

مقایسه راهبردهای مقابله‌ای و کیفیت دلبستگی دانش‌آموزان مبتلا و غیرمبتلا به اختلال وسواس - بی‌اختیاری

فرحناز شاکنیا*^۱، محمدباقر کجیاب^۲، طاهره گلکاری^۳

۱. دانشجوی دکترای روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران

۲. استاد گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران

۳. کارشناسی ارشد روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران

تاریخ پذیرش: ۹۵/۱۲/۱۸

تاریخ دریافت: ۹۵/۰۸/۰۲

چکیده

زمینه و هدف: راهبردهای مقابله‌ای و کیفیت دلبستگی از متغیرهای مهم در سلامت روانی کودکان و نوجوانان است. هدف پژوهش حاضر مقایسه راهبردهای مقابله‌ای و کیفیت دلبستگی در دانش‌آموزان مبتلا و غیرمبتلا به اختلال وسواس - بی‌اختیاری بود.

روش: طرح پژوهش توصیفی از نوع علی - مقایسه‌ای بود. جامعه آماری شامل تمامی دانش‌آموزان دختر پایه چهارم و پنجم شهر شیراز در سال تحصیلی ۱۳۹۵ بود. در این پژوهش از میان ۶۰ دانش‌آموز دختر دوره ابتدایی، بر اساس نمونه‌گیری در دسترس، دو گروه ۳۰ نفری مبتلا و غیرمبتلا به اختلال وسواس - بی‌اختیاری انتخاب شدند. برای جمع‌آوری داده‌ها از مقیاس وسواس بی‌اختیاری بیل براون (گودمن و همکاران، ۱۹۸۹)، مقیاس دلبستگی به والدین و همسالان نسخه تجدیدنظر شده (گالون و رایسنسون، ۲۰۰۵) و پرسشنامه رفتارهای مقابله‌ای کودکان (بریتانی و هرناندز، ۲۰۰۸) استفاده شد. داده‌ها با استفاده از تحلیل واریانس چندمتغیری مورد تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: نتایج آزمون t مستقل نشان داد که بین دو گروه در متغیر کیفیت دلبستگی تفاوت معناداری وجود دارد ($p < 0/05$). به عبارت دیگر کودکان مبتلا به اختلال وسواس - بی‌اختیاری نسبت به کودکان غیرمبتلا در متغیر کیفیت دلبستگی نمرات پایین‌تری کسب کردند. نتایج آزمون تحلیل واریانس چندمتغیری نشان داد که از خودبیگانگی و کنار آمدن ویرانگر با مشکل در کودکان مبتلا به اختلال وسواس - بی‌اختیاری در مقایسه با کودکان غیرمبتلا بیشتر است ($p < 0/05$). در حالی که اعتماد و کنار آمدن سازش‌یافته با مشکل در کودکان مبتلا در مقایسه با کودکان غیرمبتلا کمتر بود ($p < 0/05$).

نتیجه‌گیری: تشخیص به موقع اشکال در راهبردهای مقابله‌ای کودکان و سبک‌های دلبستگی و مداخله صحیح، در پیشگیری و درمان اختلال وسواس - بی‌اختیاری مؤثر است.

واژه‌های کلیدی: کیفیت دلبستگی، راهبردهای مقابله‌ای، اختلال وسواسی - بی‌اختیاری

*نویسنده مسئول: فرحناز شاکنیا، دانشجوی دکترای روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران.

تلفن: ۰۳۱ - ۳۷۹۳۲۶۴۰

ایمیل: F.shakehnia@yahoo.com

مقدمه

اختلال وسواس-بی‌اختیاری^۱ در کودکان و نوجوانان، شرایط آسیب‌زایی است که با مجموعه خاصی از نشانه‌های تنش‌آور تکراری، تفکر ناخواسته و آزاردهنده (وسواس فکری)، و تشریفات وقت‌گیر (وسواس عملی) همراه است (۱). برخی مطالعات، شیوع اختلال وسواس-بی‌اختیاری در کودکان و نوجوانان را ۱ تا ۴ درصد تخمین زده‌اند که با افزایش سن بیشتر می‌شود. حدود ۸۰ درصد از افراد بالغ مبتلابه اختلال وسواس-بی‌اختیاری، در کودکی علائم اختلال وسواس-بی‌اختیاری را داشته‌اند. این اختلال در پسرها در سنین پایین‌تر و در دخترها در نوجوانی شایع‌تر است (۲).

اختلال وسواس-بی‌اختیاری در کودکان ممکن است شبیه این اختلال در بزرگسالان باشد اما اغلب، دارای ویژگی‌های بالینی خاصی است. در کودکان، اجبارها غلبه دارند و آنها اغلب شکایاتی از علائم خود ندارند؛ زیرا آگاهی آنها کمتر از بزرگسالان است. گاه کودکان مهار ارادی بر رفتارشان نشان می‌دهند و یا علائمشان را مخفی می‌کنند که ممکن است در طول زمان بروز کنند (۲). اختلال وسواس-بی‌اختیاری در کودکان با خطر افزایش سایر اختلال‌های روان‌شناختی در بزرگسالی همراه است (۳ و ۴). این اختلال با دامنه‌ای از سایر اختلال‌ها شامل اختلال خوردن، اختلال‌های اضطرابی، افسردگی، اختلال بدشکلی بدنی، و نشانگان تورنت همراه است (۵). مطالعات اخیر از این عقیده که اختلال وسواس-بی‌اختیاری از نظر بالینی و علت‌شناسی ناهمگون است و اینکه شروع زود هنگام اختلال وسواس-بی‌اختیاری ممکن است نشان‌دهنده یک زیرگروه منحصربه‌فرد باشد، حمایت می‌کنند (۶ و ۷).

نتایج مطالعات ژنومی گسترده نشان می‌دهد که اثر ژنتیک بر اختلال وسواس-بی‌اختیاری، چندژنی^۲ است، به گونه‌ای که ژن‌های بسیاری به صورت انفرادی اثر خود را بر فنوتیپ اعمال می‌کنند (۸). درحالی‌که عوامل ژنتیکی به‌طور واضح بر تجلی

اختلال وسواس-بی‌اختیاری تأثیر می‌گذارد، عوامل محیطی نیز نقش مهمی بازی می‌کنند، اما به‌طور قابل‌ملاحظه‌ای این عوامل، کمتر شناخته‌شده هستند. یک مطالعه طولی نشان داد که کناره‌گیری اجتماعی، سوءاستفاده فیزیکی، و هیجان‌های منفی، پیش‌بینی‌کننده تشخیص اختلال وسواس-بی‌اختیاری در بزرگسالی است. در مقابل، یک پژوهش، هیچ ارتباطی را بین تجارب سازش‌نیافته کودکی و اختلال وسواس-بی‌اختیاری نشان نداد. اگرچه چنین تجاربی با بیماری‌های همراه از جمله افسردگی مرتبط بودند (۹). از جمله سازه‌های مرتبط با اختلال وسواس-بی‌اختیاری می‌توان به کیفیت دلبستگی اشاره نمود.

