

دلبستگی ادراک‌شده دوران کودکی، فرایند سازشی تصور از خدا و خودپنداشت در مدل سلامت روانی:  
مدل‌یابی معادلات ساختاری

**Childhood Perceived Attachment, Image of God Adaptation Process  
and Self-Concept in a Model of the Mental Health:  
A Structural Equation Modeling**

**Asieh Nejat**  
MA in  
Clinical Psychology

**Fateme Shahabizadeh, PhD**  
Islamic Azad University  
Birjand Branch

**فاطمه شهبازی زاده**  
استادیار دانشگاه آزاد اسلامی  
واحد بیرجند

**آسیه نجات**  
کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی

**Bagher Ghojari Bonab, PhD**  
University of Tehran

**باقر غباری بناب**  
دانشیار دانشگاه تهران

**چکیده**

هدف پژوهش حاضر تعیین نقش دلبستگی ادراک‌شده دوران کودکی در فرایند سازشی تصور از خدا و خودپنداشت در تدوین یک مدل برای تبیین سلامت روانی بود. ۴۳۲ دانشجوی با روش چندمرحله‌ای از دانشگاه‌های بیرجند انتخاب شدند و مقیاس‌های تصور از خدا (مظاهری و دیگران، ۱۳۸۴)، خودپنداشت (یک، ۱۹۷۸) دلبستگی به والد (هازان و شیور، ۱۹۸۶) و سلامت روانی (کلدبرگ و هیلر، ۱۹۷۹) را تکمیل کردند. برای تحلیل نتایج از روش مدل‌یابی معادلات ساختاری بهره گرفته شد. با توجه به مدل برازش یافته، فرضیه سازشی مبنی بر همخوانی ارتباط دلبستگی ادراک‌شده دوران کودکی با تصور از خدا حمایت شد. خودپنداشت نیز به عنوان پیامد ناشی از فرایند سازشی تصور از خدای کنترل‌کننده و مهربان با دلبستگی به والد، نقش معناداری در ارتقای سلامت روانی نشان داد. اما در این راستا دلبستگی به مادر برخلاف پدر، علاوه بر نقش پیش‌بینی‌کننده به طور غیرمستقیم از طریق فرایند سازشی تصور از خدا، به طور مستقیم نیز نقش معناداری در ارتقای سلامت روانی به ویژه کاهش افسردگی نشان داد که حاکی از اهمیت دلبستگی ایمن به مادر است. نه تنها بررسی نقش دلبستگی ادراک‌شده به هر یک از والدین در فرایند سازشی تصور از خدا مهم است، بلکه در ارتباط با دلبستگی به پدر، فرایند سازشی شکل‌گیری تصور از خدا و خود نقش مهمی در پیش‌بینی سلامت روانی دارند.

**واژه‌های کلیدی:** سلامت روانی، دلبستگی ادراک‌شده دوران کودکی، خودپنداشت، تصور از خدا

**Abstract**

The aim of this study was to examine the role that childhood perceived attachment plays in God and self-concept adaptation process in order to develop a model for explaining mental health. Four hundred and thirty two students from Birjand university were selected by multistage clustering method. The participants completed the God Image (Mazaheri et al, 2006), the Self Concept (Beck, 1978), the Attachment to Parent (Hazan & Shaver, 1986), and the Mental Health (Goldberg & Hiller, 1979) scales. Structural equation modeling method was used to analyze the data. The developed model supported the adaptation hypothesis based on relation consistency between childhood perceived attachment and the image of God. Self concept as a consequence of adaptation process between the controller and kind image of God, and attachment to father indicated a significant effect on mental health. In contrast to father attachment, attachment to mother directly and indirectly, through adaptation process of the image of God, played a significant role in improving mental health, especially in decreasing depression, which suggested the importance of secure attachment to mother. Thus, not only considering the role of perceived attachment to parents in the adaptation process of image of God is important, but also formation of the adaptation process of image of God and self, play important role in predicting mental health.

**Keywords:** mental health, childhood perceived attachment, self-concept, God image

received: 3 June 2013

accepted: 11 November 2013

Contact information: asiey.nejat@yahoo.com

دریافت: ۹۲/۳/۱۳

پذیرش: ۹۲/۸/۲۰

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی است.

## مقدمه

۱۳۸۷) و رابرتز، گوتلیب و کاسل (۱۹۹۶) در توجیه رابطه سبک دلبستگی و سلامت روانی بر این عقیده‌اند که پیامد روان‌شناختی سبک‌های دلبستگی نایمن در شرایط تنش‌زا، اضطراب و افسردگی است و پیامد روان‌شناختی سبک دلبستگی ایمن در چنین شرایطی، آرامش روانی است. از آنجا که سبک دلبستگی ایمن، منبع ایمنی‌بخشی برای مواجهه و مقابله با بحران است، در حالی که سبک‌های نایمن دلبستگی، چنین منبعی را فراهم نمی‌کنند و فرد را در برابر تنیدگی‌ها، تنها، درمانده و آواره می‌سازند و حتی راهبردهای مقابله خفیف فرد را از بین می‌برند (میکولینسر و فلورین، ۱۹۹۹)، به نظر می‌رسد نظام دلبستگی از جمله عوامل پیش‌بینی‌کننده سلامت روانی باشد (کولینز، ۱۹۹۶).

افزون بر آن، پیش‌نیاز سلامت روانی رفع نگرانی و دلهره و اضطراب است و حال آنکه خداوند در قرآن (سوره رعد، آیه ۲۸) می‌فرماید: «الا بذكر الله تطمئن القلوب»، با یک چیز قلب بشر آرام می‌گیرد و از اضطراب و دلهره نجات پیدا می‌کند و آن یاد خداوند و انس با اوست (خاکساری، ۱۳۸۵). لذا شناخت و تصور از خداوند به عنوان سرآغاز تولد معنوی، که در مراحل اولیه درک مفهوم فرد از خداوند تجلی می‌یابد، می‌تواند به عنوان پیش‌بینی‌کننده سازش‌یافتگی روان‌شناختی<sup>۱۱</sup> در نظر گرفته شود. بنابراین در مطالعه حاضر نقش تصور از خدا به عنوان یک مؤلفه معنوی علاوه بر نقش دلبستگی به والد بر سلامت روانی بررسی می‌شود.

در پژوهش‌های متعددی (برام<sup>۱۲</sup> و دیگران، ۲۰۰۸، کرک‌پاتریک، ۲۰۰۵، مک‌الری<sup>۱۳</sup>، ۱۹۹۹) نقل از غباری‌ناب و حدادی‌کوهسار، ۱۳۸۸؛ فالانلی، کالگ، ایسون و کوینگ، ۲۰۰۹؛ زارعی، ۱۳۸۸) که نقش تصور مثبت از خدا را بر ارتقای سلامت روانی نشان دادند، صرفاً رابطه همبستگی مرتبه صفر<sup>۱۴</sup> دو متغیر مذکور بررسی شده یا جهت سنجش تصور از خدا از مقیاس ۲۷ سؤالی تصور از خدا (زارعی، ۱۳۸۸؛ فیض‌آبادی و خسروی، ۱۳۸۸) استفاده شده است که روایی این مقیاس نسبت به مقیاس مطالعه حاضر ضعیف‌تر است و ماهیت مؤلفه‌های تصور مثبت مشخص نشده است. افزون بر آن، در پژوهش‌های مذکور با نادیده گرفتن

سازمان جهانی بهداشت<sup>۱</sup> سلامت را به صورت بهزیستی کامل جسمانی، روانی و اجتماعی، نه صرفاً فقدان بیماری و ناراحتی تعریف می‌کند. سلامت روانی بیانگر حالتی است که در آن افراد به توانایی‌های خود پی برده و قادر به مقابله با عوامل تنیدگی‌زای زندگی و همچنین کمک به خود و جامعه هستند (WHO؛ سازمان جهانی بهداشت، ۲۰۰۴). شاید به یک معنا، سلامت روانی دارای مفهوم اسطوره‌ای است که انسان پیوسته تلاش دارد به آن نزدیک شود، اما شیوه زیستن یک فرد در این جهان باید در جهت حفظ استقلال و تمامیت روان‌شناختی او باشد، یعنی فرد به گونه‌ای زندگی کند که بتواند در جهت سازش‌یافتگی هر چه بهتر با گروه در عین اصالت خویشتن حرکت کند (عابدپور، ۱۳۸۶). در مجموع سلامت روانی، یکپارچگی جنبه‌های شناختی، عاطفی و ارتباط فرد در تعامل با محیط است که به جهت کسب رشد متوازن و مثبت صورت می‌گیرد (تام، لی، فو و لیم، ۲۰۱۱). نتایج پژوهش‌ها حاکی از آن است که بلایای طبیعی، تنیدگی‌های روان‌شناختی را به دنبال دارد که با بیماری‌های جسمانی و روانی مرتبط هستند. سبک دلبستگی از جمله متغیرهایی است که می‌تواند تنیدگی‌ها و آثار نامطلوب را تعدیل کند (جوزف<sup>۲</sup>، ویلیامز<sup>۳</sup> و یول<sup>۴</sup>، ۱۹۹۷) نقل از رحیمیان‌بوگر، اصغرزاد و رحیمی‌نژاد، ۱۳۸۷). نظریه دلبستگی<sup>۵</sup> اولین بار توسط بالبی<sup>۶</sup> در سال ۱۹۶۹ مطرح شد. این نظریه بر تکامل نظام دلبستگی و تجلی آن در روابط بین کودک و موضوع دلبستگی اولیه متمرکز شده است. به اعتقاد بالبی دلبستگی بر تحول اجتماعی و کنش‌وری روان‌شناختی در طول عمر تأثیر می‌گذارد و اهمیت اساسی در سلامت روانی افراد دارد (سپاه‌منصور، شهبازی‌زاده و خوشنویس، ۱۳۸۷). نظام دلبستگی ساختار سازمان‌یافته‌ای است که با ایجاد پناهگاه ایمن<sup>۷</sup> باعث کاهش تنیدگی و با فراهم کردن اساس ایمنی<sup>۸</sup> در مقابل کنش‌ها و مسائل اجتماعی و به طور کلی عوامل محیطی باعث افزایش کنش‌وری ایمنی و در نتیجه افزایش سلامت روانی می‌شود (اسروف و واترز، ۱۹۹۷). کسیدی<sup>۹</sup> و شیور<sup>۱۰</sup> (۱۹۹۹) نقل از رحیمیان‌بوگر و دیگران،

1. World Health Organization  
2. Joseph, S.  
3. Williams, R.  
4. Yule, W.

5. Attachment Theory  
6. Bowlby, J.  
7. haven of safety  
8. secure base

9. Cassidy, J.  
10. Shaver, P. R.

11. psychological adjustment  
12. Braam, A. W.

