**2-3-1. تعریف ایمان**

ایمان در لغت به معنای تصدیق و در اصطلاح دینی به معنای تصدیق و تسلیم به خدا و پذیرش حقانیت پیامبران الهی و کتب و فرمان‌هایی است که خداوند برای هدایت و تربیت انسان‌ها فرستاده است. در گفتاری از امیرالمؤمنین (ع) ایمان شناختن به دل و اقرار به زبان و عمل و بردن فرمان با اندام­ها و جوارح معرفی شده است (بدخشانی، 1388).

برخی نویسندگان (مثلاً، آذربایجانی، 1387، ص. 131) معتقدند که ایمان يكي از ویژگی‌های تأثيرگذار شخصيت است و از لحاظ سلسله مراتبي در بالاترين سطح و به‌عنوان عامل مرتبه‌ی سوم قلمداد می‌شود. به اعتقاد این نویسندگان ایمان مذهبی تأثیری گسترده بر ابعاد عاطفی، اخلاقی و اجتماعی زندگی انسان می‌گذارد و همه ابعاد این تأثیرات را نمی‌توان با ابزارهای مادی­گرایانه اندازه‌گیری کرد.

برخي از محققان مانند فولر (1981) ايمان را مفهومي انسجام دهنده قلمداد می‌کنند كه نياز به دين ندارد. در اين ديدگاه، ايمان به‌عنوان عاملي براي انسجام بخشيدن به نيروهاي متعدد و روابطي كه زندگي مردم را تشكيل می‌دهد تعريف می‌شود كه انسان‌ها را به سمت زندگي و زيستن سوق می‌دهد. در اين ديدگاه، ایمان اساسی‌ترین مقوله در تلاش انسان برای ارتباط با تعالی (وجود بالا و فراتر از حدود تجربه ماده) قلمداد شده است (وارن، 2006، به نقل از گودرزی).

**2-3-2. دیدگاه‌های مربوط به ایمان و معنویت**

بهرام دشتکی (1389) در مقاله‌ای به بهترین نحو دیدگاه‌های پیرامون مذهب و معنویت را گرد آورده است. به گفته‌ی وی، نگاهی اجمالی به بازخورد روان­شناسان برجسته نشان می‌دهد که دست‌کم در حد نظام‌های بزرگ روان‌شناختی، روان­شناسان دیدگاهی بدبینانه به مذهب ارائه کرده‌اند. شاید این برداشت از دین، به فلسفه‌های غالب در آن زمان، حرکت افراطی علوم به‌سوی عینی‌نگری و نیز کنشگری‌های مذهب در آن زمان بازگردد. درمانگران دارای جهت‌گیری روان تحلیلگری، گرایش‌های مذهبی را نشانه‌های انحراف از سلامت می‌دانستند و تحت تأثیر فروید، معتقد بودند که پیوند با خداوند، ادامه‌ی وابستگی دوران کودکی است. بر اساس این نظریه، اعمال مذهبی، تکرار رفتارهای روان­آزرده­وار کودکی درباره‌ی والدین است. فروید می‌گوید که تا زمانی که دنیا تهدیدآمیز و پیش‌بینی‌نشده باشد، انسان در پی پدری متعالی است تا احساس محافظت و احساس ایمنی را در خود به وجود آورد (جنیا 1995، به نقل از جان بزرگی).

مقیاس جهت‌گیری مذهبی آلپورت، مبنای منطقی فراهم کرده است که بر طبق آن، مذهب بهتر درک می‌شود (داناهو، 1985). وی مذهب را به دو صورت درونی و برونی می‌داند و معتقد است که مذهب درونی ساختار معنا دهنده دارد، برحسب این­که تمام زندگی درک شده است. همچنین، آلپورت دریافت که مذهب درونی، با انعطاف‌پذیری، تساهل، پختگی، یکپارچگی و وحدت در ارتباط است و مذهب بیرونی، مذهب آسودگی، قراردادهای اجتماعی و فردی می‌باشد و در ارتباط با طبقه‌بندی‌ها، تبعیض، استثناسازی، ناپختگی، وابستگی، دیدگاه فایده گرا و تدافعی است (دیلی، 1997).

جلال تهرانی (1995) عنوان کرد که مذهب ظاهری در خدمت نیازها و ارزش‌های دیگری از قبیل کسب موفقیت و موقعیت در خانواده یا گروه اجتماعی و مجوز فعالیت‌های به سود فرد است و به جای آن­که روشنی‌بخش ارزش‌ها و زندگی باشد، مانعی در برابر واقعیت است؛ ازاین‌رو، طبیعی است که چنین مذهبی موردانتقاد نظریه‌پردازانی همچون فروید (1964) قرار گیرد که معتقدند مذهب ساختاری روان­نژند دارد و موجب ریا و تعصب می‌شود (مایرز، 1994، به نقل از برآبادی، 1383).

همان‌گونه که فروید و برخی از دانشمندان دیگر معتقدند، مذهب دست‌کم تا اندازه­ای در نیاز به امنیت و حمایت ریشه دارد. هود و همکارانش (1996) نتیجه گرفتند که بیشتر مردم در مواقع سختی به خدا روی می‌آورند. مواقعی که سبب ایجاد چنین وضعیتی می‌شود عبارت‌اند از:

1- بیماری، ناتوانی و رویدادهای منفی که سبب ضعف روانی و جسمی می‌شوند؛

2- انتظار مرگ یا مرگ دوستان و خویشاوندان؛

3- رویارویی با موقعیت ناخوشایند در زندگی (هان، 1997؛ لاولند، 1968؛ و پارکس، 1972، به نقل از بزرگی، 1383).

هرچند فروید دین را توهم، روان آزردگی جهانی و افیون توصیف می‌کند که امید دارد انسان‌ها بر آن چیره شوند (آینده‌ی توهم)، علاقه شدیدی به رفتار مذهبی داشت و مقالات متعدد و سه کتاب مهم درباره این موضوع نگاشته است (کولینز و وودز، به نقل از حیدری، 1382).

البته در عصر فروید، قضاوت منصفانه درباره دین غیرممکن بود. افزون بر آن، نتیجه تحلیل روانی محقق، تابع پیش‌فرض‌های اوست. اگر یکی از پیش‌فرض‌ها بیان کند که دین هیچ اختیار عینی ندارد و به‌هیچ‌وجه، حاکی از حقیقتی متعالی نیست، این نتیجه طبیعی خواهد بود که تجربه، اندیشه و مناسک دینی فرد، برخاسته از نیازها و تمایلات اوست (ولف، 1997، به نقل از ناروتی نصرتی، 1380).

جینا (1995، به نقل از جان بزرگی، 1378) عنوان می‌کند که در میان روان­شناسان رفتار که زیرگروهی از رفتاری­گراها به شمار می‌روند نیز مخالفت با مذهب و معنویت به چشم می‌خورد. به دنبال مخالفت الیس، بنیان‌گذار مکتب عقلانی-عاطفی، با مذهب، بسیاری از روان‌درمانگران شناختی معتقد بودند که هرگونه باور مذهبی، غیرمنطقی و ناپخته است. از نظر الیس و پیروانش، دیدگاه مبتنی بر انکار وجود خدا، راه رسیدن به کمال مطلوب سلامتی و خوبی است.

یونگ، خدا را در زندگی انسان دخیل می‌داند. به اعتقاد وی، خدا با وجود انسان آمیخته است و انسان با او زندگی، احساس و تجربه می‌نماید. به همین دلیل، منبع آن را تعیین می‌کند (روان انسان)، ولی سخن فلاسفه و کلامی‌ها را در شناخت خدا مبهم می‌داند. همین امر سبب شد که یونگ در کسوت کسی که منبع تجارب دینی و افکار مذهبی را روان آدمی می‌داند، به لاادری­گرایی و حتی الحاد متهم شود. یونگ در پاسخ می‌گوید که از دیدگاه روان­شناسان، درباره خدا بیش از آن­چه در روان آدمی وجود دارد، نمی‌توان اظهارنظر کرد؛ روان­شناسان تنها می‌توانند نشانه‌ها و آثار و نه نشانه‌گذار را بشناسد (یونگ، 1938، به نقل از نارویی نصرتی، 1380).

به اعتقاد یونگ، محتویات ناخودآگاه، منشأ وضع و حالی برای انسان است که رفتارهای آدمی را تعیین می‌کند. در باورهای دینی، انگیزه‌ی اصلی در مفاهیم کهن نهفته است. باور به مبدأ کل، به‌عنوان مفهوم کهن، زیربنای باور به خداوند را در ادیان می‌سازد. از سوی دیگر، طراحی انسان برای آینده و پویش راه کمال، او را به سوی باور جهان آخرت می‌کشاند. چون انسان می‌خواهد به غایت و اهداف والایی در زندگی خویش دست یابد و نیز چون عمر کوتاه آدمی به او فرصت نمی‌دهد تا به این اهداف نائل گردد، معتقد می‌شود که در عالم پس از مرگ می‌تواند به این کمال مطلوب دست یابد (یونگ، 1938، به نقل از روحانی، 1375).

یونگ می‌گوید خدا با من است، خدا همان صدای ناخودآگاه است، خدا احتیاج به باور ندارد و چیزی که از درون احساس می‌شود، دیگر باور نمی‌خواهد. با این بحث، ما به ازای خارجی برای چنین تجربه‌ی روان‌شناختی را از حیطه‌ی روان­شناسی که از دانش انسانی بیرون می‌داند؛ بنابراین، آن­چه اریک فرام به یونگ نسبت می‌دهد و می‌گوید که میان یونگ و فروید در انکار خدا فرقی نیست، چندان دقیق نیست (جیمز، 1984، به نقل از نارونی نصرتی، 1380). یونگ نوشت که تمام مراجعان و بیماران بالای سه سال او، بدون معنا و استحکامی بودند که دیدگاه مذهبی می‌توانست به آن‌ها اعطا کند، یعنی آنان به سبب نداشتن دیدگاه مذهبی، معنا و استحکام خود را از دست داده و مریض شده بودند (میردریکوندی، 1382).

فرام در شش نیاز روان‌شناختی خود، نیاز به تعالی را قرار داده است. ما نیاز داریم که افرادی خلاق و بارور شویم. در قانون آفرینش، چه آفریدن زندگی باشد (مانند بزرگ کردن کودکان) یا آفریدن اشیای مادی، هنر یا اندیشه‌ها، از حالت حیوانی فراتر رفته، به حالت آزادی و هدفمندی وارد می‌شویم و ماهیت متعالی داریم (شولتز و شولتز، 1998، به نقل از محمدی، 1384).

آدلر نیز در ابتدا وظایف سه‌گانه زندگی را شامل کار، ارتباط و عشق می‌دانست، سپس وظیفه چهارمی به آن‌ها افزود تحت عنوان سازش یا کنار آمدن با خود؛ و سرانجام وظیفه معنوی یا وجودی را مطرح کرد که به‌عنوان معنادهی به زندگی نامیده می‌شود (منسکر و گلد، 2000).

مزلو (به نقل از یزدی، 1375) یافتن معنا در زندگی را نگرانی عمده و اولیه‌ی انسان می‌داند. پیدمنت (1999)، عنوان می‌کند که اگرچه روان­شناسی انسان‌گرا، تنها بر معنویت متمرکز نیست، ولی به دلیل اهمیت دادن به رشد، به بعد متعالی نزدیک می‌باشد. وی می‌افزاید به اعتقاد مزلو فرد خودشکوفا به دنبال بالا بردن هستی خویش تا معرفتش را به خود و دیگران گسترش دهد و در هر کاری از شخصیت خود بهره گیرد. این فرایند توسط مجموعه بزرگ‌تری از ارزش‌ها هدایت می‌شود که بر خوبی، زیبایی و زندگی تأکید می‌کند. این مضمون‌ها در روان­شناسی وجودی فرانکل بسط و تفصیل می‌یابد؛ کسی که بر بعد درک و فهم انسان تأکید می‌کند: انگیزه‌ی درونی فرد، معنا و هدفی جامع در زندگی او به وجود می‌آورد، به‌گونه‌ای که زندگی او را به سوی هدف اساسی و منزلت فردی سوق می‌دهد. در این جستجو فرد به مسؤولیت خود در قبال زندگی‌اش اعتراف می‌کند.

