اثربخشی بازی‌درمانی به شیوه تراپلی بر اضطراب کودک با والد

- **الهه ذکایی آشتیانی**، دانشجوی دکتری، گروه روان‌شناسی، واحد شیراز، دانشگاه آزاد اسلامی، شیراز، ایران
- **سیامک سامانی***، دانشیار، گروه روان‌شناسی، واحد شیراز، دانشگاه آزاد اسلامی، شیراز، ایران
- **نادره سهرابی**، استادیار، گروه روان‌شناسی، واحد شیراز، دانشگاه آزاد اسلامی، شیراز، ایران
- **بنفشه امیدوار**، استادیار، گروه روان‌شناسی، واحد شیراز، دانشگاه آزاد اسلامی، شیراز، ایران

● تاریخ دریافت: ۱۴۰۱/۰۶/۲۴ ● تاریخ انتشار: آذر و دی ۱۴۰۱ ● نوع مقاله: پژوهشی ● صفحات ۹ - ۲۲

چکیده

زمینه و هدف: اختلال در روابط دلبستگی با ایجاد اضطراب فراگیر و بی‌اعتمادی در کودك می‌تواند به اختلال‌های روان‌شناختی بیانجامد. این پژوهش با هدف تبیین اثربخشی بازی‌درمانی به شیوه تراپلی بر اضطراب کودک با والد انجام گرفت.

روش: روش تحقیق در این پژوهش آزمایشی از نوع تک‌آزمودنی با طرح AB بود. جامعه آماری شامل تمامی کودکان ۵ تا ۸ ساله بود که در سال ۱۴۰۰ در مراکز روان‌شناسی شهر تهران حضور داشتند. از بین آنها تعداد ۳ کودک (دو پسر و یک دختر) براساس ملاک‌های ورود و خروج و به شیوه نمونه‌گیری هدفمند گزینش شدند. مداخله تراپلی برای هر کودک در ۲۱ جلسه اجرا شد. ابزارهای پژوهش شامل فرم روش تعاملی مارشاک، مقیاس اضطراب کودکان (اسپنس، ۱۹۹۷) و سیاهه‌ی رفتاری تراپلی (محقق ساخته) بود. تحلیل دیداری داده‌ها در دو سطح درون موقعیتی و بین موقعیتی انجام گرفت.

یافته‌ها: یافته‌های پژوهش نشان داد که مداخله بازی‌درمانی به شیوه تراپلی به‌صورت معناداری اضطراب کودک با والد را کاهش می‌دهد ($P<0/05$).

نتیجه‌گیری: مطابق با یافته‌های پژوهش اثربخشی مداخله بازی‌درمانی به شیوه تراپلی بر کاهش اضطراب کودک با والد به تأیید رسید. بنابراین، این روش را می‌توان به‌عنوان یکی از درمان‌های مفید و کاربردی برای این کودکان درنظر گرفت.

واژه‌های کلیدی: اضطراب، بازی‌درمانی، تراپلی، کودک، والد

* Email: Samani@iaushiraz.ac.ir

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-01-29]

مقدمه

در سال‌های اخیر توجه به مشکلات روانی کودکان به‌عنوان یکی از مهم‌ترین حیطه‌های روان‌شناختی افزایش یافته است (۲). در حدود ۵/۹ تا ۵/۱۴ درصد کودکان از تولد تا پنج‌سالگی مشکلات عاطفی و روان‌شناختی متعددی را تجربه می‌کنند که ممکن است در سال‌های بعد تأثیر منفی بر کارکرد روان‌شناختی، اجتماعی، عاطفی و تحصیلی آنها داشته باشد (۳). یکی از این مشکلات، اختلالات اضطرابی[1] است. حدود ۸ تا ۱۲ درصد کودکان با یکی از معیارهای تشخیصی اختلال اضطرابی مواجه هستند (۵). شیوع این اختلال در افراد زیر ۱۸ سال بین ۸/۳ تا ۰/۲۷ درصد گزارش شده است (۴)؛ و نرخ شیوع در ایران ۱۰/۱ درصد می‌باشد (۶). همبودی اختلالات اضطرابی با اختلال‌های دیگر و زمینه‌سازی بروز در بزرگسالی اهمیت تشخیص و درمان آنها را در دوران کودکی برجسته‌تر می‌کند (۷).

اختلال اضطراب، یک حالت روانی یا برانگیختگی شدید می‌باشد که ویژگی‌های اصلی آن ترس، تردید، نگرانی مفرط و گوش‌به‌زنگی است (۸). یک احساس هیجان‌آمیز عمومی و مبهم از دلواپسی است که با یک یا چند احساس جسمی مانند تنگی نفس و فشار خون بالا همراه می‌شود (۱). اضطراب با نگرانی مزمن، افراطی و غیرقابل کنترل در مورد شماری از موضوعات مشخص می‌شود (۸). نشانه‌های تشخیصی مرتبط با اضطراب در دوران کودکی، ممکن است به اشکال گوناگونی مشاهده شوند. بهترین مثال نوعی بازداری رفتاری است که به‌عنوان مشخصه خلقی تعریف می‌شود که در آن کودک به اشخاص، موقعیت‌ها و رخدادهای جدید و ناآشنا با ترس و اجتناب پاسخ می‌دهد (۹). این مشکلات معمولاً در دوران کودکی و اوایل نوجوانی شروع می‌شود و دوره اختلال غالباً مزمن است (۱۰). در مورد سبب‌شناسی اضطراب، تبیین‌های متفاوتی در نظریه‌های مختلف ارائه شده است. یکی از این نظریه‌ها که به‌طور خاص به این موضوع پرداخته است، نظریه دلبستگی[2] است (۱۱).

دلبستگی یک موقعیت عمیق و پایدار زیست‌شناختی، روان‌شناختی و اجتماعی براساس رابطه کودک و والد (مراقبان) است که در سال‌های اولیه زندگی شکل می‌گیرد (۱۲). از اصول مهم نظریه دلبستگی، فرضیه حساسیت درباره رابطه بین کیفیت مراقبت مادرانه و امنیت دلبستگی کودک است (۱۳). حساسیت و نحوه پاسخگو بودن والدین، در شکل‌گیری سبک دلبستگی تأثیر می‌گذارد (۱۴). سبک دلبستگی از متغیرهای باثبات شخصیت است (۱۵). کودکانی که مادران و پدران حساستری دارند، به احتمال زیاد یک رابطه دلبستگی ایمن در آنها ایجاد خواهد شد (۱۶). والدین کودکانی که دلبستگی ایمن دارند، بیشتر پاسخگو هستند، از استقلال کودک حمایت کرده و بیشتر از راهبردهای مهار رفتار مناسب استفاده می‌کنند (۱۷). اختلال در ایجاد سبک دلبستگی ایمن، انواع دیگری از سبک دلبستگی (اجتنابی و دوسوگرا) را پدید می‌آورد که ریسک فاکتورهایی برای ابتلا به اختلالات روانی محسوب می‌شوند (۱۸). والدین این کودکان در مقایسه با سایر پدر و مادرها، افرادی بی‌توجه، طردکننده، یا برعکس حمایت‌کننده‌ی مفرط هستند و نوع تعامل آنها می‌تواند به ایجاد علائم روان‌پزشکی مانند اضطراب در کودکان کمک کند (۴). شواهد پژوهشی بسیاری به رابطه بین سبک دلبستگی ناایمن و اختلال‌های اضطرابی اشاره کرده‌اند (۱۹). برای مثال هاشمی، احمدبیگی، پرواز و کریمی شهابی (۲۰) نشان دادند که دلبستگی ناایمن و اجتنابی نقش منفی و قابل توجهی در تغییرات اضطراب اجتماعی دارند (۴). یافته‌های پژوهش احمدی فارسانی، باقری و شریفی (۲) نیز حاکی از آن بود که با بهبود رابطهٔ کودک-والد، اضطراب در کودکان کاهش یافته و نزدیکی، وابستگی و تعارض بین آنان بهبود می‌یابد.

از آنجا که مشکلات والدین می‌تواند تعامل والدین و کودک را تحت‌تأثیر قرار داده و منجر به ایجاد علائم روان‌پزشکی در کودک شود (۱)؛ لذا، ارائه راهکارهایی جهت بهبود تعاملات آنان و کاهش اضطراب کودک ضروری به نظر می‌رسد. یکی از این راهکارها بازی‌درمانی[3] است. بازی راه طبیعی برای کودکان است تا مشکلات‌شان را نشان دهند. کودکان از طریق بازی احساسات و ناکامی‌های خود را بیان می‌کنند. بازی‌درمانی محیط امنی را برای کودکان فراهم می‌سازد تا افکار و احساسات آنها بدون قضاوت پذیرفته و تأیید شود (۳). یکی از دلایل به‌کارگیری روش بازی‌درمانی بخصوص برای کودکان این است که در میان اعضای خانواده راه ارتباط با کودکان از طریق کلام کمتر مقدور است و روان‌درمانی‌های معمول هم نمی‌توانند مشکلات اضطرابی این کودکان را حل نمایند، بنابراین باید به‌دنبال راهی بود که بتوان به دنیای طبیعی کودک وارد شد و مشکلات او را شناسایی و کاهش داد (۴).

