

بازی درمانی با مدل فیلیال تراپی مدرسه محور و کاربرد آن برای کودکان کم شنوا

محمد عاشوری^۱، فاطمه منصوری حسن آبادی^۲، فاطمه احمري^۳

^۱ استادیار گروه روان شناسی و آموزش افراد با نیازهای خاص، دانشکده علوم تربیتی و روان شناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران (نویسنده مسئول)

^۲ دانشجوی کارشناسی ارشد روان شناسی و آموزش افراد با نیازهای خاص، دانشکده علوم تربیتی و روان شناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران

^۳ دانشجوی کارشناسی ارشد روان شناسی و آموزش افراد با نیازهای خاص، دانشکده علوم تربیتی و روان شناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران

چکیده

کودکان کم شنوا در مهارت های رفتاری و واکنش های هیجانی با چالش های زیادی مواجه هستند. بازی درمانی یکی از برنامه های مداخله ای است که باعث بهبود قابل توجه مهارت های جسمی، رفتاری، هیجانی و اجتماعی کودکان کم شنوا می شود. بنابراین هدف از این پژوهش، بررسی تحلیلی کاربرد بازی درمانی با مدل فیلیال تراپی مدرسه محور برای کودکان کم شنوا بود. پژوهش حاضر با روش مرور سیستماتیک منابع علمی، به معرفی برنامه فیلیال تراپی مدرسه محور برای کودکان کم شنوا می پردازد. نتایج نشان داد که بازی درمانی با مدل فیلیال تراپی مدرسه محور باعث بهبود مهارت های جسمی، رفتاری، هیجانی و اجتماعی کودکان کم شنوا می شود. در واقع، فیلیال تراپی مدرسه محور از طریق بازی و ایجاد موقعیت ها و فرصت های خلاق برای برقراری ارتباط موجب رشد و تحول مهارت های مختلف در این کودکان می شود. بنابراین، توجه به برنامه فیلیال تراپی مدرسه محور ضروری است و برنامه ریزی برای ارائه آموزش این برنامه به کودکان کم شنوا اهمیت ویژه ای دارد.

واژه های کلیدی: بازی درمانی، فیلیال تراپی، کودکان کم شنوا

۱. مقدمه

حس شنوایی یکی از مهم ترین حواس آدمی است که آسیب به آن، بسیاری از سازگاری های انسان را تحت تاثیر قرار می دهد. کم شنوایی^۱ یکی از گسترده ترین نقایص حسی است [۱]. وجود کودک ناتوان به ویژه با آسیب شنوایی بر تمام جنبه های زندگی خانواده از جمله عاطفی، اجتماعی و اقتصادی تاثیر قابل توجهی دارد. والدین در چنین موقعیتی واکنش هایی مانند انکار واقعیت، عدم پذیرش مشکل شنوایی کودک، خشم و پرخاشگری، افسردگی و احساس گناه دارند. بنابراین، سازگاری آنها به هم خورده و در برابر کودک احساس مسئولیت می کنند و در عین حال از مسئولیت خود، علل ناتوانی و شیوه تعامل با کودک و ویژگی های کودک آگاهی لازم و کافی را ندارند و با نقش های اضافی که در اثر تولد چنین کودکی به وجود می آید، مواجه می شوند. علاوه بر مسئولیت فرزندپروری و خستگی های ناشی از مراقبت، مجبور هستند در آموزش کودک نیز شرکت داشته باشند [۲]. اهمیت مسئله در این است که پرورش کودک کم شنوا برای والدین شنوا بسیار دشوار است و الگوهای فرزندپروری و ارتباطی را تحت تاثیر قرار می دهد [۳].

کیفیت پایین مراقبت از کودک کم شنوا در محیط خارج از خانه نیز مشکلاتی را برای خانواده و کودک کم شنوا به وجود می آورد. این مشکلات، سلامت روانی کودک را تهدید می کند و هرچه میزان کم شنوایی بیشتر باشد شدت آسیب نیز بیشتر خواهد بود [۴]. یکی از مهم ترین شیوه های برقراری ارتباط با کودک، بازی است بازی نیز همسان با سایر پدیده ها ابعاد و جنبه های وسیعی دارد. لذا تعریفی جامع و مانع از آن مشکل است. لندرت^۲ (۱۹۸۲) اظهار می دارد که بازی کردن برای کودک مساوی است با صحبت کردن برای بزرگسال. فیلیال تراپی^۳ یا بازی درمانی مبتنی بر رابطه والد- فرزند به دلیل تمرکز بر کودک می تواند روشی مناسب برای برقراری ارتباط با کودک در نظر گرفته شود. ایجاد رابطه گرم و پذیرنده، به کار بردن سبک و روش مناسب فرزندپروری، فراهم آوردن محیطی که کودک در آن احساس امنیت و آرامش خاطر کند از طریق این نوع بازی درمانی امکان پذیر است [۵].

