

# مدل‌یابی ساختاری سبک‌های دلبستگی به خدا، تاب‌آوری و سلامت روانی در والدین دارای کودکان نارسایی‌های رشدی و ذهنی

شهر روز نعمتی<sup>۱</sup>، فرناز مهدی‌پور مارالانی<sup>۲</sup>

تاریخ دریافت: ۹۴/۹/۱۳

تاریخ پذیرش: ۹۵/۱/۲۵

## چکیده

هدف پژوهش حاضر مدل‌یابی ساختاری سبک‌های دلبستگی به خدا، تاب‌آوری و سلامت روانی در والدین دارای کودکان نارسایی‌های رشدی و ذهنی بود. روش پژوهش توصیفی از نوع همبستگی بود. جامعه آماری شامل تمامی مادران دارای کودکان با نارسایی‌های رشدی و ذهنی شهر تبریز در سال تحصیلی ۹۴-۱۳۹۳ در دوره ابتدایی بودند که از بین آنها تعداد ۲۰۰ نفر با روش نمونه‌گیری در دسترس به‌عنوان گروه نمونه انتخاب شدند. از مقیاس تاب‌آوری، مقیاس چندبعدی دلبستگی به خدا و فهرست تجدیدنظرشده علائم روانی برای جمع‌آوری داده‌ها استفاده شد. نتایج مدل‌یابی معادلات ساختاری نشان داد که از بین مقیاس‌های دلبستگی به خدا، دلبستگی ایمن منجر به افزایش سلامت روانی، دلبستگی اضطرابی باعث کاهش سلامت روانی و دلبستگی اجتنابی موجب کاهش سلامت روانی و تاب‌آوری می‌شود. افزون بر این، تاب‌آوری هرچند عامل افزایش سلامت روانی بود؛ اما در رابطه دلبستگی به خدا و سلامت روانی، نقش واسطه‌ای نداشت. بر این اساس با توجه به اهمیت سازه‌های معنوی تحولی در ارتقای سلامت روانی استفاده از آن در حوزه‌های پژوهشی و مداخله‌های روان‌شناختی برای والدین دارای کودکان با نارسایی‌های رشدی و ذهنی پیشنهاد می‌شود.

**واژگان کلیدی:** سبک‌های دلبستگی به خدا، تاب‌آوری، سلامت روانی، مادران کودکان با نارسایی‌های رشدی و ذهنی

## مقدمه

نارسایی‌های رشدی و ذهنی یک اختلال فرایند رشدی-عصبی است که به‌واسطه نارسایی در عملکرد ذهنی و رفتار سازشی در حوزه‌های مفهومی، اجتماعی و عملی تعریف می‌شود (انجمن روان‌پزشکی آمریکا<sup>۳</sup>، ۲۰۱۳). با وجود چالش‌برانگیز بودن حوزه نارسایی‌های

۱. استادیار علوم تربیتی دانشگاه تبریز (نویسنده مسئول) sh.nemati@tabrizu.ac.ir

۲. کارشناسی ارشد روان‌شناسی تربیتی دانشگاه تهران

رشدی و ذهنی، تغییرات اجتماعی به همراه تحول تدریجی نگرش‌های جامعه به این گروه از افراد، در حال حاضر جهت‌گیری شواهد پژوهشی بیشتر از تأثیرات منفی نارسایی‌ها بر کانون خانواده‌ها به سمت و سوی مثبت در جریان است (اسکورجی و سوبسی<sup>۱</sup>، ۲۰۰۰؛ بیات<sup>۲</sup>، ۲۰۱۲). این شرایط با مطرح شدن روانشناسی مثبت و تأکید بر شکوفایی توانایی‌های بالقوه انسان با وجود چالش‌های زندگی نمود بیشتری پیدا کرده است (سلیگمن و سیکزنت میهالی<sup>۳</sup>، ۲۰۱۴). در ادبیات پژوهشی نیازهای آموزشی ویژه بررسی سازه‌های مهم روان‌شناسی تحولی و روانشناسی مثبت در بافت درون خانوادگی، مورد توجه پژوهشگران است. متغیرهایی مثل تاب‌آوری<sup>۴</sup>، دلبستگی به خدا، سلامت روانی و مقابله‌های معنوی<sup>۵</sup> نمونه‌هایی از این سازه‌ها هستند (کافمن، هالاهان و پولین<sup>۶</sup>، ۲۰۱۱).

سلامت روانی به معنای نداشتن بیماری نیست؛ بلکه برخورداری از بهزیستی و تعادل کامل در حالات و شرایط جسمی، روانی، عاطفی و اجتماعی است. در این تعریف جامع صرفاً عدم بیماری دلیل سلامت نیست؛ بلکه سلامتی وضعیت چند بعدی است که در آن فرد با برخورداری از تعادل حالات عاطفی، روانی و رفتاری روابط اجتماعی و خانوادگی رضایت‌بخشی دارد (سازمان بهداشت جهانی<sup>۷</sup>، ۲۰۰۶). ادبیات پژوهشی سلامت روانی در ارتباط با گروه نارسایی‌های رشدی و ذهنی در غالب موارد با دو طیف از خانواده‌های درگیر در فرایندهای رشد کودک دارای رفتارهای چالش‌برانگیز مواجه است. طیف اول والدینی هستند که در غالب موارد فرزند خود را در بافت قدرتمند اجتماعی که نارسایی به‌عنوان محدودیت و بی‌ارزش تلقی می‌شود بزرگ می‌کنند که انتظار می‌رود این گروه از والدین به لحاظ هیجانی مسئولیت سنگینی را به لحاظ سلامت روانی تحمل کنند. والدین در این طیف بیشتر به‌عنوان والدین آسیب‌زا با عناوین غیر واقع‌گرا<sup>۸</sup>، در حال انکار<sup>۹</sup> و شکست در پذیرش شرایط نارسایی فرزند خود طبقه‌بندی و توصیف می‌شوند. در گروه

- 
1. Scorgie & Sobsey
  2. Bayat
  3. Seligman & Csikszentmihalyi
  4. resiliency
  5. spirituality coping
  6. Kuffman, Hallahan & Pullen
  7. World Health Organization
  8. unrealistic
  9. denialxdt

دوم برای برخی از والدین داشتن فرزند دارای نارسایی‌های تحولی با تجارب ارزشمند و لذت‌بخشی همراه است. در این راستا وقتی از آنها در ارتباط با سلامت روانی و بهزیستی روانی مصاحبه می‌شود به مسائلی از قبیل مراقبت‌های معجزه‌آسایی<sup>۱</sup> که امیدواری آنها منجر به راه رفتن، صحبت کردن و به‌طور کلی عادی شدن فرزندشان می‌شود اشاره می‌کنند. والدین و به‌ویژه مادران دارای فرزند با نارسایی‌های تحولی در این فرایند رابطه عاطفی عمیق و مطلوبی با فرزند خود برقرار می‌کنند که این شرایط سلامت روانی آنها را تحت تاثیر مثبت قرار می‌دهد (لارسون<sup>۲</sup>، ۱۹۹۸؛ گرین<sup>۳</sup>، ۲۰۰۷).

