

The Effectiveness of Attachment Based Therapy on secondary psychological disorder due to eating disorder in elementary girls with obesity and obesity

Zahra Dasht Bozorgi. Ph.D.

Associate Professor in Department of Psychology, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran.

Abstract

The purpose of this study was to investigate the effect of therapeutic attachment on eating disorders in girls with obesity. This research was a pre-test-posttest-follow-up study with control group. The statistical population of this study was primary school girls with attachment problems and obesity. Of these, 32 were randomly divided into control (16 girls) and experimental (16 girls). Purposeful sampling method was used. The research tool was Child Attachment Disorder Questionnaire (Randolph 1996), Eating Disorders Questionnaire (Boehne & Farborn, 2008) and Clinical Impairment due to eating disorder Questionnaire (Marcus & Kalarchian, 2003). After forming groups (experimental and control) and performing pretest, the mothers of the experimental group participated in the intervention program for 10 sessions during the two and a half months and did not receive any interventional control group. After the end of the intervention, two post-test groups were followed after 45. The results of single-variable covariance analysis indicated that there was a significant decrease in the level of Clinical Impairment due to eating disorders in the post-test and follow-up stages compared to control ($p < 0.005$). According to the results, attachment therapy can be used as an intervention to reduce Clinical Impairment due to eating disorders in obese children.

Keywords: Clinical Impairment due to eating disorder, obesity. Attachment Therapy

تأثیر دلبستگی درمانی بر اختلال ثانویه روان‌شناختی ناشی از اختلال خوردن دختران ابتدایی مبتلا به اختلال پر خوری و چاقی

زهرا دشت‌بزرگی*

استادیار گروه روانشناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران.

چکیده

هدف از این پژوهش بررسی تأثیر دلبستگی درمانی بر اختلال ثانویه روان‌شناختی ناشی از اختلال خوردن دختران دارای چاقی بود. این پژوهش نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون-پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش، دختران مقطع ابتدایی مبتلا به مشکلات دلبستگی و چاقی بودند که از آن‌ها ۳۲ نفر به صورت تصادفی به دو گروه کنترل (۱۶ دختر) و آزمایش (۱۶ دختر) تقسیم شدند. روش نمونه‌گیری هدفمند بود. ابزار پژوهش شامل پرسشنامه اختلال دلبستگی کودکان (راندولف ۱۹۹۶)، پرسشنامه اختلال ثانویه روان‌شناختی ناشی از ویژگی‌های اختلال خوردن (بوهن و فریورن، ۲۰۰۸) و پرسشنامه اختلال پر خوری (مارکوس و کالارچین، ۲۰۰۳) بود. پس از تشکیل گروه‌ها (آزمایش و کنترل) و اجرای پیش‌آزمون، مادران گروه آزمایش به مدت ۱۰ جلسه در طول دو ماه و نیم در برنامه مداخله مبتنی بر دلبستگی شرکت نمودند و گروه کنترل مداخله‌ای دریافت ننمود. پس از پایان مداخله، بر روی دو گروه پس‌آزمون و پس از ۴۵ روز آزمون پیگیری انجام شد. نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیره نشان داد که در مرحله پس‌آزمون و پیگیری کاهش معنی‌داری در نمره اختلالات ناشی از خوردن گروه آزمایش نسبت به کنترل، وجود دارد ($p < 0.005$). با توجه به نتایج، درمان مبتنی بر دلبستگی می‌تواند به‌عنوان شیوه مداخله در جهت کاهش اختلال ثانویه روان‌شناختی ناشی از اختلال خوردن در کودکان دارای چاقی به کار گرفته شود.

واژه‌های کلیدی: اختلالات ناشی از خوردن، چاقی، دلبستگی درمانی.

* نویسنده مسئول: Zahradb2000@yahoo.com

پذیرش: ۹۶/۰۳/۲۰

وصول: ۹۳/۱۲/۱۶

مقدمه

ناشی از آستانه تحمل پایین‌تر از حد معمول در این افراد باشد (واردل و بیلز^۱، ۲۰۰۹). افراد چاق از پیامدهای جسمانی چاقی برای به دست آوردن نفع ثانوی استفاده می‌کنند؛ یعنی نقش بیمار برای آن‌ها راه‌گریزی تلقی شود، که می‌توانند از تکالیف مورد نظر معاف شوند. طبق دیدگاه استرس و مقابله، خشونت دوران کودکی شرایط خاصی است که می‌تواند افراد را در مسیرهایی قرار دهد که منجر به ابتلای چاقی شود (گرین فیلد و مارکس^۲، ۲۰۰۹).

نظریه دل‌بستگی، امکان ارائه چشم‌اندازی مهم را برای تشخیص عواملی که در شروع و تداوم مشکلات رفتارهای خوردن تأثیرگذار هستند، فراهم می‌کند. به معنای دقیق‌تر دل‌بستگی ناایمن در رشد و تداوم مشکلات مرتبط با رفتارهای خوردن و پیامدهای ناشی از آن، نقش مهمی می‌تواند داشته باشد؛ زیرا افراد دارای اختلالات خوردن اغلب دارای روابط نامطلوبی با چهره دل‌بستگی اولیه خود هستند و شیوع بالایی از دل‌بستگی ناایمن را گزارش می‌دهند (بهزادی پور، بشارت و پاک‌دامن، ۱۳۸۹). پژوهش‌های طولی نشان می‌دهند که با کنترل متغیرهای مرتبط با فعالیت‌های مربوط به چاقی در کودکی، کودکان دارای دل‌بستگی ناایمن در طول رشد ۵-۲ سالگی ۱/۵ برابر چاق‌تر از کودکان دل‌بسته ایمن می‌گردند (اندرسون و وایتکر^۳، ۲۰۱۱). این بدان معنی است که دل‌بستگی ناایمن در اوایل کودکی منجر به رشد چاقی در کودکان می‌شود؛ بنابراین با توجه به نقش پاسخ‌های روان‌شناختی در رشد پرخوری و چاقی و با توجه به اینکه چگونه دل‌بستگی ناایمن و مدیریت هیجانی ناسالم پاسخ‌های استرس‌زا را در کودکان منعکس می‌کند، یک الگوی دل‌بستگی ایمن می‌تواند به بهترین شکل مدیریت هیجانی سالم و پاسخ‌های سالم به فشارهای روانی را در کودک به وجود آورد (اسکور^۴، ۲۰۰۵). بر این اساس به نظر می‌رسد که مداخله مبتنی بر دل‌بستگی، فرصت‌هایی را فراهم می‌کند تا دل‌بستگی ایمن را در کودکان شکل دهند (وندون بوم^۵، ۱۹۹۴). تمرکز اصلی این مداخله بر بازسازی دل‌بستگی هیجانی بین کودک و مراقب و ترمیم مشکلات روان‌شناختی،

