

## مقایسه اثربخشی فیلیال تراپی و تراپلی بر اضطراب کودکان با آسیب شنوایی

### The Comparison of the Effects of Filial Therapy and Theraplay on Anxiety in Children with Hearing Impairment

<https://dx.doi.org/10.52547/jfr.17.1.117>

**M. Yazdanipour, M. A.**

Department of Psychology and Education of People with Special Needs, University of Isfahan, Isfahan, Iran

**M. Ashori, Ph.D.**

Department of Psychology and Education of People with Special Needs, University of Isfahan, Isfahan, Iran

**A. Abedi, Ph.D.**

Department of Psychology and Education of People with Special Needs, University of Isfahan, Isfahan, Iran

**معصومه یزدانی پور**

گروه روان‌شناسی و آموزش افراد با نیازهای خاص، دانشگاه اصفهان

**دکتر محمد عاشوری**

گروه روان‌شناسی و آموزش افراد با نیازهای خاص، دانشگاه اصفهان

**دکتر احمد عابدی**

گروه روان‌شناسی و آموزش افراد با نیازهای خاص، دانشگاه اصفهان

دریافت مقاله: ۱۳۹۹/۶/۱۶

دریافت نسخه اصلاح‌شده: ۱۴۰۰/۳/۱۵

پذیرش مقاله: ۱۴۰۰/۳/۱۵

#### Abstract

The present study aims to compare the effects of Filial Therapy and Theraplay on anxiety in children with hearing impairment.

Corresponding author: Department of Psychology and Education of People with Special Needs, University of Isfahan, Isfahan, Iran.  
Email: [m.ashori@edu.ui.ac.ir](mailto:m.ashori@edu.ui.ac.ir)

#### چکیده

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی فیلیال تراپی و تراپلی بر اضطراب کودکان با آسیب شنوایی انجام شد. این مطالعه یک پژوهش شبه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون و گروه گواه بود.

نویسنده مسئول: اصفهان، میدان آزادی، دانشگاه اصفهان، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، گروه روان‌شناسی و آموزش افراد با نیازهای خاص  
پست الکترونیکی: [m.ashori@edu.ui.ac.ir](mailto:m.ashori@edu.ui.ac.ir)

This study was a quasi-experimental research with pre-test, post-test design and control group. 39 children were selected by convenient sampling method and they were equally and randomly divided into two experimental and one control groups (n=13). Out of the two experimental groups, one group participated in Filial Therapy in 10 sessions for 90 minutes and the other participated in Theraplay in 10 sessions for 40 minutes, while the control did not participate in these programs. The Spence Preschool Anxiety Scale (2001) was used for assessment of all Participants. The research data were analyzed by univariate and multivariate analysis of covariance. The findings showed that the Filial Therapy and Theraplay had a positive and significant effect on anxiety in children with hearing impairment ( $P < 0.05$ ). Also, the results showed that there is no significant difference between the effectiveness of Filial Therapy and Theraplay in term of anxiety and its subscales ( $P > 0.05$ ).

Therefore, it can be concluded from the findings of this study that Filial Therapy and Theraplay programs have an important role in decreasing anxiety in children with hearing impairment.

**Keywords:** Filial Therapy, Theraplay, Anxiety, Children with hearing impairment.

۳۹ کودک به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و به‌طور مساوی و تصادفی در دو گروه آزمایش و یک گروه گواه (هر گروه ۱۳ نفر) جایگزین شدند. یکی از گروه‌های آزمایش در برنامه فیلیال‌تراپی در ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای و دیگری در برنامه تراپلی، در ۱۰ جلسه ۴۰ دقیقه‌ای شرکت کردند، درحالی‌که گروه گواه در این برنامه‌ها شرکت نکرد. آزمودنی‌ها با استفاده از پرسش‌نامه اضطراب کودکان پیش‌دستانی اسپنس (۲۰۰۱) مورد ارزیابی قرار گرفتند. داده‌ها با استفاده از تحلیل کوواریانس تک‌متغیری و چندمتغیری تحلیل شدند. یافته‌های به‌دست‌آمده حاکی از آن بود که فیلیال‌تراپی و تراپلی بر اضطراب کودکان با آسیب شنوایی اثر مثبت و معناداری داشت ( $P < 0.05$ ). همچنین نتایج نشان داد که بین میزان اثربخشی فیلیال‌تراپی و تراپلی در خصوص اضطراب و خرده‌مقیاس‌های آن، تفاوت معناداری وجود ندارد ( $P > 0.05$ ). لذا از یافته‌های این پژوهش می‌توان نتیجه گرفت که برنامه‌های فیلیال‌تراپی و تراپلی می‌توانند نقش مهمی در کاهش اضطراب در کودکان با آسیب شنوایی ایفا کنند.

**کلیدواژه‌ها:** فیلیال‌تراپی، تراپلی، اضطراب، کودکان با آسیب شنوایی.

## مقدمه

از دیدگاه فیزیولوژیکی، اصطلاح ناشنوا<sup>۱</sup> به فردی اطلاق می‌شود که افت شنوایی ۹۰ دسی‌بل یا بیشتر داشته باشد و به افراد با افت شنوایی کمتر از این سطح، سخت‌شنوا<sup>۲</sup> می‌گویند. به‌طور کلی نیز، به همه آنها افراد با آسیب شنوایی<sup>۳</sup> گفته می‌شود (عاشوری و جلیل‌آبکنار<sup>۴</sup>، ۱۳۹۷). آسیب شنوایی برای افراد مشکلاتی را در برقراری ارتباط ایجاد می‌کند که در نهایت، منجر به انزوای اجتماعی آنها می‌گردد (لاویر<sup>۵</sup>، ۲۰۱۸). این

موضوع می‌تواند بر سلامت روان افراد نیز تأثیراتی بر جای بگذارد و منجر به افزایش میزان اضطراب<sup>۶</sup> در آنها شود (زین‌سید و همکاران<sup>۷</sup>، ۲۰۱۸). آسیب شنوایی به‌طور آشکاری با اضطراب در ارتباط است (دیونیسین، ریف، کوئنبرگ، ریو، سوئد، بریار و فریجنز<sup>۸</sup>، ۲۰۱۴)، به‌گونه‌ای که نه‌تنها اضطراب در کودکان با آسیب شنوایی به میزان قابل‌ملاحظه‌ای بالاتر از هم‌سالان شنوای آنها است (زین‌سید و همکاران، ۲۰۱۸) که این افراد در مقایسه با هم‌سالان نابینا هم، اضطراب بیشتری را تجربه می‌کنند (رضایی و مهرمنش<sup>۹</sup>، ۱۳۹۴). ناتوانی افراد با آسیب شنوایی در برقراری ارتباط با دیگران ممکن است به انزوا، ناامیدی و در نهایت، سلامت روان ضعیف منجر شود که با اضطراب مرتبط است (ایدستاد و همکاران<sup>۱۰</sup>، ۲۰۱۹).

فیلیال تراپی<sup>۱۱</sup>، روشی کوتاه‌مدت و ترکیبی از بازی‌درمانی و خانواده‌درمانی است و از بنیان‌های نظری گوناگونی شکل گرفته است که از میان آن‌ها، می‌توان به رویکردهای رشد، شیوه‌های روان‌پویشی، رفتاردرمانی، آموزش اجتماعی، شناخت‌درمانی و سیستم‌های حل مشکلات بین‌فردی و خانوادگی اشاره کرد. این شیوه مداخله، همچون نظریه‌ای ساخت‌یافته و مستقیم برای کار با والدین و کودکان در درمان خانواده توصیف می‌شود (توفام و ون‌فلیت<sup>۱۲</sup>، ۲۰۱۱). بازی‌درمانی به شیوه فیلیال توسط گوئرني<sup>۱۳</sup> و به‌عنوان برنامه‌ای درمانی برای کودکان مبتلا به مشکلات هیجانی پایه‌گذاری شد (گوئرني و گویگان<sup>۱۴</sup>، ۱۹۸۱). کودکان در این رویکرد درمانی، با مراقبان خود بازی می‌کنند و درمی‌یابند که دوست‌داشتنی و مهم هستند. این موضوع، اعتماد به نفس و عزت‌نفس آنها را تقویت می‌کند (توفام و ون‌فلیت، ۲۰۱۱). تراپلی<sup>۱۵</sup> نیز، شیوه‌ای دیگر در بازی‌درمانی است که شامل چهار بعد ساختار، رقابت، اشتغال و پرورش است و طی آن، کودک به همراه درمانگر و والد خود، درگیر فعالیت‌های جذاب و سرگرم‌کننده می‌شود. این شیوه که توسط جرنبرگ<sup>۱۶</sup> (۱۹۷۶) پایه‌ریزی شده است، یک فرم ساختار یافته از بازی‌درمانی است که بر جنبه‌های مثبت کودکان تأکید دارد و با برجسته کردن خصوصیات منحصر به فردشان، فضای دلنشین و امنی را برای آنها فراهم می‌سازد (مونز<sup>۱۷</sup>، ۲۰۰۹). تراپلی، در حوزه‌های آموزش، مهارت‌های والدگری، خانواده‌درمانی، گروه‌درمانی و مداخله‌های زود هنگام مورد استفاده قرار می‌گیرد (وتیگ، فرانک و جردیک<sup>۱۸</sup>، ۲۰۰۶) و به عنوان شیوه‌ای که میان کودک، خانواده و درمانگر تعامل برقرار می‌کند، با هیجانات مرتبط است (عاشوری، ۱۳۹۸).

در حقیقت، یکی از مداخله‌های مؤثر که به بهبود تعامل والدین و کودک کمک می‌کند فیلیال تراپی است. اهمیت تعامل والدین و فرزندان باعث شده است که به این روش بازی‌درمانی توجه ویژه‌ای شود. فیلیال تراپی از طریق تأثیر بر مهارت‌های فرزندپروری منجر به بهبود روابط والدین و فرزندان می‌شود (عاشوری و کریم‌نژاد<sup>۱۹</sup>، ۲۰۲۱). بازی‌درمانی به روش تراپلی نیز نوعی مداخله مؤثر برای بهبود مشکلات اجتماعی و هیجانی کودکان است که برای ایجاد رابطه ایمن بین والدین و فرزندان استفاده می‌شود. این مداخله کوتاه‌مدت مبتنی بر دل‌بستگی است و از بازی‌های مختلفی برای تعامل والد-کودک بهره می‌گیرد که به دل‌بستگی ایمن میان آنها کمک می‌کند (یزدانی‌پور، عاشوری و عابدی<sup>۲۰</sup>، ۱۳۹۹). علاوه بر این، فیلیال تراپی یکی از روش‌های بازی‌درمانی است که از بازی والدین و فرزندان برای درمان مشکلات آنها استفاده می‌کند و باعث بهبود تعامل والد و کودک، کاهش مشکلات رفتاری، کاهش استرس والدینی و اضطراب کودک می‌شود (یزدانی‌پور، عاشوری و عابدی، ۱۳۹۹). بنابراین به نظر می‌رسد این دو رویکرد بازی‌درمانی بتوانند با تأثیر مستقیمی که بر روابط والد-فرزند دارند به کاهش مشکلات اضطرابی در کودکان با آسیب شنوایی کمک

کنند. متخصصان با به کارگیری بازی‌درمانی به سبک‌های فیلیال و تراپلی، درصدد بالا بردن توانمندی کودکان و خانواده‌های آنها در برابر موقعیت‌های چالش‌برانگیز و حل مشکلات روانی و رفتاری آنها هستند. بنابراین، با استفاده از برنامه‌های مداخله‌ای فیلیال‌تراپی و تراپلی، می‌توان بسیاری از نواقص موجود در نحوه نشان دادن واکنش هیجانی، اجتماعی و روانی به موقعیت‌های گوناگون را برطرف کرد.

