



The Effectiveness of Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy (TF-CBT) on Active Coping Style and Life Expectancy of Orphan Girls Children

Maedeh Vatani¹, Mansoureh Bahramipour Isfahani^{2*}

1-Msc Student of Cilinical Psychology, Department of Psychology, Isfahan (Khorasgan) Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran.

2-Assistant Professor, Department of Psychology, Isfahan (Khorasgan) Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran.

Corresponding Author: Mansoureh Bahramipour Isfahani, Assistant Professor, Department of Psychology, Isfahan (Khorasgan) Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran.

Email: Bahramipourisfahani@khuisf.ac.ir

Received: 7 Sep 2023

Accepted: 21 Jan 2024

Abstract

Introduction: Trauma-focused cognitive behavioral therapy (TF-CBT) is one of the approaches used to change problematic emotions and behaviors caused by painful experiences. This study aimed to investigate the effectiveness of TF-CBT on active coping style and life expectancy in 9-12-year-old orphan girl children.

Methods: The research method was carried out in a semi-experimental way with a pre-test-post-test-follow-up plan with a control group. The statistical population of the study included orphan children and girls living in the boarding centers of Isfahan City. To carry out the research, 40 people who were willing to participate in the project were selected through a public call in the welfare boarding center. Then they were randomly assigned to two experimental (20 people) and control (20 people) groups. Hernandez's coping behavior questionnaires (2008) and Schneider's children life expectancy questionnaires (1995) were administered as a pre-test, and then the experimental group underwent 10 sessions (one 45-minute session per week) of TF-CBT of Feder et al. (2010) and after the completion of the post-test treatment and after 45 days of follow-up, it was performed for both groups.

Result: Repeated analysis measurement of variance test was used in SPSS-23 software to analyze the results. The results showed that TF-CBT had a significant effect on increasing active coping style and life expectancy of the participants ($p < 0.05$).

Conclusions: According to the results of the research TF-CBT can be used as one of the new approaches to increase the life expectancy of orphan girls with relatively stable effects, to increase coping style in welfare centers.

Keywords: TF-CBT, Active Coping, Life Expectancy, Orphan.



اثربخشی درمان شناختی-رفتاری متمرکز بر آسیب بر مقابله فعال و امید کودکان دختر

بدرپرست

مأده وطنی^۱، منصوره بهرامی پوراصفهانی^{۲*}

۱- دانشجوی کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، گروه روان‌شناسی، واحد اصفهان (خوراسگان)، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران.

۲- استادیار، گروه روان‌شناسی، واحد اصفهان (خوراسگان)، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران.

نویسنده مسئول: منصوره بهرامی پوراصفهانی، استادیار، گروه روان‌شناسی، واحد اصفهان (خوراسگان)، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران.
ایمیل: Bahramipourisfahani@khuisf.ac.ir

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۱۱/۲

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۶/۱۷

چکیده

مقدمه: رویکرد شناختی-رفتاری متمرکز بر آسیب از جمله رویکردهایی است که برای تغییر هیجانات و رفتارهای مشکل‌زای ناشی از تجارب دردناک استفاده می‌شود. هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان شناختی-رفتاری متمرکز بر آسیب بر مقابله فعال و امید کودکان ۹-۱۲ ساله دختر بدرپرست بود.

روش کار: روش پژوهش به شیوهی نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون-پیگیری با گروه کنترل اجرا شد. جامعه‌ی آماری پژوهش شامل کودکان دختر بدرپرست ساکن مراکز شبانه‌روزی شهر اصفهان بود که به منظور اجرای پژوهش، از طریق فراخوان عمومی در مرکز شبانه‌روزی بهزیستی ۴۰ نفر که تمایل به شرکت در طرح را داشتند به صورت در دسترس انتخاب شدند. سپس به صورت تصادفی به دو گروه آزمایش (۲۰ نفر) و کنترل (۲۰ نفر) گمارده شدند. پرسشنامه‌های رفتارهای مقابله‌ای هراندز (۲۰۰۸) و امید به زندگی کودکان اشنایدر (۱۹۹۵) به عنوان پیش‌آزمون اجرا و سپس گروه آزمایش تحت ۱۰ جلسه (به صورت هفته‌ای یک جلسه ۴۵ دقیقه‌ای) درمان شناختی-رفتاری متمرکز بر آسیب فیدر و همکاران (۲۰۱۰) قرار گرفتند و پس از اتمام درمان پس‌آزمون و پس از ۴۵ روز پیگیری، برای هر دو گروه اجرا شد.

یافته‌ها: برای تحلیل نتایج از آزمون تحلیل واریانس مکرر در نرم افزار SPSS-23 استفاده شد. نتایج نشان داد که درمان شناختی-رفتاری متمرکز بر آسیب در افزایش مقابله فعال و امید به زندگی شرکت‌کنندگان تأثیر معناداری داشته است ($p < 0.05$).

نتیجه‌گیری: بنابر نتایج تحقیق انجام شده می‌توان درمان شناختی-رفتاری متمرکز بر آسیب را بعنوان یکی از رویکردهای جدید جهت افزایش امید روانشناختی دختران کودک بدرپرست با اثرات نسبتاً پایدار، برای افزایش مهارت‌های مقابله در مراکز وابسته به بهزیستی به کاربرد.

کلیدواژه‌ها: درمان شناختی-رفتاری، مقابله فعال، امید، بدرپرست.

مقدمه

مؤثر والدین و از مزایای زندگی در خانواده بی‌بهره هستند (۳). آمارهای گذشته نشان می‌دهد حدود ۶۰ هزار کودک بدرپرست به نهادهای بهزیستی سپرده می‌شود (۴). مراقبت، درک همدلانه و حل مسئله از کارکردهای ضروری خانواده است؛ اما کودکان بدرپرست از این نعمت محروم

یکی از مشکلات زندگی اجتماعی وجود کودکانی است که به دلایلی از جمله فوت پدر یا مادر، ازدواج مجدد، فقر، بیماری‌های والدین، و ابتلا به اعتیاد، بدرپرست شده‌اند (۱). نوجوانان بدرپرست از حضور تربیتی و حمایت

تأثیر به سزایی می‌گذارد (۱۹). کودکان بدسرپرست به دلیل بزرگ شدن در فضای نایمن و استرس‌های مکرر و عوامل غیرقابل کنترل هنگام مواجهه با مشکلات و شرایط فشارزا، نوعی احساس ناتوانی، بی‌علاقگی، سرخوردگی و نگرانی زیادی را تجربه می‌کنند که باعث احساس پوچی و بی‌هدفی می‌شود، به علاوه مطالعات نشان می‌دهد که ناامیدی عامل مهمی در اختلالات روانشناختی و عاطفه منفی است (۱۲). به همین دلیل شناخت عوامل و همبسته‌های مؤثر در حل مشکلات کودکان و اقدام در زمینه برنامه ریزی به منظور اصلاح این عوامل از جمله روش‌های بسیار مؤثر در پیشگیری از اختلالات روانی در بزرگسالی خواهد بود.

