



The mediating role of religious beliefs and meaning in life in the relationship between stressful life events and mental health in betrayed women

Maryam Mahdavi¹, Seyed Abdolmajid Bahreinian², Fatemeh Shahabizadeh³, Jalil JarrahiFeriz⁴

1. Ph.D Candidate in Psychology, Department of Psychology, Birjand Branch, Islamic Azad University, Birjand, Iran. E-mail: m.management85@gmail.com

2. Professor, Department of Psychology, Birjand Branch, Islamic Azad University, Birjand, Iran. E-mail: majid.bahrainian@gmail.com

3. Associate Professor, Department of Psychology, Birjand Branch, Islamic Azad University, Birjand, Iran. E-mail: F_shahabizadeh@yahoo.com

4. Assistant Professor, Department of Psychology, Birjand Branch, Islamic Azad University, Birjand, Iran. E-mail: Jarahi@iaubir.ac.ir

ARTICLE INFO

Article type:
Research Article

Article history:

Received 09 December 2024

Received in revised form
06 January 2025

Accepted 10 February 2025

Published Online 23
October 2025

Keywords:

mental health,
intensity of stressful life
events,
religious beliefs,
meaning in life

ABSTRACT

Background: Marital infidelity, as a significant stressful life event, can profoundly impact individuals' mental health. Religious beliefs and meaning in life, as psychological resources, play a crucial role in mitigating the adverse effects of stressors. However, few studies have examined the mediating role of these variables in the relationship between the intensity of stressful events and mental health, particularly in betrayed women. This research gap underscores the need for a more in-depth investigation of these relationships.

Aims: The aim of this study was to examine the mediating role of religious beliefs and meaning in life in the relationship between the intensity of stressful life events and mental health in betrayed women.

Methods: This study employed a descriptive-analytical approach based on structural equation modeling. The statistical population included all betrayed women who sought counseling services, psychological centers, welfare services, and social emergency centers in Jahrom County during the second quarter of 2023. From this population, 360 individuals were selected using a convenience sampling method. Data collection instruments included the General Health Questionnaire (GHQ; Weit & Veer, 1983), the Stressful Life Events Scale (Holmes & Rahe, 1967), the Religious Beliefs Scale (George, 1998), and the Meaning in Life Questionnaire (Steger & Oishi, 2004). Data were analyzed using SPSS version 26 and Smart PLS version 3 with a significance level of 0.05.

Results: The results indicated no statistically significant direct relationship between the intensity of stressful life events and mental health ($P > 0.05$), the intensity of stressful life events and meaning in life ($P > 0.05$), or the intensity of stressful life events and religious beliefs ($P > 0.05$). However, a statistically significant direct relationship was observed between meaning in life and mental health ($P < 0.05$), religious beliefs and mental health ($P < 0.05$), and religious beliefs and meaning in life ($P < 0.05$). Furthermore, attachment style did not significantly moderate the impact of stressful life events on mental health through meaning in life and religious beliefs.

Conclusion: According to the findings, religious beliefs and meaning in life played a mediating role in reducing the adverse effects of stressful life events on mental health in betrayed women. Therefore, raising awareness among professionals in psychology, counseling, and health fields about this model could be highly effective in promoting the mental health of this population.

Citation: Mahdavi, M., Bahreinian, S.A., Shahabizadeh, F., & JarrahiFeriz, J. (2025). The mediating role of religious beliefs and meaning in life in the relationship between stressful life events and mental health in betrayed women. *Journal of Psychological Science*, 24(152), 205-223. [10.52547/JPS.24.152.205](https://doi.org/10.52547/JPS.24.152.205)

Journal of Psychological Science, Vol. 24, No. 152, 2025

© The Author(s). DOI: [10.52547/JPS.24.152.205](https://doi.org/10.52547/JPS.24.152.205)



✉ **Corresponding Author:** Seyed Abdolmajid Bahreinian, Professor, Department of Psychology, Birjand Branch, Islamic Azad University, Birjand, Iran.

E-mail: majid.bahrainian@gmail.com, Tel: (+98) 9123447617

Extended Abstract

Introduction

Depression and anxiety are two of the most prevalent mental health challenges worldwide, affecting individuals across various demographic and cultural contexts (Hopkins, 2023). Addressing these conditions requires a multifaceted approach that integrates psychological, biological, and sociocultural dimensions. Over the past few decades, increasing attention has been directed toward the role of religiosity and spirituality in promoting mental health and mitigating psychological disorders. This study builds upon the growing body of evidence highlighting the therapeutic potential of religious and spiritual practices in enhancing psychological well-being and reducing symptoms of depression and anxiety (Koenig, 2023).

The theoretical framework for this research is grounded in the intricate relationship between religiosity, spirituality, and mental health outcomes. Religiosity and spirituality provide a sense of meaning, belonging, and purpose, which are essential for psychological resilience and growth, particularly in the face of adverse life events (Jensen, 2021). Pioneering work by Saroglou (2011) identified four dimensions of religiosity—believing, bonding, behaving, and belonging—that collectively influence an individual's ability to cope with stress. These dimensions emphasize the cognitive, emotional, moral, and social facets of religiosity, which collectively contribute to psychological health.

Evidence from contemporary studies underscores the positive impact of religiosity and spirituality on mental health. For instance, Miller and Gur (2022) conducted a meta-analysis demonstrating that religiosity significantly correlates with reduced depressive symptoms and enhanced coping mechanisms. Similarly, Chambless (2022) found that religious engagement moderates the effects of stressful life events on mental health, serving as a protective buffer. Moreover, Koenig (2023) highlights that religious practices, such as prayer and communal worship, foster social support networks, which are critical for emotional stability and mental health recovery.

In addition to psychological benefits, religiosity and spirituality are often intertwined with cultural and social norms, shaping individuals' perspectives on life and health. The cultural psychology of religiosity emphasizes the importance of integrating cultural and spiritual values into therapeutic interventions (Jensen, 2021). This perspective is particularly relevant in societies where religion plays a central role in daily life, providing individuals with a framework for interpreting and coping with challenges. Aggarwal (2023) reinforced this notion by demonstrating the efficacy of spirituality in reducing depression and anxiety among young people through a systematic review and meta-analysis.

Furthermore, research on attachment theory offers additional insights into the psychological mechanisms underlying the relationship between religiosity and mental health. Kirkpatrick (1999) posited that individuals with secure attachment to God often exhibit lower levels of anxiety and depression, suggesting that religious beliefs can function as a form of attachment that provides emotional security. This concept is supported by Justine (2023), who found that attachment styles significantly influence social functioning and mental health outcomes, highlighting the need for interventions that address both individual and relational factors.

The current study also acknowledges the role of positive psychology in understanding the interplay between religiosity and mental health. Positive psychology focuses on fostering strengths, resilience, and well-being rather than solely addressing pathology (Ryan & Deci, 2001). Studies by Ben-Zur and Michael (2020) demonstrated that positivity and psychological growth are associated with better mental health outcomes, particularly following stressful life events. Religious and spiritual practices align with the principles of positive psychology by encouraging hope, gratitude, and a sense of purpose, which are crucial for overall well-being.

Despite the extensive body of literature supporting the positive effects of religiosity and spirituality on mental health, several gaps remain. Existing studies often lack a nuanced understanding of the mechanisms through which religious and spiritual

practices influence mental health outcomes. Additionally, cultural variations in the expression and experience of religiosity are often overlooked, necessitating further research that accounts for these differences (Jensen, 2021). Addressing these gaps requires a comprehensive approach that integrates psychological theories, empirical evidence, and cultural considerations.

In light of the above, this study aims to examine the effectiveness of an integrated training package based on time perspective therapy and positive therapy on the quality of life and psychological well-being of depressed patients. By incorporating elements of religiosity and spirituality, the intervention seeks to leverage their therapeutic potential to enhance psychological outcomes. This research contributes to the growing field of integrative mental health interventions, offering insights into the role of spiritual and temporal perspectives in addressing depression and promoting overall well-being.

Method

The research method was descriptive-analytical, specifically using structural equation modeling. The statistical population consisted of all women who were victims of marital infidelity and had visited counseling and psychology clinics, welfare centers, and social emergency services in Jahrom city during the second quarter of 2023. The minimum sample size required for structural equation modeling is 200 participants (Kline, 2023). In this study, a sample size of 360 participants was selected using the convenience sampling method to ensure statistical power and sample adequacy. Additionally, steps were taken to prevent issues related to incomplete responses, non-responses, and missing questionnaires. The inclusion criteria for the study were: informed consent to participate in the research, literacy, involvement in marital infidelity (which was controlled through direct questioning), an age range between 20 and 55 years, and the exclusion criteria were: unwillingness to continue participating in the study, and incomplete responses to the questionnaires.

Results

The distribution of participants in this study was as follows: 108 participants (30%) were aged between 20 and 30 years, 147 participants (40.8%) were aged between 31 and 40 years, 72 participants (20%) were aged between 41 and 50 years, and 33 participants (9.2%) were aged over 50 years. Regarding education levels, 116 participants (32.2%) had a high school diploma, 52 participants (14.4%) had an associate degree, 133 participants (36.9%) had a bachelor's degree, 40 participants (11.1%) had a master's degree, and 19 participants (5.3%) had a doctoral degree.

To apply the structural equation modeling method, it was necessary to verify the assumptions of normality, multicollinearity, and error independence. The normality of the research variables was assessed using skewness and kurtosis indices. As shown in Table 1, the skewness and kurtosis indices of all observed variables were between -2 and +2, indicating that the distribution of the variable scores does not deviate excessively from a normal distribution. Therefore, it can be inferred that the normality assumption holds. Multicollinearity was examined using the tolerance and variance inflation factor (VIF) statistics, and the results showed that none of the tolerance values were below the permissible limit of 0.1, and none of the VIF values exceeded the acceptable limit of 10. Thus, the multicollinearity assumption was also upheld. Furthermore, the independence of errors was tested using the Durbin-Watson statistic, which yielded a value of 1.96 (DW), indicating that the assumption of error independence was satisfied. Before analyzing the inferential findings and using structural equation modeling, the Pearson correlation matrix between the research variables is presented in Table 1.

Table 1. Correlation Coefficients between Research Variables

Variable	1	2	3	4	5
1Mental Health	1				
2Meaning of Life	0.12	1			
3Search for Meaning	0.11	-0.29	1		
4Religious Beliefs	0.10	0.29	0.58	1	
5Stress	0.06	0.01	0.09	-0.09	1

As observed, the assumption of correlation between the research variables holds, and thus, further analyses can proceed.

According to the results from examining the coefficients related to the direct paths, which were also tested in a separate model, it is observed that the direct relationship between the intensity of stress-inducing events and mental health, the direct relationship between the intensity of stress-inducing events and meaning and purpose in life, and the direct relationship between the intensity of stress-inducing events and religious beliefs are not statistically significant. However, the direct relationship between

meaning and purpose in life and mental health, the direct relationship between religious beliefs and mental health, and the direct relationship between religious beliefs and meaning and purpose in life are statistically significant. To assess the effect of the intensity of stress-inducing events on mental health through meaning and purpose in life and religious beliefs, based on attachment style to God, a multi-group analysis test was used.

Table 2. Estimation of standardized coefficients of the research model using the maximum likelihood (ML) method

Path	Coefficient	Sig
Mental Health- Meaning of Life- Stress	0.059	0.23
Mental Health- Religious Beliefs – Stress	0.177	0.12
Mental Health- Religious Beliefs, Meaning of Life – Stress	0.216	0.08

The significance level for the multi-group analysis test regarding the effect of the intensity of stress-inducing events on mental health through meaning and purpose in life, based on attachment style to God, was found to be greater than 0.05. This indicates that attachment style to God does not significantly moderate the effect of the intensity of stress-inducing events on mental health through meaning and purpose in life, and does not influence the strength of this relationship. Similarly, the significance level for the multi-group analysis test regarding the effect of the intensity of stress-inducing events on mental health through religious beliefs, based on attachment style to God, was also greater than 0.05. This shows that attachment styles to God do not significantly moderate the effect of the intensity of stress-inducing events on mental health through religious beliefs, nor do they influence the strength of this relationship. Moreover, the significance level for the multi-group analysis test regarding the effect of the intensity of stress-inducing events on mental health through meaning and purpose in life and religious beliefs, based on attachment style to God, was greater than 0.05. This suggests that attachment style to God does not significantly moderate the effect of the intensity of stress-inducing events on mental health through meaning and purpose in life and religious beliefs, nor does it influence the strength of this relationship.

