اثربخشی درمان مبتنی بر دلبستگی بر افزایش عزت‌نفس و ابراز وجود کودکان بد سرپرست و بی‌سرپرست

معصومه بخنوده[1]، دکتر الهام یادگاری[2]، دکتر حسین اخلاقی کوهپایه[3]

۱. کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات تهران، گروه روانشناسی، تهران، ایران. (نویسنده مسئول).
۲. دکتری روانشناسی کودکان، دانشگاه آزاد اسلامی واحد سیرجان، کرمان، ایران.
۳. دکترای روانشناسی و آموزش‌وپرورش کودکان استثنایی، ایران.

مجله پیشرفت‌های نوین در علوم رفتاری، دوره ششم، شماره پنجاه و پنجم، سال ۱۴۰۰، صفحات ۱۰۹-۹۹

تاریخ وصول: ۱۳۹۹/۰۴/۱۷ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۰۵/۲۵

چکیده

این پژوهش به‌منظور اثربخشی درمان دلبستگی بر عزت‌نفس و ابراز وجود کودکان بد سرپرست و بی‌سرپرست به‌صورت پژوهش نیمه آزمایشی، با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون و گروه کنترل انجام شد. حجم نمونه موردبررسی ۳۰ نفر که به‌وسیله نمونه‌گیری هدفمند، از جامعه پسران ۶ تا ۱۴ ساله بهزیستی انتخاب و به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) گمارش شدند. پس از اجرای پرسشنامه‌ی عزت‌نفس کوپر اسمیت و ابراز وجود (قاطعیت) گمبریل 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 عزت‌نفس اجتماعی و عزت‌نفس عمومی معنادار است و بر عزت‌نفس خانوادگی و تحصیلی تأثیر معنی‌داری نداشت. این کودکان به علت محرومیت از خانواده در عزت‌نفس خانوادگی تغییر قابل‌ملاحظه‌ای نداشتند، همچنین درمان مبتنی بر دلبستگی، باعث تغییراتی در نمرات ابراز وجود شد اما به علت محدود بودن تعداد جلسات درمانی نتوانست معنی‌دار بودن این فرضیه تأیید شود.

کلیدواژه: درمان دلبستگی، عزت‌نفس، ابراز وجود.

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

مقدمه

باوجود دگرگونی در ساختار خانواده و نقش‌های خانوادگی، بی‌تردید خانواده همچنان یکی از ارکان و نهادهای اصلی جامعه به شمار می‌رود. اهمیت خانواده ازاین‌جهت است که نه‌تنها محیط مناسبی برای اعضای آن است، بلکه وظیفه جامعه‌پذیری و تربیت نسل‌های بعدی را نیز بر عهده دارد. اهمیت والای خانواده زمانی بهتر درک می‌شود که به کارکردهای اساسی و بنیادی آن توجه کنیم. ایفای بهینه این کارکردها، نه‌تنها برای بقای خانواده، بلکه برای تداوم جامعه و انسجام اجتماعی نیز ضروری است، ولی با این وصف، هم‌اکنون خانواده دچار تغییراتی ازجمله بی‌سرپرست و بد سرپرست بودن شده است (فخرایی و بشیری خطیبی، ۱۳۹۲). یکی از کارکردهای اصلی، افزایش عزت‌نفس و ابراز وجود در فرزندان است که البته کودکان بی‌سرپرست و بد سرپرست از آن محروم‌اند. عزت‌نفس یک مکانیزم دفاعی است که به افراد کمک می‌کند در مقابل افسردگی در طول دوره‌های چالش‌برانگیز با حفظ خود–ادراکی مثبت از خود محافظت کنند. ازاین‌رو، عزت‌نفس به‌عنوان یک منبع روان‌شناختی به کار می‌رود که می‌تواند اشخاص را از نشانه‌های افسردگی در طول دوره پریشانی و درماندگی حفظ نماید (جانسون[1]، ۲۰۱۰؛ به نقل از رجبی، علیبازی، جمالی و عباسی، ۱۳۹۴). عزت‌نفس رضایت فرد نسبت به خود و احساس ارزشمند بودن است. عزت‌نفس در زندگی انسان به‌عنوان هسته مرکزی، ساختارهای روان‌شناختی فرد را چون سپر محافظ در برابر اضطراب محافظت نموده، آسایش خاطر وی را فراهم می‌آورد. افراد دارای عزت‌نفس بیشتر، در برابر مسائل زندگی و مشکلات مقاومت بیشتری کرده، درنتیجه احتمال موفقیت‌شان بیشتر است (شکورنیا، علیجانی، نجار و الهام پور، ۱۳۹۴). عزت‌نفس زائیده زندگی اجتماعی و ارزش‌های آن است و در تمامی فعالیت‌های روزانه انسان به‌نوعی جلوه‌گر بوده و به‌این‌ترتیب از مهم‌ترین جنبه‌های شخصیت و تعیین‌کننده ویژگی‌های رفتاری انسان است (نصیری، نصیری، بخشی پور رودسری، ۱۳۹۳) و به‌عنوان پدیده‌ای روان‌شناختی است که تأثیر قاطعی بر ابعاد عاطفی و شناختی انسان دارد و به نظر می‌رسد با توانایی ابراز وجود نیز در رابطه باشد. ابراز وجود یکی از مؤلفه‌های توانمندی‌اجتماعی است که به افراد کمک می‌کند تا بتوانند با دشواری و مصائب زندگی روزمره مقابله کنند و با موقعیت‌های مسئله‌زا کنار آیند. ابراز وجود به افراد کمک می‌کند تا آزادانه و صادقانه بدون اضطراب و نگرانی بی‌مورد در عین حفظ حقوق دیگران، عقاید، نیازها و حقوق خود را بیان کنند (هارون رشیدی و کاظمیان مقدم، ۱۳۹۷).

