

بررسی نقش مذهب و تحمل پریشانی هیجانی در پیش‌بینی امنیت روانی زنان نابارور

بلن صالحی*

کارشناس ارشد مشاوره خانواده دانشگاه فردوسی مشهد

محمدجواد اصغری ابراهیم‌آباد

استادیار گروه روانشناسی دانشگاه فردوسی مشهد

چکیده

زنان به‌طور طبیعی میل به زایش و تولید مثل دارند. مادر شدن یکی از اصلی‌ترین نیازهای آن‌ها محسوب می‌شود و زنانی که به‌طور طبیعی قادر به فرزندآوری نیستند، درگیر بسیاری از مشکلات فردی و اجتماعی خواهند شد. پژوهش حاضر با هدف بررسی تأثیر نقش و ابعاد مذهب و تحمل پریشانی هیجانی در پیش‌بینی امنیت روانی زنان نابارور صورت گرفت. روش پژوهش حاضر توصیفی از نوع همبستگی است که بر روی زنان نابارور مراجعه‌کننده به مرکز ناباروری نوین مشهد انجام شد. بدین‌منظور ۸۹ زن نابارور واجد شرایط شرکت در پژوهش با استفاده از نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. ابزار گردآوری داده‌ها شامل سنجش نگرش معنوی (شهیدی و فرج‌نیا، ۱۳۹۱)، پرسشنامه امنیت روانی (مازلو، ۱۹۵۲) و مقیاس تحمل پریشانی هیجانی (سیمونز و گاهر، ۲۰۰۵) بود. تحلیل آماری با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون و با کمک نرم‌افزار SPSS و Lisrel انجام شد. یافته‌ها نشان داد از بین دو بعد مذهب و مؤلفه‌ی توانایی معنوی و همچنین از بین ابعاد تحمل پریشانی هیجانی، جذب و ارزیابی می‌توانند به صورت معناداری امنیت روانی را پیش‌بینی کنند. مذهب و تحمل پریشانی هیجانی، امنیت روانی زنان نابارور را تحت تأثیر قرار می‌دهند. اتکا به خداوند و منابع معنوی می‌تواند امنیت روانی افراد را بالا برده و در نتیجه این افراد حس کنترل و تسلط بیشتری بر شرایط داشته‌باشند.

*نویسنده مسئول bsalehi062@gmail.com

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۷/۱۲/۷

تاریخ ارسال: ۱۳۹۶/۳/۱۱

واژگان کلیدی

مذهب، امنیت روانی، تحمل پریشانی هیجانی، زنان نابارور

مقدمه

براساس گزارش سازمان بهداشت جهانی (WHO)، ناباروری، بیماری سیستم تولیدمثل است و به شکست در دستیابی به حاملگی، بعد از ۱۲ ماه یا بیشتر مقاربت جنسی منظم محافظت نشده، گفته می‌شود (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۱۶). نازایی به‌عنوان یک بحران زندگی، با طیف وسیعی از مشکلات اجتماعی، روانی، جسمی و مالی همراه است (اسلید^۱ و همکاران، ۲۰۰۷؛ گریل^۲ و همکاران ۲۰۱۰). همچنین ناباروری می‌تواند باعث پریشانی اجتماعی قابل توجه همراه با بسیاری از مشکلات روانشناختی همچون افسردگی، اضطراب، انزوای اجتماعی و اختلال عملکرد جنسی شود (نامدار و همکاران، ۲۰۱۷). ملائی‌نژاد (۱۳۷۹)، نشان داد ناباروری با در برداشتن شرایط یک حادثه بحران‌ساز، همچون طول مدت، شدت شرایط، پیش‌بینی ناپذیری و قابل کنترل نبودن شرایط، می‌تواند بحرانی چند سویه را در زندگی افراد نابارور پدید آورد. تعدادی از تحقیقات نشان می‌دهد مدت زمان نازایی منجر به افزایش عوامل فشارزا و تنش‌های روان‌شناختی می‌شود (ورهاک^۳ و همکاران، ۲۰۰۵). هر قدر مدت زمان درمان نازایی طولانی‌تر و تجارب ناموفق درمانی بیشتر شود تنش و آسیب‌های روان‌شناختی نیز افزایش می‌یابد (ملندز^۴ و همکاران، ۲۰۰۷). ناباروری در واقع یک بحران پیچیده‌ی زندگی است که از لحاظ روان‌شناختی تهدیدکننده و تنش‌زاست. به همین دلیل بسیاری از مولفان پیامدهای روان‌شناختی ناباروری را به سوگ عمومی تشبیه کرده‌اند (ثقفی و همکاران، ۱۳۸۲). در سال‌های اخیر، به نقش عوامل روان‌شناختی در نازایی توجه بسیاری

-
- 1 . slade, P.
 - 2 . Greil A. L.
 - 3 . Verhaak, C. M.
 - 4 . Meléndez, C. J.



شده است و دانش پزشکی ارتباط بین نازایی و عوامل روان‌شناختی را مطرح می‌کند (ریچلین^۱ و همکاران، ۲۰۰۳). رید^۲ (۲۰۰۱)، معتقد است که اضطراب و افسردگی می‌تواند باعث تکرار چرخه‌های درمان گردد. بر این اساس نادیده انگاشتن عوامل روان‌شناختی ناباروری و فقط در قلمرو علوم پزشکی قرار دادن آن به مثابه قرار دادن مانعی بزرگ بر سر راه درک انسان به صورت کل یکپارچه است. متخصصان سلامت روان گزارش می‌کنند که افراد نابارور نشانه‌هایی از بحران، افسردگی، سوگواری، فقدان کنترل و سطوح بالایی از اضطراب یا احساس گناه، نگرانی درباره بدن و اختلالات کنش جنسی را تجربه می‌کنند (قرایی و همکاران، ۱۳۸۳؛ خسروی، ۱۳۸۰؛ سرگلزایی و همکاران، ۱۳۸۰) و نیز در صورتی که فرد خود را به علت ناباروری ناقص بداند و تصور نامطلوبی از وضعیت جسمانی خود داشته باشد، در مقابل استرس‌های وارده، شکنندگی بیشتری از خود نشان می‌دهد (خسروی، ۱۳۸۰).

یکی از مشکلاتی که ناباروری خصوصاً برای زنان به همراه دارد، 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. مرتفع شدن بسیاری از نیازهای آدمی در گرو تأمین امنیت است (کاهه، ۱۳۸۴). امنیت روانی یکی از مفاهیم مهم در سلامت روان و بهداشت روان انسان‌ها است. دانشمندان می‌گویند: بهداشت روانی یعنی استعداد روان برای هماهنگی، خوشایند و مؤثر کار کردن، برای موقعیت‌های دشوار و انعطاف‌پذیر بودن و برای بازیابی تعادل خود توانایی داشتن (گنجی، ۱۳۷۸). احساس امنیت روانی از برجسته‌ترین ویژگی‌های شخصیتی افراد خلاق و تواناست و همچنین شیوه‌ای مؤثر برای تشویق افراد در جهت تلاش برای ایجاد آرامش روانی، تأمین امنیت فردی، خانوادگی، شغلی، حرفه‌ای و اجتماعی است (افروز، ۱۳۸۶). آنچه این وضعیت را ایجاد می‌کند، قابل پیش‌بینی کردن نیازها و راه برآورده شدن آن‌ها و نیز معین

1. Richlin, S. S.

2. Reed, S. A.

کردن تهدیدها و شیوه کنترلشان است (لاگاردیا^۱ و همکاران، ۲۰۰۰). وجود امنیت در بین گروه اجتماعی زنان از بعد روان‌شناختی عبارت است از احساس اعتماد، آرامش و رهایی از اضطراب و ترس، در رابطه با برآورده شدن نیازهای خود در حال و آینده (شریتیان و همکاران، ۱۳۹۴).

