

مطالعاتی در قلمرو مشترک دین و روان‌شناسی

دکتر باقر غباری بناب*

چکیده

دین و دین‌داری چه تأثیراتی بر سلامت روان آدمی دارد و کدام شواهد تجربی نقش مثبت دین و دین‌داری بر سلامت و بهداشت روانی را مدلل می‌سازد؟ مؤلف برای پاسخ به سؤالات فوق به چند طبقه از تحقیقات انجام شده با عناوین و نتایج زیر اشاره می‌کند:

الف) دین‌داری و خودکشی؛ بین تعداد کسانی که به کلیسا می‌روند و میزان خودکشی رابطه معکوس وجود دارد. ب) دین‌داری و بزهکاری؛ بین میزان رفتن به کلیسا و بزهکاری رابطه منفی وجود دارد. ج) دین‌داری و اعتیاد؛ افراد مذهبی کمتر به استفاده از مواد مخدر روی می‌آورند. د) دین‌داری و رضایت‌مندی از ازدواج؛ مهم‌ترین عامل رضایت‌مندی در ازدواج‌های پایدار، مذهب تلقی می‌شود. ه) دین‌داری و افسردگی؛ میزان افسردگی بیمارانی که دارای باورهای مذهبی قوی‌تری هستند از سایر گروه‌ها کمتر است. و) دین‌داری و فشار روانی؛ افراد مذهبی کمتر به مشکلات روانی دچار می‌شوند. ز) افزایش صله رحم موجب سازگاری اجتماعی بیشتری می‌شود، و بالاخره توکل به خدا سبب کاهش اضطراب می‌گردد.

واژه‌های کلیدی: روان‌شناسی و مذهب؛ بهداشت روانی؛ خودکشی؛ مواد مخدر؛ بزهکاری؛ افسردگی؛ فشار روانی.

مقدمه

سؤالاتی که در جامعه فعلی در خصوص روان‌شناسی اسلامی مطرح می‌شود عمدتاً به مناسبات دین و روان برمی‌گردد. بسیاری از روان‌شناسان به طور سلبی یا ایجابی به این سؤالات پاسخ می‌دهند. عده‌ای روان‌شناسی را از مقوله علوم تجربی و آزمایشی می‌دانند که از فلسفه جدا شده و مسیری را که علوم تجربی طی کرده است، می‌پیماید و برای آزمون فرضیه‌هایش از روش‌ها و متدهای آزمایشگاهی استفاده می‌کند، در حالی که دینداری افراد هنوز بحث ماوراءالطبیعه است و تن به تحقیقات تجربی نمی‌دهد. برخی دیگر از روان‌شناسان، مطالعات روان‌شناختی دین را بسیار مهم تلقی می‌کنند و اعتقاد دارند که برای آموزش مفاهیم دینی به افراد بایستی از روان‌شناسی سود جست و حتی دینداری افراد را در تعامل با شخصیت آنان دانست. دینداری یک فرد سالم و خودشکوفای با دینداری یک فرد دچار توهمات ذهنی و مشکلات روانی هرگز نمی‌تواند برابری کند و یا نتیجه یکسان داشته باشد. به علاوه «دین» و «دینداری» تأثیراتی که در روان آدمی می‌گذارد هم از نظر تئوریک و هم از نظر تحقیقاتی انکارناپذیر است. دینداری و نوع آن در تأمین سلامت روانی افراد مؤثر است. در زیر به برخی از این تحقیقات می‌پردازیم و پس از آن الگوی نظری را که معناکننده این تحقیقات است بررسی می‌کنیم. تحقیقات انجام شده در زمینه دینداری و سلامت روان را در شش طبقه مجزا می‌آوریم.

دینداری و خودکشی

کامستاک^۱ و پاتریج^۲ در یک بررسی نشان دادند احتمال خودکشی در بین افرادی که به کلیسا نمی‌روند چهار برابر بیشتر از افرادی است که به کلیسا می‌روند. در دوازده پژوهش دیگری که توسط گارتنر^۳ و همکاران (۱۹۹۱) انجام گرفت بین اعتقادات مذهبی و خودکشی، همبستگی منفی مشاهده شد. نتایج شماری از دیگر بررسی‌ها نشان می‌دهد که با کاهش تعداد افرادی که در آمریکا به کلیسا می‌روند، آمار خودکشی بالا رفته است

1. Comstak.

2. partridge.

