

## اثربخشی مداخله ترکیبی درمان دلبستگی و آموزش فرزندپروری در مادران دلبسته

## ناایمن بر نشانه‌های کودکان مبتلا به اختلال فزون کنشی / نارسائی توجه

## Effectiveness of Combined Attachment-Related Intervention and Parent Management Training in Insecure Mothers of the ADHD Children

تاریخ پذیرش: ۸۹/۱/۲۰

تاریخ دریافت: ۸۸/۱۲/۱۷

Poshtmashhadi, M. \* M. A.,  
 Mohammadkhani, P. Ph.D., Pourshahbaz, A.  
 Ph.D., Khooshabi, K. M. D.

مرجان پشت مشهدی\*\*، پروانه محمدخانی\*\*،  
 عباس پورشهباز\*\*، کتایون خوشابی\*\*

## Abstract

**Introduction:** The present study investigated the effects of combined attachment-related intervention and parent management training on symptoms of the children with ADHD whose mother's had insecure attachment styles.

**Method:** Six mothers from the clients of Rofeideh Center who had a child with ADHD and whose attachment styles were insecure and whose scores on Beck Depression Inventory were less than 21 were selected and entered the study in a random order. Evaluation implemented using Beck Depression Inventory, Experiences in Close Relationships Scale, and a Checklist of ADHD symptoms. Each subject presented in ten sessions of attachment-related intervention and Six group sessions of parent management training.

**Results:** Reduction rate of ADHD symptoms in whole ranged from 4% to 26%.

**Conclusion:** The intervention offered for insecure mothers was effective to reduction of ADHD symptoms in their children but the extent of reduction differed in subjects.

**Keywords:** ADHD, Attachment, Parent Training

## چکیده

**مقدمه:** این مطالعه به بررسی اثربخشی درمان ترکیبی بر علائم فزون کنشی کودکان مبتلا به اختلال فزون کنشی / نارسائی توجه که مادران آنها سبک دلبستگی ناایمن داشتند پرداخت.

**روش:** برای انجام مطالعه از بین مراجعه کنندگان به مرکز آموزشی درمانی رفیده شش مادر که فرزند مبتلا به اختلال فزون کنشی / نارسائی توجه داشتند، سبک دلبستگی آنها ناایمن بود و نمره افسردگی آنها در پرسشنامه افسردگی بک کمتر از ۲۱ بود انتخاب و با ترتیب تصادفی و به صورت پله‌ای وارد مطالعه شدند. اندازه‌گیری با استفاده از پرسشنامه افسردگی بک، مقیاس تجارب مربوط به روابط نزدیک و چک لیست علائم فزون کنشی انجام شد. هر یک از مادران ۱۰ جلسه مداخله دلبستگی و ۶ جلسه آموزش فرزندپروری دریافت کردند.

**یافته‌ها:** میزان کاهش علائم فزون کنشی کودکان گزارش شده توسط آزمودنیها در کل مطالعه از حدود ۴٪ تا ۲۶٪ بود.

**نتیجه‌گیری:** مداخله انجام شده در کاهش علائم فزون کنشی کودکان مبتلا به اختلال فزون کنشی / نارسائی توجه در مادران دلبسته ناایمن مؤثر بود ولی میزان کاهش علائم در آزمودنیهای مختلف، متفاوت بود.

**واژه های کلیدی:** اختلال فزون کنشی / نارسائی توجه، دلبستگی، آموزش فرزندپروری

\*Correspondence E-mail:  
 mp.mashhadi@gmail.com

\*\*نویسنده مسئول: دانشجوی دکتری روانشناسی بالینی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران

\*\* گروه روانشناسی بالینی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران

\*\* گروه روانپزشکی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران

## مقدمه

مطالعات متعدد به بررسی اثر آموزش فرزندپروری به مادران کودکان مبتلا به اختلال فزون کنشی / نارسائی توجه بر نشانه‌های کودکان پرداخته‌اند. هدف آموزش فرزندپروری کمک به والد (معمولاً مادر) برای پاسخدهی و برخورد مناسب در موقعیتهای مختلف است [۱]. گروهی از مطالعات در این زمینه دریافتند آموزش فرزندپروری به مادر نشانه‌های اختلال را در کودک کاهش می‌دهد از جمله در مطالعه فتیحی آموزش مدیریت والدین نشانه‌های فزون کنشی را در کودکان مبتلا به اختلال فزون کنشی / نارسائی توجه کاهش داد. این موفقیت در والدین کم‌سوادتر و کم‌سن‌تر بیشتر از سایرین بود [۲]. مطالعه دیگری نشان داد آموزش فرزندپروری اختلالات رفتاری کودکان را کاهش می‌دهد [۳]. پژوهشگران دیگری در مطالعه خود نشان دادند آموزش فرزندپروری بر شاخص فزون کنشی و علائم تکانه‌ای - فزون کنشی اثر دارد [۴]. از سوی دیگر برخی مطالعات نیز با انجام اجرای آموزش فرزندپروری برای والدین تغییری در نشانه‌های کودک به دست نیاوردند از جمله در یک مطالعه آموزش والدین تأثیر قابل ملاحظه‌ای بر نشانه‌های فزون کنشی نداشت ولی مشکلات رفتاری کودکان را کاهش داد [۵]. در بررسی دیگری نیز آموزش والدین تغییری در مشکلات پرفعالیتی کودکان ایجاد نکرد ولی استرس والدین را کاهش داد [۶].

در مطالعاتی که ذکر شد سبک دلبستگی والد مد نظر قرار نگرفته است در حالیکه نتایج مطالعات مربوط در حوزه دلبستگی، اهمیت توجه به متغیر دلبستگی را

در مداخلات روانشناختی خاطر نشان می‌سازد: برخی مطالعات نشان داده افراد دارای دلبستگی ناایمن کمتر برای دریافت رواندرمانی مراجعه می‌کنند [۷]، یا حتی در صورت ارائه شدن خدمات مورد نیاز، نمی‌توانند از آن استفاده کنند [۸]. این افراد در رویارویی با استرس نیز از جستجوی حمایت مناسب ناتوانند [۹]. دلبستگی ناایمن در بزرگسالان به خصوص با رفتارهای فرزندپروری همراه است که ویژگیهای آن عبارتند از: درگیر شدن کم، منفی‌گرایی، فقدان پاسخگویی به علائم فرستاده شده از سوی کودک، و وارد شدن به حریم کودک. مادران کودکان مبتلا به اختلال فزون کنشی / نارسائی توجه در موقعیتهای آزمایشی کمتر آغاز کننده رابطه با کودک خود هستند و در صورت آغازگری کودک پاسخ مثبت کمتری به او می‌دهند. این مادران بیشتر کنترل کننده و دستور دهنده هستند کمتر از روشهای فرزندپروری مثبت استفاده می‌کنند [۸]. هر دو دسته علائم فزون کنشی و نارسائی توجه از نظر برخی محققان با روشهای فرزندپروری ناکارآمد ارتباط دارد [۹].

