

بررسی رابطه دل‌بستگی معنوی و سلامت روانی

(مورد مطالعه: دانشکده مدیریت دانشگاه تهران)[◇]

1 زهره نظامی
2 اعتبار نقدی
3 هادی بهرامی
4 سیروس بابایی سپاهکلرودی

چکیده

هدف: این مطالعه بر آن بود که رابطه بین دل‌بستگی معنوی را با سلامت روانی در بین دانشجویان دانشکده مدیریت دانشگاه تهران اندازه‌گیری کند. **روش:** حجم نمونه این مطالعه را 412 نفر از دانشجویان دانشکده مدیریت دانشگاه تهران (237 نفر زن و 175 نفر مرد) تشکیل می‌دهد که به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای انتخاب شدند. برای تحقق اهداف پژوهش، از پرسشنامه استفاده شد. **یافته‌ها:** بر اساس نتایج تجزیه و تحلیل فرضیه پژوهش، میزان ضریب همبستگی بین متغیر دل‌بستگی به خدا و سلامت روان $r = -0,166$ به دست آمد که همبستگی منفی را بین این دو متغیر نشان می‌دهد. **نتیجه‌گیری:** بین دو متغیر پژوهش رابطه معکوس وجود دارد؛ یعنی با افزایش دل‌بستگی به خدا، شاهد کاهش مؤلفه‌های سلامت روان (علائم بدنی، اضطراب و بی‌خوابی، نارساکنش‌وری اجتماعی و افسردگی) هستیم. در بررسی سایر فرضیه‌ها مشخص شد که همبستگی بین دل‌بستگی به خدا و مؤلفه‌های سلامت روان در بین دانشجویان دختر در همه رابطه‌ها معنادار و معکوس است که نشان می‌دهد کاهش در متغیر دل‌بستگی به خدا، با افزایش در مؤلفه‌های سلامت روان همراه است؛ این رابطه در بین دانشجویان پسر معنادار نیست.

واژگان کلیدی: دل‌بستگی به خدا، جهت‌گیری مذهبی، سلامت روانی.

◇ دریافت مقاله: 95/11/01؛ تصویب نهایی: 96/05/22.

1. کارشناس ارشد روان‌شناسی تربیتی دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات تهران (نویسنده مسئول) / نشانی: تهران؛ بزرگراه جلال آل احمد، پل نصر، دانشکده مدیریت دانشگاه تهران / شماره: 02188008990 / Email: zohreh5659@yahoo.com
2. کارشناس ارشد مدیریت منابع انسانی دانشکده مدیریت دانشگاه تهران.
3. دکتری روان‌شناسی و استاد گروه روان‌شناسی تربیتی دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات تهران.
4. کارشناس ارشد کارآفرینی گردشگری دانشکده کارآفرینی دانشگاه تهران.

الف) مقدمه

مطالعات روان‌شناسی مذهب از حدود یکصد سال پیش آغاز شد و مدیون مطالعات تطبیقی ادیان در اروپای قرن نوزدهم است. مطالعات روان‌شناسی مذهبی با دو رشته روان‌تحلیلگری و روان‌شناسی فیزیولوژیک آغاز شد (خدایاری، 1380). توسعه مطالعات دینی - مذهبی در حوزه روان‌شناسی علمی را می‌توان محصول مطالعات فروید¹ و یونگ² دانست که هر یک دید متفاوتی نسبت به دین داشتند. فروید در اغلب آثار خود دین را پندار یا توهم تلقی می‌کند؛ در حالی که یونگ معتقد بود همه پدیده‌ها از جمله رویا، واقعی‌اند. او مفهوم دینی را بهترین توضیح درباره انسان می‌داند و اذعان می‌کند که روان‌شناسی با دین تحقق یافته است. هال³ (1881) هم بر پایه روان‌شناسی فیزیولوژیک در زمینه روان‌شناسی دین به مطالعات تجربی پرداخت. از جمله کارهای او، بررسی تغییر اعتقادات مذهبی با توجه به متغیرهای سن و جنس در مراجعان بالینی بود (بهرامی و تاشک، 1383). ویلیام جیمز⁴ نیز جزء سرآمدان عملگراست که در زمینه روان‌شناسی دین مطالعات زیادی داشته و سعی کرده مفهومی کاربردی به مذهب بدهد. (ایاده، 1975)

نیاز انسان به دین، قدمتی به عمر تاریخ دارد؛ زیرا از آغاز زندگی خود به حامی مقتدر و تکیه‌گاهی نیرومند احساس نیاز کرده است. دین، موضوع بحث محققان پیشگامی همچون: جیمز (1842-1910)، فروید (1856-1939)، یونگ (1875-1961) و دیگران بوده است و پس از آنان، اندیشمندانی نظیر آلپورت (1967) به تبیین مذهب پرداخته‌اند. مطالعه و نظرپردازی در زمینه‌های مختلف مذهبی، قدمتی بس طولانی دارد؛ اما مطالعه مذهب از دیدگاه روان‌شناختی، از حدود یکصد سال پیش آغاز شده است. در سطح نظری، درباره آثار اعتقادات دینی بر بهداشت روانی، دیدگاههای ضد و نقیضی وجود دارد؛ برای مثال، فروید و الیس نوعی ارزیابی منفی از نقش و تأثیر مذهب بر سلامت روانی داشته‌اند؛ اما افرادی چون: جیمز، یونگ، آلپورت، مازلو، آدلر و فروم، با نگرشی مثبت، از پیامدهای جهت‌گیری مذهبی بر بهداشت روانی سخن گفته‌اند. (معتدی و همکاران، 2005)

با توجه به مقدمه پیش‌گفته و خلأ تحقیقی ذکر شده، در این پژوهش سعی شده است رابطه دل‌بستگی معنوی با سلامت روانی در بین دانشجویان دانشکده مدیریت دانشگاه تهران بررسی شود.