هدف فیلیال تراپی، آموزش دادن به والدین یا مراقبان کودک است و منجر به تقویت ارتباط و تعامل بین کودک و والد می شود. فیلیال تراپی مدرسه محور یکی از مدل های فیلیال تراپی است و برای مکان های دورافتاده که امکان دسترسی به مراقبت های بهداشتی روان وجود ندارد کاربرد بسیار زیادی دارد. این مدل خاص فیلیال تراپی بیشتر توسط تئوری سیستم خانوادگی بوئن^۴ حمایت می شود [۶]. با توجه به این که رابطه متقابل والد- فرزند، خط اول درمانی در بسیاری از اختلال های دوران کودکی محسوب می شود پرداختن به درمان های رفتاری مبتنی بر اصلاح روابط والدین و فرزندان در مورد کودکان ناشنوا نیز ضروری به نظر می رسد. پژوهش حاضر با هدف بررسی تحلیلی کاربرد بازی درمانی با مدل فیلیال تراپی مدرسه محور برای کودکان کم شنوا صورت گرفته است.

۲. روش پژوهش

پژوهش حاضر با روش مرور سیستماتیک منابع علمی، به معرفی برنامه فیلیال تراپی مدرسه محور برای کودکان کم شنوا می پردازد. بر همین اساس پیشینه های نظری فیلیال تراپی و فیلیال تراپی مدرسه محور، ویژگی ها، اهداف، کاربردها و برنامه های موثر و اثربخشی آن بررسی شده است. برای جمع آوری داده ها، پایگاه های علمی خارجی، الزویر، گوگل اسکالر و گیگاپدیا و پایگاه های علمی داخلی علم نت، مگ ایران و اس آی دی با کلید واژه های بازی درمانی، فیلیال تراپی، فرزندپروری،

^۱ Hearing loss^۲ Landreth^۳ Filial therapy^۴ Play therapy^۵ Bowen^۶ School-based filial therapy

کم‌شنوایی و ناشنوایی بین سال‌های ۱۹۸۲ تا ۲۰۲۰ مورد جست و جو قرار گرفته است. به همیت ترتیب، اطلاعات در حوزه مبانی نظری فیلال‌تراپی و کم‌شنوایی و همچنین پیشینه پژوهشی آن گزارش شده است. اطلاعات حاصل از منابع مختلف مورد تفسیر و تحلیل قرار گرفته که نتایج آن به صورت مروری و توصیفی ارائه شده است.

۳. فرزندپروری و کم‌شنوایی

شیوه‌های فرزندپروری را می‌توان مجموعه‌ای از رفتارها دانست که تعاملات والد- فرزند را در طول دامنه گسترده‌ای از موقعیت‌ها توصیف می‌کند. پرداختن به الگوهای فرزندپروری به طور ویژه توسط بامریند پایه‌گذاری شده است که برای دهه‌ها، مطالعاتی را برای تدوین چارچوب مفهومی آن به انجام رساند [۷]. بامریند^۷ (۱۹۹۱) از سبک های فرزندپروری استبدادی، مقتدر و آزادانه نام برد. بامریند بیان کرد که والدین مستبد روابط سرد همراه با کنترل زیاد را برای فرزندان خود اعمال می‌کنند. والدین مقتدر، کنترل همراه با رابطه گرم و پاسخگو به فرزندان خود دارند و والدین سهل‌گیر، انتظارات اندکی از فرزندان خود داشته و هیچ گونه کنترلی نسبت به آنها ندارند [۸]. والدین مقتدر باورها، واقعیات و بینش‌های شناختی را به کودکان منتقل می‌کنند و تمایل بیشتری برای پذیرش دلایل کودک خود دارند. آنها سخنوران خوبی هستند و بیشتر از استدلال و منطق استفاده می‌کنند. والدین سهل‌گیر، فرزندان خود را کنترل نمی‌کنند، توقعی از آنان نداشته و نظم و ترتیبی در شیوه تربیتی خود ندارند. نمایش قدرت والدین اولین عاملی است که شیوه استبدادی را از دو شیوه دیگر متمایز می‌کند. این والدین پر توقع بوده و پذیرای نیازها و امیال کودکان نیستند [۹].

