

Effectiveness of Trauma-Focused Behavioral Method on Post-Traumatic Growth among Abused Children

Safoura Salami¹, Abdulzahra Naami^{2,*}, Yadollah Zargar², Iran Davoodi³

¹ PhD Candidate, Department of Psychology, University of Shahid Chamran Ahvaz, Ahvaz, Iran

² Associate Professor, Department of Psychology, University of Shahid Chamran Ahvaz, Ahvaz, Iran

³ Assistant Professor, Department of Psychology, University of Shahid Chamran Ahvaz, Ahvaz, Iran

* **Corresponding author:** Abdulzahra Naami, Associate Professor, Department of Psychology, University of Shahid Chamran Ahvaz, Ahvaz, Iran. E-mail: naamiadbul@yahoo.com

Received: 07 Jan 2017

Accepted: 02 May 2017

Abstract

Introduction: Helping abused children, to enable them to achieve post-traumatic growth, is of great importance. It is possible to help this group of children using psychotherapy to enable them to experience positive psychological components. On this basis, the current article aimed at examining the effectiveness of trauma-focused behavioral methodology on post-traumatic growth among abused children.

Methods: This was a quasi-experimental study conducted on 2 control and intervention groups with pre- and post-design, in which 26 abused children referred to Ahvaz Welfare Organization in 2017 were selected using the accessible sampling method. The participants were randomly categorized to 2 groups, including intervention and control. For the intervention group, trauma-focused behavioral methodology was performed during 10 weekly sessions. The data were collected using Post-Traumatic Growth Inventory devised by Kilmer et al., and then analyzed using independent and pair-wise t test at a significance level of 0.05%.

Results: Following the trauma-focused behavioral methodology, the post-traumatic growth in the intervention group increased from 6.76 ± 2.24 to 17.23 ± 3.49 , indicating significant post-traumatic growth in this group ($P < 0.003$). In contrast, in the control, this value was not significantly different before and following the intervention, i.e. it increased from 7.30 ± 1.93 to 9.30 ± 1.93 ($P > 0.06$).

Conclusions: The current research indicated that trauma-based behavioral methodology could increase post-traumatic growth among abused children.

Keywords: Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy, Post-Traumatic Growth, Abused Children

اثربخشی روش شناختی رفتاری متمرکز بر تروما بر رشد پس از سانحه در کودکان آزار دیده

صفورا سالمی^۱، عبدالزهره نعیمی^{۲*}، یداله زرگر^۲، ایران داودی^۳

^۱ دانشجوی دکتری، گروه روان شناسی، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران

^۲ دانشیار، گروه روان شناسی، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران

^۳ استادیار، گروه روان شناسی، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران

* نویسنده مسئول: عبدالزهره نعیمی، دانشیار، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران. ایمیل: naamiabdul@yahoo.com

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۶/۰۲/۱۲

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۵/۱۰/۱۸

چکیده

مقدمه: کمک به کودکان آزار دیده به منظور رسیدن به رشد پس از سانحه مساله مهمی است، می توان با استفاده از روان درمانی بهاین کودکان کمک نمود تا مولفه های مثبت روانی را تجربه نمایند، بر این اساس این مطالعه با هدف تعیین تاثیر روش شناختی رفتاری متمرکز بر تروما بر رشد پس از سانحه کودکان آزار دیده انجام شد.

روش کار: این پژوهش از مطالعات نیمه تجربی دو گروه قبل و بعد بود، که در آن ۲۶ نفر از کودکان آزار دیده مراجعه کننده به مراکز سازمان بهزیستی اهواز در سال ۱۳۹۵ به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب شدند، این افراد به شکل تصادفی در دو گروه مداخله و کنترل قرار گرفتند. برای گروه مداخله روش شناختی رفتاری متمرکز بر تروما در ۱۰ جلسه هفتگی اجرا شد. داده ها از طریق پرسشنامه رشد پس از سانحه کیلمر و همکاران، جمع آوری و با استفاده از آزمون تی مستقل و زوجی در سطح معنی داری ۰/۰۵ تحلیل شدند. **یافته ها:** پس از انجام روش شناختی رفتاری متمرکز بر تروما میانگین رشد پس از سانحه در گروه مداخله از $(۶/۷۶ \pm ۲/۲۴)$ به $(۳/۴۹ \pm ۱۷/۲۳)$ افزایش یافت، که نشانه افزایش معنی دار رشد پس از سانحه در این گروه بود ($P < ۰/۰۰۳$). در حالیکه در گروه کنترل این میزان قبل و پس از انجام مداخله $(۷/۳۰ \pm ۱/۹۳)$ به $(۹/۳۰ \pm ۱/۹۳)$ اختلاف معناداری نداشت ($P > ۰/۰۶$). **نتیجه گیری:** یافته های پژوهش نشان داد روش شناختی رفتاری متمرکز بر تروما می تواند رشد پس از سانحه را در کودکان آزار دیده افزایش دهد.

