اثربخشی بازی‌درمانی عروسکی بر احساس کهتری دانش‌آموزان دارای لکنت‌زبان: یک مطالعه تک‌آزمودنی

دکتر سمیه غلامی[۱]، دکتر حامد صبوری[۲]، شراره شمشاد[۳]، سارا ندیمی[۴]

تاریخ دریافت.: ۱۳۹۹/۹/۲ تجدیدنظر: ۱۳۹۹/۱۲/۲۵
پذیرش نهایی: ۱۴۰۰/۳/۲۷

چکیده

هدف: لکنت‌زبان اختلالی است که بر صحبت‌کردن یا روانی کلام تأثیر می‌گذارد. لکنت‌زبان در دوران کودکی شروع می‌شود و در روابط اجتماعی فرد و عزت‌نفسش تأثیر منفی می‌گذارد. هدف از پژوهش حاضر بررسی تأثیر مداخله‌ای بازی‌درمانی عروسکی بر احساس کهتری دانش‌آموزان دارای لکنت‌زبان در شهر ساری بود. **روش:** این پژوهش در چارچوب روش پژوهش این مطالعه شبه‌آزمایشی با ساختار طرح تک‌آزمودنی با استفاده از طرح خطوط پایه چندگانه پلکانی است. گروه نمونه به روش دسترس انتخاب شدند. آزمودنی‌ها سه پسر و یک دختر دارای لکنت همراه با احساس کهتری بودند. ابزار سنجش بهبود (یا کاهش) احساس کهتری، پرسشنامه احساس کهتری بود. این پرسشنامه در سه مرحله خط پایه (۴ مرتبه)، خط مداخله (۸ مرتبه) و خط پیگیری (۳ مرتبه) به‌وسیله آزمودنی‌ها تکمیل شد. **یافته‌ها:** برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از بازبینی دیداری نمودارها (فراز و فرود متغیر وابسته)، شاخص‌های درصد بهبودی، درصد کاهش نمره‌ها، تغییرپذیری و اندازه اثر استفاده شد. بازبینی دیداری، نمودارها، شاخص‌های تغییر روند، شیب و اندازه اثر بیانگر کاهش احساس کهتری دانش‌آموزان دارای لکنت بود. **نتیجه‌گیری:** مداخله بازی‌درمانی عروسکی می‌تواند به کاهش احساس کهتری دانش‌آموزانی که دارای لکنت‌زبان هستند، مؤثر واقع شود و به‌عنوان یک راهبرد مؤثر و مطلوب در این زمینه قرار گیرد.

واژه‌های کلیدی: *احساس کهتری، بازی‌درمانی عروسکی، تک‌آزمودنی، لکنت‌زبان.*

۱. **نویسنده مسئول:** استادیار و عضو هیئت علمی گروه روان‌شناسی مجتمع آموزش عالی لارستان، ایران
۲. دکترای تخصصی فلسفه تعلیم و تربیت، عضو هیات علمی دانشگاه آزاد، بندر لنگه، ایران
۳. کارشناسی ارشد روان‌شناسی تربیتی، دانشگاه آزاد، بندر لنگه، ایران
۴.کارشناسی ارشد روان شناسی، دانشگاه هرمزگان، بندر عباس، ایران

Efficacy of Puppet Play Therapy on the Inferiority Feeling of Students with Stuttering: A Single-Subject Study

Somayeh Gholami[1], Ph. D., Hamed Sabouri[2], Ph.D., Sharareh Shemshad[3], M.A, Sara Nadimi[4], M.A.

Received: 11. 22.2020 Revised: 03.15.2021 Accepted: 06. 17.2021

Abstract

Objective: Stuttering is a disorder that affects speech or speech fluency. Stuttering begins in childhood and negatively affects a person's social relationships and self-esteem. The purpose of the present study was to investigate the interventional effect of puppet play therapy on the inferiority of students with stuttering in Sari. **Method:** This is a quasi-experimental research with a single-subject design structure using a multi-step baseline design. The sample group was selected by convenience sampling method. The subjects included three boys and one girl who used to stutter with a feeling of inferiority. The tool for measuring the improvement (or reduction) of feeling inferior was the Feeling of Inferiority Questionnaire. The questionnaire was completed by the subjects in three stages of baseline, intervention and follow-up. To analyze the data, visual review of graphs (ups and downs of the dependent variable), indicators of recovery percentage, reduction percentage of scores, variability and effect size were used. **Results**: Visual review, charts, trend change indicators, gradient, and effect size indicated a decrease in the stuttering students' inferiority. **Conclusion:** Puppet play therapy intervention can be effective in reducing the feeling of inferiority of students who have stuttering and can be used as an effective and desirable strategy in this field.

Keywords*: Puppet Play Therapy, Inferiority Feeling, Stuttering Language, Single Subject Study.*

1. Assistant Professor, Department of Psychology, Larestan Higher Education Complex , Iran **.Email**: Somayeg@yahoo.com
2. PhD in Philosophy of Education, Faculty Member, Azad University, Bandar Lengeh Branch, Iran
3. Master of Psychology. Azad University, Bandar Lengeh Branch, Iran
4. Master of Educational Psychology, Hormozgan University, Bandar Abbas, Iran

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-22]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1400.21.3.7.9]

مقدمه

لکنت پایدار در طول رشد، یک اختلال گفتاری است که بر توانایی فرد در تولید روان گفتار تأثیر می‌گذارد (کرانفلد دونیس و همکاران، ۲۰۱۶). لکنت‌زبان منجر به وقفه‌های حرکتی بی‌اختیار برای به‌جریان‌انداختن تولید گفتار روان می‌شود و بر ارسال موفقیت‌آمیز پیام‌های ارتباطی اثر می‌گذارد (دراکر، مازوکچلی و بیلبی، ۲۰۱۹). نتایج پژوهش‌های متعددی نشان‌دهنده تأثیر عوامل ژنتیکی در لکنت زبان می‌باشند (فریگریو دامینگو و همکاران، ۲۰۱۹؛ راتاکاسکی و همکاران، ۲۰۱۲؛ فگنانی، فیبیگر، اسکایت و جلمبورگ، ۲۰۱۱؛ وان بجزترولدت، فلسلفند و بومسما، ۲۰۱۰). شروع لکنت در حال رشد به‌طور معمول بین ۲ تا ۵ سالگی رخ می‌دهد که ۵ تا ۸ درصد کودکان پیش‌دبستانی در معرض آن هستند (سینگر، والدن و جانز، ۲۰۱۹). این یک اختلال چندعاملی است که شامل طیفی از عوامل زبانی، حرکتی، محیطی، روانی- اجتماعی و شخصی است که بر شروع، پیش‌آگهی و شدت تأثیر می‌گذارد (بیلبی، ۲۰۱۴؛ دراکر، مازوکچلی و بیلبی، ۲۰۱۹).

لکنت با عواطف گوناگونی همچون خجالت و احساس کهتری[1]، ناامیدی و هراس از ارزیابی اجتماعی منفی مرتبط است. احساس کهتری یا باور عمیق در مورد پایین‌بودن توانایی‌های عقلی و جسمی است که به کاهش سطح ارزش‌ها و ناارزنده‌سازی فرد منجر می‌شود (واینر و موهل، ۱۹۹۶). احساس کهتری همواره مورد توجه دانشمندانی چون اریکسون و آدلر بوده است و بر این باور بودند که تجربه‌های اجتماعی تأثیر چشمگیری در تکامل افراد دارند (کلک و ارگان، ۲۰۱۶). فرد دارای لکنت به دلیل اختلال زبانی و در پی آن شکست در تجربه اجتماعی موفق، ممکن است افکاری منفی در سر بپروراند مانند اینکه «من مسخره به نظر می‌رسم» یا «من فرد بی‌ارزشی هستم» که این خودسنجی‌های منفی منجر به احساس کهتری بیشتری می‌شود. احساس کهتری که در اثر تجربه‌ها و موقعیت‌های منفی زندگی روزانه از قبیل غفلت، سوءاستفاده و سایر رفتارهای معیوب پدر و مادر یا ناتوانی‌های خاص افزایش یافته و این خود باعث بروز مشکلاتی بیشتر برای این افراد در روابط اجتماعی و بین فردی می‌شود و خود این چرخه احساس کهتری را افزایش داده و درنتیجه افرادی که احساس کهتری بالاتری دارند به احتمال زیاد از پیامدهای روان‌شناختی منفی از قبیل افسردگی، روابط بین‌فردی ضعیف و رضایت از زندگی پایین رنج می‌برند (آکدوگان و سمسر، ۲۰۱۹).

