

اثربخشی فیلیال تراپی بر مقبولیت اجتماعی و حساسیت اضطرابی کودکان با علائم بی نظمی خلق ایذایی

چکیده

پژوهش حاضر با هدف اثربخشی فیلیال تراپی بر مقبولیت اجتماعی و حساسیت اضطرابی کودکان با علائم بی نظمی خلق ایذایی انجام گرفت. مطالعه نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون-پس آزمون با گروه گواه و دوره پیگیری بود. جامعه آماری شامل کودکان با علائم اختلال بی نظمی خلقی ایذایی ۹-۱۲ ساله شهر اصفهان بودند. تعداد ۳۰ کودک با علائم اختلال بی نظمی خلقی ایذایی و مادرانشان با روش نمونه گیری هدفمند انتخاب و به صورت تصادفی در گروه‌های آزمایش و گواه گمارده شدند. گروه آزمایش مداخله بازی درمانی فیلیال لندرت (۱۳۹۰) را طی دوماه در ۸ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای دریافت نمودند. ابزارهای پژوهش شامل پرسشنامه مقبولیت اجتماعی فورد و رابین (۱۹۷۰) و حساسیت اضطرابی تسائو و همکاران (۲۰۰۶) بود. داده‌های حاصل از پژوهش به شیوه تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر با استفاده از نرم افزار آماری SPSS-29 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. نتایج نشان داد که مداخله فیلیال تراپی بر مقبولیت اجتماعی و حساسیت اضطرابی کودکان با علائم اختلال بی نظمی خلقی ایذایی تأثیر معنادار داشت ($P < 0/001$). بدین صورت که این مداخله توانسته منجر به بهبود مقبولیت اجتماعی و کاهش حساسیت اضطرابی این کودکان شود. بر اساس یافته‌ها می‌توان چنین نتیجه گرفت که فیلیال تراپی با بهره گیری از فنونی همانند سخنرانی، بحث، ایفای نقش، فرایندهای گروهی و نظارت می‌تواند به عنوان یک درمان کارآمد جهت بهبود مقبولیت اجتماعی و کاهش حساسیت اضطرابی کودکان با علائم بی نظمی خلق ایذایی مورد استفاده قرار گیرد.

واژه‌های کلیدی: بی نظمی خلق ایذایی، حساسیت اضطرابی، فیلیال تراپی، مقبولیت اجتماعی.

The effectiveness of filial therapy on social acceptability and anxiety sensitivity of children with symptoms of self-harm disorder

Shahrazad Adili, Zohreh Raeisi*, Nahid Akrami, Zohreh Ranjbar Kohan

Abstract

Aim: The present study was conducted with the aim of the effectiveness of filial therapy on social acceptability and anxiety sensitivity of children with symptoms of self-destructive mood disorder.

Methods: It was a semi-experimental study with a pre-test-post-test design with a control group and a follow-up period. The statistical population included 9-12-year-old children with symptoms of suicidal mood disorder in Isfahan city. 30 children with symptoms of self-inflicted mood disorder and their mothers were selected by purposive sampling and randomly assigned to experimental and control groups. The experimental group received Filial Landreth play therapy intervention (2013) during two months in 8 sessions of 60 minutes. Research tools included Ford and Robin's (1970) social acceptability questionnaire and Tsao et al.'s (2006) anxiety sensitivity questionnaire. The data obtained from the research was analyzed by the method of variance analysis with repeated measurements using SPSS-29 statistical software.

Results: The results showed that the filial therapy intervention had a significant effect on the social acceptability and anxiety sensitivity of children with symptoms of self-destructive mood disorder ($P < 0.001$). In this way, this intervention was able to lead to the improvement of social acceptability and the reduction of anxiety sensitivity of these children.

Conclusion: Based on the findings, it can be concluded that filial therapy using techniques such as lectures, discussion, role playing, group processes and supervision can be an effective treatment to improve social acceptability and reduce anxiety sensitivity of children with the symptoms of self-inflicted mood disorder should be used.

Keywords: *Self-Injurious Mood Disorder, Anxiety Sensitivity, Filial Therapy, Social Acceptability.*

اختلال بی‌نظمی خلق ایذائی^۱ یکی از اختلالات طبقه افسردگی به‌شمار می‌رود که ویژگی شاخص آن، تحریک‌پذیری شدید و دایمی می‌باشد که به شکل انفجار خشم کلامی یا رفتاری و در پی واکنش به ناکامی نشان داده می‌شود. این اختلال که از ۶ سالگی تشخیص داده می‌شود، برای حداقل یک سال و به فراوانی ۲ تا ۳ بار در هفته رخ می‌دهد و آسیب‌های زیادی را برای فرد مبتلا و دیگران در خانه، مدرسه و جمع دوستان به دنبال دارد. کودکان مبتلا به این اختلال، به‌طور دایم تحریک‌پذیر و عصبانی و در بیشتر ساعات روز و تقریباً هر روز خشمگین و پرخاشگر هستند؛ به طوری که اطرافیان به وضوح متوجه حالت و رفتار آنها می‌شوند (انجمن روانپزشکی آمریکا^۲، ۲۰۱۳). میزان شیوع این اختلال در نمونه بزرگی از افراد، ۴/۴ درصد گزارش شده است (کاپلند و همکاران^۳، ۲۰۱۴). در بررسی نمونه‌های بالینی مشخص گردید که ۲۶ درصد از کودکان شرکت‌کننده در برنامه‌های درمانی طولی، علائم و ملاک‌های اختلال بی‌نظمی خلق ایذائی را دارند. آنها با مقایسه چندین گروه از کودکان ۶ تا ۱۲/۹ ساله، دریافتند که تحریک‌پذیری مزمن در کودکان مبتلا به اختلال بی‌نظمی خلق ایذائی، دو برابر بیشتر از گروه‌های مبتلا به اختلال دوقطبی، مانیا و دیگر اختلالات است (آکسلسون و همکاران^۴، ۲۰۱۳).

تحریک‌پذیری شدید و مزمن به صورتی که در اختلال بی‌نظمی خلق ایذائی مشاهده می‌شود، با اختلال محسوس در روابط کودک با اعضای خانواده و همسالان و در عملکرد تحصیلی ارتباط دارد. این کودکان به دلیل این که ناکامی (به معنی ناکامی در انتظار پاداش) را خیلی کم تحمل می‌کنند، اغلب مشکل پیشرفت در مدرسه دارند و در بیشتر موارد قادر نیستند در فعالیت‌هایی شرکت کنند که کودکان سالم اغلب از آنها لذت می‌برند. زندگی خانوادگی آنها به علت طغیان‌ها و تحریک‌پذیری، به شدت مختل می‌شود و در شروع کردن روابط دوستی و ادامه دادن آن مشکل دارند. به‌طور کلی، سطوح کارکردی در کودکان با اختلال بی‌نظمی خلق ایذائی، دچار اختلال شدیدی است و رفتارهای خطرناک و پرخاشگری شدید در این کودکان شایع می‌باشد (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۱۳).

با توجه به مطلب گفته شده، کودکان مذکور به علت تحریک‌پذیری شدید، خطرات زیادی برای خود و دیگران دارند و ارائه خدمات و راهبردهایی جهت کنترل رفتار، هیجان و خلق کاملاً احساس می‌شود. چراکه اغلب کودکان با اختلال بی‌نظمی خلق ایذائی، احساسات منفی دارند و با دیگران بدرفتاری می‌کنند. در بیشتر موارد معلمان و همکلاسی‌ها، آنان را طرد می‌کنند و در نتیجه فرصت‌های آموزشی آنان کاهش می‌یابد. از سوی دیگر انزوای اجتماعی این کودکان موجب پرخاشگری هرچه بیشتر آنان می‌گردد (برون و پرسی^۵، ۲۰۰۷). همچنین پژوهش‌ها نشان می‌دهند کودکان مبتلا به اختلال بی‌نظمی خلق ایذائی، پایین‌ترین سطح کنش‌وری اجتماعی^۶ را نشان می‌دهند و مشکلات بیشتری را در دوستیابی و حفظ آنها دارند و به‌طور کلی این کودکان مشکلات اجتماعی زیادی دارند (بهبودی، ۱۳۸۷) که از جمله آنها نقص در مهارت‌های اجتماعی^۷ است (بانفور و همکاران^۸، ۲۰۱۵). مهارت‌های اجتماعی بخش مهمی از حوزه رشد فردی است و کمبود آن در درازمدت ضربه شدیدی به کودک وارد می‌کند (ماتسون و همکاران^۹، ۲۰۱۰). ضعف در مهارت‌های اجتماعی و مشکلات ارتباطی با بسیاری از مشکلات رفتاری از قبیل اختلال بی‌نظمی خلق ایذائی، بیش‌فعالی، نافرمانی مقابله‌ای و افسردگی اوایل کودکی مرتبط است (واحدی و همکاران، ۱۳۸۶). نتایج پژوهش‌ها حاکی از آن است که کودکان و نوجوانان مبتلا به اختلال بی‌نظمی خلق ایذائی به دلیل نقص در مهارت‌های اجتماعی خود توسط همسالانشان طرد می‌شوند و در مقایسه با سایر کودکان، دوستان کمتری دارند (کهریزی و همکاران، ۱۳۹۴). از طرف دیگر کودکان با اختلال بی‌نظمی

