Iranian Journal of Rehabilitation Research in Nursing Original Article

Spring 2026, Volume 12, Issue 3 10.22034/ijrn.12.3.9

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 Tabaian[2], Elham Naghshine[3]

1- Master of Family Counseling, Shahid Ashrafi Esfahani University, Isfahan, Iran.
2- Assistant Professor, Shahid Ashrafi Esfahani University, Isfahan, Iran.
3- Associate Professor, Department of Obstetrics and Gynecology, School of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, 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.

[Downloaded from ijrn.ir on 2026-10-05]

[DOI: 10.22034/ijrn.12.3.9]

نشریه پژوهش توانبخشی در پرستاری
مقاله پژوهشی

بهار ۱۴۰۵، دوره ۱۲، شماره ۳

10.22034/ijrn.12.3.9

مدل‌یابی معادلات ساختاری تاب‌آوری بر اساس تجربه هیجانی مثبت به همسر در زنان نابارور مقاوم به درمان: نقش میانجی سلامت معنوی

فاطمه مزروعی[1*]، سیده راضیه طبائیان[2]، الهام نقشینه[3]

۱- کارشناسی ارشد مشاوره خانواده، دانشگاه اشرفی اصفهانی، اصفهان، ایران.
۲- استادیار گروه مشاوره خانواده، دانشگاه اشرفی اصفهانی، اصفهان، ایران.
۳- دانشیار، گروه زنان و زایمان، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.

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

دریافت مقاله: ۱۴۰۴/۱/۲۲ پذیرش مقاله: ۱۴۰۵/۳/۲

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 ($p<۰/۰۰۱$).

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.

کلیدواژه ها: هیجان مثبت، تاب آوری، 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

[Downloaded from ijrn.ir on 2026-10-05]
[DOI: 10.22034/ijrn.12.3.9]

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 کلانتری 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 معمولا 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 سازگارانه مثبتی را از خود به نمایش می‌گذارند (۱۰) و قاعدتا هنگامی که تاب‌آوری پایین بیابد فرد رفتارهای ناسازگارانه 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 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 می‌شودکه 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

[Downloaded from ijm.ir on 2026-10-05]

[DOI: 10.22034/ijm.12.3.9]

روان در افراد بارور و نابارور پرداخته است و مطالعه‌ای که به پیش‌بینی تاب‌آوری بر اساس مولفه های 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 می شود (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 پرسشنامه های 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 ملاک های 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 شرکت‌کنندکان 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 پاسخ های 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 (کاملا 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 پولتزین و الیسون در سال ۱۹۸۲طراحی 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 می شود 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

[Downloaded from ijm.ir on 2026-10-05]

[DOI: 10.22034/ijm.12.3.9]

نمره‌هـای ایـن دو زیـر گـروه می‌باشـد کـه بیـن ۱۲۰-۲۰ خواهـد بـود و نمـرات بالاتـر بـه معنـای سـلامت معنـوی بیشـتر اسـت. چنانچـه نمـره آزمودنـی در دامنـه ۲۰ تـا ۴۰ باشـد بـه معنـای سـلامت معنـوی پاییـن، دامنـه ۹۹-۴۱ سـلامت معنـوی متوسـط و نمـرات ۱۰۰ تـا ۱۲۰ بـه معنـای سـلامت معنـوی بـالا تفسـیر مـی شـود. پایایـی ایـن ابـزار در مطالعـه پولتزیـن و الیسـون (۲۸)، از طریـق آزمـون آلفـای کرونبـاخ ۰/۸۲ بدسـت آمـد. در مطالعـه داخلـی انجـام شـده توسـط جـوادی و همـکاران (۲۹)، پایایـی از طریـق آلفـای کرونبـاخ ۰/۹۲ بدسـت آمـد کـه نشـان دهنـده پایایـی مناسـب ابـزار اسـت. در مطالعـه حاضـر پایایـی بـه روش آلفـای کرونبـاخ نیـز ۰/۸۹ بدسـت آمـد.

