

نقش سلامت معنوی و دلبستگی به خدا، در پیش‌بینی کیفیت زندگی زنان مطلقه

رضا ایل‌بیگی قلعه‌نی / دکتری روان‌شناسی عمومی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران reza.ilbeigy@gmail.com
 لیلا الهی‌مجد / کارشناس ارشد روان‌شناسی مثبت‌گرا، دانشگاه آزاد اسلامی واحد نائین lelahemajd@gmail.com
 مریم رستمی / کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران m.maryamrostami@yahoo.com
 دریافت: ۱۳۹۵/۰۳/۳۱ - پذیرش: ۱۳۹۵/۰۹/۲۵

چکیده

هدف این پژوهش، تعیین نقش سلامت معنوی و دلبستگی به خدا در پیش‌بینی کیفیت زندگی زنان مطلقه شهرستان تربت حیدریه در سال ۱۳۸۹ بود. این پژوهش توصیفی و از نوع همبستگی است. جامعه آماری، زنان مطلقه مراجعه‌کننده به بهزیستی شهرستان تربت حیدریه در سال ۱۳۹۴ است، که ۱۰۰ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس و مبتنی بر هدف انتخاب و پرسش‌نامه کیفیت زندگی (SF-36)، سلامت معنوی (SWBS) و دلبستگی به خدا (AGS) را تکمیل کردند. نتایج تحلیل رگرسیون چندگانه به روش گام‌به‌گام نشان داد که ۲۵ درصد از واریانس کیفیت زندگی، توسط سلامت معنوی و دلبستگی به خدا تبیین می‌شود. همچنین دلبستگی ایمن به خدا، سلامت معنوی مذهبی، سلامت معنوی وجودی، دلبستگی دوسوگرا به خدا و دلبستگی اجتنابی به خدا، به ترتیب و به صورت معنادار، تغییرات مربوط به کیفیت زندگی را پیش‌بینی می‌کنند. بر اساس این یافته‌ها، می‌توان گفت: افزایش اعتقادات مذهبی، توکل به خدا و پرورش سلامت معنوی در زنان مطلقه، نقشی اساسی در افزایش سازگاری و کیفیت زندگی آنان ایفا می‌کند.

کلیدواژه‌ها: سلامت معنوی، دلبستگی به خدا، کیفیت زندگی، زنان مطلقه.

مقدمه

«خانواده» به لحاظ قدمت، کهن‌ترین و از لحاظ گستردگی، جهان شمول‌ترین نهاد اجتماعی است. این امر نشان می‌دهد که خانواده واجد ارزش‌های بسیار مهمی برای فرد و نوع انسان می‌باشد. خانواده مولد نیروی انسانی و معبر سایر نهادهای اجتماعی است، به‌گونه‌ای که بهنجاری و نابهنجاری جامعه، در گرو شرایط عمومی خانواده‌هاست و هیچ یک از آسیب‌های اجتماعی فارغ از تأثیر خانواده پدید نمی‌آید (حمیدی و همکاران، ۱۳۸۳). آنچه در ازدواج مهم است، سازگاری زناشویی است. سازگاری لازمه یک زندگی مفید، مؤثر و رضایت‌بخش فردی است و شامل ارزیابی شناختی افراد از وضعیت زندگی خودشان است (کیز (Keyes) و همکاران، ۲۰۰۲). زن و مرد، به دلایل مختلف از جمله شناخت ناکافی از یکدیگر، انتظارات و توقعات غیرواقعی از ازدواج و همسر، مشکلات اقتصادی، اجتماعی و اخلاقی، مسائل و مشکلات بسیاری را در زندگی زناشویی تجربه می‌کنند. تعارضات زناشویی نیز به‌عنوان شاخصی در تقابل با سازگاری زناشویی با دامنه گسترده‌ای از مسائل، اثر منفی بر کارکردهای بسیاری از جمله رضایت و کیفیت زندگی همراه است (رستمی و همکاران، ۱۳۹۲). منفی‌ترین وجه پدید آمده از درون این نهاد اجتماعی، بروز آسیبی تحت عنوان «طلاق» است که آثار مخرب آن، در ابعاد اجتماعی فوق‌العاده زیاد بوده و موجب ایجاد بسیاری از نابهنجاری‌های اجتماعی می‌شود (کایسر (Kaiser)، ۲۰۰۰). با توجه به آمارهای رسمی ارائه شده، میزان طلاق در کشور در حال افزایش است؛ در سال ۱۳۹۴ (۱۶۳۷۶۵ طلاق) نسبت به سال ۱۳۹۰ (۱۴۲۸۴۱ طلاق) حدود ۱۵ درصد افزایش داشته است؛ و نسب ازدواج به طلاق نیز از ۶/۱ در سال ۱۳۹۰ به ۴/۲ در سال ۱۳۹۴ کاهش یافته است (سازمان ثبت احوال کشور، ۱۳۹۵).

در واقع طلاق، مهم‌ترین تهدید علیه بنیان خانواده است. شناخت عوامل مؤثر و متأثر از آن، از اولویت‌های سلامت روانی به‌شمار می‌رود. سلامت روانی نسل‌های جامعه، در گرو تأمین سلامت روانی خانواده، به‌عنوان یک کانون سرشار از محبت و آرامش برای تحول در رشد استعدادهاست و هرگونه آسیبی به سلامت روان، نسل آینده را از آثار سوء خود مصون نخواهد گذاشت و سازمان‌های اجتماعی زیادی را درگیر خود خواهد ساخت. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که زوجین پس از طلاق دچار اختلالات و بدکارکردی‌هایی از قبیل افسردگی و اضطراب (زهدتاب‌نحفی و سالمی، ۱۳۹۱)، عزت‌نفس پایین (مونزواگوئیتا (Munoz-Eguilta)، ۲۰۰۷)، سوءمصرف مواد (ریاحی و همکاران، ۱۳۸۶)، عدم امنیت اجتماعی (والر و پترز (Waller & Peters)، ۲۰۰۸)، کاهش سلامت عمومی (غلامی و بشلیده، ۱۳۹۰)، رضایت زندگی پایین (تامپسون (Thompson) و همکاران، ۲۰۰۸)، کیفیت زندگی پایین (حفریان و همکاران، ۱۳۸۸) و... می‌شوند. با این وجود، پژوهش‌ها نشان داده‌اند که زنان در مقابل طلاق، از بسیاری از جهات از قبیل مشکلات مالی و نگرش و برخورد ناخوشایند جامعه، آسیب‌پذیرتر از مردان هستند و از مشکلات بیشتری رنج می‌برند (اخوان‌تفتی، ۱۳۸۲؛ آماتو و چیدا (Amato & Cheadle)، ۲۰۰۸؛ ماندماکرز (Mandemakers) و همکاران، ۲۰۱۰)؛ قرآن کریم نیز در آیه ۱۹ سوره نساء با بیان «وعاشروهن بالمعروف»؛ با آنها با نیکی رفتار و زندگی کنید؛ مردان را به نیکی کردن و حسن معاشرت با همسرانشان سفارش می‌کند تا از بروز آسیب‌های پس از طلاق و جدایی در زنان جلوگیری نماید.

