

## Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy on Attachment Styles and Coping Strategies in Mothers of Children with Mental Retardation and Motor Disability

Ghahremanlou, \*H., Khorrami, M., Seeidy Shokhmzar, S.Z., Ashraffard, S.

### Abstract

**Introduction:** This study was carried out to determine the effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT) on Attachment Styles and Coping Strategies in Mothers of Children with Mental Retardation and Motor Disability.

**Method:** The samples were selected by multi-stage cluster random sampling (24 people) and then randomly divided into an experimental group (12 people in the cognitive-behavioral therapy group) and a control group (12) people. Adult attachment Inventory of Colins and Read and coping with stressful situations - short form Inventory of Calsbeek et al were used in the pre-test. In the next step, mindfulness-based cognitive therapy was performed on the experimental group for 8 hours in 8 sessions once a week and the control group did not undergo any intervention. Then, post-test was completed for both groups and the necessary data were collected and analyzed using multivariate analysis of covariance (MANCOVA).

**Results:** Intent to treat analyses provided evidence that MBCT can be effective in reducing anxiety ( $P= 0/002$ ,  $F= 39/944$ ) and avoidance ( $P= 0/001$ ,  $F= 51/772$ ) attachment styles and increasing safe attachment style ( $P= 0/000$ ,  $F= 130/352$ ), as well as reducing emotion- focused ( $P= 0/001$ ,  $F= 155/108$ ) and avoidance ( $P= 0/001$ ,  $F= 22/695$ ) coping strategies and increasing the problem-focused coping strategy ( $P= 0/002$ ,  $F= 203/127$ ), among mothers of children with Mental Retardation and Motor Disability in the post-test.

**Conclusion:** Considering the findings, the brief and non-pharmacological treatment MBCT can be used to improve attachment styles and coping strategies among mothers of children with Mental Retardation and Motor Disability, more attention should be paid to mindfulness-based cognitive therapy intervention.

**Keywords:** Attachment, Cognitive Therapy, Mindfulness, Coping, Mental Retardation and Motor Disability, Mothers.

## اثر بخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر سبک‌های دلبستگی و راهبردهای مقابله‌ای مادران دارای کودکان معلول ذهنی - حرکتی

حشمت‌اله قهرمانلو<sup>۱</sup>، محمد خرمی<sup>۲</sup>، سیده زهرا سیدی شخم‌زار<sup>۳</sup>، سمیه اشرفی‌فرد<sup>۴</sup>

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۰۸/۲۷ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۰۶/۰۳

### چکیده

**مقدمه:** پژوهش حاضر به منظور تعیین اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر سبک‌های دلبستگی و راهبردهای مقابله‌ای مادران دارای کودکان معلول ذهنی - حرکتی انجام شد.

**روش:** نمونه‌ها به شیوه تصادفی خوشه‌ای چندمرحله‌ای (تعداد ۲۴ نفر) انتخاب و سپس به صورت تصادفی به یک گروه آزمایش (۱۲ نفر در گروه درمان شناختی - رفتاری) و یک گروه گواه (۱۲ نفر) تقسیم شدند. در پیش‌آزمون از پرسشنامه‌های دلبستگی بزرگسالان کالینز و رید و مقابله با شرایط پراسترس - فرم کوتاه کالزبیک و همکاران استفاده شد. سپس، درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی طی ۸ جلسه و یکبار در هفته به مدت دو ساعت بر روی گروه آزمایش اجرا شد و گروه گواه تحت هیچ مداخله‌ای قرار نگرفت. پس‌آزمون برای هر دو گروه تکمیل و داده‌های لازم گردآوری و با استفاده از روش تحلیل کواریانس چندمتغیره (مانکووا) مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفته‌اند.

**یافته‌ها:** تجزیه و تحلیل‌های درمانی مبین آن بود که برنامه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی باعث کاهش سبک‌های دلبستگی اضطرابی ( $F= ۳۹/۹۴۴$  و  $P= ۰/۰۰۲$ ) و اجتنابی ( $F= ۵۱/۷۷۲$  و  $P= ۰/۰۰۱$ ) و افزایش سبک ایمن ( $F= ۱۳۰/۳۵۲$  و  $P= ۰/۰۰۰$ ) و همچنین کاهش راهبردهای مقابله‌ای هیجان‌مدار ( $F= ۱۵۵/۱۰۸$  و  $P= ۰/۰۰۱$ ) و اجتنابی ( $F= ۲۲/۶۹۵$  و  $P= ۰/۰۰۱$ ) و افزایش راهبرد مسأله‌مدار ( $F= ۲۰۳/۱۲۷$  و  $P= ۰/۰۰۲$ ) مادران کودکان معلول ذهنی- حرکتی در مرحله پس‌آزمون شد.

**نتیجه‌گیری:** با توجه به یافته‌ها، می‌توان از درمان مختصر و غیردارویی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی برای بهبود و کارآمدی سبک‌های دلبستگی و راهبردهای مقابله‌ای مادران کودکان معلول ذهنی حرکتی مغزی استفاده نمود.

**واژه‌های کلیدی:** دلبستگی، ذهن آگاهی، شناخت‌درمانی، مادران، مقابله، معلول ذهنی حرکتی.

## مقدمه

معلولیت واقعی است انکارناپذیر و به عنوان یک پدیده اجتماعی از ادوار گذشته تاکنون در جوامع وجود داشته است. مفهوم معلولیت توسط سازمان بهداشت جهانی در طبقه‌بندی بین‌المللی ناتوانی کارکردی و سلامت، به عنوان یک اصطلاح چتری برای آسیب‌ها، محدودیت‌های کارکردی و محدودیت‌های مشارکتی مطرح شده است (۱، ۲).

براساس آمار سازمان بهداشت جهانی در کشورهای درحال توسعه بین ۱۰ تا ۱۵ درصد افراد جامعه دچار معلولیت می‌باشند که بین ۴ تا ۴/۵ درصد اشخاص نیز دچار معلولیت شدید می‌شوند که باید خدمات ویژه‌ای دریافت نمایند (۳). در ایران نیز معلولیت جمعیت انبوهی را که به بیش از یک‌ونیم میلیون نفر می‌رسد دربر می‌گیرد. سه درصد از این افراد دارای معلولیت‌های بسیار شدید هستند. براساس سرشماری‌های سال‌های ۸۵ تا ۹۰ از هر ۹ معلولیت آمارگیری شده، بیشترین میزان مربوط به اختلالات ذهنی و روانی بوده است (۴).

نتایج تعداد زیادی از مطالعات بیانگر این واقعیت است که والدین دارای کودکان معلول در مقایسه با سایر والدین، اضطراب و فشار زیادی را تحمل می‌کنند و از سلامت روان پایین‌تری برخوردارند (۳، ۵). در این بین، مادران با توجه به چند نقشی بودن خود (مادر، همسر، کارمند)، معمولاً استرس‌های روانشناختی فراوانی را تجربه می‌کنند و این فرایند سبب آسیب‌دیدن سایر فرایندهای روانی آنها می‌شود (۶).

