

## **Effect of collaborative parent –child play in reducing symptoms of emotional problems in male elementary school students of Isfahan**

**S. Sabzian\***

Master of Psychology, University of Isfahan, Isfahan, Iran

**H. Mehrabi**

Assistant Professor of Psychology, University of Isfahan, Isfahan, Iran

**M. Kalantari**

Professor of Psychology, University of Isfahan, Isfahan, Iran

### **Abstract**

The goal of this study was to investigate the effect of collaborative mother-child play training on symptoms of emotional problems including separation anxiety, generalized anxiety, phobia, depression and social phobia in male elementary school students of Isfahan. therefore in a quasi-experimental design with a control group and pretest – post test & follow up assessment, 32 male students with high scores in emotional problems were selected from Region 3 of Isfahan primary schools and were assigned randomly to two experimental and control groups ( $n_1=n_2=16$ ). The mothers of the experimental group received eight weekly sessions of training based on participation of mothers and playing with the children. While the control group received no intervention and remained in the waiting list. The two groups were evaluated by parent form of Child Symptoms Check- list (CSI-4). The results of analysis of covariance showed that intervention with mother-child playing reduced 90.3% of symptoms of emotional problems in post test and follow up ( $p<0.05$ ). Based on these findings, it can be concluded the mother-child playing is suitable for reducing symptoms of emotional problems.

**Key words:** collaborative parent–child training, emotional problems, male elementary school students.

---

\* sabzian1989@yahoo.com

## اثربخشی آموزش روابط والد- فرزند بر میزان مشکلات هیجانی دانش آموزان پسر دوره ابتدایی

سعیده سبزیان<sup>۱\*</sup>، حسینعلی مهرابی<sup>۲</sup>، مهرداد کلاتری<sup>۳</sup>

۱. کارشناسی ارشد روانشناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران

sabzian1989@yahoo.com

۲. استادیار روانشناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران

h.mehrabi@edu.ui.ac.ir

۳. استاد روانشناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران

mehrdadk@edu.ui.ac.ir

هدف از اجرای این پژوهش بررسی اثربخشی آموزش روابط والد-فرزند بر میزان مشکلات هیجانی، شامل اضطراب جدایی، اضطراب منتشر، ترس مرضی، افسردگی و ترس اجتماعی دانش آموزان پسر دوره ابتدایی است. بر این اساس در قالب یک مطالعه نیمه تجربی همراه با گروه کنترل و با ارزیابی به صورت پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری، تعداد ۳۲ دانش آموز پسر دارای نمره بالا در دسته مقیاس‌های مشکلات هیجانی CSI-4 از مدارس ابتدایی ناحیه سه شهر اصفهان به شیوه خوشه‌ای گزینش شدند و براساس ملاک‌های ورودی پژوهش انتخاب و به شیوه تصادفی به گروه‌های آزمایش و کنترل گمارده شدند ( $n_1=n_2=16$ ). مادران آزمودنی‌های گروه آزمایش، یک دوره هشت جلسه‌ای آموزش بازی مشترک مادر و کودک به صورت هفتگی دریافت کردند؛ درحالی‌که آزمودنی‌های گروه کنترل چنین مداخله‌ای دریافت نکردند و در لیست انتظار قرار گرفتند. آزمودنی‌های دو گروه با استفاده از فرم والد چک‌لیست مرضی کودکان (CSI-4) ارزیابی شدند. نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس نشان داد ارائه مداخله بازی مشترک مادر-کودک باعث کاهش علائم انواع مشکلات هیجانی بررسی شده در آزمودنی‌ها در مرحله پس آزمون و پیگیری شده است ( $p<0/05$ ). براساس یافته‌های پژوهش، این نتیجه به دست می‌آید که ارائه مداخله مبنی بر آموزش بازی مشترک مادر-کودک در کاهش مشکلات هیجانی مؤثر بوده است و از این روش مداخله‌ای می‌توان برای کاهش مشکلات هیجانی کودکان مبتلا استفاده کرد.

واژه‌های کلیدی: آموزش روابط والد-کودک، مشکلات هیجانی، دانش آموزان پسر دوره ابتدایی

## مقدمه

نگرانی درباره سلامت روان کودکان و تأثیر آن بر رشد و عملکرد کودک، هم‌زمان با افزایش میزان شیوع اختلالات روانی تشخیص‌پذیر، در سال‌های اخیر به‌طور چشمگیری افزایش یافته است. بر همین اساس متخصصان بر اهمیت ارزیابی و درمان بموقع اختلالات روان‌شناختی تأکید می‌کنند. از آنجاکه الگوهای هیجانی و رفتاری در بزرگسالی دشوارتر تغییر می‌کنند، تشخیص هرچه‌زودتر مشکلات سلامت روان در کودکی یکی از مسائل پیشگیرانه بهداشت همگانی است (تیگز،<sup>۱</sup> ۲۰۱۰). در واقع حداقل دو درصد از دانش‌آموزان ابتدایی به اختلال‌های هیجانی مبتلایند (ابوالقاسمی نریمانی و کیامرثی، ۱۳۸۴). افسردگی و انواع اضطراب‌های شایع در دوران کودکی، شامل اضطراب جدایی، اضطراب منتشر، ترس مرضی و ترس اجتماعی، نمونه‌هایی از این مشکلات هیجانی به حساب می‌آیند. اختلال افسردگی با خلق افسرده یا تحریک‌پذیر در کودکان و نوجوانان در بیشتر روزها و ساعت‌های روز مشخص می‌شود (سادوک، سادوک، ۱۳۸۷). اضطراب جدایی شامل نشانه‌هایی مانند ناراحتی‌های مفرط جدایی مثل نگرانی شدید و مداوم از محروم‌شدن و آسیب‌دیدن، ترس و درماندگی از جدایی، شکایت‌های جسمانی، کابوس‌های مکرر، ترس از مدرسه و مشکلات مربوط به خواب است که باید حداقل چهار هفته وجود داشته باشد (لطفی کاشانی و وزیری، ۱۳۹۰)؛ همچنین ترس اجتماعی حالتی است که با یک ترس پایدار و ثابت، غیرمنطقی و شدید توصیف می‌شود؛ ترسی که در آن شخص احساس می‌کند دیگران او را

موشکافی و ارزیابی یا تحقیر و تمسخر می‌کنند (تویت و استین،<sup>۲</sup> ۲۰۰۳). ترس مرضی عبارت است از ترسی غیرمنطقی که موجب اجتناب آگاهانه از موضوع، فعالیت یا موقعیت هراس‌آور می‌شود (سادوک، سادوک، ۱۳۸۷). تپش قلب، بی‌قراری، خستگی، بی‌خوابی و تنگی نفس از علائم اضطراب منتشر به شمار می‌آید (سادوک، سادوک، ۱۳۸۷).

یکی از روش‌های استفاده‌شده در بهبود مشکلات هیجانی کودکان، بازی درمانی است (تامپسون و رودلف، ۱۳۸۸). ارائه بازی درمانی به منزله یک روش درمانی، بر آن دسته از نظریه‌ها مبتنی است که می‌گویند بازی علاوه بر جنبه فراغتی و تمرینی و وقت‌گذرانی، کارکرد اصلاحی و تغییر رفتار نیز دارد؛ زیرا کودکان به کمک بازی احساسات، ناکامی‌ها و اضطراب‌های خود را بیان می‌کنند (محمداسماعیل، ۱۳۸۹). کودکان به دلیل پایین‌بودن سطح تفکر انتزاعی، قادر به بیان هیجانات و احساسات خود نیستند. سرکوب و نداشتن مهارت در بیان احساسات، به‌ویژه از نوع منفی آن، بهداشت روانی کودک را به مخاطره می‌اندازد؛ بنابراین بازی ابزاری است که کودک به یاری آن خود را بیان می‌کند (لندرت و همکاران، ۲۰۰۷).