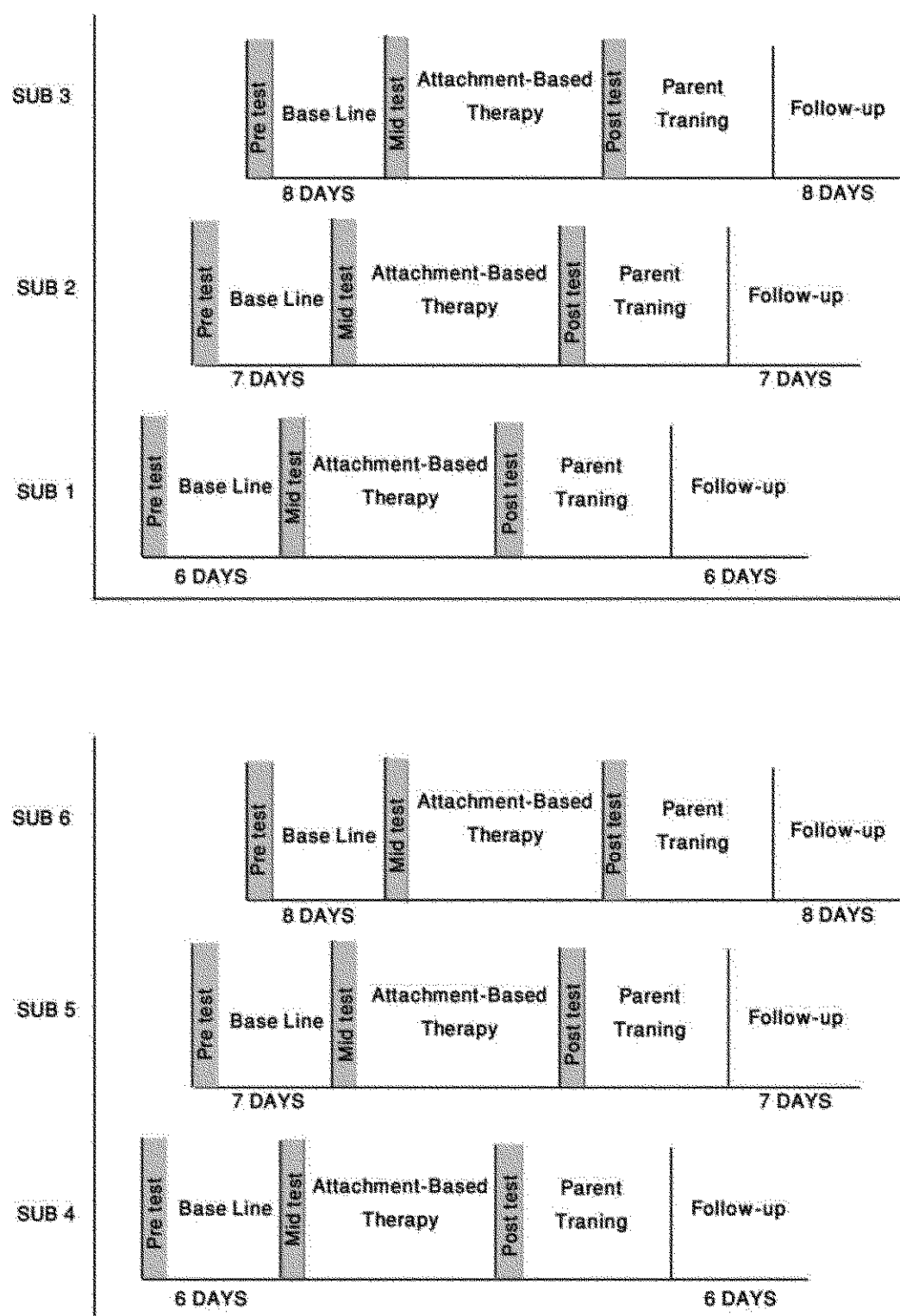
در پژوهش اسکوپ و همکاران (۲۰۰۷) مدل‌های کاری درونی مادران با توجه به تاریخچه دلبستگی آنها بر کیفیت والدینی کردنشان تأثیر داشت و این عامل مستقل از میزان تحصیلات مادران عمل می‌کرد. محققان در این تحقیق پیشنهاد می‌کنند دادن فرصت به مادران برای صحبت در مورد تجارب گذشته خود در خانواده اصلی شان می‌تواند منجر به فهم بهتر آنها از

برای توانایی پاسخدهی حساس در مقابل نیازهای متغیر فرزندش آسان می کند [۱۴]. بر این اساس در مطالعه کنونی این فرضیه مورد بررسی قرار گرفت که مداخله ترکیبی درمان دلبستگی و آموزش فرزندپروری در مادران دلبسته نایمن که کودکان مبتلا به اختلال فزون کنشی/ نارسائی توجه دارند شدت نشانه های اختلال را در کودکان آنها کاهش می دهد.

### روش

**طرح پژوهش:** مطالعه حاضر، مطالعه تک آزمودنی است که با استفاده از طرح A-B-A انجام شده است. آزمودنیها به صورت پله ای وارد طرح شدند و ترتیب ورود آنها به صورت تصادفی بود. آزمودنیها به صورت دو سری سه تایی و به روش پله ای با فاصله یک نقطه خط پایه وارد مطالعه گردیدند. خط پایه با استفاده از چک لیست علائم فزون کنشی تکمیل شد که مادران آن را دو بار در هفته و بر اساس مقیاس لیکرت درجه بندی کردند. آزمودنیها این چک لیست را از ابتدای شروع خط پایه تا انتهای مرحله پیگیری تکمیل کردند. تعداد نقاط خط پایه برای آزمودنیهای اول و چهارم ۶، برای آزمودنیهای دوم و پنجم ۷، و برای آزمودنیهای سوم و ششم ۸ نقطه بود. هر یک از آزمودنیها پس از تکمیل خط پایه، ۱۰ جلسه مداخله دلبستگی (انفرادی) و ۶ جلسه آموزش فرزندپروری (گروهی) دریافت کرد. پس از آن هر آزمودنی به اندازه تعداد نقاط خط پایه، اندازه گیری مربوط به پیگیری را تکمیل کرد. مراحل مطالعه در دیاگرام نشان داده شده است.

