

مقاله اصلی

اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه نگر کودک محور بر نشانگان سوگ و ابرازگری هیجانی کودکان ۷ تا ۱۱ سال دارای تجربه سوگ

تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۰۵/۰۴ - تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۰۹/۱۰

خلاصه

مقدمه: سوگ برای کودکان تجربه‌ای است که آنان را با بحران‌های روانی، هیجانی، اجتماعی و تحصیلی فراوانی مواجه می‌سازد. بر این اساس پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه نگر کودک محور بر نشانگان سوگ و ابرازگری هیجانی کودکان ۷ تا ۱۱ سال دارای تجربه سوگ انجام شد.

روش کار: پژوهش حاضر از نظر هدف کاربردی، از نوع آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه و دوره پیگیری دوماهه بود. جامعه آماری پژوهش شامل کودکان ۷ تا ۱۱ سال دارای تجربه سوگ بود که در سال تحصیلی ۱۴۰۳-۱۴۰۴ در شهر اصفهان مشغول به تحصیل بودند. در این پژوهش تعداد ۳۶ کودک با روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و با شیوه تصادفی در گروه‌های آزمایش و گواه جایدهی شدند (۱۸ کودک در گروه آزمایش و ۱۸ کودک در گروه گواه). کودکان حاضر در گروه آزمایش درمان فراتشخیصی یکپارچه-نگر کودک محور را طی ده هفته در ده جلسه ۷۵ دقیقه‌ای دریافت نمودند. در این پژوهش از پرسشنامه سوگ کودکان (CGQ) و مقیاس ابرازگری هیجانی کودکان (EESC) استفاده شد. داده‌های با تحلیل واریانس آمیخته با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS23 تجزیه و تحلیل شد.

نتایج: نتایج نشان داد که درمان فراتشخیصی یکپارچه نگر کودک محور بر نشانگان سوگ ($P < 0/0001$) و ابرازگری هیجانی ($P < 0/0001$) کودکان دارای تجربه سوگ تأثیر معنادار دارد.

نتیجه‌گیری: بر اساس یافته‌های پژوهش درمان فراتشخیصی یکپارچه نگر کودک محور با بکارگیری با شناسایی هیجان‌ها، آموزش آگاهی هیجانی، ارزیابی مجدد شناختی، شناسایی الگوهای اجتناب از هیجان و بررسی رفتارهای ناشی از هیجان قادر است به عنوان یک روش کارآمد جهت کاهش نشانگان سوگ و افزایش ابرازگری هیجانی کودکان دارای تجربه سوگ مورد استفاده قرار گیرد.

کلمات کلیدی: درمان فراتشخیصی یکپارچه نگر، تجربه سوگ، ابرازگری هیجانی

زهرا نریمان^۱

طیبه شریفی^{۲*}

محمد قاسمی پیربلوطی^۳

^۱ دانشجوی دکتری، گروه روانشناسی، واحد شهرکرد، دانشگاه آزاد اسلامی، شهرکرد، ایران.

^۲ استاد تمام گروه روانشناسی، واحد شهرکرد، دانشگاه آزاد اسلامی، شهرکرد، ایران. (نویسنده مسئول)

^۳ استادیار گروه روان شناسی، واحد شهرکرد، دانشگاه آزاد اسلامی، شهرکرد، ایران.

Email: ta.sharifi@iaiu.ac.ir

مقدمه

فقدان والدین به هر دلیلی که اتفاق بیفتد، رویدادی فاجعه آمیز به شمار آمده و مهم ترین عامل به وجود آورنده سوگ در کودکان است. بسیاری از هیجانات مربوط به سوگ بزرگسالان نظیر غمگینی، ناامیدی، خشم، دلتنگی و تنهایی را کودکانی که والدین خود را از دست دادند نیز تجربه می کنند (۱). ولی با این حال کودکان در مقایسه با بزرگسالان به نحوی متفاوت فقدان و سوگ را تجربه و تأویل می کنند. به نظر می رسد که تعدادی از کودکان پس از پشت سر گذاشتن دوره ای کوتاه و بروز واکنش های داغدیدگی همچون با سن و سطح تحول شان، به روال عادی زندگی باز می گردند ولی برخی دیگر قادر نیستند با از دست دادن والدین به خوبی و سازگارانه کنار بیایند (۲)، بنابراین مشکلات رفتاری و هیجانی در آنان ظاهر می شود که عبارتند از: اضطراب و افسردگی (۳)، رفتارهای دلبستگی اضطرابی مانند قشوق راه انداختن و پرخاشگری، رفتارهای بازگشت به کودکی مانند مکیدن شست، شب ادراری، از دست دادن برخی مهارت های آموخته شده پیشین، همچنین بروز علائم جسمانی مانند بی اشتها، کاهش یا افزایش وزن، فقدان انرژی، سردرد و حالت تهوع، بی خوابی و پر خوابی (۴). در جریاناتی از این دست، احتمال همبودی سوگ با نشانه های افسردگی یا استرس پس از سانحه وجود دارد که متعاقب آن، در عملکرد روزانه کودکان اختلال ایجاد می شود که در این صورت به درمان نیاز پیدا می کنند (۵). بنابراین هرگاه کودکان نتوانند با سوگ و فقدان والد یا والدین کنار بیایند و سازگاری در آنان صورت نگیرد، آنگاه مشکلات رفتاری مختلفی در آنها ظاهر شده و سایر مشکلات نیز شدت می یابند (۶). آمارهای موجود نشان می دهد که ۳/۵ درصد از کودکان ۵ تا ۱۶ ساله در طول زندگی، مرگ والدین یا همشیرها را تجربه می کنند (۴). سوگ آسیب زای ناشی از مرگ ناگهانی که به دلیل خشونت و یا حوادث غیرمنتظره پیش می آید، موجب مشکلات زیادی در کودکان می شود؛ مرگ هایی مانند تصادف، قتل، خودکشی و بلایای طبیعی یا جنگ از این دسته حوادث هستند. سوگ آسیب زای کودکان به معنای تحت تأثیر قرار گرفتن کودکان در

اثر علائم تروما^۱ می باشد (۱). کودکان و نوجوانان با علائم سوگ، تغییرات عمیقی را در نگاه شان به دنیا، مردم و خویشان تجربه می کنند. همچنین رشد روان شناختی و زیستی کودکان و نوجوانان توسط این شرایط و علائم تحت تأثیر قرار می گیرد (۴).

علاوه بر بروز مشکلات روان شناختی و زیستی در کودکان دارای تجربه سوگ، آنان با مشکلات در پردازش، مدیریت و ابراز هیجانی نیز مواجه می شوند که این روند زمینه را برای بروز مشکلات در ابرازگری هیجانی^۲ آنان نیز فراهم می سازد. ابرازگری هیجان به عنوان یکی از مؤلفه های اصلی هیجان، به نمایش بیرونی هیجان، بدون توجه به ارزش (مثبت یا منفی) یا شیوه تجلی آن (چهره ای، کلامی، بدنی یا رفتاری) اطلاق می شود (۷). ابرازگری هیجانی شامل تغییرات رفتاری همراه هیجان نظیر تغییرات چهره، صدا، ژست ها و حرکات بدن است (۸). برخی از کودکان هیجان هایشان را آزادانه و بدون نگرانی از پیامدهای آن ابراز می کنند. این کودکان دارای شیوه ابراز هیجان از نوع ابرازگری هیجانی هستند. برخی دیگر گرایش به بازداری در ابراز پاسخ های هیجانی خود دارند. این کودکان دارای شیوه ابراز هیجان از نوع بازداری هیجانی هستند (۹). ابرازگری هیجانی را سه بعد ابراز هیجان مثبت^۳، ابراز هیجان منفی^۴ و ابراز صمیمیت^۵ مفهوم سازی شده است (۱۰). منظور از ابرازگری منفی، درجه ای است که گرایش به پاسخ های هیجانی منفی مثل نفرت، خشم، بیزاری و شرمساری در رفتار ابراز می شود. ابرازگری مثبت بیانگر درجه ای است که گرایش به پاسخ های هیجانی مثبت مثل شادمانی، خشنودی، علاقه مندی و دوست داشتن در رفتار ابراز می شود و ابراز صمیمیت، بیانگر داشتن رفتار صمیمانه با دیگران است (۱۱). ابرازگری هیجانی به تنظیم هیجان کمک می کند. چنان که در طی این فرایند ابراز هیجان ها به صورت سازنده به کاهش استرس و بهبود سلامت

