



Role of Psychological Security in Predicting Psychological Well-Being of Infertile Women with Mediation of Religion

ARTICLE INFO

Article Type

Descriptive Study

Authors

Salehi B.*¹ MSc,
Asghari Ebrahimabad M.J.¹ PhD

How to cite this article

Salehi B, Asghari Ebrahimabad M J. Role of Psychological Security in Predicting Psychological Well-Being of Infertile Women with Mediation of Religion. *Islamic Life Style Centered on Health*. 2018;2(4):195-201.

ABSTRACT

Aims Infertility experience that is sometimes considered as infertility crisis, is accompanied by physical, economic, psychological, and social stress that affects all aspects of a person's life. Infertility is associated with a sense of bereavement of life, personality and sexual anesthesia, lack of personal control, health, and self-confidence, especially in women. The aim of this study was to investigate the role of psychological security in predicting the psychological well-being of infertile women with religious mediation.

Instruments & Methods In the present descriptive-correlational research, which was conducted in 2016, 89 infertile women referred to Novin infertility center in Mashhad were selected, using available sampling. The research instruments were Shahid's Spiritual Attitude, psychological security questionnaire, and Reef's psychological well-being scale. Statistical analysis was performed, using correlation coefficient and regression analysis by SPSS 16 software.

Findings Psychological security and religion and all of their components had a positive and significant correlation with the psychological well-being ($p < 0.05$). Analysis of mediator regression for psychological security and religion was performed by introducing psychological security in the first step and religion in the second step. In the first step, psychological security was able to predict 81% of psychological well-being. When religion entered the model as a mediator, the prediction rate reduced to 75%. Although it was a significant change, psychological security was consistently predictive of psychological well-being ($p = 0.001$).

Conclusion Psychological security and religion affect the psychological well-being of infertile women. Religion mediates between psychological security and psychological well-being, meaning that religious infertile women have higher psychological well-being.

Keywords Psychological security; Psychological well-being; Religious; Female infertility

CITATION LINKS

[1] Psychosocial aspects of infertility from ... [2] The psychological impact of infertility ... [3] Predictors of psychological distress in patients ... [4] Gender and infertility: A relational approach ... [5] Psychological aspects of ... [6] An explanation of depression ... [7] Study of stress factors, coping strategies ... [8] Is fertility-problem stress ... [9] Positive psychology, an ... [10] Will money increase ... [11] Subjective well-being: Three decades of ... [12] Two conceptions of happiness: Contrasts of personal ... [13] The comparison of psychological ... [14] Developmental ... [15] Four language, glossary ... [16] Healthy personality ... [17] The psychology of ... [18] Sociological study of affecting factors ... [19] Modeling the relationship of ... [20] Spirituality and psychological adaptation among ... [21] Incorporating spirituality in counseling and ... [22] Effectiveness of cognitive therapy ... [23] World happiness report ... [24] A psychological examination of the interface ... [25] Religion and life satisfaction ... [26] Spirituality and health: What's the evidence ... [27] Problem solving strategies and marital ... [28] A comparative study of fertile and infertile ... [29] Gender differences in coping with ... [30] Psychological ... [31] Validated measure of Ryff psychological ... [32] Factor structure and psychometric ... [33] Examining the factor structure of the keyes' comprehensive ... [34] Examine the relationship between ... [35] Construction and validation of ... [36] The moderator-mediator variable ... [37] The psychology of religion: An empirical ... [38] Religious orientation and mental ... [39] Relationship between the mental ... [40] The study of the effectiveness of ... [41] Relationship between anxiety and ... [42] Psychosocial aspects of in vitro ... [43] Survey of psychological health ... [44] Psychosocial experiences in women ... [45] Psychopathology, personality, and ... [46] Societal security proceeding ... [47] Mental ... [48] Sense of coherence ... [49] Religiousness and depression ... [50] Know thyself and become what you ... [51] Blessed assurance: The ...

¹Psychology Department, Education & Psychology Faculty, Ferdowsi University of Mashhad, Mashhad, Iran

*Correspondence

Address: Ferdowsi University of Mashhad, Azadi Square, Mashhad, Iran. Postal Code: 9177948974
Phone: +98 (51) 35142593
Fax: +98 (51) 32001312
bsalehi062@gmail.com

Article History

Received: April 13, 2018
Accepted: July 17, 2018
ePublished: December 20, 2018

نقش امنیت روانی در پیش‌بینی بهزیستی روان‌شناختی زنان نابارور با میانجی‌گری مذهب

بن صالحی* MSc

گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران

محمدجواد اصغری ابراهیم‌آباد PhD

گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران

چکیده

اهداف: تجربه ناباروری که برخی آن را بحران ناباروری نام نهاده‌اند، با استرس‌های فیزیکی، اقتصادی، روان‌شناختی و اجتماعی همراه است که تمام جنبه‌های زندگی فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهد. ناباروری با احساس فقدان در زندگی، بی‌هویتی شخصیتی و جنسی، فقدان کنترل شخصی، سلامت و اعتمادبه‌نفس، خصوصاً در زنان همراه است. هدف این پژوهش، بررسی نقش امنیت روانی در پیش‌بینی بهزیستی روان‌شناختی زنان نابارور با میانجی‌گری مذهب بود.

ابزار و روش‌ها: در این پژوهش توصیفی از نوع همبستگی در سال ۱۳۹۵، تعداد ۸۹ زن نابارور مراجعه‌کننده به مرکز ناباروری نوین مشهد با استفاده از نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. ابزار گردآوری داده‌ها شامل نگرش‌سنج معنوی شهیدی، پرسش‌نامه امنیت روانی و مقیاس بهزیستی روان‌شناختی ریف بود. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماري SPSS 16 و توسط ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون گام‌به‌گام مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها: متغیرهای امنیت روانی و مذهب و تمام مولفه‌های آنها با متغیر بهزیستی روان‌شناختی همبستگی مثبت و معنی‌دار داشتند ($p < 0.05$). تحلیل رگرسیون میانجی برای متغیر امنیت روانی و مذهب، با وارد کردن امنیت روانی در گام اول و متغیر مذهب در گام دوم صورت گرفت. در گام اول امنیت روانی قادر به پیش‌بینی ۸۱٪ بهزیستی روان‌شناختی بود. هنگامی که مذهب به‌عنوان میانجی وارد مدل شد، درصد پیش‌بینی به ۷۵٪ کاهش یافت. هر چند که این تغییر یک تغییر معنی‌دار بود، ولی امنیت روانی به‌طور پیوسته پیش‌بینی‌کننده بهزیستی روان‌شناختی بود ($p = 0.001$).