13. McElroy, E. M.  
14. zero-order correlations

سؤال مطرح می‌شود که آیا با حضور تصور از خدا، باز هم دلبستگی نقش مستقیم در پیش‌بینی سلامت روانی دارد، یا آنکه به طور غیرمستقیم (از طریق فرایند سازشی با تصور از خدا) موجب سلامت روانی می‌شود.

همانطور که مطرح شد پژوهش حاضر به دنبال ارائه الگوی سلامت روانی است و اشاره شد که ارتباط عاطفی با والد (تاریخچه دلبستگی) و مؤلفه معنوی (تصور از خدا) بر سلامت روانی نقش موثری دارد، از سوی دیگر به نظر می‌رسد شناخت و تصور فرد از خود (خودپنداشت) نیز در این فرایند مؤثر باشد. پژوهش‌ها (برای مثال بنسون<sup>۵</sup> و اسپیلکا<sup>۶</sup>، ۱۹۷۳ نقل از حدادی‌کوهسار و غباری‌بناب، ۲۰۱۰؛ ریزاتو، ۱۹۷۹ نقل از لارنس، ۱۹۹۷؛ پارگامنت، ۱۹۹۷ نقل از غباری‌بناب و حدادی‌کوهسار، ۱۳۸۸) نشان داده‌اند کیفیت تصویر ذهنی از خدا می‌تواند در چگونگی شکل‌گیری خودپنداشت<sup>۷</sup> و تصویر ذهنی از خود تأثیر بگذارد. صادقی (۱۳۸۴) نیز نشان داد تصور از خدا بر بازخورد افراد نسبت به خود تأثیر می‌گذارد و از آنجایی که تصور هر فرد از خود یا به عبارت دیگر مفهوم «خود» افراد از همان سال‌های نخستین زندگی در ارتباط با والدین شکل می‌گیرد می‌توان به اهمیت روابط دلبستگی نیز در شکل‌گیری خودپنداشت اشاره کرد (خانجانی، ۱۳۸۴ نقل از رضانی، ۱۳۹۱). در خصوص این ارتباط، اکثر پژوهش‌ها (از جمله کامکار، دایلی و مارکویز، ۲۰۱۲؛ احدی، ۱۳۸۸) حرمت خود را مورد توجه قرار داده‌اند، در حالی که پژوهش حاضر خودپنداشت را مورد بررسی قرار داده است چرا که خودپنداشت و حرمت خود دو مفهوم متفاوت هستند به طوری که خودپنداشت (تصور از خود) عبارت است از نحوه ادراک فرد از خود، رفتار خود و بازخورد نسبت به کیفیت انگاره‌های دیگران، در حالی که حرمت خود که جنبه‌ای از خودپنداشت است، ارزش کلی است که فرد برای خود قائل است (اقبال، ۲۰۱۲). از آنجا که در پژوهش حاضر پایه ایمنی به والد با اکتشاف همراه است (شهایی‌زاده، ۱۳۹۰) و خودپنداشت مرتبط با اکتشاف شناختی است، لذا نقش خودپنداشت مورد بررسی قرار می‌گیرد. از سوی دیگر در بحث دلبستگی، بیشتر به دلبستگی بزرگسال پرداخته شده است، در

این امر که تصور از خدا ناشی از فرایند سازشی با دلبستگی به والد<sup>۱</sup> است، چگونگی تبیین سلامت روانی تحت تأثیر تصور از خدا تنها با توجه به نقش مذهب بررسی شده است و نقش تبیینی فرایند سازشی مذهبی و تحول تصور از خدای ناشی از مدل‌های روانی از والد، بر سلامت روانی نادیده گرفته شده است که پژوهش حاضر به این مهم پرداخته است. نکته حائز اهمیت، منطبق حاکم بر چگونگی رابطه بین دلبستگی به والد و تصور از خداست. به عبارت دیگر روابط دلبستگی اولیه بر عملکرد زندگی فرد در طول عمر اثر دارد. بنا بر این، دلبستگی و مدل‌های روانی از والد بر چگونگی تصور و ارتباط فرد با خدا بسیار اثربخش است. مطالعات کرک‌پاتریک (۱۹۹۴، ۱۹۹۹) که بحث دلبستگی را به حوزه دین وارد کرده است، دریچه دیگری بر این مسئله گشود. کرک‌پاتریک (۱۹۹۹) معتقد است پناهگاه ایمن و پایه ایمنی که در شکل‌گیری دلبستگی نقش دارند، پایه و اساس شکل‌گیری تصور از خدا<sup>۲</sup> نیز هستند. کرک‌پاتریک (۱۹۹۲) اعتقاد دارد کودک بر پایه تجارب اولیه دلبستگی، روان‌بنه‌های شناختی - هیجانی مربوط به روابط بین‌فردی را گسترش می‌دهد که این تحول بعدها می‌تواند با یک تصویر دلبستگی فوق طبیعی همراه شود. این یافته مؤید فرضیه سازشی<sup>۳</sup> کرک‌پاتریک است. این فرضیه بیان می‌کند که دیدگاه افراد از خدا همسان با ارتباط با والد است. در مطالعه حاضر رابطه بین دلبستگی ادراک‌شده به والد و تصور از خدا در جهت تبیین فرایند سازشی کرک‌پاتریک بررسی می‌شود. اگر چه در این راستا مطالعات متعددی (برای مثال حسینی، ملازاده، کازرونی و امینی‌لاری، ۱۳۹۱؛ شمس‌اسفندآباد، کاکاوند و ترابی، ۱۳۹۱؛ رحیمیان‌بوگر و دیگران، ۱۳۸۷؛ دیکی<sup>۴</sup> و دیگران، ۱۹۹۷ نقل از صادقی، مظاهری و ملک‌عسگر، ۱۳۸۷؛ کرک‌پاتریک و شیور، ۱۹۹۲؛ فیض‌آبادی و خسروی، ۱۳۸۸؛ غباری‌بناب و حدادی‌کوهسار، ۱۳۸۹) در فرهنگ‌های مختلف انجام شده و از مقیاس‌های متفاوت (مقیاس دلبستگی بزرگسال، مقیاس هنجاریابی‌نشده تصور از خدا) استفاده شده است، مطالعه حاضر نقش فرایند سازشی تصور از خدا با دلبستگی به والد را بر سلامت روانی بررسی می‌کند. اگر چه تاریخچه دلبستگی پیش‌بینی‌کننده سلامت روانی است، اما این

1. adaptation process of attachment to the parent  
2. image of God  
3. correspondence hypothesis

4. Dickie, J. R.  
5. Benson, P.  
6. Spilka, B.

7. self-concept

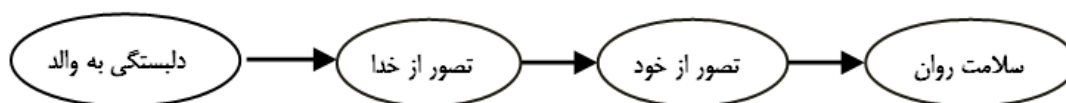
در سلامت عمومی، هدف اصلی پژوهش حاضر را تشکیل می‌دهد. اگرچه رابطه هر یک از متغیرهای دلبستگی به والد (کسیدی و شیور، ۱۹۹۹ نقل از رحیمیان‌بوگر و دیگران، ۱۳۸۷؛ میکولینسر و شیور، ۲۰۰۷ نقل از حدادی‌کوهسار و غباری‌بناب، ۲۰۱۱)، تصور از خدا (برام و دیگران، ۲۰۰۸، کرک‌پاتریک، ۲۰۰۵ نقل از غباری‌بناب و حدادی‌کوهسار، ۱۳۸۸؛ خاکساری، ۱۳۸۵؛ زارعی، ۱۳۸۸) و خودپنداشت (مارش و دیگران، ۲۰۰۴؛ شیخ‌الاسلامی و لطیفیان، ۱۳۸۱) با سلامت روانی مورد بررسی قرار گرفته‌اند، اما کمتر پژوهشی تأثیر همزمان این سه متغیر را بر سلامت روانی بررسی کرده است.

بر اساس کنش‌های دلبستگی به خدا، نقش پایه ایمنی ارتباط با خدا در فرایند اکتشاف و جست‌وجو است (بک، ۲۰۰۶) که به نظر می‌رسد با تصور مثبت با خدا تداعی شود، لذا تصور از عملکرد و توانایی خود یعنی تصور میزان تلاش و توانمندی ذهنی از خود در امور و موقعیت‌ها و به عبارتی میزان اکتشاف شناختی از خود می‌تواند حاکی از قدرت اکتشاف ناشی از پایه ایمنی تصور مثبت از خدا باشد. به بیان دیگر احتمالاً تصور از خدا و مرجع قدرت پیش‌بینی‌کننده کنش و شناخت خود است. افزون بر این طبق فرایند سازشی و جبرانی (گرنکووست و هیجکول، ۲۰۰۳) انتظار می‌رود تصور از خدا ناشی از پویایی‌های دلبستگی به والد (کرک‌پاتریک، ۱۹۹۹) باشد، بنابراین خودپنداشت ناشی از فرایند سازشی تصور از خدا در ارتباط با نقش دلبستگی به والد است. در مجموع با در نظر گرفتن مبانی نظری و پژوهش‌های مذکور می‌توان مدل مفهومی شکل ۱ را تدوین کرد و مورد آزمون قرار داد. مسئله اصلی پژوهش کنونی این است که آیا مدل سلامت روانی در ارتباط با نقش دلبستگی ادراک‌شده دوران کودکی، تصور از خدا (ناشی از فرایند سازشی) و خودپنداشت (ناشی از پایه ایمنی دلبستگی به والد) در قالب مدل شکل ۱ برازش کافی دارد؟ در مجموع مدل ذیل نقش مؤلفه‌های عاطفی والد و خدا را در تبیین خشم به تصویر کشیده است.

