

اثر بخشی مداخله مبتنی بر دلبستگی بر آسیب های بالینی ناشی از مشکلات پر خوری در دختران دارای اختلال پر خوری و چاقی

زهرا دشت بزرگی^{۱*}

تاریخ وصول: ۱۳۹۴/۲/۱۲ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۴/۵/۱

چکیده

زمینه و هدف: امروزه چاقی و اضافه وزن، خطر مهمی برای سلامت جسمانی و روانی کودکان به حساب می آید. درمان های متعددی برای بهبود افراد مبتلا به آن، مورد استفاده قرار گرفته است. هدف از این پژوهش، بررسی تأثیر مداخله مبتنی بر دلبستگی بر آسیب های بالینی ناشی از خوردن در دختران دارای اختلال پر خوری و چاقی بود.

روش بررسی: این پژوهش، شبه آزمایشی از نوع پیش آزمون - پس آزمون - پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش، شامل کلیه دختران ابتدایی مبتلا به مشکلات دلبستگی و اختلال پر خوری و چاقی بودند. حجم نمونه شامل ۳۲ نفر بودند که به صورت نمونه گیری هدفمند انتخاب شدند. ابزار پژوهش شامل پرسشنامه اختلال دلبستگی کودکان، پرسشنامه آسیب های بالینی ناشی از خوردن و پرسشنامه اختلال خوردن بود. پس از تشکیل گروه ها (آزمایش و کنترل) و اجرای پیش آزمون، مادران گروه آزمایش به مدت ۱۰ جلسه یک ساعته در برنامه مداخله مبتنی بر دلبستگی شرکت نمودند و گروه کنترل مداخله ای دریافت نکرد. پس از پایان مداخله، بر روی دو گروه پس آزمون و بعد از ۴۵ روز آزمون پیگیری انجام شد.

یافته ها: نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد که در مرحله پس آزمون و پیگیری در نمرات، مشکلات ناشی از خوردن در گروه آزمایش به طور معنی داری کمتر از گروه کنترل شد ($p < 0.05$).

نتیجه گیری: درمان مبتنی بر دلبستگی می تواند به عنوان شیوه مداخله در جهت کاهش آسیب های بالینی ناشی از خوردن در کودکان دارای اختلال پر خوری و چاقی به کار گرفته شود.

واژگان کلیدی: درمان مبتنی بر دلبستگی، اختلالات دلبستگی، اختلالات ناشی از خوردن، اختلال پر خوری و چاقی

مقدمه

اضطراب، تنش و افسردگی و شکایت های جسمانی همبستگی دارد و بر روی جنبه های مختلف زندگی مانند عملکرد تحصیلی و توانایی سازگاری کودکان اثر می گذارد. این کودکان تا اندازه ای مضطرب، زودرنج، عصبی و گرفتار تردیدهای وسواسی هستند، اعتماد به نفس ندارند و خود انتقادگرند و به خاطر کوتاهی در هدف هایشان احساس گناه می کنند. این کودکان کسل کننده، تشریفاتی هستند و ارتباط اجتماعی خوبی ندارند (۵). همچنین آسیب های بالینی روان شناختی ممکن است به صورت های خودبیمارانگاری در افراد چاق مشاهده شود. نمره بالای خود بیمارانگاری می تواند ناشی از آستانه تحمل پایین تر از حد معمول در این افراد باشد (۶). طبق الگوی یادگیری اجتماعی ممکن است افراد چاق از پیامدهای جسمانی چاقی برای به دست آوردن نفع ثانوی استفاده کنند؛ یعنی نقش بیمار برای آنها راه گریزی تلقی شود که می توانند از تکالیف مورد نظر معاف شوند. بر اساس دیدگاه روان پویایی، امیال پرخاشگرانه و خصمانه نسبت به دیگران از طریق سرکوبی و جا به جایی به علائم جسمی تبدیل

اختلالات تغذیه ای، تقریباً ۸ درصد از اختلالات کلینیکی را به خود اختصاص داده است. پژوهش ها نشان می دهد که ۳/۲۳ درصد از دانش آموزان مبتلا به پر اشتهاهی روانی می باشند. پر اشتهاهی روانی، پر خوری دوره ای توأم با راه های نامتناسب پیشگیری از بالا رفتن وزن تعریف شده است. اغلب پر خوری ها با چاقی و اضافه وزن همراه است (۱). چاقی گذشته از پیامد های جسمانی، آسیب های بالینی روان شناختی را نیز به دنبال دارد. پژوهش ها، ارتباط معنی داری را بین چاقی و افسردگی اساسی، هراس از مکان های باز و اختلال وحشت زدگی نشان داد (۲). برخی پژوهش های دیگر نیز دریافتند که چاقی با اختلال دوقطبی (۳)، سوء مصرف مواد و گرایش به خودکشی (۴) ارتباط مثبت دارد. چاقی در سنین مدرسه با مشکلات سلامتی زیادی مانند

۱. استادیار، گروه روان شناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران.

