

نقش واسطه‌گری مقابله مذهبی در سبک‌های دلبستگی نسبت به خدا

و سلامت روان والدین کودک با ناتوانی ویژه

بتول احمدی / کارشناس روان‌شناسی بالینی

فاطمه شهابی زاده / هیأت علمی دانشگاه آزاد اسلامی واحد بیرجند و دانشجوی دکتری دانشگاه آزاد واحد تهران مرکزی
محمد خزاعی / رئیس نمایندگی بهزیستی بخش زیرکوه / دانشجوی کارشناسی ارشد کودکان استثنایی دانشگاه آزاد قاینات

چکیده:

با هدف بررسی نقش واسطه‌ای مقابله مذهبی در رابطه بین سبک‌های دلبستگی نسبت به خدا و سلامت روان، ۲۴۰ والد (۱۲۰ مادر و ۱۲۰ پدر) دارای کودک با ناتوانی ویژه در منطقه زیرکوه شهرستان قائن به صورت تصادفی انتخاب شدند. والدین به مقیاس سبک‌های دلبستگی به خدا، مقابله مذهبی مثبت و منفی و همچنین مقیاس سلامت روان پاسخ دادند. برای بررسی اثرات مستقیم و غیر مستقیم سبک‌های دلبستگی و مقابله مذهبی برای هر یک از والدین به طور جداگانه از الگوی تحلیل مسیر استفاده شد. نتایج نشان داد، (۱) در پدران و مادران سبک دلبستگی ایمن و دو سوگرا به خدا به طور غیرمستقیم و با واسطه مقابله مذهبی مثبت منجر به کاهش اختلال در عملکرد اجتماعی می‌شود. (۲) سبک دلبستگی اجتنابی و دو سوگرا به خدا نیز با میانجی‌گری مقابله مذهبی منفی در پدران و مادران منجر به افزایش علائم روان‌تنی و تنها در پدران منجر به افزایش بی‌خوابی و اضطراب می‌شود. (۳) در مادران سبک دلبستگی ایمن به خدا به طور مستقیم منجر به کاهش اضطراب و بی‌خوابی و همچنین افسردگی می‌شود. (۴) و در نهایت سبک دو سوگرا به خدا در مادران با واسطه مقابله مذهبی منفی و در پدران نیز به طور مستقیم و غیر مستقیم منجر به افزایش افسردگی می‌شود. به‌طور کلی با توجه به نتایج می‌توان گفت که مقابله مذهبی مثبت و منفی در رابطه میان سبک‌های دلبستگی به خدا و سلامت روان والدین کودکان با ناتوانی ویژه نقش واسطه‌گری دارد.

واژه‌های کلیدی: سبک‌های دلبستگی به خدا، مقابله مذهبی، سلامت روان، والدین کودک با ناتوانی ویژه

مقدمه

سایر رفتارهای مزاحم، والدین را به خشونت وادار می‌کند. برخی والدین، رفتارهای دشوار کودکان را تحمل نمی‌کنند. استرس و ناکامی ناشی از تربیت یک کودک دشوار می‌تواند رابطه والدین و کودک را ناپایدارتر از پیش کند. اگر والدین بتوانند به علل نگرانی‌های خود در مورد مشکلات کودکانشان پی ببرند، خیلی راحت‌تر می‌توانند مشکل را حل نمایند بدون آنکه موجب رنجش خود و کودکانشان شوند.

موضوع سلامت روان در دو دهه گذشته توجه پژوهشگران زیادی را به خود جلب نموده است و وجود یا عدم وجود استرس از جنبه‌های بسیار مهم آن محسوب می‌شود. استرس‌های محیطی در بروز بیماری‌های مختلف جسمی و روانی دخالت دارند، داشتن کودک با ناتوانی ویژه

امروزه یکی از مهم‌ترین شاخص‌های توسعه‌یافتگی در تمام کشورها، سطح بهداشت و سلامت جامعه است. لازاروس معتقد است بهداشت روانی، استعداد روان برای کار کردن موثر، هماهنگی، خوشایند و انعطاف‌پذیر در موقعیت‌های دشوار و توانایی حفظ تعادل خود می‌باشد [۱]. شاخص‌های سلامت روان عبارتند از اضطراب، افسردگی، شکایت جسمانی و عملکرد اجتماعی.

مطالعات متعدد [۲] نشان می‌دهد که تعداد زیادی از کودکان دشوار و ناآرام کودکانی هستند که با آن‌ها بدرفتاری شده است. آشفتگی دایمی، عصبانیت آنی و

* (در این مقاله، منابع بر اساس شماره درج شده است.)

عادی مقایسه می‌شوند نه تنها پدران و مادران چنین فرزندان از سلامت‌های کمتری در مقایسه با والدین دارای فرزند عادی برخوردارند بلکه آن‌ها به طور معناداری سطح اضطراب، افسردگی و شکایت‌های جسمانی بالاتری داشته و عملکرد اجتماعی آن نیز در مقایسه با گروه عادی مختل است [۶].

مهارت‌های اداره و کنترل رفتار والدین، الگوهای تعاملات بین والدین و کودک را تغییر می‌دهد به طوری که به جای رفتارهای پرخاشگرانه، رفتارهای اجتماع‌پسند و مناسب در درونمان به طور مستقیم افزایش می‌یابد. یک عامل اساسی نگرانی و اضطراب والدین فرزندان دارای مشکلات رفتاری، ناآگاهی آنان از نیازهای کودکانشان و عدم برخورداری از مهارت‌های خودگردانی در رویارویی با مشکلات رفتاری فرزندان و مهارت‌های کنترل و مدیریت رفتار کودک است اساساً کودکان به توجه و محبت نیاز دارند گاهی اوقات رفتار نامناسب کودک به منظور توجه والدین انجام می‌گیرد. به هر حال آن‌ها نشان دادند آموزش راهبردهای مقابله، نقش موثری بر کاهش اضطراب و ارتقاء سلامت روان دارد [۲].

مهارت‌های مقابله با استرس دارای مفهوم گسترده و مؤلفه‌های شناختی و رفتاری چندی است و به طور کلی مقابله به عنوان کوششی برای افزایش سازگاری فرد با محیط یا تلاش به منظور پیشگیری از بروز پیامدهای منفی شرایط فشارزا توصیف شده است [۷]. بررسی‌ها نشان داده‌اند افرادی که دارای حمایت اجتماعی بالا و کشمکش‌های میان وعده کمتری هستند در رویارویی با رخداد‌های فشارزای زندگی بیشتر ایستادگی می‌کند، به‌طور مؤثرتری مقابله می‌نمایند و نشانه‌های کمتری از افسردگی یا آشفتگی روانی را نشان می‌دهند [۷].

لذا با توجه به تجربه استرس و تهدید شدن سلامت روان والدین دارای کودک با ناتوانی ویژه، پژوهش حاضر بر آن شد تا نقش معنویت والدین بر سلامت روان

همراه با تجربه استرس می‌باشد که بر شاخص‌های سلامت روان تأثیر بارزی می‌گذارد. استرس در این حالت می‌تواند به صورت محرک شروع یا تشدید علائم عمل کرده و هم می‌تواند نقش زمینه‌ای در بروز بیماری به صورت سابقه ابتلا به افسردگی، اختلالات تبدالی و اختلالات اضطرابی داشته باشد [۳].

پژوهش‌ها نشان داده است که واکنش‌های نوروتیک مادران کودک کم توان ذهنی بیشتر از مادران عادی است و وجود چنین وضعیتی در خانواده علاوه بر ایجاد مشکلات عاطفی و روانی برای اعضای خانواده به-خصوص مادر، خانواده را دچار مشکلات اقتصادی و اجتماعی می‌کند. به‌علاوه واکنش‌های مادران، افسردگی، اضطراب و پرخاشگری بوده است [۴].

هالیدی^۱ و هانزلیک^۲ (۱۹۹۹) براساس پژوهشی بیان می‌کنند که مادران کودکان با نشانگان داون در مقایسه با مادرانی که فرزندشان مشکلی ندارد تحت فشار بیشتری هستند و هنگامی که این کودکان به سنین نوجوانی می‌رسند، مادران احساس ناتوانی بیشتری در قبال آنان می‌کنند [۵]. اولشانسکی^۳ (۱۹۶۲) نشان داده است که اغلب والدینی که کودک کم توان ذهنی دارند از یک واکنش روانی به نام اندوه مزمن رنج می‌برند به‌خصوص اگر کودک دارای کم توانی عمیق باشد [۴]. (نریمانی و همکاران، ۱۳۸۱ به نقل از لاجوردی، ۱۳۷۱) در مطالعه‌ای تحت عنوان بررسی مقایسه‌ای میزان افسردگی مادران دارای کودکان کم توان ذهنی به طور معناداری بیشتر از مادران دارای کودک عادی است [۴].

