MEJDS. 2020; 10:175.

Published online 2020 Nov. **Research Article**

The Effects of Cognitive-Behavioral Play Therapy in Reducing Emotional Problems in Children with Cerebral Palsy

Mahmoud Alilou M[1], Khanjani Z[2], *Alizadeh N[2]

Author Address
1. Professor, Faculty of Education and Psychology, University of Tabriz, Tabriz, Iran;
2. Professor, Faculty of Education and Psychology, University of Tabriz, Tabriz, Iran;
3. M.Sc. in Psychology, Faculty of Education and Psychology, University of Tabriz, Tabriz, Iran.
***Corresponding Author Email:** Negar.Alizadeh68@gmail.com

Received: 2019 May 3**; Accepted:** 2019 Jun 30

Abstract

Background & Objectives: Cerebral Palsy (CP) is defined as disturbance in movement and balance which occurs due to damage or defect in immature brain. Children with CP are at high risks for developing emotional problems. Play therapy is among the treatment methods, i.e., effective in responding to the unique and varied developmental needs of children. Cognitive–Behavioral Play Therapy (CBPT) is specially designed for children. The current study aimed to determine the effectiveness of CBPT on the reduction of emotional problems among children with PC.

Methods: This was a single subject research with a single baseline design. Considering the complications of finding a group of problem–wised matched children with CP, a single subject study was conducted. This research was performed on 3 children who were diagnosed with CP. In total, 10 sessions of CBPT with a one–month follow–up period was conducted. The statistical population of this study included all children aged 7–10 years with CP in Tabriz City, Iran. Research sample was selected based on target–based sampling and the available sample of students of Mardani Azari Center in the academic year of 2017–18. For collecting the required data, Kovacs's Children's Depression Inventory (CDI) (1981), Reynolds & Richmond's Revised Children's Manifest Anxiety Scale (RCMAS) (1978), and Nelson et al.'s Children's Inventory of Anger (CIA) (2000) were used. Data analysis was performed using visual analysis of enhancement.

Results: The obtained data revealed that CBPT significantly reduced anxiety, depression, and anger in the investigated children with CP. Moreover, the archived results maintained for one month (follow–up). The changes in the level of depression for all three study participants were statistically significant. In addition, children with physical disabilities often feel incompetent, worthless, or unacceptable. Depressed children are more prone to be rejected and experience higher negative social behaviors, compared to their healthy counterparts. Play therapy provides the opportunity to create communication skills in a safe and friendly environment for children. Therefore, in this study, puppet play and puppet show were used to increase self–esteem as well as social skills in the investigated children. Besides, the collected results indicated a significant reduction in the studied children's anxiety level. Using various activities and techniques of CBPT, like the recognition of emotions, thoughts, and fears in the form of a story, symbolic play, and puppet show, the children encountered anxiety–stimulating states; accordingly, we attempted to teach them emotional control skills and different strategies for anxiety management. Play therapy also had a great impact on reducing the aggression of the studied children with CP. Aggression is expressed in various manners, i.e., directly or indirectly in the child's play and dolls play, as an important strategy in controlling anger. By implementing puppet shows, we could assist the children to learn new skills in a non–invasive way.

Conclusion: According to present study results, CBPT could influence emotional problems among children with CP.

Keywords: Play therapy, Emotional problems, Cerebral palsy.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-08]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.116.5]

Copyright © 2016, MEJDS. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.

مجله مطالعات ناتوانی ۱۳۹۹؛ (۱۰):۱۷۵.

انتشار برخط آبان‌ماه ۱۳۹۹ مقاله پژوهشی اصیل

اثربخشی بازی‌درمانی مبتنی‌بر رویکرد شناختی_رفتاری در کاهش مشکلات هیجانی کودکان دارای فلج مغزی

مجید محمودعلیلو[۱]، زینب خانجانی[۲]، *نگار علیزاده[۳]

توضیحات نویسندگان

۱. استاد، گروه روان‌شناسی، دانشکدهٔ علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران؛

۲. استاد، گروه روان‌شناسی، دانشکدهٔ علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران؛

۳. کارشناس ارشد روان‌شناسی عمومی، دانشکدهٔ علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه تبریز، تبریز، ایران.

***رایانامهٔ نویسندهٔ مسئول:** Negar.Alizadeh68@gmail.com

تاریخ دریافت: ۱۳ اردیبهشت ۱۳۹۸؛ **تاریخ پذیرش:** ۹ تیر ۱۳۹۸

چکیده

زمینه و هدف: فلج مغزی ناتوانی شایع‌تر فیزیکی در دوران کودکی است. مطالعات نشان داده‌اند که نرخ شیوع مشکلات هیجانی در بین کودکان مبتلا به فلج مغزی درمقایسه با جمعیت کلّی در حال افزایش است و کودکان مبتلا به فلج مغزی درمعرض خطر زیاد ابتلا به مشکلات هیجانی هستند. هدف از پژوهش حاضر تعیین اثربخشی بازی‌درمانی مبتنی‌بر رویکرد شناختی_رفتاری در کاهش مشکلات هیجانی کودکان مبتلا به فلج مغزی بود.

روش‌بررسی: پژوهش حاضر در چارچوب طرح تک‌آزمودنی با خط پایهٔ منفرد انجام شد. جامعهٔ آماری پژوهش شامل تمامی کودکان ۷تا۱۰ساله دارای فلج مغزی شهر تبریز بود. این پژوهش در سه کودک مبتلا به فلج مغزی و پیگیری یک‌ماهه انجام پذیرفت. برای این منظور ده جلسه بازی‌درمانی براساس رویکرد شناختی_رفتاری طراحی شد. برای جمع‌آوری داده‌ها از آزمون افسردگی کودکان کواکس (۱۹۸۱)، مقیاس تجدیدنظرشدهٔ اضطراب آشکار رینولدز و ریچموند (۱۹۷۸)، آزمون خشم نلسون و همکاران (۲۰۰۰) و برای تجزیه‌وتحلیل داده‌ها از تحلیل نموداری و درصد بهبودی استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج پژوهش حاضر نشان‌دهندهٔ کاهش معنادار در سطح اضطراب و افسردگی و خشم کودکان مبتلا به فلج مغزی بود. همچنین این نتایج پس از یک‌ماه از ارائهٔ درمان حفظ شد.

