

The Relationship between Dyadic Adjustment and Infertility-Related Stress: The Mediated Role of Self-compassion and Self-judgment

Neda Izadi ¹, Ilnaz Sajjadian ^{2,*}

¹ MSc, Department of Clinical Psychology, Isfahan (Khorasgan) Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran

² Assistant Professor, Department of Clinical Psychology, Isfahan (Khorasgan) Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran

* **Corresponding author:** Ilnaz Sajjadian, Assistant Professor, Department of Clinical Psychology, Isfahan (Khorasgan) Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran. E-mail: i.sajjadian@khuisf.ac.ir

Received: 05 Nov 2016

Accepted: 02 Jun 2017

Abstract

Introduction: Infertility-related stress can be seen as a complex construction including social, sexual and relationship concerns, need for parenthood and rejection of having a childfree life. Infertility can also have an effect on dyadic adjustment. Self-compassion is a procedure of emotional coping to increase self-esteem in infertile women and decrease infertility-related stress. Self-judgment is very weakening and stressful in infertile women. The aim of the present study was to investigate the mediating role of self-compassion and self-judgment in relationship between dyadic adjustment and infertility-related stress among infertile women in Isfahan City, Iran, in 2015.

Methods: In this causal-comparative/correlational study, 282 women with primary and secondary infertility diagnosis were selected from the infertility centers of Isfahan city, in 2015, using the convenience sampling method. The participants were asked to complete the questionnaires including Fertility Problem Inventory, Dyadic Adjustment Scale and Self-Compassion Scale (short-form). To analyze the data, the equation model of AMOS (v. 22) was used.

Results: The results revealed that dyadic adjustment had a direct effect on infertility-related stress ($P < 0.05$). The structural relationship between dyadic adjustments and infertility-related stress was appropriate. Self-compassion partially mediated the effect of dyadic adjustment on infertility-related stress and self-judgment fully mediated the effect of dyadic adjustment on infertility-related stress ($P < 0.05$).

Conclusions: According to the results of the present study, providing a mood regulation therapy (self-compassion and self-judgment) and increase in dyadic adjustment will be useful to decrease infertility-related stress in infertile women.

Keywords: Infertility-Related Stress, Self-Compassion, Self-Judgment, Dyadic Adjustment

رابطه سازگاری زناشویی و استرس مرتبط با ناباروری: نقش میانجی گری شفتت خود و خودقضاوتی

ندا ایزدی^۱، ایلناز سجادیان^{۲*}

^۱ کارشناس ارشد، گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران
^۲ استادیار، گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران
 * نویسنده مسئول: ایلناز سجادیان، استادیار، گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران.
 ایمیل: i.sajjadian@khuif.ac.ir

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۶/۰۳/۱۲

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۵/۰۸/۱۵

چکیده

مقدمه: استرس مرتبط با ناباروری شامل نگرانی‌های اجتماعی، جنسی، ارتباطی، نیاز به والد بودن و نپذیرفتن سبک زندگی بدون فرزند است که در زنان نابارور ظاهر می‌شود. ناباروری، سازگاری زناشویی را تحت تأثیر قرار می‌دهد. شفتت خود برای زنانی که دچار ناباروری هستند، به عنوان یک راهبرد مقابله‌ای تنظیم هیجان در مقابل استرس‌های مزمن محسوب می‌شود و باعث می‌شود سیستم‌های استرس دچار بیش فعالیتی نشوند. خودقضاوتی شکلی از آزار و اذیت درونی استرس زا و تضعیف کننده خود می‌باشد، که در زنان نابارور وجود دارد. این پژوهش با هدف بررسی نقش میانجی گری شفتت خود و خودقضاوتی در رابطه سازگاری زناشویی و استرس مرتبط با ناباروری در زنان نابارور شهر اصفهان انجام گرفت.

روش کار: روش پژوهش همبستگی از نوع علی بود. به این منظور ۲۸۲ زن با تشخیص ناباروری اولیه و ثانویه مراجعه کننده به مراکز ناباروری شهر اصفهان در تابستان و پاییز ۹۴، به صورت نمونه گیری در دسترس انتخاب شده و به پرسشنامه‌های مشکل باروری، سازگاری زناشویی و شفتت خود فرم کوتاه پاسخ دادند. برای مدل سازی معادلات ساختاری از نرم افزار AMOS22 استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که اثر سازگاری زناشویی بر استرس مرتبط با ناباروری معنی دار بود ($P < 0/05$). رابطه ساختاری بین سازگاری زناشویی با استرس مرتبط با ناباروری از برآزش مطلوبی برخوردار بود. همچنین شفتت خود میانجی گری جزئی رابطه بین سازگاری زناشویی با استرس مرتبط با ناباروری و خود قضاوتی میانجی گر کامل سازگاری زناشویی و استرس مرتبط با ناباروری بود ($P < 0/05$).

نتیجه گیری: بنابر نتایج این پژوهش می‌توان از بسته‌های درمانی مبتنی بر شفتت خود و کاهش خود قضاوتی در جهت کاهش استرس مرتبط با ناباروری و بهبود سازگاری زناشویی زوجین نابارور استفاده نمود.

واژگان کلیدی: استرس مرتبط با ناباروری، سازگاری زناشویی، شفتت خود، خودقضاوتی

تمامی حقوق نشر برای انجمن علمی پرستاری ایران محفوظ است.

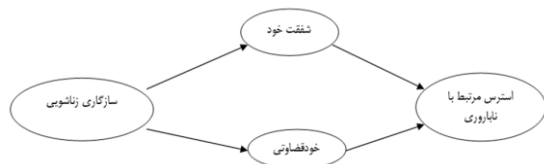
مقدمه

خود می‌گیرد و با تأخیر در حاملگی، کنجکاو و فشارهای اطرافیان موجب نگرانی زوجها می‌شود (۸). این نوع نگرش تنها مربوط به جامعه ایرانی نیست و در جوامع دیگر نیز دیده می‌شود. به طوری که واکنشهای مشابهی نسبت به ناباروری در جوامع مختلف وجود دارد (۹). در مطالعات مختلف ارزیابی استرس مرتبط با ناباروری با اندازه گیری میزان اضطراب و افسردگی همراه بوده است (۱۰). استرس مرتبط با ناباروری به صورت ترکیبی از ۵ مؤلفه شامل: نگرانی اجتماعی، نگرانی جنسی، نگرانی ارتباطی، نیاز به والد بودن و نپذیرفتن سبک زندگی بدون فرزند ظاهر می‌شود (۱۱). Wischmann بیان داشت که ناباروری برای بسیاری از زوجها بحرانی عمده و از نظر روانی، پرتنش می‌باشد و