حالی که پژوهش حاضر نقش دلبستگی به والد را که به نظر می‌رسد پویایی آن بر خودپنداشت بیش از دلبستگی همسال اثر می‌گذارد، مورد بررسی قرار می‌دهد. با توجه به اینکه سبک دلبستگی ایمن به دلیل اعتماد داشتن به خود و دیگران، فرایند اکتشاف محیطی را در رشد هویت ارتقا می‌بخشد (آرسس، کروگر، مارتیناسن و مارسیا، ۲۰۰۹)، لذا احتمالاً شناخت خود به صورت تصور سخت‌کوش بودن<sup>۱</sup> می‌تواند ناشی از اکتشاف پایه ایمنی دلبستگی به والد باشد، بنابراین قابل انتظار است اکتشاف پایه ایمنی دلبستگی به والد، فرد را در مسیر شاخص‌های سلامت روانی قرار دهد. لذا در این پژوهش در کنار متغیرهای مذکور، نقش خودپنداشت نیز بر سلامت روانی بررسی می‌شود. در مطالعه حاضر، خودپنداشت همان خود ادراک‌شده یعنی نقطه نظر عینی از مهارت‌ها، خصوصیات و توانایی‌های فرد است (مالزمانی و فتحی‌آشتیانی، ۱۳۸۷). در مطالعات متعددی (مالزمانی و فتحی‌آشتیانی، ۱۳۸۷؛ مارش، پردا و آیوت، ۲۰۰۴؛ شیخ‌الاسلامی و لطیفیان، ۱۳۸۱) بر نقش تصور مثبت از خود بر ارتقای سلامت روانی تأیید شده است.

کوئینگ<sup>۲</sup>، مک‌کالف<sup>۳</sup> و لارسون<sup>۴</sup> (۲۰۰۱) نقل از بهرامی و رضانی‌فرانی، (۱۳۸۴) نیز در یک بررسی فراتحلیلی گزارش کردند مذهب از طریق افزایش احساس توانایی بر سلامت روانی تأثیر می‌گذارد. به عقیده ریزاتو<sup>۵</sup> (۱۹۷۴) نقل از صادقی و دیگران، (۱۳۸۷) تصور از خدا و خود، بر اساس روابط موضوعی<sup>۶</sup> در دوران کودکی شکل گرفته است. لذا به نظر می‌رسد در مدل سلامت روانی در مطالعه حاضر، دلبستگی به والد از طریق تصور از خدا و خود (فرایند سازشی) سلامت روانی را موجب می‌شود.

به‌رغم بررسی‌های فراوان درباره رابطه سبک‌های دلبستگی و سلامت عمومی، نقش عوامل واسطه‌ای اغلب مورد غفلت قرار گرفته است. بررسی رابطه تصور از خدا و خودپنداشت به عنوان نمونه‌ای از این متغیرهای مرتبط با سبک دلبستگی و مشخص کردن سهم مشترک و نیز سهم یگانه هر یک از این سه متغیر



شکل ۱. مدل مفهومی سلامت روانی، تاریخچه دلبستگی و تصور از خدا و خود

1. conception of being diligent  
2. Koeing, H. G.

3. Mcclough, M.  
4. Larson, D. B.

5. Rizzuto, A. M.  
6. object relations

## روش

داستانی، (۱۳۸۸) نیز پرسشنامه سلامت عمومی، مقیاس موازنه عاطفی<sup>۱</sup> و پرسشنامه شرح حال آمستردام<sup>۱۱</sup> را اجرا کردند و در هر مورد ضریب همبستگی ۰/۶۰ به دست آمد. در پژوهش حاضر نیز با استفاده از تحلیل مؤلفه‌های اصلی، شاخص کفایت نمونه‌برداری ۰/۹۲ و آزمون بارتلت در سطح کمتر از ۰/۰۰۱ معنادار بود. نتایج تحلیل مؤلفه‌ها با چرخش ابلیمین ساختار ساده چهار عاملی (اضطراب و بی‌خوابی، نارساکنش‌وری، افسردگی و نشانه‌های روان‌تنی<sup>۱۲</sup>) را نشان داد که به ترتیب ۳۶/۳۶، ۹/۸۱، ۷/۶۶ و ۵/۱۷ درصد از واریانس کل سلامت روانی را تبیین می‌کرد. آلفای کرونباخ هر یک از شاخص‌های سلامت روانی نیز بیش از ۰/۶۳ به دست آمد که حاکی از اعتبار آن است.

**مقیاس تصور از خدا<sup>۱۳</sup> (GIS؛ لارنس، ۱۹۹۷).** مقیاس تصور از خدا، بازسازی مقیاس ۷۲ ماده‌ای لارنس است که توسط متخصصان زبان‌شناسی به فارسی برگردانده شد. بر اساس این مقیاس، مظاهری و دیگران (۱۳۸۴) نقل از صادقی، مظاهری و حیدری، (۱۳۸۵) مقیاس ۳۳ ماده‌ای تصور از خدا را با توجه به فرهنگ جامعه اسلامی در شش زیرمقیاس تأثیرپذیری<sup>۱۴</sup>، مشیت الهی<sup>۱۵</sup>، حضور<sup>۱۶</sup>، چالش<sup>۱۷</sup>، پذیرندگی<sup>۱۸</sup> و خیرخواهی<sup>۱۹</sup> بازسازی کردند. این مقیاس توصیف کوتاهی از چگونگی تصور فرد از خداست که براساس مقیاس چهار درجه‌ای (اصلاً، کمتر از حد معمول، در حد معمول، بیش از حد معمول) نمره‌گذاری می‌شود. اعتبار و روایی این مقیاس و همبستگی درونی زیرمقیاس‌ها در مطالعات متعدد رضایت‌بخش گزارش شده است (لارنس، ۱۹۹۷؛ هال و سورنس، ۱۹۹۹). مانک<sup>۲۰</sup> (۲۰۰۳) نقل از صادقی و دیگران، (۱۳۸۷) نیز در پژوهش خود اعتبار این مقیاس را توسط ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۲ به دست آورده است. صادقی (۱۳۸۴) در مطالعه مقدماتی در مورد ۳۰ نفر از دانشجویان، اعتبار آن را توسط آلفای کرونباخ ۰/۸۶ گزارش کرده است. در پژوهش حاضر نیز جهت بررسی روایی، شاخص کفایت نمونه‌برداری بیش از ۰/۷ به دست آمد و آزمون بارتلت نیز معنادار بود بنابراین، تحلیل

طرح پژوهش حاضر از نوع همبستگی و غیرآزمایشی است که در آن از روش مدل‌یابی معادلات ساختاری بهره گرفته شده است. جامعه آماری این پژوهش را کلیه دانشجویان مقطع کارشناسی دانشگاه‌های بیرجند تشکیل داده‌اند. بر پایه پیشنهاد استیونس<sup>۱</sup> در نظر گرفتن ۱۵ مورد برای هر متغیر پیش‌بین در تحلیل رگرسیون چندگانه مناسب است (هومن، ۱۳۸۴). لذا حجم نمونه با احتمال ریزش پنج درصدی ۴۵۰ نفر به صورت نمونه‌برداری چندمرحله‌ای در بین دانشجویان داوطلب هر کلاس توزیع شد. از این تعداد، ۱۸ پاسخنامه به دلیل مخدوش یا ناقص بودن از تحقیق خارج شد و نمونه نهایی را ۴۳۲ نفر تشکیل دادند. جهت بررسی اعتبار ابزارها از آلفای کرونباخ و روایی سازه از تحلیل عاملی اکتشافی استفاده شد. در این پژوهش از ابزارهای زیر استفاده شد.

