

Efficacy of Filial Therapy along with Computer Games on Post-traumatic Stress Disorder in Children aged 8- 0 Years Affected by Earthquake in Kermanshah Province

Atefeh Bhramian,¹Dr.Mohammadreza Samsam Shariat²

Received: 23.10. 2022

Revised:17.7. 2023

2024.4 . 8 :Accepted

Abstract

Objective: The purpose of the present study was to investigate the effectiveness of filial therapy along with computer games on reducing the symptoms of post-traumatic stress disorder in children aged 8-10 years affected by the earthquake in Kermanshah Province. Filial therapy is a kind of family-centered play therapy, which uses play as a primary tool to help parents and children communicate, work on their problems, and build a stronger relationship (O'Connor, 1997). **Method:** The research method was based on a quasi-experimental method with a pretest-posttest design and follow-up with a control group. The statistical population included all children diagnosed with post-traumatic stress disorder residing in different earthquake-stricken areas of Kermanshah Province in the first half of 2018. Among them, 24 people diagnosed with post-traumatic stress disorder were entered into the study using available sampling method and were randomly assigned to the experimental and control groups. In the experimental group, the patients received eight sessions of filial therapy along with computer games, while the control group patients did not receive any intervention. The research instrument included a checklist questionnaire on post-traumatic stress disorder (Wooders, Hooman, Hoska and Kane 1994; Goodarzi 2003). **Results:** The data were analyzed using multivariate analysis of variance. The results showed that filial therapy along with computer games was significantly effective on reducing the severity of symptoms of post-traumatic stress disorder in these children in all dimensions ($P<0.05$). **Conclusion:** Based on the present study findings, it can be concluded that filial therapy along with computer games is an adjunctive and effective therapeutic method to reduce the symptoms of post-traumatic stress disorder in children with post-traumatic stress disorder. However, generalization of this effect requires further research.

Keywords: Filial therapy, Computer games, Post-traumatic stress disorder

اثربخشی درمان مبتنی بر فیلیال تراپی همراه با بازی های رایانه ای بر اختلال استرس پس از سانحه در کودکان ۸-۱۰ سال زلزله

دیده استان کرمانشاه

عاطفه بهرامیان،^۱ دکتر محمد رضا صمصام شریعت^۲

تجدید نظر: ۱۴۰۲/۴/۲۶

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۸/۱

پذیرش نهایی: ۱۴۰۳/۱/۲۰

چکیده

هدف: پژوهش حاضر، با هدف اثربخشی درمان فیلیال تراپی به همراه بازی های رایانه ای بر کاهش میزان علائم اختلال استرس پس از سانحه^۱ در کودکان ۸-۱۰ سال زلزله^۲ دیده استان کرمانشاه بود. فیلیال تراپی نوعی روش بازی درمانی خانواده محور است که از بازی به عنوان وسیله ای برای کمک به والدین و کودکان استفاده می کند تا بتوانند با هم ارتباط برقرار کنند، روی مشکلاتشان کار و روابطشان را قوی تر کنند (اوکانور، ۱۹۹۷). **روش:** این پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون - پس آزمون و پیگیری همراه با گروه کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه کودکان دارای تشخیص اختلال استرس پس از سانحه ناشی از زلزله و ساکن مناطق مختلف زلزله زده استان کرمانشاه، در نیمه اول سال ۱۳۹۷ بودند. از میان آنها ۲۴ نفر که دارای تشخیص اختلال استرس پس از سانحه بودند، به روش نمونه گیری دردسترس وارد پژوهش شدند و به طور تصادفی در گروه آزمایش و گروه کنترل، اختصاص یافتند. گروه آزمایش، ۸ جلسه فیلیال تراپی همراه با بازی های رایانه ای دریافت کردند؛ در حالی که افراد گروه کنترل، هیچ مداخله ای دریافت نکردند. ابزار پژوهش شامل پرسشنامه چک لیست اختلال استرس پس از سانحه بود (ودرز، هومن، هوسکا و کین ۱۹۹۴؛ گودرزی، ۱۳۸۲). **یافته ها:** داده ها با استفاده از آزمون تحلیل واریانس مختلط تجزیه و تحلیل شد. نتایج نشان داد، درمان فیلیال تراپی به همراه بازی های رایانه ای در کاهش شدت علائم اختلال استرس پس از سانحه در کودکان مذکور، در تمامی ابعاد به طور معنی داری مؤثر بوده است ($P<0.05$). **نتیجه گیری:** بر اساس پژوهش حاضر، می توان نتیجه گرفت فیلیال تراپی به همراه بازی های رایانه ای به مثابه یک روش درمانی کمکی و اثربخش برای کاهش علائم اختلال استرس پس از سانحه در این کودکان می باشد. با وجود این، تعمیم این تاثیر به پژوهش های بیشتری نیاز دارد.

واژه های کلیدی: فیلیال تراپی، بازی رایانه ای، اختلال استرس پس از سانحه

1. **Corresponding author:** Master of clinical psychology Isfahan Azad university , Najafabad Branch.

Email: atefebahramian6609@gmail.com

2. PHD in psychology university of Isfahan , Member of the Iranian psychology and cuonseling system ,Lecturer at Isfahan steel university

۱. نویسنده مسئول: کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی دانشگاه آزاد نجف آباد

۲. دکترای تخصصی روانشناسی دانشگاه اصفهان، عضو نظام روانشناسی و

مشاوره ایران، مدرس دانشگاه فولاد شهر اصفهان

مقدمه

ایران یکی از آسیب‌پذیرترین نقاط جهان در برابر مخاطرات طبیعی از جمله زلزله بوده است (ساریان، ۱۳۹۵) و اختلال استرس پس از سانحه‌ای که از سوانح غیر قابل پیش‌بینی مانند زلزله به وجود می‌آید ضروری ترین سازوکار برای تحقیقات در سطح جامعه است (رویسیرکار و سوزوکی، ۲۰۲۲). از این رو عوامل استرس زای خارجی که بیش از حد بر عملکرد مغز تأثیر می‌گذارند موضوع مطالعه گسترده‌ای در ۶۰ سال گذشته بوده است (وانگ، یانگ، پَن، بورژوا و هوانگ، ۲۰۲۰). به طور کلی زیست بوم ها تأثیر زیادی بر ایجاد تروما در سطح جامعه دارند (شرین و بی نمروف، ۲۰۲۲) و کودکان و نوجوانان نیز میزان بالایی از تروماها را تجربه می‌کنند (کوهن و اس شرینگا، ۲۰۲۲). تجارب آسیب زا (تروما)، تجارب هیجانی شدیدی هستند که احتمالاً اثرات نامطلوب روانشناختی، فیزیکی و اجتماعی گسترده‌ای را به دنبال دارند. مشکلات نامطلوبی که در آینده نیازمند مداخلات مؤثر درمانی خواهند شد. در نتیجه کودکانی که سطوح بالایی از تروما را تجربه می‌کنند در معرض بیماری‌های مختلفی در بزرگسالی هستند (ادانوان، اسلاویچ، اپل و نیلان، ۲۰۱۳). اگر واکنش افراد به این رویدادهای آسیب زا مزمن و ناتوان‌کننده باشد، این واکنش غیر طبیعی با عنوان اختلال استرس پس از سانحه شناخته می‌شود (فورد، ۲۰۰۹). منظور از واکنش‌های مزمن و ناتوان کننده مجموعه‌ای از نشانه‌های رفتاری، شناختی و هیجانی مکرر و شدید است که در مواجهه با رویداد آسیب‌زا به وجود می‌آید. این نشانه‌های رفتاری بیش از یک ماه تداوم دارد و با علائمی مانند یادآوری مکرر رویداد، رفتارهای اجتنابی، اختلال خواب، کابوس و مشکلات تمرکز همراه است. اختلال یاد شده ناشی از مصرف مواد و

بیماری جسمی نیست و همچنین به وسیله سایر اختلالات قابل توضیح نیست (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۳). ملاک‌های ساده تشخیص اختلال استرس پس از سانحه شامل تجربه مجدد رویداد، اجتناب و بیش برانگیختگی است. به علاوه سه دسته علائم اختصاصی تحت عنوان آشفتگی در سازماندهی خود (DSO) مطرح شده است که عبارتند از: الف) اختلال و آشفتگی در هیجانات که به صورت بد تنظیمی هیجانی - عاطفی، واکنش‌های هیجانی افراطی، عصبانیت، تکانش گری و حالات تجزیه‌ای خود را نشان می‌دهد. ب) اختلال و آشفتگی در خود که شامل احساس گناه، نقص، بی ارزشی و ناامیدی می‌شود. ج) اختلال و آشفتگی در ارتباطات که به صورت ناتوانی در برقراری روابط صمیمانه و طولانی مدت با دیگران بروز میابد (بن راضی غابشی و همکاران، ۱۴۰۰). اختلال افسردگی نیز همبودی زیادی با اختلال استرس پس از سانحه (PTSD) دارد (زو، یان، لئوو، ۲۰۱۸). در نتیجه افرادی که سابقه افسردگی دارند در معرض خطر بیشتری برای ابتلا به PTSD متعاقب یک سانحه آسیب‌زا قرار دارند (بنجامین، سادوک و پدرو، ۲۰۱۸). قابل ذکر است میزان شیوع اختلال PTSD در جمعیت عمومی به ترتیب ۹٪ و ۲/۶٪ و در جمعیت‌های بالینی ۳۷٪ و ۵۳/۶٪ گزارش شده است (کاراتزیاس، شولین، فیوی و همکاران، ۲۰۱۷). بررسی‌های قبلی نشان می‌دهد که کودکان و نوجوانان نیز در مواجهه با رویدادهای آسیب‌زا، علائم چهارگانه اختلال (تجربه مجدد، اجتناب، شناخت خلق منفی و تحریک‌پذیری) را نشان می‌دهند. اما تظاهر این علائم در سنین مختلف تا اندازه‌ای متفاوت است. بیشتر این بچه‌ها افکار تکراری و مزاحمی دارند که در تمام اوقات روز و به

