

## 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 Bhrmian,<sup>1</sup>Dr.Mohammadreza Samsam Shariat<sup>2</sup>

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<sup>۱</sup>، دکتر محمد رضا صمصام شریعت<sup>۲</sup>

تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۸/۱

تجدید نظر: ۱۴۰۲/۴/۲۶

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<sup>۱</sup> در کودکان ۸-۱۰ سال زلزله<sup>۲</sup> 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:** atefehbahrmanian6609@gmail.com  
2. PHD in psychology university of Isfahan , Member of the Iranian psychology and counseling system ,Lecturer atIsfahan 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 ضروری‌ترین سازوکار برای تحقیقات در سطح جامعه است (رویسیرکار و سوزوکی، ۲۰۲۲). از این رو عوامل استرس‌زای 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 بوم‌ها تأثیر زیادی بر ایجاد تروما در سطح جامعه دارند (شرین و بی‌نمروف، ۲۰۲۲) و کودکان و نوجوانان نیز میزان بالایی از تروماها را تجربه می‌کنند (کوهن و اس‌شرینگا، ۲۰۲۲). تجارب آسیب‌زا (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 آسیب‌زا مزمن و ناتوان‌کننده باشد، این واکنش غیر طبیعی با عنوان اختلال استرس پس از سانحه شناخته می‌شود (فورد، ۲۰۰۹). منظور از واکنش‌های مزمن و ناتوان‌کننده 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 بیش‌برانگیختگی 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 هیجان‌ها که به صورت بد تنظیمی هیجانی - عاطفی، واکنش‌های هیجانی افراطی، عصبانیت، تکانش‌گری و حالات تجزیه‌ای خود را نشان می‌دهد. ب) اختلال و آشفتگی در خود که شامل احساس گناه، نقص، بی‌ارزشی و ناامیدی می‌شود. ج) اختلال و آشفتگی در ارتباطات که به صورت ناتوانی در برقراری روابط صمیمانه و طولانی مدت با دیگران بروز می‌یابد (بن‌راضی 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. در واقع 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 بازی‌درمانی 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

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 شده است. برای مثال یافته‌های گرانات (۲۰۲۱) نشان می‌دهد که بازی‌های ویدیویی ابزاری موثر در توانبخشی بیماران پس از سکتۀ مغزی و اختلال استرس پس از سانحه هستند. واجوات و همکاران (۲۰۲۱) دریافته‌اند که مداخلات بازی‌های دیجیتال 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، مزداران و حسینی (۱۳۹۸) نشان می‌دهد افزایش ساعات بازی‌های رایانه‌ای با افزایش اضطراب و افسردگی همراه است.

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 آقایی، 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 کم‌توجهی و بیش‌فعالی کودکان مؤثر است. یافته‌های پژوهش آزاد، عارفی، فراهادی و محمدی (۱۳۹۱)، اکبری و همکاران (۱۳۹۶)، گودرزی، مریدان و روزبهنی (۱۳۹۸) و استالمیکرو ری (۲۰۱۵) نشان می‌دهد که بازی‌درمانی موجب کاهش استرس، اضطراب، افسردگی و پرخاشگری در کودکان می‌شود و نیز، روزبهنی، بابایی امیری و دارابی (۱۳۹۷) نشان دادند که بازی‌درمانی با رویکرد شن‌بازی یکی از روش‌های مؤثر در کاهش نشانه‌های

اثربخشی درمان مبتنی بر فیلیال 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 فیلیال 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

در عین حال سلطانی و فرهادی (۱۳۹۸) نیز در تحقیقی نشان دادند آموزش فیلیال 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 فیلیال 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 فیلیال تراپی همراه با بازی‌های رایانه‌ای بر اختلال استرس پس از سانحه یافت نگردید. لذا هدف پژوهش حاضر



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 بازی‌درمانی 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 قرارگرفت. 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 بازی‌درمانی به شیوه فیلیال‌تراپی، علائم و مشکلات ناشی از زلزله و اختلال استرس پس از سانحه، محتوای جلسات (در همه‌ی جلسات ۳۰ دقیقه بازی با اسباب‌بازی و ۳۰ دقیقه بازی رایانه‌ای با کودک انجام شد).
دوم	بیان فهرست اسباب‌بازی‌ها و نوع بازی، محدودیت‌های قاطع، ثابت و روشن (بایدها و نبایدها). درمانگر بدون هیچ‌گونه 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 جلسه‌ی 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 اعتمادبه‌نفس و چگونگی ایجاد اعتمادبه‌نفس 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 بازی‌درمانی به شیوه فیلیال‌تراپی همراه با بازی‌های رایانه‌ای

