

## اثربخشی یک مدل مداخله دلبستگی محور بر شاخص‌های سلامت و دلبستگی کودکان مبتلا به بیماری مزمن

### Effectiveness of an attachment-based intervention on health and attachment indices in children with chronic disease

Fatemeh Dehghani Arani

Health Psychology

Mohammad Ali Besharat,

Reza Pour Hossein &

Hadi Bahrami Ehsan

University of Tehran

Asgar Agha Mohammadi

Medical Sciences University of Tehran

فاطمه دهقانی آرانی

روانشناسی سلامت

محمدعلی بشارت\*

رضا پورحسین و

هادی بهرامی احسان

دانشگاه تهران

اصغر آقامحمدی

دانشگاه علوم پزشکی تهران

#### چکیده

#### Abstract

The present study aimed to examine the effectiveness of a new attachment-based intervention model named Mother-Child-Disease Triangle (MCDT) on health and attachment indices in children with chronic disease. Twenty-two mother-child dyads were included in the study as volunteers. All the children were receiving medical treatment in Tehran Pediatric Medical Center hospital following a chronic disease diagnosis. In pre-test stage a battery of questionnaires were administered. This consisted of the Inventory of Parent Attachment (IPPA), Beck's Depression Inventory- Primary Care (BDI-PC), and Illness Perception Inventory (IPI) which were completed by children, and a 28 item Child Health Questionnaire (CHQ-28) and Parenting Stress Index (PSI) which were completed by mothers. On the basis of pre-test scores, mother-child dyads were paired and then randomly assigned to an experimental or a control group. The experimental group received 10 sessions of MCDT intervention, meanwhile the control group received 10 simple conversational sessions, as a dummy intervention. Both groups were evaluated again by the tools after completing their respective treatment regimens. The analysis of data showed significant differences between the two groups after treatment and revealed significant improvement in attachment and health indices included depression, physiological and psychosocial health and total score of general health in the experimental group in pre-post-treatment stages compared to the control group. These finding suggest that using psychological intervention, especially attachment-based intervention, plus medical treatment, would improve the health and attachment indices in chronic disease inpatient children.

**Keywords:** attachment, mother-child dyad, health, chronic illness

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی یک مدل مداخله دلبستگی محور ویژه موقعیت‌های پزشکی با عنوان مثلث مادر- کودک- بیماری (MCDT) بر شاخص‌های سلامت و دلبستگی کودکان مبتلا به بیماری مزمن انجام گرفت. به این منظور ۲۲ زوج مادر- کودک واجد شرایط، پس از اعلام موافقت وارد طرح شدند. کلیه کودکان با تشخیص یک بیماری مزمن در مرکز طبی اطفال تهران تحت درمان پزشکی بودند. پرسشنامه دلبستگی به والدین و همسالان (IPPA) و مقیاس‌های افسردگی بک- ویژه مراقبت‌های اولیه (BDI-PC) و ادراک بیماری (IPI) توسط کودکان و پرسشنامه سلامت کودک- فرم والدین (CHQ-PF-28) و شاخص استرس والدینی (PSI) توسط مادران تکمیل شد. گروه آزمایش ۱۰ جلسه مداخله دلبستگی محور و گروه گواه نیز همزمان ۱۰ جلسه گفتگوی ساده به عنوان مداخله ساختگی دریافت کردند. یافته‌های پژوهش نشان داد که کودکان گروه آزمایش پس از دریافت مداخله دلبستگی محور مذکور، بهبود معنادار در نمرات دلبستگی و زیرمقیاس‌های سلامت شامل افسردگی، سلامت جسمانی، سلامت روانی- اجتماعی و نمره کل سلامت عمومی در مقایسه با گروه گواه داشتند. نتایج پژوهش حاضر نشان می‌دهد که کاربرد مداخلات روان‌درمان‌گرانه، به‌ویژه مداخلات دلبستگی محور، در کنار درمان‌های پزشکی می‌تواند به افزایش میزان بهبودی و سلامت کودکان مبتلا به شرایط خاص پزشکی کمک کند.

**واژه‌های کلیدی:** دلبستگی، زوج مادر/ کودک، سلامت، بیماری مزمن

## مقدمه

ابتلا به بیماری‌های پزشکی و فرایند درمانی سخت و طولانی آنها در کنار مشکلات جسمی، کودک بیمار و خانواده وی را در معرض استرس و آسیب‌های روانی- اجتماعی بالایی قرار می‌دهد و مستلزم سازگاری در ابعاد مختلف زندگی است (ریدر، جینن، کوپجر و میدن‌دورپ، ۲۰۰۸). بررسی نقش عوامل روانشناختی در چگونگی این سازگاری مورد توجه روانشناسان سلامت است. از جمله این عوامل روانشناختی، دلبستگی<sup>۱</sup> است که با توجه به اهمیت آن در حوزه سلامت کودکان، به طور خاص در این پژوهش مورد توجه قرار گرفته است.

بر اساس مطالعات بالبی (۱۹۸۸) دلبستگی به عنوان یکی از مشخصه‌های اساسی سیستم روانی و الگوی روابط بین‌شخصی افراد تعریف شده است که اساس آن در دوران کودکی و در جریان روابط اولیه کودک با مادر شکل می‌گیرد. پژوهش‌ها حاکی از رابطه دلبستگی و بیماری‌های پزشکی (رحیم‌زاده، ۱۳۸۷)، از جمله نقش دلبستگی در ابتلای افراد به بیماری (مک‌ویلیمز و بیلی، ۲۰۱۰) و یا تاثیر بیماری پزشکی بر ویژگی‌های دلبستگی افراد (مردیث، اونسورث و استرانگ، ۲۰۰۸) هستند. این یافته‌ها در زمینه پیشگیری اولیه، در حیطه‌های سلامت و بیماری‌های پزشکی، هم‌چنین در حوزه‌های روانشناختی و اختلالات دلبستگی اهمیت بسزایی دارند. در مداخلات ثانویه سلامت و در درمان بیماری‌های پزشکی نیز اثرات معنادار عامل دلبستگی تایید شده است (ورورت، گوپرت و کرومیز، ۲۰۱۰). اغلب مطالعات پیشین بیماری پزشکی را به عنوان یک عامل استرس‌زا<sup>۲</sup> و مواجهه با آن را قرار گرفتن در یک موقعیت استرس‌زا معرفی کرده‌اند (ماندر و هانتز، ۲۰۰۴). بر این اساس، همان‌طور که استرس از عوامل فعال‌ساز شاخص‌های دلبستگی است، ابتلا به بیماری پزشکی نیز شاخص‌های دلبستگی ویژه فرد را فعال می‌سازد. این شاخص‌های دلبستگی بر مکانیسم‌های سازگاری فرد با بیماری پزشکی (اولیویرا و کاستا، ۲۰۰۹)، پاسخ‌های زیستی- روانی- اجتماعی (رانسون و اورپچاک، ۲۰۰۸) و نیز روند بهبود و کیفیت زندگی بیماران (بزازیان و

بشارت، ۱۳۹۲؛ موس، دوبویس-کومتویس، کایر، تارابولسی، لارنت و همکاران، ۲۰۱۱) اثرگذار است. شواهد پژوهشی پیرامون اثرگذاری عامل دلبستگی بر شرایط پزشکی، موید لزوم پیوند مداخلات روانشناختی متمرکز بر دلبستگی، به پروتکل‌های درمان پزشکی و نیز اهمیت مطالعه موضوع دلبستگی و مداخلات مربوط به آن است.

تاکنون مجموعه‌ای از مداخلات روانشناختی به عنوان کاربردهای بالینی نظریه دلبستگی توسط نظریه‌پردازان این حوزه تدوین شده‌اند. این مداخلات به چند رویکرد عمده تقسیم می‌شوند: رویکردهای درمانی انفرادی<sup>۳</sup> شامل روان‌درمانی والد- کودک<sup>۴</sup>، طرح دایره امنیت<sup>۵</sup>، پروتکل مشاهده، انتظار و حیرت<sup>۶</sup>، دستکاری پاسخ‌دهی حساس (برنامه‌های لیدن)<sup>۷</sup> و راهنمای تعامل اصلاح‌شده<sup>۸</sup>؛ رویکردهای مرتبط با برنامه‌های سلامت جمعی<sup>۹</sup> مانند کودکان تارماس<sup>۱۰</sup>؛ رویکردهای مبتنی بر روش پسخوراند<sup>۱۱</sup> مانند مداخله پسخوراند ویدیویی<sup>۱۲</sup> جهت افزایش فرزندپروری مثبت، جلسات مواجهه پسخوراند ویدیویی با کمک درمانگر و رویکردهای مربوط به مداخلات مراقبتی فرزندخواندگی<sup>۱۳</sup> مانند دلبستگی و اکتساب زیستی- رفتاری<sup>۱۴</sup> و مداخله اورلینز/تیم نوزاد تولین<sup>۱۵</sup> (باکرمز- کرانبرگ، ون‌ایزندورن، مسمن، آلینک و جافر، ۲۰۰۸).

