



اثربخشی درمان شناختی رفتاری والد - کودک بر مشکلات رفتاری هیجانی کودکان سوگ

دانشیار گروه روان‌شناسی دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران.

حسین سماواتیان 


استاد گروه روان‌شناسی دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران.

مهرداد کلانتری 

دکتری روان‌شناسی دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران.

عادلہ اصلی پور  *

دانشیار گروه کودکان با نیازهای خاص دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران.

احمد عابدی 

چکیده

هدف: هدف پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری والد - کودک بر مشکلات رفتاری هیجانی کودکان سوگ بود. روش‌شناسی: این پژوهش از نوع آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون - پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل کودکان دختر ۷ تا ۱۱ ساله فاقد پدر تحت پوشش کمیته امداد شهر ساری و دارای مشکلات رفتاری هیجانی بودند. نمونه شامل ۱۶ دختر ۷ تا ۱۱ ساله فاقد پدر تحت پوشش کمیته امداد شهر ساری بودند که به شیوه هدفمند انتخاب شده و در دو گروه مداخله و کنترل به تساوی قرار گرفتند، پرسشنامه سیاه رفتاری کودک قبل و بعد از مداخله و پیگیری یک‌ماهه توسط مادران آنها تکمیل گردید. درمان شناختی رفتاری والد - کودک برای گروه مداخله در قالب ۸ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای هفتگی اجرا شد. جلسات اول تا ششم به کودکان و جلسات هفتم و هشتم به مادران آنها اختصاص داشت. داده‌ها با استفاده از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر تحلیل شدند. یافته‌ها:

اجرای درمان شناختی رفتاری والد - کودک منجر به کاهش اضطراب، افسردگی، شکایات جسمانی، مشکلات اجتماعی، توجه و تفکر، رفتارهای قانون شکنانه و پرخاشگری در کودکان گروه مداخله شد علاوه براین در متغیرهای اضطراب، پرخاشگری، مشکلات اجتماعی و توجه بین دو گروه تفاوت معنادار مشاهده گردید. نتیجه‌گیری: استفاده از درمان شناختی رفتاری والد - کودک که به‌طور هم‌زمان والد بازمانده و کودک را در فرایند درمان مدنظر قرار می‌دهد می‌تواند در کاهش مشکلات رفتاری هیجانی کودکان پس از فقدان والد مؤثر باشد.

کلیدواژه‌ها: درمان شناختی رفتاری، والد - کودک، مشکلات رفتاری هیجانی، کودکان سوگ.



مقدمه

خانواده اولین و مهم‌ترین کانون ارضای نیازهای کودکان و پرورش استعدادهای آنان به‌ویژه در سال‌های اولیه زندگی است. حضور والدین همچون نوع ارتباط آنان با کودک در ثبات و سازگاری کودکان نقش بسزایی دارد. هر عاملی که انسجام و ساختار طبیعی خانواده را برهم بزند می‌تواند منجر به مشکلات رفتاری هیجانی در کودکان گردد (بهرروز، ۱۳۹۵). کودکان یکی از گروه‌های آسیب‌پذیر هستند که در معرض انواع اختلالات روان‌شناختی قرار دارند. این اختلالات به‌طور قابل‌ملاحظه‌ای بر عملکرد تحصیلی و حرفه‌ای کودکان و نوجوانان تأثیر منفی می‌گذارد و احتمال ابتلا به بیماری‌های روان‌شناختی را در دوره بزرگ‌سالی افزایش می‌دهد (باقری و همکاران، ۱۴۰۰). هر ساله تعداد زیادی از کودکان به دلایل مختلفی نظیر فجایع انسانی، بلاهای طبیعی، حوادث جاده‌ای، بیماری‌های مزمن، حملات قلبی و محکومیت‌های جزایی هر دو یا یکی از والدین خود را از دست می‌دهند (فتاحی و همکاران، ۱۳۹۳). فقدان عزیزان، دشوارترین و استرس‌زاترین رویدادی است که بر جنبه‌های مختلف زندگی شخص تأثیر می‌گذارد (ظاهری، ۱۳۹۸). از دست دادن نزدیکان و افراد موردعلاقه به‌ویژه والدین برای کودکان و نوجوانان تجربه‌ای دردناک و آسیب‌زا است که می‌تواند با اختلالات جسمی و روانی همراه باشد (ریوت^۱ و همکاران، ۲۰۲۰). در کودکان به دلیل محدودیت رشد شناختی و درک محدود و ناصحیح از وقایع، ناتوانی در بیان هیجانات و افکار ناراحت‌کننده، غفلت از سوی بزرگ‌سالان و درک نکردن شرایط کودکان، مهارت‌های مقابله‌ای ضعیف احتمال بروز مشکلات رفتاری هیجانی بیشتر بوده و آسیب‌پذیری کودکان بالاتر است (بکمن و کوین^۲، ۲۰۱۲).

سوگ یک تجربه خاص بوده و به‌طور کلی پاسخ سوگ پویا و فراگیر است و روندی خطی نیست (اصلاحکار و همکاران، ۱۳۹۷). عوامل متعددی وجود دارند که بر نوع واکنش‌های سوگ در کودکان مؤثر می‌باشند و گاهی اوقات منجر به طولانی یا پیچیده

1. Revet, A.

2. Beckman, T. & Coyne, R.

شدن فرایند سوگواری می‌گردند (تریمل^۱ و همکاران، ۲۰۲۰). عواملی مانند جنسیت والد فوت‌شده نیز نقش مهمی در نوع واکنش‌های سوگ و پیامدهای ناخوشایند آن دارد و تجربه مرگ پدر یا مادر، کودکان را با پیامدهای منفی متفاوتی مواجه خواهد ساخت.

کودکان به دنبال مرگ پدر، غمگینی، ناامیدی، خشم، دل‌تنگی و تنهایی را مشابه با بزرگسالان تجربه می‌کنند (آپنهایمر^۲، ۲۰۱۰)؛ اما تفاوت از بزرگسالان فقدان را تفسیر و سوگ را تجربه می‌نمایند (پاریس^۳ و همکاران، ۲۰۰۹). نگرانی بابت فقدان‌های بیشتر، امنیت سایر اعضای خانواده به‌ویژه مادر و ترس از جدایی متعاقب مرگ پدر، کودکان را با اضطراب و افسردگی مواجه می‌سازد (آکرمین و استاتام^۴، ۲۰۱۱). رفتارهای دلبستگی نایمن مانند پرخاشگری، رفتارهای واپس‌رونده از جمله مکیدن انگشت، شب‌ادراری و از دست دادن برخی مهارت‌های آموخته‌شده قبلی (هولاند^۵، ۲۰۰۸)؛ از دست دادن اشتها، افزایش یا کاهش وزن، کمبود انرژی، تهوع، سردرد، بی‌خوابی و پرخوابی نیز از واکنش‌های کودکان و نوجوانان به فقدان پدر است (تجادا^۶، ۲۰۱۲).

باوجود اینکه نشانه‌های سوگ و اختلالات روان‌شناختی پس از فوت پدر در دختران و پسران تقریباً مشابه است ولی تفاوت‌های جنسیتی بر فراوانی بروز مشکلات رفتاری هیجانی در کودکان اثرگذار می‌باشد. به‌طور مثال، انتظار می‌رود رفتارهای پرخاشگرانه، قانون‌شکنانه، بیش‌فعالی، نافرمانی یا به‌طور کلی مشکلات برون‌سازی در پسران پس از فقدان پدر بیشتر دیده شود و در دختران افسردگی، اضطراب و نشانه‌های جسمانی یا مشکلات درون‌سازی فراوان‌تر باشد (داپ و کین^۷، ۲۰۱۲). دختران خردسال اغلب به دلیل وابستگی عاطفی به والد جنس مخالف در برابر از دست دادن پدر آسیب‌پذیرتر هستند. علاوه بر این، وضعیت اقتصادی و سطح درآمد خانواده نیز در بروز مشکلات رفتاری هیجانی دختران فاقد پدر مؤثر است. انتظار می‌رود در کودکانی که به طبقه اجتماعی

1. Treml, J.
2. Oppenheimer, C.
3. Paris, M.
4. Akerman, R., & Statham, J.
5. Holland, J.
6. Tejada, O.
7. Dopp, A., & Cain, A.

اقتصادی پایین جامعه تعلق داشته و تحت پوشش نهادهای حمایتی مانند کمیته امداد قرار دارند وضعیت نامساعد اقتصادی اثرات نامطلوب سوگ و فقدان پدر را افزایش دهد، زیرا در چنین خانواده‌هایی پس از مرگ پدر به‌عنوان سرپرست خانواده، مادر یا والد بازمانده به دلیل فشار مالی و برای تأمین مخارج زندگی به‌ناچار باید در خارج از منزل به کار مشغول گردد و کودکان از وجود مادر کمتر بهره‌مند می‌شوند. گویا کودک هر دو والد خویش را از دست می‌دهد مخصوصاً در دختران که مسئولیت نگهداری از سایر فرزندان و انجام کارهای منزل در زمان حضور نداشتن مادر، فشار روحی بیشتری بر آنان وارد می‌نماید.

