اثربخشی آموزش درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی بر بهبود رابطه مادر - کودک و سطوح دلبستگی کودکان*

◈ مرضیه نخلی[۱] ◈ دکتر صدیقه احمدی[۲] ◈ دکتر اسماعیل اسدپور[۳]

چکیده: پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی آموزش درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی بر بهبود رابطه مادر- کودک و دلبستگی ایمن کودکان انجام شده است. روش تحقیق نیمه‌آزمایشی بود که با طرح پیش‌آزمون پس‌آزمون با گروه کنترل انجام شد. جامعه آماری پژوهش حاضر را همهٔ مادران دارای فرزند ۶-۳ سال شهر پرند در سال ۱۳۹۹ تشکیل می‌دادند. روش نمونه‌گیری در دسترس بود، به‌این‌ترتیب که از میان داوطلبان تعداد ۳۰ نفر از مادرانی که در متغیرهای رابطه مادر-کودک و دلبستگی نمرات پایین‌تر از میانگین گرفته بودند، به‌طور تصادفی انتخاب و در دو گروه ۱۵ نفری آزمایش و کنترل جایگزین شدند. ابزار پژوهش مقیاس ارزیابی رابطه مادر- کودک راث (۱۹۸۰) و پرسشنامه روابط میانی دلبستگی کاپنبرگ و هالپرن (۲۰۰۶) بود. آموزش درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی در ۸ جلسه دو ساعتی اجرا شد. به‌منظور تحلیل داده‌های پژوهش از روش تحلیل کوواریانس چندمتغیره با نرم‌افزار SPSS استفاده شد. یافته‌ها نشان دادند که آموزش درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی بر بهبود نمره کلی رابطه مادر- کودک و زیرمقیاس‌های پذیرش، حمایت بیش از حد، سهل‌گیری بیش از حد و طرد مؤثر بوده است. همچنین، درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی موجب بهبود نمره کلی دلبستگی و زیرمقیاسهای تکامل انطباقی مثبت، رفتارهای منفی، واکنشهای هیجانی و دوری گزیدن از فرد مراقب شده است. براساس نتایج به‌دست آمده می‌توان نتیجه گرفت که آموزش درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی برای بهبود رابطه مادر- کودک و دلبستگی ایمن کودکان کاربردی است.

کلید واژگان: ذهنی‌سازی، رابطه مادر- کودک، دلبستگی، کودکان

◉ تاریخ دریافت: ۹۹/۱۲/۱۰ ◉ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۷/۱۵

* *این مقاله مستخرج از پایان‌نامه کارشناسی ارشد نویسندهٔ اول است.*

۱. دانش‌آموخته کارشناسی ارشد مشاوره خانواده، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران. marziyeh.nakhli@gmail.com
۲. **نویسنده مسئول:** استادیار گروه مشاوره، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران. dr.ahmadi.sedighe@khu.ac.ir
۳. دانشیار گروه مشاوره، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه خوارزمی، تهران، ایران. dr.iasadpour@khu.ac.ir

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-28]
[DOR: 20.1001.1.26766728.1401.19.3.3.3]

مقدمه

دوران کودکی، دوره‌ای از بی‌گناهی، آسیب‌پذیری و پیشرفت به‌شمار می‌آید و در این دوره کودکان به‌دلیل عدم توانایی حسی و حرکتی به مراقب احتیاج دارند (برک[1]، ۲۰۰۷؛ ترجمه سیدمحمدی، ۱۳۹۰). ارتباط، اساس روابط اجتماعی و یک ضرورت برای شکل‌گیری انواع رفتارهاست و در تعامل مادر-کودک و همچنین، ایجاد، حفظ و ارتقای روابط میان مادر و کودک حیاتی است (کمبل- انس و وودگیت[2]، ۲۰۱۳؛ به نقل از حسن‌زاده و زینالی، ۱۳۹۸). رابطه مادر- کودک نخستین معرف دنیای ارتباطات کودک و رابطه‌ای مهم و حیاتی برای ایجاد امنیت و عشق است که متشکل از ترکیبی از رفتارها، احساسات و انتظارات میان مادر و کودک است (جیانوتا و ریدل[3]، ۲۰۱۷). این رابطه یک‌طرفه نیست، بلکه مادر بر کودک و کودک هم بر مادر تأثیر می‌گذارد. رابطه مطلوب مادر در واقع، به‌معنای روابط یک‌طرفه‌ای نیست که مادر ارائه می‌دهد. منظور از الگوی تعاملات مادر-کودک، سبک والدگری مادر است که در جریان ارتباطات متقابل میان مادر-کودک بروز می‌کند (رایتمن و آسف[4]، ۲۰۱۰). نوع روابط مادر-کودک نظیر طرد کردن، کنترل بیش از حد، محافظت بیش از حد، الگوسازی رفتارهای اضطرابی و باورهای غیرمنطقی و خشک والدین در بروز مشکلات رفتاری دوران کودکی نقش بسزایی دارند (خانجانی، پیمان‌نیا و هاشمی، ۱۳۹۵).

کودکان اگر والدین را افرادی پاسخگو و پشتیبان شناخته باشند، ارزشمند بودن و دوست‌داشتنی و مهم بودن را تجربه می‌کنند. بنابراین افزایش تعامل بین نوزاد و سرپرست در سالهای اولیه از اهمیت اساسی برخوردار است (بالبی[5]، ۱۹۶۹؛ به نقل از بشارت، ۱۳۷۸). بالبی «رابطه دلبستگی نخستین» را قطعی دانست که در انسان تقریباً در ماه هفتم تشکیل می‌شود. بنابراین رابطه مادر و نوزاد پس از زایمان در روند ایجاد دلبستگی میان مادر و نوزاد، اهمیتی ویژه دارد و ایجاد دلبستگی سالم در تعیین شخصیت و عادات کودک، بسیار تأثیرگذار است و نقص در شکل‌گیری دلبستگی به مشکلات شدید جسمی و روانی در کودک منجر می‌شود (سانکارانارایانن[6] و همکاران، ۲۰۰۵؛ به نقل از سهرابی، ۱۳۹۳). دلبستگی نتیجه تجربه‌های کودک از رابطه مادر-کودک است که براساس مدلهای کارکرد درون‌روانی افراد درباره خود و دیگران درک می‌شود و براساس آن چهار سبک دلبستگی ایمن، اشتغال‌خاطر، هراسان و دوری‌گزین وجود دارد (تایزن، فریلی، هانکین، یانگ و چاپیک[7]، ۲۰۱۸). مطالعات در این زمینه نشان می‌دهد زنانی که دلبستگی بالایی با شیرخوار خود دارند، اغلب به رفع نیازهای آنان حساس‌ترند و

1. Berk
2. Campbell-Enns & Woodgate
3. Giannotta & Rydell
4. Reitman & Asseff
5. Bowlby
6. Sankaranarayanan
7. Theisen, Fraley, Hankin, Young & Chopik

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-28]

[DOR: 20.1001.1.26766728.1401.19.3.3.3]

این حساســیت بر بسیاری از جنبه‌های شخصیت در حال شکل‌گیری کودکان از قبیل حس کنجکاوی، توانایی اجتماعی‌شدن، اعتماد به‌نفس، استقلال، همکاری و صداقت تأثیرگذار است (سادوک، سادوک و روئیز[1]، ۲۰۱۴).

رویکردهای گوناگونی در زمینه رابطه مادر و کودک بنا نهاده شــده اســت. یکــی ازاین‌رویکردها، ذهنی‌ســازی[2] است. پزشــکان و روانشناســان از ایده ذهنی‌سازی اســتقبال کرده‌اند. این رویکرد ابتدا برای معالجه اختلال شــخصیت مرزی[3] در خدمات بالینی ارائه شــد و بعدها برای افراد دارای شخصیت ضداجتماعی، ســوءمصرف مواد، اختلالات خوردن و همچنین برای خانواده‌های دارای فرزندان نوجوان و مادران دارای کودکان در معرض خطر و مدیریت گروههای اجتماعی به‌شــکل گروهی و فردی مورد استفاده قرار گرفت. در دهه ۱۹۸۰ فوناگی[4] و جورج موران[5] دریافتند که با به‌کارگیری این روش می‌توان به کودکان کمک کرد تا ظرفیتهای بیشــتری برای اندیشیدن و تنظیم هیجانها داشته باشند (فوناگی و آلیسون[6]، ۲۰۱۴).

