

بررسی رابطه دلبستگی به خدا و سلامت روان در والدین کودکان استثنایی و عادی شهر همدان سال تحصیلی ۱۳۸۸-۱۳۸۷

امین حسن پور^۱، دکتر مریم سیف نراقی^۲، احمد قره خانی^۳، مسعود جعفری^۴

تاریخ وصول: ۱۳۹۱/۱/۲۰ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۱/۵/۱۴

چکیده:

هدف: هدف پژوهش حاضر بررسی رابطه بین دلبستگی به خدا و سلامت روان در والدین کودکان استثنایی و عادی است.

روش: این پژوهش از تحقیقات کاربردی و شیوه انجام گرفتن آن همبستگی است. تعداد ۳۵۸ نفر (۱۲۵ نفر والدین دانش آموزان عادی و ۲۳۳ نفر والدین دانش آموزان استثنایی) به روش نمونه گیری خوشه ای تصادفی انتخاب شدند و به مقیاس های سبک های دلبستگی به خدا (لارسن ۵ و غباری، ۲۰۰۹) و SCL-90-R پاسخ دادند. تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از روش های آماری ضریب همبستگی، آزمون t فریدلی و آزمون Z فیشر انجام شد.

یافته ها: یافته ها نشان داده است که میان دلبستگی به خدا و سلامت روان دو گروه ارتباط معنادار وجود دارد و همچنین شدت رابطه این دو متغیر در والدین کودکان استثنایی نسبت به والدین کودکان عادی بیشتر است ($p=0001$).

نتیجه گیری: نتایج این پژوهش نشان داد که بین دلبستگی به خدا و سلامت روان والدین کودکان استثنایی و عادی رابطه معناداری وجود دارد.

پیشنهاد: بر این اساس پیشنهاد می شود به منظور کاهش بار فشار روانی والدین کودکان استثنایی و ارتقای سطح سلامت روان این والدین، شایسته است که آنها به گرایش به مذهب و توکل به خدا ترغیب شوند.

کلیدواژه: دلبستگی به خدا، سلامت روان، والدین کودکان استثنایی و عادی

۱. کارشناس ارشد روانشناسی و آموزش کودکان استثنایی دانشگاه علامه طباطبایی

۲. استاد دانشگاه علامه طباطبایی

۳. کارشناس ارشد روانشناسی و آموزش کودکان استثنایی دانشگاه تهران

۴. کارشناس ارشد روانشناسی و آموزش کودکان استثنایی دانشگاه علامه طباطبایی

مقدمه:

در زندگی امروزی بیش از هر زمان دیگری شاهد تجارب فشار زایی هستیم که بهداشت و سلامت روان افراد را به مخاطره می اندازد و باعث بروز ناراحتی های روحی و روانی در انسان می گردد. در چنین شرایطی برخی از عوامل می توانند به کمک انسان آیند و مانع از آسیب دیدگی و اضمحلال وی زیر فشار سنگین مسائل و مشکلات گردند. از جمله عواملی که به اعتقاد برخی از روانشناسان و به استناد مطالعات و پژوهش های انجام گرفته در چند دهه اخیر، نقش و جایگاه مؤثری در قلمرو بهداشت روانی دارد و نیز کارایی آن در درمان بیماری های روانی نشان داده شده است، دین و مذهب می باشد (غباری بناب، ۱۳۸۰، ص ۹).

رفتار های مذهبی در پرداختن به نکات معنی دار زندگی ارزش مثبتی دارند، رفتار هایی از قبیل عبادت، توکل به خداوند، می توانند با ایجاد امید و تشویق افراد به نگرش مثبت به موقعیت های فشار زای روانی باعث آرامش درونی آنان شود (لارسون و همکاران، به نقل از شاکری نیا، ۱۳۸۰، ص ۱۴).

رفتار های مذهبی از طریق ایجاد و امید به نگرش های مثبت باعث آرامش درونی فرد می شوند (تیلور، ۱۹۹۵، ص ۶) باور به اینکه خدایی هست که موقعیت ها را کنترل می کند تا حد زیادی اضطراب مرتبط با موقعیت ها را کاهش می دهد به طوری که اغلب افراد مؤمن ارتباط خود را با خداوند مانند ارتباط با یک دوست بسیار صمیمی توصیف می کنند و معتقدند که از طریق اتکا و توسل به خداوند، می توان اثر موقعیت های غیر قابل مهار را کنترل نمود. به همین دلیل گفته می شود که مذهب می تواند به شیوه های فعالی در فرایند های مقابله، مؤثر باشد (سیندر، ۲۰۰۱، ص ۷).

بر اساس تئوری دلبستگی بالبی (۱۹۸۰، ۱۹۷۳، ۱۹۶۹) از همان ابتدای تولد، نوعی رابطه قلبی با نوزاد و فردی که از او مراقبت می نماید، شکل می گیرد، که به این رابطه که هم جنبه عاطفی

-
1. TYLOR
 2. SYNDER

دارد و هم جسمی، دل‌بستگی گفته می‌شود. در طی یک دهه گذشته توجه بسیار زیادی به خداوند به عنوان یک تکیه گاه دل‌بستگی شده است و تحقیقات بسیار زیادی در این زمینه انجام گرفته است. کرک پاتریک (۱۹۹۹، ص ۱۱) معتقد است که می‌توان از تئوری برای مطالعه و شناسایی عواطف و رفتارهای مذهبی که معمولاً انتزاعی و غیر حسی هستند و شناخت مذهبی استفاده نمود.

