مقاله پژوهشی

تأثیر بازی درمانی با رویکرد شناختی رفتاری بر تنظیم هیجان و اضطراب و افسردگی کودکان دیابت نوع یک

مریم اکبری[1]*، بهناز دهقانی[2]، آمنه جعفری[3]، آمنه کاردر[4]

دریافت: ۱۳۹۵/۱۲/۲۲ پذیرش: ۱۳۹۶/۰۲/۲۴

چکیده

پیش‌زمینه و هدف: بازی درمانی تأثیری مثبت بر تنظیم‌شناختی هیجان، کاهش اضطراب و افسردگی کودکان دارد. مطالعه حاضر با هدف بررسی تأثیر بازی درمانی با رویکرد شناختی رفتاری بر تنظیم هیجان و اضطراب و افسردگی کودکان دیابت نوع یک انجام شده است.

مواد و روش کار: این مطالعه از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون- پس‌آزمون با دو گروه آزمایشی و گواه است. جامعه آماری مطالعه حاضر، کلیه کودکان دیابتی نوع یک ۹ تا ۱۱ سال شهرستان ساری سال ۹۶-۹۵ می‌باشد. از بین جامعه آماری، ۱۸ در مرحله پیش‌آزمون به تعداد ۱۸ نفر پرسشنامه تنظیم‌شناختی هیجان گرانفسکی و پرسشنامه اضطراب بک (BID) و پرسشنامه افسردگی بک) داده شد تا تکمیل نمایند، پس از جمع‌آوری پرسشنامه‌ها از بین کسانی که در پرسشنامه تنظیم‌شناختی هیجان نمره بالا و اضطراب و افسردگی نمره پایین کسب کرده‌اند، به‌طور تصادفی به دو گروه آزمایشی و گواه (هر کدام ۹ نفر) قرار گرفتند. سپس برای کودکان دیابتی گروه آزمایشی به مدت دو ماه، هشت جلسه آموزش بازی درمانی مبتنی بر شناختی رفتاری برگزار شد. اما به گروه گواه، آموزش خاصی داده نشد. سرانجام در پایان آموزش، دو گروه در یک جلسه به پس‌آزمون پرسشنامه تنظیم‌شناختی هیجان گرانفسکی و پرسشنامه اضطراب بک (BID) و پرسشنامه افسردگی بک پاسخ دادند. داده ها با استفاده از روش آماری کوواریانس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها: نتایج نشان دادند، بازی درمانی به شیوه شناختی- رفتاری موجب افزایش تنظیم‌شناختی هیجان و کاهش اضطراب و افسردگی کودکان مبتلا به دیابت نوع یک شده است.

بحث و نتیجه‌گیری: مطابق با یافته‌های این پژوهش بازی درمانی مبتنی بر رویکرد شناختی رفتاری تأثیر مثبت بر کاهش اضطراب و افسردگی در کودکان دارد. همچنین، بازی درمانی با رویکرد شناختی رفتاری راهبرد مفیدی برای کاهش اضطراب و افسردگی در کودکان و نوجوانان می‌باشد.

کلیدواژه‌ها: اضطراب، افسردگی، بازی درمانی، تنظیم هیجانی، شناختی رفتاری

مجله ایده‌های نوین روانشناسی، دوره اول، شماره دوم، ص ۵۴-۴۵، بهار ۱۳۹۶

آدرس مکاتبه: ساری، دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساری، دانشکده روانشناسی، تلفن: ۰۹۱۱۳۵۳۴۱۵۰

Email: Akbarishila1352@yahoo.com

مقدمه

کودکان قشر عمده‌ای از جمعیت جهان را تشکیل می‌دهند، به‌طوری‌که در کشورهای در حال توسعه، سهم این قشر از کل جمعیت تقریباً به ۵۰ درصد می‌رسد (۱). در هر جامعه سلامت کودکان و نوجوانان اهمیت ویژه‌ای دارد و توجه به بهداشت روانی آنان کمک می‌کند تا از نظر روانی و جسمی سالم بوده و نقش اجتماعی خود را بهتر ایفا کنند. توجه به رشد جسمی، هیجانی، روانی و رفتاری آنان همواره از سوی اندیشمندان و پژوهشگران مورد تأکید بوده است، به گونه‌ای که در ۲۵ سال اخیر مسایل و مشکلات رفتاری، اجتماعی و هیجانی کودکان به‌عنوان یکی از موضوع‌های عمده و اصلی روان‌پزشکی

[1] دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشکده روانشناسی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران (نویسنده مسئول)

[2] دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی و مشاور آموزش و پرورش، دانشکده روانشناسی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ساری، ایران

[3] دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشکده روانشناسی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ساری، ایران

[4] دانشجوی کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشکده روانشناسی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ساری، ایران

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-19]

