



بررسی توانایی‌های شناختی کودکان مبتلا به بیماری مزمن پزشکی براساس سبک دلبستگی آن‌ها

Evaluation of the Cognitive Abilities in Children with Chronic Medical Disease Based on their Attachment Style

Fahime Ghafarimoghadam

Zahra Taherifar

Fateme Dehghani-Arani

فهیمة غفاری مقدم*

زهرآ طاهری فر**

فاطمه دهقانی آرانی***

Abstract

The purpose of the current study is to evaluate cognitive abilities in children with chronic medical conditions based on their attachment style. In this regard, 45 children aged 12-15 years (24 women, 21 men) meeting the diagnosis criteria for chronic medical condition (diabetes, or thalassemia, or kidney disease) were selected by available sampling method and entered the study. Inclusion and exclusion criteria, investigated from initial interview and child's medical document, and a child who meet the inclusion criteria participated in the research after their permission and signed informed consent form was signed by their mothers. After Children completed the Collins and Read Attachment Style Questionnaire and Cambridge Neuropsychological Test Automated Battery, they were assigned into three groups with secure, avoidant and anxious attachment style based on their scores. These groups were matched in demographic characters, and then in the next step cognitive abilities for all subjects were assessed. The result of One-way analysis of variance analysis showed a significant difference between three groups in cognitive abilities. Children with secure attachment style had higher performance in the cognitive abilities than children with avoidant and anxious attachment styles. These results showed that one of the factors, which can have an effect on the health status, especially on children's cognitive abilities with chronic medical conditions, is their attachment style.

Keywords: Attachment Style, Cognitive Ability, Children, Chronic Disease

چکیده

هدف از مطالعه حاضر، سنجش توانایی‌های شناختی کودکان مبتلا به بیماری مزمن پزشکی براساس سبک دلبستگی آن‌ها بود. به این منظور ۴۵ کودک ۱۲-۱۵ ساله (۲۴ دختر، ۲۱ پسر) واجد ملاک‌های طرح که با تشخیص یک بیماری مزمن (دیابت، یا تالاسمی یا بیماری کلیوی) تحت درمان پزشکی بودند، به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و وارد پژوهش شدند. ملاک‌های ورود و خروج، طی مصاحبه اولیه و مشاهده در پرونده پزشکی کودک بررسی می‌شد و کودکان واجد شرایط، پس از اعلام موافقت و امضای فرم رضایت‌نامه شرکت در طرح پژوهشی توسط مادران در پژوهش شرکت کردند. کودکان پس از تکمیل پرسشنامه بازنگری‌شده سبک دلبستگی بزرگسالان کولینز و رید (RAAS) و بسته آزمون‌های عصب روان‌شناختی رایانه‌ای کمبریج (CANTAB) براساس نمرات اخذ شده در سه گروه با سبک دلبستگی ایمن، اجتنابی و اضطرابی قرار گرفتند. پس از اطمینان از همگن بودن گروه‌ها از جهت ویژگی‌های دموگرافیک، در گام بعد توانایی‌های شناختی کلیه آزمودنی‌ها سنجیده شد. نتایج تحلیل واریانس یک‌راهه حاکی از تفاوت معنادار توانایی‌های شناختی سه گروه بود. گروه کودکان دارای سبک دلبستگی ایمن در مقایسه با سبک دلبستگی اجتنابی و اضطرابی، در توانایی‌های شناختی از کارایی بالاتری برخوردار بودند. این نتایج نشان می‌دهد، یکی از عواملی که می‌تواند بر وضعیت سلامت، به‌ویژه توانمندی شناختی کودکان مبتلا به بیماری مزمن پزشکی تأثیرگذار باشد، سبک دلبستگی آن‌هاست.

واژه‌های کلیدی: سبک دلبستگی، توانایی‌های شناختی، کودکان، بیماری مزمن

*کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی، دانشگاه تهران، تهران، ایران

**استادیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه تهران، تهران، ایران

***نویسنده مسؤؤل: استادیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه تهران، تهران، ایران

مقدمه

روان‌شناسی سلامت کودکان^۱، از حوزه‌های قابل توجه در روان‌شناسی سلامت است. با گسترش مبانی نظری در روان‌شناسی سلامت، زمینه‌های مربوط به سلامت کودکان، از قبیل شناخت ابعاد زیستی- روانی اجتماعی بیماری‌های مزمن پزشکی، پیروی از فرایندهای درمانی و آماده‌سازی کودک برای سازگاری با فرایندهای پزشکی هدف مطالعات بسیاری قرار گرفته است. در این راستا بررسی عوامل روان‌شناختی معتبر، جهت افزایش سلامت کودکان حائز اهمیت می‌باشد (رامسائور، گرک، لوتزین، پاول و رومر، ۲۰۱۱). ابتلا به بیماری‌های مزمن پزشکی و فرایند درمانی سخت و طولانی آن‌ها، در کنار مشکلات جسمی، کودک بیمار و خانواده وی را در معرض فشار و آسیب‌های روانی- اجتماعی بالایی قرار می‌دهد (نول و کوپست، ۲۰۰۷) و سازگاری آن‌ها را در ابعاد مختلف متأثر می‌سازد (اللهیاری، الحانی، کاظم‌نژاد و ایزدی‌ار، ۱۳۸۵؛ ریدر، جنین، کویجر و میدندورپ، ۲۰۰۸). از این رو، بررسی نقش عوامل روان‌شناختی در چگونگی این سازگاری مورد توجه روان‌شناسان سلامت است. یکی از این عوامل که در پژوهش‌های متعدد نقش مهمی را به خود اختصاص داده، سبک‌های دلبستگی^۲ می‌باشد (اشمولی- گوتنز، تارگت، فونانگی و دیتا، ۲۰۰۸؛ موریس، مایر و میسترز، ۲۰۰۰).

جان بالبی (۱۹۸۲)، دلبستگی را پیوند عاطفی پایداری می‌داند که یک فرد با دیگری شکل می‌دهد. وی بر اهمیت ارتباط صمیمی، گرم و مداوم مادر (یا جانشین دائمی وی) و کودک تأکید می‌کند و آن را برای سلامت روان کودک لازم می‌داند (بشارت، ۱۳۸۵). تحقیقات اخیر در زمینه دلبستگی به کاربرد نظریه دلبستگی در زمینه بیماری‌های جسمی معطوف شده‌اند (سیچانووسکی، والکر، کتون و راسو، ۲۰۰۲). براساس این نظریه، تعامل‌های مکرر بین کودک و مراقب به الگوی پایدار پاسخ به استرس، دریافت حمایت‌های اجتماعی^۳، آسیب‌پذیری در برابر بیماری و سازگاری با بیماری منتهی می‌شود. طبق نظریه بالبی (۱۹۶۹)، افراد تجربه‌های اولیه خود با مراقبین را درون‌سازی کرده و روان‌سازهای^۴ شناختی پایداری از روابط را شکل می‌دهند. این روان‌سازها تصور فرد از خود به‌عنوان فرد سزاوار دریافت مراقبت و حمایت (مدل خود) و نیز دیگری به‌عنوان فرد شایسته و آماده ارائه مراقبت و حمایت (مدل دیگری) را شکل می‌دهند. این مدل‌های درون‌کاری^۵ تعامل فرد با دیگران و تفسیر وی از موقعیت‌ها را در طول زندگی تحت‌تأثیر قرار می‌دهد (پیکرینگ، سیمپسون و بنتال، ۲۰۰۸؛ سیچانووسکی، هیرش و کتون، ۲۰۰۲).

