

Original article

Role of Defeat Sense in the Quality of the Marital Relationship among Infertile Women with the Mediating Role of Spiritual Experiences

Seyedeh Mohadeseh Rezaei¹Seyed Mahmood Mosavinezhad^{2*}Elaheh Ayoobi³Ali Tayaranirad⁴

- 1- MA in Clinical Psychology, Department of Psychology, Ferdows Branch, Islamic Azad University, Ferdows, Iran
- 2- PhD in Psychology, Department of Psychology, Ferdows Branch, Islamic Azad University, Ferdows, Iran
- 3- MA in General Psychology, Department of Psychology, Faculty of Psychology and Education, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran
- 4- PhD in Psychometrics, Department of Measurement, Faculty of Psychology and Education, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran

***Corresponding author:** Seyed Mahmood Mosavinezhad, Department of Psychology, Ferdows Branch, Islamic Azad University, Ferdows, Iran

Email: Dr.sm.mosavinezhad@gmail.com

Received: 12 July 2021

Accepted: 11 August 2021

ABSTRACT

Introduction and purpose: Infertility is a multifaceted problem that can cause major disorders with emotional, social, and psychological consequences, such as reduced quality of marital relationship. Therefore, this study aimed to investigate the role of defeat sense in the quality of marital relationships among infertile women with the mediating role of spiritual experiences.

Methods: This descriptive-correlational study was conducted based on a structural equation modeling method. The statistical population included all infertile females referring to the Royesh Infertility Center, Birjand, Iran, in spring 2020. The samples (n=120) were selected using the convenience sampling method. The participants completed the questionnaires, including the Defeat Scale (Gilbert and Allen, 1998), Daily Spiritual Experience Scale (Underwood and Teresi, 2002), and the Golombok Rust Inventory of Marital State (Rust et al., 1986). The collected data were analyzed in SPSS software (version 22) and PLS software (version 3).

Results: The results showed that the defeat sense had a negative and significant effect on spiritual experiences ($\beta = -0.663$; $P < 0.01$) and a positive and significant effect on the quality of marital relationship ($\beta = 0.679$; $P < 0.01$). It was also revealed that the effect of spiritual experiences on the quality of marital relationships was negative and significant ($\beta = -0.537$; $P < 0.01$). The indirect path between defeat sense and the quality of marital relationship was significant through the mediating role of spiritual experiences ($\beta = 0.356$; $P < 0.01$). The index of goodness of fit = 0.443 indicated the general fitness of the study model.

Conclusion: Based on the findings, in counseling infertile women, it is necessary to consider the role of positive and protective factors, such as spiritual experiences and appropriate support be provided in defining the defeat to improve the quality of the marital relationship among infertile women.

Keywords: Defeat, Infertile, Marital, Quality, Spiritual

► **Citation:** Rezaei M, Mosavinezhad M, Ayoobi E, Tayaranirad A. Role of Defeat Sense in the Quality of the Marital Relationship among Infertile Women with the Mediating Role of Spiritual Experiences. Journal of Health Research in Community. Autumn 2021;7(3): 53-64.

نقش احساس شکست در کیفیت رابطه زناشویی زنان نابارور با میانجی تجارب معنوی

چکیدہ

سیدہ محدثہ رضایہ^۱

سند محمود موسوی، نژاد^{۵۲}

٢
الله ايوبي

علم طبع انه داد^۴

مقدمه و هدف: ناباروری یک مشکل چندوجهی است که ممکن است باعث ایجاد اختلالات اساسی با عواقب عاطفی، اجتماعی و روانی از جمله کاهش کیفیت رابطه زناشویی شود؛ بنابراین، هدف مطالعه حاضر بررسی نقش احساس شکست در کیفیت رابطه زناشویی زنان نابارور با میانجی تجارب معنوی بود.

روش کار: پژوهش حاضر توصیفی-همبستگی از نوع معادلات ساختاری بود. جامعه پژوهش شامل تمامی زنان نابارور مراجعه‌کننده به مرکز ناباروری رویش شهر بیرجند در بهار ۱۳۹۹ بودند که از جامعه هدف ۱۲۰ نفر واجد شرایط به شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. شرکت‌کنندگان به مقیاس احساس شکست (گیلبرت و آلن، ۱۹۹۸)، تجارب معنوی (اندرود و ترسی، ۲۰۰۲) و کیفیت رابطه زناشویی (راست و همکاران، ۱۹۸۶) پاسخ دادند. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۲ و نرم‌افزار PLS نسخه ۳ تحلیل شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد اثر احساس شکست بر تجارب معنوی منفی و معنادار ($\beta = -0/663, p < 0/01$)، اثر احساس شکست بر کیفیت رابطه زناشویی مثبت و معنادار ($\beta = 0/679, p < 0/01$) و اثر تجارب معنوی بر کیفیت رابطه زناشویی منفی و معنادار بود ($\beta = -0/537, p < 0/01$). همچنین مسیر غیرمستقیم بین احساس شکست با کیفیت رابطه زناشویی از طریق تجارب معنوی معنادار بود ($\beta = 0/356, p < 0/01$). در مجموع شاخص $GOF = 0/443$ نشان‌دهنده برازش کلی مدل پژوهش بود.

نتیجه‌گیری: نتایج این مطالعه نشان داد در مشاوره با زنان نابارور باید نقش عوامل مثبت و محافظت‌کننده مانند تجارب معنوی مدنظر قرار گیرد و حمایت مناسبی در تعریف شکست از ایشان انجام شود تا زمینه بهبود و ارتقای کیفیت رابطه زناشویی زنان نابارور فراهم شود.

کلمات کلیدی: زناشویی، شکست، معنویت، کیفیت، نابارور

۱. کارشناس 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. کارشناس ارشد روان‌شناسی عمومی، گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران
۴. دکتری روان‌شناسی، گروه سنجش و اندازه‌گیری، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران

* نویسنده مسئول: سید محمود موسوی‌نژاد، گروه روان‌شناسی، واحد فردوس، دانشگاه آزاد اسلامی، فردوس، ایران

Email: Dr.sm.mosavinezhad@gmail.com

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۰۴/۲۱

تاریخ مذکور: ۱۴۰۰/۰۵/۲۰

◀ **استناد:** رضایی، سیده محدثه؛ موسوی نژاد، سید محمود؛ ایوبی، الهه؛ طیرانی راد، علی. نقش احساس شکست در کیفیت رابطه زناشویی زنان نابارور با میانجی

تجارب معنوی. مجله تحقیقات سلامت در جامعه، یاسز ۱۴۰۰، ۷(۳): ۵۳-۶۴.