ویژه هنگام خواب وارد ذهنشان می‌شود و در مواردی نیز این تصاویر و افکار مزاحم به وسیله تداعی‌های محیطی راه‌اندازی می‌شوند. کابوس‌های شبانه و رؤیاهای ترسناک روزانه نیز پدیده‌های رایجی هستند و بیشتر این بچه‌ها آنها را تجربه می‌کنند. بسیاری از کودکان و نوجوانان ترس‌هایی در ارتباط با جنبه‌های خاصی از رویداد آسیب‌زا دارند و از محرک‌ها و تداعی‌های مرتبط با آن رویداد اجتناب می‌کنند. در نتیجه فکر کردن یا صحبت کردن درباره رویداد آسیب‌زا برای آنها بسیار ناراحت‌کننده است و از این کار اجتناب می‌کنند. معمولاً بچه‌های مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه حساسیت بیش از حدی نسبت به خطرات محیطی دارند و مشکلات خواب در آنها بسیار شایع است که به صورت مشکل در خواب رفتن یا بیدار شدن‌های مکرر در طول شب نمود پیدا می‌کند. بسیاری از بچه‌ها نسبت به قبل تحریک پذیرتر می‌شوند و مشکلاتی را در تمرکز و توجه، به ویژه در انجام تکالیف مدرسه گزارش می‌کنند (حمیدی و سبحانی تبار، ۱۴۰۰). به طور کلی با توجه به بررسی‌های انجام شده در میان زلزله‌زدگان، احتمال اختلال استرس پس از سانحه بعد از زلزله؛ به ویژه در میان کودکان بسیار است و این اختلال موجب بسیاری از مشکلات روانشناختی، مشکلات ارتباطی و عاطفی و ضعف در عملکرد تحصیلی می‌شود. بنابراین انجام مداخلات مبتنی بر جامعه برای کودکان آسیب دیده ضروری است. در این پژوهش به منظور بهبود وضعیت چنین کودکانی که از اختلال استرس پس از سانحه رنج می‌برند، از بازی درمانی استفاده شد. بازی در عین اینکه وسیله سرگرمی است، جنبه آموزشی-سازندگی نیز دارد. کودکان در خلال بازی‌ها به ویژه بازی‌های آموزشی، به مفاهیم ذهنی جدیدی دسترسی پیدا می‌کنند و مهارت‌های

بیشتر و بهتری را کسب می‌کنند (شمسی پور و همکاران، ۱۳۹۷). بازی‌ها انواع مختلفی دارند که عبارتند از: بازی‌های حرکتی، تقلیدی، نمایشی، نمادین، تخیلی، آموزشی، درمانی، رایانه‌ای و ویدئویی. با توجه به تعدد بازی‌ها می‌توان گفت انتخابی و داوطلبانه بودن و انجام آن براساس میل باطنی و رغبت فرد و ایجاد لذت شخصی از ویژگی‌های مشترک تمام بازی‌هاست (ارسلانی و همکاران، ۱۳۹۹). در این راستا، روش‌ها و برنامه‌های آموزشی متفاوتی وجود دارد که برنامه بازی درمانی با مدل فیلیال‌تراپی یا بازی درمانی مبتنی بر روابط والد-کودک یکی از این‌هاست. برنالد و لوئیس از بنیان‌گذاران بازی درمانی با مدل فیلیال‌تراپی هستند (لندرت و براتون، ۲۰۰۷، نقل از عاشوری و کریم نژاد، ۱۳۹۹: ۸۷). فیلیال‌تراپی نوعی خانواده درمانی است که از بازی والدین با فرزندان به منزله مکانیزم اصلی برای تغییر استفاده می‌کند و جلسات بازی والدین با فرزندان، غیر مستقیم یا کودک محور انجام می‌شود (اوکانر، شفر و براورمن، ۲۰۱۶). این رویکرد درمانی خانواده یا سایر مراقبان را مورد آموزش و نظارت قرار می‌دهد و اعضای خانواده جلسات منظم بازی با فرزند خویش را اجرا می‌کنند. درواقع درمانگر به صورت غیرمستقیم بازی را هدایت می‌کند و خانواده در نقش همکار درمانگر قرار می‌گیرد. این امر موجب تمایز و سودمندی بیشتر این روش بازی درمانی می‌شود (کادوثون، ۲۰۱۸). همکاری مشترک مراقبان در فرآیند درمان رقابت و ترس میان آنها را به حداقل می‌رساند و در نتیجه این همکاری کودکان می‌توانند به درمانگران خود که همان مراقبان هستند اعتماد نموده و با آنها رابطه مبتنی بر دل‌بستگی برقرار نمایند (گیلمارتین و مک الوانی، ۲۰۲۰). جلسات درمان، یک مدل کوتاه مدت ده جلسه‌ای است که جهت سازگاری

با آموزش‌های مبتنی بر نیازهای رشدی کودکان و والدین، قابل‌تغییر است، یعنی می‌تواند در کمتر یا بیشتر از ده جلسه نیز انجام شود. (لندرت و براتون، ۲۰۰۶). نتایج پژوهش ادوارز، لندر و وایت (۲۰۰۷) وکیافر، امین یزدی و کارشکی (۱۳۹۳) حاکی از تأثیر فیلیال‌تراپی (بازی‌درمانی مبتنی بر روابط والد-کودک) بر کاهش رفتارهایی نظیر پرخاشگری، افسردگی، اضطراب و ترس در کودکان بود. همچنین جنیفر (۲۰۱۲)، گارزا، واتز و کینزورت (۲۰۱۰)، عدیلی و همکاران (۱۳۹۴)، توفام، وامپ‌لر، تیتاس و رولینگ (۲۰۱۱) و سنگا نجا ناوانج و همکاران (۲۰۱۰) نیز بیان کردند که فیلیال‌تراپی باعث توسعه مهارت‌های ارتباطی، بهبود روابط بین والد و کودک، کاهش مشکلات رفتاری، افزایش مهارت‌های اجتماعی و هیجانی و بهبود روابط اجتماعی کودک می‌شود؛ و نیز پژوهش‌های آفایی، عسگری و بیات (۱۳۹۴) و شهنی، داودی، مهرابی زاده و زرگری (۱۳۹۶) نشان داد که فیلیال‌تراپی موجب کاهش نشانه‌های اضطراب و مشکلات برون‌سازی در کودکان می‌شود. چانگ و لینگ (۲۰۱۵) نیز در پژوهشی نشان دادند فیلیال-تراپی موجب افزایش احساس امنیت و دلبستگی به خانواده می‌شود. یافته‌های پژوهش عابدی و همکاران (۱۳۹۶) نشان داد فیلیال‌تراپی بر کاهش اضطراب و علائم کم توجهی و بیش‌فعالی کودکان مؤثر است. یافته‌های پژوهش آزاد، عارفی، فرهادی و محمدی (۱۳۹۱)، اکبری و همکاران (۱۳۹۶)، گودرزی، مریدان و روزبهرانی (۱۳۹۸) و استالمیکرو ری (۲۰۱۵) نشان می‌دهد که بازی‌درمانی موجب کاهش استرس، اضطراب، افسردگی و پرخاشگری در کودکان می‌شود و نیز، روزبهرانی، بابایی امیری و دارابی (۱۳۹۷) نشان دادند که بازی‌درمانی با رویکرد شن‌بازی یکی از روش‌های مؤثر در کاهش نشانه‌های

