

The Prediction of Mental Health Based on Attachment Styles, Psychological-Spiritual Transformation and the Perception of God among Female Students

Fateme Katani*

Masoud Jan Bozorgi**

Abstract

This study was conducted with the purpose of predicting mental health based on attachment styles, psychological-spiritual transformation and the perception of God among female students. This scientific-religious study is a descriptive-correlational research, and the population consists of all female students aged 18 to 45 years of Islamic Azad University, Qom branch, in 2020-2021. The sample includes 358 female students selected by the convenience sampling. To obtain the data, Goldberg's general health questionnaire, Collins and Reed's adult attachment scale, Janbozorgi's mental-spiritual transformation questionnaire, and Janbozorgi's self-concept and self-concept questionnaire were used. In this study, SPSS-24 software, multiple regression test, and Pearson correlation coefficient were applied for analysis. The results showed that about 17.2% of the variance of mental health is predicted by attachment styles, psychological-spiritual transformation, and the perception of God. Moreover, secure attachment style and psychological-spiritual transformation have a positive and significant relationship with mental health, and avoidant attachment style, ambivalent/anxious attachment style, and the perception of God have a negative and significant relationship with mental health. According to the results, it can be seen that secure attachment style, the increment of the level of psychological-spiritual transformation, and the reduction of the negative perception of God are the key factors in improving mental health.

Keywords: Mental Health, Attachment Style, Psychological-Spiritual Transformation, Perception of God, Female Students.

* Master's degree, Department of Psychology, Islamic Azad University, Qom, Iran (corresponding author), katanifateme@gmail.com.

** Professor, Department of Psychology, Hoza Research Institute and University, Qom, Iran, psychjan@gmail.com.

پیش‌بینی سلامت روانی براساس سبک‌های دلبستگی، تحول روانی معنوی و تصور از خدا در بین دانشجویان دختر

فاطمه کتانی*

مسعود جان‌بزرگی**

چکیده

تحقیق حاضر با هدف پیش‌بینی سلامت روانی براساس سبک‌های دلبستگی، تحول روانی معنوی و تصور از خدا در بین دانشجویان دختر انجام گرفت. این پژوهش علمی-دینی و از نوع توصیفی-همبستگی است و جامعه آماری را تمامی دانشجویان دختر ۱۸ تا ۴۵ سال دانشگاه آزاد اسلامی واحد قم در سال ۱۴۰۰-۱۳۹۹ تشکیل می‌دهند. نمونه آماری شامل ۳۵۸ نفر از دانشجویان دختر می‌باشد که به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. برای به دست آوردن داده‌ها از پرسشنامه‌های سلامت عمومی گلدبرگ، دلبستگی کولینز و رید، تحول روانی-معنوی جان‌بزرگی و خودپنداره-خداپنداره جان‌بزرگی استفاده شد. در این پژوهش برای تجزیه و تحلیل از نرم‌افزار SPSS-24 و آزمون رگرسیون چندگانه و ضریب همبستگی پیرسون به کار رفت. نتایج نشان داد که حدود ۱۷/۲ درصد از واریانس سلامت روانی توسط سبک‌های دلبستگی، تحول روانی معنوی، تصور از خدا پیش‌بینی می‌شود؛ همچنین سبک دلبستگی ایمن و تحول روانی معنوی رابطه مثبت و معناداری با سلامت روانی دارد و سبک دلبستگی اجتنابی، سبک دلبستگی دوسوگرا / اضطرابی و تصور از خدا رابطه منفی و معناداری با سلامت روانی دارد. براساس نتایج پژوهش می‌توان دریافت که سبک دلبستگی ایمن، افزایش سطح تحول روانی معنوی و کاهش تصور منفی از خدا از عوامل کلیدی در ارتقای سلامت روان می‌باشند.

واژگان کلیدی: سلامت روانی، سبک دلبستگی، تحول روانی-معنوی، تصور از خدا، دانشجویان دختر.

* کارشناسی ارشد، گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، قم، ایران (نویسنده مسئول)

katanifateme@gmail.com

psychjan@gmail.com

** استاد، گروه روان‌شناسی، پژوهشگاه حوزه و دانشگاه، قم، ایران

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۰۸/۰۲ تاریخ تایید: ۱۴۰۲/۱۱/۰۹

مقدمه

سلامت روان^۱ نیاز ضروری و اساسی برای افراد در هر زمان است (لای^۲ و همکاران، ۲۰۲۰، ص ۱) و در دهه‌های اخیر از سوی متخصصان تعریف‌های فراوان و گوناگونی برای آن شده است؛ بنا به تعریف سازمان جهانی بهداشت، سلامت روان عبارت است از: «قابلیت ارتباط موزون و هماهنگ با دیگران، اصلاح محیط فردی و اجتماعی و حل تضادها و تمایلات شخصی به‌طور منطقی، عادلانه و مناسب» (مام‌شریفی و همکاران، ۱۳۹۹، ص ۵۵). از نشانه‌های سلامت روان برخوردار بودن از خصیصه‌های توانمندساز درونی یا منابع درونی قدرت است و برخوردار بودن از این منابع درون فردی، فرد را قادر می‌سازد تا با وجود شرایط و پیشامدهای منفی، رشد سازگارانه خود را ادامه دهد و سلامت روان خود را حفظ کند (لای و همکاران، ۲۰۲۰، ص ۱؛ ایوانز^۳ و همکاران، ۲۰۱۸، ص ۲۸۲). مفهوم سلامت روان شامل احساس درونی خوب بودن و اطمینان از کارآمدی خود، اتکا به خود، ظرفیت رقابت، وابستگی بین نسلی و خودشکوفایی توانایی‌های بالقوه فکری و هیجانی و... می‌باشد (محمی‌الدین شیخ‌الاسلامی، ۱۴۰۰، ص ۲۱). سلامت روان نقش برجسته‌ای در رشد و تکامل اجتماعی - روانی دوره‌های مختلف زندگی، به‌ویژه دوره جوانی دارد (راغ، محمدی آریا و تاجری، ۱۳۹۷، ص ۶۳).

سلامت روان در بین جوانان یک نگرانی جدی جهانی است، زیرا نیمی از اختلال‌های مربوط به سلامت روانی در اواسط نوجوانی آغاز و شیوع جهانی آن ۱۰-۲۰٪ گزارش شده است و نیز افسردگی و اضطراب از جمله رایج‌ترین‌ها ناتوانی‌ها در سلامت روانی هستند (مارکانن^۴ و همکاران، ۲۰۲۱، ص ۱)؛ بنابراین سلامت روان یکی از مقوله‌های مهم در مباحث روان‌شناسی و روان‌پزشکی و به لحاظ شیوع بیماری‌های روانی توجه به آن رو به افزایش است. در دانشجویان ایرانی نیز مشکلات روان‌شناسی به چشم می‌خورد؛ به‌گونه‌ای که ۳۶٪ دانشجویان مبتلا به مشکلات رفتاری-عاطفی هستند و در دانشجویان دختر نسبت به پسر (۱۹/۷۴ در برابر ۱۵/۹۱) از شیوع بالاتری برخوردارند (باباخانی، ۱۳۹۸، ص ۱۷۱).

با توجه به تأثیر سلامت روان بر عملکرد دانشجویان و نقش مهمی که در پیشبرد وضعیت تحصیلی و جلوگیری از افت و ترک تحصیلی آنها دارد، لازم است در جهت تأمین و بسترسازی مناسب آن تدابیر ویژه‌ای اندیشیده شود (راغ، محمدی آریا و تاجری، ۱۳۹۷، ص ۶۳)؛ در همین

1. Mental health

2. Lai

3. Evans

4. Markkanen, Anttila & Välimäki

راستا ژانگ^۱ و همکاران (۲۰۱۹، ص ۲) گزارش کردند که دانشجویان آسیایی در معرض خطر ابتلا به افسردگی هستند که ممکن است به جلوگیری از حضور آنها در کلاس درس بینجامد. بروفائرتز^۲ و همکاران (۲۰۱۸، ص ۹۷) در مطالعات خود گزارش کردند که مشکلات روانی دانشجویان در سال‌های اول دانشگاه بسیار شایع و به‌طور قابل‌توجهی با عملکرد تحصیلی پایین در ارتباط است؛ همچنین وایت^۳ و همکاران (۲۰۱۷، ص ۱۷۸)، نشان دادند که شیوع و شدت مشکلات سلامت روان در میان دانشجویان و دانش‌آموزان افزایش یافته است و این مسائل تهدیدی برای سلامت و عملکرد تحصیلی آنها می‌باشد.

