

اثربخشی آموزش والدین مبتنی بر نظریه دلبستگی بر افزایش کیفیت مراقبت مادران کودکان مضطرب پیش دبستانی

The Effectiveness of Attachment based Parent Training on Increasing Maternal Caregiving Quality in Preschool anxious Children

S. Ghanbari, Ph.D.

M. K. Khodapanahi, Ph.D.

M. A. Mazaheri, Ph.D.

M. Gholamali Lavasani, Ph.D.

✉ دکتر سعید قنبری

استادیار دانشگاه شهید بهشتی

دکتر محمد کریم خداپناهی

استاد دانشگاه شهید بهشتی

دکتر محمد علی مظاهری

استاد دانشگاه شهید بهشتی

دکتر مسعود غلامعلی لواسانی

استادیار دانشگاه تهران

دریافت مقاله: ۹۱/۴/۲۳

دریافت نسخه اصلاح شده: ۹۲/۷/۲۹

پذیرش مقاله: ۹۲/۸/۷

Abstract

The purpose of this study was to determine the effectiveness of attachment based parent training on increasing care giving quality in mothers of preschool anxious children. As such, 278 mothers of 2 to 6 years old children who were selected through available cluster sampling method from 6 nursery schools of Tehran, completed the Maternal Caregiving Quality scale.

چکیده

هدف این پژوهش تعیین اثربخشی بسته روش آموزش والدین مبتنی بر نظریه دلبستگی بر افزایش کیفیت مراقبت مادران دارای کودکان مضطرب پیش دبستانی بود. برای شناخت اثربخشی این بسته ۲۷۸ نفر از مادران کودکان ۲ تا ۶ سال از ۶ مهدکودک شهر تهران که به روش نمونه برداری خوشه‌ای در دسترس انتخاب شده بودند، مقیاس اضطراب کودکان پیش دبستانی را تکمیل کردند.

✉ Corresponding author: Educational Sciences & Psychology Faculty Shahid Beheshti University, Tehran.

Tel: +9802129903065

Email: ghanbari_sbu@yahoo.com

✉ نویسنده مسئول: تهران، دانشگاه شهید بهشتی، دانشکده علوم

تربیتی و روان‌شناسی

تلفن: ۲۹۹۰۳۰۶۵

پست الکترونیکی: ghanbari_sbu@yahoo.com

Based on obtained scores on this scale and considering including and excluding criteria, finally 61 mothers were selected as research sample and were assigned in experimental group (30 mothers) and control group (31 mothers). Attachment based parent training package was given to experimental group during in 8 weekly group sessions) 8 to 12 mothers in each group) at nursery schools. After training sessions, and 3 months later, The Maternal Caregiving Quality scale was completed again by both groups. The results indicated that Parent Training Package has increased the sensitivity, responsiveness and also emotional availability and decreased conflict and confusion of mothers in the experimental group, and the results of follow up showed that these changes were stable over 3 months. Based on the results, this package can be used and be effective in clinical settings to increase the maternal care giving quality and prompting the mother-child relationships.

Keywords: Parent training, attachment, sensitivity, responsiveness, availability, conflict and confusion.

با توجه به نمره افراد در این مقیاس و در نظر گرفتن دیگر ملاک‌های خروج و ورود به پژوهش در نهایت ۶۱ نفر به عنوان نمونه پژوهش انتخاب شده و ۳۰ نفر در گروه آزمایش و ۳۱ نفر در گروه مقایسه قرار گرفتند. بسته آموزش والدین مبتنی بر نظریه دلبستگی در طول ۸ جلسه گروهی هفتگی (۸ تا ۱۲ نفر در هر گروه) در مهدکودک‌ها به مادران گروه آزمایش ارائه شد. پس از پایان جلسات آموزشی و ۳ ماه پس از آن مقیاس کیفیت مراقبتی مادر به وسیله دو گروه تکمیل شد. نتایج نشان داد که بسته آموزش والدین حساس بودن، پاسخ‌دهی و همچنین دسترس‌پذیری هیجانی مادران گروه آزمایش را افزایش و تعارض و سردرگمی آن‌ها را کاهش داده است و همچنین پیگیری نتایج نشان داد که این تغییرات در طول ۳ ماه ثابت داشته است. بر مبنای یافته‌ها، بسته آموزش والدین می‌تواند در موقعیت‌های بالینی برای افزایش کیفیت مراقبت مادران و ارتقای روابط مادر - کودک مورد استفاده قرار گرفته و مفید باشد.

کلیدواژه‌ها: آموزش والدین، دلبستگی، حساس بودن، پاسخ‌دهی، دسترس‌پذیری، تعارض و سردرگمی.

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
 رتال جامع علوم انسانی

مقدمه

در طول بیست سال گذشته، پژوهشگران به منظور افزایش امنیت دلبستگی بین مادر - کودک، تعداد زیادی از مداخلات مبتنی بر نظریه دلبستگی را گسترش داده‌اند، مبنای بیشتر این مداخلات این است که دلبستگی ایمن بین مادر و کودک سرآغاز تحول بهینه در بسیاری از قلمروهای

اجتماعی، هیجانی است و شکست در برقراری چنین رابطه‌ای سرآغاز مشکلات هیجانی و رفتاری در دوران بعدی تحول است (ماروین، کوپر، هافمن و پاول، ۲۰۰۲؛ ون زیجیل، مسمن، ون زندر، ژافر و استوک، ۲۰۰۶). پس از این تلاش‌های نخستین، مداخله‌های درمانی که والدین را دربر می‌گرفتند، در دو سطح گسترش پیدا کردند. گروه اول مداخلاتی هستند که بر افزایش حساس بودن و پاسخ‌دهی^۱ مادران و به عبارت دیگر بر سطح رفتاری کیفیت مراقبت مادران^۲ تأکید داشته‌اند و گروه دوم مداخلاتی را دربر می‌گیرد که بر بازنمایی‌های ذهنی^۳ والدین از دلبستگی و مکانیسم‌های دفاعی آن‌ها متمرکزند.

مداخلات در سطح رفتاری، متمرکز بر افزایش حساس بودن و پاسخ‌دهی والدین است. ماری اینسورث حساس بودن و پاسخ‌دهی مراقب را به‌عنوان توانایی وی در دریافت دقیق نشانه‌های کودک و پاسخ‌دهی به این نیازها به شیوه‌ای مؤثر و مناسب تعریف می‌کند (ژافر، باکرمنز- کرانبرگ، ون ایزندورن، ۲۰۰۸). حساس بودن و پاسخ‌دهی مؤثر، دربرگیرنده زنجیره‌ای از مبادلات هم‌زمان و متقابل بین مادر و کودک است، به عبارت دیگر عدم حساس بودن به معنای فقدان دلبستگی، اعتمادبه‌نفس پایین، رشد ناسالم، افسردگی، عدم توانمندی اجتماعی و رفتارهای پرخطری است که باعث کاهش پاسخ‌دهی مناسب مادر می‌گردد. همچنین رفتارهایی به عنوان پاسخ‌دهی مناسب طبقه‌بندی می‌گردند، که پیشرفت‌دهنده، پیوسته و دائمی، فوری و بلافاصله باشند و در نهایت مادری می‌تواند پاسخ‌دهی مناسب داشته باشد که بتواند سرنخ‌های رفتاری نوزادش را درک کند، بشناسد و به آن‌ها به شیوه‌ای مؤثر پاسخ دهد. کودک همواره نشانه‌هایی از خود بروز می‌دهد که نشان‌دهنده نیازهای وی هستند. مادر این نشانه‌ها را می‌فهمد و به آن‌ها پاسخ مناسب می‌دهد. این نشانه‌ها می‌تواند دربرگیرنده نیازها یا شرایط درونی؛ همچون ناراحتی و پریشانی، نیاز به در آغوش گرفته شدن، گرسنگی و... بوده و پاسخ به آن‌ها می‌تواند دربرگیرنده تماس بدنی، تماس چشمی، صحبت کردن یا در آغوش کشیدن باشد (لندری، اسمیت، سوانک، اسل و ولت، ۲۰۰۱). در مداخلات گروه اول، برخی از پژوهش‌ها، آموزش را از بنیادی‌ترین سطوح آغاز کرده‌اند و سعی داشته‌اند از طریق افزایش مهارت‌های مشاهده^۴ والدین، از آن‌ها دریافت‌کننده‌های دقیق‌تری بسازند تا نشانه‌های کودک را به خوبی دریافت کنند، برای مثال از آن‌ها می‌خواستند که به‌وسیله یک کتابچه تمرین، رفتار کودکشان را مورد مشاهده قرار دهند و نتایج را ثبت نمایند یا از آن‌ها می‌خواستند که جای کودکان صحبت نمایند تا از این طریق به دنیای درونی آن‌ها دست یابند (مداخله چرخه امنیت^۵: کوپر، هافمن، پاول و ماروین، ۲۰۰۵).

