Journal of Research in Psychological Health

March 2018, Volume11, issue4

Effectiveness of Family Based Intervention and Play Therapy in Parenting Style and Stress of Mothers and Clinical Symptoms of Children with Separation Anxiety Disorder

Sogand Ghasemzadeh[*1], Minoo Matbou Riahi[2], Zahra Alavi[3], Mitra Hasanzadeh[4]

1* (Corresponding author): *Assistant professor, Dept. of Psychology & Education of Exceptional Children, Faculty of Psychology and Education, University of Tehran, Tehran, Iran*
2 *M.A in Psychology & Education of Exceptional Children, Faculty of Psychology and Education, University of Tehran, Tehran, Iran.*
3 *PhD student of Psychology in Psychology and Education of Exceptional Children, Islamic Azad University, Science and Research Branch, Tehran, Iran.*
4 M.A in Psychology& *Education of Exceptional Children, Faculty of Psychology and Education, University of Tehran, Tehran, Iran.*

Please cite to: Ghasemzazdeh S., Matbou Riahi M., Alavi Z., Hasanzadeh M. Effectiveness of Family Based Intervention and Play Therapy in Parenting Style and Stress of Mothers and Clinical Symptoms of Children with Separation Anxiety Disorder. *Journal of Research in Psychological Health*, 2018, 11(4), 68-83. [Persian]

Highlights

- Family based intervention and play therapy has a significant effect on the parenting style of mothers.
- Family based intervention and play therapy has a significant effect on the reduction of the parenting stress of mothers.
- Family based intervention and play therapy has a significant effect on the reduction of clinical symptoms in children with separation anxiety disorder

Abstract

Separation anxiety is a kind of disorder that has a direct relationship with parenting style. Family based intervention and play therapy is a comprehensive program including training sessions for parents which focus on improving interpersonal relationships, establishing a healthy and positive interaction in the family, controlling family anger, investigating communication barriers in marital relationships, educating children and providing play therapy for children. Objective of the present study was to investigate the effectiveness of family based intervention and play therapy in parenting style and stress of mothers and clinical symptoms of children with separation anxiety disorder. Present research is a semi-experimental study in which there were two groups of 14 subjects along with pre-test and post-test. Statistical population of the present study included all clients of a counseling centers in Tehran city who has been diagnosed with separation anxiety disorder. Therefore, to select some samples, availability sampling method was used. Analysis of the research data with multivariate covariance analysis method showed that there was a significant difference between the parenting style and stress of mothers and clinical symptoms of children with separation anxiety disorder in both experimental and control group. This intervention had a significant effect on the parenting style of mothers and the reduction of parenting stress and it also reduced clinical symptoms in children with separation anxiety disorder.

Keywords: Family based intervention, Play therapy, Parenting style, Parenting stress, Separation anxiety disorder

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1396.11.4.2.0]
[DOI: 10.52547/rph.11.4.74]

اثربخشی مداخله خانواده محور و بازی درمانی بر سبک و تنیدگی فرزندپروری مادران و نشانگان بالینی کودکان با اضطراب جدایی

سوگند قاسم‌زاده*[۱]، مینو مطبوع ریاحی[۲]، زهرا علوی[۳]، میترا حسن‌زاده[۴]

تاریخ دریافت: ۱۳۹۶/۹/۲۷ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۶/۱۲/۱۰

یافته‌های اصلی

- مداخله خانواده محور و بازی درمانی، تاثیر معناداری بر سبک فرزندپروری مادران دارد.
- مداخله خانواده محور و بازی درمانی، تاثیر معناداری بر کاهش تنیدگی فرزندپروری مادران دارد.
- مداخله خانواده محور و بازی درمانی، تاثیر معناداری بر کاهش نشانگان بالینی کودکان با اضطراب جدایی دارد.

چکیده

اضطراب جدایی اختلالی است که ارتباط مستقیمی با سبک فرزندپروری و تنیدگی فرزندپروری دارد؛ و مداخله خانواده محور و بازی درمانی، برنامه جامعی است که شامل جلسات آموزشی برای والدین مبتنی بر بهبودبخشی روابط درون‌خانوادگی، برقراری تعامل سالم و مثبت درخانواده، کنترل پرخاشگری در خانواده، بررسی موانع ارتباطی در روابط همسران، تربیت سالم فرزندان؛ و جلسات بازی درمانی برای کودک می‌باشد. هدف پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی مداخله خانواده محور و بازی درمانی، بر سبک و تنیدگی فرزندپروری مادران و نشانگان بالینی کودکان با اضطراب جدایی می‌باشد. پژوهش حاضر، مطالعه‌ای نیمه‌تجربی همراه با گمارش تصادفی آزمودنی ها در دو گروه ۱۴ نفره آزمایش و کنترل، به همراه پیش‌آزمون پس‌آزمون است. جامعه آماری پژوهش حاضر، شامل کلیه مراجعه کنندگان به یکی از مراکز مشاوره تهران می‌باشد که تشخیص قطعی اختلال اضطراب جدایی گرفته‌اند. لذا، برای انتخاب نمونه، از روش نمونه‌گیری در دسترس با گمارش تصادفی در گروه‌ها استفاده شده است. تحلیل داده‌های پژوهش با استفاده از روش آماری تحلیل کوواریانس چند متغیره، نشان داد که تفاوت معناداری بین سبک و تنیدگی فرزندپروری مادران و نشانگان بالینی کودکان با اضطراب جدایی، در دو گروه آزمایش و کنترل وجود دارد. این مداخله، تاثیر معناداری بر سبک فرزندپروری و کاهش تنیدگی فرزندپروری مادران و نشانگان بالینی کودکان با اضطراب جدایی دارد.

واژه‌های کلیدی: مداخله خانواده محور، بازی درمانی، سبک فرزندپروری، تنیدگی فرزندپروری، اضطراب جدایی

[۱]* (نویسنده مسئول) استادیار، گروه روانشناسی و آموزش کودکان استثنایی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، تهران، ایران
s.ghasemzadeh@ut.ac.ir
[۲] کارشناسی ارشد روانشناسی و آموزش کودکان استثنایی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، تهران، ایران
[۳] دانشجوی دکتری روانشناسی , و آموزش کودکان استثنایی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات، تهران، ایران
[۴] کارشناسی ارشد روانشناسی و آموزش کودکان استثنایی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، تهران، ایران

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1396.11.4.2.0]
[DOI: 10.52547/rph.11.4.74]

مقدمه

اختلال‌های اضطرابی، از رایج‌ترین و ناتوان‌کننده‌ترین اختلال‌های روانی هستند که کودکان و نوجوانان تجربه می‌کنند. نرخ شیوع این اختلال‌ها، حدود ۵درصد گزارش شده است (۱). مطالعات جدید حاکی از آن هستند که اختلال‌های اضطرابی، نتیجهٔ تعامل پیچیدهٔ عوامل ژنتیکی، عوامل محیطی و خانوادگی و عوامل مربوط به کودک و خلق‌وخوی وی است و به‌طور چشم‌گیری در عملکرد زندگی روزانه، عملکرد تحصیلی، عملکرد اجتماعی، زندگی خانوادگی، اوقات فراغت و خواب فرد تداخل ایجاد می‌کنند (۲)؛ همچنین، مطالعات نشان می‌دهند که اختلال‌های اضطرابی پدیده‌ای گذرا نبوده و در صورت درمان نشدن تا سنین نوجوانی و بزرگسالی ادامه خواهند یافت؛ ازاین‌رو مشکلات بسیاری فراروی فرد قرار می‌گیرد (۳). شایان توجه است که از میان اختلال‌های اضطرابی، اختلال اضطراب جدایی[1] رایج‌ترین اختلال اضطرابی دوران کودکی و نوجوانی است (۲). طبق ویرایش پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی[2]، شیوع آن در کودکان حدود ۴درصد گزارش شده است و ویژگی اصلی این اختلال، ترس و نگرانی مفرط از جدایی از منزل و افراد دلبسته است و درواقع، برای تشخیص اضطراب جدایی در کودکان، ضرورت دارد که حداقل سه نشانه در رابطه با نگرانی مفرطِ جدایی از شخص مورد دلبستگی، حداقل به‌مدت چهار هفته وجود داشته باشد. این نگرانی‌ها احتمالاً به‌صورت امتناع از رفتن به مدرسه، ترس و ناراحتی هنگام جدایی از نزدیکان، شکایت مکرر از نشانگان جسمی نظیر سردرد، دل‌درد در مدت جدایی از افراد مورد دلبستگی و کابوس‌های مکرر با مضمون جدایی تظاهر می‌کند. درواقع، اضطراب موجود شدیدتر از آن چیزی است که براساس سطح رشدی فرد انتظار می‌رود؛ همچنین اختلال اضطراب جدایی، عامل خطری برای بروز سایر اختلال‌های اضطرابی و اختلال‌های عاطفی است (۴). علاوه‌بر این، در دوران کودکی، تشخیص اختلال اضطراب جدایی با افزایش مشکلات درونی‌سازی، برانگیختگی فیزیولوژیکی در موقعیت‌های جدایی، مشکلات تحصیلی، مدرسه‌هراسی و مشکلاتی در عملکرد خانواده جهت مدیریت اضطراب کودک رابطه دارد (۵). از طرف دیگر، شواهد متعددی نشان می‌دهند که اختلال اضطراب جدایی، زمینه‌ای برای بروز طیف متنوعی از اختلال‌های روانی در نوجوانی و بزرگسالی فراهم می‌کند. برخی از این اختلال‌ها شامل وحشت‌زدگی، گذر هراسی، هراس اختصاصی، هراس اجتماعی، اضطراب فراگیر، افسردگی، وسواسی-جبری و دوقطبی هستند (۶).