پژوهش‌هایی در رابطه با اثربخشی فیلیال‌تراپی و تراپلی، در سنین مختلف و حوزه‌های گوناگون در ایران و خارج از کشور انجام شده است. در این راستا، یافته‌های پژوهش جمشیدی، خیاطان و آقایی<sup>۲۱</sup> (۱۳۹۹) نشان داده که درمان ترکیبی پذیرش و تعهد و تراپلی و همچنین درمان پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی کودکان اثر دارد و سبب افزایش کیفیت زندگی در ابعاد عملکرد جسمانی، عملکرد عاطفی، عملکرد اجتماعی، عملکرد تحصیلی و کیفیت زندگی کلی شده است، اما درمان ترکیبی پذیرش و تعهد و تراپلی اثربخش‌تر از درمان اختصاصی درمان پذیرش و تعهد است. در پژوهشی دیگر، حسینی اردکانی و پورنعمت<sup>۲۲</sup> (۱۳۹۸)، نشان داده‌اند که بازی‌درمانی به شیوه فیلیال بر کاهش اختلال اضطراب جدایی در کودکان ۸ تا ۱۲ ساله مؤثر است. مقوم، نصیریان و زارعی محمودآباد<sup>۲۳</sup> (۱۳۹۶) نیز در پژوهش خود نشان دادند که بازی‌درمانی به شیوه فیلیال می‌تواند بر کاهش میزان اضطراب، استرس و افسردگی مادران کودکان کم‌توان ذهنی و کودکان با آسیب جسمی تأثیر قابل‌توجهی داشته باشد. همچنین یافته‌های پژوهش فرهادیه، یزدخواستی و عریضی<sup>۲۴</sup> (۱۳۹۵) نشان داده که بازی‌درمانی گروهی به شیوه تراپلی تأثیر آشکاری در افزایش تعامل بین‌فردی، انعطاف‌پذیری و ادراک احساسات در کودکان داشته است. علاوه بر این، نتایج پژوهش عاشوری و کریم‌نژاد (۲۰۲۱) نشان داده که فیلیال‌تراپی باعث بهبود تعامل و نزدیکی مادر ناشنوا با فرزند شنوای خود و همچنین کاهش تعارض و وابستگی بین آنها می‌شود. یافته‌های پژوهش ساندبرگ و اولرسجو و نیلسون<sup>۲۵</sup> (۲۰۲۰) حاکی از آن بود که درمان تراپلی، تأثیر قابل‌توجهی بر کاهش علائم روان‌شناختی کودک، کاهش استرس والدگری، بهبود تجربه تعامل والدین با کودک و دستیابی به درک عمیق‌تر از کودک داشته است. نتایج مطالعه سنکاک<sup>۲۶</sup> (۲۰۱۹) نیز نشان داده که تراپلی می‌تواند تفاوت معناداری در نمرات مشکلات رفتاری، مهارت‌های اجتماعی و مهارت‌های همکاری اجتماعی میان کودکان پنج تا شش ساله ایجاد کند. همچنین ابراهیمی و همکاران<sup>۲۷</sup> (۲۰۱۹)، در پژوهشی عنوان کرده‌اند که بازی‌درمانی به شیوه فیلیال، باعث کاهش افسردگی کودکان مبتلا به سرطان و افسردگی، اضطراب و استرس والدین آنها می‌شود. تال، تال و گرین<sup>۲۸</sup> (۲۰۱۸) نیز، در پژوهش خود نشان دادند که فیلیال‌تراپی می‌تواند در کاهش نشانه‌های درونی‌شده و بیرونی‌شده کودکان، استرس والدگری و نشانه‌های آسیب روانی ثانویه در والدین، تأثیر قابل‌توجهی به جای بگذارد.

اگرچه در حوزه‌ی تأثیر بازی‌درمانی به شیوه‌های فیلیال و تراپلی بر اضطراب، استرس، افسردگی، تنظیم هیجان، مشکلات رفتاری، مهارت‌های اجتماعی، سبک‌های والدگری، سازگاری، مهارت ارتباطی، مشارکت آموزشی و بهزیستی روان‌شناختی در گروه‌های مختلف کودکان و والدین آنها پژوهش‌هایی انجام شده ولی تا آنجا که پژوهشگر می‌داند هیچ پژوهشی در این زمینه روی کودکان با آسیب شنوایی انجام نشده است. بنابراین پژوهش حاضر درصدد است که اثربخشی دو روش بازی‌درمانی فیلیال‌تراپی و تراپلی را بر اضطراب کودکان با آسیب شنوایی مورد بررسی، ارزیابی و مقایسه قرار دهد.

## روش

### جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

طرح تحقیقاتی پژوهش حاضر، نیمه‌آزمایشی، از نوع پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه گواه بود که در آن آزمودنی‌ها به روش در دسترس انتخاب و به طور تصادفی، در سه گروه (دو گروه آزمایشی و یک گروه کنترل) دسته‌بندی شدند. جامعه آماری شامل همه کودکان با آسیب‌شنوایی و مادران آنها در شهر اصفهان و تهران در سال ۱۳۹۸ و ۱۳۹۹ بود. برای اجرای پژوهش و انتخاب نمونه، به مرکز توان‌بخشی مادر-کودک آوا در شهر اصفهان و انجمن پروانه‌ها در شهر تهران مراجعه شد. دلیل انتخاب نمونه از دو استان مختلف، کم بودن تعداد کودکان ۵ و ۶ سال با آسیب‌شنوایی و دسترسی نداشتن به آنها در شرایط کرونایی بود. پس از انجام هماهنگی‌های لازم و با توجه به ملاک‌های ورود و ملاک‌های خروج، ۳۹ نفر از کودکان با آسیب‌شنوایی و مادران آنها انتخاب شدند و در دو گروه آزمایش و یک گروه گواه قرار داده شدند، به نحوی که اعضای هر گروه ۱۳ نفر بود.

ملاک‌های ورود به پژوهش که در مورد هر یک از آزمودنی‌ها کنترل شد، عبارت بودند از: تمایل به شرکت در پژوهش، دامنه سنی ۵ تا ۶ سال برای کودکان با آسیب‌شنوایی، بهره هوشی در دامنه ۹۰ تا ۱۰۰ بر اساس پرونده ثبت‌نامی، میزان افت شنوایی در دامنه ۴۰ تا ۸۰ دسی‌بل بر اساس پرونده ثبت‌نامی، استفاده از سمعک یا کاشت حلزون در دو سال اخیر، آسیب‌شنوایی از نوع حسی-عصبی، دامنه سنی ۳۰ تا ۴۵ سال و حداقل مدرک تحصیلی دیپلم برای مادران.

### ابزار پژوهش

**مقیاس اضطراب کودکان پیش‌دبستانی:** این مقیاس را اسپنس، راپی، مکدونالد و اینگرام<sup>۲۹</sup> در سال ۲۰۰۱ برای بررسی مشکلات اضطرابی کودکان ۲ تا ۵ ساله تدوین کرده‌اند. این مقیاس ۳۸ ماده و ۵ خرده‌مقیاس دارد که عبارت‌اند از: اختلال اضطراب جدایی (۵ ماده)، اختلال اضطرابی تعمیم‌یافته (۵ ماده)، هراس اجتماعی (۶ ماده)، ترس از آسیب اجتماعی (۷ ماده) و اختلال وسواس-بی‌اختیاری (۵ ماده). در این پرسش‌نامه، پاسخ به سؤال‌ها به صورت طیف لیکرت ۵ درجه‌ای، از ۰ تا ۴ صورت می‌گیرد و والدین با توجه به میزان فراوانی رفتارها در کودک، به هر سؤال پاسخ می‌دهند. اعتبار بین اطلاع‌دهندگان شامل همبستگی بین اطلاعات کسب‌شده از مادر و پدر بیش از ۰/۶ و همبستگی بین آزمون-بازآزمون بیشتر از ۰/۶۰ بوده است. نتایج تحلیل عاملی نیز نشان داده که همبستگی تمام زیرمقیاس‌های پرسش‌نامه با مشکلات درونی‌سازی‌شده در «فهرست رفتاری کودک آخنباخ»<sup>۳۰</sup>، بالاتر از ۰/۴۲ بوده است. هم‌چنین، روایی درونی پرسش‌نامه برابر با ضریب آلفای کرونباخ بیش از ۰/۷۰ گزارش شده است (اسپنس، راپی، مکدونالد و اینگرام، ۲۰۰۱). قنبری، خان‌محمدی، خداپناهی، مظاهری و لواسانی<sup>۳۱</sup> نیز، در سال ۱۳۹۰ این پرسش‌نامه را در ایران هنجار کردند. در نسخه داخلی، تمام خرده‌مقیاس‌ها (به جز خرده‌مقیاس اختلال وسواس-بی‌اختیاری) از همسانی درونی متوسط تا بالایی (۰/۶۴ تا ۰/۷۶) برخوردار بوده و اعتبار خوبی داشته است. علاوه بر این، همبستگی بالای آزمون-بازآزمون (۰/۷۳ تا ۰/۸۲) نشان‌دهنده اعتبار خوب این مقیاس است (قنبری،

خان‌محمدی، خداپناهی، مظاهری و لواسانی، ۱۳۹۰). در پژوهش حاضر، پایایی این مقیاس، از طریق آلفای کرونباخ محاسبه شد که برابر با ۰/۹۵ بود.