یکی از سازه‌هایی که بر اثر طلاق دچار افت می‌شود، کیفیت زندگی است (قطبی و همکاران، ۱۳۸۳؛ خمسه و حسینیان، ۱۳۸۷؛ هاجاک (Hajak)، ۲۰۰۱؛ دانینگ (Dunning) و همکاران، ۲۰۰۶؛ لورنز (Lorenz) و همکاران، ۲۰۰۶). نظریات متفاوتی در مورد مفهوم «کیفیت زندگی» وجود دارد. اغلب صاحب‌نظران در این زمینه توافق دارند که کیفیت زندگی، حقایق مثبت و منفی زندگی را در کنار یکدیگر در نظر می‌گیرد و چند بُعد دارد. از سوی دیگر، آن را یک مفهوم ذهنی و پویا قلمداد می‌نمایند (کومینس (Commins)، ۲۰۰۵). باروفسکی (Barofsky) (۲۰۰۴) و پایبندی به دیدگاه ذهنی در مورد کیفیت زندگی ویژگی‌های کلیدی که به اعتقاد او در چند تعریف مورد پذیرش گسترده از کیفیت زندگی، وجود دارد را خلاصه می‌کند. وی معتقد است: «همهٔ این تعاریف تصریح می‌کنند که کیفیت زندگی برداشت روان‌شناختی شخص از واقعیت مادی جنبه‌های مختلف جهان است». بنابراین، چنین دیدگاهی به جای واقعیت عینی مستقل مربوط به وجود افراد، بر برداشت روان‌شناختی آنها مبتنی است.

کیفیت زندگی از سازه‌ها و متغیرهای بسیاری تأثیر می‌پذیرد. از جمله، می‌توان به سلامت معنوی اشاره کرد (ضیغمی محمدی و همکاران، ۱۳۹۳؛ رضایی و همکاران، ۱۳۹۳؛ بکلمن (Bekelman) و همکاران، ۲۰۱۰؛ شاه و همکاران، ۲۰۱۱). در طول دهه‌های گذشته، سلامتی بر اساس ابعاد خاصی مانند (سلامت جسمی، روانی و اجتماعی) تحلیل شده است. پیشنهاد گنجاندن بُعد سلامت معنوی در مفهوم سلامت از سوی عثمان و راسل (۱۹۷۹) یک بُعد مهم از زندگی فردی و گروهی را فراروی صاحب‌نظران درگیر در امر سلامت قرار داد. وقتی سلامت معنوی به طور جدی به خطر بیفتد، فرد ممکن است دچار اختلالات روانی مانند احساس تهایی، افسردگی و از دست دادن معنا در زندگی شود و تقویت سلامت معنوی، سازگاری با شرایط را افزایش می‌دهد. معنویت، نگرش فرد را نسبت به دنیای اطرافش بهبود بخشد، موجب کاهش احساسات منفی، تنش‌ها و ایجاد حس استقلال و قدرت می‌شود (مولر (Mueller) و همکاران، ۲۰۰۱). در واقع، سلامت معنوی تجربه معنوی انسان در دو چشم‌انداز مختلف است. چشم‌انداز سلامت مذهبی که بر چگونگی درک افراد از سلامتی در زندگی معنوی‌شان هنگامی که با قدرتی بالاتر ارتباط دارند، متمرکز است و چشم‌انداز سلامت وجودی که بر نگرانی‌های اجتماعی و روانی افراد متمرکز است. سلامت وجودی، در مورد اینکه چگونه افراد با خود، جامعه یا محیط سازگار می‌شوند، بحث می‌کند (رضایی و همکاران، ۱۳۸۷).

یکی دیگر از متغیرهایی که با کیفیت زندگی و احساس رضایت از آن رابطه دارد، دلبستگی به خداوند است (زارع‌نژاد و منصور، ۱۳۹۳؛ اسمیت (Smith)، ۲۰۰۳؛ هیل و پارگمنت، ۲۰۰۳؛ بک و مک‌دونالد، ۲۰۰۴). کرک‌پاتریک (۱۹۹۹)، به‌عنوان یکی از اولین نظریه‌پردازان در زمینهٔ دلبستگی به خدا معتقد است: دلبستگی به مراقب اولیه در دوران کودکی، با گذشت زمان و در چارچوب نظام‌های دیگر، همانند دلبستگی به خدا و وطن ادامه می‌یابد. به اعتقاد وی، می‌توان از نظریهٔ دلبستگی برای مطالعه و شناسایی رفتارهای مذهبی و شناخت کیفیت اعتقادات مذهبی نیز استفاده کرد. همچنین، اینسورث (Ainsworth) چهار ملاک برای تکیه‌گاه دلبستگی بر می‌شمارد که از این میان، دو ملاک در مورد خداوند صدق می‌کند (کرک‌پاتریک، ۱۹۹۹، ص ۸۱۷). یکی اینکه، خدا به‌عنوان منبع و مبنای امنیت برای افراد، هنگامی که دچار استرس و آشفتگی روانی می‌شوند. دیگر اینکه، خدا به‌عنوان منبع حمایت‌کننده و مطمئن برای کشف و جست‌وجو در محیط اطراف. به علاوه، وی معتقد است: خدا از