اختلال استرس پس از سانحه است. وارن و همکاران (۲۰۲۱) نشان دادند که درمان تعاملی والد-کودک از طریق بازی خیاطی مبتنی بر تروما برای یک دختر ۳ ساله با اختلال استرس پس از سانحه نه تنها شاخص‌های رفتاری استرس آسیب‌زا را بهبود می‌بخشد، بلکه به این کودک پایداری و ثبات می‌دهد. زنگین و همکاران (۲۰۲۱) نشان می‌دهند که استفاده از برنامه بازی درمانی TP/PT منجر به کاهش معنی‌دار آماری در سطوح اضطراب و ترس کودکان می‌گردد. گنج و تولن (۲۰۲۱) نشان می‌دهند که شیوه‌های بازی‌درمانی در بسیاری از اختلالات روانی و رشدی از قبیل افسردگی، استرس، اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی، تروماهای دوران کودکی، اختلالات اضطرابی، اختلالات رفتاری، اوتیسم و ناتوانی یادگیری که در دوره پیش‌دبستانی رایج است، اثربخش هستند. نوع دیگری از پژوهش هم درباره بازی درمانی با مدل فیلیال تراپی انجام شده‌است. برای مثال یافته‌های گرانات (۲۰۲۱) نشان می‌دهد که بازی‌های ویدیویی ابزاری مؤثر در توانبخشی بیماران پس از سکته مغزی و اختلال استرس پس از سانحه هستند. واجوات و همکاران (۲۰۲۱) دریافتند که مداخلات بازی‌های دیجیتالی در ADHD، اختلالات طیف اوتیسم، اختلالات خوردن، استرس پس از سانحه، اختلالات کنترل تکانه، افسردگی، اسکیزوفرنی، زوال عقل و حتی پیری سالم کاربرد مؤثری دارد. هت و همکاران (۲۰۲۲) نتیجه گرفتند که آموزش افراد از طریق فیلم و بازی‌های رایانه‌ای برای پذیرش باورهای فراشناختی سالم قبل از قرار گرفتن در معرض تروما، موجب کاهش علائم اختلال استرس پس از سانحه می‌شود. با این حال یافته‌های فاضلی، مژداران و حسینی (۱۳۹۸) نشان می‌دهد افزایش ساعات بازی‌های رایانه‌ای با افزایش اضطراب و افسردگی همراه است.

در عین حال سلطانی و فرهادی (۱۳۹۸) نیز در تحقیقی نشان دادند آموزش فیلپال تراپی به مادران، موجب کاهش نشانه‌های اعتیاد به بازی‌های رایانه‌ای، کاهش پرخاشگری کلامی و پرخاشگری تکانشی در کودکان می‌شود. امروزه پدران و مادران میدانند که در هر حال بازی‌های رایانه‌ای جزئی از زندگی کودکان شده است. (واترز، تیدزول و برایانت، ۲۰۲۲). جذاب بودن این نوع بازی‌ها موجب می‌شود افراد ساعات متعددی در مقابل رایانه و دیگر ابزارهای بازی باقی مانده و با آن درگیر باشند. بازی‌های رایانه‌ای می‌توانند علاوه بر جنبه سرگرمی به عنوان منبع یادگیری نیز محسوب شوند. به بازی‌های رایانه‌ای که با هدف آموزش ساخته می‌شوند و وجه آموزش در آنها پررنگ‌تر است بازی‌های رایانه‌ای آموزشی گفته می‌شود. در واقع می‌توان گفت؛ بازی رایانه‌ای آموزشی فعالیتی است که به دانش‌آموزان برای یادگیری درسی که در آن مشکل دارند کمک می‌کند (آقورن لویی و همکاران، ۱۴۰۰). با توجه به تأثیر بازی‌های رایانه‌ای در شخصیت‌بازیکنان، در هر کدام از جلسات یک ساعته این مطالعه علاوه بر ۳۰ دقیقه استفاده از اسباب بازی ۳۰ دقیقه بازی رایانه‌ای هم در نظر گرفته شده است. در انتها با توجه به اهمیت مسئله و همچنین پژوهش‌هایی که در فوق ذکر شد، انتظار می‌رود بازی‌درمانی با مدل فیلپال تراپی در کنار به‌کارگیری رایانه در اجرای این نوع بازی که وجه تمایز این مطالعه با دیگر مطالعات قبلی محسوب می‌شود تأثیر چشمگیری بر کاهش نشانه‌های اختلال استرس پس از سانحه در کودکان مورد آزمایش داشته باشد. قابل ذکر است پژوهشی در مورد میزان اثربخشی آموزش بازی‌درمانی با مدل فیلپال تراپی همراه با بازی‌های رایانه‌ای بر اختلال استرس پس از سانحه یافت نگردید. لذا هدف پژوهش حاضر

اثربخشی درمان مبتنی بر فیلپال تراپی همراه با بازی‌های رایانه‌ای بر اختلال استرس پس از سانحه در کودکان هشت تا ده سال زلزله دیده استان کرمانشاه است.

روش

پژوهش حاضر مطالعه‌ای نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون با پیگیری همراه با گروه کنترل است. جامعه آماری این مطالعه شامل کلیه کودکان دارای تشخیص اختلال استرس پس از سانحه زلزله و ساکن مناطق مختلف زلزله‌زده استان کرمانشاه بودند. برای شناسایی و جذب کودکان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه با مراکز درمانی شهرهای آسیب‌دیده از زلزله، بیمارستان‌های مختلف ویژه کودکان و نهادهای متولی آسیب‌های اجتماعی (شامل اداره کل بهزیستی استان کرمانشاه، اداره کل آموزش‌های شهروندی شهرداری کرمانشاه و مراکز مشاوره خانواده و کودکان)، نامه‌نگاری و مراجعه شد و معرفی گروه هدف جهت شرکت در پژوهش، درخواست شد. بر این اساس، کودکان ۸ - ۱۰ ساله‌ای که می‌توانستند در پژوهش حاضر شرکت کنند، شناسایی شده و ۲۴ نفر از آنان به صورت نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. سپس، این کودکان به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه گمارش شدند و در مرحله پیش‌آزمون پرسش‌نامه اختلال استرس پس از سانحه (PCL) در اختیارشان قرار گرفت. در مرحله بعد ۱۲ کودکی که در گروه آزمایش قرار گرفته بودند، دو بار در هفته مورد مداخله مبتنی بر بازی‌درمانی به شیوه فیلپال تراپی همراه با بازی رایانه‌ای قرار گرفتند. درحالی‌که شرکت‌کنندگان گروه کنترل در این مدت هیچ درمانی دریافت نکردند. پس از گذشت هشت جلسه هفتگی دو ساعته و اجرای مداخلات، مجدداً پرسشنامه (PCL) توسط

نمره‌گذاری می‌شود. ۱. جمع نمرات در محدوده نمره ی (۸۵ - ۱۷) که می‌تواند از طریق جمع نمرات هفده‌گانه بر اساس مقیاس لیکرت به دست آید. نقطه برش برای تشخیص PTSD نمره ۵۰ است. که برای نمونه‌های مربوط به نیروهای نظامی تعیین شده و فقط برای نظامیان اعتباریابی شده است. اصلاً = ۱، خیلی کم = ۲، متوسط = ۳، زیاد = ۴، خیلی زیاد = ۵. دومین روش نمره‌گذاری از معیارهای DSM_IV پیروی می‌کند که خود ترکیبی است از دو رویکرد. بدین معنی که داشتن حداقل یک نشانه از نشانه‌های ملاک B (عبارت ۵ - ۱)، سه نشانه از نشانه‌های ملاک C (عبارت ۱۲ - ۶)، دو نشانه از نشانه‌های ملاک D (۱۷ - ۱۳) و جمع این نمرات به‌عنوان نقطه برش در جمعیت خاص در نظر گرفته می‌شود. همچنین نمرات جداگانه می‌تواند برای ملاک‌های D، B، C به دست بیاید. این فهرست توسط ودرز، هومن، هوسکا و کین در سال ۱۹۹۴ بر اساس معیارهای DSM برای مرکز ملی اختلال استرس پس از ضربه آمریکا تهیه شده است. اعتبار و روایی این فهرست در ایران به وسیله گودرزی (۱۳۸۲) انجام گرفت. با وجود ویرانی‌های حاصل از زلزله، جلسات بازی درمانی در کانکس‌های دایر شده برای زلزله زدگان اجرا شد. با شرایط خاص وضعی از آب‌وهوای خردادماه گرفته تا شرایط سکونت زلزله‌زدگان، برگزاری جلسات با فواصل منظم زمانی دلخواه مقدور نبود. خلاصه گزارش ۸ جلسه برگزار شده در زیر ارائه شده است.

افراد گروه و مادران آنها تکمیل شد. همچنین جهت بررسی بیشتر اثربخشی روش درمانی، مرحله پیگیری بعد از یک‌ماه صورت گرفت. درنهایت پرسش‌نامه‌ها جمع‌آوری شده و اطلاعات با استفاده از آزمون آماری تحلیل واریانس مختلط در محیط نرم افزاری spss مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. لازم به ذکر است به منظور رعایت اصول اخلاقی و قبل از انجام این مراحل رضایت آگاهانه والدین یا سرپرست کودکان شرکت کننده در پژوهش دریافت می‌شد و در صورت تمایل، پرسشنامه در اختیار آنان قرار می‌گرفت. اختیاری بودن پژوهش و حق خروج از آن، پاسخ به سوالات و در اختیار قرار دادن نتایج در صورت تمایل به آزمودنی‌ها، رعایت اصل رازداری و محرمانه بودن اطلاعات از دیگر اصول اخلاقی رعایت شده در این پژوهش بود که قبل از اجرا به طور مقدماتی و جداگانه به همراه کسب رضایت، انجام گرفت.

