

## **The Effect of Play Therapy Training with Filial Therapy Model on Behavioral Problems of Children and Resiliency of Deaf Mothers**

Mohammad ashori<sup>1\*</sup>, Ryhaneh Karimnezhad<sup>2</sup>

1. Assistant Professor, Department of Psychology and Education of Children with Special Needs, Faculty of Education and Psychology, University of Isfahan, Isfahan, Iran
2. Ph.D. Student in Psychology, Najafabad Branch, Islamic Azad University, Najafabad, Iran

### **Abstract**

The aim of this study was to investigate of the effect of play therapy training with filial therapy model on behavioral problems of children and resiliency of deaf mothers. This research was a semi-experimental study with pre-test, post-test design and control group. The participants were 30 deaf mothers from association of deaf family and center of deaf in Isfahan province that were selected by convenient sampling. The subjects were assigned to two experimental and control groups, each group consisting of 15 mothers. The experimental group participated at 8 sessions of play therapy training with filial therapy model, while the control group not received this program. The instruments were: the Achenbach & Rescorla Child Behavior Checklist (CBCL) of and Connor-Davidson Resiliency Scale. Multivariate analysis of covariance was used for analyzing the data. The results showed that play therapy training with filial therapy model had a significant effect on the behavioral problems of children and resiliency of deaf mothers ( $P < 0.001$ ). Therefore, it was concluded that play therapy training with filial therapy model can improve behavioral problems of children and resiliency of deaf mothers.

**Keywords:** filial therapy, behavioral problems, resiliency, deaf mothers.

## تأثیر آموزش بازی درمانی با مدل فیلیال تراپی بر مشکلات رفتاری کودکان شنوا و تاب‌آوری مادران ناشنوی آنها

محمد عاشوری\*<sup>۱</sup>، ریحانه کریم‌نژاد<sup>۲</sup>

۱- استادیار گروه روان‌شناسی و آموزش کودکان با نیازهای خاص، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه

اصفهان، اصفهان، ایران

m.ashori@edu.ui.ac.ir

۲- دانشجوی دکتری روان‌شناسی، واحد نجف‌آباد، دانشگاه آزاد اسلامی، نجف‌آباد، ایران

ry.karimnejad2014@gmail.com

### چکیده

این پژوهش به منظور بررسی اثربخشی آموزش بازی درمانی با مدل فیلیال تراپی بر مشکلات رفتاری کودکان و تاب‌آوری مادران ناشنوا انجام شد. این پژوهش، یک مطالعه نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و گروه کنترل بود. در این پژوهش ۳۰ نفر از مادران ناشنوا شرکت داشتند که به روش نمونه‌گیری در دسترس از انجمن خانواده ناشنوایان و کانون ناشنوایان استان اصفهان انتخاب شدند. آزمودنی‌ها به دو گروه آزمایش و کنترل ۱۵ نفری تقسیم شدند. گروه آزمایش در ۸ جلسه در برنامه بازی درمانی با مدل فیلیال تراپی شرکت کردند در حالی که به گروه کنترل هیچ آموزشی ارائه نشد. ابزار این پژوهش فهرست مشکلات رفتاری کودک آخنباخ و رسکورلا و مقیاس تاب‌آوری کانر و دیویدسون بود. داده‌ها با استفاده از تحلیل کوواریانس چندمتغیری تحلیل شد. نتایج نشان داد که آموزش بازی درمانی با مدل فیلیال تراپی اثر معناداری بر مشکلات رفتاری کودکان و تاب‌آوری مادران ناشنوا داشت ( $P < 0.001$ ). بنابراین، آموزش برنامه بازی درمانی با مدل فیلیال تراپی می‌تواند مشکلات رفتاری کودکان و تاب‌آوری مادران ناشنوا را بهبود بخشد.

**واژه‌های کلیدی:** فیلیال تراپی، مشکلات رفتاری، تاب‌آوری، مادران ناشنوا

## مقدمه

برخی از مادران یا پدران ناشنوا، فرزند شنوا دارند. یکی از عوامل مهم در برقراری ارتباط مطلوب مادران و پدران ناشنوا با فرزندانشان، گسترش اطلاعات و آگاهی و احساس مسئولیت آنها است (لایر، ۲۰۱۸). ناشنوایی ممکن است فرد را در معرض انزوا قرار دهد و به نظر می‌رسد بر مشکلات ارتباطی تأثیر نامطلوبی بگذارد (کیش، ۲۰۰۸). همچنین، فرزندان والدین ناشنوا یا سخت‌شنوا، چالش‌های طولانی‌مدت بی‌نظیری را برای والدین خود به وجود می‌آورند و آنها را در معرض استرس بیش از حدی قرار می‌دهند (زیدمن‌زیت، موست، تاراسچ، هاداید، و براند، ۲۰۱۶). به‌طور کلی در چنین شرایطی، افراد با آسیب شنوایی از نظر سلامت روانی در وضعیت مناسبی قرار نمی‌گیرند و مشکلات روانشناختی از جمله اضطراب و افسردگی آنها بیشتر می‌شود (شین و هانگ، ۲۰۱۷).

آشفته‌گی در ساختار خانواده سبب افزایش مشکلات رفتاری<sup>۲</sup> در کودکان می‌شود و تأثیر نامطلوبی بر سلامت روان والدین و کودکان می‌گذارد. علاوه بر این، گاهی بقا و دوام خانواده را نیز تهدید می‌کند (بحری، باسنت، و براند، ۲۰۱۷). درحقیقت، مشکلات رفتاری کودکان به‌ویژه در نخستین سال‌های زندگی با نحوه رفتارکردن مادر ارتباط دارد و به این ترتیب رفتارهای نامناسب و چالش‌برانگیز کودک سبب کاهش اعتماد به نفس مادر می‌شود (عاشوری و احمدیان، ۱۳۹۷). گاهی مشکلات رفتاری فرزندان، سلامت روانی اعضای خانواده را تهدید می‌کند. مادران به دلیل فشار ناشی از نیازهای روزمره کودکان خود بیش از پدران در معرض مشکلات روانشناختی قرار می‌گیرند (محمودی، عاشوری و انصاری شهیدی،

۱۳۹۶). اگر یکی از والدین به‌ویژه مادر، ناشنوا و فرزند، شنوا باشد، مشکلات رفتاری فرزندان نمود بیشتری پیدا می‌کند. علاوه بر این، مشکلات مربوط به برقراری ارتباط فرزند شنوا با مادر ناشنوا این مسئله را شدیدتر می‌کند (هالاها، کافمن، و پولن، ۲۰۱۸).

اصطلاح تاب‌آوری<sup>۳</sup> در سال‌های اخیر رایج شده است و چنین استدلال می‌شود که تاب‌آوری، مکانیسم روانشناختی است که باعث کاهش آسیب‌های روانی و افزایش بهزیستی می‌شود. همچنین، عملکرد نهایی یا فرایندی است که به ثبات منتهی می‌شود (وارکر و دوپلی، ۲۰۱۲). تاب‌آوری نوعی ظرفیت کلی است که برای پیشگیری، کاهش یا غلبه بر مشکلات استفاده می‌شود و یکی از شاخص‌هایی است که در بهبود ویژگی‌های روانشناختی تأثیر دارد (ریچاردسون، ۲۰۰۲). تاب‌آوری یکی از عوامل حفاظت‌کننده است که نقش مهمی در موفقیت افراد و جان به در بردن از شرایط ناگوار دارد؛ به‌طوری‌که برخورداری از این خصوصیت باعث می‌شود افراد رفتار سازگارانه داشته باشند، رویارویی با مشکلات را برای آنها ساده‌تر می‌کند و امکان برخورد مؤثر با موانع رسیدن به اهداف را افزایش می‌دهد (هالاها و همکاران، ۲۰۱۸). مشارکت حمایتی والدین از طریق بازی با فرزندان سبب می‌شود آنها فراتر از ظرفیت خود عمل کنند و به همین ترتیب تاب‌آوری والدین افزایش می‌یابد. اگر والدین تاب‌آوری بیشتری داشته باشند، فرزندان توجه، تسلط و خودکارآمدی بیشتری را نشان می‌دهند. یکی از مهم‌ترین قدرت‌های درمانی بازی این است که کودکان می‌فهمند دوست‌داشتنی و مهم‌اند؛ بنابراین انعطاف‌پذیری و تاب‌آوری کودک و والدین بیشتر می‌شود و مهارت‌های ارتباطی آنها توسعه می‌یابد (سبالوس و براتون، ۲۰۱۰).

