

Spring 2026, Volume 12, Issue 3

Structural Equation Modeling of Resilience Based on Positive Emotional Experience Toward a Spouse in Treatment-Resistant Infertile Women: The Mediating Role of Spiritual Health

Fatemeh Mazrouei^{1*}, Seyyed Razie Tabaian², Elham Naghshine²

1- Master of Family Counseling, Shahid Ashrafi Esfahani University, Isfahan, Iran.

2- Assistant Professor, Shahid Ashrafi Esfahani University, Isfahan, Iran.

*Corresponding Author: Fatemeh Mazrouei, Master of Family Counseling, Shahid Ashrafi Esfahani University, Isfahan, Iran.

Email: fatemehmazrouie632@gmail.com

Received: 2026/02/11

Accepted: 2026/05/23

Abstract

Introduction: Infertile women face numerous emotional, social, and psychological challenges that can substantially diminish their resilience. The present study aimed to develop a structural equation model of resilience based on positive emotional experience toward a spouse in treatment-resistant infertile women, with spiritual health as a mediating variable.

Methods: This study employed a descriptive-correlational design using structural equation modeling. The statistical population comprised all treatment-resistant infertile women referred to the Infertility Clinic of Shahid Beheshti Hospital in Isfahan, from whom 300 individuals were selected via convenience sampling. Data were collected using the Connor–Davidson Resilience Scale (Connor & Davidson, 2003), the Spiritual Well-Being Scale (Paloutzian & Ellison, 1982), and the Positive Feelings Toward Spouse Questionnaire (Tolstedt & Stokes, 1983). Data were analyzed using structural equation modeling and Pearson correlation in SPSS version 27 and AMOS.

Results: The results revealed positive and significant correlations among positive emotional experience with the spouse, resilience, and spiritual health. Furthermore, spiritual health was found to influence resilience in treatment-resistant infertile women both directly and indirectly, through the mediating role of positive emotional experience toward the spouse ($p < 0.001$).

Conclusion: Positive emotional experience with the spouse and spiritual health each appear to play meaningful roles in shaping the resilience of treatment-resistant infertile women. It is therefore recommended that healthcare professionals and counselors working with infertile couples incorporate strategies aimed at enhancing emotional relationships and fostering attention to internal and spiritual values as means of strengthening resilience in this population.

Keywords: Positive emotion, Resilience, Spirituality, Infertility, Women.

مدل‌یابی معادلات ساختاری تاب‌آوری بر اساس تجربه هیجانی مثبت به همسر در زنان نابارور

مقاوم به درمان: نقش میانجی سلامت معنوی

فاطمه مزروعی^{۱*}، سیده راضیه طبائیان^۲، الهام نقشینه^۲

۱- کارشناسی ارشد مشاوره خانواده، دانشگاه اشرفی اصفهانی، اصفهان، ایران.

۲- استادیار گروه مشاوره خانواده، دانشگاه اشرفی اصفهانی، اصفهان، ایران.

*نویسنده مسئول: فاطمه مزروعی، کارشناسی ارشد مشاوره خانواده، دانشگاه اشرفی اصفهانی، اصفهان، ایران.
ایمیل: fatemehmazrouie632@gmail.com

پذیرش مقاله: ۱۴۰۵/۳/۲

دریافت مقاله: ۱۴۰۴/۱/۲۲

چکیده

مقدمه: زنان نابارور با مشکلات متعدد عاطفی، اجتماعی و روانشناختی روبرو هستند که سبب شده تاب‌آوری آنها در برابر مشکلات کم شود. هدف از مطالعه حاضر مدل‌یابی معادلات ساختاری تاب‌آوری بر اساس تجربه هیجانی مثبت به همسر در زنان نابارور مقاوم به درمان با نقش میانجی سلامت معنوی بود.

روش کار: مطالعه حاضر از نوع توصیفی همبستگی به روش معادلات ساختاری بود. جامعه آماری شامل تمامی زنان نابارور مقاوم به درمان بود که از میان آنها به روش نمونه‌گیری در دسترس تعداد ۳۰۰ نفر که به کلینیک ناباروری بیمارستان شهید بهشتی شهر اصفهان مراجعه کرده بودند، انتخاب شدند. جهت جمع‌آوری داده‌ها پرسشنامه‌های تاب‌آوری کانر و دیویدسون، مقیاس سلامت معنوی پالوتزیان و الیسون و پرسشنامه احساس مثبت نسبت به همسر توکینز و همکاران میان شرکت‌کنندگان توزیع شد. جهت تجربه و تحلیل داده‌ها از روش معادلات ساختاری و همبستگی پیرسون با استفاده از نرم افزار SPSS-27 و AMOS استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که میان تجربه مثبت به همسر، تاب‌آوری و سلامت معنوی همبستگی مثبت و معناداری وجود دارد. همچنین سلامت معنوی به صورت مستقیم و غیرمستقیم از طریق نقش واسطه‌ای با تجربه هیجانی مثبت بر تاب‌آوری زنان مقاوم به درمان اثر دارد ($p < 0/001$).

نتیجه‌گیری: می‌توان گفت تجربه مثبت به همسر و سلامت معنوی بر تاب‌آوری زنان نابارور مقاوم به درمان اثر دارد. بنابراین به کلیه متخصصان سلامت و مشاوره زوجین نابارور توصیه می‌شود با بهبود روابط عاطفی و توجه به ارزش‌های درونی و معنوی تاب‌آوری زنان نابارور مقاوم به درمان را افزایش دهند.

کلیدواژه‌ها: هیجان مثبت، تاب‌آوری، معنویت، ناباروری، زنان.

مقدمه

طبق تعریف سازمان بهداشت جهانی، ناباروری ناتوانی در بارداری پس از یکسال مقاربت منظم بدون استفاده از روش‌های جلوگیری می‌باشد (۱). برآوردهای انجام شده توسط متخصصان سلامت و باروری نشان داده که میزان ناباروری در حال افزایش بوده و به حدود ۱۰۰ میلیون نفر در جهان رسیده (۲) و تخمین زده شده است که سالانه ۲

میلیون نفر به این جمعیت افزوده می‌شود (۳). پژوهش‌های انجام شده در داخل ایران نیز نشان داده که میزان ناباروری در ایران بالا بوده و بیش از ۳ میلیون نفر در کشور نابارور هستند (۴). ناباروری مسئله‌ای ناخوشایند برای تمامی زوجین در جهان می‌باشد اما به نظر می‌رسد که در کشورهای در حال توسعه و توسعه نیافته این مشکل مشهودتر و مشکلات اجتماعی و روانشناختی آن برای زوجین بیشتر از سایر جوامع می‌باشد زیرا در این جوامع نداشتن فرزند نه تنها ممکن

استرس مضاعف در فرد نابارور شده، بلکه این نگرش‌ها و باورها به روابط عاطفی و احساسی آنها نیز صدمه می‌زند و باعث می‌شود که زوجین تجربه هیجانات سالم و مثبت کمتری داشته باشند (۱۷). مجموعه این تجارب ناخوش‌آیند سبب می‌شود که فرد نابارور احساس کم‌ارزشی و حقارت کند و عزت‌نفس خود را در مقابل مشکل موجود از دست بدهد (۱۸).

