SJPP
Shenakht Journal of Psychology & Psychiatry
No.2/ 2026;13(2):235-248
DOI: 10.22034/13.1.235
https://shenakht.muk.ac.ir/

Original Article

The Effectiveness of Expressive Therapies on Harmful Beliefs, Active Coping, Emotional Safety, and Vitality in 8-12 Year Old Children with Traumatic Experiences

Akram Ebrahimi[1], **Mansoreh Bahramipour**[2*]

1. MSc., Department of Psychology, Isfahan Branch (Khorasgan), Islamic Azad University, Isfahan, Iran
2. Associate Professor, Department of Psychology, Isfahan Branch (Khorasgan), Islamic Azad University, Isfahan, Iran

Article History:

Received: January 23, 2025
Revised: June 26, 2026
Accepted: July 8, 2026

***Corresponding author:** Mansoreh Bahramipour, Associate Professor, Department of Psychology, Isfahan Branch (Khorasgan), Islamic Azad University, Isfahan, Iran

E-mail: bahramipourisfahani @iau.ac.ir

Abstract

Background and Aim: Childhood trauma is associated with inflammatory, autoimmune, and chronic illnesses, reduced life expectancy, and various social difficulties. This study aimed to investigate the effectiveness of expressive therapies on maladaptive beliefs, active coping, emotional safety, and vitality among children aged 8–12 with traumatic experiences.

Materials and Methods: A quasi-experimental design with pretest–posttest and a 45-day follow-up, including experimental and control groups, was employed in this study. The statistical population consisted of all 8-12-year-old children with traumatic experiences residing in child-care centers for at risk children in Isfahan, Iran, during Spring 2024. Using convenience sampling, 40 children were selected and randomly assigned to experimental (n=20) and control (n=20) groups. Research instruments included Bernard's Maladaptive Beliefs Questionnaire (1988), Hern6ndez's Active Coping Scale (2008), Brunner et al.'s Emotional Safety Scale (2008), Ryan and Frederick's Vitality Scale (1997), and Bernstein et al.'s Childhood Trauma Questionnaire (2003). The experimental group received nine 90-minute sessions of expressive therapy based on the protocols of Gill (2016) and Kara & Kara (2015), while the control group received no intervention. Data were analyzed using repeated measures analysis of variance (ANOVA) through SPSS software (version 26).

Results: Findings indicated that expressive therapies significantly improved maladaptive beliefs, active coping, emotional safety, and vitality among children aged 8-12 with traumatic experiences ($P < 0.001$).

Conclusion: Expressive therapies can serve as an effective intervention for enhancing psychological functioning and reducing difficulties associated with traumatic experiences in children.

Keywords: Active coping, Emotional safety, Expressive therapies, Harmful beliefs, Resilience, Traumatic experience

Please cite this article as follows: Ebrahimi A, Bahramipour M. The Effectiveness of Expressive Therapies on Harmful Beliefs, Active Coping, Emotional Safety, and Vitality in 8-12 Year Old Children with Traumatic Experiences. SJPP. 2026;13(2):235-248.

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-15]

Copyright © 2026 The Author(s). Published by Kurdistan University of Medical Sciences. All rights reserved by the authors. This is an open-access article that may be read, downloaded, copied, distributed, printed, searched, and linked to the full text for lawful purposes, provided that the original authors and source are properly acknowledged.

SJPP
دوماهنامه علمی پژوهشی روانشناسی و روانپزشکی شناخت
دوره ۱۳، شماره ۲، خرداد و تیر ۱۴۰۵، صفحات: ۲۳۵-۲۴۸
DOI: 10.22034/13.2.235
https://sjku.muk.ac.ir

مقاله پژوهشی

اثربخشی درمان‌های بیانگرانه بر باورهای آسیب‌رسان، مقابلهٔ فعال، ایمنی هیجانی و سرزندگی کودکان ۸ تا ۱۲ساله دارای تجربهٔ تروماتیک

اکرم ابراهیمی[۱]، منصوره بهرامی‌پور[۲]

۱. کارشناس ارشد گروه روان‌شناسی، واحد اصفهان (خوراسگان)، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران
۲. استادیار گروه روان‌شناسی، واحد اصفهان (خوراسگان)، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران

چکیده

زمینه و هدف: ترومای دوران کودکی با بیماری‌های التهابی، خودایمنی و مزمن، امید به زندگی و مشکلات اجتماعی مرتبط است. پژوهش با هدف اثربخشی درمان‌های بیانگرانه بر باورهای آسیب‌رسان، مقابلهٔ فعال، ایمنی هیجانی و سرزندگی کودکان ۸ تا ۱۲ساله دارای تجربهٔ تروماتیک انجام شد.

مواد و روش‌ها: روش پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری ۴۵روزه همراه با گروه آزمایش و کنترل بود. جامعهٔ آماری شامل همهٔ کودکان ۸-۱۲ساله دارای تجارب تروماتیک ساکن در مراکز کودکان بدسرپرست شهر اصفهان در بازهٔ بهار ۱۴۰۴ بود که به‌شیوهٔ نمونه‌گیری دردسترس تعداد ۴۰ کودک انتخاب و به‌صورت تصادفی در دو گروه (۲۰نفر) آزمایش و کنترل قرار داده شد. ابزار پژوهش شامل پرسش‌نامه‌های باورهای آسیب‌رسان برنارد (۱۹۸۸)، مقابلهٔ فعال هرناندز (۲۰۰۸)، ایمنی هیجانی برونر و همکاران (۲۰۰۸)، سرزندگی رایان و فردریک (۱۹۹۷)، ترومای دوران کودکی برنستاین و همکاران (۲۰۰۳) بود. گروه آزمایش طی ۹ جلسهٔ ۹۰دقیقه‌ای پروتکل درمان‌های بیانگرانه گیل (۲۰۱۶) و کارا و کارا (۲۰۱۵) را دریافت و گروه کنترل مداخله‌ای دریافت نکرد. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از تحلیل واریانس با اندازه‌های تکراری با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۲۶ استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد درمان‌های بیانگرانه بر باورهای آسیب‌رسان، مقابلهٔ فعال، ایمنی هیجانی و سرزندگی کودکان ۸ تا ۱۲ساله دارای تجربهٔ تروماتیک موثر است ($p<۰/۰۰۱$).

نتیجه‌گیری: درمان‌های بیانگرانه می‌تواند به‌عنوان راهبردی مناسب جهت ارتقاء مشکلات ناشی از تجارب تروماتیک به‌کار گرفته شود.

واژگان کلیدی: درمان‌های بیانگرانه، باورهای آسیب‌رسان، مقابلهٔ فعال، ایمنی هیجانی، سرزندگی، تجربهٔ تروماتیک

تاریخچه مقاله:
دریافت: ۱۴۰۴/۱۱/۰۳
ویرایش: ۱۴۰۵/۰۴/۰۵
پذیرش: ۱۴۰۵/۰۴/۱۷

تمامی حقوق نشر برای دانشگاه علوم پزشکی کردستان محفوظ است.

***نویسنده مسئول:** منصوره بهرامی‌پور، استادیار گروه روان‌شناسی، واحد اصفهان (خوراسگان)، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران.

ایمیل:
bahramipourisfahani@iau.ac.ir

استناد: ابراهیمی، اکرم؛ چ بهرامی‌پور، منصوره. اثربخشی درمان‌های بیانگرانه بر باورهای آسیب‌رسان، مقابلهٔ فعال، ایمنی هیجانی و سرزندگی کودکان ۸ تا ۱۲ساله دارای تجربهٔ تروماتیک. دوماهنامه علمی پژوهشی روانشناسی و روانپزشکی شناخت، خرداد و تیر ۱۴۰۵؛۱۳(۲):۲۳۵-۲۴۸.

مقدمه

قرارگرفتن در معرض تجربیات نامطلوب در دوران کودکی یکی از عوامل مهم و تأثیرگذار بر سلامت روان و رشد روان‌شناختی افراد محسوب می‌شود (جایمی، گرادوس و گالا[۱]، ۲۰۲۳). در همین حین، تجربیات تروماتیک به رویدادهای حاد یا مزمنی اطلاق می‌شود که سلامت جسمانی یا عاطفی کودک را تهدید می‌کنند (نگ، هوک و هالماریام[۲]، ۲۰۲۳). این تجربیات می‌تواند شامل انواع سوءاستفاده‌های جسمی، عاطفی و جنسی، غفلت جسمی و عاطفی، اختلال در عملکرد خانواده، ابتلای یکی از اعضای خانواده به بیماری روانی، طلاق والدین یا تجربه خشونت خانگی باشد (گرادوس و

[1] Jaimie, Gradus & Galea

[2] Ng, Hook & Hailemariam

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-15]

گالا[1]، ۲۰۲۳). پژوهش‌ها نشان داده‌اند ترومای دوران کودکی با پیامدهای گسترده‌ای ازجمله ابتلا به بیماری‌های التهابی، خودایمنی و مزمن، کاهش امید به زندگی و بروز مشکلات اجتماعی مرتبط است (دل-اوسو، لورنزی و ناردی[2]، ۲۰۲۲). علاوه‌براین، تجربه مکرر ترومای در دوره‌های طولانی می‌تواند ابعاد مختلف رشد کودک ازجمله رشد عصب‌زیستی، شناختی، هیجانی و سلامت عمومی را تحت‌تأثیر قرار دهد (شادایی، قلتاش و رفاهی، ۱۳۹۵). در سال‌های اخیر توجه پژوهشگران به پیامدهای روان‌شناختی تجربیات تروماتیک در کودکان افزایش یافته است. برای مثال، نتایج پژوهش زارعی نوروزی، نوری لاسیک، وزیری تالش و مرادی (۱۴۰۳) نشان داد ترومای دوران کودکی همراه با ویژگی‌های تاریک شخصیتی می‌تواند بخش قابل‌توجهی از واریانس رفتارهای خودآسیب‌رسان در نوجوانان را تبیین کند. همچنین یافته‌های دورا و بالکیس[3] (۲۰۲۲) نشان داد کودکانی که تجربه‌های تروماتیک داشته‌اند، بیشتر مستعد شکل‌گیری باورهای غیرمنطقی و آسیب‌رسان هستند. باورهای آسیب‌رسان از دیدگاه آلیس شامل مجموعه‌ای از باورهای مطلق‌گرایانه، الزام‌آور و غیرمنعطف دربارهٔ خود، دیگران و جهان است که در صورت ارضانشدن می‌تواند منجر به بروز آشفتگی‌های هیجانی مانند اضطراب، افسردگی و خشم شود (الیس[4]، ۱۹۹۹؛ اسچفرو بروسبوم[5]، ۲۰۲۲). در همین راستا پژوهش ستوز، مانربا، مینروینی و نوزا[6] (۲۰۲۴) نشان داد باورهای آسیب‌رسان توان پیش‌بینی‌کنندهٔ معناداری در بروز اضطراب دارند.

