

# تأثیر بازی درمانی بر نشانگان سوگ در کودکان تحت پوشش کمیته امداد امام خمینی<sup>۱</sup>

سمیه زارع<sup>۲</sup>، مه‌سیما پورشریاری<sup>۳</sup>، چنگیز رحیمی<sup>۴</sup>

تاریخ دریافت: ۱۳۹۵/۱/۲۹ - تاریخ پذیرش: ۱۳۹۶/۳/۲۰

چکیده

**هدف:** پژوهش حاضر با هدف بررسی تأثیر بازی درمانی بر کاهش نشانگان اختلال سوگ در کودکان انجام شد.

**روش:** این پژوهش از نوع طرح‌های شبه آزمایشی به صورت پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه‌ی پژوهش شامل کودکان سوگوار دبستانی بین سنین ۷-۱۰ ساله تحت پوشش کمیته امداد امام خمینی (ره) شهرستان شیراز در سال ۱۳۹۳ بود. نمونه‌گیری به شیوه هدفمند، از میان این کودکان صورت گرفت. تعداد ۴۵ نفر از این کودکان از طریق برنامه‌ی غربالگری توسط تیم متشکل از روانشناسان و مشاوران کمیته امداد امام خمینی (ره)، دچار اختلال سوگ تشخیص داده شدند و از بین آن‌ها، ۳۰ کودک به عنوان نمونه انتخاب و به طور تصادفی در دو گروه آزمایشی و گواه گمارده شدند. به منظور جمع‌آوری اطلاعات مقیاس سوگ طولانی مدت کودکان (IPG-C) که توسط اسپوچ و همکاران (۲۰۱۱) تدوین شده است، استفاده شد. داده‌ها با استفاده از تحلیل کواریانس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

**یافته‌ها:** نتایج تحلیل کواریانس نشان داد که میانگین نمرات نشانگان اختلال سوگ در گروه آزمایش کاهش معنی‌داری نسبت به گروه کنترل داشت ( $P < 0/001$ ).

۱. این مقاله برگرفته از نتایج پایان‌نامه‌ی کارشناسی ارشد مشاوره دانشگاه الزهراء می‌باشد.

۲. دانشجوی دکتری آموزش بهداشت و ارتقا سلامت، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، ایران.

۳. (نویسنده مسئول) دانشیار گروه مشاوره و راهنمایی، دانشگاه الزهراء، تهران، ایران.

۴. استاد گروه روان‌شناسی بالینی دانشگاه شیراز، ایران.

**نتیجه‌گیری:** بازی درمانی در کودکان بر کاهش نشانه‌های سوگ موثر بود. بنابراین توجه به بازی درمانی به عنوان یک روش درمانی در کار با کودکان مفید است و می‌توان از این شیوه درمانی برای کمک به سلامت و بهداشت روانی کودکان استفاده نمود.

**واژه‌های کلیدی:** بازی درمانی، اختلال سوگ طولانی مدت

## مقدمه

مرگ پدیده‌ای است که به شیوه‌ی پیش‌بینی‌ناپذیر و جهانی برای همگان رخ می‌دهد اما کودکان برخلاف بزرگسالان توانایی شناختی و هیجانی درک کامل فرایند مرگ را ندارند. تجربه‌ی کودکان از فقدان، با بسیاری از مشکلات و مسائل روحی و جسمی همراه است (سورمانتی و بالان<sup>۱</sup>، ۲۰۱۱). به ویژه کودکان در چنین شرایطی دچار اضطراب، افسردگی، نشانگان سوگ و پیامدهای روانی اجتماعی آسیب‌زا همچون عملکرد تحصیلی ضعیف، کارکردهای اجرایی ضعیف، مشکلات ارتباطی و مسائل رفتاری می‌شوند. از سویی ترس از مرگ در کودکان دبستانی به شکل ترس از دست دادن افراد مهم همچون والدین، پدر بزرگ و مادر بزرگ و دوستان بروز می‌کند (بارنهام<sup>۲</sup>، ۲۰۰۹). سازگاری و انطباق با فقدان و سوگ برای کودکان دشوار و پیچیده است (مارکل و هاور<sup>۳</sup>، ۲۰۱۰).