در ضمن، علاقه عمیق فوناگی به مکتب روابط شیء و نظریه دلبستگی، سبب تغییراتی در چارچوب مفهومی اندیشــه‌های او شــد که به او کمک کرد تا با یک روانکاو و روانپزشــک، به نام آنتونی بیتمن[7] روش درمان جدیدی را به نام درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی[8] طرح‌ریزی کند (فوناگی، لویتن[9] و آلیسون، ۲۰۱۵). درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی ریشه در نظریه‌های دلبستگی (ارتباط مستقیم با دلبستگی ایمن و خودمختاری) و روان‌تحلیلی (پذیرش پیش‌فرضهای بنیادی) دارد. ذهنی‌سازی به‌معنای توانایی درک رفتار خود و دیگران و یادگیری از لحاظ حالتهای ذهنی زیرین آن (مانند فکرها، احساسات و اعتقادات، آرزوها، برنامه‌ها) است. در واقع ذهنی‌سازی راههای شناختی و هیجانی شناخت خود و دیگران را منسجم می‌کند (موسوی، ۱۳۹۳).

ذهنی‌سازی در زمینهٔ روابط دلبستگی یک مشارکت‌کننده مهم است که در ایجاد دلبستگی نوظهور کودک نقش اساســی دارد (روســتاد و ویتاکر[10]، ۲۰۱۶). در ادبیات پژوهشــی نیز شواهدی در زمینه اثربخشی ذهنی‌سازی بر روابط مادر- کودک و همچنین، دلبستگی وجود دارد. برای مثال، نتایج مطالعه فوناگی و بیتمن (۲۰۰۸) نشان داد که ذهنی‌سازی بر جنبه‌های متعدد رابطه مادر- کودک اثرگذار است

1. Sadock, Sadock & Ruiz
2. Mentalization
3. Borderline personality disorder (BPD)
4. Fonagy
5. Moran
6. Allison
7. Anthony Bateman
8. Mentalization-based therapy (MBT)
9. Luyten
10. Rostad & Whitaker

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-28]
[DOR: 20.1001.1.26766728.1401.19.3.3.3]

و همچنین مادران احساس بهتری از مادر بودن خود دارند، زیرا بهتر می‌توانند نیازهای کودکشان را درک و پاسخ دهند. نتایج مطالعه همی[1]، ولک و اشنایدر[2] (۲۰۱۱) نشان داد که ذهنی‌سازی والدین (مادر) بر حساسیت والدین-فرزندپروری و همچنین دلبستگی ایمن کودکان اثرگذار است. با توجه به اینکه در ادبیات پژوهشی داخل کشور، مطالعات کمی در زمینه اثربخشی ذهنی‌سازی بر بهبود روابط مادر و کودک وجود دارد، سؤال اصلی پژوهش حاضر این است که آیا آموزش درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی بر بهبود رابطه مادر-کودک و سطوح دلبستگی کودکان اثربخش است؟

روش پژوهش

روش پژوهش، نیمه‌آزمایشی و طرح پژوهش از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل است. جامعه آماری پژوهش حاضر را همهٔ مادران دارای فرزند ۶-۳ سال شهر پرند در سال ۱۳۹۹ تشکیل می‌دادند. نمونه آماری شامل ۳۰ نفر از مادران (۱۵ نفر گروه آزمایش و ۱۵ نفر گروه کنترل) بود که به‌شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و به‌شیوه تصادفی در دو گروه کنترل و آزمایش جایگزین شدند. برای اجرای پژوهش ابتدا در مورد پژوهش فراخوانی داده شد و از افراد داوطلب ثبت‌نام به‌عمل آمد. تعداد افراد داوطلب ۷۳ نفر بودند که از این تعداد، ۱۱ نفر فاقد معیارهای ورود به پژوهش بودند. به‌منظور غربالگری، برای ۶۲ نفر از مادران داوطلب پرسشنامه‌های پژوهش اجرا شد و از میان مادرانی که پرسشنامه‌ها را تکمیل کرده بودند، ۳۰ نفر که نمره‌های پایین‌تر از میانگین را در متغیرهای رابطه مادر-کودک و دلبستگی گرفته بودند، به‌عنوان نمونه پژوهش انتخاب شدند. شایان ذکر است مادرانی که نمره کمتر از میانگین در متغیرهای رابطه مادر-کودک و دلبستگی کسب کرده بودند، ۳۷ نفر بودند که ۷ نفر به‌دلیل عدم هماهنگی با برنامه زمانی مداخله کنار گذاشته شدند. از ۳۰ نفر فرد منتخب واجد شرایط، به‌صورت تصادفی ۱۵ نفر در گروه کنترل و ۱۵ نفر دیگر در گروه آزمایش گمارده شدند. گروه آزمایش در ۸ جلسه دو ساعتی در برنامه آموزش درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی شرکت کردند، اما گروه کنترل هیچ مداخله‌ای را دریافت نکردند. به‌منظور رعایت ملاحظات اخلاقی، اعضای گروه کنترل نیز در سیاههٔ انتظار قرار گرفتند تا پس از پایان مطالعه حاضر، در صورت تمایل جلسات درمان برای آنها نیز تشکیل شود. ملاکهای ورود عبارت بودند از مادرانی با دامنه سنی ۳۵- ۲۷ سال، حداقل یک فرزند با دامنه سنی ۶-۳ سال، تشخیص ضعف در رابطه مادر-کودک و سطوح دلبستگی کودکان با تکمیل مقیاس ارزیابی رابطه مادر-کودک راث و پرسشنامه روابط میانی دلبستگی کاپنبرگ و هالپرن و علاقه‌مند به شرکت در جلسات. ملاکهای خروج از پژوهش شامل غیبت بیش از سه جلسه و گرفتن درمانهای همزمان بود. در ضمن به‌دلیل شیوع بیماری کرونا جلسات به شکل آنلاین در برنامه اسکای‌روم برگزار شد.

1. Hemmi
2. Schneider

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-28]
[DOR: 20.1001.1.26766728.1401.19.3.3.3]

◉ ابزارهای پژوهش

۱. مقیاس ارزیابی رابطه مادر- کودک[1]: این مقیاس را راث[2] در سال ۱۹۸۰ طراحی کرده و دارای ۴۸ عبارت و ۴ خرده‌مقیاس است. ارزیابی رابطه مادر- کودک چارچوبی از نگرش‌های ارجاعی از طریق چگونگی رابطه مادران با فرزندانشان ایجاد کرده است. این رویکرد برآوردی عینی از رابطه یک مادر به کودکش فراهم می‌آورد که تحت‌عنوان یک نیمرخ پنج نگرشی بنا نهاده شده است. نمره‌گذاری این مقیاس براساس طیف لیکرت پنج‌درجه‌ای انجام می‌شود. در عبارات ۱ تا ۳۹، به کاملاً موافقم =۵، موافقم= ۴، نمی‌توانم تصمیم بگیرم= ۳، مخالفم= ۲، کاملاً مخالفم= ۱ نمره داده می‌شود و در عبارات ۴۰ تا ۴۸، کاملاً موافقم= ۱، موافقم= ۲، نمی‌توانم تصمیم بگیرم= ۳، مخالفم= ۴، کاملاً مخالفم= ۵، نمره‌گذاری می‌شود. این مقیاس دارای چهار زیرمقیاس پذیرش، حمایت بیش از حد، سهل‌گیری بیش از حد و طرد است که برای هر زیرمقیاس، ۱۲ عبارت در نظر گرفته شد. هرچه نمره زیرمقیاس بالاتر باشد، میزان نگرش بالاتر خواهد بود و هرچه نمره زیرمقیاس پایین‌تر باشد، میزان نگرش کمتر خواهد بود. راث (۱۹۸۰) اعتبار این مقیاس را ۰/۴۱ تا ۰/۵۷ و روایی آن را ۰/۲۸ تا ۰/۶۸ گزارش کرده است. در ایران ضمیری (۱۳۸۴) اعتبار مقیاس را با آلفای کرونباخ ۰/۷۳ و روایی آن را برای پذیرش فرزند ۰/۷۷، حمایت بیش از حد ۰/۷۲، سهل‌گیری بیش از حد ۰/۷۱ و طرد فرزند ۰/۷۸ گزارش کرده است (رهبرکرباسدهی، ابوالقاسمی و رهبرکرباسدهی، ۱۳۹۵).