در این زمینه مطالعات نشان داده‌اند عواملی چون سبک‌های دلبستگی (فرامرزنیا، بحرینیان و منوچهری، ۱۳۹۸، ص ۳۳۷؛ یانگ^۴ و همکاران، ۲۰۲۰، ص ۱)، معنویت (بهرامیان، ۱۳۹۹، ص ۱)، نماز (خوش‌باور و یعقوب، ۱۳۹۹، ص ۱)، باورهای مذهبی (استوار و صالحی، ۱۳۹۹، ص ۱)، تحول روانی معنوی (نادری، حسن‌زاده توکلی و عبدی، ۱۳۹۸، ص ۱؛ سرآبادانی تفرشی و جان‌بزرگی، ۱۳۹۷، ص ۴۵) و تصور از خدا (میکائیلی و پرزور، ۱۳۹۸، ص ۱۶۳) با سلامت روان مرتبط‌اند؛ بنابراین شاید بتوان گفت یکی از متغیرهای مؤثر بر سلامت، سبک‌های دلبستگی و متغیرهای معنوی است.

نظریه دلبستگی در سال‌های گذشته به‌عنوان یکی از بانفوذترین نظریه‌های رشد هیجانی-اجتماعی به‌شمار می‌رود (فرالی و رویزمن، ۲۰۱۹^۵، ص ۲۷). سبک‌های دلبستگی بیانگر روابط اولیه والد-کودک است که می‌تواند تا بزرگسالی ادامه یابد و تبیین‌گر بسیاری از ویژگی‌های شخصیتی و بین‌فردی در افراد باشد (دوینیتا و ماریا، ۲۰۱۵^۶، ص ۲۰۰). اگر فرد تجربه ناامنی را در کودکی تجربه کند، ویژگی‌هایی مانند بی‌اعتمادی، آسیب‌پذیری، حساسیت و مشکلات ارتباطی را همراه خود خواهد داشت (ژنو^۷ و همکاران، ۲۰۱۸، ص ۵۵). سبک دلبستگی ایمن با ویژگی‌های ارتباطی مثبت شامل صمیمیت و خرسندی، سبک دلبستگی اجتنابی با سطوح پایین‌تری از صمیمیت و تعهد و سبک دلبستگی دوسوگرا با شور و هیجان و دل‌مشغولی در مورد روابط همراه با خرسندی کم مرتبط است (کیانی و همکاران، ۱۳۹۹، ص ۱۶۱).

1. Zhang

2. Bruffaerts

3. Wyatt

4. Young

5. Fraley & Roisman

6. Doinita & Maria

7. Xue

افزون بر این از دیرباز همواره مکاتب الهی به معیارهای رشد و سلامت انسان توجه داشته‌اند (طیبی و زمانیان نجف‌آبادی، ۱۳۹۹، ص ۶۳). در دهه‌های پیش سلامتی و ابعاد آن به شکل کاهش‌گرایانه‌ای محدود به ابعاد جسمانی می‌شد، اما رویکردهای جدید نگاهی جامع و چندبعدی به سلامتی انسان دارند و سلامت را دربرگیرنده ابعاد جسمانی، روانی، اجتماعی و معنوی می‌دانند (جیراسک،^۱ ۲۰۱۵، ص ۲۹۱). سلامت معنوی نقش اساسی در میان دیگر ابعاد سلامت دارد و توجه زیاد پژوهشگران حوزه سلامت عمومی را به خود جلب کرده است (یوسفی، رفیعی و طیری، ۱۳۹۸، ص ۱۰۲). رشد معنویت در هر انسانی دارای یک‌روند پویا است که در یک دوران رخ می‌دهد. در این روند، انسان به‌طور فزاینده‌ای به معنا، اهداف و ارزش‌های زندگی پی می‌برد (موسی‌پور و همکاران، ۱۳۹۹، ص ۵۷). در سال‌های گذشته، پژوهش‌ها به اهمیت تحول روانی معنوی^۲ در افراد و افزایش تاب‌آوری در برابر مصائب و مشکلات تأکید داشته‌اند؛ به‌گونه‌ای که نیاز به بُعد معنوی در راستای بُعد مادی از اهمیت بسیاری بهره‌مند شده است (چیانگ^۳ و همکاران، ۲۰۱۶، ص ۲۱۶). تحول روانی - معنوی با ایجاد انعطاف‌پذیری به بهزیستی روانی کمک می‌کند (تویاری و همکاران، ۱۳۹۹، ص ۹۵).

یکی از عواملی که بر رابطه افراد با خداوند تأثیر می‌گذارد، تصویری است که افراد از خداوند دارند. در منطق عقلی تصویری که از خدا در افراد می‌تواند شکل گیرد به تصور مثبت و منفی تقسیم می‌شود و در تصور مثبت از خدا، خداوند مهربان، حمایتگر، راهنما و... تصور می‌شود که می‌تواند نقش آرامش‌دهی داشته باشد و در تصور منفی از خدا، خداوند با تعابیر منفی همچون طردکننده، تنبیه‌کننده، نامهربان و... تصور خواهد شد که سبب می‌شود افراد نومیدی، تنفر و خلق منفی را تجربه کنند (کوچک یزدی و همکاران، ۱۳۹۹، ص ۱۰۴). هرگاه افراد خدا را به‌عنوان خدای طردکننده و سخت‌گیر (تصور منفی) در نظر می‌گیرند، دچار هراس و اضطراب می‌شوند و به تدریج از سلامت روانی آنها کاسته می‌شود (عزیزی، رسول‌زاده طباطبایی و جان‌بزرگی، ۱۳۹۸، ص ۱۴۹). اینکه برخی افراد تصویر ذهنی نادرستی را از خداوند در ذهن می‌پرورانند و براساس همان تصویر، کارکردی برای خدا در نظر گرفته، رابطه خود را با او تنظیم می‌کنند؛ به سطح معنویت آنها مربوط است (جان‌بزرگی، ۱۳۹۷، ص ۳۹). در فضای نگرش تحولی است که بهترین شکل تقابل^۴، تعامل^۵ و خودراهبری اتفاق می‌افتد، درک همدلانه امکان‌پذیر و مداخله معنادارتر

1. Jirasek

2. Mental-Spiritual Transformation

3. Chiang

4. Reciprocity

5. Interaction

می‌شود. اگر بتوان از بلوغ معنوی همانند بلوغ عاطفی و شناختی و یا حتی جسمی بحث کرد، می‌توان گفت کسانی که به این بلوغ دست می‌یابند، نوسان کمتر و استواری یا ثبات هیجانی بیشتری دارند (دلجو، نوحی و جان‌بزرگی، ۱۳۹۹، ص ۱۶۱).