ها تایید شده است. بر این اساس، این پژوهش نیز به دنبال این است که آیا مداخله مبتنی بر دلبستگی در مشکلات ناشی از خوردن به عنوان یکی از پیشآیند ها و پیامدهای چاقی در کودکان اثربخش است؟

روش بررسی

روش این پژوهش، نیمه آزمایشی از نوع طرح های پیش آزمون - پس آزمون - پیگیری با گروه کنترل بود. متغیر مستقل، مداخله مبتنی بر دلبستگی بود که مداخله دلبستگی طی ۱۰ جلسه به صورت یک جلسه در هفته برای مادران انجام شد و نمره های آسیب های بالینی ناشی از خوردن در کودکان آنها به عنوان متغیر وابسته در نظر گرفته شد.

جامعه آماری این پژوهش، شامل دانش آموزان دختر مقطع ابتدایی مبتلا به مشکلات دلبستگی و مشکلات پرخوری است که دارای شاخص توده بدنی بالاتر از صدک ۹۵ بودند و در سال ۹۳ در شهر اهواز به تحصیل اشتغال داشتند. حجم نمونه این پژوهش، شامل ۳۲ دختر مقطع ابتدایی بود که برای انتخاب آنها از روش نمونه گیری هدفمند استفاده شد. به این صورت که از بین چهار منطقه آموزشی اهواز، یک ناحیه آموزشی و از آن ناحیه آموزشی ۲ مدرسه ابتدایی به صورت تصادفی انتخاب شد و از هر مدرسه ابتدایی، تعداد کل دختران چاق که نمایه توده بدن بالاتر از صدک ۹۸ داشتند و مادران آنها حاضر به همکاری با این پژوهش بودند، به عنوان نمونه اولیه انتخاب شدند. از این تعداد در ابتدا آزمون اختلال دلبستگی جهت غربالگری کودکان دلبسته ایمن از کودکان دلبسته نایمن و آزمون اختلال پرخوری انجام شد. سپس بر اساس نمره های آنها در پرسشنامه، ۳۲ کودک دارای سبک دلبستگی نایمن (نمره بالاتر از ۳۰) و دارای اختلال پرخوری (نمره بالاتر از ۷)، که توده بدنی بالاتر از صدک ۹۵ داشتند به عنوان نمونه پژوهش انتخاب شدند. سپس هر یک از مدارس ابتدایی انتخاب شده به صورت تصادفی به عنوان یک گروه مداخله و یک گروه کنترل در نظر گرفته شدند. در این پژوهش، از مادران اجازه کتبی جهت شرکت گرفته شد. تمام شرکت کنندگان در مورد هدف و کناره گیری از مطالعه در هر زمان که بخواهند، مطلع گردیدند و به آنها اطمینان داده شد که تمام اطلاعات آنها محرمانه باقی خواهد ماند. ابزارهای پژوهش، شامل پرسشنامه اختلال دلبستگی راندولف، مقیاس اختلال پرخوری کودکان مارکوس و کالارچین و پرسشنامه سنجش اختلال بالینی بوئن و فیبرورن بود.

پرسشنامه اختلال دلبستگی راندولف، (۱۹۹۶) برای معرفی اختلال های دلبستگی برای محدوده سنی ۶ تا ۱۶ سال ساخته شد و یک فهرست بازبینی ۲۵ سوالی از فراوانی گزارش های والدین کودکان مبتنی بر مشکلات متعددی که مراقب کودک در طول دو سال قبل مشاهده کرده است این پرسشنامه در مقیاس لیکرت

می شود. خشم این دسته از بیماران در ناکامی های گذشته، طردشدن ها و فقدان ها ریشه دارد، اما بیمار خشم خود را در زمان حال با درخواست کمک و توجه دیگران و آنگاه رد آنها ابراز می کند. طبق دیدگاه استرس و مقابله، خشونت دوران کودکی شرایط خاصی است که می تواند افراد را در مسیرهایی قرار دهد که منجر به ابتلای چاقی شود (۷).