Conclusion

In conclusion, the findings of this study highlight the importance of understanding the direct relationships between stress-inducing events, mental health, meaning in life, and religious beliefs among women affected by marital betrayal. Although the study found no statistically significant direct relationships between the intensity of stressful events and mental health, meaning in life, or religious beliefs, significant correlations were observed between meaning and purpose in life and mental health, as well as between religious beliefs and mental health. These findings underscore the role of meaning and purpose in life, as well as religious beliefs, in enhancing mental health, especially in the context of traumatic experiences such as marital betrayal.

Furthermore, the study examined the moderating effect of attachment style to God on the relationship between stress-inducing events and mental health. The results revealed that attachment style to God did not significantly moderate the impact of stressful events on mental health through meaning in life or religious beliefs. This suggests that while attachment to a higher power may offer psychological benefits, it does not necessarily alter the way in which stressful life events affect an individual's mental health via these pathways. This finding contributes to the ongoing debate about the role of spirituality in coping with trauma and stress.

Lastly, the study emphasizes the need for further research in this area to explore alternative factors that

may influence the relationship between stress, mental health, and religious beliefs. Understanding how different dimensions of spirituality and personal meaning-making contribute to psychological well-being, particularly in the face of marital betrayal, can inform therapeutic interventions aimed at helping individuals navigate their emotional distress. The results of this study also underscore the importance of considering diverse coping strategies and psychological resources when addressing mental health challenges in individuals experiencing significant life stressors.

Ethical Considerations

Compliance with ethical guidelines: This article is derived from the doctoral dissertation of the first author in Clinical Psychology, from the Islamic Azad University, Birjand Branch. The research proposal was approved by the Ethics Committee of the Islamic Azad University of Birjand under the ethics code: IR.IAU.BIRJAND.REC.1402.006. Furthermore, in adherence to ethical considerations, participants were informed about the voluntary and optional nature of participation in the study and the confidentiality of their information.

Funding: This study was conducted as a PhD thesis with no financial support.

Authors' contribution: The first author was the senior author, the second were the supervisors and the third was the advisors.

Conflict of interest: The authors declare no conflict of interest for this study.

Acknowledgments: I would like to appreciate the supervisor, the advisors, and the participants in the study.

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی



نقش میانجی باورهای مذهبی و معنا در زندگی در رابطه شدت حوادث استرس‌زا با سلامت روان در زنان خیانت دیده

مریم مهدوی^۱، سید عبدالمجید بحرینیان^۲، فاطمه شهابی‌زاده^۳، جلیل جراحی فریز^۴

۱. دانشجوی دکتری روانشناسی، گروه روانشناسی، واحد بیرجند، دانشگاه آزاد اسلامی، بیرجند، ایران.

۲. استاد، گروه روانشناسی، واحد بیرجند، دانشگاه آزاد اسلامی، بیرجند، ایران.

۳. دانشیار، گروه روانشناسی، واحد بیرجند، دانشگاه آزاد اسلامی، بیرجند، ایران.

۴. استادیار، گروه ریاضی، واحد بیرجند، دانشگاه آزاد اسلامی، بیرجند، ایران.

چکیده

مشخصات مقاله

نوع مقاله:

پژوهشی

تاریخچه مقاله:

دریافت: ۱۴۰۳/۰۹/۱۹

بازنگری: ۱۴۰۳/۱۰/۱۷

پذیرش: ۱۴۰۳/۱۱/۲۲

انتشار برخط: ۱۴۰۴/۰۸/۰۱

کلیدواژه‌ها:

سلامت روان،

شدت حوادث استرس‌زا،

باورهای مذهبی،

معنا در زندگی

زمینه: خیانت زناشویی به عنوان یکی از عوامل استرس‌زای شدید، می‌تواند تأثیرات عمیقی بر سلامت روان افراد داشته باشد. باورهای مذهبی و معنا در زندگی به عنوان منابع روانشناختی، نقش مهمی در کاهش اثرات منفی حوادث استرس‌زا ایفا می‌کنند. با این حال، پژوهش‌های محدودی به بررسی نقش میانجی این متغیرها در ارتباط میان شدت حوادث استرس‌زا و سلامت روان، به‌ویژه در زنان خیانت دیده، پرداخته‌اند. این شکاف پژوهشی ضرورت بررسی دقیق‌تر این روابط را برجسته می‌کند.

هدف: هدف پژوهش حاضر بررسی نقش میانجی باورهای مذهبی و معنا در زندگی در رابطه شدت حوادث استرس‌زا با سلامت روان در زنان خیانت دیده بود.

روش: روش پژوهش حاضر توصیفی-تحلیلی از نوع مدل‌سازی معادلات ساختاری بود. جامعه آماری شامل تمامی زنان خیانت دیده مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره و روانشناسی، بهزیستی و اورژانس اجتماعی شهرستان جهرم طی ۳ ماهه دوم سال ۱۴۰۲ بودند که از این میان تعداد ۳۶۰ با روش نمونه‌گیری در دسترس مورد بررسی قرار گرفتند. ابزار گردآوری داده‌ها، پرسشنامه‌های سلامت روانی (ویتویر، ۱۹۸۳)، ارزیابی میزان فشار روانی استرس (هولمز و راهه، ۱۹۶۷)، باورهای مذهبی (جورج، ۱۹۹۸)، معنا در زندگی (استگر و اویشی، ۲۰۰۴) بودند. داده‌ها با نرم‌افزارهای Spss نسخه ۲۶ و Smart PLS نسخه ۳ با سطح معناداری ۰/۰۵ تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج نشان داد شدت حوادث استرس‌زا و سلامت روانی ($P > ۰/۰۵$)، رابطه مستقیم شدت حوادث استرس‌زا و معنا و هدف زندگی ($P > ۰/۰۵$) و رابطه مستقیم شدت حوادث استرس‌زا و باورهای مذهبی ($P > ۰/۰۵$) رابطه مستقیم نداشتند، رابطه مستقیم معنا و هدف زندگی و سلامت روانی ($P < ۰/۰۵$)، رابطه مستقیم باورهای مذهبی و سلامت روانی ($P < ۰/۰۵$) و رابطه مستقیم باورهای مذهبی و معنا و هدف زندگی ($P < ۰/۰۵$) از نظر آماری معنی‌دار بود.

نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج، باورهای مذهبی و معنای زندگی در زنان قربانی خیانت نقش واسطه‌ای در کاهش شدت حوادث استرس‌زا بر سلامت روان داشتند، از این‌رو، آگاهی متخصصان حوزه‌های روانشناسی، مشاوره و سلامت از این مدل می‌تواند در جهت ارتقای سلامت روان این دسته زنان بسیار مؤثر و کمک‌کننده باشد.

استناد: مهدوی، مریم؛ بحرینیان، سید عبدالمجید؛ شهابی‌زاده، فاطمه؛ و جراحی فریز، جلیل (۱۴۰۴). نقش میانجی باورهای مذهبی و معنا در زندگی در رابطه شدت حوادث استرس‌زا با سلامت روان در زنان خیانت دیده. مجله علوم روانشناختی، دوره ۲۴، شماره ۱۵۲، ۲۲۳-۲۰۵.

DOI: [10.52547/JPS.24.152.205](https://doi.org/10.52547/JPS.24.152.205) شماره ۱۵۲، ۱۴۰۴



مقدمه

خیانت مسئله‌ای است که امروزه بسیاری از خانواده‌ها را در گیر خود کرده است (تمرچی و همکاران، ۱۴۰۰). در معنای خیانتی‌توان به پنهان کاری، فریب کاری، بی‌عفتی، بی‌وفایی، رابطه خارج از پیوند زناشویی متعهدانه یا رفاقت و دوستی با فرد دیگر در زندگی زناشویی اشاره نمود (تامپسون و همکاران، ۲۰۱۷). به‌طور کلی، معنای خیانت در زندگی زناشویی به وارد شدن نفر سوم در رابطه، بی‌وفایی و عدم پابندی به تعهداتی گفته می‌شود که در ابتدای پیمان زناشویی بستن میان زوجین در مورد آن‌ها توافق شده است. در واقع، هرگونه رابطه عاطفی و احساسی با فرد دیگر غیر از همسر، خیانت محسوب می‌شود (روکاج، ۲۰۲۳). هم‌چنین، خیانت به تمامی رفتارهایی گفته می‌شود که پنهان از دید همسر با جنس مخالف صورت می‌گیرد. این بدان معناست که معنای خیانت در زندگی زناشویی بستگی مستقیمی با تعهداتی دارد که در ابتدای زندگی با همسر بسته می‌شود. این تعهدات در هر رابطه زناشویی در فرهنگ‌های مختلف متفاوت است. در برخی از جوامع داشتن ارتباطات گسترده با جنس مخالف از جنبه‌های خیانت محسوب نمی‌شود، اما این روابط اگر پنهانی باشد تعریف واژه خیانت برای آن صدق می‌کند (امفاولی و اسماتس، ۲۰۲۱). در کشور ما به‌علت وجود فرهنگ متفاوت و داشتن ملاک‌های مذهبی، برقراری ارتباط عاطفی با جنس مخالف غیرقابل پذیرش می‌باشد و خیانت محسوب می‌شود. زوجین آسیب‌دیده از خیانت برای ترمیم روابط زوجی، بیش از هر چیزی نیاز ساختن اعتماد دارند (میری و همکاران، ۱۴۰۳). خیانت زناشویی می‌تواند باعث بالا رفتن طلاق، قتل، مشکلات بهداشت روان مانند افسردگی، مشکلات سازگاری و سست شدن بنیان خانواده شود و در کل سلامت افراد را تحت تأثیر قرار دهد (آگاروال، ۲۰۲۳). از عوامل زمینه‌ساز خیانت زناشویی می‌توان به شرایط علی (فردی-شخصیتی، فردی-خانوادگی، زوجی-رابطه‌ای، شرایط بافتاری و شرایط مداخله‌گر (دوستان، پول، قدرت) اشاره نمود (تمرچی و همکاران، ۱۴۰۰). روابط خارج از رابطه زناشویی همیشه سبب ضربه‌های شدید احساسی و عاطفی به افراد می‌شود. این نوع روابط باعث بروز نشانه‌هایی مانند: اختلال استرس پس از ضربه و هم‌چنین، افسردگی، هیجان‌هایی مانند: خشم، ناامیدی، عدم اعتماد به نفس، از دست دادن هویت و احساس بی‌ارزشی در همسر قربانی

¹. Infidelity

خیانت می‌شود. علاوه بر آن موجب بروز احساس تردید، افسردگی و عذاب وجدان در همسر مرتکب خیانت نیز می‌گردد (جئور و همکاران، ۲۰۲۲). ممکن است سلامت روانی^۲ فرد قربانی خیانت تحت تأثیر قرار گیرد و این موضوع می‌تواند فرد را برای روبه‌رو شدن با وقایع استرس‌زای زندگی حساس‌تر نماید. بنابراین، برخورداری از سلامت روان، از اهمیت بسیار بالایی برخوردار است و به عنوان جنبه‌های مهم سلامتی در نظر گرفته می‌شوند؛ سلامت روانی، استعداد روان برای کارکردن مؤثر، هماهنگی، خوشایند و انعطاف‌پذیر در موقعیت‌های دشوار و توانایی حفظ تعادل خود می‌باشد. شاخص‌های سلامت روان عبارتند از: اضطراب، افسردگی، شکایت جسمانی و عملکرد اجتماعی (گنجی، ۱۴۰۳). بعد از افشا شدن خیانت، در افراد هیجانات شدیدی مانند: انکار، خشم، عصبانیت و استرس مشاهده می‌شود. این مسئله برای قربانیان خیانت زناشویی بار مشکلات سلامت روانی داشته و خصوصاً برای زنان قربانی خیانت پیامدهای ناراحت‌کننده‌ای را به دنبال دارد (جئورور و همکاران، ۲۰۲۱) که در ادامه به آن‌ها پرداخته می‌شود.

