**2-4 مذهب و معنويت**

**2-4-1 تاريخچه ي روانشناسي مذهب و معنويت**

ورود اوليه مفاهيم مذهب و معنويت در علم روانشناسي، در همان اولين دهه هاي شکل گيري اين علم، اتفاق افتاد. جيمز و هال[[1]](#footnote-1)، جزء اولين نظريه پردازان علم روانشناسي بودند که به اين حيطه توجه نشان دادند. اين اقبال اوليه به مفاهيم معنوي و مذهبي، همزمان با غلبه ي رويکردهاي روانکاوي و رفتارگرايي در نيمه ي نخست قرن بيستم، به سرعت فرونشست (ولف[[2]](#footnote-2)، 1991). در دهه هاي شصت و هفتاد ميلادي، مذهب و معنويت، به تدريج در روانشناسي علمي‌و پژوهش هاي نظام مند، مطرح شد. به طوريکه در سال 1976، بخش 36 انجمن روانشناسي آمريکا[[3]](#footnote-3) تحت عنوان روانشناسي مذهب[[4]](#footnote-4) رسماً تأسيس شد. با وجود اينکه در آن دوران، پژوهش هاي انجام شده، در حيطه ي روانشناسي مذهب و معنويت، نسبت به ساير زمينه هاي روانشناسي، بسيار اندک و ناچيز بود، زمينه ي مناسبي فراهم شد تا جنبه هاي روانشناختي مذهب و معنويت، با استفاده از روش هاي تحقيق معتبر علمي، مورد بررسي قرار بگيرد. در طي اين پژوهش ها همپوشي و قرابت بسياري از مفاهيم مذهبي و معنوي با مباني علمي‌روانشناسي، آشکار شد و از اينرو پژوهشگران را به سمت ايجاد رويکردي يکپارچه نگر سوق داد که طي آن به تبيين علمي‌تجارب معنوي و مذهبي از چارچوبي کاملاً روانشناختي مي‌پرداختند. از آن دوران تا به امروز، از يکسو پژوهش هاي رابطه اي که به بررسي و تبيين روابط بين مولفه هاي روانشناختي مختلف و عقايد و تجارب معنوي و مذهبي مي‌پردازند و از سوي ديگر، پژوهش هاي آزمايشي و شبه آزمايشي که اثربخشي مداخلات روانشناختي يکپارچه شده با عقايد مذهبي و معنوي را مورد بررسي قرار مي‌دهند، پايه هاي علمي‌روانشناسي مذهب و معنويت را تحکيم کرده اند (پالوتزين و پارک[[5]](#footnote-5)، 2005).

**2-4-2 وجوه تشابه و افتراق مذهب و معنويت**

هردو مفهوم مذهب و معنويت، مفاهيمي‌چند بعدي تلقي مي‌شوند که زمينه هاي مختلف زندگي روزمره ي افراد معتقد به باورهاي مذهبي و معنوي را تحت تأثير قرار مي‌دهند (کال و رابينز، 2004). اين دو مفهوم را نه مي‌توان به عنوان دو مفهوم کاملاً مستقل و متمايز در نظر گرفت و نه مي‌توان آن ها را کاملاً معادل يکديگر قلمداد کرد، زيرا علي رغم تمايزاتي که در بين مولفه هاي اين دو مفهوم وجود دارد، شباهت ها و همپوشي هاي بسياري نيز بين آن ها ديده مي‌شود (اوندرا و گرينوالت، 2008).

براساس مطالعات و نظريه پردازي هاي روانشناسي مذهب و معنويت، در مقوله ي مذهب، بعد عقايد، و التزامات عملي و اجتماعي، بسيار برجسته است ولي در مقوله ي معنويت، بعد احساسات و هيجانات شخصي، بيشتر مورد تأکيد قرار مي‌گيرد. بر اين اساس، افرادي که خود را مذهبي قلمداد مي‌کنند، بيشتر بر باورهاي اساسي مذهبي خود تمرکز دارند و انگيزه ي قابل توجهي براي عمل کردن بر اساس دستورالعمل هاي ارائه شده از جانب مذهبشان در زندگي شخصي و اجتماعي خود را دارند. اما افرادي که خود را معنوي قلمداد مي‌کنند، بيشتر تأکيد بر تجارب احساسي و عاطفي ناشي از پيوستگي و اتحاد با معنايي فراتر از خود، مانند احساس پيوستگي با خداوند و تعلق قلبي به ديگران را دارند و انگيزه ي آن ها بيشتر حول تجربه ي اين احساسات مثبت دروني، متمرکز است. اين تقسيم بندي، به خوبي، ابعاد متمايز مذهب و معنويت را در يک نگاه کلي، نمايان مي‌سازد، اما بايد توجه داشت که چنين تمايزاتي جنبه ي مطلق ندارد، زيرا بسيار محتمل است که يک فرد مذهبي،‌ براساس باورهاي مذهبي خود، تجارب معنوي شخصي و منحصر به فردي را داشته باشد و يک فرد معنوي نيز ممکن است که به عقايد دروني مشخص و منسجمي‌پايبند باشد. از سوي ديگر مولفه هاي اجتماعي اگرچه عمدتاً با عقايد مذهبي همراه است، ولي عقايد معنوي نيز مي‌توانند منجر به شکل گيري شبکه هاي اجتماعي خاص خود شوند، چنانچه در بعضي از کشورها نهادهاي اجتماعي خاص افراد داراي عقايد معنوي مشترک، وجود دارد (زينبائوئر و پارگامنت، 2005).

براساس پژوهش هاي انجام شده، چنين به نظر مي‌رسد که اکثر افراد، خود را هم مذهبي و هم معنوي، در نظر مي‌گيرند و تنها درصد کمي‌از افراد هستند که خود را فقط مذهبي يا معنوي تلقي مي‌کنند. بويژه درصد بسيار پاييني از افراد مذهبي هستند که خود را معنوي تلقي نکنند. به عنوان نمونه، در پژوهش زينبائوئر و همکاران (1997 به نقل از زينبائوئر و پارگامنت، 2005). 74 درصد از آزمودني ها خود را هم مذهبي و هم معنوي معرفي کردند، 19 درصد خود را صرفاً معنوي (و نه مذهبي) و فقط 4 درصد خود را مذهبي (و نه معنوي) مي‌دانستند. اين موضوع در چند پژوهش ديگر نيز مورد بررسي قرار گرفته و نتايج بسيار مشابهي به دست آمده است (زينبائوئر و پارگامنت، 2005).

**2-4-3 شکل هاي سالم و ناسالم مذهب و معنويت**

در طول قرن بيستم در ميان صاحب نظران علم روانشناسي، نگرش هاي بسيار متفاوت و حتي متضادي وجود داشته است در مورد اينکه آيا مذهب و معنويت عوامل کمک کننده به سلامت روان محسوب مي‌شوند و يا جزء عوامل آسيب زا براي سلامت روان هستند. در اين ميان، نظريه ي آلپورت در مورد مذهب دروني و بيروني، به عنوان يک مفهوم سازي جامع و همه جانبه و در عين حال، فاقد پيش داوري و تعصب در اين زمينه، بسيار مورد توجه نظريه پردازان و پژوهشگران حيطه ي روانشناسي مذهب و معنويت قرار گرفت. آلپورت دو نوع مذهب را معرفي کرد: مذهب دروني[[6]](#footnote-6) و مذهب بيروني[[7]](#footnote-7). يک فرد داراي مذهب دروني، با عقايد مذهبي خود، زندگي مي‌کند و هدف و غايت شئون مختلف زندگي خود را با اين عقايد، معنا مي‌بخشد. در حاليکه افراد داراي مذهب بيروني، نگاهي سودگرايانه و ابزاري به عقايد مذهبي دارند، به طوريکه از مذهب براي دست يابي به اهدافي همچون امنيت، پايگاه اجتماعي و به طورکلي اهداف غيرمذهبي و غيرديني، استفاده مي‌کنند (زينبائوئر و پارگامنت، 2005).

نظريه ي آلپورت، امروزه مورد توافق عمومي‌نظريه پردازان و پژوهشگران روانشناسي مذهب و معنويت، قرار گرفته است. براساس پژوهش هاي مختلف، مشخص شده است که مذهب بيروني با ناراحتي هاي روانشناختي مختلف، ميزان پايين توانايي هاي مقابله اي مؤثر، احتمال بالاتر تعصب، ناشکيبايي، و مسائل مربوط به رفتار اجتماعي همبستگي دارد. در مقابل، مذهب دروني،‌ با سطح بالاتر خوب بودن ذهني، ميزان بالاتر توانايي هاي مقابله اي مؤثر و واقع بينانه و رفتار اجتماعي مناسب، رابطه دارد. به طور کلي تمام مولفه هاي اثربخشي که در مورد مذهب، ذکر مي‌شود، مربوط به مذهب دروني است، که در نظام شناختي و اعتقادي افراد، نهادينه شده و بر ابعاد مختلف زندگي آن ها تأثير گذار است (ميلر و کلي[[8]](#footnote-8)، 2005).

در طول قرن بيستم، نگرش به معنويت، بيشتر مثبت بوده است و بسياري از جنبه هاي مرضي که براي عقايد مذهبي در نظر گرفته مي‌شد، به تجربيات معنوي، تعميم داده نمي‌شد. حتي تا امروز هم اين نگرش مثبت به معنويت همچنان وجود دارد. امروزه پژوهش هاي مختلفي ارتباط مذهب بيروني با مسائل و ناراحتي هاي مختلف روانشناختي را مورد بررسي قرار داده اند ولي به ندرت مي‌توان پژوهش هايي را يافت که به ارتباط بعضي از عقايد يا نگرش هاي معنوي با مسائل و آسيب هاي سلامت روان، پرداخته باشند. با اينحال، نگاه کاملاً مثبت به تمام انواع و اشکال معنويت نيز نمي‌تواند منطقي باشد، زيرا در گذشته هاي نزديک و دور، بعضي از پيامدهاي نابهنجار با بعضي از رويکردهاي معنوي که اساس مذهبي هم نداشته اند، همراه بوده است. نمونه ي بارز اين موارد را در خودکشي هاي دسته جمعي بعضي از فرقه هاي معنوي مي‌توان مشاهده کرد (زينبائوئر و پارگامنت، 2005).

