Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry
Vol/12/ No.5 .2025
Page: 45-61

The effectiveness of cognitive behavioral play therapy on reducing anxiety symptoms, executive function and social skills in children with anxiety disorders

Elaheh Mahdi[1], Mohsen Amiri[2], Majid Yousefi afrashte[3], Marjan Akhondzadeh[4]

1- MA in Psychology, Department of Psychology, University of Zanjan, Zanjan, Iran
2- Associate Professor, Department of Psychology, University of Zanjan, Zanjan, Iran.
(Corresponding Author). E-mail: amiri_tmu@yahoo.com
3- Associate Professor, Department of Psychology, University of Zanjan, Zanjan, Iran
4- MA in clinical Psychology, Department of Psychology, Azad University, Yazd, Iran

Received:02/01/2025 **Accepted**: 01/02/2025

Abstract

Introduction: Anxiety disorders are among the most common psychological problems in childhood, which can lead to impairments in executive functioning and social skills. However, few studies have investigated the effectiveness of cognitive-behavioral play therapy in simultaneously improving executive functions and social skills in children with anxiety .disorders

Aim: This study aimed to evaluate the efficacy of cognitive-behavioral play therapy in alleviating anxiety symptoms while simultaneously enhancing executive functioning and social skills among children diagnosed with anxiety disorders

Method: A quasi-experimental design with a pretest–posttest and control group was used. The study population comprised children with anxiety disorders in Shal District, Qazvin Province, in 2023. Thirty participants were selected through convenience sampling and randomly assigned to experimental and control groups. Measurement tools included the Reynolds Children's Manifest Anxiety Scale, the Coolidge Executive Functioning Inventory, and the Matson Evaluation of Social Skills with Youngsters. The experimental group received eight one-hour sessions of cognitive-behavioral play therapy (CBPT). Data were analyzed using multivariate analysis of covariance.

Results: The results indicated a significant effect of cognitive-behavioral play therapy in reducing anxiety symptoms among children in the experimental group ($P \leq 0.01$). Furthermore, CBPT had a significant positive effect on improving executive functions and social skills in the experimental group ($P \leq 0.01$)

Conclusion: Cognitive-behavioral play therapy is effective in reducing symptoms of anxiety disorders and improving social skills and executive functioning in children. Therefore, it is recommended that CBPT be incorporated into the design of interventions aimed at enhancing children's psychological competencies.

Keywords: Cognitive-behavioral play therapy, Anxiety symptoms, Executive function, Social skills, Children.

mahdi E, amiri M, yousefi afrashte M, Akhondzadeh M. The effectiveness of cognitive behavioral play therapy on reducing anxiety symptoms, executive function and social skills in children with anxiety disorders. Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry 2025; 12 (5) 45-61
URL: http://shenakht.muk.ac.ir/article-1-2430-fa.html
Copyright © 2018 the Author (s). Published by Kurdistan University of Medical Sciences. This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-Non Commercial License 4.0 (CCBY-NC), where it is permissible to download, share, remix, transform, and buildup the work provided it is properly cited. The work cannot be used commercially without permission from the journal.

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-01-02]

مجله روانشناسی و روانپزشکی شناخت
سال دوازدهم شماره . ۵، ۱۴۰۴
صفحات: ۶۱-۴۵

اثربخشی بازی درمانی شناختی-رفتاری بر کاهش نشانگان اضطراب، عملکرد اجرایی و مهارت-های اجتماعی در کودکان دارای اختلالات اضطرابی

الهه مهدی[۱]، محسن امیری[۲]، مجید یوسفی افراشته[۳]، مرجان آخوند زاده[۴]

۱.کارشناسی ارشد روانشناسی،گروه روانشناسی، دانشگاه زنجان، زنجان، ایران

۲. دانشیار، گروه روانشناسی، دانشگاه زنجان، زنجان، ایران(مولف مسئول). ایمیل: Amiri_tmu@yahoo.com

۳. دانشیار، گروه روانشناسی، دانشگاه زنجان، زنجان، ایران

۴. کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد یزد، یزد. ایران.

تاریخ دریافت مقاله: ۱۴۰۳/۱۰/۱۳ **تاریخ پذیرش مقاله:** ۱۴۰۳/۱۱/۱۳

چکیده

مقدمه: اختلال‌های اضطرابی در کودکان بر عملکرد اجرایی و مهارت‌های اجتماعی این کودکان تأثیر گذار است. در این زمینه کمتر پژوهشی به بررسی اثر بخشی بازی درمانی شناختی رفتاری بر بهبود این عوامل در کودکان دارای اختلالات اضطرابی به‌طور هم‌زمان مبادرت داشته‌اند.

هدف: هدف از انجام این پژوهش بررسی اثربخشی بازی درمانی شناختی-رفتاری بر کاهش نشانگان اضطراب، عملکرد اجرایی و مهارت‌های اجتماعی در کودکان دارای اختلالات اضطرابی بود.

روش: روش این پژوهش نیمه آزمایشی با پیش‌آزمون - پس‌آزمون و گروه کنترل بود. جامعه آماری را کودکان دارای اختلالات اضطرابی در منطقه شال استان قزوین در سال ۱۴۰۲ تشکیل می‌دادند، از میان این کودکان ۳۰ نفر به‌صورت نمونه‌گیری در دسترس انتخاب، و به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل گمارده شدند. در این پژوهش از پرسشنامه‌های اضطراب رینولدز (۱۹۷۸)، عملکرد اجرایی کولیج (۲۰۰۲) و مهارت‌های اجتماعی کودکان ماتسون (۱۹۸۳) استفاده شد. بازی درمانی شناختی رفتاری در ۸ جلسه یک‌ساعته اجرا شد. داده‌ها با استفاده از تحلیل کوواریانس چند متغیری تحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج بیانگر اثر معنادار بازی درمانی شناختی-رفتاری بر کاهش علائم اضطرابی کودکان گروه آزمایش بود ($P \leq ۰/۰۱$)، همچنین بازی درمانی شناختی-رفتاری اثر معناداری بر بهبود کارکردهای اجرایی و مهارت‌های اجتماعی در گروه آزمایش داشت ($P \leq ۰/۰۱$).

نتیجه‌گیری: بازی درمانی شناختی رفتاری بر کاهش علائم اختلال‌های اضطرابی و بهبود مهارت‌های اجتماعی و عملکردهای اجرایی در کودکان تأثیر گذار است. بنابراین پیشنهاد می‌شود در طراحی مداخلات مؤثر در افزایش توانمندی‌های روان‌شناختی کودکان از آموزش بازی درمانی شناختی رفتاری بهره برد.

کلیدواژه‌ها: بازی درمانی شناختی-رفتاری، اضطراب، عملکرد اجرایی، مهارت‌های اجتماعی، کودکان.

تمامی حقوق نشر برای دانشگاه علوم پزشکی کردستان محفوظ است.

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-01-02]

مقدمه

یافته‌های پژوهشی نشان داده‌اند که در بین اختلال‌های درونی سازی شده[1]، اختلال‌های اضطرابی شایع‌ترین مشکلات بالینی دوران کودکی و نوجوانی هستند و تقریبا ۵ درصد کودکان، ملاک‌های تشخیصی یک اختلال اضطرابی را در طول دوران کودکی خود تجربه می‌کنند و بیش از ۲۰ درصد افراد قبل از ۱۶ سالگی دارای مشکلات بالینی اضطرابی هستند (رائو و رائو[2]، ۲۰۲۱). اگرچه برخی از ترس‌ها و اضطراب‌ها در دوران کودکی به‌عنوان بخشی از تحول بهنجار کودک محسوب می‌شوند، اما برخی از مشکلات اضطرابی در طول زمان پایدار هستند و ممکن است تا نوجوانی و بزرگ‌سالی ادامه یابند. بنابراین، بسیاری از اختلال‌های اضطرابی که در دوران بزرگ‌سالی مشاهده می‌شوند، معمولا شروع زودرسی دارند (راجرز، وینمن و بیکر[3]، ۲۰۲۰)، بنابراین و با توجه به نکات گفته‌شده پرداختن به این اختلال‌ها و تأثیراتشان بر رفتار کودکان از اهمیت زیادی برخوردار است.