1. Anxiety disorder
2. Attachment theory
3. Play therapy

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-01-29]

بازی‌درمانی تعاملی به شیوه تراپلی یکی از رویکردهای نوین برای مداخله بر کودکان محسوب می‌شود (۲۱). مبنای اصلی تراپلی، نظریه دلبستگی است. این نظریه معتقد است اولین رابطه کودک با نفر دوم و دنیای اطراف، نقش بسیار مهمی در زندگی او دارد زیرا که این ارتباط، تبدیل به الگویی برای روابط بعدی می‌شود. در تبیین و پیاده‌سازی تراپلی از نظریات رشدی نیز استفاده می‌شود (۲۲). این شیوه بازی‌درمانی توسط جرنبرگ (۱۹۷۶) پایه‌ریزی شده است و دارای ۴ بُعد ساختار[1]، تعامل مشتاقانه[2]، پرورش[3] و فعالیت متقابل[4] است (۲۳). در طی این شیوه از بازی‌درمانی، کودک به‌همراه والد (می‌تواند مراقب یا درمانگر نیز باشد)، درگیر فعالیت‌های جذابی می‌شود و والد به‌عنوان مهمترین فرد در زندگی کودک، به‌طور فعال در جلسات شرکت می‌کند (۲۴). رویکرد تراپلی را می‌توان در کار با کودکان مبتلا به افزایش اضطراب استفاده کرد (۲۲). در این راستا، نتایج پژوهش سالو، فلایکت، مایکل، لاسنیوس-پانولا، لیندامن و پوناماکی (۲۴) نشان داد که بازی‌درمانی به شکل تراپلی بر بهبود نشانگان درونی (مانند اضطراب) و برونی (مانند پرخاشگری) کودکان مؤثر است. در پژوهشی که توسط وتیگ، گلمن وجیدر (۲۳) انجام گرفت، تأثیر بازی‌درمانی به شیوه تراپلی بر اضطراب اجتماعی، انزوای اجتماعی، کم‌رویی و مشکل تکلم ۲۲ کودک مورد بررسی قرار گرفت. پس از دوره درمان افزایش اعتماد به نفس، اعتماد به دیگران و کاهش انزوای اجتماعی مشاهده شد.

با توجه به نقش اضطراب در رابطه کودک با والد و با عنایت به حیطه نوظهور تراپلی در پژوهش‌های ایرانی، به مطالعه‌ای نیاز است که تأثیر این مداخله‌ی درمانی را بر اضطراب کودک با والد مورد بررسی قرار دهد. در صورت اثربخشی بازی‌درمانی با مدل تراپلی می‌توان زمینه‌ای مساعد جهت بهبود اضطراب کودك با والد به‌عمل آورد. پژوهش حاضر با هدف تعیین تأثیر مداخله بازی‌درمانی به شیوه تراپلی بر اضطراب کودک با والد تدوین شد. در این پژوهش، پژوهشگر در صدد پاسخگویی به این سوال بود که آیا مداخله تراپلی بر کاهش اضطراب کودک با والد تأثیر دارد؟

روش پژوهش

روش تحقیق در پژوهش حاضر بر حسب هدف کاربردی؛ و براساس ماهیت و روش گردآوری داده‌ها، آزمایشی از نوع تک‌آزمودنی بود که از طرح AB استفاده می‌نمود. جامعه آماری در این مطالعه شامل تمامی کودکان ۵ تا ۸ ساله‌ی مراجعه‌کننده به مراکز روان‌شناسی شهر تهران در سال ۱۴۰۰ بود. در پژوهش حاضر به‌دلیل بیماری کرونا، اجرای گروهی ممکن نبود، لذا از طرح‌های درون‌گروهی (تک‌آزمودنی) استفاده شد. تعداد کودکان در پژوهش‌های تک‌آزمودنی از یک آزمودنی و گاهی گروه کوچکی از آزمودنی‌ها تشکیل می‌شود (۲۵). بدین صورت از جامعه مذکور ۳ نفر از کودکانی که شرایط ورود به آزمایش را داشتند به‌صورت هدفمند گزینش شد و با استفاده از طرح تک آزمودنی AB مداخله بازی‌درمانی تراپلی بر روی آنان اجرا گردید. ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت از شکایت والدین درخصوص دلبستگی کودک، کسب نمرات اختلالی در ابعاد فرم روش تعاملی مارشاک، مصاحبه و مشاهدات بالینی پژوهشگر، کسب نمره بالا در مقیاس اضطراب کودکان اسپنس، قرار داشتن کودک در محدوده سنی ۵-۸ سال و داشتن سواد حداقل دیپلم والد (جهت خواندن و نوشتن) بود؛ و ملاک خروج داشتن اختلالات مزمن روانی والد، غیبت بیش از ۲ جلسه کودک در جلسات مداخله تراپلی و عدم قرار داشتن کودک به‌طور همزمان تحت مداخله مشابه یا درمان دارویی بود. در ادامه، ویژگی‌های جمعیت‌شناختی آزمودنی‌ها به تفضیل آورده شده است.

شرح حال آزمودنی اول:

آزمودنی اول، پسر بچه‌ای ۶ سال و ۴ ماهه می‌باشد که مادرش او را با شکایت اضطراب جدایی به مرکز روان‌شناسی آورده بود. وی به تشخیص روان‌پزشک مرکز، دارای اختلال دلبستگی ناایمن دوسوگرا بود. او در کلاس اول دبستان تحصیل می‌کرد و یک خواهر بزرگتر از خود داشت. پدر او ۳۷ ساله، لیسانسه و شغل آزاد داشت؛ و مادر وی ۳۴ ساله، فوق‌لیسانس و کارمند اداره بیمه بود. وضع اقتصادی خانواده در حد نسبتاً خوب بود. در ارزیابی به‌عمل آمده در حین مصاحبه، مادر اذعان داشت که پسرم زیاد به پدرش وابسته نیست ولی واقعاً مرا عصبی می‌کند. هر روز چسبندگی و لجبازی‌اش بیشتر می‌شود. برای بازی با بچه‌های دیگر بیرون نمی‌رود. اصلاً تمایلی به تنها خوابیدن ندارد. باید آنقدر بالای سرش بنشینم تا خوابش ببرد. وقتی حرف می‌زند، باید هر کاری داشته باشم کنار بگذارم و در چشم‌های او نگاه کنم تا حرفش را بگوید.

1. Structure
2. Engagement
3. Nurture
4. Challenge

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-01-29]

مدام با خواهرش رقابت می‌کند و دوست دارد در هر کاری خودش اول باشد. وقتی خواهر بزرگترش کاری را بهتر از او انجام می‌دهد، خیلی عصبانی می‌شود که چرا همیشه خواهرم برنده می‌شود. با وجودی که علاقه داشت به مدرسه برود، معلمش می‌گوید وقتی در کلاس هست اصلاً همکاری نمی‌کند و فقط دوست دارد گوشه‌ای نشسته و نگاه کند. از هنگامی‌که مدرسه رفته، در خانه پرتحرک‌تر شده و برای اینکه حرفش را به همه بفهماند، داد می‌زند و زود عصبانی می‌شود. در طول ۴ هفته گذشته، کودک علائم عینی کنترل‌کنندگی، نگرانی از دست دادن اشخاص، حسادت، مشکل در خواب، اکراه دور شدن از خانه، انتقاد و بحث زیاد بر سر مسائل بیهوده در روابط را تجربه نموده بود. در بررسی تاریخچه شخصی کودک مشخص شد که مادر وابستگی شدیدی به کودک دارد و خواهان پرورش این وابستگی‌ها می‌باشد. او با مشاهده ناراحتی کودک کوتاه آمده و کودک را در منزل نگه می‌دارد که این کار باعث می‌شود کودک وابسته‌تر شود. همچنین، مادر برای اطمینان از قدرت خود از کنترل و تهدید استفاده می‌کند.

شرح حال آزمودنی دوم:

آزمودنی دوم، دختر بچه‌ای ۵ سال و ۸ ماهه بود که والدینش او را با شکایت اضطراب جدایی به مرکز روان‌شناسی آورده بودند. وی به تشخیص روان‌پزشک مرکز، دارای اختلال دلبستگی ناایمن اجتنابی بود. پدر او ۳۵ ساله، دیپلمه و شغل آزاد داشت؛ و مادرش ۳۳ ساله، لیسانسه و کارمند اداره بهزیستی بود. وی تنها فرزند خانواده و وضع اقتصادی خانواده در حد متوسط بود. در ارزیابی به‌عمل آمده در حین مصاحبه، مادر اظهار داشت که ارتباط خوبی با پدرش دارد ولی شدیداً به من وابسته است و ترس از جدایی دارد. کمرو و خیلی ترسو است و با بچه‌های کوچکتر از خودش بازی می‌کند. دوست ندارد با افراد غریبه ارتباط برقرار کند. هنگامی که ناراحت است بیشتر تسکین مادرم را می‌پذیرد. زمانی که برای خواب او را به اتاقش می‌برم، مقاومت می‌کند و دوست دارد کنار من بخوابد. امسال پیش‌دبستانی می‌رود. صبح‌ها برای رفتن به مهد، اذیت می‌کند و من مجبورم برای جدا کردن او قول جایزه‌ای را بدهم. مربی‌اش می‌گوید که سر کلاس استرس دارد و سوال می‌کند "مامانم کی می‌آید". در طول ۴ هفته گذشته، کودک علائم عینی نگرانی از دست دادن اشخاص، مشکل در خواب و اکراه دور شدن از خانه را تجربه نموده بود. در بررسی تاریخچه شخصی کودک مشخص شد که مادر به بهانه کم‌شیری از دادن شیر به کودک امتناع ورزیده و کودک فقط ۲ ماه از شیر مادر تغذیه کرده است. همچنین مرخصی زایمان مادر تا پایان ۴ ماهگی کودک تمام شده و مادر فقط تا ۴ ماهگی در کنار کودک بوده است و کودک بیشتر وقتش را در کنار مادربزرگ گذرانده است. سبك تربیتی مادر و باج دادن به کودک موجب تشدید وابستگی او شده بود. در طی برخورد اول، اضطراب، افت اطمینان به‌خود و اعتماد به‌نفس آزمودنی کاملاً محسوس بود.

