MEJDS. 2021; 11:211.

Published online 2022 March. **Original Article**

Structural Equation Modeling to Explain the Relationship Between Perceived Social Support, Marital Boredom, and Family Resilience in Infertile Women

Mirzaei F[1], *Delavar A[2] Ghaemi F[3], Bagheri F[4]

Author Address
1. PhD Student in General Psychology, Tehran Research Sciences Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran;
2. Professor, Department of Psychology, Allameh Tabatabaei University, Tehran, Iran;
3. Associate Professor, Ministry of Health, Treatment and Medical Education, Tehran, Iran;
4. Associate Professor, Department of Psychology, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.
***Corresponding author's email:** delavar@atu.ac.ar

Received: 2020 October 10; **Accepted:** 2021 February 2

Abstract

Background & Objectives: Infertility is among the most challenging experiences individuals might encounter. Infertility is associated with marital conflicts and serious psychosocial consequences. This can be problematic because the marital relationship is the primary source of infertility support. The social consequences of infertility are more effective in women. Family resilience can prevent or reduce marital boredom. Marital boredom can interfere with the treatment and collapse the family system in more severe cases. However, some characteristics, such as receiving social support and increasing family resilience, can prevent marital boredom. Social support plays an essential role in preventing marital boredom. Considering the high prevalence of infertility, this study aimed to model structural equations to explain the relationship between perceived social support, marital boredom, and family resilience in infertile women.

Methods: The present descriptive–correlation study employed structural equations modeling. The statistical population included infertile women aged 20–45 years referring to the infertility section of Khatam Al–Anbia Hospital in Tehran City, Iran, in 2018–2019. By the convenience sampling method, 361 subjects were selected. The inclusion criteria included having at least a ninth–grade education, the age range of 20–45 years, and having at least two years of infertility history. The measuring instruments were the Marital Burnout Scale (Pines, 1996), Family Resiliency Assessment Scale (Sixbey, 2005), and Multidimensional Scale of Perceived Social Support (Zimmet et al., 1988). The obtained data were analyzed in SPSS and LISREL using descriptive statistics (mean & standard deviation) and inferential statistics, including structural equation modeling and Pearson correlation coefficient at the significance level of 0.01.

Results: The total path coefficient (total direct and indirect path coefficient) of social support to family resilience and family resilience to marital boredom was negative and significant ($p<0.001$, $\beta=-0.82$). Furthermore, the direct path coefficient between social support and marital boredom was negative and significant ($p<0.003$, $\beta=-0.36$), the direct path coefficient between family resilience and marital boredom was negative and significant ($p<0.001$, $\beta=-0.57$). Moreover, the direct path coefficient between social support and family resilience was positive and significant ($p<0.001$, $\beta=0.81$). Finally, the indirect path coefficient between social support and marital boredom was negative and significant ($p<0.001$, $\beta=-0.46$). There was a good fit of the research model (RMSEA=0.061, AGFI=0.088). In other indicators (e.g., NFI, NNFI, CFI, & GFI), the results were higher than 0.80, indicating an acceptable model fit. Meanwhile, the SRMR index is 0.039, i.e., below 0.05.

Conclusion: Based on the research findings, perceived social support through family resilience reduces marital boredom in infertile women. Infertile women generate more marital boredom with perceived social support and less family resilience.

Keywords: Perceived social support, Family resilience, Marital boredom, Infertility.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-02-08]

Copyright © 2016, MEJDS. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.

مجله مطالعات ناتوانی ۱۴۰۰؛ (۱۱):۲۱۱.

انتشار برخط اسفند ۱۴۰۰ مقاله پژوهشی اصیل

مدل‌سازی معادلات ساختاری برای تبیین ارتباط حمایت اجتماعی ادراک‌شده و دلزدگی زناشویی با تاب‌آوری خانوادگی در زنان نابارور

فرشته میرزایی[۱]، *علی دلاور[۲]، فاطمه قائمی[۳]، فریبرز باقری[۴]

توضیحات نویسندگان

۱.دانشجوی دکترای روان‌شناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات، تهران، ایران؛

۲. استاد گروه روان‌شناسی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران؛

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

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

***رایانامهٔ نویسندهٔ مسئول:** delavar@atu.ac.ar

تاریخ دریافت: ۱۹ مهر ۱۳۹۹؛ **تاریخ پذیرش:** ۱۴ بهمن ۱۳۹۹

چکیده

زمینه و هدف: تاب‌آوری خانوادگی، از متغیرهای مهم در پیشگیری از دلزدگی زناشویی است که احتمالاً از متغیرهای دیگری مانند حمایت اجتماعی ادراک‌شده تأثیر می‌پذیرد. هدف پژوهش حاضر مدل‌سازی معادلات ساختاری برای تبیین ارتباط حمایت اجتماعی ادراک‌شده و دلزدگی زناشویی با تاب‌آوری خانوادگی در زنان نابارور بود.

روش‌بررسی: روش پژوهش توصیفی‌همبستگی از نوع مدل‌سازی معادلات ساختاری بود. جامعهٔ آماری را زنان نابارور ۲۰تا۴۵ سال تشکیل دادند که در سال‌های ۱۳۹۹ـ۱۳۹۷ به بخش ناباروری بیمارستان خاتم‌الانبیا در تهران مراجعه کردند. با روش نمونه‌گیری دردسترس ۳۶۱ نفر انتخاب شدند. ابزارهای جمع‌آوری داده‌ها، مقیاس دلزدگی زناشویی (پاینز، ۱۹۹۶)، مقیاس سنجش تاب‌آوری خانواده (سکسیبی، ۲۰۰۵) و مقیاس چندبعدی حمایت اجتماعی ادراک‌شده (زیمت و همکاران، ۱۹۸۸) بود. تحلیل داده‌ها با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون و روش مدل‌یابی معادلات ساختاری با استفاده از نرم‌افزارهای SPSS نسخهٔ ۲۱ و LISREL نسخهٔ ۸/۷ صورت پذیرفت. سطح معناداری آزمون‌های آماری ۰/۰۱ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد، ضریب مسیر کل (مجموع ضرایب مسیرهای مستقیم و غیرمستقیم) حمایت اجتماعی به تاب‌آوری خانواده و از تاب‌آوری خانواده به دلزدگی زناشویی، منفی و معنادار بود ($p<$۰/۰۰۱، β=−۰/۸۲). ضریب مسیر مستقیم بین حمایت اجتماعی و تاب‌آوری خانواده ($p<$۰/۰۰۱، β=۰/۸۱)، بین حمایت اجتماعی و دلزدگی زناشویی ($p<$۰/۰۰۱، β=−۰/۳۶) و بین تاب‌آوری خانواده و دلزدگی زناشویی ($p<$۰/۰۰۱، β=−۰/۵۷) معنادار بود. ضریب مسیر غیرمستقیم بین حمایت اجتماعی و دلزدگی زناشویی ($p<$۰/۰۰۱، β=−۰/۴۶) معنادار به‌دست آمد. همچنین نتایج حاکی‌از برازش مناسب مدل پژوهش بود (RMSEA=۰/۰۶۱، AGFI=۰/۰۸۸).