به اعتقاد فرانکل، انسان باید به این موضوع نیز توجه داشته باشد که در برابر پرسشی که او از هستی می‌کند و می‌گوید: «معنای زندگی‌ام چیست؟»، زندگی یا هستی، زیستن وی را زیر سؤال می‌برد و مسؤول است که به این پرسش زندگی پاسخ دهد. زندگی نوعی وظیفه است. انسان مذهبی با انسان غیرمذهبی تنها از این جهت اختلاف دارد که انسان باایمان می‌تواند وجود خود را نه از سر وظیفه که به صورت رسالت تجربه کند، یعنی به وجود آن‌که وظیفه را به او محول کرده است، یعنی از منشأ رسالتش آگاه می‌باشد. سال‌هاست که منشأ این وظیفه را خدا نام نهادند (سیف بهزاد، 1372).

از آن­جا که دو متغیر اصلی در این پژوهش سلامت روان و ایمان مذهبی می‌باشد، جا دارد توضیح جداگانه‌ای برای نحوه ارتباط میان این دو متغیر در نظر گرفته شود که در این گفتار، بدان پرداخته شده است.

**2-4. سلامت روان و ایمان**

**2-4-1. نظریات و الگوها**

به طور کلی در زمینه نقش مذهب در بهداشت روانی و جسمانی و نیز مقابله با عوامل فشارزا نظریات و الگوهای گوناگونی ارائه شده است که در این­جا به ذکر دو مورد عمده بسنده می‌شود:

الف: نقش مذهب در مقابله با عوامل فشارزا. پارگامنت از جمله پژوهشگرانی است که نظریه‌ی جامعی در زمینه نقش مذهب در مقابله با عوامل فشارزا مطرح کرده است. او به سه شیوه تأثیرگذار مذهب در جریان مقابله با فشارهای گوناگون روانی و محیطی اشاره دارد:

نخست آن­که، مذهب می‌تواند به عنوان بخشی از فرایند مقابله تلقی شود و بر نحوه ارزیابی فرد از عامل تهدیدکننده و شدن آن اثر گذارد.

دوم آن­که، مذهب می‌تواند در فرایند مقابله مداخله کند. بدین معنی که در تعریف مجدد از مشکل به گونه­ای قابل‌حل کمک کند.

سوم آن­که، مذهب می‌تواند روی نتایج و پیامدهای حاصل از عوامل فشارزا تأثیر گذارد؛ به عبارت دیگر، تفسیر افراد از نتایج و پیامدهای مربوط به رویدادهای زندگی، تحت تأثیر باورهای مذهبی قرار می‌گیرد (ابراهیمی قوام، 1374، به نقل از خدایاری و همکاران).

ب: تأثیر مذهب در سلامت از طریق تغییر سبک زندگی. والریت و لاری (1995) الگویی ارائه داده‌اند که باورهای مذهبی را به دستگاه ایمنی عصبی-روانی پیوند می‌دهد. این پژوهشگران دیدگاهی روانی-اجتماعی را برای توجیه رابطه بین مذهب و سلامت روان پیشنهاد می‌کنند. آن‌ها سلامتی را حالتی تعریف می‌کنند که دربردارنده مؤلفه‌هایی همچون عمر طولانی، شادمانی، بهبودی بیماری‌های حاد و بازگشت به سطح سلامتی پیشین است. تأثیر زیادی بر رفتار و نگرش‌های مهم افراد از جمله برنامه‌ریزی، خانواده، کار، سیاست و چگونگی تفسیر رویدادهای زندگی روزانه داشته باشد (خدایاری و همکاران، 1380).

**2-4-2. بررسی اصطلاحات قرآنی پیرامون سلامت روان**

قرآن در سخن گفتن از آدمی، واژه‌ها و مفاهیم معینی را به کار می‌گیرد. در مجموع، آن­چه درباره‌ی آیات و شواهد قرآنی، در مورد «سلامت روان» مورد تفحص قرار گرفت، اصطلاحات «رشد»، «قلب سلیم» و «نفس مطمئنه»، نزدیک‌ترین مفاهیم به «سلامت روان» هستند که مورد ارزیابی و مداقه قرار می‌گیرند.

**رشد**

«رشد» در لغت، به معنای راه‌یابی، هدایت و ثبات در راه حق است و مقابل کلمه «غی» به معنای ضلالت قرار دارد. رشد، رسیدن به راهی است که آدمی را به هدف می‌رساند (مصطفوی، 1360).

- «لاَ إِكْرَاهَ فِي الدِّينِ قَد تَّبَيَّنَ الرُّشْدُ مِنَ الْغَيِّ فَمَنْ يَكْفُرْ بِالطَّاغُوتِ وَيُؤْمِن بِاللّهِ فَقَدِ اسْتَمْسَكَ بِالْعُرْوَةِ الْوُثْقَىَ لاَ انفِصَامَ لَهَا وَاللّهُ سَمِيعٌ عَلِيمٌ» ﴿البقرة، ۲۵۶﴾

واژه‌ی رشد در فرهنگ قرآنی، از واژه‌های حوزه‌ی عقل و فکر انسان است و به معنای رشد جسمانی نیست. رشد، کمال عقل است. ازاین‌رو، نمی‌توان کسی را که عاقل است، رشید نامد (شاکر، 1378).

از دیدگاه صاحب‌نظران روان‌شناسی اسلامی، در ادبیات قرآنی، واژه «رشد» بهترین اصطلاح برای تبیین مفهوم سلامت روان و مسیر حرکت انسان به سوی کمال است (حسینی، 1364).

- «وَإِذَا سَأَلَكَ عِبَادِي عَنِّي فَإِنِّي قَرِيبٌ أُجِيبُ دَعْوَةَ الدَّاعِ إِذَا دَعَانِ فَلْيَسْتَجِيبُواْ لِي وَلْيُؤْمِنُواْ بِي لَعَلَّهُمْ يَرْشُدُونَ» ﴿البقرة، ۱۸۶﴾، در این آیه، نتیجه‌ی ایمان به خدا و اجابت دعوت او، رشد و تکامل عنوان شده است.

در حقیقت، مقصود از دعوت پیامبران الهی و پذیرش آن توسط مردم، دست‌یابی به تکامل روانی است. دست‌یابی به حداکثر رشد که به طور مترادف با کمال به کار می‌رود، در حقیقت، فلسفه‌ی زندگی از دیدگاه قرآن است. به یقین هیچ عاقلی نمی‌تواند ادعا کند که به حداکثر رشد و تکامل دست یافته و امکان دست‌یابی به مراحل بالاتر و پیشرفته‌تر برای او غیرمقدور است. وقتی جهان‌بینی اسلامی و فلسفه‌ی زندگی از دیدگاه قرآن را در حرکت تکاملی خلاصه نماییم، انسانی که در این مسیر حرکت می‌نماید، از معیار ایده­آل سلامت روان برخوردار است و به هر مقدار که از این مسیر فاصله داشته باشد، از سلامت روان دور است (حسینی، 1364).

**قلب سلیم**

در لغت، «سلامه»، به معنای مصون بودن از بیماری ظاهری و باطنی و «قلب سلیم»، به معنای دل و اندیشه‌ای است که از دغل و نادرستی به دور باشد (راغب اصفهانی، 1412).

در تفاسیر، قلب سلیم، قلبی است که از شرک و شک و فساد و معاصی در امان باشد (طبرسی، 1372؛ طوسی، - و طیب، 1378).

اختصاص قلب به سلامت به این دلیل است که سلامت قلب باعث سلامت باقی اعضا و فساد آن نیز باعث فساد سایر اعضا می‌گردد (بانوی اصفهانی، 1361).

درباره اهمیت قلب سلیم همین بس که قرآن مجید آن را تنها سرمایه نجات، در روز قیامت معرفی کرده است:

- «يَوْمَ لَا يَنفَعُ مَالٌ وَلَا بَنُونَ» ﴿الشعراء، ۸۸﴾

- «إِلَّا مَنْ أَتَى اللَّهَ بِقَلْبٍ سَلِيمٍ» ﴿الشعراء، ۸۹﴾

در روایتی از حضرت صادق (ع) نقل شده است: «القلب السلیم الذی یلقی ربه و لیس فیه احد سواه» (مجلسی، 1404)، یعنی: قلب سلیم قلبی است که خدا را ملاقات کند در حالی که هیچ‌کس جز او در آن نباشد.

حضرت صادق (ع) در روایت دیگری می‌فرمایند: «صاحب النیه الصادقه صاحب القلب السلیم، لان سلامه القلب من هواجس المذکورات تخلص النیه لله فی الامور کلها» (گیلانی، 1377)، یعنی: کسی که نیت صادقی دارد، صاحب قلب سلیم است، چرا که سلامت قلب از شرک و شک، نیت برای خدا را در همه امور، خالص می‌کند.

قلب سلیم، قلبی است که از شرک جلی و خفی، اخلاق زشت و آثار گناه و هرگونه تعلق به غیر که توجه انسان را به سوی خدا مختل می‌گرداند و در ایمان و تصدیق او نسبت به خداوند متعال، خلل وارد می‌کند، خالی باشد (طباطبایی، 1417).

انسانی که در مسیر رشد و سلامت روان قرار گرفته با اصلاح خویش در دو حوزه اندیشه و رفتار می‌تواند خود را در این مسیر ارتقا داده و به مراتب بالاتر برساند.

اصطلاح قلب سلیم، می‌تواند با معنای سلامت روانی، رابطه نزدیکی داشته باشد زیرا فرد دارای قلب سلیم از بیماری‌های فکری و رفتاری نجات یافته و به مرحله بالاتری از سلامت رسیده است.

**نفس مطمئنه**

«يَا أَيَّتُهَا النَّفْسُ الْمُطْمَئِنَّةُ» ﴿الفجر، ۲۷﴾

«مطمئنه» یکی از صفات نفس است که در این حالت نفس، منقاد عقل می‌گردد. منظور از اطمینان، قوت قلب است، بدین معنا که هیچ‌گونه تزلزل، اضطراب، شک و شبهه در قلب رسوخ نمی‌کند (طیب، 1378).

«نفس مطمئنه» نفسی است که با ایمان و یاد خدا سکونت یافته و به مقام رضا رسیده است. خود را بنده‌ای می‌بیند که مالک هیچ خیر و شر و نفع و ضرری برای خود نیست. دنیا را یک زندگی مجازی و نفع و ضرر آن را امتحان الهی می‌داند. در نتیجه، نعمت‌های دنیا او را به طغیان و استکبار نمی‌کشاند و تهیدستی و ناملایمات او را به کفر و ترک شکر وانمی‌دارد؛ بلکه همچنان در عبودیت خود، پابرجاست و با افراط و تفریط از صراط مستقیم منحرف نمی‌شود. (طباطبایی، 1417).

وصف نفس انسان به اطمینان، نشانگر انسانی است که در مسیر سلامت روان، آلودگی‌های فکری و رفتاری را از وجود خود پاک نموده به حالت سکون و آرامش روان دست یافته و از ناراحتی‌های روانی مانند تشویش، اندوه، اضطراب و ... به دور است. این توصیف می‌تواند نشانگر انسان دارای مراتب بالایی از سلامت روان باشد.