شرح حال آزمودنی سوم:

آزمودنی سوم، پسر بچه‌ای ۷ سال و ۵ ماهه بود که در کلاس اول دبستان تحصیل می‌کرد و والدینش او را با شکایت اضطراب جدایی به مرکز روان‌شناسی آورده بودند. وی به تشخیص روان‌پزشک مرکز دارای دلبستگی ناایمن دوسوگرا بود. پدرش ۳۹ ساله، لیسانسه و شغل آزاد داشت؛ و مادرش ۳۶ ساله، دارای مدرک لیسانس و خانه‌دار بود. آزمودنی فرزند اول خانواده محسوب می‌شد و یک خواهر و یک برادر کوچک‌تر از خود داشت؛ وضع اقتصادی خانواده در حد نسبتاً خوب بود. در ارزیابی به‌عمل آمده در حین مصاحبه، مادر اذعان داشت که آزمودنی از بچگی تا حالا نزد من بوده و هیچ‌وقت از من جدا نشده است. بیش از اندازه به من وابسته است ولی خیلی هم با من لجبازی می‌کند. در خانه تا حدودی شلوغ است ولی در محیط بیرون از خانه و جمع، آرام و کمرو است. بیشتر ترجیح می‌دهد در خانه باشد، با پدرش هم بیرون نمی‌رود. اگر هم با اصرار من برود، تا برگردد مدام سراغ من را می‌گیرد. تعامل خوبی با خواهر و برادر کوچکترش ندارد، مدام به آنان حسادت می‌کند و شاکی است که آنها را بیشتر از من دوست دارید. در مدرسه اصلاً دوست ندارد در کلاس بماند، گریه می‌کند و اصرار دارد که من هم در کلاس کنارش بنشینم. روزهای اول در کنارش می‌نشستم ولی یک روز که مجبور شدم و فرار کردم، با من قهر کرد و روز بعدش راضی نشد به مدرسه برود. در طول ۴ هفته گذشته، کودک علائم عینی نگرانی از دست دادن اشخاص، حسادت شدید، انتقادگری و اکراه دور شدن از خانه را تجربه نموده بود. در بررسی تاریخچه شخصی کودک مشخص شد که مادر الگوی دوسوگرایی تجربه نموده با مادرش را روی کودک اجرا نموده است و در برقراری پیوند عاطفی با کودک رفتاری غیرثابت (عدم تأیید و بازخوردهای تنشگر) دارد و سبك تربیتی مادر منجر به وابستگی بیشتر در کودك شده است.

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-01-29]

ابزار

۱) فرم روش تعاملی مارشاک[1]: این فرم توسط مارشاک (۲۰۱۸) ساخته شده و یک تکنیک ساختاریافته برای مشاهده و ارزیابی کیفیت روابط بین مراقبت‌کننده و کودک است. فرم مذکور شامل ۲۳ تمرین ساده می‌باشد. درمانگر از طریق اجرای این تمرینات ۴ بُعد دلبستگی در کودک را مشخص نموده و ارزیابی می‌نماید که کودک در کدام بخش از حلقه‌ی امنیت دچار مشکل شده است. ابعاد این فرم عبارت از بُعد ساختار (شامل ۴ تمرین ۱ تا ۴)، بُعد تعامل مشتاقانه (شامل ۶ تمرین ۵ تا ۱۰)، بُعد پرورش (شامل ۷ تمرین ۱۱ تا ۱۷) و بُعد فعالیت متقابل (شامل ۶ تمرین ۱۸ تا ۲۳) می‌باشد. این مجموعه تمرینات برای ۴ گروه سنی نوزاد، نوپا، پیش‌دبستانی/ مدرسه و نوجوان طراحی شده است و زمان پاسخگویی به آن ۳۰ تا ۶۰ دقیقه می‌باشد. در پژوهش کلی روایی همگرا با استفاده از بررسی همبستگی این فرم و پرسشنامه اجتماعی عاطفی کودکان[2] رابطه متوسطی (۰/۵۲۱) را نشان داد و تأیید شد (۲۶). در پژوهش حاضر ۱۰ تمرین از تمرینات فرم روش تعاملی مارشاک انتخاب گردید. تمرینات مذکور دربرگیرنده ۴ بُعد دلبستگی بودند. کیفیت روابط دلبستگی برای هر تمرین در ۳ موقعیت والد با ارزیابی ۸ وضعیت (بیان چهره/عاطفه، کیفیت گفتگو، نزدیکی/حالت بدنی، رفتار پاسخگو، خیره نگاه کردن/بیزاری، گرایش به باقی ماندن در تمرین، گرایش به کمک/پیشنهاد کمک، بازیگوش بودن، با نمره‌گذاری ۸ تا ۴۰)، موقعیت کودک با ارزیابی ۷ وضعیت (بیان چهره/عاطفه، کیفیت گفتگو، نزدیکی/حالت بدنی، رفتار پاسخگو، خیره نگاه کردن/بیزاری، گرایش به باقی ماندن در تمرین، گرایش به کمک/پیشنهاد کمک، با نمره‌گذاری ۷ تا ۳۵) و موقعیت هر دو با ارزیابی ۲ وضعیت (میزان تعامل اجتماعی و تعادل در کنترل کردن، با نمره‌گذاری ۲ تا ۱۰) مورد مشاهده قرار گرفت. نمره کلی کیفیت تعامل در این فرم برای هر وضعیت از ۱ تا ۵ درجه‌بندی شده و دامنه نمره فرم بین ۱۷ تا ۸۵ بود. کسب نمرات بالاتر نشان‌دهنده کیفیت روابط دلبستگی بیشتر می‌باشد. در پژوهش حاضر پس از بررسی ویژگی‌های دربردارنده تمامی ابعاد موجود در این فرم توسط ۴ نفر از متخصصان حوزه روان‌شناسی کودکان استثنایی واحد شیراز دانشگاه آزاد اسلامی، روایی صوری فرم روش تعاملی مارشاک تأیید شد. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ روی ۳۰ نفر از والدین بین ۰/۷۳ تا ۰/۸۴ به‌دست آمد. این فرم توسط پژوهشگر تکمیل شد.

۲) مقیاس اضطراب کودکان اسپنس[3]: این مقیاس توسط اسپنس در استرالیا (۲۷) برای ارزیابی نشانه‌های اضطراب کودکان در سنین ۸-۱۵ سال ساخته شده است و به‌صورت خودگزارش‌دهی قابل استفاده می‌باشد. مقیاس از ۴۵ عبارت تشکیل شده است که ۳۸ عبارت آن نمره‌گذاری شده و ۶ عبارت آن که عبارت‌های پرسشی مثبت هستند، محاسبه نمی‌شود. همچنین این آزمون دارای ۱ سؤال باز است که کودك به‌طور تشریحی به آن پاسخ می‌دهد. این مقیاس دارای ۶ زیر مقیاس ترس از مکان‌های باز، اضطراب جدایی، ترس از صدمات جسمانی، ترس اجتماعی، وسواس فکری-عملی و اضطراب کلی می‌باشد. نمره‌گذاری این ابزار براساس طیف لیکرت ۴ درجه‌ای (هرگز=۰ تا همیشه=۳) نمره‌گذاری می‌شود. دامنه نمرات بین صفر تا ۱۱۴ قرار دارد که کسب نمرات بالاتر در این مقیاس، نشان‌دهنده وجود مشکل جدی‌تر است. توسط اسپنس (۲۷) پایایی مقیاس اضطراب کودکان از طریق همسانی درونی برای اضطراب کلی ۰/۹۲ و برای خرده‌مقیاس‌ها ۰/۶۰- ۰/۸۲ به‌دست آمد. در پژوهش موسوی، مرادی، و مهدوی هرسینی (۲۸) مقیاس به فارسی برگردان شد؛ و ۶ عامل مقیاس با تحلیل عامل تأییدی مورد تأیید قرار گرفت. از طریق همسانی درونی (ضریب آلفای کرونباخ) برای مقیاس ترس از مکان‌های باز ۰/۷۵، اضطراب جدایی ۰/۶۹، ترس از صدمات جسمانی ۰/۶۵، ترس اجتماعی ۰/۶۷، وسواس فکری-عملی ۰/۶۲ و اضطراب کلی ۰/۸۹ محاسبه شد. این مقیاس توسط مادر کودک تکمیل شد.