برخی دیگر از پژوهش‌ها بر قسمت دوم تعریف حساس بودن تأکید داشته‌اند؛ توانایی پاسخ‌دهی به نشانه‌های کودکان. این پژوهش‌ها سعی کرده‌اند تا به‌وسیله الگودادن یا فراهم آوردن فعالیت‌هایی برای مادران مانند تشویق کردن رفتارهای مؤثر در پسخوراند ویدیویی پاسخ‌دهی مادران را بهبود

بخشند، برای مثال از والدین می‌خواستند رفتار مادری را که در فیلم ویدیویی به صورت مؤثری به نیازهای کودک پاسخ می‌دهد، الگو قرار دهند (مداخله بینشی به جهان درونی کودک: کورن - کاری، اپنه‌ایم و گلداسمیت، ۲۰۰۷). مداخلات در سطح بازنمایی‌های ذهنی والدین متمرکز بر گذشته والدین و تجربیات آن‌ها با چهره‌های دلبستگی بوده است. وقتی کودکان تبدیل به والدینی بزرگسال شدند، تمایل دارند از الگوهای رفتاری مشابهی در مقابل کودکان‌شان استفاده کنند، الگوهای رفتاری که خودشان در دوران کودکی تجربه کرده‌اند. بدین ترتیب الگوی تعاملی به صورت بین‌نسلی منتقل می‌گردد. بدین ترتیب به ارث‌رسیدن یا انتقال بین‌نسلی سلامت روانی یا ناهنجاری روان‌شناختی در خانواده به‌واسطه این روابط، کم‌اهمیت‌تر از وراثت ژنی در خانواده‌ها نیست (بالبی، ۱۹۷۳ به نقل از ژافر و همکاران، ۲۰۰۸). آن‌چه بالبی تحت عنوان انتقال بین‌نسلی سلامت روانی از آن صحبت کرده است، درحال حاضر با عنوان بازنمایی ذهنی والدین از دلبستگی مورد توجه پژوهشگران است. بر اساس مصاحبه دلبستگی بزرگسال^۷ (AAI) ۴ بازنمایی ذهنی از دلبستگی در مورد والدین شناخته شده است (مین و هس، ۱۹۹۰):

۱. بازنمایی ایمن یا خودمختار (خودپیرو)^۸ که دربرگیرنده والدینی است که تجربیات مثبت یا منفی دوران کودکی خود را به شیوه‌ای مناسب مورد استفاده قرار می‌دهند.
۲. بازنمایی نایمن انکارکننده^۹ که دربرگیرنده والدینی است که تجربیات دوران کودکی خود را آرمان‌سازی می‌کنند و یا کاملاً آن‌ها را بی‌ارزش می‌سازند.
۳. بازنمایی نایمن دل‌مشغول^{۱۰} که معرف والدینی است که هنوز با خاطرات دوران کودکی خود و با والدین‌شان درگیر هستند، نسبت به این خاطرات خشمگین بوده و مدام با آن‌ها کلنجار می‌روند.
۴. بازنمایی نایمن حل‌نشده^{۱۱} که والدینی را دربر می‌گیرد که سابقه حوادث تنیدگی‌زای شدید یا فقدان را در دوران کودکی داشته و هم‌اکنون نیز با رویدادهای تنیدگی‌زا درگیر هستند. پژوهش‌هایی که رابطه بین بازنمایی‌های ذهنی والدین و رفتارهای والدینی را بررسی کرده‌اند به نتایج قابل توجهی دست یافته‌اند. مراقبینی که پیوستگی رفتاری بالا و انفعال کمتری داشته‌اند، از رفتارهای نابهنجار کمتری برخوردار بودند، والدینی که دارای مشکلات حل‌نشده در دوران کودکی بودند، معمولاً سبک والدینی توأم با ترس و سازمان‌نیافتگی داشتند (بالن، برنیر، موس، تارابولسی و لورنت، ۲۰۱۰). این در حالی است که بازنمایی‌های ذهنی تحریف‌شده با بیشترین مشکلات در رابطه کودک - مراقب همراه بوده است. مادرانی که دارای ایمنی خودکار یا خودمختار بودند دارای رفتارهای والدینی مناسب‌تر، دربرگیرنده پاسخ‌دهی بیشتر، اعتمادپذیری بیشتر و رابطه صمیمی‌تر با کودکان بودند (کورجا، آلوکویست، ساونلاهی، استولت، هاتاچا، لاپینلمو، لتونن، ۲۰۱۰).

اهمیت بازنمایی‌های ذهنی در رفتارهای والدینی، پژوهش‌های دیگری را نیز برانگیخته است. در همین قلمرو سه گروه از مادران با باورهای بنیادی که نشان‌دهنده بازنمایی‌های ذهنی آن‌ها از دلبستگی است، شناسایی شده‌اند؛ مادران حساس به پیشرفت (تشویق‌کننده رفتارهای اکتشافی در کودکان و طرد رفتارهای دلبستگی)، مادران حساس به جدایی (تشویق‌کننده رفتارهای دلبستگی و منع رفتارهای اکتشافی) و مادران حساس به ایمنی (عدم ارتباط مناسب با کودک و نادیده‌گرفتن رفتارهای اکتشافی و دلبستگی).

این پژوهش‌ها نشان داده‌اند که هرکدام از این گروه‌ها مشکلات رفتاری و هیجانی خاصی را در کودکان‌شان باعث می‌شوند، این در حالی است که مادرانی که نسبت به هر دو رفتارهای دلبستگی و اکتشافی حساس بوده و با توجه به موقعیت، پاسخ‌دهی مناسب دارند، با مشکلات کمتری روبه‌رو هستند. این نوع از طبقه‌بندی‌ها در مداخلات دلبستگی و در سطح تغییر بازنمایی‌های ذهنی والدین مورد استفاده قرار گرفته است (کوپر و همکاران، ۲۰۰۵).

دو فراتحلیل به صورت جداگانه نشان داده‌اند که بسیاری از این مداخلات در افزایش حساس بودن مادران و افزایش ایمنی دلبستگی موفق بوده‌اند (ایگلند، وین‌فیلد، بوسکیت و چنگ، ۲۰۰۰؛ باکرم - کرانبرگ، ون‌زندورن و ژافر، ۲۰۰۳). یافته‌های این فراتحلیل‌ها نشان داده است که مداخلات مبتنی بر نظریه دلبستگی هم بر حساس بودن مراقب (مادران) ($d=0/33$) و هم بر ایمنی دلبستگی در کودکان ($d=0/20$) اثرگذار است. این مداخلات در مادران با افزایش حساس بودن و پاسخ‌دهی (کوپر^۲ و مورای^۳، ۱۹۹۷؛ سیچتی^۴ و همکاران، ۱۹۹۹؛ هینکه و همکاران، ۲۰۰۱ به نقل از ایگلند و همکاران، ۲۰۰۰؛ باکرم و همکاران، ۲۰۰۳) و دسترس‌پذیری والدین (کوپر و مورای، ۱۹۹۷؛ همیلتون، ۲۰۰۰) همراه بوده است و در برخی پژوهش‌ها، کاهش مشکلات برونی‌سازی در کودکان (کوپر و همکاران، ۲۰۰۰) و افزایش پیامدهای تحولی (دوزیر، لیندهایم و آکرم، ۲۰۰۴) و کاهش مشکلات هیجانی و رفتاری کودکان (کورن کاری و همکاران، ۲۰۰۴) را باعث شده است. با این حال، این فراتحلیل‌ها نشان می‌دهند که گسترش این مداخلات بیشتر در سطح نوزادان و یا گروه‌های در معرض خطر زیاد مانند خانواده‌های تک‌والدی، مادران دچار سوءمصرف مواد و... بوده است و این مداخلات در مورد کودکان سنین پیش‌دبستانی و در سطح جامعه عمومی مادران کمتر به کار گرفته شده است. بدین ترتیب خط پژوهش در مورد اثربخشی درمان‌های مبتنی بر دلبستگی است که از مطالعه اثربخشی این درمان‌ها در نوزادان آغاز شده و هم‌اکنون در حال بسط و گسترش به کودکان و مادران سنین بالاتر است و از این راه براساس الگوهای پیشگیری/مداخله و برای افزایش ایمنی دلبستگی کودکان در خطر، تلاش‌هایی شکل گرفته که به‌رغم محبوبیت فراوان‌شان هنوز اثربخشی خود را به اثبات نرسانده‌اند. به همین دلیل وجود پژوهش‌های بیشتری که بتوانند آن‌چه بالبی اظهار داشته است را به قلمروهای بالینی وارد

نمایند، کاملاً ضروری به نظر می‌رسد، به‌خصوص بررسی این‌گونه مداخلات با در نظر گرفتن مسائل بوم‌شناختی از اولویت‌های پژوهشی این قلمرو است؛ چراکه نگرانی‌ها، نیازها و انگیزه‌های خانواده‌ها به‌واسطه بافتی که در آن زندگی می‌کنند، ممکن است کاملاً متفاوت و اثرگذار بر فرآیند درمان باشد (زینه و بوریس، ۲۰۰۰). به نظر می‌رسد استفاده از مداخله‌ای مبتنی بر نظریه دلبستگی برای کاهش مشکلات مربوط به کودکان باید با توجه به متغیرهای بوم‌شناختی گسترش بیشتری پیدا کند.