1. trauma

2. emotional expressiveness

3. expressing positive emotion

4. expressing negative emotion

5. expressing intimacy

هیجان‌ها را تشخیص دهند و در صورت لزوم اصلاح کنند و در موقعیت‌های اجتماعی تجربه‌های هیجانی مناسبی از خود نشان دهند (۱۸) و درمان فرانتشخیصی یکپارچه تأکید بارزی بر ماهیت سازگاران و کارکردی هیجان‌ها، افزایش آگاهی بیمار از نقش شناخت‌ها و هیجان‌ها و احساسات بدنی و رفتاری دارد و به جای اینکه فقط روی یک اختلال خاص تمرکز کند، با ارائه روش‌ها و فوونی جامع و کارآمد در تلاش است تمام مسائل مراجع، صرف نظر از تشخیص مطرح شده پیردازد (۱۳).

در خصوص ضرورت پژوهش حاضر می‌توان گفت فقدان والدین به هر دلیلی که اتفاق بیفتد، رویدادی فاجعه‌آمیز به شمار آمده و مهم‌ترین عامل به وجود آورنده سوگ در کودکان است. بسیاری از هیجان‌ها مربوط به سوگ بزرگسالان نظیر غمگینی، ناامیدی، خشم، دلتنگی و تنهایی را کودکانی که والدین خود را از دست دادند نیز تجربه می‌کنند (۲)، ولی با این حال کودکان در مقایسه با بزرگسالان به نحوی متفاوت فقدان و سوگ را تجربه و تأویل می‌کنند (۱). به نظر می‌رسد که تعدادی از کودکان پس از پشت سر گذاشتن دوره‌ای کوتاه و بروز واکنش‌های داغدیدگی همخوان با سن و سطح تحول‌شان، به روال عادی زندگی باز می‌گردند ولی برخی دیگر قادر نیستند با از دست دادن والدین به خوبی و سازگاران کنار بیایند، بنابراین مشکلات رفتاری و هیجانی در آنان ظاهر می‌شود که عبارتند از: اضطراب و افسردگی (۳)، رفتارهای دلبستگی اضطرابی مانند قشوق راه انداختن و پرخاشگری، رفتارهای بازگشت به کودکی مانند مکیدن شست، شب‌اداری، از دست دادن برخی مهارت‌های آموخته شده پیشین، همچنین بروز علائم جسمانی مانند بی‌اشتهایی، کاهش یا افزایش وزن، فقدان انرژی، سردرد و حالت تهوع، بی‌خوابی و پرخوابی (۶). بنابراین هرگاه کودکان نتوانند با سوگ و فقدان والدین کنار بیایند و سازگاری در آنان صورت نگیرد، آنگاه مشکلات رفتاری مختلفی در آنها ظاهر شده و سایر مشکلات نیز شدت می‌یابند. توجه به این روند پژوهشگر را به این نتیجه رساند که ضرورت مداخله برای این کودکان واقعیتی اجتناب‌ناپذیر است. چرا که عدم توجه به مشکلات کودکان دارای تجربه سوگ آنان را به شکلی

روان می‌انجامد. از طرفی ابرازگری هیجانی با گسترش ارتباطات اجتماعی سبب بیان هیجان‌ها در ایجاد صمیمیت، همدلی و حل تعارضات بین‌فردی می‌شود (۸). تاکنون روش‌های درمانی گسترده‌ای برای کودکان با تجربه سوگ به کار گرفته نشده است. یکی از روش‌های درمانی جدید که کارآیی آن بر بهبود مولفه‌های ارتباطی، هیجانی و روان‌شناختی کودکان مختلف مورد تأیید قرار گرفته است، درمان فرانتشخیصی یکپارچه‌نگر^۱ است. این درمان توسط اهرنریچ-مای و همکاران (۱۲) برای کودکان تدوین شده است. نتایج پژوهش پان و همکاران (۱۳)؛ کایادو و همکاران (۱۴)، کندی و همکاران (۱۵)، شاو، هالییدی و اهرنریچ-مای (۱۶)؛ ساندین و همکاران (۱۷)؛ شرمان و اهرنریچ-مای (۱۸)؛ اخهارت و همکاران (۱۹)؛ کندی، بیلک و اهرنریچ-مای (۲۰)؛ گوهری، حسینی‌المدنی و افکاری (۲۱)؛ شرفی، جعفری و بهرامی (۲۲)؛ قاسم‌زاده و همکاران (۲۳) و محمدی، نهنگ و حسینی (۲۴) بیانگر آن است که درمان فرانتشخیصی یکپارچه‌نگر برای جامعه آماری کودکان و نوجوانان با مشکلات هیجانی و رفتاری نیز دارای اثربخشی موثر است. درمان فرانتشخیصی یکپارچه‌نگر با آن‌که ریشه در درمان شناختی-رفتاری دارد، ولی بر هیجان‌ها و راهبردهای ناسازگاران تنظیم هیجان‌ها تأکید می‌کند. تجربه هیجانی و پاسخ به هیجان‌ها پایه اصلی در رویکرد فرانتشخیصی است. هدف اصلی در درمان فرانتشخیصی یکپارچه‌نگر این است که مراجعان مهارت‌هایی را کسب کنند که بتوانند به شیوه موثر هیجان‌ها منفی را مدیریت نمایند (۱۶). این رویکرد درمانی مکانیسم‌های سبب‌ساز مشترک اختلالات هیجانی را مورد هدف قرار می‌دهد و به افراد می‌آموزد چگونه با هیجان‌ها ناخوشایندشان مواجه شوند و به شیوه‌ای مناسب به آنها پاسخ دهند (۱۷). بدین ترتیب به افراد کمک می‌کند تا درک بهتر و مناسب‌تری از تعامل افکار، احساسات و رفتارهای خود و نقش برانگیزاننده‌ها در ایجاد تجربه‌های هیجانی داشته باشند، بتوانند پیامدهای تجربه‌های هیجانی خود را پیش‌بینی نمایند، رفتارهای نشأت‌گرفته از

1. Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment

صورت پذیرفت. سپس کودکان حاضر در گروه آزمایش مداخلات درمانی مربوط به درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر کودک محور را به صورت هفته‌ای یک جلسه ۷۵ دقیقه‌ای دریافت نمودند. این در حالی بود که کودکان حاضر در گروه گواه و والدین آنان هیچگونه مداخله‌ای را در طول پژوهش دریافت نکرده و در انتظار دریافت مداخلات حاضر بودند. پس از اتمام جلسات پس از آزمون اجرا و برای اطمینان از ثبات نتایج مرحله پیگیری اجرا شد. پس از شروع مداخله تعداد ۲ کودک در گروه آزمایش و ۲ کودک در گروه گواه از ادامه حضور در پژوهش انصراف دادند. بر این اساس تعداد ۳۶ کودک در پژوهش باقی ماندند (۱۸ کودک در گروه آزمایش و ۱۸ کودک در گروه گواه). ملاک‌های ورود به پژوهش شامل از دست داده یکی از اعضای خانواده اصلی در طی یک سال گذشته، کسب نمره بالاتر از ۱۰۲ در پرسشنامه سوگ کودکان، داشتن سن ۷-۱۱ سال، رضایت کودک و والد جهت شرکت فرزند خود در پژوهش، نداشتن بیماری جسمی و روان‌شناختی حاد و مزمن دیگر (با توجه به پرونده سلامت و مشاوره‌ای آنان)، عدم دریافت مداخله روان‌شناختی همزمان و عدم مصرف داروی روان‌پزشکی در طی شش ماه اخیر بود. همچنین ملاک‌های خروج از پژوهش داشتن بیش از دو جلسه غیبت، عدم همکاری و انجام ندادن تکالیف مشخص شده در کلاس، عدم تمایل به ادامه حضور در فرایند انجام پژوهش، وقوع حادثه پیش‌بینی نشده موثر و عدم پاسخگویی به پرسشنامه‌های پژوهش در یکی از مراحل پس از آزمون یا پیگیری بود.

ابزارهای سنجش

پرسشنامه سوگ کودکان (CGQ)^۱: پرسشنامه سوگ کودکان توسط بارت و اسکات (۲۵) طراحی شده است. این پرسشنامه دارای ۳۴ عبارت می‌باشد. پرسشنامه حاضر توسط یکی از والدین تکمیل می‌شود. پاسخ دهندگان فراوانی نشانه‌های علائم سوگ را در هر یک از عبارت‌های مقیاس را بر مبنای مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت از ۱ (هرگز) تا ۵ (همیشه) ذکر می‌کنند. دامنه نوسان نمره بین ۳۴ تا ۱۷۰ می‌باشد و نمره بالاتر از

تصاعدی در معرض آسیب‌های روانی و هیجانی قرار داده و در انتها آنان با اختلالات روانی و هیجانی مواجه می‌سازد. بنابراین با توجه به موضوعات و تحقیقات بیان شده در مورد اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر در جهت کاستن مشکلات رفتاری، شناختی، هیجانی و روانی افراد (به خصوص کودکان) و از سوی دیگر با توجه به خلاء پژوهشی موجود به علت عدم وجود تحقیقات مشابه، هدف این پژوهش بررسی اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر کودک محور بر نشانگان سوگ و ابرازگری هیجانی کودکان ۷ تا ۱۱ سال دارای تجربه سوگ است.

روش کار

پژوهش حاضر از نظر هدف کاربردی، از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه و دوره پیگیری دو ماهه بود. جامعه آماری پژوهش شامل کودکان ۷ تا ۱۱ سال دارای تجربه سوگ بود که در سال تحصیلی ۱۴۰۳-۱۴۰۴ در شهر اصفهان مشغول به تحصیل بودند. جهت انتخاب حجم نمونه از روش نمونه‌گیری هدفمند استفاده شد. بدین صورت که یکی از نواحی شش‌گانه شهر اصفهان (آموزش و پرورش ناحیه شش اصفهان) انتخاب و با مراجعه به ۲۰ آموزشگاه ابتدایی این ناحیه، کودکان ۷ تا ۱۱ ساله‌ای که طی یکسال گذشته یکی از اعضای خانواده اصلی خود را از دست داده بودند، مورد شناسایی قرار گرفتند. سپس به والدین این کودکان، پرسشنامه سوگ کودکان ارائه شد تا بدین وسیله از وجود تجربه سوگ در نزد این کودکان اطمینان حاصل گردد. بدین صورت که در صورتی که کودکانی که نمره بالاتر از ۱۰۲ در پرسشنامه سوگ کودکان (نمره برش پرسشنامه) به دست آوردند، به عنوان کودکانی قلمداد شدند که دارای تجربه سوگ هستند. سپس از بین این کودکانی که با این پرسشنامه دارای تجربه سوگ تشخیص داده شده بودند (نمره بالاتر از ۱۰۲ در پرسشنامه سوگ کودکان)، تعداد ۴۰ کودک را به ترتیب نمره کسب شده در پرسشنامه انتخاب و به صورت تصادفی در گروه‌های آزمایش و گواه گمارده شدند (۲۰ کودک در گروه و ۲۰ کودک در گروه گواه). لازم به ذکر است که با این کودکان مصاحبه بالینی نیز

1. Children's Grief Questionnaire

روند اجرای پژوهش

جهت انجام پژوهش ابتدا هماهنگی‌های لازم با مسئولان آموزش و پرورش ناحیه منتخب (آموزش و پرورش ناحیه شش) انجام و مجوز حضور در مدارس دریافت شد. سپس با مراجعه به مدارس دوره ابتدایی این ناحیه، کودکان با تجربه سوگ جهت شرکت در پژوهش مورد شناسایی قرار گرفتند. سپس با رضایت کتبی از کودکان و والدین آنها و گمارش کودکان انتخاب شده در گروه‌های آزمایش و گواه (۲۰ کودک در گروه آزمایش و ۲۰ کودک در گروه گواه)، پرسشنامه‌های پژوهش اجرا شد. در نهایت، بر روی کودکان حاضر در گروه آزمایش مداخلات درمانی درمان فرانتشخیصی یکپارچه‌نگر کودک‌محور (۱۰ جلسه ۷۵ دقیقه‌ای به صورت هفته‌ای یک جلسه) در طی ده هفته انجام شد، در حالی که کودکان حاضر در گروه گواه مداخلات درمانی را دریافت نکردند. پس از اتمام مداخلات مرحله پس‌آزمون و پس از دوره‌ای دو ماهه، مرحله پیگیری نیز اجرا شد. پس از شروع مداخله تعداد ۲ کودک در گروه آزمایش و ۲ کودک در گروه گواه از ادامه حضور در پژوهش انصراف دادند. بر این اساس تعداد ۳۶ کودک در پژوهش باقی ماندند (۱۸ کودک در گروه آزمایش و ۱۸ کودک در گروه گواه). جلسات مداخله‌ای درمان فرانتشخیصی یکپارچه‌نگر کودک‌محور برگرفته از پروتکل اهرنریچ - مای و همکاران (۱۲) است که توسط ضرغامی، اکبری و سروری در سال ۱۳۹۸ ترجمه شده است. همچنین در پژوهش گوهری و همکاران (۲۱) از این پروتکل استفاده و کارآیی بالینی آن برای کودکان تایید شده است. به منظور رعایت اخلاق تحقیق، رضایت کودکان دارای تجربه سوگ و والدین آنان برای شرکت در مداخله درمان فرانتشخیصی یکپارچه‌نگر کودک‌محور دریافت شد. همچنین آنان از تمامی مراحل انجام پژوهش اطلاع یافتند. علاوه بر این، به کودکان حاضر در گروه گواه و والدین آنان اطمینان داده شد که پس از تکمیل فرآیند تحقیق، مداخله درمان فرانتشخیصی یکپارچه‌نگر کودک‌محور را دریافت خواهند کرد. همچنین به کودکان حاضر در هر دو گروه آزمایش و گواه و والدین آنان اطمینان داده شد که اطلاعات آنها به شکل محرمانه

۱۰۲ بیانگر وجود تجربه سوگ در کودک است. بارت و اسکات (۱۹۸۹) روایی سازه این پرسشنامه را مطلوب و به میزان ۰/۹۱ گزارش کردند. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ بر روی ۱۰۵۴ نمونه ۰/۸۷ گزارش شد (۲۵). در پژوهش جزینی، گل پرور و سجادیان (۲۶) روایی سازه به روش تحلیل عاملی تاییدی، ساختار تک عاملی آن را تایید نمود. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه و ضریب آلفا کرونباخ این ابزار ۰/۸۸ به دست آمد (۲۶). در پژوهش حاضر نیز پایایی با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۶ محاسبه شد.