Disruptive mood dysregulation disorder^۱

American Psychiatric Association^۲

Copeland, et al^۳

Axelson, et al^۴

Brown, Percy^۵

Social Functioning^۶

Social Skills^۷

Bunford, Evans, Becker, Langberg^۸

Matson^۹

خلق ایذائی به دلیل نقص در مهارت‌های اجتماعی، مقبولیت اجتماعی^{۱۰} پایینی نیز در بین همسالان خود دارند (واحدی و همکاران، ۱۳۸۶). مقبولیت اجتماعی همان گرایش به پاسخ دادن به شیوه‌ای است که فرد به نظر دیگران بهتر برسد (راگازینو^{۱۱}، ۲۰۰۹). مقبولیت اجتماعی، نقش مهمی در رشد شخصیت اجتماعی کودک دارد و پیش‌بینی کننده سازگاری بعدی در دوران نوجوانی است (قربانیان و همکاران، ۱۳۹۵).

همچنین کودکان مذکور اضطراب و حساسیت اضطرابی^{۱۲} بالایی را در موقعیت‌های تنش‌زا تجربه می‌کنند (بهرامی نسب و متولی، ۱۴۰۱). حساسیت اضطرابی به ترس از احساسات مرتبط با اضطراب یا نشانه‌های اضطرابی اشاره دارد و از این عقیده ناشی می‌شود که این نشانه‌ها پیامدهای بالقوه آسیب‌زای جسمانی، روانشناختی و اجتماعی دارند (تیلور^{۱۳}، ۲۰۱۴). افراد دارای حساسیت اضطرابی بالا اغلب اوقات به نشانه‌های اضطرابی به طور منفی واکنش نشان می‌دهند، درحالی‌که افراد دارای حساسیت اضطرابی پایین اگرچه ممکن است این نشانه‌ها را به عنوان اموری ناخوشایند تجربه کنند، اما آنها را تهدیدآمیز تلقی نمی‌کنند (زالنسکی و همکاران^{۱۴}، ۲۰۱۳). حساسیت اضطرابی به عنوان یکی سازه روانشناختی، دربرگیرنده تفاوت‌های فردی در ترس از نشانه‌های فیزیولوژیک بدن است که باعث افزایش تنفس، سرگیجه و تپش قلب شده و به عنوان یک متغیر واسطه‌ای، نقش برجسته در بسیاری از اختلالات روانی از جمله اختلالات رفتاری دارد (لیرا و پرویانن^{۱۵}، ۲۰۱۸). به نظر می‌رسد حساسیت اضطرابی از جمله متغیرهای واسطه‌ای مهم میان استرس و اختلال باشد. فرض بر این است که حساسیت اضطرابی یک متغیر گرایشی با ثبات است که نشان دهنده میل به تفسیر پیامدهای جسمانی، روانشناختی و اجتماعی تجارب اضطرابی به عنوان اموری آزارنده و خطرناک است (افشاری و هاشمی، ۱۳۹۸). دیکان و آبراموویتز^{۱۶} (۲۰۰۶) در مطالعه‌ای که حساسیت اضطرابی را در افراد مبتلا به اختلالات اضطرابی و رفتاری با افراد بهنجار بررسی کردند، اظهار داشتند که افراد مبتلا به اختلالات اضطرابی و رفتاری حساسیت اضطراب بالاتری نسبت به افراد بهنجار گزارش می‌کنند (افشاری و هاشمی، ۱۳۹۸). حساسیت اضطرابی نشان دهنده یک انتظار محرک و پیامد است که منعکس کننده تفاوت‌های فردی در گرایش به تجربه ترس هنگام پاسخ به نشانه‌های انگیزتی (خود فرد) است (زالنسکی و همکاران^{۱۷}، ۲۰۱۳). حساسیت اضطرابی منجر به سوگیری‌هایی در بازیابی و پردازش اطلاعات مربوط به محرک‌های فراخوان اضطراب می‌شود که این خود زمینه را برای ابتلای فرد به اختلالات روانی فراهم می‌سازد (مشهدی و همکاران، ۱۳۹۲). بنابراین نیازمند مداخلات روانشناختی در کودکان با اختلال بی‌نظمی خلقی ایذایی است.

روش‌های آموزشی و درمانی مختلفی برای کودکان مبتلا به اختلالات رفتاری-هیجانی، بکار گرفته شده است. مداخلات خانواده محور برای مشکلات رفتاری هیجانی کودکان امروزه با استقبال گسترده محققان و متخصصان این حوزه روبه رو شده است. برنامه بازی درمانی مبتنی بر روابط والد-کودک^{۱۸} یکی از روش‌های آموزش والدین است (والکر و همکاران^{۱۹}، ۱۹۹۳)، که به دلیل تمرکز بر کودک می‌تواند روشی مناسب برای برقراری ارتباط با کودک در نظر گرفته شود. لندرت و براتون^{۲۰} (۱۳۹۴) مدل کوتاه مدت خود را که یک مدل ۸ جلسه‌ای است ارائه کرده‌اند. هدف این مدل آموزش والدین یا افرادی است که از کودک مراقبت می‌کنند. در مقایسه با سایر مدل بازی‌های درمانی که عمدتاً کودک محور هستند، این مدل به محکم کردن ارتباط بین کودک و والد منجر می‌شود (لندرت و براتون، ۲۰۰۶). او سال‌ها شاهد این مسأله بود که بسیاری از مشکلات کودکان ناشی از

Social acceptability^{۱۰}

Ragozzino^{۱۱}

Anxiety Sensitivity^{۱۲}

Taylor^{۱۳}

Zvolensky, et al^{۱۴}

Lyyra, Parviainen^{۱۵}

Dikan, Abramovitis^{۱۶}

Zvolensky, et al^{۱۷}

Therapeutic Play Program based on Parent-Child Relationships^{۱۸}

Walker, et al^{۱۹}

Landreth, Bratton^{۲۰}

خطاهای والدین است و این خطاها ریشه در فقدان دانش والدین در حوزه والدگری و نوع ارتباط با کودک دارد. او به رابطه والد و کودک اهمیت بسیاری می‌داد، در نتیجه این فرضیه را ارائه داد که والدین می‌توانند با شرکت در جلسه‌های بازی درمانی به عاملی برای درمان مشکلات رفتاری کودکان تبدیل شوند (لنדרت و براتون، ۲۰۰۶). این شیوه مداخله از روشی کوتاه مدت برخوردار است و ترکیبی از بازی درمانی و خانواده درمانی به شمار می‌آید و از بنیان‌های نظری گوناگونی شکل گرفته که از میان آنها می‌توان به رویکردهای رشدی^{۲۱}، شیوه‌های روانپوشی^{۲۲}، رفتاردرمانی^{۲۳}، آموزش اجتماعی^{۲۴}، شناخت درمانی^{۲۵} و سیستم حل مشکلات بین فردی و خانوادگی^{۲۶} اشاره کرد. یکی از پرکاربردترین و مؤثرترین روش‌های بازی درمانگری مدل درمانگری لندرت است. لندرت بر اساس مبانی نظری گورنی یک مدل درمانی فشرده را به صورت گروهی برای والدین مطرح کرده است (عدیلی و همکاران، ۱۳۹۴). این مدل درمانگری از سخنرانی، بحث، ایفای نقش، فرایندهای گروهی و نظارت بر جلسه‌های والدین در خانه تشکیل شده است. تأکید جلسات بر افزایش حساسیت والدین به جهان کودک با استفاده از زبان طبیعی بازی است. والدین از طریق نقش بازی کردن، مهارت‌هایی را شبیه انعکاس احساس، رفتار و همدلی با فرزندان خود می‌آموزند. این روش درمانی بر اساس چند اصل منحصر به فرد پایه گذاری شده است: درمان متمرکز بر ارتباط موجود بین والد و کودک است، نه بر مشکلی خاص یا بر یک فرد. والدین شریکی مهمی در فرایند تغییر تلقی می‌شوند و درمانگر والدین را در امر یادگیری مهارت‌ها و گرایش‌های جدید توانا می‌بیند (عدیلی و همکاران، ۱۳۹۴).

