



the Role of Spiritual Factors in Predicting Depression in Women with Primary Infertility

Paran Safaei¹ , Marziye Alivandi Vafa^{1*} 

¹ Department of Psychology, Islamic Azad University, Tabriz Branch, Iran

ARTICLE INFO

Article Type:
Original Article

Article History:
Received: 8 May 2023
Accepted: 23 Aug 2023
ePublished: 23 Sep 2023

Keywords:

- depression,
- god image,
- primary Infertility,
- spiritual intelligence,
- spiritual well-being

Abstract

Background. Scrutinizing the spiritual factors in human psychological well-being needs to be taken into serious attention. This research intended to examine the role of spiritual factors (spiritual intelligence, spiritual well-being, God image) in predicting depression in women with primary infertility

Methods. The design of the research was based on a correlational research study. The study population consisted of all women with primary infertility in Tabriz. Using the convenience non-random sampling method, 270 participants were selected. In the process of collecting data, King's (2008) Spiritual Intelligence Scale, Paloutzian and Ellison's (1982) Spiritual Well-being Scale, Lawrence's (1997) God Image Scale, and the Beck Depression Inventory (1961) were used.

Results. According to the multiple regression, 70% of the changes in infertile women's depression was due to the combined set of the variables of spiritual intelligence, spiritual well-being and God image. Also, the spiritual well-being variable with a beta value of -0.44 was a stronger predictor than other independent variables for the infertile women's depression. Moreover, the variables of God image and spiritual intelligence ranked second and third with beta values of -0.25 and -0.24, respectively.

Conclusion. Based on the results, the combined set of predictor variables significantly explained depression of infertile women. The outcomes of the research showed that infertility was not a medical problem only, and experts should seriously consider the relationship between primary infertility and the general psychological health of infertile women. In fact, positive human psychological capitals are capable of significantly reducing the difficulty and bitterness of negative psychological experiences and leading a person to experience psychological well-being.

Practical Implications. Considering that infertility is a multifaceted problem and adversely affects infertile women's life, it seems feasible to enrich the lives of these individuals with more training in the dimension of spiritual well-being. Overall, it was concluded that the use of the spiritual dimension of human beings can be considered as a powerful shield to reduce the symptoms of depression and increase psychological well-being; therefore, spirituality-oriented factors in the process of diagnosis and treatment deserve much more attention than they receive.

How to cite this article: Safaei P & Alivandi vafa M. The role of spiritual factors in predicting depression in women with primary infertility. *Spirituality Research in Health Sciences*. 2023;1(1):51-62. doi: 10.34172/srhs. 2023.005 (Persian)

*Corresponding author; Email: <mailto:dr.vafa.a@gmail.com>

Extended Abstract

Background

Given the psychological structure of the family, infertility as a potential threat can cause various kinds of disturbances for women and families – an issue that has attracted experts' attention for years. Research shows that infertility is not just an individual medical problem; it can trigger a variety of individual, interpersonal and family problems. Considering the high rate of infertility in Iran in terms of its socio-cultural aspects, especially among women, it is, therefore, of great importance to study the phenomenon of infertility by paying attention to the psychological dimensions. In addition, according to the findings of various lines of research about the involvement of psychological variables in infertility, it becomes obvious that the therapeutic interventions of the vulnerable group of infertile women cannot be simply included in the medical interventions of obstetric women. This, in fact, increases the necessity and importance of knowing the psychological variables involved in infertility. In addition, according to the new innate-oriented approaches, the significance of the issues that deal with spirituality from different aspects is felt. Scientists, especially the experts of the World Health Organization, who recently defined man as a biological, psychological, social and spiritual being, place high priority on the spiritual dimension of human beings. In general, considering the high rate of primary infertility of women in Iran and across the world, and also the positive psychology's emphasis on psychological care for affected groups motivated this investigation. Accordingly, this research intended to examine the relationship between spiritual intelligence, spiritual well-being, and God image and depression level of women with primary infertility.

Methods

The design of the current research was based on a correlational research study. The study population consisted of all women with primary infertility referring to Milad infertility Clinic and Al-Zahra Hospital in Tabriz. Using the convenience non-random sampling method, 270 participants were selected. In the process of collecting research data, King's (2008) Spiritual Intelligence Scale, Paloutzian and Ellison's (1982) Spiritual Well-being Scale, Lawrence's (1997) God Image Scale, and the Beck Depression Inventory (1961) were used. All the research instruments exhibited an acceptable level of reliability for the current sample.

Results

Descriptive and inferential statistics (i.e., multiple regression) were used to describe the sample data and also to test the research hypotheses, respectively. Participants' depression mean score and standard deviation were noted as $M = 16.66$ and $SD = 8.90$. The God Image mean score was obtained as $M = 180.71$ ($SD = 41.83$). The spiritual well-being mean score and standard deviation were calculated as $M = 90.61$ and $SD = 18.76$. As for the spiritual intelligence, the mean score and standard deviation were noted as $M = 60.11$ and $SD = 15.76$. The assumptions of multiple regression were first checked and no violation was seen. The corrected R-squared value indicated that a significant amount, i.e., about 70% of the changes in infertile women's depression was due to the combined set of the variables of spiritual intelligence, spiritual well-being and God image. The analysis of variance also confirmed the statistical significance of this regression model, ($F = 245.520$; $p = 0.00$). Also, to determine the contribution of each predictor variable, standardized regression coefficients were examined. It should be mentioned that the higher the standardized regression coefficient is, the more effective the

prediction will be for the criterion variable. According to the obtained beta coefficients, the spiritual well-being variable with a beta value of -0.44 was a stronger predictor than other independent variables for the infertile women's depression. This result showed that for 1 standard deviation unit of change in the spiritual well-being variable, about 44 standard deviation units of change were created in the depression variable in the opposite direction. After the variable of spiritual well-being, the variables of God image and spiritual intelligence ranked second and third with beta values of -0.25 and -0.24, respectively. It should be noted that since all predictive variables were of positive type, the direction of all relationships was negative.

Conclusion

In general, the results indicated that the combined set of predictor variables (spiritual intelligence, spiritual well-being and God image) significantly explained the criterion variable (depression of infertile women). In line with the previous findings, the outcomes of the current research showed that infertility was not a medical problem only, and experts should pay more attention to the existence of a relationship between infertility and the general psychological health of infertile women. Relying only on the materialistic dimension of life and lack of a religious, existential, and spiritual orientation in life can make life and its problems unbearable; this may, in the end, lead to depression. Emotionally and mentally mature individuals try to find meaning in life; they look for a successful solution to the important issues of their lives. Based on what was discussed, positive human capitals, which are of interest to positive psychology, are capable of significantly reducing the difficulty and bitterness of negative psychological experiences and leading a person to experience psychological well-being. Considering that infertility is a multifaceted problem and adversely affects infertile women's

life, it seems feasible to enrich the lives of these individuals with more training in the existential dimension of spiritual well-being. In addition, the findings showed that the strength of belief and the depth of spiritual beliefs of a given society can affect the relationship between these types of variables and the psychological well-being of an individual. Although having religious beliefs has been used for a long time as the oldest medical experience to maintain human well-being, the richness of these types of beliefs seems to be very deep in Islam where a person is aware of having these types of religious and spiritual beliefs at any moment and considers them important in any situation. This concept has come to be known as spiritual intelligence in modern society. Overall, it was concluded that the use of the spiritual and transcendental dimensions of human beings can be considered as a powerful shield to reduce the symptoms of depression and increase psychological well-being; therefore, spirituality-oriented factors in the process of diagnosis and treatment deserve much more attention than it receives.