پس شناخت عوامل مؤثر بر سلامت روان دانشجویان و تدوین برنامه‌های مداخله‌ای برای بهبود وضعیت سلامت آنان از جمله تلاش‌های لازم در این زمینه است. با توجه به مطالب یادشده، این پژوهش به پیش‌بینی سلامت روانی براساس سبک‌های دلبستگی، تحول روانی معنوی و تصور از خدا در بین دانشجویان دختر ۱۸ تا ۴۵ سال می‌پردازد و در پی پاسخ به این پرسش است که آیا سبک‌های دلبستگی، تحول روانی معنوی و تصور از خدا می‌توانند سلامت روان دانشجویان دختر ۱۸ تا ۴۵ سال را پیش‌بینی کنند؟

روش

پژوهش حاضر از نوع توصیفی-همبستگی است و با توجه به اینکه هدف آن پیش‌بینی تغییرات یک یا چند متغیر وابسته (ملاک) با توجه به متغیرهای مستقل (پیش‌بینی) می‌باشد، جزء تحقیقات تحلیل رگرسیون به شمار می‌رود. جامعه آماری آن شامل تمامی دانشجویان زن ۱۸ تا ۴۵ سال دانشگاه آزاد اسلامی واحد قم در سال تحصیلی ۱۴۰۰-۱۳۹۹ و تعداد آنها بنابر اعلام مسئولان آموزش دانشگاه ۵۱۷۲ نفر بود. برای جمع‌آوری داده‌های نمونه آماری شامل ۳۵۸ نفر از اعضای جامعه آماری یادشده بود که جهت تعیین آن از جدول مورگان بهره گرفته شد و این تعداد به دلیل شیوع کرونا و پیروسی به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و به پرسشنامه‌های پژوهش پاسخ دادند. با توجه به شیوع این بیماری در شهر قم، داده‌ها با استفاده از توزیع پرسشنامه‌ها به صورت آنلاین در شبکه‌های اجتماعی مجازی از طریق لینک جمع‌آوری شد تا از لحاظ بهداشتی نیز به دلیل عدم حضور فیزیکی محقق و آزمودنی‌ها در مکانی خاص، سلامت آزمودنی‌ها به خطر نیفتند. معیارهای ورود به مطالعه شامل رضایت از شرکت در پژوهش، دانشجوی دانشگاه آزاد اسلامی واحد قم، قرار داشتن در بازه سنی ۱۸-۴۵ سال و جنسیت زن و معیارهای خروج از مطالعه شامل پرکردن ناقص پرسشنامه و منصرف شدن از شرکت در پژوهش بودند. دریافت رضایت آگاهانه از آزمودنی‌ها جهت شرکت در پژوهش و اینکه در هر مرحله از پژوهش می‌توانستند از ادامه آن انصراف دهند. داده‌های پژوهش با استفاده از نرم‌افزار SPSS-24 و با بهره‌گیری از آمار توصیفی و آمار استنباطی از ضریب همبستگی پیرسون و به روش رگرسیون چندگانه همزمان تجزیه و تحلیل شدند.

ابزار پژوهش

پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ-28)

این پرسشنامه شناخته‌ترین آزمون غربالگری است که گلدبرگ^۱ (۱۹۸۹)؛ به نقل از پرینجی و همکاران، (۱۳۹۸، ص ۱۵۹)، آن را برای تفکیک افراد مبتلا به اختلالات روانی از جمعیت مراجعه‌کننده به مراکز پزشکی عمومی ساخت. سوالات در یک طیف چهار درجه‌ای (اصلاً= ۰، در حد معمول، بیشتر از حد معمول، همیشه= ۳) نمره‌گذاری می‌شود. این پرسشنامه چهار مقیاس فرعی را در برمی‌گیرد که بدین شرح است: الف) نشانه‌های جسمانی (بدنی): ۷ ماده، ب) علائم اضطراب: ۷ ماده، ج) اختلال در عملکرد اجتماعی: ۷ ماده و د) علائم افسردگی: ۷ ماده را به خود اختصاص می‌دهد. نمرات آزمودنی در هر مقیاس فرعی می‌تواند حداقل ۰ و حداکثر ۲۱ باشد. نمره کل هر فرد نیز از حاصل جمع نمرات چهار زیرمقیاس به دست می‌آید. نمره برش برای کل آزمون ۲۳ است. در کل نمرات پایین نشان‌دهنده سلامت روان و نمرات بالا گویای فقدان سلامت روانی است. مرور مطالعات انجام‌شده در کشورهای مختلف جهان در زمینه اعتباریابی فرم‌های ۱۲، ۲۸ و ۶۰ سؤالی پرسشنامه سلامت عمومی دلالت بر روایی و پایایی بالای آزمون را داشته است (نوربالا و همکاران، ۱۳۸۷ به نقل از تقی‌زاده، ۱۳۹۲، ص ۳۹). ویلکینسون و رنزولی^۲ (۱۹۸۹)؛ به نقل از پرینجی و همکاران، (۱۳۹۸، ص ۱۶۰)، روی ۴۳ پژوهشی که این ابزار را به‌کاربرده بودند، فراتحلیل انجام دادند و به حساسیت ۰/۸۴ و ویژگی ۰/۸۴ دست یافتند. پالاهنگ (۱۳۷۲) به نقل از تقی‌زاده، (۱۳۹۲، ص ۳۹)، در بررسی اعتباریابی پرسشنامه ۲۸ سؤالی عمومی براساس نمره‌گذاری سنتی، نمره برش ۶ و بنابر نمره‌گذاری ساده لیکرت، نقطه برش ۲۲ گزارش کرد که ضریب پایایی پرسشنامه (با روش باز آزمایی) ۰/۹۱ بود. ضریب پایایی در پژوهش تقی‌زاده (۱۳۹۲، ص ۳۹) نیز برابر با ۰/۸۴ به دست آمد.

پرسشنامه دلبستگی کولینز و ریید^۳

کولینز و ریید این پرسشنامه را در سال ۱۹۹۰ به‌منظور بررسی سبک‌های دلبستگی در بزرگسالان ساختند و در سال ۱۹۹۶ نیز مورد بازبینی قرار دادند. هدف این پرسشنامه خودارزیابی از مهارت‌های ایجاد روابط و خودتوصیفی شیوه شکل‌دهی روابط دلبستگی نسبت به چهره‌های دلبستگی نزدیک است. این مقیاس مشتمل بر هجده گویه است که با علامت‌گذاری روی یک مقیاس پنج درجه‌ای (از

1. Goldberg

2. Wilkinson & Renzoli

3. Collins & Reid

نوع لیکرت) از به هیچ وجه با خصوصیات من تطابق ندارد= ۱ تا کاملاً با خصوصیات من تطابق دارد = ۵ سنجیده می‌شود. دارای سه زیرمقیاس به نام‌های وابستگی (D)، نزدیک بودن (C) و اضطراب (A) است. زیرمقیاس اضطراب (A) با دلبستگی اضطرابی-دوسوگرا مطابقت دارد و زیرمقیاس نزدیک بودن (C) یک بعد دوقطبی است که اساساً توصیف‌های ایمن و اجتنابی را در مقابل هم قرار می‌دهد؛ بنابراین نزدیک بودن در تطابق با دلبستگی ایمن است و زیرمقیاس وابستگی (D) را می‌توان تقریباً عکس دلبستگی اجتنابی قرار داد. کولینز و رید (۱۹۹۰) نشان دادند که زیرمقیاس‌های نزدیک بودن، وابستگی و اضطراب در فاصله زمانی دو ماه و حتی در طول هشت ماه پایدار ماندند و در مورد قابلیت اعتماد مقیاس دلبستگی بزرگسال، کولینز و رید میزان آلفای کرونباخ را برای زیرمقیاس دلبستگی ایمن ۰/۸۲، برای دلبستگی اجتنابی ۰/۸۰ و برای دلبستگی اضطرابی ۰/۸۳ گزارش دادند. از سوی دیگر در پژوهش پاکدامن (۱۳۸۰) میزان اعتبار آزمون با استفاده از بازآزمایی مناسب ارزیابی شد. با توجه به اینکه مقادیر آلفای کرونباخ در تمامی موارد مساوی یا بیش از ۰/۸۰ است، آزمون اعتبار بالایی دارد (محمدعلی پور و همکاران، ۱۳۸۹، ص ۸۵).

