با نتایج پژوهش (یان و همکاران، ۲۰۲۵؛ زانگ و همکاران، ۲۰۲۴؛ تمنایی‌فر و سلیمانیان، ۱۴۰۴؛ حسین زاده و پناه علی، ۱۴۰۳)، همسو بود. در تبیین رابطه مثبت بین حمایت اجتماعی ادراک‌شده و تاب‌آوری، می‌توان گفت حمایت اجتماعی ادراک‌شده به‌عنوان یک منبع حیاتی، از طریق تأمین حمایت عاطفی و مادی، به زنان کمک می‌کند تا سرمایه روان‌شناختی مثبت خود را افزایش دهند. به‌بیان دیگر، زنانی که حمایت اجتماعی بالاتری را از سوی خانواده، دوستان و افراد خاص ادراک می‌کنند، قادرند هیجانات مثبت خود را تحریک کرده و منابع درونی خود را برای مقابله با چالش‌های ناباروری بسیج نمایند که این امر به‌نوبه‌ی خود تاب‌آوری آنان را تقویت می‌کند (یان و همکاران، ۲۰۲۵). افزون بر این حمایت اجتماعی ادراک‌شده با ایجاد یک شبکه حمایتی قوی، زمینه را برای افزایش احساس خودکارآمدی و کنترل بر امور فراهم می‌آورد که این عوامل خود به تقویت تاب‌آوری منجر می‌شوند (یان و همکاران، ۲۰۲۵).

یافته دیگر پژوهش این بود که میان حمایت اجتماعی ادراک شده با راهبردهای سازگارانه تنظیم شناختی هیجان رابطه مثبت معنادار و با راهبردهای ناسازگارانه تنظیم شناختی هیجان رابطه منفی وجود دارد. این یافته با نتایج پژوهش‌های (لو و همکارن، ۲۰۲۶؛ فولاد چنگ و همکاران، ۱۴۰۴) همسو بود. در این زمینه پژوهش ناهمسویی یافت نشد. در تبیین این یافته می‌توان گفت زنانی که حمایت اجتماعی بیشتری را از سوی خانواده، دوستان و افراد خاص ادراک می‌کنند، بیشتر از راهبردهای سازگارانه مانند پذیرش، ارزیابی مجدد مثبت، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی و دیدگاه‌گیری استفاده می‌کنند. حمایت اجتماعی ادراک‌شده از طریق ارائه تأیید عاطفی، بازخوردهای سازنده و دیدگاه‌های جایگزین، به زنان کمک می‌کند تا موقعیت‌های استرس‌زا را به‌گونه‌ای بازتفسیر کنند که با اهداف بلندمدت آنان هماهنگ باشد و به‌جای سرکوب یا اجتناب از هیجانات، راهبردهای متنوعی را برای کاهش خطرات مرتبط با هیجانات منفی به‌کار گیرند (لو و همکاران، ۲۰۲۶؛ لوپز و همکاران، ۲۰۲۴). همچنین حمایت اجتماعی به‌عنوان منبعی بین‌فردی برای تنظیم هیجان، از طریق گفتگو، همدلی و دریافت بازخورد، به مدیریت هیجانات کمک می‌کند (ماروکین، ۲۰۱۱). این فرایند به آنان کمک می‌کند تا با دیدگاهی بازتر و امیدوارانه‌تر به مسیر درمان و زندگی نگاه کنند. از سوی دیگر، افرادی که از حمایت اجتماعی برخوردارند، تمایل کمتری به استفاده از راهبردهای ناسازگارانه مانند اجتناب، سرکوب هیجانات و نشخوار فکری دارند؛ چراکه این راهبردهای منفی معمولاً زمانی بروز می‌کنند که فرد احساس تنهایی کرده و ابزارها و منابع کافی برای مواجهه با چالش‌ها در اختیار ندارد (فولادچنگ و دادوند، ۱۴۰۴). در چنین شرایطی، فقدان شبکه حمایتی، فرد را به درون‌گرایی افراطی و مرور مداوم افکار و هیجانات منفی سوق می‌دهد، در حالی که وجود حمایت اجتماعی، با ایجاد احساس دلگرمی و امنیت، نیاز به استفاده از این راهبردهای ناکارآمد را کاهش می‌دهد.

