

اثر بخشی درمان شناختی رفتاری متمرکز بر تروما بر شایستگی اجتماعی و تنظیم هیجانی کودکان آزار دیده

صفورا سالمی^۱، عبدالزهره نعامی^{۲*}، یداله زرگر^۳، ایران داودی^۴

چکیده:

مقدمه: هدف از این پژوهش بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری متمرکز بر تروما، بر شایستگی اجتماعی و تنظیم هیجانی کودکان آزار دیده بود.

روش: مطالعه‌ی حاضر پژوهشی شبه آزمایشی با پیش‌آزمون-پس‌آزمون و گروه کنترل بود. ۲۶ کودک آزار دیده به صورت در دسترس از میان مراجعه‌کنندگان مراکز سازمان بهزیستی اهواز انتخاب شده و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایشی (۱۳) و کنترل (۱۳) قرار گرفتند. قبل و بعد از برنامه‌ی درمانی پرسش‌نامه‌های شایستگی اجتماعی پرندین (۱۳۸۵) و نظم‌جویی هیجانی گارنفسکی (۲۰۰۷) اجرا شد. تحلیل داده‌ها با استفاده از تحلیل کوواریانس انجام شد.

یافته‌ها: شایستگی اجتماعی به‌طور معناداری در گروه آزمایش افزایش یافته بود ($P < 0/001$). همچنین درمان شناختی رفتاری متمرکز بر تروما به‌طور معناداری منجر به بهبود تنظیم هیجان شده بود ($P < 0/001$).

نتیجه‌گیری: درمان شناختی رفتاری متمرکز بر تروما باعث افزایش شایستگی اجتماعی و بهبود تنظیم هیجانی کودکان آزار دیده می‌شود.

واژگان کلیدی: درمان شناختی رفتاری متمرکز بر تروما، شایستگی اجتماعی، تنظیم هیجانی

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی

^۱ دانشجوی دکتری، دانشگاه شهید چمران اهواز

^۲ دانشیار، دانشگاه شهید چمران اهواز، * نویسنده‌ی مسئول: naamiabdul@yahoo.com

^۳ دانشیار، دانشگاه شهید چمران اهواز

^۴ استادیار، دانشگاه شهید چمران اهواز

The Effect of Trauma-Focused Cognitive-Behavioral Therapy on Social Competence and Emotion Regulation in Abused Children

Salemi, S.; Naami, A.; Zargar, Y.; Davoodi, I.

Abstract:

Introduction: This study aims to determine the effect of trauma-focused cognitive behavioral therapy on social competence and emotional regulation in abused children.

Method: This study designed as a Semi experimental study with pretest-posttest and a control group. A total of 26 abused children were selected by accessible sampling among Welfare Organization centers in Ahwaz and randomly assigned to two experimental (13) and control groups (13). Social Competence Inventory devised by Parandin (2008), and Garonvski's Emotional Regulation Inventory (2007) were conducted before and after training. Data were analyzed by ANCOVA.

Results: Social competence variable in experimental group was significantly increased ($p= 0/001$). Also emotion regulation in experimental group in compare with control group was significantly increased ($p= 0/001$).

Conclusions: Trauma-focused cognitive behavioral therapy improves social competence and emotional regulation in children abused

Keywords: trauma-focused cognitive-behavioral therapy, social competence, emotion regulation.

مقدمه

سالانه کودکان زیادی توسط مراقبان خود مورد کودک آزاری قرار می‌گیرند. سازمان بهداشت جهانی^۱ (۲۰۰۶)، کودک آزاری را هرگونه رفتاری می‌داند که آزار عمدی فیزیکی، هیجانی، جنسی و یا سهل‌انگاری و غفلت نسبت به کودک را در پی داشته باشد (به نقل از هورتون^۲ و کروس^۳، ۲۰۱۰). کودک آزاری پدیده‌ای جدید نیست، اما به‌تازگی به‌عنوان مسئله‌ای اجتماعی موردتوجه قرار گرفته است. در کشورهای غربی حدود یک قرن و در ایران چند دهه پیش خصوصاً سال‌های اخیر نگاه افراد متخصص و برنامه‌ریزان اجتماعی به این پدیده جلب شده است. نتایج مطالعات نشان می‌دهند که کودک آزاری در جهان شیوع بالایی دارد (کوچی^۴ و همکاران، ۲۰۱۵). برای نمونه فینکلر (۲۰۱۵) در پژوهشی نشان داد، میزان شیوع کودک آزاری جسمی در چین

