رویش روان شناسی، سال۱۰، شماره۱۲، شماره پیاپی ۶۹، اسفند ۱۴۰۰
Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal(RRJ),10(12), 2022

اثربخشی بازی‌درمانی عروسکی بر کاهش کمرویی، احساس تنهایی و مشکلات رفتاری کودکان تک‌سرپرست شهراهواز

The effectiveness of puppet play therapy on reducing shyness, loneliness and behavioral problems in single-parent children

پگاه راتقی
دانشجوی کارشناسی ارشد، گروه روان‌شناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران.
دکتر فاطمه سادات مرعشیان (نویسنده مسئول)
استادیارگروه روان‌شناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران.

Pegah Rateghi
M. A. in Psychology, Department of Psychology, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran.
Dr.FatemehSadat Marashian *
Assistant Professor, Department of Psychology, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran.
fsmarashian@gmail.com

چکیده
پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی بازی درمانی عروسکی بر کاهش کمرویی و احساس تنهایی و بهبود مشکلات رفتاری کودکان تک‌سرپرست شهر اهواز انجام شد. روش این پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون-پیگیری و گروه کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه کودکان تک سرپرست ۳ تا ۹ سال شهر اهواز در سال ۱۳۹۹ بودند. که از بین آنها ۳۰ نفر به روش نمونه گیری هدفمند انتخاب و در دو گروه آزمایش و گواه به صورت گمارش تصادفی قرار گرفتند. جهت گردآوری داده‌ها از پرسشنامه‌های کمرویی استنفورد (SSQ) (۱۹۹۷)، احساس تنهایی راسل (UCLA) (۱۹۸۰) و مشکلات رفتاری شهیم و یوسفی(BPQPC) (۱۳۷۸) استفاده شد. سپس ۱۰ جلسه ۴۵ دقیقه و هر هفته دو جلسه بازی درمانی عروسکی بر روی گروه آزمایش اجرا گردید. در حالی که افراد گروه گواه هیچ مداخله ای دریافت نکردند. داده های به دست آمده با روش تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر با استفاده از نرم افزار SPSS-۲۴ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. نتایج به دست آمده نشان داد که بین دو گروه آزمایش و گواه از نظر کمرویی، احساس تنهایی و مشکلات رفتاری در مرحله پس آزمون تفاوت معناداری وجود دارد ($P \leq ۰/۰۵$). همچنین، نتایج فوق در مرحله پیگیری ۱/۵ ماهه تداوم داشت. بر این اساس می توان گفت؛ بازی‌درمانی عروسکی جهت کاهش کمرویی، احساس تنهایی و بهبود مشکلات رفتاری کودکان تک‌سرپرست موثر است.

Abstract
The aim of this study was to determine the effectiveness of puppet play therapy in reducing shyness and loneliness and improving the behavioral problems of single-parent children in Ahvaz. The method of this quasi-experimental study was pre-test, post-test, and follow-up with a control group. The statistical population of this study included all single-parent children aged 3 to 9 years in Ahvaz in 1399. Among them, 30 people were selected by purposive sampling and randomly assigned to the experimental and control groups. The Stanford Shyness (SSQ)(1997), Russell Loneliness (UCLA) (1980), and Shahim and Yousefi (BPQPC)(1999) Behavioral Problems questionnaires were used to collect data. Then 10 sessions of 45 minutes and two sessions of puppet play therapy were performed on the experimental group every week. While the control group did not receive any intervention. Data were analyzed by Repeated Measures ANOVA (RM ANOVA) using SPSS 24 software. The results showed that there was a significant difference between shyness, loneliness, and behavioral problems in the experimental group compared to the control group ($P \geq 0.05$). The results continued after a month and a half of follow-up. On this basis we can say; Puppet play is effective in reducing shyness, loneliness, and improving the behavioral problems of single-parent children.

واژه‌های کلیدی: *بازی‌درمانی عروسکی، کمرویی ، احساس تنهایی، مشکلات رفتاری، تک‌سرپرست.*

Keywords: *puppet play therapy, shynes, loneliness,behavioral problems, single-parent.*

نوع مقاله : کاربردی | **دریافت : شهریور ۱۴۰۰** | **پذیرش: دی ۱۴۰۰** | **ویرایش نهایی: اسفند ۱۴۰۰**

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.12.25.7]

مقدمه

ازدواج و نهاد خانواده در دو نسل گذشته دست‌خوش تغییرات فراوانی شده است، بـه گـونه‌ای که رشـد فزاینده رخدادهایی نظیر افـزایش طلاق، زنـدگی مشترک بدون ازدواج، تولد فرزندان نامشروع، روابط آزاد جنسی و ... تعداد و انواع خانواده‌های تک والدی را در پی بازتعریف خانواده افزایش داده است(معتمدی شار، غباری بناب و ربیعی،۱۳۹۵). تک سرپرستی[1] یا بدسرپرستی در کودکان، مشکلات رفتاری و هیجانی شدیدی را به همراه دارد (محمدی نسب، سید موسوی و بهزادپور، ۱۳۹۸). با توجه به اینکه تک والد بودن می تواند زمینه بروز برخی اختلالات را فراهم کند، بنابراین بررسی مشکلات رفتاری در فرزندان این خانواده ها دارای اهمیت است. برخی از مشکلات مشترکی که کودکان در خانواده‌های تک والدی با آن روبرو هستند عبارت‌اند از: دست تنها بودن مادر یا پدر ممکن است باعث شود که فرزند بیش از معمول به والد خود کمک کند و همین امر او را از معاشرت و بازی با همسالان و دوستان خود باز می‌دارد.گاهی اوقات ممکن است کودکان نتوانند درک کنند که والدشان برای رفع نیازهای عاطفی و اجتماعی به برقراری ارتباط عاطفی مجدد نیاز دارد و همین امر می‌تواند باعث ایجاد مشکلاتی در خانواده شود. در خانواده‌هایی که والدین از هم جدا شده‌اند، کودک ممکن است به طور مداوم احساس کند که باید یکی از والدین خود را انتخاب کند. این امر بین زوج‌های طلاق گرفته‌ای که نسبت به هم رفتارهای خصمانه دارند بیشتر دیده می‌شود(حصارسرخی، طبیبی، اصغری نکاح و باقری، ۱۳۹۵).

بازی درمانی[2] یکی از مداخلات درمانی مؤثر در کاهش مشکلات این کودکان است(رضایی، ۱۳۹۷). در واقع بازی درمانی با ارزش ترین روش در مداخلات آموزشی و روانشناختی کودک، به شمار می رود(منی والن و کاتمن[3]، ۲۰۱۹). بازی رهیافتی ساختارمند و مبتنی بر نظریه درمان است که فرآیندهای یادگیری و ارتباط طبیعی و به هنجار کودکان را پایه ریزی می کند(آزادی منش، حسین خانزاده و حکیم جوادی، ۱۳۹۷). نایبی، پاشا، بختیارپور و افتخارصعادی(۲۰۲۰) در پژوهشی نشان دادند بازی درمانی انفرادی و گروهی در افزایش مولفه مقابله با مشکل، کاهش مولفه راه حل گریزی و مقابله مخرب و بسیاری مشکلات رفتاری در دانش آموزان ابتدایی مبتلا به ADHD مؤثربوده، همچنین بر اساس یافته های آزمون پیگیری، بازی درمانی گروهی از نظر افزایش مولفه مقابله با مشکل و کاهش مولفه های راه حل گریزی موثرتر از بازی درمانی فردی بود.

