

تأثیر مداخله‌های درمانی بر مشکلات رفتاری کودکان آزار دیده

دکتر فریبا عربگل⁽¹⁾، دکتر فیروزه درخشانپور⁽²⁾، دکتر لیلی پناغی⁽³⁾،
دکتر سعیده سرجمعی⁽⁴⁾، دکتر احمد حاجبی⁽⁵⁾

چکیده

هدف: هدف پژوهش حاضر بررسی تأثیر مداخله‌های درمانی بر مشکلات روانپزشکی کودکان آزار دیده بود. **روش:** در پژوهش نیمه‌مداخله‌ای حاضر 73 کودک (43 پسر و 30 دختر) که به علل روانپزشکی به درمانگاه روانپزشکی کودک و نوجوان یا به علل جسمی به اورژانس، درمانگاه و بخش کودکان بیمارستان امام حسین (ع) ارجاع شده بودند، بررسی شدند و مداخله‌ها و درمان‌های غیر دارویی (بازی درمانی، رفتار درمانی، شناخت درمانی، آموزش مهارت‌های زندگی، کار درمانی، اقدامات مددکاری و مشاوره با مدرسه، آموزش مدیریت خشم و فرزند پروری) بسته به نیاز کودک و خانواده انجام شد. آموزش مهارت فرزند پروری در هشت جلسه گروهی 90 دقیقه‌ای، به صورت هفتگی، بر پایه تربیت سازنده، برگزار شد؛ اما دو جلسه از هشت جلسه، به توضیح در مورد کودک آزاری و تنبیه فیزیکی و آثار منفی آن بر کودک و روش‌های کنترل خشم اختصاص یافت. پرسش‌نامه کودک آزاری توسط روانشناس، با اخذ اطلاعات از پدر و مادر و مشاهده کودک پیش از انجام مداخله درمانی تکمیل شد. سیاهه رفتاری کودک (CBCL) نیز پیش از مداخله و در ماه‌های سوم و ششم پس از مداخله توسط پدر و مادر تکمیل شد. مدت مداخله درمانی برای هر فرد سه ماه بود. در نهایت، در 40 مورد مداخله به پایان رسید. داده‌ها به روش تحلیل واریانس با اندازه‌های تکراری تحلیل شد. **یافته‌ها:** یافته‌ها نشان‌دهنده بهبود قابل توجه آزمودنی‌ها در خرده‌مقیاس‌های مشکل توجه، مشکلات اضطرابی/افسردگی، مشکلات اجتماعی، رفتار بز هکارانه، پرخاشگری، درونی‌سازی، برونی‌سازی و مشکلات کلی، در نتیجه مداخله‌های درمانی بود (در تمام موارد $p < 0/001$). **نتیجه‌گیری:** شناسایی و انجام مداخله‌های به موقع و مستمر برای کاهش پیامدهای کودک آزاری مفید است.

کلیدواژه: کودک آزاری؛ مشکلات رفتاری؛ مداخلات

[دریافت مقاله: 1391/5/14؛ پذیرش مقاله: 1391/10/24]

مقدمه

گوناگونی، مانند تحصیلات کم، سن پایین پدر و مادر، بی‌کاری، آزار جسمی پدر و مادر در کودکی، اختلال روانپزشکی پدر و مادر (مانند افسردگی، اضطراب و وابستگی به مواد) و ناتوانی‌های جسمی و ذهنی در کودکان، برای سوء رفتار با کودکان اشاره شده است (6-11). باورهای فرهنگی جامعه نیز در بروز و حتی ارائه تعریف از کودک آزاری دخیل است (12، 13). شناسایی این باورها در زمینه مسائل تربیتی کودک و در روش‌های برخورد با کودکان آزار دیده بسیار

سالانه کودکان زیادی توسط مراقبان خود آزار می‌بینند. پژوهش‌های مختلف نشان داده‌اند هر گونه سوء رفتار در سابقه فرد، با افزایش میزان اختلال‌های روانپزشکی، مشکلات جنسی، کاهش اعتماد به نفس و مشکلات میان‌فردی مرتبط است (1، 2). متأسفانه در بیشتر موارد کودک توسط مراقبان نزدیکش (به‌طور معمول پدر و مادر)، به صورت جسمی، آزار می‌بیند (3-5). در پژوهش‌های مختلف به عوامل خطر

(1) فوق تخصص روانپزشکی کودک و نوجوان، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی، مرکز تحقیقات علوم رفتاری، بیمارستان امام حسین (ع)؛ (2) فوق تخصص روانپزشکی کودک و نوجوان، استادیار دانشگاه علوم پزشکی گلستان، مرکز تحقیقات روانپزشکی گلستان. گرگان، خیابان پنجم آذر، کوچه آذر دهم، مجتمع مراکز تحقیقاتی دانشگاه علوم پزشکی گلستان، طبقه دوم. دورنگار: 0171-2344198 (نویسنده مسئول) E-mail: f.derakhsanpour@yahoo.com؛ (3) متخصص پزشکی اجتماعی، دانشیار دانشگاه شهید بهشتی، پژوهشکده خانواده؛ (4) فوق تخصص روانپزشکی کودک و نوجوان. دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی؛ (5) روانپزشک، دانشیار دانشگاه علوم پزشکی ایران، مرکز تحقیقات بهداشت روان، دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان - انستیتو روانپزشکی تهران.

