

بررسی رابطه ابعاد سلامت روان و سبک های دلبستگی (ایمن، اضطرابی و اجتنابی) در بین مادران استان قم

مژده پورخسروانی^۱، مهدی نعیمی^۲

^۱ کارشناسی ارشد روان سنجی دانشگاه آزاد اسلامی قم

^۲ دانشجوی کارشناسی روان شناسی دانشگاه آزاد اسلامی قم (نویسنده مسئول)

چکیده

سبک های دلبستگی، الگوهای عملیاتی هستند که از مراقبین به فرزندان منتقل شده و نوع روابط مادر-کودک تحت تاثیر این الگوها قرار دارد (میکولینسر، شاور و هورش، ۲۰۰۴). پژوهش حاضر با هدف بررسی رابطه ابعاد سلامت روان و سبک های دلبستگی (ایمن، اضطرابی و اجتنابی) در بین مادران استان قم انجام گرفت. در این مطالعه، همبستگی ۱۰۰ مادر ساکن در استان قم می باشد که به شیوه ی تصادفی در سال ۹۸-۱۳۹۹ انتخاب شدند. به منظور جمع آوری داده ها از پرسشنامه های سلامت روان گلدبرگ و هیلر (GHQ) و سبک های دلبستگی کولینز و رید استفاده شد. به منظور محاسبه ی داده ها از نرم افزار SPSS-21 و برای تجزیه و تحلیل از آزمون های واریانس (ANOVA) و همبستگی بهره گرفته شد. نتایج تحلیل واریانس نشان داد که در خرده مقیاس های جسمانی ($F=1.546, sig>0.05$)، اضطراب ($F=3.104, sig>0.05$) و عملکرد اجتماعی ($F=1.465, sig>0.05$) حاکی از عدم وجود تفاوت معنادار بین نمرات آزمودنی ها در سبک های مختلف دلبستگی می باشد و به منظور بررسی تفاوت در متغیر افسردگی در بین افراد با سبک های سه گانه دلبستگی از آزمون ناپارامتریک کروسکال والیس استفاده شد که نتایج حاکی از عدم معنادار بودن فرضیه پژوهش در مورد خرده مقیاس افسردگی است و در نهایت برای سلامت روان ($F=3.317, sig<0.05$) تفاوت معنادار بین سبک های سبک های دلبستگی وجود دارد و نمرات سبک اجتنابی به شکل معناداری از سایر سبک ها بالاتر است. این بدین معناست که سبک اجتنابی از سلامت عمومی کمتری نسبت به سایر سبک برخوردار است و فرضیه پژوهش در مورد متغیر سلامت روان مورد تأیید قرار می گیرد.

واژه های کلیدی: سلامت روان، سبک های دلبستگی، مادران، سبک اجتنابی، دلبستگی

مقدمه

سلامتی و رفاه در گسترده ترین معنی آن، پدیده ای است که مورد علاقه و توجه تمامی انسان هاست، گروه های اجتماعی و جوامع بشری است. گرچه مفاهیم سلامتی روانی ذهنی و بدن طی مکان ها و زمان های مختلف، متفاوت بودند، اما برای تمامی فرهنگ ها و جوامع، نقش اساسی در تجرب زیستی انسان ها بازی کرده اند. [۱] بهداشت روانی یا سلامت روان از جمله مهم ترین نیازهای انسان امروزی است که برای تامین آن لازم است فرد دقیقاً خود را بشناسد، دیگران را درک کند، روابط موثری با آن ها برقرار کند و هیجان های منفی و استرس های روزمره خود را شناسایی کند [۲] فرهنگ روان شناسی ربر واژه ی سلامت روان را برای توصیف اشخاص به کار می برد که در بالاترین سطح کنش وری رفتاری و سازش پذیری هیجانی و سازش یافتگی رفتاری هستند و فقط آن مفهوم به کار نمی رود که شخص دچار بیماری نباشد [۳] سلامت روانی رابطه تنگاتنگی با نوع تفکر دارد. بسته به نوع تفکر (منطقی، غیر منطقی) اثر گذاری بر روی مولفه های رضایتمندی در زندگی متفاوت است [۴].