در این پژوهش نقش کیفیت مراقبت مادران در ارتباط با مشکلات اضطرابی کودکان مورد توجه قرار گرفته است، مشکلات اضطرابی از دو جهت با دلبستگی و کیفیت مراقبت مادران در ارتباط قرار می‌گیرند؛ از یک‌سو سبک دلبستگی ناایمن با گسترش مشکلات اضطرابی در کودکان همراه است (موریس، ۲۰۰۶). بر اساس نظریه دلبستگی، کودکان دلبسته ناایمن مستعد دچار شدن به سطوح بالای اضطراب مزمن در زندگی آتی خود هستند، چراکه الگوی در دسترس نبودن، پاسخگو نبودن و غیرقابل پیش‌بینی بودن مراقب باعث می‌شود که ترس از تنها ماندن و ناتوانی در مقابله با خطرهای احتمالی همیشه با کودک باشند. این ترس از جدایی و تنها ماندن در مرکز راهبردهای مقابله‌ای کودک قرار می‌گیرد و باعث به‌وجود آمدن حالت گوش‌بزدگی می‌شود که می‌تواند در نوجوانی و بزرگسالی به اختلال‌های اضطرابی منجر شود (ایگلند و کارلسون، ۱۹۹۹).

از آنجایی این کودکان به در دسترس بودن مراقب خود اطمینانی ندارند، نظام دلبستگی مرتباً در حال فعالیت است و این فعالیت مزمن باعث وابستگی بیش از حد کودک به مادر می‌شود، رفتارهای اکتشافی را به شدت کاهش داده و با کوچک‌ترین خطری در محیط این رفتارها متوقف می‌شوند (ماناسیس، ۲۰۰۱). از سوی دیگر سبک‌های فرزندپروری که مؤلفه‌های مهم سبک دلبستگی ایمن (حساس بودن به نیازهای کودک و پاسخگویی مناسب به این نیازها و رابطه صمیمی توأم با اعتماد) را به همراه ندارند، با مشکلات کودکان درونی‌سازی‌شده به‌خصوص مشکلات اضطرابی مرتبط بوده‌اند (موریس، میسترز، براکل، ۲۰۰۳؛ دیاز، ۲۰۰۵). این ارتباط به عنوان ملاکی در ارتباط با مادران نیازمند مداخله در نظر گرفته شده است، و مادران کودکانی که مشکلات اضطرابی داشته‌اند هدف مداخله قرار گرفته‌اند. به همین دلیل با توجه به لزوم بررسی مداخلات دلبستگی در سنین بالاتر از نوزادی و در مورد اختلال‌های خاص دوران کودکی با در نظر گرفتن مسائل بوم‌شناختی در کاربرد این مداخلات، هدف این پژوهش تعیین اثربخشی بسته آموزش والدین مبتنی بر نظریه دلبستگی بر افزایش کیفیت مراقبت مادران در کودکان مضطرب پیش‌دبستانی است.

روش

این پژوهش از انواع پژوهش‌های نیمه‌آزمایشی است. جامعه این پژوهش مادران کودکانی بودند که در سال ۱۳۹۰ در مهدکودک‌های شهر تهران حضور داشتند.

روش نمونه‌گیری خوشه‌ای چندمرحله‌ای در دسترس بود. ابتدا شهر تهران به پنج منطقه شمالی، جنوبی، شرقی، غربی و مرکزی تقسیم و از بین مهدکودک‌های هر منطقه بر اساس همکاری مدیران مهدکودک‌ها چند مهدکودک انتخاب شدند. مقیاس کیفیت مراقبتی مادر به‌وسیله ۲۷۸ نفر از مادران تکمیل شد. از بین این مادران تعداد ۷۴ نفر که نمرات کودکان آن‌ها در مقیاس اضطراب کودکان پیش‌دبستانی بالاتر از یک انحراف معیار از میانگین جامعه قرار داشت، انتخاب شدند. با توجه به نتایج این مقیاس و در نظر گرفتن دیگر ملاک‌های خروج و ورود به پژوهش در نهایت ۶۱ نفر به عنوان نمونه پژوهش انتخاب شدند.

ملاک‌های خروج و ورود به پژوهش عبارت بودند از: کودک باید فرزند اول یا دوم خانواده باشد، سنی بین ۲ تا ۶ سال داشته باشد و در مقیاس اضطراب کودکان پیش‌دبستانی نمره‌ای بیش از یک و نیم انحراف معیار بالاتر از میانگین کسب کرده باشد (یک و نیم انحراف معیار بالاتر از میانگین، تقریباً برابر با نمره ۳۴ در مقیاس است، که برابر با نمره $t=60$ می‌باشد و نمره بالاتر از آن نابهنجار محسوب می‌شود) و هم‌چنین نمره کودک در هیچ‌یک از زیرمقیاس‌های مقیاس درجه‌بندی رفتاری کانرز (فرم والدین)، به‌جز زیرمقیاس اضطراب، بالاتر از میانگین نبوده و تحت درمان دیگری هم‌زمان با این پژوهش قرار نداشته باشد، سطح تحصیلات والدین باید حداقل دیپلم باشد و تحت درمان دارویی یا درمان روان‌شناختی دیگری نباشند.

هم‌چنین دو گروه در مورد متغیرهای سن کودکان، سن مادران، نمره کلی مشکلات اضطرابی در مقیاس اضطراب کودکان پیش‌دبستانی هم‌تا شدند. در جدول ۱ شاخص‌های آماری مربوط به این متغیرها ارائه شده است. مقایسه میانگین دو گروه آزمایش و مقایسه به‌وسیله آزمون t گروه‌های وابسته تفاوت معناداری را در مورد سن مادران ($t=0/73$ و $p=0/88$) و کودکان ($t=0/86$ و $p=0/053$) و هم‌چنین نمره کلی مشکلات اضطرابی (گروه مقایسه = $47/76$ ، گروه آزمایش = $48/16$ ، $t=0/11$ و $p=0/9$) در دو گروه نشان نداد. از این افراد ۳۰ نفر در گروه آزمایش (دو گروه ۱۱ نفر و یک گروه ۸ نفر) و ۳۱ نفر در گروه مقایسه قرار گرفتند. بسته آموزش والدین مبتنی بر نظریه دلبستگی در طول ۸ جلسه گروهی که به صورت هفتگی برگزار می‌شد، در گروه‌های ۸ تا ۱۲ نفره در مهدکودک‌ها به والدین گروه آزمایش ارائه شد. پس از پایان جلسات آموزشی و ۳ ماه پس از آن مقیاس کیفیت مراقبتی مادر دوباره به‌وسیله مادران تکمیل شد. از مادران گروه آزمایش ۲۳ نفر در پس‌آزمون و ۲۱ نفر در پیگیری و از مادران گروه مقایسه ۲۱ نفر در پس‌آزمون و ۲۰ نفر در پیگیری حضور داشتند.

ابزارهای پژوهش

مقیاس کیفیت مراقبت مادرانه^{۱۵} (قنبری، خداپناهی، مظاهری و لواسانی، ۱۳۹۰): این مقیاس به منظور بررسی مؤلفه‌های سبک مراقبتی مادر در ارتباط با کودک، بر اساس نظریه دلبستگی و

پیشینه موجود در پژوهش‌های مربوط به روابط مادر - کودک، ساخته شده است. تحلیل عاملی اکتشافی با چرخش واریماکس نشان‌دهنده سه عامل مهم در این مقیاس بوده است: عامل اول با ۱۳ ماده دربرگیرنده ابهام و سردرگمی، عامل دوم با ۱۰ ماده دربرگیرنده حساس بودن و پاسخ‌دهی و عامل سوم، دربرگیرنده دسترس‌پذیری با ۱۱ ماده. مقیاس حساس بودن و پاسخ‌دهی، نشان‌دهنده توانایی دریافت نشانه‌های رفتاری کودک و رفع این نیازها به شیوه مؤثر است، زیرمقیاس دسترس‌پذیری، معطوف به میزان زمان با هم بودن مادر و کودک و همچنین دسترس‌پذیری هیجانی مادر هنگام درماندگی کودک است و درنهایت زیرمقیاس تعارض و سردرگمی، نشان‌دهنده روابط منفی میان مادر و کودک و در مقابل حساس بودن و پاسخ‌دهی مناسب مادر به نیازهای کودک و به نوعی سردرگمی مادر، در بازی نقش مادرانه می‌باشد. آلفای کرونباخ این سه زیرمقیاس بین ۰/۸۲ تا ۰/۸۴ بوده است که نشان‌دهنده همسانی درونی مناسب زیرمقیاس‌هاست. روایی آزمون - بازآزمون (همبستگی‌های بین ۰/۶۸ تا ۰/۸۳) مقیاس در یک بازه زمانی دوروزه نشان‌دهنده ثبات نمرات بوده است. همبستگی مثبت و معنادار عامل ابهام و سردرگمی با نشانه‌های اضطرابی ($r=0/49$) و همبستگی منفی و معنادار دو عامل حساس بودن و پاسخ‌دهی ($r=-0/35$) و دسترس‌پذیری ($r=-0/30$) با نشانه‌های اضطرابی نشان‌دهنده روایی همگرایی مقیاس کیفیت مراقبتی مادر بود.