باورهای فرزندپروری شامل ادراکات، انتظارات، نگرش‌ها، دانش، ایده‌ها و هدف‌ها و ارزش‌ها برای همه جنبه‌های تحول و تربیت کودک می‌شود. این باورها می‌تواند به ایجاد و شکل‌گیری رفتارهای والدگری کمک کرده و در موثر بودن والدگری نقش واسطه‌ای ایجاد کند و به سازماندهی فرزندپروری یاری رساند [۱۰]. بامریند (۲۰۱۳) معتقد است که الگوی مقتدرانه، کودک‌محور بوده و در راستای برآوردن نیازهای وی می‌باشد. در حالی که الگوی استبدادی والدمحور است و بیشتر متکی بر زور و اجبار روانی است [۷]. شیوه‌های مختلف فرزندپروری دارای دو بعد متفاوت است. بعد اول، توقع و کنترل و بعد دوم پذیرندگی و اجابت است. از ترکیب این ابعاد چهار شیوه فرزندپروری مقتدرانه، مستبدانه، سهل‌گیرانه و کناره‌گیرانه ایجاد می‌شود. بهترین و کارآمدترین شیوه فرزندپروری، نوع مقتدرانه و آسیب‌زاترین شیوه فرزندپروری، کناره‌گیرانه می‌باشد [۱۱].

از چهار الگوی اشاره شده، دو الگویی که والدین دارای کودک کم‌شنوا استفاده می‌کنند، الگوهای کناره‌گیر و مسئولانه است. در الگوی مسئولانه، والدین کم‌شنوایی کودک را به عنوان یک ناتوانی که می‌توان بر آن چیره شد، می‌پذیرند و سعی می‌کنند نیازهای کودک را برآورده کرده و وی را در معرض انواع تحریک‌های حسی قرار دهند. این مسئله رشد همه جانبه کودک را به همراه دارد ولی در الگوی کناره‌گیر، والدین کم‌شنوایی را یک پدیده غیر عادی می‌دانند و کنار می‌کشند. این امر رشد نایافتگی و حتی تشدید معلولیت را به دنبال خواهد داشت [۷]. حال با در نظر گرفتن این چرخه معیوب خانوادگی، کارایی والدین و کودک کم‌شنوا برای مقابله با مشکلات ناشی از معلولیت خدشه‌دار شده و ارتباط موثر والدین و کودک آسیب می‌بیند [۱۲]. اکنون با توجه به این مسئله که وجود کودک کم‌شنوا، روابط والد- کودک را تغییر می‌دهد و والدین را از لحاظ هماهنگی و سازگاری با مشکل مواجه می‌کند. این مسئله باعث می‌شود والدین کودکان کم‌شنوا بیشتر از الگوی کناره‌گیرانه استفاده کنند و از علایق و نیازهای کودک خودآگاهی نداشته باشند. بنابراین، تغییر الگوی کناره‌گیرانه به مسئولانه موجب خواهد شد که والدین با مسئله کم‌شنوایی بهتر کنار آیند و راهکار مناسب رویارویی با مشکل را اتخاذ کنند. این راهکارها اهمیت مداخله

^۷Baumrind

زودهنگام را نشان می‌دهد. یکی از مداخله‌هایی که می‌تواند الگوی کناره‌گیرانه را به مسئولانه تغییر دهد بازی درمانی مبتنی بر روابط والد-کودک یا فیلیال تراپی می‌باشد [۷].

۴. تعریف و هدف فیلیال تراپی

برنارد و لوییس گوئرنی^۸ در اواسط دهه ۱۹۶۰ فیلیال تراپی را ایجاد کردند. این روش در ابتدا برای حل مشکلات کودکان با اختلال هیجانی و رفتاری بود که با استفاده از منابع تخصصی، روش‌های کارآمد، افراد متخصص و افراد دخیل در مشکل (در اصل، والدین) اجرایی می‌شد. گوئرنی و همکارانش علاوه بر ایجاد این مدل به عنوان یک روش مناسب درمانی برای یک کودک با مشکلات رفتاری و هیجانی، پیشنهاد کردند که همین مدل را می‌توان با کودکانی که مشکل خاصی ندارند به عنوان نوعی پیشگیری در سیستم خانواده پیاده کرد [۶].

فیلیال تراپی نوعی روش بازی درمانی خانواده‌محور است که از بازی به عنوان وسیله‌ای برای کمک به والدین و کودکان استفاده می‌شود تا بتوانند با هم ارتباط برقرار کنند، روی مشکلات خود کار کنند و روابط آنها بهبود یابد. امروزه فیلیال تراپی رویکردی شناخته شده است و مکرراً توسط بازی‌درمانگران و سایر درمانگران مورد استفاده قرار می‌گیرد. درمانگر از طریق این رویکرد به خانواده یا سایر مراقبان آموزش و نظارت را یاد می‌دهد و اعضای خانواده به تدریج جلسات منظم بازی را با فرزند خویش اجرا می‌کنند. در واقع بازی به صورت غیرمستقیم توسط درمانگر هدایت می‌شود و خانواده نقش اصلی را در اجرا برعهده دارند. این امر موجب سودمندی روش بازی درمانی می‌شود [۱۳].