ابراز وجود یعنی حمایت نمودن از حق و عقیده‌ی خود بدون اینکه به‌حق و عقیده‌ی دیگران تجاوز شود. ابراز مناسب هرگونه هیجانی نسبت به‌طرف مقابل بدون احساس اضطراب. بر اساس گزارش سازمان بهداشت جهانی پیش‌بینی می‌شود پس از سال ۲۰۱۰، کمتر کسی قادر خواهد بود بدون کسب مهارت‌های اجتماعی و ابراز وجود، زندگی رضایت بخشی داشته باشد. ابراز وجود در روابط بین فردی نقش گسترده‌ای داشته و رفتارهایی از قبیل استقلال، اعتمادبه‌نفس و خودآگاهی را در فرد تقویت می‌کند. ابراز وجود به‌هیچ‌وجه به معنای پرخاشگری نیست، بلکه ابراز وجود این معناست که افراد در یک چهارچوب منظم بر اساس اهداف مشخص با دیگران ارتباط برقرار نمایند، ارتباطی که بر اساس اعتماد، خلاقیت، وظیفه‌شناسی و حفظ خصوصیات حرفه‌ای است.

[1]. Johnson

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

ازآنجایی‌که کودکان بی‌سرپرست و بد سرپرست به دلیل مشکلات خانوادگی اغلب نادیده گرفته می‌شوند به نظر می‌رسد که عزت‌نفس و ابراز وجود ضعیفی دارند، یکی از مداخلاتی که در جهت ارتقای عزت‌نفس و ابراز وجود آن‌ها در این پژوهش موردبررسی قرارگرفته است، درمان 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. به عقیده بالبی، بسیاری از اشکال روان آزردگی‌ها و اختلالات شخصیت نتیجه‌ی محرومیت کودک از مراقبت مادرانه و یا عدم ثبات رابطه کودک با چهره‌ی دلبستگی است او به‌وضوح پیش‌بینی کرده است که مختل شدن رابطه دلبستگی با ایجاد اضطراب منتشر و بی‌اعتمادی در کودک منجر به اختلالات روان‌شناختی خواهد شد (بالبی، ۱۹۹۶؛ به نقل از خانجانی، قنبری و نعیمی، ۱۳۹۸). ازآنجاکه در هر جامعه‌ای کودکان و نوجوانان بی‌سرپرست و بد سرپرست وجود دارند، جبران کوتاهی والدین از طریق مداخلات روان‌شناختی امری ضروری است که در این پژوهش به آن پرداخته‌شده است، لذا سوال این پژوهش این است که آیا درمان مبتنی بر دلبستگی بر افزایش عزت‌نفس و ابراز وجود کودکان بد سرپرست و بی‌سرپرست 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 سرپرست پسر تهران در سال ۱۳۹۸ بود. در این پژوهش تعداد ۳۰ نفر از کودکان «پسر» بد سرپرست و بی‌سرپرست یکی از مراکز بهزیستی استان تهران (مرکز بهزیستی شهید قدوسی) به روش نمونه‌گیری «هدفمند» 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 سرپرست دائمی، داشتن محدوده سنی ۶ تا ۱۴ سال؛ شرکت نداشتن در مداخلات روان‌شناختی در طول اجرای پژوهش، همچنین، معیارهای خروج شرکت در برنامه‌های آموزشی درمانی دیگر همزمان با این مداخله، عدم حضور در بیش از دو جلسه درمان در مداخله و سن بالای ۱۴ سال و سن زیر ۶ سال بود.