یکی از عواملی که تأثیر قابل ملاحظه‌ای بر سلامت روانی و نشانگان آسیب‌شناسی روانی در والدین کودکان معلول دارد، نحوه مقابله آنها با استرس‌ها و دلبستگی‌های ناشی از معلولیت فرزند می‌باشد (۷). شیوه‌ای که این افراد در پاسخ به تهدید یکپارچگی شخصی‌شان بکار می‌برند در یک پیوستار از راهبردهای مقابله‌ای به شدت مؤثر تا واکنش‌های به شدت معیوب قرار می‌گیرد (۸).

وسپا یا کوبسن، اسپازافمو و بالداجی (۲۰۱۶) معتقدند که راهبرد مقابله مکرراً براساس رفتارهای آشکار و نهان توصیف می‌شود که همه نشانه‌های جلوگیری از درهم شکستن فرد از طریق درک خواسته‌ها و تقاضاهای موقعیت فشارزا می‌باشد. آنها "خصوصیت محافظت‌کننده بودن" مقابله را یکی از

مهم‌ترین کارکردهای آن می‌دانند (۸). پاتیستا (۲۰۰۵) راهبردهای مقابله‌ای را رفتارهایی می‌داند که ارگانسیم در مقابل استرس‌های محیطی به عنوان پاسخ تطبیق نشان می‌دهد و به عنوان اشکال "فائق آمدن" شناخته می‌شوند (۹). نوربرگ، لیندبلاد و بومن (۲۰۰۵) راهبردهای مقابله‌ای را کوشش ذهنی یا عملی برای غلبه یافتن، تحمل کردن یا کاهش دادن نیازهایی در نظر می‌گیرند که فراتر از منابع فرد است (۱۰). این راهبردها از تلاش‌های شناختی و رفتاری تشکیل شده است و می‌تواند مسأله‌مدار و هیجان‌مدار باشد. افراد معمولاً در مدیریت مطالبات موقعیت استرس‌زا بر همه اشکال مقابله تکیه می‌کنند (۱۱). تحقیقات نشان داده است که والدین کودکان معلول برای سازگاری با فشارهای همراه با اوضاع نامساعد کودک، هم رفتارهای مقابله‌ای هیجان‌مدار و هم مسأله‌مدار را بکار می‌گیرند. باین وجود، هر دو والد، زمانی که با بالاتکلیفی‌های مرتبط با مشکل کودک و سرانجام روابط کودک با دیگران مواجه می‌شوند، به راهبردهای هیجان‌مدار بیشتر تکیه می‌کنند (۱۲).

از دیگر متغیرها و مؤلفه‌هایی که نقش تعیین‌کننده‌ای در روابط والدین کودکان معلول با کودکانشان دارد سبک‌های دلبستگی است، زیرا دلبستگی زمینه‌ساز نحوه برخورد فرد با مسائل زندگی بوده و شیوه نگرش فرد را نسبت به مسائل مشکلات، مشخص می‌سازد. همچنین، الگوی دلبستگی، تعیین‌کننده آمادگی فرد برای حل و فصل مشکلات، کنش‌ها و واکنش‌های فرد در برابر مشکلات اجتماعی و ناکامی‌ها است (۱۳). به نظر بالبی رفتار دلبستگی می‌تواند به وسیله کارکردش که همان حفظ رابطه نزدیکی و معاشرت با فرد دیگر است، تعریف شود (۱۴). نظریه‌های میان فردی (مانند، نظریه تعامل افسردگی کوبین) بر نقش فرآیندهای میان فردی در بروز حالات خلق و خو و تعارضات تأکید می‌کنند. استفاده از رویکرد یکپارچه شناختی - میان فردی به بررسی تعامل بین هر دو عامل درون فردی و میان فردی توجه می‌کند. نظریه دلبستگی یکی از این نظریه‌های یکپارچه است که می‌تواند به عنوان یک چارچوب شناختی - میان فردی برای درک چگونگی بروز مشکلات عاطفی (مانند، دلسوزی به خود) مورد استفاده قرار گیرد. طبق نظریه کردارشناسی، دلبستگی عامل مهمی در رشد عاطفی و اجتماعی سال‌های بعدی زندگی فرد است، بدین ترتیب که او به دلیل دلبستگی

فرانشاختی ویژه برای متمرکز کردن فرآیند توجه است که به نوبه خود به جلوگیری از چرخه معیوب تشدید خلق منفی - فکر منفی - گرایش به پاسخ‌های نگران‌کننده، رشد دیدگاه جدید و پدیدآیی افکار و هیجان‌های خوشایند منجر می‌شود (۲۱). شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی، از روی مدل کاهش استرس مبتنی بر روش ذهن‌آگاهی کابات‌زین (۱۹۸۲) ساخته شده و اصول درمان شناختی به آن اضافه شده است. این نوع شناخت‌درمانی شامل مدیتیشن‌های مختلف، یوگای کششی، آموزش مقدماتی، تمرین مرور بدن و چند تمرین شناخت‌درمانی است که ارتباط بین خلق، افکار، احساس و حس‌های بدنی را نشان می‌دهد. تمامی این تمرین‌ها، به نوعی توجه به موقعیت‌های بدنی و پیرامون را در «لحظه حاضر» میسر می‌سازد (۲۲). کی و پیدگیون (۲۰۱۳) معتقدند که آموزش شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی به افراد می‌آموزد که به جای اینکه بخواهند به زور افکار منفی خود را کنترل و یا سرکوب کنند، بپذیرند که افکار و احساسات وجود دارند (۲۳). شاور و همکاران (۲۰۰۷)، و ریان و همکاران (۲۰۰۷) نیز معتقدند که ذهن‌آگاهی و دلبستگی خیلی به هم وابسته اند، به طوری که افراد با دلبستگی ایمن ذهن‌آگاهی بهتری نسبت به افراد دارای دلبستگی اجتنابی و اضطرابی دارند (۲۴، ۲۵).

در یک بررسی مروری نتیجه‌گیری شد که ذهن‌آگاهی اثرات مثبت روانی مختلف، از جمله افزایش بهزیستی روانی، کاهش علائم روانی و واکنش پذیرش هیجانی، بهبود تنظیم هیجان و رفتار، و سرزندگی و نشاط را به ارمغان می‌آورد (۲۶). نتایج سایر پژوهش‌ها نشان داده‌اند که درمان ذهن‌آگاهی بر سبک‌های دلبستگی (۲۷-۲۹) و راهبردهای مقابله‌ای (۳۰، ۳۱) افراد مؤثر هستند.