یک سو موجب شکل‌گیری رفتارهای دلبستگی‌مآبانه، مانند در جست‌وجوی دیگران برآمدن و نزدیک شدن به دیگران و از سوی دیگر، موجب برانگیخته شدن واکنش‌های خصمانه همانند غم و اندوه می‌شود. بنابراین، می‌توان خداوند را به‌عنوان تکیه‌گاه دلبستگی به حساب آورد و پذیرفت؛ زیرا همان ویژگی‌هایی را که سایر تکیه‌گاه‌های دلبستگی دارند، او نیز دارد. براین اساس، به نظر می‌رسد از دیدگاه روان‌شناسی می‌توان خدا را به‌عنوان موضوع دلبستگی در نظر گرفت که به انسان، آرامش و ایمنی می‌بخشد (رووات (Rowatt) و کرک‌پاتریک، ۲۰۰۲) و موجب می‌شود بتواند موقعیت‌های غیرقابل مهار را در اختیار خود درآورد (فونتالوتیس (Fountoulakis) و همکاران، ۲۰۰۸). کرک‌پاتریک (۱۹۹۹) بر این باور است که دلبستگی دوسوگرا و اجتنابی با خدا، در نهایت موجب بی‌اعتقادی، لامذهب شدن و ارتداد فرد می‌شود. پژوهشگران بر این باورند که داشتن دلبستگی ایمن به افزایش ویژگی‌های روان‌شناختی و عواطف مثبت مانند امید و خوش‌بینی به‌ویژه در موقعیت‌های دشوار می‌شود؛ چون احساس می‌کند تکیه‌گاه ایمن و قدرتمندی دارد که از او حمایت می‌کند (زارع‌نژاد و منصوری، ۱۳۹۳). بک (۲۰۰۶) معتقد است: افرادی که دلبستگی بیشتری به خدا دارند و این دلبستگی نیز از نوع ایمن است، کمتر دچار تنش و افسردگی می‌شوند و از احساس رضایت و صمیمیت بیشتری برخوردارند. همچنین، در پژوهش مت‌بردشا (Matt-Brdsha) و همکاران (۲۰۱۰) که روی اعضای کلیسا صورت گرفت، نتایج نشان داد که دلبستگی ایمن به خدا، به طور معکوس با ناراحتی ارتباط دارد. در صورتی که دلبستگی اضطرابی و اجتنابی به خدا به طور مثبت با ناراحتی ارتباط دارد.

با توجه به آنچه گذشت، در زمینه طلاق و کیفیت زندگی زنان مطلقه و در نظر گرفتن این نکته که هیچ پژوهشی به بررسی نقش سلامت معنوی و دلبستگی به خدا در کیفیت زندگی زنان مطلقه نپرداخته است، تعیین نقش متغیرهای حاضر می‌تواند گام ارزنده‌ای در شناسایی تعیین‌کننده‌های کیفیت زندگی این افراد باشد. از این‌رو، هدف این پژوهش تعیین نقش سلامت معنوی و دلبستگی به خدا، در پیش‌بینی کیفیت زندگی زنان مطلقه می‌باشد.

روش پژوهش

این پژوهش، توصیفی و از نوع همبستگی است. جامعه آماری پژوهش، کلیه زنان مطلقه شهرستان تربت حیدریه در سال ۱۳۹۴ بودند. با توجه به اینکه در پژوهش‌های همبستگی، تعداد ۱۰۰ نفر برای گروه اصلی کافی است (فرجی، ۱۳۹۰، ص ۱۰۲)، ۱۰۰ نفر نمونه مورد نظر با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس و مبتنی بر هدف انتخاب شدند. ملاک‌های ورود به پژوهش، شامل مسجل شدن طلاق، محدوده سنی بین ۱۵ الی ۵۰ سال، گذشت حداقل ۱ سال از طلاق و عدم ازدواج مجدد (موقت و دائم) بود. برای اجرای این پژوهش، به بهزیستی مراجعه و زنان مطلقه‌ای که ملاک‌های ورود در مورد آنها صدق می‌کرد، انتخاب شدند. پس از هماهنگی با مرکز و کسب رضایت از افراد، پرسش‌نامه‌های پژوهش به ترتیب کیفیت زندگی، سلامت معنوی و دلبستگی به خدا در اختیار افراد قرار گرفت و از آنها خواسته شد که به دقت سوالات را مطالعه کرده و متناسب با وضعیت خود، آنها را تکمیل کنند. پس از جمع‌آوری اطلاعات، داده‌های پژوهش با روش‌های ضریب همبستگی پیرسون و تحلیل رگرسیون چندگانه و با استفاده از نرم‌افزار SPSS-19 مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفتند. ابزارهای پژوهش عبارتند از:

مقیاس کیفیت زندگی: این پرسش‌نامه توسط سازمان جهانی بهداشت (WHO) ساخته و شامل ۳۶ سؤال در هشت بُعد است که شامل عملکرد جسمانی، محدودیت عملکرد ناشی از مشکلات جسمانی، درد جسمانی، سلامت عمومی، احساس نشاط، سلامت روانی، محدودیت عملکرد با توجه به مسائل عاطفی و عملکرد اجتماعی است. به مجموع نمرات ابعاد هشت‌گانه سلامت، نمرات صفر تا صد تعلق گرفت که نمرات بالاتر، وضعیت سلامت بهتر را نشان می‌دهند. این پرسش‌نامه از ۶ بخش جداگانه تشکیل شده است که سؤالات هر بخش، از طیف لیکرتی ۳ درجه‌ای تا ۷ درجه‌ای متغیر می‌باشد. همچنین، نقطه برش خاصی برای این مقیاس تعریف نشده است. تحلیل همخوانی داخلی نشان داد که بجز مقیاس نشاط، سایر مقیاس‌های گونه‌فارسی، از حداقل ضرایب استاندارد پایایی در محدوده ۰/۷۷ تا ۰/۹۰ برخوردارند. آزمون روایی همگرایی، برای بررسی فرضیات اندازه‌گیری با استفاده از همبستگی هر سؤال با مقیاس فرضیه‌سازی شده نیز نتایج مطلوبی را به دست داده و تمامی ضرایب همبستگی، بیش از مقدار توصیه شده ۰/۴۰ به دست آمد (دامنه تغییر ضرایب ۰/۵۸ تا ۰/۹۵). در آزمون تحلیل عاملی، دو جزء اصلی به دست آمد که ۶۵/۹ درصد پراکندگی میان مقیاس‌های پرسش‌نامه SF-36 را توجیه می‌نمود. اعتبار و پایایی این پرسش‌نامه در جمعیت ایرانی مورد تأیید قرار گرفته است. منتظری و همکاران (۱۳۸۱) نشان دادند که پایایی این آزمون بجز در مقیاس نشاط، در سایر مقیاس‌ها از حداقل ضرایب استاندارد پایایی در محدوده ۰/۷۷ تا ۰/۹۰ برخوردارند. همچنین، روایی همگرایی این مقیاس را در دامنه ۰/۵۸ تا ۰/۹۵ گزارش نمودند (نجات و همکاران، ۱۳۸۵). همچنین، پایایی این مقیاس با روش آلفای کرونباخ در این پژوهش، ۰/۷۹ به دست آمد.