مفهوم تاب‌آوری یکی از متغیرهای مثبت روان‌شناختی آشنا در ارتباط با فرایندهای چالش‌برانگیز رشدی است. این سازه بیشترین رابطه را با گروه‌های آسیب‌پذیر تحولی از جمله گروه‌های با نارسایی رشدی و ذهنی دارد (کافمن، هالاها و پولین، ۲۰۱۱). تاب‌آوری مفهومی پیچیده و چندبعدی است و شامل پیامدهای روان‌شناختی مثبت و پاسخ‌های سازگارانه‌ای است که با وجود شرایط نامطلوب فرایندهای تحولی، تنش و عوامل خطرزای محیطی، در برخی از افراد نمایان می‌شود. این سازه در برابر اصطلاحات در معرض خطر<sup>۴</sup> و آسیب‌پذیر<sup>۵</sup> اغلب در توصیف افرادی به کار می‌رود که به شرایط نامطلوب پاسخ‌های سازگارانه می‌دهند (ماستن و ابرادویچ<sup>۶</sup>، ۲۰۰۶).

شواهدی وجود دارد که تغییری مانند تاب‌آوری به سازگاری والدین دارای کودکان با نارسایی‌های رشدی و ذهنی با گذشت زمان کمک کرده است، افزون بر این، در ارتباط با تاب‌آور بودن این گروه از والدین ویژگی‌هایی مثل کیفیت خانواده، حمایت‌های مادی و اجتماعی، جنسیت و تعداد فرزندان، بلوغ زودرس، قابل مشاهده نبودن ناهنجاری، نگرش شاد و بشاش داشتن به زندگی، سطح بالایی از مشارکت اجتماعی و حس یکپارچگی<sup>۷</sup>، سازگاری و تاب‌آوری را در آنها تحت تاثیر قرار داده است (گالاگر، واگن‌فلد، بارو و هیپلز<sup>۸</sup>، ۱۹۹۴؛ گاث<sup>۱</sup>، ۱۹۹۷؛ گرانت، رامچاران و گوارد<sup>۲</sup>، ۲۰۰۳).

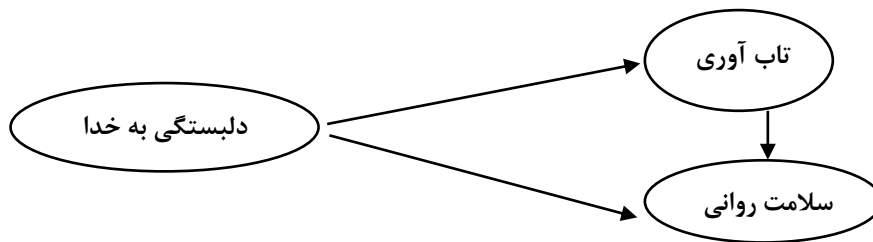
1. miraculous cures
2. Larson
3. Green
4. at-risk
5. vulnerable
6. Masten & Obradović
7. sense of coherence
8. Gallagher, Wagenfeld, Baro, & Haepers,

دل بستگی یکی از سازه‌های مهم روان‌شناختی در رویکرد روان‌تحلیل‌گری است که توسط جان بالبی<sup>۳</sup> برای توصیف کیفیت رابطه عاطفی کودک با مراقب مطرح شد. کرک پاتریک<sup>۴</sup> (۱۹۹۹) با الهام گرفتن از پژوهش‌های بالبی و اینورث، ارتباط انسان با خدا را نوعی پیوند دانست که با نظریه دل بستگی قابل تبیین است. دل بستگی ایمن به خدا، دل بستگی اجتنابی به خدا و دل بستگی اضطرابی-دوسوگرایی<sup>۵</sup> انواع دل بستگی موجود انسان به خدا بود که کرک پاتریک و همکارانش در پژوهش تحلیل عاملی آن را توصیف کرده‌اند (کرک پاتریک و شیور<sup>۶</sup>، ۱۹۹۲). یافته‌های پژوهشی نشان داده‌اند که بین سبک‌های دل بستگی و متغیرهای مذهبی از قبیل باور مذهبی<sup>۷</sup>، تعهد و روابط نزدیک<sup>۸</sup>، تصویر ذهنی از خدا<sup>۹</sup>؛ تجارب تغییرات قلبی<sup>۱۰</sup> و تجارب سخن گفتن به زبان دیگری<sup>۱۱</sup> (نوعی آیین مذهبی در مذهب پروتستان) رابطه وجود دارد (کرک پاتریک و شیور، ۱۹۹۰؛ ۱۹۹۲).

مرور ادبیات پژوهشی مربوط به سلامت روانی و تاب‌آوری نشان می‌دهد که پژوهش در مورد این سازه‌ها عموماً در رابطه با متغیرهایی از قبیل احساس انسجام<sup>۱۲</sup> و سرمایه اجتماعی (کیمورا و یامازاکی<sup>۱۳</sup>، ۲۰۱۶) انجام شده است و با سازه دل بستگی به خدا کمتر مورد پژوهش قرار گرفته‌اند. دل بستگی به خدا یکی از سازه‌های مهم فرایند تحولی است که با دستیابی به داده‌های مبتنی بر شواهد در ادبیات پژوهشی آموزش ویژه بهتر می‌تواند در تبیین سلامت روانی و تاب‌آوری در ارتباط با والدین کودکان دارای نارسایی‌های رشدی و ذهنی کمک کند. در این راستا پژوهش حاضر هم به لحاظ خلاء پژوهشی در زمینه نقش واسطه‌ای دل بستگی به خدا در سلامت روانی و تاب‌آوری والدین دارای کودکان با نارسایی‌های رشدی و ذهنی و هم در راستای ضرورت استقبال از تغییر نگرش‌های مثبت

1. Gath
2. Grant, Ramcharan & Goward
3. John Bowlby
4. Kirkpatrick
5. anxious- ambivalent
6. Shaver
7. religious belief
8. involvement
9. God image
10. conversion experiences
11. experiences of glossolalia
12. sense of coherence
13. Kimura & Yamazaki

به افراد با نیازهای ویژه و متغیرهای روانشناسی مثبت انجام شده است. یافته‌های پژوهش حاضر به بسط یا تعدیل دیدگاه‌های نظری و تجربی متغیرهای دلبستگی به خدا، تاب‌آوری و سلامت روانی کمک خواهد کرد. رابطه سبک‌های دلبستگی به خدا، تاب‌آوری و سلامت روانی، در یک مدل علی برای بررسی بیشتر آورده شده است.



شکل ۱. رابطه بین دلبستگی به خدا، تاب‌آوری و سلامت روانی

### روش پژوهش

روش پژوهش حاضر توصیفی از نوع همبستگی بود. جامعه آماری شامل تمامی مادران دانش‌آموزان با نارسایی‌های رشدی و ذهنی شهر تبریز بودند که فرزندشان در سال تحصیلی ۹۴-۱۳۹۳ در دوره ابتدایی در مدارس استثنایی به تحصیل اشتغال داشتند. از این جامعه آماری با روش نمونه‌گیری در دسترس هدفمند تعداد ۲۰۰ نفر از مادران این گروه از دانش‌آموزان انتخاب شدند. به منظور انجام پژوهش به تمام مادران شرکت‌کننده هدف پژوهش به اختصار توضیح داده شد و بی‌نام و نشان ماندن آنان در تمام منابع و مقالاتی که از پژوهش استخراج می‌شود تضمین گردید. با بررسی افت شرکت‌کنندگان و کنار گذاشتن برخی از آنها در نهایت ۱۷۰ نفر برای انجام تحلیل انتخاب شدند. میانگین سن مادران دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی ۳۷/۹۲ سال با انحراف معیار ۸/۴۳ بود.