یافته دیگر پژوهش نشان داد که تاب‌آوری نقش میانجی معناداری در رابطه بین حمایت اجتماعی ادراک‌شده و کیفیت زندگی در زنان دارای ناباروری اولیه ایفا می‌کند. در تبیین این یافته می‌توان گفت ناباروری به عنوان یک رویداد تنش‌زای عمده، تعادل روانی زنان را بر هم می‌زند و آنان را با چالش‌های عاطفی و اجتماعی متعددی مواجه می‌سازد. در این شرایط، حمایت اجتماعی ادراک‌شده از سوی خانواده، دوستان و افراد خاص، به عنوان یک منبع حیاتی عمل

می‌کند که با ارائه تأیید عاطفی، تشویق و کمک عملی، به زنان کمک می‌کند تا سرمایه روان‌شناختی مثبت خود را افزایش دهند و در نتیجه تاب‌آوری بالاتری را تجربه کنند (یان و همکاران، ۲۰۲۵). زنان با تاب‌آوری بالا، به جای فروپاشی در برابر فشارهای روانی ناباروری، از راهبردهای مقابله‌ای مؤثرتری مانند حل مسئله و تمرکز بر معنا استفاده می‌کنند و استرس‌های ناشی از تشخیص، درمان‌های طولانی و فشارهای اجتماعی را کمتر تهدیدآمیز درک می‌کنند (ژو و همکاران، ۲۰۲۵). این فرایند به آنان کمک می‌کند تا با وجود چالش‌های ناباروری، تعادل روانی خود را حفظ کرده و کیفیت زندگی بالاتری را تجربه کنند. به عبارت ساده‌تر، حمایت اجتماعی با تقویت توانایی درونی زنان برای مقابله با ناملایمات، مسیر ارتقای کیفیت زندگی را هموار می‌سازد (بهبهانی موندنی‌زاده و همکاران، ۲۰۲۵؛ لی و همکاران، ۲۰۲۶).

یافته دیگ پژوهش حاضر نشان داد که راهبردهای ناسازگارانه تنظیم شناختی هیجان نقش میانجی معناداری در رابطه بین حمایت اجتماعی ادراک‌شده و کیفیت زندگی در زنان دارای ناباروری اولیه دارند. در تبیین این یافته می‌توان گفت زنان نابارور هنگامی که از حمایت اجتماعی بالاتری بهره‌مند باشند، به‌جای رویارویی انفرادی و فرساینده با هیجانات منفی، در جریان تعامل با دیگران به بازخوردهای واقع‌بینانه‌تری دست می‌یابند؛ چنین بازخوردهایی آنان را از بزرگ‌نمایی مشکلات و سرزنش‌گری بازمی‌دارد. حمایت اجتماعی هم‌زمان با تضعیف راهبردهای ناسازگارانه، به این زنان کمک می‌کند تا با نگاهی واقع‌بینانه و امیدوارانه با چالش‌های درمان و زندگی روزمره مواجه شوند، از افکار منفی و مخرب فاصله بگیرند و در نهایت کیفیت زندگی‌شان بهبود یابد (لیو و همکاران، ۲۰۲۶؛ لوپز و همکاران، ۲۰۲۴). از سوی دیگر نداشتن نقش میانجی راهبردهای سازگارانه تنظیم شناختی هیجان با کیفیت زندگی در زنان دارای ناباروری اولیه را می‌توان این چنین تبیین کرد که در بافت فرهنگی ایران، ناباروری به عنوان یک پدیده عمیقاً اجتماعی و هویتی، فشارهای روانی و اجتماعی منحصربه‌فردی را بر زنان وارد می‌سازد که صرفاً به‌کارگیری راهبردهای سازگارانه مانند پذیرش یا ارزیابی مجدد مثبت، برای تعدیل این فشارها کافی نیست. به بیان دیگر، آنچه در این شرایط نقش تعیین‌کننده‌تری دارد، کاهش راهبردهای ناسازگارانه است که تأثیر مستقیم و قوی‌تری بر کاهش پریشانی روانی دارد. ضمن اینکه احتمال تاثیر

متغیرهای دیگری از جمله شرایط اقتصادی و اجتماعی که در این مطالعه کنترل نشده بودند را نباید در حصول این نتیجه نادیده گرفت.

