

Therapy Approach on Depressive Symptoms and Quality of Attachment of Primary School Boys

تأثیر درمان مبتنی بر رویکرد دلبستگی کودک محور بر علایم افسردگی و کیفیت دلبستگی پسران مقطع ابتدایی

Farahnaz Shakeniya. M A.

University of Isfahan

Behzad Behrouz. M.B.

University of Razi Kermanshah

Behrouz Behrouz. M.A.

University of Isfahan

Mohammad Bagher Kajbaf. Ph.D.

University of Isfahan

Ghobad Behamin. Ph.D.

Ilam Payame Noor University

فرحناز شاکه‌نیا*

کارشناس ارشد روان‌شناسی عمومی دانشگاه اصفهان

بهزاد بهروز

دانشجوی کارشناسی مشاوره دانشگاه رازی کرمانشاه

بهروز بهروز

کارشناس ارشد روان‌شناسی عمومی دانشگاه اصفهان

محمدباقر کجباغ

دانشیار گروه روان‌شناسی دانشگاه اصفهان

قیاد بهامین

استادیار گروه روان‌شناسی دانشگاه پیام نور ایلام

چکیده

این پژوهش با هدف اثربخشی درمان مبتنی بر رویکرد دلبستگی کودک محور بر میزان علایم افسردگی و کیفیت دلبستگی دانش آموزان پسر مقطع ابتدایی انجام شد. پژوهش از نوع شبه آزمایشی و با گروه آزمایش و گواه بود. جامعه آماری همه پسران پایه چهارم و پنجم شهر اصفهان در سال 1390 بودند. نمونه مورد بررسی در این پژوهش 30 دانش آموز پسر افسرده کلاس چهارم و پنجم دبستان بود که براساس نمونه گیری تصادفی چند مرحله‌ای انتخاب و به صورت تصادفی در گروه‌های آزمایش و گواه قرار گرفتند. به منظور سنجش میزان افسردگی کودکان از پرسشنامه افسردگی کودکان (CDI) (کواکس، 1981) و به منظور سنجش میزان دلبستگی کودکان، از پرسشنامه کیفیت دلبستگی به والدین و همسالان فرم تجدیدنظر شده برای کودکان (IPPA-R) (گالون و رابینسون، 2005) استفاده شد. مداخله‌ها شامل 6 جلسه بود که براساس درمان مبتنی بر دلبستگی کودک محور تدوین شده بود و بر روی گروه آزمایش اجرا شد در حالی که گروه گواه هیچ مداخله‌ای را دریافت نکردند. نتایج آمار توصیفی و تحلیل کوواریانس نشان داد که درمان دلبستگی کودک محور به طور معناداری موجب کاهش افسردگی و ابعاد آن (مشکلات بین فردی، ناکارآمدی، فقدان لذت، خلق منفی، عزت نفس منفی) ($P < 0/05$) و همچنین افزایش کیفیت دلبستگی و ابعاد آن (اعتماد، ارتباط، از خودبیگانگی) ($P < 0/05$) در گروه آزمایش گردید.

واژه‌های کلیدی: افسردگی کودکان، کیفیت دلبستگی، درمان مبتنی بر رویکرد دلبستگی کودک محور.

Abstract

The purpose of this aim was to determine the effectiveness of child-based attachment therapy approach on the amount of depression symptoms and quality of attachment of primary school boys. The research type is quasi-experimental with control and experimental groups. Population included all fourth and fifth grade primary school boys in the city of Isfahan in 2011 (1390s.c.). The sample under study here were 30 depressed students of fourth and fifth grades chosen by random multi-stage sampling who were assigned randomly to control and experimental groups. To measure children depression rate, the tool used in this study was Child Depression Inventory (CDI) (Kovacs, 1981). Also, children attachment rate was measured through Inventory of Parent and Peer Attachment Revised for children (IPPA-R) (Gullon & Robinson, 2005). The interventions included 6 sessions which were based on child-oriented attachment therapy for the experimental group, while the control group did not receive any treatment. The results of descriptive statistics and analysis of covariance showed, that child based attachment therapy significantly reduces depression and its dimensions (interpersonal problems, ineffectiveness, anhedonia, negative mood, negative self-esteem) ($P < 0.05$) and also increases quality of attachment and its dimensions (trust, relationship, self-alienation) ($P < 0.05$) in the experimental group.

Keywords: child depression, attachment quality, child – based attachment therapy approach.

* نویسنده مسؤل: اصفهان، خیابان هزار جریب، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی دانشگاه اصفهان، گروه روان‌شناسی.

پست الکترونیک (رایانامه): f.shakehnia@gmail.com

پذیرش 92/10/5

وصول 91/2/10

مقدمه

1380). ماهیت روابط دلبستگی در طول نیم قرن موضوع تحقیقات تجربی شده است و به صورت چشمگیر در متون پژوهش رو به افزایش است، از جمله اشمولی - گوئنز، تارگت، فونانگی و دیتا⁹ (2008) معتقدند که کیفیت روابط والد-فرزند در دوران نوباوگی و اوایل دوران کودکی به عنوان یک عامل مهم در شکل گیری شخصیت بعدی و رشد آسیب شناسی روانی مورد توجه قرار گرفته است.

موریس، مایر و میسترز¹⁰ (2000) نشان دادند که سطوح بالای دلبستگی نایمن به طور قابل توجهی با سطوح بالاتر علائم افسردگی فعلی همراه است و تأثیر معنادار سبک دلبستگی را نیز بر نمره کل اختلالات اضطرابی و افسردگی نشان دادند. در این پژوهش، کودکان دلبسته نایمن سطوح بالاتری از اضطراب و افسردگی را نسبت به کودکان دلبسته ایمن داشتند. آبل، هانکین، هایگ، آدامز، وینوکروف¹¹ و همکاران (2005) در پژوهشی نشان دادند که الگوهای دلبستگی نایمن به عنوان عوامل خطر برای بسیاری از مشکلات روانی از جمله افسردگی عمل می کنند. نتایج مطالعه مورلی و موران¹² (2011)، پاپینی و راگمن¹³ (1992)، سکستون، گلانوویل و کاسلو¹⁴ (2001)، شیر، هاپز، آپرت، داویس و آندروس¹⁵ (1997) این پژوهش ها، روابط دلبستگی را به عنوان راهبردی مؤثر برای تسهیل و افزایش تعاملات مثبت خانواده، پیشنهاد می کنند.