## روش اجرای پژوهش

برای انجام پژوهش، نامه‌ای از دانشگاه اصفهان برای مرکز توان‌بخشی مادر- کودک آوا در شهر اصفهان و انجمن پروانه‌ها در شهر تهران گرفته شد و هماهنگی‌های لازم به عمل آمد. پس از انتخاب نمونه مدنظر، آزمودنی‌ها به صورت تصادفی، در دو گروه آزمایش و یک گروه گواه گمارش شدند و پرسش‌نامه اضطراب کودکان پیش‌دبستانی، پیش‌آزمون برای هر سه گروه اجرا شد. در مرحله بعد، برنامه‌های فیلیال‌تراپی و تراپلی برای دو گروه آزمایش به اجرا درآمد ولی گروه گواه در این برنامه‌ها شرکت نکردند و از برنامه رایج مرکز توان‌بخشی استفاده نمودند. لازم به ذکر است که برنامه تراپلی به صورت حضوری و در مرکز توان‌بخشی مادر- کودک آوا برگزار شد اما برنامه فیلیال‌تراپی، به دلیل وجود شرایط کرونایی، به شیوه مجازی و از طریق پیام‌رسان واتساپ اجرا شد؛ به این صورت که آموزش‌های مرتبط با فیلیال‌تراپی از طریق پیام صوتی و نوشتاری برای والد ارسال می‌شد و والد از جلسات بازی خانگی، فیلم و عکس تهیه می‌کرد و جهت گزارش به پژوهشگر، آنها را از طریق پیام‌رسان مذکور ارسال می‌کرد. پس از اجرای برنامه‌های مداخله نیز، با استفاده از پرسش‌نامه اضطراب کودکان پیش‌دبستانی، از هر سه گروه آزمایش اول (فیلیال‌تراپی)، آزمایش دوم (تراپلی) و گواه، پس‌آزمون گرفته شد. شرح مختصری از ساختار جلسات در برنامه فیلیال‌تراپی (براتون و همکاران<sup>۲۲</sup>، ۲۰۰۶) در جدول ۱ آورده شده است.

جدول ۱: ساختار جلسات در برنامه فیلیال‌تراپی

جلسه	هدف	محتوا
۱	پیدایش حساسیت درباره فرزندان و دادن پاسخ‌های همدلانه به آنها	پژوهشگر به معرفی چهار احساس اصلی (شادی، خشم، ترس و غم) پرداخت و نحوه پاسخگویی به احساسات کودک را به والدین آموزش داد.
۲	آگاهی والدین از روند اجرای جلسات و آشنایی با اصول بازی	پژوهشگر در رابطه با اهمیت بازی و تأثیر آن بر رابطه والد- فرزند توضیحاتی ارائه داد، چهار اصل اساسی بازی (کودک‌محور بودن بازی، حساسیت نسبت به حالات کودک، ارائه واکنش همدلانه، اعمال محدودیت‌های منطقی) را بیان کرد و لیستی از آنچه والدین برای اجرای جلسات نیاز دارند ارائه کرد. این لیست شامل اسباب‌بازی‌های مشابه زندگی واقعی، اسباب‌بازی‌های مربوط به برون‌ریزی هیجانی و اسباب‌بازی‌های بهبود خلاقیت بود.
۳	آشنایی والدین با بایدها و نبایدهای جلسات و مقررات در قبل و حین و بعد از بازی	پژوهشگر بایدها و نبایدهای بازی را توضیح داد و نحوه هدایت جلسات را به والدین آموزش داد. از جمله نکات مهم در این جلسه، تأکید بر کودک‌محور بودن بازی بود. به این صورت که والدین می‌بایست از هر سه نوع اسباب‌بازی که پیشتر معرفی شدند، نمونه‌هایی در اختیار کودک قرار دهند تا کودک، هرطور که دوست دارد، با آنها بازی کند. حین بازی، وظیفه والدین همراهی کودک در بازی و عمل کردن مطابق نظر او است.
۴	آشنایی با نحوه صحیح برخورد با رفتارهای اشتباه کودک	در آغاز این جلسه دروس جلسات قبل مرور شد، فیلم‌ها و گزارش‌های تهیه‌شده از فعالیت والدین بررسی و نقد و ارزیابی شد. سپس، در مورد چرایی و چگونگی اعمال حد و مرز در بازی با کودکان گفت‌وگو شد.

۵	آشنایی با نحوه صحیح صحبت کردن با کودک و اهمیت شناخت احساسات خود	در آغاز این جلسه دروس جلسات قبل مرور شد، فیلمها و گزارشهای تهیه شده از فعالیت والدین بررسی و نقد و ارزیابی شد. سپس، در رابطه با چرایی اهمیت شناخت احساسات خود، برای والدین توضیحاتی داده شد و شیوه صحیح گفتگو با کودک در موقعیت‌های چالش برانگیز به آنها آموزش داده شد.
۶	آگاهی والدین از اهمیت دادن حق انتخاب به کودک و نحوه انجام این کار	در آغاز این جلسه دروس جلسات قبل مرور شد، فیلمها و گزارشهای تهیه شده از فعالیت والدین بررسی و نقد و ارزیابی شد. سپس آموزشهایی در رابطه با شیوه دادن حق انتخاب به کودک، به عنوان روش مکمل محدودیت‌گذاری و ضرورت این امر در کاهش مشکلات رفتاری، ارائه شد.
۷	آگاهی والدین از ضرورت برخورداری از اعتماد به نفس و نحوه بهبود آن در طی بازی با کودک	در آغاز این جلسه دروس جلسات قبل مرور شد، فیلمها و گزارشهای تهیه شده از فعالیت والدین بررسی و نقد و ارزیابی شد. سپس شیوه‌های بهبود اعتماد به نفس کودک از طریق واکنش‌دهی صحیح آموزش داده شد.
۸	آگاهی والدین از تفاوت میان تحسین کردن و ترغیب کردن و نحوه درست اعمال آنها	در آغاز این جلسه دروس جلسات قبل مرور شد، فیلمها و گزارشهای تهیه شده از فعالیت والدین بررسی و نقد و ارزیابی شد. سپس شیوه ترغیب کردن تلاش کودک به جای تحسین نتیجه کار آموزش داده شد.
۹	آشنایی با حالت پیشرفته اعمال محدودیت	در آغاز این جلسه دروس جلسات قبل مرور شد، فیلمها و گزارشهای تهیه شده از فعالیت والدین بررسی و نقد و ارزیابی شد. سپس شیوه محدودیت‌گذاری در سطح پیشرفته آموزش داده شد.
۱۰	مرور و تمرین مهارت‌های آموخته شده	در آغاز این جلسه دروس جلسات قبل مرور شد، فیلمها و گزارشهای تهیه شده از فعالیت والدین بررسی و نقد و ارزیابی شد. سپس کلیه مهارت‌های آموزش داده شده، مرور و مجدداً تمرین شدند. در پایان بر تدریجی بودن روند بهبود مشکلات رفتاری کودک و روابط او با والدین تأکید شد و پژوهشگر والدین را تشویق کرد به جلسات ادامه دهند.

برنامه تراپلی که مداخله‌ای بر مبنای نظریه دلبستگی است، در ۱۰ جلسه آموزشی ۴۰ دقیقه‌ای ساختار بندی شد. ساختار جلسات این برنامه که در جدول ۲ ارائه شده است، برگرفته از مدل بوث و جرنبرگ<sup>۳۳</sup> (۲۰۰۹) است.

جدول ۲: ساختار جلسات در برنامه تراپلی

جلسه	هدف	محتوا
۱	برقراری ارتباط با والد و کودک	پژوهشگر به شیوه‌ای قابل درک، اهداف پژوهشی را برای والد و کودک شرح داد، فضایی سرشار از اعتماد و دوستی فراهم آورد و مقررات حاکم بر جلسات آتی را بیان کرد.
۲	تشخیص رفتارهای مطلوب و نامطلوب و آشنایی با شیوه مناسب واکنش‌دهی	پژوهشگر جلسه بازی را با حضور کودک و نظارت والد شروع کرد. در آغاز قوانین حاکم بر بازی که بر بعد ساختار در تراپلی تأکید داشتند، برای کودک شرح داده شد. از جمله این قوانین می‌توان به محافظت از وسایل بازی، اجتناب از آسیب زدن به خود و دیگران و مرتب کردن وسایل و اتاق پس از پایان بازی اشاره کرد. در طول بازی، رفتارهای مطلوب و نامطلوب کودک مشخص و به آنها واکنش مناسب نشان داده شد و در حین اجرا اصل پیروی از کودک رعایت شد. پس از پایان بازی، اصول به کار گرفته شده در جلسه برای والد تشریح شدند. از جمله فعالیت‌های مورد نظر در این جلسه، می‌توان به موشک‌بازی، بادکنک‌بازی، یافتن اشیای پنهان و خانه‌سازی اشاره کرد که دربر دارنده ابعاد اشتغال و رقابت بودند.