از آنجایی که سوگ ناشی از مرگ پدر در دوران کودکی مسئله مهمی است و کودکان در معرض خطر فزاینده آسیب‌های تحولی قرار دارند ولی همه کودکان دچار مشکلات شدید رفتاری هیجانی بعد از داغ‌دیدگی و سوگ نمی‌شوند (هاین^۱ و همکاران، ۲۰۰۸)، حتی اکثر کودکانی که پدر خود را بر اثر خودکشی یا سرطان از دست داده‌اند، سطوح پایین آشفتگی روانی را گزارش کردند که بیانگر درجه مقاومت و انعطاف‌پذیری کودک می‌باشد (راتنارجاه و اسکوفیلد^۲، ۲۰۰۷). به عبارتی، اکثر افرادی که دچار سوگ می‌شوند به جستجوی درمان بر نمی‌آیند و هنگامی که فرد اندوهگین با فقدان کنار می‌آید نشانه‌های سوگ ظرف مدت چند ماه کاهش می‌یابد. در نتیجه سوگواری به دنبال مرگ عزیزان، فرایندی طبیعی و لازم است که بسیاری از افراد من جمله کودکان آن را تجربه می‌کنند (عظیم اوغلی و همکاران، ۱۴۰۰). طولانی شدن زمان سازگاری با فقدان، درجاتی از ناتوانی در عملکردهای فردی و اجتماعی را برای فرد داغ‌دیده به دنبال دارد که در نهایت می‌تواند اثرات نامطلوبی بر ساختار خانواده و کیفیت زندگی و حتی جامعه داشته باشد (علی‌پور، ۱۳۹۹). در کودکان به نظر می‌رسد عوامل مختلفی می‌توانند در این زمینه مؤثر باشند که برخی از آنها مستقیماً با شرایط و ویژگی‌های کودکان ارتباط داشته و برخی دیگر شرایط محیط زندگی و اطرافیان را شامل می‌شود (آکرمن و استاتام، ۲۰۱۱).

1. Haine, R.

2. Ratnarajah, D., & Schofield, M.

برای کودکانی که پس از تجربه سوگ دچار مشکلات روان‌شناختی گردیدند، از درمان‌های متعددی مانند پذیرش و تعهد (بهروز، ۱۳۹۵)؛ مشاوره حمایتی (نام^۱، ۲۰۱۶)؛ روایت تروما و آموزش مهارت‌های مقابله‌ای (سالوم و اوراستریت^۲، ۲۰۱۲)؛ حساسیت‌زدایی حرکات چشم و پردازش مجدد (سولومون و راندو^۳، ۲۰۱۲)؛ سوگ درمانی اسلامی (فتاحی و همکاران، ۱۳۹۳)؛ بازی‌درمانی (محمودی قرائی و همکاران، ۱۳۸۵)؛ قصه‌درمانی (رضائی، ۱۳۹۴) و درمان شناختی رفتاری (اسپویج^۴ و همکاران، ۲۰۱۳) استفاده شده است.

با وجود اثربخش بودن درمان‌های فوق، اما هیچ‌یک از آن‌ها بر مبنای عوامل مرتبط با مشکلات رفتاری هیجانی کودکان سوگوار تدوین نشده‌اند. لذا در درازمدت از میزان اثربخشی درمان‌ها کاسته شده و به احتمال زیاد مشکلات کودکان داغ‌دیده برگشت خواهند نمود. از سوی دیگر، در کشور ما بیشترین کمک‌ها توسط مراکز و مؤسسات حمایتی به کودکان بی‌سرپرست در زمینه مالی و مسکونی بوده و کمتر به موضوع نیازهای عاطفی، روانی و مشکلات رفتاری و هیجانی کودکان داغ‌دیده توجه شده است.

همچنین بررسی پیشینه پژوهش نشان داد که در ایران هیچ تحقیقی در جهت درمان مشکلات رفتاری هیجانی کودکان سوگ تحت پوشش کمیته امداد بر پایه عوامل زمینه‌ساز اختلالات انجام نگرفته است که در آن مادر و کودک هم‌زمان و در قالب یک بسته درمانی در جهت کاهش مشکلات کودک مورد هدف قرار گیرند. لذا شرایط خاص زندگی این کودکان و چندجانبه بودن مشکلات آنان، ایجاب می‌نماید تا برای بهبود یا کاهش مشکلات روان‌شناختی ایجاد شده پس از فقدان پدر، درمانی متناسب به کار گرفته شود که علاوه بر در نظر گرفتن عوامل مؤثر در بروز مشکلات رفتاری هیجانی، والد بازمانده یا مادر نیز در درمان دخالت و مشارکت داشته باشد. بدین ترتیب، پژوهش کنونی

-
1. Nam, I.
 2. Salloum, A., & Overstreet, S.
 3. Solomon, R., & Rando, T.
 4. Spuijz, M.

با هدف بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری والد - کودک بر مشکلات رفتاری هیجانی کودکان سوگ انجام شده است.

روش شناسی

پژوهش حاضر از نوع آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون - پیگیری با گروه کنترل است. جامعه آماری کلیه کودکان دختر ۷ تا ۱۱ ساله فاقد پدر تحت پوشش کمیته امداد شهر ساری و دارای مشکلات رفتاری هیجانی می‌باشند. نمونه پژوهش، ۱۶ دختر ۷ تا ۱۱ ساله فاقد پدر تحت پوشش کمیته امداد شهر ساری بودند که به‌طور هدفمند انتخاب و به‌صورت تصادفی در دو گروه مداخله و کنترل (هر گروه ۸ نفر) جایگزین شدند. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل دارا بودن مشکلات رفتاری هیجانی بر اساس نتایج پرسشنامه CBCL و تشخیص روان‌پزشک، عدم وجود معلولیت ذهنی، بیماری جسمی و روان‌پزشکی خاص در کودک؛ از دست دادن پدر به دلیل حوادث مختلف مانند تصادف، بیماری و یا خودکشی؛ مدت‌زمان سپری‌شده از فوت پدر ۶ ماه تا ۳ سال؛ جنسیت دختر؛ محدوده سنی ۷ تا ۱۱ سال؛ فقدان رویدادهای استرس‌زای در طول اجرای مداخلات برای کودک؛ موافقت والد با مانده و کودک برای شرکت در پژوهش و امضای فرم رضایت‌نامه؛ تحت پوشش کمیته امداد بودن می‌باشد. در صورت دریافت دارو و یا هرگونه مداخله روان‌شناختی حین اجرای پژوهش و غیبت بیش از دو جلسه کودک همچنین وجود بیماری جسمی یا روان‌پزشکی خاص در مادر که مانع از همکاری گردد، آزمودنی‌ها از پژوهش خارج می‌شدند.

با مراجعه به اداره کمیته امداد شهرستان ساری و ارائه معرفی‌نامه و مجوز، برای کلیه دختران ۷ تا ۱۱ ساله تحت پوشش کمیته امداد که پدر خود را ازدست‌داده و توسط کارشناس مشاوره به محقق معرفی گردیدند ($N=32$)، پرسشنامه سیاهه رفتاری کودک فرم والد تکمیل شد. با وجود اینکه تمامی کودکان بر اساس نتایج حاصل از پرسشنامه CBCL نوعی از مشکلات رفتاری هیجانی را نشان می‌دادند ولی از بین آن‌ها ۱۶ کودک و مادر مایل به همکاری بودند. سپس این کودکان توسط روان‌پزشک ویزیت شده و نیاز آنان

برای شرکت در جلسات مداخله تأیید گردید. پس از جایگزینی تصادفی کودکان در گروه‌ها، درمان شناختی رفتاری والد - کودک برای گروه مداخله در قالب ۸ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای هفتگی اجرا گردید. جلسات اول تا ششم به کودکان و جلسات هفتم و هشتم به مادران آن‌ها اختصاص داشت. در این پژوهش از پرسشنامه آخنباخ و درمان شناختی رفتاری والد - کودک استفاده گردید.