1. Freud
2. Jung
3. Hall
4. Jams

ب) بیان مسئله

1. دلبستگی معنوی

پژوهشها نشان می‌دهند که معنویت بر سلامت جسمی و روانی افراد تأثیر می‌گذارد. از بین متغیرهای تأثیرگذار بر سلامت و شکوفایی، لازم است متغیرهایی را که تأثیر مثبت دارند، شناسایی کنیم. یکی از این متغیرهای اساسی، کیفیت دلبستگی انسانی است. با توجه به مشابهت مبانی نظری دلبستگی به خدا با دلبستگی انسانی، می‌توان پیش‌بینی کرد که کیفیت دلبستگی به خدا نیز یک سازه کلیدی و تأثیرگذار در سلامت روانی و معنوی افراد است. بر اساس این نظریه، نظام دلبستگی، یک تحول همیشگی و دائمی است و گرچه رفتار دلبستگی در کودکی واضح‌تر و روشن‌تر است، اما در چرخه زندگی، به ویژه در موقعیتهای اضطراری نیز مشاهده می‌شود. (غباری بناب و حدادی کوهسار، 1390)

بر اساس نظریه دلبستگی بالبی (1980)، از همان ابتدای تولد نوعی رابطه قلبی بین افراد شکل می‌گیرد که به این رابطه (که هم جنبه عاطفی دارد و هم جسمی) دلبستگی گفته می‌شود. بالبی در تدوین نظریه دلبستگی، کیفیت دلبستگی را عامل کلیدی عملکرد مؤثر شخصیتی و سلامت روان می‌داند. افزون بر این، فرایند دلبستگی (رفتارها، ارتباطات) در عملکرد روانی افراد در تمام دوره‌های زندگی تأثیر می‌گذارد (آینسورث و همکاران، 1978). پیوند عاطفی ایمن، موجب حفظ عواطف و هیجانهای مثبت شده، در کاهش شدت هیجانهای منفی مؤثر است و افراد را در مقابل ناگواری‌ها مقاوم می‌سازد (شور، 2003). آینسورث، چهار ملاک برای تکیه‌گاه دلبستگی برمی‌شمارد که دو ملاک آن برای خداوند صدق می‌کند؛ یکی اینکه، خدا به عنوان منبع و مبنای امنیت برای افراد هنگامی که دچار استرس و آشفتگی روانی می‌شوند و دیگر اینکه، خدا به عنوان منبع حمایت‌کننده و مطمئن برای کشف و جستجو در محیط اطراف. به علاوه، وی معتقد است خدا از یک سو سبب دلبستگی مابانه، مانند در جستجوی دیگران برآمدن و نزدیک شدن به دیگران و از سوی دیگر، سبب برانگیخته شدن واکنشهای خصمانه همانند غم و اندوه می‌شود. بنابر این، می‌توان خداوند را به مثابه تکیه‌گاه دلبستگی پذیرفت؛ زیرا ویژگی‌هایی را که سایر تکیه‌گاههای دلبستگی دارند، او نیز دارد. (زاهد بالان، رضایی جمالویی و حرفتی سبحانی، 1391)

رابطه بین انسان و خدا را می‌توان به عنوان رابطه دلبستگی تجسم کرد (کرک پاتریک و شیور، 1990)؛ در این الگوی رابطه‌ای، خداوند خیلی از عملکردهای موضوع دلبستگی را، از قبیل پناهگاه امن بودن در مواقع تهدید که با اتکا به او بسیاری از افراد مؤمن جرئت مواجهه با چالشهای مختلف زندگی را پیدا می‌کنند، داراست. افزون بر این، افراد احتمال دارد رفتارهایی را در ارتباط با خدا نشان دهند که ویژگی‌های رابطه دلبستگی است. این رفتارها را می‌توان جوارجویی از طریق دعا و نیایش یا مناسک، اضطراب جدایی یا اعتراض به جدایی در صورت ادراک دوری خدا به حساب آورد. روابط دلبستگی انسانی و دلبستگی ایمن

به خدا، با شاخصهای سلامتی و بهزیستی از قبیل خوش‌بینی، رضایت از زندگی، کاهش اضطراب افسردگی و کاهش در علائم بیماری‌های جسمانی همراه است سیم و لوح، 2003). همچنین، دلبستگی نایمن به خدا، با سلامت روان پایین و مشکلات سازگاری، کاهش در سلامت و بهزیستی مذهبی و وجودی و افزایش هیجانهای منفی توأم است. (غباری بناب و حدادی کوهسار، 1390؛ بک و مک‌دونالد، 2004؛ روات و کرک باتریک، 2002)

2. سلامت روانی

سلامت روان، حالت روانی که ویژگی بارز آن، سلامت و بهبود هیجانی و عاطفی و نداشتن اضطراب و علائم مختل‌کننده زندگی و ظرفیت ایجاد رابطه حسنه و رضایت‌بخش با دیگران و مقابله مناسب با تئیدگی‌ها و تناقضهای زندگی است (کورسینی، 1999). سلامت، سازه‌ای پیچیده است و منظور از آن، تجربه و کنش‌وری بهینه روان‌شناختی است. نظریه پردازان معتقدند که موضوع سلامت بسیار پیچیده و بحث‌انگیز است. سازمان بهداشت جهانی، سلامت را چنین تعریف کرده است: حالت کامل سلامت جسمانی، روانی، اجتماعی و نه فقط عدم حضور بیماری یا ضعف و سستی. سلامت روان شامل استعداد روان برای هماهنگی و کارکرد مؤثر، انعطاف‌پذیری در موقعیتهای دشوار، ارزیابی خود و داشتن تعادل است. (باوی و خدابخشی کولایی، 1394)

سلامت معنوی به نظر ادلین و همکاران (1999)، حالت تعادل و نظم فرد با خود و دیگران و توانایی موازنه ساختن بین نیازهای درونی با خواسته‌ها و تقاضاهای بقیه دنیا است. پولیزین و الیسون (1986)، سلامت معنوی را نیروی یکپارچه بین ذهن و بدن؛ گرین‌برگ (1986) آن را عقیده به نیروی وحدت‌بخش و برخی دیگر از مؤلفان، ادراک مثبت از معنی و هدف زندگی می‌دانند (باسمی‌زاد، گل‌محمدیان و یوسفی، 1390). همچنین روان‌شناسان معتقدند خصوصیات فردی، فشارهای روانی و محیطی، وضعیت اقتصادی، اجتماعی و خانوادگی، عدم دستیابی به اهداف زندگی و نبود انگیزه، بر سلامت روانی افراد مؤثر است. سلامت روانی افراد، ناشی از تعامل دوطرفه میان استفاده از انواع خاصی از راهبردهای تنظیم‌شناختی هیجان‌ها و ارزیابی درست از موقعیت تنش‌زا است. (باوی و خدابخشی کولایی، 1394)

3. دلبستگی معنوی و سلامت روانی

تجربه‌های عاطفی و هیجانی که اغلب در ارتباط با مذهب مطرح می‌شوند، از لحاظ کیفی با تجربه روابط عاطفی فرد بزرگسال تفاوت دارند. در حقیقت؛ شکل تجربه عشق نسبت به خدا دقیقاً شبیه دلبستگی کودک به مادر است (کرک باتریک، 1994). بنابر این، می‌توان گفت دو ویژگی ارتباط با موضوع دلبستگی؛ یعنی عاطفه و هیجانی که فرد با مادر تجربه می‌کند، در ارتباط با خدا نیز وجود دارد. مرور پژوهشهای تجربی نیز حاکی از ضد و نقیض بودن رابطه بین دلبستگی مذهبی و سلامت روانی است.