نکتهٔ شایستهٔ توجه دیگر آن است که نتایج مطالعات متعدد نشان می‌دهند که در اغلب موارد، اختلال اضطراب جدایی از طریق مصاحبه با کودک و والدینش تشخیص داده می‌شود و در مصاحبه با والدین کودکان مضطرب می‌توان متوجه شد که تعارضات زناشویی مادر و نارضایتی او، عاملی برای ابتلای کودکانشان به اختلالات اضطرابی است (۷). درواقع، تحقیقات نشان می‌دهند که سبک‌های فرزندپروری[3] و اضطراب والدین، عوامل خطر مهمی هستند که برای بروز اختلال اضطراب جدایی شناسایی شده‌اند (۸) و می‌توانند پیش‌بینی کنندهٔ رشد روانی و اجتماعی، عملکرد تحصیلی، رفاه، سلامت و مشکلات رفتاری فرزندان در آینده باشند (۹). درواقع، فرزندپروری، به شیوهٔ غالب بر تربیت فرزندان از سوی والدین اشاره دارد که در چگونگی رشد و تکوین شخصیت کودکان تأثیر بسزایی دارد (۱۰) و تاکنون روش‌های متفاوتی برای فرزندپروری مطرح شده است؛ به‌عنوان‌مثال، از یک دیدگاه، فرزندپروری به چهار روش تقسیم شده است که بر تقاضاها[4] و پاسخ‌دهی[5] والدین مبتنی است و عبارت‌اند از: شیوهٔ مقتدرانه[6]، شیوهٔ سهل‌گیرانه[7]، شیوهٔ مستبدانه[8] و شیوهٔ مسامحه‌کارانه[9](۱۰). به‌طورکلی، سبک‌های فرزندپروری واجد دو مؤلفهٔ اساسی هستند: اولین مؤلفه، پاسخ‌دهی (صمیمیت و اطمینان‌بخشی) است که به میزان تلاش والدین برای رشد ابراز وجود و استقلال در کودکان، حمایت و اطمینان‌بخشی به کودکان و توجه به نیازهای آن‌ها اشاره دارد (۱۱) و مؤلفهٔ دیگر، تقاضاهای والدین (کنترل رفتاری) است که به تلاش والدین برای یکپارچگی خانواده و جذب فرزندان در خانواده از طریق داشتن تقاضاهای متناسب با توانایی‌های فرزندان، نظارت بر

1 Separation Anxiety Disorder
2 Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM 5)

3 parenting styles
4 demanding
5 responsiveness
6 authoritative
7 permissive
8 authoritarian
9 neglectful

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1396.11.4.2.0]
[DOI: 10.52547/rph.11.4.74]

آنان و وضع مقررات اشاره دارد (۱۱)؛ همچنین، تاکنون پژوهش‌های متعددی نشان داده‌اند که عوامل خطر زندگی[1] مانند سبک‌های فرزندپروری ناکارآمد، پیش‌بینی‌کننده‌های قوی برای بروز مشکلات هیجانی‌رفتاری[2] در کودکان و نوجوانان هستند (۱۲) و در میان مداخلات خانواده‌محور، یکی از مؤثرترین روش‌ها برای پیش‌گیری از اختلال‌های رفتاری[3] کودکان، آن است که سبک‌های فرزندپروری به‌عنوان هدف اصلی موردبررسی و توجه قرار گیرند (۱۳). براساس این مطالعات، چنین برنامه‌هایی، نتایج مثبت قابل‌توجهی را در درمان اختلال‌های رفتاری (۱۴)، افسردگی[4]، اضطراب[5]، استرس[6]، پرخاشگری والدین[7] (۱۵) و تعارض‌های زناشویی (۱۶) ایفا می‌کنند؛ همچنین، نتایج یک پژوهش (۱۷) حاکی از آن بود که مادران کودکان دارای اختلال‌های اضطرابی و وسواس فکری‌عملی بیش از آنکه به‌سمت شیوه‌های استبدادی و خشن گرایش داشته باشند، متمایل به بهره‌گیری از اقتداری منطقی و انضباطی بدون خشونت و خصومت هستند که در آن، حدی از آزادگذاری و آسان‌گیری نیز رعایت شده باشد، اما به‌نظر می‌رسد که در این راه جانب افراط را در پیش گرفته‌اند؛ زیرا هر سه گروه والدین دارای فرزندان با اختلال‌های افسردگی، اضطراب و وسواس فکری‌عملی، از شیوه‌های مبتنی‌بر طرد و عدم مراقبت والدینی که از ویژگی‌های شیوهٔ فرزندپروری سهل‌گیرانه است نیز در پرورش فرزندان خود استفاده می‌کنند (۱۷)؛ همچنین، مطالعات انجام‌شده درزمینهٔ اثرات والدینی و خانوادگی در ایجاد اختلال‌های اضطرابی، بر مواردی همچون کنترل زیاد[8]، حمایت فوق‌العاده[9]، مدل‌سازی[10] یا تقویت رفتار اضطرابی یا اجتنابی، باورها و انتظارات منفی[11] دربارهٔ کودک، کمبود عواطف مثبت و گرم، عدم پذیرش، طرد و انتقادگری، تعارض[12]، محیط خانواده[13] و سبک فرزندپروری تأکید می‌کند (۱۸). بدین ترتیب، می‌توان به اهمیت نقش خانواده و سبک‌های فرزندپروری، در ایجاد و گسترش اختلال‌های اضطرابی پی برد؛ همچنین، پژوهش‌ها نشان داده‌اند که فرزندپروری برای هر دو والد با حدی از تنیدگی همراه است (۱۹). درواقع، تنیدگی فرزندپروری[14]، نوعی اضطراب افراطی است که به نقش والد و تعاملات والد-کودک وابسته است. برداشت والدین از رفتار کودک، دردسترس بودن منابع کمک به آن‌ها در فرزندپروری و احساس شایستگی‌های آن‌ها در ارتباط با بزرگ کردن فرزندان، همگی عناصر مهمی در این تعریف هستند (۲۰). درواقع، تنیدگی فرزندپروری، در ارتباط مستقیم با مشکلات رفتاری کودکان قرار دارد و پژوهش‌های فراوانی نشان داده‌اند که آن دسته از کودکان پیش‌دبستانی که دچار مشکلات رفتاری هستند، در معرض خطر مشکلات سازگاری در آینده قرار دارند (۲۱)؛ لذا، با توجه به اهمیت نقش تنیدگی فرزندپروری در سلامت روان فرزندان و اعضای خانواده و همچنین، ارتباط مستقیم آن با سبک‌های فرزندپروری ضروری است که به بررسی این عوامل به‌طور هم‌زمان، پرداخته شود.