نتیجه‌گیری: می‌توان از بازی‌درمانی در کاهش مشکلات هیجانی کودکان مبتلا به فلج مغزی استفاده کرد.

کلیدواژه‌ها: بازی‌درمانی، مشکلات هیجانی، فلج مغزی.

حق انتشار محفوظ است © ۱۳۹۵، مجله مطالعات ناتوانی. این یک مقاله با دسترسی آزاد است که تحت مجوز اختیار_غیرتجاری ۴/۰ بین‌المللی (https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.fa) منتشر شده است که به شما اجازه می‌دهد که مواد منتشر شده در این مقاله را با شرط ارجاع مناسب به نسخهٔ اصلی، به‌طور غیرتجاری نسخه‌برداری و توزیع کنید.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-08]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.116.5]

۱ مقدمه

فلج مغزی به‌عنوان اختلالی حرکتی و تعادلی تعریف می‌شود که به‌علت آسیب یا نقص در مغز نارس و رشدنیافته اتفاق می‌افتد. این اختلال در اغلب مواقع همراه با سایر اختلالاتی است که موجب کاهش در عملکرد و سلامت فرد می‌شوند. فلج مغزی، اصطلاح تشخیصی کلی شامل بسیاری از وضعیت‌های متغیر بالینی است که تأثیرات عمیقی در زندگی روزمرهٔ کودکان و والدین آن‌ها دارد (۱).

فلج مغزی علت شایع‌تر نقص حرکتی در کودکان است که منجربه ناتوانی مادام‌العمر می‌شود. در کودکان، فلج مغزی اغلب با نقص‌های ذهنی، هیجانی، اجتماعی و رفتاری همراه است. کودکان مبتلا به فلج مغزی اغلب از مشکلات هیجانی، مشکلات با همسالان، انزوا و کناره‌گیری اجتماعی، مشکلات تمرکز و رفتار غیراجتماعی رنج می‌برند و این مشکلات روان‌شناختی مشارکت بیماران مذکور را در جامعه تحت‌تأثیر قرار می‌دهد. مشکلات روان‌شناختی در مبتلایان به فلج مغزی به‌طرز درخورتوجهی پیش‌بینی‌کنندهٔ مشارکت محدود و کاهش در کیفیت زندگی است (۲).

اختلالات روان‌شناختی مانند اضطراب، افسردگی، اختلالات رفتاری، پرتحرکی نابهنجار و بی‌توجهی در ۶۱درصد از کودکان ۶تا۱۰سالهٔ مبتلا به فلج مغزی مشاهده شده که حضور این اختلالات ممکن است حتی بیشتر از مشکلات حرکتی موجب ناراحتی و رنج کودک مبتلا به فلج مغزی شود (۳). نتایج تحقیقات در زمینهٔ بررسی مشکلات روان‌شناختی کودکان ۸تا۱۵سالهٔ مبتلا به فلج مغزی نشان می‌دهد که مشکل روان‌شناختی رایج‌تر در کودکان مبتلا به فلج مغزی نزدیک به پنج برابر بیشتر از نرخ شیوع آن در میان جمعیت کلی نرمال است؛ همچنین میزان مشکلات عاطفی و اضطراب در میان کودکان مبتلا به فلج مغزی به‌طور معناداری درمقایسه با جمعیت نرمال در تمام رده‌های سنی و جنسی بیشتر است. براساس نتایج این تحقیقات، بیشتر از نصف تعداد کودکان ۸تا۱۵سالهٔ مبتلا به فلج مغزی دارای مشکلات هیجانی و رفتاری هستند (۴).

کودکان مبتلا به فلج مغزی، اختلال‌های حرکتی را به‌همراه نقص‌هایی در زمینه‌های دیگر تجربه می‌کنند که بر توانایی حرکت، حل مشکلات، ارتباط‌برقرارکردن و اجتماعی‌شدن این کودکان تأثیر می‌گذارد. این کودکان درمعرض ریسک مشارکت ضعیف در فعالیت‌های روزمره و تفریحی هستند (۵)؛ اما همانند سایر کودکان سالم، کودکان مبتلا به فلج مغزی نیز به داشتن نقش‌های معنادار در اجتماع تمایل دارند؛ بنابراین ضرورت دارد برنامه‌های مداخلات روان‌شناختی با درنظرگرفتن محدودیت‌های عملکردی کودکان مبتلا به فلج مغزی تحت بررسی قرار بگیرد.

شناسایی درمان‌های مؤثر برای کودکانی که از اختلالات هیجانی و رفتاری رنج می‌برند، دغدغه‌ای در حال رشد است. بازی‌درمانی یکی از روش‌های درمانی است که به‌علت پاسخ‌دهی مؤثر به نیازهای رشدی منحصربه‌فرد و متنوع کودکان به‌طور گسترده‌ای برای درمان مشکلات هیجانی و رفتاری کودکان استفاده می‌شود (۶). بازی‌درمانی به کودکان اجازه می‌دهد تا پلی را میان تجربیات و ادراک خود بسازند؛ بنابراین این امکان را به کودکان می‌دهد تا از بازی به‌عنوان وسیله‌ای برای بینش، یادگیری، کنارآمدن با مشکلات، حل مسائل و مهارت‌آموزی استفاده کنند (۷). همچنین بازی‌درمانی به کودکان با ناتوانی‌های تحولی و سلامتی اجازه می‌دهد تا نیرومندی‌های فیزیکی و عاطفی‌شان را در ارتباط با ناتوانی‌های خود کشف کنند. بازی‌درمانی اگرچه درمانی برای تمام مشکلات این کودکان نیست، روش درمانی است که به کودکان با ناتوانی‌های سلامتی کمک می‌کند تا احساس نیرومندی و شایستگی را در خود بپرورانند (۸).