شناختی - رفتاری متمرکز بر سوء رفتار² (AFCBT) (31)، درمان تعاملی کودک - پدر و مادر مختص سوء استفاده جسمی³ (32)، درمان شناختی - رفتاری کودک - پدر و مادر ترکیبی⁴ (28) و آموزش مدیریت پدر و مادر⁵ (33) از جمله این درمان‌ها هستند.

یکی از شایع‌ترین روش‌های مداخله در خانواده‌های آزاررسان، آموزش پدر و مادر است (19). روش تربیت سازنده، به‌عنوان یکی از قدرتمندترین مداخله‌ها در کمک به کودکان دچار مشکلات رفتاری و اختلال سلوک⁶، بر این امر متکی است (33). اساس طراحی این روش الگوهای یادگیری اجتماعی است و راهکاری مؤثر و قابل استفاده در درمان کودکان ناسازگار است (34). این مداخله بر کاهش سوء رفتار در خانواده مؤثر شناخته شده است (35). با توجه به مطالب بیان‌شده، هدف پژوهش حاضر بررسی تأثیر مداخله‌های درمانی، شامل انواع درمان‌های دارویی و غیردارویی، بر مشکلات روانپزشکی کودکان آزار دیده بود.

روش

پژوهش حاضر که با شماره IRCT201208275427N2 در پایگاه کارآزمایی بالینی ایران⁷ ثبت شده است، از نوع نیمه‌مداخله‌ای بود. جامعه آماری پژوهش کودکانی بودند که به علل روانپزشکی به درمانگاه روانپزشکی کودک و نوجوان یا به علل جسمی به اورژانس، درمانگاه و بخش کودکان بیمارستان امام حسین (ع) ارجاع شده بودند، پزشک کودک‌آزاری را تشخیص داده بود و پس از بررسی اولیه، به واحد سلامت روان کودکان در معرض آسیب، واقع در بخش روانپزشکی کودک و نوجوان بیمارستان امام حسین (ع)، ارجاع شده بودند. در این واحد، گروهی متشکل از روانپزشک کودک و نوجوان، روان‌شناس و مددکار اجتماعی بیمار را ارزیابی می‌کردند و مداخله‌های لازم برای کودک و خانواده توسط این گروه انجام می‌شد. در صورتی که کودک‌آزاری به بیماری جسمی منجر شده و به مداخله و درمان طبی نیاز بود، این مداخله‌ها نیز با هماهنگی‌های لازم در بیمارستان انجام می‌شد (مانند نوزادان متولدشده از مادر مبتلا به سوء مصرف مواد که در بخش نوزادان بستری بودند). در

مهم است (14)، برای نمونه، خانواده‌های چینی پرخاشگری زیادی نسبت به کودکان خود دارند و بر این باورند که درد جسمانی برای تربیت مناسب کودک الزامی است (15، 16). پژوهشی نشان داد تنبیه بدنی کودکان توسط مادر به سه عامل وابسته است: دیدگاه مادر نسبت به تنبیه کودک، درک مادر از شدت اختلال رشدی کودک و خشم مادر در پاسخ به رفتار نامناسب کودک (17).

از دیگر عوامل دخیل و مهم در کودک‌آزاری، نقص در مهارت فرزندپروری پدر و مادر است. پدر و مادرهای کودک‌آزار بیشتر از روش‌های تربیتی مخرب و تنبیه‌گر استفاده می‌کنند، که هم موجب بروز مشکلات رفتاری می‌شود و هم آنها را تشدید می‌کند (18). به‌طور معمول، پدر و مادرهای کودک‌آزار نسبت به دیگر پدر و مادرها تعامل مثبت کمتری با فرزندان خود دارند (19) و مهارت‌های اجتماعی والدگری لازم را ندارند و این امر ممکن است از مدل‌های والدگری خود آنها در دوران کودکی ناشی باشد (20). در روش تربیت سازنده¹، به پدر و مادر آموزش داده می‌شود که چگونه تعاملات مثبت با کودکان را افزایش و تعارضات را کاهش دهند و از روش‌های نامناسب بپرهیزند. پدران و مادرانی که این‌گونه آموزش ببینند، خودکفایی بیشتری احساس می‌کنند، به روش مناسب‌تری دستور می‌دهند و توانایی اطاعت‌پذیری کودک را به‌صورت پایدار تقویت می‌کنند. این امر از یک سو باعث می‌شود رفتارهای پرخاشگرانه، مقابله‌جویانه و پرفعالیتی کودک کاهش یابد و از سوی دیگر، باعث بهبود رفتارهای پدر و مادر و کاهش فشار بر آنان می‌شود (21).

