

Autumn 2024, Volume 13, Issue 4

Comparing the Effectiveness of "Drama Therapy" with "Narrative Therapy" on Separation Anxiety and Anger in 5-10-Year-Old Bereaved Children

Shiva Jazini¹, Mohsen Golparvar^{2*}, Elnaz Sajjadian³

1- PhD. Student, Department of Counseling, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Isfahan (Khorasgan) Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran.

2- Associate Professor Department of Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Isfahan (Khorasgan) Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran.

3- Associate Professor, Clinical Psychology Department, Community Health Research Center, Isfahan (Khorasgan) Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran.

Corresponding author: Mohsen Golparvar, Associate Professor Department of Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Isfahan (Khorasgan) Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran.

Email: drmgolparvar@hotmail

Received: 20 Nov 2023

Accepted: 25 Feb 2024

Abstract

Introduction: Bereaved children may experience behavioral and emotional deficits. The present study was conducted with the aim of comparing the effectiveness of "Drama Therapy" with "Narrative Therapy" on separation anxiety and anger in 5-10-year-old bereaved children.

Methods: The current research method was of a semi-experimental type of pre-test, post-test with control and follow-up groups. The statistical population of the present study included all bereaved children referred to counseling centers and psychological services in Isfahan city in 2020. 60 boys and girls aged 5 to 10 with bereavement were selected based on purposeful sampling method. Then, they were randomly assigned to the "Drama Therapy" group (20 children), "Narrative Therapy" group (20 children) and the control group (20 children) by lottery. Research data collection was done with demographic questionnaires, "Separation Anxiety Questionnaire" and "Anger Questionnaire". Content validity was done by qualitative method and reliability by internal consistency method by calculating Cronbach's alpha coefficient. Then, 2 intervention groups were treated with 10 sessions of 75 minutes (1 session per week). Also, offline educational content was presented to the control group after conducting the research. After the completion of the intervention, a post-test and follow-up was conducted 3 months later. Questionnaires of all three stages were completed by living parents or guardians or nurses of bereaved children. Data were analyzed in SPSS. 27.

Results: There was a significant difference between the experimental and control groups in the 2 variables of separation anxiety and anger in the post-test and follow-up stages. Therefore, the interventions were effective in reducing separation anxiety and anger in bereaved children ($P < 0.05$). The comparison of groups showed that 2 methods "Drama Therapy" and "Narrative Therapy" have a significant effect on separation anxiety and anger ($P < 0.05$).

Conclusions: "Drama Therapy" and "Narrative Therapy" reduced separation anxiety and anger in bereaved children. But "Drama Therapy" was more effective. Therefore, counselors and therapists can use the above interventions to help reduce separation anxiety and anger in bereaved children.

Keywords: Drama Therapy, Narrative Therapy, Separation Anxiety, Anxiety, 5-10-Year-Old Children.

مقایسه اثربخشی «نمایش درمانی» با «روایت درمانی» بر اضطراب جدایی و خشم کودکان ۵ تا ۱۰ ساله مبتلا به سوگ

شیوا جزینی^۱، محسن گل‌پرور^{۲*}، ایلناز سجادیان^۳

۱- دانشجوی دکتری، گروه مشاوره، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، واحد اصفهان (خوراسگان)، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران.

۲- دانشیار، گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، واحد اصفهان (خوراسگان)، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران.

۳- دانشیار، گروه روانشناسی بالینی، مرکز تحقیقات سلامت جامعه، واحد اصفهان (خوراسگان)، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران.

نویسنده مسئول: محسن گل‌پرور، دانشیار، گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، واحد اصفهان (خوراسگان)، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران.

ایمیل: drmgolparvar@hotmail.com

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۱۲/۷

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۸/۳۰

چکیده

مقدمه: کودکان مبتلا به سوگ ممکن است دچار نارسایی‌های رفتاری و هیجانی شوند. پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی «نمایش درمانی» با «روایت درمانی» بر اضطراب جدایی و خشم کودکان ۵ تا ۱۰ ساله مبتلا به سوگ انجام شد. **روش کار:** پژوهش حاضر به روش نیمه‌تجربی از نوع پیش‌آزمون، پس‌آزمون با گروه کنترل همراه با پیگیری بود. جامعه آماری پژوهش حاضر، شامل همه کودکان مبتلا به سوگ مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره و خدمات روانشناختی شهر اصفهان در سال ۱۴۰۰ بودند. ۶۰ کودک دختر و پسر ۵ تا ۱۰ سال مبتلا به سوگ بر اساس نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. سپس به صورت تصادفی از نوع قرعه‌کشی در گروه «نمایش درمانی» (۲۰ کودک)، گروه «روایت درمانی» (۲۰ کودک) و گروه کنترل (۲۰ کودک) گمارده شدند. جمع‌آوری داده‌های پژوهش با «پرسشنامه جمعیت شناختی»، «پرسشنامه اضطراب جدایی» (Separation Anxiety Questionnaire) و «پرسشنامه خشم» (Anger Questionnaire) انجام گرفت. روایی محتوا به روش کیفی و پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ انجام شد. سپس ۲ گروه مداخله، ۱۰ جلسه ۷۵ دقیقه‌ای (هفته‌ای ۱ جلسه) تحت درمان قرار گرفتند. همچنین، محتوای آموزشی آفلاین پس از انجام پژوهش به گروه کنترل ارائه شد. پس از اتمام مداخله، پس‌آزمون و به فاصله ۳ ماه بعد پیگیری انجام شد. پرسشنامه‌های هر ۳ مرحله توسط والدین در قید حیات و یا قیم کودکان مبتلا به سوگ تکمیل شد. داده‌ها در نرم‌افزار اس پی اس اس نسخه ۲۷ تحلیل شد.

یافته‌ها: بین گروه‌های «نمایش درمانی» و «روایت درمانی» با گروه کنترل در ۲ متغیر اضطراب جدایی و خشم، در مرحله پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود داشت. بنابراین، مداخله‌ها در کاهش اضطراب جدایی و خشم کودکان مبتلا به سوگ اثربخش بودند ($P < 0/05$). مقایسه گروه‌ها نشان داد ۲ روش «نمایش درمانی» و «روایت درمانی» بر اضطراب-جدایی و خشم تأثیر معناداری دارد ($P < 0/05$).

نتیجه‌گیری: «نمایش درمانی» و «روایت درمانی» باعث کاهش اضطراب جدایی و خشم کودکان مبتلا به سوگ شد، اما «نمایش درمانی» اثربخش‌تر بود. بنابراین، مشاوران و درمانگران می‌توانند از مداخله‌های فوق برای کمک به کاهش اضطراب جدایی و خشم کودکان مبتلا به سوگ استفاده نمایند.

کلیدواژه‌ها: نمایش درمانی، روایت درمانی، اضطراب جدایی، خشم، کودکان ۵ تا ۱۰ ساله.

مقدمه

سوگ، به عنوان تجربه‌ی عاطفی از دست دادن یک عزیز تعریف می‌شود و واکنش‌های جسمی، اجتماعی، شناختی و رفتاری را به دنبال خواهد داشت (۱) و در شرایط ناتوان‌کننده برای حدود ۷ تا ۱۰ درصد از بازماندگان رخ می‌دهد و طیفی از احساسات را دربر می‌گیرد (۲). کودکان هنگامی که یکی از والدین، خواهر یا برادر، پدربزرگ یا مادر بزرگ، دوست و یا حتی حیوان خانگی مورد علاقه خود را از دست می‌دهند، بسیاری از هیجانات مربوط به سوگ بزرگسالان مانند غمگینی، دلنگی و تنهایی را تجربه می‌کنند، اما آن‌ها در مقایسه با بزرگسالان به طرز متفاوتی سوگ را تفسیر و تجربه می‌کنند (۳). پیامد سوگواری برای کودکان زمانی ممکن است به شدت آسیب‌زا باشد، که از دست دادن، مربوط به یکی از والدین یا افراد مهم در زندگی باشد (۴). از جمله پیامدها می‌توان به ترس (۵)، افسردگی (۶)، شب‌اداری، افت عملکرد تحصیلی (۷)، اضطراب (۴) و اضطراب جدایی (separation anxiety) اشاره کرد (۸).

مطالعات نشان می‌دهد که اضطراب جدایی یکی از شایع‌ترین اختلالات روانشناختی در بین کودکان خردسالی است که سوگ را تجربه کرده‌اند (۹). علائم اضطراب جدایی در کودکان سوگ عموماً به صورت ترس هنگام جدا شدن از خانه یا افراد دلبسته، نگرانی نسبت به آسیب دیدن خود و یا افراد دلبسته و گاهی بروز شکایت‌های بدنی و مشکلات گوارشی خود را نشان می‌دهد (۱۰). کودکانی که از اضطراب جدایی رنج می‌برند، رفتارهای اجتنابی را نشان می‌دهند، رفتارهای مخالفت‌آمیز آن‌ها مانند امتناع از خوابیدن در تختخواب خود یا رفتن به مدرسه، جدی است (۱۱).

