Scientific Journal of Nursing, Midwifery and Paramedical Faculty, 2021; Vol 4(1), Summer, pp 12-24

Predicting the quality of life in women with Multiple Sclerosis based on coping styles, social support and sexual perversion mediated by resilience

Kourosh Amraei [1], Fatemeh Papi[2*], Maryam Tahoonei [3]

1. Assistant professor, Department of psychology, Lorestan University, Khoramabbad, Iran.
2. MSc in psychology, Department of psychology, Lorestan University, Khoramabbad, Iran.
3. MSc in psychology, Department of psychology, Lorestan University, Khoramabbad, Iran.

*** Corresponding Author:** Fatemeh Papi, **Tel:** 09014022982, **Email:** fatemehpapi1007@gmail.com

Received: 4 April 2021 **Accepted: 29 April 2021**

Abstract

Background & Aim: The quality of life of patients with multiple sclerosis is affected by their disease conditions. So, the aim of this study was to predict the quality of life of women with inflammatory bowel disease based on coping styles, social support and sexual perversion mediated by resilience.

Materials & Methods: The present study is a correlation in which is analyzed in the form of a structural equation model. The statistical population of the present study was female patients who were members of MS associations in 2020. 147 people were selected as the sample using the available sampling method. The instruments were the Quality of Life Questionnaire, Resilience Questionnaire, Social Support, Coping Styles and Sexual Function. The data were analyzed using AMOS software.

Results: The results showed that the overall model has an acceptable fit. The Components of social support ($p< 0.01$), problem- solving coping strategies ($p< 0.01$) and resilience ($p< 0.01$) with positive quality of life, and emotional problem solving strategies ($p< 0.01$) and sexual perversion ($p< 0.01$) have a negative relationship with quality of life. Coping styles ($p< 0.01$) and social support ($p< 0.01$) predicted 0.48 of the variance of resilience. The role of resilience mediation is also significant for the components of coping styles, social support, However, due to the lack of correlation between sexual dysfunction ($p >0.05$) with resilience has no mediating role for this variable, in total, endogenous and exogenous variables predicted and explained 0.59 of quality of life variability.

Conclusion: According to the results of the present study, measures should be considered to increase social support, problem-solving strategy and resilience in patients against MS disorder so that their quality of life is at a higher level.

Keywords: Resilience, Sexual perversion, Social support, coping styles, Quality of life, MS, Women

How to cite this article: Amraei K, Papi F, Tahoonei M. Predicting the quality of life of women with MS based on coping styles, social support and sexual perversion mediated by resilience. Scientific Journal of Nursing, Midwifery and Paramedical Faculty. 2021; 7 (1): 12-24.

URL: https://sjnmp.muk.ac.ir/article-1-437-fa.html.

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-27]

پیش‌بینی کیفیت زندگی زنان مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس بر اساس سبک‌های مقابله، حمایت اجتماعی و کژکاری جنسی با میانجی‌گری تاب‌آوری

کورش امرایی[1]، فاطمه پاپی[2]*، مریم طاحونه‌ای[3]

۱- استادیار، گروه روانشناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه لرستان، خرم آباد، ایران

۲- دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی، گروه روانشناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه لرستان، خرم آباد، ایران

۳- دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی، گروه روانشناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه لرستان، خرم آباد، ایران

*** نویسنده مسئول:** فاطمه پاپی، **تلفن:** ۰۹۰۱۴۰۲۲۹۸۲، **ایمیل:** fatemehpapi1007@gmail.com

تاریخ دریافت:۱۴۰۰/۰۱/۱۵ تاریخ پذیرش:۱۴۰۰/۰۲/۰۹

چکیده

زمینه و هدف: : کیفیت زندگی بیماران مولتیپل اسکلروز متاثر از شرایط بیماری آنها است. پژوهش حاضر با هدف پیش‌بینی کیفیت زندگی زنان مبتلا به ام‌اس بر اساس سبک‌های مقابله(Coping style)، حمایت اجتماعی و کژکاری جنسی (Sexual perversion) با میانجی‌گری تاب‌آوری (Resilience) انجام شد.

مواد و روش ها: پژوهش حاضر از نوع همبستگی است که در قالب مدل معادلات ساختاری (Equation model) مورد تحلیل قرار گرفته است. جامعه آماری، بیماران زن عضو انجمن های ام‌اس در سال ۱۳۹۹ بودند. ۱۴۷ نفر به کمک روش نمونه‌گیری در دسترس به‌عنوان نمونه انتخاب شدند. ابزارها پرسشنامه‌های کیفیت زندگی، تاب‌آوری، حمایت اجتماعی، سبک‌های مقابله‌ای و عملکرد جنسی (sexual function) بودند. داده‌ها به کمک نرم‌افزارAMOS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته ها: نتایج نشان داد که مدل کلی دارای برازش قابل قبول است. مولفه‌های حمایت اجتماعی ($p<۰/۰۱$)، راهبردهای مقابله‌ای مسأله‌مدار ($p<۰/۰۱$) و تاب‌آوری ($p<۰/۰۱$) با کیفیت زندگی همبستگی مثبت و معنی دار، و راهبرد حل مسأله هیجان‌مدار($p<۰/۰۱$) و کژکاری جنسی ($p<۰/۰۱$) با کیفیت زندگی رابطه منفی و معنی داری داشتند. سبک‌های مقابله ($p<۰/۰۱$) و حمایت اجتماعی ($p<۰/۰۱$) ۰/۴۸ از واریانس تاب آوری را پیش‌بینی کردند. همچنین نقش میانجی-گری تاب‌آوری برای مؤلفه‌های سبک‌های مقابله، حمایت اجتماعی معنادار است، اما با توجه به عدم همبستگی کژکاری جنسی($p>۰/۰۵$) با تاب آوری برای این متغیر نقش میانجیگری ندارد، در مجموع متغیرهای درون‌زاد و برون‌زاد ۰/۵۹ از تغییرپذیری کیفیت زندگی را پیش‌بینی و تبیین کردند.

نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج پژوهش حاضر، باید تمهیداتی جهت افزایش حمایت اجتماعی، راهبرد مسأله‌مدارانه حل مسائل و تاب‌آوری در بیماران مبتلا به ام‌اس اندیشیده شود تا کیفیت زندگی آنها در سطح بالاتری باشد.