پرسشنامه آخنباخ

یکی از مشهورترین مقیاس‌هایی که در دو دهه اخیر بسیار کاربرد پیدا کرده مقیاس سنجش مبتنی بر تجربه آخنباخ^۱ ASEBA است. این مقیاس دارای سه فرم موازی سیاهه رفتاری کودک^۲ (CBCL) (توسط والدین یا فردی که سرپرستی کودک را برعهده دارد تکمیل می‌گردد)، فرم خودسنجی^۳ (YSR) (برای سنین ۱۸ - ۱۱ سال و توسط خود نوجوان تکمیل می‌گردد) و فرم گزارش معلم^۴ (TRF) (برای سنین ۶ تا ۱۸ سال و توسط معلم تکمیل می‌گردد) می‌باشد. لازم به ذکر است که در پژوهش حاضر از فرم سیاهه رفتاری کودک (CBCL) استفاده شده است. فرم سیاهه رفتاری کودک (CBCL) از مقیاس‌های شایستگی و کارکرد انطباقی، مقیاس‌های مبتنی بر تجربه و مقیاس‌های مبتنی بر DSM تشکیل شده است. مقیاس‌های مبتنی بر تجربه دارای ۱۱۳ گویه است که حالت‌های هیجانی و رفتاری کودکان را در شش ماه اخیر بررسی می‌کند و به روش لیکرتی «درست نیست = ۰»، «تاحدی یا گاهی درست است = ۱» و «کاملاً یا غالباً درست است = ۲» نمره‌گذاری می‌شود. نمره‌های هر شاخص می‌تواند از ۱ تا ۱۰۰ نوسان داشته و نمرات پایین‌تر، نشانه وضعیت بهتر است. آخنباخ (۱۹۹۱) ضریب پایایی این پرسشنامه را ۰/۷۵ محاسبه کرده است (یزدخواستی و عریضی، ۱۳۹۰). همسانی درونی مقیاس‌ها با استفاده از آلفای

-
1. Achenbach System of Empirically Based Assessment
 2. Child Behavior Checklist
 3. Your Self - Report
 4. Teachers Report Form

کروناخ از ۰/۶۳ تا ۰/۹۵، ثبات زمانی از ۰/۳۲ تا ۰/۶۷ و توافق بین پاسخ‌دهندگان ۰/۹ تا ۰/۶۷ گزارش گردیده است (عمادی و همکاران، ۱۳۹۴).

درمان شناختی رفتاری والد - کودک

جهت تدوین بسته درمان شناختی رفتاری والد - کودک متناسب با کودکان سوگ تحت پوشش کمیته امداد با ۵ درمانگر حوزه کودکان به‌ویژه کودکان داغ‌دیده و ۱۰ نفر از مادران دارای دختر ۷ تا ۱۱ ساله فاقد پدر که تحت حمایت کمیته امداد شهر ساری قرار داشتند مصاحبه نیمه ساختاریافته در زمینه عوامل مرتبط با مشکلات رفتاری هیجانی این کودکان صورت گرفت. هم‌زمان و به‌موازات انجام مصاحبه‌ها، منابع روان‌شناسی مرتبط با موضوع نیز مورد مطالعه قرار گرفت. در ادامه برای تحلیل اطلاعات مصاحبه‌ها از روش کلایزی^۱ استفاده گردید. بدین ترتیب که محقق پس از گوش دادن بیانات ضبط‌شده، آن‌ها را کلمه به کلمه روی کاغذ پیاده نمود و زیر اظهارات مرتبط با مشکلات رفتاری هیجانی کودکان سوگوار خط کشیده و جملات مهم را مشخص نمود. در گام بعدی، از عبارت انتخاب‌شده، مفاهیم پایه استخراج گردید. با دسته‌بندی مفاهیم پایه مشابه، مفاهیم سازمان‌دهنده که همانا عوامل مرتبط با مشکلات روان‌شناختی کودکان سوگ بود، به وجود آمد. در نهایت جهت تأیید عوامل به‌دست‌آمده از مصاحبه‌ها به مادران و متخصصان شرکت‌کننده در مصاحبه‌ها مراجعه شد. در جریان تحلیل تماتیک متون نیز ابتدا زیر جملات معنادار موجود در متون خط کشیده شد. سپس این عبارات در قالب مفاهیم پایه نام‌گذاری گردیدند. در مرحله بعد از چندین مفهوم پایه که مضمون مشترکی داشتند، مضامین سازمان‌دهنده شکل گرفت کهتم اصلی یعنی عوامل مؤثر در مشکلات روان‌شناختی کودکان سوگوار را پوشش دادند. نهایتاً مضامین سازمان‌دهنده در یک مضمون فراگیر جمع شده که عوامل مرتبط با مشکلات رفتاری هیجانی کودکان سوگ ۷ تا ۱۱ ساله خوانده می‌شد.

جهت تدوین پروتکل درمانی از آنجایی که عوامل مرتبط با کودک در صدر عوامل شناسایی شده در شکل‌گیری و بروز مشکلات رفتاری هیجانی قرار داشت و فراوانی آن بیشتر از سایر طبقات بود، لذا به این عوامل بیشتر توجه شده است. از میان عوامل مرتبط با کودک، همه عوامل قابلیت تغییر و اصلاح را نداشته، بنابراین با در نظر گرفتن پیشینه نظری و پژوهشی، همچنین صلاح‌دید اساتید راهنما عواملی که با آموزش و مداخله قابلیت کاهش یا رفع شدن داشتند، انتخاب گردید و در بسته درمانی گنجانده شد. عامل بیان افکار و احساسات درباره والد متوفی و مرگ با هدف ایجاد فضای امن برای کودک جهت برون‌ریزی افکار و احساسات در مورد والد فوت شده و واقعه مرگ در حضور سایر اعضای گروه که همانا کودکانی با شرایط مشابه خود او هستند. عامل احساس متفاوت دانستن خود از سایر همسالان با هدف شنیدن و آگاه شدن از شرایط زندگی، افکار ناراحت‌کننده و احساسات ناخوشایند سایر کودکانی که مانند خود کودک، سوگ و فقدان والد را تجربه کردند. عامل سطح درک کودک از مؤلفه‌های مرگ با هدف آشنا ساختن کودکان با مؤلفه‌های سه‌گانه مرگ. عامل کیفیت رابطه کودک با والد متوفی، والد بازمانده، همسالان و همشیرها با هدف بهبود و تقویت رابطه کودک با والد بازمانده و همشیرها و همسالان همچنین تغییر شکل ارتباط با والد متوفی. عامل راهبردهای مقابله‌ای کودکان با هدف به‌کارگیری راهبردهای مقابله‌ای مؤثر برای مواجهه با فقدان و کاهش آسیب‌های پس‌از آن.

سپس، عوامل مرتبط با خانواده در مرتبه دوم فراوانی قرار داشتند و از میان آن‌ها عامل شیوه‌های فرزندپروری والد بازمانده با هدف آموزش شیوه‌های صحیح فرزندپروری و اصلاح شیوه‌های نادرست قبلی؛ عامل عدم آگاهی از نیازها و مشکلات کودکان سوگ با هدف آگاه ساختن والد بازمانده از نیازهای کودکان پس از مواجهه با فقدان والد انتخاب شدند. عوامل مرتبط با ماهیت مرگ و عوامل حمایتی - اجتماعی، به دلیل اینکه قابل دست‌کاری توسط محقق نبودند علی‌رغم اهمیت آن‌ها در ایجاد مشکلات کودکان سوگوار، در بسته درمانی گنجانده نشدند.

در مرحله بعد جهت اعتباریابی، محتوای جلسات درمانی در اختیار ۳ نفر از متخصصین و درمانگران حوزه کودکان سوگ قرار گرفت. سپس نظرات آن‌ها را در زمینه عوامل انتخاب‌شده، اهداف و محتوای جلسات درمانی همچنین تناسب آن با نیازها و مشکلات روان‌شناختی کودکان سوگوار جویا شدیم. پس از اعمال نظرات متخصصین، پروتکل مجدداً در اختیار آنان قرار گرفت و روایی محتوایی تأیید شد.