Practical Implications

Considering that infertility is a multifaceted problem and adversely affects infertile women's life, it seems feasible to enrich the lives of these individuals with more training in the dimension of spiritual well-being. Overall, it is concluded that the use of the spiritual dimension of human beings can be considered as a powerful shield to reduce the symptoms of depression and increase psychological well-being; therefore, spirituality-oriented factors in the process of diagnosis and treatment deserve much more attention than they receive.

نقش عوامل معنویت محور در پیش بینی افسردگی زنان دارای نازایی اولیه

پرن صفايي^۱، مرضیه علیوندی وفا^{۱*}

^۱ گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تبریز، تبریز، ایران

اطلاعات مقاله

نوع مقاله:

مقاله پژوهشی

سابقه مقاله:

دریافت: ۱۴۰۲/۲/۱۸

پذیرش: ۱۴۰۲/۶/۱

انتشار برخط: ۱۴۰۲/۷/۱

کلیدواژه‌ها:

- افسردگی
- خداینده
- نازایی
- هوش معنوی
- سلامت معنوی

چکیده

مقدمه. بررسی ابعاد معنویت‌مدار انسان در سلامت روانشناختی کلی، از اهمیت زیادی برخوردار است. هدف از مطالعه حاضر، بررسی نقش عوامل معنویت محور (هوش معنوی، سلامت معنوی و خداینده) در پیش‌بینی افسردگی زنان دارای نازایی اولیه می‌باشد.

روش کار. طرح تحقیق حاضر بر اساس طرح همبستگی استوار می‌باشد. جامعه آماری تحقیق را کلیه زنان دارای نازایی اولیه شهر تبریز تشکیل می‌داد. نمونه آماری تحقیق نیز شامل ۲۷۰ زن دارای نازایی اولیه بود که با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. در فرآیند گردآوری داده‌ها، از پرسشنامه‌های هوش معنوی King، سلامت (بهزیستی) معنوی Paloutzian و Ellison، مقیاس خداینده Larence و افسردگی Beck استفاده گردید.

یافته‌ها. با تکیه بر روش آماری رگرسیون چندگانه، نتایج تحقیق نشان داد ترکیب متغیرهای هوش معنوی، سلامت (بهزیستی) معنوی و خداینده قادر هستند بطور معنی دار و قابل توجهی (۷۰٪)، افسردگی زنان نازا را تبیین و پیش بینی کنند. در بررسی قدرت پیش بینی کنندگی، متغیر سلامت معنوی (۴۴٪) قوی‌ترین پیش بین افسردگی بود و خداینده و هوش معنوی، متغیرهای بعدی بودند.

نتیجه‌گیری. بر اساس نتایج حاصله، مجموعه متغیرهای پیش بین توانستند بطور معنی‌داری افسردگی زنان دارای نازایی اولیه را پیش بینی نمایند. نتایج این پژوهش حاکی از آن است که نازایی صرفاً یک مشکل پزشکی نیست و متخصصان امر باید به رابطه بین نازایی اولیه و سلامت روانشناختی کلی زنان دارای نازایی اولیه توجه نمایند. در حقیقت، سرمایه‌های روانشناختی معنویت‌مدار مثبت انسان، قادرند آسیب و تلخی تجارب روانی منفی را کاهش داده و باعث تجربه بهزیستی روانشناختی شوند.

پیامدهای عملی. با توجه به چند بعدی بودن مشکل نازایی اولیه و تاثیر آن بر زندگی زنان، غنی‌سازی معنویت محور زندگی این زنان با آموزش امکان‌پذیر است. در کل، می‌توان چنین نتیجه گرفت که استفاده از بعد معنوی انسان می‌تواند بعنوان چتر حمایتی برای کاهش نشانه‌های افسردگی و افزایش سلامت روانشناختی در نظر گرفته شود؛ بنابراین، عوامل معنویت‌مدار در فرآیند تشخیص و درمان افسردگی نیازمند توجه بیشتری هستند.

مقدمه

بر اساس ساختار روانشناختی خانواده، نازایی بعنوان یک تهدید بالقوه می‌تواند باعث ایجاد انواع آشفتگی‌ها برای زن و خانواده گردد؛ مقوله‌ای که سال‌هاست متخصصان در پی بررسی همه جانبه آن هستند. اگرچه نازایی، مخصوصاً نازایی اولیه، بعنوان یک مسئله پزشکی مدت‌هاست که در جامعه پزشکی مطرح می‌باشد؛ ولی تعریف مجدد آن با عنایت به ابعاد روانشناختی دارای قدمت چندانی نیست.^۱ مطالعات نشانگر آن است نازایی یک مشکل صرفاً پزشکی فردی نبوده و آبستن انواع گوناگونی از مشکلات فردی، بین فردی و خانوادگی است؛ به بیان دیگر، زمانی که خانواده‌ای با چنین مشکلی مواجه می‌شود، در صورت نبود حمایت‌های روانشناختی مکفی، زمینه برای تجربه یک

بحران روانشناختی فراهم می‌گردد.^۲ همچنین، نازایی می‌تواند باعث تجربه انواع اختلالات روانشناختی از جمله افسردگی، اضطراب، استرس، وسواس، مشکلات جنسی، ناامیدی، احساس گناه، اختلال در کیفیت زندگی و زناشویی، جدایی و طلاق، کاهش اعتماد به نفس و احساس طرد شدن، گردد.^{۳-۸}؛ اگرچه رسیدن به نتایج متقن نیازمند بررسی‌های تجربی بیشتری است.^۹ به باور این متخصصان، نازایی با تجربه افسردگی و اضطراب رابطه مثبتی دارد؛ یعنی یکی از واکنش‌های طبیعی روان در مقابل با سرخوردگی در عدم درمان نازایی، تجربه افسردگی و اضطراب است.