افزایش وزن و چاقی در جهان تا چندین سال قبل محدود به بزرگسالان بود، ولی در طی دو دهه اخیر گریبان‌گیر کودکان و نوجوانان نیز شده است (نصرالدین، هاوالا، سلیمیا، آکی و ناجا^۶، ۲۰۱۷). یکی از مشکلات عمده کودکان در چند دهه اخیر چاقی و اضافه‌وزن است که به‌عنوان یکی از خطرات جدی سلامتی مطرح است. حدوداً ۱۷ تا ۱۴ درصد کودکان سراسر دنیا چاق یا دارای اضافه‌وزن هستند (سانچز، ویستاب، سانتوز، کوروالان و یای^۷، ۲۰۱۶). چاقی و اضافه‌وزن در بسیاری از کشورهای در حال توسعه به‌طور چشمگیری در حال رشد است و باعث تعداد زیادی از مشکلات سلامتی شده است. چاقی به افزایش وزنی که ۲۰ درصد بیش از وزن ایده‌آل است، گفته می‌شود. به طوری که در دو دهه گذشته میزان چاقی در میان کودکان بیشتر از دو برابر و شمار نوجوانان دارای اضافه‌وزن ۳ برابر شده است (تسکا، اسزودوسکوسکی، ایلینگ، ترینر، گرنون و همکاران^۸، ۲۰۱۲). پژوهش‌های بسیار نشانگر ارتباط بین چاقی و برخی اختلال‌های روانی بوده‌اند. این پژوهش‌ها حاکی از ارتباط معنی‌داری بین چاقی و افسردگی اساسی، هراس از مکان‌های باز و اختلال وحشت‌زدگی هستند (سیمون، ونکورف، ساندرز، میگیلوریتی، کرین، ون بلی و همکاران^۹، ۲۰۰۶). برخی پژوهش‌های دیگر نیز دریافته‌اند که چاقی با اختلال دوقطبی (وانگ، ساچز، زارات، مارآنجل، کالابریس، گلدبرگ و همکاران^{۱۰}، ۲۰۰۶)، سوء‌مصرف مواد و گرایش به خودکشی (ماتر، کاکس، اینس، و سارین^{۱۱}، ۲۰۰۹) ارتباط مثبت دارد. چاقی در سنین مدرسه با مشکلات سلامتی زیادی مانند اضطراب، تنش و افسردگی و شکایت‌های جسمانی همبستگی دارد و بر روی عملکرد تحصیلی و توانایی سازگاری آن‌ها اثر می‌گذارد. این کودکان تا اندازه‌ای مضطرب، زودرنج، خودانتقادگر و در روابط اجتماعی ضعف هستند (آراجو، سانتوز و ناردی^{۱۲}، ۲۰۱۰). همچنین عوامل روان‌شناختی ممکن است به صورت خودبیمارانگاری در افراد چاق مشاهده شود. نمره بالای خودبیمارانگاری می‌تواند