مقیاس اضطراب کودکان پیش‌دبستانی (اسپنس، رایبی، مک‌دونالد و اینگرام، ۲۰۰۱): در این مقیاس ۲۸ ماده‌ای، از والدین خواسته می‌شود فراوانی رفتار کودک را در یک مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت درجه‌بندی کنند. از این ۲۸ ماده، ۵ ماده مربوط به اختلال اضطرابی تعمیم‌یافته^{۱۴}، ۶ ماده مربوطه به هراس اجتماعی، ۵ ماده مخصوص وسواس فکری عملی^{۱۷}، ۷ ماده مربوط به ترس از جراحی‌های جسمانی^{۱۸} (به عنوان یک هراس خاص) و در نهایت ۵ ماده مربوط به اختلال اضطراب جدایی^{۱۹} است. از مجموع این ۶ زیرمقیاس نمره کلی اضطراب محاسبه می‌شود.

پس از این ۲۸ ماده، پرسشی بازپاسخ در مورد تجربه کودک از حوادث تروماتیک وجود دارد که نمره‌گذاری نمی‌شود، ولی اگر کودک چنین حادثه‌ای را تجربه کرده باشد، با ۵ ماده دیگر که نشانه‌های اختلال تنیدگی پس‌ضربه‌ای^{۲۰} را هدف قرار داده‌اند، دنبال می‌شود.

نمره این ۵ ماده در نمره کلی محاسبه نمی‌شود و صرفاً برای توجه بالینی به این اختلال آورده شده‌اند. ارزیابی‌های روان‌سنجی در مورد این مقیاس نتایج مثبتی در بر داشته است. همه زیرمقیاس‌های آن (به غیر از زیرمقیاس وسواس) همسانی درونی متوسط تا بالایی (آلفای کرونباخ بیش از ۰/۷۰) را داشته‌اند.

اعتبار بین اطلاع‌دهندگان شامل همبستگی بین اطلاعات کسب‌شده از مادر و پدر بیش از ۰/۶۰ و همبستگی بازآزمایی (با فاصله زمانی ۱۲ ماه) بیش از ۰/۶۰ بوده است. شواهدی نیز برای روایی این مقیاس در دست است، نتایج تحلیل عاملی نشان داده است که خوشه‌بندی نشانه‌های مرضی با

راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی (۱۹۹۴) مطابقت داشته است، علاوه بر این تمام زیرمقیاس‌های آن با مشکلات درونی‌سازی شده در فهرست رفتاری کودک^{۲۱} (آشنباخ و رسکولا، ۲۰۰۱) همبستگی قابل توجه و مثبتی داشته‌اند و همه همبستگی‌ها بالاتر از ۰/۴۲ بوده‌اند (اسپنس و دیگران، ۲۰۰۱). اخیراً اعتبار و روایی این مقیاس در ایران مورد بررسی قرار گرفته است. هم‌سانی درونی نمره کل مقیاس برابر با ۰/۸۸ و در تمام زیرمقیاس‌ها بیش از ۰/۷۳ بوده است (به غیر از سواس با آلفای کرونباخ ۰/۵۳).

همبستگی زیرمقیاس‌های آن با روش بازآزمایی در نمره کل مقیاس برابر با ۰/۸۲ و در تمام زیرمقیاس‌ها بیش از ۰/۷۰ بوده است. همچنین همبستگی نمره کل و زیرمقیاس‌های آن شامل اختلال اضطرابی تعمیم‌یافته، هراس اجتماعی، سواس، ترس از جراحتهای جسمانی (به عنوان یک هراس خاص) و اختلال اضطراب جدایی با زیرمقیاس اضطراب مقیاس درجه‌بندی رفتاری کانرز^{۲۲} (کانرز، ۱۹۹۹) که در پژوهش‌های قبلی از اعتبار و روایی خوبی در ایران برخوردار بوده است، به ترتیب برابر با ۰/۶۷، ۰/۵۷، ۰/۵۵، ۰/۴۱، ۰/۵۲ و ۰/۴۹ بوده است (قنبری، خان محمدی و خداپناهی، مظاهری و لواسانی، ۱۳۹۰).

بسته آموزش والدین مبتنی بر نظریه دلبستگی^{۲۳}: این بسته آموزشی دربرگیرنده ۸ جلسه بود که به صورت گروهی (گروه‌های ۸ تا ۱۲ نفری) به مادران گروه آزمایش ارائه شد. درمانگر یکی از پژوهشگران حاضر در این پژوهش با تخصص روان‌شناسی بالینی کودک و تجربه آموزش والدین بود. خلاصه مطالب ارائه شده در بسته آموزشی در جدول ۱ آمده است.

مدت‌زمان هر جلسه تقریباً دو ساعت بود و به صورت هفتگی برگزار می‌شد. هر جلسه دارای عنوان، قوانین و شعاری متناسب با موضوع جلسه بود. در ابتدای هر جلسه در مورد تکالیف جلسه قبل بحث و گفت‌وگو می‌شد، سپس مطالب آموزشی ارائه می‌شد که والدین آن را به صورت مکتوب نیز دریافت می‌کردند.

مادران مطالب آموزش داده‌شده را در کلاس با کمک درمانگر تمرین می‌کردند و در نهایت تکالیف خانگی برای والدین شرح داده می‌شد.

در ساخت این بسته آموزشی از ادبیات پژوهشی متمرکز بر درمان روابط مادر - کودک و همچنین روش‌های درمانی که اخیراً بر اساس نظریه دلبستگی در پژوهش‌های مختلف (کورن - کاری، دوزیر و لیندهم و آکرمن، ۲۰۰۴؛ کوپر و همکاران، ۲۰۰۵) اثربخشی خود را نشان داده‌اند، استفاده شده است.