در این رابطه عوامل فیزیولوژیکی، حساسیت افراطی و تمرکز نگرانی جز نشانه‌های اضطراب هستند (هورن‌استین و هیمبرگ[4]، ۲۰۲۰) پژوهش‌های اخیر نیز نشان می‌دهند که عوامل فیزیولوژیکی، حساسیت افراطی و تمرکز بر نگرانی از نشانه‌های اصلی اضطراب در کودکان هستند(مون و وو[5]، ۲۰۲۵).دیگر پژوهش‌ها نیز نشان داده‌اند که برخی از شاخص‌های فیزیولوژیکی مانند ضربان قلب و فشارخون با شدت اضطراب در کودکان و نوجوانان ارتباط دارند. این نتایج نشان‌دهنده تأثیر عمیق اضطراب بر جنبه‌های فیزیولوژیکی و روانی کودکان است و بر لزوم مداخلات درمانی جامع برای این گروه سنی تأکید می‌کنند(کو، جونز، فرانسیس، رابیدوکی و مک آرتور[6]، ۲۰۲۴).

علاوه بر این، یکی از موارد روان‌شناختی‌ای که اضطراب کودکان بر آن اثر می‌گذارد عملکرد اجرایی[7] است(زینال و نیومن[8]، ۲۰۲۲)، عملکرد اجرایی، توانایی‌های شناختی موردنیاز برای کنترل و تنظیم افکار، احساس و عمل است. کارکرد اجرایی شامل سه جزء درونی است که عبارت‌اند از: تصمیم‌گیری[9]، سازمان‌دهی[10] و بازداری[11]، به‌عبارتی‌دیگر عملکرد اجرایی شامل مهارت‌های شناختی (مثلا توانایی انجام محاسبات ذهنی)و توانایی تنظیم احساسات (به‌عنوان‌مثال، توانایی کنترل خشم) است (مندوکا،سیلوا، بوساتو و دیاس[12]، ۲۰۲۱). نتایج پژوهش-های نشان داده است که اختلالات اضطرابی در کودکان می‌توانند منجر به نقص در عملکرد اجرایی شوند. این اختلالات می‌توانند بر توانایی‌های شناختی مانند حافظه کاری، توجه، کنترل بازداری و انعطاف‌پذیری شناختی تأثیر منفی بگذارند (زینال و نیومن ، ۲۰۲۲) ، دیگر پژوهش‌ها نیز نشان داده‌اند که کودکان مبتلابه اختلالات اضطرابی در مقایسه با همسالان خود، زمان واکنش کندتری در وظایف حافظه کاری و دقت کمتری در

1- Internalizing disorders
2- Rao & Rao
3- Rogers, Wieman & Baker
4- Hornstein & Heimberg
5- Moon Y, Woo H.
6- Ko K, Jones A, Francis D, Robidoux S, McArthur G.
7- Executive functions
8- Zainal & Newman
9- Decision making
10- Organize
11- Inhibition
12- Mendonça Silva, Busatto, Dias

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-01-02]

وظایف انعطاف‌پذیری شناختی دارند (ناوین، والترز، هاتچینسون، لیو، لی، گودموندسون[1]، ۲۰۲۵).

از سوی دیگر، بر اساس پژوهش‌های انجام‌شده توسط پریزیپیورکا[2] (۲۰۲۱) دیگر ویژگی که در کودکان تحت تأثیر اختلالات اضطرابی قرار می‌گیرد، مهارت‌های اجتماعی آن‌ها است. مهارت‌های اجتماعی[3]، آن دسته از مهارت‌هایی است که افراد در هر محیطی اجتماعی، شامل دو یا چند نفر، به کار می‌گیرند. مهارت‌های اجتماعی واکنش‌هایی متناسب با محیط هست (فورانگر، هلدفلت، انگسترون، آندرشد، کالستروم، فانتی و آندرشد[4]، ۲۰۲۲). کودکان با مهارت‌های اجتماعی کم مشکل تعامل با دیگران را دارند، که فرصت خود را برای تشکیل و حفظ دوستی رضایت‌بخش با همسالان خود را از دست می‌دهند و درنتیجه مقدار روابط اجتماعی آن‌ها محدود می‌گردد (لوپس، جرولامو، موزتی و آمارال[5]، ۲۰۲۱).

پژوهش‌ها نشان داده‌اند میزان مهارت اجتماعی در کودکان مبتلابه اختلالات اضطرابی از قبیل داشتن ارتباط دیداری با دیگران، مؤدب بودن، اشتیاق به برقراری ارتباط با دیگران تحت تأثیر قرارگرفته و کاهش می‌یابند (زومسکی، اسموگورزوسکا، گریجیل و اورلاندو[6]، ۲۰۱۷). با توجه به نکات گفته‌شده رابطه بین رفتارهای اضطرابی کودکان با مشکلات روان‌شناختی همچون نقص در تعاملات اجتماعی و کارکردهای اجرایی کودکان تائید شده است، پس می‌توان نتیجه گرفت که این کودکان اغلب در یک چرخه معیوب در کارکردهای رفتاری قرار می‌گیرند و آموزش کودکان درزمینه روش‌های مقابله با این عوامل می‌تواند، اولین مرحله توقف این چرخه معیوب باشد، ازاین‌رو توجه به درمان‌های روان‌شناختی از قبیل بازی‌درمانی رفتاری_شناختی[7] به دلیل ویژگی‌های منحصربه‌فرد خود بسیار موردتوجه قرارگرفته است (کورتیس، لاپاریدو، لاو، دورانت، رودریگز، پیرزیچی و سیری[8]، ۲۰۲۱).

بازی‌درمانی شناختی-رفتاری، برگرفته از درمان شناختی رفتاری است که ازنظر رشد برای کودکان پیش‌دبستانی و سنین اولیه مدرسه طراحی‌شده است و با انطباق فن‌های تجربی پشتیبانی شده برای استفاده در یک محیط بازی با کودکان خردسال توسعه‌یافته است (کادوسان[9]، ۲۰۲۰). این روش درمانی بر مشارکت کودک درروند درمانی تأکید دارد. فضای فیزیکی برای بازی‌درمانی شناختی-رفتاری و همچنین تدارکات دفعات درمان، مدت‌زمان، ارزیابی اولیه و برنامه‌ریزی درمان، ملاحظات مهمی در آماده‌سازی برای درمان کودک دارند (ایسلالی، یاتی و فادمی[10]، ۲۰۱۹).

علی‌رغم اهمیت بررسی تأثیر اختلالات اضطرابی در ویژگی‌های روان‌شناختی کودکان و استفاده از روش‌هایی جهت کنترل و کاهش مشکلات روان‌شناختی این کودکان، پژوهش‌های اندکی در این زمینه انجام‌شده است. برای مثال، در پژوهش‌های انجام‌شده تأثیر بازی‌درمانی شناختی رفتاری بر اختلال بیش فعالی (پوشکارنا[11]،۲۰۱۴) و مشکلات رفتاری (چو[12]، ۲۰۱۴)

1- Nguyen PA, Walters J b, Hutchinson E, Liu Y , Li X, Gudmundsson C.
2- Przepiorka
3- Social skills
4- FrognerT Hellfeldt, Ångström, Andershed, Källström, Fanti., Andershed
5- Lopes D, Gerolamo M, Musetti M, Amaral D
6- Zumski G, Smogorzewska J, Grygiel P, Orlando, AM
7- Cognitive-behavioral play therapy
8- Curtis, Laparidou D, Bridle C, Law GR, Durrant S, Rodriguez A, Pierzycki, RH, & Siri
9- Kaduson
10- Islaeli, Yati, MI, & Fadmi FR.
11- Pushkarna
12- Choo

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-01-02]

مورد تائید قرارگرفته‌اند. با توجه به مطالب گفته‌شده در رویکرد بازی‌درمانی شناختی رفتاری در مواجه با مشکلات رفتاری و اضطرابی کودکان به آن‌ها اجازه می‌دهند تا در فضایی امن و محافظت‌شده، احساسات و تفکرات خود را اکتشاف کنند و از طریق این فرآیند، مهارت‌های جدیدی را یاد بگیرند و بر مشکلات شخصی خود غلبه کنند، ازاین‌رو این سؤال به وجود می‌آید که آیا ارائه آموزش‌هایی در این راستا برای کودکان با مشکلات اضطرابی می‌تواند پاره‌ای از مشکلات رفتاری کودکان با اختلال‌های اضطرابی را کاهش دهد. ازاین‌رو هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی برنامه بازی‌درمانی شناختی رفتاری بر کاهش نشانگان اضطراب و عملکرد اجرایی و مهارت‌های اجتماعی در کودکان دارای اختلالات اضطرابی بوده است.