نتایج پژوهش‌ها حاکی از تأثیر فیلپال تراپی (بازی درمانی مبتنی بر روابط والدین و کودک) بر کاهش رفتارهایی نظیر پرخاشگری، افسردگی، اضطراب و ترس در کودکان، مشکلات رفتاری و هیجانی کودکان، تعاملات مادر-فرزند و پرخاشگری کودکان پیش دبستانی، افزایش پذیرش والدینی و کاهش مشکلات رفتاری کودکان و کاهش نشانه‌های اضطراب‌ها و مشکلات برونسازي کودکان (ادوارز، لندر و وایت^{۲۷}، ۲۰۰۷؛ محمودی و همکاران، ۱۴۰۱؛ یزدانی پور و همکاران، ۲۰۲۱؛ سلیمانی و فردوست، ۱۳۹۹؛ عدیلی و همکاران، ۱۳۹۸؛ اسپینیدر و همکاران^{۲۸}، ۲۰۲۲؛ سالو و همکاران^{۲۹}، ۲۰۲۰؛ تیلور، ۲۰۱۱؛ کیافر و همکاران، ۱۳۹۳؛ اکانر و همکاران^{۳۰}، ۲۰۱۶؛ براتون و همکاران، ۲۰۱۵؛ جعفری رنگچی و فرهادی، ۱۳۹۸؛ سلطانی و فرهادی، ۱۴۰۰؛ عابدی و همکاران، ۱۳۹۷؛ عاشوری و کریم‌نژاد، ۱۳۹۹؛ عدیلی، ۱۳۹۵؛ عدیلی و همکاران، ۱۴۰۱؛ کریمی و دشت بزرگی، ۱۳۹۹؛ کوپر و همکاران^{۳۱}، ۲۰۲۰؛ لیندو و همکاران^{۳۲}، ۲۰۱۶؛ توفام و همکاران^{۳۳}، ۲۰۱۱؛ شیشه فر و همکاران، ۱۳۹۶؛ تایمر و همکاران^{۳۴}، ۲۰۲۳؛ شهینی و همکاران، ۱۳۹۶) نشان داده شده است.

با توجه به اینکه تعامل نامناسب والد - فرزند می‌تواند رشد کودک را در معرض خطر قرار داده و نقش مهمی در بروز مشکلات هیجانی و رفتاری از جمله اختلال بی‌نظمی خلقی ایذائی می‌نماید، ارائه مداخله‌هایی که بتواند در کنار درمان مشکلات رفتاری و هیجانی کودکان، خانواده‌ها را درگیر کرده آموزش‌های لازم را در زمینه تعامل با کودکان و ایجاد محیط مناسب برای رشد و پرورش سالم آنان فراهم نماید، بسیار ضروری است. از سویی با توجه به پیامدهای فراوان وجود

Developmental Approaches ^{۲۱}

Psychodynamic Methods ^{۲۲}

Behavioral Therapy ^{۲۳}

Social Learning ^{۲۴}

Cognitive Therapy ^{۲۵}

Problem Solving System between Individual and Family ^{۲۶}

Edwards, et al ^{۲۷}

Schneider, et al ^{۲۸}

Salo, et al ^{۲۹}

O'Connor, et al ^{۳۰}

Cooper, et al ^{۳۱}

Lindo, et al ^{۳۲}

Topham., et al ^{۳۳}

Timmer, et al ^{۳۴}

کودکان دارای اختلال بی‌نظمی خلقی ایدائی و به منظور پیشگیری از سایر مشکلاتی که می‌تواند به سبب این اختلالات در آینده گریبان‌گیر کودکان شود، درمان مشکلات این کودکان باید در اولویت برنامه‌های درمانی و پرورشی جامعه باشد. بنابراین هدف پژوهش حاضر اثربخشی فیلیال‌تراپی بر مقبولیت اجتماعی و حساسیت اضطرابی در کودکان با علائم اختلال بی‌نظمی خلقی ایدائی می‌باشد.

روش

پژوهش حاضر، یک مطالعه نیمه تجربی پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل است. جامعه آماری این تحقیق از تمامی کودکان با علائم اختلال بی‌نظمی خلقی ایدائی به همراه مادرانشان شهر اصفهان بودند. از میان آنها، ۳۰ نفر که ملاک‌های ورود به مطالعه را داشتند، با روش نمونه‌گیری هدفمند وارد مطالعه شدند. این مادران به همراه کودکان با علائم اختلال بی‌نظمی خلقی ایدائی به طور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. معیارهای ورود به مطالعه شامل داشتن کودکان سنین ۹ الی ۱۲ سال، کسب نمره برش میانگین به بالا در پرسشنامه اختلال بی‌نظمی خلقی ایدائی، رضایت آگاهانه شرکت در بازی درمانی از طریق والدین، نداشتن اختلالات شدید روانی دیگر، عدم وجود اختلالات روانی - عضوی ایجاب‌کننده درمان‌های فوری مانند صرع و اختلال سلوک که مانع شرکت آزمودنی در جلسات درمانی می‌شود و معیارهای خروج شامل عدم تمایل و همکاری برای شرکت در جلسات درمانی و عدم انجام تکالیف ارائه شده و غیبت بیش از دو جلسه در جلسات بازی درمانی بودند.

ابزارها

پرسشنامه اختلال بی‌نظمی خلقی ایدائی - این پرسشنامه دارای ۲۴ سوال بوده و هدف آن ارزیابی اختلال کژتنظیمی خلقی ایدائی از ابعاد مختلف (بی‌نظمی ایدائی تکانشگری (سوالات ۱-۸)، بی‌نظمی ایدائی عملکردی (سوالات ۹-۱۴)، بی‌نظمی ایدائی خلقی (سوالات ۱۵-۲۰) و بی‌نظمی ایدائی ناکامی (سوالات ۲۱-۲۴)) می‌باشد. نمره گذاری پرسشنامه بصورت طیف لیکرت ۵ نقطه ای (خیلی کم=۱، کم=۲، نه کم و نه زیاد=۳، زیاد=۴ و خیلی زیاد=۵) می‌باشد. دامنه نمرات بین ۲۴ تا ۱۲۰ می‌باشد که کسب نمره بالاتر از میانگین نشان دهنده میزان بالای علائم اختلال بی‌نظمی خلقی ایدائی است. در پژوهش شاه محمدی قهساره و همکاران (۱۴۰۰) رویی صوری و محتوایی این مقیاس توسط اساتید دانشگاه مورد تایید قرار گرفت. برای بررسی اعتبار مقیاس از روش آلفای کرونباخ استفاده شد که مقدار این ضریب ۰/۸۹ بدست آمد.

