MEJDS. 2025; 15:39.

Published online 2025 Jul. **Original Article**

Investigating the Effectiveness of Geldard Group Play Therapy on Depression in 6 to 9-Year-Old Children with a History of Bereavement

Rafiezadeh H[1], *Saeidmanesh M[2]

Author Address
1. Master's Degree in Clinical Psychology, Science and Arts University, Yazd, Iran;
2. PhD in Cognitive Neurosciences, Associate Professor, Science and Arts University, Yazd, Iran.
***Corresponding Author E-mail:** M.saeidmanesh@yahoo.com

Received: 2024 May 4; **Accepted:** 2025 June 9

Abstract

Background & Objectives: Bereavement is one of the most traumatic events in life. Grief is a normal, but complex and multidimensional process of responding to loss. The severity of mourning after the death of loved ones is influenced by various factors such as age, gender, cause of death, unexpectedness, and expected time of mourning. In situations of first–degree relative bereavement, the severity of bereavement symptoms usually subsides within 6 to 12 months, and may sometimes last as long as 24 months. Bereaved children typically suffer from depression, and the problems of these people usually afflict them in adulthood if they are not treated. Studies on bereaved children are rare in Iran, and it seems very necessary to deal with the psychological problems of these children during their childhood. Also, until today, no study has investigated the effectiveness of Geldrad group play therapy on depression in children with a history of bereavement. Therefore, in this research, we seek to examine the efficacy of Geldrad group play therapy on depression in 6 to 9–year–old children with a history of bereavement.
Methods: This quasi–experimental research employed a pretest–posttest design with a control group. The statistical population consisted of children with a history of bereavement aged 6 to 9 years in Yazd City, Iran, who referred to psychology and counseling clinics in Yazd. Thirty eligible volunteers from the population entered the study, and 15 were randomly assigned to the intervention group and 15 to the control group. The inclusion criteria for children in the study included having a history of parental bereavement, being between 6 and 9 years old, and not using other treatment methods such as medication and psychotherapy. The exclusion criteria included missing a play therapy session and failing to complete the questionnaire during the study. The scores of the depression variable were compared using the Children's Depression Inventory (Kovacs, 1985) before and after the treatment. The initial assessment of the patient was conducted on the first day and lasted 1.5 hours. Information such as family history and previous treatments was also recorded in the patient's file. The treatment protocol used in the present study consisted of eight 90–minute sessions of Geldard group play therapy for each patient, inspired by the Guide to Consulting Children with Play Therapy by Catherine Geldard and David Geldard. SPSS software version 17 was used for data analysis. In the descriptive statistics section, the mean and standard deviation of the variable scores were extracted. In the inferential statistics section, data analysis was performed using the analysis of covariance. The significance level of the tests was set at 0.05.
Results: The analysis of covariance, adjusted for the pretest effect, showed a significant difference in the mean of the depression variable between the intervention group receiving play therapy and the control group in the posttest ($p<0.001$). Also, based on the results related to the effect size, 65% of the difference between the intervention group and the control group in the depression variable was due to the implementation of group play therapy.
Conclusion: The results of the present study showed that the Geldard group play therapy has a significant effect on depression in children with a history of bereavement and leads to improvement in depression in these children. Geldard group play therapy can be used as a complementary therapy to improve depression in children with a history of bereavement.
Keywords: Geldard group play therapy, Depression, Children with a history of bereavement.

Copyright © 2025, 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 ۱۴۰۴؛ (۱۵):۳۹.

انتشار برخط تیر ۱۴۰۴ مقاله پژوهشی اصیل

بررسی اثربخشی بازی‌درمانی گروهی گلدارد بر افسردگی کودکان ۶تا۹سالهٔ دارای سابقهٔ سوگ

حامد رفیع‌زاده[۱]، *محسن سعیدمنش[۲]

توضیحات نویسندگان
۱. کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی کودک و نوجوان، دانشگاه علم و هنر، یزد، ایران؛
۲. دکترای علوم اعصاب‌شناختی، دانشیار، دانشگاه علم و هنر، یزد، ایران.
***رایانامهٔ نویسندهٔ مسئول:** M.saeidmanesh@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۱۵اردیبهشت۱۴۰۳؛ **تاریخ پذیرش:** ۱۹خرداد۱۴۰۳

چکیده

زمینه و هدف: سوگ مشکلات روان‌شناختی عمیقی را برای کودکان به‌همراه دارد. این مطالعه باهدف بررسی اثربخشی بازی‌درمانی گروهی گلدارد بر افسردگی کودکان ۶تا۹سالهٔ دارای سابقهٔ سوگ انجام شد.