* نویسنده مسؤول: ایمیل: dr.vafa.a@gmail.com

به آینده امیدوار شده و خوش بینانه به آن فکر کنند.^{۱۸} در این راستا، Frankl معتقد است نداشتن معنایی قدرتمند و عالی برای خود می‌تواند زمینه را برای تجربه انواع مشکلات روانشناختی هموار سازد.^{۱۹}

هوش معنوی بعنوان یک سازه، از جالب‌ترین و بحث‌انگیزترین متغیرهایی است که تاکنون مباحث متعددی را در دنیای روانشناسی بخود اختصاص داده است. Emmons بعنوان یکی از پرنفوذترین محققان این حوزه بر این باور است که هوش معنوی از ترکیب دو عنصر هوش و معنویت ساخته شده است. این هوش، از مجموعه قابلیت‌های سازگارانۀ ذهنی تشکیل یافته است که اساس آن بر جنبه‌های مادی و متعالی موقعیت استوار می‌باشد. از جنبه‌های بااهمیت این نوع هوش می‌توان به جنبه‌های مرتبط با طبیعت وجودی فرد، معنی‌سازی فردی، تعالی و حالات میسوط هوشیاری اشاره کرد؛ که این فرایندها در نهایت به سازگاری بیشتر فرد با دخالت تسهیل معنی‌سازی فردی، حل مسئله، استدلال انتزاعی و مقابله منجر می‌شود.^{۲۰} در حالت کلی، بررسی‌ها نشان می‌دهد که داشتن هوش معنوی بالا می‌تواند بعنوان سپری در مقابل تجربه افسردگی، قرار گرفته و با شادکامی بعنوان متغیری متضاد با افسردگی، رابطه مثبت داشته باشد؛ اگرچه همواره بر این امر تاکید می‌شود که جنس این نوع هوش با انواع هوش کلاسیک متفاوت بوده و انجام مداخلات مربوط به آن می‌تواند در نهایت به ارتقای این هوش کمک نماید.^{۲۱، ۲۲}

از طرفی، در طول قرن‌ها، سلامتی بر اساس ابعاد خاصی همچون سلامت جسمی، سلامت روانی و سلامت اجتماعی تحلیل شده است؛ که در این میان، سلامت معنوی یکی از ابعاد مهم سلامت محسوب می‌شود. سلامت معنوی، ارتباط هماهنگ و یکپارچه را بین نیروهای داخلی فراهم می‌کند و با ویژگی‌های ثبات در زندگی، تناسب و هماهنگی، احساس ارتباط نزدیک با خود، خدا، جامعه و محیط مشخص می‌شود؛ نیروی یگانه‌ای است که ابعاد جسمانی، روانی و اجتماعی را هماهنگ می‌کند.^{۲۳} وقتی سلامت معنوی به طور جدی به خطر بیفتد، ممکن است فرد دچار اختلالات روحی مثل تنهایی، افسردگی و از دست دادن معنا در زندگی شود. در این راستا، مطالعات نشان داده است که سلامت معنوی با تجربه انواع اختلالات روانشناختی از جمله افسردگی رابطه معکوس دارد.^{۲۴} در حقیقت، سلامت معنوی، بعد مهم و برجسته یک زندگی سالم است که موجب ایجاد زندگی هدفدار و معنادار

بررسی‌های بالینی نشانگر آن است که به علت سنگینی روانشناختی مشکل نازایی برای زنان و خانواده‌ها، روان‌درستی آنها به شکل کلی آسیب دیده و شرایط گاه چنان برای آنها سخت می‌شود که نمی‌توانند تعریف روشنی از خود و توانمندی‌های خود ارایه دهند. مطابق نظریه روانشناسی خود، هنگامی که فقدان چیزی برای درک فرد از خود اساسی باشد، می‌تواند به درک فرد از خود آسیب برساند و فرد را دچار احساساتی نظیر: ناامیدی، استرس، خشم، اضطراب، افسردگی و احساس شرمندگی کند.^۱ بر این اساس، زنان نازا به دلیل شکست در اجرای نقش فردی و اجتماعی، احساس نقص و بی‌کفایتی و مردان احساس شرمندگی و عصبانیت می‌کنند.^{۱۱} مفهوم برجسب‌زدن اجتماعی که از شکست در انجام هنجارهای اجتماعی ناشی می‌شود، در زنان و مردان نازا شامل یک خود ادراکی از نقص، نقش شکنی و سقوط احترام می‌باشد.^{۱۲}

در سال‌های اخیر با توجه به گرایش پژوهشگران به ابعاد مثبت وجودی انسان، از این داشته‌های مثبت انسانی برای ارایه تعاریف مناسب‌تر از سلامتی و درست زیستن استفاده‌های فراوانی به عمل آمده است. با عنایت به به گرایش پژوهشگران به بعد معنوی زندگی بشر و بررسی‌های به عمل آمده در رابطه با تاثیر این بعد بر روان انسان؛ برای کاهش تاثیرات سوء افسردگی و افزایش بعد مقابل آن، یعنی شادکامی به شکل ویژه، بر مداخلات معنوی تاکید شده است. باور متخصصان امر بر این است که معنویت و باورهای دینی از دیرباز به عنوان قدیمی‌ترین تجربه پزشکی برای حفظ سلامت انسان‌ها به کار رفته است.^{۱۳، ۱۴} پژوهشگران نشان داده‌اند که افراد با گرایش‌های معنوی، هنگام رویارویی با آسیب و فشار روانی تجربه شده، پاسخ‌های بهتری می‌دهند؛ موقعیت تولیدکننده فشار را بهتر اداره می‌کنند و از سلامت بهتری برخوردارند؛ به عبارت دیگر، تعریف مناسب‌تر و ساختارمندتری از سلامت روانی و فیزیکی خود ارایه می‌کنند.^{۱۵، ۱۶}

از نگاه نظری نیز، در روانشناسی مثبت، صاحب نظرانی چون Seligman، در تبیین تجربه انواع اختلالات و مشکلات روانشناختی انسان، بر توجه به ابعاد متفاوت تر انسان تاکید دارند.^{۱۷} در این راستا، یکی از شاهراه‌های یافتن خود، ایجاد پیوند بین معنای وجودی با معنویت است. داشتن نگرش معنوی به افراد کمک می‌کند تا در برخورد با انواع مشکلات، به ساختن معنا پرداخته، از زندگی راضی باشد؛ هدف‌سازی کرده و سلامت بیشتری را تجربه نماید و نسبت

است که اخیراً انسان را موجودی زیستی، روانی، اجتماعی و معنوی تعریف می‌کند.

در کل، با عنایت به نرخ بالای نازایی اولیه در زنان جهان و ایران و با توجه به تاکید روانشناسی مثبت‌نگر در خصوص این امر که رسیدگی روانشناختی به گروه‌های آسیب دیده می‌تواند سطح سلامت روانشناختی کلی آنها را تحت تأثیر قرار دهد؛ این پژوهش در نظر دارد به بررسی رابطه هوش معنوی، سلامت معنوی و خداینداره با میزان افسردگی زنان دارای نازایی اولیه بپردازد.