از آنجاییکه حضور فعال کودک در اجتماع موجب شکوفایی استعدادها و خلاقیت های بالقوه اوست، یکی از عواملی که به این جایگاه ارزشمند و مهم آسیب می زند کمرویی[4] و ناتوانی در اظهار وجود است. کمرویی همواره با ناتوانی از کنار آمدن با زندگی اجتماعی، خانوادگی و حرفه ای مشخص می شود، که می تواند به صورت کاهش حرمت نفس[5]، اضطراب[6]، احساس تنهایی[7] و طردشدگی[8] بروز کند. در صورت عدم اصلاح کمرویی در کودکان بویژه کودکان پیش دبستانی در اکثر موارد کمرویی می تواند به اشکال و انواع مختلف در سنین بعدی و حتی تا بلوغ ادامه یابد و فرد را با مشکلات جدی رو به رو سازد. مهمترین عامل موثر در مشارکت کودک در فعالیت های روزمره، تاثیر متقابل محیط و فعالیت ها است(پیسکور، بورسکنس، کتلار و جانگمنز، کاسپاری و اسمیت[9]، ۲۰۱۷). شواهدی وجود دارد که تعامل مداوم و مطلوب با محیط اجتماعی تاثیرات مثبتی بر وضعیت سلامت و بهزیستی دارد. در مقابل، انزوای اجتماعی یا فقدان روابط اجتماعی نزدیک با وضعیت سلامت ضعیف و افزایش خطر مرگ همراه است(تاف، سیگریست و فکت[10]،۲۰۱۷). مطالعات انجام شده توسط رضایی(۱۳۹۷) نشان داد بازی درمانی در کاهش علائم کمرویی کودکان موثر است. در بازی درمانـی گروهی، کـودکان مجبور به تمـاس بـا همسـالان خـود و شـرکت در بازی ها هستند و بـه علـت قرار گرفتن در ایـن موقعیـت و دریافت نکردن محرک های ترس آور ، کمرویـی و اضطـراب آن هـا در محیـط، با گذشت زمان کاهش می یابد(حسین خانزاده، قلی زاده، روشندل راد و سیدنوری، ۱۳۹۶).

1 Sole guardianship
2 Play Therapy
3 Meany-Walen & Kottman
4 Shyness
5 Self-respect
6 Anxiety
7 Feeling lonely
8 Rejection
9 Piškur , Beurskens, Ketelaar, Jongmans, Casparie, & Smeets
10 Tough , Siegrist & Fekete

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.12.25.7]

احساس تنهایی[۷] را یک حالت روانشناختی ناشی از نارسایی های کمی و کیفی در روابط اجتماعی می دانند و ممکن است در هر سنی رخ دهد (رحیم زاده، پور اعتماد، ۱۳۹۰). احساس تنهایی با احساسات منفی مانند اضطراب، افسردگی و ... همراه است، کلمه ی"تنهایی" به فقدان روابط اجتماعی و انزوا اشاره دارد(حاتمی، فرمانی، صفوی و همکاران، ۱۳۹۴). طبق پژوهش های سوان، کاف و هاس[۱](۲۰۱۹) مشارکت در بازی درمانی گروهی[۲] ، باعث کاهش علائم اضطراب و احساس تنهایی و رفتارهای مسئله دار کلاسی در کودکان شد. بازی درمانی به طور غیرمستقیم باعث می شود کودکان از طریق بازی بتوانند مشکلات خودشان را در محیط مدرسه و گروه همسالان حل کنند و احساس تنهایی نداشته باشند(باغبانی بیگدیلو و رستم اوغلی، ۱۳۹۹).

کودکان یکی از گروه های آسیب پذیر هستند که در معرض انواع اختلالات روانشناختی قرار دارند. این اختلالات به طور قابل ملاحظه ای بر عملکرد تحصیلی و حرفه ای کودکان و نوجوانان تاثیر منفی می گذارد(باقری و همکارن، ۱۴۰۰). مشکلات رفتاری کودکان با رفتار و ارتباط منفی مادر در ارتباط است(اسبرن، نورمان، کریستینسن و رینولد دان[۳]، ۲۰۱۸). مشکلات رفتاری در دانش آموزان تک والدی بیشتر از دانش آموزان دو والدی است. در نوع مشکلات رفتاری نیز تفاوت هایی مانند پرخاشگری - فزون کنشی، اضطراب - افسردگی، رفتارهای ضداجتماعی و اختلال نارسایی وجود دارد(معتمدی شارک و غباری بناب و ربیعی، ۱۳۹۵). تیموریان، میرزائی، پیشیار و حسین زاده(۲۰۲۰) در پژوهشی با عنوان تأثیر بازی درمانی گروهی بر مشکلات عاطفی/ رفتاری کودکان مبتلا به اختلال نقص توجه و بیش فعالی (۶ تا ۱۲ ساله) دریافتند که بازی درمانی باعث کاهش نمرات مشکلات عاطفی/ رفتاری از جمله مسائل اجتماعی، رفتار پرخاشگرانه و انزواطلبی و رفتار قانون شکنی گروه آزمایش در مقایسه با گروه گواه گردید. پرخاشگری[۴] می تواند یکی از مشکلات رفتاری باشد. پرخاشگری کودکان را رفتاری تعریف کرده اند که هدف آن صدمه زدن به خود یا دیگری باشد و آنچه در این تعریف حائز اهمیت است، قصد و نیت رفتار کننده است یعنی آسیب رسانیدن تصادفی به شخص دیگر، پرخاشگری نیست، بلکه بسیاری از پژوهشگران ترکیبی از این دو تعریف را برای پرخاشگری به کار می برند. رفتاری که به دیگران آسیب می رساند، به خصوص وقتی که کودک بداند رفتارش به دیگری آسیب می رساند. همه مساله ای مثلا در زندگی زناشویی یا محل کار و... می تواند باعث پرخاشگری فرد شود ولی پرخاشگری در محیط خانواده و در بین زنان و مردان را باید در نظر داشته باشیم تا ضربه نهایی به فرزند خانواده وارد نشود، زیرا گاهی بعضی از رفتارها باعث اختلال رفتاری و روانی کودکان می شود. رفتارهایی مثل: افسردگی، بیش فعالی، گوشه گیری، شب ادراری و... که اینها در وهله اول وظیفه والدین کودک است که زندگی و محیط خانه را محیطی امن و آرام برای فرزند به وجود آورند تا مشکلات روحی و روانی به سراغ آنها نیاید (طباطبایی، ۱۳۹۹). مطالعات نشان داد بازی درمانی موجب کاهش رفتار پرخاشگرانه، فکر پرخاشگرانه و احساس پرخاشگرانه در کودکان دیرآموز می شود. در نتیجه می توان دریافت که آموزش بازی درمانی بر کاهش پرخاشگری، استرس و اضطراب کودکان تاثیر مطلوبی داشته و باید به آن توجه گردد(مریدیان، گودرزی و روزبهانی، ۱۳۹۸).