پژوهش‌ها حاکی از رابطه دلبستگی و بیماری‌های پزشکی (رحیم‌زاده، ۱۳۸۷)، از جمله نقش دلبستگی در ابتلای افراد به بیماری (مک‌ویلیامز و بیلی، ۲۰۱۰) و یا تأثیر بیماری پزشکی بر ویژگی‌های دلبستگی افراد (مریدث، اونسورث و استرنگ، ۲۰۰۸؛ ورورت، گوپرت و کرومبیز، ۲۰۱۰) هستند. همچنین شواهدی وجود دارد مبنی بر این‌که دلبستگی ایمن بین کودک و مراقب، هماهنگی روانی فیزیولوژیکی را ارتقا بخشیده و فعالیت‌های

1. pediatric health psychology
2. attachment style
3. social support
4. schema
5. internal working model

عصبی و قلبی دردآور را کاهش می‌دهد (برایانت و چان، ۲۰۱۵). از این‌رو، شاخص‌های دلبستگی بر مکانیزم‌های سازگاری فرد با بیماری مزمن پزشکی (اولیویرا و کاستا، ۲۰۰۹)، پاسخ‌های زیست- روانی- اجتماعی (راتسون و اورپچاک، ۲۰۰۸) و روند بهبود و کیفیت زندگی بیماران (بزازیان و بشارت، ۱۳۸۹؛ موس و همکاران، ۲۰۱۱) اثرگذار است. در این‌راستا، در مطالعه‌ای توسط رادلی، موری‌لاب، دیائوک و کامپیود (۲۰۱۵) مشخص گردید که استرس مزمن از طریق فعالیت محور هیپوتالاموس- هیپوفیز- آدرنالین^۱ فرایند تصمیم‌گیری را کاهش داده و به مناطق هیپوکامپ و آمیگدال آسیب وارد می‌کند و منجر به کاهش فعالیت در بخش پیشانی و متعاقب آن ضعف در عملکردهای شناختی می‌شود. در این رابطه، به‌عنوان هدف اصلی که مطالعه حاضر درصدد بررسی آن است، می‌توان فرض نمود که کیفیت دلبستگی به موازات تعیین کیفیت پاسخ به شرایط استرس‌زا و فعالیت‌های عصبی فرد، چگونگی توانایی‌های شناختی وی را هم تحت‌تأثیر قرار خواهد داد.

منظور از توانایی‌های شناختی فرایندهای عصبی درگیر در اکتساب، نگهداری و کاربری اطلاعات است (دوکاس، ۲۰۰۴؛ شتلورث، ۲۰۱۰). توانایی شناختی انسان به‌دلیل ضرورت حل مشکلات بوم‌شناختی و هدایت محیط‌های اجتماعی پیچیده تحول یافته‌اند (سول، زکلی، لایکر و لیفور، ۲۰۰۷؛ سنوتکا، گانترکان، ریکامپر، گری و هانت ۲۰۰۸). توانایی شناختی رابطه بین رفتار و ساختار مغز بوده و گستره وسیعی از توانایی‌ها مانند برنامه‌ریزی، توجه، بازداری پاسخ، حل مسئله، انجام همزمان تکلیف و انعطاف‌پذیری شناختی را در برمی‌گیرد. هیپوکامپ اصلی‌ترین قسمت مغز است که در کارکردهای شناختی نقش دارد. با توجه به دخالت هیپوکامپ در فعالیت‌های شناختی و هیجانی و ارتباط آن با بیماری‌های رایج عصبی، تحقیقات وسیعی در رابطه با هیپوکامپ صورت گرفته است. تحقیقات نوروفیزیولوژیک، نقش کلیدی برای هیپوکامپ را در برخی از انواع حافظه و یادگیری نشان داده‌اند (بلیس و کلینجراید، ۱۹۹۳). اختلال در ساختار هیپوکامپال و انعطاف‌پذیری سیناپس‌ها منجر به نقص‌های شناختی می‌شود. همان‌طور که عنوان شد استرس، یکی از عوامل مهمی است که منجر به نقص شناختی می‌شود. افرادی که سطوح بالایی از استرس را تجربه می‌کنند، اغلب نمی‌توانند روی یک تکلیف خاص تمرکز داشته باشند و با بالارفتن سطح کورتیزول صدمات شناختی بیشتری به‌وجود می‌آید (لوین^۲، ۱۹۹۸؛ به نقل از بکنر، ۲۰۰۴). در این‌راستا، غنی‌کردن تجارب اولیه زندگی در بهبود روند و کیفیت شکل‌گیری توانایی‌های شناختی بسیار مهم است. مطالعات نشان داده که بین آسیب‌های دوران کودکی مانند آسیب‌های جسمی، جنسی، نداشتن مراقب اولیه، بدرفتاری^۳ و غفلت^۴ با کوچکتز بودن حجم هیپوکامپ و پایین بودن توانایی شناختی در دوره نوجوانی و بزرگسالی ارتباط وجود دارد (پیسون و همکاران، ۲۰۱۳).

با در نظر داشتن آسیب‌پذیری بالای کودکان دچار بیماری مزمن پزشکی در طول دوره تحول، توجه به نوع سبک دلبستگی علاوه بر درمان‌های پزشکی، در ارتباط با سلامت جسمی و روانی این کودکان اهمیت خاص

1. Hypothalamic-Pituitary-Adrenaline
2. Levin, H. J.
3. abuse
4. neglect

دارد. با توجه به پژوهش‌های انجام شده در حوزه روان‌شناسی سلامت در راستای کاهش مشکلات روانی- جسمی کودکان دچار بیماری مزمن، بررسی نوع سبک‌های دلبستگی ضروری به نظر می‌رسد تا شاید بتواند مشکلات حوزه بیماری مزمن کودکان را تخفیف دهد. این در حالی است که بررسی رابطه سبک‌های دلبستگی با سازه‌های روانی- اجتماعی و اثربخشی رویکرد مبتنی بر دلبستگی بر روی بزرگسالان انجام گرفته، اما پژوهش‌های اندکی در حیطه کودکان تدوین شده است؛ ضمن آن که کلیه این پژوهش‌ها بر جنبه سالم رشد روانی- جسمی تأکید کرده‌اند. با در نظر داشتن این مهم، پژوهش حاضر با تأکید بر اهمیت گسترش مطالعات و ارزیابی‌های روان‌شناختی در زمینه روان‌شناسی سلامت کودکان، در نظر دارد به بررسی تأثیر سبک‌های دلبستگی در قالب سه سطح ایمن، اجتنابی و دوسوگرا بر توانایی‌های شناختی کودکان مبتلا به بیماری مزمن پزشکی بپردازد.