روش کار

ساختار کلی و طرح تحقیق حاضر از نوع تحقیق‌های توصیفی از نوع همبستگی می‌باشد. جامعه تحقیق حاضر را کلیه زنان دارای نازایی اولیه مراجعه کننده به کلینیک نازایی میلاد و بیمارستان الزهرا تبریز تشکیل می‌داد. در تعیین حجم نمونه تحقیق، از پیشنهاد آماری Onwuegbuzie و Collins استفاده شد.^{۳۰} به نظر آنها، حجم نمونه در مطالعات همبستگی با فرضیه یک طرفه حداقل ۶۱ شرکت کننده و با فرضیه دو طرفه حداقل ۸۲ شرکت کننده برای اندازه اثر متوسط با توان آماری ۰/۸۰ و سطح معنی‌داری ۰/۰۵ پیشنهاد شده است. در تحقیق حاضر، برای بالا بردن پایایی و افزایش قدرت تعمیم‌پذیری، از ۲۷۰ نفر استفاده شد. لازم به ذکر است که از روش نمونه‌گیری غیرتصادفی در دسترس برای انتخاب نمونه‌ها استفاده گردید. بر پایه نتایج توصیفی بدست آمده از مجموع شرکت کننده زن نازا، ۴۷ نفر (۴/۸ درصد) در گروه سنی ۱۹ الی ۲۵ سال؛ ۷۷ نفر (۷ درصد) در گروه سنی ۲۶ الی ۲۹؛ ۹۱ نفر (۹/۳ درصد) در گروه سنی ۳۰ الی ۳۵؛ و ۷۵ نفر (۷/۷ درصد) در گروه سنی ۳۶ الی ۴۲ بودند. از منظر شغلی زنان نازا نیز، ۱۷۸ نفر خانه‌دار (۶۵ درصد) و ۹۲ نفر (۳۴ درصد) شاغل بودند.

ابزارهای گردآوری اطلاعات

در فرآیند گردآوری داده‌های تحقیق، از پرسشنامه هوش معنوی King، پرسشنامه سلامت معنوی Ellison، سیاهه تصویر ذهنی از خدا Lawrence و پرسشنامه افسردگی Beck استفاده شد. در زیر، توضیح کلی هر کدام از ابزارها ارایه شده است.

پرسشنامه هوش معنوی کینگ توسط King در سال ۲۰۰۸ با هدف سنجش میزان هوش معنوی ساخته شد.^{۳۱} این ابزار ۲۴ گویه‌ای دارای چهار زیر مقیاس است که عبارتند از: تولید معنای شخصی، آگاهی متعالی، تفکر وجودی

می‌شود و زندگی افراد از یک زندگی مادی به یک زندگی معنوی تبدیل می‌شود.^{۲۵}

پیچیدگی‌های وجودی انسان، یکی از مورد علاقه‌ترین مقوله‌ها در تمامی علوم، مخصوصاً علوم مربوط به سلامت جسم و روان انسان است. اگرچه گاه به نظر می‌رسد تجارب پدیدارشناسانه روانی فردی نمی‌توانند در قالب اصول کلی علم تجربی قرار داده شده و بررسی گردند؛ ولی نادیده انگاشتن آنها یقیناً امری غیرعلمی و ساده‌انگارانه است. یکی از این مقوله‌ها، تصویر ذهنی انسان از خداست. این موضوع از آن جهت قابل بحث و بررسی است که معرفت و شناخت خدا همراه با داشتن تصور درست از او شرط اساسی و یکی از پایه‌های مهم شکل‌گیری رابطه با خداوند و خود بوده؛ و شناخت و چگونگی تصور فرد از خداوند به شدت در رفتار و تعامل او با خدا و خود تأثیر می‌گذارد.^{۲۶} به دیگر سخن، تصویری که فرد از خدا دارد چنان در ساخت‌دهی ذهنی وی موثر است که می‌توان آن را یکی از ارکان سلامت روان دانست. در واقع، نداشتن تصویر مثبت از خدا باعث دورافتادگی فرد از خود و تجربه ترس، اضطراب و افسردگی می‌گردد؛ حتی اگر فرد اهل عبادت ظاهری نیز باشد. از طرف دیگر، افراد با تصویر ذهنی مثبت از خدا، شکایت جسمانی، رفتارهای وسواسی، حساسیت بین فردی، افسردگی، اضطراب، خصومت، ترس مرضی، افکار پارانوییدی و روان‌پریشی پایین‌تری از دیگران دارند.^{۲۹}

۲۷

بر اساس آنچه گذشت و با توجه به نرخ بالای نازایی در ایران به لحاظ جنبه‌های اجتماعی - فرهنگی آن، خصوصاً نزد زنان؛ اهمیت ویژه‌ای را جهت مطالعه پدیده نازایی با تکیه بر جنبه‌های روانشناختی مطرح می‌نماید. بعلاوه، با توجه به ساختار پژوهش‌های مطرح شده در خصوص درگیری متغیرهای روانشناختی در نازایی، مبرهن است که مداخلات درمانی این گروه آسیب‌پذیر صرفاً نمی‌تواند در دایره مداخلات پزشکی زنان زایمان قرار بگیرد؛ موضوعی که بر ضرورت و اهمیت شناخت متغیرهای روانشناختی دخیل در نازایی بیش از پیش می‌افزاید. همچنین، با توجه به رویکردهای جدید فطرت‌مدار، اهمیت و ضرورت طرح موضوع‌هایی با اساس معنویت از جهات مختلف در عصر جدید احساس می‌شود. یکی از این ضرورت‌ها در عرصه انسان‌شناسی توجه به بعد معنوی انسان از دیدگاه دانشمندان، به ویژه کارشناسان سازمان جهانی بهداشت

ویژگی‌های روانسنجی قابل قبولی است. برای نمونه، در ایران، ضریب آلفای کرونباخ برای فاکتورهای فوق به ترتیب ۰/۸۰، ۰/۴۱، ۰/۸۸، ۰/۵۱، ۰/۸۱ و ۰/۸۲ گزارش شده است.^{۳۴} شایان ذکر است که در تحقیق حاضر، همسانی درونی با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۷۵ بدست آمد.

در این پژوهش، برای سنجش میزان نوسان افسردگی، از پرسشنامه افسردگی بک استفاده شد. این پرسشنامه دارای ۲۱ ماده است که علایم جسمانی، رفتاری و شناختی افسردگی را اندازه گیری می کند. این پرسشنامه توسط دادستان و منصور^{۳۵} در ایران هنجاریابی شده است. همچنین توسط پژوهشگران مختلف از جمله نوربالا و شاددل^{۳۶} مورد استفاده قرار گرفته است. در تحقیق حاضر، ضریب آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۸۵ بدست آمد.

یافته‌ها

به منظور آزمون فرضیه تحقیق، هم از آمار توصیفی و هم از آمار استنباطی استفاده گردید. بدین ترتیب که برای توصیف داده‌ها در خصوص متغیرهای تحقیق از آمار توصیفی جهت فرآیند فرضیه آزمایی، از روش آماري رگرسیون همزمان استفاده شد. داده‌های حاصله از شرکت‌کنندگان به صورت آماره‌های توصیفی مناسب (مانند میانگین، انحراف استاندارد، کمینه و بیشینه) مورد بررسی قرار گرفت.