و روانشناسی مطرح بوده است (۲). اضطراب عبارت است از یک احساس منتشر، ناخوشایند و مبهم هراس و دلواپسی با منشأ ناشناخته که فرد تجربه می‌کند و آن شامل عدم اطمینان، درماندگی و برانگیختگی فیزیولوژیکی است. اضطراب دارای هیجان منفی است و یک احساس نگرانی در مورد خطری که احتمال بروز دارد، در بر می‌گیرد. نشانه‌های اضطراب در کودکان و بزرگسالان تقریباً مشابه است، اما تظاهرات آن در سنین گوناگون متفاوت می‌باشد. اختلالات اضطرابی جزء شایع‌ترین اختلالات رایج در کودکان می‌باشد که منجر به اختلال در عملکرد تحصیلی، سازگاری اجتماعی، زندگی خانوادگی و روابط با همسالان می‌گردد. از طرفی اختلال افسردگی نیز یکی از رایج‌ترین مشکلات دوران کودکی است (۳). اختلال افسردگی به‌عنوان یک مسأله روانی که در آن شخص به گونه پایدار ناراحتی عمیق و مداوم و علاقه کاسته شده‌ای را در تمام فعالیت‌ها برای دوره‌ای حداقل دو هفته‌ای تجربه می‌کند، تعریف شده است (۴). اختلال افسردگی کودکی به گونه منفی عملکرد شخصی و خانوادگی به هنجار کودک را تحت تأثیر قرار می‌دهد و اغلب تا بزرگسالی به صورت متناوب ادامه می‌یابد. در سال‌های اخیر وجود افسردگی و اضطراب در کودکان و نوجوانان نه تنها محرز دانسته شده است، بلکه نظر بر این است که افسردگی و اضطراب در کودکی می‌تواند مشکلات جدی برای سلامت عمومی ایجاد کند. به گونه‌ای که پژوهش‌ها نشان داده است که شناسایی افسردگی‌ها و اضطراب‌های کودکی و نوجوانی می‌تواند احتمال بیماری‌های روانی دیگر، ناراحتی‌های شدید، رفتارهای ناسازگارانه و حتی مرگ‌ومیر کودکان و نوجوانان را کاهش می‌دهد. برخی کودکان نشانه‌های کلاسیک اضطراب و افسردگی شامل غمگینی، بی‌قراری را نشان می‌دهند. در حالی‌که در بعضی از کودکان مضطرب و افسرده مشکلات و دردهای جسمانی نشان داده می‌شود که به دردهای متداول پاسخ نمی دهند. تشخیص افسردگی و اضطراب در کودکان به مصاحبه و نوع ابزارهای سنجش نیز بستگی دارد (۵). تنظیم شناختی-هیجانی راهبردهایی است که افراد در شرایط پریشانی به کار می‌برند تا هیجان‌های خود را کنترل کنند. هنگامی که فرد با یک موقعیت روبرو می‌شود احساس خوب و خوش‌بینی، به تنهایی برای کنترل هیجان‌های وی کافی نیست، او نیاز دارد که در این لحظات بهترین کارکرد شناختی را نیز داشته باشد. نظریه‌های جدید در قلمرو هیجان، بر نقش مثبت و انطباقی هیجان تأکید دارد. طبق این نظریه‌ها هیجان می‌تواند نقش سازنده‌ای در حل مسئله و پردازش اطلاعات، فرآیند تصمیم‌گیری داشته باشد. با این همه نباید فراموش کرد که هیجان همواره سودمند نیست و بیشتر اوقات باید آن‌ها را تنظیم و مدیریت کرد. تحقیقات نشان داده‌اند که توانمندی افراد در تنظیم شناختی-هیجانی می‌تواند نقش مهمی را در سازگاری فرد با وقایع استرس‌زای زندگی بازی کند. رابطه روشنی بین تجربه حوادث منفی، راهبردهای تنظیم هیجان و مشکلات هیجانی وجود دارد. نتایج پژوهش‌ها نشان داد که استفاده از برخی راهبردهای تنظیم‌شناختی هیجان، روی تجربه هر فرد از حوادث منفی زندگی تأثیر می‌گذارد که یکی از این راهبردها بازی درمانی است (۶). کودکانی که افسرده هستند ممکن است به‌عنوان افسرده برچسب نخورند، زیرا افسردگی آن‌ها ذهنی و یک واکنش شخصی است. در سبب‌شناسی اختلال افسردگی کودکی، به سابقه خانوادگی، عوامل زیستی، عوامل اجتماعی و شیوه فرزندپروری اشاره گردیده است. در این جامعه، نقش عوامل خانوادگی و اجتماعی دارای بیشترین تأثیر می‌باشد (۷). شیوع اختلال افسردگی در دوره‌های تحول دو درصد کودکان ۴ تا ۱۶ سالگی تخمین زده شده است. مقدار شیوع افسردگی در آمریکا در کودکان ۰/۴ تا ۲/۵ درصد و مقدار شیوع آن در طی عمر برای نوجوان سنین ۱۵ تا ۱۸ سال ۱۴ درصد تخمین زده شد. در مقدار افسردگی بین پسران و دختران در سنین کودکی تفاوت قابل ملاحظه‌ای مشاهده نگردیده است (۸). قابل ذکر این‌که هر چقدر سن افسردگی پایین‌تر باشد، پیش آگهی ضعیف‌تر است (۹). بازی درمان‌گری یک روش کاملاً شناخته شده در محیط روانشناسی کودک است اما تا چندی پیش این شیوه از پشتوانه تجربی اندکی برخوردار بود. تلاش برای اثبات، بازی درمانگری هفت دهه قدمت دارد. در دهه ۱۹۴۰، اکسلاین نخستین بار به‌طور جدی کوشید اعتبار این روش مداخله را از طریق بررسی دقیق سوابق مراجعانش نشان دهد. اما تلاش‌های وی به دلیل عدم استفاده از روش‌های آماری متناسب، به نتیجه قابل قبولی منتهی نشد. پس از آن نیز پژوهش‌های متعددی در این عرصه انجام شدند. اما حجم پایین نمونه‌ها و عدم کنترل دقیق شرایط پژوهش، تعمیم‌پذیری نتایج را با محدودیت روبرو می‌ساخت. در سال‌های اخیر، در پرتو جنبش شناسایی درمانگری‌های مبتنی بر شواهد، پژوهش در زمینه درمانگری به‌طور چشمگیری افزایش یافته است و پژوهشگران کوشیده‌اند بازی درمانگری را به‌عنوان یک روش درمانگری مؤثر در درمان طیف وسیعی از مشکلات و اختلال‌های دوران کودکی، در فهرست مؤثرترین و پرکاربردترین روش‌های درمانی قرار دهند (۱۰). بازی درمانگری یکی از شاخص‌ترین و پرکاربردترین روش‌ها است که روانشناسان و پژوهشگران متعددی طی چندین دهه از این روش برای درمان طیف وسیعی از اختلال‌ها و مشکلات بهره جسته‌اند و اثربخشی آن را به اثبات رسانیده‌اند (۶).

بازی درمانی روشی است که به وسیله آن، ابزارهای طبیعی بیان حالت کودک، یعنی بازی، به‌عنوان روش درمانی وی به کار گرفته می‌شوند تا به کودک، کمک کند تا فشارهای احساسی خویش را تحت کنترل قرار دهد. همچنین این روش در مورد کودکان سه تا هشت ساله به کار می‌رود که مشکلات خانوادگی (مانند طلاق والدین) دارند، ناخن می‌جوند، دچار شب ادراری‌اند، اختلال رفتاری دارند، بیش‌فعال‌اند، در روابط گروهی موفق نیستند، اضطراب دارند و دارای افسردگی در دوران کودکی هستند. این

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-19]

نوع درمان درمورد تعلیم و تربیت کودکان از جایگاه ویژه‌ای برخوردار است. بازی درمانی نوعی تعامل کمکی بین کودک و بزرگسال آموزش دیده است که از طریق ارتباط نمادین در بازی، در جستجوی راه‌هایی برای کاهش آشفتگی‌های هیجانی کودک است؛ به‌طوری‌که کودک در طی تعاملات بین فردی با درمانگر، پذیرش، تخلیه هیجانی، کاهش اثرهای رنج‌آور، جهت‌دهی مجدد تکانه‌ها و تجربه هیجانی تصحیح شده را تجربه می‌کند (۱۱). درمان‌های غیرداروییِ همچون روان درمانی و مشاورهٔ کودکان، با استفاده از شیوه‌های بازی درمانی، برای درصد قابل ملاحظه‌ای از کودکان، نتیجه بخش بوده است. هرگاه زبان کلامی برای ابراز افکار و احساسات کودکان کفایت نکند، درمانگران از بازی درمانی برای کمک به کودکان، برای ابراز آنچه آن‌ها را ناراحت کرده است، استفاده می‌کنند (۱۲). بازی افکار درونی کودک با دنیای خارجی او را ارتباط می‌دهد و باعث می‌شود که کودک بتواند اشیای خارجی را تحت کنترل خود درآورد. بازی به کودک اجازه می‌دهد تا تجربیات، افکار، احساسات و تمایلاتی را که برای او تهدیدکننده هستند نشان دهد (۱۳). بازی یک روش صحیح و درست برای درمان کودک است، زیرا کودکان اغلب در بیان شفاهی احساساتشان با مشکل روبرو هستند. از طریق بازی کودکان می‌توانند موانع را کاهش دهند و احساساتشان را بهتر نشان دهند (۱۴). بازی درمانی به‌عنوان ارتباط بین فردی پویا بین کودک و درمانگر آموزش دیده در فرآیند بازی درمانی توصیف می‌شود که رشد یک ارتباط امن را برای کودک تسهیل می‌کند تا کودک به‌طور کامل خود را بیان کند (۱۵). از این طریق کودک می‌تواند مهارت‌های کنترل خود را بهتر فراگیرد و کسب کند (۱۶).