براساس نظریه روان‌شناختی اریکسون که رشد انسان را در هشت مرحله متوالی رشد روانی ـ اجتماعی مفهوم‌سازی کرد، احساس کهتری می‌تواند به‌عنوان یک مسئله با عنوان «کوشایی در برابر حقارت» در مرحله چهارم رشد به وجود آید. در این مرحله، دانش‌آموزی دارای لکنت‌زبان که نتواند تکالیف رشدی را انجام دهد، ممکن است احساس کهتری را تجربه کند؛ به این معنا که عدم توانایی در توسعه حس کوشایی در مرحله چهارم رشد روانی اجتماعی، منجر به احساس بی‌کفایتی و کهتری می‌شود (کلک و ارگان، ۲۰۱۶؛ آکدوگان و سمسر، ۲۰۱۹). در نتیجه، افراد شاید نشانه‌هایی از افسردگی و اضطراب را در زندگی بزرگسالی خود نشان دهند (آکدوگان و سمسر، ۲۰۱۹). احساس کهتری بالاتر با کمال‌گرایی عصبی (آشبی و کاتمن، ۱۹۹۶)، افسردگی، خصومت و افکار خودکشی (لی، ۲۰۰۸)، احساس ناکامی در نوجوانان (کنچاپناور، ۲۰۱۲) و دلبستگی ناایمن، احساس تنهایی (آکدوگان، ۲۰۱۷) در ارتباط است. به‌علاوه احساس کهتری شادکامی را کاهش می‌دهد (آکدوگان و سمسر، ۲۰۱۹). از آنجا که احساس کهتری همیشه ناشی از مقایسه با دیگران است، داشتن چنین احساساتی همراه با احساس انزوای اجتماعی و تعلق‌نداشتن است (هاسپر، ۲۰۱۳). یکی از درمان‌های مؤثر در حوزه علوم رفتاری و مؤثر برای دانش‌آموزان دارای لکنت‌زبان، بازی‌درمانی است.

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-22]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1400.21.3.7.9]

بازی‌درمانی با فراهم‌کردن محیطی امن، باعث تخلیه هیجانی، کاهش تنش و بیان آزاد عواطف و احساسات می‌شود (هادی‌پور و اکبری، ۱۳۹۶). همچنین پژوهش‌ها، اثربخشی بازی‌درمانی بر پرخاشگری، مهارت‌های اجتماعی، اضطراب، بی‌اختیاری ادرار و مدفوع و بسیاری از اختلال‌های دیگر را نشان داده‌اند (آزادی‌منش، حسین‌خانزاده، حکیم جوادی و وطن‌خواه، ۱۳۹۵؛ رنگانی، همتی علمدارلو، شجاعی و اصغری نکاح، ۱۳۹۴؛ قرائی و فتح آبادی، ۱۳۹۲).

بازی‌درمانی کودک‌محور به‌عنوان محبوب‌ترین دیدگاه نظری برای بازی‌درمانی شناخته شده است (استالمیکر و ری، ۲۰۱۵). به‌علاوه مطالعه‌های فراتحلیل، اثرهای مثبت و معناداری برای کودکانی که در بازی‌درمانی کودک محور شرکت می‌کنند، گزارش کرده است (لاین و براتون، ۲۰۱۵؛ ری، آرم‌استرانگ، بالکین، جاین، ۲۰۱۵؛ استالمیکر و ری، ۲۰۱۵). بازی‌درمانی یک روش درمانی است که در آن بازی عامل اصلی درمان است. از آن‌جایی‌که بازی یک محیط طبیعی ارتباط کودک است، بازی‌درمانی یک روش ایدئال است که در آن به کودکان امکان می‌دهد احساسات خود را ابراز کنند و با مشکلات عاطفی خود کنار بیایند (پیدگون و همکاران، ۲۰۱۵). در فرایند بازی‌درمانی یک رابطه و محیط درمانی مداوم و قابل پیش‌بینی در اختیار کودک قرار می‌گیرد که در آن می‌تواند ترس‌ها، مشکلات، مبارزات، درد و همچنین امیدها، رویاها و خیال‌های خود را کشف کند. فرض اساسی بازی‌درمانی این است که با توجه به این رابطه و محیط، کودک از منابع درونی برای رشدکردن و تغییر در زندگی خود برخوردار است (پیدگون و همکاران، ۲۰۱۵). شواهد نشان از تأثیر این نوع درمان در رفع مشکلاتی از قبیل مسائل روانی- اجتماعی، اختلال‌های رفتاری، بیماری مزمن، آسیب، سوءاستفاده، اختلال کم‌توجهی- بیش‌فعالی، اضطراب، استرس، افسردگی، اندوه و فقدان هستند (پیدگون و همکاران، ۲۰۱۵).

بازی‌درمانی به شیوه‌های متفاوتی وجود دارد که عبارتند از لوگودرمانی و عروسک‌درمانی. استفاده از عروسک‌گردانی، روشی قدیمی در درمان کودکان است (باتلر، گاترمن و رادس، ۲۰۰۹).

نمایش عروسکی حالتی از بازی‌درمانی است که فرد با امکانات و شرایط مختلف سازگار می‌شود (لندرث، ۲۰۱۲). استفاده از روش بازی‌درمانی به‌عنوان شیوه‌ای مناسب برای بهبود اضطراب اجتماعی و خودپنداره تحصیلی دانش‌آموزان دارای لکنت‌زبان پیشنهاد می‌شود (عزآبادی، ۱۳۹۸). همسو با این یافته‌ها، حسین‌خانزاده (۱۳۹۶) به این نتیجه رسید که بازی‌درمانی کودک‌محور بر احساس خودکارآمدپنداری در تعامل‌های بین فردی دانش‌آموزان مبتلا نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای نقش مؤثری دارد. همچنین بازی‌درمانی شناختی رفتاری موجب افزایش خودکارآمدی و کاهش احساس تنهایی دانش‌آموزان ابتدایی دارای مشکلات یادگیری شده است (هادی‌پور و اکبری، ۱۳۹۶). استفاده از روش بازی‌درمانی عروسکی به‌عنوان شیوه‌ای مناسب برای ارتقای کیفیت مهارت‌های اجتماعی کودکان دچار نشانگان داون در محیط‌های آموزشی پیشنهاد می‌شود (قرائی و فتح‌آبادی ،۱۳۹۲). بازی‌درمانی عروسکی روشی مؤثر در تقویت مهارت‌های اجتماعی و رفتارهای سازگارانه در نظر گرفته شده است (گلد و همکاران، ۲۰۱۴). بازی‌درمانی عروسکی می‌تواند از راه اثرگذاری بر عملکردهای اجرایی و تنظیم هیجان منجر به کاهش رفتارهای پرخاشگرانه در کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی- نارسایی توجه شود (آزادی‌منش، حسین‌خانزاده، حکیم جوادی و وطن‌خواه، ۱۳۹۵). عروسک‌ها برای کودکان با نیازهای خاص می‌توانند مفید باشند. وقتی کودک با یک عروسک خاص و شخصیتش احساس راحتی کند، آن عروسک می‌تواند در نقش یک مربی چیزهای زیادی به کودک بیاموزد (پرونسلیک، ۲۰۰۵). مطالعه‌های تجربی زیادی بیان

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-22]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1400.21.3.7.9]