مداخلات مذکور، مبتنی بر دو رویکرد روانی- آموزشی<sup>۱۶</sup> و روان‌درمانی هستند. تاکید رویکرد روانی- آموزشی بر افزایش دانش والدین در حوزه کودک، مهارت‌های مربوط به مراقبت‌های اولیه، شکل‌دهی رابطه با کودک و نیز آموزش برخی مهارت‌ها به کودک است (کورنل و هامرین، ۲۰۰۸).

3. individual therapeutic approaches
4. child-parent psychotherapy
5. circle of security project
6. watch, wait and wonder protocol
7. manipulation of sensitive responsiveness (the Leiden programs)
8. modified interaction guidance
9. public health programs
10. Tarmas children
11. feedback methods
12. video-feedback intervention
13. foster care intervention
14. biobehavioral catch-up
15. Orleans intervention/Tulane infant team
16. psychoeducational

1. attachment
2. stressor

مطالعات فوق، در پژوهش‌های مربوط به مداخلات دلبستگی محور در داخل کشور نیز مورد توجه قرار گرفته‌اند (ابارشی، طهماسبان، مظاهری و پناغی، ۱۳۸۸؛ امانی، ثنایی ذاکر، نظری و نامداری، ۱۳۹۰؛ بشارت، ۱۳۹۱؛ حسین‌زاده تقوایی، لطفی کاشانی، نوابی‌نژاد و نورانی‌پور، ۱۳۸۸؛ ذوالفقاری مطلق، جزایری، خوشابی، مظاهری و کریملو، ۱۳۸۷؛ سیدموسوی، مظاهری، پاکدامن و حیدری، ۱۳۹۲).

مداخلاتی که شرح داده شد، جهت به‌کارگیری در حوزه اختلالات روانی، به‌ویژه اختلالات دلبستگی تدوین شده‌اند و اختصاصاً جهت بهبود وضعیت‌های پزشکی به‌کار گرفته نشده‌اند. اما آنچه در چهارچوب پژوهش حاضر به آن پرداخته می‌شود، این مساله است که کودکان مبتلا به بیماری مزمن با توجه به ابعاد پزشکی حاکم بر شرایطشان، در معرض مشکلات پیچیده‌تر دلبستگی هستند و اجرای مداخلات مذکور درباره آنها با حساسیت بالاتری همراه است (ماندر و هانتز، ۲۰۰۴). در این راستا متخصصان، کوتاه بودن دوره مداخله را از مولفه‌های مثبت جهت افزایش کارآمدی درمان معرفی کرده‌اند (فیوری، کانسدین و مرز، ۲۰۱۱). همچنین، شناخت کودک از بیماری و فرایند درمان آن (مک‌کواید، کوپل، کلین و فریتز، ۲۰۰۳)، آماده‌سازی وی و خانواده برای درمان‌های پزشکی دردناک و طولانی (بلونت، زمپسکی، جانست، اوانز، کوهن و همکاران، ۲۰۰۹) و پدیده سوگ<sup>۳</sup> به عنوان واکنش روانشناختی کودک و خانواده نسبت به ابتلا به بیماری پزشکی (آموس، بیل و فربر، ۲۰۰۷) مستلزم توجه ویژه است.

مطالعات پیشین در حوزه مداخلات دلبستگی محور از میان مولفه‌های درمانی موجود، عامل محیطی مهم و اثرگذار استرس را کمتر مورد توجه قرار داده‌اند. در حالی که مطالعات اثرگذاری شرایط محیطی به‌ویژه عامل استرس را بر ویژگی‌های دلبستگی افراد و متعاقب آن بر شرایط سلامت و بیماری افراد تایید کرده‌اند (ساجمن، دکاست، کاستیگ لیونی، مک‌ماهون، رونساویل و همکاران، ۲۰۱۰). با در نظر گرفتن این محدودیت در مداخلات دلبستگی محور پیشین و با توجه به ماهیت مطالعه حاضر که پژوهشی در حوزه روانشناسی سلامت و مداخله‌ای بالینی با تمرکز بر دلبستگی

رویکرد روان‌درمانی والدین و کودک با تمرکز بر تجارب هیجانی مربوط به رابطه دلبستگی گذشته فرد، به اصلاح بازنمایی‌های ذهنی<sup>۱</sup> مختل آنها درباره خود و دیگران می‌پردازد (یارنوز، پلازولا و اکسیریا، ۲۰۰۸). همچنین ترکیب این دو رویکرد، روش موثری برای بهبود سبک‌های دلبستگی در والدین و فرزندان است. درمان ترکیبی با هدف قرار دادن هر دو بعد مهارت‌های والد-فرزند و عوامل روانشناختی اثر گذار بر رابطه والد-فرزند، سودمندی مداخله را افزایش می‌دهد (گلداسمیت، ۲۰۱۰). به نظر می‌رسد این رویکرد مبتنی بر دیدگاه بالبی (۱۹۸۸) است که معتقد بود به منظور تغییر رفتار دلبستگی، مداخله باید به شکل موازی الگوهای ارتباطی و فرایندهای فعال ذهنی‌ای را که مادر و کودک از روابط دلبستگی اولیه درونی کرده‌اند، هدف قرار دهد.

مداخلات مذکور، گستره متنوعی از فنون متمرکز بر ایجاد پیوند ایمن بین مادر یا درمانگر، به عنوان جایگزین منبع دلبستگی اولیه و کودک، بازی‌درمانی و آموزش راهبردهای سازگاری با استرس، راهکارهایی مانند تماس نزدیک و تسلی‌بخش جسمانی با کودک و مداخلات متمرکز بر کارکردهای اجتماعی کودک و خانواده را شامل می‌شوند (سادربری، شاردلو و هانتینگتون، ۲۰۱۰). در این زمینه، تاکید آکادمی روانپزشکی کودک و نوجوان آمریکا<sup>۲</sup> (۲۰۰۵) بر تعامل والد (با تاکید بر مادر) و کودک است و مولفه ضروری در هر نوع مداخله دلبستگی محور را حمایت از کودک در برخورداری از یک محیط و منبع دلبستگی باثبات معرفی می‌کند. بر این اساس، درمانگر باید زوج مادر-کودک و رابطه آنها را هدف قرار دهد و یا از مادر به عنوان یک واسطه درمانی برای تسهیل تعاملات مثبت کودک-مادر استفاده کند. توجه بر هیجان‌های کودک و مادر از دیگر مولفه‌هایی است که در مداخلات دلبستگی محور مورد توجه قرار می‌گیرد (برلین، زینا و لیبرمن، ۲۰۰۸). اصول و فنون مذکور، مبتنی بر پایه‌های نظری مورد تایید هستند (زیگنهاین، فگرت، اوستلر و بوچیم، ۲۰۰۷؛ فریبرگ، ادلسون و شاپیرو، ۱۹۷۵؛ لیبرمن و پاول، ۱۹۹۳). مولفه‌های تاکید شده در

1. mental representation
2. American Academy of Child and Adolescent Psychiatry

3. grief

با تکیه بر چند دیدگاه نظری بنا شده است. از جمله دیدگاه بالبی (۱۹۸۸) که معتقد است به منظور تغییر ویژگی‌های دلبستگی لازم است مداخلات به شکل همزمان، مدل‌های درونکاری را که مادر و کودک، هر دو، از روابط دلبستگی اولیه خود دارند هدف قرار دهند. مبنای نظری دیگر در مدل پژوهش حاضر مدل بارتولومئو و هورویتز (۱۹۹۱) است که در آن دلبستگی محصول بازنمایی‌های ذهنی مثبت یا منفی فرد از خود و دیگران است. از دیگر پایه‌های نظری مدل حاضر، نظریه رفتار بیماری-دلبستگی از هانتر و ماندر (۲۰۰۱) است که بیماری را عامل استرس فعال‌ساز ویژگی‌های دلبستگی معرفی می‌کند. در نهایت مدل‌های دلبستگی-بیماری مردیث و همکاران (۲۰۰۸) و ساداوا و همکاران (۲۰۰۹) که حالات رفتاری-هیجانی-شناختی را عوامل واسطه‌ای در تعامل دلبستگی و وضعیت پزشکی معرفی می‌کنند. مدل مداخله دلبستگی‌محور مثلث مادر-کودک-بیماری با تکیه بر رویکردهای نظری بالا و با تلفیق تکنیک‌های مربوط به رویکرد روابط موضوعی<sup>۳</sup> از نظریه تحلیل روانی (فربرن، ۱۹۶۳) و نیز رویکرد آموزش روانی بر اساس نظریه شناختی-رفتاری (تاملینسون، ۱۹۴۱؛ دونلی، ۱۹۱۱) طراحی شد و پژوهش حاضر در صدد بررسی اثربخشی مداخله مذکور بر بهبود سیستم ارتباطی و دلبستگی مادر-کودک و متعاقباً شاخص‌های سلامت کودک بود.