ابزار پژوهش

الف) پرسشنامه عزت‌نفس: پرسشنامه عزت‌نفس توسط کوپر اسمیت توسط راجرز و دیموند (۱۹۵۴) برای سنجش و اندازه‌گیری عقاید یا واکنش‌های فرد و میزان احساس ارزشمندی دانش آموزان در زمینه‌های اجتماعی و تحصیلی تهیه‌شده است. این پرسشنامه دارای ۵۸ ماده است که ۸ ماده‌ی آن یعنی شماره‌های ۶ -۱۳-۲۰ -۲۷ -۳۴ -۴۱-۴۸ و۵۵ دروغ‌سنج است و درمجموع ۵۰ ماده‌ی آن بر ۴ خرده آزمون «عزت‌نفس عمومی با سؤالات ۱، ۳، ۴، ۷، ۱۲، ۱۳، ۱۵، ۱۸، ۱۹، ۲۴، ۲۵، ۲۷، ۳۰، ۳۱، ۳۴، ۳۵، ۳۸، ۳۹، ۴۳، ۴۷، ۴۸، ۵۱، ۵۵، ۵۶، ۵۷»، «عزت‌نفس اجتماعی با سؤالات ۵، ۸، ۱۴، ۲۱، ۲۸، ۴۰، ۴۹، ۵۲»، «عزت‌نفس خانوادگی با سؤالات ۶، ۹، ۱۱، ۱۶، ۲۰، ۲۲، ۲۹، ۴۴» و «عزت‌نفس تحصیلی با سؤالات ۲، ۱۷، ۲۳، ۳۳، ۳۷، ۴۲، ۴۶، ۵۴» را اندازه‌گیری می‌کند. شیوه‌ی نمره‌گذاری این آزمون به‌صورت صفر (۰) و یک (۱) است، به این معنا که در ماده‌های شماره ۲، ۴، ۵، ۱۰، ۱۱، ۱۴، ۱۸، ۱۹، ۲۱، ۲۳، ۲۴، ۲۸، ۲۹، ۳۰، ۳۲، ۳۶، ۴۵، ۴۷، ۵۷ پاسخ بلی یک نمره و پاسخ خیر صفر می‌گیرد و بقیه‌ی سؤالات به‌صورت معکوس

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

است. یعنی پاسخ خیر آن‌ها یک نمره و پاسخ بلی صفر می‌گیرد. چنانچه پاسخگو از ۸ ماده‌ی دروغ‌سنج بیش از۴ نمره بیاورد، بدان معناست که اعتبار آزمون پایین است و آزمودنی سعی کرده است خود را بهتر از آن چیزی که هست جلوه دهد. در تحقیق سیفی، شقاقی و میبدی (۱۳۹۰) پایایی آن به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۲ گزارش‌شده است. همچنین ضرایب پایایی پرسشنامه با استفاده از دو روش آلفای کرونباخ و دونیمه کردن ۰/۸۰ و ۰/۹۰ به دست آمد (خیرخواه، مکاری، نیسانی سامانی و حسینی، ۱۳۹۲). ضریب آلفای این پرسشنامه ۰/۸۲ و ضریب پایایی بازآزمایی آن، ۰/۷۸ گزارش‌شده است (غلامی بورنگ، مهرام و کارشکی، ۱۳۹۶). پایایی پرسشنامه عزت‌نفس به دو روش همسانی درونی با ضریب آلفای کرونباخ و روش بازآزمایی بعد از دو هفته اجرای مجدد بررسی شده است که ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۹ و روش بازآزمایی ۰/۸۷ به‌دست‌آمده است (استاپلتون، کریگتون، کارتر و پیدگئون[1]، ۲۰۱۷). همچنین آلفای کرونباخ پرسشنامه عزت‌نفس کوپر اسمیت را ۰/۷۶ گزارش کرده است (یلماز، سابانسیوگولاری و کومسار[2]، ۲۰۱۶). در پژوهش حاضر، پایایی پرسشنامه ۰/۷۰ به دست آمد.

ب) پرسشنامه ابراز وجود: پرسشنامه ابراز وجود توسط گمبریل و ریچی[3] (۱۹۷۵) تهیه‌شده است. این سیاهه دارای ۲۲ است که نمره‌گذاری آن در طیف ۵ درجه‌ای لیکرت می‌باشد به این صورت که اصلاً ناراحت نمی‌شوم ۴ نمره، کمی ناراحت می‌شوم ۲ نمره، به‌طور متوسط ناراحت می‌شوم ۳ نمره، زیاد ناراحت می‌شوم ۴ نمره و بسیار زیاد ناراحت می‌شوم ۵ نمره تعلق می‌گیرد (سانتستبان-اچاری، ریس، گونزالز-بلانچ و آلوارز-جیمنز[4]، ۲۰۲۰). در داخل ایران برای بررسی اعتبار سیاهه از آلفای کرونباخ استفاده‌شده است که ضریب ۰/۸۰ به‌دست‌آمده است (پودینه، جناآبادی و پورقاز، ۱۳۹۵). در یک پژوهش دیگر ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۳ گزارش‌شده است (عرب قائنی، هاشمیان، مجتبایی، مجدآرا و آقابیکی، ۱۳۹۶). سازندگان سیاهه ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۱ و اعتبار به روش دونیمه کردن ۰/۸۳ محاسبه کرده‌اند (گمبریل و ریچی، ۱۹۷۵). در خارج کشور آلفای کرونباخ سؤالات در دامنه ۰/۸۱ تا ۰/۸۷ به‌دست‌آمده است (استیونز، تان و گراس[5]، ۲۰۱۶). در پژوهش حاضر، پایایی پرسشنامه ۰/۷۳ به دست آمد.