در این میان یکی از عواملی که می‌تواند به زنان نابارور کمک کند تا بتوانند دوران سخت تشخیص و درمان نازایی و مشکلات اشاره شده را بگذرانند و در عین حال احساس امنیت نیز داشته‌باشند، شاید ایمان و اعتقاد آن‌ها و در یک کلام مذهبشان باشد. ویکتور فرانکل (به نقل از محمدپور، ۱۳۸۵) می‌گوید: «ماورای غرایز و زن‌های خودخواهی، ماورای شرطی‌سازی کلاسیک و عامل و ماورای حاکمیت زیست‌شناختی چیز خاصی وجود دارد، شخصی یگانه و انسانی بی‌همتا». این انسان بی‌همتا برای اتصال به معشوق جاودان نیازمند به ریسمانی محکم به نام مذهب است. مذهب به خودی خود همچون یک انگیزه بنیادین در زندگی فرد باایمان اهمیت دارد (قربانی و همکاران، ۱۳۸۰). مذهب یک شبکه معنادار را برای فرد باایمان تامین می‌کند که در بطن آن، همه‌ی زندگی فهمیده می‌شود (هریک^۲، ۱۹۸۷). ایمان به خدا باعث می‌شود که نگرش فرد به کل هستی، هدف‌دار و معنی‌دار باشد (عطاری و همکاران، ۱۳۸۵). ارتباط بین دین و سلامتی، مدت‌های مدیدی مورد علاقه متخصصان علوم بهداشتی، اجتماعی و رفتاری بود (حمید، ۱۳۸۹). نتایج تحقیق مک کلوپ و ویلوگی^۳ (۲۰۰۹)، نشان داد افراد دیندارتر دارای سازگاری بیشتری هستند. از نظر آنها، این گروه خودکنترلی بیشتری دارند که به آن‌ها امکان می‌دهد رفتارها و شناخت‌های خود را مدیریت نموده، در نتیجه، شرایط را بهتر بپذیرند همچنین این افراد افسردگی و اضطراب کمتری دارند و کمتر در جستجوی توجه نارسای کنشورانه هستند و سطوح بالایی از قوی بودن من، همدلی و رفتار اجتماعی انسجام یافته را به نمایش می‌گذارند. در تحقیقاتی که صورت گرفته بین ابعاد معنوی با متغیرهایی از قبیل بخشش، سلامت روان‌شناختی، ثبات

-
- 1 . La Guardia, J. G.
 - 2 . Herek, G. M.
 - 3 . McCullough & Willoughby



هیجانی، امیدواری و رضایت‌مندی از زندگی رابطه وجود دارد، به طوری که این یافته‌ها با تحقیقات قبلی، مبنی بر اینکه معنویت و دینداری در ارتقاء احساس بهزیستی موثر است، هماهنگ و همسوست (رومرو^۱ و همکاران، ۲۰۰۶؛ مک کلوپ و همکاران، ۲۰۰۲). مطالعه لطیف نژاد رودسری و همکاران (۱۳۸۸) نشان داد که مرحله‌ی چالش در تصمیم‌گیری در زنان نابارور از فازهای مختلفی عبور می‌کند تا آن‌ها بتوانند بیماری‌شان را اداره کنند. در همه‌ی این فازها، توجه زنان نابارور مذهبی به باورهای دینی‌شان معطوف می‌شود. اکثر زنان نابارور مذهبی، ناباروری را با شیوه‌ی مذهبی-معنوی مورد ارزیابی قرار می‌دهند. برخی از آن‌ها به سمت فرآیند معنی‌سازی مقدماتی پیش می‌روند. آن‌ها در این مرحله سعی می‌کنند که خود را از شکست عاطفی مصون سازند. آن‌ها با تصویر مثبتی که از خداوند دارند، ناباروری را پدیده‌ای خدادادی تلقی می‌کنند و در مرحله‌ی بعد، در چالش پذیرش خود به‌عنوان فرد نابارور قرار می‌گیرند.

علاوه بر مذهب میزان تحمل پریشانی هیجانی نیز می‌تواند بر امنیت روانی زنان نابارور تاثیرگذار باشد. حوادث نامطبوع زندگی مانند ناباروری قادر است باعث ایجاد احساسات منفی و پریشانی در زوجین شود. در حقیقت، تحمل پریشانی یک متغیر تفاوت‌های فردی است که به ظرفیت تجربه و مقاومت در برابر ناراحتی هیجانی اشاره می‌کند (اسلیریگ^۲، آیرونسون^۳ و اسمیتز^۴، ۲۰۰۷). پریشانی ممکن است نتیجه فرآیندهای شناختی یا جسمانی باشد اما به صورت یک حالت هیجانی ظاهر می‌شود که اغلب با تمایلات عمل برای تسکین تجربه هیجانی مشخص می‌شود. مطابق با پژوهش‌های اخیر افراد با پریشانی روانی، بیشتر از نشانه‌های بیماری جسمی شکایت می‌کنند و فراوانی بیماری جسمی پیش‌بینی‌کننده‌ی قدرتمند وقوع آسیب در کارکرد جسمی، روان‌شناختی و اجتماعی است. پریشانی روانی مجموعه‌ای از علائم بیماری روانی- فیزیولوژی و رفتاری مانند اضطراب، واکنش‌های

-
- 1 . Romero, C.
 - 2 . O' Cleirigh
 - 3 . Ironson
 - 4 . Smits

افسردگی، بی‌قراری، تنزل توانایی هوشی، اختلالات خواب، غیبت‌کاری و غیره تعریف می‌شود (کیانی و همکاران، ۱۳۹۱). اوربک^۱ و همکاران (۲۰۰۷)، معتقدند افرادی که سطوح بالایی از نقایص تنظیم هیجان را بروز می‌دهند بیش از دیگران احتمال دارد در رفتارهای پرخطری که متعاقبا به افسردگی یا اضطراب منجر می‌شود، درگیر شوند. فرآیندهای تنظیم هیجان مانند خود قضاوتی در به وجود آمدن علائم افسردگی و اضطراب در زنان ناباروری موثر است (گالهاردو و همکاران، ۲۰۱۱؛ گالهاردو و همکاران، ۲۰۱۵).

زنان به‌طور طبیعی میل به زایش و تولید مثل دارند. مادر شدن یکی از اصلی‌ترین نیازهای آن‌ها محسوب می‌شود و زنانی که به‌طور طبیعی قادر به فرزندآوری نیستند، درگیر بسیاری از مشکلات فردی و اجتماعی خواهند شد که آن‌ها را در جریان غیرمعمول زندگی قرار خواهد داد (شریفیان و صادقیان، ۱۳۹۰). زنان اغلب برای ناباروری سرزنش می‌شوند حتی اگر علت ناباروری نباشند (بلان^۲، گریٹس^۳، ۲۰۰۱). در پژوهش پترسون، نیوتون و روزن^۴ (۲۰۰۳)، میانگین نمره‌های افسردگی زنان از مردان بیشتر بوده‌است. در پژوهش پهلوانی و همکاران (۱۳۸۱)، یافته‌ها نشان داد که مردان نابارور کمتر از زنان نابارور فشار را تجربه کرده و سلامت روانی بالاتری داشته‌اند. سیستم رفتار دلبستگی در زنان به دلیل احتمال بیشتر ترک و طرد شدن از سوی همسرانشان، فعال‌تر می‌شود. افزایش فعالیت این سیستم تحت فشارهای روانی و در شرایط نابرابر به احساسات ناایمن دامن می‌زند و مقدمات سازش‌نا یافتگی را فراهم می‌سازد. محرومیت از فرصتی که زنان بتوانند عواطف، احساسات و رفتارهای مادرانه‌ای را که در مدل درون‌روانی آن‌ها استقرار یافته به سمت هدفی زیستی (کودک) هدایت کنند؛ برای زنان که به‌عنوان مادر ارتباط تکاملی نزدیک‌تر و مستقیم‌تری با کودک دارند، فقدان مضاعف محسوب می‌شود. به همین دلیل پیامدهای منفی این فقدان و ناکامی بزرگ برای زنان بیش از مردان است و سازش‌نا یافتگی افزون‌تر آن‌ها را

1 . Auerbach, R. P.

2 . Balen, V. F.

3 . Gerrits, T.

4 . Peterson, B. D., Newton, C. R., & Rosen, K. H.



- توجه می‌کند (بشارت و همکاران، ۱۳۸۲). از این رو پژوهش حاضر با هدف روشن ساختن نقش و ابعاد مذهب و تحمل پریشانی هیجانی در پیش‌بینی امنیت روانی زنان نابارور انجام شد. بر همین اساس فرضیه‌هایی که پژوهش حاضر درصدد بررسی آنهاست عبارت‌اند از:
۱. بر اساس ابعاد عامل مذهب، می‌توان امنیت روانی زنان نابارور را پیش‌بینی کرد.
 ۲. بر اساس ابعاد عامل تحمل پریشانی هیجانی، می‌توان امنیت روانی زنان نابارور را پیش‌بینی کرد.
 ۳. بر اساس ابعاد مذهب و تحمل پریشانی هیجانی، می‌توان امنیت روانی زنان نابارور را پیش‌بینی کرد.