روش‌بررسی: روش پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون همراه با گروه گواه بود. جامعهٔ آماری را کودکان دارای سابقهٔ سوگ ۶تا۹سالهٔ شهرستان یزد مراجعه‌کننده به کلینیک‌های روان‌شناسی و مشاورهٔ آن شهرستان تشکیل دادند. از بین کودکان دارای سابقهٔ سوگ، سی نفر داوطلب واجد شرایط دردسترس در دامنهٔ سنی ۶تا۹ سال وارد مطالعه شدند و به‌طور تصادفی پانزده نفر در گروه مداخله و پانزده نفر در گروه گواه قرار گرفتند. امتیازات متغیر افسردگی به‌وسیلهٔ پرسش‌نامهٔ افسردگی کودکان (کواکس، ۱۹۸۵) در دو نوبت زمانی قبل و بعد از درمان مقایسه شد. تحلیل داده‌ها بااستفاده از تحلیل کوواریانس در نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۱۷ صورت پذیرفت. سطح معناداری آزمون‌ها ۰/۰۵ بود.

یافته‌ها: نتایج تحلیل کوواریانس با تعدیل اثر پیش‌آزمون نشان داد، در پس‌آزمون بین گروه مداخلهٔ دریافت‌کنندهٔ بازی‌درمانی گروهی و گروه گواه، در میانگین متغیر افسردگی تفاوت معنادار وجود داشت ($p<۰/۰۰۱$). همچنین براساس نتایج مربوط به اندازهٔ اثر، ۶۵درصد از تفاوت بین گروه مداخله و گروه گواه در متغیر افسردگی ناشی‌از اجرای بازی‌درمانی گروهی بود.

نتیجه‌گیری: نتایج پژوهش حاضر مشخص کرد، از بازی‌درمانی گروهی گلدارد می‌توان به‌عنوان درمانی مکمل برای بهبود افسردگی کودکان دارای سابقهٔ سوگ استفاده کرد.

کلیدواژه‌ها: بازی‌درمانی گروهی گلدارد، افسردگی، کودکان دارای سابقهٔ سوگ.

حق انتشار محفوظ است © ۱۴۰۴، 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.

۱ مقدمه

سوگ[1]، از وقایع بسیار آسیب‌زای زندگی است. غم و اندوه فرایندی عادی، اما پیچیده و چندبُعدی واکنش به ازدست‌دادن است. اندوه، امری پویا، منحصربه‌فرد و معمولاً فردی است و بر جنبه‌های فیزیکی، عاطفی، اجتماعی، شناختی و معنوی اثر دارد. شدت سوگ پس از مرگ عزیزان تحت‌تأثیر عوامل مختلفی مانند سن، جنسیت، علت مرگ، غیرمنتظره‌بودن، زمان پیش‌بینی سوگواری قرار می‌گیرد (۱). سوگ اطرافیان، غم و اندوهی ویرانگر منحصربه‌فرد است؛ وقتی تولدی که مدت‌ها پیش‌بینی شده بود ناگهان به ازدست‌دادن و مرگ تبدیل می‌شود. در مرگ‌ومیر نوزادان، شادی تولد به‌زودی به‌دلیل دورهٔ بیماری و مرگ متغیر است. غم و اندوه پس از مرگ اطرافیان، همراه با اندوه پیش از زایمان منحصربه‌فرد است و امکان دارد اثرات طولانی‌مدت و حتی پیامدهای نامطلوب داشته باشد. در موقعیت‌های سوگ نسبی درجهٔ اول، شدت علائم سوگ معمولاً طی ۶تا۱۲ ماه کاهش می‌یابد و گاهی ممکن است ۲۴ ماه طول بکشد (۲).

وقتی کودکان با فجایع و حوادث آسیب‌زا مواجه می‌شوند، ممکن است دوست یا فردی از عزیزان و بستگان خود را از دست بدهند و به‌دنبال آن واکنش‌های متفاوتی داشته باشند. هرکودکی به‌روش خاص خود و به‌شیوه‌ای متفاوت با فقدان‌هایش روبه‌رو می‌شود. نباید از کودکان انتظار داشت به یک شیوه یا مثل افراد بزرگسال سوگواری کنند. باید پذیرفت هرکودکی خاص و منحصربه‌فرد است و به‌روش خود به‌سوگ می‌نشیند. بعضی از افراد بلافاصله و برخی با تأخیر واکنش نشان می‌دهند. بعضی نیز ممکن است اصلاً واکنشی نداشته باشند (۳). این تغییرات می‌تواند ازچند روز تا چند هفته یا حتی بیشتر طول بکشد. ازآنجاکه کودکان توانمندی کافی در کلامی‌کردن هیجانات درونی[2] خود ندارند، همین امر ممکن است درک‌شدن کودکی اندوهگین و سوگوار را ازسوی بزرگسالان با مشکل مواجه کند؛ درنتیجه باید از واکنش‌های مختلف رفتاری کودکان پی به دنیای درونی آن‌ها برد و به آنان کمک کرد با این احساس به‌گونه‌ای مؤثر کنار آیند (۲).

کودکان احتمالاً تا سال‌ها پس از وقوع سوگ اطرافیان، تأثیرات و رفتارهای مرتبط با غم و اندوه را به‌صورت متناوب بروز می‌دهند. لذا، در برخورد با کودکانی که دچار سوگ اطرافیان شده‌اند، بسیار اهمیت دارد از ماهیت خاص سوگواری در کودکان آگاهی حاصل شود و این انتظار وجود نداشته باشد که آن‌ها مانند بزرگسالان احساسات خود را بروز دهند یا رفتارهای آشکار آن‌ها لزوماً ناراحتی درونی آن‌ها را مشخص کند (۴).