در طول دهه گذشته، پژوهش دلبستگی نور جدیدی بر تعامل بالقوه روابط کودک-والد با سلامت و آسیب‌شناسی روانی کودک افکنده است. از نظر بالینی، دلبستگی، اشاره به پیوند هیجانی فراگیری دارد که در ابتدا بین نوزاد و اولین مراقب او به وجود می‌آید. این پیوند با جستجوی یک چهره دلبستگی خاص در زمان نیاز (مثلاً به هنگام تندیگی) و استفاده از این چهره به‌عنوان یک پایگاه امن در اکتشاف جهان مشخص می‌شود (۱۰).

کیفیت دلبستگی دارای ارزش پیش‌بینی‌کننده بسیار بالایی است. دلبستگی، فقط یک سیستم پاسخگویی ضروری نیست. توانایی کودکان برای استفاده از چهره دلبستگی به‌عنوان یک پایگاه امن، همچنین ظرفیت‌های خودنظم‌دهی را برای اکتشاف موقعیت‌های روزمره فراهم می‌سازد (۱۱). بالبی در نظریه دلبستگی بیان می‌کند که کیفیت دلبستگی از طریق الگوهای شناختی (الگوهای فعال درونی) منجر به بروز و یا عدم بروز اختلال‌های هیجانی در کودک می‌گردند (۱۰). همچنین مایر، سووکن و پینارد (۱۲) نشان دادند که کیفیت دلبستگی پایین ممکن است کودکان را مستعد اختلال وسواس-بی‌اختیاری نماید. اثرات عمیق و بلندمدت اختلال وسواس-بی‌اختیاری بر روی جنبه‌های متعدد زندگی فردی و ارتباط قوی بین جو

شواهد پژوهشی گویای ارتباط متغیرهای کیفیت دلبستگی و راهبردهای مقابله‌ای و رابطه سیستم هیجانی با این اختلال است (۲۲، ۲۳، ۲۴، ۲۵، ۲۶، ۲۷). براماریو و کرنز (۲۵) نشان دادند که کیفیت دلبستگی پدر-کودک و مادر-کودک بر نشانه‌های رفتاری درون‌نمود از جمله اضطراب و افسردگی مؤثر است. اگرچه نقش دلبستگی پدر-کودک نسبتاً کمتر است. سبک‌های دلبستگی نایمن، محصولی از تجربه‌های فقدان یا نوسان، در دسترسی به موضوع دلبستگی اند. سبک دلبستگی نایمن اجتنابی ناشی از نوعی تجربه عدم دسترسی است که می‌توان ظهور و بروز آن را در بروز اختلال‌های روانی از جمله افسردگی مشاهده نمود. کسیدی (۲۲) نیز تفاوت‌هایی را در سازمان‌دهی دلبستگی والد-کودک که برای ارتقا تنظیم هیجان مهم هستند، خاطرنشان می‌سازد و نشان می‌دهد که کودکان با دلبستگی ایمن و نایمن از راهبردهای مقابله‌ای متفاوتی استفاده می‌کنند.

اکنون پژوهش‌های اندکی، نقش کیفیت دلبستگی را در اختلال وسواس-بی‌اختیاری دوره کودکی مورد بررسی قرار داده‌اند (۲۸ و ۲۹). به‌علاوه، در ۵۰ تا ۸۰ درصد موارد، نشانه‌های اختلال وسواس-بی‌اختیاری قبل از ۱۸ سالگی شروع می‌شوند. این امر، اهمیت فهم اختلال وسواس-بی‌اختیاری را به‌عنوان یک تحول برجسته می‌کند (۳۰). از طرفی در حال حاضر مداخله‌های مربوط به اختلال وسواس-بی‌اختیاری در کودکان به‌گونه‌ای طراحی نشده‌اند که تغییرات شناختی واقعی به وجود آورند و یا پردازش اطلاعات را اصلاح نمایند. به همین دلیل احتمال عود این اختلال بعد از خاتمه دوره درمان بالاست. در مجموع، در ارتباط با ضعف راهبردهای مقابله‌ای و کیفیت دلبستگی دانش‌آموزان مبتلابه اختلال وسواس-بی‌اختیاری، داده‌های حمایت‌کننده‌ای وجود دارد که اهمیت بررسی تأثیر آموزش راهبردهای مقابله‌ای و بهبود کیفیت دلبستگی بر کاهش علائم وسواس-اجباری دانش‌آموزان را نشان می‌دهد (۲۸)؛ بنابراین هدف این پژوهش، مقایسه

خانوادگی و نشانه‌های وسواس-بی‌اختیاری، قدرت فهم درمانگران از این اختلال ناتوان‌کننده را افزایش می‌دهد.

تئیدگی به‌تنهایی و به‌صورت مستقیم قادر نیست فرد و سلامت روانی و جسمی او را متأثر سازد، بلکه نوع برداشت و ارزیابی فرد از تئیدگی و در نتیجه شیوه مقابله‌ای او در مقابل تئیدگی، تعیین‌کننده خواهد بود (۱۳). در سال‌های ۱۹۴۰ تا ۱۹۵۰ مفهوم مقابله یک موضوع عمده در توصیف، ارزیابی بالینی، و روان‌درمانی بود و اغلب به‌عنوان تلاش برای تغییر روش‌های غیرسازش‌یافته مقابله به روش‌های بیشتر سازش‌یافته مفهوم‌سازی می‌شد (۱۴). راهبردهای مقابله‌ای که توسط کودکان و نوجوانان به کار می‌رود می‌تواند بر روی تحول و سلامت روان‌شناختی آنها تأثیر داشته باشد. به‌کارگیری مهارت‌های مقابله‌ای مثبت، تضمینی برای سبک و کیفیت زندگی سالم است (۱۵ و ۱۶). همچنین پاسخ‌های مقابله‌ای ناکارآمد به تئیدگی، می‌تواند اثرات منفی و سازش‌نیافته‌ای بر روی تحول کودکان و نوجوانان داشته باشد. استفاده گسترده کودکان مبتلابه اختلال‌های خلقی و اضطرابی از سبک‌های سازش‌نیافته‌ای نظیر پرخاشگری، خشم، انفجارهای اشک‌بار، فاصله‌گیری و اجتناب، مشکلات خواب و اشتها، و رفتارهای واپس‌رونده‌ای نظیر مکیدن انگشت، بی‌اختیاری ادرار و بیماری‌های جسمی، مانع گسترش خزانه راهبردهای مقابله‌ای کودکان و چگونگی متناسب نمودن راهبردهای مقابله‌ای با ماهیت عوامل تنش‌آور می‌شود و زمینه بروز مشکلات روان‌شناختی نظیر اختلال‌های وسواس و افسردگی را فراهم می‌آورند (۱۷ و ۱۸)؛ بنابراین ضروری است که ارزیابی راهبردهای مقابله‌ای مثبت و تمایزشان از راهبردهای مقابله‌ای غیرمفید هنگام برنامه‌ریزی مداخلات روانی-آموزشی در نظر گرفته شود، با این هدف که تحول سلامتی در کودکان و نوجوانان را بهبود بخشد (۱۹، ۲۰، ۲۱). به‌طور کلی کیفیت دلبستگی و راهبردهای مقابله‌ای از جمله عواملی است که نقش مهمی در اختلال وسواس-بی‌اختیاری در کودکان دارند.