روابط عاطفی خود با کودکان شان شود و به مادران کمک کند با تجارب گذشته کنار بیایند [۱۰]. در اختلال فزون کنشی که گاه سیری طولانی دارد [۱۱]، کمک به والدین در گرفتن کمکهای تخصصی مورد نیاز حائز اهمیت است. از آنجا که سبک دلبستگی سازه ای است که بر نحوه برقراری ارتباط فرد با دیگران به ویژه در روابط نزدیک تأثیر می گذارد، به یقین نمی توان والدین دارای سبک دلبستگی ایمن را مشابه با والدین دارای سبک دلبستگی نایمن داشت. مطالعه حاضر با در نظر گرفتن متغیر دلبستگی اثر مداخله ترکیبی را بر گروه ویژه ای از مادران کودکان مبتلا به اختلال فزون کنشی/ نارسائی توجه که دارای سبک دلبستگی نایمن بودند، مورد بررسی قرار داد. از آنجا که مطالعات انجام شده در این زمینه که بیشتر ذکر شد اثربخشی آموزش فرزندپروری را بر نشانه های اختلال در کودک نشان داده بود، در این مطالعه با در نظر گرفتن نیازهای نمونه مورد مطالعه، جزء درمان دلبستگی نیز به آموزش فرزندپروری اضافه شد تا همان گونه که بالبی [۱۲] به مراقبت و کنترل به عنوان دو جزء مهم فرزندپروری اشاره کرده، هر دو جزء فرزندپروری در این مداخله وارد شود. اساس درمانهای حوزه دلبستگی بر افزایش توانایی تنظیم هیجانات در پاسخ به محرکات بیرونی قرار دارد. درمان دلبستگی مختل معطوف به چند حوزه است: بهبود روابط دلبستگی کنونی، خلق روابط دلبستگی جدید، و کاهش نشانه ها و رفتارهای مشکل ساز [۱۳]. تغییر در سطح بازنمایی با ثبات تر از تغییر در سطح رفتاری است و کار والد را



### دیاگرام ۱- مراحل مطالعه

**آزمودنیها:** جامعه آماری مطالعه حاضر کلیه مادران مراجعه کننده به مرکز آموزشی درمانی رفیده وابسته به دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی بودند که فرزند آنها از سوی روانپزشک کودک تشخیص اختلال فزون کنشی/ نارسائی توجه دریافت کرده بود. مادران مورد مطالعه از نمونه در دسترس انتخاب شدند. ملاکهای ورود برای مادران عبارت بود از: داشتن فرزند ۶-۱۲ ساله که تشخیص اختلال فزون کنشی/ نارسائی توجه دریافت کرده باشد، داشتن تحصیلات حداقل هشت کلاس، دارا بودن سبک دلبستگی ناایمن، دارا بودن نمره افسردگی پایین تر از ۲۱ در پرسشنامه افسردگی بک، زندگی با همسر و فرزندان و رضایت برای شرکت در مطالعه، ملاکهای خروج برای مادران عبارت بود از: وجود تشخیص اختلال روانپزشکی و داشتن قصد جدایی از همسر مادرانی که فرزند آنها تشخیص اختلال را از سوی روانپزشک دریافت کرده بود، در

صورت داشتن تحصیلات حداقل هشت کلاس، زندگی با همسر و فرزندان، نداشتن قصد جدایی و رضایت برای شرکت در طرح، پرسشنامه تجارب مربوط به روابط نزدیک (ECR) را پر می کردند. در صورتی که نمره آنها در هر یک از زیرمقیاسهای اجتناب و اضطراب (یا در هر دو زیرمقیاس) بالاتر از نقطه برش بود، پرسشنامه افسردگی بک نیز برای آنها اجرا می شد و اگر نمره آنها در این پرسشنامه پایین تر از ۲۱ بود، برای شرکت در طرح انتخاب می شدند. ویژگیهای نمونه مورد مطالعه در جدول ۱ آمده است. تمام آزمودنیها اجتناب دلبستگی بالا داشتند و آزمودنی چهارم هم اجتناب دلبستگی و هم اضطراب دلبستگی بالا داشت. دامنه نمرات افسردگی آزمودنیها در پرسشنامه افسردگی بک از ۷ تا ۱۵ بود.

جدول ۱- ویژگیهای دموگرافیک آزمودنیها

ویژگیها آزمودنیها	سن	تحصیلات	شغل	سن همسر	تحصیلات همسر	سن فرزند	تعداد فرزندان	مدت ازدواج
آزمودنی اول	۳۰	کارشناسی	خانه دار	۴۱	کارشناسی ارشد	۱۰	۲	۱۲
آزمودنی دوم	۳۷	دکتری دندانپزشکی	دندانپزشک	۳۹	کارشناسی ارشد	۱۱	۲	۱۴
آزمودنی سوم	۲۷	کارشناسی	خانه دار	۳۳	کارشناسی	۷	۱	۹
آزمودنی چهارم	۳۰	کارشناسی	دبیر هنرستان	۳۲	دیپلم	۹	۳	۱۳
آزمودنی پنجم	۳۷	کارشناسی	خانه دار	۴۳	فوق دیپلم	۶	۲	۱۴
آزمودنی ششم	۳۱	کارشناسی	خانه دار	۳۴	کارشناسی	۶	۱	۱۱

## ابزار:

۱- آزمون افسردگی بک: این آزمون که در سال ۱۹۶۱ توسط بک و همکاران ساخته شد یک مقیاس معتبر و رایج برای اندازه‌گیری شدت علائم افسردگی است. در این آزمون نمره ۲۱ برای تحقیقات بالینی به کار می‌رود [۱۵]. در ایران ضریب همبستگی نمرات دو بخش آزمون با نمره کل بین ۰/۲۳ تا ۰/۶۸ و ضریب همبستگی درونی ۰/۸۵ محاسبه شده است. اعتبار دو نیمه کردن آزمون با استفاده از فرمول تصحیح اسپیرمن براون ۰/۸۱ به دست آمد [۱۶].