پرسشنامه تحول روانی - معنوی

این مقیاس براساس معیارهای بالینی مراجعان روان‌شناسی که جنیبا^۱ (۱۹۹۵) آن را گزارش کرده بود، توسط جان بزرگی و همکاران (۱۳۹۰، ص ۵۹) با جهت‌گیری فرهنگی و دینی تهیه شده است. تمامی مواد پرسشنامه برای جمعیت مسلمان می‌باشد. این ابزار پانزده ماده دارد و هر ماده دارای چهار گزینه است که منطبق با چهار مرحله تحول روانی-معنوی است. پژوهشگر برای بررسی همسانی درونی این مقیاس در جمعیت ایرانی آن را روی ۳۴۱ دانشجوی زن اجرا کرد و ضریب آلفای کرونباخ معادل ۰/۸۸ برای آن به دست آمد. میانگین و انحراف استاندارد نمرات نیز به ترتیب ۱۰/۴۴ و ۶/۷۰۱ گزارش شد (سرآبادانی تفرشی و جان بزرگی، ۱۳۹۷، ص ۵۰).

آزمون خودپنداره - خداینداره

این پرسشنامه براساس مفاهیم مذهبی اسلامی و جهت‌گیری فرهنگی و دینی نویسندگان تهیه شده است. چنین پرسشنامه‌ای برای سنجش میزان تصورات خودساخته از خداوند (خداینداره) و نیز مفهوم‌پردازی مبتنی بر منابع اصیل (قرآن کریم) از خداوند (مفهوم‌پردازی واقعی از خداوند یا خداینداشت) و مفهوم خودپنداره (مفهوم‌پردازی خود از نگاه دیگران) و مفهوم‌پردازی فاعلی و واقعی

از خود (خودپنداشت) ساخته شده است (سرآبادانی تفرشی و همکاران، ۱۳۹۷، ص ۵۱). این مفاهیم براساس چارچوب نظری درمان چندبعدی معنوی پردازش شده‌اند. این ابزار ۴۰ سؤال دارد که ۲۵ سؤال مربوط به خداپنداره و ۱۵ سؤال مربوط به خودپنداره است و هر سؤال آن چهار گزینه (کاملاً موافق، موافق، مخالف، کاملاً مخالف) دارد. برای بررسی همسانی درونی این مقیاس در جمعیت ایرانی روی ۶۲۸ دانشجوی مقطع کارشناسی اجرا شد. پایایی پرسشنامه به روش همبستگی آزمون-آزمون مجدد در خداپنداره ۰/۸۰۶ و در خودپنداره برابر ۰/۵۸۲ است. ضریب آلفای کرونباخ پرسشنامه نیز ۰/۸۱۵ α به دست آمد. تحلیل عاملی با روش مؤلفه‌های اصلی چهار عامل در پاسخ شرکت‌کنندگان شناسایی کرد که شامل ۷ سؤال خودپنداره، ۸ سؤال خودپنداشت، ۱۴ سؤال خداپنداره و ۱۱ سؤال خداپنداشت بود (سرآبادانی و همکاران، ۱۳۹۷، ص ۵۱).

یافته‌ها

جدول ۱: ویژگی‌های جمعیت‌شناختی

درصد	فراوانی	رده	
۱۷/۰	۶۱	۱۸-۲۵ سال	سن
۳۲/۴	۱۱۶	۲۶-۳۰ سال	
۲۵/۴	۹۱	۳۱-۳۵ سال	
۱۶/۸	۶۰	۳۶-۴۰ سال	
۸/۴	۳۰	۴۰ سال به بالا	
۱۰۰/۰	۳۵۸	کل	
۵۹/۵	۲۱۳	کارشناسی	
۳۷/۴	۱۳۴	کارشناسی ارشد	
۳/۱	۱۱	دکتری	مقطع تحصیلی
۱۰۰/۰	۳۵۸	کل	
۵۰/۸	۱۸۲	مجرد	وضعیت تأهل
۴۹/۲	۱۷۶	متاهل	
۱۰۰/۰	۳۵۸	کل	

بنابر جدول ۱، ۳۵۸ نفر از دانشجویان دختر دانشگاه آزاد اسلامی واحد قم در پژوهش حاضر شرکت کردند که اکثراً (۱۱۶ نفر) در رده سنی ۲۶-۳۰ قرار داشتند. مقطع تحصیلی ۲۱۳ نفر (۵۹/۵٪) از دانشجویان کارشناسی، ۱۳۴ نفر (۳۷/۴٪) کارشناسی ارشد و ۱۱ نفر (۳/۱٪) دکتری بود. ۱۸۲ نفر (۵۰/۸٪) از دانشجویان مجرد و ۱۷۶ نفر (۴۹/۲٪) متأهل بودند.

جدول ۲: یافته‌های توصیفی متغیرهای پژوهش

متغیرها	میانگین	انحراف معیار	حداکثر	حداقل
سبک دل‌بستگی ایمن	۲۲/۶۳	۳/۲۳۳	۳۰	۱۴
سبک دل‌بستگی اجتنابی	۱۶/۵۶	۳/۵۵۲	۲۷	۹
سبک دل‌بستگی دوسوگرا/ اضطرابی	۱۵/۶۸	۲/۸۷۶	۲۴	۸
تحول روانی معنوی	۴۰/۱۶	۴/۲۶۹	۵۱	۲۸
تصور از خدا	۳۲/۵۸	۲/۹۴۷	۴۰	۲۶
سلامت روانی	۱۶/۲۰	۳/۳۵۵	۲۴	۸
نشانه‌های جسمانی	۴/۴۶	۲/۰۰۲	۱۰	۰
علائم اضطراب	۳/۹۳	۲/۱۳۶	۱۰	۰
اختلال در عملکرد اجتماعی	۵/۲۲	۲/۴۳۷	۱۲	۰
علائم افسردگی	۲/۵۹	۲/۶۴۸	۱۳	۰

جدول ۳: ماتریس همبستگی پیرسون بین متغیرها (n=۳۵۸)

متغیرها	۱	۲	۳	۴	۵	۶
۱. سبک دل‌بستگی ایمن						
۲. سبک دل‌بستگی اجتنابی	۰/۱۷۳**					
۳. سبک دل‌بستگی دوسوگرا/ اضطرابی	۰/۰۸۳	۰/۱۰۷*				
۴. تحول روانی معنوی	۰/۰۶۷	۰/۰۸۸	۰/۰۲۰			
۵. تصور از خدا	۰/۰۵۹	۰/۰۱۶	۰/۰۱۷	۰/۱۰۰		
۶. سلامت روانی	۰/۱۷۳**	۰/۱۸۰**	۰/۱۸۱**	۰/۲۶۰**	۰/۱۷۵**	

* همبستگی در سطح ۰/۰۵ معنادار است. ** همبستگی در سطح ۰/۰۱ معنادار است.

در جدول ۳، مقدار ضریب همبستگی پیرسون بین سبک دل‌بستگی ایمن، دل‌بستگی اجتنابی و سبک دل‌بستگی دوسوگرا/ اضطرابی با سلامت روانی به ترتیب برابر با ۰/۱۷۳، ۰/۱۸۰ و ۰/۱۸۱، تحول روانی معنوی با سلامت روانی، ۰/۲۶۰ و تصور از خدا با سلامت روانی برابر با ۰/۱۷۵ - به دست آمد؛ بنابراین بین سبک دل‌بستگی ایمن، تحول روانی معنوی با سلامت روانی رابطه مثبت و معناداری وجود دارد و بین سبک دل‌بستگی اجتنابی، سبک دل‌بستگی دوسوگرا/ اضطرابی و تصور از خدا با سلامت روانی رابطه منفی و معناداری است. پس با افزایش سبک دل‌بستگی ایمن و تحول روانی معنوی میزان سلامت روانی افزایش و هر چه تصور فرد از خدا منفی گردد یا سبک دل‌بستگی اجتنابی و سبک دل‌بستگی دوسوگرا/ اضطرابی افزایش یابند، میزان سلامت روانی کاهش خواهد یافت.