نتیجه‌گیری: براساس یافته‌های پژوهش نتیجه گرفته می‌شود که حمایت اجتماعی ادراک‌شده ازطریق تاب‌آوری خانوادگی باعث کاهش دلزدگی زناشویی در زنان نابارور می‌شود.

کلیدواژه‌ها: حمایت اجتماعی ادراک‌شده، تاب‌آوری خانوادگی، دلزدگی زناشویی، ناباروری.

حق انتشار محفوظ است © ۱۳۹۵، مجله مطالعات ناتوانی. این یک مقاله با دسترسی آزاد است که تحت مجوز اختیار ـ غیرتجاری ۴/۰ بین‌المللی (https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.fa) منتشر شده است که به شما اجازه می‌دهد که مواد منتشر شده در این مقاله را با شرط ارجاع مناسب به نسخهٔ اصلی، به‌طور غیرتجاری نسخه‌برداری و توزیع کنید.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-02-08]

۱ مقدمه

ناباروری[1] از تجربیات بسیار دشواری است که افراد می‌توانند در زندگی خود داشته باشند. داده‌های اپیدمیولوژی حاکی‌از آن است که هشتادمیلیون نفر در سراسر جهان نابارور هستند (۱). ناباروری، بحرانی حیاتی در زندگی بیماران سراسر جهان است. بیماران نابارور میزان زیادی از آشفتگی هیجانی[2] را درنتیجهٔ تشخیص تجربه می‌کنند و ریسک اضطراب و درماندگی در بیماران نابارور زیاد است (۲). محققان به تأثیر روانی ناباروری توجه کرده‌اند. تشخیص ناباروری و درمان آن بار روانی و جسمی سنگینی را بر اکثر بیماران دارد. بسیاری از نویسندگان بر این باور هستند که ناباروری و درمان آن باعث بحران زندگی برای بسیاری از زوج‌ها شده است (۳). ناتوانی در تولیدمثل می‌تواند احساس شرم و گناه و عزت‌نفس ضعیف را در پی داشته باشد. این احساسات منفی ممکن است منجربه به درجات مختلفی از اضطراب، پریشانی و کیفیت ضعیف زندگی شود. ناباروری از نظر پزشکی به‌معنای ناتوانی در باردارشدن پس از گذشت یک سال یا بیشتر از مقاربت جنسی بدون محافظت است (۲). پیامدهای اجتماعی ناباروری اساساً در زنان تأثیرگذارتر است و ناباروری با مشکلات روحی و اجتماعی ارتباط دارد؛ بنابراین تحقیقات درجهت شناسایی پیامدهای روانی و اجتماعی ناباروری صورت گرفته است. درنتیجهٔ این تعارضات[3]، ناسازگاری‌ها و استرس‌ها[4]، دلزدگی از روابط زناشویی[5] می‌تواند بروز پیدا کند (۴).

شروع دلزدگی[6] به‌ندرت ناگهانی است. معمولاً روند آن تدریجی است و به‌ندرت از پدیده‌ای ناگوار و حتی چند ضربهٔ ناراحت‌کننده ناشی می‌شود. انباشته‌شدن سرخوردگی‌ها و تنش‌های زندگی روزمره، فرسایش روانی به‌دنبال دارد و سرانجام به دلزدگی منجر می‌شود که با نشانگان جسمی، روانی و عاطفی همراه است (۵). می‌توان گفت، کیفیت رابطهٔ زناشویی پیش‌بینی‌کنندهٔ شادی و رفاه عمومی است؛ درحالی‌که کیفیت زناشویی ضعیف با بسیاری از مشکلات خانواده و جامعه همراه است. ناباروری با مشکلات زناشویی و درگیری مواجه می‌شود و پیامدهای جدی برای سلامت روانی و اجتماعی دارد. این موضوع می‌تواند مشکل‌ساز باشد؛ زیرا رابطهٔ زناشویی به‌منزلهٔ منبع مهم‌تر حمایت در زمینهٔ ناباروری دیده می‌شود (۴). نتایج پژوهشی که مانگم و همکاران در مینه‌سوتا انجام دادند، نشان داد زنان زوج نابارور کیفیت زندگی و سازگاری روانی کمتری درمقایسه با زنان بارور داشتند (۶).

یکی از عوامل مرتبط با دلزدگی زناشویی[7] ، حمایت اجتماعی ادراک‌شده[8] است. حمایت اجتماعی[9] مراقبت یا کمک دیگران است که فرد می‌تواند آن را احساس کند، متوجه شود یا قبول کند. همچنین به‌عنوان منبع مهم محیطی در زندگی اجتماعی فرد محسوب می‌شود (۷). یانگ و همکاران با انجام تحقیقی در چین، نشان دادند حمایت اجتماعی نقش میانجی بین استرس و رضایت از زندگی ایفا می‌کند (۸). حمایت اجتماعی بر سلامت جسمی و روانی و الگوهای رفتاری فرد تأثیر می‌گذارد و نقش مهمی در پیشگیری از افسردگی دارد. ادراک حمایت اجتماعی به‌شکل مناسب می‌تواند از فرد تحت فشارهای روانی، محافظت کند و در حفظ و داشتن تجربهٔ احساسی خوب و مثبت در فرد نقش مهمی دارد. درک و نگرش فرد به حمایت دریافت‌شده مهم‌تر از میزان حمایت ارائه‌شده به شخص است (۷). نتایج پژوهش‌ها حاکی‌از رابطهٔ معنادار منفی بین حمایت اجتماعی ادراک‌شده و دلزدگی زناشویی است (۷).

یکی دیگر از عوامل مرتبط با دلزدگی زناشویی، تاب‌آوری[10] است. تاب‌آوری، توانمندی تحت شرایط تنش‌زا و همچنین در طول بحران و مصیبت تعریف می‌شود. می‌توان گفت تاب‌آوری، فرایندی پویا به‌شمار می‌رود که دربرگیرندهٔ سازگاری مثبت دریافتی از شرایط مصیبت و ناگوار است. در زمینهٔ پیامدهای تاب‌آوری شماری از پژوهش‌ها به افزایش سطح سلامت روان و رضایت از زندگی اشاره دارد (۹). رایدنور و همکاران دریافتند، تاب‌آوری در زوجینی که دچار ناباروری هستند، برای کاهش تأثیر استرس مرتبط با ناباروری و حفظ تعاملات مثبت در زوجین حیاتی است؛ بنابراین مداخلات درجهت افزایش تاب‌آوری خانوادگی به‌منزلهٔ اقدامی پیشگیرانه محسوب می‌شود (۱۰). تاب‌آوری خانوادگی می‌تواند محصول عواملی در درون و بیرون خانواده باشد. تاب‌آوری خانواده، ویژگی‌ها، ابعاد و خصوصیات خانواده است که به خانواده کمک می‌کند دربرابر کژکاری هنگام تغییر مقاوم باشد و در موقعیت‌های بحران‌زا، سازگاری و تطابق داشته باشد (۱۱).

