

## مقاله‌ی پژوهشی

### رابطه‌ی سبک دلبستگی و امید به زندگی در مادران دارای فرزند پسر کم توان ذهنی آموزش پذیر

محمد طاهری

کارشناسی ارشد روان‌شناسی کودکان  
استثنایی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی  
تهران

\*معصومه پورمحمدرضای تجربی  
استادیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه علوم  
بهزیستی و توانبخشی تهران

سعید سلطانی بهرام  
کارشناسی ارشد رفاه اجتماعی، دانشگاه  
علوم بهزیستی و توانبخشی تهران

\*مؤلف مسئول:

ایران، شیراز، بلوار رحمت، خیابان شهید  
کشوری (لشکری)، کوچه ۲۵، پلاک ۳۹۵

تاریخ وصول: ۹۰/۵/۴

تاریخ تایید: ۹۰/۱۱/۱۷

#### خلاصه

**مقدمه:** هدف از پژوهش حاضر، تعیین رابطه‌ی بین سبک دلبستگی و امید به زندگی در مادران دارای فرزند پسر کم توان ذهنی آموزش پذیر بود.

**روش کار:** در مطالعه‌ی همبستگی حاضر، با استفاده از روش تمام‌شماری ۱۲۷ مادر دارای فرزند پسر شاغل به تحصیل در مقطع راهنمایی مدارس استثنایی شهر شیراز مورد بررسی قرار گرفتند و پرسش‌نامه‌ی سبک دلبستگی بزرگسالان (AAS) و مقیاس امید بزرگسالان (AHS) را تکمیل کردند. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از همبستگی اسپیرمن و تحلیل واریانس یک سویه استفاده شد.

**یافته‌ها:** امید به زندگی با سبک دلبستگی ایمن در مادران ارتباط مثبت معنی‌دار ( $P < 0/001$ ) و با سبک دلبستگی نایمن (اجتنابی و دوسوگرا) ارتباط منفی معنی‌دار داشت ( $P < 0/001$ ).

**نتیجه‌گیری:** در واقع، نمره‌های امید به زندگی در مادران با سبک دلبستگی ایمن افزایش می‌یابد، در حالی که هر اندازه سبک دلبستگی مادران، نایمن (اجتنابی و دوسوگرا) باشد میانگین نمره‌های امید به زندگی در آن‌ها کاهش می‌یابد.

**واژه‌های کلیدی:** آموزش، امید به زندگی، دلبستگی، کم توان ذهنی، مادر

#### پی‌نوشت:

این مطالعه پس از تایید کمیته‌ی پژوهشی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی تهران و بدون حمایت مالی نهاد خاصی انجام شده و با منافع نویسندگان ارتباطی نداشته است.

از تمام مادران دانش‌آموزان کم توان ذهنی دوره‌ی راهنمایی شیراز و هم‌چنین معلمان و مسئولان آموزش و پرورش شیراز که در این پژوهش شرکت و ما را یاری رساندند و از همکاران آقایان حمید دررودی و امیر طاهری و نیز سرکار خانم بهار عرشی به پاس همکاری و راهنمایی آن‌ها در طول پژوهش سپاسگزاری می‌گردد.

## Original Article

### Relationship between attachment style and life expectancy in mothers of sons with educable intellectually disability

#### Abstract

**Introduction:** The purpose of study was to determine the relationship between attachment style and life expectancy in mothers of sons with educable intellectually disability.

**Materials and Methods:** In this correlation study, all of mothers (N=127) whose sons were in special education in Shiraz were selected. Subjects completed adult attachment questionnaire (AAS) and scale of life expectancy (AHS). Data were analyzed by with Spearman correlation coefficient and one-way analysis of variance.

**Results:** Findings showed positive and significant ( $P<0.001$ ) correlation between life expectancy and secured attachment style in mothers. There was also a negative and significant ( $P<0.001$ ) correlation with unsecured (avoidant and ambivalent) attachment style.

**Conclusion:** Life expectancy may improve in mothers with secured attachment style and decrease in those with unsecure (avoidant and ambivalent) attachment style.

**Keywords:** Attachment, Education, Intellectually disabled, Life expectancy, Mother

*Mohammad Taheri*

M.Sc. in psychology and education of exceptional children, Tehran University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences

*\*Masoumeh*

*Pourmohammadrezaye Tajrishi*  
Assistant professor of psychology, Tehran University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences

*Saeed Soltani Bahram*

M.Sc. in social well-being, Tehran University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences

**\*Corresponding Author:**

Number 395, 25<sup>th</sup> Alley, Shahid Keshvari (Lashkari) St., Rahmat Blvd., Shiraz, Iran  
taheri.m1980@gmail.com  
Received: Jul. 26, 2011  
Accepted: Feb. 06, 2012

#### Acknowledgement:

This study was approved by the research committee of Tehran University of Social Welfare and Rehabilitation. No grant has supported the present study. The authors had no conflict of interest with the results.

#### Vancouver referencing:

*Taheri M, Pourmohammadrezaye Tajrishi M, Soltani Bahram S, Qasemi Kh. Relationship between attachment style and life expectancy in mothers of educable intellectually disabled boys. Journal of Fundamentals of Mental Health 2012; 14(1): 24-35.*

## مقدمه

اگر چه فرآیند تولد نوزاد با رنج‌های فراوانی همراه است لیکن برای والدین لذت‌بخش می‌باشد. با وجود بسیاری از مشکلات که والدین برای تولد فرزند خود متحمل می‌شوند امید به سالم و طبیعی بودن کودک معمولاً موجب احساس اعتماد در آن‌ها و در نتیجه پذیرش کودک می‌گردد. به محض آگاه شدن والدین از معلولیت فرزند، تمام آرزوها و امیدهای آن‌ها مبدل به یاس شده و مشکلات، شروع می‌شود (۱). در واقع، تولد کودک کم‌توان ذهنی نمایانگر فروپاشی تصویری است که والدین در سر می‌پروراندند (۲). مادر، نخستین شخصی است که به طور مستقیم با کودک ارتباط برقرار می‌کند. رویارویی مادر با فرزند کم‌توان ذهنی، نیاز کودک به مراقبت دایمی، اهمیت فراهم ساختن شرایط ویژه رشد، تجربه‌ی تنش والدین ناشی از وجود رفتارهای آیینی، مشکلات زبانی، قشقرق و فقدان مهارت مراقبت از خود در این گروه از کودکان، همگی زمینه را برای تضعیف کارکرد طبیعی مادر فراهم می‌نمایند. وجود چنین مشکلاتی افزایش میانگین اختلالات روانی در مادران کودکان استثنایی و به ویژه مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی را در مقایسه با مادران کودکان عادی در پی خواهد داشت. هم‌چنین داشتن توقعات و انتظارات دور از توانایی کودکان و برآورده نشدن آن‌ها موجب ناکامی والدین می‌شود. بنا بر این تولد یک کودک کم‌توان ذهنی در مادرانی که به مدت ۹ ماه بارداری، انتظار یک کودک سالم و با ویژگی‌های طبیعی را داشته‌اند موجبات احساس گناه و تقصیر، ناکامی و محرومیت ناشی از طبیعی نبودن کودک را در مادر فراهم می‌کند که بالطبع غم، اندوه و افسردگی را به دنبال خواهد داشت. در مجموع، چنین شرایطی می‌تواند سبب گوشه‌گیری، عدم علاقه به برقراری رابطه با محیط، احساس خودکم‌بینی و بی‌ارزشی در مادر شود و پیامدهای منفی هم‌چون اضطراب، پرخاشگری (۱) حرمت به خود پایین (۳) و افسردگی شدید (۴) را در مادران به دنبال داشته باشد و سلامت آن‌ها را به خطر اندازد. یکی از مهم‌ترین منابع زمینه‌ساز این گروه از مشکلات روان‌شناختی از دست دادن امید به زندگی است (۵). به نظر می‌رسد که امیدواری در تمام ابعاد زندگی