جدول ۱: خلاصه بسته آموزش والدین مبتنی بر نظریه دلبستگی

جلسه	عنوان جلسه	اهداف اولیه	اهداف ثانویه	تکالیف خانگی
اول	آشنایی	آشنایی اعضای گروه با یکدیگر، بحث در مورد اهداف و قوانین گروه، آشنایی با نظریه دلبستگی	افزایش مهارت‌های مشاهده‌ای تمایز رفتارهای اضطرابی و دیگر رفتارهای مشکل-ساز	ثبت شدت و موقعیت بروز مشکلات
دوم	رفتارهای دلبستگی در مقابل رفتارهای اکتشافی	آشنایی با سبک دلبستگی ایمن و نایمن و پیامدها و عوامل مؤثر در ایجاد آن‌ها، شناخت رفتارهای دلبستگی و اکتشافی در کودکان، آموزش شیوه پاسخدهی مؤثر به این رفتارها و آموزش بازی آزاد	افزایش مهارت‌های مشاهده‌ای و استنباطی	ثبت رفتارهای دلبستگی و اکتشافی، شیوه پاسخدهی مادر و واکنش کودک (ثبت زنجیره‌های رفتاری) انجام بازی آزاد در مکان و زمان ثابت
سوم	صدای گذشته ۱	نقش بازنمایی‌های ذهنی والدین از دلبستگی در ارتباط با کودکان، شناخت بازنمایی‌های ذهنی حساس به ایمنی، به پیشرفت و به رابطه	شناخت رابطه بین تجربیات دوران کودکی و رفتارهای والدینی	زیر نظر گرفتن افکار و احساسات و ثبت آن‌ها برای شناخت بازنمایی‌های ذهنی
چهارم	صدای گذشته ۲	آموزش‌های رفتاری لازم با توجه به بازنمایی‌های ذهنی مادران، به‌وجود آوردن تعادل لازم در توجه به رفتارهای اکتشافی و رفتارهای دلبستگی	افزایش شناخت مادران از زیربنای رفتاری خودشان و کاهش رفتارهای افزایش‌دهنده مشکلات در کودکان	هر گروه از مادران با توجه به بازنمایی‌های ذهنی کشف‌شده تکالیف مخصوص به خود را داشتند
پنجم	برقراری روابط مثبت با کودک	بحث و بررسی پیرامون نشانه‌های رابطه مثبت و منفی در کودکان، آموزش مهارت‌های درک و فهم احساسات دورنی خود و توانایی به کلام درآوردن آن‌ها	افزایش توانایی پاسخدهی مادران در مواجهه با رفتارهای منفی کودکان و کاهش تعارض میان آن‌ها	ثبت احساسات و افکار در مقابل رفتارهای کودکان و چگونگی به کلام درآوردن آن‌ها و واکنش کودک در مقابل آن
ششم	بینشی به جهان درونی کودک ۱	آموزش مهارت‌های لازم برای درک و فهم نیازهای زیربنایی در کودکان و توانایی به کلام درآوردن آن‌ها	افزایش حساسیت و پاسخدهی مادران در مقابل رفتارهای اضطرابی و کاهش رفتارهای طردکننده از سوی آن‌ها	ثبت بروز رفتارهای کودکان، حدس‌زدن نیازها یا علت‌های زیربنایی این رفتارها و صحبت کردن به جای کودک
هفتم	بینشی به جهان درونی کودک ۲	به‌وجود آوردن بینش چندبُعدی به کودک و تشویق مادران برای تغییر نگاه نسبت به کودکان با توجه به تجربیات جدید	به‌وجود آوردن تصویری واقعی و کامل از کودک دربرگیرنده ویژگی‌های مثبت و منفی و تجدید نظر در مورد آن‌ها با توجه به شرایط جدید	ثبت ویژگی‌های مثبت و منفی کودکان و احساس مادر نسبت به این ویژگی‌ها و کشف تغییرات به‌وجود آمده در طول جلسات و مقایسه کودک قبل و بعد از جلسات
هشتم	شیوه حفظ و افزایش تغییرات	مرور جلسات قبلی و آموزش حفظ و افزایش تغییرات به‌وجودآمده	پایان دوره و آمادگی مادران برای استفاده از آموزش‌ها به تنهایی	تنظیم زمان انجام پس‌آزمون

یافته‌های پژوهش

در جدول ۲ میانگین و انحراف استاندارد مربوط به سن مادران و کودکان ارائه شده است.

جدول ۲: میانگین و انحراف استاندارد سن مادران، کودکان در دو گروه آزمایش و مقایسه

گروه	شاخص		میانگین	انحراف استاندارد	بیشترین	کمترین
	مادران	کودکان				
آزمایش	مادران	کودکان	۳۳/۴۷	۴/۸۳	۴۶	۲۶
	مادران	کودکان	۵۱/۱۴	۱۰/۹۴	۶۶	۲۸
مقایسه	مادران	کودکان	۳۲/۳۵	۴/۹۵	۴۳	۲۴
	مادران	کودکان	۴۸/۵۰	۷/۴۷	۵۹	۲۹
کل	مادران	کودکان	۳۲/۹۲	۴/۹۶	۴۶	۲۴
	مادران	کودکان	۴۹/۸۵	۹/۳۹	۶۶	۲۸

از مادران گروه آزمایش ۱۳ نفر شاغل و ۷ نفر خانه‌دار و در گروه مقایسه ۱۲ نفر شاغل و ۹ نفر خانه‌دار بودند. همچنین ۷ نفر از گروه آزمایش دارای تحصیلات در حد دیپلم، ۱۱ نفر تحصیلات کارشناسی و ۲ نفر تحصیلات کارشناسی ارشد و بالاتر و در گروه مقایسه ۷ نفر تحصیلات در حد دیپلم، ۱۳ نفر تحصیلات در حد کارشناسی و ۱ نفر تحصیلات کارشناسی ارشد بودند. در جدول ۳ میانگین نمرات زیرمقیاس‌های کیفیت مراقبتی مادر در دو گروه آزمایش و مقایسه ارائه شده است. این نمرات به تفکیک زمان اجرای مقیاس یعنی پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری آمده است.

جدول ۳: میانگین و انحراف استاندارد مقیاس کیفیت مراقبتی در دو گروه مقایسه و آزمایش در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

شاخص زیرمقیاس (دامنه ممکن تغییرات)	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
تعارض و سردرگمی (۶۵ - ۱۳)	آزمایش	۳۸/۹۵	۶/۷۴	۳۰/۱۴	۸/۲۶	۳۲/۱۹	۷/۶۸
	مقایسه	۳۶/۸۰	۸/۷۳	۳۷/۰۵	۸/۷۵	۳۷/۵۰	۸/۴۰
حساس بودن/پاسخ‌دهی (۱۰ - ۵۰)	آزمایش	۳۸/۷۶	۶/۲۲	۴۲/۵۲	۵/۲۸	۴۴/۱۹	۴/۲۸
	مقایسه	۳۸/۶۵	۶/۵۷	۳۸/۰۰	۵/۷۵	۳۸/۶۳	۴/۶۲
دسترس پذیری (۵۵ - ۱۱)	آزمایش	۳۸/۳۳	۷/۱۶	۴۰/۷۱	۶/۰۰	۴۰/۵۲	۵/۷۴
	مقایسه	۳۸/۸۵	۶/۶۵	۳۸/۰۱	۵/۶۸	۳۷/۸۰	۵/۵۸

همان‌گونه که در جدول ۳ نیز مشخص است، نمرات گروه آزمایش در زیرمقیاس تعارض و سردرگمی از پیش‌آزمون به پس‌آزمون کاهش داشته است و این کاهش در زمان پیگیری نیز نسبتاً ثابت بوده است، در حالی که نمرات مربوط به حساس بودن و پاسخ‌دهی و همچنین در

دسترس‌پذیری از پیش‌آزمون به پس‌آزمون افزایش داشته و در زمان پیگیری نیز تقریباً ثابت بوده است. در گروه مقایسه نمرات در هر سه زیرمقیاس تغییر چندانی در زمان‌های مختلف نداشته‌اند. معناداری تفاوت گروه‌ها با توجه به نمرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری، به‌وسیله آزمون اندازه‌گیری‌های مکرر مورد بررسی قرار گرفتند. قبل از تجزیه و تحلیل‌های آماری به‌وسیله آزمون، اندازه‌گیری‌های مکرر پیش‌فرض‌های این آزمون بررسی شد. نتایج آزمون کرویت موشلی نشان داد که ماتریس واریانس - کواریانس گروه‌ها همگن است (تعارض و سردرگمی: W موشلی: $0/45$ و $2_{30/31}$ و $\chi^2_{2,30/31}$ و $df=2$ ؛ حساس بودن و پاسخ‌دهی: W موشلی: $0/45$ و $2_{30/31}$ و $\chi^2_{2,30/31}$ و $df=2$ ؛ حساس بودن و پاسخ‌دهی: W موشلی: $0/45$ و $2_{30/31}$ و $\chi^2_{2,30/31}$ و $df=2$). هم‌چنین در هر سه زیرمقیاس آزمون کالمرگروف اسمیرنوف نشان داد که توزیع داده‌های پژوهش تک‌نمایی و دارای توزیع نرمال چندمتغیری بود (تعارض و سردرگمی: $K_{S_Z}=0/65$ ، $p=0/78$ ؛ حساس بودن و پاسخ‌دهی: $K_{S_Z}=0/51$ ، $p=0/82$ و دسترس‌پذیری: $K_{S_Z}=1/13$ ، $p=0/15$). جدول شماره ۴ نشان‌دهنده نتایج تحلیل واریانس اثرات اصلی و تعامل بین آن‌هاست.

جدول ۴: تحلیل واریانس اثرات اصلی و تعاملی در تعارض و سردرگمی

زیرمقیاس	عامل	شاخص ویلکز لامبدا	درجه آزادی	p	شاخص F	p
تعارض و سردرگمی	درون‌آزمودنی	0/725	2	0/002		
	تعامل بین عامل بین‌آزمودنی و درون‌آزمودنی	0/727	2	0/002		
	گروه				2/19	0/146
حساس بودن و پاسخ‌دهی	درون‌آزمودنی	0/812	2	0/019		
	تعامل بین عامل بین‌آزمودنی و درون‌آزمودنی	0/672	2	0/001		
	گروه				6/04	0/018
دسترس‌پذیری	درون‌آزمودنی	0/947	2	0/35		
	تعامل بین عامل بین‌آزمودنی و درون‌آزمودنی	0/786	2	0/01		
	گروه				0/764	0/381

در مورد هر سه زیرمقیاس، جدول تحلیل واریانس چندمتغیری با توجه به شاخص لامبدا ویلکز نشان داد که تحلیل واریانس چندمتغیری برای عامل درون‌گروهی (زمان) و تعامل بین گروه و زمان معنادار است. این در حالی است که بررسی اثر گروه به تنهایی معنادار نبوده است. این نتایج به معنای آن است که بدون در نظر گرفتن اثر گروه، اثر زمان به تنهایی معنادار است و بین پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود دارد، در حالی که دو گروه مقایسه و آزمایش در هر سه زیرمقیاس بدون در نظر گرفتن زمان‌بندی‌ها دارای تفاوت معنادار نیستند. نتایج بررسی اثرات ساده در دو گروه آزمایش و مقایسه در سه زمان پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در جدول ۵ ارائه شده است.