سلامت روانی در محیط خانواده به‌عنوان نخستین پایگاه اجتماعی و جایگاه رشد و شکل‌گیری ارزش‌ها و تکوین هویت بسیار حائز اهمیت است، زیرا سلامتی محیط خانواده زمینه ساز رشد اندیشه و شخصیت آینده‌اعضای آن را فراهم می‌سازد. زنان در کنار نقش کلیدی در خانواده و کارآمد در جامعه حضور دارند. وجود مشکل در آنها بسیار آسیب‌زا است (نیک سیرت و همکاران، ۱۴۰۳). سلامت روان به‌عنوان یکی از ملاک‌های تعیین‌کننده سلامت عمومی افراد در نظر گرفته می‌شود و مفهوم آن عبارت از احساس خوب بودن و اطمینان از کارآمدی خود، اتکا به خود، ظرفیت رقابت، تعلق بین نسلی و خودشکوفایی و توانایی بالقوه فکری و هیجانی است (مام شریفی و همکاران، ۱۳۹۹). در واقع، وضعیت سلامت روان به وضعیتی اطلاق می‌شود که در آن فرد در سطح قابل قبولی از تنظیم عاطفی و رفتاری قرار داشته باشد (هاپکینز، ۲۰۲۳). شواهدی از سازمان بهداشت جهانی نشان می‌دهد که تقریباً نیمی از جمعیت جهان سلامت روان نداشته و بیماری‌شان بر روابط، عملکرد آنها در زندگی، درگیری‌های ذهنی، اختلالات خلقی و استرس تأثیر گذاشته است (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۲۳). در زنان خیانت‌دیده، سلامت روان به دلیل تجربیات عاطفی و روانی شدید، به‌ویژه

². Mental health

ناشی از خیانت، به شکل ویژه‌ای در معرض خطر قرار می‌گیرد. این افراد اغلب با مشکلاتی همچون افسردگی، اضطراب، کاهش اعتماد به نفس و احساس بی‌ارزشی مواجه می‌شوند که بررسی عوامل تأثیرگذار بر سلامت روان آن‌ها ضروری به نظر می‌رسد. یکی از مهم‌ترین عواملی که می‌تواند بر سلامت روان زنان خیانت‌دیده تأثیر بگذارد، شدت حوادث استرس‌زا^۱ است (لالانی، ۲۰۲۰؛ وانگ، ۲۰۲۰). این حوادث، که شامل رخدادهایی با بار هیجانی و روانی سنگین می‌باشند، می‌توانند با افزایش سطح تنش و کاهش توانایی فرد در مقابله با مشکلات، سلامت روان را به شدت تهدید کنند. شدت این حوادث، بسته به نوع، مدت و پیامدهای آن، تأثیرات متفاوتی بر زنان خیانت‌دیده دارد. به طور خاص، خیانت عاطفی و زناشویی به عنوان یکی از استرس‌زاترین تجربیات انسانی شناخته شده است که می‌تواند با احساساتی همچون خشم، اندوه، ناامیدی و اضطراب همراه باشد. با این حال، شدت تأثیر این حوادث می‌تواند به عوامل دیگری وابسته باشد که توانایی فرد را در معنا بخشیدن به تجربه و یافتن راهی برای مقابله تعیین می‌کند (باقرزاده و همکاران، ۱۴۰۱). این حوادث با ایجاد اختلال در سیستم روانشناختی فرد می‌تواند باعث بروز علائم مختلفی از جمله خستگی ذهنی، ناتوانی در تصمیم‌گیری و کاهش اعتماد به نفس شوند. در زنان خیانت‌دیده، خیانت زناشویی به عنوان یکی از استرس‌زاترین حوادث زندگی شناخته شده است، زیرا نه تنها پیوند عاطفی آن‌ها را متزلزل می‌کند، بلکه بنیان‌های اعتماد و هویت شخصی‌شان را نیز تحت تأثیر قرار می‌دهد (سرهانی و همایی، ۲۰۲۳). تأثیر این رویدادها به شدت و مدت زمان آن‌ها بستگی دارد؛ برای مثال، خیانت‌هایی که برای مدت طولانی پنهان مانده یا پیامدهایی نظیر طلاق و جدایی را به همراه داشته باشند، تأثیرات عمیق‌تری بر سلامت روان زنان دارند. با این حال، نحوه پردازش روانشناختی این حوادث و تلاش برای یافتن معنا در آن‌ها می‌تواند شدت این تأثیرات را کاهش دهد (وایت و همکاران، ۲۰۲۲).

در این میان، باورهای مذهبی^۲ به عنوان یکی از متغیرهای میانجی مهم شناخته می‌شوند که می‌توانند تأثیر شدت حوادث استرس‌زا را بر سلامت روان کاهش یا تشدید کنند (جنسن، ۲۰۲۱؛ کیم و همکاران، ۲۰۲۳). باورهای مذهبی، که شامل اعتقادات و ارزش‌های فرد در زمینه وجود خدا،

معنویت و ارتباط با امور ماورایی است، نقش مهمی در ایجاد آرامش روانی و افزایش تاب‌آوری در مواجهه با استرس‌های شدید ایفا می‌کند. این باورها می‌توانند به افراد کمک کنند تا در مواجهه با خیانت و شکست عاطفی، معنایی فراتر از تجربه دردناک پیدا کرده و امید خود را حفظ کنند (لورنز و همکاران، ۲۰۱۹). به بیان دیگر، مذهب به عنوان یک سیستم حمایت روانی و معنوی می‌تواند در بهبود سلامت روان نقش حیاتی داشته باشد. با این حال، قدرت تأثیر باورهای مذهبی بر سلامت روان به نحوه درک و استفاده فرد از این باورها بستگی دارد. طبق مطالعات رسولی و کهریزی (۱۳۹۹)، باقرزاده و همکاران (۱۴۰۱)، بهنارو و همکاران (۲۰۱۹) و لیت و همکاران (۲۰۲۱) نشان داده شده است که افراد با اعتقادات باورهای مذهبی، سازگاریب‌تری با موقعیت‌های استرس‌زای زندگی دارند؛ هیجانات منفی کمتری نشان می‌دهند، استرس، افسردگی و اضطراب کمتری را تجربه می‌کنند و همچنین، اثرقابل ملاحظه‌ای بر مدیریت خشم در رویدادهای استرس‌زای زندگی و تعارضات خانوادگی دارند.

معنا در زندگی^۳، به عنوان دیگر متغیر میانجی، یکی از مفاهیم بنیادی روان‌شناسی مثبت‌گرا است که در سال‌های اخیر توجه گسترده‌ای را به خود جلب کرده است (کیم و همکاران، ۲۰۲۳؛ لالانی، ۲۰۲۰). معنا در زندگی به احساس هدفمندی، انسجام و اهمیت در زندگی اشاره دارد و می‌تواند به عنوان ابزاری قدرتمند در مقابله با بحران‌های روانی عمل کند. برای زنان خیانت‌دیده، معنا یافتن در تجربه تلخ خیانت، می‌تواند به بازسازی هویت شخصی و ترمیم زخم‌های روانی کمک کند. از سوی دیگر، نبود معنا در زندگی ممکن است به افزایش احساس پوچی، ناامیدی و تشدید مشکلات روانی منجر شود (سرهانی و همایی، ۲۰۲۳؛ باقرزاده و همکاران، ۱۴۰۱). معنا در زندگی به فرد کمک می‌کند تا تجربیات خود را در چارچوبی گسترده‌تر و هدفمندتر قرار دهد، به گونه‌ای که حتی تلخ‌ترین رویدادها نیز به فرصتی برای رشد و یادگیری تبدیل شوند. برای زنان خیانت‌دیده، یافتن معنا در تجربه خیانت می‌تواند به معنای بازسازی هویت، ایجاد ارزش‌های جدید و حتی بازنگری در اولویت‌های زندگی باشد. این معنا یافتن ممکن است از طریق فعالیت‌هایی مانند بازگشت به اهداف شخصی، ارتباط با جامعه، یا تمرکز بر تربیت فرزندان تحقق یابد (باقرزاده و همکاران، ۱۴۰۱).

1. Intensity of stressful life events

2. Religious blifes

3. Meaning in life

فراهم آورد. باتوجه به آنچه بیان شد سؤال اصلی پژوهش حاضر این است که چگونه باورهای مذهبی و معنا در زندگی می‌توانند در رابطه بین شدت حوادث استرس‌زا و سلامت روان زنان خیانت‌دیده نقش میانجی ایفا کنند؟

روش

الف) طرح پژوهش و شرکت‌کنندگان: روش پژوهش توصیفی-تحلیلی از نوع مدل‌سازی معادلات ساختاری بود. جامعه آماری شامل تمامی زنان قربانی خیانت زناشویی بود که طی ۳ ماهه دوم سال ۱۴۰۲ به کلینیک‌های مشاوره و روانشناسی، بهزیستی و اورژانس اجتماعی شهرستان جهرم مراجعه کرده بودند. حداقل حجم نمونه برای مدل‌یابی معادلات ساختاری ۲۰۰ نفر می‌باشد (کلاین، ۲۰۲۳). در این پژوهش نیز، تعداد ۳۶۰ نفر نمونه باروش نمونه‌گیری در دسترس در نظر گرفته شد تا اطمینان لازم را در مورد توان آماری مطلوب و کفایت نمودن نمونه‌برداری فراهم کند. هم‌چنین، از احتمالات مربوط به مخدوش شدن، پاسخ ندادن و مفقود شدن پرسشنامه‌ها جلوگیری شود. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل: تمایل یا رضایت آگاهانه جهت شرکت در پژوهش، داشتن سواد خواندن و نوشتن، درگیری با خیانت زناشویی (که با پرسش مستقیم کنترل شد)، سن بین ۲۰ تا ۵۵ سال و ملاک‌های خروج از پژوهش نیز شامل: تمایل نداشتن به ادامه شرکت در پژوهش، پاسخ‌گویی ناقص به سوالات پرسشنامه‌ها در نظر گرفته شد.

ب) ابزار

پرسشنامه سلامت روانی^۱ (MHI): در این پژوهش از مقیاس سلامت روانی که از پرسشنامه ویتویر (۱۹۸۳) اقتباس شده است، استفاده شد. این پرسشنامه فرم کوتاه مقیاس ۳۴ ماده‌ای سلامت روانی و با ۲۸ ماده دو وضعیت بهزیستی روانشناختی و درماندگی روانشناختی را در اندازه‌های پنج درجه‌ای لیکرت از نمره ۱ تا ۵ می‌سنجد. حداقل وحد اکثر نمره آزمودنی در زیرمقیاس‌های بهزیستی روانشناختی و درماندگی روانشناختی به ترتیب ۱۴ و ۷۰ است. در نسخه اصلی ویژگی‌های روان سنجی فرم ۲۸ ماده‌ای این مقیاس، در دو گروه بیمار و بهنجار بررسی شد. ضرایب آلفای کرونباخ زیرمقیاس‌های بهزیستی روانشناختی و درماندگی روانشناختی برای آزمودنی‌های بهنجار به ترتیب ۰/۹۴ و ۰/۹۱ و برای آزمودنی‌های بیمار به ترتیب ۰/۹۳ و ۰/۹۰ محاسبه شد که نشانه همسانی درونی خوب

از سوی دیگر، فقدان معنا در زندگی می‌تواند پیامدهایی مانند احساس پوچی، بی‌هدف بودن و افسردگی را به همراه داشته باشد. بنابراین، معنا در زندگی نه تنها به عنوان یک سازوکار مقابله‌ای عمل می‌کند، بلکه نقش مهمی در ترمیم روانشناختی زنان خیانت‌دیده دارد (پرز و روهد، ۲۰۲۲). مطالعات چمپلس (۲۰۲۲) نشان داد که اعتقاد و باورهای مذهبی در رابطه مثبت با تأثیر معنا و هدف در زندگی در جریان رویدادهای استرس‌زا بر سلامت روان دارد. هم‌چنین، رویدادهای استرس‌زای زندگی بر سلامت روان تأثیر می‌گذارند. سن و همکاران (۲۰۲۲) در پژوهش خود نشان دادند که اعتقاد و باورهای مذهبی و دین و معنویت مزایای سلامت روان را در دوره‌های اختلال اجتماعی افزایش داده و برای ارتقای سلامت عمومی و مداخله بالینی مؤثر می‌باشند. پژوهش بهنارو و همکاران (۲۰۱۹) نیز این نتایج را مورد تأیید قرار می‌دهد.