برای بهبود وضعیت روانی کودکان بدسرپرست از روش‌های درمانی غیر دارویی زیادی استفاده شده است. در بین رویکردهایی که جدیداً مطرح شده است به نظر می‌رسد رویکرد شناختی رفتاری متمرکز بر آسیب (TF-CBT) از جمله رویکردهایی است که برای تغییر هیجانات و رفتارهای مشکل‌زای ناشی از تجارب دردناک استفاده می‌شود، در واقع رویکرد جامعی است که برای حل و فصل تجارب دردناک از عناصر هیجانی، شناختی، رفتاری و بین‌فردی بهره می‌گیرد. لذا رویکردی است که با بکارگیری راهبردهای روانی - آموزشی مانند آموزش مهارت‌های مقابله‌ای شناختی و هیجانی، مهارت‌های تنظیم هیجان آرام بخشی، شناخت هیجانات و نام‌گذاری احساسات به نشانه‌ها کمک می‌کند (۲۰). این درمان شیوهی کاملاً شناخته شده‌ای مبتنی بر نظریه‌های یادگیری و شناختی می‌باشد که بر اساس آن باورها و اسنادهای تحریف شده مرتبط با تروما را مورد شناسایی و فضایی را فراهم می‌کند که فرد بتواند تجارب خود را بیان کند (۲۱). می‌توان گفت فلسفه‌ای که در ریشه درمان شناختی رفتاری قرار دارد این است که افکار و احساسات نقش کلیدی در رفتار ما دارند و درمانگر شناختی رفتاری برای مبارزه با افکار و رفتارهای مخربی که غالباً این کودکان تجربه می‌کنند ابتدا کمک می‌کند تا باورهای مشکل‌زای خود را شناسایی و گام به گام به سمت تغییر رفتار پیش بروند، حال این درمان برای بهبود نشانه‌های ناشی از تجارب رنج آور مفید می‌باشد (۲۲).

درمان شناختی - رفتاری متمرکز بر آسیب برای کودکانی که تجربه تروماهای مختلف رفتاری با زمینه‌های مختلف قومی و نژادی کاربرد دارد و باعث کاهش مشکلات هیجانی و رفتاری ناشی از تروما می‌شود (۲۳). این درمان بر پایه تکلیف است در واقع مراجعان در درمان فعال هستند و اصلاح شناختی را با انجام تکلیف در زندگی روزمره انتقال

هستند و در معرض اختلالات روان‌شناختی مانند افسردگی و اضطراب قرار گرفته‌اند که در زندگی نوجوان اثرات پایداری خواهد داشت (۵) درواقع بدسرپرستی یا داشتن والدین بدون صلاحیت در نهایت منجر به کاهش شادزیستن و امید به زندگی در آن‌ها می‌شود (۶). چراکه این کودکان به صورت طبیعی از برخی نیازهای مادی و معنوی محروم مانده و اغلب آسیب قابل توجهی از محیط همچون پرخاشگری، رفتار مقابله‌ای و فزون‌کنشی دیده‌اند (۷-۸). ازسویی تأثیر خانواده‌ها در رفتار فرد متفاوت است (۹) و با متناسب با سن کودک نیازمند کاهش اثرات آسیب‌زا و ایجاد مهارت در آن‌ها می‌باشد (۱۰). ازجمله متغیرهای بااهمیتی که این کودکان درگیر آن هستند مهارت مقابله فعال پایین (۱۱) و کاهش امید به زندگی (۱۲) در آن‌ها می‌باشد. لذا مطالعه در این حوزه‌ها از اهمیت بالایی برخوردار است.

یک مفهوم مهم روان‌شناختی که به عنوان منبع مقابله‌ای بالقوه در برابر عوامل استرس‌زا، به تازگی مورد توجه روان‌شناسی بالینی قرار گرفته است، مقابله فعال است. راهبردهای مقابله‌ای یا سبک‌های مقابله فعال، فرآیندهای فکری، هیجانی و رفتاری است که کودک و یا فرد هنگام رو به روشن شدن با فشارهای روانی برای غلبه کردن، تحمل کردن و یا کم کردن پیامد آسیب و فشار روانی استفاده می‌کنند (۱۳). سبک مقابله درگیرانه یا فعال با کنترل اولیه و باهدف تأثیرگذاری بر وضعیت موجود و کنترل ثانویه با هدف تغییر برای سازگاری می‌باشد (۱۴). استفاده از راهبردهای مقابله‌ای مؤثر و فعال، اثرات منفی استرس را کاهش می‌دهد. همچنین افرادی که راهبردهای مقابله‌ای مؤثر ندارند بیشتر در معرض مشکلات سلامت روانی و جسمی قرار دارند (۱۵).

امید نیز از مفاهیم به‌هنگار روانشناسی مثبت‌نگر و یک حالت روانی برانگیزنده به کار و فعالیت است و انسان را به پویایی و امید دارد تا به هدف دست یابد (۱۶). به دلیل شرایط نامن و پراسترس کودکان بدسرپرست، در بسیاری از مواقع یکی از اولین سازه‌هایی که تحت تأثیر این پدیده قرار می‌گیرد، امید به زندگی کودکان است (۱۷). سطح امیدواری نه تنها در کودکان، بلکه در افراد بزرگسال با طیف متنوعی از پیامدها در ارتباط است برای نمونه سطح امیدواری می‌تواند کیفیت زندگی، علاقه به زندگی و آینده، معنای زندگی و تلاش برای تغییر شرایط زندگی را به همراه آورد (۱۸). امیدواری در میان کودکان بدسرپرست نیز بر تلاش و کوشش برای تغییر و مقابله با سختی‌ها و دشواری‌های مستتر در متن زندگی و بر کیفیت زندگی این کودکان

دهند زیرا هدف آن اصلاح باورها و افزایش مهارت‌های مقابله‌ای مساله مدار می‌باشد (۲۴). در ایران نیز طی چند سال اخیر، مشکلات کودکان با استفاده از رویکرد شناختی- رفتاری متمرکز بر آسیب مورد مداخله قرار گرفت؛ از جمله می‌توان به پژوهش‌های رجیبی و همکاران (۲۵)، سالمی و همکاران (۲۳)، کاظمی و همکاران (۲۱)، حقیقی و همکاران (۲۰) اشاره کرد.