بررسی رابطه دل‌بستگی معنوی و سلامت روانی ♦ 401

الیس¹ (1980) اظهار داشت که تدین با تفکر غیر عقلانی و اختلالات عاطفی همراه است. اوکونور² و همکاران (2003) در پژوهش خود اذعان کردند که نتوانستیم شواهدی را پیدا کنیم که نشان دهد مذهب اثر مثبتی بر سلامت جسمانی بر جا می‌گذارد. پژوهش استوارد و جو³ (1998) نشان داد که روحیه مذهبی به صورت چشمگیری با سلامت روان و سازگاری در ارتباط است و افرادی که خود را بیش از همه مذهبی می‌دانند، از دیگران سازگارترند و بالاترین عملکرد تحصیلی را دارند. واتسون⁴ و همکاران (1994) این فرضیه را که «دیندار بودن، میزان ناسازگاری را افزایش می‌دهد»، تأیید نکردند و به این نتیجه رسیدند که افراد دارای جهت‌گیری مذهبی درونی، از نظر شناختی منطقی‌ترند، سازش‌یافتگی بیشتری از خود نشان می‌دهند و از سلامت روانی بیشتری برخوردارند. نتایج پژوهشی یانگ⁵ و همکاران (2000)، مک‌نالتی⁶ و همکاران (2004) و جانسون⁷ (2004) نیز نشان داد که معنویت به عنوان یک سازه، نقش مهمی بر سازگاری روان‌شناختی دارد و می‌توان از آن در کار بالینی با مراجعان کمک گرفت. کوئینگ⁸ و همکاران (2001)، تورسن و هریس⁹ (2002)، فرانسیس¹⁰ و همکاران (2004)، ناوارا و جیمز¹¹ (2005)، برگین¹² و همکاران (1988)، نیز نشان دادند بین سلامت روان و جهت‌گیری مذهبی رابطه مثبت وجود دارد.

با وجود مطالعات بسیار در حوزه مذهب و پیامدهای روان‌شناختی آن در سطح جهان، مطالعات اندکی برای تبیین ساختارهای روان‌شناختی مذهب و تأثیر مذهب بر سلامت روان انجام شده و از طرفی نیز اکثر تحقیقات انجام شده، در ادیان دیگری جز اسلام صورت گرفته است. از این نظر، مطالعه علمی آثار و نقش متغیرهای مذهبی در سلامت روانی، ضرورتی اساسی به نظر می‌رسد. این مطالعه بر آن است که رابطه بین دل‌بستگی به خدا با سلامت روان را در بین دانشجویان دانشکده مدیریت دانشگاه تهران بررسی کند.

ج) چارچوب و پیشینه پژوهشی

نتایج مطالعه علی‌محمدی و جان‌بزرگی (1387) نشان داد که بین شادکامی دینی، با شادکامی روان‌شناختی رابطه مثبت معنادار و با افسردگی رابطه منفی وجود دارد. نتایج این مطالعه نشان داد که بر اساس منابع

1. Ellis
2. O'Conner
3. Steward and Joe
4. Watson
5. Young
6. McNulty
7. Johnson
8. Koeing
9. Thoresen & Harris
10. Francis
11. Navara & James
12. Bergin

مذهبی می‌توان ابزاری معتبر ساخت که بتوان شادکامی را اندازه‌گیری کرد. میری و همکاران (1386) نشان دادند که در بین دانشجویان تحت مطالعه، افسردگی وجود دارد؛ اما میزان آن با سطح توکل متغیر است. بنابر این، می‌توان پیش‌بینی کرد که اعتقادات مذهبی علاوه بر کاهش شیوع، در سیر و پیش‌آگهی اختلال افسردگی نیز نقش مثبت ایفا می‌کنند. لذا هر چه توکل به خداوند و احساس آرامش در دانشجویان، به عنوان بدنه فرهیخته اجتماع، بیشتر باشد، از سلامت روحی و روانی بهتری برخوردار خواهند بود. همچنین با توجه به اینکه مذهب، منبع حمایتی برای افراد است؛ بنابر این، اتکا به باورها و فعالیتهای مذهبی در کنترل تنشهای هیجانی و ناراحتی‌های فیزیکی مؤثر است.

آلیسون¹ (1991) نشان داد که افراد دارای اعتقادات مذهبی بالا، دارای خشنودی بیشتری از زندگی بوده و شادمانی و نشاط بیشتری دارند. نتایج مطالعه شوماخر² (1991) نیز همین یافته را تأیید و اذعان کرد سلامت روانی افراد غیر مذهبی، ضعیف است. نتایج پژوهش یانگ³ و همکاران (2000) روی 303 نفر از دانش‌آموختگان رشته‌های روان‌شناسی، نشان داد که معنویت به عنوان یک سازه، نقش مهمی بر سازگاری روان‌شناختی دارد و می‌توان از آن در کار بالینی با مراجعان کمک گرفت. در مطالعه دیگری، کوئینگ و همکاران (2001) دریافتند که سرطان در بین افرادی که نمره بالاتری در شاخص مذهبی درونی کسب می‌کنند، کمتر شایع است. در بررسی دیگری، مشاهده کردند افرادی که همیشه از مقابله‌های مذهبی استفاده می‌کنند، نسبت به افرادی که کمتر و گاهی از این مقابله‌ها استفاده می‌کنند، در 9 شاخص از 12 شاخص سلامت روان‌شناختی، نمرات بالاتری کسب کردند. مک‌نالتی و همکاران (2004) در پژوهش خود نشان دادند که دین تأثیر قابل ملاحظه‌ای در سازگاری افراد دارد و از آن می‌توان در کار بالینی با مراجعانی که خواهان روان‌درمانی معنوی‌اند، استفاده کرد. نتایج ناوارا و جیمز (2005) نشان داد افرادی که در مقیاس جهت‌گیری مذهبی بیرونی نمرات بالاتری را کسب کرده بودند، استرس بیشتری داشتند؛ ولی افرادی که نمرات بالایی در جهت‌گیری مذهبی درونی داشتند، استرس کمتری را نشان می‌دادند.