روش

پژوهش حاضر توصیفی و به لحاظ شیوه گردآوری و تحلیل داده‌ها از نوع طرح‌های همبستگی است. جامعه آماری پژوهش شامل تمام زنان ناباروری بود که در نیمسال اول سال ۹۵-۹۶ برای درمان به مرکز ناباروری نوین مشهد مراجعه می‌کردند. از بین این زنان ۸۹ نفر به صورت نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. افراد نمونه در دامنه‌ی سنی ۲۰-۴۰ سال قرار داشتند که حداقل مدت یک سال از طول مدت ناباروری آن‌ها گذشته بود. داده‌ها پس از جمع‌آوری با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۲۲ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. به منظور بررسی رابطه بین متغیرها از ضریب همبستگی و تحلیل رگرسیون و برای تحلیل مسیر از نرم‌افزار لیزرل استفاده شد. ابزار جمع‌آوری اطلاعات شامل موارد ذیل بود:

۱. «سنجش نگرش معنوی شهیدی»: این پرسشنامه شامل ۴۳ سؤال ۵ گزینه‌ای از نوع لیکرت است. این نگرش‌سنج شامل دو مؤلفه «نگرش معنوی» و «توانایی معنوی» است. مؤلفه 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 احساس آرامش، ارتباط مثبت با خدا، درک محبت و توجه خداست. مؤلفه دوم نیز دارای ۱۹ سؤال و

بعد رفتاری نگرش را در برمی گیرد که رابطه خوب با دیگران، گذشت و بخشش، تلاش برای کمال و رسیدن به تعالی، توکل به خدا، خدمت به دیگران، مسئولیت پذیری و اعتماد به خود را شامل می شود. برای هر یک از سؤالات پرسشنامه، ۵ گزینه شامل پاسخ های ذیل در نظر گرفته شد: «کاملاً موافقم»، «موافقم»، «تا حدودی موافقم»، «مخالقم» و «کاملاً مخالفم». نمره گذاری به صورت ۴ برای «کاملاً موافقم» و ۰ برای «کاملاً مخالفم» انجام می گیرد، سؤالات ۵، ۱۰، ۱۵، ۲۰ و ۲۵، به صورت معکوس نمره گذاری می شوند. روایی صوری و محتوایی سؤالات از طریق نظرخواهی از ۱۹ نفر از استادان متخصص مورد بررسی قرارگرفت و پایایی آن نیز ۰/۶۱ محاسبه شد. همسانی درونی پرسشنامه از طریق محاسبه آلفای کرونباخ، ۰/۹۱ به دست آمده است. بررسی همسانی درونی سؤالات هر مؤلفه نیز نشان داد که مؤلفه های به دست آمده از همسانی درونی بالایی برخوردارند (شهیدی و فرج نیا، ۱۳۹۱). در این پژوهش نتایج آزمون بیان کننده پایایی ۰/۸۲ است.

۲. **پرسشنامه امنیت روانی:** این پرسشنامه را مازلو (۱۹۵۲)، برای بررسی وضعیت روانی و خانوادگی طراحی کرده است. دارای ۶۲ گویه در راستای سنجش احساسات افراد در مورد امور مختلف زندگی روزمره است که به صورت بلی و خیر نگرش آزمودنی را می سنجد. هر سؤالی که مطابق کلید پاسخنامه باشد یک نمره می گیرد. این پرسشنامه ۱۵ بعد را شامل می شود که عبارت اند از: ناسازگاری محیطی، پارانویا، اعتقاد به خود، اشتیاق به زندگی، افسردگی، احساس سعادت مندی، امنیت اجتماعی، خودآگاهی، اعتماد به نفس، احساس عصبانیت، یاس و ناامیدی، علاقه به زندگی، سازگاری با دیگران، احساس سلامت و احساس حقارت (زارع و امین پور، ۱۳۹۰). پایایی به دست آمده برای عامل های آزمون احساس امنیت روانی بین ۰/۳۶۷ تا ۰/۶۴۱ بود و برای کل مقیاس ۰/۷۸ به دست آمد. روایی پرسشنامه با استفاده از نظرات استادان راهنما و مشاور، به خوبی ارزیابی و تایید شده است. همچنین بررسی وضعیت امنیت روانی هنجار مقوله ای، بیانگر امنیت روانی خیلی پایین برای نمره های کمتر از ۱۳، امنیت روانی متوسط برای نمره های ۲۷-۴۰



و امنیت روانی بالا برای نمره‌های ۵۴-۶۲ است (حق طلب، ۱۳۷۲). در تحقیق برای همسانی درونی از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد که ضریب آلفا ۰/۹۲ به دست آمد.

۳. **مقیاس تحمل پریشانی هیجانی:** این مقیاس را سیمونز و گاهر^۱ (۲۰۰۵) ساخته‌اند و یک شاخص خودسنجی تحمل پریشانی هیجانی است که دارای ۱۵ ماده و چهار خرده مقیاس است. خرده مقیاس‌ها شامل تحمل (تحمل پریشانی هیجانی)، جذب (جذب شدن توسط هیجانات منفی)، ارزیابی (برآورد ذهنی پریشانی) و تنظیم (تنظیم تلاش‌ها برای تسکین پریشانی) هستند. عبارات این ابزار بر روی یک مقیاس ۵ درجه‌ای نمره‌گذاری می‌گردد. حداقل نمره آزمودنی در این مقیاس ۱۵ و حداکثر ۷۵ است. ضریب آلفای این مقیاس ۰/۸۲ به دست آمده است. همچنین مشخص شده است که این مقیاس دارای روایی ملاکی و همگرایی اولیه خوبی است و ضریب روایی ۰/۶۱ برای آن گزارش شده است (سیمونز و گاهر، ۲۰۰۵). این پرسشنامه را برای نخستین بار در ایران، علوی و همکاران، در سال ۱۳۹۰ مورد استفاده قرار داده‌اند و پایایی همسانی درونی بالایی را برای کل مقیاس (۰/۷۱) و پایایی متوسطی را برای خرده مقیاس‌ها نشان داد (۰/۵۴) برای خرده مقیاس تحمل، ۰/۴۲ برای خرده مقیاس جذب، ۰/۵۶ برای خرده مقیاس ارزیابی و ۰/۵۸ برای خرده مقیاس تنظیم). ضریب آلفای کرونباخ در این پژوهش برای کل مقیاس ۰/۷۷ به دست آمد.

یافته‌های پژوهش

در ذیل اطلاعات جمعیت‌شناختی آزمودنی‌های پژوهش حاضر آورده شده است.

جدول شماره ۱: اطلاعات جمعیت شناختی زنان ناباور

نام متغیر	گروه‌ها	تعداد (درصد)
سن	۱۷-۱۹	۴/۵
	۲۰-۲۹	۶۰/۷

1 . Simons, J. S., Gaher, R. M.

۳۴/۸	۳۰-۴۰	
۴/۵	زیر دیپلم	تحصیلات
۶۰/۷	دیپلم	
۶/۷	فوق دیپلم	
۲۴/۷	کارشناسی	
۲/۲	کارشناسی ارشد	
۱/۱	دکتری	
۲۱/۳	شاغل	شغل
۷۸/۷	غیرشاغل	

با توجه به جدول شماره ۱ بیشتر آزمودنی‌ها در سن ۲۹-۲۰ سال قرار دارند و تحصیلات اکثریت آن‌ها دیپلم است و همچنین غیر شاغلین نیز بیشترین تعداد را تشکیل می‌دهند.

جدول ۲، مقدار میانگین، انحراف معیار و ضرایب همبستگی متغیرهای پژوهش را نشان می‌دهد.

جدول شماره ۲: میانگین و انحراف معیار و همبستگی بین متغیرهای پژوهش

متغیرهای پژوهش	میانگین	انحراف معیار	۱	۲	۳
۱. مذهب	۱۲۰	۱۴/۳۱	۱		
۲. تحمل پریشانی هیجانی	۳۷/۲۶	۹/۲۱	۰/۰۲	۱	
۳. امنیت روانی	۳۸/۳۳	۱۱/۸۹	۰/۴۱	۰/۶۳	۱

همان‌طور که در جدول ۲ مشخص است مذهب دارای بیشترین میانگین و انحراف معیار است و همچنین متغیرهای مذهب با مقدار همبستگی ۰/۴۱، تحمل پریشانی هیجانی با مقدار



همبستگی ۰/۶۳ با متغیر امنیت روانی در سطح معناداری ۰/۰۵ همبستگی مثبت و معنادار دارند.

