اثربخشی درمان مبتنی بر دل‌بستگی بر اضطراب و احساس تنهایی کودکان بی‌سرپرست و بد سرپرست

مهری قیاسی پیرزمان[1]، مهدیه عزیزی[2]، دکتر فرنگیس دمهری[3]

۱. کارشناس ارشد روانشناسی بالینی کودک و نوجوان، دانشگاه علم و هنر، یزد، ایران.
۲. دانشجوی دکترا روانشناسی، دانشگاه علم و هنر، یزد، ایران (نویسنده مسئول).
۳. استادیار، دانشگاه علم و هنر، یزد، ایران.

مجله پیشرفت‌های نوین در علوم رفتاری، دوره ششم، شماره پنجاه و پنجم، سال ۱۴۰۰، صفحات ۷۷-۶۷

تاریخ وصول: ۱۳۹۹/۰۴/۲۳ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۰۶/۰۱

چکیده

این پژوهش به‌منظور بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر دل‌بستگی بر اضطراب و احساس تنهایی کودکان بی‌سرپرست و بد سرپرست به‌صورت پژوهش نیمه آزمایشی، با طرح پیش‌آزمون – پس‌آزمون و گروه کنترل انجام شد. حجم نمونه موردبررسی ۳۰ نفر از کودکان بد سرپرست و بی‌سرپرست یکی از مراکز بهزیستی استان تهران (مرکز قدوسی) که به‌وسیله نمونه‌گیری در دسترس، از جامعه کودکان بی‌سرپرست و بد سرپرستی که در مراکز شبانه‌روزی و شبه خانواده نگهداری و ساکن می‌باشند، انتخاب و به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) گمارش شدند. پس از اجرای پرسشنامه‌های اضطراب کودک اسپنس (۲۰۰۱) و احساس تنهایی آشر (۱۹۸۴) بر روی گروه آزمایش و گروه کنترل، درمان مبتنی بر دل‌بستگی، در طی ۸ جلسه تنها بر روی گروه آزمایش اجرا و پس‌ازآن، از هر دو گروه آزمایش و کنترل پس‌آزمون گرفته شد. یافته‌ها نشان داد که درمان مبتنی بر دل‌بستگی بر اضطراب و احساس تنهایی کودکان بی‌سرپرست و بد سرپرست تأثیر دارد؛ بنابراین می‌توان جهت کاهش اضطراب و احساس تنهایی در کودکان بد سرپرست یا بی‌سرپرست می‌توان از روش درمان مبتنی بر دل‌بستگی استفاده کرد.

کلیدواژه: درمان دل‌بستگی، اضطراب، احساس تنهایی، بد سرپرست، بی‌سرپرست.

[Downloaded from ijndibs.com on 2026-11-14]

مقدمه

کودکان که آینده‌ساز اجتماع خویش هستند زمانی فرد مفیدی برای جامعه خواهند بود که در محیط خانوادگی سالم و امنی تربیت‌شده باشند. خانواده یکی از پایه‌های مهم تشکل‌های اجتماعی و از ارکان اساسی هر جامعه به شمار می‌آید. این نهاد اجتماعی به‌منزله مبدأ ظهور و بروز عواطف انسانی و کانون روابط صمیمانه میان فردی شناخته‌شده و مورد تائید است. پرورش کودکان و نوجوانان در خانواده سالم سبب تقویت آن‌ها در مقابل مشکلات روانی و جسمانی می‌شود و آنان را در عرصه‌های اجتماعی محافظت می‌کند (داودوندی، نوابی نژاد و فرزاد، ۱۳۹۷). خانواده به‌عنوان یکی از نهادهای مهم اجتماعی نقش مهمی در شکل‌گیری شخصیت و رشد اجتماعی، شناختی، هیجانی و عاطفی کودکان بر عهده دارد. یکی از مشکلات زندگی اجتماعی وجود کودکانی است که به دلیلی بی‌سرپرست و بد سرپرست شده‌اند. آن‌ها به دلیل محرومیت و ناکامی غالباً دچار مشکلات رفتاری و هیجانی می‌شوند که نیاز به توجه و مراقبت متخصصین بهداشت روان دارند. ازجمله مشکلات شایع در بین این افراد اضطراب و احساس تنهایی است. اضطراب به‌منزله بخشی از زندگی آدمی است، اما زمانی مایه نگرانی می‌شود که شدت آن به‌گونه‌ای باشد که توانایی عمل کردن در زندگی روزمره را مختل کند، به‌طوری‌که فرد دچار حالت ناسازگارانه‌ای شود که مشخصه آن واکنش‌های جسمانی و روانی شدید است (گل‌محمدی، شعیری و اصغری مقدم، ۱۳۹۵). اضطراب نوعی احساس ترس و ناراحتی بی‌دلیل است، نشانه بسیاری از اختلالات روانشناختی محسوب شده که اغلب به‌وسیله رفتارهای دفاعی مانند فرار از یک موقعیت ناخوشایند کاهش می‌یابد. اضطراب با انواع مختلفی مانند اضطراب اجتماعی، جدایی و تعمیم‌یافته مشخص می‌شود، منجر به ایجاد افسردگی، مشکلات رفتاری و اختلال سلوک و رفتارهای ضداجتماعی در کودکان می‌شود (قاندور، شرمن، ولادوتیو، علی، لینچ، بیتسکو و بلومبرگ[1]، ۲۰۱۹). احساس تنهایی، پاسخی به فقدان رابطه مثبت رضایت بخش با سایرین است. این حالت حاصل محروم بودن از نیاز اساسی بشر به صمیمیت می‌دانند و به به‌طوری‌که از آن به‌عنوان احساس محرومیت از روابط اجتماعی یاد می‌کنند. احساس تنهایی، حالت ناراحت‌کننده‌ای است که از شکاف میان روابط بین فردی موجود از نظر فرد با روابط بین‌فردی موردنظر وی ناشی می‌شود. این تعریف، بر خصوصیت عاطفی احساس تنهایی تأکید می‌کند. احساس تنهایی، یک تجربه‌ی عاطفی ناراحت‌کننده است، اما بر عنصر شناختی نیز تأکید دارد به این صورت که احساس تنهایی ناشی از این ادراک است که ارتباطات اجتماعی فرد، برخی از انتظارات او را برآورده نمی‌کند (آندرو و میکس[2]، ۲۰۱۸؛ به نقل از معتمدی، شفیعی دارابی و امینی، ۱۳۹۷). احساس تنهایی نیز می‌تواند منجر به عواقب ناخوشایندی چون افکار خودکشی، افسردگی، پرخاشگری به‌ویژه در کودکان بد سرپرست و بی‌سرپرست شود. ازاین‌رو انجام مداخله برای کاهش آن امری ضروری است. یکی از مداخله‌هایی که در این پژوهش به بررسی آن پرداخته شد، درمان مبتنی بر دل‌بستگی است. با توجه به اهمیت سبک دل‌بستگی در پدیدآیی مشکلات کودکان، این نوع مداخله شکل‌گرفته که اساس آن، دل‌بستگی ایمن در قالب بازنمایی-های درونی به دیگران به‌عنوان اشخاصی در دسترس، مسئول، قابل‌اعتماد و بازنمایی ذهنی خود به‌عنوان فردی دوست‌داشتنی و قابل‌احترام است و اساس تحول آتی کودک محسوب می‌شود و هرگونه انحراف از خط تحول بهنجار در این قلمرو با مشکلاتی در

