

تأثیر جدایی والدین با توجه به الگوهای تربیتی آنان بر سلامت روان و اختلال افسردگی نوجوانان دختر (۱۵ تا ۱۷ ساله) شهر تهران
شیرین ولی زاده* فرزانه زادشیر***

چکیده

پژوهش حاضر که بر اساس طرحی پس رویدادی اجرا شده است به دنبال بررسی تأثیر جدایی والدین با توجه به شیوه های فرزندپروری آنان بر دانش آموزان دختر ۱۵ تا ۱۸ ساله شهر تهران است. بدین منظور برای به دست آوردن نمونه مورد نیاز با توجه به حجم جامعه از روش نمونه گیری خوشه ای و هدفمند استفاده شد. ابتدا شهر تهران به ۵ منطقه شمال، جنوب، شرق، غرب و مرکز تقسیم شد. سپس در هر منطقه ۶ مدرسه دخترانه به صورت تصادفی انتخاب گردید. ابتدا به صورت هدفمند فرزندان طلاق انتخاب شده و به عنوان گروه آزمایش گمارده شدند، سپس گروه عادی همتا با گروه آزمایش (از نظر سن، پایه تحصیلی، هوش و معدل) به عنوان گروه کنترل انتخاب شدند. آزمودنی های گروه اول را ۵۳ نفر از دانش آموزانی که والدین آن ها متارکه کرده اند و گروه دوم را ۵۳ نفر از دانش آموزان عادی تشکیل دادند. دامنه سنی دانش آموزان نمونه ی آماری ۱۵ تا ۱۷ سال و از نظر پایه تحصیلی در کلاس های اول، دوم، سوم دبیرستان مشغول به تحصیل بودند. برای سنجش الگوهای تربیتی والدین هر دو گروه (پدر یا مادر) در گروه آزمایش و (پدر و مادر) در گروه کنترل از پرسشنامه شیوه های فرزندپروری بامیرند استفاده شد، برای سنجش سلامت روان و میزان افسردگی نوجوانان دختر از پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ) و پرسشنامه افسردگی بک استفاده شد. پس از جمع آوری داده های پژوهش از روش آماری تحلیل واریانس عاملی یک راهه برای تجزیه و تحلیل آن ها استفاده شد که نتایج پژوهش به این شرح است:

- در مقایسه نوجوانان دختری که والدینشان از الگوی تربیتی مستبدانه (در هر دو گروه فرزندان طلاق و عادی) استفاده می کنند، سلامت روان نوجوانانی که والدینشان جدا شده اند به میزان معنی داری پایین تر از گروه معادل عادیشان بود.
- در مقایسه نوجوانان دختری که والدینشان از الگوی تربیتی مستبدانه (در هر دو گروه فرزندان طلاق و عادی) استفاده می کنند، میزان افسردگی نوجوانانی که والدینشان جدا شده اند به میزان معنی داری بالاتر از گروه معادل عادیشان بود.
- در الگوهای تربیتی دیگر تفاوت معنی دار مشاهده نشد.

* مدرس کنسرواتوار تهران، عضو باشگاه پژوهشگران جوان واحد تهران مرکز

*** کارشناس ارشد روان شناسی تربیتی

خانواده جایی است که به فرزندان عشق می آموزد و به آنان احساس امنیت می بخشد. فرزندان آسیب پذیرترین و بی دفاع ترین اعضای خانواده هستند و دستان والدین را تنها حامی و محافظی می دانند که نجات بخش آنان است (کوهی و دکل^۱، ۲۰۰۰). از نظر فرزندان، از هم پاشیدن خانواده پایان یافتن دنیای آنان است. اختلافات خانوادگی مسایلی است که نه تنها کانون امن خانواده را در هم می ریزد و سلامت جسمی و روحی فرزندان را مختل می کند، بلکه نظم و امنیت اجتماعی را نیز به شدت تهدید می کند. جدایی والدین برای یک فرزندان یک حادثه صرف نیست، بلکه فرایندی است که ظرف چند سال اثراتش را بروز می دهد (ولی زاده، ۱۳۸۷).