**2-4-3. مفهوم سلامت روان در قرآن**

با توجه به مبانی ارائه شده درباره ماهیت انسان و اصطلاحات قرآنی پیرامون سلامت روان، می‌توان دریافت مفهوم «سلامت روان» در قرآن عبارت است از: «رشد و استکمال نفسانی انسان موحد، برای رسیدن به مقصد نهایی خلقت انسان یعنی مقام عبودیت و بندگی خداوند متعال». در قرآن سلامت روان بر اساس خدامحوری است. بدین گونه که با ارائه و اصلاح بینش انسان در حوزه‌ی اندیشه، او را به مسیر ایمان و توحید دعوت می‌نماید: «فَآمِنُوا بِاللَّهِ وَرَسُولِهِ وَالنُّورِ الَّذِي أَنزَلْنَا وَاللَّهُ بِمَا تَعْمَلُونَ خَبِيرٌ» ﴿التغابن، 8﴾

سپس او را در پیمودن درجات و مراتب این مسیر از طریق اصلاح رفتار و انجام عمل صالح ترغیب می‌نماید: «مَن كَانَ يُرِيدُ الْعِزَّةَ فَلِلَّهِ الْعِزَّةُ جَمِيعًا إِلَيْهِ يَصْعَدُ الْكَلِمُ الطَّيِّبُ وَالْعَمَلُ الصَّالِحُ يَرْفَعُهُ وَالَّذِينَ يَمْكُرُونَ السَّيِّئَاتِ لَهُمْ عَذَابٌ شَدِيدٌ وَمَكْرُ أُوْلَئِكَ هُوَ يَبُورُ» ﴿فاطر، 10﴾

مراد از «کلم طیب»، عقاید حق از قبیل توحید است و مراد از صعود آن، تقرب به خدای تعالی و مراد از عمل صالح، عملی که بر طبق عقاید حق صادر شود و با آن سازگار باشد (طباطبایی، 1417).

ازاین‌رو، محور توحید بر تمام واژه‌ها و مفاهیم قرآنی سایه انداخته است که ارتباط مستقیم با سلامت روان و کمال انسانی دارد. تعابیر مختلف مربوط به صاحبان مقام توحید، در قرآن و روایات این موضوع را تأیید می‌نماید. در مقابل، افرادی که خدا را فراموش کرده و در جرگه‌ی اصحاب المشمئمه و گناهکاران قرار گرفتند، عذاب خدا را درک کرده و در همین دنیا از سلامت روان به معنای حقیقی برخوردار نیستند.

از دیدگاه قرآن، عبودیت مقصد نهایی انسان است؛ مقصدی که کانون اصلی و هدف غایی در تربیت قرآنی است. (الغاریات، 56)

انسان وقتی در مسیر رسیدن به این مقصد قرار گیرد، در جرگه‌ی انسان‌های رشد یافته و دارای سلامت روان (از دیدگاه قرآن) محسوب می‌شود و می‌تواند درجات و مراحل آن را تا رسیدن به مقصد، طی نماید.

در قرآن، واژه‌ها و اصطلاحاتی مانند رشد، قلب سلیم، نفس مطمئنه، مقام قرب و ...، به نحوی با مفهوم عبودیت متناظرند و به شئون مختلف آن اشاره دارند.

تجلی عبودیت در وجود انسان، پس از کسب اندیشه‌ی توحیدی و عمل به دستورات شریعت در قالب قلب سلیم و نفس مطمئنه به منصه‌ی ظهور می‌رسد.

رابطه‌ی عبودیت با رشد و قرب نیز به همین صورت است. اگر عبودیت را به عنوان مقصد در نظر بگیریم، نیل به رشد، راه‌یابی و راه‌یافتگی به مسیر این مقصد و نیل به قرب، رسیدن به مراتب بالای آن است.

بنابر این، صعود به قله‌ی رفیع عبودیت و کمال نفسانی که با رعایت جمیع مراتب نظری، معرفتی و عملی حاصل می‌گردد، غایت سلامت و کمال روان آدمی از دیدگاه قرآن است. بر این اساس، «سلامت روان در قرآن»، طیف گسترده‌ای را دربر می‌گیرد که در آن مراحل و درجات متعددی از «حداقل» تا «ایده­آل» سلامت روان قرار دارد.

در واقع، سلامت روان از دیدگاه قرآن یک روند است نه یک «نقطه‌ی ثابت». یک «مسیر» است نه یک «مقصد». بدین معنی که هر اندازه انسان به نقطه‌ی آغازین این مسیر نزدیک باشد، دارای حداقل معیار سلامت روان و هر اندازه متعالی‌تر شود و به نقطه‌ی نهایی نزدیک گردد، از سلامت روانی و کمال بیشتری برخوردار خواهد بود.

در قرآن تعابیری وجود دارد که دو مراتب بودن سلامت روانی و رشد انسانی را نشان می‌دهد.

- «يَرْفَعِ اللَّهُ الَّذِينَ آمَنُوا مِنكُمْ وَالَّذِينَ أُوتُوا الْعِلْمَ دَرَجَاتٍ وَاللَّهُ بِمَا تَعْمَلُونَ خَبِيرٌ» ﴿ المجادلة، ۱۱﴾

- «أُوْلَئِكَ هُمُ الْمُؤْمِنُونَ حَقًّا لَّهُمْ دَرَجَاتٌ عِندَ رَبِّهِمْ وَمَغْفِرَةٌ وَرِزْقٌ كَرِيمٌ» ﴿الأنفال، ۴﴾

- «هُمْ دَرَجَاتٌ عِندَ اللّهِ واللّهُ بَصِيرٌ بِمَا يَعْمَلُونَ» ﴿آل عمران، ۱۶۳﴾

در قرآن، «مقربان» با رسیدن به درجه‌ی کمال عبودیت، در مراتب بالای سلامت روان قرار دارند و با وصف «سابقون» خوانده شده­اند.

- «فَأَصْحَابُ الْمَيْمَنَةِ مَا أَصْحَابُ الْمَيْمَنَةِ ﴿۸﴾ وَأَصْحَابُ الْمَشْأَمَةِ مَا أَصْحَابُ الْمَشْأَمَةِ ﴿۹﴾ وَالسَّابِقُونَ السَّابِقُونَ ﴿۱۰﴾ أُوْلَئِكَ الْمُقَرَّبُونَ ﴿۱۱﴾» ﴿الواقعة، 8-11﴾

کلمه عبودیت، مرحله‌ای است که عبد، تابع محض مولا می‌گردد، آن­چه طلب می‌کند و آن­چه انجام می‌دهد، همه بر وفق اراده‌ی مولای اوست. در این مرتبه، انسان تحت ولایت خاص خدا و در زمره‌ی اولیاءالله قرار می‌گیرد (طباطبایی، 1417).

«اصحاب یمین» در مراتب پایین‌تر از مقربان قرار دارند، اما چون در مسیر رشد و تکامل هستند، اهل سعادت‌اند و می‌توانند با ارتقاء درجه‌ی ایمان و عمل صالح خود را به مراتب بالاتر برسانند.

- «قَالَتِ الْأَعْرَابُ آمَنَّا قُل لَّمْ تُؤْمِنُوا وَلَكِن قُولُوا أَسْلَمْنَا وَلَمَّا يَدْخُلِ الْإِيمَانُ فِي قُلُوبِكُمْ وَإِن تُطِيعُوا اللَّهَ وَرَسُولَهُ لَا يَلِتْكُم مِّنْ أَعْمَالِكُمْ شَيْئًا إِنَّ اللَّهَ غَفُورٌ رَّحِيمٌ» ﴿الحجرات، ۱۴﴾

مراتب اسلام و ایمان بر اساس آیه فوق عبارت است از:

1. اسلام با اقرار لسانی که بدون ایمان قلبی است.
2. اقرار لسانی و ایمان قلبی به صورتی که هنوز در قلب رسوخ نکرده است.
3. ایمان با رسوخ در قلب به صورتی که ملکه نشده باشد.
4. ایمان در قلب ملکه شده اما اعمال انسان آلوده به معاصی است.
5. اسلام اخص از ایمان، به معنی تسلیم نسبت به رسیدن به بلاها و سختی‌هاست (طیب، 1378).

«اصحاب مشئمه» افرادی هستند که به مرتبه‌ی سلامت روان نرسیده‌اند. زیر اندیشه و رفتار آن‌ها در مسیر ایمان و عمل صالح نیست. از دیدگاه قرآن، این افراد هرچند در زندگی دنیوی از رفاه و امکانات مادی فراوانی بهره‌مند باشند، اما چون به مراتب ایمان و عبودیت نرسیده‌اند از سلامت و آسایش روان، بی‌بهره و اهل شقاوت هستند.

- «وَمَنْ أَعْرَضَ عَن ذِكْرِي فَإِنَّ لَهُ مَعِيشَةً ضَنكًا وَنَحْشُرُهُ يَوْمَ الْقِيَامَةِ أَعْمَى» ﴿طه، 124﴾

در قرآن، علاوه بر درجات، مصادیق و الگوهایی نیز برای سلامت روان با تعابیری چون «انبیاء»، «صدیقان»، «شهیدان» و «صالحان» مطرح گشته است: «وَمَن يُطِعِ اللّهَ وَالرَّسُولَ فَأُوْلَئِكَ مَعَ الَّذِينَ أَنْعَمَ اللّهُ عَلَيْهِم مِّنَ النَّبِيِّينَ وَالصِّدِّيقِينَ وَالشُّهَدَاء وَالصَّالِحِينَ وَحَسُنَ أُولَئِكَ رَفِيقًا» ﴿النساء، 69﴾

در این آیه، کسانی که مطیع و منقاد اوامر و نواهی خدا و رسول باشند، همراه با کسانی که خداوند به آن‌ها نعمت بخشیده است، قرار می‌گیرد. این افراد نیز در مراحل مختلف تکامل قرار دارند.

گروه اول انبیاء هستند که به عنوان مصداق انسان کامل در شکوفا ساختن استعداد بشری و رسیدن به مقام قرب و لقای الهی معرفی شده‌اند.

در مرتبه بعد، صدیقان قرار دارند که شاهدان و بینندگان حقایق و اعمال هستند. گروه سوم شهدا هستند که شاهد بر رفتار دیگران‌اند و در آخر صالحان هستند که از طریق اصلاح رفتار خود و استقامت در انجام کارهای شایسته، لیاقت و آمادگی برای دریافت کرامات الهی را دارند، اما در درجه‌ی پایین‌تر از پیامبران، صدیقان و شهیدان قرار گرفته‌اند (طباطبایی، 1417).

**2-4-4. ویژگی‌های سلامت روان در قرآن**

قرآن برای انسان‌هایی که در مسیر سلامت روان قرار گرفته و پیوسته مراحل تکامل را می‌پیمایند، ویژگی‌هایی را مطرح می‌نماید که در زیر به برخی از آنان اشاره می‌گردد.

**ویژگی‌های اعتقادی**

1. ایمان: از دیدگاه قرآن نخستین ویژگی انسان‌های دارای سلامت روان، ایمان است. «وَإِذَا سَأَلَكَ عِبَادِي عَنِّي فَإِنِّي قَرِيبٌ أُجِيبُ دَعْوَةَ الدَّاعِ إِذَا دَعَانِ فَلْيَسْتَجِيبُواْ لِي وَلْيُؤْمِنُواْ بِي لَعَلَّهُمْ يَرْشُدُونَ» ﴿البقرة، 186﴾

ایمان به معنی باور و اعتقادی است که در عمق وجود انسان رسوخ می‌یابد و آثار آن بر اعمال و رفتار آدمی پدیدار می‌گردد.

