

اثربخشی بازی مشترک مادر- کودک بر کاهش اختلال دلبستگی دانش آموزان پسر دوره ابتدایی

سعیده سبزیان^۱، حسینعلی مهربانی^۲، مهرداد کلانتری^۳

تاریخ وصول: ۹۴/۲/۱۵

تاریخ پذیرش: ۹۴/۹/۱۰

چکیده

هدف از اجرای این پژوهش تعیین اثربخشی بازی مشترک مادر - کودک بر کاهش علائم اختلال دلبستگی دانش آموزان پسر دوره ابتدایی شهر اصفهان بود. طرح پژوهش حاضر به صورت نیمه تجربی همراه با گروه گواه و با ارزیابی به صورت پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری بود، به این صورت که تعداد ۳۲ دانش آموز پسر دارای نمره بالای اختلال دلبستگی، از مدارس ابتدایی شهر اصفهان با روش نمونه گیری هدفمند انتخاب و به شیوه تصادفی تعداد ۱۶ نفر در گروه آزمایش و ۱۶ نفر در گروه گواه گمارده شدند. آزمودنی‌های گروه آزمایش یک دوره هشت جلسه‌ای به صورت هفتگی با مشارکت مادران و بازی با کودک دریافت کردند، در حالی که آزمودنی‌های گروه گواه چنین مداخله‌ای دریافت نکردند و در لیست انتظار قرار گرفتند. آزمودنی‌های دو گروه با استفاده از فرم والد پرسشنامه اختلال دلبستگی راندولف مورد ارزیابی قرار گرفتند. نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس نشان داد که ارائه مداخله بازی مشترک مادر- کودک باعث کاهش ۸۳/۳٪ علائم اختلال دلبستگی در مرحله پس آزمون و کاهش ۷۸/۹٪ این اختلال در مرحله پیگیری می‌شود. براساس یافته‌های این پژوهش می‌توان نتیجه گرفت ارائه مداخله مبنی بر آموزش بازی مشترک مادر- کودک در کاهش علائم اختلال دلبستگی موثر بوده است و با استفاده از این روش مداخله‌ای، می‌توان در جهت کاهش شدت علائم اختلال دلبستگی و همچنین بهبود رابطه مادر و کودک استفاده کرد.

واژگان کلیدی: بازی مشترک مادر- کودک، اختلال دلبستگی، دانش آموزان پسر

مقدمه

نظریه دلبستگی که به پیوند عاطفی بین نوزاد و مادر یا شخص بالغ دیگری اشاره دارد، همواره از مهم‌ترین مباحث مطرح شده در روان‌شناسی تحولی بوده است. دلبستگی به تمایل نوزاد انسان به جست‌وجوی راحتی، حمایت، تغذیه و محافظت از جانب تعداد کمی از مراقبان

۱. دانشجوی دکترای روانشناسی تربیتی دانشگاه اصفهان (نویسنده مسؤل) sabzian1989@yahoo.com

۲. استادیار روانشناسی دانشگاه اصفهان

۳. دانشیار روانشناسی دانشگاه اصفهان

اشاره دارد (زینا، ۲۰۰۹). دلبستگی پیوندی هیجانی بین دو نفر است که آنها را از لحاظ فیزیکی و مکانی به هم پیوند می‌زند و تداوم می‌یابد (اینسورث^۲، ۱۹۷۴؛ به نقل از). دلبستگی سازوکاری است که در طی تکامل برای حفاظت از نوزاد انسان به وجود آمده است تا احتمال بقای او و رسیدنش به بزرگسالی و انتقال ژن‌هایش به نسل بعدی را افزایش دهد (نیوتن^۳، ۲۰۰۸). دلبستگی برای زنده ماندن و رشد اطفال ضروری است (اینسورث، ۱۹۷۴، بالبی^۴، ۱۹۷۳). به نظر جان بالبی دلبستگی محصول تکامل و ضامن بقای نوزاد است؛ چون باعث می‌شود مراقبان کودک از او محافظت کنند و زمینه‌ساز رشد وی شوند. البته تشکیل دلبستگی نیاز به زمان دارد و هم‌پای توانایی‌های شناختی کودکان به وجود می‌آید. بنابراین اگرچه دلبستگی ریشه‌های زیست‌شناختی دارد، اما یادگیری و شناخت نیز در آن نقش دارند. محققان نشان داده‌اند که اختلال در رابطه اولیه مراقبان و کودکان می‌تواند عواقب شدیدی به دنبال داشته باشد، در واقع اختلال در روابط اولیه، اساس و زیربنای اختلالات هیجانی بعدی است. کودکانی که به اندازه کافی به آنها توجه و رسیدگی نمی‌شود و دلبستگی ایمن در آنها شکل نمی‌گیرد در آینده کودکانی مضطرب می‌شوند و نمی‌توانند با دیگران به خوبی رابطه برقرار کنند (فروید ۱۹۹۸ و راتر، ۱۹۷۹؛ به نقل از کاپلان، ۲۰۰۰؛ ترجمه فیروزبخت، ۱۳۸۶). از نظر بالبی تجاربی که کودک با چهره دلبستگی در طول سال‌های رشد نایافتگی، نوزادی، دوران کودکی و نوجوانی کسب کرده است، تعیین‌کننده‌های اصلی مسیر تحول رفتار دلبستگی و الگوی دلبستگی فرد محسوب می‌گردد. بنابراین بین الگوی دلبستگی کودک و تعاملات با مادر، ارتباط نزدیکی وجود دارد. شکست مادر در ایجاد یک ارتباط گرم، حساس و پاسخ‌دهنده در اولین سال زندگی مشکلات رفتاری پایداری در کودک ایجاد می‌کند (فوجل^۵، ۱۹۹۷؛ اورکوئیزا و بلاکر^۶، ۲۰۱۲).

در زمینه دلبستگی سه نوع دلبستگی از یکدیگر متمایز شده است. الف: سبک ایمن: افراد دارای این سبک برایشان آسان است که با دیگران رابطه نزدیکی برقرار کنند و از اینکه به دیگران تکیه کنند و نیز اجازه دهند که دیگران به آنها تکیه کنند، احساس راحتی می‌کنند.