¹ The World Health Organization

² Horton

³ Crues

⁴ Kooij

حدود ۰/۳۶ است. ابول‌هاگگ و حامد^۱ (۲۰۱۲) نیز در پژوهشی دیگر میزان شیوع کودک‌آزاری 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 گرفته‌اند. کودک‌آزاری در ایران روندی رو به افزایش داشته است. گزارش‌ها در سال ۱۳۸۶ نشان‌دهنده رشد ۳/۵ درصدی این پدیده در طول یک سال بوده است (راهب، مصطفایی، کمرودی و کفشگر، ۱۳۸۸). کسب اطلاع دقیق درباره میزان شیوع کودک‌آزاری در جامعه ما مشکل است، اما تکرار وقوع آن و آمار و گزارش‌های غیررسمی در این زمینه حکایت از افزایش میزان کودکان آزار دیده در کشور دارد (رزاقی، ۱۳۸۲). بر پایه گزارش انجمن حمایت از حقوق کودکان ایران (۱۳۸۳) بیشترین نوع کودک‌آزاری، نوع جسمی (۶۸/۶ درصد) است. آزار روان‌شناختی و عاطفی با ۲۸/۴ درصد در رتبه دوم و آزار جنسی با ۰/۴ درصد در مرتبه سوم کودک‌آزاری در کشور قرار دارد (به نقل از بشر پور، ۱۳۹۰). به‌طور کلی نمی‌توان تعداد محدود موارد گزارش‌شده کودک‌آزاری را در ایران، دلیلی بر پایین بودن شیوع آن در کشور دانست؛ زیرا عوامل متعددی در مسیر آزار دیدگی تا گزارش آن، مداخله می‌کنند که می‌توان این عوامل را مانع گزارش‌دهی آزار کودکان در ایران قلمداد کرد (مدنی، ۱۳۸۳).

کودک‌آزاری از جمله آسیب‌های اجتماعی است که به دلیل گستردگی عوامل مؤثر و تأثیرات عمیقی که این عوامل بر رشد و شخصیت کودک، خانواده و اجتماع می‌گذارد، باید به‌عنوان یکی از اولویت‌های مسائل سلامت روانی و اجتماعی مورد توجه قرار گیرد (باقری یزدی، ۱۳۸۹، به نقل از مدنی قهقری، ۱۳۸۹). نتایج تحقیقات و پژوهش‌های مختلف گواه این موضوع است که کودکان و نوجوانانی که در معرض خشونت هستند، در بزرگ‌سالی علاوه بر دارا بودن اختلالات شخصیتی و روان‌پریشی، جرائم مختلفی را مرتکب شده و موجب گرایش آنان به جرائم جنسی و سایر جرائم می‌گردد. به‌عنوان مثال تقوی (۱۳۸۴) نشان داد کودکان آزار دیده نسبت به گروه کنترل در ویژگی‌های خویش‌داری، اجتماعی شدن، برداشت مثبت نسبت به دیگران، احساس سلامتی، کارایی ذهنی، استعداد روان‌شناختی و سطح تحمل به‌طور معناداری نمرات پایین‌تری نسبت به دیگر کودکان کسب نمودند (به نقل از ممیزی، ۱۳۸۹).

در قلمرو علم روان‌شناسی تحقیقات زیادی در زمینه‌ی تأثیر حوادث و سوانح ناگوار روی کودکان انجام شده که عمدتاً این‌گونه بررسی‌ها در جهت شناسایی اثرات سوء این رویدادها بوده است. از جمله اثرات ناگوار کودک‌آزاری به‌عنوان یک آسیب اجتماعی، ضعف این کودکان در شایستگی اجتماعی^۲ است (لوپز و هفر^۳، ۱۹۹۸؛ کراویک^۴، ۱۹۸۷؛ لونسکی، پارکر و الکساندر^۵، ۱۹۹۵؛ منلی، سیچت، بارنت^۶، ۱۹۹۴).