[1]. Ghandour, Sherman, Vladutiu, Ali, Lynch, Bitsko & Blumberg
[2]. Andrew & Meeks

[Downloaded from ijndibs.com on 2026-11-14]

کودک همراه است. درمان مبتنی بر دل‌بستگی باعث کاهش معناداری در مشکلات کودکان می‌شود. کودکانی که تحت درمان مبتنی بر دل‌بستگی قرار می‌گیرند، کاهش معناداری را در ترس از تنها ماندن، نگرانی در مورد وقوع حوادث خطرناک و استفاده‌ی بیش‌ازحد از نشانه‌های امنیت نشان می‌دهند. نتایج پژوهش‌ها نشان داده است درمان مبتنی بر دل‌بستگی می‌تواند در موقعیت‌های بالینی و در درمان برخی مشکلات کودکان مانند اضطراب جدایی کودکان مورداستفاده قرار گیرد (طلایی‌نژاد، مظاهری و قنبری، ۱۳۹۴). با توجه به اهمیت مداخله مبتنی بر دل‌بستگی بر کودکان و افزایش روزافزون کودکان بد سرپرست و بی‌سرپرست و مشاهده ناسازگاری‌ها و اختلالات هیجانی به‌ویژه اضطراب و احساس تنهایی در آن‌ها که براثر بدرفتاری والدین با آن‌ها در کانون خانواده به وجود می‌آید، توجه خاص به این کودکان دارای اهمیت فراوان است (حصار سرخی، طبیبی، اصغری نکاح و باقری، ۱۳۹۵). ازاین‌رو در این پژوهش به بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر دل‌بستگی بر اضطراب و احساس تنهایی کودکان بی‌سرپرست و بد سرپرست پرداخته‌شده است و سؤال این پژوهش این است که آیا درمان مبتنی بر دل‌بستگی بر اضطراب و احساس تنهایی کودکان بی‌سرپرست و بد سرپرست مؤثر است؟

روش پژوهش

روش پژوهش از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری در این پژوهش، کودکان بی‌سرپرست و بد سرپرستی که در مراکز شبانه‌روزی و شبه خانواده تهران نگهداری و ساکن می‌باشند، بود. در این پژوهش تعداد ۳۰ نفر از کودکان بد سرپرست و بی‌سرپرست یکی از مراکز بهزیستی استان تهران (مرکز قدوسی) به روش نمونه‌گیری «در دسترس» انتخاب و به‌صورت تصادفی به دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) تقسیم شدند. معیارهای ورود کودکان به این پژوهش عبارت بود از: نداشتن مشکلات روان‌پزشکی، عدم مصرف داروهای ضد اضطراب و افسردگی، داشتن محدوده سنی ۷ تا ۱۳ سال، شرکت نداشتن در مداخلات روانشناسی در طی شش ماه اخیر. همچنین، معیارهای خروج نیز عبارت بود از: عدم حضور در بیش از دو جلسه درمان در مداخله.

ابزار پژوهش

الف) پرسشنامه احساس تنهایی: این مقیاس برای ارزیابی تنهایی کودکان توسط آشر، هیمل و رنشاو (۱۹۸۴) تهیه شده است. این مقیاس ۲۴ سؤال دارد که برای ارزیابی تنهایی و نارضایتی اجتماعی کودکان بین ۸ تا ۱۵ سال طراحی‌شده است (مارتین، پیسچ، شولبرگ، کایسر و هوزا[1]، ۲۰۱۹). نمره‌گذاری آن با مقیاس لیکرت ۵ درجه‌ای است به این صورت که به‌هیچ‌وجه یا اصلاً در مورد من درست نیست نمره ۱ تا خیلی زیاد یا کاملاً در مورد من درست است ۵ نمره تعلق می‌گیرد (آورامیدیس، استروگیلوس، آرونی و کانتاراکی[2]، ۲۰۱۷). سوالات ۱، ۲، ۴، ۷، ۸، ۱۰، ۱۱، ۱۳، ۱۵، ۱۶، ۱۹، ۲۲ و ۲۳ به‌صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. نمره بالا نشانه تنهایی بیشتر است (صنعت نگار، حسن آبادی و اصغری نکاح، ۱۳۹۱). سازندگان مقیاس بر روی ۵۲۲ کودک بهنجار ۱۲ ساله نمره‌های مقیاس را با نمره‌های ارزیابی همسالان کودک نسبت به وی و سایر روش‌های گروه سنجی همبستگی معناداری نشان دادند