بازی بخشی جدا ناپذیر از زندگی کودکان است. کودکان بیش از هر کار دیگر وقت خود را به بازی اختصاص می دهند (سوآنک و اسمیت آداک[۵]، ۲۰۱۸). داشتن درک درست از ماهیت بازی و انواع آن باعث می شود مربیان دوره های پیش دبستانی و مهدکودک محیطی سازنده و خلاق را برای رشد همه جانبه کودکان فراهم آورند(باغبانی بیگدیلو و رستم اوغلی، ۱۳۹۹). کودکان در بازی درمانی، با استفاده از اسباب بازی ها و بازی های مختلف می توانند افکار، احساسات، و نگرانی هایی را که نمی توانند به خوبی نشان دهند، درچارچوب بازی های مختلف ابراز کنند (باقری زاده، نصاب و گودرزوند، ۲۰۱۵). بازی درمانی روشی ست که به کودک فرصت می دهد تا احساسات آزار دهنده و مشکلات درونی خود را از طریق بازی بروز دهد و آنها را به نمایش درآورد و درمانگر نیز فرصتی را فراهم می کند که به کودک کمک کند تا یاد بگیرد تعارضات خود را حل کند و در مسیر این تحقیق کلیه این تغییرات دیده می شود(پراز، شفیعی و فتح الهی، ۱۳۹۹).

در بازی درمانی عروسکی[۶]،کودک در حین بازی با عروسک[۷] ، مهارت هایی را جهت ایجاد ارتباط با دیگران به دست می آورد. توقعات دیگران از خود را در حین عروسک بازی ارزیابی می کند و آرزوهای خود را نیز ابراز می کند و این راهی برای شناخت او از زندگی و مسائل آن است. عروسک هم صحبت و مخاطبی است که هیچگاه از صحبت کودک خسته نمی شود، پیوسته و در همه حال، حتی حین صحبت

1 Swan, Kaff & Haas
2 Group play therapy
3 Esbjørn , Normann , Christiansen , & Reinholdt-Dunne
4 aggression
5 Swank , Smith-Adcock
6 Puppet play therapy
7 Doll

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.12.25.7]

اشکالات تلفظی اش را اصلاح نمی کند و باعث اعتماد به نفس کودک می شود. نمایش عروسکی شکل توانمندی از بازی درمانی است که فرد را به آسانی با امکانات و آمیزه های مختلف سازگار می کند(لندرث[1]، ۲۰۱۲).

بازی درمانی کودک محور، یک روش پیشگیرانه ی مؤثر برای دانش آموزانی است که در معرض خطر بروز رفتارهای نامطلوب هستند که می تواند بر موفقیت تحصیلی آنها تأثیر منفی بگذارد (پریمان و باورز[2]، ۲۰۱۸). در راستای مطالب ذکر شده و باتوجه به اهمیت و نقش سازنده بازی درمانی عروسکی در آموزش و همچنین بهبود مشکلات رفتاری کودکان، خصوصا کودکانی که در سنین پیش دبستانی قرار دارند و با توجه به اینکه در صورت عدم اصلاح مشکلات رفتاری و اجتماعی کودکان، اکثر آنها در سنین بعدی و حتی بعد از بلوغ به اختلالات شدید و جدی تری در زمینه های فردی، اجتماعی و روانی مبتلا می شوند، پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی بازی درمانی عروسکی بر کاهش کمرویی، احساس تنهایی و بهبود مشکلات رفتاری کودکان تک سرپرست شهر اهواز انجام شد.

روش

این پژوهش نیمه آزمایشی از نوع پیش آزمون– پس آزمون و پیگیری با گروه گواه بود. جامعه ی آماری این پژوهش شامل تمامی کودکان ۳ تا ۹ سال شهر اهواز در سال تحصیلی ۱۴۰۰-۱۳۹۹ بودند. در بررسی اولیه از میان کودکان مبتلا به مشکلات رفتاری و ناسازگار که والدینشان به مراکز مشاوره شهرستان اهواز مراجعه کرده بودند، تعداد ۶۰ کودک از طریق مصاحبه و ابزار پژوهش شناسایی شدند. سپس از میان آنها تعداد ۳۰ نفر که در متغیرهای پژوهش وضعیت ضعیف تری داشتند به شیوه نمونه گیری هدفمند انتخاب و در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و گروه گواه (۱۵ نفر) به شیوه تصادفی جایگزین شدند. ملاک های ورود به پژوهش شامل داشتن سن بین ۳ تا ۹ سال، حداقل تحصیلات دیپلم برای والدین، عدم مصرف داروهای روانپزشکی توسط مادر یا پدر یا کودک، امضای رضایت نامه شرکت در پژوهش توسط والد و تجرد والد مراقب، حداقل یک سال از طلاق یا فوت والد دیگر گذشته باشد و عدم استفاده همزمان از روش های درمانی دیگر و ملاک های خروج شامل ، غیبت دو جلسه و یا بیشتر از آن، انصراف از دامه پژوهش و عدم رعایت قوانین جلسه بود. همچنین جهت ملاحظات اخلاقی در انجام پژوهش از والدین شرکت کنندگان اجازه نامه دریافت شد. لازم به ذکر است که با توجه به پیگیری ها و تشویق پژوهشگران در خصوص ادامه شرکت در پژوهش آزمودنی ها، در مطالعه حاضر ریزش آزمودنی صورت نگرفت و در صورت جا ماندن هر یکی از آزمودنی ها تنها از یک جلسه آموزشی، پژوهشگر برنامه ی فوق العاده برای رساندن به گروه اجرا می نمود. همچنین با توجه به شرایط بهداشتی کشور (شیوع ویروس کرونا) در طول اجرای برنامه تمامی پروتکل های بهداشتی شامل توزیع ماسک، فاصله بین صندلی دانش آموزان و سایر موارد رعایت گردید. بعد از انتخاب نمونه جلسات بازی درمانی عروسکی برای گروه آزمایش در ۱۰ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای و به صورت هفته‌ای دو بار اجرا گردید. در حالی‌که برای گروه گواه مداخله ای صورت نگرفت. پس از انجام مداخله از هر دو گروه آزمایش و گواه پس آزمون به عمل آمد و مجدد نتایج بعد از یک ماه و نیم برای هر دو گروه پیگیری شد. داده های جمع آوری شده با استفاده از روش تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر با بهره گیری از نرم افزار آماری SPSS نسخه ۲۴ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

ابزار سنجش

پرسشنامه کمرویی استنفورد[3] (SSQ) : فرم اصلی این مقیاس توسط هندرسون و زیمباردو (۱۹۹۹) در دانشگاه استنفورد ساخته شده که شامل ۴۴ سوال می باشد. در این پژوهش از فرم ۴۰ سؤالی استفاده شد. این فرم را عبادتی (۱۳۷۶) بر روی دانش آموزان مقطع متوسطه هنجاریابی کرده است. سوالات این پرسشنامه به روش لیکرت از ۱ تا ۴ نمره گذاری می شود. به این ترتیب: گزینه ای که نشان دهنده بیشترین حالت کمرویی است نمره ۱ و به ترتیب گزینه های بعدی نمره ۲ و ۳ و بالاخره گزینه ای که نشان دهنده کمترین حالت کمرویی است نمره ۴ دریافت می کند. برخی سوالات به صورت معکوس نمره گذاری می گردد. حداقل نمره ۴۰ و حداکثر آن ۱۶۰ است و نمره بیشتر نشانه کمروئی بیشتر است، نمره میانگین ۱۰۰ ، نمره در نقطه ۳۰ درصدی ۷۶ و نمره در نقطه ۷۰ درصدی ۱۲۴ است. بورتنیک، هندرسون و زیمبارد روایی ملاکی این پرسشنامه را در نمونه دانشجویان برابر ۰/۶۷ و پایایی این پرسشنامه را به روش آلفای کرونباخ بین ۰/۹۲ تا ۰/۹۳ گزارش دادند (بورتنیک، هندرسون و زیمبارد، ۲۰۰۲). در پژوهش عبادتی ضریب پایایی این پرسشنامه به روش

1 Landreth
2 Perryman & Bowers
3 Stanford Shyness Questionnaire

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.12.25.7]

آلفای کرونباخ برای دختران ۰/۸۶ و برای پسران ۰/۸۴ گزارش شده است. در پژوهش نادی نجف آبادی و همکاران (۱۳۹۲) روایی ملاکی این پرسشنامه به روش همبستگی با پرسشنامه چیک و باس۰/۷۴ بدست آمد و مورد تایید قرار گرفت. در پژوهش حاضر نیز ضریب پایایی این مقیاس با استفاده از روش آلفای کرونباخ برابر ۰/۸۹ به دست آمد.