قبل از انجام تحلیل‌های رگرسیون، الگوی روابط بین متغیرهای پژوهش از طریق بررسی ماتریس همبستگی متغیرهای پژوهش بررسی شد. نتایج مربوط به این تحلیل در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول شماره ۳: ضرایب همبستگی امنیت روانی با مولفه‌های مذهب و تحمل پریشانی هیجانی

متغیر	نگرش معنوی	توانایی معنوی	تحمل	جذب	ارزیابی تنظیم	امنیت روانی
نگرش معنوی	۱					
توانایی معنوی	۰/۵۹	۱				
تحمل	۰/۰۸۴	۰/۰۵۹	۱			
جذب	۰/۱۵	۰/۱۹	۰/۶۲	۱		
ارزیابی	-۰/۰۲۷	۰/۰۸۲	۰/۴۸	۰/۶۳	۱	
تنظیم	-۰/۲۹	-۰/۴۳	-۰/۰۱۹	-۰/۰۱۸	۰/۰۰۸	۱
امنیت روانی	۰/۳۰*	۰/۳۹*	۰/۵۱*	-۰/۶۵*	۰/۵۵*	۰/۴۰*

* $p < 0.05$

با توجه به یافته‌های جدول ۳ امنیت روانی از دو بعد متغیر مذهب با مؤلفه توانایی معنوی دارای بیشترین همبستگی مثبت و معنادار ($r=0.39$) است و با مؤلفه نگرش معنوی دارای همبستگی مثبت و معنادار ($r=0.30$) است ($p=0.05$). امنیت روانی در متغیر تحمل پریشانی هیجانی با مؤلفه جذب دارای بیشترین همبستگی منفی و معنادار ($r=-0.65$) است ($p < 0.05$). بدین معنی که هر چقدر میزان جذب شدن به وسیله هیجانانگیز منفی در فرد کمتر باشد، فرد احساس امنیت روانی بیشتری می‌کند. امنیت روانی با بعد ارزیابی دارای

همبستگی مثبت و معنادار ($r=0/55$) است. همچنین با مولفه‌های تحمل و تنظیم به ترتیب دارای همبستگی مثبت و معنادار ($r=0/51$) و ($r=0/40$) است ($p<0/05$).

به منظور بررسی فرضیه اول پژوهشی، از تحلیل آماری رگرسیون چندمتغیره ابعاد مذهب بر امنیت روانی به شیوه همزمان استفاده شد. نتایج این تحلیل در جدول ۴ ارائه شده است. جدول شماره ۴: نتایج تحلیل رگرسیون ابعاد متغیر مذهب بر امنیت روانی زنان نابارور

متغیرهای پیش‌بین	R	R ²	β	T	سطح معناداری
نگرش معنوی	0/40	0/14	0/11	0/91	N.S.
توانایی معنوی			0/32	2/65	0/009

همان‌گونه که در جدول ۴ مشاهده می‌شود، نتایج تحلیل رگرسیون چندمتغیره حاکی از این است که از بین ابعاد متغیر مذهب، توانایی معنوی ($\beta=0/32$, $P<0/009$) پیش‌بینی‌کننده مثبت و معناداری برای امنیت روانی است و در کل قادر است ۱۴ درصد از کل واریانس مذهب را تبیین کند.

فرضیه دوم پژوهش، نقش متغیر تحمل پریشانی هیجانی را در امنیت روانی مورد توجه قرار می‌دهد. این فرضیه با استفاده از تحلیل آماری رگرسیون چندمتغیره، ابعاد تحمل پریشانی هیجانی به شیوه هم‌زمان بر امنیت روانی بررسی شد. نتایج این تحلیل در جدول ۵ ارائه شده است.

جدول شماره ۵: نتایج تحلیل رگرسیون ابعاد متغیر تحمل پریشانی هیجانی بر امنیت روانی زنان نابارور

متغیرهای پیش‌بین	R	R ²	β	T	سطح معناداری
تحمل			0/13	1/35	N.S.
جذب	0/69	0/45	-0/42	-3/72	0/000
ارزیابی			0/21	2/12	0/036
تنظیم			-0/1	-1/27	N.S.



همان‌گونه که ملاحظه می‌شود، نتایج تحلیل رگرسیون حاکی از این است که از بین ابعاد مختلف تحمل پریشانی هیجانی، جذب ($\beta = -0/42$ ، $P = 0/000$) و ارزیابی ($\beta = 0/21$ ، $P = 0/036$) قدرت پیش‌بینی‌کنندگی معناداری را برای امنیت روانی دارا هستند. به‌منظور بررسی فرضیه سوم پژوهش، از تحلیل آماری رگرسیون چندمتغیره ابعاد مذهب و تحمل پریشانی هیجانی بر امنیت روانی به شیوه‌ی گام به گام استفاده شد. نتایج این تحلیل در جدول ۶ ارائه شده‌است.

جدول شماره ۶: تحلیل رگرسیون برای پیش‌بینی امنیت روانی بر اساس ابعاد متغیرهای مذهب و تحمل

پریشانی هیجانی

الگو	R	Adjusted R ²	β	t	سطح معناداری	F
گام اول	0/65	0/42	-0/65	8/06***	0/000	64/97***
گام دوم	0/70	0/48	-0/59	7/70	0/000	43/06***
گام سوم	0/73	0/52	0/28	3/81	0/000	33/21
گام اول	0/73	0/52	0/25	2/69	0/009	33/21
گام دوم	0/73	0/52	0/25	2/69	0/009	33/21
گام سوم	0/73	0/52	0/25	2/69	0/009	33/21

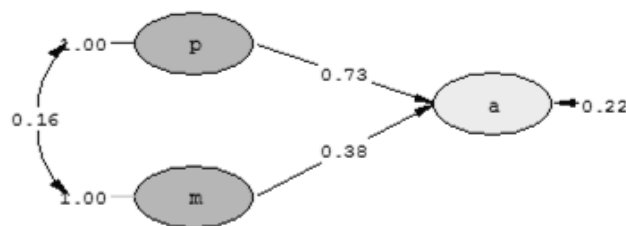
***p<0/000 ***/0/001

همان‌گونه که در جدول ۶ دیده می‌شود، نتایج تحلیل رگرسیون برای پیش‌بینی امنیت روانی از روی متغیرهای مذهب و تحمل پریشانی هیجانی، بیانگر این است که در مرحله اول، مؤلفه

جذب بیشترین توان پیش‌بینی‌کنندگی را داراست ($\beta = -0/65$, $P = 0/000$) بدین معنی که مؤلفه جذب ۴۲ درصد واریانس امنیت روانی را توانست پیش‌بینی کند. در گام دوم با اضافه شدن مؤلفه توانایی معنوی، میزان واریانس تبیین شده در متغیر ملاک به‌طور معناداری افزایش یافته و به ۲۷ درصد رسید ($P = 0/001$). بنابراین، در این گام مؤلفه توانایی معنوی توانست ۴۸ درصد واریانس نمره‌های امنیت روانی را به‌طور معناداری تبیین کند. در نهایت در گام سوم با اضافه شدن مؤلفه ارزیابی ($\beta = 0/25$, $P = 0/009$)، توانست ۵۲ درصد واریانس نمره‌های امنیت روانی را پس از کنترل اثر مؤلفه جذب و توانایی معنوی بر امنیت روانی به‌طور معناداری پیش‌بینی کند. بنابراین، می‌توان نتیجه گرفت که بین متغیرهای مورد مطالعه و متغیر امنیت روانی در زنان نابارور همبستگی معنادار وجود دارد.

مدل سازی معادلات ساختاری

به منظور سنجش رابطه بین متغیرهای پیش‌بین و متغیر ملاک از مدل‌سازی ساختاری استفاده گردید. (مذهب = m ، تحمل پریشانی هیجانی = p و امنیت روانی = a).



