

اثربخشی یک مدل مداخله مبتنی بر دلبستگی مادر - کودک بر شاخص‌های

سلامت مادران کودکان مبتلا به بیماری مزمن

فاطمه دهقانی آرانی *، محمد علی بشارت **

دریافت مقاله:

91/9/5

پذیرش:

93/5/18

چکیده

مقدمه: این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی رویکرد گروه درمانی شناختی بر کاهش میزان افسردگی، افزایش امید به زندگی در زنان مبتلا به سرطان سینه ی مراجعه کننده به مراکز بیمارستانی شهر کرمانشاه صورت گرفت. به همین منظور، تعداد 24 نفر از زنان مبتلا به سرطان سینه مراجعه کننده به بیمارستان امام رضا (ع) شهر کرمانشاه که مدت 4 ماه از شیمی درمانی آنها گذشته است.

روش: روش نمونه گیری دردسترس، پس از مصاحبه بالینی انتخاب گردیدند و در دو گروه 12 نفری کنترل و آزمایش به صورت تصادفی جایگزین شدند. پیش‌همه 24 نفر به وسیله ابزارهای پژوهش از جمله مقیاس افسردگی بک - امید به زندگی میلر مورد آزمایش قرار گرفتند. افراد گروه آزمایش، 12 جلسه در مداخلات گروه درمانی رفتاری - شناختی شرکت کردند و این درحالی بود که گروه کنترل هیچ درمانی دریافت نکردند. در پایان دوباره آزمون‌ها برای همه افراد نمونه 24 نفر اجرا گردید. پس از گردآوری پرسشنامه‌ها، داده‌های بدست آمده با استفاده از روش آماری تحلیل کواریانس و به وسیله نرم افزار SPSS مورد تجزیه تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: یافته‌ها نشان دادند که درمان رفتاری - شناختی به شیوه گروهی در سطح معناداری ($p \leq 0/01$) در کاهش افسردگی زنان مبتلا به سرطان سینه مؤثر بوده است $f=69/90$ همچنین، در ($p \leq 0/01$) باعث افزایش امید به زندگی در این بیماران گردیده است $f=71/32$.

واژگان کلیدی: سرطان سینه، افسردگی، امید به زندگی، گروه درمانی.

* دکتری روانشناسی سلامت، دانشگاه تهران، تهران، ایران

** استاد گروه روانشناسی، دانشگاه تهران، تهران، ایران (نویسنده مسئول) besharat@ut.ac.ir

نیازهای جدید فرزند کنار می‌آید. از خلال تعامل بالا با سیستم پزشکی و دریافت اطلاعات از منابع مختلف، مادر در زمینه شرایط فرزند خیره شده و به نوعی حامی برای او تبدیل می‌شود. با نزدیک شدن مادر و فرزند به یکدیگر پدر اغلب دورتر و دورتر می‌شود. زوجین زمان کمی را با هم می‌گذرانند. در این زمان کم نیز عمده مکالماتشان حول نیازهای فرزندشان می‌شود. پدر در زمینه اطلاعات دارویی و پزشکی مرتبط با وضعیت فرزند، از مادر عقب می‌افتد و در زمینه مراقبت از فرزند احساس بی‌کفایتی می‌کند و به تدریج از او و مادر فاصله می‌گیرد. این امر احتمال وقوع استرس و بحران در فضای خانه و متعاقب آن فشار روانی شدید در اعضای خانواده را فراهم می‌نماید که آنها را نیازمند دریافت خدمات روانشناختی و مددکاری می‌کند.

به عنوان نمونه نتایج مطالعه هوکسترا، جاسپر، کامپوس و کلیپ³ (2001) نشان داده است که والدین در زمان بحران پس از تشخیص سرطان کودکشان، بالاترین حد نیاز به حمایت روانی را گزارش کرده‌اند. این تجارب دردناک روانی در حدی است که می‌تواند منجر به بروز نشانگان استرس پس ضربه‌ای در فرزند و والدین، و تداوم این نشانگان روانشناختی، حتی مدت‌ها بعد از پایان فرایند درمان فرزند می‌شود (بشارت و همکاران، 1393؛ بست، استریسند، کاتانیا و کازاک⁴، 2001). لذا، مطالعات بر کاربرد مداخلات روانشناختی در موقعیت‌های پزشکی

بیماری پزشکی بویژه در شرایط مزمن، از عوامل ایجاد تغییر در سیستم خانواده و سلامت اعضای آن است. ابتلا فرزند خانواده به یک بیماری مزمن و درگیر شدن در فرایند درمانی سخت و طولانی آن، در کنار مشکلات جسمی، کودک بیمار و اعضای خانواده وی را در معرض فشار و آسیب‌های روانی - اجتماعی بالایی قرار می‌دهد و مستلزم سازگاری آنها در ابعاد مختلف زندگی است (بشارت، زمانی فروشانی، معافی و بهرامی احسان، 1393؛ ریدر، جینن، کویجر و میدندورپ¹، 2008). سیگول² (2000) در تبیین این اثرگذاری ابراز می‌دارد که با ابتلای فرزند به یک مشکل پزشکی، پویایی‌ها و تعاملات خانوادگی رایج دستخوش تغییرات اغلب نابهنجار و مشکل‌ساز می‌شود. مادر به منظور رسیدگی به فرارهای پزشکی متعهد فرزند، حضور در بیمارستان هنگام بستری شدن فرزند، نظارت بر مراقبت فرزند در منزل و هماهنگی خدمات سلامت وی، مرخصی‌های متعدد و یا انصراف از کار می‌گیرد. به این واسطه، مادر به فرزند بیمار نزدیک‌تر می‌شود و تعامل میان آنها بیشتر و اغلب به شکلی درهم‌تنیده می‌گردد. در مقابل، همسر به علت اشتغال کاری به اندازه مادر در فرایند مراقبت از فرزند درگیر نیست و یا حتی ممکن است در صورت بیکار شدن مادر، مجبور به گرفتن شغل دوم شود. در این شرایط خانواده تحت استرس است. سایر فرزندان، خود از خود مراقبت می‌کنند. به مرور زمان، مادر با