پرسشنامه مقبولیت اجتماعی - شکل اصلی این مقیاس ۲۸ پرسش دارد و فورد و رابین^{۳۵} (۱۹۷۰)، به منظور اندازه‌گیری نیاز به تأیید اجتماعی در کودکان آن را ساخته‌اند. دامنه نمرات آن از ۰ تا ۲۸ است. آنها همسانی درونی را برای کودکان دبستانی دختر و پسر به ترتیب ۰/۸۴ و ۰/۷۹ گزارش کردند و پایایی به روش بازآزمایی پس از پنج هفته ۰/۵۸ به دست آمد. اعتبار همزمان پرسشنامه را نیز براساس بهره‌هوش کلامی محاسبه کردند که همبستگی معنادار دو متغیر را نشان می‌دهد. سموعی و همکاران (۱۳۸۴)، پرسشنامه ۲۸ سوالی فورد و رابین را بررسی کردند. همسانی درونی پرسش‌ها حکایت از آن داشت که تعدادی از پرسش‌ها با نمره کل همبستگی ندارد، بنابراین از پرسشنامه اصلی حذف شدند و شکل نهایی پرسشنامه با ۱۷ سوال ۳ گزینه‌ای بله، تا حدودی و خیر تنظیم و نمره گذاری به صورت ۲، یک و صفر بود. پرسش‌های ۹ و ۱۰ برعکس نمره گذاری می‌شود. حداقل نمره صفر و حداکثر نمره برابر با ۳۴ است که هر چه نمره بالاتری داشته باشید مقبولیت اجتماعی بیشتری در فرد هست. ضریب آلفای این پرسشنامه ۰/۷۷ و ضریب اعتبار به روش دونیم سازی ۰/۶۶ به دست آمد. همچنین ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۳ به دست آمد (قربانیان و همکاران، ۱۳۹۵).

پرسشنامه حساسیت اضطرابی - این مقیاس شامل ۱۸ گویه بوده و گرایش بدنی و شناختی فرد را به موقعیت‌های خطرناک ارزیابی می‌کند. نمره گذاری مقیاس بر مبنای یک مقیاس لیکرت سه درجه‌ای از هیچ (نمره صفر) تا بسیار (نمره ۲) نمره گذاری می‌شود. نمره هر فرد از جمع نمرات همه سوالات حاصل می‌شود که دامنه آن از صفر تا ۳۶ است و نمرات بالاتر نشانگر حساسیت اضطراب بالا است. میزان آلفای کرونباخ این مقیاس ۰/۸۷ و پایایی دونیمه سازی ۰/۶۲ گزارش شده است. روایی صوری و محتوایی این ابزار مناسب گزارش شده است (تسائو و همکاران^{۳۶}، ۲۰۰۶). میزان آلفای کرونباخ مقیاس در مطالعه (پورشریفی و همکاران، ۱۳۹۶)، ۰/۹۳ به دست آمده است.

ساختار جلسات درمانی: این مداخله بازی درمانی شامل ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای که هفته‌ای یکبار بر روی گروه آزمایش ۱ اجرا خواهد شد این برنامه بازی درمانی فیلیال اقتباس یافته از لندرت (۱۳۹۰) می‌باشد.

جدول ۱. محتوای فیلیال تراپی

جلسات	محتوای جلسات
اول	معارفه و آشنایی، شرح اهداف درمانی، بحث درباره لزوم پیدایش حساسیت درباره فرزندان و شکلگیری پاسخ همدلانه، بیان موضوعات پایه از قبیل تشویق و تقویت والدین، همدلی با والدین، معمول و رایج دانستن مشکلات ارتباطی والدین با فرزندان شان، آشنایی با مفاهیم اصلی، توضیح اهمیت بازی، فهرستی از اسباب بازیها، قوانین و نحوه اجرای جلسات بازی والدین با کودکان در منزل، مکان و زمان بازی
دوم	تشخیص چهار احساس اصلی (شادی، غم، خشم و ترس)، ایفای نقش پاسخ همدلانه، آموزش اصول بازی درمانگری والدینی، آموزش پاسخدهی همدلانه به کودک، تمرین پاسخدهی همدلانه و پر کردن برگه پاسخ احساسی
سوم	آموزش چهار اصل بازی: کودک در جلسات بازی هدایتگر است. توجه به احساسات کودک از طریق حالت‌های چهره، بدن، لحن صدا، کلام کودک. انعکاس ادراک والدین از احساسات کودک، قاطعیت در زمینه محدودیتها، تعیین اهداف بازی شامل بروز احساسات و هیجانهای کودک.
چهارم	تهیه اسباب بازی: اسباب بازیهای مربوط به زندگی واقعی، اسباب بازیهای مربوط به برون ریزی خشم. اسباب بازیهای برای خلاقیت آموزش بایدها و نبایدهای جلسات بازی (بازی در مکان و زمان مشخص، چیدن یکسان اسباب بازی ها، هدایتگر بودن کودک، بازگرداندن مسئولیت به کودک، سرزنش نکردن در قبال خواسته نامناسب، توصیف شفاهی بازی، تعیین محدودیت‌های بازی و قاطعیت در آنها، تقویت فرایند تلاش و تشویق تلاش کودک) نبایدها (انتقاد نکردن، تحسین نکردن، عدم پرسش سؤال هدایتگرانه، عدم قطع جلسات بازی، عدم آموزش و اطلاعات (مراحل جلسه بازی: قبل بازی، هنگام بازی و بعد از بازی)
پنجم	آموزش مهارت محدودیت گذاری برای رفتارهای نامناسب کودکان. اعمال مراحل سهگانه محدودیت شامل انعکاس همدلانه و صمی می احساسات کودک، بیان محدودیت در قالب جملات کوتاه و واضح، ارائه جایگزین قابل قبول، بیان دلایل محدودیت گذاری، آموزش زمان محدودیت گذاری.
ششم	چگونگی صحبت با کودک، اهمیت شناخت احساسات خود، فهرست مهارتهای جلسه بازی نظیر حفظ ساختار، همدلی، دنبال ه روی، پرهیز از سؤال و رهنمود دادن، شرکت در بازی، فرو روی در نقش تخیلی، تطابق لحن صدا و حالت چهره با حالت کودک
هفتم	روشهای حق انتخاب دادن (حق انتخاب دادن به صورت ساده و قدرت بخشیدن به کودک، حق انتخاب دادن به عنوان پیامد مثبت و حق انتخاب دادن برای تقویت قوانین خانه)، فهرست مهارت های جلسه بازی
هشتم	مرور مباحث و مهارت‌های مطرح شده در سیر جلسات، حق انتخاب دادن، محدود کردن و ترغیب کردن، محدودیت گذاری به صورت پیشرفته به شکل توضیح عواقب کار، تعمیم محدودیت به خارج از جلسه، اجرای پس آزمون.

روش اجرا

پس از برگزاری جلسه توجیهی و کسب رضایت از مادران دارای کودک با علائم اختلال بی نظمی خلق ایدایی، ۳۰ نفر از کودکان با علائم اختلال بی نظمی خلق واجد شرایط ورود به مطالعه (کسب نمره بالاتر از میانگین در پرسشنامه اختلال بی نظمی خلق ایدایی)

انتخاب شدند در این مرحله، دفترچه مربوط به فرم رضایتنامه آگاهانه و اطلاعات زمینه‌ای (جمعیت شناختی) به مادران منتخب ارائه شد و بعد از آن، به صورت تصادفی در دو آزمایش و کنترل تخصیص یافتند و مرحله پیش‌آزمون (تکمیل پرسشنامه مقبولیت اجتماعی و حساسیت اضطرابی) برای هر دو گروه اجرا شد. در مرحله بعد، گروه آزمایش برای مدت ۸ جلسه فیلپال تراپی (هفته‌ای ۱ جلسه و هر جلسه ۶۰ دقیقه) را دریافت کردند و پس از اجرای مداخله و گردآوری داده‌ها پس از آزمون برای هر ۲ گروه انجام شد. مرحله پیگیری، دو ماه پس از اتمام مداخله بدون هیچگونه مداخله‌ای صورت گرفت. همچنین پس از اتمام مداخله، برای گروه گواه نیز جلسات فیلپال تراپی اجرا شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با رعایت پیش‌فرض‌های آزمون‌های پارامتریک، با تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر انجام شد.

یافته‌ها

برطبق نتایج جمعیت شناختی، بیشترین مادران در گروه آزمایش با فراوانی ۷ (۴۶/۷ درصد)، ۳۵-۴۵ ساله و در گروه گواه با فراوانی ۶ (۴۰ درصد)، ۳۵-۴۵ ساله بودند. از لحاظ شغل بیشترین مادران در گروه آزمایش با فراوانی ۸ (۵۳/۳ درصد)، شاغل و در گروه گواه با فراوانی ۶ (۴۰ درصد)، شاغل بودند. حدود ۴۶/۷ درصد مادران گروه آزمایش مدرک تحصیلی لیسانس و گروه گواه حدود ۶۰ درصد مدرک تحصیلی لیسانس داشتند. برای کودکان، میانگین سنی گروه آزمایش ۱۰/۴۶ و برای گروه گواه ۱۱/۲۱ می‌باشد. حدود ۵۳/۳ درصد از گروه آزمایش پسر و ۴۶/۷ درصد دختر و از گروه گواه ۲۶/۷ درصد پسر و ۷۳/۳ درصد دختر بودند.

