

## نقش احساس شکست و استرس ناباروری در کیفیت رابطه زناشویی با میانجی تجارب معنوی در زنان نابارور

سیده محدثه رضائی<sup>۱</sup>، سید محمود موسوی نژاد<sup>۲\*</sup>، مریم صف آرا<sup>۳</sup>

۱. کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی، واحد فردوس، دانشگاه آزاد اسلامی، فردوس، ایران.

۲. دکتری روانشناسی، گروه روانشناسی، واحد فردوس، دانشگاه آزاد اسلامی، فردوس، ایران.

۳. استادیار، گروه روانشناسی، پژوهشکده زنان، دانشگاه الزهرا (س)، تهران، ایران.

\* نویسنده مسئول: SM.mosavinezhad.97@gmail.com

### چکیده

**مقدمه و هدف:** ناباروری یکی از تجربه‌های تلخ زندگی است که مشکلات روان‌شناختی متعددی را برای فرد و خانواده‌اش به وجود می‌آورد. لذا هدف پژوهش حاضر تدوین مدل نقش احساس شکست و استرس ناباروری در کیفیت رابطه زناشویی با میانجی تجارب معنوی در زنان نابارور بود.

**روش:** مطالعه حاضر توصیفی-همبستگی از نوع معادلات ساختاری بود. نمونه‌ای شامل ۱۲۰ نفر از زنان نابارور به روش نمونه‌گیری دسترس که داوطلب مشارکت در پژوهش بودند، از میان زنان مراجعه‌کننده به مرکز ناباروری شهر بیرجند در سال ۱۳۹۹ انتخاب شدند. ابزارهای پژوهش شامل مقیاس احساس شکست گیلبرت و آلن (۱۹۹۸)، استرس ناباروری نیوتن و همکاران (۱۹۹۹)، تجارب معنوی اندروود و ترسی (۲۰۰۲) و کیفیت رابطه زناشویی راست و همکاران (۱۹۸۶) بود. برای تحلیل داده‌ها از آزمون همبستگی پیرسون و نرم‌افزار مدل‌سازی ساختاری و الگوریتم حداقل مربعات جزئی PLS و نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۲ استفاده شد.

**یافته‌ها:** نتایج نشان داد اثر احساس شکست، استرس ناباروری و تجارب معنوی بر کیفیت رابطه زناشویی مستقیم و معنادار بود ( $p < 0/01$ ). همچنین تجارب معنوی در رابطه بین احساس شکست و استرس ناباروری با کیفیت رابطه زناشویی نقش میانجی داشت ( $p < 0/01$ )؛ و مدل پژوهش از برازش کافی برخوردار بود.

**نتیجه‌گیری:** بر اساس نتایج پژوهش می‌توان گفت استرس ناباروری، احساس شکست و تجارب معنوی از عوامل مؤثر در کیفیت رابطه زناشویی زنان نابارور محسوب می‌شوند.

**کلمات کلیدی:** استرس ناباروری، احساس شکست، تجارب معنوی، کیفیت رابطه زناشویی، زنان نابارور.

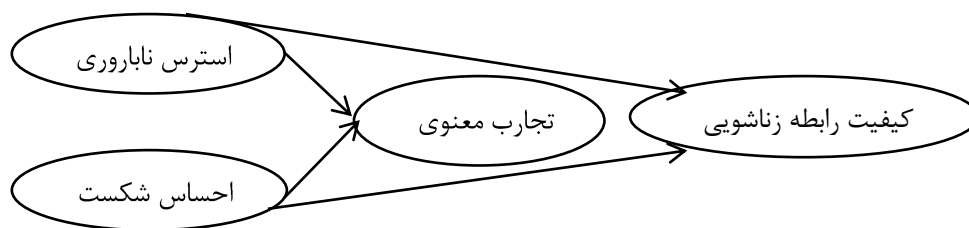
## مقدمه

فرزند آوری یک ضرورت اجتماعی و بیولوژیکی است که گونه‌های انسانی از طریق فرزندان، مذهب، ملیت و ارزش‌ها و سنت‌هایشان را تداوم می‌بخشند (۱)، اما ناباروری (Infertility) در دنیا و همه فرهنگ‌ها به‌عنوان یک تجربه استرس‌زا و بحرانی و تهدیدکننده برای ثبات فردی، زناشویی، خانوادگی و اجتماعی شناخته شده است (۲). ناباروری می‌تواند تأثیر بزرگی روی کیفیت زندگی زناشویی (Marital quality) زوج‌های نابارور و به‌خصوص زنان بگذارد، از این‌رو شناخت عوامل مؤثر در کیفیت رابطه زناشویی، سبب افزایش آگاهی مسئولین بهداشتی از نیازها و ارائه خدمات بهتر برای این گروه از مددجویان خواهد شد (۳). کیفیت زناشویی ارزیابی‌ای ذهنی از رابطه بین همسران است و به وجود عناصری وابسته است که باعث استحکام و تداوم این رابطه و ایجاد تفاهم می‌شود (۴). پژوهش‌ها نشان می‌دهند که زوجین نابارور نسبت به زوجین بارور از رضایت زناشویی، ابراز علاقه نسبت به همسر، سازگاری زناشویی، خشنودی و رضایت جنسی پایین‌تری برخوردارند (۶-۵). امروزه با وجود اینکه پیشرفت علم و تکنولوژی‌های کمک باروری، امید زیادی را در زوج‌های نابارور ایجاد کرده است، اما درمان با روش‌های نوین باروری، پیچیده و با استرس فراوان همراه است و استرس و پیامدهای روانی آن عامل مزاحمی در موفقیت درمان به شمار می‌رود (۷). استرس ناباروری (Infertility Stress) شامل تعامل بین شرایط فیزیکی مستعد کننده ناباروری و مداخلات پزشکی، عکس‌العمل‌های دیگران و خصوصیات روانی فردی است و ممکن است برای سال‌ها باقی‌مانده و با هر مداخله تشخیصی یا درمانی عود نماید (۸). استرس مرتبط با ناباروری به‌صورت ترکیبی از پنج مؤلفه شامل: نگرانی اجتماعی، نگرانی جنسی، نگرانی ارتباطی، نیاز به والد بودن و نپذیرفتن سبک زندگی بدون فرزند ظاهر می‌شود (۹). پژوهش‌ها رندال و بوندمن، نشان داد که استرس از طریق کاستن زمان باهم بودن زوجین و به اشتراک‌گذاری تجارب، تضعیف احساس باهم بودن، کاهش تعاملات مثبت، افزایش ایجاد مشکلات شخصیتی و روانی، جسمانی و روان‌شناختی و کاهش خود اشنایی در زوجین بر کیفیت و ثبات رابطه زناشویی تأثیری منفی بر جای می‌گذارد (۱۰).