1. Tearful explosions

راهبردهای مقابله‌ای و کیفیت دلبستگی دانش‌آموزان مبتلا و غیرمبتلا به اختلال وسواس - بی‌اختیاری است.

روش

الف) طرح پژوهش و شرکت‌کنندگان

طرح پژوهش توصیفی، از نوع علی - مقایسه‌ای بود. جامعه آماری این پژوهش، دانش‌آموزان مبتلا و غیرمبتلا به اختلال وسواس - بی‌اختیاری دبستان‌های شهر شیراز در سال تحصیلی ۱۳۹۵ بودند که با استفاده از نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند.

شرکت‌کنندگان شامل ۶۰ دانش‌آموز دختر دبستانی ۱۰-۱۱ ساله بودند که ۳۰ نفر از آنها مبتلا به اختلال وسواس - بی‌اختیاری و ۳۰ نفرشان، غیرمبتلا بودند. هر دو گروه از لحاظ سن، جنسیت، تحصیلات والدین، و وضعیت اقتصادی - اجتماعی، همتا شدند. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل، اعلام رضایت کودکان جهت شرکت در پژوهش، تحصیل در پایه سوم و چهارم ابتدایی دخترانه، دریافت تشخیص قطعی اختلال وسواس - بی‌اختیاری بر اساس مصاحبه بالینی و پرسشنامه بود. ملاک‌های خروج نیز شامل دریافت و تشخیص بیماری طبی عمومی و اختلال روان‌شناختی همزمان دیگر، قبل از مطالعه و در حین انجام آن بود.

برای انتخاب دانش‌آموزان مبتلا به اختلال وسواس - بی‌اختیاری، از بین کودکان جامعه آماری، ۳۰ کودک مبتلا به اختلال وسواس - بی‌اختیاری که با استفاده از اجرای پرسشنامه و مصاحبه بالینی بر اساس ملاک‌های تشخیصی بر گرفته از پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی، این تشخیص را دریافت کردند، با روش نمونه‌گیری در دسترس از مرکز مشاوره و خدمات روان‌شناختی واحد پیشگیری اداره بهزیستی شیراز انتخاب شدند. نمونه غیرمبتلا نیز به روش نمونه‌گیری در دسترس از بین دبستان‌های دخترانه شهر شیراز انتخاب شدند.

ب) ابزار

۱. مقیاس وسواس - بی‌اختیاری ییل براون: مقیاس وسواس - بی‌اختیاری ییل - براون^۱ توسط گودمن و همکاران (۳۱) به منظور تعیین نشانه‌ها و شدت علائم وسواس، ساخته شد. فهرست علائم این مقیاس، وسواس‌ها و اجبارها را به‌طور جداگانه بررسی می‌کند و شامل انواع افکار وسواسی در رابطه با پرخاشگری، آلودگی، مسائل جنسی، افکار مذهبی و انواع رفتارهای اجباری در مورد نظافت، واریسی، مهارگری، نظم و ترتیب، احتکار، تشریفات و رفتارهای اجتنابی است. پرسشنامه در قالب مصاحبه نیمه‌ساختاریافته متخصص محور اجرا می‌شود و شامل ۱۰ گویه است که ۵ گویه برای ارزیابی افکار وسواسی و ۵ گویه برای ارزیابی اعمال وسواسی در نظر گرفته شده است. گزینه‌ها بر اساس مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت در قالب پاسخ‌های خیلی شدید (۴)، شدید (۳)، متوسط (۲)، خفیف (۱) و تحت بالینی (۰) طراحی شده‌اند. جمع نمره‌های کسب‌شده از گزینه‌های بالا، با دامنه‌ای بین حداقل ۰ تا حداکثر ۴۰ (۲۰ نمره مربوط به افکار وسواسی و ۲۰ نمره مربوط به اعمال وسواسی)، شدت وسواس و اجبار فرد را نشان می‌دهد. نقطه برش آن ۱۷ و بالاتر و اعتبار همسانی درونی در سطح قابل قبول تا خوب و در دامنه ۰/۶۹ تا ۰/۹۱ و پایایی بین مصاحبه‌گران، ۰/۹۷ گزارش شده است (۳۱). همچنین دادفر و همکاران (۳۲) روایی همگرایی آن با پرسشنامه وسواس - بی‌اختیاری مادزلی^۲ را ۰/۷۸ و روایی افتراقی آن با پرسشنامه بک و مقیاس درجه‌بندی اضطراب هامیلتون (۱۹۶۰) را به ترتیب ۰/۶۴ و ۰/۵۹ و ضریب همبستگی آن به روش بازآزمایی به فاصله دو هفته را ۰/۸۴ گزارش کرده‌اند.

۲. پرسشنامه دلبستگی به والدین و همسالان نسخه تجدیدنظرشده کودکان: برای بررسی کیفیت دلبستگی، مقیاس دلبستگی به والدین و همسالان نسخه تجدیدنظرشده کودکان^۳، ۲۵ سؤالی گالون و رایینسون (۳۳) مورد استفاده قرار گرفت که

3. Inventory of Parent and Peer Attachment- Revised Children (IPPA-R)

1. Yale-Brown Obsessive- Compulsive Scale (YBOCS)
2. Maudsley Obsessive- Compulsive Inventory (MOCI)

بر مشکل، سعی در بهبود مشکل و یافتن راه‌حل برای آن دارد. راهبرد سوم، کنار آمدن ویرانگر با مشکل را ارزیابی می‌کند و شامل پاسخ‌های کنار آمدن سازش‌نا یافته از جمله آسیب رساندن به خود، دیگران، و اشیاء است. این مقیاس با استفاده از طیف لیکرت ۴ درجه‌ای نمره‌گذاری می‌شود. آلفای کرونباخ برای انحراف از مشکل ۰/۹۳، کنار آمدن سازش‌یافته با مشکل ۰/۸۸، راهبرد ویرانگر ۰/۸۷، و ترکیب سه عامل ۰/۹۴ به دست آمد (۳۵). در پژوهش حاضر، آلفای کرونباخ برای دو راهبرد انحراف از مشکل و راهبرد سازش‌یافته با مشکل به ترتیب، ۰/۷۶ و ۰/۸۰ و برای راهبرد ویرانگرانه، ۰/۷۸ به دست آمد.