1. توکل: از دیدگاه قرآن ویژگی دیگر انسان‌های دارای سلامت روان، توکل به خدا و اعتماد به پروردگار متعال است. «إِن يَنصُرْكُمُ اللّهُ فَلاَ غَالِبَ لَكُمْ وَإِن يَخْذُلْكُمْ فَمَن ذَا الَّذِي يَنصُرُكُم مِّن بَعْدِهِ وَعَلَى اللّهِ فَلْيَتَوَكِّلِ الْمُؤْمِنُونَ» ﴿آل عمران، 160﴾
2. اطمینان و آرامش خاطر: از دیدگاه قرآن ایمان باعث آرامش و طمأنینه در انسان می‌گردد. «الَّذِينَ آمَنُواْ وَتَطْمَئِنُّ قُلُوبُهُم بِذِكْرِ اللّهِ أَلاَ بِذِكْرِ اللّهِ تَطْمَئِنُّ الْقُلُوبُ» ﴿الرعد، 28﴾
3. مثبت نگری: انسان دارای سلامت روان، نگرشی مثبت نسبت به خود و جهان پیرامون خود دارد. «اللّهُ وَلِيُّ الَّذِينَ آمَنُواْ يُخْرِجُهُم مِّنَ الظُّلُمَاتِ إِلَى النُّوُرِ» ﴿البقرة، 257﴾
4. امیدواری به رحمت الهی: انسانی که در سایه ایمان، در مسیر سلامت روان قرار گرفته و تمام اسباب و عوامل عالم را به دست خدا می‌بیند، همیشه به او امیدوار است و از رحمت او مأیوس نمی‌گردد. «يَا بَنِيَّ اذْهَبُواْ فَتَحَسَّسُواْ مِن يُوسُفَ وَأَخِيهِ وَلاَ تَيْأَسُواْ مِن رَّوْحِ اللّهِ إِنَّهُ لاَ يَيْأَسُ مِن رَّوْحِ اللّهِ إِلاَّ الْقَوْمُ الْكَافِرُونَ» ﴿یوسف، 87﴾
5. رضا و تسلیم: رضا یک حالت روانی در انسان است که نسبت به قضا و قدر الهی همواره تسلیم و راضی است و نسبت به سرنوشت خود حالت خشم و نارضایتی ندارد و مقررات عالم را مطابق مصلحت خود می‌داند.

**ویژگی‌های رفتاری**

1. **ویژگی‌های فردی**
   1. **تقوا:** تقوا و پرهیزکاری از مهم‌ترینو زیربنایی‌ترین ویژگی‌های رفتاری انسان سالم در قرآن است. تقوا یعنی انسان در روح و روان خود حالت و قوتی به وجود آورد که به او مصونیت از گناه و نافرمانی از اوامر الهی بدهد و او را از دچار شدن به معاصی بازدارد. «وَتَزَوَّدُواْ فَإِنَّ خَيْرَ الزَّادِ التَّقْوَى وَاتَّقُونِ يَا أُوْلِي الأَلْبَابِ» ﴿البقرة، 197﴾
   2. **صبر: یکی دیگر از ویژگی‌های برجسته رفتاری انسان سالم در قرآن صبر و استقامت است. کمتر موضوعی در قرآن می‌توان یافت که مانند صبر تکرار شده و مورد تأکید قرار گرفته باشد.** «يَا أَيُّهَا الَّذِينَ آمَنُواْ اسْتَعِينُواْ بِالصَّبْرِ وَالصَّلاَةِ إِنَّ اللّهَ مَعَ الصَّابِرِينَ» ﴿البقرة، 153﴾
   3. **ذکر:** انسان دارای سلامت روان، همواره متذکر و به یاد خداست و هیچ‌گاه مسؤولیت و بندگی خویش را در برابر پروردگار متعال فراموش نمی‌کند. «إِنَّ فِي خَلْقِ السَّمَاوَاتِ وَالأَرْضِ وَاخْتِلاَفِ اللَّيْلِ وَالنَّهَارِ لآيَاتٍ لِّأُوْلِي الألْبَابِ» ﴿آل عمران، 191﴾
   4. **شکر:** یکی دیگر از ویژگی‌های رفتار انسان سالم، داشتن روحیه شکرگزاری است که نشان‌دهنده‌ی سلامت فرد در قلمرو اندیشه، احساسات و عواطف است. در قرآن گاهی فرمان شکرگزاری از نعمت‌های الهی در کنار ذکر خدا و همتای آن قرار گرفته است و گاه شکرگزاری مؤمنان نشانه یکتاپرستی آنان خوانده شده است.  
      «فَاذْكُرُونِي أَذْكُرْكُمْ وَاشْكُرُواْ لِي وَلاَ تَكْفُرُونِ» ﴿البقرة، 152﴾
2. **ویژگی‌های اجتماعی**
   1. **وفای به عهد:** از ویژگی‌ها و امتیازات افراد سالم، وفای به عهد و پیمان است. قرآن، انسان‌ها را به وفای به عهد فرامی‌خواند و انسان را در برابر آن مسؤول می‌داند. «وَلاَ تَقْرَبُواْ مَالَ الْيَتِيمِ إِلاَّ بِالَّتِي هِيَ أَحْسَنُ حَتَّى يَبْلُغَ أَشُدَّهُ وَأَوْفُواْ بِالْعَهْدِ إِنَّ الْعَهْدَ كَانَ مَسْؤُولًا» ﴿الإسراء، 34﴾
   2. **امانت‌داری:** از ویژگی‌های دیگر انسان‌های متکامل و دارای سلامت روان در قرآن، امانت‌داری است. «وَالَّذِينَ هُمْ لِأَمَانَاتِهِمْ وَعَهْدِهِمْ رَاعُونَ» ﴿المؤمنون، 8﴾ امانت‌داری، سبب جلب اعتماد عمومی و ایجاد جامعه‌ای مطمئن و رو به کمال می‌گردد. امانت در منطق قرآن دامنه بسیار وسیع و گسترده دارد و تمام شئون فردی و اجتماعی را دربر می­گیرد.
   3. **احسان به خانواده:** از دیگر ویژگی‌های انسان سالم در قرآن، احسان به خانواده است که در سه شاخه‌ی والدین، همسر و فرزندان قرار می‌گیرد و احسان و نیکی به والدین مهم‌ترین عنصر است. «لاَ تَعْبُدُونَ إِلاَّ اللّهَ وَبِالْوَالِدَيْنِ إِحْسَانًا» ﴿البقرة، 83﴾
   4. **دوستی و محبت به دیگران:** نوع‌دوستی و مهرورزی از جمله صفات انسان سالم در قرآن است. یکی از ویژگی‌های ذاتی انسان در قرآن، «حب» بیان شده که خداوند آن را در انسان به ودیعه گذاشته است.  
      «وَأَلَّفَ بَيْنَ قُلُوبِهِمْ لَوْ أَنفَقْتَ مَا فِي الأَرْضِ جَمِيعًا مَّا أَلَّفَتْ بَيْنَ قُلُوبِهِمْ وَلَكِنَّ اللّهَ أَلَّفَ بَيْنَهُمْ إِنَّهُ عَزِيزٌ حَكِيمٌ» ﴿المؤمنون، 63﴾
   5. **عفو و اغماض:** عفو و بخشش در جامعه، سلامت روانی افراد را تأمین می‌کند. تشویش خاطر و نارضایتی را از میان برده و دوستی، صلح و صفا برقرار می‌نماید. «الَّذِينَ يُنفِقُونَ فِي السَّرَّاء وَالضَّرَّاء وَالْكَاظِمِينَ الْغَيْظَ وَالْعَافِينَ عَنِ النَّاسِ وَاللّهُ يُحِبُّ الْمُحْسِنِينَ» ﴿آل عمران، 134﴾
   6. **حسن خلق و خوش‌رفتاری با همنوعان:** از دیگر ویژگی‌های انسان سالم در قرآن حسن خلق می‌باشند که از فضیلت و سلامت روان نشأت گرفته و دلیل بر بزرگواری و تواضع روح است. «فَبِمَا رَحْمَةٍ مِّنَ اللّهِ لِنتَ لَهُمْ وَلَوْ كُنتَ فَظًّا غَلِيظَ الْقَلْبِ لاَنفَضُّواْ مِنْ حَوْلِكَ فَاعْفُ عَنْهُمْ وَاسْتَغْفِرْ لَهُمْ وَشَاوِرْهُمْ فِي الأَمْرِ فَإِذَا عَزَمْتَ فَتَوَكَّلْ عَلَى اللّهِ إِنَّ اللّهَ يُحِبُّ الْمُتَوَكِّلِينَ» ﴿آل عمران، 159﴾

**2-4-5. ایمان از چه راه‌هایی موجب سلامت می‌شود؟**

این­که معنویت چگونه در تأمین سلامت کمک می‌کند نظریات زیادی مطرح‌ شده است. بااین‌حال، شایع‌ترین تبیین‌ها به این شرح است: معنویت موجب هدایت شدن در تصمیم‌گیری‌ها و فشارها می‌گردد، به داشتن پاسخ برای پرسش‌های بزرگ و فلسفه غایت جهان کمک می‌کند، برای معتقدین خود حمایت اجتماعی را در جنبه‌های انسانی و الهی تأمین می‌کند، مثبت نگری و خوش‌بینی ایجاد کرده، معنا و هدف‌داری در زندگی ایجاد می‌کند، امیدواری و انگیزش در افراد و پیروان خود ایجاد می‌کند، توانمندی فرد را افزایش داده، احساس تسلط داشتن، الگوی پذیرش و تحمل رنج و نیز سازگاری با استرس‌ها و مشکلات را می‌افزاید. همه این‌ها که از پیامد دین‌داری و گرایش به زندگی معنوی است نیاز همه بیماران است و عواملی است که پژوهش‌ها نشان داده است مؤثر در بهبودی، بهزیستی و ارتقای سلامت در ابعاد بیوفیزیولوژیک، ایمونولوژیک و روانی-اجتماعی است (بوالهری، 1389).

مهم‌ترین متغیر میانجی در مدل پیشنهادی این پژوهش شادکامی می‌باشد که به همین دلیل ابتدا به آن خواهیم پرداخت.

**2-8. پیشینه تحقیق**

شیوع اختلالات روانی بسیار بالا است و پیش‌بینی شده است تا سال 2020، دومین عامل از کار افتادگی در دنیا افسردگی باشد که عامل بسیار نگران کننده‌ای است (مورای و لوپز، 1997). همچنین، بررسی‌ها از سال 1380-1342 در ایران نشان می‌دهد بیش از نیمی از دانشجویان نیازمند مراجعه به روان‌شناس می‌باشند که رسیدگی به وضعیت جوانان را بیش از پیش بااهمیت می‌سازد (پورشریفی، 1383؛ به نقل از آزاد).

محققان زیادی بر تأثیر مذهب، شادکامی، سبک‌های دل‌بستگی و منبع کنترل، هر یک به صورت جداگانه بر سلامت روان تأکید دارند و در این زمینه بررسی‌های متعددی صورت گرفته است که در این بخش به چند مورد از آن‌ها اشاره خواهد شد. گرچه سهم بررسی ایمان بسیار اندک است و یک متغیر نوین در عرصه روان‌شناسی به شمار می‌آید که از نظر علمی، میان مذهب و اخلاقیات، پیوند برقرار می‌کند و از این حیث جای کار بسیاری دارد.