Chi-Square=151.22, df=87, P-value=0.00002, RMSEA=0.092

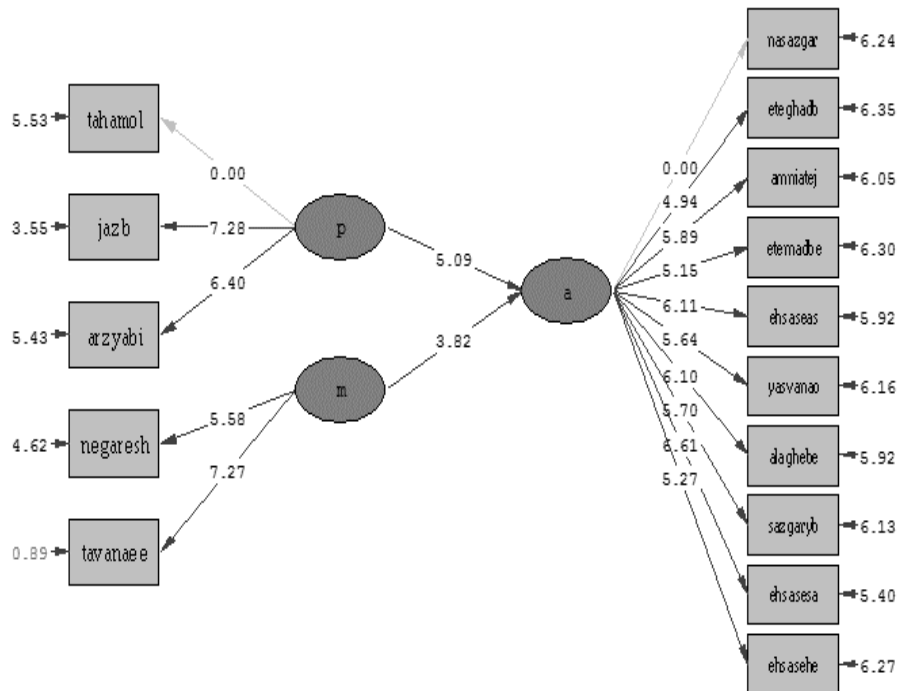


مدل شماره ۱: بررسی تاثیر مذهب و تحمل پریشانی هیجانی بر امنیت روانی زنان نابارور با توجه به ضرایب مسیر

با توجه به نتایج مدل ساختاری و برازش مدل نظیر (CFI, IFI, NNFI) بالای ۹۰ درصد که در جدول ۷ آمده است و مقدار T (ضریب مسیر) بالای ۲ (مدل ۱) می توان چنین گفت که امنیت روانی ۳۸ درصد تحت تاثیر مذهب و تحمل پریشانی هیجانی نیز به اندازه ۷۳ درصد بر آن اثرگذار است. بنابراین، در این مدل، عامل تحمل پریشانی هیجانی بیش از مذهب در امنیت روانی زنان نابارور تاثیرگذار است. در ضمن همبستگی این دو عامل اثرگذار به اندازه ۱۶ درصد است.

جدول شماره ۷: شاخص های برازش مدل در لیزرل

شاخص های برازش	مقدار مشاهده شده	ارزیابی شاخص های برازش
کی دو مدل	۱۵۱/۲۲	مناسب
درجه آزادی مدل	۸۷	
RMSEA	۰/۰۹	متوسط
GFI	۰/۸۱	متوسط
CFI	۰/۹۶	مناسب
NFI	۰/۹۱	مناسب
NNFI	۰/۹۵	مناسب
IFI	۰/۹۶	مناسب



Chi-Square=151.22, df=87, P-value=0.00002, RMSEA=0.092

مدل شماره ۲: مدل نهایی معادلات ساختاری تاثیر مذهب و تحمل پریشانی هیجانی در امنیت

روانی زنان نابارور(با توجه به مقدار T)

در ارتباط با اثر عوامل مستقل بر روی متغیر وابسته، نتیجه می‌گیریم که عامل مذهب با مقدار T به میزان ۳/۸۲ و تحمل پریشانی هیجانی با مقدار T به میزان ۵/۰۹ بر روی متغیر امنیت روانی اثرگذار هستند.

بحث و نتیجه‌گیری

ناباروری ابعاد مختلف زندگی فرد را تحت‌تأثیر قرار می‌دهد. شاید بتوان گفت که نازایی یکی از عمده‌ترین وقایع استرس‌زا در زندگی افراد است؛ حادثه‌ای منفی و ناکام‌کننده برای زوجین، به‌ویژه زنان است (کریمی‌نوری، ۱۳۷۹).



در این راستا، مطالعه حاضر با هدف بررسی تاثیر نقش و ابعاد مذهب و میزان تحمل پریشانی هیجانی در پیش‌بینی امنیت روانی زنان نابارور طراحی و اجرا گردید. به منظور بررسی فرضیه اول پژوهش، از تحلیل رگرسیون چندمتغیره امنیت روانی بر اساس ابعاد عامل مذهب استفاده شد. نتایج این تحلیل نشان داد که مؤلفه توانایی معنوی می‌تواند امنیت روانی را در زنان نابارور پیش‌بینی کند. در توجیه این یافته باید توجه کرد که مذهب با هدف قرار دادن باورهای شخص، به فرد کمک می‌کند تا وقایع منفی را به شیوه‌ای جدید ارزیابی نموده و حس قوی‌تری از کنترل بر واقعه داشته‌باشد، آستانه توانایی و شکیبایی افراد را افزایش داده و به لحاظ شناختی سبب افزایش انطباق و قابلیت سازگاری در آن‌ها می‌شود (سیمونی^۱ و همکاران، ۲۰۰۲). باور معنوی و دینی فرد، بر چگونگی تعبیر و تفسیر او از رویدادها اثر می‌گذارد (فلاح، ۲۰۱۰؛ به نقل از حیاتی و فاطمی عقدا، ۱۳۹۶). انسان معنوی، با برخورداری از اندیشه، تعقل ویژه نسبت به خدا، انسان، خلقت و رابطه متقابل میان آن‌ها است که با دریدن پرده ظواهر و دسترسی به حقیقت باطنی، همه زندگی او جهت‌گیری الهی پیدا می‌کند و از حالات معنوی ویژه‌ای همچون جلب خداوند، دگردوستی، توکل و شرح صدر برخوردار می‌شود و بدین ترتیب از سلامت جسمی و روانی بیشتری بهره می‌برد (مرزبند و زکا، ۱۳۹۲). با داشتن تعهد دینی زندگی فرد معنادار و هدف‌مند می‌شود، به زندگی اشتیاق پیدا کرده و افسردگی کاهش می‌یابد، فرد احساس سعادت‌مندی می‌کند و تلاش می‌کند تا فرد مفیدی برای اجتماع خود گردد، احساس حقارت کاهش یافته، یاس و ناامیدی از بین می‌رود و اعتماد به نفسش افزایش می‌یابد، در این صورت است که افراد دارای انعطاف، خودآگاهی و ظرفیتی را برای روبرو شدن با دشواری‌ها و سختی‌ها پیدا می‌کنند و در نهایت به امنیت روانی می‌رسند. این یافته با نتایج تحقیقات زیر همسو است. پژوهش خدابخشی کولایی و غیبی (۱۳۹۷) نشان داد تفاوت معناداری بین زنان سالمند افسرده و غیرافسرده است، زنان غیرافسرده باورهای دینی و مذهبی درونی‌شده داشته و از بهزیستی روان‌شناختی بالاتری

1 . Simoni, J. M.

برخوردار بودند. نتایج برخی مطالعات نیز از تأثیر مثبت دینداری و پایبندی مذهبی بر انواع سازگاری حکایت دارد (کینگ^۱ و همکاران، ۲۰۰۱؛ آنو و واسکونسلز^۲، ۲۰۰۵؛ کاکس و ورهاگن^۳، ۲۰۱۱). همچنین در پژوهش‌های انجام شده توسط چن و یان^۴ (۲۰۱۳)، کانست^۵ و همکاران (۲۰۱۲) و ویلیامز^۶ (۲۰۱۰)، جهت‌گیری مذهبی با سلامت معنوی رابطه مثبت و معنادار داشت (نازک تبار و همکاران، ۱۳۹۵).

نتایج تحلیل رگرسیون در زمینه فرضیه دوم پژوهش نشان داد که از بین ابعاد عامل تحمل پریشانی هیجانی، مؤلفه‌های جذب و ارزیابی می‌تواند امنیت روانی را در زنان نابارور پیش‌بینی کنند. در توجیه این یافته باید گفت که بی‌نظمی هیجان به‌عنوان روش‌های ناسازگارانه پاسخ به هیجانات تعریف شده است که شامل پاسخ‌های فاقد پذیرش، دشواری در کنترل رفتارها در هنگام وقوع پریشانی هیجانی و نقص در نحوه‌ی استفاده‌ی از هیجانات به‌عنوان اطلاعات است (گراتز^۷ و رومر، ۲۰۰۴). افرادی که راهبردهای تنظیم هیجان ضعیف را فراگرفته‌اند ممکن است بیش از دیگران مستعد استفاده از رفتارهای پرخطر به‌عنوان ابزاری برای تسکین هیجان منفی باشند (اوربک^۸، ایبلا و رینگو هو^۹، ۲۰۰۷). اگرچه فرد نمی‌تواند شرایط زندگی خود را تغییر دهد ولی هنگامی که طی مواجهه با انواع هیجانات، درمی‌یابد که هیجان‌ها قابل تحمل هستند و توانایی مقابله با هیجانات منفی را دارد، می‌تواند واکنش‌های هیجانی خود را نسبت به موقعیت‌های تنش‌زا و رویدادهای زندگی تغییر دهد. فرد با آگاهی پیدا کردن از هیجان‌های مثبت و منفی، پذیرش و ابراز به موقع آن‌ها، می‌تواند مانع از جذب هیجانات منفی شود که این مسئله نقش مهمی در کاهش علائم جسمانی، اضطراب و افسردگی دارد. هنگامی که فرد با دید متفاوتی به ارزیابی رویدادها و وقایع منفی

- 1 . King, M.
- 2 . Ano, G. G., & Vasconcelles, E. B.
- 3 . Cox, J., & Verhagen, P. J.
- 4 . Chen & Yan
- 5 . Kunst
- 6 . Williams
- 7 . Gratz, K. L.
- 8 . Auerbach, R.P.
- 9 . Abela, J. R. Z., Ringo Ho, M.