بازی‌درمانی مبتنی‌بر رویکرد شناختی‌ـرفتاری[1] ، رویکرد درمانی مناسبی از نظر ملاحظات سنی و رشد بوده که ویژهٔ کودکان طراحی شده است. با استفاده از این شیوه به کودکان کمک می‌شود خود در اعمال تغییرات درمان‌بخش شرکتی فعال داشته باشند و بر مشکلاتشان چیره شوند. این شیوه براساس نظریات شناختی و رفتاری، رشد احساسی و هیجانی و نیز آسیب‌شناسی و مداخلات مشتق‌شده از این نظریات شکل گرفته است. بازی‌درمانی شناختی‌ـرفتاری بر جذب کودک در فرآیند درمان تأکید بسیاری دارد؛ همچنین به مسائلی مانند کنترل، غلبه‌کردن و پذیرش مسئولیت برای تغییر رفتارهای فردی می‌پردازد و به کودک کمک می‌شود تا خود نقش فعالی در ایجاد تغییرات داشته باشد (۹).

باوجود نرخ شیوع فراوان‌تر مشکلات رفتاری و هیجانی در کودکان مبتلا به فلج مغزی درمقایسه با جمعیت کلی تحقیقات اندکی مشکلات رفتاری و هیجانی کودکان مبتلا به فلج مغزی را بررسی کرده‌اند. همچنین بستهٔ درمانی جامعی برای شناسایی و درمان مشکلات روان‌شناختی کودکان مبتلا به فلج مغزی در متون مختلف پژوهشی وجود ندارد و به‌نظر می‌رسد باید پژوهش‌های زیادی در زمینهٔ تکنیک‌های درمانی برای این کودکان صورت پذیرد؛ بنابراین باتوجه به شیوع زیاد اختلالات روانی در کودکان مبتلا به فلج مغزی و شکاف بزرگ بین شیوع و درمان، ضرورت اجرای برنامه‌های مداخله‌ای احساس می‌شود؛ لذا پژوهش حاضر با هدف اجرای پروتکل بازی‌درمانی مبتنی‌بر رویکرد شناختی‌ـرفتاری و بررسی اثربخشی آن در کاهش مشکلات هیجانی کودکان دارای فلج مغزی انجام شد.

۲ روش‌بررسی

این پژوهش، از نوع طرح آزمایشی تک‌آزمودنی با خط پایهٔ منفرد بود. طرح‌های تک‌آزمودنی، طرح‌های پژوهشی شبه‌آزمایشی هستند که در آن‌ها تغییر در متغیر وابسته در آزمودنی سنجیده می‌شود. باتوجه به اینکه یافتن گروهی از کودکان دارای فلج مغزی با مشکلات یکسان دشوار است، از طرح تک‌آزمودنی با خط پایهٔ منفرد استفاده شد. در این پژوهش طرح پایهٔ ABA به‌کار رفت. در پژوهش حاضر سه بار ارزیابی در خط پایه در طی مدت دو هفته صورت گرفت. پس از آن مداخله به‌مدت ده جلسه آغاز شد که برای هرکدام از سه شرکت‌کننده به‌صورت انفرادی برگزار گردید. یک‌ماه پس از اتمام جلسات درمانی، مجدداً شرکت‌کنندگان تحت ارزیابی قرار گرفتند.

جامعهٔ آماری پژوهش حاضر شامل تمامی کودکان ۷تا۱۰ساله دارای

[1]. Cognitive-behavioral play therapy

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-08]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.116.5]

فلج مغزی شهر تبریز بود. نمونهٔ پژوهشی به‌شیوهٔ نمونه‌گیری مبتنی‌بر هدف و براساس نمونهٔ دردسترس از بین دانش‌آموزان مرکز آموزشی استثنایی مردانی آذر شهر تبریز در سال تحصیلی ۹۷ـ۱۳۹۶ انتخاب شد. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل دامنهٔ سنی ۷تا۱۰ سال، محرزبودن تشخیص فلج مغزی، ضریب هوشی بیشتر از ۸۵، همکاری و رضایت والدین و کودک مبتنی‌بر حضور کودک در پژوهش و دریافت‌نکردن مداخلهٔ هم‌زمان بود. ملاک‌های خروج از پژوهش عبارت بود از: وجود مشکلاتی در دست که مانع از فعالیت شود و کودکان بدحالی که قادر به شرکت در جلسات بازی‌درمانی نبودند.

شرکت‌کنندهٔ الف: پسر هفت‌ساله، ساکن تبریز، فرزند آخر خانواده‌ای شش‌نفره. کودک در ماه ششم بارداری به دنیا آمده و به‌مدت یک‌ماه در بیمارستان بستری بود. مادر در یک‌سالگی کودک متوجه تفاوت‌های او شد و به پزشک مراجعه کرد. تشخیص پزشک ابتلای کودک به فلج مغزی بود. هم‌زمان با این تشخیص مداخلات کاردرمانی برای کودک در بهزیستی شروع شد.

شرکت‌کنندهٔ ب: پسری ده‌ساله، فرزند دوم خانواده‌ای سه‌نفره که مادر خود را در سن هفت‌سالگی از دست داد. کودک در هنگام تولد نارس بود و بعد از تولد به‌علت وضعیت بسیار نامساعد در بیمارستان بستری گردید و از همان ابتدا به‌علت مشکلات شدید جسمانی مداخلات درمانی او شروع شد. در هفت‌سالگی و پس از دو بار عمل جراحی و بستری‌شدن در بیمارستان وضعیت جسمانی کودک به‌طور درخورتوجهی بهبود یافت.

شرکت‌کنندهٔ ج: دختری نُه‌ساله، فرزند سوم خانواده‌ای شش‌نفره. در ابتدا کودک به‌علت فلج مغزی قادر به تکلم صحیح نبود و پس از جلسات گفتاردرمانی طولانی‌مدت مشکلات گفتاری او تا حدودی بهبود پیدا کرد. مشکلات حرکتی و تعادلی کودک شدید نبوده و قادر بود به‌تنهایی و بدون استفاده از واکر راه برود.