نکتهٔ مهم آن است که تحقیقات دهه‌های اخیر، اثربخشی خانواده‌درمانی را در بهبود مشکلات متعدد کودکان و نوجوانان نظیر اختلالات عاطفی در کودکی و نوجوانی، اختلالات روان‌تنی، اختلالات رفتاری و سوءاستفادهٔ جسمانی از کودک نشان داده است (۲۲). در همین راستا، پژوهش موسوی و همکاران (۱۸)، اثرگذاری خانواده‌درمانی ساختاری بر درمان اختلال اضطراب جدایی را تأیید می‌کند و نتایج پژوهش دیگر (۲۳) نشان می‌دهد که مداخلات خانواده‌محور و آموزش والدین و کودکان به‌صورت هم‌زمان، یکی از مؤثرترین روش‌های کاهش نشانه‌های بیش‌فعالی-تکانش‌گری کودکان با اختلال ADHD[15] است؛ همچنین پژوهشگران (۲۴) نشان دادند که در میان تمام روش‌های درمانی مختلف برای درمان اختلال وسواسی‌جبری[16] در کودکان و نوجوانان، خانواده‌درمانی با تأکید بر درمان شناختی‌رفتاری کارآمدترین روش برای درمان این اختلال در کودکان و نوجوانان است. درواقع، خانواده‌درمانی به چگونگی آشکار ساختن الگوهای پنهان در خانواده، حفظ تعادل و شناخت اهداف

1 life risk factors
2 emotional-behavioral problems
3 behavioral disorders
4 depression
5 anxiety
6 stress
7 parents anger
8 over control
9 over protection
10 modeling
11 negative exceptional beliefs
12 conflict
13 family environment

14 parenting stress
15 attention deficit hyperactivity disorder
16 obsessive-compulsive disorder

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1396.11.4.2.0]
[DOI: 10.52547/rph.11.4.74]

الگوها کمک می‌کند و خانواده‌درمانگران بر این باورند که نه‌تنها آن عضو خانواده که برچسب بیمار به او زده شده و مشکلات خانواده به او نسبت داده می‌شود، در فرایند درمان نیازمند درمان است، بلکه اعضای دیگر خانواده نیز در امر درمان باید مدنظر قرار گیرند (۲۵) و طبق نظریهٔ سیستم‌ها، هر عضو خانواده به‌منزلهٔ واحدی از خانواده در جهت حفظ تعادل با دیگران ارتباط برقرار می‌کند؛ بنابراین به‌نظر می‌رسد به‌کارگیری و توسعه‌ی روش‌های درمانی مبتنی‌بر خانواده‌درمانی بتواند به تغییر و اصلاح الگوهای ارتباطی زوجین و اعضای خانواده و درنتیجه درمان اختلال موردنظر، منجر شود.

از طرف دیگر، بازی‌درمانی، رویکرد درمانی بسیار مؤثری است که در طول زمان، اضطراب کودک را به‌طور چشم‌گیری کاهش می‌دهد (۲۶). درواقع، بازی‌ها مانند پلی هستند که میان افکار درونی کودکان و جهان بیرونی آن‌ها ارتباط برقرار کرده و به کودک کمک می‌کنند که بر مسائل مختلف، کنترل کافی به‌دست آورد؛ همچنین به کودکان اجازه می‌دهند که تجربیات، افکار، احساسات و تقاضاهایی که به نظر تهدیدآمیز می‌آیند، رها کنند (۲۷)؛ به‌عبارت‌دیگر، کودک در طی بازی، پدیده‌ها را درک می‌کند، روابط را می‌فهمد و احساس راحتی می‌کند و از آن به‌عنوان ابزاری برای ایجاد ارتباط، مبادله و آزمایش و تسلط بر واقعیت‌های بیرونی استفاده می‌کند (۲۸).

یکی از کارکردهای مهم بازی در رشد و تحول کودکان، نقش درمانی آن است. پژوهشگران (۲۹) معتقدند که درهم شکستن مقاومت در کودک، ایجاد لیاقت و توانایی، تفکر خلاق، پالایش، تخلیهٔ هیجانی، ایفای نقش، خیال‌پردازی، آموزش نمادین، ایجاد و ارتقای رابطه و دلبستگی، هیجان مثبت و غلبه بر ترس‌های مربوط به دوران رشد از فواید بازی‌درمانی برای کودک است. درواقع، بازی با نقش درمانی خود، فرصتی را برای کودک فراهم می‌آورد تا بتواند نگرانی‌ها و نارضایتی‌ها از محیط را تخلیه و عواطفش را بیان کند. بازی‌درمانی نقش پالایندهٔ روانی برای کودک دارد و از شدت ناکامی‌ها کاسته و نقشه‌های مفیدی را برای حل مشکلات در حین بازی به کودک ارائه می‌دهد (۳۰)؛ لذا انتظار می‌رود وجود جلسات بازی‌درمانی، فرایند درمان اختلال اضطراب جدایی را تا حد زیادی تسهیل بخشد.

درنتیجه، به این علت که خانواده، سبک‌های فرزندپروری و تنیدگی فرزندپروری از عوامل مهم ایجاد و یا رفع و درمان اختلال اضطراب جدایی هستند؛ انتظار می‌رود که از طریق مداخلات خانواده‌محور و بهبود شرایط خانواده، همراه با جلسات بازی‌درمانی، بتوان نسبت‌به درمان مؤثر این اختلال در کودکان و نوجوانان، اقدام نمود؛ اما تاکنون مطالعهٔ جامعی در این زمینه انجام نشده است؛ لذا هدف پژوهشگران در پژوهش حاضر، بررسی این فرضیه است:

مداخلهٔ خانواده‌محور بر سبک و تنیدگی فرزندپروری مادران و نشانگان بالینی کودکان با اضطراب جدایی، اثرگذار است.

روش

الف) طرح پژوهش و شرکت کنندگان

این پژوهش مطالعه‌ای نیمه‌تجربی همراه با گمارش تصادفی آزمودنی‌ها در گروه آزمایش و لیست انتظار، به‌همراه پیش‌آزمون-پس‌آزمون است. جامعهٔ آماری پژوهش حاضر، شامل تمامی مراجعه‌کنندگان به مرکز مشاورهٔ «احیا» است که تشخیص قطعی اختلال اضطراب جدایی را، از طریق مصاحبهٔ بالینی و ویرایش چهارم سیاههٔ علائم مرضی کودکان (CSI-4)[1] گرفته‌اند و نیازی به دریافت دارو ندارند؛ همچنین برای انتخاب نمونه، از روش نمونه‌گیری در دسترس با گمارش تصادفی در گروه‌ها استفاده شده است. به‌طورکلی، ملاک‌های شمول افراد برای شرکت در پژوهش، دارا بودن نشانه‌های اختلال اضطراب جدایی به تشخیص روان‌پزشک کودک و نوجوان مرکز مشاوره، کودکان ۷ تا ۱۲ سال، دارا بودن پدر و مادر که باهم زندگی می‌کنند، حداقل تحصیلات دیپلم برای مادر و پدر، علاقه‌مندی شرکت‌کنندگان برای مشارکت در پژوهش براساس رضایت‌نامهٔ کتبی و داشتن بهرهٔ هوشی متوسط به بالا برای کودکان (۹۰ به بالا) بود و ملاک‌های خروج، دریافت مداخلهٔ روان‌شناختی دیگر برای کودکان در زمان اجرای پژوهش، شروع دارودرمانی برای مشکلات روان‌شناختی کودکان طی یک ماه قبل از شروع مداخله،

[1] children symptom inventory- 4

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1396.11.4.2.0]
[DOI: 10.52547/rph.11.4.74]

همبودی با اختلال‌های یادگیری، دریافت مداخلهٔ روان‌شناختی دیگر برای مادر و پدر در زمان اجرای پژوهش و ابتلا به بیماری جسمی حاد یا مزمن پدر، مادر و فرزند بودند؛ سپس، از بین همهٔ کودکان با اختلال اضطراب جدایی مراجعه‌کننده به مرکز، ۲۸ نفر به‌صورت تصادفی انتخاب شده و در دو گروه چهارده‌نفرهٔ کنترل و آزمایش قرار گرفتند که درنهایت به‌دلیل ریزش آزمودنی‌ها و همکاری نکردن برخی والدین، این تعداد به ۲۰ کودک کاهش یافت که ۱۰ نفر در گروه آزمایش و ۱۰ نفر در لیست انتظار قرار گرفتند. پس از مشخص شدن گروه‌ها، از والدین و کودکان هر دو گروه، پیش‌آزمون گرفته شد. سپس ۱۸ جلسه مداخلهٔ خانواده‌محور برای گروه نمونه، اجرا شد و پس از پایان جلسات، مجدداً از هر دو گروه پس‌آزمون گرفته شد و نتایج به‌دست‌آمده از گروه نمونه با گروه کنترل مقایسه شد.