سوگ<sup>۴</sup> حالت اندوه و ناراحتی شدید درونی در واکنش به از دست دادن شخص، یا عقیده و فکر خاص و مجموعه‌ای از احساسات، افکار و رفتارهایی است که وقتی فرد با فقدان و یا تهدید به فقدان مواجه می‌شود، در درون او به جنبش درمی‌آید (دایروگروف و یول<sup>۵</sup>، ۲۰۰۶) و شامل نشانه‌هایی از قبیل اندوه جدایی، احساس ناپاوری در مورد مرگ شخص متوفی، کمرختی و احساس بی‌معنا بودن زندگی می‌شود (پرییجرسون و

1. Sormanti, M., & Ballan, M.S.
2. Burnham, J.J.
3. Markell, M.A., & Hoover, J.H.
4. grief
5. Dyregrov, A., & Yule, W.

همکاران<sup>۱</sup>، ۲۰۰۹).

تجربه‌ی سوگ در کودکان بر رفتارها، روابط با دیگران و رشد او تأثیر گذاشته و به حس عدم امنیت و دشواری در سازگاری با محیط اطراف می‌انجامد (سام، ۲۰۱۱<sup>۲</sup>). مرگ والدین تأثیر کوتاه مدت و بلند مدتی در سازگاری روان‌شناختی کودک دارد. مشکلات روان‌شناختی می‌تواند به طور عمده به کیفیت مراقبت کودک که بعد از فقدان دریافت می‌شود نسبت داده شود (تریمبلی و اسراییل<sup>۳</sup>، ۱۹۹۸). اگرچه اغلب کودکانی که مرگ والدین را تجربه می‌کنند در یک سال اول سازگاری پیدا می‌کنند (وردن، سیلورمن<sup>۴</sup>، ۱۹۹۶)، اما بسیاری از آن‌ها نشانه‌های افسردگی، کناره‌گیری اجتماعی و مشکلات تحصیلی طولانی مدت را بعد از مرگ والدین تجربه می‌کنند (سرل، فریستد، ودوسی، والر و والر<sup>۵</sup>، ۲۰۰۶). در پژوهشی در کانادا، از دست دادن پدر به عنوان یکی از مهم‌ترین منابع حمایت اجتماعی در سن کمتر از ۱۱ تا ۱۵ سالگی، به عنوان یکی از عوامل مهم ابتلا به افسردگی معرفی شده است (سارامون و سارامون، ۱۳۷۵، به نقل از الهیاری و همکاران، ۱۳۸۷).

اگر سوگ در دوران کودکی یا نوجوانی رخ دهد در تحول بعدی شخصیت و عواطف آثار منفی خواهد داشت. اثر سوگ بر کودک به سطح تحول و در نتیجه میزان درک او از فقدان بستگی دارد (دیماتئو<sup>۶</sup>، ۱۳۷۸). پژوهش الهیاری و همکاران (۱۳۸۷) نشان داد که فقدان پدر در میان دختران دبیرستانی موجب افسردگی می‌گردد. در DSM-IV-TR، سوگ یک اختلال روانی محسوب نمی‌شود، بلکه در طبقه اختلالات اضافی که ممکن است کانون توجه بالینی باشند، منظور شده است. طول مدت سوگ طبیعی متغیر است؛ در کودکان طول مدت آن تا حدودی به نظام حمایتی مناسب بستگی دارد

1. Prigerson, H.G., et al.

2. Sam, T.

3. Tremblay, G.C., & Israel, A. C.

4. Worden, J. W., & Silverman, P. R.

5. Cerel, J., Fristad, M., Verducci, G., Weller, R., & Weller, E.

6. Dimatteo, M. R.

سادوک و کاپلان<sup>۱</sup>، ۲۰۰۷).