**2-8-1. سلامت روان و ایمان**

نسبت به میزان اهمیت این دو حوزه پژوهشی، مطالعات کمی در زمینه رابطه مذهب و سلامت روانی در سطح جهانی انجام گرفته است. سهم معنویت و سلامت روان اندکی بیشتر است. گرچه نتایج تحقیقات در رابطه با اثر مثبت یا منفی ایمان، معنویت و مذهب بر سلامت روان گاه ضد و نقیض به نظر می‌رسد، اما اثر مثبت آن به وضوح در تحقیقات بیشتری به اثبات رسیده است.

در پژوهشی ارتباط میان ایمان (نگرش‌ها در برابر رفتارها) و سلامت روان در جمعیت بیماران مبتلا به سرطان و بازماندگان مورد بررسی قرار گرفت. سلامت روان به نحو مثبتی با مفهوم خدای مهربان و به نحو منفی با مفهوم خدای سخت‌گیر مرتبط بود. سلامت روان با هدف درمانی (درمان در مقابل شیمی‌درمانی / تسکین)، فراوانی عبادت و نماز، انگیزه ایمان درونی، یا درد فیزیکی غیرمرتبط بود. عقیده به خدا به عنوان دوست به طرز نیرومندی با سلامت روان بالاتر در ارتباط بود، حتی با وجود پیش‌آگهی ضعیف یا درد (میسن‌هلدر[[1]](#footnote-1) و همکاران، 2013).

در یک مطالعه که توسط ریپنتروپ[[2]](#footnote-2) و همکاران انجام گرفت، رابطه مذهب-معنویت و سلامت جسمانی، سلامت روانی و درد در جمعیت مبتلا به درد مزمن مورد بررسی قرار گرفت. این تحقیق روی 122 بیمار مبتلا به درد مزمن عضلانی-اسکلتی اجرا شد. بیماران مذهبی دردمند یا دارای عقاید معنوی، متفاوت از جمعیت عمومی (مانند بیماران دردمندی که احساس تمایل کمتری به کاهش درد در جهان داشته و بیشتر احساس می‌کردند توسط خدا رها شده‌اند) ظاهر شدند. تحلیل رگرسیون چندگانه رابطه معنی‌داری میان مذهب-معنویت و سلامت جسمی و روانی آشکار کرد. تجارب، حمایت مذهبی، خودارزیابی از مذهب-معنویت، قویاً به صورت معنی‌داری سلامت روانی را پیش‌بینی می‌کرد (ریپنتروپ و همکاران، 2005).

در پژوهشی رابطه میان معنویت، اعمال مذهبی، عامل‌های شخصیت و سلامتی در میان پنج آیین معنوی-ایمانی مختلف (بودایی، کاتولیک‌ها، یهودیان، مسلمانان و پروتستان) مورد بررسی قرار گرفت. نتایج تحلیل آنووا نشان داد که سلامتی بسته به درجه ایمان متفاوت است. همبستگی پیرسون برای کل نمونه مورد بررسی نشان داد که سلامت روانی بالاتر به طور معناداری با افزایش معنویت مرتبط است (جانستون[[3]](#footnote-3) و همکاران، 2012).

در تحقیق دیگری که توسط جانسین[[4]](#footnote-4) و همکاران (2005) انجام گرفت، با استفاده از اندازه‌گیری‌های متعدد مذهب اثر آن بر روی سلامت روان بررسی شد. نتایج نشان داد میزان سلامت روان به باورهای فرد (شمول در برابر محرومیت از تعالی) و نحوه‌ای که فرد معتقد است (لفظی در برابر نمادین) بستگی دارد. افراد مذهبی نگرش نمادین به دین داشتند و نمرات بالاتری در ابعاد مثبت سلامت روان (بهزیستی) به دست آوردند. هیچ نتیجه معناداری مبنی بر تأثیر منفی مذهب بر سلامت روان مشاهده نشد.

در مطالعه­ای ارتباط میان جهت‌گیری مذهبی و سلامت روان در کرمانشاه مورد بررسی قرار گرفت و بدین منظور 720 نفر از دانشجویان به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای انتخاب شدند. نتایج نشان داد بین جهت‌گیری مذهبی و سلامت روان افراد رابطه مستقیم معنادار وجود دارد (عارفی و محسن زاده، 1390).

در تحقیق دیگری که توسط صولتی و همکاران (1390) انجام گرفت، رابطه بین جهت‌گیری مذهبی و سلامت روان بررسی شد. 200 دانشجو به شیوه نمونه‌گیری تصادفی انتخاب شدند. نتایج بیانگر همبستگی معنی‌داری میان این دو متغیر بود. به عبارت دیگر، با بالا رفتن جهت‌گیری مذهبی، سلامت روان افزایش می‌یابد. محقق در ادامه بیان می‌دارد که تنها مذهب با بعد درونی است که سلامت روانی را بهبود می‌بخشد (صولتی، 1390).

جان بزرگی (1386) نیز در تحقیق دیگری ارتباط جهت‌گیری مذهبی با سلامت روان را مورد بررسی قرار داد. نتایج نشان داد که بین مذهبی بودن و سلامت روانی رابطه مستقیمی وجود دارد. هرچه جهت‌گیری مذهبی درونی‌تر می‌شود سلامت روانی بالاتر می‌رود. هرچه جهت‌گیری فرد در زمینه مذهبی بیرونی‌تر می‌شود احساس خستگی و نشانه‌های بدنی، میزان اضطراب و بی‌خوابی فرد بیشتر می‌شود.

اوکانر و همکاران (2003) در پژوهشی که بر روی 177 دانشجو برای بررسی رابطه مذهب با استرس و فشار روانی انجام دادند گزارش دادند که قادر نبوده‌اند رابطه‌ای میان مذهب با سلامت جسمانی یا روانی پیدا کنند.

**2-8-2. ارتباط سلامت روان با شادکامی، سبک‌های دل‌بستگی و منبع کنترل**

برای بررسی ارتباط شادکامی خود گزارش شده با سلامت روانی جسمانی در میان بزرگسالان جوان پرنگار[[5]](#footnote-5) و همکاران (2004) تحقیق گسترده‌ای را بر روی 1257 دانشجو در سوئد به انجام دادند. تجزیه و تحلیل چندمتغیره نشان داد احساس شادکامی تمام یا بیشتر مواقع به نحو نیرومندی با سلامت روان بالاتر مرتبط است. بر اساس این پژوهش سلامت جسمی با شادکامی رابطه ضعیف و از نظر آماری غیرمعناداری دارد.

ینگپروگساون[[6]](#footnote-6) و همکاران (2012)، در مطالعه‌ای روی شادکامی، سلامت روانی، اجتماعی و جمعیت شناختی به بررسی اثر آن‌ها روی یکدیگر پرداختند. نتایج مرتبط با پژوهش حاضر مطرح خواهد شد. در این تحقیق که در انجمن‌های میان گروه ملی بزرگسالان تایلند انجام شد، 60569 نفر از بزرگسالان آموزش از راه دور تایلندی برای تحقیق انتخاب شدند. در این تحقیق نشان داده شد که وضعیت روانی و شادکامی قویاً در ارتباطند. (2012).

در پژوهشی در اراک ارتباط شادکامی و سلامت روانی در میان دانشجویان مورد بررسی قرار گرفت و نتایج حاکی از همبستگی معنا‌داری بین نمرات شادکامی و سلامت روانی بود (رفیعی و همکاران، 1390).

خوش کنش و کشاورز (1378) نیز در تحقیق دیگری ارتباط میان شادکامی و سلامت روانی را بررسی کردند و نتایج پژوهش حاکی از آن بود که بین احساس شادکامی با مشکلات روانی، علائم جسمانی، اضطراب و افسردگی در دانشجویان دختر و پسر رابطه منفی معناداری وجود دارد.

در مطالعه‌ای دیگر ارتباط میان سبک‌های دل‌بستگی و سلامت روان در استرس شدید زندگی واقعی در میان جوانان اسرائیلی بررسی شد. سبک دل‌بستگی اجتنابی و دوسوگرا به طور معناداری به صورت منفی سلامت روان را پیش‌بینی می‌کرد (نریا[[7]](#footnote-7) و همکاران، 2001).

در تحقیقی که توسط راکو-باگدن[[8]](#footnote-8) و همکاران (2011) صورت گرفت، دل‌بستگی و سلامت روانی با واسطه‌گری دلسوزی نسبت به خود و اهمیت دادن مورد بررسی قرار گرفت. 208 دانشجو برای این مطالعه انتخاب شدند. نتایج حاکی از ارتباط میان آن‌ها بود و توانایی‌های افراد برای مهربان بودن نسبت به خود و احساسشان و اهمیت قائل شدن برای دیگران تعیین‌کننده جهت‌گیری دل‌بستگی و سلامت روانی بود و علاوه بر این، میان جهت‌گیری دل‌بستگی و سلامت روان ارتباط وجود داشت.

در مطالعه دیگری که بر روی 186 نوجوان در چین انجام گرفت، مشخص گردید دل‌بستگی دوسوگرا و اجتنابی همبستگی منفی معنی‌داری با سلامت روان دارند (چن، 2009).

در پژوهشی که به منظور بررسی رابطه سبک دل‌بستگی با سلامت روان بزرگسالان بازمانده در مناطق زلزله‌زده شهرستان بم انجام شد، 314 بزرگسال به شیوه داوطلبانه‌ی در دسترس انتخاب شدند. نتایج حاکی از این بود که بین سبک دل‌بستگی ایمن با سلامت روان رابطه مثبت معنادار و بین سبک‌های دل‌بستگی اجتنابی و دوسوگرا با سلامت روان رابطه منفی معناداری وجود دارد. به علاوه، نتایج نشان داد که سبک دل‌بستگی ایمن، سبک دل‌بستگی اجتنابی و سبک دل‌بستگی دوسوگرا قادرند به طور معناداری سلامت روان را پیش‌بینی کنند و نیز این سه سبک قادرند میزان بالایی از تغییرپذیری سلامت روان را در شرایط ناگوار تبیین کنند (رحیمیان و همکاران، 1387).

جوز باتیستا و همکاران (2008)، در تحقیقی رابطه بین سلامت ذهنی (SWB) و ابعاد مختلف منبع کنترل درونی، بیرونی و وابسته را در دانشجویان برزیلی بررسی کردند. نتایج نشان داد که منبع کنترل می‌تواند سلامت ذهنی دانشجویان را پیش‌بینی کند، با این حال این همبستگی ضعیف بود. به عبارت دیگر، صاحبان منبع کنترل درونی از سلامت ذهنی به نسبت بهینه‌تری برخوردار بودند (به نقل از شعبانی و همکاران، 1389).

تحلیل نتایج در مطالعه‌ای دیگر نشان داد که منبع کنترل بیرونی برای سلامت روان‌شناختی و سلامت فرد مضر می‌باشد (توماس و استیتز، 2003؛ به نقل از یاریاری و همکاران).

در تحقیق دیگری وضعیت سلامت روانی و منبع کنترل نوجوانان دختر خانواده‌های معتاد و غیرمعتاد بررسی گردید و بدین منظور 120 نفر به روش تصادفی انتخاب شدند. نتایج نشان داد نوجوانان دختر دارای منبع کنترل درونی از سلامت روانی بالاتری برخوردارند. رشد و تقویت منبع کنترل درونی یکی از روش‌های مناسب برای پیشگیری و کاهش آسیب‌پذیری است (اعتمادی و فراهانی، 1390).

در تحقیقی نیز تحلیل نتایج نشان داد بین سلامت روانی و منبع کنترل ارتباط مثبت و معناداری وجود ندارد (خسروی و آقاجانی، 1382).