1. deaf

2. behavioral problems

3. resiliency

تا ۲۰ دقیقه با فرزندان خود بازی می‌کنند و درمانگر مشاهده می‌کند. جلسه دوم، جلسه بازی نمایشی نامیده می‌شود که درمانگر در آن به مدت ۱۵ تا ۲۰ دقیقه با کودکان بازی می‌کند و مادران مشاهده می‌کنند. جلسه‌های بعدی، بازی نظارتی نامیده می‌شوند که مادران با فرزندشان بازی می‌کنند. جلسات پایانی بازی به منظور انتقال و تعمیم در خانه انجام می‌شود که به بازی خانگی معروف است. مادر در این جلسات با فرزندش در خانه بازی می‌کند و در جلسه‌اش با درمانگر، درباره جلسه بازی در خانه بحث می‌شود و بقیه زمان این جلسات به آموزش والدین اختصاص دارد (عاشوری، ۱۳۹۸). در واقع، درمانگر اصول و مهارت‌هایی مانند انعکاس، گوش کردن، بازشناسی و پاسخ به احساسات کودک و سرخ‌های رفتاری را به والدین آموزش می‌دهد و بر عملکرد آنها نظارت می‌کند تا بیاموزند چگونه جلسات بازی غیر هدایت‌کننده‌ای با کودکان داشته باشند. هنگامی که ظرفیت اعتماد به نفس والدین در جلسات هفتگی افزایش یافت، این جلسات بازی به محیط خانه منتقل می‌شوند (لیندو و همکاران، ۲۰۱۶). فیلیال‌تراپی سه مرحله دارد. مرحله نخست، پذیرش است، در این مرحله باید با والدین کار کرد و بهتر است هر دو والد باشند. پذیرش یعنی به والدین کمک کنیم تا بفهمند کودک یا محیط مشکل ندارد؛ بلکه رابطه مناسب نیست. مرحله دوم، پذیرش فرزند است؛ یعنی کودکان آسیب‌پذیرند و زود آسیب می‌بینند؛ ولی این مزیت را دارد که علائم آن را زود بروز می‌دهند. پس باید آن را بپذیریم و مشکل را با رابطه خوب حل کنیم. مرحله سوم، غنی کردن رابطه است که این کار از طریق بازی کردن با کودک آغاز می‌شود. مراحل بازی اینگونه است که والدین فهرستی از بازی‌هایی که

به سبب اینکه یکی از عمده‌ترین مشکلات مادران ناشنوا با فرزندان خود به مهارت‌های ارتباطی نسبتاً ضعیف آنها مربوط می‌شود، با بازی ارتباط و تعامل میان آنها تقویت می‌شود و تاب‌آوری والدین افزایش می‌یابد (کرک، گالاگر و کولمن، ۲۰۱۵). به این ترتیب، اگر والدین مهارت‌های برقراری ارتباط با کودکان را یاد بگیرند و در بازی از آنها استفاده کنند، مزایای بازی والدین با کودک به بیشترین حد ممکن می‌رسد و تأثیر مطلوبی بر تاب‌آوری والدین می‌گذارد (سبالوس و براتون، ۲۰۱۰). علاوه بر این، مشکلاتی که فرزندان با آن مواجه می‌شوند، در ابراز هیجان والدین هم تأثیر می‌گذارد و گاهی باعث کاهش تاب‌آوری آنها می‌شود (استاس، نندوالک، میوز، و برانجی، ۲۰۱۸). در این راستا، روش‌ها و برنامه‌های آموزشی متفاوتی وجود دارند که برنامه بازی‌درمانی با مدل فیلیال‌تراپی<sup>۱</sup> یا بازی درمانی مبتنی بر روابط والد - کودک یکی از اینها است (ادواردز، لندر، و وایت، ۲۰۰۷).

برنارد و لوئیس گوثرنی از بنیان‌گذاران بازی‌درمانی با مدل فیلیال‌تراپی هستند (لندرث و براتون، ۲۰۰۶). جلسه‌های این نوع بازی‌درمانی برای کودکان و والدین براساس علائق کودکان تنظیم می‌شود (لیندو و همکاران، ۲۰۱۶). فیلیال‌تراپی نوعی خانواده‌درمانی است که از بازی والدین با فرزندان به منزله مکانیسم اصلی برای تغییر استفاده می‌شود. جلسات بازی والدین با فرزندانشان، غیرمستقیم یا کودک‌محور است (اوکانر، شفر و براورمن، ۲۰۱۶). هر جلسه این نوع بازی‌درمانی ۹۰ تا ۱۰۰ دقیقه طول می‌کشد. ۱۵ تا ۲۰ دقیقه اول جلسه‌ها صرف بازی با کودک و بقیه زمان هر جلسه به آموزش والدین مربوط می‌شود. جلسه اول، جلسه بازی خانوادگی نامیده می‌شود که مادران در آن به مدت ۱۵

<sup>۱</sup>. filial therapy

کودک دوست دارد را تهیه و با او بازی و یک هفته بعد مراجعه کنند (توفام و ونفلت، ۲۰۱۱).

پژوهش‌هایی درباره‌ی بازی درمانی با مدل فیلیال‌تراپی انجام شده است؛ برای مثال، یافته‌های پژوهش عابدی، سیدقلعه و بهرامی‌پور اصفهانی (۱۳۹۶) نشان دادند فیلیال‌تراپی بر کاهش اضطراب و علائم کم‌توجهی بیش‌فعالی کودکان مؤثر بودند. یافته‌های پژوهش عدیلی، کلانتری و عابدی (۱۳۹۴) حاکی از تأثیر مثبت و معنادار بازی‌درمانی به شیوه‌ی فیلیال بر مهارت‌های رفتاری دختران پیش‌دبستانی شهر اصفهان بودند. یافته‌های مطالعه‌ی لیندو و همکاران (۲۰۱۶) بیان کردند بازی‌درمانی با شیوه‌ی فیلیال‌تراپی باعث بهبود تاب‌آوری والدین و ارتقای مهارت‌های آنها شد. یافته‌های پژوهش کرنر و براتون (۲۰۱۴) بیان‌کننده‌ی تأثیر درخور توجه بازی‌درمانی با شیوه‌ی فیلیال‌تراپی بر بهبود عملکرد خانواده، افزایش تاب‌آوری و صمیمیت والدین و کاهش مشکلات رفتاری کودکان بودند. یافته‌های پژوهش کرنر (۲۰۱۲) نشان دادند بازی‌درمانی با شیوه‌ی فیلیال‌تراپی باعث بهبود تعامل اعضای خانواده شد. نتیجه‌ی پژوهش توفام، وامپلر، تیتوس، و رولینگ (۲۰۱۱) حاکی از تأثیر بازی‌درمانی با مدل فیلیال‌تراپی بر بهبود تعامل والد و کودک و افزایش تاب‌آوری در والدین بود. نتیجه‌ی پژوهش گارزا، واتر و کینزورثی (۲۰۱۰) نیز نشان داد بازی‌درمانی با شیوه‌ی فیلیال‌تراپی باعث بهبود روابط پدر و مادر و کاهش مشکلات رفتاری کودکان می‌شود. نتایج تعدادی از پژوهش‌ها به تأثیر بازی‌درمانی با شیوه‌ی فیلیال‌تراپی بر بهبود تعامل والد - کودک و تاب‌آوری والدین و همچنین کاهش مشکلات رفتاری کودکان اشاره دارند (حسن‌زاده، پورحسین، سیاری‌فرد، و میرطلایی، ۱۳۹۵؛ براتون، اوپیولا، و دافو (۲۰۱۵)). علاوه بر این، نتایج برخی از این پژوهش‌ها حاکی از تأثیر بازی‌درمانی با شیوه‌ی فیلیال‌تراپی بر کاهش

مشکلات رفتاری کودکان هستند (جنیفر، ۲۰۱۲؛ سانگانجاناویچ، کوک و رانگل‌گومز، ۲۰۱۰).