در کنار مشکلات ذکر شده در بالا به نظر می‌رسد که یکی از عوامل مهمی که می‌تواند فرد نابارور را در مقابل مشکلات به وجود آمده تا حدی محافظت کند، سلامت معنوی باشد (۱۹). یکی از ابعاد چهارگانه‌ی سلامت در انسان، سلامت معنوی است که در کنار ابعاد جسمی، روانی و اجتماعی می‌باشد و موجب ترقی سلامت عمومی می‌گردد. در واقع سلامت معنوی باعث هماهنگی سایر ابعاد سلامت نیز می‌شود که این امر توانایی سازگاری فرد و عملکرد روانی وی را افزایش می‌دهد (۲۰). بیماران بسیاری بر این باورند که عامل پیدایش معنا و هدف در زندگی و افزایش کیفیت آن، سلامت معنوی است و بسیاری از بررسی‌ها بر رابطه‌ی معنویت با سلامت جسمی، روانی و افزایش سازگاری با بیماری دلالت دارند (۲۱). همچنین ارائه مراقبت‌های مرتبط با سلامت معنوی به افراد دارای مشکلات سلامت مانند ناباروری نیز می‌تواند به ارتقای سلامت این گروه آسیب‌پذیر کمک کند؛ در واقع بهزیستی معنوی می‌تواند به بهبود سلامت و بهداشت روانی زنان نابارور کمک کند (۲۲). اعتقادات مذهبی می‌تواند ضامن سلامت معنوی باشد و اگر زنان نابارور از سلامت روانی مناسب برخوردار باشند، کیفیت زندگی آن‌ها نیز افزایش می‌یابد (۲۳). مطالعات قبلی حکایت از آن دارد که میزان معنویت در زنان نابارور به طور معناداری کمتر از زنان بارور بود که می‌تواند به دلیل کاهش میزان رضایت عاطفی در زوجین نابارور پس از تجربه‌های ناخوش‌آیند باشد (۲۴). با توجه به آنچه گفته شد به نظر می‌رسد که افراد نابارور با مشکلات متعدد اجتماعی و روانشناختی روبرو هستند که نه تنها می‌تواند تاب‌آوری فرد نابارور را کاهش دهد بلکه می‌تواند به رابطه عاطفی و رضایت از زندگی زناشویی نیز صدمه بزند و هیجانات مثبت را در زندگی زناشویی کاهش دهد. در این میان سلامت معنوی می‌تواند به بهبود شرایط روانی و ارتباط بین زوجین کمک کند و نقش محافظت‌کننده داشته باشد. نتایج جست‌وجوهای قبلی نشان داده که عمده تمرکز پژوهش‌ها به مقایسه مولفه‌های مختلف سلامت

است که استحکام ازدواج را خدشه‌دار کند بلکه نوعی ننگ اجتماعی نیز تلقی شده که فشار روانی-اجتماعی زیادی بر زوجین تحمیل کرده (۵) و واکنش‌های منفی اطرافیان سبب شده که زوجین در برابر مشکلات روانشناختی نیز آسیب‌پذیر شده و میزان بروز اختلالات روانشناختی در آنها افزایش یابد (۶).

مقایسه سلامت روان زوجین بارور و نابارور نشان داده که بروز مشکلات روانشناختی در زوجین ناباروری بیشتر است. مطالعه عباسی و همکاران (۷)، نتایج نشان داد که افسردگی و اضطراب در زوجین نابارور بالاتر از زنان عادی بود. در مطالعه کالانتیری و تقی‌زاد (۸)، نیز نتایج نشان که زنان نابارور نه تنها ترس از ارزیابی منفی بیشتری نسبت به زنان عادی دارند، بلکه میزان تاب‌آوری در آنها نیز پایین‌تر بود. با وجود آنکه شاهد افزایش میزان درمان موفق در میان زوجین نابارور هستیم اما همچنان افراد دارای نابارور به ویژه زنان با مشکلات عاطفی زیادی روبرو هستند و معمولاً انگ اجتماعی برای زنان نابارور شدیدتر از مردان تجربه می‌شود که سبب می‌شود تاب‌آوری آنها کمتر باشد (۹). طبق تعریف تاب‌آوری یک فرایند پویاست که به موجب آن افراد هنگام رو به رو شدن با سختی، رفتارهای سازگارانة مثبتی را از خود به نمایش می‌گذارند (۱۰) و قاعدتاً هنگامی که تاب‌آوری پایین بیاید فرد رفتارهای ناسازگارانة بیشتری از خود نشان می‌دهد (۱۱) و در تنظیم هیجانات با مشکلات بیشتری روبرو خواهد بود که چنانچه شدت این مشکلات بالا باشد زندگی زوجین نیز تحت تاثیر منفی قرار می‌گیرد که می‌تواند منجر به بروز اختلافات زناشویی و کاهش رضایت زناشویی شود (۱۲).

ناباروری به عنوان یک عامل استرس‌زا می‌تواند رضایت زناشویی را تحت تاثیر قرار دهد و روابط زوجین را در بلند مدت به سمت نارضایتی و کاهش ارتباط با یکدیگر سوق دهد (۱۳). از طرفی ناباروری می‌تواند رضایت جنسی را کاهش دهد و جذابیت جنسی زوجین را نیز کم‌رنگ کند و به تبع آن رضایت‌مندی زوجین از یکدیگر کاهش پیدا کند (۱۴). همچنین زوجین نابارور به دلیل واکنش‌های منفی دیگران و ترس از قضاوت‌های اجتماعی تمایل کمتری به تعاملات اجتماعی دارند و این نیز می‌تواند زمینه تجربه تعاملات سازنده اجتماعی مثبت را کاهش داده و زوجین را به سمت تنهایی و انزوا سوق دهد (۱۵) و تجربه هیجانات مثبت به ویژه مرتبط با همسر را کاهش دهد (۱۶). بنابراین نگرش‌های منفی زوجین به ناباروری، نه تنها باعث تجربه

روان در افراد بارور و نابارور پرداخته است و مطالعه‌ای که به پیش‌بینی تاب‌آوری بر اساس مولفه‌های سلامت معنوی و تجارب هیجانی پرداخته باشد، یافت نشد. بنابراین هدف از مطالعه حاضر مدل‌یابی ساختاری تاب‌آوری بر اساس تجربه هیجانی مثبت به همسر در زنان نابارور مقاوم به درمان با نقش میانجی سلامت معنوی در شهر اصفهان بود.