می‌کنند که از کار با عروسک تا حدودی می‌توان مشکلات کودکان و حتی بزرگسالان را بر طرف کرد (مالهوترا، ۲۰۱۹؛ کانترلا، بورلا، فاگیان، نوزی و دی‌بنی، ۲۰۱۸؛ اصغری نکاح، ۱۳۹۱؛ عبداللهی بقرآبادی، ۱۳۸۷؛ حسینی‌نسب، ۱۳۸۷). البته بیشتر این پژوهش‌ها متوجه کودکان دارای اختلال‌های روانی چون پرخاشگری، اختلال سلوک، اضطراب و بیش‌فعالی است و کمتر به کودکان دارای لکنت پرداخته‌اند و با توجه به اینکه پژوهشی در زمینه احساس کهتری انجام نشده است، ضرورت این پژوهش بیش از پیش احساس می‌شود. استفاده از عروسک‌هایی با یک نقص و خلق داستان‌هایی که قهرمان داستان نقص خود را پذیرفته و احساس کهتری نمی‌کند، می‌تواند مداخله مؤثری در کاهش احساس کهتری باشد. بنابراین، هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی بازی‌درمانی عروسکی بر بهبود احساس کهتری دانش‌آموزان دارای لکنت‌زبان بود.

روش

این پژوهش جزء طرح‌های آزمایشی با ساختار تک‌آزمودنی با خطوط پایه چندگانه پلکانی است. طرح‌های تک‌آزمودنی، طرح‌های پژوهشی شبه‌آزمایشی هستند که در آنها تغییر در متغیر وابسته در یک آزمودنی سنجش می‌شود. در این طرح‌ها متغیر وابسته در طی مرحله خط پایه و یک یا چند مرحله درمان، یعنی زمانی‌که متغیر مستقل ارائه می‌شود، چندین‌بار اندازه‌گیری می‌شود. جامعه آماری پژوهش تعدادی از دانش‌آموزان دارای لکنت‌زبان همراه با احساس کهتری در شهر ساری بودند که به‌وسیله سازمان بهزیستی به پژوهشگر معرفی شدند که از نظر ملاک‌های ورود و خروج بررسی شدند و درنهایت از این میان ۴ نفر (۱ دختر ۹ ساله، ۱ پسر ۱۰ ساله و ۲ پسر ۱۲ ساله) به شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. در فرایند نمونه‌گیری نخست تعدادی از معرفی‌شدگان مقیاس احساس کهتری را تکمیل کردند و افرادی که بیشترین احساس کهتری را داشتند، به‌عنوان گروه اولیه انتخاب شدند. سپس ملاک‌های ورود به پژوهش به‌واسطه پرسش‌هایی که از مادر پرسیده شد و به‌وسیله ابزارهای روان‌شناختی ارزیابی شد. ملاک ورود عبارت بودند از پدر، مادر و خود کودک که یک اختلال روان‌شناختی براساس معیارهای DSM-V نداشته باشد. پدر و مادر طلاق نگرفته باشند و مشکلات زناشویی شدید نداشته باشند، بیماری مزمن در خانواده نباشد و وضع تحصیلی کودک متوسط رو به بالا باشد. ملاک خروج از پژوهش، همکاری‌نکردن والدین برای حضور کودک در جلسه‌ها بود. لازم به ذکر است وضعیت تحصیلی ضعیف می‌تواند از اختلال یادگیری ناشی شود و جدا از لکنت احساس کهتری ایجاد کند و بر همین مبنا ملاک خروج از پژوهش در نظر گرفته شد. در آغاز داده‌های خط پایه در زمینه شدت احساس کهتری برای هر چهار آزمودنی در یک دوره هفته‌ای (آزمون در هفته ۱ بار) به‌وسیله مقیاس کهتری سنجش شد. سپس آزمودنی‌ها به مدت ۱۰ جلسه (هفته‌ای ۱ جلسه) ۳۰ تا ۴۵ دقیقه‌ای تحت مداخله بازی‌درمانی عروسکی قرار گرفتند. در این پژوهش آزمودنی‌ها در سه مرحله خط پایه (۴ مرتبه)، خط مداخله (۸ مرتبه) و خط پیگیری (۳ مرتبه) به پرسشنامه احساس کهتری یائو و همکاران (۱۹۹۷) پاسخ دادند.

ابزار مقیاس کهتری[۲]: یک مقیاس خودگزارشی برای کودکان به‌وسیله پژوهشگران ساخته شد. این مقیاس با اقتباس از مقیاس کهتری یائو و همکاران (۱۹۹۷) ساخته و اعتباریابی شد. مقیاس اقتباسی طراحی‌شده، براساس با پرسشنامه اصلی، ۳۴ گویه‌ای خودگزارش دهی دارد که جمله‌ها در سطح فهم کودکان بازنویسی شد. ۱۷ گویه آن کهتری مرتبط با قضاوت‌های دیگران و ۱۷ گویه ارزیابی فرد از احساس کهتری خویشتن را می‌سنجد. از لحاظ محتوایی، از ۳۴ گویه مقیاس ۱۵ گویه آن با رویدادهای منفی نظیر ضعف[۳]، خستگی[۴]، اشتباه[۵] و انتقاد[۶] و ۱۵ گویه دیگر با رویدادهای مثبت نظیر ارزشمندی، موفقیت[۷]،

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-22]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1400.21.3.7.9]

تحسین[8] مرتبطند و ۴ گویه دیگر منعکس‌کننده اصول موضوعه بی‌قید و شرط هستند. این پرسشنامه بر درجه‌بندی پنج‌گانه لیکرت صورت‌بندی شده است (اصلاً درست نیست:۱، کمی درست است:۲، نسبتاً درست است:۳، غالباً درست است:۴ و کاملاً درست است:۵). برای محاسبه امتیاز کلی پرسشنامه، نمره همه گویه‌های پرسشنامه را با هم جمع کنید. دامنه امتیاز این پرسشنامه بین ۳۴ تا ۱۷۰ خواهد بود. هرچه امتیاز حاصل شده از این پرسشنامه بیشتر باشد، نشان‌دهنده میزان بیشتر احساس کهتری خواهد بود و برعکس.

تعداد ۳۴ گویه که مورد توافق سه نفر از متخصصان به لحاظ روایی صوری قرار گرفت؛ قبل از اجرای مداخله برای محاسبه ضریب پایایی از روش آلفای کرونباخ استفاده شد. به این صورت که پرسشنامه در بین شصت آزمودنی با شرایط مشابه اجرا شد و بعد از اجرا در بین آزمودنی‌ها، میزان ضریب پایایی ۰/۸۱ به دست آمد و با توجه به اینکه ضریب به‌دست‌آمده از ۰/۷۰ بیشتر می‌باشد؛ درنتیجه پرسشنامه مذکور از پایایی مطلوب برخوردار بوده است. درنتیجه می‌توان از بابت همسنگی درونی سؤال‌ها مطمئن بود. ضریب اعتبار مقیاس کهتری از روش بازآزمایی r =۰/۷۸ و آلفای کرونباخ ۰/۸۱ به دست آمد.