۲- مقیاس تجارب مربوط به روابط نزدیک (ECR): [۱۷] این پرسشنامه ۳۶ عبارتی، دلبستگی بزرگسالان را بر اساس اضطراب و اجتناب مربوط به دلبستگی می‌سنجد. پاسخ دهنده بر اساس مقیاس لیکرت هر عبارت را از ۱ (به هیچ وجه) تا ۷ (خیلی زیاد) درجه بندی می‌نماید. هر کدام از زیر مقیاسهای اضطراب و اجتناب ۱۸ عبارت را به خود اختصاص داده است و هر دو زیر مقیاس روایی و اعتبار مناسبی دارند [۱۸]. برخی محققان آلفای کرونباخ را برای زیر مقیاس اضطراب ۰/۸۸ و برای زیر مقیاس اجتناب ۰/۹۰ به دست آوردند

[۱۹]. پژوهشگران دیگر آلفای کرونباخ را برای زیر مقیاس اجتناب ۰/۹۴ و برای زیر مقیاس اضطراب ۰/۹۱ به دست آوردند [۲۰]. دامنه نمرات نرمال در این پرسشنامه در هر یک از دو زیرمقیاس ۷ تا ۱۲۶ است [۲۱]. برای استفاده از این پرسشنامه در پژوهش حاضر پس از ترجمه و باز ترجمه و ترجمه مجدد، پرسشنامه در اختیار چهار روانشناس و یک روانپزشک آشنا به نظریه دلبستگی قرار گرفت تا اعتبار صوری آن بررسی شود. پس از وارد کردن نظرات این متخصصان، پرسشنامه روی ۱۰ نفر از جمعیت عادی اجرا شد تا جملات نامفهوم آن اصلاح شود و در نهایت پرسشنامه روی نمونه ۳۹۱ نفری آزمودنی‌های ایرانی از جمعیت عمومی اجرا و ضریب آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۷۹، برای زیر مقیاس اجتناب ۰/۸۹ و برای زیر مقیاس اضطراب ۰/۸۰ به دست آمد.

۳- چک لیست علائم فزون کنشی که با استفاده از لیست علائم فزون کنشی DSM-IV-TR به صورت فهرستی از علائم اختلال در اختیار آزمودنیها قرار گرفت که هر عبارت را از اصلاً (صفر) تا زیاد (۳) درجه بندی کردند.

### روند اجرای پژوهش: محتوای جلسات در هر دو مداخله به قرار زیر بود:

درمان دلبستگی	محتوای جلسات
جلسه اول	مشخص کردن مشکلات آزمودنی با فرزندش. توضیح در مورد جلسات و توافق در مورد انتظارات از جلسات درمانی
جلسه دوم	دسته‌بندی مشکلات کودک بر اساس اینکه کدامیک از مشکلات مربوط به اختلال است و کدامیک به مرحله رشدی فرزندش مربوط می‌شود. تعیین نیازهای کودک با توجه به سن و ویژگیهای خاص او
جلسه سوم	بررسی نیازهای مرتبط با دلبستگی کودک. توافق در مورد نحوه برآورده کردن این نیازها توسط آزمودنی بر اساس ویژگیهای کودک و خود وی
جلسه چهارم	بررسی ناهماهنگی بین آزمودنی و همسرش در مورد برآورده کردن نیازهای دلبستگی کودک. انتظارات آزمودنی از فرزندش در مقابل برآورده کردن نیازهای دلبستگی او. ارتباط بین برآورده نشدن انتظارات آزمودنی در این زمینه و واکنش او نسبت به همسر و فرزندش
جلسه پنجم	بررسی موقعیتهایی که انتظارات آزمودنی برآورده نشده بود. تعیین موقعیتهای با ریسک بالا که در آن آزمودنی نیازهای دلبستگی کودک را نادیده می‌گرفت و بررسی نیز این مطلب که کدامیک از نیازهای خود او در این موقعیتهای نادیده گرفته می‌شد.
جلسه ششم	تعیین نیازهای خود آزمودنی در موقعیتهای با ریسک بالا. موقعیتهای با ریسک بالا در زمانی که آزمودنی خود، کودک بود و نحوه برخورد والدین با او در این موقعیتهای.
جلسه هفتم	مشخص کردن موقعیتهای با ریسک در روابط نزدیک کنونی آزمودنی. تعیین نیازهایی که در موقعیتهای کودکی و در موقعیتهای کنونی برآورده می‌شدند و آنهایی که برآورده نمی‌شدند.
جلسه هشتم	بررسی میزان و روش ابراز نارضایتی توسط آزمودنی در موقعیتهایی که نیازها و انتظارات وی برآورده نمی‌شوند. مشخص کردن روابطی که از نظر خود آزمودنی نیاز به اصلاح داشت.
جلسه نهم	بررسی و اصلاح انتظارات آزمودنی از ایجاد اصلاحات در روابط بین فردی. انجام یک مورد اصلاح در رابطه با فرزندش
جلسه دهم	بررسی نتیجه اصلاح انجام شده و علت‌های موفقیت یا شکست آزمودنی در انجام اصلاح مورد نظر. ارجاع آزمودنی به جلسات گروهی پیش رو برای انجام اصلاحات کارآمد در روابط خود با فرزندش.
<b>آموزش فرزندپروری</b>	
جلسه اول	فرزندپروری مثبت
جلسه دوم	ارتقای رشد کودک شامل روشهای افزایش رفتارهای مناسب و به کارگیری چارت رفتاری
جلسه سوم	مدیریت بدرفتاری شامل راههای کاهش رفتارهای نامناسب مانند محروم سازی
جلسه چهارم	برنامهریزی، تعیین موقعیتهای پرخطر و برنامهریزی برای کنترل موقعیت پیش از ورود به آن
جلسه پنجم	اجرای روالهای فرزندپروری شامل گرفتن کمک از هم گروهیها و بررسی مشکلاتی که برای انجام قواعد و روالهای تعیین شده در خانه وجود دارد.
جلسه ششم	اتمام برنامه و آماده شدن برای انجام روشهای یادگرفته شده به صورت روالی طبیعی درخانه

## یافته ها

در این مطالعه نتایج بدست آمده در نمودار ارائه شده و اندازه اثر با استفاده از فرمولهای زیر بررسی شده است:

$$MPI = [(Baseline\ Mean - Treatment\ Phase\ Mean) / Treatment\ phase\ Mean] \times 100$$