روش

جامعه آماری، نمونه و روش اجرای پژوهش

پژوهش حاضر مطالعه‌ای از نوع همبستگی با طرح علی- مقایسه‌ای و جامعه مورد پژوهش کلیه کودکان ۱۲ تا ۱۵ ساله‌ای بودند که با تشخیص ابتلا به یکی از بیماری‌های مزمن دیابت، تالاسمی و بیماری کلیوی در یکی از مراکز بیمارستانی کودکان تهران تحت مراقبت‌های پزشکی قرار داشتند. لازم به توضیح است، براساس اطلاعات گردآوری شده در فرم‌های ویژه والدین، به‌طور میانگین شش ماه از تشخیص بیماری کودکان و یک ماه از آغاز دوره درمان آن‌ها در مرکز طبی اطفال تهران می‌گذشت. ملاک‌های ورود شامل ابتلا به یکی از بیماری‌های مزمن دیابت، تالاسمی یا بیماری کلیوی، گذشت حداقل یک‌ماه از آغاز دوره درمان پزشکی، اشتغال کودک به تحصیل، دارا بودن حداقل تحصیلات ابتدایی در والدین، پایگاه متوسط اجتماعی و اقتصادی در خانواده (با میزان حداقل و حداکثر درآمد یک‌وسه میلیون در ماه) و سن ۱۲ تا ۱۵ سال کودک بود. معیارهای خروج شامل مشاهده هرگونه ضربه مغزی، اعتیاد و اختلالات سایکوتیک در والدین یا کودک، ناتوانی ذهنی در کودک و اختلال شخصیت و وضعیت طلاق یا فوت در یکی از والدین بود. ملاک‌های ورود و خروج طی مصاحبه اولیه و نیز مشاهده در پرونده پزشکی کودک بررسی می‌شد و کودکان واجد شرایط، پس از اعلام موافقت و امضای فرم رضایت‌نامه مشارکت در طرح پژوهشی توسط مادران، به‌شيوه در دسترس انتخاب می‌شدند. فرم موافقت و رضایت‌نامه شامل تعهد اخلاقی پژوهشگر، تعهد همکاری شرکت‌کننده، اختیار شرکت‌کننده برای خاتمه‌دادن به همکاری در هر مرحله از اجرای پژوهش، توصیف اهداف و نحوه اجرای طرح بود. کودکان منتخب، سپس با تکمیل فرم اطلاعات جمعیت‌شناختی و نیز پرسشنامه دلبستگی مورد ارزیابی اولیه قرار گرفته و ضمن توجه به تحقق اصل همگنی سه گروه در ویژگی‌های جمعیت‌شناختی، به تفکیک نمره اخذ شده در دلبستگی خود در یکی از سه گروه سبک ایمن، اجتنابی و اضطرابی قرار می‌گرفتند. این فرایند تا زمانی که تعداد افراد هر گروه به ۱۵ نفر رسید، ادامه یافت. گروه‌ها از جهت میانگین سنی کودکان، میانگین سنی پدر و مادر، میزان درآمد خانواده و نوع بیماری پزشکی هم‌تا بودند و تفاوت سه گروه در این متغیرها معنادار نبود. در مرحله بعد توانمندی‌های شناختی کلیه کودکان سه گروه ارزیابی شد. در پایان، به‌منظور بررسی

مفروضه‌های پژوهش، داده‌های مربوط به سبک دلبستگی و توانمندی‌های شناختی کودکان سه گروه توسط نرم‌افزار Spss-20 مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت.

ابزار سنجش

پرسشنامه بازنگری‌شده سبک دلبستگی بزرگسالان کولینز و رید^۱ (RAAS): این پرسشنامه توسط کولینز و رید (۱۹۹۰) و با ۱۸ ماده و سه زیرمقیاس وابستگی، نزدیکی و اضطراب تدوین شده است. این ابزار با استفاده از خودگزارشی فرد از مهارت‌های ایجاد روابط و شیوه شکل‌دهی روابطش، سه سبک دلبستگی ایمن، دوسوگرا و اجتنابی وی نسبت به بازنمایی‌های دلبستگی نزدیک را مشخص می‌کند. کولینز و رید بر پایه توصیف‌هایی که در پرسشنامه دلبستگی بزرگسالان هازان و شیور درمورد سه سبک اصلی دلبستگی وجود داشت، مواد پرسشنامه خود را تدارک دیده‌اند (کولینز و رید، ۱۹۹۰). زیرمقیاس اضطراب در دلبستگی اضطرابی بالاتر است؛ زیرمقیاس نزدیکی یک بُعد دو قطبی می‌باشد که نمرات بالا و پایین آن حالات ایمن و اجتنابی را در مقابل هم قرار می‌دهد و نمرات بالا و پایین زیرمقیاس وابستگی نیز به ترتیب گویای دلبستگی‌های اضطرابی و اجتنابی است (نولر و فینی، ۲۰۰۶). این ابزار قابل استفاده برای سنین بالای ۱۲ سال می‌باشد و پایایی آن در پژوهش کولینز و رید در سال ۱۹۹۰ بیش از ۸۰ درصد گزارش شده است. در پژوهش پاکدامن (۱۳۸۰) نیز پایایی بازآزمون این پرسشنامه در گروه نمونه ۱۰۰ نفری دانش‌آموزان در سطح ۹۵ درصد و در یک گروه ۲۰ نفری ۷۶ درصد بوده است.

بسته آزمون‌های عصب روان‌شناختی رایانه‌ای کمبریج^۲ (CANTAB): این ابزار نخستین بار در سال ۱۹۸۰ توسط ساهاکیان و رایبیز در دانشگاه کمبریج تهیه شده است (فری، رایبیز و ساهاکیان، ۱۹۹۶). هدف اولیه تهیه چنین نرم‌افزاری، ارزیابی الگوهای کاهش کارکردهای شناختی در سالمندان مبتلا به زوال عقل بوده و در سال‌های بعد به‌طور گسترده‌ای برای ارزیابی عصب‌روان‌شناختی در جمعیت‌های بالینی مختلف با ویژگی‌های جمعیت‌شناختی و گروه‌های سنی متفاوت به‌کار گرفته شده است (روخو، تکستریا، زاچی و ونتو، ۲۰۱۱). این آزمون‌ها در گذشته و عموماً در دهه ۱۹۷۰ به‌صورت فیزیکی و با مکعب‌های چوبی انجام می‌شده است (پیکاردی و همکاران، ۲۰۱۳). این آزمون‌ها در مطالعه جیمی، سینگر، مک‌گروگر و چرکاس (۲۰۰۶) روی یک نمونه بزرگ ۷۸۷ نفری استاندارد شده و پژوهش پایپر و همکاران (۲۰۱۵) نیز روایی و اعتبار آن‌ها را در پژوهش‌های بالینی مناسب و دارای همبستگی آزمون-بازآزمون ۵۶ تا ۸۶ درصد گزارش کرده است. این آزمون هفت زیرمقیاس دارد که هر یک دارای تعدادی خرده‌آزمون (در مجموع ۲۴ خرده‌آزمون) هستند و توانایی‌های شناختی همچون انواع حافظه، یادگیری، عملکردهای اجرایی، توجه، زمان واکنش، تصمیم‌گیری، کنترل پاسخ و شناخت اجتماعی را می‌سنجند.

1. Revised Adult Attachment Style Questionnaire (Collins and Reid)
2. Cambridge Neuropsychological Test Automated Battery

یافته‌ها

به‌منظور بررسی مفروضه‌های پژوهش نمرات زیرمقیاس‌های توانایی‌های شناختی در سه گروه کودکان با سبک‌های دلبستگی ایمن، اجتنابی و اضطرابی مورد ارزیابی قرار گرفت. برای تحلیل داده‌ها از تحلیل واریانس یک‌راهه (ANOVA) استفاده شد. در این حالت، توانایی‌های شناختی (نمرات خرده‌آزمون‌های سرعت و دقت عمل از زیرمقیاس مهارت‌های حسی حرکتی، خرده‌آزمون‌های حساسیت نسبت به هدف، بازداری پاسخ و تداوم توجه از زیرمقیاس پردازش اطلاعات دیداری، خرده‌آزمون‌های حافظه فعال، حافظه کوتاه‌مدت و توانایی انتخاب راهبردها از زیرمقیاس حافظه کاری و خرده‌آزمون‌های توانایی یادگیری سریع و یادگیری - حافظه - جبران خطاها از زیرمقیاس یادگیری براساس کوشش و خطا) به‌عنوان متغیرهای وابسته و گروه (در سه سطح ایمن، اجتنابی و اضطرابی) به‌عنوان متغیر مستقل وارد معادله تحلیل واریانس یک‌راهه شدند. پیش‌فرض‌های آماری آزمون ANOVA برای تمام متغیرهای وابسته و مستقل محقق گردید. برای بررسی نرمال بودن توزیع از آزمون کولموگروف - اسمیرنوف استفاده شد و برای بررسی همگونی واریانس‌ها از آزمون لوین استفاده شده است. آماره‌های توصیفی حاصل از نمرات زیرمقیاس‌های توانایی‌های شناختی کودکان در سه گروه ایمن، اجتنابی و اضطرابی در جدول ۱، ارائه شده‌اند.

