

بررسی درمان مبتنی بر دلبستگی کودک محور بر نشانگان افسردگی کودکان مقطع دبستان

سید عبدالمجید بحرینیان^۱

رامانا شهباز فر^{۲*}

زمینه و هدف: در سالهای اخیر بیشتر مطالعات درباره کاهش و درمان نشانه‌های افسردگی در بزرگسالان انجام گرفته است. متأسفانه نتایج به دست آمده از الگوها و درمان‌های افسردگی بزرگسال قابل تعمیم به کودکان نیستند هدف این پژوهش بررسی بررسی درمان مبتنی بر دلبستگی کودک محور بر نشانگان افسردگی کودکان دختر مقطع دبستان شهر بندرعباس بود.

روش: این تحقیق نیمه تجربی بوده و نمونه‌ی پژوهش شامل ۳۰ دانش آموز دختر مقطع دبستان بود که به صورت روش انتخاب تصادفی چند مرحله‌ای در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) جایگزین شدند. ابزارهای مورد استفاده در پژوهش پرسشنامه‌ی افسردگی کودکان و پرسشنامه کیفیت دلبستگی بودند. متغیر مستقل درمان مبتنی بر دلبستگی کودک محور بود که در شش جلسه گروهی برای دانش آموزان به همراه یک جلسه آموزشی برای والدین در گروه آزمایش اعمال شد. داده‌ها با روش تحلیل کوواریانس چند متغیره تحلیل گردید.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که درمان مبتنی بر رویکرد دلبستگی کودک محور بر کاهش نشانه‌های افسردگی به ویژه در بعد خلق منفی مؤثر بوده است.

بحث و نتیجه گیری: با توجه به این موضوع که نمی‌توان بدون در نظر گرفتن تفاوتهای شناختی، هیجانی، رفتاری و جسمانی مرتبط با سن در افسردگی دوران کودکی از مداخلات بررسی شده مربوط به افسردگی بزرگسالان استفاده کرد، نتایج این پژوهش، رویکردی نوین را در زمینه مداخله در افسردگی دوران کودکی و ارتقای سلامت روانی کودکان در این سنین پیشنهاد می‌دهد.

کلید واژه: درمان مبتنی بر دلبستگی کودک محور، نشانگان افسردگی، کودکان مقطع دبستان

۱. دانشیار و عضو هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی majid.bahrainian@gmail.com

۲. دانشجوی دکترای روانشناسی عمومی، دانشگاه آزاد واحد بندرعباس دانشگاه آزاد اسلامی، واحد بندرعباس، گروه روانشناسی،