واژگان کلیدی: درمان شناختی رفتاری متمرکز بر تروما، رشد پس از سانحه، کودکان آزار دیده

تمامی حقوق نشر برای انجمن علمی پرستاری ایران محفوظ است.

مقدمه

روندی رو به افزایش داشته است. گزارش ها در سال ۱۳۸۶ نشان دهنده رشد ۳/۵ درصدی این پدیده در طول یک سال بوده است (۵). کسب اطلاع دقیق درباره میزان شیوع کودک آزاری در جامعه ما مشکل است، اما تکرار وقوع آن، آمار و گزارش های غیر رسمی در این زمینه نشان دهنده افزایش میزان کودکان آزاری در کشور است (۶). بر پایه گزارش انجمن حمایت از حقوق کودکان ایران در سال ۱۳۸۳، بیشترین نوع کودک آزاری، نوع جسمی (۶۷/۶) می باشد. آزار روان شناختی و عاطفی با ۲۸/۴ درصد در رتبه دوم و آزار جنسی با ۰/۴ درصد در رتبه سوم کودک آزاری در کشور قرار دارد (۷). به طور کلی نمی توان تعداد محدود موارد گزارش شده کودک آزاری در ایران را، دلیلی بر پایین بودن شیوع آن در کشور دانست. زبرا عوامل متعددی در مسیر آزار دیدگی تا گزارش آن مداخله می کنند که می تواند مانع تخمین دقیق شیوع کودک آزاری در ایران شود (۸). در قلمرو علم روان شناسی

سالانه کودکان زیادی توسط مراقبان خود مورد خشونت و آزار قرار می گیرند. کودک آزاری عبارتست از آسیب یا تهدید سلامت جسم و روان و یا رفاه و بهزیستی کودک به دست والدین یا افرادی که نسبت به او مسئول هستند (۱). کودک آزاری پدیده ای جدید نیست، اما به تازگی به عنوان مساله ای اجتماعی مورد توجه قرار گرفته است. در کشورهای غربی حدود یک قرن و در ایران در سال های اخیر نگاه روان شناسان و برنامه ریزان اجتماعی به این پدیده جلب شده است. نتایج مطالعات نشان می دهد که کودک آزاری در جهان شیوع بالایی دارد (۲). برای نمونه فینکلر (۲۰۱۵)، در پژوهشی نشان داد، میزان شیوع کودک آزاری جسمی در چین حدود ۰/۳۶ است (۳). ابول هاگاک و حامد (۲۰۱۲)، نیز در پژوهشی دیگر میزان شیوع کودک آزاری جنسی در کشور مصر را مورد بررسی قرار دادند و نشان دادند. ۳۸/۸ درصد از دختران و ۲۱/۲ درصد از پسران مورد آزار قرار گرفته اند (۴). کودک آزاری در ایران نیز

سو و برون سو در این کودکان بوده است، و در پیگیری یکساله این اثر همچنان وجود داشته است (۱۴). دبلینگر، استافر و استیر (۲۰۰۱)، نیز اثربخشی درمان شناختی رفتاری متمرکز بر تروما را برای کودکان ۱۱-۴ ساله‌ای که تجربه تروما داشته، مورد بررسی قرار دادند کودکانی که با این شیوه مورد درمان قرار گرفته بودند نسبت به گروه کنترل استرس و اضطراب پایین‌تری داشته و مشکلات رفتاری در آنها تعدیل شده بود (۱۵).

به طور کلی می‌توان بیان داشت، کودک آزاری از جمله آسیب‌های اجتماعی است که به دلیل گستردگی عوامل مؤثر و تاثیرات عمیقی که بر رشد و شخصیت کودک، خانواده و اجتماع می‌گذارد می‌بایست به عنوان یکی از اولویت‌های مسائل سلامت روانی و اجتماعی مورد توجه قرار گیرد. زیرا نتایج تحقیقات و پژوهش‌های مختلف گواه این موضوع است که کودکان و نوجوانان یکه در معرض خشونت هستند و بر روی آنها خشونت اعمال می‌گردد، دربرگسالی علاوه بر دارا بودن اختلالات شخصیتی و روانپزشکی، جرایم مختلفی را مرتکب شده و موجب گرایش آنان به جرایم جنسی و سایر جرائم می‌گردد (۱۶). لذا با توجه به اینکه کودک آزاری مشکلی فراگیر است و نیز پیامدهای منفی کوتاه و بلندمدتی بر سلامت روانی، جسمانی، مهارت‌های شناختی و رشد اجتماعی و رفتاری کودکان می‌گذارد، مداخله در دوران کودکی می‌تواند از آسیب‌های شدیدتر به سلامت روان کودکان پیشگیری کند و احتمال رفتارهای مخرب را در دوران بزرگسالی کاهش دهد، بنابراین، باتوجه به اینکه درمان شناختی رفتاری متمرکز بر تروما، درمان جدیدی در این حوزه می‌باشد که در سال‌های اخیر جهت کاهش مشکلات کودکان آزاردیده به کار برده می‌شود و تاکنون از این درمان در کشور برای کمک به این کودکان استفاده نشده است، همچنین باتوجه به اینکه طی بررسی‌های پژوهشگران مفهوم رشد پس از سانحه در حیطه کودکان آزاردیده تا کنون در کشور بررسی نشده است، لذا این پژوهش با هدف تعیین تاثیر درمان شناختی رفتاری متمرکز بر تروما بر رشد پس از سانحه کودکان آزاردیده جسمانی و روانی صورت گرفت.