**2-8-3. ارتباط ایمان با شادکامی، سبک‌های دل‌بستگی و منبع کنترل**

تحقیقات تجربی به نحو گسترده‌ای بیانگر اثر مثبت دین‌داری بر شادکامی است، به نحوی که به عنوان مدرکی دال بر اثبات تأثیر سودمند بودن دین در سطح جهانی دیده می‌شود. با این حال، اکثر مطالعات در ایالات متحده آمریکا انجام شده است. برای بررسی اثر دین‌داری بر ایمان در دیگر نقاط جهان مطالعه‌ای به طور همزمان در آمریکا، هلند و دانمارک انجام گرفت. ارتباط میان مذهب و شادکامی معنادار و مثبت بود. ارتباط میان این دو متغیر در آمریکا به طور قابل توجهی نیرومندتر از هلند و دانمارک بود (اسنپ[[9]](#footnote-9)، 2008).

در تحقیق گسترده‌ای ارتباط میان دین و مذهب با شادکامی در 60 کشور مختلف بررسی شد. نتایج نشان داد که مذهب نقش مهمی در احساس شادکامی و خوشبختی ایفا می‌کند (موکرجی و بارون[[10]](#footnote-10)، 2005).

رزمارین[[11]](#footnote-11) و همکاران (2009)، در پژوهشی در میان یهودیان که بر روی 565 نفر انجام شد به این نتیجه رسیدند که سطوح بالاتر اعتماد به خدا با اضطراب و افسردگی کمتر و شادکامی شخصی بالاتر در ارتباط بود.

در تحقیقی ارتباط میان دین‌داری و شادکامی در میان دانشجویان مقطع لیسانس مسلمان مورد بررسی قرار گرفت و تحلیل نتایج بیانگر ارتباط قابل توجه این دو متغیر با یکدیگر بود. بدین نحو که نمره بالاتر در باورهای دینی به طور معناداری با نمره بالاتر در متغیر شادکامی همراه بود. نتیجه مؤید آن بود که افراد با نگرش مذهبی‌تر سطوح شادکامی بالاتری را تجربه می‌کنند (صحرائیان و همکاران، 2013).

در پژوهشی که بر روی 756 دانشجو انجام شد ارتباط میان دین‌داری و شادکامی مثبت و معنادار گزارش شد (قمری، 1389).

در مطالعه‌ای دیگر نیز تحلیل نتایج نشان داد بین دین‌داری با شادکامی همبستگی مثبت معناداری وجود دارد (روحانی و معنوی پور، 1387).

کرک پاتریک (1992، 1995) معتقد است مذهب می‌تواند به عنوان فرآیند دل‌بستگی، مفهوم‌سازی گردد که در آن رفتارها و باورهای مذهبی به صورت گستره‌ای از نظام دل‌بستگی در انسان‌ها عمل می‌کنند و تأثیر می­گذارند. این نظام رفتاری زیستی رابطه‌ی بین فردی میان نوزاد و مراقبین را شکل می‌دهد. این نظام کودکان را قادر می‌سازد تا در حضور تصویر دل‌بستگی احساس ایمنی کنند و همچنین به اندازه کافی در امنیت باشند تا به کشف محیط پیرامونشان بپردازند. کودک بر پایه‌ی تجارب اولیه دل‌بستگی روان­بنه‌های هیجانی-شناختی مربوط به روابط بین فردی را گسترش می‌دهد که این تحول بعدها می‌تواند با یک تصویر دل‌بستگی فوق طبیعی همراه شود. در حقیقت، اعتقاد مذهبی به نوعی می‌تواند دریچه‌ای منحصربه‌فرد به فرآیندهای دل‌بستگی بزرگسالی بگشاید (به نقل از مک فادن و لوین، 1996). کرک پاتریک (1999) معتقد است تصور خدا می‌تواند به صورت جانشینی برای شکست‌های اولیه تحول دل‌بستگی ایمن باشد (خوانین‌زاده، 1384).

در پژوهشی ارتباط میان سبک‌های دل‌بستگی با باورها و رفتارهای مذهبی با انتخاب 213 بزرگسال مورد بررسی قرار گرفت. داده‌ها نشان داد که دل‌بستگی ایمن با تعهد مذهبی بیشتر و تصاویر مثبت‌تر از خدا همراه است. دل‌بستگی اجتنابی حالت غیرمتعهد و شکاکانه‌ای نسبت به خدا داشته و در دل‌بستگی دوسوگرا افراد تجارب غریبه مانندی نسبت به خدا گزارش کردند. دل‌بستگی ایمن به خدا به طور مثبت با دل‌بستگی ایمن بزرگسالی مربوط بود (کرک پاتریک، 1992).

گرانکویست و هانگکولی[[12]](#footnote-12) (2000)، در تحقیقی به بررسی ارتباط میان سبک‌های دل‌بستگی بزرگسالی با شاخص‌های مختلف مذهبی پرداختند. نتایج نشان داد ارتباط مثبت متوسطی میان دل‌بستگی ایمن بزرگسالی با متغیرهای دین‌داری مرتبط با ارتباط با خدا برقرار است.

در پژوهش خوانین‌زاده و همکاران (1384)، تحلیل نتایج نشان داد که دل‌بستگی ایمن در دانشجویانی که دارای جهت‌گیری مذهبی درونی هستند بیش از دانشجویان دارای جهت‌گیری مذهبی بیرونی است و سبک دل‌بستگی دوسوگرا در جهت‌گیری مذهبی بیرونی به طور معناداری بیش از گروهی است که جهت‌گیری مذهبی درونی دارند (1384).

تحلیل نتایج بررسی ارتباط میان این دو متغیر در تحقیق دیگری نشان داد که بین سبک دل‌بستگی ایمن با تجربیات معنوی و اعمال مذهبی در بزرگسالی رابطه مثبت معنادار وجود دارد (زرین کلک و طباطبایی، 1391).

در تحقیقی ارتباط میان دین‌داری درونی و منبع کنترل درونی مورد بررسی قرار گرفت. نتایج حاکی از یک تأثیر متوسط بود که با وجود بالا بودن، از نظر آماری معنادار بود که نشان‌دهنده ارتباط مثبت بین مذهب درونی و منبع کنترل درونی می‌باشد (کورسی[[13]](#footnote-13)، 2013).

در مطالعه‌ای که توسط کرهینلیوگلو و همکاران (2012) انجام گرفت، ارتباط میان جهت‌گیری مذهبی درونی و بیرونی با سطوح منبع کنترل بررسی شد. برای این تحقیق 430 دانشجوی مسلمان ترکیه انتخاب شدند. نتایج نشان داد میان ابعاد منبع کنترل و ابعاد جهت‌گیری مذهبی رابطه معناداری وجود دارد.

در پژوهشی رابطه بین نگرش مذهبی و منبع کنترل بررسی شد و رابطه معناداری میان نوع نگرش مذهبی و منبع کنترل به دست آمد. در مجموع، نتایج حکایت از آن داشت که افراد دارای نگرش مذهبی درونی بیشتر منبع کنترل درونی و کسانی که گرایش مذهبی بیرونی دارند منبع کنترل بیرونی دارند (اصغری و همکاران، 1392).

تحلیل نتایج در تحقیق دیگری نشان داد نگرش مذهبی 8/10 درصد از تغییرات منبع کنترل را تبیین می‌کند (کوشکی و خلیلی فر، 1388).

در تحقیقی که توسط میرهاشمیان انجام گرفت، بین اعتقادات مذهبی و منبع کنترل رابطه معناداری مشاهده نگردید (1378).

**2-8-4. تحقیقات ترکیبی**

در مطالعه‌ای که توسط عبدل خالک (2007) بر روی 6339 نوجوانان مسلمان کویتی (18-15 ساله) انجام گرفت، رابطه مثبت معنی‌داری میان خودارزشیابی در مقیاس‌های دین‌داری، شادکامی، سلامت روانی و نیز سلامت جسمانی به دست آمد. همچنین، یک رابطه منفی معنادار میان این چهار متغیر با اضطراب و افسردگی نمایان شد که خالک بر این روابط کشف‌شده، برچسبی تحت عنوان دین‌داری و بهزیستی در برابر آسیب‌شناسی روانی می‌زند (عبدل-خالک، 2007).

این محقق همین محقق، رابطه شادکامی، سلامت و مذهب را در دو کشور دیگر نیز بررسی کرد. نمونه این دو پژوهش نیز شامل نوجوانان بود. تحقیق دوم بر روی 372 نوجوان از قطر انجام گرفت و پسران نمره بالاتری نسبت به همتایان دختر کسب کردند. رابطه میان سه متغیر مثبت و معنی‌دار بود. تحلیل گام به گام رگرسیون چندگانه آشکار کرد که پیش‌بین‌های مذهبی در پسران، رضایت از زندگی و شادکامی و در دختران رضایت از زندگی و سلامت جسمی بود. نتایج کلی این تحقیق نشان داد افراد مذهبی‌تر خوشحال‌ترند، رضایت بیشتری از زندگی داشته و سالم‌ترند (عبدل-خالک، 2013). در تحقیق سوم که بر روی 239 نوجوانان لبنانی انجام گرفت، نتایج مشابهی تکرار شد. پسران نمره بالاتری در سلامت روان به دست آوردند. رابطه میان سه متغیر مثبت و معنی‌دار بود. در پایان این موضوع بیان شد که کسانی که خودشان را در حال لذت بردن از شادکامی در نظر بگیرند، سلامت ذهنی و روانی و نیز دین‌داری بیشتری را تجربه می‌کنند (عبدل-خالک، 2014).

در تحقیق دیگری که توسط گلزاری بر روی 234 دانشجوی زائر انجام شد، تأثیر عمره مفرده بر سلامت روان، شادکامی و عمل به باورهای دینی دانشجویان مورد بررسی قرار گرفت. دو کاروان دانشجویی از میان کلیه کاروان‌های دانشجویی زیارت حج عمره در سال 83 به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای انتخاب شدند. نتایج پژوهش نشان داد که شرکت در حج عمره دانشجویی موجب افزایش شادکامی و کاهش اختلال در سلامت روانی، نشانه‌های بدنی، اضطراب، اختلال عملکرد اجتماعی و افسردگی وخیم گردیده است (گلزاری، 1389).

در مقاله‌ای که توسط فلانلی و گالک[[14]](#footnote-14) (2010) نوشته شد، نقش سبک‌های دل‌بستگی در مذهب و سلامت روان مورد بررسی قرار گرفت. فلانلی و گالک مروری دارند بر ریشه‌های تاریخی و نیز تحقیقات مربوط به این متغیرها و نتیجه می‌گیرند دل‌بستگی ایمن به خدا، سلامت روانی را پیش‌بینی می‌کند و بیان می‌دارند که اعتقادات مربوط به خطرناک بودن جهان، علائم روانی را مستقیماً تحت تأثیر قرار می‌دهند و از این حیث عقاید مذهبی نقش محافظت کننده دارند (فلانلی و گالک، 2010).

غباری بناب و حدادی (1390) در تحقیقی، رابطه سلامت روان با تصویر ذهنی از خدا و کیفیت دل‌بستگی در نوجوانان را بررسی کردند و بدین منظور 100 نوجوان بزهکار را به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب نمودند. نتایج تحلیل داده‌ها نشان داد بزهکارانی که تصویر پذیرنده و مثبتی از خدا داشتند، از سلامت روانی بالا و کیفیت دل‌بستگی ایمن‌تری برخوردار بودند (غباری بناب و حدادی، 1390).