امروزه مسئله‌ی سوگ مورد توجه پژوهشگران در دانشگاه‌های معتبر جهان قرار گرفته است، از دلایل توجه پژوهشگران به این مسئله این است که غالباً سوگ به شکل علت زیربنایی انواع اختلالات روانی و جنسی متجلی می‌شود. بالبی<sup>۲</sup> (۱۹۸۰) در تائید این پدیده می‌گوید: «تجربه‌ی بالینی و مطالعه شواهد درباره این باور مهم تقریباً شکی بجای نمی‌گذارد که بسیاری از بیماری‌های روانپزشکی تجلی ماتم زدگی پاتولوژیک می‌باشد». برخی از سوالات اساسی در این زمینه عبارتند از: آیا کودکان سوگووار در معرض مشکلات روانی هستند؟ چه عواملی آسیب‌پذیری آن‌ها را تحت تأثیر قرار می‌دهد؟ آیا آن‌ها نیازمند خدمات روان‌شناختی ویژه‌ای هستند؟ آیا والدین، مراقبین و مربیان آنها نیازمند آموزش‌های روان‌شناختی ویژه‌ای هستند؟ وظیفه روانشناس در برابر کودکان و نوجوانان سوگووار، والدین و معلمان آن‌ها چیست؟

در راستای درمان اختلال سوگ روش‌های متعددی براساس رویکردهای متفاوت، مطرح گردیده است. از جمله می‌توان به درمان‌های دارویی، مداخلات غیردارویی مانند روان‌درمانی‌های حمایتی - فردی و گروهی، روش‌های رفتاری - شناختی و سایر روان‌درمانی‌ها اشاره نمود (قزائی، بینا، یاسمی، امامی، نادری، ۱۳۸۵). سرمانتی و بالان (۲۰۱۱) نشان دادند سطح آگاهی، همدلی و ظرفیت انجام کارهای مثبت در کودکان داغ‌دیده به واسطه‌ی بهره‌برداری از نقاط قوت منحصر به فرد و ذاتی آن‌ها بهبود می‌یابد و این امر به تطبیق یافتن و مقابله با غم و اندوه در آن‌ها کمک می‌کند. سم (۲۰۱۱)، در پژوهشی به ارائه‌ی یک برنامه‌ی حمایتی برای کودکان ۵ تا ۱۰ ساله و خانواده‌های داغ‌دیده در شهرویت<sup>۳</sup> در ایالت کالیفرنیا پرداخت. این برنامه شامل آموزش‌های روان‌شناختی - اجتماعی که توسط گروهی چند رشته‌ای<sup>۴</sup> شامل معلمان، والدین،

1. Kaplan, M.  
2. Bowlby, J.  
3. Withier  
4. multi disciplinary

مشاوران و درمانگران، انجام می‌شود، است. اسپویج و همکاران<sup>۱</sup> (۲۰۱۳)، در پژوهشی به بررسی تأثیر شیوهی درمانی کمکی سوگ<sup>۲</sup> در کودکان مبتلا به سوگ مزمن پرداختند. آنان نتیجه گرفتند که هم کودکان و هم نوجوانان داغ‌دیده نیاز به مراقبت‌های بهداشت روانی داشتند. حسینی پور (۱۳۹۱)، در پژوهشی نشان داد که مدیریت استرس به شیوهی شناختی - رفتاری بر کاهش علائم سوگ و اختلال استرس پس از سانحه دختران نوجوان داغ‌دیده مهاجر افغان ساکن استان قم موثر بوده است.

از میان رویکردهای مختلف، بازی درمانی یک روش مداخله‌ی بسیار سازگار است که در دردهای مختلف سنی، شرایط و موقعیت‌های مختلف قابل کاربرد است (وب<sup>۳</sup>، ۲۰۱۱) و یکی از مناسب‌ترین روش‌های درمانی برای کودکان دچار سوگ است.