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار مقبولیت اجتماعی و حساسیت اضطرابی گروه‌ها در سه مرحله زمانی

سطح معناداری	گروه کنترل		گروه آزمایش		زمان	متغیر
	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین		
۰/۷۰۸	۲/۷۴	۱۱/۴۶۶	۲/۰۳	۱۱/۱۳۳	پیش‌آزمون	مقبولیت اجتماعی
۰/۰۰۱	۲/۲۶	۱۱/۴۰۰	۲/۱۶	۲۲/۶۰۰	پس‌آزمون	
۰/۰۰۱	۱/۸۳	۱۰/۷۳	۲/۱۶	۲۴/۶۰۰	پیگیری	
۰/۵۲۱	۲/۴۹	۲۱/۳۳۳	۱/۹۵	۲۱/۸۶۶	پیش‌آزمون	حساسیت اضطرابی
۰/۰۰۱	۲/۰۳	۲۱/۵۳۳	۲/۲۴	۱۰/۸۰۰	پس‌آزمون	
۰/۰۰۱	۱/۸۰	۲۲/۵۳۳	۲/۱۷	۱۲/۸۰۰	پیگیری	

با توجه به جدول فوق، میانگین مقبولیت اجتماعی و حساسیت اضطرابی، قبل از مداخله در دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری نداشت ($P > 0/01$). اما میانگین مقبولیت اجتماعی و حساسیت اضطرابی بعد از مداخله در دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری نشان داد ($P < 0/01$). با توجه به رعایت پیش‌فرض‌ها، برای بررسی روند تغییرات از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد.

جدول ۳. نتایج آزمون شاپیرو-ویلک، لوین، ام باکس و ماکی در متغیر مقبولیت اجتماعی

ردیف	آزمون	آزمون شاپیرو-ویلک		آزمون لوین	
		آماره	معناداری	آماره	معناداری
۱	پیش‌آزمون	۰/۹۷	۰/۱۹	۰/۸۴	۰/۴۸
۲	پس‌آزمون	۰/۹۶	۰/۱۱	۲/۸۱	۰/۰۴
۳	پیگیری	۰/۹۸	۰/۳۸	۰/۵۰	۰/۶۸
۴	آزمون باکس	آماره	۱۲/۷۵	آماره	۰/۲۴
		معناداری	۰/۱۵		معناداری

چنان که در جدول فوق مشاهده می‌شود، مقبولیت اجتماعی در هر سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری، دارای توزیع نرمال، برابری واریانس خطا و برابری ماتریس واریانس-کوواریانس بوده است. همچنین، آزمون ماکلی معنادار است. یعنی پیش‌فرض کرویت رعایت نشده است. در مواردی که فرض کرویت رعایت نشده، بر مبنای اصلاح درجه آزادی برحسب اسپیلون به آماره گرین‌هاوس-گیزر در جداول تحلیل نهایی مراجعه شده است.

جدول ۴. نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر مقبولیت اجتماعی

متغیر	منبع اثر	مجموع مجزورات	DF	میانگین مجزورات	F	معناداری	مجزور اتا	توان آزمون
مقبولیت اجتماعی	زمان	۷۳۴/۶۸۹	۱/۳۹۸	۵۲۵/۴۹۹	۶۳۸/۴۱۹	۰/۰۰۱	۰/۹۵۸	۱/۰۰۰
	تعامل درون‌گروهی	۸۵۴/۴۲۲	۱/۳۹۸	۶۱۱/۱۴۰	۷۴۲/۴۶۳	۰/۰۰۱	۰/۹۶۴	۱/۰۰۰
	خطا (زمان)	۳۲/۲۲۲	۳۹/۱۴۶	۰/۸۲۳				
مقبولیت اجتماعی	گروه	۱۵۲۹/۳۴۴	۱	۱۵۲۹/۳۴۴	۱۱۲/۳۹۹	۰/۰۰۱	۰/۸۰۱	۱/۰۰۰
	خطا	۳۸۰/۹۷۸	۲۸	۱۳/۶۰۶				

مطابق با جدول شماره ۴، برای متغیر مقبولیت اجتماعی مشاهده می‌شود، در بخش اثر درون‌گروهی، عامل زمان و تعامل زمان و گروه نشان می‌دهد که در مقبولیت اجتماعی از نظر زمانی و تعامل زمان با گروه (دو گروه پژوهش) تفاوت معناداری ($p < 0/01$) وجود دارد. همچنین در بخش اثر بین‌گروهی مشاهده می‌شود در عامل گروه تفاوت معناداری ($p < 0/01$) وجود دارد.

جدول ۵. نتایج آزمون شاپیرو-ویلک، لوین، ام‌باکس و ماکلی در متغیر حساسیت اضطرابی

ردیف	آزمون	آزمون شاپیرو-ویلک		آزمون لوین	
		آماره	معناداری	آماره	معناداری
۱	پیش‌آزمون	۱/۱۳۱	۰/۲۰۰	۰/۷۰۷	۰/۴۰۷
۲	پس‌آزمون	۱/۱۸۶	۰/۲۰۷	۰/۶۳۹	۰/۴۳۴
۳	پیگیری	۱/۱۶۹	۰/۱۹۶	۰/۰۰۷	۰/۹۳۳
۴	آزمون باکس	آماره	۱۱/۸۴۶	معناداری	۰/۱۰۷
		آماره	۰/۲۹۲	معناداری	۰/۰۰۱

چنان که در جدول فوق مشاهده می‌شود، حساسیت اضطرابی در هر سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری، دارای توزیع نرمال، برابری واریانس خطا و برابری ماتریس واریانس-کوواریانس بوده است. همچنین، آزمون ماکلی معنادار است. یعنی پیش‌فرض کرویت رعایت نشده است. در مواردی که فرض کرویت رعایت نشده، بر مبنای اصلاح درجه آزادی برحسب اسپیلون به آماره گرین‌هاوس-گیزر در جداول تحلیل نهایی مراجعه شده است.

جدول ۶. نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر حساسیت اضطرابی

متغیر	منبع اثر	مجموع مجذورات	DF	میانگین مجذورات	F	معناداری	مجذورات	توان آزمون
حساسیت اضطرابی	زمان	۴۷۲/۴۲۲	۱/۱۷۱	۴۰۳/۴۶۷	۲۶۶/۹۲۹	۰/۰۰۱	۰/۹۰۵	۱/۰۰۰
	تعامل زمان×گروه	۵۸۳/۳۵۶	۱/۱۷۱	۴۹۸/۲۰۸	۳۲۹/۶۰۹	۰/۰۰۱	۰/۹۲۲	۱/۰۰۰
	خطا (زمان)	۴۹/۵۵۶	۳/۷۸۵	۱/۵۱۲				
	گروه	۹۹۳/۳۴۴	۲	۹۹۳/۳۴۴	۸۳/۸۳۲	۰/۰۰۱	۰/۷۵۰	۱/۰۰۰
	خطا	۳۳۱/۷۷۸	۲۸	۱۱/۸۴۹				

مطابق با جدول شماره ۴، برای متغیر حساسیت اضطرابی مشاهده می‌شود، در بخش اثر درون گروهی، عامل زمان و تعامل زمان و گروه نشان می‌دهد که در حساسیت اضطرابی از نظر زمانی و تعامل زمان با گروه (دو گروه پژوهش) تفاوت معناداری ($p < 0.01$) وجود دارد. همچنین در بخش اثر بین گروهی مشاهده می‌شود در عامل گروه تفاوت معناداری ($p < 0.01$) وجود دارد.