مرور پژوهشهای تجربی نیز حاکی از ضد و نقیض بودن رابطه بین دلبستگی به خدا و سلامت روانی است. الیس (1980) اظهار داشت که تدبیر با تفکر غیر عقلانی و اختلالات عاطفی همراه است. اوکونور و همکاران (2003) در پژوهش خود اذعان داشتند که نتوانستیم شواهدی را پیدا کنیم که نشان دهد اعتقاد به خدا اثر مثبت بر سلامت جسمانی می‌گذارد. نتایج مطالعه برگین و همکاران (1988) نشان داد اعتقاد به خدا به صورت چشمگیری با سلامت روان و سازگاری در ارتباط است و افرادی که خود را بیش از همه مذهبی می‌دانند، از دیگران سازگارترند و بالاترین عملکرد تحصیلی را دارند.

1. Ellison
2. Shoumakher
3. Young

فرضیات پژوهشی

- فرضیه 1: بین دل‌بستگی به خدا با سلامت روان کل دانشجویان دانشکده مدیریت دانشگاه تهران رابطه وجود دارد.
- فرضیه 2: بین دل‌بستگی به خدا با سلامت روانی دانشجویان پسر دانشکده مدیریت دانشگاه تهران رابطه وجود دارد.
- فرضیه 3: بین دل‌بستگی به خدا با سلامت روانی دانشجویان دختر دانشکده مدیریت دانشگاه تهران رابطه وجود دارد.

(د) روش پژوهش

پژوهش حاضر از نوع پیمایشی است؛ زیرا در آن از نگرش و نظرات دانشجویان استفاده شده است. جامعه آماری پژوهش را کلیه دانشجویان مشغول به تحصیل دانشکده مدیریت دانشگاه تهران در سال تحصیلی 91-1390 تشکیل می‌دهند که تعداد کل آنها 1200 نفر است. طبق جدول مورگان، 412 دانشجوی دانشکده مدیریت دانشگاه تهران، نمونه این مطالعه را تشکیل می‌دهند که به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای انتخاب شدند. از بین 10 رشته این دانشکده، تعداد دو کلاس به صورت خوشه‌ای انتخاب و ابزارها در این نمونه اجرا شد. برای تحقق اهداف پژوهش از دو آزمون هنجار شده استفاده شد.

پرسشنامه دل‌بستگی به خدا¹ (بک و مک‌دونالد، 2004) شامل 28 عبارت در دو بُعد اضطراب از ترک شدن² و اجتناب از صمیمیت در رابطه با خدا³ است؛ که 14 عبارت به مقیاس اضطراب و 14 عبارت به مقیاس اجتناب دلالت دارد. نمره‌گذاری سبک دل‌بستگی به خدا بر اساس طیف لیکرت 7 گزاره‌ای (دامنه نمرات بین 1 تا 7) است. پایایی از طریق آلفای کرونباخ برای سبک اضطراب و اجتناب به ترتیب: 0/69 و 0/73 به دست آمده که در وضعیت مناسب قرار دارد (جدول 1). برای ارزشیابی سطح سلامت روانی دانش‌آموزان در این پژوهش از فرم 28 ماده‌ای پرسشنامه سرنندی سلامت عمومی گلدبرگ استفاده شد که دارای چهار زیرمقیاس است: نشانه‌های بدنی، اضطراب و بی‌خوابی، نارساکنش‌وری اجتماعی و افسردگی و خیم. از مجموع نمرات نیز یک نمره کلی به دست می‌آید.

1. The Attachment to God Inventory (AGI)
2. Anxiety about Abandonment
3. Avoidance of Intimacy in Relationship with God

در این مطالعه، پایایی «پرسشنامه سلامت عمومی» از طریق آلفای کرونباخ برای بُعد علائم بدنی 0,68، اضطراب و بی‌خوابی 0,68، نارساکنش‌وری اجتماعی 0,88، افسردگی روانی 0,71 و برای کل متغیر سلامت روانی 0,77 به دست آمد. (جدول 1)

جدول 1: آلفای کرونباخ

دلبستگی به خدا	سبکهای دلبستگی		سلامت روان	ابعاد سلامت روان			
	اجتناب	اضطراب		افسردگی روانی	نارساکنش‌وری اجتماعی	اضطراب و بی‌خوابی	علائم بدنی
0,71	0,73	0,69	0,77	0,71	0,88	0,68	0,68

1. شیوه تجزیه و تحلیل اطلاعات

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها، از آمار توصیفی و استنباطی و به منظور تحقق اهداف مطالعه، از آزمون همبستگی پیرسون و تی دو گروه مستقل استفاده شده است. از نرم‌افزار تحلیل آماری در علوم انسانی (SPSS) استفاده شده است.

2. آزمون فرضیات

در این بخش از ضریب همبستگی پیرسون برای آزمون فرضیه اول و دوم و سوم استفاده شده است. کلیه تصمیم‌گیری‌ها در سطح آلفای پنج صدم است.

فرضیه اول پژوهش: بین سبکهای دلبستگی به خدا با سلامت روان کل دانشجویان دانشکده مدیریت دانشگاه تهران رابطه وجود دارد.

412 دانشجوی دانشکده مدیریت دانشگاه تهران در این مطالعه مشارکت داشتند. نتایج تجزیه و تحلیل فرضیه اول پژوهش در جدول 2 آمده است.

جدول 2: نتایج تجزیه و تحلیل فرضیه اول پژوهش برای کل دانشجویان

متغیر سلامت روان	ابعاد سلامت روان (n=412)				همبستگی متغیرها و ابعاد آن
	افسردگی	نارساکنش‌وری اجتماعی	اضطراب و بی‌خوابی	علائم ادبی	
اضطراب	-0,128	-0,127	-0,210	-0,116	
اجتناب	-0,218	-0,117	-0,320	-0,124	
متغیر دلبستگی به خدا	-0,145	-0,134	-0,074	-0,094	

نتایج تجزیه و تحلیل فرضیه اصلی اول پژوهش نشان می‌دهد میزان ضریب همبستگی بین متغیر دلبستگی به خدا و سلامت روان $r = -0,166$ است که همبستگی منفی را بین این دو متغیر نشان می‌دهد. با

405 \diamond بررسی رابطه دل‌بستگی معنوی و سلامت روانی

توجه به حجم بالای نمونه، میزان همبستگی معنادار است و می‌توان گفت که رابطه معکوس بین این دو متغیر وجود دارد.

فرضیه دوم پژوهش: بین سبک‌های دل‌بستگی به خدا با سلامت روانی دانشجویان پسر دانشکده مدیریت دانشگاه تهران رابطه وجود دارد.