در حوزه دل‌بستگی، گرچه نظریه پردازی بالبی بر ریشه‌های تحولی نظام دل‌بستگی تمرکز یافت و تجلی عمده آن در روابط کودک - خردسال، رابطه مادرانه بود، در عین حال وی از ابتدا آشکارا معتقد بود که فرایندها و پویایی‌های دل‌بستگی، تأثیرات گسترده‌ای بر تحول اجتماعی و کارکرد شناختی فرد در طول زندگی دارد، ضمن اینکه پویایی‌های دل‌بستگی در چهارچوب نظام‌های دیگر، مانند دل‌بستگی به کلیسا یا وطن ادامه می‌یابد (کرک پتریک، ۱۹۹۹، ص ۳) علت انتخاب نظریه نامبرده به منظور تبیین و سازماندهی یافته‌های مربوط به دین، مطابقت‌های آشکار بین این دو می‌باشد (روات، کرک پتریک، ۲۰۰۲، ص ۴).

مرور تحقیقات در سالهای بعد این تأثیر را واجد برجستگی بیشتری می‌کند. از دهه ۹۰ به دنبال ناکامی نسبی متخصصین حرفه‌های بهداشت روانی از فنون و شیوه‌های مداخله‌ای مرسوم و به دنبال تحقیقات متعدد و نتایج آنها که بیانگر تأثیر مثبت مذهب بر سلامت روان بود، روی آورد به مذهب روز افزون گردید (جان بزرگی، ۱۳۸۶).

یونگ با تأیید واقعیت روانی نیاز به معنویت در نوع انسان، تجربه معنوی و روحی را به عنوان جنبه‌های بالقوه سالم و سلامت هستی انسان در نظر می‌گیرد (اژدری فرد و همکاران، ۱۳۸۹، ص ۱۸۶).

اصولاً فرض بهداشت روانی، منهای معنویت دینی و فرزانگی عرفانی، ناممکن است و ناشی از انسان‌شناسی کژتابانه است. خانه بهداشت روانی در سطوح متافیزیولوژیک، بی‌عرفان توحیدی دین، سست و شکننده است (طاهری پور، ۱۳۸۶، ص ۱۲).

مطالعه و نظریه پردازی در زمینه های مختلف مذهبی ، قدمتی بس طولانی دارد ، اما مطالعه مذهب از دیدگاه روانشناختی از حدود یکصد سال پیش آغاز شده است (خدایاری ، ۱۳۷۸).

به عقیده ویلیام جیمز دعا و نماز و اتصال با روح عالم خلقت دارای کارکردهای زیادی است. کاری است با اثرات و نتایج مختلف شکفت انگیز ، ایجاد یک جریان قدرت و نیرویی که به طور محسوس دارای آثار مادی و معنوی می باشد . عواطف مذهبی بر مزاج های مالیخولیایی فائق شده و به روح انسان حالت مقاومت و پایداری خاصی می بخشد و به امور زندگی ارزش ، درخشندگی و پایداری می دهد (نوابخش و پوریوسفی ، ۱۳۸۵، ص ۳۴).

وقتی صحبت از بهداشت روانی می شود منظور بیشتر دستیابی به درجه بالایی از سلامت روانی است . به عبارت دیگر منظور رساندن فرد به انسانی شایسته و لایق که دارای انسجام شخصیتی و روانی بوده که قادر باشد ، کارکردها و مسئولیت های خویش را به نحو مطلوب انجام دهد . بهداشت روانی ، هنر توسعه و سلامتی روان است که تأکید بر سطح بالای سازگاری احساسی ، عاطفی در رفتار فرد با جهان اطراف و خلق راه های انعطاف پذیر و پخته با استفاده از استعدادها و ظرفیت ها دارد. به عبارت دیگر بهداشت روانی عبارت از توان مقابله و سازگاری و ایجاد ارتباط منطقی در سه فضای زندگی فردی ، خانوادگی و اجتماعی است. می باید توجه کرد که بهداشت روانی امری نسبی است ، زیرا افراد جامعه با هم متفاوت هستند ، ارزش ها ، نیازها و مسائلشان در شرایط و موقعیت های زمانی و مکانی و موقعیت های مختلف ، تغییر و تحول پیدا می کند ولی آنچه که از همه مهمتر است ، سطح بالای سازگاری و انطباق با محیط و شرایط بوده ، به طوری که فرد بتواند با سبک زندگی که انتخاب می کند کنار بیاید و هم بتواند تضادها و کشمکش های درونی و عقده ها و بنیانهای سرکوفته درونی و ذهنی را حل کند و هم بتواند رابطه منطقی و معقول با افراد و محیط برقرار کند و به عنوان یک انسان متعادل ، رفتاری بهنجار داشته باشد (نوابخش و پوریوسفی ، ۱۳۸۵، ص ۴۵).