زچریسون¹⁶ (2009) نیز نشان داد که کودکان با سطوح پایینی از دلبستگی ایمن، زمانی که در معرض سبک های فرزند پروری غیر مؤثر و اضطراب خانوادگی قرار می گیرند برای هر دو دسته از مشکلات بیرونی و درونی شده افسردگی در معرض خطر بیشتری هستند. پژوهش های مطرح شده، اهمیت حیاتی دلبستگی را در رشد شناختی، عاطفی و اجتماعی کودک تأیید و تأثیرات گسترده آن بر تحقیقات رشد کودک و کاربردهای آن را در زمینه های مختلف برای ما محرز می کند. با وجود اینکه در پژوهش های داخلی شاهد تحقیقاتی هستیم که حاکی از مشکلات دلبستگی در کودکان ایرانی است (رازقی، غباری بناب و مظاهری، 1385)، ولی در ایران در زمینه درمان این مشکلات پژوهش زیادی انجام نگرفته است.

در سالهای اخیر بیشتر مطالعات درباره کاهش و درمان نشانه های افسردگی در بزرگسالان انجام گرفته است. متأسفانه نتایج به دست آمده از الگوها و درمان های افسردگی بزرگسال قابل تعمیم به کودکان نیستند، بنابراین نظریه های سبب شناختی و اثربخشی مداخلات درمانی باید در کودکان به گونه ای مستقل بررسی شود (لی و هنکین¹، 2009). درمان کودکان و نوجوانان افسرده یکی از چالش انگیزترین موضوعات بالینی و بهداشت روانی است. با توجه به مرگ و میر ناشی از اختلال افسردگی، میلین، والکر و چو² (2003) معتقدند که بازبینی پیشینه مربوط برای دستیابی به بهترین گزینه های درمانی ضروری به نظر می رسد. در این خصوص هر چند که پیشگیری اولیه همواره کارآمد و مؤثر نیست، ولی شواهد نشان می دهد پیشگیری ثانویه (مداخله های درمانی) مشکلات روانی - اجتماعی آتی را به طور چشمگیری کاهش می دهد.

برای درک بروز افسردگی در کودکان از دو رویکرد شناختی و بین فردی استفاده می شود. هر رویکرد به طور جداگانه در درک ما از بروز افسردگی نقش دارد. نظریه های شناختی (افسردگی بک³) شواهدی برای تأثیر شناخت منفی در بروز افسردگی ارائه کرده است، در حالیکه نظریه های میان فردی (تئوری تعامل افسردگی کوین⁴) بر نقش فرایندهای میان فردی در افسردگی تأکید می کند. استفاده از رویکرد یکپارچه شناختی - میان فردی⁵ به بررسی تعامل بین هر دو عامل درون فردی و میان فردی توجه می کند. نظریه دلبستگی یکی از این نظریه های یکپارچه است که می تواند به عنوان یک چارچوب شناختی - میان فردی برای درک بروز افسردگی در کودکان مورد استفاده قرار گیرد (لی و هنکین، 2009).

بر اساس نظریه کردارشناسی⁶، دلبستگی⁷ عامل مهمی در تأمین رشد عاطفی و اجتماعی کودک در سال های بعدی زندگی او است. دلبستگی بر رشد اجتماعی کودک تأثیر می گذارد، بدین ترتیب که او به دلیل دلبستگی به والدین خود، ارزش ها و معیارهای افرادی را که از او مراقبت می کنند یعنی والدینش را می پذیرد (ماسن، کیگان، هوستون و ویکانجر⁸،

1. Lee & Hankin
3. Beck's cognitive theory of depression
5. integrated cognitive-interpersonal
7. attachment
9. Shmueli-Goetz, Target, Fonagy & Datta
11. Abela, Hankin, Haigh, Adams & Vinokuroff
13. Papini & Roggman
15. Sheeber, Hops, Alpert, Davis & Andrews

2. Miloin, Walker & Chow
4. Coyne's Interactional Theory of Depression
6. ethology theory
8. Masn, Kygan, Houston & ve Kanjr
10. Muris, Mayer & Meesters
12. Morley & Moran
14. Sexton, Glanvil & Kaslow
16. Zachrisson

ضروری است متولیان امر تدابیری اتخاذ نمایند که والدین دانش‌آموزان در جریان شیوه‌های فرزندپروری و شناخت نسبت به سبک‌های دلبستگی به‌ویژه دلبستگی ایمن قرار بگیرند. در این صورت دانش‌آموزان در رسیدن به اهداف خود در زندگی پیشرفت می‌کنند و توانایی مواجهه با مخاطرات زندگی و تصمیم‌گیری اثربخش را کسب و اختلالات رفتاری آنها کاهش می‌یابد. این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر رویکرد دلبستگی کودک‌محور بر کاهش علائم افسردگی و کیفیت دلبستگی دوران کودکی تدوین شده است. فرضیه‌های پژوهش عبارت‌اند از:

- 1- برنامه‌درمان مبتنی بر رویکرد دلبستگی کودک‌محور بر میزان علائم افسردگی دوران کودکی مؤثر است.
- 2- برنامه‌درمان مبتنی بر رویکرد دلبستگی کودک‌محور بر میزان دلبستگی آزمودنی‌ها مؤثر است.