مقیاس احساس تنهایی راسل[1] (UCLA): این مقیاس توسط راسل و پیلوا و کورتونا در سال ۱۹۸۰ ساخته شده و دارای ۲۰ گویه می باشد. شیوه‌ی نمره‌گذاری این مقیاس شامل عبارات توصیفی و چهارگزینه‌ای (هرگز، به ندرت، گاهی اوقات و اغلب) است. این مقیاس دارای نمره‌گذاری معکوس نیز هست. کمترین نمره‌ای که آزمودنی در آزمون به دست می‌آورد ۲۰ و بیشترین آن ۸۰ است. شکرکن و میردریکوند (۱۳۷۷) این مقیاس را ترجمه کردند و پس از یک اجرای مقدماتی و اصلاحات به کار گرفتند (نقل از سودانی، شجاعیان و نیسی، ۲۰۱۲). همچنین در سال ۱۹۷۸ راسل، پیپلوا و فرگوسن روایی ملاکی این مقیاس را برابر r=۰/۷۳ و پایایی آن را در با روش بازآزمایی یک ساله ۰/۷۸ گزارش کردند (راسل، پیپلوا و فرگوسن، ۱۹۷۸). در مطالعه‌ای که میردریکوند (۱۳۷۸) انجام داد، همبستگی بین مقیاس‌های جدید و مقیاس اصلی ۰/۹۱ و ضریب پایایی با روش بازآزمایی برابر ۰/۸۹ گزارش شد. آلفای کرونباخ این مقیاس در پژوهش حاضر برابر ۰/۸۴ به دست آمد.

پرسشنامه مشکلات رفتاری کودکان پیش دبستانی[2] (BPQPC): این پرسشنامه توسط شهیم و یوسفی در سال ۱۳۷۸ ساخته شد که دارای ۲۴ سؤال می باشد و توسط والدین کودک (ترجیحا مادر) نمره گذاری و تکمیل می گردد. والدین حدود ۲۰ دقیقه با توجه به رفتارهای فرزندان دردوازده ماه گذشته می توانند به پرسش‌ها پاسخ دهند. روش نمره گذاری بدین ترتیب است، هرگز (۰)، بعضی اوقات (۱)، بیشتر اوقات (۲). پرسشنامه، دارای چهارخرده مقیاس نقص توجه، ترس، رفتار اجتماعی و پرخاشگری است که سؤالات رفتار اجتماعی به طور معکوس نمره گذاری می شوند. نمره کل از مجموع نمرات خرده مقیاس ها حاصل می شودکه هر چه نمرات بیشتر باشند، میزان مشکلات رفتاری کودک بیشتراست. روایی سازه خرده مقیاس های این پرسشنامه با محاسبه همبستگی خرده مقیاس ها با نمره کل به ترتیب برابر ۰/۶۶، ۰/۷۰، ۰/۶۲ و ۰/۶۹ به دست آمد. همچنین، پایایی پرسشنامه با روش آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۰ برآورد شده است (شهیم و یوسفی، ۱۳۷۸). در پژوهش حاضر نیز ضریب پایایی نمره کل این مقیاس با استفاده از روش آلفای کرونباخ برابر ۰/۸۲ و برای چهار خرده مقیاس نقص توجه، ترس، رفتار اجتماعی و پرخاشگری به ترتیب ۰/۷۴، ۰/۷۲، ۰/۸۲ و ۰/۸۰ به دست آمد.

در این پژوهش بازی درمانی عروسکی مبتنی بر بسته نونتنی و بروم فیلد[3] و برنامه های قرائی و اصغری نکاح انجام شد (نقل از آزادی منش و همکاران، ۱۳۹۷). این درمان در ۱۰ جلسه ۴۵ دقیقه ای بود که به صورت هفته ای دو بار برگزار شد. خلاصه جلسات در جدول ۱ گزارش شده است:

جدول ۱. خلاصه ساختار و محتوای جلسات درمانی بازی درمانی عروسکی

جلسه	عنوان جلسه	محتوای جلسه
جلسه اول	الف- اجرای نمایش عروسکی با موضوع "خرید همراه مادر و گوش ندادن به حرف او".	بحث و نظر خواهی درباره ی موضوع، اجرای نقش مثبت نمایش ب- توپ بازی آزاد و هدف دار
جلسه دوم	الف- اجرای نمایش عروسکی با موضوع شلوغ کاری در هنگام مهمانی	بحث و نظر خواهی درباره ی موضوع، اجرای نقش مثبت نمایش. ب- بازی پرش روی صفحه ی رنگی
جلسه سوم	الف- اجرای نمایش عروسکی با موضوع " بی نظمی در کلاس درس"،	بحث و نظر خواهی درباره ی موضوع، اجرای نقش مثبت نمایش. ب- بازی کوزه گری
جلسه چهارم	الف- اجرای نمایش عروسکی با موضوع " به رختخواب نرفتن"	بحث و نظر خواهی درباره ی موضوع، اجرای نقش مثبت نمایش. ب- بازی پرکردن مخزن
جلسه پنجم	الف- اجرای نمایش عروسکی با موضوع " احتیاط در عبور از خیابان"،	بحث و نظر خواهی درباره ی موضوع، اجرای نقش مثبت نمایش. ب- بازی هولاهوپ

1 Russell Loneliness Questionnaire
2 Behavioral Problems Questionnaire for Preschool Children
3 Nontney and Bromfield

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.12.25.7]

جلسه ششم	الف-اجرای نمایش عروسکی با موضوع " منتظر نماندن برای رسیدن نوبت "،	بحث و نظر خواهی درباره ی موضوع، اجرای نقش مثبت نمایش. ب- بازی ایست (با استفاده از موسیقی)
جلسه هفتم	الف-اجرای نمایش عروسکی با موضوع " خواهری که امتحان دارد و برادر نمی گذارد او درس بخواند ".	بحث و نظر خواهی درباره ی موضوع، اجرای نقش مثبت نمایش. ب- بازی مرتب کردن کلمات
جلسه هشتم	الف-اجرای نمایش عروسکی با موضوع " دعوا گرفتن با این و آن".	بحث و نظر خواهی درباره ی موضوع، اجرای نقش مثبت نمایش. ب-بازی والیبال نشسته
جلسه نهم	الف-اجرای نمایش عروسکی با موضوع " کمک جمع "نکردن به انجام یک کار گروهی مثل کردن وسایل در خانه".	بحث و نظر خواهی درباره ی موضوع، اجرای نقاشی آزاد و هدفدار -نقش مثبت نمایش. ب
جلسه دهم	الف-اجرای نمایش عروسکی با موضوع " پریدن میان حرف دیگران ".	بحث و نظر خواهی درباره ی موضوع، اجرای نقش مثبت نمایش. ب-بادکنک بازی