بازی افکار درونی کودک را با دنیای خارجی او ارتباط می‌دهد و باعث می‌شود کودک بتواند اشیای خارجی را کنترل کند. بازی به کودک اجازه می‌دهد تجربیات، افکار، احساسات و تمایلاتی را که برای او تهدیدکننده‌اند، نشان دهد (وتینگتون و همکاران،<sup>۳</sup> ۲۰۰۸). شافر (۲۰۰۰) درخصوص اثرات درمانی بازی بر کودکان معتقد است در هم شکستن مقاومت در کودک، ایجاد لیاقت و توانایی، تفکرخلاق،

2- Toit and Stein

3- Wethington et al

1- Tiggs

پالایش، تخلیه هیجانی، ایفای نقش، خیالپردازی، آموزش نمادین، ایجاد و ارتقای رابطه و دل‌بستگی، هیجان مثبت و غلبه بر ترس‌های مربوط به دوران رشد از فواید بازی درمانی برای کودک محسوب می‌شود (تامپسون و رودلف، ۱۳۸۸). والدین هم در بازی درمانی به درک و پذیرشی مطلوب در ارتباط با رفتار کودک دست می‌یابند (لندرت، ۲۰۰۲).<sup>۱</sup>

برنامه درمان ارتباطی والد-کودک<sup>۲</sup> (CPRT) از جمله روش‌های درمانی پیشنهادشده برای اصلاح رفتار کودکان است. روش مذکور مبتنی بر این فرض اساسی است که احتمالاً ارتباط قوی طبیعی و ذاتی بین والدین و کودک (آنچه درمانگران ندارند) کلید اثربخشی بیشتر و نتایج پایای درمان در روش آموزشی مبتنی بر رابطه والد-کودک است (لندرت، ۲۰۰۶). در ارتباط با اثربخشی درمان‌های مبتنی بر بازی بر مشکلات هیجانی کودکان، پژوهش‌هایی انجام شده است؛ برای مثال لندرت و همکاران (۲۰۰۹) بیان می‌کنند بازی درمانی کودک‌محور بر رفتار و هیجان‌ات تأثیر مثبتی دارد. باگرلی<sup>۳</sup> (۲۰۰۹) اثربخشی بازی درمانی گروهی بر اعتماد به نفس، افسردگی و اضطراب کودکان بی‌خانمان را بررسی کرد و افزایش چشمگیر اعتماد به نفس و کاهش اضطراب و افسردگی را نشان داد. گالاگر و همکاران<sup>۴</sup> (۲۰۰۴) مطالعه‌ای درباره اثربخشی گروه‌درمانی شناختی-رفتاری کوتاه‌مدت در درمان هراس اجتماعی انجام و نشان دادند این روش درمانی علاوه بر کاهش هراس اجتماعی، میزان اضطراب و افسردگی را نیز کاهش می‌دهد. جی یون شین<sup>۵</sup>

(۲۰۰۲) در تحقیقی تأثیر بازی درمانی کوتاه مدت را بر اضطراب و افسردگی کودکانی که زلزله چین را تجربه کردند، بررسی کرد. نتایج پژوهش او نشان‌دهنده کاهش چشمگیر میزان اضطراب، فویبا و احتمال خطر خودکشی پس از بازی درمانی بود. رضایی و همکاران (۱۳۹۱) در پژوهشی نشان دادند بازی درمانی شناختی-رفتاری با مشارکت والدین در کاهش ترس اجتماعی کودکان کاربرد دارد. نتایج پژوهش حاتمی و همکاران (۱۳۹۱) نشان داد بازی درمانی موجب کاهش نشانه‌های افسردگی در کودکان افسرده می‌شود. کادوسان (۱۹۹۷) توانست در پژوهشی اثر بازی درمانی فردی را در بهبود رفتارهای فزون کنشی و تنظیم رفتارهای هیجانی در کودک بیش فعال را تأیید کند. عبدخدایی و صادقی (۱۳۹۰) هم نشان دادند بازی درمانی با رویکرد شناختی-رفتاری باعث کاهش اضطراب جدایی در آزمودنی‌های گروه آزمایش می‌شود. جلالی و مولوی (۱۳۸۹) در پژوهشی کاهش اضطراب جدایی آزمودنی‌ها را در مرحله پس‌آزمون و پیگیری بازی درمانی نشان دادند. جلالی و همکاران (۱۳۸۹) در پژوهش خود بیان کردند بازی درمانی به شیوه شناختی-رفتاری روش مناسبی برای درمان ترس اجتماعی در کودکان محسوب می‌شود. اگاو<sup>۶</sup> (۲۰۰۴) نشان داد بازی درمانی مداخله درمانی مؤثری برای کودکان آسیب‌دیده و کودکانی است که به اختلال استرس پس از سانحه مبتلا شده‌اند.

مرور مطالعات فوق بیانگر آن است که اگرچه نقش بازی درمانی به منزله مداخله‌ای برای کاهش مشکلات هیجانی-رفتاری کودکان به اثبات رسیده است، این مداخله از آن حیث که عمدتاً با حضور

1- Landreth  
2- children- Parent- relationship teaching  
3- Baggerly  
4- Gallagher et al  
5- Jiun Shen

دانش‌آموزان پسر دوره ابتدایی شهر اصفهان مؤثر است.

### روش پژوهش

این پژوهش از نوع نیمه تجربی با گروه کنترل همراه با ارزیابی به صورت پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری و مدت زمان آن یک‌ماهه بود. جامعه آماری این پژوهش کلیه دانش‌آموزان پسر دوره ابتدایی شهر اصفهان در سال تحصیلی ۱۳۹۱-۱۳۹۲ بود. روش نمونه‌گیری در این پژوهش خوشه‌ای است؛ به این صورت که به روش خوشه‌ای از بین نواحی پنج‌گانه شهر اصفهان، ناحیه سه انتخاب و سپس از بین دبستان‌های این ناحیه، چهار دبستان پسرانه گزینش شدند. در هر مدرسه هم از بین کلاس‌های پایه اول و دوم هر مدرسه، چهار کلاس به تعداد ۱۲۳ نفر به طور تصادفی انتخاب و سپس همه دانش‌آموزان این چهار کلاس از نظر داشتن مشکلات هیجانی با استفاده از فرم معلم مقیاس چک‌لیست علائم مرضی کودکان (CSI-4) ارزیابی شدند. بر این اساس تعداد ۳۲ دانش‌آموز که براساس فرم والد CSI-4 دارای نمرات بالای مشکلات هیجانی و ملاک‌های ورودی پژوهش، شامل عملکرد هوشی متوسط (بالاتر از ۸۵ درصد یا بیشتر) در محور دوم سیستم تشخیصی، نداشتن بیماری جسمانی شدید، زندگی با پدر و مادر و محدوده سنی بین شش تا ده سال بودند، به صورت هدفمند انتخاب شدند. این ۳۲ دانش‌آموز پسر دارای مشکلات هیجانی در مرحله دوم به طور تصادفی به گروه آزمایش و کنترل گمارده شدند ( $n_1=n_2=16$ ). برای مادران آزمودنی‌های گروه آزمایش، یک دوره آموزشی بازی مشترک با کودک به مدت هشت جلسه و هر جلسه نود دقیقه به صورت هفتگی ارائه

کودک یا همتایان کودک انجام می‌شود، والد کودک با کودک در تعامل نیست و از هیجان‌ها و احساس‌های کودک آگاهی چندانی نمی‌یابد، اثرگذاری خود را به طور مطلوب نشان نمی‌دهد. این در حالی است که فرایند بازی درمانی وقتی با حضور والد و به خصوص کودک انجام می‌شود، می‌تواند پیامدهای درمانی خوبی برای کودک داشته باشد. مثلاً مشکلات رفتاری و تعاملات مادر-کودک را با شناختی که مادر از رفتار و احساس کودک به دست می‌آورد، از یک سو و احساس صمیمیت و یادگیری مثبتی که کودک از حضور و تعامل با مادر در فرایند بازی کسب می‌کند، از سوی دیگر بهبود بخشد. از این رو هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی آموزش روابط والد-فرزند بر میزان مشکلات هیجانی، شامل ترس مرضی، اضطراب منتشر، ترس اجتماعی، افسردگی و اضطراب اجتماعی در دانش‌آموزان پسر دوره ابتدایی شهر اصفهان است؛ بنابراین فرضیه‌های ذیل متناسب با هدف پژوهش تدوین شد:

- ۱- آموزش روابط والد-فرزند بر میزان مشکلات هیجانی دانش‌آموزان پسر دوره ابتدایی مؤثر است؛
- ۲- آموزش روابط والد-فرزند در کاهش علائم ترس مرضی در دانش‌آموزان پسر دوره ابتدایی شهر اصفهان مؤثر است؛
- ۳- آموزش روابط والد-فرزند در کاهش علائم افسردگی در دانش‌آموزان پسر دوره ابتدایی شهر اصفهان مؤثر است؛
- ۴- آموزش روابط والد-فرزند در کاهش علائم اضطراب جدایی در دانش‌آموزان پسر دوره ابتدایی شهر اصفهان مؤثر است؛
- ۵- آموزش روابط والد-فرزند در کاهش علائم ترس اجتماعی در دانش‌آموزان پسر دوره ابتدایی شهر اصفهان مؤثر است؛
- ۶- آموزش روابط والد-فرزند در کاهش علائم اضطراب منتشر در

بهبود ارتباط تأکید کند. در هر جلسه یک بازی ارائه و به صورت عملی انجام می‌شد و مادران موظف بودند در منزل هم تا جلسه بعد حداقل سه یا چهار مرتبه این بازی را به طور مشترک با فرزند خود انجام دهند؛ همچنین می‌توانستند به سلیقه خود آن را تا حدودی تغییر دهند.

پس از اتمام دوره آموزش، مجدداً از مادران هر دو گروه آزمایش و کنترل فرم والد CSI-4 به منزله پس‌آزمون به عمل آمد و یک ماه پس از آن، مادران با هماهنگی تلفنی، مجدداً پرسش‌نامه مذکور را برای پیگیری تکمیل کردند. خلاصه جلسات آموزشی در جدول شماره ۱ آمده است.