۳) سیاهه رفتاری کیفیت دلبستگی تراپلی: این سیاهه‌ی محقق‌ساخته نوعی ابزار مشاهده‌ای است که جهت سنجش کیفیت دلبستگی کودک طراحی شده است و ۲ جنبه مجزا از کیفیت رابطه بین مادر با فرزند خویش را نشان می‌دهد. این ابزار مشتمل بر ۱۲ گویه است که ۴ بُعد ساختار (عبارات ۱-۳)، تعامل مشتاقانه (عبارات ۴-۶)، پرورش (عبارات ۷-۹) و فعالیت متقابل (عبارات ۱۰-۱۲) را مورد سنجش قرار

1. Marschak Interaction Method (MIM)
2. Ages and Stages Questionnaire (ASQ)
3. Spence Children Anxiety Scale (SCAS)

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-01-29]

می‌دهد. هدف اصلی از طراحی این سیاهه رفتاری کسب اطلاعات در مورد چگونگی اثربخشی مداخله تراپلی در مراحل خط پایه و مداخله بود. نمره‌گذاری این ابزار براساس طیف لیکرت ۵ درجه‌ای (با نمره‌گذاری ۱= تقریباً هیچ‌وقت تا ۵= تقریباً همیشه) بود. دامنه نمرات از ۲۴ تا ۱۲۰ در نوسان است. در پژوهش حاضر روایی محتوایی این فرم با استفاده از نظر ۴ نفر از متخصصان حوزه روان‌شناسی کودکان استثنایی واحد شیراز دانشگاه آزاد اسلامی بررسی و مطلوب گزارش شد و ضریب‌پایایی آن با روش محاسبه ضریب آلفای‌کرونباخ روی ۳۰ نفر از والدین برای ابعاد ساختار، تعامل مشتاقانه، پرورش و فعالیت متقابل به ترتیب ۰/۷۶، ۰/۷۱، ۰/۶۵ و ۰/۵۸ بود و برای کل آزمون ۰/۸۰ به‌دست آمد که نشانه‌ی همسانی درونی مطلوب این سیاهه رفتاری بود. این سیاهه توسط پژوهشگر تکمیل شد.

معرفی برنامه مداخله

جلسات آموزش بازی‌درمانی با روش تراپلی براساس دستورالعمل جرنبرگ و بوث، مشتمل بر ۴ بُعد ساختار، تعامل مشتاقانه، پرورش و فعالیت متقابل بود. مبنای اصلی برنامه، نظریه دلبستگی بود. محتوای جلسات درمانی با استفاده از کتاب بازی‌درمانی با روش تراپلی (۲۹) و با همکاری استاد راهنما و اساتید مشاور پژوهش حاضر در ۲۱ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای (هر هفته ۲ جلسه) تهیه شد. جلسات تراپلی با هدف کاهش نشانه‌های اضطراب کودک با والد طراحی شد. آموزش این مداخله با شیوه رفتاری بود و روایی محتوایی این برنامه توسط چند نفر از متخصصان روان‌شناسی و آموزش کودکان استثنایی مورد بررسی کامل قرار گرفته و تأیید شد. فرایند ارزیابی مشاهده‌ای جلسات به‌وسیله فیلمبرداری از جلسات تراپلی صورت گرفت. در جدول (۱) شرح جلسات به‌طور خلاصه آمده است.

جدول ۱) خلاصه محتوی جلسات تراپلی

جلسه	عنوان جلسه	اهداف و محتوی برنامه درمانی
یکم	معارفه و مصاحبه فردی با والدین کودکان	ایجاد آشنایی و رابطه اولیه با والدین، تبیین اهداف درمان و قوانین جلسات، توضیح دلبستگی و ارتباط دلبستگی ناایمن با اختلال اضطرابی، منطق درمان مبتنی بر دلبستگی و بازی‌درمانی تعاملی تراپلی، جمع‌آوری اطلاعات از والدین و توضیح در مورد ضبط ویدئویی کارهای تعاملی، اجرای پیش‌آزمون.
دوم	تعامل اولیه مادر- کودک	استفاده از روش تعامل مارشاک جهت ارزیابی بینش مادر در ۴ بُعد تراپلی، توضیح روند اجرای جلسه به مادر، بررسی دیدگاه مادر در مورد رفتارهای منفی کودک، اجرای پیش‌آزمون، فعالیت ساختار: یک ساختمان آجری درست عین مال من بساز، فعالیت تعامل مشتاقانه: به همدیگر کشمش بخورانید، فعالیت پرورشی: مادر و کودک به دستان هم کِرِم بمالند، فعالیت متقابل: مادر یک دقیقه اتاق را ترک کند و کودک را تنها بگذارد.
سوم	ارائه بازخورد	مرور ویدیویی تعامل اولیه مادر-کودک، ارائه پسخوراند و کلامی‌سازی رفتار کودک، افزایش بینش مادرانه، توافق مادر و درمانگر در مورد اهداف درمان، شرکت در درمان، زمان‌بندی و مدت درمان، اجرای پیش‌آزمون.
چهارم	شروع جلسات بازی‌درمانی	ایجاد رابطه و تجربه‌ای دلپذیر بین کودک و درمانگر، ایجاد حس اعتماد در کودک، علاقمند کردن کودک به انجام فعالیت‌ها، ارائه پسخوراند و افزایش بینش مادرانه، اجرای پس‌آزمون. فعالیت ساختار: اندازه‌گیری؛ فعالیت تعامل مشتاقانه: شمردن انگشتان دست و بند انگشت‌ها و فعالیت پرورشی: دنبال کردن رد.
پنجم	مقاومت در برابر پذیرش	ارتباط مجدد با کودک بعد از یک جلسه جدایی، به‌چالش کشیدن دیدگاه منفی کودک نسبت به خود و دیگران، افزایش اطمینان و حس اعتماد در کودک، ارائه پسخوراند و افزایش درک مادر در مورد روند شکل‌گیری و کنترل مقاومت کودک. فعالیت ساختار: نقاشی دور دستان، پاها یا بدن؛ فعالیت تعامل مشتاقانه: موهای کودک را شانه کنید و از کودک بخواهید موهای او را شانه کند؛ فعالیت پرورشی: تغذیه، فعالیت فعالیت متقابل: فعالیت‌های تعادلی.

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-01-29]

جلسه	عنوان جلسه	اهداف و محتوی برنامه درمانی
ششم	شناسایی و درک موانع	بررسی مشکلات اضطرابی کودک، شناسایی موانع پیشرفت در مسیر دلبستگی صحیح کودک، ایجاد احساس امنیت در کودک، بازنگری نقاط قوت و ضعف در مهارت‌های جلسه قبل به‌عنوان فرصتی برای تمرین رفتارهای جدید، ارائه پسخوراند و افزایش درك مادر از انگیزه‌های رفتار منفی در کودک اجرای پس‌آزمون. فعالیت ساختار: علائم چشمی؛ فعالیت تعامل مشتاقانه: بازی‌های دست زدن؛ فعالیت پرورشی: نقاشی کردن؛ فعالیت متقابل: فوت کردن پَر.
هفتم	اعتراض و قبولی با دودلی	کاهش نگرانی و اضطراب کودک، کاهش رفتارهای اعتراضی کودک، افزایش اعتماد کودک به درمانگر، افزایش احساس امنیت و پذیرش درمانگر، ارائه پسخوراند به مادر در مورد آنچه در حال اتفاق افتادن است. فعالیت ساختار: چراغ قرمز، چراغ سبز؛ فعالیت تعامل مشتاقانه: پارو، پارو، پارو بزن؛ فعالیت پرورشی: لمس با توپ پارچه‌ای؛ فعالیت متقابل: تعادل بادکنکی.
هشتم	رشد کردن و اعتماد کردن	کاهش اضطراب، افزایش آستانه صبر و تحمل کودک، افزایش توانایی‌های خودمراقبتی، افزایش احساس شایستگی، اجرای پس‌آزمون. فعالیت ساختار: راه رفتن سه‌پایی؛ فعالیت تعامل مشتاقانه: فویل‌های چاپی؛ فعالیت پرورشی: آرایش کودک و فعالیت متقابل: مسابقه هماهنگ با توپ پارچه‌ای.
نهم	شرکت مادر در جلسه درمان (هدایت مادر برای کسب مهارت‌های تراپلی)	توصیف اهمیت فعالیت‌ها و تعاملات توسط درمانگر، بازی نقش در تعاملی هماهنگ، امن و شاد، رسیدن به‌الگویی مناسب، بررسی ارتباط کلامی مادر-کودک، چگونگی پاسخ‌دهی به نیازهای کودک، به اشتراک گذاشتن مشاهدات جلسه با والدین و ارائه بازخورد. فعالیت ساختار: بازی هاکی با توپ پارچه‌ای؛ فعالیت تعامل مشتاقانه: با کودک در مورد فرصت‌های دیگر صحبت کند؛ فعالیت پرورشی: نقاشی صورت و فعالیت متقابل: فوت کردن دانه لوبیا.
دهم	راهنمایی در طی جلسات	درک نقش درمانگر تراپلی، بررسی آمادگی مادر برای پیوستن به جلسه، راهنمایی کردن مادر، تمرکز روی نیازهای مادر، به اشتراک گذاشتن مشاهدات جلسه با والدین و ارائه بازخورد، اجرای پس‌آزمون. فعالیت ساختار: مادر می‌توانم؟؛ فعالیت تعامل مشتاقانه: مادر و کودک هر کدام یک حیوان صدادار بردارند و با ۲ عروسک با هم بازی کنند؛ فعالیت پرورشی: جور کردن پَرها، فعالیت متقابل: چالش دونات یا چوب شور.
یازدهم	کمک به والدین برای درک مثبت کودک	درک همدلانه از رفتار کودک، حفظ انتظارات والدین هم‌راستا با نیازهای کودک، به اشتراک گذاشتن مشاهدات جلسه با والدین و ارائه بازخورد. فعالیت ساختار: کشیدن تصویری همانند نقاشی مادر؛ فعالیت تعامل مشتاقانه: مادر خاطره‌ای از کودک برایش می‌گوید؛ فعالیت پرورشی: مادر موهای کودک را شانه کند و از کودک بخواهد موهای او را شانه کند و فعالیت متقابل: مادر و کودک پاهای خود را به‌هم می‌بندند و راه می‌روند.
دوازدهم	درک مشکلات والدین	مشاهده نقاط قوت و ضعف طرح‌واره‌های تعاملی در روابط مادر و کودک، درک آنچه پشت مقاومت والدین است، ایجاد انگیزه و بینش در والدین، به اشتراک گذاشتن مشاهدات جلسه با والدین و ارائه بازخورد، اجرای پس‌آزمون. فعالیت ساختار: مادر به کودک چیزی را که بلد نیست آموزش دهد؛ فعالیت تعامل مشتاقانه: صدای بوق در بیاورید؛ فعالیت پرورشی: حدس در مورد توپ پارچه ای یا پَر و فعالیت متقابل: سه دور با هم مچ بیندازید.