تحقیق حاضر با محدودیت‌هایی همراه بود که عبارت‌اند از: استفاده از طرح مقطعی که امکان نتیجه‌گیری درباره روابط علّی را نمی‌دهد؛ اتکا به ابزارهای خودگزارشی که با وجود روایی و پایایی مطلوب، همواره با سوگیری حافظه و تمایل به پاسخ‌دهی اجتماعی همراه است؛ و محدودیت نمونه‌گیری که صرفاً زنانی را پوشش داده که به شبکه درمان یا حمایت اطلاعاتی دسترسی داشته‌اند و یافته‌ها به زنانی که به دلایل فرهنگی، اقتصادی یا جغرافیایی از این شبکه‌ها خارج‌اند، قابل تعمیم نیست. بر این اساس، پژوهش‌های آینده می‌توانند با استفاده از طرح‌های طولی یا تجربی، تلفیق پرسشنامه با مصاحبه‌های نیمه‌ساختاریافته و طراحی روش‌های نوآورانه برای دسترسی به جمعیت پنهان (همچون همکاری با مراکز بهداشت محلی در مناطق کمتر برخوردار)، به کاهش این محدودیت‌ها کمک کنند.

ملاحظات اخلاقی

پژوهش حاضر با پایبندی به اصول اخلاقی از جمله رازداری، حفظ حریم خصوصی و محرمانه ماندن اطلاعات شرکت‌کنندگان انجام شد. همچنین به شرکت‌کنندگان اطمینان داده شد که مشارکت در پژوهش هیچ‌گونه آسیبی برای آنان به همراه نخواهد داشت.

مشارکت نویسندگان

تمامی مراحل پژوهش با همکاری و مسئولیت‌پذیری مشترک نویسندگان انجام شد.

تعارض منافع

نویسندگان اعلام می‌دارند که هیچ گونه تضاد منافعی در رابطه با انتشار این مقاله ندارند.

سپاسگزاری

نویسندگان از تمامی شرکت‌کنندگان که با پاسخگویی صادقانه به پرسشنامه‌ها امکان انجام این پژوهش را فراهم کردند، سپاسگزارند. ضمنا این مقاله بدون حمایت مالی نگاشته شده است.

References

Aghdak, F., & Seddighiarfaee, F. (2023). The roles of perceived social support and anger in predicting adolescents' addiction tendency. *Research on Addiction, 17*(67), 229-244. [Link]

Al Sabbah, S., Tantry, A., & Bayliss-Pratt, L. (2025). Do perceived social support mitigate the influence of infertility stigma on fertility quality of life? *Frontiers in Global Women's Health, 6*, Article 1577951. [Link]

Alamri, G.S. (2026). Executive functions and cognitive emotion regulation in adults with deaf and hard-of-hearing: The mediating role of quality of life. *Applied Neuropsychology: Adult*, *7*,1-8. [Link]

Altmann, T. (2020). Distinctions in friendship research: variations in the relations between friendship and the Big Five. *Personality and Individual Differences*, 154, 109727. [Link]

Behbahani Mondanizadeh, A., Homaei, R., Hafezi, F., & Talebzadeh Shoushtari, M. (2025). Psychological resilience as a mediator in infertile women: A structural equation modeling analysis of self-efficacy, stigma, and fertility quality of life. *Preventive Care in Nursing & Midwifery Journal, 15*(3), 14-23. [Link]

Besharat, M., Haeri, M., Ahmadvand Shahverdi, M., & Ramezani Moghadam Arani, F. (2022). Comparison of Impulsiveness, Ego strength, Alexithymia and Perceived Social Support in Addicts Who Continue Treatment and Those Who Quit. *Quarterly of Applied Psychology, 16*(2): 133_156. [Link]

Boivin, J., Takefman, J., & Braverman, A. (2011). The fertility quality of life (FertiQoL) tool: development and general psychometric properties. *Human Reproduction, 26*(8), 2084-91. [Link]

Campbell-Sills, L., & Stein, M. B. (2007). Psychometric analysis and refinement of the connor–davidson resilience scale (CD-RISC): Validation of a 10-item measure of resilience. Journal of Traumatic Stress: *Official Publication of The International Society for Traumatic Stress Studies, 20*(6), 1019-1028. [Link]