واژگان کلیدی: تاب‌آوری، کژکاری جنسی، حمایت اجتماعی، سبک‌های مقابله، کیفیت زندگی، ام اس، زنان

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-27]

مقدمه

مولتیپل اسکلروزیس (MS) یک بیماری التهابی مزمن دمیلینه‌کننده سیستم عصبی مرکزی است. به‌طور معمول، این بیماری به‌صورت حاد بر مغز، نخاع و اعصاب بینایی اثر می‌گذارد. بیشتر افراد اولین علائم بیماری ام‌اس را بین ۲۰ تا ۴۰ سالگی تجربه می‌کنند (۱). علائم بالینی بیماری ام‌اس ممکن است شامل اختلال حرکتی، لرز، دیسمتری یا آتاکسی(مخچه)، نیستاگموس (ساقه مغز)، بی‌حسی، تنگی مجاری ادراری/روده، بی‌اختیاری یا احتباس ادراری، اختلال-های بینایی و اختلال شناختی باشد (۲). بر اساس گزارش های منتشر شده، این بیماری عصبی بیش از ۳-۲ میلیون نفر در سراسر جهان را تحت تأثیر قرار داده است. شیوع آن در ایران از هر صد هزار نفر، ۱۱۵ تا ۱۲۰ نفر گزارش شده است. شیوع این بیماری در زنان سه برابر بیشتر از مردان است. شروع این بیماری در مردان دیرتر از زنان رخ می‌دهد. با این‌حال در مردان با سرعت بیشتری پیشرفت می‌کند (۳).

مشکلات روانی ام‌اس نسبت به جمعیت سالم و سایر بیماری‌های مزمن به مراتب رایج‌تر هستند. پژوهش‌های صورت گرفته حکایت از نرخ بالای افسردگی و احساس درماندگی، افزایش اضطراب، کاهش بهزیستی ذهنی و کیفیت زندگی و مشکلات مربوط به روابط و نقش اجتماعی در بیماران مبتلا دارد (۴). معمولا افراد مبتلا به ام‌اس، عوارضی از قبیل اضطراب، افسردگی و اختلال‌های شناختی را تجربه می‌کنند (۵). رابطه نشانگان روان‌شناختی با ام‌اس بسیار پیچیده است و شیوع آن ممکن است واکنش به عوامل بی‌شماری باشد. بدیهی است که علائم جسمی مانند خستگی، ناتوانی، مشکلات فراوان در خانواده، کار و زندگی اجتماعی منجر به عود نشانگان روان‌شناختی می‌شود و در نتیجه بار التهابی بیماری مزمن را افزایش می‌دهند، همچنین آسیب‌های عصب‌شناختی این بیماری بر سیستم اعصاب مرکزی نیز می‌تواند با نشانگان روان‌شناختی و شناختی در رابطه باشد (۶).

در پژوهشی نشان داده شد در بیماران مبتلا به ام.اس، سطح ناتوانی، افسردگی، خستگی اجتماعی و شناخت، پیش‌بین های قوی هستند که با کیفیت زندگی رابطه دارند (۷). این بیماری به افت عملکرد فردی و اجتماعی منجر می‌شود و در نتیجه بر چگونگی ایفای نقش‌های آنان در زندگی، وضعیت شغلی و نهایتا کیفیت زندگی و سلامت روانی و جسمانی آنها تأثیر بسزایی می‌گذارد (۸). کیفیت زندگی در یک مفهوم وسیع اجتماعی تعریف می‌شود که در آن فرد بر اساس تجربه و خصوصیات ژنتیکی با درک ذهنی از خوب یا بد بودن، کیفیت زندگی را معنا می‌کند (۹). این بیماری با توجه به تأثیراتی که بر فاکتورهای روحی و جسمی برجای می‌گذارد موجب کاهش کیفیت زندگی این افراد می-شود. پژوهش‌ها نشان می‌دهند، بیماری ام‌اس به کیفیت زندگی افراد مبتلا آسیب می‌رساند و با مقایسه میانگین کیفیت زندگی بیماران ام‌اس و افراد عادی، مشخص می‌گردد که نمره کیفیت زندگی افراد عادی بیشتر از این بیماران می باشد (۱۰). در پژوهشی نشان داده شد، کیفیت زندگی بیماران مبتلا به ام‌اس پایین بوده و شناخت‌درمانی می‌تواند موجب بهبود کیفیت زندگی آنها شود (۱۱).

عوامل متعددی بر کیفیت زندگی تأثیر می‌گذارند و در نظر گرفتن این متغیرها در هنگام بررسی کیفیت زندگی، برنامه‌ریزی و مدیریت مراقبت از بیمار، مهم است. از جمله عوامل تأثیرگذار بر کیفیت زندگی سبک‌های مقابله‌ای است. سازوکارها و سبک‌های مقابله‌ای که مبتلایان به ام‌اس استفاده می‌کنند، ممکن است کیفیت زندگی آن‌ها را در هر دو جهت مثبت یا منفی تحت تأثیر قرار دهد (۱۲). کنار آمدن کارآمد و بهینه با

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-27]

مشکلات، یکی از نشانه‌های سلامت روانی است. راهبردهای مقابله با استرس، مهارت‌ها و راهبردهایی هستند که افراد برای تغییر مسأله یا نظم بخشیدن به پاسخ‌های هیجانی هنگام تجربه عامل تنیدگی‌زا به‌کار می‌برند. در برخورد افراد یک جامعه با مشکلات زندگی و روانی، هر اندازه راهبردهای عقلانی در جهت حل مسائل به‌کار گرفته شود، فشارهای روانی ناشی از آن مسأله کاهش می‌یابد و افراد به تبع آن با راهبردهای منطقی با قضیه برخورد می‌کنند و هیچ نیازی به مواجهه شدید و احساسی با قضیه نمی‌بینند (۱۳). Carleton و همکاران (۲۰۲۰) ارتباط مثبت و معنادار راهبردهای مقابله با استرس را با سلامت روان افراد تأیید کرده‌اند (۱۴).