### ابزارهای پژوهش

**مقیاس تاب‌آوری:** برای سنجش تاب‌آوری مادران از مقیاس تاب‌آوری کانر و دیویدسون<sup>۱</sup> (۲۰۰۳) استفاده شد. محمدی و همکاران (۱۳۸۴) ضریب پایایی این مقیاس را ۰/۸۹ و ضریب اعتبار آن بین ۰/۱۴ تا ۰/۶۴ گزارش کرده‌اند. در پژوهش سامانی، جوکار و صحراگرد (۱۳۸۶) پایایی این مقیاس در دانشجویان با روش ضریب آلفای کرونباخ برابر

1. Connor & Davidson

۰/۸۷ به دست آمده است و نتایج آزمون تحلیل عاملی بر روی این مقیاس بیانگر وجود یک عامل عمومی بود. مقدار ضریب KMO برای این تحلیل برابر ۰/۸۹ و مقدار آزمون کرویت بارتلت برابر ۶/۶۴ بود. در پژوهش کاوه (۱۳۸۸) به منظور سنجش تاب‌آوری والدین دارای کودکان با نارسایی‌های رشدی و ذهنی از این مقیاس استفاده شد و ضریب پایایی آن برابر با ۰/۷۷ به دست آمد. برای سنجش پایایی پرسشنامه در این پژوهش از روش محاسبه آلفای کرونباخ استفاده شد که مقدار ضریب آلفای آنرا برابر با ۰/۸۸ به دست آمد.

**مقیاس چند بعدی دلبستگی به خدا:** این مقیاس توسط روات و کرک پاتریک<sup>۱</sup> (۲۰۰۲) با هدف ارزیابی سبک دلبستگی افراد به خدا تهیه شده است. این مقیاس شامل سه زیرمقیاس ایمن، اضطرابی و اجتنابی است. آلفای کرونباخ گزارش شده برای زیر مقیاس اجتنابی ۰/۹۲، زیر مقیاس اضطرابی ۰/۸۰ و زیر مقیاس ایمن ۰/۸۵ است (روات و کرک پاتریک، ۲۰۰۲). در ایران بزرگی (۱۳۸۳) در پژوهشی با حجم نمونه ۱۶۶ نفر همسانی درونی را برای سبک ایمن برابر ۰/۷۴، برای سبک اجتنابی معادل ۰/۷۶ و برای سبک دوسویه یا اضطرابی برابر ۰/۶۶ به دست آورده است. در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ برای والدین دارای کودکان با نارسایی‌های رشدی و ذهنی برای خرده مقیاس‌های اجتنابی، ایمن و اضطرابی به ترتیب برابر با ۰/۶۶، ۰/۷۳ و ۰/۷۵ به دست آمده است. گزارش‌های گوناگون نشان می‌دهند که این مقیاس به‌طور کلی توان اندازه‌گیری سازه دلبستگی به خدا را در فرهنگ‌های گوناگون دارد (روات و کرک پاتریک، ۲۰۰۲).

**فهرست تجدیدنظر شده علائم روانی:** این ابزار شامل ۹۰ سوال برای ارزیابی علائم مرضی بیماران روانی است. فرم اولیه این پرسشنامه به وسیله دراگوتیس<sup>۲</sup> و همکاران (۱۹۷۳) ارائه شده و برای نشان دادن جنبه‌های روانشناختی بیماران جسمی و روانی طرح‌ریزی شد. دراگوتیس (۱۹۹۴) این ابزار را تجدیدنظر کرده‌اند و فرم نهایی آن را با نام فهرست تجدیدنظر شده علائم روانی تهیه نموده‌اند. دراگوتیس، ریکل و راک (۱۹۷۶) ضرایب روایی ملاک همزمان ابعاد نه‌گانه این آزمون را با پرسش‌نامه چندوجهی مینه‌سوتا برآورد کردند که همگرایی بالایی بین این دو ابزار وجود داشت. رضاپور (۱۳۷۶) ضریب روایی این آزمون را در پژوهش خود بین ۰/۳۸ تا ۰/۶۶ و ضرایب روایی کلی آزمون را با

1. Rowatt & Kirkpatrick  
2. Derogatis

پرسش‌نامه چندوجهی مینه‌سوتا برابر با ۰/۷۲ گزارش کرده است. در پژوهشی که توسط دراگوتیس و همکاران (۱۹۷۶) بر روی نمونه ۲۱۹ نفری از داوطلبان استخدام در آمریکا انجام شد ضریب پایایی سلامت روانی کلی و در هر یک از ابعاد نه‌گانه این آزمون به روش‌های بازآزمایی، آلفای کرونباخ و کودر-ریچاردسون ۲۰ در حد مطلوب و رضایت‌بخش گزارش شده است. دامنه این ضرایب بین ۰/۷۷ تا ۰/۹۰ بوده است. در ایران نیز در خصوص بررسی پایایی این آزمون پژوهش‌هایی انجام شده است. باقری یزدی (۱۳۷۲) این ابزار را بر روی ۴۰۰ نفر اجرا کرده است و نتایج حاصل از بررسی پایایی آن را با استفاده از روش بازآزمایی با فاصله زمانی یک هفته پس از ارزیابی اولیه در سطح مطلوب گزارش کرده است. ضریب همبستگی بین نمره‌های پیش‌آزمون و پس‌آزمون ۰/۹۷ بود. بررسی روایی تشخیص آزمون نشان‌دهنده بالا بودن کارایی و حساسیت آن بود و نتایج به دست آمده موید مناسب بودن آن جهت سنجش اختلال‌های روانی بوده است. ضرایب پایایی با استفاده از روش آلفای کرونباخ در این پژوهش بین ۰/۶۱ تا ۰/۸۵ به دست آمده است.

### یافته‌های پژوهش

در جدول ۱ شاخص‌های توصیفی (میانگین، انحراف معیار، چولگی و کشیدگی) متغیرها جهت بررسی پراکندگی مناسب و طبیعی بودن توزیع داده‌ها ارائه شده است. شاخص‌های چولگی و کشیدگی نشانگر طبیعی بودن توزیع داده‌ها است.

جدول ۱. شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش

| متغیرها         | میانگین | انحراف استاندارد | چولگی | کشیدگی |
|-----------------|---------|------------------|-------|--------|
| دلبستگی ایمن    | ۵/۱۵    | ۱/۳۵             | -۰/۸۸ | -۰/۳۳  |
| دلبستگی اضطرابی | ۲/۶۰    | ۱/۶۵             | ۰/۶۸  | -۰/۷۷  |
| دلبستگی اجتنابی | ۲/۰۹    | ۱/۲۰             | ۰/۷۴  | -۰/۸۸  |
| تاب‌آوری        | ۳/۰۶    | ۰/۷۷             | -۰/۱۹ | ۰/۶۲   |
| سلامت روانی     | ۴/۲۲    | ۰/۷۸             | ۰/۷۱  | -۰/۶۱  |

در جدول ۲ همبستگی بین متغیرهای پژوهش گزارش شده است. به منظور بررسی روابط علی بین متغیرها از روش مدل‌یابی معادلات ساختاری استفاده شد. در الگوی پژوهش حاضر سبک‌های دل‌بستگی به خدا به عنوان متغیر برون‌زا و متغیرهای تاب‌آوری و سلامت روانی به عنوان متغیرهای درون‌زا در نظر گرفته شده‌اند.