-
1. Zeanah
 2. Ainsworth
 3. Newton
 4. Bowlby
 5. Fogel
 6. Urquiza & Blacker

این افراد از اینکه دیگران آنها را ترک کنند یا خیلی به آنها نزدیک شوند، احساس نگرانی نمی‌کنند. ب: سبک اجتنابی: افراد دارای این سبک از اینکه به دیگران نزدیک شوند، احساس ناراحتی می‌کنند و نمی‌توانند به طور کامل به دیگران اعتماد کنند. برای این افراد مشکل است که به خودشان اجازه دهند که به دیگران تکیه کنند، و وقتی می‌بینند که کسی می‌خواهد به آنها نزدیک شود، عصبی می‌شوند و احساس می‌کنند که دیگران اغلب می‌خواهند بیشتر از حدی که آنها احساس راحتی می‌کنند با آنها صمیمی باشند. ج: سبک مضطرب- دوسوگرا: افراد دارای این سبک، مایلند که با بعضی افراد کاملاً یکی شوند ولی این خواسته بعضی اوقات باعث ناراحتی و دوری مردم از آنها می‌شوند (کولینز و رید، ۱۹۹۴؛ به نقل از کمیجانی، ۱۳۸۸).

تغییر دلبستگی از متغیرهای مهمی است که پژوهش‌های زیادی در این مورد انجام شده است برای مثال توماس^۱ (۱۹۸۸) در پژوهش خود نشان می‌دهد که اطفال دارای دلبستگی توام با ایمنی در دوران خردسالی، اجتماعی‌ترند و قابلیت شناخت بیشتری دارند، مسائل را بهتر حل و فصل می‌کنند، با مادر بیشتر همکاری می‌کنند و فرامین او را راحت‌تر اجابت می‌کنند، توانایی‌های بهتری دارند و در اواسط کودکی مشهورترند و هیجانات منفی کمتر و هیجانات مثبت بیشتری بروز می‌دهند. در حقیقت کیفیت دلبستگی طفل به مادرش بر تمامی روابط شخصی وی تاثیر می‌گذارد و با قابلیت بالای او در روابط میان‌فردی آینده‌اش رابطه دارد. الگوهای ارتباطی دوران طفولیت بر روابط آتی اطفال در بزرگسالی حاکم می‌شوند (لندرت^۲، ۲۰۱۱)

آسیب روانی موقعی به وجود می‌آید که تجارب اولیه، منجر به احساس منفی یا احساس ناشایستگی از خود می‌شود. در غیاب تعامل‌های مثبت و پاسخگو، کودک یاد می‌گیرد خودش را به عنوان فرد غیر دوست داشتنی و ناشایست نگاه کند، دیگران را به عنوان غیر قابل اعتماد و برای دسترسی به آنها دنیا را به عنوان دنیای ناامن و پر خطر می‌بیند و به عبارت دیگر، در یک دلبستگی ناامن، فرآیند یادگیری در مورد خودش در زندگی، منفی و دلسردکننده می‌شود. بسیاری از مشکلات رفتاری کودکان بزرگ‌تر می‌تواند ناشی از اثر شروع دلبستگی ناامن و پیامد نظرات منفی در مورد خودشان و دنیا باشد (دیاز^۳، ۲۰۰۵).

1. Thomas
2. Landreth
3. Diaz

وینی کات^۱ (۱۹۶۴) هر دو، شکست‌های مراقبت‌کنندگان اولیه را به آسیب شناختی بعدی ارتباط می‌دهند. کوهات آسیب‌شناختی خود را ناشی از آشفتگی‌هایی در روابط شی با خود می‌داند که به اوایل زندگی مربوط می‌شود. این روابط خود با شی، به مقوله دل‌بستگی اشاره دارد. وینی کات سلامت روانی را به عنوان "یکپارچگی ارتباط و خودانگیختگی خود" می‌داند. آسیب‌شناختی روانی شامل گمراهی و محدودیت در حرکت و بیان خود است. عامل ضروری و کافی که پاسخ‌گوی سلامت روانی است، تدارکات مناسب والدینی و مادری به حد کافی خوب است. نظریه دل‌بستگی بر کیفیت روابط والد - کودک (نه تنها در دوران طفولیت بلکه در کل زندگی) تأکید می‌کند تا آسیب‌شناسی روانی را توضیح دهد. در این دیدگاه، مشکلات رفتاری در کودکان اغلب راهبردهایی برای جلب توجه یا نزدیکی به مراقب در نظر گرفته می‌شوند که ممکن است به سایر علائم نزدیکی پاسخ ندهند (زینا و فاکس^۲، ۲۰۱۴).

مطالعات تجربی در زمینه دل‌بستگی ایمن نشان داده‌اند که برخی از رفتارهای متفاوت کودکان دل‌بسته ایمن با کودکان دل‌بسته نایمن حاکی از نشانه‌های اولیه آشفتگی اختلالات رفتاری می‌باشند. به علاوه، محققانی که شرایط دل‌بستگی کودک را با مشکلات رفتاری سال‌های قبل از مدرسه مرتبط می‌دانند، یافته‌های متناقضی به دست داده‌اند. الگوی دل‌بستگی مضطرب - اجتنابی احتمالاً با مشکلات بی‌اعتنایی در سال‌های قبل از مدرسه ارتباط دارد، طبقه جدید از هم گسیخته - اختلال بی‌اعتنایی - مقابله‌ای در سال‌های قبل از مدرسه با الگوی دل‌بستگی ارتباط دارد و طبقه جدید از هم گسیخته - اختلال در جهت‌یابی (در ۱۸ ماهگی) پیش‌بینی‌کننده مشکلات رفتاری بعدی هستند که ماهیت خصمانه دارند. در مراحل بعدی، دل‌بستگی نایمن با پرخاشگری پسران دبستانی (و نه دختران) ارتباط پیدا می‌کند. همچنین، پیش‌بینی‌ها با افزایش عوامل خطر محیطی یا خانوادگی قوی‌تر می‌باشند. گرینبرگ و همکاران^۳ (۱۹۴۱) هم با خلاصه کردن نتایج تحقیقات به این نتیجه رسیدند که دل‌بستگی نایمن بر رفتارهای ضداجتماعی کودکان تأثیر زیادی دارد. در عوض، روابط دل‌بسته از لحاظ آماری با جنسیت، جنبه‌های زیستی کودک، متغیرهای بوم‌شناختی خانواده و فعالیت‌های کنترلی والدین که موجب بروز رفتارهای ضداجتماعی می‌گردد، تعامل دارد (ماش و