روش

طرح پژوهش شبه آزمایشی با پیش‌آزمون- پس‌آزمون و گروه کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش، کودکان با اختلالات اضطرابی دوره ابتدایی شهرستان شال در سال تحصیلی ۱۴۰۳-۱۴۰۲ بود. برای گزینش گروه نمونه نخست از بین کودکان ۶۰ نفر از دانش آموزان پسر ۷ تا ۹ ساله‌ای که با معرفی والدین و معلمانشان و بنا بر مصاحبه تشخیصی پژوهشگر با مادران این کودکان، برحسب نشانه‌های اختلالات اضطرابی پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی دارای نشانه‌های اختلال‌های اضطرابی بودند اقدام شد. برای تشخیص دقیق‌تر اختلال‌های اضطرابی در کودکان، پرسش‌نامه اضطراب کودکان رین رینولدز و ریچموند[1] (۱۹۷۸) به‌وسیله مادران آن‌ها تکمیل شد. باید یادآوری کرد که در انتخاب نمونه مناسب برای پژوهش، از میان دانش‌آموزانی که دارای نمره بالاتری در پرسشنامه رینولدز و ریچموند بودند تعداد ۳۴ نفر از آن‌ها، انتخاب و به شیوه تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل پس از همگن‌سازی آن‌ها ازنظر متغیرهایی همچون میزان تحصیلات دانش‌آموزان، جنس، شدت علائم اختلال، سن، میزان تحصیلات مادران و پس از اعلام رضایت مادران برای شرکت در مطالعه (هر گروه ۱۷ نفر) جایگزین شدند. لازم به ذکر است که گروه‌ها با ریزش مواجه شدند و داده‌های حاصل از ۳۰ نفر از شرکت‌کنندگان مورد تحلیل آماری قرار گرفت. معیارهای ورودی برای شرکت‌کنندگان در پژوهش حاضر به شرح زیر در نظر گرفته شدند: اضطراب بالای کودکان یکی از ملاک‌های ورود در پژوهش حاضر بود که در این پژوهش همه کودکان مبتلابه این اختلال همگی نمره مشکلات اضطرابی آن‌ها بالاتر از نمره برش پرسشنامه رینولدز و ریچموند بود، یکی دیگر از ملاک‌های ورودی میزان سن مادران بود که همگی آن‌ها بین ۳۸ تا ۴۳ سال سن داشتند تا با توجه به دامنه سنی درزمینه◌ فرزند پروری تجربه کافی را داشته باشند، تک والدی بودن یا دو والدی بودن خانواده نیز در نظر گرفته شد که در این پژوهش همگی خانواده‌ها دو والدی بودند. تعداد فرزندان مبتلابه اختلال‌های نامبرده شده نیز مدنظر قرار گرفت که همگی خانواده‌ها دارای یک کودک مبتلابه اختلال‌های اضطرابی بودند، میزان سن کودکان نیز به‌عنوان ملاک ورودی بعدی نیز در نظر گرفته شد که همگی بین هفت‌تا نه سال سن داشتند. تحصیلات مادران نیز در این زمینه در نظر گرفته شد که همگی مادران نمونه پژوهشی حاضر دارای دیپلم به بالابودند. بسیاری از ملاک‌های ورود در پژوهش با سؤال

[1]- Reynolds & Richmond

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-01-02]

مستقیم از والدین اخذ شد و درزمینه‌ٔ شدت اضطراب نمرات پرسشنامه مورداستفاده قرار گرفت. ملاک خروجی پژوهش حاضر عدم شرکت در بیش از دو جلسه از جلسات آموزش رفتاری در نظر گرفته شد. در این پژوهش از ابزارهای زیر استفاده‌شده است.

ابزارها

کارکردهای عصبی کودکان[1]: این آزمون چندین اختلال عصب‌شناختی و رفتاری کودکان و نوجوانان ۵ تا ۱۷ ساله را در ۱۹ سؤال مورد تشخیص قرار می‌دهد که توسط کولیج (۲۰۰۲) تهیه شد و بر اساس مقیاس لیکرت، به‌صورت چهاردرجه‌ای تهیه‌شده است (کاملا اشتباه، گاهی درست، تقریبا درست و کاملا درست) که توسط والدین تکمیل می‌گردد. ۱۹ گویه از این آزمون جهت تشخیص اختلالات کارکردهای اجرایی به‌کاربرده می‌شود. نمرات بالاتر نشان‌دهنده کارکردهای اجرایی قوی‌تر باشند. آزمون کولیج دارای پایایی ۰/۹۲ در تشخیص اختلال‌های کارکردهای اجرایی است. گرفتن نمره بیشتر نشان‌دهنده مشکلات بیشتر در کارکردهای اجرایی است. پایایی برای دو خرده مقیاس سازمان‌دهی و تصمیم‌گیری- برنامه‌ریزی و بازداری به ترتیب ۰/۸۵ و ۰/۶۶ گزارش‌شده است. همسانی درونی دو خرده مقیاس با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۹۱ به دست آمد (کولیج، ۲۰۰۲). همسانی درونی به‌طور جداگانه برای سازمان‌دهی ۰/۸۱، تصمیم‌گیری- برنامه‌ریزی ۰/۸۲ و بازداری پاسخ ۰/۵۲ گزارش‌شده است (علیزاده و زاهدی پور، ۱۳۸۳). پایایی این پرسشنامه در پژوهش حاضر با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۸ به دست آمد.

پرسشنامه اضطراب کودکان[2]: این مقیاس توسط رینولدز و ریچموند (۱۹۷۸) طراحی شد و یک ابزار خود گزارشی ۳۷ گویه‌ای است که ۲۸ گویه آن اضطراب را می‌سنجد و ۹ گویه دیگر مقیاس دروغ‌سنج را تشکیل می‌دهد. هدف آن بررسی اضطراب کودکان از ابعاد مختلف (عوامل فیزیولوژیکی، حساسیت افراطی و تمرکز، نگرانی) است. طیف پاسخگویی آن بدین‌صورت است که به هر گزینه بلی یک نمره و به هر گزینه خیر صفر نمره تعلق می‌گیرد. برای این مقیاس، ضریب آلفای ۰/۷۸ تا ۰/۸۹ و برای اعتبار باز آزمایی آن ضریب همبستگی ۰/۶۵ تا ۰/۷۱ گزارش‌شده است (کندال و تریدول[3]، ۲۰۰۷). در پژوهش تقوی و همکاران (۱۳۸۲) پایایی باز آزمایی این مقیاس ۰,۶۷ گزارش‌شده است. در پژوهش حاضر پایایی این پرسشنامه نیز با روش آلفای کرونباخ ۰/۷۳ به دست آمد.

پرسشنامه مهارت‌های اجتماعی کودکان ماتسون[4] (۱۹۸۳): سنجش متغیر مهارت‌های اجتماعی، مقیاس مهارت‌های اجتماعی هست که توسط ماتسون و همکاران (۱۹۸۳) برای سنجش مهارت‌های افراد ۴ تا ۱۸ ساله تدوین گردیده است. این مقیاس دارای ۵۶ عبارت است که مهارت‌های اجتماعی را توصیف می‌کنند. در این آزمون هر گویه بر اساس طیف پنج‌درجه‌ای لیکرت شامل گزینه‌های، کاملا موافقم، موافقم، نظری ندارم، مخالفم و کاملا مخالفم هست که به ترتیب نمره ۵ تا ۱ را به خود اختصاص دهند، البته در بعضی از گویه‌ها چون پرسش گویه معکوس هست نحوه‌ی نمره دهی برعکس

[1]- Coolidge Personality and Neuropsychological Inventory for Children (CPNI)

[2]- Revised Children's ManifestAnxiety Scale (RCMAS)

[3]- Kendall & Treadwell

[4]- The matson Evaluation of Social Skills with Youngsters (MESSY)

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-01-02]

شده است. علاوه بر نمراتی که پاسخگو در هر یک از خرده مقیاس‌ها به دست می‌آورد، جمع نمرات ۵۵ گویه موجود نیز یک نمرهٔ کلی که بیانگر مهارت اجتماعی آزمودنی به دست می‌دهد. سؤالات ۲۲، ۲۳، ۳۳، ۴۲، ۴۳، ۵، ۶، ۱۳، ۱۶، ۱۸، ۲۵، ۳۴، ۳۶، ۴۸، ۵۱، ۵۲، ۱، ۲، ۳، ۴، ۹، ۱۲، ۱۹، ۲۴، ۲۹، ۳۲، ۴۷، ۵۵، ۱۵، ۲۸، ۳۱، ۳۹، ۴۵ و ۵۴ به‌صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. پژوهش ماتسون و همکاران (۱۹۸۳) نشان داده‌اند که مقیاس مهارت‌های اجتماعی ماتسون از ثبات روان‌سنجی، پایایی بالای باز آزمایی و روایی افتراقی قابل قبولی برخوردار است. یوسفی و خیر (۱۳۸۱) روایی این پرسشنامه را از طریق تحلیل عاملی اکتشافی بررسی و روایی آن را احراز کردند و برای پایایی از آلفای کرونباخ که برای کل مقیاس ۰/۸۵ به دست آمد. پایایی این پرسشنامه در پژوهش حاضر نیز با روش آلفای کرونباخ ۰/۶۷ به دست آمد.