3. Gartner.

(استاک،^۱ دوایل،^۲ و راشینگ،^۳ ۱۹۸۳). مطالعات هم‌چنین نشان می‌دهد افراد مذهبی کمتر به خودکشی و سوسه شده‌اند (ماینر^۴ و براش،^۵ ۱۹۸۱). استاک معتقد است که افراد مذهبی به دلیل بالا بودن عزت نفس آنان و احساس مسئولیت، دست به خودکشی نمی‌زنند، در حالی که این ویژگی‌ها در افراد غیر مذهبی دیده نمی‌شود.

بزهکاری و دین‌داری

در ارتباط با مذهبی بودن و بزهکاری، بررسی‌ها نشان می‌دهد که رفتارهای بزهکارانه در افراد مذهبی کمتر از افراد غیر مذهبی است. برخی تحقیقات نشان می‌دهد که نگرش‌های مذهبی نمی‌تواند بزهکار بودن و یا بزهکار نبودن را پیش‌بینی کند ولی رفتارهای مذهبی می‌تواند این دو را از یکدیگر متمایز کند. (گارتنر، لارسون^۶ و آلن،^۷ ۱۹۹۱). به عبارت دیگر شرکت در مراسم مذهبی و رفتن به کلیسا عاملی است که با بزهکاری رابطه‌ای منفی دارد، و این امر در پنج مقاله از شش مقاله‌ای که توسط ارگیل^۸ و بیت‌هلاهمی^۹ مورد بررسی قرار گرفته، گزارش شده است.

دینداری و استفاده از مواد مخدر

در زمینه استفاده از مواد مخدر نیز نتیجه بررسی‌های انجام شده مانند نتیجه خودکشی است. برای نمونه گورساج^{۱۰} و باتلر^{۱۱} (۱۹۷۶) بعد از بررسی بیست تحقیق تجربی به این نتیجه رسیدند که به وسیله اعتقادات مذهبی می‌توان پیش‌بینی کرد که در آینده چه کسی از مواد مخدر استفاده خواهد کرد. گروهی از پژوهشگران در تأیید نظریات گورساج و باتلر، با قاطعیت اظهار داشتند که افراد مذهبی از مواد مخدر استفاده نمی‌کنند (ادلف^{۱۲} و اسمارت، ۱۹۸۵، اوتار،^{۱۳} ۱۹۷۹، دیویدز،^{۱۴} ۱۹۸۲).

در یازده پژوهش از دوازده پژوهشی که توسط گارتنر (۱۹۹۱) بررسی شده است این نتیجه به دست آمد که داشتن اعتقادات مذهبی سبب کاهش استفاده از مواد مخدر

- | | | |
|--------------|-------------|---------------------|
| 1. Stack. | 2. Doyle. | 3. Rushing. |
| 4. Minear. | 5. Brush. | 6. Larson. |
| 7. Laaen. | 8. Argyle. | 9. Beit - Hallahmi. |
| 10. Gorsuch. | 11. Butler. | 12. Adlaf. |
| 13. Autar. | 14. Davids. | |

می‌شود. لوچ^۱ و هوگز^۲ (۱۹۸۵) نیز بعد از بررسی نظرات ۱۴۰۰۰ جوان به این نتیجه رسیدند که بیشترین افرادی که از مواد مخدر استفاده می‌کنند افراد غیر مذهبی‌اند و در درجه دوم استفاده، لیبرال مذهبی‌ها قرار دارند و کمترین کسانی که به این مواد روی می‌آورند افراد مذهبی اصول‌گرا هستند. از دیگر یافته‌های این پژوهش آن بود که هر اندازه اعتقادات مذهبی فرد قوی‌تر باشد به همان اندازه احتمال استفاده از مواد مخدر در او کمتر است.