175 نفر از دانشجویان شرکت‌کننده در این مطالعه پسر بودند. نتایج تجزیه و تحلیل فرضیه دوم پژوهش در جدول 3 آمده است.

جدول 3: نتایج تجزیه و تحلیل فرضیه دوم پژوهش برای پسران

متغیر سلامت روان	ابعاد سلامت روان ($n=175$)				همبستگی متغیرها و ابعاد آن
	افسردگی	نارساکنش‌وری اجتماعی	اضطراب و بی‌خوابی	علامت ادبی	
-0,102	-0,123	-0,005	-0,031	-0,021	اضطراب
0,044	0,011	-0,061	-0,61	-0,054	اجتناب
-0,046	-0,34	-0,033	-0,031	-0,021	متغیر دل‌بستگی به خدا

نتایج تجزیه و تحلیل فرضیه اصلی دوم پژوهش نشان می‌دهد میزان ضریب همبستگی بین متغیر دل‌بستگی به خدا و سلامت روان در دانشجویان پسر $r = -0,046$ است که همبستگی منفی را بین این دو متغیر نشان می‌دهد.

فرضیه سوم پژوهش: بین سبک‌های دل‌بستگی به خدا با سلامت روانی دانشجویان دختر دانشکده مدیریت دانشگاه تهران رابطه وجود دارد.

237 نفر از دانشجویان شرکت‌کننده در این مطالعه دختر بودند. نتایج تجزیه و تحلیل فرضیه سوم پژوهش در جدول 4 آمده است.

جدول 4: نتایج تجزیه و تحلیل فرض سوم پژوهش برای دختران

متغیر سلامت روان	ابعاد سلامت روان ($n=237$)				همبستگی متغیرها و ابعاد آن
	افسردگی	نارساکنش‌وری اجتماعی	اضطراب و بی‌خوابی	علامت ادبی	
-0,102	-0,186	-0,125	-0,230	-0,154	اضطراب
0,244	-0,135	-0,116	-0,153	-0,124	اجتناب
-0,146	-0,134	-0,122	-0,094	-0,021	متغیر دل‌بستگی به خدا

نتایج تجزیه و تحلیل فرضیه اصلی سوم پژوهش نشان می‌دهد میزان ضریب همبستگی بین متغیر دل‌بستگی به خدا و سلامت روان دختران $r = -0,146$ است که همبستگی منفی را بین این دو متغیر نشان

می‌دهد. با توجه به حجم بالای نمونه، میزان همبستگی بین دل‌بستگی به خدا و مؤلفه‌های سلامت روان (علائم بدنی، اضطراب و بی‌خوابی، نارساکنش‌وری اجتماعی و افسردگی) معنادار است و می‌توان گفت رابطه معکوس بین این دو متغیر وجود دارد.

ه) بحث و نتیجه‌گیری

مذهب در جوامع امروزی و مدرن، موضوعی غیر قابل انکار است و سعی می‌شود میزان و تأثیرات آن به طور جامع بررسی شود. برای مثال، اسمیت¹ و همکاران (2003) اعلام کردند اکثر مطالعاتی که در ایالت متحده آمریکا در ارتباط با مذهب انجام شده، بیشتر بزرگسالان را موضوع توجه قرار داده‌اند؛ بنابراین، دانش کافی درباره وابستگی‌ها، اعمال، باورها، تجربیات و نگرش‌های جوانان و نوجوانان آمریکایی وجود ندارد. بسیاری از پژوهش‌ها به ارتباط مثبت میان عضویت در گروه‌های مذهبی و رفتارهای اجتماعی مناسب اشاره کرده‌اند. بر این اساس، به نظر می‌رسد مذهب تمام جنبه‌های زندگی ما را تحت تأثیر خود قرار می‌دهد و نمی‌توان آن را جدا از سایر بخش‌های وجودی انسان تلقی کرد. لذا می‌توان نتیجه گرفت که دین و دینداری در ویژگی‌های شخصیتی، حالات روانی، نوع نگرش فرد و باورها و شناخت‌های افراد تأثیر می‌گذارد. شاید بتوان هویت و شخصیت فرد را از مهم‌ترین بخش‌های زندگی انسان دانست که مذهب در نحوه شکل‌گیری آن نقش مهمی دارد.

در تجزیه و تحلیل فرضیه اصلی اول پژوهش، میزان ضریب همبستگی بین متغیر دل‌بستگی به خدا و سلامت روان، $r = -0,166$ به دست آمد که نشان‌دهنده همبستگی منفی بین این دو متغیر است. با توجه به حجم بالای نمونه، میزان همبستگی معنادار است و می‌توان گفت که رابطه معکوس بین دو متغیر وجود دارد. همبستگی بین دل‌بستگی به خدا و مؤلفه‌های سلامت روان (علائم بدنی، اضطراب و بی‌خوابی، نارساکنش‌وری اجتماعی و افسردگی) در کل دانشجویان نیز در همه رابطه‌ها معنادار و معکوس است و نشان می‌دهد که کاهش در متغیر دل‌بستگی به خدا، با افزایش در مؤلفه‌های سلامت روان (علائم بدنی، اضطراب و بی‌خوابی، نارساکنش‌وری اجتماعی و افسردگی) همراه است و بالعکس. پس می‌توان نتیجه گرفت که افزایش دل‌بستگی به خدا منجر به کاهش متغیر سلامت روان می‌شود و بالعکس. نتایج این مطالعه با نتایج مطالعات طهماسبی‌پور و کمانگیری (1375)، بیرشک و همکاران (1380)، جمالی (1381)، کرک پاتریک (1994)، برگین و همکاران (1988)، واتسون و همکاران (1994)، یانگ و همکاران (2000)، مک‌نالتی و همکاران (2004)، جانسون (2004)، کوئینگ و همکاران (2001)، تورسن و هریس (2002)، فرانسیس و

407 \blacklozenge بررسی رابطه دلبستگی معنوی و سلامت روانی

همکاران (2004)، ناوارا و جیمز (2005) و آکوزی (2011) همسو است و با نتایج مطالعه الیس (1980) و اوکونور و همکاران (2003) همسو نیست. مطالعه کرک پاتریک نشان داد پاسخ 2/3 آزمودنی‌ها به این سؤال که آیا شما احساس می‌کنید ارتباط شخصی با خدا دارید، مثبت بود. نکته دیگر، اهمیت هیجان دوست داشتن و صمیمیت در نظام اعتقاد مذهبی است؛ تجربه‌های عاطفی و هیجانی که اغلب در ارتباط با مذهب مطرح می‌شوند، از لحاظ کیفی با تجربه روابط عاطفی فرد بزرگسال متفاوت است. در حقیقت؛ شکل تجربه عشق نسبت به خدا دقیقاً شبیه دلبستگی کودک به مادر است (کرک پاتریک، 1994). بدین ترتیب می‌توان نتیجه گرفت دو ویژگی ارتباط با موضوع دلبستگی؛ یعنی عاطفه و هیجانی که فرد با مادر تجربه می‌کند، در ارتباط با خدا نیز وجود دارد.