در دهه های اخیر، پژوهشگران و صاحب نظران رشته های مختلف روان شناسی، علوم تربیتی، و جامعه شناسی به بررسی تاثیر زمینه های خانوادگی و نقش الگوهای تربیتی والدین^۲ بر احساس شایستگی و عملکرد نوجوانان پرداخته اند. این پژوهشگران معتقدند که نفوذ والدین بر احساس شایستگی و عملکرد نوجوانان پرداخته اند. این پژوهشگران معتقدند که نفوذ والدین و شیوه های تربیتی آنان با ورود کودک به مرحله نوجوانی کاهش نمی یابد. به بیان دیگر، روابط والدین و کودک، سبک های کلی فرزندپروری و یا الگوهای خانوادگی و حتی اعمال خاص والدین در دوره نوجوانی نیز شکل دهنده احساس شایستگی فرزندان به ویژه در زمینه هایی نظیر "سازگاری"^۳، "سلامت روان"^۴، "افسردگی"^۵، "تکا به نفس"^۶ است (فیسک و همکاران، ۲۰۰۶؛ فشان و دوایری، ۲۰۰۵؛ استریچ، ۱۹۹۸؛ اشتنبرگ و همکاران، ۱۹۹۴؛ آستون و مک لاناها، ۱۹۹۱؛ فولادچنگ و لطیفیان، ۱۹۸۱).

مطالعات بسیاری در زمینه های مختلف اختلال افسردگی در کودکان و نوجوانان انجام شده است. اما هنوز هم دانسته ها در مورد سبب شناسی اختلالات افسردگی در کودکان و نوجوانان اندک است. به نظر می رسد عوامل مختلفی در ایجاد و تداوم اختلالات افسردگی در کودکان و نوجوانان موثر باشند. این عوامل را می توان به عوامل ارثی (ژنتیکی) و عوامل محیطی طبقه بندی کرد (نشاط دوست و همکاران، ۱۳۸۴).

ارتباطاتی بین موقعیت های فشارزا در محیط و ایجاد افسردگی در کودکان و نوجوانان وجود دارد. برخی از این موقعیت ها در خانواده کودکان و نوجوانان و برخی دیگر در جامعه اتفاق می افتد. تحقیقات نشان داده اند که اختلالات افسردگی و سایر اختلالات روانی (مانند وابستگی به الکل) در بین خانواده های کودکان افسرده بیش تر دیده می شود (پیک آنتیچ، گوئر، دیویس و همکاران، ۱۹۸۹). این خانواده ها، همبستگی کم تری دارند (کول و مکفرسون، ۱۹۹۳). آن ها کم تر نقش تقویت کننده و تشویق کننده دارند (کول ورم، ۱۹۸۶)، بیش تر کنترل کننده هستند (ستارک، هامفری، کراک، و لويس، ۱۹۹۰)، اختلاف و ناسازگاری در آن ها بیش تر است (فورهند، برادی، سلاتکسن، مک کامبزولانگ، ۱۹۸۸) و کم تر می توانند به طور موثر با همدیگر همبستگی داشته باشند (پیک آنتیچ، لاکنز، دیویس،

1. Cohen & Dekel

2. Parental models of educative

3. adjustment

4. mental health

5. depression

6. self dependence

گوئتر، برنان، کواتراک و توداک، ۱۹۸۵). دلبستگی والدین و دوستان کودکان و نوجوانان افسرده استحکام و اطمینان کم تری دارد (آرمسدن، مک کوالی، گرتینبرگ، بارک و میچل، ۱۹۹۰).

این کودکان و نوجوانان، مشکلاتی در زمینه ارتباط بین فردی دارند. برای مثال پیگ آنتیچ، کافمن، ریان و همکاران (۱۹۹۳) دریافتند که در مقایسه با نوجوانان غیر افسرده، نوجوانانی که افسردگی اساسی دارند ارتباط کم تری با والدین، خصوصاً ارتباط منفی بیش تری با مادرانشان دارند. همچنین نوجوانان افسرده تنش بیش تری را در روابط بین خود و والدینشان تجربه می کنند. آنان درگیری و مشاجره بیش تری با خواهران و برادران خود، ظرفیت اجتماعی کم تر، روابط دوستانه محدودتر و تعداد دوستان کم تری دارند، کم تر اجتماعی در مقایسه با غیر افسرده ها بیش تر خجالتی هستند (نشاط دوست و همکاران، ۱۳۸۴).