1. Nasreddine, Hwalla, Saliba, Akl, Naja

3. Taska, Szadkowski, Illing, Trinneer, Grenon & et al

5. Wang, Sachs, Zarate, Mar Angell, Calabrese, Goldberg, & et al

7. Araujo, Santos, & Nardi

9. Greenfiel & Marks

11. Schore

2. Sánchez, Weisstaub, Santos, Corvalán, Uauy

4. Simon, Von Korff, Saunders, Miglioretti, Crane, Van Belle & et al

6. Mather, Cox, Enns, & Sareen

8. Wardel & Beales

10. Anderson & Whitaker

12. Vandonboom

وابسته در نظر گرفته شدند. جامعه آماری این پژوهش شامل دانش‌آموزان دختر مقطع ابتدایی مبتلا به مشکلات دلبستگی بود که دارای شاخص توده بدنی بالاتر از صدک ۹۸ بودند و در سال تحصیلی ۹۲-۹۱ در شهر اهواز به تحصیل اشتغال داشتند. حجم نمونه این پژوهش شامل ۳۲ دختر مقطع ابتدایی با میانگین سنی ۹/۳ سال بود که برای انتخاب آن‌ها از روش نمونه‌گیری هدفمند استفاده شد. به این صورت که از بین چهار منطقه آموزشی اهواز، یک ناحیه آموزشی و از آن ناحیه آموزشی ۲ مدرسه ابتدایی به صورت تصادفی، انتخاب شد و از هر مدرسه ابتدایی تعداد کل دختران چاق که نمایه توده بدن بالاتر از صدک ۹۸ داشتند و مادران آن‌ها حاضر به همکاری با این پژوهش بودند، به عنوان نمونه اولیه انتخاب شدند. از این تعداد در ابتدا آزمون اختلال دلبستگی به منظور غربال‌گری کودکان دلبسته ایمن از کودکان دلبسته نایمن و آزمون اختلال پرخوری انجام شد. سپس بر اساس نمره‌های آن‌ها در پرسشنامه، ۳۲ کودک دارای سبک دلبستگی نایمن (نمره بالاتر از ۳۰) و دارای اختلال پرخوری (بر اساس پرسشنامه اختلال پرخوری)، که توده بدنی بالاتر از صدک ۹۸ داشتند به عنوان نمونه پژوهش انتخاب شدند. سپس دانش‌آموزان واجد شرایط هر یک از مدارس ابتدایی انتخاب شده، به صورت تصادفی به عنوان گروه مداخله و دیگری به عنوان گروه کنترل در نظر گرفته شد. از لحاظ اخلاقی به شرکت‌کنندگان اطمینان داده شد که اطلاعات آن‌ها محرمانه باقی خواهد ماند و اینکه در هر مرحله، می‌توانند از ادامه شرکت در پژوهش انصراف دهند.

ابزار سنجش

پرسشنامه اختلال دلبستگی: این پرسشنامه توسط راندولف^۲ (۱۹۹۶) برای معرفی اختلال‌های دلبستگی برای محدوده سنی ۶ تا ۱۶ سال ساخته شد و یک فهرست بازبینی ۲۵ سؤالی از فراوانی گزارش‌های مادران از مشکلات کودکان در طول دو سال قبل کرده است. این فهرست توسط موحد ابطحی، امیری و امساکی (۱۳۹۱) ترجمه شده و هنجار و ویژگی‌های روان‌سنجی آن استخراج شده است. این پرسشنامه در مقیاس لیکرت تدوین شده است که هر سؤال از ۰ تا ۴ نمره داده می‌شود. مجموع نمرات این پرسشنامه از

هیجانی و رفتاری است که به عنوان نتیجه آشفته‌گی رابطه کودک و والدین رشد نموده است. هدف اصلی خانواده‌درمانی با رویکرد دلبستگی درمانی، ایجاد یک پایگاه و تکیه‌گاه ایمن برای کودک در خانواده است. آموزش به خانواده مبنی بر اینکه چگونه می‌توانند برای یکدیگر تکیه‌گاه ایمنی به وجود بیاورند، به اعضای خانواده کمک می‌کنند که برای رفع مسائل و مشکلات خانواده در طول جلسات درمان و پس از آن از این روش استفاده نمایند (جهانبخش، بهادری، امیری، جمشیدی، ۱۳۹۰). درمان‌های مبتنی بر دلبستگی تاکنون در حیطه‌های مختلف مشکلات کودکان از جمله افزایش سلامت روان در دختران دبستانی (جهانبخش، بهادری، امیری، جمشیدی، ۱۳۹۰)، کاهش علائم افسردگی دختران دبستانی (جهانبخش، بهادری، امیری و جمشیدی، ۱۳۹۰)، کاهش علائم اختلال اضطراب جدایی (ذوالفقاری مطلق، جزایری، خوشابی، مظاهری، کریملو، ۱۳۸۷)، کاهش علائم نافرمانی مقابله‌ای در دختران دارای مشکلات دلبستگی (جهانبخش، بهادری، امیری و جمشیدی، ۱۳۹۰)، درمان اختلالات بی‌اشتهایی روانی (سانتلیسس و همکاران، ۲۰۱۰)، کاهش وزن (دشت بزرگی، امیری، مظاهری و طالبی، ۱۳۹۲) به کار برده شده است. کارایی این نوع مداخله در مشکلات روان‌شناختی به وسیله این پژوهش‌ها تأیید شده است. بر این اساس این پژوهش به دنبال تأثیر مداخله مبتنی بر دلبستگی در اختلالات ناشی از خوردن به عنوان یکی از پیش‌آیندها و پیامدهای چاقی در کودکان است.

فرضیه پژوهش

مداخله مبتنی بر دلبستگی بر اختلالات ناشی از خوردن دختران دارای چاقی اثربخش است.

روش

روش پژوهش، جامعه آماری و نمونه: در این پژوهش از روش تحقیق نیمه آزمایشی (طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون) با گروه کنترل استفاده شد. متغیر مستقل، مداخله مبتنی بر دلبستگی بود که مداخله طی ۱۰ جلسه (۹۰ دقیقه) به صورت یک جلسه در هفته برای مادران انجام شد و نمره‌های اختلالات ناشی از خوردن در کودکان آن‌ها به عنوان متغیر

کرونیخ استفاده شد. بدین صورت که پرسشنامه بر روی ۲۱۰ کودک دارای اضافه‌وزن ۱۲-۷ سال شهر اهواز اجرا شد. نتایج نشان داد که کل مقیاس دارای همسانی درونی برابر با ۰/۷۹ است. روایی صوری مقیاس را یکی از اعضای هیئت علمی گروه روانشناسی دانشگاه اصفهان و دو نفر از استادان دانشگاه اهواز که سابقه قبلی در تدریس و پژوهش در زمینه کودکان داشتند، تأیید نمودند. این آزمون صرفاً جهت تشخیص کودکان مبتلا به پرخوری به کار برده شده و توسط مادران پاسخ داده شد. دو نمونه از سؤالات این پرسشنامه به این صورت است: آیا تاکنون پیش آمده با اینکه گرسنه نیستید باز هم بخواهید غذا بخورید و آیا تاکنون غذایی را پنهانی و یواشکی خورده‌اید.