**2-4-4 تأثير مذهب و معنويت بر سلامت روان**

با شروع مطالعه ي علمي‌و مبتني بر روش هاي تحقيق معتبر در حيطه ي روان شناسي مذهب و معنويت، شمار بسيار و در عين حال روز افزوني از پژوهش هايي که از ارتباط بين نگرش هاي مذهبي و معنوي با سلامت روان به طور کلي و يا با مولفه هاي مرتبط با آن، خبر مي‌دهند پديد آمده است. در تبيين نتايج اين پژوهش ها مي‌توان به عوامل متعددي اشاره کرد، زيرا مذهب و معنويت، ابعاد و ظرفيت هاي بالقوه ي بسياري دارند که هريک مي‌تواند تأثير مثبتي روي سلامت روان داشته باشد. با اين حال، در اين ميان به دو مزيت بالقوه ي نگرش هاي مذهبي و معنوي، بيشتر تأکيد مي‌شود: 1- فراهم کردن يک نظام معنايابي منسجم به منظور مقابله ي مؤثر با موقعيت ها و عوامل استرس زا 2- فراهم کردن بافتي از روابط بين فردي مطلوب و حمايت کننده (هود و همکاران ، 2009).

**2-4-4-1 معنادهي و مقابله با استرس**

مطالعات جديد در زمينه ي مکانيزم هاي مقابله اي، تأکيد دارند که در فرآيند مقابله با موقعيت هاي استرس زا نبايد فقط بر حالات منفي و آسيب شناسي رواني تمرکز کرد، بلکه نقش حالات مثبت روانشناختي نيز در اين فرآيند، بسيار برجسته است. بر اين اساس، بيان مي‌شود که هيجانات مثبت و عواملي که مي‌توانند به ايجاد هيجانات مثبت منجر شوند، نقش بسيار مهمي‌در مقابله ي مؤثر با عوامل استرس زا و در نتيجه حفظ و ارتقاء سلامت روان خواهند داشت. يکي از مهمترين منابع ايجاد کننده و تقويت کننده ي هيجانات مثبت در مواجهه با عوامل استرس زا، تعابير مثبت مبتني بر معنايابي از موقعيت است. چنين تعبيرهايي مخصوصاً مي‌تواند از يک نظام فکري معنوي يا مذهبي ريشه بگيرد (گلانز و شوارتز، 2008). بنابراين نگرش هاي مذهبي و معنوي، با معنادهي مثبت به موقعيت ها و کمک به ارزيابي ها و تعابير شناختي سازگارانه تر از موقعيت هاي استرس زا و ناخوشايند، به عنوان يکي از مهمترين منابع مکانيزم هاي مقابله اي مؤثر، شناخته مي‌شوند (پارگامنت، 2007). بويژه در موقعيت هاي دشوار و استرس زايي که منابع بيروني اجتماعي يا فردي که بتوانند در کوتاه مدت، مسئله را حل نمايند، در دسترس نيستند، احتمال بيشتري وجود دارد که سبک هاي مقابله اي مذهبي مبتني بر معنادهي، فعال شوند (پارگامنت، آنو و واچهولتز[[9]](#footnote-9)، 2005). اين موضوع به طور اوليه توسط فرانکل مطرح شد که يافتن معناهاي فرامادي مؤثر در سلامت روان، در موقعيت هاي دشوار زندگي، بيشتر قابل حصول است (فرانکل؛ ترجمه ي معارفي، 1390). بنابراين در موقعيت ها و شرايط تهديد کننده ي سلامت روان، عقايد مذهبي و معنوي به عنوان يک منبع غني براي مقابله ي مؤثر با اين موقعيت ها محسوب مي‌شوند که مي‌توانند به کاهش هيجانات منفي و افزايش هيجانات مثبت در اين موقعيت ها کمک نمايند (هود و همکاران، 2009).

**2-4-4-2 روابط بين فردي**

يکي از حيطه هاي مهم تأثيرگذاري نگرش مذهبي و معنوي، در بافت روابط بين فردي است. در روابط بين فردي، الگوي باورهاي حاکم بر نظام شناختي فرد، تأثير مستقيمي‌بر نوع تعامل او با ديگران خواهد داشت. بويژه نگرش هاي مذهبي مبتني بر اديان بزرگي همچون اسلام، مسيحيت و يهود، در حيطه ي روابط بين فردي نيز دربردارنده ي الگوهاي شناختي کاملاً مشخص و تعريف شده اي هستند. در اين اديان، بسياري از نگرش ها، قواعد و فرض هاي شناختي، به طور اختصاصي بر رابطه ي انسان با خداوند و نيز در رابطه ي انسان ها با يکديگر مطرح مي‌شوند. به همين دليل، در بافت روابط بين فردي، اين الگوهاي شناختي مي‌توانند تأثير مستقيمي‌بر نوع و کيفيت رابطه ي فرد با ديگران داشته باشند. همچنين ارزيابي فرد از رابطه ي خود با خداوند براساس نگرش مذهبي و معنوي، مي‌تواند تأثيرات مهمي‌بر الگوهاي فکري و هيجاني شخص، در بعد فردي و بين فردي داشته باشد (اوزوراک، 2005). علاوه بر اين، شبکه هاي اجتماعي حمايت کننده و منسجمي‌که مخصوصاً بين افراد داراي عقايد مذهبي مشترک، بوجود مي‌آيد، مي‌تواند تأثيرات مثبتي بر مقابله ي مؤثر با عوامل استرس زا و حفظ سلامت روان به صورت پايدار و بلندمدت داشته باشد (هيل و همکاران، 2009).

**2-4-5 تأثير مذهب و معنويت بر هيجانات مثبت**

در دهه هاي گذشته، پژوهش هاي بسياري در هر دو زمينه ي روانشناسي مذهب و معنويت و نيز روانشناسي هيجانات، صورت گرفته است، اما تعداد پژوهش هايي که به بررسي هردو زمينه در ارتباط با يکديگر پرداخته باشند، بسيار اندک است (امونز، 2005). بااين حال، مجموع اين پژوهش ها نشانگر روابط مثبت بين عقايد و تجربيات مذهبي و معنوي با هيجانات مثبتي همچون شادي و لذت است (کار، 2005).

تأثير مذهب و معنويت بر تجربه ي هيجانات مثبت، بيشتر به مولفه ي معناداري مربوط مي‌شود. تعابير مبتني بر مفاهيم مقدس و معناداري، باعث مي‌شود که يک فرد داراي نگرش مذهبي و معنوي، نسبت به پديده ها و رويدادهايي هيجانات مثبت را تجربه کند که يک فرد غيرمذهبي و غيرمعنوي آنها را عادي، خنثي و يا حتي منفي، قلمداد مي‌کند و در نتيجه به اين رويدادها يا هيجاني نشان نمي‌دهد و يا هيجانات منفي را تجربه مي‌کند (امونز، 2005). در واقع همانطور که فرانکل مطرح مي‌کند، هنگامي‌که معنايي فرامادي و فراتر از خود، به هدف اصلي فرد، در زندگي تبديل مي‌شود، او در مسيري پايدار از کامروايي قدم نهاده است، زيرا اين تحقق هدف، في نفسه خوشايند است و تحقق اهداف معنادار، به هيچ وجه نمي‌تواند توسط موانع و محدوديت هاي مادي و موقعيتي متوقف شود (شولتز؛ ترجمه ي خوشدل، 1385؛ فرانکل؛ ترجمه ي معارفي، 1390).

**2-4-6 يکپارچه سازي مذهب و معنويت در مداخلات سلامت روان**

طي دهه هاي گذشته پژوهش هاي مختلف، از يکسو نشانگر ارتباط بين عقايد مذهبي و معنوي با جنبه هاي مختلف سلامت روان بوده اند و از سوي ديگر نقش مذهب به عنوان يک منبع مقابله بااسترس و پيشگيري کننده از مسائل و ناراحتي هاي روانشناختي، به خوبي مفهوم سازي شده است. به همين دليل، در سال هاي اخير، اين ايده قوياً مورد توجه قرار گرفته است که عقايد مذهبي و معنوي مراجعين مي‌توانند در جريان رويکردهاي مشاوره و روان درماني به عنوان يک منبع مؤثر بر سلامت روان، مورد استفاده قرار بگيرند (پارگامنت، 2007). بويژه با در نظر گرفتن اين نکته که افراد داراي عقايد معنوي و مذهبي در تمام جنبه هاي زندگي خود، تحت تأثير اين باورها قرار دارند، توجه به اين مولفه ي مهم روانشناختي در اين مراجعين، مي‌تواند بسيار حائز اهميت باشد و اثربخشي جريان مشاوره و روان درماني را ارتقا ببخشد (اوندرا و گرينوالت، 2008).

البته رويکردهاي روان درماني و مشاوره که به يکپارچه سازي عقايد معنوي و مذهبي در جريان روند مشاوره و رواندرماني مي‌پردازند، هنوز در مرحله ي آغازين شکل گيري خود هستند. با اين حال، علي رغم اينکه اين جنبش، نوظهور است، تاکنون پژوهش زيادي در سراسر جهان و در فرهنگ ها و مذاهب مختلف، را به خود اختصاص داده است. نتايج اين پژوهش ها بسيار اميدوار کننده بوده است و نشان مي‌دهد که در بسياري از مداخلاتي که عقايد مذهبي و معنوي در جريان رويکردهاي مشاوره و روان درماني استاندارد، يکپارچه شده اند، تأثير آن ها بر حيطه هاي مختلف سلامت روان، مثبت و معنادار بوده است (کال و رابينز، 2004).