## روش

جامعه آماری، نمونه و روش اجرای پژوهش: پژوهش حاضر از نوع مطالعات شبه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه مورد پژوهش را کودکان ۱۲ تا ۱۸ سال در حال تحصیل در مقاطع راهنمایی و دبیرستان، مبتلا به یک بیماری پزشکی که در مرکز طبی اطفال تهران تحت درمان و مراقبت‌های پزشکی بودند، تشکیل می‌دادند. از جامعه مورد نظر تعداد ۲۵ کودک واجد شرایط ورود به طرح، به شیوه در دسترس انتخاب شدند که در نهایت ۲۲ بیمار، در دو گروه آزمایش و کنترل، هر گروه ۱۱ بیمار، دوره مورد نظر طرح را تکمیل کردند. میانگین

محسوب می‌شود، بر اساس رابطه استرس و سلامت/بیماری و نظریه‌های موجود در حوزه روانشناسی سلامت که بیماری را به عنوان یک استرس در نظر می‌گیرند (هانتر و ماندر، ۲۰۰۱)، مداخله دلبستگی‌محور طراحی شده در پژوهش حاضر به عامل بیماری به عنوان یک استرس محیطی اثرگذار بر رابطه مادر-کودک می‌پردازد. مدل‌های مداخله دلبستگی‌محور پیشین اغلب روابط دوسویه بین‌شخصی را مورد توجه قرار داده‌اند. درحالی‌که در شرایط بیماری پزشکی، بیماری به عنوان یک استرس شدید شرایط خاصی را بر این رابطه دوسویه حاکم می‌سازد. تا آنجا که حتی چهارچوب‌ها و چگونگی رابطه حول محور بیماری شکل می‌گیرد (سیگال، ۲۰۰۰). بر این اساس در مدل مداخله‌ای پژوهش حاضر، مداخله در فضای ارتباط مثلثی بین مادر-کودک-بیماری، به جای تمرکز صرف بر روابط دوسویه مادر-کودک، انجام شد. طرح حاضر مبتنی بر این اصل اولیه نظریه دلبستگی است که کیفیت دلبستگی در خلال رابطه کودک با مراقب اولیه، یعنی مادر یا جانشین مادر، شکل می‌گیرد و اصلاح مشکلات دلبستگی نیز مستلزم توجه به افزایش کیفیت رابطه مادر و کودک است (زیگنهاین و همکاران، ۲۰۰۷). از سوی دیگر، با در نظر گرفتن احتمال بیشتر حضور مادر در مقایسه با پدر در موقعیت‌های پزشکی و بیمارستانی، انتخاب مادر به منظور دسترسی بهتر و تسهیل مداخله، موجه‌تر است.

بر این اساس، مدل مداخله‌ای پژوهش حاضر با محوریت عامل دلبستگی، با عنوان مثلث مادر-کودک-بیماری<sup>۱</sup> به منظور ارزیابی اثربخشی بر بهبود شاخص‌های سلامت در کودکان مبتلا به بیماری مزمن تدوین شد. مدل مداخله‌ای مذکور بر مادر، کودک، بیماری کودک و روابط بین آنها تمرکز دارد. مولفه‌های اساسی مورد ارزیابی و مداخله در پژوهش حاضر شامل شناخت‌ها و بازنمایی‌های ذهنی مادر و کودک از سه جزء مثلث مادر-کودک-بیماری، روابط و اثرات متقابل بین این اجزا، مدل‌های درونکاری<sup>۲</sup> از روابط پیشین، هیجان‌های مرتبط با هر یک از این موقعیت‌ها و نهایتاً مهارت‌های رفتاری، ارتباط بین‌شخصی مادر-کودک و سازگاری آنها با بیماری هستند. ساختار این مدل و جلسات

1. Mother-Child-Disease Triangle (MCDT)
2. Internal Working Models (IWM)

3. Object relations

همتا قرار گرفتند. یکی از دو گروه به تصادف به عنوان گروه آزمایش و دیگری به عنوان گروه گواه انتخاب شدند. در حالی که همه آزمودنی‌ها تحت مراقبت پزشکی خاص بیماری خود قرار داشتند، آزمودنی‌های گروه آزمایش به همراه مادران‌شان بسته مداخله دلبستگی محور مثلث مادر- کودک- بیماری را در ۱۰ جلسه دریافت کردند. در این فاصله، آزمودنی‌های گروه گواه در ۱۰ جلسه گفتگوی ساده و بدون هیچ‌گونه مداخله روانشناختی، به عنوان جلسات درمان ساختگی شرکت کردند. یک آزمودنی از گروه آزمایش و دو آزمودنی گروه کنترل پیش از پایان جلسات از طرح خارج شدند. یک هفته پس از پایان اجرای بسته مداخله دلبستگی محور، در مرحله پس‌آزمون آزمودنی‌های دو گروه با استفاده از ابزارهای سنجش مورد ارزیابی قرار گرفتند.

#### ابزار سنجش

بسته درمانی مدل مداخله دلبستگی محور مثلث مادر- کودک- بیماری (MCDT): در پژوهش حاضر مدل مداخله دلبستگی محور مثلث مادر- کودک- بیماری در ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای، هر هفته دو جلسه، یک جلسه برای مادران و یک جلسه برای کودکان اجرا شد. ساختار اجرایی مدل مداخله دلبستگی محور مثلث مادر- کودک- بیماری شامل چهار بخش ارزیابی (با حضور زوج مادر- کودک)، بخش درمانی A در قالب سه جلسه ویژه کودک، بخش درمانی A در سه جلسه ویژه مادر، و بخش درمانی B با سه جلسه ویژه زوج مادر- کودک است. بخش ارزیابی مشتمل بر سنجش دقیق سیستم دلبستگی مادر- کودک از طریق مشاهده کیفیت رابطه آنها، همچنین بررسی وضعیت سلامت مادر- کودک و در نهایت تشکیل اتحاد درمانی با مادر و کودک است. در دو بخش درمانی A و A، کودک و مادر هر یک به شکل جداگانه در سه جلسه شناختی، هیجانی و رفتاری ملاقات می‌شوند. جلسات شناختی با استفاده از فن گفتگوی دیالکتیک سقراطی<sup>۶</sup>، به کار روی ارزیابی‌ها و کارکردهای شناختی کودک مادر پیرامون خود، دیگری و بیماری می‌پردازد. جلسات هیجانی بر تجارب هیجانی کودک مادر در جریان پیشامدهای واقع در فضای ارتباطی آنها،

سنی گروه آزمایش ۱۵/۳۶ سال با انحراف استاندارد ۲/۱۵، و میانگین سنی گروه کنترل ۱۵/۴ سال با انحراف استاندارد ۱/۹۶ بود. همچنین میانگین سن مادران گروه آزمایش ۴۰/۶ سال با انحراف استاندارد ۵/۲، و میانگین سنی مادران گروه کنترل ۴۱/۶ سال با انحراف استاندارد ۴/۹ بود. دو گروه، از نظر تعداد فرزندان خانواده با یکدیگر برابر بودند (میانگین ۲/۲۷ و انحراف استاندارد ۰/۹۹).

در میان جامعه پژوهشی مورد نظر، ملاک‌های ورود و خروج پژوهش شامل ابتلای کودک به بیماری پزشکی و گذشت حداقل شش ماه از آغاز درمان پزشکی او، اشتغال کودک به تحصیل در مقطع راهنمایی یا دبیرستان، دارا بودن حداقل تحصیلات ابتدایی در مادر، عدم وجود سابقه ضربه مغزی، اعتیاد، اختلال شخصیت و اختلالات سایکوتیک در مادر و کودک، طی مصاحبه اولیه و نیز در پرونده پزشکی کودک بررسی شد و ۲۵ کودک با شرایط مذکور به همراه مادران‌شان جهت اجرای طرح انتخاب شدند. پس از صورت اعلام آمادگی و موافقت، فرم رضایت‌نامه مشارکت در طرح پژوهشی توسط مادران تکمیل شد. فرم مذکور شامل تعهد اخلاقی پژوهشگر، تعهد همکاری شرکت‌کننده، اختیار شرکت‌کننده برای خاتمه دادن به همکاری در هر مرحله از اجرای پژوهش، توصیف اهداف و نحوه اجرای طرح بود. در مرحله پیش‌آزمون شاخص‌های سلامت کلیه کودکان با استفاده از پرسشنامه سلامت کودک- فرم والدین<sup>۱</sup> و مقیاس‌های افسردگی بک- ویژه مراقبت‌های اولیه<sup>۲</sup> و ادراک بیماری<sup>۳</sup> سنجیده شد و وضعیت دلبستگی کودکان به وسیله مقیاس دلبستگی به والدین و همسالان<sup>۴</sup> مورد ارزیابی قرار گرفت. دلبستگی مادر به کودک و ویژگی‌های مادر و کودک درون یک سیستم تعاملی نیز، به عنوان عوامل مداخله‌گر در شرایط طرح و جهت کنترل، به وسیله شاخص استرس والدینی<sup>۵</sup> ارزیابی شد. در نهایت آزمودنی‌ها بر اساس نمرات کلی سلامت کودکان، دلبستگی مادر و کودک، و استرس والدگری، همچنین سن و نوع بیماری کودک، در دو گروه