نتیجه‌گیری: امنیت روانی و مذهب می‌توانند در بهزیستی روان‌شناختی زنان نابارور تأثیرگذار باشند. مذهب بین امنیت روانی و بهزیستی روان‌شناختی را میانجی‌گری می‌کند، بدین معنی که زنان نابارور مذهبی از بهزیستی روان‌شناختی بالاتری برخوردار هستند.

کلیدواژه‌ها: امنیت روانی، بهزیستی روان‌شناختی، مذهب، زنان نابارور

تاریخ دریافت: ۱۳۹۷/۰۱/۲۴

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۷/۰۴/۲۶

*نویسنده مسئول: bsalehi062@gmail.com

مقدمه

ناباروری براساس تعریف سازمان بهداشت جهانی، ناتوانی در بارداری پس از یک سال نزدیکی طبیعی، پیاپی و بدون پیشگیری است [1]. ناباروری استرس مزمنی است که می‌تواند مشکلات روان‌شناختی بسیاری را برای زوجین ایجاد کند؛ تا آنجایی که دوماً و همکاران، معتقدند ناباروری از نظر ایجاد طیف وسیعی از نشانه‌های روان‌شناختی باید در ردیف سایر بیماری‌های مهم جسمانی همچون سرطان، بیماری‌های قلبی و غیره قرار گیرد [2]. هنگامی که آرزوی فرزنددار شدن با شکست مواجه می‌شود، افراد با ابهام دوسویه‌ای مواجه می‌شوند، به لحاظ روان‌شناختی تمایل برای فرزنددار شدن وجود دارد، اما چنین میلی به‌طور جسمانی امکان‌پذیر نیست. این ابهام استرس زیادی را به افراد تحمیل می‌کند [3]. تجربه ناباروری که برخی آن را بحران ناباروری نام نهاده‌اند، با استرس‌های فیزیکی، اقتصادی، روان‌شناختی و اجتماعی همراه است که تمامی

جنبه‌های زندگی فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهد [4, 5]. هر قدر مدت زمان درمان نازایی طولانی‌تر و تجارب ناموفق درمانی بیشتر شود تنش و آسیب‌های روان‌شناختی نیز افزایش می‌یابد [6]. این وضع می‌تواند به‌عنوان فشار و ضربه عاطفی بر مهارت‌های ارتباطی و شغلی همسران تأثیر گذارد [7]. این فشارها در آنان ناامیدی، احساس گناه، افسردگی و کاهش اعتمادبه‌نفس پدید می‌آورد و آنها را مستعد بیماری‌های روان‌شناختی می‌سازد [8].

یکی از مواردی که می‌تواند تحت تأثیر نازایی و ناباروری قرار گیرد بهزیستی روان‌شناختی است. مفهوم بهزیستی روان‌شناختی به‌عنوان واژه سلامت ذهنی عمومی در تحقیقات روان‌شناسی به کار می‌رود [9, 10]. در واقع، بهزیستی روانی یا رضایت از زندگی، بزرگ‌ترین آرزو و مهم‌ترین هدف زندگی بشر بوده که بیش از هر عامل دیگری بهداشت روانی افراد را تحت تأثیر قرار می‌دهد [11]. به‌طور کلی بهزیستی روان‌شناختی درگیری با چالش‌های هستی‌شناختی و تلاش برای رشد شخصی تعریف شده است [12]. طبق یافته‌های پژوهش *حاتملوی سعدآبادی و هاشمی نصرت‌آباد*، بررسی مولفه‌های بهزیستی روان‌شناختی در دو گروه زنان بارور و نابارور نشان می‌دهد که زنان بارور در مولفه‌های پذیرش خود، ارتباط مثبت با دیگران، احساس تسلط بر محیط، رشد شخصی و نمره کل بهزیستی روان‌شناختی در سطحی بالاتر از زنان نابارور بوده‌اند. همچنین با توجه به یافته‌های پژوهش مبنی بر پایین بودن احساس تسلط بر محیط و رشد شخصی در افراد نابارور چنین به نظر می‌رسد که فشارهای ناشی از ناباروری به‌گونه‌ای است که می‌تواند انرژی و وقت زنان نابارور را به خود اختصاص داده و به محدود شدن علایق، تلاش‌ها و فرصت برای رشد بیانجامد [13]. از طرفی، این مساله می‌تواند کیفیت زندگی و سلامت جسمی و روانی، نگرش فرد نسبت به محیط فیزیکی و اجتماعی و افرادی که با وی مرتبط هستند را تحت تأثیر قرار داده و به کاهش علایق و غرایز بیانجامد و به دنبال آن موجب فقدان انگیزش و ناتوانی در انجام کار شده و توانایی‌های فرد در زمینه اجتماعی و حرفه‌ای تنزل یابد. در واقع، برای زن سالم از نظر روان‌شناختی، حاملگی غالباً وسیله‌ای برای خودشکوفایی است [5]. لذا، زنانی که فاقد قدرت باروری هستند، احساس ناتوانی، بی‌ارزشی و عدم کفایت می‌کنند و چون خود را به‌علت ناباروری ناقص می‌دانند، در نتیجه تصور نامطلوبی از وضعیت جسمانی خود داشته و سطح پذیرش خود در آنان به‌طور معنی‌داری پایین است [13].

یکی از عواملی که می‌تواند بر بهزیستی روان‌شناختی افراد تأثیر بگذارد امنیت روانی است. امنیت، احساس ارزش شخصی، اطمینان خاطر، اعتمادبه‌نفس و پذیرش از طرف گروه است [14]. ناایمنی نیز احساس بی‌یاری و یابوری، بیچارگی، عدم محافظت و ناشایستگی در مقابل اضطراب‌های گوناگون تعریف شده است [15]. حاصل ارضای نیازهای ایمنی، احساس آسودگی و تمدد اعصاب است [16]. امنیت هم احساس و هم واقعیت است و بر پایه احتمالات و ریسک‌های متفاوت، اقدامات متقابلی دارد که درجات آن در افراد مختلف متفاوت است [17]. وجود امنیت در بین گروه اجتماعی زنان از بعد روان‌شناختی، احساس اعتماد، آرامش و رهایی از اضطراب و ترس در رابطه با برآورده شدن نیازهای خود در حال و آینده است [18]. نتایج پژوهش *ریدلان و همکاران* نشان داد که معنویت در کار نه‌تنها می‌تواند بر امنیت روانی تأثیر بگذارد، بلکه در عین حال می‌تواند بستری را فراهم آورد که طی آن تأثیر توانمندسازی روان‌شناختی بر امنیت روانی پرستاران افزایش

است، بنابراین این پژوهش با هدف بررسی نقش امنیت روانی بر بهزیستی روان‌شناختی زنان نابارور با میانجی‌گری مذهب انجام شد.