یکی دیگر از متغیرهای مهم در مواجهه با تجربیات تروماتیک، راهبردهای مقابله‌ای است. مقابلهٔ فعال به تلاش آگاهانهٔ فرد برای تنظیم هیجان‌ها، افکار، رفتارها و شرایط محیطی در موقعیت‌های استرس‌زا اشاره دارد (کارول[7]، ۲۰۲۰). سبک‌های مقابله‌ای شامل مجموعه‌ای از فرایندهای شناختی، هیجانی و رفتاری هستند که افراد برای مدیریت فشارهای روانی به‌کار می‌گیرند (میسیاک[8] و همکاران، ۲۰۱۸). این سبک‌ها معمولاً در سه دستهٔ کلی شامل مقابلهٔ درگیرانه یا فعال، مقابلهٔ اجتنابی و پاسخ‌های غیرارادی طبقه‌بندی می‌شوند (شیری، میرزاحسینی و رضایی، ۱۴۰۱). همچنین پژوهش‌ها نشان می‌دهد کودکانی که راهبردهای مقابله‌ای مؤثرتری دارند، توانایی بیشتری در مدیریت استرس‌ها و چالش‌های رشدی دارند و مشکلات رفتاری کمتری تجربه می‌کنند (تئودوراتو و همکاران[9]، ۲۰۲۳). ازسوی‌دیگر، ایمنی هیجانی یکی از سازه‌های مهم در درک پیامدهای تروما در کودکان محسوب می‌شود. ایمنی هیجانی به ارزیابی مثبت و پایدار کودک از روابط خانوادگی و احساس امنیت در مواجهه با تعارض‌ها و تنش‌های خانوادگی اشاره دارد (لیندون، دویس، شارما و اسکوت[10]، ۲۰۲۳). براساس نظریهٔ ایمنی هیجانی، افزایش تعارضات خانوادگی می‌تواند احساس امنیت کودک را کاهش داده و درنتیجه مشکلات انطباقی و رفتاری او را افزایش دهد (وال، روبینز و تامسون[11]، ۲۰۲۳). زمانی که احساس ایمنی کودک در روابط خانوادگی تضعیف می‌شود، وی ممکن است برای بازیابی این احساس امنیت به راهبردهای هیجانی و رفتاری ناسازگارانه متوسل شود که در بلندمدت می‌تواند منجر به مشکلات درونی‌سازی‌شده، مانند اضطراب و افسردگی، یا مشکلات برونی‌سازی‌شده، مانند پرخاشگری، شود (دیویس و کامینگز[12]، ۲۰۰۵).

علاوه‌براین، تجربیات تروماتیک می‌تواند سطح سرزندگی روان‌شناختی کودکان را نیز تحت‌تأثیر قرار دهد. سرزندگی به‌معنای احساس انرژی، نشاط و پویایی روانی است و به‌عنوان یکی از مؤلفه‌های مهم بهزیستی ذهنی در نظر گرفته می‌شود (سودرباکا، نیهولم و فاگرستروم[13]، ۲۰۲۲). پژوهش‌ها نشان می‌دهد سرزندگی نقش مهمی در ارتقای سلامت روان، رضایت از زندگی و سازگاری روان‌شناختی ایفا می‌کند (واناجان، بولتمن و هنکنز[14]، ۲۰۲۱) و حتی می‌تواند به‌عنوان متغیری میانجی در رابطه میان امیدواری و رضایت از زندگی عمل کند (چای[15]، ۲۰۲۰).

با توجه به پیامدهای گستردهٔ تجربیات تروماتیک، استفاده از مداخلات روان‌شناختی مناسب برای کودکان آسیب‌دیده اهمیت زیادی دارد. در این میان، درمان‌های بیانگرانه به‌عنوان یکی از رویکردهای مؤثر مورد توجه قرار گرفته‌اند. درمان بیانگرانه به استفادهٔ درمانی از هنر، بازی، نمایش، موسیقی و سایر ابزارهای خلاقانه برای کمک به بیان هیجان‌ها و تجربه‌های درونی اشاره دارد (گیل[16]، ۲۰۱۶). این رویکرد به‌ویژه برای کودکان مناسب است، زیرا کودکان ممکن است توانایی محدودی برای بیان کلامی تجربه‌های آسیب‌زا داشته باشند و استفاده از ابزارهای غیرکلامی می‌تواند امکان بیان هیجان‌ها و پردازش تجربه‌های تروماتیک را فراهم کند (گیل، ۲۰۱۶). درمان‌های بیانگرانه شامل شیوه‌هایی مانند هنردرمانی، بازی‌درمانی و شن‌درمانی است که با درگیرکردن فرایندهای حسی، حرکتی و هیجانی به پردازش تجربه‌های ناخودآگاه و افزایش بینش فرد کمک می‌کنند. این رویکرد همچنین رویکردی یکپارچه و چندبعدی محسوب می‌شود که عناصر درمان شناختی-رفتاری، روان‌پویشی و خانواده‌درمانی را در بر می‌گیرد (کارا و کار[17]، ۲۰۱۵). با توجه به آنچه اذعان گردید، تحقیقات

[1] Gradus, Galea
[2] Dell'Osso, Lorenzi & Nardi
[3] Duru & Balkıs
[4] Ellis
[5] Scheffer & Borsboom
[6] Setzu, Manerba, Minervini & Nozza
[7] Carroll
[8] Misiak
[9] Theodoratou et al.
[10] Lyndon, Davis, Sharma & Scott
[11] Veale, Robins & Thomson
[12] Davies & Cummings
[13] Söderbacka, Nyholm & Fagerström
[14] Vanajan, Bültmann & Henkens
[15] Chae
[16] Gill
[17] Kara & kara

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-15]

صورت‌گرفته توسط گراسیا (۲۰۱۶) و اسیادی[1] و همکاران (۲۰۲۳) نشان داد درمان‌های بیانگرانه بر باورهای آسیب‌رسان اثرگذار است. همچنین نتایج محمدی و نعمتی (۱۴۰۱)، حسینی و فلاح‌زاده (۱۳۹۵)، اورهان، استکی و کارتیکا[2] (۲۰۲۴)، و بنو[3] (۲۰۲۳) نشان دادند هنردرمانی منابع مقابله را بهبود می‌بخشد، کلیفت و ماراتاس[4] (۲۰۲۰) و پورخانی و همکاران (۱۴۰۳) نشان دادند افراد دارای تجربیات تروماتیک در مقابله با مشکلات خود از راهبردهای مقابلهٔ فعال استفاده می‌کنند. همچنین آل-یاسین و کیانی (۱۴۰۲)، محمودی و نعمتی (۱۴۰۱)، مصطفایی و همکاران (۱۴۰۰)، دستگردی و همکاران (۱۴۰۳)، و دنیل و همکاران (۲۰۲۵) نشان دادند درمان‌های بیانگرانه بر ایمنی هیجانی اثرگذار است. درنهایت، یافته‌های علینژاد (۱۴۰۳) و بابادی و چراغ‌پور (۱۴۰۲) نشان داد هنر موجب شادی و نشاط می‌شود.

باوجود گسترش پژوهش‌ها در حوزه مداخلات روان‌شناختی برای کودکان دارای تجربه‌های تروماتیک، بسیاری از مطالعات پیشین بیشتر بر کاهش نشانه‌های آسیب‌شناختی، مانند اضطراب، افسردگی یا مشکلات رفتاری، تمرکز داشته‌اند، درحالی‌که تجربهٔ تروما می‌تواند نظام باورهای کودک، شیوه‌های مقابله‌ای، احساس ایمنی هیجانی و سطح سرزندگی روان‌شناختی او را نیز تحت‌تأثیر قرار دهد. علاوه‌براین، بسیاری از پژوهش‌های انجام‌شده دربارهٔ درمان‌های بیانگرانه تنها یک پیامد خاص را بررسی کرده‌اند و شواهد محدودی دربارهٔ تأثیر هم‌زمان این مداخلات بر مجموعه‌ای از متغیرهای شناختی، هیجانی و مقابله‌ای وجود دارد. ازاین‌رو، بررسی نقش درمان‌های بیانگرانه در اصلاح باورهای آسیب‌رسان، ارتقای مقابلهٔ فعال، افزایش ایمنی هیجانی و تقویت سرزندگی در کودکان دارای تجربهٔ تروماتیک می‌تواند به غنای ادبیات پژوهشی در این حوزه کمک کند. بر این اساس، هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی درمان‌های بیانگرانه بر باورهای آسیب‌رسان، مقابلهٔ فعال، ایمنی هیجانی و سرزندگی کودکان ۸ تا ۱۲ساله دارای تجربهٔ تروماتیک بود. بر این اساس فرضیه‌های پژوهش به‌شرح زیر تدوین شد:

۱. درمان‌های بیانگرانه بر باورهای آسیب‌رسان کودکان ۸ تا ۱۲ساله دارای تجربهٔ تروماتیک مؤثر است.

۲. درمان‌های بیانگرانه بر مقابلهٔ فعال کودکان ۸ تا ۱۲ساله دارای تجربهٔ تروماتیک مؤثر است.

۳. درمان‌های بیانگرانه بر ایمنی هیجانی کودکان ۸ تا ۱۲ساله دارای تجربهٔ تروماتیک مؤثر است.

۴. درمان‌های بیانگرانه بر سرزندگی کودکان ۸ تا ۱۲ساله دارای تجربهٔ تروماتیک مؤثر است.

روش کار

روش پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با مرحلهٔ پیگیری ۴۵روزه و گروه کنترل بود. جامعهٔ آماری شامل همهٔ کودکان ۸ تا ۱۲ساله دارای تجربهٔ تروماتیک ساکن در مراکز نگهداری کودکان بدسرپرست شهر اصفهان در بهار ۱۴۰۴ بود. نمونهٔ پژوهش از میان کودکان واجد شرایط در مجموعه کودکان بدسرپرست آرمان انتخاب شد. بدین منظور، پس از هماهنگی با مسئولان مرکز، کودکان ۸ تا ۱۲ساله بررسی و برای احراز تجربهٔ تروماتیک، پرسش‌نامهٔ برنستاین و همکاران (۲۰۰۳) اجرا شد و سپس ۴۰ کودک واجد شرایط به‌شیوهٔ نمونه‌گیری دردسترس انتخاب و به‌صورت تصادفی ساده در دو گروه آزمایش و کنترل، هر گروه ۲۰ نفر، گمارده شدند. برای تصادفی‌سازی، به هر شرکت‌کننده یک کد اختصاص یافت و سپس ازطریق قرعه‌کشی/جدول اعداد تصادفی افراد در دو گروه قرار گرفتند.