به هر حال بین والدین کودک کم توان ذهنی و والدین کودکان عادی تفاوت معناداری وجود دارد. زمانی که خانواده‌های دارای فرزند کم توان ذهنی با خانواده‌های

1.Haldy
2.Hanzlik
3.olshanski

محصول پردازش مقابله با استرس است، مقابله مذهبی یک متغیر وابسته است یعنی ماهیت حوادث استرس‌زا روی مقابله مذهبی تأثیر می‌گذارد. به هر حال در شرایط حوادث استرس‌زای شدید و تجربه فقدان از مقابله مذهبی استفاده می‌شود [۱۱].

مهارت‌های اداره و کنترل رفتار والدین،
الگوهای تعاملات بین والدین و کودک را تغییر می‌دهد
به طوری که به جای رفتارهای پرخاشگرانه، رفتارهای
اجتماع‌پسند و مناسب در درونمان به‌طور
مستقیم افزایش می‌یابد

سبک‌های دلبستگی پیش‌بینی‌کننده قوی مقابله مذهبی می‌باشد [۱۵-۱۴] و افراد دوسوگرا به خدا، گزارش دادند در مواجهه با استرس بیشتر از مقابله مذهبی استفاده کرده‌اند. مطالعه [۸] نیز نشان داد دلبستگی به خدا، مقابله مذهبی را پیش‌بینی می‌کند. به هر حال افراد با سبک‌های دلبستگی متفاوت به خدا در مقابله با موقعیت‌های استرس‌زا به طور متفاوت عمل می‌کنند و راهبردهای مقابله مذهبی متفاوتی را در پیش می‌گیرند. نتایج مطالعه فوق نشان داد دلبستگی ایمن به خدا با مقابله مذهبی مثبت و سطح بالای تشریک مساعی و ناخشنودی کمتر مذهبی و سطح پایین فاصله گرفتن از خدا مرتبط می‌باشد. دلبستگی دوسوگرا به خدا با افزایش استرس‌های مذهبی مرتبط می‌باشد و افراد اجتنابی به خدا نیز بیشتر لادری را گزارش دادند. مطالعه برد^۳ (۲۰۰۱؛ به نقل از کالمن، ۲۰۰۶) هم نشان داد سطح پایین اجتناب از خدا با دعای بیشتر در زمان استرس مرتبط می‌باشد [۱۶].

دلبستگی اضطرابی به خدا، مقابله مذهبی منفی را پیش‌بینی می‌کند [۱۷]. لذا دلبستگی به خدا پیش‌بینی‌کننده نوع راهبردهای مقابله و تصور از خدا می‌باشد [۱۸، ۱۹].
مطالعات متعددی اهمیت نقش دلبستگی و ارتباط با

را بررسی کند. لذا نقش دلبستگی به خدا^۱ و مقابله مذهبی^۲ بر سلامت روان والدین کودک با ناتوانی ویژه که تا کنون مطالعه نشده است، بررسی می‌شود.

مطالعات نشان داده است ارتباط افراد با خدا شباهت چشمگیری به دلبستگی مراقب کودک دارد. در هنگام استرس سیستم دلبستگی فعال شده و فرد ناایمن خدا را به عنوان پناهگاه مطمئن جستجو می‌کند [۹، ۱۰]. از طرفی نیز نظریه دلبستگی و نظریه راهبردهای مقابله دو نظریه مشهور اخیر در روان‌شناسی مذهب هستند [۸، ۹، ۱۱].

فکس (۱۹۹۹) بیان می‌کند مذهب نقش جدایی‌ناپذیری در مقابله افراد با حوادث استرس‌زا بازی می‌کند. مذهب و مقابله همگرا هستند به خصوص زمانی که مذهب در زندگی فرد مهم است و با حوادث استرس‌زا مواجه می‌شود [۱۳]. پارگامنت و همکاران (۱۹۹۹) مقابله مذهبی را جستجوی معنا در زمان استرس و یک چارچوب مفهومی تعریف کرده است. مقابله مذهبی در سه بخش تقسیم می‌شود: میان فردی، یعنی دریافت کمک از افراد مذهبی، معنویت یعنی تجربه عشق و مراقبت خدا و هیجان یعنی احساس خشم یا فاصله گرفتن از خدا. سه دلیل برای ارتباط بین مقابله و مذهب وجود دارد.

۱- مذهب یک قسمت از فرآیند مقابله است. مذهب بخشی از ارزیابی موقعیت است و یک عملکرد روان-شناختی محسوب می‌شود. وی دریافت عقاید مذهبی متفاوت با فعالیت‌های مقابله مذهبی متفاوتی مرتبط می‌باشد ولی جهت ارتباط بین مقابله مذهبی و عقاید مذهبی مشخص نیست. ۲- مذهب بر پیامدهای موقعیت‌های مهم تأثیر می‌گذارد یعنی می‌تواند پیامدهای سازگار یا ناسازگار را ارتقا بخشد. مقابله مذهبی یک مقابله مفید است اگر چه ناخشنودی مذهبی یک راه خطرناک و مضر در مواجهه با حوادث منفی زندگی می‌باشد. ۳- مذهب

1.Attachment style to God

2.Religious coping

آوردند. همچنین مشاهده شده است در سنین پیری، نگرش مذهبی قوی باعث کاهش اضطراب و افسردگی ناشی از مرگ می‌شود و اثر این نگرش مذهبی از انجام اعمال مذهبی به مراتب بیشتر است [۲۱]. نتایج مطالعه [۲۴] نشان داد که بین گروه‌های دانشجویی با توکل بالا و توکل پایین از لحاظ اضطراب خصیصه‌ای تفاوت معنادار وجود دارد. همچنین همبستگی مثبت و معناداری بین توکل به خدا و امیدواری و همچنین توکل به خدا و صبر و تحمل در دانشجویان وجود داشته است.

رفتارهای مذهبی همچون نماز خواندن، صداقت، اعتقاد به خداوند یا خواندن کتاب‌های مذهبی ممکن است از طریق ایجاد امید و تشویق در جهت ایجاد دیدگاه مثبت نسبت به شرایط موجود و بیرون کشیدن فرد از یک بحران مایوس‌کننده که بر روی آن‌ها تسلط چندانی هم ندارد، سبب ایجاد یک نوع آرامش درونی گردد [۲۲]. پژوهش‌های فراوانی تأثیر اسنادهای مذهبی، ادراک مهار و مقابله‌های مذهبی بر سلامت روانی افراد را تأیید کرده‌اند [۲۴].

به هر حال مطالعه‌ای تا کنون به بررسی نقش دلبستگی به خدا بر سلامت روان والدینی که در معرض تهدید سلامت روان به دلیل داشتن کودک با ناتوانی ویژه می‌باشد، نپرداخته است. اما مطالعاتی نیز اهمیت تأثیر مقابله مذهبی را بر سلامت روان بررسی کرده‌اند.

با توجه به پژوهشی که انجام شد این طور استنباط می‌شود که مکانیزم‌های سازگاری و شیوه‌های مقابله‌ای، تعیین‌کننده مکان فرد در طیف سلامت و بیماری روانی است که به کارگیری مناسب آن منجر به ارزیابی درست موقعیت، احساس امنیت، دستیابی به حمایت، انعطاف-پذیری، رشد و کسب هویت در فرد می‌گردد. در همین راستا مقابله و سازگاری مذهبی، روشی است که انسان‌ها از عقاید و شعائر مذهبی جهت رویارویی با مشکلات و فشارهای زندگی بهره می‌گیرند. تاکنون مطالعات متعددی

خدا را بر سلامت روان و مؤلفه‌های آن نشان داده‌اند. از جمله فرانسیس^۱ و استابز^۲ (۱۹۷۸) رابطه مثبت بین گرایش مذهب و احساس خرسندی را گزارش کردند [۲۰]. در پژوهشی الیسون، ۱۹۹۱، نیز مشاهده شد افراد دارای گرایش مذهبی بالا، دارای خوشنودی بیشتری از زندگی و پیامدهای روانی-اجتماعی منفی کمتری را نشان می‌دهند [۲۱]. از طرفی دیگر مطالعه شوماخر، ۱۹۹۱، درباره افراد غیر مذهبی نشان داد که این افراد از سلامت روانی ضعیفی برخوردارند، پارک و همکاران ۱۹۹۰ نیز به نقش تعدیل‌کننده مذهب بر موقعیت‌های استرس‌زا پی بردند [۲۱].