3. Hoekstra-Weebers, Jaspers, Kamps & Klip
4. Best, Streisand, Catania & Kazak

1. Ridder, Geenen, Kuijer & Middendorp
2. Seagull

کودکان تأکید داشته‌اند (الهیاری، الحانی، کاظم-نژاد و ایزدیار، 1385؛ پتری و رونسون¹، 2005). در این میان، مادر به عنوان اولین عضو خانواده که با کودک در تعامل تنگاتنگ قرار می‌گیرد و نزدیک‌ترین رابطه درون‌خانوادگی را با فرزند برقرار می‌کند، می‌تواند در معرض بیشترین آسیب سلامت باشد (نیک‌فرید، ایزدی، و شکوری، 1390؛ هونگ و چین²، 2010). شواهد پژوهشی حاکی از تأثیر بیماری فرزند بر ابعاد سلامت مادر بوده است (نایتو، کاواویچی، سو، کاموئی و میکی³، 2012؛ غضنفری، محمدعلیزاده، خسروی، 1382؛ هونگ و چین، 2010؛ ییلماز، ییلدیریم، اوکسوز، آتای و توران⁴، 2010). همچنین مطالعات پیرامون عوامل واسطه‌ای در این زمینه، حاکی از تأثیر بیماری کودک بر سیستم تعاملی و دلبستگی مادر-کودک و متعاقباً سلامت مادر است (برانت، میکولینسر و شیور⁵، 2008؛ بورویل، بروکر و شیلدز⁶، 2006). با استناد بر مجموعه این شواهد، اجرای مداخلات روانشناختی جهت بهبود سلامت مادران در چنین موقعیت‌هایی ضروری است. با توجه به آنچه درباره نقش مهم تعاملات مادر و فرزند بیمار و تأثیر آن بر سلامت مادران عنوان شد، به نظر می‌رسد تمرکز هرچه بیشتر این مداخلات روانشناختی بر رابطه مادر-کودک الزامی باشد (ابارشی، طهماسیان، مظاهری و

پناغی، 1388؛ رانسون و اورپچوک⁷، 2008). از جمله مداخلات مطرح در چارچوب تعاملات مادر و فرزند، مداخلات مبتنی بر دلبستگی مادر-کودک هستند، که تمرکز مطالعه حاضر بر آنها بوده است.

مداخلات روانشناختی‌ای که تاکنون به عنوان مداخلات متمرکز بر دلبستگی مادر-کودک تدوین شده‌اند، در 4 دسته رویکردهای درمانی انفرادی⁸، رویکردهای مرتبط با برنامه‌های سلامت جمعی⁹، رویکردهای با روش پس‌خوراند¹⁰ و رویکردهای مربوط به مداخلات مراقبتی فرزندخواندگی¹¹ قرار می‌گیرند (باکرمین-کرانبرگ، ون‌ایجنزدون، مسمان، آلینک و جافر¹²، 2008). این مداخلات مبتنی بر دو رویکرد روانی‌آموزشی¹³ و روان‌درمانی است و بر افزایش دانش مادر درباره فرزند و مهارت‌های مربوط به مراقبت‌های اولیه و شکل‌دهی رابطه با فرزند و نیز آموزش برخی مهارت‌ها به فرزند (کورنل و هامرین¹⁴، 2008)، همچنین تمرکز بر تجارب هیجانی مربوط به رابطه دلبستگی در مادر و اصلاح تجسم‌های ذهنی¹⁵ مختل وی درباره خود، کودکش و دیگران (یارنوز، پلازائولا و اتسبریا¹⁶، 2008) تأکید دارد. دیدگاه

7. Ranson & Urchuk
8. individual therapeutic approaches
9. public health programs
10. feedback methods
11. foster care intervention
12. Bakermans-Kranenburg, Van Ijzendoorn, Mesman, Alink & Juffer
13. psychoeducatioal
14. Cornell & Hamrin
15. mental representation
16. Yárnoz, Plazaola & Etxeberria

1. Petrie & Revenson
2. Hung & Chen
3. Naitoh, Kawachi, Soh, Kamoi & Miki
4. Yilmaz, Yildirim, Öksüz, Atay & Turan
5. Berant, Mikulincer & Shaver
6. Burwell, Brucker & Shields

موقعیت‌های پزشکی و در حالت ابتلای کودک به بیماری مزمن. این در حالی است که نظریه-های موجود در مطالعات سلامت «بیماری» را به عنوان یک «استرس» در نظر می‌گیرند که در عین حال که منجر به فعال‌سازی سیستم دلبستگی فرد بیمار و ویژگی‌های متعاقب آن می‌شود، می‌تواند باعث بروز تغییراتی در کیفیت دلبستگی و روابط وی نیز بشود. از سوی دیگر کیفیت سیستم دلبستگی فرد نیز خود بر کیفیت سلامت او اثرگذار است (ساداوا، بوسری، مولنار، پریر و دی‌کورویل⁴، 2009؛ مردیث، اونثورس و استرانگ⁵، 2008؛ هانتر و ماندر⁶، 2001). این امر درباره دلبستگی مادر به کودک و اثرات آن بر شاخص‌های سلامت مادر نیز صادق است (برانت و همکاران، 2008). لذا آنچه بر اساس چارچوب‌های مطالعه حاضر قابل توجه است، این است که سیستم دلبستگی مادر-کودک در هنگام ابتلای فرزند به بیماری مزمن و با توجه به ابعاد پزشکی حاکم بر شرایط، در معرض مشکلات پیچیده‌تر بوده و اجرای مداخلات مبتنی بر دلبستگی درباره آنها با حساسیت بالاتری روبرو است (ماندر و هانتر، 2004). در این راستا، اغلب متخصصین، کوتاه بودن دوره مداخله را از مؤلفه‌های مثبت جهت افزایش کارآمدی آن معرفی نموده‌اند (فیوری، کانسدین و مرز⁷، 2011). همچنین، شناخت کودک از بیماری‌اش و فرایند درمان آن (مک‌کوئید، کوپل،

بالبی¹ (1988) در مداخلات متمرکز بر دلبستگی دلبستگی مادر-کودک این است که مداخله باید به شکل موازی هم‌الگوهای ارتباطی و هم‌فرایندهای فعال ذهنی مادر و کودک، هر دو، را هدف قرار دهد (گلداسمیت²، 2010). در این راستا فنون مورد استفاده در این مداخلات گستره متنوعی از روش‌های روان‌درمانگرانه مربوط به ایجاد پیوند امن میان مادر یا درمانگر (به عنوان جایگزین منبع دلبستگی اولیه) و کودک گرفته، تا بازی‌درمانی و آموزش راهبردهای سازگاری با استرس، راهکارهایی همچون تماس نزدیک و تسلی‌بخش جسمانی با کودک، و مداخلات متمرکز بر کارکردهای اجتماعی کودک و خانواده را به خود اختصاص می‌دهند (سادبری، شاردلو و هانتینگتون³، 2010). این مؤلفه‌ها در مطالعات مربوط به مداخلات دلبستگی‌محور در داخل کشور نیز مشاهده شد (ابارشی و همکاران، 1388؛ امانی، ثنایی‌ذاکر، نظری و نامداری، 1390؛ بشارت، 1391؛ حسین‌زاده تقوایی، لطفی کاشانی، نوابی-نژاد و نورانی‌پور، 1388؛ ذوالفقاری مطلق، جزایری، خوشابی، مظاهری و کریملو، 1387). علی‌رغم توجه ویژه مداخلات تشریح شده تا به این‌جا، به مؤلفه‌های اساسی سیستم دلبستگی مادر-کودک، این مدل‌ها جهت کاربرد در حوزه اختلالات روانی، بویژه اختلالات دلبستگی، تدوین شده‌اند، بدون توجه به شرایط ویژه مطرح در سیستم دلبستگی مادر-کودک در