۲. پرسشنامه روابط میانی دلبستگی[3]: این پرسشنامه را کاپنبرگ و هالپرن[4] (۲۰۰۶) برای سنجش دلبستگی کودکان در دورهٔ سنی میانهٔ کودکی (قبل از دبستان و دبستان؛ ۱۲- ۳ سال) طراحی کرده‌اند و مادران باید آن را تکمیل کنند. این پرسشنامه شامل ۲۰ گزینه است و برای نمره‌گذاری هرگویه، از طیف لیکرت پنج‌درجه‌ای (همیشه تا هرگز) استفاده می‌شود. مؤلفه‌های مقیاس مذکور شامل یک خرده‌مقیاس (نمره کل) و چهار زیرمقیاس تکامل انطباقی مثبت، رفتارهای منفی، واکنشهای هیجانی و دوری گزیدن از حمایت چهره دلبستگی است. نمره کل مقیاس از جمع ۲۰ گویه به‌دست می‌آید. پایایی پرسشنامه ۰/۸۵ و براساس روش دو نیمه کردن، ۰/۸۳ گزارش شده است. با روش آزمون- بازآزمون پایایی آن ۰/۷۹ گزارش شده است. به‌طورکلی نتایج نشان می‌دهد که این پرسشنامه از خصوصیات روان‌سنجی مناسب و مطلوب برخوردار است. سازندگان مقیاس میزان آلفای کرونباخ را برای مؤلفه‌های تکامل انطباقی مثبت، رفتارهای منفی، واکنشهای هیجانی و دوری گزیدن از حمایت چهره دلبستگی/ فرد مراقب به‌ترتیب ۰/۶۹، ۰/۶۳، ۰/۶۵ و ۰/۵۶ گزارش کرده‌اند. در پژوهش سلیمانی، بشاش و لطیفیان (۱۳۹۳) روایی و پایایی این پرسشنامه مورد بررسی قرار گرفته است.

1. Mother-Child Relationship Evaluation Scale (MCRE)
2. Roth
3. Kinship Center Attachment Questionnaire (KCAQ)
4. Kappenberg & Halpern

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-28]
[DOR: 20.1001.1.26766728.1401.19.3.3.3]

◉ طرح جلسات مبتنی بر ذهنی‌سازی

مداخله ذهنی‌ســـازی عنوانی است که برای همهٔ رویکردهای آموزشی- درمانی- حمایتی مبتنی بر نظریه دلبســـتگی بالبی (۱۹۸۲) به‌کار می‌رود و گستره‌ای از رویکردهای انفرادی تا برنامه‌های سلامت جمعی و مداخلات ویژه فرزندخواندگی را در برمی‌گیرد (برلین، زیو، آمایا- جکسن و گرینبرگ[1]، ۲۰۰۷). در این پژوهش برنامه آموزشی ذهنی‌سازی بر اساس پروتکل بیتمن و فوناگی (۲۰۰۱) ارائه شده است.

جدول ۱. خلاصه پروتکل جلسات گروهی آموزشی ذهنی‌سازی (بیتمن و فوناگی، ۲۰۰۱)

جلسه	محتوا
جلسه اول: تکمیل پرسشنامه‌ها	۱. معرفی پژوهش، ۲. توضیح کلی در مورد برنامه آموزشی، ۳. مصاحبه کوتاه با تک‌تک مادران در مورد رابطه‌شان با کودکشان.
جلسه دوم: تشریح نیازهای کودکان	۱. تقسیم‌بندی نیازهای کودکان: نیازهای جسمی، نیازهای روانی، ۲. تبیین سه نیاز اصلی روانی (بر مبنای نظریه SDT)، ۳. نیاز به خودمختاری، نیاز به شایستگی و نیاز به برقراری ارتباط، ۴. اهمیت نیاز به ارتباط، ۵. سرچشمه‌های اضطراب در کودکان.
جلسه سوم: نحوهٔ گفتگو با کودکان	۱. درک جنبه‌های رمزی گفتگو با کودکان، ۲. تـلاش بـرای نشـان دادن فـهم و درک والـد از ذهنیـات کـودک بـه خود کـودک، ۳. پـرهیز از گـفتگوهای بی‌حاصل (گفتگوی منطقی والـدین بـا کودکان)، ۴. اساس برقراری ارتباط با کودک: مهارت، احترام، ۵. تمرکز بر رابطه تا حادثه، ۶. تمرکز بر احساسات تا حادثه، ۷. اهمیت تفاوتهای فردی.
جلسه چهارم: آموزش کودک در زمینه احساسات و عواطف به‌صورت تجربی و آنی	۱. درک احساسات کودک، ۲. پذیرش احساسات کودک، ۳. قضاوت نکردن در مورد احساسات کودک، ۴. بیان احساسات کودک به زبان خودش (ایفای نقش آینه برای کودک)، ۵. عدم انکار احساسات منفی و متناقض کودک و پذیرش آنها (بیان و تصدیق این احساسات و کاهش دادن احساسات اضطراب و گناه در کودک)، ۶. بهره‌گیری از تجارب عاطفی شخصی برای درک تجارب عاطفی کودک، ۷. راههای نادرست مواجهه با احساسات کودکان به ویژه احساسات منفی، انکار، سلب کردن، سرکوب کردن، ظاهر بهتر دادن.
جلسه پنجم: راههای درست انتقاد و تمجید از کودک	۱. تطابق تمجید با تلاشها و کارهای موفقیت‌آمیز کودک، ۲. تطابق انتقاد با کارهای اشتباه کودک نه شخصیت و صفات کلی او، ۳. حذف کلام نیش‌دار ضمن انتقاد، ۴. پرهیز از الگوهای متناقض: تهدید، رشوه، وعده، موعظه و سخنرانی، آموزش ادب با بی‌ادبی و بی‌احترامی، ۵. تهدید عامل به خطر افتادن خودمختاری کودک، ۶. علل دروغگویی در کودکان و شیوه برخورد با آن.
جلسه ششم: ابراز خشم و کاربرد آن در تربیت کودک	۱. شیوه‌های ابراز خشم در مقابل کودک، ۲. بیان احساس و نامگذاری آن، ۳. برون‌ریزی خشم بدون آسیب زدن به طرف مقابل، ۴. بیان تمایلات رفتاری خود به هنگام خشم.
جلسه هفتم: مسئولیت و استقلال در کودکان	۱. تعریف مسئولیت‌پذیری، ۲. راههای ایجاد مسئولیت در کودک: انطباق، همچشمی و رقابت و الگوپذیری، ۳. مسئولیت حق بیان، مسئولیت حق انتخاب.
جلسه هشتم: تکمیل پرسشنامه‌ها	۱. برگزاری جلسه سه ساعتی پرسش و پاسخ در زمینه مـواد آموزشی، ۲. مصاحبه با تک‌تک مـادران در مورد میزان اثربخشی برنامه و دریافت نقاط قوت و ضعف برنامه.

1. Berlin, Ziv, Amaya-Jackson & Greenberg

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-28]
[DOR: 20.1001.1.26766728.1401.19.3.3.3]

◉ تجزیه و تحلیل داده‌ها

داده‌های گردآوری‌شده پس از ورود اطلاعات در نرم‌افزار، پاک‌سازی شدند. داده‌های وارد شده از نظر پاسخ‌دهی بر اساس الگوی مشخص و تکراری، داده‌های ازدست‌رفته، عدم همخوانی میان سؤالات مختلف و داده‌های پرت مورد بررسی قرار گرفتند. داده‌های کدگذاری و ثبت‌شده با نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۱ مورد تجزیه‌وتحلیل قرار گرفتند. آزمون فرضیه‌ها از طریق آزمون پارامتریک تحلیل کوواریانس انجام شد. استفاده از آزمونهای پارامتریک مستلزم برآورده شدن پیش‌فرضهایی بود که پیش از تحلیل، مورد بررسی قرار گرفتند. شایان ذکر است که سطح معناداری در این مطالعه کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شده است.

یافته‌های پژوهش

اطلاعات جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان این مطالعه در جدول شماره ۲ ارائه شده است. سن اکثر اعضای گروه آزمایش و گواه ۳۱ تا ۳۵ سال بود. همچنین، اکثر شرکت‌کنندگان خانه‌دار و دارای تحصیلات دیپلم بودند. سن فرزندان مادران شرکت‌کننده در این مطالعه ۳ تا ۶ سال بود. افزون بر این، تعداد فرزندان مادران نیز مورد بررسی قرار گرفت و نتایج نشان داد اکثر مادران یک فرزند داشتند.