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-01-29]

جلسه	عنوان جلسه	اهداف و محتوی برنامه درمانی
سیزدهم	برآورده کردن نیازهای برآورده نشده والدین	درک و پاسخ همدلانه به اضطراب و نیازهای اولیه مادر، ایجاد حس پذیرش و امنیت در مادر، به اشتراک گذاشتن مشاهدات جلسه با والدین و ارائه بازخورد. فعالیت ساختار: سیمون می‌گوید؛ فعالیت تعامل مشتاقانه: مرا هُل بده، مرا بِکِش؛ فعالیت متقابل: چالش مستقیم رو در روی هم و فعالیت پرورشی: اثر کِرِم یا پودر.
چهاردهم	درخواست از والدین برای به‌عهده گرفتن جلسات	تمرکز مشاهدات مادر بر نقش مراقبت بزرگسال، ارزیابی پیشرفت مادر و کودک در انجام تمرینات تراپلی، کمک به والدین برای کنترل رفتار دشوار، کنترل مقاومت والدین، به اشتراک گذاشتن مشاهدات جلسه با والدین و ارائه بازخورد، اجرای پس‌آزمون. فعالیت ساختار: گذاشتن دست‌ها روی هم؛ فعالیت تعامل مشتاقانه: قایم باشک؛ فعالیت پرورشی: آرایش ناخن دست یا پا و فعالیت متقابل: کشتی شست، مچ و پا.
پانزدهم	شروع جلسات بازی‌درمانی توسط والد	درگیر نمودن مادر در فعالیت‌های تراپلی، ایجاد ارتباط مثبت کودک با مادر، اطمینان‌بخشی به‌کودک در مورد حمایت والد، تمرکز والد بر نقاط قوت و توانایی‌های کودک، ارائه بازخورد، دادن تکلیف در منزل. فعالیت ساختار: از رودخانه بِپَر؛ فعالیت تعامل مشتاقانه: فوت کردن پینگ پونگی؛ فعالیت پرورشی: مراقبت کردن از زخم‌ها و فعالیت متقابل: حرکات کاراته.
شانزدهم	پذیرش والد از جانب کودک و رفع مقاومت کودک توسط والد	افزایش اطمینان و حس اعتماد در کودک توسط مادر، به چالش کشیدن دیدگاه منفی کودک توسط مادر، پی بردن به مشکل والد هنگام مدیریت کودک، ارائه بازخورد، تداوم نقش آفرینی فعال والد در منزل، اجرای پس‌آزمون. فعالیت ساختار: یک سیب زمینی، دو سیب زمینی؛ فعالیت تعامل مشتاقانه: نوشتن آقای حباب؛ فعالیت پرورشی: روش‌های دیگر تغذیه کردن و فعالیت متقابل: برداشتن اشیاء کوچک با پا.
هفدهم	شناسایی و درک موانع توسط مادر	بررسی موانع ایجاد دلبستگی صحیح کودک توسط مادر، شناسایی انگیزه‌های رفتار منفی در کودک به‌وسیله مادر، بررسی مشکلات اضطرابی کودک توسط مادر، افزایش احساس امنیت در کودک توسط مادر، ارائه بازخورد، تداوم نقش آفرینی فعال والد در منزل. فعالیت ساختار: بدنت را تکان بده؛ فعالیت تعامل مشتاقانه: پوشاندن دیوار با کاغذ؛ فعالیت پرورشی: شناور بودن روی قایق و فعالیت متقابل: مشت زدن به روزنامه و انداختن در سبد.
هجدهم	کاهش اعتراض و قبولی با دودلی با کمک والد	کاهش نگرانی و اضطراب کودک توسط مادر، کاهش رفتارهای اعتراضی کودک با کمک مادر، افزایش اعتماد کودک به مادر، افزایش احساس امنیت و پذیرش مادر، ارائه بازخورد، تداوم نقش آفرینی فعال والد در منزل، اجرای پس‌آزمون. فعالیت ساختار: زمین، دریا، هوا؛ فعالیت تعامل مشتاقانه: یک پنجره را نقاشی کن؛ فعالیت پرورشی: قایم باشک دست‌ها و فعالیت متقابل: تونل.
نوزدهم	افزایش رشد و اعتماد کودک توسط والد	کاهش اضطراب کودک توسط مادر، افزایش آستانه صبر و تحمل کودک با کمک مادر، افزایش توانایی‌های خودمراقبتی کودک توسط مادر، افزایش احساس شایستگی کودک، ارائه بازخورد، تداوم نقش آفرینی فعال والد در منزل. فعالیت ساختار: حدس زدن قدم‌ها؛ فعالیت تعامل مشتاقانه: حباب‌های پروانه‌ای؛ فعالیت پرورشی: لیزه، لیزه، لیز و فعالیت متقابل: تنیس بادکنک.
بیستم	ختم جلسات و تمرین‌های والد	مرور و جمع‌بندی کلی مطالب ارائه‌شده در جلسات قبلی، ارزیابی مطالب جلسات تراپلی، اطمینان از ادامه بکارگیری تراپلی توسط مادر، جلوگیری از سرخوردگی احتمالی کودک، ارائه بازخورد، تداوم نقش آفرینی فعال والد در منزل، اجرای پس‌آزمون.
بیست و یکم	اجرای جشن خداحافظی برای کودک	تمرکز روی رابطه بین مادر و کودک، تأیید نقاط قوت و هویت کودک به سمت آینده.

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-01-29]