4. Sadava, Busseri, Molnar, Perrier & DeCourville
5. Meredith, Ownsworth & Strong
6. Hunter & Maunder
7. Fiori, Consedine & Merz

1. Bowlby
2. Goldsmith
3. Sudbery, Shardlow & Huntington

کلین و فریتز¹، 2003)، آماده‌سازی وی و خانواده برای درمان‌های پزشکی دردناک و طولانی (بلونت، زمپسکی، جانستی، ایوانز، کوهن و همکاران²، 2009)، و پدیده سوگ³ به عنوان واکنش روانشناختی کودک و خانواده نسبت به ابتلا به بیماری پزشکی (ایموس، بیل و فربر⁴، 2007) مستلزم توجه ویژه است.

با در نظر گرفتن محدودیت مداخلات دلبستگی‌محور پیشین در توجّه به عامل بیماری کودک، مداخله پیشنهادی در مطالعه حاضر در چارچوب شرایط بیماری کودک، به عنوان یک عامل استرس اثرگذار بر رابطه مادر- کودک صورت می‌گیرد. در مدل‌های مداخله دلبستگی-محور پیشین اغلب آنچه مورد توجه بوده است روابط دوسویه بین شخصی است. در حالی که در شرایط بیماری پزشکی، این بیماری به عنوان یک عامل استرس شدید شرایط خاصی را بر این رابطه دوسویه حاکم می‌سازد؛ تا آن‌جا که حتی چارچوب‌ها و چگونگی رابطه نیز حول محور بیماری شکل می‌گیرد (سیگول، 2000). لذا در مدل مداخله‌ای پژوهش حاضر، مداخله در یک فضای ارتباطی مثلثی میان مادر- کودک- بیماری، به جای تمرکز صرف بر روابط دوسویه مادر- کودک، بود.

با مدنظر قرار دادن ابعاد مذکور و با توجّه به محدودیت‌های موجود در زمینه مداخلات مبتنی بر دلبستگی مادر- کودک در چارچوب شرایط

بیماری کودک، بویژه در جامعه ایران، محققین مطالعه حاضر پس از تدوین مدل مداخله دلبستگی‌محور «مثلث مادر- کودک- بیماری» به اجرای آزمایشی و ارزیابی اثربخشی آن بر بهبود شاخص‌های سلامت مادران دارای فرزند مبتلا به بیماری مزمن پرداخته‌اند. مدل مداخله‌ای مذکور بر مادر، کودک، و بیماری کودک و روابط میان آنها تمرکز دارد. در این راستا، شناخت‌ها، هیجان‌ها و رفتارهای مادر و کودک در ارتباط با خود، دیگری و بیماری، و روابط و اثرات متقابل موجود میان این اجزاء، و نهایتاً مهارت‌های رفتاری و ارتباط بین‌فردی مادر و کودک و سازگاری آنها با بیماری مؤلفه‌های اساسی مورد ارزیابی و مداخله هستند. برنامه جلسات در قالب مداخلات روان‌شناختی و آموزشی در 10 جلسه تدوین شده است. پس از یک جلسه ارزیابی و تدوین قرارداد درمانی با زوج مادر- کودک، جلسات درمانی به شکل جلسات انفرادی ویژه مادر (3 جلسه)، جلسات انفرادی ویژه کودک (3 جلسه)، و جلسات مربوط به زوج مادر- کودک (3 جلسه) برگزار می‌شود. ساختار این مدل و جلسات با تکیه بر دیدگاه‌های نظری چندی بنا شده است؛ از جمله تأکید دیدگاه بالبی (1988) بر تمرکز همزمان بر عوامل ذهنی و رفتاری مادر و کودک در درون سیستم تعاملی آنها؛ نظریه رفتار بیماری- دلبستگی از هانتر و ماندر (2001) که بیماری را عامل استرس و فعال‌ساز ویژگی‌های دلبستگی معرفی می‌نماید، و نهایتاً مدل‌های دلبستگی- بیماری مردیث و همکاران (2008) و ساداوا و

1. Mcquaid, Kopel, Klein & Fritz
2. Blount, Zempsky, Jaaniste, Evans, Cohen, et al.
3. grief
4. Amos, Beal & Furber

است. جامعه مورد مطالعه، کلیه مادران دارای فرزند مبتلا به یک بیماری پزشکی تحت درمان و مراقبت‌های پزشکی در مرکز طبی اطفال تهران، بودند. داشتن حداقل تحصیلات ابتدایی، زندگی با همسر، دارا بودن یک فرزند مبتلا به بیماری مزمن، حضور حداقل 3 روز در هفته در بیمارستان جهت دریافت مراقبت‌های پزشکی فرزند، گذشت حداقل 6 ماه از آغاز درمان پزشکی فرزند، نداشتن سابقه ضربه مغزی و یا تشخیص اعتیاد، اختلال شخصیت و اختلالات سایکوتیک در مادر و فرزند وی، از جمله ملاک‌های ورود به طرح برای مادران بودند. از جامعه مورد نظر تعداد 25 مادر واجد شرایط ورود به طرح، به شیوه در دسترس انتخاب شدند. هرگونه تغییر در شرایط پزشکی فرزند و یا ناتوانی در ادامه حضور منظم در جلسات مداخله از ملاک‌های خروج از طرح بودند. در نهایت 22 آزمودنی دوره مورد نظر طرح را تکمیل کردند. جدول 1 خلاصه‌ای از مشخصات دموگرافیک گروه نمونه را نشان می‌دهد.

همکاران (2009) که ابعاد شناختی، هیجانی و رفتاری را عوامل میانجی در تعامل دلبستگی و وضعیت پزشکی معرفی می‌کنند.