جدول ۱. محتوای بسته درمانی شناختی رفتاری والد - کودک

| جلسه | عامل مؤثر | اهداف | محتوای جلسات |
|------|---|--|---|
| اول | کودک درباره مرگ و والد متوفی | بیان افکار و احساسات | کودک در فضای امن درمان می‌کند و چه احساسی دارد و دوست دارد به دیگران چه بگوید؟ توضیح به کودکان که بیان هیجانات و افکار می‌تواند یک‌راه درست و مفید برای کاهش ناراحتی و بهبود سریع‌تر و بازگشت به زندگی معمول باشد. کشف نظر کودک در مورد بیان افکار و منفی خود را درباره والد احساسات مثبت و متوفی و واقعه مرگ بیان کند. احساسات، تجارب گذشته آن‌ها در زمینه بیان افکار و احساسات و واکنش دیگران؛ بیان افکار و احساسات کودک در مورد علت مرگ؛ ناگهانی بودن مرگ و شرکت در مراسم تدفین |
| دوم | مقایسه کودک با همسالان و احساس متفاوت بودن از آن‌ها | ناخوشایند سایر کودکان گروه که مشابه خودش تجربه فقدان والد را دارند احساسات منفی را کمتر تجربه نماید و در مورد حادثه رخ داده به پذیرش برسد. | کودک افکار آزردهنده و احساسات منفی خود را هنگام در نظر گرفتن زندگی فعلی‌اش در مقایسه با همسالان بیان کند. شناسایی دلایل کودک برای ناراحت کننده و احساسات مقایسه خود با همسالان؛ شناسایی مکان و زمانی که بیشتر خود را با همسالان مقایسه می‌کند؛ بررسی جنبه‌های مثبت زندگی فعلی همراه با کودک؛ آموزش برای جایگزینی افکار مثبت و در نظر گرفتن جنبه‌های مثبت زندگی فعلی؛ آموزش تکنیک‌های کاهش هیجانات منفی؛ ترغیب کودک برای بیان احساسات خویش در گروه همسالان مشابه و دریافت حمایت از سایر اعضای گروه، آگاهی از این نکته که سایر همسالان نیز تجربه مشابه با او دارند. |

| جسه | عامل مؤثر | اهداف | محتوای جلسات |
|-------|--|--|--|
| سوم | سطح کودک از مؤلفه‌های مرگ | آشنایی کودک با مؤلفه‌های مرگ شامل بازگشت‌ناپذیری مرگ، همگانی بودن مرگ، قطع شدن علائم حیاتی | پرسیدن از کودک در مورد بازگشت‌ناپذیری، همگانی بودن و بی‌کارکردی؛ از کودک خواسته می‌شود تا هر کدام از مؤلفه‌ها را با ذکر مثالی (از حیوانات و یا گیاهان) توضیح دهد. کودک افکار و احساسات خود را قبل و بعد از آگاهی درست از مؤلفه‌های مرگ، بیان کند. از کودک خواسته می‌شود تا بیان کند آگاهی از مؤلفه‌های مرگ تا چه اندازه در پذیرش مرگ والد، تسکین و آرامش پس از فقدان در او مؤثر بوده است. |
| چهارم | راهبردهای مقابله‌ای کودک | کودک با انواع راهبردهای مقابله‌ای و تکنیک‌های حل مسئله آشنا شده | آموزش انواع راهبردهای مقابله‌ای به کودک و کمک به شناسایی مزایا و معایب راهبردهای مختلف و انتخاب مناسب‌ترین آن‌ها؛ آموزش مهارت‌حل مسئله |
| پنجم | کیفیت رابطه کودک با والد متوفی و والد بازمانده | کودک بتواند بعد از فقدان پدر، راه‌های درست برقراری ارتباط با او را بیاموزد. همچنین رابطه با والد بازمانده تقویت و تصحیح شود. | برای کودکی که رابطه خوبی با والد متوفی داشت، در شرایط فعلی چگونه می‌تواند این رابطه را برقرار کند؟ راه‌های حفظ یاد و خاطرات والد متوفی؛ برای کودکانی که رابطه خوبی با والد متوفی نداشتند، بررسی دلایل و کمک به رفع آن، تمرکز بر خاطرات خوب و ویژگی‌های مثبت والد متوفی، ایجاد رابطه مثبت؛ بررسی رابطه کودکان با والد بازمانده از دیدگاه کودک؛ بررسی ویژگی‌های مثبت و منفی والد بازمانده همچنین افکار و احساسات کودک نسبت به او؛ بیان خواسته‌ها و مشکلات کودک در رابطه با والد بازمانده؛ ارائه راهکارهایی برای بهبود یا اصلاح رابطه |
| ششم | کیفیت رابطه کودک با همسالان، معلم | کودک بتواند رابطه مثبت و ثمربخشی با همسالان، معلم برقرار نماید و از حمایت آنان برخوردار گردد. | بررسی کیفیت رابطه کودک با همسالان و معلم در مدرسه؛ بررسی دلایل رضایت‌بخش بودن یا نبودن رابطه با همسالان، معلم و ارائه راهکارهای تقویت رابطه؛ آموزش مهارت‌های برقراری ارتباط مؤثر |

| جلسه | عامل مؤثر | اهداف | محتوای جلسات |
|------|--|--|---|
| هفتم | عدم درک و آگاهی والد بازمانده از نیازها و مشکلات کودک پس از فقدان | آگاه ساختن والد بازمانده از مشکلات رفتاری و هیجانی که کودکان پس از فقدان با آن مواجه می‌گردند همچنین آگاهی والد بازمانده از نیازهای مختلف کودکان سوگ | آموزش به والد بازمانده در مورد نشانه‌های سوگ در کودکان، مراحل آن و انواع اختلالات رفتاری هیجانی. بررسی سؤالات کودکان درباره مرگ و والد متوفی از والد بازمانده و نوع پاسخ‌داده‌شده توسط او؛ بررسی دلایل والد بازمانده از صحبت نکردن درباره والد متوفی و بررسی اشتباهات رایج در توضیح مرگ به کودک؛ تشویق والد بازمانده برای اختصاص دادن فرصت به کودک تا تخلیه هیجانی نموده و سؤالاتش را بپرسد. آموزش به والد بازمانده در زمینه ابعاد مختلف نیازهای کودکان پس از فقدان والد و شیوه‌های مناسب پاسخگویی و ارضای نیازهای کودکان سوگ |
| هشتم | شیوه‌های فرزندپروری والد بازمانده، سبک واکنش و راهبردهای مقابله در بحران | ارتقا و بهبود سبک فرزندپروری و اصلاح روش‌های تنبیه و تشویق رایج والد بازمانده | بررسی معایب و مزایای شیوه فرزندپروری والد بازمانده؛ آموزش انواع سبک‌های فرزندپروری و بررسی معایب و مزایای آن‌ها؛ بررسی روش‌های تنبیه و تشویق کودک توسط والد بازمانده، مزایا و معایب آن‌ها؛ آموزش برنامه‌های صحیح تشویق و تنبیه با ذکر مثال؛ ارزیابی راهبردهای مقابله‌ای و واکنش‌های والد بازمانده به واقعه فوت همسر؛ اصلاح یا بهبود آن‌ها |

جهت تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS ویراست ۱۹ و تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده گردید. جهت رعایت ملاحظات اخلاقی به مشارکت‌کنندگان اطمینان داده شد اطلاعات حاصل از پرسشنامه‌ها محرمانه خواهد ماند و به صورت گروهی تحلیل خواهد شد. همچنین به شرکت‌کنندگان در زمینه اهداف تا جایی که آگاهی آنان به نتایج پژوهش لطمه وارد نسازد، اطلاعات داده شد و اختیار دارند که در هر زمان از پژوهش خارج شوند و رضایت‌نامه از ایشان اخذ گردید. این مقاله مستخرج از رساله دکترای روان‌شناسی نویسنده مسئول در دانشگاه اصفهان با کد اخلاقی IR.UI.REC.1397.157 می‌باشد.

یافته‌ها

در مطالعه کنونی، ۱۶ دختر ۷ تا ۱۱ ساله فاقد پدر تحت پوشش کمیته امداد شهر ساری شرکت کردند. ۸ کودک در گروه درمان شناختی رفتاری والد - کودک قرار داشتند که ۳ نفر از آن‌ها ۱۰ ساله پایه چهارم و ۵ نفر دیگر ۱۱ ساله پایه پنجم بودند. ۸ کودک دیگر در گروه کنترل که از بین آن‌ها ۱ نفر ۷ ساله پایه اول، ۲ نفر ۸ ساله پایه دوم، ۲ نفر ۹ ساله پایه سوم، ۳ نفر ۱۰ ساله پایه چهارم بودند. در گروه درمان شناختی رفتاری والد - کودک، ۵ نفر تک فرزند، ۱ نفر فرزند اول و ۲ نفر نیز فرزند دوم وجود داشت. درحالی که در گروه کنترل، ۴ نفر تک فرزند، ۱ نفر فرزند اول و ۳ نفر فرزند دوم بودند. هر ۱۶ کودک شرکت کننده، پدر خود را به‌طور ناگهانی و غیرمنتظره از دست داده بودند. سایر ویژگی‌های جمعیت شناختی در جدول شماره ۲ ارائه شده است.