1. Winnicott
2. Zeanah & Fox
3. Greenburg

بارکلی، ۱۹۴۹؛ ترجمه توزنده جانی، ۱۳۸۳). در حالی که شواهد قابل توجهی وجود دارد که دسته‌ای از دلبستگی‌های اولیه (مثل امنیت و ناامنی) هردو پایا و باثبات هستند، همچنین شواهدی مبنی بر تغییر، هم مثبت و هم منفی امکان‌پذیر است. نمونه‌های مربوط به تغییر مثبت موقعی می‌تواند اتفاق بیفتد که کودک یک تجربه انطباقی خوب دارد، یا موقعی که محیط‌های خانوادگی بهبود می‌یابند. موقعی که مادران یک ارتباط باثباتی را با شریک‌شان شکل می‌دهند، سازگاری کودک پیشرفت می‌کند. البته امنیت کودک به خاطر فقدان از طریق مرگ یا طلاق یا از طریق غیبت طولانی به خاطر بیماری به طور منفی تحت تاثیر قرار می‌گیرد (سروف، ۱۹۸۵؛ به نقل از کمیجانی، ۱۳۸۵).

کتابچه راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی (DSM-5)، اختلال دلبستگی واکنشی را به بدرفتاری اولیه مربوط دانسته‌اند و با رفتارهای مهار نشده (جامعه‌پذیری نامتمايز) یا بازداری شده (گوشه‌گیری و گوش به زنگی بیش از حد) مربوط دانسته‌اند (مینیس و همکاران^۱، ۲۰۰۹). اختلالات دلبستگی با شدت‌های متفاوت در جوامع مختلف در حال افزایش است (فیشر و همکاران^۲، ۱۹۹۰)، کودکان دارای اختلالات دلبستگی در موقعیت‌های اجتماعی قادر به تعامل و رابطه مناسب با دیگران نیستند (ون ایجزندورون^۳، ۲۰۰۳). هانسون و اسپارت^۴ (۲۰۰۰)، خاطر نشان کرده‌اند که در سال‌های اخیر، درصد کودکان مبتلا به مشکلات دلبستگی رو به افزایش یافته است. برای اختلال دلبستگی در این راستا مداخلات درمانی غیردارویی متعددی از جمله بازی‌درمانی، روان‌درمانی پویا و درمان‌های شناختی پیشنهاد شده‌اند (پری، ۱۹۹۹؛ به نقل از سلطانی و همکاران، ۱۳۹۰). فولر^۵ (۱۹۹۸) معتقد است که برای تأثیرگذار بودن درمان لازم است به جای تمرکز کامل بر کودک، خانواده و مراقبان اصلی کودک نیز تحت درمان و آموزش قرار بگیرند. هدف اصلی خانواده‌درمانی با رویکرد دلبستگی‌درمانی، ایجاد یک پایگاه و تکیه‌گاه ایمن برای کودک در خانواده است (بینگک، ۱۹۹۰؛ به نقل از جهانبخش، ۱۳۹۰).

رویکرد بازی‌درمانی بر این فرض است که تغییر امکان‌پذیر است و عوامل ضروری برای تغییر، در ارتباط مثبت‌ترین کودک و والدین قرار دارد. از آنجایی که ریشه‌های رشد خود،

1. Minis & etal
2. Fishler & etal
3. Van IJzendoorn
4. Hanson & Spratt
5. Fowler

عزت نفس و اعتماد در سال‌های اولیه زندگی قرار دارد، ضروری است که به مرحله‌ای برگردیم که رشد عاطفی کودک مختل شده و تجربه‌هایی را فراهم کنیم تا بتواند چرخه تعامل سالم را دوباره به کار بیندازد. فعالیت‌ها با سطح عاطفی فعلی کودک هماهنگ شوند نه با سن تقویمی او و والدین تشویق شوند با همدلی و تفاهم به نیازهای واپس‌گرایانه کودک پاسخ دهند. هدف از درمان تغییر تصویر داخلی خود و دیگران از یک تصویر منفی به یک تصویر مثبت است (محمد اسماعیل، ۱۳۸۹).

کودکان در طی بازی‌درمانی، دنیای هیجانی درونی خود را برون‌ریزی می‌کنند، زیرا بازی‌درمانی بالقوه کمک‌کننده است و انواع مشکلات همانند خشونت خانوادگی، سوء استفاده‌ها و برخی تعارض‌های ارتباطی و غیره درمان می‌شود (بابایی و همکاران، ۱۳۹۰). در واقع در بازی‌درمانی، اسباب‌بازی‌ها مثل کلمات کودک و بازی، زبان کودک است (لندرت^۱، ۲۰۱۰). از سوی دیگر، لندرت (۲۰۱۰) اشاره می‌کند که مشارکت والدین هم در بازی‌درمانی، آنان را به درک و پذیرشی مطلوب در ارتباط با رفتار کودک دست می‌رساند. علاوه بر این، از جمله روش‌های درمانی که برای اصلاح رفتار کودکان پیشنهاد شده، می‌توان به برنامه درمان ارتباطی والد-کودک (CPRT) اشاره کرد که بیانگر آن است چون والدین از ارتباط قوی با کودک برخوردارند، دارای مزیتی بالاتر نسبت به درمانگران هستند، به احتمال زیاد این ارتباط طبیعی و ذاتی بین والد و کودک، کلید اثربخشی بالاتر و نتایج ماندگارتر درمان در روش آموزشی مبتنی بر رابطه والد-کودک است (لندرت، ۲۰۰۶). والد و کودک از طریق بازی با یکدیگر، شیوه جدیدی از با هم بودن را تجربه می‌کنند که باعث بهبود اعتماد، شادی دو جانبه و شکل‌گیری انعطاف‌پذیری برای ترمیم مشکلات احساسی و به ویژه اختلال دلبستگی می‌شود (رضایی، ۱۳۸۹). فولر^۲ (۱۹۹۸) تاکید می‌کند که برای اثرگذار بودن درمان، لازم است به جای تمرکز کامل بر کودک، خانواده و مراقبان اصلی کودک نیز تحت درمان قرار بگیرند.