جدول ۲. ماتریس همبستگی متغیرهای پژوهش

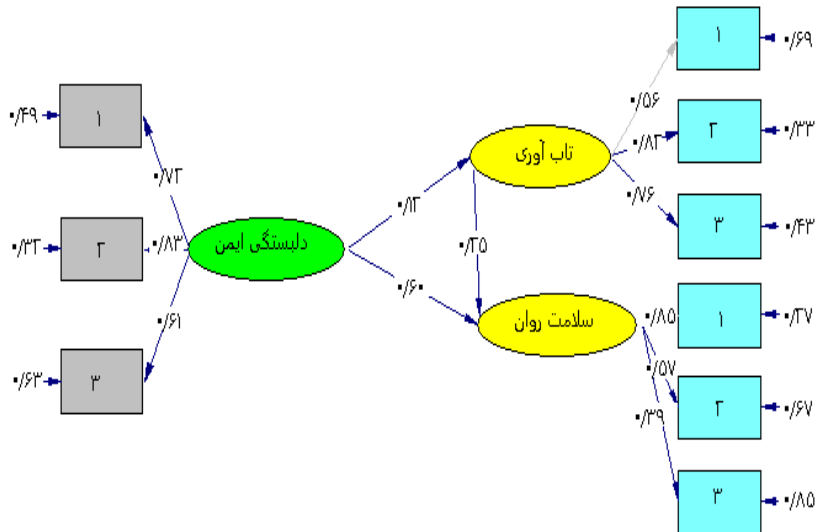
| متغیرها             | ۱       | ۲       | ۳       | ۴      | ۵ |
|---------------------|---------|---------|---------|--------|---|
| ۱. دل‌بستگی ایمن    | ۱       |         |         |        |   |
| ۲. دل‌بستگی اضطرابی | -۰/۸۹** | ۱       |         |        |   |
| ۳. دل‌بستگی اجتنابی | -۰/۵۵** | ۰/۳۸**  | ۱       |        |   |
| ۴. تاب‌آوری         | ۰/۱۳    | -۰/۰۶   | -۰/۲۹** | ۱      |   |
| ۵. سلامت روانی      | ۰/۴۹**  | -۰/۴۹** | -۰/۳۳** | ۰/۲۹** | ۱ |

$P < 0.05$  \*  $P < 0.01$  \*\*

از میان متغیرهای پژوهش دل‌بستگی ایمن به خدا (۰/۴۹) و دل‌بستگی اضطرابی به خدا (۰/۴۹-) بالاترین ضریب همبستگی را با متغیر سلامت روانی دارند. بعد از آن به ترتیب دل‌بستگی اجتنابی (۰/۳۳-) و تاب‌آوری (۰/۲۹) بالاترین میزان همبستگی را با سلامت روانی دارند.

شکل ۲ مدل برازش شده پیش‌بینی سلامت روانی را همراه با مشخصه‌های برازندگی نشان می‌دهد. اعداد روی مسیرها و پارامترها استاندارد شده‌اند. مطابق با شکل ۲ اثر مستقیم دل‌بستگی ایمن به خدا بر تاب‌آوری و اثر غیرمستقیم آن بر سلامت روانی معنادار نیست؛ اما اثر مستقیم دل‌بستگی ایمن به خدا بر سلامت روانی و همچنین اثر مستقیم تاب‌آوری بر سلامت روانی در سطح ۰/۰۱ معنادار است.





شکل ۲. مدل برازش شده پیش‌بینی سلامت روانی در سبک دلبستگی ایمن

برای بررسی برازش مدل از شاخص‌های AGFI, GFI, CFI استفاده شد. دامنه این مقادیر می‌تواند از صفر تا یک تغییر کند. مقادیر نزدیک به یک نشان‌دهنده نیکویی برازش مدل است. نسبت خوبی دو به درجه آزادی ( $\chi^2/df$ ) که مقادیر قابل قبول باید کمتر از ۳ باشد (کلاین، ۲۰۱۱). همان‌گونه که در جدول ۳ مشاهده می‌شود کلیه شاخص‌های نیکویی برازش مدل در سطح مطلوبی هستند.

جدول ۳. شاخص‌های برازش مدل

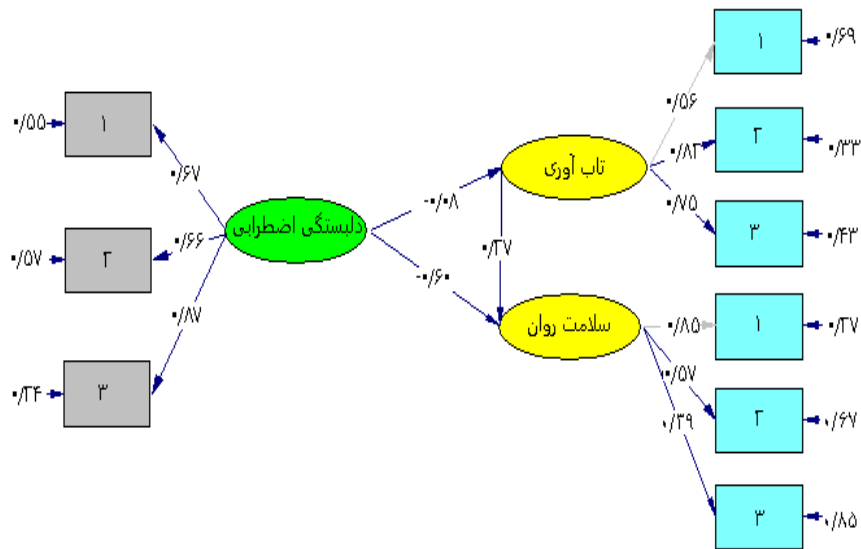
| $\chi^2$ | Df | $\chi^2/df$ | CFI  | GFI  | AGFI | RMSEA |
|----------|----|-------------|------|------|------|-------|
| ۴۴/۱۱    | ۲۴ | ۱/۸۳        | ۰/۹۵ | ۰/۹۵ | ۰/۹۰ | ۰/۰۷  |

جدول ۴. ضرایب استاندارد مستقیم، غیرمستقیم و کل مدل و ضرایب تبیین

| مسیرها                 | اثر مستقیم | اثر غیرمستقیم | اثر کل | ضریب تبیین |
|------------------------|------------|---------------|--------|------------|
| بر روی سلامت روانی از: |            |               |        | ۰/۴۶       |
| دلبستگی ایمن           | ۰/۶۰**     | -             | ۰/۶۰** |            |
| تاب‌آوری               | ۰/۲۵**     | -             | ۰/۲۵** |            |

|                 |      |   |      |
|-----------------|------|---|------|
| بر تاب آوری از: |      |   |      |
| دلبستگی ایمن    | ۰/۱۲ | - | ۰/۱۲ |
|                 | ۰/۱۲ |   | ۰/۰۲ |

در جدول ۴ ضرایب اثر مستقیم، غیرمستقیم، کل، واریانس تبیین شده و سطح معناداری بین متغیرهای پژوهش آورده شده است. بر اساس نتایج گزار شده در جدول ۴ متغیر برونزای دلبستگی ایمن به خدا اثر مستقیم معنادار و متغیر درونزای تاب آوری اثر مستقیم معنادار بر افزایش سلامت روانی دارد.