جدول ۱- آماره‌های توصیفی مربوط به زیرمقیاس‌های توانایی‌های شناختی

توانایی شناختی	دلبستگی	میانگین	انحراف استاندارد
سرعت عمل	ایمن	۰/۴۸	۰/۱۸
	اجتنابی	۰/۳۶	۰/۲۲
	اضطرابی	۰/۷۵	۰/۳۴
	کل	۰/۵۳	۰/۲۶
مهارت‌های حسی - حرکتی	ایمن	۰/۳۹	۰/۱۲
	اجتنابی	۰/۷۰	۰/۲۵
	اضطرابی	۰/۲۵	۰/۱۵
	کل	۰/۴۵	۰/۲۶
حساسیت نسبت به هدف	ایمن	۰/۵۸	۰/۴۱
	اجتنابی	-۰/۴۱	۰/۹۳
	اضطرابی	-۱/۵۰	۱/۰۷
	کل	-۰/۴۴	۱/۱۹
پردازش اطلاعات دیداری	ایمن	۰/۵۷	۰/۵۶
	اجتنابی	-۲/۹۰	۳/۴۴
	اضطرابی	-۳/۴۶	۴/۴۱
	کل	۱/۹۳	۳/۶۵
بازداری پاسخ	ایمن	۰/۵۷	۰/۵۶
	اجتنابی	-۲/۹۰	۳/۴۴
	اضطرابی	-۳/۴۶	۴/۴۱
	کل	۱/۹۳	۳/۶۵

انحراف استاندارد	میانگین	دلبستگی	توانایی شناختی	
۰/۴۹	۰/۷۳	ایمن	تداوم توجه	
۰/۹۵	۰/۱۷	اجتنابی		
۱/۴۰	-۱/۱۲	اضطرابی		
۱/۲۵	-۰/۰۷	کل		
۰/۲۶	۰/۷۱	ایمن	حافظه فعال	
۱/۴۳	-۰/۵۰	اجتنابی		
۱/۴۱	-۱/۹۶	اضطرابی		
۱/۵۹	-۰/۵۸	کل		
۰/۱۸	۰/۷۶	ایمن	حافظه کوتاه مدت	حافظه کاری
۱/۶۱	-۰/۷۹	اجتنابی		
۱/۳۲	-۰/۰۲	اضطرابی		
۱/۳۴	-۰/۰۱	کل		
۰/۷۸	۱/۵۴	ایمن	انتخاب راهبردها	
۱/۸۸	۰/۴۳	اجتنابی		
۱/۱۶	-۱/۶۰	اضطرابی		
۱/۸۶	۰/۱۲	کل		
۰/۲۶	۰/۳۴	ایمن	یادگیری سریع	
۰/۸۹	-۰/۸۶	اجتنابی		
۱/۰۹	-۱/۳۳	اضطرابی		
۱/۰۸	-۰/۶۱	کل		
			یادگیری براساس کوشش و خطا	
۰/۲۷	۰/۶۲	ایمن	یادگیری- حافظه (جبران خطاها)	
۰/۸۲	-۰/۵۳	اجتنابی		
۱/۵۵	-۱/۵۵	اضطرابی		
۱/۳۴	-۰/۴۸	کل		

به منظور بررسی مفروضه ها و تحلیل استنباطی داده ها، نمرات به دست آمده از توانایی های شناختی، به عنوان متغیرهای وابسته و نمره مربوط به سبک دلبستگی به عنوان متغیر مستقل وارد تحلیل واریانس یک راهه شدند که نتایج آن در جدول ۲، قابل مشاهده است.

همان طور که در جدول مشاهده می شود، برای زیرمقیاس مهارت های حسی حرکتی، تفاوت میانگین های سه گروه ایمن، اجتنابی و اضطرابی در خرده آزمون سرعت عمل ($F_{۴۲,۲}=۰/۹۶۷$ ، $P=۰/۳۸۸$) معنادار نبود؛ اما در خصوص خرده آزمون دقت عمل نسبت به هدف ($F_{۴۲,۲}=۴۲/۲۲$ ، $P \leq ۰/۰۰۱$)، بازداری پاسخ ($F_{۴۲,۲}=۶/۸۰$)، $P \leq ۰/۰۰۱$ و تداوم توجه ($F_{۴۲,۲}=۱۳/۷۱$ ، $P \leq ۰/۰۰۱$) معنادار بوده است.

جدول ۲- نتایج تحلیل واریانس یکراهه مربوط به توانایی‌های شناختی در سه گروه دلبستگی ایمن، اجتنابی و اضطرابی

سطح معناداری	F	درجه آزادی	توانایی شناختی
۰/۳۸	۰/۹۶	۲	بین گروهی
		۴۲	درون گروهی
		۴۴	کل
۰/۰۰۱	۲۱/۴۵	۲	بین گروهی
		۴۲	درون گروهی
		۴۴	کل
۰/۰۰۰	۴۲/۲۲	۲	بین گروهی
		۴۲	درون گروهی
		۴۴	کل
۰/۰۰۳	۶/۸۰	۲	بین گروهی
		۴۲	درون گروهی
		۴۴	کل
۰/۰۰۰	۱۳/۷۱	۲	بین گروهی
		۴۲	درون گروهی
		۴۴	کل
۰/۰۰۰	۱۹/۵۸	۲	بین گروهی
		۴۲	درون گروهی
		۴۴	کل
۰/۰۰۴	۶/۱۶	۲	بین گروهی
		۴۲	درون گروهی
		۴۴	کل
۰/۰۰۰	۲۰/۸۲	۲	بین گروهی
		۴۲	درون گروهی
		۴۴	کل
۰/۰۰۰	۱۶/۳۵	۲	بین گروهی
		۴۲	درون گروهی
		۴۴	کل
۰/۰۰۰	۱۶/۸۴	۲	بین گروهی
		۴۲	درون گروهی
		۴۴	کل

دقت عمل بین میانگین‌های سه گروه ایمن، اجتنابی و اضطرابی ($F_{۳۲,۳}=۲۱/۴۵$, $P \leq ۰/۰۰۱$) تفاوت معناداری مشاهده شد. در زیرمقیاس پردازش اطلاعات دیداری، تفاوت میانگین‌های سه گروه ایمن، اجتنابی و اضطرابی در خرده‌آزمون‌های حساسیت درباره زیرمقیاس حافظه کاری، میانگین سه گروه ایمن، اجتنابی و اضطرابی در خرده‌آزمون‌های حافظه فعال ($F_{۳۲,۳}=۱۹/۵۸$, $P \leq ۰/۰۰۱$)، حافظه کوتاه‌مدت ($F_{۳۲,۳}=۶/۱۶$, $P \leq ۰/۰۰۱$) و یادگیری براساس کوشش و خطا یادگیری- حافظه (جبران خطاها)

انتخاب راهبردها ($F_{۴۲,۳}=۲۰/۸۲$ ، $P \leq ۰/۰۰۱$) تفاوت معنادار داشتند و در نهایت، در خصوص زیرمقیاس یادگیری براساس کوشش و خطا، بین میانگین‌های سه گروه ایمن، اضطرابی و اجتنابی در خرده‌آزمون‌های توانایی یادگیری سریع ($F_{۴۲,۳}=۱۶/۳۵$ ، $P \leq ۰/۰۰۱$) و یادگیری- حافظه- جبران خطاها ($F_{۴۲,۳}=۱۶/۸۴$ ، $P \leq ۰/۰۰۱$) تفاوت معناداری وجود داشته است.