بندرعباس، ایران - ۰۹۱۹۹۱۰۹۲۶۲ R.SHAHBAZFAR @Gmail.com

۱. مقدمه

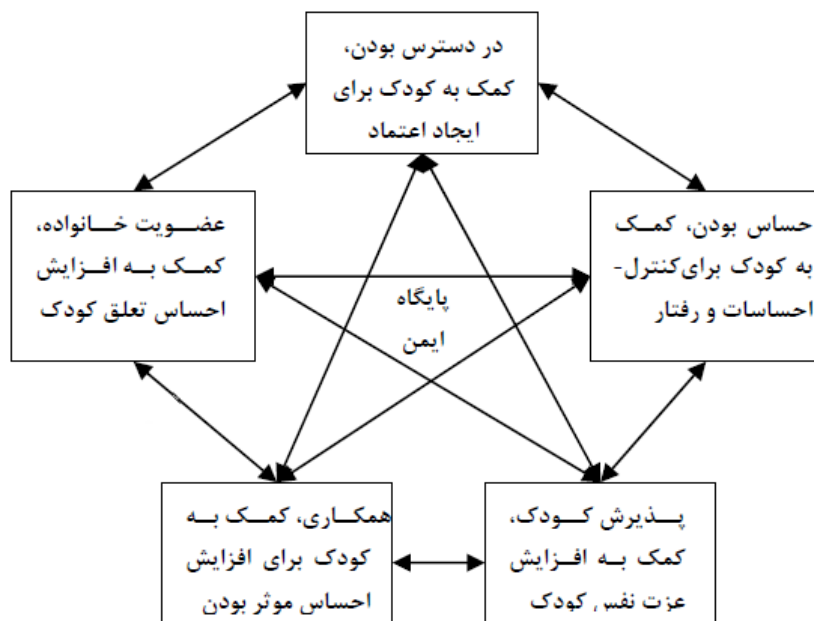
افسردگی کودکی مانند افسردگی بزرگسالان، می‌تواند طیفی از علایم، از پاسخ طبیعی تا غمگینی و ناامیدی در وقایع پر استرس زندگی تا صدمه وخیم که منجر به افسردگی بالینی می‌شود، را در بر می‌گیرد. کودکان مقطع دبستان به طور شناختی قادرند عوامل استرسزا را درونی کنند (مثل تضادهای خانوادگی، انتقاد، شکست در موفقیت تحصیلی)، این امر به نوبه خود موجب اعتماد به نفس پایین و احساس گناه زیاد در کودک می‌شود. به این دلیل که خطر شکست تحصیلی و خودکشی در کودکان افسرده خیلی بالا است، ارجاع فوری یا همکاری نزدیک با یک متخصص روانی اغلب ضروری است (اولندیک و همکاران^۱، ۲۰۰۷؛ جهان بخش و همکاران، ۱۳۹۰) افسردگی به طور قابل توجهی بر حوزه‌های متعددی از عملکرد کودکان، از جمله موفقیت تحصیلی، عملکرد اجتماعی و روابط خانوادگی تأثیر می‌گذارد؛ علاوه بر این، شروع زود هنگام افسردگی معمولاً پایدارتر است و با پیامدهای منفی مهمی در بزرگسالی از جمله احتمال افزایش دوره‌های افسردگی پی در پی، چالش در روابط میان فردی، ناسازگاری زناشویی، سیگار کشیدن، رفتار منحرف و ناخشنودی از، زندگی در ارتباط است (آرورا^۲، ۲۰۰۹) علاوه بر این، کودکان افسرده بالینی بیشتر به خودکشی تمایل دارند (استلبرگ، کلارک و بنگار^۳، ۲۰۱۲). توجه به مطالعات علل و قرائن افسردگی، نشانه‌ها و درمان آن در کودکان از این رو اهمیت دارند که میزان شیوع افسردگی کودکان در مطالعات ایرانی قابل توجه هستند. برخی از رویکردهای نظری اصلی پیرامون سبب شناسی افسردگی شامل مدل‌های زیستی (ژنتیک و شیمی اعصاب)، مدل‌های شناختی، مدل‌های رفتاری / میان فردی، مدل‌های خانواده و مدل‌های استرس زندگی می‌باشند (هامن و رادولف^۴، ۲۰۱۳). به طور خلاصه، می‌توان گفت در تلاش برای درک بروز افسردگی در کودکان دو رویکرد شناختی و بین فردی مورد استفاده قرار گرفته است. هر رویکرد به طور جداگانه در درک ما از بروز افسردگی نقش داشته است. نظریه‌های شناختی (به عنوان مثال، نظریه شناختی افسردگی بک^۵) شواهدی برای تأثیر شناخت منفی در بروز افسردگی ارائه کرده است، در حالی که نظریه‌های میان فردی (به عنوان مثال، تئوری تعامل افسردگی کوین^۶) بر نقش فرآیندهای میان فردی (به عنوان مثال، روابط با خانواده و همسالان) در افسردگی تأکید می‌کند. استفاده از رویکرد یکپارچه شناختی - میان فردی^۷ به بررسی تعامل بین هر دو عامل درون فردی و میان فردی توجه می‌کند. نظریه دلبستگی یکی از این نظریه‌های یکپارچه است که می‌تواند به عنوان یک چهارچوب شناختی - میان فردی برای درک بروز افسردگی در کودکان استفاده شود (لی و هانکین^۸، ۲۰۰۹).

بالبی^۹ در تأکید بر اهمیت ارتباط مادر و کودک معتقد است که بسیاری از اشکال روان آزرده‌گی‌ها و اختلال‌های شخصیت، حاصل محرومیت کودک از مراقبت مادرانه و یا عدم ثبات رابطه کودک با چهره دلبستگی است. بالبی به نقل از استیونسون و شولدیس^{۱۰} بر اهمیت سبک رفتار مادری و تأثیر آن بر دلبستگی کودک تأکید کرده است. شکست مادر در ایجاد یک ارتباط گرم، حساس و پاسخ دهنده در سال اول زندگی مشکلات خلقی و رفتاری پایداری در کودک ایجاد می‌کند. هر شکافی در مبادله مادر - کودک ایجاد شود، می‌تواند تأثیر منفی قاطعی بر تحول شخصیت کودک داشته باشد و

1. Ollendick TH
2. Arora
3. Stolborg, clark & bongar
4. Hammen & Rudolph
5. Beck's Cognitive Theory of Depression
6. Coyne's Interactional Theory of Depression
7. integrated cognitive-interpersonal
8. Lee & Hankin
9. Bowlby
10. Shouldice & Stevenson