بازی درمانی پیوند طبیعی دو درمان مؤثر است. این رویکرد درمانی برای کودکان فرآیند روان اجتماعی برای رشد و یادگیری در مورد خودشان و دیگران فراهم می‌آورد. ترکیب بازی درمانی و گروه درمانی، یک فرآیند روانشناختی و اجتماعی است که در آن کودکان از طریق ارتباط با یکدیگر در اتاق بازی چیزهایی را در مورد خودشان یاد می‌گیرند. بازی درمانی گروهی برای درمانگر فرصتی را فراهم می‌کند که به کودکان کمک کنند تا یاد بگیرند که تعارضات را حل نمایند (۱۷). اهداف کلی از مداخله بازی درمانی کودکان محور، کمک به مشارکت یادگیری، خودکنترلی، مسئولیت ابراز احساسات، احترام گذاشتن، پذیرفتن خود و دیگران و بهبود رفتارهایی چون مهارت‌های اجتماعی، عزت نفس و کاهش افسردگی است (۱۸). روان‌درمانی و دارودرمانی برای کودکان دارای اختلال‌های عاطفی مفید تشخیص داده شده است. هرچند شواهد نشان می‌دهند که روان درمانی برای اغلب کودکان اختلال عاطفی مقدم بر دارو درمانی است (۱۹). با این حال مجموعه‌ای از درمان‌های روانشناختی شامل درمان حمایتی، درمان‌های بینش‌مدار، بازی درمانی، رفتار درمانی، خانواده درمانی و حتی روان درمانی والدین و آموزش‌های بهداشتی مانند پیشگیری از فشار روانی زیاد به کودکان به دلیل ضعف عملکرد یادگیری یا تنزل به کلاس پایین‌تر یا انتقال از یک مدرسه به مدرسهٔ دیگر سودمند شناخته شده است (۲۰). با وجود این، اخیراً درمان‌های شناختی رفتاری، درمان انتخابی برای اختلال‌های عاطفی (افسردگی و اضطراب) کودکان و نوجوانان تلقی می‌شوند (۲۱). که از جمله روش‌های مؤثر بازی درمانی، روش شناختی-رفتاری است. بازی درمانگران شناختی-رفتاری همواره سعی می‌کنند از طریق تسهیل کسب مهارت‌های رفتاری جدید و فراهم آوردن تجاربی که تغییر شناختی را تسهیل کند، به کودک و نوجوان کمک کنند. بدین ترتیب، روند درمان با سنجش دقیق عواملی شروع می‌شود که مشکل ترس و عاطفی و رفتاری کودک را ایجاد می‌کند، سپس روش‌هایی ارایه می‌شود که به‌منظور افزایش توانایی رفتاری طراحی شده‌اند و نیز فنونی که برای تصحیح شناخت‌های اشتباه یا ناسازگارانه به کارمی روند (۲۲).

بازی درمانی شناختی-رفتاری، در حین عبور کودک از مراحل متعدد درمانی (مرحلهٔ آغازین- مرحلهٔ ارزیابی، مرحلهٔ میانی و مرحلهٔ پایانی) انجام می‌گیرد. بعد از آمادگی، برای بازی درمانی شناختی رفتاری مرحله ارزیابی آغاز می‌شود؛ درمانگر، در مرحلهٔ میانی، نقشهٔ درمان را طراحی می‌کند و درمان، روی افزایش خودکنترلی کودک، حس پیشرفت و یادگیری پاسخ‌های سازگارانه‌تر برای رویارویی با موقعیت‌های خاص، متمرکز می‌شود. تعمیم و پیشگیری از عود و بازگشت در مرحلهٔ میانی، به کار گرفته می‌شود تا کودک مهارت‌های جدیدی در مورد زمینه‌های گوناگون بیاموزد؛ در مرحلهٔ پایانی، کودک و خانواده‌اش برای خاتمهٔ درمان آماده می‌شوند (۲۳).

در بازی درمانی شناختی-رفتاری مداخله‌های متعدد رفتاری و شناختی به کار گرفته می‌شود. از جمله این مداخله‌های رفتاری می‌توان از حساسیت‌زدایی منظم، تصویرسازی ذهنی برانگیزاننده، مدیریت وابستگی تقویت مثبت، شکل‌دهی، خاموش‌سازی و الگوسازی نام برد. از طرفی روش‌های شناخت رفتاری که به‌طور معمول در بازی درمانی شناختی-رفتاری که به‌طور معمول در بازی درمانی شناختی-رفتاری استفاده می‌شوند با تغییر رفتار و روش‌های شناختی با تغییر افکار، سروکار دارند. چون این گونه تصور می‌شود که شناخت‌های ناسازگارانه، باعث رفتار همراه با ترس و اضطراب می‌شوند، فرض بر این است که تغییر در تفکر، تغییر در رفتار را به همراه دارد. درمانگر به کودک کمک می‌کند تا شناخت‌های خود را شناسایی و اصلاح کند و یا آن‌ها را بسازد، او علاوه بر کمک کردن به کودک در شناسایی تحریف‌های شناختی خود، به او یاد می‌دهد که این تفکر ناسازگارانه را با تفکر سازگارانه تعویض کند (۲۴).

بازی درمانی شناختی-رفتاری با کودکان به‌طور خاص، برای کودکان سن پیش از مدرسه و کودکان سنین آغاز مدرسه طراحی می‌شود و با تأکید بر مشارکت کودک در درمان و از طریق مورد توجه قرار دادن در قبال تغییر رفتار شخصی خویش، ایجاد می‌شود در این روش همچون درمان‌های شناختی- رفتاری با بزرگسالان، اعتقاد بر آن است که رفتار

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-19]

انطباقی حاصل تعامل بین افکار، احساسات و رفتار فرد است (۲۵).

در مطالعه مورد نظر با هدف بررسی تأثیر بازی درمانی با رویکرد شناختی رفتاری بر تنظیم هیجان و اضطراب و افسردگی کودکان دیابت نوع یک انجام خواهد شد. در سایه دستیابی به این هدف، مطالعه حاضر به سه فرضیه خواهد پرداخت: ۱- بازی درمانی به شیوه شناختی-رفتاری بر تنظیم‌شناختی هیجان کودکان مبتلا به دیابت نوع یک مؤثر است، ۲- بازی درمانی به شیوه شناختی- رفتاری بر کاهش اضطراب کودکان مبتلا به دیابت نوع یک مؤثر است، ۳- بازی درمانی به شیوه شناختی-رفتاری بر کاهش افسردگی کودکان مبتلا به دیابت نوع یک مؤثر است.