بر اساس مقدمات مطرح تا به اینجا، در پژوهش حاضر فرض محققین بر آن است که مادران دریافت‌کننده بسته مداخله «دلبستگی-محور مثلث مادر- کودک- بیماری» در مقایسه با مادران دریافت‌کننده شبه‌مداخله، پس از دریافت مداخله نسبت به پیش از آن بهبود بیشتری در شاخص‌های سلامت نشان می‌دهند. لذا مطالعه پیش‌رو با اجرای مدل مداخله «دلبستگی‌محور مثلث مادر- کودک- بیماری» روی گروه نمونه مادران دارای فرزند مبتلا به بیماری مزمن، به دنبال بررسی این سوال بود که آیا این مدل مداخله جهت بهبود شاخص‌های سلامت این مادران اثربخش هست؟

روش

پژوهش حاضر از نوع مطالعات آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل

جدول 1. مشخصه‌های دموگرافیک مربوط به مادران گروه آزمایش و کنترل

سن فرزند			تعداد فرزندان خانواده			تحصیلات (سال)			سن مادر			تعداد	گروه
Range	SD	M	Range	SD	M	Range	SD	M	Range	SD	M		
12-18	2/15	15/36	1-5	1/1	2/27	5-16	3/07	9/54	33-50	5/2	40/6	11	آزمایش
12-18	1/96	15/4	1-5	0/91	2/27	5-12	3/4	9/18	33-50	4/9	41/6	11	کنترل
12-18	2/01	15/38	1-5	0/99	2/27	5-16	2/7	9/36	33-50	4/94	41/1	22	کل

فرم 28 سوالی³ (GHQ-28)؛ گلدبرگ و هیلر⁴، (1972؛ تقوی، 1380) توسط مادران تکمیل شد.

جهت گردآوری داده‌های مورد نظر شاخص استرس والدگری¹ (PSI)؛ ابیدین²، 1990؛ دادستان، (1377) و پرسشنامه سلامت عمومی -

3. General Health Questionnaire (GHQ-28)
4. Goldberg & Hillier

1. Parenting Stress Index (PSI)
2. Abidin, R. R.

شاخص استرس والدگری (PSI): این ابزار پرسشنامه خودگزارشی است که استرس در نظام تعاملی والد- کودک را بر اساس ویژگی‌های والد و کودک می‌سنجد. نسخه مورد استفاده در مطالعه حاضر شامل 101 ماده جهت سنجش دو قلمرو کودک و والد بود (اییدین، 1990) که برای مطالعه حاضر تنها قلمرو والد مورد تحلیل قرار گرفت. این قلمرو هفت زیرمقیاس افسردگی، دلبستگی، محدودیت‌های نقش، سلامت، حس صلاحیت، روابط با همسر و انزوای اجتماعی مادر را پوشش داده و اشاره به ویژگی‌هایی دارد که منبع تجربه استرس در مادر در فضای تعاملی‌اش با کودک هستند. آلفای کرونباخ 0/93 و ضریب پایایی بازآزمایی 0/93 حاکی از همسانی درونی و پایایی بالای این ابزار در یک گروه 248 نفری بوده است (تام، چان و وونگ¹، 1994). دادستان، احمدی و حسن‌آبادی (1385) همسانی درونی و پایایی بازآزمایی این ابزار را در مادران ایرانی 0/88 و 0/94 گزارش کرده‌اند.

پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ-28): ابزاری است ویژه تعیین سلامت عمومی روانشناختی که توسط گلدبرگ و هیلر در سال 1972 تدوین شده است. این پرسشنامه حاوی 28 ماده است که با چهار زیرمقیاس اصلی، به ترتیب علائم جسمانی²، اضطراب و اختلال خواب³، اختلال در کنش اجتماعی⁴ و علائم

افسردگی⁵ را اندازه‌گیری می‌کند (بنجامین، دکلمر و هاران⁶، 1983) و تاکنون در بیش از 40 کشور دنیا، از جمله در ایران، اجرا شده است. آلفای کرونباخ برای نشانه‌های جسمانی 0/84، اضطراب 0/85، کارکرد اجتماعی 0/79، افسردگی 0/81، و وضعیت سلامت روانی 0/91 بیانگر همسانی درونی قابل قبول این پرسشنامه است (رابینز و براکس⁷، 1981). ضرائب پایایی مبتنی بر روش‌های بازآزمایی، تنصیفی و آلفای کرونباخ نسخه فارسی این ابزار در مطالعه تقوی (1380) به ترتیب 0/70، 0/93 و 0/90 و روایی سازه آن 0/55 به دست آمده است. ضرائب همبستگی بین خرده آزمون‌های این پرسشنامه بین 0/72 تا 0/87 متغیر بوده است.

شیوه اجرا و تحلیل داده‌ها- ابتدا در میان جامعه پژوهشی مورد نظر، ملاک‌های ورود و خروج پژوهش طی مصاحبه اولیه و با کمک مندرجات پرونده پزشکی کودک بررسی شده و 25 مادر با شرایط مذکور به همراه کودکان‌شان جهت اجرای طرح انتخاب شدند. سپس در صورت اعلام آمادگی و موافقت، فرم رضایت-نامه مشارکت در طرح پژوهشی توسط مادران تکمیل شد. فرم مذکور شامل تعهد اخلاقی پژوهشگر، تعهد همکاری شرکت‌کننده، اختیار شرکت‌کننده برای خاتمه دادن به همکاری در هر مرحله از اجرای پژوهش، توصیف اهداف و نحوه اجرای طرح بود. در مرحله پیش‌آزمون شاخص‌های سلامت و دلبستگی کلیه مادران با

5. depression symptoms
6. Benjamin, Declamer & Haran
7. Robins & Brooks

1. Tam, Chan & Wong
2. somatic symptoms
3. anxiety and sleep disorder
4. social function

مداخله دلبستگی محور، در مرحله پس آزمون آزمودنی‌های دو گروه مجدداً با استفاده از ابزارهای سنجش مورد ارزیابی قرار گرفتند. نتایج پژوهش به وسیله نسخه 20 نرم‌افزار آماری SPSS تحلیل شد.

یافته ها

خلاصه‌ای از شاخص‌های توصیفی مربوط به نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون زیرمقیاس‌های سلامت مادران شامل احساس شایستگی، کناره‌گیری اجتماعی، محدودیت نقش، رابطه با همسر، دلبستگی به کودک، سلامت، نشانگان جسمانی، عملکرد اجتماعی، اضطراب و مشکلات خواب و افسردگی، در گروه آزمایش و کنترل، در جدول 2 ارائه شده است.

استفاده از پرسشنامه‌های استرس والدگری و سلامت عمومی ارزیابی شد. در نهایت آزمودنی‌ها بر اساس نمرات زیرمقیاس‌های استرس و سلامت، همچنین سن مادر و فرزند و نوع بیماری فرزند، در دو گروه هم‌تا قرار گرفتند. یکی از دو گروه به تصادف به عنوان گروه آزمایش و دیگری به عنوان گروه گواه، انتخاب شدند. آزمودنی‌های گروه آزمایش به همراه فرزندان‌شان بسته مداخله «دلبستگی محور مثلث مادر - کودک - بیماری» را در 10 جلسه دریافت نمودند. در این فاصله، آزمودنی‌های گروه گواه در 10 جلسه محاوره‌ای ساده و بدون هیچ‌گونه مداخله روانشناختی ملاقات شدند. 3 آزمودنی (1 آزمودنی گروه آزمایش و 2 آزمودنی گروه کنترل) پیش از پایان جلسات از طرح خارج شدند. یک هفته پس از پایان اجرای بسته