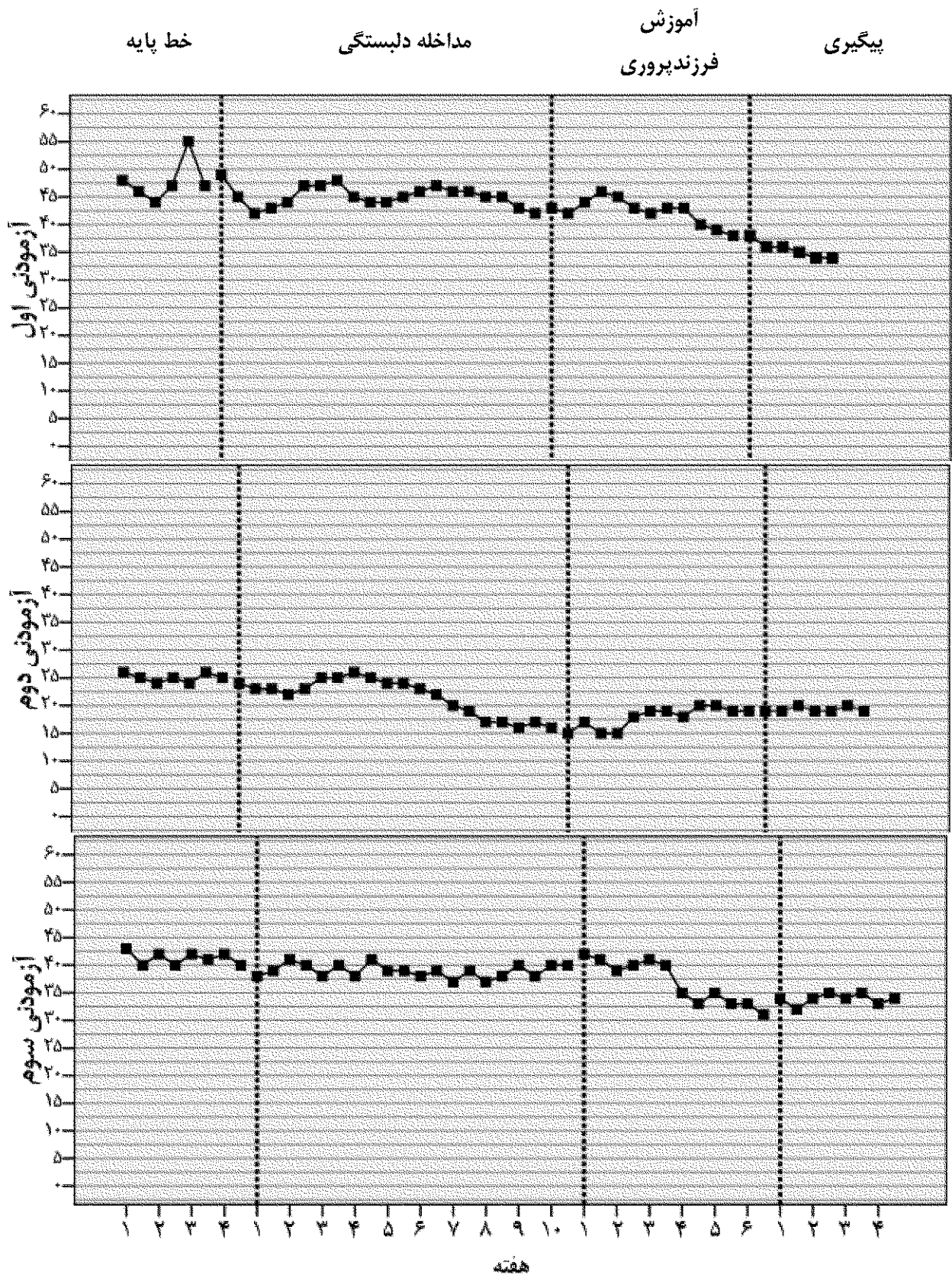
$$MPR = [(Baseline\ Mean - Treatment\ Phase\ Mean) / Baseline\ Mean] \times 100$$

$$Cohen's\ d = M_1 - M_2 / \sigma\ pooled$$

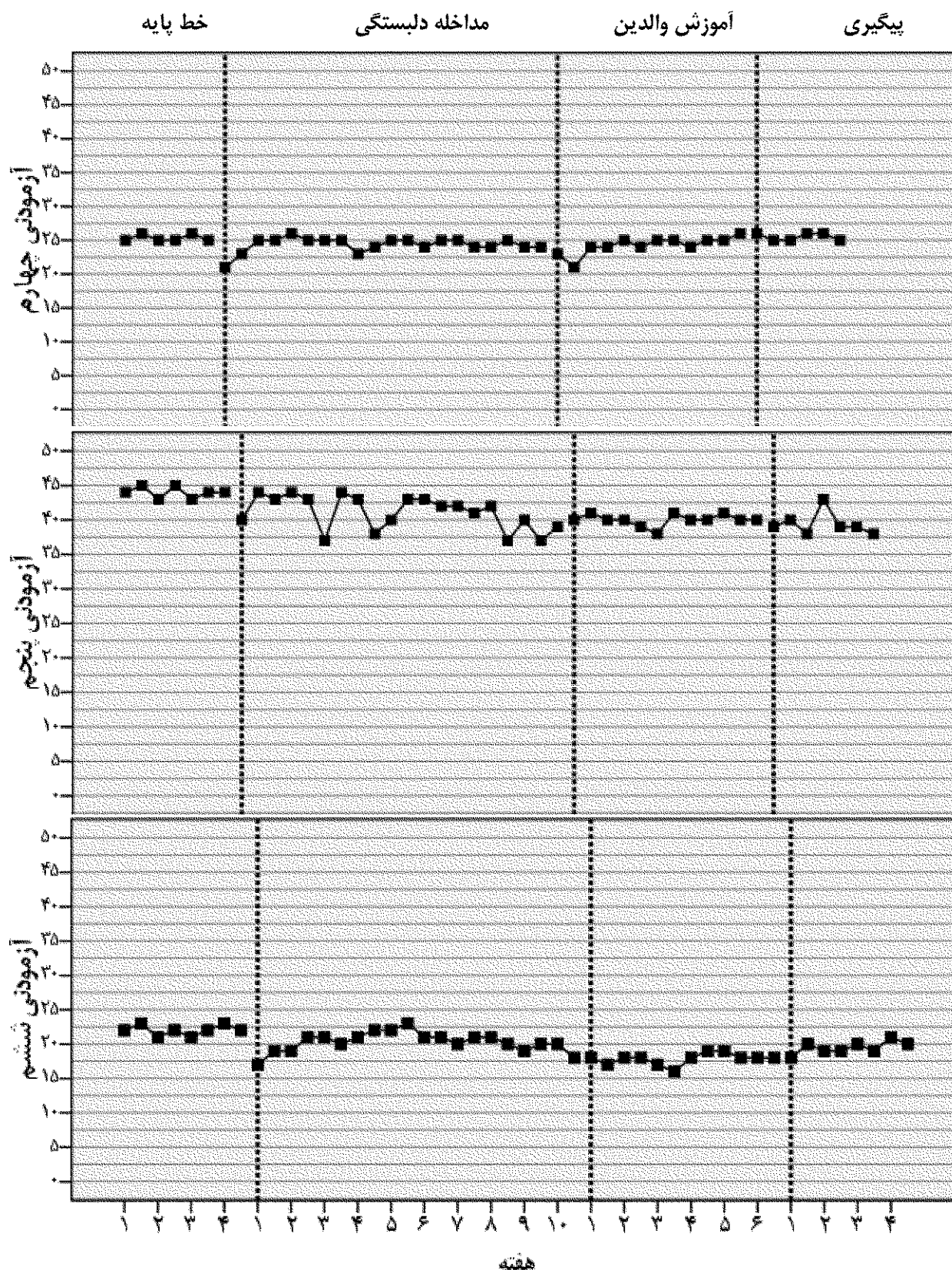
$$Where\ \sigma\ pooled = \sqrt{[(\sigma_1^2 + \sigma_2^2) / 2]}$$

