

# اثربخشی درمان مبتنی بر دلستگی بر اضطراب و احساس تنهايی کودکان بی سرپرست و بد

## سرپرست

مهری قیاسی پیرزمان<sup>۱</sup>، مهدیه عزیزی<sup>۲</sup>، دکتر فرنگیس دمehrی<sup>۳</sup>

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.

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

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

## چکیده

این پژوهش به منظور بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر دلستگی بر اضطراب و احساس تنهايی کودکان بی سرپرست و بد سرپرست به صورت پژوهش نیمه آزمایشی، با طرح پیش آزمون - پس آزمون و گروه کنترل انجام شد. حجم نمونه موردنظری در دسترس، از کودکان بد سرپرست و بی سرپرست یکی از مراکز بهزیستی استان تهران (مرکز قدوسی) که بهوسیله نمونه‌گیری در دسترس، از جامعه کودکان بی سرپرست و بد سرپرستی که در مراکز شباهه روزی و شبه خانواده نگهداری و ساکن می‌باشند، انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) گمارش شدند. پس از اجرای پرسشنامه‌های اضطراب کودک اسپنسر (۲۰۰۱) و احساس تنهايی آشر (۱۹۸۴) بر روی گروه آزمایش و گروه کنترل، درمان مبتنی بر دلستگی، در طی ۸ جلسه تنها بر روی گروه آزمایش اجرا و پس از آن، از هر دو گروه آزمایش و کنترل پس آزمون گرفته شد. یافته‌ها نشان داد که درمان مبتنی بر دلستگی بر اضطراب و احساس تنهايی کودکان بی سرپرست و بد سرپرست تأثیر دارد؛ بنابراین می‌توان جهت کاهش اضطراب و احساس تنهايی در کودکان بد سرپرست یا بی سرپرست می‌توان از روش درمان مبتنی بر دلستگی استفاده کرد.

**کلیدواژه:** درمان دلستگی، اضطراب، احساس تنهايی، بد سرپرست، بی سرپرست.

محله پیشرفت‌های نوین در علوم رفتاری، دوره ششم، شماره پنجم و پنجم، سال ۱۴۰۰

## مقدمه

کودکان که آینده‌ساز اجتماع خویش هستند زمانی فرد مفیدی برای جامعه خواهند بود که در محیط خانوادگی سالم و امنی تربیت شده باشند. خانواده یکی از پایه‌های مهم تشکل‌های اجتماعی و از ارکان اساسی هر جامعه به شمار می‌آید. این نهاد اجتماعی به منزله مبدأ ظهور و بروز عواطف انسانی و کانون روابط صمیمانه میان فردی شناخته شده 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 به عنوان 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 بی‌سپرست 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. از جمله مشکلات شایع در بین افراد اضطراب و احساس تنها‌یی است. اضطراب به منزله بخشی از زندگی آدمی است، اما زمانی مایه نگرانی می‌شود که شدت آن به گونه‌ای باشد که توانایی عمل کردن در زندگی روزمره را مختل کند، به طوری که فرد دچار حالت ناسازگارانه‌ای شود که مشخصه آن واکنش‌های جسمانی و روانی شدید است (گل محمدی، شعیری و اصغری مقدم، ۱۳۹۵). اضطراب نوعی احساس ترس و ناراحتی بی‌دلیل است، نشانه بسیاری از اختلالات روان‌شناسی 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<sup>۱</sup>، ۲۰۱۹). احساس تنها‌یی، پاسخی به فقدان رابطه مثبت رضایت بخش با سایرین است. این حالت حاصل محروم بودن از نیاز اساسی بشر به صمیمیت می‌داند و به به‌طوری که از آن به عنوان 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 بین فردی 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 (آندره و میکس<sup>۲</sup>؛ 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. از این‌رو انجام مداخله برای کاهش آن امری ضروری است. یکی از مداخله‌هایی که در این پژوهش به بررسی آن پرداخته شد، درمان مبتنی بر دلستگی است. با توجه به اهمیت سیک دلستگی در پدیدآیی مشکلات کودکان، این نوع مداخله شکل‌گرفته که اساس آن، دلستگی ایمن در قالب بازنمایی-های درونی به دیگران به عنوان اشخاصی در دسترس، مسئول، قابل اعتماد و بازنمایی ذهنی خود به عنوان فردی دوست‌داشتنی و قابل احترام است و اساس تحول آتی کودک محسوب می‌شود و هرگونه انحراف از خط تحول بهنجار در این قلمرو با مشکلاتی در