در آینده به اختلالات کم و بیش وخیم مرضی منجر گردد. تجارب اولیه بین مادر کودک می‌تواند به دلبستگی نا ایمن منجر شود، که هر چند پدیده مرضی نیست، اما می‌تواند به پدیده‌های مرضی در بزرگسالی منجر شود. تحقیقات فراوانی مؤید این نکته است که عدم ایمنی پیوند دلبستگی، فرد را در مخاطره مشکلات روانی، رفتاری و ارتباطی فراوانی قرار می‌دهد. پژوهش جهان بخش نشان داد که بین مشکلات دلبستگی و میزان افسردگی در دختران همبستگی مثبت و معنی داری وجود دارد (جهانبخش، ۲۰۱۰). به علاوه میان دو متغیر امنیت دلبستگی و سبک شفقت و دلسوزی مادر که شامل لحن ملایم در سخن گفتن، دستور دهنده‌گی کمتر، اظهارات لذت بخش، شکایا بودن، تسکین دادن فوری و پاسخ دهنده‌گی کلی به انواع رفتار کودک، همچنین تعاملات اجتماعی که به طور دو جانبه، پاداش دهنده هستند، نیز ارتباط معنی داری وجود دارد (ایزابلا، ۲۰۱۴) علایم اضطراب، افسردگی و یا خشم می‌توانند نشان دهنده تجربیات عاطفی منفی از روابط دلبستگی در گذشته و یا حال باشند (ایزابلا و بلسکی^۲، ۱۹۹۱؛ سابل^۳، ۲۰۱۴). توماس^۴ (۲۰۱۰) معتقد است که مناسب‌ترین درمان برای کودکان مبتلا به اختلالات دلبستگی و مسائل ناشی از آن ارائه مداخله مبتنی بر دلبستگی است. درمان مبتنی بر دلبستگی اصطلاحی است برای مداخلات و یا رویکردهای مبتنی بر نظریه دلبستگی که از نظریه بالبی نشأت گرفته است. براساس نظر برلین، زآناه و لیبرمن^۵ (۲۰۰۸) این رویکردها در دامنه‌ای از روش‌های درمان فردی تا برنامه‌های بهداشت عمومی قرار دارند. منظور از درمان مبتنی بر دلبستگی کودک محور 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 اسکافیلد^۶ و بک تنظیم شده و به علت تمرکز بر ابعاد رشدی کودک «رویکرد کودک محور» 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 (چاس^۸، ۲۰۱۵؛ ساکه نیا و همکاران، ۱۳۹۲). مدل مراقبتی مبتنی بر دلبستگی دارای پنج بعد، شامل ابعاد کیفیت والدینی و پیامدهای رشدی ناشی از این ابعاد می‌باشد. از آنجاییکه در مطالعات اسکافیلد و بک تأثیر فرزند پروری بر رشد کودک اهمیت داشت، اسکافیلد و بک این پنج بعد را با تمرکز بر رابطه‌ی آنها با مزایای رشدی خاص برای کودکان چهارچوب دهی مجدد کردند (اسکافیلد و بک، ۲۰۰۵). این پنج بعد عبارتند از: در دسترس بودن: کمک به کودک برای ایجاد اعتماد، حساس بودن: کمک به کودک برای کنترل احساسات و رفتار، پذیرش کودک: کمک به افزایش عزت نفس کودک، همکاری: کمک به کودک برای افزایش احساس مؤثر بودن و عضویت خانواده: کمک به افزایش احساس تعلق کودک. تعامل بین این ابعاد را می‌توان از طریق ستاره پایگاه امن^۹ (شکل ۱) نشان داد.

1. Isabella
2. Isabella RA, Belsky J
3. Sable
4. Thomas
5. Berlin, Zeanah & Lieberman
6. Scofield
7. child-centered approach
8. Chase
9. Secure Base Star



با در نظر گرفتن شیوع افسردگی در کودکان دبستانی، اهمیت سلامت روانی دانش آموزان 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 آسیب شناسی 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 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 به ویژه رویکرد دلبستگی شده است. بنابراین پژوهش حاضر در نظر دارد تا اثربخشی درمان مبتنی بر دلبستگی کودک محور را که بر اساس ابعاد رشدی مدل مراقبتی مبتنی بر دلبستگی تدوین شده است، بر کاهش نشانه‌های افسردگی کودکان مقطع دبستان بررسی کند.

۲. روش

این پژوهش از نوع نیمه تجربی و کاربردی است و در آن از دو گروه آزمایش و گواه با انجام پیش آزمون و پس آزمون استفاده شده است.

جامعه آماری و نمونه

جامعه آماری این پژوهش مشتمل بر کلیه دانش آموزان دختر مقطع دبستان در ناحیه ۱ شهر بندرعباس که دارای نشانه‌های افسردگی بود. نمونه‌ی این پژوهش به روش نمونه‌گیری تصادفی چند مرحله‌ای انجام شده است. ابتدا از میان

دبستان‌های دخترانه ناحیه ۱ آموزش و پرورش شهر بندر عباس، یک مدرسه به صورت تصادفی انتخاب گردید. پس از جلب همکاری و هماهنگی با مدیریت مدرسه، انتخاب تصادفی پایه‌ی سوم و بعد از کسب موافقت والدین در مورد شرکت کردن فرزندان‌شان در جلسات و تکمیل پرسشنامه تواناییها و مشکلات، پیش‌آزمون در پایه سوم و در مجموع ۷۵ نفر اجرا شد. ۳۰ نفر که بالاترین نمرات را در پیش‌آزمون کسب کرده بودند انتخاب شدند و در نهایت، ۱۵ نفر در گروه آزمایش و ۱۵ نفر در گروه کنترل جایگزین شدند.