در واقع هدف فیلیال تراپی در مقایسه با سایر روش‌های بازی درمانی، ایجاد ارتباط پایدار و منطقی بین والد و کودک می‌باشد. این مدل برخلاف سایر مدل‌های بازی درمانی که بیشتر کودک محور هستند، حول ارتباط بین والد و کودک می‌چرخد [۱۴]. این موضوع باعث می‌شود کودک احساس ارزشمندی و مورد قبول واقع شدن کند و در نتیجه نگرش بهتری نسبت به خود داشته باشد [۱۵]. گوئرنی در واقع سال‌ها شاهد این مسئله بود که بسیاری از مشکلات کودکان ناشی از خطاهای والدین است و این خطاها ریشه در فقدان آگاهی و دانش درست و کافی در حوزه والدگری و نوع ارتباط با کودک دارد. او به این رابطه اهمیت می‌داد. در نتیجه این فرضیه را ارائه داد که والدین می‌توانند با شرکت در بازی درمانی به عاملی برای درمان مشکلات کودکان تبدیل شوند [۱۶].

۵. جلسه‌های اجرای فیلیال تراپی

فیلیال تراپی شامل سه مرحله است. مرحله اول، پذیرش به این معنا که والدین بفهمند کودک مشکلی با محیطش ندارد بلکه علت نوع رابطه است که قابل تغییر می‌باشد. مرحله دوم، پذیرفتن فرزند است، به این معنی که کودک آسیب‌پذیر است اما علایم آسیب را زود بروز می‌دهد. پس با پذیرش کودک و ایجاد رابطه مناسب با او می‌توان مشکل را حل کرد. مرحله سوم، غنی‌سازی رابطه می‌باشد که از طرق بازی با کودک ایجاد می‌شود [۱۷]. جلسه‌های این نوع بازی درمانی برای کودکان و والدین بر اساس علایق کودکان تنظیم می‌شود. فیلیال تراپی در اصل نوعی خانواده درمانی است که از بازی والدین با فرزندان به منزله مکانیسم اصلی برای تغییر استفاده می‌شود. جلسات بازی والدین با فرزندان، غیرمستقیم یا کودک محور است [۱۸].

هر جلسه این نوع بازی درمانی حدود ۹۰ تا ۱۰۰ دقیقه طول می‌کشد. ۱۵ تا ۲۰ دقیقه اول صرف بازی با کودک و بقیه صرف آموزش والدین می‌شود. جلسه اول، جلسه بازی خانوادگی نام دارد که مادران در آن به مدت ۱۵ تا ۲۰ دقیقه با فرزندان خود بازی می‌کنند و درمانگر مشاهده به مشاهده آنها مشغول می‌شود. جلسه دوم، جلسه ی بازی نمایشی نامیده می‌شود که درمانگر در آن به مدت ۱۵ تا ۲۰ دقیقه با کودکان بازی می‌کند و مادران مشاهده می‌کنند. جلسه بعدی، بازی نظارتی نامیده

^۸Louise & Bernard Guernsey

می شود که مادران با فرزندشان بازی می کنند. جلسات پایانی بازی به منظور انتقال و تعمیم در خانه انجام می شود که به بازی خانگی معروف است. مادر در این جلسات با فرزندش در خانه بازی می کند و در جلسه اش با درمانگر، درباره جلسه بازی در خانه بحث می شود و بقیه زمان صرف آموزش والدین می گردد [۱۹]. در اصل درمانگر اصول و مهارت هایی مانند انعکاس، گوش کردن، بازشناسی و پاسخ به احساسات کودک و سرخ های رفتاری را به والدین آموزش می دهد و بر عملکرد آنها نظارت می کند تا بیاموزند چگونه جلسات بازی غیرهدایتی را با کودک خود داشته باشند. هنگامی که والدین به سطح اعتماد به نفس مورد نظر رسیدند این جلسات به محیط منزل منتقل می شوند [۱۸]. فیلپال تراپی در طول سال ها به عنوان پایه ای برای توسعه سایر مدل های بازی درمانی عمل کرده است و از مشارکت بزرگسالانی که برای کودک بسیار مهم هستند بهره می برد [۶].