بازی‌درمانی شناختی رفتاری: اجرای پروتکل جلسات بازی‌درمانی شناختی رفتاری در ۸ جلسه یک‌ساعته و توسط پژوهشگر انجام گرفت. برای روش بازی‌درمانی که در این پژوهش مورداستفاده قرارگرفته از پروتکل استالارد[1] (۲۰۰۳) و کادوسان و شفرد[2] (۲۰۱۰) استفاده شد که کارایی آن در مطالعات متعدد مورد تأیید قرارگرفته است(السم، دیجک، ورهولوپ، دکرز و کاسترو[3]، ۲۰۲۳ و قدوسی، ساجدی، میرزائی، رضا سلطانی، ۲۰۱۷). در جدول شماره یک به شرح جلسات اموزشی بازی‌درمانی شناختی رفتاری پرداخته‌شده است.

[1]-Stallard
[2]- Kaduson H, Schaefer
[3]- Alsem, van Dijk, Verhulp., Dekkers, & De Castro

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-01-02]

یافته‌ها

جدول ۱ . پروتوکل جلسات بازی درمانی شناختی رفتاری

جلسه	موضوع	شرح جلسات
جلسه اول	آشنایی	آشنایی اولیه: پژوهشگر خود را به کودکان معرفی می‌کند و درباره هدف کلی جلسات توضیح می‌دهد. ایجاد محیط دوستانه: با استفاده از بازی‌ها و فعالیت‌های سرگرم‌کننده، فضایی راحت و دوستانه برای کودکان فراهم می‌شود تا آن‌ها احساس راحتی کنند. هدایت به اتاق بازی: کودکان به اتاق بازی هدایت می‌شوند که به‌عنوان محیطی امن و جالب برای تعاملات بعدی طراحی‌شده است.
جلسه دوم	آموزش روان‌شناختی در رابطه با احساسات و هیجانات	مرور تجربیات: کودکان تجربیات هیجانی خود را در طول هفته مرور و با دیگران به اشتراک می‌گذارند. آموزش بیان احساسات: به کودکان آموزش داده می‌شود که چگونه احساسات خود را به‌طور مؤثر بیان کنند. آشنایی با علائم بدنی: کودکان با علائم فیزیولوژیکی که در هنگام عصبانیت و ناکامی بروز می‌کند، آشنا می‌شوند و یاد می‌گیرند چگونه این علائم را شناسایی کنند.
جلسه سوم	همکاری	بازی‌های گروهی: کودکان از طریق بازی‌های گروهی تشویق می‌شوند تا با یکدیگر همکاری کنند. دوست‌یابی: کودکان فرصت دارند تا دوستان جدیدی پیدا کنند و روابط دوستانه را در جمع بقیه کودکان تقویت کنند.
جلسه چهارم	کاهش رفتارهای نامناسب	توزیع رفتارها: رفتارهای مناسب و نامناسب به کودکان توضیح داده می‌شود. آموزش تشکر و قدردانی: کودکان یاد می‌گیرند که چگونه از والدین، معلمان و دیگر افراد تشکر و قدردانی کنند.
جلسه پنجم	حل مسئله	تصمیم‌گیری روزانه: کودکان با انواع تصمیم‌هایی که در طول زندگی روزمره با آن‌ها مواجه می‌شوند، آشنا می‌شوند. اهمیت مشورت: اهمیت مشورت با والدین و بزرگ‌ترها در حل مشکلات به کودکان آموزش داده می‌شود.
جلسه ششم	آموزش ریلکسیشن یا آرام‌سازی	مرور جلسات: بازی‌ها و مهارت‌های آموخته‌شده در جلسات قبل مرور می‌شوند. کنترل ناکامی و عصبانیت: کودکان یاد می‌گیرند چگونه ناکامی و عصبانیت خود را کنترل کنند.
جلسه هفتم	افزایش مهارت خودآگاهی	مهارت ابراز وجود: کودکان می‌آموزند چگونه به‌صورت مؤثر و با اعتمادبه‌نفس خود را ابراز کنند. حل مسئله: آموزش مهارت‌های حل مسئله به کودکان داده می‌شود تا در مواجهه با مشکلات بتوانند راه‌حل‌های مؤثری بیابند.
جلسه هشتم	عمومی‌سازی فرایند و اجتناب از بازگشت مجدد	مرور جلسات: کلیه مهارت‌ها و مفاهیمی که در جلسات گذشته آموخته‌شده‌اند، مرور می‌شوند. ارزیابی تغییرات: تغییرات و پیشرفت‌های کودکان ارزیابی می‌شوند تا میزان تأثیرگذاری برنامه مشخص شود.

در جدول ۲ آمار توصیفی مربوط به نمرات متغیرهای پژوهش و هر یک از مؤلفه‌های آن آمده است. لازم به ذکر است که میانگین سنی کودکان شرکت‌کننده در پژوهش برای گروه آزمایشی ۷٫۹۰ و برای گروه کنترل ۸ سال بود. میانگین سنی مادران گروه آزمایش ۴۰٫۵ و مادران گروه آزمایشی ۳۹٫۸۰ بود.

جدول ۲ آمار توصیفی نمرات متغیرهای پژوهش به تفکیک پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه کنترل و آزمایش

منبع متغیر	تعداد	کنترل		آزمایش	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-01-02]

عملکرد اجرایی		پیش‌آزمون	۱۵	۳۳,۶۰	۴,۹۳	۳۳,۰۰	۶,۲۲
		پس‌آزمون	۱۵	۳۳,۰۷	۴,۶۷	۳۸,۸۰	۵,۷۰
عملکرد اجرایی	تصمیم‌گیری- برنامه‌ریزی	پیش‌آزمون	۱۵	۱۳,۶۷	۳,۲۲	۱۳,۲۷	۳,۳۷
		پس‌آزمون	۱۵	۱۳,۴۰	۲,۸۷	۱۵,۴۷	۳,۵۸
	سازمان‌دهی	پیش‌آزمون	۱۵	۱۲,۴۷	۳,۳۸	۱۱,۷۳	۳,۰۶
		پس‌آزمون	۱۵	۱۲,۳۳	۲,۹۹	۱۵,۸۷	۳,۵۶
	بازداری	پیش‌آزمون	۱۵	۵,۸۷	۱,۶۴	۶,۷۳	۱,۷۹
		پس‌آزمون	۱۵	۶/۴۰	۱/۵۹	۵/۷۳	۱/۳۳
نشانگان اضطراب		پیش‌آزمون	۱۵	۲۱/۴۰	۲/۶۱	۲۲/۴۰	۲/۴۱
		پس‌آزمون	۱۵	۲۱/۰۶	۲/۷۱	۱۷/۷۳	۳/۰۸
نشانگان اضطراب	عوامل فیزیولوژیکی	پیش‌آزمون	۱۵	۷/۳۳	۱/۷۵	۷/۳۳	۱/۱۱
		پس‌آزمون	۱۵	۷/۴۰	۱/۱۲	۶/۱۳	۱/۰۶
	حساسیت افراطی و تمرکز	پیش‌آزمون	۱۵	۷/۲۶	۱/۷۰	۸/۲۰	۱/۵۶
		پس‌آزمون	۱۵	۷/۱۴	۱/۷۲	۶/۳۳	۱/۸۷
	نگرانی	پیش‌آزمون	۱۵	۶/۸۰	۱/۵۶	۶/۸۶	۱/۴۰
		پس‌آزمون	۱۵	۶/۵۳	۱/۵۰	۵/۲۶	۱/۵۳
مهارت‌های اجتماعی		پیش‌آزمون	۱۵	۱۳۲/۴۰	۲۷/۶۶	۱۳۵/۰۶	۲۱/۱۶
		پس‌آزمون	۱۵	۱۳۳/۵۳	۲۸/۷۱	۱۶۲/۸۰	۲۶/۶۲

اطلاعات جدول ۲، میانگین نمرات متغیرهای پژوهش به تفکیک پیش‌آزمون و پس‌آزمون را نشان می‌دهد. به‌منظور انجام آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری[1] و تحلیل کوواریانس تک‌متغیری[2] ابتدا اقدام به بررسی و تأیید پیش‌فرض‌های این آزمون شد. بر این اساس نرمال بودن توزیع داده‌ها با استفاده از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف[3] و آزمون شاپیرو - ویلک[4]، نرمال بودن توزیع چندمتغیری داده‌ها با استفاده از فاصله ماهالانوبیس[5] و آماره مردیا[6] (۱۹۷۱)، پیش‌فرض همگنی شیب‌خط رگرسیون با استفاده از کوواریانس تک‌متغیری، پیش-فرض عدم وجود تفاوت معنی‌دار در پیش‌آزمون دو گروه با استفاده از تحلیل واریانس یک‌راهه[7]، بررسی کرویت یا مکفی بودن همبستگی بین مؤلفه‌های متغیرهای وابسته با استفاده از آزمون بارتلت[8]، بررسی خطی بودن رابطه بین متغیرهای وابسته با استفاده از نمودار پراکندگی[9]، فرض همگنی ماتریس کوواریانس با استفاده از آزمون ام‌باکس[10] و همگنی واریانس‌ها با استفاده از آزمون لون[11] انجام و تأیید شد.