به نظر می رسد اتفاقات منفی زندگی با اختلالات و علائم افسردگی در کودکان و نوجوانان ارتباط داشته است. برخی از وقایع شدیداً منفی زندگی عبارتند از: داغدیدگی مانند فوت والدین (ولر، ولر، فرساد و باوس، ۱۹۹۱) و مرگ دوستان نزدیک (میر، درسیون، جکسون، ادی، ملئون و والر، ۱۹۹۳)، جدا شدن والدین (میر و همکاران، ۱۹۹۳) و مصیبت ها (یول، ۱۹۹۲)، بیماری های شدید والدین، اختلاف بین پدر و مادر، مشکلات مربوط به مدرسه، مانند مردود شدن و اخراج از مدرسه (میر و همکاران، ۱۹۹۳)، آزار جسمی و سوء استفاده جنسی (پلکوتیز، کاپلان، گلدنبرگ، مندل، لهان و گوارا، ۱۹۹۴) و بدرفتاری (کافمن، ۱۹۹۱).

اختلالات افسردگی و سایر اختلالات روانی (مانند الکلیسم) در خانواده های کودکان افسرده زیاد است. علاوه بر این، سن بروز اختلالات خلقی (افسردگی اساسی و بیماری دو قطبی) در وابستگان بزرگسال کودکان دارای اختلال خلقی پایین تر از وابستگان طبیعی است (تاد، نیومن، گلر، فوکس و هیکای، ۱۹۹۳). مهم تر این که، فرزندان والدین افسرده اختلالات روانی بیش تری مانند اختلالات افسردگی (ولند، رایس، ۱۹۸۸) و فرزندان والدین افسرده می توانند در اثر عوامل محیطی باشد. به هر حال هیچ مطالعه منتشر شده ای تاثیر جداگانه عوامل ارثی یا محیطی را مشخص نکرده است.

به نظر می رسد که کودکان والدین افسرده به طور ارثی در مقابل اختلالات افسردگی آسیب پذیرتر هستند و با مشکلات بیش تری روبرو می شوند. برای مثال در مقایسه با کودکان والدین غیر افسرده، کودکان افسرده بیش تر با ناسازگاری های بین پدر و مادر مواجه می شوند و جدایی والدین را بیش تر تجربه می کنند (فندریچ و همکاران، ۱۹۹۰). والدین افسرده کم تر به کودکان خود توجه محبت آمیز دارند. آن ها کودکان و نوجوانان خود را به طور افراطی از کارها باز می دارند (فندریچ و همکاران، ۱۹۹۰) در مقایسه با مادران غیر افسرده، مادران افسرده به طور کلامی یا غیر کلامی عواطف منفی بیش تری نشان می دهند و در هنگام تعامل با فرزند شیرخوارشان بیش تر هیجانی و عصبانی می شوند (کان و کمپبل، متیاس و هاپکینز، ۱۹۹۰)، کم تر به فرزندان خود می پردازند و در برابر کودکان خردسال خود پاسخ پذیری کم تری دارند. آنان توانایی کم تری در برقراری نظم و انضباط در خانه دارند (گودمن و براملی، ۱۹۹۰).

نوجوانان از هوشمندترین و مستعدترین اقشار جامعه هستند و بدون شک سلامت جسمی و روانی آن ها نقش مهمی در رشد و پویایی جامعه ایفا می کند. بنابراین برنامه ریزی در جهت شکوفایی استعدادها و حفظ و ارتقاء سلامت