جدول ۲. اطلاعات جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان

متغیر		گروه کنترل		گروه آزمایش	
		فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
سن	۲۵ تا ۳۰ سال	۵	۳۳/۳	۴	۲۶/۷
	۳۱ تا ۳۵ سال	۱۰	۶۶/۷	۱۱	۷۳/۳
	کل	**۱۵**	**۱۰۰**	**۱۵**	**۱۰۰**
اشتغال	خانه‌دار	۱۱	۷۳/۳	۱۲	۸۰
	شاغل	۴	۲۶/۷	۳	۲۰
	کل	**۱۵**	**۱۰۰**	**۱۵**	**۱۰۰**
تحصیلات	زیردیپلم	۴	۲۶/۷	۳	۲۰
	دیپلم	۸	۵۳/۳	۹	۶۰
	کارشناسی	۳	۲۰	۳	۲۰
	کل	**۱۵**	**۱۰۰**	**۱۵**	**۱۰۰**

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-28]
[DOR: 20.1001.1.26766728.1401.19.3.3.3]

جدول ۲. (ادامه)

متغیر		گروه کنترل		گروه آزمایش	
		فراوانی	درصد	فراوانی	درصد
سن فرزندان	۱ تا ۳ سال	۲	۱۳/۳	۱	۶/۷
	۳ تا ۶ سال	۱۳	۸۶/۷	۱۴	۹۳/۳
	کل	**۱۵**	**۱۰۰**	**۱۵**	**۱۰۰**
تعداد فرزندان	یک فرزند	۱۰	۶۶/۷	۱۱	۷۳/۳
	دو فرزند	۳	۲۰	۲	۱۳/۳
	سه فرزند	۲	۱۳/۳	۲	۱۳/۳
	کل	**۱۵**	**۱۰۰**	**۱۵**	**۱۰۰**

در جدول شـــماره ۳ آمار توصیفـــی مربوط به میانگین و انحراف‌معیار نمـــرات رابطه مادر-کودک و روابط میانی دلبستگی به تفکیک برای افراد گروه آزمایش و کنترل در دو مرحله سنجش (پیش‌آزمون و پس‌آزمون) نشان داده شده است. همان‌طورکه ملاحظه می‌شود در گروه کنترل میانگین نمرات در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون تغییر چندانی را نشـــان نمی‌دهد، اما در گروه آزمایش، افزایش میانگین بعضی متغیرها در پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون مشاهده می‌شود. شایان ذکر است که برای محاسبه نمره کلی رابطه مادر-کودک، زیرمقیاس پذیرش به‌صورت معکوس نمره‌گذاری شده است. افزون بر این، برای محاسبه نمره کلی روابط میانی دلبســـتگی، زیرمقیاس تکامل انطباقی مثبت به‌صورت معکوس نمره‌گذاری شد.

جدول ۳. میانگین و انحراف استاندارد دو گروه در متغیرهای پژوهش

متغیر	گروه	پیش آزمون		پس آزمون	
		M	SD	M	SD
پذیرش	آزمایش	۲۷/۹۵	۸/۸۳۴	۳۲/۲۵	۸/۲۴۷
	کنترل	۲۹/۰۴	۶/۷۹۸	۲۹/۸۷	۵/۷۶۳
حمایت بیش از حد	آزمایش	۳۴/۶۰	۵/۸۱۶	۲۹/۴۰	۵/۸۷۷
	کنترل	۳۳/۸۷	۵/۵۷۹	۳۳/۲۰	۴/۳۱۳

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-28]
[DOR: 20.1001.1.26766728.1401.19.3.3.3]

جدول ۳. (ادامه)

متغیر	گروه	پیش آزمون		پس آزمون	
		M	SD	M	SD
سهل‌گیری بیش از حد	آزمایش	۳۲ /۸۷	۲ /۷۷۴	۲۸ /۹۳	۳ /۴۳۲
	کنترل	۳۶ /۲۰	۳ /۸۴۰	۳۵ /۳۳	۴ /۲۰۳
طرد	آزمایش	۲۴ /۶۷	۳ /۰۸۶	۲۱ /۸۷	۴ /۷۱۹
	کنترل	۲۲ /۶۷	۳ /۱۰۹	۲۲ /۰۷	۳ /۶۱۵
نمره کلی رابطه مادر-کودک	آزمایش	۱۲۱/۲۲	۲۵/۰۸	۱۱۴/۰۶	۲۱/۹۱
	کنترل	۱۲۲/۰۷	۲۱/۹۰	۱۲۱/۶۰	۲۱/۲۶
تکامل انطباقی مثبت	آزمایش	۱۶ /۸۷	۲ /۵۴۹	۱۹ /۱۳	۳ /۰۷۱
	کنترل	۱۶ /۴۷	۲ /۶۱۵	۱۶ /۹۳	۲ /۱۶۰
رفتارهای منفی	آزمایش	۱۷ /۸۰	۲ /۹۰۸	۱۴ /۸۷	۲ /۷۲۲
	کنترل	۱۷ /۷۳	۲ /۹۱۵	۱۷ /۱۳	۱ /۹۹۵
واکنشهای هیجانی	آزمایش	۱۱ /۸۷	۲ /۷۷۴	۸ /۴۷	۲ /۶۶۹
	کنترل	۱۴ /۲۷	۳ /۱۵۰	۱۳ /۵۳	۳ /۶۰۳
دوری گزیدن از فرد مراقب	آزمایش	۱۳ /۵۳	۲ /۷۴۴	۱۰ /۴۰	۳ /۵۰۱
	کنترل	۱۱ /۷۳	۳ /۲۱۸	۱۱ /۱۳	۳ /۷۰۱
نمره کلی دلبستگی	آزمایش	۶۱/۶۱	۱۶/۳۵	۵۴/۵۰	۱۲/۲۴
	کنترل	۶۱/۰۷	۱۵/۷۰	۶۱/۳۳	۱۵/۸۶

برای بررســـی تأثیر آموزش درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی بر رابطه مادر-کودک و سطوح دلبستگی کودکان از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره اســـتفاده شـــده است. اســـتفاده از این آزمون مستلزم پیش‌فرضهایی اســـت که پیش از تحلیل استنباطی مورد بررسی قرار گرفته‌اند. به این منظور، یافته‌های

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-28]
[DOR: 20.1001.1.26766728.1401.19.3.3.3]

آزمون کولموگروف - اســـمیرنف نشـــان می‌دهد که داده‌های هر دو گروه آزمایش و گواه در متغیرهای پژوهش در مراحل مختلف ارزیابی با منحنی نرمال تفاوت معناداری ندارد و توزیع داده‌ها نرمال اســـت (P>۰/۰۱). همچنین، آزمون لوین برای بررسی مفروضه برابری واریانسهای خطا نشان داد که مفروضه برابری واریانسهای خطا برای متغیرهای پژوهش برقرار است (P>۰/۰۵). افزون بر این، تعامل میان متغیر همپراش و مســـتقل در دو گروه آزمایش و گواه معنادار نبود (P>۰/۰۵) که نشـــان می‌دهد پیش‌فرض همگنی شیب رگرســـیون نیز برقرار است. بنابراین، با رعایت پیش‌فرضهای آزمون پارامتری، استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس بلامانع است. برای بررسی تأثیر آموزش درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی بر رابطه مادر- کودک، سطح همهٔ آزمونهای معناداری (اثرپیلایی، لامبدای ویلکز، اثر هتلینگ و بزرگ‌ترین ریشه روی)، کمتر از ســـطح آلفای تعیین‌شده بود، بنابراین، اثربخش بودن مداخله مورد تأیید قرار می‌گیرد و بیانگر آن اســـت که میان دو گروه از نظر متغیر رابطه مادر-کودک و مؤلفه‌های آن تفاوت معنادار وجود دارد (جدول ۴).