باتوجه به مطالب مذکور می‌توان گفت، جلوگیری از دلزدگی زناشویی در گروه زنان نابارور نقش مهمی در تحکیم چارچوب خانواده و ارکان آن دارد. جلوگیری از دلزدگی زناشویی در افزایش کیفیت و امید به زندگی و حتی در پیگیری اقدامات درمانی آنان تأثیرگذار است. در زمینهٔ جلوگیری از دلزدگی زناشویی، از متغیرهای مختلفی استفاده می‌شود؛ ازجملهٔ این متغیرها می‌توان نقش حمایت اجتماعی ادراک‌شده و تاب‌آوری خانوادگی را بررسی کرد. باتوجه به میزان شیوع فراوان ناباروری و نیز به‌لحاظ انجام‌نشدن پژوهش‌های کافی در این زمینه، هدف پژوهش حاضر مدل‌سازی معادلات ساختاری برای تبیین ارتباط حمایت اجتماعی ادراک‌شده و دلزدگی زناشویی با تاب‌آوری خانوادگی در زنان نابارور بود.

۲ روش‌بررسی

روش پژوهش حاضر، توصیفی‌همبستگی از نوع مدل‌سازی معادلات ساختاری بود. جامعهٔ آماری این پژوهش را زنان نابارور مراجعه‌کننده به بخش ناباروری بیمارستان خاتم‌الانبیا در سال‌های ۱۳۹۹ـ۱۳۹۷ تشکیل دادند. حجم نمونه براساس ملاک کلاین که باید به‌ازای هر گویهٔ پرسش‌نامه حداقل بین ۳تا۵ نمونه وجود داشته باشد (۱۲)، درنهایت باتوجه به ۹۹سؤالی‌بودن پرسش‌نامه‌ها، تعداد نمونه باید بین ۲۹۷ تا ۴۹۵ نفر درنظر گرفته شود؛ ازاین‌رو نمونهٔ پژوهش شامل ۳۶۱ نفر از

[1]. Infertility
[2]. Emotional disturbance
[3]. Conflicts
[4]. Incompatibilities and stresses
[5]. Disturbance of marital relationships
[6]. Boredom
[7]. Marital boredom
[8]. Perceived social support
[9]. Social support
[10]. Resiliency

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-02-08]

زنان نابارور مراجعه‌کننده به این مرکز بود که با روش نمونه‌گیری دردسترس انتخاب شدند. ملاک‌های ورود شرکت‌کنندگان به مطالعه شامل داشتن حداقل تحصیلات سیکل، سن ۲۰تا۴۵ سال و داشتن حداقل دو سال سابقهٔ ناباروری بود. به‌منظور رعایت نکات اخلاقی، قبل از اجرای پژوهش اطلاعات لازم در اختیار آزمودنی‌ها قرار گرفت؛ همچنین به آزمودنی‌ها اطمینان داده شد همهٔ اطلاعات محرمانه است و برای امور پژوهشی استفاده می‌شود. همهٔ آزمودنی‌ها به میل خود و درکمال اختیار و آزادی پس از تأیید بخش ناباروری مرکز مربوط مبنی‌بر داشتن شرایط لازم، توانستند پرسش‌نامه‌ها را پر کرده و در پژوهش شرکت کنند.

در این پژوهش به‌منظور جمع‌آوری داده‌ها از ابزارهای زیر استفاده شد.

ـ مقیاس دلزدگی زناشویی[1]: در این تحقیق برای گردآوری داده‌های لازم در زمینهٔ دلزدگی زناشویی، پرسش‌نامهٔ دلزدگی زناشویی به‌کار رفت که توسط پاینز در سال ۱۹۹۶ ساخته شد (۱۳). این مقیاس دارای ۲۱ عبارت و سه خرده‌مقیاس اصلی خستگی جسمی، خستگی عاطفی و خستگی روانی است. این سؤالات روی طیفی هفت‌امتیازی پاسخ داده می‌شود. نمره‌گذاری پرسش‌نامه براساس طیف هفت‌درجه‌ای لیکرت از هرگز (نمرهٔ یک) تا همیشه (نمرهٔ هفت) تنظیم شده است. هفده عبارت این مقیاس، شامل عبارت‌های منفی مانند خستگی، ناراحتی و بی‌ارزش‌بودن و چهار عبارت آن، شامل عبارات مثبت مانند خوشحال‌بودن و پرانرژی‌بودن می‌شود. حداکثر امتیاز در کل مقیاس ۱۴۷ و حداقل ۲۱ است. در هریک از مؤلفه‌های مقیاس، حداکثر امتیاز ۴۹ و حداقل ۷ است. نمرهٔ بیشتر در این مقیاس، دلزدگی بیشتر را نشان می‌دهد (۱۳). ارزیابی ضریب پایایی این ابزار توسط پاینز به‌روش بازآزمایی مشخص کرد، برای یک دورهٔ یک‌ماهه ۰/۸۹، دورهٔ دوماهه ۰/۷۶ و دورهٔ چهارماهه ۰/۶۶ و ضریب آلفای کرونباخ آن بین ۰/۹۱تا۰/۹۳ است. وی به‌منظور ارزیابی ضریب روایی نشان داد، مقیاس دارای همسانی درونی بین متغیرها در دامنهٔ بین ۰/۸۴تا۰/۹۰ است؛ همچنین از روایی خوبی برخوردار است (۱۳). در ایران صفی‌پوریان و همکاران، ضریب پایایی مقیاس دلزدگی زناشویی را با استفاده از روش آلفای کرونباخ و تنصیف، برای کل مقیاس، به‌ترتیب برابر ۰/۹۲ و ۰/۹۴ گزارش کردند. آن‌ها روایی هم‌زمان و واگرایی مقیاس را ازطریق محاسبهٔ ضریب همبستگی با مقیاس صمیمیت زناشویی ۰/۶۱ ـ به‌دست آوردند که بیانگر ضریب پایایی و روایی مطلوب مقیاس مذکور است (۱۴).