ابزارهای زیر در پژوهش استفاده شد.

جدول ۱. خلاصهٔ جلسات بازی‌درمانی با رویکرد شناختی‌ـ رفتاری

جلسات	شرح جلسات
اول	آشنایی کودک با درمانگر به‌منظور ایجاد رابطه‌ای مؤثر بین کودک و درمانگر در ابتدا روان‌شناس خود را معرفی کرده و توضیحی دربارهٔ محتوای جلسات درمانی و بایدها و نبایدهای بازی ارائه کرد. به‌منظور تقویت ارتباط با کودک از بازی پرسش و پاسخ با توپ استفاده شد.
دوم	آموزش درک احساسات خود و دیگران و ابراز احساسات توسط کودک همراه با شناسایی چهار احساس اصلی (غم، ترس، شادی، خشم) جهت آموزش شناسایی احساسات از صورتک‌های مقوایی استفاده شد. کودک با رنگ‌آمیزی صورتک‌ها و چسباندن برچسب‌های مشابه روی هر صورت، افکار خود را دربارهٔ هر احساس بیان کرد. وقتی خوشحالی چه‌کار می‌کنی؟ زمانی‌که دوستت ناراحت است چه رفتاری دارد؟ چرا عصبانی می‌شویم؟
سوم	شناسایی تحریفات شناختی (افکار ناسازگار) از کودک خواسته شد داستان‌هایی را دربارهٔ خود، خانواده، هم‌کلاسی‌ها و دوستانش تعریف کند.
چهارم	به‌چالش‌کشیدن تحریفات شناختی در این فعالیت نمایشی عروسکی براساس داستان‌های تعریف‌شده توسط کودک اجرا شد تا کودک متوجه افکار ناسازگار خود شود.
پنجم	آموزش تکنیک جایگزینی افکار مثبت و کارآمد به‌جای افکار منفی و ناکارآمد در قالب نمایشی عروسکی براساس فعالیت‌های روزانهٔ کودک، کودک با استفاده از عروسک‌ها در موقعیت‌های مختلف به ایفای نقش پرداخت و تشویق شد تا در این موقعیت‌ها از افکار مثبت و کارآمدتری استفاده کند.
ششم	ساخت کارت‌های جملات مثبت تأکیدی در این فعالیت کودک به‌کمک روان‌شناس کارت‌های مقوایی را ساخت و جملات مثبتی را که در جلسات قبلی آموخته، روی هر کارت نوشت.
هفتم	کتاب‌درمانی از کتاب‌های مرتبط با مشکلات کودکان مبتلا به ناتوانی‌های حرکتی استفاده شد. کودک تشویق شد تا نقش قهرمان هر داستان را بازی کند.
هشتم	بازی نمادین/آموزش مهارت‌های حل مسئله و تصمیم‌گیری مهارت‌های حل مسئله و تصمیم‌گیری با استفاده از عروسک‌های دستی به کودک آموزش داده شد. سپس در قالب نمایش‌نامه‌ای عروسکی کودک در موقعیت‌های مختلف به تمرین مهارت‌های آموخته‌شده پرداخت.
نهم	بازی نمادین/آموزش مهارت‌های اجتماعی و دوست‌یابی کودک و روان‌شناس با استفاده از عروسک‌های دستی به تمرین مهارت‌های دوست‌یابی پرداختند.
دهم	جمع‌بندی و نتیجه‌گیری در جلسهٔ آخر مهارت‌های آموخته‌شده در جلسات قبلی مرور شد و جشن پایان بازی‌درمانی همراه با نقاشی و رنگ‌آمیزی با حضور والدین برگزار گردید.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-08]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.116.5]

ـ پرسشنامهٔ افسردگی کودکان[1] (CDI): این پرسشنامه باتوجه به مدل پرسشنامهٔ افسردگی بک ساخته شد. این پرسشنامه که توسط کواکس[2] (۱۹۸۱) تدوین شده است، مبتنی‌بر نشانگان روان‌شناختی است که برای سنجش علائم رفتاری و شناختی و عاطفی افسردگی در کودکان و نوجوانان ۷تا۱۷ ساله طراحی شده است. شامل پنج خرده‌مقیاس خلق منفی، مشکلات بین‌فردی، ناکارآمدی، بی‌لذتی و عزت‌نفس منفی می‌شود. پرسشنامه ۲۷ سؤال دارد که هر سؤال شامل سه جمله است. سؤالات از ۰تا۲ نمره‌گذاری می‌شود و دامنهٔ نمرات از ۰تا۵۴ است. نمرات بیشتر افسردگی زیادتر را نشان می‌دهد. روایی و اعتبار CDI در ایران بررسی شده است. در مطالعه‌ای که توسط رجبی و یوسفعلی روی نمونه‌ای از دختران و پسران مقطع راهنمایی اهواز انجام شد، ضریب همسانی درونی ۰/۸۸ و اعتبار بازآزمایی ۰/۸۱ به‌دست آمد (۱۰).

ـ مقیاس تجدیدنظرشدهٔ اضطراب آشکار کودکان[3] (RCMAS): مقیاس RCMAS به‌منظور ارزیابی از حضور یا عدم حضور نشانه‌های متنوع مربوط به اضطراب توسط رینولدز و ریچموند[4] (۱۹۷۸) طراحی شده است. مقیاس ۳۷ گویه دارد که از این تعداد ۲۸ گویه، اضطراب و ۹ گویهٔ دیگر مقیاسی دروغ‌سنج را در بر می‌گیرد. از کودکان خواسته می‌شود که به هریک از گویه‌ها به‌شکل بلی یا خیر پاسخ دهند. به هر گزینهٔ بلی یک‌نمره و به هر گزینهٔ خیر نمرهٔ صفر تعلق می‌گیرد. نمرات بیشتر نشان‌دهندهٔ اضطراب آشکار زیادتر در فرد پاسخ‌دهنده خواهد بود. در ایران پایایی این مقیاس توسط تقوی و علیشاهی با استفاده از دو روش پایایی بازآزمایی و تنصیفی به‌ترتیب ۰/۶۷ و ۰/۶۶ گزارش شده است. بررسی روایی تفکیکی بین دو گروه بیماران اضطرابی و افراد بهنجار نشان می‌دهد که مقیاس قادر است بین دو گروه به‌صورت معناداری تفاوت قائل شود؛ لذا این پرسشنامه واجد شرایط لازم برای استفاده در ارزیابی‌های بالینی و پژوهش‌های روان‌شناختی است (۱۱).