مقیاس ابرازگری هیجانی کودکان (EESC): مقیاس ابرازگری هیجان کودکان توسط پنزا-کلیو و زیمن در سال ۲۰۰۲ با هدف ارزیابی ابرازگری هیجانی کودکان طراحی شد (۲۷). این مقیاس دارای ۱۶ سؤال و توسط یکی از والدین تکمیل می‌شود. نمره‌گذاری این پرسشنامه استفاده از طیف لیکرت ۵ درجه‌ای است به این صورت که به پاسخ اصلاً درست نیست نمره ۱، کمی درست نمره ۲، تا حدی درست نمره ۳، خیلی درست نمره ۴ و بسیار درست نمره ۵ تعلق می‌گیرد. کمترین نمره ۱۶ و بیشترین نمره ۸۰ است. در این پرسشنامه نمره‌های بالا نشانگر مشکل در ابرازگری هیجانی است. در پژوهش پنزا-کلیو و زیمن (۲۷) پایایی این پرسشنامه با استفاده از روش همسانی درونی ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۳ و همچنین با استفاده از یک فاصله ۲ هفته‌ای ضریب پایایی آزمون بازآمون ۰/۵۶ بوده است. در پژوهش آنها برای بررسی روایی از روایی ملاکی استفاده شد و نتایج نشان داد بین این مقیاس با مقیاس افسردگی کودکان، پرسشنامه اضطراب صفت کودکان و پرسشنامه جسمانی سازی کودکان رابطه منفی معنی‌دار وجود دارد. همچنین آنها درصد واریانس کل مقیاس را ۴۶/۴ و عامل اول ۶/۰۶ و عامل دوم ۸/۵ درصد گزارش دادند (۲۷). در پژوهش آریاپوران (۲۸) میزان آلفای کرونباخ این مقیاس ۰/۷۹ و میزان روایی محتوایی آن ۰/۸۱ گزارش شد. در پژوهش حاضر نیز ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه توسط ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۰ محاسبه شد.

1. Emotion Expression Scale for Children

در نزد پژوهشگر باقی خواهد ماند و نیاز نیست در پرسشنامه‌ها مشخصات فردی خود را درج نمایند. پژوهش حاضر با کد اخلاق IR.IAU.SHK.REC.1404.001 در دانشگاه آزاد اسلامی واحد شهر کرد ثبت گردیده است.

جدول ۱. خلاصه جلسات درمان فراتشخیصی یکپارچه کودک محور (۱۲)

جلسه	هدف	محتوا
اول	افزایش انگیزه کودکان	مصاحبه انگیزشی برای مشارکت و مشارکت کودکان در طول درمان، ارائه منطق درمان و تعیین اهداف درمانی. آشنایی اعضای گروه با یکدیگر
دوم	ارائه آموزش روانی و هیجانی	بازشناسی هیجان‌های اولیه و ثانویه و ردیابی تجارب هیجانی و آموزش مدل سه مولفه‌ای تجارب هیجان و مدل مربوط به درک هیجانات و رفتارهای برخاسته از آنها.
سوم	آموزش آگاهی هیجانی	مشاهده تجارب هیجانی (هیجانات و واکنش به هیجانات) به ویژه با استفاده از تکنیک‌های ذهن آگاهی و استفاده از استعاره‌های متناسب با سطح شناختی کودک
چهارم	ارزیابی مجدد شناختی و هیجانی	ایجاد آگاهی از تأثیر و روابط متقابل افکار و هیجان‌ها، شناسایی ارزیابی‌های ناسازگارانه اتوماتیک‌های و زمینه‌های مشترک تفکر و ارزیابی مجدد شناختی، و افزایش انعطاف‌پذیری تفکر با استفاده از تکنیک‌های بازی فکری و گروهی و استفاده از استعاره‌های خاص کودکی.
پنجم	شناسایی الگوهای اجتناب از هیجان	آشنایی با راهبردهای مختلف پرهیز از هیجان و تأثیر آنها بر تجربیات عاطفی و تأثیرات متناقض اجتناب از هیجان. آشنایی با تأثیر انکار هیجانی بر کاهش سلامت روانی، شناختی و هیجانی.
ششم	بررسی رفتارهای ناشی از هیجان	آشنایی، شناسایی رفتارهای ناشی از عواطف در تعامل با همسالان و درک تأثیر آنها بر تجارب هیجانی، شناسایی هیجان‌های ناسازگارانه و ایجاد زمینه برای بروز هیجانات و رفتارهای مثبت در تعامل با همسالان.
هفتم	آگاهی و تحمل احساس‌های جسمانی	افزایش آگاهی از نقش احساسات بدنی در تجارب عاطفی و تمرینات مقابله‌ای عمیق برای آگاهی از احساسات بدنی و افزایش تحمل نسبت به این علائم.
هشتم و نهم	رویارویی احساسی و رویارویی با هیجان مبتنی بر موقعیت	آگاهی یافتن از منطق رویارویی‌های هیجانی، آموزش نحوه تهیه سلسله مراتب ترس و اجتناب‌های مقابله‌ای هیجانی تکراری و موثر به صورت بصری و عینی و ممانعت از اجتناب. آموزش مقابله و پذیرش احساسات و عواطف مخرب.
دهم	پیشگیری از عود	مروری بر مفاهیم درمان و بحث در مورد بهبودی و پیشرفت‌های درمانی. پایان جلسات.

تحلیل واریانس آمیخته^۴ و آزمون تعقیبی بونفرونی^۵ استفاده شد. نتایج آماری با بهره‌گیری از نرم افزار آماری SPSS-23 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

نتایج

یافته‌های حاصل از داده‌های دموگرافیک نشان داد که میانگین سن کودکان ۷ تا ۱۱ سال دارای تجربه سوگ در گروه ۹/۲۵ و در گروه گواه ۹/۶۵ سال بوده است. نتایج تحلیل واریانس بیانگر

در این تحقیق برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از دو سطح آمار توصیفی و استنباطی استفاده شده است. در سطح آمار توصیفی، میانگین و انحراف معیار و در سطح آمار استنباطی از آزمون شاپیرو ویلک^۱ برای بررسی نرمال بودن توزیع متغیرها (حد بهینه بیشتر از ۰/۰۵)، آزمون لوین^۲ برای بررسی برابری واریانس‌ها (بهینه) برای بررسی فرضیه کرویت داده‌های تحقیق از آنالیز موچلی^۳ (حد بهینه بیشتر از ۰/۰۵) و برای آزمون فرضیه‌ها از

1. Shapiro-Wilk test

2. Levine test

3. Mauchly's Test

4. Mixed variance analysis

5. Bonferroni follow-up test

آن بود که بین میانگین سنی گروه‌های آزمایش و گواه تفاوت معناداری وجود نداشته و نیاز به تفکیک اثر آن در پژوهش حاضر احساس نمی‌شود. همچنین نتایج نشان داد در گروه آزمایش ۹ نفر (معادل ۵۰ درصد) پسر و ۹ نفر (معادل ۳۸/۳۹ درصد) نیز دختر بودند. در گروه گواه نیز ۷ نفر (معادل ۳۸/۳۹ درصد) پسر و ۱۱ نفر (معادل ۶۱/۱۱ درصد) نیز دختر بودند. نتایج تحلیل