پرسشنامه سنجش اختلال بالینی^۳ (CIA): پرسشنامه

سنجش اختلال بالینی یک مقیاس ۱۶ آیتمی، خودگزارشی از شدت اختلال ثانویه روان‌شناختی ناشی از ویژگی‌های اختلال خوردن است. این پرسشنامه توسط بوهن و فربورن^۴ (۲۰۰۸) ساخته شده است. همبستگی درونی ۱۶ آیتم CIA (آلفای کرونیخ) ۰/۹۷ گزارش شده که همه آیتم‌ها به‌طور مثبتی با نمره‌های کل CIA همبستگی دارند و نتایج آلفای کرونیخ هماهنگی درونی ۰/۹۳ نشان داد (بوهن و فربورن، ۲۰۰۸). روایی معیار و سازه به‌وسیله داده‌ها تأیید شد. این پرسشنامه برای اولین بار در ایران ترجمه شد و به‌منظور به دست آوردن ضریب پایایی در نمونه ایرانی از روش همسانی درونی و باز آزمایی استفاده شد. نتایج ضریب پایایی در آلفای کرونیخ برابر ۰/۸۶ و در باز آزمایی ۰/۸۹ به دست آمد. روایی صوری و روایی سازه مقیاس را یکی از اعضای هیئت علمی گروه روانشناسی دانشگاه اصفهان و دو تن از استادان دانشگاه اهواز که سابقه قبلی در تدریس و پژوهش در زمینه کودکان داشتند، تأیید نمودند (دشت بزرگی، ۱۳۹۲). هر آیتم در مقیاس لیکرت نمره‌گذاری می‌شود. پاسخ‌ها به صورت "هرگز"، "خیلی کم"، "کم"، "زیاد" است. پاسخ‌ها به صورت ۰، ۱، ۲، ۳، نمره‌گذاری می‌شوند. نمره بالا نشان‌دهنده سطح بالای اختلال است. از آنجایی که هدف از CIA اندازه‌گیری حداکثر شدت اختلال روان‌شناختی ثانویه است، یک نمره کلی اختلال CIA محاسبه می‌شود. برای به

صفر تا ۱۰۰ تراز شده است. نمرات بالاتر از ۳۰ نشان‌دهنده وجود مشکلات دل‌بستگی در کودکان است. آلفای کرونیخ این پرسشنامه توسط موحد ابطیحی، امیری و امساکي (۱۳۹۱) برابر با ۰/۸۳ محاسبه شد که این میزان حاکی از همسانی درونی مطلوب سؤالات پرسشنامه است. در این پژوهش، برای سنجش همسانی درونی مقیاس آلفای کرونیخ (۰/۷۸) محاسبه شد. این آزمون جهت سنجش میزان دل‌بستگی در کودکان مورد استفاده قرار گرفت و مادران به آن پاسخ دادند. از جمله گویه‌های این پرسشنامه عبارت است از: «کودک من به راحتی با غریبه‌ها صمیمی می‌شود»؛ «کودک من اغلب در مورد چیزهای بی‌ارزش و مسخره برای مدت طولانی دعوا می‌کند»؛ «کودک من هنگامی که از او می‌خواهند ارتباط چشمی برقرار کند، ارتباط برقرار نمی‌کند».

مقیاس اختلال پرخوری کودکان^۱ (C-BEDS): مقیاس

C-BEDS برای سنجش ساده، قابل فهم و نسبتاً سریع تشخیص اختلال پرخوری در کودکان طراحی شده است. این پرسشنامه دارای ۷ آیتم بر اساس ۷ معیار رفتاری مطرح شده و به‌وسیله مارکوس و کالارچین^۲ (۲۰۰۳) ساخته شده است. این پرسشنامه توسط کودکان و به کمک مادران آن‌ها پاسخ داده می‌شد. اگر کودکان در فهم سؤالات مشکل داشتند یا اگر پاسخ‌های آن‌ها واضح نبود، برای کودک توضیح داده می‌شد. اگر کودکان به پرسش‌های ۱ و ۲ و حداقل یکی از پرسش‌های ۳ و ۴ یا ۵ پاسخ بله دهند و علائم عنوان شده در پرسشنامه بیش از سه ماه دیده شده باشند و اگر کودک به سؤال ۷ پاسخ منفی بدهد، در کودک اختلال پرخوری تشخیص داده می‌شد. در این پژوهش جهت سنجش میزان تأثیر مداخله، هر آیتم در مقیاس لیکرت نمره‌گذاری شد و پاسخ‌ها به صورت "هرگز"، "خیلی کم"، "کم"، "زیاد" بودند. نمره بالا نشان‌دهنده سطح بالای پرخوری است. به‌منظور بررسی بهتر میزان پرخوری، پرسشنامه به صورت چندگزینه‌ای بر روی کودکان انجام شد تا میزان تغییرات صورت گرفته پس از مداخله در مراحل پس‌آزمون و پیگیری بهتر مشخص گردد. در پژوهش حاضر برای برآورد همسانی درونی پرسشنامه پرخوری کودکان، از شاخص آلفای

1. Children's Binge Eating Disorder Scale
3. The Clinical Impairment Assessment

2. Marcus & Kalarchian
4. Bohan & Fairborn

می‌آورد و از مادران نیز می‌خواهد که آن را تجسم کنند و واکنش خود در آن موقعیت را بیان نمایند. ساختار جلسه‌های مداخله مبتنی بر دلبستگی در جدول ۱ نشان داده شده است. در نهایت داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه بیستم از روش تحلیل کوواریانس تک متغیره مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها

شاخص‌های توصیفی مربوط به متغیرهای پژوهش در مراحل مختلف پژوهش به صورت میانگین و انحراف استاندارد، در جدول ۲ مشاهده می‌شود.