Chadha, L., Rani, R., & Gupta, S. (2023). A cross-sectional study to assess resilience and perceived social support among cancer patients. *Indian Journal of Psychiatric Nursing, 20*(1), 58-65. [Link]

Chang, C. Y. M., De Vries, M., Groom, M. J., Michelini, G., & Bellato, A. (2026). *The association between emotion regulation strategies, anxiety, autonomic arousal, and quality of life in Malaysian young adults*. *Journal of Health Psychology*. [Link]

Chang, Y., Zhang, X. N., Yu, F., Zhang, R., Li, X. D., Zhao, J., & Lu, H. Y. (2022). Influence of self-perceived burden on quality of life in patients

with urostomy based on structural equation model: The mediating effects of resilience and social support. *BioMed Research International,* (1). [Link]

Chen, J., Lei, X., Wangmu, L., Xie, S., Qian, S., Tan, H., Li, Y., Ren, Q., Deng, Q., & Zhou, Y. (2026). Coping strategies as mediators of the relationship between fertility quality of life and psychological resilience among infertile patients: A cross-sectional mediation analysis. *BMC Women's Health, 26*(1), 31. [Link]

Cutajar, K., & Bates, G. W. (2025). Australian women in the perinatal period during COVID-19: The influence of self-compassion and emotional regulation on anxiety, depression, and social anxiety. *In Healthcare, 13*(2), 120-150. [Link]

Dayhimi, M., Por Hosein, R., Gholamali Lavasani, M., & Afrooz, G. (2025). The efficacy of an educational program based on psychological well-being on reducing infertility stress in infertile women. *Journal of Psychological Science*. *24*(151), 1-17. [Link]

Ditella, M., Adenzato, M., Catmur, C., Miti, F., Castelli, L., Ardito, R.B. (2020). The role of alexithymia in social cognition: Evidence from a non_clinical population. *Journal of Affective Disorders*,(273), 482- 492. [Link]

Fallah Lemraski, A. & Pourfaraj, M. (2025). Effectiveness of schema therapy on the resilience and quality of life of infertile women: A semi-experimental study. *Community Health Journal*, *18*(3), 38-47. [Link]

Farzan Azar F & Mehrabi, F. (2023). The effect of reality therapy counseling on the psychological well-being of infertile women. *Complementary Medicine Journal*, *13* (3), 21-29**.** [Link]

Fathnezhad-Kazemi, A., & Abri Aghdam, B. (2025). Investigating the relationship between hope and social support with quality of life in women with breast cancer. *Medical Sciences, 35*(2), 191-199. [Link]

Garnefski, N., & Kraaij, V. (2006). Cognitive emotion regulation questionnaire–development of a short 18-item version (CERQ-short). *Personality and Individual Differences, 41*(6), 1045-1053. [Link]

Ghobadi[ٔ], Kakabraee, K., & Goudarzi, M. (2024). The effectiveness of cognitive-behavioral coping training package with infertility stress on distress tolerance and cognitive regulation of emotion in infertile women:

A quasi-experimental study. *Journal of Rafsanjan University of Medical Sciences, 23* (9) ,797-811. [Link]

Hekmatzadeh, S.-F., Bazarganipour, F., Hosseini, N., Allan, H., Jalali, S., Abbasian ,Z., . . . Taghavi, S. A. (2018). Psychometrics properties of the Iranian version of fertility quality of life tool: A cross- sectional study. *International Journal of Reproductive BioMedicine, 16*(3), 191-198. [Link]

Hosseinzadeh, G. and Panahali, A. (2024). Relationship between infertility stress and social support with post-traumatic growth due to the mediating role of resilience in infertile couples. *Journal of Family Research, 20*(3), 71-92. [Link]

Jafari, Z., Alinia, S., Zandieh, M., Ghorbani, S. & Rafieyan, M. (2024). Effect of perceived social support on Life Satisfaction in Infertile Women Undergoing Treatment: Mediating Role of Positive Thoughts. *Razavi Journal of Medicine*, *12*(2), 33-39. [Link]