مواد و روش کار

پژوهش موردنظر یک پژوهش آزمایشی از نوع پژوهش‌های مداخله‌ای و طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون است با دو گروه آزمودنی است. که هر دو گروه دوبار مورد ارزیابی قرار گرفتند. جامعه آماری مطالعه عبارت از کلیه کودکان دیابتی نوع یک ۹ تا ۱۱ سال شهرستان ساری سال ۱۳۹۶-۱۳۹۵می‌باشد. برای تعیین نمونه آماری پس از هماهنگی با انجکن دیابت جهت انجام تحقیق و گرفتن معرفی‌نامه برای مراکز درمانی به‌صورت غیرتصادفی (هدفمند) از بین کودکان دیابتی نوع یک انتخاب می‌شوند. در مرحله پیش‌آزمون به تعداد ۱۸ نفر پرسشنامه تنظیم‌شناختی هیجان گرانفسکی و پرسشنامه اضطراب بک (BID) و پرسشنامه افسردگی بک[1] (۲۶) داده شد تا تکمیل نمایند، پس از جمع‌آوری پرسشنامه‌ها از بین کسانی که در پرسشنامه تنظیم‌شناختی هیجان نمره بالا و اضطراب و افسردگی نمره پایین کسب کرده‌اند، این تعداد ۱۸ نفر به صورت تصادفی به دو گروه برابر آزمایش و گواه (هر کدام ۹ نفر) تقسیم شدند، سپس برای کودکان دیابتی گروه آزمایش به مدت دو ماه، هشت جلسه آموزش بازی درمانی مبتنی بر CBT برگزار شد. اما به گروه گواه، آموزش خاصی داده نشد. سرانجام در پایان آموزش، دو گروه در یک جلسه به پس‌آزمون پرسشنامه تنظیم‌شناختی هیجان گرانفسکی و پرسشنامه اضطراب بک (BID) و پرسشنامه افسردگی بک پاسخ دادند.

ابزارهای پژوهش

پرسشنامه تنظیم‌شناختی هیجان گرانفسکی[2]: پرسشنامه تنظیم‌شناختی هیجان توسط گرانفسکی، کرایج و اسپینهاون[3] (۲۷) تدوین شده است، این پرسشنامه، پرسشنامه‌ای چندبعدی و یک ابزار خود گزارشی است که دارای ۳۶ ماده است و دارای فرم ویژه بزرگسالان و کودکان می‌باشد. این پرسشنامه شامل ۳۶ پرسش مدرج پنج نمره‌ای (از همیشه یا هرگز) می‌باشد فرم فارسی این مقیاس به وسیله سامانی و جوکار (۲۸) مورد اعتباریابی قرار گرفته است. در این پرسشنامه از فرد خواسته می‌شود تا واکنش خود را در مواجه با تجارب تهدیدآمیز و رویدادهای استرس‌زای زندگی که به تازگی تجربه کرده‌اند را به وسیله پاسخ به ۵ تا پرسش که تا استراتژی برای کنترل و تنظیم هیجان را ارزیابی می‌کند مشخص نماید این پرسشنامه دارای فرم ویژه بزرگان و فرم ویژه کودکان می‌باشد.

مقیاس اضطراب کودکان اسپنس- نسخه کودک[4]: این مقیاس دارای ۴۵ سؤال می‌باشد این مقیاس توسط موسوی، مرادی، فرزاد، مهدوی و اسپنس (۲۹) به فارسی برگردان شده است. شیوه نمره‌گذاری به‌صورت خیلی کم، کم، تا حدودی، زیاد و خیلی زیاد می‌باشد. این پرسشنامه از اعتبار روایی بالایی برخوردار است. ضریب همسانی درونی آن (ضریب آلفا) ۰/۹۲، اعتبار آن با روش بازآزمایی به فاصله یک هفته ۰/۷۵ و همبستگی ماده‌های آن از ۰/۳۰ تا ۰/۷۶متغیر است. ۵ پنج نوع روایی محتوا، همزمان، سازه، تشخیصی و عاملی برای این آزمون سنجیده شده است که همگی نشان‌دهنده کارایی بالای این ابزار در اندازه‌گیری شدت اضطراب می‌باشد.

پرسشنامه افسردگی کودکان ماریا کواس[5]: CDI یک ابزار خود گزارشی ۲۷ آیتمی است که جهت ارزیابی نشانه‌های افسردگی در کودکان و نوجوانان استفاده می‌شود. آیتم‌های این پرسشنامه که از پرسشنامه افسردگی بک (۲۶) برگرفته شده است هر نشانه‌ای را که می‌تواند مختص افسردگی دوره کودکی باشد ارزیابی می‌کند: به‌عنوان مثال خلق پایین، خود ارزیابی ضعیف، و مشکلات بین فردی. CDI شامل ۵ خرده مقیاس می‌باشد که عبارت‌اند از: خلق منفی، مشکلات بین فردی، احساس بیهودگی، فقدان احساس لذت و عزت نفس پایین. CDI با سایر پرسشنامه‌های مرتبط با افسردگی دوره کودکی و نوجوانی از جمله مقیاس افسردگی نوجوانان رینولدز همبستگی دارد. شماری از پژوهش‌ها نشان دادند که نمره کودکان افسرده به‌طور معناداری بالاتر از کودکان غیرافسرده در گروه کنترل می‌باشد. برخی شواهد نیز نشان دادند که این ابزار با وجود این‌که بیشترین کاربرد آن بررسی افسردگی در مطالعات همه گیرشناسی می‌باشد، به تغییرات نیز حساس است. نسخه ۱۰ آیتمی CDI نیز جهت بررسی وجود یا عدم وجود افسردگی در کودکان تهیه شده است. آیتم‌ها بر اساس طبقه‌بندی صفر (عدم وجود نشانه) تا ۲ (وجود نشانه‌های مشخص) نمره‌گذاری می‌کنند. نمره کلی (با دامنه صفر تا ۵۴ که هر چه نمره فرد بیشتر باشد شدت افسردگی فرد نیز بیشتر خواهد بود) با جمع نمرات همه آیتم‌ها به‌دست می‌آید (۳۰، ۳۱).

مشخصات روانسنجی: مطالعات نشان‌دهنده مشخصات روان‌سنجی خوب برای CDI است. همسانی درونی بر اساس آلفای کرونباخ ۰/۸۶ است. اعتبار همزمان و افتراقی نیز مناسب گزارش شده است. داده‌هایی

[1] Beck
[2] Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ)
[3] Garnefski, Kraaij, & Spinhoven
[4] Spence Children's Anxiety Scale (SCAS)
[5] Child Depression Inventory (CDI)

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-19]

راجع به هنجارهای سن و جنس موجود است. برای مثال، فینچ و همکاران اجرای گروهی CDI را برای آزمودن تقریباً ۱۵۰۰ کودک دبستانی هفت تا شانزده ساله مورد استفاده قرار دادند. تفاوت‌های سنی و جنسی اندک، اما مهمی آشکار شد: کودکان بسیار خردسال نسبت به کودکان بزرگتر افسردگی کمتری نشان دادند و دختران، به خصوص در گروه‌های سنی پایین‌تر، افسردگی کمتری ابراز کردند (۳۲). هر سؤال در این پرسشنامه دارای سه جمله است که آزمودنی با توجه به احساسات و افکار خود در طول دو هفته گذشته یکی از جملات را انتخاب و ضربدر می‌زند. جدول شماره (۱) هدف و محتوای جلسه‌های بازی درمانی مبتنی بر CBT را نشان می‌دهد.

یافته‌ها

مطالعه حاضر با بررسی تأثیر بازی درمانی با رویکرد شناختی رفتاری بر اضطراب و افسردگی در کودکان و نوجوانان صورت گرفته است. جدول شماره (۲) میانگین و انحراف معیار نمرات دو گروه در متغیرهای پژوهش در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون را نشان می‌دهد.