ضروری باشد. امید به معنای توانایی باور به داشتن احساس بهتر، در آینده می‌باشد. امید با نیروی نافذ خود، تحریک‌کننده‌ی فعالیت فرد است تا بتواند تجربه‌های نو کسب نماید و نیروهای تازه‌ای را در فرد ایجاد کند (۶). امید به عنوان یکی از منابع مقابله‌ی انسان در سازگاری با مشکلات و حتی بیماری‌های صعب‌العلاج در نظر گرفته می‌شود (۷). هم‌چنین امید می‌تواند به عنوان یک عامل شفادهنده، چندبعدی، پویا و قدرتمند توصیف شود و نقش مهمی در سازگاری با فقدان داشته باشد (۸).

آثار سودمند امید بر سلامت جسمانی و روانی در پژوهش‌های مختلفی تایید شده است (۹). به عنوان مثال، همبستگی مثبت امید با عاطفه‌ی مثبت (۱۰)، احساس خودارزشمندی (۱۱) حرمت خود (۱۲) و همبستگی منفی با افسردگی (۱۳) اضطراب (۱۴) احساس فرسودگی (۱۵) و به طور کلی با عاطفه‌ی منفی نشان داده شده است (۱۶). از نظر اسنایدر<sup>۱</sup> و همکاران، ملالت و افسردگی با انسداد یا عدم تحقق اهداف ارتباط دارد و برای فرد، واجد اهمیت است. سطح پایین امید، پیش‌بینی‌کننده‌ی سطح افسردگی و کاستی‌های روانی اجتماعی است (۱۷).

بررسی علمی امید به زندگی در انسان قدمتی کوتاه دارد و دوران ابتدایی خود را می‌گذراند (۱۸). اسنایدر برای اولین بار، نظریه‌ی امید را مطرح کرد و آن را متشکل از قدرت اراده، قدرت راهیابی، داشتن هدف و تشخیص موانع دانست (۶). گروپمن<sup>۲</sup> امید را احساس وجد و نشاط در نظر می‌گیرد که هنگامی تجربه می‌شود که فرد آینده‌ی بهتری را فراسوی چشمان خود انتظار داشته باشد (۱۹). امید، عبور از موانع مهم و پرتگاه‌های عمیق را در طی مسیر تسهیل می‌کند. امید به فرد جرات می‌دهد که با شرایط خویش مواجه شود و ظرفیت غلبه بر آن‌ها را پیدا کند. بر خلاف گروپمن که خصیصه‌ی انفعالی برای امید در نظر می‌گیرد و آن را مانند دارونما تلقی می‌کند، اسنایدر معتقد است که امید، خصیصه‌ی فعالی است که در بر گیرنده‌ی داشتن هدف، قدرت برنامه‌ریزی و اراده برای دستیابی به هدف، توجه به موانع رسیدن به هدف و توانایی رفع آن‌ها است (۱۸). ناامیدی، فرد را در وضعیت غیر فعالی قرار

<sup>1</sup>Snyder

<sup>2</sup>Groopman

می‌دهد که نمی‌تواند موقعیت‌های مختلف خود را بسنجد و در مورد آن‌ها تصمیم بگیرد. ناامیدی، شخص را در برابر عوامل تنش‌زا، بی‌دفاع و گرفتار می‌کند. شخص با گذشت زمان، تمامی امید خود را از دست می‌دهد و افسردگی عمیق را جایگزین آن می‌کند. طرز تفکر وی حالت انعطاف‌ناپذیر همه یا هیچ دارد که مانع حل مسئله می‌شود. در حقیقت ناامیدی باعث تضعیف مهارت حل مسئله در فرد می‌شود. هم‌چنین سبب می‌شود که فرد به طور دایم تجربه‌های خود را به شکل منفی و نادرست ارزیابی کرده و پیامدهای نگران‌کننده‌ای را برای مشکلات خود در نظر بگیرد (۵).

یکی از متغیرهایی که در پژوهش‌های مختلف، رابطه‌ی مستقیم آن با امید به زندگی مورد تایید قرار گرفته، دلبستگی است. دلبستگی به معنی برقراری پیوند عاطفی عمیق با افراد خاص در زندگی تلقی می‌شود به گونه‌ای که فرد از تعامل با آن‌ها احساس شغف و نشاط به دست آورد و به هنگام تنش در کنار آن‌ها به احساس آرامش دست یابد (۲۰). نظریه‌ی دلبستگی بر پایدار ماندن پاسخ‌هایی تاکید می‌ورزد که در خلال نوزادی در تعامل بین نوزاد و مراقب وی به وجود می‌آید. رفتارهای دلبستگی و پیامدهای آن‌ها در سراسر زندگی فعال باقی می‌مانند و به هیچ وجه به دوره‌ی کودکی محدود نمی‌شوند (۲۱). در بزرگسالی، افکار و احساسات و نگرش نسبت به رابطه‌ی دلبستگی، بدون شک می‌تواند بر نحوه‌ی رفتار تاثیر بگذارد (۲۲). پژوهش‌های پیشین نشان داده‌اند که الگوی دلبستگی می‌تواند زمینه‌ساز نحوه‌ی برخورد فرد با مسایل زندگی باشد و شیوه‌ی نگرش فرد را نسبت به مسایل و مشکلات، مشخص سازد.

هم‌چنین، الگوی دلبستگی، تعیین‌کننده‌ی آمادگی فرد برای حل و فصل مشکلات، کنش‌ها و واکنش‌های فرد در برابر مشکلات اجتماعی و ناکامی‌ها است (۲۳). افراد دارای سبک دلبستگی ایمن در رویارویی با مسایل و مشکلات از راهبردهای مقابله‌ای فعال استفاده می‌کنند (۲۴) و برای کاهش عواطف منفی از الگوی شناخت‌های مخالف با عاطفه (بهترین راه بازخوانی اطلاعات مثبت) بهره می‌برند در صورتی که افراد نایمن از الگوی شناخت‌های موافق با عاطفه (بدترین راه بازخوانی اطلاعات مثبت) استفاده می‌کنند (۲۵).