ـ مقیاس چندبعدی حمایت اجتماعی ادراک‌شده[2]: در این تحقیق برای گردآوری‌های لازم در زمینهٔ حمایت اجتماعی ادراک‌شده، از مقیاس ساخته‌شده توسط زیمت و همکاران در سال ۱۹۸۸ استفاده شد (۱۵). این مقیاس دوازده گویه دارد و سه بُعد حمایت خانواده، دوستان و دیگر افراد مهم را می‌سنجد. هر بُعد این مقیاس چهار گویه دارد. پاسخ‌دهنده به هر گویهٔ آن روی طیف هفت‌درجه‌ای لیکرت (۱=کاملاً مخالف و ۷=کاملاً موافق) پاسخ می‌دهد. نمرهٔ بیشتر در این مقیاس، بیانگر سطح بیشتر حمایت اجتماعی ادراک‌شده است (۱۵). ضریب آلفای کرونباخ این ابزار در مطالعهٔ زیمت و همکاران برای زیرمقیاس‌های دیگر افراد مهم ۰/۹۱، خانواده ۰/۸۷ و دوستان ۰/۸۵ بود (۱۵). در پژوهش ادواردز، ضریب آلفای کرونباخ این ابزار برای بُعد خانواده ۰/۸۸، دوستان ۰/۹۰ و دیگر افراد مهم ۰/۶۱ گزارش شد (۱۶). خباز و همکاران ضرایب اعتبار درونی این مقیاس را در گروهی ۳۱۱نفری از دانشجویان دانشگاه علامه طباطبائی ۶۶/۱ محاسبه کردند (۱۷).

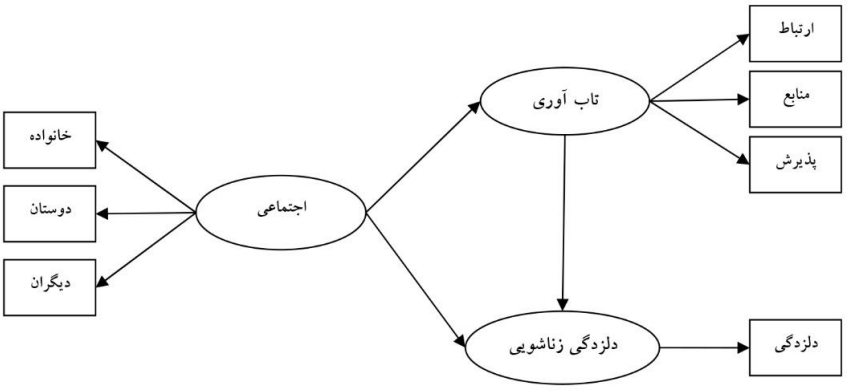
ـ مقیاس سنجش تاب‌آوری خانواده[3]: در این تحقیق برای گردآوری داده‌های لازم در زمینهٔ تاب‌آوری خانوادگی، مقیاس تاب‌آوری خانواده به‌کار رفت که توسط سکسیبی براساس نظریهٔ تاب‌آوری والش[4]، در سال ۲۰۰۵ ساخته شد (۱۸). این مقیاس ۶۶ سؤال دارد که شامل شش خرده‌مقیاس ارتباط خانوادگی و حل مسئله (سی سؤال)، بهره‌مندی از منابع مذهبی و اجتماعی (سیزده سؤال)، حفظ چشم‌انداز مثبت (شش سؤال)، پیوند خانوادگی (هفت سؤال)، معنویت خانواده (پنج سؤال) و توانایی ایجاد معنا برای سختی و دشواری (پنج سؤال) است. از آزمودنی خواسته شد روی مقیاس لیکرت از کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم به سؤالات پاسخ دهد. حداقل نمرهٔ اکتسابی در این مقیاس ۶۶ و حداکثر نمره ۲۶۵ بیان شده است. نمرهٔ بیشتر در مقیاس، نمرهٔ تاب‌آوری خانوادگی بیشتر را نشان می‌دهد (۱۸). در پژوهش سکسیبی نمرهٔ کل پایایی مقیاس ۰/۹۶ بود و نیز روایی ملاکی هم‌زمان با ابزار سنجش خانواده و شاخص معنای شخصی، خوب ارزیابی شد (۱۸). سادات حسینی و حسین‌چاری این مقیاس را در ایران ترجمه و اعتباریابی کردند. روایی مقیاس تاب‌آوری خانواده با استفاده از پرسش‌نامه‌های معنای زندگی[5] و آب‌دیدگی و به‌شیوهٔ روایی هم‌زمان به تأیید رسید. میزان پایایی مقیاس تاب‌آوری خانواده نیز با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای نمرهٔ کل تاب‌آوری خانواده ۰/۹۳ و برای ابعاد تاب‌آوری خانواده در دامنه‌ای از ۰/۷۶تا۰/۹۳ محاسبه شد. براساس یافته‌ها مقیاس تاب‌آوری خانواده با سه عامل فرایندهای ارتباط خانوادگی و حل مسئله، منابع مذهبی‌اجتماعی و باور خانواده به‌عنوان واحدی کلی در پذیرش مشکل، می‌تواند کیفیت تاب‌آوری خانواده‌ها را در فرهنگ ایرانی اندازه‌گیری کند (۱۹). به همین دلیل در این مقاله به این سه عامل بسنده شد.

مدل مفهومی پژوهش در شکل ۱ مشاهده می‌شود و برازش نهایی در بخش یافته‌ها روی این مدل انجام پذیرفت.

تجزیه‌وتحلیل داده‌ها با نرم‌افزارهای SPSS نسخهٔ ۲۱ و LISREL نسخهٔ ۸/۷ در دو بخش شاخص‌های آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و آمار استنباطی با استفاده از روش مدل‌یابی معادلات ساختاری به‌علاوهٔ فاصلهٔ ماهالانوبیس[6]، آزمون کولموگروف‌اسمیرنف، ضریب همبستگی پیرسون، ضریب تحمل و تورم واریانس صورت پذیرفت. سطح معناداری آزمون‌های آماری ۰/۰۱ در نظر گرفته شد.

[1]. Marital Burnout Scale
[2]. Multidimensional Scale of Perceived Social Support
[3]. Family Resiliency Assessment Scale
[4]. Walsh
[5]. The Meaning in Life Questionnaire
[6]. Mahalanobis distance

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-02-08]



شکل ۱. مدل مفهومی پژوهش

۳ یافته‌ها

همان‌گونه که گفته شد، نمونهٔ آماری شامل ۳۶۱ زن نابارور بود. در جدول ۱ شاخص‌های توصیفی متغیرهای جمعیت‌شناختی ارائه شده است.