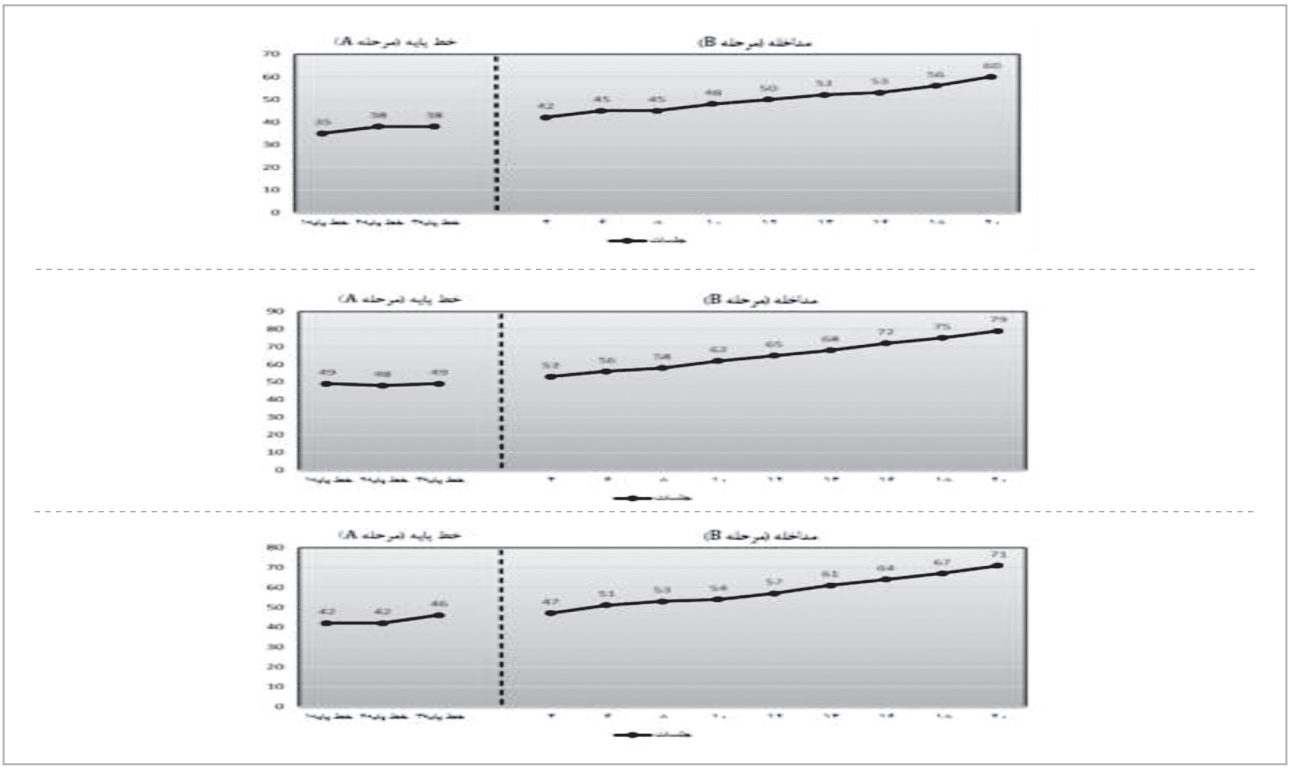
روش اجرا

پس از کسب مجوز از دانشگاه، پژوهشگر با داشتن حداقل ۱۰ سال تجربه بالینی با کودک به کلینیک‌های روان‌شناسی شهر تهران مراجعه نموده و اطلاعات مورد نیاز در مورد هدف پژوهش به آنها ارائه داد. پس از اعلام آمادگی مسئولان، تعداد ۳ کودک را براساس ملاک‌های ورود و خروج انتخاب کرده و رضایت‌نامه کتبی از والدین آنان اخذ نمود. اندازه‌گیری نمره پرسشنامه آزمودنی‌ها در دو مرحله کلی اجرا شد. در آغاز مقیاس اضطراب کودکان اسپنس (۲۷) توسط والدین کودک و فرم روش تعاملی مارشاک توسط پژوهشگر تکمیل شد و نمره آنها به‌عنوان پیش‌آزمون ثبت گردید (مرحله A) و منحنی خط پایه آن ترسیم شد. سپس متغیر مستقل یعنی مداخله بازی‌درمانی به شیوه تراپلی تحت نظر استاد راهنما (جناب دکتر سامانی) مشتمل بر ۲۱ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای (هر هفته ۲ جلسه) اعمال شد. پس از اتمام جلسات درمانی تراپلی، مجدداً نمرات آزمون‌ها به‌عنوان پس‌آزمون اندازه‌گیری شد (مرحله B) و نتایج آن به‌صورت نمودار دومی در کنار نمودار اول رسم گردید. در مرحله‌ی بعد، سیاهه رفتاری کیفیت دلبستگی تراپلی (محقق ساخته) در ۱۲ نوبت (۳ بار در مرحله خط پایه، ۹ بار در مرحله مداخله) توسط پژوهشگر تکمیل شد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار اس. پی. اس. اس (نسخه ۲۳) استفاده گردید؛ و ترسیم نمودارها با استفاده از نرم‌افزار اکسل صورت گرفت. تحلیل داده‌های مطالعه براساس راهنمای گام به گام تحلیل داده‌های تک‌آزمودنی (۳۰) انجام شد و از روش تحلیل دیداری[1] در دو سطح درون‌موقعیتی و بین‌موقعیتی براساس ۳ شاخص سطح یا طراز، روند و تغییرپذیری استفاده گردید. به منظور رعایت کردن ملاحظات اخلاقی آزمودنی‌ها، رضایت‌نامه آگاهانه از آنان اخذ شد. پرسشنامه‌های آنها کدگذاری شد و اصول اخلاقی مانند محرمانه ماندن اطلاعات و رازداری کاملاً رعایت شد.

یافته‌ها

برای ارزیابی نتایج احتمالی حاصل از مداخله، از روش تحلیل دیداری نمودارها، درصد تمامی داده‌های غیرهمپوش[2] و اندازه اثر استفاده شد. در شکل (۱) نتایج تحلیل دیداری بهبود روابط والد و کودک با روش تراپلی نشان داده شده است.

شکل ۱) نتایج تحلیل دیداری بهبود روابط والد-کودک در روش تراپلی



1. Visual analysis

2. Percentage of All Non- Overlapping Data (PAND)

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-01-29]

با توجه به شکل (۱)، تعداد کل مشاهدات در مرحله خط پایه و مداخله برای تمامی کودکان، ۱۲ مشاهده می‌باشد. تعداد کل مداخلات ۹ مداخله و تعداد مشاهده‌ها در مرحله خط پایه ۳ عدد می‌باشد. برای بررسی اندازه اثر روش بازی‌درمانی به شیوه تراپلی بر کل کودکان از درصد تمام نقاط داده غیرهمپوش استفاده شد. همچنین این شاخص به ضریب فی تبدیل شده و سپس آماره d کوهن برای بررسی میزان اثر مورد محاسبه قرار گرفت. نتایج نشان داد که تمامی آزمودنی‌ها مشاهده همپوش در مرحله مداخله نداشته و مقدار شاخص مجموع کل مشاهدات داده‌های غیرهمپوش ۱۰۰ درصد به‌دست آمد. ضریب فای متناظر با این مقدار ۱ و اندازه اثر d کوهن ۱/۲۵ محاسبه گردید که جز اندازه‌های اثر بالا می‌باشد. بنابراین می‌توان گفت که به‌طور کلی بازی‌درمانی با روش تراپلی در بهبود روابط والد-کودک و متعاقباً کاهش اضطراب کودک با والد مؤثر بوده است.

در ادامه، تحلیل آماری شاخص‌های میانگین و انحراف استاندارد برای هر ۳ کودک در مراحل خط پایه و مداخله در جدول (۲) گزارش شد.

جدول ۲) میانگین و انحراف استاندارد کودکان و کل گروه در مراحل خط پایه و مداخله

کودک	خط پایه		مداخله	
	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
۱	۳۷/۰۰	۱/۷۳	۵۰/۱۱	۵/۷۷
۲	۴۸/۶۶	۰/۵۷	۶۵/۳۳	۸/۹۱
۳	۴۳/۳۳	۲/۳۰	۵۸/۳۳	۷/۹۵
کل	۴۳/۰۰	۵/۲۶	۵۷/۹۲	۹/۷۱

با توجه به اطلاعات مندرج در جدول (۲) میانگین آزمودنی اول از مرحله خط پایه (۳۷) تا مرحله مداخله (۵۰/۱۱) افزایش چشم‌گیری داشته است. انحراف استاندارد این کودک در مرحله خط پایه (۱/۷۳) به‌دست آمد که نشانگر نزدیک بودن داده‌ها به میانگین و وجود ثبات بالا در داده‌ها است. در مرحله مداخله نیز انحراف استاندارد (۵/۷۷) نشانگر پراکندگی زیاد داده‌ها بود. میانگین آزمودنی دوم با توجه به جدول (۲) از مرحله خط پایه (۴۸/۶۶) تا مرحله مداخله (۶۵/۳۳) افزایش یافته است که نشانگر اثربخش بودن درمان می‌باشد. انحراف استاندارد مرحله خط پایه (۰/۵۷) نیز نشانگر پراکندگی پایین داده و وجود ثبات در این مرحله می‌باشد. انحراف استاندارد مرحله مداخله (۸/۹۱) می‌باشد که نشان می‌دهد داده از میانگین فاصله زیادی دارند. همانطور که مشاهده می‌شود میانگین آزمودنی سوم در مرحله خط پایه (۴۳/۳۳) و در مرحله مداخله (۵۸/۳۳) بود که نشانگر افزایش در میزان روابط والد با کودک در طی مراحل درمان می‌باشد. انحراف استاندارد مرحله پایه برای این کودک (۲/۳) می‌باشد که نشانگر ثبات متوسط در داده‌های این مرحله است. در مرحله مداخله نیز انحراف استاندارد (۷/۹۵) می‌باشد که نشانگر عدم وجود ثبات و پراکندگی بالای داده‌ها است.

سپس، از شاخص اندازه اثر تفاوت میانگین استانداردشده[1] برای بررسی تأثیر روش بازی‌درمانی با روش تراپلی بر بهبود روابط والد با کودک و متعاقباً کاهش اضطراب کودک با والد استفاده شد. این شاخص از طریق فرمول زیر محاسبه گردید.

$$SMD= (M_t - M_b)/S_b$$

در این فرمول، Mt میانگین مداخله، Mb میانگین خط پایه و Sb انحراف استاندارد خط پایه می‌باشند. مقادیر ۰/۲۰ نشانگر اثر اندک، ۰/۵۰ اثر متوسط و بیشتر از ۰/۸۰ اثر بالا می باشند.

نتایج نشان داد که اثر تفاوت میانگین استانداردشده برای آزمودنی اول (۷/۵۷)، برای آزمودنی دوم (۲۹/۲۴) و برای آزمودنی سوم (۶/۵۲) به‌دست آمد که نشانگر تأثیر مثبت بازی‌درمانی با روش تراپلی بر روابط والد با کودک بود.