پیامدهای روانشناختی خیانت زناشویی از جمله اضطراب، افسردگی، کاهش عزت‌نفس و حتی اختلالات روان‌تنی، ضرورت بررسی عوامل مؤثر در بهبود سلامت روان این گروه آسیب‌پذیر را برجسته می‌سازد. شدت حوادث استرس‌زا، که خیانت زناشویی یکی از نمونه‌های بارز آن است، به‌طور مستقیم توانایی فرد را در مدیریت استرس و حفظ تعادل روانی به چالش می‌کشد. از سوی دیگر، باورهای مذهبی و معنا در زندگی، به عنوان سازوکارهای روانی و معنوی مهم، می‌توانند نقشی اساسی در تعدیل اثرات منفی این تجارب داشته باشند. با این حال، فقدان پژوهش‌های جامع در این زمینه، شکاف معناداری در دانش فعلی ایجاد کرده است که بررسی تعامل این متغیرها را ضروری می‌سازد. این پژوهش نوآوری‌های متعددی دارد که آن را از مطالعات پیشین متمایز می‌کند. نخست، این مطالعه به‌طور هم‌زمان به بررسی نقش میانجی دو متغیر مهم، یعنی باورهای مذهبی و معنا در زندگی، در رابطه بین شدت حوادث استرس‌زا و سلامت روان زنان خیانت‌دیده می‌پردازد؛ امری که تاکنون کمتر مورد توجه قرار گرفته است. دوم، پژوهش حاضر با تمرکز بر گروه خاصی از جامعه (زنان خیانت‌دیده) و بررسی چالش‌ها و منابع روانشناختی مرتبط با آن‌ها، به ایجاد دانش بومی و کاربردی کمک می‌کند. در نهایت، این مطالعه نه تنها به شناسایی عوامل مؤثر در سلامت روان این گروه می‌پردازد، بلکه با ارائه دیدگاه‌های جدید، می‌تواند مبنایی برای طراحی مداخلات روانشناختی و معنوی اثربخش

¹. Mental Health Inventory-28

مقیاس هستند. روایی همزمان مقیاس سلامت روانی از طریق اجرای همزمان پرسشنامه سلامت عمومی (گلدبرگ، ۱۹۷۲؛ گلدبرگ و ویلیامز، ۱۹۸۸) در مورد همه آزمودنی‌های دو گروه محاسبه شد. نتایج ضرایب همبستگی پیرسون نشان داد که بین نمره کلی آزمودنی‌ها در پرسشنامه سلامت عمومی با زیرمقیاس بهزیستی روانشناختی همبستگی منفی معنادار ($r = -.087$ ، $p < .000$) و با زیرمقیاس درماندگی روانشناختی همبستگی مثبت معنادار ($r = .089$ ، $p < .000$) وجود دارد. در نسخه فارسی و در ایران این پرسشنامه در پژوهش ابراهیم‌نژادمقدم و همکاران (۱۴۰۰) با تأیید پایایی و روایی به کار گرفته شده است. آنها پرسشنامه‌های مورد استفاده خود را با روایی محتوایی از طریق داوری هشت نفر از متخصصان روانشناسی بررسی کردند و ضرایب توافق کندانال برای زیرمقیاس‌ها را از ۰/۸۱ تا ۰/۹۲ محاسبه نمودند. ضریب آلفای کرونباخ نیز بیشتر از ۰/۷ و نشان‌دهنده پایایی مورد تأیید بود. در مطالعه حاضر نیز ضریب آلفای کرونباخ برای این ابزار برابر با ۰/۷۹ و ۰/۸۳ برآورد شد.

پرسشنامه معنا در زندگی^۱ (MLQ): این پرسشنامه را استگر و همکاران در سال ۲۰۰۶ جهت ارزیابی وجود معنا و تلاش برای یافتن آن ارائه کرده‌اند که دارای ۱۰ گویه می‌باشد که این گویه‌ها دو حالت را در ارتباط با معناداری زندگی می‌سنجند: وجود معنا و جست و جوی معنا. کلیه گویه‌ها بر روی یک مقیاس لیکرت ۷ درجه‌ای از «کاملاً نادرست» (نمره یک) تا «کاملاً درست» (نمره ۷)، وجود یا جست و جوی معنا را اندازه می‌گیرد و به استثنای گویه ۹ که معکوس نمره گذاری می‌شود سایر گویه‌ها نمره‌دهی معمولی دارند. جمع گویه‌های مرتبط با وجود معنا در زندگی نشان‌دهنده وجود این بخش از سازه و جمع نمره گویه‌های مرتبط با جست و جوی معنا بیان‌گر این قسمت از سازه است. گویه‌های مربوط به وجود معنا عبارتند از: ۱، ۵، ۴، ۶ و ۹ و سایر گویه‌ها جهت سنجش جستجوی معنا در زندگی هستند. بر اساس گزارش‌های استگر و اویشی، این پرسشنامه از پایایی و روایی بالایی برخوردار است. همسانی درونی هر دو خرده مقیاس با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ بالا و خوب گزارش شده است، برای وجود معنا ضریب آلفا ۰/۸۱ و برای جست و جوی معنا این ضریب ۰/۸۴ بوده است. در روش بازآزمایی ضریب همبستگی در فاصله یک ماهه ۰/۷۰ برای وجود معنا و ۰/۷۳ برای جست و جوی معنا گزارش شده است. روایی این مقیاس

برای وجود معنا ۰/۸۶ و برای جستجوی معنا ۰/۸۷ برآورد شده است. در ایران باقرزاده و همکاران (۱۴۰۱) در پژوهش خود با استناد به گزارش، با تأیید ساختار عاملی، شاخص‌های برازش پذیرفتی با روایی سازه‌ای قابل قبول و پایایی با روش همسانی درونی برای وجود معنا (۰/۸۱) و جستجوی معنا (۰/۷۱) این پرسشنامه را به کار بردند. در پژوهش حاضر نیز مقدار پایایی با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ محاسبه و برابر با ۰/۸۴ و ۰/۷۹ برآورد شد.

مقیاس استرس^۲ (SRRS): مقیاس هولمز و راهه (۱۹۶۷) برای ارزیابی دگرگونی‌های زندگی (مقیاس استرس) به منظور سنجش میزان فشار روانی بر حسب تغییراتی که در زندگی انسان روی می‌دهد، طراحی گردیده است. در واقع، این مقیاس به منظور سنجش میزان فشار روانی بر حسب تغییراتی که در زندگی انسان روی می‌دهد طراحی شده است. این مقیاس «۴۱» موقعیت استرس‌زا را، به ترتیب اهمیتی که دارند؛ شامل می‌شود و می‌تواند رابطه دگرگونی‌های زندگی با بهداشت روانی را پیش‌بینی کند. این مقیاس برای هریک از موقعیت‌ها یک امتیاز عددی قائل می‌شود که در نهایت میزان تاثیر این موقعیت‌ها بر بهداشت روانی به صورت عددی بیان می‌کند. اگر جمع کل امتیازها بین ۱۵۰-۲۰۰ باشد، ۳۷ درصد احتمال خواهد داشت که فرد در اول سال مریض شود. اگر جمع کل امتیازها بین ۲۰۰-۳۰۰ و بالاتر از ۳۰۰ باشد، احتمال بیماری فرد به ترتیب ۵۰ و ۸۰ درصد خواهد بود. روایی و پایایی این ابزار در نسخه اصلی به صورت مطلوب گزارش شده است به طوری که مقدار پایایی با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برابر با ۰/۷۸ گزارش شده است. در ایران، گاطع‌زاده و همکاران (۱۳۹۵) این پرسشنامه را با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۱ به کار گرفتند. هم‌چنین، توکلی سعادت و مجتبابی (۱۳۹۴) ضریب پایایی با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۷۲ و با استفاده از روش تنصیف ۰/۶۴ به دست آوردند. برای تعیین اعتبار نیز، با استفاده از روش همبستگی با پرسشنامه استرس ادراک شده، گزارش نمودند که رابطه مثبت و معناداری ($r = .015$ ، $p > .05$) بین آن‌ها وجود داشت. در پژوهش حاضر نیز مقدار پایایی برابر با ۰/۸۲ برآورد شد.

1. Meaning in Life Questionnaire

2. Stress Rahe Scale

آزمون لارنس و همکاران (۲۰۰۲) پایایی آزمون را ضریب پایایی تصنیف با تصحیح به روش اسپیرمن - براون ۰/۹۷ گزارش کرده‌اند. هم‌چنین، این پرسشنامه در ایران توسط فکوری و همکاران (۱۳۹۴) با تأیید روایی و پایایی به کار رفته است. آنها با توجه به فرهنگ اسلامی و نظر اساتید مجرب در زمینه معارف اسلامی بازنویسی کردند و اعتماد علمی این پرسشنامه را با آزمون مجدد $R = ۰/۸۸$ به دست آوردند. در مطالعه حاضر نیز مقدار پایایی برای این آزمون برابر با ۰/۸۹ برآورد شد.

یافته‌ها

وضعیت مشارکت کنندگان در این پژوهش به این قرار بود که ۱۰۸ نفر (۳۰ درصد) از افراد نمونه دارای سن بین ۲۰ تا ۳۰ سال، ۱۴۷ نفر (۴۰/۸ درصد) دارای سن بین ۳۱ تا ۴۰ سال، ۷۲ نفر (۲۰ درصد) دارای سن بین ۴۱ تا ۵۰ سال و ۳۳ نفر (۹/۲ درصد) دارای سن بیشتر از ۵۰ سال بودند. از نظر سطح تحصیلات ۱۱۶ نفر (۳۲/۲ درصد) از اعضای نمونه دارای تحصیلات دیپلم، ۵۲ نفر (۱۴/۴ درصد) دارای تحصیلات فوق دیپلم، ۱۳۳ نفر (۳۶/۹ درصد) دارای تحصیلات لیسانس، ۴۰ نفر (۱۱/۱ درصد) دارای تحصیلات فوق لیسانس و ۱۹ نفر (۵/۳ درصد) دارای تحصیلات دکتری بودند.