عوارض کودک‌آزاری متعدد است و برای مثال می‌توان به نقص در روابط اجتماعی، ضعف در تنظیم هیجان‌ها، حواس‌پرتی، هیجان‌های منفی و مقاومت در انجام دستور اشاره کرد (2، 22). مشکلات روانپزشکی که به تدریج در این کودکان شکل می‌گیرد، عبارتند از اضطراب و افسردگی (2، 22)، پرخاشگری و رفتارهای تهاجمی (23)، همکاری نکردن و رفتارهای ضد اجتماعی (24) و افکار خودکشی (25). از عوارض دیگر می‌توان به نقص یا تأخیر شناختی و مشکلات یادگیری، روابط اجتماعی ضعیف (23) و رعایت نکردن نظم و قانونمندی در مدرسه (26) اشاره کرد.

بیشتر پژوهش‌ها برای کاهش کودک‌آزاری، بر مداخله در خانواده متمرکز کرده‌اند. این مداخله‌ها شامل افزایش آگاهی پدر و مادر در مورد مهارت فرزندپروری، کنترل خشم، تغییر باورها و کاهش استرس است (27-30)؛ درمان

- 1- positive parenting
- 2- abuse-focused cognitive-behavioural therapy
- 3- parent-child interaction therapy adapted for use with physical abuse
- 4- combined parent-child cognitive-behavioural therapy
- 5- parent management training
- 6- conduct disorder
- 7- Iranian Registry of Clinical Trials

و مادر و کودک) تکمیل می‌شد. به دلیل محدوده سنی کودکان (تولد تا 18 سالگی) امکان استفاده از پرسش‌نامه‌های خود گزارشی وجود نداشت. از سوی دیگر، بیشتر پدر و مادرهای آزار رسان، آزار به کودک را مخفی می‌کنند و بنابراین برقراری رابطه با درمانگر برای گردآوری و ثبت اطلاعات لازم بود.

سیاهه رفتاری کودک¹ (CBCL) برای بررسی چگونگی سازگاری کودک با محیط تدوین شده است (36). این پرسش‌نامه از طبقه‌بندی کردن کودکان بر اساس یک نشانگان خاص اجتناب می‌کند و به جای آن مجموعه‌ای از رفتارهای کودک را طبقه‌بندی می‌کند. پاسخ‌دهنده اصلی پدر و مادر کودک هستند که به کمک آنها مشکل رفتاری و سازگاری کودک مشخص می‌شود. 116 گویه این ابزار به صورت بلی/برخی از مواقع/خیر (به ترتیب، نمرات دو، یک و صفر) پاسخ داده می‌شود. هشت خرده‌مقیاس این سیاهه عبارتند از: کناره‌گیری²، شکایت‌های بدنی³، مشکلات اضطراب/افسردگی⁴، مشکلات اجتماعی⁵، مشکلات تفکر⁶، مشکل توجه⁷، رفتار بزهکارانه⁸ و رفتار پرخاشگرانه⁹. نمرات این پرسش‌نامه برای دو حوزه کلی مشکلات درونی‌سازی¹⁰ (شامل خرده‌مقیاس‌های کناره‌گیری، شکایت‌های بدنی و مشکلات اضطراب/افسردگی) و مشکلات برونی‌سازی¹¹ (شامل خرده‌مقیاس‌های رفتار بزهکارانه و رفتار پرخاشگرانه) نیز محاسبه می‌شود. ضریب آلفای کل ابزار و دو حوزه مشکلات درونی‌سازی و برونی‌سازی، به ترتیب، 0/87 و 0/85، 0/86. گزارش شده است (37). در پژوهش حاضر، این پرسش‌نامه در مرحله پیش از مداخله، و نیز در ماه‌های سوم و ششم به وسیله پدران و مادران تکمیل شد.

تجزیه و تحلیل داده‌ها با کمک نرم‌افزار SPSS-16¹² و به روش تحلیل واریانس با اندازه‌های تکراری¹³ انجام شد. مقدار اولیه خطای نوع اول (α) 0/05 در نظر گرفته شد. از آنجا که به دلیل وجود خرده‌مقیاس‌های زیاد، 50 مقایسه وجود داشت، تصحیح بونفرونی¹⁴ انجام شد. بدین ترتیب، سطح 0/05

مرحله بعد، کودک آزار دیده و پدر و مادرش توسط روانپزشک کودک ویزیت می‌شدند و در صورت تشخیص نیاز کودک یا پدر و مادر به درمان دارویی یا غیردارویی یا مراقبت خاص، به مرحله بعد وارد می‌شدند. به بیان دیگر، در صورت نیاز به درمان دارویی، داروهای لازم تجویز، نوبت بعدی ویزیت تعیین و درمان دارویی پیگیری می‌شد و در صورت نیاز به درمان غیردارویی نیز خانواده به روان‌شناس یا کاردرمانگر ارجاع می‌شد.