ابزار و روش‌ها

این تحقیق توصیفی از نوع همبستگی در سال ۱۳۹۵ در بین زنان ناباروری که برای درمان به مرکز ناباروری نوبین مشهد مراجعه کرده بودند، انجام شد. از بین این زنان ۸۹ نفر به صورت نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. افراد نمونه در دامنه سنی ۴۰-۲۰ سال قرار داشتند که حداقل مدت یک سال از طول مدت ناباروری آنها گذشته بود.

ابزار جمع‌آوری اطلاعات شامل موارد ذیل بود:

۱- پرسش‌نامه امنیت روانی: این پرسش‌نامه توسط زارع و امین‌پور تهیه شده است، ۶۲ گویه دارد و هدف آن سنجش ۱۵ بعد امنیت روانی شامل ناسازگاری محیطی، پارانویا، اعتقاد به خود، اشتیاق به زندگی، افسردگی، احساس سعادت‌مندی، امنیت اجتماعی، خودآگاهی، اعتماد به نفس، احساس عصبانیت، یاس و ناامیدی، علاقه به زندگی، سازگاری با دیگران، احساس سلامت و احساس حقارت است. گزینه‌ها به صورت "بله" و "خیر" هستند. هر سؤالی که مطابق کلید پاسخ‌نامه باشد یک نمره می‌گیرد. روایی پرسش‌نامه با استفاده از نظرات اساتید راهنما و مشاور، خوب ارزیابی و تایید شده است. پایایی آن با استفاده از آزمون آلفای کرونباخ $0/78$ محاسبه شد^[30].

۲- مقیاس بهزیستی روان‌شناختی: این مقیاس در سال ۱۹۸۰ توسط ریچارد ترافلی طراحی شده و در سال ۲۰۰۲ مورد تجدید نظر قرار گرفته است. فرم اصلی از ۱۲۰ سؤال تشکیل شده، ولی در مطالعات بعدی فرم‌های کوتاه‌تر ۸۴ سؤالی، ۵۴ سؤالی و ۱۸ سؤالی نیز تهیه شده است. در این پژوهش از فرم ۱۸ سؤالی استفاده شد. این نسخه، مشتمل بر ۶ عامل استقلال، تسلط بر محیط، رشد شخصی، ارتباط مثبت با دیگران، هدفمندی در زندگی و پذیرش خود است. مجموع نمرات این ۶ عامل به عنوان نمره کلی بهزیستی روان‌شناختی محاسبه می‌شود. این آزمون نوعی ابزار خودسنجی است که در یک پیوستار شش‌درجه‌ای از "کاملاً موافقم" تا "کاملاً مخالفم" (از نمره یک تا ۶) پاسخ داده می‌شود. حداقل و حداکثر نمره آزمودنی در مقیاس بهزیستی روان‌شناختی به ترتیب ۱۸ و ۱۰۸ خواهد بود که نمره بالاتر، نشان‌دهنده بهزیستی روان‌شناختی بیشتر است. از بین کل سؤالات، ۱۰ سؤال به صورت مستقیم و ۸ سؤال (۱، ۳، ۴، ۵، ۹، ۱۰، ۱۳ و ۱۷) به شکل معکوس نمره‌گذاری می‌شود^[31]. همسانی درونی مقیاس برای کل مقیاس $0/71$ به دست آمده است^[32]. همچنین همبستگی منفی این مقیاس با افسردگی، استرس و اضطراب نیز تاییدکننده روایی این مقیاس است که این یافته نیز همسو با دیگر نتایج است. با کنار هم قراردادن نتایج پژوهش‌های مختلف، می‌توان نتیجه گرفت که فرم ۱۸ سؤالی بهزیستی روان‌شناختی از روایی و همسانی درونی بالایی برخوردار است^[33].

۳- سنجش نگرش معنوی: این نگرش‌سنج توسط شهیدی تهیه شده که شامل ۴۳ گویه و دو مولفه نگرش معنوی و توانایی معنوی است. مولفه اول دارای ۲۴ سؤال و دربرگیرنده بعد شناختی نگرش معنوی (شامل ایمان به خدا و درک حضور او، درک معنا و هدف زندگی، اعتماد به خدا، امید، توجه به خود و خدا، و باور به درستی اعمال مذهبی) و بعد عاطفی نگرش معنوی (شامل

یابد^[19].

علاوه بر داشتن احساس امنیت، مذهب نیز به عنوان یک مولفه می‌تواند بهزیستی روان‌شناختی را تحت تاثیر قرار دهد. مذهب با هدف قراردادن باورهای فرد، به فرد کمک می‌کند تا وقایع منفی را به شیوه‌ای جدید ارزیابی نموده و حس قوی‌تری از کنترل بر واقعه داشته باشد. همچنین باعث می‌شود آستانه توانایی و شکیبایی شخص افزایش یافته و به لحاظ شناختی سبب افزایش انطباق و قابلیت سازگاری در افراد می‌شود^[20]. در واقع مذهب حس فرد از هویت و ارزش خود در رابطه با خداوند و جایگاه او در جهان هستی است^[21]. این تعریف پایه مذهب است که به بیماران کمک می‌کند تا به رغم بیماری، سوگ یا ناامیدی، بر ازدست‌رفته‌ها تمرکز نکنند، بلکه در جستجوی معنا باشند. معنی‌داری، هدفمندی و امیدواری در زندگی از اجزای تحکیم‌بخش سلامت روان هستند. پس چنانچه زندگی هدفمند و معنی‌دار باشد طبیعی است که هر رخدادی هر چند توان‌فرسا در این مسیر معنا یابد. احساس تعلق‌داشتن به منجی‌والا، امیدواری به کمک و یاری خداوند در شرایط مشکل‌زای زندگی، برخورداری از حمایت‌های اجتماعی، حمایت روحانی و غیره همگی از جمله منابعی هستند که افراد مذهبی با برخورداری از آنها می‌توانند در مواجهه با حوادث، فشار کمتری را تحمل کنند و در نتیجه امنیت روانی بالاتری داشته باشند^[22]. هلیول و همکاران اعتقاد دارند دین و باورهای مذهبی کارکرد محافظتی و سپرگونه داشته، می‌توانند از فرد در برابر تنش و اضطراب ناشی از رویدادهای ناخوشایند زندگی محافظت کنند^[23]. در حقیقت، ایمان مانند نیرویی ماورایی و قدرتمند می‌تواند به انسان راهبردهای مقابله‌ای اعطا کند و او را در گذر موفقیت‌آمیز از ورطه‌ها و بزنگاه‌های زندگی یاری رساند. علاوه بر این، دین با فراهم آوردن حس هویت، شبکه اجتماعی حمایتگر و یک چارچوب منسجم برای پاسخگویی به سؤالات وجودی، می‌تواند به انسان برای مقابله با اثرات منفی حوادث ناخوشایند، محیط‌های جدید و چالش‌ها و درمان بیماری‌های مزمن و سخت یاری رساند^[24, 25]. تورسن و هریس، در پژوهش خود اظهار داشته‌اند که عقاید و باورهای مذهبی بر سلامت جسمی و روانی بزرگسالان اثر مثبتی دارد. به طور کلی تحقیقات بیانگر ارتباط مثبت بین مذهب و سلامت روان است^[26].