خشونت علیه زنان، کیفیت و سلامت زندگی آن ها و فرزندانشان، توانایی ها، استقلال و مولد بودن زندگی زنان را به شدت تهدید می کند و به اختلال می کشاند. زنان فاقد سلامت روان، کودکان خود را به طور منفی درک می کنند که این موضوع بر نحوه برخورد آن ها با کودکانشان و شیوه های رفتار کردن کودکان تحت تاثیر قرار می دهد. کودکان مادران افسرده، مجبورند برای دوره های طولانی، غم، درماندگی تحریک پذیر و آشفتگی مادرانشان را تحمل کنند که این جریان به روند رشدشان تاثیر می گذارد [۵] بنابراین زنان مورد آزار و اذیت قرار گرفته ممکن است قادر نباشند فرزندانشان را به مراحل رشد طبیعی و پرورش حس اعتماد و امنیت که پایه و اساس رشد عاطفی سالم است هدایت کنند [۶].

سلامت، طبق تعریف سازمان بهداشت جهانی (۲۰۰۹) عبارت از حالتی است که در آن فرد از نظر جسمی، روانی و اجتماعی کاملاً سالم است و در او هیچ نشانه ای از بیماری و روان رنجوری مشاهده نمی شود. این تعریف از سلامتی، به این معنی است که در ارزیابی سلامتی، نباید تنها به شاخص های سنتی سلامتی یعنی «نرخ ابتلا به بیماری و مرگ و میر» توجه نمود، بلکه باید کیفیت زندگی افراد را نیز در نظر گرفت. به سخن دیگر، مفهوم سلامت روانی از نظر این سازمان، چیزی فراتر از نبود اختلال های روانی و شامل خوب بودن ذهنی، ادراک خودکارآمدی، استقلال و خودمختاری، کفایت و شایستگی، خودشکوفایی توانمندی های بالقوه فکری و هیجانی است [۷].

برطبق برآورد سازمان بهداشت جهانی در سال ۲۰۰۹، ۱۵۴ میلیون نفر از مردم جهان از افسردگی، ۲۵ میلیون نفر از اسکیزوفرنی و ۱۵ میلیون نفر از عوارض ناشی از مصرف مواد مخدر رنج میبرند [۸] به طور معمول نگرانی، اضطراب، افسردگی و عزت نفس پایین معمولاً به طور هم زمان در نوجوانی بروز می کنند و به طور عمده نشانه های اضطراب پیش از نشانه های دیگر خود را نشان می دهند [۹] نکته بسیار مهم این است که از آسیب های روانی در دوران بزرگسالی در واقع ادامه مشکلات دوران کودکی و نوجوانی است [۱۰].

نظریه دلبستگی را بی شک بایستی یکی از برجسته ترین دستاورد های روانشناسی معاصر به حساب آورد. دلبستگی پیوند عاطفی نسبتاً پایداری است که بین کودک و یک یا تعداد بیشتری از افرادی که در تعامل دائم با آن ها می باشد ایجاد می باشد. [۱۱] معتقد است که "نظریه دلبستگی" فقط نظریه تحول کودک نیست، بلکه نظریه تحول در "گسترده حیات" نیز هست. یعنی سبک های دلبستگی ایجاد شده در دوران کودکی که عبارتند از: دلبستگی ایمن، دلبستگی نا ایمن اجتنابی و دلبستگی نا ایمن دوسوگرا تداوم نسبی را تا خود بزرگسالی ادامه می دهند همچنان به مراحل بعدی زندگی تداوم می یابد و زندگی فرد را تحت تاثیر قرار می دهد، اما در بزرگسالی ممکن است منبع تغییر یابد و دلبستگی به همسر، جایگزین دلبستگی به مادر گردد. برای مثال پژوهش لاروس، تارابولسی و برنیر (۲۰۰۵) نشان می دهد کودکانی که فاقد الگوی های صحیح دلبستگی باشند، اغلب عصبی، ستیزه جو و ضد اجتماعی هستند و به عنوان والدینی رشد می یابند که قادر نیستند رابطه محکم و صحیحی با فرزندان خود داشته باشند. همچنین دیتروزن و همکاران (۲۰۰۸) در پژوهش خودشان نشان دادند، مادران نا ایمن در تعامل با فرزندان خود، کم تر مادران وابسته ایمن، گرم، حمایت کننده و حساس هستند و در حل مسائل

به کودکان خود کمک کمتری می کنند. همچنین این مادران در رفتارهای مادرانه و فرزند پروری خود، ویژگی هایی همچون درگیر شدن کم، منفی گرایی، فقدان پاسخ گویی به علائم فرستاده شده از سوی کودک و وارد شدن به حریم کودک را دارند. به همین دلیل این کودکان به طور مستمر از تنها ماندن می ترسند، زیرا دیدی منفی از خود و دیگران داشته و نیز این را محلی ناامن می دانند.

