

# اثربخشی درمان مبتنی بر دلستگی بر عزت نفس و ابراز وجود کودکان بد سرپرست و بی سرپرست

## بی سرپرست

معصومه بخنوده<sup>۱</sup>، دکتر الهام یادگاری<sup>۲</sup>، دکتر حسین اخلاقی کوهپایه<sup>۳</sup>

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. دکترا روشناسی و آموزش پرورش کودکان استثنایی، ایران.

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

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

## چکیده

این پژوهش به منظور اثربخشی درمان دلستگی بر عزت نفس و ابراز وجود کودکان بد سرپرست و بی سرپرست به صورت پژوهش نیمه آزمایشی، با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون و گروه کنترل انجام شد. حجم نمونه مورد بررسی ۳۰ نفر که به وسیله نمونه‌گیری هدفمند، از جامعه پسران ۶ تا ۱۴ ساله بهزیستی انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) گمارش شدند. پس از اجرای پرسشنامه‌ی عزت نفس کوپر اسمیت و ابراز وجود (قاطعیت) گمیریل 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 پس‌آزمون گرفته شد. یافته‌ها نشان داد که درمان مبتنی بر دلستگی بر عزت نفس اجتماعی و عزت نفس عمومی معنادار است و بر عزت نفس خانوادگی و تحصیلی تأثیر معنی‌داری نداشت. این کودکان به علت محرومیت از خانواده در عزت نفس خانوادگی تغییر قابل ملاحظه‌ای نداشتند، همچنین درمان مبتنی بر دلستگی، باعث تغییراتی در نمرات ابراز وجود شد اما به علت محدود بودن تعداد جلسات درمانی نتوانست معنی‌دار بودن این فرضیه تأیید شود.

**کلیدواژه:** درمان دلستگی، عزت نفس، ابراز وجود.

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

## مقدمه

باوجود دگرگونی در ساختار خانواده و نقش‌های خانوادگی، بی‌تردید خانواده همچنان یکی از ارکان و نهادهای اصلی جامعه به شمار می‌رود. اهمیت خانواده از این جهت است که نه تنها 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، نه تنها 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 خود‌ادرارکی مثبت از خود محافظت کنند. از این‌رو، عزت‌نفس به عنوان یک منبع روان‌شناختی به کار می‌رود که می‌تواند اشخاص را از نشانه‌های افسردگی در طول دوره پریشانی و درمان‌گی حفظ نماید (جانسون<sup>۱</sup>، ۲۰۱۰؛ به نقل از رجی، علیبازی، جمالی و عباسی، ۱۳۹۴). عزت‌نفس رضایت فرد نسبت به خود و احساس ارزشمند بودن است. عزت‌نفس در زندگی انسان به عنوان هسته مرکزی، ساختارهای روان‌شناختی فرد را چون سپر محافظت 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 به نوعی جلوه‌گر بوده و به این ترتیب از مهم‌ترین جنبه‌های شخصیت و تعیین‌کننده ویژگی‌های رفتاری انسان است (نصیری، نصیری، بخشی‌پور رودسری، ۱۳۹۳) و به عنوان 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 توانمندی اجتماعی 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 به حق و عقیده‌ی دیگران تجاوز شود. ابراز مناسب هرگونه هیجانی نسبت به طرف 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، اعتماد به نفس و خودآگاهی را در فرد تقویت می‌کند. ابراز وجود به هیچ‌وجه 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 حرفة‌ای است.

<sup>۱</sup>. Johnson

از آنجایی که کودکان بی سرپرست و بد سرپرست به دلیل مشکلات خانوادگی اغلب نادیده گرفته می شوند به نظر می رسد که عزت نفس و ابراز وجود ضعیفی دارند، یکی از مداخلاتی که در جهت ارتقای عزت نفس و ابراز وجود آنها در این پژوهش مورد بررسی قرار گرفته است، درمان مبتنی بر دلستگی است. درمان مبتنی بر دلستگی، اصطلاحی است برای مداخلات و یا رویکردهای مبتنی بر نظریه دلستگی 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 دلستگی است او بهوضوح پیش‌بینی کرده است که مختل شدن رابطه دلستگی با ایجاد اضطراب منتشر و بی‌اعتمادی در کودک منجر به اختلالات روان‌شناختی خواهد شد (بالبی، ۱۹۹۶؛ به نقل از خانجانی، قنبری و نعیمی، ۱۳۹۸). از آنجاکه در هر جامعه‌ای کودکان و نوجوانان بی سرپرست و بد سرپرست وجود دارند، جبران کوتاهی والدین از طریق مداخلات روان‌شناختی امری ضروری است که در این پژوهش به آن پرداخته شده است، لذا سوال این پژوهش این است که آیا درمان مبتنی بر دلستگی بر افزایش عزت نفس و ابراز وجود کودکان بد سرپرست و بی سرپرست مؤثر است؟