¹ Aboul-Hagag & Hamed

² social competence

³ Lopez & Heffer

⁴ Kravic

⁵ Levendosky, Alexandra & Parker

⁶ Manly, Cicchetti D & Barnett

شایستگی اجتماعی شامل مجموعه مهارت‌هایی است که اکتساب آن‌ها سبب ارتقای آگاهی اجتماعی افراد می‌شود، آگاهی که بر توانایی درک دیگران و برقراری ارتباط مؤثر با آن‌ها، مسئولیت‌پذیری اجتماعی، حفظ استقلال شخصی و مدیریت کردن روابط تمرکز می‌کند (رنک و فارس^۱، ۲۰۰۴، سروریان، تقی زاده و متو، ۱۳۹۵). نقص در شایستگی اجتماعی نقشی عمده در سبب‌شناسی مشکلات کودکان آزاردیده داشته و سبب می‌شود که این کودکان نسبت به فشارهای بیرونی (محیط اجتماعی) و درونی (تعارض‌های شناختی) آسیب‌پذیر شوند و مشکلات روانی، اجتماعی و رفتاری را برای آنان پدید آورد. مرور نتایج پژوهش‌ها نشان می‌دهد که کودکان و نوجوانان با شایستگی اجتماعی پایین، میزان بالاتری از افسردگی، بزهکاری، پرخاشگری و سایر مسائل رفتاری را نشان داده‌اند و برنامه‌های آموزشی که توانمندی‌های فردی و اجتماعی را ارتقا می‌دهند به شیوه مؤثری می‌تواند از این رفتارها پیشگیری کرده و شایستگی اجتماعی این کودکان را افزایش دهد (بتوبین و گریفین، ۲۰۰۲، رنجبر، حاجلو، غلامی، ۱۳۹۴). دیگر متغیری که کودکان آزاردیده با آن درگیر هستند ناتوانی این کودکان در تنظیم هیجانات منفی است. درواقع، تنظیم هیجان به اعمالی اطلاق می‌شود که به‌منظور تغییر یا تعدیل یک حالت هیجانی به کار می‌رود. بلک و فرنس (۲۰۱۱) در پژوهشی نشان دادند که هیجانات منفی، پرخاشگری، خصومت و روان رنجوری در کودکان آزاردیده نسبت به دیگر کودکان از سطح بالاتری برخوردار است. کودکان آزاری و غفلت، خواه مزن یا پراکنده، فرآیند پراهمیت دل‌بستگی را تخریب کرده و با توانایی کودک جهت جستجوی آسایش و تنظیم پردازش‌های هیجانی و روان‌شناختی، مداخله می‌کند (آلدو، هوکسما و اسویزر، ۲۰۱۰). بررسی متون و مطالعات روان‌شناختی نشان می‌دهد که تنظیم هیجان عامل مهمی در تعیین سلامتی و داشتن عملکرد موفق در تعاملات اجتماعی است (تامپسون^۲، ۱۹۹۴).

برای کاهش مشکلات ذکرشده در کودکان آزاردیده، مطالعات، اثربخشی و اطمینان دارودرمانی در درمان این گروه از افراد را با توجه به قرار داشتن آن‌ها در مرحله رشد موردتردید قرار داده‌اند (کوهن، برلینر و مانیرو^۳، ۲۰۰۳). از سوی دیگر درزمینه‌ی درمان علائم پس آسیبی ناشی از کودکان آزاری از بین روش‌های روان‌درمانی نیز تا چند سال قبل رویکرد مسلط روش شناختی- رفتاری بوده است. ولی کاربرد این روش در مطالعات مختلف و بر روی افراد دارای تجربه تروماهای مختلف اندازه اثر متغیری به دست داده است و تأثیر این روش در درمان علائم روان‌شناختی مرتبط با کودکان آزاری متغیر و پایین گزارش شده است (مک دونالد^۴ و همکاران، ۲۰۱۱). این امر نشان‌دهنده 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 با تروما به دنبال روان‌درمانی‌های متمرکز بر تروما باشند (بشر پور، ۱۳۹۰) که از جمله این روش‌ها درمان شناختی رفتاری متمرکز بر تروما است.

¹ Renk K & Phares

² Thompson

³ Cohen, Mannarino & Berliner

⁴ Macdonald

درمان شناختی رفتاری متمرکز بر تروما شیوه‌ای کاملاً شناخته‌شده و درمان بسیار مؤثر خصوصاً برای کودکانی است که مورد آزار و اذیت قرار گرفته‌اند که توسط کوهن و دبلینگر^۱ (۲۰۰۳) به‌طور اختصاصی برای کمک به کودکان آزاردیده در نظر گرفته شده است. درمان شناختی رفتاری متمرکز بر تروما برای کودکان دارای تجربه آسیب‌های اجتماعی، تجربه تروماهای متعدد و برای هر دو جنس با پس‌زمینه‌های قومی و نژادی مختلف کاربرد دارد و تمرکز اصلی آن بر کاهش مشکلات هیجانی و رفتاری ناشی از تروما است (کوهن و همکاران، ۲۰۱۰).

در خصوص کودکان آزاردیده، درمان شناختی رفتاری متمرکز بر تروما درمان جدیدی در این حوزه است که در سال‌های اخیر جهت کاهش مشکلات کودکان آزاردیده به کار برده می‌شود. لذا با توجه به اینکه کودک‌آزاری مشکلی فراگیر است و نیز پیامدهای منفی کوتاه و بلندمدت 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، لذا این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری متمرکز بر تروما شایستگی اجتماعی و تنظیم هیجان کودکان آزاردیده صورت گرفت.

روش

تحقیق حاضر از نظر نوع روش، شبه تجربی (طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل) است. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه کودکان آزاردیده ارجاع‌داده‌شده به سازمان بهزیستی اهواز است. از این افراد ۲۶ نفر که ساکن مراکز شبه خانواده بودند، به‌طور دسترس انتخاب و به‌طور تصادفی ۱۳ نفر در گروه آزمایشی و ۱۳ نفر در گروه کنترل قرار داده شدند. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل ارجاع و پذیرش در مراکز شبه خانواده به علت آزاردیدگی از نوع جسمی و روان‌شناختی، داشتن سن ۹-۱۲ سال، عدم دریافت درمان‌های روان‌شناختی و نظایر آن هم‌زمان با انجام پژوهش بود. ملاک‌های خروج نیز، وجود علائم بارز روان‌پریشی در کودک، ابتلا به بیماری‌های مزمن و یا سایر اختلالات روانی هم‌زمان در کودک و وجود عقب‌ماندگی ذهنی بود. گروه آزمایش درمان شناختی رفتاری متمرکز بر تروما را در ۱۰ جلسه یک‌ساعته، دو بار در هفته در سال ۱۳۹۵ به‌صورت گروهی دریافت کردند. گروه کنترل در لیست انتظار قرار گرفتند.