در این فرمولها MPI درصد بهبودی و MPR درصد کاهش نمرات و cohens d میزان تغییرپذیری را نشان می دهد. این شاخصها به ترتیب تغییرات روند و شیب را نشان می دهند. نمودارهای ۱ و ۲ نمرات مربوط به نشانه های فزون کنشی کودکان را که آزمودنیها از ابتدا تا انتهای مطالعه تکمیل کرده اند نشان می دهد. جدول ۲ نتایج تحلیل آماری نشانه های فزون کنشی کودکان را نشان می دهد. در تحلیل چشمی بر اساس گزارش آزمودنی اول در مرحله مداخله دلبستگی شدت نشانه ها کودک تغییرات نسبتاً زیادی داشتند. در آموزش فرزندپروری نیز تغییر نمرات ادامه داشت و در انتهای آموزش فرزندپروری نمرات کاهش نشان داد. این روند رو به کاهش در پیگیری نیز ادامه داشت. آزمودنی دوم در ابتدای شروع مداخله دلبستگی قدری کاهش در شدت نشانه ها کودک گزارش کرد ولی پس از آن نمرات افزایش یافت. از اواسط مداخله دلبستگی شدت نشانه ها کودک مجدداً کاهش یافت. در آموزش فرزندپروری نمرات از اواسط مداخله قدری افزایش یافت ولی همچنان با فاصله نسبتاً زیاد از خط پایه قرار داشت. در پیگیری نمرات تقریباً ثابت ماندند. کاهش نشانه ها در این آزمودنی در کل مداخله قابل ملاحظه بود. آزمودنی سوم در مرحله مداخله دلبستگی با وجود قدری کاهش در نمرات، تغییر چندانی در نمرات شدت نشانه ها فزون کنشی کودک نشان نداد. در آموزش

فرزندپروری از هفته چهارم مداخله، کاهش شدید در شدت نشانه ها کودک دیده شد و نمرات در پیگیری نیز با جود مقدار بسیار کمی افزایش، در سطح مرحله قبلی باقی ماند. نمرات شدت نشانه ها کودک از اواسط آموزش فرزندپروری و در پیگیری در پایین ترین میزان خود طی مطالعه بود. آزمودنی چهارم با شروع مداخله، کاهش در شدت نشانه ها کودک گزارش کرد و با فاصله دو نقطه خط پایه نمرات دوباره افزایش یافت. در شروع آموزش فرزندپروری نیز این آزمودنی کاهش ناگهانی در نمرات شدت نشانه ها کودک گزارش کرد و پس از آن با فاصله یک خط پایه نمرات به میزان قبل برگشت. طبق گزارش آزمودنی پنجم نمرات شدت نشانه ها کودک تغییرات زیادی داشت با این حال در مداخله دلبستگی نمرات روند رو به کاهشی را نسبت به خط پایه نشان داد. در آموزش فرزندپروری روند نمرات نسبتاً ثابت بود و در پیگیری به جز یک نقطه که افزایش شدید نمره در آن به چشم می خورد، تغییر چندانی مشاهده نشد. با وجود این نمرات در تمام مراحل مداخله و در پیگیری پایین تر از خط پایه بود. آزمودنی ششم در شروع مداخله کاهش ناگهانی شدت نشانه ها کودک را گزارش کرد و سپس از هفته سوم مداخله شدت نشانه ها کودک به حد خط پایه رسید. نمرات از اواسط مداخله دلبستگی روند رو به کاهش ملایمی را نشان داد که در آموزش فرزندپروری نسبتاً ثابت باقی ماند و در پیگیری قدری افزایش یافت ولی همچنان پایین تر از خط پایه بود. نمرات از اواسط مداخله دلبستگی تا پایان پیگیری پایین تر از خط پایه قرار داشت. در این آزمودنی کاهش نشانه ها فزون کنشی کودک قابل ملاحظه بود. در تحلیل آماری شاخص درصد کاهش نشانه ها در آزمودنیهای اول، دوم، سوم و ششم قابل ملاحظه بود. آزمودنی چهارم کمترین میزان کاهش در علائم را گزارش کرد.



نمودار ۱- علائم فزون کنشی کودکان به تفکیک مراحل مطالعه گزارش شده توسط آزمودنیهای اول تا سوم



نمودار ۲- علائم فزون کنشی کودکان به تفکیک مراحل مطالعه در آزمودنیهای چهارم تا ششم

جدول ۲- نتایج تحلیل آماری داده‌های مربوط به چک لیست نشانه‌های فزون کنشی کودکان گزارش شده توسط آزمودنیها

MPR درصد کاهش علائم		MPI درصد بهبودی در علائم		شاخص ها آزمودنیها
آموزش فرزندپروری نسبت به خط پایه	مداخله دلبستگی نسبت به خط پایه	آموزش فرزندپروری نسبت به خط پایه	مداخله دلبستگی نسبت به خط پایه	
۱۱/۴۹	۵/۶۰	۱۲/۹۹	۵/۹۳	آزمودنی اول
۲۸/۶۸	۱۳/۸	۴۰/۲۱	۱۶/۰۰	آزمودنی دوم
۱۰/۵۲	۵/۵۷	۱۱/۷۵	۵/۹۰	آزمودنی سوم
۴/۲۶	۳/۸۶	۴/۴۵	۴/۰۲	آزمودنی چهارم
۹/۰۹	۶/۵۹	۱۰/۰۰	۷/۰۵	آزمودنی پنجم
۱۸/۹۵	۷/۷۲	۲۳/۳۸	۸/۳۷	آزمودنی ششم