جدول ۲. ویژگی‌های جمعیت شناختی کودکان شرکت کننده در پژوهش

| متغیرها | گروه درمان شناختی رفتاری | | گروه کنترل | |
|------------------------------|--------------------------|------|------------|------|
| | فراوانی | درصد | فراوانی | درصد |
| تصادف | ۲ | ۲۵٪ | ۱ | ۱۹٪ |
| خودکشی | ۱ | ۱۲٪ | ۱ | ۶٪ |
| علت مرگ پدر | ۲ | ۲۵٪ | ۳ | ۴۴٪ |
| | ۳ | ۳۸٪ | ۳ | ۳۱٪ |
| زمان سپری شده از فوت پدر | ۳ | ۳۷٪ | ۵ | ۶۳٪ |
| | ۵-۷ سال | ۵ | ۶۳٪ | ۳ |
| ازدواج مجدد مادر | ۴ | ۵۰٪ | ۳ | ۳۷٪ |
| | ندارد | ۴ | ۵۰٪ | ۵ |
| سابقه بیماری روانی در والدین | ۲ | ۲۵٪ | ۳ | ۳۷٪ |
| | ۶ | ۷۵٪ | ۵ | ۶۳٪ |
| سابقه اعتیاد در والدین | ۳ | ۳۷٪ | ۵ | ۶۳٪ |
| | ۵ | ۶۳٪ | ۳ | ۳۷٪ |

میانگین و انحراف معیار مؤلفه‌های مشکلات رفتاری هیجانی در کودکان شرکت‌کننده در مطالعه به تفکیک دو گروه درمان شناختی رفتاری والد - کودک و کنترل در زمان‌های مختلف اندازه‌گیری (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) در جدول شماره ۳ ارائه شده است.

جدول ۳. میانگین و انحراف معیار مشکلات رفتاری هیجانی در زمان‌های مختلف ارزیابی به تفکیک گروه‌ها

| متغیرها | گروه‌ها | N | پیش‌آزمون | | پس‌آزمون | | پیگیری | |
|---------------------|---------|---|-----------|------|----------|------|--------|------|
| | | | Sd | M | Sd | M | Sd | M |
| اضطراب | مداخله | ۸ | ۷۳/۱۲ | ۳/۵۶ | ۵۹/۵۰ | ۳/۸۹ | ۶۱/۶۲ | ۵/۲۸ |
| | کنترل | ۸ | ۷۱/۱۲ | ۶/۴۲ | ۷۱/۲۵ | ۷/۱۲ | ۷۰/۳۷ | ۷/۰۲ |
| گوشه‌گیری / افسردگی | مداخله | ۸ | ۷۸/۵۰ | ۵/۱۵ | ۶۱/۳۷ | ۷/۷۹ | ۶۵/۳۷ | ۶/۲۵ |
| | کنترل | ۸ | ۷۲ | ۸/۱۰ | ۷۴/۳۷ | ۳/۶۶ | ۷۲/۸۷ | ۵/۴۳ |
| شکایات جسمانی | مداخله | ۸ | ۵۸/۸۷ | ۵/۶۱ | ۵۱/۳۷ | ۶/۲۳ | ۵۳/۶۲ | ۵/۵۷ |
| | کنترل | ۸ | ۵۸/۵۰ | ۴/۸۹ | ۵۸/۵۰ | ۴/۸۹ | ۷۵/۵۹ | ۴/۶۸ |
| مشکلات اجتماعی | مداخله | ۸ | ۶۷/۱۲ | ۲/۸۵ | ۵۴/۷۵ | ۲/۶۵ | ۵۶/۳۷ | ۲/۵۵ |
| | کنترل | ۸ | ۶۷ | ۷/۲۱ | ۶۶/۵۰ | ۵/۴۵ | ۶۶ | ۶/۰۴ |
| مشکلات تفکر | مداخله | ۸ | ۵۹/۸۷ | ۶/۶۸ | ۵۴/۱۲ | ۵/۳۵ | ۵۵/۳۷ | ۵/۹۲ |
| | کنترل | ۸ | ۵۶/۶۲ | ۷/۶۱ | ۵۷/۲۵ | ۶/۷۱ | ۵۸/۸۷ | ۴/۹۹ |
| مشکلات توجه | مداخله | ۸ | ۷۲/۲۵ | ۴/۹۴ | ۵۹/۱۲ | ۴/۹۹ | ۶۱/۸۷ | ۴/۵۴ |
| | کنترل | ۸ | ۷۶ | ۷/۴۸ | ۷۶/۵۰ | ۷/۵۴ | ۷۵/۵۰ | ۷/۶۱ |
| قانون‌شکنی | مداخله | ۸ | ۶۲/۱۲ | ۶/۸۱ | ۵۱/۷۵ | ۶/۵۶ | ۵۵/۸۷ | ۶/۷۹ |
| | کنترل | ۸ | ۶۱/۸۷ | ۸/۳۲ | ۶۲/۲۵ | ۷/۳۰ | ۶۳/۵۰ | ۸/۲۲ |
| پرخاشگری | مداخله | ۸ | ۶۹/۱۲ | ۵/۶۶ | ۵۸/۸۷ | ۴/۴۵ | ۶۰/۸۷ | ۴/۲۵ |
| | کنترل | ۸ | ۷۱/۱۲ | ۷/۳۵ | ۷۰/۵۰ | ۶/۲۳ | ۷۱ | ۶/۳۴ |

جدول شماره ۳ نشان می‌دهد در میانگین و انحراف معیار مؤلفه‌های مشکلات رفتاری هیجانی در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری بین دو گروه مداخله و کنترل تفاوت وجود دارد. جهت بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری والد - کودک بر

مشکلات رفتاری هیجانی کودکان سوگ تحت پوشش کمیته امداد شهر ساری، به عبارتی بررسی میزان معناداری تفاوت میان میانگین‌ها و تحلیل داده‌های به‌دست آمده از پرسشنامه CBCL از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده گردید. یکی از مفروضه‌های آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر، آزمون لوین جهت بررسی همسانی واریانس‌ها است که نتایج آن در جدول شماره ۴ ارائه شده است.

جدول ۴. نتایج آزمون لوین جهت بررسی همسانی واریانس‌ها در مشکلات رفتاری هیجانی

| متغیر | F | df1 | df2 | sig |
|----------------|-------|-----|-----|-------|
| اضطراب | ۱/۸۲۳ | ۱ | ۱۴ | ۰/۱۹۸ |
| افسردگی | ۰/۴۹۳ | ۱ | ۱۴ | ۰/۴۹۴ |
| شکایات جسمانی | ۰/۲۴۱ | ۱ | ۱۴ | ۰/۶۳۱ |
| مشکلات اجتماعی | ۲/۸۳۷ | ۱ | ۱۴ | ۰/۱۱۴ |
| مشکلات تفکر | ۰/۱۱۷ | ۱ | ۱۴ | ۰/۷۳۷ |
| مشکلات توجه | ۰/۱۴۴ | ۱ | ۱۴ | ۰/۷۱۰ |
| قانون‌شکنی | ۰/۴۲۵ | ۱ | ۱۴ | ۰/۵۲۵ |
| پرخاشگری | ۰/۹۲۸ | ۱ | ۱۴ | ۰/۳۵۲ |

نتایج جدول شماره ۴ نشان می‌دهد سطح معناداری در مورد همه مؤلفه‌های مشکلات رفتاری هیجانی بیش از (۰/۰۵) بوده بنابراین فرض همسانی واریانس‌های مشکلات رفتاری هیجانی در دو گروه مداخله و کنترل رعایت شده است. یکی دیگر از مفروضه‌ها، آزمون ام‌باکس می‌باشد که جهت بررسی همگنی ماتریس‌های کوواریانس بین دو گروه مداخله و کنترل استفاده گردید و نتایج آن در جدول شماره ۵ نشان داده شده است.

جدول ۵. آزمون ام‌باکس جهت بررسی همسانی کوواریانس‌ها در مشکلات رفتاری هیجانی بین دو گروه

| متغیرها | Box's M | F | df1 | df2 | sig |
|----------------|---------|-------|-----|---------|-------|
| اضطراب | ۱۰/۴۴۹ | ۱/۳۳۰ | ۶ | ۱۴۲۰/۰۷ | ۰/۲۴۰ |
| افسردگی | ۷/۷۸۳ | ۰/۹۹۱ | ۶ | ۱۴۲۰/۰۷ | ۰/۴۳۰ |
| مشکلات اجتماعی | ۱۹/۱۰۱ | ۲/۴۳۱ | ۶ | ۱۴۲۰/۰۷ | ۰/۰۲۴ |

| متغیرها | Box's M | F | df1 | df2 | sig |
|-------------|---------|-------|-----|---------|-------|
| مشکلات تفکر | ۲۴/۹۵۴ | ۳/۱۷۶ | ۶ | ۱۴۲۰/۰۷ | ۰/۰۰۴ |
| مشکلات توجه | ۱۷/۷۸۰ | ۲/۲۶۳ | ۶ | ۱۴۲۰/۰۷ | ۰/۰۳۵ |
| قانون شکنی | ۹/۹۹۸ | ۱/۲۷۲ | ۶ | ۱۴۲۰/۰۷ | ۰/۲۶۷ |
| پرخاشگری | ۶/۷۶۳ | ۰/۸۶۱ | ۶ | ۱۴۲۰/۰۷ | ۰/۵۲۳ |

نتایج جدول شماره ۵ نشان می‌دهد سطح معناداری در متغیرهای اضطراب، افسردگی، قانون شکنی و پرخاشگری بیش از (۰/۰۵) بوده و در این متغیرها همگنی ماتریس کوواریانس برقرار می‌باشد. آزمون ماچلی آخرین مفروضه آزمون تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر است که برای ارزیابی همگنی کوواریانس در زمان‌های مختلف اندازه گیری (پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری) استفاده می‌شود و نتایج آن در جدول شماره ۶ ارائه گردید.