[1]. Martin, Peisch, Shoulberg, Kaiser & Hoza
[2]. Avramidis, Strogilos, Aroni & Kantaraki

[Downloaded from ijndibs.com on 2026-11-14]

(آشر، هیمل و رنشاو، ۱۹۸۴؛ به نقل از انجم شعاع، قنبری، فلاح زاده و خوش‌کنش، ۱۳۹۵). علاوه بر روایی صوری، مقیاس احساس تنهایی از همسانی درونی بالایی ۰/۸۳ برخوردار است و همبستگی‌های ماده-کل نشان داد، تمام ماده‌ها با نمره کل، همبستگی بین ۰/۲۰ تا ۰/۵۷ و معنی‌دار در سطح ۰/۰۱ به‌دست‌آمده است. پایایی مقیاس از طریق دونیمه کردن آزمون۰/۷۳ و روش بازآزمایی برابر با ۰/۷۶ بود. روایی همزمان این مقیاس به‌واسطه همبستگی متوسط بین ۰/۱۸ تا ۰/۲۵ آن با اکثر زیرمقیاس‌های درونی سازی شده سیاهه رفتاری کودک تأیید شد و احساس تنهایی پیش‌بینی کننده زیرمقیاس‌های سیاهه رفتاری کودک بود. مقیاس احساس تنهایی کودک در جامعه دانش‌آموزان دختر دوره دبستان شهر کرمان دارای روایی و پایایی مناسبی است (انجم شعاع، قنبری، فلاح‌زاده و خوش‌کنش، ۱۳۹۵). در ایران بر روی کودکان ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۹ به دست آورده‌اند (صنعت نگار، حسن آبادی و اصغری نکاح، ۱۳۹۱). روایی همگرایی پرسشنامه تنهایی با مشکلات درون سازی و برون سازی شده ضریب همبستگی بین ۳۰ تا ۰/۶۳ به‌دست‌آمده است (سورهاگن و ورستر[1]، ۲۰۱۷). همچنین در بررسی همسانی درونی پرسشنامه از آلفای کرونباخ استفاده‌شده است که ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۹ به‌دست‌آمده است که نشان‌دهنده پایایی مطلوب آن است (کوپلان، لو، کائو، چن و لی[2]، ۲۰۱۷). در پژوهش حاضر، پایایی پرسشنامه ۰/۷۰ به دست آمد.

ب) پرسشنامه اضطراب کودکان: پرسشنامه اضطراب کودکان اسپنس توسط اسپنش، رپی، مک‌دونالد و اینگرام (۲۰۰۱) تهیه‌شده است که توسط سرپرست تکمیل می‌شود. این پرسشنامه شامل ۳۴ سؤال که سؤال ۲۹ به بعد در صورتی پاسخ داده می‌شود که کودک تابه‌حال حادثه‌ای بد یا ضربه‌آور را تجربه کرده باشد (اورگلیس، رودریگرز-منچون، فرناندرز-ماتینز، مورالس و اسپادا[3]، ۲۰۱۹). این پرسشنامه ۵ خرده مقیاس شامل اضطراب تعمیم‌یافته[4] با سوالات ۱، ۴، ۸، ۱۴ و ۲۸، اضطراب اجتماعی[5] با سوالات ۲، ۵، ۱۱، ۱۵، ۱۹ و ۲۳، وسواس بی‌اختیاری[6] با سوالات ۳، ۹، ۱۸، ۲۱ و ۲۷، ترس از جراحت جسمانی[7] با سوالات ۷، ۱۰، ۱۳، ۱۷، ۲۰، ۲۴ و ۲۶ و اضطراب جدایی[8] با سوالات ۶، ۱۲، ۱۶، ۲۲ و ۲۵ را اندازه‌گیری می‌کند (توسکانو، بایلی، لینهام، کلی، کید و هودسون[9]، ۲۰۱۹). نمره‌گذاری آن به این صورت است که به گزینه همیشه درست است ۴ نمره، اغلب درست است ۳ نمره، گاهی درست است ۲ نمره، به‌ندرت درست است ۱ نمره و اصلاً درست نیست ۰ نمره داده می‌شود (قنبری و خان محمدی، ۱۳۹۳). در یک پژوهش آلفای کرونباخ برای مؤلفه‌ها شامل اضطراب تعمیم‌یافته ۰/۷۶، اضطراب اجتماعی ۰/۷۳، اختلال وسواس-بی اختیاری ۰/۵۳، ترس از جراحت جسمانی ۰/۷۶، اضطراب جدایی ۰/۶۴ و کل سوالات ۰/۸۸ محاسبه‌شده است (قنبری، خان محمدی، خداپناهی، مظاهری و غلامعلی لواسانی، ۱۳۹۰). در پژوهش‌های خارج از کشور بر روی نمونه‌های اسپانیایی آلفای کرونباخ پرسشنامه برای کل سوالات

[1]. Sorhagen & Wurster
[2]. Coplan, Liu, Cao, Chen & Li
[3]. Orgiles, Rodríguez-Menchón, Fernández-Martínez, Morales & Espada
[4]. generalized anxiety
[5]. social phobia
[6]. obsessive-compulsive disorder
[7]. physical injury fears
[8]. separation anxiety
[9]. Toscano, Baillie, Lyneham, Kelly, Kidd & Hudson