در گام بعدی برای بررسی روایی پرسشنامه، از روایی سازه و تحلیل عاملی تأییدی استفاده شد. با توجه به اینکه سؤال‌های این پرسشنامه براساس مقیاس کهتری یائو طراحی شد و عامل‌ها از قبل مشخص شده بودند، از تحلیل عاملی تأییدی مرتبه دوم برای بررسی روایی این پرسشنامه استفاده شد؛ به عبارتی، در تحلیل عاملی تأییدی پیش‌فرض اساسی پژوهشگر آن است که هر عاملی با زیرمجموعه خاصی از متغیرها ارتباط دارد. شرط لازم برای تحلیل عاملی تأییدی این است که پژوهشگر در مورد تعداد عامل‌های مدل، قبل از انجام تحلیل پیش‌فرض معینی دارد. به‌طورکلی برای آزمون فرض‌های مربوط به مدل‌های اندازه‌گیری فقط باید از روش تحلیل عاملی تأییدی استفاده شود. قبل از انجام تحلیل عاملی تأییدی نیز همه سؤال‌ها از نظر پیش‌فرض‌ها کنترل شدند که تخطی از مفروضه‌ها وجود نداشت. لازم به ذکر است که سؤال‌های اول هر عامل به‌عنوان متغیر مرجع برای تعیین مقیاس متغیرهای مکنون (عامل‌ها) استفاده شد. بنابراین مقدار پارامتر مربوط به این سؤال‌ها برابر با ۱ ثابت شد. بعد از تحلیل عاملی تأییدی مدل از برازش مطلوب با شاخص‌های مطلوبی برخوردار بود و گویه‌ها بارهای عاملی بین ۰/۴ تا ۰/۹ داشتند و مطلوب بود. با توجه به نقش مهم همبستگی بین عامل‌ها و نمره کل، ماتریس همبستگی عامل‌ها و معناداری آنها بین ۰/۴ تا ۰/۶۸ است. براساس نتایج به‌دست‌آمده بین عوامل با یکدیگر و نمره کل، همبستگی معنادار در سطح (P<۰/۰۱) وجود دارد که نشان‌دهنده روایی بالای سؤال‌های پرسشنامه بعد از انجام تحلیل عاملی است. شاخص برازش تطبیقی (CFI)، ۰/۹۱ و شاخص برازش هنجارنشده (NNFI)، ۰/۹۱ نزدیک به یک و شاخص RMSEA که مقدار ۰/۰۵ را نشان می‌دهد، همگی تأییدکننده این نتیجه است که مدل تدوین‌شده تا حدود زیادی قابل قبول تلقی می‌شود.

مداخله: برنامه عملی این پژوهش شامل ۱۰ جلسه بود. تعداد ۹ داستان به‌وسیله فردی که در نویسندگی داستان مهارت داشت، نوشته شد. شخصیت مرکزی هر داستان، نقصی داشت که در نهایت آن را می‌پذیرفت. داستان‌ها در اختیار ۸ نفر دکترای روان‌شناسی که درمانگری کودک انجام می‌دادند، قرار گرفت. برای بررسی روایی محتوایی بسته مداخله‌ای، از شاخص نسبت روایی محتوایی[9] و شاخص روایی محتوایی[10] استفاده شد. برای محاسبه شاخص CVR، از نظرات ۸ تن از کارشناسان متخصص در زمینه محتوای موردنظر استفاده شد و با توضیح اهداف مطالعه، از آنها خواسته شد تا میزان تناسب هریک از

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-22]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1400.21.3.7.9]

اهداف قصه را با محتوای داستان ارزیابی کنند. سپس براساس فرمول CVR، نسبت روایی محتوایی محاسبه شد. براساس تعداد ۸ نفر کارشناس که اهداف برنامه و محتوا را ارزیابی کرده بودند، مقدار CVR قابل قبول برابر با ۰/۷۵ است که در این پژوهش میزان نسبت روایی محتوا برای تمامی هدف‌ها در پروتکل آموزشی بین ۰/۸ تا ۱ به دست آمد. در این پژوهش میزان شاخص روایی محتوا برای تمامی قصه‌ها در بسته درمانی بین ۰/۹ تا ۱ به دست آمد (جدول ۱).

جدول ۱ خلاصه جلسه‌های مداخله بازی‌درمانی

جلسه اول	**هدف:** ایجاد فضای صمیمی و توأم با دوستی **محتوا:** آشنایی مقدماتی با درمانگر، عروسک‌ها و برقراری اعتماد بین کودک و درمانگر نیز در این جلسه انجام شد.
جلسه دوم	**هدف:** گفتگو با کودک در جهت بهبود احساس کهتری **محتوا:** درمانگر با خواندن یک مطلب ساده نظر او را درباره قصه‌ای که می‌خواهد تعریف کند، می‌پرسد؛ برای مثال نظرش را در مورد قصه مورچه عجول که چطور داستانی است، می‌پرسد.
جلسه سوم	**هدف:** کمک به شکل‌گیری و تقویت قوای خلاقانه کودک **محتوا:** قصه‌ی لاک‌پشت بدون لاک
جلسه چهارم	**هدف:** دقت به احساس غم و شادی و حقارت کودک با استفاده از حواس پنجگانه در مسیر تقویت حواس و احساس‌های مختلف **محتوا:** قصه‌ی گل رز سفید تنها
جلسه پنجم	**هدف:** قوه بداهه‌پردازی (فرد بتواند با استفاده از عروسک موردنظر داستانی را بگوید) **محتوا:** شش‌انگشتی
جلسه ششم	**هدف:** توجه به نقش‌آفرینی و بازنمایشی (فرد موضوع دلخواه موردنظر خود را در جمع بازی کند و حضوری محوری داشته باشد). **محتوا:** قصه حسنی فقط یه مو داشت.
جلسه هفتم	**هدف:** فرد در شرایط بازی قرار می‌گیرد تا در فضای موجود و تعریف‌شده به دلخواه خود موقعیت نمایشی را درک کند و خود را در آن فضا یا مکان تعریف‌شده مجسم سازد. **محتوا:** قصه خارپشتی که هیچ دوستی نداشت.
جلسه هشتم	**هدف:** پرداختن به رؤیت‌گری نمایشی، نقل کوی خاطرات، داستان‌گویی نقادانه **محتوا:** داستان عینک خانم موش کوره
جلسه نهم	**هدف:** بازی نمایشی، نمایش اعمال ساده روزمره، بازی کلامی، قصه‌گویی و ایمایی **محتوا:** داستان جغد سفید زشت
جلسه دهم	**هدف:** سفر رویایی، تقویت خیال‌پردازی **محتوا:** داستان مسواک بی‌دندون

یافته‌ها

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از تحلیل دیداری نمودارها[11]، شاخص روند[12] و شاخص ثبات[13]، درصد داده‌های غیرهمپوش[14] و درصد داده‌های همپوش[15] استفاده شده است.

نمره‌های احساس کهتری در موقعیت خط پایه (۴ جلسه) به‌ترتیب برای آزمودنی شماره ۱ (۸۱-۸۱-۸۱-۸۲)، آزمودنی شماره ۲ (۸۸-۸۹-۸۹-۸۹)، آزمودنی شماره ۳ (۵۹-۵۹-۵۹-۵۹) و آزمودنی شماره ۴ (۷۴-۷۴-۷۳-۷۴) به دست آمد. همچنین نمره‌ها در جلسه‌های مداخله (۸ جلسه) به‌ترتیب برای آزمودنی شماره ۱ (۸۱-۷۴-۷۳-۷۲-۷۰-۶۸-۶۶-۶۲)، آزمودنی شماره۲ (۸۵-۸۰-۸۱-۷۹-۷۴-۷۷-۷۳-۷۲)، آزمودنی شماره ۳ (۵۷-۵۵-۵۰-۵۱-۴۹-۴۳-۴۴-۴۸) و آزمودنی شماره ۴ (۷۰-۶۵-۶۳-۶۰-۵۰-۵۲-۵۴-۵۸) و نمره‌های احساس کهتری در جلسه‌های پیگیری به‌ترتیب برای آزمودنی شماره ۱ (۶۲-۶۳-۶۰)، آزمودنی شماره ۲ (۷۲-۷۱-۷۰)، آزمودنی شماره ۳ (۴۰-۳۸-۳۲) و آزمودنی شماره ۴ (۵۲-۵۱-۵۱) به دست آمد. براساس این تفاسیر

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-22]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1400.21.3.7.9]

مشخص شد که نمره‌های احساس کهتری در هر چهار آزمودنی با گذشت جلسه‌ها رو به کاهش بوده است و تأثیرات درمانی در دوره پیگیری نیز باقی مانده‌اند.