در پژوهشی که بر روی مسیحیان استرالیا انجام گرفت، نتایج حاکی از این بود که آگاهی از خدا و منبع کنترل درونی با سلامت بالاتر رابطه دارند و منبع کنترل بیرونی با سلامت پایین‌تر در ارتباط است (رایان و فرانسیس، 2012).

در یک تحقیق دیگر رابطه عملکرد مذهبی و منبع کنترل تأثیر مثبت و مستقیم داشت و توجه به تأثیر مثبت باورها و اعمال مذهبی در سلامت روان مورد تأکید قرار گرفت (صالحی و همکاران، 1386).

**فهرست منابع و مآخذ**

**منابع فارسی**

آزاد، حسین و آزادی، سارا. (1390). بررسی رابطه حمایت اجتماعی، تاب‌آوری و سلامت روانی دانشجویان شاهد و ایثارگر دانشگاه‌های شهر ایلام. *مجله علمی-پژوهشی طب جانباز*، شماره جلد 3، صص 48-58.

اصغری، فرهاد.، کردمیرزا، عزت اله و احمدی، لیلا. (1392). رابطه نگرش مذهبی، منبع کنترل و گرایش به سوءمصرف مواد در دانشجویان. *نشریه اعتیاد پژوهی*، سال هفتم، شماره جلد 1، صص 116-106.

اعتمادی، احمد و ماستری فراهانی، فاطمه. (1390). مقایسه وضعیت سلامت روانی و منبع کنترل نوجوانان دختر خانواده‌های معتاد و غیرمعتاد. *فصلنامه علوم تربیتی*، شماره جلد 4، صص 152-137.

ایروانی، محمدرضا. (1390). بررسی تأثیر برنامه‌های شادی‌آفرین بر کاهش افسردگی شهروندان ساکن شهر اصفهان*. فصلنامه فرهنگ در دانشگاه اسلامی*، شماره جلد 15، صص 83-64.

باقری یزدی، سید عباس. (1385). *سلامت روان کاربردی*. تهران، انتشارات آرامش.

بوالهری، جعفر. (1389). نهادینه‌سازی معنویت در مفهوم سلامت معنوی. *فصلنامه اخلاق پزشکی*، سال چهارم، شماره جلد 14، صص 112-105.

بهادری خسروشاهی، جعفر و هاشمی نصرت‌آباد، تورج. (1390). رابطه سبک‌های دل‌بستگی، راهبردهای مقابله‌ای و سلامت روانی با اعتیاد به اینترنت. *مجله روان­شناسی تحولی روان­شناسان ایرانی*، شماره جلد 8، صص 188-177.

بهرامی، فاضل و رمضانی فرانی، عباس. (1384). نقش باورهای مذهبی درونی و بیرونی در سلامت روان و میزان افسردگی سالمندان. *مجله توانبخشی*، دوره ششم، شماره جلد 1، صص 47-42.

بهرامی دشتکی، هاجر. (1389). معنا و معنویت از دیدگاه روان­شناسان. *نشریه راه تربیت، فصلنامه در عرصه فرهنگ و تربیت اسلامی*، شماره جلد 10، صص 160-143.

پرچم، اعظم و قوه عود، منصوره. (1389). سلامت روان از منظر مکتب اسلام و روان­شناسی. *فصلنامه منهاج*، سال ششم، شماره جلد 11، صص 77-49.

پورسردار، نوراله.، پورسردار، فیض اله.، پناهنده، عباس.، سنگری، علی اکبر و عبدی زرین، سهراب. (1391). تأثیر خوش‌بینی (تفکر مثبت) بر سلامت روانی و رضایت از زندگی: یک مدل روان‌شناختی از بهزیستی. *مجله پژوهشی حکیم*، شماره جلد 16، صص 49-42.

پیوسته­گر، مهرانگیز.، بشارت، محمدعلی.، پژوهی‌نیا، شیما و سیفی، محمدیاسین. (1391). تبیین آسیب‌پذیری روانی بر اساس سبک­های دل­بستگی در دانشجویان دانشگاه‌های مختلط دولتی تهران. *مجله دانش و پژوهش در روانشناسی کاربردی*، سال سیزدهم، شماره جلد 1، صص 29-38.

تقوی، محمدرضا (1380). بررسی روایی و اعتبار پرسشنامه سلامت عمومی (G.H.Q). *مجله روان­شناسی*، شماره جلد 20، صص 398-381.

توتونچی، مریم.، سامانی، سیامک و زندی قشقایی، کرامت اله. (1391). نقش واسطه‌گری خودپنداره برای کمال‌گرایی و سلامت روان در نوجوانان شهر شیراز. *مجله دانشگاه علوم پزشکی فسا*، شماره جلد 2، صص 217-210.

تورسن، کارل ای.، هریس، الکس اچ. اس.، اومن، داگ. (1383). معنویت، دین و بهداشت؛ شواهد، موضوعات و علائق. (ترجمه جلیلی، احمدرضا). *مجله نقد و نظر*، شماره جلد 9، صص 216-166.

توکلی زاده، جهانشیر و خدادادی، زهره. (1389). بررسی سلامت روانی دانشجویان ورودی نیمسال اول سال تحصیلی 89-1388 دانشگاه علوم پزشکی گناباد*. افق دانش: فصلنامه‌ی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی گناباد*، شماره جلد 16، صص 52-45.

جان بزرگی، مسعود. (1386). جهت‌گیری مذهبی و سلامت روان. مجله پژوهش در پزشکی، دوره 31، شماره 4، 350-345.

خدارحیمی، سیامک. (1374). *مفهوم سلامت روان‌شناختی*. مشهد، انتشارات جاودان خرد.

خدایاری فرد، محمد.، غباری بناب، باقر و شکوهی یکتا، محسن. (1380). گستره پژوهش‌های روان‌شناختی در حوزه دین. *مجله اندیشه و رفتار*. سال ششم، شماره 4، صص 53-45.

خسروی، زهره و آقاجانی، مریم. (1382). بررسی رابطه بین سلامت روان، منبع کنترل و شیوه مقابله‌ای دانش آموزان دختر سال اول مقطع متوسطه شهر تهران. *مجله‌ی مطالعات علوم اجتماعی روان‌شناختی زنان*، بهار 82، شماره جلد 1، صص 54-19.

خوانین‌زاده، مرجان.، اژه‌ای، جواد و مظاهری، محمدعلی. (1384). مقایسه سبک دل‌بستگی دانشجویان دارای جهت‌گیری مذهبی درونی و بیرونی. *مجله‌ی روان­شناسی*، شماره جلد 9، صص 247-227.

خوش کنش، ابوالقاسم و کشاورز افشار، حسین. (1387). رابطه شادکامی و سلامت روانی دانشجویان. *مجله اندیشه و رفتار،* شماره جلد 2، صص 52-41.

خیدانی، لیلا. (1390). بررسی نقش مذهب بر سلامت روانی دانشجویان دانشگاه‌های استان ایلام. *فصلنامه اندیشه‌های تازه در علوم تربیتی*، سال ششم، شماره جلد 3، صص 82-63.

رحیمیان بوگر، اسحق.، اصغر نژاد فرید، علی اصغر و رحیمی نژاد، عباس. (1387). رابطه سبک دل‌بستگی با سلامت روان در بزرگسالان زلزله‌زده شهرستان بم. *نشریه پژوهش‌های روان‌شناختی*، شماره جلد 21. صص 40-27.

رفیعی، محمد.، موسوی­پور، سعید و آقاجانی، مریم. (1390). بررسی شادکامی، سلامت روانی و ارتباط بین آن­ها در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی اراک. *مجله دانشگاه علوم پزشکی اراک*، سال پانزدهم، شماره جلد 3، صص 25-15.

روحانی، عباس و معنوی پور، داوود. (1387). رابطه عمل به باورهای دینی با شادکامی و رضایت زناشویی در دانشگاه آزاد اسلامی واحد مبارکه. *مجله دانش و پژوهش در روان­شناسی*، شماره جلد 35 و 36، صص 206-189.

زرین کلک، حمید رضا و طباطبایی برزوکی، سعید. (1391). رابطه سبک دل‌بستگی و شیوه‌های والدگری ادراک‌شده با تجربیات معنوی و اعمال مذهبی. *نشریه روان­شناسی تحولی*، شماره جلد 31، صص 313-305.

ساپینگتون، اِ. (1388). *بهداشت روانی.* ترجمه:حمید رضا حسین شاهی برواتی، تهران، انتشارات روان.

سادوک، بنیامین و سادوک، ویرجینیا. (2007). *خلاصه روان‌پزشکی.* ترجمه نصرت‌الله پورافکاری. تهران، انتشارات شهرآب-آینده سازان.

شعاع کاظمی، مهرانگیز. (1388). رابطه مقابله مذهبی و سلامت روان در بیماران مبتلا به تصلب چندگانه بافت (MS). *فصلنامه‌ی روان­شناسی کاربردی*، شماره جلد 3، صص 66-57**.**

شعبانی بهار، غلامرضا.، یلفانی، علی و قارلقی، سجاد. (1389). تعیین ارتباط بین منبع کنترل و سلامت عمومی دانشجویان ورزشکار و غیرورزشکار دانشگاه تهران. *نشریه مدیریت ورزشی*، شماره جلد 7، صص 59-23.

شولتز، دوان. پی و شولتز، سیدنی الن. (1388) *نظریه‌های شخصیت*. ترجمه یحیی سید محمدی. تهران، انتشارات ویرایش.

صالحی، لیلی.، سلیمانی زاده، لاله.، باقری یزدی، سید عباس و عباس زاده، عباس. (1386). رابطه بین اعتقادهای مذهبی و منبع کنترل با سلامت روان در دانشجویان. *مجله علوم پزشکی قزوین*، شماره 11، صص 55-50.

صدیقی ارفعی، فریبرز.، تمنایی فر، محمدرضا و عابدین آبادی، عاطفه. (1391). رابطه جهت‌گیری مذهبی سبک‌های مقابله و شادکامی در دانشجویان. *مجله روان­شناسی و دین*، شماره جلد 5، صص 136-163.

صفایی، صدیقه.، بیگدلی، ایمان اله و طالع پسند، سیاوش. (1390). رابطه خودپنداره ی مادر با سبک دل‌بستگی و خودپنداره ی فرزند. *مجله پژوهش‌های روان­شناسی بالینی*، شماره جلد 1، صص 52-39.

عارفی، مختار و محسن زاده، فرشاد. (1390).  ارتباط بين جهت‌گیری مذهبي، سلامت روان و جنسيت. مجله زن: حقوق و توسعه (تحقیقات زنان)، سال پنجم، شماره 3، صص 141-126.

علی پور، احمد و نوربالا، احمدعلی. (1378). بررسی مقدماتی پایایی و روایی پرسشنامه شادکامی آکسفورد در دانشجویان دانشگاه‌های تهران. *مجله اندیشه و رفتار*، شماره جلد 5، صص 65-55.

عناصری، مهریار (1386). رابطه بین سلامت روان و شادکامی دانشجویان دختر و پسر. *مجله اندیشه و رفتار*، شماره جلد 2، سال 84-75.

غباری بناب، باقر و حدادی کوهسار، علی اکبر. (1390). رابطه سلامت روان با تصویر ذهنی از خدا و کیفیت دل‌بستگی در نوجوانان بزهکار. *مجله اندیشه و رفتار*، شماره جلد 6، صص 16-7.

فدایی، زهرا.، عاشوری، احمد.، هوشیاری، زهرا و ایزانلو. (1390). تحلیل مسیر منبع کنترل، نشانگان افسردگی و پیشرفت تحصیلی بر افکار خودکشی: نقش تعدیل‌کنندگی جنس. *مجله اصول بهداشت روانی*، شماره جلد 13، صص 59-148.