Kline, R. B. (2023). *Principles and practice of structural equation modeling*. Guilford [Link]

Kyriazos, T. A. (2018). Applied psychometrics: Sample size and sample power considerations in factor analysis (EFA, CFA) and SEM in general. *Psychology, 9*(8), 2207–2230. [Link]

Li, J., Mo, Y., Li, C., Chen, J., Liu, Y., Deng, X., & Zhang, X. (2026). Resilience, marital quality and quality of life in infertile couples: Application of an actor-partner interdependence mediation model. *Psychology, Health & Medicine*, 1-12. [Link]

Lopez, R. B., Courtney, A. L., Liang, D., Swinchoski, A., Goodson, P., & Denny, B. T. (2024). Social support and adaptive emotion regulation: Links between social network measures, emotion regulation strategy use, and health. *Emotion, 24*(1), 130–138. [Link]

Lv, F., Lv, C., Abudurexiti, B., Ma, Q., Yang, Q., Ouyang, M., & Shi, D. (2026). How social support impacts depression in Chinese emerging adults: Mediators of cognitive reappraisal and loneliness. *Frontiers in Psychology, 17*, 1792698. [Link]

Marroquín, B. (2011). Interpersonal emotion regulation as a mechanism of social support in depression. *Clinical Psychology Review, 31*(8), 1276–1290. [Link]

Minguez-Alarcon, L., Williams, PL., Souter, I., Ford, JB., Hauser, R., Chavarro, JE. (2024). Women's preconception psychological stress and birth outcomes in a fertility clinic: the EARTH study . *Front Glob Womens Health. 5*, 1293255. [Link]

Mohsenabadi, H., & Fathi-Ashtiani, A. (2021). Evaluation of psychometric properties of the Persian version of the short form of Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ-18). *Payesh, 20*(2), 167-178. [Link]

Moradi, S., Mohammadpour, S., & Ahi, Q. (2021). The role of psychological distress and resilience in the quality of life in infertility in infertile women in Mashhad. *Research in Clinical Psychology and Counseling***,** *11* (1), 81–100**.** [Link]

Pang, X., Hai-yan, D., Deng, L., & Zhang, Y. (2021). Perceived social support and depressive symptoms in Chinese patients with ovarian cancer and the mediating role of resilience. *Research Square, 16*. [Link]

Papadimitriou, F. (2024). Modelling landscape resilience. *In Modelling Landscape Dynamics: Determinism, Stochasticity and Complexity* (pp. 101-118). Springer **.**[Link]

Rock, L. Y., Tajudeen, F. P., & Chung, Y. W. (2024). Usage and impact of the internet-of-things-based smart home technology: a quality-of-life perspective. *Universal Access in the Information Society, 23*(1), 345-364. [Link]

Ryff, C. D. (1989). Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of Personality and Social Psychology, 57*(6), 1069. [Link]

Sadeghian, A. M., Dashti, F., Shariati, B., Mokhtare, M., & Sotoudeheian, M. J. (2024). The role of cognitive emotion regulation strategies in predicting the resilience, symptom severity, and quality of life of patients with irritable bowel syndrome. *Clinics and Research in Hepatology and Gastroenterology, 48*(5), 102341. [Link]

Sanagoo, A., Fakharian Moghaddam, S., & Azizi Ziabari, L. S. (2024). Development of health-related quality of life of infertile women based on infertility problems: the mediating role of illness cognitions. *Rooyesh*. *13*(10), 211-220. [Link]

Saranya, K., Pradeep, S., Mounika, K., Prarthana, B., & Sravani, G. L. (2026). Psychological, psychosocial and economic factors affecting infertile

couples visiting a rural tertiary care hospital: A cross-sectional study. *Journal of Human Reproductive Sciences, 27,19*(1), 77-84. [Link]

Shabir, M. S., Mubeen, A., & Suleman, N. (2024). The impact of resilience on perceived stress among cancer patients: The mediating role of social support. *Contemporary Issues In Social Sciences and Management Practices 3*(1), 189-199. [Link]

Shahi, R., & ZadeMohamadi, K. (2024). Investigating the Effect of Effective Emotion Regulation Strategies on Alexithymia with the Mediation of Self-Compassion. Appl. Psychol 18 (1):180-206. [Link]