<sup>1</sup>. Ghandour, Sherman, Vladutiu, Ali, Lynch, Bitsko & Blumberg

<sup>2</sup>. Andrew & Meeks

کودک همراه است. درمان مبتنی بر دلستگی باعث کاهش معناداری در مشکلات کودکان می شود. کودکانی که تحت درمان مبتنی بر دلستگی قرار می گیرند، کاهش معناداری را در ترس از تنها ماندن، نگرانی در مورد وقوع حوادث خطرناک و استفاده بیش از حد از نشانه های امنیت نشان می دهند. نتایج پژوهش ها نشان داده است درمان مبتنی بر دلستگی می تواند در موقعیت های بالینی و در درمان برخی مشکلات کودکان مانند اضطراب جدایی کودکان مورداستفاده قرار گیرد (طلایی نژاد، مظاہری و قنبری، ۱۳۹۴). با توجه به اهمیت مداخله مبتنی بر دلستگی بر کودکان و افزایش روزافزون کودکان بد سرپرست و بی سرپرست و مشاهده ناسازگاری ها و اختلالات هیجانی بهویژه اضطراب و احساس تنها یی در آن ها که برادر بدرفتاری والدین با آن ها در کانون خانواده به وجود می آید، توجه خاص به این کودکان دارای اهمیت فراوان است (حصار سرخی، طبیبی، اصغری نکاح و باقری، ۱۳۹۵). از این رو در این پژوهش به بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر دلستگی بر اضطراب و احساس تنها یی کودکان بی سرپرست و بد سرپرست پرداخته شده است و سؤال این پژوهش این است که آیا درمان مبتنی بر دلستگی بر اضطراب و احساس تنها یی کودکان بی سرپرست و بد سرپرست مؤثر است؟

### روش پژوهش

روش پژوهش از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری در این پژوهش، کودکان بی سرپرست و بد سرپرستی که در مراکز شبانه روزی و شبه خانواده تهران نگهداری و ساکن می باشند، بود. در این پژوهش تعداد ۳۰ نفر از کودکان بد سرپرست و بی سرپرست یکی از مراکز بهزیستی استان تهران (مرکز قدوسی) به روش نمونه گیری «در دسترس» انتخاب و به صورت تصادفی به دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) تقسیم شدند. معیارهای ورود کودکان به این پژوهش عبارت بود از: نداشتن مشکلات روان پزشکی، 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 تنها یی: این مقیاس برای ارزیابی تنها یی کودکان توسط آشر، هیمل و رنشاو (۱۹۸۴) تهیه شده است. این مقیاس ۲۴ سؤال دارد که برای ارزیابی تنها یی و نارضایتی اجتماعی کودکان بین ۸ تا ۱۵ سال طراحی شده است (مارتین، پیسچ، شولبرگ، کایسر و هوزا<sup>۱</sup>، ۲۰۱۹). نمره گذاری آن با مقیاس لیکرت ۵ درجه ای است به این صورت که به هیچ وجه یا اصلاً در مورد من درست نیست نمره ۱ تا خیلی زیاد یا کاملاً در مورد من درست است ۵ نمره تعلق می گیرد (آورامیدیس، استرو گیلوس، آرونی و کانتاراکی<sup>۲</sup>، ۲۰۱۷). سوالات ۱، ۲، ۴، ۷، ۱۰، ۱۱، ۱۳، ۱۵، ۱۶، ۱۹، ۲۲، ۲۲ و ۲۳ به صورت معکوس نمره گذاری می شوند. نمره بالا نشانه تنها یی بیشتر است (صنعت نگار، حسن آبادی و اصغری نکاح، ۱۳۹۱). سازندگان مقیاس بر روی ۵۲۲ کودک بهنجار ۱۲ ساله نمره های مقیاس را با نمره های ارزیابی همسالان کودک نسبت به وی و سایر روش های گروه سنجی همبستگی معناداری نشان دادند

<sup>1</sup>. Martin, Peisch, Shoulberg, Kaiser & Hoza

<sup>2</sup>. Avramidis, Strogilos, Aroni & Kantaraki

(آشر، هیمل و رنشاو، ۱۹۸۴؛ به نقل از انجم شعاع، قبری، فلاخ 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 معنی دار در سطح ۰/۰۱ به دست آمده است. پایایی مقیاس از طریق دونیمه کردن آزمون ۰/۷۳ 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، قبری، فلاخ زاده 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 برونو سازی شده ضریب همبستگی بین ۰/۶۳ تا ۰/۳۰ به دست آمده است (سوره‌اگن و ورستر، ۲۰۱۷). همچنین در بررسی همسانی درونی پرسشنامه از آلفای کرونباخ استفاده شده است که ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۹ به دست آمده است که نشان‌دهنده پایایی مطلوب آن است (کوپلان، لو، کائو، چن و لی، ۲۰۱۷). در پژوهش حاضر، پایایی پرسشنامه ۰/۷۰ به دست آمد.