ج) روش اجرا: قبل از اجرای پژوهش از اداره بهزیستی و سازمان آموزش و پرورش شهر شیراز مجوزهای لازم گرفته شد. همچنین رضایت افراد نمونه و والدین آنها جهت شرکت فرزندشان در پژوهش جلب شد. به افراد نمونه گفته شد که اطلاعات به دست آمده از آنها محرمانه خواهد ماند و از اسامی آنها به هیچ وجه استفاده‌ای نخواهد شد. سپس پرسشنامه‌ها در بین دانش‌آموزان توزیع و از آنها خواسته شد که با دقت به هر یک از سؤالات پاسخ دهند. بعد از جمع‌آوری اطلاعات، داده‌ها در سطح تحلیل توصیفی و استنباطی با نرم‌افزار SPSS و با استفاده از تحلیل واریانس مورد تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

میانگین و (انحراف معیار) راهبردهای مقابله‌ای شامل راهبرد انحراف از مشکل، راهبرد سازش‌یافته، و راهبرد ویرانگر و نیز در متغیر کیفیت دلبستگی کل و خرده‌مقیاس‌های آن شامل ارتباط، اعتماد، و از خودبیگانگی در گروه دانش‌آموزان مبتلا و غیرمبتلا در جدول ۱ ارائه شده است.

سه نمره مجزای دلبستگی را شامل می‌شود و نمرات بالاتر بیانگر دلبستگی ایمن‌تر است. در این پژوهش با توجه به هدف پژوهش، تنها سؤالات مربوط به دلبستگی به والدین مورد استفاده قرار گرفت. سؤالات مقیاس شامل سه خرده‌مقیاس اعتماد، ارتباط، و بیگانگی است به گونه‌ای که سؤالات ۱، ۲، ۳، ۴، ۱۰، ۱۳، ۱۴، ۲۱، ۲۳، و ۲۴ خرده‌مقیاس اعتماد، سؤالات ۵، ۶، ۷، ۸، ۱۵، ۱۶، ۱۷، ۲۰، ۲۶، و ۲۸ خرده‌مقیاس ارتباط و سؤالات ۹، ۱۱، ۱۲، ۱۸، ۱۹، ۲۲، ۲۵، و ۲۷ خرده‌مقیاس از خودبیگانگی را می‌سنجند. به گزینه الف، نمره ۲، به گزینه ب، نمره ۱، و به گزینه ج، نمره صفر تعلق می‌گیرد. سؤالات ۳، ۵، ۷، ۱۰، و ۱۵ به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. نمره کل این مقیاس، حاصل جمع خرده‌مقیاس اعتماد و ارتباط منهای خرده‌مقیاس از خودبیگانگی است. در پژوهش گالون و راینسون (۳۳)، اعتبار ابزار در خرده‌مقیاس والدین ۰/۹۳ و در خرده‌مقیاس همسالان، ۰/۸۶ به دست آمد و ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۸ برای خرده‌مقیاس اعتماد، ۰/۸۲ برای ارتباط و ۰/۷۹ برای از خودبیگانگی گزارش شده است. همچنین در پژوهش شاکه‌نیا و همکاران (۳۴) آلفای کرونباخ برای دو خرده‌مقیاس ارتباط و اعتماد به ترتیب ۰/۸۰ و ۰/۷۹ و برای خرده‌مقیاس از خودبیگانگی ۰/۷۷ به دست آمد.

۳. پرسشنامه رفتارهای مقابله‌ای کودکان: این پرسشنامه توسط بریتانی و هرناندز (۳۵) جهت سنجش راهبردهای مقابله‌ای در کودکان سنین ۱۰-۱۶ سال ساخته شده است و دارای ۵۷ گویه است که سه راهبرد را مورد سنجش قرار می‌دهد. راهبرد اول، راهبرد انحراف از مشکل است که شامل تغییر توجه و حواس کودک از مشکل جاری است. راهبرد دوم، راهبرد سازش‌یافته با مشکل نام دارد و شامل رفتارهایی است که از طریق تمرکز

جدول ۱: شاخص‌های توصیفی نمره‌های کیفیت دلبستگی و راهبردهای مقابله‌ای در دانش‌آموزان مبتلا و غیرمبتلا به اختلال وسواسی-بی‌اختیاری

دانش‌آموزان مبتلا			دانش‌آموزان غیرمبتلا			متغیر
SD	M	N	SD	M	N	
۳/۱۸	۸/۸۷	۳۰	۴/۰۸	۱۳/۰۳	۳۰	ارتباط
۴/۴۱	۱۱/۸۰	۳۰	۳/۲۹	۱۴/۹۰	۳۰	اعتماد
۳/۴۴	۹/۵۰	۳۰	۳/۳۴	۸/۷۳	۳۰	ازخودبیگانگی
۸/۵۷	۱۱/۱۷	۳۰	۷/۹۹	۱۹/۲۰	۳۰	کیفیت دلبستگی کل
۲۰/۰۷	۴۹/۸۳	۳۰	۲۱/۸۶	۶۰/۵۳	۳۰	انحراف از مشکل
۹/۲۹	۲۸/۰۳	۳۰	۱۲/۷۵	۳۶/۶۳	۳۰	راهبرد سازش‌یافته
۹/۹۱	۳۶/۰۳	۳۰	۱۲/۴۱	۲۶/۱۷	۳۰	راهبرد ویرانگر

همچنین نتایج آزمون ام‌باکس جهت برابری ماتریس‌های کوواریانس مشاهده شده متغیرهای وابسته در بین گروه‌ها نشان داد که مقدار F در سطح خطای داده شده معنی‌دار نیست ($F = ۱/۴۰, p > ۰/۰۵$). بنابراین ماتریس‌های کوواریانس مشاهده شده بین گروه‌ها با هم برابرند. نتیجه آزمون مجذور خی بارتلت جهت بررسی کرویت یا معنی‌داری رابطه بین متغیرهای پژوهش نشان داد که این رابطه معنی‌دار است ($X^2 = ۹۹/۸۰, p = ۰/۰۰۱$).

نتایج آزمون اثر پیلایی نشان داد که تفاوت بین میانگین‌های دو گروه در متغیرهای وابسته در مجموع معنی‌دار است ($Pillai's\ trace = 0.36, F = 3.22, p < 0.00$) به عبارتی ۳۶ درصد واریانس‌ها یا تفاوت‌های فردی در کیفیت دلبستگی و راهبردهای مقابله‌ای مربوط به تفاوت بین دو گروه مبتلا و غیرمبتلا به اختلال وسواسی-بی‌اختیاری است.