نوجوانان از رسالت های مهم خانواده و اقشار جامعه کشور است. خوشبختانه در دهه های اخیر مسایل مربوط به سلامت روانی نوجوانان بیش از پیش مورد توجه قرار گرفته و مطالعات متعددی در کشورهای مختلف جهان به بررسی عوامل موثر بر سلامت روانی و نحوه سازگاری نوجوانان با محیط خانواده و همسالان و چگونگی بیماری های روحی و روانی شایع در آن ها پرداخته است. با توجه به ساختار فرهنگی و اجتماعی جامعه ما، تاثیر جدایی والدین و نقش الگوهای خانوادگی از عوامل موثر در شکل گیری رفتارهای نوجوانان است که با توجه به اندک بودن تحقیقات انجام شده در ایران، پژوهش حاضر به بررسی تاثیر جدایی والدین و نقش الگوهای خانوادگی والدین بر سلامت روان و اختلال افسردگی نوجوانان دختر (۱۶ تا ۱۸ ساله) شهر تهران پرداخته است.

روش پژوهش

این پژوهش از نوع

جامعه آماری:

جامعه مورد پژوهش دانش آموزان دختر مشغول به تحصیل در مقطع دبیرستان و پیش دانشگاهی رشته های مختلف تحصیلی از مدارس دولتی و غیر دولتی، روزانه و شبانه نواحی پنج گانه آموزش و پرورش شهر تهران در سال تحصیلی ۱۳۸۶-۸۷ را در بر می گیرد.

نمونه و روش نمونه گیری:

از آن جا که بررسی کلیه افراد جامعه بسیار وقت گیر است و به علت آن که گاهی والدین از اطلاع این مطلب به مدرسه خودداری می کنند و آمار دقیقی در این مورد وجود ندارد و به دلیل آن که شهر تهران بسیار وسیع و پر جمعیت است از روش نمونه گیری خوشه ای و هدفمند استفاده شده است. بنابراین اگر بخواهیم نتایج نمونه را به کل جامعه تعمیم دهیم، باید تعداد این افراد نمونه را با روشی مناسب به دست آوریم. برای به دست آوردن تعداد نمونه ها از جدول میزان حجم نمونه مورد نیاز با توجه به حجم جامعه از روش نمونه گیری هدفمند استفاده شده است. که ابتدا شهر تهران به ۵ منطقه شمال، جنوب، شرق، غرب و مرکز تقسیم شد. سپس در هر منطقه ۶ مدرسه انتخاب شد. ابتدا به صورت هدفمند فرزندان طلاق انتخاب شدند و سپس از طریق جور کردن، گروه عادی انتخاب شدند، که نمونه آماری معرف جامعه آماری در این پژوهش بودند که در دو دسته قرار گرفته اند. آزمودنی های گروه اول ۵۳ نفر از دانش آموزانی که والدین آن ها متارکه کرده اند و در مورد گروه دوم ۵۳ نفر از دانش آموزان عادی است، دامنه سنی دانش آموزان نمونه آماری ۱۵ تا ۱۸ سال و از نظر پایه تحصیلی در کلاس های اول، دوم، سوم دبیرستان و پیش دانشگاهی بودند.

ابزار اندازه گیری پژوهش

شیوه های فرزند پروری بامیرند^۱:

به منظور ارزیابی نقش الگوهای خانوادگی والدین از پرسشنامه شیوه های فرزندپروری دیانا بامیرند استفاده شد که توسط والدین فرزندان طلاق (پدر یا مادر) و (پدر و مادر) فرزندان عادی تکمیل شد. این پرسشنامه شامل ۳۰ جمله است که ۱۰ جمله آن به شیوه سهل گیرانه، ۱۰ جمله به شیوه مستبدانه و ۱۰ جمله دیگر آن به شیوه اقتدار منطقی مربوط می شود.