ابزار

پرسش‌نامه شایستگی اجتماعی: این پرسش‌نامه توسط پرندین (۱۳۸۵) بر اساس مدل چهاربعدی فلنر (۱۹۹۰) ساخته و هنجار شده است (به نقل از ممیزی، ۱۳۸۹). پرسش‌نامه شایستگی

^۱ Deblinger

اجتماعی که چهار بعد مهارت رفتاری، مهارت شناختی، مهارت‌های هیجانی و آمیبه‌های انگیزشی را در بر می‌گیرد. این پرسش‌نامه که یک ابزار ۴۷ سؤالی است. برآورد پایایی و روایی این آزمون توسط پرنیدن (۱۳۸۵) در استان تهران بر روی ۴۵۰ نفر صورت گرفته است. جهت برآورد ضریب پایایی مقیاس، از دو روش آلفای کرونباخ و ضریب همبستگی بازآزمایی استفاده شده است. از روش آلفای کرونباخ برای بررسی همسانی درونی مقیاس و خرده مقیاس‌ها استفاده گردیده است. ضریب آلفای به دست آمده از حذف سؤالاتی که همبستگی کمی با نمره کل داشتند برابر با ۰/۸۴ است که نشان می‌دهد پرسش‌نامه از ضریب همسانی درونی قابل قبول و مطلوبی برخوردار است. همچنین ضریب همبستگی بین دو بار اجرا در بازآزمایی (۳=۰/۸۸) به دست آمده است. به منظور بررسی روایی پرسش‌نامه، روایی محتوایی و روایی سازه مورد بررسی قرار گرفته است. روایی سازه این پرسش‌نامه از طریق دو روش مورد بررسی قرار گرفته است. همبستگی کل مقیاس با خرده مقیاس‌ها بسیار بالا بوده و در سطح ۹۹ درصد معنادار شده است. همچنین روایی سازه مقیاس به وسیله تحلیل عاملی مورد تأیید قرار گرفته است (ممیزی، ۱۳۸۹).

نسخه‌ی کودکان پرسش‌نامه‌ی نظم‌جویی شناختی هیجان: این نسخه توسط گارنفسکی و همکاران (۲۰۰۷) از روی نسخه اصلی پرسش‌نامه نظم‌جویی شناختی هیجان به منظور استفاده در جامعه کودکان تدوین شده است. این پرسش‌نامه یک ابزار خودگزارشی است و دارای ۳۶ ماده می‌باشد. دامنه نمرات مقیاس از ۱ (تقریباً هرگز) تا ۵ (تقریباً همیشه) است (مشهدی، حسنی، میردوقی، ۱۳۹۱).

ضرایب آلفای کرونباخ برای تمام خرده‌مقیاس‌ها و کل مقیاس از نظر روان‌سنجی، مطلوب بوده و دامنه اکثر همبستگی‌های مجموعه ماده بیشتر از ۰/۴ بوده است. بررسی ساختار عاملی این پرسش‌نامه با استفاده از روش تحلیل عامل اکتشافی از الگوی ۹ عاملی اصلی حمایت کرده و ۶۸ درصد واریانس را تبیین کرده است (مشهدی، حسنی، میردوقی، ۱۳۹۱).

پس از اجرای پیش‌آزمون گروه آزمایش تحت درمان شناختی رفتاری متمرکز بر تروما قرار گرفتند، جلسات به شرح ذیل برگزار شد:

در جلسه اول که جلسه «شناخت اهداف و تعیین انتظارات» است به معارفه با شرکت‌کنندگان پرداخته شد و مختصری درباره درمان شناختی رفتاری و قوانین گروه توضیح داده شد. در جلسه دوم و سوم و چهارم آگاه‌سازی در خصوص تروما و واکنش نسبت به آن، تمرکز بر جنبه‌های مثبت خود، مدیریت پاسخ‌های عاطفی نسبت به تروما، شناسایی انواع احساسات در چهره و نقاشی آن‌ها آموزش داده شد. در جلسه پنجم و ششم برقراری ارتباط بین فکر، عواطف و رفتار، بررسی افکار روزانه، نوشتن یا نقاشی کردن آن‌ها آموزش توقف فکر آموزش داده شد. در جلسه هفتم و هشتم بر مقابله شناختی، آشنایی با تحریفات شناختی و کشف افکار منفی و به چالش کشیدن آن‌ها تمرکز گردید. همچنین به روایت‌سازی تروما از طریق داستان پرداخته شد. در جلسه نهم و دهم نیز غلبه بر ترس‌های مرتبط با تروما، بحث در خصوص یادآورهای تروما، مواجهه و به افزایش حمایت‌های محیطی پرداخته شد.