شد؛ درحالی‌که مادران گروه کنترل در لیست انتظار قرار گرفتند و چنین مداخله‌ای دریافت نکردند.

محتوای این جلسات که محقق آن را براساس نظریه‌های بازی‌درمانی و درمان مبتنی بر تعامل مادر-کودک تنظیم کرده بود، شامل دو جلسه آموزش به مادران به منظور آشنایی بیشتر با علائم کودک مبتلا و آموزش مهارت‌هایی برای بهبود رابطه والد-فرزندی در منزل بود؛ علاوه بر این از جلسه سوم به بعد، آموزش برخی از بازی‌ها به والدین ارائه شد تا به طور مشترک با فرزند خود انجام دهند. این بازی‌ها باتوجه به اهداف تحقیق انتخاب شد؛ به گونه‌ای که از یک سو ساده و کم‌هزینه باشد و از سوی دیگر بر کاهش علائم مشکلات هیجانی و افزایش مهارت‌های خودکنترلی، تعامل مثبت، توجه، تخلیه هیجان و

جدول شماره ۱. خلاصه جلسات آموزشی

| جلسه | فعالیت‌ها  |
|------|--|
| ۱    | معارفه و اجرای پیش‌آزمون، ایجاد اعتماد در والدین، صحبت با والدین، تعریف بی‌اعتنایی مقابله‌ای در کودکان و نشانه‌ها و پیامدهای آن، تعریف بازی مادر-کودک و گفت‌وگو درباره نقش بازی در رشد و تحول کودک |
| ۲    | آموزش نحوه برخورد با رفتارهای بی‌اعتنایی کودک در روند بازی، نقش بازی در رشد کودک، نقش بازی با مادر در بازی‌های کودکان، تمرین بازی مشترک مادر-کودک (بازی با کودک براساس اصل پیروی کردن)             |
| ۳    | گفت‌وگو درباره بازی حباب‌سازی و کاربرد آن، آموزش بازی حباب‌سازی به مادران برای اجرای آن بازی با فرزندانشان   |
| ۴    | گفت‌وگو درباره بازی قوطی نگرانی و کاربرد آن، آموزش بازی قوطی نگرانی به مادران برای اجرای آن بازی با فرزندانشان   |
| ۵    | گفت‌وگو درباره بازی بادکنک خشم و کاربرد آن، آموزش بازی بادکنک خشم به مادران برای اجرای آن بازی با فرزندانشان   |
| ۶    | گفت‌وگو درباره بازی کلمات احساسی و کاربرد آن، آموزش بازی کلمات احساسی به مادران برای اجرای آن بازی با فرزندانشان   |
| ۷    | گفت‌وگو درباره بازی جاسوس و مأمور هشیار و کاربرد آن، آموزش بازی جاسوس و مأمور هشیار به مادران برای اجرای آن بازی با فرزندانشان   |
| ۸    | گفت‌وگو درباره بازی گروه‌پروپ راه‌رفتن، آموزش بازی گروه‌پروپ راه‌رفتن به مادران برای اجرای آن بازی با فرزندانشان   |

## ابزار گردآوری داده‌ها

## الف) پرسش‌نامه علائم مرضی کودکان

(CSI-4): این پرسش‌نامه از ابزارهای غربالگری رایج برای تشخیص شایع‌ترین انواع اختلالات روان پزشکی در کودکان بوده که عبارات آن براساس ملاک‌های چهارمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی (DSM-IV) تدوین شده است. این پرسش‌نامه با توجه به اهمیت منابع اطلاعات متعدد دارای دو فهرست والدین و معلمان است. پرسش‌نامه مرضی کودکان (CSI-4) شامل فهرست علائم هفده اختلال رفتاری و هیجانی از جمله: ۱- اختلال اضطراب تنشی؛ ۲- اختلال افسردگی اساسی؛ ۳- اختلال اضطراب جدایی؛ ۴- ترس‌های مرضی خاص؛ ۵- افکار و سواسی؛ ۶- اعمال و سواسی؛ ۷- اختلال استرس پس از ضربه و ۸- ترس مرضی اجتماعی است (سلیمان نژاد، ۱۳۷۶، به نقل از مهرابی، ۱۳۸۴).

مطالعات محدودی در زمینه پایایی و اعتبار این پرسش‌نامه انجام گرفته است؛ از جمله در مطالعه‌ای که گریسون و کارسون بر فرم CSI-3-R آن انجام دادند، «حساسیت» آن برای اختلال کمبود توجه/بیش‌فعالی ۷۷ درصد به دست آمد؛ همچنین گادو و اسپرافکین حساسیت این پرسش‌نامه را در فهرست معلم ۵۸ درصد و ویژگی آن را ۸۳ درصد به دست آوردند. در تحقیق کلانتری، نشاط‌دوست و زارعی (۱۳۸۰) نیز پایایی این پرسش‌نامه با استفاده از روش تصنیف برای فهرست معلمان ۰/۹۱ و برای فهرست والدین ۰/۸۵ محاسبه شد (به نقل از مهرابی، ۱۳۸۴). از این ابزار در مطالعه حاضر به منظور ارزیابی شدت علائم بیش‌فعالی و کمبود توجه استفاده شد؛ همچنین ضریب آلفای محاسبه شده در این پژوهش

برای مؤلفه‌های بررسی شده شامل: ۱- اختلال افسردگی اساسی؛ ۲- اختلال اضطراب جدایی؛ ۳- ترس‌های مرضی؛ ۴- ترس مرضی اجتماعی و ۵- اضطراب منتشر، به ترتیب ۰/۸۷، ۰/۷۵، ۰/۹۳، ۰/۷۴ و ۰/۹۵ بود.

## ب) پرسش‌نامه اطلاعات جمعیت شناختی:

به منظور جمع‌آوری اطلاعات فردی و دموگرافیک آزمودنی‌ها برگه اطلاعات فردی طراحی گردید که در آن سن، میزان تحصیلات والدین، وضعیت اقتصادی خانواده و سایر اطلاعات فردی برای ترسیم تصویر جمعیت شناختی آزمودنی‌ها تهیه و استفاده شد.

در نهایت پس از نمره‌گذاری تمام پرسش‌نامه‌ها، داده‌ها وارد نرم‌افزار آماری SPSS-20 شد و با استفاده از روش تحلیل کوواریانس چندمتغیره اهداف پژوهش ارزیابی شد. در این تحلیل، گروه‌ها در دو سطح دریافت و عدم دریافت مداخله به‌منزله متغیر مستقل، نمرات پس‌آزمون و پیگیری مشکلات هیجانی به‌منزله متغیرهای وابسته و نمرات پیش‌آزمون در نوع مذکور به همراه تحصیلات والدین و طبقه اجتماعی-اقتصادی خانواده به‌منزله متغیر کنترل لحاظ شدند. به منظور پرهیز از طولانی‌شدن جدول‌های آماری، نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس تحصیلات و سن والدین و طبقه اجتماعی-اقتصادی در این پژوهش ارائه نمی‌شود.

## یافته‌ها

بررسی نمونه‌های پژوهش نشان داد میانگین سنی آزمودنی‌های گروه آزمایش ۸/۱۲ و گروه کنترل ۸/۰۰ سال بود؛ همچنین میانگین سنی پدرها در گروه آزمایش ۳۶/۴۳ و در گروه کنترل ۳۷/۷۵ و میانگین سنی مادرها در گروه آزمایش ۳۲/۹۳ و در گروه

کنترل دارای تحصیلات لیسانس بودند. ۶۲/۵ درصد مادران گروه آزمایش و ۴۳/۸ درصد مادران گروه کنترل دارای تحصیلات لیسانس و ۱۸/۸ درصد مادران گروه آزمایش و ۱۲/۵ درصد مادران گروه کنترل دارای تحصیلات کارشناسی ارشد بودند. ۱۸/۸ درصد مادران آزمودنی های گروه آزمایش و ۶/۳ درصد مادران گروه کنترل دارای تحصیلات دکترا بودند.