در ارتباط با متغیرهای پژوهش تحقیقات محدودی صورت گرفته است. از جمله مهم‌ترین وجه تمایز این پژوهش با اکثر پژوهش‌های مورد بررسی، نوع مداخله آن می‌باشد. برای مثال برخلاف پژوهش‌های قبلی محقق در این پژوهش سعی داشت به بررسی اثربخشی

1. Landreth
2. Fowler

بازی مشترک مادر- کودک بر کاهش اختلال دلبستگی دانش آموزان پسر دوره ابتدایی پیردازد. در پژوهش های انجام شده قبلی بیشتر به اثربخشی بازی درمانی به وسیله خود درمانگر با کودکان دارای مشکلات رفتاری پرداخته شده و والدین در روند درمان درگیر نبودند و در برخی پژوهش ها که والد را درگیر می کردند از روش مداخله ای بازی درمانی استفاده نمی کردند؛ و یا برای مثال: پور احمدی و همکاران (۱۳۸۸)، به بررسی اثر کوتاه مدت آموزش برنامه ی فرزندپروری مثبت بر تغییر شیوه های (3P) فرزندپروری مادران کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله ای پرداختند. همچنین رجب پور و همکاران (۱۳۹۱) به بررسی اثربخشی گروه درمانی رابطه والد- کودک بر پرخاشگری کودکان پیش دبستانی پرداختند، اما در این پژوهش محقق مادر را به عنوان درمانگر کودک در روند درمان وارد کرده و بازی هایی را به مادر آموزش داده تا مادر آنها را با کودک خود انجام دهد و نقش موثری در درمان فرزندش داشته باشد. همچنین در سایر پژوهش ها به درمان اختلال دلبستگی کودکان کمتر توجه شده و پژوهش ها در این زمینه محدود بوده اند و اگر هم پژوهشی در این زمینه وجود داشته بازی درمانی به ویژه بازی مادر- کودک را به کار نبرده اند. برای مثال جهانبخش و همکاران (۱۳۹۰) اثربخشی درمان مبتنی بر دلبستگی بر علائم نافرمانی مقابله ای در دختران دارای مشکلات دلبستگی را بررسی کردند. همچنین مینی والن^۱ (۲۰۱۱) در پژوهشی اثربخشی بازی درمانی بر کاهش مشکلات رفتاری برای دانش آموزان دارای اختلال دلبستگی را مورد بررسی قرار داد، نتایج پژوهش او نشان داد که ارائه ۱۰ جلسه یک ساعته بازی درمانی بی رهنمود باعث کاهش مشکلات رفتاری در دانش آموزان دارای مشکلات رفتاری شد. ری^۲ (۲۰۱۴) در پژوهشی به بررسی اثربخشی بازی درمانی در کاهش استرس در رابطه والد- کودکان دارای اختلال رفتاری را مورد بررسی قرار داد نتایج پژوهش او نشان داد بازی در کاهش استرس رابطه کودک- والد تأثیر مثبت داشته و برای کودکان دارای مشکلات رفتاری درونی و بیرونی و کودکانی که با مشکلات رفتاری طبقه بندی نشده بودند اثربخش بوده است. در کل هیچ پژوهشی تاکنون به بررسی اثربخشی بازی مشترک مادر- کودک بر کاهش اختلال دلبستگی نپرداخته است، بر این اساس در این مطالعه روش آموزش والدین و بازی درمانی با هم تلفیق شده و در درمان این کودکان به کار برده شد، بنابراین هدف از این پژوهش بررسی اثربخشی

1. Meany- Walen

2. Ray

بازی مشترک مادر- کودک بر کاهش علائم اختلال دلبستگی دانش آموزان پسر دوره ابتدایی مبتلا به بی‌اعتنایی مقابله‌ای شهر اصفهان بود.

روش پژوهش

در این پژوهش از طرح نیمه‌تجربی همراه با گروه کنترل و ارزیابی به صورت پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری یک ماهه استفاده شد که سیمای کلی آن در جدول (۱) ارائه شده است.

جدول ۱. سیمای کلی طرح پژوهش

گروه‌ها	گمارش نمونه	پیش‌آزمون	مداخله	پس‌آزمون	پیگیری
آزمایش	R	T ₁₁	X	T ₁₂	T ₁₃
کنترل	R	T ₂₁	-	T ₂₂	T ₂₃