گرچه در زیرمقیاس مهارت‌های حسی- حرکتی، نتایج تحلیل واریانس برای تفاوت میانگین سه گروه در خرده‌آزمون سرعت عمل معنادار نبود، اما بررسی میانگین‌ها نشان می‌دهد گروه ایمن در این خرده‌آزمون بالاترین میانگین را کسب کرده و گروه اضطرابی و اجتنابی به ترتیب بعد از گروه ایمن قرار می‌گیرند. در خصوص سایر توانایی‌های شناختی، با توجه به تفاوت معنادار به دست آمده بین میانگین گروه‌ها براساس نتایج تحلیل واریانس، برای هر یک از این خرده‌آزمون‌ها حداقل دو گروه از سه گروه باید دارای میانگین متفاوتی باشند؛ به منظور ارزیابی این تفاوت از آزمون تعقیبی توکی استفاده شد (جدول ۳).

براساس اطلاعات جدول ۳، تحلیل آماری تعقیبی برای خرده‌آزمون دقت عمل از زیرمقیاس مهارت‌های حسی- حرکتی نشان می‌دهد بین سبک‌های دلبستگی اجتنابی و ایمن و نیز بین سبک‌های دلبستگی اجتنابی و اضطرابی اختلاف معناداری وجود دارد. مشاهده میانگین‌های سه گروه نشان می‌دهد گروه اجتنابی در مقایسه با دو گروه ایمن و اضطرابی از دقت عمل بهتری برخوردار است؛ همچنین دقت عمل گروه ایمن بهتر از گروه اضطرابی است و گروه اضطرابی پایین‌ترین دقت عمل را دارد.

در زیرمقیاس پردازش اطلاعات دیداری آزمون توکی مربوط به خرده‌آزمون حساسیت نسبت به هدف نشان داد، بین گروه ایمن با گروه‌های اجتنابی و اضطرابی و نیز، بین گروه اجتنابی با گروه اضطرابی تفاوت معناداری وجود دارد. بررسی میانگین گروه‌ها حاکی از آن است که در این متغیر گروه ایمن بهترین عملکرد را داشته، گروه اجتنابی در مرتبه دوم قرار دارد و گروه اضطرابی از پایین‌ترین کارایی برخوردار بوده است. درباره خرده‌آزمون بازداری پاسخ نیز تفاوت گروه ایمن با دو گروه دیگر معنادار بوده، اما بین گروه اجتنابی و گروه اضطرابی تفاوت معناداری وجود نداشته است. همچنین، عملکرد گروه ایمن در این خرده‌آزمون بهتر از دو گروه دیگر و گروه اجتنابی بهتر از گروه اضطرابی بوده است. به عبارت دیگر، گروه اضطرابی از بازداری پاسخ پایین‌تری برخوردار بوده است و تکانش‌گری بیشتری داشته است. در خرده‌آزمون تداوم توجه بین گروه‌های ایمن و اضطرابی، همچنین بین گروه‌های اجتنابی و اضطرابی تفاوت معناداری وجود داشته است. گروه ایمن، میانگین بالاتری نسبت به دو گروه دیگر داشته و میانگین گروه اجتنابی نیز بالاتر از گروه اضطرابی بوده است.

جدول ۳- نتایج آزمون توکی جهت مقایسه توانایی‌های شناختی بین سه گروه دلبستگی ایمن، اجتنابی و اضطرابی

توانایی شناختی	دلبستگی I	دلبستگی J	تفاوت میانگین	سطح معناداری
مهارت‌های حسی - حرکتی	ایمن	اجتنابی	-۰/۳۰	۰/۰۰۰
	اضطرابی	اضطرابی	۰/۱۴	۰/۱۱۱
	اضطرابی	ایمن	۰/۳۰	۰/۰۰۰
	اضطرابی	اضطرابی	۰/۴۴	۰/۰۰۰
	اجتنابی	ایمن	-۰/۱۴	۰/۱۱۱
	اجتنابی	اجتنابی	-۰/۴۴	۰/۰۰۰
حساسیت نسبت به هدف	ایمن	اجتنابی	۱/۰۰۲	۰/۰۰۷
	اضطرابی	اضطرابی	۲/۰۸	۰/۰۰۰
	اضطرابی	ایمن	-۱/۰۰۲	۰/۰۰۷
	اضطرابی	اضطرابی	۱/۰۸۶	۰/۰۰۳
	اجتنابی	ایمن	-۲/۰۰۸	۰/۰۰۰
	اجتنابی	اجتنابی	-۱/۰۸۶	۰/۰۰۳
پردازش اطلاعات دیداری	ایمن	اجتنابی	۳/۴۸	۰/۰۱۵
	اضطرابی	اضطرابی	۴/۰۴	۰/۰۰۴
	اضطرابی	ایمن	-۳/۴۸	۰/۰۱۵
	اضطرابی	اضطرابی	۰/۵۶	۰/۸۸۴
	اجتنابی	ایمن	-۴/۰۴	۰/۰۰۴
	اجتنابی	اجتنابی	-۰/۵۶	۰/۸۸۴
تداوم توجه	ایمن	اجتنابی	۰/۵۶	۰/۳۷۷
	اضطرابی	اضطرابی	۱/۸۵	۰/۰۰۰
	اضطرابی	ایمن	-۰/۵۶	۰/۳۷۷
	اضطرابی	اضطرابی	۱/۲۹	۰/۰۰۳
	اجتنابی	ایمن	-۱/۸۵	۰/۰۰۰
	اجتنابی	اجتنابی	-۱/۲۹	۰/۰۰۳
حافظه فعال	ایمن	اجتنابی	۱/۲۱	۰/۰۱۸
	اضطرابی	اضطرابی	۲/۶۷	۰/۰۰۰
	اضطرابی	ایمن	-۱/۲۱	۰/۰۱۸
	اضطرابی	اضطرابی	۱/۴۵	۰/۰۰۴
	اجتنابی	ایمن	-۲/۶۷	۰/۰۰۰
	اجتنابی	اجتنابی	-۱/۴۵	۰/۰۰۴
حافظه کاری	ایمن	اجتنابی	۱/۵۵	۰/۰۰۳
	اضطرابی	اضطرابی	۰/۷۸	۰/۱۹۰
	اضطرابی	ایمن	-۱/۵۵	۰/۰۰۳

توانایی شناختی	دلبستگی I	دلبستگی J	تفاوت میانگین	سطح معناداری
		اضطرابی	-۰/۷۶	۰/۲۰۵
	اجتنابی	ایمن	-۰/۷۸	۰/۱۹۰
		اجتنابی	۰/۷۶	۰/۲۰۵
	ایمن	اجتنابی	۱/۱۱	۰/۰۷۴
		اضطرابی	۳/۱۴	۰/۰۰۰
	اضطرابی	ایمن	-۱/۱۱	۰/۰۷۴
انتخاب راهبردها	اضطرابی	اضطرابی	۲/۰۳	۰/۰۰۱
	اجتنابی	ایمن	-۳/۱۴	۰/۰۰۰
		اجتنابی	-۲/۰۳	۰/۰۰۱
	ایمن	اجتنابی	۱/۲۱	۰/۰۰۱
		اضطرابی	۱/۶۸	۰/۰۰۰
	اضطرابی	ایمن	-۱/۲۱	۰/۰۰۱
یادگیری سریع	اضطرابی	اضطرابی	۰/۴۶	۰/۲۸۴
	اجتنابی	ایمن	-۱/۶۸	۰/۰۰۰
		اجتنابی	-۰/۴۶	۰/۲۸۴
یادگیری براساس کوشش و خطا	ایمن	اجتنابی	۱/۱۶	۰/۰۱۰
		اضطرابی	۲/۱۷	۰/۰۰۰
	یادگیری - حافظه (جبران خطاها)	ایمن	-۱/۱۶	۰/۰۱۰
		اضطرابی	۱/۰۱	۰/۰۲۶
	اضطرابی	ایمن	-۲/۱۷	۰/۰۰۰
	اجتنابی	اجتنابی	-۱/۰۱	۰/۰۲۶