ابزار اندازه‌گیری

پرسشنامه افسردگی کودکان ماریا کواس (CDI)

CDI یک ابزار خود گزارشی ۲۷ آیتمی است که جهت ارزیابی نشانه‌های افسردگی در کودکان و نوجوانان استفاده می‌شود. آیتم‌های این پرسشنامه که از پرسشنامه افسردگی بک برگرفته شده است هر نشانه‌ای را که می‌تواند مختص افسردگی دوره کودکی باشد ارزیابی می‌کند: به عنوان مثال خلق پایین، خود ارزیابی ضعیف، و مشکلات بین فردی. CDI شامل ۵ خرده‌مقیاس می‌باشد که عبارتند از: خلق منفی، مشکلات بین فردی، احساس بیهودگی، فقدان احساس لذت و عزت نفس پایین. CDI با سایر پرسشنامه‌های مرتبط با افسردگی دوره کودکی و نوجوانی از جمله مقیاس افسردگی نوجوانان رینولدز همبستگی دارد. مطالعات نشان دهنده مشخصات روانسنجی خوب برای CDI است. همسانی درونی بر اساس آلفای کرونباخ ۰/۸۶ است. اعتبار همزمان و افتراقی نیز مناسب گزارش شده است.

مقیاس دل‌بستگی به والدین و همسالان فرم تجدیدنظر شده کودکان (IPPA-R)

برای بررسی کیفیت دل‌بستگی کودکان مقیاس دل‌بستگی به والدین و همسالان فرم تجدیدنظر شده کودکان ۲۵ سوالی گالون و رایینسون (۲۰۰۵) مورد استفاده قرار گرفت 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 ۲، به گزینه ب نمره ۱ و به گزینه ج نمره صفر تعلق می‌گیرد. نمره ۲ بیانگر کیفیت دل‌بستگی بالا و نمره ۱ کل بیانگر کیفیت پایین است. نمره کل این مقیاس حاصل جمع خرده‌مقیاس اعتماد و ارتباط منهای خرده‌مقیاس از خودبیگانگی است. سؤالات، ۷، ۵، ۱۰، ۳ و ۱۵ معکوس نمره گذاری می‌شوند. در پژوهش گالون و رایینسون (۲۰۰۵)، پایایی ابزار در زیرمقیاس والدین ۰/۹۳ و در زیرمقیاس همسالان ۰/۸۶ به دست آمده است و ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۸ برای زیرمقیاس اعتماد، ۰/۸۲ برای ارتباط و ۰/۷۹ برای بیگانگی گزارش شده است. همچنین در این پژوهش آلفای کرونباخ برای دو زیرمقیاس ارتباط و اعتماد به ترتیب ۰/۸۰ و ۰/۷۹ و برای زیرمقیاس از خودبیگانگی ۰/۷۷ به دست آمد.

شیوه اجرا

جامعه آماری این پژوهش مشتمل بر کلیه دانش‌آموزان دختر مقطع دبستان در ناحیه ۱ شهر بندرعباس که دارای نشانه‌های افسردگی بود. نمونه‌ی این پژوهش به روش نمونه‌گیری تصادفی چند مرحله‌ای انجام شده است. ابتدا از میان دبستان‌های دخترانه ناحیه ۱ آموزش و پرورش شهر بندر عباس، یک مدرسه به صورت تصادفی انتخاب گردید. پس از جلب همکاری و هماهنگی با مدیریت مدرسه، انتخاب تصادفی پایه‌ی سوم و بعد از کسب موافقت والدین در مورد شرکت کردن فرزندان‌شان در جلسات و تکمیل پرسشنامه تواناییها و مشکلات، پیش‌آزمون در پایه سوم و در مجموع ۷۵ نفر اجرا شد. ۳۰ نفر که بالاترین نمرات را در پیش‌آزمون کسب کرده بودند انتخاب شدند و در نهایت، ۱۵ نفر در گروه آزمایش و ۱۵ نفر در گروه کنترل جایگزین شدند. بعد از کسب موافقت والدین، نخست پرسشنامه‌های افسردگی و دل‌بستگی اجرا و

سپس ۳۰ نفر از کودکانی که بالاترین نمره را در افسردگی کسب نمودند، انتخاب و به طور 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 پیش آزمون و پس آزمون شرکت کردند. متغیر مستقل، درمان مبتنی بر دلبستگی کودک محور بود که در ۶ جلسه گروهی برای دانش آموزان به همراه یک جلسه آموزشی برای والدین در گروه آزمایش اعمال شد. سپس به منظور اجرای پس آزمون 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 دلبستگی، بازی درمانی، مهدکودک درمانی و ترکیب مهدکودک درمانی با بازی درمانی مبتنی بر دلبستگی تراپلی^۱ تدوین شده است. نتایج حاصل از پژوهش با استفاده از نرم افزار SPSS 18 و به کمک آمار توصیفی و استنباطی مورد ارزیابی قرار گرفت. بدین ترتیب که برای نرمال بودن توزیع نمرات از آزمون شاپیرو ویلک و کولموگروف-اسمیرنوف و برای آزمون پیش فرض تساوی واریانسها از آزمون لوین و برای بررسی پیش فرض همسانی کواریانسها از آزمون باکس استفاده شد.