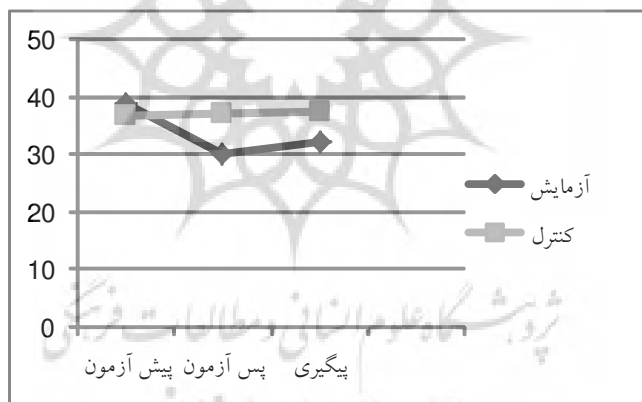
جدول ۵: بررسی اثرات ساده در دو گروه آزمایش و مقایسه در سه زمان

پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری

تفاوت میانگین	زیرمقیاس	تفاوت میانگین	زیرمقیاس	تفاوت میانگین	زیرمقیاس	زمان	شاخص گروه
۲/۴۷*	سازگاری	۳/۷۶*	سازگاری و پاسخ‌دهی	- ۸/۸۱*	سازگاری و پاسخ‌دهی	پس آزمون - پیش آزمون	آزمایش
۲/۲۸*		۵/۴۲*		- ۶/۷۶*		پیگیری - پیش آزمون	
-۰/۱۹		۱/۶۶		۲/۰۴		پیگیری - پس آزمون	
-۰/۱۸۵		-۰/۱۶۵		۰/۲۵		پس آزمون - پیش آزمون	مقایسه
-۱/۰۵		-۱/۰۰		۰/۷۰		پیگیری - پیش آزمون	
-۰/۲۰		۰/۳۵		۰/۴۵		پیگیری - پس آزمون	

$P < 0.05$

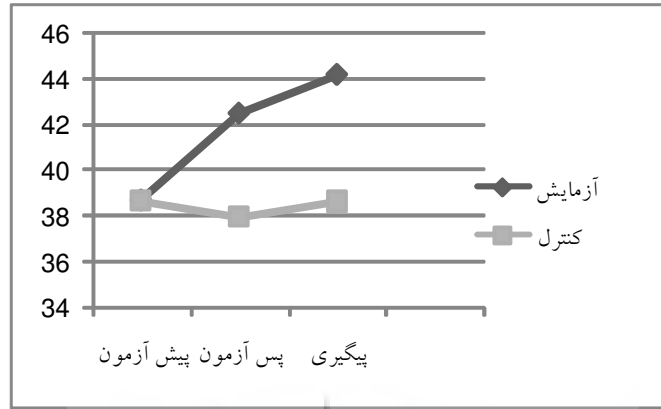
در زیرمقیاس تعارض و سردرگمی، نتایج نشان می‌دهد که در مقایسه پیش آزمون - پس آزمون در دو گروه مقایسه و آزمایش تغییرات معنادار است، یعنی کاهش میانگین نمرات تعارض و سردرگمی در گروه آزمایش (پیش آزمون = $38/95$ و پس آزمون = $30/14$) معنادار است و در مقابل تغییر نمرات در گروه مقایسه (پیش آزمون = $36/80$ و پس آزمون = $37/05$) معنادار نیست و می‌توان این کاهش معنادار را به متغیر مستقل (آموزش والدین مبتنی بر نظریه دلبستگی) مربوط دانست. عدم معناداری تفاوت‌های مشاهده‌شده در پیگیری (آزمایش = $32/19$ و مقایسه = $37/50$) بدین معناست که کاهش تعارض و سردرگمی در گروه آزمایش در طول زمان باقی مانده است ($F=2/47$ و $P=0/124$).



نمودار ۱: تغییرات تعارض و سردرگمی

در زیرمقیاس حساس بودن و پاسخ‌دهی، با نگاهی به میانگین‌های زیرمقیاس حساس بودن و پاسخ‌دهی معناداری در دو گروه مشخص می‌شود که افزایش میانگین گروه آزمایش (پیش آزمون = $38/76$ و پس آزمون = $42/52$) در مقابل تغییر گروه مقایسه (پیش آزمون = $38/65$ و پس آزمون = $38/00$)

معنادار است و این افزایش حساس بودن و پاسخ‌دهی را می‌توان به آموزش والدین مبتنی بر نظریه دلبستگی مربوط دانست. مقایسه نمرات پیگیری (آزمایش = ۴۴/۱۹ و مقایسه = ۳۸/۶۳) و پس‌آزمون نشان داد که این تغییرات معنادار نیستند و این بدان معناست که تغییرات گروه آزمایش در طول زمان تداوم داشته است.



نمودار ۲: تغییرات حساس بودن و پاسخ‌دهی

در مورد دسترس‌پذیری نیز توجه به تغییرات گروه آزمایش (پیش‌آزمون = ۳۸/۲۳ و پس‌آزمون = ۴۰/۷۱) در مقابل تغییرات گروه مقایسه (پیش‌آزمون = ۳۸/۸۵ و پس‌آزمون = ۳۸/۰۱) نشان‌دهنده این موضوع است که افزایش در دسترس بودن مادران در گروه آزمایش نسبت به گروه مقایسه معنادار است. عدم تفاوت معنادار در مقایسه نمرات پیگیری (آزمایش = ۴۰/۵۲ و مقایسه = ۳۷/۸۰) در مقابل پس‌آزمون نشان‌دهنده ثبات تغییرات در طول زمان است.



نمودار ۳: تغییرات دسترس‌پذیری

بحث

هدف اصلی این پژوهش تعیین اثربخشی آموزش والدین مبتنی بر نظریه دلبستگی بر افزایش کیفیت مراقبتی مادر بود. پژوهش‌های بسیاری نشان‌دهنده اهمیت کیفیت مراقبت والدینی در دوران کودکی بوده‌اند، به خصوص سه مؤلفه دسترس‌پذیری، حساس بودن و پاسخ‌دهی با پیامدهای تحولی مناسب‌تری همراه بوده‌اند (بلسکی و فیارون، ۲۰۰۲). در مقابل پژوهش‌های بسیاری به بررسی رفتارهای مراقبتی نابهنجار مانند روابط آشفته عاطفی، سطوح بالای انتقاد و کنترل و بیان هیجانی (گرین و گلدواین، ۲۰۰۲) و یا رفتارهای مداخله‌جویانه، آشفتگی نقش، کناره‌گیری، سردرگمی و رفتارهای متعارض (لایونز - رث و جاکوب ویتز، ۲۰۰۸) با پیامدهای رفتاری و هیجانی و سبک دلبستگی ناایمن در کودکان پرداخته‌اند. در این پژوهش این عوامل در قالب تعارض و سردرگمی، حساس بودن و پاسخ‌دهی و دسترس‌پذیری مورد بررسی قرار گرفتند. تحلیل نتایج نشان داد که آموزش دلبستگی محور والدین با افزایش حساس بودن و پاسخ‌دهی والدین، کاهش تعارض و سردرگمی در مادران همراه بوده است و دسترس‌پذیری مادران را افزایش داده است. این نتایج در طول پیگیری ۳ ماه مداخله پایدار به‌دست آمدند.

این نتایج به‌خصوص در مورد افزایش حساس بودن و پاسخ‌دهی مادران که در این پژوهش به معنی فهم و درک نیازهای زیربنایی رفتار کودکان و توانایی پاسخ‌دهی مؤثر به این رفتارها، به همراه پذیرش نقش والدینی و داشتن احساسات مثبت به این نقش در نظر گرفته شده بود، همسو با نتایج پژوهش‌های بسیاری بوده است که کودکان پیش‌دبستانی را در این قلمرو هدف قرار داده‌اند (ون دن بوم، ۱۹۹۵، ایگلند و اریکسون، ۱۹۹۳؛ ایگلند و همکاران، ۲۰۰۰؛ کوپر و همکاران، باکرم - کرانبرگ و همکاران، ۲۰۰۳؛ دوزیر و همکاران، ۲۰۰۴؛ کورن - کاری و همکاران، ۲۰۰۴؛ ون زیجل و همکاران، ۲۰۰۶). در این پژوهش‌ها حساس بودن مادران در قالب مشارکت، حمایت، صمیمیت و بینش مادرانه مورد بررسی قرار گرفته است و مداخلات روان‌شناختی باعث افزایش آن شده‌اند.