یکی از متغیرهای بررسی‌شده در کودکان سوگ، افسردگی[3] است. افسردگی، اختلال خُلقی شایع اما جدی است که علائم شدیدی ایجاد می‌کند و بر احساس و تفکر و انجام فعالیت‌های روزانه مانند خواب، غذاخوردن یا کار تأثیر می‌گذارد. برای تشخیص افسردگی، علائم باید حداقل دو هفته وجود داشته باشد. افسردگی در فرد باعث احساس غم و اندوه و/یا ازدست‌دادن علاقه به فعالیت‌هایی می‌شود که وی زمانی از آن‌ها لذت می‌برد. این امر می‌تواند منجربه انواع مشکلات عاطفی و جسمی شود و توانایی فرد را برای عملکرد در محل کار و خانه کم کند (۵). افسردگی از هر پانزده بزرگسال (۶/۷درصد) در هرسال یک نفر را تحت‌تأثیر قرار می‌دهد و از هر شش نفر یک نفر (۱۶/۶درصد) در دوره‌ای از زندگی خود افسردگی را تجربه می‌کند. افسردگی می‌تواند در هرزمانی رخ دهد؛ اما به‌طور متوسط، ابتدا در اواخر نوجوانی تا اواسط دههٔ بیست‌سالگی ظاهر می‌شود. نرخ ابتلا به افسردگی در زنان بیشتر از مردان است (۶). یک‌سوم زنان در طول زندگی خود یک دوره افسردگی اساسی را تجربه می‌کنند. زمانی که بستگان درجهٔ یک (والدین/فرزندان/خواهر و برادر) دارای افسردگی باشند، میزان وراثت‌پذیری بیشتری (تقریباً ۴۰درصد) وجود دارد. معمولاً کودکانی که دارای سابقهٔ سوگ اطرافیان خود هستند، درجات مختلفی از افسردگی را نشان می‌دهند (۵).

درمان‌های روان‌شناختی مختلفی برای کودکان سوگ به‌کار رفته است. یکی از روش‌ها، بازی‌درمانی[4] است. بازی رمز اولیهٔ ارتباط است. کودکان ازطریق آن جهان، خود و دیگران را کشف می‌کنند. آن‌ها تخیل خود را گسترش می‌دهند، یاد می‌گیرند همکاری کنند و محدودیت‌های خود را تشخیص دهند. طی این فرایند پویا، کودک در بیان نگرانی‌ها و اضطراب‌ها و مشکلات مختلف موجود در زندگی روزمره‌اش، آزاد می‌شود. به‌عبارت‌دیگر، بازی زبان ارتباطی خود وی است. برای اشخاص دشوار است بتوانند با احساسات خود روبه‌رو شوند، آن‌ها را بشناسند و نامی برای آن‌ها بگذارند؛ به‌خصوص برای کودک خردسالی که آن‌ها را نمی‌شناسد (۷). بازی‌درمانی برای کودکان پیش‌دبستانی و مدرسه مناسب است و شامل طیف وسیعی از مشکلات می‌شود که امکان دارد در طول رشد آن‌ها رخ دهد. این مطلب می‌تواند به کودکانی کمک کند که پس از طلاق، فقدان، تغییر محل سکونت یا محیط مدرسه یا پس از ورود عضوی جدید به خانواده، در دورهٔ گذار در زندگی خود هستند. بازی، شکلی از فرایند یادگیری طبیعی و بی‌دردسر است که مستقیم‌ترین راه برای رهایی از تنش‌های کودک به‌شمار می‌رود و درعین‌حال ارتباط بزرگسالان با دنیای درونی کودک را تسهیل می‌کند (۸). بازی‌درمانی گلدارد از بازی به‌عنوان روشی برای بهبود ابراز احساسات، حل مسئله، خودپنداره[5]، مهارت‌های اجتماعی و عزت‌نفس استفاده می‌کند و این کار را ازطریق قصه‌گویی و بازی‌های خیالی با کودکان انجام می‌دهد (۹). علایی‌فرد و همکاران در مطالعه‌ای بیان کردند، بازی‌درمانی بر افسردگی و اضطراب جدایی کودکان مبتلا به سرطان خون مؤثر است (۱۰). اصلی آزاد و همکاران گزارش دادند، بازی‌درمانی نشانه‌های افسردگی و اضطراب کودکان دارای اختلال افسردگی و اضطراب را کاهش می‌دهد (۱۱). رودنسکا و همکاران دریافتند، بازی‌درمانی می‌تواند از آسیب‌های روان‌شناختی کودکان در دورهٔ همه‌گیری کرونا مانند اضطراب و افسردگی بکاهد (۱۲).