ناباروری عبارت از ناتوانی در باردار شدن بعد از یک سال آمیزش منظم بدون هیچ گونه جلوگیری می‌باشد (۱). سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۱۵ از ناباروری به عنوان یک معضل بهداشت عمومی در سراسر دنیا نام برده است و از وجود یک زوج نابارور از هر چهار زوج در کشورهای در حال توسعه خبر داده است. مطالعات Kazemi و همکاران در سال ۱۳۹۴ نشان داده که شیوع ناباروری در ایران ۱۷/۳ درصد می‌باشد (۲). عوامل روانشناختی ناباروری در ارتباط با درمان زوجهای نابارور بسیار اهمیت دارد (۳-۷). مسئله ناباروری به ویژه در فرهنگ ایرانی که تعداد زیادی از خانواده‌ها از نوع گسترده هستند، با توجه به نقش والدین و اطرافیان در زندگی زوجین، بعد عمیق تری به

ویژگیهای منفی می‌باشند، نگرش شفقت خود اثر حمایتی خاصی روی استرس مرتبط با ناباروری ندارد (۲۵، ۲۶). همچنین در مطالعه‌ای مشخص شد که شفقت درمانی در کاهش افسردگی در زنان نابارور مؤثر می‌باشد (۲۷). فرآیندهای تنظیم هیجان نظیر خودقضاوتی و شفقت خود و روشهای مقابله‌ای نقش مهمی در مداخلات درمانی بیماران نابارور و به خصوص زنان دارند (۲۸).

از آنجا که در مطالعات پیشین بیشتر به بررسی رابطه اضطراب و افسردگی با ناباروری پرداخته شده و در زمینه سایر سازه‌های مرتبط با ناباروری نظیر سازگاری زوجین و تأثیر آنها بر استرس مرتبط با ناباروری مطالعه‌ای انجام نشده، همچنین نقش میانجی گری فرآیندهای تنظیم هیجان مانند شفقت خود و خودقضاوتی در رابطه با استرس مرتبط با ناباروری به صورت مدل سازی معادلات ساختاری مورد بررسی قرار نگرفته و روابط علی این متغیرها بررسی نگردیده است از این رو در جهت پاسخ به این نیاز پژوهشی این مطالعه با هدف مدل سازی معادلات ساختاری رابطه بین سازگاری زناشویی، شفقت خود و خودقضاوتی با استرس مرتبط با ناباروری در زنان نابارور شهر اصفهان انجام گرفت. مدل مفهومی این پژوهش براساس پژوهش گالهاردو و همکاران (۲۰۱۳) در تصویر ۱ ارائه گردیده است (۲۵).



تصویر ۱: مدل مفهومی پژوهش

روش کار

روش پژوهش همبستگی از نوع علی بود. جامعه آماری شامل کلیه زنان مراجعه کننده با تشخیص ناباروری اولیه و ثانویه به مرکز ناباروری شهر اصفهان در پاییز ۱۳۹۴ بودند. مرکز ناباروری و ناباروری اصفهان در سال ۱۳۷۲ به منظور درمان نازایی زنان و ناباروری مردان تأسیس شد و جزء اولین مراکز باروری در ایران است. در این مرکز اعمال جراحی ناباروری، مشاوره ژنتیک و سلامت جنین، لقاح آزمایشگاهی، تلقیح داخل رحمی و تعیین جنسیت انجام می‌گیرد. بدین منظور ۳۳۰ نفر از زنان نابارور که به این مرکز برای درمان ناباروری مراجعه می‌کردند به صورت نمونه گیری در دسترس بر اساس ملاک‌های ورود به مطالعه انتخاب و به ابزارهای پژوهش پاسخ دادند. از این تعداد ۲۸۲ پرسشنامه یعنی ۸۵/۵ درصد پرسشنامه‌ها قابل تحلیل بودند. ملاک‌های ورود به مطالعه شامل: ملیت ایرانی، داشتن سواد خواندن و نوشتن، سن ۱۸ سال یا بیشتر، تشخیص پزشکی ناباروری (اولیه و ثانویه) و ملاکهای خروج: ابتلا به اختلالات حاد روانپزشکی و مصرف داروهای روان گردان، در نظر گرفته شد. میانگین سن افراد شرکت کننده در پژوهش ۳۲/۵ سال و انحراف استاندارد آن ۵/۵۴ سال و میانگین طول ناباروری نیز برابر با ۶/۶ و انحراف استاندارد آن ۳/۵۲ اندازه گیری شد. براساس نتایج، بیشترین تعداد افراد پژوهش که ۱۳۲ نفر یا ۴۶/۸ درصد نمونه را تشکیل داده‌اند، تحصیلات زیردیپلم داشتند. در ۱۳۲ مورد یا ۴۷/۲ درصد افراد نمونه علت ناباروری زن، ۱۷/۷ درصد مرد و ۳۵/۱ درصد نامشخص بود. در ۷۶/۴ درصد افراد نمونه ناباروری اولیه و ۲۳/۴ درصد علت ثانویه بود.

مشکلات مهمی را در رابطه زوجها ایجاد می‌کند (۱۲). Mazaheri و همکاران نیز خاطر نشان کردند که زوجها به هنگام روبرو شدن با ناباروری، مشکلات متعددی مانند کاهش ارتباط با یکدیگر و اطرافیان، اشکال در فعالیت جنسی، تصمیم گیری در زندگی و اختلال عاطفی و هیجانی بروز می‌دهند (۱۳).