پرسش‌نامه سلامت معنوی: این پرسش‌نامه توسط پالوتریان و الیسون (۱۹۸۵) تدوین شد. این مقیاس ۲۰ سؤالی، دو بُعد سلامت مذهبی (۱۰ سؤال) و سلامت وجودی (۱۰ سؤال) فرد را می‌سنجد. پاسخ این سؤالات، به صورت لیکرت شش‌گزینه‌ای از (کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم) با نمره ۱ تا ۶ دسته‌بندی شده است. نمره سلامت معنوی، جمع این دو زیرگروه است که دامنه آن بین ۲۰ تا ۱۲۰ است. با توجه به دستورالعمل پرسش‌نامه، نمرات ۲۰ تا ۵۳ به‌عنوان «سلامت روانی پایین»، نمرات ۵۴ تا ۸۷ به‌عنوان «سلامت روانی متوسط» و نمرات ۸۸ تا ۱۲۰ به‌عنوان «سلامت روانی بالا» در نظر گرفته شد. پالوتریان و الیسون (۱۹۸۵)، پایایی این آزمون را به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۲ محاسبه کردند. الله‌بخشیان و همکاران (۱۳۸۹)، پایایی این ابزار را از طریق ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۲ تعیین کردند. همسانی درونی کل این آزمون در این پژوهش، در مطالعه آزمایشی بر روی ۳۵ نفر از دانشجویان با آلفای کرونباخ ۰/۸۷ و بر روی ۳۴۳ نفر از دانشجویان با آلفای کرونباخ ۰/۸۳ تأیید شد (اصغری و همکاران، ۱۳۹۳). همچنین، روایی این پرسش‌نامه به روش اعتبار صوری و محتوایی، توسط ۱۳ نفر از اعضای هیئت علمی دانشگاه تبریز تأیید شده است (آقاحسینی و همکاران، ۱۳۹۰). همچنین، پایایی این مقیاس با روش آلفای کرونباخ در این پژوهش، ۰/۸۱ به دست آمد. مقیاس سبک دلبستگی به خدا: این مقیاس توسط رووات و کرک‌پاتریک در سال ۲۰۰۲ تدوین شده است. این مقیاس دارای ۹ سؤال است که هر ۳ سؤال، یکی از سبک‌های دلبستگی به خدا را توصیف می‌کنند. پاسخ این سؤالات، به صورت لیکرت هفت‌گزینه‌ای، با نمره ۱ تا ۷ دسته‌بندی شده است. پایایی این مقیاس، به روش آلفای کرونباخ برای

مؤلفه‌های دلبستگی ایمن، اجتنابی و دوسوگرا در مطالعه سپاه‌منصور و همکاران (۱۳۸۷)، به ترتیب ۰/۸۸، ۰/۸۱ و ۰/۸۶ به دست آمد. همچنین، تحلیل مؤلفه‌های اصلی با چرخش ایلیمین نیز ساختار ساده ۳ عاملی را نشان داد. همچنین، نتایج مجذور کای تحلیل عاملی تأییدی نیز غیرمعنادار شد و سایر شاخص‌های برازندگی تطبیقی، شاخص برازندگی تعدیل شده، شاخص برازندگی افزایشی و شاخص برازندگی غیرنرمال، همگی معنادار و مطلوب به دست آمد که برازش مناسب مدل را نشان می‌دهد. همچنین، پایایی این مقیاس با روش آلفای کرونباخ در این پژوهش، ۰/۸۰ به دست آمد.

یافته‌های پژوهش

همان‌طور که در جدول ۱ مشاهده می‌شود، میانگین (و انحراف معیار) نمره کل سلامت معنوی (۶۲/۹۶۰ (و ۳/۰۹۰)، میانگین (و انحراف معیار) نمره کل دلبستگی به خدا ۳۴/۶۰۰ (و ۴/۳۲۴) و میانگین (و انحراف معیار) کیفیت زندگی ۷۳/۲۰۰ (و ۱۱/۶۲۷) می‌باشد.

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار نمرات سلامت معنوی، دلبستگی به خدا و کیفیت زندگی زنان مطلقه

| انحراف استاندارد | میانگین | متغیر | |
|------------------|---------|---------|----------------|
| ۲/۳۱۳ | ۳۰/۲۲۰ | مذهبی | سلامت معنوی |
| ۲/۸۷۹ | ۳۲/۷۴۰ | وجودی | |
| ۳/۰۹۰ | ۶۲/۹۶۰ | کل | |
| ۴/۰۹۶ | ۱۳/۵۶۰ | ایمن | دلبستگی به خدا |
| ۳/۲۰۲ | ۱۱/۴۴۰ | اجتنابی | |
| ۴/۷۵۸ | ۹/۶۰۰ | دوسوگرا | |
| ۴/۳۲۴ | ۳۴/۶۰۰ | کل | |
| ۱۱/۶۲۷ | ۷۳/۲۰۰ | | کیفیت زندگی |

همان‌طور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، نتایج نشان داد که سلامت معنوی مذهبی ($F=0/392$)، سلامت معنوی وجودی ($F=0/264$)، و دلبستگی ایمن ($F=0/415$)، با کیفیت زندگی زنان مطلقه رابطه مثبت معنادار ($P<0/01$)؛ و دلبستگی اجتنابی به خدا ($F=0/165$) و دلبستگی دوسوگرا به خدا ($F=0/196$)، با کیفیت زندگی زنان مطلقه رابطه منفی معنادار دارند ($P<0/01$).

جدول ۲. ضریب همبستگی سلامت معنوی و دلبستگی به خدا با کیفیت زندگی زنان مطلقه ($P<0/05$ ، $P<0/01$ **)

| متغیر | ۱ | ۲ | ۳ | ۴ | ۵ | ۶ |
|---------------------|----------|---------|---------|----------|----------|---|
| ۱ سلامت معنوی مذهبی | ۱ | | | | | |
| ۲ سلامت معنوی وجودی | ۰/۲۱۲* | ۱ | | | | |
| ۳ دلبستگی ایمن | ۰/۳۰۷* | ۰/۲۸۹* | ۱ | | | |
| ۴ دلبستگی اجتنابی | -۰/۲۸۳* | -۰/۱۰۹* | -۰/۳۶۷* | ۱ | | |
| ۵ دلبستگی دوسوگرا | -۰/۲۵۱** | -۰/۱۵۴* | -۰/۳۲۹* | ۰/۲۲۲* | ۱ | |
| ۶ کیفیت زندگی | ۰/۳۹۲** | ۰/۲۶۴** | ۰/۴۱۵** | -۰/۱۶۵** | -۰/۱۹۶** | ۱ |

برای تعیین تأثیر هر یک از متغیرهای سلامت معنوی و دلبستگی به خدا، به‌عنوان متغیرهای پیش‌بین و کیفیت زندگی به‌عنوان متغیر ملاک در معادله رگرسیون (به روش گام‌به‌گام)، تحلیل شدند. برای استفاده از رگرسیون،

پیش‌فرض‌های آن مورد بررسی قرار گرفت. برای بررسی نرمال بودن توزیع، از آزمون کالموگروف اسمیرنوف استفاده شد. نتایج به‌دست‌آمده، بیانگر نرمال بودن توزیع متغیرها بود. نتایج آزمون هم‌خطی (ضریب تحمل و عامل تورم واریانس) نشان دادند که بین متغیرهای پیش‌بین هم‌خطی وجود ندارد و نتایج تحلیل رگرسیون قابل اتکا است. همچنین، نتایج مقدار استقلال خطاها در آزمون دوربین - واتسون، برابر ۱/۷۸۹ به دست آمد و به این دلیل که شرط استقلال خطاها برای استفاده از آزمون رگرسیون ۱/۵ تا ۲/۵ می‌باشد، شرط استقلال خطاها برقرار، و در نتیجه انجام تحلیل رگرسیون چندمتغیری بلامانع است.