حمایت اجتماعی یکی دیگر از عوامل روانی-اجتماعی است که کیفیت زندگی فرد مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس را تحت تأثیر قرار می‌دهد. سازگاری و مقابله با بیماری‌های مزمن در افرادی که از بسیاری از عوامل تسهیل‌کننده مانند انعطاف‌پذیری و توانایی حل مشکل و حمایت اجتماعی برخوردار هستند به‌طور وسیع‌تری اتفاق می‌افتد (۱۵). حمایت اجتماعی به امکاناتی که دیگران برای فرد فراهم می‌کنند، تعریف شده است. حمایت اجتماعی به عنوان مؤثرترین و نیرومندترین عامل مقابله‌ای برای رویارویی موفقیت‌آمیز و آسان افراد در زمان درگیری با شرایط تنش‌زا شناخته‌شده و تحمل مشکلات را برای بیماران تسهیل می‌کند (۱۶). یافته‌های محققان نشان می‌دهد که درک حمایت اجتماعی می‌تواند از بروز عوامل نامطلوب فیزیولوژیکی بیماری در فرد جلوگیری نماید و میزان مراقبت از خود را افزایش دهد و تأثیر مثبت بر وضعیت جسمی و اجتماعی بیمار برجای می‌گذارد و در نتیجه باعث افزایش عملکرد فرد گردد (۱۷). نتایج پژوهش Schwartz و همکاران (۲۰۱۶) نشان می‌دهد که حمایت اجتماعی ادراک‌شده می‌تواند کیفیت زندگی مبتلایان به ام اس را پیش بینی کند (۱۸).

یکی از علایم جسمی شایع در بیماری اماس، اختلال سلامت جنسی است. دارا بودن عملکرد جنسی مطلوب در زندگی هر فرد بسیار اهمیت دارد و سبب افزایش کیفیت زندگی می‌شود و حتی می‌تواند سبب کاهش استرس در فرد شود (۱۹). سلامت جنسی متأثر از عوامل جسمی، روانی و اجتماعی است. نتایج مربوط به شیوع اختلال عملکرد جنسی در زنان مبتلا به ام اس از ۳۴درصد تا ۸۵درصد متفاوت است. بیشترین اختلال جنسی در زنان به‌صورت کاهش میل جنسی، کاهش رسیدن به اوج لذت جنسی، خشکی واژن، کاهش احساس یا بی‌حسی ناحیه تناسلی و در مردان به صورت کاهش میل جنسی، اختلال در نعوظ و انزال است (۲۰). از آنجایی که افراد دارای این بیماری به‌طور معمول از نظر جنسی فعال بوده و در اوج مسئولیت‌های فردی و خانوادگی و در زمان رویارویی با موقعیت‌های تشکیل خانواده و ایجاد روابط صمیمانه و نزدیک خود نیز می‌باشند، لذا تجربه مشکلات جنسی باعث افت بیشتر کیفیت زندگی این بیماران می‌شود (۲۱). بررسی Giulia و همکاران (۲۰۱۹) خاطر نشان می‌سازد شیوع اضطراب جنسی و اختلال عملکرد جنسی در زنان مبتلا به ام اس بیشتر از زنان عادی می باشد (۲۲).

یافته‌ها نشان می‌دهند، تاب‌آوری نقش مهمی در افزایش بهزیستی روان‌شناختی و کیفیت زندگی در شرایط استرس‌زا دارد (۲۳). تاب‌آوری پدیده‌ای است که از پاسخ‌های انطباقی طبیعی انسان حاصل می‌شود و علی‌رغم رویارویی فرد با تهدیدهای جدی، وی را در دستیابی به موفقیت و غلبه بر تهدیدها توانمند می‌سازد (۲۴). تاب‌آوری مفهومی مهم در فهم فرآیند انطباق و یادگیری روش‌های سازگاری در مبتلایان به بیماری‌های مزمن است. تاب‌آوری توانایی و مهارت فرد در انطباق مثبت با استرس و یا شرایطی سخت، همچون ابتلا به یک

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-27]

بیماری مزمن است. به بیانی دیگر، انطباق موفقیت‌آمیز با شرایط چالش‌برانگیز در زندگی را تاب‌آوری می‌نامند (۲۵). میکایلی، مختارپور و میسمی (۱۳۹۱) نقش حمایت اجتماعی ادراک‌شده، راهبردهای مقابله‌ای و تاب‌آوری را در پیش‌بینی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به اماس بررسی کردند. نتایج به‌دست آمده نشان داد، وجوه مختلف حمایت اجتماعی ادراک‌شده، راهبردهای مقابله‌ای و تاب‌آوری با کیفیت زندگی همبستگی مثبت دارند و می‌توان کیفیت زندگی این بیماران را بر اساس متغیرهای حمایت اجتماعی ادراک-شده، راهبردهای مقابله‌ای و تاب‌آوری پیش‌بینی کرد (۲۶).

با توجه به پژوهش‌های انجام‌شده و با در نظر گرفتن ارتباط تنگاتنگ عوامل روان‌شناختی و تأثیر آن در بروز یا تشدید علائم بیماری‌های روان‌تنی از جمله اماس به منظور کاهش و به حداقل رساندن بروز این بیماری و یا ایجاد شرایط مناسب زندگی برای مبتلایان به اماس این پژوهش دارای اهمیت ویژه‌ای خواهد بود. بنابراین در پژوهش حاضر با هدف تعیین و پیش‌بینی کیفیت زندگی زنان مبتلا به ام اس بر اساس سبک‌های مقابله، حمایت اجتماعی و کژکاری جنسی با میانجی‌گری تاب‌آوری انجام شد.

روش پژوهش

پژوهش حاضر از نوع همبستگی است که در آن ارتباط بین متغیرهای پژوهش در قالب مدل معادلات ساختاری مورد تحلیل قرار گرفته است. در این مدل، کیفیت زندگی به‌عنوان متغیر ملاک، سبک‌های مقابله‌ای و حمایت اجتماعی و کژکاری جنسی متغیرهای پیش‌بین و تاب‌آوری متغیر واسطه‌ای است. جامعه آماری پژوهش حاضر، بیماران زن عضو انجمن‌های اماس در سال ۱۳۹۹ بودند. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل مبتلا بودن به اختلال اماس، حداقل تحصیلات راهنمایی، سن بین ۲۰ تا ۴۰ سال و گذشت حداقل ۵ سال از شروع بیماری بود. حجم نمونه به کمک فرمول کوکران تعداد ۱۴۵ نفر محاسبه گردید. با احتساب ریزش نمونه و استفاده نشدن برخی از پرسشنامه‌ها به دلیل تکمیل نشدن، پژوهشگر تعداد نمونه را به ۱۶۰ نفر افزایش داد. با در اختیار داشتن فهرست اعضای انجمن اماس انتخاب نمونه به روش در دسترس صورت گرفت. شیوه تکمیل پرسشنامه‌ها بدین صورت بود که ابتدا برای افراد نمونه در رابطه با ماهیت و اهداف پژوهش توضیحات کلی ارائه گشت و به آن‌ها این اطمینان داده شد که با توجه به بی‌نام بودن پرسشنامه‌ها اطلاعات و پاسخ‌های‌شان کاملا محرمانه باقی خواهد ماند و بدین ترتیب تمامی افراد با رضایت آگاهانه وارد پژوهش شدند. پس از تکمیل ابزارهای پژوهش، ابتدا پرسشنامه-ها جهت نمره‌گذاری بررسی شدند که به دلیل مخدوش بودن برخی از آن‌ها کنار گذاشته شدند و نهایتاً ۱۴۷ آزمودنی به کمک نرم‌افزارهای AMOS و SPSS نسخه ۲۵ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. برای گردآوری داده‌ها از پرسشنامه‌های زیر استفاده شد:

پرسشنامه کیفیت زندگی بهداشت جهانی (۱۹۹۶): این پرسشنامه دارای ۲۶ گویه و ۴ خرده‌مقیاس سلامت جسمانی، سلامت روانی، روابط اجتماعی و سلامت محیط می‌باشد. دو سؤال اول به هیچ‌یک از خرده مقیاس‌ها تعلق ندارد و وضعیت سلامت و کیفیت زندگی را به شکل کلی اندازه‌گیری می‌کند. نمره-گذاری به روش لیکرت پنج‌درجه‌ای از ۱ تا ۵ است. در نتیجه دامنه کلی نمرات بین ۲۶ تا ۱۳۰ خواهد بود. در مطالعه حکیمی‌نیا، پورافکاری و غفاری (۲۷) پایایی به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۵ محاسبه گردید. در پژوهش حاضر پایایی از طریق ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۴ محاسبه شد.

پرسشنامه تاب‌آوری کانر و دیویدسون (۲۰۰۳): این مقیاس شامل ۲۵ سؤال است. نمره‌گذاری برای هر سؤال طبق درجه‌بندی لیکرت ۵ گزینه‌ای از ۰-۴ (کاملا

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-27]

نادرست تا همیشه درست) در نظر گرفته شده است. با توجه به این نمره‌گذاری بالاترین نمره‌ای که هر فرد می‌تواند از این آزمون کسب کند ۴۴ می‌باشد. این مقیاس اگرچه ابعاد مختلف تاب‌آوری را می‌سنجد ولی دارای یک نمره کل می‌باشد. روایی به روش تحلیل عوامل و روایی (تحلیل عوامل و روایی همگرا) و پایایی به روش (بازآیی و آلفای کرونباخ) توسط سازندگان آزمون در گروه‌های مختلف (عادی و خطر) احراز گردیده است. برای استفاده آزمون در ایران ابتدا فرآیند ترجمه و برگردان به انگلیسی انجام پذیرفت و پس از تأیید سازندگان، مقیاس مجوز استفاده از آن احراز گردید. پس از احراز پایایی از روش آلفای کرونباخ و برای تعیین روایی از روش تحلیل عاملی استفاده شد. پایایی مقیاس برابر ۹۳ درصد بدست آمد که کاملا منطبق پایایی گزارش شده توسط سازندگان مقیاس بود. در این پژوهش ضریب آلفای کرونباخ برابر با ۰/۹۰ بدست آمد.

مقیاس حمایت اجتماعی شربورن و استوارت (۱۹۹۱): این مقیاس دارای ۱۹ عبارت و ۵ زیرمقیاس حمایت ملوس، حمایت هیجانی، حمایت اطلاعاتی، مهربانی و تعامل اجتماعی است. آزمودنی میزان مخالفت یا موافقت خود با هر یک از عبارات را در یک مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای (هیچ‌وقت= ۱ امتیاز، به ندرت= ۲ امتیاز، گاهی اوقات= ۳ امتیاز، اغلب= ۴ امتیاز، همیشه= ۵ امتیاز) مشخص می‌سازد. پایین‌ترین و بالاترین امتیاز کسب‌شده در این آزمون به ترتیب ۱۹ و ۹۵ است. نمره بالای آزمودنی در این مقیاس بیانگر این است که آزمودنی از حمایت اجتماعی مطلوبی برخوردار است. پایایی این آزمون توسط سازندگان با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ در دامنه‌ای از ۰/۷۴ تا ۰/۹۳ گزارش شده است. باوزین و سپهوندی (۲۸) ضمن به تأیید رساندن روایی صوری و محتوایی این ابزار از دیدگاه متخصصان روان‌شناسی، پایایی آن را با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۲ اعلام کردند. پایایی این ابزار در پژوهش به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۷ محاسبه شد.

پرسشنامه سبک‌های مقابله‌ای بیلینگز و موس (۱۹۸۱): این پرسشنامه شامل ۱۹ سؤال می‌باشد. سؤالات این پرسشنامه به سه زیرمقیاس مقابله شناختی، مقابله رفتاری و مقابله اجتنابی تقسیم می‌شوند. از طرفی این پرسشنامه دو روش مقابله متمرکز بر حل مسئله با ۸ سؤال و مقابله متمرکز بر هیجان را با ۱۱ سوال اندازه‌گیری می‌کند. نمره‌گذاری پرسشنامه به صورت لیکرت ۴ درجه‌ای از صفر تا ۳ می‌باشد. پایایی این ابزار در مطالعه زنوزیان، غرایی و یزدان‌دوست (۲۹) به روش آلفای کرونباخ ۰/۹۱ محاسبه شد. پایایی این ابزار در پژوهش به روش آلفای کرونباخ ۸۹/ ۰محاسبه شد.

پرسشنامه عملکرد جنسی آریزونا: این پرسشنامه توسط اساتید دانشگاه آریزونا ساخته شده که با داشتن فقط ۵ سؤال می‌تواند در سطح مراقبت‌های بهداشتی اولیه جهت غربالگری اختلال عملکرد جنسی به‌کار رود که بر اساس مقیاس شش‌گزینه‌ای لیکرت تنظیم شده است. در نمره‌گذاری پرسشنامه به جواب فوق‌العاده آسان نمره ۱، جواب خیلی آسان نمره۲، بعضی وقت‌ها زیاد نمره ۳، بعضی وقت‌ها ضعیف نمره ۴، خیلی ضعیف یا خیلی مشکل نمره ۵ و هرگز نمره ۶ تعلق می‌گیرد. اگر نمره کل بیشتر از ۱۸و یا نمره یکی از سؤالات ۵ یا بیشتر از ۵ باشد فرد دارای اختلال عملکرد جنسی محسوب می‌شود. پایایی این ابزار توسط سازندگان ۰/۹۵ محاسبه شد (۳۰). در پژوهش حاضر، پایایی این ابزار با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۲ محاسبه شد.