جدول (۱): هدف و محتوای جلسه‌های بازی درمانی مبتنی بر CBT

جلسات	هدف	محتوا
جلسه اول	آشنایی اعضای گروه با یکدیگر و پژوهشگر	-آشنایی اعضا با هدف‌ها و قوانین گروه و تشریح فعالیت‌های هر جلسه
جلسه دوم	استفاده از حواس بساوایی و یکپارچه کردن حواس، تشویق اعضا به بیان نظرهای خود گروه	-انجام فعالیت‌هایی تظیر پریدن، تکه تکه کردن، چنگ‌زدن به گل‌رس و بیان احساس‌های خود در هنگام انجام فعالیت‌ها -حفظ شعرهای حروف الفبا
جلسه سوم	استفاده از حواس بساوایی و یکپارچه کردن حواس، تعامل اعضا با یکدیگر، کمک اعضا برای رسیدن به بینش و آگاهی از جانب دیگران، قادر ساختن کودک برای فرافکنی احساساتش به اشکال ساخته شده	-ساختن مجسمه هایی از گل‌رس که نشان‌دهنده احساس‌های کودک است -توضیح احساس ها توسط اعضای گروه -حفظ شعر های کتاب خوانداری
جلسه چهارم	استفاده از حواس بساوایی و یکپارچه کردن حواس، کمک به کودک برای شرح داستانش و مشارکت در آن با استفاده از اشکال ساخته شده	-ساختن مجسمه هایی از گل رس که بیانگر احساس‌های کودک باشد -بیان داستان در مورد مجسمه ها ی ساخته شده توسط هریک از اعضا -خواندن شعر کتاب به صورت دسته جمعی
جلسه پنجم	شناخت احساس‌های خود و نیز آگاهی از احساس‌های دیگران	-چیدن مجسمه‌ها در کنار یکدیگر به تشخیص اعضای گروه -بحث در مورد چگونگی وضعیت قرار گرفتن هر مجسمه -حفظ کردن متن نمایشنامه برای جلسه بعدی
جلسه ششم	استفاده از بازی تخیلی به‌منظور ترغیب اعضا برای گفتگو با یکدیگر، ایجاد فرافکنی احساس، افکار، آرزوها و توانمندی‌ها در قالب شخصیت‌ها خیالی (حیوانی)	-انتخاب حیوان مورد نظرهریک از اعضای گروه -بحث در مورد افکار، علایق، نیازها و فعالیت های حیوان مورد نظر هریک از اعضا -مشخص کردن نقش حیوانات برای اجرای نمایش
جلسه هفتم	هدف‌های جلسه ششم	-تنظیم داستان و بحث در مورد آن توسط اعضای گروه و پژوهشگر
جلسه هشتم	فرافکنی احساس‌ها، نیازها و آرزوهای کودک در شکل شخصیت‌های نمایش (عروسک‌های دستی حیوانی)، آشنایی با قطب‌های متضاد شخصیت (ضعیف یا سلطه‌پذیر، قوی یا سلطه گر)،ارزیابی پیامد رفتارهای شخصیت‌ها که سبب بینش کودک از کنش خود می شود،، بهبود مهارت‌های حل مساله و تصمیم‌گیری، قوی شدن از طریق نمایش جسمانی. در این جا هیجان‌های غیرقابل‌پذیری می‌توانند بدون احساس ترس از مورد سرزنش قرار گرفتن بیان شوند	-انتخاب نمایش در مورد کلاس درس -انتخاب شخصیت‌های نمایش (سلطه‌پذیر یا ترسوو سلطه‌گر یا قوی) -تکرار کلمه‌ها یا رفتارهای هریک از شخصیت‌های نمایش توسط کودک نمایش‌دهنده -بحث در مورد آهنگ و حالت‌های هریک از شخصیت‌ها توسط اعضای گروه و پژوهشگر -بحث و گفتگو در مورد کنش هر یک از شخصیت‌های نمایش و نیز پیامد آن توسط اعضای گروه و پژوهشگر

جدول (۲): میانگین و انحراف معیار نمرات دو گروه در متغیرهای پژوهش در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون

متغیر	گروه	پیش آزمون		پس آزمون	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
تنظیم‌شناختی هیجان	گواه	۳/۱۲	۰/۳۵	۳/۱۴	۰/۳۴
	آزمایش	۳/۱۶	۰/۳۱	۳/۵۱	۰/۲۷
اضطراب	گواه	۳/۶۷	۰/۱۵	۳/۶۷	۰/۱۶
	آزمایش	۳/۶۳	۰/۱۵	۳/۳۲	۰/۲۱
افسردگی	گواه	۲/۱۱	۰/۱۴	۲/۰۹	۰/۱۳
	آزمایش	۲/۱۸	۰/۱۱	۱/۷۵	۰/۲۸

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-19]

جدول شماره (۲) میانگین و انحراف معیار نمرات شرکت‌کنندگان گروه آزمایش و گواه را در متغیرهای تنظیم‌شناختی هیجان، اضطراب و افسردگی به تفکیک پیش‌آزمون و پس‌آزمون نشان می‌دهد. همچنین، میانگین نمرات در مرحله پس‌آزمون نشان‌دهنده روند کاهشی نمرات اضطراب و افسردگی در گروه آزمایش است. به این صورت که میانگین گروه آزمایش در پس‌آزمون نسبت به گروه گواه کاهش داشته است. این در حالی است که میانگین نمرات این دو متغیر در مرحله پس‌آزمون تفاوت معنی‌داری نداشته است. همچنین میانگین نمره تنظیم‌شناختی هیجان در مرحله پس‌آزمون نشان‌دهنده روند افزایشی نمره تنظیم‌شناختی هیجان در گروه آزمایش است. در ادامه برای مقایسه نمرات متغیرهای تحقیق در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پاسخگویی به فرضیه‌های پژوهش از آزمون تحلیل کوواریانس استفاده شده است.

قبل از هرگونه استنباط آماری ابتدا مفروضه‌های استفاده از تحلیل کوواریانس برای فرضیه‌های مورد بررسی قرار گرفت. بر این اساس رابطه خطی بین نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون نمرات تنظیم‌شناختی هیجان، اضطراب و افسردگی با استفاده از رسم نمودار پراکنش با خط رگرسیون مورد تحلیل قرار گرفت که موازی بودن شیب خط‌ها حاکی از برقراری رابطه خطی نمرات در متغیرهای مزبور بوده است. در گام بعدی مفروضه یکسانی واریانس نمرات دو گروه با استفاده از آزمون لون مورد بررسی قرار گرفت که نتایج حاکی از یکسانی واریانس نمرات دو گروه بوده است. همچنین مفروضه‌های عدم هم خطی چندگانه و همگنی شیب‌های رگرسیون نیز برقرار بوده است. برای بررسی فرضیه‌های پژوهش مبنی بر تعیین اثربخشی‌بازی درمانی با رویکرد شناختی–رفتاری بر تنظیم شناختی‌هیجان و کاهش اضطراب و افسردگی از تحلیل کوواریانس چندمتغیری استفاده شده است که نتایج در جدول‌های شماره (۳) و (۴) ارائه شده است.