۳	آشنایی با احساسات و هیجانات مختلف و نام‌گذاری آنها	پژوهشگر جلسه بازی را با حضور کودک و نظارت والد شروع کرد. در آغاز قوانین حاکم بر بازی که بر بعد ساختار در تراپلی تأکید داشتند، برای کودک شرح داده شد. در طول بازی به کودک کمک داده شد تا احساسات خود را بشناسد و آنها را نام‌گذاری کند. پس از پایان بازی، اصول به کار گرفته شده در جلسه برای والد تشریح شد. از جمله فعالیت‌های مورد نظر در این جلسه، می‌توان به بازی صورتک‌های هیجان، بازی نهنگ و ماهی‌ها و ترسیم چهار احساس اصلی اشاره کرد که دربر دارنده ابعاد اشتغال و رقابت بودند.
۴	آشنایی با موقعیت‌های اجتماعی مختلف و تأکید بر اهمیت ابراز هیجانات	پژوهشگر جلسه بازی را با حضور کودک و نظارت والد شروع کرد. در آغاز قوانین حاکم بر بازی که بر بعد ساختار در تراپلی تأکید داشتند، برای کودک شرح داده شد. در این جلسه، کودک از طریق ایفای نقش با موقعیت‌های اجتماعی آشنا و بر بیان و ابراز هیجانات تأکید شد. در پایان نیز اصول به کار گرفته شده در جلسه برای والد تشریح شد و پژوهشگر او را برای اجرای جلسه چهارم آماده کرد. از جمله فعالیت‌های مورد نظر در این جلسه، می‌توان به بازی ایفای نقش دکتر-بیمار و نیز فروشنده-خریدار اشاره کرد که دربر دارنده بعد اشتغال بودند.
۵	آماده کردن والدین برای اجرای بازی در خانه و هدایت جلسه از مرکز به خانه	این جلسه، با شرکت فعال والد و نظارت پژوهشگر اجرا شد. در آغاز قوانین حاکم بر بازی که بر بعد ساختار در تراپلی تأکید داشتند، برای کودک شرح داده شد. در این جلسه والد، مطابق با اصول آموخته شده در جلسات پیشین، مشغول بازی با کودک خود شد و در پایان جلسه پژوهشگر، که ناظر فعالیت والد و کودک بود، نقاط قوت و ضعف والد را در اجرای بازی به او نشان داد. در نهایت، جلسات بازی از مرکز به خانه هدایت شدند و پژوهشگر از والد درخواست کرد از جلسات خانگی خود، فیلم یا گزارش کتبی تهیه کند. از جمله فعالیت‌های مدنظر در این جلسه، می‌توان به نقاشی مشارکتی والد-کودک، بادکنک‌بازی و خوردن تغذیه اشاره کرد که دربر دارنده ابعاد اشتغال و رقابت و پرورش بودند.
۶	افزایش توجه مثبت والد به کودک با تأکید بر ابعاد ساختار، اشتغال و رقابت	این جلسه در خانه و با مشارکت والد و کودک اجرا شد و گزارش آن برای پژوهشگر ارسال شد. پژوهشگر نیز نقاط قوت و ضعف احتمالی در اجرا را به والد نشان داد. از جمله فعالیت‌های مدنظر در این جلسه، می‌توان به مسابقه توپ و سبد، رساندن توپ‌ها به مقصد با استفاده از قاشق و بادکنک‌بازی اشاره کرد که دربر دارنده ابعاد اشتغال و رقابت بودند. لازم به ذکر است که والدین در آغاز، قوانین حاکم بر بازی را که بر بعد ساختار در تراپلی تأکید داشتند، برای کودک شرح دادند.
۷	افزایش توجه مثبت والد به کودک با تأکید بر ابعاد ساختار، اشتغال و پرورش	این جلسه، در خانه و با مشارکت والد و کودک اجرا شد و گزارش آن برای پژوهشگر ارسال شد. پژوهشگر نیز نقاط قوت و ضعف احتمالی در اجرا را به والد نشان داد. از جمله فعالیت‌های مورد نظر در این جلسه می‌توان به توپ بازی، لی‌لی و خوردن تغذیه اشاره کرد که دربر دارنده ابعاد اشتغال و پرورش بودند. همچنین والدین در آغاز، قوانین حاکم بر بازی - که بر بعد ساختار در تراپلی تأکید داشتند - را برای کودک شرح دادند.
۸	افزایش توجه مثبت والد به کودک با تأکید بر ابعاد ساختار، اشتغال و رقابت	این جلسه در خانه و با مشارکت والد و کودک اجرا شد و گزارش آن برای پژوهشگر ارسال شد. پژوهشگر نیز نقاط قوت و ضعف احتمالی در اجرا را به والد نشان داد. از جمله فعالیت‌های مورد نظر در این جلسه، می‌توان به موشک‌بازی، بازی نهنگ و ماهی‌ها و مسابقه تشخیص اشیای تغییر مکان داده شده اشاره کرد که دربر دارنده ابعاد اشتغال و رقابت بودند. همچنین والدین در آغاز قوانین حاکم بر بازی - که بر بعد ساختار در تراپلی تأکید داشتند - را برای کودک شرح دادند.
۹	افزایش توجه مثبت والد به کودک با تأکید بر ابعاد ساختار، پرورش، اشتغال و رقابت	این جلسه در خانه و با مشارکت والد و کودک اجرا شد و گزارش آن برای پژوهشگر ارسال شد. پژوهشگر نیز نقاط قوت و ضعف احتمالی در اجرا را به والد نشان داد. از جمله فعالیت‌های مورد نظر در این جلسه، می‌توان به ایفای نقش مهمان-میزبان، مسابقه تقلید شکلک بدون خنده و خوردن تغذیه اشاره کرد که دربر دارنده ابعاد پرورش، اشتغال



و رقابت بودند. همچنین والدین در آغاز قوانین حاکم بر بازی - که بر بعد ساختار در تراپی تأکید داشتند - را برای کودک شرح دادند.		
این جلسه با حضور پژوهشگر و والد برگزار شد. کلیه مهارت‌های آموخته شده مرور شد. پژوهشگر به سوالات احتمالی والد پاسخ داد و والد را تشویق کرد به این جلسات در خانه ادامه دهد.	مرور و تمرین مهارت‌های آموخته شده	۱۰

برای بررسی نمره کلی متغیر وابسته (اضطراب) از تحلیل کوواریانس تک‌متغیری و برای بررسی خرده مقیاس‌های این متغیر، از روش تحلیل کوواریانس چندمتغیری استفاده شد. داده‌ها با استفاده از نسخه ۲۴ نرم‌افزار SPSS تحلیل شدند.

### یافته‌ها

شاخص‌های توصیفی شامل شاخص‌های آماری مانند میانگین، انحراف معیار و تعداد آزمودنی‌های نمونه مربوط به نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون اضطراب در دو گروه آزمایش و گروه گواه در جدول ۳ مشاهده می‌شود.

جدول ۳: شاخص‌های آماری متغیر پژوهش

گروه گواه		گروه آزمایش ۲		گروه آزمایش ۱		موقعیت	متغیرها	
انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین			
۳/۳۵	۲/۳۰	۶/۴۸	۴/۶۹	۱/۵۶	۲/۴۶	پیش‌آزمون	اختلال پانیک	۱- ۲- ۳- ۴- ۵- ۶- ۷- ۸- ۹- ۱۰- ۱۱- ۱۲-
۷/۳۵	۶/۶۹	۴/۷۱	۲/۶۱	۱/۳۳	۱/۷۶	پس‌آزمون		
۵/۶۵	۶/۰۰	۳/۹۲	۷/۶۹	۲/۷۸	۷/۶۱	پیش‌آزمون	اضطراب جدایی	
۵/۴۳	۷/۶۱	۳/۸۰	۴/۰۰	۲/۴۳	۵/۳۸	پس‌آزمون		
۳/۹۲	۴/۴۶	۳/۱۳	۶/۰۰	۲/۲۸	۵/۶۹	پیش‌آزمون	ترس از آسیب جسمانی	
۳/۹۱	۶/۰۰	۳/۰۴	۴/۰۷	۲/۱۲	۴/۰۰	پس‌آزمون		
۳/۰۶	۲/۶۱	۴/۱۵	۴/۳۰	۲/۷۵	۳/۶۱	پیش‌آزمون	اضطراب اجتماعی	
۵/۳۷	۵/۳۰	۳/۳۴	۳/۰۰	۲/۲۱	۲/۳۰	پس‌آزمون		
۲/۳۹	۱/۶۹	۴/۱۴	۳/۸۴	۱/۴۴	۳/۰۷	پیش‌آزمون	وسواس فکری - عملی	
۴/۱۹	۳/۹۲	۲/۷۶	۲/۰۰	۱/۵۰	۱/۶۱	پس‌آزمون		
۲/۸۷	۲/۵۳	۴/۴۰	۵/۰۷	۱/۵۲	۴/۰۰	پیش‌آزمون	اضطراب فراگیر	
۴/۷۳	۵/۳۰	۴/۱۷	۳/۶۹	۱/۴۶	۲/۸۴	پس‌آزمون		
۲۰/۰۷	۱۹/۵۳	۲۳/۴۵	۳۱/۶۱	۸/۲۲	۲۶/۴۶	پیش‌آزمون	نمره کل	
۲۷/۸۸	۳۴/۰۷	۱۷/۷۸	۱۹/۳۸	۶/۴۹	۱۷/۹۲	پس‌آزمون		

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد میانگین نمره اضطراب و همچنین خرده‌مقیاس‌های آن، پیش از مداخله و پس از مداخله تغییر یافته است. در قسمت یافته‌های استنباطی، به منظور بررسی فرضیه پژوهش و معناداری تفاوت‌های مشاهده شده، ابتدا از تحلیل کوواریانس تک‌متغیری (ANCOVA) و آزمون تعقیبی توکی استفاده شد. به این منظور، ابتدا نرمال بودن توزیع داده‌ها با استفاده از آزمون شاپیرو ویلکز، مفروضه همگنی واریانس

با آزمون لون و مفروضه همگنی شیب رگرسیون مورد بررسی و تأیید قرار گرفت (۰/۰۵). در جدول ۴ نتایج تحلیل کوواریانس تک‌متغیری نمره پس‌آزمون اضطراب گزارش شده است.

جدول ۴: نتایج تحلیل کوواریانس تک‌متغیری نمره پس‌آزمون اضطراب

منابع تغییر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	نسبت F	سطح معناداری	مجذور اتا	توان آماری
پیش‌آزمون گروه	۹۱۷۹/۲۴	۱	۹۱۷۹/۲۴	۷۲/۱۳	۰/۰۰۰۱	۰/۶۷	۱/۰۰
خطا	۴۴۵۳/۶۷	۳۵	۱۲۷/۲۴	۱۸/۰۲	۰/۰۰۰۱	۰/۵۱	۱/۰۰
کل	۱۵۷۰۸/۳۵	۳۸					

با توجه به نتایج جدول ۴، گروه‌ها اثر معناداری بر نمرات پس‌آزمون اضطراب داشتند ( $P < 0/0001$ ) و بر اساس مجذور اتا می‌توان عنوان کرد که ۵۱ درصد تغییر در این متغیر به علت اثر مداخله است. در ادامه به منظور مقایسه میانگین گروه‌های آزمایش و گواه از آزمون تعقیبی توکی استفاده شد که نتایج آن در جدول ۵ آمده است.

جدول ۵: نتایج آزمون توکی برای مقایسه میانگین گروه‌ها

متغیر	گروه‌ها		اختلاف میانگین‌ها	انحراف استاندارد	سطح معناداری
اضطراب	آزمایش ۱	آزمایش ۲	۳/۰۰	۴/۴۵	۰/۵۰
		گواه	-۲۲/۱۴	۴/۴۸	۰/۰۰۰۱
	آزمایش ۲	گواه	-۲۵/۱۴	۴/۵۹	۰/۰۰۰۱

همان‌طور که در جدول ۵ مشاهده می‌شود، بین گروه آزمایش اول (فیلیال‌تراپی) و گروه آزمایش دوم (تراپلی) تفاوت اندکی وجود داشت و این تفاوت از نظر آماری معنادار نبود. بین گروه آزمایش اول (فیلیال-تراپی) و گروه گواه نیز تفاوت معنادار مشاهده شد. همچنین بین گروه آزمایش دوم (تراپلی) و گروه گواه تفاوت معناداری وجود داشت. در ادامه، به منظور بررسی اثربخشی مداخلات فیلیال‌تراپی و تراپلی بر خرده‌مقیاس‌های اضطراب از تحلیل کوواریانس چندمتغیری و آزمون تعقیبی بنفرونی استفاده شد. به همین منظور، ابتدا نرمال بودن توزیع داده‌ها با استفاده از آزمون آماری شاپیرو ویلکز، همگنی ماتریس‌های واریانس-کوواریانس با استفاده از آزمون ام. باکس، وجود همبستگی میان متغیرهای وابسته با آزمون کرویت بارتل و همگنی واریانس‌ها با استفاده از آزمون لون بررسی و تأیید شد (۰/۰۵). در جدول ۶، نتایج کلی تحلیل کوواریانس چندمتغیری نمره اضطراب گزارش شده است.