با توجه به اینکه برخی روش‌های بازی‌درمانی مانند بازی‌درمانی شناختی رفتاری فقط بر فعالیت‌های شناختی و رفتاری در کودک متمرکزند، به نظر می‌رسد چنین روش‌هایی تأثیر زیادی بر کاهش مشکلات رفتاری کودکان، تعامل والد - کودک یا روابط والدین نداشته باشد یا اثر آنها کوتاه‌مدت باشد (لیندو و همکاران، ۲۰۱۶). به نظر می‌رسد بازی‌درمانی کودک‌محور که کودک و علائق او کانون توجه قرار می‌گیرد، اثربخشی بیشتری بر مشکلات رفتاری کودکان و مهارت‌های اجتماعی آنها داشته باشد؛ ولی باز هم تأثیر زیادی بر تعامل والد - کودک و تاب‌آوری والدین ندارد (براتون، اوپیولا، و دافو، ۲۰۱۵)؛ درحالی‌که بازی‌درمانی با مدل فیلیال‌تراپی مؤثرتر است؛ زیرا درمانگر در ابتدا اصول و مهارت‌ها را براساس آرزوها، احساسات و علائق ناگفته کودک به والدین آموزش می‌دهد و موجبات آرامش آنها و فرزندشان را فراهم می‌کند؛ از این رو به نظر می‌رسد این نوع بازی‌درمانی تأثیر چشمگیری بر مشکلات رفتاری کودکان و تاب‌آوری والدین آنها داشته باشد. درواقع، چنین مواردی حاکی از ضرورت تجربی و نظری پژوهش حاضرند. علاوه بر این، تا کنون هیچ پژوهشی درباره‌ی اثربخشی آموزش بازی‌درمانی با مدل فیلیال‌تراپی بر مشکلات رفتاری کودکان و تاب‌آوری مادران ناشنوا در ایران انجام نشده و همین نکته وجه تمایز این پژوهش با دیگر پژوهش‌هاست. چنین مواردی بیان‌کننده‌ی خلاء پژوهشی در این حوزه‌اند؛ بنابراین، هدف پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی آموزش بازی‌درمانی با مدل فیلیال‌تراپی بر مشکلات رفتاری کودکان و تاب‌آوری مادران ناشنوا است.

## روش

روش پژوهش، جامعه آماری و نمونه: پژوهش حاضر از نظر هدف، کاربردی و از نظر روش، نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون - پس آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه آماری مادران ناشنوی ثبت نام شده در انجمن خانواده ناشنوایان و کانون ناشنوایان استان اصفهان و فرزند شنوای آنها در سال ۱۳۹۷ بودند. انتخاب نمونه با روش دردسترس و گمارش به صورت تصادفی بود. به منظور تشکیل دو گروه، ۱۵ مادر با فرزندشان در گروه آزمایش و ۱۵ مادر و کودک دیگر در گروه کنترل جایگزین شدند. ملاک های ورود به پژوهش شامل تمایل مادر به شرکت در پژوهش، داشتن ناشنوایی از نوع حسی عصبی با افت شنوایی حداقل ۵۰ دسی بل در هر دو گوش، داشتن فرزند شنوای ۵ تا ۹ ساله و زندگی با همسر و فرزندان بود. ملاک های خروج از پژوهش هم شامل استفاده هم زمان از درمان های روانشناختی یا درمان های دیگر در زمان مداخله، وجود هر گونه آسیب بینایی، جسمی و حرکتی در مادران و داشتن آسیب شنوایی، بینایی، جسمی و حرکتی در فرزندان بود.

*ابزارهای سنجش:* فهرست مشکلات رفتاری کودک<sup>۱</sup>: این پرسشنامه با ۱۱۳ گویه، بخشی از نظام مبتنی بر ارزشیابی آخنباخ<sup>۲</sup> است که انواع مشکلات رفتاری کودکان و نوجوانان ۶-۱۸ ساله را از دیدگاه والدین، معلم یا کودک در شش ماه گذشته در ۸ عامل اضطراب/ افسردگی، گوشه گیری/ افسردگی، شکایت های جسمانی، مشکلات اجتماعی، مشکلات تفکر، مشکلات توجه، نادیده گرفتن قواعد و رفتار پرخاشگرانه ارزیابی می کند. در این پژوهش از فرم والدین استفاده شد. فهرست مشکلات رفتاری کودک از سه مقیاس تشکیل شده است: مقیاس مشکلات

رفتاری درونی سازی شده از سه عامل نخست و همچنین مقیاس مشکلات برونی سازی شده از دو عامل آخر تشکیل می شود. عامل های باقیمانده نیز با عنوان مشکلات دیگر طبقه بندی می شود. مقیاس مشکلات کلی نیز شامل همه گویه ها به جز گویه های ۲ و ۴ (آلرژی و آسم) است. پاسخ به سؤال ها به صورت لیکرت ۳ گزینه ای از ۰ تا ۲ است؛ بدین ترتیب که نمره صفر به مواردی تعلق می گیرد که هرگز در رفتار کودک وجود ندارد؛ نمره یک به مواردی داده می شود که گاهی اوقات در کودک مشاهده می شود و نمره دو نیز به مواردی داده می شود که بیشتر مواقع یا همیشه در رفتار کودک وجود دارد. پایایی آزمون - باز آزمون مقیاس ها بین ۰/۹۳ تا ۰/۹۹ به دست آمده است. ضرایب کلی اعتبار با استفاده از آلفای کرانباخ ۰/۹۷ و با استفاده از اعتبار باز آزمایی ۰/۹۴ گزارش شده است. روایی محتوایی، روایی ملاکی و روایی سازه نیز مطلوب گزارش شده است (آخنباخ و رسکورلا، ۲۰۰۱). یزدخواستی و عریضی (۱۳۹۰) ضریب اعتبار آلفای کرونباخ را برای این فهرست مشکلات رفتاری در سه فرم والدین، معلم و کودک به ترتیب ۰/۹۰، ۰/۹۳ و ۰/۸۲ به دست آوردند و درباره اعتبار سازه همبستگی خرده مقیاس های بخش مشکلات رفتاری - هیجانی با نمره کلی این بخش در سه نسخه والدین، معلم و کودک به ترتیب ۰/۸۸-۰/۶۲، ۰/۹۱-۰/۴۴ و ۰/۸۵-۰/۵۱ و همبستگی خرده مقیاس های بخش مهارت ها با نمره کلی این بخش در سه نسخه والدین، معلم و کودک به ترتیب ۰/۸۲-۰/۲۴، ۰/۹۳-۰/۷۷ و ۰/۸۷-۰/۶۴ گزارش کرده اند. در پژوهش حاضر، ضرایب آلفای کرونباخ مقیاس مشکلات رفتاری درونی سازی، برونی سازی شده و مقیاس مشکلات کلی به ترتیب ۰/۸۳، ۰/۹۱ و ۰/۸۶ بود.