پژوهش های متعدد دیگری نیز نشان داده اند، سبک های دلبستگی، پیش بینی کننده بسیار قدرتمندی در رابطه با مسائل مختلف دوران بزرگسالی از جمله کیفیت روابط زناشویی و روابط عشقی، انگیزش جنسی می باشد [۱۲]. فویکر (۲۰۰۶) در پژوهشی نشان داد که افرادی که سبک های دلبستگی آن ها ناایمن اجتنابی بوده، تعهد کمتری و میزان رضایت پائین تری در روابط زناشویی داشتند، و برعکس، افراد با سبک دلبستگی ایمن، از رضایت و تعهد بیشتری در روابط زناشویی برخوردار می باشند.

ابزار و روش پژوهش:

پژوهش حاضر از نوع توصیفی و همبستگی می باشد. جامعه آماری آن ۱۰۰ مادر ساکن در استان قم را شامل می شود. به منظور رعایت اصول اخلاقی پژوهش در محرمات بودن اطلاعات به نمونه های پژوهش اطمینان داده شد و بین آن ها دو پرسشنامه سلامت روان گلدبرگ و هیلر (GHQ) و سبک های دلبستگی کولینز و رید توزیع شد. در نهایت داده های بدست آمده با استفاده از نرم افزار SPSS ورژن ۲۱ و با آزمون های همبستگی پیرسون و تحلیل واریانس (ANOVA) تجزیه و تحلیل شدند.

پرسشنامه سلامت عمومی گلدبرگ و هیلر:

پرسشنامه سلامت عمومی ۲۸ سوالی توسط گلدبرگ و هیلر (۱۹۷۹) ارائه شده و دارای ۴ مقیاس فرعی است و هر مقیاس ۷ پرسش دارد. مقیاسهای مذکور عبارتند از: ۱- مقیاس علائم جسمانی ۲- مقیاس علائم اضطرابی و اختلال خواب ۳- مقیاس کارکرد اجتماعی ۴- مقیاس علائم افسردگی. ضریب روایی ملاکی ۰٫۷۸، ضریب پایایی تنصیف ۰٫۹۰ و آلفای کرونباخ ۰٫۹۷ به دست آمد. از ۲۸ عبارت پرسشنامه موارد ۱ الی ۷ مربوط به مقیاس علائم جسمانی است. موارد ۸ الی ۱۴ علائم اضطرابی و اختلال خواب را بررسی کرده و موارد ۱۵ الی ۲۱ مربوط به ارزیابی علائم کارکرد اجتماعی است و نهایتاً موارد ۲۲ الی ۲۸ علائم افسردگی را می سنجد. برای جمع بندی نمرات به الف نمره صفر، ب، ج، د و د نمره ۳ تعلق میگیرد. در هر مقیاس از نمره ۶ به بالا و در مجموع از نمره ۲۲ به بالا بیانگر علائم مرضی است.

جدول ۱ - نمرات برش در هریک از خرده مقیاسهای پرسشنامه GHQ

خرده مقیاس ها	نمرات در خرده مقیاس ها	نمرات در کل پرسشنامه
هیچ یا کمترین حد	۰-۶	۰-۲۲
خفیف	۷-۱۱	۲۳-۴۰
متوسط	۱۲-۱۶	۴۱-۶۰
شدید	۱۷-۲۱	۶۱-۸۴

نمره گذاری و هنجاریابی پرسشنامه دلبستگی کولینز و رید (۱۹۹۰)