جدول ۴. آزمون معناداری تحلیل کوواریانس چندمتغیره برای متغیر رابطه مادر-کودک

متغیر	آزمون	Value	F	Sig.
گروه	اثرپیلایی	۰/۴۲۳	۹/۱۴۵	۰/۰۰۱**
	لامبدای ویلکز	۰/۵۷۷	۹/۱۴۵	۰/۰۰۱**
	اثر هتلینگ	۰/۷۳۲	۹/۱۴۵	۰/۰۰۱**
	بزرگ‌ترین ریشه روی	۰/۷۳۲	۹/۱۴۵	۰/۰۰۱**

*P<۰/۰۵ **P<۰/۰۱

در جدول شـــماره ۵ نتایج آزمون اثرات میان‌آزمودنی برای مقایســـه رابطـــه مادر- کودک، در افراد گروههای آزمایش و کنترل در مرحله پس‌آزمون نشـــان داده شـــده اســـت. با مقایسه میانگین دو گروه مشـــاهده می‌شـــود که میانگین نمرات پذیرش افراد گروه آزمایش در پس‌آزمون، در مقایســـه با گروه کنترل، افزایش یافته و در مقابل میانگین نمرات حمایت بیش از حد، ســـهل‌گیری بیش از حد، طرد و نمره کلی رابطه مادر-کودک کاهش یافته است. بنابراین، می‌توان نتیجه گرفت که آموزش درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی مؤثر بوده و موجب بهبود رابطه مادر- کودک شده است.

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-28]
[DOR: 20.1001.1.26766728.1401.19.3.3.3]

جدول ۵. آزمون اثرات میان‌آزمودنی برای مقایسه رابطه مادر- کودک گروه آزمایش و کنترل در پس‌آزمون

متغیر	منبع	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	Sig.	اندازه اثر
پذیرش	میان-گروهی	۶۲ /۰۸۴	۱	۶۲ /۰۸۴	۱۱ /۴۲۲	۰ /۰۰۲**	۰ /۳۲۲
	خطا	۱۳۰ /۴۵۴	۲۴	۵ /۴۳۶			
حمایت بیش از حد	میان-گروهی	۱۱۴ /۷۴۳	۱	۱۱۴ /۷۴۳	۸ /۲۷۷	۰ /۰۰۸**	۰ /۲۵۶
	خطا	۳۳۲ /۷۲۶	۲۴	۱۳ /۸۶۴			
سهل گیری بیش از حد	میان-گروهی	۱۱۰ /۳۷۸	۱	۱۱۰ /۳۷۸	۱۱ /۲۶۰	۰ /۰۰۳**	۰ /۳۱۹
	خطا	۲۳۵ /۲۵۶	۲۴	۹ /۸۰۲			
طرد	میان-گروهی	۴۹ /۱۳۱	۱	۴۹ /۱۳۱	۶ /۷۸۷	۰ /۰۱۶*	۰ /۲۲۰
	خطا	۱۷۳ /۷۳۴	۲۴	۷ /۲۳۹			
نمره کلی رابطه مادر - کودک	میان-گروهی	۳۷۹/۳۱۲	۱	۳۷۹/۳۱۲	۸/۶۰۲	۰/۰۰۶**	۰/۲۲۳
	خطا	۱۳۲۲/۸۵۰	۲۴	۴۴/۰۹۵			

*P<۰/۰۵ **P<۰/۰۱

برای بررسی تأثیر آموزش درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی بر مؤلفه‌های دلبستگی کودکان، سطح همهٔ آزمونهای معناداری (اثرپیلایی، لامبدای ویلکز، اثر هتلینگ و بزرگ‌ترین ریشـــه روی)، کمتر از ســـطح آلفای تعیین‌شده بود، بنابراین، اثربخش بودن مداخله مورد تأیید قرار می‌گیرد و بیانگر آن است که میان دو گروه از نظر متغیر دلبستگی و مؤلفه‌های آن تفاوت معنادار وجود دارد (جدول ۶).

جدول ۶. آزمون معناداری تحلیل کوواریانس چندمتغیره برای متغیر رابطه دلبستگی

متغیر	آزمون	Value	F	Sig.
گروه	اثرپیلایی	۰/۴۸۰	۷/۰۷۲	۰/۰۰۲**
	لامبدای ویلکز	۰/۵۲۰	۷/۰۷۲	۰/۰۰۲**
	اثر هتلینگ	۰/۹۲۲	۷/۰۷۲	۰/۰۰۲**
	بزرگ‌ترین ریشه روی	۰/۹۲۲	۷/۰۷۲	۰/۰۰۲**

*P<۰/۰۵ **P<۰/۰۱

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-28]
[DOR: 20.1001.1.26766728.1401.19.3.3.3]

در جدول شـــماره ۷ نتایج آزمون اثرات میان‌آزمودنی برای مقایســـه مؤلفه‌های دلبستگی، در افراد گروههای آزمایش و کنترل در مرحله پس‌آزمون نشـــان داده شـــده اســـت. با مقایسه میانگین دو گروه مشاهده می‌شـــود که میانگین نمرات تکامل انطباقی مثبت کودکان افراد گروه آزمایش در پس‌آزمون، در مقایسه با گروه کنترل، افزایش یافته و در مقابل میانگین نمرات رفتارهای منفی، واکنشهای هیجانی، دوری گزیدن از فرد مراقب و نمره کلی روابط میانی دلبستگی کاهش یافته است. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که آموزش درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی مؤثر بوده و موجب بهبود دلبستگی کودکان شده است.

جدول ۷. آزمون اثرات میان‌آزمودنی برای مقایسه مؤلفه‌های دلبستگی کودکان گروه آزمایش و کنترل در پس‌آزمون

متغیر	منبع	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	Sig.	اندازه اثر
تکامل انطباقی مثبت	میان-گروهی	۲۷ /۵۳۹	۱	۲۷ /۵۳۹	۹ /۸۱۵	۰/۰۰۵	۰/۲۹۰
	خطا	۶۷ /۳۴۰	۲۴	۲ /۸۰۶			
رفتارهای منفی	میان-گروهی	۲۳ /۴۵۰	۱	۲۳ /۴۵۰	۹ /۶۳۱	۰/۰۰۵	۰/۲۸۶
	خطا	۵۸ /۴۳۴	۲۴	۲ /۴۳۵			
واکنشهای هیجانی	میان-گروهی	۷۵ /۸۶۳	۱	۷۵ /۸۶۳	۱۰ /۰۵۵	۰/۰۰۴	۰/۲۹۵
	خطا	۱۸۱ /۰۸۲	۲۴	۷ /۵۴۵			
دوری گزیدن از فرد مراقب	میان-گروهی	۴۵ /۶۵۱	۱	۴۵ /۶۵۱	۸ /۹۲۸	۰ /۰۰۶	۰ /۲۷۱
	خطا	۱۲۲ /۷۲۰	۲۴	۵ /۱۱۳			
نمره کلی دلبستگی	میان-گروهی	۴۲۷/۶۵۹	۱	۴۲۷/۵۶۹	۷/۰۹۵	۰/۰۱۲	۰/۱۹۱
	خطا	۱۸۰۸/۳۶۴	۲۴	۶۰/۲۷۹			

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی آموزش درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی بر بهبود رابطه مادر-کودک و دلبستگی کودکان بوده است. نتایج پژوهش نشان داد که آموزش درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی بر بهبود رابطه مادر-کودک در سطح معناداری ۰/۰۵ مؤثر است. نتایج پژوهش حاضر همخوانی دارد با نتایج پژوهشـــهای دیگر مانند پژوهشـــهای موسوی (۱۳۹۳)، کبیری و کلانتری

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-28]
[DOR: 20.1001.1.26766728.1401.19.3.3.3]

(۱۳۹۷)، اردوِی، سدلر، دیکسون و اسلید[1] (۲۰۱۴)، عظیمی‌فر، جزایری، فاتحی‌زاده، عابدی (۱۳۹۶) و روستاد و ویتاکر (۲۰۱۶) که جملگی در پژوهشهای خویش اثربخشی آموزش درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی را بررسی کرده‌اند.