ب) پرسشنامه اضطراب کودکان: پرسشنامه اضطراب کودکان اسپینس توسعه اسپینش، رپی، مکدونالد و اینگرام (۲۰۰۱) تهیه شده است که توسط سرپرست تکمیل می‌شود. این پرسشنامه شامل ۳۴ سؤال که سؤال ۲۹ به بعد در صورتی پاسخ داده می‌شود که کودک تابحال حادثه‌ای بد یا ضربه‌آور را تجربه کرده باشد (اورگلیس، رودریگز-منچون، فرناندرز-ماتینز، مورالس و اسپادا، ۲۰۱۹). این پرسشنامه ۵ خرده مقیاس شامل اضطراب تعمیم‌یافته<sup>۴</sup> با سوالات ۱، ۴، ۸، ۱۴ و ۲۸، اضطراب اجتماعی<sup>۵</sup> با سوالات ۲، ۵، ۱۱، ۱۵ و ۲۳، وسوسای اختیاری<sup>۶</sup> با سوالات ۳، ۹، ۱۸، ۲۱ و ۲۷، ترس از جراحت جسمانی<sup>۷</sup> با سوالات ۷، ۱۰، ۱۳، ۱۷، ۲۰ و ۲۴ و اضطراب جدایی<sup>۸</sup> با سوالات ۶، ۱۲، ۱۶ و ۲۲ و ۲۵ را اندازه‌گیری می‌کند (توسکانو، بایلی، لینهام، کلی، کید و هودسون، 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 اصلًا درست نیست ۰ نمره داده می‌شود (قبری و خان محمدی، ۱۳۹۳). در یک پژوهش آلفای کرونباخ برای مؤلفه‌ها شامل اضطراب تعمیم‌یافته ۰/۷۶، اضطراب اجتماعی ۰/۷۳، اختلال وسوسای اختیاری ۰/۵۳، ترس از جراحت جسمانی ۰/۷۶، اضطراب جدایی ۰/۶۴ و کل سوالات ۰/۸۸ محاسبه شده است (قبری، خان محمدی، خدابنایی، مظاہری و غلامعلی لواسانی، ۱۳۹۰). در پژوهش‌های خارج از کشور بر روی نمونه‌های اسپانیایی آلفای کرونباخ پرسشنامه برای کل سوالات

<sup>1</sup>. Sorhagen & Wurster

<sup>2</sup>. Coplan, Liu, Cao, Chen & Li

<sup>3</sup>. Orgiles, Rodríguez-Menchón, Fernández-Martínez, Morales & Espada

<sup>4</sup>. generalized anxiety

<sup>5</sup>. social phobia

<sup>6</sup>. obsessive-compulsive disorder

<sup>7</sup>. physical injury fears

<sup>8</sup>. separation anxiety

<sup>9</sup>. Toscano, Baillie, Lyneham, Kelly, Kidd & Hudson

۰/۸۴ به دست آمده است (اورگیلس، پنوسا، فرناندز-مارتینز-مارزو و اسپادا<sup>۱</sup>، ۲۰۱۸). در یک پژوهش دیگر همبستگی بین نمره کل با اضطراب تعمیم یافته ۰/۸۸، اضطراب اجتماعی ۰/۶۸، اختلال وسوس-بی اختیاری ۰/۵۹، ترس از جراحت جسمانی ۰/۶۳، اضطراب جدایی ۰/۸۲ و معنادار به دست آمده است که نشان دهنده روایی سازه پرسشنامه اضطراب کودکان است (کروس، گوهرابی، لایکوک و کریوسر<sup>۲</sup>، ۲۰۱۹). در پژوهش حاضر، پایابی پرسشنامه ۰/۷۳ به دست آمد.