البته ممکن است اين مسئله مطرح شود که تأثيرات درماني اين رويکردهاي يکپارچه نگر، صرفاً به خاطر ابعاد روانشناختي آن است و نه مولفه هاي معنوي يا مذهبي. براي بررسي اين مسئله، پژوهش هاي مختلفي با فرهنگ ها و مذاهب گوناگون انجام شده است. بعضي از اين پژوهش ها بين نتايج درمان هاي استاندارد روانشناختي با درمان هاي روانشناختي يکپارچه شده با مذهب يا معنويت، به تفاوت معناداري دست نيافته اند، ولي شمار قابل توجهي از اين پژوهش ها نشان مي‌دهند که مداخلات تلفيق يافته با نگرش مذهبي يا معنوي مراجعين، نسبت به مداخلات بدون معنويت يا نگرش مذهبي، تأثير بيشتري داشته اند. در مجموع، پيشينه ي پژوهشي، بيشتر يافته هاي دسته ي دوم را تأييد مي‌کند (پارگامنت، 2007).

در جريان مداخلاتي که از عقايد مذهبي و معنوي مراجعين استفاده مي‌کنند، تناسب بين مفاهيم مذهبي و معنوي مورد تأکيد، متغيرهاي مورد مداخله و رويکرد مشاوره يا روان درماني خاصي که عقايد مذهبي و معنوي در چارچوب آن يکپارچه مي‌شود، بسيار حائز اهميت است (شافرانسک، 2005). بنابراين به منظور اجراي مداخلات يکپارچه نگر معنوي بر هيجانات، به نظر مي‌رسد رويکردهاي هيجان محوري همچون روان نمايشگري مي‌توانند ظرفيت هاي بالقوه ي ارزشمندي داشته باشند.

**2-6 پيشينه ي پژوهشي**

**2-6-1 پژوهش هاي خارج از کشور**

**2-6-1-1 ارتباط بين متغيرهاي مذهب/معنويت، شادي، لذت و سلامت روان**

كوئنيگ ، پارگامنت و نيلسن[[10]](#footnote-10) (1998)، با بررسي رابطه بين مقابله ي مذهبي و وضعيت سلامت روان در بزرگسالان سالخورده ي بستري در بيمارستان، توانستند21 سبك مقابله اي معنوي را شناسايي كنند كه شانزده مورد آن به طور معناداري با سلامت روان ارتباط مثبت داشت.

بوگنر[[11]](#footnote-11) و همکاران (2001؛ به نقل از ليوبوميرسکي، کينگ و داينر، 2005)، در پژوهش خود نشان دادند که افراد شاد، به احتمال کمتري به سوء مصرف مواد که يکي از عوامل مخل سلامت روان محسوب مي‌شود، روي مي‌آورند.

ون نس و لارسن[[12]](#footnote-12) (2002)، طي يک بررسي،‌ نشان دادند،‌ در ميان افرادي که در دوران پاياني زندگي خود هستند، ارتباط مثبت بين مذهب و معنويت با جنبه هاي مختلف سلامت روان، به چشم مي‌خورد.

داينر و سليگمن (2002)، در مطالعه ي خود، نشان دادند که نشانگان مرضي روانشناختي، همچون افسردگي، هيپوکندريا و اسکيزوفرنيا در افراد شادتر، کمتر مشاهده مي‌شود (به نقل از ليوبوميرسکي، کينگ و داينر، 2005).

اسميت، مک کالو و پل[[13]](#footnote-13) (2003)، با روش فرتحليل، به بررسي 147 پژوهش، در زمينه ي رابطه ي بين مذهبي بودن و وجود نشانه هاي افسردگي, پرداختند. نتايج نشان داد که در مجموع اين پژوهش ها همبستگي منفي بين مذهبي بودن و وجود نشانه هاي افسردگي, تأييد مي‌شود.

فرانسيس، رابينز، لويس و کوئيگلي[[14]](#footnote-14) (2004)، در پژوهشي به بررسي رابطه ي بين نگرش مثبت به عقايد ديني مسيحيت و سلامت عمومي‌در ميان دانشجويان دوره‌ي کارشناسي، پرداختند. نتايج نشان داد که نگرش مثبت به عقايد ديني مسيحيت با سطح بالاتر سلامت عمومي‌همبستگي معناداري داشت.

در پژوهش دالمن، پررا و استادنسکي[[15]](#footnote-15) (2004)، نشان داده شد که افرادي که به صورت خودسنجي، ميزان بالاتري از معنويت را گزارش کرده بودند، به احتمال بيشتري سلامت خود را نيز در وضعيت مطلوبي‌ ارزيابي مي‌کردند.

فلانلي، کوئنيگ، اليسون، گالک و کراوس[[16]](#footnote-16) (2006)، در پژوهش خود، نشان دادند اعتقاد به زندگي پس از مرگ به عنوان يک اعتقاد مذهبي، با سلامت روان بهتر، ارتباط مستقيم دارد.

موريرا-آلميدا، نتو[[17]](#footnote-17) و کوئنيگ (2006)، با بررسي 850 پژوهش در زمينه ي ارتباط مذهب با سلامت روان، به اين نتيجه رسيدند که مجموع اين پژوهش ها، نشانگر ارتباط مذهب با سلامت روان مطلوب مي‌باشد.

در پژوهشي که عبدالخالق و ناصر[[18]](#footnote-18) (2007) با مسلمانان الجزايري انجام دادند، به همبستگي معنادار مذهب با سلامت رواني در مردان و نيز همبستگي معنادار مذهب با سلامت رواني، سلامت جسماني، شادي، رضايت از زندگي و خوشبيني در زنان، دست يافتند. همچنين در اين پژوهش، همبستگي منفي معناداري بين مذهبي بودن با بدبيني و اضطراب، به دست آمد.

در پژوهش عقيلي و کومار[[19]](#footnote-19) (2008)، در پژوهش خود در ميان کارمندان ايراني و هندي به همبستگي مثبت بين نگرش مذهبي و شادي دست يافتند.

ساباتيني[[20]](#footnote-20) (2011)، با نمونه ي817 نفري از شهروندان ايتاليايي به رابطه ي مثبت بين شادي و سلامت عمومي‌دست يافت.

در پژوهش احمدي، موحد ابطحي و کرماني[[21]](#footnote-21) (2012)، با بررسي مدل ساختاري رابطه ي بين نگرش مذهبي، رضايت از زندگي و سلامت روان در دانشجويان دانشگاه اصفهان، نشان داده شد که نگرش مذهبي به طور مستقيم رضايت از زندگي و به طور غيرمستقيم و از طريق رضايت از زندگي، سلامت روان را به طور معناداري پيش بيني مي‌کند.

کامکاري و شکرزاده[[22]](#footnote-22) (2012)، با بررسي رابطه بين سلامت روان و شادي در ميان نوجوانان و جونان 15 تا 29 ساله ي شهر تهران به رابطه ي مثبت معنادار بين اين دو متغير دست يافتند.

در پژوهش احمدي، اسدي و موحد ابطحي[[23]](#footnote-23) (2013)، با بررسي مدل ساختاري رابطه ي بين شادي، لذت و سلامت روان، در ميان دانشجويان دانشگاه اصفهان، مشخص شد که شادي به طور مستقيم لذت،‌ و به طور غير مستقيم و از طريق لذت، سلامت روان را به طور معناداري پيش بيني مي‌کند.

در پژوهش احمدي، اسدي، اميني، کازروي و کاظمي‌(2013) با بررسي مدل ساختاري رابطه ي بين نگرش مذهبي، نااميدي و افسردگي در ميان دانشجويان دانشگاه اصفهان، نشان داده شد که نگرش مذهبي به طور مستقيم با نااميدي و به طور غيرمستقيم و از طريق نااميدي با افسردگي، ارتباط معنادار معکوس دارد.

**2-6-1-2 اثربخشي مداخلات روانشناختي يکپارچه شده با مذهب و معنويت**

دي سوزا و رودريگو (2004)، با اجراي يک مداخله ي شناختي رفتاري که بر عقايد معنوي مراجعان تأکيد داشت، توانستند به بهبود معناداري در اميد به زندگي و نيز کاهش معنادار در ميزان نااميدي دست يابند.

تاراکشوار، پيرس و سيکما[[24]](#footnote-24) (2005؛ به نقل از پارگامنت، 2007)، با اجراي مشاوره ي گروهي متمرکز بر ارتقاء مقابله ي مذهبي، توانستند به کاهش معناداري در افسردگي دست يابند.

ريچاردز، اون و اشتاين[[25]](#footnote-25) (1993؛ به نقل از پارگامنت، 2007)، با اجراي گروه درماني شناختي- رفتاري يکپارچه شده با عقايد مذهبي، در هر دو مرحله ي پس آزمون و پيگيري، به کاهش معناداري در نمرات افسردگي و کمال گرايي و افزايش معنادار نمرات عزت نفس،‌ دست يافتند.

احمدي و کجباف (2012)، با اجراي 8 جلسه معنويت درماني شناختي- رفتاري در ميان دانشجويان دانشگاه اصفهان، توانستند به کاهش معناداري در نمرات اضطراب اعضاي تحت مداخله دست يابند.

احمدي و باجلان[[26]](#footnote-26) (2013)، با اجراي 8 جلسه معنويت درماني شناختي- رفتاري در ميان دانش آموزان دختر دبيرستاني، توانستند به کاهش معنادار نمرات پرخاشگري و افزايش معنادار نمرات قاطعيت، دست يابند.

**2-6-1-3 اثربخشي مداخلات مبتني بر روان نمايشگري**

کلرمان (1987)، با بررسي 23 پژوهش انجام شده در زمينه‌ي روان نمايشگري، از اوايل تا اواخر قرن بيستم، چنين نتيجه گيري کرد که اين روش مي‌تواند به عنوان يک رويکرد درماني معتبر، بويژه در زمينه‌ي بهبود اختلالات سازگاري و رفتارهاي ضداجتماعي مطرح شود.

آرن، تئورل، اوناس- موبرگ و جانسن[[27]](#footnote-27) (1989)، با اجراي جلسات روان نمايشگري در بيماران معدي- روده‌اي توانستند به کاهش معناداري در ميزان اضطراب اين بيماران دست يابند.

در پژوهش استالونه[[28]](#footnote-28)(1993)، نشان داده شد که اجراي جلسات روان نمايشگري در بين زندانيان کانون اصلاح و تربيت، در کاهش رفتارهاي نامقبول و نيز تسهيل سازگاري، اثربخش بوده است.