مقیاس تاب آوری<sup>۳</sup>: کانر و دیویدسون، این مقیاس را در سال ۲۰۰۳ تدوین کردند که ۲۵ گویه دارد و با

1. child behavior checklist (CBCL)

2. Achenbach system of empirically based assessment (ASEBA)

3. resiliency scale

جلسه آموزشی ۹۰ تا ۱۰۰ دقیقه‌ای و هفته‌ای یک جلسه به صورت گروهی در محل انجمن خانواده ناسنویان به گروه آزمایش آموزش دادند؛ ولی به گروه کنترل این نوع آموزش ارائه نشد و در فهرست انتظار ماندند. درخور ذکر است ۱۵ تا ۲۰ دقیقه اول هر جلسه به بازی با کودک و بقیه زمان جلسه به آموزش مادران در گروه آزمایش مربوط بود که محتوای آن در جدول ۱ آمده است؛ به این ترتیب که مادران در جلسه اول با فرزندشان بازی کردند و پژوهشگر به مشاهده بازی آنها پرداخت. پژوهشگر و دستیارش در جلسه بازی دوم با کودکان بازی کردند و مادران مشاهده گر بودند. مادران در سایر جلسه‌ها نیز با فرزند خود بازی کردند و پژوهشگر بر آنها نظارت داشت. دو جلسه آخر بازی مادر با کودک به منظور انتقال و تعمیم در خانه انجام شد؛ ولی آموزش مادران ادامه داشت و پژوهشگر و مادران درباره این جلسه‌ها با هم گفتگو کردند. به طور کلی، در جدول ۱ محتوا و ساختار آموزش‌های ارائه شده پژوهشگر به مادران برای بازی با فرزندشان ذکر شده است.

مقیاس پنج درجه‌ای لیکرت (صفر=کاملاً نادرست تا چهار=کاملاً درست) نمره‌گذاری می‌شود. حداقل نمره تاب‌آوری، صفر و حداکثر نمره آن، صد است. نقطه برش این پرسشنامه امتیاز ۵۰ است. به عبارتی، نمره بالاتر از ۵۰ نشان‌دهنده افراد دارای تاب‌آوری خواهد بود و هرچه این امتیاز بالاتر از ۵۰ باشد، به همان میزان شدت تاب‌آوری فرد نیز بالاتر خواهد بود و برعکس. کانر و دیویدسون (۲۰۰۳) اعتبار این مقیاس را با آلفای کرونباخ ۰/۸۹ و با بازآزمایی ۰/۸۷ گزارش کرده‌اند. جوکار (۱۳۸۶) اعتبار این مقیاس را با آلفای کرونباخ ۰/۹۳ و روایی آن را با تحلیل عاملی ۰/۹۱ برآورد کرد. در پژوهش حاضر، ضریب پایایی مقیاس تاب‌آوری با آلفای کرونباخ ۰/۸۳ به دست آمد.

*روش اجرا و تحلیل:* به منظور رعایت ملاحظه‌های اخلاقی پژوهش، اهمیت و ضرورت و اهداف پژوهش حاضر در جلسه‌ای توجیهی به مادران توضیح داده شد. سپس آنها، فهرست مشکلات رفتاری کودک و مقیاس تاب‌آوری را به عنوان پیش‌آزمون تکمیل کردند. در مرحله بعدی، پژوهشگر و دستیار او - که روانشناس کم‌شنا بود - بازی درمانی با مدل فیلیال‌تراپی را در ۸

#### جدول ۱. ساختار جلسات بازی درمانی با مدل فیلیال‌تراپی (عاشوری، ۱۳۹۸)

جلسات	شرح جلسات
اول	معرفی خود، خانواده و شرح ویژگی‌های فرزند خویش، شرح اهداف توسط پژوهشگر، تشویق و تقویت والدین و طبیعی جلوه دادن مشکلات ارتباطی با فرزندان، تأکید بر حساسیت فرزندان و دادن پاسخ همدلانه، معرفی هیجان‌های شادی، غم، خشم و ترس در کودک و پاسخ‌های انعکاسی تکلیف: تکمیل کاربرگ هیجان‌ها و پاسخ انعکاسی.
دوم	آموزش اصول فیلیال‌تراپی (کودک به عنوان هدایت‌گر بازی؛ توجه به احساس کودک از طریق حالت چهره، بدن، لحن صدا و کلام او، انعکاس ادراک خود به کودک، قاطعیت و هدفمندی)، بردن مادران به اتاق بازی و معرفی اسباب‌بازی‌ها و آماده کردن مادر برای نخستین جلسه بازی در خانه تکلیف: تکمیل کاربرگ اسباب‌بازی‌های مربوط به زندگی واقعی، بروز خشم، مهارت‌های اجتماعی و خلاقیت.
سوم	آموزش بایدها و نبایدهای بازی (بایدها: بازی در مکان و زمان مشخص، چیدن یکسان اسباب‌بازی‌ها، هدایت و مسئولیت بازی بر عهده کودک، توصیف بازی، قاطعیت، تعیین محدودیت‌ها، تقویت تلاش کودک؛ نبایدها: سرزنش و انتقاد و هدایت و تحسین نکردن، قطع نکردن بازی، ارائه نکردن اطلاعات و آموزش). تکلیف: تکمیل کاربرگ شرح جلسات بازی با تأکید بر بایدها و نبایدها.

جلسات	شرح جلسات
چهارم	گزارش والدین از جلسات بازی، نشان‌دادن فیلم‌های والدین و نقد و بررسی آن، آموزش مراحل سه‌گانه محدودیت شامل انعکاس همدلانه و صمیمی احساسات کودک، بیان محدودیت در قالب جملات کوتاه و واضح، ارائه جایگزین پذیرفته‌شده و بیان دلایل محدودیت‌ها. تکلیف: تکمیل کاربرگ شرح جلسات بازی با تأکید بر مراحل سه‌گانه محدودیت.
پنجم	گزارش جلسات بازی و فیلم‌ها، آموزش نحوه صحبت با کودک، اهمیت شناخت احساسات خود، فهرست مهارت‌های بازی نظیر حفظ ساختار، همدلی، پیروی، پرهیز از سؤال و رهنموددادن، شرکت در بازی، پذیرش واقعی نقش تخیلی، تطابق لحن صدا و حالت چهره با حالت کودک تکلیف: تکمیل کاربرگ شرح جلسات بازی با تأکید بر مهارت‌ها.
ششم	نقد و بررسی بازی‌ها، آموزش مهارت‌های حق انتخاب (حق انتخاب به صورت ساده و قدرت‌بخشی به کودک، حق انتخاب به‌عنوان پیامد مثبت و حق انتخاب برای تعیین قوانین خانه) و محروم کردن، آموزش ایجاد و افزایش اعتماد به نفس در کودک. تکلیف: تکمیل کاربرگ شرح جلسات بازی با تأکید بر حق انتخاب، محرومیت و اعتمادبخشی
هفتم	آموزش روش ترغیب به جای تحسین، محدودیت به شیوه پیشرفته با تکنیک حق انتخاب، بازی ایفای نقش مادران در موقعیت‌های مختلف با تمرکز بر آموزش مهارت‌های جدید، پاسخ به نگرانی‌های مادران و مشکلات بحرانی و طولانی‌مدت آنها. تکلیف: تکمیل کاربرگ شرح جلسات بازی با تأکید بر ترغیب و آموزش مهارت‌های جدید.
هشتم	مرور اصول فیلیال‌تراپی، بازگویی تجربه و نحوه تغییر در خود و فرزند برای سایر مادران، تشویق مادران به پذیرش نقش خود و تعمیم اصول به زندگی واقعی. تکلیف: تکمیل کاربرگ شرح گزارش کلی جلسات بازی.