بپردازد، می‌تواند شدت واکنش‌های هیجانی را نسبت به آن‌ها تغییر دهد و هیجان‌های منفی را با شدت کمتری احساس کند و در نتیجه ناراحتی و تنیدگی کمتری را تجربه کند. در نهایت با تنظیم تلاش برای تسکین پریشانی، مواجهه با هیجان‌های منفی و عدم اجتناب از آن‌ها منجر به ادامه یک رفتار مناسب حین تجربه هیجان منفی گردد. این یافته‌ها با نتایج مطالعات کیوک^۱ و همکاران (۲۰۱۰)، همسوست که دریافتند افراد با تحمل پریشانی پایین در یک تلاش غلط برای مقابله با هیجان‌های منفی خود درگیر بی‌نظمی رفتاری می‌شوند. اهرت^۲ و همکاران (۲۰۱۴)، در پژوهشی که در بین افراد مبتلا به افسردگی اساسی انجام دادند، به این نتیجه دست یافتند که آموزش مهارت‌های تنظیم هیجانی باعث کاهش نشانه‌های افسردگی و بهبود وضعیت روان‌شناختی این بیماران می‌شود.

به‌طور کلی و با توجه به فرضیه سوم می‌توان گفت توجه زنان نابارور مذهبی به یک منبع حمایتگر ماوراءطبیعی معطوف می‌شود و پس از پذیرش ناباروری خود، در جستجوی روش‌های درمانی بر می‌آیند و در این بین تلاش می‌کنند از مذهب خود نیز کمک بگیرند. این در حالی است که زنان نابارور مذهبی بهتر می‌توانند در هنگام پریشانی، هیجان‌های خود را تنظیم کنند و از روش‌های سازگارانه‌ای برای پاسخ به هیجان‌هایشان استفاده کنند تا درگیر بی‌نظمی‌های رفتاری نشوند. در نتیجه نسبت به زنان نابارور غیر مذهبی، کمتر دچار یاس و ناامیدی، افسردگی و احساس حقارت می‌شوند، در نتیجه امنیت روانی بیشتری را تجربه می‌کنند و با ارزیابی هیجان‌های منفی خود دارای اعتماد به نفس بیشتر، اشتیاق به زندگی و در نتیجه دارای ارتباط موثری با اطرافیان هستند.

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 ۹۵ بودند. دوم آنکه به علت عدم وجود پیگیری، در خصوص تعمیم یافته‌ها می‌بایست جوانب احتیاط را در نظر گرفت.

1. Keough, M. E.,

2. Ehret, A. M.

پیشنهاد می‌شود این مطالعه بر روی مردان نابارور و به‌طور کلی زوجینی که درگیر مسئله ناباروری و درمان آن هستند، نیز انجام شود. همچنین با استفاده از رویکرد درمانی هیجان محور روی زوجین با مشکل ناباروری تحقیقاتی انجام شود.

تشکر و قدردانی

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



منابع

- افروز، غلامعلی. (۱۳۸۵). خرداد) ضرورت تقویت احساس امنیت درونی و ارتقای بهداشت روانی محققان و دانش پژوهان جوان. سومین سمینار سراسری بهداشت روانی دانشجویان، تهران.
- بشارت، محمدعلی و فیروزی، منیژه. (۱۳۸۲). مقایسه زنان و مردان نابارور برحسب سبک دلبستگی و سازش روان شناختی با ناباروری. *مجله روان شناسی و علوم تربیتی*، ۳۳(۲): ۲۷-۴۵.
- پهلوانی، هاجر؛ ملکوتی، سیدکاظم؛ تهرانی نژاد، انسیه و میرسپاسی، عبدالحسین. (۱۳۸۱). بررسی عوامل استرس زا، راهبردهای مقابله و رابطه آن با سلامت روانی در افراد نابارور. *اندیشه و رفتار*، ۷(۴): ۷۹-۸۷.
- تقفی، نفیسه؛ طوفانی، حمید؛ افضل آقایی، منور؛ دلاوری، مهتاب و شهرآبادی، حسین. (۱۳۸۲). ارتباط وضعیت روانی زنان نابارور با طول مدت درمان. *نشریه افق دانش*، ۹(۲): ۴۲-۴۸.
- حق طلب، طاهره. (۱۳۷۲). *هنجاریابی آزمون ایمنی- نالیمنی مازلو بر روی جامعه دانشجوی دانشگاه های بوعلی سینا و علوم پزشکی همدان*. پایان نامه مقطع کارشناسی ارشد. دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبایی.
- حمید، نجمه. (۱۳۸۸). بررسی رابطه نگرش مذهبی با سلامت روانی و عملکرد سیستم ایمنی بدن (سلولهای T کمکی، سلولهای T مهاری/ انهدامی و سلولهای ضد سرطانی NK). *مطالعات روانشناختی*، ۵(۲): ۷۳-۸۸.
- حیاتی، مژگان و فاطمی عقدا، مهناز. (۱۳۹۶). بررسی رابطه بین تجارب معنوی و مسئولیت پذیری زنان با انسجام خانواده در زنان تحت پوشش کمیته امداد امام خمینی. *مطالعات اجتماعی روانشناختی زنان*، ۱۵(۲): ۱۸۵-۲۰۳.
- خسروی، زهره. (۱۳۸۰). عوامل پیش بینی کننده سلامت روان در زوج های نابارور. *باروری و ناباروری*، ۳(۹): ۵۶-۶۴.

- خدابخشی کولایی، آناهیتا و غیبی، فاطمه. (۱۳۹۷). مقایسه باورهای مذهبی و بهزیستی روان شناختی در زنان سالمند افسرده و غیرافسرده. *زندگی به سبک اسلامی*، ۲(۲): ۸۵-۸۹.
- زارع، حسین و امین پور، حسن. (۱۳۹۰). *آزمون های روان شناختی*. تهران: انتشارات آیش.
- سرگلزایی، محمدرضا، محرری، فاطمه؛ ارشدی، حمیدرضا؛ جاویدی، کامران؛ کریمی، شاپور و فیاضی، محمدرضا. (۱۳۸۰). اختلالات روانی-جنسی و افسردگی در زنان نابارور مراجعه کننده به مرکز درمان ناباروری مشهد. *فصلنامه باروری و ناباروری*، ۲(۷): ۱۷-۲۶.
- شربتیان، محمدحسن؛ دانش، پروانه و احمدی، اعظم. (۱۳۹۴). مطالعه جامعه شناختی عوامل موثر بر امنیت اجتماعی زنان کلان شهر مشهد. *فصلنامه علمی پژوهشی زن و جامعه*، ۶(۱): ۱۴۳-۱۶۶.
- شهیدی، شهریار و فرج نیا، سعیده. (۱۳۹۱). ساخت و اعتباریابی پرسشنامه سنجش نگرش معنوی. *روانشناسی و دین*، ۵(۳): ۹۷-۱۱۵.
- شریفیان، اکبر و صادقیان، ربابه. (۱۳۹۰). بررسی تاثیر عوامل اجتماعی موثر بر درمان ناباروری در زنان نازا. *فصلنامه علوم اجتماعی*، ۵۸: ۲۲۹-۲۶۴.
- عطاری، یوسفعلی؛ عباسی سرچشمه، ابوالفضل و مهرابی زاده هنرمند، مهناز. (۱۳۸۵). بررسی روابط ساده و چندگانه نگرش مذهبی، خوشبینی و سبک های دلبستگی با رضایت زناشویی در دانشجویان مرد متاهل دانشگاه شهید چمران اهواز. *مجله علوم تربیتی و روانشناسی*، ۱۳(۱): ۹۳-۱۱۰.
- علوی، خدیجه؛ مدرس غروی، مرتضی؛ امین یزدی، سیدامیر و صالحی فدردی، جواد. (۱۳۹۰). اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیکی به شیوه گروهی (با تکیه بر مولفه های هوشیاری فراگیر بنیادین، تحمل پریشانی و تنظیم هیجانی) بر نشانه های افسردگی در دانشجویان. *اصول بهداشت روانی*، ۱۳(۲): ۱۲۴-۱۳۵.
- قرایی، وجیه؛ مظاهری، محمدعلی؛ صاحبی، علی؛ پیوندی، سپیده و آقاحسینی، مرضیه. (۱۳۸۳). بررسی نقش آموزش های رفتاری-شناختی بر کاهش اضطراب خانم های مبتلا به