۳. نتایج تحقیق

برای تحلیل فرضیه پژوهش از کواریانس چند متغیره (MANCOVA) استفاده شده است. میانگین و انحراف استاندارد نمرات آزمودنی‌ها در پرسشنامه افسردگی کودکان (نمره کل) در مرحله پیش آزمون و پس آزمون در جدول شماره ۱ آورده شده است. همچنین میانگین و انحراف استاندارد نمرات آزمودنی‌ها در ابعاد پرسشنامه افسردگی کودکان در مرحله پیش آزمون و پس آزمون در جدول شماره ۲ آورده شده است. در تجزیه و تحلیل داده‌های این پژوهش برای آزمون پیش فرض نرمال بودن توزیع نمرات از آزمون شاپیرو ویلک و کولموگروف-اسمیرنوف و برای آزمون پیش فرض تساوی واریانسها از آزمون لوین و برای بررسی پیش فرض همسانی کواریانسها از آزمون باکس استفاده شد. جدول ۳ نتایج آزمون لامبدای ویلکس برای بررسی تأثیرات چند متغیره‌ی درمان مبتنی بر دلبستگی کودک محور را بر ابعاد پرسشنامه افسردگی کودکان نشان می‌دهد. همانگونه که در جدول ۳ مشاهده می‌شود F مقدار بدست آمده در سطح $P < 0/05$ معنی دار است. مقدار مجذور اتا $0/75$ بدست آمده نشانگر میزان تأثیر درمان مبتنی بر دلبستگی کودک محور بر مجموع ابعاد پرسشنامه افسردگی کودکان (نمره کل) است. میزان تأثیر تعداد فرزندان، ترتیب تولد، سن مادر، تحصیلات مادر، سن پدر، تحصیلات پدر، وضعیت اقتصادی و اشتغال مادر معن یدار نبودند. با کنترل و مجذور اتای گروه‌ها می‌توان گفت بین گروه کنترل و آزمایش F اثر این متغیرها و عامل پیش آزمون و با توجه به سطح معنی داری میزان در میزان نشانه‌های افسردگی تفاوت معنی‌داری وجود دارد. در نتیجه درمان مبتنی بر دلبستگی کودک محور باعث کاهش نشانه‌های افسردگی شده است. توان آماری به دست آمده ($0/78$) نشانگر کفایت حجم نمونه و دقت آماری نسبتاً مطلوب و مقدار مجذور اتا نشانگر اثر بخشی مطلوب مداخله است.

همانگونه که در جدول ۴ مشاهده می‌شود تأثیر مداخله‌ی کودک محور مبتنی بر دلبستگی به غیر از بعد خلق منفی در سایر ابعاد پرسشنامه افسردگی کودکان معنی‌دار نبوده است. در نمرات پس آزمون خرده مقیاس‌های پرسشنامه افسردگی کودکان میزان تأثیر تعداد فرزندان، ترتیب تولد، سن مادر، تحصیلات مادر، سن پدر، تحصیلات پدر، وضعیت اقتصادی و اشتغال مادر معن یدار نبود. با کنترل اثر این متغیرها و عامل پیش آزمون و با توجه به سطح معنی‌داری میزان F خرده مقیاس خلق منفی و مجذور اتای گروه‌ها ($0/45$) می‌توان گفت بین گروه کنترل و آزمایش در میزان کاهش خلق منفی

تفاوت معنی‌داری وجود دارد ولی این تفاوت در سایر خرده مقیاس‌ها از لحاظ آماری معنی‌دار نمی‌باشد. در نتیجه درمان مبتنی بر دل‌بستگی کودک محور باعث کاهش خلق منفی شده است. توان آماری به دست آمده (۰/۸۵) نشانگر کفایت حجم نمونه و دقت آماری مطلوب و مقدار مجذور اتا (۰/۴۵) نشانگر اثر بخش‌ی مطلوب مداخله است.

جدول ۱: میانگین و انحراف استاندارد نمرات آزمودنی‌ها در پرسشنامه افسردگی کودکان (نمره کل) در مرحله پیش آزمون و پس آزمون

مراحل	گروه‌ها	شاخص‌های آماری	
		میانگین	انحراف استاندارد
پیش آزمون	آزمایش	۳۰	۳/۰۸
	گواه	۳۰/۴۵	۳/۱۲
	کل	۳۰/۲۸	۲/۸۵
پس آزمون	آزمایش	۱۹/۹۸	۳/۰۵
	گواه	۲۴/۲۵	۲/۱۸
	کل	۲۲/۱۸	۲/۸۵

جدول ۲: میانگین و انحراف استاندارد نمرات آزمودنی‌ها در ابعاد پرسشنامه افسردگی کودکان در مرحله پیش آزمون و پس آزمون

مراحل	گروه‌ها	شاخص‌های آماری									
		متغیر منفی		متغیر خلق منفی		متغیر مشکلات بین فردی		متغیر ناکارآمدی		متغیر فقدان لذت	
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
پیش آزمون	آزمایش	۶/۶۵	۰/۸۸	۵	۱/۰۸	۵/۲۰	۰/۹۴	۷/۰۲	۰/۸۵	۵/۷۵	۱/۰۸
آزمون	گواه	۶/۲۵	۰/۹۶	۴/۶۵	۰/۹۸	۵/۰۱	۱/۱۲	۷/۸۹	۰/۹۶	۶	۰/۹۶
پس آزمون	آزمایش	۴/۹۸	۱/۰۲	۳/۴۸	۱/۱۲	۴/۸۵	۱/۱۶	۵/۳۶	۱/۱۲	۴/۲۲	۰/۸۲
آزمون	گواه	۵/۳۴	۱/۰۸	۴/۰۲	۰/۹۸	۳/۹۸	۰/۹۸	۶/۲۸	۱/۴۵	۴/۸۷	۱/۰۸