با اندازه‌گیری مکرر در نسخه ۲۴ نرم‌افزار آماری SPSS تحلیل شدند.

#### یافته‌ها

اطلاعات جمعیت‌شناختی بیان‌کننده سن مادران در گروه آزمایش با میانگین و انحراف استاندارد ۳۴/۰۶ و ۲/۰۳ و در گروه کنترل با میانگین و انحراف استاندارد ۳۴/۱۰ و ۲/۴۱ بودند. میانگین و انحراف استاندارد سن فرزند مادران در گروه آزمایش ۷/۴۴ و ۰/۹۲ و در گروه کنترل ۷/۱۳ و ۰/۸۶ بود. برای بررسی اثر سن مادران و همچنین مقایسه سن فرزندان آنها در دو گروه آزمایش و کنترل از دو آزمون آماری t مستقل استفاده شد. نتایج نشان دادند بین گروه مادران و فرزندان از نظر سن، تفاوت معناداری وجود نداشت ( $p > ۰/۰۵$ ).

مبانی نظری برنامه بازی‌درمانی با مدل فیلیال‌تراپی، روش کودک‌محور، به پژوهش لندرت و براتون (۲۰۰۶) مربوط می‌شوند که در پژوهش‌های براتون و همکاران (۲۰۱۵) و عدیلی و همکاران (۱۳۹۴) و عابدی و همکاران (۱۳۹۶) استفاده شده‌اند. مادران در پایان جلسات آموزشی، پرسشنامه فهرست مشکلات رفتاری کودک و مقیاس تاب‌آوری را به‌عنوان پس‌آزمون تکمیل کردند. به‌منظور رعایت ملاحظه‌های اخلاقی پژوهش، کارگاه آموزشی بازی‌درمانی با مدل فیلیال‌تراپی در طول دو روز برای گروه کنترل برگزار شد. داده‌های به‌دست‌آمده قبل و بعد از مداخله، برای هر دو گروه با استفاده از آزمون آماری تحلیل واریانس



میانگین و انحراف معیار متغیر مشکلات رفتاری کودکان (مشکلات رفتاری درونی‌سازی شده، برونی‌سازی شده و مشکلات کلی) و تاب‌آوری مادران

در دو گروه آزمایش و کنترل در موقعیت پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در جدول ۲ ارائه شده‌اند.

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار متغیر مشکلات رفتاری و تاب‌آوری

متغیرها	موقعیت	گروه آزمایش		گروه کنترل	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
مشکلات رفتاری	درونی‌سازی	۱۰/۰۳	۱/۰۱	۱۰/۲۳	۱/۰۳
	پیش‌آزمون	۵/۲۷	۱/۲۱	۱۰/۱۶	۱/۱۷
	پس‌آزمون	۵/۶۳	۱/۳۰	۱۰/۱۴	۱/۰۸
	پیگیری	۱۵/۶۱	۱/۲۴	۱۵/۷۴	۱/۳۵
	برونی‌سازی	۱۱/۹۵	۰/۹۲	۱۵/۴۹	۱/۳۳
	پس‌آزمون	۱۲/۱۷	۱/۱۲	۱۵/۵۶	۱/۲۴
تاب‌آوری	کلی	۳۲/۷۶	۱/۵۵	۳۲/۶۸	۱/۶۷
	پیش‌آزمون	۲۵/۱۱	۱/۶۸	۳۲/۲۰	۱/۷۲
	پس‌آزمون	۲۶/۲۹	۱/۷۶	۳۲/۱۷	۱/۶۸
	پیگیری	۴۶/۳۸	۲/۱۶	۴۷/۰۲	۱/۹۹
	برونی‌سازی	۶۱/۲۵	۲/۳۴	۴۷/۱۹	۲/۱۳
	پس‌آزمون	۵۹/۷۶	۲/۳۳	۴۷/۴۱	۲/۰۸

همچنین نتایج آزمون کرویت موخلی برای متغیرهای مشکلات رفتاری درونی‌سازی شده ( $p=۰/۲۶$ ) و آزمایش و کنترل در جدول ۲ ارائه شده است. ابتدا نرمال بودن توزیع داده‌ها با استفاده از آزمون آماری شاپیرو-ویلک، بررسی و تأیید شده است ( $p > ۰/۰۵$ ). نتایج آزمون لون برای متغیرهای مشکلات رفتاری درونی‌سازی شده، مشکلات رفتاری برونی‌سازی شده، مشکلات رفتاری کلی و تاب‌آوری بررسی شدند و نتایج نشان می‌دهند همگنی واریانس‌ها برقرار است. در مراحل پیش‌آزمون، معنادار نبود که این یافته‌ها حاکی از آن است که فرض همگنی واریانس‌ها برقرار است.

همچنین نتایج آزمون کرویت موخلی برای متغیرهای مشکلات رفتاری درونی‌سازی شده ( $p=۰/۲۶$ ) و آزمایش و کنترل در جدول ۲ ارائه شده است. ابتدا نرمال بودن توزیع داده‌ها با استفاده از آزمون آماری شاپیرو-ویلک، بررسی و تأیید شده است ( $p > ۰/۰۵$ ). نتایج آزمون لون برای متغیرهای مشکلات رفتاری درونی‌سازی شده، مشکلات رفتاری برونی‌سازی شده، مشکلات رفتاری کلی و تاب‌آوری بررسی شدند و نتایج نشان می‌دهند همگنی واریانس‌ها برقرار است. در مراحل پیش‌آزمون، معنادار نبود که این یافته‌ها حاکی از آن است که فرض همگنی واریانس‌ها برقرار است.

همچنین نتایج آزمون کرویت موخلی برای متغیرهای مشکلات رفتاری درونی‌سازی شده ( $p=۰/۲۶$ ) و آزمایش و کنترل در جدول ۲ ارائه شده است. ابتدا نرمال بودن توزیع داده‌ها با استفاده از آزمون آماری شاپیرو-ویلک، بررسی و تأیید شده است ( $p > ۰/۰۵$ ). نتایج آزمون لون برای متغیرهای مشکلات رفتاری درونی‌سازی شده، مشکلات رفتاری برونی‌سازی شده، مشکلات رفتاری کلی و تاب‌آوری بررسی شدند و نتایج نشان می‌دهند همگنی واریانس‌ها برقرار است. در مراحل پیش‌آزمون، معنادار نبود که این یافته‌ها حاکی از آن است که فرض همگنی واریانس‌ها برقرار است.

جدول ۳. نتایج تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر

متغیر	عوامل	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F آماره	سطح معناداری	مجذورات	مجدور
مشکلات درونی سازی	عامل درون گروهی	زمان	۲۹/۲۲	۲	۱۴/۶۱	۳۲/۴۶	۰/۰۰۰۱	۰/۶۱	
	عامل بین گروهی	زمان* گروه	۹۹/۴۰	۲	۴۹/۷۰	۱۱۰/۴۴	۰/۰۰۰۱	۰/۷۱	
		خطا	۲۵/۱۷	۵۵	۰/۴۵				
مشکلات برونی سازی	عامل درون گروهی	زمان	۴۳/۳۳	۲	۲۱/۶۵	۳۲/۸۰	۰/۰۰۰۱	۰/۶۲	
	عامل بین گروهی	زمان* گروه	۴۶/۷۱	۲	۲۳/۳۰	۳۵/۳۰	۰/۰۰۰۱	۰/۶۳	
		خطا	۳۷/۲۹	۵۶	۰/۶۶				
مشکلات رفتاری کلی	عامل درون گروهی	زمان	۱۶/۱۲	۲	۸/۰۶	۲۳/۷۰	۰/۰۰۰۱	۰/۵۴	
	عامل بین گروهی	زمان* گروه	۳۰/۹۲	۲	۱۵/۴۶	۴۵/۴۷	۰/۰۰۰۱	۰/۶۵	
		خطا	۱۹/۴۳	۵۶	۰/۳۴				
تاب آوری	عامل درون گروهی	زمان	۴۰/۲۶	۲	۲۰/۱۳	۳۴/۱۱	۰/۰۰۰۱	۰/۵۱	
	عامل بین گروهی	زمان* گروه	۴۲/۴۶	۲	۲۱/۲۳	۳۵/۹۸	۰/۰۰۰۱	۰/۶۴	
		خطا	۳۳/۴۷	۵۶	۰/۵۹				
	عامل بین گروهی	گروه	۱۵۰/۳۹	۱	۱۵۰/۳۹	۷۳/۰۰	۰/۰۰۰۱	۰/۶۶	
	خطا		۵۷/۷۰	۲۸	۲/۰۶				