جهان بینی و نظام ارزش های انسانی که از تمایلات معنوی ناشی شده و اعتقادات ، احساسات و آیین های ما را در بر می گیرد نقش اساسی در چگونگی رفتار و نگرش فرد به پدیده های مختلف دارد . پذیرش واقعیت ها ، شکیبایی و تحمل هنگام رویارویی با مسائل و مشکلات بستگی زیادی به جهان بینی فرد و چگونگی ارتباط او با جهان هستی (معنویت) دارد . اگر کلام خداوند را بپذیریم که همه انسانها با هم برابرند و تنها معیار ارزش تقوا است ،افق دیدمان از روزنه تنگ و تاریک این دنیای فانی فراتر می رود و در پرتو چنین بینشی زیبایی ها ، زشتی ها ، مطلوب ها ، نامطلوبها و استثناها همه به گونه ای دیگر معنا می یابد . در این رهگذر والدین نیز باید فرزندان خود را در هر هیاتی که باشند موهبت الهی دانسته و ضمن اطاعت از خداوند هیچ فرقی میان کودک معلول و سالم یا عادی و استثنایی خود نگذارند . اما از آنجا که والدین بگونه ای تحت تأثیر باورهای دینی ، مذهبی و فرهنگ حاکم بر جامعه قرار می گیرند گاهی اوقات نگرش آنان به کودک استثنایی متفاوت شده و ممکن است از داشتن این گونه کودکان رنج برده و احساس خجالت و تقصیر کنند و چه بسا این امر بر سلامت (بهداشت) روانی والدین و روابط خانوادگی و اجتماعی شان اثر نامطلوبی بگذارد . با به دنیا آمدن کودک استثنایی فشارهایی بر والدین وارد می گردد که موجب بر هم خوردن آرامش و انسجام خانواده شده در نتیجه سازش یافتگی و سلامت روان آنان را تحت تأثیر قرار می دهد .

سیف نراقی و نادرری (۱۳۸۱) معتقدند تولد فرزند برای والدین در هر سن و شرایطی که باشند، حاصل باری از فشار های روانی است. برای مثال زوج های جوانی که نسبت به یکدیگر از شناخت کافی برخوردار نیستند و هنوز تا حدی با هم غریبه هستند، پیدایش غریبه سومی به نام نوزاد، مشکلات ویژه ای چون تغذیه، نگهداری، پرستاری و مانند آن فشار های زیادی را برای والدین تحمیل می کند که اگر با این شرایط با ظرافت و درایت برخورد نشود ،احتمال از هم پاشیدگی زندگی نوپنیا را سبب می شود.(حال اگر کودک متولد شده کودک استثنایی باشد، سختی و فشار این شرایط مضاعف خواهد بود). فابر (۱۹۷۵)، به نقل از

شریفی درآمدی، ۱۳۸۱) خاطر نشان می سازد که در اثر وجود کودک استثنایی انواع فشارهای زیر به والدین و سایر اعضای خانواده تحمیل می شود: ۱- به تعویق افتادن تحول روانی سایر فرزندان ۲- محدود شدن پیشرفت خانواده ۳- وقوع بحرانهایی مانند مشکلات زناشویی، طلاق، افسردگی والدین ۴- بروز احساساتی از قبیل خشم، ناامیدی و احساس گناه. (البرزی ۱۳۷۵). درباره تأثیر کودک استثنایی بر والدین و رویارویی پدر و مادر با کودک استثنایی نشان می دهد که والدین به واکنشهای مختلفی دچار می شوند که عبارت است از: احساس خجالت، احساس گناه، پنهان کردن فرزند. از این رو احساس خجالت و شرمساری بیشترین واکنشی است که والدین نشان می دهند و هرچه شدت معلولیت فرزند بیشتر باشد به همان نسبت احساس خجالت و شرمساری بیشتر است.

خانواده نیز در ارتباط با داشتن کودک عقب مانده ذهنی فشارهایی را متحمل می شود که از آن جمله باید به مواردی از قبیل نگرانی برای فرزند (۸۷ درصد)، آزردهی عصبی (۵۳/۲ درصد)، تأثیر بر روابط خانواده (۲۳ درصد) و اختلالات زناشویی (۱۸ درصد) اشاره نمود (شریفی در آمدی، ۱۳۸۱). در مواجهه با تنیدگی های مختلف و واکنش های حاصل از آن ها والدین کودکان استثنایی معمولاً سعی می کنند از روش های مقابله ای مختلفی مانند اجتناب از تنیدگی، جستجوی حمایت اجتماعی یا روی آوردن به مذهب و انجام دادن مناسک مذهبی خاص و یا روش های مقابله ای منفی مثل مصرف الکل و مواد مخدر استفاده کنند.