Ramezanzadeh و همکاران بیان داشتند که ناباروری تأثیر قابل ملاحظه‌ای بر عوامل روانی دارد و ایجاد اضطراب و افسردگی می‌نماید و این موضوع می‌تواند طول مدت ناباروری را افزایش دهد. زنان و مردان نابارور مشکلاتی در سازگاری زناشویی نشان داده‌اند (۱۴). مطالعات پیشین که توسط Newton و همکاران صورت گرفت مشخص کرد که سطوح بالاتر سازگاری زناشویی با نمرات پایین تر استرس ناباروری همراه است و سازگاری زناشویی بیشتر می‌تواند به عنوان یک عامل حمایت کننده در مقابل استرس‌های ناباروری محسوب شود (۱۵). در یک مطالعه که در سال ۲۰۱۱ انجام گرفت هم زنان و هم مردان نابارور مشکلات سازگاری زناشویی بیشتری نسبت به گروه کنترل نشان دادند (۱۶). البته نتایج متناقضی در این زمینه وجود دارد از جمله Monga و همکاران (۲۰۰۴) بیان داشتند که زنان نابارور نمرات به مراتب پایین تری در سازگاری زناشویی نسبت به زنان گروه کنترل گرفتند که نشان دهنده این است که عوامل فرهنگی جامعه نقش بسزایی در این موضوع دارند و تفاوت نتایج علل فرهنگی دارد (۱۷). Repokar و همکاران (۱۸) و Joneidi و همکاران (۱۹) نشان دادند که روابط زوجین در زمان فرآیند ناباروری محکم تر می‌شود. مراحل درمان ناباروری نه تنها نمی‌تواند خطری برای سازگاری زناشویی باشد بلکه تقسیم استرس ناشی از آن بین زوجین و گذشت زمان می‌تواند ارتباط زناشویی را استحکام بخشد و صمیمیت زوجها را افزایش دهد. خود قضاوتی مستلزم به شدت منتقد بودن از خود در موارد شکست یا درد، درک تجارب خود جدا از تجربه انسانهای دیگر و بیش توجهی به افکار و احساسات دردناک می‌باشد (۲۰). خودقضاوتی به عنوان شکلی از آزار و اذیت درونی که استرس را تضعیف کننده خود می‌باشد، تعریف می‌شود که در زنان نابارور وجود دارد (۲۱). فرآیندهای تنظیم هیجان مانند خودقضاوتی در به وجود آمدن علائم افسردگی و اضطراب در زنان نابارور موثر است (۲۲، ۲۳). شفقت نسبت به خود، سازه‌ای مرتبط با ذهن آگاهی و حالت گرمی و پذیرش برابر آن جنبه‌هایی از فرد یا زندگی فرد است که آن را دوست ندارد. شفقت خود برای زنانی که دچار ناباروری هستند، به عنوان یک عامل و روش مقابله‌ای و داشتن عزت نفس در مقابل استرس‌های مزمن به کار می‌رود و باعث می‌شود که سیستم‌های استرس دچار بیش فعالیتی نشوند (۲۴).

شفقت خود یکی از روشهای مقابله‌ای با احساسات بد درونی و خودقضاوتی می‌باشد (۲۲). در افراد نابارور تشدید فعالیت خود قضاوتی می‌تواند تفکر جزئی نگر را در این افراد تشدید نماید. خود قضاوتی بسیار زیاد، ادراک فرد را از امور و واقعیت‌های اطراف بسیار جزئی نگر می‌سازد که دیدن امور بدین نحو، زیبایی‌ها را در نظر کاهش داده و یا حتی محو می‌نماید (۲۰). Galhardo و همکاران سازگاری زناشویی افراد نابارور را بالا گزارش کردند. همچنین نتایج Trisha و همکاران (۲۰۱۵) نشان داد که ادراک از خود به عنوان موجود منفی در ذهن دیگران و خود قضاوتی بر استرس مرتبط با ناباروری زنان نقش مستقیم دارد و وقتی زنان معتقدند یا باور دارند که در ذهن دیگران دارای

(۲۰۱۱) ساخته شد (۱۷). این پرسشنامه دارای ۶ عامل ۲ وجهی است که عبارتند از: خودمهربانی، خودانتقادی، انسانیت مشترک، انزوا، ذهن آگاهی و همانند سازی افراطی. پاسخ دهندگان می‌بایست در طیف لیکرت ۵ درجه‌ای (۱ = کاملاً موافق، ۵ = کاملاً مخالف) به این پرسشنامه پاسخ دهند. Raes و همکاران (۱۷) در مطالعه خود، همسانی درونی مقیاس را ۰/۸۶ گزارش کردند. خرده مقیاس شفقت خود شامل خودمهربانی، انسانیت مشترک و ذهن آگاهی است و خرده مقیاس خود قضاوتی شامل خود انتقادی، انزوا و همانند سازی افراطی می‌باشد. نمره کل برابر با جمع تمام سؤالات می‌باشد. در مطالعه حاضر آلفای کرونباخ شفقت خود، ۰/۸۷۵ و خود قضاوتی، ۰/۷۶۹ برآورد شد. با توجه به معیارهای ورود و خروج به مطالعه انتخاب واحد پژوهش در افرادی که تمایل به همکاری داشتند، صورت گرفت. پر کردن پرسشنامه‌ها با توجه به تعداد زیاد سؤالات (۱۲۳ سؤال) ۲۰ الی ۳۰ دقیقه بسته به سطح تحصیلات فرد زمان می‌برد.

یافته‌ها

به منظور بررسی تاثیرات علی متغیرها از مدل معادلات ساختاری، با کمک نرم افزار AMOS 22 استفاده شد. نتایج همبستگی درونی متغیرهای پژوهش در جدول ۱ ارائه شده است. نتایج همبستگی در جدول ۱ نشان می‌دهد روابط متغیرها معنی دار به دست آمده است. الگوی تأثیر سازگاری زناشویی بر استرس مرتبط با ناباروری با توجه به نقش میانجی شفقت خود و خودقضاوتی به ترتیب در تصویر ۲ و ۳ ارائه شده است.

براساس نتایج به دست آمده در جدول ۲، شاخص کای اسکور نسبی برای متغیر شفقت خود، برابر با ۴/۲۲ است که نشان می‌دهد این الگو از وضعیت قابل قبولی برخوردار است. مقدار شاخص‌های تطبیقی TLI و CFI در حدود ۰/۹ است. مقدار PCFI نیز به عنوان شاخص نیکویی برازش بالاتر از ۰/۵ و مطلوب است. مقدار RMSEA نیز به عنوان مهم‌ترین شاخص برازش کلی برابر با ۰/۰۷۷ است. همچنین شاخص کای اسکور نسبی برای متغیر خودقضاوتی، برابر با ۴/۱۵۴ است که نشان می‌دهد این الگو از وضعیت قابل قبولی برخوردار است. مقدار شاخص‌های تطبیقی TLI و CFI در حدود ۰/۹ است. مقدار PCFI نیز به عنوان شاخص نیکویی برازش بالاتر از ۰/۵ و مطلوب است. مقدار RMSEA نیز به عنوان مهم‌ترین شاخص برازش کلی برابر با ۰/۰۸ است که نشان می‌دهد که به طور کلی هر دو الگو از برازش تا حدودی مطلوب برخوردار است. نتایج اثرات کل، مستقیم و غیر مستقیم الگوی تأثیر سازگاری زناشویی بر استرس مرتبط با ناباروری با توجه به نقش میانجی شفقت خود و خود قضاوتی در جدول ۳ ارائه شده است.