این مقیاس شامل خود ارزیابی از مهارتهای ایجاد روابط و خود توصیفی شیوه شکل دهی روابط دلبستگی نسبت به چهره های دلبستگی نزدیک است و مشتمل بر ۱۸ داده می باشد که از طریق علامت گذاری روی یک مقیاس ۵ درجه ای از نوع لیکرت که از به هیچ وجه با خصوصیات من تطابق ندارد: (۱)، تا کاملاً با خصوصیات من تطابق دارد: (۵)، تشکیل می گردد، سنجیده می شود. با تحلیل عوامل، ۳ زیر مقیاس که هر مقیاس شامل ۶ ماده است مشخص می شود، ۳ زیر مقیاس عبارتند از: ۱- وابستگی (D): میزاتی را که آزمودنی ها به دیگران اعتماد می کنند و به آنها متکی می شوند به این صورت که آیا در مواقع لزوم قابل دسترسی اند، اندازه گیری می کند.

۲- نزدیک بودن (C): میزان آسایش در رابطه با صمیمیت و نزدیکی هیجانی را اندازه گیری می کند.

۳- اضطراب (A): ترس از داشتن رابطه را می سنجد (مالینگروودت و همکاران به نقل از پاکدامن، ۱۳۸۰).

کولینز و رید (۱۹۹۰)، به نقل از پاکدامن، (۱۳۸۰) بر پایه توصیفهایی که در پرسشنامه دلبستگی بزرگسال هازان و شیور در مورد سه سبک اصلی دلبستگی وجود داشت مواد پرسشنامه خود را تدارک دیده اند. زیر مقیاس اضطراب (A) با دلبستگی اضطرابی - دوسوگرا مطابقت دارد و زیر مقیاس نزدیک بودن (C) یک بعد دو قطبی است که اساسا توصیفهای ایمن و اجتنابی را در مقابل هم قرار می دهد (فنی وتولر، ۱۹۹۶) بنابراین نزدیک بودن (C) در تطابق با دلبستگی ایمن می باشد و زیر مقیاس وابستگی

(D) را می توان تقریبا عکس دلبستگی اجتنابی قرار داد. مدت اجرای پرسشنامه کولینز و رید (RAAS) براساس زمینه یابی انجام شده ۱۰ دقیقه در نظر گرفته شده است [۱۳].

روش اجرا:

اجرای این پرسشنامه می تواند به صورت فردی، باگروهی صورت گیرد، دستورالعمل اجرا در پرسشنامه ای که به آزمودنی داده می شود آمده است. بدیهی است آزمون بایستی در محیطی آرام و همراه با سایر شرایط لازم برای اجرای پرسشنامه که آرامش آزمودنی را ایجاد نماید اجرا شود مشخصات فردی آزمودنی توسط خودآزمودنی در بالای پاسخنامه درج می شود.

نمره گذاری:

براساس دستورالعمل پرسشنامه، ۶ ماده مربوط به هر زیر مقیاس مشخص می شود با توجه به اینکه در مورد هر جمله در پاسخنامه آزمودنی علامت خود را روی کدام دایره زده است نمره وی برای هر زیر مقیاس مشخص می شود. برای گزینه های ۱ تا ۵ به ترتیب تمرات ۴ تا در نظر گرفته می شود. سوالات ۱، ۱۲، ۱۳۸۶، ۱۷* دلبستگی ایمن را می سنجند. سوالات ۲۵، ۱۴، ۱۶، ۷، ۱۸ دلبستگی اجتنابی را مورد ارزیابی قرار می دهد و سرانجام سوالات ۳، ۴، ۹، ۱۰، ۱۱، ۱۵ دلبستگی دوسوگرا/ اضطرابی را می سنجند. در مواردی که سوالات باید معکوس نمره گذاری شود (که در دستورالعمل نمره گذاری با علامت مشخص شده اند) باید بر روی گزینه های ۱ تا ۵ به ترتیب تمرات ۱، ۲، ۳، ۴ و صفر در نظر گرفته شود. سوالاتی که با ستاره مشخص شده اند بایستی قبل از جمع کردن بطور معکوس نمره گذاری شوند تمرات ۶ ماده هر مقیاس با هم جمع شده و نمره زیر مقیاس بدست می آید.