پیش‌فرض آزمون رگرسیون چندگانه: نرمال بودن مانده‌ها را تأیید می‌کند. نقاط نمودار بر روی نیمساز ربع اول می‌باشند؛ بنابراین داده‌ها از توزیع نرمال پیروی می‌کنند. وضعیت پراکنش مانده‌ها رگرسیون خطی را نشان می‌دهد و با توجه به وضعیت افقی نمودار واریانس مانده‌ها تقریباً ثابت است. مقدار سطح معناداری سبک‌های دلبستگی (ایمن، اجتنابی و دوسوگرا/ اضطرابی)، تحول روانی معنوی، تصور از خدا و سلامت روانی بزرگ‌تر از ۰/۰۵ است؛ بنابراین نتیجه می‌گیریم توزیع نمرات متغیرهای پژوهش نرمال می‌باشد. پس استفاده از تحلیل رگرسیون چندگانه جهت بررسی رابطه بین متغیرهای پژوهش بلا مانع است.

جدول ۴: خلاصه مدل رگرسیون چندگانه سبک‌های دلبستگی، تحول روانی معنوی و تصور از خدا در پیش‌بینی سلامت روانی

شاخص‌های آماری / متغیرهای وارد شده	ضریب همبستگی چندگانه	مجذور ضریب همبستگی	ضریب همبستگی اصلاح شده	دوربین واتسون
سبک‌های دلبستگی	۰/۴۱۴	۰/۱۷۲	۰/۱۶۰	۲/۱۰۰
تحول روانی معنوی				
تصور از خدا				

همان‌طور که جدول ۴ نشان می‌دهد، آماره دوربین واتسون ۲/۱۰۰ به دست آمده است. چون مقدار آن نزدیک به ۲ است؛ بنابراین مشکل خودهمبستگی وجود ندارد. در تحلیل رگرسیون که متغیرهای مستقل با وابسته دارای همبستگی چندگانه می‌باشند، مقدار ضریب همبستگی برابر با ۰/۴۱۴ است. با توجه به مقدار مجذور ضریب همبستگی (۰/۱۷۲) حدود ۱۷/۲ درصد از واریانس سلامت روانی توسط متغیرها قابل پیش‌بینی خواهند شد.

جدول ۵: نتایج تحلیل رگرسیون چندگانه سبک‌های دلبستگی، تحول روانی معنوی و تصور از خدا در پیش‌بینی سلامت روانی

منبع تغییرات	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	F آماره	سطح معناداری
رگرسیون	۷۱۵/۲۵۹	۵	۱۴۳/۰۵۲	۱۴/۵۹۴	۰/۰۰۱
باقیمانده	۳۴۵۰/۲۶۰	۳۵۲	۹/۸۰۲	-	-
کل	۴۱۶۵/۵۲۰	۳۵۷	-	-	-

براساس جدول ۵، تحلیل واریانس، اعتبار رگرسیون چندگانه را در پیش‌بینی سلامت روانی (F= ۱۴/۵۹۴ و p<۰/۰۵) تأیید می‌کند.

جدول ۶: ضرایب رگرسیون سبک‌های دل‌بستگی، تحول روانی معنوی و تصور از خدا در پیش‌بینی سلامت روانی

شاخص‌های آماری	ضرایب غیراستاندارد		ضرایب استاندارد		متغیر
	خطای معیار	ضریب رگرسیونی	بتا	t	
مقدار ثابت	۲/۹۹۸	۱۶/۵۱۳	-	۵/۵۰۸	سطح معناداری
سبک دل‌بستگی ایمن	۰/۰۵۲	۰/۱۳۲	۰/۱۲۵	۲/۵۱۷	۰/۰۱۲
سبک دل‌بستگی اجتنابی	۰/۰۴۸	-۰/۱۵۴	-۰/۱۶۰	-۳/۲۱۲	۰/۰۰۱
سبک دل‌بستگی دوسوگرا/ اضطرابی	۰/۰۵۸	-۰/۲۰۲	-۰/۱۷۰	-۳/۴۸۱	۰/۰۰۱
تحول روانی معنوی	۰/۰۳۹	۰/۲۰۵	۰/۲۵۶	۵/۲۰۷	۰/۰۰۱
تصور از خدا	۰/۰۵۷	-۰/۱۵۹	-۰/۱۳۷	-۲/۸۰۸	۰/۰۰۵

براساس جدول ۶، سبک دل‌بستگی ایمن و تحول روانی معنوی با ضریب رگرسیونی برابر با ۰/۱۳۲ و ۰/۲۰۵ رابطه مثبت و معناداری با سلامت روانی دارد. سبک دل‌بستگی اجتنابی، دوسوگرا / اضطرابی و تصور از خدا با ضریب رگرسیونی به ترتیب برابر با ۰/۱۵۴، -۰/۲۰۲ و -۰/۱۵۹، رابطه منفی و معناداری با سلامت روانی دارند؛ در واقع تصور منفی از خدا هر چقدر که بالاتر رود، سلامت روانی کاهش می‌یابد. بنابر معادله رگرسیون به ازای هر واحد که به سبک دل‌بستگی ایمن و تحول روانی معنوی افزوده می‌شود؛ به ترتیب به میزان ۰/۱۳۲ و ۰/۲۰۵، سلامت روانی افزایش می‌یابد. به ازای هر واحد که به سبک دل‌بستگی اجتنابی، دوسوگرا/ اضطرابی و تصور از خدا افزوده می‌شود؛ به ترتیب به میزان ۰/۱۵۴، ۰/۲۰۲ و ۰/۱۵۹ سلامت روانی کاهش پیدا می‌کند. از بین متغیرهای پژوهش، تحول روانی معنوی ($\beta = 0/256$) در پیش‌بینی سلامت روانی در رتبه اول قرار دارد؛ بنابراین نتیجه‌گیری می‌شود که سبک‌های دل‌بستگی (ایمن، اجتنابی و دوسوگرا / اضطرابی)، تحول روانی معنوی و تصور از خدا می‌توانند سلامت روانی را در بین دانشجویان دختر ۱۸ تا ۴۵ سال پیش‌بینی کنند.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش پیش‌بینی سلامت روانی براساس سبک‌های دل‌بستگی، تحول روانی معنوی و تصور از خدا در بین دانشجویان دختر ۱۸ تا ۴۵ سال بود. یافته‌های پژوهش نشان داد که حدود ۱۷/۲ درصد از واریانس سلامت روانی توسط سبک‌های دل‌بستگی (ایمن، اجتنابی و دوسوگرا / اضطرابی)، تحول روانی معنوی، تصور از خدا پیش‌بینی می‌شود؛ همچنین براساس نتایج سبک دل‌بستگی ایمن رابطه مثبت و معناداری با سلامت روانی دارد، سبک دل‌بستگی اجتنابی و سبک دل‌بستگی دوسوگرا / اضطرابی رابطه منفی و معناداری با سلامت روانی دارند، تحول روانی معنوی