در جدول ۳، میزان F مشاهده شده معنادار است ($P < ۰/۰۰۱$). این امر بیانگر درست بودن معادله از لحاظ آماری است. همچنین نتایج نشان می‌دهد، ۲۵ درصد از واریانس کیفیت زندگی توسط این متغیرها تبیین می‌شود و دلبستگی ایمن به خدا ($B = ۰/۳۴۹$)، سلامت معنوی مذهبی ($B = ۰/۳۲۶$)، سلامت معنوی وجودی ($B = ۰/۲۸۷$)، دلبستگی دوسوگرا به خدا ($B = -۰/۲۶۹$) و دلبستگی اجتنابی به خدا ($B = -۰/۲۵۸$) به ترتیب، می‌تواند تغییرات مربوط به کیفیت زندگی را در زنان مطلقه، به صورت معناداری پیش‌بینی کند ($P < ۰/۰۱$).

جدول ۳. تحلیل رگرسیون چندگانه پیش‌بینی‌کننده‌های کیفیت زندگی در زنان مطلقه ($P < ۰/۰۱$ **، $P < ۰/۰۵$ *)

| گام | متغیرهای پیش‌بین | ضریب همبستگی | مجنذور ضریب همبستگی | ضریب همبستگی اصلاح شده | B | انحراف استاندارد خطا | Beta | مقدار (سطح معناداری) |
|-----|-------------------|--------------|---------------------|------------------------|--------|----------------------|--------|----------------------|
| ۱ | دلبستگی ایمن | ۰/۴۱۵ | ۰/۱۷۲ | ۰/۱۶۵ | ۰/۵۹۳ | ۰/۳۱۳ | ۰/۳۴۹ | ۳/۲۲۲** |
| ۲ | سلامت معنوی مذهبی | ۰/۴۳۹ | ۰/۱۹۲ | ۰/۱۸۷ | ۰/۵۸۲ | ۰/۲۸۸ | ۰/۳۲۶ | ۲/۵۹۱** |
| ۳ | سلامت معنوی وجودی | ۰/۴۶۰ | ۰/۲۱۱ | ۰/۲۰۲ | ۰/۵۳۳ | ۰/۳۰۰ | ۰/۲۸۷ | ۳/۰۰۱** |
| ۴ | دلبستگی دوسوگرا | -۰/۴۸۰ | ۰/۲۳۰ | ۰/۲۱۸ | -۰/۴۵۵ | ۰/۲۸۹ | -۰/۲۶۹ | -۳/۰۷۳** |
| ۵ | دلبستگی اجتنابی | -۰/۴۹۶ | ۰/۲۴۶ | ۰/۲۳۰ | -۰/۴۳۹ | ۰/۳۰۳ | -۰/۲۵۸ | ۲/۹۸۵** |

هدف این پژوهش، بررسی نقش سلامت معنوی و دلبستگی به خدا در پیش‌بینی کیفیت زندگی زنان مطلقه بود. نتایج حاصل از پژوهش نشان داد که سلامت معنوی وجودی و مذهبی با کیفیت زندگی رابطه مثبت معنادار دارند. همچنین، نتایج نشان داد که سلامت معنوی وجودی و مذهبی، می‌توانند کیفیت زندگی را در زنان مطلقه به طور معناداری پیش‌بینی کنند. این یافته، با نتایج برخی پژوهش‌ها، نظیر ضیعی و همکاران (۱۳۹۳)، رضایی و همکاران (۱۳۹۳)، بکلمن و همکاران (۲۰۱۰) و شاه و همکاران (۲۰۱۱) که نشان دادند سلامت معنوی با کیفیت زندگی رابطه معنادار دارد، همخوان است.

در توجیه و تبیین این یافته می‌توان گفت: سلامت معنوی با ایجاد معنا و هدف در زندگی افراد به آنها انگیزه و نیرو داده، کمک می‌کند تا علی‌رغم وجود مشکلات، توانایی و انرژی خود را برای انجام فعالیت‌های خود مناسب ارزیابی و ادراک نمایند. به دلیل آرامش ناشی از ارتباط با خداوند، استرس‌های ناشی از طلاق را کمتر درک کنند. در واقع امید حاصل از ایجاد معنا و هدف در زندگی که از نتایج سلامت معنوی است، به بهبود سلامت روان کمک می‌کند (هیسائو Hsiao) و همکاران، (۲۰۱۰). این امر به ایجاد احساس و نگرش مثبت نسبت به جهان، زندگی و بیماری کمک کرده رضایت فرد را از زندگی و کیفیت زندگی افزایش می‌دهد. حس معنا در زندگی، پاسخگویی

سؤال‌اتی است که به علت بروز طلاق برای فرد ایجاد می‌شود و به نوعی یکپارچگی روان‌شناختی ایجاد می‌کند، راهنمایی برای تصمیم‌گیری ایجاد کرده، از استرس‌های ناشی از طلاق می‌کاهد و قدرت مقابله و سازگاری با این شرایط را افزایش داده، موجب بهبود کیفیت زندگی فرد می‌گردد. در واقع، معنویت و اعتقادات مذهبی به اصلاح روابط فرد کمک کرده، رفتارها و روابط اجتماعی وی را بهبود می‌بخشد و از این طریق، فرد موفق به دریافت حمایت‌های اجتماعی می‌شود. این بدین معناست که معنویت، یک شبکه اجتماعی و باری‌رسان را برای این افراد فراهم می‌کند. افراد دارای زندگی معنوی معتقدند: خداوند آنها را دوست داشته و در مشکلات زندگی حامی آنهاست. از این طریق، در فرد حس تعلق به کل و جهان ایجاد شده ارتباط با خدا و اطرافیان بهبود یافته، در نتیجه حمایت بیشتری دریافت کرده، روابط اجتماعی ارتقاء می‌یابد. بهبود شرایط اجتماعی نیز موجب افزایش کیفیت زندگی می‌شود (بیگدلی و کریم‌زاده، ۱۳۸۵).