ابزار سنجش:

پرسشنامه چک‌لیست اختلال استرس پس از سانحه (PCL) یک مقیاس خودگزارش‌دهی است و برای ارزیابی میزان اختلال و غربال کردن این بیماران از افراد عادی و سایر بیماران و به‌عنوان یک ابزار کمک تشخیصی به کار می‌رود. مزیت این فهرست، مختصر و کوتاه بودن و مدت زمان ده دقیقه‌ایه اجرای آن است. فهرست شامل هفده ماده می‌شود که پنج ماده آن مربوط به علائم و نشانه‌های تجربه مجدد حادثه ی آسیب زای تروماتیک، هفت ماده آن مربوط به علائم و نشانه‌های کرختی عاطفی و اجتناب، و در نهایت پنج ماده آن مربوط به علائم و نشانه‌های برانگیختگی شدید است. این فهرست به دو روش

جلسات	شرح جلسات
اول	آشنایی و آموزش در خصوص بازی درمانی به شیوه فیلیال تراپی، علائم و مشکلات ناشی از زلزله و اختلال استرس پس از سانحه، محتوای جلسات (در همه جلسات ۳۰ دقیقه بازی با اسباب بازی و ۳۰ دقیقه بازی رایانه‌ای با کودک انجام شد).
دوم	بیان فهرست اسباب بازی‌ها و نوع بازی، محدودیت‌های قاطع، ثابت و روشن (بایدها و نبایدها). درمانگر بدون هیچ گونه انتقاد، تمجید یا تعریف، نصیحت و راهنمایی به بازی با کودک پرداخت (نبایدها)، آموزش پاسخ‌های همدلانه و انعکاسی از طریق نقش به والد، والد نظاره گر است. گرفتن بازخورد از والد، بازی بدون قید و شرط درمانگر با کودک و آموزش پاسخ‌های همدلانه و انعکاسی به والد ادامه دارد.
سوم	گرفتن بازخورد و گزارش والد از جلسه قبل، والد (مادر) وارد بازی می‌شود و به عنوان کمک درمانگر به بازی می‌پردازد. نقش والد (مادر) پررنگ‌تر می‌شود، آموزش و بیان مشکلات رایج، والد با کودک در زمان بازی با کودک. آموزش به مادر در مورد چرایی حق انتخاب دادن به کودک و چگونگی اعمال این روش‌ها برای کاهش مشکلات رفتاری کودکان
چهارم	بیان مهارت‌های حق انتخاب دادن به کودک و محروم کردن و آموزش مسئولیت‌پذیری، والد به همراه کودک و درمانگر به بازی می‌پردازد. (قوانین و محتویات جلسات)
پنجم	آموزش ترغیب کردن به جای تحسین کردن، صحبت در مورد اعتماد به نفس و چگونگی ایجاد اعتماد به نفس در کودک، مروری بر جلسات گذشته. (قوانین و محتویات جلسات ادامه دارد).
ششم	گرفتن گزارش کلی جلسات از والد، والد ارزیابی خود را در مورد این تجربه و نحوه تغییر خود و کودک در میان گذاشت.
هفتم	
هشتم	

ساختار جلسات مبتنی بر بازی درمانی به شیوه فیلیال تراپی همراه با بازی‌های رایانه‌ای

یافته‌ها

(۱۶/۷٪)، ۳ نفر ۹ سال (۲۵/۰٪) و ۷ نفر ۱۰ سال (۵۸/۳٪) بودند. از نظر توزیع وضعیت پایه تحصیلی شرکت کنندگان، در گروه آزمایش ۳ نفر در پایه دوم (۲۵/۰٪)، ۶ نفر در پایه سوم (۵۰/۰٪) و ۳ نفر در پایه چهارم (۲۵/۰٪) و در گروه کنترل، ۲ نفر در پایه دوم (۱۶/۷٪)، ۳ نفر در پایه سوم (۲۵/۰٪) و ۷ نفر در پایه چهارم (۵۸/۳٪) بودند. در ادامه نیز میانگین و انحراف معیار پیش آزمون، پس آزمون و پی گیری اختلال استرس پس از سانحه به تفکیک گروه‌های آزمایش، کنترل و پی گیری ارائه شده است.

ویژگی‌های جمعیت شناختی ۲۴ شرکت کننده در پژوهش (۱۲ نفر گروه آزمایش و ۱۲ نفر گروه کنترل) شامل جنسیت، سن و پایه تحصیلی آنان به تفکیک گروه‌های آزمایش و کنترل مشخص شده است. از نظر توزیع جنسیت، در گروه آزمایش ۸ نفر پسر (۶۶/۷٪) و ۴ نفر دختر (۳۳/۳٪) و در گروه کنترل ۸ نفر پسر (۶۶/۷٪) و ۴ نفر دختر (۳۳/۳٪) بودند. همچنین از نظر توزیع وضعیت سنی شرکت کنندگان، در گروه آزمایش سن ۳ نفر ۸ سال (۲۵/۰٪)، ۶ نفر ۹ سال (۵۰/۰٪) و ۳ نفر ۱۰ سال (۲۵/۰٪)، و در گروه کنترل ۲ نفر ۸ سال

جدول ۱. آمار توصیفی متغیر اختلال استرس پس از سانحه گروه آزمایش و گروه کنترل در مراحل سه گانه اندازه گیری

متغیر	گروه	مراحل اندازه گیری			
		پیش آزمون		پس آزمون	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
اختلال استرس پس از سانحه	آزمایش	۷۶/۴۱۲	۳/۵۵	۵۸/۰۰۰	۳/۴۹
	کنترل	۷۷/۲۵	۳/۳۷	۸۰/۰۰۰	۲/۴۸
				میانگین	انحراف معیار
				۴/۱۶	۵۸/۴۱۰
				۳/۲۰	۸۱/۵۰۰

درونداد جدول ۱ در مورد متغیر اختلال استرس پس از سانحه کاهش میانگین نمره گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل در مراحل پس-آزمون و پیگیری را نشان می‌دهد. قبل از اجرای روش تحلیل واریانس با اندازه-گیری مکرر، از آزمون کولموگروف-اسمیرنف برای بررسی نرمال بودن توزیع نمرات اختلال استرس پس از سانحه دو گروه استفاده شد. همچنین

آزمون شیب خط رگرسیون-لون به منظور بررسی همگنی واریانس های متغیر پژوهش در جامعه مورد پژوهش به کار گرفته شد. آزمون ام باکس هم برای بررسی همگنی ماتریس های واریانس-کوواریانس مورد استفاده قرار گرفت. که نتایج آنها معنی‌دار نبود ($p > 0/05$). جدول‌های ۲ و ۳ و ۵ اطلاعات آزمون‌ها را نشان می‌دهد.

جدول ۲. شاخص‌های آماری آزمون‌های نرمالیتی برای نمرات اختلال استرس پس از سانحه

کولموگروف-اسمیرنف			شاپیرو ویلک			
آمار			آماره			
۲۱۸ ۱/	۲۳	۰/۲۳۸	۱/۶۶۷	۲۳	۰/۱۹۸	اختلال استرس پس از سانحه

بنابراین به دلیل این که توزیع از ۰/۰۵ بزرگتر است، نرمال است. از این رو می‌توان برای آزمون فرضیات از آماره‌های پارامتریک استفاده نمود.

درونداد جدول ۲ نشان می‌دهد که با توجه به مقادیر حاصل از دو آزمون آماره کولموگروف-اسمیرنوف و شاپیرو ویلک می‌توان استنباط نمود که توزیع مورد انتظار با توزیع مشاهده شده برای متغیر مورد نظر تفاوت معنی‌داری ندارد.

جدول ۳. بررسی همگنی شیب رگرسیون برای تحلیل کوواریانس های چندمتغیری

متغیر وابسته	مراحل ارزیابی	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجموع مجذورات	F	سطح معنی داری
اختلال استرس پس از سانحه	در پس آزمون	۷۴۷/۱۷۶	۱	۷۴۷/۱۷۶	۱۲۲/۵۲۵	۰/۰۰۰
	در پیگیری	۱۷۸۱/۵۸۸	۱	۱۷۸۱/۵۸۸	۱۶۰/۷۰۳	۰/۰۰۰

یعنی فرض همگنی شیب رگرسیون پذیرفته می‌شود و آزمون تحلیل کوواریانس مقدور می‌باشد.

درونداد جدول ۳ پیش فرض همگنی شیب رگرسیون نمرات اختلال استرس پس از سانحه دو گروه آزمایش و کنترل را تأیید می‌کند. بنابراین فرض صفر

جدول ۴. نتایج آزمون لوین تساوی واریانس های خطا در متغیر اختلال استرس پس از سانحه

متغیر	مراحل	F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	سطح معنی داری
اختلال استرس پس از سانحه	پس آزمون	۳/۳۱۷	۱	۲۲	۰/۰۷۱
	پیگیری	۲/۰۱۲	۱	۲۲	۰/۰۷۶

درونداد جدول ۴ پیش فرض تساوی واریانس‌های نمرات اختلال استرس پس از سانحه دو گروه آزمایش و کنترل را تأیید می‌کند. بنابراین فرض صفر یعنی فرض همگنی واریانس‌ها پذیرفته می‌شود و آزمون تحلیل کوواریانس مقدور می‌باشد.