جدول ۶. نتایج آزمون ماچلی جهت بررسی همسانی کوواریانس‌ها در مشکلات رفتاری هیجانی در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری

| متغیرها | ضریب ماچلی | df | sig |
|----------------|------------|----|-------|
| اضطراب | ۰/۸۹۰ | ۲ | ۰/۴۶۹ |
| افسردگی | ۰/۳۴۸ | ۲ | ۰/۰۰۱ |
| شکایات جسمانی | ۰/۹۶۸ | ۲ | ۰/۸۱۲ |
| مشکلات اجتماعی | ۰/۷۰۵ | ۲ | ۰/۱۰۳ |
| مشکلات تفکر | ۰/۷۲۲ | ۲ | ۰/۱۲۰ |
| مشکلات توجه | ۰/۵۷۷ | ۲ | ۰/۰۲۸ |
| قانون شکنی | ۰/۷۲۶ | ۲ | ۰/۱۲۵ |
| پرخاشگری | ۰/۴۴۴ | ۲ | ۰/۰۰۵ |

نتایج جدول شماره ۶ نشان می‌دهد در مورد متغیرهای افسردگی، مشکلات توجه و پرخاشگری سطح معناداری آزمون ماچلی کمتر از (۰/۰۵) می‌باشد لذا فرض کرویت رد شده لذا از آزمون محافظه کارانه گرین هاوس - گایزر استفاده می‌گردد. نتایج تحلیل

واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای اثرات درون آزمودنی اثربخشی درمان شناختی رفتاری والد-کودک بر مشکلات رفتاری هیجانی در جدول شماره ۷ نشان داده شده است.

جدول ۷. نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای اثرات درون آزمودنی اثربخشی درمان شناختی رفتاری والد-کودک بر مشکلات رفتاری هیجانی

| متغیرها | منبع اثر | F | Sig | مجذور اتا | توان آماری |
|----------------|-----------------|-------|-------|-----------|------------|
| اضطراب | فرض کرویت | ۴۴/۷۳ | ۰/۰۰۰ | ۰/۷۶۲ | ۱ |
| افسردگی | گرین هاوس-گایزر | ۲۰/۱۶ | ۰/۰۰۰ | ۰/۵۹۰ | ۰/۹۹۵ |
| شکایات جسمانی | فرض کرویت | ۹/۱۰ | ۰/۰۰۱ | ۰/۳۹۴ | ۰/۹۶۰ |
| مشکلات اجتماعی | فرض کرویت | ۳۲/۶۵ | ۰/۰۰۰ | ۰/۷۰۰ | ۱ |
| مشکلات تفکر | فرض کرویت | ۲/۸۶ | ۰/۰۷۴ | ۰/۱۷۰ | ۰/۵۱۶ |
| مشکلات توجه | گرین هاوس-گایزر | ۴۸/۴۸ | ۰/۰۰۰ | ۰/۷۷۶ | ۱ |
| قانون‌شکنی | فرض کرویت | ۲۰/۹۶ | ۰/۰۰۰ | ۰/۶۰۰ | ۱ |
| پرخاشگری | گرین هاوس-گایزر | ۴۰/۴۱ | ۰/۰۰۰ | ۰/۷۴۳ | ۱ |

یافته‌های جدول شماره ۷ نشان می‌دهد درمان شناختی رفتاری والد-کودک منجر به کاهش میانگین همه مؤلفه‌های مشکلات رفتاری هیجانی به‌غیراز مشکلات تفکر در کودکان سوگ در گروه مداخله گردیده است؛ به‌عبارت‌دیگر، سطح معناداری در مورد همه مؤلفه‌های مشکلات رفتاری هیجانی به‌جز مشکلات تفکر کمتر از (۰/۰۵) بوده و نشانه اثربخش بودن درمان شناختی رفتاری والد-کودک و تفاوت در میانگین متغیرها در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری است.

جدول ۸: نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای اثرات بین آزمودنی اثربخشی درمان شناختی رفتاری والد-کودک بر مشکلات رفتاری هیجانی

| متغیرها | F | Sig | مجذور اتا | توان آماری |
|---------------|-------|------|-----------|------------|
| اضطراب | ۵/۱۴۵ | ۰/۰۴ | ۰/۲۶۹ | ۰/۵۶۰ |
| افسردگی | ۲/۸۱۴ | ۰/۱۲ | ۰/۱۶۷ | ۰/۳۴۶ |
| شکایات جسمانی | ۳/۰۱۴ | ۰/۱۱ | ۰/۱۷۷ | ۰/۳۶۶ |

| متغیرها | F | Sig | مجذور اتا | توان آماری |
|----------------|--------|-------|-----------|------------|
| مشکلات اجتماعی | ۱۰/۴۶۰ | ۰/۰۱ | ۰/۴۲۸ | ۰/۸۵۲ |
| مشکلات تفکر | ۰/۱۵۲ | ۰/۷۰ | ۰/۰۱۱ | ۰/۰۶۵ |
| مشکلات توجه | ۱۴/۲۷۴ | ۰/۰۰۲ | ۰/۵۰۵ | ۰/۹۳۹ |
| قانون شکنی | ۲/۷۷۷ | ۰/۱۲ | ۰/۱۶۶ | ۰/۳۴۲ |
| پرخاشگری | ۷/۸۹۵ | ۰/۰۱ | ۰/۳۶۱ | ۰/۷۴۳ |

با وجود تفاوت بین میانگین مؤلفه‌های مشکلات رفتاری هیجانی در زمان‌های مختلف اندازه‌گیری (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) در گروه مداخله که نشان‌دهنده اثربخشی درمان شناختی رفتاری والد-کودک بر مشکلات رفتاری هیجانی در کودکان سوگ می‌باشد، با این حال نتایج جدول شماره ۸ نشان می‌دهد در متغیرهای افسردگی، شکایات جسمانی، مشکلات تفکر و قانون‌شکنی بین گروه مداخله و کنترل تفاوت معناداری وجود نداشته است اما تفاوت در متغیرهای اضطراب، مشکلات اجتماعی، مشکلات توجه و پرخاشگری معنادار بوده است.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش کنونی با هدف بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری والد - کودک بر مشکلات رفتاری هیجانی کودکان سوگ انجام شد. نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر نشان داد که بین نمرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در متغیرهای اضطراب، گوشه‌گیری/افسردگی، شکایات جسمانی، مشکلات اجتماعی، مشکلات توجه، رفتار قانون‌شکنی و پرخاشگری از مجموعه مشکلات رفتاری هیجانی، بدون توجه به عامل گروهی تفاوت معناداری وجود داشت. اثرات درون‌گروهی فقط در متغیر مشکلات تفکر مشاهده نگردید و تفاوت بین نمرات اندازه‌گیری شده در زمان‌های مختلف معنادار نبود.

نتایج مطالعات پیشین از یافته‌های حاضر حمایت می‌کنند. زارع و همکاران (۱۳۹۶) گزارش کردند بازی‌درمانی می‌تواند نشانه‌های سوگ را در کودکان ۷ - ۱۰ ساله تحت

پوشش کمیته امداد کاهش دهد. ادیبی و گرجی (۱۳۹۵) نشان دادند آموزش گروهی به شیوه راه‌حل محور منجر به کاهش افسردگی و افزایش شادکامی نوجوانان محروم از پدر می‌گردد. فتاحی و همکاران (۱۳۹۳) دریافتند سوگک درمانی اسلامی بر کاهش رفتارهای قانون‌شکنی و پرخاشگری نوجوانان داغ‌دیده مؤثر است. جمشیدی (۱۳۹۳) نشان داد هنردرمانی از مشکلات رفتاری هیجانی کودکان مواجه شده با سوگک پدر می‌کاهد. آقائی (۱۳۹۰) دریافت آموزش رفتاری مادران به کاهش مشکلات رفتاری هیجانی کودکان پیش‌دبستانی محروم از پدر کمک می‌کند. محمودی قرائی و همکاران (۱۳۸۵) گزارش کردند بازی‌درمانی گروهی منجر به تسکین و کاهش نشانه‌های سوگک در کودکان خردسال می‌شود. سالوم و اوراستریت (۲۰۱۲) نشان دادند مداخله سوگک از طریق آموزش مهارت‌های مقابله‌ای و روایت تروما در بهبود علائم کودکان سوگک بسیار مؤثر است. وب (۲۰۱۱) دریافت بازی‌درمانی روشی بسیار مناسب برای افزایش سازگاری و کاهش مشکلات روان‌شناختی کودکان پس از فقدان فرد مورد علاقه می‌باشد.