مقدمه

زناشویی است. در واقع مهم‌ترین مسئله پس از زنده‌بودن،

مفهوم احساس شکست (Defeat) به عنوان احساس مبارزه اجتماعی شکست خورده، از بین رفتن و کاهش درجه اجتماعی تعریف شده است [۱۳]. احساس شکست و ناکامی از واژه‌های شبیه به هم هستند. احساس شکست در ابتدا و بر اساس ارزیابی فرد از شرایط خودش شکل می‌گیرد (اینکه در آستانه شکست است و امکان از دست دادن جایگاه اجتماعی در او وجود دارد). به دنبال آن احساس ناکامی (بر اساس نظر شخص نسبت به توانایی خود در حل مسئله پیش آمده یا فرار از موقعیت) پیش می‌آید. هسته مرکزی هر دو یک چیز است؛ ناتوان پنداشتن خود به منظور تغییر شرایط و حل مسائل پیش آمده [۱۴]. احساس شکست شامل سه مؤلفه احساس رکود (توانایی و عدم توانایی فرد در اقدام به شروع دوباره پس از شکست)، احساس بازندگی (احساس فرد در نبردهای حساس زندگی) و احساس رضایتمندی (فائق شدن بر مشکلات) می‌شود پژوهش‌ها از تأثیرات مخرب احساس شکست و ناکامی بر سلامت، بهزیستی زوجین نابارور و کاهش ثبات زناشویی زوج‌های نابارور حکایت دارند [۱۵-۱۸].

از طرفی دیگر، معنویت مهم‌ترین بعد وجودی به عنوان نیروی قوی در مرکز زندگی افراد قرار گرفته است، همین موضوع ممکن است به نحوی بر کیفیت زندگی فرد نیز تأثیر داشته باشد [۱۹]. تجربه معنوی (Spiritual Experiences) شامل نگرش مذهبی، ابعاد عملی، بهداشت روان، باورهای فراطبیعی و اعمال مذهبی تلقی می‌شود. در عین حال که مذهب را پیوند انسان با یک موجود بزرگ‌تر می‌داند، معنویت را معادل با زندگی در نظر می‌گیرند [۲۰]. تجارب روزانه معنوی به فرد کمک می‌کند احساسات مثبت‌تری را تجربه کند و هرچه فرد احساسات مثبت‌تری را تجربه کند، سلامت بیشتر و زندگی مطلوب‌تری خواهد داشت [۲۱].

در همین راستا مطالعه رودسری نشان داد ایمان‌های مذهبی و اعتقادات معنوی بر تجارب زنان نابارور که به دنبال درمان‌های ناباروری هستند، تأثیر می‌گذارد [۲۲]. همچنین نتایج پژوهشی

زنده‌ماندن یا به عبارت دیگر، بقا و تولیدمثل است [۱]. ناباروری (Infertility) یک بحران پیچیده زندگی است که از نظر روان‌شناختی تهدیدکننده و از نظر هیجانی فشارآور است [۲]. امروزه در سراسر جهان از هر ۶ زوج، یک زوج حداقل یک بار در طول زندگی خویش، ناباروری را تجربه می‌کند [۳]. طبق آمار سازمان بهداشت جهانی، حدود ۸۰ تا ۹۰ میلیون زوج در سراسر دنیا از ناباروری رنج می‌برند [۴]. در ایران، این آمار در استان‌های مختلف متفاوت و از ۹/۵۲ تا ۳۶/۲۱ گزارش شده است [۵]. ناباروری بحرانی است که بر سلامت افراد نابارور تأثیر می‌گذارد و سبب اختلال در روابط جنسی، کاهش صمیمیت، ترس از طلاق و جدایی و در نهایت کاهش رضایت‌مندی زناشویی و کیفیت زندگی زناشویی زوجین نابارور می‌شود [۶،۷]. کیفیت روابط زناشویی (Marital quality)، همراهی، ارتباط خوب و نبود تضاد، توافق درباره موضوعات مهمی چون همکاری در فعالیت‌های مشترک و ابراز محبت به یکدیگر را شامل می‌شود که به سازگاری و ارتباط مؤثر و خوب در زوجین منجر می‌شود [۸]. ناباروری زندگی زوج‌ها را با مشکلات مربوط به تمایل جنسی و روابط زناشویی، کاهش صمیمیت و ارتباط زناشویی، احساس گناه، افسردگی و احساس خلأ مواجه می‌سازد که این مشکلات روانی و عاطفی یکی از علل ناباروری به حساب می‌آیند [۹].

ناباروری ممکن است به دلیل فشارهایی که از نظر روانی به افراد وارد می‌کند و تأثیری که بر کیفیت زندگی زوجین دارد، باعث مشکلات وسیعی مانند احساس درماندگی، تعارض، طرد، سرخوردگی، افت شدید عزت‌نفس، کاهش اعتمادبه‌نفس، کناره‌گیری و انزوا، مشکل در هویت، شکست، ناکامی، خودکم‌بینی، احساس نازیبایی و بی‌معنایی زندگی شود [۱۰]. در همین راستا شواهد نشان می‌دهد طیف مشکلات و پیامدهای اجتماعی ناشی از ناباروری شامل برچسب اجتماعی، انزوا، اجتماعی، کناره‌گیری از جامعه، ترس، ازدست‌دادن جایگاه اجتماعی، ناامیدی و در برخی موارد خشونت است [۱۱،۱۲].

روش کار

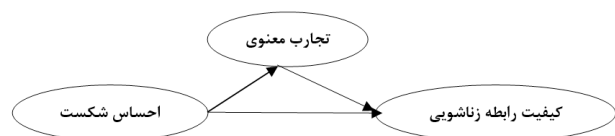
پژوهش حاضر توصیفی-همبستگی از نوع معادلات ساختاری بود. جامعه آماری شامل تمامی زنان نابارور مراجعه کننده به مرکز ناباروری رویش شهر بیرجند در بهار ۱۳۹۹ بودند (۶۰۰ نفر). به پیشنهاد Kline که بیان می کند به ازای هر متغیر محاسبه شده در معادلات ساختاری به ۱۰ آزمودنی نیاز است [۲۸] و برای افزایش اعتبار بیرونی پژوهش و با در نظر گرفتن دو متغیر پیش بین (احساس شکست: سه مؤلفه و متغیر میانجی تجارب معنوی: سه مؤلفه) و یک متغیر ملاک (کیفیت زندگی زناشویی: تک بعدی)، ۱۲۰ نفر از افراد واجد شرایط به شیوه نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند. ملاک های ورود به پژوهش شامل تشخیص ناباروری بر اساس پرونده پزشکی، دامنه سنی ۲۰ تا ۴۵ سال، حداقل سطح سواد خواندن و نوشتن، مدت ناباروری یک سال و بیشتر، تمایل فرد به ورود به مطالعه بود. ملاک های خروج از مطالعه نیز شامل عدم همکاری و مخدوش بودن پرسش نامه ها بود.