شکل ۳. مدل برازش شده پیش‌بینی سلامت روانی در سبک دلبستگی اضطرابی

جدول ۵. شاخص‌های برازش مدل

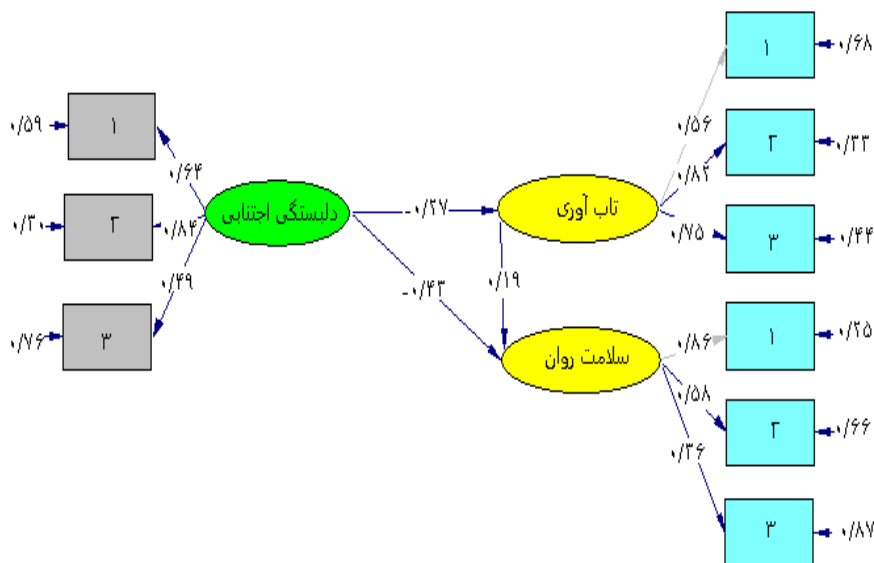
| $\chi^2$ | Df | $\chi^2/df$ | CFI  | GFI  | AGFI | RMSEA |
|----------|----|-------------|------|------|------|-------|
| ۵۱/۵۸    | ۲۴ | ۲/۱۴        | ۰/۹۴ | ۰/۹۴ | ۰/۸۸ | ۰/۰۸  |

جدول ۶. ضرایب استاندارد مستقیم، غیرمستقیم و کل مدل و ضرایب تبیین

| مسیرها                 | اثر مستقیم | اثر غیرمستقیم | اثر کل  | ضریب تبیین |
|------------------------|------------|---------------|---------|------------|
| بر روی سلامت روانی از: |            |               |         |            |
| دلبستگی اضطرابی        | -۰/۶۰**    | -             | -۰/۶۰** | ۰/۴۶       |
| تاب‌آوری               | ۰/۲۷**     | -             | ۰/۲۷**  |            |
| بر تاب‌آوری از:        |            |               |         |            |
| دلبستگی اضطرابی        | -۰/۰۸      | -             | -۰/۰۸   | ۰/۰۱       |

\*:P<0.05، \*\*:P<0.01

بر اساس نتایج ارائه شده در جدول ۶ متغیر برون‌زای دلبستگی اضطرابی به خدا اثر مستقیم و منفی معنادار بر سلامت روانی (-۰/۶۰) و متغیر درون‌زای تاب‌آوری اثر مستقیم معنادار بر افزایش سلامت روانی (۰/۲۷) دارد.



شکل ۴. مدل برازش شده پیش‌بینی سلامت روانی در سبک دلبستگی اجتنابی

جدول ۷. شاخص‌های برازش مدل

| $\chi^2$ | Df | $\chi^2/df$ | CFI  | GFI  | AGFI | RMSEA |
|----------|----|-------------|------|------|------|-------|
| ۶۰/۴۰    | ۲۴ | ۲/۵۱        | ۰/۹۱ | ۰/۹۳ | ۰/۸۶ | ۰/۰۹  |

جدول ۸. ضرایب استاندارد مستقیم، غیرمستقیم و کل مدل و ضرایب تبیین

| مسیرها             | اثر مستقیم | اثر غیرمستقیم | اثر کل  | ضریب تبیین |
|--------------------|------------|---------------|---------|------------|
| بر روی سلامت روانی |            |               |         |            |
| از:                |            |               |         | ۰/۲۷       |
| دلبستگی اجتنابی    | -۰/۴۳**    | -             | -۰/۴۳** |            |
| تاب‌آوری           | ۰/۱۹*      | -             | ۰/۱۹*   |            |
| بر تاب‌آوری از:    |            |               |         | ۰/۰۸       |
| دلبستگی اجتنابی    | -۰/۲۷**    | -             | -۰/۲۷** |            |

همان‌طور که در جدول ۸ مشاهده می‌کنیم متغیر برون‌زای دلبستگی اجتنابی به خدا اثر مستقیم و منفی معنادار بر سلامت روانی (-۰/۴۳) و اثر مستقیم و منفی بر تاب‌آوری دارد (-۰/۲۷)، متغیر درون‌زای تاب‌آوری نیز اثر مستقیم معنادار بر افزایش سلامت روانی (۰/۱۹) دارد.

### بحث و نتیجه‌گیری

سلامت روانی از متغیرهای مهم و تاثیرگذار بر پویایی کارکرد خانواده است و نقش مهمی در تعامل موثر والدین با فرزندان دارد. با توجه به اهمیت و مزایای سلامتی، از آنجا که موضوع سلامت فرزندان مهم‌ترین نگرانی والدین به‌ویژه والدین دارای نارسایی‌های رشدی و ذهنی است، پژوهش حاضر بر اساس مدل‌یابی معادلات ساختاری، سبک‌های دلبستگی به خدا، تاب‌آوری و سلامت روانی را در والدین دارای کودکان با نارسایی‌های رشدی و ذهنی بررسی کرده است. مرور ادبیات آسیب‌شناسی نیازهای آموزش ویژه اگرچه مبین این است که والدین کودکان دارای نارسایی‌های تحولی شرایط روان‌شناختی مساعدی را طی نمی‌کنند و در مقایسه با والدین کودکان عادی سطح بالایی از تنش و مشکلات سلامت روانی را تجربه می‌کنند (هوداپ، ریچی و فیدلر، ۲۰۰۳؛ هاسال، روز و مک دونالد،