در نتیجه، بین میانگین نمرات پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در همه متغیرها در دو گروه تفاوت معنادار وجود دارد. برای عامل بین گروهی در متغیرهای پژوهش نیز مقدار  $F$  محاسبه شده معنادار بود ( $p=0/0001$ ).

به دلیل معنادار بودن اثرهای اصلی درون گروهی و بین گروهی از مقایسه زوجی میانگین ها استفاده شد. در این راستا، با استفاده از آزمون چندگانه تعدیل شده بنفرونی تفاوت بین میانگین ها بررسی شد که نتایج آن در جدول ۴ ارائه شده اند.

نتایج جدول ۳ نشان می دهند در متغیرهای مشکلات رفتاری درونی سازی شده، مشکلات رفتاری برونی سازی شده و مشکلات رفتاری کلی و تاب آوری در رابطه با عامل درون گروهی، مقدار  $F$  محاسبه شده برای اثر زمان (پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری) معنادار است ( $p=0/0001$ )؛ در نتیجه، بین میانگین نمرات پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در همه متغیرها در دو گروه تفاوت معنادار وجود دارد. همچنین در رابطه با تعامل عوامل زمان و گروه، مقدار  $F$  محاسبه شده برای اثر مراحل (پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری) بین گروه آزمایش و کنترل معنادار است ( $p=0/0001$ ).

جدول ۴. خلاصه نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی

مراحل / گروهها	تفاوت میانگین‌ها	خطای استاندارد	سطح معناداری
مشکلات درونی‌سازی	مراحل	پیش‌آزمون - پس‌آزمون	۰/۰۰۰۱
	گروهها	آزمایش - کنترل	۰/۰۰۰۱
	پیش‌آزمون - پیگیری	۰/۲۳	۰/۰۰۰۱
	پس‌آزمون - پیگیری	۰/۲۶	۰/۱۳
مشکلات برونی‌سازی	مراحل	پیش‌آزمون - پس‌آزمون	۰/۰۰۰۱
	گروهها	آزمایش - کنترل	۰/۰۰۰۱
	پیش‌آزمون - پیگیری	۰/۲۵	۰/۰۰۰۱
	پس‌آزمون - پیگیری	۰/۲۵	۰/۱۸
مشکلات کلی	مراحل	پیش‌آزمون - پس‌آزمون	۰/۰۰۰۱
	گروهها	آزمایش - کنترل	۰/۰۰۰۱
	پیش‌آزمون - پیگیری	۰/۲۴	۰/۰۰۰۱
	پس‌آزمون - پیگیری	۰/۲۱	۰/۱۵
تاب‌آوری	مراحل	پیش‌آزمون - پس‌آزمون	۰/۰۰۰۱
	گروهها	آزمایش - کنترل	۰/۰۰۰۱
	پیش‌آزمون - پیگیری	۰/۲۰	۰/۰۰۰۱
	پس‌آزمون - پیگیری	۰/۲۳	۰/۲۱

بحث

پژوهش حاضر با هدف تعیین میزان اثربخشی آموزش بازی‌درمانی با مدل فیلیال‌تراپی بر مشکلات رفتاری کودکان و تاب‌آوری مادران ناشنوا و بررسی تداوم تأثیر آن انجام شد. بخشی از نتایج پژوهش حاکی از آن بود که آموزش بازی‌درمانی با مدل فیلیال‌تراپی سبب کاهش مشکلات رفتاری کودکان در مرحله پس‌آزمون و پیگیری می‌شود. این یافته با نتایج پژوهش‌های عابدی و همکاران (۱۳۹۶)، مبنی بر اثربخشی فیلیال‌تراپی بر کاهش اضطراب و علائم کم‌توجهی بیش‌فعالی کودکان، حسن‌زاده و همکاران (۱۳۹۵)، درباره تأثیر بازی‌درمانی با رویکرد فیلیال‌تراپی بر تعامل والد - کودک و مشکلات رفتاری کودکان، و عدیلی و همکاران (۱۳۹۴)، مبنی بر تأثیر مثبت و

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهند بین نمرات مشکلات رفتاری درونی‌سازی‌شده، مشکلات رفتاری برون‌سازی‌شده، مشکلات رفتاری کلی و تاب‌آوری در مراحل پیش‌آزمون با پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معنادار وجود دارد ( $p=0/0001$ )؛ ولی تفاوت بین نمرات پس‌آزمون با پیگیری در هیچ‌یک از متغیرها معنادار نبود ( $p > 0/05$ ). همچنین مقایسه میانگین‌های تعدیل‌شده نشان داد بین اثر گروه آزمایش و گروه کنترل تفاوت معناداری وجود دارد ( $p=0/0001$ ). به‌طور کلی، نتایج نشان دادند آموزش بازی‌درمانی با مدل فیلیال‌تراپی در مرحله پس‌آزمون و پیگیری اثر معناداری بر کاهش مشکلات رفتاری درونی‌سازی‌شده، مشکلات رفتاری برون‌سازی‌شده، مشکلات رفتاری کلی کودکان و افزایش تاب‌آوری مادران آنها دارد.

می‌گیرند تا پاسخ‌های مؤثری به آرزوها، نیازها و احساسات ناگفته فرزندشان بدهند؛ درحالی‌که موجبات آرامش خود و آنها را فراهم می‌کنند (توفم و همکاران، ۲۰۱۱).

به بیان دیگر، یکی از هدف‌های اصلی بازی‌درمانی با مدل فیلیال‌تراپی، تنظیم رفتار کودک و کاهش مشکلات رفتاری اوست؛ مکانیزمی که سبب کاهش مشکلات رفتاری کودکان می‌شود؛ به این ترتیب است که در این نوع بازی‌درمانی، به اجتماعی‌شدن کودکان توجه خاصی می‌شود. درواقع، کودکان یاد می‌گیرند رفتارهای خود را بدون دستورهای صرفاً کلامی، امر و نهی، شرط و اجبار بیرونی تنظیم کنند و بدون نظارت بزرگسالان در رفتارهای اجتماعی مناسب مشارکت داشته باشند. در این راستا، والدین در محیطی ساختارمند از خودمختاری فرزندشان حمایت می‌کنند (اوکانر و همکاران، ۲۰۱۶). علاوه بر این، با توجه به اینکه استفاده از بازی‌درمانی با مدل فیلیال‌تراپی به اتحاد درمانی والدین بستگی دارد و ناخودآگاه مشارکت و همکاری آنها را می‌طلبد، والدین دوست دارند ارتباط خوبی با یکدیگر و فرزند خود داشته باشند. این نوع بازی‌درمانی رفتار مناسب با کودکان را تسهیل می‌کند؛ بنابراین، دور از انتظار نیست که بازی‌درمانی با مدل فیلیال‌تراپی موجب کاهش مشکلات رفتاری کودکان شود.