انتقادی و بسط حالت هوشیاری. بر اساس نمره گذاری، هر چه فرد نمره بالاتری در این پرسشنامه بدست آورد، دارای هوش معنوی بیشتری است. طیف نمره دهی آن بر اساس لیکرت پنج گزینه‌ای است. در مطالعات قبلی، ویژگی‌های روانسنجی این ابزار تایید شده است. برای مثال، در پژوهش رقیب و همکاران^{۳۲} پایایی این ابزار با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۸ بدست آمده است. در این تحقیق، میزان آلفای کرونباخ ابزار حاضر، ۰/۷۷ بدست آمد. مقیاس سلامت معنوی (SWB) نیز توسط Paloutzian و Ellison ساخته و طراحی شده است.^{۳۳} این مقیاس دارای ۲۰ عبارت است که پاسخ‌های آن بر اساس مقیاس لیکرت ۶ درجه‌ای (از کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم) می‌باشد. این مقیاس به دو گروه سلامت مذهبی و سلامت وجودی تقسیم می‌شود که هر کدام ۱۰ عبارت را شامل شده و نمره ۶۰-۱۰ را به خود اختصاص می‌دهد. پرسشنامه حاضر در ایران توسط عباسی بررسی شده و روایی و اعتبار آن تایید شده است. در تحقیق حاضر، میزان همسانی درونی با استفاده از آلفای کرونباخ، ۰/۸۰ بدست آمد.

سیاهه خداینداری یا تصویر ذهنی از خدا دارای ۷۲ ماده است که از ۶ فاکتور (تأثیرپذیری، مشیت الهی، حضور، چالش، پذیرش و خیرخواهی) تشکیل شده است. هدف کلی این سیاهه، سنجش و ارزیابی خدایدراکی یا تصویر ذهنی افراد نسبت به خداوند است. این ابزار دارای

جدول ۱. نتایج آمار توصیفی برای نمرات افسردگی، هوش معنوی، سلامت معنوی و خداینداره

متغیر	انحراف معیار	میانگین	بیشینه	کمینه	تعداد
افسردگی	۸/۹۰	۱۶/۶۶	۴۰	۱	۲۷۰
خداینداره	۴۱/۸۳	۱۸۰/۷۱	۲۵۱	۲۳	۲۷۰
سلامت معنوی	۱۸/۷۶	۹۰/۶۱	۱۲۰	۴۳	۲۷۰
هوش معنوی	۱۵/۷۶	۶۰/۱۱	۹۱	۲۰	۲۷۰

برای بررسی فرضیه‌های تحقیق برگرفته از اهداف تحقیق، از آمار استنباطی رگرسیون چندگانه استفاده شد. در جهت بررسی پیش فرض‌ها، از هم خطی چندگانه و نرمال بودن توزیع داده‌ها، استفاده شد. برای تشخیص هم خطی چندگانه هم شاخص تolerانس (Tolerance) و هم عامل تورم واریانس (VIF) به ترتیب بیشتر از ۰/۱۰ و کمتر از ۱۰ بود. این نتایج نشان از عدم وجود ارتباط هم خطی بین متغیرهای تحقیق دارد. آماره‌های کشیدگی و چولگی نشان داد که نمرات افسردگی، هوش معنوی، سلامت معنوی و خداینداره دارای ویژگی توزیع نرمال می‌باشد؛ به بیان دیگر،

همان طور که در جدول ۱ مشاهده می‌شود، میانگین افسردگی زنان نازا ۱۶/۶۶ و انحراف معیار آن ۸/۹۰ می‌باشد. همچنین، میانگین نمرات خداینداره در این تحقیق، ۱۸۰/۷۱ و انحراف معیار آن ۴۱/۸۳ بدست آمده است. میانگین نمرات سلامت معنوی زنان نازا نیز در این مطالعه ۹۰/۶۱ و انحراف معیار آن ۱۸/۷۶ محاسبه شده است. در خصوص هوش معنوی نیز، میانگین این متغیر در زنان نازا ۶۰/۱۱ و انحراف معیار آن ۱۵/۷۶ می‌باشد.

نتایج تحلیل رگرسیون چندگانه استاندارد در سطح معنی‌داری ۰/۰۵ را برای رابطه هوش معنوی، سلامت معنوی و خداینداره با افسردگی زنان نازا نشان می‌دهد.

شاخص‌های کشیدگی و چولگی مابین $+2$ و -2 می‌باشد. بر این اساس، پیش فرض نرمال بودن توزیع داده‌ها برای تمامی متغیرهای فوق‌الذکر مفروض می‌شود. جدول ۲،

جدول ۲. خلاصه مدل تحلیل رگرسیون نمرات متغیر افسردگی بر نمرات متغیرهای هوش معنوی، سلامت معنوی و خداینداره

مدل رگرسیون کلی	R	مجدور R	مجدور R اصلاح شده	خطای معیار تخمین
	۰/۸۲۵	۰/۷۰۱	۰/۷۱۱	۵/۳۰۵

بر اساس جدول ۲، مقدار مجدور R اصلاح شده برابر است با ۰/۷۰۱ که نشان دهنده میزان واریانس تبیین شده توسط مدل پیشنهادی می‌باشد. مقدار مجدور R اصلاح شده حاکی از آن است که مقدار قابل توجهی یعنی حدود ۷۰ درصد تغییرات در متغیر افسردگی زنان نازا توسط مجموع متغیرهای پیش بین هوش معنوی، سلامت معنوی و خداینداره) بطور معنی‌داری متغیر ملاک (افسردگی زنان نازا) را تبیین می‌کنند.

بر اساس جدول ۳، میزان رگرسیون معنی‌دار بوده $p=0/00$ ؛ $F=245/520$ و نتایج قابل تعمیم به جامعه آماری می‌باشد. در کل، نتایج حاکی از آن است که مجموع متغیرهای پیش‌بین (هوش معنوی، سلامت معنوی و خداینداره) بطور معنی‌داری متغیر ملاک (افسردگی زنان نازا) را تبیین می‌کنند.

جدول ۳. تحلیل واریانس رگرسیون نمرات متغیر افسردگی بر نمرات هوش معنوی، سلامت معنوی و خداینداره

مدل کلی	جمع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	P
رگرسیون	۲۱۳۷۹/۶۵۶	۳	۷۱۲۶/۵۵۲		
باقیمانده	۸۴۸۷/۷۴۱	۲۹۶	۲۸/۶۷۵	۲۴۵/۵۲۰	۰/۰۰
کل	۲۹۸۶۷/۳۹۷	۲۹۹			

همچنین، برای تعیین سهم هر یک از متغیرهای پیش‌بین، ضرایب استاندارد شده رگرسیون مورد بررسی قرار گرفت. نتایج در جدول ۴ ارایه شده است.