پس از اتمام جلسات آموزشی، پرسش‌نامه شایستگی اجتماعی و تنظیم هیجانی برای هر دو گروه آزمایش و کنترل اجرا شد. نتایج پیش‌آزمون و پس‌آزمون با استفاده از روش تحلیل کوواریانس در نرم‌افزار spss 17 مورد تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

شاخص‌های توصیفی شامل میانگین و انحراف استاندارد گروه‌های آزمایش و کنترل در شرایط پیش‌آزمون و پس‌آزمون در جدول ۱ گزارش شده است.

جدول ۱- میانگین و انحراف معیار گروه‌های آزمایش و کنترل در پیش‌آزمون و پس‌آزمون متغیرها

متغیر	پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
شایستگی	۱۴۴/۴۶	۱۸/۲۹	۱۷۳/۴۶	۱۷/۳۳
اجتماعی	۱۴۲/۵۳	۱۸/۳۷	۱۴۳	۱۹/۸۹
مثبت	۲۸/۶۹	۹/۸۷	۶۸/۳۸	۱۲/۰۴
منفی	۲۷/۴۶	۷/۶۲	۲۷/۳۸	۱۰/۴۲
آزمایش	۵۸/۰۷	۱۱/۵۵	۳۴/۶۱	۱۴/۵۹
کنترل	۶۰/۸۴	۹/۵۹	۵۹/۳۸	۱۳/۹۷

بر اساس نتایج ارائه شده بین میانگین گروه‌ها در پیش‌آزمون و پس‌آزمون تفاوت‌های وجود دارد، به‌منظور آزمون معناداری این تفاوت از تحلیل کوواریانس استفاده شد و خلاصه نتایج مربوط به آن در جدول (۲) ارائه شده است.

جدول ۲- خلاصه نتایج آزمون‌های چند متغیری

آزمون	ارزش	F	DF فرضیه	DF خطا	اندازه اثر	سطح معناداری
اثر پیلابی	۰/۹۴۲	۲۵/۵۳۰	۷	۱۱	۰/۹۴۲	۰/۰۰۰۱
لمبدای ویلکز	۰/۰۵۸	۲۵/۵۳۰	۷	۱۱	۰/۹۴۲	۰/۰۰۰۱
اثر هاتلینگ	۱۶/۲۴۶	۲۵/۵۳۰	۷	۱۱	۰/۹۴۲	۰/۰۰۰۱
بزرگترین ریشه روی	۱۶/۲۴۶	۲۵/۵۳۰	۷	۱۱	۰/۹۴۲	۰/۰۰۰۱

نتایج تحلیل کوواریانس در جدول ۲ نشان می‌دهد که بین گروه‌های آزمایش و کنترل از لحاظ حداقل یکی از متغیرهای وابسته تفاوت معناداری وجود دارد. بدین معنی که پس از تعدیل نمرات پیش‌آزمون، بین پس‌آزمون گروه آزمایش و کنترل تفاوت معنادار وجود دارد. این نتیجه نشان‌دهنده اثربخشی درمان شناختی رفتاری متمرکز بر تروما حداقل در یکی از متغیرهای وابسته است. به منظور دست یافتن به جزئیات بیشتر در مورد متغیرهای وابسته از تحلیل کوواریانس تک متغیری استفاده شده که نتایج مربوط به آن در جدول ۳ ذکر شده است.

جدول ۳- نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیری برای متغیرهای پژوهش بین گروه آزمایش و کنترل

متغیرها	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	f	اندازه اثر	سطح معناداری
شایستگی اجتماعی	۸۳۹۸/۵۱۰	۱	۴۱۹۹/۲۵۵	۲۰/۲۸۳	۰/۵۴۴	۰/۰۰۱
تنظیم مثبت	۷۷۲۳/۱۱۸	۱	۷۷۲۳/۱۱۸	۱۱۹/۱۵۷	۸۷۵۰	۰/۰۰۰
هیجان منفی	۳۸۸۷/۳۵۰	۱	۳۸۸۷/۳۵۰	۲۳/۱۳۳	۰/۵۷۶	۰/۰۰۰