### جلسات درمان مبتنی بر دلبستگی

#### جدول ۱. خلاصه محتوای درمان دلبستگی

جلسات	مداخلات / محتوا
معارفه	آشنایی اولیه با کودکان و برقراری رابطه مناسب باهدف پرکردن 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 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 انتهای از تقویت‌کننده (شکلات) با توجه درخواست خود کودکان استفاده شد.
سوم	آموزش مفاهیم خودبازی و عزت نفس به صورت 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 کترل خشم و انواع رفتار (پرخاشگرانه، انفعالی، جراتمندانه) در قالب مثال‌هایی از موقعیت‌های زندگی توضیح داده شد و به صورت سناریوهایی که خود بچه‌ها نوشته‌اند اجرا شد. در انتهای جلسه چهارم، از غذای خانگی برای تجربه احساس باهم بودن 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، به صورت 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 موقوفیت‌ها و چگونگی ارتباط مؤثر با افراد مختلف. تشریح اصل همکاری، کمک به کودک برای افزایش احساس مؤثر بودن.
هشتم	جمع‌بندی پاسخگویی به سوالات، پیگیری فعالیت‌های بیان شده.

<sup>1</sup>. Orgilés, Penosa, Fernández-Martínez, Marzo & Espada

<sup>2</sup>. Cross, Goharpey, Laycock & Crewther

## یافته‌ها

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

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

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	صورت d.f	d.f مخرج	سطح معناداری
اثر پلاسی	۰/۷۹۱	۱۰/۷۳۸	۶	۱۷	۰/۰۰۰۱
لامبای ویلکر	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 دلستگی قرار گرفته) 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
گروه	۳۵۵/۵۳۶	۱	۳۵۵/۵۳۶	۴/۴۷۵	۰/۰۴۴	۰/۱۴۲
	۶۰۱/۳۸۷	۱	۶۰۱/۳۸۷	۷/۵۷۰	۰/۰۱۰	۰/۲۱۹
	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.

## بحث و نتیجه‌گیری

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

در خصوص فرضیه دوم پژوهش، نتایج نشان داد درمان مبتنی بر دلستگی بر احساس تنهایی کودکان بی‌سروپرست و بد سروپرست تأثیر دارد، این نتیجه با یافته‌های آل یاسین و زرین‌پور (۱۳۹۵) همسوی دارد. در تبیین این نتیجه بر اساس نظر بالبی و اینزورث می‌توان گفت، پیوندهای دلستگی در طول زندگی به ندرت دچار تغییر می‌شوند. افراد دارای سبک دلستگی ایمن می‌توانند از نگاره دلستگی به عنوان پایگاه امن برای جستجوگری و اکتشاف استفاده کنند و در برقراری رابطه با دیگران تبحر بیشتری دارند و کمتر احساس تنهایی می‌کنند، درحالی‌که افراد نایمن فاقد چنین ویژگی بوده و در موقعیت‌های ناآشنا، توانایی انطباق پایینی دارند و احساس تنهایی شدیدی را تجربه می‌کنند. افراد دارای سبک دلستگی نایمن در مواجهه با موقعیت‌های ناآشنا و جدید میزانی از درمان‌گری را تجربه می‌کنند و معمولاً به صورت احساس تنهایی ظاهر می‌شود. این مکانیسم تأثیرگذاری سبک دلستگی، به عنوان کنش «تنظیم عواطف» دلستگی مورد تائید قرار گرفته است. تبیین دیگر این است که افراد دارای سبک دلستگی نایمن، 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» دلستگی ایمن امکان برقراری روابط صمیمی در موقعیت‌های مختلف اجتماعی را برای فرد ایمن فراهم می‌سازد. فقدان این خصیصه و نایمن بودن دلستگی چنین امکانی را از فرد نایمن سلب می‌کند. بر این اساس افراد دارای دلستگی ایمن با جانشین‌سازی روابط و پیوندهای عاطفی جدید می‌توانند از شکل‌گیری احساس تنهایی پیشگیری کنند تا مانع تداوم آن شوند. بر عکس، افراد دارای سبک دلستگی نایمن، نتوان 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 دلستگی بر احساس تنهایی کودکان بی‌سروپرست و بد سروپرست تأثیر داشته باشد.

این پژوهش نیز مانند سایر پژوهش‌ها دارای محدودیت‌هایی بود از جمله محدود بودن افراد نمونه به کودکان بد سرپرست و بی‌سرپرست شهر تهران که تعیین نتایج به دیگر شهروها 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 انجام شده که این گزارش‌ها به دلیل دفعه‌های ناخودآگاه، بی‌دقیقی یا تعصب در پاسخ‌دهی و شیوه‌های معرفی شخصی مستعد تحریف هستند. دشواری در جلب مشارکت برخی پاسخ‌دهنگان 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 دلستگی بر کودکان بد سرپرست و بی‌سرپرست بود.