نتایج جدول ۱ حاکی از آن است که میانگین نمرات گروه دانش‌آموزان غیرمبتلا در متغیرهای ارتباط، اعتماد، کیفیت دلبستگی کل، راهبرد انحراف از مشکل، و سازش‌یافته بالاتر از گروه دانش‌آموزان مبتلا است ولی در متغیر ازخودبیگانگی و راهبرد ویرانگر پایین‌تر از گروه دانش‌آموزان مبتلا است.

قبل از استفاده از آزمون تحلیل واریانس، پیش‌فرض همگنی واریانس با آزمون لوین در متغیرهای کیفیت دلبستگی ($F = ۰/۰۴۹, p = ۰/۸۲۵$)، انحراف از مشکل ($F = ۰/۵۳۹, p = ۰/۴۶۶$)، و کنار آمدن ویرانگر با مشکل ($F = ۱/۱۷, p = ۰/۲۸۳$)، بررسی و تأیید شد، اما در متغیر کنار آمدن سازش‌یافته با مشکل تأیید نشد ($F = ۶/۹۰, p = ۰/۰۱۱$). با توجه به این که آزمون F در برابر میزان متوسطی از واریانس‌های ناهمگن مقاوم است، به خصوص هنگامی که نمونه‌ها دارای حجم مساوی باشند (۳۶)، استفاده از آزمون تحلیل واریانس امکان‌پذیر می‌گردد.

جدول ۲: نتایج تحلیل واریانس چندمتغیری روی میانگین نمرات اعتماد، ارتباط، و ازخودبیگانگی دانش‌آموزان مبتلا و غیرمبتلا به اختلال وسواسی-بی‌اختیاری

متغیر وابسته	میانگین مجدورات	df	مجموع مجدورات	F	P-Value	مجذور اتا
اعتماد	۶۶/۱۵۰	۱	۶۶/۱۵۰	۳/۹۱۷*	۰/۰۴	۰/۰۸
ارتباط	۶۰	۱	۶۰	۳/۱۵۱	۰/۰۸۱	۰/۰۵۲
ازخودبیگانگی	۱۷۳/۴۰	۱	۱۷۳/۴۰	۱۵/۵۴*	۰/۰۰۰	۰/۲۱۱

* ($P < ۰/۰۵$)

آزمون t دو گروه مستقل در جدول ۳ ارائه گردیده است. نتایج آزمون لوین برای بررسی همگنی واریانس در متغیر کیفیت دل‌بستگی در دو گروه معنی‌دار به دست نیامد ($p > 0/05$)، $F = 0/86$ ؛ بنابراین دو گروه واریانس برابری دارند. همان‌طور که در جدول ۳ ملاحظه می‌شود، تفاوت مشاهده‌شده بین میانگین کیفیت دل‌بستگی دو گروه مبتلا و غیرمبتلا از لحاظ آماری معنادار است ($t = -2/797$, $p = 0/007$).

همان‌گونه که در جدول ۲ مشاهده می‌شود بین دو گروه در متغیرهای اعتماد ($F = 3/91$) و ازخودبیگانگی ($F = 15/54$) تفاوت معنی‌دار وجود دارد ($p < 0/05$)؛ اما بین این دو گروه در مؤلفه ارتباط ($F = 2/94$) تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد ($p > 0/05$). به عبارتی میانگین نمرات اعتماد در کودکان غیرمبتلا در مقایسه با کودکان دارای مبتلا، بیشتر است و میانگین نمرات ازخودبیگانگی در کودکان مبتلا در مقایسه با کودکان غیرمبتلا بیشتر است. داده‌های مربوط به

جدول ۳: مقایسه میانگین کیفیت دل‌بستگی بین دانش‌آموزان مبتلا و غیرمبتلا به وسواس - بی‌اختیاری

متغیر	شاخص‌های آماری	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	T	df	sig
کیفیت دل‌بستگی	دانش‌آموزان غیرمبتلا	۳۰	۱۹/۲۰	۷/۹۹	-۲/۷۹۷	۵۸	۰/۰۰۷
	دانش‌آموزان مبتلا	۳۰	۱۱/۱۷	۸/۵۷			

* ($P < 0/05$)

دانش‌آموزان مبتلا و غیرمبتلا به اختلال وسواس - بی‌اختیاری از آزمون تحلیل واریانس چندمتغیره استفاده شد.

از آنجا که کیفیت دل‌بستگی متشکل از چند خرده‌مقیاس است، بنابراین برای مقایسه تفاوت آنها بین دو گروه

جدول ۴: نتایج تحلیل واریانس چندمتغیری روی میانگین نمرات راهبردهای مقابله‌ای دانش‌آموزان مبتلا و غیرمبتلا به اختلال وسواس - بی‌اختیاری

متغیر وابسته	میانگین مجذورات	df	مجموع مجذورات	F	P-Value	مجذور η^2
انحراف از مشکل	۱۷۱۷/۳۵	۱	۱۷۱۷/۳۵	۳/۸۹	۰/۰۵۳	۰/۰۶۳
کنار آمدن سازش‌یافته با مشکل	۱۱۰۹/۴۰	۱	۱۱۰۹/۴۰	۸/۹۱*	۰/۰۰۴	۰/۱۳۳
کنار آمدن ویرانگر با مشکل	۱۴۶۰/۲۶	۱	۱۴۶۰/۲۶	۱۱/۵۶*	۰/۰۰۱	۰/۱۶۶

* ($P < 0/05$), $df=1$

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج آزمون t مستقل نشان داد که کیفیت دل‌بستگی کودکان مبتلا به اختلال وسواس - بی‌اختیاری نسبت به کودکان غیرمبتلا پایین‌تر است. همچنین نتایج آزمون تحلیل واریانس چندمتغیری نتایج نشان داد که ازخودبیگانگی و کنار آمدن ویرانگر با مشکل در دانش‌آموزان مبتلا در مقایسه با کودکان غیرمبتلا بیشتر است در حالی که اعتماد و کنار آمدن سازش‌یافته با مشکل در کودکان مبتلا در مقایسه با کودکان غیرمبتلا کمتر است. این نتیجه در راستای نتایج پژوهش‌های مایر، سو و کمین و پینارد (۱۲) فولکمن و موسکوویز (۱۵)، آرزیا و جارج (۱۶)،

همان‌گونه که در جدول ۴ مشاهده می‌شود بین دو گروه در راهبردهای کنار آمدن سازش‌یافته با مشکل ($F = 8/91$) و کنار آمدن ویرانگر با مشکل ($F = 11/56$) تفاوت معنی‌دار وجود دارد ($p < 0/05$)؛ اما بین این دو گروه در راهبرد انحراف از مشکل ($F = 3/89$) تفاوت معنی‌داری مشاهده نشد ($p > 0/05$). به عبارتی میانگین کنار آمدن سازش‌یافته با مشکل در کودکان غیرمبتلا در مقایسه با کودکان مبتلا، بیشتر است و میانگین نمرات کنار آمدن ویرانگر با مشکل در کودکان مبتلا در مقایسه با کودکان غیرمبتلا بیشتر است.