از آنجایی که در درمان شناختی رفتاری والد - کودک مؤلفه‌هایی گنجانده شده است که در شکل‌گیری مشکلات روان‌شناختی کودکان سوگک سهم می‌باشند، لذا اثربخشی آن بر مشکلات رفتاری هیجانی کودکان به دنبال مواجه شدن با سوگک و فقدان، مورد انتظار بود. کودکان هنگامی که فرد موردعلاقه را از دست می‌دهند به‌ویژه اگر یکی از والدین باشد، دچار عواطف منفی از جمله غم، ناراحتی، خشم و عصبانیت می‌شوند. هیجانات منفی متعاقب افکار ناخوشایند و ناراحت‌کننده‌ای است که از ذهن این کودکان می‌گذرد. به‌عنوان مثال، این فکر که چرا پدرم با وجود اینکه مرا دوست داشت، تنها رها کرد و از پیش ما رفت، منجر به بروز خشم در کودک نسبت به والد متوفی می‌شود و یا این فکر که دیگر پدرم را نخواهم دید، باعث می‌شود دلتنگ و غمگین شود؛ بنابراین، اگر کودک نتواند این افکار و احساسات نامطلوبش را با کسی در میان بگذارد، به‌ناچار درون‌ریزی می‌کند. درون‌ریزی عواطف منفی بعد از گذشت مدتی در کودک به‌صورت اضطراب و شکایات جسمانی مانند سردرد، دل‌درد، تهوع و ... خود را نشان می‌دهد.

کودکان پس از مرگ یکی از والدین کاملاً متوجه می‌شوند که ساختار خانوادگی آنان دیگر همانند سایر همسالانشان نیست و این تفاوت را در برخی از مکان‌ها بیشتر لمس و تجربه می‌نمایند مانند هنگامی که در مدرسه و در جمع همکلاسی‌هایشان هستند و آن‌ها در مورد پدرشان صحبت می‌کنند و یا در بعضی مناسبت‌ها مانند فارغ‌التحصیلی یا جشن‌ها و مراسم‌هایی که سایر کودکان به همراه هر دو والد حضور دارند ولی این کودکان از موهبت حضور پدر محروم هستند. اغلب اوقات شاهد هستیم که رفتارها و صحبت‌های والد بازمانده و سایر اطرافیان به متمایز دانستن کودک از سایرین دامن می‌زنند. به‌طور مثال، مادر به‌عنوان والد بازمانده و سایر خویشاوندان با این دیدگاه که کودک از مرگ پدرش ضربه بزرگی خورده است و اجازه نمی‌دهیم بیش از این به او سخت بگذرد، از خطاها و اشتباهات کودک غفلت نموده و امتیازات خاصی برای او در نظر می‌گیرند و یا در موقعیت‌های دیگر هنگامی که نمی‌توانند امکاناتی را برای کودک خویش مهیا کنند، به او می‌گویند تو با سایر کودکان متفاوت هستی و آن‌ها از وجود پدر برخوردارند و می‌تواند نیازهایشان را فراهم نماید. قرار گرفتن در چنین شرایط ناخوشایندی، همچنین داشتن این فکر که من با دوستان و همکلاسی‌هایم متفاوت هستم، منجر به کناره‌گیری و فاصله گرفتن از جمع آن‌ها شده، افسردگی و مشکلات اجتماعی را در کودکان سوگ تشدید نموده و در روابط بین فردی آنان به‌ویژه با همسالان اختلال ایجاد می‌کند (عربگل، ۱۳۸۶).

نداشتن اطلاعات و آگاه نبودن کودکان از ماهیت و مؤلفه‌های مرگ به خصوص در سنین پایین و خردسالی باعث می‌شود هنگام روبرو شدن با مرگ نزدیکان و اطرافیان اضطراب زیادی را تجربه نمایند. در ذهن کودکان سؤالات زیادی درباره واقعه مرگ و مردن ایجاد می‌شود که به‌تنهایی نمی‌توانند برای آن‌ها پاسخی بیابند. حال اگر بزرگ‌سالان از دادن پاسخ‌های صحیح و قابل فهم به کودکان اجتناب ورزند، نگرانی، پریشانی و اضطراب کودکان را بیشتر می‌کند. مخصوصاً که کودکان پس از مرگ یکی از والدین، دائماً نگران از دست دادن والد بازمانده و یا سایر اعضای خانواده هستند (کلانتری و همکاران، ۱۳۹۴).

یکی از دلایلی که افراد در هنگام مواجهه با شرایط ناگوار و حوادث ناخوشایند به مشکلات روان‌شناختی مبتلا می‌شوند و یا واکنش‌های نامناسب از خود نشان می‌دهند، نداشتن مهارت‌های مقابله‌ای کارآمد است. این موضوع در مورد کودکان حساس‌تر می‌باشد زیرا آن‌ها هنوز به راهبردهای مقابله‌ای صحیح آشنا نبوده و در برابر حوادث آسیب‌پذیرتر هستند؛ بنابراین در بسیاری از کودکان متعاقب از دست دادن و مرگ والدین رفتارهایی مانند بیش‌فعالی، پرخاشگری، قانون‌شکنی، لجبازی و نافرمانی دیده می‌شود. آموزش راهبردهای مقابله‌ای مناسب، سازگاری و پذیرش کودکان را در شرایط پیش‌آمده افزایش می‌دهد و از مشکلات آنان می‌کاهد (کوهن^۱ و همکاران، ۱۳۹۳).

پس از رخ دادن فقدان در زندگی کودکان به خصوص مرگ یکی از والدین، توجه کودکان به سمت موضوعات مختلفی کشیده می‌شود که از این پس دغدغه آنان می‌گردد. افکار زیادی درباره زندگی فعلی و آینده به ذهن کودکان خطور می‌کند و آنان را آشفته می‌سازد مانند اینکه از این به بعد چه کسی از من مراقبت خواهد کرد؟ دیگران در مورد من چگونه فکر می‌کنند و با من چه رفتاری خواهند داشت؟ آیا مادرم و دیگران می‌دانند نیازهای من چیست؟ آیا حالا که پدرم وجود ندارد، خواسته‌های من در زندگی برآورده می‌شود؟ بدون پدرم زندگی ما چگونه خواهد بود؟ این سؤالات و هزاران سؤال مشابه دیگر، منجر به بروز مشکلات توجه در کودکان سوگ می‌شود. بالا بردن کیفیت ارتباط کودک با همسالان مخصوصاً والد بازمانده و مطلع ساختن او (والد بازمانده) درباره نگرانی‌ها، نیازها و مشکلات کودک می‌تواند منجر به افزایش آرامش و کاهش دغدغه‌های کودکان سوگ گردد.

در مورد مؤثر نبودن بسته درمانی تدوین‌شده بر مشکلات تفکر در مطالعه حاضر می‌توان چنین گفت با توجه به اینکه سؤالات مقیاس سیاهه رفتار کودک (CBCL) درباره مشکلات تفکر، وجود اختلالات شدید روانپزشکی در کودکان از جمله اختلالات فرم و محتوای فکر (هذیان و توهم)، وجود رفتارهای عجیب، همچنین وسواس‌های شدید فکری و عملی و اختلالات خواب را ارزیابی می‌کنند و کودکان سوگ در پژوهش حاضر در

1.Cohen, J.

شرایط بالینی قرار نداشته و فاقد علائم مذکور در زمینه مشکلات تفکر بودند. از سوی دیگر، محتوای درمان شناختی رفتاری والد - کودک اجرا شده، پیرامون درمان نشانه‌های شدید روانپزشکی تدوین نشده است؛ بنابراین در صورت تشخیص و تأیید این علائم در کودکان سوگ به دنبال فقدان والد، درمان‌های دیگر مانند درمان دارویی مورد نیاز و ضروری می‌باشد.