[Downloaded from ijndibs.com on 2026-11-14]

۰/۸۴ به‌دست‌آمده است (اورگیلس، پنوسا، فرناندز-مارتینز-مارزو و اسپادا[1]، ۲۰۱۸). در یک پژوهش دیگر همبستگی بین نمره کل با اضطراب تعمیم‌یافته ۰/۸۸، اضطراب اجتماعی ۰/۶۸، اختلال وسواس-بی اختیاری ۰/۵۹، ترس از جراحت جسمانی ۰/۶۳، اضطراب جدایی ۰/۸۲ و معنادار به‌دست‌آمده است که نشان‌دهنده روایی سازه پرسشنامه اضطراب کودکان است (کروس، گوهارپی، لایکوک و کریوسر[2]، ۲۰۱۹). در پژوهش حاضر، پایایی پرسشنامه ۰/۷۳ به دست آمد.

جلسات درمان مبتنی بر دلبستگی

جدول ۱. خلاصه محتوای درمان دلبستگی

جلسات	مداخلات / محتوا
معارفه اول	آشنایی اولیه با کودکان و برقراری رابطه مناسب باهدف پرکردن صحیح پرسش‌نامه‌ها و اجرای پیش‌آزمون معارفه، بیان قوانین، بیان اهداف، سعی در شکل‌گیری رابطه کودک-درمانگر، استفاده از بازی‌های غیر هدایتی و بعد از ارتباط، بچه‌ها با درمانگر، از بازی‌های هدایت‌گر به شرح ذیل استفاده شد.
دوم	آموزش خودآگاهی و آموزش درک هیجانات و احساسات با استفاده از استیکر و پاو پوینت، برای دو دسته از کودکان زیر ده سال و بالای ده سال با استفاده از تکنیک‌های مناسب برای هر سن انجام شد و در انتها از تقویت‌کننده (شکلات) با توجه درخواست خود کودکان استفاده شد.
سوم	آموزش مفاهیم خودباوری و عزت‌نفس به‌صورت تئاتر، برای هر دو گروه سنی انجام شد. در پایان استفاده از غذای خانگی برای حفظ رابطه درمانی و درک لذت باهم بودن استفاده گردید.
چهارم	آموزش کنترل خشم و انواع رفتار (پرخاشگرانه، انفعالی، جراتمندانه) در قالب مثال‌هایی از موقعیت‌های زندگی توضیح داده شد و به‌صورت سناریوهایی که خود بچه‌ها نوشتند اجرا شد. در انتهای جلسه چهارم، از غذای خانگی برای تجربه احساس باهم‌بودن و تقویت برای حس همکاری، استفاده شد.
پنجم	اجرا تمرینات افزایش تمرکز برای کودکان زیر ده سال و آموزش بارش مغزی و حل مسئله برای کودکان بالای ده سال، به‌صورت کاملاً شاد برنامه‌ریزی شد و اجرای تئاتر با محوریت آموزش زبان بدن و نقش آن در درک احساسات و هیجانات. در انتهای جلسه به بهترین اجرا و به گروه برتر جایزه اهدا گردید.
ششم	آموزش همدلی و دوست داشتن و تفاوت آن با همدردی. بررسی نقش همدلی در ارتباطات بین فردی.
هفتم	با استفاده از بازی برای هر دو گروه برای مفهوم ارزش دوست و تأثیر دوست خوب در موفقیت‌ها و چگونگی ارتباط مؤثر با افراد مختلف. تشریح اصل همکاری، کمک به کودک برای افزایش احساس مؤثر بودن.
هشتم	جمع‌بندی پاسخگویی به سؤالات، پیگیری فعالیت‌های بیان‌شده.

[1]. Orgilés, Penosa, Fernández-Martínez, Marzo & Espada
[2]. Cross, Goharpey, Laycock & Crewther

[Downloaded from ijndibs.com on 2026-11-14]