رضایت‌مندی از ازدواج و دین‌داری

بررسی‌های انجام شده نشان می‌دهد که انجام اعمال مذهبی (از جمله رفتن به کلیسا) بیش از دیگر متغیرهای مورد بررسی، رضایت‌مندی از ازدواج را پیش‌بینی می‌کند. (گلین^۳ و وپوز، ۱۹۸۸) هم‌چنین اسپروسکی^۴ و هاگستون^۵ (۱۹۷۸) نشان داده‌اند افرادی که برای مدت طولانی با هم زندگی می‌کنند مذهب را به عنوان مهم‌ترین عامل رضایت‌مندی در ازدواج تلقی می‌کنند. جریگان^۶ و ناک^۷ بعد از بررسی تحقیقات خود به این نتیجه رسیدند که مذهب مهم‌ترین عامل ثبات و پایداری در ازدواج است. می‌دانیم که پایدار بودن کانون خانواده و کاهش یافتن احتمال طلاق، خود عامل بسیار مهمی در بهداشت روانی خانواده‌ها به شمار می‌رود. تحقیقات نشان داده است، مردانی که همسرانشان را طلاق داده و یا از آن‌ها جدا شده‌اند، ده بار بیش از دیگران در معرض ابتلا به بیماری‌های روانی هستند. هم‌چنین زنانی که طلاق گرفته‌اند و یا از همسرانشان جدا شده‌اند، خطر دچار شدن به بیماری‌های روانی در آنان پنج برابر بیشتر از زنانی است که طلاق نگرفته‌اند.

رابطه دین‌داری و افسردگی

پرسمن^۸ و همکاران (۱۹۹۰) سی زن سالمند (۶۵ سال به بالا) را که در بیمارستان، جراحی لگن انجام داده و بهبود یافته بودند مورد آزمایش قرار دادند. این افراد تاریخچه

1. Loch.

2. Hughes.

3. Glenn.

4. Sparawski.

5. Houghston.

6. Jerrigan.

7. Nack.

8. Pressman.

بیماری قبلی نداشتند و در زمان آزمایش از نظر هوشی دارای مشکلی نبودند. نخستین آزمون ۴۸ ساعت پس از جراحی یاد شده و آزمون بعدی تقریباً ۲۴ ساعت پیش از مرخص شدن آنان از بیمارستان صورت گرفت. زمانی که این افراد از بیمارستان مرخص می شدند، سه آزمون به شرح زیر از ایشان به عمل آمد.

- مقیاس افسردگی پیران؛

- مقیاس مذهبی بودن؛

- ارزیابی توانایی راه رفتن.

نتایج نشان داد بیمارانی که باورهای مذهبی قوی تری داشتند و اعمال مذهبی را انجام می دادند نسبت به گروه دیگر کمتر افسردگی داشتند و پس از ترخیص از بیمارستان راه طولانی تری را پیاده طی کردند.

رابطه دین داری با تحمل فشارهای روانی

در برخی از بررسی های انجام شده، موثر بودن مداخلات مذهبی در کاهش اضطراب و فشارهای روانی مورد مطالعه قرار گرفت و نتایج دو بررسی نشان داد که افراد معتقد و پای بند به اصول مذهب، اضطراب و ناراحتی های روانی کمتری دارند (لیندنتهال^۱ و همکاران، ۱۹۷۰؛ استارک^۲، ۱۹۷۱). گارتنر و همکارانش (۱۹۹۱) در زمینه سلامت روانی و اعتقادات مذهبی، شش مقاله را بررسی کرده اند و در تمام این مقالات بین اعتقادات مذهبی و سلامت روانی رابطه مثبتی ملاحظه شده است.

رابطه بین دین داری و خلق و خوی مذهبی

تحقیقاتی نیز در ارتباط با اخلاقیات مذهبی در افراد (اخلاق عملی) با شاخص های سلامتی صورت گرفته است که به برخی از آن ها اشاره می شود.

در پژوهشی که توسط غباری و محمدوند (۱۳۷۷) در مورد «بررسی رابطه بین رفتار بخشایشگری (عفو و گذشت) با میزان اضطراب والدین دانش آموزان عقب مانده ذهنی و عادی انجام گرفت این نتیجه به دست آمد که هر چه میزان عفو و گذشت در بین والدین بالا رود از میزان اضطراب آنان کاسته می شود.