روش کار

مطالعه حاضر از نوع مطالعات نیمه تجربی و به صورت دو گروهی قبل و بعد بود. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه کودکان آزاردیده مراجعه کننده به سازمان بهزیستی اهواز در سال ۱۳۹۵ بودند. حجم نمونه لازم با استفاده از فرمول محاسبه حجم نمونه و با استناد به مقاله (۱۷) باتوان آزمون ۸۰ درصد و احتمال خطای نوع اول ۱۰ درصد، ۱۵ نفر در هر گروه تعیین شد. باتوجه به اینکه چهار نفر ریزش وجود داشت، در نهایت در هر گروه ۱۳ نفر مورد بررسی قرار گرفتند. نمونه‌گیری به شکل در دسترس و مبتنی بر هدف صورت گرفت، بدین ترتیب که واحدهای مورد مطالعه بر اساس معیارهای مورد نظر پژوهشگر که شامل ارجاع و و پذیرش در مراکز شبه خانواده به علت آزاردیدگی از نوع جسمی و روان شناختی، داشتن سن ۱۲-۹ سال، عدم دریافت درمان‌های روان شناختی، عدم علائم بارز روانپزشکی در کودک، عدم ابتلا به بیماری‌های مزمن و یا سایر اختلالات روانی همزمان در کودک و نداشتن عقب ماندگی ذهنی بود؛ از بین افراد جامعه مورد نظر انتخاب شدند و سپس از طریق تخصیص تصادفی ساده، مشارکت کنندگان در دو گروه مداخله و کنترل قرار گرفتند. در طول مطالعه کودکانی که به

تحقیقات زیادی در زمینه تأثیر حوادث و سوانح ناگوار روی کودکان انجام شده است، که عمدتاً این گونه بررسی‌ها در جهت شناسایی اثرات سوء کودک آزاری بوده است. اما اثرات منفی تنها بخشی از واکنش کودکان به مشکلات سخت زندگی را توجیه می‌کند. بسیاری از بزرگسالان و کودکان بعد از تجربه تروما، ممکن است رشد پس از سانحه را تجربه نمایند (۹). رشد پس از سانحه توسط تدسکی و کالهن، ابتدا در حیطه بزرگسالان و حدود سال ۲۰۰۵ در خصوص کودکان مورد پژوهش قرار گرفت. در ادبیات تروماشناسی، این مفهوم به معنی تغییر در ادراک خود، روابط با دیگران، فلسفه ی زندگی، باورهای بنیادی، و تغییر حاصله در هویت به کار می‌رود (۱۰). باتوجه به نقشی که روان درمانی و آموزش در حیطه های مختلف دارد میتوان به کودکان آزار دیده درافزایش مولفه های مثبت روانی مانند رشد پس از سانحه و بهبود سبک چالش آنها در مقابل رویدادهای تروماتیک کمک کرد، تا این کودکان کمتر تحت تاثیر رویدادهای ناگوار قرار گرفته و زندگی خود را با آسیبهای روانی سپری کنند. این پدیده قرن‌ها است که شناسایی شده، اما فقط در طی چند سال اخیر مورد تحقیق تجربی قرار گرفته است. همچنین، از دیدگاه روانشناسی بالینی، بعد از سالها تمرکز بر آسیب شناسی مشکلات کودکان آزاردیده، اکنون یک سناریوی مثبت اساسی تحت تأثیر روانشناسی مثبت، با تمرکز بر افزایش رشد پس از سانحه در این کودکان شکل گرفته است. برای کاهش مشکلات ذکر شده در کودکان آزار دیده، مطالعات، اثربخشی و اطمینان دارودرمانی را در درمان این کودکان مورد تردید قرار داده اند (۱۱). از سوی دیگر، در سال‌های اخیر درمان مسلط برای کاهش مشکلات ناشی از کودک آزاری رویکرد شناختی - رفتاری بوده است. ولی کاربرد این روش در مطالعات مختلف و بر روی افراد دارای تجربه تر و ماهای مختلف اندازه اثر متغیری بدست داده است و تأثیر این روش در درمان علائم روانشناختی مرتبط با کودک آزاری متغیر و پایین گزارش شده است (۱۲). این امر نشان دهنده کارایی ضعیف این شیوه درمان در کاهش مشکلات کودکان آزاردیده بوده، که همین امر پژوهشگران را بر آن داشته است که جهت درمان کودکان آزاردیده، به دنبال روان‌درمانیهای متمرکز بر تروما باشند (۷)، که از جمله این روش‌ها درمان شناختی رفتاری متمرکز بر تروما می‌باشد. درمان شناختی رفتاری متمرکز بر تروما شیوه‌ای کاملاً شناخته شده و درمان بسیار مؤثر خصوصاً برای کودکانی است که مورد آزار و اذیت قرار گرفته اند، این درمان توسط کوهن و دبلینگر به طور اختصاصی برای کمک به کودکان آزاردیده مطرح شده است. درمان شناختی رفتاری متمرکز بر تروما برای کودکان دارای تجربه آسیب‌های اجتماعی، تجربه تروماهای متعدد و برای هر دو جنس و با پس زمینه‌های قومی و نژادی مختلف کاربرد دارد و تمرکز اصلی آن بر کاهش مشکلات هیجانی و رفتاری ناشی از تروما می‌باشد (۱۳). در این درمان بر آموزش روانشناختی برای کودک در زمینه باورهای نادرست و خطاهای فکری و اصلاح آن‌ها تمرکز می‌گردد و به کودک کمک می‌شود تا بتواند دوباره حس غلبه و کنترل خود بر اوضاع را باز یابد و روایتی منسجم از تروما ارائه دهد و از مکانیسم‌های دفاعی مانند انکار و انزواطلبی استفاده نماید (۱۱). در پژوهش‌های مختلف از این روش استفاده شده است، از جمله هبرت و دایگنولد (۲۰۱۵)، این درمان را در کودکانی که از لحاظ جنسی مورد آزار قرار گرفته‌اند مورد بررسی قرار دادند، یافته‌های این پژوهش نشان دهنده تأثیر این درمان در کاهش مشکلات رفتاری درون