ناتوانی در داشتن فرزند به‌عنوان یک علامت شکست تلقی شده و این احساس را به وجود می‌آورد که فرد کامل نیست (۱۱). گیلبرت، احساس شکست (Defeat) را به‌عنوان حس مبارزه شکست‌خورده و از دست دادن و کاهش رتبه اجتماعی تعریف کرده‌اند (۱۲). مطالعه‌ی یاری و همکاران، نشان داد که ناباروری و فرآیند درمان آن، به دنبال خود انواعی از

استرس‌های فردی، خانوادگی و اجتماعی و احساس شکست، اندوه، فقدان و خشم را به همراه دارد، در نتیجه افراد احساس عدم امنیت در زندگی زناشویی می‌کنند (۱۳). لافتوس و اندریوت در مطالعه کیفی دریافتند که این گذر زندگی دوره‌ای شکست‌خورده است که روابط و احساسات زنان نابارور را با دیگران را تغییر داده است (۱۴). از طرفی تجارب معنوی (Spiritual Experiences) از بسترهایی است که نقش اساسی و مهم در سلامت همه‌جانبه اعضای خانواده ایفا می‌کند (۱۵). تجربه معنوی مجموعه ارزش‌ها و عقاید در مورد خود و جهان و مراقبت از بهداشت روانی خود و دیگران تلقی می‌شود (۱۶). در زمینه ارتباط تجارب معنوی با زندگی زناشویی زنان نابارور، مطالعه‌ای به‌صورت مستقیم تاکنون انجام نشده است، اما نقش تجارب معنوی در کیفیت زندگی بیماران مبتلا به ام.اس (۱۷)، زیستن در زمان حال مردان مبتلا به سرطان (۱۸)، امید به زندگی و اضطراب مرگ بیماران تحت جراحی بای پس عروق کرونر (۱۹) و بر انسجام خانواده زنان سرپرست خانوار (۲۰) تأیید شده است. در همین راستا نتایج مطالعه‌ای نشان داد، تجارب معنوی، ارتباط بین متغیرهایی از جمله خود گذشتگی، مساعدت، صمیمیت و کیفیت روابط را تسهیل می‌کند (۲۱). لذا به نظر می‌رسد که معنویت بر کیفیت روابط زناشویی به‌طور مثبتی اثرگذار است، زیرا ثبات زناشویی، تعهد، عملکرد و انسجام زناشویی را تسهیل می‌کند و تحمل افراد را در تحمل تعارضات زناشویی بالا می‌برد، به این معنی که معنویت می‌تواند نقش میانجی‌گری را در کیفیت روابط زناشویی داشته باشد (۲۲)، زیرا از سویی تجربه معنوی می‌تواند با ایجاد معنا و مفهوم در زندگی و احساس تعلق و امیدواری به قدرت والا بر باور فرد به توانایی برای مواجهه با شرایط استرس‌زای زندگی کمک کند (۲۳).

ناتوانی در داشتن فرزند، استرس آور بوده، موجب آشفتگی روانی و احساس شکست شده و به‌عنوان یک ضربه پر قدرت روابط بین زوجین و استحکام خانواده را تهدید می‌کند (۲۴). از سویی نظر به اهمیت تجارب معنوی در بهبود وضعیت روان‌شناختی زنان نابارور و تأثیر احتمالی آن در سلامت و بر نتیجه درمان و کمبود مطالعه در زمینه ارتباط متغیرهای مذکور در جامعه زنان نابارور، موجب شد تا مطالعه حاضر در راستای هدف نقش احساس شکست و استرس ناباروری در کیفیت رابطه زناشویی با میانجی تجارب معنوی در زنان نابارور انجام شود (شکل ۱)؛ و به دنبال پاسخ به این سؤال است که آیا تجارب معنوی در رابطه احساس شکست و استرس ناباروری باکیفیت رابطه زناشویی، نقش میانجی دارد؟



شکل ۱. مدل فرضی پژوهش

## روش

پژوهش حاضر توصیفی-همبستگی از نوع معادلات ساختاری بود. جامعه آماری شامل تمامی زنان نابارور مراجعه کننده به مرکز ناباروری شهر بیرجند در ۱۳۹۹ بودند. به پیشنهاد کلین که بیان می کند به ازای هر پارامتر محاسبه شده در معادلات ساختاری به ده آزمودنی نیاز است (۲۵)، تعداد ۱۲۰ نمونه به صورت نمونه گیری در دسترس که ملاک های ورود به پژوهش را داشتند، انتخاب شدند. ملاک های ورود به پژوهش شامل: تشخیص ناباروری بر اساس پرونده پزشکی، دامنه سنی ۲۵ الی ۴۵ سال، سطح سواد خواندن و نوشتن، مدت ناباروری یک سال و بیشتر، تمایل به همکاری داشتن بود، و ملاک های خروج از مطالعه شامل عدم همکاری و مخدوش بودن پرسش نامه ها بود. ابزار جمع آوری اطلاعات شامل پرسش نامه های زیر بودند:

۱- پرسشنامه احساس شکست: پرسشنامه ۱۶ سؤال احساس شکست توسط گیلبرت و آلن در سال ۱۹۹۸ ساخته شده است. این پرسشنامه بر اساس مقیاس پنج درجه ای لیکرت از هرگز (صفر) تا تقریباً همیشه (نمره ۴)، سه خرده مقیاس احساس رکود (۷-۸-۱۰-۱۱-۱۳-۱۴-۱۶)، احساس بازندگی (۱-۳-۵-۱۲-۱۵) و احساس رضایتمندی (۲-۴-۶-۹) را می سنجد که سؤالات ۴، ۲، ۶ و ۹ به صورت معکوس نمره گذاری می شوند. لذا دامنه نمرات بین صفر تا ۶۴ هست و نمرات بالاتر نشان دهنده احساس شکست بیشتر است و بالعکس. گیلبرت و آلن، در مطالعه خود روایی سازه آن را تأیید و پایایی به روش ضریب آلفای کرونباخ برای گروه زنان ۰/۹۴ و برای گروه مردان ۰/۹۳ گزارش نمودند (۲۶). در پژوهش ترصافی و همکاران، روایی محتوایی توسط چند تن از اساتید دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی دانشگاه علامه طباطبایی تأیید گردید و ضریب پایایی به روش آلفای کرونباخ برای کل آزمودنی ها ۰/۹۱، در جامعه زنان ۰/۹۱ و مردان ۰/۹۲ به دست آمد (۲۷).