ـ پرسشنامهٔ خشم کودکان [5] : پرسشنامهٔ خشم کودکان یا شدت پرخاشگری کودکان که توسط نلسون[6] و همکاران (۲۰۰۰) طراحی شده است، ابزاری خودگزارشی است. این مقیاس برای بررسی موقعیت‌های مختلف ایجادکنندهٔ بروز خشم و همچنین میزان شدت خشم و مهارت‌های اجتماعی در کودکان، ساخته شده است. آزمون برای سنین ۶تا۱۶ سال بوده و سطوح ابتدایی و دبیرستان را در بر می‌گیرد. پرسشنامه شامل ۳۹ عبارت و چهار زیرمقیاس ناکامی، پرخاشگری بدنی، روابط با همسالان و روابط با مراجع قدرت می‌شود و در قالب چهار گزینه است: ۱. توجه نمی‌کنم؛ ۲. مرا آزار می‌دهد؛ ۳. واقعاً ناراحت می‌شوم؛ ۴. عصبانی می‌شوم. برای بررسی اعتبار و روایی پرسشنامه، این آزمون بر ۱۶۰۴ نفر از دانش‌آموزان توسط محمد مجدیان اجرا شد. نتایج ضریب بازآزمایی ۶۵درصد تا ۷۵درصد و ثبات درونی ۸۵درصد تا ۸۶درصد و روایی چهار زیرمقیاس ۹۶درصد به‌دست آمد (۱۲).

در پژوهش حاضر پکیج بازی‌درمانی از کتاب‌های ترکیب بازی‌درمانی با رفتاردرمانی شناختی و ۱۰۱ تکنیک بازی‌درمانی (۱۳،۱۴) استخراج شد. روایی و پایایی پکیج بازی‌درمانی با استفاده از نظر متخصصان به تأیید رسید. جلسات بازی‌درمانی طی ده جلسهٔ آموزش انفرادی اجرا شد. در جدول ۱ به‌شرح جلسات مداخله پرداخته شده است.

۳ یافته‌ها

به‌منظور خلاصه‌کردن نتایج به‌دست‌آمده، هریک از جلسات خط پایه و درمان و پیگیری برای شرکت‌کنندگان در جداول و نمودارها به‌شرح ذیل آمده است.

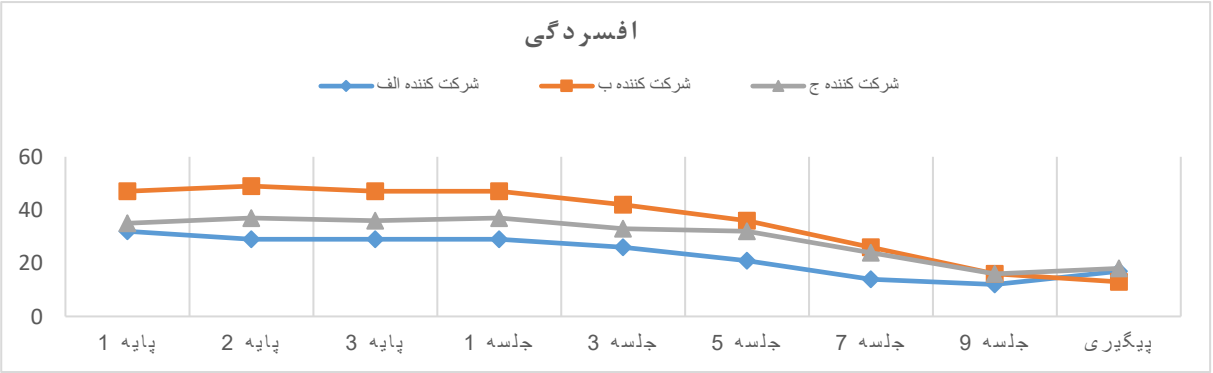
جدول ۲. بررسی نمرات افسردگی و اضطراب و خشم در موقعیت خط پایه و مداخله و پیگیری برای هر سه شرکت‌کننده

آزمودنی	متغیر	پایهٔ اول	پایهٔ دوم	پایهٔ سوم	جلسهٔ اول	جلسهٔ سوم	جلسهٔ پنجم	جلسهٔ هفتم	جلسهٔ نهم	جلسهٔ پیگیری
الف	افسردگی	۳۲	۲۹	۲۹	۲۹	۲۶	۲۱	۱۴	۱۲	۱۷
الف	اضطراب	۲۰	۲۲	۲۳	۲۳	۲۰	۱۶	۱۳	۱۰	۱۴
الف	خشم	۱۲۵	۱۳۰	۱۳۰	۱۳۱	۱۰۹	۸۶	۷۱	۵۳	۷۷
ب	افسردگی	۴۷	۴۹	۴۷	۴۷	۴۲	۳۶	۲۶	۱۶	۱۳
ب	اضطراب	۲۳	۲۳	۲۴	۲۴	۲۰	۲۲	۱۵	۱۰	۹
ب	خشم	۱۰۲	۱۰۲	۹۹	۹۸	۹۰	۸۷	۷۴	۴۸	۵۳
ج	افسردگی	۳۵	۳۷	۳۶	۳۷	۳۳	۳۲	۲۴	۱۶	۱۸
ج	اضطراب	۲۳	۲۵	۲۴	۲۴	۲۱	۲۰	۱۶	۱۱	۹
ج	خشم	۱۱۴	۱۱۷	۱۱۷	۱۱۹	۱۰۹	۱۰۵	۸۸	۵۴	۴۹