با توجه به اینکه تاکنون از این پرسشنامه در کشور استفاده نشده است، به منظور تهیه و آماده‌سازی فرم فارسی پرسشنامه رشد پس از سانحه از روش ترجمه مضاعف استفاده شد. ابتدا پرسش‌نامه توسط پژوهشگران و یک متخصص دکترای ادبیات زبان انگلیسی به صورت مستقل به فارسی ترجمه شد. دو ترجمه پس از نشست مشترک و رفع چالش‌ها به فرم واحد تبدیل شد و سپس توسط یک نفر متخصص ادبیات زبان فارسی، یک نفر متخصص زبان انگلیسی و دو نفر از متخصصان روان‌شناسی مورد بازبینی قرار گرفت و ایرادهای احتمالی رفع شد. در مرحله بعد، نسخه ترجمه شده توسط یک متخصص دکترای ادبیات زبان انگلیسی مجدداً به انگلیسی برگردانده شد. پس از مطابقت نسخه ترجمه شده و نسخه اصلی، اشکالات موجود رفع و پرسش‌نامه، آماده بهره‌برداری گردید. در پژوهش حاضر ضریب پایایی پرسشنامه رشد پس از سانحه به شیوه آلفای کربناخ $0/73$ بدست آمد. همچنین برای تعیین روایی پرسشنامه رشد پس از سانحه بدلیل اینکه در نسخه انگلیسی برای سنجش روایی از پرسشنامه اختلال استرس پس از سانحه استفاده شده بود، لذا از روش همبستگی و اگر استفاده گردید و همبستگی این پرسشنامه با پرسشنامه بین‌المللی اختلال استرس پس از سانحه اطفال یول، که خصیصه‌ای متفاوت با رشد پس از سانحه را می‌سنجد، استفاده گردید، که همبستگی معادل $0/37$ به دست آمد و ضریب حاصله در سطح $0/01$ معنادار بود. در بخش تجزیه و تحلیل، داده‌ها در دو مرحله، قبل و یک هفته پس از اتمام مداخله، با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۲ و با آزمون تی‌زوجیوتی مستقل تحلیل شدند.

یافته‌ها

در پژوهش حاضر ۲۶ دختر آزار دیده جسمانی و روانی با رده سنی ۱۲-۹ سال از مراجعه کنندگان به مراکز شبه خانواده اهواز به صورت در دسترس انتخاب شدند و به صورت تصادفی در گروه مداخله و کنترل قرار گرفتند. برای مقایسه میانگین نمرات رشد پس از سانحه قبل و بعد در هریک از گروه‌ها از آزمون T زوجی استفاده گردید. همان طور که در جدول ۱ نشان داده شده است بین میانگین رشد پس از سانحه در گروه مداخله قبل ($2/24 \pm 3/49$) و بعد از مداخله ($3/49 \pm 17/23$) اختلاف معنادار وجود داشته است ($P < 0/05$). که این به معنی تأثیر معنادار مداخله در افزایش رشد پس از سانحه در گروه آزمون بوده است. در حالی که اختلاف میانگین نمرات رشد پس از سانحه در گروه کنترل در دو مرحله قبل ($1/93 \pm 7/30$) و بعد ($1/93 \pm 9/30$) معنادار نبوده است ($P > 0/05$).

