



Effectiveness of Trauma-Focused Cognitive-Behavioral Therapy on the Grief Symptoms and Behavioral Problems of Bereaved Children (One-Month Follow-Up)

Gelareh Rezaei Kangarshahi ¹, Masoud Shahbazi ^{2*}, Amin Koraei ³, Seyedeh Zahra Alavi ⁴

1. Ph.D. Candidate, Department Counseling, Faculty of Psychology, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran.
2. Corresponding Author, Assistant Professor, Department of Counseling, Faculty of Humanities, Masjed Soleiman Branch, Islamic Azad University, Masjed Soleiman, Iran. Email: masoudshahbazi66@yahoo.com
3. Assistant Professor, Department of Counseling, Faculty of Psychology, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran.
4. Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Humanities, Susangerd Branch, Islamic Azad University, Susangerd, Iran.

ARTICLE INFO

Article type:
Research Article

Article History:

Received: 7 Oct 2021
Revised: 30 Nov 2021
Accepted: 20 Dec 2021
Published Online: 10 Jun 2023

Keywords:

Behavioral Children Problems, Grief, Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy.

ABSTRACT

The purpose of the present study was to investigate the effectiveness of trauma-focused cognitive-behavioral therapy on the bereavement symptoms and behavioral problems of grieving children. In this investigation, a single-case experimental design with incongruent multiple baseline designs was used. The statistical population of the present research was comprised of bereaved children in the city of Karaj who have lost a parent within the past six months. The investigation was conducted between January and May of 2021. The research sample consisted of three minors aged 10 to 11 who were selected using a method of purposive sampling based on the inclusion criteria. During two and a half months, the experimental group received ten 75-minute sessions of trauma-focused cognitive-behavioral therapy. This study utilized the Children's Grief Questionnaire (CGQ) and the Child Behavior Checklist (CBCL) as questionnaires. The study's data were analyzed using the statistical software SPSS-22, visual representation, the dynamic change index, and the improvement percentage formula. The degree of improvement in the variable of grief was 34, 27.53, and 29 for the first, second, and third subjects, respectively, and the calculated dynamic change index was 3.18, 3.56, and 3.14. Moreover, the degree of improvement in the variable of internalized behavioral problems was 46.66, 31.50, and 38.02 for the first, second, and third subjects, respectively, and the calculated dynamic change index was 2.07, 2.96, and 2.14. In addition, the degree of externalized behavioral disorders was 46.98, 40.82, and 45.92 for the first, second, and third subjects, respectively, and the calculated dynamic change index was 2.34, 2.02, and 1.98. After treatment, the amount of dynamic change index was greater than Z (1.96); the results of this study suggest that cognitive-behavioral therapy is an effective method for reducing the bereavement and behavioral problems of grieving children.

Cite this article: Rezaei Kangarshahi, G., Shahbazi, M., Koraei, A., & Alavi, s. z. (2023). Effectiveness of Trauma-Focused Cognitive-Behavioral Therapy on the Grief Symptoms and Behavioral Problems of Bereaved Children (One-Month Follow-Up). *Journal of Applied Psychological Research*, 14(1), 161-177. doi: 10.22059/JAPR.2023.333539.644073



Publisher: University of Tehran Press
DOI: <https://doi.org/10.22059/japr.2023.333539.644073>

© The Author(s).



اثربخشی درمان شناختی-رفتاری متمرکز بر تروما بر علائم سوگ و مشکل های رفتاری کودکان سوگوار (دوره پیگیری یک ماهه)^۱

گلاره رضایی کنگرشاهی^۲، مسعود شهبازی^{۳*}، امین کرایبی^۴، سیده زهرا علوی^۵

۱. مقاله حاضر مستخرج از رساله دکتری تخصصی در دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز است.

۲. دانشجوی دکتری، گروه مشاوره، دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران.

۳. نویسنده مسئول، استادیار، گروه مشاوره، دانشکده علوم انسانی، واحد مسجدسلیمان، دانشگاه آزاد اسلامی، مسجدسلیمان، ایران. رایانامه:

masoudshahbazi66@yahoo.com

۴. استادیار، گروه مشاوره، دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران.

۵. استادیار، گروه روان شناسی، دانشکده علوم انسانی، واحد سوسنگرد، دانشگاه آزاد اسلامی، سوسنگرد، ایران.

چکیده

اطلاعات مقاله

نوع مقاله:

پژوهشی

تاریخ های مقاله:

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۰۷/۱۵

تاریخ بازنگری: ۱۴۰۰/۰۹/۰۹

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۰۹/۲۹

تاریخ انتشار: ۱۴۰۲/۰۳/۲۰

کلیدواژه ها:

درمان شناختی-رفتاری متمرکز بر

تروما،

سوگ،

مشکل های رفتاری کودکان.

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان شناختی-رفتاری متمرکز بر تروما بر علائم سوگ و مشکل های رفتاری کودکان سوگوار انجام شد. روش پژوهشی حاضر طرح آزمایشی تک موردی، از نوع طرح های خط پایه چندگانه ناهم زمان بود. جامعه آماری پژوهش شامل کودکان سوگوار شهر کرج بود که در طول شش ماه گذشته پدر یا مادر خود را از دست داده بودند. اجرای پژوهش از بهمن ۱۳۹۹ تا اردیبهشت ۱۴۰۰ به طول انجامید. نمونه پژوهش شامل ۳ کودک ۱۰ تا ۱۱ ساله بود که با روش نمونه گیری هدفمند براساس ملاک های ورود به پژوهش انتخاب شدند. گروه آزمایش درمان شناختی-رفتاری متمرکز بر تروما را طی دو و نیم ماه در ۱۰ جلسه ۷۵ دقیقه ای دریافت کردند. پرسشنامه های استفاده شده در این پژوهش شامل پرسشنامه سوگ کودکان (CQQ) و سیاهه رفتاری کودکان (CBCL) بود. داده ها با نرم افزار SPSS-22 و براساس فرمول به روش های ترسیم دیداری، شاخص تغییر پایا و فرمول درصد بهبودی تجزیه و تحلیل شد. نتایج نشان می دهد در متغیر سوگ میزان بهبودی اول تا سوم ۳۴، ۳۳/۵۳ و ۲۹ و مقدار شاخص پایا به ترتیب ۳/۱۸، ۳/۵۶ و ۳/۱۴ محاسبه شد. در متغیر مشکل های رفتاری درون نمود میزان بهبودی برای آزمودنی های اول تا سوم به ترتیب ۴۶/۶۶، ۳۱/۵۰، ۳۸/۰۲ و مقدار شاخص تغییر پایا ۲/۱۴، ۲/۹۶ و ۲/۰۷ محاسبه شد. همچنین در متغیر مشکل های رفتاری برون نمود میزان بهبودی برای آزمودنی های اول تا سوم به ترتیب ۴۵/۹۵، ۴۰/۸۲ و ۴۶/۹۸ و مقدار شاخص تغییر پایا ۲/۳۴، ۲/۰۲ و ۱/۹۸ محاسبه شد. مقدار شاخص تغییر پایا پس از درمان برای هر سه آزمودنی در هر سه متغیر بالاتر از ارزش Z یعنی ۱/۹۶ بود. براساس یافته های پژوهش می توان نتیجه گرفت درمان شناختی-رفتاری می تواند روشی کارآمد برای کاهش سوگواری و مشکل های رفتاری کودکان سوگوار باشد.

استناد: رضایی کنگرشاهی، گ.، شهبازی، م.، کرایبی، ا.، علوی، س. ز. (۱۴۰۲). اثربخشی درمان شناختی-رفتاری متمرکز بر تروما بر علائم سوگ و مشکل های رفتاری کودکان

سوگوار (دوره پیگیری یک ماهه). فصل نامه پژوهش های کاربردی روانشناختی، ۱۴(۱)، ۱۷۷-۱۶۱. doi: 10.22059/JAPR.2023.333539.644073

ناشر: انتشارات دانشگاه تهران

DOI: <https://doi.org/10.22059/japr.2023.333539.644073>

© نویسنده گان.



مقدمه

به‌طور معمول انسان‌ها در رویارویی با فوت عزیزان با چالشی جدی مواجه می‌شوند که سوگ^۱ ناشی از آن با پیامدهای چشمگیر روانی، جسمانی، رفتاری، اجتماعی و اقتصادی همراه است (سولومون و راندو، ۲۰۱۲). در تعریف سوگ باید گفت سوگ حالت غم، اندوه و ناراحتی شدید درونی در مواجهه با از دست دادن شخص، اعتقاد و فکری خاص است (تولاهانس و همکاران، ۲۰۱۸). برخی صاحب‌نظران سوگ را مشتمل بر دو بعد درونی (افکار و احساسات) و بیرونی (رفتارهای مرتبط با سوگ مانند گریه کردن و ضجه‌زدن) می‌دانند (بولن، اسپایچ و لانفرینک، ۲۰۱۹). هنگام بروز سوگ، شرایط زندگی کودکان از تعادل خارج می‌شود و علائم زیادی در آنان بروز می‌کند (فیتزگرالد، نان و ایساکس، ۲۰۲۱) که این امر می‌تواند پیامدهای منفی زیادی در زمینه‌های اجتماعی و روانی به دنبال داشته باشد (روت و همکاران، ۲۰۲۱). رابطه مستقیمی بین علائم سوگ با مشکل‌های هیجانی، رفتاری، شناختی، جسمی و روابط بین‌فردی وجود دارد. کودکان و نوجوانان با علائم سوگ، تغییرات عمیقی را در نگاهشان به دنیا، مردم و خویشان تجربه می‌کنند. همچنین رشد روان‌شناختی و زیستی کودکان و نوجوانان با این شرایط و علائم تحت تأثیر قرار می‌گیرد (کوهن و مانارینو، ۲۰۱۹). سوگ یکی از دشوارترین وقایعی است که می‌تواند برای کودکان به‌وجود بیاید (سالیناس، ۲۰۲۱). آمارهای موجود نشان می‌دهد ۳/۵ درصد از کودکان ۵ تا ۱۶ ساله در طول زندگی، با مرگ والدین یا همشیرها مواجه می‌شوند (فاوت، تامپسون و پنی، ۲۰۰۹). سوگ آسیب‌زای ناشی از مرگ ناگهانی که به دلیل خشونت یا حوادث غیرمنتظره پیش می‌آید، موجب مشکلات بسیاری در کودکان می‌شود. مرگ‌هایی مانند تصادف، قتل، خودکشی و بلایای طبیعی یا جنگ از این دسته حوادث هستند. سوگ آسیب‌زای کودکان به معنای تحت تأثیر قرار گرفتن کودکان در اثر علائم تروما^۲ است (مورل-ولاسکو و همکاران، ۲۰۲۰).