۲۰۰۵؛ مک و هو<sup>۲</sup>، ۲۰۰۷) با این حال شرایط تحولی، خانوادگی، اجتماعی و فرهنگی زمینه‌ساز عواملی می‌شود که وجود کودک دارای نارسایی‌های تحولی باعث رشد شخصی و معنوی اعضای خانواده می‌شود (اسکورجی و سویسی<sup>۳</sup>، ۲۰۰۰)، با توجه به اهمیت این مساله در پژوهش حاضر عوامل اثرگذار بر سلامت روانی والدین دارای فرزند با نارسایی‌های رشدی و ذهنی، تحت عنوان تاب‌آوری و سبک‌های دلبستگی به خدا بررسی شدند. در این راستا یک مدل مفهومی انتخاب با استفاده از روش مدل‌یابی معادلات ساختاری آزمون شد. نتایج نشان داد که مدل انتخابی با داده‌ها برازش مناسبی دارد. نتایج حاصل از مدل‌یابی معادلات ساختاری نشان داد تاب‌آوری بر سلامت روانی اثر مستقیم مثبت و معنادار دارد. شواهدی وجود دارد که نشان داده‌اند تاب‌آوری فرایند دائمی به دست آوردن منابعی است که به واسطه آنها فرد با وجود وقایع تنش‌زا، سازگاری موفقیت-آمیزی به دست می‌آورد و اساسی را برای رویارویی موفق با چالش‌ها و استرس‌های آینده فراهم می‌کند. اگرچه نارسایی‌های رشدی و تحولی به همراه دیگر نارسایی‌های تحولی با توجه به ویژگی‌های چالش‌برانگیزی که دارند همواره تنش‌هایی را برای خانواده فراهم می‌کنند؛ با این حال پژوهشگران در بحث مقابله با استرس و حفظ سلامت روانی، به عوامل محافظت‌کننده‌ای که استرس را تعدیل می‌کند، اشاره می‌کنند این عوامل محافظت‌کننده به عواملی در درون فرد، خانواده و جامعه گفته می‌شود که از بروز پیامدها و تجارب منفی پیشگیری می‌کند. برخی از عوامل محافظت‌کننده‌ای که موجب ایجاد و تقویت تاب‌آوری در افراد دارای آسیب‌های تحولی می‌شوند شامل سواد والدین، نقش خانواده، رشد دلبستگی ایمن و دلبستگی به خدا، رشد نظریه ذهن، رشد خودپنداره و شایستگی اجتماعی، هستند (موللی و پیرزادی، ۱۳۹۴؛ نعمتی، مهدی‌پور مارالانی و غباری‌بناب، ۱۳۹۴؛ هارتر<sup>۴</sup>، ۲۰۰۰؛ استرازدین، لیندال و برو<sup>۵</sup>، ۲۰۰۸؛ دیویدو، استیوارت، ریتیچی و چاودیو<sup>۶</sup>، ۲۰۱۰؛ تول، سانگ و جردن<sup>۷</sup>، ۲۰۱۳). افزون بر این، تاب‌آوری انگیزه‌ای قوی را برای مواجهه با

- 
1. Hassall, Rose & Mac Donald
  2. Mak & Ho
  3. Scorgie & Sobsey
  4. Harter
  5. Strazdin, Lyndall and Broom
  6. Davydov, Stewart, Ritchie and Chaudieu
  7. Tol, Song and Jordans

چالش‌های زندگی فراهم می‌کند و انرژی‌دهنده رفتارهای هدفمند برای سازگاری و بازگشت به حالت نخستین است. این سازه در گروه‌های در معرض خطر از جمله والدین دارای کودکان نارسایی‌های رشدی و ذهنی، نقش میانجی بسیار مهمی را در پیشگیری از بروز بسیاری از اختلال‌های روانی ایفا می‌کند و با تغییر در طول زمان می‌تواند به سلامت روانی افراد بعد از تجارب دردناک و نامطلوب کمک کند (میلانت، تد، کواس، میهان<sup>۱</sup>، ۲۰۰۲؛ لی، سادوم و زامورسکی<sup>۲</sup>، ۲۰۱۳). در یک پژوهش مشخص شد افراد دارای بالاترین میزان تاب‌آوری پایین‌ترین سطح از علائم افسردگی، اضطراب و وسواس را دارند (هجمدال، وگل، سولم، هاگن و استایلز<sup>۳</sup>، ۲۰۱۱).

یافته‌های دیگر پژوهش حاضر نشان می‌دهد که بین سبک‌های دلبستگی ایمن و اضطرابی به خدا و تاب‌آوری رابطه معنادار وجود ندارد؛ اما بین سبک دلبستگی اجتنابی به خدا و تاب‌آوری رابطه منفی معنادار وجود دارد. یافته‌های پژوهشی نشان می‌دهد دلبستگی ناایمن به خدا یک عامل خطر ساز در کاهش توانایی فرد برای مقابله با مشکلات در زمان استرس است (بلسکی<sup>۴</sup>، ۲۰۰۲). همچنین بین سبک‌های دلبستگی به خدا و سلامت روانی رابطه معنادار وجود دارد. سبک‌های دلبستگی اضطرابی و دلبستگی اجتنابی به خدا تاثیر منفی بر سلامت روانی دارند؛ اما سبک دلبستگی ایمن به خدا بر سلامت روانی اثر مثبت دارد. اگرچه آمیخته بودن دلبستگی به خدا با مذهب به عنوان سازه‌ای پیچیده و دخیل بودن شرایط اجتماعی و فرهنگی در نوع برداشت از خدا و شرایط تحولی افراد و نوع آموزشی که افراد از جامعه، فرهنگ و والدین دریافت می‌کنند، شرایط متفاوتی را در تبیین علل دلبستگی به خدا در تبیین مسائل روان‌شناختی از جمله سلامت روانی ایجاد می‌کند (کرک پاتریک و شیور، ۱۹۹۰)؛ با این حال سبک دلبستگی به خدا از جمله دلبستگی ایمن به خدا عامل مهمی در سلامت روانی افراد به شمار می‌رود. افرادی که دلبستگی ایمن به خدا دارند کمتر دچار افسردگی می‌شوند و احساس رضایت بیشتری را تجربه می‌کنند (بک<sup>۵</sup>، ۲۰۰۶).

- 
1. Mylant, Tde, Cuaves, Meehan
  2. Lee, Sudom, and Zamorski
  3. Hjemdal, Vogel, Solem, Hagen and Stiles
  4. Belsky
  5. Beck

برخی شواهد نشان داده‌اند که بسیاری از افراد در مقابله با عوامل تنش‌زای زندگی از باورهای مذهبی و مقابله‌های معنوی استفاده می‌کنند (پیریس<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۰۷). وایلد و جوزف (۱۹۹۷)<sup>۲</sup> معتقدند ۲۰ تا ۶۰ درصد از متغیرهای سلامت روانی افراد با باورهای مذهبی تبیین می‌شود. افرادی هم که اعتقاد به خداوند ندارند باز نمودهای ذهنی از خدایی دارند که بر رفتار، هیجانات و شناخت‌های آنان اثر می‌گذارد (لاورین، کی و فیتزسیمونس<sup>۳</sup>، ۲۰۱۲). افراد با دلبستگی اضطرابی به خدا، هراس از دوست داشته نشدن توسط خدا دارند و به دنبال اطمینان از عشق خداوند هستند. در مقابل افراد با دلبستگی اجتنابی از ارتباط داشتن و نزدیک شدن به خدا دوری می‌کنند (بک و مک دونالد<sup>۴</sup>، ۲۰۰۴).