سیف-کرنک (۱۷)، سیف-کرنک و کلسینگر (۱۸) و فریمن و همکاران (۳۷) است. نتایج این پژوهش‌ها نشان می‌دهد که دلبستگی ناایمن، پیش‌درآمدی برای اضطراب کودک است و ممکن است کودکان را برای ابتلا به اختلال وسواس-بی‌اختیاری مستعد سازد. همچنین پاسخ‌های مقابله‌ای ناکارآمد به تنیدگی می‌تواند اثرات منفی و سازش‌نیافته‌ای بر تحول کودکان و نوجوانان داشته باشد. در شیوه‌های ناکارآمد مقابله با تنیدگی، فرد پاسخ‌های غیرمنطقی و هیجانی همچون اجتناب، نشخوارهای فکری، و سرزنش خود و دیگران نشان می‌دهد یا به دنبال راه‌حل‌های کوتاه‌مدتی می‌گردد که به‌صورت موقت تسکین پیدا کند که این فرآیند فرد را مستعد اختلال‌های روان‌شناختی از جمله افسردگی و وسواس می‌نماید.

در تبیین نتایج حاصل از این یافته‌ها می‌توان این‌گونه استنباط نمود که کودکان دارای سبک دلبستگی ناایمن، گونه‌ای از بی‌اعتمادی و طردشدگی را از جانب چهره دلبستگی تجربه می‌کنند و در واقع با انکار رابطه دلبستگی، خود را از خطر طرد بیشتر حفظ می‌کنند. از سوی دیگر منفی‌نگری کودکان دلبسته ناایمن نسبت به دیگران باعث می‌شود که این کودکان با محرومیت از روابط و حمایت‌های عاطفی-اجتماعی، حداقل در مواجهه با برخی تنیدگی‌های زندگی نتوانند از راهبردهای مقابله‌ای مثبت و سازش‌یافته استفاده کنند و به اختلال‌هایی مانند اختلال وسواس-بی‌اختیاری مبتلا شوند. تجارب دلبستگی، ادراکات کودک از خود و محیط را شکل می‌دهند و با توجه به نقش بازنمایی‌های آسیب‌دیده و مختل، کودک مبتلا به وسواس از «خود» و «جهان»، این یافته استنباط می‌شود که تجارب دلبستگی می‌توانند از عوامل زمینه‌ساز باورهای ناکارآمد در اختلال وسواسی-بی‌اختیاری باشند.

کودکان دارای اختلال وسواس-بی‌اختیاری، احساس ناامنی زیادی دارند، همیشه فکر می‌کنند خطر در کمین آنهاست؛ بنابراین به تشریفات وسواس گونه پناه می‌آورند تا خطر را از خود دور کنند. این تشریفات برای کودکان، حکم

مانعی را دارد که آنها را در برابر خطرات دنیای اطراف امن نگه می‌دارد. کودکان دارای والدین مداخله‌گر و تهدیدکننده در درون، احساس عدم کفایت دارند. آنها در بسیاری موارد، توسط والدینشان تأیید نمی‌شوند و در عوض به‌واسطه انجام هر کاری که مورد تأیید والدینشان نیست، سرزنش می‌شوند. تکرار این الگوی رفتاری منجر به ازخودبیگانگی و جدایی عاطفی کودک از والدین می‌گردد و او احساس می‌کند مستحق دریافت محبت از سوی والدینش نیست. همچنین طبق مدل فولکمن و لازاروس (۱۴) در فرایند مقابله، مهارت‌های شناختی برای حل مسئله مورد استفاده قرار می‌گیرند. فرد با به کار بستن سبک مقابله‌ای کارآمد مسئله‌مدار از مهارت‌های شناختی برای حل مسئله استفاده می‌کند. بر این اساس راه‌های مقابله با مشکل مستقیماً بررسی می‌شوند و با یافتن راه‌حل‌های مناسب، اضطراب، تعدیل می‌شود. از سوی دیگر این وضعیت باعث نظم و انسجام فکری می‌شود و آشفتگی هیجانی را که در اختلال وسواس نقش ایفا می‌کند، کاهش می‌دهد. در سایه انسجام فکری و تنظیم هیجانی به‌دست آمده، منبع تنیدگی بهتر شناسایی می‌گردد و قابل مهار، ارزیابی می‌شود. همچنین شناخت منبع تنیدگی از طریق افزایش حرمت خود، اضطراب و آشفتگی را کاهش می‌دهد.

در تبیین تفاوت دو گروه دانش‌آموزان مبتلا و غیرمبتلا به اختلال وسواس-بی‌اختیاری در کیفیت دلبستگی و راهبردهای مقابله‌ای، آگاهی هیجانی می‌تواند به‌عنوان متغیر تعدیل‌کننده ایفای نقش نماید؛ کودکان با دلبستگی ایمن در مقایسه با کودکان دلبسته ناایمن، آگاهی هیجانی بیشتری را گزارش می‌کنند (۲۵)، در شناسایی و برجسب زدن به هیجان‌ها بهتر هستند (۲۶) و دانش بیشتری در مورد راهبردهای تنظیم هیجان مانند درگیری شناختی دارند (۲۷). این موارد به‌نوبه خود، احتمال ابتلا به اختلال وسواس-بی‌اختیاری را در این کودکان کاهش می‌دهد. به‌علاوه کودکان با دلبستگی ایمن از طریق تعاملات مکرر با مراقبانشان که حساس، انعطاف‌پذیر، و مشوق ابراز هیجان‌های آنها هستند، به‌طور گسترده‌ای، هیجان‌هایشان

را ابراز کنند و روش‌های مدیریت هیجان‌های منفی در موقعیت‌های تنش‌زا را یاد بگیرند (۲۴).