با توجه به جدول ۳ تعامل متغیرهای کمکی (پیش‌آزمون‌ها) و وابسته (پس‌آزمون‌ها) در سطح عامل (گروه‌های آزمایش و کنترل) معنی‌دار نیست، بنابراین فرض همگنی رگرسیون رعایت شده است ($p > 0/001$).

در ادامه، برای بررسی فرضیه پژوهش و تفاوت گروه‌ها تحلیل آنکوا برای متغیر وابسته اجرا شد.

فرضیه پژوهش: مداخله مبتنی بر دلبستگی بر اختلالات ناشی از خوردن دختران دارای چاقی اثربخش است.

نتایج جدول ۶ نشان می‌دهد که نمره‌های اختلالات بالینی ناشی از خوردن در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل در پس‌آزمون، به صورت معنی‌داری کاهش یافته است ($F=45/71$ و $p < 0/001$). میزان این تفاوت ۰/۸۷ است. بر این است فرض صفر رد شده و فرضیه پژوهش تأیید می‌شود.

همچنین تحلیل کوواریانس تک متغیره بر روی میانگین نمره‌های پیگیری در متغیر اختلالات بالینی ناشی از خوردن در گروه آزمایش و گروه کنترل انجام شد. نتایج تحلیل آنکوا برای متغیر وابسته در مرحله پیگیری نشان داد که تفاوت بین نمرات گروه آزمایش و گروه کنترل در پیگیری، ($F=39/37$ و $p < 0/001$) معنی‌دار بود. میزان این تفاوت ۰/۵۹ بود.

دست آوردن نمره کلی اختلال CIA نمرات هر آیتیم جمع می‌شوند. نمره‌های به دست آمده دامنه‌ای بین ۰-۸۴ به دست می‌آید که نمره بالا نشان‌دهنده سطح بالاتر اختلال روان‌شناختی ثانویه است. این آزمون توسط مادران پاسخ داده شد. دو نمونه از سؤالات آن به این صورت است: -در ۲۸ روز گذشته عادت‌های غذایی، فعالیت‌های ورزشی، شکل یا وزن و احساسات شما در مورد خوردن تمرکز را برایتان مشکل ساخته است. - در ۲۸ روز گذشته عادت‌های غذایی، فعالیت‌های ورزشی، شکل یا وزن و احساسات شما در مورد خوردن باعث شده که از خود انتقاد کنید.

روش اجرا

طرح اجرا به این صورت بود که مادران گروه مداخله، ۱۰ جلسه مداخله مبتنی بر دلبستگی دریافت نمودند و گروه کنترل هیچ‌گونه مداخله‌ای دریافت نمودند. پس از اتمام مداخله پس‌آزمون و بعد از حدود یک ماه پیگیری از هر دو گروه گرفته شد. جلسات مداخله مبتنی بر دلبستگی به وسیله روانشناس بر روی مادران کودکان جامعه هدف به صورت گروهی در ۱۰ جلسه (هفته‌ای یک جلسه) به مدت ۲ ماه و نیم اجرا گردید. به این صورت که مادران در روزهای مشخص شده در مدرسه حضور می‌یافتند و مداخله بر روی آن‌ها انجام می‌شد. درمان مبتنی بر دلبستگی که در این پژوهش به کار گرفته شد، برداشتی تلفیقی و ترکیبی از فرمت درمانی اصول پاسخ‌دهی مناسب به کودک فرایبرگ^۱ (۲۰۰۴)، اصول حساس‌سازی مادر بریش^۲ (۲۰۰۲)، روش‌های دلبستگی و ارتباط آروین^۳ (۱۹۹۸)، الگوی دلبستگی درمانی کراس^۴ (۲۰۰۲)، روش قصه‌گویی برای کودکان دارای اختلال دلبستگی نیکولز^۵ (۲۰۰۴)، دلبستگی درمانی تحولی لفر- مک جنووا^۶ (۲۰۰۶)، تکنیک مدیریت تنش کودکان و نمایشنامه‌سازی بود. در این روش، درمانگر موقعیتی واقعی را در مورد تعامل مادر و کودک در زمینه یک مبحث خاص مثلاً پاسخ‌دهی به یک نیاز کودک مثال

1. Fraiberg
3. Erwin
5. Nicholes

2. Brisch
4. Cross
6. Lefebvre - McGenva

جدول ۱. ساختار جلسات مداخله مبتنی بر دل‌بستگی (برگرفته از جهان‌بخش، بهادری، امیری و جمشیدی، ۱۳۹۰)

جلسه	هدف	شرح جلسه
اول	توضیح مفاهیم	توضیح دل‌بستگی مشکلات آن، علائم اختلالات ناشی از خوردن در کودکان
دوم	منطق درمان و تعیین اهداف آن	تشریح نیازهای روانی و فیزیولوژیکی کودک و لزوم شناخت هیجان‌های کودک و نحوه پاسخ‌دهی به نیازها و هیجان‌های کودک،
سوم	ارتباط با کودک	اهمیت ارتباط مادر و کودک و تفهیم جایگاه کودک در خانواده و ایجاد احساس ارزشمندی و عزت‌نفس در او
چهارم	تداوم و ثبات رفتار	ترمیم حس اعتماد مختل در کودک، چگونگی ابراز محبت واقعی به کودک، در آغوش کشیدن، نوازش کردن و بوسیدن کودک
پنجم	تسهیل روابط دوستی کودک	بازی مشارکتی مراقب - کودک، تسهیل روابط دوستی کودک با همگنان و تشویق او به ایجاد ارتباط
ششم	همکاری فعال در امور کودک	افزایش تعامل مثبت مادر-کودک و پرهیز از اجبار، شناسایی علائم خشم و پرخاشگری در کودک و مدیریت آن توسط مادر.
هفتم	بررسی مسائل رفتاری حل‌نشده	مداخله شاد و مهیج ساختن محیط زندگی کودک به‌منظور کاهش میزان هیجان‌های منفی مادر و کودک
هشتم	مدیریت تنش	اطمینان بخشی به کودک در مورد حمایت همیشگی والدین از کودک و ترسیم آینده‌ای روشن برای کودک
نهم	نادیده گرفتن رفتارهای منفی	تکنیک والدین تماشاجی در مورد رفتارهای پرخوری هیجانی، تقویت افتراقی رفتارهای مثبت
دهم	موانع موجود در به‌کارگیری تکنیک‌های مداخله داده شد	اهمیت تداوم عمل به آموخته‌ها به‌منظور ایجاد اعتماد اطمینان و ترمیم دل‌بستگی مادر-کودک، تبادل نظر در مورد میزان دستیابی به اهداف اولیه طرح درمانی و درنهایت جمع‌بندی و نتیجه‌گیری.