همچنین، یکی از رایج‌ترین رفتارهایی که کودکان مبتلا به سوگ از خود نشان می‌دهند خشم (anger) است. خشم کودکان مبتلا به سوگ می‌تواند زمینه‌ی بروز انواع آسیب‌های جسمانی و روانشناختی را فراهم آورد و در صورت درمان نشدن، نسبتاً پایدار بماند (۱۲) و بزهکاری، افت تحصیلی و اختلال در روابط با همسالان را سبب شود (۱۳). در واقع، رفتارهای پرخاشگرانه کودکان مبتلا به سوگ می‌تواند به خودش و دیگران آسیب وارد کند، زیرا آن‌ها ظرفیت حل مشکل و کنترل خشم کافی را ندارند (۱۴).

کاهش مشکلات به وجود آمده در اثر سوگ کودکان، با درمان‌های روانشناختی امکان‌پذیر است. یکی از این روش‌های درمانی، «نمایش درمانی» (Drama Therapy)

است. «نمایش‌درمانی» به کودکان کمک می‌کند که برای مقابله با مشکلات تلاش کنند، مهارت تخلیه کردن هیجانات و اعتماد به نفس لازم را کسب کنند (۱۵). «نمایش‌درمانی» در میان فنون توانبخشی و روانشناختی برای کودکان به لحاظ آموزشی و درمانی اهمیت زیادی دارد (۱۶). در «نمایش‌درمانی» تخلیه‌ی عاطفی و هیجانی کودکان مبتلا به سوگ و احساس همدردی بیش از سایر درمان‌ها به چشم می‌خورد (۱۷). نتایج پژوهشی که «نمایش‌درمانی» را بر روی کودکان مبتلا به سوگ انجام شد، نشان داد که «نمایش‌درمانی»، رویکرد منحصر به فرد برای آموزش روانشناختی، حمایت گروهی، ایجاد ارتباط مداوم با تجربیات گذشته‌ی فرد، ایجاد فرصتی دوباره برای وداع با فرد متوفی در کودکان بود (۱۸).

علاوه بر «نمایش‌درمانی»، «روایت‌درمانی» از جمله درمان‌هایی سازگار با فرآیند تحولی و نیازهای کودکان از جمله کودکان مبتلا به سوگ است (۱۹). «روایت‌درمانی» مربوط به داستان‌های زندگی کودکان است و اعتقاد بر این است که بر افکار، تصمیم‌گیری و رفتارهای آن‌ها تأثیر می‌گذارد (۲۰). «روایت‌درمانی» مشکلات را جدا از این کودکان می‌داند و فرض می‌کند آن‌ها دارای مهارت‌ها، شایستگی‌ها و توانایی‌های زیادی هستند که به آن‌ها کمک می‌کند تا از تأثیر مشکلات زندگی خود بر دیگر موارد بکاهند و نحوه‌ی ارتباط خود با مشکلات زندگی‌شان را تغییر داده و بهبود بخشند (۲۱). علاوه بر «روایت‌درمانی» تأثیر مثبتی بر تجربه‌ی سوگ کودکان داشته و در نهایت باعث پذیرش آن و کاهش اضطراب جدایی ناشی از آن می‌شود (۲۲).

اگرچه ادبیات پژوهشی اثربخشی مداخلات «نمایش‌درمانی» و «روایت‌درمانی» را به صورت جدا بر متغیرهای دیگر نشان داده است (۲۲-۱۸)، اما مقایسه اثربخشی آن‌ها در جمعیت مطالعه حاضر و متغیرهای پژوهش حاضر بررسی نشده است. علاوه بر این، پیشینه پژوهشی حاکی از اثربخشی مداخلات روانشناختی بر افراد مبتلا به سوگ بوده (۲۴، ۲۳) و پژوهشی که به اثربخشی مداخلات بر اضطراب جدایی و خشم کودکان ۵ تا ۱۰ ساله مبتلا به سوگ انجام شده باشد، یافت نشد. انتخاب این رده سنی به این دلیل بوده است که در این سن، اضطراب جدایی و خشم به واسطه سوگ بیشتر دیده می‌شود (۲۵). لذا پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی «نمایش‌درمانی»

شیوا جزینی و همکاران

سررد، دل درد، تهوع، استفراغ) شکایت های مکرر می کند؟ ۶. آیا در مورد از دست دادن اشخاص دلبسته ی اصلی یا دربارہ ی وارد شدن صدمه ی احتمالی به آن ها مدام نگران است؟ ۷. آیا در مورد واقعه ی ناگوار مانند گم شدن، تصادف کردن و مریض شدن که موجب جدایی از شخص دلبسته ی اصلی شود بیش از حد نگران است؟ ۸. آیا در مورد موضوعات جدایی کابوس های مکرر می بیند» پرسیده شد. درجه بندی پاسخ ها به هر یک از سؤالات بر مبنای ۴ درجه ای از هرگز نمره ۱ تا همیشه نمره ۴ می باشد. حداقل نمره ۸ و حداکثر نمره ۳۲ است. نمره ۱۶ از ۳۲ نشان دهنده اضطراب جدایی است. لذا کودکان با نمره ۱۶ و بالاتر به عنوان نمونه پژوهش انتخاب شدند (۲۷).

همچنین، ۸ سؤال در مورد علائم خشم مبنی بر اینکه ۱. آیا کودک در اکثر مواقع آرامش خود را از دست می دهد و به شدت عصبانی می شود؟ ۲. آیا اغلب اوقات در هنگام عصبانیت، سعی می کند طرف مقابلش را بزند؟ ۳. آیا معمولاً نمی تواند بدون حاشیه و سر و صدا بازی کند؟ ۴. آیا مخالفت با خواسته هایش موجب بروز پرخاشگری در او می شود؟ ۵. آیا از انتقاد یا نصیحت دیگران خشمگین می شود؟ ۶. آیا در هنگام بازی با همسالانش زیاد جر و بحث می کند؟ ۷. آیا معمولاً سر مسائل جزئی خشمگین می شود؟ ۸. آیا وقتی کسی مخالف میل او رفتار کند سرش داد می زند؟» می باشد. درجه بندی پاسخ ها به هر یک از سؤالات بر مبنای ۴ درجه ای از هرگز نمره صفر تا همیشه نمره ۳ درجه بندی می شود. حداقل نمره صفر و حداکثر نمره ۲۴ بود. کودکان با نمره ۱۲ از ۲۴ نشان دهنده خشم بود که باعث شد به عنوان نمونه پژوهش انتخاب شوند (۲۷) و معیارهای خروج نیز شامل عدم تمایل به ادامه جلسات از سوی کودک، والدین یا مراقب وی و غیبت بیش از ۲ جلسه در جلسات آموزشی بود.

برای جمع آوری داده‌ها از پرسشنامه جمعیت شناختی شامل جنسیت، سن، نوع سوگ کودکان (از دست دادن پدر یا مادر)، میزان تحصیلات کودکان و والدین در قید حیات بود. همچنین از ابزارهای زیر استفاده شد.

«پرسشنامه اضطراب جدایی» (Separation Anxiety Questionnaire) توسط Hahn و همکاران در دانشگاه Berlin آلمان در سال ۲۰۰۳ ساخته شد (۲۸). پرسشنامه دارای ۲ فرم والد و کودک است که هر کدام با ۳۴ عبارت، مؤلفه های خاص «اضطراب جدایی» دوران کودکی را بر اساس

با «روایت درمانی» کودک بر اضطراب جدایی و خشم کودکان ۵ تا ۱۰ ساله مبتلا به سوگ انجام شد.

روش کار

پژوهش حاضر از نوع نیمه تجربی با طرح پیش آزمون، پس آزمون با گروه کنترل و مرحله پیگیری بود که در آن از ۲ گروه مداخله «نمایش درمانی» و «روایت درمانی» و یک گروه کنترل استفاده شد. جامعه آماری پژوهش حاضر، شامل همه کودکان ۵ تا ۱۰ سال مبتلا به سوگ بودند که در شهر اصفهان در سال ۱۴۰۱-۱۴۰۰ به مراکز مشاوره برای درمان مراجعه کرده بودند. از بین ۱۵۵ مرکز مشاوره و خدمات روانشناختی شهر اصفهان، ۱۰ مرکز مشاوره کودکان داشتند که به دلیل از دست دادن پدر یا مادر مبتلا به سوگ بودند. از بین این ۱۰ مرکز مشاوره، ۶ مرکز مشاوره حاضر به همکاری شدند. ابتدا شرکت کنندگان داوطلب از طریق مشاوران و درمانگران به پژوهشگر معرفی شدند. از ۸۵ تن در ۶ مرکز که اعلام همکاری کرده بودند، تعداد ۶۰ کودک بر اساس نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند و سپس به شیوه تصادفی ساده به صورت قرعه‌کشی در گروه «نمایش درمانی» (۲۰ کودک)، گروه «روایت درمانی» (۲۰ کودک) و گروه کنترل (۲۰ کودک) گمارده شدند.