نظریه دلبستگی، امکان ارائه چشم اندازی مهم را برای تشخیص عواملی که در شروع و تداوم مشکلات رفتارهای خوردن تأثیرگذار هستند، فراهم می کند. به معنای دقیق تر، دلبستگی نایمن در رشد و تداوم مشکلات مرتبط با رفتارهای خوردن و پیامدهای ناشی از آن، نقش مهمی می تواند داشته باشد؛ زیرا افراد دارای اختلالات خوردن، اغلب دارای روابط نامطلوبی با چهره دلبستگی اولیه خود هستند و شیوع بالایی از دلبستگی نایمن را گزارش می دهند (۸). پژوهش های طولی نشان می دهد که با کنترل متغیر های مرتبط با فعالیت های مربوط به چاقی در کودکی، کودکان دارای دلبستگی نایمن در طول رشد ۵-۲ سالگی ۱/۵ برابر چاق تر از کودکان دلبسته ایمن می گردند (۹). این بدان معنی است که دلبستگی نایمن در اوایل کودکی منجر به رشد چاقی در کودکان می شود. بنابراین با توجه به نقش پاسخ های روان شناختی در رشد پرخوری و چاقی و با توجه به اینکه چگونه دلبستگی نایمن و مدیریت هیجانی ناسالم پاسخ های استرس زا را در کودکان منعکس می کند، یک الگوی دلبستگی ایمن می تواند به بهترین شکل مدیریت هیجانی سالم و پاسخ های سالم به فشار های روانی را در کودک به وجود آورد (۱۰، ۱۱). بر این اساس، برخی پژوهش ها مداخله مبتنی بر اصلاح دلبستگی را مطرح می کند. به نظر می رسد که مداخله مبتنی بر دلبستگی، فرصت هایی را فراهم می کند تا دلبستگی ایمن را در کودکان شکل دهد (۱۲، ۱۳). تمرکز اصلی این مداخله بر بازسازی دلبستگی هیجانی بین کودک و مراقب و ترمیم مشکلات روان شناختی، هیجانی و رفتاری است که به عنوان نتیجه آسفتگی رابطه کودک و والدین رشد کرده است. هدف اصلی خانواده درمانی با رویکرد دلبستگی درمانی، ایجاد یک پایگاه و تکیه گاه ایمن برای کودک در خانواده است. آموزش به مادر، مبنی بر اینکه چگونه می توانند برای یکدیگر تکیه گاه ایمنی به وجود بیاورد، به مادر کمک می کند که برای رفع مسائل و مشکلات کودک در طول جلسات درمان و پس از آن از این روش استفاده نماید (۱۴ و ۱۵). رمان های مبتنی بر دلبستگی تاکنون در حیطه های مختلف مشکلات کودکان از جمله افزایش سلامت روان در دختران دبستانی (۱۶)، کاهش علائم اختلال اضطراب جدایی (۱۷)، کاهش علائم نافرمانی مقابله ای در دختران دارای مشکلات دلبستگی (۱۸)، کاهش علائم فزون اضطرابی (۱۹) و کاهش افسردگی دختران دبستانی (۲۰) به کار برده شد. کارایی این نوع مداخله در مشکلات روان شناختی به وسیله این پژوهش

پرسشنامه سنجش اختلال بالینی (CIA) یک مقیاس ۱۶ آیتمی، خودگزارشی از شدت اختلال ثانویه روان شناختی ناشی از ویژگی های اختلال خوردن است. همبستگی درونی ۱۶ آیتم CIA (آلفای کرونباخ) ۰/۹۷ گزارش شد که همه آیتم ها به طور مثبتی با نمره های کل CIA همبستگی دارد (۰/۲۲). نتایج آلفای کرونباخ، هماهنگی درونی ۰/۹۳ نشان داد. روایی معیار و سازه به وسیله داده ها تایید شد. جهت به دست آوردن ضریب پایایی در نمونه ایرانی از روش همسانی درونی و باز آزمایی استفاده شد. نتایج ضریب پایایی در آلفای کرونباخ برابر ۰/۸۶ و در باز آزمایی ۰/۸۹ به دست آمد. روایی صوری و روایی سازه مقیاس را یکی از اعضای هیأت علمی گروه روان شناسی دانشگاه اصفهان و دو تن از استادان دانشگاه اهواز که سابقه قبلی در تدریس و پژوهش در زمینه کودکان داشتند، تأیید نمودند. هر آیتم در مقیاس لیکرت نمره گذاری می شود. پاسخ ها به صورت "هرگز"، "خیلی کم"، "کم"، "زیاد" است. پاسخ ها به صورت ۰، ۱، ۲، ۳، نمره گذاری می شود. نمره بالا نشان دهنده سطح بالای اختلال است. از آنجایی که هدف از CIA اندازه گیری حداکثر شدت اختلال روان شناختی ثانویه است، یک نمره کلی اختلال CIA محاسبه می شود. برای به دست آوردن نمره کلی اختلال CIA نمرات هر آیتم جمع می شود. نمره های به دست آمده دامنه ای بین ۰-۸۴ به دست می آید که نمره بالا نشان دهنده سطح بالاتر اختلال روان شناختی ثانویه است.

پس از آن، هر یک از مدارس ابتدایی انتخاب شده به صورت تصادفی به عنوان یک گروه آزمایش (۱۶ نفر) و یک گروه کنترل (۱۶ نفر) در نظر گرفته شدند. در ابتدا از هر دو گروه، پیش آزمون گرفته شد، سپس مداخله های درمانی صرفاً برای گروه آزمایش انجام شد و بر روی گروه کنترل مداخله ای انجام نشد و از آنجا که منبع دل بستگی کودک، مادر است، بنابراین مداخله بر روی مادران انجام شد.