[1]. Stapleton, Crighton, Carter & Pidgeon
[2]. Yilmaz, Sabancıoğulları & Kumsar
[3] . Gambrill, E. D., & Richey, C. A.
[4]. Santesteban-Echarri, Rice, González-Blanch & Alvarez-Jimenez
[5]. Stevens, Tan & Grace

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

جلسات درمان مبتنی بر دلبستگی

جدول ۱. خلاصه محتوای درمان دلبستگی

جلسات	مداخلات / محتوا
معارفه	آشنایی اولیه با کودکان و برقراری رابطه مناسب باهدف پر کردن صحیح پرسش‌نامه‌ها و اجرای پیش‌آزمون
اول	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 پاورپوینت، برای دودسته 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.

یافته‌ها

جدول ۲. ویژگی جمعیت شناختی افراد نمونه

سن	فراوانی	درصد
۹	۳	۱۱,۱
۱۰	۳	۱۱,۱
۱۱	۲	۷,۴
۱۲	۴	۱۴,۸
۱۳	۱	۳,۷
۱۴	۱	۳,۷
۱۴	۴	۱۴,۸
۱۵	۱	۳,۷
بدون پاسخ	۸	۲۹,۶

در جدول فوق فراوانی و درصد سن افراد نمونه آورده شده است.

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

جدول ۳. میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش در گروه آزمایش و کنترل

مؤلفه	آزمون	گروه‌ها	کمینه	بیشینه	میانگین نمونه	انحراف استاندارد
عمومی	پیش‌آزمون	کنترل	۸	۲۱	۱۴,۸۵	۴,۳۹
		آزمایش	۷	۲۱	۱۳,۹۲	۳,۸۶
	پس‌آزمون	کنترل	۱۰	۱۸	۱۳,۶۰	۲,۵۹
		آزمایش	۹	۲۴	۱۶,۱۵	۴,۲۶
خانوادگی	پیش‌آزمون	کنترل	۳	۷	۵,۰۸	۱,۳۲
		آزمایش	۲	۶	۴,۲۹	۱,۵۴
	پس‌آزمون	کنترل	۲	۶	۴,۶۰	۱,۶۵
		آزمایش	۲	۷	۵,۶۲	۱,۴۵
اجتماعی	پیش‌آزمون	کنترل	۲	۷	۴,۰۸	۱,۶۶
		آزمایش	۲	۶	۴,۰۰	۱,۱۸
	پس‌آزمون	کنترل	۳	۶	۵,۰۰	۱,۱۵
		آزمایش	۵	۷	۵,۹۲	۰,۷۶
تحصیلی	پیش‌آزمون	کنترل	۴	۷	۵,۱۵	۰,۹۹
		آزمایش	۳	۷	۵,۰۷	۱,۶۹
	پس‌آزمون	کنترل	۴	۷	۵,۲۰	۱,۱۴
		آزمایش	۲	۷	۴,۸۵	۱,۶۳
ابراز وجود	پیش‌آزمون	کنترل	۵۲	۷۸	۷۰,۰۸	۸,۱۹
		آزمایش	۶۳	۸۱	۷۰,۴۳	۶,۸۱
	پس‌آزمون	کنترل	۶۲	۷۹	۷۱,۳۰	۶,۲۲
		آزمایش	۵۶	۷۸	۶۷,۶۲	۷,۸۶

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 ۴. 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	.۵۵	۳,۹۰	۴	۱۳	.۰۲۷
لامبدای ویلکز	.۴۵	۳,۹۰	۴	۱۳	.۰۲۷
اثر هتلینگ	۱,۲۰	۳,۹۰	۴	۱۳	.۰۲۷
کمترین ریشه رُوی	.۵۵	۳,۹۰	۴	۱۳	.۰۲۷

با توجه به جدول بالا بین مؤلفه‌های عزت‌نفس دو گروه‌های آزمایش و گواه در کودکان بدسرپرست و بی‌سرپرست تفاوت معنی‌دار وجود دارد. در جدول ۵ به بررسی تحلیل کواریانس برای مقایسه پس‌آزمون در گروه‌های آزمایش و گواه پرداخته می‌شود.