ب) ابزار و مواد

۱. سیاههٔ علائم مرضی کودکان، ویرایش چهارم (CSI-4)

این سیاهه، یک ابزار غربالگری برای شایع‌ترین اختلال‌های روان‌پزشکی است که عنوان آن براساس ویرایش چهارم راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی، تدوین شده است. این ابزار دارای دو فرم والدین و معلمان است که در مقایسه با مقیاس‌ها و شیوه‌های دیگر، کارآمدی خود را نشان داده و پایایی آن برای فرم والد و معلم به‌ترتیب ۰/۹۰ و ۰/۹۳ برآورد شده است (۳۱).

۲. پرسش‌نامهٔ اضطراب اسپنس، نسخه کودکان (SCAS)[1]

این پرسش‌نامه از ۴۵ عبارت تشکیل شده است که ۳۸ عبارت آن نمره‌گذاری شده و ۶ عبارت آن که عبارت‌های پرسشی مثبت هستند، محاسبه نمی‌شوند و به‌طورکلی دارای ۶ خرده‌مقیاس است که شامل هراس و ترس از فضای باز، اضطراب جدایی، ترس از آسیب فیزیکی، هراس اجتماعی، وسواس فکری‌عملی و اضطراب فراگیر است. در تحقیق اولیه، اسپنس گزارش می‌کند این مقیاس در جمعیت کودک و نوجوان از ویژگی‌های روان‌سنجی مطلوبی برخوردار است؛ به‌طوری‌که پایایی این مقیاس برای اضطراب فراگیر برابر ۰/۹۲ و برای سایر خرده‌مقیاس‌ها بین ۰/۶۰ تا ۰/۸۲ گزارش شده است (۳۲).

۳. پرسش‌نامهٔ شیوه‌های فرزندپروری بامریند

این پرسش‌نامه را Baumrind طراحی و براساس الگوی رفتاری سهل‌گیر، مستبدانه و مقتدرانه تدوین کرده است (۱۱). این پرسش‌نامه شامل ۳۰ گویه است. سال ۱۳۷۴، در انستیتو روان‌پزشکی ایران، اسفندیاری فرم اصلی پرسش‌نامه را ترجمه و اصلاحات لازم را در آن صورت داد، سپس از ۱۰ نفر صاحب‌نظر روان‌شناسی و روان‌پزشکی خواسته شد، میزان روایی هر سؤال از پرسش‌نامه را مشخص کنند؛ نتیجه نشان داد که پرسش‌نامه دارای روایی صوری است. میزان پایایی برای شیوهٔ سهل‌گیر ۰/۶۹، شیوهٔ مستبدانه ۰/۷۷ و برای شیوهٔ مقتدرانه ۰/۷۳ به‌دست آمد. تحقیقات اسفندیاری، روایی و پایایی قابل‌قبولی را برای این پرسش‌نامه گزارش داده‌اند (۳۳).

۴.پرسش‌نامهٔ تنیدگی فرزندپروری

پرسش‌نامهٔ تنیدگی فرزندپروری (۳۴) برای سنجش تنیدگی فرزندپروری استفاده شد. این مقیاس توسط والدین تکمیل می‌شود و ۱۸ گویه دارد. گویه‌ها خوشایند بودن و جنبه‌های مثبت وظایف والدینی و همچنین جنبه‌های منفی آن را موردتوجه قرار می‌دهند. حداقل نمره در این مقیاس ۱۸ و حداکثر نمرهٔ آن ۹۰ است، هر چقدر نمرهٔ آزمودنی در این مقیاس بالاتر باشد نشانگر تنیدگی بیشتر است. Berry & Jones (۱۹۹۵) اعتبار درونی و اعتبار آزمون-پس‌آزمون این مقیاس را به‌ترتیب ۰/۸۳ و ۰/۸۰ گزارش کرده‌اند. در بررسی مقدماتی‌ای که به‌منظور تعیین اعتبار مقیاس ترجمه‌شده به زبان فارسی بر روی ۲۳ مادر انجام شد، اعتبار آزمون-پس‌آزمون با فاصلهٔ زمانی یک هفته ۰/۷۸ به‌دست آمد. مزیت نسبی این مقیاس در مقایسه با سایر ابزارهای مشابه کمتر بودن تعداد گویه‌های آن و درنتیجه کوتاه‌تر بودن آن است که استفاده از آن را برای والدین مطلوب‌تر می‌کند.

شرح برنامهٔ مداخله

این یک اصل است که آن برنامه‌های مداخله‌ای زمانی شانس موفقیت داشته و دارای اقبال خواهند بود که اولاً مبتنی‌بر نظریه باشند، ثانیاً دارای حمایت پژوهشی باشند. با توجه به

[1] Spence children's anxiety scale

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1396.11.4.2.0]
[DOI: 10.52547/rph.11.4.74]

اینکه یادگیری، ایجاد نوعی تغییر در رفتار است، می‌توان هدف هر آموزشی را نیز تغییر رفتار دانست؛ همچنین یافته‌های پژوهش‌های متعدد درخصوص شکل شیوه‌های آموزشی به بزرگسالان نشان داده است، اگر قرار است در جریان آموزش، فرایند تغییر از مرحلهٔ دانش به نگرش و سپس به مهارت اتفاق بیفتد، فرد بزرگسال باید در جریان آموزش درگیر شود. بر طبق تئوری یادگیری مشارکتی[1] و آموزش فعّال بزرگسالان[2] در جلسات آموزشی باید تکنیک‌های آموزشی به شکل هدفمند و مشارکتی اجرا شده و فقط به شکل سخنرانی اجرا نشود. فضای آموزش باید به نحوی اداره شود که فرد بتواند تجربیات مشترک و جدیدی را با دیگر اعضای گروه داشته باشد. مناسب‌ترین شیوه برای ایجاد تغییر در رفتار و ایجاد یک مهارت، اجرای جلسات به شیوهٔ کارگاه آموزشی است. در این شیوه، آموزش‌دهنده و آموزش‌گیرنده هر دو فعّال هستند. اجرا به‌صورت ترکیبی از چندین شیوهٔ آموزشی است. در برنامه‌های مداخله‌ای مبتنی‌بر رویکرد شناختی-رفتاری نیز هدف نهایی آموزش، اصلاح شناخت و تغییر رفتارهای مشکل‌ساز و ایجاد رفتارهای جدید و سازگارانه است. برای رسیدن به هر یک از این سطوح تغییر، از شیوه‌های آموزشی خاصی استفاده می‌شود؛ برای مثال شیوهٔ سخنرانی برای ایجاد تغییر در دانش و گاهی تغییر در نگرش مفید است؛ درحالی‌که تغییر چندانی در رفتار و میزان مهارت فرد ایجاد نمی‌کند (۳۵). برنامهٔ اجراشده در این پژوهش برگرفته از پژوهش قاسم‌زاده و همکاران، (۳۵) و قاسم‌زاده (۳۶) بوده است.