همچنین، نتایج حاصل از پژوهش نشان داد که سبک دلبستگی ایمن به خدا با کیفیت زندگی رابطه مثبت معنادار، و سبک‌های دلبستگی نایمن به خدا با کیفیت زندگی رابطه منفی معنادار دارند. همچنین، نتایج نشان داد که سبک‌های دلبستگی به خدا، می‌توانند کیفیت زندگی را در زنان مطلقه، به طور معناداری پیش‌بینی کنند. این یافته، تا حدودی با نتایج پژوهش‌های اسمیت (۲۰۰۳)، هیل و پارگمنت (۲۰۰۳)، بک و مک‌دونالد (۲۰۰۴) که نشان دادند دلبستگی ضعیف به خدا، با مشکلاتی در یافتن معنا و هدف در زندگی همراه است و نتایج پژوهش زارع‌نژاد و منصوری (۲۰۱۴) که نشان دادند دلبستگی به خدا با رضایت از زندگی رابطه معنادار دارد، همخوان و همسو است.

در تبیین این یافته می‌توان گفت: سبک دلبستگی ایمن، منبعی ایمنی‌بخش برای مواجهه و مقابله با استرس است. درحالی که سبک‌های نایمن دلبستگی، چنین منبعی را فراهم نمی‌کنند و فرد را در برابر استرس‌ها تنها و درمانده رها می‌سازند و حتی راهبردهای مقابله ضعیف فرد را نیز از بین می‌برند. به عبارت دیگر، سبک دلبستگی ایمن از غنی‌ترین منابع درون‌فردی است که فرد را در برابر تنیدگی‌ها و آثار نامطلوب آنها توانمند می‌سازد و فقدان آن فرد را در مقابله با شرایط بحران‌زا آسیب‌پذیر می‌کند. سوگیری در رمزگذاری، یادآوری و اثرگذاری بر فرایندهای توضیح دادن شرایط ناگوار، کیفیت زندگی را تحت تأثیر قرار می‌دهد، به گونه‌ای که سبک دلبستگی ایمن، سوگیری مثبت داشته و کیفیت زندگی را بالا می‌آورند و سبک‌های نایمن، سوگیری منفی دارند و کیفیت زندگی را کاهش می‌دهند (کولینز (Collins)، ۱۹۹۶). در توجیه این امر، مایکولا یسنر و شیور (Mikulincer & Shaver) (۲۰۰۳) معتقدند: افراد دارای سبک‌های ایمن، اجتنابی و دوسوگرا برای تنظیم عواطف و پردازش اطلاعات هیجانی از راهبردهای کاملاً متفاوتی استفاده می‌کنند که این راهبردها به نوبه خود کیفیت زندگی را افزایش یا کاهش می‌دهند. شیور و همکاران (۲۰۰۵)، بر این باورند که اشخاص دارای سبک دلبستگی ایمن، از آن دسته راهبردهای تنظیم هیجانی استفاده می‌کنند که استرس را به حداقل رسانده و هیجان‌های مثبت را فعال می‌کند. بعکس، اشخاص دارای سبک‌های دلبستگی نایمن، اجتنابی و دوسوگرا از راهبردهایی تنظیم هیجانی استفاده می‌کنند که بر هیجان‌های منفی تأکید دارند. سبک دلبستگی، تعیین‌کننده پردازش‌های شناختی - هیجانی در مورد استرس‌ها و نامایماتی است که افراد در شرایط ناگوار با آنها روبرو می‌شوند. می‌توان گفت: سبک دلبستگی ایمن به دلیل

پردازش‌های شناختی - هیجانی مثبت، کیفیت زندگی را در این شرایط افزایش می‌دهد، ولی سبک‌های نایمن دلبستگی به دلیل پردازش‌های شناختی - هیجانی منفی کیفیت زندگی را در این‌گونه شرایط کاهش می‌دهند (مایکولا یسنر و شیور، ۲۰۰۳). همچنین، می‌توان گفت: افراد دلبسته ایمن برای مقابله با ناراحتی و استرس‌ها، از راهبردهای سازنده استفاده کرده و در مواقع بحرانی از حمایت اجتماعی نیز برخوردار می‌باشند. علاوه‌براین، این دسته از افراد در مورد کنترل استرس، خوش‌بین و خودکارآمد هستند و در نتیجه، کیفیت زندگی آنها ارتقاء پیدا می‌کند. درحالی‌که افراد دلبسته اجتنابی در برابر استرس، به رفتارهای ناپخته و مبتنی بر مکانیسم‌های دوری‌گزینی، تجزیه و سرکوب متوسل می‌شوند. همچنین، افراد دلبسته دوسوگرا نیز به شیوه‌های منفعلانه با استرس‌ورها مقابله می‌کنند و این شیوه‌های غیرکارکردی مقابله با استرس، کیفیت زندگی آنها را کاهش می‌دهد.

به‌طور کلی می‌توان گفت: افراد با دلبستگی بالا به خدا، به دلیل برخورداری از منابع حمایتی توانایی بیشتری برای مقابله با مشکلات دارند، یعنی در بین این افراد خدا به‌عنوان منبع دلبستگی زمینه‌ای فراهم می‌کند که شخص احساس ایمنی بیشتری کند. از این طریق، توان مقابله بالاتری با مشکلات روان‌شناختی و جسمانی داشته باشد. فرد دلبسته به خدا زندگی هدفمند و معناداری دارد و بر این عقیده است که زندگی معنا و مفهومی دارد. از این‌رو، به شکل کارآمدتری قادر به سازگاری با مسائل و موانع روزمره خواهد بود. به‌طور کلی، معنویت و احساس نزدیکی به خدا به زندگی فرد جهت و معنا می‌دهد و موجب ایجاد احساس انسجام و هدفمندی در زندگی می‌شود. همچنین، می‌توان خشم نسبت به خداوند را به‌عنوان بازتابی از رویارویی مستمر فرد با مشکلات و رویدادهای ناگوار زندگی تلقی کرد. به این ترتیب، اشخاصی که در زندگی با مشکلات متعدد و یا رویدادهای ناخوشایند روبرو هستند و در برابر آن رویدادها احساس ناتوانی می‌کنند، دلبستگی نایمن (اجتنابی یا دوسوگرا) نسبت به خدا دارند. در مقابل، افرادی که دلبستگی ایمن نسبت به خدا دارند، به دلیل پذیرش خداوند به‌عنوان تکیه‌گاه امن، احساس توانایی بیشتری در قبال مشکلات دارند و همین توانایی رویارویی، به تعامل مثبت بین خدا و فرد می‌انجامد (زاهدبابلان و همکاران، ۱۳۹۱).