در سالهای اخیر، ادبیات تخصصی مربوط به معنویت^۱ و مذهب به طور روزافزونی رو به گسترش می باشد (سیمپسون^۲ و دیگران، ۲۰۰۷، ص ۹). بر این اساس روانشناسان در پژوهش های متعددی تأثیر مذهب و معنویت را در سازگاری روانشناختی و سلامت روانی به طور گسترده مورد بررسی قرار داده اند. این تلاش ها، دامنه وسیعی از ادبیات پژوهشی مرتبط در این حوزه را رقم زده است و نشان دهنده این نکته می باشد که باورهای مذهبی و معنوی به

1. spirituality
2. Simpson

طور معناداری با گستره‌ای از شاخص‌های سلامت روانی نظیر، کاهش اضطراب و افسردگی، افزایش عزت نفس، تحمل و خودکنترلی رابطه دارد (برگین^۱ و دیگران، ۱۹۹۱، ص ۵). طرفداران نقش معنویت در بهبود سلامت روانی و سازگاری بین فردی تلاش‌های متعددی را جهت برقراری ارتباط بین دو مفهوم سلامتی و معنویت تحت عنوان سازه بهزیستی معنوی^۲ انجام داده‌اند. مروری بر ادبیات تخصصی معنویت حاکی از آن است که اغلب این تعاریف قائل به دو بُعدی بودن معنویت هستند. بعد اول، معنویت مذهبی است که در آن مفهوم فرد از وجود مقدس یا واقعیت غایی به سبک و سیاق مذهبی بیان می‌شود و بعد دوم، معنویت وجودی است که در آن تجربیات روان‌شناختی خاصی که در واقع ارتباطی با وجود مقدس یا واقعیت غایی ندارد، مدنظر می‌باشد (هارتز^۳، ۲۰۰۵، ص ۴). بدین ترتیب بهزیستی معنوی رامی‌توان حسی از ارتباط داشتن با دیگران، داشتن معنی و هدف در زندگی و داشتن اعتقاد و ارتباط با یک قدرت متعالی تعریف کرد (هاوکز^۴ و همکاران، ۱۹۹۵). یکی دیگر از متغیرهایی که اخیراً تأثیر آن بر سلامت روان مورد توجه قرار گرفته است مفهوم دلبستگی به خدا می‌باشد.

از حدود دهه نود میلادی نیز کرک پتریک (۲۰۰۲) روانشناس دین، دلبستگی را به عنوان چارچوبی توانمند برای درک و یکپارچه کردن بسیاری از جنبه‌های باور دینی اختیار نموده است. تحقیقات مختلف نشان داده است که برداشت اصلی اکثر افراد از دین، داشتن رابطه‌ای نزدیک با خداوند است، نه صرفاً مجموعه‌ای از باورها و اعمال (کرک پتریک، ۱۹۹۹). علاوه بر آن تأکید بر مجاورت هر فرد با خدا، همچنین ارجاعات مکرر به عشق بین بنده و خدا، در غالب ادیان توحیدی وجود دارد.

-
1. Bergin
 2. spirituality well-being
 3. Hartz
 4. Hawks

تحقیقات نشان داده است که اعتقادات و باورهای مذهبی و معنوی تأثیرات مثبت و مؤثری بر سلامتی و طول عمر و بهبود بیماری های جسمانی دارد (لارسون^۱ ۱۹۹۷ به نقل از ریپنتروپ^۲، ۲۰۰۵، ص ۵).

مذهب و معنویت مفاهیمی پیچیده و چند بعدی هستند و تعیین جوهره اصلی معنویت بوسیله مقیاس های روان سنجی بحثی چالش برانگیز است و یک نیاز ویژه برای این وسایل و مقیاس ها برای نشان دادن ارتباط میان سلامت روان و معنویت وجود دارد (هیل و پارگامنت^۳ ۲۰۰۳ به نقل از ریپنتروپ، ۲۰۰۵، ص ۶).

همانطور که اشاره شد بیشتر مطالعات، رابطه میان معنویت و سلامت روان را مورد تأیید قرار داده اند، اما در این پژوهش سعی بر آن است تا مشخص شود که آیا بین سلامت روان و معنویت والدین کودکان استثنایی و عادی تفاوت معنی داری وجود دارد؟ بر این اساس دو هدف کلی و ۵ فرضیه تحقیق به شرح زیر عبارتند از:

اهداف کلی:

۱- بررسی رابطه دل بستگی به خدا و سلامت روان در والدین کودکان استثنایی و عادی.

۲- ارائه پیشنهادهایی بر اساس یافته های تحقیق.

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی

1 . Larson
2 . Rippentrop
3 . Hill & Pargament

فرضیه‌های تحقیق

- ۱- بین دل‌بستگی به خدا در والدین کودکان استثنایی و عادی تفاوت معنادار آماری وجود دارد.
 - ۲- بین سلامت روان در والدین کودکان استثنایی و عادی تفاوت معنادار آماری وجود دارد.
 - ۳- بین دو متغیر دل‌بستگی به خدا و سلامت روان در والدین کودکان استثنایی رابطه معنادار آماری وجود دارد.
 - ۴- بین دو متغیر دل‌بستگی به خدا و سلامت روان در والدین کودکان عادی رابطه معنادار آماری وجود دارد.
 - ۵- بین رابطه متغیر دل‌بستگی به خدا و سلامت روان در والدین کودکان استثنایی و عادی تفاوت معنادار آماری وجود دارد.
- روش پژوهش:

پژوهش حاضر از نوع تحقیقات کاربردی و روش انجام گرفتن آن همبستگی می‌باشد.