بسیاری از زنان، مادرشدن را به عنوان بخش مهمی از هویت زنانه خود تلقی می‌کنند. در مطالعات انجام‌شده در این زمینه، مشکلات روان‌شناختی ناشی از ناباروری در زنان بیش از مردان مورد تاکید قرار گرفته است^[13]. این امر می‌تواند دلایل مختلفی داشته باشد؛ از جمله این که معمولاً زنان در تعریف هویت خود و معنای زندگی، جایی را به عنوان مادرشدن در نظر می‌گیرند و حتی اغلب آمادگی دارند تا موقعیت‌های ممتاز و موفقیت‌های خود را فدای فرزندپروری کنند^[27]. علاوه بر این، زنان مسئولیت بیشتری را برای ناباروری، متوجه خود می‌دانند و شوهران نیز زنان را مسئول ناباروری می‌پندارند. حتی زمانی که شوهر خود عامل ناباروری است، باز این زنان هستند که مورد سرزنش واقع می‌شوند^[28]. لذا درد و رنج زنان در مقابله با ناباروری بسیار شدیدتر و عمیق‌تر از مردان خواهد بود^[27]. بنابراین می‌توان انتظار داشت که زنان نابارور با مشکلات روانی و اجتماعی مختلفی درگیر باشند^[29].

با توجه به این که ناباروری برای زوجین و خانواده و اجتماع مشکلات زیادی را به وجود می‌آورد و ابعاد خانوادگی، اجتماعی، فرهنگی و از طرفی جنبه‌های روان‌شناختی موضوع بسیار گسترده

متغیرهای امنیت روانی و مذهب با متغیر بهزیستی روان‌شناختی همبستگی مثبت و معنی‌دار داشتند ($p < 0/05$; جدول ۲). بهزیستی روان‌شناختی با تمام مولفه‌های امنیت روانی همبستگی مثبت و معنی‌دار داشت که بیشترین همبستگی با مولفه‌های علاقه به زندگی و احساس سلامت بود ($p < 0/05$). همچنین با مولفه‌های مذهب شامل توانایی معنوی و نگرش معنوی نیز همبستگی مثبت و معنی‌داری نشان داد ($p < 0/05$; جدول ۳).

جدول ۱) توزیع فراوانی مطلق و نسبی اطلاعات جمعیت‌شناختی زنان نابارور (۸۹ نفر)

متغیرها	تعداد	درصد
گروه سنی (سال)		
۱۷-۱۹	۴	۴/۵
۲۰-۲۹	۵۴	۶۰/۷
۳۰-۴۰	۳۱	۳۴/۸
سطح تحصیلات		
زیر دیپلم	۴	۴/۵
دیپلم	۵۴	۶۰/۷
فوق دیپلم	۶	۶/۷
لیسانس	۲۲	۲۴/۷
فوق لیسانس	۲	۲/۲
دکتری	۱	۱/۱
وضعیت شغلی		
شاغل	۱۹	۲۱/۳
غیرشاغل	۷۰	۷۸/۷

جدول ۲) میانگین آماری نمرات و ضرایب همبستگی بین متغیرهای پژوهش

متغیرها	نمرات		
۲	۱	۱	
۱- امنیت روانی	۳۸/۳۳±۱۱/۸۹	۰/۸۱	۱
۲- بهزیستی روان‌شناختی	۷۷/۳۲±۱۰/۰۹	۰/۴۱	۰/۴۵
۳- مذهب	۱۲۰/۰۰±۱۴/۳۱		

احساس آرامش، ارتباط مثبت با خدا، درک محبت و توجه خدا) است. مولفه دوم نیز دارای ۱۹ سؤال است و بعد رفتاری نگرش که شامل رابطه خوب با دیگران، گذشت و بخشش، تلاش برای کمال و رسیدن به تعالی، توکل به خدا، خدمت به دیگران، مسئولیت‌پذیری و اعتماد به خود می‌شود، را در بر می‌گیرد. برای هر یک از سؤالات پرسش‌نامه، ۵ گزینه از «کاملاً موافقم» تا «کاملاً مخالفم» در نظر گرفته شده است. نمره‌گذاری به صورت ۴ برای «کاملاً موافقم» و صفر برای «کاملاً مخالفم» است، سؤالات ۵، ۱۰، ۱۵، ۲۰ و ۲۵ به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. روایی صوری و محتوایی سؤالات از طریق نظرخواهی از ۱۹ نفر از استادان متخصص مورد بررسی قرار گرفت و پایایی آن نیز ۰/۷۱ محاسبه شد. همسانی درونی پرسش‌نامه از طریق محاسبه آلفای کرونباخ، ۰/۹۱ به دست آمده است [35].

پس از اخذ معرفی‌نامه از سوی دانشگاه فردوسی مشهد و با مراجعه به مرکز ناباروری نوین مشهد، ابتدا هدف پژوهش برای آزمودنی‌ها توضیح داده شد و سپس پرسش‌نامه‌ها بین آنان توزیع شد. به منظور رعایت ملاحظات اخلاقی ضمن توضیح اهداف پژوهش به زنان نابارور، رضایت آگاهانه از آنها گرفته شد. همچنین محرمانه ماندن پرسش‌نامه‌ها اعلام شد. سپس پرسش‌نامه‌ها بدون ذکر نام و با استفاده از کد تحلیل شدند.

داده‌ها پس از جمع‌آوری، با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS 16 و توسط ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون گام‌به‌گام مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. الگوی میانجی پژوهش بر پایه مدل بارون و کنی آزمون شد [36].

یافته‌ها

بیشتر آزمودنی‌ها در گروه سنی ۲۰-۲۹ سال قرار داشتند و تحصیلات اکثریت آنان دیپلم بود. همچنین تعداد غیرشاغلین از شاغلین بیشتر بود (جدول ۱).