افراد دلبسته‌ی ایمن بیشتر از مکانیسم‌های دفاعی رشد یافته‌تر مانند والایی‌گرایی و افراد دلبسته‌ی نایمن بیشتر از مکانیسم‌های رشد نیافته‌تر و روان‌آزرده استفاده می‌کنند (۲۶). هم‌چنین در مطالعات مختلف، رابطه‌ی مستقیم بین سبک دلبستگی ایمن با حرمت خود، اعتماد به دیگران (۲۷) و سلامت روان (۱۰) و بین دلبستگی نایمن و اختلالاتی مانند افسردگی، اضطراب (۲۸)، عواطف منفی و تنش (۲۹)، نگرش‌های ناکارآمد و حرمت خود پایین (۳۰) و خشم (۳۱) نشان داده شده است.

از سوی دیگر ویژگی‌های گوناگونی با سبک دلبستگی در ارتباط می‌باشند که در نتیجه می‌توانند بر روی امید به زندگی افراد تاثیر گذار باشند. از جمله‌ی این ویژگی‌ها، ویژگی‌های جمعیت‌شناختی می‌باشند (۳۲) لذا در پژوهش حاضر دو ویژگی جمعیت‌شناختی یعنی سطح تحصیلات و وضعیت اشتغال نیز مورد بررسی قرار گرفته شده است.

طبق آمار اعلام شده از سوی معاونت توان‌بخشی سازمان بهزیستی کشور در سال ۱۳۸۵، در حدود دو میلیون و هشت هزار معلول وجود دارند که از این تعداد ۲۸۷۹۵ نفر، گروه کم‌توان‌های ذهنی را تشکیل می‌دهند. بنابراین تعداد قابل ملاحظه‌ای از خانواده‌های ایرانی، از اثرات منفی داشتن یک کودک معلول، هم‌چنین فشارهای روانی، اجتماعی و مالی ناشی از داشتن چنین کودکی در امان نیستند و این عوامل می‌توانند آسیب‌ها و آثار منفی بر وضعیت بهداشت روانی مادران بر جای گذارده، ثبات و کیفیت زندگی خانوادگی و فردی آن‌ها را برهم زند (۳۳). این تاثیر منفی در مورد پسران کم‌توان ذهنی که یک و نیم برابر بیشتر از دختران کم‌توان ذهنی هستند، بیشتر است زیرا مشکلات اجتماعی در این پسران بیشتر از دختران همسان آن‌ها است و نیز تعداد پسران مبتلا به مشکلات رفتاری و پرخاشگری، پنج برابر دختران گزارش شده است (۳۴).

بنابراین، با توجه به مبانی نظری و پیشینه‌ی پژوهشی موجود می‌توان انتظار داشت که با افزایش شناخت علمی مادران از سبک دلبستگی و توجه به نقش اساسی آن در حفظ تعادل روانی اجتماعی خانواده، گام مهمی در جهت تامین بهداشت روانی آن‌ها برداشته می‌شود. از یک سو، افراد دارای سبک

۱۲۷ نفر از مادران به پرسش‌نامه‌های سبک دلبستگی بزرگسالان<sup>۱</sup> (AAS) و مقیاس سنجش امید بزرگسالان<sup>۲</sup> (AHS) پاسخ دادند.

پرسش‌نامه‌ی سبک دلبستگی بزرگسالان (AAS): این پرسش‌نامه یک وسیله‌ی خودگزارش‌دهی است که توسط هازان و شیور<sup>۳</sup> و بر مبنای سبک‌های دلبستگی سه‌گانه‌ی آیزورث (ایمن، اجتنابی و دو سوگرا) طراحی شده است (۳۶). پرسش‌نامه‌ی اخیر شامل توصیف‌هایی در زمینه‌ی احساس‌های فرد درباره‌ی درک او از روابط خود با افراد مهم زندگی فعلی وی می‌باشد. این توصیف‌ها روی یک مقیاس لیکرت ۹ درجه‌ای، از کاملاً نامناسب (۱) تا کاملاً مناسب (۹) ارایه می‌شود. آزمودنی به هر کدام از این توصیف‌ها نمره‌ی بالاتری اختصاص دهد، همان توصیف به عنوان سبک دلبستگی او محسوب می‌شود. ذوالفقاری مطلق و همکاران، روایی این پرسش‌نامه را در پژوهش خود توسط همسانی درونی سبک‌های دلبستگی ۰/۵۵ تا ۰/۷۴ به دست آوردند و پایایی آن را در دلبستگی ایمن ۰/۸۴ و در دلبستگی ناایمن دوسوگرا ۰/۷۸ محاسبه کردند (۳۷). روایی صوری و محتوایی این پرسش‌نامه در پژوهش‌های مختلف مورد تایید قرار گرفته است (۴۰-۳۸).

مقیاس سنجش امید بزرگسالان (AHS): این مقیاس در بر گیرنده‌ی ۱۲ سؤال است. برای پاسخ به هر سؤال پیوستاری از ۱ تا ۴، در نظر گرفته شده است که برای عبارت‌های قطعا غلط، اکثر موارد غلط، اکثر موارد درست و قطعا درست به ترتیب نمره‌های ۱، ۲، ۳ و ۴ تعلق می‌گیرد. جمله‌های منفی به طور معکوس، نمره‌گذاری می‌شوند. دامنه‌ی نمره‌ها بین ۱۲ تا ۴۸ قرار دارد و نمره‌ی بالاتر در این مقیاس، نشان‌دهنده‌ی سطح بالاتر امید است. این مقیاس برای سنین ۱۵ سال به بالا طراحی شده و شامل دو خرده‌مقیاس گذرگاه و انگیزش می‌باشد و مدت زمانی بین ۲ تا ۵ دقیقه برای پاسخ دادن به آن کفایت می‌کند (۴۱). برای بررسی پایایی این مقیاس از روش آلفای

دلبستگی ایمن قادر هستند به گونه‌ی فعال، تجارب و موقعیت‌های مختلف خود را واقع‌بینانه ارزیابی کنند و در مورد آن‌ها تصمیم بگیرند. از سوی دیگر، امید به زندگی به عنوان منبع مقابله با فقدان و سازگاری شخصی تلقی شده است و افزایش آن موجب فزونی مهارت حل مسئله در افراد خواهد شد و پیامدهای مثبت را برای سلامت آن‌ها به همراه می‌آورد. پژوهش حاضر با هدف تعیین رابطه‌ی بین سبک دلبستگی (با سه سطح ایمن، ناایمن اجتنابی و ناایمن دوسوگرا) و امید به زندگی در مادران کودکان کم‌توان ذهنی طراحی شده است. پژوهش حاضر از معدود پژوهش‌هایی است که به طور مستقیم رابطه‌ی بین سبک دلبستگی و امید به زندگی را در این گروه از مادران مورد بررسی قرار می‌دهد. در صورت تایید چنین رابطه‌ای می‌توان میزان آگاهی افراد را نسبت به پیامدهای مثبت و منفی مربوط به سلامت ناشی از سبک‌های دلبستگی افزایش داد و اقدامات پیشگیرانه‌ی لازم را جهت عدم بروز بسیاری از مشکلات روان‌شناختی تدارک دید.