بازی درمانی روشی است که به کمک آن به کودکان دارای مشکل کمک می‌شود تا با مشکلاتشان مقابله کنند. این روش به عنوان ابزاری برای برقراری ارتباط بین کودک و درمانگر مورد استفاده قرار می‌گیرد. این شیوه بر پایه‌ی فرضی اصلی استوار است که می‌پندارد بازی فرآیندی است که با استفاده از آن کودک نخست «من» را از «غیر من» جدا می‌کند و با جهانی فراتر از خود ارتباط برقرار می‌کند. کودک از طریق بازی با محیط خود ارتباط برقرار می‌کند. فرانک<sup>۴</sup> (۱۹۸۲)، به نقل از لندرث، (۱۳۹۰)، می‌گوید که کودکان به وسیله بازی چیزی را یاد می‌گیرند که هیچ کس نمی‌تواند به آن‌ها بیاموزد. آن‌ها از طریق بازی، به کاوش و شناخت جهان واقعی فضا و زمان، اشیا، حیوانات، ساخت‌ها، و انسان‌ها می‌پردازند. کودکان با شرکت در فرایند بازی می‌آموزند که در جهان نمادین ما که بر پایه‌ی معانی و ارزش‌هاست زندگی کنند و در عین حال، به شیوه‌ی فردی خود به کاوش، آزمایش و یادگیری بپردازند.

بازی درمانی بر این اساس است که بازی یک مکانیسم و ابزار طبیعی کودک برای ابراز

---

1. Spuij, M., et al.  
2. grief help  
3. Webb, N. B.  
4. Frank, L.

خود است (صمدی، ۱۳۹۰). در بازی درمانی، نیاز کودکان به فعالیت‌های بدنی مورد توجه قرار می‌گیرد. در حین بازی، کودکان انرژی خود را مصرف می‌کنند، نیاز خود را به رقابت، تخلیه و ارضا می‌کنند، اعمال خشونت بار خود را به صورت‌های پذیرفتنی بروز می‌دهند و سازگاری با دیگران را می‌آموزند. بازی به کودکان امکان می‌دهد تا تصوراتشان را با آزادی به جریان اندازند، قواعد و هنجارهای فرهنگ خود را بیاموزند و مهارت کسب کنند (پاپالیا و الدز<sup>۱</sup>، ۱۹۸۶، به نقل از لندرت<sup>۲</sup>، ۱۳۹۰). در واقع بازی درمانی به این دلیل به عنوان یک روش درمانی مطرح شده است که بازی، به کودک امکان بروز احساسات را می‌دهد و از این طریق تعادل روانی - عصبی خود را باز می‌یابد. کودکان از طریق بازی احساسات، ناکامی‌ها و اضطراب‌های خود را بیان می‌دارند. دنجر و لندرت<sup>۲</sup> (۲۰۰۵)، در پژوهشی نشان دادند که بازی درمانی بر مهارت‌های زبانی دریافتی (درک مطلب)، و بیانی کودکان با مشکلات گفتاری، تأثیر مثبت می‌گذارد. وب (۲۰۱۱) در پژوهشی در کودکان دچار سوگ به عوامل مؤثر بر افزایش توانایی درک و سازگاری با مرگ در کودکان داغدیده پرداخت. نتایج حاصل از این پژوهش نشان داد که بازی فرصتی برای ابراز نگرانی‌های کودک فراهم می‌کند و منجر به بهبود درک و فهم، سلامت احساسی (عاطفی) و سازگاری در کودکان می‌شود. محمودی قرائی، بی‌نا، یاسمی، امامی، نادری (۱۳۸۵) به بررسی اثربازی درمانی در کودکان داغدیده در زلزله بم پرداختند. نتیجه این پژوهش نشان داد که بازی درمانی گروهی متمرکز بر نشانه‌های سوگ و آسیب می‌تواند در کاهش نشانه‌های رفتاری و نشانه‌های اختلال استرس پس از سانحه زلزله و سوگ مؤثر باشد. فرشباف مانی صفت (۱۳۹۱)، به بررسی اثربخشی بازی درمانی در کاهش اضطراب و افسردگی کودکان سرطانی پرداخت. یافته‌های به دست آمده نشان داد که بازی درمانی می‌تواند در کاهش اضطراب و افسردگی کودکان سرطانی مؤثر باشد.