1. Lindenthal.

2. Stark.

ضریب همبستگی بین میزان عفو و گذشت و اضطراب در والدین کودکان عادی چنین است:

$$r=0/33 \text{ و } p < 0/01) -0/33$$

و ضریب همبستگی در والدین کودکان عقب‌مانده ذهنی عبارت است از:

$$r=0/4 \text{ و } p < 0/01) -0/4$$

علاوه بر آن یافته‌ها نشان می‌دهد که والدین هرچه مذهبی‌تر باشند میزان عفو و گذشت آنان نیز بیشتر است. این یافته‌ها بسیار مهم تلقی می‌شود، چون از یک طرف ارتباط بین مذهبی بودن و میزان عفو و گذشت را در والدین نشان می‌دهد و دلالت بر این دارد که افراد مذهبی بیشتر از افراد دیگر خطای دیگران را می‌بخشند و از طرف دیگر نشان می‌دهد که بین سلامت روان و داشتن اخلاق اسلامی ارتباط وجود دارد؛ یعنی افرادی که دارای اخلاق حسنه مذهبی هستند و به جای انتقام یا کینه‌جویی و قهر، از گناهان دیگران می‌گذرند، اضطراب آن‌ها از دیگران کمتر است و از سلامت روان بیشتری برخوردار هستند.

در پژوهش دیگری غباری و پیشاهنگ (۱۳۷۸) رابطه صله رحم با سازگاری اجتماعی را مورد مطالعه قرار دادند که مهم‌ترین سؤالات در این پژوهش به قرار زیر بود:

۱. آیا رابطه‌ای بین میزان صله رحم در نوجوانان (۱۴ تا ۱۸ ساله) دختر و سازگاری

اجتماعی آنان وجود دارد؟

۲. آیا کیفیت صله رحم اثر بخشی آن را افزایش می‌دهد؟

۳. آیا رایه حمایت‌های اجتماعی در برقراری و صله رحم بیشتر موجب سازگاری

اجتماعی می‌گردد یا دریافت این‌گونه حمایت‌ها؟

با استفاده از مصاحبه‌های طولانی از نوجوانان، مقیاسی که صله رحم را اندازه بگیرد ساخته و ویژگی‌های روان‌سنجی آن با استفاده از روش‌های آماری برآورد شد. ضریب آن‌ها که نشان‌دهنده میزان همسانی درونی آزمون است برابر با ۰/۷۸ شد که نشان‌دهنده اعتبار بالای این آزمون است. اعتبار آزمون سازگاری اجتماعی که توسط پژوهشگران به دست آمد در حدود ۰/۶۷ بوده است. تحلیل داده‌ها نشان داد که بین صله رحم و سازگاری اجتماعی در حدود ۰/۳ بوده است که در سطح خطای کمتر از ۰/۰۰۱ ($p < 0/01$) معنی‌دار است. یعنی افرادی که صله رحم می‌کنند و یا صله رحم دریافت

می‌دارند از سازگاری اجتماعی بالاتری برخوردارند.

برای سنجش اینکه چه مؤلفه‌هایی از صله رحم (کیفیت، کمیت، رایه و دریافت) به طور معنی‌داری سازگاری اجتماعی نوجوانان را پیش‌بینی می‌کند از تحلیل رگرسیون چند متغیر استفاده شد. نتیجه تحلیل رگرسیون نشان داد که دریافت صله رحم در سطح کمتر از ۰/۰۰۱ سازگاری اجتماعی را پیش‌بینی می‌کند ($p < 0/01$) و ($t=3/56$). با توجه به نتایج به دست آمده از تحلیل رگرسیون مقادیر ضریب (B) می‌توان معادله خطی زیر را برای این پیش‌بینی نوشت:

$$y \text{ (دریافت صله رحم)} = ۲۲/۹۱ + ۰/۲۶ x \text{ (سازگاری اجتماعی)}$$

برای این که علاوه بر فراوانی و میزان صله رحم غنای آن را نیز مورد توجه قرار دهیم، در ساختن پرسش‌نامه گزاره‌هایی را باید گنجانده که کیفیت صله رحم را از نظر غنا و عمق مورد سنجش قرار دهد. تحلیل رگرسیون چند متغیر نشان داد که کیفیت صله رحم ارتباط بالایی با سازگاری اجتماعی دارد و به تنهایی در حدود ۷٪ از تغییرات (واریانس) سازگاری اجتماعی را پیش‌بینی می‌کرده است. تحلیل ضریب پیش‌بینی (B) نشان داد که ضریب پیش‌بینی با مقدار ۰/۲۷ ($Beta = ۰/۲۶۷$) در سطح خطایی کمتر از ۰/۰۱ معنادار بوده است.

با ملاحظه این داده‌ها رگرسیون را می‌توان به صورت زیر نشان داد:

$$Y \text{ (کیفیت صله رحم)} = ۲۱/۷۵ + ۰/۲۷ X \text{ (سازگاری اجتماعی)}$$

همان‌طور که در معادله فوق دیده می‌شود مقدار ثابت (عرض نقطه) در حدود ۲۱/۷۵ شده است و مقدار ضریب پیش‌بینی (B) ۰/۲۷ است که ضریب نسبتاً بالایی است.

اگر یافته‌های فوق را در مورد تحقیق مربوط به صله رحم خلاصه کنیم، می‌توان نتیجه گرفت که اولاً صله رحم با سازگاری نوجوانان، همبستگی معناداری دارد. یعنی هر اندازه صله رحم در بین آنان و اعضای خانواده بیشتر باشد، سازگاری آنان بیشتر است و ثانیاً دریافت کردن صله رحم (یعنی فردی که مورد بازدید قرار می‌گیرد، به عیادتش می‌روند، از او احوال‌پرسی می‌کنند، به دیدار او می‌روند ...) سازگاری اجتماعی‌اش بیشتر است. علاوه بر این کیفیت «صله رحم» ارزش بالاتری از مقدار و میزان آن دارد. یعنی صله رحم‌هایی بیشتر در سازگاری نوجوانان اثر می‌گذارد که دارای کیفیت بالایی

بوده و رضایت دو طرفه در این دید و باز دیده‌ها و تعاملات اجتماعی حاصل شود. در پژوهش دیگری که غباری و همکاران (۱۳۷۹) در مورد دانشجویان دانشگاه تهران انجام داده رابطه بین توکل به خدا و اضطراب مورد مطالعه قرار گرفته است. در این پژوهش تعداد ۵۱۳ نفر از دانشجویان دوره کارشناسی از دانشکده‌های مختلف با روش تصادفی خوشه‌ای انتخاب شدند و بر روی آن‌ها پرسش‌نامه‌های «راهیابی در حوادث و رخداد‌های زندگی» و «اضطراب خصیصه‌ای اسپیلبرگر» اجرا شد. تحلیل داده‌ها نشان داد که بین گروه‌های دانشجویی با «توکل بالا» و «توکل پایین» تفاوت معنی‌داری از لحاظ اضطراب خصیصه‌ای ملاحظه می‌شود. یعنی دانشجویانی که میزان توکل آن‌ها بالاتر بود از میزان اضطراب پایین‌تری برخوردار بودند و برعکس دانشجویانی که میزان توکل آن‌ها پایین‌تر بود از میزان اضطراب بالاتری برخوردار بودند. هم‌چنین تحلیل داده‌ها نشان داد که در دانشجویان همبستگی مثبت و معنی‌داری بین توکل به خدا و امیدواری و هم‌چنین توکل به خدا و صبر و تحمل وجود دارد. علاوه بر این، استفاده از روش‌های مقابله‌ای مذهبی مثل توکل، رضا، تسلیم، صبر و تحمل و اجرا کردن اخلاق دین در روابط بین فردی مثل صلۀ رحم و بخشش، گذشت اجتماعی را بالا می‌برد.