در این پژوهش برنامهٔ مداخله‌ای مبتنی‌بر رویکرد شناختی رفتاری و در قالب ۱۸ جلسهٔ خانواده‌محور اجرا شد که شامل ۴ جلسه آموزش مشترک والدین با حضور الزامی پدر، ۶ جلسه آموزش مادر، ۷ جلسه بازی‌درمانی اختصاصی کودک و ۱ جلسهٔ اختصاصی برای هر خانواده به‌منظور بررسی دستاوردهای اعضای خانواده، پاسخ به سؤالات و بررسی مشکلات احتمالی است. محتوای این جلسات آموزشی به شرح زیر است. (جدول ۱)

به‌طورکلی ساختار جلسات گروهی مبتنی‌بر رویکرد شناختی‌رفتاری اجراشده شامل مرور تکالیف و پاسخ به سؤالات (پل زدن[3] مطالب جلسات قبل به این جلسه)، آموزش مبحث مربوط به جلسه، انجام تمرین، پرسش و پاسخ، خلاصه و جمع‌بندی[4]، تعیین تکالیف جلسهٔ بعد و کسب بازخورد[5] هریک از افراد نسبت‌به جلسه بوده است. مدت‌زمان اجرای هر جلسهٔ گروهی ۱۸۰ دقیقه بوده است که برای درگیر کردن هرچه بیشتر شرکت‌کنندگان و افزایش انگیزه در فرایند آموزش، شکل اجرای جلسات با استفاده از روش‌های زیر بوده است:

۱- سخنرانی و بارش ذهنی[6]، به شکل تلفیقی از روش دیالوگ سقراطی[7] و مشارکتی[8]، اکتشاف هدایت‌شده[9]، آموزش روانی و در صورت لزوم ایفای نقش[10]. بحث و تمرین، یعنی افراد در گروه‌های کوچک چندنفری به بحث و تبادل‌نظر دربارهٔ آموخته‌هایشان و انجام فعالیت‌های گروهی درزمینهٔ موضوع مربوطه پرداخته و تمرین‌های ارائه‌شده در جزوه‌های آموزشی و کاربرگ‌های آماده‌شده، انجام خواهند داد.

۲- اختصاص دو زمان برای استراحت و پذیرایی در هر جلسه به‌مدت پانزده دقیقه.

۳-در ابتدای هر جلسه، جزوه، برگهٔ تکلیف[11] و کاربرگ‌های تمرینی[12] مرتبط با موضوع در اختیار شرکت‌کنندگان قرار داده شد. مدت هر جلسه سه ساعت بوده است. بخش اول هر جلسه، مرور تکالیف و پل زدن به آموخته‌های جلسات قبل و پاسخ به سؤالات احتمالی شرکت‌کنندگان بوده است. در انتها خلاصه و جمع‌بندی و ارائهٔ بازخورد از جلسه توسط شرکت‌کنندگان بوده است.

جلسات اختصاصی بازی‌درمانی مبتنی‌بر رویکرد شناختی رفتاری هم به‌طور جداگانه برای هر کودک به مدت ۴۵ الی ۶۰ دقیقه اجرا شده است و در پایان درمانگر یک تکلیف خانگی مبتنی‌بر اهداف جلسه به کودک و یکی از والدین ارائه کرده است (جدول ۱).

1 cooperative learning
2 adult active learning

3 bridging
4 summarizing
5 feedback
6 brainstorm
7 socratic dialog
8 collaborative
9 guided discovery
10 role playing
11 homework
12 worksheet

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1396.11.4.2.0]
[DOI: 10.52547/rph.11.4.74]

جدول ۱. محتوای جلسات آموزشی

جلسه	شرکت‌کنندگان	محتوا
جلسهٔ ۱ و ۲	گروهی (پدر و مادر)	معارفه - معرفی برنامه – توافق بر قوانین - بهبودبخشی روابط درون‌خانوادگی، ارتباط در خانواده سالم و ناسالم - سبک‌های مختلف برقراری ارتباط - برقراری تعامل سالم و مثبت در خانواده، تبیین آسیب‌های کمال‌گرایی والدین
جلسهٔ ۳ و ۴	گروهی (پدر و مادر)	مرور جلسهٔ قبل، زمان باکیفیت برای خود - مهارت های فردی در تنظیم خلق: کنترل خشم و استرس در خانواده. آشنایی با علیت حلقوی و بازسازی شناختی موانع ارتباطی در روابط همسران- تفاوت‌های روان‌شناختی زن و مرد - جاذبه‌ها و دافعه‌های ارتباطی همسران
جلسهٔ ۵و ۶	گروهی (مادر)	شناسایی ویژگی‌های کودکان با اضطراب جدایی- بهبود بخشی روابط خواهر و برادر، ایجاد مرز برای کودکان - نقش والدین در کاهش اضطراب و ایجاد احساس امنیت در کودک
جلسهٔ ۷ و ۸	گروهی (مادر)	مرور جلسهٔ قبل، نقش والدین در کاهش اضطراب و ایجاد احساس امنیت در کودک شناسایی، تبیین انتظارات والدین و شناسایی نقاط قوت و ضعف در کودک - پی‌ریزی هدف‌های تربیتی سالم و ناسالم در خانواده
جلسهٔ ۹ و ۱۰	گروهی (مادر)	مرور جلسهٔ قبل، تربیت سالم: راهکارهای افزایش مهارت اجتماعی، راهکارهای افزایش مسئولیت‌پذیری و اعتمادبه‌نفس در کودک با تأکید بر دوری از کمال‌گرایی
جلسهٔ ۱۱	بازی‌درمانی (کودک)	معارفه، ایجاد ارتباط اولیهٔ ایجاد حس اطمینان در کودک و درمانگر
جلسهٔ ۱۲ و ۱۳	بازی‌درمانی (کودک)	بازی‌های مرتبط با آموزش شناسایی احساسات و نام‌گذاری آن‌ها و تعیین شدت و خط‌کش احساسات منفی
جلسهٔ ۱۴ و ۱۵	بازی‌درمانی (کودک)	بازی‌های مرتبط با آموزش آرام‌سازی و تنفس شکمی
جلسهٔ ۱۶ و ۱۷	بازی‌درمانی (کودک)	بازی‌های مرتبط با آموزش مقابله با خشم
جلسهٔ ۱۸	اختصاصی خانواده (پدر، مادر و فرزند)	مرور و بررسی دستاوردهای اعضای خانواده، پاسخ به سؤالات و بررسی مشکلات احتمالی

یافته‌ها

در این بخش ابتدا یافته‌های توصیفی حاصل از متغیرهای اضطراب کودک، سبک و تنیدگی فرزندپروری به تفکیک مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون در دو گروه آزمایش و کنترل ارائه شده است (جدول ۱).

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1396.11.4.2.0]
[DOI: 10.52547/rph.11.4.74]

جدول۲. یافته‌های توصیفی گروه آزمایش و کنترل در متغیرهای اضطراب، سبک و تنیدگی فرزندپروری

مقیاس	خرده‌مقیاس	مرحله	گروه آزمایش* میانگین	انحراف استاندارد	مرحله	گروه کنترل* میانگین	انحراف استاندارد
اضطراب	اضطراب	پیش‌آزمون	۶۲/۶۶	۱۰/۴۳	پیش‌آزمون	۶۵/۹۱	۷/۰۶
		پس‌آزمون	۴۸/۶۶	۷/۶۳	پس‌آزمون	۶۷	۷/۵۶
سبک فرزندپروری	سهل‌گیر	پیش‌آزمون	۱۶/۱۶	۲/۵۱	پیش‌آزمون	۱۷/۸۳	۳/۲۷
		پس‌آزمون	۱۴/۵	۱/۹۳	پس‌آزمون	۱۷/۷۴	۲/۵۵
	استبدادی	پیش‌آزمون	۳۶/۷۵	۴/۱۵	پیش‌آزمون	۳۱/۱۶	۳/۶۳
		پس‌آزمون	۳۰/۰۸	۲/۴۲	پس‌آزمون	۳۲/۳۳	۴/۴۳
	مقتدر	پیش‌آزمون	۱۱	۱/۲	پیش‌آزمون	۱۳/۵۸	۲/۳۱
		پس‌آزمون	۱۷/۴۱	۲/۹۹	پس‌آزمون	۱۴/۱۷	۲/۲
تنیدگی فرزندپروری	تنیدگی فرزندپروری	پیش‌آزمون	۳۸/۶۶	۵/۱۵	پیش‌آزمون	۴۱/۱۶	۴/۵۸
		پس‌آزمون	۵۰/۴۱	۳/۱	پس‌آزمون	۴۲/۳۳	۳/۹۱

* (n =۱۲)

جدول ۲ نشانگر میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای اضطراب، سبک و تنیدگی فرزندپروری گروه آزمایش و کنترل از مرحله پیش‌آزمون تا پس‌آزمون است. همان‌طور که از جدول مشخص است در میانگین متغیرهای پژوهش تغییر ایجاد شده است. در ادامه برای بررسی فرضیه‌های پژوهش از تحلیل کوواریانس چندمتغیره استفاده خواهد شد؛ لذا قبل از استفاده از این آزمون اطمینان از نبود داده‌های پرت حاصل شد؛ سپس مفروضه‌های نرمال بودن توزیع با آزمون کلموگروف اسمیرنوف، همگنی واریانس با آزمون لوین و برابری ماتریس‌های کوواریانس با آزمون ام. باکس موردبررسی قرار گرفتند. بررسی مفروضه‌ها حاکی از عدم معناداری مقدار F در تمام متغیرها و آزمون‌ها بود (P>۰/۰۵)؛ بنابراین برای بررسی فرضیه‌های پژوهش حاضر استفاده از تحلیل کوواریانس چندمتغیره بلامانع است.