با توجه به نتایج آزمون‌های چند متغیره بررسی تأثیر بازی‌درمانی شناختی-رفتاری بر کاهش نشانگان اضطراب

[1]- Multivariate analysis of covariance: MANCOVA
[2]- Univariate analysis of covariance: ANCOVA
[3]- Kolmogorov–Smirnov test
[4]- Shapiro-Wilk
[5]- Mahalanobis distance
[6]- Mardia
[7]- Anova
[8]- Bartlett's test of sphericity
[9]- scatter diagram
[10]-. box'M
[11]- Leven

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-01-02]

کودکان دارای اختلال اضطرابی که لامبدای ویلکز برابر با ۰/۴۴۶ و مقدار F به‌دست‌آمده در این آماره ۹/۵۱۱ به دست آمد. سطح معنی‌داری این مقدار با درجه آزادی ۳ و ۲۳ کمتر از ۰/۰۱ بوده است (P<۰/۰۱). لذا این فرض که بازی‌درمانی شناختی رفتاری بر مولفه های مشکلات اضطرابی تأثیر دارد تأیید گردیده و میزان اندازه اثر ۰/۵۵ یا به‌عبارت‌دیگر ۵۵ درصد از تغییرات متغیرهای گفته‌شده مربوط به عضویت گروهی است. در ادامه برای مشخص شدن تفاوت گروه‌ها در متغیرهای عوامل فیزیولوژیکی ، حساسیت افراطی و تمرکز و نگرانی از تحلیل کوواریانس استفاده شد.

جدول ۳ نتایج تحلیل آنکوا برای بررسی تفاوت نمرات نشانگان اضطراب

منبع متغیر		مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری	ضریب اتا
گروه	عوامل فیزیولوژیکی	۱۲/۰۱۵	۱	۱۲/۰۱۵	۱۴/۰۶	۰/۰۰۱	۰/۳۶۰
	حساسیت افراطی و تمرکز	۱۲/۴۶۰	۱	۱۲/۴۶۰	۵/۱۸	۰/۰۳۲	۰/۱۷۲
	نگرانی	۱۰/۲۳۰	۱	۱۰/۲۳۰	۹/۶۵	۰/۰۰۵	۰/۲۷۹
خطا	عوامل فیزیولوژیکی	۲۱/۳۶۰	۲۵	۰/۸۵۴	–	–	–
	حساسیت افراطی و تمرکز	۶۰/۰۸۲	۲۵	۲/۴۰۳	–	–	–
	نگرانی	۲۶/۴۹۶	۲۵	۱/۰۶۰	–	–	–
کل اصلاح‌شده	عوامل فیزیولوژیکی	۴۵/۳۶۷	۲۹	–	–	–	–
	حساسیت افراطی و تمرکز	۹۵/۸۶۷	۲۹	–	–	–	–
	نگرانی	۷۶/۷۰۰	۲۹	–	–	–	–

نتایج تحلیل در جدول ۳ نشان می‌دهد، مقدار F بدست آمده برای تفاوت میانگین عوامل فیزیولوژیکی برابر با ۱۴/۰۶ ($F_{(۲۹و۱)}$ =۱۴/۰۶) محاسبه‌شده است. همچنین سطح معناداری برای این متغیر برابر با ۰/۰۰۱ (α=۰/۰۰۱) آمده است و این سطح از مقدار مفروض ۰/۰۱ کمتر است؛ بنابراین ۳۶ درصد از تغییرات عوامل فیزیولوژیکی کودکان دارای اختلال اضطرابی ناشی از بازی‌درمانی شناختی رفتاری است (p<۰/۰۱ , =۰/۳۶ , η2 ۱۴/۰۶=$F_{(۲۹و۱)}$). مقدار F به‌دست‌آمده برای تفاوت میانگین عوامل حساسیت افراطی و تمرکز برابر با ۵/۱۸ ($F_{(۲۹و۱)}$ =۵/۱۸) محاسبه‌شده است. همچنین سطح معناداری برای این متغیر برابر با ۰/۰۳۲ (α=۰/۰۳۲) آمده است و این سطح از مقدار مفروض ۰/۰۵ کمتر است؛ بنابراین ۱۷درصد از تغییرات حساسیت افراطی و تمرکز کودکان دارای اختلال اضطرابی ناشی از بازی‌درمانی شناختی-رفتاری است (p<۰/۰۱ , η2=۰/۱۷ ,

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-01-02]

$F_{(۲۹و۱)}$=۵/۱۸). مقدار F به‌دست‌آمده برای تفاوت میانگین نگرانی برابر با ۹/۶۵ ($F_{(۲۹و۱)}$= ۹/۶۵) محاسبه‌شده است. همچنین سطح معناداری برای این متغیر برابر با ۰/۰۰۵ (α=۰/۰۰۵) آمده است و این سطح از مقدار مفروض ۰/۰۵ کمتر است؛ بنابراین ۲۸ درصد از تغییرات نگرانی کودکان دارای اختلال اضطرابی ناشی از بازی‌درمانی شناختی رفتاری است (p<۰/۰۱ , =۰/۲۸ , η2 ۹/۶۵=$F_{(۲۹و۱)}$). با توجه به میانگین‌های گزارش‌شده، بازی‌درمانی شناختی-رفتاری بر کاهش نشانگان اضطراب کودکان دارای اختلال اضطرابی مؤثر است.

نتایج آزمون‌های چند متغیره بررسی تأثیر بازی‌درمانی شناختی-رفتاری برافزایش عملکرد اجرایی کودکان دارای اختلال اضطرابی نیز نشان می‌دهد که تفاوت بین دو گروه ازنظر سنتروئید دو متغیر به سطح معناداری رسیده است (لامبدای ویلکز برابر با ۰/۳۳۸ و مقدار F به‌دست‌آمده در این آماره ۱۵/۰۴۸)یا به‌عبارت‌دیگر عضویت گروهی اثر معناداری بر نمران پس‌آزمون داشته است(p < ۰/۰۰۱)، لذا این فرض که بازی‌درمانی شناختی رفتاری بر متغیرهای عملکرد اجرایی تأثیر دارد تأیید گردیده و میزان اندازه اثر ۰/۳۳ یا به‌عبارت‌دیگر ۳۳ درصد از تغییرات متغیرهای گفته‌شده مربوط به عضویت گروهی است. در ادامه برای مشخص شدن تفاوت گروه‌ها در متغیرهای تصمیم‌گیری، سازمان‌دهی و بازداری از تحلیل کوواریانس استفاده شد.