پس از گرفتن مجوزها و هماهنگی های لازم و مشخص شدن زمان مراجعه افراد نمونه انتخاب شده، محقق در مرکز حاضر شد و بعد از جلب نظر و توجیه شرکت کنندگان اقدام به توزیع و جمع آوری پرسش نامه ها و پاسخ نامه های مربوط در همان زمان و مکان کرد. در مدت چهار هفته تمامی داده ها گردآوری شد. به منظور رعایت ملاحظات اخلاقی در پژوهش حاضر، پیش از شروع کار توضیحات لازم درباره اهداف پژوهش به شرکت کنندگان داده شد. همچنین به شرکت کنندگان اطمینان داده شد که اطلاعات آنان محرمانه باقی خواهد ماند و از اطلاعات فقط در راستای اهداف مطالعه استفاده خواهد شد. تمامی شرکت کنندگان برای ورود به مطالعه و خروج از آن آزادی کامل داشتند. پس از دریافت رضایت آگاهانه از شرکت کنندگان، پرسش نامه های بی نام در میان آنان توزیع و سپس جمع آوری و تحلیل شد.

ابزار گردآوری اطلاعات شامل پرسش نامه های زیر بود:

نشان داد زنان نابارور برای کنار آمدن با ناباروری و بحران های آن از استراتژی های مقابله ای مذهبی و معنوی متنوعی استفاده می کنند [۲۳]. نتایج پژوهش بدآقی و همکاران نشان داد نشانه های اضطراب، افسردگی و استرس زنان باردار رابطه معکوسی با میزان معنویت دارد [۲۴]. مطالعه افطاری و همکاران نشان داد توجیه معنوی (موهبت انگاری، امتحان الهی) و امیدوار ماندن از عوامل مؤثر در نحوه مقابله زنان با استرس ناباروری محسوب می شود [۲۵]. پژوهش علیجان پور و همکاران نشان داد زنان نابارور دارای روحیه معنوی بالا، رضایت بیشتری از زندگی دارند [۲۶]. نتایج مطالعه میرغفوروند و همکاران نشان داد جهت گیری مذهبی درونی، سازگاری زناشویی را در زنان بارور و نابارور افزایش می دهد [۲۷].

ناباروری رویداد ناگوار و دور از انتظاری است که فشار روانی زیادی را بر افراد درگیر تحمیل و زمینه شکست و ناکامی را در زوجین نابارور فراهم می کند. با توجه به مسئله ناباروری در کشور، شناسایی راهبردهای مقابله ای و کاهش فشار روانی در زوجین نابارور به خصوص زنان که طبق پژوهش های انجام شده سطح کیفیت رابطه زناشویی کمتری داشتند، ضروری است. از سوی دیگر، همان طور که مرور پیشینه پژوهش نشان می دهد در زمینه ارتباط متغیرهای مذکور مطالعه ای به صورت مستقیم یا منسجم در قالب معادلات ساختاری در جامعه زنان نابارور انجام نشده است، از این رو مطالعه حاضر در راستای پرکردن بخشی از خلأ پژوهشی در این زمینه و با هدف تعیین نقش احساس شکست در کیفیت رابطه زناشویی زنان نابارور با میانجی تجارب معنوی انجام شد (شکل ۱).



شکل ۱: مدل فرضی پژوهش

مقیاس احساس شکست

Gilbert & Allan در سال ۱۹۹۸ این پرسش‌نامه را ساختند. این پرسش‌نامه حاوی ۱۶ سؤال و ۳ خرده‌مقیاس احساس رکود (۷-۸-۱۰-۱۱-۱۳-۱۴-۱۶)، احساس بازندگی (۱-۳-۵-۱۲-۱۵) و احساس رضایتمندی (۲-۴-۶-۹) است. نمره‌گذاری سؤالات با مقیاس لیکرت پنج‌درجه‌ای از ۱ (هرگز) تا ۵ (تقریباً همیشه) انجام می‌شود. دامنه نمرات بین ۱۶ تا ۸۰ است که نمرات بیشتر نشانگر احساس شکست زیاد است. پرسش‌نامه احساس شکست روایی محتوایی مطلوب و همسانی درونی بسیار بالایی دارد. ضرایب آلفای کرونباخ در گروه زنان ۰/۹۴ و در مردان ۰/۹۳ بود. در گروه دانش‌آموزان نیز آلفای کرونباخ ۰/۹۴ و در گروه افسرده ۰/۹۳ است [۲۹]. Tarsafi و همکاران برای تعیین روایی نیز همبستگی پرسش‌نامه با پرسش‌نامه افسردگی بک ویرایش دوم ۰/۷۲ را گزارش کردند و پایایی به روش همسانی درونی (ضریب آلفای کرونباخ) برای کل آزمون ۰/۹۱، در گروه زنان ۰/۹۱ و در گروه مردان ۰/۹۲ به دست آمد (۱۵). در پژوهش حاضر نیز پایایی پرسش‌نامه به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۹ به دست آمد.

مقیاس تجارب معنوی

این پرسش‌نامه ۱۵ سؤال دارد و Underwood و Teresi در سال ۲۰۰۲ آن را ساختند. هدف مقیاس تجارب معنوی، ارزیابی میزان تجارب معنوی افراد از ابعاد مختلف احساس حضور خداوند (سؤالات ۱، ۲، ۴، ۵، ۶، ۹، ۱۰، ۱۱)، ارتباط با خداوند (سؤالات ۳، ۷، ۸، ۱۲، ۱۵) و احساس مسئولیت در قبال دیگران (سؤالات ۱۳، ۱۴) است. طیف نمره‌گذاری آن بر اساس طیف لیکرت شش گزینه‌ای (اغلب اوقات روز: ۶ و هرگز یا تقریباً هرگز: ۱) است. دامنه نمرات بین ۱۶ تا ۹۶ است که نمرات بیشتر بیانگر تجارب معنوی بیشتر است. Underwood و Teresi ضمن تأیید روایی هم‌زمان، ثبات درونی مقیاس را با استفاده از آلفای کرونباخ بررسی و مقادیر ۰/۹۴ و ۰/۹۵ را در دو بار اجرا گزارش کردند [۳۰]. در پژوهش باقری کراچی و کرمانی، روایی محتوایی پرسش‌نامه تأیید شد و پایایی

کل پرسش‌نامه به روش آلفای کرونباخ ۰/۹۲ و برای ابعاد احساس حضور خداوند، ارتباط با خدا و احساس مسئولیت در قبال دیگران به ترتیب ۰/۹۰، ۰/۷۷ و ۰/۷۰ به دست آمد [۳۱]. در پژوهش حاضر نیز پایایی پرسش‌نامه به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۷ به دست آمد.