طرح درمان مبتنی بر دل بستگی که در این پژوهش به کار گرفته شد، برداشتی تلفیقی و ترکیبی از فرمت درمانی کارهای پژوهشی (۲۰، ۱۹، ۱۸، ۱۷، ۱۶) بر مبنای الگوی دل بستگی درمانی بود که ساختار جلسات در جدول شماره ۱ آمده است. دامنه اعتبار ارزیابی کنندگان برای این بسته آموزشی با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون (۰/۷۸-۰/۸۱) و بر اساس محاسبه ی ضریب کاپا (۰/۹۴-۰/۷۸) خوب ارزیابی شد. روایی محتوا نیز به تأیید اساتید راهنما و مشاور رسید. این روش مداخله به وسیله روان شناس بر روی مادران به صورت گروهی در ۱۰ جلسه (هفته ای یک جلسه ۹۰ دقیقه ای) به مدت دو ماه و نیم اجرا گردید. به این صورت که مادران در روزهای مشخص شده در مدرسه حضور می یافتند و مداخله ها به آنها ارایه می گردید و مادران این آموزش ها را در خانه بر کودکان خود اجرا می نمودند. ساختار جلسات مداخله به طور خلاصه در ادامه آورده شد.

تدوین شده است که به هر سوال از ۰ تا ۴ نمره داده می شود. مجموع نمرات این پرسشنامه از صفر تا ۱۰۰ تراز شده است. نمرات بالاتر از ۳۰ نشان دهنده وجود مشکلات دل بستگی در کودکان است. این فهرست در ایران ترجمه شده و هنجار و ویژگی های روان سنجی آن استخراج شده است و روایی تشخیصی براساس روش تحلیل تمایزات، میزان حساسیت پرسشنامه ۱۰۰ و ویژگی آن ۹۰ محاسبه شد. آلفای کرونباخ این پرسشنامه برابر با ۰/۸۳ محاسبه شد که این میزان حاکی از همسانی درونی مطلوب سوالات پرسشنامه است (۰/۲۰). در این پژوهش، برای سنجش همسانی درونی مقیاس آلفای کرونباخ (۰/۷۸) محاسبه شد. این آزمون جهت سنجش میزان دل بستگی در کودکان مورد استفاده قرار گرفت.

مقیاس اختلال پر خوری کودکان^۱ برای سنجش ساده، قابل فهم و به نسبت سریع تشخیص اختلال پر خوری در کودکان طراحی شده است. این پرسشنامه، دارای ۷ آیتم بر اساس ۷ معیار رفتاری ساخته شد. این پرسشنامه، توسط کودکان و به کمک مادران آنها پاسخ داده می شود. اگر کودکان در فهم سوالات مشکل داشتند یا اگر پاسخ های آنها واضح نبود، برای کودک توضیح داده می شد. اگر کودکان به پرسش های ۱ و ۲ و حداقل یکی از پرسش های ۳ و ۴ یا ۵ پاسخ بله دهند و علائم عنوان شده در پرسشنامه بیش از سه ماه دیده شد و اگر کودک به سوال ۷ پاسخ منفی بدهد، در کودک اختلال پر خوری تشخیص داده می شود (۲۱). در این پژوهش، جهت سنجش میزان تاثیر مداخله، هر آیتم در مقیاس لیکرت نمره گذاری شد و پاسخ ها به صورت "هرگز"، "خیلی کم"، "کم"، "زیاد" بودند. نمره بالا نشان دهنده سطح بالای پر خوری است (۲۱). جهت بررسی بهتر میزان پر خوری، پرسشنامه به صورت چند گزینه ای بر روی کودکان انجام شد تا میزان تغییرات صورت گرفته پس از مداخله در مراحل پس آزمون و پیگیری بهتر مشخص گردد. در پژوهش حاضر برای برآورد همسانی درونی پرسشنامه پر خوری کودکان، از شاخص آلفای کرونباخ استفاده شد. بدین صورت که پرسشنامه بر روی ۲۱۰ کودک دارای اضافه وزن ۱۲-۷ سال شهر اهواز اجرا شد. نتایج نشان داد که کل مقیاس دارای همسانی درونی برابر با ۰/۷۹ است. اعتبار محتوایی فرم با استفاده از نسخه فارسی EAT-26 مطلوب بود و روایی تشخیصی براساس روش تحلیل تمایزات، میزان حساسیت پرسشنامه ۹۵ و ویژگی آن ۸ محاسبه شد. روایی صوری مقیاس را یکی از اعضای هیأت علمی گروه روان شناسی دانشگاه اصفهان و دو نفر از استادان دانشگاه اهواز که سابقه قبلی در تدریس و پژوهش در زمینه کودکان داشتند، تأیید نمودند. این پرسشنامه برای تشخیص کودکان مبتلا به اختلال پر خوری استفاده گردید.

جلسه نهم: مداخله تکنیک والدین تماشایی در مورد رفتارهای پر خوری هیجانی، مداخله تکنیک تقویت افتراقی رفتارهای مثبت، نادیده گرفتن رفتارهای منفی.

جلسه دهم: گفتگو در مورد موانع موجود در به کارگیری تکنیک های مداخله داده شده، تشریح اهمیت تداوم عمل به آموخته ها به منظور ایجاد اعتماد اطمینان و ترمیم دلبستگی مادر-کودک، تبادل نظر در مورد میزان دستیابی به اهداف اولیه ی طرح درمانی و در نهایت جمع بندی و نتیجه گیری.