معیارهای ورود به پژوهش شامل دامنه سنی بین ۵ تا ۱۰ سال، گذشت بیشتر از ۲ هفته تا ۱ سال از فوت والدین (۲۶)، تمایل و رضایت کتبی برای شرکت در پژوهش توسط کودک و قیم آن، نداشتن بیماری خاص و بارز جسمی (به صورت حضوری و مصاحبه با والدین یا قیم کودک)، دارا بودن علائم اضطراب جدایی و خشم بر اساس مصاحبه تشخیصی DSM-5 (انجام شده توسط پژوهشگر اول مقاله حاضر) بود. در این مصاحبه از والد در قید حیات یا قیم کودکان ۸ سؤال در مورد علائم اضطراب جدایی مبنی بر اینکه ۱. آیا کودک هنگام پیش بینی یا تجربه کردن جدایی از خانه یا از اشخاص دلبسته اصلی دچار ناراحتی مکرر می شود؟ ۲. آیا به علت ترس از جدایی از بیرون رفتن و یا دور شدن از خانه امتناع می کند؟ ۳. آیا در خوابیدن دور از خانه یا به خواب رفتن بدون نزدیک بودن به شخص دلبسته اصلی بی میل است؟ ۴. آیا در مورد اینکه بدون اشخاص دلبسته ی اصلی در خانه یا محیط های دیگر تنها بماند بی میل است؟ ۵. آیا وقتی جدایی از اشخاص دلبسته اصلی روی می دهد از نشانه های جسمانی (مثل

به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ بر روی نمونه های فوق، برای نمره کل ۰/۸۷ و برای مولفه ها بین ۰/۶۲ تا ۰/۷۴ گزارش شد (۳۱). محمدی پور و مزارعی ستوده (۳۲) در پژوهش خود روی ۲۰ کودک که دچار اضطراب جدایی شده بودند «پرسشنامه اضطراب جدایی» را اجرا کردند. روایی سازه به روش تحلیل عامل تأییدی ۴ مولفه را نشان داد. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ روی نمونه های فوق، نمره کل ۰/۸۷ به دست آمد (۳۲).

«پرسشنامه خشم» (Anger Questionnaire) توسط Novaco در شهر لوس آنجلس آمریکا در مرکز خدمات روانشناسی Western در سال ۱۹۸۶ ساخته شد (۳۳). این ابزار شامل ۱۶ عبارت و دارای ۳ مولفه بوده که رفتار پرخاشگرانه (aggressive behavior) (۸ عبارت شامل ۱، ۲، ۳، ۴، ۵، ۶، ۷، ۸)، فکر پرخاشگرانه (aggressive thought) (۴ عبارت شامل ۹، ۱۰، ۱۱، ۱۲) و احساس پرخاشگرانه (aggressive feeling) (۴ عبارت شامل ۱۳، ۱۴، ۱۵، ۱۶) می باشد، که توسط مربی، والدین یا پرستار کودک تکمیل می گردد، زیرا کودکان در سن پیش دبستانی و دبستان از لحاظ شناختی، اخلاقی، اجتماعی و عاطفی به رشد کامل نرسیده اند. پاسخ‌دهی هر یک از ۴ گزینه (هرگز، بندرت، گاهی اوقات، همیشه)، به ترتیب مقادیر صفر، ۱، ۲، ۳ در نظر گرفته شده است. لذا حداقل نمره صفر و حداکثر نمره ۴۸ است و نمره بالاتر نشان دهنده خشم بالاتری است. سطح بندی برای نمره‌ها ذکر نشده است.

Novaco روایی سازه به روش تحلیل عامل تأییدی بر روی ۱۵۴۶ زن و مرد ۹ تا ۸۱ ساله بررسی و نتایج، ساختار ۳ عاملی را تأیید نمود. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ روی نمونه های فوق، بدست آمد (۳۳). Moeller و همکاران (۳۴) در مطالعه خود «پرسشنامه خشم» روی ۹۵۸ که شامل نمونه بالینی، غیر بالینی و مجرم در نیوزلند و دانمارک، استفاده کردند. روایی سازه به روش تحلیل عامل تأییدی، ساختار ۳ عاملی آن را تأیید نمود. آن را تأیید نمود. همچنین پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ روی نمونه های فوق، ۰/۹۰ به دست آمد (۳۴). Jones و همکاران (۳۵) در مطالعه خود «پرسشنامه خشم» روی ۴۳۰ کارمند خدمات بهداشت ملی و ۵۸ فرد مراجعه کننده به بخش روانشناسی بالینی استفاده کردند. بررسی روایی سازه به روش تحلیل عامل تأییدی،

ملاک های تشخیصی متن تجدیدنظر شده چهارمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلال های روانی اندازه گیری می کند. این پرسشنامه ۴ مؤلفه اصلی دارد که ترس از تنها ماندن (fear of being alone) (۵ عبارت شامل ۷، ۱۳، ۱۹، ۲۴، ۳۰)، ترس از رها شدن (fear of abandonment) (۵ عبارت شامل ۴، ۱۲، ۲۰، ۲۵، ۳۳)، ترس از بیماری جسمی (fear of physical illness) (۵ عبارت شامل ۲، ۸، ۱۷، ۲۷، ۳۱) و نگرانی درباره وقوع حوادث خطرناک (concern about the occurrence of dangerous accidents) (۵ عبارت شامل ۳، ۹، ۱۴، ۲۱، ۲۶) را می سنجند. فرم والدین توسط پدر یا مادر یا قیم کودکان تکمیل می شود. پاسخ دهندگان فراوانی نشانه های اضطراب جدایی در هر یک از عبارت های پرسشنامه را بر مبنای ۴ درجه ای از ۱ (هرگز) تا ۴ (همیشه) درجه بندی می کنند. لذا حداقل نمره ۳۴ و حداکثر نمره ۱۳۶ است و نمره ی بالاتر نشان دهنده اضطراب جدایی بالاتری است. سطح بندی برای نمره‌ها ذکر نشده بود (۲۸).

Simard و همکاران (۲۹) در مطالعه خود «پرسشنامه اضطراب جدایی» روی ۲۳۷ از بین کودکان مبتلا به اضطراب جدایی استفاده کردند. روایی سازه به روش تحلیل عامل تأییدی ساختار ۴ عاملی آن را تأیید نمود. همچنین پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ روی نمونه های فوق، انجام و برای مولفه های ترس از تنها ماندن ۰/۶۵، ترس از رها شدن ۰/۷۵، ترس از بیماری جسمی ۰/۷۰ و نگرانی درباره وقوع حوادث خطرناک ۰/۶۳ گزارش شد (۲۹). Phillips و همکاران (۳۰) در مطالعه خود «پرسشنامه اضطراب جدایی» روی ۱۸۶ کودک ۷ تا ۱۷ ساله استفاده کردند. روایی سازه به روش تحلیل عاملی تأییدی ۴ عامل را نشان داد. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ روی نمونه های فوق، برای مولفه های ترس از تنها ماندن ۰/۷۰، ترس از رها شدن ۰/۷۵، ترس از بیماری جسمی ۰/۶۵ و نگرانی درباره وقوع حوادث خطرناک ۰/۷۳ گزارش شد (۳۰).

در ایران، اکوان (۳۱) در پژوهش خود «پرسشنامه اضطراب جدایی» را روی ۱۶۰ کودک دارای اضطراب جدایی اجرا کرد. جهت تأیید روایی صوری و محتوا به روش کیفی از نظرات ۲ تن متخصص روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد خمینی-شهر استفاده و سپس تغییرات اندکی در شکل نوشتاری پرسشنامه طبق نظر آن ها ایجاد شد. پایایی

شیوا جزینی و همکاران

شرکت کردند و با ۶ جلسه هفتگی «نمایش درمانی» تحت درمان قرار گرفتند. نتایج نشان داد که با استفاده از «نمایش درمانی»، این کودکان در حوزه های اجتماعی و رفتاری پیشرفت قابل ملاحظه ای داشتند.

در مطالعات خارجی، پژوهشی با موضوع «نمایش درمانی» در کودکان ۵ تا ۱۰ ساله ی مبتلا به سوگ وجود نداشت. قابل ذکر است که در مورد سوگ و «نمایش درمانی» موارد فرهنگی دخیل است و دستورالعمل های خارجی با فرهنگ ایرانی همخوانی ندارد، بعلاوه، در مطالعات خارجی «نمایش درمانی» در دامنه سنی دیگری بوده که متناسب با پژوهش حاضر نبود. لذا در مطالعه حاضر برای اولین بار در ایران و در دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان توسط نویسنده اول مقاله حاضر، تدوین شد.

مراحل تدوین به این صورت بود که از طریق مرور متون تخصصی (کتب و مقالات) مانند سوگ در کودکان (۴۰)، کودکان طلاق، سوگ و واکنش های سوگ در میان کودکان و نوجوانان (۴۲)، نیازهای مشاوره ای کودکان مبتلا به سوگ جمع آوری شد، سپس با استفاده از تحلیل مضمون استقرایی به شیوه ی Braun & Clarke (۴۳) مقولات فرعی (علائم اضطرابی، برون ریزی هیجانی و رفتاری، عواطف منفی) و سپس مقولات اصلی (درهم آمیختگی اضطراب، درهم آمیختگی مشکلات شناختی-هیجانی و رفتاری) معطوف به نیازها و مسائل کودکان مبتلا به سوگ برای بسته ی «نمایش درمانی» استخراج گردید. بسته «نمایش درمانی» برای ۱۰ جلسه ی ۷۵ دقیقه ای تدوین گردید.