نبود والدین به هر دلیلی که اتفاق بیفتد، رویدادی فاجعه‌آمیز به‌شمار می‌آید و مهم‌ترین عامل ایجاد سوگ در کودکان است (داپ و کاین، ۲۰۱۲). کودکانی که والدین خود را از دست دادند بسیاری از هیجانات مربوط به سوگ بزرگسالان مانند غمگینی، ناامیدی، خشم، دل‌تنگی و تنهایی را تجربه می‌کنند (اپنهیمر، ۲۰۱۰). با این حال کودکان در مقایسه با بزرگسالان به نحوی متفاوت با فقدان و سوگ مواجه می‌شوند (پاریس و همکاران، ۲۰۰۹). به نظر می‌رسد تعدادی از کودکان پس از پشت سر گذاشتن دوره‌های کوتاه و بروز واکنش‌های سوگ همخوان با سن و سطح تحولشان، به روال عادی زندگی بازمی‌گردند، اما برخی دیگر قادر نیستند با از دست دادن والدین به‌خوبی و سازگاران کناره‌بیابند (جمشیدی و همکاران، ۱۳۹۵)؛ بنابراین مشکلات رفتاری و هیجانی در آنان ظاهر می‌شود که عبارت‌اند از: اضطراب و افسردگی (کندی و همکاران، ۲۰۱۸)، رفتارهای دلبستگی اضطرابی مانند داد و فریادکردن و پرخاشگری، رفتارهای بازگشت به کودکی مانند مکیدن شست، شب‌اداری و از دست دادن برخی مهارت‌های آموخته‌شده پیشین (هولاند، ۲۰۰۸). در جریاناتی از این دست، احتمال همبودی سوگ با نشانه‌های افسردگی یا استرس پس از سانحه وجود دارد که متعاقب آن، در عملکرد روزانه کودکان اختلال ایجاد می‌شود که در این صورت به درمان نیاز پیدا می‌کنند (بولن، اسپایچ و ریجنتس، ۲۰۱۷)؛ بنابراین هرگاه کودکان نتوانند با سوگ و نبود والد یا والدین کنار بیایند و سازگاری در آنان صورت نگیرد، مشکلات رفتاری مختلفی در آن‌ها ظاهر می‌شود و سایر مشکلات نیز شدت می‌یابد (اصلی‌پور و همکاران، ۱۳۹۸).

مشکلات رفتاری کودکان به دو دسته مشکلات رفتاری درون‌نمود^۳ و برون‌نمود^۴ تقسیم می‌شوند (جو و همکاران، ۲۰۲۱). مشکلات رفتاری برون‌نمود شامل الگوهای سازش‌نایافته‌ای هستند که در تعارض با دیگر افراد و محیط بروز می‌یابند و رفتارهای قانون‌شکنانه و پرخاشگرانه را دربرمی‌گیرند (دراوشی و حاجیحیی، ۲۰۱۸). از جمله این اختلال‌ها می‌توان اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی، اختلال سلوک و اختلال نافرمانی مقابله‌ای را نام برد (وو و همکاران، ۲۰۱۸). در برابر اختلال‌های رفتاری برون‌نمود، اختلالات درون‌نمود قرار دارند. اختلال‌های رفتاری برون‌نمود برخلاف اختلال‌های درون‌نمود از ماهیتی درون‌فردی برخوردار

1. grief

2. trauma

3. internalized behavioral problems

4. externalizing behavioral problems

هستند و به شکل اجتناب از ارتباطات اجتماعی، بازدارندگی، اضطراب و افسردگی ظاهر می‌شوند (سیلوا و همکاران، ۲۰۱۷). در اختلال درون‌نمود، آزار یا آسیب‌رسانی به دیگران کمتر صورت می‌گیرد، اما در عوض هیجانات و عواطف کودک و نوجوان هدف قرار می‌گیرد و سبب آزار دیدن آن‌ها می‌شود (ورگلاند، رایس و اوست، ۲۰۲۱). به‌علاوه، اختلالات درون‌نمود با رفتارهای ناامیدانه، سکوت بیش‌ازحد و شکایات بدنی توأم است که سبب می‌شوند کودکان و نوجوانان مبتلا با احساس حقارت، کمرویی، ترس، دلبستگی بیش‌ازحد و غم و اندوه فراوان مواجه شوند (ولگاست و دونات، ۲۰۱۹).

روش‌های مختلف مداخله روان‌شناختی را می‌توان برای کودکان سوگوار به‌کار بست. یکی از درمان‌های تخصصی این حوزه برای کودکان درمان شناختی-رفتاری متمرکز بر تروما^۱ است. از آنجا که مرگ یکی از منابع دلبستگی می‌تواند به نبود آسیب‌زننده و بروز علائم سوگ و اندوه منجر شود، رویکردهایی مانند درمان شناختی-رفتاری متمرکز بر تروما می‌توانند یکپارچگی فرد را با پردازش جنبه‌های آسیب‌زای فقدان و مرگ تسهیل کنند (وامسر-نانی و استینزور، ۲۰۱۷)؛ درحالی‌که نتایج پژوهش سالمی و همکاران (۱۳۹۶)، قاضی‌زاده و همکاران (۱۳۹۹)، کاناله و همکاران (۲۰۲۱)، انیس، سبجریک و مونسون (۲۰۲۱)، اسلاندر و همکاران (۲۰۲۰)، لارسن و همکاران (۲۰۱۹) و کوهن و مانارینو (۲۰۱۹) نشان داده است درمان شناختی-رفتاری متمرکز بر تروما می‌تواند آسیب‌های روانی، هیجانی و شناختی ناشی از تروما و سوگ کودکان و نوجوانان را کاهش دهد. براساس شواهد به‌دست‌آمده، درمان شناختی-رفتاری متمرکز بر تروما توانسته است اثربخشی خود را برای کمک به کودکان، نوجوانان و مراقبان آن‌ها در غلبه بر مشکلات مرتبط با تروما نشان دهد. این رویکرد درمانی به‌منظور کاهش پاسخ‌های هیجانی و رفتاری ناسازگارانه بعد از حوادث آسیب‌زایی مانند کودک‌آزاری، خشونت خانگی، فقدان و رویدادهای آسیب‌زای دیگر ابداع شده است. همچنین بر مبنای نظریه‌های یادگیری و شناختی پایه‌گذاری شده است و باورها و استنادهای تحریف‌شده مرتبط با تروما را در افراد شناسایی و اصلاح می‌کند (آلن، ۲۰۱۸). این درمان از تلفیق چندین رویکرد درمانی مانند شناخت‌درمانی، رفتاردرمانی و خانواده‌درمانی به‌وجود آمده است. هدف بعد شناختی درمان، ایجاد تغییر رفتار با شناسایی افکار و ادراک شخص است؛ یعنی الگوهای فکری تحریف‌شده را تغییر می‌دهد و اصلاح می‌کند؛ درواقع تمرکز رفتاردرمانی بر تغییر پاسخ‌های عادی (مانند خشم و ترس) است و خانواده‌درمانی الگوها و تعاملات میان‌فردی اعضای خانواده را شناسایی و بررسی می‌کند (کوهن، مانارینو و دبلینگر، ۲۰۱۲).

در حوزه ضرورت پژوهش حاضر باید بیان کرد توجه به مسائل و مشکلات روانی-عاطفی کودکان داغ‌دیده و کمبود در خانواده‌ها، مدارس و مهدکودک‌ها و همچنین اهمیت‌دادن به درمان آن، از مهم‌ترین وظایف والدین و متصدیان حوزه سلامت روان است که باید در کار خود با کودکان و نوجوانان مدنظر قرار بگیرد. علاوه‌براین، وجود آسیب‌های شناختی، هیجانی و روان‌شناختی در کودکان سوگوار می‌تواند آسیب‌های هیجانی و اجتماعی دیگری مانند ضعف در برقراری ارتباط اجتماعی، بدتنظیمی هیجانی و بروز مشکل‌های رفتاری را به‌دنبال داشته باشد. براین‌اساس ضروری است به چنین مشکلاتی توجه شود و استفاده از روش‌های آموزشی و درمانی مناسب مانند درمان شناختی-رفتاری متمرکز بر تروما مدنظر قرار بگیرد؛ درحالی‌که در راستای اجرای مداخله درمان شناختی-رفتاری متمرکز بر تروما برای کودکان سوگوار خلأ پژوهشی نیز وجود دارد؛ بنابراین با توجه به موضوعات مطرح‌شده و تحقیقات انجام‌یافته درباره اثربخشی درمان شناختی-رفتاری متمرکز بر تروما و از سوی دیگر با توجه به خلأ پژوهشی حاضر به‌دلیل انجام‌نشدن تحقیقاتی مشابه در این باره، هدف انجام پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان شناختی-رفتاری متمرکز بر تروما بر سوگ و مشکل‌های رفتاری کودکان سوگوار است.