بحث و نتیجه گیری

این مطالعه با هدف بررسی تأثیر فیلپال تراپی بر مقبولیت اجتماعی و حساسیت اضطرابی کودکان با علائم اختلال بی نظمی خلق ایذایی انجام شد. نتایج این پژوهش نشان داد مداخله فیلپال تراپی باعث بهبود مقبولیت اجتماعی و حساسیت اضطرابی کودکان با علائم اختلال بی نظمی خلق ایذایی می‌شود. تحلیل داده‌ها حاکی از آن بود که میانگین نمره مقبولیت اجتماعی و حساسیت اضطرابی بعد از مداخله در دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری داشته است و این نمره در گروه آزمایش به صورت چشم‌گیری بیشتر شده بود. این یافته با نتایج پژوهش‌های (ادوارز، لاندرو و وایت، ۲۰۰۷؛ محمودی و همکاران، ۱۴۰۱؛ یزدانی و همکاران، ۲۰۲۱؛ سلیمانی و فردوست، ۱۳۹۹؛ عدیلی و همکاران، ۱۳۹۸؛ اسپینیدر و همکاران، ۲۰۲۲؛ سالو و همکاران، ۲۰۲۰؛ تیلور، ۲۰۱۱؛ تعاملات مادر-فرزند و پرخاشگری کودکان پیش دبستانی؛ کیافر و همکاران، ۱۳۹۳؛ اکانر و همکاران، ۲۰۱۶؛ براتون و همکاران، ۲۰۱۵؛ جعفری رنگچی و فرهادی، ۱۳۹۸؛ سلطانی و فرهادی، ۱۴۰۰؛ عابدی و همکاران، ۱۳۹۷؛ عاشوری و کریم‌نژاد، ۱۳۹۹؛ عدیلی، ۱۳۹۵؛ عدیلی و همکاران، ۱۳۹۹؛ کریمی و دشت بزرگی، ۱۳۹۹؛ کوپر و همکاران، ۲۰۲۰؛ لیندو و همکاران، ۲۰۱۶؛ توفام و همکاران، ۲۰۱۱؛ شیشه فر و همکاران، ۱۳۹۶؛ تایمر و همکاران، ۲۰۲۳؛ شهنی و همکاران، ۱۳۹۶) همخوانی دارد.

در تبیین نتیجه حاصل از به کارگیری فیلپال تراپی بر مقبولیت اجتماعی، می‌توان گفت حضور والدین در فضای مداخله به همراه شناخت و پذیرش احساس‌های کودک و تلاش برای درک و پذیرش احساس‌ها و عدم قضاوت در مورد آنها، در خلال بازی درمانی مبتنی بر روی آورد فیلپال تراپی (عدیلی و همکاران، ۱۳۹۹)، موجب از بین رفتن سد ارتباطی و چرخه معیوب تعامل والد-کودک می‌شود و رفتارهای نامطلوب کودک را کاهش می‌دهد (سلطانی و فرهادی، ۱۴۰۰). با آموزش شناخت احساس و همدلی، کودک قادر خواهد بود که تعامل‌های اجتماعی سازنده‌تری را با دیگر کودکان برقرار کرده و رفتارهای اجتماعی بهتری را به نمایش گذارد از آنجایی که عدم آگاهی والدین از والدگری صحیح عامل بسیاری از مشکل‌های کودکان به شمار می‌رود، و با توجه به اینکه در بازی درمانی فیلپال تراپی، درمانگر با آگاهی دادن به والدین در زمینه ایجاد محیطی سرشار از پذیرش و بدون قضاوت با بهبود ارتباط والد-کودک، زندگی کودک را در مسیر تحول و حرکت به سمت خودشکوفایی فردی و اجتماعی قرار می‌دهد. این روند نیز باعث می‌شود کودکان با علائم اختلال بی نظمی خلق ایذایی با اعتماد به نفس بیشتر در محیط‌های اجتماعی کودکان، حضور یابند و رفتارهای اجتماعی بهتری را از خود نمایان سازند و این به مرور زمان منجر به مقبولیت اجتماعی این کودکان در محیط اجتماعی می‌شود.

همچنین به علت مطرح کردن تفاوت‌های فردی کودکان برای والدین و توجه شان به این موضوع، زمینه تحریک بهینه و متناسب با آن ویژگی‌ها برای کودکان با علائم بی‌نظمی خلق‌ایدایی فراهم شد. از سوی دیگر تأکید بر ارتباط‌های هیجانی، ایجاد و تداوم بخشیدن به آن در جریان بازی روزانه با کودک و مشاهده آن از سوی درمانگر و ارائه پسخوراند لازم به مادر و اصلاح آن، امکان شکل‌گیری تعامل بهتر والد-کودک را میسر می‌سازد؛ همچنین دنبال کردن میل و خواسته کودک در جریان بازی به جای مهار و هدایت وی، احساس نزدیکی کودک با مادر و صمیمیت بین آنها افزایش یافته است که در مجموع همه این عوامل دست به دست هم داده و با تقویت رفتار سازنده والد-کودک، زمینه را برای بهبود رفتار اجتماعی کودک و در نهایت مقبولیت آن در اجتماعی را مهیا ساخته‌اند.

همچنین در تبیین اثربخشی فیلیال‌تراپی بر حساسیت اضطرابی می‌توان گفت آموزش فیلیال‌تراپی به والدین می‌تواند مهارت‌های والدین را افزایش دهد. در فرایند این آموزش، والدین می‌توانند به درک و پذیرشی مطلوب در زمینه رفتار کودک دست یابند. این مسئله سبب بهبود سبک‌های والدگری و ترمیم روابط عاطفی میان والدین و کودک می‌گردد. در نتیجه بسیاری از رفتارها از قبیل اضطراب و حساسیت اضطرابی، تکانشگری و پرخاشگری در کودک کاهش می‌یابد. ایجاد جوی غیرقضاوتی، پذیرنده و همراه با درک متقابل برای کودک در جریان بازی منجر به بهبود رابطه با والدین و کاهش رفتارهای مخرب کودک می‌گردد؛ چراکه برای کودکان به‌ویژه کودکان با علائم اختلال بی‌نظمی خلق‌ایدایی، اغلب بیان‌شده‌ی احساسات مشکل است، درحالی‌که کودک در فرایند بازی می‌تواند احساساتش را بیان کند. این مسئله نقش مهمی در کاهش اضطراب و حتی حساسیت اضطرابی دارد. در فیلیال‌تراپی بر شناسایی احساسات کودک (غم، شادی، خشم و ترس) تأکید زیادی می‌شود در نتیجه احساس اعتماد، امنیت و نزدیکی بین والدین و فرزندان ایجاد می‌گردد 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 در کودک می‌شود و مانع از رفتارهای توأم با اضطراب و حساسیت اضطرابی در کودک می‌گردد. در فیلیال‌تراپی بر ارتقای عزت‌نفس کودکان از طریق سرزنش نکردن و تشویق کردن تأکید می‌شود. اتخاذ این رویکرد سبب می‌گردد هر گاه کودک نتوانست کاری را انجام دهد یا دچار آسیب شد، به جای مضطرب شدن و نشان دادن علائم حساسیت اضطرابی بتواند با آرامش احساسات خود را با والدین مطرح نماید و اطمینان داشته باشد والدین با او همدردی خواهند کرد. یکی دیگر از تأکیدات فیلیال‌تراپی ترغیب کردن است. ترغیب کردن منجر به شکل‌گیری احساسات مثبت در کودکان می‌شود، چراکه کودکان دارای علائم بی‌نظمی خلق‌ایدایی به دلیل ناتوانی در کنترل رفتارها، مکرر تنبیه شده‌اند و در نتیجه عزت‌نفس آنها خدشه‌دار شده، رفتارهای تحریک‌پذیری آنها افزایش یافته و اضطراب و حساسیت اضطرابی در آنها تشدید گردیده است. از سوی دیگر، در فیلیال‌تراپی تأکید بر هدایتگری جلسات بازی توسط خود کودک است. این مسئله منجر به افزایش حس مسئولیت‌پذیری در کودک می‌گردد. دادن حق انتخاب به کودک در کنار تعیین محدودیت‌های ضروری در این زمینه، احساس کنترل و مسئولیت را در کودک تقویت می‌کند و در نتیجه کودک بهتر می‌تواند رفتارهای نابهنجارش را کنترل نماید و این‌گونه به خودش و توانایی‌اش متکی می‌شود.