در آخر، درصد بهبودی کودکان در پرسشنامه‌ها بررسی شد. نتایج در جدول (۳) ارائه شده است.

1. Standardized Mean Difference (SMD)

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-01-29]

جدول ۳) نمرات و درصد بهبودی آزمودنی‌ها در پرسشنامه‌ها

پرسشنامه‌ها	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	درصد بهبودی
سیاهه رفتاری تراپلی	۴۲/۹۹	۷۰	۶۲/۸۲
مقیاس اضطراب کودکان اسپنس	۸۰/۶۶	۳۴/۳۳	۵۷/۴۳
فرم روش تعاملی مارشاک	۴۳۱	۶۹۰/۳۳	۶۰/۱۶

بررسی دقیق‌تر تغییرات نشان داد که درصد بهبودی شرکت‌کنندگان در پرسشنامه‌ها بیشتر از ۵۰ درصد بوده و معنادار می‌باشد؛ و همانطور که ملاحظه می‌شود، مداخله بازی‌درمانی با روش تراپلی بر بهبود روابط والد با کودک و متعاقباً کاهش اضطراب کودک با والد مؤثر بوده است.

بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف تبیین اثربخشی بازی‌درمانی به شیوه تراپلی بر اضطراب کودک با والد انجام گرفت. نتایج حاصل از تحلیل دیداری داده‌ها نشان داد که مداخله تراپلی بر کاهش اضطراب کودک با والد مؤثر بوده است و سبب بهبود علائم اضطراب آزمودنی‌ها شده است. نتیجه به‌دست آمده با یافته‌های هاشمی، احمدبیگی، پرواز و کریمی شهابی (۲۰)، سالو، فلایکت، مایکل، لاسنیوس-پانولا، لیندامن و پوناماکی (۲۸) و وتیگ، گلمن وجیدر (۲۷) مطابقت دارد.

برای تبیین این نتیجه می‌توان گفت که دوران کودکی از مهمترین مراحل زندگی است که در آن شخصیت فرد شکل می‌گیرد. رشد و پرورش کودکان بر مبنای رشد سالم آنها، در دوران کودکی پایه‌ریزی می‌شود و ارتباط مؤثر یکی از مهارت‌های پرورش فرزند است. در این میان، مادر نخستین شخصیتی است که با کودک رابطه مستقیم و تنگاتنگ دارد و نحوه تعامل او با کودک، در رشد و تکامل کودک اهمیت اساسی دارد. والدگری توأم با هیجان‌های منفی و مدیریت ضعیف کودك منجر به اضطراب در روابط والد با کودك می‌شود. فضای عاطفی حاکم بر خانواده، نقش تعیین‌کننده در بروز اختلالات روانی بالاخص اضطراب دارد. در این راستا، روان‌شناسان رشد بر پدیده دلبستگی تأکید نموده و بیان داشتند که اختلال در روابط دلبستگی با ارزیابی‌های منفی از خود و ایجاد بی‌اعتمادی در کودك می‌تواند به اختلال‌های اضطرابی بیانجامد.

طبق توضیحاتی که ارائه شد، آزمودنی‌ها در پژوهش حاضر نشان دادند که به‌دلیل شکل‌گیری سبک دلبستگی ناایمن، خود را دست‌کم گرفته و این برداشت از خود بر کنش متقابل آنها با والد تأثیر گذاشته است. چون سبک دلبستگی ناایمن در این کودکان برجسته بود، طرحواره عاطفی از خود و والد، شامل اعتماد به والد در برقراری روابط و انتظارات کودک از صمیمیت مختل بود. در واقع کودکان در این پژوهش به‌دلیل باورهای منفی از ارزیابی خود، سطوح پایین عزت‌نفس را تجربه نموده و این فرآیندهای شناختی مرتبط با ارزیابی منفی از خود نقش مهمی در ایجاد و بروز اضطراب در کودک ایفا نمودند. این یافته همسو با نتایج پژوهش احمدبیگی، پرواز و کریمی شهابی (۲۰) می‌باشد. آنان نیز اذعان داشتند که دلبستگی ناایمن و اجتنابی نقش منفی و قابل توجه در تغییرات اضطراب دارند.

در این راستا از بین درمان‌ها، تراپلی یک روش درمانی رابطه محور بر مبنای نظریه دلبستگی است که می‌تواند در بهبود رابطه سالم بین والدین و کودک مفید واقع شود. بازی‌درمانی به شیوه تراپلی باعث ایجاد ابراز احساسات، تعاملات بین فردی، تعلق خاطر، همدلی و حمایت در کودک با والد می‌شود. در پژوهش حاضر، این شیوه بازی‌درمانی به مادران آموخت که از دیدگاه‌های خودمحورانه خویش فراتر روند و سعی کنند تا دنیا را از دریچه چشم کودک‌شان نگاه کنند. آنان آموختند که تنها به خواسته‌ها و نیازهای خود نیندیشند و این امر موجب افزایش انعطاف‌پذیری هنگام تعامل با کودک شد. در فعالیت‌های متمرکز بر بُعد ساختار مادران فرا گرفتند با ایجاد محیطی مناسب و تعیین محدودیت‌ها، یک پایگاه ایمن برای کودک خود ترتیب دهند. آنان با فراهم نمودن این محیط قابل پیش‌بینی امکان بررسی و کشف محیط در کودکان را فراهم آوردند. کودکان نیز متوجه معنای نهفته در تعامل‌های کودک با والد شدند، بنابراین اضطراب در آنان کاهش، و سطح سازگاری‌شان افزایش یافت. در فعالیت‌های متمرکز بر بُعد تعامل مشتاقانه مادران آموختند کودك را درگیر فعالیتی جذاب و خوشایند نمایند و از لحاظ هیجانی با وضعیت و هیجانات کودک هماهنگ شوند. آنان خواسته‌های کودک خود پیش‌بینی نموده، از رفتارهای

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-01-29]

پرخاشگرانه خودداری کرده و منعطف‌تر عمل نمودند. کودکان نیز به خواسته‌ها و ترجیح‌های مادر واقف شده و در صورت تفاوت با خواسته‌ها و ترجیح‌های خود، با انعطاف بیشتری برخورد نموده و شرایط را برای رسیدن به هدفی مشترك می‌پذیرفتند. در فعالیت‌های متمرکز بر بُعد پرورش مادر با مراقبت دلسوزانه، تماس‌های فیزیکی مهرآمیز و پذیرش بی‌قید و شرط کودک خود، امکان تجربه حس ارزشمندی را در کودک به‌وجود آورد. مادر عشق خود را در فعالیت‌هایی مانند غذا دادن به کودك، در آغوش گرفتن، بوسیدن، ستودن به او نشان داد. این فعالیت‌ها در مورد کودك سبب شکل‌گیری و درون‌سازی تصویری مثبت از خود گردیده و منجر به ایجاد دلبستگی امن در کودک شد. کودک این مفهوم را درک کرد که مادر مسئول رفع احتیاجات او می‌باشد. بنابراین تنش را تحمل نموده و هیجاناتش را مدیریت کرد. در آخر، در فعالیت‌های متمرکز بر بُعد فعالیت متقابل کودکان حس موفقیت همراه با پاداش و البته گاهی هم طعم تلخ شکست را تجربه کردند. آنان یاد گرفتند که همکاری و لذت بردن از بازی با مادر مهم‌تر از نتیجه بازی است. درنتیجه با خودتنظیمی هیجانی خویش با پیروزی مادر در فعالیت کنار آمده و منعطف‌تر برخورد نمودند. در راستای این یافته می‌توان به پژوهش سالو، فلایکت، مایکل، لاسنیوس-پانولا، لیندامن و پوناماکی (۲۸) و وتیگ، گلمن وجیدر (۲۷) اشاره کرد که اذعان داشتند بازی‌درمانی به شکل تراپلی منجر به بهبود نشانگان اضطراب، پرخاشگری، انزوای اجتماعی، کم‌رویی، اعتماد به نفس، اعتماد به دیگران و مشکل تکلم کودکان شد.

در یک جمع‌بندی کلی باید گفت که پژوهشگر در طی جلسات بازی‌درمانی تراپلی به والدین نشان داد که با فراتر رفتن از دیدگاه‌های خودمحورانه خویش، انعطاف‌پذیری خود را افزایش دهند؛ با وضع قواعدی برای کنترل تعامل با کودک‌شان (در فعالیت‌های بُعد ساختار) امنیت در کودک را بسط دهند؛ با فعالیت‌های متمرکز بر تعامل مشتاقانه توانایی همکاری خویش را ارتقاء دهند؛ با انجام تماس‌های فیزیکی محبت‌آمیز (بُعد پرورش) محبت بدون قید و شرط را تجربه نمایند و با انجام رقابت سالم (بُعد فعالیت متقابل) کنار آمدن و سازگاری در خود را بهبود بخشند. در واقع با بهبود این جنبه‌های مهارتی، کاهش اضطراب کودکان نیز حاصل گردید؛ و بازتاب این مهم را می‌توان در نمرات مقیاس اضطراب کودکان اسپنس مشاهده کرد.