جدول ۳. نتایج آزمون‌های اثر پیلایی، لامبدای ویکلز و اثر هتلینگ در تحلیل کوواریانس چندمتغیره

آزمون	مقدار	F	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	معناداری	مجذور اتا
اثر پیلایی	۰/۸۲	۱۲/۰۸	۵	۱۳	۰/۰۰۱	۰/۸۳
لامبدای ویلکز	۰/۱۷	۱۲/۰۸	۵	۱۳	۰/۰۰۱	۰/۸۳
اثر هتلینگ	۴/۶۴	۱۲/۰۸	۵	۱۳	۰/۰۰۱	۰/۸۳

همان‌طور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود یافته‌های حاصل از تحلیل کوواریانس چند متغیره حاکی از آن است که در تمام آزمون‌ها F به‌دست آمده با درجهٔ آزادی ۵ و ۱۳ در سطح P<۰/۰۰۱ معنادار است؛ لذا می‌توان گفت که بین

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1396.11.4.2.0]
[DOI: 10.52547/rph.11.4.74]

گروه آزمایش و گروه کنترل حداقل در یکی از متغیرهای وابسته (اضطراب، سبک و تنیدگی فرزندپروری) تفاوت معناداری وجود دارد. مجذور اتا نشان می‌دهد که تفاوت بین دو گروه با توجه به متغیرهای وابسته درمجموع معنادار است و میزان این تفاوت ۸۳درصد است؛ یعنی ۸۳درصد واریانس مربوط به اختلاف بین دو گروه در تأثیر متقابل متغیرهای وابسته است.

جدول ۴. نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیره اثرات گروه روی متغیرهای اضطراب، سبک و تنیدگی فرزندپروری

متغیر	مجموع مجذورات	درجهٔ آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مجذور اتا
اضطراب	۸۷۲/۳۸	۱	۸۷۲/۳۸	۲۱/۲۶	۰/۰۰۱	۰/۵۵
فرزندپروری سهل‌گیر	۱۳/۸۵	۱	۱۳/۸۵	۳/۹۵	۰/۰۶	۰/۱۸
فرزندپروری استبدادی	۱۲۷/۷۸	۱	۱۲۷/۷۸	۱۵/۳۹	۰/۰۰۱	۰/۴۷
فرزندپروری مقتدر	۷۸/۵۹	۱	۷۸/۵۹	۱۷/۵۶	۰/۰۰۱	۰/۵۰
تنیدگی فرزندپروری	۳۴۹/۸۴	۱	۳۴۹/۸۴	۳۳/۹	۰/۰۰۱	۰/۶۶

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد که میانگین نمرات اصلاح‌شدهٔ پس‌آزمونِ اضطراب، بعد از برداشتن اثر نمرات پیش‌آزمون در دو گروه آزمایش و کنترل با یکدیگر تفاوت معناداری دارد (P<۰/۰۱، F=۲۱/۲۶)؛ همچنین مقدار اندازهٔ اثر برابر با ۰/۵۵ بوده که گویای آن است که ۵۵درصد از تفاوت مشاهده‌شده بین نمرات پس‌آزمون اضطراب کودک دو گروه آزمایش و کنترل درنتیجهٔ اعمال کاربندی آزمایشی (مداخلهٔ خانواده‌محور) است؛ همچنین نتایج جدول حاکی از آن است که میانگین نمرات اصلاح‌شدهٔ پس‌آزمون سبک فرزندپروری سهل‌گیر بعد از برداشتن اثر نمرات پیش‌آزمون در دو گروه آزمایش و کنترل با یکدیگر تفاوت معناداری ندارد (P>۰/۰۵، F=۳/۹۵)؛ همچنین نتایج حاکی از آن است که میانگین نمرات اصلاح‌شدهٔ پس‌آزمونِ سبک فرزندپروری استبدادی بعد از برداشتن اثر نمرات پیش‌آزمون در دو گروه آزمایش و کنترل با یکدیگر تفاوت معنادار داشته (P<۰/۰۱، F=۱۵/۳۹) و میانگین نمرات گروه آزمایش به‌صورت معناداری کمتر از گروه کنترل بوده است. در ضمن مقدار اندازهٔ اثر برابر با ۰/۴۷ بوده که گویای آن است که ۴۷درصد از تفاوت مشاهده‌شده بین نمرات پس‌آزمون سبک فرزندپروری استبدادی دو گروه آزمایش و کنترل درنتیجهٔ اعمال کاربندی آزمایشی (مداخلهٔ خانواده‌محور و بازی‌درمانی) است؛ همچنین نتایج نشان می‌دهند که میانگین نمرات اصلاح‌شدهٔ پس‌آزمونِ سبک فرزندپروری مقتدر بعد از برداشتن اثر نمرات پیش‌آزمون در دو گروه آزمایش و کنترل با یکدیگر تفاوت معناداری داشته (P<۰/۰۱، F=۱۷/۵۶) و میانگین نمرات گروه آزمایش به‌صورت معناداری بیشتر از گروه کنترل بوده است. در ضمن مقدار اندازهٔ اثر برابر با ۰/۵۰ بوده که گویای آن است که ۵۰درصد از تفاوت مشاهده‌شده بین نمرات پس‌آزمون سبک فرزندپروری مقتدر دو گروه آزمایش و کنترل درنتیجهٔ اعمال کاربندی آزمایشی (مداخلهٔ خانواده‌محور و بازی‌درمانی) است؛ همچنین نتایج حاکی از آن است که میانگین نمرات اصلاح‌شدهٔ پس‌آزمون تنیدگی فرزندپروری بعد از برداشتن اثر نمرات پیش‌آزمون در دو گروه آزمایش و کنترل با یکدیگر تفاوت معناداری داشته (P<۰/۰۱، F=۳۳/۹) و میانگین نمرات گروه آزمایش به‌صورت معناداری بیشتر از

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1396.11.4.2.0]
[DOI: 10.52547/rph.11.4.74]