روش

جامعه آماری، نمونه و روش اجرای پژوهش

در پژوهش حاضر از طرح آزمایشی تک‌موردی^۱، از نوع طرح‌های خط پایه چندگانه ناهم‌زمان^۲ (گال، بورگ و گال، ۱۳۹۳) استفاده شده است؛ به این دلیل که این نوع طرح‌ها، ابزار مناسبی برای کارهای عملی-بالینی در تعیین اثربخشی مدل‌های درمانی بالینی را فراهم می‌کنند. جامعه آماری این پژوهش شامل کودکان سوگوار شهر کرج بود که در طول شش ماه گذشته پدر یا مادر خود را از دست داده بودند. اجرای پژوهش از بهمن ۱۳۹۹ تا اردیبهشت ۱۴۰۰ طول کشید. نمونه پژوهش شامل سه کودک ۱۰ تا ۱۱ ساله بود که با روش نمونه‌گیری هدفمند براساس ملاک‌های ورود به پژوهش انتخاب شدند. بدین‌صورت که با مراجعه به مرکز مشاوره طراوت و سازمان بهزیستی شهر کرج، کودکان سوگوار مراجعه‌کننده به این مراکز شناسایی شدند. برای اطمینان از وجود سوگ در این کودکان، پرسشنامه سوگ کودکان و همچنین مصاحبه بالینی نیز از آنان به‌عمل آمد. در مصاحبه بالینی صورت‌گرفته علائم سوگ به‌دقت بررسی و از وجود و تثبیت سوگ در کودکان اطمینان حاصل شد. سپس از میان کودکانی که نمره بالاتر از نمره برش (نمره بالاتر از ۷۰) کسب کرده بودند، ۳ کودک انتخاب و در پژوهش وارد شدند؛ بنابراین روند نمونه‌گیری با توجه به مراجعه کودکان به مرکز مشاوره طراوت و سازمان بهزیستی شهر کرج و اجرای پرسشنامه سوگ و انجام مصاحبه بالینی صورت گرفت. سه کودک حاضر در پژوهش پدر خود را از دست داده بودند.

ملاک‌های ورود به پژوهش شامل کسب نمره بالاتر از ۷۰ در پرسشنامه سوگ، تشخیص سوگ با توجه به نتایج مصاحبه بالینی، داشتن ۱۰ تا ۱۱ سال، رضایت کودک و والد (مادر) برای شرکت در پژوهش و نداشتن بیماری جسمی و روان‌شناختی حاد و مزمن دیگر (با توجه به پرونده سلامت و مشاوره‌ای آنان) بود. همچنین ملاک‌های خروج از پژوهش شامل داشتن بیش از دو جلسه غیبت، همکاری نکردن و انجام‌ندادن تکالیف مشخص‌شده در کلاس و تمایل نداشتن به ادامه حضور در فرایند انجام پژوهش بود.

ابزارهای سنجش

پرسشنامه سوگ کودکان^۳ (CQQ)

این پرسشنامه ابزاری است که سجادیان (۱۳۹۲) برای سنجش علائم سوگ در کودکان و نوجوانان طراحی کرده و حاوی ۲۳ ماده است که هریک در مقیاس لیکرت از تقریباً هرگز تا همیشه، به‌ترتیب از ۱ تا ۵ نمره‌گذاری شده‌اند. از جمع نمرات ماده‌ها، نمره کل پرسشنامه ملاک کلی علائم سوگ در کودکان و نوجوانان است. دامنه نمرات پرسشنامه بین ۲۳ تا ۱۱۵ است. کودکان و نوجوانان دارای نمرات بالاتر از ۷۰ سوگوار تشخیص داده می‌شوند. در پژوهش سجادیان (۱۳۹۲) که بر روی نوجوانان داغ‌دیده انجام شد، میزان پایایی پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۴ گزارش شده است. همچنین این پژوهشگر میزان روایی محتوایی این پرسشنامه را مطلوب و به میزان ۰/۸۹ گزارش کرده است. میزان پایایی این پرسشنامه در پژوهش حاضر با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۹ محاسبه شد.

سیاهه رفتاری کودکان^۴ (CBCL)

در این پژوهش، برای اندازه‌گیری مشکل‌های هیجانی و رفتاری کودکان از سیاهه رفتاری کودکان آخنباخ و رسکورلا (۲۰۰۱) استفاده شده است. این سیاهه از دو قسمت تشکیل شده که بخش اول شامل ۱۳ ماده است که به ارزیابی میزان صلاحیت کلی در قالب سه مقیاس فعالیت‌ها، مقیاس اجتماعی و مقیاس مدرسه می‌پردازد. با جمع نمره‌های سه مقیاس مذکور نمره کلی صلاحیت مقیاس به‌دست می‌آید. بخش دوم شامل ۱۱۳ ماده است و به ارزیابی مشکلات هیجانی و رفتاری می‌پردازد.

1. single case experiment
2. non - concurrent multiple baseline designs
3. Children's Grief Questionnaire (CQQ)
4. Child Behavior Checklist (CBCL)

پاسخ‌دهنده براساس وضعیت کودک هر ماده را به‌صورت صفر (نادرست است)، ۱ (گاهی درست است) و ۲ (غالباً درست است) درجه‌بندی می‌کند. نمره مشکلات هیجانی و رفتاری با جمع نمرات مشکلات رفتاری درون‌نمود (شامل نمره‌های گوشه‌گیری، مشکل‌های بدنی، اضطراب و افسردگی)، مشکلات برون‌نمود (شامل نمرات پرخاشگری و رفتارهای بزهکارانه) و مشکلات تفکر و مشکلات اجتماعی حاصل می‌شود. دامنه نمرات مشکل‌های هیجانی و رفتاری از صفر تا ۲۴۰ و گسترش نمرات t برای دامنه مرزی از ۶۰ تا ۶۳ و بالاتر از نمره ۶۳ برای دامنه بالینی مدنظر قرار گرفته است (آخنباخ و رسکورلا، ۲۰۰۱). سیاهه رفتاری کودکان یکی از کاربردی‌ترین و جامع‌ترین ابزارهای سنجش و تشخیص مشکلات دوران کودکی به‌شمار می‌رود که از روایی و اعتبار قابل قبولی برخوردار است (یانگ استرام، یانگ استرام و استار، ۲۰۰۵). گلاسر (۲۰۱۱) میزان اعتبار بازآزمایی و همسانی درونی را برای مشکل‌های هیجانی و رفتاری به ترتیب ۰/۹۴ و ۰/۹۷، مشکل‌های رفتاری برون‌نمود ۰/۹۲ و ۰/۹۴ و مشکل‌های رفتاری درون‌نمود ۰/۹۱ و ۰/۹۰ گزارش کرده است. آخنباخ و رسکورلا (۲۰۰۱) میزان آلفای کرونباخ را برای مشکلات هیجانی و رفتاری، مشکلات رفتاری برون‌نمود و مشکل‌های درون‌نمود بین ۰/۷۸ تا ۰/۹۷ گزارش کرده‌اند. در هنجاریابی این سیاهه در جمعیت ایرانی میزان اعتبار بازآزمایی و ضریب همسانی درونی برای مقیاس صلاحیت کلی ۰/۵۸ و ۰/۷۹، مشکل‌های هیجانی و رفتاری ۰/۵۸ و ۰/۸۳، مشکل‌های برون‌نمود ۰/۴۸ و ۰/۸۶، مشکل‌های درون‌نمود ۰/۹۷ و ۰/۸۸، مشکل‌های توجه ۰/۳۹ و ۰/۸۰، مشکل‌های تفکر ۰/۳۸ و ۰/۷۸ و مشکل‌های اجتماعی ۰/۴۸ و ۰/۶۹ گزارش شده است (مینایی، ۱۳۹۰ به نقل از صباغی و مهدی‌زادگان، ۱۳۹۹). میزان پایایی این پرسشنامه در پژوهش حاضر با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای مشکلات رفتاری برون‌نمود و درون‌نمود به ترتیب ۰/۸۱ و ۰/۷۹ محاسبه شده است.

روند اجرای پژوهش

برای انجام پژوهش حاضر، ابتدا با فراخوان در مراکز مشاوره شهر کرج و سازمان بهزیستی، افراد متقاضی و داوطلب شرکت در پژوهش انتخاب شدند و با استفاده از مصاحبه تشخیصی و نقطه برش ۷۰ در پرسشنامه سوگ کودکان و در نظر گرفتن ملاک‌های ورود و خروج وارد فرایند درمان شدند. همچنین در ابتدا برای حفظ رعایت اصول اخلاقی و کسب رضایت آگاهانه به‌منظور شرکت در پژوهش توضیحاتی به مراجعان داده شد و آن‌ها فرم رضایت آگاهانه را تکمیل کردند. به‌منظور کنترل متغیرهای ناخواسته و مداخله‌گر احتمالی، از نظر ترتیب ورود، آزمودنی‌ها به‌صورت تصادفی وارد مرحله درمان شدند و برای هر آزمودنی ۱۰ جلسه درمانی به‌صورت هفتگی طی دو ماه و نیم برگزار شد. طی هفته‌های اول و دوم (خط پایه)، آزمودنی اول هر هفته ابزارهای پژوهش را تکمیل کرد و در هفته سوم درحالی‌که آزمودنی‌های دوم و سوم در مرحله خط پایه قرار داشتند آزمودنی اول وارد جلسه اول مداخله شد. جلسه دوم مرحله مداخله‌ای آزمودنی اول هم‌زمان با جلسه اول مرحله مداخله‌ای برای آزمودنی دوم و خط پایه آزمودنی سوم اجرا شد. در جلسه سوم مداخله آزمودنی اول، جلسه دوم آزمودنی دوم و آزمودنی سوم وارد جلسه اول مداخله شدند. ابزارهای سنجش در مرحله خط پایه و نیز در پایان جلسات سوم، ششم و دهم اجرا و تکمیل شدند. همچنین پس از اتمام جلسات درمانی، دو نوبت پیگیری با فاصله یک‌ماهه صورت گرفت. فرایند اجرای پژوهش از بهمن ۱۳۹۹ تا اردیبهشت ۱۴۰۰ انجام شد. پس از پایان اجرای پژوهش، تحلیل داده‌های گردآوری شده با روش‌های آماری ترسیم دیداری، شاخص تغییر پایا (RCI) و فرمول درصد بهبودی انجام شد.