به زعم چنین تحقیقاتی، تاکنون درخصوص بررسی تأثیر رویکرد شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی همزمان بر سبک‌های دلبستگی و راهبردهای مقابله‌ای مادران کودکان دارای معلولیت ذهنی‌حرکتی در داخل و خارج از کشور مطالعه‌ای صورت نگرفته است. بنابراین با توجه به این موضوع و نیز مبانی ارایه شده مبنی بر اینکه وجود کودک معلول در خانواده به عنوان یک رویداد تنش‌زا، باعث فراخوانی واکنش‌های روانشناختی والدین و بویژه مادران می‌شود و همچنین این که در ایران معلولیت جمعیت انبوهی را دربرمی‌گیرد و

به والدین خود ارزش‌ها و معیارهای افرادی را که از او مراقبت می‌کنند می‌پذیرد (۱۴). شمولی-گوئز، تارگت، فونایگی و دینا (۲۰۰۸) معتقدند که سبک دلبستگی و کیفیت روابط والد - فرزند عامل مهمی در شکل‌گیری شخصیت بعدی و رشد آسیب‌شناسی روانی مورد توجه قرار گرفته است (۱۵). سه سبک دلبستگی عمده وجود دارد: دلبستگی ایمن، دلبستگی ناایمن اجتنابی، و دلبستگی ناایمن دوسوگرا (۱۶). بزرگسالانی که سابقه دلبستگی خود را ایمن (محبت‌آمیز و حمایت‌کننده) توصیف می‌کنند، الگوهای واقعی درونی دارند و از صمیمیت احساس خشنودی می‌کنند. افرادی که سابقه دلبستگی دوری جو دارند (والدین پرتوقع، بی‌اعتنا و عیب‌جو) الگوهای واقعی درونی دارند که بر استقلال، بی‌اعتمادی به معشوق و نگرانی از صمیمی شدن زیاد افراد تأکید می‌کنند (۱۷). افرادی که سبک دلبستگی مقاوم دارند (والدینی که به صورت غیرقابل پیش‌بینی و غیرمنصفانه پاسخ می‌دهند) الگوهای درونی معطوف به غرق شدن کامل در دیگری و رابطه عاشقانه مملو از حسادت، افت‌وخیزهای عاطفی، و نگرانی را نشان می‌دهند (۱۸). آبالا (۲۰۰۵) طی پژوهشی دریافت که الگوهای دلبستگی ناایمن به واسطه راهبردهای دفاعی به عنوان عوامل خطری برای بسیاری از مشکلات روانی از جمله تعارضات فردی عمل می‌کنند (۱۲).

بالبی (۱۹۸۹) به رابطه علی بین سبک‌های دلبستگی و ظرفیت و توانمندی فرد در حفظ و تداوم پیوندهای عاطفی در آینده تأکید نموده است (۱۹). به دلیل گستردگی و وسعت شیوع مسایل روانی تاکنون روش‌های درمانی متعددی جهت افزایش سطح متغیرهای دلبستگی و راهبردهای مقابله‌ای با استرس معرفی و به کار گرفته شده است. از جمله می‌توان به تکنیک‌های روان‌کاوی، رفتاردرمانی، شناخت‌درمانی و خانواده درمانی اشاره نمود. هر کدام از این روش‌ها با در نظر گرفتن عوامل احتمالی زمینه‌ساز این مسائل طراحی و به کار گرفته شده‌اند و دارای ضعف‌ها و نقایصی بوده‌اند که بر ضرورت استفاده از سایر روش‌ها و ایجاد روش‌های درمانی جدیدتر تأکید دارد. از جمله این روش‌ها می‌توان به شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی اشاره کرد (۲۰). زین کابات (۱۹۹۰) ذهن‌آگاهی را توجه ویژه، هدفمند، در زمان کنونی و خالی از پیش‌داوری و قضاوت تعریف می‌کند (۲۱). ذهن‌آگاهی مستلزم راهبردهای رفتاری، شناختی و

بازآزمایی این آزمون برای هر یک از سه زیر مقیاس به ترتیب ۰/۶۸ - ۰/۷۱ و ۰/۵۲ گزارش شده است. کالینز و رید نشان دادند که زیر مقیاس‌های نزدیک بودن (C)، وابستگی (D) و اضطراب (A) در فاصله زمانی ۲ ماه و حتی ۸ ماه پایدار ماندند. آلفای کرونباخ در تمامی موارد مساوی یا بیش از ۰/۸۰ است. در ایران نیز قابلیت اعتماد این آزمون در سطح ۰/۹۵ گزارش شده است. در پژوهش سعیدیان اصل، خانزاده، حسنی و ادریسی (۱۳۹۱) اعتبار این مقیاس با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای زیر مقیاس‌ها، بین ۷۲٪ تا ۸۴٪ به دست آمد (۳۳). در پژوهش حاضر پایایی آزمون برپایه ضریب آلفای کرونباخ برای خرده سبک‌های ایمن، اجتنابی و هیجانی به ترتیب ۰/۷۰، ۰/۷۹ و ۰/۸۰ به دست آمد. برای سنجش روایی سؤالات از تحلیل عاملی تأییدی استفاده شد و شاخص‌های برازش (GFI= ۰/۹۴، CFI= ۰/۹۵، NFI= ۰/۹۴، RMSEA= ۰/۰۴۳،  $X^2/df = ۳/۴۱$ ) حاکی از روایی مناسب پرسشنامه می‌باشد.

۲. پرسشنامه مقابله با شرایط پراسترس - فرم کوتاه (CISS-21): این آزمون که توسط کالزیک و همکاران و براساس پرسشنامه اصلی مقابله با شرایط پراسترس اندلر و پارکر، ۱۹۹۰ ساخته شده است (۳۴) و یک آزمون ۲۱ سؤالی از نوع ۵ درجه‌ای لیکرت (از نمره ۱ تا ۵) می‌باشد که سه سبک مقابله مسأله‌مدار، مقابله هیجان‌مدار و مقابله اجتنابی را می‌سنجد. نتایج پژوهش‌ها نشان داده است که زیرمقیاس‌های مقابله مسأله‌مدار، مقابله هیجان‌مدار و دو بعد اجتنابی - سرگرمی اجتماعی و توجه‌گردانی از همسانی درونی مطلوبی برخوردارند (ضریب آلفای کرونباخ بین ۰/۶۷ تا ۰/۸۸). ضرایب آلفای کرونباخ در زیر مقیاس‌های مسأله‌مدار، اجتنابی و هیجان‌محور به ترتیب ۰/۹۰، ۰/۷۹ و ۰/۸۵ بوده است. همچنین ساختار عاملی مقیاس در گروه‌های نمونه‌های مختلف از جمله افراد سالم و مبتلا به بیماری‌های مزمن دیگر نیز حفظ شده که نشان‌دهنده روایی سازه مناسب مقیاس است (۳۵). در این پژوهش پایایی آزمون با آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس‌های مسأله‌مدار، اجتنابی و هیجان‌مدار به ترتیب ۰/۷۷، ۰/۸۲ و ۰/۷۶ تعیین گردید. برای سنجش روایی سؤالات از تحلیل عاملی تأییدی استفاده شد و شاخص‌های برازش (GFI= ۰/۹۵، CFI= ۰/۹۵،

نهایتاً با توجه به اثبات سودمندی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی در بسیاری از شرایط استرس‌زا، انجام این پژوهش ضرورت پیدا می‌کند. بنابراین سؤال اصلی پژوهش حاضر این است: آیا آموزش شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر سبک‌های دلبستگی و راهبردهای مقابله‌ای مادران کودکان دارای معلولیت ذهنی حرکتی تأثیر دارد؟

## روش

**طرح پژوهش:** تحقیق حاضر کاربردی و از نوع طرح‌های نیمه‌آزمایشی از نوع طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل بود که با هدف اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر سبک‌های دلبستگی و راهبردهای مقابله‌ای مادران دارای کودکان معلول ذهنی - حرکتی انجام شد.