ملاک‌های ورود به پژوهش شامل قرارداشتن در دامنهٔ سنی ۸ تا ۱۲ سال، سکونت در مرکز نگهداری کودکان بدسرپرست آرمان، داشتن تجربهٔ تروماتیک و کسب نمره در دامنهٔ ۲۵ تا ۱۲۵ براساس پرسش‌نامهٔ برنستاین و همکاران (۲۰۰۳)، توانایی مشارکت در فعالیت‌های گروهی، نداشتن مداخلهٔ روان‌شناختی هم‌زمان مشابه و دریافت رضایت‌نامهٔ کتبی آگاهانه از مربیان/سرپرستان کودکان بود. ملاک‌های خروج نیز شامل غیبت بیش از دو جلسه در جلسات مداخله، عدم تمایل کودک یا سرپرست/مربی به ادامهٔ همکاری، بروز شرایط جسمانی یا روان‌شناختی مانع مشارکت، ناقص‌بودن پرسش‌نامه‌ها یا عدم شرکت در مراحل پس‌آزمون و پیگیری و عدم دریافت درمان دارویی بود. برای کنترل متغیرهای مداخله‌گر، از ملاک‌های ورود و خروج مشخص، تخصیص تصادفی شرکت‌کنندگان به گروه‌ها، یکسان‌سازی شرایط اجرای پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری برای هر دو گروه، جلوگیری از ورود کودکان دارای مداخله روان‌شناختی هم‌زمان مشابه و ثبت منظم حضور در جلسات استفاده شد. گروه آزمایش مداخلهٔ درمان بیانگرانه را دریافت کرد و گروه کنترل در این مدت مداخله‌ای دریافت نکرد، اما هر دو گروه در سه مرحلهٔ پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری ۴۵روزه با ابزارهای یکسان ارزیابی شدند. همچنین به‌منظور رعایت ملاحظات اخلاقی، هدف پژوهش، محرمانه بودن اطلاعات، اختیاری بودن مشارکت و امکان انصراف در هر مرحله برای مربیان/سرپرستان توضیح داده شد و رضایت‌نامهٔ کتبی آگاهانه اخذ گردید. درنهایت، جهت تحلیل داده‌ها روش تحلیل واریانس با اندازهٔ تکراری با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۲۶ استفاده شد.

گروه آزمایش مداخلهٔ درمان بیانگرانه را به‌صورت گروهی، در ۹ جلسهٔ ۹۰دقیقه‌ای و با تواتر هفتگی دریافت کرد. چهارچوب مداخله براساس رویکرد درمان‌های بیانگرانه گیل (۲۰۱۶) و کارا و کارا

[1] Eseadi
[2] Orhan, Astuti, Kart
[3] Benu
[4] Clift & Maratos

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-15]

(۲۰۱۵) تدوین شد. در این رویکرد، از فعالیت‌های غیرکلامی و خلاق مانند نقاشی، بازی، داستان‌پردازی، ایفای نقش، کار با نمادها و گفت‌وگوی هدایت‌شده استفاده می‌شود تا کودک بتواند تجربه‌های دشوار و هیجان‌های مرتبط با تروما را در محیطی ایمن، تدریجی و قابل‌تحمل بیان و پردازش کند. هدف مداخله، کاهش باورهای آسیب‌رسان، تقویت بیان و تنظیم هیجان، افزایش احساس ایمنی هیجانی، آموزش شیوه‌های مقابلهٔ فعال و تقویت سرزندگی و منابع درونی کودک بود. گروه کنترل در طول اجرای پژوهش مداخلهٔ درمان بیانگرانه دریافت نکرد. پس از پایان جلسات، هر دو گروه در مرحله پس‌آزمون و ۴۵ روز بعد در مرحلهٔ پیگیری با ابزارهای پژوهش ارزیابی شدند. به‌دلیل رعایت اخلاق پژوهش، پس از اتمام سنجش پس‌آزمون، آن دسته از شرکت‌کنندگان گروه کنترل که مایل به دریافت آموزش مذکور بودند، برای شرکت در دورهٔ درمانی دعوت شدند و جمعاً سه جلسهٔ آموزشی دریافت کردند. شرح جلسات پروتکل درمان‌های بیانگرانه در جدول ۱ آمده است.

جدول ۱. ساختار پروتکل درمان‌های بیانگرانه (گیل، ۲۰۱۶ و کارا و کارا، ۲۰۱۵)

جلسات	هدف	محتوا	تکالیف
اول	معرفی جلسات آموزشی	ایجاد رابطهٔ حسنه و اعتماد بین اعضای گروه، بیان قواعد بنیادین و توضیح اهداف گروه، تعیین تعداد و طول مدت جلسات اجرای پیش‌آزمون • باورهای آسیب‌رسان چیست؟ • پذیرش خویشتن آسیب‌دیده و دانستن اینکه این خویشتن چگونه نیاز به التیام دارد؟	افکار آسیب‌رسان زندگی شما چیست ؟
دوم	آشنایی با باورهای آسیب‌رسان	• تروما چیست ؟(آسیب‌ها چگونه ایجاد می‌شوند؟) • انواع تروما و آسیب • فقدان‌های گذشته، بازسازی شناخت‌های شکل‌گرفته براساس تجربیات	۱. تکمیل فرم جملات ناقص دلبستگی ۲. ترسیم تصویر آرزوها (ایجاد حس امنیت)
سوم	تقویت و فعال‌شدن ظرفیت باورهای التیام‌بخش	• پیداکردن حقیقت • خویشتن آسیب‌دیده نیاز به التیام دارد • کم‌کردن باورهای آسیب‌رسان و افزایش باورهای التیام‌بخش • درک و پذیرش همهٔ احساسات بدون قید و شرط • صحبت دربارهٔ انواع احساسات خوب و بد همراه با بازی و بیان قصه	۱. کاربرگ خانه درختی امن (ساختن مکان امن در ذهن) ۲. ساختن پوسترهای باورها و رفتارهای التیام‌بخش
چهارم	استفاده از درمان‌های بیانگرانه (بخش اول)	• نمودارکردن دنیای درون و کنترل آن • درگیری عاطفی وثبت شناخت کودک • (لحن، گفتار، ایستادن، سطح فعالیت، رویکرد اجتنابی، و جذب و درگیری فیزیکی) • آشنایی و کسب اطلاعات شناختی درراستای روابط بین‌فردی و درون‌فردی	بازی ژنوگرام فردی
پنجم	درمان‌های بیانگرانه (بخش دوم)	• ثبت احساسات،اظهارات ازطریق رویکرد شناختی رفتاری (شناخت چراغ‌های قرمز) • قصه‌گویی و تحلیل داستان‌ها با استفاده از شخصیت خاص	۱. بازی با شن جهت تخلیه احساسات درون و برون ۲. خلاقیت و رسم نقاشی بااحساس، ترسیم نقاشی خشم ۳. تکمیل کاربرگ همه چیز دربارهٔ من

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-15]

		• درگیرکردن فرایند تخیل فعال یا خلاقانه • نمایان‌شدن دنیای درون با محوریت داستان‌گویی و نقاشی • خلق آثار جدید، بیان احساسات	
ششم	آشنایی با مقابله‌ای فعال	• برجسته‌کردن تعاملات بالقوه مشکل‌ساز و به‌کاربردن راهبردهای سالم و ناسالم • آشکارکردن و حل‌وفصل مشکلات موجود در زندگی و در خانواده • اجرای بازی‌های درمانی خانوادگی	۱.نمایش عروسکی خانوادگی ۲.ساخت داستان به‌صورت خانوادگی ۳.بازی‌درمانی خانوادگی
هفتم	ایمنی هیجانی	آشنایی با تکنیک‌های انتقال افکار و احساسات، ارتباطات و تعاملات پویا و حل تعارضات، انتقال دانش‌ها، ارزش‌ها، باورها، بیان احساسات آرزوها امیدها	۱-نوشتن نامه، مسئولیت‌پذیر ۲-نوشتن نامهٔ بیانگرانهٔ ناشی از آسیب و درک خویشتن
هشتم	سرزندگی	• بیان درمان‌های دادگاهی • شناخت گسستگی و استعاره‌های موجود	۱.بازی‌های پس‌آسیبی درمان شناختی رفتاری (شامل ساخت هیولا با خاک رس وتبدیل آن به پن‌کیک/ بازی پنهان و آشکار اتوبوس، بازی با اسباب‌بازی‌ها برای ایجاد صحنهٔ آسیب‌زا و تغییر روند آسیب) ۲.ساخت یک شعر یا یک تکیه کلام مفید و تکرار آن در طول روز
نهم	جمع‌بندی و پس‌آزمون	بررسی جلسات قبل، پاسخ‌گویی به سؤالات ذهنی	گرفتن پس‌آزمون

ابزار

پرسش‌نامه باورهای آسیب‌رسان[1]: جهت بررسی باورهای آسیب‌رسان از پرسش‌نامهٔ باورهای غیرمنطقی برنارد[2] (۱۹۸۸) استفاده شد. این پرسش‌نامه دارای ۲۵ گویه است و برای گروه سنی ۹ تا ۱۷ سال طراحی شده است. هدف ابزار، ارزیابی باورهای غیرعقلانی کودکان و نوجوانان در چهار بُعد تحقیر خود، بی‌تحملی قوانین ناامیدکننده، بی‌تحملی ناکامی در تکالیف و توقع انصاف، و بی‌تحملی نقض قواعد توسط دیگران است. گویه‌ها براساس طیف لیکرت پنج‌درجه‌ای از «کاملاً مخالفم=۱» تا «کاملاً موافقم=۵» نمره‌گذاری می‌شوند و نمرهٔ بالاتر نشان‌دهندهٔ باورهای غیرمنطقی و آسیب‌رسان بیشتر است. خرده‌مقیاس‌های پرسش‌نامه عبارت‌اند از تحقیر خود، گویه‌های ۱ تا ۸؛ بی‌تحملی قوانین ناامیدکننده، گویه‌های ۹ تا ۱۴؛ بی‌تحملی ناکامی در تکالیف و توقع انصاف، گویه‌های ۱۵ تا ۲۲؛ و بی‌تحملی نقض قواعد توسط دیگران، گویه‌های ۲۳ تا ۲۵. ازنظر ویژگی‌های روان‌سنجی، در پژوهش مصباح و ابوالمعالی الحسینی (۱۳۹۸) روایی صوری و محتوایی این مقیاس توسط اساتید دانشگاه تأیید شده و پایایی آن با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۹۵ گزارش شده است. در پژوهش حاضر نیز برای بررسی پایایی ابزار در جامعه مورد مطالعه، یعنی کودکان ۸ تا ۱۲ساله دارای تجربهٔ تروماتیک ساکن در مرکز کودکان بدسرپرست، ضریب آلفای کرونباخ محاسبه شد که مقدار آن برای کل پرسش‌نامه ۰/۸۷ به‌دست آمد. این مقدار نشان‌دهندهٔ همسانی درونی مطلوب ابزار در نمونهٔ پژوهش حاضر است. همچنین با توجه به اینکه ابزار برای کودکان و نوجوانان تدوین شده است، پیش از اجرای اصلی، گویه‌ها ازنظر قابل‌فهم‌بودن برای کودکان بررسی شد و در زمان اجرا، در صورت نیاز، توضیح استاندارد و بدون جهت‌دهی برای درک بهتر گویه‌ها ارائه شد. بنابراین، شواهد پیشین مربوط به روایی صوری و محتوایی و پایایی مطلوب ابزار، همراه با ضریب آلفای کرونباخ به‌دست‌آمده در پژوهش حاضر، بیانگر مناسب بودن این پرسش‌نامه برای سنجش باورهای آسیب‌رسان در نمونه مورد مطالعه است. درنهایت، در پژوهش حاضر پایایی پرسش‌نامه به‌روش ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۷ به‌دست آمد.