روش کار

روش تحقیق از نظر هدف کاربردی، از نظر اجرا توصیفی-همبستگی از نوع مدل‌یابی معادلات ساختاری و از نظر افق زمانی، مقطعی بوده است. جامعه آماری این پژوهش را زنان نابارور مراجعه‌کننده به کلینیک ناباروی بیمارستان دکتر شهید بهشتی شهر اصفهان در ۶ ماه دوم سال ۱۴۰۱ تشکیل داده‌اند که از میان آنها تعداد ۳۵۰ نفر به صورت در دسترس انتخاب شدند. بر اساس نظر دلاور (۲۵) حداقل حجم نمونه برای معادلات ساختاری، ۲۰۰ نفر است و تعداد ۲۵۰ نفر به بالا به عنوان تعداد نمونه خیلی خوب در نظر گرفته می‌شود (۲۵) که در این مطالعه جهت اطمینان از نتایج و کاهش خطا، تعداد نمونه ۳۵۰ نفری با احتساب احتمال ریزش ده درصد، در نظر گرفته شد که در نهایت پس از حذف پرسشنامه‌های مخدوش و ناقص تعداد ۳۰۰ نفر به عنوان نمونه نهایی انتخاب شدند. از جمله مهم‌ترین ملاک‌های ورود به مطالعه می‌توان به زن و متاهل بودن، سکونت در شهر اصفهان، بازه سنی ۲۰ تا ۵۰ سال، عدم بارداری به صورت طبیعی، حداقل مدرک تحصیلی سیکل و عدم ابتلا به اختلالات روانپریشی منجر به بستری اشاره کرد. همچنین از دست دادن هر کدام از ملاک‌های ورود به مطالعه، عدم پاسخدهی صحیح و دقیق به سوالات پرسشنامه‌ها و انصراف از ادامه همکاری در هر مرحله از جمله ملاک‌های اصلی خروج از مطالعه بود.

روش انجام پژوهش به این صورت بود که پس از اخذ مجوزهای اخلاقی و هماهنگی با دانشگاه و مسئولان کلینیک ناباروری بیمارستان شهید بهشتی شهر اصفهان در ابتدا به این مرکز مراجعه شد و اهداف پژوهش برای زنان نابارور مقاوم به درمان توضیح داده شد. سپس اصول اخلاقی پژوهش جهت افزایش تمایل و جلب اعتماد این زنان به شرکت در مطالعه بیان شد. بعد از آن زنانی که تمایل به شرکت در پژوهش داشتند و واجد ملاک‌های ورود به مطالعه بودند انتخاب و پرسشنامه‌های پژوهش میان آنها جهت جمع‌آوری داده‌ها توزیع شد. جهت دسترسی به

پاسخ‌های واقعی و دقیق به سوالات پرسشنامه‌ها به کلیه شرکت‌کنندگان این اطمینان خاطر داده شد که کلیه اصول اخلاقی در پژوهش از جمله رازداری و عدم افشاء اسامی رعایت خواهد شد و هیچ شخص دیگری به ویژه مسئولان دانشگاه و کلینیک ناباروری به پاسخ‌های آنها دسترسی نخواهند داشت و هر شرکت‌کننده‌ای از این حق برخوردار است که در هر مرحله از پژوهش از ادامه همکاری انصراف دهد. همچنین جهت ایجاد انگیزه در پاسخ‌دهی به سوالات به قید قرعه به ۵ نفر از شرکت‌کنندگان هدیه کوچکی در نظر گرفته شد که پس از اتمام پژوهش به برندگان تحویل داده شد. در ابتدا با توجه به در نظر گرفتن ریزش در نمونه تعداد ۳۲۵ نفر در نظر گرفته شد که پس از حذف پرسشنامه‌های ناقص تعداد ۳۰۰ پرسشنامه به عنوان نمونه نهایی انتخاب شد. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم افزار SPSS-27 و نرم افزار AMOS استفاده شد.

پرسشنامه تاب‌آوری: این پرسشنامه توسط کانر و دیویدسون (۲۰۰۳)، تهیه شد که دارای ۲۵ گویه بوده که دارای پنج بعد شایستگی فردی، تحمل عاطفه منفی، پذیرش مثبت تغییر و روابط ایمن، کنترل و تاثیرات معنوی می‌باشد. این ابزار به وسیله طیف لیکرت ۵ درجه‌ای نمره‌گذاری می‌شود به طوری که نمرات در دامنه ۰ (کاملاً نادرست) تا نمره ۴ (همیشه درست) متغیر است. حداقل نمره آزمودنی در این مقیاس ۰ و حداکثر ۱۰۰ می‌باشد و نمرات بالاتر به معنای تاب‌آوری بیشتر هستند. نمرات ۶۰ و بالاتر به عنوان فرد دارای تاب‌آوری بالا در نظر گرفته می‌شود. کانر و دیویدسون (۲۰۰۳)، ثبات درونی مقیاس تاب‌آوری را با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۹ و پایایی بازآزمایی را ۰/۸۷ گزارش کردند (۲۶). در داخل کشور پایایی این ابزار نیز در محدود بسیار خوب گزارش شده است به طوری که در مطالعه جوان مجرد (۱۴۰۳)، پایایی به روش آلفای کرونباخ ۰/۷۸ گزارش شد (۲۷). در مطالعه حاضر نیز پایایی ابزار ۰/۸۶ محاسبه شد.

پرسشنامه سلامت معنوی: مقیاس سلامت معنوی توسط پولتزی و الیسون در سال ۱۹۸۲ طراحی شده است. این مقیاس یک پرسشنامه حاوی ۲۰ عبارت است که پاسخ‌های آن برطبق مقیاس لیکرت ۶ قسمتی (از کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم) می‌باشد. این مقیاس به دو گروه سلامت مذهبی و سلامت وجودی تقسیم می‌شود که هر کدام ۱۰ عبارت را شامل شده و نمره ۶۰-۱۰ را به خود اختصاص می‌دهد. عبارت‌های فرد سلامت مذهبی و عبارت‌های زوج سلامت وجودی را نشان می‌دهند. نمره کل سلامت معنوی جمع

فاطمه مزروعی و همکاران

می باشد. الیری و همکاران (۱۹۸۳) ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه را بر روی ۳۶۳ زن ۰/۹۴ گزارش دادند (۳۰). در مطالعه آراین و فرنام (۳۱)، پایایی این ابزار به روش آلفای کرونباخ را ۰/۸۱ گزارش کردند. در مطالعه حاضر پایایی به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۶ بدست آمد.