یافته ها

شاخص های توصیفی مربوط به متغیرهای پژوهش در مراحل مختلف پژوهش به صورت میانگین و انحراف استاندارد، در جدول شماره ۱ مشاهده می شود. با توجه به جدول شماره ۱، میانگین نمره آسیب های بالینی ناشی از خوردن گروه آزمایش در پیش آزمون ۳۵/۵۷ در پس آزمون ۲۹/۹۸ و در پیگیری ۳۰/۱۴ است، در گروه کنترل در پیش آزمون ۳۶/۷۸، در پس آزمون ۳۶/۲۹ و در پیگیری ۳۶/۲۵ است.

جهت بررسی فرضیه پژوهش و تعیین معنی داری تفاوت بین میانگین گروه آزمایش و گروه کنترل و همچنین همزمان برای سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری، از روش تجزیه و تحلیل کوواریانس تک متغیره، استفاده شد. جهت استفاده از روش تحلیل کوواریانس مفروضه این تحلیل مورد بررسی قرار گرفت. در جدول شماره ۲، نتایج حاصل از آزمون لوین، به منظور بررسی تساوی واریانس ها و در جدول شماره ۳ نتایج حاصل از برابری شیب رگرسیون نشان داده شده است. در جدول شماره ۲ مشاهده می شود که آزمون لوین، پیش فرض تساوی واریانس های دو گروه را در پس آزمون نمرات آسیب های بالینی ناشی از خوردن تایید نمود ($p > 0.05$).

با توجه به جدول شماره ۳، تعامل متغیرهای کمکی (پیش آزمون ها) و وابسته (پس آزمون ها) در سطح عامل (گروه های آزمایش و کنترل) معنی دار نیست، بنابراین، فرض همگنی رگرسیون رعایت شده است ($p > 0.05$). در ادامه، برای بررسی تفاوت گروه ها تحلیل آنکوا برای متغیر وابسته اجرا شد.

نتایج جدول شماره ۴ نشان می دهد که تفاوت بین نمرهای گروه آزمایش و گروه کنترل در پس آزمون، هم در متغیر آسیب های بالینی ناشی از خوردن معنی دار است ($F=39.67$ و $p < 0.05$). میزان این تفاوت در متغیر اختلالات ناشی از خوردن ۰/۸۱ است، یعنی ۸۱ درصد تفاوت دو گروه در متغیر آسیب های بالینی ناشی از خوردن ۰/۶۸ مربوط به مداخله آزمایشی است. تحلیل کوواریانس تک متغیره بر روی میانگین نمره های پیگیری در متغیر های آسیب های بالینی ناشی از خوردن در گروه آزمایش و گروه کنترل انجام شد. نتایج تحلیل آنوا برای متغیر وابسته در

ساختار جلسات مداخله مبتنی بر دلبستگی شامل موارد ذیل می باشد:

جلسه اول: توضیح دلبستگی، مشکلات دلبستگی، علائم آسیب های بالینی ناشی از خوردن کودکان، علائم مشکلات هیجانی کودکان، چگونگی ارتباط آسیب های بالینی ناشی از خوردن با دلبستگی در کودکان و نقش واسطه ای هیجان ها.

جلسه دوم: منطق درمان و تعیین اهداف آن، تشریح نیازهای روانی و فیزیولوژیکی کودک و لزوم شناخت هیجان های کودک و نحوه پاسخدهی به نیازها و هیجان های کودک، مداخله تکنیک در دسترس بودن مادر، مداخله تکنیک نمایشنامه سازی و تمرین آن، نمایشنامه سازی درباره چگونگی پاسخدهی به نیازهای کودک و تمرین آن با مادران.

جلسه سوم: تکنیک ارتباط کلامی با کودک، تکنیک قصه گوئی، نمایشنامه سازی درباره پرسش و پاسخ و ارتباط کلامی مادر و کودک و تفهیم جایگاه کودک در خانواده و ایجاد احساس ارزشمندی و عزت نفس در او، شناسایی علایم اضطرابی در کودک و مدیریت آن توسط مادر.

جلسه چهارم: لزوم تداوم و ثبات رفتار مثبت به منظور ترمیم حس اعتماد مختل در کودک، مداخله تکنیک تماس جسمی و به ویژه چشمی، نمایشنامه سازی درباره چگونگی ابراز محبت واقعی به کودک، در آغوش کشیدن، نوازش کردن و بوسیدن کودک، شناسایی علایم ترس در کودک و مدیریت آن توسط مادر.

جلسه پنجم: بازی مشارکتی مراقب - کودک، تسهیل روابط دوستی کودک با همگنان و تشویق او به ایجاد ارتباط، فراهم کردن زمینه مشارکت فعال کودک در وظایف گروهی در مدرسه، نمایشنامه سازی درباره همراهی فعال با کودک در بازی، شوخی با کودک و خندانند وی و ایجاد شادی در کودک.