خسی دو بیانگر آن بود که بین فراوانی جنسیت گروه‌های آزمایش و گواه تفاوت معناداری وجود نداشته و نیاز به تفکیک اثر آن در پژوهش حاضر احساس نمی‌شود. همچنین نتایج نشان داد در گروه آزمایش ۹ نفر (معادل ۵۰ درصد) پسر و ۹ نفر (معادل ۳۸/۳۹ درصد) نیز دختر بودند. در گروه گواه نیز ۷ نفر (معادل ۳۸/۳۹ درصد) پسر و ۱۱ نفر (معادل ۶۱/۱۱ درصد) نیز دختر بودند. نتایج تحلیل

جدول ۲. میانگین و انحراف استاندارد نشانگان سوگ و ابرازگری هیجانی در دو گروه آزمایش و گواه

مرحله پس‌آزمون		مرحله پیش‌آزمون		گروه‌ها	
میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
۹۶/۶۱	۱۷/۰۸	۱۰۹/۳۳	۱۱/۴۳	گروه آزمایش	نشانگان سوگ
۱۱۲/۶۱	۳۱/۱۹	۱۱۱/۸۳	۱۲/۴۵	گروه گواه	
۵۶/۳۹	۹/۹۹	۴۸/۲۲	۸/۶۹	گروه آزمایش	ابرازگری هیجانی
۴۴/۲۸	۸/۶۰	۴۴/۵۰	۸/۴۳	گروه گواه	

نتایج جدول توصیفی در جدول شماره ۲ حاکی از آن است که میزان نشانگان سوگ کودکان دارای تجربه سوگ که در گروه آزمایش حضور داشته، در اثر دریافت درمان فرانشیسی یکپارچه‌نگر کودک‌محور نسبت به گروه گواه کاهش و ابرازگری هیجانی آنان افزایش یافته است که در ادامه، معناداری آن با استفاده از آمار استنباطی مورد بررسی قرار می‌گیرد. قبل از ارائه نتایج تحلیل واریانس آمیخته، پیش‌فرض‌های آزمون‌های پارامتریک مورد سنجش قرار گرفت. بر همین اساس نتایج آزمون شاپرو ویلک بیانگر آن بود که پیش‌فرض نرمال بودن توزیع نمونه‌ای داده‌ها در نشانگان سوگ ($F=0/93$; $P=0/49$) و

نتایج جدول توصیفی در جدول شماره ۲ حاکی از آن است که میزان نشانگان سوگ کودکان دارای تجربه سوگ که در گروه آزمایش حضور داشته، در اثر دریافت درمان فرانشیسی یکپارچه‌نگر کودک‌محور نسبت به گروه گواه کاهش و ابرازگری هیجانی آنان افزایش یافته است که در ادامه، معناداری آن با استفاده از آمار استنباطی مورد بررسی قرار می‌گیرد. قبل از ارائه نتایج تحلیل واریانس آمیخته، پیش‌فرض‌های آزمون‌های پارامتریک مورد سنجش قرار گرفت. بر همین اساس نتایج آزمون شاپرو ویلک بیانگر آن بود که پیش‌فرض نرمال بودن توزیع نمونه‌ای داده‌ها در نشانگان سوگ ($F=0/93$; $P=0/49$) و

جدول ۳. تحلیل واریانس آمیخته جهت بررسی تاثیرات درون و بین گروهی متغیرهای نشانگان سوگ و ابرازگری هیجانی

متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار f	مقدار p	اندازه اثر	توان آزمون
نشانگان سوگ	زمان	۲	۳۶۸/۶۹	۳۵/۷۷	۰/۰۰۰۱	۰/۵۱	۱
	عضویت گروهی	۱	۳۵۱۲/۴۸	۳۱/۶۶	۰/۰۰۰۱	۰/۴۷	۱
	تعامل زمان و گروه	۲	۱۰۸۴/۴۶	۵۲/۶۱	۰/۰۰۰۱	۰/۶۱	۱
ابرازگری هیجانی	خطا	۶۸	۷۰/۸۱	۱۰/۳۰			
	زمان	۲	۳۷۳/۹۰	۵۰/۰۴	۰/۰۰۰۱	۰/۵۹	۱
	عضویت گروهی	۱	۲۴۶۵/۳۳	۴۰/۳۷	۰/۰۰۰۱	۰/۵۳	۱
	تعامل زمان و گروه	۲	۴۷۳/۷۲	۲۳۶/۳۶	۰/۰۰۰۱	۰/۶۵	۱
خطا	۶۸	۲۵۴/۰۳	۳/۷۳				

که نوع درمان دریافتی (درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر کودک‌محور) در مراحل مختلف ارزیابی هم بر نشانگان سوگ و ابراز‌گری هیجانی کودکان دارای تجربه سوگ تاثیر معنادار داشته و به ترتیب ۶۱ و ۶۵ درصد از تفاوت در نمرات این متغیرها را تبیین می‌کند. جهت بررسی کفایت حجم نمونه نیز توان آماری ۱۰۰ درصدی نشانگر آن بود که دقت آماری و کافی بودن حجم نمونه در این پژوهش و نتایج وجود دارد. جدول ۴ نشان دهنده تفاوت زوجی نمرات متغیرهای وابسته بر اساس مراحل ارزیابی (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) با بهره‌گیری از آزمون تعقیبی بونفرونی است.

نتایج حاصل جدول شماره ۳ بیانگر آن بود که عامل زمان یا مراحل ارزیابی (پیش‌آزمون - پس‌آزمون و پیگیری) توانسته اثر معناداری بر نمرات نشانگان سوگ و ابراز‌گری هیجانی کودکان دارای تجربه سوگ داشته و به ترتیب ۵۱ و ۵۹ درصد از تفاوت در واریانس‌های نمرات نشانگان سوگ و ابراز‌گری هیجانی را تبیین می‌کند. علاوه بر این، عامل عضویت گروهی (درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر کودک‌محور) یا نوع درمان دریافتی هم بر نشانگان سوگ و ابراز‌گری هیجانی کودکان دارای تجربه سوگ تاثیر معنادار داشته و به ترتیب ۴۷ و ۵۳ درصد از تفاوت در نمرات این متغیرها را تبیین می‌کند. از طرفی نتایج نشان داد

جدول ۴. تفاوت زوجی نمرات متغیرهای وابسته بر اساس مراحل ارزیابی

متغیر	مرحله مبنا (میانگین)	مرحله مورد مقایسه (میانگین)	تفاوت میانگین‌ها	خطای انحراف معیار	معناداری
نشانگان سوگ	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۵/۶۱	۰/۹۵	۰/۰۰۰۱
	پیش‌آزمون	پیگیری	۵/۴۷	۰/۸۷	۰/۰۰۰۱
	پس‌آزمون	پیگیری	-۵/۶۱	۰/۹۵	۰/۰۰۰۱
ابراز‌گری هیجانی	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۰/۱۴	۰/۱۸	۰/۵۴
	پیش‌آزمون	پیگیری	-۴/۱۴	۰/۵۶	۰/۰۰۰۱
	پس‌آزمون	پیگیری	-۳/۷۲	۰/۵۲	۰/۰۰۰۱
	پس‌آزمون	پیگیری	۴/۱۴	۰/۵۶	۰/۰۰۰۱
			۰/۴۲	۰/۱۶	۰/۱۹