یافته‌ها

همان‌طور که در جدول ۱ مشاهده می‌شود، توزیع سنی شرکت‌کنندگان نشان می‌دهد که بیشترین فراوانی مربوط به گروه سنی ۳۵ تا ۳۹ سال (۳۴/۷ درصد) و ۳۰ تا ۳۴ سال (۳۴/۳ درصد) بود. در مجموع، ۶۹/۲ درصد از نمونه پژوهش در بازه سنی ۳۰ تا ۴۰ سال قرار داشتند. از نظر سطح تحصیلات، بیش از نیمی از شرکت‌کنندگان (۵۲ درصد) دارای مدرک کارشناسی بودند. حدود یک چهارم نمونه (۲۵/۳ درصد) دارای تحصیلات کارشناسی ارشد یا بالاتر و ۲۲/۷ درصد دارای مدرک دیپلم یا پایین‌تر بودند. در مورد مدت مواجهه با ناباروری، بیشترین درصد افراد (۴۱/۷ درصد) بین ۳ تا ۵ سال و کمترین درصد (۸/۳ درصد) بیش از ۸ سال سابقه ناباروری داشتند. در مجموع، ۷۰ درصد از زنان شرکت‌کننده کمتر از ۶ سال با این مسئله درگیر بودند. از نظر وضعیت اشتغال، اغلب شرکت‌کنندگان (۵۹/۳ درصد) خانه‌دار و ۴۰/۷ درصد شاغل بودند.

نمره‌های این دو زیر گروه می‌باشد که بین ۱۲۰-۲۰ خواهد بود و نمرات بالاتر به معنای سلامت معنوی بیشتر است. چنانچه نمره آزمودنی در دامنه ۲۰ تا ۴۰ باشد به معنای سلامت معنوی پایین، دامنه ۴۱-۹۹ سلامت معنوی متوسط و نمرات ۱۰۰ تا ۱۲۰ به معنای سلامت معنوی بالا تفسیر می‌شود. پایایی این ابزار در مطالعه پولاترین و الیسون (۲۸)، از طریق آزمون آلفای کرونباخ ۰/۸۲ بدست آمد. در مطالعه داخلی انجام شده توسط جوادی و همکاران (۲۹)، پایایی از طریق آلفای کرونباخ ۰/۹۲ بدست آمد که نشان دهنده پایایی مناسب ابزار است. در مطالعه حاضر پایایی به روش آلفای کرونباخ نیز ۰/۸۹ بدست آمد.

پرسشنامه احساس مثبت نسبت به همسر: این مقیاس توسط توکیتز، الیری و فینچام (۱۹۷۵)، برای اندازه‌گیری احساس کلی فرد نسبت به همسر طراحی شده است. این پرسشنامه دارای ۱۷ آیتم بوده و در یک طیف لیکرتی از ۱ (احساس شدیداً منفی) تا ۷ (احساس شدیداً مثبت) درجه‌بندی شده است که به هر ماده نمره‌ای بین ۱ تا ۷ تعلق می‌گیرد. حداقل نمره آزمودنی در این ابزار ۱۷ و حداکثر ۱۱۹ می‌باشد نمرات بالا نشان دهنده احساس مثبت‌تر نسبت به همسر است. چنانچه نمره فرد در دامنه ۱۷ تا ۴۳ باشد به معنای احساس مثبت ضعیف تفسیر می‌شود، دامنه نمرات ۴۴ تا ۶۸ به معنای احساس مثبت متوسط و نمرات ۶۹ و بالاتر به معنای احساس مثبت قوی

جدول ۱. ویژگی‌های جمعیت شناختی

ویژگی	دسته‌بندی	تعداد (n)	درصد (%)
گروه سنی (سال)	کمتر از ۳۰	۴۷	۱۵٫۷
	۳۰ تا ۳۴	۱۰۳	۳۴٫۳
	۳۵ تا ۳۹	۱۰۴	۳۴٫۷
	۴۰ سال و بالاتر	۴۶	۱۵٫۳
سطح تحصیلات	دیپلم و زیر دیپلم	۶۸	۲۲٫۷
	کارشناسی	۱۵۶	۵۲٫۰
	کارشناسی ارشد و بالاتر	۷۶	۲۵٫۳
مدت زمان ناباروری (سال)	کمتر از ۳ سال	۸۵	۲۸٫۳
	۳-۵ سال	۱۲۵	۴۱٫۷
	۶-۸ سال	۶۵	۲۱٫۷
وضعیت اشتغال	بیش از ۸ سال	۲۵	۸٫۳
	خانه‌دار	۱۷۸	۵۹٫۳
	شاغل	۱۲۲	۴۰٫۷

همسر و تاب‌آوری مشاهده شد. ($r=0/71$) همچنین، احساس مثبت به همسر با سلامت معنوی ($r=0/62$) و سلامت معنوی با تاب‌آوری ($r=0/58$) همبستگی مثبت و معناداری نشان دادند.