1. Child Health Questionnaire (CHQ-PF-28)
2. Beck Depression Inventory–primary Care (BDI-PC)
3. Illness Perception Inventory (IPI)
4. Inventory of Parent and Peer Attachment (IPPA)
5. Parenting Stress Index (PSI)

6. Socratic dialectic conversation method



در نمونه ۲۷۰ نفری آزمودنی‌های ۲۰-۱۸ سال، بین ۰/۸۷ تا ۰/۹۲ گزارش نموده است. در مطالعه آتش‌روز و همکاران (۱۳۸۷) این ضرایب ۰/۸۷ تا ۰/۸۸ و در پژوهش فتحی و مهربانی‌زاده هنرمند (۱۳۸۷) و نصرتی و همکاران (۱۳۸۵) تا ۰/۹۳ به دست آمده است. در پژوهش حاضر نمره کل بخش دلبستگی کودک به مادر مدنظر قرار گرفته است.

مقیاس افسردگی بک- ویژه مراقبت‌های اولیه (*BDI-PC*): مقیاس افسردگی بک (بک، استیر، بال، سیروو و رابات، ۱۹۹۷)، به منظور استفاده در مراکز پزشکی به عنوان ابزار غربال‌گری ساخته شده است. هفت گویه این ابزار در انطباق با معیارهای *DSM-IV*، علایم افسردگی شامل احساس غمگینی، ناامیدی، احساس شکست در گذشته، از دست دادن توان لذت بردن، بی‌زاری از خود، سرزنش خویش، و افکار و تمایلات خودکشی را در یک مقیاس لیکرت ۴ درجه‌ای می‌سنجد. نمره بالاتر در این مقیاس به معنای شدت بیشتر افسردگی فرد است. بک و همکاران (۱۹۹۷) این مقیاس را روی بیماران جسمی ارجاع شده برای مشاوره‌های روانپزشکی به کار بردند و با نقطه برش چهار برای غربال‌گری افسردگی اساسی، حساسیت آن را در تمایز بیماران افسرده و غیرافسرده ۰/۸۲ گزارش کردند. پژوهش وینتر و همکاران (۱۹۹۹) ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۸ را برای این مقیاس نشان داده است. در مطالعه این مقیاس بر روی نمونه ایرانی، آلفای کرونباخ ۰/۸۸، ضریب پایایی بازآزمایی<sup>۱۱</sup> ۰/۷۴ و روایی سازه<sup>۱۲</sup> ۰/۸۴ به دست آمده است (منیرپور، ۱۳۸۸).

مقیاس ادراک بیماری (*IPI*): مقیاس ادراک بیماری اولین بار توسط وینمن و همکاران (۱۹۹۶) و بر اساس ابعاد شناختی مطرح در نظریه خودتنظیم‌گری لونتال<sup>۱۳</sup> (لونتال، نرنز و استیل، ۱۹۸۴) تدوین شده است. در مطالعه حاضر فرم کوتاه این مقیاس مورد استفاده قرار گرفت. در مطالعه منیرپور (۱۳۸۸) جهت بررسی روایی سازه خرده‌مقیاس‌ها، ضریب همبستگی این ابزار با نسخه ایرانی پرسشنامه اصلاح‌شده ادراک بیماری، ۰/۷۱ به دست آمده است. یازبان و همکاران (۱۳۸۹) آلفای کرونباخ این ابزار را ۰/۵۳ گزارش

به‌ویژه پیرامون بیماری کودک و اثرات ماندگار این تجارب تاکید دارد. گفتگوی متمرکز بر هیجان<sup>۱</sup> و پالایش هیجانی<sup>۲</sup> فنون مورد توجه در این جلسات است. جلسات رفتاری بر الگوی تعاملات بین‌شخصی، راهبردهای انطباقی و مهارت‌های ارتباطی به‌ویژه مهارت‌های مربوط به سیستم دلبستگی مادر- کودک مانند سبک پاسخ‌دهی بازتابی<sup>۳</sup>، رفتار حساس<sup>۴</sup> و دسترس‌پذیری<sup>۵</sup>، با استفاده از فنون آموزشی، تمرین و تکلیف توجه دارد. بخش B، به عنوان بخش مشترک، زمان پیوند مجدد زوج کودک- مادر و فرصتی است برای کاربرد عینی آموزه‌های مرحله قبل و اصلاح مهارت‌های شناختی- هیجانی- رفتاری کودک- مادر در تعامل با یکدیگر، که تحت نظارت درمانگر و با کمک فنون ایفای نقش<sup>۶</sup> و بازخورد<sup>۷</sup> انجام می‌شود. کلیه مراحل اجرای مداخله مداخله توسط پژوهشگر آموزش‌دیده در زمینه روان‌درمان- گری با رویکرد روابط بین‌شخصی، در بیمارستان مرکز طبی کودکان تهران و با نظارت متخصصان مرکز مطالعات و تحقیقات بیمارستان اجرا شد.

مقیاس دلبستگی به والدین و همسالان (*IPPA*): مقیاس دلبستگی به والدین و همسالان (آرمسدن و گرینبرگ، ۱۹۸۷) به منظور ارزیابی کیفیت دلبستگی کودکان در رابطه با والدین و دوستان طراحی شده است. این پرسشنامه دارای ۷۵ سوال است که در سه گروه ۲۵ سوالی، میزان و کیفیت دلبستگی به پدر، مادر و همسالان را از طریق چهار زیرمقیاس دلبستگی، اعتماد<sup>۸</sup>، ارتباط<sup>۹</sup> و بیگانگی<sup>۱۰</sup> می‌سنجد. کودکان به سوالات بر روی یک طیف ۵ درجه‌ای لیکرت پاسخ می‌دهند. نمره کلی میزان دلبستگی کودک از مجموع این نمرات به دست می‌آید. هرچه نمرات بالاتر باشد ایمنی بیشتری در روابط وجود دارد. پژوهش آرمسدن و گرینبرگ (۱۹۸۷) آلفای کرونباخ ابعاد این ابزار را

1. emotion focused discussion
2. catharsis
3. reflective responding style
4. sensitive behavior
5. accessibility
6. role playing
7. feedback
8. reliance/trust
9. relationship
10. alienation

11. test-retest reliability
12. construct validity
13. Leventhal's self-regulation theory

شاخص استرس والدینی (*PSI*): شاخص استرس والدینی (اییدین، ۱۹۹۰) پرسشنامه خودگزارشی شامل ۱۰۱ ماده جهت سنجش دو بخش ویژگی‌های کودک و والد است. بخش کودک شش زیرمقیاس سازش‌پذیری<sup>۲</sup>، پذیرندگی<sup>۳</sup>، فزون‌طلبی<sup>۴</sup>، خلق<sup>۵</sup>، بی‌توجهی- بیش‌فعالی<sup>۶</sup>، و تقویت‌گری<sup>۷</sup> را گری<sup>۷</sup> را شامل می‌شود که به ویژگی‌های کودک در موقعیت تعاملی با مادر اشاره دارند. بخش والد هفت زیرمقیاس افسردگی، دلبستگی، محدودیت‌های نقش<sup>۸</sup>، سلامت، حس صلاحیت<sup>۹</sup>، روابط با همسر و انزوای اجتماعی<sup>۱۰</sup> را پوشش داده و اشاره به ویژگی‌هایی دارد که منبع تجربه استرس والد در فضای تعاملی با کودک هستند (سیدموسوی و همکاران، ۱۳۹۲). آلفای کرونباخ ۰/۹۳ با ضریب ۰/۸۵ در بخش کودک و ۰/۹۱ در بخش والد، و ضریب روایی افتراقی<sup>۱۱</sup> ۰/۹۳ حاکی از همسانی درونی و روایی بالای این ابزار در یک گروه ۲۴۸ نفری بوده است (تام، چان و ونگ، ۱۹۹۴). دادستان و همکاران (۱۳۸۵) همسانی درونی و پایایی بازآزمایی این ابزار را در مادران ایرانی ۰/۸۸ و ۰/۹۴ گزارش کرده‌اند.