**پرسشنامه سلامت عمومی<sup>۲</sup> (GHQ-۲۸):** گلدبرگ و هیلر، (۱۹۷۹). این پرسشنامه از شناخته‌شده‌ترین ابزارهای غربالگری در روان‌پزشکی است که با استفاده از روش تحلیل عاملی فرم بلند، برای سرند کردن اختلال‌های روانی در جمعیت عمومی بر اساس مقیاس چهار درجه‌ای (اصلاً، کمتر از حد معمول، در حد معمول، بیش از حد معمول) که به ترتیب نمره صفر، یک، دو و سه به آنها تعلق می‌گیرد) ساخته شده است. گلدبرگ<sup>۳</sup> و ویلیامز<sup>۴</sup> (۱۹۸۸) نقل از فتحی‌آشتیانی و داستانی، (۱۳۸۸) اعتبار دو نیمه کردن این پرسشنامه را ۰/۹۵ گزارش کردند. در مطالعه کی‌یس<sup>۵</sup> (۱۹۸۹) نقل از آقایانی‌چاوشی و دیگران، (۱۳۸۷) نیز ضریب آلفای ۰/۹۳ به دست آمد. تقوی (۱۳۸۰) اعتبار پرسشنامه سلامت عمومی را با سه روش بازآزمایی، دونیمه‌سازی و آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۷۲، ۰/۹۳ و ۰/۹۰ به دست آورده است. جهت بررسی روایی همزمان، چان<sup>۶</sup> و چان<sup>۷</sup> (۱۹۸۳) نقل از فتحی‌آشتیانی و داستانی، (۱۳۸۸) از پرسشنامه چندجنبه‌ای مینه‌سوتا<sup>۸</sup> استفاده کردند و به ضریب همبستگی ۰/۵۴ دست یافتند. هودیامونت<sup>۹</sup> و دیگران (۱۹۸۸) نقل از فتحی‌آشتیانی و

- |                                 |  |                   |
|---------------------------------|--|-------------------|
| 1. Stevens, J.                  | 8. Minnesota Multiphasic Personality Inventory | 15. providence    |
| 2. General Health Questionnaire | 9. Hodiamont, P.                               | 16. presence      |
| 3. Goldberg, D. P.              | 10. Emotional Balance Scale                    | 17. challenge     |
| 4. Williams, P. A.              | 11. Amsterdam Biographical Questionnaire       | 18. acceptance    |
| 5. Keyes, S.                    | 12. psychosomatic symptoms                     | 19. benevolence   |
| 6. Chan, D. W.                  | 13. God Image Scale                            | 20. Manock, D. A. |
| 7. Chan, T. S.                  | 14. influence                                  |                   |

یک هفته و سه ماه ۰/۸۸ و ۰/۶۵ گزارش کردند. همچنین همسانی درونی این مقیاس ۰/۸۰ گزارش شده است. در پژوهش حاضر نیز در بررسی روایی، شاخص کفایت نمونه‌برداری (۰/۸۲) و آزمون بارتلت نیز معنادار به دست آمد، لذا از تحلیل مؤلفه‌های اصلی با چرخش ابلیمین با استفاده از روش بیشینه احتمال<sup>۱</sup> استفاده شد که نتایج ساختار سه عاملی شامل ماده‌های جذابیت و تصور مثبت از قیافه، توانمندی ذهنی و تصور سختکوش بودن را نشان داد که به ترتیب ۳۳/۴۲، ۱۰/۳۱ و ۹/۰۴ درصد کل واریانس مفهوم از خود را تبیین می‌کرد. ضرایب آلفای کرونباخ نیز برای تصور جذابیت ۰/۵۲، توانمندی ذهنی ۰/۵۹ و تلاش ۰/۵۳ به دست آمد که حاکی از اعتبار نسبتاً مناسب است.

#### یافته‌ها

به منظور تبیین سلامت روانی بر پایه مدل‌یابی، مفروضه‌های معادلات ساختاری در مدل مورد مطالعه بررسی شد. الف) اندازه‌گیری متغیرها در سطح فاصله‌ای: براساس نظر هومن (۱۳۸۴) اگر تعداد طبقه‌های رتبه‌ای پنج یا بیشتر باشد، احتمالاً می‌توان با آنها (البته با کمی خطا) مانند داده‌های فاصله‌ای رفتار کرد. ب) یکسانی پراکندگی متغیرهای درون‌زا: به گونه کلی یکسان نبودن پراکندگی رگرسیون‌های چندمتغیری مدل‌های لیزرل را ناروا نمی‌سازد، بلکه آنها را ضعیف می‌کند (پدهازر<sup>۹</sup>، ۱۹۸۲ نقل از شهابی‌زاده و مظاهری، ۱۳۹۱)، افزون بر این نتایج حاصل از ضرایب همبستگی بین متغیرهای مورد مطالعه در جدول ۱ بیانگر تأیید مفروضه فقدان هم‌خطی بودن چندگانه (آشر<sup>۹</sup>، ۱۹۸۳ نقل از هومن، ۱۳۸۴) است.

پس از مقایسه ماده‌های عامل‌بندی شده بر پایه تحلیل عاملی و مبانی نظری، میانگین هر عامل ناشی از تحلیل عاملی به عنوان نشانگر در نظر گرفته شد. طبق نظر بارون<sup>۱۰</sup> و کنی<sup>۱۱</sup> (۱۹۸۶) نقل از توکار، ویتراو، هال و مرادی، ۲۰۰۳) جهت بررسی نقش میانجی‌گری تصور از خدا در مدلی جداگانه نقش مستقیم متغیر برون‌زا دلبستگی دوران کودکی بدون حضور متغیر میانجی‌گر بر خودپنداشت بررسی شد.

مؤلفه‌های اصلی با چرخش ابلیمین بررسی و ساختار ساده سه‌عاملی شامل حضور و چالش، پذیرندگی و خیرخواهی و تأثیرپذیری و مشیت الهی به دست آمد. مجموع مجذور بارهای عاملی مقیاس مذکور ۵۳/۰۹ به دست آمد و ضرایب آلفای کرونباخ نیز برای هر سه عامل بیش از ۰/۷۰ به دست آمد که حاکی از اعتبار بالای آن است.

**مقیاس دلبستگی نسبت به هر والد<sup>۱</sup>** (هازان و شیور، ۱۹۸۶). این مقیاس که بر اساس طبقه‌بندی‌های دلبستگی نوزادان در توصیف‌های اینسورث<sup>۲</sup> و دیگران (۱۹۷۸) نقل از شهابی‌زاده، شهیدی و مظاهری، ۱۳۸۵) تهیه شده است (سه گزاره برای هر والد)، روابط دوران کودکی پاسخ‌دهنده را با پدر و مادر بر اساس مقیاس هفت درجه‌ای از کاملاً مخالف تا کاملاً موافق برای هر یک از سبک‌های دلبستگی ایمن<sup>۳</sup>، اجتنابی<sup>۴</sup> و دوسوگرا<sup>۵</sup> توصیف می‌کند. در مطالعه شهابی‌زاده (۱۳۹۰) جهت غلبه بر محدودیت ناشی از روایی، جمله‌های هر پاراگراف به صورت ماده‌های جداگانه مطرح شد، لذا در مطالعه حاضر نیز مقیاس چندماده‌ای برای هر والد اجرا شد. در بررسی تحلیل عاملی مقیاس دلبستگی به مادر و پدر، شاخص کفایت نمونه‌برداری به ترتیب ۰/۸ و ۰/۹۲ و معناداری آزمون بارتلت، ساختار ساده دو عاملی ایمن و نایمن را نشان داد، در مجموع عامل نایمن و ایمن به ترتیب ۵۳/۳ و ۱۱/۳۲ درصد کل واریانس دلبستگی به مادر و ۱۱/۴۵ و ۵۸/۵۲ درصد واریانس کل دلبستگی به پدر را تبیین می‌کرد. نتایج آلفای کرونباخ نیز مربوط به سبک ایمنی و نایمن به مادر ۰/۸۱ و ۰/۸۵ و ایمن و نایمن به پدر ۰/۸۹ و ۰/۹ به دست آمد که حاکی از اعتبار بالای مقیاس است. در کل تحلیل مؤلفه‌های اصلی با چرخش ابلیمین ساختار ساده چهار عاملی همخوان با مبانی نظری ابزار را نشان داد.

**آزمون خودپنداشت بک<sup>۶</sup> (BSCT):** بک و استیر، براون و اپشتاین، ۱۹۷۸). این آزمون که بر اساس نظریه شناختی بک تهیه شده، دارای ۲۵ ماده است. هر ماده بر اساس یک مقیاس پنج درجه‌ای از کاملاً مثبت تا کاملاً منفی نمره‌گذاری می‌شود. بک و دیگران (۱۹۸۵) نقل از ملازمانی و فتحی‌آشتیانی، ۱۳۸۷) اعتبار این آزمون را با استفاده از روش بازآزمایی به ترتیب پس از

1. Measured of Childhood Attachment to Each Parent  
2. Ainsworth, M.  
3. secure  
4. avoidant

5. ambivalent  
6. Beck Self-Concept Test  
7. maximum likelihood method  
8. Pedhazur, E.

9. Asher, H. B.  
10. Baron, R. M.  
11. Kenny, D. A.

جدول ۱  
ضرایب همبستگی، میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای مورد مطالعه

متغیرها	<u>M</u>	<u>SD</u>	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱	۱۲	۱۳
۱. ایمن به مادر	۵/۸۳	۱/۲۱	-												
۲. نایمن به مادر	۲/۳۵	۱/۱۹	**-۰/۵۹	-											
۳. ایمن به پدر	۵/۵۹	۱/۳۹	**۰/۵۵	**۰/۳۹	-										
۴. نایمن به پدر	۲/۴۱	۱/۲۹	**۰/۳۹	**۰/۷۰	**۰/۶۱	-									
۵. جذابیت جسمانی	۳/۴۶	۰/۵۴	**۰/۲۰	**-۰/۰۸	**۰/۲۱	*-۰/۱۱	-								
۶. تلاش	۳/۴۰	۰/۶۳	**۰/۲۲	*-۰/۱۰	**۰/۱۷	**۰/۱۷	**۰/۳۸	-							
۷. توانمندی ذهنی	۳/۴۱	۰/۵۹	۰/۰۷	**-۰/۰۶	*-۰/۱۰	**-۰/۰۶	**۰/۳۵	**۰/۳۵	-						
۸. حضور و چالش	۵/۱۷	۰/۷۴	**۰/۲۴	**۰/۱۸	**۰/۲۰	**۰/۲۲	**۰/۱۹	**۰/۲۵	**۰/۲۱	-					
۹. پذیرش	۴/۷۴	۰/۸۷	۰/۰۹	**-۰/۰۱	۰/۰۸	**-۰/۰۷	**۰/۱۵	*-۰/۱۰	**۰/۱۶	**۰/۵۸	-				
۱۰. تاثیرپذیری و مشیت	۴/۸۶	۰/۸۱	**۰/۱۶	**۰/۲۴	۰/۰۴	**۰/۲۷	۰/۰۶	۰/۰۸	۰/۰۷	**۰/۵۷	**۰/۳۲	-			
۱۱. علائم روان تنی	۲/۱۸	۰/۷۷	**۰/۱۳	**۰/۲۴	**۰/۰۹	*-۰/۰۹	**۰/۱۷	*-۰/۱۰	**۰/۱۳	**۰/۱۲	**-۰/۱۳	**-۰/۱۲	**-۰/۱۵	-	
۱۲. افسردگی	۱/۶۸	۰/۷۷	**۰/۲۵	**۰/۳۸	**۰/۲۳	**۰/۳۱	**۰/۱۳	**۰/۱۸	**۰/۲۲	**۰/۲۵	**۰/۳۲	**۰/۵۲	-		
۱۳. اختلال در عملکرد	۲/۱۸	۰/۷۶	**۰/۱۹	*-۰/۱۲	**۰/۱۶	**۰/۱۳	**۰/۱۶	**۰/۲۲	**۰/۱۸	**۰/۲۱	**-۰/۰۶	**-۰/۱۱	**۰/۲۸	**۰/۳۸	-
۱۴. اضطراب و بی خوابی	۲/۲۴	۰/۷۳	**۰/۲۱	**۰/۲۹	**۰/۱۸	**۰/۲۳	**۰/۱۱	**۰/۰۹	**۰/۱۵	*-۰/۱۰	۰/۰۳	**-۰/۱۲	**۰/۵۹	**۰/۶۳	**۰/۳۵