## بحث

آزمودنی پژوهش در دو مداخله ارائه شده همبودی افزایشی نشان داد. این شاخص در آزمودنیهای سوم و چهارم همبودی افزایشی در دو مداخله نشان نداد. در مورد آزمودنی سوم بیان این نکته ضروری است که فرزند وی از اواسط درمان دلبستگی دچار شکستگی انگشتان دست راست در مدرسه شد و تا پایان مداخله نیاز به کاردرمانی چند روز در هفته داشت. ممکن است این فشار محیطی که خارج از کنترل مطالعه بوده است در به دست آمدن نتایج نقش داشته باشد به ویژه اینکه بر رابطه آزمودنی با فرزندش نیز تأثیر داشت. کاهش نمرات شدت نشانه‌های فزون کنشی کودکان در آزمودنیهای اول، دوم، سوم و ششم بیشتر بود. آزمودنی چهارم کمترین میزان کاهش در نشانه‌های فزون کنشی کودک را گزارش کرد. این نکته نیز حائز اهمیت است که آزمودنی چهارم تنها آزمودنی بود که پیش از آغاز مداخله هم اجتناب دلبستگی و هم اضطراب دلبستگی بالا داشت در حالیکه سایر آزمودنیها تنها

همانطور که در جداول مربوط به یافته‌ها نشان داده شد آزمودنیها پس از مداخله تغییراتی را در علائم فزون کنشی گزارش دادند. در تمام آزمودنیها کاهش نمرات شدت نشانه‌ها فزون کنشی کودکان گزارش شد. دامنه کاهش نشانه‌ها فزون کنشی کودکان نسبت به خط پایه در مداخله دلبستگی ۳/۸۶٪ تا ۱۳/۸٪ و در آموزش فرزندپروری ۴/۲۶٪ تا ۲۶/۶۸٪ بود. نمرات نشانه‌های فزون کنشی کودک که توسط آزمودنی اول گزارش شد در هر دو مداخله کاهش نشان داد ولی میزان کاهش تنها در آموزش فرزندپروری نسبت به خط پایه معنادار بود. در فرزند آزمودنی دوم نمرات شدت نشانه‌های فزون کنشی در هر دو مداخله نسبت به خط پایه کاهش یافت. در فرزند آزمودنی سوم نیز نمرات شدت نشانه‌های فزون کنشی در هر دو مداخله نسبت به خط پایه کاهش یافت. نمرات شدت علائم فزون کنشی کودکان که توسط آزمودنی‌های چهارم تا ششم گزارش شد در هر دو مداخله نسبت به خط پایه کاهش یافت. شاخص کوهن در چهار آزمودنی از شش

اجتناب دلبستگی بالا داشتند. از آنجا که مدت درمان دلبستگی تنها ۱۰ جلسه بود، ممکن است برای این آزمودنی که هم اضطراب و هم اجتناب دلبستگی بالا داشت، نیاز به جلسات بیشتری در این زمینه بوده باشد. کاهش نمرات فزون کنشی کودکان با نتایج بدست آمده از برخی مطالعات همخوانی دارد. نتیجه مشابهی در مطالعه‌ای در استرالیا به دست آمد که در آغاز مداخله ۴۵٪ کودکانی که مادران آنها در برنامه آموزش فرزندپروری شرکت کرده بودند مشکلات رفتاری داشتند ولی در پایان مداخله از این میزان تنها ۱۲٪ مشکلات رفتاری نشان دادند [۲۲]. پژوهش گروهی از محققان نشان داد آموزش والدین روی مشکلات سلوک، شاخص فزون کنشی، نشانه‌ها فزون کنشی و تکانشگری کودک و رابطه والد کودک اثر مثبت دارد [۲۳]. مطالعه دیگری نشان داد از بین درمان ترکیبی، درمان دارویی به تنهایی، و فرزندپروری مثبت، درمان دارویی کاهش بیشتر نشانه‌ها را به همراه دارد. در این مطالعه روش درمان ترکیبی بیش از همه موجب افزایش مهارتهای فرزندپروری و کاهش واکنش بیش از حد در والدین شد [۲۲]. در مطالعه دیگری نشان داده شد که آموزش فرزندپروری نشانه‌ها اختلال فزون کنشی/نارسائی توجه را کاهش می‌دهد. موفقیت در والدین کم سن‌تر و کم سوادتر بیشتر از سایرین بود [۲]. این نتیجه با نتایج مطالعه حاضر با توجه به اینکه تحصیلات تمام آزمودنیها کارشناسی و بالاتر بود، هماهنگ نیست. مطالعه دیگری بر روی دانش‌آموزان مقطع دبستان نشان داد آموزش فرزندپروری به والدین اختلالات رفتاری کودکان را کاهش می‌دهد. این کاهش هم از سوی والد و هم از سوی معلم تأیید شد. محققان نتیجه گرفتند که هر چه زمان آموزش طولانی‌تر باشد، اثرات درمانی آن بیشتر است [۳].

از سوی دیگر نتایج مطالعه زرگری و یزدان‌دوست نشان داد آموزش والدین مشکلات رفتاری کودکان واجد اختلال فزون کنشی/نارسائی توجه را کاهش می‌دهد ولی بر نشانه‌ها بی تأثیر است (به نقل از ۴). در مطالعه تهرانی دوست و همکاران (۱۳۸۷) نیز آموزش والدین مشکلات پرفعالیتی کودکان را کاهش نداد. در مطالعه زرگری‌نژاد آموزش والدین تأثیر قابل ملاحظه بر نشانه‌ها فزون کنشی نداشت [۳].

تفاوت در نتایج به دست آمده ممکن است به دلیل تفاوت در روشهای ارزیابی و ابزار مورد استفاده باشد. همچنین چنانچه نشانه‌ها فقط به وسیله ابزارهای استاندارد و در فاصله‌های زیاد اندازه‌گیری شود، ممکن است تغییرات کم را نتوان به خوبی کشف کرد در حالیکه استفاده از ابزارهایی مانند چک لیست که به طور هفتگی قابل استفاده است، می‌تواند تغییرات کم را نیز مشخص کند. ضمن آنکه در ارزیابی نشانه‌های کودک توسط مادر یا هر یک از والدین باید به این نکته توجه داشت که ویژگیهای خاص ارزیابی‌کننده مانند کمال‌گرایی وی می‌تواند نتایج را تحت تأثیر قرار دهد. به علاوه، مدت مداخله نیز می‌تواند در این زمینه نقش داشته باشد همانگونه که در مطالعه طهماسیان و همکاران به آن اشاره شده است [۳].