کاربونل و پارتلنوبارهمي[[29]](#footnote-29) (1999)، با اجراي جلسات گروهي روان نمايشگري در دختران دبيرستاني که تجربه‌ي تروما داشتند، توانستند به طور معناداري رفتارهاي انزواجويانه، اضطراب و افسردگي اعضاي تحت مداخله را کاهش دهند.

دوگان[[30]](#footnote-30) (2010)، در پژوهش خود نشان داد اجراي جلسات روان نمايشگري به طور معناداري بر بهبود سبک دلبستگي اضطرابي بزرگسالان جوان در روابط نزديک خود، تأثير گذار است.

گه،‌هه و داي[[31]](#footnote-31) (2011)، با اجراي جلسات روان نمايشگري براي دانشجويان خوابگاهي توانستند به افزايش معناداري در اعتماد بين فردي اين افراد،‌ دست يابند.

آکينسولا و اودوکا[[32]](#footnote-32) (2013)، با اجراي روان نمايشگري در ميان کودکان و نوجوانان 7 تا 16 ساله به کاهش معناداري در نمرات اضطراب اجتماعي و اضطراب عملکرد افراد تحت مداخله دست يافتند.

**2-6-2 پژوهش هاي داخل کشور**

**2-6-2-1 ارتباط بين متغيرهاي مذهب/معنويت، شادي و سلامت روان[[33]](#footnote-33)**

شجاعيان و زماني منفرد(1381)، در پژوهش خود در ميان کارکنان فني صنايع مهمات سازي، بين دعا با سلامت روان، به رابطه ي مثبت معنادار دست يافتند.

در پژوهش حسني واجاري و بهرامي(1384)، در ميان دانشجويان دانشگاه تهران، نشان داده شد كه بين خوشبختي معنوي با سلامت روان، همبستگي مثبت معنادار وجود دارد.

در پژوهش شهني ييلاق، موحد و شکرکن(1383)، در مورد رابطه ي علي بين نگرش هاي مذهبي، خوشبيني،‌ سلامت رواني و سلامت جسماني در دانشجويان دانشگاه شهيد چمران اهواز، مشخص شد که مسيرهاي مستقيم از نگرش هاي مذهبي به خوش بيني، از خوش بيني به سلامت روان و از سلامت رواني به سلامت جسماني، معني دار بود. همچنين مسيرهاي غيرمستقيم از نگرش مذهبي به سلامت رواني و جسماني معني دار بود.

صادقي و مظاهري(1384)، در پژوهش خود، اثرمثبت و معنادار روزه داري را به عنوان يک عبادت مذهبي بر سلامت روان، نشان دادند.

کرمي، روغنچي، عطاري، بشليده و شکري (1385)، در پژوهش خود با دانشجويان دانشگاه رازي کرمانشاه، نشان دادند که پايبندي به جهت گيري اخلاقيات مذهبي دروني با سلامت روان، همبستگي مثبت و معناداري دارد.

در پژوهش عناصري (1386)، در ميان دانشجويان دانشگاه آزاد آشتيان، نشان داده شد که شادي با سلامت روان، همبستگي مثبت و با افسردگي و اضطراب، همبستگي منفي معناداري دارد.

باب الحوائجي، رستمي‌نسب، تاج الديني و هاشمي‌نسب (1390)، با بررسي رابطه ي بين هوش معنوي و شادي در ميان کتابداران شاغل در کتابخانه هاي شهر تهران، به همبستگي مثبت و معنادار بين اين دو متغير دست يافتند.

باقري، اکبري زاده و حاتمي‌(1390)، با بررسي رابطه ي هوش معنوي و شادي در جمعيت پرستاران، به رابطه‌ي معنادار مثبت بين اين دو متغير دست يافتند.

**2-6-2-2 اثربخشي مداخلات روانشناختي يکپارچه شده با مذهب و معنويت**

در پژوهش بيان زاده و همكاران (1381)، نشان داده شد که درمان شناختي- رفتاري مذهبي- فرهنگي، همراه با مصرف دارو در كاهش علائم اضطرابي، افسردگي، وسواس، باورها و نگرش هاي ناسالم بيماران، مؤثر بود و شدت آن ها را كاهش داد.

مرادي و همكاران (1383)، در پژوهشي به بررسي اثربخشي گروه درماني شناختي- مذهبي بر نيمرخ رواني معلولان جسمي‌زن در شهر اصفهان پرداختند.نتايج نشان داد كه اين مداخله باعث كاهش معنادار شاخص كلي علايم مرضي، شكايات جسماني، وسواس- اجبار، حساسيت بين فردي، اضطراب و روان پريشي شده و فقط بر ميزان افسردگي تأثير معنادار نداشت.

مجاهد و همكاران (1388)، به بررسي اثربخشي درمان شناختي رفتاري مبتني بر باورهاي مذهبي بر كاهش مشكلات روانشناختي همسران شهدا و جانبازان پرداختند. پس از هشت جلسه مداخله، نتايج از اثربخشي هر دو رويكرد شناختي رفتاري كلاسيك و شناختي رفتاري مبتني بر باورهاي مذهبي خبرداد؛ اما بين اثربخشي رويكرد كلاسيك با رويكرد مذهبي تفاوت معناداري مشاهده نشد.

عزيزي ابرقويي(1389) به برسي اثربخشي معنويت درماني بر ميزان اميد و كيفيت زندگي دانشجوايان دختر مراجعه كننده به مركز مشاوره ي دانشگاه اصفهان پرداخت. نتايج، نشان داد كه ميانگين نمرات اميد و كيفيت زندگي گروه آزمايش نسبت به گروه کنترل، در دو مرحله ي پس آزمون و پيگيري، افزايش معناداري پيدا كرده و همچنين ميانگين نمرات نااميدي گروه آزمايش نسبت به گروه کنترل، در مرحله ي پس آزمون و پيگيري، كاهش معناداري پيدا كرده بود.

در پژوهش فلاح و همکاران (1390)، اجراي مداخله‌ي معنوي با 60 زن مبتلا به سرطان سينه، منجر به ارتقاء معنادار اميد و سلامت روان درمانجويان گرديد.

**2-6-2-3 اثربخشي مداخلات مبتني بر روان نمايشگري**

نريماني، بيابانگرد و رجبي (1385)، با اجراي جلسات روان نمايشگري در ميان دانش‌آموزان نارساخوان به افزايش معناداري در مهارت‌هاي اجتماعي و عزت نفس اين دانش آموزان، دست يافتند.

زارع و شفيع آبادي (1386)، در پژوهش خود، نشان دادند که روان نمايشگري بر افزايش ابرازگري هيجاني و سلامت عمومي‌مراجعان، اثربخش بوده است. همچنين در اين پژوهش، اثربخشي اين روش در مقايسه با روش مشاوره ي گروهي عقلاني- عاطفي- رفتاري در افزايش ابرازگري هيجاني، بيشتر بوده است.

زارع، شفيع آبادي، پاشاشريفي و نوابي نژاد (1386)، نشان دادند که جلسات روان نمايشگري در افزايش ابرازگري هيجاني و کاهش بازداري و دوسوگرايي هيجاني مراجعان، اثربخش بوده است.

ملازماني و فتحي آشتياني(1387)، با اجراي جلسات آموزشي به شيوه ي ايفاي نقش، به بهبود معناداري در تصور از خود نوجوانان دختر،‌ دست يافتند.

کورکي، يزدخواستي، ابراهيمي‌و عريضي (1390)، با اجراي جلسات روان نمايشگري در ميان دانشجويان دختر دانشگاه اصفهان، به افزايش معنادار در مهارت هاي اجتماعي و کاهش معنادار در اعتياد به اينترنت دست يافتند.

**2-7 خلاصه و جمع بندي**

**2-7-1 خلاصه ي پيشينه ي خارجي**

پژوهش هاي ثبت شده در خارج از کشور، در مجموع بيانگر آن هستند که بين نگرش مذهبي (و نيز مولفه هاي مربوط آن مانند باورهاي مذهبي و معنوي)، شادي، لذت و سلامت روان، روابط معناداري وجود دارد. بر اين اساس، اين روابط به صورت رابطه ي بين باورهاي مذهبي و مولفه هاي مربوط به آن با سلامت روان يا فقدان نشانگان آسيب شناسي رواني (به عنوان نمونه، کوئنيگ و همکاران، 1998؛اسميت و همکاران، 2003؛ عبدالخالق و ناصر، 2007)، رابطه ي باورهاي مذهبي با شادي (آقايي و کومار، 2008؛ احمدي، اسدي و موحد ابطحي، 2013)، رابطه ي شادي با سلامت روان يا سلامت عمومي‌(ساباتيني، 2011؛ کامکار و شکرزاده، 2012)، رابطه ي معکوس شادي با حالات آسيب شناسي رواني (بوگنر و همکاران، 2001؛ داينر و سليگمن، 2002؛ به نقل از ليوبوميرسکي، کينگ و داينر، 2005) و رابطه ي شادي با لذت (احمدي، اسدي و ابطحي، 2013) گزارش شده است.

يکپارچه سازي عقايد معنوي و مذهبي در مداخلات روانشناختي تا کنون در موضوعات مختلف مرتبط با سلامت روان و آسيب شناسي رواني همچون اميد و نااميدي (دي سوزا و ردريگو، 2004)، افسردگي (ريچاردز و همکاران، 1993؛ تاراکشوار و همکاران، 2005؛ به نقل از پارگامنت، 2007) اضطراب (احمدي و کجباف، 2012) و پرخاشگري و قاطعيت (احمدي و باجلان، 2013) بررسي شده است. چيزي که در مورد اکثر اين مداخلات، مشترک است، اين است که اين رويکردها عمدتاً براي يکپارچه سازي مفاهيم معنوي و مذهبي، بر رويکردهاي شناختي- رفتاري استوار بوده اند. اين موضوع در مورد بسياري از مداخلات مشابه ديگري که تاکنون انجام شده اند، نيز صدق مي‌کند (پارگامنت، 2007)

همچنين پژوهش هاي ثبت شده در خارج از کشور، نشان مي‌دهند که اثربخشي روان نمايشگري تاکنون بر حيطه هاي مختلف مربوط به سلامت روان و آسيب شناسي رواني، همچون اختلالات سازگاري و رفتارهاي ضداجتماعي (کلرمان، 1973)، اضطراب (آرن و همکاران، 1989، آکينسولا و اودوکا، 2013)، افسردگي (استالونه، 1993)، سبک هاي دلبستگي (دوگان، 2010) و اعتماد بين فردي (گه و همکاران، 2011) تأييد شده است.