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر کودک‌محور بر نشانگان سوگ و ابراز‌گری هیجانی کودکان دارای تجربه سوگ انجام شد. نتایج نشان داد که درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر کودک‌محور بر نشانگان سوگ و ابراز‌گری هیجانی کودکان دارای تجربه سوگ تأثیر معنادار داشته است. اولین یافته مطالعه حاضر مبنی بر اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر کودک‌محور بر نشانگان سوگ کودکان دارای تجربه سوگ با نتایج پژوهش گوهری و همکاران (۲۱) مبنی بر اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر کودک‌محور بر ناگویی هیجانی کودکان طلاق با دشواری در

نتایج حاصل از آزمون تعقیبی بونفرونی در جدول ۴ حاکی از آن است که نمرات متغیرهای وابسته پژوهش (نشانگان سوگ و ابراز‌گری هیجانی) در مرحله پس‌آزمون و پیگیری در مقایسه با ابتدای پژوهش (مرحله پیش‌آزمون) تفاوت دارد. بدان معنا که مداخله به کار گرفته شده در این پژوهش (درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر کودک‌محور) میانگین نمرات متغیر نشانگان سوگ را در دو مرحله پس از مداخله (پس‌آزمون و پیگیری) نسبت به مرحله پیش‌آزمون کاهش و میانگین نمرات متغیر ابراز‌گری هیجانی افزایش معنادار داده است. اما این تغییرات در مقایسه مراحل پس‌آزمون با پیگیری وجود ندارد. چرا که اثر مداخله توانسته ماندگار باشد.

خودنظم‌دهی هیجانی؛ با گزارش ساندین و همکاران (۱۷) مبنی بر تاثیر درمان فراتشخیصی یکپارچه کودک‌محور بر کاهش مشکلات هیجانی کودکان و نوجوانان؛ و در نهایت با نتایج پژوهش کندی، بیلک و ارنریچ-مای (۲۰) مبنی بر اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه کودک‌محور بر مشکلات ارتباطی و هیجانی کودکان همسو بود. در تبیین یافته حاضر مبنی بر اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر کودک‌محور بر کاهش نشانگان سوگ در کودکان دارای تجربه سوگ باید گفت، یکی از تکنیک‌های اصلی درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر ارزیابی مجدد شناختی و هیجانی است که از طریق آن کودک از تاثیر ارتباط متقابل بین افکار و هیجان‌ها آگاه می‌شود و ارزیابی‌های ناسازگارانه اتوماتیک شناسایی می‌شوند (۱۸)؛ بنابراین می‌توان گفت که این تکنیک در درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر می‌تواند باعث شود که کودکان دارای تجربه سوگ نسبت به پردازش‌های شناختی و هیجانی ناکارآمدی که منجر به تخریب پردازش سازگارانه هیجان‌ها و بروز مشکلات فیزیولوژیکی همانند نشانگان سوگ می‌شود، آگاهی یافته و با تجدیدنظر در فرایندهای شناختی و کنار نهادن افکار و هیجان‌های نشخوارگونه، نشانگان سوگ کمتری را تجربه نمایند. همچنین درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر به کودکان می‌آموزد که چگونه با هیجانات و شناخت‌های ناخوشایند خود مواجه شده و به شیوه سازگارانه‌تری به هیجان‌ها و شناخت‌های خود پاسخ دهند (۱۶). این درمان کمک می‌کند تا کودکان دارای تجربه سوگ فهم بهتری از تعامل افکار، احساس‌ها و هیجان‌ها در ایجاد تجربه‌های هیجانی درونی داشته باشند. این کودکان یاد می‌گیرند تا آگاهی بهتری از تجربه‌های هیجانی و شناختی خود کسب کنند، با ارزیابی‌های شناختی منفی از احساس‌ها و هیجان‌های منفی خود چالش کنند، رفتارهای ناشی از هیجان را شناسایی و اصلاح کنند، آگاهی و تحمل احساس‌های منفی در طی مواجهه درون‌زاد را کسب کنند و در بافت‌های موقعیتی و درون‌زاد با تجربه‌های هیجانی خود مواجه شوند. همه این مهارت‌ها، با اصلاح عادات شناختی و هیجانی ناکارآمد منجر به کاهش شدت تجربه‌های شناختی و

هیجانی ناسازگارانه و برگرداندن پردازش‌های شناختی و هیجانی به سطح کارکردی می‌شود. این فرایند نیز سبب می‌شود تا با تغییر در پردازش‌های شناختی و هیجانی با شواهد ناقص، کودکان دارای تجربه سوگ بتوانند آرامش ذهنی، هیجانی و روانی بیشتری را تجربه کرده و در نتیجه از میزان نشانگان سوگ آنان کاسته شود. علاوه بر این باید گفت این درمان بر درک فردی کودک و تجربیات عاطفی او از سوگ تأکید دارد. با توجه به تفاوت‌های کودکان در پردازش سوگ، رویکرد کودک‌محور به آنها کمک می‌کند تا احساسات خود را به شیوه‌ای امن بیان کنند، که می‌تواند تنش‌های روانی عامل نشانگان سوگ را کاهش دهد. همچنین باید گفت نشانگان سوگ در کودکان داغ‌دیده اغلب ناشی از اضطراب، افسردگی، یا ترس از جدایی است که ممکن است به صورت رسمی تشخیص داده نشوند. این درمان با هدف قرار دادن عوامل مشترک زیربنایی (مانند تنظیم هیجان، کاهش نشخوار فکری و بهبود احساس امنیت) به آرامش ذهنی و روانی کمک می‌کند. در نهایت باید اشاره کرد سوگ می‌تواند حس امنیت کودک را مختل کند و منجر به کابوس یا بی‌خوابی شود. این درمان با ایجاد رابطه درمانی ایمن و حمایتگر، به کودک کمک می‌کند تا اعتماد از دست‌رفته را بازسازی کند، که برای کاهش نشانگان سوگ حیاتی است.

یافته دوم مبنی بر اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر کودک‌محور بر ابرازگری هیجانی کودکان دارای تجربه سوگ، با نتایج پژوهش محمدی، نهنگ و حسینی (۲۴) مبنی بر تاثیر درمان فراتشخیصی یکپارچه بر خودپنداشت و آشفتگی روان‌شناختی دانش‌آموزان دارای علائم افسردگی؛ با یافته شاول، هالیدی و ارنریچ-مای (۱۶) مبنی بر اثر درمان فراتشخیصی یکپارچه کودک‌محور بر کاهش نشانه‌های اختلال وسواس فکری-عملی و بهبود سلامت روان کودکان؛ و در نهایت با گزارش اخهارت و همکاران (۱۹) مبنی بر اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه کودک‌محور بر مشکلات هیجانی کودکان همسو بود. در تبیین احتمالی یافته دوم مبنی بر اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر کودک‌محور بر ابرازگری