یافته‌ها

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش در گروه آزمایش و کنترل

مؤلفه	آزمون	گروه‌ها	کمینه	بیشینه	میانگین نمونه	انحراف استاندارد
هراس	پیش‌آزمون	کنترل	۱	۱۵	۶/۴۷	۱/۳۸
		آزمایش	۰	۲۴	۷/۲۷	۱/۹۳
	پس‌آزمون	کنترل	۲	۱۴	۳/۴۳	۰/۸۸۶
		آزمایش	۰	۱۰	۳/۲۵	۰/۸۳۹
اضطراب جدایی	پیش‌آزمون	کنترل	۰	۱۵	۴/۵۳	۱/۱۷
		آزمایش	۲	۱۳	۳/۸۷	۰/۹۹۹
	پس‌آزمون	کنترل	۰	۱۱	۳/۶۳	۰/۹۳۸
		آزمایش	۰	۱۱	۳/۵۷	۰/۹۲۳
ترس از آسیب فیزیکی	پیش‌آزمون	کنترل	۰	۶	۱/۹۸	۰/۵۱۱
		آزمایش	۰	۹	۲/۸۶	۰/۷۳۹
	پس‌آزمون	کنترل	۲	۷	۱/۶۳	۰/۴۲۲
		آزمایش	۰	۳	۱/۱۶	۰/۳۰۰
ترس اجتماعی	پیش‌آزمون	کنترل	۰	۱۲	۴/۱۹	۱/۰۸
		آزمایش	۲	۱۳	۳/۲۸	۰/۸۴۶
	پس‌آزمون	کنترل	۱	۱۳	۳/۶۸	۰/۹۵۰
		آزمایش	۰	۹	۲/۳۷	۰/۶۱۳
وسواس فکری عملی	پیش‌آزمون	کنترل	۱	۱۸	۴/۴۵	۱/۱۵
		آزمایش	۱	۱۸	۴/۷۰	۱/۲۱
	پس‌آزمون	کنترل	۱	۱۷	۴/۱۷	۱/۰۷
		آزمایش	۰	۹	۲/۸۵	۰/۷۳۶
اضطراب عمومی	پیش‌آزمون	کنترل	۰	۱۴	۴/۳۲	۱/۱۱
		آزمایش	۰	۱۴	۴/۶۴	۱/۲۰
	پس‌آزمون	کنترل	۱	۱۲	۳/۹۶	۱/۰۲
		آزمایش	۰	۱۱	۲/۸۷	۰/۷۴۲
اضطراب کلی	پیش‌آزمون	کنترل	۱۸	۶۰	۱۳/۸	۳/۵۷
		آزمایش	۵	۵۹	۱۶/۵	۴/۲۷
	پس‌آزمون	کنترل	۱۸	۵۳	۱۱/۸	۳/۰۱
		آزمایش	۱	۵۰	۱۳/۱۴	۳/۳۹
احساس تنهایی	پیش‌آزمون	کنترل	۱۷	۷۲	۴۷/۰۷	۱۳/۰۱
		آزمایش	۲۲	۷۰	۴۸	۱۳/۸۵
	پس‌آزمون	کنترل	۳۵	۶۸	۴۶/۴۰	۱۰/۴۲
		آزمایش	۲۷	۵۴	۳۷/۳۹	۸/۳۷

[Downloaded from ijndibs.com on 2026-11-14]

در جدول فوق میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش در دو گروه آزمایش و کنترل آورده شده است. در ادامه به بررسی فرضیه‌های پژوهش می‌پردازیم.

جدول ۳. نتایج شاخص‌های تحلیل کوواریانس چندمتغیری برای تعیین تفاوت بین ترکیب متغیرهای وابسته

شاخص	میزان	F	d.f صورت	d.f مخرج	سطح معناداری
اثر پیلایی	۰/۷۹۱	۱۰/۷۳۸	۶	۱۷	۰/۰۰۰۱
لامبدای ویلکز	۰/۲۰۹	۱۰/۷۳۸	۶	۱۷	۰/۰۰۰۱
اثر هتلینگ	۳/۷۹۰	۱۰/۷۳۸	۶	۱۷	۰/۰۰۰۱
کمترین ریشه رُوی	۳/۷۹۰	۱۰/۷۳۸	۶	۱۷	۰/۰۰۰۱

با توجه به جدول بالا بین مؤلفه‌های اضطراب دو گروه‌های آزمایش و گواه در کودکان بدپرست و بی‌سرپرست تفاوت معنی‌دار وجود دارد.

جدول ۴. خلاصه نتایج آزمون تحلیل کوواریانس برای مقایسه پس‌آزمون در گروه‌های آزمایش و گواه

منابع تغییر	مؤلفه‌های اضطراب	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	آزمون F	سطح معنی‌داری	مجذور اتا
گروه	هراس اجتماعی	۷۱/۹۹۷	۱	۷۱/۹۹۷	۱۲/۴۴۴	۰/۰۰۲	۰/۳۶۱
	اضطراب جدایی	۳۳/۰۶۳	۱	۳۳/۰۶۳	۳/۹۸۰	۰/۰۵۹	۰/۱۵۳
	ترس از آسیب فیزیکی	۴۹/۶۲۵	۱	۴۹/۶۲۵	۴۸/۳۶۴	۰/۰۰۰۱	۰/۶۸۷
	ترس اجتماعی	۷۰/۹۶۵	۱	۷۰/۹۶۵	۱۲/۴۸۵	۰/۰۰۲	۰/۳۶۲
	وسواس فکری عملی	۱۰۶/۴۷	۱	۱۰۶/۴۷	۱۲/۹۵۶	۰/۰۰۲	۰/۳۷۱
	اضطراب عمومی	۱۲۱/۸۳	۱	۱۲۱/۸۳	۱۵/۹۵۳	۰/۰۰۱	۰/۴۲۰

با توجه به نتایج جدول ۴- بین گروه گواه و آزمایش (گروهی که در معرض روش درمان مبتنی بر دل‌بستگی قرارگرفته) در پس‌آزمون هراس اجتماعی، ترس از آسیب فیزیکی، ترس اجتماعی، وسواس فکری عملی و اضطراب عمومی تفاوت معنی‌داری وجود دارد؛ اما این تفاوت برای مؤلفه‌ی اضطراب جدایی معنی‌دار نیست.

جدول ۵. شاخص‌های آمار استنباطی مورداستفاده برای محاسبه‌ی آزمون F

منابع تغییر	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	آزمون F	سطح معنی‌داری	مجذور اتا
پیش‌آزمون	۳۵۵/۵۳۶	۱	۳۵۵/۵۳۶	۴/۴۷۵	۰/۰۴۴	۰/۱۴۲
گروه	۶۰۱/۳۸۷	۱	۶۰۱/۳۸۷	۷/۵۷۰	۰/۰۱۰	۰/۲۱۹
خطا	۲۱۴۴/۹۹۸	۲۷	۷۹/۴۴۴			

با توجه به نتایج جدول ۵ می‌توان نتیجه گرفت که بین احساس تنهایی در کودکان بدپرست و بی‌سرپرست در گروه آزمایش و کنترل در نمونه موردپژوهش تفاوت معنی‌دار وجود دارد.