جدول ۵. نتایج آزمون باکس در مورد تساوی ماتریس‌های کوواریانس اختلال استرس پس از سانحه

متغیر	M باکس	F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	سطح معنی داری
اختلال استرس پس از سانحه	۱۵/۳۶۵	۱/۶۱۷	۳	۸/۷۱۲	۰/۰۶۳

این آزمون معنادار نبود ($p > ۰/۰۵$). در نتیجه این داده‌ها فرض همگنی ماتریس کوواریانس مربوط به متغیرهای وابسته رد نشده و می‌توان کرویت ماتریس متغیرهای وابسته را پذیرفت و از مقادیر F با درجه آزادی استفاده کرد. باتوجه به رعایت مفروضه‌ها امکان استفاده از روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر وجود دارد. نتایج در جدول ۶ گزارش شده است.

جدول ۶. نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای اثرهای اصلی و متقابل مربوط به متغیر اختلال استرس پس از سانحه

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجموع مجذورات	F	سطح معنی داری	توان
درون گروهی	۱/۴۴۱	۱	۱/۴۴۱	۰/۲۳۶	۰/۰۰۱	۰/۰۷۵
اثر بازی درمانی	۱/۳۱۵	۱	۱/۳۱۵	۰/۱۱۹	۰/۰۰۱	۰/۰۶۲
خطا	۱۲۹/۸۷۹	۲۳	۱۲۹/۸۷۹	۸/۷۶۵	۰/۰۰۸	۰/۸۰۴
بین گروهی	۹۷/۱۷۲	۱	۹۷/۱۷۲	۷۴۷/۱۷۶		
گروه	۹۷/۱۷۲	۱	۹۷/۱۷۲			
خطا	۷۴۷/۱۷۶	۲۳	۷۴۷/۱۷۶			

درونداد جدول ۶ نشان دهنده معنادار بودن عامل‌های درون گروهی است. پس می‌توان گفت برای اختلال استرس پس از سانحه بین سه بار اندازه‌گیری در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تفاوتی معنادار وجود دارد ($P < ۰/۰۰۱$). همچنین با معنادار بودن منبع گروه برای اختلال استرس پس از سانحه بین دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت معنادار وجود دارد ($P = ۰/۰۰۸$). مقدار اثر ناشی از تعامل بازی‌درمانی و عضویت گروهی نشان می‌دهد ۵۴ درصد از تغییرات اختلال استرس پس از سانحه در یک گروه، ناشی از تأثیر بازی درمانی بوده و ۳۰ درصد تفاوت موجود در اختلال استرس پس از سانحه بین گروهی ناشی از تأثیر بازی درمانی به شیوه فیلپال تراپی همراه با بازی‌های رایانه‌ای بوده است. آزمون تعقیبی بونفرونی نشان می‌دهد که این تفاوت مربوط به کدام مرحله است (جدول ۷).

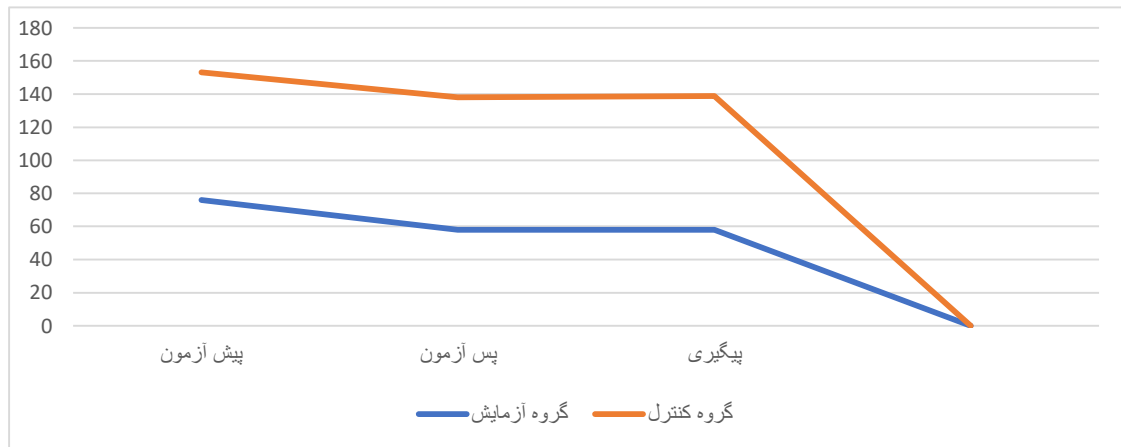
درونداد جدول ۶ نشان دهنده معنادار بودن عامل‌های درون گروهی است. پس می‌توان گفت برای اختلال استرس پس از سانحه بین سه بار اندازه‌گیری در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تفاوتی معنادار وجود دارد ($P < ۰/۰۰۱$). همچنین با معنادار بودن منبع گروه برای اختلال استرس پس از سانحه بین دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت معنادار وجود دارد ($P = ۰/۰۰۸$). مقدار اثر ناشی از تعامل بازی‌درمانی و عضویت گروهی نشان می‌دهد ۵۴ درصد از تغییرات اختلال استرس پس از سانحه در یک گروه، ناشی از تأثیر بازی درمانی بوده و ۳۰ درصد تفاوت موجود در اختلال استرس پس از سانحه بین گروهی ناشی از تأثیر بازی درمانی به شیوه فیلپال تراپی همراه با بازی‌های رایانه‌ای بوده است. آزمون تعقیبی بونفرونی نشان می‌دهد که این تفاوت مربوط به کدام مرحله است (جدول ۷).

جدول ۷. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسه زوجی میانگین نمره ها در مراحل سه گانه اندازه گیری

متغیر	مرحله مرجع	مرحله مقایسه	تفاوت میانگین	انحراف معیار	مقدار احتمال
اختلال استرس پس از سانحه	پیش آزمون	پس آزمون	۱۱/۳۶	۶/۰۳	۰/۰۰۱
	پس آزمون	پیگیری	۵/۲۹	۰/۴۷	۰/۰۰۱
		پیگیری	-۰/۷۳	۰/۳۳	۰/۷۷۴

تغییرات میانگین متغیر اختلال استرس پس از سانحه در مراحل پیش آزمون به پس آزمون و پیگیری با تفکیک دو گروه آزمایش و کنترل را نشان می دهد. درونداد نمودار ۱ در تأیید نتایج جدول ۷ کاهش اختلال استرس پس از سانحه در کودکان مورد پژوهش را نشان می دهد. اثر در مرحله پیگیری همچنان پایدار است.

درونداد جدول ۷ نشان می دهد که در گروه آزمایش، تفاوت میانگین نمره اختلال استرس پس از سانحه بین مراحل پیش آزمون و پس آزمون ($P < ۰/۰۰۱$) و نیز بین مراحل پیش آزمون و پیگیری ($P < ۰/۰۰۱$) معنادار است. همچنین تفاوت میانگین نمره اختلال استرس پس از سانحه بین مراحل پس آزمون و پیگیری ($P = ۰/۷۷۴$) نشان می دهد که اثر مداخله در مرحله پیگیری بازگشت نداشته و در طول زمان پایدار بوده است. نمودار ۱



نمودار ۱. نمودار مقایسه ای میانگین نمره اختلال استرس پس از سانحه در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در گروه آزمایش و کنترل

بحث و نتیجه گیری

نشان داد که این درمان تأثیر معناداری بر کاهش نشانگان (تجربه مجدد، اجتناب، مشکلات روانشناختی از قبیل اضطراب، افسردگی.. و تحریک پذیری، اختلالات خواب، مشکلاتی در توجه و تمرکز و..)