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

جدول ۵. خلاصه نتایج آزمون تحلیل کواریانس برای مقایسه پس‌آزمون در گروه‌های آزمایش و گواه

منابع تغییر	مؤلفه‌های عزت‌نفس	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	آزمون F	سطح معنی‌داری	مجذور اتا
گروه	عمومی	۵۱,۷۲	۱	۵۱,۷۲	۴,۷۹	.۰۴	.۲۳۱
	خانوادگی	۵,۶۲	۱	۵,۶۲	۲,۵۸	.۱۳	.۱۳۹
	اجتماعی	۳,۷۸	۱	۳,۷۸	۵,۳۳	.۰۳	.۲۵۰
	تحصیلی / شغلی	۰,۲۷	۱	۰,۲۷	۰,۱۲	.۷۴	.۰۰۷

با توجه به نتایج جدول ۵ بین گروه گواه و آزمایش (گروهی که در معرض روش درمان مبتنی بر دلبستگی قرارگرفته) در پس‌آزمون مؤلفه‌های عمومی و اجتماعی عزت‌نفس تفاوت معنی‌داری وجود دارد؛ **اما** این تفاوت برای مؤلفه‌های خانوادگی و تحصیلی عزت‌نفس معنی‌دار نیست.

جدول ۶. شاخص‌های آمار استنباطی مورداستفاده برای محاسبه‌ی آزمون F

منابع تغییر	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	آزمون F	سطح معنی‌داری	مجذور اتا
متغیر آزمایشی	۴۴,۷۹۰	۱	۴۴,۷۹۰	۲,۰۶۱	.۱۶۷	.۰۹۳
خطا	۴۳۴,۶۰۸	۲۰	۲۱,۷۳۰			
تغییرات کل اصلاح‌شده	۱۱۶۵,۹۱۳	۲۲				

با توجه به نتایج جدول ۶ فرض صفر تائید می‌شود. با عنایت به تائید فرض صفر، می‌توان نتیجه گرفت که بین میانگین ابراز وجود در کودکان بدسرپرست و بی‌سرپرست در گروه آزمایش و کنترل در نمونه موردپژوهش تفاوت معنی‌داری وجود ندارد.

بحث و نتیجه‌گیری

در خصوص فرضیه اول پژوهش مبنی بر اینکه روش درمان مبتنی بر دلبستگی موجب افزایش مؤلفه‌های عزت‌نفس، در کودکان بدسرپرست و بی‌سرپرست می‌شود، نتایج نشان داد بین عزت‌نفس عمومی و اجتماعی تفاوت معنی‌داری وجود دارد. ولی بین عزت‌نفس خانوادگی و تحصیلی – شغلی تفاوت معنی‌داری وجود ندارد. این یافته‌ها با نتایج ناصری، کراسکیان موجمباری (۱۳۹۶) و اسرال و ایوانوا[1] (۲۰۰۲) همسو است. براساس نتایج تحقیقات مذکور کودکان بی‌سرپرست به علت جراحات دلبستگی، دلبستگی آن‌ها نه‌تنها در حال ترمیم نیست، بلکه مرتباً در حال آسیب و تکرار ناامنی است. این کودکان در یک مکان ثابت هرگز سکنی نمی‌گزینند بلکه هرچند سال یک‌بار باید مکان خود را براساس سن و جنسیت تغییر دهند. با گذر زمان این طرح‌واره ناامنی در وجود این کودکان پایاتر می‌شود. همچنین وجود رابطه‌ی معکوس و معنادار بین سبک‌های دل‌بسته ناایمن با عزت‌نفس، نیز از این یافته‌ها حمایت می‌کنند (هاستینگر و لوکن[2]، ۲۰۰۴). یکی از منابع مهم عزت‌نفس داشتن ارتباطات نزدیک با دیگران است. با توجه به اینکه دو ویژگی اساسی افراد ایمن اعتماد به خود و اعتماد به دیگران می باشد، اعتماد به خود باعث می‌شود که افراد ایمن در ایجاد و حفظ ارتباطات و تعاملات نزدیک و صمیمی با دیگران آرامش و نگرش مثبت‌تری را تجربه کنند و از این تعاملات برای