پرسش‌نامه مقابلهٔ فعال[3]: جهت بررسی مقابلهٔ فعال از پرسش‌نامه هرناندز[4] (۲۰۰۸) که برای کودکان ۱۰ تا ۱۶ساله است استفاده شد. این پرسش‌نامه ۵۷ سؤال دارد و شامل سه

[1] Dysfunctional Attitude Scale
[2] Bernard
[3] Proactive Coping Questionnaire
[4] Hernandez

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-15]

مؤلفهٔ انحراف از مشکل به‌سمتی دیگر، کنارآمدن با مشکل برای بهبود مشکل یا سعی در یافتن راه‌حل مسئله و بیان هیجان، کنارآمدن ویرانگر شامل پاسخ‌های کنارآمدن ناسازگارانه است. عامل اول، یعنی انحراف از مشکل به‌سمتی دیگر، شامل عباراتی است که عادت‌ها و حمایت خانواده، تفکر مثبت و حواس‌پرتی را می‌سنجد. بیشتر راهبردهای کنارآمدن در این عامل ممکن است براساس منحرف‌ساختن توجه نوجوانان از مشکل جاری به‌سمت موضوع دیگری باشد. شیوه نمره‌گذاری «هرگز»=۱«تا«تقریباً همیشه»=۴ است. در پژوهش هرناندز (۲۰۰۸) میزان پایایی برای هر سه عامل و ترکیب آن‌ها به‌ترتیب: انحراف از مشکل (۰/۹۳)، کنارآمدن با مشکل برای بهبود آن (۰/۸۸)، کنارآمدن ویرانگر (۰/۸۷) و ترکیب سه عامل (۰/۹۴) است. روایی سازه از محاسبهٔ هم‌بستگی بین سه عامل و نمره‌های افسردگی، اضطراب، استرس اجتماعی، تنظیم فردی و مشکلات درونی برآورد شد. در پژوهش وطنی و بهرامی‌پور اصفهانی (۱۴۰۳) روایی سازهٔ مقیاس پرسش‌نامه رفتارهای کنارآمدن (مقابله‌ای) کودکان با استفاده از روش تحلیل عاملی اکتشافی انجام شد. براساس مؤلفه‌های استخراج‌شده، رفتارهای کنارآمدن (مقابله‌ای) کودکان سه عامل انحراف از مشکل، کنارآمدن با مشکل و کنارآمدن ویرانگر قرار دارد. درنتیجه، تحلیل عاملی در پژوهش آنها ۱۱ گویه از پرسش‌نامه حذف شد. همچنین روایی صوری پرسش‌نامه نیز مورد تأیید قرار گرفته است. همچنین پایایی پرسش‌نامه ازطریق بازآزمایی برای کل مقیاس ۰/۷۷ و برای زیرمقیاس‌های انحراف از مشکل، کنارآمدن با مشکل و کنارآمدن ویرانگر به‌ترتیب ۰/۸۴، ۰/۷۶ و ۰/۵۳ بود که این مقادیر از رضایت‌بخش بودن پایایی بازآزمایی حکایت دارند. در پژوهش حاضر نیز به‌منظور بررسی پایایی پرسش‌نامه در جامعهٔ مورد مطالعه، یعنی کودکان ۸ تا ۱۲ساله دارای تجربهٔ تروماتیک ساکن در مرکز کودکان بدسرپرست، ضریب آلفای کرونباخ محاسبه شد. مقدار آلفای کرونباخ برای کل پرسش‌نامه ۰/۸۸ به‌دست آمد که نشان‌دهندهٔ همسانی درونی مطلوب ابزار در نمونهٔ پژوهش حاضر است. همچنین با توجه به اینکه بخشی از نمونهٔ پژوهش در سن ۸ و ۹ سال قرار داشتند و پرسش‌نامهٔ اصلی برای گروه سنی ۱۰ تا ۱۶ سال طراحی شده است، در زمان اجرا گویه‌ها با زبانی ساده و بدون جهت‌دهی برای کودکان توضیح داده شد و از درک آنان نسبت به محتوای پرسش‌ها اطمینان حاصل گردید. بر این اساس، با توجه به شواهد روایی و پایایی گزارش‌شده در پژوهش‌های پیشین و پایایی مطلوبِ به‌دست‌آمده در پژوهش حاضر، این ابزار برای سنجش رفتارهای مقابله‌ای و مقابلهٔ فعال در نمونهٔ مورد مطالعه مناسب ارزیابی شد.

پرسش‌نامه ایمنی هیجانی[1]: این مقیاس توسط برونر[2] و همکاران (۲۰۰۸) برای سنجش شناخت‌ها، رفتارها و احساسات کودکان و نوجوانان ۱۰ تا ۱۸ساله تدوین شده است. پرسش‌نامهٔ مذکور ۲ عامل و ۲۵ ماده دارد؛ عامل اول ایمنی است که ۱۳ ماده (از ۱ تا ۱۳) و عامل دوم تعلق نام دارد که ۱۲ ماده دارد (از ۱۴ تا ۲۵). برای هر سؤال طیف جواب‌هایی از ۱ تا ۵ درجه‌ای کاملاً موافقم=۵ تا کاملاً مخالفم=۱ طراحی شده است. کسب نمرهٔ بالاتر نشانهٔ ایمنی هیجانی بیشتر است. سازندگان ضریب آلفای کرونباخ برای کل پرسش‌نامه را ۰/۸۹ گزارش کردند. در ایران خصوصیات روان‌سنجی این پرسش‌نامه توسط شادئی، قلتاش و رافعی (۱۳۹۴) مورد تأیید قرار گرفته و علاوه‌بر تأیید روایی، ضریب پایایی آن را با روش آلفای کرونباخ و دونیمه‌سازی به‌ترتیب ۰/۸۹ و ۰/۹۰ گزارش کردند. در پژوهش حاضر نیز برای بررسی پایایی ابزار در جامعهٔ مورد مطالعه، یعنی کودکان ۸ تا ۱۲ساله دارای تجربهٔ تروماتیک ساکن در مرکز کودکان بدسرپرست، ضریب آلفای کرونباخ محاسبه شد که مقدار آن برای کل پرسش‌نامه ۰/۹۰ به‌دست آمد. این مقدار بیانگر همسانی درونی مطلوب مقیاس در نمونهٔ پژوهش حاضر است. همچنین با توجه به اینکه بخشی از شرکت‌کنندگان در سنین پایین‌تر از دامنهٔ سنی نسخه اصلی قرار داشتند، در زمان اجرا گویه‌ها با توضیح ساده و بدون جهت‌دهی برای کودکان تبیین شد تا از درک صحیح آنان نسبت به محتوای پرسش‌ها اطمینان حاصل شود. بنابراین، با اتکا به شواهد روایی و پایایی در مطالعات پیشین و ضریب پایایی مطلوب در پژوهش حاضر، این پرسش‌نامه برای سنجش ایمنی هیجانی در نمونه مورد مطالعه مناسب ارزیابی شد.

پرسش‌نامهٔ سرزندگی[3]: سرزندگی در این پژوهش نمره‌ای است که پاسخ‌گویان از پاسخ به پرسش‌نامهٔ ۷سؤالی رایان و فریدریک[4] (۱۹۹۷) با مقیاس پاسخ‌گویی ۷درجه‌ای لیکرت کاملاً مخالفم=۱ تا کاملاً موافقم=۷ به‌دست آورده‌اند. حداقل نمره در این پرسش‌نامه ۸ و حداکثر نمره ۵۶ است که هرچه میزان نمره بیشتر باشد نشان‌دهندهٔ بالا بودن سرزندگی است و برعکس. پایایی این مقیاس توسط رایان و فردیک (۱۹۹۷) با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۴ به‌دست آمد. روایی آن نیز با محاسبهٔ هم‌بستگی هر گویه با نمرهٔ کل بین ۰/۴۸ تا ۰/۷۴ به‌دست آمد. در بررسی شیخ‌الاسلامی و دفترچی (۱۳۹۴) پایایی مقیاس با به‌کارگیری روش آلفای کرونباخ ۰/۸۹ به‌دست آمد و روایی آن نیز با احتساب هم‌بستگی هر گویه با نمرهٔ کل مقیاس بین ۰/۵۷ تا ۰/۸۶ حاصل شد. در پژوهش حاضر نیز برای بررسی پایایی ابزار در جامعهٔ مورد مطالعه، یعنی کودکان ۸ تا ۱۲ساله دارای تجربهٔ تروماتیک

[1] Emotional Security Questionnaire
[2] Bruner
[3] Subjective Vitality Scale
[4] Ryan, Frederick

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-15]

ساکن در مرکز کودکان بدسرپرست، ضریب آلفای کرونباخ محاسبه شد که مقدار آن ۰/۸۹ به‌دست آمد. این مقدار بیانگر همسانی درونی مطلوب ابزار در نمونهٔ پژوهش حاضر است. بنابراین، با توجه به شواهد روایی و پایایی گزارش‌شده در پژوهش‌های پیشین و پایایی مطلوب به‌دست‌آمده در پژوهش حاضر، این مقیاس برای سنجش سرزندگی در نمونه مورد مطالعه مناسب ارزیابی شد.