جامعه آماری، حجم و نحوه گزینش آن:

جامعه آماری پژوهش حاضر را کلیه والدین دانش آموزان شاغل به تحصیل در مدارس عادی و استثنایی شهر همدان در سال تحصیلی ۱۳۸۷-۸۸ تشکیل می‌دهند. که از این جامعه نمونه ای به حجم ۳۵۸ نفر شامل ۱۲۵ نفر والدین دانش آموزان عادی و ۲۳۳ نفر والدین دانش آموزان استثنایی به صورت خوشه ای انتخاب شدند که در نهایت ۳۲۹ نفر از والدین هر دو پرسشنامه را تکمیل کردند.

روش جمع آوری داده ها و ابزارهای آن:

۱- فهرست تجدید نظر شده علائم روانی (SCL-90-R)

به منظور بررسی میزان بهره مندی آزمودنی ها از سلامت روانی و ارزیابی علائم روانی آنها از فهرست تجدید نظر شده علائم روانی (SCL-90-R) استفاده شد. فرم نهایی این پرسشنامه را دراگوتیس^۱ و همکاران (۱۹۸۳) تهیه کردند. رضایور (۱۳۷۶) فهرست تجدیدنظر شده علائم روانی را در دانشجویان شهید چمران و آزاد اسلامی اهواز هنجاریابی کرد. مواد این آزمون، نه بعد مختلف را می سنجد که عبارت هستند از: شکایات جسمانی، وسواس- اجبار، حساسیت میان فردی، افسردگی، اضطراب، پرخاشگری، ترس مرضی، افکار پارانوئیدی و روانپریشی. گرفتن نمره بالا در این آزمون، حاکی از نداشتن سلامت روانی فرد است. در این پژوهش از نمره کلی سلامت روان به منظور مقایسه دو گروه استفاده شد. از این پرسشنامه مکرر در تحقیقات خارج و داخل کشور استفاده شده است و هر کدام به اقتضای پژوهش خود پایایی آن را تعیین کرده اند که دامنه ضرایب آن در خارج کشور بین ۰/۷۷ تا ۰/۹۰ و دامنه ضرایب آن در داخل کشور بین ۰/۵۷ تا ۰/۹۰ گزارش شده که رضایت بخش است. (همایی ۱۳۷۹ به نقل از حمید، ۱۳۸۸).

۲- پرسشنامه دلبستگی به خدا^۲

این پرسشنامه متشکل از ۴۶ سؤال است که شش عامل عمده به نام های پایگاه امن، پناهگاه امن، جوارجویی، اعتراض به جدایی، ادراک مثبت از خود و ادراک مثبت از خدا را می سنجد که این عامل ها در پرسشنامه مشخص شده است. در این پژوهش از نمره کلی دلبستگی به خدا به منظور مقایسه دو گروه استفاده شد.

1. Dragoutis
2. Measures of Attachment Style to God

پایایی این پرسشنامه از ۰/۸۵ تا ۰/۹۲ گزارش شده است. (روات و کرک پاتریک^۱، ۲۰۰۲). در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۸ به دست آمد و این عدد نشان می‌دهد که این آزمون پایایی لازم را دارا می‌باشد.

یافته‌های پژوهش:

فرضیه اول: بین دل‌بستگی به خدا در والدین کودکان استثنایی و عادی تفاوت معنادار آماری وجود دارد.

از آنجا که در این فرضیه قصد مقایسه میانگین‌های دو گروه (والدین کودکان استثنایی و والدین کودکان عادی) را داریم از آزمون T مستقل استفاده شده است. که نتایج آن در ادامه می‌آید.

جدول شماره ۱- مقایسه دل‌بستگی به خدا در والدین کودکان استثنایی و عادی

شاخص متغیر	گروه	تعداد	میانگین	تفاوت میانگین	انحراف استاندارد	درجه آزادی	مقدار T	سطح معناداری
دل‌بستگی به خدا	والدین عادی	۱۲۰	۶۶/۹۳	۱۶/۳۴	۱/۴۸	۳۲۷	۲/۸۳	/۰۰۳
	والدین استثنایی	۲۰۹	۸۳/۲۷					

$$\alpha=0/05$$

با توجه به نتایج جدول شماره (۱) بین دو گروه در متغیر دل‌بستگی به خدا تفاوت معنادار آماری وجود دارد ($P= /۰۰۳$). با توجه به میانگین به دست آمده برای دو گروه می‌توان نتیجه

گرفت والدین کودکان استثنایی نسبت به والدین کودکان عادی از دل‌بستگی به خدا در سطح بالاتری برخوردارند.

جدول شماره (۲) - مقایسه سلامت روان در والدین کودکان استثنایی و عادی

شاخص متغیر	گروه	تعداد	میانگین	تفاوت میانگین	انحراف استاندارد	درجه آزادی	مقدار T	سطح معناداری
سلامت روان	والدین عادی	۱۲۰	۱۸۵/۹۶	۲۲/۷۲	۱/۶۵	۳۲۷	۳/۲۱	/۰۰۱
	والدین استثنایی	۲۰۹	۱۶۳/۲۴		۱/۰۳			

$\infty=0/05$

با توجه به نتایج جدول شماره (۲) بین دو گروه در متغیر سلامت روان تفاوت معنادار آماری وجود دارد ($P= /۰۰۱$). با توجه به میانگین به دست آمده برای دو گروه می توان نتیجه گرفت والدین کودکان عادی نسبت به والدین کودکان استثنایی از دل‌بستگی به خدا در سطح بالاتری برخوردارند.