**آزمودنی‌ها:** جامعه آماری، شامل کلیه مادران کودکان معلول ذهنی حرکتی شهر مشهد بودند (۱۳۰ نفر). پس از هماهنگی و اخذ موافقت از طرف اداره آموزش و پرورش از بین این مادران، نمونه‌ای به حجم ۲۴ به صورت نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای چند مرحله‌ای انتخاب شدند و سپس به صورت تصادفی به یک گروه آزمایش (۱۲ نفر) و یک گروه کنترل (۱۲ نفر) تقسیم شدند. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل تشخیص معلولیت ذهنی حرکتی توسط پزشک متخصص مغز و اعصاب کودکان، رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش، نداشتن ناتوانی جسمی از جمله نابینایی و وجود تنها یک کودک معلول در خانواده بود. معیار خروج از مطالعه نیز شامل عدم تمایل خانواده علی‌رغم موافقت اولیه جهت همکاری در پژوهش، در نظر گرفته شد. ملاحظات اخلاقی این پژوهش شامل رضایت آگاهانه افراد برای شرکت در پژوهش، تأکید بر محرمانه ماندن اطلاعات و اجتناب از آسیب رساندن به آنها بود.

## ابزار

۱. پرسشنامه دلبستگی بزرگسالان (RAAS): مقیاس دلبستگی بزرگسالان به وسیله کالینز و رید (۱۹۹۰) تهیه و مورد بازنگری (۱۹۹۶) قرار گرفت. این مقیاس دارای ۱۸ عبارت است که پاسخ‌دهندگان در یک مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای میزان موافقت یا مخالفت خود با هریک از عبارات را بیان می‌کنند. این پرسشنامه دارای سه زیر مقیاس سبک دلبستگی ایمن، اضطرابی و اجتنابی است. به هر یک از زیر مقیاس‌ها ۶ عبارت اختصاص یافته است. ضریب پایایی

از روایی مناسب پرسشنامه می‌باشد.  $NFI= 0/95$ ,  $RMSEA= 0/023$ ,  $X^2/df = 3/62$  حاکمی

**جدول ۱) پروتکل شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی کاسکالسون**

جلسات	
اول	معرفی / مقدمه، تشریح افسردگی؛ معرفی منطق درمان، هدایت خودکار: برقراری ارتباط و مفهوم‌سازی، لزوم استفاده از آموزش ذهن‌آگاهی، ارایه توضیحاتی در مورد هدایت خودکار.
دوم	رویارویی با موانع: مرور تکلیف هفته گذشته، تمرین واریسی بدن، دادن پسخوراند و بحث در مورد واریسی بدن، تمرین مراقبه ذهن‌آگاهی تنفس.
سوم	حضور ذهن از تنفس: مرور تکالیف هفته گذشته، تمرین مراقبه نشسته، بازنگری تمرین، تمرین فضای تنفس سه دقیقه‌ای.
چهارم	ماندن در زمان حال: مرور تکالیف هفته قبل، تمرین هفت دقیقه‌ای "دیدن یا شنیدن"، تمرین مجدد ذهن‌آگاهی تنفس و واریسی بدن.
پنجم	اجازه / مجوز حضور: مرور تکالیف هفته گذشته، تمرین تنفس، مراقبه نشسته (آگاهی از تنفس، بدن، صدا و افکار)، توضیحات پیرامون استرس و رابطه آن با درد، بررسی آگاهی از وقایع خوشایند و ناخوشایند بر احساس، افکار و حس‌های بدنی.
ششم	افکار حقایق نیستند: مرور تکالیف هفته گذشته، یوگای هوشیارانه، بحث پیرامون متفاوت دیدن افکار یا افکار جانشین، مراقبه نشسته (حضور ذهن از صداها و افکار).
هفتم	چطور می‌توانم به بهترین شکل از خودم مراقبت کنم: مرور تکالیف هفته گذشته، بهداشت خواب، تکرار تمرینات جلسه قبل، تهیه فهرستی از فعالیت‌های لذت‌بخش جلسه.
هشتم	پذیرش و تغییر: مرور تکالیف هفته گذشته، تمرین واریسی بدن، جمع‌بندی جلسات، واریسی و بحث در مورد برنامه‌ها و ادامه تمرینات تکالیف؛ آمادگی برای خاتمه (پایان‌دهی).

و گروه گواه تحت هیچ مداخله‌ای قرار نگرفت. سپس پس از آزمون برای هر دو گروه تکمیل گردید و داده‌های لازم گردآوری و توسط تحلیل کواریانس چندمتغیره مورد تحلیل قرار گرفت. خلاصه‌ای از دستورالعمل اجرایی جلسات شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی کاسکالسون، ۲۰۱۱ (۳۲) در جدول ۱ مطرح شده است.

**یافته‌ها**

ویژگی‌های جمعیت شناختی تحقیق شامل سن و تحصیلات بود.

شرکت‌کنندگان در این پژوهش ۲۴ نفر بودند و دامنه سنی آنها ۲۰ تا ۵۰ سال بود. متوسط سن شرکت‌کنندگان در دو گروه تقریباً یکسان بود و از نظر آماری تفاوت معناداری نداشتند ( $t=0.427$ ,  $sig=0.475$ ,  $df=22$ ).