کنترل ۳۱/۶۲ بود. در گروه آزمایش ۴۳/۸ درصد و در گروه کنترل ۴۳/۸ درصد مادران وضعیت اجتماعی-اقتصادی خود را متوسط و ۵۶/۳ درصد مادران گروه آزمایش و ۵۶/۳ درصد مادران گروه کنترل وضعیت اقتصادی خود را خوب گزارش کردند. علاوه بر این ۲۵ درصد پدران آزمودنی های گروه آزمایش و ۳۷/۵ درصد پدران آزمودنی های گروه کنترل دارای تحصیلات دیپلم و ۴۳/۸ درصد پدران گروه آزمایش و ۵۶/۳ درصد پدران گروه

جدول شماره ۲. شاخص های توصیفی نمرات مشکلات هیجانی آزمودنی ها بر حسب مرحله و گروه

| گروه        | پیش آزمون    |                  | پس آزمون |                  | پیگیری  |                  |
|-------------|--------------|------------------|----------|------------------|---------|------------------|
|             | میانگین      | انحراف استاندارد | میانگین  | انحراف استاندارد | میانگین | انحراف استاندارد |
| گروه آزمایش | ترس مرضی     | ۱/۱۲             | ۳/۴۱     | ۰                | ۰/۶۲۵   | ۰/۲۵۰            |
|             | افسردگی      | ۱۲               | ۳/۵۱     | ۶/۵۰             | ۲/۹۸    | ۳                |
|             | اضطراب جدایی | ۱۴/۶۸            | ۳/۱۷     | ۷/۷۵             | ۴/۳۸    | ۴/۱۹             |
|             | ترس اجتماعی  | ۳/۸۷             | ۱/۳۱     | ۱/۷۵             | ۱/۱۲    | ۱/۰۹             |
|             | اضطراب منتشر | ۹/۵۰             | ۲/۴۷     | ۵/۸۱             | ۲/۴۲    | ۲/۲۷             |
| گروه کنترل  | ترس مرضی     | ۱/۰۶             | ۲/۵۰     | ۷/۸۷۵            | ۵/۰۰    | ۰/۴۷۸            |
|             | افسردگی      | ۹/۱۲             | ۴/۰۱     | ۶/۵۰             | ۳/۵۴    | ۳/۳۵             |
|             | اضطراب جدایی | ۱۴/۶۲            | ۲/۹۴     | ۱۲/۸۷            | ۳/۰۳    | ۳/۲۲             |
|             | ترس اجتماعی  | ۳/۴۳             | ۱/۰۳     | ۳/۳۱             | ۱/۰۷    | ۱/۱۲             |
|             | اضطراب منتشر | ۹/۵۶             | ۲/۱۲     | ۹/۳۷             | ۲/۰۶    | ۱/۹۶             |

وابسته و ۳- یکسانی ماتریس واریانس- کواریانس می شود (مولوی، ۱۳۸۶).

۱- توزیع نرمال برای نمرات متغیرهای وابسته: اساس این پیش فرض بر این است که فرض می شود توزیع نمرات در جامعه نرمال است و اگر در گروه های نمونه کجی و کشیدگی حاصل شده، به دلیل انتخاب تصادفی افراد بوده است (همان). برای آزمون این پیش فرض از آزمون کولموگروف-

همان طور که در جدول شماره ۲ مشاهده می شود، میانگین نمره ترس مرضی، اختلال افسردگی، اضطراب جدایی، ترس اجتماعی و اضطراب منتشر آزمودنی های گروه آزمایش در مرحله پس آزمون و پیگیری کاهش یافته است.

استفاده از آزمون F به منزله آزمونی پارامتریک مستلزم رعایت برخی پیش فرض های آماری است. این پیش فرض ها شامل: ۱- توزیع نرمال نمرات متغیرهای وابسته؛ ۲- همسانی واریانس های متغیر



اسمیرنف استفاده شد. نتایج این آزمون در جدول شماره ۳ ارائه شده است.

جدول شماره ۳. نتایج آزمون کولموگراف-اسمیرنف برای فرض نرمال بودن داده‌ها در مرحله پس‌آزمون و پیگیری

| گروه‌ها     | متغیرها            | پس‌آزمون |            |          | پیگیری |            |          |
|-------------|--------------------|----------|------------|----------|--------|------------|----------|
|             |                    | آماره    | درجه آزادی | معناداری | آماره  | درجه آزادی | معناداری |
| گروه آزمایش | علائم ترس مرضی     | ۲/۰۸     | ۱۶         | ۰/۰۰۱    | ۲/۱۴   | ۱۶         | ۰/۰۰۱    |
|             | علائم افسردگی      | ۰/۵۱۷    | ۱۶         | ۰/۹۵۲    | ۰/۴۸۴  | ۱۶         | ۰/۹۷۳    |
|             | علائم اضطراب جدایی | ۰/۷۸۴    | ۱۶         | ۰/۵۷۱    | ۰/۷۹۸  | ۱۶         | ۰/۵۴۸    |
|             | علائم ترس اجتماعی  | ۱/۱۴     | ۱۶         | ۰/۱۴۳    | ۰/۷۹۶  | ۱۶         | ۰/۵۵۰    |
|             | علائم اضطراب منتشر | ۰/۵۰۷    | ۱۶         | ۰/۹۶۰    | ۰/۷۶۴  | ۱۶         | ۰/۶۰۴    |
| گروه کنترل  | علائم ترس مرضی     | ۱/۶۴     | ۱۶         | ۰/۰۰۹    | ۱/۷۲   | ۱۶         | ۰/۰۰۵    |
|             | علائم افسردگی      | ۰/۵۴۰    | ۱۶         | ۰/۹۳۳    | ۰/۵۸۴  | ۱۶         | ۰/۸۸۵    |
|             | علائم اضطراب جدایی | ۰/۵۷۹    | ۱۶         | ۰/۸۹۱    | ۰/۵۹۳  | ۱۶         | ۰/۸۷۴    |
|             | علائم ترس اجتماعی  | ۰/۹۵۶    | ۱۶         | ۰/۳۲۰    | ۰/۷۴۰  | ۱۶         | ۰/۶۴۵    |
|             | علائم اضطراب منتشر | ۰/۷۸۹    | ۱۶         | ۰/۵۶۳    | ۰/۸۰۳  | ۱۶         | ۰/۵۳۹    |

۲- همسانی واریانس‌ها: برای سنجش فرض تساوی واریانس‌های نمرات متغیرهای وابسته آزمون لوین به کار رفته و نتایج این آزمون در جدول شماره ۴ ارائه شده است.

در این پیش‌فرض از آزمون کولموگراف-اسمیرنف استفاده شد. نتایج آزمون نشان داد پیش‌فرض نرمال بودن برای متغیرهای پژوهش در مرحله پس‌آزمون و پیگیری به جز نمرات متغیر ترس مرضی در گروه کنترل و آزمایش برای سایر متغیرها تأیید می‌شود و توزیع آنها نرمال است ( $p > 0/05$ ).

جدول شماره ۴. آزمون لوین به منظور بررسی پیش‌فرض برابری واریانس‌ها برای متغیرهای وابسته

| متغیر وابسته       | مراحل    | آماره لوین | درجه آزادی ۱ | درجه آزادی ۲ | معنی‌داری |
|--------------------|----------|------------|--------------|--------------|-----------|
| علائم ترس مرضی     | پس‌آزمون | ۱۲/۷۴      | ۱            | ۳۰           | ۰/۰۰۱     |
|                    | پیگیری   | ۱۹/۵۱      | ۱            | ۳۰           | ۰/۰۰۱     |
| علائم افسردگی      | پس‌آزمون | ۰/۶۰۳      | ۱            | ۳۰           | ۰/۴۴۴     |
|                    | پیگیری   | ۰/۲۸۷      | ۱            | ۳۰           | ۰/۵۹۶     |
| علائم اضطراب جدایی | پس‌آزمون | ۲/۴۴       | ۱            | ۳۰           | ۰/۱۲۸     |
|                    | پیگیری   | ۰/۸۲۶      | ۱            | ۳۰           | ۰/۳۷۱     |
| علائم ترس اجتماعی  | پس‌آزمون | ۰/۲۰۵      | ۱            | ۳۰           | ۰/۶۵۴     |
|                    | پیگیری   | ۰/۰۲۰      | ۱            | ۳۰           | ۰/۸۸۸     |
| علائم اضطراب منتشر | پس‌آزمون | ۰/۳۲۴      | ۱            | ۳۰           | ۰/۵۷۳     |
|                    | پیگیری   | ۱/۳۴       | ۱            | ۳۰           | ۰/۲۵۵     |

کواریانس چندمتغیری، برابری ماتریس کواریانس مشاهده شده برای متغیرهای وابسته در تمام گروه‌هاست. نتایج آزمون M باکس به منظور اطمینان از عدم تخطی از مفروضه یکسانی ماتریس واریانس- کواریانس در جدول شماره ۴ ارائه شده است. مطابق با این جدول از مفروضه مذکور تخطی نشده است.

همان‌طور که در جدول شماره ۴ مشاهده می‌شود، بین واریانس گروه‌ها از لحاظ تمام متغیرهای وابسته پژوهش به جز علائم ترس مرضی در مرحله پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود ندارد؛ از این رو فرض تساوی واریانس‌ها تأیید می‌شود و می‌توان از آزمون پارامتریک استفاده کرد.