پژوهش‌های مذکور، مشکلات پس از آسیب و تروما را در میان نمونه‌های مختلف مانند کودکان آزار دیده و دچار اختلال استرس پس از سانحه مورد مداخله قرار دادند. شایان ذکر است که هیچکدام از پژوهش‌های مذکور، اثربخشی این رویکرد را در زمینه مقابله فعال و امیدواری کودکان بدسرپرست بررسی نکردند. به همین جهت ضرورت دارد اثربخشی رویکرد استاندارد مانند رویکرد شناختی- رفتاری متمرکز بر آسیب که شواهد تجربی گسترده‌ای دارد مطالعه شود. لذا با توجه به اینکه بدسرپرستی کودکان پدیده‌ای فراگیر است و نیز پیامدهای منفی کوتاه و بلندمدتی بر سلامت روانی، جسمانی، مهارت‌های شناختی، 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، این پژوهش با هدف تعیین اثربخشی درمان شناختی- رفتاری متمرکز بر آسیب بر مقابله فعال و امید کودکان بدسرپرست صورت گرفت.

روش کار

این پژوهش از نوع پژوهش‌های نیمه‌آزمایشی با دو گروه (آزمایشی و کنترل) سه مرحله‌ای (پیش‌آزمون- پس‌آزمون- پیگیری) بود. جامعه آماری این تحقیق شامل کودکان دختر بدسرپرست ساکن مراکز شبانه‌روزی شهر اصفهان در سال ۱۴۰۲، بوده است. جهت اجرا، پس از هماهنگی با سازمان بهزیستی در شهر اصفهان، و اخذ کد اخلاق «IR.IAU.KHUISF.REC.1402.124» از کمیته ملی اخلاق در پژوهش‌های زیست پزشکی طی فراخوانی از دختران بدسرپرست شهر اصفهان دعوت به عمل آمد تا در صورت تمایل به شرکت در طرح پژوهشی در جلسه توجیهی اولیه محقق در سالن اجتماعات مرکز شبانه‌روزی تحت حمایت بهزیستی شرکت کنند، بر این اساس ۴۰ نفر از افرادی که تمایل به شرکت در این پژوهش را داشتند، به‌عنوان نمونه و به صورت دسترس انتخاب و بر اساس ملاک‌های ورود و خروج و با استفاده از گمارش تصادفی در دو گروه ۲۰ نفری

آزمایش و کنترل قرار گرفتند. معیارهای ورود به طرح عبارت بود از: جنسیت دختر، استقرار در مراکز نگهداری بهزیستی به مدت حداقل ۶ ماه، بازه سنی ۹ تا ۱۲ سال، عدم دریافت درمان‌های روان‌شناختی همزمان، دارا بودن مدرک حداقل سیکل و تکمیل فرم رضایت آگاهانه و ملاک‌های خروج؛ داشتن اختلالات روانی حاد یا مزمن، (با تشخیص روان‌شناس بالینی)، مصرف دارو، ابتلا به سایر بیماری‌های جسمانی و سایکوسوماتیک، عدم همکاری در طول آموزش و عدم انجام تکالیف ارائه شده در جلسات و غیبت بیش از ۲ جلسه بود. پس از انتخاب نمونه، گروه آزمایش به مدت ۱۰ جلسه در دوره درمان شناختی- رفتاری متمرکز بر آسیب فیدر و همکاران، (هفته‌ای یک جلسه ۴۵ دقیقه‌ای) توسط درمانگر کودک متخصص در CBT با بیش از ۵ سال سابقه کار شرکت کردند، در حالی که گروه کنترل در لیست انتظار بعد از مداخله قرار گرفت. جهت ملاحظات اخلاقی، تمایل آگاهانه به شرکت در پژوهش، تضمین محرمانه بودن اطلاعات آزمودنی‌ها (اصل رازدار بودن)، و احترام به حقوق انسانی شرکت‌کنندگان مد نظر قرار گرفت و پس از اجرای پژوهش، آموزش به صورت فشرده برای گروه کنترل اجرا شد. ابزار مورد استفاده در پژوهش شامل مورد زیر بود:

پرسشنامه رفتارهای مقابله‌ای: این پرسشنامه توسط هرناندز در سال ۲۰۰۸ ساخته شد که دارای ۵۷ سوال و سه عامل است که عبارت‌اند از: انحراف از مشکل به سمتی دیگر، کنارآمدن با مشکل برای بهبود مشکل یا سعی در یافتن راه‌حل مسئله و بیان هیجان و کنارآمدن ویرانگر. داده‌ها در یک مقیاس لیکرت ۴ رتبه‌ای، از هرگز= ۱ تا تقریباً همیشه= ۴ تنظیم شده که نمره بالاتر سطح بالاتر مقابله فعال را نشان می‌دهد. میزان پایایی برای هر سه عامل و ترکیب آن‌ها به ترتیب: انحراف از مشکل ۰/۹۳، کنارآمدن با مشکل برای بهبود آن ۰/۸۸، کنارآمدن ویرانگر ۰/۸۷ و ترکیب سه عامل ۰/۹۴ است (۱۲). در پژوهش فلاحی و همکاران (۲۶) به منظور تعیین ضریب پایایی با روش بازآزمایی نسخه فارسی پرسش‌نامه رفتار کنارآمدن مقابله‌ای با فاصله دو هفته روی ۶۰ آزمودنی اجرا و ضریب پایایی بازآزمایی حاصل از دو اجرا محاسبه شد. مقدار این ضریب برای کل مقیاس ۰/۷۷ و برای زیرمقیاس‌های انحراف از مشکل، کنارآمدن با مشکل و کنارآمدن ویرانگر به ترتیب، ۰/۸۴، ۰/۷۶ و ۰/۵۳ بود که این مقادیر از رضایت‌بخش بودن پایایی بازآزمایی حکایت دارند. همچنین در پژوهش حاضر ضرایب آلفای کرونباخ نسخه فارسی پرسش‌نامه رفتار کنارآمدن مقابله‌ای بین ۰/۹۱ تا ۰/۷۴ متغیر بودند که این میزان نشانگر پایایی

(۲۰۱۰) اقتباس شده است که چارچوب جلسات درمانی را پیشنهاد می‌کنند که متمرکز بر گروه کودکان و نوجوانان است. TF-CBT، رویکردی استاندارد به‌شمار می‌رود و از آن برای حل و فصل بسیاری از مشکلات مربوط به آسیب استفاده می‌شود. TF-CBT، دربرگیرنده چهار مرحله سنجش اولیه نشانگان آسیب، آموزش مهارت‌های مقابله‌ای، روایت و پردازش آسیب و در نهایت تحکیم و اختتام است. در چارچوب این جلسات درمانی، از طریق آموزش مهارت‌های شناختی و رفتاری و همچنین پردازش روایت، با کمک مشاور به حل و فصل مشکلات هیجانی درمان‌جویان پرداخته می‌شود. پروتکل درمانی استاندارد TF-CBT نخستین بار در ایران توسط محققین پژوهش حاضر ویژه کودکان آسیب دیده از سرپرستی والدین شده و به اجرا درآمده است. نسبت روایی محتوایی (CVR) که از طریق سه کدگذار مستقل محاسبه گردید برابر با ۱ و ضریب توافق کلی ۰/۸۱ برای بسته درمانی به دست آمد. خلاصه جلسات درمانی در جدول ۱ به تفکیک آمده است.