## روش کار

نوع پژوهش حاضر، همبستگی است زیرا با استفاده از یک گروه آزمودنی، دست کم درباره‌ی دو متغیر بدون آن که هیچ یک از آن‌ها دستکاری یا کنترل شود، اطلاعاتی به دست آورده می‌شود (۳۵). در این پژوهش رابطه‌ی سبک دلبستگی با امید به زندگی در مادران دارای فرزند پسر کم‌توان ذهنی مورد بررسی قرار گرفته است.

جامعه‌ی آماری پژوهش را تمامی مادران (۱۴۷ نفر) دارای فرزند پسر کم‌توان ذهنی شاغل به تحصیل در دوره‌ی راهنمایی مدارس استثنایی شهر شیراز در سال تحصیلی ۱۳۸۸ تشکیل می‌دادند. با استفاده از تمام‌شماری، تمام اعضای جامعه‌ی آماری مورد مطالعه قرار گرفتند. ملاک‌های ورودی این پژوهش شامل سلامت کامل روانی و جسمانی مادران و نداشتن معلولیت‌های دیگر به جز کم‌توانی ذهنی در دانش‌آموزان می‌شد. از آن جایی که کل جامعه، ملاک‌های ورودی پژوهش را دارا بودند، هیچ کدام از اعضای جامعه از مطالعه خارج نشدند. البته ۲۰ نفر از مادران به دلایل مختلف حاضر به ادامه‌ی همکاری تا پایان پژوهش نشده و از مطالعه حذف شدند و تنها

<sup>1</sup>Adults Attachment Style

<sup>2</sup>Adults Hope Scale

<sup>3</sup>Hazan and Shiver

توزیع فراوانی نمره‌های سطح امید در مادران در جدول ۱ ارایه شده است. با توجه به نتایج این جدول مشاهده می‌شود که میزان امید ۸۰/۳ درصد مادران در سطح پایین و سطح امید فقط ۸/۷ درصد مادران در سطح بالا قرار دارد. کمینه و بیشینه‌ی مقدار سطح امید در مادران به ترتیب ۱۳ و ۳۵ بود.

**جدول ۱-** شاخص‌های توصیفی سطح امید در مادران دارای فرزند پسر کم‌توان ذهنی آموزش‌پذیر

سطح امید	تعداد	درصد	کمترین	بیشترین	میانگین	انحراف معیار
پایین (۱۲-۲۴)	۱۰۲	۸۰/۳	۱۳	۲۱	۲۹/۵	۷/۳۱
متوسط (۲۵-۳۰)	۱۴	۱۱/۰	۲۵	۲۷	۱۹/۸	۷/۱۷
بالا (۳۱-۳۶)	۱۱	۸/۷	۳۱	۳۵	۱۶/۱	۵/۱۲

نتایج حاصل از بررسی میزان تحصیلات مادران نشان می‌دهد که مدرک تحصیلی ۴۰/۲ درصد از مادران سیکل، ۳۹/۴ درصد ابتدایی، ۱۳/۳ درصد دیپلم و ۷/۱ درصد آن‌ها فوق دیپلم و بالاتر بوده است. توزیع میزان تحصیلات مادران بر حسب سبک‌های دلبستگی در جدول ۲ نشان داده شده است.

همان‌طور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود بیشترین تعداد مادران (۲۲ نفر) در گروه سبک دلبستگی ایمن و دارای تحصیلات سیکل (۱۷/۳٪) و کمترین تعداد مادران (۱ نفر) در گروه سبک نایمن دوسوگرا و دارای تحصیلات فوق دیپلم و بالاتر (۰/۸٪) قرار گرفته‌اند. مقایسه‌ی تفاوت میانگین سبک دلبستگی مادران با توجه به میزان تحصیلات آن‌ها نشان می‌دهد که سبک دلبستگی مادران دارای سطح تحصیلات متفاوت از لحاظ آماری معنی‌دار ( $P < 0/000$ ) است (جدول ۳).

نتایج حاصل از مقایسه‌ی سبک دلبستگی مادران با توجه به وضعیت شغلی آن‌ها در جدول ۴ ارایه شده است. همان‌گونه که در جدول ۴ نمایان است بیشترین تعداد مادران (۳۶ نفر خانه‌دار و ۲۳ نفر کارمند، معادل ۴۶/۴٪) دارای سبک

کرونباخ استفاده شد و ضریب همبستگی ۰/۶۲ و ۰/۷۴ به دست آمد. روایی این مقیاس با استفاده از تحلیل عامل به روش مولفه‌های اصلی با چرخش واریماکس به دست آمد. شاخص KMO برابر با ۰/۸۱ و ضریب کرویت بارتلت برابر با ۶۴۴/۸۱ بود ( $P < 0/001$ ) که نشان‌دهنده‌ی کفایت نمونه‌گیری گزینه‌ها و ماتریکس همبستگی آن‌ها بود (۴۲). در پژوهشی که بر روی ۶۶۰ دانش‌آموز دختر در استان تهران انجام شد، پایایی مقیاس امید اسنایدر با روش همسانی درونی مورد ۰/۸۹ به دست آمد (۴۱). به منظور رعایت ملاحظات اخلاقی در ابتدای پژوهش به مادران اطمینان خاطر داده شد که پاسخ‌های آن‌ها محرمانه خواهد ماند و نسبت به عدم تهدید هر گونه خطر ناشی از تحقیق نسبت به خودشان و فرزندانشان توضیح داده و رضایت آن‌ها برای شرکت در پژوهش جلب شد. ابتدا پرسش‌نامه‌ی سبک دلبستگی بزرگسالان به مدت ۱۰ دقیقه و به طور انفرادی توسط مادران تکمیل شد. سپس در جلسه‌ی جداگانه، مقیاس سنجش امید بزرگسالان به مدت ۵ دقیقه و به طور گروهی مجدداً توسط مادران تکمیل گردید. به منظور بیان کمی اطلاعات جمع‌آوری شده از شاخص‌های آمار توصیفی و برای بررسی رابطه‌ی میان متغیرها از همبستگی اسپیرمن (به دلیل غیر نرمال بودن توزیع داده‌ها) و برای مقایسه‌ی میانگین‌های سه گروه از تحلیل واریانس استفاده شد. جهت تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش، از نرم‌افزار SPSS استفاده گردید.