در تبیین این یافته می‌توان گفت که در اوایل کودکی، بیشترین درک کودک از خود در تعاملاتی است که با مراقب قابل اعتماد تجربه می‌کند (فوناگی، گرگلی[2]، جوریست[3] و تارگت[4]، ۲۰۰۲). در همین راستا، نشان داده شده است که ذهنی‌سازی والدین رشد درک عاطفی و ذهنی کودکان را پیش‌بینی می‌کند و موجب ایجاد روابط سالم میان والد- کودک می‌شود. منظور از الگوی تعاملات مادر- کودک، سبک والدگری مادر است که در جریان ارتباطات متقابل میان مادر- کودک بروز می‌کند (انسینک[5]، نورماندین[6]، پلاموندون[7]، برتلو[8] و فوناگی، ۲۰۱۶). کودکان اگر والدین را افرادی پاسخگو و پشتیبان شناخته باشند، ارزشمند بودن و دوست‌داشتنی و مهم بودن را تجربه می‌کنند. اگر مادر در رابطه با کودک خود بر اساس نظریه سایمون[9] (۱۹۶۱) که رابطه مادر- کودک را درقالب چهار الگوی تعاملی قرار می‌دهد، (پذیرش فرزند- بینش حمایتگری- نوع روابط مادر- کودک مانند طرد کردن، کنترل بیش از حد، سهل‌گیری) آگاهی داشتن نسبت به این ویژگیها در رابطه مادر- کودک سبب بهبود رابطه مادر- کودک می‌شود. مهم‌ترین ناهنجاریهای ارتباطی مادر- شیرخوار نه‌تنها پیش‌بینی‌کننده دلبستگی است، بلکه در برخی مطالعات طولی که با دقت انجام شده است، از بروز احتمالی آسیب‌شناسی شخصیت خبر می‌دهد (فوناگی، لویتن و آلیسون، ۲۰۱۵).

بررسیهای اخیر (لئون، استیل، پالاسیوس، رومان و مورنو[10] (۲۰۱۸) نشان داده است که کیفیت ارتباط والدین با فرزندان ارتباطی نزدیک با رفتارهای فرزندان و سازگاری روانی آنها دارد. هر اندازه میزان تعارض والدین و فرزندان بیشتر باشد، میزان هیجانات منفی و مشکلات رفتاری درفرزندان بیشتر می‌شود. همچنین به هر میزان که تعامل والدین با فرزندان کیفیت‌بخش باشد، به‌همان اندازه می‌توان انتظار رفتار و هیجانات بهنجار را از کودکان داشت. بر این اساس تجربه یک ارتباط گرم، صمیمی و مداوم با مادر یا جانشین دائم او، چیزی است که برای سلامت روان کودک ضروری به‌نظر می‌رسد (چوی، تیلور، هونگ، کیم و یی[11]، ۲۰۱۸).

1. Ordway, Sadler, Dixon & Slade
2. Gergely
3. Jurist
4. Target
5. Ensink
6. Normandin
7. Plamondon
8. Berthelot
9. Simon
10. León, Steele, Palacios, Román & Moreno
11. Choi, Taylor, Hong, Kim & Yi

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-28]
[DOR: 20.1001.1.26766728.1401.19.3.3.3]

بهبـــود رابطهٔ مادر-کودک در گروه نمونه پژوهش حاضر تا حدودی به‌واســـطه آشـــنا کردن مادران با نیازهای کودکان (جلسه دوم) انجام شد و مادران با نیازهای گوناگون کودکان مانند نیاز به‌خودمختاری، نیاز به شایستگی و نیاز به برقراری ارتباط آشنا شدند و بسیاری از تعارضهایی که ممکن بود به دلیل عدم شناخت نیازهای کودکان ایجاد شود، برطرف شد. افزون بر این، در جلسه سوم مداخله پژوهش حاضر، به مادران آموزش داده شد از گفتگوهای بی‌حاصل پرهیز و گفتگوهای منطقی را جایگزین کنند. بســـیاری از رفتارهای خشونت آمیز کودکان به‌دلیل نصیحتهای نابجای والدین اســـت و مادران با فراگیری گفتگوهای منطقی در جلســـه سوم، از این نظر بهبود یافتند و این‌امر سبب بهبود رابطه مادر-کودک شـد. در ضـمن رابطه نامناسب مادر-کودک معمولاً به دلیل عدم درک احساسات کودکان است. در پژوهش حاضر، مادران در جلسه چهارم مداخله آموزشهای گوناگون را در زمینه درک، پذیرش، بازخورد و عدم انکار احساسات کودکان دریافت کردند تا از این مهارتها در زمان بروز واکنشهای هیجانی تند کودکان بهره بگیرند. مادران با دریافت این آموزشها بهتر می‌توانند رابطه خود را با کودکان مدیریت کنند و می‌آموزند از واکنشهای هیجانی سازش‌نایافته پرهیز کنند. در جلسه پنجم آموزش ذهنی‌ســـازی، مادران راههای درست انتقاد کردن و تمجید به‌جـــا از کودکان را فرا گرفتند که این امر کمک کـــرد تا مادران در برابر رفتارهای مثبت و منفی کودکان، واکنشهایی سازنده نشان بدهند. با کاربست این آموزشها، رابطه مادر-کودک بهبود یافت.

نتایج پژوهش همچنین نشان داد که آموزش درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی بر دلبستگی ایمن کودکان در سطح معناداری ۰/۰۱ مؤثر است. نتایج پژوهش حاضر همخوانی دارد با نتایج پژوهشهای تبعه‌امامی، نوری، ملک‌پور و عابدی (۱۳۹۰)، هاشـــمی، درتاج، ســـعدی‌پور و اسدزاده (۱۳۹۶) و کوستا-کوردلا[1]، لویتن، کوهن[2]، منا[3] و فوناگی (۲۰۲۱) که به‌طورکلی به بررسی اثربخشی آموزش درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی بر دلبستگی ایمن کودکان، پرداخته‌اند. در تبیین این یافته می‌توان گفت که ذهنی‌سازی یک پتانسیل توسعه است که در سالهای نخستین زندگی برآورده می‌شود و به روابط دلبستگی کافی به ویژه دلبستگیهای اولیه متکی است. تجربه‌های ذهنی کودکان به روابط والدین یا مراقب وابسته است. این بدان معناست که والدین برای ایجاد دلبستگی کودک پاسخهایی به نوزاد می‌دهند که به او در نتیجه‌گیری از این دنیا و ایجاد ذهنی‌سازی کمک می‌کند (فوناگی و آلیسون، ۲۰۱۴). مطالعات نشان می‌دهد که عملکرد بازتابی والدین ابتدا زمینه دلبستگی را توسعه می‌دهد و سطح ذهنی‌سازی والدین ممکن است حـداقل در مـراحل نخستین رشـد نقشی مهم را ایفا کـند (فوناگی و همکاران، ۲۰۰۲). پژوهشهـای متعدد تأکید کرده‌اند کـه سبک دلبستگی ایمن در برابر آشفتگیهای عاطفی مانند یک تکیه‌گاه عمل می‌کند. ذهنی‌سازی صرفاً سبب ایجاد دلبستگی

1. Costa-Cordella
2. Cohen
3. Mena

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-28]
[DOR: 20.1001.1.26766728.1401.19.3.3.3]

ایمن نمی‌شـــود بلکه سبب شکل‌گیری اعتماد در کودک می‌شود و آنچه را از مراقب خود دریافت می‌کند برایش قابل‌اعتماد و قابل‌تعمیم به خودش اســـت. تجربهٔ روابط دلبستگی ایمن و منسجم با مراقبان اولیه به‌طور طبیعی، یک تصویر ذهنی پایدار از خود را در ذهن کودک شـــکل می‌دهد؛ تصویری که توانایی انعکاس دادن تجربیات درونی خود و دیگران را به فرد می‌دهد (برون، دیماجیو و ادل[1]، ۲۰۱۳). هنگامی‌که نوزادی در خانواده متولد می‌شود، پاسخ‌دهی به نیازهای اولیه او به دلیل همدلی مراقبانش به‌ویژه مادر اســـت. با توجه به عوامل نامساعد محیط خانوادگی مانند سبکهای تربیتی ناکارآمد والدینی و عدم ارتباط مناســـب، بعضی از کودکان دارای مشکلات رفتاری، دارای مشـــکلات دلبستگی هستند (شفیع‌پور، شیخی، میرزایی و کاظم‌نژاد لیلی، ۱۳۹۴). عدم موفقیت در شکل‌گیری دلبستگی ایمن در سالهای اولیه زندگی، می‌تواند تأثیرات منفی بر رفتارهای دوران کودکی و نیز بزرگســـالی برجای بگذارد. مشاهده کرده‌اید کودکانی که مشکلات رفتاری همچون بزهکاری، پرخاشگری و اختلال نافرمانی مقابله‌ای برای آنان تشخیص داده شده‌است، اغلب دچار مشکلات دلبســـتگی بوده‌اند و تاریخچه‌ای از بدرفتاری، غفلت یا آسیبهای دوران اولیه کودکی را به‌همراه دارند (صدری، زارع بهرام‌آبادی و غیاثی، ۱۳۹۵؛ چائه[2] و همکاران، ۲۰۱۸). با توجه به اینکه تقویت دلبستگی در این پژوهش هدف بوده است می‌توان به این نتیجه رسید که تقویت دلبستگی عاملی مهم برای ســـلامت روان کودکان اســـت. در واقع با آموزش مادران در زمینه سلامت روان کودکان و تبیین ارتباط آن با دلبستگی کودک می‌توان در جهت ایجاد دلبستگی ایمن اقدام کرد. هدف پژوهش حاضر تقویت دلبســـتگی ایمن و بهبود رابطه مادر-کودک از طریق آموزش مبتنی بر درمان ذهنی‌سازی بوده است.