جدول ۱: مقایسه میزان رشد پس از سانحه در دو گروه مداخله و کنترل قبل و بعد از مداخله

گروه	قبل از مداخله	بعد از مداخله	آماره آزمون تی زوجی	مقدار احتمال
مداخله	$2/24 \pm 3/49$	$3/49 \pm 17/23$	۱۳/۹۵	۰/۰۰۳
کنترل	$1/93 \pm 7/30$	$1/93 \pm 9/30$	۲/۰۲	۰/۰۶

جدول ۲: مقایسه میانگین تفاوت رشد پس از سانحه قبل و بعد از انجام مداخله بین دو گروه مداخله و کنترل

گروه	میانگین	انحراف معیار	آماره آزمون	مقدار احتمال
مداخله	۱۰/۵۴	۲/۵۴	۹/۱۲۵	۰/۰۰۱
کنترل	۷	۱/۵۴		

هردلیلی، قادر یا مایل به ادامه همکاری با پژوهشگر نبودند از فرآیند مطالعه خارج می‌شدند. برای انجام مداخله، برنامه درمان شناختی رفتاری متمرکز بر تروما، در طی جلسه هفتگی به مدت یک ساعت در هر جلسه برگزار شد. این برنامه با توجه به درمان شناختی رفتاری کوهن و همکاران طراحی شده بود. خلاصه ترتیب جلسات مداخله به این شرح است:

در جلسه اول که جلسه «شناخت اهداف و تعیین انتظارات» است به معارفه با شرکت کنندگان پرداخته شد و مختصری درباره درمان شناختی رفتاری و قوانین گروه توضیح داده شد. در جلسه دوم و سوم و چهارم به آگاه سازی در خصوص تروما و واکنش نسبت به آن، تمرکز بر جنبه‌های مثبت خود، مدیریت پاسخ‌های عاطفی نسبت به تروما، شناسایی انواع احساسات در چهره پرداخته شد. در جلسه پنجم و ششم برقراری ارتباط بین فکر، عواطف و رفتار، بررسی افکار روزانه، آموزش توقف فکر به کمک نوشتن یا نقاشی کردن آنها آموزش داده شد. در جلسه هفتم و هشتم بر مقابله شناختی، آشنایی با تعریفات شناختی و کشف افکار منفی و به چالش کشیدن آنها تمرکز گردید. همچنین به روایت سازی تروما از طریق داستان پرداخته شد. در جلسه نهم و دهم نیز غلبه بر ترس‌های مرتبط با تروما، بحث در خصوص یادآورهای تروما، و افزایش حمایت‌های محیطی پرداخته شد (۱۸). این جلسات توسط روان شناس مرکز شبه خانواده کودکان آزار دیده برگزار گردید و محتوی درمان نیز با توجه به اینکه به صورت نقاشی و بازی طراحی شده، کاملاً برای کودکان قابل درک است، برای مثال در تکنیک توقف فکر به این کودکان آموزش داده می‌شود که تصور کنند، افکار منفی مانند یک آهنگ بد است که شنیدن آن شما را ناراحت می‌کند، در ادامه به آنها آموزش داده می‌شود، در هنگام داشتن افکار ناخوشایند، چشمان خود را ببندند و افکار مثبت را جایگزین آن نمایند و دقیقاً مانند شنیدن آهنگ شاد، احساس مثبت را تجربه نمایند.

داده‌ها از طریق پرسشنامه رشد پس از سانحه با حضور روان شناس مرکز نگهداری کودکان و توضیح اهداف پژوهش به مشارکت کنندگان و جلب رضایت آگاهانه آنها جهت مشارکت در تحقیق جمع آوری شد. متغیر رشد پس از سانحه به وسیله پرسشنامه رشد پس از سانحه (کیلر و همکاران، ۲۰۱۰) سنجیده شد (۱۸). این ابزار خودگزارشی، متشکل از ۱۰ ماده با مقیاس لیکرت است. دامنه نمرات آزمون بین ۰ تا ۳۰ می‌باشد. آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۸۱ به دست آمده است. جهت بررسی روایی همبستگی آن با پرسشنامه علایم استرس پس از سانحه بررسی شده که ضریب همبستگی ۰/۸۸ بدست آمده است (۱۹).