هدف از پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی درمان فیلیال تراپی همراه با بازی های رایانه ای بر اختلال استرس پس از سانحه در کودکان ۸ تا ۱۰ سال زلزله دیده استان کرمانشاه بود. نتایج حاصل از این تحقیق

سمت والدین و پاسخ‌های انعکاسی والدین به احساسات کودک و همچنین ترغیب به جای تحسین می‌شود. در این آموزش‌ها به کودکان می‌آموزند که احساسات و هیجانات خود را به صورتی قابل قبول ابراز نموده و خودکنترلی را در خود پرورش دهند. از این رو می‌توان انتظار داشت زمان بازی‌های رایانه‌ای و انتخاب نوع و محتوای این بازی‌ها تحت کنترل درآمده و در نتیجه مشکل اعتیاد کودکان به بازی‌های رایانه‌ای مخرب و خشم حاصل از آن را کاهش یابد. این نتایج با یافته‌های پژوهش فاضلی و همکاران (۱۳۹۸)، فضل‌اللهی و ملکی توانا (۱۳۸۹) و ویدیانتو و مک مارون (۲۰۰۴) و گورادا (۲۰۲۱) ناهمسو بود. تفاوت‌ها ممکن است به دلیل افزایش میزان ساعات بازی، نوع و محتوای خشونت‌آمیز بازی‌های رایانه‌ای باشد که منجر به فشار روانی، استرس شدید، افزایش اضطراب، کم‌تحركی، بروز خشونت، کاهش شادی و تعاملات اجتماعی می‌شود. همچنین نتایج به‌دست‌آمده از این پژوهش در خصوص تأثیر بازی به‌عنوان یک درمان با مطالعات جی یوم شین (۲۰۰۲)، داگرتی (۲۰۰۶) پورتر، هراندز، ریف و جیس (۲۰۰۷)، تامپسون و رودلف (۲۰۰۸)، استالمیکر و ری (۲۰۱۵)، حمزه لوحی (۱۳۹۰)، آزاد، عارفی، فرهادی و محمدی (۱۳۹۱)، اکبری و همکاران (۱۳۹۶)، روزبهبانی، بابایی امیری و دارابی (۱۳۹۷)، گودرزی، مریدان و روزبهبانی (۱۳۹۸) همسو و هم‌جهت است. در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت بازی‌درمانی موجب آموزش کنترل خود، مسئولیت‌پذیری، حس احترام و ارزشمندی می‌شود (لندرت، ۲۰۰۲)؛ بعلاوه یافته‌های زنگین و همکاران (۲۰۲۱) و گنج و تولمن (۲۰۲۱) نشان داد استفاده از برنامه بازی درمانی منجر به کاهش معنی دار آماری در سطوح اضطراب و ترس، اختلالات روانشناختی از قبیل افسردگی، استرس، اختلال نقص

اختلال استرس پس از سانحه داشته، همچنین پیگیری بعد از یک ماه نیز حاکی از این تاثیر بود. با بررسی مطالعه‌های پیشین در این زمینه، اثر بخشی چنین برنامه‌ای برای بهبود علائم اختلال استرس پس از سانحه انجام نگرفته است، اما نتیجه حاصل از این پژوهش در رابطه با اثرات مثبت بازی‌های رایانه‌ای با یافته‌های پژوهش مظاهر (۱۳۹۰)، پاکت‌چی (۱۳۹۰)، دولت‌آبادی و همکاران (۱۳۹۰)، رامین (۱۳۹۱)، عظیمی و همکاران (۱۳۹۳)، کیم و همکاران (۲۰۰۹)، دولف و آچرش (۲۰۱۱) مبنی بر اینکه بازی‌های رایانه‌ای باعث خودکارآمدی تحصیلی، افزایش توجه و تمرکز، قدرت تخیل، خلاقیت، انگیزه و بهبود عملکرد تحصیلی و همچنین موجب افزایش حافظه بینایی در دانش آموزان نارساخوان می‌شود همخوانی دارد. پژوهش‌های آقورن لویی و همکاران (۱۴۰۰) هم نشان داد بازی‌های رایانه‌ای آموزشی به دانش آموزان برای یادگیری درسی که در آن مشکل دارند، کمک می‌کند که پژوهش‌های فوق را تأیید می‌کند. بعلاوه یافته پژوهش، گرانت (۲۰۲۱) و واجات و همکاران (۲۰۲۱) که در آن‌ها از بازی‌های ویدیویی و دیجیتالی برای کاهش علائم اختلال استرس پس از سانحه استفاده شده است، یافته‌های پژوهش حاصل را تأیید می‌کند. از طرفی در یافته‌های سلطانی و فرهادی (۱۳۹۸) تأکید بر آموزش مهارت‌های بازی‌درمانی به والدین، بخصوص مادران برای کاهش مشکلات رفتاری کودکان از جمله اعتیاد به بازی‌های رایانه‌ای و پرخاشگری شده است که می‌توان آن را همسو با پژوهش حاضر دانست. در تبیین این یافته می‌توان گفت واردکردن والدین به فرایند درمان با آموزش فیلل تراپی و اصول و قواعد آن، سبب آگاهی از ماهیت مشکل، دادن حق انتخاب، تقویت عزت‌نفس، حس خودباوری، مسئولیت‌پذیری، درک شدن از

توجه و بیش فعالی، تروماهای دوران کودکی، اختلالات اضطرابی، اختلالات رفتاری، اوتیسم و ناتوانی یادگیری در دوره پیش دبستانی می شود که یافته های پژوهشی حاصل را تأیید می کند. و نیز بازی درمانی یک مداخله پیشرفته و تکامل یافته برای کودکان و از زمره روش هایی است که نتایج مفید و قابل توجهی به بار می آورد؛ در نتیجه موجب کاهش پرخاشگری، استرس و اضطراب می شود و به شیوه مثبتی به رفتارهای هیجانی و تکانشی تعادل می بخشد (بارتون و دائوف، ۲۰۱۶). درمانگر از طریق بازی درمانی یک موقعیت بازی به صورت کلی را ایجاد می کند تا کودک بر ترس و تنش خود غلبه کند و احساساتی چون تنفر، ترس، تنهایی، احساس شکست، ناامنی، بی کفایتی و احساس ناخواسته بودن که باعث محرومیت و انحراف شخصیت اش می شود را از طریق بازی و به کمک درمانگر بیرون بریزد (هوشینا و همکاران، ۲۰۱۷). به نقل از گودرزی و همکاران، (۱۳۹۸). همچنین نشان داده شده که بازی درمانی با رویکرد شن بازی در کاهش و بهبود نشانه های اختلال استرس پس از سانحه، افکار مزاحم و اجتناب کودکان اثربخش بوده است، زیرا فضایی امن برای ایفای نقش ها و تجربه هیجانات ناراحت کننده فراهم می آورد و موجب برون ریزی و تخلیه هیجانات می شود (روزبهنی، امیربابایی و دارابی، ۱۳۹۷). در نهایت فیلیال تراپی به عنوان یک روش درمانی با نتایج به دست آمده از مطالعات ادوارز، لندر و وایت (۲۰۰۷)، گارزا، واتر و کینزورت (۲۰۱۰)، سنگانجا ناوانج و همکاران (۲۰۱۰)، لارنس و همکاران (۲۰۱۰)، هت و همکاران (۲۰۲۲)، توفام، رولینگ، تیتاس و رولینگ (۲۰۱۱)، جنیفر (۲۰۱۲)، چانگ (۲۰۱۵)، کیافر، امین یزدی و کارشکی (۱۳۹۳)، آقایی، عسگری و بیات (۱۳۹۴)، عدیلی و همکاران (۱۳۹۴)، پرنجانی

و همکاران (۱۳۹۴)، عابدی و همکاران (۱۳۹۵)، شهنی، داودی، مهرابی زاده و زکری (۱۳۹۶)، عدیلی و همکاران (۱۳۹۷)، میرزایی و همکاران (۱۳۹۹) همسو و هم جهت است و یافته های پژوهش حاصل را تأیید می کنند. در افراد، بخصوص کودکان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه که اضطراب بالایی را از سر می گذرانند، از بین سه سیستم تنظیم هیجان، سیستم متمرکز بر تهدید آنها همیشه فعال است. این سیستم باعث هیجان هایی نظیر اضطراب، خشم یا بیزاری می شود (معینی و همکاران، ۱۳۹۸). زمانی که افراد با وقایع دردناک و رنج آور فراتر از تحمل خود در زندگی روبه رو می شوند، به جای آنکه هشیارانه و واقع بینانه تر با مسائل برخورد کنند، به صورت ناهشیار و ناآگاهانه به قضاوت و ارزیابی منفی در مورد خود می پردازند و دچار احساس گناه و به دنبال آن افسردگی و اضطراب می شوند (گیلبرت و پروکتر، ۲۰۰۶). در نتیجه یکی از اهداف فیلیال تراپی نیز تمرکز بر هیجانات مثبت و به حداقل رساندن اضطراب و خشم است، که همسو و هم جهت با تحقیق حاضر می باشد. در تبیین این یافته ها می توان گفت فیلیال تراپی می تواند مهارت های کودکان و والدین را افزایش دهد. در فرآیند این آموزش والدین می توانند به درک و پذیرش مطلوب از رفتار کودک دست یابند. این مسئله سبب بهبود سبک های والدگری و ترمیم روابط عاطفی میان والدین و کودک می شود. با بهبود بافت خانواده و شیوه تعامل اعضاء با یکدیگر و مخصوصاً بهبود تعامل والدین با کودک، حضور والدین و شناخت و پذیرش این احساس ها از سوی آنها، تلاش برای درک این احساس ها و عدم قضاوت یک جانبه، سبب در هم شکستن بازداری و چرخه های ارتباطی معیوب بین والد و کودک شده و در نتیجه بسیاری از رفتارها از قبیل اضطراب، تکانش گری و پرخاشگری در کودک

سانحه شود. پژوهش حاضر با محدودیت‌هایی نیز همراه بود، از آن جمله می‌توان به فواصل کوتاه جلسات درمانی، نبود مکان ثابت برای انجام جلسات درمان و شرایط خاص آب و هوایی اشاره کرد. البته لازم به ذکر است که به دلیل شرایط خاص مناطق زلزله دیده دسترسی به همین تعداد نمونه نیز با دشواری‌های خاصی همراه بود. پیشنهاد می‌شود تحقیقات مشابه همین پژوهش در دیگر مناطق درگیر با بلایای طبیعی در فرهنگ‌های مختلف صورت پذیرد و اثربخشی این مداخلات روی سایر مشکلات روانشناختی و رفتاری مورد بررسی قرار گیرد. لازم است این شیوه مداخله با تعداد جلسات درمانی بیشتر و دوره پیگیری طولانی‌تر انجام شود. همچنین پیشنهاد می‌شود نهادهای مربوط به مداخله‌های روانشناختی در مناطق آسیب‌دیده، مانند سازمان بهزیستی، اقدام به برپایی کارگاه‌هایی در زمینه آموزش تکنیک‌های فیلپال‌تراپی برای روانشناسان کنند و این مداخله‌ها را به‌صورت فراگیر در دیگر مناطق درگیر با بحران انجام دهند. با وجود این، پیشنهاد می‌شود با توجه با تأثیر مثبت مشاهده شده، پژوهش‌های بیشتری در این زمینه انجام پذیرد.