جدول(۳): نتایج آزمون تحلیل مانکوا بر روی میانگین نمره‌های پس‌آزمون تنظیم‌شناختی هیجان و کاهش اضطراب و افسردگی با کنترل پیش‌آزمون

نام آزمون	مقدار	f	df فرضیه	df خطا	سطح معنی‌داری
اثر پیلای	۰/۹۶۹	۲۴۹	۲	۱۶	۰/۰۰۰
لامبدای ویلکز	۰/۰۳۱	۲۴۹	۲	۱۶	۰/۰۰۰
اثر هتلینگ	۳۱/۱۹	۲۴۹	۲	۱۶	۰/۰۰۰
بزرگترین ریشه روی	۳۱/۱۹	۲۴۹	۲	۱۶	۰/۰۰۰

نتایج جدول شماره (۳) نشان می‌دهد بین نمره‌های تنظیم‌شناختی هیجان و کاهش اضطراب و افسردگی گروه‌های آزمایش و شاهد در سطح ۰/۰۰۰ تفاوت معنی‌داری وجود دارد. بر این اساس می‌توان گفت حداقل در یکی از متغیرهای وابسته بین دو گروه تفاوت معنی‌داری وجود دارد. برای پی‌بردن به این تفاوت سه تحلیل کوواریانس تک متغیری در تحلیل مانکوا انجام گرفت نتایج حاصل از آن‌ها در جدول شماره (۴) ارائه شده است.

جدول(۴): نتایج آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیری در متن مانکوا

متغیرهای وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	فیشر	معنی‌داری
تنظیم‌شناختی هیجان	۰/۵۲	۱	۰/۵۲۲	۱۰/۲۴	۰/۰۰۶
اضطراب	۰/۴۴۵	۱	۵۱/۱۲	۱۰/۲۴	۰/۰۰۰
افسردگی	۰/۵۷۸	۱	۰/۵۷۸	۱۲/۳۶	۰/۰۰۳

نتایج جدول شماره (۴) نشان می‌دهد که پس از کنترل نمرات پیش آزمون، بین میانگین‌های تعدیل شده پس‌آزمون تنظیم‌شناختی هیجان، اضطراب و افسردگی در دو گروه آزمایش و شاهد تفاوت معنی‌داری وجود دارد. به عبارت دیگر همسو با فرضیه‌های این پژوهش می‌توان گفت بازی درمانی به شیوه شناختی- رفتاری موجب افزایش تنظیم‌شناختی هیجان و کاهش اضطراب و افسردگی کودکان مبتلا به دیابت نوع یک شده است.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر هدف تأثیر بازی درمانی مبتنی بر cbt بر تنظیم‌شناختی هیجان، بر کاهش اضطراب و افسردگی کودکان دیابت نوع یک بوده است. همسو با فرضیه‌های این پژوهش، نتایج حاکی از تأثیر بازی درمانی مبتنی بر cbt بر تنظیم‌شناختی هیجان، بر کاهش اضطراب و افسردگی کودکان دیابت نوع یک است که بر این اساس می‌توان گفت بازی درمانی برای کودکان کاری را انجام می‌دهد که صحبت و مشاوره برای بزرگسالان فراهم می‌کند. بازی یکی از مهم‌ترین ابزارهای جایگزین هم صحبتی است. بازی زبان کودکان است و به او اجازه می‌دهد که با ما بدون کلام صحبت کند. بازی درمانی برای کودکان کاری را انجام می‌دهد که صحبت و مشاوره برای بزرگسالان فراهم می‌کند.بازی یکی از ابزارهای جایگزین هم صحبتی است. بازی زبان کودک است و به او

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-19]

اجازه می‌دهد که با ما بدون کلام صحبت کند. بازی درمانی رویکرد شناختی-رفتاری پاسخ‌های عاطفی و رفتاری کودک به رویدادهای زندگی هستند. از این‌که چگونه این رویدادها ادراک و یادآوری می‌شوند در این روش چنین فرض می‌شود که آن‌ها فاقد باورها و محتویات شناخت، یا استعدادهای حل مسئله (فرآیندهای شناختی) از جهاتی آشفته و مختل می‌باشد. نارسایی‌های شناختی به عدم پردازش شناختی کارآمد اشاره دارد، بازی درمانگران شناختی-رفتاری همواره سعی می‌کنند از طریق تسهیل کسب مهارت‌های جدید و فراهم آوردن تجاربی که تغییر شناختی را تسهیل کند به کودک و نوجوان کمک می‌کنند. اثر بخشی بازی درمانی بر کاهش مشکلاتی چون تنظیم‌شناختی ،اضطراب و افسردگی و ... نشان داده است. بازی درمانی بر مشکلات رفتاری، مشکلات درونی‌سازی و بیرونی‌سازی شده خودپنداره ،خود کارآمدی افسردگی و اضطراب تأثیر مثبت دارد.

در فرضیه اول پژوهش به بررسی بازی درمانی به شیوه شناختی-رفتاری بر تنظیم‌شناختی هیجان کودکان مبتلا به دیابت نوع یک پرداخته شد و نتایج نشان داد که بازی درمانی به شیوه شناختی-رفتاری بر تنظیم‌شناختی هیجان کودکان مبتلا به دیابت نوع یک مؤثر است. در واقع بازی درمانی به شیوه شناختی-رفتاری موجب بهبود تنظیم هیجان در آزمودنی‌ها می‌گردد که این نتیجه با نتایج تحقیق محمودی، برج‌علی، علیزاده، غباری بناب، اختیاری و اکبری زردخانه[1] (۳۳)، نساجی زواره، طاهری و امینیان[2] (۳۴)، پارکر، کریکوی، برانکار، هریس، مجیکسی، وود و هوگان[3] (۳۵) و اسپنس، اویدس و کاپوتی[4] (۳۶) همسو می‌باشد. در تبیین این فرضیه می‌توان گفت کودکان به دلیل پایین بودن سطح تفکر انتزاعی، قادر به بیان هیجانات و احساس خود نیستند، سرکوب و عدم مهارت در بیان احساسات به ویژه از نوع منفی آن بهداشت روانی کودک را به مخاطره می‌اندازد. اختلال‌های رفتاری، مشکلات فردی و اجتماعی فراوانی را به وجود می‌آورد. کودکان مبتلا به این اختلال‌ها، خانواده، آموزشگاه و اجتماع را با مسایل و دشواری‌های گوناگونی مواجه می‌کنند و آن‌ها را نیز در برابر آشفتگی‌های روانی-اجتماعی دوران نوجوانی و حتی بزرگسالی، آسیب‌پذیر می‌سازند. درمانگران از طریق بازی به کودکانی که مهارت‌های اجتماعی یا عاطفی‌شان ضعیف است رفتارهای سازگارانه‌تری را می‌آموزند. برنامه‌ای شناختی-رفتاری را برای کودکان مبتلا به اختلالات رفتاری تدارک دیده شده که شامل به چالش کشیدن باورهای شناختی، آموزش مهارت‌های اجتماعی و مواجهه رفتاری است. پژوهش‌های مختلف و همچنین نتایج تحقیق نشان داد که روش‌ها و مداخله‌های شناختی رفتاری در کاهش اختلال‌های هیجانی و رفتاری کودکان مؤثر است.

در فرضیه دوم پژوهش بازی درمانی به شیوه شناختی- رفتاری بر کاهش اضطراب کودکان مبتلا به دیابت نوع یک پرداخته شد و نتایج فرضیه دوم نشان می‌دهد بازی درمانی به شیوه شناختی-رفتاری بر کاهش اضطراب کودکان مبتلا به دیابت نوع یک مؤثر است. در واقع بازی درمانی به شیوه شناختی-رفتاری موجب کاهش اضطراب در آزمودنی‌ها می‌گردد که این نتیجه با نتایج تحقیقات محمودی و همکاران (۳۳)، نساجی و همکاران (۳۴)، جعفری و حاجی‌لو[5] (۳۷)، جلالی و رفیعی[6] (۳۸)، باگرلی و پارکر[7] (۳۹)، پارکر و همکاران (۳۵) و ویرارگاران[8] (۴۰) همسو می‌باشد.