جدول ۱. وضعیت نمونهٔ مطالعه‌شده در ویژگی‌های جمعیت‌شناختی

متغیر	طبقات	تعداد	درصد
سن	۲۰تا۳۰ سال	۸۶	۲۳/۸
	۳۱تا۳۵ سال	۱۰۲	۲۸/۱
	۳۶تا۴۰ سال	۱۱۲	۳۱/۲
	۴۱تا۴۵ سال	۶۱	۱۶/۹
تحصیل	راهنمایی سیکل	۴۳	۱۱/۹
	دیپلم	۱۳۸	۳۸/۳
	فوق‌دیپلم	۳۶	۱۰
	لیسانس	۱۱۱	۳۰/۷
	فوق‌لیسانس	۲۵	۶/۹
	دکتری	۸	۲/۲
مدت‌زمان ناباروری	دو تا سه سال	۴۰	۱۱/۰
	چهار تا شش سال	۱۳۰	۳۶/۰
	هفت تا نُه سال	۹۳	۲۵/۷
	ده تا دوازده سال	۴۶	۱۳/۰
	بیشتر از دوازده سال	۵۲	۱۴/۳
جمع		۳۶۱	۱۰۰

براساس جدول ۱، از ۳۶۱ شرکت‌کننده در مطالعهٔ حاضر، گروه سنی ۳۶تا۴۰ سال فراوانی بیشتر (۳۱/۲درصد) و گروه سنی ۴۱تا۴۵ سال فراوانی کمتری (۱۶/۹درصد) داشت. از نظر سطح تحصیلات، دیپلم (۳۸/۳درصد) از همه بیشتر و دکتری (۲/۲درصد) از همه کمتر بود. همچنین از نظر مدت‌زمان ناباروری، چهار تا شش سال فراوانی بیشتر (۳۶/۰درصد) و دو تا سه سال فراوانی کمتری (۱۱/۰درصد) داشت. در جدول ۲ میانگین، انحراف معیار، کمینه و بیشینهٔ نمرات گزارش شده است. به‌منظور بررسی نرمال‌بودن داده‌های پژوهش، آزمون کولموگروف‌اسمیرنف به‌کار رفت. این آزمون برای متغیرهای حمایت اجتماعی، تاب‌آوری و دلزدگی زناشویی و خرده‌مقیاس‌های آن‌ها غیرمعنادار شد و فرض نرمالیتی به تأیید رسید ($p>۰/۰۱$).

فاصلهٔ ماهالانوبیس به‌منظور بررسی داده‌های پرت استفاده شد. مقدار فاصلهٔ ماهالانوبیس برای مطالعهٔ حاضر نشان داد، مقدار حداکثری در فایل داده‌ها از دامنهٔ مقدار بحرانی برای درجهٔ آزادی ۲ (معادل تعداد متغیرهای پیش‌بین)، یعنی ۱۳/۸۲ خارج نشده و اطلاعات مربوط به هیچ‌کدام از شرکت‌کننده‌ها پرت‌های چندمتغیری تشکیل نداده است. ازآنجاکه پایه و اساس مطالعات مدل‌یابی معادلات ساختاری همبستگی بین متغیرها است، در ادامه ماتریس همبستگی خطی

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-02-08]

دوبه‌دوی متغیرهای پژوهش (ضـرایب همبسـتگی پیرسـون) مشـاهده می‌شود.

جدول ۲. شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش

متغیر	میانگین	انحراف معیار	حداقل نمره	حداکثر نمره
خانواده	۴/۵۹	۱/۴۶	۱	۷
دوستان	۳/۹۳	۱/۵۱	۱	۷
دیگر افراد مهم	۴/۶۹	۱/۶۳	۱	۷
حمایت اجتماعی (کل)	۴/۴۰	۱/۲۸	۱	۷
ارتباط و حل مسئله	۸۸/۹۵	۱۵/۲۲	۴۳	۱۲۸
منابع مذهبی‌اجتماعی	۳۵/۰۸	۶/۷۵	۱۴	۵۳
پذیرش مشکل	۲۵/۶۰	۳/۸۱	۱۲	۳۶
تاب‌آوری خانواده (کل)	۱۴۸/۶۳	۲۲/۵۹	۸۴	۲۱۲
دلزدگی زناشویی	۳/۷۱	۰/۹۳	۱	۶/۵۷

جدول ۳. ماتریس ضرایب همبستگی پیرسون بین متغیرهای پژوهش

متغیر	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹
۱. خانواده	۱								
۲. دوستان	۰/۵۴**	۱							
۳. دیگر افراد مهم	۰/۷۲**	۰/۴۱**	۱						
۴. حمایت اجتماعی (کل)	۰/۸۹**	۰/۷۷**	۰/۸۵**	۱					
۵. ارتباط و حل مسئله	۰/۶۷**	۰/۴۸**	۰/۶۳**	۰/۷۱**	۱				
۶. منابع مذهبی اجتماعی	۰/۴۲**	۰/۴۹**	۰/۲۸**	۰/۴۷**	۰/۶۲**	۱			
۷. پذیرش مشکل	۰/۴۷**	۰/۴۸**	۰/۳۸**	۰/۵۳**	۰/۵۸**	۰/۴۷**	۱		
۸. تاب‌آوری خانواده (کل)	۰/۶۵**	۰/۵۵**	۰/۵۷**	۰/۷۱**	۰/۹۶**	۰/۷۹**	۰/۷۰**	۱	
۹. دلزدگی زناشویی	-۰/۱۸**	-۰/۱۷**	-۰/۱۴*	-۰/۲۰**	-۰/۳۳**	-۰/۱۵*	-۰/۲۹**	-۰/۳۱**	۱
ضریب تحمل	۰/۲۱۵	۰/۳۵۷	۰/۳۳۳	۰/۳۵۲	۰/۵۴۶	۰/۵۳۹	۰/۱۸۸	۰/۷۸۵	–
تورم واریانس	۴/۶۵۷	۲/۸۰۴	۳/۰۰۵	۲/۸۳۸	۱/۸۳۲	۱/۸۵۵	۵/۳۲۸	۱/۲۷۴	–

*$p<۰/۰۵$، **$p<۰/۰۱$

باتوجه به جدول ۳، مؤلفه‌های خانواده ($p<۰/۰۱$، r=۰/۸۹)، افراد مهم ($p<۰/۰۱$، r=۰/۸۵) و دوستان ($p<۰/۰۱$، r=۰/۷۷)، دارای بیشترین تا کمترین ضریب همبستگی پیرسون با حمایت اجتماعی بودند. علاوه‌براین، مؤلفه‌های ارتباط و حل مسئله ($p<۰/۰۱$، r=۰/۹۶)، منابع مذهبی‌اجتماعی ($p<۰/۰۱$، r=۰/۷۹) و پذیرش مشکل ($p<۰/۰۱$، r=۰/۷۰)، بیشترین تا کمترین ضریب همبستگی را با تاب‌آوری خانواده داشتند. همچنین در ماتریس بالا، ضریب همبستگی بین حمایت اجتماعی و دلزدگی زناشویی ($p<۰/۰۱$، r=-۰/۲۰) و بین تاب‌آوری خانواده و دلزدگی زناشویی ($p<۰/۰۱$، r=-۰/۳۱) ارتباط معنادار به‌دست آمد. نتایج جدول نشان داد، مسئلهٔ هم‌خطی‌بودن در بین متغیرهای پیش‌بین رخ نداده است. در همهٔ متغیرها ضریب تحمل از ۰/۱ بیشتر و تورم واریانس کمتر از ۱۰ بود. در این پژوهش برای بررسی اثر مستقیم و غیرمستقیم حمایت اجتماعی و تاب‌آوری خانواده بر دلزدگی زناشویی زنان، از روش مدل‌یابی معادلات ساختاری استفاده شد. در ادامه، در جدول ۴ اثرات مستقیم، غیرمستقیم و کل ارائه شده است.