روش

روش پژوهش، جامعه آماری و نمونه؛ این پژوهش از نوع شبه‌آزمایشی است و در آن از دو گروه آزمایش و گواه با انجام پیش‌آزمون و پس‌آزمون استفاده شد. در گروه آزمایش متغیر مستقل (درمان مبتنی بر دلبستگی کودک‌محور) اعمال، اما در گروه گواه اعمال نشد. در پایان متغیرهای وابسته در دو گروه با پس‌آزمون اندازه‌گیری شد. جامعه آماری این پژوهش را همه دانش‌آموزان پسر مقطع چهارم و پنجم ابتدایی شهر اصفهان در سال 1390 تشکیل دادند. نمونه‌گیری به‌منظور غربالگری کودکان افسرده و به روش تصادفی چندمرحله‌ای انجام گرفت. ابتدا از بین نواحی ششگانه اصفهان، یک ناحیه (ناحیه دو) و از این ناحیه نیز 10 مدرسه و از هر مدرسه دو کلاس به‌طور تصادفی انتخاب و پرسشنامه افسردگی در بین آنان اجرا گردید. سپس 30 نفر از دانش‌آموزانی که بیشترین نمره را در افسردگی کسب کردند، انتخاب و به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایشی (15 نفر) و گواه (15 نفر) قرار گرفتند. پس از اجرای درمان، از هر دو گروه آزمایش و گواه، پس‌آزمون گرفته شد. ملاک‌های ورود عبارت بودند از؛ اعلام رضایت والدین، والدین به‌عنوان مراقبان اصلی کودک، تحصیل در مقطع چهارم و پنجم ابتدایی، کسب نمره خام 22 (نمره برش پیشنهادی نمونه ایرانی) و بالاتر در پرسشنامه افسردگی کودکان. ملاک‌های خروج نیز شامل؛ عدم تمایل خود کودک به شرکت در جلسات، عدم زندگی والدین با هم در نتیجه متارکه یا طلاق بود.

درمان مبتنی بر دلبستگی¹ اصطلاحی است برای مداخلات و یا رویکردهای مبتنی بر نظریه دلبستگی که از نظریه بالبی نشأت گرفته است. براساس نظر برلین، زانه و لیبرمن² (2008) این رویکردها در دامنه‌ای از روش‌های درمان فردی تا برنامه‌های بهداشت عمومی قرار دارند. منظور از درمان مبتنی بر دلبستگی کودک‌محور در این پژوهش، شش جلسه آموزش گروهی برای کودکان و یک جلسه آموزش گروهی برای والدین است که براساس ابعاد رشدی مراقبتی مبتنی بر دلبستگی اسکافیلد³ و به علت تمرکز بر ابعاد رشدی کودک، «رویکرد کودک‌محور»⁴ نام گرفته است. برخی از پژوهش‌ها نشان داده‌اند که رشد دلبستگی ایمن و بهبود تعامل والد - کودک از طریق مداخلات دلبستگی می‌تواند خطر افسردگی و اضطراب کودکی و بزرگسالی را کاهش دهد (جاکوبسن، هرود و فرگوسن⁵، 2012).

با در نظر گرفتن شیوع افسردگی در کودکان دبستانی، اهمیت سلامت روانی دانش‌آموزان و ضرورت شناسایی، درمان و پیگیری گروه‌های در معرض خطر، توجه به درمان‌هایی که بتواند مشکلات را به حداقل برساند، ضروری به نظر می‌رسد، در حالی که بررسی رابطه سبک‌های دلبستگی با آسیب‌شناسی روانی و سایر سازه‌های روانی - اجتماعی و اثربخشی رویکرد مبتنی بر دلبستگی بر روی بزرگسالان انجام گرفته است، تحقیقات کمی در کودکان سنین مدرسه انجام شده است و بیشتر پژوهش‌ها بر جنبه سالم رشد تأکید کرده‌اند. بنابراین پژوهش حاضر می‌تواند کمبودهای پژوهشی در این زمینه را تا حدودی مرتفع سازد. روان‌شناسان بالینی باید با دوره‌های رشدی خاصی که خطر شروع افسردگی خردسالان را بالا می‌برد، آشنا باشند. این دوره‌های رشدی عبارت‌اند از؛ اواخر کودکی تا اوایل نوجوانی که در آن شیوع افسردگی در حد چشمگیری افزایش می‌یابد و دوره‌های گذرا مثل، دوره ورود به مدرسه که کودک باید بیش از حد با مسائل کنار بیاید (شرودر و گوردون⁶، 1385). براساس نکات مطرح شده، اهمیت پیشگیری و درمان نشانه‌های افسردگی کودکان ضروری به نظر می‌رسد. با وجود کوشش برای درمان افسردگی کودکان توجه اندکی به رویکردهای رشدی و به‌ویژه رویکرد دلبستگی شده است. بنابراین این پژوهش ضمن معرفی این رویکرد درمانی، میزان اثربخشی آن را در کاهش نشانه‌های افسردگی کودکان دبستانی و افزایش کیفیت دلبستگی آنها مورد بررسی قرار می‌دهد. با توجه به اهمیت آموزش و پرورش در زندگی افراد،

1. attachment-based treatment

3. Scofield

5. Jakobsen, Horwood & Fergusson

2. Berlin, Zeanah & Lieberman

4. child-centered approach

6. Schroeder & Gordon

ابزار سنجش

جمع خرده‌مقیاس اعتماد و ارتباط منهای خرده‌مقیاس از خودبیگانگی است. سؤالات 3، 5، 7، 10 و 15 معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. در پژوهش گالون و رایبسون (2005)، پایایی ابزار در زیرمقیاس والدین 0/93 و در زیرمقیاس همسالان 0/86 به‌دست آمده است و ضریب آلفای کرونباخ 0/78 برای زیرمقیاس اعتماد، 0/82 برای ارتباط و 0/79 برای بیگانگی گزارش شده است. همچنین در این پژوهش آلفای کرونباخ برای دو زیرمقیاس ارتباط و اعتماد به ترتیب 0/80 و 0/79 و برای زیرمقیاس از خودبیگانگی 0/77 به‌دست آمد. یک نمونه از سؤالات آن عبارت است از: «والدینم به احساسات من احترام می‌گذارند».