هیجانی کودکان دارای تجربه سوگ، باید گفت درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر لبریز از تکنیک‌هایی است که هیجانات افراد را تعدیل می‌کنند؛ به عنوان نمونه می‌توان به بازشناسی هیجان‌ها، آموزش آگاهی هیجانی، یادگیری مشاهده هیجانی، آشنایی با راهبردهای مختل اجتناب تجربه‌ای و آگاهی یافتن از اثرات منفی اجتناب تجربه‌ای، آشنایی و شناسایی رفتارهای ناشی از هیجان و رویارویی با هیجان مبتنی بر موقعیت اشاره کرد (۱۵). بنابراین می‌توان گفت درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر با تکیه بر تکنیک‌های تنظیم هیجان موجب می‌شود که کودکان دارای تجربه سوگ به بازاریابی هیجانات و مخصوصاً هیجان‌ها و شناخت‌های منفی خود پردازند و این هیجان‌ها را در درون خویش مورد پذیرش قرار دهند که این امر موجب افزایش راهبرد بازاریابی هیجانی و کاهش آشفتگی روانی و هیجانی در آنان می‌شود. این فرایند باعث می‌شود تا این کودکان چرخه هیجانی و روانی خود را مورد ارزیابی مجدد قرار داده و با رفع گره‌های عاطفی و نقیصه‌های هیجانی، تعاملات اجتماعی سازگارانه‌تری را برقرار نموده و به میزان ابرازگری هیجانی آنان نیز افزوده شود. همچنین در این روش درمانی به کودکان دارای تجربه سوگ آموزش داده شد که از هیجان‌های مثبت و منفی خود آگاهی یابند، آنها یاد گرفتند که اجتناب از هیجان‌ها می‌تواند موجب دور شدن از هیجان‌ها و کنترل یا بازداری آنان شود؛ بنابراین نحوه روبرو شدن با هیجان‌ها از جمله هیجان‌های منفی و آگاهی از آثار منفی اجتناب هیجانی از آنها باعث شد تا کودکان دارای تجربه سوگ هیجان‌های منفی خود را بازداری نکرده و با انتقال آن به بافت آگاهی ذهنی به ابزار به موقع آنها پردازند. پردازش مناسب، مدیریت و ابراز درست هیجانات سبب شد تا از میزان تلنبار هیجان‌های منفی نسبت به رخدادهای محیطی و افکار و پردازش‌های شناختی و هیجانی نشخوارگونه حاصل از آن کاسته شود که این روند نیز با بهبود پردازش، مدیریت و ابراز هیجان‌ها، سبب بهبود تعاملات اجتماعی و ابرازگری هیجانی در نزد این کودکان شد. **در تبیین دیگر باید گفت** درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر بر هیجانات و نیازهای اساسی کودک

تمرکز دارد (۲۴). این درمان با محوریت کودک، به او فضایی امن برای بیان هیجانات پیچیده ناشی از سوگ (مانند غم، خشم، یا احساس رها شدگی) می‌دهد. از آنجا که ابرازگری هیجانی اغلب ناشی از عدم درک یا پذیرش هیجانات توسط اطرافیان است، این رویکرد به کودک کمک می‌کند تا احساس دیده شدن و شنیده شدن را تجربه کند. علاوه بر این، درمان حاضر **توجه ویژه‌ای به رابطه درمانی دارد**. در این روش، رابطه درمانگر-کودک به عنوان عامل اصلی تغییر در نظر گرفته می‌شود. ایجاد یک دلبستگی ایمن با درمانگر می‌تواند جایگزینی موقت برای رابطه از دست‌رفته کودک باشد و بدکار کردی هیجانی ناشی از فقدان را تسکین دهد.

دامنه محدود پژوهش به کودکان ۷ تا ۱۱ سال دارای تجربه سوگ محصل در شهر اصفهان، عدم کنترل متغیرهای شخصیتی، هیجانی، محیطی، خانوادگی و اجتماعی مؤثر بر نشانگان سوگ و ابرازگری هیجانی کودکان دارای تجربه سوگ، عدم استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی و عدم برگزاری مرحله پیگیری طولانی (شش ماهه و یک ساله) از محدودیت‌های پژوهش حاضر بود. پیشنهاد می‌شود برای افزایش قدرت تعمیم‌پذیری، در سطح پژوهشی، این پژوهش در شهرها و مناطق و جوامع با فرهنگ‌های مختلف، دیگر گروه‌های سنی، سایر جامعه کودکان همانند کودکان دارای اختلال رفتار درونی و برون‌سازی شده، کودکان دارای بیماری‌های فیزیولوژیک مزمن و کودکان طلاق، مهار عوامل ذکر شده و اجرای مرحله پیگیری طولانی‌تر اجرا گردد. با توجه به درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر کودک‌محور بر نشانگان سوگ و ابرازگری هیجانی کودکان دارای تجربه سوگ، پیشنهاد می‌شود در سطح عملی درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر کودک‌محور با تهیه برشور و کتابچه‌های علمی به مشاوران، روان‌شناسان و درمانگران مراکز مشاوره (به خصوص مراکز مشاوره اداره آموزش و پرورش) ارائه شود تا با استفاده از محتوای این مداخله در جهت کاهش نشانگان سوگ و بهبود ابرازگری هیجانی کودکان دارای تجربه سوگ گام‌های عملی بردارند. همچنین پیشنهاد می‌شود که کارشناسان مشاوره و مدیران مراکز مشاوره

وسيله از تمام کودکان حاضر در پژوهش، والدین آنان و مسئولین آموزش و پرورش ناحیه شش شهر اصفهان و همچنین مسئولین مراکز مشاوره این ناحیه که همکاری کاملی جهت اجرای پژوهش داشتند، قدردانی به عمل می‌آید.

حمایت مالی

هیچ سازمان دولتی و خصوصی از این پژوهش حمایت مالی نکرده است.

تعارض منافع

در این پژوهش هیچ تعارض منافی توسط نویسندگان گزارش نشده است.

ادارت آموزش و پرورش با همکاری معاونت پرورشی و همچنین معاون آموزش ابتدایی نواحی، نسبت به شناسایی این کودکان و همچنین شناسایی متغیرهای همپود و موثر بر سوگ کودکان اقدام نمایند. پس از مرحله شناسایی لازم است آموزشی عمومی برای دانش‌آموزان سوگوار در جهت کاهش نشانگان سوگ و ابرازگری هیجانی صورت پذیرد تا از مزمن‌تر شدن این علائم پیشگیری گردد.

تشکر و قدردانی

مقاله حاضر برگرفته از رساله دوره دکتری تخصصی نویسنده اول مقاله در دانشگاه آزاد اسلامی واحد شهرکرد بود. بدین