همچنین، برای تعیین سهم هر یک از متغیرهای پیش‌بین،

جدول ۴. جدول ضریب استاندارد شده رگرسیون

مدل کلی	ضرایب استاندارد نشده		ضرایب استاندارد شده		سطح معناداری
	B	خطای معیار	بتا	t	
(ثابت)	۵۹/۵۰	۱/۶۰۳		۳۷/۱۰۶	۰/۰۰
خداینداره	-۰/۰۶۰	۰/۰۱۱	-۰/۲۵	-۶/۱۵۰	۰/۰۰
سلامت معنوی	-۰/۲۳۳	۰/۰۲۲	-۰/۴۴	-۱۰/۳۱۲	۰/۰۰
هوش معنوی	-۰/۱۵۲	۰/۰۲۴	-۰/۲۴	-۵/۸۶۲	۰/۰۰

* سطح معناداری $p < 0/05$

جدول ۴ ضرایب رگرسیون برای متغیرهای مستقل را نشان می‌دهد. لازم به ذکر است که به هر میزان ضریب رگرسیون استاندارد شده بالاتر باشد، پیش بین موثرتری برای متغیر ملاک محسوب خواهد شد. با توجه به ضرایب بتای به دست آمده متغیر سلامت معنوی با مقدار بتای $-0/44$ - پیش‌بینی کننده قویتری نسبت به سایر متغیرهای مستقل برای متغیر افسردگی زنان نازا است. این نتیجه نشان می‌دهد، به ازای ۱ واحد انحراف استاندارد تغییر در متغیر سلامت معنوی، حدود ۴۴ واحد انحراف استاندارد تغییر در

جدول ۴ ضرایب رگرسیون برای متغیرهای مستقل را نشان می‌دهد. لازم به ذکر است که به هر میزان ضریب رگرسیون استاندارد شده بالاتر باشد، پیش بین موثرتری برای متغیر ملاک محسوب خواهد شد. با توجه به ضرایب بتای به دست آمده متغیر سلامت معنوی با مقدار بتای $-0/44$ - پیش‌بینی کننده قویتری نسبت به سایر متغیرهای مستقل برای متغیر افسردگی زنان نازا است. این نتیجه نشان می‌دهد، به ازای ۱ واحد انحراف استاندارد تغییر در متغیر سلامت معنوی، حدود ۴۴ واحد انحراف استاندارد تغییر در

بحث

در کل، نتایج حاکی از آن است که مجموع متغیرهای پیش بین (هوش معنوی، سلامت معنوی و خداینداره) بطور معنی‌داری متغیر ملاک (افسردگی زنان نازا) را تبیین می‌کنند. لذا، فرضیه کلی تحقیق که در پی بررسی وجود رابطه بین هوش معنوی، سلامت معنوی و خداینداره با افسردگی زنان نازار بود، مورد تایید قرار می‌گیرد. برای بررسی سهم هر کدام از متغیرها در پیش بینی افسردگی زنان نازا، از ضرایب استاندارد شده رگرسیون استفاده شد. با توجه به ضرایب بتای به دست آمده، متغیر سلامت معنوی، پیش‌بینی کننده قویتری نسبت به سایر متغیرهای مستقل برای متغیر افسردگی زنان نازا بود. بعد از متغیر سلامت معنوی، به ترتیب متغیرهای خداینداره و هوش معنوی قرار داشتند.

در کل، یافته‌های تحقیق حاضر همسو با یافته‌های قبلی، نشان می‌دهد که نازایی یک مشکل صرفاً پزشکی نبوده و متخصصان باید در خصوص وجود رابطه بین نازایی و سلامت روانشناختی کلی زنان نازا بیش از پیش توجه نمایند.

۰.۳.۲

در تبیین این یافته‌ها می‌توان چنین بیان داشت که تکیه صرف به بعد مادی و نداشتن جهت‌گیری مذهبی، وجودی و معنای معنوی در زندگی می‌تواند زندگی و مشکلات آن را غیرقابل تحمل ساخته و باعث تجربه افسردگی گردد و بالعکس، انسان‌های رشدیافته در تلاش برای یافتن فرامعنا در زندگی، در پی حل موفقیت‌آمیز مسایل مهم زندگی خود می‌باشند.^{۱۷، ۱۹}

هم چنانکه مبرهن است بچه‌دار شدن در یک زن، به نوعی با هویت زنانگی و ایفای نقش مهم وجودی خود (یعنی مادری) در ارتباط تنگاتنگ می‌باشد؛ لذا نازایی و تصور نداشتن فرزند در زن می‌تواند با بی‌معنایی وجودی، بی‌هویتی و حتی پوچی رابطه داشته باشد. بر این اساس، تجربه انواع مشکلات روانشناختی در گروه‌های آسیب دیده مانند گروه مورد مطالعه دور از ذهن نیست.^{۱۴} در اصل، با عنایت به این امر که باور به مشیت الهی، داشتن ارتباط درست، متعالی و درونی با منبعی والا و پذیرش می‌تواند در تعریف از خود وجودی مهم واقع گردد^{۲۶، ۲۷}؛ بر اساس آنچه مطرح شد، دارایی‌های مثبت انسان که مورد توجه روانشناسی مثبت‌گرا است، قادر است از سختی و آزار تجربه‌های منفی روانشناختی به طرز قابل تاملی کاسته و فرد را به سمت تجربه رفاه روانشناختی رهنمون سازد.^{۱۷}

از طرف دیگر، قابل ذکر است که جنس افسردگی در زنان نازا متفاوت بوده و چند وجهی است؛ بطوری که نداشتن فرزند برای یک زن، مشکل شخصی قلمداد نشده و دامنه وسیعی از عوامل اجتماعی، فرهنگی، بین فردی و خانوادگی را نیز شامل می‌گردد.^۶ با توجه به اینکه نازایی یک مشکل چند جانبه بوده و خسارات متعددی را برای زن ایجاد می‌کند و چگونه زیستن وی را تحت تاثیر قرار می‌دهد؛ می‌توان با مطالعات بیشتر در خصوص آموزش بعد وجودی سلامت معنوی، در غنی‌سازی زندگی این زنان همت گماشت. از طرفی، به نظر می‌رسد در جامعه‌ای که در آن مردم باورهای غنی و دیرینه دارند، توجه به معنی‌گرایی راه آسان تر و مطلوب‌تری برای مراقبت‌های انسانی و چند بعدی است. بر اساس یافته‌های این مطالعه، پیشنهاد می‌شود که جهت کاهش افسردگی در زنان نازا و افزایش تمایل ایشان جهت پذیرش مشکلات و پیدا کردن راه کارهای دیگر از جمله راه‌های جدید درمان و یا پذیرش فرزند خواندگی، از تقویت سه عامل هوش معنوی، سلامت معنوی و خداینداره یاری گرفت؛ چرا که انسان یک موجود دارای تمایلات روحانی می‌باشد و با تقویت بعد معنوی انسان، از افسردگی او نیز کاسته می‌شود و به زندگی معنا و هدف بخشیده شده و از احساس پوچی و درماندگی رها می‌شود. چرایی این نوع نتایج مثبت را می‌توان در عنصر معنویت جستجو کرد؛ زیرا معنویت به عنوان عاملی تلقی می‌شود که در رشد و کمال و همچنین در درمان نقش اساسی دارد.^{۲۹}