طرح درمان رفتاردرمانی شناختی متمرکز بر تروما

این طرح براساس پژوهش‌های کوهن و همکاران (۲۰۰۱) به‌وجود آمده که کلانتری، فتاحی و آقائی (۱۳۹۴) آن را ترجمه و از آن استفاده کرده‌اند.

جدول ۱. طرح درمان رفتاردرمانی شناختی متمرکز بر تروما

جلسات	هدف جلسه و تکنیک‌ها	شرح جلسات
جلسه اول	معارفه، شناخت اهداف و تعیین انتظارات، جهت‌یابی کودک به درمان	ایمن‌سازی در برابر استرس، شناسایی احساسات، تکنیک زندگی خود را رنگ کنید.
جلسه دوم	درمان، آموزش تنفس عمیق، آموزش آرامش عضلانی، آرامش توقف فکر	کاهش تظاهرات فیزیولوژیک ناشی از استرس و اختلال استرس پس از سانحه، جایگزینی افکار مناسب به جای افکار ناخواسته، افزایش احساس امنیت کودک، بهبود مهارت سازگاری شناختی
جلسه سوم	مثلث شناختی (آموزش ارتباط بین افکار، احساسات و رفتار)	کمک به کودک در شناخت تفاوت و رابطه احساسات و افکار
جلسه چهارم تا ششم	مواجهه تدریجی	جداسازی افکار، خاطرات یا بحث‌های مربوط به مرگ از عواطف منفی مانند وحشت، احساس بی‌کسی و خشم
جلسه هفتم	پردازش شناختی	ترغیب کودک برای کشف افکارش درباره مرگ و به‌چالش کشیدن و اصلاح شناخت‌هایی که یا نادرست هستند یا غیرمفید
جلسه هشتم	جلسات مشتری کودک-والد (مادر) متمرکز بر تروما	جلب حمایت والد (مادر)، پاسخ‌گویی به سؤالات کودک، تشویق کودک خواندن کتابی درباره مرگ، ایجاد الگویی مناسب برای صحبت کردن درباره مرگ، اصلاح شناخت‌های کودک، نقاشی زندگی پس از مرگ، فهرست احساسات کودک بعد از مرگ یک عزیز، تشویق کودک برای صحبت کردن درباره مرگ
جلسه نهم و دهم	عزاداری فقدان	

روش تجزیه و تحلیل اطلاعات

در این پژوهش، برای تجزیه و تحلیل داده‌ها دو سطح آمار توصیفی و استنباطی مدنظر قرار گرفت. در سطح آمار توصیفی، از میانگین و انحراف استاندارد و در سطح استنباطی براساس فرمول، داده‌ها به روش‌های ترسیم دیداری، شاخص تغییر پایا و فرمول درصد بهبودی تجزیه و تحلیل شد. نتایج آماری با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS-22 تجزیه و تحلیل شدند.

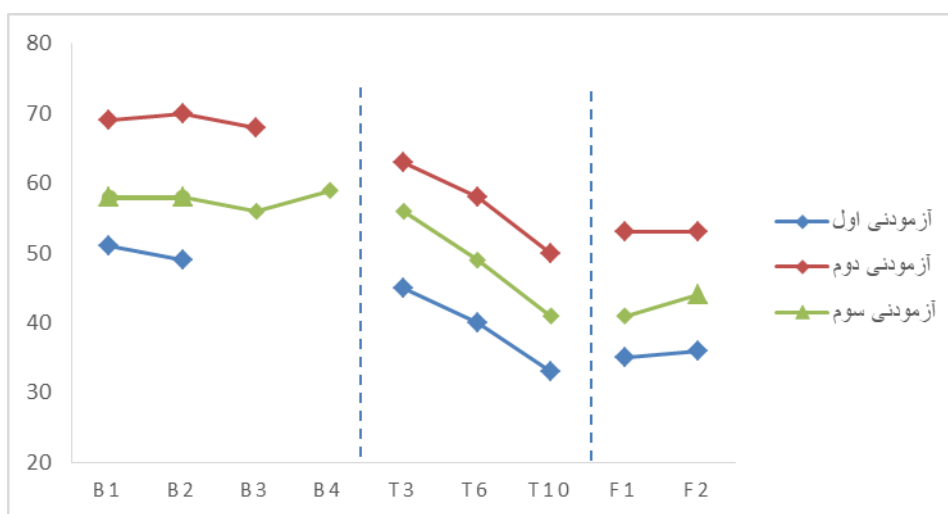
یافته‌ها

بررسی ویژگی‌های جمعیت‌شناختی آزمودنی‌ها نشان می‌دهد آزمودنی اول از لحاظ سطح تحصیلات پنجم ابتدایی، از لحاظ سن ۱۱ ساله و تک‌فرزند، آزمودنی دوم دارای سطح تحصیلات چهارم ابتدایی، ۱۰ ساله و تک‌فرزند و آزمودنی سوم ۱۰ ساله، پنجم ابتدایی و فرزند دوم بودند. همچنین کودک اول و سوم پسر بودند و کودک دوم دختر بود.

جدول ۲. نتایج روند تغییر مراحل رفتاردرمانی شناختی متمرکز بر تروما در متغیر علائم سوگ

مراحل درمان	آزمودنی اول	آزمودنی دوم	آزمودنی سوم
خط پایه اول	۵۱	۶۹	۵۸
خط پایه دوم	۴۹	۷۰	۵۸
خط پایه سوم	-	۶۸	۵۶
خط پایه چهارم	-	-	۵۹
میانگین مراحل خط پایه	۵۰	۶۹	۵۷/۷۵
جلسه سوم	۴۵	۶۳	۵۶
جلسه ششم	۴۰	۵۸	۴۹
جلسه دهم	۳۳	۵۰	۴۱
میانگین مراحل درمان	۳۹/۳۳	۵۷	۴۸/۶۶
شاخص تغییر پایا (درمان)	۳/۱۸	۳/۵۶	۳/۱۴
درصد بهبودی پس از درمان	۳۴	۲۷/۵۳	۲۹
درصد بهبودی کلی		۳۰/۱۷	
پیگیری			
پیگیری نوبت اول	۳۵	۵۳	۴۱
پیگیری نوبت دوم	۳۶	۵۳	۴۴
میانگین مراحل پیگیری	۳۵/۵	۵۳	۴۲/۵
شاخص تغییر پایا (درمان)	۲/۷۲	۳	۲/۸۶
درصد بهبودی پس از پیگیری	۲۹	۲۳/۱۸	۲۶/۴۰
درصد بهبودی کلی پیگیری		۲۶/۱۹	

جدول ۲ نمره‌های علائم سوگ کودکان شرکت‌کننده در جلسات رفتاردرمانی شناختی متمرکز بر تروما را در مراحل خط پایه، درمان و پیگیری نشان می‌دهد. همان‌طور که مشاهده می‌شود میانگین میزان علائم سوگ در مراحل خط پایه برای آزمودنی اول ۵۰، دوم ۶۹ و سوم ۵۷/۷۵ است و میانگین درمان برای آزمودنی اول ۳۹/۳۳، دوم ۵۷ و سوم ۴۸/۶۶ است که در مقایسه با دوره قبل از درمان (خط پایه) کاهش یافته است. این میانگین‌ها در مرحله پیگیری برای آزمودنی‌های اول ۳۵/۵، دوم ۵۳ و سوم ۴۴ است. همچنین میزان درصد بهبودی برای آزمودنی اول ۳۴، آزمودنی دوم ۲۷/۵۳، آزمودنی سوم ۲۹ و در کل ۳۰/۱۷ به دست آمد. مقدار شاخص تغییر پایا برای آزمودنی اول ۳/۱۸، آزمودنی دوم ۳/۵۶ و آزمودنی سوم نیز ۳/۱۴ محاسبه شده است. از آنجا که مقدار شاخص تغییر پایا پس از درمان برای هر سه آزمودنی بالاتر از ارزش Z یعنی ۱/۹۶ است، با اطمینان ۹۵ درصد می‌توان گفت بهبودی حاصل شده برای این آزمودنی‌ها ناشی از مداخله درمانی است. همچنین نمره‌های آزمودنی‌ها در مرحله پیگیری در مقایسه با مرحله خط پایه کاهش یافته است. درصد بهبودی پس از پیگیری در مقایسه با مرحله مداخله برای هر سه آزمودنی اندکی کاهش یافته است. مقدار شاخص پایا نیز برای هر سه آزمودنی در مرحله پیگیری بالاتر از ۱/۹۶ محاسبه شده است؛ بنابراین ماندگاری تغییرات متغیر علائم سوگ کودکان برای هر سه آزمودنی از نظر بالینی معنادار بوده است. براساس فرمول بلانچارد ۵۰ درصد کاهش در علائم موفقیت درمان، نمرات بین ۲۵ تا ۴۹ درصد بهبودی اندک و در نهایت کاهش نمرات علائم تا حد زیر ۲۵ درصد شکست درمانی تلقی می‌شوند. براین اساس می‌توان گفت میزان اثربخشی درمان شناختی-رفتاری ترومامحور بر علائم سوگ کودکان براساس طبقه‌بندی بلانچارد در طبقه درمان اندک قرار می‌گیرد. نمودار ۱ تحلیل دیداری داده‌های به دست آمده از درمان شناختی-رفتاری ترومامحور مربوط به سه آزمودنی را در مراحل خط پایه، درمان و پیگیری نشان می‌دهد.