نتایج پژوهش کوئینک و همکاران، ۱۹۹۹، نیز که بر روی بیماران بستری در دو بیمارستان انجام شد، نشان داد که ۶۰ درصد از افراد مورد بررسی که معتقد به مذهب بودند، انعطاف بیشتری برای کنار آمدن با مشکل خود داشتند و ۱۲ درصد آنان پیش از این که مستقیماً سوال شود، اظهار داشتند که مذهب مهم‌ترین عامل برای مقابله و کنار آمدن با مشکلات است. این بررسی نشان داد که رویارویی مذهبی و روان‌درمانگری معنوی با بیماری‌های بسیار جدی همبستگی مثبت دارد [۲۲].

اعتقادات دینی و مقید بودن به آن با نداشتن افسردگی همبستگی دارد [۲۲]. به هر حال بین مذهبی بودن و سلامت روانی رابطه‌ای مستقیم وجود دارد، هر چه جهت‌گیری مذهبی درونی‌تر می‌شود سلامت روانی بالاتر می‌رود و هر چه جهت‌گیری فرد در زمینه مذهبی بیرونی‌تر می‌شود، احساس خستگی و نشانه‌های بدنی نیز بیشتر می‌شود و هر چه جهت‌گیری فرد بیرونی‌تر می‌شود میزان اضطراب و بی‌خوابی بیشتر می‌شود [۲۳].

بیکروگورساج (۱۹۸۲) در افراد سالخورده رابطه‌ای مثبت، میان سلامت جسم و روان آن‌ها با مذهب به‌دست

1. francis
2. stubs

شکست و ناامیدی همگی به صورت معناداری در افرادی که از مقابله مذهبی استفاده می‌کردند کمتر دیده می‌شد [۲۲]. در ایران نیز اخیراً استقبال گسترده‌ای در خصوص بررسی ابعاد، ویژگی‌ها و پیامدهای روان‌شناختی مذهب پدید آمده است و نتایج، نشان دهنده رابطه منفی معناداری میان میزان عبادت و نوروهای افسردگی و نگرش مذهبی بوده است [۲۱]. در مورد منفی بودن رابطه میان مذهبی بودن و اضطراب، نتایج پژوهش (احسان بهرامی و تاشک، ۱۳۸۳ به نقل از بیرشک و همکاران، ۱۳۸۰) قابل استناد است [۲۱]. مطالعات تجربی و شبه تجربی نیز نشان دهنده اثر برخی آداب و اعمال مذهبی بر کاهش اضطراب هستند [۲۱].

در پژوهشی ارتباط بین مذهبی بودن و وضع امنیت عاطفی را در زنان آفریقایی مقیم آمریکا که مبتلا به ویروس ایدز بودند، مطالعه کردند و به این نتیجه رسیدند که مقابله مذهبی (توکل به خدا و جست و جوی آسایش در مذهب) با افسردگی و اضطراب در آنان رابطه منفی دارد [۲۲].

علی‌رغم این که تاکنون در خصوص مذهب و پیامدهای روان‌شناختی آن نتایج پژوهشی کافی منتشر شده است هنوز مطالعات برای تبیین ساختارهای روان‌شناختی مذهب و نیز چگونگی اثرگذاری مذهب بر سلامت روان و بهزیستی بسیار محدودند مطالعات متعدد [۲۳، ۲۴] نشان داده‌اند ارتباط و دلبستگی به خدا بر شاخص‌های سلامت روان نقش موثر دارد، اگر چه در پژوهش حاضر به جای مذهب که یک مفهوم کلی و مبهم می‌باشد ارتباط و دلبستگی به خدا بررسی می‌شود، از طرفی نیز مطالعات [۱۱، ۲۳] نشان دهنده نقش مقابله مذهبی بر سلامت روان است، با توجه به ارتباط دلبستگی به خدا با مقابله مذهبی [۱۸، ۸، ۱۹]، این سوال مطرح می‌شود آیا مقابله مذهبی می‌تواند میانجی‌گر رابطه بین دلبستگی به خدا و سلامت روان در والدین در معرض

در کشورهای مختلف جهان در زمینه ارتباط بین گرایش‌های مذهبی و سلامت روانی انجام شده است که نتایج مقتضی را به همراه داشته‌اند برخی از مطالعات ارتباط مثبت و معناداری را بین به‌کارگیری شیوه‌های مقابله مذهبی و کاهش میزان و شدت افسردگی، اضطراب، طلاق، خودکشی، سوء مصرف مواد و اختلالات روانی نشان داده است در برخی نیز مثبت و مفید بودن اثر متغیرهای مذهبی (اعتقادات، ارزش‌های دینی، دعا، زیارت و ...) بر سلامت روانی مورد تأکید قرار گرفته است [۲۵].

رفتارهای مذهبی همچون نماز خواندن،

صداقت، اعتقاد به خداوند یا خواندن کتاب‌های مذهبی ممکن است از طریق ایجاد امید و تشویق در جهت ایجاد دیدگاه مثبت نسبت به شرایط موجود سبب ایجاد یک نوع آرامش درونی گردد

با مرور ۱۳۰ پژوهش در زمینه مقابله و سازگاری مذهبی و نقش آن در سلامت روانی مشخص شد که ۳۴ درصد از مطالعات به اثرات مثبت و معنی‌داری مقابله و سازگاری مذهبی در کاهش افسردگی و اضطراب اشاره دارد. چهار درصد از مطالعات مرور شده حاکی از اثرات منفی مقابله و سازگاری مذهبی بر سلامت روانی بودند و ۶۲ درصد نیز هیچ‌گونه ارتباطی را بین متغیرهای مقابله مذهبی و سلامت روان نشان ندادند [۲۶]. مذهب یک منبع حمایتی برای افراد است که در رویارویی با مشکلات کمتر آسیب می‌بینند زیرا این افراد روش‌های مقابله گوناگونی دارند که در مواجهه با حوادث فشارزای زندگی از آن‌ها بهره می‌گیرند افزون بر آن می‌توانند بر فعالیت‌های مقابله‌ای تأثیر بگذارد [۲۷].

رابطه مذهبی بودن با نشانه‌های شناختی افسردگی نیز بررسی شده است. نتایج نشان داد که نشانه‌های شناختی افسردگی با مقابله مذهبی رابطه‌ای منفی و معنادار دارد. خستگی، بی‌علاقگی، کناره‌گیری اجتماعی، احساس

مشخصی بار داشت به جز یک گویه با محتوای ایمن که در عوامل دیگر بار داشت که از تحلیل حذف شد. با توجه به تحلیل عاملی تأییدی نیز برازش مناسبی به دست آمد. جهت بررسی پایایی نیز آلفای کرونباخ برای هر عامل ایمن، اجتنابی و دوسوگرا به خدا به ترتیب ۰٫۹۸، ۰٫۸۶ و ۰٫۸۲ بدست آمد.