پایایی و اعتبار

کولینز و رید (۱۹۹۰)، به نقل از پاکدامن، (۱۳۸۰) نشان دادند که زیر مقیاس های نزدیک بودن، وابستگی و اضطراب در فاصله زمانی ۲ ماه و حتی در طول ۸ ماه پایدار ماندند و در مورد قابلیت اعتماد مقیاس دلبستگی بزرگسال کولینز و رید میزان آلفای کرونباخ را برای هر زیر مقیاس این پرسشنامه در ۲ نمونه از دانشجویان بصورت زیر گزارش دادند.

زیر مقیاس تعداد نمونه	ایمن	اجتنابی	اضطراب
۱۷۳	۰/۸۱	۰/۷۸	۰/۸۵
۱۳۰	۰/۸	۰/۷۸	۰/۸۵
۱۰۰	۰/۸۲	۰/۸	۰/۸۳

با توجه به این که مقادیر آلفای کرونباخ در تمامی موارد مساوی با بیش از ۰/۸۰ است آزمون از اعتبار بالایی برخوردار است. از سوی دیگر در پژوهش پاکدامن (۱۳۸۰) میزان اعتبار آزمون با استفاده از آزمون مجدد بصورت همبستگی بین این دو اجرا مشخص شده است. این پرسشنامه (RAAS) در مورد ۱۰۰ دختر و پسر کلاس دوم دبیرستان که بطور تصادفی انتخاب شده

بودند اجرا گردید. نتایج حاصل از دوبار اجرای این پرسشنامه با فاصله زمانی یک ماه از یکدیگر بیانگر آن بود که این آزمون در سطح ۹۵/ دارای اعتبار است.

تحلیل نتایج

قبل از انجام و اجرای هر آزمون آماری نیازمند بررسی پیش فرض های آماری آن آزمون هستیم. در این تحلیل ابتدا وضعیت نرمال بودن توزیع آزمودنی ها در متغیر سلامت عمومی و خرده مقیاس ها مورد بررسی قرار می گیرد.

جدول ۱: نتایج آزمون کولموگراف - اسمیرنوف به منظور بررسی وضعیت نرمال بودن توزیع متغیرهای پژوهش

سلامت عمومی	افسردگی	عملکرد اجتماعی	اضطراب	جسمانی	
۱.۰۶۰	۲.۵۶۶	.۹۷۶	۳۳۳۱.	۱.۰۹۵	آزمون کولموگراف اسمیرنوف
.۲۱۱	.۰۰۰	.۲۹۷	۵۷.۰	.۱۸۲	سطح معناداری

نتایج مندرج در جدول فوق نشان می دهد تنها در مورد متغیر افسردگی توزیع نمرات آزمودنی ها از توزیع نرمال تبعیت نمی کند ($\text{sig} < 0.05$) و در سایر متغیرهای جسمانی ، اضطراب ، عملکرد اجتماعی و نمره کل سلامت عمومی توزیع نمرات آزمودنی ها از توزیع نرمال تبعیت می کند ($\text{sig} > 0.05$).

بنابراین با توجه به نتایج آزمون نرمال بودن امکان بهره گیری از آزمون تحلیل واریانس (ANOVA) به عنوان یک آزمون پارامتریک در مورد همه متغیر ها بجز افسردگی وجود دارد و در مورد افسردگی نیز از معادل ناپارامتریک آن یعنی آزمون کروسکال والیس برای ادامه تحلیل استفاده می کنیم.

جدول ۲: شاخصه های آماری برای متغیر سلامت عمومی و خرده مقیاس ها

متغیر پیش بین		ایمن		اجتنابی		دو سوگرا	
میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
۵.۷۸	۳.۱۵۳	۸.۲۰	۴.۰۸۷	۵.۷۴	۲.۹۲۶	۵.۷۴	۲.۹۲۶
۶.۷۸	۳.۳۴۶	۸.۸۰	۲.۸۶۴	۵.۶۸	۲.۸۱۳	۵.۶۸	۲.۸۱۳
۷.۱۱	۳.۴۴۴	۶.۸۰	۳.۲۷۱	۵.۷۰	۲.۴۳۷	۵.۷۰	۲.۴۳۷
۱.۷۸	۲.۱۶۷	۱.۸۰	۲.۰۴۹	۱.۳۲	۱.۵۷۰	۱.۳۲	۱.۵۷۰
۲۲.۷۸	۱۰.۱۸۳	۲۵.۶۰	۳.۳۶۲	۱۸.۴۵	۷.۰۵۲	۱۸.۴۵	۷.۰۵۲