جدول ۱. شاخص‌های توصیفی مربوط به متغیرهای پژوهش

متغیر	میانگین	انحراف معیار	کمینه	بیشینه	چولگی	کشدگی
سلامت روان	۳/۱۹	۰/۳۶	۱/۸۲	۳/۸۲	-۰/۸۰۵	۱/۲۴۶
معنا و هدف زندگی	۵/۱۳	۰/۹۰	۳/۴۰	۷	۰/۳۱۵	-۰/۷۸۲
باورهای مذهبی	۳/۴۷	۰/۴۱	۲/۸۲	۴/۴۲	۰/۵۷۰	-۰/۷۰۲
استرس	۷۸/۸۶	۱۰/۲	۶۵۹	۰/۹۴۳	۱/۲۶۲	۰/۹۴۳

هم‌چنین برای بررسی هم‌خطی چندگانه از آماره‌های تلرانس و تورم واریانس استفاده شد که نتایج نشان داد هیچکدام از مقادیر تلرانس کوچک‌تر از حد مجاز ۰/۱ و هیچکدام از مقادیر تورم واریانس بزرگتر از حد مجاز ۱۰ نبود. از این رو می‌توان گفت مفروضه هم‌خطی چندگانه نیز برقرار بود. علاوه بر این، به منظور بررسی استقلال خطاها از آماره دوربین-واتسون استفاده شد که این میزان $DW = ۱/۹۶$ به دست آمد که نشان‌دهنده برقراری این مفروضه بود. قبل از بررسی یافته‌های استنباطی این پژوهش و

پرسشنامه باورهای مذهبی^۱ (RBQ): این پرسشنامه توسط جورج در سال ۱۹۹۸ ساخته شده است. نسخه اصلی آن دارای سه قسمت مجزا که قسمت اول شامل ۳۳ سؤال، قسمت دوم شامل ۱۵ سؤال و قسمت سوم شامل ۱۰ سناریو می‌باشد. این مقیاس بدون هیچ گونه جهت‌گیری فرقه‌ای و براساس هیچ آئین و مذهبی ساخته شده و صرفاً محتوای آن بیان رابطه با خدا است و میزان اعتقاد و نزدیکی آزمودنی به خدا را می‌سنجد. به عبارتی از آزمودنی خواسته می‌شود برای بیان وضعیت خود بین ۵ گزینه طیف لیکرت از کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم گزینه مورد نظر خود را انتخاب کند. نمره ۵ برای کاملاً موافقم تا نمره ۱ برای کاملاً مخالفم در نظر گرفته می‌شود و گزینه‌های ۲، ۳، ۴، ۵، ۶، ۷، ۸، ۹، ۱۰، ۱۱، ۱۲، ۱۳، ۱۴، ۱۵، ۱۶، ۱۷، ۱۸، ۱۹، ۲۰، ۲۱، ۲۲، ۲۳، ۲۴، ۲۵، ۲۶، ۲۷، ۲۸، ۲۹، ۳۰، ۳۱ به صورت معکوس نمره گذاری می‌شوند. جورج ضمن استفاده از روش‌های کمی و کیفی، با استناد به منابع و متون عقیدتی و نظری، روایی محتوایی گویه‌های این پرسشنامه را برای سنجش باورهای مذهبی قابل توصیف کرده است. هم‌چنین، وی برای ارزیابی آزمون خود، ضریب همبستگی بین این ابزار و دیگر ابزارهای موجود در این زمینه را از جمله مقیاس آلپورت محاسبه کرده است که بین این مقیاس و مقیاس‌های نام برده همبستگی ۰/۸۸ وجود دارد که بیان‌گر روایی بالایی این مقیاس می‌باشد. هم‌چنین، به منظور سنجش پایایی این

جدول ۱ بیانگر شاخص‌های تمرکز و پراکندگی برای متغیرهای مورد بررسی می‌باشد. به منظور استفاده از روش مدلیابی معادلات ساختاری لازم است که مفروضه‌های نرمال بودن، هم‌خطی چندگانه و استقلال خطاها بررسی شوند. جهت نرمال بودن متغیرهای پژوهش از شاخص‌های کجی و کشیدگی استفاده شد. همان‌طور که در جدول ۱ مشاهده می‌شود، شاخص‌های کجی و کشیدگی همه متغیرهای آشکار بین ۲- و ۲ قرار دارد که بیانگر عدم انحراف بیش از حد توزیع نمرات متغیرها از توزیع نرمال است. از این رو می‌توان چنین استنباط نمود، مفروضه نرمال بودن برقرار است.

^۱. Religious Belief Questionnaire

جدول ۲. ضرایب همبستگی بین متغیرهای تحقیق

متغیر	۱	۲	۳	۴	۵
۱. سلامت روان	۱				
۲. وجود معنا	۰/۰۱۲	۱			
۳. جستجوی معنا	۰/۱۰۷ ^{***}	۰/۰۲۹	۱		
۴. باورهای مذهبی	۰/۱۰۲	-۰/۰۲۹	۰/۴۷۹ ^{***}	۱	
۵. استرس	۰/۰۶۵	-۰/۰۵۶	۰/۰۸۹	-۰/۰۹۴	۱

استفاده از روش مدل‌یابی معادلات ساختاری، نتایج ماتریس همبستگی پیرسون بین متغیرهای پژوهش در جدول ۲ ارائه شده است. همانطور که پیداست مفروضه همبستگی میان متغیرهای پژوهش برقرار است و لذا می‌توان به ادامه بررسی‌ها پرداخت. در ادامه به گزارش ضرایب استاندارد شده اثرات مستقیم مدل که با روش حداکثر درستنمایی برآورده شده‌اند پرداخته شده است که خلاصه آن در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳. برآورد ضرایب استاندارد شده اثرات مستقیم مدل تحقیق با روش حداکثر درستنمایی (ML)

مسیرهای مستقیم	β	R^2	t	sig
اثر مستقیم شدت حوادث استرس‌زا بر سلامت روانی	۰/۲۱۴	۰/۰۴۶	۰/۹۵۸	>۰/۰۵
اثر مستقیم معنا و هدف زندگی بر سلامت روانی	۰/۴۵۳	۰/۲۰۵	۵/۴۸۱	<۰/۰۵
اثر مستقیم باورهای مذهبی بر سلامت روانی	۰/۵۸۸	۰/۳۴۶	۱/۹۸۲	<۰/۰۵
اثر مستقیم شدت حوادث استرس‌زا بر معنا و هدف زندگی	-۰/۰۴۱	۰/۰۰۲	۰/۵۸۳	>۰/۰۵
اثر مستقیم شدت حوادث استرس‌زا بر باورهای مذهبی	۰/۱۷۰	۰/۰۲۹	۰/۸۸۵	>۰/۰۵
اثر مستقیم باورهای مذهبی بر معنا و هدف زندگی	۰/۶۵۰	۰/۴۲۲	۲۰/۱۸۳	<۰/۰۵

با توجه به نتایج حاصل از بررسی ضرایب مربوط به مسیرهای مستقیم که علاوه بر مدل حاضر، در مدلی مجزا انجام شد و در جدول ۳ درج شده است ملاحظه می‌شود که رابطه مستقیم شدت حوادث استرس‌زا و سلامت روانی ($\beta = ۰/۲۱۴$, $P > ۰/۰۵$)، رابطه مستقیم شدت حوادث استرس‌زا و هدف زندگی ($\beta = -۰/۰۴۱$, $P > ۰/۰۵$) و رابطه مستقیم باورهای مذهبی ($\beta = ۰/۵۸۸$, $P < ۰/۰۵$) و رابطه مستقیم باورهای مذهبی و معنا و هدف زندگی ($\beta = ۰/۶۵۰$, $P < ۰/۰۵$) از نظر آماری معنی‌دار هستند. به‌منظور بررسی تأثیر شدت حوادث استرس‌زا بر سلامت روانی از طریق معنا و هدف زندگی و باورهای مذهبی با توجه به سبک دل‌بستگی به خدا از آزمون تحلیل چند گروهی استفاده شد.

با توجه به نتایج حاصل از بررسی ضرایب مربوط به مسیرهای مستقیم که علاوه بر مدل حاضر، در مدلی مجزا انجام شد و در جدول ۳ درج شده است ملاحظه می‌شود که رابطه مستقیم شدت حوادث استرس‌زا و سلامت روانی ($\beta = ۰/۲۱۴$, $P > ۰/۰۵$)، رابطه مستقیم شدت حوادث استرس‌زا و هدف زندگی ($\beta = -۰/۰۴۱$, $P > ۰/۰۵$) و رابطه مستقیم باورهای مذهبی ($\beta = ۰/۵۸۸$, $P < ۰/۰۵$) و رابطه مستقیم باورهای مذهبی و معنا و هدف زندگی ($\beta = ۰/۶۵۰$, $P < ۰/۰۵$) از نظر آماری معنی‌دار نیستند، اما رابطه مستقیم معنا و هدف زندگی و سلامت روانی

جدول ۴. برآورد ضرایب استاندارد شده مدل تحقیق با روش حداکثر درستنمایی (ML)

مسیرها	تفاوت ضریب مسیر سبک ایمن و ناایمن برای مسیر	سطح معنی داری
شدت حوادث استرس‌زا $\leftarrow$ معنا و هدف در زندگی $\leftarrow$ سلامت روانی	۰/۰۵۹	>۰/۰۵
شدت حوادث استرس‌زا $\leftarrow$ باورهای مذهبی $\leftarrow$ سلامت روانی	۰/۱۷۷	>۰/۰۵
شدت حوادث استرس‌زا $\leftarrow$ معنا و هدف در زندگی و باورهای مذهبی $\leftarrow$ سلامت روانی	۰/۲۱۶	>۰/۰۵

ملاحظه می‌شود که سطح معنی‌داری برای آزمون تحلیل چند گروهی برای تأثیر شدت حوادث استرس‌زا بر سلامت روانی از طریق باورهای مذهبی با توجه به سبک دل‌بستگی به خدا بیشتر از ۰/۰۵ شده است که این امر نشان می‌دهد که سبک‌های دل‌بستگی به خدا نمی‌تواند تأثیر شدت حوادث استرس‌زا بر سلامت روانی از طریق باورهای مذهبی را به‌طور معنی‌داری تعدیل کند و بر شدت این رابطه تأثیر بگذارد. سطح معنی‌داری برای آزمون

با توجه به جدول ۴ ملاحظه می‌شود که سطح معنی‌داری برای آزمون تحلیل چند گروهی برای تأثیر شدت حوادث استرس‌زا بر سلامت روانی از طریق معنا و هدف زندگی با توجه به سبک دل‌بستگی به خدا بیشتر از ۰/۰۵ شده است که این امر نشان می‌دهد که سبک دل‌بستگی به خدا نمی‌تواند تأثیر شدت حوادث استرس‌زا بر سلامت روانی از طریق معنا و هدف زندگی را به‌طور معنی‌داری تعدیل کند و بر شدت این رابطه تأثیر بگذارد. هم‌چنین

به منظور بررسی برازش مدل مفهومی، شاخص‌های نیکویی برازش مورد مطالعه قرار گرفت. شاخص‌های نیکویی برازش مدل در جدول ۵ آمده است. ملاحظه می‌شود که تمامی شاخص‌های نیکویی برازش مدل در دامنه قابل قبول قرار گرفته‌اند و مطلوب ارزیابی می‌شوند.

تحلیل چند گروهی برای تأثیر شدت حوادث استرس‌زا بر سلامت روانی از طریق معنا و هدف زندگی و باورهای مذهبی با توجه به سبک دل‌بستگی به خدا نیز بیشتر از ۰/۰۵ شده است که این امر نشان می‌دهد که سبک دل‌بستگی به خدا نمی‌تواند تأثیر شدت حوادث استرس‌زا بر سلامت روانی از طریق معنا و هدف زندگی و باورهای مذهبی را به‌طور معنی‌داری تعدیل کند و بر شدت این رابطه تأثیر بگذارد.