### نتایج

در پژوهش حاضر توزیع سن مادران دارای فرزند پسر کم‌توان ذهنی بین ۳۰ تا ۵۱ سال (با میانگین ۴۰/۳ و انحراف معیار ۵/۷۱ سال) قرار داشت. بیشترین تعداد مادران (۴۵ نفر، ۳۵/۵٪) در گروه سنی ۳۷ تا ۴۴ سال و کمترین تعداد (۳۸ نفر، ۲۹/۹٪) در گروه سنی ۳۰ تا ۳۷ سال قرار داشتند.

**جدول ۲-** توزیع تحصیلات مادران دارای دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی بر حسب سبک دلبستگی آن‌ها

میزان تحصیلات سبک دلبستگی	ابتدایی		سیکل		دیپلم		فوق دیپلم و بالاتر	
	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد	تعداد	درصد
ایمن	۱۷	۱۳/۴	۲۲	۱۷/۳	۱۵	۱۱/۸	۵	۳/۹
نایمن اجتنابی	۱۷	۱۳/۴	۱۳	۱۰/۲	۲	۱/۶	۳	۲/۴
نایمن دوسوگرا	۱۶	۱۲/۶	۱۶	۱۲/۶	۰	۰/۰	۱	۰/۸
مجموع	۵۰	۳۹/۴	۵۱	۴۰/۲	۱۷	۱۳/۳	۹	۷/۱

به منظور آزمون فرضیه‌های پژوهش از ضریب همبستگی اسپیرمن استفاده شد و نتایج آن در جدول ۷ نمایان است.

**جدول ۶-** توزیع دانش‌آموزان پسر کم‌توان ذهنی با توجه به سن و پایه‌ی تحصیلی آن‌ها

سطوح سنی	تعداد	درصد	پایه‌ی تحصیلی	تعداد	درصد
کمتر از ۱۵	۱۴	۱۱/۰	اول راهنمایی	۴۴	۳۴/۶
۱۵ تا ۲۰	۱۰۲	۸۰/۳	دوم راهنمایی	۴۵	۳۵/۵
۲۰ تا ۲۰	۱۱	۸/۷	سوم راهنمایی	۳۸	۲۹/۹

همان‌طور که در جدول ۷ مشاهده می‌شود سبک دلبستگی ایمن با امید زندگی در مادران دارای فرزند پسر کم‌توان ذهنی آموزش‌پذیر ارتباط مثبت معنی‌دار دارد ( $P < 0/001$ ). هم‌چنین سبک دلبستگی نایمن اجتنابی با امید به زندگی در مادران دارای فرزند پسر کم‌توان ذهنی آموزش‌پذیر ارتباط منفی و معنی‌دار دارد ( $P = 0/019$ ). در نهایت، سبک دلبستگی نایمن دوسوگرا با امید به زندگی در مادران دارای فرزند پسر کم‌توان ذهنی آموزش‌پذیر ارتباط منفی و معنی‌دار دارد ( $P < 0/001$ ).

**جدول ۷-** ضرایب همبستگی میان سبک‌های دلبستگی و امید به

سبک دلبستگی	ضریب همبستگی	مقدار احتمال
دلبستگی ایمن	۰/۴۴۹	< ۰/۰۰۱
دلبستگی نایمن اجتنابی	-۰/۲۰۷	۰/۰۱۹
دلبستگی نایمن دوسوگرا	-۰/۳۰۹	< ۰/۰۰۱

### بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌های پژوهش نشان داد که سبک دلبستگی ایمن در مادران دارای فرزند پسر کم‌توان ذهنی با امید به زندگی در آن‌ها ارتباط مثبت و معنی‌دار دارد. در واقع، هر اندازه سبک دلبستگی مادر ایمن‌تر باشد، امید به زندگی در وی نیز افزایش می‌یابد. نتایج این مطالعه با پژوهش‌های دیگری نظیر مطالعه‌ی وی<sup>۱</sup> و همکاران (۲۹)، میکولینسر<sup>۲</sup> و همکاران (۴۰)، کافتتسیوس<sup>۳</sup> (۴۲)، پیتروموناکو و بارت<sup>۴</sup> (۴۳)، ولز<sup>۱</sup> (۱۴) و رضانی و همکاران (۲۷) همسو می‌باشد.

**جدول ۳-** مقایسه‌ی میانگین سبک دلبستگی در مادران دارای دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی با توجه به سطح تحصیلات آن‌ها

منبع تغییر	SS	df	میانگین مجذورات	F	مقدار احتمال
بین گروهی	۴۹۸/۷۹۲	۳	۱۶۶/۲۶۴		
درون گروهی	۲۴۴۴/۲۰۰	۱۲۳	۱۹/۸۷۲	۸/۳۶۷	۰/۰۰۰
کل	۲۹۴۲/۹۹۲	۱۲۶			

**جدول ۴-** توزیع وضعیت شغلی مادران دارای دانش‌آموزان

کم‌توان ذهنی بر حسب سبک دلبستگی آن‌ها

گروه سبک دلبستگی	خانه‌دار	کارمند
	تعداد	درصد
ایمن	۳۶	۲۸/۳
نایمن اجتنابی	۳۰	۲۳/۶
نایمن دوسوگرا	۲۵	۱۹/۷
مجموع	۹۱	۷۱/۷

دلبستگی ایمن و کمترین تعداد مادران (۲۵ نفر خانه‌دار و ۸ نفر کارمند، معادل ۲۶٪) دارای سبک دلبستگی نایمن دوسوگرا توزیع شده‌اند.

مقایسه‌ی تفاوت میانگین سبک دلبستگی مادران با توجه به وضعیت اشتغال آن‌ها نشان می‌دهد که سبک دلبستگی مادران خانه‌دار و شاغل از لحاظ آماری معنی‌دار است ( $P < 0/001$ ) (جدول ۵).

**جدول ۵-** مقایسه‌ی میانگین سبک دلبستگی در مادران دارای

دانش‌آموزان پسر کم‌توان ذهنی بر حسب وضعیت اشتغال آن‌ها

منبع تغییر	SS	df	میانگین مجذورات	F	مقدار احتمال
بین گروهی	۱۰/۴۱۶	۳	۰/۷۵۷		
درون گروهی	۷۶/۲۶۱	۱۲۳	۰/۷۵۷	۱۴/۰۰۵	< ۰/۰۰۱
کل	۷۶/۶۷۷	۱۲۶			

با توجه به جدول ۶، مشاهده می‌شود بیشترین تعداد دانش‌آموزان پسر کم‌توان ذهنی (۱۰۲ نفر) در گروه سنی ۱۵ تا ۲۰ سال (۸۰/۳) و کمترین تعداد (۱۱ نفر) در گروه‌های سنی ۲۰ تا ۲۴ (۸/۷) قرار دارند. هم‌چنین بیشترین تعداد دانش‌آموزان (۴۵ نفر) در پایه‌ی دوم راهنمایی (۳۵/۵) و کمترین تعداد آن‌ها (۳۸ نفر) در پایه‌ی سوم راهنمایی (۲۹/۹) مشغول به تحصیل بودند.