پرسش‌نامه کیفیت رابطه زناشویی

Rust و همکاران در سال ۱۹۸۶ این پرسش‌نامه را به منظور سنجش کیفیت رابطه زناشویی ساختند که ۲۸ سؤال دارد و با مقیاس چهارگزینه‌ای لیکرت (کاملاً مخالف: صفر تا کاملاً موافق: ۴) نمره‌گذاری می‌شود. لذا دامنه نمرات بین صفر تا ۸۴ در نوسان است. نمره بالاتر نشان‌دهنده وخیم بودن کیفیت زناشویی است. در مطالعه Rust و همکاران، روایی این پرسش‌نامه با ۲۴ زوج سنجیده شده است که همبستگی میان بهبودی زوج‌ها و مقیاس درمانگر ۰/۹۱ بوده است. در زمینه پایایی این پرسش‌نامه، آلفای کرونباخ ۰/۸۹ برای زنان و ۰/۸۵ برای مردان گزارش شده است [۳۲]. در پژوهش عیسی‌نژاد و همکاران، روایی محتوایی پرسش‌نامه تأیید شد و پایایی آن به شیوه آلفای کرونباخ ۰/۸۹ به دست آمد [۳۳]. در پژوهش حاضر نیز پایایی پرسش‌نامه به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۵ به دست آمد.

مدل پژوهش و روابط بین متغیرها با استفاده از میانگین، انحراف معیار و همبستگی پیرسون با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۲ و نرم‌افزار PLS تحلیل شد. این روش بهترین روش برای تحلیل تحقیقاتی است که روابط بین متغیرها پیچیده، حجم نمونه اندک و توزیع داده‌ها غیرنرمال است [۳۴].

یافته‌ها

نتایج اطلاعات جمعیت‌شناختی نشان داد 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 (۳۱ درصد) سن داشتند. از این تعداد ۴۲ نفر تحصیلات زیر دیپلم (۳۵ درصد)، ۳۵ نفر تحصیلات

جدول ۱: یافته‌های توصیفی متغیرهای پژوهش

میانگین	انحراف معیار	چولگی	کشدگی
۱۸/۲۷	۳/۳۸۶	-۰/۸۶۴	۱/۹۷۰
۱۵/۱۹	۲/۸۴۳	-۰/۹۲۷	۱/۹۸۶
۲۵/۲۲	۴/۸۶۵	-۰/۵۰۶	۰/۶۳۵
۵۸/۶۸	۱۰/۲۶۶	-۰/۹۲۹	۱/۹۹۰
۳۱/۳۱	۴/۳۳۴	-۰/۰۸۱	۱/۱۶۳
۱۶/۲۴	۳/۵۶۱	۰/۴۴۱	۰/۲۳۶
۶/۴۴	۱/۶۴۳	۰/۵۴۳	۰/۷۲۳
۵۳/۹۹	۸/۶۵۵	۰/۲۹۵	۰/۶۲۲
۱۰۵/۷۶	۱۳/۸۷۲	-۱/۱۱۶	۱/۴۶۹

جدول ۳: نتایج آزمون کلموگروف-اسمیرنوف برای بررسی

نرمال بودن توزیع نمرات

متغیر	Z کلموگروف-اسمیرنوف	سطح معنی داری
احساس بازندگی	۰/۸۸۲	۰/۴۱۹
احساس رضایتمندی	۰/۷۸۳	۰/۵۷۲
احساس رکود	۰/۵۲۸	۰/۹۴۳
احساس شکست	۱/۱۸۹	۰/۰۹۱
احساس حضور خدا	۰/۵۹۰	۰/۸۷۷
ارتباط با خدا	۰/۸۱۶	۰/۵۱۸
احساس مسئولیت	۰/۷۷۲	۰/۵۹۱
تجارب معنوی	۱/۰۹۳	۰/۱۸۳
کیفیت رابطه زناشویی	۱/۱۴۷	۰/۱۴۴

دیپلم (۲۹ درصد) و ۴۳ نفر تحصیلات دیپلم به بالا (۳۶ درصد) داشتند. اطلاعات توصیفی شامل میانگین، انحراف معیار، دامنه نمرات، چولگی و کشیدگی متغیرهای پژوهش در جدول ۱ آمده است.

به منظور فراهم آوردن شرایط علمی لازم برای تحلیل‌های بعدی، ابتدا ماتریس همبستگی مرتبه صفر بین متغیرهای مطالعه شده در این پژوهش محاسبه شد که این ضرایب در جدول ۲ آمده است.

طبق جدول ۲، همبستگی بین احساس شکست با تجارب معنوی

منفی و همبستگی بین احساس شکست با کیفیت رابطه زناشویی مثبت و معنی دار است. همبستگی بین تجارب معنوی با کیفیت رابطه زناشویی منفی بود ($P < ۰/۰۱$). نمرات بیشتر در پرسش‌نامه کیفیت رابطه زناشویی نشان‌دهنده وخیم‌تر بودن کیفیت رابطه زناشویی است. همچنین با توجه به اینکه مقادیر چولگی و کشیدگی بین ۲+ و ۲- است، داده‌ها در سطح ۰/۰۵ توزیع بهنجار دارند.