یافته‌ها

ویژگی‌های جمعیت شناختی ۲۴ شرکت‌کننده 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 شرکت‌کنندگان، 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 (۲۵/۰٪)، ۳ نفر ۹ سال (۲۵/۰٪) و ۷ نفر ۱۰ سال (۵۸/۳٪) بودند. از نظر توزیع وضعیت پایه تحصیلی شرکت‌کنندگان، 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 پی‌گیری اختلال استرس پس از سانحه به تفکیک گروه‌های آزمایش، کنترل و پی‌گیری ارائه شده است.

جدول ۱. آمار توصیفی متغیر اختلال استرس پس از سانحه گروه آزمایش و گروه کنترل در مراحل سه‌گانه اندازه‌گیری

متغیر	گروه	مراحل اندازه‌گیری			
		پیش آزمون	پس آزمون	پیگیری	متغیر
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

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 معنی دار نبود ( $p > 0/05$ ). جدول های ۲ و ۳ و ۵ اطلاعات آزمون ها را نشان می دهد.

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 می دهد. قبل از اجرای روش تحلیل واریانس با اندازه-گیری مکرر، از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف برای بررسی نرمال بودن توزیع نمرات اختلال استرس پس از سانحه دو گروه استفاده شد. همچنین

جدول ۲. شاخص های آماری آزمون های نرمالیتی برای نمرات اختلال استرس پس از سانحه

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

بنابراین به دلیل این که توزیع از ۰/۰۵ بزرگتر است، نرمال است. از این رو می توان برای آزمون فرضیات از آماره های پارامتریک استفاده نمود.

درونداد جدول ۲ نشان می دهد که با توجه به مقادیر حاصل از دو آزمون آماره کولموگروف-اسمیرنوف و شاپیرو ویلک می توان استنباط نمود که توزیع مورد انتظار با توزیع مشاهده شده برای متغیر مورد نظر تفاوت معنی داری 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 می شود و آزمون تحلیل کوواریانس مقدور می باشد.

درونداد جدول ۳ پیش فرض همگنی شیب رگرسیون نمرات اختلال استرس پس از سانحه دو گروه آزمایش و کنترل را تأیید می کند. 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 نمات 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 ( $p > 0/05$ ). 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. با توجه 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		
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، پس آزمون و پیگیری تفاوتی معنادار وجود دارد ( $P < 0/001$ ). همچنین با معنادار بودن منبع گروه برای اختلال استرس پس از سانحه بین دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت معنادار وجود دارد ( $P = 0/008$ ). مقدار اثر ناشی از تعامل بازی‌درمانی و عضویت گروهی نشان می‌دهد ۵۴ درصد از تغییرات اختلال استرس پس از

درونداد جدول ۵ پیش فرض تساوی واریانس‌های کوواریانس نمات اختلال استرس پس از سانحه دو گروه آزمایش و کنترل را تأیید می‌کند. بنابراین فرض صفر یعنی فرض همگنی واریانس‌های کوواریانس اختلال استرس پس از سانحه پذیرفته می‌شود و آزمون تحلیل کوواریانس مقدور می‌باشد. همچنین برای پیش فرض کرویت از آزمون کرویت موجلی استفاده شد که نتیجه