در تبیین این فرضیه می‌توان گفت که: درمان شناختی-رفتاری برای توصیف مداخله‌های روان درمانگرانه که با تغییر فرآیندهای شناختی هدف آن کاهش ناراحتی‌های روانشناختی و رفتار ناسازگارانه است که نحوه تفکر ما بر احساس ما تأثیر می‌گذارد نقش مهمی در درمان اضطراب ایفا می‌کند. افزون بر این نحوه عمل ما در یک موقعیت به پیامدهایی که به دنبال رفتار می‌آیند بستگی دارد. به عبارت دیگر اگر پس از یک رفتار اتفاق ناخوشایندی بیافتد، آن رفتار به احتمال زیاد کاهش پیدا می‌کند یا حتی متوقف می‌شود. این روش در درمان اختلال‌های اضطراب تعمیم‌یافته، مؤثر و سودمند است. در درمان شناختی-رفتاری، درمانگر به کودک مهارت‌های مقابله‌ای و موقعیت‌هایی را برای او مهیا می‌کند تا این مهارت‌های مقابله‌ای را تمرین کند. این مهارت‌ها عواملی حمایت‌کننده در اختلال‌های اضطرابی کودکان هستند.

در فرضیه سوم پژوهش نیز بازی درمانی به شیوه شناختی-رفتاری بر کاهش افسردگی کودکان مبتلا به دیابت نوع پرداخته شد و نتایج فرضیه سوم نشان می‌دهد که بازی درمانی به شیوه شناختی-رفتاری بر کاهش افسردگی کودکان مبتلا به دیابت نوع یک مؤثر است. در واقع بازی درمانی به شیوه شناختی-رفتاری موجب کاهش افسردگی در آزمودنی‌ها می‌گردد که این نتیجه با نتایج تحقیقات محمودی و همکاران (۳۳)، نساجی و همکاران (۳۴)، جعفری و حاجی‌لو (۳۷)، جلالی و رفیعی (۳۸)، باگرلی و پارکر (۳۹)، پارکر و همکاران (۳۵) و ویرارگاران (۴۰) همسو می‌باشد.

در تبیین این فرضیه می‌توان گفت که افسردگی یک مشکل رایج است که کودکان آن را تجربه می‌کنند. بازی درمانی به شیوه شناختی-رفتاری روشی است که در آن استراتژی‌های رفتاری با استراتژی‌های شناختی ترکیب می‌شوند که فرصت ابراز حالات خود انگیخته را فراهم می‌آورد. بازی درمانی به یاری کودکان می‌شتابد تا بتوانند مسایل خود را به دست خویش حل کنند. در این نوع درمان به کودک فرصت داده

[1] Mahmoudi1, Borjali, Alizadeh, Ghobari-Bonab, Ekhtiari, & Akbari-Zardkhaneh
[2] Nassaji Zavvareh, Taheri, & Aminiyan
[3] Parker, Creque, Barnhart, Harris, Majeski, Wood, & Hogan
[4] Spence, Oades, & Caputi
[5] Jafari & hajilo
[6] Jalali & Rafeie
[7] Baggerly & Parker
[8] Virargaran

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-19]

می‌شود تا احساسات آزاردهنده و مشکلات درون خود را از طریق بازی بروز داده و آن‌ها را به نمایش بگذارد. از طریق بازی درمانی به شیوه شناختی رفتاری می‌توان با کودک ارتباط برقرار کرد و در او اعتماد ایجاد نمود تا آماده پذیرش اقدامات درمانی شود.

پژوهش حاضر محدودیت‌هایی داشت به قرار زیر: ۱- محدوده اجرای پژوهش کودکان دیابت نوع یک بوده است؛ ۲- ابزار گردآوری اطلاعات نیز پرسشنامه بوده است؛ ۳- عدم تمایل برخی از آزمودنی‌ها به پاسخگویی سؤالات مربوطه؛ ۴- تأثیر تفاوت ادراکی بین آزمودنی‌ها از مفاهیم پرسشنامه در پاسخ‌های آنان؛ ۵- دریافت مجوزهای لازم به‌منظور اجرای پرسشنامه؛ ۶- موضوع این پژوهش به تأثیر بازی درمانی مبتنی بر cbt بر تنظیم‌شناختی هیجان، بر کاهش اضطراب و افسردگی کودکان دیابت نوع یک محدود شده است.

پیشنهاد می‌شود که ۱- درمانگر به محدودیت‌های کودک توجه نماید؛ ۲- به رفتارهای کودک جهت ندهند و به او احترام بگذارند؛ ۳- باید کودک احساس کند که قابل احترام بوده و افکارش مورد توجه درمانگر ی مهربان قرار گرفته است؛ ۴- رابطه‌ای که در حین بازی میان کودک و درمانگر به وجود می‌آید سبب اعتماد و یا عدم اعتمادگودک نسبت به درمانگر می‌شود؛ ۵- ضمن بازی می‌توان از گفتارهای کودک به وجود این حس اعتماد پی برد؛ ۶- در کلیه روش‌های بازی درمانی، قوانین و محدودیت‌های بازی، باید درآغاز جلسه بیان شود؛ ۷- درمانگر باید از هر گونه انتقاد، سرزنش، تحقیر و تنبیه لفظی پرهیز کند.

References:

1. Narimani M, Soleymani E, Abolghasem A. A comparison of internal and external dimensions of thinking styles in blind and sighted students. Journal of School Psychology 2012; 1(1):108-118.
2. Mash EJ, Barkley RA (Eds). Child psychopathology. 3rd ed. New York: Guilford Press; 2014.
3. Watts S, Markham, RA. Etiology of depression in children. Journal of Instructional Psychology 2005; 32(3): 266-270.
4. American Psychiatric Association. Revised text of the diagnostic and statistical manual of mental disorders. In: Nikkhah MR, Avadis Yans H. Tehran: Sokhan Publishing; 2001.
5. Dhavale HS. Depression in childhood and adolescents. J Indian Med Assoc 2001; 99(1): 34-39.
6. Bratton SC, Ray D, Rain T, Jones L. The efficacy of therapy with children: A meta- analystic review of Treatment outcomes. Professional Psychology: Research and Practice 2005, 3(4): 370-390.
7. Bayat M. Assessing the effectiveness of child-centered therapies on reducing the symptoms of children being over-stimulated. [dissertation]. Tehran:Shahid Beheshti University; 2008.
8. Nolen-Hoeksema S, Wisco BE, Lyubomirsky S. Rethinking rumination. Perspectives on Psychological Science 2008; 3(5): 400-424.
9. Moustaches C. Relationship play therapy. Northvale, NJ: Jason Aronson, Inc; 1997.
10. Sabatino DA, Webste BG, Booneyvance H. Children mood disorders: History, characteristics, dia gnosis and treatment. Clinical Assessment of Child and Adolescent Behavior; 2001. P. 413-449.
11. Park RJ, Goodyer IM. Clinical guidelines for depressive disorders in childhood and adolescence. Eur child Adolese Psychiatry 2000; 9: 147-161.
12. Lamarine RJ. Child and adolescent depression. J Sch Health 1995; 65(9): 390-3.
13. Shen YJ. Short- term group play therapy with Chinese earth quake victims: Effects on anxiety, depression, and adjustment. International Journal Play Therapy 2002; 11(1): 43-63.
14. Angold A, Erkanli A. Comorbidity. Journal of Child Psychology and Psychiatry 1999; 40(1): 57-87.
15. Landreth GL, Ray DC, Bratton S. Play therapy in elementary school. Psychology in the School 2009; 46(3): 281-289.
16. Porter ML, Heruandez Reif M, Jessee P. Play therapy: A review- Early child developmental and care. Taylor & Francis. 2009; 179(8): 1029-1040.
17. Dayle Jones K. Group play therapy with sexually abused preschool children: Group behaviors and intervention. Journal for Special in Group Work 2002; 27(4): 377-389.
18. Ray DC, Armstrong SA, Balkin RS, Jayne, KM. Child centered play therapy in the schools: Review and Meta-Analysis. Psychology in the Schools 2015; 52(2): 107-123.
19. Amaury S. The effect of social skill instruction on sport and game setting: An open pilot study journal of clinical psychology mediation 16: 169-related behaviors of children anadolescents with emotional or behavioral