در زیرمقیاس حافظه کاری، آزمون توکی در بخش حافظه فعال نشان می‌دهد، گروه ایمن با دو گروه دیگر تفاوت معناداری دارد و تفاوت گروه‌های اجتنابی و اضطرابی نیز معنادار است. براساس مقایسه میانگین‌ها، گروه ایمن در این عملکرد کارایی بالاتری نسبت به دو گروه دیگر دارد، سپس گروه اجتنابی و در آخر گروه اضطرابی قرار می‌گیرد. در حافظه کوتاه‌مدت گروه ایمن تفاوت معناداری با گروه اجتنابی داشته است و در مقایسه میانگین‌ها نیز در رتبه بالاتری نسبت به دو گروه دیگر قرار دارد و پس از آن گروه اضطرابی نسبت به گروه اجتنابی از کارایی بالاتری برخوردار بوده است. در خرده‌آزمون انتخاب راهبردها دو گروه ایمن و اضطرابی و نیز دو گروه اجتنابی و اضطرابی تفاوت معناداری باهم داشتند. در این توانمندی، گروه ایمن نسبت به دو گروه دیگر میانگین بهتری داشته و گروه اجتنابی نسبت به گروه اضطرابی بهتر عمل کرده است.

در زیرمقیاس یادگیری براساس کوشش و خطا، آزمون توکی خرده‌آزمون‌های یادگیری سریع و یادگیری - حافظه، گویای آن است که گروه ایمن در این کارکردها تفاوت معناداری با دو گروه دیگر داشته و تفاوت دو گروه اجتنابی و اضطرابی نیز معنادار بوده است. بررسی میانگین‌ها در این دو خرده‌مقیاس نشان می‌دهد، گروه

ایمن نسبت به دو گروه اضطرابی و اجتنابی از عملکرد بالاتری برخوردار بوده و در رتبه بعد گروه اجتنابی بهتر از گروه اضطرابی عمل کرده؛ بنابراین گروه اضطرابی در این توانمندی‌ها از پایین‌ترین کارایی برخوردار بوده است.

بحث و نتیجه‌گیری

مطالعه حاضر، با تمرکز بر عامل دلبستگی و تأثیر آن بر توانایی‌های شناختی در یک گروه نمونه از کودکان مبتلا به بیماری مزمن پزشکی سازماندهی شد. نتایج نشان داد که بین نوع سبک دلبستگی این کودکان و توانایی‌های شناختی آن‌ها رابطه معناداری وجود دارد و با توجه به گروه‌بندی این کودکان براساس سه سبک دلبستگی و نیز کنترل‌های اعمال شده جهت هم‌تاسازی سه گروه، می‌توان مدعی گردید که تفاوت‌های معنادار به‌دست آمده در توانایی‌های شناختی کودکان سه گروه، می‌تواند به‌علت تفاوت این کودکان در سبک دلبستگی‌شان باشد. همان‌طور که تحلیل دقیق‌تر نتایج نشان داد، گروه کودکان با دلبستگی ایمن عملکرد بهتری در توانایی‌های شناختی ارزیابی شده (به‌غیر از دقت عمل) نشان دادند. در تبیین این نتایج می‌توان با استناد بر دیدگاه دیتزن و همکاران (۲۰۰۸) ادعا نمود که افراد با سبک دلبستگی ایمن، در برابر استرس‌هایی مانند بیماری، احساس امنیت کرده و به‌همین دلیل، در رویارویی با عوامل استرس‌زا از توانمندی‌های شناختی کارآمدتری برخوردار هستند و در عملکردهای تحصیلی، شغلی و روابط بین‌فردی نیز موفق‌تر عمل می‌کنند. در مطالعه خراشادی‌زاده، شهابی‌زاده و دستجردی (۱۳۹۰) نیز که به مقایسه کودکان با سبک دلبستگی ایمن و ناایمن پرداخته شده بود، کودکان با دلبستگی ایمن، در مقایسه با کودکان ناایمن، در موقعیت‌های استرس‌زا عزت‌نفس بالاتری نشان داده، از راهبردهای کارآمدتری استفاده نموده، در حل مسئله پافشاری می‌کردند، ابتکار و پشتکار داشتند و در نتیجه، از سلامت جسمی و روانی بهتری برخوردار بودند. پژوهش مورلی و موران (۲۰۱۱) نیز سبک‌های دلبستگی ناایمن را به‌عنوان یک عامل آسیب‌پذیری شناختی تأیید کرده است. با وجود این، نتایج مذکور در گروه کودکان عادی جامعه انجام شده و قابل استناد برای کودکانی که از بدو تولد و در سراسر عمر خود درگیر بیماری‌های جسمانی و پزشکی مزمن بوده‌اند نیست. این امر ضرورت مطالعه حاضر و اهمیت یافته‌های آن را پررنگ می‌سازد.

با وجود شمار محدود پژوهش‌های تجربی پیرامون توجه به‌عامل روان‌شناختی از قبیل دلبستگی در موقعیت‌های پزشکی و سلامت، برخی مطالعات نظری، مسیرهایی را جهت تشریح چگونگی تعامل کیفیت دلبستگی و بیماری/ سلامت عنوان نموده‌اند. برای نمونه، براساس نظر اندرسون و هینز (۱۹۹۴) که در مطالعات هانتز و ماندر (۲۰۰۱، ۲۰۰۴ و ۲۰۰۹) به شکل یک الگوی نظام‌دار پیرامون رابطه دلبستگی و بیماری مطرح شده است، کیفیت دلبستگی و تعاملات فرد تعیین‌کننده الگوی شناختی- رفتاری و نیز پاسخ‌های عصب‌فیزیولوژیکی خاص آن فرد است. با فعال شدن سبک دلبستگی فرد به‌وسیله استرس جسمانی‌ای مانند بیماری، الگوها و پاسخ‌های متعاقب آن سبک دلبستگی نیز فعال می‌شوند و می‌توانند تعیین‌کننده کیفیت سلامت فرد در موقعیت استرس جسمانی باشد. فرض پژوهش حاضر نیز آن است که در کودکان مبتلا به بیماری مزمن پزشکی که گروه هدف مطالعه بوده‌اند، کودکان ایمن در مقایسه با کودکان اجتنابی و اضطرابی،

به‌علت کیفیت بهتر سیستم دلبستگی، از الگوهای شناختی- رفتاری و پاسخ‌های عصب‌فیزیولوژیکی کارآمدتری نیز برخوردارند. ضمن این‌که گزارش‌های والدین این کودکان نشان داد که آن‌ها از ثبات سلامتی بهتری نیز برخوردار بودند، می‌توان عواقب این کارآمدی بهتر بر سلامت جسمانی و روان‌شناختی این کودکان در مقایسه با کودکان اجتنابی و اضطرابی را در مطالعات آتی به شکل دقیق و منسجم مورد ارزیابی قرار داد. در نگاهی دقیق‌تر به نتایج مطالعه حاضر، مشاهده شد که کودکان با سبک دلبستگی اضطرابی از دقت عمل پایینی برخوردار بودند- که می‌تواند به‌علت دارا بودن استرس بسیار بالا باشد- ولی نسبت به کودکان اجتنابی سرعت عمل بهتری داشتند؛ این سرعت عمل بالای کودکان اضطرابی نیز می‌تواند به‌علت نگرانی و احساس عجله بالای آن‌ها باشد، به‌علاوه رگه‌های وسواس موجود در کودکان اجتنابی که واکنش‌های آن‌ها به موقعیت‌ها را کند می‌سازد.