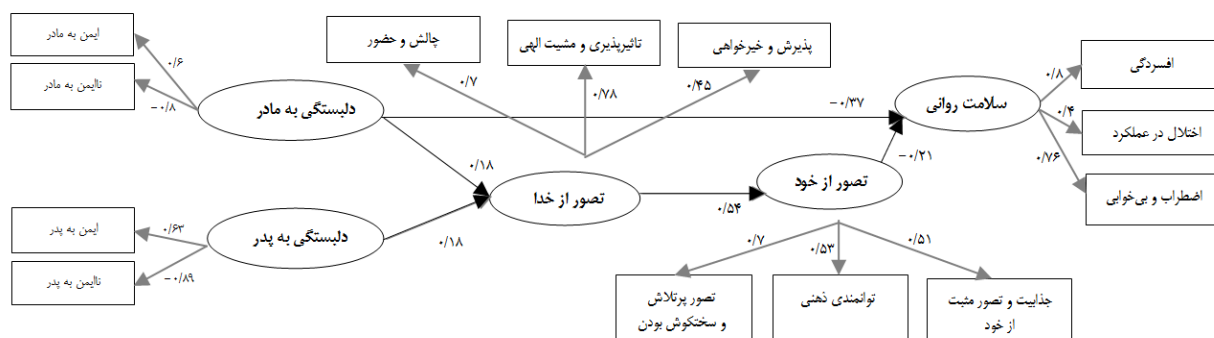
\*\*P<۰/۰۱ \*P<۰/۰۵

اگر مسیری که در مدل مذکور معنادار است اما در مدل اصلی با حضور متغیر سوم معناداری خود را از دست بدهد، متغیر پیش‌بین دوم حکم میانجی‌گر دارد. طبق پیشنهاد هوپر<sup>۱</sup>، کالگن<sup>۲</sup>

۱. Hooper, D. 2. Coughlan, J. 3. Mullen, M. R.

شد. چون شاخص‌های برازندگی تطبیقی و شاخص برازندگی نرمال به ترتیب برابر ۰/۹۸ و ۰/۹۵ است (هوایل<sup>۴</sup> و پانتر<sup>۵</sup>، ۱۹۹۵ نقل از هومن، ۱۳۸۴)، می‌توان استنباط کرد مدل با داده‌ها برازش خوبی دارد. شاخص روایی متقاطع نیز ۰/۴۳ و در فاصله اطمینان قرار گرفت که بیانگر تقریب معقولی در جامعه است (جورسکاگ و سوربوم، ۱۹۸۴ نقل از هومن، ۱۳۸۴). افزون بر این ریشه دوم واریانس خطای تقریب ۰/۰۳ (کمتر از ۰/۰۶)، در فاصله اطمینان قرار گرفت (هیو و بنتلر، ۱۹۹۹ نقل از هومن، ۱۳۸۴) و مقدار مجذور خی دو نیز در سطح ۰/۰۲ (P=۰/۰۱۵) معنادار شد. در مدل حاضر مقدار مجذور همبستگی چندگانه سلامت روانی ۲۰ درصد به دست آمد.

خطای تقریب<sup>۱</sup> و شاخص برازندگی تطبیقی در نظر گرفته شد. افزون بر این چون شاخص برازندگی نرمال برخلاف شاخص برازندگی تطبیقی برای حجم نمونه جریمه نمی‌دهد (هیو<sup>۲</sup> و بنتلر<sup>۳</sup>، ۱۹۹۹ نقل از هومن، ۱۳۸۴) در بررسی مدل حاضر مد نظر قرار گرفت. شاخص روایی متقاطع<sup>۴</sup> نیز با ایجاد ترتیب نسبی برای مدل‌های مختلف، جهت مقایسه مدل با مدل‌های رقیب دیگر در نظر گرفته شد که پایین‌ترین مقدار آن، بیانگر برازندگی بیشتر مدل است (جورسکاگ<sup>۵</sup> و سوربوم<sup>۶</sup>، ۱۹۸۴ نقل از هومن، ۱۳۸۴). نمودار مدل سلامت روانی در شکل ۲ نشان داده شده است. بر اساس شاخص‌های پیشنهادی مدل خطای مشترک بین دو مؤلفه دلبستگی ایمن به پدر با دلبستگی ایمن به مادر برآورد



شکل ۲. ضرایب استاندارد مدل سازه‌های مکنون در بیضی و متغیرهای مشاهده‌شده در مربع نشان داده شده است. همه ضرایب در سطح ۰/۰۵ معنادار است.  $\chi^2=100/47$ ; df=62;  $p < 0/05$ ;  $\eta^2=0/03$ ؛ ریشه دوم واریانس خطای تقریب = ۰/۰۳ (۰/۰۵؛ ۰/۰۲)؛ شاخص برازندگی تطبیقی = ۰/۹۸؛ شاخص روایی متقاطع = ۰/۴۳ (۰/۵۱؛ ۰/۳۸)

کنی (۱۹۸۶ نقل از توکار و دیگران، ۲۰۰۳). مدل جداگانه‌ای نقش مستقیم تاریخچه دلبستگی را بر خودپنداشت بررسی کرد. شاخص‌های برازندگی تطبیقی و برازندگی نرمال به ترتیب برابر ۰/۹۹ و ۰/۹۸ و ریشه دوم واریانس خطای تقریب ۰/۰۵۸ نیز کمتر از ۰/۰۶ به دست آمد، که بیانگر برازش مناسب مدل است. در مدل مستقیم، مسیر دلبستگی ایمن به والد بر خودپنداشت معنادار بود ( $\beta=0/15$ ,  $P < 0/05$ ) اما در مدل حاضر، مسیر دلبستگی ایمن به والد و خودپنداشت معنادار نیست، لذا استنباط می‌شود تصور از خدا میانجی‌گر نقش کنش ایمنی به والد (پایه ایمنی) و خودپنداشت است. افزون بر این مدل جداگانه‌ای نقش مستقیم تاریخچه دلبستگی را بر سلامت روانی بدون حضور متغیر تصور از خدا و خود بررسی کرد. شاخص‌های برازندگی تطبیقی و برازندگی نرمال به ترتیب

همانطور که در شکل ۲ نشان داده شده است مسیر دلبستگی ایمن به پدر و به مادر با تصور از خدا سهم مثبت معنادار دارد ( $\beta=0/18$ ,  $P < 0/05$ ). مسیر تصور از خدا (تأثیرپذیری و مشیت الهی) یعنی تصور خدای کنترل‌کننده) نیز با خودپنداشت (به ویژه مفهوم پرتلاش‌بودن و سختکوشی، نوعی توانایی اکتشاف) سهم مثبت معنادار دارد ( $\beta=0/54$ ,  $P < 0/05$ ). در نهایت مسیر خودپنداشت با سلامت روانی (به ویژه کاهش افسردگی و اضطراب) معنادار است ( $\beta=-0/21$ ,  $P < 0/05$ ). تنها مسیر ایمنی به مادر به طور مستقیم پیش‌بینی‌کننده سلامت روانی است ( $\beta=0/37$ ,  $P < 0/05$ ) و تصور از خدا به طور غیرمستقیم از طریق خودپنداشت نقش معنادار در ارتقای سلامت روانی دارد. به منظور درک روشن‌تر نقش میانجی‌گری تصور از خدا در ارتباط بین دلبستگی به والد و خودپنداشت طبق نظر بارون و

1. Root Mean Square Error of Approximation (RMSEA)  
2. Hu, L. T.  
3. Bentler, P.

4. Expected Cross-validation Index  
5. Joreskog, K. G.  
6. Sorbom, D.  
7. Hoyle, R. H.  
8. Panter, A. T.



هیجانی و عاطفی وی نقش بسزایی دارد. دل‌بستگی ایمن از طریق ارتباط با راهبردهای سازشی<sup>۱</sup> و انطباق‌یافته، روابط عاطفی مناسب و در نهایت بهزیستی و سلامت روانی افراد را پیش‌بینی می‌کند و دل‌بستگی ناایمن می‌تواند از طریق راهبردهای غیرسازشی<sup>۲</sup> نظم‌بخشی هیجانی و عاطفی<sup>۳</sup> با خلق منفی، اضطراب، اجتناب و مشکلات بین‌فردی ارتباط داشته باشد. بنابراین به نظر می‌رسد که سبک‌های دل‌بستگی که با ویژگی نظم‌بخشی هیجانی در رابطه است بر این ابعاد سلامت روانی اثرگذار باشد. اما طبق مدل پژوهش حاضر تنها مسیر ایمنی به مادر به طور مستقیم پیش‌بینی‌کننده سلامت روانی بود و مسیر دل‌بستگی ایمن به پدر و سلامت روانی معنادار نبود که این حالت تأییدکننده فرضیه سازشی و نشان‌دهنده اهمیت تصور از خدا و خودپنداشت بر سلامت روانی در ارتباط با دل‌بستگی ایمن به پدر است.