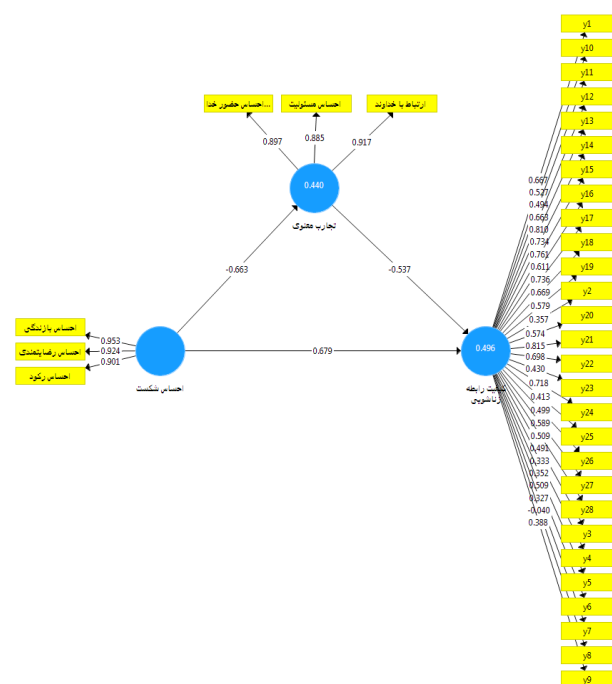
طبق جدول ۳، بر اساس نتایج آزمون کلموگروف-اسمیرنوف

جدول ۲: یافته‌های توصیفی و ماتریس همبستگی بین متغیرهای پژوهش

۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹
۱								
۱- احساس بازندگی								
۲- احساس رضایتمندی	۰/۸۵۴**	۱						
۳- احساس رکود	۰/۷۸۸**	۰/۷۱۵**	۱					
۴- احساس شکست	۰/۹۴۰**	۰/۸۹۸**	۰/۹۳۲**	۱				
۵- احساس حضور خدا	۰/۵۰۴**	۰/۴۱۸**	۰/۶۱۳**	۰/۵۷۲**	۱			
۶- ارتباط با خدا	۰/۶۵۳**	۰/۵۹۴**	۰/۶۷۹**	۰/۷۰۲**	۰/۷۲۵**	۱		
۷- احساس مسئولیت	۰/۴۸۹**	۰/۴۲۲**	۰/۵۴۶**	۰/۵۳۷**	۰/۷۰۱**	۰/۷۱۹**	۱	
۸- تجارب معنوی	۰/۶۱۴**	۰/۵۳۴**	۰/۶۹۰**	۰/۶۷۷**	۰/۹۳۲**	۰/۹۱۱**	۰/۸۳۷**	۱
۹- کیفیت رابطه زناشویی	۰/۶۲۳**	۰/۶۲۸**	۰/۵۲۶**	۰/۶۲۸**	۰/۴۵۹**	۰/۴۱۵**	۰/۳۹۵**	۰/۴۷۶**

طبق شکل ۲، اعداد موجود روی مسیرها نشانگر مقدار t-value برای هر مسیر است. برای بررسی معنادار بودن ضرایب مسیر لازم است مقدار t هر مسیر بیشتر از ۱/۹۶ شود. در این تحلیل مقدار آماره t برای تمام مسیرها بیشتر از ۱/۹۶ بود. در نتیجه در سطح اطمینان ۹۵ درصد معنادار هستند.

با توجه به نتایج جدول ۵، تمامی ضرایب مسیر مستقیم مربوط به رابطه بین احساس شکست با تجارب معنوی، منفی و با کیفیت رابطه زناشویی مثبت و معنی دار است ($p < 0.01$). همچنین رابطه بین تجارب معنوی با کیفیت رابطه زناشویی منفی و معنی دار است



شکل ۲: مدل علی نهایی برازش مدل در حالت ضرایب استاندارد

جدول ۵: ضرایب مسیر مستقیم و غیرمستقیم مدل پژوهش

مسیر	بتا	آماره t	سطح معنی داری
احساس شکست ← تجارب معنوی	-۰/۶۶۳	۹/۹۹۲	۰/۰۱
احساس شکست ← کیفیت رابطه زناشویی	۰/۶۷۹	۸/۶۷۵	۰/۰۱
تجارب معنوی ← کیفیت رابطه زناشویی	-۰/۵۳۷	۷/۳۲۲	۰/۰۱
احساس شکست ← تجارب معنوی	۰/۳۵۶	۶/۸۹۱	۰/۰۱

سطح معناداری آماره محاسبه شده برای تمامی متغیرها بزرگتر از ۰/۰۵ بود؛ بنابراین، فرض نرمال بودن توزیع نمرات پذیرفته شد. اولین معیار برای بررسی برازش مدل ساختاری ضرایب R^2 مربوط به متغیرهای درون زای (وابسته) مدل است. R^2 معیاری است که نشان دهنده تأثیر یک متغیر برونزا بر یک متغیر درونزا است و سه مقدار ۰/۱۹، ۰/۳۳ و ۰/۶۷ به عنوان مقدار ملاک به ترتیب برای مقادیر ضعیف، متوسط و قوی در نظر گرفته می شود. با توجه به نتایج جدول ۳، مقادیر R^2 به دست آمده مناسب بودن برازش مدل ساختاری پژوهش را نشان می دهد.

دومین معیار برای بررسی برازش مدل ساختاری پژوهش مقادیر Q^2 متغیرهای درون زای مدل است. این معیار قدرت پیش بینی مدل را مشخص می سازد. سه مقدار ۰/۰۲، ۰/۱۵ و ۰/۳۵ برای این معیار به ترتیب بیانگر قدرت پیش بینی ضعیف، متوسط و قوی در سازه مربوطه است. با توجه به نتایج جدول ۳، مقادیر Q^2 مربوط به تمامی متغیرهای درونزا از ۵ بیشتر است که نشان دهنده قدرت پیش بینی قوی مدل است. برای ارزیابی برازش مدل کلی از معیار GOF استفاده شد که سه مقدار ۰/۰۱، ۰/۲۵ و ۰/۳۶ به ترتیب به عنوان مقادیر ضعیف، متوسط و قوی برای GOF در نظر گرفته می شود. لذا طبق جدول ۴، مقدار ۰/۴۲۳ برای GOF نشان دهنده برازش کلی مدل پژوهش است.

جدول ۴: شاخص های برازندگی مدل پژوهش

متغیر	R^2	Q^2	GOF
تجارب معنوی	۰/۴۴۰	۰/۲۴۳	۰/۴۲۳
کیفیت رابطه زناشویی	۰/۴۹۶	۰/۱۵۷	

($p < 0/01$). نتایج آزمون بوت استریپ نشان می‌دهد ضریب مسیر رابطه غیرمستقیم بین احساس شکست با کیفیت رابطه زناشویی از طریق تجارب معنوی معنی‌دار است ($p < 0/01$).

بحث و نتیجه‌گیری

هدف مطالعه حاضر تعیین نقش احساس شکست در کیفیت رابطه زناشویی زنان نابارور با میانجی تجارب معنوی بود. نتایج نشان داد اثر مستقیم احساس شکست بر تجارب معنوی، منفی و معنادار بود؛ یعنی زنان ناباروری که از تجارب معنوی بیشتری استفاده می‌کنند، احساس شکست کمتری را تجربه خواهند کرد. نتیجه به‌دست‌آمده با نتایج مطالعات پیشین همسو بود.