۳- یکسانی ماتریس واریانس-کواریانس: یکی دیگر از پیش‌فرض‌های لازم برای استفاده از تحلیل

جدول ۵. نتایج آزمون مفروضه یکسانی ماتریس واریانس-کواریانس

| مرحله    | Box's M | F    | درجه آزادی ۱ | درجه آزادی ۲ | سطح معنی‌داری |
|----------|---------|------|--------------|--------------|---------------|
| پس‌آزمون | ۲۱/۱۲   | ۱/۱۱ | ۱۵           | ۳۵۱۸/۵۰      | ۰/۲۹۷         |
| پیگیری   | ۲۳/۲۹   | ۱/۲۷ | ۱۵           | ۳۶۲۳/۶۸      | ۰/۲۱۲         |

جدول ۶. تحلیل کواریانس چند متغیره اثربخشی بازی مشترک مادر-کودک بر مجموع مشکلات هیجانی

| منبع تغییرات | متغیر وابسته | مرحله ارزیابی | ضریب لامبدای ویکس | F     | درجه آزادی فرض شده | درجه آزادی خطا | معنی‌داری | اندازه اثر (%) | توان آماری |
|--------------|--------------|---------------|-------------------|-------|--------------------|----------------|-----------|----------------|------------|
| گروه         |              | پس‌آزمون      | ۰/۱۱۱             | ۱۸/۷۴ | ۶/۰۰۰              | ۱۴/۰۰۰         | ۰/۰۰۰     | ۸۸/۹           | ۱/۰۰۰      |
|              |              | پیگیری        | ۰/۰۹۸             | ۲۷/۵۲ | ۵/۰۰۰              | ۱۵/۰۰۰         | ۰/۰۰۰     | ۹۰/۰           | ۱/۰۰۰      |

معنی‌داری وجود دارد. بر این اساس نتیجه گرفته می‌شود که ارائه مداخله مبنی بر بازی مشترک مادر-کودک باعث کاهش ۸۸/۹ درصد علائم انواع مشکلات هیجانی بررسی شده در آزمودنی‌ها در مرحله پس‌آزمون و ۹۰ درصد این علائم در مرحله پیگیری شده است؛ بنابراین فرضیه اول پژوهش تأیید می‌شود. توان‌های آماری هم حاکی از دقت آماری عمدتاً زیاد و کفایت حجم نمونه است.

همان‌طور که جدول شماره ۶ نشان می‌دهد، با کنترل رابطه معنادار نمرات پیش‌آزمون با نمرات پس‌آزمون و پیگیری مشکلات هیجانی ( $p < 0/05$ ) تفاوت میانگین تعدیل شده که از کسر اثر نمرات پیش‌آزمون از روی نمرات پس‌آزمون و پیگیری به دست می‌آید، دو گروه آزمایش و کنترل در مراحل پس‌آزمون و پیگیری معنادارند ( $p < 0/05$ ) و بین گروه آزمایش و کنترل در مجموع متغیرهای وابسته تفاوت

جدول شماره ۷. تحلیل کوواریانس مقایسه علائم مشکلات هیجانی آزمودنی‌ها برحسب گروه در مرحله پس‌آزمون در ویرایش آخر، این ستون مرحله ارزیابی را حذف کرده بوم؛ چون در عنوان جدول آمده است

| منبع تغییرات | متغیر وابسته       | مجموع مجذورات | درجه آزادی | میانگین مجذورات | F           | معنی‌داری | اندازه اثر (%) | توان آماری |
|--------------|--------------------|---------------|------------|-----------------|-------------|-----------|----------------|------------|
| پیش‌آزمون    | علائم ترس مرضی     | ۰/۶۵۰         | ۱          | ۰/۶۵۰           | ۴/۹۰        | ۰/۰۴۰     | ۲۱/۴           | ۰/۵۵۴      |
|              | علائم افسردگی      | ۶۲/۶۵         | ۱          | ۶۲/۶۵           | ۹/۱۹        | ۰/۰۰۷     | ۳۳/۸           | ۰/۸۱۸      |
|              | علائم اضطراب جدایی | ۷۳/۴۹         | ۱          | ۷۳/۴۹           | ۴/۸۷        | ۰/۰۴۱     | ۲۱/۳           | ۰/۵۵۱      |
|              | علائم ترس اجتماعی  | ۱۳/۳۶         | ۱          | ۱۳/۳۶           | ۱/۵۳<br>۲۷  | ۰/۰۰۰     | ۶۰/۵           | ۰/۹۹۹      |
|              | علائم اضطراب منتشر | ۹۰/۸۳         | ۱          | ۹۰/۸۳           | ۱/۹۷<br>۱۲۵ | ۰/۰۰۰     | ۸۷/۵           | ۱/۰۰۰      |
| گروه         | علائم ترس مرضی     | ۳/۴۷          | ۱          | ۳/۴۷            | ۱/۲۳<br>۲۶  | ۰/۰۰۰     | ۵۹/۳           | ۰/۹۹۸      |
|              | علائم افسردگی      | ۱۶/۶۳         | ۱          | ۱۶/۶۳           | ۲/۸۴        | ۰/۱۰۵     | ۱۱/۰           | ۳۶/۵       |
|              | علائم اضطراب جدایی | ۱۰۵/۵۲        | ۱          | ۱۰۵/۵۲          | ۶/۹۹        | ۰/۰۱۶     | ۲۸/۰           | ۰/۷۰۶      |
|              | علائم ترس اجتماعی  | ۱۴/۳۹         | ۱          | ۱۴/۳۹           | ۱/۶۷<br>۲۹  | ۰/۰۰۰     | ۶۲/۲           | ۰/۹۹۹      |
|              | علائم اضطراب منتشر | ۶۱/۶۳         | ۱          | ۶۱/۶۳           | ۱/۴۸<br>۸۵  | ۰/۰۰۰     | ۸۲/۶           | ۱/۰۰۰      |

علاوه بر این با کنترل رابطه معنادار نمرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون علائم افسردگی ( $p < 0/05$ ) تفاوت میانگین‌های تعدیل‌شده علائم افسردگی دو گروه آزمایش و کنترل در مرحله پس‌آزمون معنادار نیست ( $p \geq 0/05$ )؛ همچنین باتوجه‌به اندازه اثر مشاهده‌شده، این نتیجه حاصل می‌شود که ارائه مداخله آموزش بازی مادر-کودک باعث کاهش ۱۱ درصد از علائم افسردگی آزمودنی‌ها در مرحله پس‌آزمون شده است؛ بنابراین فرضیه سوم پژوهش مبنی بر تأثیر آموزش روابط والد-فرزند در کاهش علائم افسردگی در دانش‌آموزان تأیید می‌شود. با کنترل رابطه معنادار نمرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون علائم اضطراب جدایی ( $p < 0/05$ ) تفاوت

نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیره مندرج در جدول شماره ۷ نشان داد با کنترل رابطه‌های معنادار نمرات پیش‌آزمون با نمرات پس‌آزمون، علائم ترس مرضی ( $p < 0/05$ ) تفاوت میانگین تعدیل‌شده که از کسر اثر نمرات پیش‌آزمون از روی نمرات پس‌آزمون به دست می‌آید، دو گروه آزمایش و کنترل در مراحل پس‌آزمون معنادارند ( $p < 0/05$ )؛ همچنین اندازه اثر نشان‌دهنده آن است که ارائه مداخله باعث کاهش ۵۹/۳ درصد از علائم ترس مرضی آزمودنی‌ها در مرحله پس‌آزمون شده است؛ ازاین‌رو فرضیه دوم پژوهش مبنی بر تأثیر آموزش روابط والد-فرزند در کاهش علائم ترس مرضی در دانش‌آموزان نیز تأیید می‌شود.

پنجم پژوهش مبنی بر تأثیر آموزش روابط والد- فرزند در کاهش علائم ترس اجتماعی در دانش آموزان تأیید می شود.

گفتنی است با کنترل رابطه معنادار نمرات پیش آزمون، پس آزمون علائم اضطراب منتشر ( $p < 0/05$ ) تفاوت میانگین های تعدیل شده علائم اضطراب منتشر دو گروه آزمایش و کنترل در مرحله پس آزمون ارزیابی معنادار است ( $p < 0/05$ )؛ همچنین با در نظر گرفتن اندازه اثر مشاهده شده، این نتیجه حاصل می شود که ارائه مداخله آموزش بازی مادر- کودک باعث کاهش ۸۲/۶ درصد از علائم اضطراب منتشر آزمودنی ها در مرحله پس آزمون شده است؛ بنابراین فرضیه ششم پژوهش مبنی بر تأثیر آموزش روابط والد-فرزند در کاهش علائم اضطراب منتشر در دانش آموزان تأیید می شود. به منظور پرهیز از اطاله کلام، نمرات پیش آزمون با اینکه رابطه معناداری با عمده متغیرهای وابسته داشتند، حذف شدند. توان های آماری هم از دقت آماری عمدتاً زیاد و کفایت حجم نمونه حکایت می کنند.

میانگین های تعدیل شده علائم اضطراب جدایی دو گروه آزمایش و کنترل در مرحله پس آزمون ارزیابی معنادار است ( $p < 0/05$ )؛ همچنین با توجه به اندازه اثر مشاهده شده، این نتیجه به دست می آید که ارائه مداخله آموزش بازی مادر- کودک باعث کاهش ۲۸ درصدی علائم اضطراب جدایی آزمودنی ها در مرحله پس آزمون شده است. چنین است که فرضیه چهارم پژوهش هم مبنی بر تأثیر آموزش روابط والد- فرزند در کاهش علائم اضطراب جدایی در دانش آموزان تأیید می شود.