- ناباروری اولیه تحت درمان GIFT و ZIFT. فصلنامه باروری و ناباروری، ۵(۲): ۱۷۰-۱۸۰.
- کاهه، احمد. (۱۳۸۴). مجموعه مقالات همایش امنیت اجتماعی، جلد ۱. تهران: انتشارات گلپونه.
- کرمی نوری، رضا. (۱۳۷۹). ناباروری روانی و اجتماعی. فصلنامه پزشکی باروری و ناباروری، ۱(۲): ۵۷-۶۸.
- کیانی، فریبا؛ سماواتیان، حسین و پور عبدیان، سیامک. (۱۳۹۱). اثر تعاملی استرس مزمن کاری و پریشانی روانی بر گزارش‌دهی علائم بیماری جسمی در میان کارکنان. مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اراک، ۱۵(۱): ۸۶-۹۴.
- گنجی، حمزه. (۱۳۷۸). بهداشت روانی. تهران: ارسباران.
- محمدپور، احمدرضا. (۱۳۸۵). ویکتور فرانکل بنیانگذار معنا درمانی. تهران: نشر دانژه.
- ملائتی نژاد، میترا. (۱۳۷۹). بررسی ارتباط سازگاری زناشویی و تنیدگی ناشی از ناباروری در زنان مراجعه‌کننده به مرکز باروری و ناباروری شهر اصفهان در سال ۱۳۷۸. باروری و ناباروری، ۲(۱): ۲۶-۳۹.
- نازک تبار، حسین؛ حسینی درونکلایی، سیده زهرا و بابایی، انسیه. (۱۳۹۵). تحلیل رابطه سلامت معنوی، نگرش به ارتباط قبل ازدواج و دلزدگی زناشویی زنان متأهل. مطالعات اجتماعی روانشناختی زنان، ۱۴(۳): ۹۳-۱۱۴.
- هویدا، رضا؛ همایی، رضا و عابدی، احمد. (۱۳۸۹). اثربخشی آموزش شناختی رفتاری مذهبی بر احساس گناه زوج‌های نابارور شهر اصفهان. مطالعات اسلام و روان‌شناسی، ۴(۶): ۸۹-۱۰۱.

- Afroz, GH. A. (2006). *Necessity of Strengthening Psychological Safety and Promotion of Mental Health Researchers and Young Scholars*. Proceedings of Third National Seminar of Students of Mental Health. Tehran. (Text in Persian).
- Ano, G. G., and Vasconcelles, E. B. (2005). Religious coping and psychological adjustment to stress: a meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology*, 61: 461-480.

- Alavi, KH., Modares Goravi, M., Aminyazdi, A., and Salehifedardi, J. (2012). Effectiveness of group dialectical behavior therapy (based on core mindfulness, distress tolerance and emotion regulation components) on depressive symptoms in university students. *Journal of Fundamentals of Mental Health*, 13(2): 124-35. (Text in Persian).
- Attari, Y. A., Abasi Sarchesmeh, A. and Mehrabizadeh Honarmand, M. (2007). A study of simple and multiple relationships of religious attitude, optimism and attachment styles with marital satisfaction in married male students of shahid chamran university of ahvaz. *Educational Sciences and Psychology*, 13(1): 93-110. (Text in Persian).
- Auerbach, R. P., Abela, J. R. Z. and Ringo Ho, M. (2007). Responding to symptom of depression and anxiety: emotion regulation, neurotism and engagement in risky behaviors. *Behavior research and therapy*, 45: 2182-2191.
- Balen, V. F., Gerrits, T. (2001). Quality of infertility care in poor-resource areas and the introduction of new reproductive technologies. *Human Reproduction*, 16(2): 215-219.
- Besharat, M. A., Firozi, M. (2004). Comparison of infertile women and men in terms of attachment style and psychological reconciliation with infertility. *Journal of Psychology and Education*, 33(2): 27-45. (Text in Persian).
- Chen, P. and Yan, L. N. (2013). Health-Related quality of life in living liver donors after transplantation. *Hepatobiliary & Pancreatic Diseases International*, 10 (4): 356-361.
- Cox, J., and Verhagen, P. J. (2011). Spirituality, religion and psychopathology: towards an integrative psychiatry. *Journal of Person Centered Medicine*, 1: 146-148.
- Ehret, A. M., Kowalsky, J., Rief, W., Hiller, W., and Berking, M. (2014). Reducing symptoms of major depressive disorder through a systematic training of general emotion regulation skills: protocol of a randomized controlled trial. *BMC psychiatry*, 14(1): 2-9.
- Galhardo, A., Pinto-Gouveia, J., Cunha, M. and Matos, M. (2011). The impact of shame and self-judgment on psychopathology in infertile patients. *Human reproduction*, 26(9): 2408-241
- Galhardo, A., Cunha, M., and Pinto Gouveia, J. (2015). *Emotion regulation processes in couples with infertility, fertile couples and couples applying for adoption*. In ACBS Annual World Conference.
- Ganji H. (1998). *Mental Health*. Tehran: Arasbaran (Text in Persian)
- Gharaee, V., Mazaheri, M. A., Sahebi, A., Peyvandi, S. and Aghahosseini, M. (2005). The role of cognitive-behavioral training on reducing anxiety in women with primary infertility under the treatment of gift and zift. *Fertility and infertility*, 5(2): 170-180 (Text in Persian).
- Ghodrati Mirkohi, M., Khormae, A. (2011). religious relationship with mental health in adolescents. *Behavioral Sciences*, 2(5): 115-131 (Text in Persian).



- Ghorbani, N., Watson, P. J., Framar Gharamaleki, A., Morrise, R. J. and Hood, Jr. R. W. (2001). muslim attitudes toward religion scale: factors, validity and complexity of relationships with mental health in iran. *Mental Health, Religion & Culture*, 3 (2): 125-132 (Text in Persian).
- Gratz, K. L. and Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26(1): 41-54.
- Greil, A. L., Blevins, K. S. and McQuillan, J. (2010). The experience of infertility: A review of recent literature. *Sociology of Health & Illness*, 32(1): 140–162.
- Hagh Talab, Z. (1994). Standardization of maslow's safety-immunity test on the university of bu-ali sina hamadan university and medical sciences [Dissertation]. (1372). Tehran: Allameh Tabatabaee (Text in Persian).
- Hamid, N. (2009). Study the relationships between Religious Attitudes, Mental Health and Immune system in medical students. *Quarterly Journal of Psychological Studies*, 5(2): 73-88 (Text in Persian).
- Hayati, M. and Fatemi Aqda, M. (2018). Investigating the relationship between spiritual experiences and accountability with family cohesion in female heads of households. *Women's Studies Sociological and Psychological*, 15(2): 185-203 (Text in Persian).
- Herek, g. M. (1987). Religious orientation and prejudice: a comparison of racial sexual attitudes. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 13(1): 34-44.
- Hoveyda, R., Homae, R. and Abedi, A. (2011). The effect of religious cognitive behavioral education on the guilt-feeling of esfahan's infertile couples. *Islam and Psychology*, 4(6): 89-101 (Text in Persian).
- Kahe A. (2003). *Social Security Proceedings papers*. Vol 1. Tehran: Golpooneh. <https://www.gisoom.com/book/1316075/1>. (Text in Persian).
- Karaminori, R. (2001). Psychological and social infertility. *Journal of Reproduction & Infertility*, 1(2): 57-68 (Text in Persian).
- Karami Nori, R., Akhondi, M.M., Behjati Ardakani, Z. (2002). Psychosocial aspects of infertility from the perspective of iranian physicians. *Fertility and infertility*, 2(7):13-26 (Text in Persian).
- Keough, M. E., Riccardi, C. J., Timpano, K. R., Mitchell, M. A., and Schmidt, N. B. (2010). Anxiety symptomatology: the association with distress tolerance and anxiety sensitivity. *Behavior Therapy*, 41: 567–574.
- Khodabakhshi- Koolae, A. and Qeibi, F. (2018) comparison of the religious and psychological well-being of depressed and non- depressed elderly women. *Islamic Life Style Centered on Health*, 2(2): 85-89 (Text in Persian).
- Khosravi, Z. (2002). predictors of mental health in infertile couples. *Fertility and Infertility*, 3(9):56-64 (Text in Persian).