جدول ۴ نتایج تحلیل آنکوا برای بررسی تفاوت نمرات کارکردهای اجرایی

منبع متغیر		مجموع مجذورت	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری	ضریب اتا
گروه	تصمیم‌گیری-برنامه‌ریزی	۳۷,۰۴۷	۱	۳۷,۰۴۷	۱۵,۰۰	۰,۰۰۱	۰,۳۷۵
	سازمان‌دهی	۱۰۴,۲۵۰	۱	۱۰۴,۲۵۰	۱۸,۶۵	۰,۰۰۰	۰,۴۲۷
	بازداری	۶,۸۰۴	۱	۶,۸۰۴	۵,۷۲	۰,۰۲۵	۰,۱۸۶
خطا	تصمیم‌گیری-برنامه‌ریزی	۶۱,۷۴۸	۲۵	۲,۴۷۰	–	–	–
	سازمان‌دهی	۱۳۹,۷۴۵	۲۵	۵,۵۹۰	–	–	–
	بازداری	۲۹,۷۳۰	۲۵	۱,۱۸۹	–	–	–
کل اصلاح‌شده	تصمیم‌گیری-برنامه‌ریزی	۳۲۷,۳۶۷	۲۹	–	–	–	–
	سازمان‌دهی	۳۹۶,۷۰۰	۲۹	–	–	–	–
	بازداری	۷۹,۳۶۷	۲۹	–	–	–	–

نتایج تحلیل در جدول ۴ نشان می‌دهد، مقدار F به‌دست‌آمده برای تفاوت میانگین تصمیم‌گیری-برنامه‌ریزی برابر با ۱۵/۰۰ ($F_{(۲۹و۱)}$= ۱۵/۰۰) محاسبه‌شده است. همچنین سطح معناداری برای این متغیر برابر با ۰/۰۰۱ (α=۰/۰۰۱) آمده است و این سطح از مقدار مفروض ۰/۰۱ کمتر است؛ بنابراین ۳۷ درصد از تغییرات

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-01-02]

تصمیم‌گیری- برنامه‌ریزی کودکان دارای اختلال اضطرابی ناشی از بازی‌درمانی شناختی رفتاری است ($F_{(۱و۲۹)}$=۱۵/۰۰ , η2=۰/۳۷ , p<۰/۰۱). مقدار F به‌دست‌آمده برای تفاوت میانگین سازمان‌دهی برابر با ۱۸/۶۵ ($F_{(۱و۲۹)}$ =۱۸/۶۵) محاسبه‌شده است. همچنین سطح معناداری برای این متغیر برابر با ۰/۰۰۱ (α=۰/۰۰۱) آمده است و این سطح از مقدار مفروض ۰/۰۱ کمتر است؛ بنابراین ۴۲ درصد از تغییرات سازمان‌دهی کودکان دارای اختلال اضطرابی ناشی از بازی‌درمانی شناختی رفتاری است ($F_{(۱و۲۹)}$=۱۸/۳۵ , η2=۰/۴۲ , p<۰/۰۱).

مقدار F به‌دست‌آمده برای تفاوت میانگین بازداری برابر با ۵/۷۲ ($F_{(۱و۲۹)}$=۵/۷۲) محاسبه‌شده است. همچنین سطح معناداری برای این متغیر برابر با ۰/۰۲۵ (α=۰/۰۲۵) آمده است و این سطح از مقدار مفروض ۰/۰۵ کمتر است؛ بنابراین ۱۸ درصد از تغییرات بازداری کودکان دارای اختلال اضطرابی ناشی از بازی‌درمانی شناختی رفتاری است ($F_{(۱و۲۹)}$=۵/۷۲ , η2=۰/۱۹ , p<۰/۰۵). با توجه به میانگین‌های گزارش‌شده، بازی‌درمانی شناختی-رفتاری برافزایش عملکرد اجرایی کودکان دارای اختلال اضطرابی مؤثر است.

جدول ۵ نتایج تحلیل آنکوا برای بررسی تفاوت نمرات مهارت‌های اجتماعی

منبع متغیر		مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری	ضریب اتا
مهارت‌های اجتماعی	گروه	۵۹۴۶/۱۵۳	۱	۵۹۴۶/۱۵۳	۸/۸۳	۰/۰۰۶	۰/۲۴۶
	خطا	۱۸۱۸۲/۲۷۷	۲۷	۶۷۳/۴۱۸	–	–	–
	کل اصلاح‌شده	۲۷۸۹۰/۱۶۷	۲۹	–	–	–	–

برای آزمودن اثر گروه یا مداخله (برنامه بازی‌درمانی شناختی رفتاری) بر متغیر وابسته (مهارت‌های اجتماعی) باید اثر پیش‌آزمون به‌عنوان عامل هم پراش زدوده شود. نتایج نشان داد اثر گروه یا مداخله با حذف یا زدودن متغیر هم پراش نیز ازلحاظ آماری معنادار بوده است (F(۱ و ۲۷)=۸/۸۳ و p < ۰/۰۰۶). بنابراین می‌توان نتیجه گرفت برنامه آموزش برنامه بازی‌درمانی شناختی رفتاری باعث تغییر در گروه‌ها شده است. علاوه بر این میزان اندازه اثر ۰/۲۴ یا به‌عبارت‌دیگر ۲۴ درصد از تغییرات متغیر مهارت‌های اجتماعی مربوط به عضویت گروهی است.

بحث

هدف از انجام پژوهش حاضر بررسی اثربخشی بازی‌درمانی شناختی-رفتاری بر کاهش نشانگان اضطراب، عملکرد اجرایی و مهارت‌های اجتماعی در کودکان دارای اختلالات اضطرابی بود. نتایج حاصل از تحلیل داده‌های این پژوهش نشان داد که بازی‌درمانی شناختی-رفتاری بر کاهش نشانگان اضطراب کودکان دارای اختلال اضطرابی تأثیر داشته و این روش درمانی بر کاهش عوامل فیزیولوژیکی ، حساسیت افراطی و تمرکز بر نگرانی کودکان دارای اختلال اضطرابی اثرگذار بوده است. این یافته با نتایج بررسی‌های کالوین، جوردن و

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-01-02]

راولی [1](۲۰۲۱) و اوبیولزو، موسس و اونوارا[2] (۲۰۲۱) همسو است. کالوین و همکاران (۲۰۲۱) در پژوهشی نمایان ساختند که بازی‌درمانی شناختی رفتاری تأثیر معناداری بر کاهش اضطراب کودکان دارد. اوبیولزو و همکاران (۲۰۲۱) در پژوهش خود نشان‌دارند که بازی‌درمانی شناختی رفتاری سبب کاهش نمرات اضطراب اجتماعی در کودکان شده است.

در ارتباط با تبیین این یافته می‌توان گفت که، بازی‌درمانی شناختی-رفتاری یک رویکرد درمانی کوتاه‌مدت، راهنمایی شده و متمرکز بر مشکل است که از فعالیت‌های سازمان‌یافته و خودجوش برای کمک به کودکان در تغییر رفتار و شرکت در درمان استفاده می‌کند. این روش بر اساس یک رابطه آموزنده بین مشاور و درمان‌جو بناشده است و فن‌های بازی، ارتباط کلامی و غیرکلامی را شامل می‌شود تا به کودکان کمک کند رفتارهای سازگارانه تری ایجاد کنند (کنل[3]، ۲۰۱۷). درواقع بازی به‌عنوان یک روش طبیعی برای کودکان جهت یادگیری و برقراری ارتباط با جهان پیرامون خود شناخته‌شده است. از دیدگاه روانشناسی تحولی، بازی نقش کلیدی در توسعه شناختی، اجتماعی و عاطفی کودکان دارد. بازی‌درمانی شناختی-رفتاری، با بهره‌گیری از این خصوصیت طبیعی، فضایی را فراهم می‌آورد که در آن کودکان می‌توانند به‌طور مؤثر با اضطراب خود مواجه شوند.

در این فرآیند، بازی‌های ساختاریافته و خلاق به کودک اجازه می‌دهند تا افکار و احساسات خود را به‌طور غیرمستقیم و در محیطی امن بیان کنند، که این امر به شناسایی و اصلاح الگوهای فکری و رفتاری منفی منجر می‌شود. در ارتباط با تبیین دیگر این یافته می‌توان گفت که، بازی‌درمانی شناختی-رفتاری، مداخلات شناختی-رفتاری را درون فرآیند بازی گنجانده و فعالیت‌های بازی و ارتباطات کلامی و غیرکلامی را برای حل مشکلات کودک به کار می‌برد. این رویکرد، که بر پایه اصول شناختی-رفتاری بناشده، بر مشارکت فعال کودک در درمان تأکید دارد و از تکنیک‌های رفتاری مانند الگوگیری و تقویت مثبت برای تحریک تغییرات رفتاری و آماده‌سازی کودک برای بهره‌گیری از درمان استفاده می‌کند (کادوسان، ۲۰۲۰). درواقع این درمان با گنجاندن مداخلات شناختی-رفتاری در قالب بازی، یک محیط جذاب و امن را برای کودکان فراهم می‌آورد که در آن آن‌ها می‌توانند بدون ترس از قضاوت، افکار، احساسات و نگرانی‌های خود را بیان کنند. این رویکرد، با تأکید بر مشارکت فعال کودک در فرآیند درمانی، از تکنیک‌های رفتاری مانند الگوگیری و تقویت مثبت استفاده می‌کند تا تغییرات رفتاری را تحریک کرده و کودک را برای بهره‌گیری از درمان آماده سازد. این فرآیند به کودکان کمک می‌کند تا با شناسایی و اصلاح الگوهای فکری ناسازگار، راه‌های جدیدی برای مقابله با موقعیت‌های اضطراب‌زا پیدا کنند.