جدول ۳) میانگین نمرات و ماتریس همبستگی بین مولفه‌های امنیت روانی و مذهب با بهزیستی روان‌شناختی

مولفه‌ها	نمرات									
	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰
۱- ناسازگاری محیطی	۲/۸۲±۱/۵۲									
۲- پارانوئا	۰/۵	۳/۶۶±۱/۳۵								
۳- اعتقاد به خود	۰/۱۴	۰/۳۷	۳/۲۸±۱/۵۴							
۴- اشتیاق به زندگی	۰/۱	-۰/۰۴	۱۴/۵۹±۲/۱۲	۰/۱۶						
۵- افسردگی	۰/۳۱	۰/۳۵	۱/۸۹±۰/۹۶	۰/۲۱	۰/۱					
۶- احساس سعادتمندی	۰/۰۲۵	-۰/۰۱۲	۱۵/۶۴±۲/۷۱	۰/۲۶	۰/۳۶	۰/۱				
۷- امنیت اجتماعی	۰/۵۳	۰/۵۹	۳/۰۸±۱/۰۱	۰/۴	۰/۱۷	۰/۰۶۹	۱			
۸- خودآگاهی	۰/۲۳	۰/۱۷	۷/۴۸±۱/۷۵	۰/۴۸	۰/۲۱	۰/۲۹	۰/۴۰	۰/۲۲	۱	
۹- اعتماد به نفس	۰/۳۱	۰/۴۰	۱/۸۷±۱/۰۰	۰/۴۲	۰/۱۵	۰/۲۹	۰/۱۱	۰/۳۳	۰/۳۸	۱
۱۰- احساس عصبانیت	۰/۳۹	۰/۵۲	۱/۳۲±۱/۱۰	۰/۲۵	۰/۱۷	۰/۴۹	-۰/۰۲۵	۰/۳۶	۰/۷۰	۰/۳۷
۱۱- یاس و ناامیدی	۰/۳۱	۰/۵۲	۲/۲۳±۱/۸۶	۰/۴۵	۰/۳۹	۰/۴۵	۰/۲۰	۰/۴۹	۰/۲۰	۰/۳۸
۱۲- علاقه به زندگی	۰/۴۸	۰/۵۶	۲/۵۲±۱/۲۵	۰/۴۸	۰/۳۹	۰/۴۰	۰/۷۳	۰/۵۴	۰/۱۲	۰/۴۴
۱۳- سازگاری با دیگران	۰/۵۰	۰/۴۲	۲/۲۴±۱/۶۹	۰/۴۲	۰/۳۰	۰/۴۵	۰/۱۹	۰/۴۷	۰/۴۲	۰/۴۲
۱۴- احساس سلامت	۰/۴۰	۰/۵۱	۲/۰۲±۱/۲۰	۰/۴۳	۰/۲۶	۰/۴۶	۰/۱۳	۰/۴۳	۰/۲۳	۰/۵۵
۱۵- احساس حقارت	۰/۵۱	۰/۴۶	۲/۳۲±۱/۲۲	۰/۴۶	۰/۲۹	۰/۹۵	۰/۱۶	۰/۸۴	۰/۱۸	۰/۵۸
۱۶- نگرش معنوی	۰/۱۵	۰/۲۳	۷۲/۵۸±۱/۴۹	۰/۲۳	۰/۶۲	-۰/۰۲	۰/۶۹	۰/۱۹	۰/۱۸	۰/۲۶
۱۷- توانایی معنوی	۰/۳۰	۰/۳۶	۴۹/۴۰±۱/۸۶	۰/۳۶	۰/۴۹	۰/۰۱	۰/۷۰	۰/۲۷	۰/۵۸	۰/۲۵
۱۸- بهزیستی روان‌شناختی	۰/۵۱	۰/۶۰	۷۷/۳۲±۱۰/۰۹	۰/۵۵	۰/۲۱	۰/۴۴	۰/۲۲	۰/۵۹	۰/۲۸	۰/۵۳

وارد مدل شد، درصد پیش‌بینی به ۷۵٪ کاهش یافت. هر چند که این تغییر یک تغییر معنی‌دار بود، ولی امنیت روانی به‌طور پیوسته پیش‌بینی‌کننده بهزیستی روان‌شناختی بود ($P = 0/001$). بنابراین مذهب توانست به‌طور جزئی میانجی رابطه بین امنیت

تحلیل رگرسیون میانجی برای متغیر امنیت روانی و مذهب، با واردکردن امنیت روانی در گام اول و متغیر مذهب در گام دوم صورت گرفت. در گام اول امنیت روانی قادر به پیش‌بینی ۸۱٪ بهزیستی روان‌شناختی بود. هنگامی که مذهب به‌عنوان میانجی

نقش امنیت روانی در پیش‌بینی بهزیستی روان‌شناختی زنان نابارور با میانجی‌گری مذهب ۱۹۹
 رخداد‌های ناگوار به آنها کمک زیادی می‌کند که این امر باعث افزایش عزت نفس، آرامش، بی‌نیازی از خلق و تقویت صبر می‌شود. مذهب و معنویت می‌توانند ابزار کنارآمدن، منابع قدرت، شفابخشی و امید را فراهم سازند و به افراد کمک کنند تجربه بیماری خود را ادراک کنند.

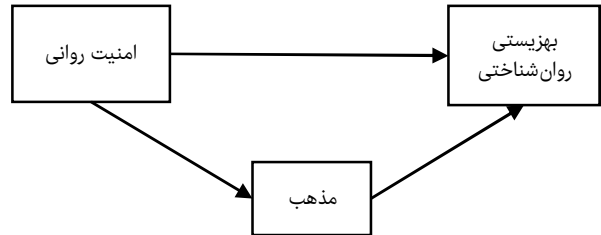
یکی از مولفه‌های کلیدی بهزیستی، داشتن نگرش مثبت در مورد خود است، البته نه به معنی خودشیفتگی یا عزت نفس خیلی بالا و غیرمعمول، بلکه به معنی احترام به نفسی که براساس آگاهی از نقاط قوت و ضعف خود باشد. به طوری که *جانگ* و *رنز* تاکید داشتند که آگاهی از کاستی‌های خود و نیز پذیرش اشتباهات خویش، یکی از مشخصه‌های بسیار مهم داشتن شخصیتی کامل و تکامل‌یافته است^[40]. چنانچه فرد از مسایل ظاهری خود عبور کند و جنبه‌های روحی و غیرجسمانی خود را شناسایی نماید می‌تواند به ارزش‌های عمیق خود پی ببرد و بدین سبب انتظار می‌رود که بتواند سطح خودپذیری را ارتقا دهد. مذهب می‌تواند آرامش روانی خاصی به زنان نابارور بدهد؛ به‌گونه‌ای که وجود نگرش منفی نسبت به خود را در آنها کاهش داده و توکل بر خدا و قبول واقعیت‌ها را به‌عنوان بهترین سرنوشت جایگزین افکار منفی کنند.

امنیت و مذهب با هدفمند نمودن زندگی، انسان را از احساس پوچی نجات می‌دهند و باعث رشد شخصی فرد می‌شوند. رشد شخصی به معنی توان شکوفاساختن کلیه نیروها و استعداد‌های خود است. پرورش دادن و به‌دست آوردن توانایی‌های جدید مستلزم روبه‌رو شدن با شرایط سخت و مشکلات است، زیرا روبه‌رویی با این شرایط باعث می‌شود فرد نیروهای درونی خویش را بجوید و نیز توانایی‌های جدید به دست آورد. خودشکوفایی انسان‌ها طی چالش‌ها و شرایط نامطلوب، بیانگر توانایی روانی انسان در کنارآمدن با مشکلات، تحمل بسیاری از مصیبت‌ها و برگشت به حالت طبیعی پس از پشت‌سر گذاشتن آن و پیشرفت پس از گذر از موانع است.