### روش پژوهش

روش پژوهش از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری در این پژوهش، کودکان بی سرپرست و بد سرپرست پسر تهران در سال ۱۳۹۸ بود. در این پژوهش تعداد ۳۰ نفر از کودکان «پسر» بد سرپرست و بی سرپرست یکی از مراکز بهزیستی استان تهران (مرکز بهزیستی شهید قادوسی) به روش نمونه‌گیری «هادفمند» 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 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 عزت نفس:** پرسشنامه عزت نفس 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 تهیه شده است. این پرسشنامه دارای ۵۸ ماده است که ۸ ماده‌ی آن یعنی شماره‌های ۶-۱۳-۲۰-۲۷-۳۴-۴۱-۴۸-۵۰ و ۵۵ دروغ‌سنج است و در مجموع ۵۰ ماده‌ی آن بر ۴ خرده آزمون «عزت نفس عمومی با سؤالات ۱، ۳، ۴، ۷، ۱۲، ۱۳، ۱۵، ۱۸، ۲۴، ۲۵، ۲۷، ۳۰، ۳۱، ۳۴، ۳۵، ۳۸، ۳۹، ۴۳، ۴۷، ۴۸، ۵۱، ۵۵، ۵۶، ۵۷، ۵۸»، «عزت نفس اجتماعی با سؤالات ۵، ۸، ۱۴، ۲۱، ۲۸، ۴۰، ۴۹، ۴۹، ۵۲»، «عزت نفس خانوادگی با سؤالات ۶، ۹، ۱۱، ۱۶، ۲۰، ۲۲، ۲۹، ۴۴» و «عزت نفس تحصیلی با سؤالات ۲، ۱۷، ۲۳، ۳۳، ۴۲، ۴۶، ۵۴» را اندازه‌گیری می‌کند. شیوه‌ی نمره‌گذاری این آزمون به صورت صفر (۰) و یک (۱) است، به این معنا که در ماده‌های شماره ۲، ۴، ۵، ۱۰، ۱۱، ۱۸، ۱۴، ۱۹، ۲۱، ۲۲، ۲۴، ۲۸، ۳۶، ۴۵، ۴۷، ۵۷ پاسخ بلی یک نمره و پاسخ خیر صفر می‌گیرد و بقیه‌ی سؤالات به صورت معکوس

است. یعنی پاسخ خیر آن‌ها یک نمره و پاسخ بله صفر می‌گیرد. چنانچه پاسخگو از ۸ ماده‌ی دروغ‌سنج بیش از ۴ 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، شفاقی و میبدی (۱۳۹۰) پایایی آن به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۲ گزارش شده 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 گزارش شده است (غلامی بورنگ، مهرام و کارشکی، ۱۳۹۶). پایایی پرسشنامه عزت نفس 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 به دست آمده است (استاپلتون، کریگتون، کارتر و پیدگثون<sup>۱</sup>، ۲۰۱۷). همچنین آلفای کرونباخ پرسشنامه عزت نفس کوپر اسمیت را ۰/۷۶ گزارش کرده است (یلماز، سابانسیوگولاری و کومسار<sup>۲</sup>، ۲۰۱۶). در پژوهش حاضر، پایایی پرسشنامه ۰/۷۰ به دست آمد.

ب) پرسشنامه ابراز وجود: پرسشنامه ابراز وجود توسط گمبریل و ریچی<sup>۳</sup> (۱۹۷۵) تهیه شده است. این سیاهه دارای ۲۲ است که نمره‌گذاری آن در طیف ۵ درجه‌ای لیکرت می‌باشد به این صورت که اصلًاً ناراحت نمی‌شوم ۴ نمره، کمی ناراحت می‌شوم ۲ نمره، به طور متوسط ناراحت می‌شوم ۳ نمره، زیاد ناراحت می‌شوم ۴ نمره و بسیار زیاد ناراحت می‌شوم ۵ نمره تعلق می‌گیرد (سانستبان-اچاری، ریس، گونزالز-بلانچ و آلوارز-جیمنز<sup>۴</sup>، ۲۰۲۰). در داخل ایران برای بررسی اعتبار سیاهه از آلفای کرونباخ استفاده شده است که ضریب ۰/۸۰ به دست آمده است (پودینه، جناآبادی و پورقالز، ۱۳۹۵). در یک پژوهش دیگر ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۳ گزارش شده است (عرب قائی، 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 سوالات در دامنه ۰/۸۱ تا ۰/۸۷ به دست آمده است (استیونز، تان و گراس<sup>۵</sup>، ۲۰۱۶). در پژوهش حاضر، پایایی پرسشنامه ۰/۷۳ به دست آمد.