**روند اجرای پژوهش:** روش اجرای پژوهش به این صورت بود که، ابتدا جهت اخذ مجوزهای لازم به اداره آموزش و پرورش مشهد مراجعه نموده و پس از دریافت مجوز به مدارس استثنایی مراجعه شد و ۲۴ نفر از مادرانی که دارای ملاک‌های ورود بودند، انتخاب شدند. سپس با توجه به معیارهای ورود و خروج این افراد به صورت جایگزینی یا گمارش تصادفی در یک گروه آزمایش و یک گروه گواه قرار گرفتند. در ادامه پیش‌آزمون با استفاده از پرسشنامه‌های پرسشنامه دلبستگی بزرگسالان (RAAS) و پرسشنامه مقابله با شرایط پراسترس - فرم کوتاه (CISS-21) برای تک‌تک مادران به صورت جداگانه توسط پژوهشگر، انجام شد. در مرحله بعد، شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و فراشناخت درمانی طی ۸ جلسه و یکبار در هفته به مدت دو ساعت بر روی گروه‌های آزمایش اجرا شد

**جدول ۲) ویژگی‌های جمعیت شناختی شرکت‌کنندگان در پژوهش بر حسب گروه‌ها**

تحصیلات	سن		N		
	دیپلم	لیسانس			فوق لیسانس
گروه گواه	۵	۵	۴/۶	۳۲/۸	۱۲
گروه آزمایشی	۵	۶	۴/۱	۳۳/۵	۱۲

جدول ۳) میانگین و انحراف معیار متغیرهای وابسته پژوهش در گروه آزمایش و گواه

متغیر	گروه ها	پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
ایمن	آزمایش	۱۱/۵۰	۲/۲۲	۲۰/۴۰	۱/۷۷
	گواه	۹/۶۶	۲/۳۰	۱۰/۶۶	۲/۴۲
اضطرابی	آزمایش	۲۲/۸۰	۲/۲۹	۸/۱۰	۱/۲۸
	گواه	۱۹/۵۰	۳/۲۶	۱۸/۳۳	۳/۹۳
اجتنابی	آزمایش	۱۸/۴۰	۴/۴۵	۷/۵۰	۱/۸۴
	گواه	۱۵	۱/۶۵	۱۴	۲/۳۷
مسأله‌مدار	آزمایش	۷/۸۰	۰/۷۸	۱۸	۱/۳۳
	گواه	۸/۳۳	۰/۸۸	۸/۰۸	۰/۷۹
هیجان‌مدار	آزمایش	۱۷/۶۰	۱/۵۷	۸/۳۰	۱/۱۵
	گواه	۱۷/۵۰	۲/۶۴	۱۷/۴۱	۲/۱۰
اجتنابی	آزمایش	۱۷/۸۰	۱/۶۱	۸/۹۰	۲/۹۶
	گواه	۱۷	۱/۶۵	۱۶/۷۵	۳/۲۲

باشند. در این بخش، مقدار F تعامل متغیرهای اصلی همپراش معنادار نمی‌باشد ( $P > 0/05$ )، که می‌توان نتیجه گرفت که پیش‌فرض همگنی شیب رگرسیون رعایت شده است.

همانگونه که در جدول ۴ ملاحظه می‌شود سطح معنی‌داری تمامی آزمون‌های چندمتغیره اثر پیلای، لامبدای ویکلز، اثر هوتلینگ و بزرگترین ریشه‌روی  $0/001$  و کمتر از  $0/05$  می‌باشد که این نشان می‌دهد که بین دو گروه حداقل در یکی از متغیرهای پژوهش تفاوت معنی‌داری وجود دارد. در ادامه جهت تعیین اینکه این تأثیر کلی در کدام گروه‌ها و کدام متغیرها وجود دارد، نتایج تحلیل کواریانس چندمتغیره و همچنین نتایج مربوط به میانگین نمره‌های تعدیل شده پس آزمون ارائه شده است.

نتایج جدول ۵ بیانگر تفاوت معنادار بین نمره‌های پیش آزمون - پس آزمون دو گروه برای متغیرهای تحقیق می‌باشد. بنابراین می‌توان گفت آموزش شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر سبک‌های دلبستگی و راهبردهای مقابله‌ای مادران دارای فرزند معلول ذهنی حرکتی مؤثر بوده است.

جدول ۳ بیانگر میانگین گروه آزمایش و گواه می‌باشد. این جدول نشان می‌دهد که میانگین گروه آزمایش در تمام خرده مقیاس‌های سبک‌های دلبستگی و راهبردهای مقابله‌ای افزایش یافته است. در ادامه به منظور آزمون معنی‌داری اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر سبک‌های دلبستگی و راهبردهای مقابله‌ای مادران دارای فرزند معلول ذهنی حرکتی و برای کنترل اثر پیش‌آزمون از روش تحلیل کواریانس چندمتغیره استفاده شد. استفاده از این آزمون مستلزم رعایت کردن برخی مفروضه‌های اساسی است که عبارتند از: نرمال بودن نمرات متغیر وابسته، همگنی واریانس‌ها و همگنی خطوط رگرسیون. در این پژوهش این مفروضه‌ها در جداول ۳ و ۴ مورد بررسی قرار گرفت. نرمال بودن نمرات متغیر وابسته توسط آزمون کلموگروف - اسمیرنوف تأیید گردید، به این صورت که مقدار Z مربوط به آزمون کلموگروف - اسمیرنوف برای متغیرهای پژوهش معنادار نیست ( $P > 0/05$ ). از این رو، می‌توان نتیجه گرفت که توزیع نمرات در این متغیرها طبیعی است. همگنی واریانس خطا با استفاده از آزمون لوین بررسی و تأیید گردید، به این صورت که مقدار مربوط به آزمون F لوین معنادار نیست ( $P > 0/05$ ). این عدم معناداری نشانگر این است که واریانس گروه‌ها از تجانس برخوردار است. همچنین شیب رگرسیون بین همپراش و وابسته در سطوح مختلف متغیر مستقل (گروه گواه و آزمایش) از این طریق بررسی می‌شود که متغیرهای همپراش با متغیرهای مستقل رابطه نداشته

جدول ۴) نتایج آزمون لامبدای ویلکز برای تعیین اثر متغیر گروه

نام آزمون	ارزش (مقدار)	آماره F	درجه آزادی فرضیه‌ها	درجه آزادی خطا	سطح معنی‌داری	اتا
اثر پیلائی	۰/۹۸۹	۱۳۰/۸۲۲	۶	۹	۰/۰۰۱	۰/۹۸۹
ویلکز لامبدا	۰/۰۱۱	۱۳۰/۸۲۲	۶	۹	۰/۰۰۱	۰/۹۸۹
هتلینگ	۸۷/۲۱۵	۱۳۰/۸۲۲	۶	۹	۰/۰۰۱	۰/۹۸۹
بزرگترین ریشه روی	۸۷/۲۱۵	۱۳۰/۸۲۲	۶	۹	۰/۰۰۱	۰/۹۸۹