همچنین با توجه به فرایند سازشی کرک‌پاتریک و شیور (۱۹۹۰)، بین مدل‌های روانی از والد و تصور از خدا همخوانی وجود داشت. این یافته با نظر بالبی (۱۹۷۳) نقل از فیض‌آبادی و خسروی (۱۳۸۸)، کرک‌پاتریک و شیور (۱۹۹۲)، کرک‌پاتریک (۱۹۹۴) و روس (۲۰۰۶) همخوانی دارد. فرضیه سازشی بیان می‌کند مدل‌های اساسی روابط دل‌بستگی اولیه، پایه تصورات از خداست. بر این اساس می‌توان نتیجه گرفت افرادی که الگوهای دل‌بستگی ایمن دارند، تصور آنها از خدا مثبت است و خداوند را مهربان-حمایت‌گر و مراقبت‌کننده تصور می‌کنند و در مقابل افرادی که در ارتباط دل‌بستگی اولیه آسیب دیده‌اند دیدگاه منفی نسبت به خدا دارند و خداوند را دور از دسترس، طردکننده و تنبیه‌کننده تصور کرده‌اند به طوری که کرک‌پاتریک (۱۹۹۹) نقل از رجایی، بیاضی و حبیبی‌پور، (۱۳۸۸) نیز معتقد است افرادی که خدا را پناهگاه امن و پایه ایمنی برای خود می‌دانند و معتقدند که خدا در آن واحد می‌تواند همه جا باشد، به همه چیز علم دارد و قادر مطلق است، بهتر آمادگی دارند به خدا تکیه و اعتماد کنند و کارهای خود را به او واگذار کنند.

همسو با پژوهش رابرتز (۱۹۸۹) نقل از خاکساری، (۱۳۸۵) در مدل مطالعه حاضر نیز نقش تصور از خدا بر خودپنداشت معنادار شد، بنابراین چگونگی ادراک فرد از خدا در ادراک فرد

برابر ۰/۹۶ و ۰/۹۵ و ریشه دوم واریانس خطای تقریب نیز کمتر از ۰/۰۶ به دست آمد، شاخص روایی متقاطع نیز در فاصله اطمینان قرار گرفت. افزون بر این مقدار مجذور کای در سطح ۰/۰۵ غیرمعنادار شد که بیانگر برازش مناسب مدل است. طبق نتایج ضرایب استاندارد شده مدل مستقیم دل‌بستگی ایمن به پدر و مادر به ترتیب بر سلامت روانی ( $\beta = -0/29$ )، ( $P < 0/05$ ) و ( $\beta = -0/11$ )، ( $P < 0/05$ ) معنادار شد، که البته در مدل حاضر با حضور تصور از خدا و خود، مسیر دل‌بستگی ایمن به پدر و سلامت روانی معنادار نیست ( $P > 0/05$ )، لذا استنباط می‌شود تصور از خدا و خودپنداشت میانجی‌گر رابطه بین دل‌بستگی ایمن به پدر و سلامت روانی است. در مجموع ایمنی به مادر بیشترین اثر مستقیم و ایمنی به پدر به طور غیرمستقیم از خلال افزایش تصور مثبت از توانایی‌های خود افزایش سلامت روانی را موجب می‌شود که ناشی از اهمیت کنش پایه ایمنی ناشی از فرایند سازشی تصور از خدا با دل‌بستگی ایمن به پدر است. در بررسی مدل رقیب که تصور از خدا ناشی از نقش خودپنداشت در نظر گرفته شد، شاخص‌های برازندگی برازش قوی نشان ندادند ضمن اینکه شاخص روایی متقاطع در مدل فعلی کوچک‌تر از مدل رقیب به دست آمد که حاکی از برازش مناسب مدل حاضر است و متناسب با مفاهیم نظری فرایند سازشی است.

## بحث

در پژوهش حاضر به بررسی نقش دل‌بستگی ادراک‌شده دوران کودکی و فرایند سازشی تصور از خدا و خودپنداشت در مدل سلامت روانی پرداخته شد. نتایج پژوهش نشان دادند تاریخچه دل‌بستگی ایمن به مادر نقش مستقیمی در پیش‌بینی سلامت روانی (بدون حضور متغیر تصور از خدا و تصور از خود) دارد، لذا نظام دل‌بستگی از جمله عوامل پیش‌بینی‌کننده سلامت روانی است که این یافته با نتایج پژوهش‌های دیگر (میکولینسر و شیور، ۲۰۰۷) نقل از حدادی‌کوهسار و غباری بناب، ۲۰۱۱؛ رابرتز و دیگران، (۱۹۹۶) همخوان است. رضانی، شمس‌اسفندآباد و طهماسبی (۱۳۸۶) نیز معتقد است کیفیت ارتباط دل‌بستگی بین کودک و افراد مهم زندگی، در تحول راهبردهای نظم‌بخشی

می‌دهد پایه ایمنی در ایجاد تصور اکتشافی از خود به عنوان فرد سختکوش ناشی از کنش چهره ایمنی والد نیست بلکه طبق فرایند سازشی با مدل‌های روانی مثبت از والد، پایه ایمنی چهره دلبستگی به خدا، تسهیل‌کننده تصور از اکتشاف و تلاش خود است. لذا استنباط می‌شود تصور از خدا میانجی‌گر نقش کنش ایمنی به والد (پایه ایمنی) و پیامد این کنش یعنی خودپنداشت است که این حالت نیز تأییدکننده فرضیه سازشی و نشان‌دهنده اهمیت تصور از خدا بر خودپنداشت در ارتباط با دلبستگی ایمنی به والد است. لذا با توجه به مسیر معنادار ایمنی به والد از طریق تصور تعلق‌پذیری و کنترل (تصور از خدا) بر تصور توانایی اکتشاف از خود (توانمندی ذهنی و سختکوشی)، به نظر می‌رسد پایه ایمنی چهره دلبستگی نه‌تنها باعث ادراک حمایت از سوی خدا و توکل بر خدا (تصور تعلق‌پذیری) می‌شود و در نتیجه عملکرد فرد با کاوش در محیط تسهیل می‌شود بلکه موجب احساس پذیرفته شدن از سوی خدا و دخالت خدا در تعیین سرنوشت زندگی وی (نقش کنترل‌کنندگی خدا) می‌شود و در نتیجه، با افزایش اعتماد به خداوند در زندگی و مواجهه با مسائل، تصور تلاش، سختکوشی و احساس توانمندی ذهنی در فرد ایجاد می‌شود.

از سوی دیگر مسیر خودپنداشت با سلامت روانی (به ویژه کاهش افسردگی و اضطراب) نیز معنادار شد که این یافته با نتایج مطالعات متعددی (هوکanson<sup>8</sup> و دیگران، ۱۹۸۹، آلفد<sup>9</sup> و سیگمن<sup>10</sup>، ۱۹۸۸ نقل از شیخ‌الاسلامی و لطیفیان، ۱۳۸۱) و شوئیتزر<sup>11</sup> (۱۹۹۲ نقل از چناری، ۱۳۸۷) در خصوص رابطه خودپنداشت و سلامت روانی همخوان است. به اعتقاد بارنت<sup>12</sup> و گوتلیب<sup>13</sup> (۱۹۸۸ نقل از شیخ‌الاسلامی و لطیفیان، ۱۳۸۱) این احتمال وجود دارد که رویدادهای منفی زندگی در افرادی که از احساس خودارزشی چندانی برخوردار نیستند، افسردگی بیشتری ایجاد کند چرا که فقدان احساس ارزش خود<sup>14</sup> افراد را مستعد افسردگی می‌سازد. به نظر می‌رسد افرادی که از احساس خودارزشی کمتری برخوردارند، احساس عدم لیاقت، بی‌کفایتی و مشکلات عاطفی بیشتری را تجربه می‌کنند. این افراد تلویحات منفی شکست را بیشتر تعمیم می‌دهند (براون و داتون، ۱۹۹۵)

از خویش تأثیر می‌گذارد. اما این یافته با نتایج پژوهش‌هایی از جمله تیزدل<sup>1</sup> و دیگران (۱۹۹۷ نقل از حدادی‌کوهسار و غباری‌بناب، ۲۰۱۱)، پارگامنت<sup>2</sup> (۱۹۹۷ نقل از غباری‌بناب و حدادی‌کوهسار، ۱۳۸۸) و بنسون<sup>3</sup> و اسپیلکا<sup>4</sup> (۱۹۷۳ نقل از حدادی‌کوهسار و غباری‌بناب، ۲۰۱۰) متناقض است. در این پژوهش‌ها خودپنداشت در ارتباط با ویژگی‌های ظاهری و جسمانی بود، به همین دلیل انتظار بر این بود که خودپنداشت تبیین‌کننده تصور از خدا باشد، اما در مطالعه حاضر، خودپنداشت دربرگیرنده توانمندی‌های ذهنی و میزان تلاش و شایستگی است و طبق مدل، تصور خدای کنترل‌کننده (تأثیرپذیری و مشیت الهی) موجب احساس داشتن پناهگاه مطمئن و ادراک حمایت خدا می‌شود، بنابراین، اعتماد به خداوند در مواجهه با مسائل افزایش می‌یابد و در نتیجه بر ادراک توانمند بودن فرد در برابر شرایط محیطی اثر گذاشته و موجب ارتقای فرد می‌شود. به طوری که گرین وی<sup>5</sup>، میلن<sup>6</sup> و کلارک<sup>7</sup> (۲۰۰۳ نقل از غباری‌بناب و حدادی‌کوهسار، ۲۰۱۱) نیز در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که بین ویژگی‌های شخصیتی منفی توأم با عدم شایستگی فرد و افسردگی با تصویر ذهنی منفی از خداوند رابطه وجود دارد.