عدم دسترس‌پذیری والدین و وجود تعارض و سردرگمی در رابطه والد - کودک می‌تواند به عنوان تهدیدی برای کودک مطرح شود، به‌خصوص در سن پیش‌دبستانی جدایی فیزیکی کمتر به عنوان تهدید قلمداد می‌شود، زیرا ظرفیت بازنمایی، ارتباطی و برنامه‌ریزی کودک افزایش پیدا می‌کند، در این دوران آشفتگی‌های غیرقابل انتظار در روابط یا تهدیدهای کلامی به طرد و سرزنش و ممنوعیت به عنوان تهدید در نظر گرفته می‌شوند (کوباک، کسیدی و زیو، ۲۰۰۴). زیرمقیاس تعارض و سردرگمی دربرگیرنده ناتوانی در کشف علل زیربنایی رفتار مشکل‌ساز در کودک و عدم پاسخ‌دهی مؤثر به نیازهای کودکان، عصبانی‌شدن والدین در مقابل کودک، احساس فرسودگی و نارضایتی از نقش والدینی و تهدید به ترک می‌باشد. در این پژوهش این زیرمقیاس دربرگیرنده آمادگی برای پیوستن به کودک، ارتباط کلامی و تعامل دوطرفه، تشویق کودک، احساس خوشایند والد بودن،

لذت‌بردن از کنار کودک‌بودن و بازی‌کردن با اوست. در پیشینه پژوهشی مربوط به مداخلات دلبستگی، مداخله‌ای که از اصطلاح دسترس‌پذیری استفاده کرده باشد، کمتر مشاهده می‌شود (آنیسفلد، کسپر، نوزیک و کونینگام، ۱۹۹۰؛ ون دن بوم، ۱۹۹۵)، اما شاید بتوان افزایش تماس عاطفی و نزدیکی هیجانی (همیلتون، ۲۰۰۰) و مشارکت مادرانه (آرمسترانگ، فراسر، دادز و موریس، ۱۹۹۹) را با افزایش دسترس‌پذیری مادران در این سنین مقایسه کرد که افزایش آن‌ها با افزایش ایمنی و پیامدهای تحولی بهتر در کودکان همراه بوده است.

اثر بخشی روش آموزش‌های والدین مبتنی بر نظریه دلبستگی را می‌توان به دلایل مختلفی اسناد داد. در بیشتر این بسته‌های آموزشی و درمانی، بخشی از فرآیند آموزش و درمان متمرکز بر معرفی نظریه دلبستگی به صورت ساده است. این رویکرد عامیانه به والدین کمک می‌کند که نیازها و رفتارهای دلبستگی و اکتشافی و تعامل بین این دو نظام را دریابند، در همین چارچوب تکالیف خانگی مهارت‌های مشاهده‌ای والدین را در کشف این رفتارها بهبود بخشیده و آموزش‌های پاسخ‌دهی مؤثر و مناسب در برابر این رفتارها والدین را قادر خواهد ساخت تا به شکل مؤثرتری در برابر این رفتارها واکنش نشان دهند. هدف نهایی این نوع از آموزش‌ها تشویق رفتارهای اکتشافی و ایمنی-بخشی هنگام بروز رفتارهای دلبستگی است (ژافر و همکاران، ۲۰۰۸).

هدف اصلی آموزش‌های مبتنی بر نظریه دلبستگی افزون بر تغییر کیفیت مراقبتی والدین، به چالش کشیدن الگوی کاری دورنی منفی کودکان است. بازی آزاد، که نوعی بازی متمرکز بر لذت‌بردن و برقراری روابط با کودک است و نه آموزش وی، فرصتی را برای والد فراهم می‌کند که سطح دسترس‌پذیری خویش را افزایش داده و الگوی کاری دورنی کودک مبنی بر پاسخگو نبودن، حساس نبودن و دسترس‌ناپذیری چهره دلبستگی را به چالش بگیرد. وجود یک برنامه زمانی و مکانی ثابت برای انجام این بازی اغلب احساس ایمنی بیشتری را در کودک پدید می‌آورد (استیل و استیل، ۲۰۰۵؛ ژافر و همکاران، ۲۰۰۸).

هدف جلساتی که با عنوان «بینشی به جهان دورنی کودک» برگزار شده است، کمک به کشف و فهم علل زیربنایی رفتارهای مشکل‌ساز کودکان بوده است. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که چنین بینشی می‌تواند به احساس ایمنی در کودکان کمک کند (کورن کاری و همکاران، ۲۰۰۷). برای دستیابی به این هدف شناخت نظریه دلبستگی به صورت نظری کافی نبود، والدین باید از راه مشاهده‌کردن رفتارهای کودکان، علل و انگیزه‌های زیربنایی آن‌ها را استنباط کنند، در برخی پژوهش‌ها این مهارت به‌وسیله نمایش فیلم‌های ویدئویی و در برخی دیگر از راه انجام تکالیف خانگی (شیوه این پژوهش) آموزش داده می‌شوند. افزایش توانایی والدین در استنباط دلایل رفتارهای مشکل‌ساز کودکان مقدمه‌ای بر پاسخ‌دهی درست و مؤثر آن‌هاست. افزون بر تلاش برای دستیابی به بینشی بهتر به جهان دورنی کودک، والدین تشویق شدند که تصویری کامل، قابل باور، واقعی و

دربرگیرنده نقاط قوت و ضعف از کودک داشته باشند، چنین نگاهی ممکن است در کودکان این احساس را به وجود آورد که همه رفتارهایشان دیده می‌شود، نه فقط رفتارهایی که مطابق انتظار، میل و خواسته والدین است، مسلماً چنین احساسی در کودکان با ایمنی بیشتری همراه خواهد بود (بالن و همکاران، ۲۰۱۰).

گرچه در این مداخله تمرکز اصلی بر سطح رفتاری کیفیت مراقبت والدین بود، اما بازنمایی‌های ذهنی والدین نیز در طول دو جلسه مورد بحث و بررسی قرار گرفت. بر اساس طبقه‌بندی مادران حساس به پیشرفت، حساس به ایمنی و حساس به ارتباط، به مادران آموزش‌هایی داده شد تا در وهله اول بازنمایی‌های خاص خود را بشناسند و سپس به آن‌ها تکلیفی داده شد تا بتوانند با موانعی که بازنمایی‌های آن‌ها در ارتباط با کودکشان پدید می‌آورد مقابله کنند. شناخت این بازنمایی‌ها و تأثیر آن در ارتباط با کودکان می‌تواند حساس بودن و پاسخ‌دهی مادران را تغییر دهد.

این پژوهش نشان‌دهنده تغییر کیفیت مراقبتی مادر پس از دریافت آموزش‌های مبتنی بر نظریه دلبستگی، بر اساس خودگزارش‌دهی مادران است. ابزارهایی که به روش مشاهده‌ای کیفیت مراقبتی مادر را به‌وسیله یک مشاهده‌گر بالینی مورد بررسی قرار دهند، می‌توانند بر روایی و اعتبار چنین روش‌هایی بیفزایند. هم‌چنین مداخله به‌کار گرفته‌شده در این پژوهش دربرگیرنده آموزش والدین بود. مداخلاتی که بتوانند زوج مادر و کودک را همراه با هم هدف قرار دهند احتمالاً می‌توانند به اثربخشی بهتری دست پیدا کنند.

پی‌نوشت‌ها

1. Sensitivity and responsiveness
2. Maternal care giving quality
3. Mental representation
4. Observational skills
5. Circle of security
6. Insightfulness to inner world of child
7. Adult attachment interview
8. Autonomous
9. Dismissing
10. Preoccupied
11. Unresolved
12. Cooper, G.
13. Murray, L.
14. Cicchetti, D.
15. Maternal caregiving quality scale
16. Generalized anxiety disorder
17. Obsessive-compulsive disorder
18. Fear about physical injuries
19. Separation anxiety disorder
20. Posttraumatic stress disorder
21. Child behavioral checklist
22. Conners's behavior rating scale
23. Attachment based parent training package

منابع

قنبری، س.، خان‌محمدی، م.، خداپناهی، م.، مظاهری، م.، و لواسانی، م. (۱۳۹۰). بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس اضطراب کودکان پیش‌دبستانی. *مجله روان‌شناسی*، ۱۵ (۳)، ۲۲۲-۲۳۵.