جدول 2. شاخص‌های توصیفی مربوط به زیرمقیاس‌های سلامت مادران گروه آزمایش و کنترل در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون								
گروه کنترل				گروه آزمایش				
انحراف استاندارد		میانگین		انحراف استاندارد		میانگین		
پس-آزمون	پیش-آزمون	پس-آزمون	پیش-آزمون	پس-آزمون	پیش-آزمون	پس-آزمون	پیش-آزمون	متغیرها
4/03	4/19	33/55	34/27	4/77	7/52	27/27	34/64	احساس شایستگی
3/83	4/69	15/55	16/73	2/94	6/11	12/45	16	کناره‌گیری اجتماعی
4/74	5/65	22/55	23/18	2/73	5/72	20/55	23/82	محدودیت نقش
4/15	4/36	20/64	20/45	4/71	6/34	18/64	20/73	رابطه با همسر
2/62	2/25	18/09	17/91	1/3	3/11	14/91	18/09	دلبستگی به کودک
3/13	4/6	15/73	15/8	2/58	6/54	12/36	14/73	سلامت
3/95	3/4	7/27	8	2/34	3/43	2/91	8	نشانگان جسمانی
3/23	4/7	6/1	7/5	2/73	4/65	5/64	7/64	عملکرد اجتماعی
4/71	3/4	7/82	9	2/46	3/4	4/55	9	اضطراب و مشکلات خواب
4/93	5/98	6/82	8/36	2/68	5/86	2/73	8/18	افسردگی

همان طور که مشاهده می‌شود میانگین و انحراف استاندارد نمرات پیش‌آزمون زیرمقیاس‌ها در دو گروه آزمایش و کنترل تقریباً یکسان است. مفروضه اصلی طرح مبنی بر آن بود که مادران دریافت‌کننده مدل بسته مداخله «دل‌بستگی محور مثلث مادر- کودک- بیماری» در مقایسه با مادران دریافت‌کننده شبه‌مداخله، پس از دریافت مداخله نسبت به پیش از آن بهبود بیشتری در شاخص‌های سلامت نشان می‌دهند. در ادامه به منظور بررسی این مفروضه و تحلیل داده‌ها، همچنین جهت کنترل اثر پیش‌آزمون، از

روش تحلیل کواریانس چندمتغیری¹ استفاده شد. در این حالت، نمرات پس‌آزمون زیرمقیاس‌های سلامت مادران به عنوان متغیرهای وابسته، متغیر مداخله به عنوان متغیر مستقل و نمرات پیش‌آزمون زیرمقیاس‌های سلامت مادران به عنوان متغیرهای هم‌پراش وارد تحلیل شدند. پس از حصول اطمینان از رعایت مفروضه‌های خطی بودن²، همگونی خطوط رگرسیون³ و همگونی واریانس‌ها⁴ (هومن، 1386)، اثر مداخله مداخله بر متغیرهای وابسته بررسی شد. جدول 3 خلاصه‌ای از نتایج حاصل را نشان می‌دهد.

جدول 3. نتایج تحلیل کواریانس چندمتغیره زیرمقیاس‌های سلامت مادران			
متغیرها	F	سطح معناداری	ضریب اتا
احساس شایستگی	7/94	0/01*	0/41
کناره‌گیری اجتماعی	4/94	0/04*	0/31
محدودیت نقش	0/82	0/38	0/07
رابطه با همسر	0/78	0/39	0/06
دل‌بستگی به کودک	9/87	0/00**	0/51
سلامت	10/11	0/00**	0/46
نشانه‌های جسمانی	10/22	0/00**	0/41
عملکرد اجتماعی	2/52	0/21	0/14
اضطراب و مشکلات خواب	4/52	0/04*	0/32
افسردگی	6/26	0/02*	0/34

Note: df = (1,99) *p<.05 **p<.01 ***p<.001

1. Multivariate Analysis of Covariance (MANCOVA)
2. Linearity
3. homogeneity of regression lines
4. homogeneity of variances

آن است که تغییرات نمره‌های زیرمقیاس‌های سلامت همراه با کاهش نمرات به معنی کاهش شدت مشکلات سلامت بوده است.

نتیجه گیری و بحث

بهبود سلامت مادران دارای فرزند مبتلا به بیماری مزمن از حوزه‌های مورد توجه در روانشناسی سلامت است. همانگونه که مطالعات نشان داده است این امر بویژه از خلال مداخله روی کیفیت تعاملات و دلبستگی مادر در رابطه با فرزند بیمارش اثربخشی مثبتی دارد (برانت و همکاران، 2008). بر این اساس هدف مطالعه حاضر بررسی اثربخشی مدل مداخله «دلبستگی-محور مثلث مادر- کودک- بیماری» بر شاخص-های سلامت این گروه مادران بود. نتایج به دست آمده گویای اثرات مثبت این مداخله بر بهبود ابعاد مختلف سلامت گروه هدف بود.

همان طور که در بخش نتایج مشاهده شد دریافت مدل مداخله «دلبستگی‌محور مثلث مادر- کودک- بیماری» منجر به بهبود احساس شایستگی، کناره‌گیری اجتماعی، دلبستگی به کودک، سلامت، نشانگان جسمانی، اضطراب و مشکلات خواب و افسردگی در مادران دارای فرزند مبتلا به بیماری مزمن شد. حوزه‌های مشابه این نتایج در مطالعات پیشین که در زمینه کاربرد مداخلات روانشناختی در حوزه پزشکی کودکان و به منظور بهبود سلامت مادران این کودکان بوده است مشاهده می‌شود (ابارشی و همکاران، 1388). همچنین در مطالعات بررسی اثربخشی مداخلات مبتنی بر دلبستگی مادر-