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

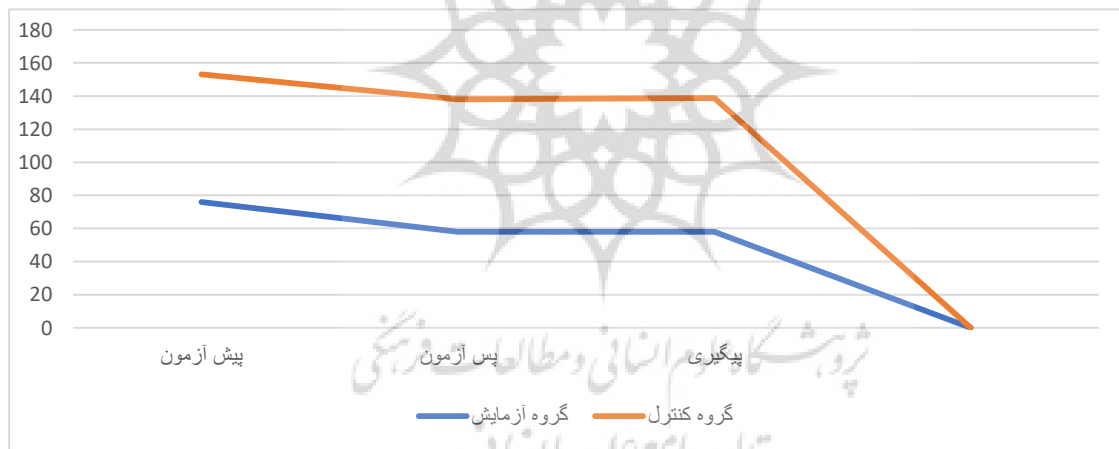
درونداد جدول ۶ نشان دهنده معنادار بودن عامل‌های درون گروهی است. پس می‌توان گفت برای اختلال استرس پس از سانحه بین سه بار اندازه‌گیری در مراحل پیش‌آزمون، پس آزمون و پیگیری تفاوتی معنادار وجود دارد ( $P < 0/001$ ). همچنین با معنادار بودن منبع گروه برای اختلال استرس پس از سانحه بین دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت معنادار وجود دارد ( $P = 0/008$ ). مقدار اثر ناشی از تعامل بازی‌درمانی و عضویت گروهی نشان می‌دهد ۵۴ درصد از تغییرات اختلال استرس پس از

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
		پیگیری	۵/۲۹	۰/۴۷	۰/۰۰۱
	پس آزمون	پیگیری	-۰/۷۳	۰/۳۳	۰/۷۷۴

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

درون‌داد جدول ۷ نشان می‌دهد که در گروه آزمایش، تفاوت میانگین نمره اختلال استرس پس از سانحه بین مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون ( $P < 0/001$ ) و نیز بین مراحل پیش‌آزمون و پیگیری ( $P < 0/001$ ) معنادار است. همچنین تفاوت میانگین نمره اختلال استرس پس از سانحه بین مراحل پس‌آزمون و پیگیری ( $P = 0/774$ ) نشان می‌دهد 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 پیش‌آزمون، پس‌آزمون 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 تحریک‌پذیری، اختلالات خواب، مشکلاتی در توجه و تمرکز و..)

هدف از پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی درمان فیلیال‌تراپی همراه با بازی‌های رایانه‌ای 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، کم‌حرکی، 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 بازی‌درمانی 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 آپرش (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 دانش‌آموزان نارساخوان می‌شود همخوانی دارد. پژوهش‌های آقورن لویی و همکاران (۱۴۰۰) هم نشان داد بازی‌های رایانه‌ای آموزشی به دانش‌آموزان 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 فیلپال تراپی و اصول و قواعد آن، سبب آگاهی از ماهیت مشکل، دادن حق انتخاب، تقویت عزت‌نفس، حس خودباوری، مسئولیت‌پذیری، درک شدن از

و همکاران (۱۳۹۴)، عابدی و همکاران (۱۳۹۵)، شهنی، داودی، مهرابی زاده و زکری (۱۳۹۶)، عدیلی و همکاران (۱۳۹۷)، میرزایی و همکاران (۱۳۹۹) همسو و هم‌جهت است و یافته‌های پژوهش حاصل را تأیید می‌کنند. در افراد، بخصوص کودکان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه که اضطراب بالایی را از سر می‌گذرانند، از بین سه سیستم تنظیم هیجان، سیستم متمرکز بر تهدید آنها همیشه فعال است. این سیستم باعث هیجان‌هایی نظیر اضطراب، خشم یا بی‌زاری می‌شود (معینی و همکاران، ۱۳۹۸). زمانی که افراد با وقایع دردناک و رنج‌آور فراتر از تحمل خود در زندگی روبه‌رو می‌شوند، به‌جای آنکه هشیارانه و واقع‌بینانه تر با مسائل برخورد کنند، به صورت ناهشیار و ناآگاهانه به قضاوت و ارزیابی منفی در مورد خود می‌پردازند و دچار احساس گناه و به دنبال آن افسردگی و اضطراب می‌شوند (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 هم‌جهت با تحقیق حاضر می‌باشد. در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت فیلیال تراپی می‌تواند مهارت‌های کودکان و والدین را افزایش دهد. در فرآیند این آموزش والدین می‌توانند به درک و پذیرش مطلوب از رفتار کودک دست یابند. این مسئله سبب بهبود سبک‌های والدگری و ترمیم روابط عاطفی میان والدین و کودک می‌شود. با بهبود بافت خانواده و شیوه تعامل اعضاء با یکدیگر و مخصوصاً بهبود تعامل والدین با کودک، حضور والدین و شناخت و پذیرش این احساس‌ها از سوی آنها، تلاش برای درک این احساس‌ها و عدم قضاوت یک‌جانبه، سبب در هم شکستن بازداری و چرخه‌های ارتباطی معیوب بین والد و کودک شده و در نتیجه بسیاری از رفتارها از قبیل اضطراب، تکانش‌گری و پرخاشگری در کودک