گروه کنترل بوده است که با توجه به شیوهٔ نمره‌گذاری مقیاس تنیدگی فرزندپروری، افزایش نمره نشان‌دهندهٔ تنیدگی کمتر است. در ضمن مقدار اندازهٔ اثر برابر با ۰/۶۶ بوده که گویای آن است که ۶۶درصد از تفاوت مشاهده‌شده بین نمرات پس‌آزمون تنیدگی فرزندپروری دو گروه آزمایش و کنترل درنتیجهٔ اعمال کاربندی آزمایشی (مداخلهٔ خانواده‌محور و بازی‌درمانی) است.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف اصلی از پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی مداخلهٔ خانواده‌محور بر سبک و تنیدگی فرزندپروری مادران و نشانگان بالینی کودکان با اضطراب جدایی بوده است که با توجه به یافته‌های پژوهش، روش مداخلهٔ خانواده‌محور و بازی‌درمانی، اضطراب کودکان در گروه آزمایش را به‌طور معناداری نسبت‌به گروه کنترل، کاهش داده است؛ لذا، می‌توان چنین استنباط کرد که یافته‌های این پژوهش، با نتایج به‌دست‌آمده از پژوهش‌های مختلفی که پیشتر در این حوزه انجام شده است همخوانی دارد (۲۵-۱۸) که همگی حاکی از آن هستند که مداخلات خانواده‌محور، نقش مهمی در بهبود مشکلات هیجانی‌رفتاری ایفا می‌کنند. با توجه به این نکته که رفتارها و هیجان‌های ناسازگار کودکان در بستر خانواده و در ارتباط با سایر افراد شکل می‌گیرند؛ انتظار می‌رود که با بهبود روابط بین‌فردی در خانواده، ایجاد تعامل مثبت بین اعضا و اصلاح روش‌های ناکارآمد تربیتی والدین، مشکلات کودکان نیز کاهش یابد؛ همچنین، از میان پژوهش‌هایی که دربارهٔ کارآمدی بازی‌درمانی روی اختلال‌های روانی کودکان انجام گرفته است، در تحقیقی، تأثیر بازی‌درمانی کوتاه‌مدت را روی اضطراب و افسردگی کودکانی که زلزلهٔ چین را تجربه کردند، موردبررسی قرار داد (۳۹) و نتایج، نشان‌گر کاهش چشم‌گیر میزان سطح اضطراب، فوبی و احتمال خطر خودکشی پس از بازی‌درمانی بود. همچنین در پژوهش دیگری، اثربخشی بازی‌درمانی بر کودکان پیش‌دبستانی و دبستانیِ مبتلابه مشکلات تکلم بررسی شد (۴۰) ؛ نتایج بیانگر این بود که بازی‌درمانی، کمک بسیاری در کاهش اضطراب کودکان داشته است. ازآنجاکه بازی‌درمانی فرآیندی تخصصی است که در آن، از ظرفیت‌های بازی برای کمک به کودکان و بهبود بخشیدن به عملکردهای ایشان جهت بهبود مشکلات و همچنین دستیابی به رشد و بالندگی استفاده می‌شود، روش مناسبی است و جذابیت بیشتری برای کودکان در فرایند درمان دارد و منجر به همکاری بیشتر آن‌ها می‌شود. ضمن اینکه رابطهٔ درمانی مؤثرتری نیز بین کودک و درمانگر شکل می‌گیرد و شواهد حاکی از اثربخشی این روش بر مشکلات هیجانی‌رفتاری کودکان هستند.

علاوه‌بر این، نتایج پژوهش حاضر، حاکی از آن است که این مداخله، تأثیر مثبتی بر دو سبک فرزندپروری مستبدانه و مقتدرانه داشته است، ولی فرضیه پژوهشی مبتنی‌بر تأثیر مثبت مداخلهٔ خانواده‌محور بر سبک فرزندپروری سهل‌گیرانه، تأیید نشد و تفاوت معناداری بین گروه آزمایش و کنترل مشاهده نشد. این یافته با پژوهش پوربافرانی و همکاران (۴۱) همسو بود. در توجیه این امر باید گفت والدینی که از سبک فرزندپروری مقتدرانه بهره می‌گیرند، عموماً صمیمی و پذیرا هستند و به فرزندان خود اجازه می‌دهند که در حد معقول و منطقی در رفتارهایشان آزادی عمل داشته باشند. آن‌ها باوجوداینکه قاطع و جدی هستند، از تنبیه به‌عنوان آخرین راه استفاده می‌کنند. از طرف دیگر، با آموزش راهکارهای صحیح ارتباطی و تربیتی به والدینی که از فرزندپروری مستبدانه استفاده می‌کنند، می‌توان انتظار داشت که رفتارهایشان تعدیل شود و روش‌های جدید را

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]
[DOR: 20.1001.1.20080166.1396.11.4.2.0]
[DOI: 10.52547/rph.11.4.74]

جایگزین رفتارهای قبلی خود کنند. چراکه اهمیت ویژه‌ای برای تربیت فرزندان قائل هستند؛ ولی به نظر می‌رسد که ایجاد رفتارهای جدید در خزانهٔ رفتاری والدین سهل‌گیر نیازمند صرف زمان بیشتری است. از طرف دیگر، پس از اجرای ۱۸ جلسه مداخله، تنیدگی فرزندپروری نیز به‌طور چشم‌گیری کاهش یافت و فرضیهٔ مبتنی‌بر تأثیر مثبت مداخلهٔ خانواده‌محور بر تنیدگی فرزندپروری نیز تأیید شد که با مطالعه ای دیگر در این حوزه (۴۲) همخوانی دارد که نشان دادند چنین مداخلاتی تغییرات چشمگیری در اختلالات رفتاری کودکـان و کـاهش تنیـدگی و پرخاشگری در والدین خواهند داشت. مطالعه دیگری در این زمینه همین نتیجه را به دست داده است که آموزش به والـدین دربـارهٔ روش‌های کاهش تنیدگی والدین، عامل مهمی در سلامت والدین اسـت و به‌منظور افزایش مطلوب‌ترین بازده تحول برای کودکان کاربرد دارد (۴۳). البته لازم به ذکر است که تاکنون در ایران، پژوهش جامعی مبتنی‌بر بررسی تأثیر ترکیب آموزش والدین و بازی‌درمانی بر کودکان با اضطراب جدایی انجام نشده است و درواقع، تفاوت پژوهش حاضر با سایر پژوهش‌ها، تمرکز بر مداخلهٔ ترکیبی مبنی‌بر آموزش والدین و بازی‌درمانی کودک است و به‌طورکلی، درزمینهٔ اختلال اضطراب جدایی، خلأ پژوهشی وجود دارد؛ ولی بااین‌وجود این یافته با نتایج پژوهش دیگری در این زمینه همسو نیست (۴۳). درنهایت، در تبیین نتایج به‌دست‌آمده از اثربخشی مداخلات خانواده‌محور، می‌توان عنوان کرد که والدین به‌عنوان نزدیک‌ترین افراد به کودک، بیشترین سهم را در آموزش و یادگیری آن‌ها ایفا می‌کنند؛ لذا، آموزش والدین، با کاهش فشار و تنش موجود و بهبود روابط والد-کودک، این امکان را به والدین می‌دهد که نیازهای کودک خود را بهتر درک کنند و در راستای بهبود مشکلات خود و فرزندانشان، نقشی مؤثر و فعال ایفا نمایند. به‌طور خاص در مداخلهٔ پژوهش حاضر سعی بر آن شده تا تمام اعضای خانواده وارد فرایند آموزش و درمان شوند. به‌گونه‌ای که در جلسهٔ اول تا چهارم، تمرکز بر بهبود روابط و مهارت‌آموزی هردو والد شد و از جلسهٔ شش تا ده، هدف افزایش مهارت فرزندپروری مادر بود. درنهایت در ادامهٔ جلسات (جلسهٔ ۱۱ تا ۱۸) تلاش شد تا با انجام فعالیت‌هایی در قالب بازی، مستقیماً کودکان در فرایند مداخله قرار داده شوند؛ بنابراین محتوای مداخلهٔ خانواده‌محور و بازی‌درمانی پژوهش حاضر و در نظر گرفتن فرهنگ ایرانی‌اسلامی در تدوین آن می‌تواند به‌خوبی تبیین‌کنندهٔ نتایج پژوهش حاضر باشد. درنهایت، استفادهٔ مداخلهٔ پژوهش حاضر در مراکز سلامت، به‌ویژه دربارهٔ خانواده‌های دارای فرزندی با اضطراب جدایی پیشنهاد می‌شود.

منابع

1. Rapee R. Anxiety disorders in children and adolescents: nature, development, treatment and prevention. 2012.

2. Hill C, Waite P, Creswell C. Anxiety disorders in children and adolescents. Pediatrics and Child Health. 2016;26(12):548-53.

3. Merikangas KR, He J-p, Burstein M, Swanson SA, Avenevoli S, Cui L, et al. Lifetime prevalence of mental disorders in US adolescents: results from the National Comorbidity Survey Replication–Adolescent Supplement (NCS-A). Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. 2010;49(10):980-9.

4. Herren C, In-Albon T, Schneider S. Beliefs regarding child anxiety and

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]

[DOR: 20.1001.1.20080166.1396.11.4.2.0]

[DOI: 10.52547/rph.11.4.74]

10. Shokouhi Yekta M, Parand A, Faghihi AN. A Comparative Study on Child Rearing Styles. Journal of Islamic Education. 2007;2(3):115-40. [Persian]

11. Baumrind D. Effective parenting during the early adolescent transition. Family transitions. 1991;2(1):1.

12. Sanders MR, Turner KM, Markie-Dadds C. The development and dissemination of the Triple P—Positive Parenting Program: A multilevel, evidence-based system of parenting and family support. Prevention Science. 2002;3(3):173-89.