۲- پرسشنامه استرس ناباروری: این پرسشنامه ۴۶ سؤالی

توسط نیوتن و همکاران در سال ۱۹۹۹ ساخته شده و پنج بعد استرس ناباروری شامل اجتماعی (سؤالات ۱-۱۰)، جنسی (سؤالات ۱۱-۱۸)، ارتباطی (سؤالات ۱۹-۲۸)، عدم پذیرش سبک زندگی بدون فرزند (سؤالات ۲۹-۳۶) و نیاز به والد شدن (سؤالات ۳۷-۴۶) را بر اساس مقیاس لیکرت از درجه کاملاً مخالفم (۱) تا کاملاً موافقم (۶) می پردازد و سؤالات (۱-۲-۵-۶-۱۰-۱۲-۱۳-۲۱-۲۸-۲۹-۳۰-۳۱-۳۳-۳۴-۳۵-۳۶-۴۳) به صورت معکوس نمره گذاری می شوند. دامنه نمرات بین ۴۶ و ۲۷۶ هست. نمره برش ۱۸۴ هست به طوری که نمرات بالاتر از ۱۸۴ میزان استرس ناباروری در حد بالا را نشان می دهد و بالعکس. روایی صوری و محتوایی این آزمون توسط نیوتن و همکاران تأیید شده است، همچنین همبستگی درونی استرس ادراک شده در بعد اجتماعی ۰/۸۷، جنسی ۰/۷۷، ارتباطی ۰/۸۲، عدم پذیرش سبک زندگی بدون فرزند ۰/۸۰، نیاز به والد بودن ۰/۸۴ و در بعد استرس کلی، ۰/۹۳ بود (۲۸). در مطالعه علیزاده و همکاران، روایی محتوایی توسط اساتید تأیید شده است؛ و پایایی بر روی یک نمونه ۳۰ نفری از افراد نابارور به روش همسانی درونی (ضریب آلفای کرونباخ) به ترتیب برای استرس در ابعاد اجتماعی ۰/۷۸، جنسی ۰/۷۷، ارتباطی ۰/۷۸، سبک زندگی بدون فرزند ۰/۷۵، نیاز به والد بودن ۰/۸۴ و استرس کلی ۰/۹۱ برآورد شده است (۲۹).

۳- پرسشنامه تجارب معنوی: این پرسشنامه ۱۶ سؤال توسط اندروود و ترسی در سال ۲۰۰۲ طراحی شده که سه عامل احساس حضور خداوند (سؤالات ۱، ۱۰، ۱۱، ۸، ۹، ۵، ۴، ۲، ۱) و ارتباط با خداوند (سؤالات ۱۵، ۱۲، ۸، ۷، ۳) و احساس مسئولیت در برابر دیگران (سؤالات ۱۳ و ۱۴) با روش نمره گذاری لیکرت ۶ گزینه ای می سنجد (اغلب اوقات روز نمره ۶ و هرگز یا تقریباً هرگز نمره یک). لذا دامنه نمرات بین ۱۶ تا ۹۶ هست که نمرات بالاتر بیانگر تجارب معنوی بیشتر بود. اندروود و ترسی ضمن تأیید روایی همزمان، ثبات درونی مقیاس را با استفاده از آلفای کرونباخ بررسی و

بعد از جلب نظر و توجیه آنان اقدام به توزیع و جمع‌آوری پرسش‌نامه‌ها و پاسخ‌نامه‌های مربوط در همان زمان و مکان نمودند. در مدت ۴ هفته تمامی داده‌ها گردآوری شدند. در مرحله اجرا به منظور حفظ ملاحظات اخلاقی در خصوص محرمانه بودن اطلاعات به آزمودنی‌ها اطمینان داده شد که نتایج به صورت فردی تجزیه و تحلیل واقع نمی‌شود بلکه به صورت گروهی تحلیل می‌شوند. به منظور بررسی آزمون فرضیه‌ها از همبستگی پیرسون و نرم‌افزار مدل‌سازی ساختاری و الگوریتم حداقل مربعات جزئی (PLS) نسخه ۴ و نرم‌افزار (SPSS) نسخه ۲۲ استفاده شد.

### یافته‌ها

نتایج اطلاعات دموگرافیک نشان داد که از ۱۲۰ نفر آزمودنی ۳۲ نفر در بازه سنی ۲۰ تا ۳۰ سال (۲۷ درصد)، ۵۱ نفر در بازه سنی ۳۱ تا ۳۹ سال (۴۳ درصد) و ۳۷ نفر بالای ۴۰ سال سن (۳۱ درصد) که ۴۲ نفر تحصیلات زیر دیپلم (۳۵ درصد)، ۳۵ نفر تحصیلات دیپلم (۲۹ درصد)، ۴۳ نفر تحصیلات دیپلم به بالا (۳۶ درصد) داشتند. در جدول ۱ یافته‌های توصیفی متغیرهای پژوهش گزارش شده است. همچنین با توجه به اینکه مقادیر چولگی و کشیدگی داده‌ها بین +۲ و -۲ هست داده‌ها در سطح ۰/۰۵ از توزیع بهنجار برخوردارند.

جدول ۱. توصیف آماری نمرات متغیرهای پژوهش

چولگی	کشیدگی	میانگین	انحراف استاندارد
-0.743	1.511	58.65	9.955
-0.766	0.663	168.14	21.695
0.025	1.106	31.39	4.401
0.632	0.581	16.26	3.518
0.612	0.936	6.50	1.647
-1.071	1.203	105.12	13.866

جدول ۲. ماتریس ضرایب همبستگی بین احساس شکست، استرس ناباروری و تجارب معنوی با کیفیت رابطه زناشویی

متغیرها	۱	۲	۳	۴	۵	۶
۱- احساس شکست	۱					
۲- استرس ناباروری	**۰/۷۷۹	۱				
۳- احساس حضور خداوند	**۰/۵۵۸	**۰/۴۶۶	۱			
۴- ارتباط با خداوند	**۰/۶۸۰	**۰/۵۹۳	**۰/۷۱۶	۱		
۵- احساس مسئولیت در برابر دیگران	**۰/۵۲۰	**۰/۴۲۰	**۰/۶۸۷	**۰/۷۱۱	۱	
۶- کیفیت رابطه زناشویی	**۰/۶۵۱	**۰/۷۲۲	**۰/۴۴۹	**۰/۳۹۹	**۰/۳۷۳	۱

\* معنی داری در سطح ۰/۰۵ \*\* معنی داری در سطح ۰/۰۱

مقادیر ۰/۹۴ و ۰/۹۵ را در دو بار اجرا گزارش کرده‌اند (۳۰). در ایران تقوی و امیری، روایی مقیاس را با استفاده از روش‌های روایی همزمان و تحلیل عوامل بررسی و ضمن تأیید روایی مقیاس، ضرایب پایایی ۰/۹۶ برای باز آزمایی، ۰/۸۸ برای تنصیفی اسپیرمن براون و ضریب پایایی ۰/۹۱ برای آلفای کرونباخ را گزارش کرده‌اند (۳۱).