جدول ۳. شاخص‌های نیکویی برازش مدل مفهومی

شاخص برازندگی	χ^2/df	SRMR	RMSEA	CFI	GFI	AGFI	NFI	NNFI	IFI	ECVI	فاصله اطمینان ۹۰٪ برای ECVI	ECVI برای مدل اشباع شده
دامنه قابل قبول	۵ تا ۱	< ۰/۰۵	< ۰/۱	> ۰/۹	> ۰/۹	> ۰/۹	> ۰/۹	> ۰/۹	۱-۰	۰/۵۸	(۰/۶۶ و ۰/۵۰)	۰/۷۰
مقدار شاخص در مدل	۲/۰۶	۰/۰۴۲	۰/۰۷۴	۰/۹۸	۰/۹۶	۰/۹۳	۰/۹۵	۰/۹۶	۰/۹۷			

مستقیم بر سلامت روان دارند. این یافته با نتایج چمپلس (۲۰۲۲)؛ سن و همکاران (۲۰۲۲) همسو بود. در تبیین این یافته می‌توان گفت باورهای مذهبی به عنوان یکی از ابعاد اصلی معنویت و روان‌شناسی، تأثیر بسزایی در سلامت روان دارند، زیرا به انسان‌ها کمک می‌کنند تا بحران‌های زندگی را از طریق یک دیدگاه معنوی و فرا شخصی درک کنند. نظریه "معنویت و سلامت" که توسط پارگامنت (۱۹۹۷) ارائه شده است، مذهب را به عنوان یک منبع مقابله‌ای معرفی می‌کند که به افراد کمک می‌کند معنا و جهت‌گیری جدیدی در زندگی پیدا کنند. این معنا ممکن است از طریق درک رنج به عنوان یک آزمون الهی، یا مشاهده‌ی خیانت و چالش‌های مشابه به عنوان بخشی از یک طرح بزرگ‌تر الهی حاصل شود (چمپلس، ۲۰۲۲). به‌طور خاص، این نظریه سه مکانیسم اصلی را پیشنهاد می‌دهد که از طریق آن‌ها مذهب می‌تواند بر سلامت روان تأثیر بگذارد: ایجاد معنا و هدف در زندگی، افزایش احساس تعلق و تقویت امید و آرامش روانی. مذهب به افراد کمک می‌کند تا برای تجارب دشوار خود معنایی مثبت پیدا کنند. در زنان خیانت‌دیده، این معنا می‌تواند شامل درک خیانت به عنوان یک فرصت برای رشد معنوی، یا آزمونی برای ارتقاء صبر و اعتماد به خداوند باشد. این فرآیند نه تنها باعث کاهش احساس پوچی می‌شود، بلکه امید به آینده را نیز افزایش می‌دهد (سن و همکاران، ۲۰۲۲). باورهای مذهبی اغلب با عضویت در اجتماعات مذهبی همراه است که حمایت اجتماعی و عاطفی قوی‌ای برای افراد فراهم می‌آورند. این حمایت‌ها در دوران بحران، به‌ویژه برای زنانی که احساس طردشدگی یا بی‌اعتمادی به دیگران دارند، بسیار

طبق نتایج به‌دست آمده، فرضیه تحقیق مثبت بوده و نیکویی برازش مدل مفهومی رابطه بین معنا و هدف زندگی و باورهای مذهبی با سلامت روانی مورد تأیید قرار گرفته و می‌توان به نتایج به‌دست آمده از برازش این مدل اعتماد نمود. هم‌چنین آماره‌های t مربوط به گویه‌های هر یک از متغیرها بیشتر از ۱/۹۶ است که به معنای تأیید تمام گویه‌ها بوده و نیازی به حذف هیچ کدام از آن‌ها نمی‌باشد.



شکل ۱. مدل مفهومی رابطه بین شدت حوادث استرس‌زا بر سلامت روانی از طریق معنا و هدف زندگی و باورهای مذهبی

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر بررسی نقش میانجی باورهای مذهبی و معنا در زندگی در رابطه شدت حوادث استرس‌زا با سلامت روان در زنان خیانت دیده بود. یکی از یافته‌های پژوهش حاضر این بود که باورهای مذهبی اثر

حیاتی است. این تعلق اجتماعی می‌تواند به کاهش انزوا و ارتقاء سلامت روان کمک کند (وانگ، ۲۰۲۰). باورهای مذهبی از طریق ایجاد اطمینان به وجود یک نیروی برتر و رحمت الهی، اضطراب و استرس را کاهش می‌دهند. برای مثال، زنان خیانت‌دیده می‌توانند از طریق دعا یا مدیتیشن، آرامشی درونی پیدا کنند که به کاهش خشم و اندوه کمک می‌کند (لالانی، ۲۰۲۰). علاوه بر این، مطالعات متعددی نشان داده‌اند که افراد با باورهای مذهبی قوی‌تر کمتر در معرض اختلالات روانی مانند افسردگی و اضطراب قرار می‌گیرند. به عنوان نمونه، پژوهش آنوو و اکسونیلز (۲۰۰۵) بیان می‌کند که باورهای مذهبی با تقویت رفتارهای سالم مانند مدیریت بهتر خشم و اجتناب از الکل و مواد مخدر، عوامل خطرزا برای اختلالات روانی را کاهش می‌دهند. همچنین، باورهای مذهبی اغلب باعث می‌شوند افراد به جای تمرکز بر گذشته‌ی دردناک، بر چشم‌اندازهای مثبت و امیدوارکننده آینده تمرکز کنند.

یافته‌ی پژوهش حاضر مبنی بر تأثیر مستقیم باورهای مذهبی بر سلامت روان زنان خیانت‌دیده می‌تواند بر اساس ویژگی‌های خاص این گروه اجتماعی نیز توضیح داده شود. زنان خیانت‌دیده اغلب با بحران هویتی، بی‌اعتمادی به دیگران و کاهش عزت نفس مواجه می‌شوند. در چنین شرایطی، باورهای مذهبی می‌توانند نقش حمایتی ایفا کنند. از دیدگاه پژوهشگر، مذهب نه تنها به عنوان یک چارچوب معنوی، بلکه به عنوان یک منبع اجتماعی و فرهنگی، موجب تقویت تاب‌آوری و کاهش اثرات منفی خیانت می‌شود. در جوامعی که مذهب به عنوان بخش جدایی‌ناپذیر زندگی اجتماعی پذیرفته شده است، زنان ممکن است از طریق حضور در جمع‌های مذهبی یا دریافت حمایت از گروه‌های هم‌فکر، احساس امنیت و تعلق بیشتری داشته باشند. این حمایت اجتماعی و روانشناختی می‌تواند نقش تعیین‌کننده‌ای در سلامت روان آن‌ها ایفا کند.

یکی دیگر از یافته‌های مطالعه حاضر این بود که معنا و هدف در زندگی بر سلامت روان اثر مستقیم و معنادار دارد. این یافته با نتایج مطالعات چمبلز (۲۰۲۲)؛ سن و همکاران (۲۰۲۲)؛ وانگ (۲۰۲۰) همسو بود. در تبیین این یافته می‌توان گفت معنا و هدف در زندگی به عنوان یکی از عناصر اصلی در نظریه معنا درمانی فرانکل (۱۹۵۹) نقش مهمی در سلامت روان ایفا می‌کند. این نظریه تأکید دارد که جست‌وجو و یافتن معنا، حتی در شرایط دشوار، می‌تواند به فرد کمک کند تا رنج‌های خود را به شیوه‌ای مثبت

درک کرده و به زندگی خود ادامه دهد. فرانکل معتقد بود که انسان‌ها می‌توانند در هر شرایطی، حتی در مواجهه با بزرگ‌ترین چالش‌ها و بحران‌ها، معنایی برای زندگی خود بیابند که به آنها قدرت تحمل و انگیزه برای حرکت به جلو را می‌دهد (وانگ، ۲۰۲۰). در زمینه‌ی سلامت روان، داشتن معنا و هدف در زندگی با کاهش افسردگی، اضطراب، و احساس پوچی همراه است. زمانی که افراد یک هدف مشخص و معنا در زندگی داشته باشند، احساس کنترل بیشتری بر شرایط خود پیدا می‌کنند و می‌توانند چالش‌ها را به عنوان فرصت‌هایی برای رشد و پیشرفت درک کنند. این موضوع به‌ویژه در زنان خیانت‌دیده اهمیت دارد؛ زیرا تجربه خیانت می‌تواند منجر به احساس گسستگی، بی‌معنایی و حتی از دست دادن هدف زندگی شود. در چنین شرایطی، بازتعریف معنا و هدف زندگی، به عنوان یک استراتژی مقابله‌ای، می‌تواند به ترمیم سلامت روانی این افراد کمک کند. مطالعات اخیر نیز یافته‌های مشابهی را نشان می‌دهند. به عنوان مثال چمبلز (۲۰۲۲) بیان می‌کند که معنا در زندگی به عنوان یک عامل محافظتی در برابر اثرات منفی استرس‌های شدید عمل می‌کند. این معنا به افراد کمک می‌کند تا رویدادهای منفی را به عنوان بخشی از مسیر رشد شخصی خود درک کنند. سن و همکاران (۲۰۲۲) نشان داده‌اند که معنا و هدف در زندگی به طور مستقیم با کاهش علائم افسردگی و اضطراب مرتبط است. این مطالعه تأکید دارد که معنا در زندگی باعث تقویت انعطاف‌پذیری روانشناختی می‌شود. به طور خاص در زنان خیانت‌دیده، معنادرمانی می‌تواند به آنها کمک کند تا خیانت را به عنوان فرصتی برای بازنگری در اولویت‌ها، ارزش‌ها، و اهداف خود ببینند و از این طریق، سلامت روانی خود را بازسازی کنند.

از نظر پژوهشگر معنا و هدف در زندگی یکی از اصول بنیادی در سلامت روان است که می‌تواند به عنوان نیروی محرکه‌ی اصلی در غلبه بر بحران‌ها عمل کند. از دیدگاه پژوهشگر، زمانی که افراد معنا و هدف مشخصی در زندگی خود داشته باشند، انرژی روانی و انگیزه‌ای برای ادامه مسیر پیدا می‌کنند که آن‌ها را از فروپاشی روانی محافظت می‌کند. در زنان خیانت‌دیده، خیانت می‌تواند باعث ایجاد احساس بی‌ارزشی و فقدان معنا در زندگی شود. این تجربه معمولاً همراه با سؤالات وجودی درباره ارزش‌های فردی و هدف زندگی است. در چنین شرایطی، یافتن یک معنا جدید یا بازتعریف اهداف زندگی می‌تواند به این افراد کمک کند تا این بحران را

به یک نقطه عطف در مسیر رشد شخصی خود تبدیل کنند. برای مثال، زنانی که پس از خیانت به دنبال تقویت معنویت، رشد شخصی، یا کمک به دیگران هستند، احتمالاً سلامت روانی بالاتری را تجربه می‌کنند.

سومین یافته مطالعه حاضر این بود که شدت حوادث استرس‌زا اثر مستقیم بر سلامت روان ندارد. این یافته با نتایج چمبلس (۲۰۲۲)؛ سن و همکاران (۲۰۲۲)؛ لالانی (۲۰۲۰) همسو بود. برای تبیین این یافته می‌توان به نظریه‌ی "مدل تعاملی استرس و مقابله" لازاروس و فولکمن (۱۹۸۴) اشاره کرد. این مدل بیان می‌کند که تأثیر استرس بر سلامت روان به نحوه‌ی ارزیابی فرد از موقعیت استرس‌زا و منابع مقابله‌ای وی بستگی دارد، نه صرفاً به شدت حادثه‌ی استرس‌زا. به عبارت دیگر، استرس به خودی خود به سلامت روان آسیب نمی‌زند، بلکه واکنش روانشناختی فرد و چگونگی مدیریت آن اهمیت دارد. بر اساس این نظریه، زمانی که فرد یک حادثه‌ی استرس‌زا را به‌عنوان تهدیدی غیرقابل کنترل ارزیابی کند، احتمال آسیب به سلامت روان بیشتر است. اما اگر همان حادثه به‌عنوان چالشی قابل مدیریت یا حتی فرصتی برای رشد شخصی ارزیابی شود، تأثیر منفی آن بر سلامت روان کاهش می‌یابد (لالانی، ۲۰۲۰). در زنان خیانت‌دیده، ارزیابی مجدد مثبت و استفاده از راهبردهای مقابله‌ای مؤثر، مانند حمایت اجتماعی یا معنویت، می‌تواند اثرات بالقوه‌ی منفی خیانت بر سلامت روان را تعدیل کند. این امر توضیح می‌دهد که چرا شدت حوادث استرس‌زا به تنهایی نمی‌تواند پیش‌بینی‌کننده‌ی دقیقی برای سلامت روان باشد. مطالعات اخیر نیز یافته‌های مشابهی را ارائه داده‌اند. چمبلس (۲۰۲۲) در پژوهش خود نشان داد که شدت رویدادهای استرس‌زا تنها زمانی بر سلامت روان تأثیر می‌گذارد که افراد فاقد منابع مقابله‌ای مناسب باشند. سن و همکاران (۲۰۲۲) تأکید کردند که تأثیر استرس بر سلامت روان به عوامل میانجی مانند انعطاف‌پذیری روانشناختی، حمایت اجتماعی و توانایی‌های مقابله‌ای بستگی دارد. لالانی (۲۰۲۰) بیان کرد که راهبردهای مقابله‌ای، مانند معناجویی و ارتباط با شبکه‌های حمایتی، می‌توانند رابطه بین استرس و سلامت روان را تعدیل کنند. بنابراین، عدم تأثیر مستقیم شدت حوادث استرس‌زا بر سلامت روان نشان می‌دهد که متغیرهای میانجی و راهبردهای مقابله‌ای نقش حیاتی‌تری در تعیین سلامت روان ایفا می‌کنند.