سپس «نمایش درمانی» همراه با فرم بررسی محتوا برای ۶ متخصص حوزه کودک و نوجوان دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان ارسال شد. لذا فرم بررسی محتوا شامل ۴ سوال شامل تطابق محتوا، تناسب جلسات آموزشی، کفایت زمان اختصاص یافته و ارزیابی کلی بود. نحوه پاسخگویی در این فرم ۵ درجه ای خیلی ضعیف=۱، ضعیف=۲، متوسط=۳، قوی=۴ و خیلی قوی=۵ بود. ۶ متخصص حوزه کودک و نوجوان دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان، با مطالعه بسته «نمایش درمانی» تدوین شد. نتایج نشان داد که «نمایش درمانی»، از نظر تطابق محتوا، دارای توافق برابر ۹۰ درصد، از نظر تناسب جلسات آموزشی، دارای توافق با ۹۳ درصد، از نظر کفایت زمان اختصاص یافته، دارای توافق برابر با ۹۰ درصد و از نظر ارزیابی کلی، دارای توافق برابر

ساختار ۳ عاملی آن را تایید نمود. همچنین پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب الفا کرونباخ روی نمونه های فوق، ۰/۹۴ به دست آمد (۳۵).

در ایران، گل فرشچی و مصطفوی (۳۶) در پژوهش خود «پرسشنامه خشم» روی ۱۶۸ تن از بین دانش آموزان مقطع ابتدایی استفاده کردند. روایی صوری و محتوایی به روش کیفی پرسشنامه از نظرات ۵ تن از متخصص روانشناسی شهر تبریز استفاده و تایید شد. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب الفا کرونباخ با نمونه های فوق، ۰/۹۲ به دست آمد (۳۶). بشارت و همکاران (۳۷) در پژوهش خود روی ۷۵ تن (۳۰ پسر و ۴۵ دختر) «پرسشنامه خشم» را اجرا کردند. و روایی محتوایی آن به روش کیفی توسط ۵ تن از متخصصین روانشناسی دانشگاه تهران تأیید شد. روایی سازه به روش روایی همگرا با «پرسشنامه پرخاشگری باس و پری» (Buss Perry Aggression Questionnaire) ۰/۷۸ به دست آمد. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب الفا کرونباخ روی نمونه های فوق، ۰/۷۷ گزارش شد (۳۷).

در پژوهش حاضر روایی محتوا به روش کیفی «پرسشنامه اضطراب جدایی» و «پرسشنامه خشم» از طریق نظرخواهی از ۱۰ تن از مدرسین دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان و ۵ تن از متخصصان گروه روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان بررسی و تأیید شد. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ با نمونه ۶۰ کودک (نمونه پژوهش حاضر) «پرسشنامه اضطراب جدایی» در پیش آزمون ۰/۸۲ پس آزمون ۰/۹۳ و پیگیری ۰/۹۲ و «پرسشنامه خشم» در پیش آزمون ۰/۷۲ پس آزمون ۰/۸۷ و پیگیری ۰/۸۸ گزارش شد.

Wu و همکاران (۳۸) پژوهشی با عنوان مداخله زود هنگام برای کودکان دارای ناتوانی ذهنی و رشدی با استفاده از «نمایش درمانی» انجام دادند. در این مطالعه ۱۰ کودک ۳ تا ۶ ساله شرکت کردند و با ۳۰ جلسه هفتگی نمایش درمانی تحت درمان قرار گرفتند. نتایج نشان داد که کودکان در فرآیند «نمایش درمانی» میزان ارتباط و همکاری خود را افزایش دادند و خلاقیت، انعطاف پذیری، تخیل و استفاده از مهارت های اجتماعی در آن ها نیز افزایش یافت. همچنین، O'Leary (۳۹) پژوهشی با هدف تعیین اثرات «نمایش درمانی» برای کودکان مبتلا به اختلالات طیف اوتیسم انجام داد که ۷ کودک ۸ تا ۱۴ ساله در این مطالعه

به روش کیفی با استفاده از نظر همان افراد فوق تایید شد. «نمایش درمانی» در طی ۱۰ هفته (هفته‌ای ۱ بار) در کودکان در هر جلسه ۷۵ دقیقه‌ای اجرا شد (۲۲). محتوای «نمایش درمانی» به تفکیک جلسات توسط پژوهشگر ارائه شد.

با ۹۰ درصد بود. پس از تایید تخصصی توسط ۶ متخصص حوزه کودک و نوجوان دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان، طی یک مطالعه مقدماتی روایی محتوایی «نمایش درمانی» طراحی شده بر روی ۶ تن از کودکان مبتلا به سوگ در پیش دبستان مهرستان در شهر اصفهان اجرا و روایی محتوا

محتوای جلسات "نمایش درمانی"

جلسه	محتوا
اول	آشنایی مقدماتی کودکان با یکدیگر، معرفی و بیان قوانین و اصول حاکم بر گروه، اجرای نمایش توسط پژوهشگر با محوریت خودارزیابی بهتر کودکان از خود و اجرای پیش آزمون انجام شد.
دوم	کنار آمدن با مرگ عزیزان، عمل کردن با روحیه و رفتار و احساسات بهتر به‌طور موثر و مطلوب در صحنه‌های مختلف زندگی، اجرای نمایش توسط پژوهشگر با محوریت پذیرش شناختی عاطفی مرگ در کودکان انجام شد.
سوم	مواجهه با فقدان و کنار آمدن با غم مرگ عزیزان، اجرای نمایش توسط پژوهشگر با محوریت پذیرش شناختی عاطفی مرگ در کودکان صورت گرفت.
چهارم	ایجاد شرایط برون‌ریزی احساسات در کودکان به منظور شناسایی انواع احساسات، درک بیشتر احساسات جدید و اغلب ناخوشایند و همچنین کشف مسائل، بیان تعارضات، تمایلات و هیجانات، اجرای نمایش توسط پژوهشگر با محوریت کاهش نارسایی‌های رفتاری، شناختی و هیجانی کودکان صورت گرفت.
پنجم	تشخیص احساسات و آموختن طیف‌های متفاوت احساسات و به زبان آوردن آن‌ها، اجرای نمایش توسط پژوهشگر با محوریت کاهش نارسایی‌های رفتاری، شناختی و هیجانی کودکان انجام شد.
ششم	آموختن بی‌تفاوت نبودن نسبت به عواطف و گفت‌وگوهای درونی خود و ارتباط بین رویدادها، افکار و احساسات خود برای کنار آمدن با فقدان، اجرای نمایش توسط پژوهشگر با محوریت کاهش نارسایی‌های رفتاری، شناختی و هیجانی کودکان انجام شد.
هفتم	افزایش فکر و تمرکز کردن و بازدهی و پاسخگویی مؤثر، اجرای نمایش توسط پژوهشگر با محوریت بهبود و بازسازی ادراکی کودکان انجام شد.
هشتم	نیاز به مهر، محبت، حمایت برای غلبه بر احساسات منفی، توجه و تأیید برای غلبه بر احساسات، اجرای نمایش توسط پژوهشگر با محوریت مسائل و نیازهای اجتماعی کودکان صورت گرفت.
نهم	فکر کردن به فرد فوت شده و همزمان انجام دادن فعالیت، اجرای نمایش توسط پژوهشگر با محوریت بهبود و بازسازی درسی و تحصیلی کودکان صورت گرفت.
دهم	کاهش دردها و بیماری‌ها که در اثر تنش، فشار روانی، تنش یا سرکوب فشارهای روانی در بدن ایجاد شده است، اجرای نمایش توسط پژوهشگر با محوریت نیاز به کنترل واکنش‌های روانی کودکان و اجرای پس‌آزمون صورت گرفت.

در پژوهش حاضر، «روایت درمانی» از طریق تدوین بسته جلالی و همکاران (۴۴) استفاده شد و در طی ۱۰ هفته (هفته‌ای ۱ بار) هر جلسه ۷۵ دقیقه اجرا شد. محتوای «روایت درمانی» به تفکیک جلسات ارائه شد.

Elinger و همکاران (۲۴) مطالعه‌ای با هدف «روایت‌درمانی» برای اختلال سوگ یا غم طولانی مدت انجام دادند. ۱۰ بیمار در این مطالعه شرکت کردند و با ۱۶ جلسه هفتگی تحت درمان قرار گرفتند. نتایج نشان داد شرکت‌کنندگان کاهش قابل توجهی در افسردگی و اضطراب نشان دادند.