یکی دیگر از کلیدهای رسیدن به بهزیستی، تحت کنترل داشتن جهان پیرامون است. تسلط بر محیط عبارت است از احساس کفایت‌کردن و قدرت اداره یک محیط پیچیده، انتخاب یا ایجاد زمینه‌های شخصی مناسب و در نتیجه مسئولیت‌های روزمره را به‌خوبی انجام دادن، و این کار در گرو این است که فرد محیطش را مطابق با خصوصیات و نیازهای فردی خود شکل دهد و بتواند آن را به همان شکل نگه دارد. چنین تسلط و احاطه‌ای تنها با تلاش‌ها و عملکرد خود فرد، و در متن کار، خانواده و زندگی اجتماعی او به دست می‌آید. این جنبه از بهزیستی بر این نکته تاکید دارد که برای ایجاد و حفظ محیط کاری و خانوادگی مطلوب هر شخصی، همواره به نیروی خلاقه او احتیاج است. انتظار می‌رود که فرد مذهبی تسلط بالایی بر رویدادهای محیط داشته باشد و این احساس درماندگی و مقهوربودن را خنثی می‌سازد. افراد مذهبی با امنیت روانی بالا را می‌توان منسجم توصیف کرد یعنی شخص اطمینان دارد که منابعی برای مقابله با مقتضیات وقایع در اختیار دارد. چنین وقایعی از نظر شخص معنی‌دار بوده و ارزش کار و تلاش دارد^[48]. احساس انسجام سبب می‌شود که فرد احساس کند زندگی قابل درک، معنی‌دار و قابل کنترل است.

استقلال در بهزیستی روانی به این معنی است که فرد بتواند براساس معیارها و عقاید خویش عمل و زندگی کند، حتی اگر برخلاف عقاید و رسوم پذیرفته‌شده در جامعه باشد. فردی که امنیت روانی بالایی دارد و در عین حال مذهبی است فلسفه مستقلی دارد و لذا حس استقلال فکری و عملی نیز در او زنده است. همان‌گونه

روانی و بهزیستی روان‌شناختی باشد (نمودار ۱).



نمودار ۱) مدل مفهومی تاییدشده پژوهش (رابطه امنیت روانی با بهزیستی روان‌شناختی با میانجی‌گری مذهب)

بحث

پژوهش حاضر با هدف بررسی نقش امنیت روانی در پیش‌بینی بهزیستی روان‌شناختی زنان نابارور با میانجی‌گری مذهب طراحی و اجرا شد. نتایج آشکار ساخت که مذهب بین امنیت روانی و بهزیستی روان‌شناختی را میانجی‌گری می‌کند، بدین معنی که زنان نابارور مذهبی از بهزیستی روان‌شناختی بالاتری برخوردار بودند. یافته‌های پژوهش حاضر همسو با تحقیقات دیگر در این زمینه است. اسپیلکا و همکاران در مطالعه‌ای نشان دادند بین سلامت روانی و جهت‌گیری مذهبی درونی رابطه معنی‌دار وجود دارد^[37]. نتایج تحقیقات پارک و کوهن نشان داد که مذهب تاثیر مثبت بر سلامت روان افراد واجد جهت‌گیری درونی دارد^[38]. براساس یافته‌های به‌دست‌آمده از پژوهش *نوبی‌نژاد*، بین مذهبی‌بودن و سلامت روانی عمومی همبستگی بالایی وجود دارد^[39]. در مطالعات دیگری نشان داده شد افراد دارای گرایش مذهبی بالا، خشونتی بیشتری از زندگی دارند، پذیرش بیشتری دارند و در مواجهه با رویدادهای رنج‌زای زندگی پیامدهای روانی- اجتماعی منفی کمتری را نشان می‌دهند^[40].

ناباروری در واقع یک بحران پیچیده زندگی است که از لحاظ روان‌شناختی تهدیدکننده و تنش‌زاست. شاید به همین دلیل است که بسیاری از مولفان پیامدهای روان‌شناختی، ناباروری را به سوگ عمومی تشبیه کرده‌اند^[41، 42]. نتایج پژوهش‌های *سوتر* و همکاران^[43]، *اودنس* و همکاران^[44] و *سالواتوره* و همکاران^[45] نشان می‌دهد که زنان نابارور در مقایسه با زنان بارور، سلامت و بهزیستی روان‌شناختی پایین‌تری دارند. در واقع تجربه ناباروری، پریشانی هیجانی عمیق و شدیدی را بر فرد تحمیل می‌کند که این شرایط منشا مداوم استرس‌های روان‌شناختی و اجتماعی و به‌طور کلی عدم امنیت روانی است. امنیت از نیازها و انگیزه‌های اساسی انسان به شمار می‌رود، به طوری که با زوال آن آرامش خاطر انسان از بین می‌رود و تشویش، اضطراب و ناآرامی جای آن را می‌گیرد. مرتفع‌شدن بسیاری از نیازهای آدمی در گرو تامین امنیت است^[46].

امنیت روانی یکی از مفاهیم مهم در سلامت روان و بهداشت روان انسان‌ها است^[47]. فردی که احساس امنیت روانی دارد، یعنی اعتمادبه‌نفس، احساس سلامت، احساس سعادت‌مندی و خودآگاهی دارد، این فرد به کمک مذهب می‌تواند احساس حقارت، یاس و ناامیدی و افسردگی را از بین ببرد و به بهزیستی روانی دست پیدا کند. در تبیین این مساله می‌توان گفت اعتقاد به این که خدایی هست که ناظر بر امور است و در همه حال انسان را یاری می‌نماید، اضطراب و نگرانی را کاهش می‌دهد. اغلب، افراد مومن ارتباط با خدا را مانند ارتباط با یک دوست صمیمی می‌دانند و باور دارند که اتکا و توکل به خدا به‌عنوان یک شیوه مقابله موثر در روبرویی با