یافته ها

در پژوهش حاضر، از مجموع نمونه گرفته شده از کودکان دارای مشکلات رفتاری، کمرویی و احساس تنهایی بالا (n=۳۰)، ۱۵ نفر در گروه آزمایش و ۱۵ نفر در گروه گواه به صورت گمارش تصادفی قرار گرفتند. از بین ۳۰ نفر اعضای گروه نمونه ، در گروه آزمایش ۵ دختر و ۱۰ پسر و به همین نسبت در گروه گواه یعنی ۵ دختر و ۱۰ پسر جایگزین شدند. در گروه آزمایش ۳ نفر آمادگی، ۳ نفر پیش دبستانی، ۹ نفر ابتدایی اول یعنی پایه های اول و دوم و سوم و در گروه گواه ۳ نفر آمادگی، ۴ نفر پیش دبستانی و ۸ نفر ابتدایی اول یعنی پایه های اول و دوم و سوم بودند. در گروه آزمایش ۷ نفر با مادر و ۸ نفر با پدر و در گروه گواه ۹ نفر با مادر و ۶ نفر با پدر زندگی می کردند. میانگین و انحراف استاندارد سن در گروه آزمایش۰/۸۱± ۶/۱ و در گروه گواه ۰/۹۰± ۶/۲۳ بود. میانگین و انحراف استاندارد طول مدت زندگی تک والدی در گروه آزماش۰/۵۶± ۲/۱ و در گروه گواه ۰/۴۸± ۲/۳ بود. در زیر یافته های توصیفی شامل میانگین و انحراف معیار نمره های کمرویی، احساس تنهایی و مشکلات رفتاری آزمودنی‌ها ارائه شده است.

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار کمرویی، احساس تنهایی و مشکلات رفتاری در گروه‌های آزمایش و گواه، به تفکیک در مراحل پیش‌آزمون و پس آزمون و پیگیری

متغیر	گروه آزمایش			گروه گواه		
	پیش آزمون	پس آزمون	پیگیری	پیش آزمون	پس آزمون	پیگیری
کمرویی	۸۹/۱۳±۸/۳۱	۸۳/۸±۷/۰۹	۸۴/۶۷±۷/۱	۹۰/۴±۷/۸۵	۸۹/۵۳±۸/۱۲	۸۹/۳۳±۷/۹۳
احساس تنهایی	۴۴/۷۳±۴/۶۲	۳۸/۸±۶/۱۲	۳۹/۶±۵/۴۴	۴۴/۲۷±۴/۳	۴۴/۵۳±۴/۶۸	۴۵/۰±۴/۵۵
مشکلات رفتاری	۲۹/۰۷±۴/۰۴	۱۸/۶±۳/۵۶	۲۰/۲۷±۳/۱۹	۳۰/۸۷±۲/۹۷	۳۰/۷۳±۲/۷۱	۳۰/۴۷±۲/۲

همان طور که در جدول ۲ ملاحظه می شود، میانگین (انحراف معیار) نمره های هر سه متغیر کمرویی، احساس تنهایی و مشکلات رفتاری برای گروه آزمایش در مرحله پس آزمون نسبت به مرحله پیش آزمون کاهش داشته است. همچنین، میانگین نمرات متغیرهای وابسته در مرحله پیگیری نسبت به مرحله پیش آزمون کاهش و نسبت به مرحله پس آزمون تغییر چندان محسوسی نداشته است. از سوی دیگر در گروه گواه، در هر سه متغیر وابسته در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری تغییرات چندانی رخ نداده است. در ادامه قبل از انجام آزمون کواریانس، مفروضه های همگنی واریانس ها و همگنی شیب رگرسیون مورد بررسی قرار گرفتند. نتایج آزمون لوین در هر ۳ متغیر کمرویی (F=۰/۰۱ و p=۰/۹۲)، احساس تنهایی (F=۰/۵۲ و p=۰/۴۷) و مشکلات رفتاری (F=۰/۶۲ و p=۰/۴۳) غیرمعنی دار می باشند. در نتیجه فرض همگنی واریانس ها تأیید می شود. همچنین، برای سه متغیر بر کمرویی، احساس تنهایی و مشکلات رفتاری

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.12.25.7]

نیز پیش فرض همگنی کواریانس ها برقرار است (Box's M=۴/۹۶، F=۰/۷۳۱ و P=۰/۶۲). همچنین، سطح معنی داری آزمون کولموگروف- اسمیرونوف برای سه متغیر کمرویی (Z=۰/۵۰ و p=۰/۹۶)، احساس تنهایی (Z=۰/۵۴ و p=۰/۹۲) و مشکلات رفتاری (Z=۰/۶۹ و p=۰/۴۳) از مقدار ۰/۰۵ بیشتر است، لذا پیش فرض نرمال بودن توزیع متغیرها نیز رعایت شده است. نتایج آزمون همگنی شیب رگرسیون بین متغیرهای وابسته پژوهش نشان داد تعامل بین متغیرهای کمکی (پیش آزمون ها) و وابسته (پس آزمون ها) در سطوح عامل (گروه های آزمایش و گواه) معنی دار نیست. بنابراین فرض همگنی شیب رگرسیون رعایت شده است. همچنان آزمون ماکلی (موخلی) نیز نشان داد پیش فرض کرویت رعایت شده است . از این‌رو پیش‌فرض های لازم جهت اجرای آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر رعایت شده است. بررسی داده های تحقیق از تحلیل واریانس اندازه گیری مکرر در (جدول ۳) ارائه شده است.

جدول ۳. نتایج آزمون‌های چند متغیری برای آزمون مدل کلی تحلیل واریانس اندازه گیری مکرر

آزمون	مقدار	F	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	سطح معنی‌داری	اندازه اثر
اثر پیلایی	۰/۹۲۷	۴۸/۵۴	۶	۲۳	۰/۰۰۱	۰/۹۲۷
لامبدای ویلکز	۰/۰۷۳	۴۸/۵۴	۶	۲۳	۰/۰۰۱	۰/۹۲۷
اثر هالینگ	۱۲/۶۶	۴۸/۵۴	۶	۲۳	۰/۰۰۱	۰/۹۲۷
بزرگترین ریشه روی	۱۲/۶۶	۴۸/۵۴	۶	۲۳	۰/۰۰۱	۰/۹۲۷

نتایج جدول ۳، نشان می دهد با توجه به اینکه سطح معنی داری آزمون‌های چندمتغیری از مقدار ۰/۰۵ کمتر است، مدل کلی تحلیل واریانس مورد تأیید قرار می گیرد و می توان فرض برابری میانگین طی تیمارها (زمان) را رد کرد. جدول ۴، نتایج اثر زمان، خطا، گروه و تعامل زمان*گروه را نشان می‌دهد.