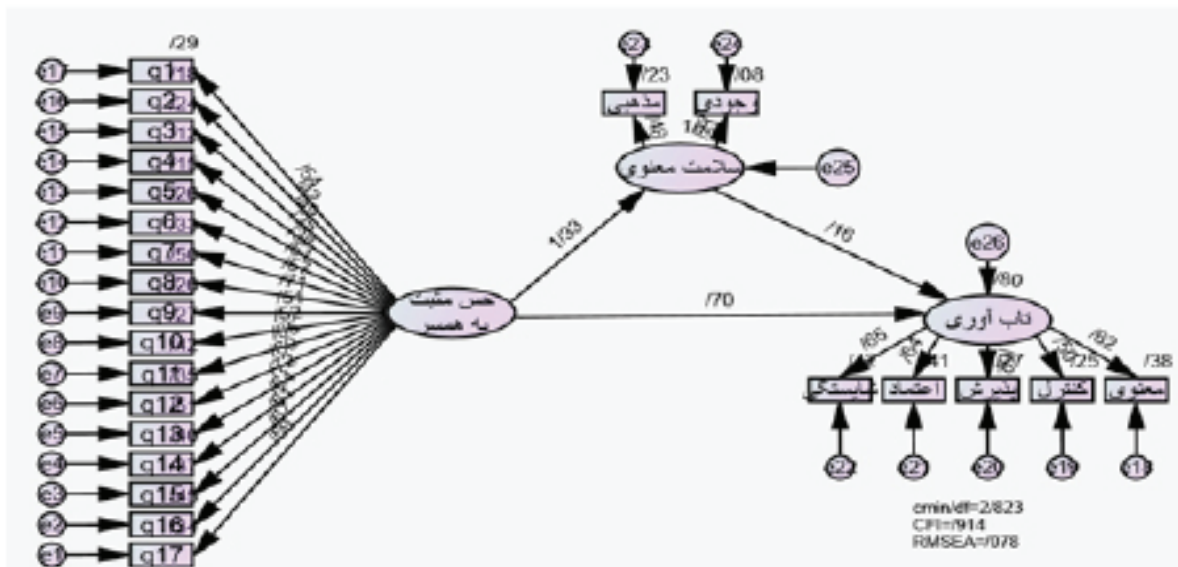
در جدول ۲ میانگین و انحراف معیار نمره احساس مثبت به همسر، سلامت معنوی و تاب‌آوری گزارش شده است. از سوی دیگر، ماتریس همبستگی پیرسون حاکی از وجود رابطه مثبت و معنادار بین متغیرهای اصلی پژوهش در سطح ۰.۰۱ است. قوی‌ترین همبستگی بین احساس مثبت به

جدول ۲. توصیف آماری و ماتریس همبستگی میان متغیرهای پژوهش

متغیر مورد سنجش	میانگین (M)	انحراف معیار (SD)	احساس مثبت به همسر	سلامت معنوی	تاب‌آوری
۱. احساس مثبت به همسر	۱۰۶،۵۳	۱۳،۲۰	۱		
۲. سلامت معنوی	۹۲،۷۷	۱۴،۱۱	۰.۶۲**	۱	
۳. تاب‌آوری	۷۰،۷۹	۱۲،۲۶	۰.۷۱**	۰.۵۸**	۱

شکل ۱ پرسشنامه) بر روی سازه‌های مکنون مربوطه نیز در کنار خطوط مشخص شده‌اند که عموماً مقادیری بالاتر از ۰.۳۰ و معنادار بودند. همچنین، خطاهای اندازه‌گیری مربوط به هر شاخص مشاهده شده و سازه مکنون در مدل نمایش داده شده‌اند. این شکل به‌طور خلاصه، چارچوب روابط ساختاری آزمون شده در این پژوهش را به صورت بصری ارائه می‌کند و بر مبنای اطلاعات کلی ارائه شده فرضیه پژوهش تأیید می‌شود.

شکل ۱ مدل مفهومی پژوهش را به همراه ضرایب مسیر استاندارد شده نشان می‌دهد. همان‌طور که مشاهده می‌شود، مدل از سه سازه مکنون اصلی تشکیل شده است: تجربه هیجانی مثبت به همسر به عنوان متغیر برونزاد، سلامت معنوی به عنوان متغیر میانجی، و تاب‌آوری به عنوان متغیر درونزاد نهایی. کلیه مسیرهای برآورد شده بین این سازه‌ها در مدل گنجانده شده‌اند. ضرایب مسیر استاندارد روی خطوط حاکی از شدت و جهت روابط است. بارهای عاملی (ضرایب رگرسیونی استاندارد) هر یک از شاخص‌های مشاهده شده



شکل ۱. مدل ساختاری حس مثبت به همسر بر تاب‌آوری با نقش میانجی سلامت معنوی

نشان‌دهنده خطای تقریب مناسب مدل می‌باشد (مقدار کمتر از ۰.۰۸ قابل قبول است). سایر شاخص‌های برازش تطبیقی و مطلق شامل ($CFI=0.914$)، ($IFI=0.916$)، ($IFI=0.907$) و NFI برای $GFI=0.928$ است که همگی بالاتر از حد

همان‌طور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، مدل پژوهش از برازش مناسبی با داده‌ها برخوردار است. نسبت کای دو به درجه آزادی ($2/82$) در محدوده قابل قبول (کمتر از ۳) قرار دارد. شاخص $RMSEA$ نیز برابر با ۰.۰۷۱ است که

کافی و قابل قبولی با داده‌های گردآوری شده دارد.

مطلوب (۰.۹۰) قرار گرفته‌اند. در مجموع، شواهد حاکی از آن است که مدل اندازه‌گیری و ساختاری پژوهش، برآزش

جدول ۳. شاخص‌های برآزش مدل معادلات ساختاری

p	χ^2/df	GFI	NFI	IFI	CFI	RMSEA
۰/۰۰۱	۲/۸۲	۰/۹۲۸	۰/۹۰۷	۰/۹۱۶	۰/۹۱۴	۰/۰۷۱

کننده مثبت و معنادار تاب‌آوری است ($\beta=۰,۲۹$, $p<۰,۰۰۵$). در نهایت، اثر غیرمستقیم کل ($\beta=۰,۲۷$) که از طریق سلامت معنوی منتقل می‌شود، با سطح معناداری ۰/۰۰۲ و بازه اطمینان بدون صفر (۰/۴۴، ۰/۱۰) تأیید می‌گردد. این یافته‌ها حاکی از آن است که حس مثبت به همسر نه به‌صورت مستقیم، بلکه صرفاً از طریق ارتقای سلامت معنوی موجب افزایش تاب‌آوری می‌شود و سلامت معنوی نقش مکانیسم کلیدی را در این رابطه ایفا می‌کند.

نتایج تحلیل ساختاری نشان‌دهنده یک الگوی واسطه‌گری کامل است که در آن سلامت معنوی به‌طور کامل رابطه بین حس مثبت به همسر و تاب‌آوری را تبیین می‌کند. اثر مستقیم حس مثبت بر تاب‌آوری با ضریب ۰.۰۸ از نظر آماری معنادار نبوده ($p=۰,۱۵$) و فاصله اطمینان ۹۵٪ آن نیز شامل صفر می‌شود (۰/۰۳، -۰/۱۹). در مقابل، مسیرهای تشکیل‌دهنده اثر غیرمستقیم همگی معنادار هستند: حس مثبت بر سلامت معنوی تأثیر قوی و مثبتی دارد ($\beta=۰,۶۲$ ، $p<۰,۰۰۱$) و سلامت معنوی نیز به‌نوبه خود پیش‌بینی