<sup>1</sup>. Stapleton, Crighton, Carter & Pidgeon

<sup>2</sup>. Yilmaz, Sabancioğulları & Kumsar

<sup>3</sup>. Gambrill, E. D., & Richey, C. A.

<sup>4</sup>. Santesteban-Echarri, Rice, González-Blanch & Alvarez-Jimenez

<sup>5</sup>. Stevens, Tan & Grace

## جلسات درمان مبتنی بر دلستگی

## جدول ۱. خلاصه محتوای درمان دلستگی

جلسات	مدخلات / محتوا
معارفه	آشنایی اولیه با کودکان و برقراری رابطه مناسب باهدف پر کردن 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.
اول	
دوم	آموزش خودآگاهی و آموزش درک هیجانات و احساسات با استفاده از استیکر و پاورپوینت، برای دوسته 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 به صورت ثناور، 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 کترول خشم و انواع رفتار (پرخاشگران، انفعالی، جراحتمندانه) در قالب مثال‌هایی از موقعیت‌های زندگی توضیح داده شد و به صورت سناریوهایی که خود بچه‌ها نوشته‌ند اجرا شد. در انتهای جلسه چهارم، از غذای خانگی برای تجربه احساس باهم‌بودن و تقویت برای حسن همکاری، استفاده شد.
پنجم	اجرا تمرينات 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 ثناور 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 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 سوالات، پیگیری فعالیت‌های بیان شده.
یافته‌ها	

## جدول ۲. ویژگی جمعیت شناختی افراد نمونه

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

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

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

انحراف استاندارد	میانگین نمونه	بیشینه	کمینه	گروهها	آزمون	مؤلفه
۴,۳۹	۱۴,۸۵	۲۱	۸	کنترل	پیش آزمون	عمومی
۳,۸۶	۱۳,۹۲	۲۱	۷	آزمایش		
۲,۵۹	۱۳,۶۰	۱۸	۱۰	کنترل		
۴,۲۶	۱۶,۱۵	۲۴	۹	آزمایش		
۱,۳۲	۵,۰۸	۷	۳	کنترل	پس آزمون	خانوارگی
۱,۰۴	۴,۲۹	۶	۲	آزمایش		
۱,۶۵	۴,۶۰	۶	۲	کنترل		
۱,۴۵	۵,۶۲	۷	۲	آزمایش		
۱,۶۶	۴,۰۸	۷	۲	کنترل	پیش آزمون	اجتماعی
۱,۱۸	۴,۰۰	۶	۲	آزمایش		
۱,۱۵	۵,۰۰	۶	۳	کنترل		
۰,۷۶	۵,۹۲	۷	۵	آزمایش		
۰,۹۹	۵,۱۵	۷	۴	کنترل	پیش آزمون	تحصیلی
۱,۶۹	۵,۰۷	۷	۳	آزمایش		
۱,۱۴	۵,۲۰	۷	۴	کنترل		
۱,۶۳	۴,۸۵	۷	۲	آزمایش		
۸,۱۹	۷۰,۰۸	۷۸	۵۲	کنترل	پیش آزمون	ابراز وجود
۶,۸۱	۷۰,۴۳	۸۱	۶۳	آزمایش		
۶,۲۲	۷۱,۳۰	۷۹	۶۲	کنترل		
۷,۸۶	۶۷,۶۲	۷۸	۵۶	آزمایش		

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 ویلکر	.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 عزت نفس دو گروه‌های آزمایش و گواه در کودکان بدسرپرست و بی‌سرپرست تفاوت معنی دار وجود دارد. در جدول ۵ به بررسی تحلیل کوواریانس برای مقایسه پس آزمون در گروه‌های آزمایش و گواه پرداخته می‌شود.