### یافته‌ها

جدول ۱ یافته‌های توصیفی حاصل از متغیرهای دلبستگی، افسردگی ادراک بیماری، سلامت جسمانی، سلامت روانی- اجتماعی و نمره کل سلامت عمومی را در کودکان دو گروه آزمایش و گواه، در دو مرحله آزمون نشان می‌دهد.

کرده‌اند که نشانه همسانی درونی<sup>۱</sup> خوب آن است. هشت گویه اول پرسشنامه، نگرش و باورهای فرد در رابطه با بیماری، شامل تاثیرات منفی بیماری بر زندگی، تداوم بیماری، احساس کنترل روی بیماری، درمان‌پذیری، تجربه علائم بیماری، نگرانی درباره بیماری، شناخت بیماری و تاثیر منفی بر روحیه را بررسی می‌کند و گویه نهم دیدگاه بیمار درباره علل بیماری است. در پژوهش‌های مربوط به ارزیابی ادراک بیمار مجموع هشت گویه اول به عنوان شاخص دیدگاه بیمار از شدت بیماری خویش مورد تحلیل قرار می‌گیرد.

پرسشنامه سلامت کودک- فرم والدین (*CHQ-PF-* 28): این پرسشنامه (لندگراف و آبتز، ۱۹۹۶) وضعیت سلامت کودکان را بر پایه گزارش‌های والدین از نشانه‌های جسمانی- روانی- اجتماعی کودک می‌سنجد و برای دختران و پسران سنین مختلف و والدین با سطوح تحصیلی و شرایط کاری مختلف قابل استفاده است (دروتار، شوارتز، پالرمو و بورانت، ۲۰۰۶). پژوهش رات و همکاران (۲۰۰۵) نشان داده که این پرسشنامه قادر است بین کودکان با شرایط مزمن خاص تمایز قایل شود و با سایر مقیاس‌های سلامت همبستگی دارد. فرم کوتاه آن ۲۸ سوال دارد که روی یک طیف ۵ درجه‌ای لیکرت قرار دارد و نمرات پایین‌تر نشان‌دهنده سلامت کمتر هستند. رات و همکاران (۲۰۰۵) روایی سازه فرم کوتاه این ابزار را ۰/۷۰ گزارش کرده‌اند و در مطالعه قره‌باغی و آگیلار وفایی (۱۳۸۷) نیز آلفای کرونباخ زیرمقیاس‌های سلامت جسمانی و سلامت روانی- اجتماعی ۰/۷۰ و ۰/۸۵ گزارش شده است.

2. adaptability
3. acceptability
4. demanding
5. mood
6. distractibility/hyperactivity
7. reinforcement
8. role restriction
9. competence
10. social isolation
11. discriminant

1. internal consistency

## جدول ۱

میانگین و انحراف استاندارد نمرات دل بستگی و زیرمقیاس‌های سلامت کودک در دو گروه آزمایش و گواه در پیش‌آزمون و پس‌آزمون

پس‌آزمون		پیش‌آزمون		گروه	متغیر
SD	M	SD	M		
۵/۱۸	۵۸/۱	۹/۳۱	۴۴/۴۵	آزمایش	دل بستگی به مادر
۹/۷۶	۴۴/۷۳	۹/۳۶	۴۳/۶۴	گواه	
۰/۷۸	۴/۲۷	۲/۵۶	۶/۸۲	آزمایش	افسردگی
۲/۷۲	۹/۲۷	۳/۷۷	۶/۵۵	گواه	
۶/۸۱	۴۲/۸۲	۱۲/۰۸	۴۲/۲۷	آزمایش	ادراک بیماری
۴/۷۱	۴۶	۱۳/۱۴	۴۰/۰۹	گواه	
۳/۲	۲۷/۵۵	۷/۱۵	۱۹/۱۸	آزمایش	سلامت جسمانی
۵/۱	۱۶/۵۵	۵/۷	۱۷/۱۸	گواه	
۱۰/۴۱	۶۵/۵۵	۸/۵۸	۵۰/۳۶	آزمایش	سلامت روانی- اجتماعی
۷/۸۱	۴۹	۹/۳۸	۴۹/۲۷	گواه	
۱۱/۴۴	۹۳/۰۹	۱۴/۰۶	۶۹/۵۵	آزمایش	سلامت عمومی
۱۰/۰۲	۶۵/۵۵	۱۲/۸	۶۶/۳۶	گواه	

به منظور بررسی مفروضه طرح و جهت کنترل اثر پیش‌آزمون در بررسی این‌که آیا دریافت مداخله دل بستگی محور مثلث مادر- کودک- بیماری در گروه آزمایش، بر مقیاس‌های دل بستگی و سلامت کودکان مبتلا به بیماری مزمن اثر معنادار داشته است، از روش تحلیل کواریانس چندمتغیری<sup>۱</sup> استفاده شد. در این حالت، نمرات پس‌آزمون دل بستگی و سلامت به عنوان متغیرهای وابسته، مداخله به عنوان متغیر مستقل و نمرات پیش‌آزمون دل بستگی و سلامت به عنوان متغیرهای همپراش وارد تحلیل شدند. پس از کسب اطمینان از رعایت مفروضه‌های خطی بودن<sup>۲</sup>، همگونی خطوط رگرسیون<sup>۳</sup> و همگونی واریانس‌ها<sup>۴</sup> (هومن، ۱۳۸۶) اثر مداخله مداخله بر متغیرهای وابسته بررسی شد.

نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد که مداخله انجام شده روی گروه آزمایش، در مورد مقیاس دل بستگی ( $p = ۰/۰۲$ ) و  $(F_{1,21} = ۷/۲۵)$  و چهار زیرمقیاس سلامت، یعنی افسردگی

به منظور بررسی مفروضه طرح و جهت کنترل اثر پیش‌آزمون در بررسی این‌که آیا دریافت مداخله دل بستگی محور مثلث مادر- کودک- بیماری در گروه آزمایش، بر مقیاس‌های دل بستگی و سلامت کودکان مبتلا به بیماری مزمن اثر معنادار داشته است، از روش تحلیل کواریانس چندمتغیری<sup>۱</sup> استفاده شد. در این حالت، نمرات پس‌آزمون دل بستگی و سلامت به عنوان متغیرهای وابسته، مداخله به عنوان متغیر مستقل و نمرات پیش‌آزمون دل بستگی و سلامت به عنوان متغیرهای همپراش وارد تحلیل شدند. پس از کسب اطمینان از رعایت مفروضه‌های خطی بودن<sup>۲</sup>، همگونی خطوط رگرسیون<sup>۳</sup> و همگونی واریانس‌ها<sup>۴</sup> (هومن، ۱۳۸۶) اثر مداخله مداخله بر متغیرهای وابسته بررسی شد.

نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد که مداخله انجام شده روی گروه آزمایش، در مورد مقیاس دل بستگی ( $p = ۰/۰۲$ ) و  $(F_{1,21} = ۷/۲۵)$  و چهار زیرمقیاس سلامت، یعنی افسردگی

1. Multivariate Analysis of Covariance (MANCOVA)
2. linearity
3. homogeneity of regression lines
4. homogeneity of variances



## جدول ۲

نتایج تحلیل کواریانس چند متغیری نمرات دل‌بستگی و زیرمقیاس‌های سلامت کودک

متغیر	F	معناداری	ضریب اتا
دل‌بستگی به مادر	۷/۲۵	۰/۰۲*	۰/۳۸
افسردگی	۳۱/۹۲	۰/۰۰۰***	۰/۶۸
ادراک بیماری	۱/۹۳	۰/۱۸	۰/۱۱
سلامت جسمانی	۲۶/۱	۰/۰۰۰***	۰/۶۳
سلامت روانی-اجتماعی	۱۵/۶۱	۰/۰۰۱***	۰/۵۱
سلامت عمومی	۲۵/۵۶	۰/۰۰۰***	۰/۶۳

\*  $p < 0.05$  \*\*  $p < 0.01$  \*\*\*  $p < 0.001$

هانتر، ۲۰۰۹؛ مک‌ویلیامز و بیسلی، ۲۰۱۰). بر این اساس، مدل مداخله دل‌بستگی محور مورد بررسی در پژوهش حاضر، با عنوان مثلث مادر- کودک- بیماری را می‌توان اولین الگوی مداخله دل‌بستگی محور معرفی نمود که اختصاصاً جهت کاربرد در موقعیت‌های پزشکی کودکان طراحی شده و مطالعه حاضر اولین پژوهش بالینی و به عنوان مطالعه‌ای مقدماتی جهت بررسی اثربخشی این مدل بوده است. بر این اساس هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی این مدل مداخله دل‌بستگی محور بر شاخص‌های سلامت و دل‌بستگی کودکان با بیماری‌های پزشکی مزمن بود. نتایج به دست آمده گویای اثرات مثبت این مداخله بر بهبود دل‌بستگی و سلامت گروه هدف بود.