جلسه ششم: همکاری فعال در امور کودک، نمایشنامه سازی درباره چگونگی همکاری و تعامل مادر-کودک در امور مربوط به کودک به منظور افزایش تعامل مثبت مادر-کودک و پرهیز از اجبار، شناسایی علایم خشم و پرخاشگری در کودک و مدیریت آن توسط مادر.

جلسه هفتم: بررسی مسایل رفتاری حل نشده کودکان، مداخله شاد و مهیج ساختن محیط زندگی کودک به منظور کاهش میزان هیجان های منفی مادر و کودک، مداخله تکنیک تقویت کلامی کودک و پرهیز از انزوای کودک، شناسایی علایم اعتماد به نفس پایین در کودک و روش های افزایش آن توسط مادر.

جلسه هشتم: مداخله تکنیک مدیریت تنش در خانواده متمرکز بر کاهش میزان اضطراب کودک، مداخله تکنیک اطمینان بخشی به کودک در مورد حمایت همیشگی والدین از کودک و ترسیم آینده ای روشن برای کودک، نمایشنامه سازی درباره ی افزایش تفریحات شاد مادر- کودک.

میزان تاثیر مداخله در متغیر آسیب های بالینی ناشی از خوردن ۰/۶۹ بوده است.

مرحله پیگیری نشان داد که تفاوت بین نمرات گروه آزمایش و گروه کنترل در پیگیری، در متغیر آسیب های بالینی ناشی از خوردن $(F=38/56$ و $p < 0/05$) معنی دار بود. میزان این تفاوت در متغیر آسیب های بالینی ناشی از خوردن ۰/۷۶ است؛ یعنی

جدول (۱): میانگین و انحراف استاندارد پرسشنامه آسیب های بالینی ناشی از خوردن در گروه آزمایش و گروه کنترل

زمان	گروه	میانگین	انحراف استاندارد	تعداد
پیش آزمون	آزمایش	۳۵/۵۷	۲/۲۴	۱۶
	کنترل	۳۶/۷۸	۳/۸۸	۱۶
پس آزمون	آزمایش	۲۹/۹۸	۳/۵۴	۱۶
	کنترل	۳۶/۲۹	۲/۷۵	۱۶
پیگیری	آزمایش	۳۰/۱۴	۳/۲۴	۱۶
	کنترل	۳۶/۲۵	۳/۷۴	۱۶

جدول (۲): نتایج آزمون لوین در مورد تساوی واریانس های نمرات آسیب های بالینی ناشی از خوردن

پس آزمون	F	df	معنی داری
اختلالات ناشی از خوردن	۱/۱۴	۱	۰/۳۶۶

جدول (۳): نتایج همگنی شیب های رگرسیون بین متغیرهای کمکی و وابسته

معنی داری	F	میانگین مجذورات	df	مجموع مجذورات	تعامل پیش آزمون ها در سطوح عامل با اختلالات ناشی از خوردن
۰/۵۴۸	۱/۵۴	۳/۴۶	۱	۲/۴۶	

جدول (۴): تحلیل کوواریانس یک متغیره (آنوا) بر روی نمرات آسیب های بالینی ناشی از خوردن در دو گروه

منبع	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	SIG	اندازه اثر	توان
گروه	۳۱/۱۱	۱	۳۱/۱۱	۳۹/۶۷	< ۰/۰۰۱	۰/۸۱	۰/۶۸
خطا	۲۱/۰۳	۲۸	۲۴/۲۳				

در باره تبیین نتایج به دست آمده می توان بیان داشت که عدم دل بستگی ایمن کودک منجر به بروز هیجان های منفی در کودکان می شود. ناتوانی در کنترل هیجان های منفی، منجر به استفاده از راهبردهای نامطلوب هیجانی همچون پرخوری می شود. عدم دل بستگی ایمن هم می تواند در بی نظمی هیجان ها، موثر بوده و هم به عنوان عاملی در ابتلا به اختلالات خوردن، نقش اثرگذاری ایفا کند (۱۱). براین اساس، درمان مبتنی بر دل بستگی به تعدیل هیجانی و در نتیجه به تنظیم راهبردهای نامطلوب هیجانی (پرخوری) کمک می کند. درمان مبتنی بر دل بستگی با به کار گرفتن تکنیک هایی مثل مداخله در دسترس بودن مادر، تأمین نیازهای فیزیولوژیک و روانی کودک، تأمین امنیت کودک، تماس جسمی و به ویژه تماس چشمی، پاسخگو بودن، افزایش زمان گفتگو، بازی و تعامل دو به دو با کودک ارتباط مادر - کودک را تقویت نمود و به تدریج بی اعتمادی ناشی از نایمندی دل بستگی را به رابطه ای بر پایه اعتماد تبدیل می نماید و به دنبال آن تصحیح ارتباط والد - کودک نیز تا حد زیادی