توجه و بیش‌فعالی، تروماهای دوران کودکی، اختلالات اضطرابی، اختلالات رفتاری، اوتیسم و ناتوانی یادگیری در دوره پیش‌دبستانی می‌شود که یافته‌های پژوهشی حاصل را تأیید می‌کند. و نیز بازی‌درمانی یک مداخله پیشرفته و تکامل‌یافته برای کودکان و از زمره روش‌هایی است که نتایج مفید و قابل‌توجهی به بار می‌آورد؛ در نتیجه موجب کاهش پرخاشگری، استرس و اضطراب می‌شود و به شیوه مثبتی به رفتارهای هیجانی و تکانشی تعادل می‌بخشد (بارتون و دائوف، ۲۰۱۶). درمانگر از طریق بازی‌درمانی یک موقعیت بازی به‌صورت کلی را ایجاد می‌کند تا کودک بر ترس و تنش خود غلبه کند و احساساتی چون تنفر، ترس، تنهایی، احساس شکست، ناامنی، بی‌کفایتی و احساس ناخواسته بودن که باعث محرومیت و انحراف شخصیت اش می‌شود 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 بازی‌درمانی با رویکرد شن‌بازی در کاهش و بهبود نشانه‌های اختلال استرس پس از سانحه، افکار مزاحم و اجتناب کودکان اثربخش بوده است، زیرا فضایی امن برای ایفای نقش‌ها و تجربه‌ی هیجانات ناراحت‌کننده فراهم می‌آورد و موجب برون‌ریزی و تخلیه هیجانات می‌شود (روزبهنی، امیربابایی و دارابی، ۱۳۹۷). درنهایت فیلیال‌تراپی به عنوان یک روش درمانی با نتایج به‌دست‌آمده از مطالعات ادوارز، لندر و وایت (۲۰۰۷)، گارزا، واتز و کینزورت (۲۰۱۰)، سنگانجا نوانج 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)، آقای، عسگری و بیات (۱۳۹۴)، عدیلی و همکاران (۱۳۹۴)، پرنجانی

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 فیلیال‌تراپی 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

ارسلانی، ش. حمایت طلب، م. (۱۳۹۹). اثربخشی برنامه حرکتی منتخب بر حافظه کاری، توجه و مهارت‌های حرکتی دانش‌آموزان دارای اختلالات یادگیری ریاضی. *دوماهنامه علمی-پژوهشی طب توانبخشی*، ۸(۳)، ۲۰۹-۲۲۰.

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. درفیلیال‌تراپی بر شناسایی احساسات کودک (غم، شادی، خشم و ترس) تأکید می‌شود و در نتیجه 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 در نتیجه کودک بهتر می‌تواند رفتارهای نابهنجارش را کنترل نماید و به خودش و توانایی‌های درونی‌اش متکی باشد. می‌توان نتیجه گرفت فیلیال‌تراپی 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 فیلیال‌تراپی 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