روش اجرا و تحلیل

بعد از کسب موافقت والدین، نخست پرسشنامه‌های افسردگی و دلبستگی اجرا و سپس 30 نفر از کودکانی که بالاترین نمره را در افسردگی کسب نمودند، انتخاب و به‌طور تصادفی در گروه آزمایش و گواه قرار گرفتند. از آزمودنی‌های انتخاب شده در گروه آزمایش، برای شرکت در جلسات درمان دعوت شد. هر دو گروه در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون شرکت کردند. متغیر مستقل، درمان مبتنی بر دلبستگی کودک محور بود که در 6 جلسه گروهی برای دانش‌آموزان به همراه یک جلسه آموزشی برای والدین در گروه آزمایش اعمال شد. سپس به‌منظور اجرای پس‌آزمون این پرسشنامه‌ها دوباره اجرا شد.

فرمت آموزشی درمانی این پژوهش براساس مدل مراقبتی مبتنی بر دلبستگی و با توجه به چهار فرمت درمانی شامل؛ درمان آسیب دلبستگی¹⁰، بازی درمانی، مهدکودک درمانی¹¹ و ترکیب مهدکودک درمانی با بازی درمانی مبتنی بر دلبستگی تراپلی¹² تدوین شده است و میزان اعتبار آن 0/76 تا 0/78 به‌دست آمده است. به‌طور خلاصه می‌توان گفت، درمان آسیب دلبستگی برای تسهیل پیوندهای لذت‌بخش در رابطه با والد - فرزند تدوین شده است. براساس این فرض که کودکان به تجربه امنیت در دلبستگی نیاز دارند، این درمان برای ایجاد هماهنگی عاطفی، جسمی و غنی‌سازی ارتباط بین والد و کودک طراحی شده است. یکی دیگر از مدل‌های مورد توجه،

پرسشنامه افسردگی کودکان¹ (CDI)؛ این مقیاس یک ابزار خودسنجی افسردگی برای کودکان 7 تا 17 ساله است که کوآکس² (1981) آن را تدوین کرد و شامل 5 خرده‌مقیاس خلق منفی³، مشکلات بین‌فردی⁴، ناکارآمدی⁵، فقدان لذت⁶ و عزت‌نفس منفی⁷ با 27 سؤال سه جمله‌ای است. سؤالات از صفر تا 2 نمره‌گذاری می‌شوند. نمره صفر بیانگر فقدان نشانه، نمره 1 نشانه متوسط و نمره 2 بیانگر وجود نشانه آشکار است، در نتیجه دامنه نمرات از صفر تا 54 است، که نمرات بالاتر نشان‌دهنده افسردگی بیشتر است. نمره کل از مجموع نمرات خرده‌مقیاس‌ها به‌دست می‌آید. سؤالات 2، 5، 7، 8، 9، 10، 11، 13، 15، 16، 18، 21 و 25 معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. نتایج پژوهش داخلی نیز نشان‌دهنده همسانی درونی خرده‌مقیاس‌ها بین 0/38 تا 0/60 بود. با توجه به تعداد کم سؤالات خرده‌مقیاس‌ها (4 تا 6 سؤال) این میزان از ضرایب همسانی درونی، قابل قبول است (دهشیری، نجفی و حبیبی عسکرآباد، 1388). ضریب آلفای کرونباخ کل پرسشنامه برابر با 0/83 و ضرایب بازآزمایی کل پرسشنامه 0/82 است. به‌طور کلی نتایج این تحقیق بیانگر روایی و پایایی قابل قبول CDI در جامعه کودکان ایرانی بود. در این پژوهش نیز ضریب آلفای کرونباخ کل پرسشنامه برابر با 0/85 و ضریب آلفای خرده‌مقیاس‌ها بین 0/51 تا 0/63 به‌دست آمد. یک نمونه از سؤالات آن عبارت است از: «گاهی اوقات غمگین هستم/ بیشتر اوقات غمگین هستم/ همیشه غمگین هستم».

پرسشنامه دلبستگی به والدین و همسالان فرم تجدیدنظر شده کودکان⁸ (IPPA-R)؛ برای بررسی کیفیت دلبستگی، مقیاس دلبستگی به والدین و همسالان فرم تجدیدنظر شده کودکان 25 سؤالی گالون و رایبسون⁹ (2005) مورد استفاده قرار گرفته که سه نمره مجزای دلبستگی را شامل می‌شود و نمرات بالاتر بیانگر دلبستگی ایمن‌تر است. سؤال‌های هر مقیاس به سه خرده‌مقیاس اعتماد، ارتباط و بیگانگی مرتبط است. به گزینه الف نمره 2، به گزینه ب نمره 1 و به گزینه ج نمره صفر تعلق می‌گیرد. نمره 2 بیانگر کیفیت دلبستگی بالا و نمره کل بیانگر کیفیت پایین است. نمره کل این مقیاس حاصل

1. Child Depression Inventory
3. negative mood
5. ineffectiveness
7. negative self-esteem
9. Gullon & Robinson
11. therapeutic preschool

2. Kovacs
4. interpersonal problems
6. anhedonia
8. Inventory of Parent and Peer Attachment- Revised Children
10. attachment-trauma therapy
12. Theraplay

چشمی، آشنایی با مهارت‌های همدلی، آشنایی با مهارت‌های همکاری و مذاکره، آشنایی با مهارت تنظیم اهداف، اجرای بازی‌های گروهی برای ایجاد مهارت‌های ارتباطی در راستای اهداف گفته شده. همچنین باید گفت که این ارزیابی و آموزش را کارشناسان ارشد روان‌شناسی و زیر نظر دانشیار روان‌شناسی انجام دادند.