جدول ۳: نتایج آزمون لامبدای ویلکس برای بررسی اثر بخشی درمان مبتنی بر دل‌بستگی کودک محور بر ابعاد پرسشنامه افسردگی کودکان

متغیر	مقدار لامبدای ویلکس	F	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	سطح معنی‌داری	مجذور اتا	توان آماری
عضویت گروهی (مداخله)	۰/۴۲	۳/۹۶	۵	۱۳	۰/۰۳۶	۰/۷۵	۰/۷۸

جدول ۴ نتایج تحلیل کواریانس تک متغیره در متن مانکوا برای بررسی اثر بخشی درمان مبتنی بر دلبستگی کودک محور بر هر یک از ابعاد پرسشنامه افسردگی کودکان

منبع تغییرات	متغیر وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری	مجذور اتا	توان آماری
خلق منفی	۶/۵۳۸	۱	۶/۵۳۸	۱۲/۶۵۲	۰/۰۰۴	۰/۴۵۲	۰/۸۵۵	
	۷/۳۴۳	۱۵	۰/۴۴۸					
مشکلات بین فردی	۰/۹۴۳	۱	۰/۹۴۳	۲/۲۳۲	۰/۱۲۴	۰/۱۳۴	۰/۲۶۸	
	۶/۹۸۷	۱۵	۰/۵۶۰					
عضویت گروهی (مداخله)	۰/۰۰۴	۱	۰/۰۰۴	۰/۰۰۹	۰/۸۸۶	۰/۰۰۱	۰/۰۶۵	
	۶/۱۵۳	۱۵	۰/۵۲۱					
فقدان لذت	۰/۲۸۸	۱	۰/۲۸۸	۰/۵۵۵	۰/۴۶۵	۰/۰۳۴	۰/۱۱۸	
	۵/۶۴۴	۱۵	۰/۴۰۸					
عزت نفس منفی	۰/۶۴۵	۱	۰/۶۴۵	۱/۰۹۴	۰/۳۱۶	۰/۰۶۵	۰/۱۸۳	
	۵/۹۸۳	۱۵	۰/۳۹۲					

۴. بحث و نتیجه گیری

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 پس آزمون شده است. یافته‌های پژوهش نشان داد که درمان مبتنی بر دلبستگی کودک محور بر کاهش نمرات افسردگی مؤثر بود. در تنها پژوهش مرتبط که البته با نمونه نوجوانان با اختلال افسردگی اجرا شده است، درمان مبتنی بر دلبستگی (ABFT) به طور معناداری مؤثر بوده است. در بررسی بر کودکان افسرده، به این نتیجه رسیدند که پس از درمان ۸۱٪ از بیمارانی که توسط خانواده درمانی مبتنی بر دلبستگی ABFT درمان شده بودند علائم اختلال افسردگی اساسی را نشان ندادند (دیاموند، رایس، ۲۰۰۲). در پژوهش مشابه دیگر که هر دو متغیر درمان مبتنی بر دلبستگی و نشانه‌های مشکلات درونی شده بررسی شده است، کاهش نشانه‌های اضطراب جدایی و نشانه‌های درونی شده در نمونه ۶۴ کودک با اختلال نافرمانی که در درمان تعامل والد کودک (PCIT) شرکت کرده بودند بررسی شده است (چاس، ۲۰۱۵). هم نشان‌های اضطراب جدایی و هم نمرات، مقیاس مشکلات درونی شده در فهرست رفتاری کودک به طور معناداری از پیش آزمون تا پس آزمون کاهش یافتند. در زمینه ابعاد پرسشنامه هیچ پژوهش یا فرضیه‌های مشابه یافت نشد. ولی به طور کلی، همانطور که در پیشینه پژوهش ذکر شد، مطالعات بسیاری رابطه بین دلبستگی و افسردگی را بررسی کرده‌اند و تمام آنها بر ارتباط این دو سازه تاکید کرده‌اند (روزنقارب و همکاران، ۱۹۹۴؛ کنی و همکاران، ۱۹۹۸؛ لیوو و همکاران، ۲۰۰۹؛ بیتسون و همکاران، ۲۰۰۳؛ آرمسدن، ۲۰۱۴). در کل، تحقیقات از این ایده حمایت می‌کنند که سابقه تاریخیچه دلبستگی نا ایمن کودک والد، بروز مشکلات رفتاری اجتماعی و اختلال در روابط را پیش بینی می‌کند که آسیب پذیری در