مناسب پرسش‌نامه رفتارهای مقابله‌ای کودکان است. پرسشنامه امیدیه زندگی کودکان: این پرسشنامه توسط اشنايدر (۱۹۹۵) ساخته و طراحی شده است. این پرسش‌نامه دارای ۱۲ سؤال ۵ گزینه ای با گزینه های کاملاً موافقم تا کاملاً مخالفم است. نمره کل آزمودنی حداقل ۱۲ و حداکثر ۶۰ بود. که نمره بالاتر نشان دهنده امیدواری بالاتر در کودکان است. ضریب پایایی این پرسش‌نامه را با روش دو نیمه کردن و آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۸۴ و ۰/۸۸ گزارش شده است (۲۷). این مقیاس در ایران بر روی کودکان و نوجوانان ۸ تا ۱۵ ساله از نظر روایی سازه از طریق تحلیل عاملی اکتشافی بررسی شده و آلفای کرونباخ کل مقیاس برابر با ۲۰/۴ گزارش شده است (۲۸). آلفای کرونباخ این پرسشنامه در مطالعه حاضر برابر با ۰/۹۱ به دست آمد. در پژوهش حاضر اجرای آزمون‌های تحقیق، قبل از شروع مداخله، بعد از اتمام جلسات درمان (پس آزمون) و پس از گذشت ۴۵ روز (پیگیری) اجرا شد. جلسات درمانی شناختی- رفتاری متمرکز بر آسیب در پژوهش حاضر از فیدر و همکاران

جدول ۱: خلاصه جلسات پروتکل TF-CBT

جلسات	هدف جلسه	محتوای جلسه	تکلیف جلسه
۱	آشنایی شرکت کنندگان با درمانگر، ایجاد رابطه درمانی و آشنایی با روند و اهداف برنامه/ سنجش شرکت کنندگان و جمع‌آوری اطلاعات	برقراری رابطه درمانی از طریق بازی / آشنایی شرکت کنندگان با اهداف و روند برنامه و تشویق به مشارکت فعال	-
۲	ارائه بخش نخست برنامه و آشنایی افراد با تکالیف و اهداف	معرفی چرخه فکر، احساس، رفتار از طریق مثال / آشنایی با تکالیف خودیاری و ارائه آن	تعیین موقعیت‌های خوشایند و ناخوشایند و افکار و احساسات مرتبط با آن
۳	معرفی و آشنایی با الگوی مقابله ای و برنامه مرتبط با آن	مرور اهداف/ بررسی تکلیف جلسه قبل / شناسایی بافت حمایتی/ معرفی الگوی مقابله ای و ارائه تکالیف مرتبط	تکلیف دربارهی من/ برنامه ستاره
۴	تحکیم و آموزش برنامه مقابله ای جدید	مرور و ادامه تکلیف جلسه قبل/ آموزش مهارت‌های مقابله ای جدیدهمراه با مثال و اجرای مستقیم	تکنیک آرام سازی
۵	آشنایی با احساسات	مرور آنچه تا کنون ارائه شده و بررسی تکالیف قبلی/ شناسایی احساسات و روش‌های ابزار و مدیریت آن	تکلیف تمام چهره‌های من/ تکلیف تابلوی احساسات
۶	عادی سازی احساسات و تمرکز بر جنبه های جسمانی مرتبط با آن	مرور جلسات و تکالیف مربوطه /عادی سازی طیف مختلفی از احساسات از طریق بازی/ شناسایی واکنش های بدنی مرتبط با احساسات	تکلیف تصویر بدن من
۷	نظارت بر تکالیف/ شناسایی افکار و تشخیص افکار مثبت و منفی از هم	مرور و رفع اشکال از جلسات قبلی/ شناسایی افکارهایی که افراد در طول روز دارند	تکلیف فکر آدم‌ها
۸	بررسی افکارناکارآمد/ به کارگیری خودگویی های مقابله ای مثبت	بررسی تکلیف ها/ بررسی خودگویی های منفی و تبدیل آن به خودگویی های مثبت	تکلیف تجربه من
۹	آشنایی با مسئله و مهارت‌های حل مسئله / تثبیت مهارت های قبلی	بررسی جلسات قبلی و تحکیم مهارت مقابله فعال با افکار و احساسات منفی/ معرفی مهارت حل مسئله	تکلیف جدول افکارو رفتار و احساس/ تکلیف بارش مغزی (مشخص کردن مسئله و راه حل های مختلف و انتخاب بهترین راه حل
۱۰	تثبیت آموزه ها و خاتمه درمان	شرح مختصری از آموزه ها و تکالیفی که بیان شد/ پاسخ به سوالات و بررسی میزان در طول برنامه / تشویق به ادامه روند برنامه در موقعیت های مختلف	انجام تکالیف در موقعیت های مختلف مربوطه

جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از تحلیل واریانس مکرر با نرم افزار SPSS نسخه ۲۳ استفاده گردید.

یافته‌ها

تعداد نمونه ۴۰ نفر دختر با میانگین سنی در گروه آزمایش ۱۰/۸۱ و در گروه کنترل ۱۰/۷۳ سال است. هم چنین میانگین مدت زمان اقامت در گروه آزمایش ۸/۵۶ ماه و در گروه کنترل ۷/۱۳ ماه بوده است. نتایج آزمون تی گروه‌های مستقل نشان داده است که میانگین سن و مدت زمان اقامت در نمونه پژوهش در دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت معنی داری نداشت ($p > 0/05$). در گروه آزمایش ۳ نفر

(۱۸/۸ درصد) ترک تحصیل نموده‌اند در حالی که ۱۳ نفر (۸۱/۱۳) درصد هنوز تحصیل می‌کردند. در گروه کنترل نیز ۸ نفر (۵۰) درصد ترک تحصیل نموده‌اند و همین تعداد نیز هنوز در حال تحصیل بودند. براساس آزمون خی دو بین تعداد افراد نمونه براساس وضعیت ترک تحصیل در دو گروه تفاوت معنی داری وجود نداشت ($p > 0/05$). در ادامه میانگین و انحراف استاندارد نمرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری مقیاس‌های مقابله فعال و ابعاد آن و امید به صورت تفکیک شده برای دو گروه آزمایش و کنترل در جدول ۲ آورده شده است.