مرور پژوهش‌های تجربی نیز حاکی از ضد و نقیض بودن در خصوص رابطه بین دلبستگی مذهبی و سلامت روانی است. مطالعاتی نیز رابطه بین سلامت روان و باور مذهبی را رد کردند؛ برای مثال، الیس (1980) اظهار داشت که تدین با تفکر غیر عقلانی و اختلالات عاطفی همراه است. اوکونور و همکاران (2003) در پژوهش خود اذعان کردند که نتوانستیم شواهدی را پیدا کنیم که نشان دهد مذهب اثر مثبت بر سلامت جسمانی می‌گذارد. الیس (1980) و اوکونور و همکاران (2003) در پژوهش‌های خود نتوانستند شواهدی را برای رابطه بین اعتقاد به خدا با سلامت روان ارائه دهند. نتایج مطالعه برگین و همکاران (1988)، واتسون و همکاران (1994)، یانگ و همکاران (2000)، مک‌نالتی و همکاران (2004)، جانسون (2004)، کوئینگ و همکاران (2001)، تورسن و هریس (2002)، فرانسس و همکاران (2004) و ناوارا و جیمز (2005) نیز نشان دادند بین سلامت روان و اعتقاد به خدا رابطه مثبت وجود دارد. بهرامی مشعوف (1373) رابطه منفی معناداری بین میزان عبادت و نوروهای (علایم عصبی) افسردگی و اضطراب گزارش کرد. مطالعه اسلامی (1376) نیز وجود همبستگی منفی بین افسردگی و نگرش مذهبی را تأیید کرد.

در تجزیه و تحلیل فرضیه اصلی دوم پژوهش، میزان ضریب همبستگی بین متغیر دلبستگی به خدا و سلامت روان در دانشجویان پسر $r = -0,046$ به دست آمد که همبستگی منفی را بین این دو متغیر نشان می‌دهد. با توجه به حجم پایین نمونه، میزان همبستگی معنادار نیست. نتایج تجزیه و تحلیل نشان می‌دهد که همبستگی غیر معناداری بین دلبستگی به خدا و مؤلفه‌های سلامت روان در دانشجویان پسر وجود دارد. می‌توان نتیجه گرفت که بین دلبستگی به خدا و متغیر سلامت روان پسران رابطه معناداری وجود ندارد. این نتایج با مطالعه الیس (1980) و اوکونور و همکاران (2003) همسو است. از طرفی، با نتایج مطالعات بهرامی مشعوف (1373)، اسلامی (1376)، طهماسبی پور و کمانگیری (1375)، جانسون (2004)، کوئینگ و همکاران (2001)، تورسن و هریس (2002)، فرانسس و همکاران (2004)، ناوارا و جیمز (2005) و آکوزی (2011) همسو نیست. یکی از دلایل این ناهمبستگی می‌تواند نمونه پسران دانشگاه باشد که تعداد آنها نسبت به دختران بسیار کمتر است.

در تجزیه و تحلیل فرضیه اصلی سوم پژوهش، میزان ضریب همبستگی بین متغیر دل‌بستگی به خدا و سلامت روان دختران $r = -0,146$ به دست آمد که همبستگی منفی را بین این دو متغیر نشان می‌دهد. با توجه به حجم بالای نمونه، میزان همبستگی بین دل‌بستگی به خدا و مؤلفه‌های سلامت روان (علائم بدنی، اضطراب و بی‌خوابی، نارساکنش‌وری اجتماعی و افسردگی) معنادار است و می‌توان گفت که رابطه معکوس بین این دو متغیر وجود دارد. همبستگی بین دل‌بستگی به خدا و مؤلفه‌های سلامت روان در دانشجویان دختر در همه رابطه‌ها معنادار و معکوس است و نشان می‌دهد که کاهش در متغیر دل‌بستگی به خدا، با افزایش در مؤلفه‌های سلامت روان همراه است و بالعکس. نتایج این مطالعه با نتایج مطالعات بهرامی مشعوف (1373)، اسلامی (1376)، طهماسبی‌پور و کمانگیری (1375)، بیرشک و همکاران (1380)، گله‌دار و ساکی (1380)، جمالی (1381)، کرک پاتریک (1994)، برگین و همکاران (1988)، واتسون و همکاران (1994)، یانگ و همکاران (2000)، مک‌نالتی و همکاران (2004)، جانسون (2004)، کوئینگ و همکاران (2001)، تورسن و هریس (2002)، فرانسیس و همکاران (2004)، ناوارا و جیمز (2005)، ورهگن و همکاران (2010)، نیوتون و مک‌کینتاش (2010) و آکوزی (2011) همسو است و با نتایج مطالعه الیس (1980) و اوکونور و همکاران (2003) همسو نیست. مطالعه کرک پاتریک (1994) نشان داد شکل تجربه عشق نسبت به خدا، دقیقاً شبیه دل‌بستگی کودک به مادر است. بدین ترتیب می‌توان نتیجه گرفت دو ویژگی ارتباط با موضوع دل‌بستگی؛ یعنی عاطفه و هیجانی که فرد با مادر تجربه می‌کند، در ارتباط با خدا نیز وجود دارد.

مطالعاتی نیز رابطه بین سلامت روان و باور مذهبی را رد کردند؛ الیس (1980) و اوکونور و همکاران (2003) در پژوهش خود نتوانستند شواهدی را برای رابطه بین اعتقاد به خدا با سلامت روان ارائه دهند. نتایج مطالعه برگین و همکاران (1988)، واتسون و همکاران (1994)، یانگ و همکاران (2000)، مک‌نالتی و همکاران (2004)، جانسون (2004)، کوئینگ و همکاران (2001)، تورسن و هریس (2002)، فرانسیس و همکاران (2004)، ناوارا و جیمز (2005)، ورهگن و همکاران (2010)، نیوتون و مک‌کینتاش (2010) و آکوزی (2011) نیز نشان دادند بین سلامت روان و اعتقاد به خدا رابطه مثبت وجود دارد. بهرامی مشعوف (1373) رابطه منفی معناداری بین میزان عبادت و نوروژهای (علایم عصبی) افسردگی و اضطراب گزارش کرد. مطالعه اسلامی (1376) نیز وجود همبستگی منفی بین افسردگی و نگرش مذهبی را تأیید کرد. نتایج مطالعات طهماسبی‌پور و کمانگیری (1375)، بیرشک و همکاران (1380)، گله‌دار و ساکی (1380)، جمالی (1381)، بیانی و همکاران (1387) و حدادی کوهسار و غباری بناب (1390) نیز نتایج مطالعه اسلامی (1376) را تأیید کردند.