محتوای جلسات «روایت‌درمانی»

جلسه	محتوا
اول	آشنایی مقدماتی کودکان با یکدیگر، معرفی و بیان قوانین و اصول حاکم بر گروه، اجرای نمایش توسط پژوهشگر با محوریت خودارزیابی بهتر کودکان از خود و اجرای پیش‌آزمون انجام شد.
دوم	کنار آمدن با مرگ عزیزان، عمل کردن با روحیه و رفتار و احساسات بهتر به طور موثر و مطلوب در صحنه‌های مختلف زندگی، اجرای نمایش توسط پژوهشگر با محوریت پذیرش شناختی عاطفی مرگ در کودکان انجام شد.
سوم	مواجهه با فقدان و کنار آمدن با غم مرگ عزیزان، اجرای نمایش توسط پژوهشگر با محوریت پذیرش شناختی عاطفی مرگ در کودکان صورت گرفت.
چهارم	ایجاد شرایط برون‌ریزی احساسات در کودکان به منظور شناسایی انواع احساسات، درک بیشتر احساسات جدید و اغلب ناخوشایند و همچنین کشف مسائل، بیان تعارضات، تمایلات و هیجانات، اجرای نمایش توسط پژوهشگر با محوریت کاهش نارسایی‌های رفتاری، شناختی و هیجانی کودکان صورت گرفت.
پنجم	تشخیص احساسات و آموختن طیف‌های متفاوت احساسات و به زبان آوردن آن‌ها، اجرای نمایش توسط پژوهشگر با محوریت کاهش نارسایی‌های رفتاری، شناختی و هیجانی کودکان انجام شد.
ششم	آموختن بی‌تفاوت نبودن نسبت به عواطف و گفت‌وگوهای درونی خود و ارتباط بین رویدادها، افکار و احساسات خود برای کنار آمدن با فقدان، اجرای نمایش توسط پژوهشگر با محوریت کاهش نارسایی‌های رفتاری، شناختی و هیجانی کودکان انجام شد.
هفتم	افزایش فکر و تمرکز کردن و بازدهی و پاسخگویی مؤثر، اجرای نمایش توسط پژوهشگر با محوریت بهبود و بازسازی ادراکی کودکان انجام شد.
هشتم	نیاز به مهر، محبت، حمایت برای غلبه بر احساسات منفی، توجه و تأیید برای غلبه بر احساسات، اجرای نمایش توسط پژوهشگر با محوریت مسائل و نیازهای اجتماعی کودکان صورت گرفت.
نهم	فکر کردن به فرد فوت شده و همزمان انجام دادن فعالیت، اجرای نمایش توسط پژوهشگر با محوریت بهبود و بازسازی درسی و تحصیلی کودکان صورت گرفت.
دهم	کاهش دردها و بیماری‌ها که در اثر تنش، فشار روانی، تنش یا سرکوب فشارهای روانی در بدن ایجاد شده است، اجرای نمایش توسط پژوهشگر با محوریت نیاز به کنترل واکنش‌های روانی کودکان و اجرای پس‌آزمون صورت گرفت.

به عنوان پیش‌آزمون تکمیل گردید. گروه‌های مداخله و کنترل در روزهای متفاوت دعوت به تکمیل پرسشنامه شدند تا از عدم مواجهه ۳ گروه کودکان مبتلا به سوگ اطمینان حاصل شود. سپس برای آزمودنی‌های گروه‌های مداخله جلسات «نمایش‌درمانی» و «روایت‌درمانی» توسط پژوهشگر اول مقاله حاضر در پیش‌دبستانی مهرستان اجرا گردید و محتوای آموزشی آفلاین پس از انجام پژوهش به گروه کنترل ارائه شد.

پس از انجام مداخلات، مجدد «پرسشنامه اضطراب جدایی» و «پرسشنامه خشم» برای گروه‌های مداخله و کنترل که شامل کودکان مبتلا به سوگ بود، برای پس‌آزمون در پیش‌دبستانی مهرستان اجرا شد. پس از اتمام جلسات و بعد از گذشت ۱ ماه، از والدین در قید حیات و یا قیم کودکان مبتلا به سوگ، به عنوان دوره پیگیری به صورت حضوری دعوت شد تا مجدد به این پرسشنامه‌ها پاسخ دهند. به منظور رعایت اصول اخلاقی، رعایت رازداری کامل برای همه شرکت‌کنندگان، داشتن آزادی و اختیار کامل جهت ترک پژوهش، اطلاع‌رسانی کامل در مورد پژوهش و کسب رضایت‌نامه کتبی از والدین یا همراهان، استفاده از داده‌ها فقط در راستای اهداف پژوهش انجام شد. مدت زمان اجرا

در پژوهش حاضر، برای جمع‌آوری داده‌ها، ابتدا مجوزهای لازم از معاونت پژوهشی دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان) و کد اخلاق از کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان) دریافت شد. سپس هماهنگی‌های لازم با پیش‌دبستانی مهرستان به دلیل داشتن فضای کامل، مناسب و وسایل مختلف با کودکان ۵ تا ۱۰ مبتلا به سوگ، صورت گرفت. در ابتدا فراخوان همکاری با مراجعه حضوری و توضیح پژوهشگر اول مقاله حاضر به ۶ مرکز مشاوره و خدمات روانشناختی اصفهان که حاضر به همکاری بودند، انجام گرفت. پس از مراجعه افراد داوطلب به پیش‌دبستانی مهرستان در شهر اصفهان، غربالگری بر اساس معیارهای شمول صورت گرفت و از ۸۶ کودک، ۶۰ کودک مبتلا به سوگ به عنوان نمونه انتخاب شدند. سپس کودکان مبتلا به سوگ به روش تصادفی ساده با کمک قرعه‌کشی به ۳ گروه مساوی، هر گروه ۲۰ کودک تقسیم و به صورت تصادفی به عنوان گروه‌های «نمایش‌درمانی» (۲۰ کودک)، «روایت‌درمانی» (۲۰ کودک) و گروه کنترل (۲۰ کودک) انتخاب شدند. برای هر ۳ گروه کودکان مبتلا به سوگ پیش‌آزمون در پیش‌دبستانی مهرستان توسط والد در قید حیات یا قیم کودک «پرسشنامه اضطراب جدایی» و «پرسشنامه خشم»

و جمع‌آوری داده‌ها ۶ ماه به‌طول انجامید. داده‌های پژوهش در سطح توصیفی میانگین و انحراف معیار و در سطح استنباطی نیز از تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بنفرونی مورد تحلیل قرار گرفت. داده‌ها در نرم‌افزار اسپ‌اس‌اس نسخه ۲۷ تحلیل شد.

یافته‌ها

داده‌های جمعیت شناختی نشان داد ۳۰ تن (۵۰ درصد) کودکان دختر و ۳۰ تن (۵۰ درصد) آن پسر بودند. سن کودکان شامل ۵ تن (۱۲ درصد) ۵ سال (پیش دبستان)، ۸ تن (۲۰ درصد) ۶ سال (پیش دبستان)، ۱۱ تن (۲۷ درصد) ۷ سال (اول دبستان)، ۷ تن (۱۷ درصد) ۸ سال (دوم دبستان)، ۶ تن (۱۵ درصد) ۹ سال (سوم دبستان) و ۳ تن (۷ درصد) ۱۰ سال (چهارم دبستان) داشتند. همچنین تحصیلات والدین

در قید حیات این کودکان شامل ۸ تن (۲۰ درصد) پدران در قید حیات دارای تحصیلات دیپلم و پایین‌تر، ۶ تن (۱۵ درصد) تحصیلات کاردانی و کارشناسی، ۴ تن (۱۰ درصد) تحصیلات کارشناسی ارشد و بالاتر داشتند. از مادران در قید حیات ۱۲ تن (۳۰ درصد) تحصیلات دیپلم و کمتر، ۶ تن (۱۵ درصد) تحصیلات کاردانی و کارشناسی و ۴ تن (۱۰ درصد) تحصیلات کارشناسی ارشد و بالاتر داشتند. ۳۱ تن (۷۸ درصد) این کودکان پدر و ۹ تن (۱۲ درصد) مادر خود را از دست داده بودند. نتایج نشان داد که بین ۳ گروه پژوهش در توزیع فراوانی متغیرهای جمعیت شناختی جنسیت و سن تفاوت معناداری وجود ندارد. در جدول ۱ بررسی میانگین و انحراف معیار نمره اضطراب جدایی و خشم با روش تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر انجام گرفت.

جدول ۱: میانگین و انحراف معیار اضطراب جدایی و خشم به تفکیک گروه‌های پژوهش

مرحله	متغیر وابسته	گروه «نمایش درمانی»		گروه «روایت‌درمانی»		گروه کنترل	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
پیش آزمون	اضطراب جدایی	۳/۳۰	±۰/۲۵	۳/۴۴	±۰/۲۴	۳/۳۳	±۰/۲۳
	خشم	۳/۴۶	±۰/۲۹	۳/۳۴	±۰/۲۴	۳/۴۰	±۰/۲۲
پس آزمون	اضطراب جدایی	۲/۴۵	±۰/۱۳	۲/۸۹	±۰/۱۵	۳/۳۲	±۰/۱۹
	خشم	۲/۵۵	±۰/۲۲	۲/۸۳	±۰/۲۳	۳/۳۴	±۰/۲۰
پیگیری	اضطراب جدایی	۲/۵۷	±۰/۱۶	۳/۰۴	±۰/۱۹	۳/۳۵	±۰/۲۰
	خشم	۲/۶۱	±۰/۲۳	۲/۹۷	±۰/۱۴	۳/۳۸	±۰/۱۹

اضطراب جدایی و خشم در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری معنادار نبود. بنابراین، می‌توان بیان نمود تفاوت معناداری بین واریانس‌های خطای ۳ گروه پژوهش وجود ندارد. پیش‌فرض کرویت که از طریق آزمون ماکی بررسی شد، معنادار بود به این معنا که پیش‌فرض کرویت در داده‌ها رعایت نشده است. بر این اساس در ارائه نتایج تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر، نتایج با اصلاح درجه آزادی بر حسب اسپیلن از طریق ردیف گرین‌هاوس-گیزر ارائه شد.