برای تحلیل دیداری نمودار داده‌ها، پس از رسم نمودار برای هر آزمودنی، در مرحله اول با استفاده از میانه داده‌های موقعیت خط پایه و مداخله، خط میانه داده‌ها موازی با محور X کشیده شد و یک محفظه ثبات[16] روی خط میانه قرار گرفت. محفظه ثبات، یعنی دو خط موازی که یکی پایین و دیگری بالای خط میانه رسم شود. فاصله و دامنه بین دو خط، میزان بیرون‌افتادگی یا تغییر پذیری سری داده‌ها را نشان می‌دهد. اندازه محفظه ثبات ۲۰ یا ۲۵ درصد از میانه داده‌ها است. ۲۰ درصد میانه داده‌ها به میانه اضافه و از آن کم می‌شود تا اندازه محفظه ثبات در بالا و پایین خط میانه مشخص شود و سپس روی نمودار رسم می‌شود. بعد از رسم میانه به‌صورت موازی با محو رX و محفظه ثبات در بالا و پایین خط میانه در هر موقعیت، باید درصد داده‌هایی که در این محفظه قرار می‌گیرند، نیز مشخص شود. فاصله و دامنه بین دو خط، میزان بیرون افتادگی یا تغییر پذیری سری داده‌ها را نشان می‌دهد. با استفاده از معیار ۸۰-۲۰ درصدی (لین و گاست، ۲۰۱۴)، اگر ۸۰ درصد نقاط داده‌ها زیر یا درون ۲۰ درصدی مقدار میانه (محفظه ثبات) قرار گیرند، گفته می‌شود داده‌ها ثبات دارند. در غیر این صورت داده‌ها متغیرند.

پس از آن برای بررسی روند داده‌ها، از روش دونیم کردن[17] استفاده شد و محفظه ثبات خط روند براساس معیار ۲۰-۸۰ درصدی رسم شد. پس از رسم خط میانه و خط روند و محفظه ثبات آنها، شاخص‌های آمار توصیفی مانند میانه و میانگین و شاخص‌های تحلیل دیداری درون موقعیتی و بین موقعیتی مانند تغییر سطح و روند و PND محاسبه شد. هرچه PND بین دو موقعیت مجاور بالاتر باشد، با اطمینان بیشتری می‌توان مداخله را اثربخش دانست. جدول ۲ نتایج تحلیل دیداری درون‌موقعیتی و بین‌موقعیتی را برای نمودار داده‌های آزمودنی‌ها براساس فرم تحلیل دیداری نشان می‌دهد.

جدول ۲ متغیرهای تحلیل دیداری درون‌موقعیتی و میان‌موقعیتی برای آزمودنی‌ها

درون‌موقعیتی												میان‌موقعیتی			
آزمودنی‌ها	آزمودنی شماره ۱		آزمودنی شماره ۲		آزمودنی شماره ۳		آزمودنی شماره ۴		آزمودنی‌ها	آزمودنی شماره ۱	آزمودنی شماره۲	آزمودنی شماره۳	آزمودنی شماره۴
توالی موقعیت‌ها	A	B	A	B	A	B	A	B	مقایسه موقعیت	A با B	A با B	A با B	A با B
طول موقعیت‌ها	۴	۸	۴	۸	۴	۸	۴	۸	تغییرات روند	---	---	---	---
سطح	---	---	---	---	---	---	---	---	سطح	---	---	---	---
میانه	۸۱/۵۰	۷۱	۸۹	۷۶/۵۰	۵۹	۵۰	۷۳/۵۰	۶۱/۵۰	تغییر میانه	۸۱/۵۰ به ۷۱	۸۹ به ۷۶/۵۰	۵۹ به ۵۰	۳/۵۰ به ۶۱/۵۰
میانگین	۸۱/۵۰	۷۰/۷۵	۸۸/۷۵	۷۷/۶۲	۵۹	۴۹/۶۲	۷۳/۷۵	۵۹	تغییر میانگین	۸۱/۵۰ به ۷۰/۷۵	۸۸/۷۵به ۷۷/۶۲	۵۹ به ۴۹/۶۲	۷۳/۷۵ به ۵۹
دامنه تغییرات	۸۲-۸۱	۸۱/۶۲	۸۹-۸۸	۸۵-۷۲	۵۹-۵۹	۵۷-۴۳	۷۳-۷۴	۵۰-۷۰	دامنه تغییرات	۸۲ به ۶۲	۸۹ به ۷۳	۵۹ به ۴۳	۷۴ به ۵۰
دامنه تغییرات محفظه ثبات، ۲۰ درصد از میانه هر موقعیت	باثبات	باثبات	باثبات	باثبات	باثبات	باثبات	باثبات	باثبات	تغییر ثبات	باثبات به باثبات	باثبات به باثبات	باثبات به باثبات	باثبات به باثبات
تغییر سطح	---	---	---	---	---	---	---	---	تغییر سطح	---	---	---	---
تغییر نسبی	۸۲-۸۱	-۷۳/۵۰ ۶۷	-۸۸/۵۰ ۸۹	-۸۰/۵۰ ۷۴/۵۰	۵۹-۵۹	-۵۲/۵۰ ۴۶	-۷۴ ۷۳/۵۰	۵۳ -۶۴	تغییر نسبی	۸۲ به ۷۳/۵۰	۸۹ به ۸۰/۵۰	۵۹ به ۵۲/۵۰	۷۳/۵۰ به ۶۴
تغییر مطلق	۸۲-۸۱	۶۲-۸۱	۸۹-۸۸	۷۳-۸۵	۵۹-۵۹	۴۳ -۵۷	۷۴-۷۴	۵۰ -۷۰	تغییر مطلق	۸۲ به ۸۱	۸۹ به ۸۵	۵۹ به ۴۳	۷۴ به ۷۰
روند	---	---	---	---	---	---	---	---	همپوشی داده‌ها	---	---	---	---
جهت	شیب صفر	نزولی	شیب صفر	نزولی	شیب صفر	نزولی	شیب صفر	نزولی	PND *	۸۷/۵۰٪	۱۰۰٪	۱۰۰٪	۱۰۰٪
ثبات	باثبات	باثبات	باثبات	باثبات	باثبات	باثبات	باثبات	باثبات	POD**	۱۲/۵۰٪	۰٪	۰٪	۰٪

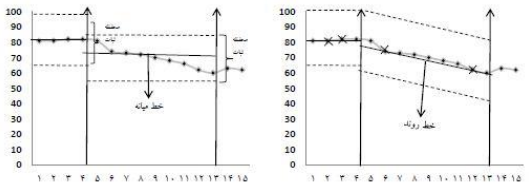
موقعیت A: نمرات احساس کهتری بدون مداخله درمانی؛ موقعیت B: تأثیر مداخله عروسک درمانی؛ *: درصد داده‌های غیرهمپوش؛ **: درصد داده‌های همپوش.

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-22]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1400.21.3.7.9]

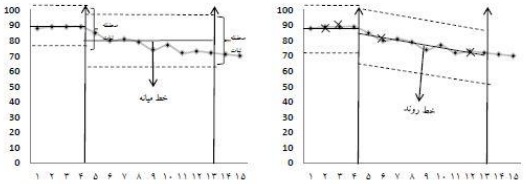
همان‌گونه که در جدول ۲ نشان داده شده است، میانگین نمره‌های احساس کهتری آزمودنی شماره ۱ از ۸۱/۵۰ در خط پایه به ۷۰/۷۵ در مداخله رسیده است که نشان‌دهنده بهبود عملکرد در آزمودنی موردنظر است؛ همچنین شاخص PND برای آزمودنی شماره ۱ نشان می‌دهد که میزان همپوشی بین نقاط خط پایه و مداخله با ۸۷/۵۰ درصد اطمینان مؤثر بوده است. برای آزمودنی شماره ۲ پس از آغاز مداخله در سطح نمره‌ها تغییراتی ایجاد شده است (براساس شاخص تغییر سطح) و به‌طور کلی میانگین نمره‌ها از ۸۸/۷۵ در خط پایه به ۷۷/۶۲ در مداخله رسیده است. همپوشی داده‌ها صفر بود؛ یعنی براساس شاخص PND درمان با ۱۰۰ درصد اطمینان اثربخش بوده است. میانگین نمره‌های آزمودنی شماره سه از ۵۹ در موقعیت خط پایه به ۴۹/۶۲ در موقعیت مداخله رسیده است که تغییری قابل قبول است؛ درصد همپوشی صفر بوده و همچنین براساس شاخص PND با ۱۰۰ درصد اطمینان می‌توان گفت که مداخله مؤثر بوده است. در آزمودنی شماره ۴ نمره‌های خط پایه نشان می‌دهد که پس از آغاز مداخله در سطح نمرات تغییراتی ایجاده شده است (براساس شاخص تغییر سطح) و به‌طور کلی میانگین نمره‌ها از ۷۳/۷۵ در خط پایه به ۵۹ در مداخله رسیده است. درصد همپوشی داده‌ها صفر بود؛ یعنی براساس شاخص PND درمان با ۱۰۰ درصد اطمینان اثربخش بوده است.