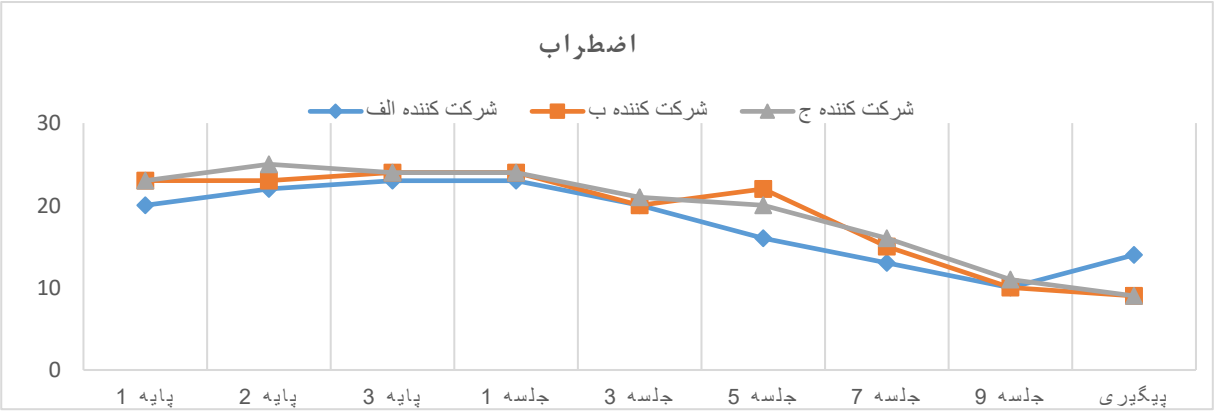
1. Children Depression Inventory
2. Kovacs
3. Revised Children's Manifest Anxiety Scale
4. Reynolds & Richmond
5. Children Aggression Questionnaire
6. Nelson

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-08]

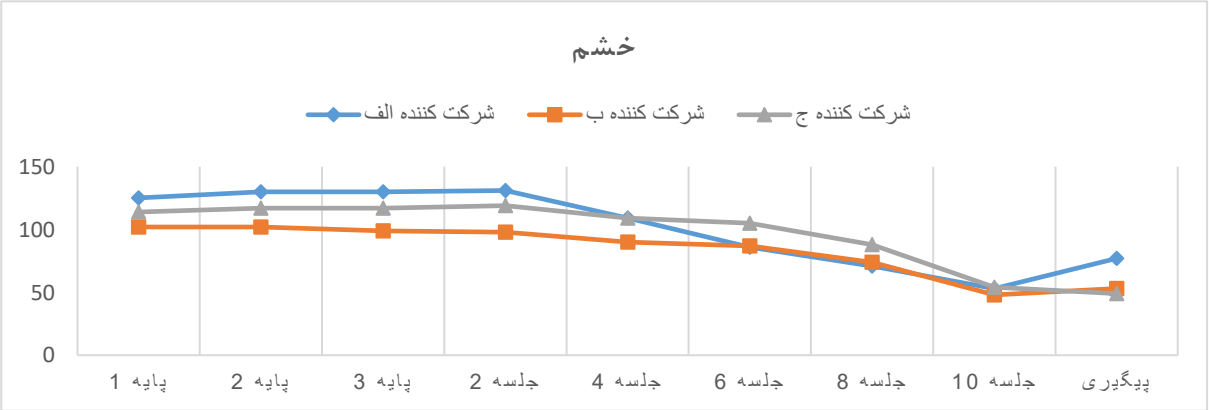
[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.116.5]



نمودار ۱ . الگوی تغییرات در نمرهٔ افسردگی برای هر سه شرکت‌کننده



نمودار ۲ . الگوی تغییرات در نمرهٔ اضطراب برای هر سه شرکت‌کننده



نمودار ۳. الگوی تغییرات در نمرهٔ خشم برای هر سه شرکت‌کننده

نتایج سنجش افسردگی هر سه شرکت‌کننده در نمودار ۱ و سنجش اضطراب در نمودار ۲ و نتایج سنجش خشم در نمودار ۳ آورده شده است. نمودار ۱ کارایی بازی‌درمانی را در طی جلسات درمانی بر کاهش میزان افسردگی در هر سه کودک نشان می‌دهد. در نمودار۲ مشاهده می‌شود که نمرات هر سه آزمودنی در مقیاس اضطراب پس از جلسات خطوط پایه به‌صورت نزولی به‌تدریج کمتر شده است. همچنین براساس نمودار ۳ می‌توان چنین گفت که بازی‌درمانی مداخله‌ای مؤثر در کاهش میزان خشم است. درصد بهبودی برای هر کودک در متغیرهای افسردگی و اضطراب و خشم نیز در جدول ۳ ارائه شده است. درصد بهبودی در طرح‌های تک‌آزمودنی برای تعیین معناداری بالینی به‌کار می‌رود. اگر درصد بهبودی حداقل ۵۰ باشد می‌توان نتایج را از نظر بالینی معنادار قلمداد کرد (۱۵).

$$\text{درصد بهبودی} = \frac{\text{نمره فرد در پیش آزمون} - \text{نمره فرد در پس آزمون}}{\text{نمره فرد در پیش آزمون}} \times ۱۰۰$$

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-08]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.116.5]

باتوجه به اعداد مندرج در جدول می‌توان چنین استنباط کرد که کاهش در سطح هر سه متغیر (افسردگی و اضطراب و خشم) در مرحلهٔ درمان برای هر سه آزمودنی معنادار بوده است.