مداخله دل‌بستگی محور مذکور با تکیه بر مبانی نظری پیشین، سه بعد از ابعاد تعاملی بین دل‌بستگی و سلامت کودکان را مورد توجه قرار داده است و فرض بر آن است که همین ابعاد می‌توانند گذرگاه‌های اثربخشی مدل مذکور بر شاخص‌های دل‌بستگی و سلامت کودکان مبتلا به بیماری پزشکی باشند. نخست، توجه بر الگوی دل‌بستگی مادر و کودک؛ دوم، اثرات بیماری کودک بر این الگو؛ و سوم، اثرات این الگو بر شرایط سلامت کودک و مادر. مطالعات تجربی رابطه کودک- مراقب را به عنوان شکل‌دهنده الگوی دل‌بستگی افراد معرفی کرده و بر لزوم توجه بر ابعاد هیجانی، شناختی و رفتاری این رابطه در مداخلات دل‌بستگی محور تاکید می‌کنند (الن، ۲۰۱۱؛ فیتون، ۲۰۱۲؛ مک‌ویلیامز و بیلی، ۲۰۱۰). بعد شناختی، شامل شناخت‌ها و ادراکات کودک و مادر از خود و دیگری است. بعد رفتاری حاکی از الگوها و مهارت‌های رفتاری مادر و کودک در تعامل با

مقایسه میانگین نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه آزمایش در متغیرهای دل‌بستگی و سلامت حاکی از افزایش نمره دل‌بستگی و کاهش زیرمقیاس‌های سلامت است. لذا بهبود کودکان بیمار دریافت‌کننده مداخله دل‌بستگی محور همراه با درمان پزشکی در مقایسه با کودکانی که صرفاً درمان پزشکی دریافت کرده بودند در شاخص‌های دل‌بستگی و زیرمقیاس‌های افسردگی، سلامت جسمانی، سلامت روانی-اجتماعی و سلامت عمومی معنادار و در زیرمقیاس ادراک بیماری معنادار نبوده است.

## بحث

با وجود تایید ابعاد مختلف روابط متقابل بین دل‌بستگی و سطح سلامت (مردیث و همکاران، ۲۰۰۸)، و وجود شواهد پژوهشی پیرامون اثربخشی مداخلات روانشناختی بر افزایش سطح سلامت و کاهش نشانگان بیماری در موقعیت‌های پزشکی (رامسایر، گرک، لوتزین، پاول و رومر، ۲۰۱۱؛ موس و همکاران، ۲۰۱۱)، این نتایج در زمینه کاربرد مداخلات روانشناختی و به‌طور خاص مداخلات دل‌بستگی محور، و عمدتاً نیز در حوزه درد مزمن و یا در گروه سنی بزرگسالان بوده است. پژوهش‌هایی که در زمینه مداخلات دل‌بستگی محور و در گروه کودکان صورت گرفته عمدتاً در حوزه‌های روانشناختی غیر از حوزه سلامت انجام شده است. علاوه بر آن، مشاهده می‌شود که برنامه‌ها و اصول مداخلات روانشناختی به‌ویژه مدل‌های دل‌بستگی محور موجود نیز متناسب با شرایط پزشکی بیمار نیستند و تنها به تکرار الگوها و تکنیک‌های مداخله‌ای پیشین در موقعیت‌های پزشکی پرداخته شده است (بتمن و توکر، ۲۰۱۱؛ ماندرو و

این ابعاد شناختی- رفتاری- هیجانی درون مثلث تعاملی مادر- کودک- بیماری را می‌توان از عوامل تبیین‌کننده اثربخشی مدل مذکور در بهبود دلبستگی و سلامت کودکان بیمار مورد مطالعه دانست. از سوی دیگر، فرض بر این بود که مداخله مثلث مادر- کودک- بیماری از طریق بهبود دلبستگی مادر و کودک، به طور غیرمستقیم نیز می‌تواند منجر به بهبود سلامت آنها شود. لازم به ذکر است بررسی دقیق نقش واسطه‌ای دلبستگی در اثربخشی این مدل مداخله بر شاخص‌های سلامت، مستلزم مطالعات بالینی گسترده‌تر است.

در پژوهش حاضر اثر مداخله مادر - کودک - بیماری در بهبود زیرمقیاس ادراک بیماری معنادار نبود. زیرمقیاس ادراک بیماری شامل ارزیابی باورهای کودک درباره دوام، درمان‌پذیری و اثرات جانبی بیماری است. بنابراین عدم تغییر این زیرمقیاس را می‌توان به ثبات باور کودکان درباره شرایط بیماری‌شان نسبت داد. این امر به‌ویژه درباره بیماری‌های مورد مطالعه در پژوهش حاضر شامل نقص ایمنی، تالاسمی و نقص کلیه، که ماهیتی مادام‌العمر و پیش‌رونده دارند، مصداق می‌یابد. جهت غلبه بر این مقاومت ادراکی کودکان، ممکن است تعداد جلسات بیشتر و دوره درمانی طولانی‌تری لازم باشد. البته با توجه به نقش متخصصان تیم درمان پزشکی در چگونگی شکل‌گیری این باورها و تعدیل و تغییر آنها، افزودن جلساتی با مشارکت گروه پزشکی به بسته درمانی مدل مداخله مثلث مادر- کودک- بیماری به بهبود ادراک کودکان از بیماری کمک خواهد کرد.

در پژوهش حاضر علی‌رغم تلاش جهت کنترل عوامل احتمالی مداخله‌گر در طرح، پژوهش‌گران قادر به تشکیل گروه‌های همگن از نظر نوع بیماری و جنس کودکان نبودند، که این امر می‌تواند اثرات ناخواسته‌ای بر نتایج طرح داشته باشد. اگرچه سعی شد از طریق هم‌تاسازی دو گروه این امر تا حدی تعدیل شود، اما پیشنهاد می‌شود در مطالعات آینده از طریق تشکیل گروه‌های همگن، علاوه بر کنترل دقیق‌تر شرایط پژوهش، به بررسی نقش جنس و نوع بیماری به عنوان متغیرهای تعدیل‌کننده در اثربخشی مدل مداخله مثلث مادر- کودک- بیماری پرداخته شود. تعداد کم آزمودنی‌های مورد مطالعه، از دیگر محدودیت‌های پژوهش حاضر بود. پیشنهاد می‌شود مطالعات بعدی با افزایش تعداد

یکدیگر، و بعد هیجانی، احساسات و عواطف مادر و کودک درباره خود و دیگری را در بر می‌گیرد. این ابعاد تحت تاثیر تجارب فرد، به‌ویژه تجارب ارتباطی با مراقب اولیه، بازنمایی‌های ذهنی وی از خود، دیگری و دنیا را شکل می‌دهد. این بازنمایی‌ها، مدل‌های درونکاری فرد را می‌سازند که مفهوم پایه‌ای در تعیین نوع الگوهای دلبستگی است (بشارت، ۱۳۹۱؛ دانیل، ۲۰۰۶). از سوی دیگر مدل‌های نظری موجود، بیماری کودک را عاملی اثرگذار بر تجارب ارتباطی مادر- کودک می‌دانند که به‌ویژه در شرایط مزمن تعاملات خانوادگی رایج، چهارچوب‌های ارتباطی و سیستم دلبستگی مادر- کودک را دستخوش تغییر می‌سازد، و خود از سیستم ارتباطی و دلبستگی مادر- کودک تاثیر می‌پذیرد. ابعاد شناختی- رفتاری- هیجانی در این روابط متقابل نقش واسطه‌ای ایفا می‌کنند (رانسون و اورپچاک، ۲۰۰۸).

بیماری به عنوان یک عامل استرس، فعال‌کننده سبک دلبستگی ویژه فرد و متعاقباً الگوهای شناختی- رفتاری- هیجانی مرتبط با آن سبک دلبستگی است و این الگوها خود تعیین‌کننده نحوه تعامل فرد با بیماری است. بر این اساس، پژوهش‌ها روی بیماران ارجاع شده به مراکز سلامت، حاکی از تاثیر ابعاد هیجانی، شناختی و رفتاری الگوی دلبستگی افراد بر وضعیت سلامت و بیماری آنها بوده است (دیویس، مک‌فارتین، مک‌بث، موریس و دیکنز، ۲۰۰۹؛ مک‌ویلیامز و بیلی، ۲۰۱۰؛ ووروت و همکاران، ۲۰۱۰). از سوی دیگر بیماری نیز، به‌ویژه در شرایط مزمن و در کودکان، به عنوان یک عامل تهدیدکننده حیات، شناخت‌ها، رفتارها و هیجان‌های خاصی را در سیستم تعاملی و الگوی دلبستگی به همراه دارد (بورول، بروکر و شیلدز، ۲۰۰۶؛ فیتزجرالد و توماس، ۲۰۱۲). لذا بر اساس پیشینه نظری موجود، مدل مثلث مادر- کودک- بیماری، با افزودن عامل بیماری به مداخلات دلبستگی‌محور پیشین، به جای تمرکز بر رابطه خطی مادر- کودک، سیستم تعاملی و دلبستگی مادر و کودک را در یک فضای مثلثی متشکل از سه ضلع مادر، کودک و بیماری مورد شناسایی و مداخله قرار داد. بر این اساس، بخشی از تمرکز این مدل مداخله بر شناخت‌ها، الگوها، مهارت‌های رفتاری و هیجان‌های مادر- کودک پیرامون بیماری کودک بود. با تکیه بر مبانی نظری موجود در پیشینه مطالعات دلبستگی و سلامت، مداخله جهت اصلاح

محدودیت دسترسی به بیماران و اجرای مداخله، و از سوی دیگر تنظیم این پژوهش به عنوان مطالعه‌ای مقدماتی جهت بررسی اولیه اثربخشی مدل مداخله دلبستگی محور مثلث مادر- کودک- بیماری، پژوهش حاضر روی گروه نمونه با حجم محدودی اجرا شد. با این وجود تایید اولیه اثربخشی این مدل در پژوهش حاضر می‌تواند راهگشای تدوین و اجرای مطالعات گسترده‌تر بعدی باشد.