۶. فیلپال تراپی مدرسه محور

از جمله برنامه های انجام شده با مدل فیلپال تراپی می توان برنامه ده هفته ای گینزبرگ و ون فلت برای والدین که به صورت فردی اجرا شده است را نام برد [۲۰]. برنامه روابط درمانی کودک-والد^۱ (CPRT)، لندرت که بر اساس نظریه گوثرنی ارایه شده است و به صورت گروهی اجرا می شود. این مدل شامل سخنرانی، بحث، ایفای نقش توسط والدین و برنامه های گروهی است که درمانگر بر جلسه ها و اقدامات والدین در خانه نیز نظارت می کند و تمرکز پروسه درمان بر ارتباط مناسب والد-کودک است نه مشکل خاص کودک [۲۱]. از جمله مدل های دیگر فیلپال تراپی، روابط درمانی کودک و معلم (CTRT) (هلکر و ری، ۲۰۰۲)، و آموزش کودکانه (وایت و فلینت و دراپر، ۱۹۹۷) است که در کنار CPRT از پشتیبانی تجربی قابل قبولی برای پیاده سازی در مدارس برخوردار هستند [۱۹].

در این بین، یکی از جدیدترین انواع فیلپال تراپی، فیلپال تراپی مدرسه محور (SBFT) می باشد. فیلپال تراپی مدرسه محور اقتباسی از مدل فیلپال تراپی است و مختص مکان هایی است که محدودیت های مربوط به دسترسی به مراقبت های بهداشت روان وجود دارد (مانند مناطق روستایی و دورافتاده). فیلپال تراپی مدرسه محور بیشتر توسط روش تئوری سیستم های خانواده باوون برای کار با والدین به صورت انفرادی استفاده می شود [۶]. اکثر پژوهش ها از فیلپال تراپی مدرسه محور (SBFT) به عنوان یک مداخله موثر برای رسیدگی به بسیاری از مشکلات عملکردی خاص مدرسه که با اختلال های هیجانی و رفتاری کودکان دبستانی مرتبط است، پشتیبانی می کنند. به علاوه، نتایج این یافته ها نشان می دهد که آموزش فیلپال تراپی مدرسه محور و تسهیل روش های مدرسه محور در ایجاد نتایج عملکردی بهینه برای کودکان موثر است [۶]. در یک مطالعه، کودک درمانی که از مدل درمانی مبتنی بر فیلپال تراپی استفاده شد، محققان دریافتند بیشتر دانش آموزانی که مداخله دریافت کرده اند بهبودهایی را در رفتار و عملکرد تحصیلی و آموزشی نشان داده اند [۲۲].

پژوهش های قابل توجهی در مورد اثربخشی بازی درمانی با دانش آموزان ناشنوا و کم شنوا و فیلپال تراپی و معلمان آنها وجود دارد [۲۳]. لندرت دلایل استفاده از فیلپال تراپی با معلمان کودکان پیش دبستانی ناشنوا و کم شنوا را با اهمیت نشان داد و بیان کرد که تغییرات رفتاری و عاطفی قابل توجهی در والدین و معلمان ایجاد می شود. او فیلپال تراپی را برای برقراری ارتباط و روابط قابل اعتماد در دانش آموزان موثر می داند. اسمیت همچنین در پژوهش خود با هدف بررسی تاثیر فیلپال تراپی بر اساس مدل لندرت در افزایش سازگاری معلمان دانش آموزان کم شنوا و ناشنوا نشان داد که این روش منجر به بهبود مشکلات کودکان ناشنوا و کم شنوا می گردد. زیرا معلمان کودکان ناشنوا و کم شنوا با یادگیری و استفاده از مهارت های اساسی فیلپال تراپی به افزایش مهارت های دانش آموزان خود کمک می کنند. نتایج جلسات ویژه این مطالعه نشان داد که هم معلم و هم دانش آموز، کیفیت هیجانی متفاوت و مفیدتری را داشتند و همچنین نشان داد که این رابطه بر رفتارهای دروس ساز دانش آموزان چه در اتاق بازی چه در کلاس درس و چه در زمین بازی تاثیر داشت [۱۹]. نتایج تحقیقات نشان می دهد کودکانی که معلمان آنها در آموزش فیلپال تراپی شرکت می کنند رفتارهای مرتبط با گوشه گیری و انزوا در دانش آموزان را کاهش می دهند. تعاملات

^۱ Child-Parent Relationship Therapy

^۲ Helker & Ray

^۳ White, Flynt & Draper

متناسب سن با همسالان و بزرگسالان را افزایش داده و فاصله عاطفی و جسمی را کاهش می‌دهند [۲۳]. اولین^۲ (۱۹۷۵) دریافت که بازی درمانی انفرادی کوتاه مدت و بدون هدایت با کودکان کم شنوا، افزایش الگوی رفتاری بالغ را تسهیل می‌کند. بازی درمانی و فیلپال تراپی در آموزش مشاوران و مدارس برای کار درمانی با دانش آموزان در مدارس پیش دبستانی، ابتدایی و متوسطه از نظر بالینی کارآمد است [۲۴].