جدول ۴. برآورد مسیر بین متغیرها در مدل پژوهش

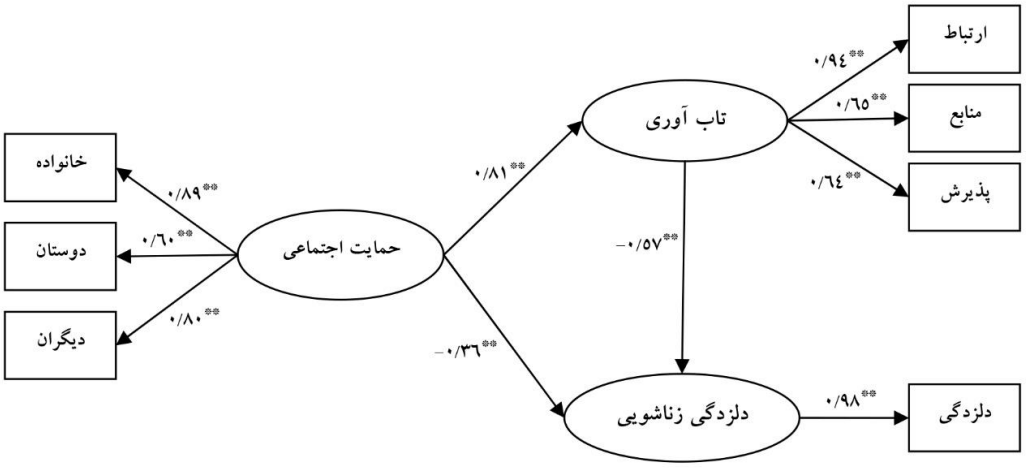
	مسیرها	β	خطای معیار	مقدار t	مقدار p
مسیر کل	حمایت اجتماعی به تاب‌آوری به دلزدگی زناشویی	-۰/۸۲	۰/۱۲	-۹/۲۶	<۰/۰۰۱
	حمایت اجتماعی به دلزدگی زناشویی	-۰/۳۶	۰/۰۴	-۳/۷۵	<۰/۰۰۱
مسیر مستقیم	تاب‌آوری به دلزدگی زناشویی	-۰/۵۷	۰/۰۶	-۴/۹۹	<۰/۰۰۱
	حمایت اجتماعی به تاب‌آوری	۰/۸۱	۰/۱۱	۸/۱۴	<۰/۰۰۱
مسیر غیرمستقیم	حمایت اجتماعی به دلزدگی زناشویی	-۰/۴۶	۰/۰۶	-۷/۶۹	<۰/۰۰۱

جدول ۴ نشان می‌دهد، ضریب مسیر کل (مجموع ضرایب مسیرهای مستقیم و غیرمستقیم) حمایت اجتماعی به تاب‌آوری خانواده و از تاب‌آوری خانواده به دلزدگی زناشویی، منفی و معنادار بود ($p<۰/۰۰۱$، β=-۰/۸۲)؛ همچنین ضریب مسیر مستقیم بین حمایت

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-02-08]

اجتماعی و دلزدگی زناشویی (β=-۰/۳۶، p<۰/۰۰۱) منفی و معنادار، ضریب مسیر مستقیم بین تاب‌آوری خانواده و دلزدگی زناشویی (β=-۰/۵۷، p<۰/۰۰۱) منفی و معنادار و ضریب مسیر مستقیم بین حمایت اجتماعی و تاب‌آوری خانواده (β=۰/۸۱، p<۰/۰۰۱) مثبت و معنادار بود. درنهایت، ضریب مسیر غیرمستقیم بین حمایت اجتماعی و دلزدگی زناشویی منفی و معنادار به‌دست آمد (β=-۰/۴۶، p<۰/۰۰۱). این امر بیانگر نقش میانجی مؤثر تاب‌آوری خانواده در رابطهٔ بین حمایت اجتماعی و دلزدگی زناشویی است.

براساس نتایج حاصل و باتوجه به اینکه مقدار RMSEA=۰/۰۶۱[1] بود، می‌توان برازش مدل پیشنهادی را مطلوب دانست. همچنین در سایر شاخص‌ها ازجمله AGFI=۰/۰۸۸[2]، NFI[3]، NNFI[4]، CFI[5] و GFI[6] نتایج بیشتر از ۰/۸۰ بود که حاکی‌از برازش پذیرفتنی مدل است؛ ضمن اینکه شاخص SRMR[7] ۰/۰۳۹ محاسبه شد که کوچک‌تر از ۰/۰۵ است. الگوی ساختاری پژوهش در شکل ۲ آورده شده است.



(Chi-Square=۲۱/۸۳، RMSEA=۰/۰۶۱، p-value=۰/۰۵۹۲۴، df=۱۱، **p<۰/۰۰۱)

شکل ۲. مدل نهایی برازش‌شده به‌همراه ضرایب برآوردی استانداردشده

۴ بحث

پژوهش حاضر با هدف تعیین ارتباط حمایت اجتماعی ادراک‌شده با دلزدگی زناشویی و میانجیگری تاب‌آوری خانوادگی در زنان نابارور انجام شد. نتیجهٔ تحلیل مدل مشخص کرد، حمایت اجتماعی ادراک‌شده علاوه‌بر اثر مستقیم بر دلزدگی زناشویی، می‌تواند به‌صورت غیرمستقیم و با اثرگذاری بر تاب‌آوری خانوادگی زنان نابارور، دلزدگی زناشویی آن‌ها را تحت‌تأثیر قرار دهد. درخصوص اثر مستقیم حمایت اجتماعی ادراک‌شده بر دلزدگی زناشویی زنان نابارور، نتیجهٔ تحقیق حاضر با نتایج پژوهش‌های قمری و همکاران (۲۰) و ذوالفقاری (۲۱) همسوست. قمری و همکاران دریافتند، بین مؤلفه‌های حمایت اجتماعی ادراک‌شده با مؤلفه‌های دلزدگی زناشویی رابطهٔ منفی و معنادار وجود دارد (۲۰). ذوالفقاری دریافت، بین حمایت اجتماعی ادراک‌شده و دلزدگی زناشویی رابطهٔ منفی و معناداری وجود دارد (۲۱).