فرضیه سوم: بین دو متغیر دل‌بستگی به خدا و سلامت روان در والدین کودکان استثنایی رابطه معنادار آماری وجود دارد.

در این قسمت به منظور آزمون معنادار بودن دو متغیر در یک گروه از آزمون T فریدلی استفاده شده است که نتایج آن در ادامه ادامه آمده است.

جدول شماره (۳) - همبستگی بین دو متغیر دل‌بستگی به خدا و سلامت روان در والدین کودکان استثنایی

P	T	DF	R	میانگین	تعداد	شاخص متغیر
.۰۰۰۱	۸/۰۳	۲۰۷	۰/۵۹	۸۳/۲۷	۲۰۹	دل‌بستگی به خدا
				۱۶۳/۲۴		سلامت روان

$$\infty=0/05$$

با توجه به ضریب همبستگی به دست آمده (R=59) و مقدار T به دست آمده، ضریب همبستگی به دست آمده معنادار است (P=0001).

فرضیه چهارم: بین دو متغیر دل‌بستگی به خدا و سلامت روان در والدین کودکان عادی رابطه معنادار آماری وجود دارد.

جدول شماره (۴) - همبستگی بین دو متغیر دل‌بستگی به خدا و سلامت روان در والدین کودکان عادی

P	T	DF	R	میانگین	تعداد	شاخص متغیر
.۰۰۰۱	۵/۱۷	۱۱۸	۰/۴۳	۶۶/۹۳	۱۲۰	دل‌بستگی به خدا
				۱۸۵/۹۶		سلامت روان

$$\infty=0/05$$

با توجه به ضریب همبستگی به دست آمده (R=43) و مقدار T به دست آمده، ضریب همبستگی به دست آمده معنادار است (P=0001).

فرضیه پنجم: بین رابطه متغیر دل‌بستگی به خدا و سلامت روان در والدین کودکان استثنایی و عادی تفاوت معنادار آماری وجود دارد.

از آنجا که در این فرضیه قصد مقایسه ضریب همبستگی بین دو متغیر (دلستگی به خدا- سلامت روان) در دو گروه (والدین عادی- استثنایی) می باشد ابتدا ضریب همبستگی دو متغیر در دو گروه محاسبه شده و سپس به منظور برآورد معنادار بودن تفاوت بین این دو ضریب همبستگی از آزمون Z فیشر استفاده شده است که نتایج آن در جدول زیر آمده است.

جدول شماره (۵)- مقایسه ضریب همبستگی بین دو متغیر دلستگی به خدا و سلامت روان در دو گروه والدین کودکان استثنایی و عادی

Z	Z _r	R	تعداد	گروه	شاخص‌های آماری متغیرها
۲/۷۲	۰/۴۶	۰/۵۹	۲۰۹	و.استثنایی	دلستگی به خدا و
	۰/۷۳	۰/۴۳	۱۲۰	و.عادی	سلامت روان

$$\infty=0/05$$

با توجه به جدول چون z محاسبه شده (۲/۷۲) از z جدول در سطح ۰/۰۵ یعنی (۱/۹۶) بزرگتر است، بنابراین تفاوت بین دو ضریب معنادار می باشد.

بحث

هدف از انجام دادن پژوهش حاضر بررسی رابطه بین دلستگی به خدا و سلامت روان در والدین کودکان عادی و استثنایی بود. یافته های این تحقیق بیانگر وجود بیشتر عامل دلستگی به خدا در والدین کودکان استثنایی بود (جدول شماره ۱). از طرف دیگر والدین کودکان استثنایی نسبت به والدین کودکان عادی از سلامت روان کمتری برخوردار بودند (جدول شماره ۲).

البته این نتیجه دور از ذهن نیست که والدین کودکان استثنایی از نظر روحی و حتی جسمی مشکلات بیشتری داشته باشند. همانگونه که سیف نراقی و نادری (۱۳۸۱) معتقدند، والدین

کودکان استثنایی فشار روانی زیادی را تحمل می‌کنند و ارمغان این فشار نیز برای آنان استرس و نگرانی است. شریفی در آمدی (۱۳۸۱) معتقد است که خانواده در ارتباط با داشتن کودک استثنایی فشارهایی را متحمل می‌شود که از آن جمله باید به مواردی از قبیل نگرانی برای فرزند (۸۷ درصد)، آزرده‌گی عصبی (۵۳/۲ درصد)، تأثیر بر روابط خانواده (۲۳ درصد) و اختلافات زناشویی (۱۸ درصد) اشاره نمود.