شرکت کنندگان به ابزارهای پژوهش شامل پرسشنامه مشکل باروری (Fertility Problem Inventory)، مقیاس سازگاری زناشویی (Dyadic Adjustment Scale) و مقیاس شفقت خود (Self-Compassion Scale) پاسخ دادند. پرسشنامه مشکل باروری توسط Newton و همکاران (۱۹۹۹) ساخته شده است (۱۵). این ابزار ۴۶ ماده‌ای برای ارزیابی استرس مرتبط با ناباروری براساس یک رویکرد جامع می‌باشد که شامل ۵ زیر مقیاس است: اندازه گیری نگرانی‌های اجتماعی، نگرانی‌های جنسی، نگرانی‌های ارتباطی، نیاز برای والد شدن و نپذیرفتن شیوه زندگی بدون فرزند. نمره کل با جمع کردن نمرات ۵ زیرمقیاس نگرانی‌های مختلف بدست می‌آید. سؤالات براساس مقیاس لیکرت از ۱ تا ۶ اندازه گیری می‌شوند. نمره ۱ برابر با کاملاً ناموافق و نمره ۶ برابر با کاملاً موافق می‌باشد. ۱۸ عدد از سؤالات دارای نمره معکوس می‌باشند. نمره کل بالاتر از ۷۹ نشان می‌دهد که سطح بالایی از استرس ناشی از ناباروری در مقایسه با افراد با جنس مشابه نابارور وجود دارد. آلفای کرونباخ ۰/۹۲ ذکر شده است (۲۹). در ایران Alizadeh و همکاران (۱۳۸۴) رویی و پایایی این ابزار را بررسی کرده‌اند. آلفای کرونباخ زیر مقیاس‌های نگرانی اجتماعی ۰/۷۸، جنسی ۰/۷۷، ارتباطی ۰/۷۸، شیوه زندگی بدون فرزند ۰/۷۵، نیاز به والد شدن ۰/۸۴ و نمره کل ۰/۹۱ برآورد شده است (۲۹). در مطالعه حاضر آلفای کرونباخ زیر مقیاس نگرانی اجتماعی ۰/۹۰، نگرانی جنسی ۰/۷۲، نگرانی ارتباطی ۰/۷۲، شیوه زندگی بدون فرزند ۰/۶۴ و نیاز به والد شدن ۰/۷۸ محاسبه شد.

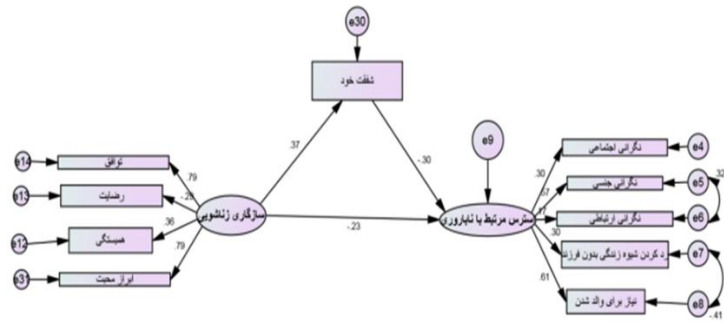
مقیاس سازگاری زناشویی توسط Spanier (۱۹۷۶) ساخته شده و شامل ۳۲ سؤال است که برای ارزیابی کیفیت زناشویی از نظر زن و شوهر، یا هر دو نفری که با هم زندگی می‌کنند استفاده می‌شود (۳۰). تحلیل عاملی نشان می‌دهد که این مقیاس ۴ خرده مقیاس دارد که ۴ بعد رابطه را می‌سنجد. این چهار بعد عبارتند از: رضایت زناشویی، همبستگی زناشویی، توافق زناشویی و ابراز محبت. نمره گذاری مقیاس از صفر تا ۱۵۱ می‌باشد. کسب نمره‌ی ۱۰۱ و بیشتر نشان دهنده سازگاری بیشتر و رابطه بهتر و نمره‌های پائین تر از آن نشان دهنده سازگاری کمتر است. Spanier پایایی ۰/۹۶ را از روش ضریب آلفای کرونباخ برای این مقیاس بدست آورد و همبستگی ۰/۷۵ گزارش شد. این مقیاس دارای ۶ مقیاس لیکرت از ۰ تا ۵ می‌باشد. ۰ برابر با همیشه ناموافق و ۵ برابر با همیشه موافق است. برای محاسبه پایایی پرسشنامه سازگاری زناشویی از روش آلفای کرونباخ استفاده شد و ضریب پایایی ۰/۸۴ بدست آمد. در مطالعه حاضر آلفای کرونباخ مقیاس رضایت زناشویی ۰/۷۱، همبستگی زناشویی ۰/۶۶۳، توافق زناشویی ۰/۸۵۷ و ابراز محبت ۰/۵۸۹ به دست آمد.

در این پژوهش، از مقیاس شفقت خود فرم کوتاه استفاده شد. این مقیاس دارای ۱۲ ماده می‌باشد. این پرسشنامه توسط Raes و همکاران

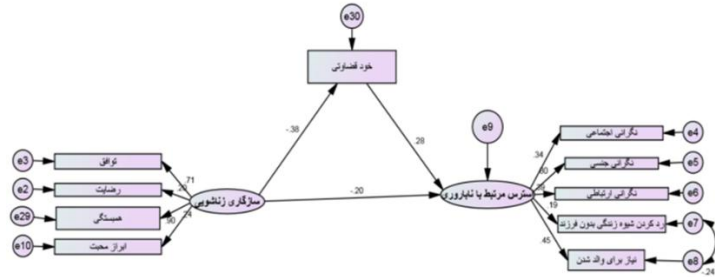
جدول ۱: همبستگی درونی متغیرها

متغیر	میانگین	انحراف استاندارد	استرس مرتبط با ناباروری	شفقت خود	خود قضاوتی
استرس مرتبط با ناباروری	۲/۸۳	۰/۵۵			
شفقت خود	۳/۴۶	۰/۶۴	۰/۲۵۳**		
خود قضاوتی	۳/۱۴	۰/۴۸	۰/۳۴۲**	۰/۲۹۸**	
سازگاری زناشویی	۸۶/۶۸	۱۱/۲۱	۰/۲۰۶***	۰/۴۰۴**	۰/۳۰۶**

*P < ۰/۰۱، **P < ۰/۰۵



تصویر ۲: الگوی تأثیر سازگاری زناشویی بر استرس مرتبط با ناباروری با توجه به نقش میانجی شفقت خود



تصویر ۳: الگوی تأثیر سازگاری زناشویی بر استرس مرتبط با ناباروری با توجه به نقش میانجی خودقضاوتی