پرسشـنامه احسـاس مثبـت نسـبت بـه همسـر: ایـن مقیـاس توسـط توکیتـز، الیـری و فینچـام (۱۹۷۵)، بـرای اندازه‌گیـری احسـاس کلـی فـرد نسـبت بـه همسـر طراحـی شـده اسـت. ایـن پرسشـنامه دارای ۱۷ آیتـم بـوده و در یـک طیـف لیکرتـی از ۱ (احسـاس شـدیداً منفـی) تـا ۷ (احسـاس شـدیدۀ مثبـت) درجه‌بنـدی شـده اسـت کـه بـه هـر مـاده نمـره‌ای بیـن ۱ تـا ۷ تعلـق مـی گیـرد. حداقـل نمـره آزمودنـی در ایـن ابـزار ۱۷ و حداکثـر ۱۱۹ می‌باشـد نمـرات بـالا نشـان دهنـده احسـاس مثبت‌تـر نسـبت بـه همسـر اسـت. چنانچـه نمـره فـرد در دامنـه ۱۷ تـا ۴۳ باشـد بـه معنـای احسـاس مثبـت ضعیـف تفسـیر می‌شـود، دامنـه نمـرات ۴۴ تـا ۶۸ بـه معنـای احسـاس مثبـت متوسـط و نمـرات ۶۹ و بالاتـر بـه معنـای احسـاس مثبـت قـوی مـی باشـد. الیـری و همـکاران (۱۹۸۳) ضریـب آلفـای کرونبـاخ ایـن پرسشـنامه را بـر روی ۳۶۳ زن ۰/۹۴ گـزارش دادنـد (۳۰). در مطالعـه آریـن و فرنـام (۳۱)، پایایـی ایـن ابـزار بـه روش آلفـای کرونبـاخ را ۰/۸۱ گـزارش کردنـد. در مطالعـه حاضـر پایایـی بـه روش آلفـای کرونبـاخ ۰/۸۶ بدسـت آمـد.

یافته‌ها

همان‌طـور کـه در جـدول ۱ مشـاهده می‌شـود، توزیـع سـنی شـرکت‌کنندگان نشـان می‌دهـد کـه بیشـترین فراوانـی مربـوط بـه گـروه سـنی ۳۵ تـا ۳۹ سـال (۳۴/۷درصـد) و ۳۰ تـا ۳۴ سـال (۳۴/۳ درصـد) بـود. در مجمـوع، ۶۹/۲ درصـد از نمونـه پژوهـش در بـازه سـنی ۳۰ تـا ۴۰ سـال قـرار داشـتند. از نظـر سـطح تحصیـلات، بیـش از نیمـی از شـرکت‌کنندگان (۵۲ درصـد) دارای مـدرک کارشناسـی بودنـد. حـدود یـک چهـارم نمونـه (۲۵/۳ درصـد) دارای تحصیـلات کارشناسـی ارشـد یـا بالاتـر و ۲۲/۷ درصـد دارای مـدرک دیپلـم یـا پایین‌تـر بودنـد. در مـورد مـدت مواجهـه بـا نابـاروری، بیشـترین درصـد افـراد (۴۱/۷ درصـد) بیـن ۳ تـا ۵ سـال و کمتریـن درصـد (۸/۳ درصـد) بیـش از ۸ سـال سـابقه نابـاروری داشـتند. درمجمـوع، ۷۰ درصـد از زنـان شـرکت‌کننده کمتـر از ۶ سـال بـا ایـن مسـئله درگیـر بودنـد. از نظـر وضعیـت اشـتغال، اغلـب شـرکت‌کنندگان (۵۹/۳ درصـد) خانـه‌دار و ۴۰/۷ درصـد شـاغل بودنـد.