در جهت افزایش تعیین‌پذیری نتایج پیشنهاد می‌شود پژوهشی مشابه در سایر شهرها و سایر فرهنگ‌ها به‌ویژه قومیت‌های کرد، لر و ترک نیز انجام شود؛ که از طریق بتوان تعیین‌پذیری نتایج را افزایش داد. از آنجایی که در این پژوهش تنها از پرسشنامه استفاده شده 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 دلستگی 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 از جمله عزت‌نفس، ابراز وجود، اختلالات خوردن، افسردگی و رفتارهای مقابله‌ایی، خشم در کودکان با این روش درمانی مورد مطالعه و بررسی قرار گیرد. پژوهشگران آتی می‌توانند روش درمانی دلستگی را در سایر گروه‌ها مانند دانشجویان، شاغلان مرکز و سازمان‌ها و سایر قشرهای جامعه مورد ارزیابی قرار دهند.

با توجه به نظریه دلستگی، اساس اینمنی هر فرد در خصوص نگاره‌های دلستگی در کودکی گذاشته می‌شود، در دسترس بودن و پاسخگویی عاطفی، بلوک‌های سازنده روابط اینمن هستند. در پی آن، دلستگی اینمن، اساس اینمنی را برای افراد مهیا می‌سازد که به‌واسطه آن، افراد می‌توانند دنیاگشان 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 دلستگی اینمن در چارچوب روابط کودک و مراقب اصلی است؛ از سوی دیگر، درک و فهم آثار نسبی کیفیت دلستگی 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 دلستگی توجه و در جهت تغییر 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 روانپردازی و روانشناسی بالینی ایران*, ۲۲(۱)، ۵۸-۶۶.

- آل یاسین، سید علی؛ زرین پور، فهیمه. (۱۳۹۵). اثربخشی درمان مبتنی بر دلستگی بر احساس تنهایی و طرحواره طرد دانش آموزان. 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 دلستگی و احساس غربت. *فصلنامه روانشناسی دانشگاه تبریز*، ۲(۳)، 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 بی‌سروپست و بد سروپست. *مجله روانشناسی بالینی*، ۱(۳)، ۴۸-۳۷.
- داودوندی، مریم؛ نوابی نژاد، شکوه؛ و فرزاد، ولی‌الله. (۱۳۹۷). اثربخشی زوج درمانی هیجان- محور بر بهبود سازگاری زناشویی و صمیمیت زوج‌ها. *فصلنامه علمی و پژوهشی خانواده و پژوهش*، ۱۵(۱)، ۵۶-۳۹.
- ذوالقاری مطلق، مصطفی؛ جزایری، علیرضا؛ خوشابی، کنایون؛ مظاہری، محمدعلی؛ و کریملو، مسعود. (۱۳۸۷). اثربخشی درمان مبتنی بر دلستگی بر کاهش علائم اختلال اضطراب جدایی. *محله روان‌پژوهی و روانشناسی بالینی ایران*، ۱۴(۱)، ۳۸۸-۳۸۰.
- صنعت نگار، سارا؛ حسن آبادی، حسین؛ و اصغری نکاح، سیدمحسن. (۱۳۹۱). اثربخشی قصه درمانی گروهی بر کاهش نامیدی و تنهایی کودکان دختر مراکز شبے خانواده. *فصلنامه روانشناسی کاربردی*، ۶(۴)، ۲۳-۷.
- طلایی نژاد، نعیمه؛ مظاہری، محمدعلی؛ قنبری، سعید. (۱۳۹۴). اثربخشی آموزش گروهی دلستگی محور مادران بر کاهش نشانه‌های 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؛ مظاہری، محمدعلی؛ و غلامعلی لواسانی، مسعود. (۱۳۹۰). بررسی ویژگی‌های روانسنجی مقیاس اضطراب کودکان پیش دبستانی. *محله روانشناسی*، ۱۵(۳)، ۲۳۴-۲۲۲.
- گل محمدی، 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 دلستگی محور بر بهبود رابطه والد-کودک و کاهش نشانه‌های اضطراب جدایی در کودکان ۷ تا ۱۰ ساله. *فصلنامه روانشناسی کاربردی*، ۱۲(۵۶)، ۴۲-۲۲۳.
- معتمدی، نرگس؛ شفیعی دارابی، سیده مهرنوش؛ و امینی، زهرا. (۱۳۹۷). بررسی میزان احساس تنهایی اجتماعی و عاطفی در سالمندان و ارتباط آن با برحی از عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت در شهرستان اصفهان. *محله دانشکده‌پژوهشی 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.

- 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*.