همچنان که در جدول 3 نیز قابل مشاهده است، نتایج تحلیل MANCOVA نشان می‌دهد عامل گروه یا مداخله انجام شده روی مادران گروه آزمایش، در مورد زیرمقیاس‌های احساس شایستگی ($p = 0/01$ و $F_{1, 21} = 7/94$)، کناره-گیری اجتماعی ($p = 0/04$ و $F_{1, 21} = 4/94$)، دلبستگی به کودک ($p = 0/00$ و $F_{1, 21} = 9/87$)، سلامت ($p = 0/00$ و $F_{1, 21} = 10/11$)، نشانگان جسمانی ($p = 0/00$ و $F_{1, 21} = 10/22$)، اضطراب و مشکلات خواب ($p = 0/04$ و $F_{1, 21} = 4/52$) و افسردگی ($p = 0/02$ و $F_{1, 21} = 6/26$) از لحاظ آماری معنادار است. لذا می‌توان گفت که متغیر مداخله باعث ایجاد تفاوت در این مقیاس‌ها بین دو گروه آزمایش و کنترل شده است. از سوی دیگر ضرایب اتای به دست آمده در این زیرمقیاس‌ها به ترتیب برابر با 0/41، 0/31، 0/51، 0/46، 0/41، 0/32 و 0/34 است، که به عنوان اندازه اثرهای مطالعه حاضر، نشان می‌دهند مداخله «دلبستگی‌محور مثلث مادر- کودک- بیماری» می‌تواند 31 تا 51 درصد تغییرات حاصل در زیرمقیاس‌های سلامت مادران گروه آزمایش را پیش‌بینی نماید. اما همانطور که مشاهده می‌شود در سه زیرمقیاس دیگر یعنی محدودیت نقش ($p = 0/82$ و $F_{1, 21} = 0/38$)، رابطه با همسر ($p = 0/78$ و $F_{1, 21} = 0/39$) و عملکرد اجتماعی ($p = 2/52$ و $F_{1, 21} = 0/21$) اثر مداخله معنی‌دار نبوده و ارائه مداخله باعث ایجاد تفاوت معنادار در این زیرمقیاس‌های سلامت، بین مادران دو گروه نشده است. همچنین مقایسه میانگین‌ها حاکی از

کودک نیز شاهد بهبودهایی در سلامت مادران هستیم (تبعه امامی، نوری، ملکپور و عابدی، 1390). با این وجود مطالعه حاضر اولین مطالعه، بویژه در ایران، محسوب می‌شود که با توجه به اهمیت و نقش دلبستگی مادر-کودک در حوزه پزشکی کودکان و سلامت مادران آنها، به کاربرد یک مدل مداخله مبتنی بر دلبستگی مادر-کودک پرداخته است که ویژه شرایط پزشکی کودکان طراحی شده است. همچنین اجرای آزمایشی آن بر روی یک گروه نمونه از کودکان مبتلا به بیماری مزمن و مادران آنها و مشاهده اثربخشی آن بر کاهش شدت مشکلات سلامت مادران، از اولین مطالعات در زمینه کاربرد بالینی نظریه دلبستگی در حوزه روانشناسی سلامت محسوب می‌شود.

بر اساس مبانی نظری پیشین مداخله دلبستگی‌محور مطالعه حاضر ابعاد هیجانی، شناختی، و رفتاری تأثیر و تأثر حاکم میان دلبستگی مادر-کودک و سلامت مادر را در چارچوب شرایط پزشکی موجود مدنظر قرار داده است و فرض بر آن است که همین امر می‌تواند عامل اثربخشی مدل مذکور بر شاخص‌های سلامت مادران صاحب فرزند مبتلا به بیماری پزشکی باشد. در این مدل مداخله بعد شناختی، شامل شناخت‌ها و ادراکات کودک و مادر از خود، دیگری و بیماری موجود است؛ بعد هیجانی، احساسات، عواطف و هیجانات مادر و کودک درباره خود، دیگری و بیماری کودک، و نهایتاً بعد رفتاری گویای الگوها و مهارت‌های رفتاری مادر و کودک در تعامل با یکدیگر و در

چارچوب شرایط پزشکی موجود را در بر می‌گیرد (الن¹، 2011؛ دانیل²، 2006؛ فیتون³، 2012). بر اساس مدل‌های نظری موجود، بیماری، بویژه در شرایط مزمن و در کودکان، به عنوان یک عامل استرس و تهدیدکننده حیات، شناخت‌ها، هیجان‌ها و رفتارهای خاص و متعاقب آن تغییرات خاص در سیستم تعاملی و الگوی دلبستگی مادر-کودک را به همراه دارد (بورویل، بروکر و شیلدز⁴، 2006؛ فیتزجرالد و توماس⁵، 2012). این ابعاد شناختی-هیجانی-رفتاری همایند با بیماری کودک، از یکسو مستقیماً و از سوی دیگر از خلال تأثیر بر تجارب ارتباطی مادر-کودک، نقش تعیین‌کننده در کیفیت سلامت مادر و نیز کودک دارند (دیویس، مک‌فارلان، مک‌بث، موریس و دیکنز⁶، 2009).

بر این اساس، و با درنظر گرفتن تغییرات معنادار مشاهده شده در شاخص‌های احساس شایستگی، کناره‌گیری اجتماعی، دلبستگی به کودک، سلامت، نشانگان جسمانی، اضطراب و مشکلات خواب و افسردگی مادران در مطالعه حاضر، می‌توان عنوان نمود مدل مداخله «دلبستگی‌محور مثلث مادر-کودک-بیماری»، از یکسو با تمرکز مداخلاتش بر شناخت‌ها، هیجان‌ها، و رفتارها به عنوان اجزای اصلی سیستم روانی، تبیین‌کننده بخشی از بهبودی

1. Allen
2. Daniel
3. Fitton
4. Burwell, Brucker & Shields
5. Fitzgerald & Thomas
6. Davies, Macfarlane, Mcbeth, Morriss & Dickens

گیرد. لذا پیشنهاد می‌شود در مطالعات آینده از طریق تشکیل گروه‌های مختلف آزمودنی‌های همگن، علاوه بر کنترل دقیق‌تر شرایط پژوهش، به بررسی نقش جنس و نوع بیماری به عنوان متغیرهای تعدیل‌کننده در اثربخشی مداخله «دل‌بستگی محور مثلث مادر- کودک- بیماری» نیز پرداخته شود. تعداد کم آزمودنی‌های مورد مطالعه، از دیگر محدودیت‌های مطالعه حاضر بود. پیشنهاد می‌شود مطالعات بعدی با افزایش تعداد آزمودنی‌ها، به ارزیابی دقیق‌تر اعتبار کاربرد مداخله «دل‌بستگی محور مثلث مادر- کودک- بیماری» در بهبود سلامت مادران دارای فرزند تحت مراقبت پزشکی بپردازند. بعلاوه مطالعات با حجم نمونه بالاتر قادر به بررسی اثربخشی این مدل مداخله بر بهبود سلامت کودکان و مطالعه معناداری نقش واسطه‌ای بهبود مادران در این میان نیز خواهند بود. همچنین در آن شرایط بررسی نقش و تأثیر متغیرهای واسطه‌ای دیگر همچون دل‌بستگی، کیفیت ارتباط مادر-کودک و ویژگی‌های روانشناختی مادر و کودک در اثربخشی مدل مداخله «دل‌بستگی محور مثلث مادر- کودک- بیماری» بر بهبود سلامت مادران و کودکان امکان‌پذیر خواهد بود. لازم به ذکر است از یکسو به علت محدودیت دسترسی به بیماران و اجرای مداخله، و از سوی دیگر تنظیم این پژوهش به عنوان مطالعه‌ای مقدماتی جهت بررسی اولیه اثربخشی مدل مداخله «دل‌بستگی محور مثلث مادر- کودک- بیماری»، مطالعه حاضر بر روی گروه نمونه با حجم محدودی اجرا گردید. بعلاوه تأیید اولیه