جدول ۱. ویژگی های 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
	۵-۳ سال	۱۲۵	۴۱،۷
	۸-۶ سال	۶۵	۲۱،۷
	بیش از ۸ سال	۲۵	۸،۳
وضعیت اشتغال	خانه‌دار	۱۷۸	۵۹،۳
	شاغل	۱۲۲	۴۰،۷

[Downloaded from ijm.ir on 2026-10-05]

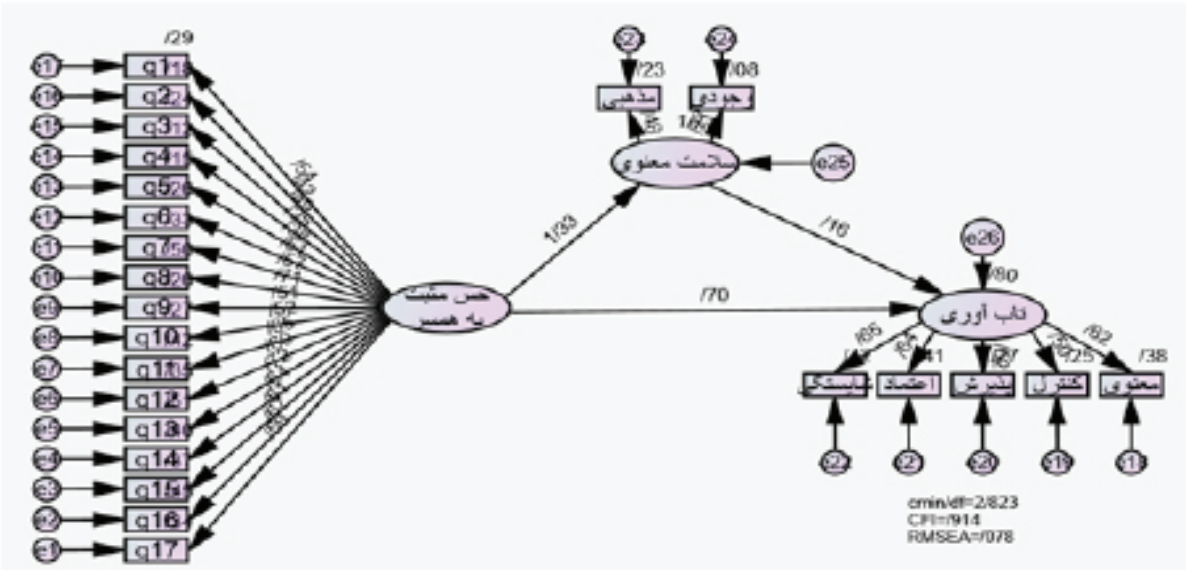
[DOI: 10.22034/ijm.12.3.9]

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 همسر و تاب‌آوری مشاهده شد. (r=۰/۷۱) همچنین، احساس مثبت به همسر با سلامت معنوی (r=۰/۶۲) و سلامت معنوی با تاب‌آوری (r=۰/۵۸) همبستگی مثبت و معناداری نشان دادند.

جدول۲. توصیف آماری و ماتریس همبستگی میان متغیرهای پژوهش

متغیر مورد سنجش	میانگین (M)	انحراف معیار (SD)	احساس مثبت به همسر	سلامت معنوی	تاب آوری
۱. احساس مثبت به همسر	۱۰۶٫۵۳	۱۳٫۲۰	۱		
۲. سلامت معنوی	۹۲٫۷۷	۱۴٫۱۱	.۶۲**	۱	
۳. تاب‌آوری	۷۰٫۷۹	۱۲٫۲۶	.۷۱**	.۵۸**	۱

شکل ۱ مدل مفهومی پژوهش را به همراه ضرایب مسیر استانداردشده 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 (سؤالات 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 مشاهده‌شده و سازه مکنون در مدل نمایش داده شده‌اند. این شکل به‌طور خلاصه، چارچوب روابط ساختاری آزمون‌شده در این پژوهش را به صورت بصری ارائه می‌کند و بر مبنای اطلاعات کلی ارائه شده فرضیه پژوهش تأیید می‌شود.