<sup>1</sup>Wei

<sup>2</sup>Mikulincer

<sup>3</sup>Kaftetsios

<sup>4</sup>Pitromonaco and Barrett

افراد دیگر تکیه می‌کند و توانایی ابراز هیجان‌های خود را دارد. با توجه به ویژگی افراد با سبک دلبستگی ایمن، این مادر خود را فردی می‌بیند که ارزش عشق و مراقبت دارد و تصویری که از دیگران ساخته است تصویری قابل اعتماد و اتکا می‌باشد. بنابراین، امید به زندگی در وی به یأس و ناامیدی تبدیل نمی‌شود (۲۵).

هم‌چنین در این پژوهش نشان داده شد که سبک دلبستگی ناایمن (اجتنابی و دوسوگرا) در مادران پسران کم‌توان ذهنی با امید به زندگی در آن‌ها ارتباط منفی معنی‌دار دارد. به بیان دیگر، هر اندازه سبک دلبستگی ناایمن مادر بیشتر باشد، امید به زندگی در او نیز پایین‌تر است. نتایج این مطالعه با پژوهش‌های دیگر از جمله روبرتس<sup>۲</sup> و همکاران (۳۰)، لویز<sup>۳</sup> و همکاران (۲۸)، وی و همکاران (۲۹)، فلدمن<sup>۴</sup> و اسنایدر (۱۵) و رضانی و همکاران (۲۷) همخوانی دارد.

درک مبتنی بر عدم دسترسی به منبع دلبستگی، منجر به ادراک ناایمنی در دلبستگی می‌شود که با تنش‌های برخاسته از تهدیدهای ارزیابی شده در هم می‌آمیزد. این وضعیت ناایمن به فرد فشار وارد می‌کند تا در مورد تداوم رفتارهای صمیمیت‌جویانه به عنوان راهبر حمایتی و حفاظتی تصمیم بگیرد. هنگامی که رفتار صمیمیت‌جویانه به عنوان یک نیاز اساسی و بنیادی ارزیابی می‌گردد، افراد راهبردهای فعال‌ساز دلبستگی را به کار می‌برند که در بر گیرنده‌ی شدت یافتن تقاضا و درخواست برای مظاهر دلبستگی و تکیه به دیگران به عنوان منبع آسایش و راحتی است (۳۲).

بیش‌فعال‌سازی نظام دلبستگی، مدارهای عصبی تحریکی را درگیر کرده و به نوبه‌ی خود حالت گوش به زنگی و میزان آستانه برای یافتن و پیدا کردن نشانه‌های مربوط به تهدید را افزایش و میزان آستانه برای یافتن نشانه‌های در دسترس نبودن مظاهر دلبستگی را کاهش می‌دهد. این دو سرنخ و نشانه، موجب فعال‌سازی نظام دلبستگی می‌شوند. نظام دلبستگی به طور مزمن و مداوم به فعالیت می‌پردازد، درد و رنج ناشی از عدم دسترسی به منبع دلبستگی تشدید می‌شود و شک و تردید

نظام دلبستگی از سه عامل عمده تشکیل شده است. یک عامل مربوط به مهار و ارزیابی رویدادها و وقایع تهدیدکننده است و مسئولیت فعال‌سازی نظام دلبستگی را به عهده دارد. عامل دوم در برگیرنده‌ی مهار و ارزیابی در دسترس و پاسخگویی افراد مهم به عنوان منبع دلبستگی است که احتمالاً حمایت و آسایش فرد را فراهم می‌نمایند، نیازهای دلبستگی را ارضا می‌کنند، توانمندی‌های فرد را تقویت می‌کنند و گنجینه‌ی تفکر و عمل را در فرد گسترش می‌دهند.

این عامل مسئولیت تفاوت و تنوع احساس دلبستگی ایمن را عهده‌دار است و می‌تواند بین افراد ایمن و ناایمن افتراق و تمایز ایجاد کند. سومین عامل متشکل از مهار و ارزیابی تداوم صمیمیت‌جویی به عنوان ابزار مقابله با دلبستگی ناایمن است. عامل سوم، مسئول پراکندگی و تنوع آن است که با نام راهبردهای بیش‌فعال‌ساز (افزاینده‌ها) یا راهبردهای غیرفعال‌ساز (کاهنده‌ها) تنظیم عاطفه، شناخته می‌شود.

راهبردهای بیش‌فعال‌ساز یا افزایش‌دهنده‌ها به افزایش و تشدید رفتارهای دلبستگی می‌انجامند و راهبردهای غیرفعال‌ساز یا کاهنده‌ها به تنظیم و در عین حال کاهش نظام دلبستگی منجر می‌شوند (۳۲). ارزیابی رویدادها و وقایع آشکار در مواقع ادراک یک تهدید احتمالی یا واقعی منجر به فعال‌سازی نظام دلبستگی می‌شود. با فعال شدن نظام دلبستگی پاسخ مثبت به سوال مربوط به در دسترس بودن منابع دلبستگی، منجر به ایجاد چرخه (شکل‌گیری و گسترش) دلبستگی ایمن می‌شود. این چرخه شامل کاهش تنش ناخوشایند، افزایش سازگاری فردی و نیز گسترش و تسهیل سایر نظام‌های رفتاری می‌گردد و به نوبه‌ی خود گسترش نگرش‌ها، دیدگاه‌ها، ظرفیت‌ها و توانمندی‌های فرد را به دنبال خواهد داشت (۴۴).

بنابراین، هنگامی که سبک دلبستگی مادر دارای فرزند کم‌توان ذهنی ایمن است، برای کاهش عواطف منفی (داشتن کودک کم‌توان ذهنی) از الگوی شناخت‌های مخالف با عاطفه (بهترین راه بازخوانی اطلاعات مثبت) استفاده می‌کند و با موقعیت به وجود آمده سازگاری بیشتری حاصل می‌شود (۲۴) هم‌چنین در این شرایط، مادر خود را تنها احساس نکرده و بر حمایت‌های

<sup>2</sup>Roberts  
<sup>3</sup>Lopez  
<sup>4</sup>Feldman

<sup>1</sup>Wells



و شاغل بودن مادران پسران کم‌توان ذهنی، می‌تواند موجب افزایش امید به زندگی آن‌ها گردد.

دلبستگی ایمن در شکل‌دهی احساسات مثبت از خود از قبیل احساس قابلیت، خودارزشی و اعتقاد مثبت اثر دارد (در واقع یک مدل فعال درونی از خود است)، که سبب می‌شود مادران دلبسته‌ی ایمن در جهت تکامل علائق و قابلیت‌های یگانه و منحصر به فردشان پیش روند (۳۲) و داشتن تحصیلات بالاتر و در نتیجه امید به زندگی بیشتر یکی از نتایج همین احساسات مثبت از خود است.