نتایج پژوهش بدقی و همکاران نشان داد نشانه‌های اضطراب، افسردگی و استرس زنان باردار رابطه معکوسی با میزان معنویت دارد [۲۴]. مطالعه افطاری و همکاران نشان داد توجه معنوی (موهبت‌انگاری، امتحان الهی) و امیدوارماندن از عوامل مؤثر در نحوه مقابله زنان با استرس ناباروری است [۲۵]. در تبیین یافته فوق می‌توان گفت که معنویت باعث رشد تجربه خودآگاهی، کاهش تعارضات هیجانی و بهبود خلق می‌شود. معنویت درواقع از طریق تأثیر بر چهارحوزه شناخت، هیجان، رفتار و تعالی، به مقابله مؤثر با شکست‌ها، ناکامی‌ها و فشارهای روانی منجر می‌شود. در واقع، معنویت با فراهم کردن یک دیدگاه اسنادی مطلوب، معنای زندگی، ایجاد نگرش موقتی‌بودن حوادث زندگی، تحمل رنج‌های زندگی را تسهیل می‌بخشد. معنویت فرد را به سمت سبک زندگی سالم سوق می‌دهد. این عامل از طریق ارتباط با خداوند به ایجاد نوعی حمایت و آرامش از سوی خداوند منجر می‌شود که به سلامت جسمی و روانی فرد کمک می‌کند [۳۵]. به عبارتی دیگر، تجارب معنوی ناباروری از عوامل امیدآفرین در زندگی زنان نابارور محسوب می‌شود. این موضوع که ناباروری امتحان الهی دیده شود، موجب صبوری و پذیرش

می‌شود یا این موضوع که ناباروری موهبتی از سوی پروردگار است، موجب رشد شخصی فرد نابارور می‌شود و نگاهش را به زندگی و مشکلات تغییر می‌دهد و نه تنها آرامش، بلکه احساس رضایت از رنج کشیدن را به همراه خواهد داشت [۲۵].

نتایج نشان داد اثر مستقیم تجارب معنوی بر کیفیت رابطه زناشویی منفی و معنادار بود. از یافته فوق این‌گونه می‌توان برداشت کرد که با افزایش تجارب معنوی، کیفیت رابطه زناشویی افزایش می‌یابد. نتیجه به‌دست‌آمده با نتایج مطالعات پیشین همسو بود. در همین راستا یافته‌های پژوهش کیفی لطیف‌نژاد رودسری و همکاران نشان داد زنان نابارور مذهبی با استفاده از چارچوب معنادار دینی-معنوی سعی کردند روابط زناشویی خود را تسهیل کنند [۲۳]. پژوهش علیجان‌پور و همکاران نشان داد زنان نابارور روحیه معنوی بالا و رضایت از زندگی بیشتری دارند [۲۶]. نتایج مطالعه میرغفوروند و همکاران نشان داد جهت‌گیری مذهبی درونی، سازگاری زناشویی را در زنان بارور و نابارور افزایش می‌دهد [۲۷]. در تبیین یافته فوق می‌توان گفت که باورهای دینی-مذهبی و تجارب معنوی خود را به‌صورت کاهش تنش‌های عصبی و رفتارهای انعطاف‌پذیر در درگیری‌های خانوادگی نشان می‌دهند؛ بنابراین، اعتماد به خداوند در رویارویی با مسائل افزایش می‌یابد و در نتیجه بر ادراک توانمندبودن فرد در برابر موقعیت محیطی اثر می‌گذارد و موجب ارتقای فرد می‌شود. لذا می‌توان گفت که با احساس نقش کنترل‌کنندگی و پذیرفته‌شدن از سوی خدا، افراد احساس می‌کنند تنها نیستند و خداوند حضور دارد و آن‌ها را در مسائل یاری می‌کند [۳۶]. به عبارتی دیگر، خداوند نقش منفعلی ندارد و در تعیین سرنوشت زندگی دخیل است و این باور باعث افزایش اعتماد به خداوند و رویارویی با مسائل زندگی می‌شود. در نتیجه بر میزان اکتشاف، شایستگی و توانایی فرد اثر می‌گذارد. این باور به‌نوبه‌خود موجب افزایش تعاملات و کنش‌های اجتماعی و در نتیجه ارتقای کیفیت رابطه زناشویی در زنان نابارور می‌شود [۳۷]. نتایج نشان داد اثر مستقیم احساس شکست بر کیفیت رابطه

عبارتی دیگر، مدل پژوهش برآزش داشت. در زمینه یافته به دست آمده مطالعه‌ای به صورت مستقیم انجام نشده است. هرچند پژوهش‌های اندکی در زمینه ارتباط دوبه‌دوی متغیرهای پژوهش انجام شده است؛ بنابراین، در تبیین یافته فوق می‌توان گفت که خوش‌بین بودن و مثبت‌بودن، داشتن روابط حمایتی، قدردانی از زندگی زناشویی، ارائه همدلی معنوی و اتخاذ نقش مدل‌های مذهبی به زنان نابارور کمک می‌کند نسبت به حفظ انسجام خانوادگی درک، دلسوزی و ملایمت بیشتری داشته باشند [۲۳] و موجب می‌شود در زندگی زناشویی احساس شکست و ناکامی کمتری را تجربه کنند. در نتیجه به زندگی زناشویی امیدوارتر می‌شوند و این موضوع موجب بهبود زندگی زناشویی و در نتیجه ارتقای کیفیت رابطه زناشویی می‌شود.

در مجموع نتایج این پژوهش می‌تواند با شناخت بهتر عوامل فردی-شناختی (احساس شکست) و مذهبی (تجارب معنوی) تأثیرگذار بر مشکلات زناشویی، نتایج پژوهش‌های پیشین و نظریه‌های مربوط به زوجین و خانواده را غنی‌تر سازد. شناخت مکانیسم‌های احتمالی تأثیرگذاری متغیرهای کیفیت رابطه زوجین با تأیید پویایی‌های این متغیرهای روان‌شناختی-معنوی، جایگاه و نقش آن‌ها را در نظریه‌های مربوط به روابط بین اعضای سیستم خانواده برجسته می‌کند. در سطح عملی، یافته‌های پژوهش حاضر می‌تواند مبنای تجربی مناسبی برای تدوین برنامه‌های آموزشی و بهداشتی در چارچوب روابط بین‌شخصی، مخصوصاً روابط زوجین نابارور را فراهم کند.