یافته‌ها

میانگین و انحراف معیار نمرات مربوط به متغیرهای پژوهش (افسردگی و دل‌بستگی) در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون به تفکیک در دو گروه آزمایش و گواه در جدول 1 آورده شده است. همان‌طور که در جدول 1 مشاهده می‌شود بین میانگین و انحراف معیار نمرات متغیرهای پژوهش در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون تفاوت وجود دارد.

نتایج آزمون لوین مبنی بر پیش‌فرض تساوی واریانس‌ها نیز در جدول 2 ارائه شده است. همان‌طور که مشاهده می‌شود، پیش‌فرض لوین در متغیرهای پژوهش بجز زیرمقیاس مشکلات بین‌فردی تأیید می‌گردد. که به دلیل تصادفی بودن دو گروه و حجم نمونه بالا می‌توان از روش تحلیل کوواریانس برای تجزیه و تحلیل فرضیات استفاده کرد (دل‌اور و نقشبندی، 1388).

همان‌گونه که در جدول 3 مشاهده می‌شود، توزیع همه نمرات متغیرهای پژوهش نرمال است. نتایج تحلیل کوواریانس در مورد اثربخشی روش درمانی استفاده شده در پژوهش بر میزان افسردگی آزمودنی‌ها در جدول 4 آورده شده است.

همان‌طور که در جدول 4 مشاهده می‌شود، تفاوت بین میانگین تعدیل شده نمرات شش متغیر مرتبط با افسردگی پس از بررسی متغیرهای مداخله‌گر پیش‌آزمون در گروه آزمایش معنادار است. لذا روش درمانی اعمال شده در پژوهش، باعث بهبود میزان افسردگی در گروه آزمایشی در مقایسه با گروه گواه در مرحله پس‌آزمون شده است (فرضیه اول پژوهش تأیید شده است). میزان تأثیر این مداخله درمانی بر شش متغیر مرتبط با افسردگی در دامنه بین 0/93 تا 0/57 قرار دارد. توان آماری در این شش متغیر 0/99 است که نشان‌دهنده کفایت حجم نمونه است. نتایج تحلیل کوواریانس در مورد اثربخشی روش درمانی استفاده شده بر میزان دل‌بستگی آزمودنی‌ها در جدول 5 آورده شده است.

مهدکودک درمانی بود که استفاده از بازی را با مداخلات درمانی سازمان‌یافته در محیط کلاس درس ترکیب کرده است. این مداخلات به منظور افزایش آگاهی عاطفی، ایجاد مهارت‌های اجتماعی و کاهش مشکلات بیرونی‌شده طراحی شده‌اند. براساس نظر مور، آرمسدن و گوگرتی¹ (1998) مهدکودک درمانی در مقابله با این مشکلات در کودکان مورد آزار قرار گرفته، مؤثر واقع شده است.

خلاصه‌ای از جلسات درمان به این شرح است: **جلسه اول**: معارفه، تشخیص من از غیر من، تشخیص شباهت‌ها و تفاوت‌های افراد، تشویق اعضای گروه برای جشن گرفتن در مورد آنچه هستند، اجرای روش آینه جادویی، چسباندن عکس کودک بر آینه جادویی/ نقاشی از خود، توصیف افراد، هر شخصی متفاوت است، ویژگی‌هایی که در مورد خود دوست دارم، قفسه نمایش من. **جلسه دوم**: شناسایی توانایی‌های اعضای گروه، شناسایی ویژگی‌های شخصیتی افراد، افزایش خودآگاهی، روش سه چیز در مورد من، صندلی مصاحبه، ویژگی‌های من، روز اهدای جوایز. **جلسه سوم**: شناسایی هیجان، آموزش ابراز آن، درک هیجان افراد، آموزش انواع هیجان، پررنگی هیجان، احساس کنید: انجام دهید، علت هیجان و نحوه ابراز آن. **جلسه چهارم**: آشنایی با افکار و فعالیت‌های مرتبط با احساسات و هیجانات، آموزش روش‌های کنترل احساس و هیجان، من چه احساسی دارم، افکار، فعالیت‌ها و احساساتی که باعث می‌شود من احساس شادی، غمگینی، خشم و اضطراب کنم. وقتی احساس... می‌کنم چه اتفاقی می‌افتد؟ **جلسه پنجم**: راه‌های مختلف حل مشکل، آموزش مهارت‌های حل مسأله، شناسایی راهبردهای مقابله‌ای برای اعضای گروه، چراغ راهنما (قرمز - ایست)، (زرد - برنامه‌ریزی)، (سبز - حرکت)، شناسایی راه‌حل‌های مختلف: تکنیک «یا»، بررسی نتیجه راه‌حل‌ها، روش‌های تمرینی حل مسأله یا مثال‌های کاربردی واقعی، شناسایی راهبردهای مقابله‌ای اعضای گروه از طریق ایفای نقش در موقعیت‌های استرس‌زا، معرفی راهبردهای مقابله‌ای آرام‌سازی، خودگویی مثبت، توقف فکر، برنامه‌ریزی برای فعالیت‌های جالب، چارچوب‌دهی مجدد رویداد، ورزش، تمرکز مجدد در مقابل راهبردهای مقابله‌ای ناسالم (سرکوب، نشخوار و تفکر منفی). **جلسه ششم**: آشنایی با مهارت‌های گوش دادن فعال، آشنایی با مهارت‌های مشاهده فعال، آشنایی با مهارت‌های برقراری تماس

جدول 1- میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش دو گروه آزمایش و گواه در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون

متغیرها	پیش‌آزمون			پس‌آزمون		
	تعداد	میانگین	انحراف معیار	تعداد	میانگین	انحراف معیار
گروه آزمایش	15	37/73	3/92	15	14/26	2/76
	15	5/67	1/5	15	1/8	1/21
	15	4/87	0/99	15	1/6	0/91
	15	10/87	1/88	15	4/73	1/39
	15	8/47	1/5	15	3/13	1/19
	15	7/87	1/06	15	3	0/85
گروه گواه	15	39/2	2/54	15	27	2/04
	15	6/2	1/01	15	4	1/31
	15	5/33	1/45	15	3/6	0/91
	15	11/4	1/8	15	8/13	1/59
	15	8/27	1/03	15	5/8	1/26
	15	8	1/19	15	5/47	1/46
گروه آزمایش	15	28	4/24	15	37/8	4/14
	15	11/27	2/09	15	15/73	1/91
	15	9/73	2/7	15	14/7	2/56
	15	8/33	1/76	15	12/73	1/83
گروه گواه	15	31/47	5/01	15	32/73	5/16
	15	10/93	1/98	15	13/67	1/98
	15	11	2/56	15	11/33	2/53
	15	8/87	1/41	15	10/87	1/55

جدول 2- آزمون لوین برای تساوی واریانس‌ها

متغیرها	آزمون f	درجه آزادی 1	درجه آزادی 2	سطح معناداری
افسردگی	0/97	1	28	0/33
مشکلات بین فردی	8/37	1	28	0/007
ناکارآمدی	0/816	1	28	0/374
فقدان لذت	0/992	1	28	0/328
خلق منفی	1/34	1	28	0/26
عزت نفس منفی	0/14	1	28	0/71
دلبستگی	0/23	1	28	0/63
اعتماد	0/044	1	28	0/84
ارتباط	2/6	1	28	0/12
از خودبیگانگی	0/28	1	28	0/6

جدول 3- نتایج آزمون نرمال بودن توزیع نمرات متغیرهای پژوهش (شاپیرو - ویلک)

متغیرها	نوع آزمون	آماره	درجه آزادی	سطح معناداری
افسردگی	شاپیرو - ویلک	0/245	15	0/016
مشکلات بین فردی	شاپیرو - ویلک	0/181	15	0/200
ناکارآمدی	شاپیرو - ویلک	0/199	15	0/115
فقدان لذت	شاپیرو - ویلک	0/215	15	0/062
خلق منفی	شاپیرو - ویلک	0/204	15	0/092
عزت نفس منفی	شاپیرو - ویلک	0/874	15	0/038
دلبستگی	شاپیرو - ویلک	0/94	15	0/377
اعتماد	شاپیرو - ویلک	0/918	15	0/181
ارتباط	شاپیرو - ویلک	0/924	15	0/224
از خودبیگانگی	شاپیرو - ویلک	0/864	15	0/028

جدول 4- نتایج تحلیل کوواریانس دو گروه در متغیر افسردگی

متغیرها	آماره	df	میانگین	f	سطح	مجذور	توان
افسردگی	پیش آزمون	1	81/83	26/59	0/0001	0/49	0/99
	گروه	1	1021/36	331/84	0/0001	0/93	0/99
مشکلات بین فردی	پیش آزمون	1	29/93	55/87	0/0001	0/67	0/99
	گروه	1	22/41	41/83	0/0001	0/61	0/99
ناکارآمدی	پیش آزمون	1	4/68	6/83	0/04	0/21	0/71
	گروه	1	24/63	35/91	0/0001	0/57	0/99
فقدان لذت	پیش آزمون	1	8/62	4/31	0/04	0/14	0/52
	گروه	1	76/99	38/46	0/0001	0/59	0/99
خلق منفی	پیش آزمون	1	19/12	22/42	0/0001	0/45	0/99
	گروه	1	58/2	68/27	0/0001	0/72	0/99
عزت نفس منفی	پیش آزمون	1	21/94	33/29	0/0001	0/55	0/99
	گروه	1	41/69	63/27	0/0001	0/71	0/99

جدول 5- نتایج تحلیل کوواریانس دو گروه در متغیر دل‌بستگی

متغیرها	آماره	منبع تغییرات	df	میانگین مجذورات	f	سطح معناداری	مجذور اتا	توان آماری
دل‌بستگی		پیش‌آزمون	1	533/66	172/21	0/0001	0/86	0/99
		گروه	1	448/16	144/62	0/0001	0/84	0/99
اعتماد		پیش‌آزمون	1	54/87	28/82	0/0001	0/52	0/99
		گروه	1	25/14	13/2	0/001	0/33	0/94
ارتباط		پیش‌آزمون	1	68/39	16/39	0/0001	0/38	0/97
		گروه	1	106/69	25/57	0/0001	0/49	0/99
از خودبیگانگی		پیش‌آزمون	1	18/3	7/93	0/009	0/23	0/76
		گروه	1	33/26	14/4	0/001	0/35	0/96

جدول 6- همبستگی بین دل‌بستگی و افسردگی

مقیاس‌ها	دل‌بستگی		اعتماد		ارتباط		از خود بیگانگی	
	معناداری	همبستگی	معناداری	همبستگی	معناداری	همبستگی	معناداری	همبستگی
افسردگی	0/008	-0/48	0/005	-0/51	0/001	-0/57	0/008	-0/47
خلق منفی	0/006	-0/49	0/02	-0/42	0/005	-0/51	0/002	-0/55
مشکلات بین فردی	0/03	-0/41	0/04	-0/36	0/03	-0/4	0/32	-0/19
ناکارآمدی	0/000	-0/69	0/005	-0/49	0/002	-0/54	0/04	-0/38
فقدان لذت	0/14	0/28	0/04	-0/38	0/01	-0/43	0/03	-0/38
عزت نفس منفی	0/67	-0/08	0/04	-0/35	0/04	-0/37	0/05	-0/34