جدول۴: نتایج تحلیل واریانس اندازه‌گیری تکرارشده (مکرر) برای کمرویی، احساس تنهایی و مشکلات رفتاری

متغیر	منبع	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری	اندازه اثر
کمرویی	گروه	۳۴۰/۲۷	۱	۳۴۰/۲۷	۱/۹۲	۰/۱۷	۰/۰۶۴
	خطا	۴۹۵۷/۵۱	۲۸	۱۷۷/۰۵			
	زمان	۱۱۴/۸۱	۱	۱۱۴/۸۱	۶۹/۳۸	۰/۰۰۱	۰/۷۱
	تعامل آزمون * گروه	۴۳/۳۵	۱	۴۳/۳۵	۲۶/۱۹	۰/۰۰۱	۰/۴۸
	خطا	۴۶/۳۳	۲۸	۱/۶۵			
احساس تنهایی	گروه	۲۸۴/۴۴	۱	۲۸۴/۴۴	۳/۹۲	۰/۰۵۸	۰/۱۲
	خطا	۲۰۳۱/۳۷	۲۸	۷۲/۵۴			
	زمان	۷۲/۶	۱	۷۲/۶	۵۹/۲	۰/۰۰۱	۰/۶۷
	تعامل آزمون * گروه	۱۲۹/۰۶	۱	۱۲۹/۰۶	۱۰۵/۲۵	۰/۰۰۱	۰/۷۹
	خطا	۳۴/۳۳	۲۸	۱/۲۲			
مشکلات رفتاری	گروه	۱۴۵۶/۰۴	۱	۱۴۵۶/۰۴	۵۵/۳۴	۰/۰۰۱	۰/۶۶
	خطا	۷۳۶/۶۲	۲۸	۲۶/۳			
	زمان	۳۱۷/۴	۱	۳۱۷/۴	۱۴۱/۰۶	۰/۰۰۱	۰/۸۳
	تعامل آزمون * گروه	۲۶۴/۶	۱	۲۶۴/۶	۱۱۷/۶	۰/۰۰۱	۰/۸۰
	خطا	۶۳	۲۸	۲/۲۵			

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.12.25.7]

بر اساس یافته های بدست آمده در (جدول۴)، در تحلیل بین آزمودنی، میانگین نمرات کمرویی احساس تنهایی، در گروه آزمایش (بازی درمانی عروسکی) و گروه کنترل تفاوت معنی داری ندارد ($P>۰/۰۵$)، اما این تفاوت در مشکلات رفتاری معنی دار است ($p<۰/۰۵$). نتایج نشان داده است که ۶ درصد از تفاوت های فردی در متغیر کمرویی، ۱۲ درصد در احساس تنهایی و ۶۶ درصد در مشکلات رفتاری ناشی از تفاوت‌های گروهی است. بر اساس نتایج تحلیل های درونی آزمودنی، بین میانگین نمرات کمرویی، احساس تنهایی و مشکلات رفتاری، در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری به طور کلی تفاوت معنی داری وجود دارد ($P<۰/۰۰۱$)، همچنین تعامل اثر زمان و عضویت گروه و آزمون نیز در هر سه متغیر معنی دار است ($P<۰/۰۰۱$). به عبارت دیگر تفاوت بین نمرات متغیرها در مراحل پس آزمون و پیگیری، نسبت به مرحله پیش آزمون در کل نمونه معنی دار بود. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی جهت مقایسه گروه آزمایش و کنترل در مراحل پژوهش در متغیرهای پژوهش در (جدول ۵) ارائه شده است.

جدول ۵: آزمون پس‌مقایسه‌ای بنفرنی، تفاوت دو به دو بین گروه‌ها

متغیرهای وابسته	(I)گروه	(J)گروه	تفاوت میانگین‌های تعدیل‌شده	خطای استاندارد	معناداری
کمرویی	پیش آزمون	پس آزمون	۳/۱	۰/۴۰	۰/۰۰۱
		پیگیری	۲/۷۶	۰/۳۳	۰/۰۰۱
	پس آزمون	پیگیری	-۰/۳۳	۰/۲۱	۰/۱۳
احساس تنهایی	پیش آزمون	پس آزمون	۲/۸۳	۰/۳۰	۰/۰۰۱
		پیگیری	۲/۲	۰/۲۸	۰/۰۰۱
	پس آزمون	پیگیری	-۰/۶۳	۰/۲۳	۰/۰۸
مشکلات رفتاری	پیش آزمون	پس آزمون	۵/۳	۰/۳۶	۰/۰۰۱
		پیگیری	۴/۶	۰/۳۸	۰/۰۰۱
	پس آزمون	پیگیری	-۰/۷۰	۰/۳۲	۰/۰۷

یافته ها در (جدول ۵) نشان می دهد بین پیش آزمون-پس آزمون در هر سه متغیر کمرویی، احساس تنهایی و مشکلات رفتاری تفاوت معنادار وجود دارد($P<۰/۰۰۱$). به عبارت دیگر اثر مداخله مورد تایید قرار می گیرد. همچنین بین پیش آزمون -پیگیری در متغیر کمرویی، احساس تنهایی و مشکلات رفتاری تفاوت معنادار وجود دارد($P<۰/۰۰۱$). به عبارت دیگر ثبات مداخله برای متغیرها مورد تایید قرار می گیرد.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر تعیین اثر بخشی بازی درمانی عروسکی بر کاهش کمرویی و احساس تنهایی و بهبود مشکلات رفتاری کودکان تک سرپرست اهواز سال ۱۳۹۹ بود. نتایج پژوهش نشان داد که اثر بازی درمانی عروسکی بر کاهش کمرویی معنادار است. این یافته با نتایج پژوهش های رضایی (۱۳۹۷)، حسین خانزاده و همکاران (۱۳۹۶) و تیموریان و همکاران (۲۰۲۰) همسو بود. بازی درمانی عروسکی از جمله مداخله های پیشنهادی برای کودکان است که طی آن درمانگر یا والد با به کارگیری عروسک دستی می کوشد در کودک انگیزه ایجاد کند، او را فعال نماید، با او ارتباط برقرار کند و رفتارهای او را هدایت نماید. عروسک های دستی به خاطر تسهیل کنندگی و کمک کننده بودنشان و همچنین توانایی برای گسترش میزان ارتباط بین کودک و درمانگر، نقش به سزایی در درمان کودکان ایفا می کنند. این پژوهشگران در پژوهش های خود گزارش کردند آموزش بازی درمانی بر کاهش کمرویی کودکان اثربخش است و در کمک به درمان کمرویی می توان از این روش استفاده نمود بنابراین یکی از مداخلات درمانی مؤثر در کاهش کمرویی بازی درمانی است. با در نظر گرفتن پژوهش های انجام شده در این راستا و نتایج پژوهش حاضر می توان گفت بازی درمانی عروسکی باعث اجتماعی شدن، حضور و شرکت کودکان در گروه های بزرگتر و در نتیجه کاهش کمرویی آنان می شود. در رابطه با علل ظهور و بروز این نتیجه باید گفت که کودکان

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.12.25.7]

گروه آزمایش به مرور با مشارکت در بازی ها به دوستان خود کمک می کنند که شکل صحیح بازی را انجام دهند و در این حین قواعد بازی و اجرای نمایش را بهتر یاد می گیرند. در واقع کودکان با اجرا و دیدن نمایش عروسکی و الگوبرداری از عروسک ها یاد می گیرند که چطور با همسالان خود و دیگر افراد ارتباط برقرار کنند و در بازی ها از مشارکت با دیگران احساس کمرویی و خجالتی نداشته باشند.