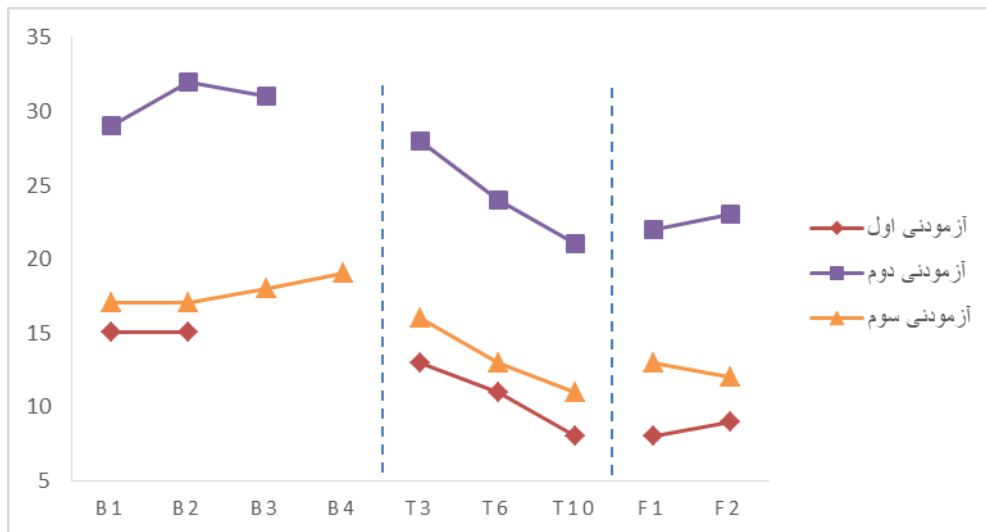
نمودار ۱. روند تغییر نمره‌های علائم سوگ کودکان در مراحل خط پایه، مداخله و پیگیری

نمودار ۱ روند تغییر نمره‌های علائم سوگ کودکان را به صورت دیداری در مراحل مختلف خط پایه (B)، مداخله (T) و پیگیری (F) نشان می‌دهد. حداقل نقاط داده‌ای که برای ارزیابی خط سطح نیاز است، سه نقطه است. در مرحله درمان برای هر آزمودنی سه نقطه وجود دارد و هر سه نقطه پایین خط سطح قرار گرفته‌اند؛ بنابراین می‌توان گفت تغییر نمره‌های علائم سوگ کودکان به صورت نظام‌دار ایجاد شده است. ضمن اینکه با توجه به پیشینه موجود درباره درمان شناختی-رفتاری ترومامحور، همان‌طور که در نمودار نشان داده شده است، پیش‌بینی می‌شد تغییرات کاهش‌ی باشد که برای هر سه آزمودنی در متغیر علائم سوگ کودکان نتایج به همین صورت بود.

جدول ۳. نتایج روند تغییر مراحل رفتاردرمانی شناختی متمرکز بر تروما در متغیر مشکلات رفتاری درون نمود

مراحل درمان	آزمودنی اول	آزمودنی دوم	آزمودنی سوم
خط پایه اول	۱۵	۲۹	۱۷
خط پایه دوم	۱۵	۳۲	۱۷
خط پایه سوم	-	۳۱	۱۸
خط پایه چهارم	-	-	۱۹
میانگین مراحل خط پایه	۱۵	۳۰/۶۶	۱۷/۷۵
جلسه سوم	۱۳	۲۸	۱۶
جلسه ششم	۱۱	۲۴	۱۳
جلسه دهم	۸	۲۱	۱۱
میانگین مراحل درمان	۱۰/۶۶	۲۴/۳۳	۱۳/۳۳
شاخص تغییر پایا (درمان)	۲/۱۴	۲/۹۶	۲/۰۷
درصد بهبودی پس از درمان	۴۶/۶۶	۳۱/۵۰	۳۸/۰۲
درصد بهبودی کلی		۳۸/۷۲	
پیگیری			
پیگیری نوبت اول	۸	۲۲	۱۳
پیگیری نوبت دوم	۹	۲۳	۱۲
میانگین مراحل پیگیری	۸/۵	۲۲/۵	۱۲/۵
شاخص تغییر پایا (درمان)	۱/۹۹	۲/۵۰	۱/۶۱
درصد بهبودی پس از پیگیری	۴۳/۳۳	۲۶/۶۱	۲۹/۷۵
درصد بهبودی کلی پیگیری		۳۳/۲۳	

جدول ۳ نمره‌های مشکلات رفتاری درون نمود آزمودنی‌های شرکت‌کننده در جلسات رفتاردرمانی شناختی متمرکز بر تروما را در مراحل خط پایه، درمان و پیگیری نشان می‌دهد. همان‌طور که مشاهده می‌شود میانگین میزان مشکلات رفتاری درون نمود در مراحل خط پایه برای آزمودنی اول ۱۵، دوم ۳۰/۶۶ و سوم ۱۷/۷۵ و میانگین درمان برای آزمودنی اول ۱۰/۶۶، دوم ۲۴/۳۳ و سوم ۱۳/۳۳ است که در مقایسه با دوره قبل درمان (خط پایه) کاهش یافته است. این میانگین‌ها در مرحله پیگیری برای آزمودنی‌های اول ۸/۵، دوم ۲۲/۵ و سوم ۱۲/۵ است. همچنین میزان درصد بهبودی برای آزمودنی اول ۴۶/۶۶، آزمودنی دوم ۳۱/۵۰، آزمودنی سوم ۳۸/۰۲ و در کل ۳۸/۷۲ به دست آمد. همچنین مقدار شاخص تغییر پایا برای آزمودنی اول ۲/۱۴، آزمودنی دوم ۲/۹۶ و آزمودنی سوم ۲/۰۷ محاسبه شده است. از آنجا که مقدار شاخص تغییر پایا پس از درمان برای هر سه آزمودنی بالاتر از ارزش Z یعنی ۱/۹۶ است، با اطمینان ۹۵ درصد می‌توان گفت بهبودی حاصل شده برای این آزمودنی‌ها ناشی از مداخله درمانی است. همچنین نمره‌های آزمودنی‌ها در مرحله پیگیری در مقایسه با مرحله خط پایه کاهش یافته است. درصد بهبودی پس از پیگیری در مقایسه با مرحله مداخله برای هر سه آزمودنی اندکی کاهش یافته است. مقدار شاخص پایا نیز برای دو آزمودنی در مرحله پس از پیگیری بیشتر از ۱/۹۶ محاسبه شده است؛ بنابراین ماندگاری تغییرات متغیر مشکلات رفتاری درون نمود برای هر دو آزمودنی از نظر بالینی معنادار بوده است و برای آزمودنی سوم معنادار نیست. همچنین براساس فرمول بلانچارد می‌توان گفت میزان اثربخشی درمان شناختی-رفتاری ترومامحور بر مشکلات رفتاری درون نمود براساس طبقه‌بندی بلانچارد در طبقه درمان اندک قرار می‌گیرد. نمودار ۲ تحلیل دیداری داده‌های به دست آمده از درمان شناختی-رفتاری ترومامحور مربوط به سه آزمودنی را در مراحل خط پایه، درمان و پیگیری نشان می‌دهد.



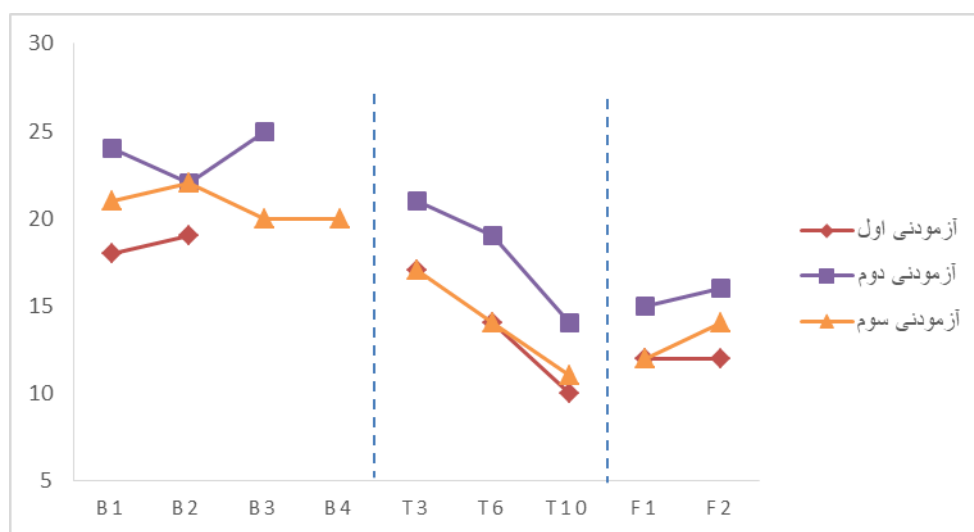
نمودار ۲. روند تغییر نمره‌های مشکلات رفتاری درون‌نمود در مراحل خط پایه، مداخله و پیگیری

نمودار ۲ روند تغییر نمره‌های مشکلات رفتاری درون‌نمود را به‌صورت دیداری در مراحل مختلف خط پایه (B)، مداخله (T) و پیگیری (F) نشان می‌دهد. حداقل نقاط داده‌ای که برای ارزیابی خط سطح نیاز است سه نقطه است. در مرحله درمان برای هر آزمودنی سه نقطه وجود دارد و هر سه نقطه بالای خط سطح قرار گرفته‌اند؛ بنابراین می‌توان گفت تغییر نمره‌های مشکلات رفتاری درون‌نمود به‌صورت نظام‌دار رخ داده است. ضمن اینکه با توجه به پیشینه موجود درباره درمان شناختی-رفتاری تروما محور همان‌طور که در نمودار ۲ نشان داده شده است، پیش‌بینی می‌شد تغییرات به‌صورت کاهشی باشد که برای هر سه آزمودنی در متغیر مشکلات رفتاری درون‌نمود نتایج به همین صورت بود.