در جدول ۲ تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر برای مقایسه مرحله زمانی پیش‌آزمون با مراحل پس‌آزمون و پیگیری و بین ۳ گروه پژوهش با یکدیگر در اضطراب جدایی و خشم ارائه شده است

بررسی میانگین و انحراف معیار در جدول ۱ نشان داد که میانگین نمره اضطراب جدایی و خشم کودکان گروه مداخله «نمایش درمانی» و گروه «روایت‌درمانی» در پس‌آزمون و پیگیری تا کاهش پیدا کرده است و در گروه کنترل نیز میانگین نمره اضطراب جدایی و خشم کودکان تغییر خاصی نداشته است. نمره شرکت‌کنندگان پژوهش در مرحله پس‌آزمون و پیگیری نسبت به نمره پیش‌آزمون و نمره گروه کنترل متفاوت می‌باشد. لذا پیش از اجرای تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر مفروضات اصلی این نوع تحلیل مورد بررسی قرار گرفت. در مفروضه نرمال بودن داده‌های آزمون شاپیرو-ویلک در نمره کلی اضطراب جدایی و خشم معنادار نبود ($P > 0/05$)، لذا می‌توان بیان نمود توزیع متغیرهای حاضر طبیعی هستند.

همچنین مقدار F محاسبه شده در آزمون لوین در متغیر

با پیگیری (۳/۰۴) تفاوت معناداری وجود دارد ($P < 0.05$). بر اساس این یافته‌ها می‌توان گفت اجرای «روایت درمانی» نمره اضطراب جدایی کودکان را در پس‌آزمون و پیگیری کاهش داده است. در نهایت بررسی یافته‌ها در گروه کنترل نشان داد که تفاوت معناداری بین نمره اضطراب جدایی کودکان در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری وجود ندارد ($P > 0.05$).

در جدول ۴ نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی برای مقایسه مرحله زمانی پیش‌آزمون با مراحل پس‌آزمون و پیگیری و بین ۳ گروه پژوهش با یکدیگر در خشم کودکان ارائه شده است.

مقایسه زوجی نتایج آزمون بنفرونی در جدول ۳ نشان داد که در گروه «نمایش درمانی» بین نمره اضطراب جدایی کودکان در پیش‌آزمون (۳/۳۰) با پس‌آزمون (۲/۴۵) و پیش‌آزمون (۳/۳۰) با پیگیری (۲/۵۷) تفاوت معناداری وجود دارد ($P > 0.05$). بر اساس این یافته‌ها می‌توان گفت اجرای «نمایش درمانی»، نمره اضطراب جدایی کودکان را به میزان قابل توجهی در پس‌آزمون و پیگیری کاهش داده است. در گروه «روایت‌درمانی» نیز بین نمره اضطراب جدایی کودکان در پیش‌آزمون (۳/۴۴) با پس‌آزمون (۲/۸۹)؛ پیش‌آزمون (۳/۴۴) با پیگیری (۳/۰۴)؛ و پس‌آزمون (۲/۸۹)

جدول ۴: آزمون بنفرونی: مقایسه زوجی نمره خشم کودکان بر اساس تعامل زمان و گروه

گروه	میانگین تعدیل شده	زمان (i)	زمان (j)	تفاوت میانگین	خطا	مقدار احتمال
"نمایش درمانی"	۳/۴۶	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	*۰/۹۰	۰/۰۴۳	۰/۰۰۰
		پیش‌آزمون	پیگیری	*۰/۸۵	۰/۰۵۰	۰/۰۰۰
	۲/۵۵	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	*-۰/۹۰	۰/۰۴۳	۰/۰۰۰
		پس‌آزمون	پیگیری	*-۰/۸۵	۰/۰۳۷	۰/۳۶۰
	۲/۶۱	پیگیری	پیش‌آزمون	*-۰/۸۵	۰/۰۵۰	۰/۰۰۰
		پیگیری	پس‌آزمون	*-۰/۰۵	۰/۳۷	۰/۳۶۰
"روایت درمانی"	۳/۳۴	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	*۰/۴۳	۰/۰۵۱	۰/۰۰۰
		پیش‌آزمون	پیگیری	*۰/۵۰	۰/۰۵۷	۰/۰۰۰
	۲/۸۳	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	*۰/۴۳	۰/۰۵۱	۰/۰۰۰
		پس‌آزمون	پیگیری	۰/۳۷	۰/۰۲۶	۰/۰۰۱
	۲/۹۷	پیگیری	پیش‌آزمون	*۰/۵۰	۰/۰۵۷	۰/۰۰۰
		پیگیری	پس‌آزمون	*۰/۳۷	۰/۰۲۶	۰/۰۰۱
کنترل	۳/۴۰	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۰/۰۶	۰/۰۴۳	۰/۴۶۴
		پیش‌آزمون	پیگیری	۰/۰۱	۰/۰۵۰	۱/۰۰۰
	۳/۳۴	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	۰/۰۶	۰/۰۴۳	۰/۴۶۴
		پس‌آزمون	پیگیری	-۰/۰۴	۰/۰۳۷	۰/۷۵۵
	۳/۳۸	پیگیری	پیش‌آزمون	-۰/۰۱	۰/۰۵۰	۱/۰۰۰
		پیگیری	پس‌آزمون	-۰/۰۴	۰/۰۳۷	۰/۷۵۵

می‌توان گفت اجرای «روایت‌درمانی» نمره خشم کودکان را در پس‌آزمون و پیگیری کاهش داده است. اما بررسی یافته‌ها نشان داد که خشم کودکان در مرحله پیگیری نسبت به مرحله پس‌آزمون به طور معناداری مجدد افزایش یافته است. در نهایت بررسی یافته‌ها در گروه کنترل نشان داد که تفاوت معناداری بین نمره خشم کودکان در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری وجود ندارد ($P > 0.05$).

بحث

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی «نمایش درمانی» با «روایت‌درمانی» کودک بر اضطراب جدایی و خشم کودکان ۵ تا ۱۰ ساله مبتلا به سوگ انجام گرفت. اولین یافته نشان داد، «نمایش درمانی» در کاهش اضطراب

مقایسه زوجی نتایج آزمون بنفرونی جدول ۴ نشان داد که در گروه «نمایش درمانی» بین نمره خشم کودکان در پیش‌آزمون (۳/۴۶) با پس‌آزمون (۲/۵۵)؛ و پیش‌آزمون (۳/۴۶) با پیگیری (۲/۵۷) تفاوت معناداری وجود دارد ($P < 0.05$). اما بین نمره خشم کودکان در پس‌آزمون (۲/۵۵) با پیگیری (۲/۵۷) تفاوت معناداری وجود ندارد ($P > 0.05$). بر اساس این یافته‌ها می‌توان گفت اجرای «نمایش درمانی» سطح خشم کودکان به میزان قابل توجهی در پس‌آزمون و پیگیری کاهش داده است. در گروه «روایت‌درمانی» نیز بین نمره خشم کودکان در پیش‌آزمون (۳/۳۴) با پس‌آزمون (۲/۸۳)؛ پیش‌آزمون (۳/۳۴) با پیگیری (۲/۹۷)؛ و پس‌آزمون (۲/۸۳) با پیگیری (۲/۶۱) تفاوت معناداری وجود دارد ($P < 0.05$). بر اساس این یافته‌ها

شیوا جزینی و همکاران

انطباقی آن‌ها با سوگ و از دست دادن عزیزان‌شان مورد استفاده قرار بگیرد. با استفاده از «روایت درمانی» کودکان مبتلا به سوگ می‌توانند از مشکلات خود فاصله بگیرند و به جای درونی کردن یک مسئله، آن را بیرونی کنند. پس از آن، آن‌ها دیدگاه جدیدی پیدا می‌کنند، یاد می‌گیرند که علت اصلی یک مشکل را شناسایی کنند و رویکرد جدیدی را برای حل یک مسئله اتخاذ می‌کنند. بر اساس مجموعه مهارت‌ها، اعتقادات و ارزش‌های جدید به دست آمده، آن‌ها می‌توانند داستان زندگی خود را دوباره بنویسند و به نوبه خود، تأثیر یک رویداد مشکل‌ساز را بر زندگی کاهش دهند (۴۷). در «روایت‌درمانی» کودکان مبتلا به سوگ، هدف مشاور تسهیل در ایجاد زبان جدید برای کودکان است که از طریق آن داستان‌های خود را بیان می‌کنند، در نتیجه به آن‌ها کمک می‌کند تا امکانات جایگزین را ببینند و معانی جدیدی در زندگی خود ایجاد کنند. «روایت‌درمانی» به کودکان مبتلا به سوگ کمک می‌کند که مهارت‌ها، شایستگی‌ها، ارزش‌ها، تعهدات و توانایی‌های خود را بشناسند و ارتباط خودشان را با مشکل تغییر بدهند (۴۸).