پیش از انجام بررسی و مداخله، روش انجام پژوهش برای پدر و مادر توضیح داده می‌شد و پس از موافقت آنها و اخذ رضایت‌نامه کتبی از ایشان، اقدامات لازم شروع می‌شد. به این ترتیب، 73 کودک (43 پسر و 30 دختر) وارد بررسی شدند و مداخله‌ها و درمان‌های غیر دارویی، بسته به نیاز کودک و خانواده برای آنها انجام شد. مداخله‌هایی که در مورد کودکان اجرا شد، عبارت بودند از بازی‌درمانی، رفتاردرمانی، شناخت‌درمانی، آموزش مهارت‌های زندگی، کاردرمانی (در صورت نیاز از واحد کاردرمانی بیمارستان استفاده می‌شد، زیرا در گروه پژوهشی، کاردرمانگر وجود نداشت)، اقدامات مددکاری و مشاوره با مدرسه. آموزش مدیریت خشم و فرزندپروری نیز به پدر و مادر ارائه می‌شد. آموزش روش‌های فرزندپروری و کنترل خشم برای تمام پدران و مادران و سایر درمان‌ها بسته به تشخیص روانپزشک ارائه شد. مدت مداخله‌های درمانی برای هر فرد سه ماه بود.

آموزش مهارت فرزندپروری در هشت جلسه گروهی 90 دقیقه‌ای و به صورت هفتگی، به وسیله روان‌شناس آموزش دیده و با نظارت روانپزشک اطفال همکار تحقیق ارائه شد. در هر جلسه، پنج تاده پدر و مادر شرکت می‌کردند. این جلسه‌ها بر پایه مهارت فرزندپروری برگزار شد، با این تفاوت که دو جلسه از هشت جلسه، به توضیح در مورد کودک آزاری و تنبیه فیزیکی و آثار منفی آن بر کودک و روش‌های کنترل خشم اختصاص داده شد. برای گردآوری داده‌ها، افزون بر پرسش‌نامه جمعیت‌شناختی، ابزارهای زیر به کار رفت:

پرسش‌نامه کودک آزاری که به وسیله دو روانپزشک کودک و نوجوان، با استناد به عوامل مؤثر بر بروز کودک آزاری و انواع و شدت آن تنظیم شد. سپس پنج روانپزشک کودک آن را بازنگری کردند و نظرهای اصلاحی ایشان در پرسش‌نامه اعمال شد. این پرسش‌نامه در روند اجرای پژوهش، به وسیله یکی از روان‌شناسان طرح که در روند مداخله‌های درمانی نقشی نداشت و پس از برقراری رابطه درمانی با کودک و پدر و مادر و پیش از شروع مداخله‌ها، از مجموعه یافته‌ها (مشاهده، معاینه، مصاحبه با پدر

1- Child Behavioral Checklist

2- withdrawn

3- somatic complaints

4- anxious/depressed problems

5- social problems

6- thought problems

7- attention problem

8- delinquent behavior

9- aggressive behavior

10- internalizing problems

11- externalizing problems

12- Statistical Package for the Social Science-version16

13- repeated measures analysis of variance

14- Bonferroni correction

بودند. شدت آزار فیزیکی در 12 مورد (22/2 درصد) خفیف، در 23 مورد (42/5 درصد) متوسط و در 19 مورد (35/1 درصد) شدید بود. فرد آزاررسان در 10 مورد (16/7 درصد) مادر، در 17 مورد (28/3 درصد) پدر و در 32 مورد (53/3 درصد) پدر و مادر بودند. در یک مورد (1/7 درصد) هم فرد دیگری غیر از پدر و مادر (عموی کودک) کودک را آزار داده بود. گفتنی است 60 نفر از آزمودنی‌ها فرد آزاررسان را مشخص کرده بودند.

بر تعداد مقایسه‌ها (یعنی 50) تقسیم شد و در نتیجه سطح 0/001 برای معناداری به دست آمد.

یافته‌ها

آزمودنی‌ها شامل 43 پسر (58/9 درصد) و 30 دختر (41/1 درصد)، با میانگین (\pm انحراف معیار) سنی $6/9 \pm 4/4$ سال بودند. 54 (74 درصد)، 53 (72/6 درصد)، 3 (3/12 درصد) و 29 (39/7 درصد) کودک، به ترتیب، مورد آزار فیزیکی، آزار هیجانی، آزار جنسی و مسامحه قرار گرفته

جدول 1- میانگین (و انحراف معیار) خرده‌مقیاس‌های سیاهه رفتاری کودک (CBCL)، همراه با یافته‌های آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌های تکراری و آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسه نمره خرده‌مقیاس‌ها در سه زمان پیش از مداخله (زمان 1)، سه ماه پس از مداخله (زمان 2) و شش ماه پس از مداخله (زمان 3) (در تمام موارد 2، $df=144$)