جدول ۴. نتایج روند تغییر مراحل رفتاردرمانی شناختی متمرکز بر تروما در متغیر مشکل‌های رفتاری برون‌نمود

آزمودنی سوم	آزمودنی دوم	آزمودنی اول	آزمودنی‌ها/ مراحل درمان
۲۱	۲۴	۱۸	خط پایه اول
۲۲	۲۲	۱۹	خط پایه دوم
۲۰	۲۵	-	خط پایه سوم
۲۰	-	-	خط پایه چهارم
۲۰/۷۵	۲۳/۶۶	۱۸/۵	میانگین مراحل خط پایه
۱۷	۲۱	۱۷	جلسه سوم
۱۴	۱۹	۱۴	جلسه ششم
۱۱	۱۴	۱۰	جلسه دهم
۱۴	۱۸	۱۳/۳۳	میانگین مراحل درمان
۳/۲۱	۳/۱۸	۲/۸۰	شاخص تغییر پایا (درمان)
۴۶/۹۸	۴۰/۸۲	۴۵/۹۵	درصد بهبودی پس از درمان
	۴۴/۵۸		درصد بهبودی کلی
پیگیری			
۱۲	۱۵	۱۲	پیگیری نوبت اول
۱۴	۱۶	۱۲	پیگیری نوبت دوم
۱۳	۱۵/۵	۱۲	میانگین مراحل پیگیری
۲/۵۵	۲/۶۹	۲/۱۴	شاخص تغییر پایا (درمان)
۳۷/۳۴	۳۴/۴۸	۳۵/۱۳	درصد بهبودی پس از پیگیری
	۳۵/۶۵		درصد بهبودی کلی پیگیری

جدول ۴ نمره‌های مشکل‌های رفتاری برون‌نمود آزمودنی‌های شرکت‌کننده در جلسات رفتاردرمانی شناختی متمرکز بر تروما را در مراحل خط پایه، درمان و پیگیری نشان می‌دهد. همان‌طور که مشاهده می‌شود میانگین مشکل‌های رفتاری برون‌نمود در مراحل خط پایه برای آزمودنی اول ۱۸/۵، دوم ۲۳/۶۶ و سوم ۲۰/۷۵ و میانگین درمان برای آزمودنی اول ۱۳/۳۳، دوم ۱۸ و سوم ۱۴ است که در مقایسه با دوره قبل درمان (خط پایه) کاهش یافته است. این میانگین‌ها در مرحله پیگیری برای آزمودنی‌های اول ۱۲، دوم ۱۵/۵ و سوم ۱۳ است. همچنین میزان درصد بهبودی برای آزمودنی اول ۴۵/۹۵، آزمودنی دوم ۴۰/۸۲ و آزمودنی سوم ۴۶/۹۸ و در کل ۴۴/۵۸ به‌دست آمد. همچنین مقدار شاخص تغییر پایا برای آزمودنی اول ۲/۳۴، آزمودنی دوم ۲/۰۲ و آزمودنی سوم ۱/۹۸ محاسبه شده است. از آنجا که مقدار شاخص تغییر پایا پس از درمان برای هر سه آزمودنی بالاتر از ارزش Z یعنی ۱/۹۶ است، با اطمینان ۹۵ درصد می‌توان گفت بهبودی حاصل‌شده برای این آزمودنی‌ها ناشی از مداخله درمانی است. همچنین نمره‌های آزمودنی‌ها در مرحله پیگیری در مقایسه با مرحله خط پایه کاهش یافته است. درصد بهبودی پس از پیگیری در مقایسه با مرحله مداخله برای هر سه آزمودنی اندکی کاهش یافته است. مقدار شاخص پایا نیز برای هر سه آزمودنی در مرحله پس از پیگیری بیشتر از ۱/۹۶ محاسبه شده است؛ بنابراین ماندگاری تغییرات متغیر مشکل‌های رفتاری برون‌نمود برای هر سه آزمودنی از نظر بالینی معنادار بوده است. همچنین براساس فرمول بلانچارد می‌توان گفت میزان اثربخشی درمان شناختی-رفتاری ترومامحور بر مشکل‌های رفتاری برون‌نمود براساس طبقه‌بندی بلانچارد در طبقه درمان اندک قرار می‌گیرد. نمودار ۳ تحلیل دیداری داده‌های به‌دست‌آمده از رفتاردرمانی شناختی متمرکز بر تروما مربوط به سه آزمودنی را در مراحل خط پایه، درمان و پیگیری در متغیر مشکل‌های رفتاری برون‌نمود نشان می‌دهد.



نمودار ۳. روند تغییر نمره‌های مشکل‌های رفتاری برون‌نمود در مراحل خط پایه، مداخله و پیگیری

نمودار ۳ روند تغییر نمره‌های مشکل‌های رفتاری برون‌نمود را به‌صورت دیداری در مراحل مختلف خط پایه (B)، مداخله (T) و پیگیری (F) نشان می‌دهد. حداقل نقاط داده‌ای که برای ارزیابی خط سطح نیاز است سه نقطه است. در مرحله درمان برای هر آزمودنی سه نقطه وجود دارد و هر سه نقطه بالای خط سطح قرار گرفته‌اند؛ بنابراین می‌توان گفت تغییر نمره‌های مشکلات رفتاری برون‌نمود به‌صورت نظام‌دار رخ داده است. ضمن اینکه با توجه به پیشینه موجود درباره رفتاردرمانی شناختی متمرکز بر تروما، همان‌طور که در نمودار ۳ نشان داده شده است، پیش‌بینی می‌شد به‌صورت کاهشی باشد که برای هر سه آزمودنی در متغیر مشکل‌های رفتاری برون‌نمود نتایج به همین صورت بود.

بحث و نتیجه‌گیری

این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی درمان شناختی-رفتاری متمرکز بر تروما بر سوگ و مشکل‌های رفتاری کودکان سوگوار صورت پذیرفت. یافته‌ی اول این پژوهش نشان می‌دهد در متغیر سوگ میزان بهبودی اول تا سوم ۳۴، ۲۷/۵۳ و ۲۹ و مقدار شاخص پایا به ترتیب ۳/۱۸، ۳/۵۶ و ۳/۱۴ محاسبه شد. از آنجا که مقدار شاخص تغییر پایا پس از درمان برای هر سه آزمودنی در این متغیر بیشتر از ارزش Z یعنی ۱/۹۶ بود، با اطمینان ۹۵ درصد می‌توان گفت بهبودی حاصل شده برای این آزمودنی‌ها ناشی از مداخله‌ی درمانی (رفتاردرمانی شناختی متمرکز بر تروما) و معنادار است. یافته‌ی حاضر با نتایج پژوهش سالمی و همکاران (۱۳۹۶) مبنی بر اثربخشی روش شناختی-رفتاری متمرکز بر تروما بر رشد پس از سانحه در کودکان آزار دیده، با یافته‌ی انیس، سیجرسیک و مونسون (۲۰۲۱) مبنی بر اثربخشی درمان شناختی-رفتاری متمرکز بر تروما بر علائم استرس پس از حادثه در کودکان و با گزارش‌های اسلاندر و همکاران (۲۰۲۰) مبنی بر اثربخشی درمان شناختی-رفتاری متمرکز بر تروما بر کاهش مشکلات رفتاری دختران نوجوان همسو بود. در تبیین یافته‌ی حاضر باید اشاره کرد درمان شناختی-رفتاری متمرکز بر تروما تلاش می‌کند به کودکان یاری رساند تا افکار مناسب را جایگزین افکار ناخواسته کنند (سالمی و همکاران، ۱۳۹۶). این روند سبب می‌شود کودکان سوگوار بتوانند با بهره‌گیری از جایگزینی افکار، پردازش‌های شناختی ناکارآمد و نامعقول را با افکار و احساسات منطقی جایگزین کنند. براین اساس آنان از آمیختن با افکار منفی و نشخوار فکری رهایی می‌یابند و با سوگ کمتری مواجه می‌شوند. در تبیینی دیگر باید گفت درمان شناختی-رفتاری متمرکز بر تروما با بازسازی شناختی، سازگاری شناختی کودکان را افزایش می‌دهد (اسلاندر و همکاران، ۲۰۲۰). سازگاری شناختی موجب می‌شود کودکان سوگوار پردازش‌های شناختی مرتبط با والد فوت‌شده را بپذیرند و از رفتارهای انکارمآبانه و اجتنابی دست بردارند. پذیرش عامل اصلی سوگ که همان فوت والد است، سبب می‌شود کودکان سوگوار فرایند مرگ والد را بپذیرند و با پذیرش ذهنی حاصل از آن با سوگ کمتری مواجه شوند.