جدول ۲: یافته‌های توصیفی ابعاد مقابله فعال و امید به تفکیک گروه آزمایش و کنترل

متغیر	آزمایش			کنترل		
	پیش آزمون	پس آزمون	پیگیری	پیش آزمون	پس آزمون	پیگیری
انحراف از مشکل	میانگین	۴۲/۶۸	۵۱/۶۸	۵۱/۱۲	۴۴/۰۰	۴۳/۸۱
	انحراف معیار	۴/۷۴	۴/۴۰	۳/۹۸	۸/۱۰	۷/۸۵
کنار آمدن با مشکل	میانگین	۲۰/۴۳	۲۶/۱۸	۲۵/۶۲	۲۰/۵۶	۲۰/۳۷
	انحراف معیار	۳/۲۲	۳/۵۲	۳/۳۲	۲/۹۴	۲/۷۳
کنار آمدن ویرانگر	میانگین	۲۷/۷۵	۲۳/۰۶	۲۳/۳۷	۲۷/۳۱	۲۷/۵۰
	انحراف معیار	۴/۴۷	۴/۰۲	۳/۷۲	۴/۲۸	۴/۴۵
امید	میانگین	۳۵/۶۲	۴۲/۳۱	۴۷/۳۷	۳۵/۶۲	۳۶/۴۳
	انحراف معیار	۶/۹۷	۷/۴۸	۵/۲۷	۵/۳۶	۵/۶۳

با توجه به جدول ۲ براساس یافته‌های توصیفی میانگین نمرات ابعاد انحراف از مشکل و کنار آمدن با مشکل در گروه آزمایش نسبت به کنترل افزایش بیشتری در مرحله پس‌آزمون و پیگیری نسبت به پیش‌آزمون در حالی که میانگین نمرات بعد کنار آمدن ویرانگر کاهش داشته است. همچنین میانگین نمرات امید به زندگی در گروه آزمایش نسبت به کنترل افزایش بیشتری در مرحله پس‌آزمون و پیگیری نسبت به پیش‌آزمون داشته است.

از جمله مفروضه‌های تحلیل واریانس نرمال بودن توزیع‌های پیش‌آزمون و پس‌آزمون است که با آزمون شاپیرو و ویلک و همگنی واریانس گروه‌های همپراش و وابسته است که با آزمون لوین بررسی می‌گردد. نتایج آزمون شاپیرو- ویلک برای پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری گروه آزمایش و کنترل نشان داد که هیچ یک از این مقادیر در سطح $p > 0/05$ معنادار نمی‌باشد و توزیع داده‌های به دست آمده برای پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری گروه آزمایش و

کنترل نرمال می‌باشد. همچنین نتایج آزمون لوین نشان داد که این آزمون برای ابعاد انحراف از مشکل، کنار آمدن با مشکل، کنار آمدن ویرانگر و امید به ترتیب با مقادیر $F_{(1,38)} = 3/5$ ، $F_{(1,38)} = 1/39$ ، $F_{(1,38)} = 0/47$ و $F_{(1,38)} = 0/50$ در سطح $p > 0/05$ معنادار نمی‌باشد که این بدین معناست که میان متغیرهای همپراش و وابسته همگنی واریانس وجود دارد و تمامی این زوج گروه‌ها با یکدیگر تجانس دارند.

برای بررسی اثربخشی درمان شناختی-رفتاری متمرکز بر آسیب بر مقابله فعال و امید کودکان بدسرپرست از تحلیل واریانس مکرر استفاده شد. یکی از پیش‌فرض‌های اندازه‌گیری مکرر آزمون کرویت ماچلی است. باتوجه به معنادار نبودن کرویت ماچلی فرض یکسانی کوواریانس‌ها تأیید شد ($p > 0/05$). در ادامه نتایج تحلیل واریانس درون آزمودنی و بین آزمودنی برای اثربخشی درمان شناختی-رفتاری متمرکز بر آسیب بر مقابله فعال و امید کودکان بدسرپرست با سه اندازه‌گیری در جدول ۳ نشان داده شده است.

مآنده وطنی و منصوره بهرامی پوراصفهانى

جدول ۳: نتایج تحلیل اثرات درون آزمودنی و بین آزمودنی در آزمون تحلیل واریانس با اندازه گیری‌های مکرر متغیرهای مقابله فعال و امید در پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در دو گروه پژوهش

متغیر	اثر	منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معنی داری	اندازه اثر	توان آماری
انحراف از مشکل	درون آزمودنی	اثر زمان	۴۰۸/۹۳۸	۱/۲۴۸	۳۲۷/۶۶۴	۵۵/۸۹۱	۰/۰۰۱	۰/۶۵۱	۱/۰۰
	بین آزمودنی	اثر زمان × گروه	۴۰۵/۵۶۳	۱/۲۴۸	۳۲۴/۹۶۰	۵۵/۴۳۰	۰/۰۰۱	۰/۶۴۹	۱/۰۰
	خطا	گروه	۴۶۸	۱	۴۶۸	۴/۱۳	۰/۰۴۵	۰/۱۲۸	۰/۷۰۱
کنار آمدن با مشکل	درون آزمودنی	اثر زمان	۱۵۶/۳۳۳	۱/۱۰۴	۱۴۱/۶۶۷	۲۳/۸۳۷	۰/۰۰۱	۰/۴۴۳	۰/۹۹
	بین آزمودنی	اثر زمان × گروه	۱۶۵/۵۸۳	۱/۱۰۴	۱۵۰/۰۴۹	۲۵/۲۴۸	۰/۰۰۱	۰/۴۵۷	۰/۹۹
	خطا	گروه	۳۰۸/۱۷	۱	۱۷۳۰۸	۱۴/۸۳	۰/۰۰۱	۰/۳۳۱	۰/۹۶۱
کنار آمدن ویرانگر	درون آزمودنی	اثر زمان	۹۹/۴۳۷	۱/۲۴۹	۷۹/۶۰۱	۲۷/۵۳۷	۰/۰۰۱	۰/۴۷۹	۱/۰۰
	بین آزمودنی	اثر زمان × گروه	۱۲۰/۸۹۶	۱/۲۴۹	۹۶/۷۷۹	۳۳/۴۷۹	۰/۰۰۱	۰/۵۲۷	۱/۰۰
	خطا	گروه	۱۷۸/۷۶	۱	۱۸۷/۷۶	۴/۵۸	۰/۰۴	۰/۱۳۱	۰/۷۰۷
امید	درون آزمودنی	اثر زمان	۳۰۷/۵۶	۱/۲۰۳	۲۵۵/۷۴	۳۶/۶۸	۰/۰۰۱	۰/۵۵	۱/۰۰۰
	بین آزمودنی	اثر زمان × گروه	۱۸۲/۲۷	۱/۲۰۳	۱۵۱/۵۶	۲۱/۷۴	۰/۰۰۱	۰/۴۲	۱/۰۰۰
	خطا	گروه	۱۴۱/۰۱	۱	۱۴۱/۰۱	۲۱/۵۰۵	۰/۰۰۱	۰/۲۱۸	۰/۹۹۴
			۵۴/۷۸	۳۰	۱/۸۲				

۶۴، ۴۵، ۵۲ و ۴۲ درصد از تغییرات درون گروهی و همچنین ۱۲، ۳۳، ۱۳ و ۲۱ درصد از تغییرات بین گروهی ابعاد انحراف از مشکل، کنار آمدن با مشکل، کنار آمدن ویرانگر و امید ناشی از مداخله درمانی در بین کودکان بدسرپرست بوده است. برای بررسی تفاوت میانگین‌های مقیاس‌های مورد مطالعه بین سه اندازه‌گیری پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری به صورت زوجی از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد. نتایج این آزمون در جدول ۴ آورده شده است.