نتیجه‌گیری

از آنچه گذشت، می‌توان گفت: نتایج تحلیل رگرسیون چندمتغیری، نشان داد که سلامت معنوی و دلبستگی به خدا، ۲۵ درصد از واریانس کیفیت زندگی را تبیین کرده و دارای توان پیش‌بین معناداری بودند. این نتیجه نشان می‌دهد که ۷۵ درصد از واریانس و عوامل باقیمانده، توسط متغیرهای دیگر مؤثر بر کیفیت زندگی (نظیر عوامل زیست‌شیمیایی، شناختی، اجتماعی و انگیزشی) تبیین می‌شود. با توجه به این یافته، می‌توان استنباط کرد که سلامت معنوی و دلبستگی به خدا، تأثیرشان بر کیفیت زندگی محدود بوده است. لازم به یادآوری است این پژوهش، همانند سایر پژوهش‌ها دارای محدودیت‌هایی از قبیل محدود بودن نمونه پژوهش به شهرستان تربت حیدریه، بررسی زنان مطلقه در مقطعی از زمان، از مواردی است که در تعمیم یافته‌ها باید مدنظر قرار گیرد. همچنین، پیشنهاد می‌شود این پژوهش در استان‌های دیگر و با اعمال کنترل بیشتری روی ویژگی‌های جمعیت‌شناختی اجرا و نتایج آن مورد مقایسه قرار گیرد.

منابع

- آقاسینی، شیماسادات و همکاران، ۱۳۹۰، «سلامت معنوی بیماران مبتلا به سرطان و عوامل مرتبط با آن»، *مجله دانشگاه علوم پزشکی قم*، سال پنجم، ش ۳، ص ۷-۱۲.
- اخوان تفتی، مهناز، ۱۳۸۲، «پیامدهای طلاق در گذر از مراحل آن»، *مطالعات اجتماعی- روان‌شناختی زنان*، سال اول، ش ۳، ص ۱۲۵-۱۵۲.
- اصغری، فرهاد و همکاران، ۱۳۹۳، «رابطه خودکارآمدی تحصیلی با بهزیستی روان‌شناختی، انسجام خانواده و سلامت معنوی دانشجویان دانشگاه خوارزمی»، *مجله ایرانی آموزش در علوم پزشکی*، سال چهاردهم، ش ۷، ص ۵۸۱-۵۹۳.
- بیگدلی، ایمان‌الله و سعید کریم‌زاده، ۱۳۸۵، «بررسی تأثیر عوامل تنیدگی‌زا بر سلامت روان پرستاران شهر سمنان»، *کومش*، سال هشتم، ش ۲، ص ۲۱-۲۵.
- حفریان، لیلا و همکاران، ۱۳۸۸، «مقایسه کیفیت زندگی و ابعاد آن در زنان مطلقه و غیرمطلقه و رابطه آن با ویژگی‌های جمعیت‌شناختی در شهر شیراز»، *دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی*، سال یازدهم، ش ۴۱، ص ۶۴-۸۶.
- حمیدی، فریده و همکاران، ۱۳۸۳، «بررسی ساخت خانواده دختران فراری و اثربخشی خانواده‌درمانی و درمانگری حمایتی در تغییر آن»، *روان‌شناسی*، سال هشتم، ش ۲، ص ۱۱۴-۱۲۷.
- خمسه، اکرم و سمین حسینیان، ۱۳۸۷، «بررسی تفاوت‌های جنسیتی بین ابعاد مختلف صمیمیت در دانشجویان متأهل»، *مطالعات زنان*، سال شانزدهم، ش ۱، ص ۳۵-۵۲.
- رستمی، مریم و همکاران، ۱۳۹۲، «اثربخشی روان‌درمانی مبتنی بر بهبود کیفیت زندگی بر بهزیستی روان‌شناختی زوجین ناسازگار»، *مشاوره و روان‌درمانی خانواده*، سال سوم، ش ۱، ص ۱۰۵-۱۲۳.
- رضایی، زهرا و همکاران، ۱۳۹۳، «ارتباط بین مؤلفه‌های سلامت معنوی با امید و رضایت از زندگی در سالمندان مبتلا به سرطان در شهر کاشان»، *پرستاری سالمندان*، سال اول، ش ۲، ص ۴۳-۵۴.
- رضایی، محبوبه و همکاران، ۱۳۸۷، «سلامت معنوی در بیماران مبتلا به سرطان تحت شیمی‌درمانی»، *حیات*، سال چهاردهم، ش ۳ و ۴، ص ۳۳-۳۹.
- ریاحی، محمداسماعیل و همکاران، ۱۳۸۶، «تحلیل جامعه‌شناختی میزان گرایش به طلاق (مطالعه موردی شهرستان کرمانشاه)»، *زن در توسعه و سیاست (پژوهش زنان)*، سال پنجم، ش ۳، ص ۱۰۹-۱۴۰.
- زارع‌نژاد، امید و عباس منصور، ۱۳۹۳، «بررسی رابطه دلبستگی به خدا و عواطف مثبت با رضایت از زندگی دانشجویان»، *نخستین همایش ملی علوم تربیت و روان‌شناسی*، شیراز، مردودشت.
- زاهدیابان، عادل و همکاران، ۱۳۹۱، «رابطه دلبستگی به خدا و تاب‌آوری با معناداری در زندگی دانشجویان»، *دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی*، سال سیزدهم، ش ۳، ص ۷۵-۸۵.
- زهدتاب نجفی، عادل و صفورا سالمی، ۱۳۹۱، «اثربخشی آموزش مهارت‌های زندگی در کاهش اضطراب زنان مطلقه»، *زن و فرهنگ*، سال چهارم، ش ۱۳، ص ۸۵-۹۳.
- سپاه‌منصور، مژگان و همکاران، ۱۳۸۷، «ادراک دلبستگی کودکی، دلبستگی بزرگسال و دلبستگی به خدا»، *روان‌شناسی تحولی*، سال چهارم، ش ۱۵، ص ۲۵۳-۲۶۵.
- ضیغمی محمدی، شراره و همکاران، ۱۳۹۳، «رابطه بین سلامت معنوی با کیفیت زندگی و سلامت روان جوانان مبتلا به تالاسمی ماژور»، *خون*، سال یازدهم، ش ۲، ص ۱۴۷-۱۵۴.
- غلامی، علی و کیومرث بشلیده، ۱۳۹۰، «اثربخشی معنویت‌درمانی بر سلامت روان زنان مطلقه»، *مشاوره و روان‌درمانی خانواده*، سال اول، ش ۳، ص ۳۳۱-۳۴۸.