خرده‌مقیاس	میانگین (انحراف معیار)	F	p	سطح معناداری آزمون بونفرونی		
				تفاوت زمان 1 و 2	تفاوت زمان 2 و 3	تفاوت زمان 1 و 3
مشکلات اضطراب/افسردگی	زمان 1	12/72	0/001	<0/001	>0/05	0/002
	زمان 2	(0/70) 66/81				
	زمان 3	(0/63) 62/75				
کناره‌گیری	زمان 1	3/72	0/02			
	زمان 2	(0/52) 62/63				
	زمان 3	(0/69) 62/66				
شکایت‌های بدنی	زمان 1	3/69	0/027			
	زمان 2	(0/6) 61/09				
	زمان 3	(0/44) 63/04				
مشکلات اجتماعی	زمان 1	7/28	0/001	0/002	0/003	>0/05
	زمان 2	(0/88) 65/67				
	زمان 3	(0/55) 63/89				
مشکلات تفکر	زمان 1	3/40	0/03			
	زمان 2	(0/87) 67/42				
	زمان 3	(0/65) 64/63				
مشکل توجه	زمان 1	13/11	0/001	<0/001	0/01	>0/05
	زمان 2	(0/53) 67/16				
	زمان 3	(1/16) 66/42				
رفتار بزهکارانه	زمان 1	13/85	0/001	<0/001	>0/05	<0/001
	زمان 2	(0/46) 66/48				
	زمان 3	(0/41) 68/95				
رفتار پرخاشگرانه	زمان 1	18/77	0/001	<0/001	<0/001	<0/001
	زمان 2	(0/82) 71/24				
	زمان 3	(0/66) 66/74				
درونی‌سازی	زمان 1	21/55	0/001	<0/001	<0/01	0/002
	زمان 2	(0/49) 69/17				
	زمان 3	(0/99) 70/38				
برونی‌سازی	زمان 1	26/38	0/001	<0/001	<0/001	<0/05
	زمان 2	(0/99) 65/89				
	زمان 3	(0/87) 65/89				
نمره کلی	زمان 1	42/96	0/001	<0/001	>0/05	<0/001
	زمان 2	(0/53) 76/66				
	زمان 3	(0/25) 71/25				

برای ارزیابی اختلال‌های رفتاری در کودکان، سیاهه رفتاری کودک (CBCL) به کار رفت. گفتنی است از 73 آزمودنی، تنها 40 نفر تا پایان پژوهش به همکاری ادامه دادند و تحلیل نهایی برای این 40 نفر انجام شد.

آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌های تکراری برای بررسی تفاوت نمره‌های خرده‌مقیاس‌های CBCL، پیش از مداخله و سه و شش ماه پس از مداخله، به کار رفت. یافته‌ها نشان داد میان نمره تمام خرده‌مقیاس‌ها در سه زمان، تفاوت آماری معناداری وجود داشت (در تمام موارد، $p < 0/05$). با در نظر گرفتن سطح $0/001$ برای خطای α ، تفاوت خرده‌مقیاس‌های مشکلات اضطراب/افسردگی، مشکلات اجتماعی، مشکل توجه، رفتار بزهکارانه، رفتار پرخاشگرانه، و دو حوزه درونی‌سازی برونی‌سازی و نمره کلی از نظر آماری معنادار بود. برای مشخص شدن تفاوت میان دویه‌دوی زمان‌ها با یکدیگر از مقایسه‌های دو تایی با روش بونفرنی استفاده شد. یافته‌ها نشان داد تفاوت نمره‌های پیش از مداخله با سه ماه پس از مداخله و پیش از مداخله با شش ماه پس از مداخله معنادار بود (جدول 1).

بحث

هدف پژوهش حاضر بررسی تأثیر مداخله‌های درمانی بر مشکلات روانپزشکی کودکان آزار دیده بود. بیشترین نوع کودک آزاری گزارش شده در پژوهش حاضر، به ترتیب، آزار فیزیکی، آزار هیجانی، مسامحه و آزار جنسی بود. این یافته با یافته‌های دیگر بررسی‌ها (7) هم‌سو است. در برخی پژوهش‌ها نیز مسامحه در رتبه نخست و آزار فیزیکی در رتبه دوم قرار گرفته است (38، 39).

در بیشتر موارد آزار فیزیکی به وسیله مراقبان اصلی کودک، که پدر و مادر او هستند، انجام می‌شود (3-5). در پژوهش حاضر نیز در بیشتر موارد پدر و مادر مسئول آزار کودک بودند. پدر و مادر آزاررسان به‌طور معمول درگیر مشکلات مختلفی، مانند اعتیاد، اختلال‌های روانپزشکی، ضعف در فرزندپروری و سن کم هستند. مداخله‌های به موقع و مناسب در این خانواده‌ها ممکن است باعث کاهش مشکلات پدر و مادر و در نتیجه، کاهش مشکلات رفتاری کودکان شود. به‌طور معمول مداخله‌های چندوجهی تأثیر مناسبی دارند. این مداخله‌ها شامل جنبه‌های مختلفی، مانند درمان اختلال‌های روانپزشکی در کودک و پدر و مادر، آموزش مهارت‌های

فرزندپروری و آموزش مهارت‌های ارتباطی والد-کودک است. هدف از مداخله در خانواده تسریع تکامل کودک، افزایش اعتماد به نفس و تغییر رفتارهای کودک به وسیله تعدیل و تغییر مهارت‌های فرزندپروری پدر و مادر، روابط میان‌فردی و مشخص کردن عوامل خطر مؤثر بر شکل‌گیری رفتارهای مشکل‌آفرین کودک است (40، 41).