بـــرای تقویت ذهنی‌ســـازی و کارکرد تأملی مادرانی که کودکشـــان مشـــکل حـــاد ندارند، خانواده‌درمانی مبتنی بر ذهنی‌سازی پیشنهاد می‌شود (بیتمن و فوناگی، ۲۰۱۲). آنچه در رویکرد خانواده‌درمانی مبتنی بر ذهنی‌سازی اهمیت دارد فرایند است نه محتوا. درمانگر، در پی حل مسئله نیست بلکه فرایندی را بررسی می‌کند که منجر به ایجاد مسئله شده و خانواده را درگیر آن کرده اســـت. در اینگونه برنامه‌ها تمرکز اصلی بر آشنا کردن والدین به‌ویژه مادر با وضعیت روانی خود و کودک اســـت. یکی از اهداف اصلی برنامه‌های مبتنی بر ذهنی‌سازی شناخت سازوکارهای دفاعی مخرب کودک و جایگزین کردن آنها با رفتارهای اصلاحی است (کوستا-کوردلا و همکاران، ۲۰۲۱). در این برنامه‌هـــا و مداخلات، درمانگر تلاش می‌کند تا والدین یا مراقب را با وضعیت روانی کودک آشنا کنند تا بتوانند در مورد رفتار ظاهری کودک خود بیندیشند و ریشه رفتارهای وی را شناسایی کنند. این امر ســـبب ایجاد رابطه‌ای بهتر میان مادر-کودک و همچنین سبب رشد سالم کودک و

1. Brüne, Dimaggio & Edel
2. Chae

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-28]
[DOR: 20.1001.1.26766728.1401.19.3.3.3]

ایجاد دلبستگی ایمن در کودک می‌شود.

مادران با شناخت نیازهای اساسی کودکان مانند نیاز به برقراری ارتباط (جلسه دوم مداخله)، تعاملهای خود را با کودکان بهبود می‌بخشند و از این طریق موجب بهبود دلبستگی می‌شوند. یکی از الزامات بهبود دلبستگی، آگاهی و شناخت احساسات کودکان است که از این طریق، دوری گزیدن کودکان از مادران کاهش می‌یابد و دلبستگی ایمن شکل می‌گیرد. به این منظور، در جلسه چهارم مداخله، آموزشهایی در زمینه درک و پذیرش احساسات کودکان و همچنین، قضاوت نکردن در مورد احساسات کودک به مادران ارائه شد تا از این طریق، دلبستگی کودکان بهبود یابد. یکی‌دیگر از ابعاد دلبستگی، واکنشهای هیجانی بود که در جلسه پنجم مداخله از طریق آموزش راههای درست انتقاد و تمجید کردن از کودک، روشهای مؤثر برخورد با واکنشهای هیجانی کودکان در اختیار مادران قرار گرفت تا از این طریق، دلبستگی کودکان بهبود یابد و به‌صورت ایمن درآید. این آموزشها سبب بهبودی معنادار در دلبستگی کودکان شد.

یکی از محدودیتهای پژوهش حاضر، حجم کم گروه نمونه و عدم انتخاب تصادفی اعضای نمونه بود که روایی بیرونی (تعمیم‌پذیری) نتایج مطالعه به سایر افراد جامعه آماری را با محدودیت همراه می‌سازد. همچنین، به‌دلیل شیوع بیماری کرونا، امکان برگزاری جلسه به‌شکل حضوری وجود نداشت و جلسات به‌شکل آنلاین در برنامه اسکای‌روم برگزار شد. از این‌رو، پیشنهاد می‌شود در مطالعات آینده با استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی و حجم نمونه بزرگ‌تر انجام شود تا تعمیم نتایج از اعتبار بیشتری برخوردار باشد. علاوه بر این، پیشنهاد می‌شود از طریق اجرای مداخله به‌صورت حضوری و در محیطهای ایمن و کنترل شده، شواهدی برای مقایسه نتایج اجرای مداخله به‌صورت حضوری و آنلاین فراهم شود. پیشنهاد می‌شود پژوهشهایی در راستای اختلالهای شدید مانند اتیسم، بیش‌فعالی و ... براساس رویکرد ذهنی‌سازی انجام گیرد. محدودیت دیگر مطالعه حاضر، عدم دسترسی به اعضای شرکت‌کننده پس از پایان مداخله بود که موجب شد امکان بررسی پایداری نتایج در مرحله پیگیری وجود نداشته باشد، ازاین‌رو به پژوهشگران آتی پیشنهاد می‌شود که مرحله پیگیری را در طرح پژوهش پیش‌بینی کنند تا امکان ارزیابی پایداری نتایج فراهم باشد. بر اساس یافته‌های پژوهش حاضر به‌نظر می‌رسد رویکرد ذهنی‌سازی می‌تواند مانند مداخله‌ای کاربردی برای بهبود رابطه مادر-کودک و دلبستگی کودکان غیربالینی مورد استفاده قرار گیرد. با توجه به اینکه رابطه مادر-کودک در دوره کودکی تأثیری بسزا در رشد شخصیتی و تحول روان‌شناختی کودک دارد، پیشنهاد می‌شود برنامه‌های مشابه با استفاده از رویکرد ذهنی‌سازی در فرهنگسراها و سرای محله‌ها برای مادران برگزار شود. افزون بر این، روانشناسان و مشاوران شاغل در مراکز جامع سلامت و مراکز بهداشتی سراسر کشور می‌توانند با استناد به یافته‌های پژوهش حاضر، از آموزش درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی برای بهبود سطوح دلبستگی کودکان نیز بهره بگیرند.

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-28]
[DOR: 20.1001.1.26766728.1401.19.3.3.3]

منابع

REFERENCES

برک، لورا. (۲۰۰۷). *روان‌شناسی رشد (از القاح تا کودکی)*، ترجمه یحیی سیدمحمدی. (۱۳۹۰). تهران: انتشارات ارسباران.

تبعه‌امامی، شیرین؛ نوری، ابوالقاسم؛ ملک‌پور، مختار و عابدی، احمد. (۱۳۹۰). اثربخشی آموزش شناختی‌رفتاری مادران بر تغییر رفتار مادرانه و دلبستگی ناایمن کودک. *مجله روان‌شناسی بالینی*، ۳ (۳)، ۷-۱۶.

حسن‌زاده، هانیه و زینالی، علی. (۱۳۹۸). نقش صمیمیت با همسر، سبک‌های دلبستگی و عاطفه مثبت و منفی مادر در پیش‌بینی عاطفه مادر-کودک در دوران بارداری. *مجله دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه*، ۱۷ (۸)، ۵۹۲-۶۰۲.

خانجانی، زینب؛ پیمان‌نیا، بهرام و هاشمی، تورج. (۱۳۹۵). پیش‌بینی کیفیت تعامل مادر-کودک با انواع اختلالات اضطرابی در کودکان دبستانی با توجه به ویژگی‌های فرهنگی مادران ایرانی. *مجله اندیشه‌های نوین تربیتی*، ۱۲ (۲)، ۲۳۹-۲۶۰.

رهبرکرباسدهی، فاطمه؛ ابوالقاسمی، عباس و رهبرکرباسدهی، ابراهیم. (۱۳۹۵). تأثیر آموزش مدیریت تنیدگی مبتنی بر روی‌آورد شناختی-رفتاری بر بهبود رابطه والد-کودک و بهزیستی روان‌شناختی مادران کودکان کم‌توان ذهنی. *فصلنامه سلامت روانی کودک*، ۳ (۳)، ۵۹-۷۱.