بعلاوه، یافته‌ها مبین این نکته نیز می‌باشد که قدرت اعتقادی و عمق باورهای معنوی هر جامعه می‌تواند روابط بین این نوع متغیرها را با سلامت روانشناختی فرد تحت تاثیر قرار دهد. اگرچه داشتن باورهای دینی از زمان‌های طولانی به عنوان قدیمی‌ترین تجربه پزشکی برای حفظ سلامت انسان‌ها به کار رفته است^{۳۲}، ولی در دین مبین اسلام، غنای این نوع باورها بسیار عمیق بنظر می‌رسد؛ بطوری که فرد در هر لحظه‌ای به داشتن این نوع باورهای مذهبی معنوی آگاهی دارد و آنها را در هر شرایطی مهم تصور میکند؛ متغیری که در جامعه‌ی مدرن با نام هوش معنوی شهرت دارد. شاهد این امر، گفته‌ها و اعتقاداتی همچون «اسم خداوند دوا و ذکر او شفا است» می‌باشد. در کل، چنین نتیجه‌گیری می‌شود که استفاده از بعد معنوی و فرامادی انسان، می‌تواند بعنوان سپری قدرتمند در جهت کاهش علایم افسردگی و افزایش سلامت روانشناختی مورد

بی‌توجهی به ابعاد فرامادی و معنوی‌مدار انسان می‌تواند مشکلات پزشکی او را همچنان در هاله‌ای از ابهام قرار داده و مسیر درمان را سخت‌تر سازد. نتایج کلی تحقیق نشان داد که در تجربه افسردگی زنان نازا، متغیرهای روانشناختی سهم مهمی دارند؛ لذا، بهره‌گرفتن از متخصصان روانشناسی و مشاوران حرفه‌ای می‌تواند جریان اثربخشی درمان‌های پزشکی را عمیق‌تر کرده و احتمال اثربخشی آنها را ارتقا دهد.

نتیجه‌گیری

بر اساس نتایج حاصله، مجموعه متغیرهای پیش‌بین توانستند بطور معنی‌داری افسردگی زنان دارای نازایی اولیه را پیش‌بینی نمایند. نتایج این پژوهش حاکی از آن است که نازایی صرفاً یک مشکل پزشکی نیست و متخصصان امر باید به رابطه بین نازایی اولیه و سلامت روانشناختی کلی زنان دارای نازایی اولیه توجه نمایند. در حقیقت، سرمایه‌های روانشناختی معنویت‌مدار مثبت انسان قادرند آسیب و تلخی تجارب روانی منفی را کاهش داده و باعث تجربه بهزیستی روانشناختی شوند.

ملاحظات اخلاقی

در این پژوهش اصول اخلاقی علمی همچون رازداری و رضایت آگاهانه رعایت شده است.

سپاسگزاری

محققان پژوهش، خالصانه از تمامی شرکت‌کننده و مسئولان ذیربط، قدردانی می‌نمایند.

تضاد منافع

محققان اظهار می‌دارند که منافع متقابلی از تألیف و یا انتشار این مقاله ندارند.

References

1. Simionescu G, Doroftei B, Maftei R, Obreja B, Anton E, Grab D, Ilea C, Anton C. "The complex relationship between infertility and psychological distress (Review)". *Experimental and Therapeutic Medicine*. 2021;21(4):306. <https://doi.org/10.3892/etm.2021.9737>.

توجه قرار داده شود^۶؛ فلذا، توجه بالینی به این فراعامل در فرآیند تشخیص و درمان نیازمند توجه وافر است.

لازم به ذکر است که همانند هر پژوهش علمی دیگر این تحقیق نیز دارای محدودیت‌های است که می‌باید نتایج حاصل در چارچوب چنین محدودیت‌هایی تفسیر گردند. یکی از محدودیت‌های مهم در این تحقیق، عدم امکان انتخاب تصادفی است؛ لذا انتخاب نمونه به روش در دسترس، قدرت تعمیم‌پذیری مطلوب را پایین می‌آورد. استفاده از ابزارهای خودسنجی یا خود گزارش‌دهی محدودیت دیگر تحقیق حاضر است؛ چرا که امکان سوگیری پاسخ‌دهنده در این نوع ابزارها بالا می‌باشد. این پژوهش صرفاً به لحاظ موقعیتی روی مراجعینی که به مراکز درمانی مراجعه می‌کردند انجام شده است و امکان تعمیم آن به کل جامعه وجود ندارد. نهایتاً، این پژوهش صرفاً بر روی زنان نازا انجام شد؛ لذا امکان تعمیم‌پذیری به جنس مخالف (مردان) وجود ندارد. بر اساس این نوع محدودیت‌ها، پیشنهاد می‌شود از سایر روش‌های جمع‌آوری داده‌ها مانند مصاحبه برای بدست آوردن پاسخ‌هایی با کیفیت بالا و نزدیک به واقعیت استفاده شده؛ و بر انجام تحقیق‌های مشابه در گروه‌های بزرگتر و با مبنای اعتقادی متفاوت‌تر همت گماشته شود. همچنین، با توجه به اینکه متغیرهای تحقیق حاضر بصورت کلی مورد مطالعه قرار گرفته شده بودند؛ پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی، برای نمایان‌تر ساختن دلایل ارتباطی قوی، از زیرموضوع‌ها نیز استفاده گردد. بعلاوه، از آنجایی که مطالعات همبستگی نمی‌تواند در خصوص روابط علت و معلولی اطلاعات زیادی در اختیار محقق قرار ندهد؛ لذا پیشنهاد می‌شود در تحقیق‌های آتی به روابط علت - معلولی با انجام طرح‌های تحقیقات تجربی مختلف پرداخته شود.

در پایان، شایان ذکر است اگرچه نازایی اولیه ظاهراً مقوله‌ای کاملاً پزشکی بدنی محسوب می‌شود؛ ولی

2. Teklemicheal AG, Kassa EM, Weldetensaye EK. Prevalence and correlates of infertility related psychological stress in women with infertility: a cross-sectional hospital based survey. *BMC Psychol*. 2022;(10):91. <https://doi.org/10.1186/s40359-022-00804-w>.