چگونه می‌توان این یافته‌ها را توجیه و تبیین کرد؟ در توجیه این یافته‌ها می‌توان به مدل‌های مختلفی از جمله «نقش معنادهی» مذهب اشاره کرد. این معنا بخشیدن یعنی پاسخ دادن به سؤالات مهمی چون از کجا آمده‌ایم؟ برای چه آمده‌ایم؟ و به کجا می‌رویم؟ همان سؤالات مهمی که یکی را خیام کرد، دیگری را حافظ، سومی را مولوی و چهارمی را ابوالعلائی معری. یکی دم غنیمتی شد. دیگری رند، سومی طربناک، و چهارمی غمناک. این معنا بخشیدن یعنی از رنج هستی رستن، در صورت نبود این معنا به قول ویکتور فرانکل آدم‌ها به خودکشی، مواد مخدر و افیون، الکل و بزهکاری روی می‌آوردند تا دمی را از رنج هستی وارهند.

دین یکی از کارکردهایش دادن معنا به زندگی و آشتی دادن انسان با زندگی است. انسان دیندار به زور و تکلف دست به رضا و تسلیم نمی‌زند. او چون جهان را معنادار می‌بیند، تسلیم و رضا و توکل به صورت طبیعی به او دست می‌دهد، و مثل سعدی می‌گوید:

به جهان خرم از آنم که جهان خرم از اوست

عاشقم بر همه عالم که همه عالم از اوست

او جهان را دارای صاحب می‌بیند که به دعوت او و برای هدفی به این جهان پا گذاشته است و در این جهان میهمان صاحب خانه (خدا) است. و این فکر او را نه تنها برای تحمل تمام سختی‌ها آماده می‌کند، بلکه ناگواری‌ها را برای او شیرین و گوارا می‌سازد. او مولوی وار می‌گوید:

من که صلحم دائماً با این پدر این جهان چون جنتستم در نظر

(مثنوی، دفتر چهارم، بیت ۳۲۶۳)

چقدر زیباست وقتی انسان این معنا دادن به زندگی را از زبان بزرگ‌ترین روان‌پزشکان عالم، ویکتور فرانکل بشنود و بداند که چرا یافتن معنا هسته اصلی لوگوتراپی به وسیله ویکتور فرانکل شد.

او صحنه‌ها را در نوشته خود ترسیم می‌کند تا به آن جا می‌رسد که می‌گوید افسران آلمانی از ما خواستند که همه چیز را از جواهرات گرفته تا دفترچه تسلیم آن‌ها کنیم. من که نوشته‌های نخستین کتابم را با خود داشتم و نمی‌خواستم آن‌ها را از دست بدهم، نگرانی خود را با زندانی دیگری در میان گذاشتم او حرفی به من زد که مدت‌ها گیج بودم و به عمق حقارت پی بردم و از گذشته خود وداع نمودم. در این لحظه بود که از خود پرسیدم آیا زندگی باز هم معنایی دارد؟ پرسش این پاسخ خود را همین ساعت یافتم. در جیب لباسی که به من داده بودند بیوشم و متعلق به زندانی مرده‌ای بود تکه کاغذی یافتم که بر روی آن نوشته بود: «خدایت را با تمام قلبت، با تمام روحت و با تمام قدرتت دوست بدار.»

در نظر فرانکل این دعا معنای بسیار عمیقی داشت که بایستی پاسخ مثبت به زندگی داد، علیرغم رنج و درد و ناراحتی که در آن وجود دارد، چون این پاسخ مثبت یک دستور است.

فرانکل تصمیم می‌گیرد که خدای خودش و در نتیجه خود و زندگی‌اش را طبق دستور مذهبی دوست بدارد و دوباره در آن دردها و رنج‌ها، معنایی را جست‌وجو کند (شولتز، ۱۳۷۹).

علاوه بر این، معنا دادن به زندگی، خود موجب التیام آلام و دردها و رنج‌های زندگی

می‌شود. روش‌های برخورد یک فرد مذهبی با مشکلات با برخورد افراد دیگر بسیار متفاوت است. فرد مذهبی در مقابل مشکلات، توکل و صبر را پیشه می‌کند که اثر سازندگی و التیام‌بخشی آن واضح است در حالی که افراد غیرمذهبی به روش‌های اجتنابی و تخریبی مثل پناه بردن به مواد مخدر خود را التیام می‌بخشند.