منابع

- 1- Karami Noori R, Akhundi MM, Behjati Ardakani Z. Psychosocial aspects of infertility from viewpoint of infertility treating physicians. J Reprod Infertil. 2001;2(3):13-26. [Persian]
- 2- Domar AD, Zuttermeister PC, Friedman R. The psychological impact of infertility: A comparison with patients with other medical conditions. J Psychosom Obstet Gynaecol. 1993;14 Suppl:45-52.
- 3- Van Den Broeck U, D'Hooghe T, Enzlin P, Demyttenaere K. Predictors of psychological distress in patients starting IVF treatment: Infertility-specific versus general psychological characteristics. Hum Reprod. 2010;25(6):1471-80.
- 4- Gibson DM, Myers JE. Gender and infertility: A relational approach to counseling women. J Couns Dev. 2000;78(4):400-10.
- 5- Rojoe M, Zamani R. Psychological aspects of infertility. Psychol Res. 1997;(8):72-88. [Persian]
- 6- Carreño Meléndez J, Morales Carmona F, Sánchez Bravo C, Henales Almaraz C, Espindola Hernández JG. An explanation of depression and anxiety symptoms in sterile women. Ginecología y obstetricia de México. 2007;75(3):133-41. [Spanish]
- 7- Pahlavani H, Malakoti K, Shahrokh Tehraninejad E. Study of stress factors, coping strategies and its relationship with mental health in infertile persons. Iran J Psychiatry Clin Psychol. 2002;7(4):79-87. [Persian]
- 8- Andrews FM, Abbey A, Halman LJ. Is fertility-problem stress different? the dynamics of stress in fertile and infertile couples. Fertil Steril. 1992;57(6):1247-53.
- 9- Seligman ME, Csikszentmihalyi M. Positive psychology, an introduction. Am Psychol. 2000;55(1):5-14.
- 10- Diener E, Biswas-Diener R. Will money increase subjective well-being?: A literature review and guide to needed research. Soc Indic Res. 2002;57(2):119-69.
- 11- Diener E, Suh EM, Lucas RE, Smith HL. Subjective well-being: Three decades of progress. Psychol Bull. 1999;125(2):276-302.
- 12- Waterman AS. Two conceptions of happiness: Contrasts of personal expressiveness (eudaimonia) and hedonic enjoyment. J Personal Soc Psychol. 1993;64(4):678-91.
- 13- Hatamloye Saedabadi M, Hashemi Nosratabad T. The comparison of psychological well-being and marital satisfaction in the fertile and infertile women. Health Psychol. 2012;1(1):20-31. [Persian]
- 14- Shoary Nezhad AA. Developmental psychology 2. Tehran: Payamnoor; 2001. [Persian]
- 15- Bahramy GR, Maanavy E. Four language, glossary of psychiatry. Tehran: University of Tehran; 1991. [Persian]
- 16- Moslow AH. Healthy personality psychology. Roygariyan Sh, translator. Tehran: Hadaf; 1988. [Persian]
- 17- Schneier B. The psychology of security [Internet]. New York: Schneier on Security; 2007 [cited 2016 May 10]. Available from: https://www.schneier.com/blog/archives/2007/02/the_psychology_2.html
- 18- Sharbatian MH, Danesh P, Ahmadi A. Sociological study of affecting factors on social security of women in metropolis of Mashhad. J Woman Soc. 2015;6(1):143-66. [Persian]
- 19- Ardalan MR, Ghanbari S, Zandi Kh, Seifpanahi H. Modeling the relationship of psychological

که /اسمیت و همکاران معتقدند هوش معنوی و مذهب مستلزم اجتناب از عقاید تقلیدی و اصول اکتسابی است^[49]. بنابراین انتظار می‌رود این افراد در انتخاب عقاید بنیادین خود مستقلانه و خردمندانه عمل کرده و حریت خود را حفظ نمایند.

ارتباط مثبت با دیگران، توانایی برقراری روابط نزدیک و صمیمی با دیگران و اشتیاق برای برقراری چنین رابطه‌ای و نیز عشق ورزیدن به دیگران است. /یاون در پژوهش خود نشان داد که عقاید و اعمال معنوی با نتایج مثبتی مانند بهزیستی جسمانی، هیجانی و روان‌شناختی، کنش درون‌فردی مثبت و افزایش روابط اجتماعی رابطه دارد. به نظر می‌رسد افرادی که گرایش‌های معنوی دارند، هنگام رویارویی با آسیب، پاسخ‌های بهتری به وضعیت می‌دهند و موقعیت تولیدکننده فشار را بهتر اداره می‌کنند و میزان تعارض‌های بین‌فردی آنها کمتر است^[40].

توانایی پیدا کردن معنا و جهت‌گیری در زندگی، داشتن هدف و دنبال کردن آن، از وجوه مهم بهزیستی هستند. مذهب با هدفمند نمودن زندگی، انسان را از احساس پوچی نجات می‌دهد، هدفمندی در زندگی، به معنی داشتن اهداف بلند و کوتاه‌مدت در زندگی و همچنین یافتن معنا برای تلاش‌های خود است^[50]. عقاید و اعمال معنوی یک نوع ارتباط شخصی را با یک ذات متعالی و مطلق برقرار و حفظ نموده و به زندگی فرد معنی و هدف می‌بخشد^[51].

از محدودیت‌های پژوهش حاضر، نخست می‌توان به روش نمونه‌گیری آن (نمونه‌گیری در دسترس) اشاره کرد؛ زیرا شرکت‌کنندگان صرفاً از زنان نابارور مراجعه‌کننده به مرکز ناباروری نوین مشهد در سال ۱۳۹۵ بودند. دوم آن که به علت عدم وجود پیگیری، در خصوص تعمیم یافته‌ها می‌بایست جوانب احتیاط را در نظر گرفت.

پیشنهاد می‌شود این مطالعه روی مردان نابارور و به‌طور کلی زوجینی که درگیر مساله ناباروری و درمان آن هستند نیز انجام شود. همچنین تحقیقاتی با استفاده از رویکرد درمانی هیجان‌محور روی زوجین با مشکل ناباروری صورت پذیرد.

نتیجه‌گیری

امنیت روانی و مذهب می‌توانند در بهزیستی روان‌شناختی زنان نابارور تأثیرگذار باشند. مذهب بین امنیت روانی و بهزیستی روان‌شناختی را میانجی‌گری می‌کند، بدین معنی که زنان نابارور مذهبی از بهزیستی روان‌شناختی بالاتری برخوردار هستند.

تشکر و قدردانی: بدین وسیله از همکاری تمام کارکنان مرکز ناباروری نوین مشهد و زنان نابارور شرکت‌کننده در مطالعه و همکاری مدیریت محترم آن مرکز تشکر و قدردانی می‌شود.

تأییدیه اخلاقی: به‌منظور رعایت ملاحظات اخلاقی ضمن توضیح اهداف پژوهش به زنان نابارور، رضایت آگاهانه از آنها گرفته شد. همچنین محرمانه ماندن پرسش‌نامه‌ها اعلام شد.

تعارض منافع: نویسندگان این مقاله هیچ گونه تضاد منافی را اعلام نکرده‌اند.