قنبری، س.، خداپناهی، م.، مظاهری، م.، و لواسانی، م. (۱۳۹۰). ساخت، اعتباریابی و رواسازی مقدماتی مقیاس کیفیت مراقبت مادرانه. *مجله روان‌شناسی*، ۱۵ (۴)، ۳۲۲-۳۳۵.

- Anisfeld, A., Casper, V., Nozyce, M., & Cunningham, N. (1990). Does infant carrying promote attachment? An experimental study of the effects of increased physical contact on the development of attachment. *Child Development*, 61, 1617-1627.
- Armstrong, K. L., Fraser, J. A., Dadds, M. R., & Morris, J. (1999). A randomized, controlled trial of nurse home visiting to vulnerable families with newborns. *Journal of Paediatric Child Health*, 35, 237-244
- Bakermans-Kranenburg, M. J., Van IJzendoorn, M. H., & Juffer, F. (2003). Less is more: Meta-analyses of sensitivity and attachment interventions in early childhood. *Psychological Bulletin*, 129, 195-215.
- Ballen, N., Bernier, A., Moss, E., Tarabulsky, G.M., & St-Laurent, D. (2010). Insecure Attachment States of Mind and Atypical Caregiving Behaviour Among Foster Mothers. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 31, 118-125.
- Belsky, J., & Fearon, R. M. P. (2002a). Early attachment security, subsequent maternal sensitivity, and later child development: Does continuity in development depend upon continuity of caregiving? *Attachment & Human Development*, 4, 361-387.
- Cooper, G., Hoffman, K., Powel, B., & Marvin, R. (2005). The circle of security intervention: Differential diagnosis and differential treatment. In L. J. Berlin, Y. Ziv, L. Amaya-Jackson & M. T. Greenberg (Eds.), *Enhancing early attachment: theory, research, intervention and policy* (pp. 127-151). Guilford Press, New York, London.
- Conners, C. K. (1999). *Conners Rating Scales-Revised*. In M. E. Maruish (Ed.), *The use of psychological testing for treatment planning and outcomes assessment* (2nd ed., pp. 467-495). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Inc
- Dozier, M., Lindhiem, O., & Ackerman, J. P. (2004). Attachment and Biobehavioral Catch-up. In L. J. Berlin, Y. Ziv, L. Amaya-Jackson, & M. T. Greenberg (Eds.), *Enhancing early attachments: Theory, research, intervention, and policy* (pp. 178-194). New York: Guilford Press.
- Diaz, Y. (2005). *Association between parenting and child behaviour problems among Latino mothers and children*. unpublished master thesis, university of Maryland, Maryland.
- Egeland, B., & Erickson, M. F. (1993). Attachment theory and findings: Implications for prevention and intervention. In S. Kramer & H. Parens (Eds.), *Prevention in mental health: Now, tomorrow, ever?* (pp. 21-50). Northvale, NJ: Aronson
- Egeland, B., & Carlson, B. (2003). Attachment and psychopathology. In L. Atkinson & S. Goldberg (Eds.), *Attachment issues in psychopathology and intervention* (pp. 27-48). Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Egeland, B., Weinfield, N., Bosquet, M., & Cheng, V. (2000). Remembering, repeating, and working through: Lessons from attachment-based interventions. In J. Osofsky & H. E. Fitzgerald (Eds.), *handbook of infant mental health* (Vol. 4, pp. 35-89). New York: Wiley.
- Fonagy, P. (2001). *Attachment theory and psychoanalysis*. New York: Other Press.
- Goldsmith, D. F. (2007). Challenging Children's Negative Internal Working Models: Utilizing Attachment-Based Treatment Strategies in a Therapeutic Preschool. In D.

- Oppenheim, & D. F. Goldsmith (Eds.), *Attachment Theory in Clinical Work with Children* (pp. 203–225). New York: Guilford Press.
- Green, J., & Goldwyn, R. (2002). Annotation: Attachment disorganisation and psychopathology: new findings in attachment research and their potential implications for developmental psychopathology in childhood. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 43, 835–846.
- Juffer, F., Bakermans-Kranenburg, M. J. & van IJzendoorn, M. H. (2008). *Promoting positive parenting: An attachment-based intervention*. London: Taylor & Francis Group.
- Kobak, R., Cassidy, J., & Ziv, Y. (2004). Attachment related trauma and posttraumatic stress disorder: Implications for adult adaptation. In S. W. Rholes & J. A. Simpson (Eds.), *Adult attachment: Theory, research, and clinical implications* (pp. 388–407). New York: Guilford Press.
- Koren-karie, N., Oppenheim, D., & Goldsmith, D. F. (2007). Keeping the Inner World of the Child in Mind. . In D. Oppenheim, & D. F. Goldsmith (Eds.), *Attachment Theory in Clinical Work with Children* (pp. 31–57). New York: Guilford Press..
- Korja, R., Ahlqvist-Bjorkroth, S., Savonlahti, E., Stolt, S.; Haataja, L., Lapinleimu, H., Piha, J., Lehtonen, L. (2010). Relations between maternal attachment representations and the quality of mother-infant interaction in preterm and full term infants. *Infant Behavior and Development*, 33(3): 330-336.
- Landry, S.H., Smith, K.E., Swank, P.R., Assel, M.A., & Vellet, S. (2001). Does early responsive parenting have a special importance for children's development or is consistency across early childhood necessary? *Developmental Psychology*, 37(3), 387-403
- Lyons-Ruth, K., and Jacobvitz, D. (2008). Attachment disorganisation: Genetic factors, parenting contexts, and developmental transformation from infancy to adulthood. In J. Cassidy and P. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (2nd ed., pp. 666–697). New York: Guilford.
- Main, M., & Hesse, E. (1990). Parents' unresolved traumatic experiences are related to infant disorganized attachment status: Is frightened and/or frightening parental behavior the linking mechanism? In M. T. Greenberg, D. Cichetti, & E. Cummings (Eds.), *Attachment in the preschool years: Theory, research, and intervention* (pp. 161–182). Chicago: University of Chicago Press.
- Manassis, K. (2001). Child–parent relations: attachment and anxiety disorders. In: P. D. A. Treffers & W. K. Silverman (Eds.), *Anxiety disorders in children and adolescents: research, assessment and intervention* (pp. 255–272). New York: Cambridge University Press.
- Marvin, R., Cooper, G., Hoffman, K., & Powell, B. (2002). The Circle of Security Project: Attachment-based intervention with caregiver–preschool child dyads. *Attachment and Human Development*, 4, 107–124.
- Muris, P. (2006). The pathogenesis of childhood anxiety disorders: consideration from a developmental psychopathology perspective. *International Journal of Behavioral Development*, 30 (1), 5-11.
- Muris, P., Meesters, C., & Van den Berg, S. (2003). Internalizing and externalizing problems as correlates of self-reported attachment style and perceived parental rearing in normal adolescents. *Journal of Child and Family Studies*, 12, 171–183.

- Murray, L., & Cooper, P. J. (1997). The role of infant and maternal factors in postpartum depression, mother-infant interactions and infant outcome. In L. Murray & P. J. Cooper (Eds.), *Postpartum Depression and Child Development* (pp. 111-135). New York: Guilford Press.
- Oppenheim, D., & Koren-Karie, N. (2002). Mothers' insightfulness regarding their children's internal worlds: The capacity underlying secure child-mother relationships. *Infant Mental Health Journal*, 23, 593-605.
- Spence, S. H., Rapee, R. M., McDonald, C., & Ingram, M. (2001). The structure of anxiety symptoms among preschoolers. *Behaviour Research and Therapy*, 39, 1293-1316.
- Sroufe, L. A. (1995). *Emotional development: The organization of emotional life in the early years*. New York: Cambridge University Press.
- Steele, H., & Steele, M. (2005). Understanding and resolving emotional conflict: The London Parent-Child Project. In K. E. Grossman, K. Grossman, & E. Waters (Eds.), *Attachment from infancy to adulthood: The major longitudinal studies* (pp. 137-164). New York: Guilford Press.
- Van Zeijl, J., Mesman, J., Van IJzendoorn, M. H., Bakermans-Kranenburg, M. J., Juffer, F., Stolk, M. N., Koot, H. M., & Alink, L. R. A. (2006). Attachment-based intervention for enhancing sensitive discipline in mothers of one- to three-year-old children at risk for externalizing behavior problems: A randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 99-1005.
- Zeanah, C. H., & Boris, N. W. (2000). Disturbances and disorders of attachment in early childhood. In C. H. Zeanah (Ed.), *Handbook of infant mental health* (2nd ed., pp. 353-368). New York: Guilford Press.
- Zeanah, C. H., & Benoit, D. (1995). Clinical applications of a parent perception interview. *Child Psychiatric Clinics of North America*, 4, 539-554.