[Downloaded from ijndibs.com on 2026-11-14]

بحث و نتیجه‌گیری

در خصوص فرضیه اول پژوهش، نتایج نشان داد روش درمان مبتنی بر دل‌بستگی بر اضطراب کودکان بی‌سرپرست و بد سرپرست تأثیر دارد، این نتیجه با یافته‌های محمدی‌پور و مزارعی ستوده (۱۳۹۷) و ذوالفقاری مطلق، جزایری، خوشابی، مظاهری و کریملو (۱۳۸۷) مطابقت دارد. در تبیین این نتیجه می‌توان گفت درمان مبتنی بر دل‌بستگی، بر تعامل بین دل‌بستگی و سلامت کودکان توجه می‌کند و بر اضطراب کودکان اثر می‌گذارد و بنابراین هنگام اضطراب، راه‌حل‌های را در اختیار فرد قرار می‌دهد که وی را در کنترل اضطراب یاری می‌کند. به نظر می‌رسد مداخله‌های دل‌بستگی محور در افزایش سطح ایمنی دل‌بستگی که پیامدهای تحولی مهمی دارد، مؤثر است و در موقعیت‌های بالینی کاربرد دارد. درنتیجه‌ی مداخله در رابطه دل‌بستگی کودک، چگونگی روابط نزدیک و صمیمی و شیوه‌های رویارویی کودک با رویدادهای استرس‌زای زندگی تغییر می‌یابد، احساس توانایی او افزایش‌یافته، تنش در وی کاهش می‌یابد و الگوی خویشتن در رابطه دل‌بستگی (لیبرمن، ۲۰۰۳) دگرگون می‌شود. در مداخله مبتنی بر دل‌بستگی کودک یاد می‌گیرد رابطه سالمی با دیگران برقرار کند و اضطراب و تشویش درونی خود را کنترل نماید. ازاین‌رو منطقی به نظر می‌رسد که روش درمان مبتنی بر دل‌بستگی بر اضطراب کودکان بی‌سرپرست و بد سرپرست مؤثر باشد.

در خصوص فرضیه دوم پژوهش، نتایج نشان داد درمان مبتنی بر دل‌بستگی بر احساس تنهایی کودکان بی‌سرپرست و بد سرپرست تأثیر دارد، این نتیجه با یافته‌های آل یاسین و زرین‌پور (۱۳۹۵) همسویی دارد. در تبیین این نتیجه بر اساس نظر بالبی و اینزورث می‌توان گفت، پیوندهای دل‌بستگی در طول زندگی به‌ندرت دچار تغییر می‌شوند. افراد دارای سبک دل‌بستگی ایمن می‌توانند از نگاره دل‌بستگی به‌عنوان پایگاه امن برای جستجوگری و اکتشاف استفاده کنند و در برقراری رابطه با دیگران تبحر بیشتری دارند و کمتر احساس تنهایی می‌کنند، درحالی‌که افراد ناایمن فاقد چنین ویژگی بوده و در موقعیت‌های ناآشنا، توانایی انطباق پایینی دارند و احساس تنهایی شدیدی را تجربه می‌کنند. افراد دارای سبک دل‌بستگی ناایمن در مواجهه با موقعیت‌های ناآشنا و جدید میزانی از درماندگی را تجربه می‌کنند و معمولاً به‌صورت احساس تنهایی ظاهر می‌شود. این مکانیسم تأثیرگذاری سبک دل‌بستگی، به‌عنوان کنش «تنظیم عواطف» دل‌بستگی مورد تائید قرارگرفته است. تبیین دیگر این است که افراد دارای سبک دل‌بستگی ناایمن، به دلیل احساس ناامنی در روابط بین شخصی نمی‌توانند شبکه اجتماعی حمایت‌کننده‌ای در محیط جدید بیابند و ممکن است به این دلیل دچار احساس تنهایی شوند. درحالی‌که خصیصه‌ی «ایمنی‌بخش» دل‌بستگی ایمن امکان برقراری روابط صمیمی در موقعیت‌های مختلف اجتماعی را برای فرد ایمن فراهم می‌سازد. فقدان این خصیصه و ناایمن بودن دل‌بستگی چنین امکانی را از فرد ناایمن سلب می‌کند. بر این اساس افراد دارای دل‌بستگی ایمن با جانشین‌سازی روابط و پیوندهای عاطفی جدید می‌توانند از شکل‌گیری احساس تنهایی پیشگیری کنند تا مانع تداوم آن شوند. برعکس، افراد دارای سبک دل‌بستگی ناایمن، ناتوان از جانشین‌سازی پیوندهای عاطفی جدید دچار احساس تنهایی می‌شوند (بشارت، فرهادی، گیلانی، ۱۳۸۵). با توجه به آنچه گفته شد منطقی به نظر می‌رسد که درمان مبتنی بر دل‌بستگی بر احساس تنهایی کودکان بی‌سرپرست و بد سرپرست تأثیر داشته باشد.

[Downloaded from ijndibs.com on 2026-11-14]

این پژوهش نیز مانند سایر پژوهش‌ها دارای محدودیت‌هایی بود ازجمله محدود بودن افراد نمونه به کودکان بد سرپرست و بی‌سرپرست شهر تهران که تعمیم نتایج به دیگر شهرها را با مشکل مواجه می‌کند. محدود بودن ابزار جمع‌آوری داده‌ها به پرسشنامه نیز یکی دیگر از محدودیت‌های پژوهش حاضر بود، زیرا جمع‌آوری اطلاعات بر اساس مقیاس‌های خودگزارش‌دهی انجام‌شده که این گزارش‌ها به دلیل دفاع‌های ناخودآگاه، بی‌دقتی یا تعصب در پاسخ‌دهی و شیوه‌های معرفی شخصی مستعد تحریف هستند. دشواری در جلب مشارکت برخی پاسخ‌دهندگان و کسب رضایت آن‌ها برای پاسخگویی به سوالات پرسشنامه از محدودیت‌های دیگر این پژوهش بود. یکی دیگر از محدودیت‌ها کمبود پژوهش در خصوص اثربخشی درمان مبتنی بر دل‌بستگی بر کودکان بد سرپرست و بی‌سرپرست بود.