سهم نویسندگان: بلن صالحی (نویسنده اول)، نگارنده مقدمه/روش‌شناسی/پژوهشگر اصلی/تحلیلگر آماری/نگارنده بحث (۷۰٪)؛ محمدجواد اصغری ابراهیم آباد (نویسنده دوم)، پژوهشگر اصلی (۳۰٪)

منابع مالی: این پژوهش برگرفته از یک کار تحقیقاتی است و تحت حمایت مالی هیچ سازمانی نبوده است.

- questionnaire of spiritual attitude measurement. *Psychol Religion*. 2012;5(3):97-115. [Persian]
- 36- Baron RM, Kenny DA. The moderator-mediator variable distinction in social psychological research: conceptual, strategic, and statistical considerations. *J Personality Soc Psychol*. 1986;51(6):1173-82.
- 37- Spilka B, Hood RW, Gorsuch RL. *The psychology of religion: An empirical approach*. Upper Saddle River NJ: Prentice-Hall; 1985.
- 38- Janbozorgi M. Religious orientation and mental health. *Res Med*. 2001;31(4):345-50. [Persian]
- 39- Navabinejad SH. Relationship between the mental and religious health of parents and their offspring. In: *Iran University of Medical Sciences. First International Conference on the Role of Religion in Mental Health*, 16-19 Apr, 2001, Tehran. Tehran: Iran University of Medical Sciences; 2001. [Persian]
- 40- Mohammadi A, Rahnama P. The study of the effectiveness of spiritual intelligence training on the life expectancy and psychological well-being of dialysis patients in Tehran. *New Res Humanit*. 2016;2(2):218-48. [Persian]
- 41- Abedinia N, Ramazanzadeh F, Aghsa MM. Relationship between anxiety and depression with duration of infertility. *Payesh*. 2003;2(4):253-8. [Persian]
- 42- Visser AP, Haan G, Zalmstra H, Wouters I. Psychosocial aspects of in vitro fertilization. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 1994;15(1):35-43.
- 43- Souter VL, Hopton JL, Penney GC, Templeton AA. Survey of psychological health in women with infertility. *J Psychosom Obstet Gynaecol*. 2002;23(1):41-9.
- 44- Oddens BJ, Den Tonkelaar I, Nieuwenhuys H. Psychosocial experiences in women facing fertility problems--a comparative survey. *Hum Reprod*. 1999;14(1):255-61.
- 45- Salvatore P, Gariboldi S, Offidani A, Coppola F, Amore M, Maggini C. Psychopathology, personality, and marital relationship in patients undergoing in vitro fertilization procedures. *Fertil Steril*. 2001;75(6):1119-25.
- 46- Kaheh A. *Societal security proceeding papers*. 1st Volume. 1st Edition. Jafari N, Eslami Gh.R, editors. Tehran: Golpooneh; 2005. [Persian]
- 47- Ganji H. *Mental health*. Tehran: Arasbaran; 1998. [Persian]
- 48- Pallant JF, Lae L. Sense of coherence, well-being, coping and personality factors: Further evaluation of the sense of coherence scale. *Personal Individ Differ*. 2002;33(1):39-48.
- 49- Smith TB, Mc Cullough ME, Poll J. Religiousness and depression: Evidence for a main effect and the moderating influence of stressful life events. *Psychol Bull*. 2003;129(4):614-36.
- 50- Ryff CD, Singer BH. Know thyself and become what you are: A eudaimonic approach to psychological well-being. *J Happiness Stud*. 2008;9(1):13-39.
- 51- Stuckey JC. Blessed assurance: The role of religion and spirituality in Alzheimer's disease caregiving and other significant life events. *J Aging Stud*. 2001;15(1):69-84.
- empowerment, spirituality at work and psychological safety in nurses. *Nurs Manag*. 2013;2(3):69-79. [Persian]
- 20- Simoni JM, Martone MG, Kerwin JF. Spirituality and psychological adaptation among women with HIV/AIDS: Implications for counseling. *J Couns Psychol*. 2002;49(2):139-47.
- 21- Miller G. *Incorporating spirituality in counseling and psychotherapy: Theory and technique*. Hoboken: John Wiley & Sons; 2003.
- 22- Jani S, Molae M, Jangi Goja Biglou Sh, Pouresmali A. Effectiveness of cognitive therapy based on religious beliefs on death anxiety, social adjustment and subjective well-being in the cancer patients. *Sci J Ilam Univ Med Sci*. 2014;22(5):94-103. [Persian]
- 23- Helliwell J, Layard R, Sachs J, editors. *World happiness report 2013* [Internet]. New York: UN Sustainable Development Solutions Network; 2013 [cited 2016 May 10]. Available from: http://unsdsn.org/wp-content/uploads/2014/02/WorldHappinessReport2013_online.pdf
- 24- Brown T. A psychological examination of the interface between religion, stress and depression. *Int Rev Soc Sci Humanit*. 2012;4(1):59-73.
- 25- Elliott M, Hayward RD. Religion and life satisfaction worldwide: The role of government regulation. *Sociol Religion*. 2009;70(3):286-310.
- 26- Thoresen CE, Harris AHS. Spirituality and health: What's the evidence and what's needed?. *Annu Behav Med*. 2002;24(1):3-13.
- 27- Mazaheri MA, Keyghobadi F, Faghih Imani Z, Ghashang N, Pato M. Problem solving strategies and marital adjustment in infertile and fertile couples. *J Reprod Infertil*. 2001;2(4):22-32. [Persian]
- 28- Besharat MA, Hoseinzadeh Bazargani R. A comparative study of fertile and infertile women's mental health and sexual problems. *Iran J Psychiatry Clin Psychol*. 2006;12(2):146-53. [Persian]
- 29- Jordan C, Revenson TA. Gender differences in coping with infertility: A meta-analysis. *J Behav Med*. 1999;22(4):341-58.
- 30- Zare H, Aminpour H. *Psychological tests*. Tehran: Aeezh; 2011. [Persian]
- 31- Sefidi F, Farzad V. Validated measure of Ryff psychological well-being among students of Qazvin University of Medical Sciences (2009). *J Qazvin Univ Med Sci*. 2012;16(1):65-71. [Persian]
- 32- Khanjani M, Shahidi Sh, Fathabadi J, Mazaheri MA, Shokri O. Factor structure and psychometric properties of the Ryff's scale of Psychological well-being, short form (18-item) among male and female students. *Thought Behav Clin Psychol*. 2014;8(32):27-36. [Persian]
- 33- Joshanloo M, Rostami R, Nosratabadi M. Examining the factor structure of the keyes' comprehensive scale of well-being. *J Iran Psychol*. 2006;3(9):35-51. [Persian]
- 34- Bayani AA, Goudarzi H, Bayani A, Mohammad Kochaki A. Examine the relationship between religious orientation with anxiety and depression in students. *J Fundam Ment Health*. 2008;10(3):209-14. [Persian]
- 35- Shahidi Sh, Farajnia S. Construction and validation of