از دیدگاه پژوهشگر، این یافته بیانگر آن است که سلامت روان یک پدیده‌ی پیچیده و چندبعدی است که نمی‌توان آن را صرفاً با شدت وقایع

استرس‌زا تبیین کرد. هرچند رویدادهای استرس‌زا ممکن است منجر به تنش‌های روانی شوند، اما واکنش افراد به این حوادث وابسته به مجموعه‌ای از عوامل فردی، اجتماعی، و روانشناختی است. به‌طور خاص، زنان خیانت‌دیده ممکن است بسته به ویژگی‌های شخصیتی، سیستم‌های حمایتی، و باورهای خود، واکنش‌های متفاوتی به خیانت نشان دهند. یکی از عوامل کلیدی که می‌تواند اثرات استرس را تعدیل کند، میزان دسترسی به حمایت اجتماعی و کیفیت این حمایت است. زنانی که پس از خیانت از حمایت اجتماعی مناسب برخوردارند، معمولاً آسیب کمتری به سلامت روان خود تجربه می‌کنند. همچنین، توانایی معنادهی به تجربه‌های استرس‌زا و استفاده از باورهای مذهبی یا معنوی می‌تواند به این افراد کمک کند تا اثرات منفی رویدادهای استرس‌زا را کاهش دهند.

آخرین یافته مطالعه حاضر این بود که شدت حوادث استرس‌زا اثر غیرمستقیم از طریق باورهای مذهبی و معنا در زندگی بر سلامت روان ندارد. این یافته با نتایج چمبلس (۲۰۲۲)؛ سن و همکاران (۲۰۲۲)؛ وانگ (۲۰۲۰) همسو بود. برای تبیین این یافته، می‌توان به نظریه‌ی "مدل تعاملی معنادهی و مقابله‌اشاره کرد که توسط پارک (۲۰۱۰) مطرح شده است. این نظریه بیان می‌کند که معنادهی به رویدادهای استرس‌زا می‌تواند به کاهش اثرات منفی آن‌ها بر سلامت روان کمک کند، اما تأثیر این فرایند به پیچیدگی تعامل میان باورها، معنا و منابع فردی بستگی دارد. به عبارتی، اگرچه باورهای مذهبی و معنا در زندگی می‌توانند به‌عنوان عوامل میانجی عمل کنند، اما زمانی که شدت حادثه استرس‌زا از آستانه‌ی تحمل روانشناختی فرد فراتر رود، این عوامل ممکن است تأثیر قابل توجهی نداشته باشند. از دیدگاه نظریه‌ی پارک، معنادهی موفق زمانی رخ می‌دهد که فرد بتواند شکاف میان "معنای موقعیتی" (درک اولیه از رویداد استرس‌زا) و "معنای کلی" (نظام باورهای کلی فرد) را کاهش دهد. در مواردی که این شکاف بسیار زیاد باشد یا فرد نتواند معنایی سازگارکننده برای حادثه بیابد، باورهای مذهبی و معنا در زندگی نمی‌توانند به‌عنوان واسطه‌هایی مؤثر عمل کنند. بنابراین، شدت حوادث استرس‌زا ممکن است تأثیر مستقیم خود را بر سلامت روان اعمال کند، بدون اینکه از طریق باورهای مذهبی یا معنا در زندگی تعدیل شود. مطالعات اخیر این دیدگاه را تأیید کرده‌اند. چمبلس (۲۰۲۲) دریافت که شدت رویدادهای استرس‌زا در صورتی که فرد نتواند

معنای سازگارکننده‌ای برای آن‌ها بیابد، می‌تواند اثرات منفی مستقیمی بر سلامت روان داشته باشد.

از دیدگاه پژوهشگر، این یافته ممکن است نشان‌دهنده‌ی محدودیت باورهای مذهبی و معنا در زندگی به‌عنوان عوامل میانجی در شرایطی باشد که شدت حوادث استرس‌زا بسیار زیاد است. حوادثی مانند خیانت زناشویی، به‌ویژه در مواردی که با احساسات شدید نظیر خشم، بی‌اعتمادی، یا خیانت درونی همراه هستند، ممکن است چنان تأثیر عمیقی بر سلامت روان بگذارند که منابع معنوی یا مذهبی به‌تنهایی برای کاهش این اثرات کافی نباشند.

مطالعه حاضر با وجود دستاوردهای مهم علمی و کاربردی، با محدودیت‌هایی مواجه بوده است که خارج از کنترل پژوهشگر قرار داشتند. یکی از مهم‌ترین این محدودیت‌ها، دشواری در دسترسی به نمونه‌های مناسب بود، به‌ویژه اینکه جمع‌آوری داده‌ها از زنان خیانت‌دیده مستلزم رعایت حساسیت‌های اخلاقی و روانشناختی خاصی است که ممکن است بر کیفیت داده‌ها تأثیر گذاشته باشد. از سوی دیگر، امکان تعمیم نتایج به سایر گروه‌های جمعیتی یا افرادی که تجربه مشابهی نداشته‌اند، محدود است، زیرا شرکت‌کنندگان این مطالعه از یک گروه خاص انتخاب شده‌اند و ممکن است متغیرهای فرهنگی، اجتماعی، و اقتصادی نیز در نتایج دخیل باشند که در این پژوهش به‌طور مستقیم بررسی نشده‌اند. محدودیت دیگر، استفاده از ابزارهای خودگزارشی برای سنجش متغیرها بود که ممکن است با سوگیری پاسخ‌دهی همراه باشد، به‌ویژه در شرایطی که موضوع مطالعه به مسائل حساس و شخصی مرتبط است.

یافته‌های این مطالعه پیشنهادهایی برای پژوهش‌های آینده و کاربردهای عملی ارائه می‌کند. در زمینه‌ی پژوهشی، انجام مطالعات طولی با استفاده از روش‌های متنوع‌تر مانند تحلیل‌های کیفی و مصاحبه‌های عمیق می‌تواند درک عمیق‌تری از نقش باورهای مذهبی و معنا در زندگی در سلامت روان زنان خیانت‌دیده فراهم کند. همچنین، بررسی این متغیرها در جمعیت‌های مختلف با پیشینه‌های فرهنگی و اجتماعی متنوع می‌تواند به افزایش قابلیت تعمیم‌پذیری نتایج کمک کند. علاوه بر این، پیشنهاد می‌شود که تحقیقات

آینده تأثیر سایر متغیرهای میانجی و تعدیل‌کننده مانند حمایت اجتماعی، انعطاف‌پذیری روانشناختی، و سطح سواد مذهبی را در رابطه میان شدت حوادث استرس‌زا و سلامت روان بررسی کنند.

از نظر کاربردی، یافته‌های این مطالعه می‌تواند مبنای طراحی مداخلات روانشناختی مؤثر قرار گیرند. تقویت باورهای مذهبی و معنایی در زندگی می‌تواند به‌عنوان بخشی از برنامه‌های مشاوره و روان‌درمانی برای زنان خیانت‌دیده به کار رود. طراحی کارگاه‌ها و دوره‌های آموزشی مبتنی بر معنادرمانی و آموزش مهارت‌های مقابله‌ای مذهبی می‌تواند به این گروه کمک کند تا با بحران‌های زندگی خود به شیوه‌ای سازگارانه‌تر مواجه شوند. همچنین، ارائه‌ی خدمات مشاوره‌ای با رویکرد چندبعدی که علاوه بر جنبه‌های روانشناختی، به نیازهای معنوی و اجتماعی این افراد نیز پاسخ دهد، می‌تواند اثربخشی مداخلات را افزایش دهد. توجه به این نکته ضروری است که مداخلات مذکور باید با توجه به تفاوت‌های فردی و فرهنگی طراحی و اجرا شوند تا بتوانند نیازهای خاص هر فرد را برآورده کنند.

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش: این مقاله برگرفته از رساله دکتری نویسنده اول در رشته روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد بیرجند است. طرح پژوهشی آن در کمیته اخلاق دانشگاه آزاد بیرجند با کد اخلاق: IR.IAU.BIRJAND.REC.1402.006 تصویب شد. همچنین به منظور رعایت ملاحظات اخلاقی پژوهش، به شرکت‌کنندگان در خصوص داوطلبانه و اختیاری بودن شرکت در پژوهش و محرمانه نگه داشتن اطلاعات توضیح داده شد.

حامی مالی: این پژوهش در قالب رساله دکتری و بدون حمایت مالی می‌باشد.

نقش هر یک از نویسندگان: این مقاله از رساله دکتری نویسنده اول و به راهنمایی نویسنده دوم و مشاوره نویسنده سوم و چهارم استخراج شده است.

تضاد منافع: نویسندگان همچنین اعلام می‌دارند که در نتایج این پژوهش هیچ‌گونه تضاد منافی وجود ندارد.

تشکر و قدردانی: بدین وسیله از تمامی شرکت‌کنندگان در پژوهش که در انجام این مطالعه ما را یاری نمودند، قدردانی می‌شود.

منابع

ابراهیم نژاد مقدم، سمانه، بشارت، محمدعلی و نقش، زهرا. (۱۴۰۰). نقش تعدیل - کننده راهبردهای شناختی تنظیم هیجان در رابطه بین ابعاد کمالگرایی و

شاخص های سلامت روانی. *رویش روانشناسی*، ۱۰(۱۱)، ۷۵-۸۶.

<https://frooyesh.ir/article-1-2784-fa.html>

احمدی، بتول، شهابی زاده، فاطمه، خزاعی، محمد. (۱۳۹۱). نقش واسطه گری مقابله مذهبی در سبک های دلبستگی نسبت به خدا و سلامت روان والدین کودک با ناتوانی ویژه. *تعلیم و تربیت استثنایی*، ۱۱۵، ۷-۲۰.

<https://ensani.ir/fa/article/341453>

اسدزندی، مینو، سید کلال، علی. (۱۴۰۱). نحوه تأثیر معنویت بر سلامت روان ناز معنویت دینی تا سکولار. *نشریه فرهنگ و ارتقای سلامت فرهنگستان علوم پزشکی*، ۱۶.

<https://ijhp.ir/article-1-625-fa.html>

باقرزاده، خدیجه سادات، احمدی، خدابخش، نواییزاد، شکوه. (۱۴۰۱). رابطه معنای زندگی و تقیدات مذهبی با نوع و میزان واکنش های استرس حاد پس از افشای خیانت همسر. *دوفصلنامه علمی مطالعات اسلام و روانشناسی*، ۱۶(۱۱)، ۶۱-۸۲.

<https://www.ensani.ir/fa/article/download/525178>

بشارت، محمدعلی. (۱۳۸۸). اعتبار و روایی فرم ۲۸ سوالی مقیاس سلامت روانی در جمعیت ایرانی. *مجله علمی پزشکی قانونی*، ۵۴، ۸۷-۹۱.