۷. مراحل اجرای فیلپال تراپی و راهبردها

فیلپال تراپی شامل سه مرحله مقدماتی، میانی و پایانی می‌شود که اقدامات خاصی در هر مرحله انجام می‌شود. این مراحل توالی مشخصی دارند که در جدول ۱ نشان داده شده است. در این بخش، مراحل فیلپال تراپی و آنچه که در هر مرحله اتفاق می‌افتد، توضیح داده شده است [۱۹].

جدول ۱. مراحل اجرای فرزند درمانی و راهبردها

مرحله مقدماتی	مرحله میانی	مرحله پایانی
ارزیابی اولیه (یک جلسه) بحث درباره مشکلات تاریخچه اجتماعی تحولی تکمیل پیش آزمون	آموزش به والدین (سه جلسه) توضیح درباره مهارت‌ها تمرین مهارت‌های اولیه جلسه‌های بازی ساختنی و ارائه بازخورد	تعمیم (چهار تا شش جلسه) بحث درباره جلسه‌های خانگی کاربرد مهارت‌های زندگی روزمره سایر مهارت‌های فرزند پروری
مشاهده بازی خانوادگی و توصیه‌ها (یک جلسه) مشاهده بازی خانوادگی و بحث توصیه‌ها و منطق فرزند درمانی توصیف فرایند فرزند درمانی پاسخ به سؤال‌ها	جلسه‌های بازی درمانی نظارت شده (چهار تا شش جلسه) ایجاد جلسه‌های بازی توسط والدین و تحت نظارت مستقیم درمانگر بازخورد درباره مهارت‌ها پردازش موضوع‌ها و واکنش والدین	برنامه ریزی برای پایان (یک تا سه جلسه) پایان برنامه مشترک درمانگر و والدین جلسه‌های مرحله به مرحله با درمانگر نظارت مستقیم بر آخرین جلسه بازی (اختیاری)
جلسه بازی نمایشی (یک جلسه) بازی درمانی کودک محور درمانگر با هر کودک و مشاهده توسط والدین بحث درمانگر با والدین	انتقال (یک جلسه) برنامه ریزی برای جلسه‌های بازی خانگی آماده سازی اسباب بازی‌ها، فضا و زمان بحث درباره نحوه مدیریت آشفته گی‌ها و جلسه‌های خانگی	ارزیابی نهایی (یک جلسه) ایجاد اتحاد درمانگر با والدین گزینه‌های پیگیری تکمیل پس آزمون

۸. نتیجه گیری

نتایج پژوهش‌ها نشان می‌دهند که کودکان کم شنوا بیشتر از همسالان شنوای خود دچار افسردگی، اضطراب، تکانشگری، گوشه گیری و انزوا می‌شوند [۲۵]. این مهم به نظر می‌رسد که معلمان و والدین آنها بتوانند برای غلبه بر مشکلات به آنها کمک کنند. به نظر می‌رسد که برای کمک به معلمان کودکان کم شنوا باید یک رویکرد جامع تر، نه تنها در کسب زبان و توانایی ابراز وجود، بلکه برای کمک به رشد اجتماعی مطلوب و برآورده ساختن نیازهای عاطفی در نظر گرفت. بازی درمانی به طور گسترده می‌تواند یک وسیله درمانی مناسب برای این منظور باشد. لندرت با توجه به پژوهش اکسلاین^۳ (۱۹۴۷) این مفهوم را شرح داد که بازی برای همه کودکان صرف نظر از نیازهای رشدی یا ویژه آنها، طبیعی ترین وسیله ارتباطی آنها است. بازی وسیله ایی است

^۱ Ualline

^۲ Axline

ذاتی و جهانی برای بیان کودکان. کودکان چیزهای زیادی را از طریق بازی از دنیای خود یاد می گیرند، نقش های نمایشی و وانمودی را تجربه می کنند و توانمندی ها و قدرت های خاص خود را می شناسند. علاوه بر این، بازی به کودکان این فرصت را می دهد تا چالش ها و مشکلات خود را کشف کنند. درمانگر توانمند با کمک بازی و بازی درمانی این امکان را ایجاد می کند تا آسیب ها، ناراحتی ها و تجربه های دردسرساز برطرف گردد [۲۳].

