**مبانی نظری وپیشینه تحقیق ایمان مذهبی ومنبع کنترول**

3-2. ایمان مذهبی 22

2-3-1. تعریف ایمان 22

2-3-2. دیدگاه­های مربوط به ایمان و معنویت 23

2-7. منبع کنترل 43

2-7-1. تعریف منبع کنترل 43

2-7-2. منبع کنترل درونی 43

2-7-3. منبع کنترل بیرونی 44

2-7-4. ویژگی­های افراد با منبع کنترل درونی 44

2-7-5. ویژگی­های افراد با منبع کنترل بیرونی 45

2-8. پیشینه تحقیق 46

**2-3. ایمان مذهبی**

**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.

**2-7. منبع کنترل**

**2-7-1. تعریف منبع کنترل**

مفهوم منبع کنترل به این مربوط است که شخص تا چه اندازه باور دارد که بر شرایط خود مؤثر بوده و کنترل دارد. منبع کنترل اولین بار در نظریه یادگیری راتر در سال 1965 مطرح شد. راتر مفهوم منبع کنترل را برای انکار نمودن تفاوت‌های شخصیت در عقاید ما نسبت به منبع تقویمان معرفی نمود. پژوهش راتر نشان داده است که برخی از مردم معتقدند تقویت وابسته به رفتار خود آن‌هاست. دیگران فکر می‌کنند که تقویت توسط نیروهای بیرونی کنترل شده است. منبع کنترل به میزان اعتقاد فرد در مورد کسب پاداش از طریق کوشش شخصی اطلاق می‌شود (راتر، 1966).

**2-7-2. منبع کنترل درونی**

افرادی که دارای متغیرهای شخصیتی موسوم به منبع کنترل درونی هستند، خود را حاکم بر سرنوشت خود می‌بینید. این افراد به توانایی خود در مهار کردن رویدادهای زندگی یعنی منبع داخلی نظارت و کنترل باور دارند.

افراد دارای منبع کنترل درونی، اعتقاد دارند که کنترل کافی بر زندگی خود و رویدادهای آن داشته و مطابق همین باور رفتار می‌کنند. تحقیق نشان داده است که آن‌ها در تکالیف خود عملکرد بهتری دارند. کمتر تحت نفوذ دیگران قرار می‌گیرند و برای مهارت‌ها و پیشرفت‌های خود ارزش والاتری قائل هستند. آن‌ها بیشتر از افراد دارای منبع کنترلی بیرونی برای قبول مسؤولیت اعمال خود آمادگی دارند. تحقیقات مقدماتی حاکی از آن است که افراد دارای منبع کنترل درونی از بهداشت روانی بهتری برخوردار هستند.

همچنین، این افراد در تکالیف آزمایشگاهی در سطح بالاتری عمل نمودند. آن‌ها اضطراب کمتر و عزت‌نفس بیشتری گزارش می‌کنند، آمادگی بیشتری برای پذیرفتن مسؤولیت جهت اعمالشان دارند و از سلامت روانی بیشتری برخوردارند (کریمی، 1389).

آیا منبع کنترل درونی همیشه مطلوب است؟ پژوهشگران حوزه منبع کنترل نگران آن هستند که تمایز درونی – بیرونی صرفاً به عنوان اصطلاحی برای بیان خوب و بد یا باکفایت و بی‌کفایت به کار برود. با وجود این، در بسیاری از تحقیقات معلوم شده است که درونی‌ها کارکرد بهتری نسبت به بیرونی‌ها دارند. شاید یک علت آن باشد که بسیاری از پژوهش‌ها در زمینه‌هایی انجام شده که فرد بر آن­چه برایش اتفاق افتاده تا حدودی کنترل دارد (مثلاً دانشجویان می‌توانند با تغییر عادات مطالعه خود بر نمره‌هایشان اثر بگذارند). در چنین موقعیت‌هایی، اعتقاد به مهار شخص می‌تواند درست و انطباقی باشد، اما موقعیت‌هایی نیز هستند که فرد کنترل اندکی بر آن‌ها دارد. در برخی مشاغل خاص، کسانی که سخت کار می‌کنند به همان میزانی حقوق دریافت می‌کنند که افراد فراری از کار دریافت می‌کنند. در یک حکومت استبدادی، در اکثر موارد امکان آن وجود ندارد که به حکومت و دولت تأثیر گذاشت. در چنین موقعیت‌هایی، اعتقاد به مهار شخص ممکن است موجب پریشانی فرد شود (ساپینگتون، ترجمه حسین شاهی، 1388).

**2-7-3. منبع کنترل بیرونی**

 افرادی که دارای متغیرهای شخصیتی موسوم به منبع کنترل بیرونی هستند تصور می‌کنند که دریافت تقویت آن‌ها وابسته به مردم دیگر، تقدیر و یا شانس است این افراد معتقدند که بر آن­چه بر ایشان روی می‌دهد کنترل ندارند و رویدادها را به منابع بیرونی از خود مثل شانس، سرنوشت و صاحبان قدرت نسبت می‌دهند. در واقع، این افراد فکر می‌کنند که دریافت تقویت آن‌ها وابسته به لطف دیگران و یا شانس است. مردم دارای منبع کنترل بیرونی معتقدند که تقویت توسط مردم دیگر کنترل شده و آن‌ها در مقابل این نیروهای بیرونی ناتوان‌اند. (شولتز، ترجمه سیدمحمدی، 1388).