بعد از تجربه تروما برای رسیدن به رشد پس از سانحه مهم می‌باشد (۳۰). در طی جلسات درمان به کودکان آزرده آموزش داده شد تا خودگویی‌های ناسازگارانه را که در موقعیت‌های استرس زا به کار می‌برند، برطرف ساخته و تفسیرهای خوش بینانه را به ویژه در هنگام قرار گرفتن در موقعیت‌های مختلف آسیب زا استفاده نمایند. به علاوه، در جریان درمان، کودکان تشویق شدند تا افکار ناراحت کننده خود را مورد سؤال قرار دهند و از خودگویی‌هایی جایگزین برای مقابله با این هیجانات و نشخوارهای فکری که سبب آشفتگی هم از لحاظ جسمانی و روانی می‌شود استفاده نمایند. لذا این درمان بر بهبود رفتار اجتماعی، بهبود احساس کودک از خود و دیگران، که از زیر مجموعه‌های رشد پس از سانحه می‌باشد اثر گذار است، در کل تمامی موارد فوق زمینه را برای رشد پس از سانحه در کودکان آزرده فراهم می‌کند. گرچه پژوهش حاضر نشان داد، درمان شناختی رفتاری متمرکز بر تروما می‌تواند بر رشد پس از سانحه کودکان آزار دیده جسمانی و روانی مؤثر باشد، اما تکرار پژوهش برای روشن تر شدن میزان اثر بخشی و مکانیزم اثر این روش امری ضروری است. از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به تعداد کم حجم نمونه، نیمه تجربی بودن روش پژوهش، محدود کردن گروه به کودکان آزرده جسمانی و روانی اشاره کرد، برای پژوهش‌های آتی توصیه می‌شود این پژوهش برای دیگر انواع کودک آزاری نظیر غفلت و جنسی با تعداد نمونه گسترده‌تر و انجام پیگیری نتایج درمان، صورت گیرد. به صورت کلی می‌توان بیان داشت، درمان شناختی رفتاری متمرکز بر تروما می‌تواند جهت افزایش رشد پس از سانحه کودکان آزرده جسمانی و روانی کمک کننده باشد.

نتیجه گیری

براساس این مطالعه، نتایج نشان می‌دهد که اجرای درمان شناختی رفتاری متمرکز بر تروما بر رشد پس از سانحه کودکان آزرده جسمانی و روانی تأثیر معناداری داشته است. لذا چنین برنامه‌های را می‌توان در محتوای درمانی برای کودکان آزرده به کار برده و به این ترتیب در ارتقای سلامت این کودکان گامی مؤثر برداشت.

سپاسگزاری

این پژوهش بخشی از رساله دوره دکترای روان شناسی دانشگاه شهید چمران اهواز بوده و با حمایت غیرمادی مدیریت، معاونت و کارکنان محترم سازمان بهزیستی اهواز انجام شد که بدینوسیله محققین، مراتب قدردانی خود را از مسئولین سازمان یادشده ابراز نموده و در آخر سپاس فراوان خود را از حضور کودکان شرکت کننده در مطالعه اعلام میدارند.

تضادمنافع

هیچگونه تضاد منافع برای نویسندگان در این مطالعه وجود ندارد.

References

- Janssen K, Greif D, Rothschild MA, Banaschak S. Relevance of medical reports in criminal investigations of cases of suspected child abuse. *Int J Legal Med.* 2017. DOI: 10.1007/s00414-017-1533-6 PMID: 28105495
- van der Kooij IW, Nieuwendam J, Bipat S, Boer F, Lindauer RJ, Graafsma TL. A national study on the prevalence of child abuse and neglect in Suriname.

در جدول ۲ نتیجه آزمون T مستقل نشان داد که بین میانگین تفاوت رشد پس از سانحه قبل و بعد از مداخله در دو گروه آزمون (۹/۴۸) و کنترل (۲/۳۰) اختلاف معنادار وجود داشته است ($P < 0/001$) که این به معنی تأثیر معنادار مداخله در افزایش رشد پس از سانحه در گروه آزمون بوده است.

بحث

یافته‌ها نشان داد، درمان شناختی رفتاری متمرکز بر تروما بر رشد پس از سانحه کودکان آزرده مؤثر است. این یافته، با یافته پژوهش زولپهیر، رایبه، کاری و مارکر (۲۰۰۶)، مبنی بر تأثیر درمان شناختی رفتاری بر رشد پس از سانحه در بازماندگان تصادفات همسو می‌باشد (۲۰). همچنین با پژوهش بوتچه و همکاران (۲۰۱۷)، مبنی بر افزایش رشد پس از سانحه از طریق درمان شناختی رفتاری همخوان است (۲۱). نگتینگل و همکاران (۲۰۱۷)، نیز در پژوهشی تأثیر روش‌های شناختی را بر افزایش رشد پس از سانحه و کاهش نشانه‌های استرس پس از سانحه نشان دادند (۲۲). در تبیین این یافته می‌توان به مدل نظری توصیفی - کنشی، در رشد پس از سانحه استناد نمود (۲۳). بر اساس این مدل زمانی که فرد بتواند افکار منفی خود را بعد از حوادث تروماتیک کنترل نماید، زمینه رشد پس از سانحه در وی فراهم می‌گردد. از سوی دیگر گنزلس، کلارک و سالیوان (۲۰۱۶) معتقدند نحوه پردازش شناختی بر رشد پس از سانحه مؤثر است (۲۴). به همین دلیل در درمان شناختی رفتاری متمرکز بر تروما در چندین جلسه به اصلاح افکار منفی کودک پرداخته شد و تکنیک‌های مختلفی نیز مانند روش توقف فکر، شناسایی روابط افکار و احساس، ثبت افکار روزانه به کودک آموزش داده شد و تلاش گردید تا نشخوارهای فکری کودک کاهش یابد. رادریگ ری و همکاران (۲۰۱۶) نیز معتقدند روش‌های مقابله‌ای مانند روش توقف فکر که جهت مقابله با تحریف‌های شناختی و افکار نگران کننده به کار می‌رود، کودک را برای پردازش بهتر شناختی آماده میکند (۲۵، ۲۶)؛ لذا در جلسات آموزشی بر این روش تأکید شد، زیرا کودک می‌آموزد که او می‌تواند روی افکار خودآگاهی و کنترل داشته باشد. این روش موجب قطع توجه کودکان آزرده، نسبت به افکار بحران زا شده و درعین حال توجه او را به افکار غیربحرانی معطوف می‌سازد (۲۷). از سوی دیگر، با کمک درمان شناختی رفتاری متمرکز بر تروما تلاش گردید کودکان آزرده از افکار و هیجانات منفی که منجر به آشفتگی و اجتناب در حین برقراری روابط با دیگران می‌شود، آگاهی یابند، زیرا ژو، وو و ژن (۲۰۱۶)، نشان دادند که نحوه کنترل و تنظیم هیجان ارتباط مستقیمی با رشد پس از سانحه دارد (۲۸). از سوی دیگر با توجه به اینکه شیگموتو و همکاران (۲۰۱۶) نشان دادند که کاهش نشخوار فکری با رشد پس از سانحه مرتبط است (۲۹)، و در پژوهش سوتو، هالتی و اربین (۲۰۱۶) نیز مشخص شد که نداشتن نشخوار فکری