جامعه آماری، حجم نمونه و روش نمونه‌گیری: جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه دانش‌آموزان پسر دوره ابتدایی دارای نمرات بالا در اختلال دلبستگی در دبستان‌های شهر اصفهان بود. نمونه‌گیری این پژوهش در دو مرحله انجام شد؛ در مرحله اول، از بین نواحی پنج‌گانه شهر اصفهان، ناحیه سه و از بین دبستان‌های این ناحیه، چهار دبستان پسرانه به صورت در دسترس انتخاب شدند. در هر مدرسه از بین کلاس‌های پایه اول و دوم، چهار کلاس به طور تصادفی انتخاب و سپس کلیه دانش‌آموزان این چهار کلاس، به تعداد ۱۲۳ نفر از جهت داشتن اختلال دلبستگی با استفاده از پرسشنامه اختلال دلبستگی راندولف مورد ارزیابی قرار گرفتند. بر این اساس، تعداد ۳۲ دانش‌آموز دارای نمرات بالای اختلال دلبستگی انتخاب و با انجام فرم والد CSI-4 و مصاحبه بالینی براساس سیستم تشخیصی چند محوری DSM از صحت این تشخیص، اطمینان حاصل شد و آزمودنی‌های دارای ملاک‌های ورودی شامل عملکرد هوشی حداقل متوسط (بالاتر از ۸۵) یا بیشتر در محور دوم سیستم تشخیصی، نداشتن بیماری جسمانی شدید، زندگی با پدر و مادر، محدوده سنی بین ۶-۹ سال انتخاب شدند. سپس، در مرحله دوم، این ۳۲ دانش‌آموز به طور تصادفی به گروه آزمایش و گواه گمارده شدند ($n_1=n_2=16$). برای مادران کودکان گروه آزمایش یک دوره آموزش بازی مشترک با کودک به مدت هشت جلسه و هر جلسه به مدت ۹۰ دقیقه به صورت هفتگی ارائه شد در حالی که مادران گروه گواه، در لیست انتظار قرار گرفتند و چنین مداخله‌ای دریافت نکردند.

محتوای این جلسات که براساس نظریه‌های بازی‌درمانی و درمان مبتنی بر تعامل مادر- کودک در نظریه لندرت تنظیم شده بود، شامل دو جلسه آموزش به مادران در جهت آشنایی بیشتر با علائم کودک مبتلا و همچنین آموزش مهارت‌هایی در جهت بهبود رابطه والد- فرزند در منزل بود. علاوه بر این، از جلسه سوم به بعد، برخی از بازی‌ها به والدین آموزش داده شد که به طور مشترک با فرزند خود انجام دهند. این بازی‌ها بسته به اهداف تحقیق انتخاب شده بود به گونه‌ای که از یک سو ساده و کم‌هزینه بود و از سوی دیگر، بر کاهش علائم اختلال دلبستگی و افزایش مهارت‌های خود گواهی، تعامل مثبت، توجه، تخلیه هیجان و بهبود ارتباط تاکید داشت. در هر جلسه یک تا سه بازی ارائه و به صورت عملی انجام می‌شد و مادران موظف بودند در منزل هم تا جلسه بعد حداقل چهار مرتبه این بازی را به طور مشترک با فرزند خود انجام دهند و بسته به سلیقه خود می‌توانستند آن را تا حدودی تغییر دهند.

پس از اتمام دوره آموزش، مجدداً از مادران هر دو گروه آزمایش و گواه از طریق فرم والد پرسشنامه اختلال دلبستگی راندولف، پس‌آزمون به عمل آمد و یک ماه پس از آن، ضمن هماهنگی تلفنی با مادران مجدداً پرسشنامه مذکور توسط مادران به عنوان پیگیری تکمیل شد. در نهایت، پس از نمره‌گذاری تمامی پرسشنامه‌ها، داده‌ها وارد نرم‌افزار آماری SPSS-20 شد و با استفاده از روش تحلیل واریانس اهداف پژوهش ارزیابی شد. در این تحلیل، عضویت گروهی در دو سطح دریافت و عدم دریافت مداخله به عنوان متغیر مستقل، نمرات اختلال دلبستگی به عنوان متغیرهای وابسته و نمرات پیش‌آزمون در نوع مذکور به همراه تحصیلات والدین و طبقه اجتماعی- اقتصادی خانواده به عنوان متغیر گواه لحاظ شدند.

ابزار گردآوری داده‌ها

۱. پرسشنامه اختلال دلبستگی کودکان راندولف^۱: پرسشنامه اختلال دلبستگی راندولف برای معرفی اختلالات دلبستگی ساخته شد. این پرسشنامه یک چک‌لیست ۳۰ مؤلفه‌ای از فراوانی گزارشات والدین کودکان ۵ تا ۱۸ سال است که شامل مشکلات متعددی است که مراقب کودک در طول دو سال قبل مشاهده کرده است. آلفای کرونباخ برای پرسشنامه اختلال دلبستگی راندولف برابر با ۰/۸۳ محاسبه شد که این میزان حاکی از همسانی

درونی مطلوب سؤالات پرسشنامه می‌باشد. این ضریب همسانی درونی با ضریب همسانی درونی‌ای که با استفاده از روش دو نیمه کردن که توسط راندولف به دست آمد یعنی $0/84$ برای گروه مبتلا به اختلال دلبستگی و $0/81$ برای گروه دارای مشکلات رفتاری اما فاقد اختلال دلبستگی قابل مقایسه است. حساسیت این پرسشنامه برابر با 100% و ویژگی آن برابر با 90% است. این میزان از حساسیت و ویژگی، حاکی از قدرت بالای این پرسشنامه در تشخیص عضویت گروهی افراد می‌باشد و از این جهت می‌توان آن را دارای روایی تشخیصی دانست (شاتو، ۱۳۹۱).

۲. پرسشنامه اطلاعات جمعیت‌شناختی: به منظور جمع‌آوری اطلاعات فردی و دموگرافیک آزمودنی‌ها، برگ اطلاعات فردی طراحی گردید که در آن جنس، وضعیت تأهل، میزان تحصیلات، وضعیت اجتماعی- اقتصادی خانواده جهت ترسیم تصویر جمعیت‌شناختی آزمودنی‌ها تهیه و استفاده گردید.

یافته‌های پژوهش

میانگین سنی آزمودنی‌های گروه آزمایش $8/12$ و گروه گواه $8/00$ سال بود. همچنین میانگین سن پدرها در گروه آزمایش $36/43$ و در گروه گواه $37/75$ و همچنین میانگین سن گروه مادرها در گروه آزمایش $32/93$ و گروه گواه $31/62$ بود. همچنین در گروه آزمایش $43/8\%$ و در گروه گواه $43/8\%$ مادران وضعیت اقتصادی خود را متوسط، $56/3\%$ در گروه آزمایش و $56/3\%$ در گروه گواه وضعیت اقتصادی خود را خوب گزارش کردند. علاوه بر این، 25% پدران گروه آزمایش و $37/5\%$ گروه گواه دارای تحصیلات دیپلم بودند و $43/8\%$ در گروه آزمایش و $56/3\%$ در گروه گواه دارای تحصیلات لیسانس بودند. $62/5\%$ مادران گروه آزمایش و $43/8\%$ در گروه گواه دارای تحصیلات لیسانس و $18/8\%$ در گروه آزمایش و $12/5\%$ در گروه گواه دارای تحصیلات کارشناسی ارشد بودند. $18/8\%$ مادران گروه آزمایش و $6/3\%$ گروه گواه دارای تحصیلات دکترا بودند.