همان‌طور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود در متغیر شایستگی اجتماعی پس از تعدیل نمرات پیش‌آزمون، در پس‌آزمون تفاوت معناداری وجود دارد ($F=۳۴/۳۰۶$ و $P<۰/۰۰۱$). به این معنا که مداخله درمانی منجر به افزایش شایستگی اجتماعی در افراد آزمایش نسبت به گروه کنترل شده است. همچنین با توجه به نتایج جدول ۳ در متغیر تنظیم هیجانی مثبت و منفی پس از تعدیل نمرات پیش‌آزمون، در پس‌آزمون تفاوت معناداری وجود دارد ($F=۱۱۹/۱۵۷$ و $P<۰/۰۰۰$ ؛ $F=۲۳/۱۳۳$ و $P<۰/۰۰۰$). به این معنا که مداخله درمانی منجر به افزایش تنظیم هیجانی مثبت و منفی در افراد آزمایش نسبت به گروه کنترل شده است.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از انجام پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری متمرکز بر تروما، بر افزایش شایستگی اجتماعی و تنظیم هیجانی کودکان آزاردیده بود. تحلیل یافته پژوهش حاضر نشان داد، درمان شناختی رفتاری متمرکز بر تروما بر شایستگی اجتماعی کودکان آزاردیده مؤثر است. نتایج این یافته، با مطالعه کانور و همکاران (۲۰۱۵)، مبنی بر تأثیر درمان شناختی رفتاری متمرکز بر تروما بر کاهش نشانه‌های استرس پس از سانحه و افزایش مهارت اجتماعی کودکان و نوجوانانی که تجربه تروما داشتند، همسویی دارد. همچنین با یافته‌های

پژوهش کالفان، مک مالن، شنون، رافرتی^۱ و بلک (۲۰۱۳)، مبنی بر اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر کاهش مشکلات اجتماعی دختران آزار دیده جنسی همخوانی دارد. نتایج پژوهش حاضر، با یافته پژوهش کوهن (۲۰۰۴) که نشان داد درمان شناختی رفتاری متمرکز بر تروما در بهبود افسردگی، اضطراب و افزایش شایستگی اجتماعی تأثیر بسزایی داشته است، همسو است. در این شیوه درمانی اغلب به اهمیت ایجاد یا بهبود مهارت‌های انطباقی و سازشگر پرداخته می‌شود و در مداخله‌ها بر روش‌های مؤثر تحمل کردن و کنار آمدن با تروما تأکید می‌گردد. کودکان اغلب تشویق می‌شوند شیوه‌های تحمل و سازشی که برای آن‌ها مؤثرتر هستند را شناسایی کنند؛ به‌طور مثال فهرستی از استراتژی‌های سودمند برای خود تهیه کنند. همچنین از آن‌ها خواسته می‌شود هنگامی که علائم استرس بروز می‌کند، از این استراتژی‌ها استفاده کنند. آن‌ها برای استفاده از هرگونه استراتژی که احتمال عواقب منفی آن زیاد است، منع می‌شوند (مانند استفاده از مواد مخدر و مشروبات الکلی، انزوای طولانی‌مدت و مکرر و یا جملات تأکیدی منفی ناشی از تحریفات شناختی). هر قدر که کودکان آزار دیده بتوانند استراتژی مناسب‌تری در تعاملات اجتماعی به کاربرد در روابط اجتماعی موفق‌تر عمل می‌کند و شایستگی اجتماعی بیشتری خواهند داشت.

همچنین مشخص گردید درمان شناختی رفتاری متمرکز بر تروما بر بهبود تنظیم هیجانی تأثیر معناداری دارد. این یافته، با نتایج پژوهش الن و جانسن (۲۰۱۱) که تأثیر درمان شناختی رفتاری متمرکز بر تروما بر مدیریت رفتار و مدیریت هیجان کودکان را نشان دادند، همسویی دارد. همچنین با یافته‌های پژوهش کوهن، مارینو و کادسن (۲۰۰۴)، مبنی بر تأثیر درمان شناختی رفتاری متمرکز بر تروما، بر افسردگی، مشکلات رفتاری و هیجانی کودکان، همسویی دارد. در تبیین این یافته می‌توان بیان داشت، در فضای درمان‌گری شناختی- رفتاری متمرکز بر تروما، کودکان فرصت‌های بسیاری به دست می‌آورند تا نسبت به مشکلات و هیجان‌ات خود آگاهی پیدا کنند و تکنیک‌های برای مقابله مؤثر با هیجان‌ات از جمله تمرین کنترل هیجانی، ساخت بالن، ابر سواری یاد می‌گیرند، این تمرین‌ها تجربه خوشایندی برای کودکان ایجاد می‌نماید، به‌طوری‌که به نحو مؤثری امکان بررسی و تشخیص مسائل و مشکلات هیجانی برای آن‌ها فراهم می‌گردد. همچنین بر مهارت‌های خودآگاهی، آموزش تن‌آرامی، شناسایی افکار ناکارآمد، شناسایی خطاهای شناختی کودکان تأکید می‌شود. کودکان در چنین چارچوبی می‌توانند با بازپیداوری مکرر موضوع‌ها و رویدادهای مهم، احساسات و هیجان‌های خود را برون‌ریزی کنند، به بینش جدیدی دست یابند و شیوه‌های سازش‌یافته‌تر کنترل هیجان را برگزینند. به نظر می‌رسد مجموعه‌ی این عوامل می‌توانند دریچه تازه‌ای از امکانات و ظرفیت‌های شناختی و عاطفی جهت تنظیم هیجان پیش روی کودکان بگشایند. گرچه پژوهش حاضر نشان داد، درمان شناختی رفتاری متمرکز بر تروما می‌تواند بر شایستگی اجتماعی و تنظیم هیجانی کودکان آزار دیده مؤثر باشد، اما تکرار پژوهش برای روشن‌تر شدن میزان اثربخشی و مکانیسم اثر این روش امری ضروری است.