جدول فوق میانگین و انحراف معیار نمرات آزمودنی ها در متغیر سلامت عمومی و خرده مقیاس ها به تفکیک سبک های دلبستگی نشان می دهد. برای علایم جسمانی به ترتیب ۵,۷۸ برای سبک ایمن ، ۸,۲۰ برای سبک اجتنابی و ۵,۷۴ برای سبک دوسوگرا محاسبه شد. سایر میانگین و انحراف معیارها در سایر سبک ها به تفکیک در جدول فوق ارائه شده است. فرضیه: بین آزمودنی ها با سبک های دلبستگی مختلف در متغیر سلامت عمومی و خرده مقیاس ها تفاوت وجود دارد.

جدول ۳: تحلیل واریانس برای سلامت عمومی و سبک های دلبستگی

متغیرها	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	sig
جسمانی	۲۸.۲۲۳	۲	۱۴.۱۱۲	۱.۵۴۶	.۲۲۰
	۷۰۲.۹۷۷	۷۷	۹.۱۳۰		
	۷۳۱.۲۰۰	۷۹			
اضطراب	۵۱.۳۲۶	۲	۲۵.۶۶۳	۳.۱۰۴	.۰۵۱
	۶۳۶.۶۷۴	۷۷	۸.۲۶۸		
	۶۸۸.۰۰۰	۷۹			
عملکرد اجتماعی	۱۹.۹۲۲	۲	۹.۹۶۱	۱.۴۶۵	.۲۳۸
	۵۲۳.۶۲۸	۷۷	۶.۸۰۰		
	۵۴۳.۵۵۰	۷۹			
سلامت عمومی	۳۵۳.۸۶۸	۲	۱۷۶.۹۳۴	۳.۳۱۷	.۰۴۲
	۴۱۰۷.۱۱۹	۷۷	۵۳.۳۳۹		
	۴۴۶۰.۹۸۷	۷۹			

داده های بدست آمده از جدول بالا، نتایج تحلیل واریانس برای بررسی تفاوت بین سلامت عمومی و خرده مقیاس ها در بین سبک های دلبستگی را نشان می دهد. برای خرده مقیاس جسمانی ($F=1.546$, $\text{sig} > 0.05$) حاکی از عدم وجود تفاوت معنادار بین نمرات جسمانی در بین آزمودنی ها در سبک های مختلف دلبستگی می باشد. برای اضطراب ($F=3.104$, $\text{sig} > 0.05$) نتایج نشان دهنده عدم وجود تفاوت معنادار بین سبک های دلبستگی در اضطراب می باشد. برای عملکرد اجتماعی ($F=1.465$, $\text{sig} > 0.05$) نیز نتایج نشان دهنده عدم وجود تفاوت معنادار بین سبک های دلبستگی می باشد و در نهایت برای سلامت روان ($F=3.317$, $\text{sig} < 0.05$) تفاوت معنادار بین سبک های دلبستگی وجود دارد و نمرات سبک اجتنابی به شکل معناداری از سایر سبک ها بالاتر است. بدین معنا که سبک اجتنابی از سلامت عمومی کمتری نسبت به سایر سبک ها برخوردار است. بنابراین فرضیه پژوهش در مورد متغیر سلامت عمومی مورد تایید می باشد و در مورد سایر خرده مقیاس های جسمانی، اضطراب و عملکرد اجتماعی مورد تایید نمی باشد.

جدول ۴: آزمون کروسکال والیس برای متغیر افسردگی و سبک های دلبستگی

آزمون	افسردگی
Chi-Square	.۲۲۸
df	۲
سطح معناداری	.۸۹۲

به منظور بررسی تفاوت در متغیر افسردگی در بین افراد با سبک های دلبستگی سه گانه (ایمن ، اجتنابی و دو سو گرا) از آزمون ناپارامتریک کروسکال والیس استفاده شد . نتایج جدول فوق نشان می دهد آزمون کای اسکویر برای خرده مقیاس افسردگی ($\chi^2 = 0.498$, $sig > 0.05$) محاسبه گردید و تفاوت مشاهده شده معنادار نبوده بنابراین فرضیه پژوهش در مورد خرده مقیاس افسردگی تایید نمی گردد .