[1]. Israel & Ivanova
[2] . Hustinger & Luechen

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

جذاب ظاهر شدن و تائید آن‌ها استفاده کنند. بدیهی است فردی که خود، دیگران و ارتباط را به شیوه مثبتی تعریف می‌کنند، بیشتر به‌وسیله‌ی دیگران جذب می‌شوند و مورد تائید و ارزش‌گذاری مثبت آنان قرار می‌گیرند. این نگرش مثبت به خود و دیگران که از مشخصه‌های افراد ایمن است باعث افزایش عزت‌نفس اجتماعی می‌شود. در تبیین رابطه معکوس و معنادار بین سبک دلبستگی اجتنابی و سبک دلبستگی مضطرب/دوسوگرا با عزت‌نفس می‌توان گفت افراد دلبسته اجتنابی به دلیل نگرش منفی که به خود و دیگران دارند، از موقعیت‌ها و روابط اجتماعی اجتناب می‌کنند، این افراد خود را در روابط بین فردی ناکام می‌بینند و این باعث شکل‌گیری عزت‌نفس اجتماعی پایین و خود پنداره منفی می‌شود. طبق نتایج به‌دست‌آمده مداخله دلبستگی بر میزان عزت‌نفس تحصیلی و خانوادگی تأثیری نداشت؛ چرا که این کودکان از نعمت خانواده و آموزش متعارف محروم بودند بنابراین تمرکز مداخلات بر روی عزت‌نفس عمومی و اجتماعی بوده است.

در خصوص فرضیه دوم پژوهش مبنی بر اینکه روش درمان مبتنی بر دلبستگی موجب افزایش ابراز وجود در کودکان بدسرپرست و بی‌سرپرست می‌شود، نتایج نشان داد بین میانگین ابراز وجود در کودکان بدسرپرست و بی‌سرپرست در گروه آزمایش و کنترل تفاوت معنی‌داری وجود ندارد. در خصوص این یافته از پژوهش، مطالعه‌ای که بتوان با آن مقایسه‌ای انجام داد یافت نشد، بنابراین همسویی این نتیجه با نتایج قبلی نامشخص است. در تبیین این نتیجه می‌توان گفت خانواده اصلی‌ترین عامل در ایجاد قواعد و باورهای درونی، پختگی هیجانی، احساس رضایت عمیق و حس ارزشمند بدون قیاس با معیارهای بیرونی می‌باشد. هنجارها و قواعد هر فرد بر اساس تجربیات درونی شده در دوران کودکی شکل می‌گیرند؛ بنابراین عدم دلبستگی ایمن، تجربه طردشدگی و تحقیر همگی در شکل‌گیری قواعد سست و باورهای سطحی در این کودکان نقش اساسی دارند و توانایی این کودکان را برای هر نوع عمل ابراز وجود تحت شعاع قرار می‌دهند. در کودکان بد سرپرست و بی‌سرپرست معمولاً دو نوع تفکر درونی شده شکل می‌گیرد: ۱- اگر من هوشیار نباشم آنگاه آسیب می‌بینم. پیامد این تفکر درونی، شامل پاسخ‌های رفلکسی، ناتوانی در پیش‌بینی صحیح رویدادها، عدم توانایی در درک هیجانات خود و دیگران و گوش‌به‌زنگی افراطی می باشد و درنتیجه این کودکان در ابراز وجود و قاطعیت موفق نخواهند بود. ۲- اگر من عصبانی یا خشمگین شوم آنگاه طرد می‌شوم. پیامد این تفکر درونی نیز این است که فرد یاد می‌گیرد که هرگاه هیجانات، احساسات، عواطف خود را نشان دهم، به‌شدت طردشدگی و یا تنبیه و خشونت را تجربه خواهم کرد بنابراین اجتناب را به‌عنوان راهکار مقابله‌ای انتخاب می‌کنند. کودک با دلبستگی ایمن می‌تواند با آرامش خاطر از آزادی خود استفاده کند و به تجسس و تحقیق پیرامون محیط بپردازد. ولی کودکان بی‌سرپرست و بد سرپرست به علت عدم درک امنیت، کمتر کنجکاوی می‌کنند که این امر تأثیر بر ارتباطات اجتماعی، هوشبهر هیجانی، فقر قواعد و باورها می‌شود و نتیجه آن شکل‌گیری یک «خود»، ضعیف می‌شود، چنین فردی بشدت در تصمیم‌گیری و قاطعیت ضعف دارد و توانایی ابراز وجود پایینی دارد. فردی که عمیقاً به‌حقارت، احساس بی‌ارزشی، دوست نداشته‌شدن، کوچک دیده‌شدن اعتقاد دارد هرگز توانایی ابراز وجود را ندارد. رشد اجتماعی و روابط بین فردی از خانواده آغاز می‌شود، کودکان بد سرپرست و بی‌سرپرست از این منبع مهم محروم هستند و این خود بر رفتارهای ابراز وجود تأثیر می‌گذارد.