**2-7-2 خلاصه ي پيشينه ي داخلي**

پژوهش هاي ثبت شده در داخل کشور، در مجموع از يکسو نشانگر رابطه ي بين مفاهيم مرتبط با نگرش مذهبي مانند عقايد معنوي و مذهبي، اعمال و عبادات مذهبي با سلامت روان (از جمله حسني واجاري و بهرامي، ‌1384؛ کرمي‌ و همکاران، 56) و از سوي ديگر نشانگر رابطه بين مفاهيم مرتبط با معنويت با شادي هستند (باب الحوائجي و همکاران، 1390؛ باقري و همکاران، 1390). همچنين رابطه ي بين شادي و سلامت روان، در پژوهش هاي داخلي نيز همچون پژوهش هاي ثبت شده در خارج از کشور،‌ تأييد مي‌شود (عناصري، 1386). اما رابطه ي بين لذت با هيچ يک از سه متغير نگرش مذهبي (يا مفاهيم مرتبط با آن)، شادي و سلامت روان، در هيچ پژوهش ثبت شده اي يافت نشد.

در ميان پژوهش هاي ثبت شده در داخل کشور، موضوع يکپارچه سازي عقايد مذهبي و معنوي در مطالعات مختلفي مورد بررسي قرار گرفته است. بعضي از مهمترين متغيرهايي که تاکنون مورد بررسي اين مداخلات بوده اند عبارتند از: اضطراب، افسردگي، وسواس (بيان زاده و همکاران، 1381؛ مولوي و همکاران، 1383) اميد و نااميدي (عزيزي ابرقويي، 1389) و نيز خود متغيرسلامت روان به طورکلي (فلاح و همکاران، 1390). همانند پژوهش هاي ثبت شده در خارج از کشور، ملاحظه مي‌شود در اين پژوهش ها نيز يکپارچه سازي عقايد مذهبي و معنوي، عمدتاً متمرکز بر رويکردهاي شناختي- رفتاري بوده است.

همچنين اثربخشي روان نمايشگري بر متغيرهاي مختلف مربوط به سلامت روان، هيجانات و حالات آسيب شناسي رواني تاکنون در پژوهش هاي داخلي مختلفي مورد بررسي قرار گرفته است که مي‌توان از آن ميان به اين موارد اشاره کرد: مهارت هاي اجتماعي و عزت نفس (نريماني و همکاران، 1385)، ابراز گري هيجاني و سلامت عمومي‌(زارع و شفيع آبادي، 1386)، دوسوگرايي هيجاني (زارع و همکاران، 1386)، تصور از خود (ملا زماني و فتحي آشتياني، 1387) و اعتياد به اينترنت (کورکي و همکاران، 1390).

**2-7-3 جمع بندي**

همانطور که ملاحظه مي‌شود، در مجموع پژوهش هاي انجام شده و ثبت شده در داخل و خارج از ايران، تاکنون ارتباط بين مفاهيم نگرش مذهبي (و مفاهيم مرتبط با آن مانند عقايد مذهبي و معنوي)، شادي، لذت و سلامت روان،‌ تاکنون به شکل هاي مختلف مورد بررسي قرار گرفته است، اما براساس جستجوي پژوشگر اين پژوهش، تاکنون اين چهار متغير در قالب يک مدل ساختاري مورد بررسي قرار نگرفته اند. اين درحالي است که با توجه به روابط تأييد شده بين اين متغيرها مفهوم سازي آن ها در قالب يک مدل ساختاري، مي‌تواند درک جامعي از نوع روابط بين آن ها به دست دهد.

در پژوهش هايي که به بررسي مداخلات يکپارچه شده با مذهب و معنويت پرداخته اند، يکي از شکاف هاي پژوهشي عمده اي که ملاحظه مي‌شود، اين است که اين پژوهش ها عمدتاً يا بر رويکردهاي شناختي- رفتاري متمرکز شده اند و يا فرآيند يکپارچه سازي عقايد معنوي و مذهبي را در قالب يک رويکرد معتبر و شناخته شده ي روان درماني و مشاوره انجام نداده اند. رويکرد روان نمايشگري از ظرفيت هاي بسيار با اهميتي براي يکپارچه سازي عقايد مذهبي و معنوي برخوردار است. با اين حال در هيچ يک از پژوهش هاي ثبت شده در داخل وخارج از کشور، تاکنون چنين يکپارچه سازي و التقاط گرايي معنوي، مورد بررسي قرار نگرفته است. همچنين تاکنون هيچ پژوهشي به بررسي اثربخشي روان نمايشگري بر سه متغير شادي،‌ لذت و سلامت روان به طور همزمان و در قالب يک مداخله، نپرداخته است. بنابراين اين پژوهش با در نظر گرفتن اين شکاف هاي پژوهشي در پژوهش‌هاي ثبت شده در داخل و خارج از کشور، به بررسي هريک از اين موضوعات مي‌پردازد.

**منابع و مآخذ**

ابراهيمي، امراله؛ مولوي، حسين؛ موسوي، غفور؛ برنامنش، عليرضا و يعقوبي، محمد. (1386). ويژگي هاي روان سنجي، ساختارعاملي، نقطه برش باليني، حساسيت و ويژگي پرسشنامه سلامت عمومي‌28 سؤالي(GHQ-28) در بيماران ايراني مبتلا به اختلالات روانپزشکي. *تحقيقات علوم رفتاري*، 5 (1)، 12-5*.*

ابراهيمي، امرااله؛ نشاط دوست، حميدطاهر؛ کلانتري، مهرداد؛ مولوي، حسين و اسداللهي، قربانعلي. (1387). ساختار عاملي، پايايي و روايي مقياس نگرش سنج ديني. *مجله علمي‌پژوهشي اصول بهداشت رواني*، 10 (2)، 116-107.

آرگايل، مايکل. (1383). *روانشناسي شادي*. ترجمه ي مسعود گوهري انارکي، حميدطاهر نشاط دوست، حسن پالاهنگ و فاطمه بهرامي. اصفهان: جهاد دانشگاهي.

اماني، فيروز؛ سهرابي، بهرام؛ صادقيه، سعيد و مشعوفي، مهرناز. (1383). بررسي شيوع افسردگي در دانشجويان دانشگاه علوم پزشکي اردبيل. *مجله علمي‌پژوهشي دانشگاه علوم پزشکي و خدمات بهداشتي درماني اردبيل*، 3 (11)، 11-7.

باب الحوائجي، فهيمه؛ رستمي‌نسب، عباسعلي؛ تاج الديني، اورانوس و هاشمي‌نسب، فخر السادات. (1390). بررسي رابطه بين هوش معنوي و شادكامي‌كتابداران شاغل در كتابخانه هاي دانشگاه تهران. *نشريه تحقيقات كتابداري و اطلاع رساني دانشگاهي*، 45 (58)، 121-101.

باقري،‌ فريبرز؛ اکبري زاده، فاطمه و حاتمي، حميدرضا. (1390). رابطه بين هوش معنوي و شادکامي‌و متغيرهاي دموگرافيک در پرستاران بيمارستان. *فصلنامه طبّ جنوب*. 14 (4)، 263-256.

برک، لورا.اي. (1386). *روان شناسي رشد*. جلد اول. ترجمه ي يحيي سيدمحمدي. تهران: نشر ارسباران.

برک، لورا.اي. (1387). *روان شناسي رشد*. جلد دوم. ترجمه ي يحيي سيدمحمدي. تهران: نشر ارسباران.

بيان زاده، سيداحمد؛ بوالهري، جعفر؛ دادفر، محبوبه وكريمي‌كيسمي، عيسي. (1383). بررسي اثربخشي درمان شناختي- رفتاري مذهبي فرهنگي در بهبود مبتلايان به اختلال وسواس- جبري*. مجله ي دانشگاه علوم پزشكي ايران*، 11 (44)، 924-913.

ترکان، هاجر و کجباف،‌ محمدباقر. (1387). نگرش چيست؟. *فصلنامه ي علمي- تخصصي توسعه ي علوم رفتاري*، 1 (1)، 54-49.

حائري روحاني، سيدعلي. (1386). *فيزيولوژي اعصاب و غدد درون ريز.* تهران: سمت.

حسني واجاري، کتايون و بهرامي‌احسان، هادي. (1384). نقش مقابله مذهبي و خوشبختي معنوي در تبيين سلامت روان. *مجلة روانشناسي*، 9 (3)، 260-248.

خادمي، عين الله. (1389). جستاري درباره ي چيستي لذّت از منظر ابن سينا. *مجله فلسفه و کلام اسلامي*، 1 (43)، 50-29.

خداپناهي، محمدکريم. (1387). *روانشناسي فيزيولوژيک.* تهران: سمت.

خداپناهي، محمدكريم. (1388). *انگيزش و هيجان.* تهران: سمت.

زارع، مهدي و شفيع آبادي، عبدالله. (1386). مقايسه اثربخشي مشاوره گروهي عقلاني- عاطفي، رفتاري و روش مشاوره روان نمايشگري در افزايش سلامت عمومي‌و ابرازگري هيجاني مراجعان زن. *مجله علمي‌و پژوهشي مطالعات زنان*. 1(2)، 181- 148.

زارع، مهدي؛ شفيع آبادي، عبدالله؛ پاشاشريفي، حسن و نوابي نژاد، شکوه. (1386). اثربخشي گروه درمانگري عقلاني- هيجاني- رفتاري و روان نمايشگري در تغيير سبکهاي ابراز هيجان. *فصلنامة روانشناسان ايراني*، 4 (3)، 41-25.

ساپينگتون، اندرو.اِ. (1387). *بهداشت رواني*. ترجمه ي حميدرضا حسين شاهي برواتي. تهران: انتشارات روان.