سلیمانی، حمیده؛ بشاش، لعیا و لطیفیان، مرتضی. (۱۳۹۳). خصوصیات روان‌سنجی پرسشنامه روابط میان دلبستگی برای دوره سنی میانی کودکی. *مجله روش‌ها و مدل‌های روان‌شناختی*، ۴ (۱۶)، ۴۱-۶۳.

سهرابی، سرور. (۱۳۹۳). بررسی تأثیر ماساژ بدن نوزاد توسط مادر بر رفتارهای دلبستگی مادران دارای نوزاد بستری در بخش مراقبت‌های نوزادان. *مجله دانشور پزشکی*، ۲۲ (۶)، ۷۹-۸۶.

شفیع‌پور، سیده‌زهرا؛ شیخی، علی؛ میرزایی، مهشید و کاظم‌نژاد لیلی، احسان. (۱۳۹۴). سبک‌های فرزندپروری و ارتباط آن با مشکلات رفتاری کودکان. *مجله پرستاری و مامایی جامع‌نگر*، ۲۵ (۷۶)، ۴۹-۵۶.

صدری، مریم؛ زارع بهرام‌آبادی، مهدی و غیاثی، مهناز. (۱۳۹۵). اثربخشی آموزش درمان مبتنی بر دلبستگی بر کیفیت دلبستگی و مهارت‌های اجتماعی کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای. *فصلنامه سلامت روانی کودک*، ۳ (۲)، ۲۱-۳۰.

ضمیری، راضیه. (۱۳۸۴). *بررسی رابطه بین نوع زایمان و رابطه عاطفی کودک و مادر دختران مقطع پیش‌دبستانی*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد رودهن.

عظیمی‌فر، شیرین؛ جزایری، رضوان‌السادات؛ فاتحی‌زاده، مریم‌السادات و عابدی، احمد. (۱۳۹۶). هم‌سنجی تأثیر آموزش مدیریت والدین و آموزش فرزندپروری با روش درمانگری متمرکز بر پذیرش و تعهد در رابطه مادر-کودک مادران کودکان دچار مشکلات رفتاری برونی‌سازی شده. *مجله مشاوره و روان درمانی خانواده*، ۷ (۲)، ۹۹-۱۲۲.

کبیری، آرزو و کلانتری، مهرداد. (۱۳۹۷). بررسی اثربخشی آموزش گروهی فرزندپروری مثبت بر تنیدگی والدینی و روابط مادر-کودک در مادران کودکان مبتلا به شب‌ادراری. *مجله دانش و پژوهش در روان‌شناسی کاربردی*، ۱۹ (۲)، ۱۱۵-۱۲۴.

موسوی، ولاء. (۱۳۹۳). *اثربخشی برنامه آموزشی تقویت دلبستگی ایمن بر رابطه مادر-کودک، مشکلات رفتاری کودکان و تنیدگی*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه تهران.

هاشمی، سعداله؛ درتاج، فریبرز؛ سعدی‌پور، اسماعیل و اسدزاده، حسن. (۱۳۹۶). الگوی ساختاری احساسات شرم و گناه بر اساس شیوه‌های فرزندپروری والدین: نقش واسطه‌ای سبک‌های دلبستگی. *فصلنامه علمی-پژوهشی روان‌شناسی کاربردی*، ۱۱ (۴)، ۴۷۵-۴۹۳.

همز، جرمی. (۱۳۷۸). نظریه دلبستگی: مبنای زیست‌شناختی رواندرمانگری؟، ترجمه محمدعلی بشارت. *مجله تازه‌های رواندرمانی*، ۴ (۱۳-۱۴)، ۶۳-۸۳.

Bateman, A. W., & Fonagy, P. E. (Eds.). (2012). *Handbook of mentalizing in mental health practice*. Washington, D. C.: American Psychiatric Publishing, Inc.

_____. (2001). Treatment of borderline personality disorder with psychoanalytically oriented partial hospitalization: An 18-month follow-up. *The American Journal of Psychiatry*, *158*(1), 36-42.

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-28]

[DOR: 20.1001.1.26766728.1401.19.3.3.3]

Berlin, L. J. Ziv, Y., Amaya-Jackson, L., & Greenberg, M. T. (Eds.). (2007). *Enhancing early attachments: Theory, research, intervention, and policy*. Guilford Press.

Brüne, M., Dimaggio, G., & Edel, M. A. (2013). Mentalization-based group therapy for inpatients with borderline personality disorder: Preliminary findings. *Clinical Neuropsychiatry*, *10*(5), 196-201.

Chae, Y., Goodman, M., Goodman, G. S., Troxel, N., McWilliams, K., Thompson, R. A., ... Widaman, K. F. (2018). How children remember the Strange Situation: The role of attachment. *Journal of Experimental Child Psychology*, *166*, 360-379.

Choi, E. J., Taylor, M. J., Hong, S. B., Kim, C., & Yi, S. H. (2018). The neural correlates of attachment security in typically developing children. *Brain and Cognition*, *124*, 47-56.

Costa-Cordella, S., Luyten, P., Cohen, D., Mena, F., & Fonagy, P. (2021). Mentalizing in mothers and children with type 1 diabetes. *Development and Psychopathology*, *33*(1), 216-225.

Ensink, K., Normandin, L., Plamondon, A., Berthelot, N., & Fonagy, P. (2016). Intergenerational pathways from reflective functioning to infant attachment through parenting. *Canadian Journal of Behavioural Science/ Revue canadienne des sciences du comportement, 48*(1), 9-18.

Fonagy, P., & Allison, E. (2014). The role of mentalizing and epistemic trust in the therapeutic relationship. *Psychotherapy*, *51*(3), 372-380.

Fonagy, P., & Bateman, A. (2008). The development of borderline personality disorder- A mentalizing model. *Journal of Personality Disorders*, *22*(1), 4-21.

Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, E. L., & Target, M. (Eds.). (2002). *Affect regulation, mentalization and the development of the self*. New York: Other Press.

Fonagy, P., Luyten, P., & Allison, E. (2015). Epistemic petrification and the restoration of epistemic trust: A new conceptualization of borderline personality disorder and its psychosocial treatment. *Journal of Personality Disorders*, *29*(5), 575-609.

Giannotta, F., & Rydell, A.-M. (2017). The role of the mother-child relationship in the route from child ADHD to adolescent symptoms of depressed mood. *Journal of Adolescence*, *61*, 40-49.

Hemmi, M. H., Wolke, D., & Schneider, S. (2011). Associations between problems with crying, sleeping and/or feeding in infancy and long-term behavioural outcomes in childhood: A meta-analysis. *Archives of Disease in Childhood*, *96*(7), 622-629.

Kappenberg, E. S., & Halpern, D. F. (2006). Kinship Center Attachment Questionnaire: Development of a caregiver-completed attachment measure for children younger than 6 years. *Educational and Psychological Measurement*, *66*(5), 852-873.

León, E., Steele, M., Palacios, J., Román, M., & Moreno, C. (2018). Parenting adoptive children: Reflective functioning and parent-child interactions: A comparative, relational, and predictive study. *Children and Youth Services Review, 95,* 352-360.

Ordway, M. R., Sadler, L. S., Dixon, J., & Slade, A. (2014). Parental reflective functioning: Analysis and promotion of the concept for paediatric nursing. *Journal of clinical nursing*, *23* (23-24), 3490-3500.

Reitman, D., & Asseff, J. (2010). Parenting practices and their relation to anxiety in young adulthood. *Journal of Anxiety Disorders*, *24*(6), 565-572.

Rostad, W. L., & Whitaker, D. J. (2016). The association between reflective functioning and parent-child relationship quality. *Journal of Child and Family Studies*, *25*(7), 2164-2177.

Roth, R. M. (1980). *Manual for the mother-child relationship evaluation*. Los Angeles: Westerns Psychological Services.

Sadock, B. J., Sadock, V. A., & Ruiz, P. (2014). *Kaplan and Sadock's Synopsis of Psychiatry*. LWW.

Theisen, J. C., Fraley, R. C., Hankin, B. L., Young, J. F., & Chopik, W. J. (2018). How do attachment styles change from childhood through adolescence? Findings from an accelerated longitudinal cohort study. *Journal of Research in Personality*, *74*, 141-146.

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-11-28]
[DOR: 20.1001.1.26766728.1401.19.3.3.3]