جدول ۲: شاخص‌های کلی برازش در الگوی تأثیر سازگاری زناشویی بر استرس مرتبط با ناباروری با توجه به نقش میانجی شفقت و خودقضاوتی

شاخص‌های برازش	نرمال بودن چند متغیره		شاخص‌های برازش				
	نسبت بحرانی	ضریب مردیا	مطلق	تطبیقی	مقتصد	سایر	هول‌تر
			CMIN	TLI	CFI	PCFI	RMSEA
شفقت خود	۶/۴۱	۳/۴۷	۱۳۵/۰۴	۰/۸۵۵	۰/۸۸۹	۰/۵۱۵	۰/۰۷۷
خودقضاوتی	۱۱/۵۲	۶/۲۴	۱۴۱/۲۴۵	۰/۸۶۶	۰/۸۹۵	۰/۶۶۵	۰/۰۸

جدول ۳: برآورد اثرات کل و غیر مستقیم متغیر سازگاری زناشویی بر استرس مرتبط با ناباروری با توجه به نقش میانجی شفقت خود و خود قضاوتی

سازگاری زناشویی	برآورد استاندارد	سطح معنی داری	حد پایین	حد بالا	برآورد غیر استاندارد	سطح معنی داری
شفقت خود						
کل	-۰/۳۳۶	۰/۰۰۳	-۰/۵۲۶	-۰/۱۸۳	-۰/۰۷	۰/۰۰۹
مستقیم	-۰/۲۲۸	۰/۰۲۷	-۰/۴۵۱	-۰/۰۴	-۰/۰۴۷	۰/۰۳۸
غیرمستقیم	-۰/۱۰۹	۰/۰۰۶	-۰/۲۰۵	-۰/۰۲۸	-۰/۰۲۳	۰/۰۰۳
خودقضاوتی						
کل	-۰/۳۰۶	۰/۰۴۷	-۰/۴۵۹	-۰/۰۴	-۰/۱۰۸	۰/۰۴۱
مستقیم	-۰/۱۹۹	۰/۱۹۹	-۰/۳۳۷	۰/۱۱۱	-۰/۰۷	۰/۱۳۷
غیرمستقیم	-۰/۱۰۷	۰/۰۰۴	-۰/۱۹۶	-۰/۰۴۷	۰/۰۳۸	۰/۰۰۴

برآورد غیر استاندارد آن نیز برابر با ۰/۰۲۳ - و معنی دار است. با توجه به آن که اثر مستقیم سازگاری زناشویی بر استرس ناباروری در الگو معنی دار شده است، نتایج نشان می‌دهد که شفقت خود میانجی گر جزئی تأثیر سازگاری زناشویی بر استرس ناباروری است. به عبارت دیگر نتایج در این الگو نشان می‌دهد که کاهش سازگاری زناشویی، استرس مرتبط با ناباروری را بیشتر می‌کند اما در صورتی که میزان شفقت خود در فرد کمتر باشد میزان این تأثیر بیشتر می‌شود. همچنین با نتایج نقش میانجی خودقضاوتی، اثرات کل سازگاری زناشویی بر استرس

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد، با نقش میانجی شفقت خود، اثرات کل سازگاری زناشویی بر استرس ناباروری در برآورد استاندارد برابر با -۰/۳۳۶ - و معنی داری آن ۰/۰۰۳ است. برآورد غیر استاندارد آن نیز معنی دار است. تأثیر مستقیم سازگاری بر استرس ناباروری در برآورد استاندارد برابر با -۰/۲۲۸ - و در سطح معنی داری برابر با ۰/۰۲۷ معنی دار است. در نتیجه تأثیر مستقیم سازگاری بر استرس اثر معنی داری دارد. اثرات غیر مستقیم سازگاری بر استرس نیز در برآورد استاندارد برابر با -۰/۱۰۹ - و معنی داری آن ۰/۰۰۶ است. هم چنین

می‌توانند در عین حال که با خود مهربان هستند، مسئولیت شخصی خود را در حوادث منفی زندگی و شرایط بیماری مزمن مانند ناباروری که با آن مواجه می‌شوند، بپذیرند.

باتوجه به نتایج جداول ۳ و ۲ تأثیر مستقیم سازگاری زناشویی بر استرس مرتبط با ناباروری معنی دار بود. از مجموع نتایج به دست آمده می‌توان گفت که فرضیه پژوهش تأیید گردیده و سازگاری زناشویی بر استرس مرتبط با ناباروری تأثیر دارد. به عبارت دیگر با افزایش میزان سازگاری زناشویی، از استرس مرتبط با ناباروری کاسته می‌شود. نتایج این پژوهش همسو با یافته‌های Peterson و همکاران (۲۰۱۱) مبنی بر اینکه زوجینی که سطوح یکسانی از تنیدگی ناباروری را درک می‌کنند، در مقایسه با آنانی که این برابری سطوح در آنها به چشم نمی‌خورد، میزان سازگاری زناشویی بالاتری را گزارش کرده‌اند. مراحل درمان ناباروری نه تنها نمی‌تواند خطری برای سازگاری زناشویی باشد بلکه تقسیم استرس ناشی از آن بین زوجین و گذشت زمان می‌تواند ارتباط زناشویی را استحکام بخشد و صمیمیت زوجها را افزایش دهد (۱۸، ۱۹). مطالعات پیشین نشان داده است که سطوح بالاتر سازگاری زناشویی با نمرات پایین‌تر استرس‌های مرتبط با ناباروری همراه است. بنابراین سازگاری زناشویی بیشتر می‌تواند به عنوان یک عامل حمایت‌کننده در مقابل استرس‌های ناباروری محسوب شود (۱۵). با توجه به تصویر ۱ و جدول ۲ و با توجه به آن که اثر مستقیم سازگاری زناشویی بر استرس مرتبط با ناباروری در الگو معنی دار شده است، نتایج نشان داد که شفقت خود میانجی‌گر جزئی تأثیر سازگاری زناشویی بر استرس ناباروری است. به عبارت دیگر نتایج در این الگو نشان می‌دهد که کاهش سازگاری زناشویی در صورتی منجر به افزایش استرس مرتبط با ناباروری در زنان می‌شود که میزان شفقت خود در آن‌ها کمتر باشد. این یافته با نتایج پژوهش Gallardo و همکاران (۲۵) نیز همسو می‌باشد. برای سازگاری زناشویی، ارزیابی رابطه زوجین شامل رضایت زناشویی، توافق، همبستگی و ابراز محبت لازم است و سازگاری بالا تأثیر مستقیم بر کاهش استرس مرتبط با ناباروری دارد و این در صورتی است که شفقت خود در زنان نابارور بالا باشد (۲۵). اما نتایج این پژوهش با یافته‌های Gulec و همکاران (۲۰۱۱) متفاوت بود و زنان نابارور مشکلات سازگاری زناشویی بیشتری نسبت به گروه کنترل نشان دادند (۱۶). همچنین Monga و همکاران (۲۰۰۴) نشان دادند که زنان نابارور نمرات به مراتب پایین‌تری در سازگاری زناشویی نسبت به زنان گروه کنترل گرفتند که نشان‌دهنده این است که عوامل فرهنگی جامعه نقش به‌سزایی در این موضوع دارند و تفاوت نتایج علل فرهنگی دارد (۳۲). شفقت خود یکی از روشهای مقابله‌ای با احساسات بد درونی می‌باشد (۲۴). Neff و همکاران (۲۴) تأکید کردند که شفقت خود روش مفید مخصوصی برای جلوگیری از تفکر خود قضاوتگرانه محسوب می‌شود و سطوح بالاتر شفقت خود می‌تواند تأثیر حمایت‌کننده برای زنان نابارور را داشته باشد. فرآیندهای تنظیم هیجان نظیر خودقضاوتی و شفقت خود و روشهای مقابله‌ای نقش مهمی در مداخلات درمانی بیماران نابارور و بخصوص زنان دارند (۲۸). حمایت زوجین از یکدیگر در حین فرآیند درمان کمک بزرگی در کاهش استرس مرتبط با ناباروری می‌کند و سبب صمیمیت زوجین و درک متقابل بیشتر در آن‌ها می‌شود. زنانی که همسرانشان آنها را در درمانهای زمان‌بر ناباروری همراهی می‌کنند