با توجه به جدول ۳ و معنادار بودن عامل‌ها در درون گروه‌ها وجود تفاوت معنادار بین سه بار اندازه‌گیری پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری برای ابعاد انحراف از مشکل، کنار آمدن با مشکل، کنار آمدن ویرانگر و امید در سطح $P < 0/05$ تأیید گردید. همچنین با معنی‌دار بودن منبع گروه در بین گروه‌ها می‌توان گفت تفاوت معناداری بین گروه آزمایش با کنترل برای مقیاس‌های ابعاد انحراف از مشکل، کنار آمدن با مشکل، کنار آمدن ویرانگر و امید در سطح $P < 0/05$ وجود دارد. ضرایب اتای نشان داده که

جدول ۴: آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسه‌ی متغیرهای پژوهش به صورت زوجی در سری زمانی

متغیر	مرحله	تفاوت میانگین	خطای انحراف استاندارد	معنی داری	حجم اثر
انحراف از مشکل	پیش آزمون	-۱/۳۱	۲/۳۴	۰/۵۸	۰/۰۱
	پس آزمون	۷/۵	۲/۲۵	۰/۰۰۲	۰/۲۷
	پیگیری	۷/۳۱	۲/۲۵	۰/۰۰۳	۰/۲۶
کنار آمدن با مشکل	پیش آزمون	-۰/۱۲۵	۱/۰۹	۰/۹۱	۰/۰۰۱
	پس آزمون	۵/۶۲	۱/۱۱	۰/۰۰۱	۰/۴۵۹
	پیگیری	۵/۲۵	۰/۹۹۱	۰/۰۰۱	۰/۴۸۴
کنار آمدن ویرانگر	پیش آزمون	۰/۴۳۸	۱/۵۵	۰/۷۸	۰/۰۰۳
	پس آزمون	-۴/۵	۱/۵	۰/۰۰۵	۰/۲۳
	پیگیری	-۴/۱۲	۱/۴۳	۰/۰۰۷	۰/۲۱۸

۰/۰۰۱	۰/۹۹۹	۲/۲	۰/۰۰۱	پیش آزمون	
۰/۱۶۷	۰/۰۲	۲/۳۴	۵/۷۵	پس آزمون	امید
۰/۱۸۱	۰/۰۱	۲/۳۱	۵/۹۴	پیگیری	

ایران تاکنون تحقیقات زیادی صورت نگرفته، ولی تحقیقات مشابهی در این حوزه انجام شده است که از جمله آنها می‌توان به نتایج برخی مطالعات اشاره کرد که با نتایج پژوهش حاضر همسو بوده است (۲۰-۲۲-۲۵). نتایج پژوهش‌های پیشین در این راستا نشان داد درمان شناختی-رفتاری بر استرس ادراک شده و مهارت‌های مقابله‌ای موثر است (۲۳). در جهت علت این همسویی می‌توان گفت مقابله فرآیندی می‌باشد که فرد از طریق آن عوامل استرس‌زا و هیجانات منفی ایجاد شده را کنترل می‌کند و از آنجا که درمان شناختی-رفتاری شامل جایگزینی و اصلاح باورها و رفتارهای ناکارآمد می‌باشد بر روی ابعاد مختلف مهارت مقابله‌ای موثر است.

اثربخشی رویکرد شناختی-رفتاری متمرکز بر آسیب در کاهش تجربیات دردناک هیجانی و نیاز به مهارت‌های مقابله‌ای و همچنین افزایش رشد هیجانی با یافته‌های پژوهش دیگر مطابقت دارد (۲۹)؛ چرا که آنان در پژوهش خود به این نتیجه رسیدند که احساسات سوگوارانه و تروماتیک ناشی از عدم صلاحیت والدین در سرپرستی کودک، با استفاده از این رویکرد کاهش می‌یابند. علاوه بر این، یافته‌های پژوهش حاضر با یافته‌های پژوهش‌های پیشین همخوانی دارد (۳۰)؛ زیرا محققین در مطالعه خود دریافتند رویکرد شناختی-رفتاری متمرکز بر آسیب، در کاهش آسیب‌های پس از سانحه ناشی از ارتباطات بین‌فردی و ارتقای بهزیستی روانشناختی افراد موثر است.

در تبیین علت اثربخشی درمان شناختی-رفتاری متمرکز بر آسیب بر بهبود مقابله فعال کودکان بدسرپرست به طور کلی می‌توان گفت که کودکان بدسرپرست طی شرکت در جلسات درمانی شناختی-رفتاری متمرکز بر آسیب در چندین جلسه افکار منفی خود را اصلاح نمودند و تکنیک‌های مختلفی نیز مانند روش توقف فکر، شناسایی روابط افکار و احساس، ثبت افکار روزانه کودک را آموزش دیدند و تلاش شد تا نشخوارهای فکری کودک کاهش یابد. روش‌های مقابله‌ای مانند روش توقف فکر که جهت مقابله با تحریف‌های شناختی و افکار نگران‌کننده به کار می‌رود، کودک را برای پردازش بهتر شناختی و مقابله فعال و کنار

با توجه به جدول ۴ در ابعاد مقابله فعال شامل انحراف از مشکل، کنار آمدن با مشکل و کنار آمدن ویرانگر تفاوت دو گروه آزمایش و کنترل در مرحله پیش آزمون معنی دار به دست نیامده است ($p > 0/05$). اما تفاوت میانگین نمرات این متغیر در دو گروه آزمایش و کنترل در پس آزمون و پیگیری معنی دار به دست آمده است ($p < 0/001$). بر این اساس تأثیر درمان شناختی-رفتاری متمرکز بر آسیب بر بهبود انحراف از مشکل، کنار آمدن با مشکل و کنار آمدن ویرانگر در پس آزمون به ترتیب برابر با ۲۷، ۴۵/۹ و ۲۳ درصد و در این ابعاد در مرحله پیگیری به ترتیب برابر با ۴۸/۴ و ۲۱/۸ درصد حاصل شده است. همچنین در متغیر امید تفاوت دو گروه آزمایش و کنترل در مرحله پیش آزمون معنی دار به دست نیامده است ($p > 0/05$). اما تفاوت میانگین نمرات این متغیر در دو گروه آزمایش و کنترل در پس آزمون و پیگیری معنی دار به دست آمده است ($p < 0/001$). میزان تأثیر درمان شناختی-رفتاری متمرکز بر آسیب بر امید کودکان ۹-۱۲ ساله بدسرپرست در پس آزمون برابر با ۱۶/۷ درصد و در پیگیری برابر با ۱۸/۱ درصد حاصل شده است. این نتایج بیانگر این است که درمان شناختی-رفتاری متمرکز بر آسیب سبب بهبود مقابله فعال و سطح امیدواری در بین کودکان بدسرپرست شده است. به علاوه، در کاهش میزان اثربخشی این شیوه درمانی، گذشت زمان از مرحله پس آزمون به پیگیری اثر معناداری نداشته است.