نتیجه‌گیری

هرچند که حجم نوشته بیش از این اجازه بسط مطلب را نمی‌دهد، در خاتمه لازم است به این نکته اشاره کنم که تحقیقات روان‌شناختی در زمینه مذهب چه در داخل ایران و چه در کشورهای دیگر بسیار تشویق‌کننده است.

ارتباط تنگاتنگ مذهب و سلامت روان از تحقیقات انجام شده به خوبی استنباط می‌شود. پژوهشگران آینده لازم است که اولاً تئوری خود را برای مطالعات روان‌شناسی شکل دهند تا با سرعت و دقت و یکپارچگی و انسجام پیشرفت کنند و ثانیاً ابزارهای دقیق و روش‌های معتبری را برای مطالعات انتخاب کنند. مشاوران و روان‌درمانگران نیز در حرفه خود نبایستی از نقش مؤثر مذهب در سلامت روان غافل شوند.

منابع فارسی

- شولتز، د. (۱۳۷۹)، روان‌شناسی کمال؛ الگوهای شخصیت سالم، ترجمه گیتی خوشدل، تهران: نشر پیکان.
- غباری بناب، ب، محمدی وند، ح، ۱۳۷۷؛ بررسی رابطه رفتار بخشایشگری با میزان اضطراب، زیر چاپ.
- غباری بناب، ب، پیشاهنگ، م، ۱۳۷۸؛ رابطه صله رحم با سازگاری اجتماعی نوجوانان، زیر چاپ.
- غباری بناب، ب، خدایاری فرد، شکوهی یکتا، م، فقیهی، ع، ۱۳۷۹؛ توکل به خدا عنوان روش مقابله‌ای، مجله دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، زیر چاپ.

منابع انگلیسی

- Adalf, E.M.& Smart, R. G. (1985). Drug Use and Rse and Religious affiliation, feelings, and behavior, British journal of Addiction,
- Argyle, M. & Beit-Hallahmi B. (1975). The Scientific Psych ologf of Religion, London: Routledge & kegan Paul.
- Autars. (1979). Religious Involvement and anti-s ocial beh avior. Perceptual and Motor Skills, 48, 1157-1158.
- Comstock, G. W. & patridge, K. B. (1972). Church attendance. and Health. Journal of Chronic Disease, 25. 665-672.
- Dauids, L. (1982). ethnicidentity, religio sity, and youth ful deviance: The toronto computer dating project. Adolesconce 17. 673-684.
- Gartner, j. Iarson, D. B. & allen, G. (1991). Religious Commitments and mental health: A reviw e of the empirical literature, journal of psychology and theology, 19, 6-26.

- Glenn, N. D., & weaver, C. N. (1987). multivariate, multisurvey study of happiness. *journal of marriage and family*, 40, 267-282.
- Gorsuch, R. L., & butler, M. c. (1967). Initial drug abuse: A review of predisposing socialpsychological factors. *psychological Bulletin*, 3, 120-137.
- Lindenthal, J. J. Meyers, T. K. pepper, M, P. & stern, M. s. (1970). Mental status and religious behavior. *journal. For The Scientific Study of Religion*, 143-149.
- Loch. B. R. & hughes, R. H. (1985). Religious and youth substance use. *Jornal Of Religion and Health*, 24, 197-208.
- Minear, J, D. & brush, C. R. (1981). The correlates of attitudes toward with death anxiety, religiosity and personal closeness to suicide. *Omega journal Of Death and Dying*. 11, 317-327.
- Pressman, P. Lyons, j, S, Larsin, D. B. and Stranin, j. j. (1990). Religious belief, depression, and a mbulation status in elderly women with broken hips. *Americal journal Of Psychiatry*, 147, 758-766.
- Sporawski, M. J. & houghson M. J. (1978). preceript ons for ha ppy marriage adjustment and satisfaction of couples married 50 or more ye ars. *Family Coordirtator*, 27, 321, 327.
- Stacks. s (1983). the effect of decline in institutionalized religion on suicide. *Journal For The Scientific Study Of Religion*, 22, 239-252.
- Satrk, R. (1971). psychopathlogy and religious commitment . *Review Of Religious Research*, 12, 165-176.