پرسش‌نامهٔ ترومای دوران کودکی[1]: پرسش‌نامهٔ ترومای دوران کودکی توسط برنستاین و همکاران[2] (۲۰۰۳) به‌منظور سنجش آسیب‌ها و ترومای دوران کودکی توسعه داده شده است. این پرسش‌نامه یک ابزار غربالگری برای آشکارکردن اشخاص دارای تجربیات سوءاستفاده و غفلت دوران کودکی است. این پرسش‌نامه پنج نوع از بدرفتاری در دوران کودکی را مورد سنجش قرار می‌دهد که عبارت‌اند از سوءاستفادهٔ جنسی، سوءاستفادهٔ جسمی، سوءاستفادهٔ عاطفی و غفلت عاطفی و جسمی. این پرسش‌نامه ۲۸ سؤال دارد که ۲۵ سؤال آن برای سنجش مؤلفه‌های اصلی پرسش‌نامه به‌کار می‌رود و ۳ سؤال آن برای تشخیص افرادی که مشکلات دوران کودکی خود را انکار می‌کنند به‌کار می‌رود. قبل از نمره‌گذاری مؤلفه‌های پرسش‌نامه ابتدا باید نمره‌گذاری سؤال‌های ۵، ۷، ۱۳، ۱۹، ۲۸، ۲، و ۲۶ معکوس شود. نمرات بالا در پرسش‌نامه نشان‌دهندهٔ تروما یا آسیب بیشتر و نمرات کمتر نشانهٔ آسیب یا ترومای دوران کودکی کمتر است. دامنهٔ نمرات برای هر یک از زیرمقیاس‌ها ۵ تا ۲۵ و برای کل پرسش‌نامه ۲۵ تا ۱۲۵ است. در پژوهش برنستین و همکاران ضریب آلفای کرونباخ پرسش‌نامه بر روی گروهی از نوجوانان برای ابعاد سوءاستفادهٔ عاطفی، سوءاستفادهٔ جسمی، سوءاستفادهٔ جنسی، غفلت عاطفی و غفلت عاطفی به‌ترتیب برابر با ۰/۸۷، ۰/۸۶، ۹۵، ۰/۸۹، و ۰/۷۸ بود. همچنین روایی هم‌زمان آن با درجه‌بندی درمانگران از میزان تروماهای کودکی در دامنهٔ ۰/۵۹ تا ۰/۷۸ گزارش شده است (برنستاین و همکاران، ۲۰۰۳). در ایران نیز ابراهیمی، دژکام و ثقه‌الاسلام (۱۳۹۳) آلفای کرونباخ این پرسش‌نامه را از ۰/۸۱ تا ۰/۹۸ برای مؤلفه‌های پنج گانه آن گزارش کرده اند. همچنین در پژوهش انفعال، امیدوار و زارع نژاد (۱۴۰۰) روایی محتوایی و صوری و ملاکی این پرسش‌نامه مناسب ارزیابی شده است و ضریب آلفای کرونباخ محاسبه‌شده برای این پرسش‌نامه بالای ۰/۷ برآورد شد. در پژوهش حاضر نیز برای بررسی پایایی ابزار در جامعهٔ مورد مطالعه، یعنی کودکان ۸ تا ۱۲ساله دارای تجربهٔ تروماتیک ساکن در مرکز کودکان بدسرپرست، ضریب آلفای کرونباخ محاسبه شد که مقدار آن برای کل پرسش‌نامه ۸۸/۰ به‌دست آمد. این مقدار بیانگر همسانی درونی مناسب ابزار در نمونهٔ پژوهش حاضر است؛ بنابراین با توجه به شواهد روایی و پایایی گزارش‌شده در مطالعات پیشین و ضریب پایایی به‌دست‌آمده در این پژوهش، این پرسش‌نامه برای شناسایی و سنجش تجارب تروماتیک در نمونه مورد مطالعه مناسب ارزیابی شد.

روش تجزیه و تحلیل اطلاعات

داده‌های حاصل با استفاده از آمار توصیفی (میانگین و انحراف‌استاندارد) و آمار استنباطی (آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر) به‌کمک SPSS، نسخهٔ ۲۶ مورد تحلیل قرار گرفتند.

نتایج

نتایج نشان داد در پایهٔ تحصیلی ۷ شرکت‌کننده دوم، ۱۱ شرکت‌کننده سوم، ۸ شرکت‌کننده چهارم، ۱۱ شرکت‌کننده پنجم و ۳ شرکت‌کننده ششم و۲۱ شرکت‌کننده دختر و ۱۹ شرکت‌کننده پسر هستند. یافته‌های توصیفی متغیرهای پژوهش در جدول ۲ ارائه‌شده است.

جدول ۲. شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش به‌تفکیک دو گروه و سه مرحلهٔ پژوهش

	آزمایش				کنترل			
	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
متغیر	میانگین	انحراف‌معیار	میانگین	انحراف‌معیار	میانگین	انحراف‌معیار	میانگین	انحراف‌معیار
باورهای آسیب‌رسان	۸۲/۹۵	۱۵/۷۵	۶۵/۰۵	۸/۲۸	۶۷/۹۵	۸/۴۸	۶۸/۸۵	۷/۹۶
مقابلهٔ فعال	۱۴۶/۳	۷	۱۰۵/۲	۷/۱۷	۱۴۴/۹	۶/۸۲	۱۴۴/۵۵	۶/۶۷
ایمنی هیجانی	۸۷/۱۵	۱۵/۱	۹۹/۱	۶/۸۹	۸۹/۵۵	۷/۵۹	۸۸/۲۵	۹/۲۱
سرزندگی	۱۳/۹	۲/۳۱	۱۸/۴۵	۷/۲۱	۱۸/۸	۵/۸۱	۱۷/۱۵	۶/۰۸

براساس نتایج جدول ۲ میانگین باورهای آسیب‌رسان، مقابلهٔ فعال، ایمنی هیجانی و سرزندگی در گروه آزمایش، در پیش‌آزمون به‌ترتیب ۸۲/۹۵، ۱۴۶/۳، ۸۷/۱۵ و ۱۳/۹ و در پس‌آزمون ۶۵/۰۵، ۱۰۵/۲، ۹۹/۱ و ۱۸/۴۵ است. همچنین میانگین متغیرها در گروه

[1] Childhood Trauma Questionnaire

[2] Bernstein

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-15]

کنترل در پیش‌آزمون به‌ترتیب ۶۷/۹۵، ۱۴۴/۹، ۸۹/۵۵ و ۱۸/۸ و در پس‌آزمون ۶۸/۸۵، ۱۴۴/۵۵، ۸۸/۲۵ و ۱۷/۱۵ به‌دست آمده است. جهت بررسی نرمال‌بودن توزیع نمرات از آزمون کلموگروف-اسمیرنوف (KS) استفاده شد. نتایج تحلیل رعایت پیش‌فرض را در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون، و پیگیری در هر دو گروه (p = ۰/۰۵) نشان می‌دهد. جهت بررسی پیش‌فرض برابری واریانس‌ها، از آزمون لوین استفاده شد. نتایج نشان می‌دهد برای هیچ یک از متغیرهای پژوهش معنی‌دار نیست. درنتیجه، فرض همسانی واریانس‌ها برقرار است. نتایج مقایسّ بین‌آزمودنی و درون‌آزمودنی متغیرهای پژوهش در جدول ۳ ارائه شده است.

براساس نتایج تحلیل کوواریانس ارائه‌شده در جدول شمارهٔ ۳ اثر زمان برای متغیر باورهای آسیب‌رسان معنادار است (F=۴۶/۴۹، p<۰/۰۰۱)، اما اثر تعامل زمان و گروه نیز باوجود معناداری آماری (F=۶/۵۰، p<۰/۰۰۱) نشان‌دهندهٔ تفاوت معنادار بین گروه آزمایش و کنترل در پس‌آزمون و پیگیری نیست؛ به‌عبارت دیگر، تغییرات مشاهده‌شده در طول زمان الزاماً ناشی از مداخله نبوده است. اندازهٔ اثر گزارش‌شده برای تعامل زمان و گروه در این متغیر ۰/۵۷ است که نشان‌دهندهٔ شدت متوسط تا نسبتاً زیاد اثر زمان است، اما اثر مستقیم مداخله بین دو گروه مشاهده نشد. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت درمان‌های بیانگرانه تأثیر معناداری بر کاهش باورهای آسیب‌رسان کودکان ۸ تا ۱۲ساله دارای تجربهٔ تروماتیک نداشته است. در مورد متغیر مقابلهٔ فعال، نتایج نشان داد اثر زمان (F=۳۰۸/۷۳، p<۰/۰۰۱) و همچنین اثر تعامل زمان و گروه (F=۱۵۰/۳۵، p<۰/۰۰۱)معنادار است. اندازهٔ اثر تعامل زمان و گروه ۰/۷۹ گزارش شده که نشان‌دهندهٔ اثر بسیار قوی مداخله است. همچنین اثر بین‌گروهی نیز معنادار بود (F=۳۴۰/۰۴، p<۰/۰۰۱، η^2= ۰/۸۹) این یافته‌ها نشان می‌دهد درمان‌های بیانگرانه موجب افزایش معنادار مقابلهٔ فعال در کودکان گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل شده است.

در متغیر ایمنی هیجانی نیز اثر زمان (F=۱۶/۳، p<۰/۰۰۱) و اثر تعامل زمان و گروه (F=۲۷/۸، p<۰/۰۰۱) معنادار بود. اندازهٔ اثر تعامل زمان و گروه برابر با ۰/۴۲ به‌دست آمد که نشان‌دهندهٔ اثر متوسط مداخله است. همچنین اثر بین‌گروهی معنادار گزارش شد (F=۱۱/۴۵، p=۰/۰۰۲، η^2= ۰/۲۳). بنابراین می‌توان نتیجه گرفت درمان‌های بیانگرانه موجب بهبود معنادار ایمنی هیجانی کودکان دارای تجربهٔ تروماتیک شده است. درخصوص متغیر سرزندگی، اثر زمان معنادار بود (F=۱۶/۲۹، p<۰/۰۰۱)، اما اثر بین‌گروهی معنادار نبود (F=۰/۴۶، p=۰/۵۵، η^2= ۰/۰۱). هرچند تعامل زمان و گروه معنادار گزارش شد (F=۳۶/۲۳، p<۰/۰۰۱) و اندازهٔ اثر آن ۰/۴۸ بود، اما تفاوت معناداری بین گروه آزمایش و کنترل در پس‌آزمون و پیگیری مشاهده نشد. بنابراین می‌توان نتیجه گرفت درمان‌های بیانگرانه تأثیر معناداری بر سرزندگی کودکان ۸ تا ۱۲ساله دارای تجربهٔ تروماتیک نداشته است. علاوه‌بر معناداری آماری، اندازهٔ اثرها نشان می‌دهد که مداخله بیشترین تأثیر را بر مقابلهٔ فعال و پس از آن بر ایمنی هیجانی داشته است.

براساس نتایج جدول شمارهٔ ۴ بین پیش‌آزمون با پس‌آزمون و پیگیری در متغیر باورهای آسیب‌رسان و سرزندگی تفاوت معناداری وجود دارد (p<۰/۰۱). همچنین بین نمرات باورهای آسیب‌رسان و سرزندگی در پس‌آزمون و پیگیری نیز تفاوت معنادار وجود دارد (p<۰/۰۱). با توجه به نتایج می‌توان گفت تأثیر درمان‌های بیانگرانه بر باورهای آسیب‌رسان و سرزندگی در گروه آزمایش در مرحلهٔ پیگیری بیشتر از مرحله پس‌آزمون بوده است؛ اما با توجه به عدم تفاوت بین گروه آزمایش و کنترل، فرضیه رد می‌شود. بین پیش‌آزمون با پس‌آزمون و پیگیری در متغیر مقابلهٔ فعال تفاوت معناداری وجود دارد (p<۰/۰۱)؛ همچنین بین نمرات مقابلهٔ فعال، ایمنی هیجانی در پس‌آزمون و پیگیری نیز تفاوت معنادار وجود دارد (p<۰/۰۱). با توجه به نتایج می‌توان گفت تأثیر درمان‌های بیانگرانه بر مقابلهٔ فعال و ایمنی هیجانی در گروه آزمایش در مرحلهٔ پیگیری بیشتر از مرحله پس‌آزمون بوده است. درنتیجه، نتایج نشان می‌دهد تأثیر درمان‌های بیانگرانه بر مقابلهٔ فعال و ایمنی هیجانی کودکان در مرحلهٔ پیگیری نیز پایدار بوده است.