براساس تحلیل دیداری نمودار داده‌های آزمودنی‌ها، نمودار خط میانه و محفظه ثبات آنها به شرح زیر به دست آمد (نمودار ۱).



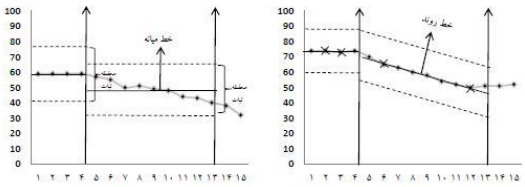
نمودار ۱ ترسیم خط میانه، خط روند و محفظه ثبات برای آزمودنی شماره ۱ در موقعیت خط پایه و مداخله و پیگیری

براساس نمودار ۱، آزمودنی شماره یک طی ۴ نقطه خط پایه روندی صعودی و ثابت در نمره‌های خود نشان داده است؛ با مداخله درمانی تغییراتی در سطح و روند (براساس شاخص تغییر سطح) نمره‌های ایجادشده و روند نمره‌ها از صعودی به نزولی تغییر یافته است که این نشان‌دهنده اثربخشی مداخله بوده است (نمودار ۱).



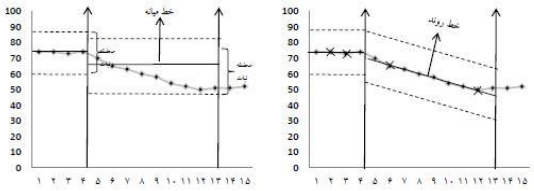
نمودار ۲ ترسیم خط میانه، خط روند و محفظه ثبات برای آزمودنی شماره ۲ در موقعیت خط پایه و مداخله و پیگیری

در مورد آزمودنی شماره دو نمره‌های خط پایه در نمودار ۲ نشان می‌دهد که در ۴ جلسه خط پایه، داده‌ها روندی ثابت و صعودی داشته است. اما بعد از مداخله نمره‌ها احساس کهتری روندی نزولی داشته که نشان‌دهنده اثربخشی درمان است (نمودار ۳).



نمودار ۳ ترسیم خط میانه، خط روند و محفظه ثبات برای آزمودنی شماره ۳ در موقعیت خط پایه و مداخله و پیگیری

در آزمودنی شماره سه در خط پایه، روندی ثابت در داده‌ها دیده می‌شود. در این آزمودنی نیز با مداخله تغییر و روند نزولی در نمره‌ها رخ داده است که نشان‌دهنده مداخله مؤثر است (نمودار ۴).



نمودار ۴ ترسیم خط میانه، خط روند و محفظه ثبات برای آزمودنی شماره ۴ در موقعیت خط پایه و مداخله و پیگیری

در مورد آزمودنی شماره چهار نمره‌های خط پایه در نمودار ۴ نشان می‌دهد که در ۴ جلسه خط پایه،

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-22]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1400.21.3.7.9]

داده‌ها روندی ثابت داشته است. اما بعد از مداخله نمره‌ها احساس کهتری روندی نزولی داشته که نشان‌دهنده اثربخشی درمان است.

بحث و نتیجه‌گیری

در این پژوهش تلاش شد تا تأثیر بازی‌درمانی عروسکی بر کاهش احساس کهتری دانش‌آموزان دارای لکنت‌زبان بررسی شود. در مجموع، یافته‌های حاصل از تحلیل نمودارهای ۴ آزمودنی نشان‌دهنده اثربخشی بازی‌درمانی عروسکی بر کاهش احساس کهتری دانش‌آموزان دارای لکنت‌زبان بود. به‌این‌ترتیب مقایسه و تحلیل نتایج این پژوهش با پژوهش‌های پیشین نیازمند ارتباط بین نتایج پژوهش‌های مرتبط با اثربخشی عروسک‌درمانی است، برای مثال ولچ (۲۰۰۴) در مطالعه خود دریافت که عروسک‌ها کمک می‌کنند کودکان دارای مشکل در موقعیت‌های زندگی برخورد مناسبی بروز دهند و هیجان مثبت بیشتری را تجربه کنند. اصغری نکاح، افروز، بازرگان و شکوهی یکتا (۱۳۹۰) نیز بر مؤثر بودن عروسک‌درمانی بر مهارت‌های ارتباطی کودکان در خودمانده اذعان داشتند.

کودکان دارای لکنت به دلیل دشواری در تولید گفتار دچار اضطراب می‌شوند و نمی‌توانند روابط اجتماعی خوبی برقرار کنند. دل‌مشغولی این کودکان به مشکل خود، وجود افکار منفی پیرامون بی‌ارزش و مسخره‌بودن خود، احساس ناراحتی از نحوه صحبت‌کردن و خجالت از دیگران، احساس کهتری را در آنها برمی‌انگیزد. این احساس نیز به‌تدریج باعث ایجاد زمینه آسیب‌های بیشتر در جنبه‌های مختلف روانی، اجتماعی و آموزشی آنها می‌شود. باید گفت که احساس کهتری یک باور عمیق و دائم در مورد پایین‌بودن توانایی‌های عقلانی و جسمانی است که منجر به کاهش ارزش‌ها و ناارزنده‌سازی می‌شود. کودکان در مداخله حاضر با استفاده از عروسک‌ها در قالب پروتکل ۱۰ جلسه‌ای که به روایت چگونگی غلبه عروسک بر احساس کهتری ناشی از خود را ناقص‌تر از دیگران دانستن و مورد تمسخر واقع‌شدن می‌پردازد، به حس موفق‌شدن در کارهای روزمره و پذیرش محدودیت‌ها بدون کاهش عزت‌نفس دست پیدا می‌کنند. این تغییر در پی قصه‌ها و روایت‌های عروسک‌های دارای نقص بود. در تبیین این پدیده می‌توان به دیدگاه هایلز (۲۰۰۲) در خصوص زبان اشاره کرد. درواقع، زبان وسیله‌ای است که مغز با استفاده از آن جهان درونی و برونی را می‌شناسد. با زبان می‌توان مفاهیم روان‌شناختی و فرهنگی را انتقال داد و تجربه‌های فرد را معنی و سازمان داد. از قرن پیش هم کانت (۱۸۴۰-۱۷۲۴) بر قابل تغییربودن ذهن تأکید کرد. او معتقد بود ذهن انسان تحت تأثیر وضعیت سبب‌شناختی، فضایی، زمانی و پدیده‌های تجربی است.