13. Dean C, Myors K, Evans E. Community-wide implementation of a parenting program: the South East Sydney Positive Parenting Project. Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health. 2003;2(3):179-90.

14.Webster-Stratton C, Reid M. Adapting the Incredible Years, an evidence-based parenting programme, for families involved in the child welfare system. Journal of Children's Services. 2010;5(1):25-42.

15. Cann W, Rogers H, Matthews J. Family Intervention Services program evaluation: A brief report on initial outcomes for families. Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health. 2003;2(3):208-15.

16. Sanders M. Triple P: A multi-level system of parenting intervention: Workshop participant notes. The University of Queensland: Brisbane, Australia. 2005.

17. Farzi Golfazani M, Mohamad Esmail E, Raoufian Moghadam F, Asgari Moghadam H. Comparative study on parenting styles of parenting competence in parents of children with separation anxiety disorder. Journal of behavior therapy and experimental psychiatry. 2013;44(1):53-60.

5. Zolog TC, Ballabriga MCJ, Bonillo-martin A, Canals-sann J, Hernandezmartinez C, Romero-acosta K, et al. Somatic complaints and symptoms of anxiety and depression in a school-based sample of preadolescents and early adolescents. Functional impairment and implications for treatment. Journal of Cognitive and Behavioral Psychotherapies. 2011.

6. Brand S, Wilhelm FH, Kossowsky J, Holsboer-Trachsler E, Schneider S. Children suffering from separation anxiety disorder (SAD) show increased HPA axis activity compared to healthy controls. Journal of psychiatric research. 2011;45(4):452-9.

7. Weersing VR, Rozenman MS, Maher-Bridge M, Campo JV. Anxiety, depression, and somatic distress: Developing a transdiagnostic internalizing toolbox for pediatric practice. Cognitive and behavioral practice. 2012;19(1):68-82.

8. Lazarus RS, Dodd HF, Majdandžić M, de Vente W, Morris T, Byrow Y, et al. The relationship between challenging parenting behaviour and childhood anxiety disorders. Journal of affective disorders. 2016; 190:784-91.

9. Shafipour SZ, Sheikhi A, Mirzaei M, KazemnezhadLeili E. Parenting styles and its relation with children behavioral problems. Journal of Holistic Nursing and Midwifery. 2015;25(2):49-56. [Persian]

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]

[DOR: 20.1001.1.20080166.1396.11.4.2.0]

[DOI: 10.52547/rph.11.4.74]

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]

[DOR: 20.1001.1.20080166.1396.11.4.2.0]

[DOI: 10.52547/rph.11.4.74]

International Journal of Special Education. 2014;29(2):29-34. [Persian]

24. Van Noppen BL, Steketee G. Individual, group, and multifamily cognitive-behavioral treatments. Focus. 2004.

25. Sadock BJ, Sadock VA. Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/clinical psychiatry: Lippincott Williams & Wilkins; 2011.

26. Athy AL. Effects of a trained therapy dog in child-centered play therapy on children's biobehavioral measures of anxiety. 2005.

27. Wethington HR, Hahn RA, Fuqua-Whitley DS, Sipe TA, Crosby AE, Johnson RL, et al. The effectiveness of interventions to reduce psychological harm from traumatic events among children and adolescents: a systematic review. American journal of preventive medicine. 2008;35(3):287-313.

28. Wolf, W., Mash, L. Abnormal Child Psychology. (translated by Lotfi Kashani F, Vaziri S). 2004. Roshd publication: Tehran [Persian]

29. Thompson CL, Rudolph LB, Henderson DA. Counseling children: Brooks/Cole Pacific Grove, CA; 2000.

30 Ahadi H, Banijamali S. Development Psychology. Tehran, Pardis. 2006. [Persian]31. Sprafkin J, Gadow KD, Salisbury H, Schneider J, Loney J. Further evidence of reliability and validity of the Child Symptom Inventory-4: Parent checklist in clinically referred boys. Journal mothers of children with depression, anxiety and obsessive-compulsive disorders and mothers of normal children. Research on Exceptional Children. 2003;9-10(3):245-64. [Persian]

18. Mousavi R, Moradi A, Mahdavi Hersini E. The Effectiveness of Structural Family Therapy On Treating Children's Separation Anxiety Disorder. psychological studies. 2007;3(2):7-28. [Persian]

19. Creasey G, Reese M. Mothers' and fathers' perceptions of parenting hassles: Associations with psychological symptoms, nonprinting hassles, and child behavior problems. Journal of Applied Developmental Psychology. 1996;17(3):393-406.

20. Schwebel DC, Roth DL, Elliott MN, Chien AT, Mrug S, Shipp E, et al. Marital conflict and fifth-graders' risk for injury. Accident Analysis & Prevention. 2012; 47:30-5.

21. McKee L, Colletti C, Rakow A, Jones DJ, Forehand R. Parenting and child externalizing behaviors: Are the associations specific or diffuse? Aggression and violent behavior. 2008;13(3):201-15.

22. Kaslow F, Lebow J. Comprehensive handbook of psychotherapy: Vol. 4. Integrative/eclectic. New York: Wiley; 2002.

23. Malekpour M, Aghababaei S, Hadi S. Effectiveness of Family, Child, and Family-Child Based Intervention on ADHD Symptoms of Students with Disabilities.

Primary Health Care Research & Development. 2004;5(3):219-27.

38. McMahon RJ, Forehand RL. Helping the noncompliant child: Family-based treatment for oppositional behavior: Guilford Press; 2005.

39. Shen Y-J. Short-term group play therapy with Chinese earthquake victims: Effects on anxiety, depression and adjustment. International Journal of Play Therapy. 2002;11(1):43.

40. Danger S, Landreth G. Child-centered group play therapy with children with speech difficulties. International Journal of Play Therapy. 2005;14(1):81.

41. Poorbafrani M, Etemadi O, Jazayeri R. The effect of strong parenting skills training on reducing daughter conflict with mother and increasing adolescent girl's mental health. Journal of Research in Psychological Health. 2014;8(2):31-40. [Persian]

42. Sanders MR, Ralph A, Sofronoff K, Gardiner P, Thompson R, Dwyer S, et al. Every family: A population approach to reducing behavioral and emotional problems in children making the transition to school. The Journal of Primary Prevention. 2008;29(3):197-222.

43. Johnson MA, Stone S, Lou C, Ling J, Ciaassen J, Austin MJ. Assessing parent education programs for families involved with child welfare services: Evidence and implications. Journal of evidence-based social work. 2008;5(1-2):191-236.

44. Amiri M. The Relationship between Familial performance, Social support and of Clinical Child and Adolescent Psychology. 2002;31(4):513-24.

32. Spence SH, Barrett PM, Turner CM. Psychometric properties of the Spence Children's Anxiety Scale with young adolescents. Journal of anxiety disorders. 2003;17(6):605-25.

33. Esfandyari G. Survey Parenting styles mothers of children with behavioral disorders and mothers of normal children and effects of parental education on behavioral disorders: MSc Thesis. Tehran: psychiatry institute of Tehran; 2003. [Persian]

34. Berry JO, Jones WH. The parental stress scale: Initial psychometric evidence. Journal of Social and Personal Relationships. 1995;12(3):463-72.

35. Ghasemzadeh S, Afrooz G, Beh-pajooh A, Shokoohi Yekta MSY. The Effectiveness of Psychotherapy Based on Intra -family Relationships Enrichment on Mothers' Parenting Skills and Clinical Symptoms of Children with Behavioral Problems. Psychological studies. 2017;13(1):7-24. [Persian]

36. Ghasemzadeh S. Designing an intra-family relationships Improvement Program and evaluating its effectiveness on parent's marital satisfaction, parenting skills and clinical symptoms of their children with behavioral disorder. Tehran: University of Tehran; 2015. [Persian]

37. Mockford C, Barlow J. Parenting programs: some unintended consequences.

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]

[DOR: 20.1001.1.20080166.1396.11.4.2.0]

[DOI: 10.52547/rph.11.4.74]

Demographic variables with Parenting Stress and Mental Health among Parents of Deaf children. Journal of Research in Psychological Health. 2017;10(4):63-75. [Persian].

[Downloaded from isharat.khu.ac.ir on 2026-10-29]

[DOR: 20.1001.1.20080166.1396.11.4.2.0]

[DOI: 10.52547/rph.11.4.74]