علاوه بر این با کنترل رابطه معنادار نمرات پیش آزمون، پس آزمون علائم ترس اجتماعی ( $p < 0/05$ ) تفاوت میانگین های تعدیل شده علائم ترس اجتماعی دو گروه آزمایش و کنترل در هر دو مرحله ارزیابی معنادار است ( $p < 0/05$ )؛ همچنین اندازه اثر مشاهده شده به این نتیجه منتهی می شود که ارائه مداخله آموزش بازی مادر- کودک باعث کاهش ۶۲/۲ درصدی علائم ترس اجتماعی آزمودنی ها در مرحله پس آزمون شده است؛ به این ترتیب فرضیه

جدول شماره ۸. تحلیل کوواریانس مقایسه علائم مشکلات هیجانی آزمودنی ها بر حسب گروه در مرحله پیگیری

| منبع تغییرات | متغیر وابسته       | مجموع مجذورات | درجه آزادی | میانگین مجذورات | F     | معنی داری | اندازه اثر (%) | توان آماری |
|--------------|--------------------|---------------|------------|-----------------|-------|-----------|----------------|------------|
| پیش آزمون    | علائم ترس مرضی     | ۰/۱۴۷         | ۱          | ۰/۱۴۷           | ۰/۸۶۵ | ۰/۳۶۵     | ۰۴/۶           | ۰/۱۴۳      |
|              | علائم افسردگی      | ۶۱/۴۷         | ۱          | ۶۱/۴۷           | ۱۳/۷۱ | ۰/۰۰۲     | ۴۳/۲           | ۰/۹۳۸      |
|              | علائم اضطراب جدایی | ۷۷/۴۹         | ۱          | ۷۷/۴۹           | ۶     | ۰/۰۲۵     | ۲۵/۰           | ۰/۶۴۰      |
|              | علائم ترس اجتماعی  | ۱۵/۱۸         | ۱          | ۱۵/۱۸           | ۲۱/۲۶ | ۰/۰۰۰     | ۵۴/۲           | ۰/۹۹۲      |
|              | علائم اضطراب منتشر | ۷۹/۱۷         | ۱          | ۷۹/۱۷           | ۹۲/۷۸ | ۰/۰۰۰     | ۸۳/۸           | ۱/۰۰۰      |
| گروه         | علائم ترس مرضی     | ۲/۷۶          | ۱          | ۲/۷۶            | ۱۶/۲۱ | ۰/۰۰۱     | ۴۷/۴           | ۰/۹۶۷      |
|              | علائم افسردگی      | ۲۷/۱۳         | ۱          | ۲۷/۱۳           | ۶/۵۸  | ۰/۰۱۷     | ۲۲/۳           | ۶۹/۱       |
|              | علائم اضطراب جدایی | ۹۵/۱۵         | ۱          | ۹۵/۱۵           | ۷/۳۶  | ۰/۰۱۴     | ۲۹/۰           | ۰/۷۲۸      |
|              | علائم ترس اجتماعی  | ۱۸/۰۴         | ۱          | ۱۸/۰۴           | ۲۵/۲۷ | ۰/۰۰۰     | ۵۸/۴           | ۰/۹۹۷      |
|              | علائم اضطراب منتشر | ۶۸/۹۸         | ۱          | ۶۸/۹۸           | ۸۰/۸۳ | ۰/۰۰۰     | ۸۱/۸           | ۱/۰۰۰      |

این علائم در مرحله پیگیری شده است؛ چنین است که فرضیه چهارم پژوهش نیز مبنی بر تأثیر آموزش روابط والد-فرزند در کاهش علائم اضطراب جدایی در دانش‌آموزان تأیید می‌شود.

کنترل رابطه معنادار نمرات پیش‌آزمون و پیگیری علائم ترس اجتماعی ( $p < 0/05$ ) نیز نشان می‌دهد تفاوت میانگین‌های تعدیل‌شده علائم ترس اجتماعی دو گروه آزمایش و کنترل در هر دو مرحله ارزیابی معنادار است ( $p < 0/05$ )؛ همچنین با توجه به اندازه اثر مشاهده‌شده، این نتیجه به دست می‌آید که ارائه مداخله آموزش بازی مادر-کودک باعث کاهش ۵۸/۴ درصد از این علائم در مرحله پیگیری شده است؛ از این رو فرضیه پنجم پژوهش مبنی بر تأثیر آموزش روابط والد-فرزند در کاهش علائم ترس اجتماعی در دانش‌آموزان تأیید می‌شود.

همچنین با کنترل رابطه معنادار نمرات پیش‌آزمون و پیگیری علائم اضطراب منتشر ( $p < 0/05$ ) تفاوت میانگین‌های تعدیل‌شده علائم اضطراب منتشر دو گروه آزمایش و کنترل در مرحله پیگیری ارزیابی معنادار است ( $p < 0/05$ ) و اندازه اثر مشاهده‌شده نشان می‌دهد ارائه مداخله آموزش بازی مادر-کودک باعث کاهش ۸۱/۸ درصد این علائم در مرحله پیگیری شده است؛ بدین ترتیب فرضیه ششم پژوهش هم مبنی بر تأثیر آموزش روابط والد-فرزند در کاهش علائم اضطراب منتشر در دانش‌آموزان تأیید می‌شود. برای پرهیز از اطاله کلام، نمرات پیش‌آزمون با اینکه رابطه معناداری با عمده متغیرهای وابسته داشتند، حذف شدند. توان‌های آماری هم حاکی از دقت آماری عمدتاً بالا و کفایت حجم نمونه است.

نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیره مندرج در جدول شماره ۸ نشان داد با کنترل رابطه‌های معنادار نمرات پیش‌آزمون با نمرات پیگیری علائم ترس مرضی ( $p < 0/05$ ) تفاوت میانگین تعدیل‌شده که از کسر اثر نمرات پیش‌آزمون از روی نمرات پس‌آزمون به دست می‌آید، دو گروه آزمایش و کنترل در مرحله پیگیری معنادار است ( $p < 0/05$ )؛ همچنین اندازه اثر نشان می‌دهد ارائه مداخله باعث کاهش ۴۷/۴ درصدی این علائم در مرحله پیگیری شده است؛ از این رو فرضیه دوم پژوهش مبنی بر تأثیر آموزش روابط والد-فرزند در کاهش علائم ترس مرضی در دانش‌آموزان تأیید می‌شود.

علاوه بر این با کنترل رابطه معنادار نمرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون علائم افسردگی ( $p < 0/05$ ) تفاوت میانگین‌های تعدیل‌شده علائم افسردگی دو گروه آزمایش و کنترل در مرحله پیگیری معنادار است ( $p < 0/05$ )؛ اما در مرحله پس‌آزمون معنادار نیست؛ همچنین با توجه به اندازه اثر مشاهده‌شده، نتیجه به دست آمده حاکی از این امر است که ارائه مداخله آموزش بازی مادر-کودک باعث کاهش ۲۲/۳ درصد این علائم در مرحله پیگیری شده است؛ بنابراین فرضیه سوم پژوهش مبنی بر تأثیر آموزش روابط والد-فرزند در کاهش علائم افسردگی در دانش‌آموزان تأیید می‌شود.

با کنترل رابطه معنادار نمرات پیش‌آزمون و پیگیری علائم اضطراب جدایی ( $p < 0/05$ ) تفاوت میانگین‌های تعدیل‌شده علائم اضطراب جدایی دو گروه آزمایش و کنترل در هر دو مرحله ارزیابی معنادار است ( $p < 0/05$ )؛ همچنین اندازه اثر مشاهده‌شده بیانگر این نتیجه است که ارائه مداخله آموزش بازی مادر-کودک باعث کاهش ۲۹ درصدی

## بحث و نتیجه گیری

هدف از پژوهش حاضر بررسی اثربخشی آموزش بازی مشترک مادر-کودک بر کاهش مشکلات هیجانی دانش آموزان پسر در شهر اصفهان است. نتایج پژوهش نشان می‌دهد آموزش بازی مشترک مادر-کودک باعث کاهش مشکلات هیجانی، نظیر ترس مرضی، اضطراب جدایی، ترس اجتماعی و اضطراب منتشر در آزمودنی‌ها در مرحله پس‌آزمون و پیگیری می‌شود؛ این آموزش برای افسردگی در مرحله پس‌آزمون معنادار نیست؛ اما در مرحله پیگیری معنادار است. این پژوهش در واقع اثربخشی درمان مبتنی بر رابطه والد-کودک را بر مشکلات هیجانی کودکان بررسی می‌کند. نتایج تحقیق، کاهش معناداری را در مشکلات هیجانی بررسی شده در کودکان نشان داده است؛ بنابراین یافته‌های پژوهش حاضر با نتایج تحقیقات لندرت و همکاران (۲۰۰۹)، باگرلی (۲۰۰۹)، جی یون شین (۲۰۰۲)، گالاگر و همکاران (۲۰۰۴)، عبدخدایی و همکاران (۱۳۹۰)، حاتمی و همکاران (۱۳۹۱)، جلالی و همکاران (۱۳۸۹)، عبدلی و همکاران (۱۳۸۹)، رضایی و همکاران (۱۳۹۱)، از لحاظ اثربخشی درمان‌های مبتنی بر بازی یا نقش والدین در فرایند بهبود مشکلات هیجانی کودکان، همخوانی دارد.