مقیاس کوتاه مقابله مذهبی^۳:

این مقیاس در سال ۱۹۹۸ میلادی توسط پارگامنت و همکاران تدوین شد که دارای ۲ عامل مقابله مذهبی مثبت و منفی می باشد. هر عامل توسط ۷ مؤلفه سنجیده می شود. مؤلفه‌های مقابله مذهبی مثبت شامل ارتباطات معنوی، جستجوی حمایت معنوی، تصور داشتن خدای خیراندیش و بخشنده، پالایش مذهبی و تمرکز مذهبی می باشد مثلاً جستجوی ارتباط با خدا جهت کنترل خشم. مؤلفه‌های مقابله مذهبی منفی شامل ناخشنودی از مذهب و روابط بین فردی مذهبی، تصور منفی داشتن از خدای قدرتمند و تنبیه کننده می باشد. نمونه‌ای از مؤلفه‌های مقابله مذهبی منفی شامل خدا مرا رها کرده است و من در مورد قدرت خدا تردید دارم. برای بررسی روایی از تحلیل مؤلفه‌های اصلی با چرخش ابلیمین استفاده شد که همخوان با تئوری مقابله مذهبی، مدل ۲ عاملی به دست آمد و گویه‌های مربوط به هر خرده مقیاس (مقابله مذهبی مثبت و منفی) در یک عامل مشخصی بار داشت. با توجه به تحلیل عاملی تأییدی نیز برازش مناسبی برای مدل ۲ عاملی بدست آمد. همخوانی درونی مقابله مذهبی مثبت و منفی به ترتیب ۰٫۹۰ و ۰٫۸۷ بدست آمد که حاکی از پایایی بالا می باشد. به هر حال در این مقیاس از پاسخ دهندگان خواسته می شود با توجه به حوادث استرس زای تجربه شده در طول ۲ سال اخیر، مشخص کنند به چه میزان در

خطر آسیب‌های روان‌شناختی (بحران و استرس ناشی از داشتن کودک ناتوانی ویژه) باشد. در واقع آیا رابطه دلبستگی به خدا و سلامت روان توسط مقابله مذهب قابل تبیین است؟

روش پژوهش:

پژوهش حاضر از نوع همبستگی می باشد که جهت تحلیل داده‌ها از روش تحلیل مسیر استفاده شد و داده‌ها و پارامترها توسط نرم‌افزار لیزرل^۱ برآورد شد. جامعه آماری شامل کلیه والدین دارای فرزند با ناتوانی ویژه (میانگین سنی فرزند، ۱۷ سال) بخش زیرکوه شهرستان قائن سال ۸۹-۹۰ می باشد که بنا به گزارش بهزیستی شامل ۵۰۰ نفر بودند. حجم نمونه ۲۴۰ نفری (۱۲۰ پدر و ۱۲۰ مادر) توسط روش نمونه‌گیری تصادفی انتخاب شده و پرسشنامه‌های دلبستگی به خدا، مقابله مذهبی و سلامت روان توسط والدین تکمیل شد.

ابزار

مقیاس سبک دلبستگی به خدا^۲

مقیاس جدید چند بعدی دلبستگی به خدا در سال ۲۰۰۲ میلادی توسط روات و کیرک پاتریک تدوین شد، مقیاس حاضر از ۹ جمله تشکیل شده است که هر ۳ جمله یکی از سبک‌های دلبستگی به خدا را توصیف می کند. در این آزمون از پاسخ‌دهندگان خواسته می شود، درجه مطابقت ارتباط خود با خدا را با هر عبارت روی دامنه‌ای از ۱ (کاملاً مخالف) تا ۷ (کاملاً موافق) تعیین کنند. برای بررسی روایی از تحلیل عاملی مؤلفه‌های اصلی با چرخش ابلیمین استفاده شد که همخوان با تئوری دلبستگی، مدل ۳ عاملی به دست آمد و گویه‌های مربوط به هر خرده مقیاس (ایمن، اجتنابی و دوسوگرا) در یک عامل

1. LISREL

2. Measures of attachment style to God

3. The Brief Religious Coping Scale

مواجهه با شرایط استرس زا از مقابله مذهبی استفاده کرده‌اند.

مقیاس سلامت روانی عمومی^۱:

این پرسشنامه در سال ۱۹۷۲ توسط گلدبرگ^۲ جهت تفکیک موارد ابتلا به اختلالات روانی ساخته شد، ولی هدف آن دستیابی به یک تشخیص خاص در سلسله مراتب بیماری روانی نیست، بلکه تمایز بین بیماری روانی و سلامت عمومی است. مقیاس سلامت روانی شامل ۴ شاخص علائم روان تنی، اضطراب و بی‌خوابی، اختلال در عملکرد اجتماعی و افسردگی می‌باشد که بر اساس مقیاس ۴ لیکرتی نمره‌گذاری می‌شود. در مطالعه حاضر جهت بررسی روایی از تحلیل مؤلفه‌های اصلی با چرخش ابلیمین استفاده شد که به جز ۲ گویه (از تحلیل حذف شد) بقیه گویه‌ها در عامل همخوان با خرده مقیاس مربوطه بار داشت. پایایی آن نیز توسط آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۸، ۰/۹، ۰/۸۲ و ۰/۹۱ مربوط به علائم روان تنی، اضطراب و بی‌خوابی، اختلال در عملکرد اجتماعی و افسردگی به دست آمد.

یافته‌ها:

به منظور بررسی الگوی مفهومی و تعیین نقش میانجی-گری مقابله مذهبی در رابطه بین دلبستگی به خداوند و سلامت روان در والدین با کودکان ناتوانی ویژه از تحلیل مسیر برای هر یک از پدران و مادران به طور جداگانه استفاده شده است.

علاوه بر این برآورد پارامترهای الگو نیز از طریق روش بیشینه احتمال به دست آمده که برای پدران در شکل ۱ نشان داده شده است. به منظور برآورد دقیق‌تر پارامترها و نیز شاخص‌های برازندگی لیزرل، مسیرهایی که

ضرایب آن‌ها معنادار نبود از الگو حذف و پارامترها برآورد گردید. چنانکه مشاهده می‌شود الگوی پیشنهادی کاملاً با داده‌ها برازش دارد. شاخص مجذور کای برابر با ۳۱/۸۲ و از لحاظ آماری ($P > 0.05$) معنادار نیست. بدین ترتیب الگو می‌تواند تقریباً قابل قبولی از جامعه ارائه دهد و الگو با داده‌ها برازش کامل دارد. از سوی دیگر این الگو ۱۳ درصد از واریانس علائم روان تنی، ۸ درصد اضطراب و بی‌خوابی، ۳ درصد اختلال در عملکرد اجتماعی و ۱۷ درصد افسردگی را تبیین می‌نماید. به هر حال شاخص RMSEA که برای اندازه‌گیری متوسط باقی‌مانده‌ها (خطاها) به کار می‌رود برابر ۰/۰۶ به دست آمد. مقادیر دیگر شاخص‌های برازندگی از جمله CFI، IFI، GFI نیز ۰/۹۶، به دست آمد که از ۰/۹۵ بزرگ‌تر می‌باشد از این رو الگو دارای برازندگی بسیار خوبی است.

همان‌طور که انتظار می‌رفت به دلیل نقش میانجی‌گری مقابله مذهبی، سبک‌های دلبستگی به خدا بر شاخص‌های سلامت روان غیر معنادار بدست آمد و تنها مسیر از سبک دوسوگرا به خدا به نشانه‌های افسردگی معنادار شد.

در بررسی اثرهای مستقیم مقابله مذهبی و شاخص‌های سلامت روان، سهم مقابله مذهبی منفی بر علائم روان تنی و افسردگی نسبت به دیگر شاخص‌ها قوی‌تر است. مقابله مذهبی مثبت نیز تنها اثر مستقیم منفی در پیش بینی اختلال در عملکرد اجتماعی دارد. از بین سبک‌های دلبستگی به خدا نیز سبک دوسوگرایی بیشترین اثر را بر مقابله مذهبی منفی و سبک ایمن اثر معناداری بر مقابله مذهبی مثبت داشت. لذا مقابله مذهبی مثبت، میانجی‌گر رابطه بین سبک دلبستگی ایمن و دوسوگرا به خدا و اختلال در عملکرد اجتماعی می‌باشد.