نتیجه دیگر این پژوهش نشان داد که بازی‌درمانی شناختی-رفتاری برافزایش عملکرد اجرایی کودکان دارای اختلال اضطرابی اثرگذار بوده به‌گونه‌ای که این روش درمانی برافزایش تصمیم‌گیری- برنامه‌ریزی، سازمان‌دهی و بازداری کودکان دارای اختلال اضطرابی اثرات افزایشی داشته است. این یافته با نتایج مطالعات

[1]- Kalvin CB, Jordan, RP, Rowley SN
[2]- Obiweluozo P, Moses O, Onwurah, Ch
[3]- Knell

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-01-02]

اصغری نکاح و عابدی (۱۳۹۳)، و ماتیز و اسشوتر[1] (۲۰۲۱) همسو است. اصغری نکاح و عابدی (۱۳۹۳) در بررسی خود مشخص ساختند که بازی‌درمانی مبتنی بر کارکردهای اجرایی منجر به بهبود کارکردهای اجرایی در کودکان مبتلابه اختلال نارسائی توجه/ بیش فعالی شد. ماتیز و اسشوتر (۲۰۲۱) در پژوهش خود نشان‌دادند که بازی‌درمانی شناختی رفتاری در کودکان و نوجوانان منجر به افزایش توانایی کنترل خشم، توانایی ایجاد راه‌های مناسب برای مشکلات اجتماعی، مهار پاسخ‌دهی و همدلی عاطفی می شود.

در ارتباط با تبیین این یافته می‌توان گفت که اضطراب می‌تواند تأثیر منفی بر مهارت‌های شناختی پیچیده مانند برنامه‌ریزی، سازمان‌دهی، حل مسئله، توجه، کنترل تکانه و تنظیم هیجانی داشته باشد، چراکه منابع شناختی محدود فرد را به خود اختصاص می‌دهد و از توانایی کودکان برای انجام وظایفی که نیازمند تفکر انتقادی و حل مسئله هستند، می‌کاهد. در این میان بازی‌درمانی شناختی-رفتاری با ارائه فرصت‌هایی برای کودکان جهت شناسایی و اصلاح الگوهای فکری ناسازگار، به آن‌ها کمک می‌کند تا با افکار و هیجان‌های خود به شیوه‌ای سازنده‌تر مواجه شوند. این فرآیند نه‌تنها به کاهش اضطراب کمک می‌کند بلکه منابع شناختی بیشتری را برای تقویت عملکرد اجرایی فراهم می‌آورد. با کاهش اضطراب، کودکان می‌توانند توجه بیشتری به مهارت‌هایی مانند حل مسئله و برنامه‌ریزی داشته باشند، که این امر به‌نوبه خود به بهبود عملکرد اجرایی منجر می‌شود. علاوه بر این، مشارکت فعال کودکان در فرآیند درمانی، به‌ویژه از طریق بازی‌های ساختاریافته که مهارت‌های تصمیم‌گیری، انعطاف‌پذیری شناختی و کنترل تکانه را هدف قرار می‌دهند، به آن‌ها احساس کنترل و تسلط بر محیط و چالش‌های خود می‌دهد. این احساس از خودمختاری و مسئولیت‌پذیری در تغییرات رفتاری نه‌تنها به کاهش اضطراب کمک می‌کند بلکه به تقویت عملکرد اجرایی نیز منجر می‌شود، چراکه کودکان یاد می‌گیرند چگونه به‌طور مؤثرتری با چالش‌های پیشرو مواجه شوند. این فرآیند، به کودکان اجازه می‌دهد تا با استرس و اضطراب خود به‌طور مؤثرتری مقابله کنند، که این امر منابع شناختی بیشتری را برای مهارت‌های مرتبط با عملکرد اجرایی مانند برنامه‌ریزی، حل مسئله، و توجه فراهم می‌آورد. علاوه بر این، بازی‌درمانی شناختی-رفتاری از طریق تقویت مثبت و الگو گیری، مهارت‌های اجتماعی و تنظیم هیجانی را بهبود می‌بخشد، که همگی عناصر کلیدی در توسعه و بهبود عملکردهای اجرایی هستند.

نهایتا، نتایج نشان‌داد که بازی‌درمانی شناختی-رفتاری برافزایش و بهبود مهارت‌های اجتماعی کودکان دارای اختلال اضطرابی اثرگذار است. این یافته با نتایج پژوهش‌های اولندیک و سرنی[2] (۲۰۱۸) و قدوسی و همکاران(۲۰۱۷)، همسو است. نتایج مطالعه حاضر مشخص ساخت که، بازی‌درمانی شناختی-رفتاری برافزایش مهارت‌های اجتماعی در کودکان دارای اختلالات اضطرابی مؤثر است. در ارتباط با تبیین این یافته می‌توان گفت که، بازی‌درمانی شناختی-رفتاری، با تکیه‌بر اصول شناختی و رفتاری، یک روش درمانی نوآورانه برای کودکان با اختلالات اضطرابی است. این رویکرد درمانی، با استفاده از بازی به‌عنوان ابزاری برای آموزش و تمرین، محیطی امن و تعاملی فراهم می‌کند که

[1]- Matthys & Schutter

[2]- Ollendick & Cerney

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-01-02]

در آن کودکان می‌توانند مهارت‌های جدید رفتاری و شناختی را یاد بگیرند و تمرین کنند (اولندیک و سرنی، ۲۰۱۸). این فرآیند به کودکان کمک می‌کند تا با ترس‌ها و اضطراب‌های خود به شیوه‌ای سازنده مواجه شوند و راهکارهایی برای مدیریت و کنترل آن‌ها پیدا کنند. در جریان بازی‌درمانی شناختی-رفتاری، کودکان یاد می‌گیرند چگونه افکار و باورهای خود را که ممکن است به شکل‌گیری اضطراب منجر گردند، شناسایی و اصلاح کنند. این روش، به کودکان امکان می‌دهد تا از طریق بازی، مهارت‌هایی مانند حل مسئله، برقراری ارتباط مؤثر و مقابله با استرس را در محیطی کنترل‌شده و بازی‌گونه تمرین کنند. علاوه بر این، بازی‌درمانی شناختی-رفتاری بر تقویت مهارت‌های اجتماعی تمرکز دارد. کودکان در حین بازی، در تعامل با دیگران قرار می‌گیرند که این فرصتی برای تمرین مهارت‌های اجتماعی مانند گوش دادن، نوبت‌گیری، ابراز احساسات و دیدگاه‌ها به شیوه‌ای سازنده، و حل تعارض است. این تمرینات، اعتمادبه‌نفس اجتماعی کودکان را افزایش داده و به آن‌ها کمک می‌کند تا در برابر تجربیات اضطراب‌زا، مقاومت بیشتری نشان دهند. در ارتباط با تبیین دیگر این یافته می‌توان گفت که، تقویت مهارت‌های اجتماعی در این رویکرد، از طریق بازی‌های گروهی و فعالیت‌های تعاملی صورت می‌گیرد که کودکان را به چالش می‌کشد تا با دیگران ارتباط برقرار کنند، نوبت خود را رعایت کنند و در فعالیت‌های گروهی مشارکت کنند.

نتیجه‌گیری

به‌صورت کلی نتایج پژوهش حاضر نشان داد که آموزش روش‌های بازی‌درمانی شناختی رفتاری به کودکان با اختلال‌های اضطرابی بر کاهش رفتارهای اضطرابی و همچنین بهبود عملکرد اجرایی و مهارت‌های اجتماعی این کودکان تأثیرگذار بوده و ارائه این آموزش توانسته است در بهبود مشکلات روان‌شناختی‌این کودکان تأثیرگذار باشد. بازی‌درمانی شناختی-رفتاری نه‌تنها به کودکان کمک می‌کند تا مهارت‌های شناختی و رفتاری لازم برای مدیریت اضطراب را توسعه دهند، بلکه به آن‌ها امکان می‌دهد تا در ارتباط با دیگران موفق‌تر عمل کنند و روابط اجتماعی مثبت‌تری برقرار کنند.

این پژوهش به لحاظ تعداد جلسه‌های برگزارشده، تعداد افراد شرکت‌کننده در گروه آزمایش و کنترل و ابزارهای پژوهشی دارای محدودیت بود. محدودیت دیگر این پژوهش آن بود که به دلیل کم بودن تعداد آزمودنی‌ها همتا کردن گروه‌ها بر اساس سایر مشکلات رفتاری کودکان امکان‌پذیر نبود. پژوهش‌های دیگر می‌توانند روش آموزش بازی‌درمانی شناختی رفتاری را در تعداد جلسات بیشتر با موضوعات متنوع‌تر و در نمونه‌ای بزرگ‌تر مورد بررسی قرار دهند.