الگوهای فعال دلبستگی همچنین می‌تواند بر روی پاسخ‌های رفتاری و راهبردهای مقابله با تنش افراد به‌طور خودکار اثر بگذارد (۳۸). پاسخ‌های رفتاری شامل تمایل افراد برای متوسل شدن به راهبردهای مقابله‌ای است که با الگوی «اگر-پس» پاسخ داده می‌شوند. مثلاً اگر احساس ناامنی در محیط کردی پس باید به دنبال منبع حمایت بگردی یا اگر محیط تو را آزرده پس باید از همه دوری کنی. این پاسخ‌ها بیشتر زمانی فعال می‌شوند که فرد به‌طور ناگهانی با شرایط محیطی‌ای روبه‌رو می‌شود که تنش شدیدی در او ایجاد می‌کند (۳۹). در نهایت، یافته‌های پژوهش حاضر بیانگر آن است که کیفیت دلبستگی و راهبردهای مقابله‌ای می‌توانند به‌عنوان عوامل خطرسازی که آستانه آسیب‌پذیری فرد را در برابر تنش کاهش می‌دهند، مورد توجه قرار گیرند. از این رو می‌توان بر نقش مهم درمانگر در درک نیازهای دلبستگی کودک مبتلا به اختلال وسواس-بی‌اختیاری و ایفای نقش پایگاه امن در جهت ایجاد احساس امنیت در وی تأکید کرد. همچنین با در نظر گرفتن استفاده کودک مبتلا به اختلال وسواس-بی‌اختیاری از راهبردهای مقابله‌ای کارآمد، این احتمال وجود دارد که با آموزش فنون رشدیافته راهبردهای مقابله‌ای به این کودکان، چگونگی مقابله با موقعیت‌های تنش‌آور و بهبود اختلال آنها تسهیل شود.

محدود بودن جامعه آماری پژوهش به کودکان شهر شیراز و دامنه سنی ۱۰-۱۱ سال، یکی از محدودیت‌های این پژوهش است. به‌علاوه در این پژوهش امکان کنترل متغیرهایی از جمله هوش وجود نداشت. همچنین کودکان دارای اختلال وسواس-بی‌اختیاری از مراجعین به مرکز مشاوره و خدمات روان‌شناختی واحد پیشگیری اداره بهزیستی شیراز انتخاب شدند که در فرآیند طی نمودن مراحل درمانی قرار داشتند. این امر، نتایج را با مشکل مواجه می‌سازد. پیشنهاد می‌شود که به‌منظور قابلیت

تعمیم‌دهی بیشتر، این پژوهش بر روی سایر نمونه‌ها در استان‌های دیگر، روی دو جنس و همچنین بر روی نمونه‌هایی که تاکنون مداخله‌ای را در ارتباط با اختلال وسواس-بی‌اختیاری دریافت نکردند، انجام گیرد. همچنین امید است پژوهش‌های آتی با کنترل سایر متغیرهای مداخله‌گر از جمله هوش که به نظر می‌رسد با راهبردهای مقابله‌ای رابطه داشته باشد، به نتایج معتبرتری دست یابند. با این حال یافته‌های این پژوهش، می‌تواند مورد استفاده والدین، متخصصان بالینی و پژوهشگران قرار گیرد که نتایج مهمی در زمینه پیشگیری، مداخله‌های درمانی و مشاوره‌ای برای کودکان دارای اختلال وسواس-بی‌اختیاری به همراه دارد.

تشکر و قدردانی: از مسئولین محترم سازمان آموزش و پرورش شهر شیراز، دست‌اندرکاران مرکز مشاوره و خدمات روان‌شناختی واحد پیشگیری اداره بهزیستی شیراز و همچنین دانش‌آموزانی که در اجرای این پژوهش شرکت نمودند، تشکر و قدردانی می‌شود.

تضاد منافع: در این پژوهش هیچ‌گونه تضاد منافی توسط نویسندگان گزارش نشده است.

References

1. Krebs G, Heyman I. Obsessive-compulsive disorder in children and adolescents. *Arch Dis Child*. 2014; 14.
2. Storch EA, Milsom V.A, Merlo LJ, Larson M, Geffken GR, Jacob ML. Insight in pediatric obsessive-compulsive disorder: associations with clinical presentation *Psychiatry Res*. 2008; 160 (2): 212-20.
3. Wewetzer C, Jans T, Muller B. Long-term outcome and prognosis of obsessive-compulsive disorder with onset in childhood or adolescence. *The ECAP Journal*. 2001; 10:37° 46.
4. Micali N, Heyman I, Perez M. Long-term outcomes of obsessive° compulsive disorder: follow-up of 142 children and adolescents. *B J Psych*. 2010; 197 (2): 128° 34.
5. Hollander E. *Obsessive ° Compulsive related disorders*. Washington, DC: American Psychiatric Press. 1993; 28:172° 177.
6. Miguel EC, Leckman JF, Rauch S, do Rosario-Campos MC, Hounie AG. Et al. Obsessive compulsive disorder phenotypes: Implications for genetic studies. *Mol. Psychiatry*. 2005; 10: 258-275.
7. Leckman JF, Bloch MH, King RA. Symptom dimensions and subtypes of obsessive-compulsive disorder: A developmental perspective. *Dialogues Clin Neurosci*. 2009; 11: 21-33.
8. Pauls DL, Abramovitch A, Rauch SL, et al. Obsessive-compulsive disorder: an integrative genetic and neurobiological perspective. *Nat Rev Neurosci*. 2014; 15: 410° 24.
9. Visser HA, van Minnen, A, van Megen H. The relationship between adverse childhood experiences and symptom severity, chronicity and comorbidity in patients with obsessive-compulsive disorder. *J Clin Psychiatry*. 2014; 75(10):1034-1039.
10. Bowlby J. *Attachment and loss: Attachment (Vol. 1)*. New York: Basic Books; 1982, pp: 9-30.
11. Saarni C. *The development of emotional competence*. New York: Guilford Press; 1999, pp: 75.
12. Myhr G, Sookman D, Pinard G. Attachment security and parental bonding in adults with obsessive-compulsive disorder: A comparison with depressed out-patients and healthy controls. *Acta Psychiat. Scand*. 2004; 109: 447° 456.
13. Baron RA, Byrne D, Branscombe NR. *Social Psychology, Study Edition. Eleventh Edition*. Chicago: Prentice Hall; 2006, p: 22.
14. Lazarus RS, Folkman S. *Stress, appraisal and coping*. New York: Spring; 1984, pp: 127-139.
15. Folkman S, & Moskowitz JT. Coping: pitfalls and promise. *Annu Rev Psychol*. 2004; 55: 745-774.
16. Urzua A, Jarne A. Calidad de vida y estilos de afrontamiento en personas con patologías crónicas. [Quality of life and coping styles in people with chronic pathologies]. *Interamerican Journal of Psychology*. 2008; 42: 151-160.
17. Seiffge-Krenke I. Causal links between stressful events, coping style and adolescent symptomatology. *J. Adolesc*. 2000; 23: 675-691.
18. Seiffge-Krenke L, Klessinger N. Long- term effects of avoidant coping on adolescents depressive symptoms. *J Youth Adolesc*. 2000; 29: 617-630.
19. Compas BE, Connor-Smith JK, Saltzman H, Thomsen AH, Wadsworth ME. Coping with stress during childhood and adolescence: Problems progress and potential in theory and research. *Psychological Bulletin*. 2001; 127 (1): 87-127.
20. Hampel P, Petermann F. Perceived stress, coping, and adjustment in adolescents. *J Adolesc Health*. 2006; 38: 409-415.
21. Penley J, Tomaka J, Wiebe J. The association of coping to physical and psychological health outcomes: A meta-analytic review. *J. Behav. Med*. 2002; 25: 551-603.
22. Cassidy J. Emotion regulation: Influences on attachment relationships. In N. A. Fox (Ed.), *The development of emotion regulation: Biological and behavioral considerations*. Monographs of the Society for Research in Child Development, 1994, pp: 228° 249.
23. Thompson RA, Meyer S. Socialization of emotion regulation in the family. In J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotion regulation*, New York: Guilford Press; 2007, pp: 249° 268