جدول ۵) خلاصه تحلیل کواریانس چندمتغیره

منبع تغییرات		مجموع مجزورات	Df	میانگین مجزورات	F	سطح معنی‌داری	مجزور اتا
گروه	اجتنابی	۲۲۱/۶۸۳	۱	۲۲۱/۶۸۳	۲۲/۶۹۵	۰/۰۰۱	۰/۶۱۸
	خطا	۱۳۶/۷۵۰	۱۴	۹/۷۶۸			
راهبردهای مقابله‌ای	مسأله‌مدار	۲۵۰/۴۹۱	۱	۲۵۰/۴۹۱	۲۰۳/۱۲۷	۰/۰۰۲	۰/۹۳۶
	خطا	۱۷/۲۶۴	۱۴	۱/۲۳۳			
هیجان‌مدار	گروه	۲۳۰/۰۷۸	۱	۲۳۰/۰۷۸	۱۵۵/۱۰۸	۰/۰۰۱	۰/۹۱۷
	خطا	۲۰/۷۶۷	۱۴	۱/۴۸۳			
اضطرابی	گروه	۳۹۲/۲۷۷	۱	۳۹۲/۲۷۷	۳۹/۹۴۴	۰/۰۰۲	۰/۷۴۰
	خطا	۱۳۷/۴۹۰	۱۴	۹/۸۲۱			
سبک‌های دلبستگی	اجتنابی	۱۸۵/۲۰۲	۱	۱۸۵/۲۰۲	۵۱/۷۷۲	۰/۰۰۱	۰/۷۸۷
	خطا	۵۰/۰۸۱	۱۴	۳/۵۷۷			
ایمن	گروه	۳۵۲/۷۸۵	۱	۳۵۲/۷۸۵	۱۳۰/۳۵۲	۰/۰۰۰	۰/۹۰۳
	خطا	۳۷/۸۸۹	۱۴	۲/۷۰۶			

## بحث

هدف از انجام پژوهش حاضر، اثربخشی آموزش شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر سبک‌های دلبستگی و راهبردهای مقابله‌ای مادران کودکان دارای معلولیت ذهنی حرکتی بود. هم‌جهت با یافته‌های مطالعات پیشین یافته‌های تحقیق حاضر از اثربخشی آموزش شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر سبک‌های دلبستگی (۲۷، ۲۸) و راهبردهای مقابله‌ای (۳۰، ۳۱) حمایت نمود.

از بعد اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر افزایش الگوی دلبستگی ایمن و کاهش الگوهای دلبستگی اضطرابی و اجتنابی می‌توان گفت براساس شواهد، ذهن آگاهی و دلبستگی در بسیاری از فرآیندهای عصبی و نتایج روانی با هم مرتبط هستند (۳۶). شاور و همکاران (۲۰۰۷) معتقدند که ذهن آگاهی و دلبستگی خیلی به هم وابسته‌اند، به طوری که افراد با دلبستگی ایمن ذهن آگاهی بهتری نسبت به افراد دارای دلبستگی اجتنابی و اضطرابی دارند (۲۴). ریان و همکاران (۲۰۰۷) دلایل متعددی برای ارتباط دلبستگی ایمن و آگاهی بالا از ذهن بیان نموده‌اند: اولاً این ارتباط ممکن است وجود داشته باشد زیرا دریافت

مراقبت همراه با حساسیت و پاسخگویی در کودکی منجر به گسترش دلبستگی ایمن و افزایش سطوح آگاهی از ذهن می‌شود. ثانیاً، دلبستگی ایمن و ذهن آگاهی در بسیاری از نتایج مثبت روانی با هم در ارتباط هستند. درنهایت، آنها مطرح کردند که این دو سازه ممکن است به صورت متقابل با هم مرتبط باشند. به این صورت که از یک سو، افرادی که به طور طبیعی سطح ذهن آگاهی بالاتری دارند ممکن است توانایی بیشتری به حفظ موضع باز و پذیرا بودن در روابط داشته باشند، و سبب می‌شود واکنش منفی کمتری نسبت به مشکلات رابطه‌ای داشته باشند. همچنین ذهن آگاهی بالاتر امکان دارد به افراد اجازه دهد به جای غرق شدن در افکار و احساسات رابطه‌ای که از مؤلفه‌های سبک دلبستگی ناایمن و اضطرابی می‌باشد پاسخ‌های سازنده و مفید بیشتری بدهند. از طرف دیگر، افراد دارای سبک دلبستگی ایمن نسبت به افراد با سبک‌های اجتنابی و اضطرابی ممکن است ظرفیت بیشتری برای حفظ توجه و آگاهی داشته باشند، به طوری که توسط مسائل شناختی و عاطفی مربوط به روابط و دلبستگی سالم و ایمن تحلیل نمی‌روند و بنابراین افراد با سبک دلبستگی ایمن در مقابل افراد دارای سطح اجتناب و

به نشخوار ذهنی بپردازند. این وضعیت باعث گسترش آسیب‌های ناشی از داشتن مشکلات می‌شود که مانند یک چرخه تکراری در طول زندگی فرد ادامه پیدا می‌کند ولی، ذهن‌آگاهی باعث می‌شود افراد به جای این که در این چرخه گیر کنند، به موقعیت اضطراب‌آور به صورت یک تجربه‌ی جدید نگاه کنند. این موضوع، باعث می‌شود که آنها در دام افکار خودآیند نیافتند تا بتوانند موقعیت را به صورت مثبت و قابل تغییر ارزیابی کنند (۴۱). به همین دلیل است که افراد ذهن‌آگاه با وجود مشکلات و مسائل، همچنان بیشتر از راهبردهای مقابله‌ای مسأله‌مدار استفاده کنند. مادران کودکان معلولیت ذهنی حرکتی از این قاعده مستثنی نیستند. از این رو، آموزش ذهن‌آگاهی و ذهن‌آگاه کردن این مادران به صورت پایه‌ای حتی در صورت وجود کودک معلول ذهنی و حرکتی، می‌تواند به آنها را به استفاده از راهبردهای درست مقابله‌ای رهنمود کند. از جمله محدودیت‌های این پژوهش در نظر نگرفتن سایر عوامل بود که ممکن است بر متغیرهای پژوهش تأثیرگذار باشد. همچنین این پژوهش در بین مادران کودکان دارای معلولیت ذهنی حرکتی انجام شده است و قابل تعمیم به پدران نمی‌باشد. پیشنهاد می‌شود پژوهشی مشابه در جمعیت پدران و همشیره‌های کودکان ناتوان همراه با مرحله پیگیری انجام شود. از رویکرد شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی برای برنامه‌ریزی و افزایش استفاده از سبک‌های دلبستگی و راهبردهای مقابله سازنده و سالم در گروه‌های مختلفی همچون زنان سرپرست خانوار، کودکان بی‌سرپرست و بدسرپرست استفاده شود.

تشکر و قدردانی: گروه پژوهشی لازم می‌دانند تا از کلیه مادران کودکان معلول ذهنی حرکتی شهر مشهد که در انجام این پژوهش یاری رساندند، کمال قدردانی را به عمل آورند. این مطالعه برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد سیده زهرا سیدی شخم‌زار (با کد شناسایی: ۱۷۰۲۹۸۲۰۷۰۲۷۲۰۱۲) از دانشگاه آزاد سبزوار می‌باشد و با هزینه شخصی ایشان انجام شده است.

تعارض منافع: نویسندگان هیچ‌گونه تعارض منافی ندارند.