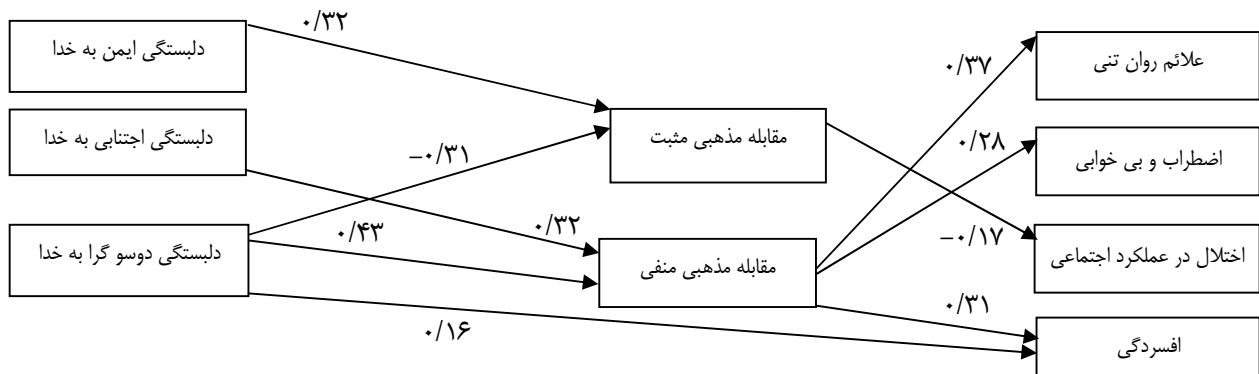
الگو همچنین نشان می‌دهد سبک‌های دلبستگی اجتنابی و دوسوگرا به خدا، تنها از طریق مقابله مذهبی منفی می‌تواند منجر به افزایش شاخص‌های عدم سلامت روان (علائم روان تنی، اضطراب و بی‌خوابی و افسردگی)

1. General health question
2. Goldberg

دوسوگرا (۰/۱۶) بر علائم روان تنی کمتر به دست آمد. اثر غیرمستقیم دل‌بستگی اجتنابی با واسطه مقابله مذهبی منفی بر اضطراب و بی‌خوابی و همچنین افسردگی (به ترتیب ۰/۰۹ و ۰/۱) نیز نسبت به اثر غیرمستقیم دوسوگرا در همان مسیر (به ترتیب ۰/۱۲ و ۰/۱۳) کمتر نشان داده شد. به هر حال اثر غیرمستقیم دل‌بستگی دوسوگرا بر شاخص‌های سلامت روان ۰/۴۷ بدست آمد که نسبت به اثر غیرمستقیم دل‌بستگی اجتنابی ۰/۳۱، بیشتر می‌باشد، لذا دل‌بستگی دوسوگرا (اثر مستقیم و غیرمستقیم) در پدران نقش مهم‌تری در پیش‌بینی سلامت روان دارد.

شوند. به هر حال دل‌بستگی دوسوگرا هم به طور مستقیم و هم به طور غیرمستقیم از طریق مقابله مذهبی منفی بر افسردگی نقش معناداری داشت، لذا مقابله مذهبی منفی نمی‌تواند میانجی‌گر دل‌بستگی دوسوگرا و افسردگی باشد. در تحلیل مسیر پدران، اثر غیرمستقیم دل‌بستگی ایمن به خدا از طریق مقابله مذهبی مثبت بر اختلال عملکرد اجتماعی (۰/۰۵۴) تقریباً نزدیک به اثر غیرمستقیم دل‌بستگی دوسوگرا به خدا (۰/۰۶) به دست آمد. اثر غیرمستقیم دل‌بستگی اجتنابی به خدا از طریق مقابله مذهبی منفی (۰/۱۲) نسبت به اثر غیرمستقیم دل‌بستگی

شکل ۱- ضرایب استاندارد مسیر مربوط به نقش واسطه‌گری مقابله مذهبی در روابط بین سبک‌های دل‌بستگی به خدا و سلامت روان در پدران



$$(p = 0/06, df = 21, x^2 = 31/82)$$

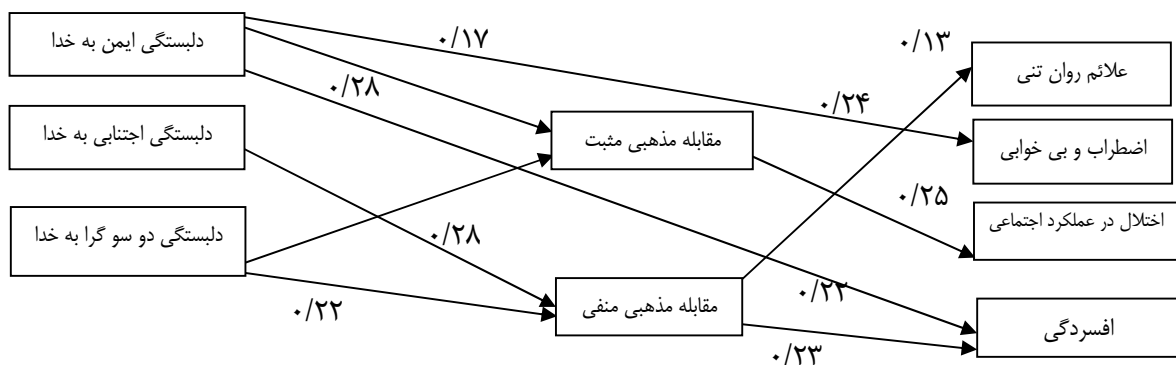
مستقیم بین دل‌بستگی ایمن به خدا با اضطراب و بی‌خوابی و افسردگی معنادار شد. اما این ضرایب در الگوی پدران معنادار نشد. ضریب غیرمستقیم، بر خلاف مسیر مستقیم، دل‌بستگی ایمن به خدا با اختلال در عملکرد اجتماعی معنادار شد. لذا مقابله مذهبی مثبت میانجی‌گر این رابطه می‌باشد (همخوان با الگوی پدران). به هر حال دل‌بستگی اجتنابی و دوسوگرا به خدا نیز تنها با میانجی‌گری مقابله مذهبی منفی بر علائم روان تنی و افسردگی تأثیر معنادار غیرمستقیمی دارد. که همخوان با الگوی پدران می‌باشد. اما بر خلاف الگوی پدران تأثیر غیرمستقیم بر اضطراب و

تحلیل مسیر به طور جداگانه برای گروه مادران دارای فرزند با ناتوانی ویژه نیز انجام شد، ضرایب برآورده شده در شکل ذیل نشان داده شده است. شاخص‌های برازندگی لیزرل پس از حذف مسیرهای غیر معنادار، نشان داد که مقدار مجذور کای در مادران برابر ۲۳/۴۲ بدست آمد که غیر معنادار ($p=0/26$) می‌باشد شاخص RMSEA نیز ۰/۰۳۹، شاخص‌های CFI و IFI، ۰/۹۸ و GFI نیز ۰/۹۷ به دست آمد که نشان دهنده برازش مناسب الگوی پیشنهادی با داده‌ها می‌باشد. همان‌طور که در شکل ۲ مشاهده می‌شود ضرایب

دوسوگرا بر شاخص‌های سلامت روان ۰/۱۵ به دست آمده که نسبت به اثر غیر مستقیم دلبستگی اجتنابی (۰/۱) بیشتر می‌باشد. در مجموع اثر غیرمستقیم دلبستگی دوسوگرا نسبت به سبک اجتنابی بر شاخص‌های سلامت روان قوی‌تر نشان داده شد که این نتیجه با الگوی پدران نیز همخوان می‌باشد. اگر چه مشخص شد در پدران اثر غیرمستقیم دلبستگی دوسوگرا بر سلامت روان نسبت به مادران قوی‌تر است. البته قابل توجه است در مادران اثر مستقیم دلبستگی ایمن (۰/۴۶) بر شاخص‌های سلامت روان نسبت به دیگر اثرات غیر مستقیم مذکور قوی‌تر بوده که این نتیجه در پدران معنادار نشد.

بی‌خوابی غیرمعنادار شد. الگوی مادران ۲ درصد از واریانس علائم روان تنی، ۶ درصد اضطراب و بی‌خوابی، ۶ درصد اختلال در عملکرد اجتماعی و ۱۲ درصد افسردگی را تبیین می‌نماید که درصد تبیین اختلال در عملکرد اجتماعی مادران نسبت به پدران بیشتر و درصد تبیین دیگر شاخص‌های سلامت روان در الگوی پدران نسبت به مادران بیشتر است. در تحلیل مسیر ذیل، اثر غیرمستقیم دلبستگی اجتنابی از طریق مقابله مذهبی منفی بر علائم روان تنی و افسردگی (به ترتیب ۰/۰۴ و ۰/۰۶) تقریباً نزدیک به اثر غیرمستقیم دلبستگی دوسوگرا در همان مسیر (به ترتیب ۰/۰۳ و ۰/۰۷) به دست آمد. به هر حال اثر غیرمستقیم دلبستگی