قاسمی پور، مریم و جهانبخش گنجه، سحر. (1388). رابطه حمایت اجتماعی و سلامت روان در دانشجویان شهرستان خرم‌آباد. *فصلنامه علمی-پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی لرستان،* شماره جلد12، صص 64-57.

قمری، محمد. (1389). بررسي رابطه دين‌داري و ميزان شادماني در بين دانشجويان به تفكيك جنسيت و وضيعت تأهل. مجله روان­شناسی و دین، سال سوم، شماره جلد 3، صص 91-75.

کریمی، یوسف. (1389). *روان‌شناسی شخصیت*. انتشارات ویرایش.

گلزاری، محمود. (1389). تأثیر عمره مفرده بر سلامت روان، شادکامی و عمل به باورهای دینی دانشجویان. *دو فصلنامه علمی-تخصصی مطالعات اسلام و روان­شناسی،* سالچهارم، شماره جلد 7، صص 126-111.

گنجی، حمزه. (1391). *روان­شناسی عمومی*. انتشارات سالاوان.

گودرزی، محمدعلی. (در دست چاپ). ساخت و اعتباریابی مقدماتی مقیاس ایمان مذهبی در بین دانشجویان دانشگاه شیراز.

میرشاه جعفری، ابراهیم.، عابدی، محمدرضا و دریکوندی، هدایت الله. (1381). شادمانی و عوامل مؤثر بر آن. *نشریه تازه‌های علوم شناختی*. سال چهارم، شماره 3، صص 58-50.

میرهاشمیان، حمیرا. (1378). اعتقادات مذهبی در شکل‌گیری منبع کنترل و نیمرخ روانی دانشجویان دانشگاه‌های تهران. *نشریه مطالعات معرفتی در دانشگاه اسلامی*، شماره جلد 8، صص 80-69.

نادری، فرح و صفوی، سید آسیه. (1390). رابطه سبک‌های تفکر و انعطاف‌پذیری کنشی با اختلال در سلامت روان زنان آسیب‌دیده شهر اهواز. *فصلنامه یافته‌های نو در روان­شناسی*، شماره جلد 5، صص 126-111.

ناصری، وحید. (1384). *اصول سلامت در محیط کار*. تهران، انتشارات آسمان.

نجات، حمید و ایروانی، محمود (1378). مفهوم سلامت روان در مکاتب روان­شناسی*. فصلنامه اصول بهداشت روانی*، شماره جلد 1، صص 166-160.

میرشاه جعفری، ابراهیم.، عابدی، محمدرضا.، دریکوندی، هدایت اله. (1381). شادمانی و عوامل مؤثر بر آن. *مجله تازه‌های علوم شناختی*، شماره جلد 4، صص 58-50.

میلانی فر، بهروز. (1388)، *بهداشت روانی*. تهران، انتشارات قومس.

یاریاری، فریدون.، مرادی، علیرضا و یحیی زاده، سلیمان. (1386). رابطه‌ی هوش هیجانی و منبع کنترل با سلامت روان‌شناختی در بین دانشجویان دانشگاه مازندران. نشریه مطالعات روان‌شناختی، سال سوم، شماره جلد 1، صص 40-21.

**منابع انگلیسی**

Abdel-Khalek, M. (2014). Happiness, health and religiosity: significant associations among Lebanese adolescents. *Mental Health, Religion & Culture*, 17(1): 30-38.

Abdel-Khalek, M. (2007). Religiosity, happiness, health, and psychopathology in a probability sample of Muslim adolescents. *Mental Health, Religion & Culture*, 10(6): 571-583.

Abdel-Khalek, M. (2013). Religiosity, health and happiness: Significant relations in adolescents from Qatar. Published online Dec, 16, 2013.

Bekker, M. H. J. and Croon, M. A. (2010). The roles of autonomy-connectedness and attachment styles in depression and anxiety. *Journal of Social and Personal Relationships*, 27.7, 908-923.

Chen, E. (2009). A study on the relation among attachment, perfectionism and mental health of adolescents. *Chinese Journal of Clinical Psychology*, 17(2): 240-242.

Cirhinlioglu, F. G. and Ozdikmenli-Demir, G. (2012). Religious orientation and its relation to locus of control and depression. *Archive for the Psychology of Religions*, 34(3), 341-362.

Coursey L. E., Kenworthy, J. B. and Jones, J. R. (2013). A meta-analysis of the relationship between intrinsic religiosity and locus of control. *Archive for the Psychology of Religions*, 35(3), 347-368.

Currier, J. M., Holland, J. M. and Allen, D. (2012). Attachment and mental health symptoms among U.S. Afghanistan and Iraq veterans seeking health care services. *Journal of Traumatic Stress*, 25(6), 633-640.

Diener, E., Wolsic, B. and Fujita, F. (1995). Physical attractiveness and subjective well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 69(1), 120-129.

Dozois, D. J. A, & Dobson, K. S, (Eds). (2004). *The prevention of anxiety and depression: Theory, research, and practice*. Whashington. Dc: American Psychological Association.

Feist, G. J., Bodner, T. E., Jacobs, J. F., Miles, M. and Tan, V. (1995). Integrating top-down and bottom-up structural models of subjective well-being: A longitudinal investigation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68(1), 138-150.

Flannelly, J. K. and Galek, K. (2010). Religion, Evolution, and Mental Health: Attachment Theory and ETAS Theory. *Religion Health*, 49, 337-350.

Granqvist, P. and Hagekull, B. (2000). Religiosity, adult attachment, and why "singles" are more religious. *International Journal for the Psychology of Religion*, 10(2), 111-123.

Janssen, F., Banziger, S., Denzutter, J. and Hutsebaut, D. (2005). Religion and mental health: Aspects of the relation between religious measures and positive and negative mental health. *Archive for the Psychology of Religions*, 27, 19-44.

Johnstone, B., Yoon, D. P., Cohen, D., Schopp, L. H. and McCormack, G. (2012). Relationships among spirituality, religious practices, personality factors, and health for five different faith traditions. *Journal of Religion and Health*, 51(4), 1017-1041.

Kashdan TB. (2004). The assessment of subjective well-being (issues raised by the Oxford Happiness Questionnaire*). Personality and Individual Differences*, 36, 1225-32.

Keller, H. (2013). Attachment and Culture. *Cross-Cultural Psychology*, 44, 175-194.

Kirkpatrick, L. A.and Shaver, Ph. R. (1992). An attachment-theoretical approach to romantic love and religious belief. *Personality and Social Psychology Bulletin* 18(3), 266-275.

Linley P. A., Joseph S. (2004). Positive change following trauma and adversity: A review . *Journal of Trauma Stress*, 17, 11-21.

Maltby J. Day L. (2000). Depressive Symptoms and Religious Orientation: Examining the Relationship Between Religiosity and Depression Within the Context of Oter Correlates of Depression. *Personality Individual Differences*, 28(2): 383-93.

Meisenhelder, J. B., Schaeffer, N. J., Younger, J. and Lauria, M. (2013). Faith and mental health in an oncology population. *Journal of Religion and Health*, 52(2), 505-513.

Mookerjee, R. and Beron, K. (2005). Gender, religion and happiness. *The Journal of Socio-Economics*, 34(5), 674-685.

Murray, C. and Lopez, A. (1997). Alternative projections of mortality and disability by cause 1990-2020: Global Burden of Disease Study. *Lancet*, 349: 1498-1504.

Murray, C. and Lopez, A. (1996). Global Burden of Disease: A comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020. Geneva: WHO.

Natvig G. K., Albrektsen G., Qvarnstrom U.( 2003). Associations between psychosocial factors and happiness among school adolescents. International *Journal of Nusrsing Practice*, 9 (3), 75-166.

Noorbala A. A., Bagheri Yazdi S. A., Yasami M. T., Mohammad, K. (2004). Mental health survey of the adult population in Iran. *British Journal of Psychiatry*, 184, 70-73.

O'Connor, D. B., Cobb, J. and O'Connor, R. C. (2003) Religiosity, stress and psychological distress: No evidence for an association among undergraduate students. *Personality & Individual Differences*, 34(2): 211-217.

Pernegar, T. V., Hudelson, P. M., Bovier, P. A. (2004). Health and happiness in young Swiss adults. Quality of Life Research: *An International Journal of Quality of Life Aspects of Treatment, Care & Rehabilitation*, 13.1, 171-178.

Raque-Bogdan, T. L., Ericson, S. K., Jackson, J., Martin, H. M., and Bryan, N. (2011). *Counseling Psychology*, 58(2): 272-278.

Rastegar, M., and Heidari, N. (2013). The Relationship between Locus of Control, Test Anxiety, and Religious Orientation among Iranian EFL Students. *Open Journal of Modern Linguistics*, 3(1): 73-78.

Ratter, J.B. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological monographs: General and Applied*, 80: 1-28.

Rosmarin, D. H., Pargament, K. I. and Mahoney, A. (2009) The role of religiousness in anxiety, depression, and happiness in a Jewish community sample: A preliminary investigation. *Mental Health, Religion & Culture*, 12(2), 97-113.

Ryan, E. M., and Francis, J. A. (2012). Locus of Control Beliefs Mediate the Relationship Between Religious Functioning and Psychological Health. *Religion Health*, 51, 774-785.

Rippentrop, A., Altmaaier, M., Chen, J., Found, M. and Keffala, J. (2005). The Relationship between religion/spirituality and physical health, mental health, and pain in a chronic pain population. *Pain*, 116, 311-321.

Roberts JE, Gotlib IH, Kassel JD. (1996). Adult attachment security and symptoms of depression: The mediating roles of dysfunctional attitudes and low self-esteem. *Journal of Personality and Social Psychology Bulletin,* 59, 981-6.

Sahraian, A., Gholami, A., Javadpour, A. and Omidvar, B. (2013). Association between religiosity and happiness among a group of Muslim undergraduate students*. Journal of Religion and Health*, 52(2), 450-453.

Schimmel, J. (2009). Development as happiness: the subjective perception of happiness and UNDP's analysis of poverty, wealth and development. *Journal of Happiness Studies*, 10(1), 93-111.

Shaver, P. R., Schachner, D. A., & Mikulincer, M. (2005). Attachment style, excessive reassurance seeking, relationship processes, and depression. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 31, 343-359.

Snoep, L. (2008). Religiousness and happiness in three nations: A research note. *Journal of Happiness Studies*, 9.2, 207-211.

Synder, D. K., Simpson, J. A. & Hughes, J. N. (2006). Emotion regulation in families: Pathway to dysfunction and health. Whashington, DC: American Psychological Association.

WHO. (2013). Mental health: a state of well-being. Available from: <http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/en>. Accessed February 5,2014

Wikipedia. (?).Mental health. Available from: <http://en.wikipedia.org/wiki/Mental_health> . Accessed June, 24, 2014.

1. 1- Meisenhelder [↑](#footnote-ref-1)
2. 2- Rippentrop [↑](#footnote-ref-2)
3. - Johnstone [↑](#footnote-ref-3)
4. - Janseen [↑](#footnote-ref-4)
5. - Pernegar [↑](#footnote-ref-5)
6. - Yiengprugsawn [↑](#footnote-ref-6)
7. - Neria [↑](#footnote-ref-7)
8. - Raque-Bogden [↑](#footnote-ref-8)
9. - Snoep [↑](#footnote-ref-9)
10. - Mookerjee & Beron [↑](#footnote-ref-10)
11. - Rosmarin [↑](#footnote-ref-11)
12. - Granqvist & Hangekull [↑](#footnote-ref-12)
13. - Coursey [↑](#footnote-ref-13)
14. - Flannelly & Galek [↑](#footnote-ref-14)