رابطه مثبت و معناداری با سلامت روانی دارد، تصور از خدا رابطه منفی و معناداری با سلامت روانی دارد. از بین متغیرهای پژوهش، تحول روانی معنوی در پیش‌بینی سلامت روانی در رتبه اول قرار دارد و نتیجه‌گیری می‌شود که سبک‌های دلبستگی (ایمن، اجتنابی و دوسوگرا/اضطرابی)، تحول روانی معنوی و تصور از خدا می‌توانند سلامت روانی را در بین دانشجویان دختر ۱۸ تا ۴۵ سال پیش‌بینی کنند. یافته‌های حاصل با پژوهش‌های چابکی و همکاران (۱۳۹۹)، نادری و همکاران (۱۳۹۸)، فرامرزی‌نیا و همکاران (۱۳۹۸)، میکائیلی و پرزور (۱۳۹۸)، سرآبادانی تفرشی و همکاران (۱۳۹۷)، مهدی‌زاده اشرفی و همکاران (۱۳۹۷)، سیمی و همکاران (۱۳۹۶)، فریدونی و همکاران (۱۳۹۵)، پرزور و همکاران (۱۳۹۴)، نجات و همکاران (۱۳۹۳)، دلجو و همکاران (۱۳۹۲)، یانگ و همکاران (۲۰۲۰)، کوک و همکاران (۲۰۱۹)، پیترموناکو و بک (۲۰۱۹)، ویدام و همکاران (۲۰۱۸)، کنرادیا و همکاران (۲۰۱۸)، مک گوایر و همکاران (۲۰۱۸)، بالا (۲۰۱۸)، سیلتون و همکاران (۲۰۱۳) و فلانلی و همکاران (۲۰۱۰) همسو است. در تبیین یافته‌ها می‌توان گفت که روابط مثبت با خود و دیگران و تعادل هیجانی از اجزای مهم دستیابی به بهزیستی می‌باشند. ریشه این روابط مثبت را می‌توان در رابطه مادر-کودک در کودکی دانست، رابطه‌ای که اگر به صورتی ایمن برقرار شود، نه تنها سبب ایجاد احساس اعتماد و اطمینان نسبت به دیگران در فرد می‌گردد، بلکه فرد را نیز برای دیگران مورد اعتماد و اطمینان می‌سازد؛ با این حال، اگر رابطه اولیه فرد یک رابطه ایمن نباشد، می‌تواند به شکل‌گیری الگوی فاصله‌گیری از مشکلات، احساسات و افراد بینجامد و از این رهگذر فرد بروز احساسات منفی گردد؛ زیرا تجارب پیشین وی انتظار بروز چنین احساساتی را در روابط بیش از حد پیش‌بینی می‌کند. اجتناب حاصل از سبک دلبستگی ناایمن و اجتنابی می‌تواند مانع از واکنش معقول فرد با برخی از تنیدگی‌های زندگی شود، چون در این شرایط فرد با توجه به عدم ایجاد حس اعتماد به جای کمک گرفتن از دیگران، با دوری از آنها در رفع مشکل خود می‌کوشد. این مسئله نیز به نوبه خود مانع از رشد مهارت‌های اجتماعی و ارتباطی موثرهای مناسب در حل مشکلات فرد می‌گردد که این خصوصیات تا حدودی آسیب‌پذیری فرد نسبت به علائم اضطرابی را تبیین می‌کند و سلامت روانی فرد را به خطر می‌اندازد. افراد در سطح تحول روانی معنوی پایین‌تر با وجود اینکه شاید در ظاهر مذهبی به نظر رسند و باورهای مذهبی قوی داشته باشند، ولی با توجه به خودمیان‌بینی و درجات بالای خشم و احساس گناه به شدت بی‌ثبات هستند و از صحنه‌های مذهبی برای نمایش آسیب‌های عاطفی خود سود می‌جویند؛ همچنین فرامن‌خشن و دقت و سواس‌گونه، آنها را تبدیل به فردی انعطاف‌ناپذیر و از نظر عاطفی منقبض می‌کند. از این‌رو افراد سطوح پایین تحول روانی معنوی سلامت روانی پایین‌تری

دارند و افراد در سطوح بالاتر تحول روانی معنوی با توجه به هدفمندی، معنادهی و تکامل معنوی خود از انعطاف‌پذیری و وحدت‌یافتگی روانی بهتر و نیز از سلامت روانی بیشتری برخوردارند. یکی از مسائل مهم انسان‌ها و ابعاد مهم سلامتی در طول زندگی، سلامت روان است؛ به عبارتی برای سالم زندگی کردن، دارا بودن سلامت روانی مطلوب امری اجتناب‌ناپذیر است (مام‌شریفی و همکاران، ۱۳۹۹، ص ۵۵). از سوی دیگر کسانی که سطح تحول روانی معنوی پایینی دارند، نسبت به فقدان حساس‌اند و به دلیل خودمیان‌بینی و جزمی‌نگری خداپنداره آنها نیز بیشتر منفی است و مستعد ابتلا به آسیب‌های روانی می‌باشند. خداپنداره‌ای که در دوره کودکی شکل گرفته، همچون والد سرزنشگری است که به جای حمایت و دلجویی، فرد را سرزنش و به ناعادلانه مجازات می‌کند. چنین شخصی بین خطاهای خود و مجازات خداوند نمی‌تواند ارتباطی منطقی برقرار کند و بنابراین شخصی که خداپنداره بالا دارد، حوادث سخت زندگی را به خود و خدا و مجازات او نسب می‌دهد و در پس هر حادثه به‌طور ناخودآگاه اراده و مشیت انتقام‌جویانه خدا را جستجو می‌کند. طبیعی است احساس خوبی نسبت به خود ندارد و احساس بی‌ارزشی و کم‌ارزشی می‌کند و خود را شایسته دوست داشتن خداوند و دیگران نمی‌داند، عزت‌نفس او کاهش می‌یابد و احساس بی‌کفایتی می‌کند. چنین شخصی بیش از دیگران آسیب‌های روانی را تجربه می‌کند (جنیا، ۱۹۹۵؛ به نقل از جان‌بزرگی، ۱۳۹۷، ص ۸۹). اینکه برخی افراد تصویر ذهنی نادرستی را از خداوند در ذهن می‌پرورانند و براساس همان تصویر، کارکردی برای خدا در نظر می‌گیرند و رابطه خود را با او تنظیم می‌کنند، به سطح معنویت آنها مربوط است (جان‌بزرگی، ۱۳۹۷، ص ۳۹). در فضای نگرش تحولی است که بهترین شکل تقابل، تعامل و خودراهبری اتفاق می‌افتد و درک همدلانه، امکان‌پذیر و مداخله‌مناورتر می‌شود. اگر بتوان از بلوغ معنوی همانند بلوغ عاطفی و شناختی و یا حتی جسمی بحث کرد؛ می‌توان گفت کسانی که به این بلوغ دست می‌یابند، نوسان کمتر و استواری یا ثبات هیجانی بیشتری دارند (دلجو، نوحی و جان‌بزرگی، ۱۳۹۹، ص ۱۶۱). پژوهش‌ها به اهمیت تحول روانی معنوی در افراد و افزایش تاب‌آوری در برابر مصائب و مشکلات تأکید داشته‌اند، به‌گونه‌ای که نیاز به بُعد معنوی در راستای بُعد مادی از اهمیت بسیاری بهره‌مند شده است (چیانگ و همکاران، ۲۰۱۶، ص ۲۱۶). تحول روانی-معنوی با ایجاد انعطاف‌پذیری به بهزیستی روانی کمک می‌کند (تویاری و همکاران، ۱۳۹۹، ص ۹۵).

با توجه به نتایج به دست آمده پیشنهاد می‌شود که متخصصان بهداشت روان، یافته‌های پژوهش حاضر را در امور بالینی خود جهت ارتقای سلامت روان دانشجویان مدنظر قرار دهند. توجه بیشتر به این مسئله و برخورد جدی و کارشناسانه می‌تواند گامی در جهت حل معضلات

آموزشی یادگیرندگان، به‌ویژه دانشجویان در سطوح مختلف تحصیلی باشد؛ همچنین پیشنهاد می‌شود که کارگاه‌های آموزشی برای دانشجویان در جهت شناخت هر چه بیشتر و آگاهی از سبک‌های دلبستگی و پیامدهای استفاده هر یک از این سبک‌ها برگزار شود تا بدین شیوه بتوان از پیامدهای دلبستگی نایمن در روابط بعدی دانشجویان (روابط زناشویی) پیشگیری کرد. پیشنهاد دیگر آن است که مسئولان امر در دانشگاه‌ها به مفهوم تحول‌یافتگی روانی معنوی بیشتر توجه کنند و در تبیین آن برای دانشجویان بکوشند تا بتوانند آنان را در درک ارزش و معنای زندگی، هدفمندی، حل مسائل و ارتباط با خود، جهان و دیگران یاری رسانند و مسئولان با برگزاری سمینارها و کنفرانس‌هایی به اهمیت تصور از خدا در سلامت پردازند و با ایجاد آگاهی و اصلاح تصور از خدا در دانشجویان به سلامت روانی بالاتر در آنان کمک کنند.



پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی

منابع

۱. استوار، صغری و محمدرضا صالحی (۱۳۹۹). «بررسی رابطه باورهای مذهبی با سلامت روان و پرخاشگری در دختران نوجوان». پنجمین کنفرانس بین‌المللی نوآوری و تحقیق در علوم تربیتی. مدیریت و روان‌شناسی. تهران.
۲. باباخانی، وحیده (۱۳۹۸). «اثر بخشی آموزش مهارت‌های ذهن‌آگاهی بر سازگاری و سلامت روان دانش‌آموزان». رویش روان‌شناسی. س ۸. ش ۵. ص ۱۷۱-۱۷۸.
۳. بهرامیان، زینت (۱۳۹۹). «نقش و کارکرد معنویت در سلامت روان و یادگیری در دانش‌آموزان». هشتمین کنفرانس ملی توسعه پایدار در علوم تربیتی و روان‌شناسی. مطالعات اجتماعی و فرهنگی. تهران.
۴. پرپنجی، معصومه؛ علی دلاور و نورعلی فرخی (۱۳۹۸). «طراحی الگوی جامع ارتقای سلامت روان در مدارس دخترانه شهر تهران». مطالعات روان‌شناسی بالینی. س ۹. ش ۳۴. ص ۶۵-۸۷.
۵. پرزور، پرویز؛ نیلوفر میکائیلی، کاظم معاضدی و اباصلت ابراهیمی (۱۳۹۴). «پیش‌بینی سلامت عمومی براساس تصور مثبت و منفی از خدا در دانشجویان». سلامت و مراقبت. س ۱۷. ش ۱. ص ۳۰-۳۹.
۶. تقی‌زاده، حسین (۱۳۹۲). «بررسی مقایسه‌ای حمایت اجتماعی دریافت‌شده. حمایت اجتماعی ادراک‌شده. خودکارآمدی و سلامت روان دانش‌آموزان تیزهوش و دانش‌آموزان باهوش متوسط». پایان‌نامه کارشناسی ارشد. دانشگاه تهران.
۷. تویاری، عباداله؛ سعید بختیارپور؛ رضا پاشا و محمدرضا برنا (۱۳۹۹). «مدل‌یابی رابطه تحول روانی- معنوی و حمایت اجتماعی بر شادکامی زنان شویی با در نظر گرفتن نقش واسطه‌ای تنظیم هیجانی در والدین کودکان استثنایی». دست‌آوردهای روان‌شناختی. س ۲۷. ش ۱. ص ۹۱-۱۰۸.
۸. جان‌بزرگی، مسعود (۱۳۹۷). درمان چندبعدی معنوی: یک رویکرد خداسو. چ ۱. قم: پژوهشگاه حوزه و دانشگاه.
۹. جان‌بزرگی، مسعود؛ حسین فاکر و امین جان‌بزرگی (۱۳۹۰). «ارزیابی تحول روانی- معنوی در درمانگری مراجع مذهبی». مطالعات اسلام و روان‌شناسی. س ۵. ش ۸. ص ۴۹-۷۰.

۱۰. چابکی، سید عزیز؛ محمدرضا بلیاد؛ علیرضا کاکاوند و زم فاطمه تاجری بیوک (۱۳۹۹). «نقش میانجی سبک‌های دلبستگی. رابطه سلامت روان با اعتیاد به اینترنت در نوجوانان». ارمغان دانش. س ۲۵. ش ۴. ص ۵۴۴-۵۵۷.
۱۱. خوش‌باور، داود و نرگس یعقوب (۱۳۹۹). «نقش نماز در سلامت روان و نشاط معنوی». چهارمین کنفرانس بین‌المللی علوم انسانی. اجتماعی و سبک زندگی.
۱۲. دلجو، زهرا؛ مسعود جان‌بزرگی و الهام موسوی (۱۳۹۲). «رابطه سطح تحول روانی- معنوی و احساس تنهایی با اضطراب وجودی در دانشجویان». مطالعات اسلام و روان‌شناسی. ش ۱۳. ص ۷-۲۴.
۱۳. دلجو، زهرا؛ شهناز نوحی و مسعود جان‌بزرگی (۱۳۹۹). «ارزیابی مدل علی تحول روانی- معنوی جامعه دانشجویی با تأکید بر بحران‌های انسان معاصر». پژوهش‌های جامعه‌شناسی. س ۱۴. ش ۳. ص ۱۵۷-۱۷۳.
۱۴. راغ، کبری؛ علیرضا محمدی آریا و بیوک تاجری (۱۳۹۷). «رابطه سبک زندگی و الگوهای تغذیه‌ای با عزت نفس و سلامت روان در دانش‌آموزان دختر دوره متوسطه دوم». انجمن جامعه‌شناسی آموزش و پرورش ایران. س ۶. ش ۶. ص ۶۲-۶۸.
۱۵. سرآبادانی تفرشی، لیلا و مسعود جان‌بزرگی (۱۳۹۷). «رابطه خداپنداره (تصورپردازی ساختگی از خدا) و تحول روانی معنوی با افسردگی. اضطراب و استرس در دانشجویان». پژوهشنامه روان‌شناسی مثبت. س ۴. ش ۳. ص ۴۵-۵۶.
۱۶. سیمی، زهرا؛ محسن مخلوق؛ خدیجه جمالی و ندا قاسمی (۱۳۹۶). «همبستگی بین سبک‌های دلبستگی و مکانیسم‌های دفاعی با سلامت روان در بیماران دیابتی». مجله دانشگاه علوم پزشکی قم. س ۱۱. ش ۱۲. ص ۴۳-۵۱.
۱۷. طیبی، علیرضا و فاطمه زمانیان نجف‌آبادی (۱۳۹۹). «راهکارهای ارتقای سلامت روان از منظر قرآن». اسلام و سلامت. س ۵. ش ۱. ص ۶۳-۷۵.
۱۸. عزیزی، سمیه؛ کاظم رسول‌زاده طباطبایی و مسعود جان‌بزرگی (۱۳۹۸). «مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) با درمان شناختی-رفتاری (CBT) بر افسردگی دانشجویان با توجه به سطح تحول روانی-معنوی آنها»: (مطالعه موردی). مطالعات روان‌شناسی بالینی. س ۹. ش ۳۵. ص ۱۴۷-۱۷۲.
۱۹. فرامرزی‌نیا، الهام؛ سیدعبدالمجید بحرینیان و مهدی منوچهری (۱۳۹۸). «مدل ساختاری سبک‌های دلبستگی. طرح‌واره‌های ناسازگار اولیه و ابعاد سلامت با میانجی‌گری سبک‌های مقابله با استرس». فصلنامه علوم پزشکی. س ۲۹. ش ۴. ص ۳۳۷-۳۴۸.