در تبیین این یافتهٔ پژوهش حاضر می‌توان گفت، پژوهش‌های متعدد نشان می‌دهد که دریافت حمایت با انزوای اجتماعی، عوامل استرس‌زا، اختلال روانی، نشانه‌های افسردگی، ارتباطات زناشویی صمیمانه، میزان اقدام به خودکشی و مقدار تعامل اجتماعی در ارتباط است (۲۲). تجربهٔ حمایت اجتماعی به‌طور مستقیم به‌صورت عاملی ضربه‌گیر واقعی بین موقعیت ناخوشایند و آسیب روان‌شناختی ظاهر می‌شود و ازطریق اثرگذاری بر متغیرهای مداخله‌کننده، همچون مقابله دربرابر اثرات موقعیت‌های منفی یا رخدادهای استرس‌زا عمل می‌کند؛ بنابراین می‌توان انتظار داشت که با افزایش قدرت این ضربه‌گیر روانی، روابط زناشویی نیز از استحکام بیشتری برخوردار باشد و به موازات آن رضایت زناشویی افزایش یابد (۲۲)؛ به‌طور کلی می‌توان گفت، دارابودن حمایت اجتماعی زمینهٔ حل آسان‌تر مسائل را فراهم می‌آورد و افراد دارای حمایت اجتماعی بیشتر، آسان‌تر می‌توانند مشکلات را حل کنند. همچنین وجود حمایت باعث افزایش میزان اعتمادبه‌نفس زوجین می‌شود و در رویارویی با تنش‌های زندگی مؤثر است (۲۲).

نتایج پژوهش نشان داد، حمایت اجتماعی ادراک‌شده بر تاب‌آوری خانوادگی دارای اثر مثبت و مستقیم است و بین حمایت اجتماعی ادراک‌شده و تاب‌آوری خانوادگی رابطهٔ مثبت و معناداری وجود دارد. این یافته با نتایج پژوهش برون همسوست. وی دریافت اجتماعی‌شدن نژادی و حمایت اجتماعی، تاب‌آوری را در دانشجویان آفریقایی‌تبار پیش‌بینی می‌کند (۲۳). در تبیین این یافتهٔ پژوهش حاضر می‌توان گفت، حمایت اجتماعی مفهومی است که فرد را در تطابق با استرس یاری می‌دهد. از دیدگاه بنارد، جنبه‌ای از محیط اجتماعی که باعث ارتقای

1. Root mean square error of approximation
2. Adjust goodness of fit index
3. Normed fit index
4. Non-normed fit index
5. Comparative fit index
6. Goodness of fit index
7. Squares root of the mean remaining

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-02-08]

تاب‌آوری می‌شود، ارائهٔ فرصت‌هایی برای مشارکت و همکاری است. روابط حمایتی و مراقبتی منبع اساسی تاب‌آوری است و افراد تأمین‌کنندهٔ این نوع حمایت، افراد مؤثری هستند که صمیمیت، مراقبت و توجه را فراهم می‌آورند و درعین‌حال به فرد کمک می‌کنند تا توانمندی‌ها و منابع خود را بهتر بشناسند (۲۴).

نتایج پژوهش نشان داد، تاب‌آوری خانوادگی بر دلزدگی زناشویی اثر منفی و معنادار دارد. برادلی و حجت نشان دادند، تاب‌آوری اثر مستقیمی بر رضایت زناشویی و کاهش دلزدگی دارد (۲۵). در تبیین این یافته می‌توان عنوان کرد، وجود ویژگی تاب‌آوری خانوادگی، پیوندهای خانوادگی را تقویت می‌کند و باعث ارتقای مضاعف تاب‌آوری می‌شود. با ارتقای تاب‌آوری می‌توان گفت، فرد دربرابر عوامل استرس‌زا، اضطراب‌آور و نیز عوامل مسبب به‌وجودآمدن مشکلات زناشویی و خانوادگی، از خود مقاومت نشان می‌دهد و بر آن‌ها غلبه می‌کند. درواقع، تاب‌آوری به‌منزلهٔ نوعی فرایند یا توانایی به فرد امکان ترسیم و دسترسی به فهرستی از راهبردهای مقابله‌ای را می‌دهد. این مؤلفه، خود نقش بسیار مهمی در مواجهه با تنش‌های ناشی‌از چالش‌های زناشویی دارد و به‌عنوان منبع مقاومت و سپر محافظی دربرابر دلزدگی و بی‌رمقی زناشویی عمل می‌کند (۲۶).

همچنین نتایج پژوهش نشان داد، تاب‌آوری خانوادگی در رابطهٔ بین حمایت اجتماعی ادراک‌شده و دلزدگی زناشویی نقش میانجی دارد. به این معنا که حمایت اجتماعی ادراک‌شده ازطریق تاب‌آوری خانوادگی بر دلزدگی زناشویی اثر غیرمستقیم دارد. یانگ و همکاران نیز دریافتند، میانجیگری چندگانهٔ حمایت اجتماعی و تاب‌آوری در رابطهٔ بین استرس و رضایت از زندگی نقش مهمی دارد (۷). نف و بردلی بیان کردند، تاب‌آوری باعث می‌شود افراد در شرایط دشوار زندگی زناشویی و باوجود عوامل استرس‌زا، از ظرفیت‌های موجود خود در دستیابی به موفقیت و رشد زندگی فردی و به‌تبع آن خانوادگی استفاده کنند و از این چالش‌ها و آزمون‌ها به‌عنوان فرصتی برای توانمندکردن خود و ارتقای زندگی زناشویی بهره ببرند (۲۷). درواقع نشان داده شد، افرادی که حمایت اجتماعی بیشتری دارند، از تاب‌آوری بیشتری نیز برخوردار هستند (۲۴)؛ همان‌طورکه مطرح شد، حمایت اجتماعی به‌طور مستقیم به‌صورت عاملی ضربه‌گیر واقعی بین موقعیت ناخوشایند و آسیب روان‌شناختی ظاهر می‌شود و ازطریق اثرگذاری بر متغیرهای مداخله‌کننده، همچون مقابله دربرابر اثرات موقعیت‌های منفی یا رخدادهای استرس‌زا عمل می‌کند (۲۲). تاب‌آوری خانواده نیز کمک می‌کند، خانواده دربرابر کژکاری هنگام تغییر مقاوم باشد و در موقعیت‌های بحران‌زا، سازگاری و تطابق داشته باشد. بدین‌ترتیب می‌توان بیان کرد که مداخلات درجهت افزایش تاب‌آوری خانوادگی به‌منزلهٔ اقدامی پیشگیرانه در زمینهٔ جلوگیری از دلزدگی زناشویی محسوب می‌شود (۱۰).

۵ نتیجه‌گیری

حمایت اجتماعی ادراک‌شده ازطریق تاب‌آوری خانوادگی باعث کاهش دلزدگی زناشویی در زنان نابارور می‌شود؛ همان‌طورکه نتایج این تحقیق مشخص کرد، زنان نابارور با حمایت اجتماعی ادراک‌شده و تاب‌آوری خانوادگی کمتر، دلزدگی زناشویی بیشتری را نشان می‌دهند؛ بنابراین مشاوران و درمانگران خانواده می‌توانند از یافته‌های این پژوهش، در راستای مداخلات بالینی و آموزشی استفاده کنند و از این رویکرد به‌منظور کاهش دلزدگی زناشویی و بهبود روابط زوجین نابارور و درجهت استحکام روابط آن‌ها بهره برند.