جدول ۴. اثرات مستقیم، غیرمستقیم و کل متغیرهای پروژاد بر تاب‌آوری

مقدار p	حد بالا	حد پائین	خطای استاندارد	ضریب مسیر	t (C.R.)	
۰/۱۵۰	۰/۱۹	-۰/۰۳	۰/۰۵۶	۰/۰۸	۱/۴۴۱	حس مثبت ← تاب‌آوری
۰/۰۰۱	۰/۷۶	۰/۴۸	۰/۰۶۹	۰/۶۲	۸/۹۶۲	حس مثبت ← سلامت معنوی
۰/۰۰۵	۰/۴۹	۰/۰۹	۰/۱۰۳	۰/۲۹	۲/۸۰۶	سلامت معنوی ← تاب‌آوری
۰/۰۰۲	۰/۴۴	۰/۱۰	۰/۰۸۶	۰/۲۷	--	حس مثبت ← سلامت معنوی ← تاب‌آوری

در تبیین این نتایج می‌توان گفت که بعد عاطفی و احساسی زنان همواره نقش بسیاری تعیین‌کننده‌ای در نحوه واکنش آنها به مسائل مختلف داشته است. زنان نابارور در مقایسه با مردان احساس تنش روانی بیشتری می‌کنند و جامعه به زنان نابارور واکنش منفی بیشتری نشان می‌دهد (۳۲). از این رو این زنان نگران برداشت‌ها، قضاوت‌ها و رفتارهای اطرافیان هستند. همچنین ترس زنان نابارور از طلاق و جدایی سبب نشخوار فکری شده که این نیز می‌تواند موجب حساسیت و تحریک‌پذیری زنان با کوچکترین مسئله‌ای شود. در این بین واکنش‌ها و الگوی ارتباطی زنان نابارور با همسرانشان از سایر افراد نزدیک مهم‌تر است. زنان ناباروری که تجربه هیجانی مثبت با همسرانشان دارند و از حمایت عاطفی و اجتماعی آنها برخوردارند، نه تنها بار روانی کمتری را به دوش می‌کشند بلکه این احساسات مثبت باعث شده که این زنان توانایی بیشتری برای مقابله و حل مسائل زندگی داشته باشند. در نگاهی دیگر در واقع زنان ناباروری که عاشق همسر خود هستند، توانایی بیشتری برای ایستادگی در برابر مشکلات

بحث

این مطالعه با هدف تعیین روابط ساختاری تاب‌آوری بر اساس تجربه هیجانی مثبت به همسر در زنان نابارور مقاوم به درمان با نقش میانجی سلامت معنوی در شهر اصفهان انجام شد. یکی از نتایج مهم این مطالعه آن بود که بیشترین همبستگی میان تجربه هیجانی مثبت به همسر و تاب‌آوری برقرار بود. این یافته با نتایج مطالعه سوربیچاه و همکاران (۲۰۲۴)، که نشان داده بودند میان رضایت زناشویی و تاب‌آوری در زنان اندونزیایی رابطه وجود دارد (۳۲) و همین‌طور مطالعه گجت ماتولا و همکاران (۲۰۲۲) که دریافته بودند زنان دارای کودک مبتلا به اتیسم که رضایت عاطفی و هیجانی بیشتری از همسر خود دارند از تاب‌آوری بیشتری در برابر مشکلات روانشناختی برخوردارند (۳۳)، همسو بود. نتایج مطالعات داخلی ایمانی‌فر و حمیدیان (۱۴۰۳)، نیز حاکی از آن بود که شفقت به خود و تاب‌آوری در زنانی که رضایت بالایی از همسر خود دارند، بیشتر است (۳۴)، که با یافته‌های این مطالعه مشابَهت داشت.

این مطالعه همچون هر مطالعه دیگری دارای محدودیت‌های خاص خود می‌باشد. در ابتدا اینکه این مطالعه تنها در میان زنان نابارور انجام شده و مردان نابارور را در نظر نگرفته است. همچنین دامنه سنی شرکت‌کنندگان حداقل ۲۰ سال بوده و زنان جوان‌تر در مطالعه شرکت نداشتند. از طرفی جهت توانایی پاسخگویی به سوالات پرسشنامه‌ها حداقل مدرک تحصیلی سیکل در نظر گرفته شد و زنان بی‌سواد و با تحصیلات خیلی پایین واجد شرایط شرکت در پژوهش حاضر نبودند. همچنین این مطالعه در شهر اصفهان انجام شد و ممکن است که نتایج در سایر شهرهای کشور به ویژه با بافت فرهنگی و مذهبی متفاوت یکسان نباشد. همچنین تعداد سوالات پرسشنامه‌ها ممکن است موجب خستگی و عدم انگیزه برای پاسخ‌دهی دقیق به سوالات شده باشد که نویسندگان با شناسایی الگوی پاسخ‌دهی تکراری و یا انتخاب یک گزینه برای پاسخ به تمامی سوالات سعی کردند موارد مشکوک و نامعتبر را شناسایی و از تحلیل نهایی حذف کنند. بنابراین جهت رفع محدودیت‌های موجود توصیه می‌شود که در مطالعات آتی جهت افزایش تعمیم‌پذیری نتایج این مطالعه در جنسیت مردان نابارور نیز انجام شود. از آنجا که زنان کم‌سواد و بی‌سواد نه تنها احتمال بالاتری دارد که در سنین پایین‌تر ازدواج کنند (اغلب قبل از ۲۰ سالگی) بلکه انگ اجتماعی و مشکلات مالی بیشتری نیز متحمل شوند، بنابراین توصیه می‌شود که این مطالعه در گروه‌های سنی کمتر و افراد دارای تحصیلات پایین نیز انجام شود. در نهایت پیشنهاد می‌شود که مطالعات مشابه در سایر شهرهای کشور به ویژه با بافت اجتماعی، فرهنگی و مذهبی متفاوت انجام شود.

نتیجه‌گیری

می‌توان گفت که میان تجربه هیجانی مثبت به همسر، سلامت معنوی و تاب‌آوری ارتباط وجود دارد و می‌توان بر اساس تجربیات هیجانی مثبت و سلامت معنوی، تاب‌آوری را در زنان نابارور مقاوم به درمان پیش‌بینی کرد. بنابراین به کلیه متخصصان سلامت روان و مشاوران و روانشناسان کلینیک‌های ناباروری توصیه می‌شود که با افزایش رضایت زناشویی و توجه به بعد معنوی درونی، تاب‌آوری را در زنان نابارور افزایش دهند تا از این طریق نه تنها رضایت زوجین از هم فراهم شود بلکه بهداشت روانی آنها نیز ارتقا پیدا کند.