مقابل افسردگی را بالا می‌برند (رادولف، فلاین و آباید، ۲۰۰۸). در نتایج تحقیق کاتورپ (۲۰۰۴) مشخص شد که عزت نفس پایین، حمایت کم همسالان، پریشانی و آشفتگی بالا و ادراک عدم دسترسی خانواده، احتمال افسردگی را افزایش می‌دهد. به هر حال، رابطه بین افسردگی و سبب‌های دلبستگی پیچیده است و تحقیقات اخیر نشان داده‌اند که رابطه این دو متغیر به ندرت مستقیم است (بو، ۲۰۱۰). نتیجه عمده کنش متقابل بین مادر و کودک، به وجود آمدن نوعی دلبستگی عاطفی بین فرزند و مادر است. این دلبستگی و ارتباط عاطفی با مادر است که سبب می‌شود کودک به دنبال آسایش حاصل از وجود مادر باشد، به خصوص هنگامی که احساس ترس و عدم اطمینان می‌کند. کودکان و بزرگسالان ایمن در زمان استرس و خطر، به احتمال زیادی رفتارهای دلبستگی ایمن را از خود به نمایش می‌گذارند (مارتینز، ۲۰۱۰). به عکس افراد دارای سبک دلبستگی نا ایمن به خاطر ناتوانی و عدم انعطاف‌پذیری در پاسخ‌دهی مناسب به موقعیتهای نامطلوب، دچار مشکلات رفتاری و روا نشناختی خواهند شد و دلبستگی درمانی کمک مؤثری به درمان این اختلالات می‌نماید (جهانبخش، ۱۳۹۰). بر اساس یافته‌های مارتینز و کارلسون و مشکلات دلبستگی و افسردگی مادر از عمده‌ترین دلایل بروز افسردگی در کودکان محسوب می‌شوند (کارلسون، ۱۹۹۵؛ مارتینز، ۲۰۱۰). بر این اساس امروزه درمان مبتنی بر دلبستگی، مؤثرترین درمان در زمینه افسردگی ناشی از نایمنی و مشکلات دلبستگی در کودکان در سنین پیش دبستانی و دبستانی شناخته شده است (جهانبخش، ۱۳۹۰). رویکرد مبتنی بر دلبستگی کودک محور با تمرکز بر الگوهای فعال درونی، دیدگاه فرد نسبت به خودش را تعدیل می‌کند و باعث افزایش خودآگاهی، خودکارآمدی و عزت نفس افراد می‌شود. همچنین، این رویکرد با تمرکز بر ایمن سازی 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 به ویژه با همسالان منجر می‌شود. ۶ تا ۱۲ 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 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 (شاکه‌نیا و همکاران، ۱۳۹۲).

نتایج این پژوهش را می‌توان اینگونه تبیین کرد که بر اساس نظریه دلبستگی وجود حالات خلق افسرده در کودک و نوجوان ناشی از طحاره‌ها و انتظارات در مورد خود و دیگرانم بیاشد که به وسیله تجارب مراقبتی اولیه توسعه پیدا می‌کند و همچنین به وسیله انتخاب‌های محیطی حفظ می‌شود. در نتیجه با کار بر روی این طحاره‌ها و انتظارات در مورد خود از طریق فنون افزایش عزت نفس، خود آگاهی و تنظیم هیجانی و در مورد دیگران از طریق افزایش مهارت‌های اجتماعی، مهارت‌های حل مسئله و فعالیت و باز یهای گروهی و از طرف دیگر آموزش والدین در بعد ایمن سازی روابط و

آموزش فنون در دسترس بودن، حساس بودن، پذیرش کودک، همکاری و عضویت خانواده می‌توان کاهش معنادار نمرات کل افسردگی کودکان گروه آزمایش را تبیین کرد. فرض ابتدایی این فرمت درمان این بوده است که فعالیت‌های گروهی و باز یهای گروهی علاوه بر افزایش خلق مثبت، در کاهش مشکلات بین فردی، ناکارآمدی، فقدان لذت و عزت نفس منفی نیز تأثیر معنی دار داشته باشد. در نتایج این فرضیه قابل مشاهده بود که فقط در خرده مقیاس خلق منفی تفاوت معنی دار بود و در سایر خرده مقیاس‌ها این معناداری مشاهده نشد. در تبیین این نتایج می‌توان گفت که از آنجاییکه فرمت درمان شامل ۶ جلسه گروهی بود و همچنین آموزش والدین برای یک جلسه طرح ریزی شده بود عدم تغییر زود هنگام و معنادار حالات ذهنی پایدار که از اوایل کودکی شکل گرفته و توسط تجارب محیطی تقویت شده‌اند قابل انتظار می‌باشد و می‌توان نتیجه گرفت که تغییر این حالات ذهنی پایدار نیازمند صرف زمان بیشتری است. این پژوهش در راستای بررسی رویکرد کودک محور 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 دانش آموزان مقطع ابتدایی شهر بندرعباس 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 پسران انجام گیرد. پژوهشگران علاقه مند می‌توانند تأثیر این رویکرد درمانی را بر سایر نشانه‌های روان شناختی دوران کودکی و مقایسه تأثیر این رویکرد با سایر درمان‌های افسردگی کودکان، بررسی نمایند.