درواقع کودکان با اجرا و دیدن نمایش عروسکی و الگوبرداری از عروسک‌ها یاد گرفتند که چطور از خودارزیابی بهتری داشته باشند. علاوه بر این همسو با نتایج وتینگتون و همکاران (۲۰۰۸)، در این فرصتی که برای کودکان فراهم شد، آنها نگرانی‌ها، احساسات و ایده‌های خود را با درمانگر در میان گذاشتند که این سهولت در بیان نقاط ضعف باعث شد تا درمانگر بهتر بتواند به درمان آنها کمک کند. به‌علاوه تأثیر مثبت عروسک‌ها به نحوی است که کودک از تجربه آنها بهره می‌گیرد و احساس حمایت می‌کند. کودک با دیدن عروسک‌های دارای نقص که چگونه راه‌های صحیح مقابله با نگرانی را بلد هستند و خود را ارزشمند می‌دانند، یاد می‌گیرد چگونه افکار خودخوارکننده را اصلاح کند. درواقع روش جدیدی برای فکرکردن می‌آموزد. تمایل به مقایسه خود با دیگران، احساس بدبختی به خاطر کاستی‌ها و خودپنداره منفی کاهش پیدا می‌کند و در تیجه احساس کهتری کمتر می‌شود.

در تبیین احتمال دیگر، با پیروی از نظریه گفتگو براساس داستان‌ها، الگوی روایت درمانی را به وجود آوردند که هدف از این مداخله‌ها کمک به مراجعان

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-22]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1400.21.3.7.9]

برای برونی‌کردن یک مشکل توان‌فرسا است (وایت و اپستون، ۱۹۸۹). بازی‌درمانی با ایجاد محیطی امن در درجه اول باعث تخلیه هیجانی و بیان آزاد عواطف می‌شود. در واقع فرد با این بیان به اکتشاف افکار، نگرانی‌ها و احساساتی که در شرایط عادی بازداری کرده است، می‌پردازد. در این پژوهش عروسک‌درمانی محور اصلی مداخله‌درمانی بود. عروسک در فرایند بازی‌درمانی نقش اساسی برعهده دارد. اغلب کودکان احساسات خود را از راه عروسک‌ها منعکس می‌کنند. به این وسیله عروسک‌ها به کودکان اجازه می‌دهند تا خلأ ارتباطی موجود بین خود و دیگران را پر کنند. اغلب کودکان به‌طور طبیعی احساسات خود را از راه عروسک‌ها انعکاس می‌دهند؛ اما برخی از آنان نیز که منزوی‌ترند، در جنبه‌های مختلف درمان به‌طور طبیعی درگیر نمی‌شوند. بنابراین درمانگر با استفاده از عروسک به‌عنوان یک مرجع نمادین قادر خواهد بود کودک را درگیر برنامه درمانی کند (ماسترنگل، ۲۰۰۹). این برون‌ریزی عناصر عاطفی، رفتاری و شناختی فرد را تحت تأثیر قرار می‌دهد و در نهایت عزت‌نفس فرد را افزایش می‌دهد.

در مجموع با توجه به نتیجه به‌دست‌آمده از این پژوهش به‌نظر می‌رسد که بتوان از مزیت بازی‌درمانی عروسکی به‌عنوان یکی از مداخله های اثربخش در احساس کهتری افراد دارای نقص بهره برد. بنابراین پیشنهاد می‌شود که در مداخله‌های گفتاردرمانی افراد دارای لکنت، احساس کهتری آنها نیز بررسی شده و برای بهبود آن از مداخله‌های عروسک‌درمانی استفاده شود. این پژوهش نیز مانند هر پژوهشی دچار محدودیت‌هایی بود. محدودیت اصلی در دسترسی نداشتن به سوابق پژوهشی و نبود پروتکل‌های تأییدشده بازی‌درمانی عروسکی بود. به علاوه پژوهش حاضر به صورت تک‌آزمودنی است و تعداد حجم نمونه کم است. در اینجا پیشنهاد می‌شود تا در پژوهش‌های بعدی، عروسک‌درمانی گروهی بررسی شده و مشخص شود که تأثیر حضور در گروه با مشکلات مشابه همراه با عروسک‌درمانی چگونه فرایند احساس کهتری را تحت تأثیر قرار می‌دهد. همچنین پژوهش پیرامون جنبه‌های روانی کودکان دارای لکنت نیز در پژوهش‌ها بسیار کم است. با توجه به اثربخش بودن داستان‌های عروسکی پیشنهاد می‌شود این بسته مداخلاتی در اختیار مراکز توانبخشی و مشاوره با کودکان دارای احساس کهتری قرار گیرد.

پی‌نوشت‌ها

1. Feelings of inferiority
2. Inferiority scale
3. Weakness
4. Tiredness
5. Error
6. Criticism
7. Success
8. Compliment
9. Ratio validity content
10. Index validity content
11. Visual analysis
12. Trending
13. Stability
14. Percentage of Non-Overlapping Data (PND)
15. Percentage of Overlapping Data (POD)
16. Stability Envelope
17. Split-middle

منابع

آزادی‌منش پ.، حسین‌خانزاده، ع.، حکیم‌جوادی م.، وطن‌خواه م. (۱۳۹۵) «اثربخشی بازی‌درمانی عروسکی بر پرخاشگری کودکان مبتلا به اختلال بیش‌فعالی/ نارسایی توجه»، *مجله پزشکی ارومیه*، ۲۸(۲): ۸۳-۹۰.

اصغری نکاح س. م.، افروز غ.، بازرگان ع.، شکوهی‌یکتا م. (۱۳۹۰) «تأثیر مداخله‌ای بازی‌درمانی عروسکی بر مهارت‌های ارتباطی کودکان در خودمانده»، *مجله اصول بهداشت روانی*، (۱): ۴۲-۵۸.

جعفری ع. (۱۳۹۱) «تأثیر بازی‌درمانی با رویکرد شناختی ـ رفتاری مایکنبام بر کمرویی کودکان دبستانی»، *فصلنامه روان‌شناسی تربیتی*، ۳(۱): ۱۵-۳۰.

حسین‌خانزاده ع. (۱۳۹۶) «تأثیر بازی‌درمانی کودک‌محور بر احساس خودکارآمدپنداری در تعاملات بین‌فردی دانش‌آموزان مبتلا به نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای»، *سلامت روان کودک*، ۴(۳): ۴۹-۵۹.

حسینی‌نسب ا. (۱۳۸۷) *بررسی تأثیر کار با عروسک‌های نمایشی بر میزان مهارت‌های اجتماعی کودکان پیش دبستانی (۴-۶) شهر کرمان*. پایان‌نامه کارشناسی‌ارشد دانشگاه علامه طباطبایی.

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-22]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1400.21.3.7.9]

رنگانی ا.، همتی علمدارلو ق.، شجاعی س.، اصغری‌نکاح، س. م. (۱۳۹۴) «اثربخشی مداخله بازی‌درمانی عروسکی بر مهارت‌های اجتماعی دانش‌آموزان پسر با اختلال اتیسم»، فصلنامه افراد استثنایی، ۵ (۲۰): ۱-۳۳.

عبداللهی بقرآبادی ق. (۱۳۸۷) *بررسی تأثیر بازی‌درمانی با استفاده از ماسه بر کاهش پرخاشگری دانش‌آموزان پسر ناشنوا ۸ تا ۱۱ ساله شهر تهران*، پایان‌نامه کارشناسی‌ارشد دانشگاه علامه طباطبایی.

عزآبادی ز. (۱۳۹۸) *اثربخشی بازی‌درمانی شناختی رفتاری بر اضطراب اجتماعی و خودپنداره تحصیلی دانش‌آموزان مقطع ابتدایی دارای لکنت‌زبان*، پایان‌نامه کارشناسی‌ارشد دانشگاه اردکان.

قرائی ن.، فتح‌آبادی ج. (۱۳۹۲) «اثربخشی بازی‌درمانی عروسکی بر ارتقای مهارت‌های اجتماعی کودکان پیش‌دبستانی دچار نشانگان‌داون»، *فصلنامه روان‌شناسی کاربردی*، ۷(۲): ۲۵-۴۰.

هادی‌پور س.، اکبری ب. (۱۳۹۶) «اثربخشی بازی‌درمانی مبتنی بر شناختی رفتاری بر خودکارآمدی و احساس تنهایی در دانش‌آموزان ابتدایی دارای مشکلات یادگیری»، *مجله مطالعات ناتوانی*، ۷: ۱-۶.