جدول ۲. شاخص‌های توصیفی نمره اختلال دلبستگی آزمودنی‌ها بر حسب مرحله و عضویت گروهی

عضویت گروهی	تعداد	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری
		انحراف میانگین	انحراف استاندارد	انحراف میانگین	انحراف استاندارد	
آزمایش	۱۶	۱۸/۳۷	۶/۹۹	۱۲/۰۰	۵/۲۹	۵/۳۴
گواه	۱۶	۲۰/۴۷	۳/۹۸	۱۷/۴۳	۳/۴۸	۳/۶۲

همان‌طور که در جدول (۲) مشاهده می‌شود میانگین نمره اختلال دلبستگی آزمودنی‌های گروه آزمایش در پیش‌آزمون ۱۸/۳۷ و در پس‌آزمون ۱۲ و در پیگیری ۱۲/۰۶ بود، برای گروه گواه هم به ترتیب ۲۰/۴۷، ۱۷/۴۳ و ۱۸/۰۶ بود.

جدول ۳. تحلیل کوواریانس مقایسه علائم اختلال دلبستگی آزمودنی‌ها بر حسب عضویت گروهی در مرحله پس‌آزمون

نوع اختلال	مرحله ارزیابی	میانگین	انحراف استاندارد	تاریخ	تاریخ	تاریخ	تاریخ	تاریخ
سن	پس‌آزمون	۲/۴۸	۱	۲/۴۸	۰/۶۰۹	۰/۴۴۳	۰/۲/۶	۱۱/۶
سن پدر	پس‌آزمون	۷/۴۶	۱	۷/۴۶	۱/۸۳	۰/۱۸۹	۰/۷/۴	۲۵/۴
سن مادر	پس‌آزمون	۰/۴۷۱	۱	۰/۴۷۱	۰/۱۱۶	۰/۷۳۷	۰/۰/۵	۰۶/۲
تحصیلات پدر	پس‌آزمون	۰/۰۰۳	۱	۰/۰۰۳	۰/۰۰۱	۰/۹۷۹	۰/۰/۰	۰۵/۰
تحصیلات مادر	پس‌آزمون	۱/۶۳	۱	۱/۶۳	۰/۴۰۲	۰/۵۳۲	۰/۱/۷	۰۹/۳
وضعیت اقتصادی	پس‌آزمون	۴/۶۹	۱	۴/۶۹	۱/۱۵	۰/۲۹۴	۰/۴/۸	۱۷/۷
پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۴۶۸/۴۰	۱	۴۶۸/۴۰	۱۱۴/۹۶	۰/۰۰۱	۸۳/۳	۱/۰۰۰
عضویت گروهی	پس‌آزمون	۸۸/۸۲	۱	۸۸/۸۲	۲۱/۸۰	۰/۰۰۱	۴۸/۷	۹۹/۴

جدول ۴. تحلیل کوواریانس مقایسه علائم اختلال دلبستگی آزمودنی‌ها بر حسب عضویت گروهی در مرحله پیگیری

نوع آماری	اندازه اثر (%)	معنی داری	F	میانگین مجدورات	درجه آزادی	مجموع مجدورات	مرحله ارزیابی	نوع پیش‌آزمون
۱۵/۴	۰۳/۹	۰/۳۴۲	۰/۹۴۲	۴/۹۶	۱	۴/۹۶	پیگیری	سن
۰۸/۲	۰۱/۳	۰/۵۸۸	۰/۳۰۳	۱/۵۹	۱	۱/۵۹	پیگیری	سن پدر
۰۵/۰	۰۰/۰	۰/۹۵۲	۰/۰۰۴	۰/۰۲۰	۱	۰/۰۲۰	پیگیری	سن مادر
۰۵/۲	۰۰/۱	۰/۹۰۰	۰/۰۱۶	۰/۰۸۵	۱	۰/۰۸۵	پیگیری	تحصیلات پدر
۱۳/۳	۰۳/۲	۰/۳۹۲	۰/۷۶۰	۴/۰۰	۱	۴/۰۰	پیگیری	تحصیلات مادر
۲۸/۵	۰۸/۴	۰/۱۶۰	۲/۱۰	۱۱/۱۰	۱	۱۱/۱۰	پیگیری	وضعیت اقتصادی
۱/۰۰۰	۷۸/۹	۰/۰۰۱	۸۶/۱۲	۴۵۴/۱۰	۱	۴۵۴/۱۰	پیگیری	پیش‌آزمون
۹۹/۱	۴۶/۹	۰/۰۰۱	۲۰/۳۱	۱۰۷/۱۰	۱	۱۰۷/۱۰	پیگیری	عضویت گروهی

نتایج تحلیل کوواریانس مندرج در جدول ۳ و ۴ نشان داد با گواه رابطه‌ی معنادار $۰/۸۳/۳$ نمرات پیش‌آزمون با نمرات پس‌آزمون و رابطه معنادار $۰/۷۸/۹$ در پیش‌آزمون علائم ($p < ۰/۰۵$)؛ و تفاوت میانگین‌های تعدیل شده- که این میانگین تعدیل شده از کسر اثر نمرات متغیرهای گواه شده از روی نمرات پس‌آزمون و پیگیری به دست می‌آید- دو گروه آزمایش و گواه در مراحل پس‌آزمون و پیگیری معنادار است ($p < ۰/۰۵$)؛ با توجه به میانگین‌های تعدیل شده دو گروه مندرج در جدول ۵ و همچنین اندازه اثر مشاهده شده، می‌توان نتیجه گرفت که ارائه مداخله آموزش بازی مادر- کودک باعث کاهش $۰/۴۸/۷$ علائم اختلال دلبستگی آزمودنی‌ها در مرحله پس‌آزمون و کاهش $۰/۴۶/۹$ این علائم در مرحله پیگیری شده است. توان آماری مشاهده شده هم، حاکی از دقت آماری عمدتاً بالا و کفایت حجم نمونه جهت ارزیابی این فرضیه‌ها می‌باشد.