از سوی دیگر مادرانی که دارای سبک دلبستگی ایمن هستند از خودمختاری بیشتری برخوردارند. چرا که خودمختاری در مادران سبب می‌شود آن‌ها از توانایی تجربه‌ی خود به عنوان فردی متمایز و جدا از دیگران، توانمند و متعهد که می‌تواند به طور مستقل زندگی خود را کنترل کند و نیز از منحصر به فرد بودن خود، لذت ببرند (۳۲). لذا شاغل بودن این مادران که در نتیجه‌ی خودمختاری و استقلال آن‌ها است، می‌تواند موجبات امید به زندگی بالاتر را میسر سازد.

در مجموع، با توجه به اهمیت امید به زندگی در سلامت روانی و کنارآمدن موثر مادران (ارزیابی مجدد، حل مسئله، اجتناب از رویدادهای تنش‌زای زندگی، جستجوی حمایت اجتماعی) (۴۱) و نیز اهمیت ثبات شخصیت و نحوه‌ی ارتباط مادران با فرزندان کم‌توان ذهنی خود (۴۵)، می‌توان از نتایج این تحقیق برای آگاه ساختن خانواده (به ویژه مادران)، مشاوران و دست‌اندرکاران در امر آموزش دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی نسبت به اهمیت سبک دلبستگی به عنوان یکی از عوامل موثر در امید به زندگی استفاده کرد.

هم‌چنین با راهکارها و روش‌های روان‌درمانی مبتنی بر دلبستگی علاوه بر (افزایش سطح امید به زندگی در مادران)، می‌توان سلامت روانی آن‌ها و در نتیجه خانواده‌ی آن‌ها را افزایش داد و این سلامت روانی و محیطی خانواده مانع از تشدید کم‌توانی فرزندان این مادران می‌گردد (۴۵).

محدود شدن پژوهش به جنس پسر، مقطع تحصیلی راهنمایی و گروه دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی آموزش‌پذیر از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر به شمار می‌رود و پیشنهاد می‌شود

نسبت به توانایی‌های خود برای رسیدن به آسایش و دستیابی به حس امنیت افزایش می‌یابد.

این مدارهای تحریکی عامل مهمی در ایجاد مسایل روانی دلبستگی نایمن و اضطرابی محسوب می‌شوند. ارزیابی رفتارهای صمیمیت‌جویانه به عنوان راه‌حلی که ممکن است نتواند تنش‌های منفی را کاهش دهد، منجر به استفاده از راهبردهای غیرفعال‌ساز می‌شود. این راهبردها به صورت فاصله گرفتن از محرک‌ها و رویدادهایی که نظام دلبستگی را فعال می‌سازند، ظاهر می‌شوند و شامل مدارهای مهارکننده و بازدارنده بوده و منجر به صرف نظر از تهدید و یا سرکوبی افکار و هیجان‌های مربوط به تهدید و نشانه‌های مربوط به دلبستگی و یا واپس‌زنی و ... می‌گردند. این مدارها توسط اتخاذ نگرش خوداتکایی (که وابستگی به دیگران را کاهش می‌دهد و شکست‌ها و ضعف‌های شخصی را تایید می‌کنند) بیشتر تقویت می‌شوند (۴۴).

بنابراین از یک سو، مادرانی که سبک دلبستگی نایمن (اجتنابی و دوسوگرا) دارند و دارای فرزند کم‌توان ذهنی هستند در این موقعیت برای کاهش عواطف منفی (ناشی از داشتن فرزند کم‌توان ذهنی) از الگوی شناخت‌های موافق با عاطفه (بدترین راه بازخوانی اطلاعات مثبت) استفاده می‌کنند (۲۵) و نیز از توانایی حل مسئله‌ی کمتر و تجربه‌ی خشم بیشتر برخوردار می‌باشند (۱۱). از سوی دیگر، این گروه از مادران خود را تنها احساس کرده و فکر می‌کنند که از حمایت‌های دیگران برخوردار نیستند (۲۴) چون خود را به عنوان فردی در نظر می‌گیرند که ارزش عشق و محبت را ندارد، تصویر او از جهان و اطرافیان به عنوان مکان و افرادی ناامن و ناراحت‌کننده است که پذیرای او نیستند، لذا امید به زندگی در آن‌ها کاهش می‌یابد (۲۵).

در نهایت، نتایج این مطالعه مشخص گردانید که سطح تحصیلات و وضعیت اشتغال مادران پسران کم‌توان ذهنی، با سبک دلبستگی و در نتیجه امید زندگی آن‌ها ارتباط دارد. به بیان دیگر مشاهده گردید که مادران دلبسته‌ی ایمن در مقایسه با مادران نایمن اجتنابی و دوسوگرا، از سطح تحصیلات و اشتغال بیشتری برخوردار بودند. در نتیجه همین تحصیلات بالا

پژوهش‌های آینده با بررسی متغیرهای مورد مطالعه در این  
 پژوهش و مقایسه آن در مادران گروه‌های مختلف کودکان  
 استثنایی بر غنای اطلاعات بیافزاید و توان تعمیم‌پذیری نتایج را  
 افزایش دهد.

### References

1. Narimani M, Aqamohammadian H, Rajabi S. [Mental health compared to children with exceptional mental health of mothers of normal children]. *Journal of fundamentals of mental health* 2007; 9(1-2): 15-24. (Persian)
2. Mohammadi M, Dadkhah B. [Psychological and social problems compared to parents of mentally retarded children under the Welfare of Ardebil]. *Journal of Rafsanjan University of Medical Sciences* 2001; 1(3): 206-20. (Persian)
3. Ahmadi Z. [Median levels of self-esteem compared to the mental retarded children and normal children in Ahwaz]. M.Sc. Dissertation. Tehran: Islamic Azad University, Branch of Ahwaz, College of psychology, 1998: 25-37. (Persian)
4. Lajevardi Z. [Comparison of depressed mothers can teach mentally retarded children and normal children]. M.Sc. Dissertation. Tehran: Tehran University, 1992: 11-26. (Persian)
5. Shams Esfandabadi H, Hashemian K, Shafiabadi H. [Effectiveness of teaching methods on the despair and sense of humor social adjustment of depressed students in Tehran]. *Journal of new ideas in educational sciences* 2007; 3(1): 81-99. (Persian)
6. Darrodi H. [Part of couple's therapy group hoping to increase the marital satisfaction of married couples and addicts]. M.Sc. Dissertation. Tehran: Tehran University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, 2010: 12-15. (Persian)
7. Doussard-Roosevelt JA, Joe CM, Bazhenova OV, Porges SW. Mother-child interaction in autistic and no autistic children: Characteristics of maternal approach behaviors and child social responses. *J Dev Psychopathol* 2003; 15(2): 277-95.
8. Harper M. Evidence-based effective practices with older adults. *J Couns Dev* 2004; 82(2): 36-42.
9. Catherine CL, Bulter L, Koopman L. Supportive expressive group therapy and distress in patient with metastatic breast cancer. *J Med Psychol* 2003; 122(13): 52-7.
10. Scheier MF, Carver CS, Bridges MW. Optimism, pessimism, and psychological well-being. In: Chang EC. (editor). *Optimism and pessimism*. Washington, DC: American Psychological Association; 2003: 189-216.
11. Snyder CR. Hope theory: Rainbows in the mind. *Psychol Inq* 2002; 13: 249-75.
12. Snyder CR, Sympton SC, Yabsco FC, Borders TF, Babayak MA, Higgins RL. Development and validation of the state hope scale. *J Pers Soc Psychol* 1996; 70: 321-35.
13. Snyder CR, Cheavens J, Sympton SC. Hope: An individual motive for social commerce. *Group Dyn* 1997; 1: 107-18.
14. Wells M. The effects of gender, age, and anxiety on hope differences in the expression of pathway and agency thought. Ph.D. Dissertation. USA: The University of Texas, 2005: 32-45.
15. Feldman BD, Snyder CR. Hope and the meaningful life: theoretical and empirical associations between goal-directed thinking and life meaning. *J Soc Clin Psychol* 2005; 24(3): 401-21.
16. Sherwin ED, Elliott TR, Rybarczyk BD, Frank RG, Hanson S, Hoffman J. Negotiating the reality of care giving: Hope, burn out and nursing. *J Soc Clin Psychol* 1992; 11: 129-39.