شکل ۲- ضرایب استاندارد مسیر مربوط به نقش واسطه‌گری مقابله مذهبی در روابط بین سبک‌های دلبستگی به خدا و سلامت روان در مادران



$$(p = 0 / 26, df = 20, x^2 = 23 / 42)$$

بحث و نتیجه‌گیری

دلبستگی را بررسی نکرده است. موضوع اینجاست که در مواجهه با موقعیت‌های استرس‌زا، سیستم دلبستگی فعال می‌شود و سؤال اینجاست افراد با پیامدهای حوادث استرس‌زا از جمله تهدید و فقدان، چگونه مقابله می‌کنند. افراد به طور متفاوت با حوادث استرس‌زا مقابله می‌کنند، محدودیت تئوری مقابله مذهبی نیز ناتوانی آن برای توضیح اساس تفاوت‌های فردی در مقابله با استرس است. پارماگنت [۱۱] بیان کرد مقابله مذهبی به عنوان دسترس-پذیری قریب‌الوقوع مذهب در سیستم توجیهی افراد

داشتن کودک با ناتوانی ویژه منبع استرس نیرومندی برای والدین می‌باشد که ممکن است با افزایش خشم، اضطراب و افسردگی والدین [۴] و کاهش سلامت روان همراه باشد و چنین شرایطی سبب شده است تا این والدین دارای مشکلات روان‌شناختی باشند. بنابراین در پژوهش حاضر چگونگی نقش دلبستگی به خدا و مقابله مذهبی بر سلامت چنین والدینی بررسی و بحث می‌شود. از سال ۲۰۰۵ هیچ مطالعه‌ای، پیوند بین مقابله مذهبی و تئوری

ایمن خدا، مقابله مذهبی مثبت را فعال می‌کند و باعث پناه بردن فرد در شرایط بحران به خدا می‌شود.

کارکرد دیگر چهره دلبستگی ایمن خدا، پایه ایمنی می‌باشد که فرد با اعتقاد به این که خدا اساس ایمنی است، احساس قدرت می‌کند و اعتماد به نفس او به هنگام اضطراب و ترس افزایش می‌یابد و این احساس ایمنی به آرامش روانی در فرد تبدیل می‌شود و وی را برای مقابله با مشکلات و چالش‌های زندگی آماده می‌کند. بنابراین ایمنی همانند پادزهری در برابر ترس و اضطراب است [۲۹].

نشانه‌های شناختی افسردگی

با مقابله مذهبی رابطه‌ای منفی و معنادار دارد. خستگی، بی‌علاقگی، کناره‌گیری اجتماعی، احساس شکست و ناامیدی همگی به صورت معناداری در افرادی که از مقابله مذهبی استفاده می‌کردند کمتر دیده می‌شد

پایه ایمنی چهره دلبستگی به خدا ممکن است باعث تاب‌آوری و مدیریت عملکرد فرد در مقابله با چالش‌ها شود. لذا عملکرد اجتماعی فرد کمتر آسیب می‌بیند. آنچه مسلم است دلبستگی به خدا فراهم آورنده پناهگاه مطمئن و پایه ایمنی [۸] می‌باشد که منجر به تقویت مقابله مذهبی مثبت در شرایط تهدید کننده می‌شود.

مقابله مذهبی مثبت میانجی‌گر استرس و پیامد سلامتی است و مقابله مذهبی منفی مثل ناخشنودی مذهبی با ناسازگاری مرتبط می‌باشد. این دو، دو قطب متضاد در ارتباط با عقاید و ارتباط با خداست. مقابله مذهبی مثبت در برگیرنده صمیمیت، اعتماد و تصور مثبت از خداست. فرمول بندی مثبت مسأله، پذیرش محدودیت کنترل شخصی و ارتباط شخصی با خدا از طریق فرآیند مقابله صورت می‌گیرد. مقابله مذهبی به عنوان راهبرد و منبع درونی است که در هنگام مواجهه با استرس از آن استفاده می‌شود و به رشد صمیمیت با خدا و دریافت مفهوم

می‌باشد. اما به هر حال این سوال وجود دارد که چرا برای بعضی افراد مذهب در دسترس است و برای بعضی در دسترس نیست؟ چرا این سیستم در بعضی از افراد رشد می‌کند و در بعضی رشد نمی‌کند. برای فراهم کردن یک علت رضایت‌بخش، بیشتر فرضیه‌های رشد به عنوان مکملی برای فرضیه مقابله و توضیح این تفاوت‌ها ضروری می‌باشد، بنابراین تئوری دلبستگی به عنوان فرضیه رشد تکاملی این ویژگی را دارد که با توجه به تداعی قوی مطرح شده بین فرضیه دلبستگی و مذهب مشخص شد، خدا به طور برجسته ویژگی‌های دلبستگی را دارا می‌باشد. مطالعه بیلاویچ و پارگامنت، ۲۰۰۲، نیز تداعی بین سبک‌های مقابله مذهبی و تفاوت‌های فردی در دلبستگی به خدا را تأیید کرد. بنابراین دلبستگی می‌تواند توجیه کننده مقابله مذهبی باشد. بنابراین افراد با سبک‌های دلبستگی متفاوت، هنگام مواجهه با موقعیت‌های استرس‌زا به طور متفاوت نیز مقابله می‌کنند و نظریه دلبستگی می‌تواند چراغ روشنی برای چراغ‌های نظریه مقابله مذهبی باشد [۸]. نتایج مطالعه حاضر در هر دو گروه پدران و مادران نشان داد سبک‌های دلبستگی به خدا پیش بینی کننده انواع مقابله مذهبی می‌باشد و همخوان با نتایج [۸] بدست آمد.

به طور کلی یافته‌های پژوهش حاضر مبین این است که هم در پدران و هم مادران مقابله مذهبی در رابطه بین سبک‌های دلبستگی و مؤلفه‌های سلامت روان نقش واسطه‌ای دارد، چنانکه ضرایب برآورد شده در پدران و مادران نشان داد دلبستگی ایمن و دوسوگرا به خدا با میانجی‌گری مقابله مذهبی مثبت منجر به کاهش اختلال در عملکرد اجتماعی می‌شود. به هر حال چهره دلبستگی ایمن به خدا در شرایط بحرانی همچون پناهگاه مطمئنی می‌باشد که باعث شده افراد در شرایط تنیدگی‌زا و بحران به مذهب رجوع کنند و به سوی خدا برگردند [۲۸، ۱۸] در واقع پناهگاه مطمئن به عنوان کارکرد چهره دلبستگی

زندگی کمک می‌کند [۱۶].

ادراک نکرده و نمی‌تواند با اعتماد و توکل به خداوند با چالش‌های زندگی مبارزه کند. لذا این افراد در برابر عوامل استرس‌زا از مقابله مذهبی منفی استفاده نموده و احساس تصور منفی از خدا از جمله خشم، شک، درگیری در مورد عقاید مذهبی و فاصله گرفتن از خدا در وی بروز می‌نماید [۱۶] و این احساس ناامیدی و خشم نسبت به خدا منجر به ارزیابی نادرست از موقعیت و تجربه استرس و اضطراب شدید [۲۵] و در نتیجه بروز علائم و نشانه‌های روان‌تنی از جمله ناراحتی‌های گوارش می‌شود. لذا آنچه مسلم است مقابله مذهبی نقش موثری بر سلامت روان دارد. [۱۱]

مقابله مذهبی مثبت میانجی‌گر استرس

و پیامد سلامتی است و مقابله مذهبی منفی مثل ناخشنودی مذهبی با ناسازگاری مرتبط می‌باشد. این دو، دو قطب متضاد در ارتباط با عقاید و ارتباط با خداست. مقابله مذهبی مثبت در برگیرنده صمیمیت، اعتماد و تصور مثبت از خداست.

به هر حال متغیر میانجی مقابله مذهبی منفی، نقشی در پیش‌بینی اضطراب و بی‌خوابی در مادران نشان نداد، اما دل‌بستگی ایمن به خدا به طور مستقیم بدون واسطه نقش قوی در کاهش اضطراب و بی‌خوابی و افسردگی داشت که این الگو در پدران معنادار نشد. به هر حال تحقیقات نیز نشان داده است مادران نسبت به پدران دارای کودک ناتوان، افسردگی و درماندگی بیشتری تجربه می‌کنند [۳۳]. لذا با توجه به یافته مطالعه حاضر احتمال می‌رود در مادران، تنها تصور در دسترس بودن خداوند و ادراک دست‌یابی به منبع حمایت معنوی سهم قوی در کاهش اضطراب و افسردگی و کاهش دل‌بستگی ایمن به خدا نقش معناداری در افزایش افسردگی داشته باشد. در پژوهشی نیز الیسون، ۱۹۹۱، نشان داد افراد دارای گرایش مذهبی بالا دارای خوشنودی بیشتری از زندگی و پیامدهای روانی

بنابراین مقابله مذهبی متکی بر باورها و فعالیت‌های مذهبی است و از این طریق در مهار تنش‌های هیجانی و ناراحتی فیزیکی به افراد معتقد به مذهب کمک می‌کند، بر این اساس مقابله مذهبی به عنوان روشی که منابع مذهبی مانند دعا و نیایش، توکل و توسل به خداوند را برای مقابله بکار می‌برد تعریف شده است. یافته‌های اخیر نشان داده‌اند که این نوع مقابله‌ها هم به عنوان یک منبع حمایت عاطفی و هم وسیله‌ای برای ارزیابی مثبت از حوادث زندگی بکار گرفته می‌شود و می‌تواند به کارگیری مقابله بعدی را آسان‌تر کند [۲۲]. به هر حال مقابله مذهبی سازگاری بالاتری را نسبت به انواع مقابله‌های غیر مذهبی فراهم می‌کند [۳۰].