کودکان سوگ معمولاً دچار افسردگی می‌شوند و مشکلات این افراد معمولاً درصورت درمان‌نشدن، در بزرگسالی گریبان‌گیر آن‌ها خواهد

---

[1]. Bereavement
[2]. Inner emotions
[3]. Depression
[4]. Play Therapy
[5]. Self-concept

شد. مطالعات دربارهٔ کودکان سوگ در ایران نادر است و رسیدگی به مشکلات روان‌شناختی این کودکان در همان دوران کودکی، بسیار ضروری به‌نظر می‌آید. همچنین تا به‌امروز مطالعه‌ای به بررسی اثربخشی بازی‌درمانی گروهی گلدارد بر افسردگی کودکان دارای سابقهٔ سوگ نپرداخته است؛ لذا پژوهش حاضر باهدف بررسی تأثیر بازی‌درمانی گروهی گلدارد بر افسردگی کودکان ۶تا۹سالهٔ دارای سابقهٔ سوگ انجام شد.

۲ روش‌بررسی

روش پژوهش حاضر از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون همراه با گروه گواه بود. جامعهٔ آماری را کودکان دارای سابقهٔ سوگ ۶تا۹سالهٔ شهرستان یزد مراجعه‌کننده به کلینیک‌های روان‌شناسی و مشاورهٔ شهرستان یزد تشکیل دادند. از بین افراد جامعه، سی نفر داوطلب واجد شرایط دردسترس وارد مطالعه شدند و به‌طور تصادفی پانزده نفر در گروه مداخله و پانزده نفر در گروه گواه قرار گرفتند. در پژوهش‌های از نوع آزمایشی و علّی‌مقایسه‌ای، حجم نمونه حداقل پانزده نفر در هرگروه توصیه می‌شود (۱۳). معیارهای ورود کودکان به پژوهش شامل داشتن سابقهٔ سوگ والدین، محدودهٔ سنی ۶تا۹ سال، استفاده‌نکردن از روش‌های درمانی دیگر مانند دارودرمانی و روان‌درمانی بود. ملاک‌های خروج از پژوهش، غیبت در یک جلسه بازی‌درمانی و تکمیل‌نکردن پرسش‌نامه در طول پژوهش، در نظر گرفته شد.

برای انجام پژوهش و ارزیابی متغیرها ابزار زیر به‌کار رفت.

ـ پرسش‌نامهٔ افسردگی کودکان [1] (کواکس، ۱۹۸۵): پرسش‌نامهٔ افسردگی کودکان کواکس، ابزاری خودگزارشی ۲۷آیتمی است که برای ارزیابی نشانه‌های افسردگی در کودکان و نوجوانان استفاده می‌شود (۱۴). آیتم‌های پرسش‌نامه از پرسش‌نامهٔ افسردگی بک [2] برگرفته شده است. پرسش‌نامهٔ افسردگی کودکان کواکس پنج خرده‌مقیاس دارد که شامل خُلق منفی [3]، مشکلات بین‌فردی [4]، احساس بیهودگی [5]، فقدان احساس لذت [6] و عزت‌نفس منفی [7] است. آیتم‌ها براساس مقیاسی سه‌درجه‌ای از وجودنداشتن نشانه=صفر تا وجود نشانه‌های مشخص=۲ نمره‌گذاری می‌شود. نمرهٔ صفر نشان‌دهندهٔ فقدان نشانه و نمرهٔ ۱ بیانگر نشانهٔ متوسط و نمرهٔ ۲ بیانگر وجود نشانهٔ آشکار است. نمرهٔ کلی (با دامنهٔ صفر تا ۵۴) از جمع نمرات همهٔ آیتم‌ها به‌دست می‌آید و هرچه نمرهٔ فرد بیشتر باشد، شدت افسردگی او بیشتر خواهد بود (۱۴). روایی هم‌زمان پرسش‌نامه بااستفاده از ارزیابی دوستان افراد دربارهٔ آن‌ها ۰/۴۷ و ضریب پایایی بازآزمایی آن ۰/۸۱ گزارش شد (۱۴). نایت و همکاران ضریب آلفای کرونباخ کل پرسش‌نامه را ۰/۸۹ و خرده‌مقیاس‌های بزرگ‌تر از آن را ۸۰درصد اعلام کردند که نشان‌دهندهٔ همسانی درونی زیاد پرسش‌نامه است (۱۵). دهشیری و همکاران در پژوهشی پایایی بازآزمایی و همسانی درونی کل پرسش‌نامهٔ افسردگی کودکان را به‌ترتیب برابر با ۰/۸۲ و ۰/۸۳ به‌دست آوردند. همچنین همبستگی بین پرسش‌نامهٔ افسردگی کودکان (کواکس، ۱۹۸۵) با مقیاس افسردگی کودکان (لانگ و تیشر [8]، ۱۹۸۷) و پرسش‌نامهٔ افسردگی بک (بک، ۱۹۶۱) به‌ترتیب برابر با ۰/۷۹ و ۰/۸۷ برای نمرهٔ کل و برای خرده‌مقیاس‌های خُلق منفی برابر با ۰/۶۸ و ۰/۸۳، مشکلات بین‌فردی برابر با ۰/۳۸ و ۰/۵۸، احساس بیهودگی برابر با ۰/۴۱ و ۰/۶۴، فقدان احساس لذت برابر با ۰/۶۶ و ۰/۷۶ و عزت‌نفس منفی برابر با ۰/۷۳ و ۰/۷۷ محاسبه شد که بیانگر روایی هم‌گرای پرسش‌نامهٔ افسردگی کودکان بود (۱۶).