Child Abuse Negl. 2015;47:153-61. DOI: 10.1016/j.chiabu.2015.03.019 PMID: 25937450

- Ji K, Finkelhor D. A meta-analysis of child physical abuse prevalence in China. *Child Abuse Negl.* 2015;43:61-72. DOI: 10.1016/j.chiabu.2014.11.011 PMID: 25498804
- Aboul-Hagag KE-S, Hamed AF. Prevalence and pattern of child sexual abuse reported by cross

- sectional study among the University students, Sohag University, Egypt. *Egypt J Forensic Sci.* 2012;2(3):89-96.
5. Raheb G, Kamrodi A, Kafshgar M. [Psychosocial effects of child abuse and the role of the police in preventing it]. *J Soc.* 2012;2(1):86-106.
 6. Razaghi R. *Child abuse intervention.* 1st ed. Tehran: State Welfare Organization, Department of Cultural Affairs and Prevention; 2010.
 7. Basharpour S. Comparing the effectiveness of treatments in reducing symptoms of posttraumatic cognitive processing and holographic reprocessing male high school students exposed to trauma. Ardabil: University of Ardabil; 2012.
 8. Madani S. The trend of child abuse in Iran, according to some cause cognitive foundations. *J Soc Welfare.* 2007;2(7):76-83.
 9. Rzeszutek M, Oniszczenko W, Kwiatkowska B. Stress coping strategies, spirituality, social support and posttraumatic growth in a Polish sample of rheumatoid arthritis patients. *Psychol Health Med.* 2017;1-7. DOI: [10.1080/13548506.2017.1280174](https://doi.org/10.1080/13548506.2017.1280174) PMID: 28081614
 10. Gul E, Karanci AN. What Determines Posttraumatic Stress and Growth Following Various Traumatic Events? A Study in a Turkish Community Sample. *J Trauma Stress.* 2017;30(1):54-62. DOI: [10.1002/jts.22161](https://doi.org/10.1002/jts.22161) PMID: 28103412
 11. Wamser-Nanney R, Steinzor CE. Factors related to attrition from trauma-focused cognitive behavioral therapy. *Child Abuse Negl.* 2017;66:73-83. DOI: [10.1016/j.chiabu.2016.11.031](https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2016.11.031) PMID: 28024712
 12. McCarroll JE, Fisher JE, Cozza SJ, Robichaux RJ, Fullerton CS. Characteristics, Classification, and Prevention of Child Maltreatment Fatalities. *Mil Med.* 2017;182(1):e1551-e7. DOI: [10.7205/MILMED-D-16-00039](https://doi.org/10.7205/MILMED-D-16-00039) PMID: 28051972
 13. Cohen JA, Berliner L, Mannarino A. Trauma focused CBT for children with co-occurring trauma and behavior problems. *Child Abuse Negl.* 2010;34(4):215-24. DOI: [10.1016/j.chiabu.2009.12.003](https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2009.12.003) PMID: 20304489
 14. Hébert M, Daignault IV. Challenges in treatment of sexually abused preschoolers: A pilot study of TF-CBT in Quebec. *Sexol.* 2015;24(1):e21-e7. DOI: [10.1016/j.sexol.2014.09.003](https://doi.org/10.1016/j.sexol.2014.09.003)
 15. Deblinger E, Stauffer LB, Steer RA. Comparative efficacies of supportive and cognitive behavioral group therapies for young children who have been sexually abused and their nonoffending mothers. *Child Maltreat.* 2001;6(4):332-43. DOI: [10.1177/1077559501006004006](https://doi.org/10.1177/1077559501006004006) PMID: 11675816
 16. Maghsodlo M. Prevalence and risk factors of child abuse in children admitted to hospital amir kabir. Arak Arak University of Medical Sciences and Health Services; 2017.
 17. Auslander W, McGinnis H, Tlapek S, Smith P, Foster A, Edmond T, et al. Adaptation and implementation of a trauma-focused cognitive behavioral intervention for girls in child welfare. *Am J Orthopsychiatry.* 2017;87(3):206-15. DOI: [10.1037/ort0000233](https://doi.org/10.1037/ort0000233) PMID: 27977284
 18. Hendricks A, Cohen J, Mannarino P, Deblinger E. *Your very own TF-CBT work book* 2014.