همان‌طور که در هر دو الگوی پدر و مادر مشخص است مقابله مذهبی میانجی‌گر رابطه بین دل‌بستگی دوسوگرا به خدا و اختلال در عملکرد اجتماعی می‌باشد. افراد با سبک دل‌بستگی دوسوگرا به خدا، چهره دل‌بستگی خدا را در دسترس و پاسخگو نمی‌دانند لذا در مواجهه با بحران به دلیل عدم داشتن پایه ایمنی و پناهگاه مطمئن کمتر به سمت خدا برگشته [۳۱، ۳۲] و احساس کنترل بر اوضاع و قدرت برخورد با چالش‌ها کاهش یافته، بنابراین عملکرد اجتماعی آن‌ها آسیب می‌بیند.

نتایج همچنین نشان داد سبک‌های دل‌بستگی اجتنابی و دوسوگرا به خدا با میانجی‌گری مقابله مذهبی منفی منجر به افزایش علائم روان‌تنی (پدر و مادر) و افزایش اضطراب و بی‌خوابی (پدر) می‌شود. در سبک دل‌بستگی ناایمن به خدا راهبردهای مقابله‌ای منفی ثانویه [۳۳] فعال می‌شود و چون ادراک فرد از چهره دل‌بستگی، غیرپاسخگو و غیر دسترس است [۱۹] در مواجهه با بحران به دلیل عدم اعتماد با اعمالی همچون دعا، نیایش، نماز و رفتارهای دل‌بستگی مذهبی به سمت خدا به عنوان پناهگاه مطمئن بر نمی‌گردد و چهره دل‌بستگی خدا را به عنوان پایه ایمنی

اجتماعی منفی کمتری می‌باشند [۲۱]. به هر حال افراد با دلبستگی ایمن به خدا در مقیاس‌های افسردگی نمرات پایین‌تری نشان داد. [۳۴]

جان بزرگی (۱۳۸۶) نیز نشان داد جهت‌گیری درونی مذهبی منجر به کاهش احساس خستگی و نشانه‌های بدنی می‌شود. به هر حال در مادران وقتی مدل‌های دلبستگی و چهره دلبستگی ایمن که همیشه پاسخگوست وجود داشته باشد، بدون مواجهه با بحران و فعال شدن مقابله مذهبی، می‌تواند علائم روان‌شناختی را کاهش دهد اما در پدران مدل‌های دلبستگی توسط کارکردهای دلبستگی (مقابله مذهبی) نقش موثری در پیش‌بینی اضطراب و بی‌خوابی دارد [۲۳].

نتایج نشان داد اثر غیرمستقیم دلبستگی دوسوگرا بر مؤلفه‌های سلامت روان نسبت به دیگر سبک‌ها تأثیر قوی‌تری در هر دو گروه پدران و مادران دارد. به نظر می‌رسد مقابله مذهبی منفی مبتنی بر نوعی رابطه دوسوگرایی با خدا باشد. لذا می‌توان گفت مقابله منفی فاقد رابطه عمیق درونی است و به نظر می‌رسد همراه با نوعی خصیصه اضطرابی باشد. این افراد خدا را عامل موثر در ایجاد مشکل و تنبیه دانسته، در نتیجه بیشتر احساس ناامیدی را تجربه کرده و بیشتر احتمال دارد سلامت روان آن‌ها در برابر استرس تهدید شود. در واقع مقابله مذهبی منفی نشان‌دهنده ترس از طرد شدن و انتظار تنبیه از خدا، راهبردهای منفی ثانویه دلبستگی می‌باشد که با افزایش اضطراب و کاهش سلامتی تداعی می‌شود [۳۳]. به هر حال استفاده از مقابله مذهبی منفی نماد ارتباط سطحی به خدا می‌باشد. لذا جهت‌گیری بیرونی مذهبی با کاهش سلامت روان مرتبط می‌باشد [۲۳].

نتایج همچنین نشان داد در مادران با دلبستگی دوسوگرا به خدا با واسطه مقابله مذهبی منفی میزان افسردگی بیشتر است. ادراک ارتباط متغیر خداوند با فرد، همخوان با سبک دلبستگی دوسوگرا نسبت به والد، باعث

ایجاد اضطراب و نگرانی [۱۹] شده و به دلیل احساس طرد شدن از طرف خداوند، ناامیدی بیشتری را تجربه می‌کند. در نتیجه به دلیل عدم اعتماد به چهره دلبستگی، در برخورد با مشکلات دچار شک و تردید نسبت به خدا شده و از راهبرد مذهبی منفی استفاده نموده که احساس ناامیدی وی را افزایش داده و منجر به افزایش نشانه‌های افسردگی در آن‌ها می‌شود. اما در پدران سبک دلبستگی دوسوگرا، به تنهایی و ادراک این که چهره دلبستگی خدا همیشه در دسترس نیست، اضطراب و نگرانی را در فرد افزایش داده [۱۹] و بدون مواجهه با مشکلات و استفاده از مقابله مذهبی منجر به افزایش افسردگی می‌شود. به هر حال این یافته نشان می‌دهد در والدین دارای کودک با ناتوانی ویژه که متحمل استرس بالایی می‌شوند، اعتقادات مذهبی عملاً در خدمت سلامت روان می‌باشد و نوع مقابله مذهبی، عامل فعال‌کننده سیستم دلبستگی به خدا بوده که بسته به مدل دلبستگی، مقابله مذهبی تأثیر آن را بر سلامت روان چشمگیر می‌کند.

در مجموع چنین استنباط می‌شود مقابله مذهبی در برابر استرس ناشی از فرزند با ناتوانی ویژه، نقش مهمی بر سلامت روان دارد و سبک‌های دلبستگی ناایمن به خدا از طریق افزایش استفاده از مقابله مذهبی منفی منجر به افزایش علائم روان‌شناختی شود. به هر حال والدینی که از راهبردهای مذهبی متفاوت استفاده می‌کنند از لحاظ وضعیت سلامت روان نیز متفاوت می‌باشند.

در واقع مقابله مذهبی مثبت که ناشی از دلبستگی ایمن به خدا می‌باشد، نماد درونی شدن ارتباط با خدا و ایمان فرد می‌باشد که تحمل فرد را در رویارویی با پیامدهای مشکل و استرس افزایش می‌دهد و طبیعتاً این افراد اضطراب و تشویش کمتری تجربه می‌کنند. لذا پیشنهاد می‌شود با تشکیل جلسات معنویت‌درمانی و گروه‌های حمایتی معنوی و آموزش استفاده از راهبردهای مذهبی مثبت در حذف و برطرف نمودن فشار از والدین

دارای کودک ناتوان ویژه، گام‌های اساسی در جهت پیشگیری از اختلالات روانی و به عبارت دیگر حفظ بهداشت روانی خانواده برداشته شود. قرآن کریم در سوره رعد آیه ۲۸ می‌فرماید: «تنها با یاد خدا دل‌ها آرامش می‌یابد».

لذا رابطه سطحی نمی‌تواند موثر باشد و مقابله مذهبی مثبت در برابر استرس نماد ارتباط درونی با خدا بوده که تقویت کننده سلامت روان می‌باشد. بنابراین باید به رشد ارتباط و چگونگی نقش معنویت در برابر بحران بیشتر توجه شود.