در تبیین معنادار نبودن تفاوت دو گروه در مرحله پس‌آزمون و معنادار بودن آن در مرحله پیگیری باید گفت افسردگی نسبت به سایر اختلالات رفتاری در برابر درمان مقاوم‌تر است و در این اختلال اثرات درمان در بلندمدت نمایان و بهبودی با تأخیر حاصل می‌شود؛ همچنین علت هم‌سویی پژوهش حاضر با سایر پژوهش‌ها در این است که بازی درمانی شیوه‌ای مؤثر و کاربردی برای حل مشکلات کودکان است.

مشکلات این‌گونه کودکان تا حدودی به دلیل روابط نامناسب مادر-کودک و محیط خانوادگی آشفته است. اگر در این زمینه به مادران آموزش‌هایی داده شود، در مشکلات کودکانی که مورد مداخله قرار می‌گیرند، کاهش معناداری مشاهده خواهد شد.

همچنین درباره اثربخش بودن آموزش والد-کودک بر کاهش اضطراب منتشر، اضطراب جدایی و ترس مرضی آزمودنی‌ها می‌توان نتیجه گرفت: چون بازی‌های ساختاردار باعث افزایش اضطراب کودکان مبتلا به این اختلال می‌شود، در این زمینه انتخاب نوع بازی به کودک محول می‌شود و مادر بیشتر نقش همراه یا دنباله‌رو کودک را ایفا می‌کند؛ به این ترتیب محیط بازی انعطاف پیدا می‌کند و کودک متوجه می‌شود در این محیط هیچ رفتاری مورد سرزنش قرار نمی‌گیرد و اضطراب او به این صورت کاهش می‌یابد.

درباره اثربخشی آموزش والد-کودک بر کاهش افسردگی آزمودنی‌ها نیز این نتیجه حاصل می‌شود: در میان عوامل موجد افسردگی، عوامل اجتماعی و خانوادگی نقش برجسته‌تری دارند. بازی‌درمانی در برون‌فکنی هیجانات منفی تحمیل شده ناشی از شرایط محیطی، به‌ویژه زمانی که مادر نیز نقش فعالی در آن بازی دارد، در کاهش هیجان‌های منفی و برون‌ریزی آنها در شرایطی امن و بدون ارزیابی نقش مؤثری خواهد داشت. کودک نیز در جریان بازی با مادر خود تجربه‌های سخت و آسیب‌زای گذشته را دوباره به نمایش می‌گذارد تا درک درست‌تری از آنها به دست آورد و تسلط بیشتری بر آینده داشته باشد.

بازی‌درمانی در مقایسه با سایر روش‌های درمانی که برای کودکان به کار برده می‌شود، از امتیاز عمده‌ای برخوردار است و آن امتیاز، جذابیت

داشته باشند (به نقل از مختاری و اخوان تفتی، ۱۳۸۷).

والد و کودک از طریق بازی با یکدیگر، شیوه جدیدی از با هم بودن را تجربه می‌کنند که باعث بهبود اعتماد، شادی دوجانبه و شکل‌گیری انعطاف‌پذیری برای ترمیم مشکلات احساسی می‌شود (رمضانی، ۱۳۸۹). بازی درمانی مبتنی بر ارتباط والد-کودک به دلیل تمرکز بر کودک، روشی مناسب برای ارتباط با کودک در نظر گرفته می‌شود (لندرت و همکاران، ۲۰۰۹<sup>۳</sup>).

باتوجه به نتایج پژوهش، میزان مشکلات هیجانی آزمودنی‌های گروه آزمایش در مرحله پیگیری نیز از نمرات گروه کنترل کمتر و تفاوت بین دو گروه معنادار بود ( $p < 0/05$ ). این مسئله نشان می‌دهد ارائه مداخله بازی مشترک مادر-کودک در طول زمان نیز منجر به کاهش مشکلات هیجانی کودکان شده و تداوم داشته است. تداوم نتایج این‌گونه تبیین می‌شود: مادران بازی‌های آموخته‌شده را یاد گرفتند و بعد از جلسات آموزشی نیز آنها را به کار بردند، این امر باعث ادامه‌یافتن روند بهبود کودکان و کاهش مشکلات هیجانی آنها شد؛ همچنین پژوهش حاضر دارای محدودیت‌هایی بود که در ادامه به برخی از آنها اشاره می‌شود:

۱- این پژوهش فقط در جامعه دارای محدوده سنی پایه اول تا سوم دبستان (۹-۶ سال) انجام شده است و تعمیم نتایج به سایر گروه‌های سنی باید با احتیاط انجام پذیرد؛ ۲- تأثیر این پژوهش فقط روی دانش‌آموزان پسر بررسی شد؛ بنابراین تعمیم نتایج به دانش‌آموزان دختر دارای مشکلات هیجانی باید با احتیاط انجام شود؛ ۳- در این پژوهش روش بازی

بازی درمانی است. برای تبیین این امر باید توجه داشت که شرکت مادران کودکان مبتلا به مشکلات هیجانی در جلسات آموزشی، همراه با توضیح ماهیت و علت مشکلات کودک، باعث افزایش دانش، مهارت، اعتماد به نفس، خودکارآمدی و خوش فکری والدین در تربیت کودکانشان می‌شود و شناخت‌های نادرست آنها را درباره خود و فرزندانشان اصلاح می‌کند (سندرز، ۲۰۰۵<sup>۱</sup>). از سوی دیگر اهداف تمامی سطوح درمانی این روش، بر افزایش خودکفایی و خودکارآمدی والدین در کنترل رفتار کودکان مبتنی است و از طریق آموزش‌های والدین برای ارتقای تحول کودک، حس صلاحیت اجتماعی و خودکنترلی میسر می‌شود (سندرز و همکاران، ۲۰۰۰<sup>۲</sup>). در تبیین این نتایج باید گفت آموزش والدین، به‌ویژه مادر که بیش از دیگران با کودک در ارتباط است، بیشتر اوقات خود را با کودکش می‌گذراند و عمده‌ترین تأثیرات را بر او می‌گذارد، می‌تواند در کاهش مشکلات هیجانی کودک مؤثر باشد؛ زیرا در این صورت مادر مسیر تعاملی مطلوب و سازنده‌ای به نام بازی را در رابطه با کودک فرا می‌گیرد و بر آن اساس عمل می‌کند؛ همچنین بین مادر و کودک رابطه‌ای قوی وجود دارد که نمی‌توان آن را در ارتباط کودک-درمانگر یافت. این امر مهم به والد اجازه می‌دهد با کودک خود همراه شود، در آزادسازی هیجان‌اتش به او کمک کند و از طریق بروز هیجان‌ات به شیوه مناسب، آنها را کاهش دهد. همان‌طور که فارشتاین (۱۹۸۶) بیان می‌کند، هنگامی که آگاهی درستی از مشکلات کودک به والدین داده می‌شود، مادران سازوکارهای مناسبی از خود نشان می‌دهند تا بدون دخالت احساساتشان با فرزندان خود برخورد منطقی

1- Sanders

2- Sanders et al

مشترک مادر-کودک صرفاً با گروه کنترل مقایسه شده و در آن سایر روش‌های درمانی استفاده نشده است؛ زیرا امکان مقایسه اثربخشی این مداخله با سایر روش‌های درمانی وجود نداشت؛ ۴- پژوهش حاضر تنها با حضور مادران آزمودنی‌ها انجام شد و پدرها در آن حضور و مشارکت نداشتند؛ ۵- در این پژوهش امکان مشاهده بازی مادر-کودک در جریان بازی در منزل وجود نداشت.