در برخی پژوهش‌ها رابطه متغیرهای مختلفی از جمله نیازهای فیزیولوژیکی مانند غذا خوردن با سازه دلبستگی به خدا بررسی شده است. در این راستا طبق پژوهش استرینگر، اسپچینگر و فلک<sup>۵</sup> (۲۰۱۵)، دلبستگی اضطرابی به خدا با تاثیر پذیرفتن از فشارهای اجتماعی فرهنگی، تاثیر قابل توجهی در اختلال خوردن دارد. افزون بر این، اختلال خوردن در زنان با دلبستگی اضطرابی و دلبستگی اجتنابی به خدا در سطح بالاتری گزارش شده است (ریچاردز و همکاران، ۲۰۰۶). زنان دارای دلبستگی ایمن به خدا برای مدیریت احساسات منفی خود قادر به تنظیم احساساتشان هستند؛ در حالی که زنان با دلبستگی اجتنابی به خدا برای تنظیم احساسات خود از راهکارهای ناسازگارانه استفاده می‌کنند (استرینگر و همکاران، ۲۰۱۵). بنابراین، می‌توان گفت سبک‌های دلبستگی به خدا با اثر گذاشتن بر انتخاب راهکارها برای سازگاری می‌تواند بر سلامت روانی افراد اثر بگذارد.

آرزوهای از دست رفته برای داشتن فرزند سالم برای والدین دارای کودکان با شرایط نارسایی‌های رشدی و ذهنی تنش فراوانی را به بار می‌آورد که باورهای مذهبی آنان را برای مقابله و تبیین علل آن فراخوانی می‌کند. این شرایط در فرهنگ ایران زمین برای این گروه از والدین برجسته است (نعمتی و غباری‌بناب، ۱۳۹۴). افراد دارای دلبستگی نایمن

- 
1. Peres
  2. Wilde, & Joseph
  3. Laurin, Kay, & Fitzsimons
  4. Beck, & McDonald
  5. Strenger, A. M., Schnitker, S. A., & Felke

نسبت به خداوند به دلیل داشتن احساس رهاشدگی از سوی خداوند متعال، سلامت روانی پایین تر و راهکارهای مقابله‌ای ضعیف‌تری دارند (اکسلاین، یالی و لوبل<sup>۱</sup>، ۱۹۹۹). عوامل گوناگونی از جمله فرهنگ، تجارب فردی و خانوادگی ممکن است دل‌بستگی به خدا و تاب‌آوری افراد را تحت تاثیر قرار دهد که تعمیم یافته حاضر را با در نظر گرفتن احتمالات بیشتر مواجه می‌سازد. انجام پژوهش بیشتر در بافت‌های مختلف فرهنگی از یک سو و توجه به اهمیت مذهب در ارتقای سلامت روانی و تاب‌آوری والدین کودکان دارای نارسایی‌های رشدی و ذهنی از سوی دیگر پیشنهاد می‌شود. در نهایت پیشنهاد می‌شود در مراکز مشاوره به امر آموزش و آگاهی دادن به والدین کودکان دارای نارسایی‌های رشدی و ذهنی در رابطه با تاب‌آوری و سلامت روانی پرداخته شود و توجه ویژه‌ای به سمت دل‌بستگی به خدا معطوف گردد.

### منابع

- باقری یزدی، ع. (۱۳۷۳). بررسی همه‌گیری‌شناسی اختلالات روانی در مناطق میبد یزد. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، انستیتو روان‌پزشکی. دانشگاه علوم پزشکی ایران.
- بزرگی، م. (۱۳۸۳). ارتباط میان سبک‌های دل‌بستگی به خدا، صبر و عزت‌نفس در میان دانشجویان کارشناسی دانشگاه تهران. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران.
- جوکار، ب. (۱۳۸۶). نقش واسطه‌ای تاب‌آوری در رابطه بین هوش هیجانی و هوش عمومی با رضایت از زندگی. فصلنامه روانشناسی معاصر، ۲، ۱۲-۳.
- رضاپور، م. (۱۳۷۶). هنجاریابی آزمون SCL-90-R بر روی دانشجویان دانشگاه‌های شهید چمران و آزاد اسلامی واحد اهواز. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، تهران، دانشگاه علامه طباطبایی.
- کاوه، م. (۱۳۸۸). تدوین برنامه افزایش تاب‌آوری در برابر استرس و تاثیر آموزش آن بر مولفه‌های کیفیت زندگی والدین دارای کودک کم‌توان ذهنی خفیف. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی دانشگاه علامه طباطبایی.

---

1. Exline, Yali & Lobel



محمدی، م، جزایری، م، رفیعی، م؛ جوکار، ب؛ و پورشهناز ع. (۱۳۸۴). بررسی عوامل موثر بر تاب‌آوری در افراد در معرض سوء‌مصرف مواد مخدر. فصلنامه علمی پژوهشی روانشناسی دانشگاه تبریز، ۱(۲).

موللی، گک. پیرزادی، ح. (۱۳۹۴). تاب‌آوری و کم‌شنوایی. فصلنامه طب توانبخشی، ۲(۴)، ۱۴۴-۱۵۸.

نعمتی، ش؛ مهدی پور مارالانی، ف؛ و غباری بناب، ب. (۱۳۹۴). دلبستگی به خدا و تاب‌آوری در مادران کودکان کم‌توان ذهنی و عادی. روانشناسی افراد استثنایی، ۲۰(۵)، ۲۱-۳۰.

نعمتی، ش؛ و غباری بناب، ب. (۱۳۹۴). تجربه‌های زندگی و عوامل مورد استفاده مادران دارای فرزند کم‌توان ذهنی برای بخشیدن دیگران. روانشناسی افراد استثنایی، ۵(۱۷)، ۲۷-۴۰.

- Association, A. P., & others. (2013). DSM 5. American Psychiatric Association.
- Bayat, M. (2012). Teaching exceptional children. McGraw-Hill Higher Education.
- Beck, R. (2006). God as a secure base: Attachment to God and theological exploration. *Journal of Psychology and Theology*, 34(2), 125.
- Beck, R., & McDonald, A. (2004). Attachment to god: the attachment to god inventory, tests of working model. *Journal of Psychology and Theology*, 32(2), 92-103.
- Belsky, J. (2002). Developmental origins of attachment styles. *Attachment & Human Development*, 4(2), 166-170.
- Connor, K. M., & Davidson, J. R. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson resilience scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety*, 18(2), 76-82.
- Davydov, D. M., Stewart, R., Ritchie, K., & Chaudieu, I. (2010). Resilience and mental health. *Clinical Psychology Review*, 30(5), 479-495.
- Derogatis, L. R. (1994). SCL-90-R Symptom Checklist-90-R administration, scoring and procedures manual. Minneapolis, MN: National Computer Systems. CIT0011.
- Derogatis, L. R., Rickels, K., & Rock, A. F. (1976). The SCL-90 and the MMPI: a step in the validation of a new self-report scale. *The British Journal of Psychiatry*, 128(3), 280-289.
- Exline, J. J., Yali, A. M., & Lobel, M. (1999). When God Disappoints Difficulty Forgiving God and its Role in Negative Emotion. *Journal of Health Psychology*, 4(3), 365-379.