جدول ۲. درصد بهبودی آزمودنی‌ها در مرحلهٔ بازی‌درمانی و پیگیری

متغیرها	شرکت‌کنندهٔ الف		شرکت‌کنندهٔ ب		شرکت‌کنندهٔ ج	
	بازی‌درمانی	پیگیری	بازی‌درمانی	پیگیری	بازی‌درمانی	پیگیری
افسردگی	۵۸درصد	۴۱درصد	۶۵درصد	۷۲درصد	۵۶درصد	۵۱درصد
اضطراب	۵۶درصد	۳۹درصد	۵۸درصد	۶۲درصد	۵۴درصد	۶۲درصد
خشم	۵۹درصد	۴۱درصد	۵۱درصد	۴۵درصد	۵۴درصد	۵۸درصد

۴ بحث

پژوهش حاضر جهت بررسی تأثیر بازی‌درمانی بر کاهش مشکلات هیجانی کودکان مبتلا به فلج مغزی صورت گرفت. نتایج حاصل از پژوهش نشان داد که بازی‌درمانی به‌طور معناداری باعث کاهش مشکلات هیجانی کودکان دارای فلج مغزی می‌شود. بررسی نتایج نشان‌دهندهٔ تأثیر بازی‌درمانی در کاهش افسردگی است. تغییرات در سطح افسردگی برای هر سه شرکت‌کننده از نظر آماری معنادار بوده است. می‌توان این نتیجه را با یافته‌های بسیاری از پژوهشگران هماهنگ و همسو دانست که نشان داده‌اند یکی از راهبردهای مؤثر در کاهش افسردگی کودکان، بازی‌درمانی است. در یکی از این پژوهش‌ها، باگرلی و پارکر بیان کردند که بازی‌درمانی گروهی بر خودکنترلی، پذیرش خود و دیگران، بهبود مهارت‌های اجتماعی و کاهش افسردگی مؤثر است (۱۶). در تبیین این یافته می‌توان چنین استدلال کرد که کودکان دارای مشکلات جسمانی اغلب از جانب دیگران احساس بی‌کفایتی و بی‌ارزشی و نبود مقبولیت می‌کنند؛ همچنین بین روابط کودک با همسالانش و افسردگی رابطهٔ درخورتوجهی وجود دارد. کودکان افسرده بیشتر طرد می‌شوند و زیاد خوشایند نیستند و رفتارهای اجتماعی منفی بیشتری دارند (۱۷). بازی‌درمانی فرصت ایجاد مهارت‌های ارتباطی را در محیطی امن و دوستانه برای کودکان فراهم می‌سازد و کودکان ازطریق عروسک‌ها افکار و احساسات و شیوه‌های ارتباط با دیگران را برونی‌سازی می‌کنند. همین‌طور تحت‌تأثیر نمایش عروسکی، می‌توانند خودشان را به‌لحاظ روان‌شناختی فرافکنی کنند (۱۳). به همین منظور در پژوهش حاضر از بازی با عروسک‌ها و نمایش عروسکی برای افزایش اعتمادبه‌نفس و همین‌طور آموزش مهارت‌های اجتماعی و دوست‌یابی استفاده شد. همچنین نتایج پژوهش حاضر حاکی‌از کاهش چشمگیر در سطح اضطراب کودکان بوده است. در این زمینه پژوهش‌های متعددی نشان داده‌اند، بازی‌درمانی منجربه کاهش نگرانی و اضطراب اجتماعی در کودکان می‌شود که با یافته‌های پژوهش حاضر همسویی دارد. در مطالعه‌ای طولی که توسط ریس و آزبرند انجام شد، اضطراب و افسردگی و تنیدگی کودکان دریافت‌کنندهٔ بازی‌درمانی، در حد درخورتوجهی کاهش یافت (۱۸). با استفاده از فعالیت‌ها و تکنیک‌های مختلف بازی‌درمانی شناختی‌ـ رفتاری ازجمله شناسایی احساسات، تفکرات اضطراب‌آور و ترس‌ها در قالب داستان، بازی نمادین و نمایش عروسکی، کودک در وضعیت‌های تحریک‌کنندهٔ اضطراب قرار گرفته و سعی شده است تا با آموزش مهارت‌های کنترل هیجان، استراتژی‌های گوناگونی جهت مدیریت اضطراب به کودک آموزش داده شود. بازی‌درمانی در کاهش پرخاشگری کودکان مبتلا به فلج مغزی نیز تأثیر بسیار خوبی داشته و تغییرات در سطح پرخاشگری برای هر سه شرکت‌کننده از نظر آماری معنادار است. همسو با این یافته، نتایج پژوهش‌های بین‌المللی نشان داده است که بازی‌درمانی پرخاشگری کودکان را به‌طور معناداری کاهش می‌دهد. نتایج تحقیق ری و همکاران در بررسی اثربخشی بازی‌درمانی بر کاهش پرخاشگری مشخص کرد که بازی‌درمانی مداخله‌ای بسیار اثربخش در کاهش پرخاشگری کودکان است (۱۹). پرخاشگری از روش‌های مختلف چه به‌صورت مستقیم و چه غیرمستقیم در بازی کودک بیان می‌شود. عروسک‌ها نقش مهمی در کنترل عصبانیت ایفا می‌کنند و با استفاده از نمایش‌های عروسکی به کودک کمک می‌شود مهارت‌های جدید را با شیوه‌ای غیرتهاجمی بیاموزد. از عروسک‌ها می‌توان برای آموزش و تمرین کودک و استفاده از جملات تأکیدی ادراکی و سازشگرانه استفاده کرد. ازآنجاکه جملات گفته‌شده خطاب به عروسک‌ها است و نه خود کودکان، آن‌ها قادر خواهند بود مهارت‌های مدیریت خشم را با موفقیت و بدون برانگیخته‌شدن از نظر احساسی به پایان برسانند (۱۳). استفاده از نمایش‌های عروسکی و تأکید بر استفاده از راهبردهای جدید مانند بازی نمادین جهت یادگیری مهارت‌های مدیریت خشم می‌تواند تبیینی برای کاهش شدت خشم کودکان مبتلا به فلج مغزی در پژوهش حاضر باشد.