بحث و نتیجه گیری

هدف پژوهش حاضر، بررسی اثر مداخله مبتنی بر دل بستگی در مشکلات ناشی از خوردن دختران مقطع ابتدایی مبتلا به اختلال پرخوری و چاقی شهر اهواز بود. بر این اساس، ۳۲ دختر مقطع ابتدایی مبتلا به چاقی که دارای شاخص توده بدنی بالاتر از صدک ۹۸ انتخاب شدند و به طور تصادفی به گروه آزمایش و گروه کنترل تقسیم شدند. مادران گروه مداخله، ۱۰ جلسه مداخله مبتنی بر دل بستگی دریافت نمودند و گروه کنترل هیچ گونه مداخله ای دریافت نکردند. نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس نشان داد که مداخله مبتنی بر دل بستگی هم در مرحله پس آزمون و هم در مرحله پیگیری، باعث کاهش آسیب های بالینی ناشی از خوردن در آزمودنی های گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل شد. این یافته ها با نتایج برخی از مطالعات همخوان است (۱۶، ۱۷، ۱۸، ۱۹، ۲۰).

امنیت دلبستگی را در کودک ایجاد می کند و در نتیجه اختلال های ناشی از دلبستگی نیز رو به بهبود خواهد گذاشت. این احتمال نیز وجود دارد که با انجام پیگیری طولی و سالانه بتوان شاهد بهبود بیشتر علائم پرخوری در شرکت کنندگان بود. پس می توان عنصر زمان و پایبندی به مبانی درمانی را جزء مهمترین عناصر تعیین کننده در مداخله دلبستگی به شمار آورد. همچنین از آنجا که چاقی در کودکان و نوجوانان رو به افزایش است و با توجه به این که بیشتر این کودکان در سنین بزرگسالی هم مبتلا به چاقی و مشکلات ناشی از آن می شوند، مداخله مبتنی بر دلبستگی یکی از راه های درمانی مناسب برای کنترل چاقی از سنین پایین است که بدون داشتن عوارض جانبی، می تواند به درمان این مشکل کمک نماید. از محدودیت های پژوهش حاضر این بود که عوامل متعددی بر چاقی و اضافه وزن تأثیر دارند، اما امکان کنترل همه عوامل در این پژوهش مقدور نبود، لذا در این پژوهش تمام عوامل مورد بررسی قرار نگرفت. پژوهش حاضر، روی نمونه هایی از دانش آموزان دختر دوره ابتدایی شهر اهواز انجام شد، بنابراین باید در تعمیم دهی نتایج به پسران و سایر گروه های سنی احتیاط شود. پژوهش های بعدی می تواند با بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر دلبستگی در مورد سایر اختلالات رفتاری در جمعیت گسترده تر و در هر دو جنس، کمک شایانی برای درمان مشکلات و اختلالات رفتاری کودکان محسوب گردد.

تشکر و قدردانی

از همکاری مدارس ابتدایی شهر اهواز که مساعدت های لازم را انجام دادند و از مادرانی که در این پژوهش همکاری کردند.

رفتارهای منجر به پرخوری و چاقی در آنان را کاهش می دهد. در مداخله مبتنی بر دلبستگی، مادر یاد می گیرد که به احساس و روش پاسخدهی خود اعتماد کند و اضطراب و تشویش درونی خود در زمینه چگونگی رویارویی با رفتارهای کودک را کنترل نماید. درمانگر از رابطه همدلانه ایجاد شده بین خود و مادر برای افزایش علاقه مندی و انگیزه تغییر در وی بهره می گیرد. بنابراین، درمانگر با تعیین نقاط قوت رابطه مادر و کودک و تأکید بر نقاط قوت مادر به عنوان فردی با کفایت و ارزشمند، اضطراب و احساس بی کفایتی وی را در رابطه با کودک کاهش می دهد (۱۲). همچنین از آنجا که اصلاح الگوی ارتباطی والد - کودک مهمترین مؤلفه درمانی این نوع درمان محسوب می شود. زمانی که والدین از اشکال و معایب روش تربیتی و ارتباطی خود با کودک آگاه می شوند، به احتمال قوی بنا به علاقه والدین به سلامت روحی و روانی کودکان، سعی در تصحیح تعامل خود با کودک می نمایند که تداوم این تعامل جدید و ثبات والدین در آن پیشرفت مداوم کودکان و کاهش علائم و مشکلات آنان را در پی خواهد داشت. ضمن اینکه به والدین فنونی آموزش داده می شود که در آینده و در صورت بروز مجدد مسائل و مشکلاتی از این قبیل با به کارگیری این فنون با مشکلات و رفتارهای پرخوری کودک مقابله کنند.