در پایان باید یادآور شد مطالعه حاضر با محدودیتهایی روبرو بوده است از جمله عدم امکان نمونه‌گیری تصادفی و استفاده از نمونه در دسترس و تعداد کم آزمودنیها پیشنهاد می‌شود مطالعه با تعداد بیشتری از آزمودنیها با نمونه‌گیری تصادفی و با تعداد بیشتر جلسات درمان دلبستگی تکرار شود.

## منابع

- attachment related strategies. *Motivation and Emotion*. 2003; 27: 77- 102.
- 10- Sadock BJ, Sadock VA. Synopsis of psychiatry, behavioral sciences/clinical psychiatry. 10<sup>th</sup> ed. USA: Williams and Wilkins; 2007. P. 237.
- 11- Gallagher B, Cartwright-Hatton S. The relationship between parenting factors and trait anxiety: Mediating role of cognitive errors and metacognition. *J of Anxiety Disord*. 2008; (22 suppl4): 722- 733.
- 12- Hadrady LT. Attachment theory and reactive attachment disorder: theoretical perspectives and treatment implications. *J of Child and Adolesc psychiatric Nurs*. 2007; 20: 27- 39.
- 13- Broberg AG. A review of interventions in parent-child relationship informed by attachment theory. *Acta Paediatrica*. 2000; 434: 37- 42.
- ۱۴- حناساب زاده مریم. بررسی کارایی درمان شناختی رفتاری روی نگرش های ناسالم و علایم افسردگی در نوجوانان مبتلا به اختلالات افسردگی (مطالعه تک موردی) [پایان نامه کارشناسی ارشد]. تهران: دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی؛ ۱۳۷۷-۷۸. ص. ۵۷-۵۸.
- ۱۵- پورشهباز عباس. رابطه بین ارزیابی میزان استرس رویدادهای زندگی و تیپ شخصیت بیماران مبتلا به سرطان خون [پایان نامه کارشناسی ارشد]. تهران: دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی؛ ۱۳۷۲. ص. ۶۳.
- 16- Brennan KA, Clark CL, Shaver PR. Self-report measurement of adult attachment: An integrative overview. In Simpson JA, Rholes WS, Editors. *Attachment theory and close relationships*. New York: Guilford Press; 1998. P. 46- 76.
- 17- Shaver PR, Mikulincer M. Attachment-related psychodynamics. *Attachment & Human Dev*. 2002; 4: 133- 161.
- 18- Gillat O, Shaver P. Effects of attachment style and relationship context on selection among relational strategies. *J of Res in Personality*. 2007; 41: 968-976.
- 1- Markie-Dadds C, Turner MT, Sanders MR. Every parents group workbook. The University of Queensland and health Department of Western Australia: Triple P International Pty Ltd; 2002.
- ۲- فتحی نادر. تاثیر برنامه آموزش مدیریت والدین در کاهش مشکلات رفتاری کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه/ بیش فعالی [پایان نامه کارشناسی ارشد]. تهران: دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی؛ ۱۳۷۹. ص. ۱۲۱-۱۲۰.
- ۳- طهماسبیان کارینه، مهریار هوشنگ، بوالهروی جعفر، بیرشک بهروز. بررسی اثر آموزش مادران در کاهش اختلالهای رفتاری کودکان. *مجله اندیشه و رفتار*. ۱۳۷۶؛ (۳): ۶۰-۵۴.
- ۴- حاجبی احمد، حکیم شوشتری میترا، خواجهالدین نیلوفر. تاثیر آموزش مدیریت رفتاری به والدین کودکان پیش دبستانی مبتلا به اختلال بیش فعالی با کمبود توجه. *مجله اندیشه و رفتار*. ۱۳۸۴؛ (۴): ۴۴۰-۴۳۵.
- ۵- زرگری نژاد غزاله، یکه یزدان دوست رخساره. بررسی اثربخشی آموزش والدین بر کاهش مشکلات رفتاری کودکان ADHD (مطالعه موردی). *فصلنامه مطالعات روانشناختی*. ۱۳۸۶؛ (۱۰): ۴۸-۲۹.
- ۶- تهرانی دوست مهدی، شهرپور زهرا، محمودی جواد، قربایی بنفشه، علاقی ندراد جواد. تاثیر آموزش تربیت سازنده فرزندان به والدین در کاهش مشکلات رفتاری کودکان. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*. ۱۳۸۷؛ (۴): ۳۷۹-۳۷۱.
- 7- Riggs s, Jacobvitz D, Hazen N. Adult attachment and history of psychotherapy in a normative sample. *Psychotherapy: Theory/research/practice/Training*. 2002; 39(4): 344- 353.
- 8- Ditzen B, Schmidt S, Strauss B, Nater UM, Ehlert U, Heinrichs M. Adult attachment and social support interact to reduce psychological but not cortisol responses to stress. *J of Psychosomatic Res*. 2008; (64 suppl5): 479- 486
- 9- Mikulincer M, Shaver PR, Pereg D. Attachment theory and affect regulation: Psychodynamics, development, and cognitive consequences of

۲۲- فرمند آتوسا. سودمندی درمان ترکیبی: برنامه گروهی فرزند پروری و دارو درمانی بر علایم و شیوه های تربیتی کودکان ۱۲-۳ ساله مبتلا به اختلال بیش فعالی/کمبود توجه در مقایسه با هر یک از این درمانها به تنهایی [رساله دکتری]. تهران: دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی؛ ۱۳۸۵. ص. ۹۷-۹۰.

۲۳- صادقی اکبر. اثربخشی آموزش مدیریت والدین بر کارکرد خانواده، کیفیت زندگی و علایم اختلال نقص توجه/بیش فعالی [پایان نامه کارشناسی ارشد]. تهران: دانشگاه شهید بهشتی؛ ۱۳۸۷. ص. ۱۱۳-۱۱۰.

19- Bottonari KA, Roberts JE, Kelly MAR, Kashdan TB, Ciesla JA. A prospective investigation of the impact of attachment style on stress generation among clinically depressed individuals. *Behav Res and Ther.* 2007; 45: 179-188.

20- Wei M, Shaffer PA, Young SK, Zakalik RA. Adult attachment, shame, depression, and loneliness: the mediation role of basic psychological needs satisfaction. *J of Couns Psychol.* 2005; (52 suppl4): 591-601.

21- Cann W, Rogers H, Mathew J. Family intervention services program evaluation: a brief report on initial outcomes for families. *AeJAMH.* 2003; (2 suupl3): 1-8.