جدول ۵. میانگین‌های تعدیل شده اختلال دلبستگی آزمودنی‌ها بر حسب عضویت گروهی و مرحله ارزیابی

عضویت گروهی	مرحله	پس آزمون		پیشگیری	
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
آزمایش	اختلال دلبستگی	۹/۳۳	۳/۹۳	۸/۷۳	۶/۵۸
گواه	اختلال دلبستگی	۱۳/۳۱	۳/۹۳	۱۲/۹۵	۶/۵۸

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی آموزش بازی مشترک مادر- کودک بر شدت علائم اختلال دلبستگی در دانش‌آموزان پسر مبتلا به بی‌اعتنایی مقابله‌ای در شهر اصفهان بود. نتایج نشان داد آموزش بازی مشترک مادر- کودک باعث کاهش علائم اختلال دلبستگی در آزمودنی‌ها در مرحله پس‌آزمون و پیشگیری شد. نتایج این پژوهش با یافته‌های سلطانی فر و همکاران (۱۳۹۱) مبنی بر بررسی اثربخشی بازی درمانی تحولی مبتنی بر دلبستگی بر علایم اختلال آسیب‌دیدگی تحولی کودکان ۳ تا ۹ سال در شهر مشهد، عبد خدایی و اردو بادی (۱۳۹۰) مبنی بر بررسی میزان اضطراب جدایی کودکان و اثربخشی بازی درمانی با رویکرد رفتاری- شناختی بر کاهش آن و جهانبخش و همکاران (۱۳۹۰) مبنی بر بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر دلبستگی بر علائم نافرمانی مقابله‌ای در دختران دارای مشکلات دلبستگی مینی‌والن (۲۰۱۱) مبنی بر اثربخشی بازی درمانی بر کاهش مشکلات رفتاری برای دانش‌آموزان دارای اختلال دلبستگی و همچنین ری (۲۰۱۴) با عنوان بررسی اثربخشی بازی درمانی در کاهش استرس در رابطه والد- کودک دارای اختلال رفتاری همسوست. در این پژوهش‌ها در واقع اثربخشی درمان مبتنی بر رابطه والد- کودک مورد بررسی قرار گرفته و نتایج این تحقیقات کاهش معناداری را در علائم اختلال دلبستگی نشان داده است. علت این همسویی را می‌توان این‌گونه بیان کرد که بازی درمانی شیوه‌ای موثر و کاربردی در حل مشکلات کودکان است و مشکلات این کودکان تا حدودی به خاطر روابط کودک با مادر و محیط خانوادگی نامناسب می‌باشد و حال که در این زمینه به مادران آموزش‌هایی داده شده است کاهش معنادار مشکلات کودکانی که مورد مداخله قرار گرفته‌اند، مشاهده

شده است. همچنین در تبیین این نتایج می توان گفت که در واقع در غیاب تعامل های مثبت و پاسخگو، کودک یاد می گیرد خودش را به عنوان فرد غیر دوست داشتنی و ناشایست نگاه کند، دیگران را به عنوان غیر قابل اعتماد و برای دسترسی به آنها دنیا را به عنوان دنیای ناامن و پر خطر می بیند. بازی مشترک مادر- کودک فرصتی را برای تعامل های مثبت ایمن بوجود می آورد؛ در واقع تعامل بین آنها باعث می شود کودک خود را به عنوان فردی دوست داشتنی و شایسته در نظر بگیرد، و دیگران را قابل اعتماد بباید و در نتیجه مشکلات دلبستگی او کاهش یابد. بهبود تعاملات مادر- کودک و صرف زمان خاص با کودک و اصلاح سبک دلبستگی به تبع انجام بازی، باعث کاهش علائم می شود. علاوه بر این، وجود مولفه های دلبستگی در فرآیند بازی مشترک ضمن تامین امنیت کودک و تماس فیزیکی و چشمی، پاسخگویی و افزایش زمان گفتگو و تعامل دو به دو، باعث بهبود سبک دلبستگی با مادر می شود (زنیا و فاکس، ۲۰۱۱).

از جمله محدودیت های این پژوهش می توان به بررسی تأثیر این پژوهش فقط بر روی دانش آموزان پسر اشاره کرد؛ و تعمیم نتایج به دانش آموزان دختر دارای مشکلات رفتاری باید با احتیاط انجام شود؛ بنابراین انجام پژوهش ها در مورد دختران و بررسی این اختلالات در آنها به منظور تعمیم پذیری بیشتر نتایج پژوهش پیشنهاد می شود. همچنین در این پژوهش روش بازی مشترک مادر- کودک صرفاً با گروه گواه مقایسه شد و با سایر روش های درمانی مقایسه نشده است؛ و این امکان وجود ندارد تا اثربخشی این مداخله با سایر روش های درمانی مقایسه شود. بنابراین پیشنهاد می شود که پژوهشگران در آینده این روش را با سایر روش های درمانی مقایسه کنند. علاوه بر این پژوهش حاضر فقط با حضور مادران آزمودنی های و عدم مشارکت و حضور پدر انجام شد؛ بنابراین پیشنهاد می شود در پژوهش های آتی این مداخلات با حضور هر دو والد صورت گیرد. همچنین پیشنهاد می شود از شیوه بازی مشترک مادر- کودک به عنوان یک شیوه عملی، در دسترس و کم هزینه جهت کاهش اختلال دلبستگی و سایر مشکلات رفتاری در کودکان استفاده کرد و آن را به مادران و حتی پدران و دیگر اعضای خانواده نیز آموزش داد تا خودشان در قالب مجموعه فعالیت های خوشایندی به نام بازی به اصلاح رفتار کودک مبتلا پردازند. با توجه به یافته های این تحقیق پیشنهاد می شود حتی در مراکز آموزشی- تفریحی که برای کودکان طراحی می شود، این گونه فعالیت ها یا با مشارکت مادر و پدر یا مربیان انجام پذیرد. با توجه به یافته های این تحقیق

بازی مشترک مادر- کودک باعث کاهش اختلال دلبستگی می شود به کلیه روانشناسان و روانپزشکان و متخصصان مربوطه پیشنهاد می شود که از این برنامه آموزشی به عنوان مداخله انتخابی برای درمان این اختلال استفاده نمایند.