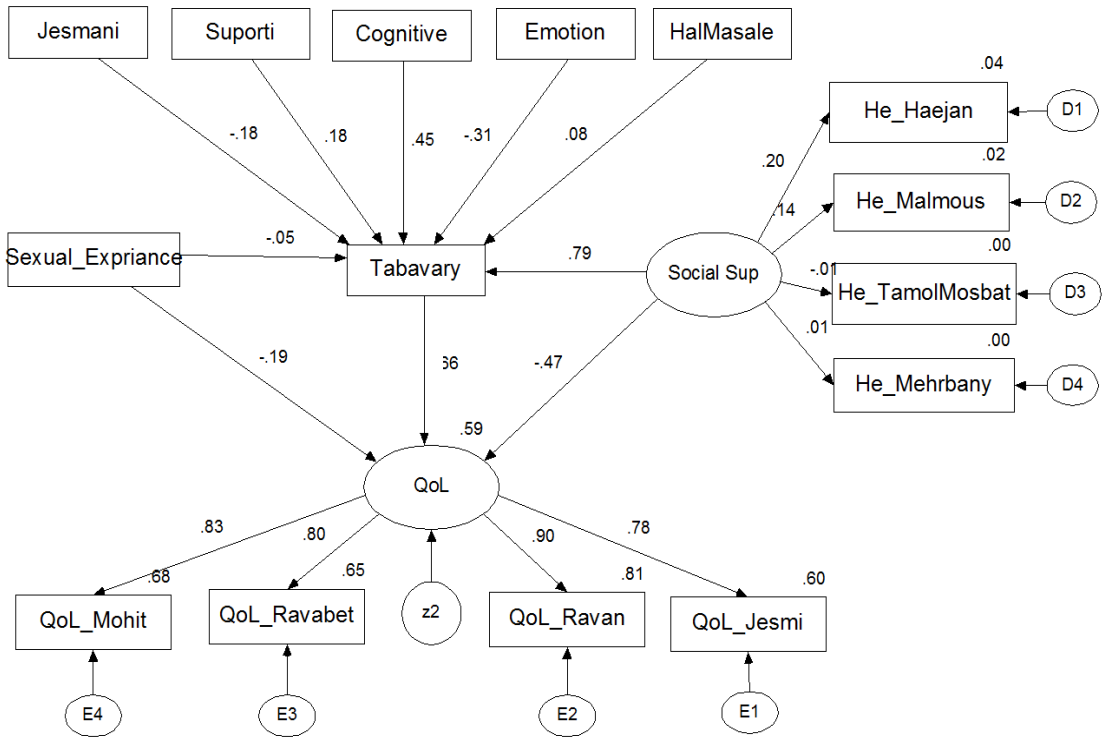
یافته‌ها

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-27]

مشخصات توصیفی نشان می‌دهد که ۸۴/۸ درصد نمونه متاهل و تحصیلات در گروه‌های مختلف پراکنده و بیشترین فراوانی برای لیسانس (۴۲/۸) و دیپلم (۳۳/۸) است. میانگین سنی آن‌ها ۳۴/۰۴ سال و متوسط سابقه بیماری در آن‌ها ۹/۷۰ سال است. در ادامه ابتدا روابط دو متغیری، متغیرهای پژوهش را در جدول ۱ نشان داده و نظر به عدم توانایی روابط همبستگی در تبین دقیق روابط بین متغیرها، جهت بررسی فرضیه و تعیین ضرایب اثر متغیرهای برون‌زا بر متغیرهای درون‌زا و تعیین میانجی‌گری متغیرهای میانجی از تکنیک تحلیل مسیر با استفاده از نرم‌افزار آموس استفاده شد. تصمیم‌گیری در باره معیارهای برازش مدل بر اساس چهار شاخص خی دو (X2) ریشه میانگین مجذور خط (RMSEA)، شاخص برازش تطبیقی بنتلر (CFI)، و شاخص نیکویی برازش(GFI) صورت گرفت. پیشینه مدل معادلات پیشنهاد می‌دهد که نسبت X2 /df کمتر از ۳، ضریب (RMSEA) کمتر از ۰/۰۸ (کلین، ۲۰۱۰) و شاخص‌های برازش (NNFI)، (CFI) و(GFI) نزدیک به ۰/۹۵ (هیو و بنتلر، ۱۹۹۹) حاکی از قابل قبول بودن شاخص‌های برازش مدل معادلات ساختاری است. ابتدا شاخص‌های برازش مدل مفروض بررسی شده و سپس ضرایب استانداردشده برای اثرات مستقیم، غیرمستقیم و کل و درصد تبیین واریانس توسط متغیرها ارائه می‌گردد. در ادامه شاخص‌های برازش مدل مسیر ارائه شده است. بر اساس این شاخص‌ها می‌توان نتیجه گرفت که مدل مفروض، برازش خوب و نزدیک به کاملی با داده‌ها دارد.

شاخص‌های برازش به دست آمده از اجرای تحلیل مسیر با روش بیشینه احتمال نشان‌دهنده خطی بودن روابط بین متغیرها در مدل و برازش مناسب الگو با داده‌ها است (X2/df= ۲/۹۰، RMSEA= ۰/۰۶، NNFI=۰/۹۶، CFI=۰/۹۶، GFI=۱). مدل نهایی به دست آمده در شکل زیر، نشان داده شده است. این یافته‌ها بدین معناست که مدل طراحی شده از اینکه تاب‌آوری به عنوان متغیر میانجی که متغیرهای همانند سبک‌های مقابله، حمایت اجتماعی و کژکاری روی آن تاثیر دارند و این متغیر نیز بر روی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به اماس تاثیر گذار هستند معنادار و دارای برازش است. علاوه بر این، ضرایب مسیر بین تمامی متغیرهای پژوهش در شکل و جدول اثرات مستقیم و غیرمستقیم گزارش شده است.