محرومیت از یکی از والدین و در اغلب موارد پدر سابقه‌ای به قدمت طول تاریخ بشر

1. Papalia, D., & Olds, S.

2. Duanger, S., & Landreth, J.

دارد. محرومیت از پدر یکی از شرایط خاص خانوادگی است که می‌تواند به عنوان یک متغیر مهم محیطی به طور مستقیم و غیرمستقیم اثرات ویژه‌ای بر رشد عمومی و ابعاد مختلف رفتار کودک به خصوص در زمینه سلامت روانی، سلامت جسمانی و عملکرد تحصیلی داشته باشد. در دهه‌های اخیر، کشور ما ایران در معرض فجایع طبیعی و انسانی متعددی قرار گرفته است. جنگ هشت ساله عراق علیه ایران، زلزله شمال در خردادماه ۱۳۶۹، زلزله بم در پنجم دی‌ماه ۱۳۸۲ و همچنین آمار بالای تصادفات رانندگی موجب تک سرپرست شدن یا بی‌سرپرست شدن تعداد زیادی از کودکان شده است. علاوه بر این، مرگ‌های ناگهانی ناشی از بیماری‌های قلبی و سایر بیماری‌ها به طور مکرر گزارش می‌شود. این گونه واقعات‌های اجتماعی موجب شده است که مسئله کودکان داغ‌دیده و خانواده‌های آنها بسیار جدی‌تر از گذشته مدنظر مسئولان، متخصصان، پژوهشگران و موسسه‌های مربوطه قرار گیرد. در این زمینه، در کودکان دبستانی بازی درمانی یکی از روش‌های درمانی مناسب است که فرصتی را برای بیرون ریزی هیجانات و پیامدهای سوگ فراهم می‌کند در این راستا، هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی بازی درمانی در بهبود نشانگان سوگ در کودکان است.

## روش

این پژوهش از نوع طرح‌های شبه آزمایشی به صورت پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل است که در زمره‌ی تحقیقات کاربردی قرار دارد. نمونه‌گیری به روش هدفمند، از میان کودکان سوگوار دبستانی بین سنین ۱۰-۷ ساله‌ی تحت پوشش کمیته امداد امام خمینی (ره) در سال ۱۳۹۳ در شهرستان شیراز صورت گرفت. تعداد ۴۵ نفر از میان آنها از طریق برنامه‌ی غربالگری توسط تیم متشکل از روانشناسان و مشاوران کمیته امداد امام خمینی (ره) دچار اختلال سوگ تشخیص داده شدند و از بین این ۴۵ کودک، ۳۰ کودک به عنوان نمونه‌ی مقدماتی انتخاب و به طور تصادفی در دو گروه آزمایشی و گواه تقسیم شدند. گروه آزمایش در معرض متغیر مستقل قرار گرفتند و در جلسات بازی درمانی که در