یافته‌ی دوم پژوهش نشان می‌دهد در متغیر مشکل‌های رفتاری درون‌نمود میزان بهبودی برای آزمودنی‌های اول تا سوم به ترتیب ۴۶/۶۶، ۳۱/۵۰، ۳۸/۰۲ و در کل ۳۸/۷۲ به دست آمد. همچنین مقدار شاخص تغییر پایا برای آزمودنی اول ۲/۱۴، آزمودنی دوم ۲/۹۶ و آزمودنی سوم ۲/۰۷ محاسبه شد. همچنین در متغیر مشکل‌های رفتاری برون‌نمود میزان بهبودی برای آزمودنی‌های اول تا سوم به ترتیب ۴۵/۹۵، ۴۰/۸۲، ۴۶/۹۸ و در کل ۴۴/۵۸ به دست آمد. همچنین مقدار شاخص تغییر پایا برای آزمودنی اول ۲/۳۴، آزمودنی دوم ۲/۰۲ و آزمودنی سوم ۱/۹۸ محاسبه شد. از آنجا که مقدار شاخص تغییر پایا پس از درمان برای هر سه آزمودنی در این متغیر بیشتر از ارزش Z یعنی ۱/۹۶ بود، با اطمینان ۹۵ درصد می‌توان گفت بهبودی حاصل شده برای این آزمودنی‌ها ناشی از مداخله‌ی درمانی (رفتاردرمانی شناختی متمرکز بر تروما) و معنادار است. یافته‌ی حاضر با نتایج پژوهش قاضی‌زاده و همکاران (۱۳۹۹) مبنی بر اثربخشی درمان شناختی-رفتاری متمرکز بر تروما بر نشانگان اختلال تنیدگی پس از سانحه در کودکان با تجربه‌ی سوءاستفاده جنسی، با یافته‌ی کاناله و همکاران (۲۰۲۱) مبنی بر اثربخشی درمان شناختی-رفتاری متمرکز بر تروما بر خودمراقبتی کودکان آسیب‌دیده‌ی عاطفی، با گزارش‌های لارسن و همکاران (۲۰۱۹) مبنی بر اثربخشی درمان شناختی-رفتاری متمرکز بر تروما بر آسیب‌های رفتاری کودکان و با نتایج پژوهش کوهن و مانارینو (۲۰۱۹) مبنی بر اثربخشی درمان شناختی-رفتاری متمرکز بر تروما برای جدایی آسیب‌زای دوران کودکی همسو بود. در تبیین یافته‌ی حاضر باید گفت با توجه به شواهد برای اثربخشی درمان شناختی-رفتاری متمرکز بر تروما در کاهش بسیاری از واکنش‌های منجر به آسیب (انیس، سیجرسیک و مونسون، ۲۰۲۱)، یکی از اجزای اصلی این درمان، شیوه‌های مقابله است که به‌منزله‌ی ابزاری تأثیرگذار و تعاملی برای کمک به مراقبان و کودکان آموزش داده می‌شود. این شیوه‌ها موجب آگاهی از شناخت‌ها، احساسات، پاسخ‌های فیزیولوژیکی و رفتارهای خویش و تعامل میان هریک از آن‌ها می‌شود. درباره‌ی سوگ، این رویکرد برجسته با ایجاد بستری مناسب برای تقویت منبع کنترل درونی و مهارت‌های مقابله‌ای مثبت، به‌منظور تنظیم و مدیریت هیجانات برخاسته از اندوه، سوگ، آسیب و سایر عوامل تنش‌زا، کودکان را به‌سوی سازگاری بهینه رهنمون می‌کند. مکانیسم عمل بدین‌گونه است که کودکان با بیان مشخصات شخص فوت‌شده که شامل نام، سن و نوع خاص از دست دادن و مرگ است، به وی شخصیت می‌بخشند و سپس از این طرحواره شخصی‌سازی شده برای یافتن داستان‌های خاص خیالی یا واقعی استفاده می‌کنند؛ به‌طوری‌که با استفاده از مهارت‌های

مقابله‌ای سالم، آنان می‌توانند واکنش‌ها و مشکلات رفتاری را در مقایسه با قبل کاهش دهند. در تبیین دیگر باید گفت یکی از عناصر شفادهنده و مهم درمان شناختی-رفتاری متمرکز بر تروما، روایت تروما و رویارویی تدریجی با آن است که درمانگر به کمک بازگویی مکرر و ساختاریافته حادثه آسیب‌زا، کودک را به آرامی در معرض خاطرات آسیب‌زا قرار می‌دهد (اسلاندر و همکاران، ۲۰۲۰).

این فرایند برای التیامبخشی و کاستن از واکنش‌های عاطفی و رفتاری کودک به خاطرات آزارنده طراحی شده است. درمانگر و خانواده با کمک هم شیوه‌ای برای بیان روایت تروما انتخاب می‌کنند؛ مانند نوشتن داستان، استفاده از سینی شن، نمایش یا نقاشی. در پژوهش کنونی پژوهشگر از روش مواجهه تدریجی استفاده کرد. براین اساس کودکان داغ‌دیده به تدریج با مفهوم مرگ و عوامل مرتبط با آن آشنا و سازگار می‌شوند و به مرور میزان آزارندگی این موضوع کاهش می‌یابد و مشکلات رفتاری آنان نیز رو به بهبود می‌گذارد.

محدودبودن دامنه پژوهش به کودکان سوگوار شهر کرج، مهارنکردن متغیرهای اثرگذار محیطی، خانوادگی و اجتماعی بر سوگ و مشکل‌های رفتاری این کودکان، تعداد نمونه کم و در نتیجه آن اجرانشدن روش آزمایشی کامل از محدودیت‌های پژوهش حاضر بود. پیشنهاد می‌شود برای افزایش قدرت تعمیم‌پذیری، در سطح پژوهشی، این پژوهش در سایر شهرها و مناطق و جوامع دارای فرهنگ‌های متفاوت، دانش‌آموزان دیگر مقاطع و دیگر کودکان مانند کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای، کودکان با ضربه‌های شناختی کند، مهار عوامل ذکرشده، تعداد نمونه بیشتر و روش پژوهش آزمایشی کامل اجرا شود. با توجه به اثربخشی درمان شناختی-رفتاری متمرکز بر تروما بر سوگ و مشکل‌های رفتاری کودکان سوگوار، در سطح کاربردی پیشنهاد می‌شود درمان شناختی-رفتاری متمرکز بر تروما به‌منزله درمانی کارآمد برای کودکان سوگوار به درمانگران مراکز مشاوره و خدمات روان‌شناختی کودکان ارائه داده شود تا با به‌کارگیری محتوای این مداخله، برای کاهش سوگواری و مشکل‌های رفتاری کودکان سوگوار گامی عملی بردارند.

منابع

- اصلی‌پور، ع.، کلانتری، م.، سماواتیان، ح.، و عابدی، ا. (۱۳۹۸). تجربه زیسته مادران در زمینه عوامل مؤثر در مشکلات رفتاری هیجانی کودکان سوگ. *مطالعات روان‌شناسی بالینی*. ۹(۳۶)، ۸۳-۱۱۶.
- جمشیدی سیانکی، م.، مظاهری، م. ع.، و زاده‌محمدی، ع. (۱۳۹۵). مداخلات ویژه برای کمک به کودکان داغ‌دیده. *رویش روان‌شناسی*. ۱۴(۵)، ۱۲۹-۱۶۴.
- حمیدپور، ح. (۱۳۸۷). اهمیت روش‌شناسی در پژوهش‌های رفتاری-شناختی. *مجله بازتاب دانش*. ۳(۱)، ۴۹-۵۶.
- سالمی، ص.، نعیمی، ع.، زرگر، ی.، و داوودی، ا. (۱۳۹۶). اثربخشی روش شناختی-رفتاری متمرکز بر تروما بر رشد پس از سانحه در کودکان آزاردیده. *روان‌پرستاری*. ۱(۵)، ۱۵-۲۰.
- سجادیان، پ. (۱۳۹۲). ارائه الگوی ساختاری عوامل خطر سوگ بحران‌زا و رابطه آن با اختلال استرس پس از ضربه در کودکان و نوجوانان داغ‌دیده مهاجر افغانی. *پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی*. دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی. دانشگاه اصفهان.
- صباغی، س.، و مهدی‌زادگان، ا. (۱۳۹۹). مقایسه مقبولیت اجتماعی و ناگویی طبیعی در بین دانش‌آموزان دارای اختلال رفتار درون‌نمود و دانش‌آموزان عادی. *فصلنامه علوم روان‌شناختی*. ۱۹(۹۰)، ۷۶۵-۷۷۲.
- قاضی‌زاده، س.، مشهدی، ع.، طیبی، ز.، و سلطانی‌فر، ع. (۱۳۹۹). اثربخشی درمان شناختی-رفتاری متمرکز بر تروما بر نشانگان اختلال تنیدگی پس از سانحه در کودکان با تجربه سوءاستفاده جنسی. *روان‌شناسی بالینی*. ۱۲(۴)، ۷۷-۹۰.
- کلانتری، م.، فتاحی، ر.، و آقایی، ا. (۱۳۹۴). سوگ و داغ‌دیدگی در کودکان و نوجوانان. تهران: ارجمند.
- گال، م.، بورگ، و.، گال، ج. (۱۳۹۳). *روش‌های تحقیق کمی و کیفی در علوم تربیتی و روان‌شناسی*. ترجمه علیرضا کیامنش و همکاران. جلد دوم. تهران: دانشگاه شهید بهشتی و سمت.