جدول ۳. نتایج تحلیل کوواریانس اثربخشی درمان‌های بیانگرانه بر باورهای آسیب‌رسان کودکان، مقابلهٔ فعال، ایمنی هیجانی و سرزندگی

			مجموع مجذورات	Df	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	اندازهٔ اثر	توان آماری
باورهای آسیب‌رسان	درون‌گروهی	اثر زمان	۳۴۳۲/۲	۱	۳۴۳۲/۲	۴۹/۴۶	۰/۰۰۱	۰/۵۶	۱
		اثر زمان*گروه	۳۵۱۱/۲۵	۱	۳۵۱۱/۲۵	۵۰/۶	۰/۰۰۱	۰/۵۷	۱
		خطا	۲۶۳۶/۵۵	۳۸	۶۹/۳۸				
	بین‌گروهی	گروه	۰/۳	۱	۰/۳	۰/۰۰۲	۰/۹۶	۰/۰۰۱	۰/۰۵
		خطا	۵۶۰۸/۲	۳۸	۱۴۷/۵۸				

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-15]

مقابلهٔ فعال	درون‌گروهی	اثر زمان	۴۸۳۱۴/۴۵	۱	۴۸۳۱۴/۴۵	۳۰۸/۷۳	۰/۰۰۱	۰/۸۹	۱
		اثر زمان*گروه	۲۳۵۲۹/۸	۱	۲۳۵۲۹/۸	۱۵۰/۳۵	۰/۰۰۱	۰/۷۹	۱
		خطا	۵۹۴۶/۷۵	۳۸	۱۵۶/۴۹				
	بین‌گروهی	گروه	۳۶۸۵۵/۰۷	۱	۳۶۸۵۵/۰۷	۳۴۰/۰۴	۰/۰۰۱	۰/۸۹	۱
		خطا	۴۱۱۸/۵۱	۳۸	۱۰۸/۳۸				
ایمنی هیجانی	درون‌گروهی	اثر زمان	۹۸۷/۰۱	۱	۹۸۷/۰۱	۱۶/۳	۰/۰۰۱	۰/۳	۰/۹۷
		اثر زمان*گروه	۱۶۸۳/۶۱	۱	۱۶۸۳/۶۱	۲۷/۸	۰/۰۰۱	۰/۴۲	۰/۹۹
		خطا	۲۳۰۰/۸۷	۳۸	۶۰/۵۴				
	بین‌گروهی	گروه	۱۹۸۴/۵۳	۱	۱۹۸۴/۵۳	۱۱/۴۵	۰/۰۰۲	۰/۲۳	۰/۹
		خطا	۶۵۸۵/۳۳	۳۸	۱۷۳/۲۹				
سرزندگی	درون‌گروهی	اثر زمان	۳۴۸/۶۱	۱	۳۴۸/۶۱	۱۶/۲۹	۰/۰۰۱	۰/۳	۰/۹۷
		اثر زمان*گروه	۷۷۵/۰۱	۱	۷۷۵/۰۱	۳۶/۲۳	۰/۰۰۱	۰/۴۸	۱
		خطا	۸۱۲/۸۷	۳۸	۲۱/۳۹				
	بین‌گروهی	گروه	۵۲	۱	۵۲	۰/۵۵	۰/۴۶	۰/۰۱	۰/۱۱
		خطا	۳۵۹۶/۲۵	۳۸	۹۴/۶۳				

جدول ۴. نتایج آزمون بونفرونی در متغیر باورهای آسیب‌رسان، مقابلهٔ فعال، ایمنی هیجانی

متغیرها	مراحل	تفاوت میانگین ها	خطای استاندارد	سطح معناداری
باورهای آسیب‌رسان	پیش‌آزمون-پس‌آزمون	۸/۵*	۲/۱۵	۰/۰۰۱
	پیش‌آزمون-پیگیری	۱۳/۱*	۱/۸۶	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون-پیگیری	٤/٦*	۱/۰۲	۰/۰۰۱
مقابلهٔ فعال	پیش‌آزمون-پس‌آزمون	۲۰/۷۲*	۱/٤٦	۰/۰۰۱
	پیش‌آزمون-پیگیری	٤۹/۱٥*	۲/۷۹	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون-پیگیری	۲۸/٤۲*	۳	۰/۰۰۱
ایمنی هیجانی	پیش‌آزمون-پس‌آزمون	-٥/۳۲*	۱/٦۷	۰/۰۰۹
	پیش‌آزمون-پیگیری	-۷/۰۲*	۱/۷٤	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون-پیگیری	-۱/۷*	۰/٦۳	۰/۰۳
سرزندگی	پیش‌آزمون-پس‌آزمون	-۱/٤٥	۰/۷۷	۰/۲
	پیش‌آزمون-پیگیری	-٤/۱۷*	۱/۰۳	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون-پیگیری	-۲/۷۲*	۰/۷۲	۰/۰۰۲

* $p<0.05$

بحث

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان‌های بیانگرانه بر باورهای آسیب‌رسان، مقابلهٔ فعال، ایمنی هیجانی و سرزندگی کودکان دارای تجربهٔ تروماتیک انجام شد. یافته‌ها نشان داد این

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-15]

درمان‌ها تأثیر معناداری بر باورهای آسیب‌رسان کودکان ۸ تا ۱۲ساله دارای تجربهٔ تروماتیک نداشته‌اند. این نتیجه با یافته‌های گراسیا (۲۰۱۶) و اسیادی و همکاران (۲۰۲۳) همسو نیست؛ زیرا در آن پژوهش‌ها گزارش شده است که مداخلات بیانگرانه ازطریق تسهیل بیان هیجانی، پردازش نمادین تجربه‌های آسیب‌زا و بازسازی روایت‌های درونی می‌توانند به کاهش باورهای منفی در کودکان کمک کنند. همچنین، مبانی نظری این رویکردها نشان می‌دهد شیوه‌هایی مانند هنردرمانی، موسیقی‌درمانی، نمایش‌درمانی و قصه‌درمانی با فراهم‌کردن فضایی ایمن برای بیان غیرمستقیم هیجان‌ها و خاطرات دردناک، به‌ویژه برای کودکانی که در بیان کلامی تجربه‌های خود دچار اجتناب یا ناتوانی هستند، مفیدند (کارا و کارا، ۲۰۱۵؛ گیل، ۲۰۱۶). بااین‌حال، عدم معناداری اثر مداخله در این پژوهش می‌تواند ناشی از چند عامل باشد؛ ازجمله ناهمگونی شرکت‌کنندگان ازنظر نوع و شدت تروما، زمان سپری‌شده از رویداد آسیب‌زا، سن، جنسیت، سطح رشد شناختی ـ هیجانی و میزان حمایت خانوادگی که می‌تواند پاسخ‌دهی به درمان را متفاوت کند. همچنین، باورهای آسیب‌رسان ساختارهایی عمیق و نسبتاً پایدارند و تغییر آن‌ها معمولاً به زمان و مداخلات طولانی‌تر نیاز دارد. ازسوی‌دیگر، اثربخشی درمان‌های بیانگرانه زمانی بیشتر می‌شود که بیان نمادین هیجان‌ها با پردازش شناختی و بازسازی معنای تجربه آسیب‌زا همراه باشد؛ بنابراین اگر تمرکز مداخلهٔ بیشتر بر فعالیت‌های خلاقانه بوده و چالش مستقیم با باورهای بنیادین دنبال نشده باشد، احتمال تغییر این باورها محدود می‌شود. افزون‌براین، عوامل فرهنگی و خانوادگی نیز می‌توانند در بیان تجربه‌های آسیب‌زا و درونی‌سازی تغییرات درمانی نقش داشته باشند. بر این اساس، پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده، این مداخلات در نمونه‌های همگن‌تر، با جلسات طولانی‌تر و در ترکیب با رویکردهای شناختی ـ رفتاری یا خانواده‌محور بررسی شوند تا اثر آن‌ها بر باورهای آسیب‌رسان کودکان دارای تجربهٔ تروماتیک دقیق‌تر ارزیابی شود.

نتایج نشان داد درمان‌های بیانگرانه تأثیر مثبت و معناداری بر مقابلهٔ فعال کودکان ۸ تا ۱۲ساله دارای تجربهٔ تروماتیک دارند. این یافته با نتایج پژوهش‌های محمدی و نعمتی (۱۴۰۱)، حسینی و فلاح‌زاده (۱۳۹۵)، گارسیا (۲۰۲۴)، اورهان، استکی و کارتیکا (۲۰۲۴) و بنو (۲۰۲۳) همسو است؛ زیرا این مطالعات نیز نشان داده‌اند مداخلات مبتنی‌بر هنر و درمان‌های بیانگرانه می‌توانند منابع مقابله‌ای، تنظیم هیجانی و توانمندی‌های سازگارانه را در افراد دارای تجربه‌های آسیب‌زا تقویت کنند. همچنین، یافتهٔ حاضر با دیدگاه کلیفت و ماراتاس (۲۰۲۰) و پورخانی و همکاران (۱۴۰۳) همخوان است که بر نقش پردازش تجربهٔ تروما، افزایش آگاهی از پیامدهای آن و تقویت منابع روان‌شناختی در ارتقای تاب‌آوری و راهبردهای مقابله‌ای فعال تأکید دارند. تبیین این نتیجه را می‌توان در سازوکارهای درمان‌های بیانگرانه جست‌وجو کرد. کودکان دارای تجربهٔ تروماتیک اغلب در بیان مستقیم هیجان‌ها و خاطرات دردناک با دشواری مواجه‌اند و ممکن است به راهبردهای اجتنابی یا انفعالی متوسل شوند. درمان‌های بیانگرانه مانند هنردرمانی، موسیقی‌درمانی، نمایش‌درمانی و قصه‌درمانی با فراهم‌کردن فضایی ایمن و نمادین، امکان بیان و پردازش تجربه‌های دشوار را فراهم می‌کنند. این فرایند به کودک کمک می‌کند هیجان‌های خود را برون‌سازی کرده، فاصلهٔ روان‌شناختی از تجربهٔ آسیب‌زا بگیرد و به‌جای اجتناب، با آن به‌شیوه‌ای فعال‌تر مواجه شود. همچنین، فعالیت‌هایی مانند داستان‌سازی، نقش‌آفرینی و بازنمایی هنری می‌توانند مهارت‌هایی همچون حل مسئله، تصمیم‌گیری، کمک‌طلبی و برنامه‌ریزی را تقویت کنند. در پژوهش حاضر نیز محتوای برخی جلسات، مانند شناسایی تعاملات مشکل‌ساز و تمایز راهبردهای سالم و ناسالم، احتمالاً در افزایش راهبردهای مقابله‌ای فعال نقش داشته است. افزون‌براین، تقویت تنظیم هیجانی و ایجاد تجربه‌های حمایتی در رابطهٔ درمانی می‌تواند احساس ارزشمندی، اعتماد و امید را در کودک افزایش دهد و او را به استفاده از راهبردهای فعال‌تری مانند حل مسئله، گفت‌وگو و جست‌وجوی حمایت در مواجهه با چالش‌ها سوق دهد.

یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد درمان‌های بیانگرانه تأثیر مثبت و معناداری بر ایمنی هیجانی کودکان ۸ تا ۱۲ساله دارای تجربهٔ تروماتیک دارند. این نتیجه با یافته‌های آل‌یاسین و کیانی (۱۴۰۲)، محمودی و نعمتی (۱۴۰۱)، مصطفایی و همکاران (۱۴۰۰)، دستگردی و همکاران (۱۴۰۳) و دنیل و همکاران (۲۰۲۵) همسو است. این پژوهش‌ها نیز نشان داده‌اند مداخلات مبتنی‌بر بیان خلاقانه مانند هنردرمانی، بازی‌درمانی، نمایش‌درمانی، موسیقی‌درمانی و نوشتاردرمانی می‌توانند ازطریق کاهش تنش هیجانی، تسهیل ابراز احساسات، تقویت تنظیم هیجان و افزایش احساس امنیت روان‌شناختی، به بهبود کارکرد هیجانی کودکان آسیب‌دیده کمک کنند. تبیین این یافته را می‌توان در سازوکارهای درمان‌های بیانگرانه جست‌وجو کرد. تجربهٔ تروما در کودکی اغلب با احساس ناایمنی، ترس، بی‌اعتمادی و حساسیت هیجانی بالا همراه است و می‌تواند توانایی کودک در بیان و تنظیم هیجان‌ها را مختل کند. درمان‌های بیانگرانه با ایجاد محیطی امن و حمایتگر، به کودک امکان می‌دهند احساسات و تجربه‌های دردناک خود را بدون ترس از قضاوت بیان کند و ازطریق ابزارهای نمادین مانند نقاشی، بازی، موسیقی، نمایش و داستان‌سرایی هیجان‌هایی مانند ترس، خشم، شرم و اندوه را بازنمایی کند. این فرایند به کاهش فشار هیجانی، افزایش آگاهی هیجانی و تقویت حس کنترل کمک می‌کند. همچنین، فعالیت‌های خلاقانه و تعامل درمانی به کودک کمک می‌کند مهارت‌هایی مانند شناسایی، درک و مدیریت هیجان‌ها را تمرین کند. در پژوهش حاضر نیز فعالیت‌هایی مانند نوشتن نامه بیانگرانه و تمرکز بر درک خویشتن احتمالاً در تقویت ایمنی هیجانی نقش داشته‌اند. درمجموع، می‌توان گفت درمان‌های بیانگرانه ازطریق ایجاد فضای امن، تسهیل بیان هیجان‌ها و تقویت

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-15]

تنظیم هیجانی، به ارتقای ایمنی هیجانی کودکان دارای تجربهٔ تروماتیک کمک می‌کنند.

یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد درمان‌های بیانگرانه تأثیر معناداری بر سرزندگی کودکان ۸ تا ۱۲ساله دارای تجربهٔ تروماتیک نداشته است. این یافته با نتایج پژوهش‌های علینژاد (۱۴۰۳) و بابادی و چراغ‌پور (۱۴۰۲) همسو نیست. در این پژوهش‌ها گزارش شده است که فعالیت‌های هنری و برنامه‌های مبتنی‌بر هنر می‌توانند به افزایش نشاط، کاهش استرس روانی و تقویت احساس انرژی، اشتیاق و لذت از زندگی در کودکان منجر شوند. به‌طور کلی، سرزندگی به حالتی از انرژی روان‌شناختی، احساس زنده‌بودن و تمایل به مشارکت فعال در فعالیت‌های زندگی اشاره دارد و با مؤلفه‌هایی مانند انگیزش، هدفمندی و تجربه هیجان‌های مثبت همراه است (علینژاد، ۱۴۰۳). باوجوداین، عدم معناداری اثر درمان‌های بیانگرانه بر سرزندگی در پژوهش حاضر می‌تواند به ماهیت مداخلات مبتنی‌بر تروما مرتبط باشد. بسیاری از این مداخلات در مراحل اولیه بیشتر بر کاهش نشانه‌های منفی مانند اضطراب، تنش هیجانی و نشانه‌های استرس پس از سانحه تمرکز دارند و هدف اصلی آن‌ها ایجاد ثبات هیجانی و افزایش احساس امنیت روان‌شناختی در کودک است. در چنین شرایطی، تغییر در هیجان‌های مثبت و مؤلفه‌هایی مانند سرزندگی ممکن است در مراحل بعدی مداخله و پس از کاهش آشفتگی‌های هیجانی نمایان شود.ازسوی‌دیگر، فرایند پردازش تجربه‌های تروماتیک می‌تواند در کوتاه‌مدت برای کودک چالش‌برانگیز باشد و حتی به‌طور موقت با کاهش انرژی روانی یا انگیزه همراه شود، زیرا کودک در جریان مداخله با هیجان‌ها و خاطرات دشوار مواجه می‌شود. علاوه‌براین، سرزندگی متغیری چندبعدی است که علاوه‌بر مداخلات روان‌شناختی، تحت‌تأثیر عوامل مختلفی مانند شرایط خانوادگی، روابط اجتماعی، فرصت‌های تعامل و محیط زندگی کودک قرار دارد؛ بنابراین ممکن است مداخلهٔ درمانی در مدت زمان محدود برای ایجاد تغییر معنادار در این متغیر کافی نبوده باشد.

نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدفِ اثربخشی درمان‌های بیانگرانه بر باورهای آسیب‌رسان، مقابلهٔ فعال، ایمنی هیجانی و سرزندگی کودکان ۸ تا ۱۲ساله دارای تجربهٔ تروماتیک ارجا شد و تحلیل واریانس با اندازه‌های تکراری نشان داد درمان‌های بیانگرانه بر باورهای آسیب‌رسان، مقابلهٔ فعال، ایمنی هیجانی، سرزندگی کودکان دارای تجربهٔ تروماتیک مؤثر است. پژوهش حاضر نیز مانند سایر پژوهش‌ها با محدودیت‌هایی همراه بوده است که در تفسیر و تعمیم نتایج باید مورد توجه قرار گیرد. نخست آنکه جامعهٔ آماری پژوهش محدود به کودکان ۸ تا ۱۲سالهٔ شهر اصفهان بوده است؛ ازاین‌رو، تعمیم نتایج به سایر گروه‌های سنی، مناطق جغرافیایی و بافت‌های فرهنگی باید بااحتیاط صورت گیرد. همچنین روش نمونه‌گیری در این پژوهش به‌صورت غیرتصادفی انجام شده است که می‌تواند بر میزان تعمیم‌پذیری یافته‌ها تأثیرگذار باشد. از دیگر محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به مدت زمان محدود اجرای مداخله و نبود دوره پیگیری بلندمدت برای بررسی پایداری اثرات درمان اشاره کرد. با توجه به نتایج پژوهش حاضر و محدودیت‌های موجود پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده نمونه‌های بزرگ‌تر و متنوع‌تری ازنظر ویژگی‌های جمعیت‌شناختی مورد بررسی قرار گیرد و از روش‌های نمونه‌گیری تصادفی استفاده شود تا قابلیت تعمیم نتایج افزایش یابد. همچنین انجام مطالعات طولی همراه با دوره‌های پیگیری می‌تواند به روشن‌شدن میزان پایداری اثرات درمان‌های بیانگرانه در کودکان دارای تجربهٔ تروماتیک کمک کند. ازسوی‌دیگر، با توجه به ماهیت بسته آموزشی درمان‌های بیانگرانه، پیشنهاد می‌شود اجرای این مداخلات تنها به برگزاری دوره‌های آموزشی محدود نشود، بلکه در موقعیت‌های واقعی و به‌صورت عملی، ازجمله در قالب مداخلات فردی و گروهی برای کودکان و والدین نیز مورد استفاده قرار گیرد تا اثربخشی آن در محیط‌های طبیعی زندگی کودکان بیشتر تقویت شود. همچنین توصیه می‌شود مشاوران و متخصصان حوزهٔ سلامت روان با برگزاری برنامه‌های گروهی درمان‌های بیانگرانهٔ ویژهٔ کودکان دارای تجربه‌های تروماتیک، زمینهٔ ارتقای ایمنی هیجانی و تقویت راهبردهای مقابلهٔ فعال در این کودکان را فراهم آورند. درنهایت، پیشنهاد می‌شود پژوهشگران در مطالعات آینده رویکردهای حساس به تروما را در تمامی مراحل پژوهش به‌کار گیرند؛ ازجمله استفاده از روش‌های غربالگری مناسب، رعایت دقیق اصول محرمانگی و فراهم‌کردن دسترسی به منابع حمایتی برای کودکان و خانواده‌های درگیر تا فرایند پژوهش با حداقل آسیب و بیشترین حمایت برای شرکت‌کنندگان همراه باشد.

تشکر و قدردانی

نویسندگان پژوهش حاضر از تمامی افرادی که در این پژوهش شرکت و همکاری داشتند، کمال تقدیر و تشکر را دارند.

تضاد منافع

هیچگونه تضاد منافعی وجود نداشته است.

ملاحظات اخلاقی

این پژوهش توسط کمیتهٔ اخلاق در پژوهش دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان اصفهان با شناسهٔ IR.IAU.KHUISF.REC.1404.409 مورد تأیید قرار گرفته است. در انجام این پژوهش تمامی موازین و اصول اخلاقی رعایت گردیده است .

سهم نویسندگان

در نگارش این مقاله تمامی نویسندگان نقش یکسانی ایفا کردند.

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-15]

این پژوهش حامی مالی نداشته است.