تحقیق حاضر دارای محدودیت‌هایی بود؛ ازجمله تأثیرگذاری وضعیت جسمانی شرکت‌کنندگان به‌عنوان متغیری مداخله‌گر که امکان کنترل آن وجود نداشت. وضعیت جسمی متغیر هر کودک بی‌شک نقش تأثیرگذاری در فعالیت‌های آموزشی دارد و ممکن است با روش بازی‌درمانی تحقیق حاضر مداخله داشته باشد. در تحقیق‌های آتی پیشنهاد می‌شود متغیرهای مهم و تأثیرگذار بر فرایندهای درمان شناسایی و کنترل شود تا اثر خالص بازی‌درمانی بر مشکلات هیجانی کودکان مبتلا به فلج مغزی دقیق‌تر مشخص گردد. همچنین توصیه می‌شود این پژوهش همراه با حضور و مشارکت والدین و آموزش بازی‌درمانی به والدین تکرار شود.

۵ نتیجه‌گیری

باتوجه به نتایج به‌دست‌آمده، بازی‌درمانی مبتنی‌بر رویکرد شناختی‌ـ رفتاری موجب کاهش مشکلات رفتاری در کودکان دارای فلج مغزی شده است؛ بنابراین می‌توان از روش بازی‌درمانی در مدارس و مراکز

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-08]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.116.5]

درمانی جهت کاهش یا رفع مشکلات هیجانی کودکان دارای فلج مغزی استفاده کرد.

۶ تشکر و قدردانی

از مدیریت آموزش‌وپرورش استثنایی شهر تبریز، مسئولان محترم مرکز آموزش استثنایی مردانی آذر، والدین و تمام دانش‌آموزان عزیز شرکت‌کننده که اجرای این پژوهش بدون یاری آن‌ها امکان‌پذیر نبود، کمال تشکر و قدردانی را داریم.

References

1. Vargus-Adams J. Health-related quality of life in childhood cerebral palsy. Arch Phys Med Rehabil. 2005;86(5):940–5. doi: 10.1016/j.apmr.2004.10.036
2. Weber P, Bolli P, Heimgartner N, Merlo P, Zehnder T, Kätterer C. Behavioral and emotional problems in children and adults with cerebral palsy. Eur J Paediatr Neurol. 2016;20(2):270–4. doi: 10.1016/j.ejpn.2015.12.003
3. Sankar C, Mundkur N. Cerebral palsy-definition, classification, etiology and early diagnosis. Indian J Pediatr. 2005;72(10):865–8. doi: 10.1007/BF02731117
4. Rackauskaite G, Bilenberg N, Bech BH, Uldall P, Østergaard JR. Screening for psychopathology in a national cohort of 8- to 15-year-old children with cerebral palsy. Res Dev Disabil. 2016;49–50:171–80. doi: 10.1016/j.ridd.2015.11.019
5. Majnemer A, Shevell M, Law M, Birnbaum R, Chilingaryan G, Rosenbaum P, et al. Participation and enjoyment of leisure activities in school-aged children with cerebral palsy. Dev Med Child Neurol. 2008;50(10):751–8. doi: 10.1111/j.1469-8749.2008.03068.x
6. Bratton SC, Ray D, Rhine T, Jones L. The efficacy of play therapy with children: a meta-analytic review of treatment outcomes. Professional Psychology: Research and Practice. 2005;36(4):376–90. doi: 10.1037/0735-7028.36.4.376
7. Bratton S, Ray D. What the research shows about play therapy. International Journal of Play Therapy. 2000;9(1):47–88. doi: 10.1037/h0089440
8. Carmichael KD. Play Therapy With Children With Disabilities. In: Handbook of Play Therapy. John Wiley & Sons, Ltd; 2015. pp: 397–415. doi: 10.1002/9781119140467.ch20
9. Knell SM. Cognitive-Behavioral Play Therapy. In: Handbook of Play Therapy. John Wiley & Sons, Ltd; 2015. pp: 119–33. doi: 10.1002/9781119140467.ch6
10. Rajabi R, Atari Y. Factor analysis of depression inventory for children and adolescent. Counseling Research And Development. 2004;3(9-10):83–102. [Persian]
11. Taghavi SMR, Alishahi MJ. Reliability and validity of the Revised Childrens Manifest Anxiety Scale (RCMAS). Journal of Psychology. 2004;7(4):342–57. [Persian]
12. Kimiaee A, Raftar M, Soltanifar A. Emotional intelligence training and it's effectiveness on aggression of aggressive adolescence. Research in Clinical Psychology and Counseling. 2011;1(1):153–66. [Persian] https://tpccp.um.ac.ir/article/view/3116/671
13. Drewes AA. Blending Play Therapy With Cognitive Behavioral Therapy: Evidence-Based And Other Effective Treatments And Techniques. Ramezani Gh. (Persian translator). Tehran: Vania Publication; 2017, pp:145–95.
14. Kaduson H, Schaefer Ch. 101 Favorite Play Therapy Techniques, Vol. 3. Mohammad Esmail E. (Persian translator). Tehran: Danjeh Publication; 2017, pp:181–230.
15. Hamidpour H, Dolatshai B, Pour shahbaz A, Dadkhah A. The efficacy of schema therapy in treating women's generalized anxiety disorder. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology. 2011;16(4):420–31. [Persian] http://ijpcp.iums.ac.ir/article-1-1207-en.pdf
16. Baggerly J, Parker M. Child-centered group play therapy with African American boys at the elementary school level. Journal of Counseling & Development. 2005;83(4):387–96. doi: 10.1002/j.1556-6678.2005.tb00360.x
17. Schroeder CS, Gordon BN. Assessment and Treatment of Childhood Problems: A Clinician's Guide. Firoozbakht M. (Persian treanslator). Tehran: Danjeh Publication;2010, pp:400–30.
18. Reyes CJ, Asbrand JP. A longitudinal study assessing trauma symptoms in sexually abused children engaged in play therapy. International Journal of Play Therapy. 2005;14(2):25–47. doi: 10.1037/h0088901
19. Ray DC, Blanco PJ, Sullivan JM, Holliman R. An exploratory study of child-centered play therapy with aggressive children. International Journal of Play Therapy. 2009;18(3):162–75. doi: 10.1037/a0014742

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-08]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.116.5]