- فرجی، نصرالله، ۱۳۹۰، *روش‌های تحقیق در روان‌شناسی و علوم تربیتی*، تهران، پوران پژوهش.
- قطبی، مرجان و همکاران، ۱۳۸۳، «وضعیت طلاق و برخی عوامل مؤثر بر آن در افراد مطلقه ساکن منطقه دولت‌آباد»، *رفاه اجتماعی*، سال سوم، ش ۱۲، ص ۲۶۱-۲۸۶.
- الله‌بخشیان، مریم و همکاران، ۱۳۸۹، «ارتباط سلامت معنوی و کیفیت زندگی در مبتلان به مولتیپل اسکروزیس»، *مجله تحقیقات علوم پزشکی زاهدان*، سال دوازدهم، ش ۳، ص ۲۹-۳۳.
- نجات، سحرناز و همکاران، ۱۳۸۵، «استانداردسازی پرسش‌نامه کیفیت زندگی»، ترجمه و روان‌سنجی گونه ایرانی، *مجله دانشکده بهداشت و استتیبو تحقیقات پزشکی*، سال چهارم، ش ۴، ص ۱-۱۲.
- سازمان ثبت احوال کشور، ۱۳۹۵، قابل دسترسی:
- <https://www.sabteahval.ir/default.aspx?tabid=4821> & <http://www.sabteahval.ir/Default.aspx?tabid=4773>.
- Amato, P. R., & Cheadle, J. E., 2008, Parental divorce, marital conflict and children's behavior problems, *Journal Social Forces*, v. 86, p. 1139-1161.
- Barofsky, I., 2004, Reviewed Wok: Quality of Life Research: A Critical Introduction By Rapley, *M. Quality of life Research*, v. 13, p. 1021-1024.
- Beck, R., & McDonald, A., 2004, Attachment to God: The attachment to God inventory, tests of working model correspondence, and an exploration of faith group differences, *Journal of Psychology and Theology*, v. 32, p. 92-103.
- Beck, R., 2006, God As A Secure Base: Attachment To God And Theological Exploration, *Journal of Psychology and Theology*, v. 30, p. 125-128.
- Bekelman, D. B., et al, 2010, A Comparison of two spirituality instruments and their relationship with depression and quality of life in chronic heart failure, *Journal of Pain and Symptom Management*, v. 39, p. 515-526.
- Collins, N., 1996, Working models of attachment: Implications for explanation, emotion, and behavior, *J Pers Soc Psychol*, v. 71, p. 810-832.
- Commings, R. A., 2005, Moving from the Quality of life concept to a theory, *Journal of International Disability Research*, v. 49, p. 699-706.
- Dunning, H., et al, 2006, A gender analysis of quality of life in Saskatoon, Saskatchewan, *Geo Journal*, v. 65, p. 393-407.
- Fountoulakis, K. N., et al, 2008, Late-Life depression, religiosity, cerebral vascular disease. Cognitive impairment and attitudes towards death in the elderly: Interpreting the data, *Medical hypotheses*, v. 70, p. 493-496.
- Hajak, G., 2001, Epidemiology of sever insomnia and its consequences in Germany, *European Archive of Psychiatry and clinical Neurosciene*, v. 25, p. 49-56.
- Hill, P. C., & Pargament, K. I., 2003, Advances in the conceptualization and measurement of religion and spirituality, Implications for physical and mental health research, *American Psychologist*, v. 58, p. 64-74.
- Hsiao, Y. C., et al, 2010, An exploration of the status of spiritual health among nursing students in Taiwan, *Nurse Education Today*, v. 30, p. 386-392.
- Kayser, K., 2000, The marital disaffection scale: An inventory for assessing motional estrangement in marriage, *The American Journal of Family Therapy*, v. 24, p. 68-80.
- Keys, C. L. M., et al, 2002, Optimizing well-being: The empirical encounter of two traditions, *Journal of Personality and Social Psychology*, v. 82, p. 1007-1022.
- 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. 803-822). New York: Guilford.
- Lorenz, O. F, et al, 2006, The short-term and decade long effects of divorce on womens midlife health, *Journal of Health and social Behavior*, v. 47, p. 111.
- Mandemakers, J. J, et al, 2010, Are the effects of divorce on psychological distress modified by familybackground? *Advances in Life Course Research*, v. 15, p. 27-40.
- Matt Brdsha, A, et al, 2010, Attachment To God, Images of God, and psychological Distress in a Nationwide sample of Presbyterians, *International Journal for the psychology of Religion*, v. 20, p. 130-147.
- Mikulincer, M, & Shaver, P. R, 2003, The attachment behavioral system in adulthood: Activation, psychodynamics, and interpersonal processes, *Advan Exp Soc Psychol*, v. 35, p. 53-152.
- Mueller, P. S, et al, 2001, Religious Involvement, Spirituality, and Medicine: Implications for Clinical Practice, *Mayo Clin Proc*, v. 76, p. 1225-1235.
- Munoz-Egulta, A, 2007, Irrational Beliefs as Predictors of Emotional Adjustment after Divorce, *Journal of Rational-Emotive & Cognitive- Behavior*, v. 25, p. 1-12.
- Osman, J, & Russell, R, 1979, The Spiritual Aspects of Health. *J School Health*, v. 49, p. 359-366.
- Paloutzian, R. F, & Ellison, C. W, 1985, *Loneliness, spiritual well-being and the quality of life*, In: L.A. Peplau & D. Perlman (Eds.), *Loneliness: A sourcebook of current theory, research and therapy*, (pp: 227-234). New York: Wiley.
- 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 Religion*, v. 41, p. 637-651.
- Shah, R, et al, 2011, Contribution of spirituality to quality of life in patients with residual schizophrenia, *Psychiatry Research*, v. 190, p. 200-205.
- Shaver, P. R, et al, 2005, Attachment style,excessive reassurance seeking, relationship processes, and depression, *Pers Soc Psychol Bull*, v. 31, p. 343-359.
- Smith, C, 2003, Theorizing religious effects among American adolescents, *Journal for the Scientific Study of Religion*, v. 42, p. 17-30.
- Thompson, R. G, et al, 2008, Childhood or adolescent parental divorce/separation, parental history of alcohol problems, and offspring lifetime alcohol dependence, *Drug and Alcohol Dependence*, v. 98, p. 269-264.
- Waller, M. R, & Peters, H. E, 2008, The risk of divorce as a barrier to marriage among parents of young children, *Social Science Research*, v. 37, p. 1188-1199.