مرتبط با ناباروری از خود نشان می‌دهند و این احساسات مثبت به زنان امید حل مشکلات در آینده را داده و در برابر واکنش‌های منفی و انگ اجتماعی تاب‌آوری بیشتری از خود نشان دهند.

یکی دیگر از نتایج این مطالعه آن بود که سلامت معنوی به طور مستقیم و معناداری و همچنین به صورت غیرمستقیم از طریق نقش میانجی با تجربه هیجانی مثبت، با تاب‌آوری زنان نابارور مقاوم به درمان ارتباط معنادار داشت. این نتایج به یافته‌های مطالعه جیانگ و همکاران (۲۰۲۱)، که نشان داده بودند، نه تنها پرستاران دارای سلامت معنوی بالا تاب‌آوری بیشتری دارند بلکه رفتارهای ارتقاء دهنده سلامت در آنها بیشتر و احتمال افسردگی در آنها کمتر بود (۳۵)، همسو بود. همچنین تمنایی‌فر و همکاران (۱۴۰۴) دریافتند که میان بهزیستی معنوی و سازگاری و رضایت زناشویی ارتباط وجود دارد (۳۶)، که با یافته‌های مطالعه حاضر مشابهت داشت.

در تبیین این نتایج می‌توان گفت که سلامت معنوی به عنوان یکی از ابعاد درونی انسانی نقش مهمی در نگاه فرد به زندگی و نحوه پاسخگویی به مشکلاتی که در طول زندگی با آنها مواجه می‌شود، دارد (۳۵). همانطور که نتایج نیز نشان داد میان تجربه هیجانی مثبت و سلامت معنوی در زنان نابارور ارتباط معناداری وجود داشت. این می‌تواند به دلیل آن باشد که زنان نابارور معمولاً به صورت پیش‌فرض منتظر بدرفتاری‌ها و بداخلاقی‌ها از سمت شوهران خود هستند و در نتیجه هنگامی که این زنان تجربیات عاطفی مثبت و روانی‌کی دریافت می‌کنند، نه تنها عزت‌نفس و احساس ارزشمندی در آنها افزایش پیدا می‌کند، بلکه احتمالاً تشکر و قدردانی بیشتری در برابر خداوند به خاطر همسر مهربان خواهند داشت. همچنین هنگامی که این زنان نابارور از سلامت معنوی بالایی برخوردار باشند، نه تنها این سلامت معنوی باعث شده که در برابر بسیاری از مشکلات زندگی از خود تاب‌آوری بیشتری نشان دهند بلکه به دلیل احساس اتصال با معبودی بالاتر و قوی‌تر حس آرامش و رضایت درونی در آنها ایجاد می‌شود. از طرفی این احساس معنوی و مذهبی باعث شده فرد احساس توانایی و قدرت بیشتری کند و در برابر مشکلات و مسائل خود را ناتوان و تنها نبیند. بنابراین زنان بارور مقاوم به درمان که سلامت معنوی بالاتری دارند، تاب‌آوری و استحکام روانی بیشتری از خود نشان می‌دهند.

از جمله رازداری و عدم افشاء اسامی رعایت شده است. همچنین این مطالعه دارای تاییده کمیته اخلاق با کد IR.MUI.RESEARCH.REC.1401.154 می باشد.

تعارض منافع

نویسندگان این مطالعه تضادی گزارش نکردند.

سپاسگزاری

نویسندگان بر خود لازم می دانند از کلیه افرادی که در این مطالعه آنها را یاری کردند از جمله زنان نابارور مقاوم به درمان که زمینه اجرای پژوهش را فراهم کردند، کمال تشکر و قدردانی خود را اعلام کنند.

ملاحظات اخلاقی

در این مطالعه سعی شده است که کلیه اصول اخلاقی

References

1. Awonuga AO, Camp OG, Biernat MM, Abu-Soud HM. Overview of infertility. *Systems Biology in Reproductive Medicine*. 2025 ;71(1):116-42. <https://doi.org/10.1080/19396368.2025.2469582>
2. AlShamlan NA, AlOmar RS, Alfryyan AA, Almuhanna AE, AlSaadoun AR, AlMuhaidib HR, Alhaidari MG, Alharbi RS, Alreedy AH, AlTooq NA, AlOtaibi AS. Primary versus secondary infertility: Epidemiology and characteristics from a referral hospital in Saudi Arabia. *SAGE Open Medicine*. 2025; 13 (1):1-9 <https://doi.org/10.1177/20503121251352065>
3. Maggiore UL, Chiappa V, Ceccaroni M, Roviglione G, Savelli L, Ferrero S, Raspagliesi F, Bascio LS. Epidemiology of infertility in women with endometriosis. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*. 2024; 92(2):102454. <https://doi.org/10.1016/j.bpobgyn.2023.102454>
4. Ghasemi M, Tabatabaei SM, Payandeh A. Prevalence of primary and secondary infertility in Zahedan, southeast Iran, 2020-2022: a cross-sectional population-based study. *International Journal of Fertility & Sterility*. 2025;19(4):378-384.
5. Elwell K. The social and cultural consequences of infertility in rural and peri-urban Malawi. *African Journal of Reproductive Health*. 2022 ;26(7):112-26.
6. Xie Y, Ren Y, Niu C, Zheng Y, Yu P, Li L. The impact of stigma on mental health and quality of life of infertile women: A systematic review. *Frontiers in psychology*. 2023; 13(3):1093459. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.1093459>
7. Abbasi M, Gharlipour Z, Rahbar A, Arsang-Jang S, Ebraze A, Kazazlou Z. Comparison of Psychological Characteristics in Fertile and Infertile Women Referring to Health Centers and Infertility Center in Qom-2017. *Journal of Arak University of Medical Sciences*. 2018 ;21(6):47-55.
8. Kalantari F, Taghizadeh V. The comparison of social anxiety, fear of negative evaluation, resiliency and life expectancy of infertile women with fertile women. *Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal (RRJ)*. 2019 ;8(8):109-116.
9. Khan NH, Shahnawaz MG, Patel A, Kashyap P, Singh CB. Resilience among involuntarily childless couples and individuals undergoing infertility treatment: a systematic review. *Human Fertility*. 2023 ;26(6):1562-1583. <https://doi.org/10.1080/14647273.2023.2219400>
10. Suslovic B, Lett E. Resilience is an adverse event: A critical discussion of resilience theory in health services research and public health. *Community Health Equity Research & Policy*. 2024 ;44(3):339-443. <https://doi.org/10.1177/2752535X231159721>
11. Zhi R, Derakhshan A. Modelling the interplay between resilience, emotion regulation and psychological well-being among Chinese English language teachers: The mediating role of self-efficacy beliefs. *European Journal of Education*. 2024;59(3): 12643. <https://doi.org/10.1111/ejed.12643>
12. Surijah EA, Murray K, Wraith D, Shochet I. Examining trajectories of marital satisfaction to represent the resilience process among Indonesian married individuals. *Personal Relationships*. 2024 ;31(1):24-43. <https://doi.org/10.1111/per.12529>
13. Brites R, Brandão T, Hipólito J, Ros A, Nunes O. Emotion regulation, resilience, and mental health: A mediation study with university students in the pandemic context. *Psychology in the Schools*. 2024 ;61(1):304-328. <https://doi.org/10.1002/pits.23055>
14. Leeners B, Tschudin S, Wischmann T,