محل کمیته امداد امام خمینی (ره) ناحیه ۲ شهر شیراز تشکیل شد، شرکت کردند. شرایط لازم برای شرکت در پژوهش شامل این موارد بود: (۱) اعلام رضایت والدین برای شرکت فرزندانشان در جلسات از طریق تکمیل فرم رضایت. (۲) دارا بودن ملاک‌های تشخیصی سوگ طولانی مدت به تشخیص روانشناس بالینی و روانپزشک کمیته امداد خمینی (ره). (۳) عدم دریافت روان درمانی و دارو درمانی قبل از ورود به پژوهش. (۴) نداشتن اختلالات همراه از جمله افسردگی. (۵) تجربه فقدان یکی از والدین حداقل به مدت ۶ ماه. همچنین ملاک‌های خروج شامل این موارد بود: (۱) عدم تمایل خود کودک به شرکت در جلسات. (۲) عدم همکاری مادر جهت حضور کودک در جلسات بازی درمانی. (۳) ابتلا به یک بیماری خاص و بارز جسمی در طول دوره مداخله. (۴) قرار گرفتن کودک در معرض حوادث استرس‌زا در طول دوره مداخله، که نتایج را تحت تأثیر قرار دهد. با کودکان گروه گواه نیز هماهنگی صورت گرفت و پرسش‌نامه‌ها در همان مرکز تکمیل شدند. گروه آزمایش در ده جلسه بازی درمانی طی پنج هفته و در هر هفته دو جلسه، شرکت کردند. برنامه‌ی مداخله‌ای بازی درمانی که به منظور کاهش نشانه‌های سوگ در کودکان اجرا گردید که شامل ۱۰ جلسه‌ی ۱۰۰-۹۰ دقیقه‌ای و براساس الگوی برگرفته از جزوه‌ی بازی درمانی ایمهف، ونس و کواچن باش<sup>۱</sup> (۲۰۱۱)، کتاب تالیفی توسط سازمان رایان هارت<sup>۲</sup> (۲۰۰۹) و همچنین بازی‌های کتاب «ترکیب بازی درمانی با رفتار درمانی شناختی» اثر آتنا دروز<sup>۳</sup> (۱۳۸۹) بود.

برنامه جلسات در جدول ۱ آورده شده است. در گروه کنترل هیچ مداخله‌ای صورت نگرفت. برای جمع‌آوری اطلاعات، پرسش‌نامه‌ی مقیاس سوگ طولانی مدت کودکان<sup>۴</sup> (IPG-C) به کودکان ۷ تا ۱۰ ساله‌ی تحت پوشش کمیته امداد امام خمینی شهر شیراز تحویل داده شد و به هر کودک توضیحات لازم در خصوص پرسش‌نامه و اهداف آن داده

1. Imhoff, B. A., Vance, K., & Queackebush, A.
2. Ryans Heart
3. Athena, D.
4. Inventory of Prolonged Grief for Children



شد و برای کودکان کم سن و سال تر، درباره‌ی پرسش‌هایی که مبهم بود توضیحاتی در جهت درک سوال داده شد. پس از تکمیل پرسش نامه توسط آزمودنی‌ها و جمع‌آوری پاسخ‌نامه‌ها، فرم‌های قابل استفاده تفکیک و اطلاعات مورد نیاز استخراج شد. سپس نتایج پیش‌آزمون و پس‌آزمون با استفاده از روش تحلیل کواریانس در گروه آزمایش و گواه مقایسه شد و فرضیه پژوهش بررسی گردید.

جدول ۱. برنامه جلسات بازی درمانی در کودکان اختلال سوگ طولانی مدت

جلسه اول	بیان قوانین، آشنایی کودکان با یکدیگر و تقویت ارتباط میان کودکان با یکدیگر و درمانگر، با استفاده از بازی‌های ممداد کاغذی ارتباطی
جلسه‌های دوم و سوم	شناخت احساسات و هیجانات مختلف، توانایی نام‌گذاری احساسات و هیجانات، توانایی درک شدت احساسات و هیجانات با استفاده از کارت‌های بیان حالت‌های چهره‌ای، همچنین استفاده از مقیاس چهره‌ای شدت هیجانات و فرهنگ لغت احساسات و نقاشی
جلسه‌های چهارم و پنجم	یادگیری تکنیک‌های آرام بخش و درک لزوم استفاده از این تکنیک‌ها به عنوان یک ابزار مفید در کنترل واکنش‌های هیجانی فوری با استفاده از درست کردن حباب‌های بزرگ، استفاده از بازی‌های خیالی و تجسمی برای انقباض و انبساط ماهیچه‌ها، بازی ربوت - اسپاگتی و مربع تنفس
جلسه‌های ششم و هفتم	کنترل خشم و اضطراب و برون ریزی خشم و اضطراب به شیوه‌ی مناسب با استفاده از بازی «یک جعبه‌ی دیوانه بسازید» <sup>۱</sup> ، بازی «یک جعبه جیغ بسازید» و بازی «مهره‌های نگران بسازید» <sup>۲</sup>
جلسه‌ی هشتم	آشنایی با احساسات، علائق و آرزوهای خود و همسالان دیگر و درک این موضوع که فقط آن‌ها نیستند که تجربه‌ی از دست دادن فردی محبوب را داشته‌اند با استفاده از بازی‌های توپ گرد <sup>۳</sup> و دست‌های آرزو