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

منابع تغییر	مؤلفه‌های عزت نفس	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	آزمون F	سطح معنی‌داری	مجذور اتا
	عمومی	۵۱,۷۲	۱	۵۱,۷۲	۴,۷۹	.۰۴	.۲۳۱
	خانوادگی	۵,۶۲	۱	۵,۶۲	۲,۵۸	.۱۳	.۱۳۹
گروه	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 دلستگی قرار گرفته) در پس آزمون مؤلفه‌های عمومی و اجتماعی عزت نفس تفاوت معنی‌داری وجود دارد؛ اما این تفاوت برای مؤلفه‌های خانوادگی و تحصیلی عزت نفس 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 اصلاح شده	۱۱۶۵,۹۱۳	۲۲				

با توجه به نتایج جدول ۶ فرض صفر تائید می‌شود. با عنایت به تأیید 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 دلستگی موجب افزایش مؤلفه‌های عزت نفس، در کودکان بدسرپرست و بی‌سرپرست می‌شود، نتایج نشان داد بین عزت نفس عمومی و اجتماعی تفاوت معنی‌داری وجود دارد. ولی بین عزت نفس خانوادگی و تحصیلی - شغلی تفاوت معنی‌داری وجود ندارد. این یافته‌ها با نتایج ناصری، کراسکیان موجمباری (۱۳۹۶) و اسراو و ایوانوا<sup>۱</sup> (۲۰۰۲) همسو است. براساس نتایج تحقیقات مذکور کودکان بی‌سرپرست به علت جراحات دلستگی، دلستگی آن‌ها نه تنها در حال ترمیم نیست، بلکه مرتبأ در حال آسیب و تکرار نامنی است. این کودکان در یک مکان ثابت هرگز سکنی نمی‌گزینند بلکه هر چند سال یکبار باید مکان خود را براساس سن و جنسیت تغییر دهند. با گذر زمان این طرح واره نامنی در وجود این کودکان پایاتر می‌شود. همچنین وجود رابطه‌ی معکوس و معنادار بین سبک‌های دلسته نایمن با عزت نفس، نیز از این یافته‌ها حمایت می‌کنند (هاستینگر و لوکن<sup>۲</sup>، ۲۰۰۴). یکی از منابع مهم عزت نفس داشتن ارتباطات نزدیک با دیگران است. با توجه به اینکه دو ویژگی اساسی افراد ایمن اعتماد به خود و اعتماد به دیگران می‌باشد، 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

<sup>1</sup>. Israel & Ivanova

<sup>2</sup>. Hustinger & Luechen

جداب 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 عزت نفس اجتماعی می‌شود. در تبیین رابطه معکوس و معنادار بین سبک دلستگی اجتنابی و سبک دلستگی مضطرب/دوسوگرا با عزت نفس می‌توان گفت افراد دلسته 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 عزت نفس اجتماعی پایین و خود پنداره منفی می‌شود. طبق نتایج به‌دست‌آمده مداخله دلستگی بر میزان عزت نفس تحصیلی و خانوادگی تأثیری نداشت؛ چرا که این کودکان از نعمت خانواده و آموزش متعارف محروم بودند بنابراین تمرکز مداخلات بر روی عزت نفس عمومی و اجتماعی بوده است.

در خصوص فرضیه دوم پژوهش مبتنی بر اینکه روش درمان مبتنی بر دلستگی 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 دلستگی ایمن، تجربه طردشگی و تحقیر همگی در شکل‌گیری قواعد سنت 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 می‌باشد 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 طردشگی و یا تنبیه و خشونت را تجربه خواهم کرد بنابراین اجتناب را به عنوان راهکار مقابله‌ای انتخاب می‌کنند. کودک با دلستگی 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 کنجدکاوی می‌کنند که این امر تأثیر بر ارتباطات اجتماعی، هوشیهر 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 به حقارت، احساس بی‌ارزشی، دوست نداشته شدن، کوچک دیده شدن 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 منع مهم محروم هستند و این خود بر رفتارهای ابراز وجود تأثیر می‌گذارد.

این پژوهش نیز مانند سایر پژوهش‌ها دارای محدودیت‌هایی بود از جمله محدود بودن ابزار جمع‌آوری داده‌ها به پرسشنامه‌های خودگزارشی، محدود بودن قلمرو تحقیق از نظر زمانی و مکانی (مرکز بهزیستی شهید قدوسی در استان تهران در سال ۱۳۹۸)، محدود بودن قلمرو تحقیق از نظر موضوعی (اثریبخشی درمان مبتنی بر دلستگی بر عزت نفس و ابراز وجود کودکان بی‌سرپرست بد سرپرست)، محدود بودن قلمرو تحقیق از نظر جامعه آماری و جنسیت مورد مطالعه (پسربان 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 تعیین دهنده 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 بی‌دقیقی 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 عزت نفس و ابراز وجود سایر سازه‌های روان‌شناختی از جمله اختلالات خوردن، افسردگی و رفتارهای مقابله‌ای، خشم در کودکان با این روش درمانی مورد مطالعه و بررسی قرار گیرد. پژوهشگران آتی می‌توانند روش درمانی دلستگی 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 می‌شود درمان‌های مبتنی بر دلستگی به مددکاران و روان‌شناسان مراکز بهزیستی آموزش داده شود؛ و بدسپرست و بی‌سرپرست، پیشنهاد می‌شود درمان‌های مبتنی بر دلستگی به مددکاران و روان‌شناسان مراکز بهزیستی آموزش داده شود؛ و از مریبان و مددکارانی که در ارتباط هر روزه با این کودکان هستند تست‌های سبک دلستگی گرفته شود و کارگاه‌ها و آموزش‌های لازم را برای آنان تدارک دید.