نتیجه‌گیری

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که «نمایش‌درمانی» و «روایت‌درمانی» در کاهش اضطراب جدایی و خشم کودکان مبتلا به سوگ اثربخش است. اما «نمایش‌درمانی» تأثیر بیشتری داشت. لذا پیشنهاد می‌شود مشاوران و روان‌درمانگران کودکان مبتلا به سوگ از «نمایش‌درمانی» و «روایت‌درمانی» در کاهش پیامدهای ناشی از سوگ خصوصاً اضطراب جدایی و خشم در آن‌ها استفاده شود. محدودیت‌های این مطالعه شامل استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس برای انتخاب کودکان مبتلا به سوگ به عنوان نمونه پژوهش و ساکن شهر اصفهان می‌باشد. بنابراین، در استفاده از نتایج و تعمیم یافته‌ها دقت شود.

سپاسگزاری

مقاله حاضر برگرفته از پایان‌نامه دکتری شیوا جزینی در رشته مشاوره در دانشگاه آزاد اسلامی اصفهان (واحد خوراسگان) و به راهنمایی آقای دکتر محسن گل‌پرور با کد اخلاق آن IR. IAU. KHUISE. REC. 1400. 304 ۹۷۰۰۱۶۴۴۳ و در تاریخ ۱۴۰۰/۱۰/۶ در کمیته اخلاق دانشگاه

جدایی و خشم کودکان مبتلا به سوگ موثر است. این یافته با نتایج پژوهش‌های دیگر (۴۶، ۴۵) از لحاظ اثربخشی «نمایش‌درمانی» در ارتباط با کاهش اضطراب جدایی و خشم کودکان همسو بود. برای مثال، سبزی‌علی و همکاران (۴۵) در مطالعه خود نشان دادند که «نمایش‌درمانی» برای کودکان بر کاهش اضطراب جدایی موثر است. همچنین نتایج مطالعه بختیاری و همکاران (۴۶) نشان دادند «نمایش‌درمانی» در کاهش خشم کودکان موثر است. در تبیین این یافته‌ها می‌توان بیان نمود که «نمایش‌درمانی» شیوه‌ای است که می‌تواند به کودکان مبتلا به سوگ این امکان را بدهد تا با توجه به سطح توانمندی‌های خود با موفقیت‌هایی مواجه شوند که در آن‌ها انگیزه برای انجام یک فعالیت بهبود یابد. «نمایش‌درمانی» شیوه‌ای بازی‌محور است که به کودکان مبتلا به سوگ این فرصت را می‌دهد تا با توجه به توانایی‌های خود در حل چالش‌ها و مشکلات موفق عمل کنند و انگیزه، اعتمادبه‌نفس و امیدواری خود را بهبود بخشند (۴۵). در «نمایش‌درمانی» مشاور به کمک شیوه‌های مختلف نمایش (صحنه‌ای، عروسکی) و شناخت جنبه‌های روحی و روانی کودکان مبتلا به سوگ، کمک می‌کند تا با هنر نمایش و بازی بداهه و خلق موقعیت‌هایی در مسیر شناخت جنبه‌های وجودی خویش و ارزیابی و اصلاح رفتار، گفتار و عملکرد خود تلاش کنند. ارتباط از طریق زبان، تنها راه ارتباطی نیست، بلکه نمایش و تئاتر یک راه کامل و تمام‌عیار جهت ایجاد ارتباط و از بین بردن نگرانی‌ها است که «نمایش‌درمانی» می‌تواند از این طریق به کودکان مبتلا به سوگ کمک کند (۴۶).

یافته دیگر پژوهش حاضر این بود که «روایت‌درمانی» موجب کاهش اضطراب جدایی و خشم کودکان مبتلا به سوگ گردید. اما «نمایش‌درمانی» اثربخش‌تر بود. این یافته با نتایج پژوهش‌های دیگر (۴۷، ۴۸)، از این نظر که «روایت‌درمانی» در ارتباط با کاهش اضطراب جدایی و خشم کودکان موثر است، همسو بود. برای مثال Wali Elahi و همکاران (۴۷) نشان دادند که «روایت‌درمانی» در کودکان بر کاهش اضطراب جدایی موثر است. همچنین تهرانی‌زاده و همکاران (۴۸) نشان دادند که «روایت‌درمانی» در کاهش خشم کودکان موثر است. در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت که «روایت‌درمانی» برای کودکان مبتلا به سوگ می‌تواند در فرایند تسهیل فرآیند روان‌شناختی و

تضاد منافع

نویسندگان مقاله حاضر هیچگونه تضاد منافی گزارش نکردند.

آزاد اسلامی اصفهان (واحد خوراسگان) به آدرس <https://ethics.research.ac.ir/IR.IAU.KHUISF.REC.1400.304> ثبت شد. نویسندگان از کودکان شرکت کننده و همراهان آن‌ها به دلیل مساعدت و مشارکت در انجام پژوهش تشکر و قدرانی می کنند.

References

1. Stroebe M, Schut H, Boerner K. Models of coping with bereavement: An updated overview/Modelos de afrontamiento en duelo: Un resumen actualizado. *Estudios de Psicología*. 2017; 38 (3): 582-607. <https://doi.org/10.1080/02109395.2017.1340055>
2. Kakarla SE, Roberts KE, Rogers M, Coats T, Falzarano F, Gang J, Chilov M, Avery J, Maciejewski PK, Lichtenthal WG, Prigerson HG. The neurobiological reward system in Prolonged Grief Disorder (PGD): A systematic review. *Psychiatry Research: Neuroimaging*. 2020; 303:111135. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.111135>
3. Lundorff M, Bonanno GA, Johannsen M, O'Connor M. Are there gender differences in prolonged grief trajectories? A registry-sampled cohort study. *Journal of Psychiatric Research*. 2020; 129(4): 168-175. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2020.06.030>
4. Boron L, Naderi F, Heydarei A, Bakhtiarpour S, Ehteshamzadeh P. [Comparison of the effectiveness of Drama Therapy and Music Therapy on loneliness, anxiety, and children with grief referred to Ahwaz clinics]. *Journal of Health Promotion Management*. 2021; 10(5):28-40. <http://mail.jhpm.ir/article-1-1242-en.pdf>
5. Zare S, Pourshahriari M S, Rahimi C. [The effect of Play Therapy on bereavement symptoms in children covered by the Imam Khomeini Relief Committee]. *Consulting Research Journal*. 2016; 15 (63): 98-81. <http://iran-counseling.ir/journal/article-1-270-fa.html>
6. Ahmadi Kh, Darabi A. [The effectiveness of patience training on reducing grief and facilitating post-traumatic growth. *Journal of Cultural Psychology*]. 2016; 1 (1): 114-131. 20.1001.1.25887211.1396.1.1.7.4
7. Aslipoor A, Kalantari M Samavatyan H, Abedi A. [Introduction a cognitive behavioral therapeutic package based on factors effecting the psychological problems of bereaved children]. *Razi Journal Medical Sciences*. 2020; 27 (10): 36-49. <https://doi.org/10.22054/qccpc.2021.60104.2674>
8. Sanghvi P. Grief in children and adolescents: A review. *Indian Journal of Mental Health*. 2020., 7(1): 6-14. 10.30877/IJMH.7.1.2019.6-14 <https://doi.org/10.30877/IJMH.7.1.2019.6-14>
9. McFayden TC, White SW. Brief, Intensive treatment for separation anxiety in an 8-year-old boy: A case study. *Clinical Case Studies*. 2020; 19(2): 83-100. <https://doi.org/10.1177/1534650119888282>
10. Bhatia MS, Goyal A. Anxiety disorders in children and adolescents: Need for early detection. *Journal of Postgraduate Medicine*. 2018; 64(2): 75- 90. https://doi.org/10.4103/jpgm.JPGM_65_18
11. Ginsburg GS, Becker EM, Keeton CP, Sakolsky D, Piacentini J, Albano A M, Kendall PC. Naturalistic follow-up of youths treated for pediatric anxiety disorders. *JAMA psychiatry*. 2014; 71(3): 310-318. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2013.4186>
12. Girard L C, Tremblay R E, Nagin D, Cote SM. Development of aggression subtypes from childhood to adolescence: A group-based multi-trajectory modeling perspective. *Journal of Abnormal Child Psychology*. 2019; 47(5): 825-838. <https://doi.org/10.1007/s10802-018-0488-5>
13. Evans S C, Díaz K I, Callahan K P, Wolock E R, Fite P J. Parallel trajectories of proactive and reactive aggression in middle childhood and their outcomes in early adolescence. *Research on Child and Adolescent Psychopathology*. 2021; 49(2): 211-226. <https://doi.org/10.1007/s10802-020-00709-5>
14. Buyuktaskapu SS, Devlet A P, Hayriye A. Aggressive behaviors of 48- to 66-month-old children: Predictive power of teacher-student relationship, cartoon preferences, and mother's attitude. *Early Child Development and Care*. 2020; 187(8): 1244-1258. <https://doi.org/10.1080/03004430.2017.1289191>