۴- پرسش‌نامه کیفیت رابطه زناشویی: این پرسش‌نامه ۲۸ سوآلی توسط راست و همکاران در سال ۱۹۸۶ ساخته شده که بر روی مقیاس چهارگزینه‌ای (کاملاً مخالف: صفر تا کاملاً موافق: نمره چهار) نمره‌گذاری می‌شود. از این رو نمره کل بین ۰-۸۴ در نوسان است. نمره بالا نشانه وخیم بودن کیفیت زناشویی است. در مطالعه راست و همکاران، روایی این پرسش‌نامه با ۲۴ زوج سنجیده شده است که همبستگی میان بهبودی زوجها و مقیاس درمانگر ۰/۹۱ بوده است و در زمینه پایایی این پرسش‌نامه، آلفای کرونباخ ۰/۸۹ را برای زنان و ۰/۸۵ را در مردان گزارش نمودند (۳۲). در پژوهش عیسی نژاد، احمدی و اعتمادی، روایی محتوایی آن تأیید شد و پایایی آن به شیوه آلفای کرونباخ ۰/۸۹ به دست آمد (۳۳).

پس از مشخص شدن زمان مراجعه افراد نمونه انتخاب‌شده (تأیید کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی بیرجند به کد IR.BUMS.REC.1399.039)، محقق در مرکز حاضر شده و

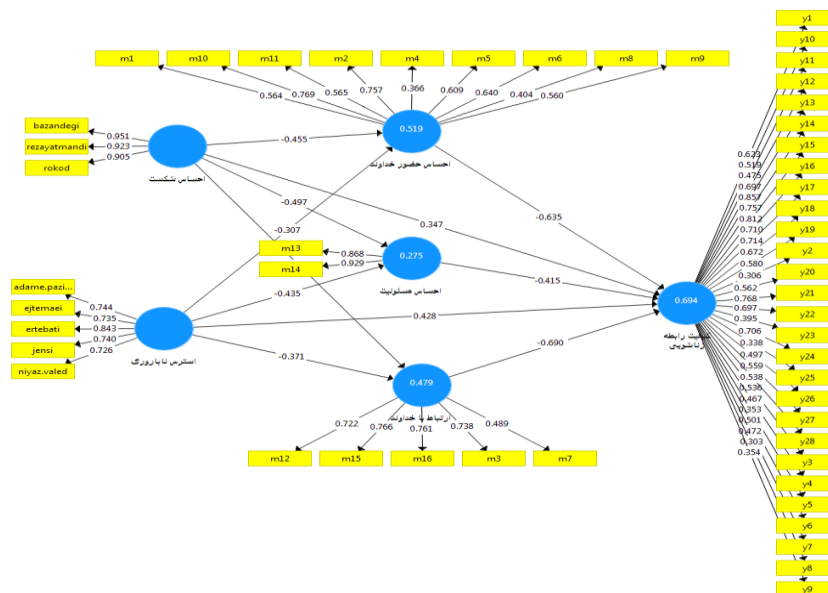
گرفته می‌شود (۳۹). با توجه به نتایج جدول ۳ مقادیر  $R^2$  به‌دست‌آمده مناسب بودن برازش مدل ساختاری پژوهش را نشان می‌دهد. دومین معیار برای بررسی برازش مدل ساختاری پژوهش مقادیر  $Q^2$  متغیرهای درون‌زای مدل است. این معیار قدرت پیش‌بینی مدل را مشخص می‌سازد. سه مقدار ۰/۰۲، ۰/۱۵ و ۰/۳۵ برای این معیار به ترتیب بیانگر قدرت پیش‌بینی ضعیف، متوسط و قوی در مورد سازه مربوطه است (۳۹). با توجه به نتایج جدول ۳ مقادیر  $Q^2$  مربوط به تمامی متغیرهای درون‌زای، از ۵٪ بیشتر است که نشان از قدرت پیش‌بینی قوی مدل دارد. همچنین جهت ارزیابی برازش مدل کلی از معیار GOF استفاده گردید که سه مقدار ۰/۰۱، ۰/۲۵ و ۰/۳۶ به ترتیب به عنوان مقادیر ضعیف، متوسط و قوی برای GOF در نظر گرفته می‌شود (۳۹). لذا طبق جدول ۳. حاصل شدن مقدار ۰/۴۱۱ برای GOF نشان از برازش کلی مدل پژوهش دارد.

در جدول ۲. ضریب همبستگی محاسبه‌شده بین احساس شکست و استرس ناباروری با کیفیت رابطه زناشویی مثبت، اما ضریب همبستگی بین تجارب معنوی با کیفیت رابطه زناشویی منفی بوده و در سطح آلفای ۰/۰۱ معنی‌دار می‌باشند (۰/۰۱ < p). با توجه به اینکه نمرات بالاتر در پرسشنامه کیفیت رابطه زناشویی نشان‌دهنده وخیم‌تر بودن کیفیت رابطه زناشویی است، نتیجه گرفته می‌شود که با افزایش احساس شکست و استرس ناباروری، کیفیت رابطه زناشویی کاهش پیدا می‌کند. همچنین با افزایش تجارب معنوی، کیفیت رابطه زناشویی افزایش پیدا می‌کند.

اولین معیار برای بررسی برازش مدل ساختاری ضرایب  $R^2$  مربوط به متغیرهای درون‌زای (وابسته) مدل است.  $R^2$  معیاری است که نشان‌دهنده تأثیر یک متغیر برون‌زای بر یک متغیر درون‌زای بوده و سه مقدار ۰/۱۹، ۰/۳۳ و ۰/۶۷ به‌عنوان مقدار ملاک به ترتیب برای مقادیر ضعیف، متوسط و قوی در نظر

جدول ۳. شاخص‌های برازندگی مدل پژوهش

متغیر	$R^2$	$Q^2$	GOF
احساس حضور خداوند	۰/۵۱۹	۰/۱۵۴	۰/۴۱۱
احساس مسئولیت	۰/۲۷۵	۰/۱۷۹	
ارتباط با خداوند	۰/۴۷۹	۰/۲۰۶	
کیفیت رابطه زناشویی	۰/۶۹۴	۰/۱۹۵	



شکل ۱. مدل اصلی در حالت ضرایب استاندارد

مقدار آماره t برای کلیه مسیرها بالاتر از ۱/۹۶ بوده و در نتیجه در سطح اطمینان ۹۵٪ معنادار می‌باشند.

اعداد موجود بر روی مسیرها نشانگر مقدار t-value برای هر مسیر می‌باشد. برای بررسی معنادار بودن مسیر لازم است تا مقدار t هر مسیر بالاتر از ۱/۹۶ شود. در این تحلیل

جدول ۴. ضرایب مسیر مستقیم و غیر مستقیم متغیرهای پژوهش

مسیر	بتا	آماره t	سطح معنی داری	فرضیه
احساس شکست	←	۲/۵۳۲	۰/۰۱۲	تایید
استرس ناباروری	←	۳/۳۳۲	۰/۰۱	تایید
احساس حضور خدا	←	۴/۴۳۸	۰/۰۱	تایید
ارتباط با خداوند	←	۴/۴۸۳	۰/۰۱	تایید
احساس مسئولیت	←	۳/۱۶۱	۰/۰۱	تایید
احساس شکست	احساس حضور خدا	۲/۷۳۷	۰/۰۱	تایید
احساس شکست	ارتباط با خداوند	۳/۲۰۸	۰/۰۱	تایید
احساس شکست	احساس مسئولیت	۲/۸۵۲	۰/۰۱	تایید
استرس ناباروری	احساس حضور خدا	۲/۱۲۸	۰/۰۵	تایید
استرس ناباروری	ارتباط با خداوند	۳/۳۲۱	۰/۰۱	تایید
استرس ناباروری	احساس مسئولیت	۲/۰۳۹	۰/۰۵	تایید