17. Snyder CR, Harris C, Anderson JR, Holleran SA, Irving SA, Sigmon S, et al. The will and the ways: Development and validation of an individual-differences measure of hope. *J Pers Soc Psychol* 1991; 60: 570-85.
18. Snyder CR. *The psychology of hope: You can get there from here*. 1<sup>st</sup> ed. New York: Free; 1994: 102-45.
19. Gropman J. *The anatomy of hope: How people prevail in the face of illness*. 1<sup>st</sup> ed. New York: Random House; 2005: 45-98.
20. Sohrabi F, Rasoli B. [Relationship between attachment style and sexual relations between women's in combating corruption in the social center of Tehran]. *Journal of family research* 2008; 4(2): 43-133. (Persian)
21. Simpson JA, Collins WA, Tran S, Haydon C. Attachment and the experience and expression of emotions in romantic relationship: A developmental perspective. *J Pers Soc Psychol* 2007; 92(2): 355-67.
22. Huntsinger ET, Luecken LJ. Attachment relationship and health behavior: The mediation role of self-esteem. *J Psychol Health* 2004; 19(4): 515-26.
23. Mehrabizadeh Honarmand M, Fati K, Shahni Yeylaq M. [Depression, you want excitement, aggression, attachment styles, and socioeconomic status as predictive of drug dependence in adolescent boys in Ahwaz]. *Journal of science education* 2008; 15(1): 153-78. (Persian)
24. Greenberger E, McLaughlin CS. Attachment, coping and explanatory style in late adolescent. *J Youth Adolesc* 1998; 27: 121-39.
25. Pereg D, Mikulincer M. Attachment style and the regulation of negative affect. *Pers Soc Psychol Bull* 2004; 30: 67-80.
26. Besharat M, Sharifi M, Irvani M. The relationship between attachment styles and defense mechanisms. *Contemporary Psychology* 2001; 19: 277-89.
27. Ramezani V, Shams Esfandabadi H, Tahmasebi Sh. [Emotional consequences of attachment styles]. *Journal of research in psychological health* 2007; 1(1): 38-47. (Persian)
28. Lopez FG, Mauricio AM, Gormley B, Simko T, Berger E. Adult attachment orientations and college students' distress. *J Couns Dev* 2001; 79: 459-64.
29. Wei M, Heppner PP, Mallinckrodt B. Perceived coping as a mediator between attachment and psychological distress. *J Couns Psychol* 2003; 50: 438-47.
30. Roberts JE, Gotip IH, Kassel JD. Adult attachment security and symptoms of depression. *J Pers Soc Psychol* 1996; 70: 310-20.
31. Wei M, Vogel DL, Ku TU, Zakalik RA. Adult attachment, affect regulation, negative mood and interpersonal problems. *J Couns Psychol* 2005; 52: 14-24.
32. Janson SM, Milfin VA. [Attachment processes in couple and family therapy]. Bahrami F, Etemadi H, Batany S, Eshqi R, Jokar M, Dayaran MM, et al. (translators). 1<sup>st</sup> ed. Tehran: Danzhe; 2002: 153-365. (Persian)
33. Kohsali M, Mirzamani M, Mohammadkhani P, Karimlo M. [Social adjustment than mothers of mentally retarded girls with mothers teaching daughters to be normal in Kashan]. *Rehabilitation journal* 2007; 8(2): 40-7. (Persian)
34. Taheri M, Tajrishi M, Movallali G, Rahgozar M, Arshi B. [Correlation between mother's attachment style and social maturity of their educable mentally retarded sons in Shiraz's secondary schools (2008-2009)]. *Hakim* 2010; 13(2): 99-107. (Persian)
35. Homan HA. [Understanding of scientific method in the behavioral sciences]. Tehran: Samt; 2007: 259-60. (Persian)
36. Hazan C, Shaver P. Romantic love conceptualized as an attachment style. *J Pers Soc Psychol* 1987; 52: 511-24.
37. Zolfaghari Motlagh M, Jazayeri AR, Mazaheri MA, Khoshabi K, Karimlo M. [Comparison of attachment style, personality and anxiety, in mothers of children with separation anxiety disorder and mothers of normal children]. *Journal of family research* 2008; 3(3): 709-26. (Persian)
38. Baldwin MW, Fehr B. On the instability of attachment style rating. *Pers Relat* 1995; 2: 247-61.
39. Nasiri H, Jokar B. [Significant life expectancy, life satisfaction and mental health in women (a group of women)]. *Journal of women's studies* 2008; 6(2): 157-78. (Persian)

40. Mikulincer M, Shaver PR, Pereg D. Attachment theory and affect regulation: psychodynamics, development, and cognitive consequences of attachment related strategies. *Motiv Emot* 2003; 27: 77-102.
41. Bijari H, Qanbari Hashemabadi B, Aqamohammadian Sherbaf HR, Homaishandiz F. [Evaluate the effectiveness of group therapy approach based on the hope of extending the life expectancy of women with breast cancer]. *Journal of educational studies and psychology* 2009; 10(1): 171-84. (Persian)
42. Kafetsios K. Attachment and emotional intelligence abilities across the life course. *Pers Individ Dif* 2004; 37: 129-45.
43. Pitromonaco PR, Barrett LF. Attachment theory as an organizational framework. *J Rev Gen Psychol* 2000; 4: 107-10.
44. Shaver PR, Mikulincer M. Attachment-related psychodynamics. *Attach Hum Dev* 2002; 4: 133-61.
45. Banijamali Sh, Ahadi H. [Developmental psychology (basic concepts in child psychology)]. 3<sup>rd</sup> ed. Tehran: Pardis; 2003: 248-51.