در جهت افزایش تعمیم‌پذیری نتایج پیشنهاد می‌شود پژوهشی مشابه در سایر شهرها و سایر فرهنگ‌ها به‌ویژه قومیت‌های کرد، لر و ترک نیز انجام شود؛ که از طریق بتوان تعمیم‌پذیری نتایج را افزایش داد. ازآنجایی‌که در این پژوهش تنها از پرسشنامه استفاده‌شده است پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی از مصاحبه و سایر روش‌های گردآوری اطلاعات نیز استفاده شود. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی اثربخشی درمان مبتنی بر دل‌بستگی در یک پروسه درمانی یک‌ساله انجام شود تا پایداری نتایج نیز بررسی گردد. همچنین پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آینده با نمونه‌ای با حجم بزرگ‌تر نیز انجام شود و سایر سازه‌های روان‌شناختی ازجمله عزت‌نفس، ابراز وجود، اختلالات خوردن، افسردگی و رفتارهای مقابله‌ایی، خشم در کودکان با این روش درمانی موردمطالعه و بررسی قرار گیرد. پژوهشگران آتی می‌توانند روش درمانی دل‌بستگی را در سایر گروه‌ها مانند دانشجویان، شاغلان مراکز و سازمان‌ها و سایر قشرهای جامعه مورد ارزیابی قرار دهند.

با توجه به نظریه دل‌بستگی، اساس ایمنی هر فرد در خصوص نگاره‌های دل‌بستگی در کودکی گذاشته می‌شود، در دسترس بودن و پاسخگویی عاطفی، بلوک‌های سازنده روابط ایمن هستند. در پی آن، دل‌بستگی ایمن، اساس ایمنی را برای افراد مهیا می‌سازد که به‌واسطه آن، افراد می‌توانند دنیایشان را کشف کرده، پاسخ‌های سازگارانه تری به محیط اطرافشان بدهند؛ از این دیدگاه، احساس تنهایی و اضطراب کودکان بی‌سرپرست و بد سرپرست در بعد پیشگیرانه، مستلزم فراهم‌سازی زمینه‌های لازم برای شکل‌گیری دل‌بستگی ایمن در چارچوب روابط کودک و مراقب اصلی است؛ از سوی دیگر، درک و فهم آثار نسبی کیفیت دل‌بستگی می‌تواند در موقعیت‌های آموزشی، بالینی و درمانی برای مشاوران، روانشناسان و درمانگران مفید باشد. لذا مشاوران و درمانگران برای بهبود احساس تنهایی و اضطراب کودکان بی‌سرپرست و بد سرپرست به نقش سبک‌های دل‌بستگی توجه و در جهت تعدیل و بهبود آن در آنان گام بردارند.

منابع

- انجم شعاع، بهاره؛ قنبری، سعید؛ فلاح‌زاده، هاجر؛ و خوش‌کنش، ابوالقاسم. (۱۳۹۵). ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه فارسی مقیاس احساس تنهایی کودک در دختران دبستانی شهر کرمان. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، ۲۲ (۱)، ۶۶-۵۸.

[Downloaded from ijndibs.com on 2026-11-14]