باتوجه به نتایج جدول ۴، تمامی ضرایب مسیر مستقیم مربوط به رابطه بین احساس شکست با کیفیت رابطه زناشویی، استرس ناباروری با کیفیت رابطه زناشویی، تجارب معنوی با کیفیت رابطه زناشویی زنان نابارور رابطه مستقیم مثبت و معنی دار است ( $p < 0/01$ )، همچنین نتایج آزمون بوت استراپ نشان می‌دهد که ضریب مسیر رابطه غیرمستقیم بین استرس ناباروری و احساس شکست با کیفیت رابطه زناشویی از طریق متغیر میانجی تجارب معنوی در سطح آلفای ۰/۰۱ معنی دار است ( $p < 0/01$ ).

## بحث

هدف مطالعه حاضر بررسی نقش احساس شکست و استرس ناباروری در کیفیت رابطه زناشویی با میانجی تجارب معنوی در زنان نابارور بود. نتایج نشان داد احساس شکست بر کیفیت رابطه زناشویی زنان نابارور اثر مستقیم و معنادار دارد. نتیجه به دست آمده هم‌راستا با نتایج مطالعات پیشین در این زمینه است، به‌عنوان مثال نیکلورو و همکاران، در مطالعه خود دریافتند که احساس ناامیدی همراه با ناباروری می‌تواند اساس روابط یک زوج را متزلزل کند (۳۴). معروف زاده و همکاران، در مطالعه خود دریافتند که ناکامی و شکست در زنان ناباروری موجب کاهش کیفیت زندگی آنان می‌شود (۳۵). در به دست آمدن نتیجه فوق می‌توان گفت برخی از زوج‌های نابارور ممکن است احساس کمبود، شکست و طرد شدن کرده و به خاطر از دست دادن نوزاد خیالی غمگین و افسرده شوند، بسیاری از افراد ناباروری ناباروری‌شان را به‌عنوان غمگین‌ترین و فشار آورترین تجربه زندگی‌شان توصیف می‌کنند، تصور می‌کنند که در مانده

هستند و نمی‌توانند رویدادهای زندگی خود را کنترل کنند، آن‌ها معتقدند که هرگونه تلاشی که می‌کنند بیهوده است. لذا وقتی آن‌ها با مانعی مواجه می‌شوند چنان چه تلاش مقدماتی آن‌ها برای برخورد با مشکل بی‌ثمر باشد سریعاً قطع امید کرده و احساس ناکامی می‌کنند (۳۶)، از سویی آشفتگی‌های روان‌شناختی زوجین مانند افسردگی با تعارض و افزایش هیجانات منفی مانند خشم، غم و اندوه همراه است، علاوه بر این، افراد افسرده به احتمال زیاد در هنگام تعارضات زناشویی از یکدیگر کناره‌گیری می‌کنند (۳۷). در نتیجه، کاهش احتمال حل تعارض منجر به کاهش روابط زناشویی در آن‌ها خواهد شد. نتایج نشان داد استرس ناباروری بر کیفیت رابطه زناشویی زنان نابارور اثر مستقیم و معنادار دارد. از یافته فوق این‌گونه می‌توان برداشت نمود که با افزایش استرس ناباروری، کیفیت رابطه زناشویی کاهش پیدا می‌کند. نتیجه به دست آمده با نتایج تقریباً مشابه در این زمینه به‌صورت غیرمستقیم هم‌سو است. به‌عنوان مثال برگ و ویلسون، در مطالعه خود دریافتند که استرس ناباروری باعث اختلال در سازگاری زناشویی زنان می‌شود (۳۸)، پژوهش اتیس و همکاران نشان داد که سطوح پایین‌تر استرس با کیفیت رابطه زناشویی بالاتر همراه است (۳۹). در تبیین این رابطه می‌توان گفت، افرادی که تحت فشار روانی بیشتری هستند و با در مقابله با مسائل پیش‌پافتاده زندگی، بیشتر دچار استرس می‌شوند، هنگام برخورد با مشکلات و شرایط سخت زندگی نیروی خود را از دست می‌دهند، احساس ضعف بیشتری می‌کنند، سیستم دفاعی بدنشان ضعیف‌تر می‌شود و در نتیجه بهداشت روانی آن‌ها تحت

می‌توان گفت افرادی که احساس کارایی پائینی یا احساس شکست دارند احساس می‌کنند که درمانده هستند و نمی‌توانند رویدادهای زندگی خود را کنترل کنند. آن‌ها معتقدند که هرگونه تلاشی که می‌کنند بیهوده است. وقتی آن‌ها با مانعی مواجه می‌شوند چنانچه تلاش مقدماتی آن‌ها برای برخورد با مشکل بی‌ثمر باشد سریعاً قطع امید کرده و احساس ناکامی می‌کنند (۴۵). از سویی تجارب معنوی می‌تواند تأثیر چشمگیری در توسعه تحمل و توان فرد در برابر ناکامی‌ها داشته باشد. به‌طوری‌که یانگ و مائو، معتقدند داشتن هدف و معنا در زندگی احساس تعلق داشتن به معنای والا، امیدواری به یاری خداوند در موقعیت‌های مشکل‌زای زندگی و بهره‌مندی از حمایت‌های اجتماعی و معنوی، همگی از جمله روش‌هایی است که افراد معنوی با دارا بودن آن‌ها، می‌توانند در رویارویی با حوادث تنش‌زای زندگی آسیب کمتری متحمل شوند (۴۶). لذا استفاده از تجارب معنوی موجب درک بهتر و مقابله بهتر با احساس شکست می‌شود، زیرا به کمک این روش ضمن اعتماد به خدا موجب تسلی روح و روان در فرد می‌گردد؛ و به تبع آن کیفیت رابطه زناشویی افزایش می‌یابد.