24. Contreras JM, Kerns KA, Weimer BL, Gentzler AL, Tomich PL. Emotion regulation as a mediator of associations between mother° child attachment and peer relationships in middle childhood. *J Fam Psychol.* 2000; 14: 111° 124.
25. Brumariu LE, Kerns KA. Parent° child attachment and internalizing symptoms in childhood and adolescence: A review of empirical findings and future directions. *Dev Psychopathol.* 2010; 22 (1): 177° 203.
26. Steele H, Steele M, Croft C. Early attachment predicts emotion recognition at 6 and 11 years old. *Attach Hum Dev.* 2008; 10 (4): 379° 393.
27. Colle L, Del Giudice M. Patterns of attachment and emotional competence in middle childhood. *Soc Dev.* 2011; 20 (1): 51° 72.
28. Rezvan Sh, Bahrami F, Abedi MR, MacLeod C, Neshat Doost HT, Ghasemi V. Attachment insecurity as a predictor of obsessive° compulsive symptoms in female children. *Couns Psychol Q.* 2012; 25(4): 403-415.
29. Ahadi B, Azizinejad F, Narimani M, Berahmand U. Explaining the role of attachment styles and defensive mechanisms in obsession-compulsion disorder. *Journal of Behavioral Sciences.* 2009; 2(4): 339-343. (Persian).
30. Kessler RC, Berglund P, Demler O. Life time prevalence and age-of-onset distributions of DSMIV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry.* 2005; 62: 593-602.
31. Goodman W, Price LA, Rasmussen SA, Mazure C, Delgado P, Heninger GR, Charney DS. The Yale Brown Obsessive Compulsive Scale (Y-BOCS) Part II. Validity. *Arch. Gen. Psychiatry.* 1989; 46 (11): 1012-1016.
32. dadfar M, Bolhari J, Malakooti K, Bayanzade SA. Prevalence of the obsessive-compulsive disorder symptoms. *Iranian Journal of Psychiatry & Clinical Psychology.* 2001; 7 (1 and 2):27-33. (Persian).
33. Gullon E, Robinson K. The Inventory of parent and attachment revised (IPPA-A) for children: A Psychometric Investigation. *Clin Psychol Psychother.* 2005; 12: 67-89.
34. Shakehnia F, Behrouz B, Behrouz B, Kajbaf, MB, Behamin, Gh. The effect of child-based attachment therapy approach on depressive symptoms and quality of attachment of primary school boys, *Knowledge & Research in Applied Psychology.* 2013; 14 (3): 2-31. (Persian)
35. Brittany C, Hernandez BA. The children s coping behavior questionnaire: development and validation. [Master s thesis]: Art Faculty, Loyola University New Orleans. 2008.
- 36- Ferguson G, Takane Y. Statistical analysis in psychology and education. Delavar A & Naghshbandi S. (Persian translator). Tehran: Arasbaran Publications. 1989, pp: 323. (Persian).
37. Freeman JB, Garcia AM, Fucci C, Karitani M, Miller L, Leonard HL. Family-based treatment of early-onset obsessive-compulsive disorder. *J Child Adolesc Psychopharmacol.* 2003; 13: 71° 80.
38. Besharat MA, Shalchi B. Attachment Styles and Coping with Stress. *Dev Psychol.* 2007; 3 (11): 225-235. (Persian).
39. Mischel W, Shoda Y. A Cognitive-Affective System Theory of Personality: Re conceptualizing Situations, Dispositions, Dynamics and Invariance in Personality Structure. *Psychol Rev.* 1995; 102: 246-268.

The Comparison of Coping Strategies and Quality of Attachment in Students with and without Obsessive-Compulsive Disorder

Farahnaz Shakehnia^{*1}, Mohammad Bagher Kajbaf², Tahereh Golkari³

1. Ph.D. Student of Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, University of Isfahan, Isfahan, Iran
1. Professor, Department of Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, University of Isfahan, Isfahan, Iran
1. M.A. in Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, University of Isfahan, Isfahan, Iran

Received: October 23, 2016

Accepted: March 08, 2017

Abstract

Background and Purpose: Strategies and quality of attachment are important variables in mental health of children and adolescents. The aim of this study was to compare quality of attachment and coping strategies in students with and without Obsessive - Compulsive Disorder (OCD).

Method: The design of study was descriptive of causal-comparative type. The statistical population was consisted all elementary school female students of fourth and fifth grades in Shiraz city in 2016. In this study, 60 female students including 30 with and 30 without OCD were selected via the convenience sampling method. To collect the data, Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (Goodman & et.al, 1989), Inventory of Parent and Peer Attachment Revised for children (IPPA-R) (Gullon & Robinson, 2005) and Children Coping Behavior Questionnaire (Brittany & Hernandez, 2008) used. Data were analyzed using Multivariable Analyze of Variance.

Results: Result of independent sample t-test showed that there are differences in quality of attachment between the two group students ($P < 0.05$). In other words, children with Obsessive-Compulsive Disorder (OCD) had lower scores on quality of attachment variable to the children without OCD. In addition, results of MANOVA revealed that children with Obsessive-Compulsive Disorder (OCD) have greater self-alienation ($P < 0.05$) and destructive coping and also lower trust and ameliorative coping than healthy students ($P < 0.05$).

Conclusion: Diagnosis of coping strategies and quality of attachment in sufficiency and planning suitable interventions accordingly can have a positive effect in prevention and treatment of OCD.

Keywords: Quality of attachment, coping strategies, obsessive-compulsive disorder

Citation: Shakehnia F, Kajbaf MB, Golkari T. The comparison of coping strategies and quality of attachment in students with and without obsessive-compulsive disorder. Quarterly Journal of Child Mental Health. 2017; 4(2): 135-145.

***Corresponding author:** Farahnaz Shakehnia, Ph.D. Student of Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, University of Isfahan, Isfahan, Iran.

Email: F.shakehnia@yahoo.com Tel: (+98) 031 - 37932640