منابع

- باوی، لیلا و آناهیتا خدابخشی کولایی (1394). مقایسه سلامت روان، شادکامی و کنترل هیجانی نوجوانان مراکز نگهداری بهزیستی با نوجوانان. [پی‌اچ‌ا: مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت. ص 164-157].
- بیانی، ع.ا.؛ ح. گودرزی، ع. بیانی و ع.م. محمد کوچکی (1387). «بررسی رابطه جهت‌گیری مذهبی با اضطراب و افسردگی در دانشجویان». اصول بهداشت روانی، سال دهم، ش 3 (39): 209-214.
- بیرشک، ب.؛ ن.م. بخشایی، س.ا. بیان‌زاده و ط. اوردیخانی (1380). «بررسی نقش مذهب در تجربه و رتبه‌بندی استرس‌های زندگی، افسردگی و اضطراب». اولین همایش بین‌المللی نقش دین در بهداشت روان. 1-20
- جمالی، ف. (1381). بررسی رابطه نگرش مذهبی، احساس معنا بخش بودن زندگی و سلامت روان در دانشجویان دانشگاه‌های تهران. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی. تهران: دانشگاه الزهراء.
- زاهد بابلان، ع.؛ ح. رضایی جمالویی و ر. حرفتی سبحانی (1391). «رابطه دلبستگی به خدا و تاب‌آوری با معناداری در زندگی دانشجویان». دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی، 49، 85-75
- طهماسبی‌پور، ن. و م. کمانگیری (1375). «بررسی ارتباط نگرش مذهبی با میزان اضطراب، افسردگی و سلامت روان گروهی از بیماران بیمارستان‌های شهدای هفتم تیر و مجتمع رسول اکرم (ص)». پایان‌نامه دکتری پزشکی غباری بناب، باقر و علی اکبر حدادی کوهسار (1390). دلبستگی به خدا در بافت فرهنگی اسلامی: پایه‌های نظری، ساخت و رواسازی ابزار اندازه‌گیری، روشها و مدل‌های روان‌شناختی. دوره 1، 76-93
- یاسمی‌نژاد، پ.؛ م. گل‌محمدیان و ن. یوسفی (1390). «رابطه سلامت معنوی با درگیری شغلی در اعضای هیات علمی». مشاوره شغلی و سازمانی، 8، 110-125
- خدایاری فرد، م. غباری بناب، ب. و شکوهی یکتا، م. (1380) گستره پژوهش‌های روان‌شناختی در حوزه دین، روان‌پزشکی و روانشناسی بالینی ایران، 6(4): 45-54
- بهرامی احسان، ه. تاشک، آ. (1383) بعد رابطه میان جهت‌گیری مذهبی و سلامت روانی و ارزیابی مقیاس جهت‌گیری مذهبی، روانشناسی و علوم تربیتی 34(2): 41-63
- الیاده میرچا و (1987) دین پژوهی جلد اول ترجمه بهاء‌الدین خرمشاهی (1375) تهران: پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
- علی محمدی، ک. جان بزرگی، م. (1387). بررسی رابطه میان شادکامی با جهت‌گیری مذهبی و شادکامی روان‌شناختی و افسردگی در دانش‌پژوهان موسسه آموزشی و پژوهشی امام خمینی (ره) قم در سال تحصیلی 1386-1385. روانشناسی و دین. 2: 131-146
- میری، م. عبدالرزاق نژاد، م. حاجی آبادی، م. ر. سورگی، ز. قاسمی، خ. (1386) بررسی رابطه افسردگی و سطح توکل بر خداوند در دانشجویان شهر بیرجند، مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند 14(4): 9-15
- معتمدی، ع. کیامنش ع. ر. (1384) بررسی رابطه بین گرایش‌های مذهبی و سالمندی موفق. مجله دانش‌ور رفتار. 10 (12): 43-56

- Ainsworth M. D.S·Blehar M.C·Waters E&Wall S.(1978).**Patterns of attachment:A Psychological Study of the Strange Situation.Hillsdale NJ:Erbaum.**
- Alimohammadi K&Janbozorgi M(2008).**Relationship between happiness and religios orientation and Psychology of happiness and depression in The Imam Khomeini Educational Research institute students.Journal of Psychology and Religion.No2:(131-146).**
- Allport, G. (1967). “**Perligious Orientation and Prejudice**”. *Journal of Personality and Social Sychology*, 5: 432-443.
- Bahrami Ehsan·H.Tashak·A.(2004). **The Dimension of Relationship between Religious Orientation and Valuation Measure Religious Orientation.Journal of Psychology&Education.No34(2):41-63.**
- Bavy, Leila & Anahita Khodabakhshi Koolaie (2015). **Comparing Mental Health, Happiness and Emotional Control in Adolescents in Welfare Organization Centers.** Center of Research on Effective Social Factors on Health. P. 157-164.
- Bayani, A.A.; H. Goodarzi, A. Bayani & A.M. Mohammad Kochaki (2008). “**A Survey on Relation of Religious Orientation with Anxiety and Depression among Students**”. *Scientific and Research Magazine on Mental Health Principles*, Tenth Year, No. 3 (39): 209-214.
- Beck R&McDonald A (2004).**Attachment to God :The attachment to God inventory tests of working model correspondence and an exploration of faith group difference.Journal of Psychology and THEOLOGY32·92-103.**
- Bergin A.E. Masters k.s&Richards P.S(1988).**Religiosness and mental health reconsidered:A Study of an intrinsically religios sample.Journal of Counseling Psychology.34(2).197-204.**
- Bergin, A.E.; K.S. Masters & P.S. Richard (1988). “**Religiousness and Mental Health Reconsidered: A Study of an Intrinsically Religious Sample**”. *Journal of Counseling Psychology*, 34 (2): 197-204.
- Birashk, B.; N.M. Bakhshaie, S.A. Bayanzadeh & T. Ordoorkhani (2001). “**A Survey on Role of Religion on Experiencing and Ranking of Life Stresses, Depression and Anxiety**”. *Abstracts of Articles of the First International Conference in the Role of Religion on Mental Health*. Fifth Year, No. 19.
- Eliyadeh·M.(1987).Khorramshahi·B.(1996) **Stady of Religion.Tehran :Institute for Humanities and Cultural Studies.No1**
- Ellis, A. (1980). “**Psychotherapy and Atheistic Values: A Response to A.E. Bergin’s Psychotherapy and Religious Values**”. *J. Consult Clin Psychol.*, 48(1): 635-9.
- Ellison C G.(1991) **Religious involvement and subjective well-being.Journal of Mental Health and Social coping.An introduction(2nd)New York.Columbia University Press.**