پی‌نوشت‌ها

1. Post-traumatic stress disorder
2. Earthquake
3. Functional
4. Resistance
5. Symbolic Training
6. Post-Traumatic Stress Disorder Checklist

منابع

Arslani, Sh. Supporter, M. (2019). *The effectiveness of selected movement program on working memory, attention and movement skills of students with math learning disorders. Bimonthly scientific-research journal of rehabilitation medicine*, 8(3), 209-220

کاهش می‌یابد. همچنین ایجاد جوی غیر قضاوتی، پذیرنده و همراه با درک متقابل برای کودک در جریان بازی منجر به کاهش مشکلات رفتاری و هیجانی کودک و افزایش سلامت روانی و کیفیت زندگی می‌شود. درفیلپال‌تراپی بر شناسایی احساسات کودک (غم، شادی، خشم و ترس) تأکید می‌شود و درنتیجه احساس اعتماد، امنیت و نزدیکی بین والدین و فرزندان ایجاد می‌شود و احساس لذت و خوشی افزایش می‌یابد. نحوه برخورد با کودک (انعکاس کلامی و غیرکلامی و همدردی با کودک) نیز منجر به یادگیری ابراز صحیح احساسات و مانع از رفتارهای پرخاشگرانه یا توأم با اضطراب در کودک می‌گردد (عابدی، سید قلعه و بهرامی پور، ۱۳۹۶). دادن حق انتخاب به کودک در کنار تعیین محدودیت‌های ضروری در این زمینه، احساس کنترل را در کودک تقویت می‌کند و درنتیجه کودک بهتر می‌تواند رفتارهای نابهنجارش را کنترل نماید و به خودش و توانایی‌های درونی‌اش متکی باشد. می‌توان نتیجه گرفت فیلپال‌تراپی با تأثیر بر مهارت‌های فرزند پروری، روابط والدین و فرزندان را بهبود می‌بخشد (عاشوری و کریم‌نژاد ۱۳۹۹) و از این طریق مشکلات رفتاری و استرس والدینی و اضطراب کودکان را کاهش می‌دهد (یزدانی پور، عاشوری و عابدی ۱۴۰۰). همچنین نتایج پژوهش عدیلی و همکاران (۱۴۰۰) حاکی از تأثیر فیلپال‌تراپی بر بهبود ابعاد ایرادگیری از غذا، لذت از غذا، پرخوری هیجانی و کم‌خوری هیجانی کودک شده است. نکته حایز اهمیت در پژوهش حاضر مطرح شدن مسائل ارتباطی مانند لذت مشترک، توجه مشترک، ارتباط دوطرفه، صمیمیت، ایجاد حلقه‌های ارتباطی و هیجانی در جریان بازی روزانه بین والد-فرزند و گسترش و تداوم آن است که می‌تواند باعث کاهش نشانگان اختلال استرس پس از

- ٤٢

- Adili, Sh. Mirzaei, Rokiana. Abedi, A. (2017). *The effectiveness of Matani play therapy on parent-child relationships, on the quality of parent-child interactions and the quality of life related to the health of children with movement problems. Exceptional Children Quarterly*, 59-70, (1)19
- Ayouzi, A. Nurbala, A. Maithami, A. (2015). *Comparison of the prevalence of post-traumatic stress disorder, 18 months after the Bam earthquake in two cities of Kerman and Bam. Scientific and Research Quarterly of Relief and Rescue*, 8(2), 55-64
- Fazli, Z. Mazdarani, Sh. Hosseini, H. (2017). *The relationship between the duration of computer games and anxiety and depression. Journal of Mazandaran University of Medical Sciences*, 27(164), 146-151
- Kazemi, A. Bani Jamal, Sh. Ahadi, H. Farkhi, N. (2011). *Investigating the effectiveness of training cognitive-behavioral strategies in reducing the symptoms of post-traumatic stress disorder and chronic secondary psychological problems of spouses (ptsd) caused by the imposed war of veterans with ptsd. Journal of Medical Sciences of Islamic Azad University*, 22(2), 122-129
- Kiafar, M. Amin Yazdi, A. Karsheki, H. (2013). *The effectiveness of the family center on mother-child interaction and the level of aggression of preschool children, clinical psychology research and counseling*, 4(2), 1-15
- Gooderzi, K. Meridian, S. Rozbahani, M. (2018). *Determining the effectiveness of play therapy on children's aggression, stress and anxiety. Scientific Quarterly, Journal of Movement and Behavioral Sciences*, 2(2), 116-125
- Mohammadi, L. Mohammadkhani, P. Dolatshahi, b. Golzari, M. (1389). *Post-traumatic stress syndrome with other symptoms. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, 16(3), 2-19
- Mazher, L. (2011). *Investigating the effect of computer games on social intelligence and Rozbahani, M. Babaei Amiri, N. Darabi, b. (2017). Investigating the effectiveness of play therapy with sand play approach in children suffering from post-traumatic stress disorder. Exceptional Children Quarterly*, 18(4), 55-65
- Sadok, b. Zadok and Ruiz, P. (2015). *Summary of Psychiatry of Behavioral Sciences/Clinical, Psychiatry. first volume*
- Soltani, M. Farhadi, H. (2018). *The effectiveness of filial therapy (play therapy based on parent-child relationship) on computer game addiction and aggression in preschool children. Journal of Knowledge and Research in Applied Psychology*, 22(2), 13-21
- Shahni, R. Dawoodi, A. Mehrabizadeh, M. Zargari, Y. (2016). *The effectiveness of parent-centered intervention on anxiety symptoms and externalizing problems in children aged 6 to 9 years. Clinical Psychology*, 9(1), 1-13
- Abedi, A. Seyed Qalaa, A. Bahramipour, M. (2016). *Comparing the effectiveness of filial therapy and Barkley's parenting method on reducing anxiety and symptoms of attention deficit hyperactivity disorder in children, Exceptional Children Quarterly*, 17(3), 111-120
- Ashuri, M. Karimnejad, R. (2019). *The effect of play therapy training with the filial therapy model on the behavioral problems of hearing children and the resilience of their deaf mothers, Positive Psychology Research Journal*, 5(2), 85-95
- Adili, Sh. Raisi, Z. Ghasemi, N. (1400). *The effectiveness of online play therapy intervention based on parent-child relationships (filial therapy) on the eating behavior of preschool children, Journal of Educational Psychology Studies*, 19(45), 1-13
- Adili, Sh. Police station, M. Abedi, A. (2014). *The effect of filial therapy play therapy on the social-emotional skills of 5 to 6-year-old preschool girls in Isfahan city. Two scientific-research quarterly journals of clinical and personality psychology*, 13(2), 15-5