- اکبری، ب. رحمتی، ف. (۱۳۹۴). اثربخشی بازی‌درمانی مبتنی بر روی آورد شناختی - رفتاری بر کاهش پرخاشگری کودکان پیش دبستانی مبتلا به اختلال نارسایی توجه/ فزون کنشی. فصلنامه سلامت روان کودک، ۲(۲)، ۹۳-۱۰۰.
- آزاد، م. عارفی، م. فرهادی، ط. محمدی، ر. (۱۳۹۱). اثربخشی بازی‌درمانی کودک محور بر اضطراب وافسردگی کودکان دختر دارای اختلال اضطراب وافسردگی در دوره دبستان. روش‌ها و مدل‌های روانشناختی، ۲۲(۹)، ۷۰-۹۱.
- آقای، ا. عسکری، ع. بیات، م. (۱۳۹۴). مقایسه اثربخشی بازی درمانگری کودک محور و بازی درمانگری والدینی بر کاهش نشانه‌های اختلال برونی‌سازی شده در کودکان. فصلنامه مطالعات روانشناسی بالینی، ۶(۲۲)، ۹۵-۱۲۴.
- آقورن لوئی، علی آبادی، پور روستائی اردکانی. (۲۰۲۱). بررسی اثربخشی بازی رایانه‌ای آموزشی تولیدشده بر درگیری تحصیلی دانش آموزان پسر پایه اول دوره متوسطه دوم شهر تهران. *دوماهنامه علمی-پژوهشی راهبردهای آموزش در علوم پزشکی*، ۱۴(۳)، ۱۳۹-۱۵۰.
- بن راضی غابشی، دهشیری، فرح بیجاری، مهری نژاد، & سیدابوالقاسم. (۱۴۰۰). ارائه مدل رابطه بین تجارب آسیب‌زا و اختلال استرس پس از سانحه ساده و پیچیده در زنان و دختران آسیب دیده، با نقش واسطه ای ذهنی سازی و پردازش هیجانی. *دوفصلنامه علمی-پژوهشی شناخت اجتماعی*، ۱۰(۲).
- پاکت چی، ر. (۱۳۹۰). تأثیر آموزش بازی‌های رایانه‌ای بر عملکرد حافظه بینایی دانش آموزان دچار اختلال نارساخوانی. دانشگاه خوارزمی، پایان‌نامه کارشناسی ارشد.
- تامپسون، ج. رودلف، ل. لیندا، ب. (۴۱۱۸). مشاوره با کودکان. ترجمه: جواد طهوریان (۰۹۸۸). تهران: انتشارات رشد.
- حمزه لوی، ز. (۱۳۹۰). بررسی تأثیر بازی‌درمانی کودک محور بر کاهش شدت نشانگان اختلال سلوک دانش آموزان پسر ۱۰-۹ ساله منطقه ۱۵ شهر تهران. دانشگاه علامه طباطبائی، پایان‌نامه کارشناسی ارشد.
- حمیدی، سبحانی تبار، شعیب. (۱۴۰۰). اثربخشی روان‌درمانگری نمایشی در کاهش علائم اختلال استرس پس از سانحه در دانش‌آموزان ابتدایی مناطق زلزله‌زده شهرستان ثلاث باباجانی. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*، ۲۶(۴)، ۴۰۰-۴۱۷.
- حیدری ساربان و. مجنونی توتاخانی، ع. نقابی، م. (۱۳۹۴). بررسی و ارزیابی الگوهای اسکان مجدد بر تغییرات سرمایه‌گذاری در روستاهای زلزله‌زده ورزقان. فصلنامه توسعه و جغرافیا، ۴(۴۳)، ۵۱-۷۰.
- درهرج، م. مرادی، ع. حسنی، ج. قاعد نیایی جهرمی، ع. (۱۳۹۴). اثربخشی درمان شناختی - رفتاری بر کاهش علائم آسیب‌شناختی اختلال استرس پس از سانحه در نوجوانان. نشریه علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی البرز، ۴(۲)، ۱۷۵-۱۶۸.
- درهرج، محمد. (۱۳۹۲). اثربخشی درمان شناختی - رفتاری در علائم آسیب‌شناختی و عملکرد حافظه روزمره نوجوانان مبتلا به استرس پس از سانحه. دانشگاه خوارزمی، پایان‌نامه کارشناسی ارشد.
- رامین، م. (۱۳۹۱). رابطه‌ی بین استفاده از بازی‌های رایانه‌ای و توانایی حل مسئله در بین دانش آموزان پسر پیش‌دانشگاهی. دانشگاه خوارزمی، پایان‌نامه کارشناسی ارشد.