- Ellison C G.(1991)**Religious involvement and subjective well-being.***Journal of Mental Health and Social coping.An introduction*(2nd)New York.Columbia University Press.
- Francis, L.; M. Robbins, C.A. Lewis, C.F. Quigley & C. Wheeler (2004). **“Religiosity and General Health among Undergraduate Students: A Response to O’Connor 2003”**. *Pers Indiv Differ*, 37 (3): 485-94.
- Ghobari Bonab, Bagher & Ali Akbar Haddadi Koohsar (2011). **Attachment to God in Islamic Cultural Texture: Theoretical Fundamentals, Constructing and Validity of Measurement Tool, Psychological Methods and Models**. P. 81-106 .NO.1(4). 73-96
- Jamali, F. (2002). **A Survey on the Religious Viewpoint, Meaningfulness of the Life and Mental Health among Students of Tehran University**. Master Degree Thesis in General Psychology. Tehran: Alzahra University.
- Johnson, M. & A. Faith (2004). **“Prayer and Religious Observances”**. *Journal of Clinical Cornerstone*, 6 (1): 17-24.
- Kirkpatrick L.A.&Shaver P.R(1990).**Attachment theory and religion:childhood attachments religious beliefs and conversion.***Journal for the scientific study of religion*29(3) 315-334.
- Kirkpatrick, L.A. (1994). **The Role of Attachment in Religious Belief and Behavior**. *Advances in Personal*.
- Koenig, G.H.; E.M. McCullough & B.D. Larson (2001). **Hand Book of Religion and Health**. 1st ed. USA: Oxford University, P. 1118-20.
- Mcnulty, K. & et al. (2004). **“Perceived Uncertainly, Spiritual Well-being and Psychological Adaptation in Individual with Multiple Sclerosis”**. *Journal of Family Psychology*, 49(2). 91-99
- Miri M.Abdorrazaghnezhad M.Hajiabadi M R.Sourgy Z&Ghasemi Kh(2007).**Relationship between depression and level of reliance on God in Birjand university students.** *Journal of Birjand university of Medical Sciences.No14(4):9-15.*
- Miri M.Abdorrazaghnezhad M.Hajiabadi M R.Sourgy Z&Ghasemi Kh(2007).**Relationship between depression and level of reliance on God in Birjand university students.***Journal of Birjand university of Medical Sciences.No14(4):9-15.*
- Moatamedi, A & A.R. Kyamanesh (2005). **“The Relationship between Religious Tendency and Successful aging”**. *Daneshvar Raftar*, 10(12): 43-56.
- Navara, G.S. & S. James (2005). **“Acculturative Stress of Missionaries: Does Religious Orientation Affect Religious Coping and Adjustment?”**. *International Journal of Intercultural Relations*.
- O’Conner, D.B.; J. Cobb & R.C. O’Connar (2003). **“Religiosity, Stress and Psychological Distress: No Evidence for an Association among Undergraduate Students”**. *Pers Indiv Differ*, 34 (2): 211-7.

- Rowatt W.C&Kirkpatrick L.A(2002) **Two dimensions of attachment to God and their relation to affect religiosity and personality constructs.** *Journal for the Scientific study of Religios* 41(4).637-651.
- Schumacher J F(1991).**The adaptive value of suggestibility and dissociation** .In J.F.Schumacher(ed)*Human suggestibility* NewYork:Routledge.
- Schumacher J F(1991).**The adaptive value of suggestibility and dissociation** .In J.F.Schumacher(ed)*Human suggestibility* NewYork:Routledge.
- Shorey H.S·Snyder C.R·Yang X&Lewin M.R.(2003)**The role of hope as a mediator in recollected parenting adult attachment and mental health** *journal of social and clinical psychology* (22) 685-715.
- Sim T.N&Loh B.S.M.(2003).**Attachment to God Measurement and dynamics.***Journal of Social and Personal Relationships* 20(3) 373-389.
- Smith, B.T.; E.M. McCullough & J. Pool (2003). **“Religiousness and Depression: Evidence for a Main Effect and the Moderating Influence of Stressful Life Events”.** *Psychol Bull*, 129 (4): 614-36.
- Steward, R.J. & H. Joe (1998). **Does Spirituality Influence Academic Achievement and Psychological Adjustment of Affrican-American Urban Adolescence.** EDRS-MF/ plus Postage.
- Tahmasbi Poor, N. & M. Kamangiri (1996). **“A Survey on the Relation of Religious Viewpoint with the Rate of Anxiety, Depression, and Mental Health in a Group of Patients of Shohadaye-Haftom-Tir Hospital and Rassol-e-Akram Complex Hospital”.** PhdThesis in Medicine University of Iran
- Thoresen, C.E. & H.S. Harris (2002). **“Spirituality and Health: What’s the Evidence and what’s Needed?”.** *Ann Behav. Med.*, 24 (1): 3-13.
- Watson, D.L. & R.G. Thrap (1994). **Self-Directed Behavior: Self-Modification for Personal Adjustment.** Pacific Grove, California: Books Pub l. Comp.
- Yasami Nejad, P.; M. Golmahammadian & N. Yoosefi (2011). **“The Relation of Spiritual Health with Occupational Clash among Scientific Committee of University”.** *Organizational and Occupational Consultation Seasonal*, 110-125.
- Young, J.S. & et al. (2000). **“The Moderating Relationship of Spirituality on Negative Life Events and Psychological Adjustment”.** *Journal of Counseling and Value*, 45 (1): 49-58.
- Zahed Babolan, A.; H. Rezaie Jamalooie & R. Harfati Sobhani (2012). **“The Relation of Attachment to the God and Resilience with Meaningfulness on the Students Life”.** *Science and Research on Applied Psychology*, NO 49, 75-85Khodayarifard·M.Ghobari Bonab·B.Shokouhi Yekta·M(2001).**TheDomain of Psychological Researches on Religion Iranian.** *Journal of Psychiatry Clinical Psychology*.No6(4):45-54.