فیلیال تراپی یک انتخاب منطقی برای کمک به معلمان کلاس در پاسخگویی به نیازهای عاطفی و رفتاری دانش آموزان از جمله دانش آموزان کم شنوا است. در واقع فیلیال تراپی با تقویت مهارت های والدین و معلمان منجر به کاهش اختلال های عاطفی و رفتاری دانش آموزان به ویژه دانش آموزان کم شنوا و ناشنوا می گردد [۲۶]. فیلیال تراپی در پژوهش های بالینی در طیف وسیعی از مداخله ها نشان داده است که وسیله ای موثر برای والدین و معلمان است تا کودکان را از طریق روش های مناسب تقویت کنند [۲۴]. مشاوران مدرسه علیرغم تلاش در هماهنگ کردن آنچه از آنها خواسته می شود مشکل دارند. به نظر می رسد که مدل فیلیال تراپی مدرسه محور بتواند نیازهای عاطفی و رفتاری را در سنین رشد مدیریت کند به ویژه آنهایی که نیازهای خاصی از جمله کم شنوایی و ناشنوایی دارند. در واقع استفاده از مدل فیلیال تراپی مدرسه محور برای تامین نیازهای منحصر به فرد کودک کم شنوا در زمینه دستیابی به زبان از اهمیت حیاتی برخوردار است. پیشنهاد می شود از این مدل بازی درمانی در مدارس کودکان کم شنوا و شنوا استفاده گردد. زیرا بازی، زبان جهانی کودکان است حتی برای کودکانی که مشکل اصلی زندگی آنها، یادگیری برقراری ارتباط گفتاری و تسلط به زبانی است که نمی توانند بشنوند.

منابع و مراجع:

۱. موللی، گیتا؛ جلیل آبکنار، سیده سمیه؛ عاشوری، محمد (۱۳۹۴). بررسی اثربخشی بازی درمانی گروهی بر مهارت اجتماعی کودکان پیش دبستانی آسیب دیده شنوایی. *مجله توانبخشی*، ۱۶(۱)، ۸۵-۷۶.
۲. پاغنده، مرضیه؛ حسن زاده، سعید؛ قاسم زاده، سوگند (۱۳۹۸). اثربخشی برنامه تعامل مادر با کودک بر تنیدگی فرزندپروری و رابطه والدین با کودک دارای آسیب شنوایی. *فصلنامه پژوهش در سلامت روانشناختی*، ۱۳(۱)، ۹۹-۱۲۴.
3. Mason, A., & Mason, M. (2007). Psychologic impact of deafness on the child and adolescent. *Primary Care: Clinics in Office Practice*, 34(2), 407-426.
4. Dalzell, J., Nelson, H., Haigh, C., Williams, A., Monti, P., & [West Cheshire Hearing Advisory and Support Team (HAST)]. (2007). Involving families who have deaf children using a Family Needs Survey: a multi-agency perspective. *Child: care, health and development*, 33(5), 576-585.
۵. امیر، فاطمه؛ حسن آبادی، حسین؛ اصغری نکاح، سید محسن؛ طبیبی، زهرا (۱۳۹۱). بررسی اثربخشی بازی درمانی مبتنی بر رابطه والد - کودک (CPRT) بر سبک های فرزندپروری. *مشاوره و روان درمانی خانواده*، ۲(۱)، ۴۷۳-۳۸۹.
6. Cooper, J., Brown, T., & Yu, M. L. (2020). A pilot study of school-based Filial Therapy (SBFT) with a group of Australian children attending rural primary schools: the impact on academic engagement, school attendance and behaviour. *International Journal of Play*, 9(3), 283-301.
۷. رحمان پور، محمد (۱۳۹۳). بررسی چالش های فرا روی الگوی فرزندپروری والدین دارای فرزندان کم شنوا و ارائه راهکارهای مناسب. *مجله تعلیم و تربیت / استثنایی*، ۱۴(۱)، ۴۸-۳۶.
۸. خویی فر، غلامرضا؛ رجایی، علیرضا؛ محبراد، تکتیم (۱۳۸۶). رابطه سبک های فرزندپروری ادراک شده با احساس تنهایی نوجوانان دختر. *دانش و پژوهش در روانشناسی*، ۳۴(۱)، ۹۲-۷۵.
۹. کمیجانی، مهرناز؛ ماهر، فرهاد (۱۳۸۶). مقایسه شیوه های فرزندپروری والدین نوجوانان با اختلال سلوک و نوجوانان عادی. *دانش و پژوهش در روانشناسی*، ۳۳، ۶۳-۹۴.
۱۰. طبیبی، زهرا؛ موسوی جهان آبادی، عقیده سادات (۱۳۹۵). فرهنگ، هدف های تربیتی و کارکردهای فرزندپروری: نظریه آشیانه تحول. *مجله پژوهش نامه مبانی تعلیم و تربیت*، ۶(۱)، ۱۲۴-۱۰۴.