سليگمن، مارتين. اي. پي. (1390). روانشناسي مثبت، پيشگيري مثبت و مثبت درماني. در م. اشنايدر و ش.ج. لوپز، *معنويت و روانشناسي مثبت*. ترجمه و تلخيص مهرداد کلانتري، سيده راضيه طبائيان، پريناز سجاديان و الهام آقايي. اصفهان: کنکاش.

سليماني، فاطمه. (1389). لذت و الم از نگاه ابن سينا. *دو فصلنامه علمي- پژوهشي حکمت سينوي (مشکوة النور)*، 14، 23-5.

شجاعيان، رضا و زماني منفرد، افشين. (1381). ارتباط دعا با سلامت رواني و عملکرد شغلي کارکنان فني صنايع مهمات سازي. *انديشه و رفتار*، 8 (2)، 39-33.

شمشيري نظام،‌ تورج؛ کافيان تفتي، عليرضا و انصاري، سمانه. (1385). بررسي همه گير شناختي افسردگي و عوامل مرتبط با آن در دانشجويان پزشكي دانشگاه علوم پزشكي ايران در سال 1383. *فصلنامه پژودا*، 1 (1)، 9-2.

شولتز، دوآن. (1385). *روانشناسي كمال*. ترجمه ي گيتي خوشدل. تهران: نشرپيكان.

شولتز، دوآن و شولتز، سيدني الن. (1387). *نظريه هاي شخصيت*. ترجمه ي يحيي سيد محمدي. تهران: نشر ويرايش.

شوماخر، رندال. اي و لومکس، ريچارد. جي. (1388). *مقدمه اي بر مدل سازي معادله ساختاري*. ترجمه ي وحيد قاسمي. تهران: جامعه شناسان.

شهني ييلاق، منيجه؛ موحد، احمد و شکرکن، حسين. (1383). رابطه ي علي بين نگرش هاي مذهبي، خوشبيني، سلامت رواني و سلامت جسماني در دانشجويان دانشگاه شهيدچمران اهواز. *مجله علوم تربيتي و روانشناسي دانشگاه شهيد چمران اهواز*،11 (1و2)، 34-19.

صادقي، محمدرضا؛ باقرزاده لداري، رحيم و حق شناس، محمدرضا. (1389). وضعيت نگرش مذهبي و سلامت روان در دانشجويان دانشگاه علوم پزشکي مازندران. *مجله دانشگاه علوم پزشکي مازندران*، 20 (75)، 75-71.

صادقي، منصوره السادات و مظاهري، محمدعلي. (1384). اثر روزه داري برسلامت روان. *مجلة روانشناسي*، 9 (3)، 309-292.

عابدي، محمدرضا؛ ميرشاه جعفري، سيدابراهيم و لياقتدار، محمدجواد. (1385). هنجاريابي پرسش نامه شادکامي‌آکسفورد در دانشجويان دانشگاه هاي اصفهان. *مجله روانپزشکي و روانشناسي باليني ايران*، 12 (2)، 100-95.

عزيزي ابرقويي، مريم. (1389). *بررسي اثربخشي معنويت درماني بر ميزان اميد و كيفيت زندگي دانشجويان دانشگاه اصفهان*. پايان نامه ي كارشناسي ارشد روانشناسي عمومي. دانشكده ي علوم تربيتي و روانشناسي، دانشگاه اصفهان.

عريضي، حميدرضا و خليليان، مائده. (1387). روش هاي تحليل ميانجي و کاربرد آن در بررسي جاذبه ي سازماني به عنوان متغير ميانجي. *مجموعه مقالات فارسي نهمين کنفرانس آمار ايران*، 243-230.

علي پور، احمد و نوري،‌ ناهيد. (1385). بررسي پايايي و روايي مقياس افسردگي- شادکامي‌در کارکنان دادگستري شهر اصفهان. *فصلنامه اصول بهداشت رواني*، 8 (31و32)، 96-87.

عناصري، مهريار. (1386). رابطه ي بين سلامت روان و شادكامي‌دانشجويان دختر و پسر. *انديشه و رفتار*، 2 (6)، 84-75.

فرانکل، ويکتور. (1390). *انسان در جستجوي معني*. ترجمه ي اکبرمعارفي. تهران: انتشارات دانشگاه تهران.

فلاح، راحله؛ گلزاري، محمود؛ داستاني، محبوبه؛ ظهيرالدين، عليرضا؛ موسوي، سيدمهدي و اکبري، محمداسماعيل. (1390). اثربخشي مداخله معنوي به شيوه ي گروهي بر ارتقاي اميد و سلامت روان در زنان مبتلا به سرطان پستان. *انديشه و رفتار*، 5(19)، 80-69.

فيرس، اي. جري و ترال، تيموتي. جي. (1388). *روانشناسي باليني*. ترجمه ي مهرداد فيروزبخت. تهران: انتشارات رشد.

کاوياني، حسين؛ کاميار، کامران و ميرسپاسي، غلامرضا. (1379). واکنش پذيري هيجاني در بيماران افسرده ناخوشکام (کاربرد محرک هاي بويايي براي القاي هيجان). *تازه هاي علوم شناختي*، 2 (3و4)، 7-1.

كاوياني، حسين؛ موسوي، اشرف سادات و محيط، احمد. (1380). *مصاحبه و آزمون هاي رواني*. تهران: انتشارات سنا.

کرمي، جهانگير؛ روغنچي، محمود؛ عطاري، يوسفعلي؛ بشليده، کيومرث و شکري، مهتاب. (1385). بررسي روابط ساده و چندگانه ابعاد جهت گيري مذهبي با سلامت رواني در دانشجويان دانشگاه رازي کرمانشاه. *مجله علوم تربيتي و روانشناسي دانشگاه شهيدچمران اهواز*، 13 (3)،52-31.

كري، جرالد. (1389). *نظريه و كاربست مشاوره و روان درماني*. ترجمه ي يحيي سيدمحمدي. تهران: نشرارسباران.

کري، ماريان اشنايدر و کري، جرالد. (1390). *گروه درماني*. ترجمه ي سيف ا... بهاري، بايرامعلي رنجگر، حميدرضا حسين شاهي برواتي، مالک ميرهاشمي‌و سيامک نقشبندي. تهران: نشر روان.

کشاورز، امير و وفائيان، محبوبه. (1386). بررسي عوامل تأثيرگذار بر ميزان شادکامي. *روان شناسي کاربردي*، 2 (5)، 62-51.

کورکي، مريم؛ يزدخواستي، فريبا؛ ابراهيمي، امرا... و عريضي، حميدرضا. (1390). اثربخشي روان نمايشگري در بهبود مهارتهاي اجتماعي و کاهش اعتياد به اينترنت در دانشجويان دختر. *مجله روانپزشکي و روانشناسي باليني ايران*، 17 (4)، 288-279.

گرامي، غلامحسين. (1387). *انسان در اسلام*. قم: دفتر نشر معارف.

گلاس، جين. و و استانلي، جولين. سي. (1368). *روش هاي آمار در تعليم و تربيت و روان شناسي.* ترجمه ي مهتاش اسفندياري و جمال عابدي.تهران: مرکز نشر دانشگاهي.

گلاسر، ويليام. (1385). *تئوري انتخاب*. ترجمه ي نورالدين رحمانيان. تهران: انتشارات آشتيان.

گلاسر، ويليام. (1386). *مديريت زندگي، يا نظريه ي کنترل: نگرشي نوين به رسم و راه انسان*. ترجمه ي آزاده ملکيان و سيداحمد احمدي. اصفهان: دانشگاه علوم پزشکي اصفهان.

لوتون، اوا. (1388). *راهنماي متخصصان باليني براي سايكودراما*. ترجمه ي فريبا يزدخواستي، ساناز جوکار و سولماز جوکار. اصفهان: انتشارات نگار اصفهان.

ماسن، پاول.هنري؛ کيگان، جروم؛ هوستون، آلتا.کارول و کانجر، جان.وي.جين. (1387). *رشد و شخصيت کودک*. ترجمه ي مهشيد ياسايي. تهران: نشر مرکز.

محسني، نيکچهره. (1390). *نظريه ها در روانشناسي رشد (شناخت، شناخت اجتماعي، شناخت و عواطف)*. تهران: انتشارات جاجرمي.

مجاهد، عزيزا...؛ كلانتري، مهرداد؛ مولوي، حسين؛ نشاط دوست، حميدطاهر و بخشاني، نورمحمد. (1388). مقايسه ي تأثير درمان شناختي رفتاري با رويكرد اسلامي‌و درمان شناختي رفتاري كلاسيك بر سلامت رواني همسران شهدا و جانبازان. *مجله ي اصول بهداشت رواني*، 11 (4)، 291-282.

محمدي آسيابادي، علي و علي پور، زهرا. (1388). شادي و خوشدلي نزد شمس. *پژوهشنامه ي ادب غنايي*، 7 (13)، 148-125.

مرادي، اعظم؛ كلانتري، مهرداد؛ نشاط دوست، حميدطاهر و مولوي، حسين. (1383). اثربخشي گروه درماني  
 شناختي- مذهبي بر نيمرخ رواني معلولان جسمي‌زن در شهر اصفهان. *فصلنامه دانش و پژوهش در روان شناسي کاربردي*،6 (21و22)، 154-135.

معروفي، محسن. (1384). بررسي فراواني نسبي علائم افسردگي در دانشجويان پزشكي و پزشكان فارغ التحصيل*. مجله دانشگاه علوم پزشكي جهرم* ، 1(1)، 4-1.

ملازماني، علي و فتحي آشتياني، علي. (1387). تأثير آموزش به شيوه ايفاي نقش بر بهبود تصور از خود نوجوانان. *مجله علوم رفتاري*، 2(1)، 66-61.

مولوي، حسين. (1386). *راهنماي عملي spss 10-13-14 در علوم رفتاري*. اصفهان: انتشارات پويش انديشه.

نريماني، محمد؛ بيابانگرد، اسماعيل و رجبي، سوران. (1385). بررسي کارآمدي روان نمايشگري بر بهبودبخشي مهارت‌هاي اجتماعي و عزت نفس دانش‌آموزان نارساخوان. *پژوهش در حيطه کودکان استثنائي*، 6 (2)، 638-623.