^۱ Baumirand parenting styles

بوری (۱۹۹۱) میزان پایایی این پرسشنامه را با استفاده از روش بازآزمایی در بین گروه مادران، ۰/۸۱ برای شیوه سهل گیرانه، ۰/۸۶ برای شیوه مستبدانه و ۰/۷۸ برای شیوه اقتدار منطقی و هم چنین در بین گروه پدران برای شیوه سهل گیرانه ۰/۷۷، برای شیوه مستبدانه ۰/۸۵ و برای شیوه اقتدار منطقی ۰/۹۲ به دست آورد. وی برای بررسی بیش تر اعتبار پرسشنامه از روش اعتبار افتراقی استفاده کرد و مشاهده نمود که مستبد بودن مادر رابطه معکوس با سهل گیری (۰/۳۸-) و اقتدار منطقی مادر (۰/۴۸-) دارد. هم چنین مستبد بودن پدر رابطه معکوسی با سهل گیری (۰/۵۰-) و اقتدار منطقی (۰/۵۲-) دارد. در ایران برای اولین بار اسفندیاری (۱۳۷۴) فرم اصلی را ترجمه و برای تعیین اعتبار آن جمله های دیگری به آن اضافه کرد. سپس از ۱۰ نفر صاحب نظر در زمینه روان شناسی و روان پزشکی خواست تا میزان اعتبار هر جمله را مشخص نموده، در صورت لزوم نظر اصلاحی خود را بیان نمایند. نتیجه این بررسی نشان داد که پرسشنامه دارای اعتبار خوبی است. وی برای تعیین پایایی پرسشنامه از روش بازآزمایی استفاده کرد و از ۱۲۰ نفر از مادران نمونه خواست تا پرسشنامه مذکور را پاسخ دهند. بعد از گذشت یک هفته مجدداً پرسشنامه توسط همان افراد تکمیل گردید. میزان پایایی برای شیوه سهل گیرانه ۰/۶۹، برای شیوه مستبدانه ۰/۷۷ و برای شیوه اقتدار منطقی ۰/۷۳ به دست آمد.

پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ)

به منظور بررسی سلامت روان از پرسشنامه سلامت عمومی استفاده شد که توسط دانش آموزان تکمیل شد. این پرسشنامه توسط گلدبرگ^۱ (۱۹۷۲) طراحی شده است. از این ابزار می توان برای بررسی سلامت روان و غربالگری اختلالات روانی استفاده کرد (باقری یزدی، بوالهروی و پیروی، ۱۳۷۴). این آزمون شامل ۲۸ سوال است. این پرسشنامه به صورت عینی و بر اساس مفروضه مقیاس لیکرت نمره گذاری می شود. در این پرسشنامه نمرات بالا بر وضعیت سلامت عمومی وخیم تر و نمرات پایین بر سلامت عمومی دلالت دارند. این ابزار از ویژگی های روایی و پایایی مناسبی برخوردار است. که از جمله می توان به تحقیق هومن (۱۳۷۶) اشاره کرد. لازم به ذکر است ضرایب پایایی این پرسشنامه در دامنه ۰/۸۴ تا ۰/۹۲ قرار دارد.

پرسشنامه افسردگی بک

به منظور بررسی افسردگی از پرسشنامه افسردگی بک استفاده شد که توسط دانش آموزان تکمیل شد. این پرسشنامه شامل ۲۱ سوال چهار گزینه ای است. نمره جملات بین صفر تا سه متغیر است. لذا مجموع نمرات می تواند بین صفر تا شصت و سه تغییر کند. بک و همکاران (۱۹۸۸) روایی همزمان این مقیاس را ۰/۷۹ و پایایی و بازآزمایی آن را ۰/۶۷ گزارش نموده اند. در ایران نیز گودرزی (۱۳۸۱) پایایی این پرسشنامه را از طریق ضریب همسانی درونی بر حسب آلفای کرونباخ ۰/۸۴ و همبستگی حاصل را از روش دو نیمه کردن بر اساس سوالات زوج و فرد، برابر $I=0.7$ گزارش نموده است. ضریب همبستگی بین فرم ۱۳ سوالی پرسشنامه افسردگی بک (حجت، مهریار و شاپوریان، ۱۹۸۶) و فرم ۲۱ سوالی آن بر اساس گزارش گودرزی (۱۳۸۱) ۰/۷۴ است که حاکی از روایی قابل پذیرش این پرسشنامه در ایران است. کاظمی (۱۳۸۲)، پایایی این پرسشنامه را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۴ گزارش کردند. پژوهش اخیر نشان داد که این پرسشنامه می تواند به طور موفقیت آمیزی بیماران افسرده را از افراد بهنجار متمایز سازد که حاکی از روایی افتراقی این پرسشنامه است (به نقل از کاظمی، ۱۳۸۲).