شکل۱. مدل ساختاری حس مثبت به همسر بر تاب‌آوری با نقش میانجی سلامت معنوی

همان‌طور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، مدل پژوهش از برازش مناسبی با داده‌ها برخوردار است. نسبت کای‌دو به درجه آزادی (۲/۸۲) در محدوده قابل قبول (کمتر از ۳) قرار دارد. شاخص RMSEA نیز برابر با ۰.۰۷۱ است که نشان‌دهنده خطای تقریب مناسب مدل می‌باشد (مقدار کمتر از ۰.۰۸ قابل قبول است). سایر شاخص‌های برازش تطبیقی و مطلق شامل (۰.۹۱۴) CFI، (۰.۹۱۶) IFI، (۰/۹۰۷) NFI و برای GFI ۰.۹۲۸ است که همگی بالاتر از حد

[Downloaded from ijm.ir on 2026-10-05]

[DOI: 10.22034/ijm.12.3.9]

مطلـوب (۰.۹۰) قـرار گرفته‌انـد. در مجمـوع، شـواهد حاکـی از آن اسـت کـه مـدل اندازه‌گیـری و سـاختاری پژوهـش، بـرازش کافـی و قابـل قبولـی بـا داده‌هـای گـردآوری شـده دارد.

جدول۳. شاخص های برازش مدل معادلات ساختاری

p	χ2/df	GFI	NFI	IFI	CFI	RMSEA
۰/۰۰۱	۲/۸۲	۰/۹۲۸.	۰/۹۰۷	۰/۹۱۶	۰/۹۱۴	۰/۰۷۱

نتایـج تحلیـل سـاختاری نشـان‌دهنده یـک الگـوی واسـطه‌گری کامـل اسـت کـه در آن سـلامت معنـوی به‌طـور کامـل رابطـه بیـن حـس مثبـت بـه همسـر و تـاب‌آوری را تبییـن می‌کنـد. اثـر مسـتقیم حـس مثبـت بـر تـاب‌آوری بـا ضریـب ۰.۰۸ از نظـر آمـاری معنـادار نبـوده (p=۰.۱۵) و فاصلـه اطمینـان ٪۹۵ آن نیـز شـامل صفـر می‌شـود (۰/۰۳-، ۰,۱۹). در مقابـل، مسـیرهای تشـکیل‌دهنده اثـر غیرمسـتقیم همگـی معنـادار هسـتند: حـس مثبـت بـر سـلامت معنـوی تأثیـر قـوی و مثبتـی دارد (β=۰,۶۲، p<۰.۰۰۱) و سـلامت معنـوی نیـز به‌نوبـه خـود پیش‌بینـی کننـده مثبـت و معنـادار تـاب‌آوری اسـت (β=۰,۲۹، p<۰۰۵). در نهایـت، اثـر غیرمسـتقیم کل (β=۰,۲۷) کـه از طریـق سـلامت معنـوی منتقـل می‌شـود، بـا سـطح معنـاداری ۰/۰۰۲ و بـازه اطمینـان بـدون صفـر (۰/۴۴،۰/۱۰) تأییـد می‌گـردد. ایـن یافته‌هـا حاکـی از آن اسـت کـه حـس مثبـت بـه همسـر نـه به‌صـورت مسـتقیم، بلکـه صرفـاً از طریـق ارتقـای سـلامت معنـوی موجـب افزایـش تـاب‌آوری می‌شـود و سـلامت معنـوی نقـش مکانیسـم کلیـدی را در ایـن رابطـه ایفـا می‌کنـد.

جدول٤. اثرات مستقیم، غیرمستقیم و کل متغیرهای برونزاد بر تاب‌آوری

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

بحث

ایـن مطالعـه بـا هـدف تعییـن روابـط سـاختاری تـاب‌آوری بـر اسـاس تجربـه هیجانـی مثبـت بـه همسـر در زنـان نابـارور مقاوم بـه درمـان بـا نقـش میانجـی سـلامت معنـوی در شـهر اصفهـان انجـام شـد. یکـی از نتایـج مهـم ایـن مطالعـه آن بـود کـه بیشـترین همبسـتگی میـان تجربـه هیجانـی مثبـت بـه همسـر و تـاب‌آوری برقـرار بـود. ایـن یافتـه بـا نتایـج مطالعـه سـوریجاه و همـکاران (۲۰۲۴)، کـه نشـان داده بودنـد میـان رضایـت زناشـویی و تـاب‌آوری در زنـان اندونزیایـی رابطه وجـود دارد (۳۲) و همینطـور مطالعـه گجـت ماتـولا و همـکاران (۲۰۲۲) کـه دریافته بودنـد زنـان دارای کـودک مبتـلا بـه اتیسـم کـه رضایـت عاطفی و هیجانـی بیشـتری از همسـر خـود دارنـد از تـاب‌آوری بیشـتری در برابـر مشـکلات روانشـناختی برخوردارنـد (۳۳)، همسـو بـود. نتایـج مطالعـات داخلـی ایمانی‌فـر و حمیدیـان (۱۴۰۳)، نیـز حاکـی از آن بـود کـه شـفقت بـه خـود و تـاب‌آوری در زنانـی کـه رضایـت بالایـی از همسـر خـود دارنـد، بیشـتر اسـت (۳۴)، کـه بـا یافته‌هـای ایـن مطالعـه مشـابهت داشـت.