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

این پژوهش نیز مانند سایر پژوهش‌ها دارای محدودیت‌هایی بود ازجمله محدود بودن ابزار جمع‌آوری داده‌ها به پرسشنامه‌های خودگزارشی، محدود بودن قلمرو تحقیق ازنظر زمانی و مکانی (مرکز بهزیستی شهید قدوسی در استان تهران در سال ۱۳۹۸)، محدود بودن قلمرو تحقیق ازنظر موضوعی (اثربخشی درمان مبتنی بر دلبستگی بر عزت‌نفس و ابراز وجود کودکان بی‌سرپرست بد سرپرست)، محدود بودن قلمرو تحقیق ازنظر جامعه آماری و جنسیت موردمطالعه (پسران مراکز بهزیستی تهران). مهم‌ترین محدودیت در زمینه کار با کودکان بی‌سرپرست و بد سرپرست قوانین غیرقابل دست‌کاری بهزیستی است. با توجه به شرایط خاص این گروه از کودکان ورود به مراکز بهزیستی بسیار سخت و دشوار است و امکان نمونه‌گیری خوشه‌ای تصادفی عملاً برای پژوهشگران غیرممکن است. این امر تعمیم دهی نتایج را محدود می‌کند. محدودیت دیگر اینکه اکثریت این کودکان دارو مصرف می‌کنند که خود عاملی تهدیدکننده بر اثربخشی متغیر مستقل پژوهش بر متغیرهای وابسته است. سخت بودن فرایند بهبودی به علت کوتاه بودن تعداد جلسات درمانی در بازه زمانی کوتاه و عدم همکاری نمونه پژوهشی در تکمیل نمودن پرسشنامه‌ها و همچنین خستگی و بی‌دقتی آزمودنی‌ها در پاسخ دادن به پرسشنامه‌ها از دیگر محدودیت‌های پژوهشی بود. پیشنهاد می‌شود پژوهشی مشابه بر روی دختران انجام شود. همچنین پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آینده با استفاده از طرح‌های آزمایشی و با نمونه‌ای با حجم بزرگ‌تر انجام شود و علاوه بر عزت‌نفس و ابراز وجود سایر سازه‌های روان‌شناختی ازجمله اختلالات خوردن، افسردگی و رفتارهای مقابله‌ایی، خشم در کودکان با این روش درمانی موردمطالعه و بررسی قرار گیرد. پژوهشگران آتی می‌توانند روش درمانی دلبستگی بر روی دانشجویان، شاغلان مراکز و سازمان‌ها و سایر قشرهای جامعه مورد ارزیابی قرار دهند. چنانچه این درمان، در یک پروسه درمانی یک‌ساله انجام شود، نتایج بسیار ارزشمند با پایداری بالا را شاهد خواهیم بود. از نتایج این مطالعه می‌توان در مراکز بهزیستی، مدارس و سایر ارگان‌هایی که با کودکان بد سرپرست و بی‌سرپرست سروکار دارند جهت ارتقای عزت‌نفس و به‌طورکلی سلامت روان آن‌ها استفاده نمود. با توجه به نتایج پژوهش حاضر مبنی بر اثربخشی روش درمان مبتنی بر دلبستگی بر افزایش عزت‌نفس در کودکان بدسرپرست و بی‌سرپرست، پیشنهاد می‌شود درمان‌های مبتنی بر دلبستگی به مددکاران و روان شناسان مراکز بهزیستی آموزش داده شود؛ و از مربیان و مددکارانی که در ارتباط هرروزه با این کودکان هستند تست‌های سبک دلبستگی گرفته شود و کارگاه‌ها و آموزش‌های لازم را برای آنان تدارک دید.

منابع

- پودینه، لیلا؛ جناآبادی، حسین؛ و پورقاز، عبدالوهاب. (۱۳۹۵). رابطه سبک‌های فرزندپروری و سبک‌های انضباطی با جرأت‌ورزی دانش‌آموزان، *مجله مطالعات روانشناسی تربیتی*، ۱۳(۲۴)، ۳۸-۲۱.
- خانجانی، مهدی؛ قنبری، فرشته؛ و نعیمی، ابراهیم. (۱۳۹۸). بررسی ارتباط کارکرد خانواده، سبک دلبستگی و سبک‌های تربیتی والدین با اعتیاد به اینترنت در نوجوانان. *فرهنگ مشاوره و روان درمانی*، ۱۰(۳۷)، ۱۴۲-۱۲۱.
- خیرخواه، معصومه؛ مکاری، هدی؛ نیسانی سامانی، لیلا؛ و حسینی، آغافاطمه. (۱۳۹۲). ارتباط اضطراب و عزت‌نفس در دختران نوجوان. *نشریه پرستاری ایران*، ۲۶(۸۳)، ۲۹-۱۹.