بحث و نتیجه گیری :

در این پژوهش با توجه به نتایج بدست آمده دریافته ایم که بین سلامت عمومی برای خرده مقیاس های جسمانی ، عملکرد اجتماعی و نیز اضطراب در بین آزمودنی ها در سبک های مختلف دلبستگی تفاوت معناداری مشاهده نشد ولی میان سلامت روان و سبک های دلبستگی تفاوت معنادار وجود دارد و نمرات سبک اجتنابی به شکل معنادار از سایر سبک ها بالاتر است . بدین معنا که سبک اجتنابی از سلامت عمومی کمتری نسبت به سایر سبک ها برخوردار است . همچنین بین متغیر افسردگی افراد با سبک های دلبستگی سه گانه تفاوت معناداری مشاهده نشد .

سلامت روان به معنای توانایی آرام زیستن و با خود و دیگران در آرامش بودن است . سلامت روان ، آگاهی از درون و احساسات خویش ، قدرت تصمیم گیری در بحران ها و مقابله با فشار زندگی است . شخص سالم از کار و زندگی خود احساس رضایت دارد و توانایی پیدا می کند شرایط سخت را راحت تر تحمل کند و در زمینه های مختلف زندگی پیشرفت نموده و عملکرد بهتری داشته باشد. از این رو مطالعه انجام شده بر روی نمونه ای از مادران با سلامت روان پائین نشان داد با اضطراب و افسردگی ، نقص توجه و بی اعتنایی مقابله ای در کودکان رابطه دارد [۱۴] در بررسی دیگری نشان داده شد که اختلالات عاطفی و تنش در خانواده با شب ادراری کودکان زیر پنج سال ارتباط دارد و کودکانی که دارای مادران افسرده و مضطرب هستند بیش تر احتمال دارد که دچار شب ادراری شوند . داگلاس دریافت کودکانی که در چهار سال اول زندگی بدون تنش بوده اند کمتر از کودکانی که تنش داشته اند احتمال خیس کردن جایشان را دارند و ۱/۳ شب ادراری ها با واقعه اضطراب زا ارتباط دارند [۱۵] . در مطالعه انجام شده روی ۶۵۲۲ مادر و کودک بین ژانویه ۱۹۹۲ و دسامبر ۲۰۰۲ ، مشاهده شد که نشانگان افسردگی مادران روی خط سیر مشکلات رفتاری کودکان تاثیر می گذارد [۱۶].

از این رو ساختار خانواده در ایجاد و پرورش پیوستگی خانواده موثر بوده و معاقب آن ایجاد کنند محیط امن عاطفی است . سبک های دلبستگی ، تمایل افراد به برقراری نوعی رابطه نزدیک با افرادی معین و داشتن احساس امنیت بیشتر است. از سوی دیگر ، به نظر می رسد که سبک های دلبستگی افراد در جریان رشد و بزرگسالی ایشان درونی شدن و جریانی ثابت و بادوام را پشت سر می گذارد [۱۷]. خجسته مهر و همکاران [۱۸] بیان کردند که زنان با سبک های دلبستگی دوسوگرا ، از طرفی زمینه درگیری و تعارض با همسر را به وجود می آورند و از طرفی مهارت های حل مساله ندارند تا بتوانند مشکل به وجود آمده را حل و از ادامه تعارض و درگیری ها جلوگیری کنند . استاکرت و برسیک [۱۹] در پژوهشی ابراز داشتند رضایت ارتباطی گزارش شده در شرکت کنندگان دارای سبک دلبستگی ایمن ، بیش از گروه های دارای سبک دلبستگی نایمن است .