در این پژوهش ارتباط بین دل‌بستگی به خدا و سلامت روان در هر دو گروه تأیید شده است (جداول شماره ۳ و ۴). اما به استناد داده‌های جدول شماره (۵) شدت این رابطه در والدین کودکان استثنایی بیشتر است. در این پژوهش به منظور مقایسه دو ضریب همبستگی حاصله در دو گروه از آزمون z فیشر استفاده شده است که با توجه به نمره z به دست آمده ($z = 2/72$) این نتیجه حاصل شد که شدت رابطه دو متغیر **دل‌بستگی** به خدا و سلامت روان در والدین کودکان استثنایی نسبت به همین رابطه در والدین کودکان عادی بیشتر است.

این نتایج با نتایج سایر یافته‌ها هماهنگ است (جان بزرگی، ۱۳۸۶؛ کرک پاتریک و شاور، ۱۹۹۲؛ تیلور، ۱۹۹۵؛ سیندر، ۲۰۰۱؛ کرک پاتریک، ۲۰۰۵؛ کرک پاتریک، ۲۰۰۰). به عنوان مثال کرک پاتریک و شاور (۱۹۹۲) نشان دادند که بین دل‌بستگی ایمان به خدا و سلامت روان رابطه معنادار وجود دارد. فرض بر این است که بهزیستی مذهبی به طور معناداری با سلامت روان همبستگی دارد. به عنوان مثال بیماران مبتلا به درد مزمن که توکل به خدا را دشوار می‌دانند و احساس می‌کنند که خداوند آنها را به حال خود رها کرده است، فاقد تجارب معنوی روزانه هستند، حمایتی از طرف جامعه مذهبی دریافت نمی‌کنند و خود را به عنوان فردی مذهبی - معنوی قلمداد نمی‌کنند و در معرض خطر بیشتری برای از دست دادن سلامت روان نسبت به سایر افراد می‌باشند (ریپتروپ و همکاران، ۲۰۰۵، ص ۸). رفتارهای مذهبی از طریق ایجاد امید به نگرش‌های مثبت باعث آرامش درونی فرد می‌شوند (تیلور، ۱۹۹۵، ص ۶) باور به اینکه خدایی هست که موقعیت‌ها را کنترل می‌کند تا حد

زیادی اضطراب مرتبط با موقعیت‌ها را کاهش می‌دهد به طوری که اغلب افراد مؤمن ارتباط خود را با خداوند مانند ارتباط با یک دوست بسیار صمیمی توصیف می‌کنند و معتقدند که از طریق اتکا و توسل به خداوند، اثر موقعیت‌های غیر قابل مهار را می‌توان کنترل نمود. به همین دلیل گفته می‌شود که مذهب می‌تواند به شیوه‌های فعالی در فرایندهای مقابله، مؤثر باشد (سیندر^۱، ۲۰۰۱، ص ۷).

به نظر می‌رسد از دست دادن توکل و مقابله مذهبی منفی^۲ با سلامت روان پایین‌تر و تجربه شدیدتر درد در این بیماران ارتباط داشته باشد (ریپنتروپ و همکاران، ۲۰۰۵). خشم نسبت به خداوند (به دلیل داشتن احساس رها شدگی توسط خداوند متعال) با سلامت روان پایین‌تر و راهکارهای مقابله‌ای ضعیف‌تر در ارتباط است (اکسلاین و همکاران، ۱۹۹۹، پاراگمنت و همکاران، ۱۹۹۸). آلپورت (۱۹۹۳، به نقل از کرک پاتریک، ۱۹۹۴) نیز معتقدند که افراد در شرایط تنیدگی و بحران به مذهب رجوع می‌کنند و به سوی خدا می‌روند.

بدینسان معنویت و مذهب به عنوان سپری در برابر مشکلات و ناراحتی‌های افراد قرار گرفته و به صورت ضربه‌گیر عمل می‌کند و موجب کاهش اختلالات روانی و ارتقاء سطح سلامت روانی افراد می‌شود. در مجموع با مروری بر پژوهش‌های انجام گرفته در دهه‌های اخیر می‌توان به این نکته دست یافت که معنویت در ارتقاء سلامت روانی و جسمانی افراد و کاهش اختلالات ناشی از آن مؤثر بوده است. بهزیستی معنوی با افزایش خودآگاهی، ایجاد ارتباط و پیوند با اطرافیان و دریافت حمایت اجتماعی از سوی دیگران، افزایش حس اطمینان به معنی و هدف در زندگی و مقابله و سازگاری مؤثر با مشکلات روانی و جسمانی در کنار دیگر مؤلفه‌های مرتبط با سلامت روانی، موجب بهبود و ارتقاء سلامت روانی و جسمانی افراد می‌شود و سطح سازگاری آنها را با رویدادهای زندگی افزایش می‌دهد.


1. Synder
2. coping negative religious

محدودیت‌های تحقیق:

۱. انجام گرفتن این پژوهش از نظر مکانی به شهر همدان محدود شده است.
۲. این پژوهش از لحاظ زمانی به سال ۱۳۸۸ محدود شده است.
۳. مشکلات ناشی از اجرای پرسش‌نامه در بین والدین.
۴. افت آزمودن‌ها.