- Gallagher, T. J., Wagenfeld, M. O., Baro, F., & Haepers, K. (1994). Sense of coherence, coping and caregiver role overload. *Social Science & Medicine*, 39(12), 1615–1622.
- Gath, A. (1997). A Review of Psychiatric and Family. *International Review of Research in Mental Retardation*, 20, 137.
- Grant, G., Ramcharan, P., & Goward, P. (2003). Resilience, family care, and people with intellectual disabilities. *International Review of Research in Mental Retardation*, 26, 135–173.
- Green, S. E. (2007). “We’re tired, not sad”: Benefits and burdens of mothering a child with a disability. *Social Science & Medicine*, 64(1), 150–163.
- Harter, S. L. (2000). Psychosocial adjustment of adult children of alcoholics: A review of the recent empirical literature. *Clinical Psychology Review*, 20(3), 311–337.
- Hassall, R., Rose, J., & McDonald, J. (2005). Parenting stress in mothers of children with an intellectual disability: The effects of parental cognitions in relation to child characteristics and family support. *Journal of Intellectual Disability Research*, 49(6), 405–418.
- Hjemdal, O., Vogel, P. A., Solem, S., Hagen, K., & Stiles, T. C. (2011). The relationship between resilience and levels of anxiety, depression, and obsessive–compulsive symptoms in adolescents. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 18(4), 314–321.
- Hodapp, R. M., Ricci, L. A., Ly, T. M., & Fidler, D. J. (2003). The effects of the child with Down syndrome on maternal stress. *British Journal of Developmental Psychology*, 21(1), 137–151.
- Kauffman, J. M., Hallahan, D. P., & Pullen, P. C. (2011). *Handbook of special education*. Routledge. Retrieved from [https://books.google.com/books?hl=en&lr=&id=XjJZBwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PR1&dq=Kauffman,+J.+M.,+Hallahan,+D.+P.,+%26+Pullen,+P.+C.+\(2011\).+Handbook+&ots=7v1U4YvFEm&sig=Kk\\_4-nz1UvcsjUwP219zD\\_xJQ8Q](https://books.google.com/books?hl=en&lr=&id=XjJZBwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PR1&dq=Kauffman,+J.+M.,+Hallahan,+D.+P.,+%26+Pullen,+P.+C.+(2011).+Handbook+&ots=7v1U4YvFEm&sig=Kk_4-nz1UvcsjUwP219zD_xJQ8Q)
- Kimura, M., & Yamazaki, Y. (2016). Mental health and positive change among Japanese mothers of children with intellectual disabilities: Roles of sense of coherence and social capital. *Research in Developmental Disabilities*, 59, 43–54.
- Kirkpatrick, L. A. (1999). Attachment and religious representations and behavior. Retrieved from <http://psycnet.apa.org/psycinfo/1999-02469-035>
- Kirkpatrick, L. A., & Shaver, P. R. (1990). Attachment theory and religion: Childhood attachments, religious beliefs, and conversion. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 315–334.
- Kirkpatrick, L. A., & Shaver, P. R. (1992). An attachment-theoretical approach to romantic love and religious belief. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 18(3), 266–275.
- Kline, R. B. (2011). *Principles and practice of structural equation modeling*. Guilford publications. Retrieved from

- [https://books.google.com/books?hl=en&lr=&id=Q61ECgAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&dq=Kline,+R.B.+\(2011\).+Principles+and+practice+of+structural+&ots=jDmi3xvboj&sig=aLkeYkDipzWuWWq9pxLsbVRaudM](https://books.google.com/books?hl=en&lr=&id=Q61ECgAAQBAJ&oi=fnd&pg=PP1&dq=Kline,+R.B.+(2011).+Principles+and+practice+of+structural+&ots=jDmi3xvboj&sig=aLkeYkDipzWuWWq9pxLsbVRaudM)
- Larson, E. (1998). Reframing the meaning of disability to families: The embrace of paradox. *Social Science & Medicine*, 47(7), 865–875.
- Laurin, K., Kay, A. C., & Fitzsimons, G. M. (2012). Divergent effects of activating thoughts of God on self-regulation. *Journal of Personality and Social Psychology*, 102(1), 4.
- Lee, J. E., Sudom, K. A., & Zamorski, M. A. (2013). Longitudinal analysis of psychological resilience and mental health in Canadian military personnel returning from overseas deployment. *Journal of Occupational Health Psychology*, 18(3), 327.
- Mak, W. W., & Ho, G. S. (2007). Caregiving perceptions of Chinese mothers of children with intellectual disability in Hong Kong. *Journal of Applied Research in Intellectual Disabilities*, 20(2), 145–156.
- Masten, A. S., & Obradović, J. (2006). Competence and resilience in development. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1094(1), 13–27.
- Mylant, M., Ide, B., Cuevas, E., & Meehan, M. (2002). Adolescent children of alcoholics: Vulnerable or resilient? *Journal of the American Psychiatric Nurses Association*, 8(2), 57–64.
- Organization, W. H. (2006). Neurological disorders: public health challenges. World Health Organization. Retrieved from [https://books.google.com/books?hl=en&lr=&id=Z8uwPwlPUw4C&oi=fnd&pg=PR1&dq=+Organization,+W.+H.+\(2006\).+Neurological+disorders:+public+health+challenges.+&ots=gftCEbXvYs&sig=r02EHwEZFx-c\\_dJSiOCZjGcCKHY](https://books.google.com/books?hl=en&lr=&id=Z8uwPwlPUw4C&oi=fnd&pg=PR1&dq=+Organization,+W.+H.+(2006).+Neurological+disorders:+public+health+challenges.+&ots=gftCEbXvYs&sig=r02EHwEZFx-c_dJSiOCZjGcCKHY)
- Pargament, K. I., Zinnbauer, B. J., Scott, A. B., Butter, E. M., Zerowin, J., & Stanik, P. (2003). Red flags and religious coping: Identifying some religious warning signs among people in crisis. *Journal of Clinical Psychology*, 59(12), 1335–1348.
- Peres, J. F., Moreira-Almeida, A., Nasello, A. G., & Koenig, H. G. (2007). Spirituality and resilience in trauma victims. *Journal of Religion and Health*, 46(3), 343–350.
- Ricci, L. A., & Hodapp, R. M. (2003). Fathers of children with Down's syndrome versus other types of intellectual disability: perceptions, stress and involvement. *Journal of Intellectual Disability Research*, 47(4–5), 273–284.
- Robbins, B. D. (2008). What is the good life? Positive psychology and the renaissance of humanistic psychology. *The Humanistic Psychologist*, 36(2), 96–112.
- Rowatt, W., & Kirkpatrick, L. A. (2002). Two dimensions of attachment to God and their relation to affect, religiosity, and personality constructs. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 41(4), 637–651.

- 
- Scorgie, K., & Sobsey, D. (2000). Transformational outcomes associated with parenting children who have disabilities. *Mental Retardation*, 38(3), 195–206.
- Richards, P., Berrett, M. E., Hardman, R. K., & Eggett, D. L. (2006). Comparative efficacy of spirituality, cognitive, and emotional support groups for treating eating disorder inpatients. *Eating Disorders*, 14(5), 401–415.
- Seligman, M. E., & Csikszentmihalyi, M. (2014). *Positive psychology: An introduction*. Springer. Retrieved from [http://link.springer.com/10.1007/978-94-017-9088-8\\_18](http://link.springer.com/10.1007/978-94-017-9088-8_18)
- Tol, W. A., Song, S., & Jordans, M. J. (2013). Annual research review: Resilience and mental health in children and adolescents living in areas of armed conflict—a systematic review of findings in low-and middle-income countries. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 54(4), 445–460.
- Wilde, A., & Joseph, S. (1997). Religiosity and personality in a Moslem context. *Personality and Individual Differences*, 23(5), 899–900.