منابع:

- [۱] نوربالا، ا. ع.، فخرایی س. ع. (۱۳۸۰). بررسی فراوانی نشانه های روان پزشکی در دانشجویان سال آخر پزشکی و غیر پزشکی دانشگاه تهران. فسانامه اندیشه و رفتار، ۳، ۳۷-۳۰.
- [۲] شایان، نسرین؛ ترابی، سید اسماعیل؛ خراسانی، امیر حمزه و ناصرین، ثریا. (۱۳۸۹) رابطه سلامت روان با آسیب پذیری در - برابر مصرف مواد و احتمال گرایش به خودکشی در دانشجویان دختر و پسر. مجموعه مقالات پنجمین سمینار سراسری بهداشت روانی دانشجویان، تهران: دانشگاه شاهد، ۲۲ و ۲۹ اردیبهشت.
- [۳] معنوی پور، داود. (۱۳۹۱). ساخت مقیاس سنجش سلامت روانی دانشجویان. مطالعات روان شناختی ۴، ۸، ۳۱-۹.
- [۴] قنبری هاشم آبادی، بهرام علی؛ گراوند، هوشنگ و دهقانی نیشابوری، محسن. (۱۳۹۱). اولویت بندی اهداف، سلامت روانی و باورهای غیرمنطقی دانشجویان. فصل نامه پژوهش های کاربردی روانشناختی، ۵، ۳، ۵۳-۳۹.
- [5] Plancherel, B., & Bolognini, M. (1995). Coping and mental health in early adolescence. *Journal of adolescence*, 18(4), 459-474.
- [6] Holmes, M. (2013). Aggressive behavior of children exposed to intimate partner violence: An examination of maternal mental health, maternal warmth and child maltreatment. *Child Abuse & Neglect*, 37(8), 520-530.
- [۷] نوربالا، ا.ع. (۱۳۹۰). سلامت روانی - اجتماعی و راهکارهای بهبود آن، مجله روان پزشکی و روان شناسی بالینی ایران، ۲، ۱۵۶-۱۵۱.
- [8] Goldney, R.D., Fisher, L.J., Hawthorne, G. (2004). WHO survey Of prevalence of mental health disorder? *Journal of American Medical Association*, 292, 2467-2468.
- [۹] طهماسیان، ک.، اناری، آ.، فتح آبادی، م. (۱۳۹۰). نگرانی و حمایت اجتماعی در نوجوانی. روان شناسی تحولی، ۳۴، ۲۷-۲۹.
- [۱۰] کاپلان، و سادوک، ب. (۲۰۰۷). خلاصه روان پزشکی علوم رفتاری و روان پزشکی بالینی. ترجمه فرزین رضاعی، (۱۳۸۹). تهران، انتشارات ارجمند.
- [11] Bowlby, J. (1980). *Attachment and Love (Vol.I)*. New York, Basic Books.
- [12] Mikulincer, M. shaver, D. (2007). *Attachment in adulthood: structure, dynamics, and change* new York: Guilford press.
- [۱۳] پاکدامن، شهلا (۱۳۸۰). بررسی ارتباط بین دلبستگی و جامعه طلبی در نوجوانی، پایان نامه دکترای روان شناسی، دانشگاه تهران.
- [14] Meadows SO, McLanahan SS, Brooks-Gunn J. Parental depression and anxiety and early childhood behavior problems across family types. *J marriage fam* 2007; 69(5): 1162-77.
- [15] Douglas, J. Behavioral problems in children. *Trans. yasaei M. Tehran: Markaze nashr publ*; ۱۹۹۵:۳۸.
- [16] Zelle JL. Maternal depressive symptoms, father's involvement, and the trajectories of child problem behaviors in a US national sample. *J Am Med Assoc* 2007; 298(11): 1262.

[17] Dewall , C . N ., Masten , C . L . , Powell , C . , Combs , D . , Schurtz , D . R . & Eisenberger , N.I. (2013) . Do no neural Responses to Rejection Depend on Attachment style ? Journal of scan , 7 , 184-192 .

[۱۸] خجسته مهر . ر . ، امان اللهی ، ع . ، زهره ای ، ا . ، و رجبی ، غ . (۱۳۹۳) . سبک های دلبستگی ، اسناد علی و اسناد مسوولیت به عنوان پیش بین های خشونت علیه زنان . روانشناسی خانواده ، ۱ ، ۴۱-۵۲ .

[19] Stacker , R . A . , & Bursik , K . (2003) . why am I unsatisfied ? Adult attachment style , gendered irrational relationship beliefs , and young adult romantic relationship satisfaction . personality and Individual Differences , 34 , 1419-1429.