جدول ۲. میانگین و انحراف استاندارد پرسشنامه اختلالات بالینی ناشی از خوردن در گروه آزمایش و گروه کنترل

زمان	گروه	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد
پیش‌آزمون	آزمایش	۱۶	۳۸/۳۱	۵/۲۷
	کنترل	۱۶	۳۸/۳۳	۶/۸۸
پس‌آزمون	آزمایش	۱۶	۳۶	۴/۴۲
	کنترل	۱۶	۳۸/۲۵	۵/۶۵
پیگیری	آزمایش	۱۶	۳۴/۷۸	۵/۴۴
	کنترل	۱۶	۳۸/۱۱	۶/۸۴

جدول ۳. نتایج همگنی شیب‌های رگرسیون بین متغیرهای کمکی و وابسته

تعامل پیش‌آزمون‌ها در سطوح عامل با	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری
اختلالات ناشی از خوردن	۲/۴۶	۱	۳/۴۶	۱/۵۴	۰/۵۴۸

جدول ۶. تحلیل کوواریانس یک متغیره (آنکوا) بر روی نمرات اختلالات بالینی ناشی از خوردن در دو گروه

منبع	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری	اندازه اثر	توان
گروه	۶۴/۹۰	۱	۶۳/۱۱	۴۵/۷۱	۰/۰۰۱	۰/۸۷	۰/۸۵
خطا	۴۵/۷۱	۲۸	۴۶/۳۳				

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر بررسی اثر مداخله مبتنی بر دلبستگی در اختلالات ناشی از خوردن دختران مقطع ابتدایی مبتلا به چاقی شهر اهواز بود. نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس نشان داد که مداخله مبتنی بر دلبستگی هم در مرحله پس‌آزمون و هم در مرحله پیگیری باعث کاهش اختلالات ناشی از خوردن در آزمودنی‌های گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل شد. نتایج این پژوهش با یافته‌های دیگر پژوهش‌ها مانند (جهانبخش، بهادری، امیری، جمشیدی، ۱۳۹۰a)، (جهانبخش، بهادری، امیری و جمشیدی، ۱۳۹۰b)، (ذوالفقاری مطلق، جزایری، خوشابی، مظاهری، کریملو، ۱۳۷۸)، (جهانبخش، بهادری، امیری و جمشیدی، ۱۳۹۰c) که نشان دادند این مداخله بر کاهش علائم افسردگی دختران دبستانی کاهش علائم اختلال اضطراب جدایی، کاهش علائم نافرمانی مقابله‌ای در دختران دارای مشکلات دلبستگی مؤثر است، همخوان است.

به‌طورکلی نتیجه پژوهش حاضر نشان می‌دهد که اختلالات پرخوری با مشکلات دلبستگی در کودکان مرتبط است و از سوی دیگر نشان می‌دهد که اختلالات پرخوری یکی از نشانه‌های مبنی بر وجود مشکل در تعاملات مادر-کودک است که با بهبود تعاملات مادر-کودک و رفع مشکل پایه می‌توان اختلالات روانی ناشی از خوردن را نیز مرتفع و به بهبود سلامت روان (کاهش اختلالات روانی ناشی از خوردن) آنان کمک نمود. تبیین نتایج به‌دست‌آمده می‌توان بیان داشت عدم دلبستگی ایمن کودک منجر به بروز هیجان‌های منفی در کودکان می‌شود. ناتوانی در کنترل هیجان‌های منفی، منجر به استفاده از راهبردهای نامطلوب هیجانی همچون پرخوری می‌شود. عدم دلبستگی ایمن هم می‌تواند در بی‌نظمی هیجان‌ها، مؤثر بوده و هم به‌عنوان عاملی در ابتلا به اختلالات خوردن، نقش اثرگذاری ایفا کند (سانتالیسس و همکاران، ۲۰۱۰). بر این اساس درمان مبتنی بر دلبستگی به تعدیل هیجانی و در نتیجه به تنظیم راهبردهای نامطلوب هیجانی (پرخوری) کمک می‌کند. درمان مبتنی بر دلبستگی با به کار گرفتن تکنیک‌هایی مثل مداخله در دسترس بودن مادر، تأمین نیازهای فیزیولوژیک و روانی کودک، تأمین امنیت کودک، تماس جسمی و به‌ویژه تماس چشمی، پاسخگو بودن، افزایش زمان گفتگو، بازی و تعامل