- Kalaitzopoulos DR. Sexual dysfunction and disorders as a consequence of infertility: a systematic review and meta-analysis. *Human reproduction update*. 2023 ;29(1):95-125. <https://doi.org/10.1093/humupd/dmac030>
15. Hayat K, Chaudhary A, Batool Z, Mahmood B. The Social Stigma of Infertility Causes & Consequences. *Review Journal of Social Psychology & Social Works*. 2025 ;3(1):44-56.
 16. Salarfard M, Mahmoudinia M, Rahimi M, Roudsari RL. A systematic review of counselling approaches and their impact on marital intimacy among women and couples experiencing infertility. *BMC psychology*. 2025 ;13(1):1089-1095. <https://doi.org/10.1186/s40359-025-03430-4>
 17. Ebrahimi M, Mohsenzadeh F, Zaharakar K. Infertility and marital quality of life in couples (case study of infertile couples in Tehran). *Journal of Psychological Science*. 2022;21(118):2027-52. <https://doi.org/10.52547/JPS.21.118.2037>
 18. Peterson B, Taubman-Ben-Ari O, Chiu B, Brown D, Frederick DA. Infertility stigma and openness with others are related to depressive symptoms and meaning in life in men and women diagnosed with infertility. *Reproductive health*. 2025 ;22(1):7-14. <https://doi.org/10.1186/s12978-025-01983-6> <https://doi.org/10.1186/s12978-025-01951-0>
 19. Naab F, van der Wath AE, Kyei JM, Armah D. "Spirituality as a Coping Strategy for Infertility": A Scoping Review. *Journal of Religion and Health*. 2025;64(3):2813-2831 <https://doi.org/10.1007/s10943-025-02302-w>
 20. de Diego-Cordero R, Suárez-Reina P, Badanta B, Lucchetti G, Vega-Escaño J. The efficacy of religious and spiritual interventions in nursing care to promote mental, physical and spiritual health: A systematic review and meta-analysis. *Applied Nursing Research*. 2022; 67(2):151618. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2022.151618>
 21. Hatami S, Shekarchizadeh H. Relationship between spiritual health, resilience, and happiness among a group of dental students: a cross-sectional study with structural equation modeling method. *BMC Medical Education*. 2022 ;22(1):184-192. <https://doi.org/10.1186/s12909-022-03243-8>
 22. Mokhtari F, Torabi F, Pirhadi M. Relationship between fertility characteristics with spiritual intelligence and resilience in infertile couples. *Journal of education and health promotion*. 2022 ;11(1):44-56. https://doi.org/10.4103/jehp.jehp_97_21
 23. Ensafdaran F, Nejabat M, Sabetian S, Jahromi BN, Hemmati F. The Effect of Spiritual Health on Psychological Distress of Infertile Women: The Role of Perceived Social Support as a Mediator. *Journal of Reproduction & Infertility*. 2024;25(4):290-297. <https://doi.org/10.18502/jri.v25i4.18127>
 24. Safara M, Moosavi S, Mousvainejad SM, Seyedi Jardavi SM. The Role of Spiritual Health in Predicting Stress in Infertile Women Mediated by Resilience. *Journal of Midwifery & Reproductive Health*. 2024 ;12(2):4197-4207
 25. Delavar, A. *Research methods in psychology and educational science*. Virayesh Publisher; 2023.
 26. Connor KM, Davidson JR. Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC). *Depression and anxiety*. 2003;18(2):76-82. <https://doi.org/10.1002/da.10113>
 27. Javan Mojarad A. The mediating role of resilience in the relationship between self-concept and negative affect in students. *Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal (RRJ)*. 2024;13(1):11-18.
 28. Paloutzian RF, Ellison CW. Loneliness, spiritual well-being and the quality of life. *Loneliness: A sourcebook of current theory, research and therapy*. 1982 ;1(1):224-237. <https://doi.org/10.1037/t00534-000>
 29. Javadi S V, Ghanifar M H, Esmaeili Darmian M. Investigation of the Role of Spiritual Health in Predicting Psychological Vulnerability of Islamic Azad University Staff, Birjand, Iran. *JRH* 2021; 9 (1) :46-52
 30. O'Leary KD, Fincham F, Turkewitz H. Assessment of positive feelings toward spouse. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 1983;51(6):949-951. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.51.6.949>
 31. Ariyan, N., Farnam, A. The Relationship between Spouse Choosing Criteria and Positive Feelings towards Spouse: The Mediating Role of Family Unity and Flexibility. *Ferdowsi University of Mashhad Journal of Social Sciences*, 2022; 19(1): 219-249
 32. Suriyah EA, Murray K, Wraith D, Shochet I. Examining trajectories of marital satisfaction to represent the resilience process among Indonesian married individuals.

- Personal Relationships. 2024 ;31(1):24-43.
<https://doi.org/10.1111/pere.12529>
33. Gagat-Matuła A. Resilience and Coping with Stress and Marital Satisfaction of the Parents of Children with ASD during the COVID-19 Pandemic. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2022 ;19(19):12372.
<https://doi.org/10.3390/ijerph191912372>
34. Imanifar M, Hamidiyan A. Investigating the Relationship of Marital Satisfaction with the Styles of Attachment to God, Resilience, and Self-Compassion. *Religion and Health, Spring & Summer 2024*; 12 (1): 39-49
35. Chiang YC, Lee HC, Chu TL, Wu CL, Hsiao YC. The relationship between spiritual health, health-promoting behaviors, depression and resilience: A longitudinal study of new nurses. *Nurse Education in Practice*. 2021; 56(2):103219.
<https://doi.org/10.1016/j.nepr.2021.103219>
36. Tamannaefar M, Mazhabdar A, Hadizadeh F. Structural Equation Modeling of Marital Satisfaction Based on Spiritual Well-Being and Psychological Hardiness: The Mediating Role of Marital Adjustment. *Journal of Woman and Family Studies*. 2025 ;13(3):27-50.