دادستان، پ. (۱۳۷۷). *تنیدگی یا استرس، بیماری جدید تمدن*. تهران: انتشارات رشد.

دادستان، پ.، احمدی ازغندی، الف.، و حسن‌آبادی، ح. ر. (۱۳۸۵). *تنیدگی والدینی و سلامت عمومی: پژوهشی درباره رابطه تنیدگی حاصل از والدگری با سلامت عمومی در مادران پرستار و خانه‌دار کودکان خردسال*. *روانشناسان ایرانی*، ۲، ۱۸۴-۱۷۱.

ذوالفقاری مطلق، م.، جزایری، ع.، خوشابی، ک.، مظاهری، م. ع. و کریملو، م. (۱۳۸۷). *اثربخشی درمان مبتنی بر دلبستگی بر کاهش علائم اختلال اضطراب جدایی*. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، ۱۴، ۳۸۸-۳۸۰.

رحیم‌زاده، س. (۱۳۸۷). *دلبستگی و پزشکی روان‌تنی: مشارکت‌های تحولی در قلمروهای تنیدگی و بیماری*. *روانشناسان ایرانی*، ۴، ۳۰۶-۳۰۴.

سیدموسوی، پ.، مظاهری، ع.، پاکدامن، ش.، و حیدری، م. (۱۳۹۲). *اثربخشی درمان دلبستگی محور با استفاده از روش پس‌خوراند ویدیویی بر کاهش استرس والدینی و مشکلات برونی‌سازی کودکان*. *روانشناسی معاصر*، ۸، ۴۶-۳۳.

فتحی، ک.، و مهربانی‌زاده هنرمند، م. (۱۳۸۷). *بررسی میزان افسردگی، هیجان‌خواهی، پرخاشگری، سبک‌های دلبستگی و تحصیلات والدین به عنوان پیش‌بین‌های وابستگی به مواد مخدر در نوجوانان پسر شهر اهواز*. *پژوهش‌نامه مبانی تعلیم و تربیت*، ۹، ۴۵-۲۳.

قره‌باغی، ف.، و آگیلار وفایی، م. (۱۳۸۷). *تعارض زناشویی و نقش مزاج کودک*. *روانشناسان ایرانی*، ۵، ۱۴۷-۱۳۷.

منیرپور، ن. (۱۳۸۸). *بررسی مدل‌های ساختاری برای تبیین افسردگی و اضطراب در مبتلایان به بیماری‌های عروق کرونر قلب تحت مداخلات CABG و PCI* پایان‌نامه

آزمودنی‌ها، به ارزیابی دقیق‌تر اعتبار این روش در بهبود سلامت کودکان تحت مراقبت‌های پزشکی بپردازند. به‌علاوه مطالعات با حجم نمونه بالاتر قادر به بررسی تاثیر این روش بر بهبود مادران، نقش واسطه‌ای این عامل در بهبود کودکان، هم‌چنین نقش متغیرهای واسطه‌ای دیگر مانند دلبستگی، کیفیت ارتباط مادر- کودک و ویژگی‌های روانشناختی مادر و کودک، که پژوهش حاضر تنها به شکل نظری به آنها پرداخت، خواهند بود. لازم به ذکر است از یک‌سو به دلیل

## مراجع

ابارشی، ز.، طهماسبان، ک.، مظاهری، م. ع.، و پناغی، ل. (۱۳۸۸). *تاثیر آموزش برنامه ارتقای رشد روانی- اجتماعی کودک از طریق بهبود تعامل مادر- کودک بر خودآزمودنی والدگری و رابطه مادر و کودک زیر سه سال*. *فصلنامه پژوهش در سلامت روان*، ۳، ۵۷-۴۹.

امانی، الف.، ثنایی ذاکر، ب.، نظری، ع. م.، و نامداری، پ. (۱۳۹۰). *اثربخشی دو رویکرد طرحواره درمانی و دلبستگی درمانی بر سبک‌های دلبستگی در دانشجویان مرحله عقد*. *فصلنامه مشاوره و روان‌درمانی خانواده*، ۱، ۱۹۱-۱۷۱.

آتش‌روز، ب.، پاکدامن، ش.، و عسگری، ع. (۱۳۸۷). *پیش‌بینی پیشرفت تحصیلی از طریق میزان دلبستگی*. *فصلنامه خانواده‌پژوهی*، ۴، ۲۰۳-۱۹۳.

بزازیان، س.، و بشارت، م. ع. (۱۳۹۲). *سبک‌های دلبستگی، ادراک بیماری و کیفیت زندگی بیماران مبتلا به دیابت نوع I*. *روانشناسی معاصر*، ۵، ۱۱-۳.

بزازیان، س.، بشارت، م. ع.، و رجب، الف. (۱۳۸۹). *بررسی رابطه بین سبک‌های دلبستگی و ادراک بیماری با بهزیستی روانشناختی و هموگلوبین گلیکوزیله در بیماران مبتلا به دیابت نوع ۱*. *مجله دیابت و لیپید ایران*، ۱۰، ۱۹۶-۱۸۸.

بشارت، م. ع. (۱۳۹۱). *مبانی درمانی نظریه دلبستگی*. *رویش*، ۱، ۳۸-۱۵.

حسین‌زاده تقوایی، م.، لطفی کاشانی، ف.، نوایی‌نژاد، ش.، و نورانی‌پور، ر. (۱۳۸۸). *اثربخشی درمان متمرکز بر هیجان در تغییر سبک دلبستگی همسران اندیشه و رفتار*، ۴، ۵۶-۴۷.

ایمن پسران نوجوان ۱۴، ۱۶ و ۱۸ ساله به والدین و همسالان. *خانواده پژوهی*، ۲، ۳۵-۵۳.  
هومن. ح. ع. (۱۳۸۶). *تحلیل داده‌های چند متغیری در پژوهش رفتاری*. تهران: پارسا.

دکتری. دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران.  
نصرتی، م. ص.، مظاهری، م. ع.، و حیدری، م. (۱۳۸۵). بررسی تحولی رابطه پایگاه‌های هویت با میزان دلبستگی