مرتبط با ناباروری در برآورد استاندارد برابر با $0/306$ - و معنی داری آن $0/047$ است که نشان می‌دهد معنی دار است. تأثیر مستقیم سازگاری زناشویی بر استرس در برآورد استاندارد برابر با $0/199$ و در سطح معنی داری برابر با $0/199$ معنی دار نیست. در نتیجه اثر مستقیم سازگاری زناشویی بر استرس معنی دار نیست. اثرات غیر مستقیم سازگاری زناشویی بر استرس ناباروری نیز در برآورد استاندارد برابر با $0/107$ - و معنی داری آن $0/004$ و معنی دار است. به عبارت دیگر نتایج نشان می‌دهد که خود قضاوتی نقش میانجی در رابطه سازگاری زناشویی و استرس مرتبط با ناباروری نشان داده است. با توجه به این که اثر مستقیم سازگاری بر استرس در این مدل معنی دار نشده اما تأثیر غیر مستقیم آن معنی دار است، می‌توان گفت خود قضاوتی میانجی‌گر کامل رابطه سازگاری و استرس ناباروری است. به عبارت دیگر در صورتی عدم سازگاری زوجین می‌تواند منجر به استرس ناباروری شود که فرد قضاوت منفی نسبت به خود داشته باشد. هر چه خود قضاوتی بیشتر شود، کاهش سازگاری باعث افزایش استرس ناباروری در زنان نابارور می‌شود.

بحث

این پژوهش با هدف مدل‌سازی معادلات ساختاری رابطه بین سازگاری زناشویی، شفقت خود و خودقضاوتی با استرس مرتبط با ناباروری در زنان نابارور شهر اصفهان انجام گرفت. نتایج همبستگی در جدول ۱ نشان داد که روابط متغیرها معنی دار به دست آمده است. در جدول ۱ ارتباط شفقت خود با استرس مرتبط با ناباروری منفی و در سطح $0/01$ درصد معنی دار بود و این نشان می‌دهد که هر چقدر فرد با خود مهربانتر و شفیق‌تر باشد استرس مرتبط با ناباروری در او کاهش می‌یابد که این یافته با نتایج Galhardo و همکاران (۲۵) و نتایج Trisha و همکاران (۲۶، ۲۷) و Cunha و همکاران (۲۸) همسو است. همچنین برطبق جدول ۱ ارتباط خود قضاوتی و استرس مرتبط با ناباروری مثبت و در سطح $0/01$ درصد معنی دار بود که این نشان می‌دهد اگر فردی تفکر جزئی‌نگر و دید قضاوتگر و منفی نسبت به خود داشته باشد، استرس مرتبط با ناباروری بیشتری نیز تجربه خواهد کرد و این نتیجه‌گیری نیز با نتایج Gallardo و همکاران (۲۵) و نتایج Trisha و همکاران (۲۶) و Cunha و همکاران (۲۸) همسو می‌باشد. با توجه به جدول ۱ ارتباط شفقت خود و خود قضاوتی منفی و در سطح $0/01$ درصد معنی دار دار بدست آمد. شفقت خود یک روش برای جلوگیری از تفکر خودقضاوتگرانه است و راهی برای مقابله با احساسات بد درونی می‌باشد. بنابراین وقتی یک زن نابارور مهربانی نسبت به خویشتن را بالا می‌برد کمتر نسبت به خود نظر منفی دارد و کمتر خودقضاوتی می‌کند که این یافته با نتایج Galhardo و همکاران همسو است (۲۵). در تبیین این نکته می‌توان به این نکات اشاره نمود که شفقت خود، همانند یک ضربه گیر در مقابل اثرات وقایع منفی عمل می‌کند. افرادی که شفقت خود بالایی دارند از آنجا که با سختگیری کمتر، خودشان را مورد قضاوت قرار می‌دهند، وقایع منفی در زندگی را راحت‌تر می‌پذیرند و خودآزمایی‌ها و واکنشهای شان دقیق‌تر و بیشتر بر پایه‌ی عملکرد واقعیشان است، چرا که قضاوت خود در این افراد نه به سمت یک خود انتقادی اغراق آمیز میل می‌کند و نه به سمت یک تورم خود دفاعی. تحقیقات نشان داده است که افراد دارای شفقت خود بهتر

و آسیبها به دیده فرصت‌ها نگریسته شوند و جلسات مشاوره و آموزش مبتنی بر شفقت خود و کاهش خودقضاوتی بر زنان نابارور به صورت آزمایشی صورت گیرد. از جمله محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به ابزار خود گزارشی اشاره نمود همچنین نمونه گیری شامل زنان نابارور مراجعه کننده به شهر اصفهان و مراکز ناباروری اصفهان بوده است و لازم است تعمیم نتایج به سایر جوامع با احتیاط صورت بگیرد. در این پژوهش روابط بین متغیرها به صورت مدل‌یابی بررسی شد. لذا تفسیر علی به صورت تحقیقات آزمایشی از آن ممکن نیست. پیشنهاد می‌شود که این پژوهش در گروه‌های دیگر و در جامعه مردان و در جوامع و نمونه‌های بزرگتر انجام گیرد و اثربخشی بسته‌های درمانی مبتنی بر شفقت بر زنان نابارور به صورت آزمایشی صورت گیرد.