پژوهش حاضر نشان داد مداخله‌ها به کاهش نمره بیشتر خرده‌مقیاس‌های پرسش‌نامه فهرست رفتاری کودک منجر شده است. در پژوهش دیگری نیز با آموزش مهارت ارتباطی کودک-پدر و مادر و به کارگیری پرسش‌نامه رفتاری کودک، کاهش نشانه‌های درونی‌سازی و برونی‌سازی دیده شد (42). در یک بررسی نیز با برنامه تربیت سازنده¹ (Triple P)، افزون بر بهبود والدگری در پدر و مادر، بهبود قابل توجهی نیز در مشکلات رفتاری کودکان گزارش شد (33). به کارگیری روش تربیت سازنده در خانواده‌های دارای کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی و کمبود توجه² (ADHD) نیز کاهش قابل توجهی در نمره بیشتر خرده‌مقیاس‌های پرسش‌نامه مشکلات و توانایی‌ها³ (SDF) را به دنبال داشته است (43). پژوهشگران با به کارگیری روش تربیت سازنده در مادران شاغل، توانسته‌اند تغییر چشمگیری در مشکلات کودکان و توانمندسازی پدر و مادر ایجاد کنند (44). در پژوهش حاضر، افزون بر آموزش فرزندپروری، دو جلسه نیز به آموزش کنترل خشم اختصاص داده شد. به نظر می‌رسد آموزش این مهارت در کنار آموزش شیوه‌های فرزندپروری، می‌تواند بر توانمندی پدر و مادر بیفزاید. بیشتر نیز نشان داده شده بود که آموزش مهارت‌هایی مانند کنترل خشم، در کنار مهارت‌های فرزندپروری، می‌تواند کارایی پدر و مادر را در فرزندپروری افزایش دهد (35).

از آنجا که تغییرهای معنادار میان دو زمان پیش از مداخله - ماه سوم بیش از پیش از مداخله - ماه ششم بود، لازم است مداخله‌های مربوط به کاهش کودک آزاری به مدت طولانی ارائه شود تا اثری ماندگار داشته باشد. به نظر می‌رسد در پژوهش حاضر با اتمام برنامه مداخله، تأثیر آن به تدریج کاهش یافته است. بنابراین، قطع نشدن مداخله‌ها و وجود فواصل منظم برای آموزش ضروری به نظر می‌رسد.

1- Positive Parenting Program
2- attention deficit/hyperactivity disorder
3- Strengths and Difficulties Questionnaire

2. Rogosch F, Cicchetti D, Aber J. The role of child maltreatment in early deviations in cognitive and affective processing abilities and later peer relationship problems. *Dev Psychol.* 1995; 7(4):591-609.
3. Slack KS, Berger LM, DuMont K, Yang MY, Kim B, Ehrhard-Dietzel S, et al. Risk and protective factors for child neglect during early childhood: A cross-study comparison. *Child Youth Serv Rev.* 2011; 33(8):1354-63.
4. Namdari P. Prevalence of child abuse in Khoramabad secondary schools. *Iran J Psychiatry Clin Psychol.* 2003; 9(33):62-70. [Persian]
5. Sayyari AA, Bagheri Yazdi SA, Jalili B, Khooshabi K, Shah Mohammadi, D, Iman Zadeh F, et al. Physical child-abuse in Tehran, Iran. *J Rehab.* 2001; 2(3-4):7-13. [Persian]
6. Sidebotham P, Heron J, ALSPAC Study Team. Child maltreatment in the children of the nineties: A cohort study of risk factors. *Child Abuse Negl.* 2006; 30(5):497-522.
7. Sidebotham P, Golding J, ALSPAC Study Team. The ALSPAC study team. Child maltreatment in the "children of the nineties" a longitudinal study of parental risk factors. *Child Abuse Negl.* 2001; 25(9):1177-200.
8. Fenfang L, Godinet MT, Arnsberger P. Protective factors among families with children at risk of maltreatment: Follow up to early school years. *Child Youth Serv Rev.* 2011; 33(1):139-48.
9. Lee SJ, Guterman NB, Lee Y. Risk factors for paternal physical child abuse. *Child Abuse Negl.* 2008; 32(9):846-58.
10. Windham AM, Rosenberg L, Fuddy L, McFarlane E, Sia C, Duggan AK. Risk of mother-reported child abuse in the first 3 years of life. *Child Abuse Negl.* 2004; 28(6):645-67.
11. Dubowitz H, Kim J, Black MM, Weisbart C, Semiatin J, Magder LS. Identifying children at high risk for a child maltreatment report. *Child Abuse Negl.* 2011; 35(2):96-104.
12. Ferrari AM. The impact of culture upon child rearing practices and definitions of maltreatment. *Child Abuse Negl.* 2002; 26(8):793-813.

در پایان باید گفت راه‌اندازی مراکز تخصصی که قادر به ارائه خدمات در زمینه کاهش کودک‌آزاری باشند، ممکن است نقش مؤثری در شناسایی و درمان این کودکان و کمک به خانواده آنان داشته باشد.