همچنین بررسی روند تغییر نمرات متغیرها از مرحله پیش‌آزمون به پس‌آزمون و پیگیری با در نظر گرفتن عامل گروهی، نتایج نشان داد که در متغیرهای اضطراب، مشکلات اجتماعی، مشکلات توجه و پرخاشگری بین گروه کنترل و گروه مداخله تفاوت معنادار وجود دارد اما در سایر متغیرها تفاوت معنادار مشاهده نگردید. در تبیین این یافته می‌توان گفت در مطالعه حاضر توان آماری پایین (به دلیل تعداد اندک نمونه) باعث شد اثرات بین آزمودنی معنادار نگردد.



منابع

- ادیبی، مریم؛ گرجی، یوسف (۱۳۹۵). تأثیر آموزش گروهی به شیوه راه حل محور بر شادکامی نوجوانان دختر محروم از پدر. مجله سلامت جامعه، ۱۰ (۳)، ۱۰ - ۱.
- اصلاحکار، سعیده؛ فتاحی، اعظم؛ معصومی، رؤیا (۱۳۹۷). مطالعه طولی کنارآیی مادران کودکان مبتلا به سرطان در مقابل پدیده سوگ. اندیشه و رفتار، ۱۳ (۵۰)، ۳۶-۲۷.
- آقائی، الهام (۱۳۹۰). اثربخشی آموزش رفتاری مادران بر مشکلات هیجانی و رفتاری کودکان پیش‌دبستانی محروم از پدر. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، روان‌شناسی، دانشگاه اصفهان.
- باقری، فاطمه؛ خانجانی، زینب؛ هاشمی، تورج (۱۴۰۰). مقایسه سوگیری توجه نسبت به تهدید در کودکان دارای نشانه‌های اختلالات درونی‌سازی و برونی‌سازی شده. فصلنامه فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی، ۱۲ (۴۶)، ۱۷۰-۱۳۵.
- بهروز، بهروز (۱۳۹۵). اثربخشی درمان گروهی پذیرش و تعهد (ACT) بر اختلال استرس پس از آسیبی، سبک مقابله‌ای و خودکارآمدی در دختران مبتلا به سوگ نابهنجار. مجله روان‌شناسی بالینی، ۷ (۴)، ۹۱-۸۱.
- جمشیدی سیانکی، مریم (۱۳۹۳). اثربخشی هنردرمانی بر کاهش مشکلات رفتاری و هیجانی کودکان دارای تجربه سوگ پدر. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، روان‌شناسی، دانشگاه شهید بهشتی.
- رمضانی کارگر، ماهگل (۱۳۹۴). اثربخشی قصه‌درمانی بر افسردگی و اضطراب کودکان دچار سوگ. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکزی.
- زارع، سمیه؛ پورشهریاری، مه‌سیما؛ رحیمی، چنگیز (۱۳۹۶). تأثیر بازی درمانی بر نشانگان سوگ در کودکان تحت پوشش کمیته امداد امام خمینی. مجله پژوهش‌های مشاوره، ۱۶ (۶۳)، ۱۸ - ۱.
- ظاهری عبده‌وند، ابراهیم (۱۳۹۸). تحلیل شخصیت در رمان جای خالی سلوچ براساس نظریه تکالیف سوگ «وردن». ادبیات و پژوهش‌های میان‌رشته‌ای، ۱ (۲)، ۱۷۶-۱۴۶.
- عربگل، فریا (۱۳۸۶). سوگ و سوگواری در کودکان. تهران: انجمن روان‌پزشکی کودک و نوجوان.

عظیم اوغلی اسکویی، پروین بانو؛ فرحبخش، کیومرث؛ مرادی، امید (۱۴۰۰). *زمینه‌های مؤثر در تجربه سوگ بعد از مرگ عضو خانواده: یک مطالعه پدیدارشناسانه*. فصلنامه فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی، ۱۲(۴۵)، ۱۴۰-۱۰۱.

علی‌پور دهاقانی، فاطمه (۱۳۹۹). *بررسی اثربخشی مشاوره و درمان گروهی سوگ با رویکرد اسلامی بر ارتقای سطح کیفیت زندگی همسران شهدای مدافع حرم*. فصلنامه روانشناسی نظامی، ۱۱(۴۱)، ۱۶-۵.

عمادی، زهرا؛ یزدخواستی، فریبا؛ مهربابی، حسینعلی (۱۳۹۴). *اثربخشی روایت درمانی گروهی بر سازگاری با طلاق والدین، تاب‌آوری و مشکلات رفتاری - هیجانی دختران طلاق مقطع ابتدایی شهر اصفهان*. مجله روانشناسی و روان‌پزشکی شناخت، ۲(۳)، ۹۹-۸۱.

فتاحی، راضیه؛ کلانتری، مهرداد؛ مولوی، حسین (۱۳۹۳). *مقایسه اثربخشی سوگ درمانی اسلامی با برنامه سوگ درمانی گروهی بر مشکلات بیرونی سازی دختران نوجوان داغ‌دیده*. مطالعات اسلام و روان‌شناسی، ۸(۱۵)، ۶۴-۳۹.

کلانتری، مهرداد؛ فتاحی، راضیه؛ آقائی، الهام (۱۳۹۴). *سوگ و داغ‌دگی در کودکان و نوجوانان*. چاپ اول. تهران: انتشارات ارجمند.

کوهن، جودیت؛ مانارینو، آنتونی؛ دبلینگر، استر (۲۰۰۶). *درمان شناختی رفتاری معطوف به آسیب روانی و سوگ در کودکان و نوجوانان*. ترجمه جواد محمودی قرائی؛ غزاله زرگری نژاد؛ نرگس علیرضایی (۱۳۹۳). چاپ اول. تهران: انتشارات قطره.

محمودی قرائی، جواد؛ بینا، مهدی؛ یاسمی، محمدتقی؛ امامی، آناهیتا؛ نادری، فاطمه (۱۳۸۵). *اثر بازی‌درمانی گروهی بر نشانه‌های مرتبط با سوگ و آسیب ناشی از واقعه زلزله در کودکان ۳ تا ۶ ساله*. بیماری‌های کودکان ایران، ۱۶(۲)، ۱۴۲-۱۳۷.

یزدخواستی، فریبا؛ عریضی، حمیدرضا (۱۳۹۰). *هنجاریابی فرم‌های کودک، والدین و معلم سیاهه رفتاری کودک در شهر اصفهان*. مجله ایرانی روان‌پزشکی و روان‌شناسی بالینی، ۱۷(۱)، ۶۰-۷۰.

Akerman, R., & Statham, J (2011). *Childhood Bereavement: a rapid literature review*. London: Child Wellbeing Research Centre.

Beckman, T., Coyne, R. (2012). *Loss of a parent by death: determining student impact*. International Journal of Psychology, 10, 109 – 123.

- 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.
- Haine, R. A., Ayers, T. S., Sandler, I. N., & Wolchik, S. A (2008). *Evidence-based practices for parentally bereaved children and their families*. *Professional Psychology: Research and Practice*, 39, 113–121.
- Holland, J (2008). *How schools can support children who experience loss and death*. *British Journal of Guidance & Counseling*, 36(4), 411-424.
- Nam, I (2016). *Complicated Grief Treatment for older adults: The critical role of a supportive person*. *Journal of Psychiatry Research*, 244, 97 – 102.
- Oppenheimer, C (2010). *Use of bibliotherapy as an adjunctive therapy with bereaved children*. Doctoral dissertation, California State University, Long Beach.
- 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(2), 71-80.
- Ratnarajah, D., & Schofield, M. J (2007). *Parental suicide and its aftermath: A review*. *Journal of Family Studies*, 13(1), 78-93.
- Revet, A. Bui, E. Benvegnu, G (2020). *Bereavement and reactions of grief among children and adolescents: Present data and perspectives*. *L'Encephale*, 46(5), 356 – 363.
- Salloum, A., & Overstreet, S (2012). *Grief and trauma intervention for children after disaster: Exploring coping skills versus trauma narration*. *Journal of Behaviors Research and Therapy*, 50, 169 – 179.
- Solomon, R.M., & Rando, T.A (2012). *Treatment of grief and mourning through EMDR: Conceptual considerations and clinical guidelines*. *European Journal of Applied Psychology*, 62, 231- 239.
- Spuij, M., van Londen - Huiberts, A., & Boelen, P. A (2013). *Cognitive-Behavioral Therapy for Prolonged Grief in Children: Feasibility and Multiple Baseline Study*. *Cognitive and Behavioral Practice*, 20, 349-361.
- Tejada, O (2012). *Bereavement support for school children and adolescents*. Master dissertation, California State University.
- Treml, J. Kaiser, J. Plexnies, A. Kersting, A (2020). *Assessing prolonged grief disorder: A systematic review of assessment instruments*. *Journal of Affective Disorders*, 274, 420 – 434.
- Webb, N. B (2011). *Play therapy for bereaved children: Adapting strategies to community, school, and home settings*. *School Psychology International*, 32(2), 132-143.