جدول ۶: نتایج کلی تحلیل کوواریانس چندمتغیری

نام آزمون	مقدار	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	آماره F	سطح معناداری
اثر پیلایی	۰/۹۸	۱۲	۵۲	۴/۲۰	<۰/۰۰۰۱
لامبدای ویلکز	۰/۲۳	۱۲	۵۰	۴/۴۵	<۰/۰۰۰۱
اثر هانلینگ	۲/۳۴	۱۲	۴۸	۴/۶۹	<۰/۰۰۰۱
بزرگ‌ترین ریشه روی	۱/۸۳	۶	۲۶	۷/۹۶	<۰/۰۰۰۱

نتایج آزمون‌های چهارگانه، که در جدول ۶ آمده است، حاکی از آن است که گروه‌های آزمایش و گواه حداقل در یکی از متغیرهای اختلال پانیک، اختلال اضطراب جدایی، ترس از آسیب جسمانی، هراس اجتماعی، اختلال وسواس فکری عملی و اضطراب فراگیر تفاوت معناداری دارند ( $P < ۰/۰۰۰۱$ ). به منظور پی‌بردن به این تفاوت، از آزمون آماری مانکوا استفاده شد که نتایج آن در جدول ۷ آمده است.

جدول ۷: نتایج تفکیکی تحلیل کوواریانس چند متغیری

متغیرهای وابسته	منبع اثر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	سطح معناداری	مجذور اتا	توان آزمون
اختلال پانیک	پیش‌آزمون	۳۳/۰۹	۱	۳۳/۰۹	۳/۵۵	۰/۰۶	۰/۱۰	۰/۴۷
	گروه	۲۳۵/۹۰	۲	۱۱۷/۹۵	۱۲/۶۶	۰/۰۰۰۱	۰/۴۵	۰/۹۹
	خطا	۲۷۹/۴۰	۳۰	۹/۳۱				
	کل	۱۱۱۴/۳۰	۳۸					
اضطراب جدایی	پیش‌آزمون	۳۱/۰۳	۱	۳۱/۰۳	۵/۹۸	۰/۰۲	۰/۱۷	۰/۶۶
	گروه	۱۵۶/۱۸	۲	۷۸/۴۱	۱۵/۱۱	۰/۰۰۰۱	۰/۵۰	۰/۹۹
	خطا	۱۵۵/۶۲	۳۰	۵/۱۸				
	کل	۶۸۶/۶۶	۳۸					
ترس از آسیب جسمانی	پیش‌آزمون	۲۷/۶۱	۱	۲۷/۶۱	۴/۷۵	۰/۰۳	۰/۱۴	۰/۵۶
	گروه	۶۳/۶۸	۲	۳۱/۸۴	۵/۴۸	۰/۰۰۹	۰/۲۷	۰/۸۱
	خطا	۱۷۴/۳۲	۳۰	۵/۸۱				
	کل	۳۸۲/۳۰	۳۸					
هراس اجتماعی	پیش‌آزمون	۱۲۳/۱۰	۱	۱۲۳/۱۰	۲۳/۶۵	۰/۰۰۰۱	۰/۴۴	۰/۹۸
	گروه	۱۴۲/۲۴	۲	۷۱/۱۲	۱۳/۶۶	۰/۰۰۰۱	۰/۴۸	۰/۹۷
	خطا	۱۵۶/۱۳	۳۰	۵/۲۰				
	کل	۶۰۳/۶۹	۳۸					
وسواس فکری - عملی	پیش‌آزمون	۴/۳۹	۱	۴/۳۹	۱/۳۶	۰/۲۵	۰/۰۴	۰/۲۰
	گروه	۷۴/۸۸	۲	۳۷/۴۴	۱۱/۵۸	۰/۰۰۰۱	۰/۴۴	۰/۹۹
	خطا	۹۶/۹۲	۳۰	۳/۲۳				
	کل	۳۶۹/۷۴	۳۸					
اضطراب فراگیر	پیش‌آزمون	۱۰/۱۱	۱	۱۰/۱۱	۱/۳۷	۰/۲۵	۰/۰۴	۰/۲۰
	گروه	۵۲/۱۰	۲	۲۶/۰۵	۳/۵۴	۰/۰۴	۰/۱۹	۰/۶۱
	خطا	۲۲۰/۷۲	۳۰	۷/۳۵				
	کل	۵۴۳/۸۹	۳۸					

همان‌طور که نتایج جدول ۷ نشان می‌دهد با در نظر گرفتن نمره‌های پیش‌آزمون به‌عنوان متغیرهای همپراش، تفاوت نمرات بین همه متغیرهای اختلال پانیک، اختلال اضطراب جدایی، ترس از آسیب اجتماعی، هراس اجتماعی، اختلال وسواس فکری عملی و اضطراب فراگیر در گروه‌های آزمایش و گواه معنادار است ( $P < 0/05$ ). بنابراین می‌توان گفت که با توجه به مجذور اتا در هر یک از خرده‌مقیاس‌های متغیرهای اختلال پانیک، اختلال اضطراب جدایی، ترس از آسیب جسمانی، هراس اجتماعی، اختلال وسواس فکری عملی و اضطراب فراگیر به ترتیب ۰/۴۵٪، ۰/۵۰٪، ۰/۲۷٪، ۰/۴۸٪، ۰/۴۴٪ و ۰/۱۹٪ تغییرات از اثر مداخله ناشی می‌شود. در ادامه به منظور مقایسه میانگین گروه‌های آزمایش و گواه از آزمون تعقیبی بنفرونی استفاده شد که نتایج آن در جدول ۸ آمده است.

جدول ۸: نتایج آزمون بنفرونی برای مقایسه میانگین گروه‌ها

متغیر	گروه‌ها		اختلاف میانگین‌ها	انحراف استاندارد	سطح معناداری
	آزمایش ۱	آزمایش ۲			
اختلال پانیک	آزمایش ۱	آزمایش ۲	۰/۳۰	۱/۲۴	۱/۰۰
		گواه	-۵/۶۷	۱/۳۲	۰/۰۰۱
	آزمایش ۲	گواه	-۵/۹۸	۱/۳۱	۰/۰۰۰۱
اضطراب جدایی	آزمایش ۱	آزمایش ۲	۲/۲۶	۰/۹۳	۰/۰۶
		گواه	-۳/۱۱	۰/۹۸	۰/۰۱
	آزمایش ۲	گواه	-۵/۳۷	۰/۹۷	۰/۰۰۰۱
ترس از آسیب جسمانی	آزمایش ۱	آزمایش ۲	۰/۲۷	۰/۹۸	۱/۰۰
		گواه	-۲/۸۸	۱/۰۴	۰/۰۲
	آزمایش ۲	گواه	-۳/۱۵	۱/۰۳	۰/۰۱
هراس اجتماعی	آزمایش ۱	آزمایش ۲	-۱/۱۱	۰/۹۳	۰/۷۲
		گواه	-۴/۹۸	۰/۹۸	۰/۰۰۰۱
	آزمایش ۲	گواه	-۳/۸۶	۰/۹۸	۰/۰۰۱
وسواس فکری - عملی	آزمایش ۱	آزمایش ۲	-۰/۶۷	۰/۷۳	۱/۰۰
		گواه	-۳/۵۷	۰/۷۷	۰/۰۰۰۱
	آزمایش ۲	گواه	-۲/۸۹	۰/۷۷	۰/۰۰۲
اضطراب فراگیر	آزمایش ۱	آزمایش ۲	-۰/۱۸	۱/۱۰	۱/۰۰
		گواه	-۲/۸۳	۱/۱۷	۰/۰۶
	آزمایش ۲	گواه	-۲/۶۴	۱/۱۶	۰/۰۹

همان‌طور که در جدول ۸ ملاحظه می‌شود بین گروه آزمایش اول (فیلیال‌تراپی) و گروه آزمایش دوم (تراپلی) در تمامی متغیرها و همچنین گروه آزمایش اول و دوم با گروه گواه در متغیر اضطراب فراگیر تفاوت

اندکی وجود دارد و این تفاوت از نظر آماری معنادار نیست درحالی که بین هر یک از گروه‌های آزمایش با گروه گواه در سایر متغیرها تفاوت معناداری وجود دارد.

## بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی مقایسه اثربخشی دو برنامه بازی‌درمانی مبتنی بر خانواده، یعنی فیلیال تراپی و تراپلی، بر اضطراب کودکان با آسیب شنوایی انجام شد. نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس تک-متغیری و چندمتغیری نشان داد که بین گروه آزمایش اول (فیلیال تراپی) و گروه آزمایش دوم (تراپلی) تفاوت اندکی وجود دارد و این تفاوت از نظر آماری معنادار نیست. با وجود این، بین گروه‌های آزمایش اول (فیلیال-تراپی) و آزمایش دوم (تراپلی) با گروه گواه تفاوت معناداری وجود دارد. یافته‌های این پژوهش با نتایج پژوهش عدیلی، میرزایی رنجبر و عابدی<sup>۳۴</sup> (۱۳۹۷)؛ عابدی، سیدقلعه و بهرام‌پور<sup>۳۵</sup> (۱۳۹۶)؛ مقوم و همکاران (۱۳۹۶)؛ ساندبرگ و همکاران (۲۰۲۰) و ابراهیمی و همکاران (۲۰۱۹) هم‌خوان است.