### منابع

1. Ebuenyi ID, van der Ham AJ, Bunders-Aelen JFG, Regeer BJ. Expectations management; employer perspectives on opportunities for improved employment of persons with mental disabilities in Kenya\*. Disability and Rehabilitation.

اضطراب بالا فضای بیشتری برای آگاهی دارند (۲۵). از این رو، باید گفت آموزش مهارت‌های ذهن‌آگاهی می‌تواند به گسترش الگوی دلبستگی ایمن را کاهش و الگوهای دلبستگی اضطرابی و اجتنابی مادران کودکان دارای معلولیت ذهنی حرکتی منجر شود.

از بعد اثربخشی شناخت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر کاهش راهبردهای مقابله‌ای هیجانی و اجتنابی و افزایش میزان راهبرد مسأله‌مدار می‌توان بیان داشت که برمبنای پیشینه ادبی ذهن‌آگاهی، افراد ذهن‌آگاه مشکلات و رویدادها را قضاوت نمی‌کنند، صبور هستند، به رویدادها و مسایل طوری نگاه می‌کنند که گویی برای اولین بار با آنها مواجه شده‌اند؛ به عبارت بهتر، به جای این که بی‌تفاوت نسبت به هر رویدادی بگذرند و یا بر مبنای تجارب پیشین، واکنش زیادی از خود نشان بدهند، تلاش می‌کنند که هر بار به رویدادها به شیوه جدید بنگرند؛ به خودشان و احساساتشان اعتماد دارند، خود را همان‌گونه که هستند می‌پذیرند (۳۷) واقعیات درونی و بیرونی را بدون تحریف ادراک می‌کنند، توانایی بالایی در مواجهه با انبوهی از تفکرات و هیجانات دارند (۳۸)، به رویدادها با تفکر و تأمل پاسخ می‌دهند (۳۹) و در شناخت، مدیریت و حل مشکلات روزمره، توانا و مؤثرتر هستند (۴۰). همه این‌ها و خصوصیات دیگری از این دست در مورد افراد ذهن‌آگاه بیانگر این است که این افراد به دنبال فرار از تجارب و مشکلات خود نیستند بلکه تلاش می‌کنند که آنها را بپذیرند و به شیوه نو و جدید تجربه کنند. برمبنای آنچه در پیشینه ادبیات راهبردهای مقابله‌ای بیان شده است، دوری‌گری و فرار - اجتناب، دو نوع از انواع راهبردهای مقابله‌ای هیجان‌مدار می‌باشند که مطابق آنچه بیان شد، این که افراد که از توانایی ذهن‌آگاه بالاتری برخوردار هستند از این راهبرد مقابله‌ای کمتر استفاده کنند، توجیه‌پذیر است. از سوی دیگر انسان‌ها به طور معمول رویدادهای تازه را بر مبنای تجارب پیشین خود قضاوت می‌کنند و برچسب خوب یا بد می‌زنند؛ از این رو، اگر در موقعیتی یک بار شکست بخورند، احتمالاً برای همیشه خود را شکست خورده می‌پندارند. بعلاوه، افرادی که از توانایی ذهن‌آگاهی برخوردار نیستند، تمایل به درگیر شدن در فرآیندهای پردازشی خودکار دارند و کمتر به لحظه‌ی کنونی توجه می‌کنند. این مسأله سبب می‌شود که این افراد بیشتر در موقعیت درد خود فرو بروند و



11. Skinner EA, Edge K, Altman J, Sherwood H. Searching for the structure of coping: a review and critique of category systems for classifying ways of coping. *Psychological bulletin*. 2003;129(2):216. doi: <https://doi.org/10.1037/0033-2909.129.2.216>.
12. Samadi SA. Parental Coping Styles of Individuals with Autism Spectrum Disorders: A Report from Iran. *Parenting: IntechOpen*; 2020. doi:DOI: 10.5772/intechopen.92700.
13. Khorrami M, Heydari H, Pordelan N, & Abbasi M. Prediction of Coronavirus Anxiety based on Attachment Styles, Resilience, and Life Expectancy in Drug Users. *Modern care journal*. In press.
14. Vicedo M. Attachment Theory from Ethology to the Strange Situation. *Oxford Research Encyclopedia of Psychology*2020. doi:10.1093/acrefore/9780190236557.013.524.
15. Shmueli-Goetz Y, Target M, Fonagy P, Datta A. The Child Attachment Interview: A psychometric study of reliability and discriminant validity. *Developmental psychology*. 2008; 44(4):939. doi:<https://doi.org/10.1037/0012-1649.44.4.939>.
16. Goldenberg I, Goldenberg H. *Family Therapy*. 5th ed: Peacock Publishers; 2004.
17. Mikulincer M, Florian V. Attachment style and affect regulation: Implications for coping with stress and mental health. *Blackwell handbook of social psychology: Interpersonal processes*. 2003:535-57. Oxford: Blackwell.
18. Fathi E, Gorji Z, Esmaeily M. The Relationship between parenting styles and Attachment Styles in men and women with infidelity. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*. 2011; 15:3743-7. doi:<https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2011.04.366>.
19. Bowlby J. *A secure base: Clinical applications of attachment theory*. 1988. London: Routledge. 1993;12(180):7-10.
20. Snyder R, Shapiro S, Treleaven D. Attachment Theory and Mindfulness. *Journal of Child and Family Studies*. 2012; 21(5):709-17. <https://doi.org/10.1007/s10826-011-9522-8>.
21. Kabat-Zinn J. *Full catastrophe living: Using the wisdom books of your body and mind to face stress, pain, and illness*. New York, NY, US: Delta Books. 1990.
22. Williams JMG, Teasdale JD, Segal ZV, Soulsby J. Mindfulness-based cognitive therapy reduces overgeneral autobiographical memory in formerly depressed patients. *Journal of abnormal psychology*. 2000;109(1):150-5. doi:10.1037/0021-843X.109.1.150.
23. Keye MD, Pidgeon AM. Investigation of the relationship between resilience, mindfulness, and academic self-efficacy. *Open Journal of Social Sciences*. 2013;1(6):1-4. doi:10.4236/jss.2013.16001
24. Shaver PR, Lavy S, Saron CD, Mikulincer M. Social foundations of the capacity for mindfulness: An attachment perspective. *Psychological Inquiry*. 2020;42(12):1687-96. doi:10.1080/09638288.2018.1534006. Available from: <https://doi.org/10.1080/09638288.2018.1534006>.
2. Namvar M, Khorrami M, Noorollahi A, pournemat M. Effectiveness of Mindfulness-Based Stress Reduction (MBSR) Therapy on Anxiety and Depression Symptoms in Patients with Multiple Sclerosis (MS), Bojnurd, Iran. *Psychology of Exceptional Individuals*. 2020;10(39):179-200. doi:10.22054/jpe.2021.45321.2037. Available from: [https://jpe.atu.ac.ir/article\\_12335\\_4aa94f260537998a46301338ec3ed431.pdf](https://jpe.atu.ac.ir/article_12335_4aa94f260537998a46301338ec3ed431.pdf). (2252-0031. [Persian])
3. Khorrami M, Atashpour SH, Arefi M. Comparison of the Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy and Metacognitive Therapy on Psychological Well-Being, Mental Vitality and Resilience among Mothers of Children with Cerebral Palsy. *Journal of North Khorasan University of Medical Sciences*. 2020;12(1):63-72. doi:10.29252/nkjmd-12019. Available from: <http://journal.nkums.ac.ir/article-1-2012-en.html>.
4. Haghbin A, Mohammadi M, Ahmadi N, Khaleghi A, Golmakani H, Kaviyani F, ... Hojjat, S. K. Prevalence of Psychiatric disorders in children and adolescents of North Khorasan province, Iran. *Journal of North Khorasan University of Medical Sciences*. 2018; 10(1), 117-127.
5. Khorrami M, Atashpour S. H, Arefi M. Analyzing the Path between Positive Psychological Functions among Mothers of Children Cerebral Palsy. *Journal of North Khorasan University of Medical Sciences*. 2019; 10(4), 28-39.
6. Pordelan N, Hosseini S, Heydari H, Khalijian S, & Khorrami M. Consequences of teleworking using the internet among married working women: Educational careers investigation. *Education and Information Technologies*. 2021; 1-23. <https://doi.org/10.1007/s10639-021-10788-6>.
7. Yeh Chao-Hsing, Ting-Ting Lee, Mei-Ling Chen, and Wenjun Li. "Adaptational process of parents of pediatric oncology patients." *Pediatric Hematology and Oncology* 17, no. 2 (2000): 119-131. <https://doi.org/10.1080/088800100276479>.
8. Vespa A, Jacobsen PB, Spazzafumo L, Balducci L. Evaluation of intrapsychic factors, coping styles, and spirituality of patients affected by tumors. *Psycho-Oncology*. 2011; 20(1):5-11. doi:<https://doi.org/10.1002/pon.1719>.
9. Patistea E. Description and adequacy of parental coping behaviours in childhood leukaemia. *International Journal of Nursing Studies*. 2005; 42(3):283-96. doi:<https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2004.06.010>.
10. Norberg AL, Lindblad F, Boman KK. Coping strategies in parents of children with cancer. *Social science & medicine*. 2005;60(5):965-75. doi:<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2004.06.030>.