 19. Kilmer RP, Gil-Rivas V, Tedeschi RG, Cann A, Calhoun LG, Buchanan T, et al. Use of the revised Posttraumatic Growth Inventory for Children. *J Trauma Stress.* 2009;22(3):248-53. DOI: [10.1002/jts.20410](https://doi.org/10.1002/jts.20410) PMID: 19462437
 20. Zoellner T, Maercker A. Posttraumatic growth in clinical psychology - a critical review and introduction of a two component model. *Clin Psychol Rev.* 2006;26(5):626-53. DOI: [10.1016/j.cpr.2006.01.008](https://doi.org/10.1016/j.cpr.2006.01.008) PMID: 16515831
 21. Bottche M, Kuwert P, Pietrzak RH, Knaevelsrud C. Predictors of outcome of an Internet-based cognitive-behavioural therapy for post-traumatic stress disorder in older adults. *Psychol Psychother.* 2016;89(1):82-96. DOI: [10.1111/papt.12069](https://doi.org/10.1111/papt.12069) PMID: 26234801
 22. Nightingale VR, Sher TG, Hansen NB. The impact of receiving an HIV diagnosis and cognitive processing on psychological distress and posttraumatic growth. *J Trauma Stress.* 2010;23(4):452-60. DOI: [10.1002/jts.20554](https://doi.org/10.1002/jts.20554) PMID: 20648562
 23. Cryder CH, Kilmer RP, Tedeschi RG, Calhoun LG. An exploratory study of posttraumatic growth in children following a natural disaster. *Am J Orthopsychiatry.* 2006;76(1):65-9. DOI: [10.1037/0002-9432.76.1.65](https://doi.org/10.1037/0002-9432.76.1.65) PMID: 16569128
 24. Del Palacio-Gonzalez A, Clark DA, O'Sullivan LF. Cognitive processing in the aftermath of relationship dissolution: Associations with concurrent and prospective distress and posttraumatic growth. *Stress Health.* 2016. DOI: [10.1002/smi.2738](https://doi.org/10.1002/smi.2738) PMID: 27982507
 25. Rodriguez-Rey R, Palacios A, Alonso-Tapia J, Perez E, Alvarez E, Coca A, et al. Posttraumatic growth in pediatric intensive care personnel: Dependence on resilience and coping strategies. *Psychol Trauma.* 2016. DOI: [10.1037/tra0000211](https://doi.org/10.1037/tra0000211) PMID: 27929306
 26. Levrier K, Marchand A, Belleville G, Dominic BP, Guay S. Nightmare Frequency, Nightmare Distress and the Efficiency of Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy for Post-Traumatic Stress Disorder. *Arch Trauma Res.* 2016;5(3):e33051. DOI: [10.5812/atr.33051](https://doi.org/10.5812/atr.33051) PMID: 27800462
 27. Cohen JA, Mannarino AP, Knudsen K. Treating sexually abused children: 1 year follow-up of a randomized controlled trial. *Child Abuse Negl.* 2005;29(2):135-45. DOI: [10.1016/j.chiabu.2004.12.005](https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2004.12.005) PMID: 15734179
 28. Zhou X, Wu X, Zhen R. Understanding the relationship between social support and posttraumatic stress disorder/posttraumatic growth among adolescents after Ya'an earthquake: The role of emotion regulation. *Psychol Trauma.* 2017;9(2):214-21. DOI: [10.1037/tra0000213](https://doi.org/10.1037/tra0000213) PMID: 27736141

29. Shigemoto Y, Low B, Borowa D, Robitschek C. Function of Personal Growth Initiative on Posttraumatic Growth, Posttraumatic Stress, and Depression Over and Above Adaptive and Maladaptive Rumination. *J Clin Psychol*. 2016. DOI: [10.1002/jclp.22423](https://doi.org/10.1002/jclp.22423) PMID: [27922720](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27922720/)
30. Leal-Soto F, Carmona-Halty M, Ferrer-Urbina R. Rumination in posttraumatic stress and growth after a natural disaster: a model from northern Chile 2014 earthquakes. *Eur J Psychotraumatol*. 2016;7:31638. DOI: [10.3402/ejpt.v7.31638](https://doi.org/10.3402/ejpt.v7.31638) PMID: [27900935](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27900935/)