منبع کنترل ما تأثیر مهمی بر رفتارمان خواهد داشت. اشخاصی دارای منبع کنترل بیرونی هستند که معتقدند رفتارها یا مهارت‌های آن‌ها در تقویت‌هایی که دریافت می‌دارند اثری ندارد، در نتیجه در کوشش برای بهبود موقعیت خود فایده‌ای نمی‌بینند. آن‌ها به منبع کنترل زندگی خود در زمان حال یا آینده باور چندانی ندارند. (کریمی، 1389).

افراد معتقد به منبع کنترل بیرونی ارزش ناچیزی برای هرگونه تلاش جهت بهبود بخشیدن به شرایط خود قائل می‌باشند. برای این افراد زندگی بیشتر نوعی بازی شانس است و به نظر آن‌ها موفقیت بیشتر به شانس یا لطف دیگران بستگی دارد (گنجی، 1391).

بنابراین درمی‌یابیم که منبع کنترل درونی – بیرونی یک بعد شخصیتی است و به‌طور کلی بیشتر مردم بین این دو حد افراطی قرار می‌گیرند. میزان درونی یا بیرونی بودن فرد یک رشته پیامدهای رفتاری خواهد داشت. انتظار می‌رود که درونی‌ها در انواع بسیاری از فعالیت‌ها سلطه‌جویی و کارآمدی نشان دهند. در حالی که بیرونی‌ها بیشتر منفعل هستند. (کریمی، 1389).

**2-7-4. ویژگی‌های افراد با منبع کنترل درونی**

اشخاص با منبع کنترل درونی از لحاظ رفتاری و شخصیتی دارای ویژگی‌های زیر می‌باشند:

1. کنترل کافی بر زندگی خود دارند، یعنی به توانایی خود در مهار کردن رویدادهای زندگی باور دارند.
2. در تکالیف خود عملکرد بهتری دارند و در انواع بسیاری از فعالیت‌ها سلطه‌جویی و کارآمدی نشان می‌دهند.
3. کمتر تحت نفوذ دیگران قرار می‌گیرند و حس انتخاب شخصی بیشتری را تجربه می‌کنند.
4. برای مهارت‌ها و پیشرفت‌های شخصی خود ارزش والاتری قائل‌اند.
5. نسبت به تقویت های محیطی که می‌توانند برای هدایت رفتار خود از آن‌ها استفاده کنند هشیارترند.
6. بیشتر افراد دارای کنترل بیرونی برای قبول مسؤولیت اعمال خود آمادگی دارند.
7. با احتمال بیشتری درگیر خیال‌پردازی‌های زیادتری درباره پیشرفت می‌باشند و خیال‌پردازی‌های کمتری درباره شکست دارند.
8. اطلاعات بیشتری را در موقعیت‌های متفاوت کسب نموده و پردازش می‌نمایند.
9. احتمال کمتری دارد که مشکلات هیجانی داشته باشند و الکلی بشوند.

10- در کنار آمدن با ناراحتی‌های روانی توانایی بهتری دارند.

11- عزت‌نفس بیشتری دارند و به شیوه‌های ماهرانه اجتماعی‌تری عمل می‌کنند.

12- با همسالانشان مردمی‌ترند و جذب مردمی می‌شوند که می‌توان آن‌ها را دستکاری کرد.

13- این افراد گرایش به کسب نمرات بیشتری در مدرسه دارند در آزمون‌های پیشرفت تحصیلی استاندارد نمرات بالاتری به دست می‌آورند.

14- در تلاش برای قانع سازی و زورگویی مقاوم‌تر، زیرک‌تر و کنجکاوترند.

15- احتمال دارد این اشخاص از نظر جسمانی سالم‌تر از افراد بیرونی باشند و نیز گرایش کمتری به بیماری‌های فشار خون، حملات قلبی دارند.

16- افراد دارای منبع کنترل درونی به ورزش کردن علاقه­مندتر بوده و احتمال ترک سیگار در آن­ها بیشتر است.

**2-7-5. ویژگی‌های افراد با منبع کنترل بیرونی**

اشخاص با منبع کنترل بیرونی از نظر رفتاری و شخصیتی دارای ویژگی‌های زیر می‌باشند.

1. این افراد به امکان کنترل زندگی خود در زمان حال و آینده باور چندانی ندارند.
2. در کوشش برای بهبود موقعیت خود فایده‌ای نمی‌بینند.
3. احساس فشار روانی در این افراد بیشتر است.
4. افراد بیرونی محیط را تهدیدکننده می‌بینند، یعنی اعتقاد آن‌ها این است که کنترلی بر آن ندارند.
5. از نظر جسمانی نسبت به افراد درونی ضعیف‌ترند، یعنی درونی‌ها به نظر می‌رسد سالم‌تر باشند.
6. بیشتر از درونی‌ها به شانس اعتقاد دارند و در واقع برای افراد زندگی بیشتر نوعی بازی شانس است.
7. موفقیت‌هایشان را به لطف دیگران و یا شانس نسبت می‌دهند.
8. برای قبول مسؤولیت آمادگی کمتری دارند.
9. این افراد به طور کلی حس کنترلی را احساس نمی‌کنند.
10. بیشتر منفعل هستند و احتمال رفتار فعال در آن‌ها کمتر است (همان).

**2-8. پیشینه تحقیق**

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).

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).

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).

**منابع:**

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.

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.

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.

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

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.

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.