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-19]

disorders. [dissertation]. Ohio: University in Columbus; 2007.

20. Knell SM. Cognetive-behavioral play therapy. J Clin Child Psychol, 1998; 27(1): 28-33.
21. Bimaher B, Axelson DA, Monk K, Kalas C, Clark DB, Ehmann M, Bridge J, Heo J, Brent DA. Fluvoxamine for the treatment of childhood anxiety disorders. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2003; 42(4): 415-23.
22. Cartwright-Hatton S, McNicols K, Doubleday E. Anxiety in a neglected population: Prevalence of anxiety disorders in pre-adolescents children. Clinical Psychology Review 2006; 26(7): 817-833.
23. Raberts R, Attkinsson CC, Rosenblatt A. Prevalence of psychopathology among children and adolescents. American Journal of Psychiatry 1998; 155(6): 715-725.
24. Pedro-Carroll J, Reddy L. A preventive play intervention to foster children resilience in the after of divorce. In: Reddy, L, Files-Hall T, Schaefer C, editors. Empirically based play interventions for children. Washington: Dc American psychological association; 2005. P. 51-75.
25. Michaelene MO, Hedda M. Helping Children Play and Learn Together. Young children 2010; 65(1): 104-108.
26. Beck AT, Steer RA, Garbin MG. Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. Clinical Psychology Revie 1988; 8(1): 77-100.
27. Garnefski N, Kraaij V, Spinhoven P. CERQ: Manual for the use of the cognitive emotion regulation questionnaire. Leiderdorp: The Netherlands; 2002.
28. Samani S, Jokar B. Check the credentials and reliability is a short form of psychological pressure and anxiety depression scale. The Journal of Social Sciences and Humanities University of Shiraz 2007: 26(3): 65-77.
29. Mousavi R, Moradi AR, Farzad V, Mahdavi E, Spence S. Psychometric properties of the spence children's anxiety Scale with an Iranian sample. International Psychology Journal 2007; 1(1): 1-16.
30. Kovacs M. Presentation and course of major depressive disorder during childhood and later years of the life span. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 1996; 35(6): 705-715.
31. Smacker MR, Craighead E, Craighead LW, Green BJ. Normative and reliability data for the Children Depression Inventory. Journal of Abnormal Child Psychology 1996; 14(1), 25-39.
32. Harrington R. Depressive disorder in childhood and adolescence. Arch Dis Child 1995; 72(3): 193–195.
33. Mahmoudi1 M, Borjali A, Alizadeh H, Ghobari-Bonab B, Ekhtiari H, Akbari-Zardkhaneh S. Emotion regulation in children with learning disorders and normal children. Quarterly Journal of Research in School and Virtual Learning 2016; 4(13): 69-84.
34. Nassaji Zavvareh M, Taheri R, Aminiyan M. Study of the relationship between schizoaffective disease and diabetes. Scientific Research Feiyz Journal 2007; 11(4): 36-39.
35. Parker JDA, Creque RE, Barnhart DL, Harris JI, Majeski SA, Wood LM, Hogan MJ. Academic achievement in high school: Does emotional intelligence matter. Personality and Individual Differences 2004; 37(7): 1321-1330.
36. Spence G, Oades L, Caputi P. Trait emotional intelligence and goalself-integration: important predictors of emotional well-being?. Journal of Personality & Individual Differences 2010; 37(7): 449-461.
37. Jafari A, Hajilo N. The role of perceived stress, social support in sensation seeking and addiction. Health Psychology 2016; 4(16): 19-30 .
38. Jalali I, Rafeie H. The Relationship between cognitive emotion regulation and conflict resolution styles with the family process and content of high school students in Shiraz. Journal of Modern Psychological Research 2011; 2(25): 44-61.
39. Baggerly J, Parker M. Child-centered group play therapy with African American boys at the elementary school level. Journal Counsel Develop 2005; 83(4): 387-396.
40. Virarg R. Indication and early results of sildenafil. (Viagra) in erectile dysfunction. Urology 1999; 54(6): 1073-1077.

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-19]

Original Article

THE EFFECT OF GAME THERAPY WITH A COGNITIVE BEHAVIORAL APPROACH ON THE REGULATION OF EXCITEMENT, ANXIETY AND DEPRESSION IN CHILDREN WITH TYPE 1 DIABETES

Maryam Akbari[1], Behnaz Dehghani[2], Ameneh Jafari[3], Ameneh Kardar[4]*

Received: 12 March, 2017 Accepted: 14 May, 2017

Abstract

Background & Aims:

Game therapy has a positive effect on the on the cognitive regulation of excitement, reduction of stress and depression in children. The present study aimed to investigate the effect of game therapy with a cognitive-behavioral approach on the regulation of excitement, anxiety and depression in children with type-1 diabetes.

Materials & Methods:

This is a semi-experimental study with a pretest-posttest design and a control group. 18 diabetic children who received a high score after performing a test of excitement cognitive regulation and a low score after the implementation of cognitive regulation test of anxiety and depression were randomly divided into experimental and control groups (9 each).

Results:

Data was analyzed using statistical method of covariance analysis. The results of the study show that game-based therapy with a cognitive-behavioral approach is a useful strategy for reducing anxiety and depression in children and adolescents.

Conclusion:

According to the findings of this study, game-based cognitive-behavioral therapy is effective in reducing anxiety and depression in children.

Keywords: Anxiety, Depression, Game therapy, Emotional regulation, Cognitive- behavioral

Address: *Sari, Islamic Azad University, Sari Branch, Faculty of Psychology*
Tel: *+989113534150*
Email: *akbarishila1352@yahoo.com*

SOURCE: Journal of Psychology New Ideas, 2017: 1(2): 45-54 ISSN: 2588-3356

[1] *MA Student of Clinical Psychology, Faculty of Psychology, Sari Branch, Islamic Azad University, Sari City, Iran (Corresponding Author)*
[2] *MA Student of Clinical Psychology and Education Advisor, Faculty of Psychology, Sari Branch, Islamic Azad University, Sari cityi, Iran*
[3] *MA Student of Clinical Psychology, Faculty of Psychology, Sari Branch, Islamic Azad University, Sari City, Iran*
[4] *MA Student of Clinical Psychology, Faculty of Psychology, Sari Branch, Islamic Azad University, Sari City, Iran*

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-19]