Shafieetabar, M. (2023). The comparison of resilience and perceived social support in infertile women with high and low levels of infertility stigma. *Journal of Psychology*, 27 (1), 70-78. [Link]

Shen, T., Li, D., Hu, Z., Li, J., & Wei, X. (2022). The impact of social support on the quality of life among older adults in China: An empirical study based on the CFPS. *Front. Public Health*, 914707. [Link]

Sisto, A., Vicinanza, F., Campanozzi, L. L., Ricci, G., Tartaglini, D., & Tambone, V. (2019). Towards a transversal definition of psychological resilience: A literature review. *Medicina, 55*(11), 745-767. [Link]

Tamannaeifar, M. R & Suleimanian, Z. (2025). Structural equation modeling of resilience based on cognitive emotion regulation strategies and perceived social support with the mediating role of self-efficacy in breast cancer patients: A descriptive study. *J Rafsanjan Univ Med Sci*, *24* (4), 360-74**.** [Link]

Tamannaeifar, M. R., & Shirani, Z. (2024). Mediating role of self-efficacy in relationship between cognitive emotion regulation and psychological well-being of patients with irritable bowel syndrome. *Applied Psychology, 18*(2), 107-130. [Link]

Tamannaeifar, M. R., & Shirani, Z. (2024). Structural equation modeling of the mediating role of resilience in the relationship between cognitive emotion regulation strategies and psychological well-being of patients with irritable bowel syndrome. *Clinical Psychology and Personality, 22*(2), 131-142. [Link]

Wagnild, G. M., & Collins, J. A. (2009). Assessing resilience. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services, 47*(12), 28–33. [Link]

Wallace, R., Smith, I., Day, D., Alexander, M., Weihs, KL., Wiley, J. F (2025). A randomized controlled trial: Evaluating whether a cognitive behavioral internet-delivered intervention targeting emotion regulation improves health-related quality of life in cancer survivors. *Health Psychol*, *44*(10), 909-921. [Link]

Wang, Z. J., Liu, C. Y., Wang, Y. M., & Wang, Y. (2024). Childhood psychological maltreatment and adolescent depressive symptoms: Exploring the role of social anxiety and maladaptive emotion regulation strategies. *Journal of affective disorders, 344*(1), 365-372. [Link]

Weliangan, H., Ardradhika , A. N., & Huda, N. (2024). The influence of psychological empowerment and self compassion on resilience in women with dual roles. *Bulletin of Counseling and Psychotherapy, 6*(2). [Link]

Xu, J., Zhang, X.-Y., Zhouchen, Y.-B., Luo, Y., Wang, S.-Y., Redding, S. R., Ouyang, Y.-Q., & Fu, D. (2025). Relationship between resilience and fertility quality of life in infertile women: Mediating roles of infertility self-efficacy and infertility coping. *Healthcare*, *13*(20), 2589. [Link]

Yan, Y., Ma, Y., Xu, L., & Lv, Y. (2025). Impact of perceived social support on anxiety and depression in women undergoing in vitro fertilization-embryo transfer: The role of psychological resilience. *Journal of Assisted Reproduction and Genetics, 42*(1), 231–242. [Link]

Yang, Y., Zhao, S, Lin, L., Qian, J., Zdhhang, H., & Cai, F. (2023). Social support and quality of life in migrant workers: Focusing on the mediating e ect of healthy lifestyle. *Front. Public Health*,1061579.

Zhang, Y., Guo, H., Ren, M., Ma, H., Chen, Y., & Chen, C. (2024). The multiple mediating effects of self-efficacy and resilience on the relationship between social support and procrastination among vocational college students: a cross-sectional study. *BMC Public Health, 24*, 1958. [Link]

Zhu, C., Yan, L., He, C., Wang, Y., Wu, J., Chen, L., & Zhang, J. (2022). Incidence and risk factors of infertility among couples who desire a first and second child in Shanghai, China: A facility-based prospective cohort study. *Reproductive Health, 19*(1), 155. [Link]

Zimet, G.D., Dahlem, N. W., Zimet, S. G., & Farley, G. K. (1988). The multidimensional scale of perceived social support. *Journal of Personality Assessment*, *52*(1), 30–41. [Link]