^۱.Goldberg

جدول ۱. مقایسه سلامت عمومی گروه آزمایش و کنترل

میانگین	انحراف معیار	واریانس	درجه آزادی	t محاسبه شده	سطح معنادار	همبستگی	سطح معنادار
۲۴/۸۹	۴/۸۸۵	۲۳/۸۶۱	۸	-۶/۷۷	۰/۰۰۰	۰/۸۰۹	۰/۰۰۸
۳۳/۵۶	۶/۵۰۲	۴۲/۲۷۸					

نمودار ۱. مقایسه سلامت عمومی گروه آزمایش و کنترل پس از روان درمانگری شناختی-رفتاری

بحث و نتیجه گیری

جدایی والدین یکی از پر فشارترین و منهدم کننده ترین حوادثی است که ممکن است در زندگی یک فرد روی دهد. حادثه ای که بیش تر افراد چه کودک و چه بزرگسال از لحاظ روان شناختی آمادگی مواجهه با آن را ندارند. به ویژه کودکان و نوجوانانی که نه تنها مجبورند با فشار روانی خودشان رو به رو شوند بلکه باید والدینی که خود فشار روانی شدیدی را تجربه می کنند و ممکن است سلامت جسمانی و روانی آن ها نیز از بین رفته باشد سازگار شوند (دیویس و کامینگز، ۲۰۰۴).

تحقیقات بسیاری نشان داده است که بچه های طلاق بسیار عصیانگر و ناآرام تر از فرزندان خانواده های سالم هستند. کودکان طلاق در مدرسه مشکلات بیش تری دارند. در رفتارشان بی ملاحظه ترند و افکار منفی و مشکلات بیش تری نسبت به افراد هم سن و سال خود دارند (پورتز و همکاران، ۱۹۹۲؛ آلیسون و فارستبرگ، ۱۹۹۸؛ موریسون و چرلین، ۲۰۰۲؛ موت، کووالسکی-جونز و حناگان، ۲۰۰۲).

تاثیر جدایی و طلاق والدین تزریق مستقیم عواطف رنجور از جمله ترس، خشم، گیجی و بهت زدگی است. اما باید اذعان داشت که کودکان می توانند پس از مدتی به حیات طبیعی خود بازگردند که البته در این رابطه نقش الگوهای تربیتی بسیار اساسی است والدین باید کودکان خود را زیر چتر حمایت خود قرار دهند و هدایت صحیح را از آنان دریغ نکنند (آماتولومس و بوت، ۲۰۰۵).

در پژوهش حاضر با توجه به نتایج به دست آمده از یافته های پژوهش نشان داده شد که جدایی والدین و الگوی تربیتی مستبدانه بر سلامت روان نوجوانان دختر تاثیر می گذارد و موجب کاهش سلامت روان نوجوانان می شود که در زمینه تاثیر جدایی والدین نتایج پژوهش می توان نتایج پژوهش های پورتز و همکاران (۱۹۹۲)، آلیسون و فارستبرگ (۱۹۹۸)، موریسون و چرلین (۲۰۰۲)، موت و همکاران (۲۰۰۲)، دیویس و کامینگز (۲۰۰۴) اشاره کرد که یافته های نتایج آنان نیز بیانگر نتایج زیانبار جدایی والدین بر رفتارهای کودکان و نوجوانان تاکید دارند و همچنین در زمینه نقش الگوهای تربیتی و تاثیر نظارت خانوادگی فرزندان بر سلامت جسمانی و روانی آنان می توان به نتایج پژوهش احمدی (۱۳۸۷) اشاره کرد که هم راستا با نتایج پژوهش حاضر است. همچنین با توجه به نتایج به دست آمده، یافته های پژوهش بیانگر آن است که جدایی والدین با الگوی تربیتی مستبدانه بر اختلال افسردگی نوجوانان دختر تاثیر می گذارد

که در راستای نتایج پژوهش پیگ آنتیچ و همکاران (۱۹۸۹)، آستون و مک لاناها (۱۹۹۱)، اشتبرگ و همکاران (۱۹۹۴)، استریچ (۱۹۹۸)، منشان و وایری (۲۰۰۵)، نیمک و همکاران (۲۰۰۶) قرار دارد.