نوري قاسم آبادي، ربابه و بولهري، جعفر. (1381). بررسي مقدماتي گزارش دانش آموزان از نگرش مذهبي خود با و بدون ذکر هويت شخصي. *فصلنامه اصول بهداشت رواني*، 4 (13و14)، 49-39.

هالجين، ريچارد. پي و ويتبورن، سوزان كراس. (1387). *آسيب شناسي رواني*. ترجمه ي يحيي سيدمحمدي. تهران: نشر روان.

هومن، حيدرعلي. (1380). *تحليل داده هاي چندمتغيري در پژوهش رفتاري*. تهران: نشرپارسا.

هومن، حيدرعلي. (1384). *مدل يابي معادلات ساختاري با کاربرد نرم افزار ليزرل.* تهران: سمت.

Abdel-khalek, A.M., & Naceur, F. (2007). Religiosity and its association with positive and negative emotions among college students from Algeria. *Mental Health, Religion & Culture*, 10(2), 159-170.

Aghili, M., & Kumar, G.V. (2008). Relationship between religious attitude and happiness among professional employees. *Journal of the Indian Academy of Applied Psychology*, 34, 66-69.

Ahmadi, S.H., Asadi, E., Amini, Z., Kazerooni, N., & Kazemi, H. (2013). The causal model of relation between religious attitude, hopelessness, and depression in students. *Presented at* *13th European Congress of Psychology*.

Ahmadi, S.H., & Bajelan, N. (2013). The effectiveness of cognitive behavioral spirituality therapy on aggression and assertiveness in highschool girl Students. *Presented at* *13th European Congress of Psychology*.

Ahmadi, S.H., Asadi, E., & Movahhed Abtahi, M.S. (2013). The causal model of relationship between happiness, pleasure and mental health in students. *Presented at* *13th European Congress of Psychology*.

Ahmadi, S.H., & Kajbaf, M. (2012). The effectiveness of cognitive behavioural spirituality therapy on rate of anxiety in students*. Presented at* *30th International Congress of Psychology*.

Ahmadi, S.H., Movahhed Abtahi, M.S., & Kermani, S. (2012). The causal model of relation between religious attitude, life-satisfaction, and mental health in students*. Presented at* *10th Alps Adria of Psychology Conference*.

Akinsola, E.F., & Udoka, P.A. (2013). Parental influence on social anxiety in children and adolescents: Its assessment and management using psychodrama. *Psychology*, 4(3), 246-253.

Arn, I., Theorell, T., Uvnӓs-Moberg, K., & Jonsson, C. O. (1989). Psychodrama group therapy for patients with functional gastrointestinal disorders - a controlled long-term follow-up study. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 51(3), 113-119.

Blatner, A. (1985). The dynamics of catharsis. *Journal of Group Psychotherapy, Psychodrama & Sociometry*, 37(4), 157-166.

Blatner, A. (1996*). Acting- in: Practical applications of psychodramatic methods*. New York: Springer Publishing.

Blatner, A., & Blatner, A. (1997). *The art of play: Helping adults reclaim imagination and spontaneity*. Philadephia: Brunner/Mazel-Taylor & Francis.

Blatner, A. (2000). *Foundations of psychodrama, history, theory, and practice*. New York: Springer Publishing.

Bustos, D.M. (1994). Wings and roots. In P. Holmes, M. Karp, & M. Watson, *Psychodrama since Moreno: Innovations in theory and practice.* London and NewYork: Routledge.

Clark,T. L., & Davis, D. (2010). Treating trauma: Using psychodrama in groups. available from: <http://counseling> outfitters. Com.

Callahan, S. (2011). *Called to happiness*: *Where faith and psychology meet.* Maryknoll: Orbis Book.

Carbonell, D. M., & Parteleno-Barehmi, C. (1999). Psychodrama groups for girls coping with trauma. *International Journal of Group Psychotherapy*, 49(3), 285-306.

Carr, A. (2005). *Positive psychology*: *The science of happiness and human strengths.* NewYork: Routledge.

Carroll, J., & Howieson, N. (1978). Psychodrama as a personal growth experience: A programme for teacher trainees. *Australian Journal of Teacher Education*, 3(1), 30-43.

Casson, J. (2004). *Drama, psychotherapy and psychosis*. NewYork: Brunner-Routledge.

Compton, W.C., & Hoffman, E. (2013). *Positive psychology: The science of happiness and flourishing*. Wadsworth: Wadsworth Cengage Learining.

Daalman, T.P., Perera, S., & Studenski, S.A. (2004). Religion, spirituality and health status in geriatric outpatients. *Annuls of Family Medicine*, 2(1), 49-53.

Diener, E., Suh, E.M., Lucas, R.E., & Smith, H.L. (1999). Subjective well-being: Three decades of progress. *Psychological Bulletin*, 125(2), 276-302.

Dogan, T. (2010). The effects of psychodrama on young adults’ attachment styles. *The Arts in Psychotherapy*, 37, 112-119.

D'souza, R.F., & Rodrigo, A. (2004). Spirituality augmented cognitive behavioural therapy. *Australasian Psychiatry*, 12(2), 148-152.

Duckworth, A.L., Steen, T.A., & Seligman, M.E.P. (2005). Positive psychology in clinical practice. *Annual Review of Clinical Psychology*, 1, 629–651

Duncan, M., Gathman, L., & Scholem, L.R. (1970). Psychodrama as a therapeutic technique in an admission centre setting. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 4(3), 137-142.

Emmons, R.E. (2005). Emotion and religion. In R.F. Paloutzian & C.L. Park, *Handbook of the psychology of religion and spirituality*. NewYork & London: The Guilford Press.

Flannelly, K.J., Koenig, H.G., Ellison, C.G., Galek, K., & Krause, N. (2006). Belief in life after death and mental health. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 94(7), 524-529.

Francis, L.J., Robbins, M., Lewis, C.A., & Quigley, C.W. (2004). Assessing attitude towards religion: The Astley–Francis Scale of attitude towards theistic faith. *Personality and Individual Differences*, 37(3), 485–494.

Fong, J. (2006). Psychodrama as a preventive measure: Teenage girls confronting violence. *Journal of Group Psychotherapy, Psychodrama & Sociometry*, 59(3), 99-108.

Franklin, S.S. (2010). *The psychology of happiness*: *A good human life.* NewYork: Cambridge University Press.

Ge, Y., He, H., & Dai, L. (2011). Study on group intervention regarding interpersonal trust among college students with campus psychodrama. *Health*, 3(7), 462-466.

Glanz, K., & Schwartz, M.D. (2008). Stress, coping and health behavior. In K. Glanz, B.K. Rimer, & K. Viswanath, *Health behavior and health education: Theory, research and practice*. San Francisco: Jossey-Bass.

Haworth, P. (1998). The historical background of psychodrama. In M. Karp, P. Holmes, & K.B. Tauvon, *The handbook of psychodrama*. London and NewYork: Routledge.

Heaney, C.Q., & Israel, B.A. (2008). Social network and social support. In K Glanz, B.K. Rimer, & K.Viswanath, *Health behavior and health education: Theory, research and practice*. San Francisco: Jossey-Bass.

Hill, P.C., & Pargament, K.I. (2003). Advances in the conceptualization and measurement of religion and spirituality. *American Psychologist*, 58 (1), 64-74.

Hinshelwood, R. D. (2004). Two early experimenters with groups. *Group Analysis*, 37(3), 323-333.

Holmes, P. (1998). The auxiliary ego. In M. Karp, P. Holmes, & K.B. Tauvon, *The handbook of psychodrama*. London and NewYork: Routledge.

Hood, R.W., Hill, P.C., & Spilka, B. (2009). *The psychology of religion*. NewYork and London: The Guilford Press.

Howard, D.E., Schiraldi, G., Pineda, A., & Campanella, R. (2006). Stress and mental health among college students: Overview and promising prevention interventions. In M.V. Landow, *Stress and mental health of college students*. NewYork: Nova Science Publishers.

Jefferies, J. (2005). Psychodrama: working through action: My thank you is for your concern. *The Group-Analytic Society*, 38(3), 371–379.

Johnson, D. (2009). Pleasure. In S.J. Lopez, *The encyclopedia of positive psychology.* Chichester:Wiley-Blackwell.

Kahle, P., & Robbins, J.M. (2004). *The power of spirituality in therapy: Integrating spiritual and religious beliefs in mental health practice*. NewYork and London: The Haworth Pastoral Press.

Kahn, A.P., & Fawcett, J. (2008). *The encyclopedia of mental health*. NewYork: Facts On File Inc.

Kamkary, K., & Shokrzadeh, S. (2012). Investigate relations between mental health and happiness feel in Tehran youth people. *European Journal of Experimental Biology*, 2(5), 1880-1886.

Karp, M. (1994). The river of freedom. In P. Holmes, M. Karp, & M. Watson, *Psychodrama since Moreno: Innovations in theory and practice.* London and NewYork: Routledge.

Karp, M. (1998). An introduction to psychodrama. In M. Karp, P. Holmes & K.B. Tauvon, *The handbook of psychodrama*. London and NewYork: Routledge.

Kashdan, T.B. (2004). The assessment of subjective well-being (issues raised by the Oxford Happiness Questionnaire). *Personality and Individual Differences*, 36, 1225–1232.

Kellermann, P. F. (1987). Outcome research in classical psychodrama. *Small Group Research*, 18(4), 459-469.

Kesebir, P., & Diener, E. (2008). In pursuit of happiness: Empirical answers to philosophical questions. *Perspectives on Psychological Science,* 3(2), 117-125*.*

Koenig, H.G., Pargament, K.I., & Nielsen., J. (1998). Religion coping and health status in medically ill hospitalized older adults. *Journal of Nervous and Mental Disease*,186, 513-521.

Keyes, C.L.M. (2007). Promoting and protecting mental health as flourishing. *American Psychologist*, 62(2), 95-108.

Keyes, C.L.M., & Lopez, J.S. (2002). Toward a science of mental health. In C.R. Snyder, & S.J Lopez, *Handbook of positive psychology.* NewYork: Oxford University Press.