از سوی دیگر، در خصوص عملکرد حافظه، پژوهش‌ها نشان داده است که حافظه کودکان تحت تأثیر وقایع و تجارب ناراحت‌کننده قرار می‌گیرد؛ بنابراین در این حوزه نیز، سبک دلبستگی که مبتنی بر کیفیت تجارب کودکی می‌باشد، باز هم از اهمیت زیادی برخوردار می‌گردد، چنان‌که در پژوهشی از چای و همکاران (۲۰۱۴) مشخص شد کودکان با بازنمایی ذهنی مثبت از والدین (سبک دلبسته ایمن) با دقت و صحت بیشتری پاسخ‌گوی سؤالات حافظه بودند. براساس تبیین‌های این پژوهش، سبک دلبستگی نایمن تأثیر معکوسی بر عملکرد حافظه می‌گذارد؛ افراد نایمن در واقع نمی‌خواهند وقایع دردناک را یادآوری نمایند؛ بنابراین بیشتر احتمال دارد که در آزمون‌های یادآوری حافظه گزینه‌های نادرست را تأیید کنند. در پژوهش حاضر نیز نتایج گویای آن است که کودکان با سبک دلبستگی ایمن در خرده‌آزمون‌های مربوط به حافظه عملکرد بالاتری را در مقایسه با کودکان نایمن داشتند. این امر نیز می‌تواند به‌علت استرس بالای دلبسته‌های نایمن باشد که قادر نیستند اطلاعات را به درستی از مراحل نرمال شکل‌گیری حافظه عبور داده و ذخیره‌سازی و به‌کارگیری نمایند. همچنین خشم، پرخاشگری، هیجانات منفی و یا سرکوب و انکار که از ویژگی‌های بارز در سبک‌های دلبستگی نایمن هستند نیز می‌توانند در تکانشگری و ضعف عملکرد شناختی و حافظه کودکان دارای این نوع دلبستگی‌ها مؤثر باشند (کنتربری و گیلات، ۲۰۱۳).

نتایج مطالعه مالتیز، داچسنی، راتل و فنگ (۲۰۱۷) که به بررسی رابطه یادگیری و موفقیت در تحصیلات آکادمیک با دلبستگی به والدین پرداخته، نشان داده است که بین موفقیت و شایستگی تحصیلی در سال‌های میانی مدرسه با دلبستگی کودک به والدین در سال‌های اولیه ورود به مدرسه رابطه معناداری وجود دارد. کودکانی که از شایستگی بالاتری در امر تحصیل برخوردار بودند، علاوه بر دلبستگی ایمن، خودپنداره بهتری نیز داشتند، از راهبردهای تنظیم هیجان بهره‌مند بودند و نشانه‌های کمتری از اضطراب نشان می‌دادند. مطالعه حاضر هم گویای آن بود که کودکان با دلبستگی ایمن در مقایسه با کودکان نایمن اضطرابی و اجتنابی، در زیرمقیاس یادگیری عملکرد بهتری داشتند. کودکان با سبک دلبستگی اجتنابی، سطوح بالایی از وابستگی به خود را دارند و با سرکوب هیجانات منفی دست به انکار می‌زنند و به‌وسیله انکار و حواس‌پرتی و سرکوب

هیجانان خود با استرس مقابله می‌کنند و کودکان با سبک دلبستگی اضطرابی به‌علت استرس بالا و دقت و تمرکز پایین و نیز دارا بودن هیجانان منفی در بعد حافظه و یادگیری دچار اختلال می‌شوند. در مجموع، پژوهش حاضر حاکی از آن است که در شرایط بیماری‌های مزمن پزشکی کودکان، توجه متخصصان و پرسنل درمان به عوامل روان‌شناختی، به‌ویژه دلبستگی، می‌تواند عملکردهای شناختی این کودکان را تحت‌الشعاع قرار داده و متعاقباً فرایند درمان و بهبودی آن‌ها را هموار سازد (اولیوریا و کاستا، ۲۰۰۹). کمالین که در پژوهش حاضر، مادران کودکان با سبک دلبستگی ایمن عنوان کردند که فرایند درمانی کودکان‌شان به‌خوبی پیش می‌رود و کودک با کادر درمانی هماهنگی لازم را دارد. در صورتی که مادران کودکان با سبک دلبستگی نایمن همواره از این که کودک همکاری لازم را به‌منظور بهبودی ندارد، بسیار نگران و ناراحت بودند و حتی عنوان می‌کردند که در بسیاری از مواقع بیماری کودک‌شان عود می‌کند که منجر به بستری شدن در بیمارستان می‌شود. با وجود ابعاد نوآورانه این پژوهش در ارزیابی تأثیر سبک دلبستگی بر توانایی‌های شناختی کودکان مبتلا به بیماری مزمن پزشکی، مطالعه حاضر قادر به مطالعه روی کودکان سالم و لذا بررسی مقایسه‌ای تأثیر سبک دلبستگی بر توانایی‌های شناختی بین دو گروه کودکان با و بدون بیماری پزشکی نشد. همچنین نبود بررسی و کنترل وضعیت هوشی کودکان از دیگر محدودیت‌های این مطالعه است؛ از آن‌جا که در زمینه توانمندی هوشی کودکان مورد بررسی در مطالعه حاضر، به این نکته بسنده شد که کودکان شاغل به تحصیل در مدارس عادی از هوش نرمال برخوردار هستند، کنترل دقیق نمرات هوشی کودکان می‌تواند به‌عنوان پیشنهادی برای مطالعات آتی مطرح باشد.

منابع

- اللهیاری، ا. د.، الحانی، ف.، کاظم‌نژاد، ا.، و ایزدیار، م. (۱۳۸۵). بررسی تأثیر الگوی توانمندی‌سازی خانواده‌محور بر کیفیت زندگی کودکان سن مدرسه مبتلا به بیماری تالاسمی. *مجله بیماری‌های کودکان ایران*. ۱۶(۴)، ۴۶۱-۴۴۵.
- بزازیان، س.، و بشارت، م. ع. (۱۳۸۹). سبک‌های دلبستگی، ادراک بیماری و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به دیابت نوع I. *روان‌شناسی معاصر*. ۱۵(۱)، ۱۱-۳.
- بشارت، م. ع. (۱۳۸۵). تبیین اختلال‌های شخصیت براساس نظریه دلبستگی. *روان‌شناسی معاصر*. ۱(۲)، ۴۸-۴۱.
- پاکدامن، ش. (۱۳۸۰). بررسی ارتباط بین دلبستگی و جامعه‌طلبی در نوجوانان (رساله منتشر نشده دکتری). *دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران*.
- خرآشادی‌زاده، س.، شهابی‌زاده، ف.، و دستجردی، ر. (۱۳۹۰). بررسی نقش دلبستگی دوران کودکی، دلبستگی به خدا و سبک‌های اسنادی بر اضطراب اجتماعی دانشجویان شهر بیرجند. *روان‌شناسی و دین*. ۴(۱۶)، ۵۹-۴۳.
- رحیم‌زاده، س. (۱۳۸۷). دلبستگی و پزشکی روان- تنی: مشارکت‌های تحولی در قلمروهای تنیدگی و بیماری. *روان‌شناسان ایرانی*. ۴(۱۶)، ۳۰۶-۳۰۴.