35. Bazzazian S, Besharat M, Bahrami Ehsan H, Rajab A. The Moderating Role of Coping Strategies in Relationship Between Illness Perception, Quality of Life and HbA1c in Patients with Type I Diabetes. *Iranian Journal of Endocrinology and Metabolism*. 2010; 12(3):213-21. <http://ijem.sbmu.ac.ir/article-1-838-en.html>.
36. Siegel DJ. *The mindful brain: Reflection and attunement in the cultivation of well-being* (Norton series on interpersonal neurobiology). New York: Norton & Company; 2007.
37. Kabat-Zinn J. *Wherever you go, there you are: Mindfulness meditation in everyday life*: Hachette UK; 2005.
38. Brown KW, Ryan RM. The benefits of being present: mindfulness and its role in psychological well-being. *Journal of personality and social psychology*. 2003; 84(4):822. doi:DOI:10.1037/0022-3514.84.4.822. PMID:12703651.
39. Emanuel AS, Updegraff JA, Kalmbach DA, Ciesla JA. The role of mindfulness facets in affective forecasting. *Personality and Individual Differences*. 2010;49(7):815-8. doi:<https://doi.org/10.1016/j.paid.2010.06.012>.
40. Hollis-Walker L, Colosimo K. Mindfulness, self-compassion, and happiness in non-meditators: A theoretical and empirical examination. *Personality and Individual Differences*. 2011; 50(2):222-7. doi:<https://doi.org/10.1016/j.paid.2010.09.033>.
41. Schütze R, Rees C, Preece M, Schütze M. Low mindfulness predicts pain catastrophizing in a fear-avoidance model of chronic pain. *Pain*. 2010; 148(1):120-7. doi:<https://doi.org/10.1016/j.pain.2009.10.030>.
- 2007;18(4):264-71. doi:10.1080/10478400701598389.
25. Ryan RM, Brown KW, Creswell JD. How integrative is attachment theory? Unpacking the meaning and significance of felt security. *Psychological Inquiry*. 2007;18(3):177-82. doi:10.1080/10478400701512778.
26. Raker D, Luke F, Victor S, Mary J. Mindfulness in medicine. *Explore (NY)*. 2011;7(2):124-6. doi:10.1016/j.explore.2010.12.017. PMID:21397875.
27. Pickard JA, Townsend M, Caputi P, Grenyer BF. Observing the influence of mindfulness and attachment styles through mother and infant interaction: A longitudinal study. *Infant Mental Health Journal*. 2017;38(3):343-50. doi:<https://doi.org/10.1002/imhj.21645>.
28. Mohamadirizi S, Shaygannejad V, Mohamadirizi S. The survey of mindfulness in multiple sclerosis patients and its association with attachment style. *Journal of education and health promotion*. 2017;6. doi:10.4103/jehp.jehp\_114\_14. PMID:PMC5433644.
29. Ahrari A, shahabizadeh f. The Effects of Mindfulness-based Cognitive Behavioral Therapy of Anger Management in Cognitive Flexibility: Moderating Role of Perceived Childhood Attachment. *Research in Clinical Psychology and Counseling*. 2020; 9(2):101-19. doi:10.22067/ijap.v9i2.71548..
30. De la Fuente J, Mañas I, Franco C, Cangas AJ, Soriano E. Differential effect of level of self-regulation and mindfulness training on coping strategies used by university students. *International journal of environmental research and public health*. 2018;15(10):2230. doi:10.3390/ijerph15102230.
31. Nejati S, Zahiroddin A, Afrookhteh G, Rahmani S, Hoveida S. Effect of group mindfulness-based stress-reduction program and conscious yoga on lifestyle, coping strategies, and systolic and diastolic blood pressures in patients with hypertension. *The Journal of Tehran University Heart Center*. 2015;10(3):140. PMID:PMC4685370.
32. Chaskalson M. *The mindful workplace: Developing resilient individuals and resonant organizations with MBSR*. 2nd, editor. New York: John Wiley & Sons; 2011.
33. Saaidian Asl M, Khanzadeh M, Hasani J, Edrisi F. Factor structure and psychometric propertise of the persian version of state adult attachment scale (SAAS). *Research in Psychological Health*. 2012;6(1):66-78. <https://www.sid.ir/en/Journal/ViewPaper.aspx?ID=354770>. [Persian].
34. Endler NS, Parker JD. Assessment of multidimensional coping: Task, emotion, and avoidance strategies. *Psychological assessment*. 1994; 6(1):50.