با توجه به مؤثر بودن فیلیال‌تراپی بر مقبولیت اجتماعی و حساسیت اضطرابی کودکان با علائم بی‌نظمی خلق‌ایدایی، می‌توان آن را به عنوان یک روش مکمل در کنار سایر روش‌های درمانی رایج به منظور افزایش مقبولیت اجتماعی و حساسیت اضطرابی کودکان با علائم بی‌نظمی خلق‌ایدایی مفید دانست. در یک جمع بندی کلی می‌توان به ذکر این نکته پرداخت که فیلیال‌تراپی به طور غیرمستقیم مقبولیت اجتماعی و حساسیت اضطرابی کودکان با علائم بی‌نظمی خلق‌ایدایی را تقویت می‌کند. به هر حال، اجرا می‌تواند اطلاعات طولانی‌تر یا تعداد بیشتر آزمودنی‌ها احتمال بیشتری در رد یا تأیید نتایج به دست آمده فراهم کند. از جمله مهمترین محدودیت‌های موجود در انجام پژوهش حاضر می‌توان به تعداد محدود نمونه‌ها در مطالعه، محدودیت زمانی در برگزاری جلسات درمان، ابزارهای محدود روا و پایا برای کودکان با علائم بی‌نظمی خلق‌ایدایی و منحصر بودن پژوهش حاضر به بررسی این کودکان، قابل تعمیم نبودن به سایر کودکان و اندک بودن تعداد پژوهش‌های انجام شده در گروه کودکان با علائم بی‌نظمی خلق‌ایدایی اشاره کرد. پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آینده روی گروه‌های سنی مختلف در پژوهش شرکت داشته باشند. همچنین پیشنهاد می‌شود تأثیر

فیلیل تریبی را روی دیگر گروه‌های کودکان با اختلالات روانی و مخصوصاً رفتاری-هیجانی ارزیابی شود. با توجه به اینکه اکثر ویژگی‌های روانشناختی و اجتماعی با همدیگر همبستگی دارند، پیشنهاد می‌شود زمانی که مقبولیت اجتماعی و حساسیت اضطرابی با اجرای جلسات فیلیل تریبی بهبود پیدا می‌کند، دیگر ویژگی‌های روانشناختی و اجتماعی نیز سنجیده شوند.

ملاحظات اخلاقی

این پژوهش از سوی کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد نجف آباد با شناسه IR.IAU.NAFABAD.REC.1402.104 تأیید شده است. به منظور رعایت ملاحظات اخلاقی مراکز مشاوره سطح شهر اصفهان در مورد اهداف پژوهش اطلاع‌رسانی کامل صورت گرفت و ضمن اخذ رضایتنامه کتبی به آنها اطمینان داده شد که اطلاعات به دست آمده از پرسشنامه‌ها محرمانه خواهد ماند و شرکت مادران و کودکان با علائم بی‌نظمی خلق ایدایی در پژوهش متضمن هیچگونه ضرر و زبانی نیست و افرادی که تمایل به ادامه همکاری نداشتند مختار بودند از پژوهش خارج شوند.

تعارض منافع

بنابر اظهار نویسندگان، این مقاله تعارض منافع ندارد.

تشکر و قدردانی

نویسندگان مراتب تشکر و قدردانی خود را از تمامی مادران و کودکان با علائم بی‌نظمی خلق ایدایی شرکت کننده در پژوهش و مدیریت مدارس ابتدایی شهر اصفهان ابراز می‌کنند.

منابع

- افشاری، ع.، و هاشمی، ز. (۱۳۹۸). بررسی رابطه بین حساسیت اضطرابی و باورهای فراشناختی با اضطراب امتحان در دانش آموزان. *روانشناسی مدرسه*. ۸(۱) (پیاپی ۲۹)، ۷-۲۵.
- بهبودی، ه. (۱۳۸۷). مهارت‌های اجتماعی در افراد دچار اختلال، نارسایی توجه و بیش‌فعالی. *مجله تعلیم و تربیت استثنایی*. ۷۸، ۱۶-۲۴.
- بهرامی نسب، م.، و متولی، م. س. (۱۴۰۱). پیش‌بینی رفتارهای خود مراقبتی براساس حساسیت اضطرابی، عدم تحمل بلا تکلیفی و ویژگی‌های شخصیتی در پرستاران شاغل در بخش بیماری کووید-۱۹. *پرستار و پزشک در رزم*. ۱۰(۳۶)، ۴۶-۵۷.
- پورشریفی، ا.، و جعفری، ا. (۱۳۹۶). پیش‌بینی حساسیت اضطرابی براساس مولفه‌های سبک زندگی در دانشجویان دانشگاه علوم پزشکی قزوین. *مجله دانشگاه علوم پزشکی قزوین*. ۲۳(۲)، ۱۵۲-۱۶۲.
- جعفری رنگچی، س.، و فرهادی، ح. (۱۳۹۸). اثربخشی فرزند درمانی مجازی برای مادران در زمینه مهارت‌های اجتماعی و پرخاشگری در کودکان دارای ناتوانی یادگیری: کارآزمایی بالینی تصادفی شده. *مجله تحقیقات در علوم توانبخشی*. ۱۵(۵)، ۳۶-۲۳.

سلطانی، م.، فرهادی، ه. (۱۴۰۰). اثربخشی فیلپال تراپی (بازیدرمانی مبتنی بر رابطه والد-کودک) بر اعتیاد به بازی های رایانه ای و پرخاشگری در کودکان پیش دبستانی. *دانش و پژوهش در روان شناسی کاربردی*. ۲۲(۲)، ۱۳-۲۱.

سلیمانی، س.، و فردوست، ز. (۱۳۹۹). اثربخشی بازی درمانی کودک محور بر مشکلات درونی سازی شده کودکان، پرستاری کودکان. ۷(۱)، ۲۳-۳۰.

سموعی، ر.، باقرزاده، ه.، و سبزواری، م. (۱۳۸۴). سنجش پایانی پرسشنامه مقبولیت اجتماعی دانش آموزان دبستانی شهر اصفهان. *مجله تحقیقات علوم رفتاری*. ۱(۲)، ۶-۱۲.

شاه محمدی قهساره، ا.، عابدی، ا.، خیاطان، ف.، و آقایی، ا. (۱۴۰۰). ساخت و اعتباریابی مقیاس اختلال کژ تنظیمی خلقی ایدایی- فرم والد (DMDDS). *تحقیقات علوم رفتاری*. ۱۹(۲)، ۲۶۳-۲۷۵.

شهنی، ر.، داودی، ا.، مهرابی زاده، م.، و زرگر، ی. (۱۳۹۶). اثربخشی مداخله والد محور بر نشانه های اضطراب و مشکلات برون سازی کودکان ۶ تا ۹ سال. *روان شناسی بالینی*. ۹(۱)، ۱-۱۳.

شیشه فر، س.، عطاریان، ف.، کارگربرزی، ح.، درویش نارنج بن، س.، و محملو، ه. (۱۳۹۶). مقایسه اثربخشی آموزش مهارت های شناختی اجتماعی با بازی درمانی شناختی- رفتاری بر مهارت های اجتماعی و مقبولیت اجتماعی کودکان با اختلالات رفتار ایدایی. *کودکان استثنایی (پژوهش در حیطه کودکان استثنایی)*. ۱۷(۴)، ۹۳-۱۰۶.

عابدی، ع.، سیدقلعه، ع.، و بهرامی پور، م. (۱۳۹۷). مقایسه اثربخشی فرزند درمانی و برنامه آموزش والدین بارکلی بر علائم اضطراب در کودکان ADHD. *مجله کودکان استثنایی*. ۱۷(۳)، ۱۱۱-۱۲۰.

عدیلی، س. (۱۳۹۵). اثربخشی بازی درمانی فرزندخواندگی مهارت های عاطفی اجتماعی در ۵ تا ۶ سال پیش دبستانی دختران اصفهانی. *مجله روانشناسی بالینی و شخصیت*. ۱۳(۲)، ۹۷-۱۰۴.

عدیلی، ش.، کلانتری، م.، و عابدی، ا. (۱۳۹۴). تاثیر بازی درمانی به شیوه فیلپال بر مهارت های اجتماعی - هیجانی دختران پیش دبستانی ۵ تا ۶ ساله شهر اصفهان. *روانشناسی بالینی و شخصیت (دانشور رفتار)*. ۱۳(۲) (پیاپی ۲۵)، ۹۷-۱۰۴.