منابع

- جهانبخش، مرضیه؛ بهادری، محمد حسین؛ امیری، شعله و جمشیدی، آذر (۱۳۹۰). اثربخشی درمان مبتنی بر دلبستگی بر علائم نافرمانی مقابله ای در دختران دارای مشکلات دلبستگی، *مجله روانشناسی بالینی*، ۳(۴): ۴۹-۴۱.
- دروز، آتنا (۱۳۸۹). ترکیب بازی درمانی با رفتار درمانی شناختی. ترجمه: رمضانی، غزال، تهران: وانی.
- سلطانی فر، عاطفه؛ جعفرزاده فدکی، سید مرتضی؛ مدرس غروی، مرتضی؛ مخبر، نغمه و رضایی اردانی، امیر (۱۳۹۱). بررسی اثربخشی بازی درمانی تحولی مبتنی بر دلبستگی بر علائم اختلال آسیب دیدگی تحولی کودکان ۳ تا ۹ سال، *اصول بهداشت روانی*، ۱۴(۳): ۲۶۸-۲۶۰.
- عبدخدائی، محمدسعید و صادقی اردوبادی، آفرین (۱۳۹۰). بررسی میزان اضطراب جدایی کودکان و اثربخشی بازی درمانی با رویکرد رفتاری- شناختی بر کاهش آن. *مجله روانشناسی بالینی*، ۴(۱۲): ۵۸-۵۱.
- کاپلان، پاول. اس (۲۰۰۰). *روانشناسی رشد (سفر پرماجرایی کودک)*. ترجمه مهرداد فیروزبخت (۱۳۸۶). تهران: رسا.
- کیمیجانی، مهرناز (۱۳۸۵). اختلال دلبستگی واکنشی. *نشریه تعلیم و تربیت استثنایی*، ۶۳ و ۶۲: ۲۶-۲۲.
- کیمیجانی، مهرناز (۱۳۸۸). مقایسه سبک دلبستگی در نوجوانان عادی و نوجوانان دارای کم توانی ذهنی آموزش پذیر. *دانش و پژوهش در روان شناسی کاربردی دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان*، ۴۱(۱): ۹۱-۶۹.
- ماش، اریک جی؛ بارکلی، راسل ای (۱۳۸۳). *روانشناسی مرضی کودک*، جلد اول، ترجمه حسن تونزنده جانی، جهانشیر توکلی زاده و نسرین کمال پور، مشهد: نشر مرندیز.

محمداسماعیل، الهه (۱۳۸۹). بازی‌درمانی: نظریه‌ها، روش‌ها و کاربردهای بالینی، تهران: دانژه.

- Ainsworth, M. 1). S. (1974). *Citation for the G. Stanley Hall Award to John Bowlby*. Unpublished manuscript.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss*, Vol. 1: Attachment. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and Loss*. Vol: II Separation, Anxiety and Anger.
- Fishler, P. H., Sperling, M. B., & Carr, A. C. (1990). Assessment of adult relatedness: A review of empirical findings from object relations and attachment theories. *Journal of Personality Assessment*, 55 (3-4), 499-520.
- Fogel, A. (1997). *Infant, Family and Society*. New York: Mets publishing company.
- Fowler, C. (1998). *Increasing adoption opportunities for special needs children*: county department of family services. Washington (DC): National Adoption.
- Hanson, R. F. & Spratt, E. G. (2000). Reactive attachment disorder: what we know about the disorder and implications for treatment. *Child Maltreat*; 5(2): 137-145.
- Gallagher, H. M., Rabian, B. A., & McCloskey, M. S. (2004). A brief group cognitive-behavioral intervention for social phobia in childhood. *Journal of Anxiety Disorders*, 18(4), 459-479.
- Landreth, G. L. (2010). *Play therapy: The art of play the relationship* (2nd ed). New York: Brunner-Routledge.
- Landreth, G. L. (2011). *Play therapy: The art of the relationship*. New York, N.Y: Brunner Ruttledge.
- Landreth, G. L. (2006). *Child-Parent-Relationship(C-P-R) therapy: a 10 session Filial Therapy Model*. London: The Hogarth Press and the Institute of Psycho-Analysis.
- Minnis, H., Green, J., O'Connor, T. G., Liew, A., Glaser, D., Taylor, E. & Pelosi, A. (2009). An exploratory study of the association between reactive attachment disorder and attachment narratives in early school-age children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 50(8), 931-942.
- Newton, R. P. (2008). *The attachment connection*. Canada: Rain Coast Books.
- Urquiza, A. J., & Blacker, D. (2012). Parent-Child Interaction Therapy for Sexually Abused Children. *Handbook of Child Sexual Abuse: Identification, Assessment, and Treatment*, 279-296.
- Van IJzendoorn, M. H. (2003). Cross-Cultural Aspects of Attachment in Infants and Young Children: Universal and Culture-Specific Component . [Invited key-note presented at the ISSBD Asian Regional Workshop, Seoul, South Korea.

- Zeanah, C.H. (2009). *Handbook of infant mental health*. New York: Guilford press.
- Zeanah, C. H., & Fox, N. A. (2011). Temperament and attachment disorders. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 33, 32-41.
- Diaz, Y. (2005). Association between parenting and child behavior problems among Latino mothers and children. Unpublished Master Thesis, University of Maryland, Maryland. *Disabilities. The Internet Journal of Mental Health*, 1(2): 48-61.