در آخر پیشنهاد می‌شود از شیوه بازی مشترک مادر-کودک به منزله یک روش عملی، در دسترس و کم‌هزینه به منظور کاهش علائم مشکلات هیجانی در کودکان استفاده شود و این شیوه به مادران و حتی پدران و دیگر اعضای خانواده نیز آموزش داده شود تا خود آنها در قالب مجموعه فعالیت‌های خوشایندی به نام بازی به اصلاح رفتار کودک مبتلا پردازند؛ همچنین باتوجه به یافته‌های تحقیق پیشنهاد می‌شود این گونه فعالیت‌ها حتی در مراکز آموزشی-تفریحی که برای کودکان طراحی می‌شود، با مشارکت مادر و پدر یا مشارکت مربیان انجام پذیرد. یافته‌های این تحقیق نشان می‌دهد بازی مشترک مادر-کودک باعث کاهش شدت علائم مشکلات هیجانی می‌شود؛ ازاین‌رو به کلیه روان‌شناسان، روان‌پزشکان و متخصصان مربوط پیشنهاد می‌شود که از این برنامه آموزشی به منزله مداخله انتخابی برای درمان اختلالات و مشکلات رفتاری کودکان استفاده کنند؛ علاوه بر این به نظر می‌رسد روش درمانی یادشده به دلیل اثربخشی الگوی پژوهش در کاهش علائم مشکلات هیجانی، برای درمان خانواده‌های دارای فرزند مبتلا به این اختلالات نیز مفید باشد؛ همچنین پیشنهاد می‌شود ارتباط روان‌شناس با مادران در طول جلسات آموزشی حفظ شود تا اگر در این زمینه برای مادران مشکلی پیش آمد، آن را با روان‌شناس در میان

بگذارند و از او راهنمایی بگیرند. روان‌شناس باید در طول این مدت، تمام کارها و روند اجرای بازی مادر با کودک در منزل را نیز زیر نظر داشته باشد تا مادران کار را نیمه‌کاره رها نکنند و در انجام بازی‌ها با فرزندانشان تا انتها همکاری کنند. علاوه بر این پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های بعدی، روان‌شناس بازی مادر-کودک در منزل را نیز مشاهده کند. باتوجه به اینکه پژوهش حاضر فقط بر روی کودکان پسر دارای مشکلات هیجانی انجام شده است و مشکلات مذکور در میان دختران نیز شیوع دارد، انجام چنین پژوهش‌هایی درباره دختران و بررسی اختلالات هیجانی در آنها به منظور تعمیم‌پذیری بیشتر نتایج پژوهش پیشنهاد می‌شود. پژوهشگران در مطالعات بعدی می‌توانند اثربخشی این مداخله را در دانش‌آموزان پسر مبتلا به اختلالات هیجانی در سنین کمتر و یا در مرحله علائم اولیه این اختلالات ارزیابی کنند.

در پایان، محققان بر خود لازم می‌دانند از زحمات و همکاری‌های مسئولین محترم مدارس که در انجام این مطالعه نقش داشتند و همچنین اداره کل آموزش و پرورش استان اصفهان و ناحیه سه شهر اصفهان کمال تشکر و قدردانی را به عمل آورند.

#### منابع

- ابوالقاسمی، عباس؛ نریمانی، محمد و کیامرثی، آذر (۱۳۸۴)، بررسی میزان شیوع و هم‌ابتلائی اختلال‌های رفتاری در دانش‌آموزان دوره ابتدایی و ارتباط آن با پیشرفت تحصیلی، علم و فناوری، ۴ (۳)؛ ۱۴-۱۹.
- تامپسون چارلز؛ رودلف ل و لیندا ب (۱۳۸۸)، مشاوره با کودکان، ترجمه جواد طهوریان، تهران: رشد.



- جلالی، سلیمه؛ کاراحمدی، مژگان؛ مولوی، حسین و آقایی، اصغر (۱۳۸۹)، تأثیر بازی درمانی گروهی به شیوه شناختی-رفتاری بر ترس اجتماعی کودکان ۵ تا ۱۱ سال، *تحقیقات علوم رفتاری*، ۹ (۲)؛ ۱۰۴-۱۱۳.
- جلالی، سلیمه و مولوی، حسین (۱۳۸۹)، تأثیر بازی درمانی بر اختلال اضطراب جدایی کودکان، *روانشناسی*، ۱۴ (۴)؛ ۳۸۲-۳۷۰.
- دادستان، پربخ (۱۳۹۱)، *روانشناسی مرضی تحولی: از کودکی تا بزرگسالی*. جلد اول، تهران: سمت، چاپ دهم.
- دروز، آتنا (۱۳۸۹)، *ترکیب بازی درمانی با رفتاردرمانی شناختی*، ترجمه غزال رضایی، تهران: وائیا.
- رضایی، زینب؛ پیوسته گر، مهرانگیز و قدیری، فاطمه (۱۳۹۱)، اثربخشی بازی درمانی شناختی-رفتاری به همراه مشارکت والدین در کاهش ترس اجتماعی کودکان، *علوم رفتاری*، ۶ (۴)؛ ۳۵۵-۳۶۱.
- زارعپور، افسانه؛ فلاحی، مسعود؛ کاشانی‌نیا، زهرا؛ بیگلریان، اکبر و باباشهایی، روناک (۱۳۸۸)، بررسی تأثیر بازی درمانی گروهی بر میزان افسردگی کودکان مبتلا به سرطان، *علوم پزشکی دانشگاه کردستان*، ۱۴ (۳)؛ ۷۲-۶۴.
- سادوک، ویرجینا و سادوک، بنیامین (۱۳۸۷)، *خلاصه روان پزشکی بالینی*، جلد سوم، ترجمه حسن رفیعی و فرزین رضاعی، تهران: ارجمند، چاپ پنجم.
- سیف نراقی، مریم و نادری، عزت‌الله (۱۳۹۰)، *روان شناسی کودکان عقب مانده ذهنی و روش های آموزش آنها*، تهران: سمت، چاپ ششم.
- عبدخدایی، محمدسعید و صادقی اردوبادی، آفرین (۱۳۹۰)، بررسی میزان اضطراب جدایی کودکان و اثربخشی بازی درمانی با رویکرد رفتاری-شناختی بر کاهش آن، *روانشناسی بالینی*، ۴ (۱۲)؛ ۵۱-۵۸.
- لطفی کاشانی، فرح و وزیری، شهرام (۱۳۹۰)، *روان شناسی مرضی کودک*، تهران: ارسباران، چاپ پنجم.
- مختاری، لیلا و اخوان تفتی، محمد (۱۳۸۷)، بررسی تأثیر نگرش والدین بر خودپنداره و رشد اجتماعی کودکان دارای ناتوانی یادگیری. *تعلیم و تربیت استثنایی*، ۸۶، ۲۲-۳۱.
- محمداسماعیل، الهه (۱۳۸۹)، *بازی درمانی (نظریه ها، روش ها و کاربردهای بالینی)*، تهران: دانژه، چاپ سوم.
- مولوی، حسین (۱۳۸۶)، راهنمای عملی SPSS-13-14 در علوم رفتاری، اصفهان: پویش اندیشه.
- مهرابی، حسینعلی (۱۳۸۴)، *بررسی میزان و نوع اختلالات رفتاری در کودکان شش تا یازده ساله مدارس ابتدایی شهر اصفهان*، سازمان آموزش و پرورش استان اصفهان: شورای تحقیقات.
- Baggerly J. *The Effects of Child-Centered Group Play Therapy on Self-Concept, Depression, and Anxiety of Children who are Homeless*. Dissertation]. University of South Florida; 2009
- Gallagher, M.H. , Rabian .A.B. ,Mc closkey, S.M.(2004). A brief group cognitive- behavioral intervention for social phobia in childhood. *Journal of Anxiety disorders*(18) 459-479.
- Jiun Shen. (2002) Short-Term Group Play Therapy with Chinese Earthquake Victims: Effects on Anxiety, Depression, and Adjustment. *Int J Play Therapy*24(11): 43-63.

- Sanders, M. R. (2005). *Triple P: A Multi-Level System of Parenting Intervention: Workshop Participant Notes*. The University of Queensland: Brisbane, Australia.
- Son, SE & Kirchner J.T . (2000). "Depression in children and adolescents". *Am Fam Physician* , 62, 2297-308:2311-2.
- Tiggs PL. (2010) *Play therapy techniques for African American elementary school-aged children diagnosed with oppositional defiant disorders*. [Dissertation]. Capella University.
- Toit PL, Stein DJ. (2003). Social anxiety disorder. In: Nutt DJ, Ballenger JC, editors. *Anxiety disorders*. Philadelphia: *Wiley-Blackwell*. 137-51.
- Wethinton, H.R., Hahn, R.A., Fugua-Whiteley, D.S., Sipe, T.A., Crosloy, A.E., Johnson, R.L, Liberman, A. M., Moscichi, E., Price, L. N., Tuma, F. K., Halra, G., Chatto., Padhyay, S. K (2008) The effectiveness of interventions to reduce psychology harm form traumatic events among child and adolescents. *American Journal of Preventive Medicine*, 53(3), 287-373.
- Kaduson, H. (1997). Play therapy for children with attention-deficit/hyperactivity disorder. In H. Kaduson, D. Cangelosi, & C. Schaefer (Eds.), *The Playing Cure: Individualized play therapy for specific childhood problems*. 197-227.
- Landreth, G.L. (2002). *Play therapy: The art of play the relationship* (2nd ed). New York, Brunner-Routledge.
- Landreth, G.L. (2006). *Child-Parent-Relationship (C-P-R) therapy: a 10 session Filial Therapy Model*.
- Landreth, G.L., Ray, D.C., Bratton, S. (2009). Play therapy in elementary school. *Psychology In The School*, 46(3):1-9.
- Ogava, Y. (2004). Childhood Trauma and play therapy intervention for traumatized children. *Journal of professional conseling: Practice, Theory & Research*, 32(1): 19-29.
- Sanders, M.R. (2000). Community –based parenting and Family support intervention and prevention of drug abuse. *Addictive behavior* , 25(6), 929-942.