حمایت مالی

REFERENCES

1. Alinejad M. Studying the effect of play therapy on vitality and strengthening executive functions of slow-learning students in primary school in Mashhad, District 1. Specialized Scientific Quarterly Journal of Psychology, Social Sciences and Educational Sciences. 2024;8(3):178-188. [Link]
2. Al-Yasin SA, Kiani P. The effectiveness of child-centered play therapy on cognitive emotion regulation in children with anxiety disorder syndromes. 9th Scientific Research Conference on the Development and Promotion of Educational Sciences and Psychology in Iran; 2023; Tehran. [Link]
3. Babadi Akashe Z, Cheraghpor Z. The effect of art education on increasing mental vitality and reducing stress in students. Q J Educ Stud. 2025;11(43):1-12. [Link]
4. Benu JMY. Emotional regulation play therapy for maltreated children: a single case study. J Health Behav Sci. 2023;5(2):172-181. [Link]
5. Bernard ME. Validation of the General Attitude and Belief Scale. J Rat-Emo Cognitive-Behav Ther. 1998;16(3):183-196. [DOI: 10.1023/A:1024911014579]
6. Bernstein DP, Stein JA, Newcomb MD, Walker E, Pogge D, Ahluvalia T, et al. Development and validation of a brief screening version of the Childhood Trauma Questionnaire. Child Abuse Negl. 2003;27(2):169-190. [DOI: 10.1016/s0145-2134(02)00541-0]
7. Brunner T, Stöcklin M, Opwis K. Satisfaction, image and loyalty: new versus experienced customers. Eur J Mark. 2008;42(9/10):1095-1105. [DOI: 10.1108/03090560810891163]
8. Carroll L. Active coping. In: Encyclopedia of Behavioral Medicine. Cham: Springer International Publishing; 2020. p. 25. [DOI: 10.1007/978-3-030-39903-0_1085]
9. Chae JS. Comparison of psychological factors' control effect model in the relationship between athletes' retirement factors and athletes' vitality. Korean J Sport Sci. 2020;31(1):59-73. [DOI: 10.24985/kjss.2020.31.1.59]
10. Clift RJ, Maratos F. An investigation into trauma, active coping and depression. J Eur Psychol Stud. 2020;11(1). [DOI: 10.5334/jeps.489]
11. Daniel S, Berkovits L, Eisenhower A, Blacher J. Child-centred play therapy and rhythmic relating improves emotion regulation in autism: a single-N pilot intervention study. Couns Psychother Res. 2025;25(1):e12671. [DOI: 10.1002/capr.12671]
12. Dastjerdi SHH, Ali AP, Azmoudeh M, Molavi E. Comparing the effectiveness of cognitive-behavioral play therapy and resilience-based play therapy on anxiety, executive functioning behaviors, and emotional expression in 6 to 8-year-old children undergoing dental treatment. Appl Fam Ther J. 2024;5(3):1-13. [DOI: 10.61838/kman.aftj.5.3.1]
13. Davies PT, Cummings EM, Winter MA. Pathways between profiles of family functioning, child security in the interparental system, and child psychological problems. Dev Psychopathol. 2004;16:525-550. [DOI: 10.1017/s0954579404004651]
14. Dell'Osso L, Lorenzi P, Nardi B, Carmassi C, Carpita B. Post traumatic growth (PTG) in the frame of traumatic experiences. Clin Neuropsychiatry. 2022;19(6):390. [DOI: 10.3390/brainsci13020305]
15. Duru E, Balkıs M. Childhood trauma, depressive symptoms and rational/irrational beliefs: a moderated mediation model. Curr Psychol. 2022;41(10):7258-7270. [DOI: 10.1007/s12144-020-01282-2]
16. Ebrahimi H, Dejkam M, Seghatoleslam T. Childhood traumas and suicide attempt in adulthood. Iran J Psychiatry Clin Psychol. 2014;19(4):275-282. [Link]
17. Enfael N, Omidvar B, Zarenejad M. Predicting borderline personality traits based on childhood trauma and family emotional atmosphere in drug addicts. Pajouhan Sci J. 2021;19(3):1-11. [Link]
18. Eseadi C, Anyanwu JI, Ogbuabor SE, Ikechukwu-Ilomuanya AB. Effects of cognitive restructuring intervention program of rational-emotive behavior therapy on adverse childhood stress in Nigeria. J Ration Emot Cogn Behav Ther. 2016;34:51-72. [DOI: 10.1007/s10942-015-0229-4]
19. Geraci MA. Cognitive behavioral play therapy: evolution of the theoretical model and development perspectives. Rome: Armando Editore; 2024. [DOI: 10.1037/pro0000646]
20. Gill L. Helping abused and traumatized children: combining direct and indirect approaches. Translated by Mehrzad Farahati. 1st ed. Tehran: Arjomand Publishing House; 2013. [DOI: 10.5860/choice.44-4734]
21. Gradus JL, Galea S. Moving from traumatic events to traumatic experiences in the study of traumatic psychopathology. Am J Epidemiol. 2023;192(10):1609-1612. [DOI: 10.1093/aje/kwad126]
22. Hernandez BC. The children's coping behavior questionnaire: development and validation [master's thesis]. Chicago: Loyola University Chicago; 2008. [DOI: 10.31390/gradschool_theses.2148]
23. Hosseini SS, Fallahzadeh M. The effectiveness of art therapy, play therapy and story therapy on the development of coping skills in children with leukemia. 9th International Congress of Psychotherapy (Asian Conference in the Context of Cultural Values); Tehran; 2016. [in Persian]. [Link]
24. Gradus JL, Galea S. Moving from traumatic events to traumatic experiences in the study of traumatic psychopathology. Am J Epidemiol. 2023;192(10):1609-1612. [DOI: 10.1093/aje/kwad126]
25. Kara K, Kara P. Safe place: an interactive book for children, adolescents and adults who have experienced difficulties in attachment, grief, loss and early life trauma. Translated by Jamshidi Sh. 2nd ed. Tehran: Arjomand Publications; 2023. [in Persian]. [Link]
26. Lyndon A, Davis DA, Sharma AE, Scott KA. Emotional safety is patient safety. BMJ Qual Saf. 2023;32(7):369-372. [DOI: 10.1136/bmjqs-2022-015573]
27. Mahmoudi A, Nemati S. A review of the effectiveness of art therapy in emotional-behavioral disorders. 7th International Conference on School Psychology; Tehran; 2022. [in Persian]. [Link]
28. Mesbah Z, Abolmaali Al-Husseini K, Hamidi F. Standardization of the Iranian version of the Bernard Adolescent Irrational Beliefs Scale. Q J Psychometric Res. 2019;9(35). [Link]
29. Misiak B, Kotowicz K, Loska O, Stramecki F, Beszłej JA, Samochowiec J, et al. Decreased use of active coping styles contributes to elevated allostatic load index in first-episode psychosis. Psychoneuroendocrinology. 2018;96:166-172. [DOI: 10.1016/j.psyneuen.2018.06.021]
30. Mohammadi Nasab H, Seyed Mousavi P, Behzadpour S. The effectiveness of expressive group art therapy on reducing internalizing and externalizing problems in maltreated children. Knowl Res Appl Psychol. 2019;20(3):101-109. [In Persian]. [Link]
31. Mostafavi A, Akhavan Tafti M, Mohsen Pour M. The effectiveness of play therapy based on parent-child communication on emotion regulation and mental well-being of students with learning disabilities during the COVID pandemic. Res Educ Syst. 2021;15(55):5-16. [In Persian]. [Link]
32. Ng LC, Hook K, Hailemariam M, et al. Experience of traumatic events in people with severe mental illness in a low-income country: a qualitative study. Int J Ment Health Syst. 2023;17:45. [DOI: 10.1186/s13033-023-00616-4]
33. Orhan BE, Astuti Y, Kartika D, Bakar Y, Haryanto B. Play therapy through the eyes of families. Fizjoter Pol. 2024;(2). [DOI: 10.56984/8zg5608uc2]

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-15]

34. Pourkhani Biajali N, Soltani Gheshlagh R, Badrloo F, Zare Khyarak M. Trauma-informed counseling: healing and resilience against adversity. 18th International Conference on Management Research and Humanities in Iran; Tehran; 2024. [In Persian]. [Link]
35. Ryan RM, Frederick CM. On energy, personality and health: subjective vitality as a dynamic reflection of well-being. J Pers. 1997;65:529-565. [DOI: 10.1111/j.1467-6494.1997.tb00326.x]
36. Scheffer M, Borsboom D, Nieuwenhuis S, Westley F. Belief traps: tackling the inertia of harmful beliefs. Proc Natl Acad Sci U S A. 2022;119(32):e2203149119. [DOI: 10.1073/pnas.2203149119]
37. Setzu M, Manerba MM, Minervini P, Nozza D. FairBelief-Assessing harmful beliefs in language models. arXiv [Preprint]. 2024. arXiv:2402.17389. [DOI: 10.18653/v1/2024.trustnlp-1.3]
38. Shadai A, Qoltash A, Refahi J. Adequacy of psychometric indices of the Adolescent Emotional Safety Questionnaire. Psychol Methods Models. 2015;22:53-78. [Link]
39. Sheikh-ul-Islami R, Daftarchi A. Predicting students' mental well-being based on goal orientations and basic psychological needs. J Psychol. 2015;19(2):147-174. [In Persian]. [Link]
40. Shiri L, Mirzahosseini H, Rezaei M. Investigating the role of punitive parent and vulnerable child schema mentalities in emotional divorce of married students: the moderating role of coping styles. A New Approach to Children's Education. 2022;4(3):35-47. [In Persian]. [Link]
41. Söderbacka T, Nyholm L, Fagerström L. What is giving vitality to continue at work? A qualitative study of older health professionals' vitality sources. Scand J Caring Sci. 2022;36(3):699-705. [DOI: 10.1111/scs.13031]
42. Theodoratou M, Farmakopoulou I, Kougioumtzis G, Kaltsouda A, Siouti Z, Sofologi M, et al. Emotion-focused coping, social support and active coping among university students: gender differences. J Psychol Clin Psychiatry. 2023;14(1):5-9. [DOI: 10.15406/jpcpy.2023.14.00720]
43. Vanajan A, Bültmann U, Henkens K. Do older manual workers benefit in vitality after retirement? Findings from a 3-year follow-up panel study. Eur J Ageing. 2021;18:369-379. [DOI: 10.1007/s10433-020-00590-7]
44. Vatani M, Bahramipour-Isfahani M. The effectiveness of trauma-focused cognitive behavioral therapy (TF-CBT) on active coping style and life expectancy of orphan girls children. JPEN. 2024;10(3):7-11. Link. [In Persian]. [Link]
45. Veale D, Robins E, Thomson AB, Gilbert P. No safety without emotional safety. Lancet Psychiatry. 2023;10(1):65-70. [DOI: 10.1016/s2215-0366(22)00373-x]
46. Zarei Norouzi M, Nouri Lasik S, Vaziri Talesh MA, Moradi M. Predicting adolescent self-harm behaviors based on childhood trauma and dark personality traits. Fifth National Conference on Psychopathology Studies and New Treatment Methods; Tehran; 2024. [In Persian]. [Link]

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-11-15]