پژوهش حاضر با محدودیت‌هایی نیز روبه‌رو بود؛ از جمله اینکه داده‌ها با استفاده از ابزار خودسنجی جمع‌آوری شده‌اند که احتمال می‌رود گاهی با دقت پاسخ داده نشده باشد. بررسی نکردن متغیرهای جمعیت‌شناختی مانند سن، جنس و ... و استفاده نکردن از سایر روش‌ها مانند مصاحبه و ... از محدودیت‌های این پژوهش به شمار می‌رود. همچنین نمونه‌گیری شامل زنان نابارور شهر بیرجند بوده و لازم است تعمیم نتایج به سایر جوامع با احتیاط انجام شود. در این پژوهش روابط بین متغیرها به صورت مدل‌یابی بررسی شد. لذا تفسیر علی به صورت تحقیقات آزمایشی از آن ممکن نیست.

زناشویی مثبت و معنادار است. به عبارتی دیگر، می‌توان گفت که با افزایش احساس شکست در زنان نابارور، کیفیت رابطه زناشویی کاهش می‌یابد. یافته به دست آمده با نتایج مطالعات پیشین در این زمینه همسو بود. مطالعه Watkins و Baldo [۱۸] نشان داد ناباروری، ترس از آینده زندگی مشترک را بر زوجین تحمیل می‌کند. ترس، نگرانی از آینده و احساس شکست و ناکامی به منزله یک عامل استرس‌زا روابط زوجین را به صورت منفی تحت تأثیر قرار می‌دهد و زمینه را برای اختلال در سازگاری و سازش با ناباروری فراهم می‌سازد. مطالعه حسن‌پور ازغدی و همکاران نشان داد واکنش‌های شناختی مانند آشفته‌گی روانی، سخت‌بودن کنترل خود در برخی شرایط، کاهش اعتماد به نفس و احساس شکست و ناکامی که از پیامدهای روانی ناباروری در زنان نابارور محسوب می‌شوند، از موانع مهم در درمان ناباروری هستند [۱۶].

درباره یافته فوق می‌توان گفت که ترس از آینده‌ای مبهم به دنبال شکست در درمان ناباروری و به خطر افتادن زندگی مشترک برای بسیاری از زنان نگران‌کننده و جدی است. این وضعیت احساس امنیت افراد را درباره پایداری ازدواج و آینده تهدید می‌کند و افراد دائماً به دنبال نشانه‌ها و اشاراتی در زمینه خیانت همسر، توطئه اطرافیان و پایان زندگی مشترک هستند. عموماً زنان بیشتر خود را در موقعیت متزلزل و شکننده می‌یابند و این مسئله باعث تشدید واکنش‌های شناختی و واکنش‌های عاطفی هیجانی منفی و بازتولید بحران در زندگی خانوادگی می‌شود [۳۸]. مردان نیز به دلیل وجود ارزش‌های اجتماعی درباره تشویق به فرزندآوری و هویت مردانه و قرار گرفتن در معرض مشکلات اقتصادی، اجتماعی و روانی ناشی از ناباروری و درمان آن ممکن است به بروز واکنش‌های شناختی و واکنش‌های عاطفی-هیجانی منفی و کنترل‌نشده دست بزنند و مسبب پایدار ماندن بحران، کاهش کیفیت رابطه زناشویی و در مجموع تهدید زندگی زناشویی شوند [۳۹].

نتایج نشان داد مسیر رابطه غیرمستقیم بین احساس شکست با کیفیت رابطه زناشویی از طریق متغیر میانجی تجارب معنوی معنی‌دار بود. به

نظر حمایت روانی، اقتصادی و اجتماعی انجام شود.

قدردانی

کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی بیرجند این پژوهش را با کد IR.BUMS.REC.1399.039 تأیید کرده است. پژوهشگران از تمامی کسانی که در این پژوهش همکاری داشته‌اند، تشکر و قدردانی می‌کنند.

تعارض در منافع

بین نویسندگان هیچ گونه تضاد منافی وجود ندارد.

پیشنهاد می‌شود به منظور کاهش احساس شکست زنان نابارور، به تقویت تجارب معنوی در قالب کارگاه‌های آموزشی برای زنان نابارور در مراکز مراقبت سلامت پرداخته شود و اثربخشی بسته‌های درمانی مبتنی بر تجارب معنوی در زنان نابارور به صورت آزمایشی انجام شود. پیشنهاد می‌شود مطالعات آتی از حجم نمونه وسیع‌تری استفاده کنند و در میان فرقه‌های مذهبی مختلف از جمله مسیحیت انجام شوند. همچنین پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی، نقش عوامل شناختی و هیجانی در قالب معادلات ساختاری بررسی و ارزیابی شود. در نهایت پیشنهاد می‌شود با افزایش تجارب حمایتی-معنوی و افزایش آگاهی افراد، خانواده‌ها، گروه‌های بهداشتی و درمانی و همچنین سیاست‌گذاران سلامت از این مسئله، در بهبود وضعیت نگرانی و احساس شکست زنان نابارور اقدامات مناسب از

References

1. Cunningham F, Leveno K, Bloom S, Spong CY, Dashe J. Williams obstetrics. 24th ed. New York: McGraw-Hill; 2014.
2. Behzadpour S, Motahari Z, Vakili M, Sohrabi F. The effect of resilience training on increasing psychological well-being of infertile women. J Ilam Univ Med Sci 2018; 23(5): 131-42.
3. Kirkman M, Hammarberg K. Assisted reproductive technology. The Wiley Blackwell encyclopedia of health, illness, behavior, and society. New Jersey: John Wiley & Sons; 2014.
4. Sukatendel K, Mayniar TE, Aboet A, Adela CA, Lumbanraja S, Ichsan T, et al. Relationship between Chlamydia trachomatis infection with patency tubal and non-patency tubal occurrence in infertile women. Open Access Maced J Med Sci 2019; 7(20): 3437-42.
5. Akhondi MM, Kamali K, Ranjbar F, Shirzad M, Shafeghati S, Ardakani ZB, et al. Prevalence of primary infertility in Iran in 2010. Iran J Public Health 2013; 42(12): 1398-404.
6. Behbahani Mandizadeh A, Homaei R. The casual relationship Stigma infertility and psychological distress with quality of marital relationship through the mediation of meta-emotion in infertile women. J Fam Res 2020; 16(1): 55-76.
7. Terzioglu F, Turk R, Yucel C, Dilbaz S, Cinar O, Karahalil B. The effect of anxiety and depression scores of couples who underwent assisted reproductive techniques on the pregnancy outcomes. Afr Health Sci 2016; 16(2): 441-50.
8. Robles TF, Slatcher RB, Trombello JM, McGinn MM. Marital quality and health: a meta-analytic review. Psychological bulletin. 2014; 140(1):140-87.
9. Volgsten H, Svanberg AS, Ekselius L, Lundkvist Ö, Poromaa IS. Risk factors for psychiatric disorders in infertile women and men undergoing in vitro fertilization treatment. Fertil Steril 2010; 93(4): 1088-96.
10. Shahhossiani Tajik S, Sayadi M, Taheri N. Marital commitment and relationship quality in fertile couples and in-fertile. Horizon Med Sci 2019; 25(3): 184-97.
11. De D, Mukhopadhy P, Roy PK. Fertility-related problems and ways of coping of couples with primary infertility in urban India. J Psychosexual Health 2021; 3(1): 37-45.
12. Karimi FZ, Taghipour A, Roudsari RL, Kimiaei SA, Mazlom SR, Amirian M. Cognitive emotional consequences of male infertility in their female partners: a qualitative content analysis. Electron Physician 2015; 7(7): 1449.