1. make a mad box
2. make worry beads
3. thumball

<p>پذیرش مرگ شخص مورد علاقه توسط کودک، دست یافتن به درک عمیق‌تری از فقدان و سوگ، احساس داشتن همدرد در بین همسالان، بیان خاطرات فقدان و متوفی با استفاده از بازی شرح بده و بگو<sup>۱</sup>، به هوا فرستادن بادکنک، جعبه‌ی خاطرات<sup>۲</sup> و بازی مانند یک شیربهر<sup>۳</sup></p>	<p>جلسه‌های نهم و دهم</p>
--	---------------------------

## ابزار پژوهش

نشانه‌های سوگ در این پژوهش توسط مقیاس سوگ طولانی مدت کودکان (IPG-C) که توسط اسپویج و همکاران (۲۰۱۱) تدوین شده است، اندازه‌گیری شد.

### پرسش‌نامه مقیاس سوگ طولانی مدت کودکان (IPG-C)

این پرسش‌نامه دارای ۳۰ آیتم است که برای ارزیابی نشانه‌های سوگ در بین کودکان طراحی شده است. نمونه‌هایی از سوالات این پرسش‌نامه عبارتند از «من دوست دارم به مکان‌هایی بروم که فرد متوفی را به یادم می‌آورد» یا «از وقتی که او (پدر یا مادر) فوت کرده است، دوست داشتن افراد دیگر برایم بسیار سخت است». پاسخ دهندگان، فراوانی هر کدام از علائم را در طی ماه‌های قبل، بر روی یک طیف سه درجه‌ای (۱= هرگز، ۲= گاهی اوقات، ۳= همیشه) درجه‌بندی می‌کنند. پژوهش اسپویج و همکاران (۲۰۱۱) از ویژگی‌های روانسنجی این پرسش‌نامه به خوبی حمایت می‌کند (آلفای کرونباخ ۰/۹۱). نتایج پژوهش‌های پیشین حاکی از همبستگی مطلوب این پرسش‌نامه با پرسش‌نامه‌های آسیب پس از ضربه در کودکان و پرسش‌نامه افسردگی کودکان بود (ملهم<sup>۴</sup> و همکاران، ۲۰۰۷). در پژوهش حاضر پایایی این پرسش‌نامه به روش آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۹ به دست آمد که حاکی از پایایی مطلوب پرسش‌نامه می‌باشد. همچنین برای سنجش روایی این پرسش‌نامه از روش روایی سازه همگرا استفاده شد که میزان

1. show & tell
2. memory box
3. Fly like a lion
4. Melhem, N.M., Moritz, M.P.H., Walker, M.S.W., Shear, M.K., & Brent, D.

همبستگی پرسشنامه پژوهش حاضر با پرسش نامه سوگ کودکان (TGIF)<sup>۱</sup> (دیگرگو، یوله، اسمیت، پرین، جستاد و پرینگستون<sup>۲</sup>، ۲۰۰۱ به نقل از حسینی پور، ۱۳۹۱)، بیانگر روایی مطلوب پرسش نامه سوگ طولانی مدت بود ( $r=0/49$ ).