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-27]



شکل۱: مدل برازش شده پژوهش براساس خروجی نرم افزار آموس

جدول ۱: روابط دو متغیری متغیرهای مدل پژوهشی

متغیرها	حمایت اجتماعی	کژکاری جنسی	تاب آوری	کیفیت زندگی
حمایت اجتماعی	–			
کژکاری جنسی	۰/۱۴	–		
تاب آوری	۰/۵۱**	۰/۲۶**	–	
کیفیت زندگی	۰/۲۹**	-۰/۳۹**	۰/۷۲**	–

**=P<۰/۰۱

جدول ۲: ضرایب استاندارد مستقیم، غیر مستقیم و کل در کل معادلات ساختاری

متغیر وابسته	متغیر مستقل	اثر مستقیم	اثر غیرمستقیم	اثر کل	واریانس تبین شده
تاب‌آوری	سبک حل مسئله	۰/۰۸	–	۰/۰۸	۰/۴۸
	سبک متمرکز بر هیجان	-۰/۳۱**	–	۰/۱۳	
	سبک ارزیابی شناختی	۰/۴۵**	–	۰/۱۲	
	سبک جلب حمایت	۰/۱۸*	–	۰/۱۶	
	سبک مهار جسمانی	-۰/۱۸*	–	۰/۲۱	
	حمایت اجتماعی	۰/۷۹**	–	۰/۱۹	
	کژکاری جنسی	-۰/۰۵	–	۰/۲۳	
کیفیت زندگی	سبک حل مسئله	–	۰/۰۵	۰/۰۵	۰/۵۹
	سبک متمرکز بر هیجان	–	-۰/۲۰	-۰/۲۰	
	سبک ارزیابی شناختی	–	۰/۳۰	۰/۳۰	
	سبک جلب حمایت	–	۰/۱۲	۰/۱۲	

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-27]

سبک مهار جسمانی	-	-۰/۱۲	-۰/۱۲
حمایت اجتماعی	۰/۴۷**	۰/۳۱	۰/۷۸
کژکاری جنسی	-۰/۱۹*	-۰/۰۳	-۰/۲۲
تاب‌آوری	۰/۶۶**	-	۰/۶۶

بر اساس مسیرهای آزمون‌شده در جدول ۲ اثر مستقیم مؤلفه‌های سبک متمرکز بر هیجان (b =-۰/۳۱)، سبک متمرکز بر ارزیابی شناختی (b = ۰/۴۵)، سبک متمرکز بر جلب حمایت (b = ۰/۱۸)، سبک متمرکز بر مهار جسمانی (b = -۰/۱۸) و اثر متغیر حمایت اجتماعی کلی (b = ۰/۷۹) بر تاب‌آوری معنادار به دست آمده است. این متغیرها در مجموع ۰/۴۸ از واریانس و پراکندگی تاب‌آوری را تبیین می‌کنند. البته اثر مولفه سبک متمرکز بر حل مسئله و متغیر کژکاری جنسی معنادار نبوده است.

علاوه بر این، اثر مستقیم (b = ۰/۴۷)، غیرمستقیم (b = ۰/۳۱) و کلی (b = ۰/۷۸) حمایت اجتماعی، اثر مستقیم (b = ۰/۱۹) و کلی (b = ۰/۲۲) کژکاری جنسی و اثر غیر مولفه‌های سبک متمرکز بر هیجان (b = -۰/۲۰)، سبک متمرکز بر ارزیابی شناختی (b = ۰/۳۰)، سبک متمرکز بر جلب حمایت (b = ۰/۱۲)، سبک متمرکز بر مهار جسمانی (b = -۰/۱۲)، و اثر مستقیم (b =۰/۴۷)، اثر غیرمستقیم (b = ۰/۳۱) و کلی (b = ۰/۷۸) حمایت اجتماعی، اثر مستقیم (b = -۰/۱۹)، غیر مستقیم (b = -۰/۰۳) و کلی (b = -۰/۲۲) کژکاری جنسی با میانجی‌گری تاب‌آوری بر کیفیت زندگی بیمان مبتلا به ام‌اس معنادار بوده است. این متغیرها در مجموع توانسته‌اند که ۰/۵۹ از واریانس و پراکندگی کیفیت زندگی بیماران را تبیین و پیش‌بینی کنند. برای درک روشن‌تر روابط بین متغیرهای مدل، در شکل ۱، نمودار مسیرهای مدل برازش یافته نمایش داده شده است. در نهایت اینکه متغیر تاب‌آوری دارای نقش میانجیگری برای مولفه‌های سبک‌های مقابله، حمایت اجتماعی و کژکاری جنسی است.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف پیش‌بینی کیفیت زندگی زنان مبتلا به ام‌اس بر اساس سبک‌های مقابله، حمایت اجتماعی و کژکاری جنسی با میانجی‌گری تاب‌آوری انجام شد. نتایج نشان داد، کیفیت زندگی با سبک‌های مقابله متمرکز بر حل مسأله رابطه مثبت و با سبک‌های مقابله‌ای متمرکز بر هیجان رابطه منفی دارد. این یافته با نتایج پژوهش Diener و همکاران (۳۱)، ثنایی محرز، رئیسی و احمدی‌مقدم (۳۲)، صمدی طاری و جهانگیر (۳۳) و نادری و همکاران (۳۴) همسو است. هرچه زنان مبتلا به ام‌اس در حل مسائل به روش مسئله‌مدار عمل کنند به همان میزان از کیفیت زندگی بالاتری برخوردار می‌گردند. این سبک از مقابله منجر به حل مسئله می‌شود، زیرا فرد ابتدا به ارزیابی موقعیت تنش‌زا می‌پردازد و سعی در کنترل هیجانات منفی خود و تمرکز برای حل مسئله دارد. او موقعیت پیش‌آمده را واقعی تلقی کرده و به تصمیم-گیری می‌پردازد و در صورت احساس نیاز به جستجوی راهنمایی و کمک از دیگران برمی‌آید (۳۴). توانایی سبک مسأله‌مدار در وصف منطقی و سازگار آن با مسائل، حل مشکل و احساس خودکارآمدی و اعتمادبه‌نفس را در فرد افزایش می‌دهد و موجب خوشنودی روان‌شناختی می‌گردد و پیامد این امر برخورداری از کیفیت زندگی بهتر هست. همچنین سبک هیجان‌مدار به‌عنوان روش سازش‌نایافته در مقابله با شرایط استرس‌زا شناخته می‌شود. در مقابله هیجانی فرد موقعیت موجود را مصیبت‌بار تلقی می‌کند و به‌جای تمرکز بر مشکل و تلاش برای مرتفع ساختن آن بر کاهش احساسات ناخوشایند خود متمرکز می‌شود و رفتارهایی از قبیل گریه کردن، عصبانی شدن و خیال‌پردازی مانع تصمیم-گیری صحیح به منظور کاهش یا از بین بردن عامل فشارزا می‌شوند. بنابراین با تداوم مشکل، میزان استرس فرد نیز بیشتر

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-27]

شده، ناراحتی عاطفی بیشتری را متحمل می‌شود و احتمال پریشانی روان‌شناختی افزایش می‌یابد.