- Kiani, F., Samavatian, H. and Porabdian, S. (2013). the interactive effect of chronic stress and psychological distress on the reporting of physical illness among staff. *Journal of Arak University of Medical Sciences*, 15(1): 86-94 (Text in Persian).
- King, M., & et al. (2001). The royal free interview for spiritual and religious beliefs: development and validation of a self-report version. *Psychological Medicine*, 31: 1015–1023.
- Kunst, J. R., & et al. (2012), Coping with islamophobia: the effects of religious stigma on muslim minorities' identity formation. *International Journal of Intercultural Relations*, 36 (4): 518-532.
- La Guardia, J. G., Ryan, R. M., Couchman, C. E. and Deci, E. L. (2000). Within-erson variation in security of attachment: a self-determination theory perspective on attachment, need fulfillment, and wellbeing. *Journal of Personality and Social Psychology*, 79, 367-384.
- Latifnejad Roudsari, R., Allan, H. T. and Smith, P. A. (2009). Navigating the spiritual journey of infertility: muslim christian infertile women's experiences. *Religion and Psychology. New York: Nova Science Publishers*, 207-241 (Text in Persian)
- Marzband, R. A., Zaka, A. A. (2013). Spiritual health indicators from the perspective of revelation teachings. *Med Ethic*, 6(20):69-99 (Text in Persian).
- McCullough, M. E., & et al. (2002). The grateful disposition: a conceptual and empirical topography. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82 (1): 112–127.
- McCullough, M. E. and Willoughby, B. L. (2009). Religion, self-regulation and self-control: associations, explanations and implications. *Psychological Bulletin*, 135: 69-93.
- Meléndez, C. J., Carmona M. F., Bravo, S. C., Almaraz, H. C., Hernández, J. G. (2007). An explanation of depression and anxiety symptoms in sterile women. *Ginecol Obstet Mex*, 75(3): 133-141.
- Mohamadpoor, A. R. (2007). *Victor Frankl founder of meaning therapy*. Tehran: Danzheh (Text in Persian)
- Mollaenejad, M. (2001). The relationship between marital adjustment and infertility stress in women referring to isfahan fertility and infertility center in 1999. *Reproduction and Infertility*, 2(1): 26-39(Text in Persian)
- Namdar, A., Naghizadeh, M. M., Zamani, M., Yaghmaei, F., and Sameni, M. H. (2017). Quality of life and general health of infertile women. *Health and Quality of Life Outcomes*, 15:139. (Text in Persian).
- Nozoktabar, H., Hosseini Dronkolaei, Z., Babaei, E. (2016). Analyzing the Relationship Between Spiritual Health, Attitude Toward Relationship before Marriage and Couple Burnout in Married Women. *Quarterly Journal of Women's Studies Sociological and Psychological*, 14(3):93-114(Text in Persian).
- O'Cleirigh, C., Ironson, G., and Smits, J. A. (2007). Does Distress Tolerance Moderate the Impact of Major Life Events on Psychosocial Variables and



- Behaviors Important In The Management of HIV?. *Behavior therapy*, 38(3): 314-323.
- Pahlavani, H., Malakoti, S.K., TehraniNejad,E. and Mirsepasi, A. (2003). Study of Stressors, Coping Strategies and Their Relationship with Mental Health in Infertile People. *Thoughts and behavior*, 7(4): 79-87 (Text in Persian).
- Peterson, B. D., Newton, C. R., and Rosen, K. H. (2003). Examining congruence between partners' perceived infertility-related stress and its relationship to marital adjustment and depression in infertile couples. *Family Process*, 42(1): 59-70.
- Reed, S. A. (2001). Medical of psychology aspects of infertility and assisted reproductive technology for the primary care provider. *Military Medicine*, 166(11): 1018-1022.
- Richlin, S. S., Shanti, A., and Murphy, A. A. (2003). Assisted reproductive technology. *Danforth's Obstetrics and Gynecology. 9th ed. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins*, 697-712.
- Romero, C., & et al. (2006). Self-forgiveness, spirituality, and psychological adjustment in women with breast cancer. *Journal of Behavioral Medicine*, 29: 29-36.
- Saghafi, N., Tofani, H., Afzale Aghaee, M., Delavari, M. and ShahrAbadi, H. (2004). Relationship between psychological status of infertile women and duration of treatment. *The Horizon of Medical Sciences*, 9(2): 42-48(Text in Persian).
- Sargolzaee, M. R., Arshadi, H. R., Javidi, K., Karimi, SH., Fayazee, M. R. and Moharari, F. (2002). Psychosocial disorders and depression in infertile women referred to Mashhad Infertility Treatment Center. *Fertility and infertility*, 2(7):17-26. (Text in Persian).
- Sharbatian, M.H, Danesh, P. and Ahmadi, A. (2016). Sociological study of the factors affecting social security of women in mashhad. *Journal of Women and Society*, 6(1): 143-66 (Text in Persian).
- Shahidi, SH. and Farajnia, S. (2013). Construct and validate a questionnaire of spiritual attitude. *Psychology and Religion*, 5(3): 97-115 (Text in Persian).
- Sharifian, A., Sadeghian, R. (2013). The effect of social factors affecting infertility treatment in infertile women. *Social Sciences*, 58:229-264 (Text in Persian).
- Simoni, M., Nieschlag, E. and Gromoll, J. (2002). Isoforms and single nucleotide polymorphisms of the FSH receptor gene: implications for human reproduction. *Human reproduction update*, 8(5): 413-421.
- Simons, J. S. and Gaher, R. M. (2005). The distress tolerance scale: development & validation of a self -report measure. *Motivation & emotion*, 20(9): 83-102.
- Slade, P. et al. (2007). The relationship between perceived stigma, disclosure patterns, support and distress in new attendees at an infertility clinic. *Oxford Journals, Medicine, Human Reproduction*, 22(8): 2309-2317.

Verhaak, C. M., Smeenk, J. M. J., Van Minnen, A., Kremer, J. A. M., and Kraaimaat, F. W. (2005). A longitudinal, prospective study on emotional adjustment before, during and after consecutive fertility treatment cycles. *Human reproduction*, 20(8): 2253-2260.

WHO (2016) *Infertility definitions and terminology* Available at: <http://www.who.int/reproductivehealth/topics/infertility/definitions/en/> (accessed 25 May 2016).

Williams, A. (2010). Spiritual therapeutic landscapes and healing: A case study of Students. Anne de Beaupre, Quebec, Canada. *Journal of Social Science & Medicine*, 70 (10): 1633- 1640.

Zare, H., and Aminpoor H.(2012). *Psychological Tests*. Tehran: Aeezh (Text in Persian).



Investigating the Role of Religion and Stress Tolerance in Predicting the Mental Security of Infertile Women

Belan Salehi^{1*}

Mohammad Javad Asghari Ebrahimabad²

Abstract

Women innately are attracted into bearing children and experiencing motherhood. Being a mother is aspiration of many women, and those who are not able to get pregnant and bear a child will have more societal repercussions and personal suffering. The present study aims to investigate the effect of religion and stress tolerance on predicting the mental security of infertile women. This is a descriptive research on women seeking treatment for infertility in Novin Infertility Treatment Center of Mashhad. To this end, 89 infertile women, eligible to participate in the study were selected using convenience sampling method. Data was collected using spiritual attitude scale for religious desires, Maslow scale for in-depth study of mental security and Simon's scale for stress tolerance. The findings of the research show that between two aspects of religion, the spiritual power, and between dimensions of stress tolerance, attraction and evaluation, can significantly predict mental security. Religion and emotional stress tolerance affect mental security of infertile women in a way that reliance on God and spiritual resources can increase people's mental security and therefore, they will have a greater sense of control and mastery in hard circumstances.

Keywords

Religiosity, Mental Security, Stress Tolerance, Infertile Women

¹ M.A in Family Counseling, Ferdowsi University of Mashhad .

* Corresponding Author: bsalehi062@gmail.com

² Assistant Professor, Department of Psychology, Ferdowsi University of Mashhad.

Submit Date: 2017/6/1

Accept Date: 2019/2/26

(DOI): 10.22051/jwsps.2019.23012.1867