### References

- Abidin, R. R. (1990). Introduction to the special issue: The stresses of parenting. *Journal of Clinical Child Psychology, 19*, 298-301.
- Allen, B. (2011). The use and abuse of attachment theory in clinical practice with maltreated children, part i: Diagnosis and assessment. *Trauma, Violence, and Abuse, 12*, 3-12.
- Allen, B. (2011). The use and abuse of attachment theory in clinical practice with maltreated children, part ii: treatment. *Trauma, Violence, and Abuse, 12*, 13-22.
- American Academy of Child and Adolescent Psychiatry. (2005). Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with reactive attachment disorder of infancy and early childhood. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 44*, 1206-1219.
- Amos, J., Beal, S., & Furber, G. (2007). Parent and child therapy in action: An attachment-based intervention for a six-year-old with a dual diagnosis. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy, 28*, 61-70.
- Armsden, G. C., & Greenberg, M. T. (1987). The inventory of parent and peer attachment: Relationships to well-being in adolescent. *Journal of Youth and Adolescent, 16*, 427-454.
- Bakermans-Kranenburg, M. J., Van Ijzendoorn, M. H., Mesman, J., Alink, L. R. A., & Juffer, F. (2008). Effects of an attachment-based intervention on daily cortisol moderated by dopamine receptor d4: A randomized control trial on 1- to 3-year-olds screened for externalizing behavior. *Development and Psychopathology, 20*, 805-820.
- Bartholomew, K., & Horowitz, L. M. (1991). Attachment styles among young adults: A test of a four-category model. *Journal of Personality and Social Psychology, 61*, 226-44.
- Beck, A. T., Steer, R. A., Ball, R., Ciervo, C. A., & Rabat, M. (1997). Use of the Beck Anxiety and Depression Inventories for primary care with medical outpatients. *Assessment, 4*, 211-219.
- Berlin, L., Zeanah, C. H., & Lieberman, A. F. (2008). Prevention and intervention programs for supporting early attachment security. In J. Cassidy, & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research and clinical applications* (pp. 745-761). New York: Guilford Press.
- Bettmann, J. E., & Tucker, A. R. (2011). Shifts in attachment relationships: a study of adolescents in wilderness treatment. *Child and Youth Care Forum, 40*(6), 499-519.
- Blount, R. L., Zempsky, W. T., Jaaniste, T., Evans, S., Cohen, L. L., Devine, K. A., et al. (2009). Management of pediatric pain and distress due to medical procedures. In M. C. Roberts., & R. G. Steele (Eds.), *Handbook of pediatric psychology* (pp. 216-233). New York: Gilford Press.
- Bowlby, J. (1988). *A Secure base*. New York: Basic Books.
- Burwell, S. R., Brucker, P. S., & Shields, C. G. (2006). Attachment behaviors and proximity-seeking in cancer patients and their partners. *Journal of Couple and Relationship Therapy, 5*, 1-16.
- Cornell, T., & Hamrin, V. (2008). Clinical interventions for children with attachment problems. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing, 21*, 35-47.
- Daniel, S. I. F. (2006). Adult attachment patterns and individual psychotherapy: A review. *Clinical Psychology Review, 26*, 968-984.
- Davies, K. A., Macfarlane, G. J., Mcbeth, J., Morriss, R., & Dickens, C. (2009). Insecure attachment style is associated with chronic widespread pain. *Pain, 143*, 200-205.
- Donley, J. E. (1911). Psychotherapy and re-education. *The Journal of Abnormal Psychology, 6*, 1-10.
- Drotar, D., Schwartz, L., Palermo, T. M., & Burant, C. (2006). Factor structure of the child health questionnaire-parent form in pediatric populations. *Journal of Pediatric Psychology, 31*, 127-138.



- Fairbairn, W. R. D. (1963). Synopsis of an object-relations theory of the personality. *International Journal of Psychoanalysis*, 44, 224-225.
- Fiori, K. L., Consedine, N. S., & Merz, E. M. (2011). Attachment, social network size, and patterns of social exchange in later life. *Research on Aging*, 33, 465-493.
- Fitton, V. A. (2012). Attachment theory: History, research, and practice. *Psychoanalytic Social Work*, 19, 121-143.
- Fitzgerald, J., & Thomas, J. (2012). A report: Couples with medical conditions, attachment theoretical perspectives and evidence for emotionally-focused couples therapy. *Contemporary Family Therapy*, 34, 277-281.
- Fraiberg, S., Adelson, E., & Shapiro, V. (1975). Ghosts in the nursery: A psychoanalytic approach to impaired infant-mother relationships. *Journal of American Academy of Child Psychiatry*, 14, 387-421.
- Goldsmith, D. F. (2010). The emotional dance of attachment. *Clinical Social Work Journal*, 38, 4-7.
- Hunter, J. J., & Maunder, R. G. (2001). Using attachment theory to understand illness behavior. *General Hospital Psychiatry*, 23, 177-182.
- Landgraf, J. M., & Abetz, L. N. (1996). Measuring health outcomes in pediatric populations: Issues in psychometrics and application. In B. Spilker (Ed.), *Quality of life and pharmacoeconomics in clinical trials* (pp. 793-802). Philadelphia: Lippincott-Raven.
- Leventhal, H., Nerenz, D. R., & Steele, D. J. (1984). Illness representations and coping with health threats. In A. Baum, S. E. Taylor & J. E. Singer (Eds.), *Handbook of psychology and health (Vol. IV Social psychological aspects of health)* (pp. 219-252). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Lieberman, A. F., & Pawl, J. H. (1993). Infant-parent psychotherapy. In C. Zeanah (Ed.), *Handbook of Infant Mental Health* (pp. 427-442). New York: Guilford press.
- Maunder, R. G., & Hunter, J. J. (2004). An integrated approach to the formulation and psychotherapy of medically unexplained symptoms: Meaning and attachment-based intervention. *American Journal of Psychotherapy*, 58, 17-33.
- Maunder, R. G., & Hunter, J. J. (2009). Assessing patterns of adult attachment in medical patients. *General Hospital Psychiatry*, 31, 123-130.
- Mcquaid, E. L., Kopel, S. J., Klein, R. B., & Fritz, G. K. (2003). Medication adherence in pediatric asthma: Reasoning, responsibility, and behavior. *Journal of Pediatric Psychology*, 28, 323-333.
- McWilliams, L. A., & Bailey, S. J. (2010). Associations between adult attachment ratings and health conditions: Evidence from the national comorbidity survey replication. *Journal of Health Psychology*, 29, 446-453.
- Meredith, P., Ownsworth, T., & Strong, J. (2008). A review of the evidence linking adult attachment theory and chronic pain: Presenting a conceptual model. *Clinical Psychology Review*, 28, 407-429.
- Moss, E., Dubois-Comtois, K., Cyr, C., Tarabulsy, G.M., St-Laurent, D., & Bernier, A. (2011). Efficacy of a home-visiting intervention aimed at improving maternal sensitivity, child attachment, and behavioral outcomes for maltreated children: a randomized control trial. *Development and Psychopathology*, 23(1), 195-210.
- Oliveira, P., & Costa, M. E. (2009). Interrelationships of adult attachment orientations, health status and worrying among fibromyalgia patients. *Journal of Health Psychology*, 14, 1184-1195.
- Raat, H., Botterweck, A. M., Landgrave, J. M., & Hoogeveen, W. C. (2005). Reliability and validity of the short form of the Child Health Questionnaire-Parents Form (CHQ-PF-28) in large random school based and general population samples. *Journal of Epidemiology Community Health*, 59, 75-82.
- Ramsauer, B., Gehrke, J., Lotzin, A., Powell, B., & Romer, G. (2011). Attachment and attachment-based intervention: The circle of security intervention project in Hamburg. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 60, 417-429.
- Ranson, K. E., & Urichuk, L. J. (2008). The effect of parent-child attachment relationships on child biopsychosocial outcomes: A review. *Early Child Development and Care*, 178, 129-152.
- Ridder, D., Geenen, R., Kuijer, R., & Middendorp, H. (2008). Psychological



- adjustment to chronic disease. *Lancet*, 372, 246–255.
- Sadava, S. W., Busseri, M. A., Molnar, D. S., Perrier, C. P. K., & DeCourville, N. (2009). Investigating a four-pathway model of adult attachment orientation and health. *Journal of Social and Personal Relationships*, 26, 604–633.
- Seagull, E. A. (2000). Beyond mother and children: Finding the family in pediatric psychology. *Journal of Pediatric Psychology*, 25, 161–169.
- Suchman, N. E., DeCoste, C., Castiglioni, N., McMahan, T. J., Rounsaville, B., & Mayes, L. (2010). The mothers and toddlers program, an attachment based parenting intervention for substance using women: Post-treatment results from a randomized clinical pilot. *Attachment and Human Development*, 12, 483–504.
- Sudbery, J., Shardlow, S. M., & Huntington, A. E. (2010). To have and to hold: Questions about a therapeutic service for children. *British Journal of Social Work*, 40, 1534–1552.
- Tam, K. K., Chan, Y. C., & Wong, C. K. M. (1994). Validation of Parenting Stress Index among Chinese mothers in Hong Kong. *Journal of Community Psychology*, 22, 211–223.
- Tomlinson, B. E. (1941). *The psychoeducational clinic*. New York: MacMillan Co.
- Vervoort, T., Goubert, L., & Crombez, G. (2010). Parental responses to pain in high catastrophizing children: The moderating effect of child attachment. *Pain*, 11, 755–763.
- Weinman, J., Petrie, K. J., Moss-Morris, R., & Horne, R. (1996). The illness perception questionnaire: A new method for assessing the cognitive representation of illness. *Psychology and Health*, 11, 431–445.
- Winter, L. B., Steer, R. A., Jones-Hicks, L., & Beck, A. T. (1999). Screening for major depression disorders in adolescent medical outpatients with the Beck Depression Inventory for primary care. *Journal of Adolescent Health*, 24, 389–394.
- Yárnöz, S., Plazaola, M., & Etxeberria, M. P. J. (2008). Adaptation to divorce: An attachment based intervention with long term divorced parents. *Journal of Divorce and Remarriage*, 49, 291–307.
- Ziegenhain, U., Fegert, J. M., Ostler, T., & Buchheim, A. (2007). Risk assessment of neglect and maltreatment in infants and toddlers: Chances of early preventive intervention. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 56, 410–428.