Akdoğan, R. (2017). A model proposal on the relationships between loneliness, insecure attachment, and inferiority feelings. *Personality and Individual Differences*, *111*, 19-24.

Akdoğan, R., & Çimşir, E. (2019). Linking inferiority feelings to subjective happiness: Self-concealment and loneliness as serial mediators. *Personality and Individual Differences*, *149*, 14-20.

Ashby, J. S., & Kottman, T. (1996). Inferiority as a distinction between normal and neurotic perfectionism. *Individual Psychology*, *52*(3), 237.

Beilby, J. (2014). Psychosocial impact of living with a stuttering disorder: Knowing is not enough. In *Seminars in speech and language* (Vol. 35, No. 02, pp. 132-143). Thieme Medical Publishers.

Butler, S., Guterman, J. T., & Rudes, J. (2009). Using puppets with children in narrative therapy to externalize the problem. *Journal of Mental Health Counseling*, *31*(3).

Cantarella, A., Borella, E., Faggian, S., Navuzzi, A., De Beni, R. (2018). Using dolls for therapeutic purposes: A study on nursing home residents with severe dementia. *International Journal Geriatric Psychiatry*, 33(7):915-925.

Çelik, B., & Ergün, E. (2016). An integrated approach of Erikson's psychosocial theory and adlerian counseling. *The International Journal of Human and Behavioral Science*, *2*(1), 20-26.

Druker, K. C., Mazzucchelli, T. G., & Beilby, J. M. (2019). An evaluation of an integrated fluency and resilience program for early developmental stuttering disorders. *Journal of Communication Disorders*, *78*, 69-83.

Fagnani, C., Fibiger, S., Skytthe, A., & Hjelmborg, J. V. (2011). Heritability and environmental effects for self-reported periods with stuttering: a twin study from Denmark. *Logopedics Phoniatrics Vocology*, *36*(3), 114-120.

Frigerio-Domingues, C. E., Gkalitsiou, Z., Zezinka, A., Sainz, E., Gutierrez, J., Byrd, C., & Drayna, D. (2019). Genetic factors and therapy outcomes in persistent developmental stuttering. *Journal of Communication Disorders*, *80*,11-17.

Glazier, T. (1997). Play therapy for children in the emergency department. *Australian Emergency Nursing Journal*, *1*(2), 52-53.

Gold, K., Grothues, D., Jossberger, H., Gruber, H., & Melter, M. (2014). Parents' perceptions of play-therapeutic interventions to improve coping strategies of liver-transplanted children: A qualitative study. *International Journal of Play Therapy*, *23*(3), 146.

Hasper, J. (2013). Management of inferior feelings andaddictive behaviors. The Degree of Masters of Arts in Adlerian Counseling and Psychotherapy, 1-33.

Hiles, D. (2002). Narrative and heuristic approaches to transpersonal research and practices. Paper presented to CCPE, London

Kenchappanavar, R. N. (2012). Relationship between inferiority complex and frustration in adolescents. *IOSR Journal of Humanities and Social Science, (Online)*, *2*(2), 1-5.

Khodabakhshi-koolaee, A., Falsafinejad, M. R., & Rezaei, S. (2018). Effectiveness puppet play therapy on adaptive behavior and social skills in boy children with intellectual disability. *Caspian Journal of Pediatrics*, *4*(1), 271-277.

Koo, J., Thomas, E. (2019). Art Therapy for Children with Autism Spectrum Disorder in India. *Journal of the American Art Therapy Association*, 36(4), 209-214.

Kronfeld- Duenias, V., Amir, O., Ezrati-Vinacour, R., Civier, O., & Ben-Shachar, M. (2016). Dorsal and ventral language pathways in persistent developmental stuttering. *Cortex*, *81*, 79-92.

Landreth, G.L. (2012). Play Therapy: The Art Of The Relationship. New York: Routledge.

Lane, J. D., & Gast, D. L. (2014). Visual analysis in single case experimental design studies: Brief review and guidelines. *Neuropsychological Rehabilitation*, *24*(3-4), 445-463.

Lee, M. B. (2008). The five-item Brief-Symptom Rating Scale as a suicide ideation screening instrument for psychiatric inpatients and community residents. *BMC Psychiatry*, *8*(1), 53.

Lin, Y. W., & Bratton, S. C. (2015). A meta-analytic review of child-centered play therapy approaches. *Journal of Counseling & Development*, *93*(1), 45-58.

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-22]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1400.21.3.7.9]

Malhotra, B. (2019). Art Therapy with Puppet Making to Promote Emotional Empathy for an Adolescent with Autism. *Journal of the American Art Therapy Association*, *36 (4)*, 183-191.

Mastrangelo, S. (2009). Play and the child with autism spectrum disorder: From possibilities to practice. *International Journal of Play Therapy*, *18*(1), 13.

Pezeshkian, N. (1996). *Oriental stories as tools in psychotherapy*. New Delhi: Sterling Publishers Pvt. Ltd.

Pidgeon, K., Parson, J., Mora, L., Anderson, J., Stagnitti, K., & Mountain, V. (2015). Play therapy. *Psychotherapy and Counselling: Reflections on Practice*, 155-172.

Rautakoski, P., Hannus, T., Simberg, S., Sandnabba, N. K., & Santtila, P. (2012). Genetic and environmental effects on stuttering: a twin study from Finland. *Journal of Fluency Disorders*, *37*(3), 202-210.

Ray, D. C., Armstrong, S. A., Balkin, R. S., & Jayne, K. M. (2015). Child-centered play therapy in the schools: Review and meta-analysis. *Psychology in the Schools*, *52*(2), 107-123.

SHoaakazemi, M., Javid, M. M., Tazekand, F. E., Rad, Z. S., & Gholami, N. (2012). The effect of group play therapy on reduction of separation anxiety disorder in primitive school children. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, *69*, 95-103.

Singer, C. M., Walden, T. A., & Jones, R. M. (2019). Differences in the relation between temperament and vocabulary based on children's stuttering trajectories. *Journal of Communication Disorders*, *78*, 57-68.

Stulmaker, H. L., & Ray, D. C. (2015). Child-centered play therapy with young children who are anxious: A controlled trial. *Children and Youth Services Review*, *57*, 127-133.

Van Beijsterveldt, C. E. M., Felsenfeld, S., & Boomsma, D. I. (2010). Bivariate genetic analyses of stuttering and nonfluency in a large sample of 5-year-old twins. *Journal of Speech, Language, and Hearing Research*, 53, 609-619.

Weiner, M. F., & Mohl, P. C. (1996). *Comprehensive textbook of psychiatry* (6th ed). Baltimore: Williams & Williams.

Welch, J. (2004). *The playful healer. The newsletter of the Florida Association for Play Therapy*. 2004, V10, N4. [Cited 2004]. Available from: URL; http://www.floridaPlaytherapy.org 23. McLeod J. Qualitative research in counselling and psychotherapy. London: Sage; 2001: 102.

Wethington, H. R., Hahn, R. A., Fuqua-Whitley, D. S., Sipe, T. A., Crosby, A. E., Johnson, R. L., ... & Task Force on Community Preventive Services. (2008). The effectiveness of interventions to reduce psychological harm from traumatic events among children and adolescents: a systematic review. *American Journal of Preventive Medicine*, *35*(3), 287-313.

White, M. & Epston, D. (1989*). Literate Means to Therapeutic Ends*. Adelaide: Dulwich Centre Publications.

Yao, S. N., Cottraux, J., Martin, R., Mollard, E., Guerin, J., Hanauer, M. T., & Ladouceur, R. (1997). Inferiority, guilt and responsibility in OCD, social phobics and controls. *Psychotherapies Cognitive Compartmental, 3 (2)*, 210-211.

Yousefi, R., & Mazaheri, M. A. (2008). Inferiority Feeling in Social Phobia and Obsessive Compulsive Disorder Patients. *Quarterly Journal of Developmental Psychology*, *5*(17), 63-8.

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-22]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1400.21.3.7.9]