3. Sharma A, Shrivastava D. Psychological Problems Related to Infertility. *Cureus*. 2022 Oct;15;14(10):e30320. doi: 10.7759/cureus.30320. PMID: 36407201; PMCID: PMC9661871.
4. Doyle M, Carballedo A. Infertility and mental health. *Advances in Psychiatric Treatment*. 2014; 20(5):297-303. doi:10.1192/apt.bp.112.010926.
5. Abdolrahimi L, Alivandi Vafa M. Relationship between spiritual Intelligence and Depression in Infertile Women. An unpublished M.A. Thesis; 2016. [in Persian].
6. Noël I, Dodin S, Dufour S, Bergeron M-È, Lefebvre J, Maheux-Lacroix S. Evaluation of predictor factors of psychological distress in women with unexplained infertility. *Therapeutic Advances in Reproductive Health*. 2022;16. doi:10.1177/26334941211068010.
7. Agustus P, Munivenkatappa M, Prasad P. Sexual functioning, beliefs about sexual functioning and quality of life of women with infertility problems. *J. Hum. Reprod. Sci.* 2017;(10):213-220. 10.4103/jhrs.JHRS_137_16. <https://dx.doi.org/>
8. Lin Y W, Wang A, Wei S, Hong J, Hsu W. The relationship between infertility family stigma, self-stigma and psychological well-being in female first-visit patients at a reproductive medicine center in Taiwan. *Health Psychology Report*. 2022;10(2):122-128. doi:10.5114/hpr.2021.107335.
9. Yang, T, Wongpakaran N, Wongpakaran T, Saeng-Anan U, Singhapreecha C, Jenraumjit R, Peisah C. Factors Associated with Anxiety and Depression in Infertile Couples-Study Protocol. *Healthcare*. 2022; 10,1352. <https://doi.org/10.3390/healthcare10071352>
10. Kohut H. *The Analysis of the Self*. New York: International Universities Press; 1971.
11. Hanna E, Gough B. The social construction of male infertility: a qualitative questionnaire study of men with a male factor infertility diagnosis. *Sociology of Health and Illness*. 2020;42(3):465-480. doi: <https://doi.org/10.1111/1467-9566.13038>.
12. Taebi M, Kariman N, Montazeri A, Alavi Majd H. Infertility Stigma: A Qualitative Study on Feelings and Experiences of Infertile Women. *Int J Fertil Steril*. 2021 Jul;15(3):189-196. doi: 10.22074/IJFS.2021.139093.1039. Epub 2021 Jun 22. PMID: 34155865; PMCID: PMC8233927.
13. Saad M, Drysdale E, Maraldi E. Editorial: Spirituality and Mental Health: Exploring the Meanings of the Term "Spiritual". *Front. Psychol*. 2022;13:963708. doi: 10.3389/fpsyg.2022.963708.
14. Rosmarin DH, Koenig HG (Eds.). *Handbook of spirituality, religion, and mental health* (2nd ed.). Elsevier Academic Press; 2020.
15. Hvidt NC, Nielsen KT, Korup AK et al. What is spiritual care? Professional perspectives on the concept of spiritual care identified through group concept mapping. *BMJ Open*. 2020;10:1-10. doi: 10.1136/bmjopen-2020-042142.
16. Almaraz D, Saiz J, Moreno Martín, F, Sánchez-Iglesias I, Molina AJ, Goldsby TL. What Aspects of Religion and Spirituality Affect the Physical Health of Cancer Patients? A Systematic Review. *Healthcare*. 2022; 10: 1447. <https://doi.org/10.3390/healthcare10081447>.
17. Seligman MEP. Positive psychology, positive prevention, and positive therapy. In C. R. Snyder and S. J. Lopez (Eds.), *Handbook of positive psychology* (pp. 3-9). Oxford University Press; 2002.
18. Steger MF, Frazier P. Meaning in life: One link in the chain from religiousness to well-being. *Journal of Counseling Psychology*. 2005;52(4): 574-582. <https://doi.org/10.1037/0022-0167.52.4.574>
19. Frankl VE. *Man's search for meaning* (3rd ed.). New York: Simon & Schuster; 1984.
20. Emmons RA. Is spirituality an intelligence? Motivation and the psychology of ultimate concern, *The international journal for the psychology of Religion*. 2000;10(1):3-26. doi:10.1207/S15327582IJPR1001_2.
21. Giannone DA, Kaplin D. How does spiritual intelligence relate to mental health in a Western sample? *Journal of Humanistic Psychology*. 2020;

- 60(3):400-417. <https://doi.org/10.1177/0022167817741041>.
22. Zohar D, Marshall I. SQ: Spiritual intelligence, the ultimate intelligence. London: Bloomsbury; 2000.
23. Young EW. Spiritual health—an essential element in optimum health. *J Am College Health*. 1984;32(6):273-276. doi: 10.1080/07448481.1984.9939584.
24. Lin Hung R, et al. Psycho-spiritual well-being in patients with advanced cancer: an integrative review of the literature, *Journal of Advanced Nursing*. 2003; (44):69-80. doi: 10.1046/j.1365-2648.2003.02768.x.
25. Jamalimoghdam N, Heydari N, De-hbozorgi R, Heydari F. Correlati-on between Spiritual Health and Depression, Anxiety, and Stress in Patients Undergoing General Surgeries. *Journal of Clinical Care and Skills*. 2022;3(2):47-51.
26. Flannelly KJ, Galek K, Ellison CG, Koenig HG. Beliefs about God, Psychiatric Symptoms, and Evolutionary Psychiatry. *J Relig Health*. 2010;49(2):246-261. doi: 10.1007/s10943-009-9244-z.
27. Jonker H S, Eurelings-Bontekoe E H M, Zock H, Jonker ER. The Personal and Normative Image of God: The Role of Religious Culture and Mental Health. *Archive for the Psychology of Religion*. 2007;29(1):305–318. <https://doi.org/10.1163/008467207X188883>.
28. Bradshaw M, Ellison CG, Flannelly KJ. Prayer, God imagery, and symptoms of psychopathology. *Journal for the Scientific Study of Religion*. 2008; 47:644–659. doi:10.1111/j.1468-5906.2008.00432.x.
29. Williams A. Spiritual therapeutic landscapes and healing: A case study of Students. Anne de Beaupre, Quebec, Canada, *Journal of Social Science & Medicine*. 2010;70(10):1633-1640. doi: 10.1016/j.socscimed.2010.01.012.
30. Onwuegbuzie AJ, Collins KMT. A typology of mixed methods sampling designs in social science research. *The Qualitative Report*. 2007;12(2):281-316. Retrieved [May, 2016], from: <http://www.nova.edu/ssss/QR/QR122/onwuegbuzie2.pdf>.
31. King D.B, DeCicco T L. A viable model and self-report measure of spiritual intelligence. *International Journal of Transpersonal Studies*. 2008;28(1):68-85. doi: 10.24972/ijts.2009.28.1.68.
32. Raqib M, Siadat A, Hakimi Nia B, Ahmadi J. Validation of King's Spiritual Intelligence Scale (SISRI-24) in Isfahan University students. *Journal of Psychological Achievements*. 2011;4(1):141-164.
33. Paloutzian R.F, Ellison C.W. Loneliness, spiritual well- being, and quality of life. In L. A. Peplau, & D. Perlman (Eds.), *Loneliness: A Sourcebook foe current theory, research, and therapy*. New York: Wiley Interscience; 1982. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1093/med/9780199571390.003.0048>.
34. Ghobari Bonab B, Haddadi Kohsar AA. Mental health, mental image of God and quality of attachment in delinquent teenagers. *Thought and behavior in clinical psychology (thought and behavior)*. 2010;6(21):7-16. [in Persian]. SID. <https://sid.ir/paper/172044/fa>.
35. Dadsetan P, Mansour, M. mental illnesses. Tehran: Rushd Publications; 1990. [in Persian].
36. Nurbala AA, Shaddel F. Determining the prevalence of depression and its relationship with demographic indicators of Tehrani high school students. Research project, Tehran University of Medical Sciences; 1996. [in Persian].