جدول ۱. محتوای جلسات بازی‌درمانی گروهی

جلسه	محتوای جلسه
اول	آشنایی درمانگر با کودکان ازطریق ارتباطی گرم و دوستانه، آشنایی کودکان با یکدیگر، ارائهٔ قوانین و وظایف هرعضو و فعالیت‌های جلسات گروهی
دوم	پذیرش کودک به‌طور کامل آن‌گونه که است بدون تحسین و سرزنش، شناسایی احساسات کودکان و ایجاد شرایط لازم برای برون‌ریزی احساسات آن‌ها (بازی ایفای نقش، قصه‌گویی)
سوم	کمک به کودکان درجهت شناخت احساسات مثبت و منفی و افزایش مهارت مقابله با هیجان‌های منفی ازطریق ایجاد فضایی سهل‌گیرانه (برچسب‌های احساسات و هیجان‌ها، بازی حدس بزن چیه)
چهارم	آموزش شناسایی افکار منفی ازجمله پرخاشگری و برگرداندن آن‌ها به کودکان (بازی حدس بزن چیه، کوه آتشفشان)
پنجم	آموزش مهارت مهار خشم ازطریق رعایت اصل احترام به کودک (بازی ایفای نقش)
ششم	آشنایی کودک با رفتارهای پسندیده و رفتارهای ناپسند برای آموزش مهارت‌های اجتماعی (بازی پیداکردن یک احساس، پیش از پرش نگاه کنید)
هفتم	آموزش همکاری و ایجاد ارتباطات اجتماعی در کودکان (بازی‌هایی برای ایجاد دوستی و حل تعارض‌ها مانند آغازکردن گفت‌وگو و پیداکردن یک احساس)
هشتم	نتیجه‌گیری، مرور و تمرین، خداحافظی با کودکان

ارزیابی اولیهٔ بیمار، روز اول و به‌مدت ۱/۵ ساعت صورت پذیرفت. همچنین اطلاعاتی مانند سابقهٔ بیماری در خانواده و درمان‌های

[1]. Children's Depression Inventory (CDI)
[2]. Beck Depression Inventory
[3]. Negative mood
[4]. Interpersonal problems
[5]. Sense of futility
[6]. Lack of pleasure
[7]. Negative self-esteem
[8]. Lang & Tisher

انجام‌شده تاکنون، در پروندهٔ بیمار ثبت شد. پروتکل درمانی به‌کاررفته در پژوهش حاضر برای هربیمار هشت جلسهٔ نوددقیقه‌ای بازی‌درمانی گروهی گلدارد بود که با الهام‌گرفتن از راهنمای مشاوره با کودکان با روش بازی‌درمانی کاترین گلدارد و دیوید گلدارد تدوین شد (۱۷) و به‌تأیید سه نفر از متخصصان رسید. شرح جلسات در جدول ۱ آمده است.

قبل از انجام درمان، افراد نمونه فرم رضایت‌نامهٔ شرکت داوطلبانه در پژوهش را امضا کردند. سپس پرسش‌نامهٔ افسردگی کودکان (۱۴) برای افراد نمونه اجرا شد و ثبت نتایج در پروندهٔ بیمار صورت گرفت. در پایان درمان، پرسش‌نامهٔ افسردگی کودکان (۱۴) هدف ارزیابی مجدد قرار گرفت و نتایج در پروندهٔ بیمار ثبت شد.

برای تحلیل داده‌ها نرم‌افزار SPSS نسخهٔ ۱۷ به‌کار رفت. در بخش آمار توصیفی، میانگین و انحراف معیار نمرات متغیرها استخراج شد. در بخش آمار استنباطی، تحلیل داده‌ها بااستفاده از آزمون آماری تحلیل کوواریانس انجام گرفت. پیش از اجرای تحلیل کوواریانس، پیش‌فرض‌های آن به‌کمک آزمون‌های کلموگروف‌اسمیرنف، لون و همگنی اثر متقابل گروه و پیش‌آزمون شیب خطوط رگرسیون بررسی شد. سطح معناداری آزمون‌ها ۰/۰۵ بود.

۳ یافته‌ها

در این پژوهش سی کودک دارای سابقهٔ سوگ، انتخاب شدند. میانگین و انحراف معیار سنی افراد نمونه در گروه مداخله ۸/۲۱±۱/۶۷ سال و در گروه گواه ۸/۴۲±۱/۷۴ سال بود. در گروه گواه پنج پسر و ده دختر و در گروه مداخله هفت پسر و هشت دختر حضور داشتند.