- Achievement. *Journal of Tecnology & Education*, 5(1), 35-39
- Dougherty, L. (2006). *Impact of child-entered play therapy on children of different evelopmental stages [Dissertation]*. University of North Texas. (67-04), 128
- Durkin. K. Barber, B. (2002). Not so doomed: Computer game play and positive adolescent development. *Applied Developmental psychology* (23), 372-392
- Edwards, N.A. Ladner, J. & White, J. (2007). *Perceived effectiveness of filial therapy for a Jamaican mother: A qualitative case*
- Ford, D. (2009). *Posttraumatic Stress Disorder: Science and Practice*. New York: Elsevier Inc
- Garza, Y. Watts, R. Kinsworthy, S (2010). *Filial Therapy: A Process for Developing Strong ParentChild Relationships. The family Journal: ounseling And Therapy for Couples and Families*, Vol. 15(3), 277-281
- Genç, M., & Tolan, Ö. Ç. (2021). *Play Therapy Practices in Psychological and Developmental Disorders That Are Common in Preschool Period*. *Psikiyatride Guncel Yaklasimlar*, 13(2), 207-231
- Gilbert, P. Procter, S. (2006). *Compassionate mind training for people with high shame and self criticism: Overview and pilot study of a group therapy: An International Journal of theory @ Practice*; 13(6) 353-79. granat ;m. (2021). *Video games as a supportive tool in the treatment process*. *Homo Lodens*, (1 (14)), 66-81
- Guerada, K. (2021). *Impact of Online Games on Children's Mental Health*. *Journal La Medihealtico*, 2(1), 13-19
- Guerney, L. (1981). *Parental acceptance and foster parent*. *Journal of clinical ppsychology*, 10, 27-32
- Halgin, R. Whitbourne, S. (2005). *abnormal Psychology Clinical Perspectives on Psychological Disorders*. In: Mohamadi SY academic self-efficacy of 12-15-year-old boys in Zahedan city. *University of Sistan and Baluchistan, master's thesis*
- Moini, F. Taheri, N. Gooderzi, N. Dabaghi, P. *Way of salvation, A. prophetic and* (2018). *The effectiveness of compassion therapy on improving symptoms of post-traumatic stress disorder*. *Quarterly Journal of Nurse and Doctor in War*, 7(23), 1-6
- Mirzaei, H. Kayani, Z. Hosseini, S. Surtiji, H. Hosseinizadeh, S. Ebrahimi, A. (2019). *Investigating the impact of filial autism*, *Journal: Rehabilitation*, 2(21), 1-14
- Yazdanipour, M. Ashuri, M. Abedi, A. (1400). *Comparing the effectiveness of filial therapy and therapy on the anxiety of children with hearing loss*, *Journal of Family Research*, 117-136, (165) 17
- Althy, A. (2005). *Effects of a trained therapy dog in child- centered play therapy on childrens bio behavioral measures of anxiety*. *DisorthTexassertation. University of north Texas*, 7(4), 443-450
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 5th ed. Arlington: American Psychiatric Publishing, 26-8
- Benjamin, J. Sadok VA. Pedro, R. (2018). *Psychiatry Summary; Be-havioral Sciences {Rezaei F. Persian trans.}*. Tehran: Arjmand Publication. study. *International journal of play Therapy*, 16 (1), 36-53
- Changa, H., Ling Yehbtien, H. (2015). *The influence of parent-child toys and time of playing together on attachment*. *Procedia Manufacturing*
- Cohen JA. Scheeringa MS. (2022). *Post-traumatic stress disorder diagnosis in children challenges and promises*, *Dialogues in clinical neuroscience*, 11(1), 91-99
- Dolf Achrash, H. (2011). *Effect of Computer – Assisted Instruction on Science*

- Kalendar, D. (2002). *Traumatic stress .Anxieties, Fears, and Phobias*. New York City: Sadock, B. Sadock, V. (2006). *Synopsis of Psychiatry Behavioral Sciences Clinical Psychiatry*. In Porafkari N, editors. Tehran: . Shareab Press, 2-110
- Sangganjanavanich, V. Cook, K. Rangel-Gomez. M. (2010). *Filial Therapy with Monolingual Spanish-Speaking Mothers: A Phenomenological Study*. *The Family Journal: Counseling and Therapy for Couples and . Families* 18(2) 195-201
- Livanuo, M. Basoglu, M. Salcioglu, E. Kalendar, D. (2002). *Traumatic stress responses in treatment-seeking earthquake survivors in . Turkey*. *J Nerv Ment Dis*, 190, 816-2
- Nie, C. Yang, L. Li, H. (2012). *Macro assessment of seismic population vulnerability in . China*. *Progress in Geography*. 31, (3), 375-82
- O'Connor, K. J. (1997). *Braverman LM. Play therapy theory and practice: A comparative . presentation*. Hoboken: John Wiley & Sons
- Landreth, G.L. Bratton, S. (2006). *Child parent relationship therapy (CPRT)*. New . York: Taylor Francis group
- O'Connor, K. J., Schaefer, C. E., & Braverman, L. D. (2016). *Handbook of play therapy*. Second edition. Hoboken, New Jersey: . John Wiley & Sons, Inc
- O'Donovan, A.; Slavich, G. M.; Epel, E. S. & Neylan, T. C. (2013). "exaggerated neurobiological sensitivity to threat as a mechanism linking anxiety with increased risk for diseases of aging". *Neuroscience and . Biobehavioral Reviews*, 37(1):96-108
- Porter, M. Heruandez, H. Reif, M. Jessee, P. (2007). *Play therapy: A review- Early child developmental and care*. Taylor & Francis
- Roysircar, G. Suzuki, LA. (2022). *Transnational counseling for mass trauma: American trainee experiences in haiti. International perspective in . editors*. 4th ed. Tehran: Ravan Press, 237-8
- Hett, D., Takarangi, M. K., & Flowe, H. D. (2022). *The effects of computerised metacognitive cognitive bias modification training on the development of adaptive metacognitive beliefs and post-traumatic stress disorder symptoms*. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 75, 101716
- Jiumshen. (2002). *Short- term Group play therapy with Chinese Earth Quake Victims: Effects on Anxiety, Depression, and Adjustment*. *International journal play therapy*, (11), 43-63
- Kaduson, H. (2018). *Release Play Interventions for Children Who Experienced Stressful Like Events*. In: Drewes A, Schaefer CE. *Play-based Interventions for Childhood Karam, E. Friedman M. Hill, E. (2014). Cumulative traumas and risk thresholds: 12-month PTSD in the word mental health (WMH) surveys*. *Depress Anxiety* 31, 130-42
- Karatzias, T.; Shevlin, M.; Fyvie, C.; Hyland, P.; Efthymiadou, E.; Wilson, D. & Cloitre, M. (2017). *Evidence of distinct profiles of posttraumatic stress disorder (PTSD) and complex posttraumatic stress disorder (CPTSD) based on the new ICD-11 trauma questionnaire (ICD-TQ)*. *Journal of Affective Disorders*, 207, . 181-187
- Kuo, C.J. Tang, H. S. Tsay, C.J. Lin, S. K. Hu, W.H. & Chen, C.C. (2003). *Prevalence of psyshiatric disorders among bereaved survivors of a disastrous earthquake in taiwan*. *Psychiatric . services*, 54, 249
- Landreth, GL. Bratton, S. C. (2005). *Child parent relationship therapy (CPRT): A 10-session filial therapy model*. New York City: Taylor & . Francis
- Lawrence, S., De Silva, M., & Henley, R. (2010). *Sports and games for post-traumatic stress disorder (PTSD)*. *Cochrane database of . systematic reviews*
- Livanuo, M. Basoglu, M. Salcioglu, E

- Girl With Post-Traumatic Stress Disorder: Restoration to Her Father's Care Following a Period in Out-of-Home Care. Clinical Case Studies*
- Widyanto, L. Mcmurran, M. (2004). Psychometric Properties of the Internet Addiction test. *Cyber Psychology & Behavior*, 7(4), 443-450
- Waters, GM. Tidswell, GR. Bryant EJ. (2022). Mothers and fathers views on the importance of play for their children's development: gender differences and gender differences academic activities, and parental role, *British journal of educational psychology*, (4)92, 157-158
- Xu, W. Yuan, G. Liu, Z. Zhou, Y. (2018). Prevalence and predictors of PTSD and depression among adolescent victims of the Summer 2016 tornado in Yancheng City. *Archives of Psychiatric Nursing*
- Yule, W. Smith P, Perrin, S. (2005). Cognitive Behaviour Therapy for Children and Families. In: Graham PJ, editors. *Cognitive behavior therapy for children and families*. New York: Cambridge University Press
- Zengin, M., Yayan, E. H., & Düken, M. E. (2021). The effects of a therapeutic play/play therapy program on the fear and anxiety levels of hospitalized children after liver transplantation. *Journal of PeriAnesthesia Nursing*, 36(1), 81-85
- psychology. (4)11, 257-275
- Schuitevoverder, S. Rosen, J. Twamley, E. Ayers C. Sones, H. Lohr J. (2013). A meta-analysis of cognitive functioning in older adults with PTSD. *Journal of Anxiety Disorders*. 27(6):550-80
- Sherin JE, BNemeroff, C. (2022). Post-traumatic stress disorder: the neurobiological impact of psychological trauma. *Dialogues in clinical neuroscience*, 13(3), 263-278
- Stulmaker, H. L., & Ray, D. C. (2015). Child-centered play therapy with young children Who are anxious: A controlled review, 57, 127-133
- Topham. G. Wampler, K. Titus, G. Rolling, E. (2011). Predicting parent and child outcomes of a filial therapy program. *International journal of play therapy*, 20, (2), 79-93
- Vajawat, B., Varshney, P., & Banerjee, D. (2021). Digital gaming interventions in psychiatry: evidence, applications and challenges. *Psychiatry Research*, 295, 113585
- Vanfleet, R. (2011). Filial therapy: what every play therapist should know? *British association of play therapy*, number 67, page 18-24
- Wang, F. Yang, J. Pan, F. Bouegdois, J. Huang, J. (2020). Editorial: early life stress and depression, review front psychiatry mood disorder
- Warren, J. M., Hanstock, T., Hunt, S., & Halpin, S. (2021). Parent-Child Interaction Therapy for a 3-Year-Old