در تبیین این یافته که فیلیال تراپی و تراپلی بر اضطراب کودکان با آسیب شنوایی مؤثر است، می‌توان گفت که کودکان با آسیب شنوایی، به خاطر ناتوانی در برقراری ارتباط با دیگران، بیشتر از همسالان عادی خود منزوی و ناامید می‌شوند. این مسئله، سلامت روانی آنها را به مخاطره می‌اندازد و موجب ایجاد اضطراب می‌شود (ایدستاد و همکاران، ۲۰۱۹). بروز این اضطراب در کودکان با آسیب شنوایی مشکلات آنها را تشدید می‌کند، چراکه اضطراب می‌تواند زندگی اجتماعی، تحصیلی و شغلی افراد را با چالش روبه‌رو کند و با ایجاد تنش روانی - عضلانی، بر وضعیت شناختی و هیجانی آنها تأثیر منفی بر جای بگذارد (ویتاساری و همکاران<sup>۳۶</sup>، ۲۰۱۰). بر همین اساس و با توجه به تأثیرات مخربی که اضطراب بر عملکرد روانی افراد بر جای می‌گذارد، به کارگیری روش‌هایی برای درمان آن، از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است (گوترمن و همکاران<sup>۳۷</sup>، ۲۰۱۶). این در حالی است که فیلیال تراپی و تراپلی، با جایگزین کردن والدین به جای درمانگر، از روابط عاطفی میان والد - فرزند در کاهش اضطراب کودک بهره می‌گیرد تا به نتایج بهتری دست یابد (عاشوری، ۱۳۹۸).

در فیلیال تراپی کودک حس توانمند بودن، اهمیت داشتن و مورد پذیرش واقع شدن را تجربه می‌کند و احساس بهتری نسبت به خود پیدا می‌کند. از آنجایی که این درمان بر شناسایی احساسات و نحوه پاسخگویی به آنها تأکید دارد، کودک می‌تواند نگرانی‌های خود را به‌موقع شناسایی کند. همچنین با کاهش بایدها و نبایدهای والدین، استرس کودک نیز به مرور زمان کم می‌شود و در نتیجه اضطراب او کاهش می‌یابد (عابدی و همکاران، ۱۳۹۶). علاوه بر این، استفاده از وسایل بازی مرتبط با زندگی واقعی به کودک این امکان را می‌دهد تا حوادث اضطراب‌آفرین زندگی خود را شبیه‌سازی کند و از طریق بازی با اسباب‌بازی‌های مرتبط با ابراز هیجان، هیجانات منفی همراه با آن حوادث را تخلیه کند.

از طرف دیگر، تراپلی نیز باعث تغییر کیفیت ارتباطات والد - کودک می‌شود و به والدین کمک می‌کند با کودکانشان روابطی گرم و پاسخگو برقرار سازند. تراپلی بر مبنای اصول دلبستگی شکل گرفته است و والدین با انجام برخی از فعالیت‌های مشترک با کودک همچون نقاشی کشیدن مشارکتی و انجام بازی‌های سرگرم-کننده‌ای همچون لی‌لی و توپ‌بازی به تقویت این دلبستگی می‌پردازند، بنابراین این سبک از بازی‌درمانی به کودکانی که اضطراب بیشتری را تجربه می‌کنند، کمک می‌کند تا الگوی دلبستگی خود را تغییر دهند

(عاشوری، ۱۳۹۸). بر این اساس، بازی‌درمانی به سبک‌های فیلیال و تراپلی، منجر به کاهش اضطراب در کودکان با آسیب شنوایی شده است.

با این حال، نتایج این پژوهش نشان داد که بین میزان اثربخشی فیلیال تراپلی و تراپلی بر اضطراب کودکان با آسیب شنوایی تفاوت معناداری وجود ندارد. در تبیین این نتیجه باید گفت که در هر دو مداخله فیلیال-تراپلی و تراپلی، عناصری وجود دارند که می‌توانند در کاهش اضطراب کودکان مؤثر باشند. از جمله این عناصر می‌توان به واگذار کردن مسئولیت از طریق سپردن رهبری جلسات بازی به دست کودک و دادن حق انتخاب متناسب با سن به او، وضع قوانین واضح اما قاطعانه و با پیامدهای معین، فراهم کردن شرایطی برای ایجاد درک متقابل به‌ویژه درک احساسات کودک که به خودآگاهی او منجر می‌شود، ایجاد موقعیت‌های تصمیم‌گیری برای کودک و به کار گرفتن راهکارهای منطقی در برابر نافرمانی کودک از قوانین اشاره کرد که در نهایت منجر به افزایش کنترل کودک بر شرایط می‌شود و بهبود رابطه والد - کودک و کاهش الگوهای ناکارآمد انضباطی را به دنبال دارد (براتون و همکاران، ۲۰۰۶). در نتیجه به خاطر وجود این عناصر مشترک در هر دو مداخله، بعید نیست که میزان اثربخشی روش فیلیال تراپلی و تراپلی بر اضطراب و خرده‌مقیاس‌های آن در کودکان با آسیب شنوایی یکسان باشد.

همچنین در بررسی میزان اثربخشی فیلیال تراپلی و تراپلی بر خرده‌مقیاس‌های اضطراب (اختلال پانیک، اختلال اضطراب جدایی، ترس از آسیب جسمانی، هراس اجتماعی، اختلال وسواس فکری - عملی و اضطراب فراگیر) در کودکان با آسیب شنوایی، مشخص شد که بین گروه آزمایش اول (فیلیال تراپلی) و گروه گواه تفاوت اندکی وجود داشت و این تفاوت از نظر آماری معنادار نبود. با وجود این، بین گروه‌های آزمایش اول (فیلیال-تراپلی) و آزمایش دوم (تراپلی) با گروه گواه، در خرده‌مقیاس‌های اختلال پانیک، اختلال اضطراب جدایی، ترس از آسیب جسمانی، هراس اجتماعی و اختلال وسواس فکری - عملی تفاوت معناداری وجود داشت.

در تبیین این یافته که فیلیال تراپلی و تراپلی بر اختلال پانیک در کودکان با آسیب شنوایی مؤثر است، می‌توان گفت رابطه ناکارآمد میان والد - فرزند و نداشتن مراقبت کافی از سوی والدین بر رشد شناختی و عاطفی کودک تأثیر می‌گذارد و زمینه بروز اختلالات روانی، از جمله اختلال پانیک، را در او فراهم می‌آورد (پاکچراتی و همکاران<sup>۳۸</sup>، ۲۰۰۲). این در حالی است که بازی‌درمانی به شیوه فیلیال، با ایجاد حساسیت نسبت به نیازها و احساسات کودک در والدین، به ترمیم این رابطه می‌پردازد (امیر، حسن‌آبادی، اصغری نکاح و طبیبی<sup>۳۹</sup>، ۱۳۹۱). تراپلی نیز با تأکید بر بعد پرورش که از طریق فعالیت‌هایی چون تغذیه دادن به کودک و همراهی کردن او در بازی محقق می‌شود، والدین را نسبت به نیازهای جسمانی و روانی کودک آگاه می‌سازد و روابط والد - فرزند را بهبود می‌بخشد (مونز، ۲۰۰۹). لذا هم فیلیال تراپلی و هم تراپلی می‌توانند به بهبود اختلال پانیک در کودکان با آسیب شنوایی منجر شوند.

علاوه بر این، نتایج این پژوهش حاکی از اثربخشی فیلیال تراپلی و تراپلی بر اختلال اضطراب جدایی در کودکان با آسیب شنوایی بودند که در تبیین این امر، باید گفت که سبک فرزندپروری مداخله‌گرانه از عوامل مهم در ایجاد اختلال اضطراب جدایی در کودکان است. والدین با مداخله بیش از حد در فعالیت‌های کودک، ممکن است موجب تقویت نشانه‌های اختلال اضطراب جدایی در کودک شوند (عدیلی و همکاران، ۱۳۹۴). حال آنکه هر دو شیوه بازی درمانی فیلیال تراپلی و تراپلی، با اتخاذ رویکردی کودک‌محور، از فرمان‌دهی والدین

و مداخله آنها می‌کاهد و والدین را تشویق می‌کند در طول جلسه بازی از خواسته‌های کودک پیروی کنند (عاشوری، ۱۳۹۸). پیروی از این رویه در جلسات بازی، پس مدتی به زندگی واقعی نیز تعمیم داده می‌شود و در نتیجه، کودکان به استقلال بیشتری دست می‌یابند. مجموع این کارها، می‌توانند در اثربخشی فیلیال تراپی و تراپلی بر اختلال اضطراب جدایی در کودکان با آسیب شنوایی دخیل باشند.

همچنین در تبیین این یافته که فیلیال تراپی و تراپلی بر ترس از آسیب جسمانی در کودکان با آسیب شنوایی موثر است، می‌توان به این نکته اشاره داشت که ترس از آسیب جسمانی، از جمله مشکلاتی است که با مهارت‌های سازشی ضعیف و اضطراب زیاد در ارتباط است (هارت و همکاران<sup>۴۰</sup>، ۲۰۱۳). این در حالی است که در بازی‌درمانی به شیوه فیلیال، والدین با برقراری ارتباطی دوستانه و تماس چشمی مکرر با فرزند خود، به کارگیری شیوه‌های صحیح اعمال محدودیت و ترغیب او به انجام کارهای مثبت، موجب تقویت مهارت‌های سازشی در او می‌شوند (اوکانر، شفر و براورمن<sup>۴۱</sup>، ۲۰۱۶). تراپلی نیز با تأکید بر بعد ساختار و تعیین قوانین معقول و واضح در طی بازی، کودک را تشویق می‌کند در چهارچوبی قابل قبول و به شیوه‌ای جامعه‌پسندانه رفتار کند که این موضوع، خود به بهبود مهارت‌های سازشی کودک منجر می‌شود (فرهادیه و همکاران، ۱۳۹۵). علاوه بر این، فیلیال تراپی و تراپلی با استفاده از بازی و به کارگیری اسباب‌بازی‌های مناسب برای ابراز هیجانات و بازی‌های رقابتی همچون بادکنک‌بازی و بازی نهنگ و ماهی‌ها، موقعیتی را فراهم می‌کنند تا کودک هیجانات و نگرانی‌های خود را برون‌ریزی کند و از اضطراب خود بکاهد. مجموع این عوامل منجر به کاهش ترس از آسیب جسمانی در کودکان با آسیب شنوایی می‌شود.