دیگر یافته پژوهش نشان داد، بین حمایت اجتماعی کل با کیفیت زندگی رابطه مثبت معنادار برقرار است. این یافته با نتایج پژوهش Kaur، کور و ونکاتیشان (۳۵)، بهاری و همکاران (۳۶)، فراهانی و همکاران (۳۷) هم‌جهت است. در تبیین این یافته می‌توان گفت خانواده پناهگاه و منبع نیرومند برای حمایت از فرد در برابر دگرگونی‌ها به‌شمار می‌رود. خانواده نقش مهمی در چگونگی مقابله اعضایش با استرس دارد و اعضا می‌توانند در شرایط تنش‌زا بر یکدیگر تأثیر مثبتی بگذارند. حمایت از جانب سایرین اطلاعاتی را درباره راهبردهای مقابله جدید فراهم می‌نماید. نمره کلی حمایت اجتماعی به‌عنوان عاملی مثبت می‌تواند ادراک فرد از کیفیت زندگی را افزایش دهد و این پژوهش نشان داده است، زنانی که از حمایت اجتماعی بالاتری برخوردار بودن نمرات بهتری در کیفیت زندگی دریافت نمودند.

یافته دیگر نشان داد، کژکاری جنسی با کیفیت زندگی رابطه منفی و معنادار دارد. این یافته با نتایج پژوهش Park و همکاران (۳۸)، Cabral و همکاران (۳۹) و عابدی و همکاران (۴۰) همخوان است. در تبیین این می‌توان گفت، رضایت جنسی مطلوب منجر به تجربه کردن احساسات جنسی بیشتر و در نتیجه خوشبختی و کیفیت زندگی می‌شود. کیفیت زندگی یکی از مؤلفه‌های روان‌شناسی مثبت‌نگر است که شامل ادراک شناخت با شادی، علائق، انتظارات و عاطفه مثبت و منفی و غیره می‌شود. از آنجا که این مؤلفه‌ها با رضایت زناشویی در ارتباط هستند می‌توان تبیین نمود که کیفیت زندگی با کژکاری جنسی ارتباط دارد.

در نهایت یافته‌ها نشان داد متغیر تاب‌آوری دارای نقش میانجی‌گری برای مؤلفه‌های سبک‌های مقابله حمایت اجتماعی و کژکاری جنسی است. در تبیین این یافته می‌توان گفت، افرادی که دارای سطح تاب‌آوری بالاتری هستند در کیفیت زندگی و مؤلفه‌های آن هم می‌توانند نمرات بهتری را به‌دست آورند. این افراد با مشکلات زندگی بهتر می‌توانند کنار بیایند و در زیر بار مشکلات خم نمی‌شوند و انعطاف-پذیری بیشتری دارند. این افراد در روابط خانوادگی احساس امنیت می‌کنند و از پیشرفت‌های خود راضی هستند که به دنبال آن باعث رضایت جنسی بالاتر حمایت اجتماعی بیشتر و به تبع آن کیفیت زندگی بهتر در افراد می‌شود.

با توجه به اینکه اندازه‌گیری کیفیت زندگی در بیماران اماس، نقش مهمی در درک نیاز این بیماران، ارزشیابی ارائه خدمات سیستم‌های درمانی- بهداشتی و همچنین کیفیت خدمات مشاوره‌ای و درمانی دارد، این مطالعه به کیفیت زندگی بیماران اماس پرداخته است که می‌تواند کمک شایانی در فرایند درمان داشته باشد. از جمله محدودیت های پژوهش مذکور این ا ست که پژوهش فقط روی بیماران زن انجام شد، بنابر این تعمیم نتایج در بیماران مرد باید با احتیاط انجام شود. پیشنهاد می شود، این پژوهش توسط سایر پژوهشگران تکرار شود تا از سوگیری احتمالی آزمایشگر جلوگیری شود.

تشکر و قدردانی

در پا یان، محققان این پژوهش بر خود لازم می دانند از همکاری انجمن های ام اس و بیماران محترمی که در این پژوهش شرکت نموده و تمام کسانی که در این فرآیند یاری رسان بودند، نهایت تقدیر و تشکر را داشته باشند.

Reference

1. Azizi M, Zarei B, Rahimi H, Mousavi Mirzaei SM, Javan N, Vagharseyyedin SA. Comparison of the Effects of Peer-led and Nurse-led Self-management Programs on Self-management of Patients with Multiple Sclerosis. Scientific Journal of Nursing, Midwifery and Paramedical Faculty. 2020; 6(1): 58-71. [Persian]

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-27]

2. Lassmann H, Bradl M. Multiple sclerosis: experimental models and reality. Acta neuropathologica. 2017; 133(2): 223-44.
3. Lassmann H. Multiple sclerosis pathology. Cold Spring Harbor perspectives in medicine. 2018; 8(3): 028936.
4. Koutsogeorgou E, Chiesi AM, Leonardi M. Social capital components and social support of persons with multiple sclerosis: a systematic review of the literature from 2000 to 2018. Disability and rehabilitation. 2020; 42(24): 3437-49.
5. Chiurchiù V, van der Stelt M, Centonze D, Maccarrone M. The endocannabinoid system and its therapeutic exploitation in multiple sclerosis: clues for other neuroinflammatory diseases. Progress in neurobiology. 2018; 160: 82-100.
6. Giacoppo S, Bramanti P, Mazzon E. Sativex in the management of multiple sclerosis-related spasticity: an overview of the last decade of clinical evaluation. Multiple sclerosis and related disorders. 2017; 17(1): 22-31.
7. Koch-Henriksen N, Thygesen LC, Stenager E, Laursen B, Magyari M. Incidence of MS has increased markedly over six decades in Denmark particularly with late onset and in women. Neurology. 2018; 90(22): 1954-63.
8. Wendebourg MJ, Heesen C, Finlayson M, Meyer B, Pöttgen J, Köpke S. Patient education for people with multiple sclerosis-associated fatigue: a systematic review. PLoS One. 2017; 12(3): 0173025.
9. Benedict RHB, Wahling E, Rohit B. Predicting quality of life in multiple sclerosis: for physical disability, fatigue, cognition, mood disorder, personality, and behavior change, Journal of Neurological Science. 2010; 231(1): 29-34.
10. Mitchell AJ, Bentio-Leon J, Gonzalez JM, Rivera-Navarro J. Quality of life and its assessment in multiple sclerosis: integrating psychological components of wellbeing. Lancet Neural. 2005; 1(4): 556-66.
11. Beiske AG, Naess H, Aarseth JH, Anderson D, Elovaara I. Health related quality of life in secondary progressive MS, Mult Scler. 2007; 13(3): 386-92.
12. Pittock SJ, Mayr WT, McClelland RL, Quality of life is favorable for most patients with multiple sclerosis: a populationbased cohort study. Arch Eurol. 2004; 61(5): 679-86.
13. Burnett M, Sheard I, St Clair-Thompson H. The prevalence of compassion fatigue, compassion satisfaction and perceived stress, and their relationships with mental toughness, individual differences and number of self-care actions in a UK police force. Police Practice and Research. 2020; 21(4): 383-400.
14. Carleton R, Afifi T, Taillieu T, Turner S, Mason J, Ricciardelli R, Griffiths C. Assessing the relative impact of diverse stressors among public safety personnel. International Journal of. Environmental Research Public Health. 2020; 17(4): 1234.
15. Heiydari S, Salahshorian A, Rafie F, Hoseini F. Correlation of perceived social support and size of social network with quality of life dimension in cancer patients. FEYZ. 2008; 12(2): 15-22. [Persian]
16. Prutskova E. Social vs. Individual Centrality of Religiosity: Research in Religious and Non-Religious Settings in Russia. Religions. 2021; 12(15): 1-18.
17. Lee E-H, Chung BY, Park HB, Chun KH. Relationships of mood disturbance and social support to symptom experience in Korean women with breast cancer. Journal of pain and symptom management. 2004; 27(5): 425-33.
18. Schwartz C, Frohner R. Contribution of demographic, medical, and social support variables in predicting the mental health dimension of quality of life among people with multiple sclerosis. Health & Social Work. 2018; 30(3): 203-12.