11. Berns, R. M. (2007). *Child, family, school, community*. Wadsworth Publishing Company.
۱۲. فروغان، مهشید؛ موللی، گیتا؛ سلیمی، مجید و ملایری، سعید (۱۳۸۵). بررسی تاثیر مشاوره بر سلامت روانی والدین و کودکان کم شنوا. *مجله شنوایی شناسی*، ۲، ۵۳-۶۰.
۱۳. کیانی، زهرا؛ میرزایی، هوشنگ؛ حسینی، سیدعلی؛ سورتیجی، حسین؛ حسین زاده، سمانه و ابراهیمی، الهه (۱۳۹۹). بررسی تاثیر فیلپال تراپی بر تنش کل فرزندپروری مادران کودکان اتیسم. *مجله توانبخشی*، ۲۱(۲)، ۲۰۱۹-۲۰۶.
14. Bratton, S. C., & Landreth, G. L. (2006). *Child parent relationship therapy (CPRT) treatment manual: A 10-session filial therapy model for training parents*. Routledge.
15. Walker, K. F. (2002). *Filial therapy with parent's court-referred for child maltreatment* (Doctoral dissertation, Virginia Tech).
۱۶. عدیلی، شهرزاد، کلانتری، مهرداد و عابدی، احمد (۱۳۹۴). تاثیر بازی درمانی به شیوه فیلپال بر مهارت های اجتماعی هیجانی دختران پیش دبستانی ۵ تا ۶ ساله شهر اصفهان. *دوفصلنامه علمی پژوهشی روانشناسی بالینی و شخصیت (دانشور رفتار)*، ۱۳(۲)، ۹۷-۱۰۴.
17. Topham, G. L., & VanFleet, R. (2011). Filial therapy: A structured and straightforward approach to including young children in family therapy. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, 32(2), 144-158.
۱۸. عاشوری، محمد و کریم نژاد، ریحانه (۱۳۹۸). تاثیر آموزش بازی درمانی با مدل فیلپال تراپی بر مشکلات رفتاری کودکان شنوا و تاب آوری مادران ناشنوا. *پژوهش نامه روانشناسی مثبت*، ۵(۲)، ۸۵-۹۸.
۱۹. عاشوری، محمد (۱۳۹۸). بازی درمانی (نظریه ها و تکنیک های اصلی). چاپ اول، اصفهان: انتشارات جهاد دانشگاهی.
20. VanFleet, R. (1994). *Filial therapy: Strengthening parent-child relationships through play*. Sarasota, FL: Professional Resource Press.
21. Bratton, S., & Landreth, G. (1995). Filial therapy with single parents: Effects on parental acceptance, empathy, and stress. *International Journal of Play Therapy*, 4(1), 61-72.
22. Draper, K., Siegel, C., White, J., Solis, C. M., & Mishna, F. (2009). Preschoolers, parents, and teachers (PPT): a preventive intervention with an at risk population. *International journal of group psychotherapy*, 59(2), 221-242.
23. Smith, D. M., & Landreth, G. L. (2004). Filial therapy with teachers of deaf and hard of hearing preschool children. *International Journal of Play Therapy*, 13(1), 13-27.
24. Landreth, G. L. (2012). *Play therapy: The art of the relationship*. Routledge.
25. Luterman, D. (1997). Emotional Aspects of Hearing Loss. *Volta review*, 99(5), 75-83.
26. Guerney Jr, B. (1964). Filial therapy: Description and rationale. *Journal of Consulting Psychology*, 28(4), 304.

Play therapy with school-based filial therapy model and its application for hearing loss children

Abstract

Hearing loss children face many challenges in behavioral skills and emotional reactions. Play therapy is one of the intervention programs that has been shown to encourage significant improvement in the physical, cognitive, social and emotional skills of hearing loss children. The aim of this study was to analytical investigate of the application of play therapy with school-based filial therapy model for hearing loss children. The present study introduces the school-based filial therapy program for hearing loss children using a systematic review of scientific sources. The results showed that play therapy with school-based filial therapy model improve the physical, cognitive, social and emotional skills of hearing loss children. In fact, school-based filial therapy uses play to develop different skills in these children by creating opportunities to relationship. Therefore, paying attention to school-based filial therapy is essential and planning for providing training of this program for hearing loss children is a particular importance.

Keywords: Play therapy, Filial therapy, Hearing loss children