بحث

پژوهش حاضر کوشید تا هدف مربوط به تعیین اثربخشی درمان شناختی-رفتاری متمرکز بر آسیب بر مقابله فعال و سطح امیدواری در بین کودکان بدسرپرست را مورد بررسی قرار دهد. به منظور تحلیل یافته‌ها از تحلیل واریانس اندازه گیری مکرر استفاده شد. نتایج بیانگر تفاوت معنادار بین پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری و تأثیر درمان شناختی-رفتاری متمرکز بر آسیب بر بهبود مقابله فعال و سطح امیدواری در بین شرکت‌کنندگان بود.

بر اساس بررسی‌های محقق در خصوص تأثیر درمان شناختی-رفتاری متمرکز بر آسیب بر بهبود مقابله فعال در

امیدواری کودکان دختر بدسرپرست تأثیر معناداری داشته است. لذا چنین برنامه‌های را می‌توان در محتوای درمانی برای کودکان آزر دیده از سرپرستی مراقبین و تحت پوشش سازمان بهزیستی به کار برده و به این ترتیب در ارتقای سلامت این کودکان گامی مؤثر برداشت. از جمله محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به محدود کردن گروه به کودکان بدسرپرست و جنسیت اعضای نمونه اشاره کرد که همگی دختر بوده‌اند، همچنین باتوجه به اینکه این پژوهش در شهر اصفهان انجام شد و با در نظر گرفتن متفاوت بودن شرایط فرهنگی، بومی و مذهبی هر شهر قابلیت تعمیم دهی نتایج به سایر شهرها با محدودیت مواجه است. پیشنهاد می‌گردد که در تحقیقات بعدی از رویکردهای درمانی دیگر در کنار رویکرد TF-CBT برای مقایسه و بررسی قدرت اثربخشی رویکردهای درمانی متفاوت استفاده شود. همچنین با توجه به تأکید این رویکرد بر کاهش استرس و انفعال ناشی از آسیب و افزایش امیدواری پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی اثربخشی این روش بر سایر کودکان آسیب دیده جنسی و ناشی از بیماری‌های با نشانه‌های جسمانی مزمن مانند سرطان در کودکان و نوجوانان مورد بررسی قرار گیرد. همچنین پیشنهاد می‌شود دوره آموزشی پیش‌گیرانه این مداخله برای تربیت درمانگران مورد نیاز در مراکز مشاوره و راهنمایی در مدارس شبانه‌روزی اجرا و سپس این آموزش برای کودکانی که سطوح بالایی از اضطراب و راهبردهای ویرانگر را تجربه می‌کنند مورد استفاده قرار گیرد.

سیاسگزاری

در پایان محققان سپاس خود را از همکاری صمیمانه تمامی شرکت‌کنندگان در شهر اصفهان اعلام می‌کنند.

تضاد منافع

هیچ گونه تضاد منافی بین نویسندگان وجود ندارد.

آمدن با مشکلات آماده می‌کند. لذا در جلسات درمانی بر این روش تأکید شد، زیرا کودک می‌آموزد که او قادر است روی افکار خود آگاهی و کنترل داشته باشد. این روش موجب قطع توجه کودکان آزر دیده از بدسرپرستی، نسبت به افکار بحران زا شده و درعین حال توجه او را به افکار غیربحرانی معطوف می‌سازد. از سوی دیگر، با کمک درمان شناختی رفتاری متمرکز بر آسیب تلاش گردید کودکان بدسرپرست از افکار و هیجانات منفی که منجر به آشفتگی و اجتناب در حین برقراری روابط با دیگران می‌شود، آگاهی یابند و تمرکز ذهنی کمتری بر مشکلات خویش داشته باشند. در خصوص تأثیر درمان شناختی- رفتاری متمرکز بر آسیب بر بهبود امیدواری کودکان نیز در ایران تاکنون تحقیقات زیادی صورت نگرفته، ولی تحقیقات مشابه اندکی در این حوزه انجام شده است. نتایج مطالعات قبلی نشان داد درمان شناختی- رفتاری بر امید به زندگی مؤثر است (۲۱-۲۴). در تبیین همسویی نتایج می‌توان گفت امید نشان دهنده ادراک فرد در ارتباط با توانایی‌هایش در رسیدن به هدف، گسترش راهبردهای رسیدن به آن و حفظ انگیزتگی تا رسیدن به هدف می‌باشد. همچنین تمرکز TF-CBT بر برنامه‌ریزی ایمنی برای کاهش خطر مواجهه مجدد با آسیب‌های تجربه شده قبلی وجود دارد که در زمینه مواجهه با خشونت مداوم مانند درگیر بودن با پدیده بدسرپرستی ضروری است (۳۱). نقطه قوت خاص TF-CBT این است که شامل مراقبان در طول مداخله، با تمرکز بر تقویت روابط دلبستگی بین کودکان و مراقبان است. درواقع کودک با اتمام جلسات درمانی اضطراب کمتری را ناشی از پیش‌بینی خطرناک آینده تجربه نموده که به تدریج بر افزایش امیدواری کودکان کمک نموده است.

نتیجه گیری

براساس این مطالعه، نتایج نشان می‌دهد که اجرای درمان شناختی رفتاری متمرکز بر آسیب بر افزایش مقابله فعال (کنار آمدن با مشکلات و انحراف از مشکلات) و