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-27]

19. Rosen RC. Assessment of female sexual dysfunction: review of validated methods. Fertility and sterility. 2002; 77(1): 89-93.
20. Cordeau D, Courtois F. Sexual disorders in women with MS: assessment and management. Annals of physical and rehabilitation medicine. 2014; 57(5):337-47.
21. Seçıl Y, Yetımalar Y, Gedizlioğlu M, Arpaci E, Tokuçoğlu F, İnceoğlu Kendir A, Başoğlu M, Ertekin C. Sexual dysfunction and sympathetic skin response recorded from the genital region in women with multiple sclerosis. Multiple Sclerosis Journal. 2007; 13(6): 742-48.
22. Gava G, Visconti M, Salvi F, Bartolomei I, Seracchioli R, Meriggiola MC. Prevalence and psychopathological determinants of sexual dysfunction and related distress in women with and without multiple sclerosis. The journal of sexual medicine. 2019; 16(6):833-42.
23. Barasa E, Mbau R, Gilson L. What is resilience and how can it be nurtured? A systematic review of empirical literature on organizational resilience. International Journal of Health Policy and Management. 2018; 7(6):491.
24. Cai H, Lam NS, Qiang Y, Zou L, Correll RM, Mihunov V. A synthesis of disaster resilience measurement methods and indices. International journal of disaster risk reduction. 2018; 31(1): 844-55.
25. Cutter S. The Landscape of Disaster Resilience Indicators in the USA. Natural Hazards. 2016; 80(2): 741-58.
26. Mikaeli N, Mokhtarpour E, Moesmi S. The Role of Perceived Social Support, Coping Strategies and Resilience in Predicting the Quality of Life of Patients with Multiple Sclerosis. Journal of New Findings in Psychology. 2012; 7(23): 5-17. [Persian]
27. Hakiminya B, Poorafkari N, Ghafari D. Factors Affecting Quality of Life with Emphasis On Social Intelligence and Social Health (The Case of Kermanshah City). Journal of Applied Sociology. 2017; 28(2): 163-78. [Persian]
28. Bavazin F, Sepahvandi M A. Investigating the relationship between social support components and social and mental health among the elderly in Khorramabad. Nurs Midwifery J. 2018; 15(12): 931-38. [Persian]
29. Zennozian S, Gharaei B, Yazdannoost R. The effectiveness of problem solving training in changing students' coping strategies. Faculty of Psychology, University of Tabriz. 2010; 5(20): 20-29. [Persian]
30. Montejo AL, Rico-Villademoros F. Psychometric properties of the Psychotropic-Related Sexual Dysfunction Questionnaire (PRSexDQSALSEX) in patients with schizophrenia and other psychotic disorders. J Sex Marital Ther. 2008; 34(3): 227-39.
31. Diener E, Heintzelman S, Kushlev Tay L, Wirtz D, Lutes L, Oishi S. Findings all psychologists should know from the new science on subjective well-being. Canadian Psychology psychologiecanadienn. 2017; 58(8): 87-96.
32. SanagouyeMoharer Gh, Raisi M, Ahmadi Moghaddam FS. Relationship between Religious Coping Styles and Quality of Life in HIV-Positive Patients. Religion and Health. 2017; 5(2): 58-67
33. Samadi Tari M, Jahangir P. Forecasts quality of life based on the maladaptive schema and coping strategies in M.S patient. Rooyesh. 2018; 7(7): 207-18. [Persian]
34. Nedaei A, Paghoosh A, Sadeghi-Hosnijeh A. Relationship between Coping Strategies and Quality of Life: Mediating Role of Cognitive Emotion Regulation Skills. Journal of Clinical Psychology. 2016; 4(32): 35-48.
35. Kaur H, Kaur H & Venkateashan M. Factors determining family support and quality of life of elderly population. International Journal of Medical Science and Public Health. 2015; 4(8): 1049-53.

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-27]

36. Bahri L, Dehghan Menshadi M, Dehghan Menshadi Z. Investigating the role of resiliency prediction and social support in mental health of parents with blind and deaf children. Exceptional Education. 2014; 1(1): 5-12. [Persian]
37. Farahani A, Yarmohammadian A, Malekpour M, Abedi A. Relationship between Self-Handicapping and Social Supports with Quality of Life in Blind Individuals. MEJDS. 2018; 8(73): 1-7.
38. Park Y, Kim H, Chang S, Kang H, Chun S. Sexuality and related factors of postmenopausal Korean women. Taehan Kanho Hakhoe Chi. 2016; 33(4): 457-63.
39. Cabral P, Canario A, Spyrides M, Uchoa S, Eleuterio J, Amaral R. Influence of menopausal symptoms on sexual function in middle-aged women. Rev Bras Ginecol Obstet. 2017; 34(7): 329-34
40. Abedi G, Darvari S H, Nadighara A, Rostami F. The Relationship between Quality of Life and Marriage Satisfaction in Infertile Couples Using Path Analysis. J Mazandaran Univ Med Sci. 2014; 24 (117): 184-93. [Persian]

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-27]