واقع شده در سلامت روانی مادران، برای نمونه افسردگی، است. از سوی دیگر این مدل مداخله با تمرکز بر رابطه مادر- کودک در چارچوب شرایط پزشکی موجود، منجر به بهبود دل‌بستگی مادر به فرزندش تحت این شرایط و نیز بهبود شناخت‌ها، هیجان‌ها و رفتارهای مادر پیرامون خودش به عنوان والد و نیز در تعامل با فرزندش و بیماری وی، را به همراه داشته است. این امر را می‌توان در تغییرات حاصله در شاخص‌های احساس شایستگی، اضطراب و کناره‌گیری اجتماعی مادران مشاهده نمود. بهبودی مادر در این زمینه‌ها، افزایش سلامت روانی مادر و متعاقب آن بهبود سلامت جسمانی وی را به همراه دارد. از سوی دیگر بخشی از بهبود سلامت مادر را می‌توان منتج از بهبودی‌ای دانست که به دنبال اجرای مداخله دل‌بستگی- محور برای کودک نیز واقع می‌شود. بررسی دقیق رابطه این متغیرها با یکدیگر و معناداری نقش واسطه‌ای هر یک در تعامل با دیگری مستلزم مطالعات بیشتر خواهد بود. به عنوان محدودیت عمده در مطالعه حاضر، باید اشاره نمود در این مطالعه با وجود استفاده از طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه کنترل و تلاش جهت کنترل عوامل احتمالی مداخله‌گر در طرح، پژوهشگران قادر به تشکیل گروه‌های با کودکان مبتلا به نوع همگن بیماری و هم‌جنس نبودند. گرچه سعی شد از طریق هم‌تاسازی دو گروه این امر تا حدی تعدیل شود، اما این امر امکان مقایسه اثربخشی مداخله را در دو گروه جنسی و انواع بیماری کودکان از محققین می-

اثربخشی این مدل در مطالعه حاضر می‌تواند راهگشای تدوین و اجرای مطالعات گسترده‌تر

منابع

- ابارشی، ز.، طهماسیان، ک.، مظاهری، م. ع. و پناغی، ل. (1388)، تأثیر آموزش برنامه "ارتقای رشد روانی - اجتماعی کودک از طریق بهبود تعامل مادر- کودک" بر خودآثرمندی والدگری و رابطه مادر و کودک زیر سه سال. فصلنامه پژوهش در سلامت روان، 3(3)، 49-57.

- امانی، الف.، ثنایی ذاکر، ب.، نظری، ع. م. و نامداری، پ. (1390)، اثربخشی دو رویکرد طرحواره درمانی و دلبستگی درمانی بر سبک‌های دلبستگی در دانشجویان مرحله عقد. فصلنامه مشاوره و روان‌درمانی خانواده، 21(2)، 171-191.

- بشارت، م. ع. (1391)، مبانی درمانی نظریه دلبستگی. رویش، 1(1)، 15-38.

- بشارت، م. ع.، زمانی فروشانی، ن.، معافی، ع. و بهرامی احسان، ه. (1393)، نقش واسطه‌ای راهبردهای تنظیم شناختی هیجان در رابطه بین انتشارات رشد.

- دادستان، پ.، احمدی ازغندی، الف. و حسن‌آبادی، ح. ر. (1385)، تنیدگی والدینی و سلامت عمومی: پژوهشی درباره رابطه تنیدگی حاصل از والدگری با سلامت عمومی در مادران پرستار و خانه‌دار کودکان خردسال. روانشناسان ایرانی، 2(7)، 171-184.

بعدی باشد.

آسیب پرهیزی و بهزیستی روانشناختی در والدین کودکان مبتلا به سرطان. روانشناسی سلامت، زیر چاپ.

- تبعه‌امامی، ش.، نوری، الف.، ملک‌پور، م. و عابدی، الف. (1390). اثربخشی آموزش شناختی - رفتاری مادران بر تغییر رفتار مادرانه و دلبستگی نایمن کودک. روانشناسی بالینی، 3(3)، 7-16.

- تقوی، م. (1380)، بررسی روائی و اعتبار پرسشنامه سلامت عمومی (GHQ-28). مجله روانشناسی، 20(1)، 381-391.

- حسین‌زاده تقوایی، م.، لطفی کاشانی، ف.، نوابی‌نژاد، ش.، و نورانی‌پور، ر. (1388). اثربخشی درمان متمرکز بر هیجان در تغییر سبک دلبستگی همسران. اندیشه و رفتار، 4(14)، 47-56.

- دادستان، پ. (1377)، تنیدگی یا استرس، بیماری جدید تمان، پیوست 3. تهران: ذوالفقاری مطلق، م.، جزایری، ع.، خوشابی، ک.، مظاهری، م. ع. و کریملو، م. (1387)، اثربخشی درمان مبتنی بر دلبستگی بر کاهش علائم اختلال اضطراب جدایی. مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران، 14(4)، 380-388.

- غضنفری، زهرا، محمدعلیزاده، سکینه، خسروی، فاطمه. (1382)، بررسی شیوه

متغیری در پژوهش رفتاری. تهران: پارسا.

- الهیاری، الف، الحانی، ف، کاظم‌نژاد، الف، و ایزدیاری، م. (1385)، بررسی تاثیر الگوی توانمندسازی خانواده‌محور بر کیفیت زندگی کودکان سن مدرسه مبتلا به بیماری تالاسمی. مجله بیماری‌های کودکان ایران، 16(4)، 461-455.

سازگاری والدین کودکان مبتلا به تالاسمی در شهر کرمان. مجله پزشکی هرمزگان، 7(4)، 197-202.

- نیک‌فرید، ل، ایزدی، ح، و شکوری، م. (1390)، رفتارهای تطابقی مادران کودکان مبتلا به بیماری‌های مزمن. نشریه پرستاری ایران، 24(74)، 53-62.

- هومن، ح.ع. (1386)، تحلیل داده‌های چند

- Abidin, R. R. (1990), Introduction to the special issue: the stresses of parenting. *Journal of Clinical Child Psychology*, 19, 298-301.

- Allen, B. (2011), The use and abuse of attachment theory in clinical practice with maltreated children, part i: diagnosis and assessment. *Trauma, Violence, and Abuse*, 12(1), 3-12.

- Allen, B. (2011), The use and abuse of attachment theory in clinical practice with maltreated children, part ii: treatment. *Trauma, Violence, and Abuse*, 12(1), 13-22.

- Amos, J., Beal, S., & Furber, G. (2007), Parent and child therapy (PACT) in action: an attachment-based intervention for a six-year-old with a dual diagnosis. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, 28(2), 61-70.