نتایج نشان داد، تجارب معنوی در رابطه بین استرس ناباروری و کیفیت رابطه زناشویی نقش میانجی دارد؛ یعنی نتایج نشان داد که استرس ناباروری، با تأثیر بر تجارب معنوی، می‌تواند کیفیت رابطه زناشویی را ارتقاء دهد. اگرچه برای این یافته، پژوهش کاملاً مشابهی یافت نشد؛ اما با نتایج مطالعات پیشین به‌طور غیرمستقیم همسو است، به‌طور مثال یافته‌های امنیت روانی و بهزیستی روان‌شناختی را میانجی‌گری می‌کند (۴۷). در تبیین یافته‌های فوق می‌توان گفت زنان نابارور استرس‌های زیادی را تجربه می‌کنند، در این میان تجارب معنوی می‌تواند به‌عنوان مکانیسم دفاعی و روش حل مسئله در بحران‌ها و مشکلات زندگی باشد (۴۸). تجارب معنوی مفاهیمی از قبیل ارتباط با قدرت الهی و احساس آرامش به کمک یاری جستن از خدا و احساس نزدیکی با خدا می‌گردد که موجب آن می‌شود که فرد حضور خدا را در طول روز و لحظه‌به‌لحظه زندگی احساس نماید تا این‌گونه با مشکلات سازگارتر شود قادر به حل تنش‌ها و استرس‌های زندگی گردد (۴۹). شخصی که از تجارب معنوی شخصی استفاده می‌نماید می‌تواند بحران‌های زندگی را حل کند و به زندگی معنا و مفهوم دهد، لذا برخورداری از یک گرایش معنوی علاوه بر دادن معنی به زندگی موجب کاهش رفتارهای ناسازگار و نامطلوب و

تأثیر قرار می‌گیرد و نهایتاً از رابطه زناشویی خود احساس رضایت کمتری می‌کنند (۴۰). درواقع انسان‌ها در تعاملات خویش به اشخاصی علاقه‌مند می‌شوند که در آن‌ها احساسات مطلوبی ایجاد نمایند. زوجینی که به‌کرات، خواسته و ناخواسته موجبات رنجش یکدیگر را به شیوه‌های مختلف فراهم می‌آورند، به کیفیت رابطه زناشویی خود آسیب وارد می‌کنند.

نتایج نشان داد تجارب معنوی بر کیفیت رابطه زناشویی زنان نابارور اثر مستقیم و معناداری دارد. لذا می‌توان گفت با افزایش تجارب معنوی، کیفیت زناشویی زنان نابارور افزایش می‌یابد. نتیجه به‌دست‌آمده با نتایج مطالعات پیشین در این زمینه همخوانی دارد. صالحی و اصغری ابراهیم‌آباد، در مطالعه خود دریافتند مذهب، امنیت روانی زنان نابارور را تحت تأثیر قرار می‌دهد، در نتیجه این افراد حس کنترل و تسلط بیشتری بر شرایط دارند (۴۱). مطالعه خانی و باباخانی، نشان داد تقویت معنویت و یافتن معنایی خاص برای زندگی در خلال رنج ناباروری می‌تواند باعث کاهش استرس ادراک‌شده و افزایش شادکامی شود (۴۲). در تبیین این یافته می‌توان گفت برخی از عوامل مهمی که بر کیفیت زناشویی تأثیر دارند عقاید، باورهای مذهبی و اعمال مذهبی افراد هستند که به‌عنوان عوامل حمایتی یا حائلی می‌توانند از طریق امید، قدرت و معنی بخشان به زندگی، استرس زندگی را کم کنند و کیفیت آن را افزایش بخشند (۴۳). همچنین افرادی که فعالیت‌های اجتماعی مذهبی بالایی دارند، در امور مذهبی که به‌صورت جمعی برگزار می‌شود، شرکت فعال دارند و حمایت اجتماعی مناسبی نسبت به دیگران دارند و همین‌طور متقابلاً حمایت اجتماعی دریافت می‌کنند، اعتقادات مذهبی و ارتباط صمیمی با خدا به زندگی این افراد معنی و مفهوم بخشیده است و در شرایط دشوار با استعانت از نیروهای برتر به‌راحتی تصمیم می‌گیرند. این مسئله باعث می‌شود که در شرایط دشوار احساس تنهایی نکنند، همسران به همدیگر در امور زندگی کمک‌کننده یکدیگر را تأیید کنند و احساس نزدیکی و انسجام بیشتری را تجربه کنند (۴۴)؛ و این به بهبود کیفیت رابطه زناشویی آنان کمک می‌کند.

نتایج نشان داد، تجارب معنوی در رابطه بین احساس شکست و کیفیت رابطه زناشویی نقش میانجی دارد. نتایج فرضیه غیرمستقیم، به این معنی است که احساس شکست با تأثیر بر تجارب معنوی، می‌تواند موجب بهبود کیفیت رابطه زناشویی شود. لذا می‌توان گفت احساس شکست و تجارب معنوی بر کیفیت رابطه زناشویی تأثیرگذار هستند که برای این یافته، پژوهش کاملاً مشابهی یافت نشد. در تبیین یافته فوق

کرده و تبیین و تصریح کند که این عوامل نه تنها کیفیت روابط زناشویی را مختل می‌گرداند بلکه اثر منفی در چرخه باروری گذاشته و امکان باروری را به‌طور مستقیم تحت تأثیر قرار می‌دهد؛ بنابراین شناسایی و بررسی متغیرهای اثرگذار روانشناختی (تجارب معنوی) بر کیفیت روابط زناشویی در شرایط ناباروری و ارائه مدل مهارتی معکوس (مهارت حذف متغیرهای مزاحم به‌جای تقویت) از نقاط قوت این پژوهش است. با توجه به این موضوع که پندار غالب در شرایط ناباروری بیشتر بر آسیب‌های روانشناختی برگرفته از شرایط اجتماعی و سبب‌های بیرونی متمرکز است و بر عوامل درونی مثل احساس شکست، استرس و ... آگاه نبوده و در شرایطی حتی مورد انکار قرار می‌گیرد، لذا پیشنهاد می‌شود با بازشناسی زنجیره‌ای از متغیرهای روانشناختی درونی برگرفته از مجموعه‌ای از تحقیقات، به تدوین پروتکل مهارتی شناختی در این زمینه همت گمارده شود. همچنین ارائه این مجموعه نتایج به درمانگران در مراکز مشاوره، آن‌ها را در درمان یاری نموده و اهداف درمانی معطوف به بیماران را نیز تحقق می‌بخشد.

#### تقدیر و تشکر

این پژوهش مستخرج از پایان‌نامه نویسنده اول مقاله با کد اخلاق IR.BUMS.REC.1399.039 می‌باشد. پژوهشگران از تمامی کسانی که در این پژوهش ما را یاری نموده‌اند، نهایت تشکر و قدردانی را می‌کنند.

به‌تبع آن بهبود کیفیت رابطه زناشویی در زندگی زوجین می‌گردد (۵۰).

از محدودیت‌های این پژوهش باید به مقطعی بودن اجرای پژوهش، خود گزارشی بودن ابزار پژوهش اشاره کرد، همچنین با توجه به اینکه پژوهش حاضر روی زنان نابارور شهر بیرجند انجام گردید، لازم است در تعمیم نتایج به مناطق دیگر کشور جانب احتیاط در نظر گرفته شود. لذا جهت دستیابی به نتایج دقیق‌تر پیشنهاد می‌گردد در پژوهش‌های آتی از روش‌های دیگر نظیر مشاهده، مصاحبه به همراه حجم نمونه بیشتر برای جمع‌آوری اطلاعات استفاده شود و پژوهشگران سایر عوامل مؤثر بر کیفیت رابطه زناشویی را در قالب مدل‌های معادلات ساختاری مورد بررسی قرار دهند. پیشنهاد می‌شود که به جهت کاهش احساس شکست و استرس ناباروری، به تقویت تجارب معنوی در قالب کارگاه‌های آموزشی برای زنان نابارور در مراکز مراقبت سلامت پرداخته شود.