میانگین و انحراف معیار نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون متغیر افسردگی در دو گروه مداخله و گواه به‌همراه نتایج تحلیل کوواریانس در جدول ۲ ارائه شده است. قبل از اجرای آزمون تحلیل کوواریانس، پیش‌فرض‌های مربوط به آن بررسی شد. آزمون کلموگروف‌اسمیرنف نرمال‌بودن توزیع نمرات متغیر افسردگی در پس‌آزمون را در دو گروه مداخله و گواه نشان داد ($p>۰/۰۵$). طبق آزمون لون فرض تساوی واریانس‌های نمرات دو گروه در پس‌آزمون افسردگی رد نشد ($p>۰/۰۵$). همچنین درنتیجهٔ بررسی اثر متقابل گروه و پیش‌آزمون، همگنی شیب خطوط رگرسیون رد نشد ($p=۰/۲۵۳$).

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون متغیر افسردگی به‌همراه نتایج تحلیل کوواریانس

حیطه	پیش‌آزمون			پس‌آزمون			مقایسهٔ پس‌آزمون		
	گروه	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	مقدار F	مقدار p	اندازهٔ اثر
افسردگی	مداخله	۴۶/۳۶	۷/۲۴	۳۰/۶۹	۴/۷۹	۲۶/۴۸	<۰/۰۰۱	۰/۶۵
	گواه	۴۴/۷۹	۶/۹۶	۴۳/۸۷	۶/۴۸			

همان‌طورکه در جدول ۲ مشاهده می‌شود، در پس‌آزمون، میانگین نمرات گروه مداخله در متغیر افسردگی کمتر از گروه گواه بود. نتایج تحلیل کوواریانس با تعدیل اثر پیش‌آزمون نشان داد، در پس‌آزمون بین گروه مداخلهٔ دریافت‌کنندهٔ بازی‌درمانی گروهی و گروه گواه بدون هیچ‌نوع مداخله‌ای، در میانگین متغیر افسردگی تفاوت معنادار وجود داشت ($p<۰/۰۰۱$)؛ یعنی این درمان باعث کاهش نمرهٔ افسردگی در کودکان دارای سابقهٔ سوگ شد؛ بنابراین نتیجه گرفته می‌شود، بازی‌درمانی بر افسردگی کودکان دارای سابقهٔ سوگ اثر داشت. همچنین نتایج مربوط به اندازهٔ اثر مشخص کرد، ۶۵درصد از تفاوت بین گروه مداخله و گروه گواه در متغیر افسردگی ناشی‌از اجرای بازی‌درمانی گروهی بود.

۴ بحث

هدف این پژوهش، بررسی اثربخشی بازی‌درمانی گروهی گلدارد بر افسردگی کودکان ۶تا۹سالهٔ دارای سابقهٔ سوگ بود. نتایج پژوهش حاضر نشان داد، بازی‌درمانی گروهی گلدارد بر افسردگی کودکان دارای سابقهٔ سوگ تأثیر معناداری داشت و منجربه کاهش افسردگی در این کودکان شد. نتایج پژوهش حاضر با مطالعات زیر همسوست؛ علایی‌فرد و همکاران دریافتند، بازی‌درمانی بر افسردگی و اضطراب جدایی کودکان مبتلا به سرطان خون مؤثر است (۱۰)؛ اصلی‌آزاد و همکاران گزارش کردند، بازی‌درمانی نشانه‌های افسردگی و اضطراب کودکان دارای اختلال افسردگی و اضطراب را کاهش می‌دهد (۱۱)؛ رودنسکا و همکاران نشان دادند، بازی‌درمانی می‌تواند از آسیب‌های روان‌شناختی کودکان در دورهٔ همه‌گیری کرونا مانند اضطراب و افسردگی بکاهد (۱۲).

در تبیین نتیجهٔ کنونی می‌توان گفت بازی، تجربه‌ای هیجانی و خلاقانه است که سطح اکسی‌توسین را بالا می‌برد. هورمون اکسی‌توسین باعث افزایش احساس رفاه عاطفی و اعتماد می‌شود؛ لذا، اکسی‌توسین رابطهٔ درمانی بین بازی‌درمانگر و کودک را تسهیل می‌بخشد که کودک را یاری می‌دهد از تخیل خود استفاده کند و او را برای تغییر رفتار آماده می‌سازد. بازی‌درمانی تشکیل مدارهای عصبی جدید را تشویق می‌کند و انعطاف‌پذیری عصبی را افزایش می‌دهد (۱۸).