۲۰. فریدونی، نادیا؛ فاطمه فریدونی و حجت‌الله جاویدی (۱۳۹۵). «پیش‌بینی سلامت روان براساس سبک‌های دلبستگی در بین نوجوانان». اولین کنفرانس بین‌المللی پژوهش‌های نوین در حوزه علوم تربیتی و روان‌شناسی و مطالعات اجتماعی ایران. قم.
۲۱. کوچک یزدی، محمدجواد؛ محمد مهدی خواجه‌پور و نجمه دهقانی اشکذری (۱۳۹۹). «تدوین بسته آموزشی مضمون اسمای خداوند براساس سوره حمد و توحید و بررسی اثربخشی آن بر تصور از خدا در دانش‌آموزان». پژوهش‌های روان‌شناسی اسلامی. س ۳. ش ۱. ص ۱۰۳-۱۱۹.
۲۲. کیانی، احمدرضا؛ داوود فتحی؛ پژمان هنرمند قوجه بیگلو؛ سیما عبدی و رضا استاجی (۱۳۹۹). «رابطه سبک‌های دلبستگی. حمایت اجتماعی و سبک‌های مقابله‌ای با تاب‌آوری روان‌شناختی در افراد دارای تجربه سوگ: ارائه مدل تحلیل مسیر». فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی. س ۱۱. ش ۴۱. ص ۱۵۷-۱۸۰.
۲۳. مام شریفی، پیمان؛ فرامرز سهرابی؛ هانیه رضائی‌فر؛ هانیه روزبهبانی؛ نازنین اسدی و سارا خانسری (۱۳۹۹). «نقش حمایت اجتماعی و ویژگی‌های شخصیتی در پیش‌بینی سلامت روان اعضای جمعیت هلال‌احمر ایران». پژوهش در سلامت روان‌شناختی. س ۱۴. ش ۳. ص ۵۳-۶۶.
۲۴. محمدعلی‌پور، زینب؛ محمد رستمی و مریم قائم‌مقامی (۱۳۸۹). «رابطه سبک‌های دلبستگی و رفتارهای پرخطر». اعتیادپژوهی. س ۴. ش ۱۵. ص ۸۳-۹۰.
۲۵. محی‌الدین شیخ‌الاسلامی، حسین (۱۴۰۰). «ارتباط تیپ‌های شخصیتی و هوش هیجانی با سلامت روانی دانشجویان». رویکردی نو در علوم تربیتی. س ۳. ش ۱. ص ۲۰-۲۵.
۲۶. مهدی‌زاده اشرفی، منا؛ هانیه خدادادی تیرکلایی و محمدعلی دارابی (۱۳۹۷). «بررسی رابطه بین سبک‌های دلبستگی سلامت روانی در دانش‌آموزان دختر دوره اول متوسطه شهرستان بهشهر». دومین اجلاس بین‌المللی روان‌شناسی. مشاوره. تعلیم و تربیت. مشهد.
۲۷. موسی‌پور، حامد؛ جواد چنگی آشتیانی و محمد کهربایی کلخوران علیا (۱۳۹۹). «تحول معنوی و وجودی و همه‌گیری کووید ۱۹: یک مطالعه کیفی». پژوهش در سلامت روان‌شناختی. س ۱۴. ش ۱. ص ۵۶-۷۰.
۲۸. میکائیلی، اشرف و پرویز پرزور (۱۳۹۸). «الگوسازی معادلات ساختاری ارتباط بین تصور مثبت و منفی از خداوند با مؤلفه‌های سلامت روان (اضطراب. استرس و افسردگی) در دانش‌آموزان». پژوهش‌های مشاوره. س ۱۸. ش ۶۹. ص ۱۶۳-۱۸۵.

۲۹. نادری، فائزه؛ محمدرضا حسن‌زاده توکلی و حمزه عبدی (۱۳۹۸). «بررسی رابطه تنظیم رغبت و سلامت روان با توجه به سطح تحول روانی-معنوی». نخستین کنگره ایرانی روان‌شناسی مثبت، تهران.
۳۰. نجات، آسیه؛ فاطمه شهابی‌زاده و باقر غباری‌بناب (۱۳۹۳). «بررسی نقش تصور از خود در رابطه میان دلبستگی ادراک‌شده با سلامت روانی در دانشجویان». مطالعات روان‌شناختی دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه الزهراء(س). س ۱۰. ش ۴. ص ۷۳-۹۹.
۳۱. یوسفی، فایق؛ سحر رفیعی و فریبا طیری (۱۳۹۸). «بررسی سلامت معنوی و ارتباط آن با سلامت روان در دانشجویان جدیدالورود دانشگاه علوم پزشکی کردستان». مجله روان‌شناسی و روان‌پزشکی شناخت. س ۶. ش ۴. ص ۹۹-۱۱۸.
32. Balla, A. (2018), The Impact of the Image of God in the Concept of the Protestants from Romania upon the Mental Health. Dialogo (Constana). 5(1).79-88.
33. Bruffaerts, R., Mortier, P., Kiekens, G., Auerbach, R.P., Cuijpers, P., Demyttenaere, K., Green, J.G., Nock, M.K. & Kessler, R.C. (2018). Mental health problems in college freshmen: Prevalence and academic functioning. J Affect Disord. 1 (225). 97-103.
34. Chiang, Y.C., Lee, H.C., Chu, T.L., Han, C.Y. & Hsiao, Y.C. (2016). The impact of nurses' spiritual health on their attitudes toward spiritual care. professional commitment and caring. Nursing Outlook. 64(3). 215-224.
35. Collins, V.L. & Read, S.J. (1990). Adult attachment; Working models an relationship quality in dating couples. Journal of personality and social psychology. 58(4). 644-663.
36. Conrardia, H.J., Kamphuis, J.H. & de Jongeb, P. (2018). Adult attachment predicts the seven-year course of recurrent depression in primary care. J Affect Disord; 225. 160-66.
37. Cooke, J.E., Racine, N., Plamondon, A., Tough, S. & Madigan, S.h. (2019). Maternal adverse childhood experiences. attachment style and mental health: Pathways of transmission to child behavior problems. Child abuse & neglect. 93. 27-37.
38. Doinita, N. E. & Maria, N. D. (2015). Attachment and parenting styles. Procedia-Social and Behavioral Sciences. 203. 199- 204.

39. Evans, T.M., Bira, L., Gastelum, J.B., Weiss, L.T. & Vanderford, N.L. (2018). Evidence for a mental health crisis in graduate education. *Nat Biotechnol*; 36 (3): 282–284.
40. Flannelly, K.J., Galek, K., Ellison, C.G. & Koenig, H.G. (2010). Beliefs about God, psychiatric symptoms, and evolutionary psychiatry. *Journal of Religion and Health*; 49(2):246–261.
41. Fraley, R.C. & Roisman, G.I. (2019). The development of adult attachment styles: four lessons. *Current opinion in psychology*. 25. 26–30.
42. Jirásek, I. (2015). Religion, spirituality and sport: from religio athletae toward spiritus athletae. *Quest*. 67 (3). 290–299.
43. Lai, J., Ma, S., Wang, Y., Cai, Z., Hu, J., Wei, N. & et al. (2020). Factors associated with mental health outcomes among health care workers exposed to coronavirus disease 2019. *JAMA Netw Open*; 3 (3):1–11.
44. Markkanen, P., Anttila, M. & Välimäki, M. (2021). Supporting Student's Mental Health: A Cross-Sectional Survey for School Nurses. *Children (Basel)*. 8 (129). 1–14.
45. McGuire, A., Gillath, O., Jackson, Y. & Ingram, R. (2018). Attachment security priming as a potential intervention for depressive symptoms. *Journal of Social and Clinical Psychology*; 37. 44–68.
46. Pietromonaco, P.R. & Beck, L.A. (2019). Adult attachment and physical health. *Curr Opin Psychol*; 25.115–120.
47. Siltan, N.R., Kevin, J., Flannelly, K.J., Galek, K. & Ellison, C.H. (2013). Beliefs about God and Mental Health among American Adults. *Journal of Religion and Health*; 53(5). 1285–1296.
48. Widom, C.S., Czaja, S.J., Kozakowski, S.S. & Chauhan, P. (2018). Does adult attachment style mediate the relationship between childhood maltreatment and mental and physical health outcomes?. *Child abuse & neglect*. 76. 533–545.
49. Wyatt, T. J., Oswald, S. B. & Ochoa, Y. (2017). Mental health and academic performance of first-year college students. *International Journal of Higher Education*. 6 (3). 178–187.

50. Xue, Y., Xu, Z. Y., Zaroff, C., Chi, P., Du, H., Ungvari, G. S. & Xiang, Y. T. (2018). Associations of differentiation of self and adult attachment in individuals with anxiety related disorders, *Perspectives in psychiatric care*. 54(1). 54–63.
51. Young, L., Kolubinski, D.C. & Frings, D. (2020). Attachment style moderates the relationship between social media use and user mental health and wellbeing. *Heliyon*. Vol.6 (6). 1–11.
52. Zhang, X., Yeung, T. S., Yang, Y., Chandra, R. M., Dana Wang, L., Sukhmani, K., Bal, S. K. & Zhu, Y. (2019). Cross-cultural approaches to mental health challenges among students. *The Massachusetts General Hospital Guide to Depression*. 10.1007/978-3-319-97241-1-6.