بحث

با توجه به اینکه بیشتر تحقیقات در سالهای اخیر بررسی، پیشگیری و درمان افسردگی را با استفاده از نمونه بزرگسالان انجام داده‌اند، پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر دل‌بستگی کودک محور را که براساس ابعاد رشدی مدل مراقبتی مبتنی بر دل‌بستگی تدوین شده است، بر کاهش نشانه‌های افسردگی دوران کودکی بررسی می‌کند. نتایج پژوهش حاضر نشان داد که روش درمانی اعمال شده باعث بهبود میزان افسردگی در گروه آزمایشی در مقایسه با گروه گواه در مرحله پس‌آزمون شده است. این یافته از پژوهش حاضر، با نتایج تحقیقات آبلو همکاران (2005)، که نشان دادند الگوهای دل‌بستگی نایمن به‌عنوان عوامل خطری برای

همان‌طور که در جدول 5 مشاهده می‌شود روش درمانی استفاده شده بر میزان دل‌بستگی، اعتماد، ارتباط و از خودبیگانگی آزمودنی‌ها اثربخش بوده است. واریانس مشترک و توان آماری دو گروه به ترتیب در متغیر دل‌بستگی 0/99_0/84، اعتماد 0/94_0/33، ارتباط 0/99_0/49 و از خودبیگانگی 0/96_0/35 است. در بررسی رابطه بین افسردگی و دل‌بستگی به‌عنوان متغیرهای وابسته، نتایج ماتریس همبستگی همراه با ضرایب معناداری آن نشان می‌دهد که بین متغیرهای پژوهش، همبستگی منفی و معنادار وجود دارد. بجز در مورد همبستگی بین مشکلات بین فردی با از خودبیگانگی، فقدان لذت و عزت نفس منفی که در مورد هر سه رابطه، همبستگی منفی و در حد پایین و غیرمعنادار است (جدول 6).

و والدین باید مورد بازبینی مجدد قرار گیرد و این در حالی است که میزان حساسیتی که والدین نسبت به فرزندان خود در دوران خردسالی و نوجوانی دارند، در دوران کودکی میانه کاهش می‌یابد. این پژوهش در راستای بررسی رویکرد کودک‌محور مبتنی بر دلبستگی و تأثیر اثربخشی آن بر کاهش نشانه‌های افسردگی، افزایش کیفیت دلبستگی، استفاده از این رویکرد را در مرحله میانه رشدی کودکی پیشنهاد می‌کند.

با توجه به اینکه پژوهش حاضر بر روی دانش‌آموزان پسر مقطع ابتدایی شهر اصفهان انجام گرفته است، قابل تعمیم به کودکان دیگر فرهنگ‌ها و گروه‌های سنی نیست. به علاوه در تعمیم نتایج به دست آمده از این پژوهش به سایر اختلالات دوران کودکی باید احتیاط کرد. در نهایت این پژوهش مرحله پیگیری نداشته و برای تعمیم آن به فواصل زمانی نیز باید جانب احتیاط را رعایت نمود. براساس این نتایج و محدودیت‌ها پیشنهاد می‌شود پژوهش بر روی سایر گروه‌های سنی و فرهنگی و همچنین نمونه دختران انجام گیرد. پژوهشگران علاقه‌مند می‌توانند تأثیر این رویکرد درمانی را بر سایر نشانه‌های روان‌شناختی دوران کودکی و مقایسه تأثیر این رویکرد با سایر درمان‌های افسردگی کودکان، بررسی نمایند.

منابع

تورت، ک.، و گویدی، م. (۱۳۸۷). *مقدمه‌ای بر روان‌شناسی رشد (از نوزادی تا نوجوانی)*. ترجمه احمد یارمحمدیان و مژگان یاری، چاپ اول، اصفهان؛ انتشارات پویش اندیشه (سال انتشار به زبان اصلی ۲۰۰۱).

دهشیری، غ.، نجفی، م.، و حبیبی عسگرآباد، م. (۱۳۸۸). بررسی مقدماتی ویژگی‌های روان‌سنجی پرسشنامه افسردگی کودکان. *خانواده پژوهی*، ۵(۱۸)، ۱۷۷-۱۵۹.

رازقی، ن.، غباری بناب، ب.، و مظاهری، م. (۱۳۸۵). *مهدکودک و سبک‌های دلبستگی کودکان: پژوهش خانواده‌های تهرانی. تازه‌های علوم شناختی*، ۸(۱)، ۴۶-۳۸.

شرودر، ک.اس.، و گوردون، ب.ان. (۱۳۸۵). *سنجش و درمان مشکلات دوران کودکی*. ترجمه مهرداد فیروزبخت، چاپ اول، تهران؛ نشر دانژه (سال انتشار به زبان اصلی ۲۰۰۳).

دلاور، ع.، و نقشبندی، س. (1388). *تحلیل آماری در روان‌شناسی و علوم تربیتی*. چاپ چهارم، تهران؛ انتشارات ارسباران.

ماسن، پ.، کیگان، ج.، هوستون، آ.، و وی کانجر، ج. (۱۳۸۰). *رشد و شخصیت کودک*. ترجمه مهشید یاسایی، چاپ اول، تهران؛ نشر مرکز (سال انتشار به زبان اصلی ندارد).

بسیاری از مشکلات روانی از جمله افسردگی عمل می‌کنند و نیز با نتایج مطالعه موریس و همکاران (2000)، اشمولی - گوئتز و همکاران (2008) همسو است. موریس و همکاران (2000) نشان دادند که کودکان دلبسته‌نایمن سطوح بالاتری از اضطراب و افسردگی را نسبت به کودکان دلبسته‌ایمن تجربه کرده‌اند. یافته دیگر این پژوهش نشان داد که روش درمانی استفاده شده بر میزان دلبستگی، اعتماد، ارتباط و از خودبیگانگی آزمودنی‌های گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون و بعد از اعمال مداخلات اثربخش است. این یافته از پژوهش با نتایج مطالعات قبلی از جمله نتایج مطالعه مورلی و موران¹ (2011)، پاپینی و راگمن² (1992)، سکستون، گلانوئل و کاسلو³ (2001)، شیر، هاپز، آلپرت، داویس و آندروس⁴ (1997)، همسو است.