دوبه‌دو با کودک ارتباط مادر-کودک را تقویت نموده و به تدریج بی‌اعتمادی ناشی از نایمی دلبستگی را به رابطه‌ای بر پایه اعتماد تبدیل می‌نماید و به دنبال آن تصحیح ارتباط والد - کودک نیز تا حد زیادی رفتارهای منجر به پرخوری و چاقی در آنان را کاهش می‌دهد. در مداخله مبتنی بر دلبستگی، مادر یاد می‌گیرد که به احساس و روش پاسخ‌دهی خود اعتماد کند و اضطراب و تشویش درونی خود در زمینه چگونگی رویارویی با رفتارهای کودک را کنترل نماید. درمانگر از رابطه همدلانه ایجاد شده بین خود و مادر برای افزایش علاقه‌مندی و انگیزه تغییر در وی بهره می‌گیرد؛ بنابراین، درمانگر با تعیین نقاط قوت رابطه مادر و کودک و تأکید بر نقاط قوت مادر به‌عنوان فردی باکفایت و ارزشمند، اضطراب و احساس بی‌کفایتی وی را در رابطه با کودک کاهش می‌دهد (بریش، ۲۰۰۲). همچنین از آنجا که اصلاح الگوی ارتباطی والد - کودک مهم‌ترین مؤلفه درمانی این نوع درمان محسوب می‌شود. زمانی که والدین از اشکال و معایب روش تربیتی و ارتباطی خود با کودک آگاه می‌شوند، به احتمال قوی بنا به علاقه والدین به سلامت روانی کودکشان، سعی در تصحیح تعامل خود با کودک می‌نمایند که تداوم این تعامل جدید و ثبات والدین در آن پیشرفت مداوم کودکان و کاهش علائم و مشکلات آنان را در پی خواهد داشت. ضمن اینکه به والدین فنونی آموزش داده می‌شود که در آینده و در صورت بروز مجدد مسائل و مشکلاتی از این قبیل با به‌کارگیری این فنون با مشکلات و رفتارهای پرخوری کودک مقابله کنند.

همان‌طور که مشاهده شد میزان کاهش اختلالات ناشی از خوردن در نتیجه مداخله دلبستگی، در مرحله پیگیری نیز ادامه داشت. در برخی مداخله‌های درمانی در اثر گذشت زمان از تأثیر درمان کاسته و تا حدودی عود اختلال در مرحله پیگیری گزارش می‌شود. بالعکس، مداخله‌ای که در زمینه دلبستگی صورت می‌گیرد، اثر آن در درازمدت و با گذشت زمان استقرار بهتری می‌یابد، زیرا اعتماد سلب شده کودک دلبسته نایمن نسبت به والدین به سرعت قابل ترمیم نیست و گذر زمان و پایبندی والدین به فنون درمانی به تدریج امنیت دلبستگی را در کودک ایجاد می‌کند و در نتیجه اختلال‌های ناشی از دلبستگی نیز رو به بهبود خواهد گذاشت (بریش، ۲۰۰۲). این احتمال نیز وجود دارد که با انجام

دشت بزرگی، ز. (۱۳۹۲). مقایسه رژیم‌درمانی و درمان مبتنی بر دل‌بستگی بر اختلالات خوردن و اختلالات ناشی از خوردن در دختران ابتدایی مبتلا به اختلال پرخوری و چاقی شهر اهواز. پایان‌نامه دکتري، دانشگاه خوراسگان، چاپ نشده.

ذوالفقاری مطلق، م. جزایری، ع. خوشایبی، ک. مظاهری، م و کریملو، م. (۱۳۸۷). اثربخشی درمان مبتنی بر دل‌بستگی بر کاهش علائم اختلال اضطراب جدایی. *مجله روان‌پزشکی و بالینی ایران (اندیشه و رفتار)*، سال ۳، شماره ۴، ۳۸۰-۳۸۸.

موحد ابطحي، م. امیری، ش و امساکي، گ. (۱۳۹۱). هنجاریابی و بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی پرسشنامه اختلال دل‌بستگی راندولف. *دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی*، سال سیزدهم، شماره ۳، ۵۵-۴۶.

- Anderson, S., & Whitaker, R. (2011). Attachment security and obesity in US preschool-aged children. *Arch pediatrics Adolescent*, 165(3), 235-242.
- Araujo, D.M., Santos, G., & Nardi, A. E. (2010). Bing eating disorder and depression: A systemtic review. *The Word Journal of Biological Psychological*, 16(2), 176-1182.
- Bohen, k, Fairborn, CG. (2008). The clinical impairment assessment uestioner. *Cognitive Behavior Therapy and Eating Disorder*. New York: Guilford press.
- Brisch, J. H. (2002). *Treating attachment disorders: From theory to therapy*. New York: Guilford Press, 58- 117.
- Cross, K. (2002). Reactive attachment disorder and attachment therapy. *The Scientific Review of Mental Health Practice*, 1(2), 213-36.
- Erwin, P.h. (1998). *Friendship in childhood and adolescence*. USA and Canada: Rutledge; 23.
- Fraiberg, S. (2004). Pathological defenses in infancy. *Psychoanalysis*, 51(4), 612-35.
- Greenfield E A, Marks NF. (2009). Violence from Parents in Childhood and Obesity in Adulthood: Using Food in Response to Stress as a Mediator of Risk. *Social Science & Medicine*, 68(28), 791-798.
- Lefebre-McGenva, J.A., (2006). Developmental attachment- based play therapy (ADAPT(TM)): A new treatment for children diagnosed with reactive attachment and developmental trauma disorders. MA. Dissertation, University Of Hartford, 66-8.
- Marcus, M. D., & Kalarchian, M. (2003). Binge eating in children and adolescents. *International Journal of Eating Disorder*, 34(3), 47-57.
- Mather A A, Cox B J, Enns M W, Sareen J. (2009). Associations of Obesity with Psychiatric Disorders and Suicidal Behaviors in a Nationally Representative Sample. *Journal of Psychosomatic Research*, 66(11), 277-285.
- Nasreddine, L., Hwalla, N., Saliba, A., Akl, C., & Naja, F. (2017). Prevalence and Correlates of Preschool Overweight and Obesity Amidst the Nutrition Transition: Findings from a National