سپاسگزاری

این پژوهش مستخرج از پایان‌نامه کارشناسی ارشد روانشناسی دانشگاه زنجان می‌باشد بدین‌وسیله از کلیه شرکت‌کنندگان و خانواده‌های این افراد که در این پژوهش شرکت داشته و امکان اجرای این پژوهش را برای ما فراهم نمودند سپاسگزاری می‌نماییم. کد اخلاق مقاله با شناسه اخلاق IR.ZNU.REC.1402.034 در وبگاه سامانه ملی اخلاق در پژوهش‌های زیست پزشکی ثبت‌شده است. نویسندگان هیچ‌گونه تضاد منافع و منبع مالی ندارند.

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-01-02]

References

Alizadeh H, Zahedipour M. (2004). Executive Functions in Children with and Without Developmental Coordination Disorder. Advances in Cogni: A multicenter randomized controlled trial. Child tive Sciences, 6 (3 and 4), 49-56.

Alsem SC, van Dijk A, Verhulp EE, Dekkers TJ, De Castro BO. (2023). Treating children's aggressive behavior problems using cognitive behavior therapy with virtual reality development, 94(6), e344-e361.

Asgari Nekah SM, Abedi Z. (2014). The Effectiveness of Executive Functions based Play Therapy on improving Response Inhibition, planning and working memory in children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. Journal of Cognitive Psychology, 2, (1), 41-51. (In Persian).

Choo C. (2014), Adapting Cognitive Behavioral Therapy for Children and Adolescents with Complex Symptoms of Neurodevelopmental Disorders and Conduct Disorders. Journal of Psychological Abnormalities, 23(1): 231-245.

Coolidge F. (2002). The Coolidge Personality and Neuropsychological Inventory for Children (CPNI)Preliminary Psychometric Characteristics. Behavior Modification. https://doi.org/10.1177/0145445502026004007

Curtis F, Laparidou D, Bridle C, Law GR, Durrant S, Rodriguez A, Pierzycki RH, Siriwardena AN. (2021). Effects of cognitive behavioral therapy on insomnia in adults with tinnitus: Systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. Sleep medicine reviews, 56, 10-14.

Frogner L, Hellfeldt K., Ångström AK, Andershed, AK, Källström Å, Fanti KA, & Andershed H. (2022). Stability and change in early social skills development in relation to early school performance: A longitudinal study of a

Swedish cohort. Early Education and Development, 33(1), 17–37.

Ghodousi N, Sajedi F, Mirzaie H, Rezasoltani P. (2017) The Effectiveness of Cognitive-Behavioral Play Therapy on Externalizing Behavior Problems Among Street and Working Children. Iranian Rehabilitation Journal. 15(4):359-366. https://doi.org/10.29252/nrip.irj.15.4.359

Hornstein A, Heimberg R. (2020). Anxiety disorders and healthcare utilization: A systematic review. Clinical Psychology Review, (81), 101-894.

Islaeli, I., Yati, M.I., & Fadmi, F.R. (2019). The effect of play puzzle therapy on anxiety of children on preschooler in Kota Kendari hospital. *Enfermeria Clinica*, 30(55), 103-105.

Kaduson H, Schaefer C. (2010). 101 favorite play therapy techniques. Lanham, Maryland: Jason Aronson.

Kaduson HG. (2020). Play therapy for children with attention-deficit/hyperactivity disorder. In H. G. Kaduson, D. Cangelosi, & C. E. Schaefer (Eds.), Prescriptive play therapy: Tailoring interventions for specific childhood problems (pp. 161–177). The Guilford Press

Kalvin CB, Jordan, RP, Rowley SN. (2021). Conducting CBT for Anxiety in Children with Autism Spectrum Disorder During COVID-19 Pandemic. J Autism Dev Disord, (51), 4239–4247.

Kar ahmadi M, Shahrivar Z. (2005). Comparative of Executive Function in tourett's syndrome In children with and without ADHD. Journal of medical science university of Isfahan, 24(82), 61-67. (In Persian)

Kendall PC, Treadwell KRH. (2007). The Role of Self-Statements as a Mediator in Treatment for Youth with Anxiety Disorders. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 75(3): 380–389.

Knell SM. (2017). Cognitive behavioral play therapy: Theory and applications. In A. A. Drewes (Ed.), Blending play therapy with cognitive behavioral therapy: Evidence-based and other effective treatments and techniques (pp. 117–133). John Wiley & Sons, Inc.

Ko K, Jones A, Francis D, Robidoux S, McArthur G. (2024). Physiological correlates of anxiety in childhood and adolescence: A systematic review and meta-analysis. Stress Health. 2024 40(4):e3388. doi: 10.1002/smi.3388. Epub 2024 Mar 7. PMID: 38451702.

Lopes D, Gerolamo M, Musetti M, Amaral D. (2021). Social skills in higher education: how to combine

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-01-02]

active learning and social skills training program. *Production*, (31) 10-12.

Matson JL, Rotatori AF, Helsel WL. (1983). Development of a rating scale to measure social skills in children: The matson Evaluation of Social Skills with Youngsters (MESSY). Behavior, Reasearch and Therapy, 21(4), 335-340.

Matthys W, Schutter, DJLG. (2021). Increasing Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy for Conduct Problems in Children and Adolescents: What Can We Learn from Neuroimaging Studies. Clinical Child Family Psychology Review, (24), 484–499.

Mendonça BTVd., Silva GG, Busatto LM, Dias NM. (2021). Executive functions in fibromyalgia: A systematic review. Psychology & Neuroscience, 14(4), 413–437.

Moon Y, Woo H. (2025). Key risk factors of generalized anxiety disorder in adolescents: machine learning study. Front Public Health. 12:1504739. 1-9 doi: 10.3389/fpubh.2024.1504739

Nguyen PA, Walters J b, Hutchinson E, Liu Y , Li X, Gudmundsson C. (2025). Executive functioning in individuals with generalized anxiety disorder: A systematic review and meta-analysis. Journal of Affective Disorders, 389, 1-14. https://doi.org/10.1016/j.jad.2025.119683

Obiweluozo P, Moses O, Onwurah, Ch. (2021). Impact of cognitive behavioural play therapy on social anxiety among school children with stuttering deficit. Research Article: Clinical Trial/Experimental Study, 100 (19), 24-35.

Ollendick TH, Cerney JA. (2018). Clinical behavior therapy with children. New York: Plenum Press.

Przepiorka A, Blachnio A, Cudo A, Kot P. (2021). Social anxiety and social skills via problematic smartphone use for predicting somatic symptoms and academic performance at primary school. Computers & education, (173), 104-286.

Pushkarna P. (2014). ADHD, an account of a successful play therapy (psychoanalytical psychotherapy), *Apollo Medicine*, 11(1), 35-36.

Rao M, Rao D. (2021). The Mental Health of High School Students During the COVID-19 Pandemic. Original Research article, (6), 12-20.

Rogers, A. H., Wieman, S. T., & Baker, A. W. (2020). *Anxiety comorbidities: Mood disorders, substance use disorders, and chronic medical illness*. In E. Bui, M. E. Charney, & A. W. Baker (Eds.), Clinical handbook of anxiety disorders: From theory to practice (pp. 77–103). Humana Press/Springer Nature

Stallard P. (2003). Think good-feel good: A cognitive behavior therapy workbook for children and young people. Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons.

Zumski G, Smogorzewska J, Grygiel P, Orlando AM. (2017). Examining the Effectiveness of Naturalistic Social Skills Training in Developing Social Skills and Theory of Mind in Preschoolers with ASD. Journal of Autism and Developmental Disorders, 2 (5), 1-16.

Taghavi MR., alishahi M J. (2003). Examining the reliability and validity of children's overt anxiety scale. Journal of Psychology, 7(4), 342-357. (In Persian).

Yousefi f, Khayer M. (2002). Examining the reliability and validity of Matson's social skills assessment and comparing the performance of high school girls and boys. Journal of humanistic and social science of university of shiraz, 18(36), 146-158. (In Persian).

Zainal N, Newman M. (2022). Inflammation mediates depression and generalized anxiety symptoms predicting executive function impairment after 18 years. Journal of affective disorder, (296), 465-475.

[Downloaded from shenakht.muk.ac.ir on 2026-01-02]