15. Butle JD. The complex intersection of education and therapy in the Drama Therapy classroom. *The Arts in Psychotherapy*. 2017; 44(2):28-35. <https://doi.org/10.1016/j.aip.2017.01.010>
16. Lunden M, Lundgren SM, Morrison-Helme M, Lepp M. Professional development for radiographers and post graduate nurses in radiological interventions: Building teamwork and collaboration through drama. *Radiography*. 2017; 23(4):330-336 <https://doi.org/10.1016/j.radi.2017.06.005>
17. Abolghasemi S. [Determining the effectiveness of Play Therapy (psychodrama) on the level of happiness and self-confidence of pre-university girls with low self-confidence in Babolsar city]. *Scientific-Research Quarterly of Social Work*. 2014; 3(4): 22-27. <http://socialworkmag.ir/article-1-47-fa.html>
18. Price M. *Deathucation: On Childhood Bereavement and Drama Therapy 2020*. https://digital-commons.lesley.edu/expressive_theses/308
19. McGregor B A, Antoni M. H. Psychological intervention and health outcomes among women treated for breast cancer: a review of stress pathways and biological mediators. *Brain, Behavior, and Immunity*. 2019; 23(2): 159-166. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2008.08.002>
20. Romagnolo S M, Ohrt J H. Using narrative therapy with low-income middle school students: A model for school counselors. *Journal of Child and Adolescent Counseling*. 2017; 3(1): 59-73. <https://doi.org/10.1080/23727810.2017.1284471>
21. Choob Farushzadeh A, Saeedmanesh M, Rashidi M. [The effect of Narrative Therapy group on the cognitive flexibility of orphaned adolescent girls in Mashhad welfare centers]. *Journal of Neuroscience Studies*. 2017; 76(8): 135- 151. <http://jdisabilstud.org/article-1-896-fa.html>
22. Shalian A, Saadat Kia A. [Investigating the positive effectiveness of narrative therapy on the situation of bereaved and bereaved minors who lost their parents due to Corona]. *National Conference on Management, Psychology and Behavioral Sciences*. 2021; <https://civilica.com/doc/1312150>
23. Broom L, Naderi F, Heydari A, Bakhtiarpour S, Ehtshamzadeh P. [Comparison of the effectiveness of Drama Therapy and Music Therapy on loneliness and anxiety of bereaved children referred to Ahvaz clinics]. 2021; 10 (5): 28-40. <http://jhpm.ir/article-1-1242-fa.html>
24. Elinger G, Hasson-Ohayon I, Barkalifa E, Boelen P A, Peri T. Narrative Reconstruction Therapy for prolonged grief disorder-a pilot study. *European Journal of Psychotraumatology*. 2021;12(1):96-126. <https://doi.org/10.1080/20008198.2021.1896126>
25. Hashemizade F, Ahmadzadehzahedani F. [A solution for healing all types of grief in children and adolescents]. Ariya Danesh Publishers; 2021, <https://www.ketabrah.ir/%DA%A9%D8%AA%D8%A7%D8%A8%D8%B1%D8%A7%D9%87%DA%A9%D8%A7%D8%B1%D8%A7%D9%84%D8%AA%DB%8C%D8%A7%D9%85%D8%A7%D9%86%D9%88%D8%A7%D8%B9-%D8%B3%D9%88%DA%AF-%D8%AF%D8%B1%DA%A9%D9%88%D8%AF%DA%A9%D8%A7%D9%86-%D9%88%D9%86%D9%88%D8%AC%D9%88%D8%A7%D9%86%D8%A7%D9%86/book/53676%D9%88%D9%86%D9%88%D8%AC%D9%88%D8%A7%D9%86%D8%A7%D9%86/book/53676>
26. Jamshidi Sianki M, Mazaheri MA, Zadeh Mohammadi A. [Grief intervention for helping bereaved children]. *Roish Psychology Journal*. 2016; 5 (14): 129- 164. http://frooyesh.ir/files/site1/user_files_3380b32
27. First, M B, Clarke, D E, Yousif L, Eng A M, Gogtay N, Appelbaum P S. DSM-5-TR: Rationale, process, and overview of changes. *Psychiatric Services*. 2023; 74(8): 869-875. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.20220334>
28. Hahn L, Hajinlian J, Eisen A R, Winder B, Pincus D B. Measuring the dimensions of separation anxiety and early panic in children and adolescents: The Separation Anxiety Assessment Scale. Paper presented at the 37th Annual Convention of the Association for Advancement of Behavior Therapy, Boston. 2003 <https://sid.ir/paper/507628/fa>
29. Simard V, Morin AS, Godin S, Boothman L, Lavoie A J. Children's separation anxiety and nightmare frequency, distress, and separation-related content. *Current Psychology*. 2021; 42 (1):1-13. <https://doi.org/10.1007/s12144-021-02272-8>
30. Phillips K E, Norris L A, Kendall P C. Separation anxiety symptom profiles and parental accommodation across pediatric anxiety disorders. *Child Psychiatry & Hu-*

- man Development. 2020; 51 (15): 377-389. <https://doi.org/10.1007/s10578-019-00949-7>
31. Akwan F. [Prediction of separation anxiety based on parental metallization with the mediating role of emotion regulation]. *New Ideas of Psychology Quarterly*. 2022; 14 (18): 2-13. <http://jnip.ir/article-1-820-en.html>
 32. Mohammadipour M, Mozhari Sotoudeh A. [The effectiveness of attachment-based intervention on improving the parent-child relationship and reducing the symptoms of separation anxiety in children aged 7 to 10]. *Scientific-Research Quarterly of Applied Psychology*. 2018; 12 (2): 223- 242. <http://apsy.sbu.ac.ir/article/download/21324/7372>
 33. Novaco R W, Jarvis K L. Brief Cognitive Behavioral intervention for anger. *Handbook of Brief Cognitive Behavior Therapy*. 2002; 3 (10): 77- 100. <https://doi.org/10.1002/9780470713020.ch5>
 34. Moeller S B, Novaco R W, Heinola-Nielsen V, Hougaard H. Validation of the Novaco Anger Scale-Provocation Inventory (Danish) with nonclinical, clinical, and offender samples. *Assessment*. 2016; 23(5): 624-636. <https://doi.org/10.1177/1073191115583713>
 35. Jones J P, Thomas-Peter B A, Trout A. Normative data for the Novaco Anger Scale from a non-clinical sample and implications for clinical use. *British Journal of Clinical Psychology*. 1999; 38(4): 417-424. <https://doi.org/10.1348/014466599163024>
 36. Golfarehchi F, Mostafavi N. [The relationship between violent video games and aggression in elementary school students]. *Quarterly Journal of Information and Communication Technology in Educational Sciences*. 2023;14(2):169-185. 20. 1001.1.22285318.1402.14.2.8.5
 37. Basharat M A, Raisi F, Farahmand H. [Attachment trauma and depression: the mediating role of anger]. *Psychological Studies*. 2020; 16(2): 25-40.
 38. Wu J, Chen K, Ma Y, Vomocilova J. Early intervention for children with intellectual and developmental disability using drama therapy techniques. *Children and Youth Services Review*. 2020. 109 (4): 104-123. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2019.104689>
 39. O'Leary K. The effects of Drama Therapy for children with autism spectrum disorders. 2013 . <https://scholarworks.bgsu.edu/honorsprojects/>
 40. Dirgo A. *Bereavement in Children*. 1st edition, Tehran: Behta Research; 2012. <https://www.gisoom.com/book/1858598>
 41. Yahl Martha S. *Children of Divorce, Bereavement and Crisis, Healing Trauma, Restoring Hope*. 1st edition, Tehran: New Dialect; 2007. <https://www.gisoom.com/book/1504610>
 42. Revet A, Bui E, Benvegna G, Suc A, Mesquida L, Raynaud J P. Bereavement and reactions of grief among children and adolescents: Present data and perspectives. *L'encephale*. 2020; 46(5): 356-363. <https://doi.org/10.1016/j.encep.2020.05.007>
 43. Braun V, Clarke V. Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*. 2006;3(2):77-101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
 44. Jalali F, Hashemi F, Hasani A R. [Narrative Therapy for depression and anxiety among children with imprisoned parents: A randomized pilot efficacy trial]. *Journal of Child & Adolescent Mental Health*. 2019; 31(3): 189-200. <https://doi.org/10.2989/17280583.2019.1678474>
 45. Sabzehali F, Aghaee Khajelangi H, Mojahed A, Bakhshani N M. [Effectiveness of Group Therapy of Psychodrama on reduce the symptoms of separation anxiety disorder in children aged 5 to 9 years in Zahedan]. *Journal of Behavioral Science Research*. 2023; 20(4): 609-621. <https://doi.org/10.52547/rbs.20.4.4>
 46. Bakhtiari1 Z, Asadi J, Bayani A. [Comparison the effectiveness of “Drama Therapy” and Resilience Training on anxiety and aggression of children with depression]. *Journal of Health Promotion Management*. 2020; 9 (5): 34-47. URL: <http://jhpm.ir/article-1-1194-fa.html>
 47. Wali Elahi L, Arin K, Sarami G R. [Effectiveness of the techniques of Narrative Therapy approach using dolls on reducing the anxiety of 9-12-year-old orphan girls in Tehran]. Master's thesis, Allameh Tabatabai University, Faculty of Educational Sciences and Psychology. 2011.
 48. Tehranizadeh M, Sheikh Nia S, Horofi S. [The effectiveness of Narrative Therapy using ancient Iranian texts on reducing children's aggression]. *The 2nd Congress of New Findings in the Field of Family, Mental Health, Disorders, Prevention and Education*. 2019. <https://civilica.com/doc/1038127>