همچنین مدل نشان داد تاریخچه دلبستگی به طور غیرمستقیم از طریق فرایند سازشی تصور از خدا بر خودپنداشت اثر می‌گذارد (همخوان با نتایج پژوهش‌های کرک‌پاتریک و شیور، ۱۹۹۰؛ بری، باروکلاف و ویردن، ۲۰۰۷؛ رضانی، ۱۳۹۱)، بنابراین به نظر می‌رسد در افراد ایمن به دلیل ایجاد پایه‌های اولیه اعتماد و دریافت پسخورندهای مثبت از جانب مراقبان خود، احساس امنیت و اعتماد نسبت به خدا نیز طبق فرایند سازشی شکل می‌گیرد و به همین دلیل پایه ایمنی ناشی از تصور مثبت از خدا، تصور مثبت از خود و توانمندی ذهنی و سختکوشی (اکتشاف و جست‌وجو) را در افراد ایمن ایجاد و تقویت می‌کند. بنابراین اگرچه دیمن و هارت (۱۹۸۲) و وو (۲۰۰۹) بیان کرده‌اند چهره دلبستگی به عنوان یک پایگاه ایمنی‌بخش با احساس ارزشمندی فرد تداعی می‌شود و شکل‌دهنده خودپنداشت مثبت است، اما مطالعه حاضر نشان

1. Tisdale, T. C.  
2. Pargament, K.  
3. Benson, P.  
4. Spilka, B.

5. Greenway, A. P.  
6. Milne L. C.  
7. Clarke, V.  
8. Hokanson, J. E.

9. Alfeld, L. C.  
10. Sigeman, C. K.  
11. Shweitzer, R. D.  
12. Barnet, P. A.

13. Gotlib, I. H.  
14. self-worth

می‌کند. تدوین مدل سلامت روانی در جامعه آماری دانشجویان، امکان تعمیم مدل را محدود می‌کند و استفاده از مصاحبه‌های رفتاری و مطالعه طولی نیز مسیرهای مذکور و روابط علی را روشن‌تر خواهد کرد، به هر حال در پژوهش حاضر به دلیل حجم نمونه متفاوت دو جنس، امکان مقایسه مدل در دو گروه دختران و پسران میسر نبود. افزون بر آن، پیشنهاد می‌شود نقش تعدیل‌کنندگی متغیرهای جمعیت‌شناختی از جمله رشته و تأهل نیز در مدل بررسی شود. برای رفع محدودیت‌های یادشده پیشنهاد می‌شود پژوهش‌هایی از این نوع در جوامع پژوهشی مختلف (از لحاظ سن، فرهنگ و ...) انجام و روش‌های دقیق سنجش بالینی به ویژه مصاحبه ساختاریافته در کنار مقیاس‌های معتبر به کار برده شود.

#### منابع

- آقایانی‌چاوشی، ا.، طالبیان، د.، طرخورانی، ح.، صدقی‌جلال، ه.، آزرمی، ه. و فتحی‌آشتیانی، ع. (۱۳۸۷). بررسی رابطه نماز با جهت‌گیری مذهبی و سلامت روان. *مجله علوم رفتاری*، ۲ (۲)، ۱۵۶-۱۴۹.
- احدی، ب. (۱۳۸۸). رابطه احساس تنهایی و عزت نفس با سبک‌های دلبستگی دانشجویان. *فصلنامه مطالعات روان‌شناختی*، ۵ (۱)، ۹۵-۱۱۲.
- بهرامی، ف. و رمضانی‌فرانی، ع. (۱۳۸۴). نقش باورهای مذهبی درونی و بیرونی در سلامت روان و میزان افسردگی سالمندان. *مجله توان بخشی*، ۶ (۱)، ۴۷-۴۲.
- تقوی، م. ر. (۱۳۸۰). بررسی روایی و اعتبار پرسشنامه سلامت عمومی. *مجله روانشناسی*، ۵ (۲۰)، ۳۹۸-۳۸۱.
- چناری، م. (۱۳۸۷). مقایسه خودپنداشت دانش‌آموزان واجد والدین دارای نگرش‌های تربیتی مثبت و منفی با توجه به جنسیت دانش‌آموزان. *فصلنامه خانواده و پژوهش*، ۲ (۴)، ۹۱-۱۱۰.
- حسینی، م. د.، ملازاده، ج.، کازرونی، پ. و امینی لاری، م. (۱۳۹۱). رابطه سبک‌های دلبستگی و سبک‌های مقابله مذهبی با سلامت روان در بیماران HIV<sup>+</sup>. *مجله اصول بهداشت روانی*، ۱۴ (۱)، ۱۵-۶.
- خاکساری، ز. (۱۳۸۵). *تصور از خدا، عزت نفس و سلامت روانی در بین دانش‌آموزان دبیرستان‌های شهرستان میناب*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه الزهرا.

بنابراین انتظار دارند در آینده نیز حوادث نامطلوبی (همانند گذشته) برایشان رخ دهد و به همین دلیل نیز احساس نومی‌می‌کنند و مستعد ابتلا به افسردگی می‌شوند. در مقابل همانطور که انتظار می‌رود افراد معتقد به پرتلاش و سختکوش بودن، در صورت مواجهه با پیشامدهای منفی در یک حوزه خاص، کمتر به آشفتگی‌های هیجانی مبتلا می‌شوند.

نکته قابل توجه دیگر اینکه تصور از خدا تنها به صورت غیرمستقیم از طریق خودپنداشت نقش معنادار در ارتقای سلامت روانی داشت که این امر نیز بیانگر اهمیت خودپنداشت بر تصور از خدا در ارتباط با سلامت روانی است، لذا استنباط می‌شود تصور توانایی اکتشاف از خود (تصور پرتلاش و سختکوش بودن) میانجی‌گر نقش کنترل‌کنندگی خدا (تأثیرپذیری و مشیت الهی) و سلامت روانی است. لذا می‌توان گفت با احساس نقش کنترل‌کنندگی و پذیرفته شدن از سوی خدا، افراد احساس می‌کنند تنها نیستند و خدا نیز حضور دارد و آنها را در مسائل یاری می‌کند، به عبارتی خداوند نقش منفعلی ندارد و در تعیین سرنوشت زندگی دخیل است و این باعث افزایش اعتماد به خداوند و مواجهه با مسائل زندگی شده و در نتیجه بر میزان اکتشاف، شایستگی و توانایی فرد اثر گذاشته که این به نوبه خود منجر به افزایش تعاملات و کنش‌های اجتماعی و در نتیجه ارتقای سلامت روانی افراد می‌شود.

در مجموع بر اساس نتایج پژوهش حاضر، دلبستگی ایمن به مادر بیشترین اثر مستقیم را بر سلامت روانی داشته لذا به نظر می‌رسد پیامدهای پایه ایمنی (کرک‌پاتریک و شیور، ۱۹۹۰) چهره دلبستگی مادر بیش از پدر بر سلامت روانی فرد مؤثر باشد، و ایمنی به پدر به طور غیرمستقیم از خلال افزایش تصور افزایش توانایی‌های خود، افزایش سلامت روانی را موجب می‌شود که نتیجه اهمیت کنش پایه ایمنی ناشی از فرایند سازشی تصور از خدا با دلبستگی ایمن به پدر است. به هر حال به نظر می‌رسد مداخلات دلبستگی و تقویت و پیگیری آموزش‌های مذهبی و شناخت خود و خداوند در رشد سلامت روانی نقش مؤثری دارد که در این راستا مطالعات متعدد نتایج را روشن‌تر خواهد کرد. لازم به ذکر است محدودیت‌های پژوهش احتیاط‌هایی را در زمینه تفسیر و تعمیم یافته‌های پژوهش ایجاد