پیشنهاد حاصل از یافته‌های تحقیق:

- ۱- ترغیب والدین دارای کودک استثنایی به سمت گرایش به معنویات و توکل به خدا به منظور کاهش فشار روانی.
- ۲- انجام دادن همین پژوهش در شهرها و مناطق دیگر کشور.



پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی

منابع :

- اژدری فرد ، پری سیما و قاضی ، قاسم و نورانی پور ، رحمت الله (۱۳۸۹) . بررسی تأثیر آموزش عرفان و معنویت بر سلامت روان دانش آموزان . فصلنامه اندیشه های تازه در علوم تربیتی . ۵،۲، ۱۰۵-۱۲۸.
- جان بزرگی ، مسعود (۱۳۸۶) . جهت گیری مذهبی و سلامت روان . پژوهش در پزشکی (مجله پژوهشی دانشکده پزشکی) . ۴، ۳۱، ۳۵۰-۳۴۵.
- سپاه منصور ، مژگان و شهابی زاده ، فاطمه و خوشنویس ، الهه (۱۳۸۷) . ادراک دلبستگی کودک ، دلبستگی بزرگسال و دلبستگی به خدا . فصلنامه روانشناسان ایرانی . ۱۵ ، ۴ ، ۲۶۴-۲۵۴ .
- سیف نراقی، مریم، نادری عزت الله (۱۳۸۱). فشار روانی و والدین کودکان استثنایی، مجله تعلیم و تربیت، شماره ۱۱، ۱۰.
- شاکری نیا، ایرج (۱۳۸۰). تأثیر باور های مذهبی بر سلامت روانی انسان، نشریه ماهنامه آموزشی، تربیتی پیوند، شماره ۲۵۷
- شریفی درآمدی ، پرویز (۱۳۸۱) . روانشناسی کودکان استثنایی . تهران : انتشارات روانسنجی .
- منصور ، محمود، دادستان ، پریرخ (۱۳۸۳) . روانشناسی ژنتیک ۲ از روان تحلیل گری تا رفتارشناسی . تهران : انتشارات رشد .
- طاهری پور ، ا.ر. (۱۳۸۶). روانشناسی دین و نوستالژیک جهانی . ۱۶ آبان ۱۳۸۶ . برگرفته از سایت آفتاب . www.aftabir.com
- غباری بناب، باقر (۱۳۸۰). مطالعاتی در قلمرو مشترک دین و روانشناسی، مجله حوزه دانشگاه، سال هفتم، شماره ۲۹
- کلانتری ، مهدی (۱۳۸۶) . رابطه سبک زندگی و سلامت . برگرفته از سایت نهاد رهبری . <http://www.leader.ir/langs/fa>
- نوابخش ، مهرداد و پوریوسفی ، حمید (۱۳۸۵) . نقش دین و باورهای مذهبی بر سلامت روان . مجله پژوهش دینی . ۱۴ ، ۹۴-۷۱ .

Bergin, A.E. (1991). Values and religious issues in psychotherapy and mental health. *American Psychologist*, 46, 394-403.

constructs. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 41, 637-651.

Exline, j. j., Yali, A. A., Loble, M. (1999). When god disappoints: difficulty

forgiving god and it role in negative emotion. *J Health psychol*; 4: 365-79.

TYLOR,S(1995)health psychology.mcgraw-hillco.22-48-564

Hartz GW. *Spirituality and Mental Health: Clinical Applications*. New York: Haworth press; 2005.

Hauser, S. T. ; Gerber, E. B.; & Allen, J.P.(1998). *Ego development and attachment: Converging plat forms for understanding close relationship* . In P.M westenberg, A. Blasi & L.D. Cohn (Eds), personality development. New jersey : Lawrence Erlbaum Associates .

Hawks SR, Hull M, Thalman RL, Richins PM. Review of spiritual health: definition, role, and intervention strategies in health promotion. *J of American Health Promotion* 1995; 9: 371-378.

Kirkpatrick, L. A. (1999). *Attachment and religious Representations and behavior*. In j. Cassidy and P. R. Shaver(Eds), handbook of Attachment: Theory and research(PP.803-822). New York: Guilford Press.

Kirkpatrick, L. A.(2005). *Attachment, evolution, and psychology of religion*. New York: Guilford Press.

Kirkpatrick, L. A., Shaver, P. R. (1992). Attachment theoretical approach to romantic love and religious beliefs. *Personality and Social Psychology*, 18, 266-275.

Kirkpatrick, L. A. (1999). A longitudinal study of changes in religious belief and behavior as function of individual differences in adult attachment style. *Journal of the Scientific Study of Religion*, 36, 207-217.

SAYNDER.C,R(2001).*coping with steress*.oxford university press.68-564

Pargament, K.I., Zinnbauer, B. J., Scott, A. B., Butter, E. M., Zerowin, J., Stanick, P. (1998). Red flags and religious coping: identifying some

religious warning sings among people in crisis. *J clin Psychol*; 54: 77-89.

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

Rowatt, W. C., & Kirkpatrick, L. A. (2002). *Two dimensions of attachment to God and their relation to affect, religiosity, and personality*

Simpson, D. B. Newman. J. L. Fuqua, D. R. (2007). Spirituality and Personality: Accumulating Evidence. *Journal of Psychology and Christianity*.