- Bakermans-Kranenburg, M. J., Van Ijzendoorn, M. H., Mesman, J., Alink, L. R. A., & Juffer, F. (2008), Effects of an attachment-based intervention on daily cortisol moderated by dopamine receptor d4: a randomized control trial on 1- to 3-year-olds screened for externalizing behavior. *Development and Psychopathology*, 20(3), 805-820.

- Bartholomew, K., & Horowitz, L. M. (1991), Attachment styles among young adults: a test of a four-category model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61, 226-44.

- Benjamin, S., Declamer, P., & Haran, D. (1983), Community screening for mental illness: a validity study of the "GHQ". *British Journal of Psychiatry*, 25(4), 174-180.

- Berant, E., Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2008), Mothers' attachment style, their mental health, and their children's emotional vulnerabilities: A 7-year study of children with congenital heart disease. *Journal of Personality*, 76(1), 31-65.

- Best, M., Streisand, R., Catania, L., & Kazak, A. E. (2001), Parental distress during pediatric leukemia and posttraumatic stress symptoms (PTSD) after treatment ends. *Journal of Pediatric Psychology*, 26(5), 299-307.

- Blount, R. L., Zempsky, W. T., Jaaniste, T., Evans, S., Cohen, L. L., Devine, K. A., & Zeltzer, L. K. (2009), Management of pediatric pain and distress due to medical procedures. In M. C. Roberts., & R. G. Steele (Eds.), *Handbook of pediatric psychology*

(Chapter 11). New York: Gilford Press.

- Bowlby, J. (1988), *A Secure base*. New York: Basic Books.

- Burwell, S. R., Brucker, P. S., & Shields, C. G. (2006), Attachment behaviors and proximity-seeking in cancer patients and their partners. *Journal of Couple and Relationship Therapy*, 5(3), 1-16.

- Burwell, S. R., Brucker, P. S., & Shields, C. G. (2006). Attachment behaviors and proximity-seeking in cancer patients and their partners. *Journal of Couple and Relationship Therapy*, 5(3), 1-16.

- Cornell, T., & Hamrin, V. (2008), Clinical interventions for children with attachment problems. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 21(1), 35-47.

- Daniel, S. I. F. (2006). Adult attachment patterns and individual psychotherapy: a review. *Clinical Psychology Review*, 26(8), 968-984.

- Davies, K. A., Macfarlane, G. J., Mcbeth, J., Morriss, R., & Dickens, C. (2009), Insecure attachment style is associated with chronic widespread pain. *Pain*, 143(3), 200-205.

- Fiori, K. L., Consedine, N. S., & Merz, E. M. (2011), Attachment, social network size, and patterns of social exchange in later life. *Research on Aging*, 33(4), 465- 493.

- Fitton, V. A. (2012), Attachment theory: history, research, and practice. *Psychoanalytic Social Work*, 19, 121-143.

- Fitzgerald, J., & Thomas, J. (2012), A report: couples with medical conditions, attachment theoretical

perspectives and evidence for emotionally-focused couples therapy. *Contemporary Family Therapy*, 34(2), 277-281.

- Goldberg, D. P; & Hillier, V. F. (1979), A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychological Medicine*, 9, 139-145.

- Goldsmith, D. F. (2010), The emotional dance of attachment. *Clinical Social Work Journal*, 38(1), 4-7.

- Hoekstra-Weebers, J. E. H. M., Jaspers, J. P. C., Kamps, W. A., & Klip, E. C. (2001), Psychological adaptation and social support of parents of pediatric cancer patients: a prospective longitudinal study. *Journal of Pediatric Psychology*, 26(4), 225-235.

- Hung, Y., & Chen, J. (2010), Factors related to health status in mothers of children with cancer. *Journal of Nursing*, 57(6), 42-50.

- Hunter, J. J., & Maunder, R. G. (2001), Using attachment theory to understand illness behavior. *General Hospital Psychiatry*, 23, 177-182.

- Maunder, R. G., & Hunter, J. J. (2004), An integrated approach to the formulation and psychotherapy of medically unexplained symptoms: meaning and attachment-based intervention. *American Journal of Psychotherapy*, 58, 17-33.

- Mcquaid, E. L., Kopel, S. J., Klein, R. B., & Fritz, G. K. (2003), Medication adherence in pediatric asthma: reasoning, responsibility, and behavior. *Journal of Pediatric Psychology*, 28(5), 323-333.

- Meredith, P., Ownsworth, T., & Strong, J. (2008), A review of the evidence linking adult attachment theory and chronic pain: presenting a conceptual model. *Clinical Psychology Review*, 28, 407-429.
- Naitoh, Y., Kawauchi, A., Soh, J., Kamoi, K., & Miki, T. (2012), Health related quality of life for monosymptomatic enuretic children and their mothers. *Journal of Urology*, 188(5), 1910-1914.
- Petrie, K. J., & Revenson, T. A. (2005), New psychological interventions in chronic illness: towards examining mechanisms of action and improved targeting. *Journal of Health Psychology*, 10(2), 179-184.
- Ranson, K. E., & Urichuk, L. J. (2008), The effect of parent-child attachment relationships on child biopsychosocial outcomes: a review. *Early Child Development and Care*, 178(2), 129-152.
- Ridder, D., Geenen, R., Kuijer, R., & Middendorp, H. (2008). Psychological adjustment to chronic disease. *Lancet*, 372(9634), 246-255.
- Robins. P. V., Brooks. B. R. (1981), Emotional disturbance in multiple sclerosis patients: validity of "GHQ". *Psychological Medicine*, 11, 425-427.
- Sadava, S. W., Busseri, M. A., Molnar, D. S., Perrier, C. P. K., & DeCourville, N. (2009), Investigating a four-pathway model of adult attachment orientation and health. *Journal of Social and Personal Relationships*, 26(5), 604-633.
- Seagull, E. A. (2000), Beyond mother and children: finding the family in pediatric psychology. *Journal of Pediatric Psychology*, 25(3), 161-169.
- Sudbery, J., Shardlow, S. M., & Huntington, A. E. (2010), To have and to hold: questions about a therapeutic service for children. *British Journal of Social Work*, 40, 1534-1552.
- Tam, K. K., Chan, Y. C., & Wong, C. K. M. (1994), Validation of Parenting Stress Index among Chinese mothers in Hong Kong. *Journal of Community Psychology*, 22, 211-223.
- Yárnoz, S., Plazaola, M., & Etxeberria, M. P. J. (2008), Adaptation to divorce: an attachment-based intervention with long-term divorced parents. *Journal of Divorce and Remarriage*, 49(3-4), 291-307.
- Yilmaz, O., Yildirim, S. A., Öksüz, C., Atay, S., & Turan, E. (2010), Mothers' depression and health-related quality of life in neuromuscular diseases: Role of functional independence level of the children. *Pediatrics International*, 52(4), 648-652.