- روابط والد- کودک (فیلیال تراپی) بر رفتار خوردن کودکان پیش دبستانی، مجله مطالعات روانشناسی تربیتی، ۱۹(۴۵)، ۱-۱۳.
- عدیلی، ش. کلانتری، م. عابدی، ا. (۱۳۹۴). تأثیر بازی درمانی به شیوه فیلیال تراپی بر مهارت‌های اجتماعی-هیجانی دختران پیش‌دبستانی ۵ تا ۶ ساله شهر اصفهان. دو فصلنامه علمی - پژوهشی روانشناسی بالینی و شخصیت، ۱۳(۲)، ۵-۱۵.
- عدیلی، ش. میرزایی، رکیانا. عابدی، ا. (۱۳۹۷). اثربخشی بازی درمانی مبتنی بر روابط والد و کودک بر کیفیت تعاملات والد و فرزند و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت کودکان دارای مشکلات حرکتی. فصلنامه کودکان استثنایی، ۱۹(۱)، ۵۹-۷۰.
- عیوضی، ع. نوربالا، ا. میثمی، ع. (۱۳۹۵). مقایسه شیوع اختلال استرس پس از سانحه، ۱۸ ماه بعد از زلزله بم در دو شهر کرمان وبم. فصلنامه علمی - پژوهشی امداد و نجات، ۸(۲)، ۵۵-۶۴.
- فاضلی، ز. مزدارانی، ش. حسینی، ح. (۱۳۹۷). رابطه مدت زمان بازی‌های رایانه‌ای با اضطراب و افسردگی. مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران، ۲۷(۱۶۴)، ۱۴۶-۱۵۱.
- کاظمی، آ. بنی جمال، ش. احدی، ح. فرخی، ن. (۱۳۹۱). بررسی اثربخشی آموزش راهبردهای شناختی-رفتاری در کاهش علائم اختلال استرس پس از ضربه و مشکلات روانشناختی همسران (ptsd) ثانویه مزمن ناشی از جنگ تحمیلی جانبازان مبتلا به ptsd. مجله علوم پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی، ۲۲(۲)، ۱۲۲-۱۲۹.
- کیافر، م. امین یزدی، ا. کارشکی، ح. (۱۳۹۳). اثربخشی خانواده محور بر تعامل مادر - فرزند و میزان پرخاشگری کودکان پیش‌دبستانی، رحیمی پردنجانی، س. باقر افروز، غ. فرامرزی، س. (۱۳۹۴). تأثیر مداخله بهنگام خانواده محور مبتنی بر بازی درمانی بومی سازی شده بر نشانه‌های بالینی کودکان ADHD پیش‌دبستانی. فصلنامه خانواده پژوهی، ۱۲(۴)، ۴-۲۰.
- روزبهبانی، م. بابایی امیری، ن. دارابی، ب. (۱۳۹۷). بررسی اثربخشی بازی درمانی با رویکرد شن‌بازی در کودکان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه. فصلنامه کودکان استثنایی، ۱۸(۴)، ۵۵-۶۵.
- سادوک، ب. سادوک و. روئیز، پ. (۱۳۹۵). خلاصه روان پزشکی علوم رفتاری/ روان پزشکی بالینی. جلد اول، سلطانی، م. فرهادی، ح. (۱۳۹۸). اثربخشی فیلیال تراپی (بازی درمانی مبتنی بر رابطه والد- کودک) بر اعتیاد بازی‌های رایانه‌ای و پرخاشگری در کودکان پیش‌دبستانی. مجله دانش و پژوهش در روانشناسی کاربردی، ۲۲(۲)، ۱۳-۲۱.
- شهنی، ر. داودی، آ. مهرابی زاده، م. زرگری، ی. (۱۳۹۶). اثربخشی مداخله والد محور بر نشانه‌های اضطراب و مشکلات برون سازی کودکان ۶ تا ۹ سال. روانشناسی بالینی، ۱۹(۱)، ۱-۱۳.
- عابدی، آ. سیدقلعه، آ. بهرامی پور، م. (۱۳۹۶). مقایسه اثربخشی فیلیال تراپی و روش والدگری بارکلی بر کاهش اضطراب و علائم نقص توجه بیش فعالی کودکان، فصلنامه کودکان استثنایی، ۱۷(۳)، ۱۱۱-۱۲۰.
- عاشوری، م. کریم نژاد، ر. (۱۳۹۹). تأثیر آموزش بازی درمانی با مدل فیلیال تراپی بر مشکلات رفتاری کودکان شنوا و تاب آوری مادران ناشنوا، مجله پژوهش نامه روانشناسی مثبت، ۵(۲)، ۸۵-۹۵.
- عدیلی، ش. ریسی، ز. قاسمی، ن. (۱۴۰۰). اثربخشی مداخله ی آنلاین بازی درمانی مبتنی بر