همچنین یافته های این پژوهش نشان داد که بازی درمانی اثری مثبت در کاهش احساس تنهایی کودکان دارد که با پژوهش های تیموریان، میرزائی، پیشیار و حسین زاده (۲۰۲۰)، کاف و هاس (۲۰۱۹) و نادری و همکاران (۲۰۱۰) که معتقد بودند بازی درمانی می تواند باعث کاهش انزوا طلبی در کودکان شود همسو است. یکی از مهمترین مشکلاتی که کمتر به آن توجه شده، احساس تنهایی در کودکان است که بسیاری از کودکان در جوامع مختلف آن را تجربه می کنند. احساس تنهایی تجربه های گوناگونی برای کودکان به همراه دارد و در تمام ابعاد زندگی آنان تاثیر گذار است. بنابراین می توان گفت بازی موجب می شود که کودک احساسات و ارتباطات بیرونی اش را بیان کند و همچنین موجب توسعه ی تمایلات، مهارت های ارتباطی و افزایش شادی و سازگاری کودکان با محیط اطرافش شده و در نتیجه نا امیدی و احساس تنهایی را کاهش می شود. بازی فرصت هایی را برای رهاسازی احساسات نظیر خشم، ترس و... در اختیار کودکان قرار می دهد تا بدون ترس از سرزنش بزرگسالان ناکامی خود را بر سر وسایل بازی تلافی کنند. کودکان واکنش خود نسبت به محیط و میزان آگاهی از اتفاقات اطرافشان را از طریق بازی نشان می دهد (رضایی، ۱۳۹۷). به عبارتی در تبیین این یافته می توان چنین اظهار داشت که بازی درمانی عروسکی فرصتی برای طرح احساسات، نگرانی ها و ایده های ابداعی به درمانگران داده می شود و به آنها کمک می کند مسائلی را بیان کنند که در موقعیت های عادی به هر دلیلی از عنوان آنها منع می شوند. در حقیقت این فرایند با ایجاد سهولت در گسترش ارتباط بین کودک و درمانگر موجب افزایش صمیمیت، خودافشاسازی و کشف نقاط قوت و ضعف کودکان گردیده و موجب کاهش احساس تنهایی در آنها خواهد شد.

به‌علاوه نتایج دیگر پژوهش نشان داد که بازی درمانی عروسکی بر کاهش مشکلات رفتاری کودکان تک سرپرست موثر است، این یافته با پژوهش های مریدان، گودرزی و روزبهانی (۱۳۹۸)، تیموریان و همکاران (۲۰۲۰)، نایبی و همکاران(۲۰۲۰)، و پریمان و باورز (۲۰۱۸)، بلانکو، هولیمان،سبالوس و فرنام (۲۰۱۹) همسو است. در تبیین این یافته می توان گفت بازی درمانی عروسکی می تواند از طریق علاقمندسازی پنهانی و غیرمستقیم کودکان به کاربست مهارت های اجتماعی و رفتاری که از قبل در گنجینه رفتاری خود دارند و افزودن رفتارهای جدید به خزانه رفتاری آن ها به بهبود مهارت های رفتاری و اجتماعی کودکان کمک کند و علاوه بر ایجاد مهارت ها و افزایش انگیزه برای به کارگیری آن ها بر رغبت و علاقه آن ها در زمینه های تحصیلی و اجتماعی و رفتاری اثرگذار باشد.

بطور کلی استفاده از مداخله بازی درمانی عروسکی، با توجه به کم هزینه و در دسترس بودن آن، قابلیت استفاده در موقعیت های زمانی و مکانی مختلف، جذابیت زیاد برای کودکان، علاقمند کردن آن ها به انجام تمرین ها و اثربخشی آن در گروه ها و موقعیت های مختلف به درمانگران و متخصصان حوزه بهداشت روانی کودکان پیشنهاد می شود.

از آنجا که هیچ پژوهشی نمی تواند خالی از محدودیت باشد، پژوهش حاضر نیز با محدودیت هایی روبه رو بود. از جمله محدودیت های پژوهش حاضر می توان به روش نمونه گیری هدفمند، حجم پایین نمونه و امکان سوگیری به خاطر ابزارهای خودگزارشی به کار رفته در پژوهش و کوتاه بودن زمان جمع آوری داده ها و پیگیری اشاره کرد. بنابرین پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی از روش نمونه گیری دقیق‌تر و همینطور حجم نمونه مناسب استفاده شود. علاوه بر این، با توجه به اثربخشی بازی درمانی عروسکی بر کاهش کمرویی و احساس تنهایی و بهبود مشکلات رفتاری کودکان تک سرپرست، پیشنهاد می شود که این درمان با سایر متغیرهای روان شناختی از جمله افسردگی، پرخاشگری و عزت نفس تحصیلی و دیگر متغیرهای روان شناختی به کار گرفته شود.

لازم به ذکر است که مقاله حاضر برگرفته از پایان نامه کارشناسی ارشد نویسنده اول، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز می باشد.

منابع

آزادی منش، پ.، و حسین خانزاده، ع.، و حکیم جوادی، م. (۱۳۹۷). اثربخشی بازی درمانی عروسکی بر بهبود مهارت های اجتماعی کودکان مبتلا به اختلال بیش فعالی/نارسایی توجه. *مطالعات ناتوانی*، ۸(۴۴)، ۹-۱.

باغبانی بیگدیلو، س.، و رستم اوغلی، ز. (۱۳۹۹). اثربخشی بازی درمانی بر بهبود مهارت های حل مسئاله و کاهش رفتار پرخاشگرایانه بر اساس رویکرد شناختی- رفتاری در کودکان پسر پایه ششم ابتدائی شهرستان بیله سوار. دهمین *کنفرانس ملی روانشناسی، علوم تربیتی و اجتماعی، بابل*. ۵-۱.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]

[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.12.25.7]

باقری، م.، خانجانی، و هاشمی، ت. (۱۴۰۰). مقایسه سوگیری توجه نسبت به تهدید در کودکان دارای نشانه‌های اختلالات درونی‌سازی و برونی‌سازی شده. *فرهنگ مشاوره و روان درمانی. ۱۲* (۴۶)،۱۳۵-۱۷۰.

پراز، م.، شفیعی، ص.، و فتح الهی، ع. (۱۳۹۹). تاثیر بازی درمانی بر کاهش خشونت دانش آموزان. مجله پژوهش های معاصر در علوم و تحقیقات. ۲ (۱۷)، ۲۰-۱۰.

حاتمی، م.، فرمانی، ف.، صفوی، س.، نجفی زاده، ع.، و اسدی قلعه رشیدی، م. (۱۳۹۴). اثربخشی گروه‌درمانی مبتنی بر رویکرد نظریه انتخاب بر کاهش احساس تنهایی بیماران مبتلا به مولتیپل اسکلروزیس (ام.اس). *فصلنامه علمی- پژوهشی روانشناسی سلامت*. ۴(۱۶)،۱۲۰-۱۰۹.

حسین خانزاده،ع.، قلی زاده،ر.، روشندل راد، م.، و سیدنوری، س.ز. (۱۳۹۶). تاثیر بازی درمانی گروهی بر کاهش کمرویی دانش آموزان با آسیب شنوایی. *نشریه تعلیم و تربیت استثنایی. ۱* (۱۴۴)، ۱۴- ۵ .