- رجایی، ع.، بیاضی، م. ح. و حبیبی پور، ح. (۱۳۸۸). باورهای اساسی دینی و بحران هویت و سلامت عمومی جوانان. فصلنامه روان‌شناسی تحولی: روان‌شناسان ایرانی، ۶(۲۲)، ۹۷-۱۰۷.
- رحیمی‌ان بوگر، ا.، اصغرنژاد، ف. ع. و رحیمی‌نژاد، ع. (۱۳۸۷). رابطه سبک دلبستگی با سلامت روان در بزرگسالان زلزله‌زده شهرستان بم. پژوهش‌های روان‌شناختی، ۱۱(۱ و ۲)، ۲۷-۴۰.
- رمضانی، م. (۱۳۹۱). خودپنداشت، سبک دلبستگی و روان‌نژندی. مجموع مقالات ششمین سمینار سراسری بهداشت روانی دانشجویان. دانشگاه گیلان، ۲۷ و ۲۸ اردیبهشت ماه.
- رمضانی، و.، شمس اسفندآباد، ح. و طهماسبی، ش. (۱۳۸۶). بررسی پیامدهای هیجانی سبک‌های دلبستگی در دانشجویان. فصلنامه پژوهش در سلامت روان‌شناختی، ۱(۱)، ۳۸-۴۸.
- زارعی، ا. (۱۳۸۸). بررسی رابطه بین تصور از خدا و سلامت روان در دانشجویان دختر و پسر دانشگاه‌های پیام‌نور و آزاد اسلامی شهر میناب. روان‌شناسی و دین، ۲(۲)، ۱۷۱-۱۵۷.
- سپاه‌منصور، م.، شهبابی‌زاده، ف. و خوشنویس، ا. (۱۳۸۷). ادراک دلبستگی دوران کودکی، دلبستگی بزرگسال و دلبستگی به خدا. فصلنامه روان‌شناسی تحولی: روان‌شناسان ایرانی، ۴(۱۵)، ۲۶۵-۲۵۳.
- شهبابی‌زاده، ف.، شهیدی، ش. و مظاهری، م. ع. (۱۳۸۵). ادراک دلبستگی دوران کودکی و رابطه آن با دلبستگی به خدا در بزرگسالی. مجله روان‌شناسی، ۱۰(۴)، ۴۴۰-۴۲۲.
- شهبابی‌زاده، ف. (۱۳۹۰). تدوین مدلی جهت تبیین پایگاه‌های هویت در ارتباط با مؤلفه عاطفی دلبستگی ادراک شده و کنش‌وری خانواده، و مؤلفه معنوی دلبستگی به خدا و مقابله مذهبی. پایان‌نامه دکتری، دانشکده روان‌شناسی و علوم اجتماعی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکز.
- شهبابی‌زاده، ف. و مظاهری، م. ع. (۱۳۹۱). دلبستگی ادراک‌شده دوران کودکی، کارکرد خانواده و مقابله مذهبی. فصلنامه روان‌شناسی تحولی: روان‌شناسان ایرانی، ۸(۳۱)، ۲۳۴-۲۲۱.
- شمس اسفندآباد، ح.، کاکاوند، ع. و ترابی، ز. (۱۳۹۱). رابطه سبک‌های دلبستگی و هویت با سلامت عمومی و پیشرفت تحصیلی دانش‌آموزان پیش‌دانشگاهی شهر قزوین. اندیشه‌های نوین تربیتی، ۷(۲)، ۱۷-۲۸.
- شیخ‌الاسلامی، ر. و لطیفیان، م. (۱۳۸۱). بررسی رابطه ابعاد خودپنداشت با سلامت عمومی و مؤلفه‌های آن در دانشجویان دانشگاه شیراز. تازه‌های علوم شناختی، ۴(۱)، ۱۶-۶.
- صادقی، م. (۱۳۸۴). بررسی رابطه بین روش تربیتی دینی با تصور از خدا در دانشجویان. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه شهید بهشتی.
- صادقی، م.، مظاهری، م. ع. و حیدری، م. (۱۳۸۵). میزان مذهبی بودن والدین، منابع متفاوت شناخت دینی و تصور از خدا. فصلنامه خانواده‌پژوهشی، ۲(۶)، ۱۹۱-۱۷۷.
- صادقی، م.، مظاهری، م. ع. و ملک‌عسگر، س. (۱۳۸۷). والدین، خود و دیگران مهم: منابع تصور از خدا. مجله علوم رفتاری، ۲(۱)، ۹۶-۸۳.
- عابدی‌پور، س. (۱۳۸۶). مقایسه میزان سلامت روان در مادران کودکان ناشنوا و مادران کودکان عادی. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی واحد بیرجند.
- غباری‌بناب، ب. و حدادی‌کوهسار، ع. ا. (۱۳۸۸). رابطه اضطراب و افسردگی با تصویر ذهنی از خدا در دانشجویان. مجله علوم روان‌شناختی، ۸(۳۱)، ۳۱۴-۲۹۷.
- غباری‌بناب، ب. و حدادی‌کوهسار، ع. ا. (۱۳۸۹). رابطه سلامت روانی با تصویر ذهنی از خدا و کیفیت دلبستگی در دانشجویان. مجموعه مقالات پنجمین سمینار سراسری بهداشت روانی دانشجویان، تهران، دانشگاه شاهد.
- فتحی‌آشتیانی، ع. و داستانی، م. (۱۳۸۸). آزمون‌های روان‌شناختی: ارزشیابی شخصیت و سلامت روان. تهران: بعثت.
- فیض‌آبادی، س. و خسروی، ز. (۱۳۸۸). سبک دلبستگی و تصور از خدا در میان زنان خواهان طلاق و غیرخواهان طلاق شهرستان کاشان. اندیشه‌های نوین تربیتی، ۵(۳)، ۵۴-۳۷.
- ملازمانی، ع. و فتحی‌آشتیانی، ع. (۱۳۸۷). تأثیر آموزش به شیوه ایفای نقش بر بهبود مفهوم از خود نوجوانان. مجله علوم رفتاری، ۲(۱)، ۶۶-۶۱.
- هومن، ح. ع. (۱۳۸۴). مدل‌یابی معادلات ساختاری با کاربرد نرم‌افزار لیزرل. تهران: انتشارات سمت.

Arseth, A. K., Kroger, J., Martinussen, M., & Marcia, J. E. (2009). Meta-analytic studies of identity status and the relational issues of attachment and intimacy. *International Journal of Theory and Research*, 9, 1-32.

- Medicine*, 9, 139-145.
- Granqvist, P., & Hagekull, B. (2003).** Longitudinal predictions of religious change in adolescence: Contributions from the interaction of attachment and relationship status. *Journal of Social and Personal Relationships*, 20 (6), 793-817.
- HaddadiKoohsar, A. A., & GhobaryBonab, B. (2010).** Relations between image of God with obsessive-compulsive behaviours in college students. *Procedia Social and Behavioral sciences* 5, 979-982.
- HaddadiKoohsar, A. A., & GhobaryBonab, B. (2011).** Relation between quality of image of God and mental health in college students. *Procedia Social and Behavioral Sciences*, 19, 247-251.
- Hall, T. W. & Sorence, R. L. (1999).** God image inventory. In p.c. Hill & R.W. Hood. *Measures of religiosity*, (pp. 399-406). Birmingham, Alabama: Religious Education Press.
- Hazan, C., & Shaver, P. (1986).** *Parental Caregiving Style Questionnaire*. Unpublished manuscript.
- Kamkar, K., Doyle, A. B., & Markiewicz, D. (2012).** Insecure attachment to parents and depressive symptoms in early adolescence: Mediating roles of attributions and self-esteem. *International Journal of Psychological Studies*, 4 (2), 3-18.
- Kirkpatrick, L. A. (1992).** An attachment-theoretical approach to the psychology of religion. *International Journal for the Psychology of Religion*, 2, 3-38.
- kirkpatrick, L. A. (1994).** The role of attachment in religious belief and behavior. *Advances in Personal Relationship*, 5, 239-256.
- Kirkpatrick, L. A. (1999).** *Handbook of attachment: theory, research and clinical application*. New York:
- Berry, K., Barrowclough, C., & Wearden, A. (2007).** A review of the role of adult attachment style in psychosis: Unexplored issues and questions for further research. *Clinical Psychology Review*, 27,458-475.
- Beck, R. (2006).** God as a secure base: Attachment to God and theological exploration. *Journal of Psychology and Theology*, 34 (2), 125-132.
- Beck, A. T., Steer, R. A., Brown, G., & Epstein, N. (1985).** The Beck Self-Concent Test. *Psychological assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 2 (2), 191-197.
- Brown, J. D., & Dutton, K. A. (1995).** The thrill of victory, the complexity of defeat: Self-esteem and people's emotional reactions to success and failure. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68, 712-722.
- Collins, N. (1996).** Working models of attachment: Implications for explanation, emotion, and behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 71, 810-832.
- Damon, W. & Hart, D. (1982).** The development of self-understanding from infancy through adolescence. *Child Development*, 53, 314-364.
- Flannelly, K. J., Galek, K., Ellison, C. G., & Koenig, H. G. (2009).** Beliefs about God, psychiatric symptoms, and evolutionary psychiatry. *Journal of Religion and Health*, 49, 246-261.
- GhobaryBonab, B. & HaddadiKoohsar, A. A. (2011).** Relations between quality of image of God and mental health in parents of exceptional children. *Procedia Social and Behavioral Sciences*, 29, 227-231.
- Goldberg, D. P., & Hillier, V. F. (1979).** A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychological*

- ression: The mediating roles of dysfunctional attitudes and low self-esteem. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59, 981-986.
- Ross, D. (2006).** Young children God concepts: Influence attachment and religious socialization in family and school context. *Religious Education*, 101 (1), 84-103.
- Sroufe, L. A., & Waters, E. (1977).** Attachment as an organizational construct. *Journal of Child Development*, 48, 1184-1199.
- Tam, C. L., Lee, T. H., Foo, Y. C., & Lim, Y. M. (2011).** Communication skills, conflict tactics and mental health: A study of married and cohabitating couples in Malaysia. *Asian Social Science*, 7 (6), 79-87.
- Tokar, D. M., Withrow, J. R., Hall, R. J., & Moradi, B. (2003).** Psychological separation, attachment security, vocational self-concept crystallization, and career indecision: A structural equation analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 50 (1), 77-102.
- WHO (2004).** *Promoting mental health: concepts, emerging evidence, practice*. Geneva: World Health Organization.
- Wu, C. H. (2009).** The relationship between attachment style and self-concept clarity: The mediation effect of self-esteem. *Personality and Individual Differences*, 47, 42-46.
- Guilford Press.
- Kirkpatrick, L. A., & Shaver, P. R. (1990).** Attachment theory and religion: Childhood attachments, religious beliefs and conversions. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 29, 315-334.
- Kirkpatrick, L. A., & Shaver, P. R. (1992).** An attachment-theoretical approach to romantic love and religious belief. *Society for Personality and Social Psychology*, 18, 266-275.
- Lawrence, R. T. (1997).** Measuring the image of God: The God Image Inventory and the God Image Scale. *Journal of Psychology and Theology*, 25 (2), 214-226.
- Marsh, H. W., Parada, R. H., & Ayotte, V. (2004).** A multidimensional perspective of relations between self-concept and adolescent mental health (Youth Self-Report). *Psychology Assessment*, 16 (1), 27-41.
- Mikulincer, M., & Florian, V. (1999).** The association between spouses self-reports of attachment style and representations of family dynamics. *Family Process*, 38 (1), 69-83.
- Iqbal, Y. (2012).** Impact of core self evaluation on job satisfaction in education sector of Pakistan. *Journal of Global Strategic Management*, 12, 132-139.
- Roberts, J. E., Gotlib, I. H., & Kassel, J. D. (1996).** Adult attachment security and symptoms of dep-