یافته دیگر پژوهش حاضر، حاکی از آن بود که آموزش بازی‌درمانی با مدل فیلیال‌تراپی سبب افزایش تاب‌آوری مادران ناشنوا در مرحله پس‌آزمون و پیگیری می‌شود. این یافته با نتایج پژوهش‌های حسن‌زاده و همکاران (۱۳۹۵)، مبنی بر تأثیر بازی‌درمانی با رویکرد فیلیال‌تراپی بر تعامل والد - کودک و تاب‌آوری والدین همسو بود. علاوه بر این، با نتایج پژوهش‌های لیندو و همکاران (۲۰۱۶)، مبنی بر اثربخشی

معنادار بازی‌درمانی به شیوه فیلیال بر مهارت‌های اجتماعی و رفتاری دختران پیش‌دبستانی همسو بود. همچنین این یافته پژوهش حاضر با نتایج پژوهش‌های براتون و همکاران (۲۰۱۵)، مبنی بر اثربخشی درخور توجه بازی‌درمانی با شیوه فیلیال‌تراپی بر کاهش مشکلات رفتاری کودکان، کرنس و براتون (۲۰۱۴) درباره تأثیر شایان توجه بازی‌درمانی با شیوه فیلیال‌تراپی بر بهبود عملکرد خانواده و کاهش مشکلات رفتاری کودکان، جنیفر (۲۰۱۲)، سانگانجاناویچ و همکاران (۲۰۱۰) و گارزا و همکاران (۲۰۱۰)، مبنی بر تأثیر بازی‌درمانی با شیوه فیلیال‌تراپی بر بهبود رابطه مادر با کودک و کاهش مشکلات رفتاری کودکان همخوانی دارد.

برای تبیین این یافته می‌توان گفت زوجین ناشنوا در بیشتر مسائل زندگی از جمله ارتباط با یکدیگر، نحوه رفتار کردن با فرزند و برقراری ارتباط با او تا حد زیادی مشکل دارند؛ به‌ویژه اگر فرزندشان شنوا باشد. چنین امری مشکلات رفتاری کودکان را بیشتر می‌کند (هالاها و همکاران، ۲۰۱۸)؛ درحالی‌که رفتار و روابط توأم با صمیمیت، یکی از نیازهای عاطفی کودکان و والدین است (استاس و همکاران، ۲۰۱۸). همچنین یکی از عمده‌ترین مشکلات کودکان شنوا با والدین ناشنوا، مشکل در برقراری ارتباط است و همین امر حساسیت و زودرنجی آنها را تشدید می‌کند و به دنبال آن مشکلات رفتاری در کودکان بیشتر می‌شود (لایر، ۲۰۱۸). نیز در بازی‌درمانی با مدل فیلیال‌تراپی که به آن بازی‌درمانی والدینی کودک‌محور هم گفته می‌شود، بر اتحاد والدین در درمان مشکلات کودک تأکید می‌شود و درواقع، نوعی خانواده‌درمانی قلمداد می‌شود (براتون و همکاران، ۲۰۱۵). همچنین، این نوع بازی‌درمانی بر نیازهای ارتباطی و تعلق‌خاطر تمام اعضای خانواده تأکید دارد و نوعی فرایند موازی است که والدین یاد

بازی‌درمانی با شیوه فیلیال‌تراپی بر بهبود نگرش و تاب‌آوری آنها، براتون و همکاران (۲۰۱۵) درباره تأثیر درخور توجه بازی‌درمانی با شیوه فیلیال‌تراپی بر افزایش تاب‌آوری والدین؛ کرنت و براتون (۲۰۱۴)، مبنی بر تأثیر درخور توجه بازی‌درمانی با شیوه فیلیال‌تراپی بر بهبود عملکرد خانواده و افزایش تاب‌آوری و صمیمیت والدین، توفم و همکاران (۲۰۱۱) درباره تأثیر بازی‌درمانی با مدل فیلیال‌تراپی بر بهبود تعامل والد و کودک و افزایش تاب‌آوری در والدین همخوانی داشت.

در این یافته، بازی‌درمانی با شیوه فیلیال‌تراپی به افزایش تاب‌آوری مادران ناشنوا منجر شد؛ در این تبیین، مادر در حین اجرای بازی‌درمانی با شیوه فیلیال‌تراپی به عنوان شخصی که بیشترین میزان ارتباط را با فرزندش دارد، به‌طور واضح با نقش تربیتی خود آشنا می‌شود و آن را به‌صورت عملی اجرا می‌کند؛ زیرا این برنامه مبتنی بر علایق و نیازهای کودک است (براتون و همکاران، ۲۰۱۵). با اینکه ناشنوابودن مادر باعث ایجاد مشکلات زیادی در خانواده می‌شود و این مشکلات با تأثیر بر کمیت و کیفیت روابط والدین و تعامل اعضای خانواده، به عملکرد خانواده و تاب‌آوری آنها آسیب می‌رساند (شین و هانگ، ۲۰۱۷)؛ ولی آموزش بازی‌درمانی با شیوه فیلیال‌تراپی فرصتی را برای والدین فراهم می‌سازد تا آنها با حضور آزادانه در جلسات گروهی و طی یک برنامه منظم و ساختارمند به بیان مشکلات و چالش‌های تربیت فرزندان خود پردازند و کاربردی یاد بگیرند و در موقعیت طبیعی به کار بندند (کرنت و براتون، ۲۰۱۴).

بازی‌درمانی با شیوه فیلیال‌تراپی، علاوه بر تنظیم رفتار کودک، دو هدف اصلی دیگر دارد که تنظیم هیجان و ایجاد دلبستگی ایمن در کودک است. مکانیزم

تأثیرگذاری این نوع بازی‌درمانی به این ترتیب است که ایجاد دلبستگی ایمن در کودکان باعث افزایش احساس مثبت، شایستگی اجتماعی بیشتر، عزت نفس بالاتر، همدلی بیشتر، سلامت هیجانی بالاتر و افزایش تاب‌آوری در کودک و مادر می‌شود. همچنین، یادگیری نحوه تنظیم هیجان به روش مناسب و کاربرد آن در خانه به‌صورت غیر کلامی، عنصر حیاتی در تحول کودکان است (اوکانر و همکاران، ۲۰۱۶). به این ترتیب، بازی‌درمانی با شیوه فیلیال‌تراپی باعث تغییر مثبت در نگرش‌ها و رفتارهای مادر ناشنوا آنها می‌شود که جنبه غیر کلامی دارند. به بیان دیگر، زبان این نوع بازی‌درمانی که بیشتر غیر کلامی است، باعث رشد سالم، تنظیم هیجان و دلبستگی ایمن در کودک می‌شود؛ بنابراین احتمال می‌رود تأثیر مطلوبی بر تاب‌آوری مادران ناشنوا داشته باشد.

از محدودیت‌های پژوهش حاضر، استفاده از پرسشنامه یا ابزار خود گزارشی بود. همچنین ویژگی‌های شخصیتی والدین، میزان آفت شنوایی آنان از جمله عواملی است که بر اثربخشی مداخله تأثیر قرار می‌گذارد که در این پژوهش بررسی نشد. پیشنهاد می‌شود علاوه بر پرسشنامه از مصاحبه و مشاهده استفاده شود. همچنین، با توجه به نتایج پژوهش، مبنی بر اثربخشی آموزش بازی‌درمانی با مدل فیلیال‌تراپی بر مشکلات رفتاری کودکان و تاب‌آوری مادران ناشنوا، پیشنهاد می‌شود مسئولان و مراکز مربوطه از نتایج این پژوهش بهره‌گیرند؛ زیرا لزوم بهره‌گیری از مداخله‌های روانشناختی از جمله فیلیال‌تراپی، نتایج مفیدی را در راستای کاهش مشکلات رفتاری کودکان و افزایش تاب‌آوری مادران ناشنوا به دنبال خواهد داشت.