Levensn, M.R., Aldwin, C.M., & D’Mello. (2005). Religious development from adolescence to middle adulthood. In R.F. Paloutzian, & C.L. Park, *Handbook of the psychology of religion and spirituality*. NewYork & London: The Guilford Press.

Lindqvist, M. (1994). Religion and the spirit. In P. Holmes, M. Karp, & M. Watson, *Psychodrama since Moreno: Innovations in theory and practice.* London and NewYork: Routledge.

Lousada, O. (1998). Three layered cake, butter with everything. In M. Karp, P. Holmes & K.B. Tauvon, *The handbook of psychodrama*. London and NewYork: Routledge.

Lyubomirsky, S., King, L., & Diener, E. (2005). The benefits of frequent positive affect: Does happiness lead to success?. *Psychological Bulletin*, 131(6), 803–855.

Lyubomirsky, S., Sheldon, K M., & Schkade, D. (2005). Pursuing happiness: The architecture of sustainable change. *Review of General Psychology* 9(2), 111-131.

MacDonald, G. (2006). What is mental health?. In M. Cattan, & S. Tilford, *Mental health promotion*: *A life span aproach.* NewYork: Open University Press.

Makowska, Z., Merecz, D., Mościcka, A., & Kolasa, W. (2002). The validity of General Health Questionnaires, GHQ-12 and GHQ-28, in mental health studies of working people. *International Journal of Occupational Medicine and Environmental Health*, 15(4), 353-362.

Marineau, R.F. (1994). The cradles of Moreno's contributions. In P. Holmes, M. Karp, & M. Watson, *Psychodrama since Moreno: Innovations in theory and practice.* London and NewYork: Routledge.

Martin, M.M., Cayanus, J.L., Weber, K., & Goodboy, A.K. (2006). College students' stress and its impact on their motivation and communication with their instructors. In M.V. Landow, *Stress and mental health of college students*. NewYork: Nova Science Publishers.

Meisiek, S. (2004). Which catharsis do they mean? Aristotle, Moreno, Boal and Organization Theatre. *Organization Studies*. 25(5), 797- 816.

Miller, L., & Kelley, B.S. (2005). Relationships of religiosity and spirituality with mental health and psychopathology. In R.F. Paloutzian & C.L. Park, *Handbook of the psychology of religion and spirituality*. NewYork & London: The Guilford Press.

Moreira-Almeida, A., Neto, F.L., & Koenig, H.G. (2006). Religiousness and mental health: A review. *Revista Brasileria de Psiquiatiria*, 28(3), 242-250.

Nakonezny, P.A., Carmody, T.J., Morris, D.W., Kurian, B.T., & Trivedi, M.H. (2010). Psychometric evaluation of the Snaith Hamilton Pleasure Scale (SHAPS) in adult outpatients with major depressive disorder. *International Clinical Psychopharmacology,* 25(6), 328–333.

Ogden, C.K. (2001). *Pleasure and instinct*. London: Routledge.

Oishi, S., Schimmack, U., & Diener, E. (2001). Pleasures and subjective well- being. *European Journal of Personality,* 15, 153- 167.

Onedera, J.D., Greenwalt, B. (2007). Choice theory: An interview with Dr. William Glasser. *The Family Journal: Counseling and Therapy for Couples and Families*, 15(1), 79-86.

Onedera, J.D., & Greenwalt, B.C. (2008). Introduction to religion and marriage and family counseling. In J.D. Onedera, *The role of religion in marriage and family counseling*. NewYork and London: Routledge.

Ozorak, E.W. (2005). Cognitive approaches to religion. In R.F. Paloutzian & C.L. Park, *Handbook of the psychology of religion and spirituality*. NewYork & London: The Guilford Press.

Paloutzian, R.F., & Park, C.L. (2005). Integrative themes in the current science of the psychology of religion. In R.F. Paloutzian & C.L. Park, *Handbook of the psychology of religion and spirituality*. NewYork & London: The Guilford Press.

Pargament, K.I., Ano, G.G., & Wachholtz, A.B. (2005). The religious dimension of coping: Advances in theory, research, and practice. In R.F. Paloutzian & C.L. Park, *Handbook of the psychology of religion and spirituality*. NewYork & London: The Guilford Press.

Pargament, K. I. (2007). *Spirituality integrated psychotherapy: Understanding and addressing the sacred.* NewYork & London: Guilford Press.

Peterson, C. (2006). *A primer in positive psychology*. NewYork: Oxford University Press.

Resnick, S. (1997). *The pleasure zone*. California: Conari Press.

Ruscombe-King, G. (1998). The sharing. In M. Karp, P. Holmes & K.B. Tauvon, *The handbook of psychodrama*. London and NewYork: Routledge.

Seligman, M.E.P. (2002). *Authentic happiness*. NewYork: The Free Press.

Shafranske, E.P. (2005). The psychology of religion in clinical and counseling psychology. In R.F. Paloutzian & C.L. Park, *Handbook of the psychology of religion and spirituality*. NewYork. London: The Guilford Press.

Shmotkin, D. (2005). Happiness in the face of adversity: Reformulating the dynamic and modular bases of subjective well-being. *Review of General Psychology*, 9(4), 291–325.

Sabatini, F. (2011). The relationship between happiness and health: Evidence from Italy. *Hedg*, 11(7), 1-21.

Smith, T.B., McCullough, M.E., & Poll, J. (2003). Religiousness and depression: Evidence for a main effect and the moderating influence of stressful life events. *Psychological Bulletin*, 129(4), 614–636.

Somov, P.G. (2008). A psychodrama group for substance use relapse prevention training. *The Arts in Psychotherapy*, 35, 151–161.

Sprague, K. (1994). Stepping into the cosmos with our feet on the ground. In P. Holmes, M. Karp, & M. Watson, *Psychodrama since Moreno: Innovations in theory and practice.* London and NewYork: Routledge.

Stallone, T. M. (1993). The effects of psychodrama on inmates within a structured residential behavior modification program. *Journal of Group Psychotherapy, Psychodrama & Sociometry*, 46(1), 24-31.

Tauvon, K.B. (1998). Principles of psychodrama. In M. Karp, P. Holmes, & K.B. Tauvon, *The Handbook of Psychodrama*. London and NewYork: Routledge.

Tengland, P. (2001). *Mental health*: *A phylosophical analysis.* Norwell:Kluwer Academic Publisher.

Van Ness, P.H., & Larson, D.B. (2002). Religion, senescence, and mental health. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 10(4), 386-397.

Vitterse, J. (2009). Hedonics. In S.J. Lopez, *The encyclopedia of positive psychology.* Chichester:Wiley-Blackwell.

Watson, D. (2002). Positive affectivity. In C.R. Snyder & S.J Lopez, *Handbook of positive psychology.* NewYork: Oxford University Press.

Whiteneck, G., Meade, M.A., Dijkers, M., Tate, D.G., Bushnik, T., & Forchheimer, M.B. (2004). Environmental factors and their role in participation and life satisfaction after spinal cord injury. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 85, 1793-1803.

Wulff, D. M. (1991). *Psychology of religion: Classic and contemporary views*. NewYork: John Wiley & Sons.

Worthington, E.L., Hook, J.N., Wade, N.G., Miller, A.J., & Sharp, C.B. (2008). The effects of a therapist's religion on the marriage therapist and marriage counseling. In J.D. Onedera, *The Role of religion in marriage and family counseling*. NewYork and London: Routledge.

Zinnbauer, B.J., & Pargament, K.I. (2005). Religiousness and spirituality. In R.F. Paloutzian & C.L. Park, *Handbook of the psychology of religion and spirituality*. NewYork & London: The Guilford Press.

1. . Hall [↑](#footnote-ref-1)
2. .Wulff [↑](#footnote-ref-2)
3. .American Psychological Association [↑](#footnote-ref-3)
4. . Psychology of Religion [↑](#footnote-ref-4)
5. . Paloutzian & Park [↑](#footnote-ref-5)
6. . Intrinsic religion [↑](#footnote-ref-6)
7. . Extrinsic religion [↑](#footnote-ref-7)
8. . Miller & Kelley [↑](#footnote-ref-8)
9. . Ano & Wachholtz [↑](#footnote-ref-9)
10. . Koenig, Pargament & Nielsen [↑](#footnote-ref-10)
11. . Bogner [↑](#footnote-ref-11)
12. . Van Ness & Larson [↑](#footnote-ref-12)
13. . Smith, McCullough & Poll [↑](#footnote-ref-13)
14. . Francis, Robbins, Lewis & Quigley [↑](#footnote-ref-14)
15. . Daalman, Perera & Studenski [↑](#footnote-ref-15)
16. .Flannelly, Koenig, Ellison, Galek & Krause [↑](#footnote-ref-16)
17. . Moreira.Almeida, Neto [↑](#footnote-ref-17)
18. . Abdel-Khalek & Naceur [↑](#footnote-ref-18)
19. . Aghili & Kumar [↑](#footnote-ref-19)
20. . Sabatini [↑](#footnote-ref-20)
21. . Ahmadi, Movahhed-Abtahi & Kermani [↑](#footnote-ref-21)
22. . Kamkari & Shokrzadeh [↑](#footnote-ref-22)
23. .Asadi, Amini & Kazerooni [↑](#footnote-ref-23)
24. . Tarakeshwar, Pearce & Sikkema [↑](#footnote-ref-24)
25. . Richards, Owen & Stein [↑](#footnote-ref-25)
26. . Bajelan [↑](#footnote-ref-26)
27. . Arn, Theorell, Uvnӓs-Moberg & Jonsson [↑](#footnote-ref-27)
28. . Stallone [↑](#footnote-ref-28)
29. . Carbonell & Parteleno-Barehmi [↑](#footnote-ref-29)
30. . Dogan [↑](#footnote-ref-30)
31. . Ge, He, & Dai [↑](#footnote-ref-31)
32. . Akinsola & Udoka [↑](#footnote-ref-32)
33. . در حيطه ي ارتباط بين لذت با سه متغير ديگر در پژوهش هاي به چاپ رسيده ي داخلي، پژوهشي يافت نشد. [↑](#footnote-ref-33)