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

- رجبی، غلامرضا؛ علیبازی، هوشنگ؛ جمالی، اصغر؛ و عباسی، قدرت الله. (۱۳۹۴). بررسی رابطه عزت‌نفس و حمایت اجتماعی با سلامت روان در دانشجویان دانشگاه شهید چمران اهواز. *مجله مطالعات روانشناسی تربیتی، ۱۲*(۲۱)، ۱۰۴-۸۳.
- سیفی، محمد یلسین؛ شقاقی، فرهاد؛ و میبدی، سارا. (۱۳۹۰). اثربخشی برنامه آموزش فلسفه به دانش‌آموزان دختر بر عزت‌نفس و توانایی حل مسئله آن‌ها. *فصلنامه روانشناسی کاربردی، ۵*(۲)، ۸۳-۶۶.
- شکورنیا، عبدالحسین؛ علیجانی، هوشنگ؛ نجار، شهناز؛ و الهام‌پور، حسین. (۱۳۹۴). بررسی رابطه عزت‌نفس و رویکردهای مطالعه با پیشرفت تحصیلی دانشجویان. *گام‌های توسعه در آموزش پزشکی، ۱۲*(۲)، ۳۱۴-۳۰۷.
- عرب قائنی، ماریه؛ هاشمیان، کیانوش؛ مجتبایی، مینا؛ مجدآرا، الهه؛ و آقابیکی، آتوسا. (۱۳۹۶). اثربخشی آموزش ذهن آگاهی مبتنی بر کاهش استرس بر افزایش جرات ورزی در دانشجویان مضطرب. *مجله پزشکی ارومیه، ۲۸*(۲)، ۱۲۹-۱۱۹.
- غلامی بورنگ، فاطمه؛ مهرام، بهروز؛ و کارشکی، حسین. (۱۳۹۶). ساخت و اعتباریابی مقیاس اضطراب از پژوهش برای دانشجویان. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران، ۲۳*(۱)، ۹۳-۷۸.
- فخرایی، سیروس؛ و بشیری خطیبی، بهنام. (۱۳۹۲). بررسی علل اجتماعی و فرهنگی مؤثر بر پرخاشگری در میان خانواده‌های تبریز. *جامعه شناسی کاربردی، ۲۴(۲)*، ۲۳۳-۲۲۱.
- ناصری، مریم؛ و کراسکیان موجمباری، دیس. (۱۳۹۶). اثربخشی نقاشی درمانی در افزایش عزت‌نفس و خوداثرمندی کودکان بی‌سرپرست شهر کرج. *مجله تحقیقات علوم رفتاری. ۱۵(۴)*، ۴۹۴-۴۸۸.
- نصیری، فرزاد؛ نصیری، سامان؛ بخشی پور رودسری، عباس. (۱۳۹۳). پیش‌بینی گرایش به مصرف مواد بر اساس عزت‌نفس و مؤلفه‌های هوش هیجانی. *فصلنامه اعتیادپژوهی، ۸*(۳۱)، ۱۴۶-۱۳۵.
- هارون رشیدی، همایون؛ و کاظمیان مقدم، کبری. (۱۳۹۷). رابطه الگوهای ارتباطی، انعطاف‌پذیری و انسجام خانواده با جرأت‌ورزی دانش‌آموزان دختر. *فصلنامه فرهنگی-تربیتی زنان و خانواده، ۱۳*(۴۴)، ۱۸۳-۱۶۵.
- Gambrill, E. D., & Richey, C. A. (1975). An assertion inventory for use in assessment and research. *Behavior Therapy*, *6*(4), 550-561.
- Hustinger, T., & Luechen, G. L. J. (2004). Attachment relationships and health behavior: Mediational role of self-esteem. *Psychol Health*, *19*(4), 515-26.
- Israel, A. C., & Ivanova, M. Y. (2002). Global and dimensional self-esteem in preadolescent and early adolescent children who are overweight: Age and gender differences. *International Journal of Eating Disorders*, *31*(4), 424-429.
- Santesteban-Echarri, O., Rice, S., González-Blanch, C., & Alvarez-Jimenez, M. (2020). Promoting Psychosocial Functioning and Recovery in Schizophrenia Spectrum and Other Psychotic Disorders. In *A Clinical Introduction to Psychosis* (pp. 419-445). Academic Press.
- Stapleton, P., Crighton, G. J., Carter, B., & Pidgeon, A. (2017). Self-esteem and body image in females: The mediating role of self-compassion and appearance contingent self-worth. *The Humanistic Psychologist*, *45*(3), 238.
- Stevens, C. D., Tan, L., & Grace, R. C. (2016). Socially desirable responding and psychometric assessment of dynamic risk in sexual offenders against children. *Psychology, Crime & Law*, *22*(5), 420-434.

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

- Yilmaz, F. T., Sabancıoğulları, S., & Kumsar, A. K. (2016). Motivation in the First Year of Nursing Education: It's Relationship with Professional Self-Concept, Self-Esteem. *Arch Nurs Pract Care*, 2 (1), 50-56.

مجله پیشرفت های نوین در علوم رفتاری

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