¹ Rafferty

از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به تعداد کم حجم نمونه، نیمه تجربی بودن روش پژوهش، محدود کردن گروه به کودکان آزار دیده جسمانی-روانی و عدم پیگیری یافته‌ها اشاره کرد، برای پژوهش‌های آتی توصیه می‌شود این پژوهش برای دیگر انواع کودک‌آزاری نظیر غفلت و جنسی با تعداد نمونه گسترده‌تر و انجام پیگیری‌های نتایج درمان، صورت گیرد. به صورت کلی می‌توان بیان داشت، درمان شناختی رفتاری متمرکز بر تروما می‌تواند جهت افزایش شایستگی اجتماعی و تنظیم هیجانی کودکان آزار دیده کمک کننده باشد.

منابع

- بشر پور، سجاد. (۱۳۹۰). مقایسه اثربخشی روش‌های درمان پردازش شناختی و پردازش مجدد هولوگرافیک در کاهش علائم پس آسیبی دانش‌آموزان پسر دبیرستانی مواجه شده با تروما. رساله دکتری روان‌شناسی عمومی، دانشگاه محقق اردبیلی.
- فرجی، رضا؛ کاکاجویاری، علی‌اصغر؛ مرادی، ایوب؛ رنجبری، مجتبی؛ علی‌اکبری دهکردی، مهناز؛ یمنی، محمد. (۱۳۹۴). بررسی مقایسه‌ای شایستگی اجتماعی و نشانگان اضطرابی در دانش‌آموزان یک‌زبانه و دوزبانه. پژوهش‌های روان‌شناسی اجتماعی. ۵(۱۹)، ۴۳-۶۳.
- سروریان، زهرا؛ تقی زاده، محمد احسان؛ متو، سمانه (۱۳۹۵). اثربخشی معنادرمانی بر کفایت اجتماعی نوجوانان. فصلنامه پژوهش‌های روان‌شناسی اجتماعی. ۶(۲۱)، ۳۳-۴۴.
- رنجبر، محمدجواد؛ حاجلو، نادر؛ فائزه غلامی. (۱۳۹۴). ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه فارسی پرسش‌نامه کفایت اجتماعی ادراک شده در نوجوانان. فصلنامه پژوهش‌های روان‌شناسی اجتماعی. ۵(۲۰)، ۹۹-۱۱۳.
- راهب، غنچه؛ اقلیما، مصطفایی؛ کمرودی، عباس و کفشگر، مجتبی (۱۳۸۸). تأثیر روانی اجتماعی کودک‌آزاری و نقش پلیس در پیشگیری از بروز آن، فصلنامه علمی اجتماعی (۱) ۲۰۶-۸۶.
- رزاقی، رقیه. (۱۳۸۲). مداخله در کودک‌آزاری. تهران: سازمان بهزیستی کشور، معاونت امور فرهنگی و پیشگیری، چاپ اول.
- مدنی قهقری و مجتبی، بیات. (۱۳۸۹). فقر و کودک‌آزاری در ایران. فصلنامه علمی پژوهشی رفاه اجتماعی. سال نهم، شماره ۳۵. ۲۷۱-۳۰۰.
- مدنی، سعید. (۱۳۸۳). بررسی روند آزار کودکان در ایران بر اساس برخی پایه‌های علت شناختی آن. فصلنامه رفاه اجتماعی. ۲(۷).
- مشهدی، علی؛ حسنی، جعفر و میردوقی، فاطمه. (۱۳۹۱). بررسی ساختار عاملی، اعتبار و روایی نسخه‌ی فارسی پرسش‌نامه‌ی نظم‌جویی شناختی هیجان - فرم کودکان. مجله اصول بهداشت روان. ۱۴، ۲۴۶-۲۵۹.

ممیزی، فاطمه. (۱۳۸۹). بررسی رابطه مهارت‌های اجتماعی نوجوانان با ۱۷ مورد آزار قرار گرفتن آنان در منطقه شهر تهران. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، رشته مددکاری اجتماعی. دانشگاه علوم بهزیستی و توان‌بخشی.

Aboul-Hagag, K. H., & Hamed, A. (2012). Prevalence and pattern of child sexual abuse reported by cross sectional study among the University students, Sohag University, Egypt. *Child Abuse & Neglect*, 2(3), 89-96.

Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., & Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinal Psychology Reviwe*, 30, 217-37.

Böttche M, Kuwert Ph, Pietrzak R, Knaevelsrud Ch(2016). Predictors of outcome of an Internet-based cognitive-behavioural therapy for post-traumatic stress disorder in older adults. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice* 2016; 89, 1, 82-96.

Benuto, L. (2014). Trauma-focused cognitive behavioral therapy for juvenile victims of sexual Abuse. *Juvenile Sex Offenders*, 291-312.