همکاری نکردن برخی از خانواده‌ها در نیمه مداخله و تکمیل نشدن پرسش‌نامه فهرست رفتاری کودک در ماه ششم توسط برخی دیگر از خانواده‌ها، هم‌چنین تکمیل شدن سیاهه رفتاری کودک توسط پدر و مادر و احتمال صادقانه پر نکردن آن توسط ایشان از محدودیت‌های پژوهش حاضر بود. محدودیت دیگر پژوهش این بود که پرسش‌نامه کودک‌آزاری در ماه‌های سوم و ششم پیگیری نشد. کم بودن تعداد نمونه و استفاده نکردن از گروه شاهد، به دلایل اخلاقی، از دیگر محدودیت‌های پژوهش حاضر بود. هم‌چنین، نیاز خانواده‌های کودک‌آزار به حمایت، درمان و همراهی درازمدت با گروه درمان با توجه به محدودیت‌های مالی، پس از اتمام مدت طرح برآورده نشد. قدرت اجرایی کم در برخورد با مسائل قانونی، در مواردی که نیاز به مداخله قانونی بود (مانند کودکانی که پدر و مادرشان مصرف‌کننده مواد بودند و در بخش نوزادان بستری بودند و مادر به علت اعتیاد شدید و طرد شدن از سوی هر دو خانواده با گروه مداخله همکاری نداشت و خدمات مددکاری نیز نمی‌توانست خانواده‌ها را متقاعد به همکاری کند) نیز از دیگر محدودیت‌ها بود.

سپاسگزاری

نویسندگان از مسئولان دفتر سلامت روانی - اجتماعی و اعتیاد وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی برای حمایت مالی این طرح و امور اجرایی قرارداد تشکر می‌کنند. هم‌چنین، از تمام پدران و مادران و کودکان شرکت‌کننده در پژوهش حاضر و گروه مداخله و درمان، که با وجود مشکلات زیاد در طول مدت پژوهش با ما همکاری کردند، صمیمانه قدردانی می‌شود. [بنا به اظهار نویسنده مسئول مقاله، تعارض منافع وجود نداشته است].

منابع

1. Muellen PE, Martin JL, Anderson JC, Romans SE, Herbison GP. The long-term impact of the physical, emotional and sexual abuse of children: A community study. *Child Abuse Negl.* 1996; 20(1):7-21.

13. Belsky J. Child Maltreatment: An ecological integration. *Am Psychol.* 1980; 35(4):320-35.
14. Bensley L, Ruggles D, Simmons KW, Harris C, Williams K, Putvin T, et al. General population norms about child abuse and neglect and association with childhood experiences. *Child Abuse Negl.* 2004; 28(12):1321-37.
15. Samuda G. Child discipline and abuse in Hong Kong. *Child Abuse Negl.* 1988; 12(2):283-7.
16. Tang C. Adolescent abuse in Hong Kong Chinese families. *Child Abuse Negl.* 1996; 20(9):873-8.
17. Ateah CA, Durrant JE. Maternal use of physical punishment in response to child. Misbehavior: Implications for child abuse prevention. *Child Abuse Negl.* 2005; 29(2):169-85.
18. Black DA, Heyman RE, Slep AM. Risk factor for child physical abuse. *Aggress Violent Beh.* 2001; 6(2-3):189-201.
19. Dore MM, Lee JM. The role of parent training with abusive and neglectful parents. *Fam Relat.* 1999; 48(3):313-25.
20. Egan KJ. Stress management and child management with abusive parents. *J Clin Child Psychol.* 1983; 12:292-9.
21. Pisterman S, Firestone P, McGrath P, Goodman JT, Webster I, Mallory R, et al. The role of parent training in treatment of preschoolers with ADHD. *Am J Orthopsychiatry.* 1992; 62:397-408.
22. Shields A, Cicchetti D. Reactive aggression among maltreated children: The contributions of attention and emotion dysregulation. *J Clin Child Psychol.* 1998; 27:381-95.
23. Haugaard JJ, Reppucci ND, Feerick MM. Children's coping with maltreatment. In: Wolchik SA, Sandler IN, editors. *Handbook of children coping: Linking theory and intervention.* New York: Plenum Press; 1997.
24. Cicchetti D, Toth S. Developmental processes in maltreated children. In: Hansen D, editors. *Nebraska symposium on motivation.* Vol. 46: Motivation and child maltreatment. Lincoln, NE: University of Nebraska Press; 2000.
25. Silverman AB, Reinherz Hz, Giaconja RM. The long-term sequel of child and adolescent abuse: A longitudinal community study. *Child Abuse Negl.* 1996; 20:709-23.
26. Kendall-Tackett KA, Eckenrode J. The effects of neglect on academic achievement and disciplinary problems: A developmental perspective. *Child Abuse Negl.* 1996; 20:161-9.
27. Cerezo MA, D'Ocon AD. Sequential analyses in coercive mother-child interaction: The predictability hypothesis in abusive versus nonabusive dyads. *Child Abuse Negl.* 1999; 23: 99-113.
28. Runyon M, Deblinger E, Schroeder CM. Pilot evaluation of outcomes of combined parent-child cognitive-behavioral group therapy for families at risk for child physical abuse. *Cog Behav Pract.* 2009; 16:101-18.
29. Kolko DJ, Hoagwood KE, Springgate BF. Treatment research for trauma/ PTSD in children and youth: Moving from efficacy to effectiveness. *Gen Hosp Psychiatry.* 2010; 32:465-76.
30. Azar ST, Wolf DA. Child physical abuse and neglect. In: Mash EJ, Barkley RA, Editors. *Treatment of childhood disorders.* New York: Guilford Press; 1998.
31. Kolko DJ. Individual cognitive-behavioral treatment and family therapy for physically abused children and their offending parents: A comparison of clinical outcomes. *Child Maltreat.* 1996; 1:322-42.
32. Chaffin M, Silovsky JF, Funderburk B, Valle L A, Brestan EV, Balachova T, Jackson S, et al. Parent-child interaction therapy with physically abusive parents: Efficacy for reducing future abuse reports. *J Consult Clin Psychol.* 2004; 72:500-10.
33. Sanders MR. Triple p- positive parenting program: Towards an empirically validated multilevel parenting and family support strategy for the prevention of behavior and emotional problems in children. *Clin Child Fam Psychol Rev.* 1999; 2:71-90.
34. McKee TE, Harvey E, Danforth JS, Ulaszek W.R, Friedman JL. The relation between parental coping styles and parent-child interactions before and after treatment for children with ADHD and oppositional behavior. *J Child Adolesc Psychol.* 2004; 33:158-68.
35. Sanders MR, Youn RW. Does parental attributional retraining and anger management enhance the effect of the triple p (positive parenting program) with parent at risk of child maltreatment? *Behav Ther.* 2004; 35:513-53.