#### نتیجه‌گیری

در مجموع در این پژوهش، مدلی مورد آزمون قرار گرفت که ارتباط احساس شکست، استرس ناباروری و تجارب معنوی با کیفیت رابطه زناشویی در زنان نابارور را نمایش می‌دهد. بنابراین یافته‌های این پژوهش می‌تواند زنجیره و سیکل معیوب مجموعه‌ای از عوامل ذکر شده (استرس ناباروری و احساس شکست) در نتایج تحقیق را به‌عنوان فاکتورهای اصلی آسیب‌رسان در ارتباطات زناشویی (در شرایط ناباروری) معرفی



## The role defeat and infertility stress in marital quality mediator by spiritual experiences in infertile women

Seyedeh Mohadeseh Rezaei<sup>1</sup>, Seyed Mahmood Mosavinezhad<sup>2\*</sup>, Maryam Safara<sup>3</sup>

1. *M.A. Clinical Psychology, Department of Psychology, Ferdows Branch, Islamic Azad University, Ferdows, Iran.*
2. *Corresponding Author: Ph.D. Psychology, Department of Psychology, Ferdows Branch, Islamic Azad University, Ferdows, Iran.*
3. *Assistant Professor, Department of Psychology, Women Research Center, AlZahra University, Tehran, Iran.*

\* *Corresponding author: SM.mosavinezhad.97@gmail.com*

### Abstract

**Background & Aim:** Infertility is one of the bitter experiences of life that causes many psychological problems for the individual and his family. Therefore, the aim of this study was to develop a model of the relationship between defeat and infertility stress with the quality of marital relationship mediated by spiritual experiences in infertile women in Birjand.

**Methods:** The present study was a descriptive-correlation of structural equations. A sample of 120 infertile women by convenience sampling method who volunteered to participate in the study, were selected from women referring to the infertility center in Birjand in 2020. Research instruments included the Gilbert & Allen (1998) defeat Scale, Newton et al.'s (1999) infertility stress, Andrew & Fear (2002) spiritual experiences, and the quality of the right-wing marital relationship (et al. 1986). Pearson correlation test and structural modeling software and partial least squares algorithm (PLS) and software (SPSS) version 22 were used to analyze the data.

**Results:** The results showed that the effect of defeat, infertility stress and spiritual experiences on the quality of direct and significant marital relationship was ( $p < 0.01$ ). Also, spiritual experiences played a mediating role in the relationship between defeat and infertility stress with the quality of the marital relationship ( $p < 0.01$ ); And the research model had sufficient fit.

**Conclusion:** Based on the results of the study, it can be said that infertility stress, defeat and spiritual experiences are effective factors in the quality of the marital relationship of infertile women.

**Keywords:** *Infertility, Stress, Defeat, Spiritual, Experiences, Quality, Marital, Women.*

**References:**

1. Haghghatia M, Haghghat F, Rostami Z. Uses of heat wrap therapy for the relief of patient's acute low back pain. *Health system research*. 2014; 10(2):354-61. [Persian]
2. Ebrahimzadeh Zagami S, Latifnejad Roudsari R, Janghorban R, Mousavi Bazaz SM, Amirian M, Allan HT. Iranian infertile couples' strategies to manage social interactions after unsuccessful treatment with assisted reproductive technologies. *Human Fertility*. 2019:1-12. [Persian]
3. Dargahi S, Mohsenzade F, Zaharakar K. The Effect of Positive Thinking Training on Psychological Well-being and Perceived Quality of Marital Relationship on Infertile Women. *Positive Psychology Research*. 2015; 1(3):45-58. [Persian]
4. Lucas A. Marital quality. *Encyclopedia of Family Studies*. 2016:1-2.
5. 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):126-130.
6. Zare Z, Golmakani N, Amirian M, Mazloun SR, Laal Ahangar M. Comparison of marital satisfaction in fertile and infertile couples and its relationship with sexual problems. *The Iranian Journal of Obstetrics, Gynecology and Infertility*. 2015; 18(143):1-10. [Persian]
7. Noorbala A-A, Ramezanzadeh F, Malak-Afzali Ardakani H, Abedinia N, Rahimi Foroushani A, Shariat M. Efficacy of Psychiatric Interventions on the level of Marital Satisfaction in Infertile Couples in a Reproduction Health Research Centre. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 2007;13(2):104-11. [Persian]
8. Petok WD. Infertility counseling (or the lack thereof) of the forgotten male partner. *Fertility and sterility*. 2015; 104(2):260-266.
9. Pinto-Gouveia J, Galhardo A, Cunha M, Matos M. Protective emotional regulation processes towards adjustment in infertile patients. *Human Fertility*. 2012; 15(1):27-34.
10. Randall AK, Bodenmann G. Stress and its associations with relationship satisfaction. *Current opinion in psychology*. 2017; 13:96-106.
11. Sami N, Ali TS, Wasim S, Saleem S. Risk factors for secondary infertility among women in Karachi, Pakistan. *PloS one*. 2012; 7(4): e35828.
12. Gilbert P. Evolution and depression: Issues and implications. *Psychological medicine*. 2006; 36(3):287-297.
13. Allahyari T, Ghorbani B, Alamin S. Infertility and Lack of Sense of Security in Marital Life. *Journal of Social Order*. 2019; 11(3):67-92. [Persian]
14. Loftus J, Andriot AL. "That's what makes a woman": Infertility and coping with a failed life course transition. *Sociological Spectrum*. 2012; 32(3):226-243.
15. Sawatzky R, Ratner PA, Chiu L. A meta-analysis of the relationship between spirituality and quality of life. *Social indicators research*. 2005; 72(2):153-188.
16. Miller L, Balodis IM, McClintock CH, Xu J, Lacadie CM, Sinha R, et al. Neural correlates of personalized spiritual experiences. *Cerebral Cortex*. 2019; 29(6):2331-2338.
17. khodabakhshi-koolae A, Falsafinejad M, Ziyaei-Reza N, Mahmoud Ashiri R. The role of self-care behaviors and spiritual experiences in predicting quality of life in MS patients. *nursing of the vulnerable journal*. 2020;6(21):1-11.
18. Khodabakhshi-Koolae A, Farhangi D. Relationship of Spiritual Experiences and Hope with Living in Present among Men with Cancer in Tehran. *Journal of Pizhūhish dar dīn va Salāmat (ie, Research on Religion & Health)*. 2019;5(2):75-88.
19. Soltani F, hosseini F, arab m. Relationship of daily spiritual experiences with life expectancy and death anxiety in patients undergoing coronary artery bypass surgery. *Cardiovascular Nursing Journal*. 2016;5(2):6-13.
20. Fatemi Aqda M, Ijghan H. Investigating the Relationship Between Spiritual Experiences and Accountability with Family Cohesion in Female Heads of Households. *Women's Studies Sociological and Psychological*. 2017;15(2):185-203.
21. Lambert NM, Dollahite DC. The threefold cord: Marital commitment in religious couples. *Journal of Family Issues*. 2008; 29(5):592-614.
22. Mahoney A, Pargament KI, Tarakeshwar N, Swank AB. Religion in the home in the 1980s and 1990s: A meta-analytic review and