- آل یاسین، سید علی؛ زرین‌پور، فهیمه. (۱۳۹۵). اثربخشی درمان مبتنی بر دل‌بستگی بر احساس تنهایی و طرحواره طرد دانش‌آموزان. *دومین همایش ملی مطالعات و تحقیقات نوین در حوزه علوم تربیتی و روانشناسی ایران*. قم، مرکز مطالعات و تحقیقات اسلامی سوش حکمت مرتضوی.
- بشارت، محمدعلی؛ فرهادی، مهران؛ و گیلانی، بیژن. (۱۳۸۵). بررسی رابطه سبک‌های دل‌بستگی و احساس غربت. *فصلنامه روانشناسی دانشگاه تبریز*، ۱(۲ و۳)، ۲۵-۱.
- حصار سرخی، ربابه؛ طبیبی، زهرا؛ اصغری نکاح، سیدمحسن؛ و باقری، نادر. (۱۳۹۵). اثربخشی آموزش شایستگی هیجانی بر افزایش دانش هیجانی، تنظیم هیجانی و کاهش پرخاشگری کودکان بی‌سرپرست و بد سرپرست. *مجله روانشناسی بالینی*، *۸*(۳)، ۴۸-۳۷.
- داودوندی، مریم؛ نوابی‌نژاد، شکوه؛ و فرزاد، ولی‌اله. (۱۳۹۷). اثربخشی زوج درمانی هیجان- محور بر بهبود سازگاری زناشویی و صمیمیت زوج‌ها. *فصلنامه علمی و پژوهشی خانواده و پژوهش*، *۱۵*(۱)، ۵۶-۳۹.
- ذوالفقاری مطلق، مصطفی؛ جزایری، علیرضا؛ خوشابی، کتایون؛ مظاهری، محمدعلی؛ و کریملو، مسعود. (۱۳۸۷). اثربخشی درمان مبتنی بر دل‌بستگی بر کاهش علائم اختلال اضطراب جدایی. *مجله روان‌پزشکی و روانشناسی بالینی ایران*. *۱۴*(۴)، ۳۸۸-۳۸۰.
- صنعت نگار، سارا؛ حسن آبادی، حسین؛ و اصغری نکاح، سیدمحسن. (۱۳۹۱). اثربخشی قصه درمانی گروهی بر کاهش ناامیدی و تنهایی کودکان دختر مراکز شبه خانواده. *فصلنامه روانشناسی کاربردی*، *۶*(۴)، ۲۳-۷.
- طلایی‌نژاد، نعیمه؛ مظاهری، محمدعلی؛ قنبری، سعید. (۱۳۹۴). اثربخشی آموزش گروهی دل‌بستگی محور مادران بر کاهش نشانه های اضطراب جدایی کودکان پیش دبستانی. *اندیشه و رفتار در روانشناسی بالینی*. *۱۰*(۳۵)، ۴۶-۳۷.
- قنبری، سعید؛ و خان محمدی، مریم. (۱۳۹۳). مقیاس اضطراب کودکان پیش دبستانی: پرسشنامه، روش اجرا و نمره‌گذاری (نسخه فارسی). *فصلنامه روانشناسان ایرانی (روانشناسی تحولی)*، ۱۱(۴۱)، ۱۱۸-۱۱۵.
- قنبری، سعید؛ و خان محمدی، مریم؛ خداپناهی، محمدکریم؛ مظاهری، محمدعلی؛ و غلامعلی لواسانی، مسعود. (۱۳۹۰). بررسی ویژگی های روانسنجی مقیاس اضطراب کودکان پیش دبستانی. *مجله روانشناسی*، *۱۵*(۳)، ۲۳۴-۲۲۲.
- گل‌محمدی، کریم؛ شعیری، محمدرضا؛ و اصغری مقدم، محمدعلی. (۱۳۹۵). اثربخشی آموزش تمرکز بر تکلیف بر کاهش نشانگان اضطراب در افراد مبتلا به اختلال اضطراب اجتماعی. *افق دانش*، *۲۳*(۱)، ۲۶-۲۱.
- محمدی‌پور، محمد؛ و مزارعی ستوده. (۱۳۹۷). اثربخشی مداخله دلبستگی‌محور بر بهبود رابطه والد-کودک و کاهش نشانه‌های اضطراب جدایی در کودکان ۷ تا ۱۰ ساله. *فصلنامه روان‌شناسی کاربردی*. *۱۲*(۵۶)، ۲۴۲-۲۲۳.
- معتمدی، نرگس؛ شفیعی دارابی، سیده مهرنوش؛ و امینی، زهرا. (۱۳۹۷). بررسی میزان احساس تنهایی اجتماعی و عاطفی در سالمندان و ارتباط آن با برخی از عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت در شهرستان اصفهان. *مجله دانشکده پزشکی اصفهان*، *۳۶*(۴۸۶)، ۷۵۶-۷۵۰.
- Asher, S. R., Hymel, S., & Renshaw, P. D. (1984). Loneliness in children. *Child development*, 1456-1464.
- Avramidis, E., Strogilos, V., Aroni, K., & Kantaraki, C. T. (2017). Using sociometric techniques to assess the social impacts of inclusion: Some methodological considerations. *Educational Research Review*, *20*, 68-80.
- Coplan, R. J., Liu, J., Cao, J., Chen, X., & Li, D. (2017). Shyness and school adjustment in Chinese children: The roles of teachers and peers. *School Psychology Quarterly*, *32*(1), 131.

[Downloaded from ijndibs.com on 2026-11-14]

- Cross, A. J., Goharpey, N., Laycock, R., & Crewther, S. G. (2019). Anxiety as a Common Biomarker for School Children with Additional Health and Developmental Needs Irrespective of Diagnosis. *Frontiers in Psychology*, *10*, 1420.
- Ghandour, R. M., Sherman, L. J., Vladutiu, C. J., Ali, M. M., Lynch, S. E., Bitsko, R. H., & Blumberg, S. J. (2019). Prevalence and treatment of depression, anxiety, and conduct problems in US children. *The Journal of pediatrics*, *206*, 256-267.
- Lieberman, A. F. (2003). The treatment of attachment disorder in infancy and early childhood: Reflections from clinical intervention with later-adopted foster care children. *Attachment & Human Development*, *5*(3), 279-282.
- Martin, C. P., Peisch, V., Shoulberg, E. K., Kaiser, N., & Hoza, B. (2019). Does a social self-perceptual bias mask internalizing symptoms in children with attention-deficit/hyperactivity disorder?. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *1*(1), 1-10.
- Orgilés, M., Penosa, P., Fernández-Martínez, I., Marzo, J. C., & Espada, J. P. (2018). Spanish validation of the Spence Preschool Anxiety Scale. *Child: care, health and development*, *44*(5), 753-758.
- Orgiles, M., Rodríguez-Menchón, M., Fernández-Martínez, I., Morales, A., & Espada, J. P. (2019). Validation of the parent report version of the Spence Children's Anxiety Scale (SCAS-P) for Spanish children. *Clinical child psychology and psychiatry*, 1359104519835579.
- Sorhagen, N. S., & Wurster, T. J. (2017). Income within context: relative income matters for adolescent social satisfaction and mental health. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *58*(6), 736-743.
- Spence, S. H., Rapee, R., McDonald, C., & Ingram, M. (2001). The structure of anxiety symptoms among preschoolers. *Behaviour Research and Therapy*, *39*(11), 1293-1316.
- Toscano, R., Baillie, A. J., Lyneham, H. J., Kelly, A., Kidd, T., & Hudson, J. L. (2019). Assessment of anxiety in children and adolescents: A comparative study on the validity and reliability of the Spence Children's Anxiety Scale in children and adolescents with anxiety and Autism Spectrum Disorder. *Journal of Affective Disorders*.

[Downloaded from ijndibs.com on 2026-11-14]