در تبیین یافته دیگر این پژوهش، مبنی بر اثربخشی فیلیال تراپی و تراپلی بر هراس اجتماعی در کودکان با آسیب شنوایی می‌توان چنین گفت که هراس اجتماعی، اغلب با عملکرد اجتماعی سطح پایین و شبکه‌های حمایتی محدود در ارتباط است (دیویدسون و همکاران<sup>۴۲</sup>، ۱۹۹۳). این در حالی است که والدین در فیلیال-تراپی، با رشد مهارت‌هایی چون شناخت احساسات خود و دیگران و ارائه پاسخ‌های همدلانه می‌کوشند پایگاه ایمنی برای فرزند خود فراهم نمایند. این موضوع منجر به بهبود اعتماد به نفس و عملکرد اجتماعی کودک می‌شود (براتون و همکاران، ۲۰۰۶). در تراپلی نیز، والدین با گذراندن وقت با فرزند خود و پیروی از دستورالعمل‌های او در بازی تلاش می‌کنند تا رابطه‌ای مبتنی بر دل‌بستگی با کودک خود برقرار نمایند و به شکلی مطلوب، وارد تعامل با او شوند. علاوه بر این در تراپلی، والدین زمانی را برای ایفای نقش‌های اجتماعی همچون دو نقش فروشنده - خریدار، پزشک - بیمار و مهمان - میزبان اختصاص می‌دهند که می‌تواند منجر به بهبود مهارت‌های ارتباطی و اجتماعی کودک شود، شبکه حمایتی مستحکمی در خانواده برای او ایجاد کند و احساس امنیت او را افزایش دهد (سیدموسوی، مظاهری، پاکدامن و حیدری<sup>۴۳</sup>، ۱۳۹۲). مجموع این نکات، باعث می‌شود فیلیال تراپی و تراپلی در کاهش هراس اجتماعی کودکان با آسیب شنوایی مؤثر باشند.

همچنین، در تبیین این یافته که فیلیال تراپی و تراپلی بر اختلال وسواس فکری- عملی در کودکان با آسیب شنوایی مؤثر است، می‌توان به این موضوع اشاره نمود که تنش و وجود فشار در محیط خانواده از عوامل مؤثر در بروز اختلال وسواس فکری - عملی است (استوارت و همکاران<sup>۴۴</sup>، ۲۰۱۶). حال آنکه فیلیال-تراپی با اعمال محدودیت‌های منطقی و پیش‌بینی‌پذیر کردن محیط کودک، از شدت تنش‌های موجود در رابطه والد - کودک می‌کاهد (براتون و همکاران، ۲۰۰۶). تراپلی نیز با تأکید بر بعد پرورش، زمینه‌ای فراهم

می‌آورد که والد طی جلسه بازی به نیازهای روانی کودک توجه کند، او را نوازش نماید و در آغوش بگیرد. این امر، منجر به کاهش استرس کودک می‌شود. در این راستا، بعد ساختار نیز منجر به ایجاد فضایی باثبات می‌شود که از شدت تنش‌ها می‌کاهد (نوریس و رودول<sup>۴۵</sup>، ۲۰۱۷). مجموع این امور، منجر به کاهش اختلال و سواس فکری - عملی در کودکان با آسیب شنوایی می‌شود. بنابراین مداخلاتی چون فیلیال تراپی و تراپلی می‌توانند با بهبود تعامل والد - فرزند و تسهیل بیان احساسات در کودک، به کاهش اضطراب کودکان با آسیب شنوایی کمک کنند.

از آنجا که هیچ پژوهشی نمی‌تواند خالی از محدودیت باشد، پژوهش حاضر نیز با محدودیت‌هایی روبه‌رو شد. از جمله این محدودیت‌ها می‌توان به این موارد اشاره کرد: نبود امکان کنترل تمامی متغیرهای مزاحم همچون میزان توجه، خستگی و وضعیت سلامت آزمودنی‌ها، زمان نسبتاً کوتاه اجرای مداخلات و وجود شرایط کروناپی که موجب محدودیت در برگزاری جلسات فیلیال تراپی و ارائه مجازی آن شد که اثرات ناشی از آن، نمرات حاصل از تحلیل آماری را تحت تأثیر قرار داد. بنابراین در تعمیم و تکیه بر نتایج این پژوهش باید این محدودیت‌ها را مدنظر قرار داد.

پیشنهادهای این پژوهش نیز عبارت‌اند از اینکه می‌توان در پژوهش‌های آتی، به بررسی اثربخشی فیلیال - تراپی به صورت حضوری بر متغیرهای وابسته پژوهش پرداخت که با بازی درمانی به شیوه تراپلی مقایسه شود. همچنین پیشنهاد می‌شود برای تعمیم نتایج در مورد اثربخشی مداخله، از نمونه‌های بزرگ‌تری استفاده شود و طول مدت جلسات فیلیال تراپی و تراپلی بیشتر شود.

علاوه بر این، با توجه به اثربخشی فیلیال تراپی و تراپلی بر اضطراب، بهتر است این دو مداخله، به‌عنوان یک دوره درمانی اثربخش برای ارتقای مهارت‌های اجتماعی و هیجانی و بهبود سلامت روان کودکان با آسیب شنوایی، توسط درمانگران در مراکز درمانی و توان‌بخشی به کار گرفته شود.

#### پی‌نوشت‌ها

- |                                    |   |
|------------------------------------|---|
| 1. Deaf                            | 27. Ebrahimi, Mirzaie, Saeidi Borujeni, |
| 2. Hard of hearing                 | Zahed, Akbarzadeh Baghban &             |
| 3. Hearing impairment              | Mirzakhani                              |
| 4. Ashori & Jalil-Abkenar          | 28. Tal, Tal & Green                    |
| 5. Lawyer                          | 29. Spence, Rapee, Mcdonald & Ingram    |
| 6. Anxiety                         | 30. Achenbach                           |
| 7. Zein Sayed, Mohammed Mounir,    | 31. Ghanbari, Khanmohamadi,             |
| Abo-Hasseb Mohamed, Mohammed       | Khodapanahi, \ Mazaheri & Lavasani      |
| Nabil & Hassan                     | 32. Bratton, Landreth, Kellam &         |
| 8. Theunissen, Rieffe, Kouwenberg, | Blackard                                |
| Raeve, Soede, Briaire & Frijns     | 33. Booth & Jernberg                    |
| 9. Rezaei & Mehrmanesh             | 34. Adili, Mirzaie Ranjbar & Abedi,     |
| 10. Idstad, Tams, Arhus & Lars     | 35. Abedi, Seyedghale & Bahrapour       |
| Engdahl                            | 36. Vitasari, Wahab, Othman, Herawan &  |
| 11. Filial Therapy                 | Sinnadurai                              |
| 12. Topham & VanFleet              | 37. Gutermann, Schreiber, Matulis,      |
| 13. Guernsey                       | Schwartzkopff, Deppe & Steil            |



- |                                    |  |
|------------------------------------|--|
| 14. Gavigan                        | 38. Pacchierotti, Bossini, Castrogiovanni, |
| 15. Theraplay                      | Pieraccini, Soreca & Castrogiovanni        |
| 16. Jernberg                       | 39. Amir, F., Hassan Abadi, H., Asghari    |
| 17. Munns                          | Nekah, S., Tabibi                          |
| 18. Wettig, Franke & Fjordbak      | 40. Hart, Hodgkinson, Belcher, Hyman &     |
| 19. Karimnejad                     | Cooley-Strickland                          |
| 20. Yazdanipour, Ashori & Abedi    | 41. O'Connor, Schaefer & Braverman         |
| 21. Jamshidi, Khayatan & Aghaie    | 42. Davidson, Hughes, George & Blazer      |
| 22. Husseini Ardakani & pournemat  | 43. Seyed Mousavi, Mazaheri, Pakdaman      |
| 23. Moghavem, Nasirian & Zareei    | & Heydari                                  |
| Mahmodabadi                        | 44. Stewart, Hu, Leung, Chan, Hezel, Lin   |
| 24. Farhadiye, Yazd khasti & Arizi | & et al                                    |
| 25. Sundberg, Ollersjö & Nilsson   | 45. Norris & Rodwell                       |
| 26. Sancak                         |  |

## منابع

- امیر، ف.، حسن‌آبادی، ح.، اصغری‌نکاح، س. م.، و طیبی، ز. (۱۳۹۱). بررسی اثربخشی بازی‌درمانی مبتنی بر رابطه والد-کودک (CPRT) بر سبک‌های فرزندپروری. *فصلنامه مشاوره و روان‌درمانی*، ۱(۴)، ۴۷۳-۴۸۹.
- جمشیدی، م.، خیاطان، ف.، و آقایی، ا. (۱۳۹۹). مقایسه اثربخشی درمان ترکیبی پذیرش و تعهد و تراپلی و درمان پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی کودکان افسرده. *روان‌پرستاری*، ۱۸(۱)، ۱۰۶-۱۱۸.
- حسینی اردکانی، ا.، و پورنعمت، م. (۱۳۹۸). تأثیر بازی درمانی مبتنی بر رابطه والد-کودک بر کاهش اختلال اضطراب جدایی. *فصلنامه ایده‌های نوین روان‌شناسی*، ۳(۷)، ۱-۱۵.
- رضایی، س.، و مهرمنش، ا. (۱۳۹۴). نشانه روانی و بدنی اضطراب در افراد با آسیب شنوایی و بینایی. *اولین همایش بین‌المللی نوآوری و تحقیق در هنر و علوم انسانی*، استانبول، موسسه سفیران فرهنگی مبین در ترکیه، ۱۳۱-۱۳۷.
- سیدموسوی، پ.، مظاهری، م.، ع.، پاکدامن، ش.، و حیدری، م. (۱۳۹۲). اثربخشی بازی‌درمانی دلبستگی‌محور بر حساسیت مادرانه و بازنمایی‌های منفی کودک از خود و مادر. *روان‌شناسی تحولی: روان‌شناسان ایرانی*، ۱۰(۳۸)، ۱۴۹-۱۶۰.
- عابدی، ا.، سیدقلعه، ا.، و بهرام‌پور، م. (۱۳۹۶). مقایسه اثربخشی فیلیال تراپی و روش والدگری بارکلی بر کاهش اضطراب و علائم نقص توجه بیش‌فعالی کودکان. *فصلنامه کودکان استثنایی*، ۱۷(۳)، ۱۱۱ تا ۱۲۰.
- عاشوری، م. (۱۳۹۸). بازی درمانی: نظریه‌ها و تکنیک‌های اصلی. اصفهان: انتشارات جهاد دانشگاهی.
- عاشوری، م.، و جلیل‌آبکنار، س. س. (۱۳۹۷). بررسی اثربخشی برنامه ایمن‌سازی روانی بر کفایت اجتماعی افراد با فلج مغزی. *فصلنامه کودکان استثنایی*، ۱۸(۳)، ۲۹-۳۸.
- عدیلی، ش.، میرزایی رنجبر، ر.، و عابدی، ا. (۱۳۹۷). اثربخشی بازی‌درمانی مبتنی بر روابط والد و کودک بر کیفیت تعاملات والد فرزند و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت کودکان دارای مشکلات رفتاری و هیجانی. *فصلنامه کودکان استثنایی*، ۱۹(۱)، ۵۹-۷۰.
- فرهادیه، آ.، یزدخواستی، ف.، و عریضی، ح. (۱۳۹۵). تأثیر بازی‌درمانی تعاملی گروهی بر تعاملات بین‌فردی، انعطاف‌پذیری و ادراک احساسات کودکان. *پژوهش‌های روانشناسی اجتماعی*، ۶(۲۲)، ۱۳-۳۰.
- قنبری، س.، خان‌محمدی، م.، خداپناهی، م.، مظاهری، م.، ع.، و لواسانی، م. (۱۳۹۰). بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس اضطراب کودکان پیش‌دبستانی. *مجله روان‌شناسی*، ۱۵(۳)، ۲۲۲-۲۳۴.