36. Achenbach TM. Manual for the youth self-report and profile. Burlington, VT: University of Vermont, Department of Psychiatry; 1991.
37. Minaee A. Adaptation and standardization Achenbach child behavior questionnaire, self-report and teacher report. *Res Except Children*. 2006; 19(1):529-58.
38. Trocmé NM, Tourigny M, MacLaurin B, Fallon B. Major findings from the Canadian incidence study of reported child abuse and neglect. *Child Abuse Negl*. 2003; 27(12):1427-39.
39. Chen W, Glasser S, Benbenisht R, Davidson-Arad B, Tzur S, Lerner-Geva L. The contribution of a hospital child protection team in determining suspected child abuse and neglect: Analysis of referrals of children aged 0-9. *Child Youth Serv Rev*. 2010; 32(12):1664-9.
40. Sanders MR, Dadds M. Behavioral Family Intervention. Boston: Allyn and Bacon; 1993.
41. Patterson GR. Coercive Family Process. Eugene,OR: Castalia; 1982.
42. Timmer SG, Urquiza AJ, Zebell NM, McGrath JM. Parent-child interaction therapy: Application to maltreating parent-child dyads. *Child Abuse Negl*. 2005; 29(2):825-42.
43. Moharreri F, Shahrivar Z, Tehrani-Dust M. Effect of the positive parenting program on parents of children with attention deficit hyperactivity disorder. *J Fundam Ment Health*. 2009; 11(1):31-40. [Persian]
44. Tehranidoost M, Shahrivar Z, Mahmoodi J, Alagheband rad J. Effect of triple p-positive parenting program for parents of children with behavioral problem. *Iran J Psychiatry Clin Psychol*. 2009; 14(4): 371-9. [Persian]

Original Article

Effect of Therapeutic Interventions on Behavioral Problems of Abused Children

Abstract

Objectives: The aim of this study was to examine the effectiveness of therapeutic interventions on psychiatric problems of abused children. **Method:** In current quasi-experimental study, 73 children (43 boy and 30 girl) referred to child and adolescent psychiatry clinic due to psychiatric problems or to the emergency unit, clinic and pediatric ward in Imam Hossien Hospital due to physical problems were examined and non-pharmaceutical interventions and treatments (play therapy, behavioral therapy, cognitive therapy, life skills training, occupational therapy, counseling actions and school counseling, anger management training, and parenting) were administered based on family and child needs. Parenting skills training was given during 8 weekly 90-minute group sessions based on a positive parenting program. However, 2 out of 8 sessions were dedicated to describing child abuse and physical punishment and their negative effects over child and the methods of anger management. A psychologist filled out the child abuse questionnaires by receiving information from parents and from a pre-intervention interview with child. Child Behavioral Checklists (CBCL) were completed by parents prior and in the third and sixth months after intervention. The length of therapeutical interventions for every individual was 3 months. Finally, 40 interventions were completed. The data analysis was by repeated measures analysis of variance. **Results:** The results revealed examinees' considerable improvement in subscales including attention problems, anxious-depressed problems, social problems, delinquent behaviors, aggressive behaviors, internalizing and externalizing problems, and general problems (for all subscales $p=0.0001$). **Conclusion:** To reduce the consequences of child abuse, early recognition and continuous intervention seems effective.

Key words: child abuse; behavioral problems; interventions

[Received: 4 August 2012; Accepted: 13 January 2013]

Fariba Arabgol^a, Firoozeh Derakhshanpour^{*}, Leili Panaghi^b, Saeedeh Sarjami^c, Ahmad Hajebi^d

^{*} Corresponding author: Golestan University of Medical Science. Golestan, Iran, IR.

Fax: +98171-2344198

E-mail: f.derakhshanpour@yahoo.com

^a Imam Hossein Hospital, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran;

^b Family Research center, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran;

^c Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran; ^d Mental Health Research Center, Tehran Institute of Psychiatry-School of Behavioral Sciences and Mental Health, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

210
210