پيگیری طولی و سالانه بتوان شاهد بهبود بیشتر علائم پرخوری در شرکت‌کنندگان بود. پس می‌توان عنصر زمان و پایبندی به مبانی درمانی را جزء مهم‌ترین عناصر تعیین‌کننده در مداخله دل‌بستگی به شمار آورد. همچنین از آنجا که چاقی در کودکان و نوجوانان رو به افزایش است و با توجه به این‌که بیشتر این کودکان در سنین بزرگسالی هم مبتلا به چاقی و مشکلات ناشی از آن می‌شوند، مداخله مبتنی بر دل‌بستگی یکی از راه‌های درمانی مناسب برای کنترل چاقی از سنین پائین است که بدون داشتن عوارض جانبی، می‌تواند به درمان این مشکل کمک نماید. پژوهش حاضر روی نمونه‌هایی از دانش‌آموزان دختر دوره ابتدایی شهر اهواز انجام شده، بنابراین باید در تعمیم دهی نتایج به سایر افراد احتیاط شود. پژوهش‌های بعدی می‌توانند با بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر دل‌بستگی در مورد سایر اختلالات رفتاری در جمعیت گسترده‌تر و در هر دو جنس، کمک شایانی برای درمان مشکلات و اختلالات رفتاری کودکان محسوب گردند. درنهایت از همه دانش‌آموزان دختر ابتدایی و مادران آن‌ها که در این پژوهش شرکت نمودند قدردانی می‌شود.

منابع

- بهبادی‌پور، س. پاکدامن، ش و بشارت، م. ع. (۱۳۸۹). رابطه بین سبک‌های دل‌بستگی و نگرانی‌های مربوط به وزن در دختران نوجوان. *مجله علوم رفتاری*، سال ۴، شماره ۱، ۶۹-۷۶.
- جهانبخش، م. بهادری، م. امیری، ش و جمشیدی، آ. (۱۳۹۰). اثربخشی مداخله دل‌بستگی مادران بر علائم فزون اضطرابی. *فصلنامه روانشناسی کاربردی*، سال ۵، شماره ۴، ۲۶-۴۱.
- جهانبخش، م. بهادری، م. امیری، ش و جمشیدی، آ. (۱۳۹۰). اثربخشی درمان مبتنی بر دل‌بستگی بر علائم نافرمانی مقابله‌ای در دختران دارای مشکلات دل‌بستگی. *مجله روانشناسی بالینی*، سال ۳، شماره ۳، ۴۱-۴۹.
- جهانبخش، م. امیری، ش. بهادری، م. مولوی، حسین و جمشیدی، آ. (۱۳۹۰). اثربخشی درمان مبتنی بر دل‌بستگی بر علائم افسردگی در دختران دارای مشکلات دل‌بستگی. *مجله تحقیقات علوم رفتاری*، سال ۹، شماره ۴، ۲۵۰-۲۵۹.
- جهانبخش، م. بهادری، م. امیری، ش و جمشیدی، آ. (۱۳۹۰). اثربخشی درمان مبتنی بر دل‌بستگی بر میزان سلامت روان در دختران دارای مشکلات دل‌بستگی. *مجله اصول بهداشت روانی*، سال ۳، شماره ۱۴، ۱۵۱-۱۴۰.

- Cross-Sectional Study in Lebanon. *Nutrients*, 9(3), 266.
- Nichols, M. (2004). Family attachment narrative therapy: Telling healing stories. *Journal of Social Psychology*, 56(3), 39-51.
- Randolph, E. (1996). Manual for the Randolph Attachment Disorder Questionnaire. Retrieved from URL: <http://www.dsm5.org/Pages/Default.aspx>.
- Santelices, M.P., Guzman, G.M., Aracena, M., Farkas, C., Armijo, I., Pérez-Salas, C.P., & Borghini, F. (2010). Promoting secure attachment: evaluation of the effectiveness of an early intervention pilot programme with mother-infant dyads in Santiago, Chile. *Child Care Health Development*, 37(2), 203-210.
- Schore, A.N. (2005). Attachment, affect regulation, and the developing right brain: linking developmental neuroscience to pediatrics. *Pediatric Review*, 26(6), 204-217.
- Sánchez U, Weisstaub G, Santos JL, Corvalán C, Uauy R. (2016). GOCS cohort: children's eating behavior scores and BMI. *European journal of clinical nutrition*. 1;70(8):925-8.
- Simon GE, Von Korff M, Saunders K, Miglioretti DL, Crane PK, Van Belle G, Et Al. (2006). Association between Obesity and Psychiatric Disorders in the US Adult Population. *Arch Genetic Psychiatry*, 21(13), 63:1-7.
- Tosca, G. A., Szadkowski, L., Illing, V., Trinneer, A., Grenon, R., Demidenko, N., Krysanski, V., & Balfour, L. (2012). Adult attachment, depression, and eating disorder symptoms: The mediating role of affect regulation strategies. *Personality and Individual Differences*, 47(6), 662-667.
- VandenBoom, D.C. (1994). The influence of temperament and mothering on attachment and exploration: An experimental manipulation of sensitive on sensitivity and early attachments. *Child Development*, 65, (5), 1457-1477.
- Wardle, J. & Beadles, S. (2009). Control and loss of control over eating: An experimental investigation. *Journal of Abnormal Psychology*, 97(9), 35-40.
- Wang P W, Sachs G S, Zarate C A, Mar Angell L B, Calabrese J R, Goldberg J F, et al. (2006). Overweight and Obesity in Bipolar Disorders. *Journal of Psychiatric Research*; 40(17), 762-764.