## منابع

- پودینه، لیلا؛ جنا‌آبادی، حسین؛ و پورقارز، عبدالله. (۱۳۹۵). رابطه سبک‌های فرزندپروری و سبک‌های انضباطی با جرأت‌ورزی دانش‌آموزان، مجله مطالعات روان‌شناسی تربیتی، ۲۴(۱۳)، ۳۸-۲۱.
- خانجانی، مهدی؛ قنبری، فرشته؛ و نعیمی، ابراهیم. (۱۳۹۸). بررسی ارتباط کارکرد خانواده، سبک دلستگی و سبک‌های تربیتی والدین با اعتیاد به اینترنت در نوجوانان. فرهنگ مشاوره و روان درمانی، ۱۰(۳۷)، ۴۲-۱۲۱.
- خیرخواه، معصومه؛ مکاری، هدی؛ نیسانی سامانی، لیلا؛ و حسینی، آغا‌فاطمه. (۱۳۹۲). ارتباط اضطراب و عزت نفس در دختران نوجوان. نشریه پرستاری ایران، ۲۶(۸۳)، ۲۹-۱۹.

- رجی، غلامرضا؛ علیبازی، هوشنگ؛ جمالی، اصغر؛ و عباسی، قدرت الله. (۱۳۹۴). بررسی رابطه عزت نفس و حمایت اجتماعی با سلامت روان در دانشجویان دانشگاه شهید چمران اهواز. *مجله مطالعات روانشناسی تربیتی*, ۲۱(۱۲)، ۸۳-۱۰۴.
- سیفی، محمد یلسین؛ شفاقی، فرهاد؛ و میدی، سارا. (۱۳۹۰). اثربخشی برنامه آموزش فلسفه به دانشآموزان دختر بر عزت نفس و توانایی حل مسئله آنها. *فصلنامه روانشناسی کاربردی*, ۵(۲)، ۸۳-۶۶.
- شکورنیا، عبدالحسین؛ علیجانی، هوشنگ؛ نجار، شهناز؛ و الهامپور، حسین. (۱۳۹۴). بررسی رابطه عزت نفس و رویکردهای مطالعه با پیشرفت تحصیلی دانشجویان. *گام‌های توسعه در آموزش پژوهشی*, ۱۲(۲)، ۳۱۴-۳۰۷.
- عرب قائی، ماریه؛ هاشمیان، کیانوش؛ مجتبایی، مینا؛ مجdar، الهمه؛ و آقابیکی، آتوسا. (۱۳۹۶). اثربخشی آموزش ذهن آگاهی مبتنی بر کاهش استرس بر افزایش جرات ورزی در دانشجویان مضطرب. *محله پژوهشی ارومیه*, ۲۱(۲)، ۱۲۹-۱۱۹.
- غلامی بورنگ، فاطمه؛ مهرام، بهروز؛ و کارشکی، حسین. (۱۳۹۶). ساخت و اعتباریابی مقیاس اضطراب از پژوهش برای دانشجویان. *محله روانپژوهی 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 موجمبایی، دیس. (۱۳۹۶). اثربخشی نقاشی درمانی در افزایش عزت نفس و خوداثمندی کودکان بی‌سرپرست شهر کرج. *محله تحقیقات علوم رفتاری*, ۱۵(۴)، ۴۹۴-۴۸۱.
- نصیری، فرزاد؛ نصیری، سامان؛ بخشی پور رودسری، عباس. (۱۳۹۳). پیش‌بینی گرایش به مصرف مواد بر اساس عزت نفس و مؤلفه‌های هوش هیجانی. *فصلنامه اعتمادپژوهی*, ۱۶(۳۱)، ۱۴۶-۱۳۵.
- هارون رشیدی، همایون؛ و کاظمیان مقدم، کبری. (۱۳۹۷). رابطه الگوهای ارتباطی، انعطاف‌پذیری و انسجام خانواده با جرأت ورزی 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.

- Yilmaz, F. T., Sabancioğulları, 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