13. Höller I, Rath D, Teismann T, Glaesmer H, Lucht L, Paashaus L, et al. Defeat, entrapment, and suicidal ideation: Twelve-month trajectories. *Suicide Life Threaten Behav* 2021; In Press.
14. Hashemi SS, Mahdiraji HA, Azari M, Hajiagha SHR. Causal modelling of failure fears for international entrepreneurs in tourism industry: a hybrid Delphi-DEMATEL based approach. *Int J Entrepreneur Behav Res* 2021; In Press.
15. 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. *Clin Psychol Stud* 2015; 5(19): 81-98.
16. Hasanpoor-Azghdy SB, Simbar M, Vedadhir A. The emotional-psychological consequences of infertility among infertile women seeking treatment: results of a qualitative study. *Iran J Reprod Med* 2014; 12(2): 131.
17. Martins MV, Costa P, Peterson BD, Costa ME, Schmidt L. Marital stability and repartnering: infertility-related stress trajectories of unsuccessful fertility treatment. *Fertil Steril* 2014; 102(6): 1716-22.
18. Watkins KJ, Baldo TD. The infertility experience: biopsychosocial effects and suggestions for counselors. *J Counsel Dev* 2004; 82(4): 394-402.
19. Hosseini R, Alijanpour Agamaleki M, Mehrabi T, Ziraki Dana A, Dadkhah A. The relationship between existential dimension of spiritual well-being and quality of life in women with infertility. *J Health Care* 2014; 16(3): 53-60.
20. Culliford L. Healing from within: Spirituality and mental health. Madrid: Retrieved on March; 2009.
21. Heydari A, Arefi M, Amiri H. Investigating the mediating role of self-care and spiritual experiences in the relationship between psychological well-being and social support of the elderly. *Med J Mashhad Univ Med Sci* 2020; 63(2): 2415-25.
22. Roudsari RL. How religious faiths and spiritual beliefs affect the experiences of infertile women seeking infertility treatments. Guildford, England: University of Surrey; 2008.
23. Latifnejad Roudsari R, Allan HT, Smith PA. Iranian and English women's use of religion and spirituality as resources for coping with infertility. *Hum Fertil* 2014; 17(2): 114-23.
24. Bodaghi E, Alipour F, Bodaghi M, Nori R, Peiman N, Saeidpour S. The role of spirituality and social support in pregnant women's anxiety, depression and stress symptoms. *Community Health J* 2017; 10(2): 72-82.
25. Eftari S, Mohsenzadeh F, Zahra Kar K. The coping strategies of women dealing with infertility stress: a phenomenological approach. *J Woman Fam Stud* 2019; 7(2): 9-30.
26. Alijanpoor M, Omrani A, Ziraki A, Hosseiny R, Etemadifar S. The relationship between spiritual well-being and life satisfaction in females with infertility. *Womens Health Bull* 2016; 3(4): 1-6.
27. Mirghafourvand M, Farshbaf-Khalili A, Ghanbari-Homayi S. Marital adjustment and its relationship with religious orientations among Iranian infertile and fertile women: a cross-sectional study. *J Relig Health* 2019; 58(3): 965-76.
28. Kline RB. Principles and practice of structural equation modeling. London: Guilford Publications; 2015.
29. Gilbert P, Allan S. The role of defeat and entrapment (arrested flight) in depression: an exploration of an evolutionary view. *Psychol Med* 1998; 28(3): 585-98.
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. *Ann Behav Med* 2002; 24(1): 22-33.
31. Bagherikerachi A, Kermani M. Investigating the relationship between daily spiritual experiences and mental health and resilience teachers. *Islam Stud Health* 2019; 3(4): 39-48.
32. Rust J, Bennun I, Crowe M, Golombok S. The Golombok Rust inventory of marital state (GRIMS). *Sex Marital Ther* 1986; 1(1): 55-60.
33. Isanezhad O, Ahmadi SA, Bahrami F, Baghban-Cichani I, Farajzadegan Z, Etemadi O. Factor structure and reliability of the Revised Dyadic Adjustment Scale (RDAS) in Iranian population. *Iran J Psychiatry Behav Sci* 2012; 6(2): 55.
34. Diamantopoulos A, Sarstedt M, Fuchs C, Wilczynski P, Kaiser S. Guidelines for choosing between multi-item and single-item scales for construct measurement: a predictive validity perspective. *J Acad Market Sci* 2012; 40(3): 434-49.
35. Kim Y, Seidlitz L. Spirituality moderates the effect of stress on emotional and physical adjustment. *Pers Individ Differ* 2002; 32(8): 1377-90.
36. Yousefzadeh S, Nameni F, Golmakani N, Najaf Najafi M, Ebrahimi M, Modarres Gharavi M. Investigating the effects of sex education based on religious education on marital adjustment in married women. *Iran J Obstet Gynecol Infertil* 2014; 16(84): 10-9.
37. Zanganeh Motlagh F, Gharibi B. Investigating the role of moral engagement, daily spiritual experiences and self-

- esteem in the quality of life of Shahdasayararz students. Women Fam Cultural Educ 2019; 14(47): 39-58.
38. Winter J, Teitelbaum M. The global spread of fertility decline: Population, fear, and uncertainty. New Haven: Yale University Press; 2013.
39. Allahyari T, Ghorbani B, Alamin S. Infertility and lack of sense of security in marital life. J Soc Order 2019; 11(3): 67-92.