نتیجه گیری

بنابر نتایج این پژوهش خودقضاوتی در رابطه بین سازگاری زناشویی با استرس مرتبط با ناباروری از نقش میانجی گری کامل برخوردار بود بنابراین می‌توان از بسته‌های درمانی مبتنی بر شفقت خود و کاهش خود قضاوتی در جهت کاهش استرس مرتبط با ناباروری و بهبود سازگاری زناشویی زوجین نابارور استفاده نمود.

پاسگزاری

بدین وسیله از همکاری مسئولین محترم مرکز ناباروری اصفهان همچنین تمامی زنان نابارور عزیز که ما را در انجام این مطالعه یاری نمودند، تشکر و قدردانی می‌شود.

تضاد منافع

در این مقاله هیچ گونه تضاد منافی بین نویسندگان وجود ندارد.

حس بهتری دارند و استرس مرتبط با ناباروری کمتری را تجربه می‌کنند و امید به درمان بیشتری دارند (۳۳، ۳۴).
طبق تصویر ۲ و جدول ۲ اثرات کل سازگاری زناشویی بر استرس مرتبط با ناباروری معنی دار بود. تأثیر مستقیم سازگاری زناشویی بر استرس مرتبط با ناباروری معنی دار گزارش نشد. اثرات غیر مستقیم سازگاری زناشویی بر استرس مرتبط با ناباروری معنی دار بود. به عبارت دیگر نشان می‌دهد که خود قضاوتی نقش میانجی در رابطه سازگاری زناشویی و استرس مرتبط با ناباروری نشان داده است. با توجه به این که اثر مستقیم سازگاری بر استرس در این مدل معنی دار نشده اما تأثیر غیر مستقیم آن معنی دار است، می‌توان گفت خود قضاوتی میانجی گر کامل رابطه سازگاری و استرس ناباروری است. به عبارت دیگر در صورتی عدم سازگاری زوجین می‌تواند منجر به استرس ناباروری شود که فرد قضاوت منفی نسبت به خود داشته باشد. هر چه خود قضاوتی بیشتر شود، کاهش سازگاری باعث افزایش استرس ناباروری در زنان نابارور می‌شود. بنابراین سازگاری زناشویی بیشتر می‌تواند به عنوان یک فاکتور حمایت کننده در مقابل استرس‌های ناباروری محسوب شود. حمایت زوجین از یکدیگر در حین فرآیند درمان کمک بزرگی در کاهش استرس مرتبط با ناباروری می‌کند و سبب صمیمیت زوجین و درک متقابل بیشتر در آن‌ها می‌شود. زنانی که همسرانشان آنها را در درمانهای زمان بر ناباروری همراهی می‌کنند حس بهتری دارند و استرس مرتبط با ناباروری کمتری را تجربه می‌کنند و امید به درمان بیشتری دارند. از آنجایی که با افزایش سازگاری زناشویی استرس مرتبط با ناباروری کاهش می‌یابد لذا برای کاهش استرس مرتبط با ناباروری کار کردن روی توانمندی‌های زنان نابارور و بهداشت روانی و سازگاری زناشویی آنها مناسب می‌باشد. امکانات و استعدادهایی که افراد نابارور جهت سازگاری بیشتر با مشکل ناباروری دارند باید مورد توجه قرار گیرد و حتی تهدیدها

References

- Zegers-Hochschild F, Adamson GD, de Mouzon J, Ishihara O, Mansour R, Nygren K, et al. International Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technology (ICMART) and the World Health Organization (WHO) revised glossary of ART terminology, 2009. *Fertil Steril.* 2009;92(5):1520-4. DOI: [10.1016/j.fertnstert.2009.09.009](https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2009.09.009) PMID: [19828144](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19828144/)
- Kazemijalilseh H, Ramezani Tehrani F, Behboudi-Gandevani S, Hosseinpanah F, Khalili D, Azizi F. The Prevalence and Causes of Primary Infertility in Iran: A Population-Based Study. *Glob J Health Sci.* 2015;7(6):226-32. DOI: [10.5539/gjhs.v7n6p226](https://doi.org/10.5539/gjhs.v7n6p226) PMID: [26153187](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26153187/)
- Chen TH, Chang SP, Tsai CF, Juang KD. Prevalence of depressive and anxiety disorders in an assisted reproductive technique clinic. *Hum Reprod.* 2004;19(10):2313-8. DOI: [10.1093/humrep/deh414](https://doi.org/10.1093/humrep/deh414) PMID: [15242992](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15242992/)
- Klonoff-Cohen H, Natarajan L. The concerns during assisted reproductive technologies (CART) scale and pregnancy outcomes. *Fertil Steril.* 2004;81(4):982-8. DOI: [10.1016/j.fertnstert.2003.08.050](https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2003.08.050) PMID: [15066452](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15066452/)
- Verhaak CM, Smeenk JM, Evers AW, Kremer JA, Kraaimaat FW, Braat DD. Women's emotional adjustment to IVF: a systematic review of 25 years of research. *Hum Reprod Update.* 2007;13(1):27-36. DOI: [10.1093/humupd/dml040](https://doi.org/10.1093/humupd/dml040) PMID: [16940360](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16940360/)
- Verhaak CM, Lintsen AM, Evers AW, Braat DD. Who is at risk of emotional problems and how do you know? Screening of women going for IVF treatment. *Hum Reprod.* 2010;25(5):1234-40. DOI: [10.1093/humrep/deq054](https://doi.org/10.1093/humrep/deq054) PMID: [20228392](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20228392/)
- Volgsten H, Skoog Svanberg A, Ekselius L, Lundkvist O, Sundstrom Poromaa I. Risk factors for psychiatric disorders in infertile women and men undergoing in vitro fertilization treatment. *Fertil Steril.* 2010;93(4):1088-96. DOI: [10.1016/j.fertnstert.2008.11.008](https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2008.11.008) PMID: [19118826](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19118826/)
- Pazandeh F, Sharghi N. Comparing wellbeing of fertile and infertile women referring to health centers at Shaheed Beheshti Universty of Medical Sciences and Health Services and Infertile Centers at Tehran 2002. *Fac Nurs Midwifery Q.* 2004;44:4-10.
- Mollai Nejad M, Jafarpour M, Jahanfar S, Jamshidi R. The comparison of psychological well-being and marital satisfaction in fertile and infertile women. *Fertil Steril.* 2000;5(56):2-39.