منابع

- ۱- گنجی، حمزه (۱۳۸۰) بهداشت روانی. نشر ارسباران. تهران
- ۲- شریفی درآمدی، پرویز؛ آقا رشتی، معصومه (۱۳۸۴). تأثیر آموزش شیوه‌های مقابله‌ای در کاهش اضطراب والدین دارای کودکان اختلال رفتار. فصلنامه خانواده‌پژوهی، سال اول، شماره ۲، ص ۱۵۰.
- ۳- فراهانی، فرهاد؛ فرهادی نسب، عبدالله؛ گودرزی، محمد تقی؛ امامی، فرانک (۱۳۸۶). بررسی ارتباط سلامت روانی با بروز کم‌شنوایی ناگهانی در بیماران مراجعه کننده به مراکز گوش و حلق و بینی شهر همدان. مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات درمانی همدان، دوره چهارم، شماره ۴، ص ۵۰.
- ۴- نریمانی، محمد؛ آقا محمدیان، حمید رضا؛ رجبی، سوران (۱۳۸۶). مقایسه سلامت روانی مادران کودکان استثنایی با سلامت روان مادران کودکان عادی. فصلنامه اصول بهداشت روانی، سال نهم، شماره ۳۳ و ۳۴، ص ۱۶.
5. Haldy MB, Hanzlik JR. A.(1990). Comparison of perceived competence in child – rearing between mothers of children with Down syndrome and mothers of children without delay. *Education and training in mental retardation*, 25(2).
- ۶- مهرابی زاده هنرمند، مهناز؛ نجاریان، بهمن؛ مسعودی، میترا (۱۳۸۰). مقایسه سلامت روانی والدین کودکان کم توان ذهنی تربیت پذیر ۱۲-۷ ساله با سلامت روانی والدین کودکان عادی. فصلنامه کودکان استثنایی، سال اول، شماره ۲، ص ۱۳.
- ۷- ابراهیمی، امرا...؛ بوالهری، جعفر؛ ذوالفقاری، فضیله (۱۳۸۱). بررسی رابطه شیوه‌های مقابله با استرس و حمایت اجتماعی با میزان افسردگی جانبازان قطع نخاعی. اندیشه و رفتار، سال هشتم، شماره ۲، ص ۴۱.
- 8- Granqvist, P. (2005) Building a bridge between attachment and religious coping: tests of moderators and mediators. *Mental Health, Religion & Culture* March 2005; 8(1): 35–47
- 9- Kirkpatrick, L. A. (1998). God as a substitute attachment figure: A longitudinal study of adult attachment style and religious change in college students. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 24, 961–973.
- 10- Grangvist, P., & Hagekull, B. (1999). Religiousness and perceived childhood attachment: profiling socialized correspondence and emotional compensation. *Journal for the scientific study of Religion*, 38:254-273.
- 11- Pargament, K. I., Ensing, K. F., Olsen, H., Reilly, B., van Haitsma, K., & Warren, R. (1999). God help me: I. Religious coping efforts as predictors of the outcomes to significant negative life events. *American Journal of Community Psychology*, 18, 793-824
- Granqvist, P. (2002). Attachment and Religion: An integrative developmental framework: Uppsala. 94p
- 13- Fox, Rachel B., (2001). Religious identity, religious practices, and spiritual coping in adults undergoing treatment for cancer. Ph.D., University of Kansas, 2001, 117 pages; AAT 3029134
- 14- Leyenhorst, Jacoba A. (2001). Family Secrecy And The Adult Adjustment of Children From Dysfunctional Families. Master of Arts, University of British Columbia in the
- 15- Moore, Lori L. (2005). **A study of the difference in relationship attribution and religious coping across levels**

- of attachment style and marital functioning** . Ph.D., Southwestern Baptist Theological Seminary, 191 pages; AAT 3194863
- 16- Cullman, Ellen P. (2006). Attachment to Parent and Peers as A Moderator of The Relation
- 17- Antognoli-Toland, Paula Lucia, (2000). Parent-child relationship, family structure, and loneliness among adolescents. Ph.D., Texas Woman's University, 2000, 140 pages; AAT 9988384
- 18- Kirkpatrick, L. A., & Shaver, P. R. (1992). An attachment-theoretical approach to romantic love and religious belief. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 18, 266-275.
- 19- Rowatt, W.C. & Kirkpatrick, L.A. (2002). Two Dimension of attachment to God and Their relation to affect and personality constructs. *Scientific Study of Religion*, 41:637-651.
- 20- Francis, L. J., & Stubs, M. T. (1987). "Measuring attitudes towards Christianity: from childhood to adulthood". *Personality and Individual Differences*, 8, 741-743.
- ۲۱- بهرامی احسان، هادی؛ تاشک، آنهیتا (۱۳۸۳). ابعاد رابطه میان جهت‌گیری مذهبی و سلامت روانی و ارزیابی مقیاس جهت‌گیری مذهبی. *مجله روان‌شناسی و علوم تربیتی*، سال سی و چهارم، شماره ۲، ص ۴۴.
- ۲۲- سجادیان، ایلناز؛ اکرمی، ناهید (۱۳۸۵). ارتباط توکل به خدا و سایر رهیافت‌های مقابله‌ای با اضطراب در دانش‌آموزان دختر متوسطه. *دانش و پژوهش در روان‌شناسی*. شماره سی‌ام، ص ۵۵.
- ۲۳- جان بزرگی، مسعود (۱۳۸۶). جهت‌گیری مذهبی و سلامت روان. *مجله پژوهشی دانشکده پزشکی*، دوره ۳۱، شماره ۴، ص ۳۴۵.
- ۲۴- غباری، بناب؛ خدا یاری، محمد؛ شکوهی، محسن؛ فقیهی، علی نقی (۱۳۸۲). رابطه توکل به خدا با اضطراب، صبر و امیدواری در شرایط ناگوار در دانشجویان دانشگاه تهران. *همایش نقش دین در بهداشت روان*، جلد اول.
- ۲۵- عظیمی، حمیده؛ ضرغامی، حمید (۱۳۸۱). بررسی مقابله مذهبی و میزان اضطراب در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی مازندران در سال تحصیلی ۷۸-۷۹. *مجله پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مازندران*، سال دوازدهم، شماره ۳۴، ص ۳۸.
- 26-PARAGAMENT. K. I. (1997). *The psychology of Religion and coping* new York. Guilford press.
- 27-ROBERTS, K, A .(1992). A Sociological overview: Menetal health implication of religio-c
- 28- kirkpatrick, L.A. (1994). The role of attachment in religious belief and behavior. *Advances in personal relationships*. London. 5:239-256.
- ۲۹- سپاه منصور، مژگان؛ شهابی زاده، فاطمه؛ خوشنویس، الهام (۱۳۸۷). ادراک دلبستگی کودک، دلبستگی بزرگسال و دلبستگی به خدا. *فصلنامه روان‌شناسی ایرانی*. سال چهارم، شماره ۱۵، ص ۲۵۶.
- 30- Schottenbauer, Michele A. ; Klimes-Dougan, Bonnie; Rodriguez, Benjamin F.; Arnkoff, Diane B.; Glass, Carol R.; & Holland, LaSalle. (2006). Attachment and affective resolution following a stressful event: General and religious coping as possible mediators. *Mental Health, Religion & Culture* December 2006; 9(5): 448-471.
31. Kirkpatrick, L. A. (1998). God as a substitute attachment figure: A longitudinal study of adult attachment style and religious change in college students. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 24, 961-973.
- 32-Beck, Richard. (2006). God as a secure base: attachment to God and theological exploration. *Journal of Psychology and Theology*. *Journal of Psychology and Theology* 2006, Vol. 34, No. 2, 125-132.
- 33-Mikulincer, Mario. ; Shaver, Phillip. R. & Pereg. Dana. (2003) Attachment Theory and Affect Regulation: The Dynamics, Development, and Cognitive. Consequences of Attachment-Related Strategies Motivation and Emotion, Vol.27, No.2.
- 34-Spilka B. ; Shaver, Phillip. R. & Kirkpatrick, L. A. (1985). A general attribution theory for the psychology of religion. *Journal for the scientific study of religion*, 24
- ۳۵- کیمیایی، سید علی؛ محرابی، حسین؛ میرزایی، زهرا (۱۳۸۹). مقایسه وضعیت سلامت روان پدران و مادران کودکان کم توان ذهنی آموزش پذیر مشهد. *مطالعات تربیتی و روان‌شناسی*. دوره ۱۱، شماره ۱