- conceptual analysis of links between religion, marriage, and parenting. 2008.
23. Valikhani A, Firouzabadi A. Examining Death Anxiety within the Framework of Attachment Styles in Cancer Patients: A Comparative Study. *Quarterly Journal of Health Psychology*. 2016; 5(18):119-40. [Persian]
  24. Hosseini, M, Neissi, A.K, Davodi, I. MehrabiZade-Honarmand, M, Zargar, Y. The effectiveness of holistic-oriented psychological intervention on health psychology in infertile women undergoing IVF. *Journal of Clinical Psychology*. 2017; 9(3):47-54. [Persian]
  25. Kline RB. Principles and practice of structural equation modeling: Guilford publications; 2015.
  26. Gilbert P, Allan S. The role of defeat and entrapment (arrested flight) in depression: an exploration of an evolutionary view. *Psychological medicine*. 1998; 28(3):585-598.
  27. Tarsafi M, Kalantar Kousheh SM, Lester D. Exploratory Factor analysis of the Defeat Scale and its Relationship with Depression and Hopelessness among Iranian University Students. *Clinical Psychology Studies*. 2015; 5(19):81-98. [Persian]
  28. Newton CR, Sherrard W, Glavac I. The Fertility Problem Inventory: measuring perceived infertility-related stress. *Fertility and sterility*. 1999; 72(1):54-62.
  29. Ghasemi Navab A, Moatamedy A, Sohrabi F. Predicting Relationship with God, Based on the Life Events, Spiritual Intelligence and Life Line Drawing in Elders. *Journal of Health and Care*. 2015; 17(1):57-69. [Persian]
  30. Underwood LG, Teresi JA. The daily spiritual experience scale: Development, theoretical description, reliability, exploratory factor analysis, and preliminary construct validity using health-related data. *Annals of Behavioral Medicine*. 2002; 24(1):22-33.
  31. Taghavi SHR, Amiri H. Psychoanalysis Characteristic Investigation Daily Spiritual Experience Scale (DSES). *Journal of Islamic Education*. 2010; 5(10):149-165. [Persian]
  32. Rust J, Bennun I, Crowe M, Golombok S. The Golombok Rust inventory of marital state (GRIMS). *Sexual and Marital Therapy*. 1986; 1(1):55-60.
  33. Isanezhad, O., Ahmadi, S. A., & Etemadi, O. (2012). Omid Isanezhad, Seied Ahmad Ahmadi, Ozra Etemadi. *Counseling Research & Developments*, 11(41), 27-35. [Persian]
  34. Nicoloro-SantaBarbara J, Busso C, Moyer A, Lobel M. Just relax and you'll get pregnant? Meta-analysis examining women's emotional distress and the outcome of assisted reproductive technology. *Social Science & Medicine*. 2018; 213:54-62.
  35. Maroufizadeh S, Ghaheri A, Omani Samani R. Factors associated with poor quality of life among Iranian infertile women undergoing IVF. *Psychology, health & medicine*. 2017; 22(2):145-151. [Persian]
  36. Dadfar F, Dadfar M, Kolivand PH. Comparison of Frequency and Intensity of Stressors in Infertile Couples Undergoing Intrauterine Insemination Treatment, Intra-Cytoplasmic Sperm Injection Treatment and without Treatment. *The Neuroscience Journal of Shefaye Khatam*. 2016; 4(1):26-36. [Persian]
  37. Amini M, Heydari H. Effectiveness of Relationships Enrichment Education on Improvement of Life Quality and Marital Satisfaction in Married Female Students. *Journal of Education and Community Health*. 2016; 3(2):23-31. [Persian]
  38. Berg B, Wilson J. Patterns of psychological distress in infertile couples. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*. 1995; 16(2):65-78.
  39. Otis MD, Rostosky SS, Riggle ED, Hamrin R. Stress and relationship quality in same-sex couples. *Journal of social and Personal Relationships*. 2006; 23(1):81-99.
  40. Sohrabi A, Jahani A, Mehrabian T, Marashian F, Zaheri S. The Relationship between Quality of Life and Stress, and Marital Satisfaction in Females with Migraine Headaches in Ahvaz City. *Military Caring Sciences*. 2016; 3(2):115-122. [Persian]
  41. Salehi B, Asghari Ebrahim Abad MJ. Investigating the impact of the role and dimensions of religion and distress tolerance in predicting the psychological safety of infertile women. *Women's Studies Sociological and Psychological*. 2019; 17(1):165-92. [Persian]
  42. Khani S, Babakhani N. Comparing the Relation between Spiritual Growth and Perceived Stress with Happiness among Fertile and Infertile Women of Tehran City.

- Quarterly Journal of Health Psychology. 2017; 5(17):93-104. [Persian]
43. Wolfinger NH, Mason MA, Goulden M. Stay in the game: Gender, family formation and alternative trajectories in the academic life course. *Social forces*. 2009; 87(3):1591-621.
44. Beygi A, Mohammadifar M, Najafi M, Rezayi A. The role of marital intimacy and Spirituality in prediction of Family Cohesion and Adaptability. *Research in Psychological Health*. 2016; 10(1):52-60. [Persian]
45. Schultz DP, Schultz SE. *Theories of personality*: Cengage Learning; 2016.
46. Yang K-P, Mao X-Y. A study of nurses' spiritual intelligence: A cross-sectional questionnaire survey. *International journal of nursing studies*. 2007; 44(6):999-1010.
47. Salehi B, Asghari Ebrahimabad M. Role of Psychological Security in Predicting Psychological Well-Being of Infertile Women with Mediation of Religion. *Islamic Life Style Centered on Health*. 2018; 2(4):195-201. [Persian]
48. Hojjati H, Sarbani A, Alimmohammadzadeh K. The Relationship between Daily Spiritual Experiences and Perceived Stress in the Spouses of War Veterans with Post-traumatic Stress. *Journal of Military Medicine*. 2017; 19(2):135-142.
49. Asadi M, Asad zandi M, ebadi A. The effect of spiritual care based on «GHALBE SALIM» model on spiritual experiences of patients undergoing coronary artery bypass surgery. *Cardiovascular Nursing Journal*. 2013; 2(2):30-39. [Persian]
50. Charzyńska E. Multidimensional approach toward spiritual coping: Construction and validation of the Spiritual Coping Questionnaire (SCQ). *Journal of religion and health*. 2015; 54(5):1629-46.