مقوم، ف.، نصیریان، م.، و زارعی محمودآبادی، ح. (۱۳۹۶). بررسی اثربخشی آموزش بازی‌درمانی مبتنی بر روابط والد-کودک بر میزان استرس، اضطراب و افسردگی مادران با کودک دارای معلولیت ذهنی خفیف. *مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران*، ۲۷(۱۵۱)، ۱۹۳-۱۹۷.

یزدانی‌پور، م.، عاشوری، م.، و عابدی، ا. (۱۳۹۹الف). تراپلی: مداخله کوتاه‌مدت مبتنی بر دل‌بستگی. *پیشرفت‌های نوین در روان‌شناسی، علوم تربیتی و آموزش و پرورش*، ۳(۲۶)، ۱۳۳-۱۴۰.

یزدانی‌پور، م.، عاشوری، م.، و عابدی، ا. (۱۳۹۹ب). فرزنددرمانی: اهداف، ویژگی‌ها و کاربرد. *رویش روان‌شناسی*، ۹(۱۰)، ۱۳۵-۱۴۲.

- Abedi, A., Seyedghale, A., & Bahrampour, M. (2018). Comparison of the effectiveness of filial therapy and Barkley's parent training program in reducing the symptoms of anxiety and ADHD in children. *Journal of Exceptional Children*, 17(3), 111-120 [In Persian].
- Adili, S., Mirzaie Ranjbar, R., & Abedi, A. (2019). The effectiveness of filial therapy on the quality of parent-child interactions and health-related quality of life in children with behavioral/emotional problems. *Journal of Exceptional Children*, 19(1), 59-70 [In Persian].
- Amir, F., Hassan Abadi, H., Asghari Nekah, S., Tabibi, Z. (2012). The present study investigated the effects of play therapy based on child parent relationship therapy on improving the parenting styles. *Family Counseling and Psychotherapy*, 2(1), 473-484 [In Persian].
- Ashori, M., & Karimnejad, R. (2021). The effect of filial therapy on the interaction of deaf mothers with their hearing children. *International Journal of Play Therapy*, 30(3), 195-205.
- Ashori, M. (2019). *Play therapy: The main theories and techniques*. Isfahan: Jahad Daneshgahi. [In Persian].
- Ashori, M., & Abkenar, S. S. (2019). The effectiveness of mental immunization program on social competency of individuals with cerebral palsy. *Journal of Exceptional Children*, 18(3), 29-38 [In Persian].
- Booth, P. B., & Jernberg, A. M. (2009). *Theraplay: Helping parents and children build better relationships through attachment-based play*. London: John Wiley & Sons.
- Bratton, S. C., Landreth, G. L., Kellam, T., & Blackard, S. R. (2006). *Child parent relationship therapy (CPRT) treatment manual: A 10-session filial therapy model for training parents*. London: Routledge.
- Davidson, J. R., Hughes, D. L., George, L. K., & Blazer, D. G. (1993). The epidemiology of social phobia: findings from the duke epidemiological catchment area study. *Psychological medicine*, 23(3), 709-718.
- Ebrahimi, E., Mirzaie, H., Saeidi Borujeni, M., Zahed, G., Akbarzadeh Baghban, A., & Mirzakhani, N. (2019). The effect of filial therapy on depressive symptoms of children with cancer and their mother's depression, anxiety, and stress: A randomized controlled trial. *Asian Pacific Journal of Cancer Prevention*, 20(10), 2935-2941.
- Farhadiye, A., Yazdkhasti, F., & Arizi, H. R. (2016). The effect of group theraplay on children's interpersonal interactions, flexibility, and emotional perception. *Social Psychology Research*, 6(22) [In Persian].
- Ghanbari, S., Khanmohamadi, M., Khodapanahi, M., Mazaheri, M., & Lavasani, M. (2011). Study of psychometric properties of preschool anxiety scale (PAS). *Journal of Psychology*, 15(3), 222-234[in Persian].

- Guernsey, L. F., & Gavigan, M. A. (1981). Parental acceptance and foster parent. *Journal of clinical psychology, 10(1)*, 27-32.
- Gutermann, J., Schreiber, F., Matulis, S., Schwartzkopff, L., Deppe, J., & Steil, R. (2016). Psychological treatments for symptoms of posttraumatic stress disorder in children, adolescents, and young adults: a meta-analysis. *Clinical Child and Family Psychology Review, 19(2)*, 77-93.
- Hart, S. L., Hodgkinson, S. C., Belcher, H. M., Hyman, C., & Cooley-Strickland, M. (2013). Somatic symptoms, peer and school stress, and family and community violence exposure among urban elementary school children. *Journal of behavioral medicine, 36(5)*, 454-465.
- Husseini Ardakani, A., & pournemat, M. (2019). The effects of play therapy based on parent-child relationship on reducing separation anxiety disorder. *Journal of Psychology New Ideas, 3(7)*, 1-15 [In Persian].
- Idstad, M., Tambs, K., Aarhus, L., & Engdahl, L. B. (2019). Childhood sensorineural hearing loss and adult mental health up to 43 years later: results from the HUNT study. *BMC Public Health, 19(168)*, 1-9.
- Jamshidi, M., Khayatan, F., & Aghaie, A. (2020). Comparison of the effectiveness of combination of acceptance and commitment therapy with theraplay and acceptance and commitment therapy on quality of life in depressed children. *Iranian Journal of Psychiatric Nursing, 8(1)*, 106-118 [In Persian].
- Lawyer, G. (2018). Deaf education and Deaf culture: Lessons from Latin America [Review of the book Change and promise: Bilingual deaf education and Deaf culture in Latin America]. *American Annals of the Deaf, 162(5)*, 486-488.
- Moghavem, F., Nasirian, M., & Zareei Mahmodabadi, H. (2017). Effectiveness of child parent relationship therapy on distress, anxiety, and depression in mothers of children with mild intellectual disabilities. *Journal of Mazandaran University of Medical Science, 27(151)*, 193-197 [In Persian].
- Mousavi, P., Mazaheri, M., Pakdaman, S., Heydari, M. (2013). the effectiveness of attachment based theraplay on maternal sensitivity and child negative representations of self and mother, *10(38)*, 149-160 [In Persian].
- Munns, E. (2009). *Application of family and Group Theraplay*. Maryland: Aronson.
- O'Connor, K. J., Schaefer, C. E., & Braverman, L. D. (Eds.). (2016). *Handbook of play therapy*. John Wiley & Sons, Incorporated.
- Norris, V., & Rodwell, H. (2017). *Parenting with Theraplay: Understanding Attachment and How to Nurture a Closer Relationship with Your Child*. Jessica Kingsley Publishers.
- Pacchierotti, C., Bossini, L., Castrogiovanni, A., Pieraccini, F., Soreca, I., & Castrogiovanni, P. (2002). Attachment and panic disorder. *Psychopathology, 35(6)*, 347-354.
- Rezaei, S., & Mehrmanesh, E. (2015). Psychological and physical symptoms of anxiety in people with hearing and vision impairments. *The First International Conference on Innovation and Research in Arts and Humanities*, Istanbul, Mobin Institute of Cultural Ambassadors in Turkey, 137-131 [In Persian].
- Sancak, S. (2019). *Effects of group theraplay on social skills and problem behaviors of preschoolers in classroom environment*. A thesis submitted to the graduate school of social science of Middle East technical university.
- Seyed Mousavi, P., Mazaheri, M., Pakdaman, S., & Heydari, M. (2014). The effectiveness of attachment based Theraplay on maternal sensitivity and child negative representation of self and mother. *Developmental psychology, 10(38)*, 149-160 [in Persian].
- Spence, S. H., Rapee, R., McDonald, C., & Ingram, M. (2001). The structure of anxiety symptoms among preschoolers. *Behaviour Research and Therapy, 39*, 1293-1316.

- Stewart, S. E., Hu, Y. P., Leung, A., Chan, E., Hezel, D. M., Lin, S. Y., ... & Pauls, D. L. (2017). A multisite study of family functioning impairment in pediatric obsessive-compulsive disorder. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 56(3), 241-249.
- Sundberg, B., Ollersjö, H., & Nilsson, K. (2020). *Child Psychiatric Symptoms and Parental Stress Before and After Theraplay Treatment*. A dissertation submitted to the Faculty of the Graduate School of the Umeå University.
- Tal, R., Tal, K., & Green, O. (2017). Child-parent relationship therapy with extra familial abused children. *Journal of child sexual abuse*, 27(4), 386-402.
- Theunissen, S. C. P. M., Rieffe, C., Kouwenberg, M., De Raeve, L. J., Soede, W., Briare, J. J., & Frijns, J. H. M. (2014). Behavioral problems in school-aged hearing-impaired children: The influence of sociodemographic, linguistic, and medical factors. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 23(4), 187-196.
- Topham, L., & VanFleet, R. (2011). Filial therapy: A structured and straightforward approach to including young children in family therapy. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy (ANZJFT)*, 32(2), 144-158.
- Vitasari, P., Wahab, M. N. A., Othman, A., Herawan, T., & Sinnadurai, S. K. (2010). The relationship between study anxiety and academic performance among engineering students. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 8, 490-497.
- Wettig, H. H., Franke, U., & Fjordbak, B. S. (2006). Evaluating the effectiveness of theraplay. In *Contemporary Play Therapy: Theory, Research, and Practice* (Eds Schaefer, C., & Kaduson, H, G):103-135. New York: Guilford Press.
- Yazdanipour, M., Ashori, M., & Abedi, A. (2020). Filial therapy: Goals, features and application. *Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal (RRJ)*, 9(10), 135-142 [In Persian].
- Yazdanipour, M., Ashori, M., & Abedi, A. (2021). Theraplay: Short-term intervention based on attachment. *Journal of New Advances in Psychology, Educational Sciences and Education*, 3(26), 133-140 [In Persian].
- Zein Sayed, S., Mohammed Mounir, S., Abo-Hasseba Mohamed, A., Mohammed Nabil, A., & Hassan, M. H. (2018). Assessment of psychological disorders in Egyptian children with hearing impairment. *Sudanese journal of paediatrics*, 18(2), 25-32.