Reference

- Ouyang N, Baker JN, Ananth PJ, Knobf MT, Snaman JM, Feder SL. Parent-Clinician Communication and Prolonged Grief in Parents Whose Child Died From Cancer. *Journal of Pain and Symptom Management*, 2024; 68(5): 516-524.
- Boelen PA, Spuij M, Lenferink LIM. Comparison of DSM-5 criteria for persistent complex bereavement disorder and ICD-11 criteria for prolonged grief disorder in help-seeking bereaved children. *Journal of Affective Disorders*, 2019; 250: 71-78.
- Fitzgerald DA, Nunn K, Isaacs D. What we have learnt about trauma, loss and grief for children in response to COVID-19. *Paediatric Respiratory Reviews*, In Press, Corrected Proof.2021.
- Cohen JA, Mannarino AP. Trauma-focused cognitive behavioral therapy for childhood traumatic separation. *Child abuse & neglect*, 2019; 92: 179-195.
- Tolahunase MR, Sagar R, Chaurasia P, Dada R. Impact of yoga- and meditation-based lifestyle intervention on depression, quality of life, and cellular aging in infertile couples. *Fertility and Sterility*, 2018; 110(4): 67-74.
- Hanauer C, Telaar B, Rosner R, Doering BK. The efficacy of psychosocial interventions for grief symptoms in bereaved children and adolescents: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 2024; 350: 164-173.
- Pinks D, Warren-James M, Katsikitis M. Does a peer social support group intervention using the cares skills framework improve emotional expression and emotion-focused coping in paramedic students? *Australasian Emergency Care*, 2021; 24(4): 308-313.
- Yu X, He T, Tan Y, Chi P, Lin X. Intergenerational effects of childhood maltreatment: The relationships among parental childhood emotional neglect, emotional expressiveness and children's problem behaviors. *Child Abuse & Neglect*, 2023; 140: 1061-1066.
- Milojevich HM, Haskett ME. Longitudinal associations between physically abusive parents' emotional expressiveness and children's self-regulation. *Child Abuse & Neglect*, 2018; 77: 144-154.
- Riley TN, Sullivan TN, Hinton TS, Kliever W. Longitudinal relations between emotional awareness and expression, emotion regulation, and peer victimization among urban adolescents. *Journal of Adolescence*, 2019; 72: 42-51.
- Brodahl K, Finset A, Storøy HE, Pedersen R. Medical students' expressions of empathy: A qualitative study of verbal interactions with patients expressing emotional issues in a medical interview. *Patient Education and Counseling*. 2021; 104(12): 2936-2943.
- Ehrenreich-May J, Kennedy SM, Sherman P, Bielick S, Bazla J, Bent D, Barlow DH. **Unified Transdiagnostic Treatment Protocols for Emotional Disorders in Children and Adolescents**. Translated by Firouzeh Zarghami, Mehdi Akbari, and Fatemeh Sarvari. Arjmand Publications. 2018. (In Persian)
- Pan M, Liu X, Gao X, Fu X, Liu L, Li H, Wang Y, Qian Q. Feasibility, Acceptability, and Preliminary Efficacy of the Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders in Adolescents in China: A Pilot Study. *Behavior Therapy*, 2025; 55(1): 145-161.
- Caiado B, Guiomar R, Gomes-Pereira B, Góis AC, Sousa B, Canavarro MC, Ehrenreich-May J, Moreira H. Is the Unified Protocol for Children (UP-C) Effective for the Transdiagnostic Treatment of Children's Emotional Disorders? A Randomized Controlled Trial. *Behavior Therapy*, In Press, Journal Pre-proof. 2024.

15. Kennedy SM, Wilkie DP, Henry L, Moe-Hartman J, President K, Townson K, Anthony LG, Hawks, JL. The Unified Protocols for Children and Adolescents in Partial Hospitalization: Using Implementation Science Frameworks to Guide Adaptation. *Cognitive and Behavioral Practice*, 2023; 30(3): 367-383.
16. Shaw AM, Halliday ER, Ehrenreich-May J. The effect of transdiagnostic emotion-focused treatment on obsessive-compulsive symptoms in children and adolescents. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 2020; 26: 1005-1009.
17. Sandín B, Julia G, Valiente M, Espinosa V. Clinical Utility of an Internet-Delivered Version of the Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders in Adolescents (iUP-A): A Pilot Open Trial. *Int J Environ Res Public Health*, 2020; 10(6): 1-17.
18. Sherman JA, Ehrenreich-May J. Changes in Risk Factors During the Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders in Adolescents. *Behavior Therapy*, 2020; 51(6): 869-881.
19. Eckhardt S, Martell C, Lowe KD, Grange D, Ehrenreich-May J. An ARFID case report combining family-based treatment with the unified protocol for Transdiagnostic treatment of emotional disorders in children. *Journal of Eating Disorder*, 2019; 34: 154-165.
20. Kennedy SM, Bilek EL, Ehrenreich-May J. A Randomized Controlled Pilot Trial of the Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders in Children. *Behavior Modification*, 2019; 43(3): 330-360.
21. Gohari S, Hosseini Almadani, SA, Afkari F. Efficacy of Child-Oriented Unified Trans-Diagnostic Treatment for Alexithymia in Divorce-Engaged Children with Emotional Self-Regulation Difficulties. *Journal of Applied Psychological Research*, 2023; 14(2): 179-194. (In Persian)
22. Sharafi M, Jafari D, Bahrami M. Comparison of the Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy and Unified Transdiagnostic Therapy on the Depression and Anxiety Symptoms of Adolescents with Generalized Anxiety Disorder. *RBS*, 2023; 21 (1): 138-150. (In Persian)
23. Ghasemzadeh S, Naghsh Z, Gholami Fesharaki M, Shafiee E. The Effectiveness of Transdiagnostic Treatment Program on Improving the Quality of Life and Reducing Depression in Children with Type 1 Diabetes: An Experimental Study. *Shefaye Khatam* 2021; 9(4): 71-80. (In Persian)
24. Mohammadi R, Nahang A A, Hoseini M A. The Effectiveness of Unified Transdiagnostic Therapy on Self-Concept and Psychological Disorder of the Students with Depression Symptoms. *J Child Ment Health*, 2020; 6(4): 108-118. (In Persian)
25. Barrett, T.W., Scott, T.B. (1989). Development of the Grief Experience Questionnaire. *Journal of Suicide and Life Threatening Behavior*, 19(2), 201- 215.
26. Jazini S, Golparvar M, Sajjadian E. Investigating the Effectiveness of "Combined Package" (Play Therapy and Story Therapy) on Bereavement and Depression Symptoms of 5-10-year-Old Children Suffering From Bereavement. *JHPM*, 2023; 12(6): 39-52. (In Persian)
27. Penza-Cliyve S, Zeman J. Initial Validation of Emotion Expression Scale for Children (EESC). *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 2002; 31(4): 540-547.
28. Ariapooran S. Comparing the emotion expression, emotional literacy and social self-efficacy in children with and without learning disabilities. *Journal of Learning Disabilities*, 2016; 5(2): 7-26. (In Persian)

Original Article

The Effectiveness of Child Oriented Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment on Grief Symptoms and Emotional Expression in 7- to 11-Year-Old Children with Grief Experience

Received: 26/07/2025 - Accepted: 01/12/2025

Zahra Nariman¹
Tayyebeh Sharifi^{2*}
Mohammad Ghasemi Pirbaloti³

¹ PhD student, Department of Psychology, Shk.C., Islamic Azad University, Shahrekord, Iran.

² Full Professor, Department of Psychology, Shk.C., Islamic Azad University, Shahrekord, Iran.

³ Assistant Professor, Department of Psychology, Shk.C., Islamic Azad University, Shahrekord, Iran.

Email: ta.sharifi@iau.ac.ir

Abstract

Introduction: Grief in childhood is an experience that exposes children to numerous psychological, emotional, social, and academic crises. Based on this the present study was conducted to investigate the effectiveness of child oriented unified protocol for transdiagnostic treatment on grief symptoms and emotional expression in 7- to 11-year-old children with grief experience.

Methods: The current study was a experimental application with a pre-test-post-test design with a control group and a two-month follow-up period. The statistical population of the study included children aged 7 to 11 who had experienced grief and were studying in Isfahan during the 2024-2025 academic year. In this research, 36 children were selected by purposeful sampling and randomly assigned to experimental and control groups (18 children in the experimental group and 18 children in the control group). The children in the experimental group received the unified protocol for transdiagnostic treatment during ten weeks in ten 75-minute sessions. Children's Grief Questionnaire (CGQ), and Emotion Expression Scale for Children (EESC) were used in the present study. The data were analyzed through mixed ANOVA via SPSS23 software.

Results: The results showed that child oriented unified protocol for transdiagnostic treatment has significant effect on the grief symptoms ($p < 0.0001$) and emotional expression ($p < 0.0001$) in children with grief experience.

Conclusion: According to the findings of the study it can be concluded that unified protocol for transdiagnostic treatment can be used as an efficient method to decrease grief symptoms and increase emotional expression in children with grief experience through identifying emotions, teaching emotional awareness, cognitive reevaluation, identifying emotion avoidance models and investigating behaviors resulting from emotions.

Keywords: Unified Protocol For Transdiagnostic Treatment, Emotional Expression, Grief Experience