همانطور که مشاهده شد، میزان کاهش آسیب های بالینی ناشی از خوردن در نتیجه مداخله دلبستگی، در مرحله پیگیری بیشتر از مرحله پس آزمون بود و این درحالی است که در اکثر مداخله های درمانی در اثر گذشت زمان از تأثیر درمان کاسته و تا حدودی عود اختلال در مرحله پیگیری گزارش می شود. بالعکس، مداخله ای که در زمینه دلبستگی صورت می گیرد، اثر آن در دراز مدت و با گذشت زمان استقرار بهتری می یابد، زیرا اعتماد سلب شده کودک دلبسته نایمن نسبت به والدین به سرعت قابل ترمیم نیست و گذر زمان و پایبندی والدین به فنون درمانی به تدریج

References:

1. Illbaygi GR, Rostami M, Omidvar A. The effect of schema therapy on early maladaptive schema on being eating disorder in patient. *Journal of Health Breeze*. 2014; 4: 11-17. [Persian].
2. Wilson GT. Treatment of binge eating disorder. *Psychiatric Clinics of North America*. 2011; 34: 773-83.
3. Wardle J, Beales S. Control and loss of control over eating: An experimental investigation. *Journal of Abnormal Psychology*. 2009; 97: 35-40.
4. Araujo DM, Santos G, Nardi AE. Binge eating disorder and depression: A systematic review. *The World Journal of Biological Psychological*. 2010; 16: 176-1182.
5. Epstein M, Robin W. Reducing behavior problems in the elementary school classroom. US. Institute of Education Sciences. 2011; 82: 143-66.
6. Lefebvre - McGenva JA. Developmental attachment-based play therapy (ADAPT(TM)): A new treatment for

- children diagnosed with reactive attachment and developmental trauma disorders. MA. Dissertation, University of Hartford. 2006; 66-8.
7. Ouwens MA. Attachment styles, coping and emotional eating. *Journal of Appetite*. 2011; 57(2): 535-552.
 8. Behzadi Pour S, Pakdaman SH, Besharat MA. Relationship between attachment styles and weight concern in adolescence girls. *Journal of Behavioral Sciences*. 2010; 8(2): 69-76.
 9. Schore AN. Attachment, affect regulation, and the developing right brain: linking developmental neuroscience to pediatrics. *Pediatric Review*. 2005; 26(3): 204-217.
 10. Anderson S, Whitaker R. Attachment security and obesity in US preschool-aged children. *Arch Pediatric Adolescent*. 2011; 165(4): 235-242.
 11. Zachrisson H, Skarderud F. Eating disorders. John Wiley & Sons, Ltd. Eating Disorders Association. Published in Wiley Inter Science; 2010
 12. Santelices M, Guzmán G, Aracena M, Farkas C, Armijo I, Pérez-Salas C, et al. Promoting secure attachment: Evaluation of the effectiveness of an early intervention pilot program with mother-infant dyads in Santiago, Chile. *Child Care Health and Development Journal*. 2011;37(2):203-10.
 13. Boom DC. The influence of temperament and mothering on attachment and exploration: An experimental manipulation of sensitive responsiveness among lower-class mothers with irritable infants. *Child Development*. 1994;65(5):1457-77.
 14. Oliver VG. Stress and food choice: A laboratory study. *Psychosomatic Medicine*. 2008; 62(2): 853-865.
 15. Pietromonaco PR, Uchino B, Dunkel Schetter C. Close relationship processes and health: implications of attachment theory for health and disease. *Health Psychol*. 2013;32(5):499.
 16. Jahanbakhsh M, Bahadori MH, Amiri Sh, Jamshidi A. Effect of attachment-based therapy on mental health in girls with attachment problems. *Journal of Fundamentals of Mental Health* 2012; 14(3): 140-51. [Persian].
 17. Zolfaghari Motlagh M, Jazayeri A, Khoshabi K, Mazaheri M, Karimlou M. Effectiveness of Attachment Based Therapy on Reduction of Symptoms in Separation Anxiety Disorder. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 2009; 14(6): 380-388.
 18. Modares M. Studying the relationship between adult attachment style to parents with stress, anxiety and depression. *Journal of Fundamentals of Mental Health*. 2011; 13(50): 194-202 [Persian].
 19. Jahanbakhsh M, Bahadori MH, Amiri SH, Jamshidi A. Effect of attachment based therapy on Reactive attachment disorder. *Journal of Applied Psychology*. 2012; 4 (20): 26- 41 [Persian].
 20. Jahanbakhsh M, Bahadori MH, Amiri SH, Jamshidi A. Effect of attachment based therapy on depression in attachment disorder's girl students. *Journal of Behavioral Science Research*. 2012; 4 (9): 250-259. [Persian].
 21. Movahed Abtahi M, Amiri sh, Emsaki G. Standardization and Study of the Psychometric Properties of Randolph Attachment Disorder Questionnaire. M.A. Thesis. University of Isfahan Knowledge & Research in Applied Psychology. 2012; 46-55.
 22. Marcus MD, Kalarchian MA. Binge eating in children and adolescents. *International Journal of Eating Disorders*. 2003;34(S1):S47-S57.
 23. Bohan K, Fairborn CG. The clinical impairment assessment questionnaire.

Cognitive Behavior Therapy and Eating Disorder. New York: Guilford press; 2008.

24. Brisch H. Treating attachment disorders: From theory to therapy. New York: Guilford Press; 2002; 58- 117.