حصارسرخی، ر.، و طبیبی، ز.، و اصغری نکاح، س.، و باقری، ن. (۱۳۹۵). اثربخشی آموزش شایستگی هیجانی بر افزایش دانش هیجانی, تنظیم هیجانی و کاهش پرخاشگری کودکان بی سرپرست و بد سرپرست. روان شناسی بالینی, ۸(۳)(پیاپی ۳۱)، ۴۸-۳۷.

رحیم زاده، س.، پوراعتماد، ح.، عسگری، ع.، و حجت، م. (۱۳۹۰). مبانی مفهومی احساس تنهایی: یک مطالعه کیفی. روانشناسی تحولی (روانشناسان ایرانی). ۸(۳۰)، ۱۴۱-۱۲۳.

رضائی، ا. (۱۳۹۷). اثربخشی بازی درمانی برکاهش کمرویی کودکان. *مجله پیشرفت های نوین در علوم رفتاری*. ۳(۱۹)، ۴۵-۵۸.

سودانی، م.، شجاعیان، م.، و نیسی، ع. (۱۳۹۱). اثربخشی معنا درمانی گروهی بر احساس تنهایی مردان بازنشسته. *پژوهش های علوم شناختی و رفتاری*، ۲(۱)، ۴۳-۵۴.

شهیم، س.، و یوسفی، ف. (۱۳۷۸). پرسشنامه مشکلات رفتاری کودکان پیش دبستانی ویژه والدین. *نشریه علوم اجتماعی و انسانی دانشگاه شیراز*، *۱۵* (۱)، ۳۲-۱۹.

طباطبایی، س.ع.(۱۳۹۹). اختلالات رفتاری کودکان،هشتمین کنفرانس ملی توسعه پایدار در علوم تربیتی و روانشناسی،مطالعات اجتماعی و فرهنگی،تهران.

محمدی نسب، ح.، سیدموسوی، پ.س.، و بهزادپور، س. (۱۳۹۸). اثربخشی هنردرمانی گروهی بیانگر بر کاهش مشکلات درونی سازی و برونی سازی کودکان بدسرپرست. *دانش و پژوهش در روان شناسی کاربردی*. ۲۰(۳)، ۱۰۹-۱۰۱.

مریدیان، س.، گودرزی، ک.، و روزبهانی، م.(۱۳۹۸). تعیین اثربخشی بازی درمانی بر پرخاشگری، استرس و اضطراب کودکان، *فصلنامه علوم حرکتی و رفتاری*، ۲(۲)، ۱۲۵-۱۱۶.

معتمدی شارک، ف.، غباری بناب، ب.، و ربیعی، ع. (۱۳۹۵). مشکلات رفتاری دانش آموزان خانواده های تکوالدی و دو والدی از دیدگاه معلمان آنها. *نشریه سلامت روان کودک (روان کودک)*. ۳ (۲)، ۹۶-۸۷.

میردریکونـــد،ف. (۱۳۷۸). بررسی احساس تنهایی با عملکرد تحصیلی، اضطراب، افسردگی و عزت نفس در دانش آموزان پسر راهنمایی شهرستان پلدختر.پایان نامه کارشناسی ارشد دانشگاه شهید چمران اهواز.

نادی نجف آبادی، ف.، و نظری چگنی، ا.، و مهرابی زاده هنرمند، م. (۱۳۹۲). رابطه علی بین کمرویی و تنهایی با میانجیگری سبک های شوخ طبعی (خودار زنده سازانه و پیوند جویانه) و عزت نفس در دانش آموزان دختر شهرستان نجف آباد. *اندیشه های نوین تربیتی*، ۹(۲)، ۱۵۰-۱۳۱.

Bagherizadeh, H., Nasab, H.M.,& Goudarzvand, R.(2015). The effect of play therapy on symptoms of oppositional defiant disorder in boys aged 5 to 10 years old. *International Journal of learning and Development*, *5*(2), 48-55.

Blanco, P. J., Holliman, R. P., Ceballos, P. L., & Farnam, J. L. (2019). Exploring the impact of child-centered play therapy on academic achievement of at-risk kindergarten students. *International Journal of Play Therapy*, *28*(3), 133.

Bortnik K., Henderson L. ,& Zimbardo P.G.(2002). The shy Q, A measure of chronic shyness: Associations with interpersonal motives and interpersonal values and self-conceptualizations. Poster presented at the 36th Annual Conference of the Association for the Advancement of Behavior Therapy, Reno, NV

Esbjørn, B. H., Normann, N., Christiansen, B. M., & Reinholdt-Dunne, M. L. (2018). The efficacy of group metacognitive therapy for children (MCT-c) with generalized anxiety disorder: An open trial. *Journal of anxiety disorders*, *53*, 16-21.

Landreth, G. L. (2012). Play therapy: The art of the relationship. Routledge.

Meany-Walen, K. K., & Kottman, T. (2019). Group Adlerian play therapy. International Journal of Play Therapy, 28(1), 1.

Novotny, C. (2012). Treating traumatized children through puppet play therapy.

Nayebi, E., Pasha, R., Bakhtiyarpour, S., & Eftekhar Saadi, Z. (2020). Comparison of the effectiveness of individual and group play therapy on coping behaviors in primary school students with attention deficit hyperactivity disorder. *Quarterly Journal of Child Mental Health*, *7*(2), 120-131.

Perryman, K. L., & Bowers, L. (2018). Turning the focus to behavioral, emotional, and social well-being: The impact of child-centered play therapy. *International Journal of Play Therapy*, *27*(4), 227.

Piskur, B., Beurskens, A. J., Ketelaar, M., Jongmans, M. J., Casparie, B. M., & Smeets, R. J. (2017). Daily actions, challenges, and needs among Dutch parents while supporting the participation of their child with a physical disability at home, at school, and in the community: a qualitative diary study. *BMC pediatrics*, *17*(1), 1-11.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.12.25.7]

Russell, D, Peplau, L. A.. & Ferguson, M. L. (1978). Developing a measure of loneliness. *Journal of Personality Assessment*, 42, 290-294.

Swan, K. L., Kaff, M., & Haas, S. (2019). Effectiveness of Group Play Therapy on Problematic Behaviors and Symptoms of Anxiety of Preschool Children. *The Journal for Specialists in Group Work, 44*(2), 82-98.

Swank, J. M., & Smith-Adcock, S. (2018). On-task behavior of children with attention-deficit/hyperactivity disorder: Examining treatment effectiveness of play therapy interventions. *International Journal of Play Therapy, 27*(4), 187.

Teimourian, S., Mirzaei, H., Pishyare, E., & Hosseinzadeh, S. (2020). Effect of Group Play Therapy on Emotional/Behavioral Problems of Children With Attention Deficit Hyperactivity Disorder Aged 6-12 Years. *Archives of Rehabilitation, 21*(3), 390-405.

Tough, H., Siegrist, J., & Fekete, C. (2017). Social relationships, mental health and wellbeing in physical disability: a systematic review. *BMC public health*, *17*(1), 1-18.

Zimbardo, P. G., & Radl, S. L. (1999). "The shy child: A parent's guide to preventing and overcoming shyness from infancy to adulthood". *ISHK. Book Service*. 170-191.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]

[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.12.25.7]

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-24]

[DOR: 20.1001.1.2383353.1400.10.12.25.7]