عدیلی، ش.، رئیس، ز.، قاسمی، ن. (۱۴۰۱). اثربخشی مداخله آنلاین بازی درمانی مبتنی بر روابط والد- کودک (فیلپال تراپی) بر رفتار خوردن کودکان پیش دبستانی. *مجله مطالعات روانشناسی تربیتی*. ۱۹(۴۵)، ۵۴-۶۱.

عدیلی، ش.، میرزایی، رکسانا، عابدی، ا. (۱۳۹۸). اثربخشی بازیدرمانی مبتنی بر روابط والد و کودک بر کیفیت تعاملت والد فرزند و کیفیت زندگی مرتبط با سلامت کودکان دارای مشکلات رفتاری و هیجانی. *فصلنامه کودکان استثنایی*. ۱۹(۱)، ۵۹-۷۰.

عاشوری، م.، و کریم نژاد، ر. (۱۳۹۹). اثربخشی آموزش بازی درمانی با مدل فرزند درمانی بر روی مشکلات رفتاری کودکان ناشنویان و تاب آوری مادران. *پژوهش های روانشناسی مثبت گرا*. ۵(۲)، ۱۱-۲۵.

قربانیان، ا.، محملو، ه.، خانبانی، م.، و یوسفی کیا، م. (۱۳۹۵). پیش بینی سازگاری اجتماعی و مقبولیت اجتماعی بر اساس سبک های دلبستگی در دانش آموزان دختر ۱۰-۱۲ ساله ابتدایی شهر تهران. *دانش و پژوهش در روان شناسی کاربردی*. ۱۷(۶۳)، ۹۹-۱۰۶.

کریمی، ا.، و دشت بزرگی، ز. (۱۳۹۹). فرزند درمانی بر تعامل مادر و کودک و مشکلات رفتاری کودکان کم توان ذهنی. *مجله مطالعات معلولیت*. ۱۰(۱)، ۱۸۶-۱۹۴.

کهریزی، س.، مرادی، آ.، و مؤمنی، خ. (۱۳۹۴). اثربخشی شنن بازی درمانی بر کاهش اختلالات رفتاری کودکان پیش دبستانی. *پژوهش های روانشناسی بالینی و مشاوره*. ۵(۱)، ۱۵۴-۱۷۴.

کیافر، م.، امین یزدی، س. ا.، کارشکی، ح. (۱۳۹۳). اثربخشی بازی درمانی خانواده محور بر تعامل مادر- فرزند و میزان پرخاشگری کودکان پیش دبستانی. *پژوهشهای روان شناسی بالینی و مشاوره*. ۴(۲)، ۴-۱۸.

لندرث، گ. (۱۳۹۰). *بازی درمانی، دینامیم مشاوره با کودکان* (ترجمه خدیجه آرین)، تهران: اطلاعات.

محمودی، س.، محمدپناه اردکان، ع.، چوب فروش زاده، آ.، فاروقی، پ. (۱۴۰۱). اثربخشی بازی درمانی خانواده محور بر کاهش مشکلات رفتاری کودکان. *مجله پزشکی دانشگاه علوم پزشکی تبریز*. ۴۴(۲)، ۱۵۹-۱۵۹.

مشهدی، ع.، قاسم پور، ع.، اکبری، ا.، ایل بیگی، ر.، حسن زاده، ش. (۱۳۹۲). نقش حساسیت اضطرابی و تنظیم هیجانی در پیش بینی اضطراب اجتماعی دانشجویان. *دانش و پژوهش در روان شناسی کاربردی*. ۱۴(۲)، ۸۹-۹۹.

واحدی، ش.، فتحی آذر، ا.، حسینی نسب، د.، مقدم، م.، کیانی، آ. (۱۳۸۶). تأثیر آموزش مهارت های اجتماعی بر کاهش پرخاشگری کودکان پیش دبستانی. *مجله روان پزشکی ایران*. ۲(۳)، ۱۰۸-۱۱۴.

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*. Washington, DC: American Psychiatric Pub.
- Axelson, D., Findling, R. L., Fristad, M. A., Kowatch, R. A., Youngstrom, E. A., Horwitz, S. M., & et al. (2012). Examining the proposed disruptive mood dysregulation disorder diagnosis in children in the Longitudinal Assessment of Manic Symptoms study. *J Clin Psychiatry*. 73(10), 1342-50.
- 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.
- Brown, I., & Percy, M. (2007). *A Comprehensive Guide to Intellectual and Developmental Disabilities*. London: Brooks.
- Bunford, N., Evans, S. W., Becker, S. P., & Langberg, J. M. (2015). Attention deficit/ hyperactivity disorder and social skills in youth: A moderated mediation model of emotion dysregulation and depression. *Journal of abnormal child psychology*. 43(2), 283-296.
- Cooper, J., Brown, T., & Yu, M. I. (2020). A retrospective narrative review of filial therapy as a school-based mental health intervention. *International Journal of Play Therapy*. 29(2), 86-95.
- Copeland, W. E., Shanahan, L., Egger, H., Angold, A., Costello, E. J. (2014). Adult diagnostic and functional outcomes of DSM-5 disruptive mood dysregulation disorder. *Am J Psychiatry*. 171(6): 668-74.
- 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.
- Landreth, G. L. & Bratton, S. C. (2006). *Child parent relationship therapy (CPRT)*. New York: Taylor Francis group.
- 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.
- Lyyra, P., & Parviainen, T. (2018). Behavioral inhibition underlies the link between interoceptive sensitivity and anxiety-related temperamental traits. *Front Psychology*, 9, 10-26.
- Matson, J. L., Neal, D., Fodstad, J. C., Hess, J. A., Mahan, S., & Rivet, T. T. (2010). Reliability and validity of the matson evaluation of social skills with youngsters. *Journal of behavior modification*. 34(6), 539-558.
- Ragozzino, R. L. (2009). *A study of social desirability and self-esteem. Proceedings of 37th Annual western Pennsylvania undergraduate psychology conference* (pp. 14-18). Pennsylvania, New York.
- O'Connor, K. J., Schaefer, C. E., & Braverman, L. D. (2016). *Handbook of play therapy*. Second edition. Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.

- Salo, S., Flykt, M., Mäkelä, J., Lassenius-Panula, L., Korja, R., Lindaman, S., & Punamäki, R. L. (2020). The impact of Theraplay therapy on parent-child interaction and child psychiatric symptoms: a pilot study. *International Journal of Play*, 9(3), 331-352.
- Schneider, M., Falkenberg, I., & Berger, P. (2022). Parent-Child Play and the Emergence of Externalizing and Internalizing Behavior Problems in Childhood: A Systematic Review. *Front Psychol*, 2(13), 822-394.
- Taylor, S. (2014). *Anxiety sensitivity: Theory, research, and treatment of the fear of anxiety*. Routledge;
- Timmer, S. G., Hawk, B., Usacheva, M., Armendariz, L., Boys, D. K., & Urquiza, A. J. The (2023). *Long and the Short of It: A Comparison of the Effectiveness of Parent-Child Care (PC-CARE) and Parent-Child Interaction Therapy (PCIT)*. *Child Psychiatry Hum Dev*, 54(1), 255-265.
- 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.
- Tsao, J., Lu, Q., Myers, C., Kim, S., Turk, N., & Zeltzer, L. (2006) Parent and child anxiety sensitivity: Relationship to children's experimental pain responsively. *The Journal of Pain*, 7, 319-326.
- Walker, L. S., Garber, J., & Greene, J. (1993). Psychosocial correlates of recurrent childhood pain:A comparison of pediatric patients with recurrent abdominal pain, organic illness,and psychiatric disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 102, 248–258.
- Yazdanipour, M., Ashori, M., & Abedi, A. (2021). The Comparison of the Effects of Filial Therapy and Theraplay on Anxiety in Children with Hearing Impairment. *Journal of Family Research*, 17, 117-136.
- Zvolensky, M. J., Arrindell, W. A., Tylor, S., Bouvard, M., Stewart, S. H., Cox, B. J., Sandin, B., Cardenas, S. J., & Eifert, G. H. (2013). Anxiety sensitivity in six countries. *Behavior Research and Therapy*, 41, 841-85.

قبول شد
Accepted