10. Mahajan NN, Turnbull DA, Davies MJ, Jindal UN, Briggs NE, Taplin JE. Changes in affect and state anxiety across an in vitro fertilization/intracytoplasmic sperm injection cycle. *Fertil Steril.* 2010;93(2):517-26. [DOI: 10.1016/j.fertnstert.2008.12.054](#) [PMID: 19243748](#)
11. Pinto-Gouveia J, Galhardo A, Cunha M, Matos M. Protective emotional regulation processes towards adjustment in infertile patients. *Hum Fertil (Camb).* 2012;15(1):27-34. [DOI: 10.3109/14647273.2011.654310](#) [PMID: 22309792](#)
12. Wischmann T, Stammer H, Scherg H, Gerhard I, Verres R. Psychosocial characteristics of infertile couples: a study by the 'Heidelberg Fertility Consultation Service'. *Hum Reprod.* 2001;16(8):1753-61. [PMID: 11473978](#)
13. Mazaheri M, Keighobadi F, Faghih Imani Z, Ghashang N, Pato M. Methods of problem solving and dyadic adjustment in infertile and fertile couples. *Fertil Steril.* 2001;3(4):23-32.
14. Ramezanzadeh F, Noorbala A, Abedinia N, Nazhizadeh M. Emotional adjustment in infertile couples. *Iranian J of Reprod Med.* 2009;7:97-103.
15. Newton CR, Sherrard W, Glavac I. The Fertility Problem Inventory: measuring perceived infertility-related stress. *Fertil Steril.* 1999;72(1):54-62. [PMID: 10428148](#)
16. Gulec G, Hassa H, Yalcin EG, Yenilmez C. The effects of infertility on sexual functions and dyadic adjustment in couples that present for infertility treatment. *Turk Psikiyatri Derg.* 2011;22(3):166-76. [PMID: 21870306](#)
17. Raes F, Pommier E, Neff KD, Van Gucht D. Construction and factorial validation of a short form of the Self-Compassion Scale. *Clin Psychol Psychother.* 2011;18(3):250-5. [DOI: 10.1002/cpp.702](#) [PMID: 21584907](#)
18. Repokari L, Punamaki RL, Unkila-Kallio L, Vilksa S, Poikkeus P, Sinkkonen J, et al. Infertility treatment and marital relationships: a 1-year prospective study among successfully treated ART couples and their controls. *Hum Reprod.* 2007;22(5):1481-91. [DOI: 10.1093/humrep/dem013](#) [PMID: 17307807](#)
19. Joneidi E, Norani S, Mokhber N, Shakeri M. Comparison of marital satisfaction in fertile and infertile women referred to public centers in Mashhad city. *Iranian J Obstet Gynecol Infertil.* 2009;12(1):7-16.
20. Neff KD. Self-Compassion, Self-Esteem, and Well-Being. *Soc Pers Psychol Compass.* 2011;5(1):1-12. [DOI: 10.1111/j.1751-9004.2010.00330.x](#)
21. Gilbert P, Irons C. A pilot exploration of the use of compassionate images in a group of self-critical people. *Memory.* 2004;12(4):507-16. [DOI: 10.1080/09658210444000115](#) [PMID: 15487546](#)
22. Galhardo A, Pinto-Gouveia J, Cunha M, Matos M. The impact of shame and self-judgment on psychopathology in infertile patients. *Hum Reprod.* 2011;26(9):2408-14. [DOI: 10.1093/humrep/der209](#) [PMID: 21727160](#)
23. Galhardo A, Cunha M, Pinto Gouveia J. Emotion regulation processes in couples with infertility, fertile couples and couples applying for adoption. *ACBS Annual World Conference 2015 Jul; Berlin, Germany2015.*
24. Neff K, Kirkpatrick K, Dejittirat K. Self-compassion. Research on a promising self-construct. *Annual Convention of the Society for Personality and Social Psychol; Austin, Texas2004.*
25. Galhardo A, Cunha M, Pinto-Gouveia J, Matos M. The mediator role of emotion regulation processes on infertility-related stress. *J Clin Psychol Med Settings.* 2013;20(4):497-507. [DOI: 10.1007/s10880-013-9370-3](#) [PMID: 23821009](#)
26. Raque-Bogdan TL, Hoffman MA. The relationship among infertility, self-compassion, and well-being for women with primary or secondary infertility. *Psychol Women Q.* 2015;39(4):484-96.
27. Gavil H, Sohrabi A, Farhadifar F. the effectiveness of compassion-focused therapy on the infertile women depression. *Int J Hum Cult Stud.* 2016:2336-49.
28. Cunha M, Galhardo A, Pinto-Gouveia J. Experiential avoidance, self-compassion, self-judgment and coping styles in infertility. *Sex Reprod Healthc.* 2016;10:41-7. [DOI: 10.1016/j.srhc.2016.04.001](#) [PMID: 27938872](#)
29. Alizadeh T, Farahani MN, Shahrarar M, Alizadegan S. The relationship between self esteem and locus of control with infertility related stress of no related infertile men and women. *J Reprod Infertil.* 2005;6(2).
30. Spanier GB. Measuring Dyadic Adjustment: New Scales for Assessing the Quality of Marriage and Similar Dyads. *J Marriage Fam.* 1976;38(1):15. [DOI: 10.2307/350547](#)
31. Peterson BD, Newton CR, Rosen KH. Examining congruence between partners' perceived infertility-related stress and its relationship to marital adjustment and depression in infertile couples. *Fam Process.* 2003;42(1):59-70. [PMID: 12698599](#)
32. Monga M, Alexandrescu B, Katz SE, Stein M, Ganiats T. Impact of infertility on quality of life, marital adjustment, and sexual function. *Urology.* 2004;63(1):126-30. [PMID: 14751363](#)
33. Berghuis JP, Stanton AL. Adjustment to a dyadic stressor: A longitudinal study of coping and depressive symptoms in infertile couples over an insemination attempt. *J Consult Clin Psychol.* 2002;70(2):433-8. [DOI: 10.1037/0022-006x.70.2.433](#)
34. Peterson BD, Newton CR, Rosen KH, Schulman RS. Coping Processes of Couples Experiencing Infertility. *Fam Relat.* 2006;55(2):227-39. [DOI: 10.1111/j.1741-3729.2006.00372.x](#)