۶ بیانیه‌ها

تأییدیهٔ اخلاقی و رضایت‌نامه از شرکت‌کنندگان

این مطالعه دارای کد مصوبهٔ اخلاق (IRIAU.SRB.REC.1397.093) از دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات تهران است. به‌منظور رعایت نکات اخلاقی، قبل از اجرای پژوهش اطلاعات لازم در اختیار آزمودنی‌ها قرار گرفت؛ همچنین به آزمودنی‌ها اطمینان داده شد همهٔ اطلاعات محرمانه است و برای امور پژوهشی استفاده می‌شود. همهٔ آزمودنی‌ها به میل خود و درکمال اختیار و آزادی پس از تأیید بخش ناباروری مرکز مربوط مبنی‌بر داشتن شرایط لازم، توانستند پرسش‌نامه‌ها را پر کرده و در پژوهش شرکت کنند.

رضایت برای انتشار

این امر غیر قابل اجرا است.

دردسترس‌بودن داده‌ها و مواد

محل یافتن داده‌های پشتیبان نتایج گزارش‌شده در مقاله، بیمارستان خاتم‌الانبیا است.

تضاد منافع

نویسندگان اعلام می‌کنند که هیچ‌گونه تضاد منافعی ندارند.

منابع مالی

پژوهش حاضر بدون دریافت حمایت مالی از نهاد یا سازمانی انجام شده است.

مشارکت نویسندگان

همهٔ نویسندگان نسخهٔ دست‌نوشتهٔ نهایی را خواندند و تأیید کردند.

References

1. Olayemi FO. A review on some causes of male infertility. Afr J Biotechnol. 2010;9:2834-42
2. Rooney KL, Domar AD. The relationship between stress and infertility. Dialogues Clin Neurosci. 2018;20(1):41–7. https://doi.org/10.31887/dcns.2018.20.1/klrooney
3. Doyle M, Carballedo A. Infertility and mental health. Adv Psychiatr Treat. 2014;20(5):297–303. https://doi.org/10.1192/apt.bp.112.010926
4. Tao P, Coates R, Maycock B. Investigating marital relationship in infertility: a systematic review of quantitative studies. J Reprod Infertil. 2012;13(2):71–80.

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-02-08]

5. Vanplet MA. Cross over of burnout among health care professionals. Journal of marriage and the family. J Marr Fam. 2009;85:210–30.
6. Monga M, Alexandrescu B, Katz SE, Stein M, Ganiats T. Impact of infertility on quality of life, marital adjustment, and sexual function. Urology. 2004;63(1):126–30. https://doi.org/10.1016/j.urology.2003.09.015
7. Wang X, Cai L, Qian J, Peng J. Social support moderates stress effects on depression. Int J Ment Health Syst. 2014;8(1):41. https://doi.org/10.1186/1752-4458-8-41
8. Yang C, Xia M, Han M, Liang Y. Social support and resilience as mediators between stress and life satisfaction among people with substance use disorder in China. Front Psychiatry. 2018;9:436. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2018.00436
9. Luthar SS, Cicchetti D, Becker B. Research on resilience: response to commentaries. Child Development. 2000;71(3):573–5. https://doi.org/10.1111/1467-8624.00168
10. Ridenour AF, Yorgason JB, Peterson B. The infertility resilience model: assessing individual, couple, and external predictive factors. Contemp Fam Ther. 2009;31(1):34–51. https://doi.org/10.1007/s10591-008-9077-z
11. Simon JB, Murphy JJ, Smith SM. Understanding and fostering family resilience. The Family Journal. 2005;13(4):427–36. https://doi.org/10.1177/1066480705278724
12. Kline RB. Convergence of Structural equation modeling and multilevel modeling. In: Williams M, Vogt W; editors. The SAGE handbook of innovation in social research methods. London: SAGE Publications Ltd; 2011. https://doi.org/10.4135/9781446268261.n31
13. Pines AM. Couple burnout: causes and cures. London: Routledge; 1996.
14. Safipouriyan S, Ghadami A, Khakpour M, Sodani M, Mehrafarid M. The effect of group counseling using interpersonal therapy (IPT) in reducing marital boredom in female divorce applicants. Journal of Nursing Education. 2016;5(1):1–11. [Persian] http://jne.ir/article-1-575-en.html
15. Zimet GD, Dahlem NW, Zimet SG, Farley GK. The Multidimensional Scale of Perceived Social Support. J Pers Assess. 1988;52(1):30-41. https://doi.org/10.1207/s15327752jpa5201_2
16. Edwards LM. Measuring perceived social support in Mexican American youth: psychometric properties of the multidimensional scale of perceived social support. Hisp J Behav Sci. 2004;26(2):187–94. https://doi.org/10.1177/0739986304264374
17. Khabaz M, Karimi Y, Karimian N, Shehbakhsh A. Comparison the relation between the dimensions of perfectionism and social support with academic burnout in students of Allameh Tabatabai university. Research in Clinical Psychology and Counseling. 2014;4(2):82–96. [Persian] https://tpccp.um.ac.ir/article_31562.html?lang=en
18. Sixbey MT. Development of the family resilience assessment scale to identify family resilience constructs [PhD dissertation]. [Florida]: University of Florida; 2005.
19. Hosseini FS, Hosseinchari M. The survey of validation and reliability of Family Resiliency Scale. Family Counseling and Psychotherapy. 2013;3(2):181–209. [Persian] https://fcp.uok.ac.ir/mobile/article_9624.html?lang=en
20. Ghamari M, Rezakhani S, Mollalu M. Barrasiye delzadegi zanashooi ba hemayat ejtemaee edrak shode va jahat giri zendegi [Investigating marital boredom with perceived social support and life orientation]. Quarterly Journal of Counseling and Psychotherapy. 2014. [Persian]
21. Zolfaghari S. Predicting the marital burnout based on perceived social support and use of virtual network in married women. Journal of Social Psychology. 2020;7(52):31–40. [Persian] http://psychology.iauahvaz.ac.ir/article_670395.html?lang=en
22. Rostami A, Ghazinour M, Richter J. Marital satisfaction: the differential impact of social support dependent on situation and gender in medical staff in Iran. Glob J Health Sci. 2013;5(4):151. https://doi.org/10.5539/gjhs.v5n4p151
23. Brown DL. African American resiliency: examining racial socialization and social support as protective factors. Journal of Black Psychology. 2008;34(1):32–48. https://doi.org/10.1177/0095798407310538
24. Benard B. Resiliency: what we have learned. Child Youth Environ. 2005;15(1):432–38.
25. Bradley JM, Hojjat M. A model of resilience and marital satisfaction. J Soc Psychol. 2017;157(5):588–601. https://doi.org/10.1080/00224545.2016.1254592
26. Walsh F. Family resilience: a developmental systems framework. European Journal of Developmental Psychology. 2016;13(3):313–24. https://doi.org/10.1080/17405629.2016.1154035
27. Neff LA, Broady EF. Stress resilience in early marriage: can practice make perfect? J Pers Soc Psychol. 2011;101(5):1050–67. https://doi.org/10.1037/a0023809

[Downloaded from www.jdisabilstud.org on 2026-02-08]