در تبییـن ایـن نتایـج می‌تـوان گفـت کـه بعـد عاطفـی و احساسـی زنـان همـواره نقـش بسـیاری تعیین‌کننـده‌ای در نحـوه واکنـش آنهـا بـه مسـائل مختلـف داشـته اسـت. زنـان نابـارور در مقایسـه بـا مـردان احسـاس تنـش روانـی بیشـتری می‌کننـد و جامعـه بـه زنـان نابـارور واکنـش منفـی بیشـتری نشـان می‌دهـد (۳۲). از ایـن رو ایـن زنـان نگـران برداشـت‌ها، قضاوت‌هـا و رفتارهـای اطرافیـان هسـتند. همچنیـن تـرس زنـان نابـارور از طـلاق و جدایـی سـبب نشـخوار فکـری شـده کـه ایـن نیـز می‌توانـد موجـب حساسـیت و تحریک‌پذیـری زنـان بـا کوچکتریـن مسـئله‌ای شـود. در ایـن بیـن واکنش‌هـا و الگـوی ارتباطـی زنـان نابـارور بـا همسرانشـان از سـایر افـراد نزدیـک مهم‌تـر اسـت. زنـان نابـاروری کـه تجربـه هیجانـی مثبـت بـا همسرانشـان دارنـد و از حمایـت عاطفـی و اجتماعـی آنهـا برخوردارنـد، نـه تنهـا بـار روانـی کمتـری را بـه دوش می‌کشـند بلکـه ایـن احساسـات مثبـت باعـث شـده کـه ایـن زنـان توانایـی بیشـتری بـرای مقابلـه و حـل مسـائل زندگـی داشـته باشـند. در نگاهـی دیگـر در واقـع زنـان نابـاروری کـه عاشـق همسـر خـود هسـتند، توانایـی بیشـتری بـرای ایسـتادگی در برابـر مشـکلات

[Downloaded from ijm.ir on 2026-10-05]

[DOI: 10.22034/ijm.12.3.9]

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 معمولا به صورت پیش‌فرض منتظر بدرفتاری‌ها و بداخلاقی‌ها از سمت شوهران خود هستند و در نتیجه هنگامی که این زنان تجربیات عاطفی مثبت و رمانتیکی دریافت می‌کنند، نه تنها عزت‌نفس و احساس ارزشمندی در آنها افزایش پیدا می‌کند، بلکه احتمالا 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.

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 پاسخ دهی دقیق به سوالات شده باشد که نویسندگان با شناسایی الگوی پاسخ دهی 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 نابارر 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.

[Downloaded from ijm.ir on 2026-10-05]

[DOI: 10.22034/ijm.12.3.9]

سپاسگزاری

نویسندگان برخود لازم می‌دانند 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 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 می‌باشد.

تعارض منافع

نویسندگان این مطالعه تضادی گزارش نکردند.

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/pere.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,

[Downloaded from ijm.ir on 2026-10-05]

[DOI: 10.22034/ijm.12.3.9]

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, Zahrakar 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. Surijah EA, Murray K, Wraith D, Shochet I. Examining trajectories of marital satisfaction to represent the resilience process among Indonesian married individuals.

[Downloaded from ijm.ir on 2026-10-05]

[DOI: 10.22034/ijm.12.3.9]

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. Tamannaeifar 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.

[Downloaded from ijm.ir on 2026-10-05]

[DOI: 10.22034/ijm.12.3.9]