<https://www.sid.ir/paper/356316/fa>

تمرجمی، فرزانه، اسدپور، اسماعیل و زهراکار، کیانوش. (۱۴۰۰). ارائه مدل پارادایمی از عوامل زمینه ساز خیانت زناشویی. *مجله علوم روانشناختی*، ۲۰(۲)، ۲۰۲۷-۲۰۴۳.

<http://dx.doi.org/10.52547/JPS.20.107.2027>

رسولی، آراس و کهریزی، زری. (۱۳۹۹). پیش بینی عملکرد خانواد براساس رابطه سبک های دلبستگی، تعهد مذهبی و سازگاری زناشویی دانشجویان متأهل. *پژوهش نامه اسلامی زن و خانواده*، ۸(۳)، ۵۷-۷۴.

<https://ensani.ir/fa/article/455692/>

فکوری، الهام، پیله ووزاده، مطهره، شمسی، افضل، قادری، مصعب. (۱۳۹۴). ارتباط باورهای مذهبی با عزت نفس در دانشجویان. *مجله علوم پزشکی زنکو*، ۱۶(۴۹)، ۵۰-۶۰.

<https://www.sid.ir/paper/113155/fa>

قاسمی، فرزانه، ابراهیمی، امراه و سموعی، راحله. (۱۳۹۷). مروری بر شاخص های سلامت روان در مطالعات داخلی. *مجله دانشکده پزشکی اصفهان*، ۳۶(۴۷۰)، ۲۰۹-۲۱۵.

https://jims.mui.ac.ir/article_15515.html

گاطع زاده، عبدالامیر، ساکی، امینه، برجعلی، احمد. (۱۳۹۵). رابطه استرس، تنش شغلی و سلامت اجتماعی با خستگی مزمن در کارکنان. *مجله روانشناسی اجتماعی*، ۳۸(۱۰)، ۸۱-۹۲.

<https://elmnet.ir/versions/2426174-2252>

گنجی، حمزه. (۱۴۰۳). *بهداشت روانی*. چاپ ۲۳، تهران: نشر اسبازان.

مام شریفی، پیمان؛ سهرابی، فرامرز؛ رضائی فر، هانیه؛ روزبهرانی، هانیه؛ اسدی، نازنین؛ شعبانیان اول خانسری، سارا؛ و روشن قیاس، زهرا. (۱۳۹۹). نقش حمایت اجتماعی و ویژگی های شخصیتی در پیش بینی سلامت روان اعضای جمعیت هلال احمر ایران. *فصلنامه پژوهش در سلامت روانشناختی*، ۱۴ (۳)، ۵۳-۶۶.

<http://dx.doi.org/10.52547/rph.14.3.53>

میری، ندا، زربخش حری، محمدرضا و قربان شیرودی، شهره. (۱۴۰۳). ارائه الگوی اعتماد در زوجین آسیب دیده از خیانت براساس طرحواره های هیجانی با میانجی گری الگوهای ارتباطی و ابراز گری هیجانی. *مجله علوم روانشناختی*، ۳(۲۱)، ۳۰۰۷-۳۰۲۸.

<http://dx.doi.org/10.52547/JPS.23.144.3007>

نیک سیرت، فرشته، خادمی اشکذری، ملوک و نقش، زهرا. (۱۴۰۳). پژوهشی میدانی در مفاهیم فرسودگی شغلی، تعارض کار-خانواده، سرمایه روانشناختی و سلامت روان معلمان با تأکید بر نقش جنسیت. *مجله علوم روانشناختی*، ۹۳(۱۴۴)، ۹۲۱-۹۷۲.

<http://dx.doi.org/10.52547/JPS.23.144.275>

References

- Aggarwal, S. (2023). Religiosity and spirituality in the prevention and management of depression and anxiety in young people: A systematic review and meta-analysis. *National Library of Medicine*. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37817143/>
- Ahmadi, B., Shahabizadeh, F., & Khazaie, M. (2012). Religious coping in attachment styles towards God and mental health of parents of children with special disabilities. *Exceptional Education*, 115, 7-20. (In Persian). <https://ensani.ir/fa/article/341453>
- Bagherzadeh, K., Ahmadi, K., & Navabinejad, S. (2023). The relationship of meaning of life and religious beliefs with the type and extent of acute stress reactions after the disclosure of a spouse's infidelity. *Biquarterly Journal of Studies in Islam & Psychology*, 16(11), 61-82. (In Persian). <https://www.ensani.ir/fa/article/download/525178>
- Bahnaru, A., Runcan, R., & Runcan, P. (2019). Religiosity and marital satisfaction. *Social Work*

- Review/Revista de Asistență Socială*, 3. <https://www.ceeol.com/search/article-detail?id=808582>
- Ben-Zur, H., & Michael, K. (2020). Positivity and growth following stressful life events: Associations with psychological health and economic resources. *International Journal of Stress Management*, 27(2), 126–134. <https://psycnet.apa.org/record/2019-49295-001>
- Basharat, M. (2000). Validity and reliability of the 28-question form of the mental health scale in the Iranian population. *Scientific Journal of Forensic Medicine*, 54, 87–91. (In Persian). <https://www.sid.ir/paper/356316/fa>
- Chambless, K. B. (2022). Religion and meaning: Its moderating effects on stressful life events and mental health. *Electronic Theses and Dissertations*, 2425. <https://digitalcommons.georgiasouthern.edu/etd/2425>
- Fakuori, E., Pilehvarzadeh, M., Shamsi, A., & Ghaderi, M. (2014). The relationship between religious beliefs and self-esteem in students. *Zanko*, 16(49), 50–60. (In Persian). <https://www.sid.ir/paper/113155/fa>
- Ganji, H. (2024). *Mental health*. Tehran: Arasbaran. (In Persian).
- Gatezade, A., Saki, A., & Borhali, A. (2016). Relationship between stress, job stress, and social health with chronic fatigue in employees. *Journal of Social Psychology*, 10(38). <https://elmnet.ir/versions/2426174-22522>
- Goldberg, D. P., & Williams, P. (1988). *A user's guide to the General Health Questionnaire*. UK: NFER Nelson.
- Guerrero, S., Castro-Luna, G., Zapata Boluda, R., Freitas, A., García, R., & Parrón-Carreño, T. (2021). Incidence and related factors of infidelity among medical doctors and nurses. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(11), 5575. <https://doi.org/10.3390/ijerph18115575>
- Holms, T., & Rahe, R. (1978). The Holmes-Rahe stress inventory. *Stress Inventory*, 501(c3), 1–3. <https://www.stress.org/holmes-rahe-stress-inventory>
- Hopkins, J. (2023). Mental health disorder statistics. *National Institute of Health*, 22–34. <https://www.hopkinsmedicine.org/health/wellness-and-prevention/mental-health-disorder-statistics>
- James, W. (2022). *Religion and psyche*. (M. Ghaemi, Trans.). Tehran: Darolfekr. <https://ensani.ir/fa/article/455692/>
- Jensen, L. A. (2021). The cultural psychology of religiosity, spirituality, and secularism in adolescence. *Adolescent Research Review*, 6(3), 277–288. <https://doi.org/10.1007/s40894-020-00143-0>
- Justine, D. (2023). The association between attachment style and social functioning in patients with non-affective psychotic disorder, unaffected siblings, and healthy controls. *National Library of Medicine*. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0920996422004868>
- Kim, E. J., Pellman, B., & Kim, J. J. (2023). Stress effects on the hippocampus: A critical review. *Learning & Memory*, 22(9), 411–416. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4561403/>
- Kirkpatrick, L. A. (1999). Attachment and religious representations and behavior. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (pp. 722–793). New York: Guilford. <https://psycnet.apa.org/record/1999-02469-035>
- Kline, B. K. (2023). *Principles and practice of structural equation modeling* (5th ed.). NY: The Guilford Press.
- Koenig, H. G. (2023). Religion, spirituality, and mental health: Research and clinical applications. *Psychiatry*, 86(2), 109–121. <https://doi.org/10.1080/00332747.2023.1890936>
- Levine, T. R., & Hullett, C. R. (2002). Eta squared, partial eta squared, and misreporting of effect size in communication research. *Human Communication Research*, 28(4), 612–625. <https://doi.org/10.1111/j.14682958.2002.tb00828.x>
- Mahoney, A., Pargament, K. I., Tarakeshwar, N., & Swank, A. B. (2001). Religion in the home in the 1980s and 1990s: A meta-analytic review and conceptual analysis of links between religion, marriage, and parenting. *Journal of Family Psychology*, 15(4), 559–596. <https://doi.org/10.1037/0893-3200.15.4.559>
- Maslow, A. H. (1943). A theory of human motivation. *Psychological Review*, 50(4), 370–396. <https://doi.org/10.1037/h0054346>
- McCullough, M. E., & Willoughby, B. L. B. (2009). Religion, self-regulation, and self-control: Associations, explanations, and implications.

- Psychological Bulletin*, 135(1), 69–93.
<https://doi.org/10.1037/a0014213>
- Mehri, S., & Habibi, S. (2022). The role of spiritual beliefs and practices in coping with chronic illness. *Journal of Health Psychology*, 27(4), 732–745. (In Persian).
<https://doi.org/10.1177/1359105320919512>
- Miller, L., & Gur, M. (2022). Religiosity and mental health: A meta-analysis of longitudinal studies. *Clinical Psychology Review*, 99(2), 102045.
<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2022.102045>
- Pargament, K. I. (1997). *The psychology of religion and coping: Theory, research, and practice*. New York: Guilford Press.
- Pennebaker, J. W., & Seagal, J. D. (1999). Forming a story: The health benefits of narrative. *Journal of Clinical Psychology*, 55(10), 1243–1254.
[https://doi.org/10.1002/\(SICI\)10974679\(199910\)55](https://doi.org/10.1002/(SICI)10974679(199910)55)
- Plante, T. G., & Sharma, N. K. (2001). Religious faith and mental health outcomes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 80(4), 694–703.
<https://doi.org/10.1037/0022-3514.80.4.694>
- Post, S. G. (2005). Altruism, happiness, and health: It's good to be good. *International Journal of Behavioral Medicine*, 12(2), 66–77.
https://doi.org/10.1207/s15327558ijbm1202_4
- Reed, P. G. (1987). Spirituality and well-being in terminally ill hospitalized adults. *Research in Nursing & Health*, 10(5), 335–344.
<https://doi.org/10.1002/nur.4770100510>
- Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2001). Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development, and well-being. *American Psychologist*, 55(1), 68–78.
<https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.1.68>
- Saroglou, V. (2011). Believing, bonding, behaving, and belonging: The big four religious dimensions and cultural variation. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 42(8), 1320–1340.
<https://doi.org/10.1177/0022022111412267>
- Schumacker, R. E., & Lomax, R. G. (2016). *A beginner's guide to structural equation modeling* (4th ed.). New York: Routledge.
<https://doi.org/10.4324/9781315749105>
- Smith, C., & Denton, M. L. (2005). *Soul searching: The religious and spiritual lives of American teenagers*. New York: Oxford University Press.
<https://global.oup.com/academic/product/soul-searching-9780195180954>
- Snyder, C. R., & Lopez, S. J. (2007). *Positive psychology: The scientific and practical explorations of human strengths*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
<https://us.sagepub.com/en-us/nam/positive-psychology/book245346>
- Spilka, B., Hood, R. W., Hunsberger, B., & Gorsuch, R. L. (2003). *The psychology of religion: An empirical approach* (3rd ed.). New York: Guilford Press.
- Tanyi, R. A. (2002). Towards clarification of the meaning of spirituality. *Journal of Advanced Nursing*, 39(5), 500–509.
<https://doi.org/10.1046/j.13652648.2002.02315.x>
- Worthington, E. L., & Sandage, S. J. (2016). *Forgiveness and spirituality in psychotherapy: A relational approach*. Washington, DC: American Psychological Association.
<https://doi.org/10.1037/14734-000>
- Zuckerman, M. (2014). *Religiosity and health: A critical re-evaluation of the evidence*. New York: Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203722971>