رودنسکا و همکاران بیان کردند، بازی‌درمانی ازطریق هماهنگی همدلانه که محیط شیمیایی ایده‌آل را برای ایجاد مسیرهای عصبی جدید فراهم می‌کند، انعطاف‌پذیری عصبی را به‌وجود می‌آورد و با تحریک عاطفی، سبب تحکیم و یکپارچه‌سازی مسیرهای عصبی می‌شود. ادغام عاطفی و شناختی، برای ظهور خطوط عصبی پیچیده و ظریف کمک‌کننده است و روایت‌های غیرکلامی خودشناسی و تغییرات را ایجاد می‌کند و منجربه بهبود خُلقی کودک می‌شود (۱۲). جاین و همکاران گزارش دادند، بازی‌درمانگر فضای امنی را برای کودک به‌وجود می‌آورد. کودک باید بتواند احساسات و رفتارها را باتوجه مثبت بی‌قیدوشرط منعکس کند. درمانگر محیطی آسان برای کودک فراهم

می‌آورد که در آن هرچیزی می‌تواند بیان شود؛ درعین‌حال، او در مواقع لزوم برای اطمینان از محیط نگهداری مناسب، مرزها را تعیین می‌کند. بازی‌درمانگر مشکلات کودک را می‌نگرد و درک می‌کند. سپس، او می‌تواند کودک را یاری دهد به کشف احساسات خود بپردازد و با هرگونه ترومای حل‌نشده با داربست‌دادن به کودک و دستاوردهای درمانی مقابله کند (۱۹).

وقتی کودکان درحین بازی، رابطه‌ای را تجربه می‌کنند که در آن احساس می‌کنند پذیرفته و درک شده‌اند و از آن‌ها مراقبت می‌شود، مشکلات زیادی را ازطریق بازی تخلیه و برون‌ریزی می‌کنند و از این طریق، تنش‌ها و عواطف و موانع آن‌ها آزاد می‌شود. سپس کودک احساس بهتری دربارهٔ خود خواهد داشت و قادر خواهد بود نقاط قوت خود را کشف کند و درزمان‌های بازی، مسئولیت خود و کارهایش را بیشتر و بهتر قبول خواهد کرد (۱۸).

درزمینهٔ رشد عاطفی کودکان باید توجه داشت به‌دلیل آنکه عملکردها و فعالیت‌های کودکان در دنیای تخیل و بازی انجام می‌شود، اثر منفی این احساسات در آن‌ها باقی نمی‌ماند و برون‌ریزی نمی‌شود. بااستفاده از برون‌ریزی نمادین ترس و اضطراب و تغییر در نتایج و برون‌دادهای حاصل از چنین احساساتی درحین بازی، کودکان مشکل خود را تحلیل درونی می‌کنند و در سازگاری و مقابلهٔ با مشکل یا حل مسئلهٔ خاص، توانایی کسب می‌کنند؛ به‌این‌ترتیب برقراری ارتباطی که ادراک و پذیرش از اجزاء تشکیل‌دهندهٔ آن است، ممکن می‌شود؛ این امر می‌تواند منجربه بهبود خُلق‌وخوی کودک شود (۱۲).

۵ نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش حاضر نشان داد، بازی‌درمانی گروهی گلدارد بر افسردگی کودکان دارای سابقهٔ سوگ تأثیر معناداری دارد و منجربه بهبود افسردگی در این کودکان می‌شود. می‌توان از بازی‌درمانی گروهی گلدارد به‌عنوان درمانی مکمل برای بهبود افسردگی کودکان دارای سابقهٔ سوگ استفاده کرد.

۶ تشکر و قدردانی

از کلینیک‌های روان‌شناسی شهرستان یزد و افرادی که در انجام پژوهش یاری کردند، سپاسگزاری می‌شود.

۷ بیانیه‌ها

تأییدیهٔ اخلاقی و رضایت‌نامه از شرکت‌کنندگان

این مقاله مستخرج از پایان‌نامهٔ کارشناسی‌ارشد دانشگاه علم و هنر یزد است. از تمامی افراد حاضر در پژوهش، رضایت‌نامه گرفته شد. همچنین دربارهٔ محرمانه‌ماندن اطلاعات آن‌ها اطمینان خاطر داده شد.

رضایت برای انتشار

این امر غیرقابل اجرا است.

دردسترس‌بودن داده‌ها و مواد

در پژوهش حاضر به افراد اطمینان داده شد اطلاعات آن‌ها محرمانه می‌ماند و تحلیل داده‌های آن‌ها به‌صورت گروهی انجام می‌شود؛ اما نویسندگان متعهد شدند امکان دسترسی به داده‌های اولیهٔ پژوهش را ازطریق لینک برای داوران و سردبیر محترم فراهم آورند.

تضاد منافع

منابع مالی پژوهش توسط نویسندهٔ اول مقاله و با هزینه‌های شخصی تأمین شده است.

منابع مالی

تمامی منابع مالی تحقیق حاضر توسط نویسندهٔ اول پژوهش و با هزینه‌های شخصی تأمین شده است.

مشارکت نویسندگان

نویسندهٔ اول فرایندهای اجرای پژوهش، جمع‌آوری داده‌ها، آنالیز و تحلیل داده‌ها را انجام داد. نفر اول در نگارش نسخهٔ دست‌نوشته دارای نقش اصلی بود. نویسندهٔ دوم در طراحی مطالعه نقش داشت و ایدهٔ پژوهش را ارائه کرد؛ به‌علاوه تفسیر نتایج را انجام داد و در نگارش نسخهٔ دست‌نوشته همکار اصلی بود. لازم به‌ذکر است، همهٔ شروط مندرج در نشریه برای مشارکت نویسندگان رعایت شد. همچنین نویسندگان نسخهٔ دست‌نوشتهٔ نهایی را خواندند و تأیید کردند.