از آنجا که به‌دلیل بیماری کرونا، اجرای گروهی ممکن نبود، لذا از طرح‌های درون‌گروهی (تک‌آزمودنی) استفاده شد که تعمیم‌پذیری نتایج را با محدودیت مواجهه نمود. استفاده از سیاهه رفتاری کیفیت دلبستگی تراپلی، انتخاب نمونه‌های در دسترس و عدم اجرای مرحله پیگیری نیز می‌تواند از دیگر موانع تعمیم‌پذیری نتایج باشد. محدود کردن جامعه آماری به گروه سنی ۵-۸ سال را نیز می‌توان یکی دیگر از محدودیت‌های پژوهش برشمرد. پژوهش‌های انجام گرفته در رابطه با مداخله بازی‌درمانی به شیوه تراپلی در ایران بسیار ابتدایی است و لازم است با پژوهش در این زمینه، این خلاء برطرف شود. انجام پژوهش به‌صورت تصادفی، با حجم نمونه بزرگتر، در گروه‌های سنی مختلف، اجرای آزمون پیگیری و استفاده از سیاهه مشابه که توسط والدین کودک پاسخ داده شود، می‌تواند از راهکارهای رفع محدودیت در پژوهش‌های آتی باشد. و کلام آخر، لازم است که محیط‌های آموزشی با طراحی پروتکل‌های درمانی در حوزه فرزندپروری درصدد ارتقای آگاهی والدین در حوزه فرزندپروری برآیند؛ و شایسته است مادران با بهره‌گیری از مداخله درمانی بازی‌درمانی به شیوه تراپلی در خانه به بهبود تعاملات والد-کودک کمک نمایند. همچنین، روان‌شناسان می‌توانند از این بازی‌ها در حیطه درمان به‌عنوان ابزاری برای درمان استفاده کنند.

تشکر و قدردانی

بدینوسیله از تمامی افراد و مادرانی که در اجرای این پژوهش مشارکت داشتند تشکر و قدردانی می‌شود.

تضاد منافع

در این مقاله هیچ تضاد یا تعارض منافعی وجود ندارد.

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-01-29]

References

1. Cobham VE, Hickling A, Kimball H, Thomas HJ, Scott JG, Middeldorp CM. Systematic review: anxiety in children and adolescents with chronic medical conditions. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. 2020; 59(5): 595-618.
2. Soleimani S, Fardoost Z. The effectiveness of a child-centered play therapy on internalized children's problems. JPEN. 2020; 7 (1) :23-30. [Persian].
3. Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Kaplan and sadock's synopsis of psychiatry based on DSM-5. Ganji M (Persian translator). Tehran: Publishing Savalan; 2020. [Persian].
4. Kaplan BJ, Kaplan and sadock's synopsis of psychiatry. Behavioral sciences/clinical psychiatry. Tijdschrift voor Psychiatrie. 2016; 58(1): 78-79.
5. Talepasand S, Nokani M. Social phobia symptoms: prevalence and sociodemographic correlates. Archives of Iranian Medicine (AIM). 2010; 13(6): 522-527.
6. Shahni R, Davoudi I, Mehrabi zadeh Hounarmand M, Zargar V. Effectiveness of parent-based intervention on anxiety symptoms and externalizing problems of 6-9 years old children.Journal of Clinical Psychology. 2017; 9(1): 51-62. [Persian].
7. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders 5th ed. Washington, D.C.: American Psychiatric Association; 2013.
8. Mojaver S, Sakhtemani F, Mohammadi Feizabadi A. The effectiveness of painting therapy on anxiety and oppositional defiant disorder in children with mental retardation. J Except Educ. 2022; 2 (168): 9-20. http://exceptionaleducation.ir/article-1-2478-fa.html
9. Pahl KM, Barrett PM, Gullo MJ. (2012). Examining potential risk factors for anxiety in early childhood. Journal of Anxiety Disorders. 2012; 26(2): 311-320.
10. Chen NT, Clarke PJ. Gaze-based assessments of vigilance and avoidance in social anxiety: a review. Current psychiatry reports. 2017; 19(9): 59.
11. Manning RP, Dickson JM, Palmier-Claus J, Cunliffe A, Taylor PJ. A systematic review of adult attachment and social anxiety. Journal of Affective Disorders. 2017; 211: 44-59.
12. Johnson SM, Valerie EW. Attachment processes (in couple therapy and family therapy). Bahrami F, Etimadi E, Botlani S, Eshghi R, Jokar M, Diaryan MM, Yousefi N, Razvan Sh, Nilfroshan P, Navidian A, Salehi A (Persian translator). Tehran: Danjeh Publishing; 2018. [Persian].
13. Mesman J, Van IJzendoorn MH, Sagi-Schwartz A. Cross-cultural patterns of attachment: Universal and contextual dimensions. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications (3rd ed., pp. 852-877). New York: Guilford; 2016.
14. Brumariu LE, Kerns KA, Seibert A. Mother–child attachment, emotion regulation, and anxiety symptoms in middle childhood. Personal Relationships. 2012; 19(3): 569-585.
15. Groh AM, Narayan AJ, Bakermans-Kranenburg MJ, Roisman GI, Vaughn BE, Fearon RMP, Van Ijzendorn MH. Attachment and temperament in the early life course: A meta analytic review. Child development. 2017; 88(3): 770-795.
16. Lickenbrock DM, Braungart-Rieker JM. Examining antecedents of infant attachment security with mothers and fathers: An ecological systems perspective. Infant Behavior and Development. 2015; 39: 173-187.
17. Koehn AJ, Kerns KA. Parent–child attachment: meta-analysis of associations with parenting behaviors in middle childhood and adolescence. Attachment & Human Development. 2018; 20(4): 378-405.
18. Mikulincer M, Shaver PR. Attachment in adulthood: Structure, dynamics, and change (2 ed.). New york: guilford press; 2016.
19. Nielsen SKK, Lønfeldt N, Wolitzky-Taylor KB, Hageman I, Vangkilde S, Daniel SIF. Adult attachment style and anxiety-the mediating role of emotion regulation. Journal of Affective Disorders. 2017; 218: 253-259.
20. Hashemi T, Ahmadbeigi N, Parvaz S, Karimishahabi R. The role of attachment style in social phobia regarding the mediating effects of self- esteem. Psychological Achievements. 2015; 22(1): 47-66. [Persian].
21. Ahmadi Farsani M, Bagheri N, Sharifi T. The impact of Barkley's parent training program on the improvement of the mother-child relationship among anxious students. QJFR. 2020; 17(3): 127-142. http://qjfr.ir/article-1-1600-fa.html
22. Polanczyk GV, Salum GA, Sugaya LS, Caye A, Rohde LA. Annual research review: A meta-analysis of the worldwide prevalence of mental disorders in children and adolescents. Journal of child psychology and psychiatry. 2015; 56(3): 345-365.
23. Mohammadi Gh, Pirani Z, Zanganehmotlagh F. Evaluating the effectiveness of philosophy education for children and cognitive behavioral group play therapy on social function of children with separation anxiety disorder. Culture Counseling. 2022; 13(49): 219-248. [Persian].
24. Cancer A, Bonacina S, Antonietti A, Salandi A, Molteni M, Lorusso ML. The effectivenessof interventions for developmental dyslexia: Rhythmic reading trainingCompared with hemisphere-specific stimulation and action video games. front. Psychol. 2020; 11(4): 1158-1162.
25. Money R, Wilde S, Dawson D. The effectiveness of theraplay for children under 12–a systematic literature review. Child and Adolescent Mental Health. 2021; 26(3):238-251.

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-01-29]

26. Bogoliubova-Kuznetsova D. Theraplay in the work with child with ASD. Autism and Developmental Disorders. 2019; 17(4): 21-28.
27. Wettig HH, Coleman A, Geider FJ. Evaluating the effectiveness of Theraplay in treating shy, socially withdrawn children. International Journal of Play Therapy. 2011; 20(1): 26.
28. Salo S, Flykt M, Mäkelä J, Lassenius-Panula L, Korja R, Lindaman S, Punamäki RL. The impact of Theraplay® therapy on parent-child interaction and child psychiatric symptoms: a pilot study. International Journal of Play. 2020; 9(3): 331-352.
29. Delavar A. Probability and applied statistics in psychology and educational sciences. Tehran: Roshd Publication. 2020. [Persian].
30. Kelley M. Evaluating the marschak interaction method: Convergent validity in social emotional assessment of young children. Thesis degree level Ph.D. Department of Special Education and Clinical Sciences. University of Oregon; 2020.
31. Spence SH. Structure of anxiety symptoms among children: A confirmatory factor-analytic study. Journal of Abnormal Psychology. 1997; 106(2): 280–297.
32. Mousavi R, Moradi A, Mahdavi Harsini I. (1384). Investigating the effectiveness of structural family therapy in improving family functioning and reinforcement marital satisfaction in families of children with separation anxiety disorder.Journal of Family Research. 2006;1(4): 7-28. [Persian].
33. Booth Ph, Jernberg AM. Play therapy with theraplay method. Akbari M, Salehi S, Sadian S (Persian translator). Tehran: Parandeh Publishing; 2020. [Persian].
34. Gast DL. Single subject research methodology in behavioral sciences. New York and London: Routledge; 2010.

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-01-29]