فهرست منابع

- جهانبخش، مرضیه، امیری، شعله، بهادری، محمدحسین، مولوی، حسین. (۱۳۹۰). اثربخشی درمان مبتنی بر دلبستگی بر علایم افسردگی در دختران دارای مشکلات دلبستگی. دو فصلنامه تحقیقات علوم رفتاری، دوره ۹، شماره ۴ (۲۰). ۱۱۲-۱۲۶.
- شاکه نیا فرحناز، بهروز بهزاد، بهروز بهروز، کجباف محمدباقر، بهامین قباد. (۱۳۹۲). تأثیر درمان مبتنی بر رویکرد دلبستگی کودک محور بر علایم افسردگی و کیفیت دلبستگی پسران مقطع ابتدایی. دانش و پژوهش در روان شناسی کاربردی: دوره ۱۴، شماره ۳ (۵۳)؛ ۲۲ - ۳۱.
- **Armsden, G. C., & Greenberg, M. T. (2014).** Inventory of parent and peer attachment (IPPA). Pennsylvania State University, College of Health and Human Development, Prevention Research Center. Retrieved from :<http://prevention.psu.edu/pubs/documents/IPPAmanual0809.pdf>
- **Arora, P. (2009).** Mechanisms of Change in Cognitive Behavioral Therapy for Depressed Biethnic Preadolescent Females: The Effect of Group Cohesion on the Treatment of Depressive Symptoms (master's thesis). The University of Texas at Austin. Retrieved from : <http://hdl.handle.net/2152/ETDUT-2009-08-183>
- **Beatson, J., & Taryan, S. (2003).** Predisposition to depression: The role of attachment. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 37, 219-225.
- **Berlin, L. J., Zeanah, C. H., Lieberman, A. F. (2008).** Prevention and Intervention Programs for Supporting Early Attachment Security. In J. Abela & B. Hankin (Eds.), *Handbook of depression in children and adolescents* (pp. 79-102). New York: The Guilford Press.
- **Boo, J. N. (2010).** The relationship between adult attachment and depression as mediated by social support, self esteem, and optimism (Doctoral dissertation). Ball state university, Muncie, Indiana. Available from Proquest database. 2180157691
- **Carlson E, Sroufe LA.** The contribution of attachment theory to developmental psychopathology. In: Cicchetti D, Cohen D, editors. *Developmental processes and psychopathology*. New York: Cambridge University Press; 1995.p. 581-617.
- **Cawthorpe, D. West; M. Wilkes, T. (2004).** Attachment and Depression: The Relationship between the Felt Security of Attachment and Clinical Depression among Hospitalized Female Adolescents. *The Canadian Child and Adolescent Psychiatry Review*, 13 (2), 31-35.
- **Chase, R. M. (2015).** Parent child interaction therapy for children with comorbid externalizing and internalizing symptoms (master dissertation). University of Florida. Retrieved from. http://etd.fcla.edu/UF/UFE0010555/chase_r.pdf
- **Hammen, C. & Rudolph, K. (2013).** Childhood Mood Disorders. In E. Mash & R. Barkley (Eds.) *Child Psychopathology* (pp. 233-278). New York, NY: Guilford Press.
- **Isabella RA, Belsky J.** Interactional synchrony and the origins of infant-mother attachment: a replication study. *Child Dev* 1991; 62(2): 373-84.
- **Isabella RA.** Origins of attachment: maternal interactive behavior across the first year. *Child Dev* 2014; 64(2): 605-21.
- **Jahanbakhsh M.** Effect of attachment based therapy on behavioral problems in girl students of primary schools in Isfahan [Thesis]. Isfahan: Isfahan University; 2010.
- **Kenny, M. E., Lomax, R., Brabeck, M., & Fife, J. (1998).** Longitudinal pathways linking adolescent report of maternal and paternal attachment to psychological wellbeing. *Journal of Early Adolescence*, 18, 221-243.
- **Lee, A. and 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 and Adolescent Psychology*, 38 (2), 219-231.
- **Liu, Q., Nagata, T., Shono, M., & Kitamura, T. (2009).** The effects of adult attachment style and negative life events on daily depression: A sample of Japanese university students. *Journal of*

- Clinical Psychology, 65 , 639–652.
- **Martins C, Gaffan EA.** Effects of early maternal depression on patterns of infant-mother attachment: a metaanalytic investigation. *J Child Psychol Psychiatry* 2010; 41(6): 737-46.
 - **Ollendick TH, Horsch LM.** Fears in clinic-referred children: relations with child anxiety sensitivity, maternal overcontrol, and maternal phobic anxiety. *Behav Ther* 2007; 38(4): 402-11.
 - **Rosenfarb, I. S., Becker, J., & Khan, A. (1994).** Perceptions of parental and peer attachments by women with mood disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 103 , 637–644.
 - **Rudolph, K.D., Flynn, M., Abaied, J.L. (2008).** A Developmental Perspective on Interpersonal Theories of Youth Depression. In J. Abela & B. Hankin (Eds.), *Handbook of depression in children and adolescents* (pp. 79-102). New York: The Guilford Press.
 - **Sable P.** Attachment, ethology and adult psychotherapy. *Attach Hum Dev* 2014; 6(1): 3-19.
 - **Stevenson-Hinde J, Shouldice A.** Maternal Interactions and self-reports related to attachment classifications at 4.5 years. *Child Development* 1996; 66(3): 583-96.
 - **Stolberg, R. A., Clark, D. C., & Bongar, B. (2012).** Epidemiology, assessment, and management of suicide in depressed patients. In I. H. Gotlib & C. L. Hammen (Eds.), *Handbook of depression* (pp. 581–601). New York: Guilford Press.