References

1. Büssing A, Baumann K. Experience of loss and grief among people from Germany who have lost their relatives during the pandemic: the impact of healthcare professionals' support. Front Public Health. 2023;11:1230198. https://doi.org/10.3389/fpubh.2023.1230198
2. Shear K, Shair H. Attachment, loss, and complicated grief. Dev Psychobiol. 2005;47(3):253–67. https://doi.org/10.1002/dev.20091
3. Das MK, Arora NK, Gaikwad H, Chellani H, Debata P, Rasaily R, et al. Grief reaction and psychosocial impacts of child death and stillbirth on bereaved North Indian parents: a qualitative study. Plos One. 2021;16(1):e0240270. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0240270
4. Alvis L, Zhang N, Sandler IN, Kaplow JB. Developmental manifestations of grief in children and adolescents: caregivers as key grief facilitators. J Child Adolesc Trauma. 2023;16(2):447–57. https://doi.org/10.1007/s40653-021-00435-0
5. Peña-Vargas C, Armaiz-Peña G, Castro-Figueroa E. A Biopsychosocial approach to grief, depression, and the role of emotional regulation. Behav Sci. 2021;11(8):110. https://doi.org/10.3390/bs11080110

6. Djelantik AAAMJ, Smid GE, Kleber RJ, Boelen PA. Symptoms of prolonged grief, post-traumatic stress, and depression after loss in a Dutch community sample: a latent class analysis. Psychiatry Res. 2017;247:276–81. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.11.023
7. Koukourikos K, Tsaloglidou A, Tzeha L, Iliadis C, Frantzana A, Katsimbeli A, et al. An overview of play therapy. Mater Sociomed. 2021;33(4):293. https://doi.org/10.5455/msm.2021.33.293-297
8. Brefort E, Saint-Georges-Chaumet Y, Cohen D, Saint-Georges C. Two-year follow-up of 90 children with autism spectrum disorder receiving intensive developmental play therapy (3i method). BMC Pediatr. 2022;22(1):373. https://doi.org/10.1186/s12887-022-03431-x
9. Milner P. Counselling adolescents. By K. Geldard and D. Geldard. Sage Publications, London, 1998. pp. 244, £45.00 (hb). Counselling and supporting children in distress. By S. Sharp and H. Cowie. Sage Publications, London, 1998. pp. 163, £12.99 (pb). The Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines. 2000;41(1):133–136. https://doi.org/10.1017/S0021963099214813
10. Alaiefard N, Ahadi H, Mehrvarz A, Jomehri F, Doulatabadi S. Comparison of the effectiveness of play therapy and story therapy on depression and anxiety separation in children with leukemia. Journal of Mashad University of Medical Sciences. 2021;64(4):3796–808. [Persian] https://mjms.mums.ac.ir/article_20198.html?lang=en
11. Asli Azad M, Arefi M, Farhadi T, Sheikh Mohammadi R. The effectiveness of child-centered play therapy on anxiety and depression in children Girl with anxiety disorder and depression in primary school. Psychological Models and Methods. 2013;3(9):71–90. [Persian] https://jpmm.marvdasht.iau.ir/article_4468.html?lang=en
12. Raudenska J, Gumančík J, Raudenský M, Pasqualucci A, Moka E, Varrassi G, Paladini A, Javurkova A. Cognitive-behavioral play therapy and covid-19 pandemic trauma in preschool children. Cureus. 2023;15(8):e44249. https://doi.org/10.7759/cureus.44249
13. Delavar A. Educational and psychological research. Tehran: Virayesh Pub; 2015. [Persian]
14. Kovacs M. The Children's Depression Inventory (CDI). Psychopharmacol Bull. 1985;21(4):995–8.
15. Knight D, Hensley VR, Waters B. Validation of the Children's Depression Scale and the children's depression inventory in a prepubertal sample. J Child Psychol Psychiatry. 1988;29(6):853–63. https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.1988.tb00758.x
16. Dehshiri Gh, Najafi M, Shikhi M, Habibi-Askarabad M. Investigating primary psychometric properties of Children's Depression Inventory (CDI). Journal of Family Research. 2009;5(2):159–77. [Persian] https://jfr.sbu.ac.ir/article_95448.html?lang=en
17. Geldard K, Geldard D. Counselling children (a practical introduction). Arjmandi Z. (Persian translator). First edition. Tehran: Arjmand Pub; 2022. [Persian]
18. Stewart AL, Field TA, Echterling LG. Neuroscience and the magic of play therapy. International Journal of Play Therapy. 2016;25(1):4–13. https://doi.org/10.1037/pla0000016
19. Jayne KM, Purswell KE, Stulmaker HL. Facilitating congruence, empathy, and unconditional positive regard through therapeutic limit-setting: attitudinal conditions limit-setting model (ACLM). International Journal of Play Therapy. 2019;28(4):238–49. https://doi.org/10.1037/pla0000101