References

1. Abolghasemi SH. Developmental psychology, Tonekabon: Azad University Press; 2020. (In Persian)
2. Shirani A. Parents and child and adolescent psychology, Tehran: White Pencil Magazine; 2020. (In Persian).
3. Basharpour, S., Abasi, A., Abolghasemi, A. The effectiveness of cognitive behavioral coping skills and emotion regulation trainings on reducing the feeling of hopelessness, happiness and self-esteem in orphan children and adolescents. *Research in Clinical Psychology and Counseling*, 2015; 5(1): 70-85. (In Persian).
4. Clerc J, Khamzina K, Desombre C. To identify and limit the risks of neglect in orphaned students: Can France manage it? *New Ideas in Psychology*, 2023; 68, 100981. <https://doi.org/10.1016/j.newideapsych.2022.100981>
5. Noetel M, Ciarrochi J, Van Zanden B, Lonsdale C. Mindfulness and acceptance approaches to sporting performance enhancement: A systematic review. *International Review of Sport and Exercise Psychology*, 2017; 1-37. <https://doi.org/10.1080/1750984X.2017.1387803>
6. Mahanta P, Das Thakuria K, Goswami P, Kalita C, Knowler R, Rajbangshi MC, Majumder P. Evaluation of physical and mental health status of orphan children living in orphanages in Sonitpur district of Assam: a cross-sectional study. *BMC Pediatrics*, 2022; 22(1): 1-7. <https://doi.org/10.1186/s12887-022-03785-2>
7. Alem SK. Investigating Psychosocial Problems of Orphan Children in Primary Schools. *Journal of Pedagogical Research*, 2020; 4(1): 46-56. <https://doi.org/10.33902/JPR.2020058810>
8. Mokwena KE, Magabe S, Ntuli B. Symptoms of depression, anxiety and their co-occurrence among orphaned children in Sekhukhune district, Limpopo province. *Children*, 2023; 10(8): 1279. <https://doi.org/10.3390/children10081279>
9. Khalid A, Morawska A, Turner KM. Pakistani orphanage caregivers' perspectives regarding their caregiving abilities, personal and orphan children's psychological wellbeing. *Child: Care, Health and Development*, 2023; 49(1): 145-55. <https://doi.org/10.1111/cch.13027>
10. Anbaraki Z, Gholami S, Garoki O. Comparison school bonding and interpersonal problems in students with unsupervised and abused families with normal. *Rooyesh* 2023; 11(11): 165-72.
11. Sewnet SS, Derseh HA, Desyibelew HD, Fentahun N. Undernutrition and associated factors among under-five orphan children in Addis Ababa, Ethiopia, 2020: a cross-sectional study. *Journal of Nutrition and Metabolism*, 2021. <https://doi.org/10.1155/2021/6728497>
12. Allman M, Penner F, Hernandez Ortiz J, Marais L, Rani K, Lenka M, Sharp C. Hope and mental health problems among orphans and vulnerable children in South Africa. *AIDS care*, 2023; 35(2): 198-204. <https://doi.org/10.1080/09540121.2022.2104795>
13. Misiak B, Kotowicz K, Loska O, Stramecki F, Beszlej JA, Samochowiec J, Piotrowski P. Decreased use of active coping styles contributes to elevated allostatic load index in first-episode psychosis. *Psych neuroendocrinology*, 2018; 96: 166-72. <https://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2018.06.021>
14. Shiri L, Mirzahoseini H, Rezaei M. Investigating the role of parental discipline and schematic vulnerable child mentions in married students' emotional divorce: The modifying role of coping styles. *New Approach in Educational Sciences*, 2022; 4(3): 35-47.
15. Ebrahimi N, Abedipour M, Karimi M, Jaras M. The relationship between spiritual intelligence and coping styles with stress in adolescent girls in Gonabad. *JPEN* 2023; 9(3): 1-10.
16. Abdollahi F, Sadeghi N, Moghimian M. The effect of reality therapy on the hope of mothers of children with cancer. *JPEN*, 2021; 7(3): 36-42.
17. Komarov I. Analysis of specialized medical care provision for children with VITAL and chronic progressed RARE (ORPHAN) Diseases Associated with life expectancy decrease and disability in Russian Federation. *Value in Health*, 2020; 23: S709. <https://doi.org/10.1016/j.jval.2020.08.1848>
18. Shojaei Z, Golparvar M, Bordbar M R, Aghaei A. The Effect of Cognitive- Behavioral Art-Play Therapy and Cognitive-Behavioral Story Therapy on Pain Perception and Hope in Children with Cancer. *JPEN* 2019; 6(1): 39-47.
19. Germann JN, Leonard D, Stuenzi TJ, Pop RB, Stewart SM, Leavey PJ. Hoping Is Coping: A Guiding Theoretical Framework for Promoting Coping and Adjustment Following Pediatric Cancer Diagnosis. *J Pediatr Psychol*, 2015;

- 40(9): 846-55. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsv027>
20. Haghghi H, Etemadi O, Ahmadi SA. Comparison of the effectiveness of emotion-focused therapy (EFT) and Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy (TF-CBT) on adolescents' emotional experiences of parental divorce. *Journal of Applied Psychological Research*, 2022; 13(4): 251-67.
 21. Kazemi Khoban S, Poursharifi H, Kakavand A, Xian Bagheri M. Effectiveness of Revised Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy Protocol on Psychological Distress and Immunoglobulin A Concentration in Women Victims of Domestic Violence. *armaghanj* 2022; 27(4): 455-71. <https://doi.org/10.52547/armaghanj.27.4.455>
 22. Eneogu ND, Ugwuanyi CK, Ugwuanyi CS. Efficacy of Cognitive Behavioral Therapy on Academic Stress Among Rural Community Secondary School Economics Students: A Randomized Controlled Evaluation. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 2023; 1-18. <https://doi.org/10.1007/s10942-023-00508-z>
 23. Salemi S, Naami A, Zargar Y, Davodi I. Effectiveness of Trauma-Focused Behavioral Method on Post-Traumatic Growth among Abused Children. *IJPN* 2017; 5(1): 15-21. <https://doi.org/10.21859/ijpn-05013>
 24. Tomoiagă C, David O. Is cognitive-behavioral coaching an empirically supported approach to coaching? a meta-analysis to investigate its outcomes and moderators. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 2023; 1-22. <https://doi.org/10.1007/s10942-023-00498-y>
 25. Rajabi S, Joukar M, Alimoradi K. The Effectiveness of trauma specific cognitive-behavioral therapy on reducing love focused syndromes in college students. *Biannual Journal of Applied Counseling*, 2018; 8(1): 79-96.
 26. Fallahi M, Kafie Masuleh M, Khouso Javid M, Karimi Lie Chahei R, Eskandari B. A Preliminary Evaluation of the Psychometric Properties of the Children's Coping Behavior Questionnaire (CCBQ). *IJPCP* 2018; 23(4): 494-509. <https://doi.org/10.29252/nirp.ijpcp.23.4.494>
 27. Snyder CR, Hoza B, Pelham WE, Rapoff M, Ware L, Danovsky M, et al. The development and validation of the Children's Hope Scale. *J Pediatr Psychol*. 1997; 22(3): 399-421. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/22.3.399>
 28. Nejati V, Esmailian N, Amani O. Psychometric properties and factor structure of children and adolescents' hopelessness scale. *J Clin Psychol*. 2015; 9(34): 67-76.
 29. Cohen JA, Mannarino AP. Trauma-focused cognitive behavioral therapy for childhood traumatic separation. *Child Abuse & Neglect*, 2019; 92(3): 179-95. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2019.03.006>
 30. Peters W, Rice S, Cohen J, Murray L, Schley C, Alvarez-Jimenez M, Bendall S. Trauma-focused cognitive-behavioral therapy (TF-CBT) for interpersonal trauma in transitional aged youth. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 2021; 13(3): 313-21. <https://doi.org/10.1037/tra0001016>
 31. Kaminer D, Simmons C, Seedat S, Skavenski S, Murray L, Kidd M, Cohen JA. Effectiveness of abbreviated trauma-focused cognitive behavioural therapy for South African adolescents: a randomized controlled trial. *Eur J Psychotraumatol*. 2023; 14(1): 2181602. <https://doi.org/10.1080/20008066.2023.2181602>