References

- Anderson, D. J., & Hins, R. H. (1994). Attachment and pain. In: Psychological vulnerability to chronic pain. Eds R. C. Grzesiak & D. C. Ciccone. Springer, New York.
- Beckner, V. E. (2004). The effects of stress on different stages of memory (Doctoral Dissertation). Retrieved from <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.630.4182&rep=rep1&type=pdf>.
- Bliss, T. V., & Collingridge, G. L. (1991). A synaptic model of memory: long-term potentiation in the hippocampus. *Nature*, 7, 361(6407), 31-39.
- Bowlby, J. (1969/1982). Attachment and loss (Vols. I-III). London: Hogarth Press.
- Bowlby, J. (1982). Attachment and loss. New York: Basic books; 23-5.
- Cassidy, J., & Shaver PR. (2008). *Handbook of attachment: Theory, research and clinical applications*. New York, London: Guilford, 101-200.
- Bryant, R. A., & Chan, L. (2015). Thinking of attachments reduces noradrenergic stress response. *Psychoneuroendocrinology*, 60, 39-45.
- Canterberry, M., & Gillath, O. (2013). Neural evidence for a multifaceted model of attachment security. *International Journal of Psychophysiology*, 88(3), 232-240.
- Ciechanowski, P. S., Walker, E. A., Katon, W. J., & Russo, J. E. (2002). Attachment theory: A model for health care utilization and somatization. *Psychosomatic Medicine*, 64(4), 660-667.
- Ciechanowski, P. S., Hirsch, I. B., Katon, W. J. (2002). Interpersonal predictors of HbA (1c) in patients with type 1 diabetes. *Diabetes Care*, 25(4), 731-736.
- Cnotka, J., Gunturkun, O., Rehkemper, G., Gray, R. D., & Hunt, G. R. (2008). Extraordinary large brains in tool-using New Caledonian crows (*Corvus moneduloides*). *Neuroscience Letter*, 433(3), 241-245.
- Collins, N. L., & Read, S. J. (1990). Adult attachment, working models, and relationship quality in dating couples. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58(4), 644-663.
- Dukas, R. (2004). Evolutionary Biology of Animal Cognition. *Annual Review of Ecology, Evolution and Systematics*, 35, 347-374.
- 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(1), 17-33.
- Maunder, R. G., & Hunter, J. J. (2009). Assessing patterns of adult attachment in medical patients. *General Hospital Psychiatry*, 31(2), 123-130
- McWilliams, L. A., & Bailey, S. J. (2010). Associations between adult attachment ratings and health conditions: Evidence from the national comorbidity survey replication. *Journal of Health Psychology*, 29(4), 446-453.
- 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(3), 407-429.
- Morley, T. E., & Moran, G. (2011). The origins of cognitive vulnerability in early childhood: Mechanisms linking early attachment to later depression. *Clinical Psychology Review*, 31(7), 1071-1082.

- Moss, E., Dubois-Comtois, K., Cyr, C., Tarabulsy, G. M., St-Laurent, D., & Bernier, A. (2011). Efficacy of a home-visiting intervention aimed at improving maternal sensitivity, child attachment, and behavioral outcomes for maltreated children: a randomized control trial. *Development and Psychopathology*, *23*(1), 195-210.
- 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.
- Noll, R. B., & Kupest, M. J. (2007). Commentary: the psychological impact of cancer hardiness, the exception or the role? *Journal of pediatric Psychology*, *32*(9), 1089-1098.
- Noller, P., & Feeney, J. (2006) close relationships: functions, forms and processes. New York: Psychology Press.
- Oliveira, P., & Costa, M. E. (2009). Interrelationships of adult attachment orientations, health status and worrying among fibromyalgia patients. *Journal of Health Psychology*, *14*(8), 1184-1195.
- Pickering, L., Simpson, J., Bentall, R. P. (2008). Insecure attachment predicts proneness to paranoia but not hallucinations. *Personality and Individual Difference*, *44*(5), 1212- 1224.
- Fray, P. J., Robbins, T. W., & Sahakian, B. J. (1996). Neuropsychiatric applications of CANTAB. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, *11*(4), 329-336.
- Hunter, J. J. & Maunder, R. G. (2001). Using attachment theory to understand illness behavior. *General Hospital Psychiatry*, *23*(4), 77-182.
- Chae, Y., Goodman, G. S., Larson, R. P., Augusti, E. M., Alley, D., VanMeenen, K.M., Culver, M., & Coulter, K. P. (2014). Children's memory and suggestibility about a distressing event: The role of children's and parents' attachment. *Journal of Experimental Child Psychology*, *123*, 90-111.
- Pesonen, A. K., Eriksson, J. G., Heinonen, K., Kajantie, E., Tuovinen, S., Alastalo, H., Henriksson, M., Leskinen, J., Osmond, C., Barker, D., G., P., & Räikkönen, K. (2013). Cognitive ability and decline after early life stress exposure. *Neurobiology of Aging*, *34*(6), 1674-1679.
- Radleya, J., Morilakb, D., Viauc, V., & Campeaud, S. (2015). Chronic stress and brain plasticity: Mechanisms underlying adaptive and maladaptive changes and implications for stress-related CNS disorders. *Neuroscience and Biobehavioral Reviews*, *58*, 79-91.
- 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., Kuijjer, R., & Middendorp, H. (2008). Psychological adjustment to chronic disease. *Lancet*, *372*(9634), 246-255.
- Ramsauer, B., Gehrke, J., Lotzin, A., Powell, B., & Romer, G. (2011). Attachment and attachment-based intervention: the circle of security intervention project in hamburg. *Praxis der und Kinderpsychiatrie*, *60*(6), 417-429.
- Sahakian, B. J., & Robbins, T. W. (1980). "A Comparative Study of Visuospatial Memory and Learning in Alzheimer-Type Dementia and Parkinson's Disease". *Brain*, *111*(3), 695-718.

- Roque, D. T., Teixeira, R. A. A., Zachi, E. C., & Ventura, D. F. (2011). The use of the Cambridge Neuropsychological Test Automated Battery (CANTAB) in neuropsychological assessment: Application in Brazilian research with control children and adults with neurological disorders. *Psychology & Neuroscience*, 4(2), 255-265.
- Picardi, A., Caroppo, E., Fabi, E., Proietti, S., Di Gennaro, G., Meldolesi, G. N., Martinotti, G. (2013). Attachment and parenting in adult patients with anxiety disorders. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 9, 157-163.
- Jamie, J., Singer, A. J., MacGregor, L. F., & Cherkas, T. D. (2006). Specter Genetic influences on cognitive function using The Cambridge Neuropsychological Test Automated Battery. *Intelligence*, 34(5), 421-428.
- Piper, B. J., Mueller, S. T., Geerken, A. R., Dixon, K. L., Kroliczak, G., Olsen, R. H. J., & Miller, J. K. (2015). Reliability and validity of neurobehavioral function on the Psychology Experimental Building Language test battery in young adults. *PeerJ*, 3, e1460.
- Shettleworth, S. J. (2010). *Cognition Evolution and Behavior*. 2nd. New York: Oxford University Press.
- 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.
- Sol, D., Szekely, T., Liker, A., & Lefebver, L. (2007). Bigbrained bird survive better in nature. *Proceed Royal Society*, 274(1611), 763-769.
- Vervoort, T., Goubert, L., & Crombez, G. (2010). Parental responses to pain in high. Catastrophizing children: The moderating effect of child attachment. *Pain*, 11(8), 755-763.
- Ditzen, B., Schmidt, S., Strauss, B., Nater, U. M., Ehlert, U., & Heinrichs, M. (2008). Adult attachment and social support interact to reduce psychological but not cortisol responses to stress. *Journal of Psychosomatic Research*, 64(5), 479-486.
- Maltais, C., Duchesne, S., Ratelle, C. F., & Feng, B. (2017). Learning climate, academic competence, and anxiety during the transition to middle school: Parental attachment as a protective factor. *Revue Européenne de Psychologie Appliquée*, 67(2), 103-112.