- 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 Achievement. *Journal of Tecnology & Education*, 5(1), 35-39.
- Dougherty, L. (2006). Impact of child- entered play therapy on children of different developmental 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 Parent/Child 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. ام. (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 Medihealthico*, 2(1), 13-19.
- Gurney, L. (1981). Parental acceptance and foster parent. *Journal of clinical psychology*, 10, 27-32.
- Halgin, R. Whitbourne, S. (2005). abnormal Psychology *Clinical Perspectives on Psychological*
- پژوهش‌های روانشناسی بالینی و مشاوره، ۴(۲)، ۱-۱۵.
- گودرزی، ک. مریدیان، س. روزبهانی، م. (۱۳۹۸). تعیین اثربخشی بازی‌درمانی بر پرخاشگری، استرس و اضطراب کودکان. فصل‌نامه علمی، مجله علوم حرکتی و رفتاری، ۲(۲)، ۱۱۶-۱۲۵.
- محمدی، ل. محمدخانی، پ. دولتشاهی، ب. گلزاری، م. (۱۳۸۹). نشانگان استرس پس از سانحه با سایر نشانگان. مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران، ۱۶(۳)، ۲-۱۹.
- مظاهر، ل. (۱۳۹۱). بررسی تأثیر بازی‌های رایانه‌ای بر هوش اجتماعی و خود کارآمدی تحصیلی نوجوان پسر ۱۵-۱۲ ساله شهر زاهدان. دانشگاه سیستان و بلوچستان، پایان‌نامه کارشناسی ارشد.
- معینی، ف. طاهری، ن. گودرزی، ن. دباغی، پ. راه نجات، ا. نبوی و. (۱۳۹۸). اثربخشی شفقت درمانی بر بهبود علائم اختلال استرس پس از سانحه. فصلنامه پرستار و پزشک در رزم، ۷(۲۳)، ۱-۶.
- میرزایی، ه. کیانی، ز. حسینی، س. سورتیجی، ح. حسینی زاده، س. ابراهیمی، ا. (۱۳۹۹). بررسی تأثیر فیلیال اوتیسم، مجله: توانبخشی، ۲(۲۱)، ۱-۱۴.
- یزدانی پور، م. عاشوری، م. عابدی، ا. (۱۴۰۰). مقایسه اثربخشی فیلیال تراپی و تراپی بر اضطراب کودکان با آسیب شنوایی، مجله خانواده پژوهی، ۱۷(۱۶۵)، ۱۱۷-۱۳۶.
- 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; Behavioral Sciences* {Rezaei F. Persian trans.}. Tehran: Arjmand Publication.

- 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 psychology*, 4(1), 257-275.
- Schuitevoverder, S. Rosen, J. Twamley, E. Ayers C. Sones, H. Loher J. (2013). A meta-analysis of cognitive functioning in older adults with PTSD. *Journal of Anxiety Disorders*, 27(6):550-8.
- 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. *Journal of Play Therapy*, 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.
- Disorders. In: Mohamadi SY, 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 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.
- 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 psychiatric 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. Kalendar, D. (2002). Traumatic stress responses in

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.

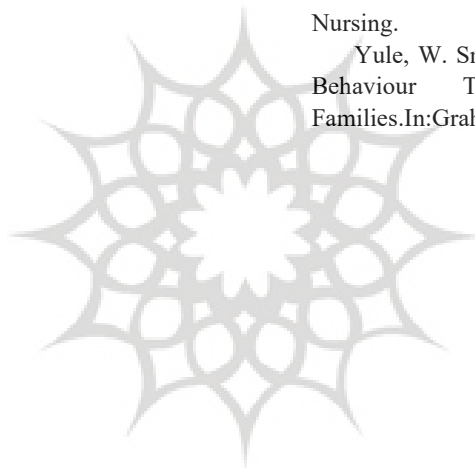
Warren, J. M., Hanstock, T., Hunt, S., & Halpin, S. (2021). Parent-Child Interaction Therapy for a 3-Year-Old Girl With Post-Traumatic Stress Disorder: Restoration to Her Father's Care Following a Period in Out-of-Home Care. *Clinical Case Studies*.

Widyanto, L. Mcmurran, M. (2004). Psychometri Propertise 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 importanc of play for their children's development: gender diffrences aca gender diffrences 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. *Aechives of Psychiatric Nursing*.

Yule, W. Smith P, Perrin, S. (2005). *Cognitive Behaviour Therapy for Children and Families*. In: Graham PJ, editors. *Cognitive behavior*



شپوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی  
پرتال جامع علوم انسانی