References

- Achenback, T. M., & Rescorla, L. A. (2001). *Manual for the ASEBA school-age forms &*

- profiles. Burlington, VT: ASEBA.
- Allen, B. (2018). Implementing trauma-focused cognitive-behavioral therapy (TF-CBT) with preteen children displaying problematic sexual behavior. *Cognitive and Behavioral Practice*, 25(2), 240-249. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2017.07.001>
- Aslipoor, A., Kalantari, M., Samavatyan, H., & Abedi, A. (2019). The lived experience of mothers in the field of affective factors in emotional behavioral problems of grief children. *Clinical Psychology Studies*, 9(36), 83-116. <https://doi.org/10.22054/jcps.2020.47254.2203> (in Persian)
- Auslander, W., Edmond, T., Foster, A., Smith, P., McGinnis, H., Gerke, D., Tlapek, S., ThrelfallRachelVoth Schrag, J., Dunn, J., & Jonson-Reid, M. (2020). Cognitive behavioral intervention for trauma in adolescent girls in child welfare: A randomized controlled trial. *Children and Youth Services Review*, 119, 105602. <https://doi.org/10.1016/j.chilyouth.2020.105602>
- Boelen, P. A., Spuij, M., & Lenferink, L. I. M. (2019). Comparison of DSM-5 criteria for persistent complex bereavement disorder and ICD-11 criteria for prolonged grief disorder in help-seeking bereaved children. *Journal of Affective Disorders*, 250, 71-78. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.02.046>
- Boelen, P. A., Spuij, M. A., & Reijntjes, A. H. A. (2017). Prolonged grief and posttraumatic stress in bereaved children: A latent class analysis. *Psychiatry Research*, 258, 518-524. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.09.002>
- Canale, C. A., Hayes, A. M., Yasinski, C., Grasso, D. J., Webb, C., & Deblinger, E. (2022). Caregiver behaviors and child distress in trauma narration and processing sessions of trauma-focused cognitive behavioral therapy (TF-CBT). *Behavior Therapy*, 53(1), 64-79. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2021.06.001>
- Cohen, J., & Mannarino, A. (2001). *Cognitive behavioral therapy for traumatic bereavement in children*. Pittsburgh, PA: Center for Traumatic Stress in Children and Adolescent, Allegheny General Hospital.
- Cohen, J. A., Mannarino, A. P., & Deblinger, E. (Eds.). (2012). *Trauma-focused CBT for children and adolescents: Treatment applications*. New York, NY: Guilford Press.
- Cohen, J. A., & Mannarino, A.P. (2019). Trauma-focused cognitive behavioral therapy for childhood traumatic separation. *Child Abuse & Neglect*, 92, 179-195. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2019.03.006>
- Darawshy, N. A. S., & Haj-Yahia, M. M. (2018). Palestinian adolescents' exposure to community violence and internalizing and externalizing symptoms: parental factors as mediators. *Children and Youth Services Review*, 95, 397-406. <https://doi.org/10.1016/j.chilyouth.2018.11.017>
- Dopp, A. R., & Cain, A. C. (2012). The role of peer relationships in parental bereavement during childhood and adolescence. *Death Studies*, 36(1), 41-60. <https://doi.org/10.1080/07481187.2011.573175>
- Ennis, N., Sijercic, I., & Monson, C. M. (2021). Trauma-focused cognitive-behavioral therapies for posttraumatic stress disorder under ongoing threat: a systematic review. *Clinical Psychology Review*, 88, 102049. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2021.102049>
- Fauth, B., Thompson, M., & Penny, A. (2009). *Associations between childhood bereavement and children's background, experiences and outcomes*. London: National Children's Bureau.
- Fitzgerald, D. A., Nunn, K., & Isaacs, D. (2021). What we have learnt about trauma, loss and grief for children in response to COVID-19. *Paediatric Respiratory Reviews*, 39, 16-21. <https://doi.org/10.1016/j.prrv.2021.05.009>
- Gall, M. D., Borg, W. R., & Gall, J. P. (2014). *Educational research: An introduction* (6th ed.). Translated by: A. Kiamanesh et al. Vol. 2. Tehran: Shahid Beheshti University Press and Samt. (in Persian)
- Ghazizadeh, S., Mashhadi, A., Tabibi, Z., & Soltanifar, A. (2020). The effectiveness of trauma-focused cognitive-behavioral therapy on symptoms of post-traumatic stress disorder in children with sexual abuse experiences. *Clinical Psychology*, 12(4), 77-90. <https://doi.org/10.22075/jcp.2021.19370.1788> (in Persian)
- Glosser, R. (2011). *Examination of the relationship between the child behavior checklist/6-18 and the social responsiveness scale parent forms using individuals with high functioning autism*. Doctoral

- Dissertation Psychology. College of Pennsylvania, USA.
- Hamidpour, H. (2008). The importance of methodology treating and teaching life skills.in cognitive-behavioral research. *Journal of Knowledge Reflection*, 3(1), 49-56. <https://doi.org/10.22054/jcps.2017.7906> (in Persian)
- Holland, J. (2008). How schools can support children who experience loss and death. *British Journal of Guidance & Counseling*, 36(4), 411-424. <https://doi.org/10.1080/03069880802364569>.
- Jamshidi Sianaki, M., Mazaheri, M. A., Zadehmohammadi, A. (2016). Grief intervention for helping bereaved children. *Rooyesh*, 5(1), 129-164. <http://dorl.net/dor/20.1001.1.2383353.1395.5.1.3.8> (in Persian)
- Joo, Y. S., Kim, J., Lee, J., & Chung, I. (2021). Understanding the link between exposure to fine particulate matter and internalizing problem behaviors among children in South Korea: Indirect effects through maternal depression and child abuse. *Health & Place*, 68, 102531. <https://doi.org/10.1016/j.healthplace.2021.102531>
- Kalantari, M., Fattahi, R., & Aghaie, E. (2015). Grive and bereavement in children and adolescents, a guide to measuring. Tehran: Arjmand. (in Persian)
- Kennedy, B., Chen, R., Valdimarsdóttir, U., Montgomery, S., Fang, F., & Fall, K. (2018). Childhood Bereavement and Lower Stress Resilience in Late Adolescence. *Journal of Adolescent Health*, 63(1), 108-114. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2018.02.002>
- Larsen, S. E., Bellmore, A., Gobin, R. L., Holens, P., Lawrence, K. A., & Pacella-LaBarbara, M.L. (2019). An initial review of residual symptoms after empirically supported trauma-focused cognitive behavioral psychological treatment. *Journal of Anxiety Disorders*, 63, 26-35. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2019.01.008>
- Morell-Velasco, C., Fernández-Alcántara, M., Hueso-Montoro, C., & Montoya-Juárez, R. (2020). Teachers' Perception of Grief in Primary and Secondary School Students in Spain: Children's Responses and Elements which Facilitate or Hinder the Grieving Process. *Journal of Pediatric Nursing*, 51, 100-107. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2019.12.016>
- Oppenheimer, C. (2010). Use of bibliotherapy as an adjunctive therapy with bereaved children. *Doctoral Dissertation*. Social Work, Oberlin College, California State University, Long Beach, UMI Number: 1486463.
- Paris, M., Carter, L., Day, X., & Armsworth, W. (2009). Grief and trauma in children after the death of a sibling. *Journal of Child & Adolescent Trauma*, 2, 71-80. <https://doi.org/10.1080/19361520902861913>
- Revet, A., Bui, E., Benvegna, G., Suc, A., Mesquida, L., & Raynaud, J. (2021). Bereavement and reactions of grief among children and adolescents: Present data and perspectives. *L'Encéphale*, 46(5), 356-363. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2020.05.007>
- Sabaghi, S., & Mahdzadegan, I. (2020). Compare social desirability and alexithymia among students with internalized behavioral disorder and normal students. *Journal of Psychological Science*, 19(90), 765-772. <http://dorl.net/dor/20.1001.1.17357462.1399.19.90.2.8> (in Persian)
- Sajadian, P. (2013). Presenting the structural model of the risk factors of traumatic grief and its relationship with post-traumatic stress disorder in bereaved Afghan immigrant children and adolescents. *Master's Thesis in Clinical Psychology*. Faculty of Psychology and Educational Sciences, Isfahan University. (in Persian)
- Salemi, S., Naami, A., Zargar, Y., & Davodi, I. (2017). Effectiveness of trauma-focused behavioral method on post-traumatic growth among abused children. *IJPN*, 5 (1), 15-21. <http://dx.doi.org/10.21859/ijpn-05013> (in Persian)
- Salinas, C. L. (2021). Playing to heal: The impact of bereavement camp for children with grief. *International Journal of Play Therapy*, 30(1), 40-49. <https://doi.org/10.1037/pla0000147>.
- da Silva, C. T. B., de Abreu Costa, M., Kapczinski, F., de Aguiar, B. W., Salum, G. A., & Manfro, G. G. (2017). Inflammation and internalizing disorders in adolescents. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 77, 133-137. <https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2017.03.023>
- Solomon, R. M., & Rando, T. A. (2012). Treatment of grief and mourning through EMDR: Conceptual considerations and clinical guidelines. *Revue Européenne de Psychologie Appliquée/European Review of Applied Psychology*, 62(4), 231-239.

- <https://doi.org/10.1016/j.erap.2012.09.002>
- Tolahunase, M.R., Sagar, R., Chaurasia, P., & Dada, R. (2018). Impact of yoga- and meditation-based lifestyle intervention on depression, quality of life, and cellular aging in infertile couples. *Fertility and Sterility*, 110(4), 67-74. <https://doi.org/10.1016/j.fertnstert.2018.07.203>
- Wamser-Nanney, R., & Steinzor, C.E. (2017). Factors related to attrition from trauma-focused cognitive behavioral therapy. *Child Abuse & Neglect*, 66, 73-83. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2016.11.031>
- Wergeland, G.J.H., Riise, E.N., & Öst, L. (2021). Cognitive behavior therapy for internalizing disorders in children and adolescents in routine clinical care: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 83, 101918. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2020.101918>
- Wolgast, A., & Donat, M. (2019). Cultural mindset and bullying experiences: An eight-year trend study of adolescents' risk behaviors, internalizing problems, talking to friends, and social support. *Children and Youth Services Review*, 99, 257-269. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2019.02.014>
- Wu, X.Y., Bastian, K., Ohinmaa, A., & Veugelers, P. (2018). Influence of physical activity, sedentary behavior, and diet quality in childhood on the incidence of internalizing and externalizing disorders during adolescence: a population-based cohort study. *Annals of Epidemiology*, 28(2), 86-94. <https://doi.org/10.1016/j.annepidem.2017.12.002>
- Youngstrom, E., Youngstrom, J. K., & Starr, M. (2005). Bipolar diagnoses in community mental health: Achenbach Child Behavior Checklist profiles and patterns of comorbidity. *Biological Psychiatry*, 58(7), 569-575. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2005.04.004>