Cohen JA, Mannarino A, Deblinger E, Deblinger E. Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy for Children and Adolescents. *Journal of interpersonal violence*, 2000;15 (11), 1202-12.

Cohen, J. A., Berliner, L., & Mannarino, A. P. (2003). Psychosocial and Pharmacological interventions for child crime victims. *Journal of Traumatic Stress*, 16(2), 175-186.

Cohen, J. A., Mannarino, A. P., & Knudsen, K. (2004). Treating sexually abused children: One year follow-up of a randomized controlled trial. *Child Abuse & Neglect. Child Maltreatment*, 43, 1225-1233.

Cohen, J.A., Mannarino, A., & Knudsen, K. (2007). Treating sexually abused children: One year follow-up of a randomized controlled trial. *Child Abuse & Neglect. Child Maltreatment*, 43, 1225-1233.

Cohen, J.A., Mannarino, A., & Berliner, M. (2010). Trauma focused CBT for children with co-occurring trauma and behavior Problems. *Child Abuse & Neglect*, 34, 215-224.

Cohen, M., & Mannarino, A. (2015). Trauma-focused Cognitive Behavior Therapy for Traumatized Children and Families. *Family-Based Treatment in Child & Adolescent Psychiatry*, 24(3), 557-570.

Deblinger, E., Stauffer, L.B., & Steer, R.A. (2001). Comparative efficacies of supportive and cognitive behavioral group therapies for young children who have been sexually abused and their nonoffending mothers. *Child maltreatment*, 6(4), 332-43.

Finkelhor, D. (2015). A meta-analysis of child physical abuse prevalence in China. *Child Abuse & Neglect*, 43, 61-72.

Horton, E., & Crues.G. (2010). Culture and child maltreatment: cultural competence and beyond, *Child abuse and neglects*, 8, 637-644.

- Hébert, M., & Daignault, I. (2015). Challenges in treatment of sexually abused preschoolers: A pilot study of TF-CBT in Quebec. *Sexologies*, 24(1), 27-21.
- Kravic, J. (1987). Behavior problems and social competence of clinic-referred abused children. *Journal of Family Violence*, 2 (2), 111-120.
- Kilmer, R. P., Gil-Rivas, V., Tedeschi, R. G., Cann, R., Calhoun, L.G., Buchanan, T., & Taku, K. (2010). Use of the Revised Posttraumatic Growth Inventory for Children. *Journal Trauma Stress*, 22(3): 248–253.
- Kooji, I. W., Nieuwendam, J., Bipat, S. H, Boer, F., Lindauer R, J., & Graafsm T. L. (2015). A national study on the prevalence of child abuse and neglect in Suriname. *Child Abuse & Neglect*, 12,156-161.
- Lopez, M. A., & Heffer, R. W. (1998). Self-concept and social competence of university student victims of childhood physical abuse. *Child Abuse Neglect*. 22(3):183-95.
- Levendosky, A. & Alexandra, O, Parker. (1995). Depression and maltreatment as predictors of social competence and social problem-solving skills in school-age children. *Child Abuse & Neglect*, 19(10), 1183–1195.
- Macdonald, G., Higgins, J. P. T., Ramchandani, P., Valentine, J. C., Bronger, L. P, Marissiaux, A., & Grosbois, N. (2008). Theory of mind “beliefs”, developmental characteristics and social understanding in children and adolescents with intellectual disabilities. *Sesearch in Developmental Disabilities*, 29(6), 547-566.
- Manly, J., Cicchetti, D., Barnett, D. (1994). The impact of subtype, frequency, chronicity, and severity of child maltreatment on social competence and behavior problems. *Development and Psychopathology*, 6(1), 121-143.
- Nightingale VR, Sher TG, and Hansen NB. (2010). The impact of receiving an HIV diagnosis and cognitive processing on psychological distress and posttraumatic growth. *J. Trauma Stress* 23, 452–460. doi: 10.1002/jts.2055.
- Renk K., & Phares, V. (2004). Cross-informant ratings of social competence in children and adolescents. *Clinical Psychology Review*, 24(2):239-54.
- Stockton H, Hunt N, Joseph S. (2011). Trauma Stress. Cognitive processing, rumination, and posttraumatic growth. 24(1):85-92. doi: 10.1002/jts.20606. Epub 2011 Jan 25.
- Thompson, R. A. (1994). Emotion regulation: A theme in search of definition. *Child Development*, 59, 25-52.
- Tedeschi, G., R., & Calhoun, L. (2004). Posttraumatic growth: Conceptual foundation and empirical evidence, *Psychological Inquiry*, 15,1-18.
- Zoellner T, & Maercker A. (2006). Posttraumatic growth in clinical psychology. A critical review and introduction of a two component model, *Clinical Psychology Review*, 26, 626-653. DOI: 10.1016/j.cpr.2006.01.008
- Zoellner, T., & Maercker, A. (2006). Posttraumatic growth in clinical psychology. A critical review and introduction of a two component model, *Clinical Psychology Review*, 26, 626-653.