## منابع

- جوکار، ب (۱۳۸۶). نقش واسطه‌ای تاب‌آوری در رابطه بین هوش هیجانی و هوش عمومی با رضایت از زندگی. *روانشناسی معاصر*، ۲(۲)، ۳-۱۲.
- حسن‌زاده، س. پورحسین، ر. سیاری‌فرد، ف. و میرطلایی، م. س. (۱۳۹۵). اثربخشی بازی‌درمانی با رویکرد فیلیال‌تراپی بر تعامل والد - کودک، استرس والدینی و مهارت‌های اجتماعی کودکان دیابتی، نهمین کنگره بین‌المللی روان‌درمانی (اجلاس آسیایی در بستر ارزش‌های فرهنگی)، تهران، ۲۸ اردیبهشت ماه.
- عابدی، ا. سیدقلعه، ا. و بهرامی‌پور اصفهانی، م. (۱۳۹۶). مقایسه اثربخشی فیلیال‌تراپی و روش والدگری بارکلی بر کاهش اضطراب و علائم نقص توجه / بیش‌فعالی کودکان. *فصلنامه کودکان استثنایی*، ۱۷(۳)، ۱۱۱-۱۲۰.
- عاشوری، م. (۱۳۹۸). *بازی‌درمانی (نظریه‌ها و تکنیک‌های اصلی)*. چاپ اول. اصفهان: انتشارات جهاد دانشگاهی.
- عاشوری، م. و احمدیان، ز. (۱۳۹۷). بررسی اثربخشی برنامه سال‌های باورنکردنی بر تعامل مادر و کودک با اختلال رفتاری. *فصلنامه افراد استثنایی*، ۸(۳۰)، ۱۹۹-۲۱۷.
- عدیلی، ش. کلانتری، م. و عابدی، ا. (۱۳۹۴). تأثیر بازی‌درمانی به شیوه فیلیال بر مهارت‌های اجتماعی هیجانی دختران پیش‌دبستانی ۵ تا ۶ ساله شهر اصفهان. *دوفصلنامه علمی پژوهشی روانشناسی بالینی و شخصیت (دانشور رفتار)*، ۱۳(۲)، ۹۷-۱۰۴.
- محمودی، ف. عاشوری، م. و انصاری شهیدی، م. (۱۳۹۶). مقایسه حمایت اجتماعی ادراک‌شده، اضطراب و استرس مادران کودکان کاشت
- حلزونی، دارای سمعک و شنوایی عادی. توانمندسازی کودکان استثنایی، ۸(۲)، ۱۵-۲۵.
- یزدخواستی، ف. و عریضی، ح. ر. (۱۳۹۰). هنجاریابی سه نسخه کودک، پدر / مادر و معلم سیاهه رفتار کودک در شهر اصفهان. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، ۱۷(۱)، ۶۰-۷۰.
- Achenbach, T. M., & Rescorla, L. A. (2001). *Manual for the ASEBA School-Age Forms & Profiles*. Burlington, VT: University of Vermont, Research Center of Children, Youth & Families.
- Behere, A. P., Basnet, P., & Campbell, P. (2017). Effects of family structure on mental health of children: A preliminary study. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 39(4), 457-463.
- Bratton, S. C., Opiola, K., & Dafoe, E. (2015). Child-parent relationship therapy: A 10-session filial therapy model. In: D. A. Crenshaw & A. L. Stewart (Eds.), *Play therapy: A comprehensive guide to theory and practice* (pp. 129-140). New York, NY: Guilford.
- Ceballos, P., & Bratton, S. C. (2010). School-based child-parent relationship therapy (CPRT) with low-income first-generation immigrant Latino parents: Effects on children's behaviors and parent-child relationship stress. *Psychology in the Schools*, 47(8), 761-775.
- Conner, K.M., & Davidson, J. R. (2003). Development of a new resilience scale. *Depression & Anxiety*, 18, 76-82.
- Cornett, N. (2012). A Filial therapy model through a family therapy lens: See the possibilities. *The Family Journal: Counseling and Therapy for Couples and Families*, 20(3) 274-282.
- Cornett, N., & Bratton, S. C. (2014). Examining the impact of child parent relationship therapy (CPRT) on family functioning. *Journal of Marital and Family Therapy*, 40(3), 302-318.
- Edwards, N. A., Ladner, J., & White, J. (2007). Perceived effectiveness of filial therapy for a Jamaican mother: A qualitative case study. *International Journal of Play Therapy*, 16(1), 36-53.
- Garza, Y., Watts, R., Kinsworthy, S (2010). *Filial Therapy: A Process for Developing*

- 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.
- Shin, H. Y., Hwang, H. J. (2017). Mental health of the people with hearing impairment in Korea: A population-based cross-sectional study. *Korean Journal of Family Medicine*, 38(2), 57-63.
- Staats, S., van der Valk, I. E., Meeus, W. H., & Branje, S. J. (2018). Longitudinal transmission of conflict management styles across inter-parental and adolescent relationships. *Journal of Research on Adolescence*, 28(1), 169-185.
- Topham, G. L. & VanFleet, R. (2011). Filial therapy: A structured and straight forward approach to including young children in family therapy. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, 32, 144-158.
- Tophem, G. L., Wampler, K. S., Titus, G., & Rolling, E. (2011). Predicting parent and child outcomes of a filial therapy program. *International Journal of Play Therapy*, 20(2), 79-93.
- Varker, T., & Devilly, G. J. (2012). An analogue trial of inoculation/resilience training for emergency services personnel: Proof of concept. *Journal of Anxiety Disorders*, 26(6), 696-701.
- Zaidman-Zait, A., Most, T., Tarrasch, R., Haddad-eid, E. & Brand, D. (2016). The impact of childhood hearing loss on the family: Mothers' and fathers' stress and coping resources. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 21(1), 23-33.
- Strong Parent-Child Relationships. *The Family Journal: Counseling and Therapy for Couples and Families*, 15(3), 277-281.
- Hallahan, D. P., Kauffman, J. M., & Pullen, P. C. (2018). *Exceptional learners: An introduction to special education* (14th Ed). New York, NY: Pearson Education, Inc.
- Jennifer, E. (2012). Strengthening foster parent-adolescent relationships through filial therapy. *The Family Journal: Counseling and Therapy for Couples and Families*, 20(4), 427-432.
- Kirk, S., Gallagher, G., & Coleman, M. R. (2015). *Educating Exceptional Children* (14th Ed). USA: Cengage Learning.
- Kisch, S. (2008). Deaf discourse: the social construction of deafness in a Bedouin community. *Medical Anthropology*, 27(3), 283-313.
- Landreth, G. L. & Bratton, S. C. (2006). *Child parent relationship therapy (CPRT): A 10-session filial therapy model*. New York, NY: Routledge.
- Lawyer, G. (2018). Deaf education and deaf culture: Lessons from Latin America. *American Annals of the Deaf*, 162(5), 486-498.
- Lindo, N. A., Opiola, K., Ceballos, P. L., Chen, S. Y., Meany-Walen, K. K., Cheng, Y. J. Barcenas, G., Reader, E., & Blalock, S. (2016). The impact of supervised filial therapy training on attitude, knowledge, and skills. *The Family Journal: Counseling and Therapy for Couples and Families*, 24(3), 239-246.
- O'Connor, K. J., Schaefer, C. E., & Braverman, L. D. (2016). *Handbook of play therapy*. Second edition. Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.
- Richardson, G. E. (2002). The metatheory of resilience and resiliency. *Journal of Clinical Psychology*, 58, 307-321.