منابع

- باقری یزدی، عباس؛ بوالهروی، جعفر و پیروی، حمید (۱۳۷۴). بررسی وضعیت سلامت روانی دانشجویان ورودی سال تحصیلی ۱۳۷۳-۷۴ دانشگاه تهران. فصلنامه اندیشه و رفتار، سال اول، شماره ۴.
- جان بزرگی، مسعود (۱۳۷۸). بررسی اثر روان درمانگری کوتاه مدت، آموزش خود مهارگری، با و بدون جهت گیری مذهبی (اسلامی) بر مهار اضطراب و تنیدگی. رساله دکتری. دانشگاه تربیت مدرس تهران.
- حمید، نجمه (۱۳۸۷). بررسی مقایسه ای اثرات روان درمانگری شناختی-رفتاری و شناخت درمانگری با رویکرد دینی بر بیماران افسرده و پاسخ لئوسیت های T آن ها در مقابل میتوزن PHA . مجله روان شناسی، شماره ۱، صص ۳۶-۴۹.
- خداپناهی، محمد و خوانین زاده، مرجان (۱۳۷۹). بررسی نقش ساخت شخصیت در جهت گیری مذهبی دانشجویان. مجله روان شناسی، شماره ۱۴، صص ۲۰۴-۱۸۵.
- شریفی، طیب (۱۳۸۱). بررسی رابطه نگرش دینی با سلامت عمومی، افسردگی، اضطراب، پرخاشگری و شکیبایی در دانشجویان دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز. پایان نامه کارشناسی ارشد روان شناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی اهواز.
- محمدی، سید داوود و مهربانی زاده هنرمند، مهناز (۱۳۸۵). ارتباط نگرش مذهبی با مکان کنترل و نقش جنسیت. مجله روان شناختی، شماره ۳ و ۴، صص ۴۷-۶۵.
- هومن، علی (۱۳۷۶). بررسی پایایی و اعتبار پرسشنامه سلامت عمومی گلدبرگ. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه تربیت معلم.

Aldridge, D. (2001). Prayer and spiritual healing in medical setting. *The International Journal of Healing and Core*, 1,1.

Argyel, M. (2000). *Psychology and religion*. London: Routledge.

Ball, J.; Armistead, L. & Austin, B. J. (2003). The relationship between religiosity and adjustment among African-American, female urban adolescents. *Journal of adolescence*, 26, 4, 434-446.

Gartner, J.; Larson, D. B. & Allen, G. D. (1991). *Religious commitment and mental health: A review of empirical literature*. *Journal of psychology and theology*, 19, 6-25.

Goldberge, D. (1972). *The detection of psychiatric illness by questionnaire*. Oxford University press, London.

Hackney, C. H. & Sanders, G. S. (2003). *Religiosity and mental health: A meta-analysis of recent studies*. *Journal for the scientific study of religion*, 42, 43-55.

Kendler, K. S.; Gamer, C. O. & Prescott, C. A. (1997). *Religion, psychology and substance use abuse: A multi measure, genetic-epidemiologic study*. *American Journal Psychiatry*, 154, 322-329.

Koing, H. G. & Carson, D. B. (2001). Religion and mental health: Evidence for an association. *International Review of psychiatry*, 13, 67-68.

Payne, I. R.; Bergin, A. E. ;Bielema, K. A. & Jenkins, P. H. (1991). *Review of religion and mental health: Prevention and the enhancement of psychosocial functioning*. *Prevention in human services*, 9, 11-40.

Rippentrop, A. E.; Altmaier, E. M. & Kaffalla, V. J. (2005). *The relationship between religion/spirituality and physical health, mental health and pain in a chronic pain population*. *Pain*, 116, (3), 311-321.

Scot, R. A. E. Bergin (1999). *A spiritual strategy for counseling and psychotherapy*. American-Psychologist. Third Edition.

Sdorow, L. (1990). *Psychology*. New Yourk: WMC. Brow Publication.

Zilboorg, G. (1962). *Psychoanalysis and religion*. New York: Farrar, Straus & Cudahy.