رویکرد مبتنی بر دلبستگی کودک‌محور با تمرکز بر الگوهای فعال درونی، دیدگاه فرد نسبت به خودش را تعدیل می‌کند و باعث افزایش خودآگاهی، خودکارآمدی و عزت‌نفس افراد می‌شود. همچنین، این رویکرد با تمرکز بر ایمن‌سازی روابط والد-کودک به افزایش اعتماد و احساس امنیت در کودک منجر می‌شود و به او مجال کاوش محیط و برقراری ارتباط با سایرین را می‌دهد. از طرف دیگر با برقراری روابط ایمن با والدین، مهارت‌های تنظیم هیجان، مهارت‌های حل مسأله و راهبردهای مقابله‌ای سازگار در کودکان را افزایش می‌دهد که خود به سازگاری بیشتر با محیط به‌ویژه با همسالان منجر می‌شود. 6 تا 12 سالگی دوره‌ای است که دنیای اجتماعی کودکان گسترش پیدا می‌کند و با ورود کودکان به مدرسه آنها نسبت به سالهای اولیه زندگی با گروه بزرگتر و متنوع‌تری از همسالان روبه‌رو می‌شوند. از طرفی تغییرات مهمی در توانایی اجتماعی و شناختی کودکان شکل می‌گیرد که برداشت آنها از انسان را تحت تأثیر قرار می‌دهد. برای مثال تغییر در توانایی استدلال و توانایی بیشتر برای خودانعکاسی و توجه بیشتر به حالت‌ها و ویژگی‌های روانی می‌تواند مظهر دلبستگی کودکان را تحت تأثیر قرار دهد. بنابراین اتکای به نفس کودکان بیشتر می‌شود و مسؤلیت بیشتری را برای رفتارشان به عهده می‌گیرند. همچنین تغییرات مهمی در رشد شناختی کودکان به وجود می‌آید. علی‌رغم تغییراتی که کودکان در این دوران تجربه می‌کنند، شواهد نشان می‌دهد که دلبستگی به والدین هنوز در زندگی کودکان نقش اساسی دارد. در نتیجه با توجه به تغییرات زیادی که در کودکی اتفاق می‌افتد، دلبستگی فرزند

1. Morley & Moran

3. Sexton, Glanvil & Kaslow

2. Papini & Roggman

4. Sheeber, Hops, Alpert, Davis & Andrews

- Abela, J., Hankin, B.L., Haigh, E., Adams, P.h., Vinokuroff, T., et al. (2005). Interpersonal Vulnerability to Depression in High-Risk children: The Role of Insecure Attachment and Reassurance Seeking. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 34(1), 182-192.
- Berlin, L.J., Zeanah, C.H., Lieberman, A.F. (2008). Prevention and Intervention programs for Supporting Early Attachment Security. *Handbook of Depression in children and adolescents*. New York: The Guilford Press, 16,79-102.
- Gullon, E., Robinson, K. (2005). The Inventory of parent and attachment revised (IPPA-A) for children: A Psychometric Investigation. *Journal of Clinical psychology and sychotherapy*, 12,67-89.
- Jakobsen, I.S., Horwood, L.J., Fergusson, D.M. (2012). Childhood Anxiety/Withdrawal, Adolescent Parent-Child Attachment and Later Risk of Depression and Anxiety Disorder. *JChildFam Stud*, 21,303-310.
- Kovacs, M. (1981). *Children's depression inventory (CDI)*. New York: Multi-HealthSystems.
- Lee, A., Hankin, B.L. (2009). Insecure Attachment, Dysfunctional Attitudes, and Low Self-esteem Predicting Prospective Symptoms of Depression and Anxiety During Adolescence. *Journal of Clinical Child. AndAdolscent Psychology*, 38(2), 219-231.
- Miloin, R., Walker, S., Chow, J. (2003). Major Depressive Disorder in Adolescence: A Brief Review of the Recent Treatment Literature Canadian. *Journal of Psychiatry*, (48), 600-606.
- Moor, E., Armsden, G., Gogerty, P.L.(1998). A twelve-year follow-up study of maltreated children at risk children who received early therapeutic child care. *Journal of Child Maltreatment*, 3, 3-16.
- Muris, P., Mayer, B., Meesters, C. (2000). Self reported attachment style, anxiety and depression in children. *Journal of Social behavior and personality*, 28(2), 157-162.
- Papini, D., Rogogman, L. (1992). Adolescents perceived attachment to parents in relation to competence, depression and anxiety: A longitudinal study. *Journal of Early Adolescence*, 12 (4), 420-440.
- Sexton, S., Glanvill, D., Kaslow, N. (2001). Attachment and depression: Implications for family therapy. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North American*, 10(3), 465-485.
- Sheeber, L., Hops, H., Alpert, A., Davis, B., Andrews, J. (1997). Family support and conflict: Prospective relation to adolescent depression. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 25(4), 333-344.
- Shmueli-Goetz, Y., Target, M., Fonagy, P., Datta, A. (2008). The Child Attachment Interview: A Psychometric Study of Reliability and Discriminant Validity. *Journal of Developmental Psychology*, 44(4), 939-956.
- Morley, T.E., Moran, G. (2011). The origins of cognitive vulnerability in early childhood: attachment to later depression. *Mechanisms linking early Clinical Psychology Review*, 31(7),1071-1082.
- Zachrisson, H.D. (2009). Attachment in maiddle and late childhood: Measurement validation and relation to mental health problems. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 14, 155-167.