## یافته‌ها

بررسی اطلاعات جمعیت شناختی نشان داد که میانگین سنی آزمودنی‌های گروه آزمایش ۸/۸۶ و گروه کنترل ۸/۸۰ سال بود. همچنین میانگین سنی مادرها در گروه آزمایش ۴۱/۸۹ و در گروه کنترل ۴۰/۶۷ بود. همچنین در گروه آزمایش ۴۰٪ و در گروه کنترل ۳۴٪ مادران وضعیت اجتماعی-اقتصادی خود را متوسط و ۶۰٪ مادران در گروه آزمایش و ۶۶٪ مادران در گروه کنترل وضعیت اجتماعی-اقتصادی خود را ضعیف اعلام کردند. علاوه بر این، ۲۶٪ مادران آزمودنی‌های گروه آزمایش و ۲۶٪ مادران آزمودنی‌های گروه کنترل دارای تحصیلات دیپلم، ۴۱٪ مادران آزمودنی‌های گروه آزمایش و ۴۶٪ مادران آزمودنی‌های گروه کنترل دارای تحصیلات راهنمایی، ۲۶٪ مادران آزمودنی‌های گروه آزمایش و ۲۰٪ مادران آزمودنی‌های گروه کنترل دارای تحصیلات ابتدایی و ۶٪ مادران آزمودنی‌های گروه آزمایش و گواه بی سواد بودند.

همانطور که در جدول ۱ مشاهده می‌شود میانگین و انحراف معیار نمرات آزمودنی‌ها در مقیاس سوگ کودکان در گروه آزمایش در پیش آزمون به ترتیب ۷۰/۸۰ و ۴/۶۴ و در پس آزمون ۴۰/۲۶ و ۳/۵۱، برای گروه کنترل نیز میانگین و انحراف معیار نمرات در پیش آزمون به ترتیب ۷۲/۰۰ و ۴/۳۷ و در پس آزمون ۷۰/۵۳ و ۶/۰۲ بود.

1. Traumatic Grief Inventory for Children

2. Dyregrov, A., Yule, W., Smith, P., Perrin, S., Gestad, R., & Prigerson, H. G.

جدول ۲. شاخص‌های توصیفی نمرات آزمودنی‌ها در مقیاس سوگ  
کودکان بر حسب مرحله و عضویت گروهی

گروه	تعداد	پیش آزمون		پس آزمون	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
آزمایش	۱۵	۷۰/۸۰	۴/۶۴	۴۰/۲۶	۳/۵۱
کنترل	۱۵	۷۲/۰۰	۴/۳۷	۷۰/۵۳	۶/۰۲

بر اساس اطلاعات جدول ۱، میانگین گروه آزمایش پس از آموزش کاهش داشت. جهت بررسی این فرضیه از آزمون تحلیل کوواریانس استفاده شد.

در بررسی فرضیه پژوهش، ابتدا پیش فرض‌های تحلیل کوواریانس که عبارتند از نرمال بودن داده‌ها، همگنی واریانس‌ها و همگونی شیب رگرسیون بررسی شد که نتایج آزمونهای مورد سنجش برای این پیش فرض‌ها بیانگر این بود که مفروضه‌های اصلی تحلیل کوواریانس رعایت شده است. نتایج تحلیل کوواریانس در جدول ۲ آمده است.

جدول ۳. نتایج تحلیل کوواریانس دوگروه در نمره کلی نشانگان سوگ  
پس از کنترل متغیرهای مداخله‌گر در مرحله‌ی پس آزمون

منبع تغییرات	متغیر وابسته	درجه آزادی	مجموع مجذورات	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	مجذور اتا	توان آماری
پیش آزمون	پس آزمون	۱	۱۲۱/۷۸	۱۲۱/۷۸	۳۰/۵۳	۰/۰۲۳	۰/۶۹	۰/۹۱
عضویت گروهی	پس آزمون	۱	۱۱۰/۲۷	۱۱۰/۲۷	۲۷/۶۴	۰/۰۰۱	۰/۷۵	۱/۰۰

همانطور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود تفاوت بین دو گروه آزمایش و گواه در مرحله پس آزمون معنادار است. در نتیجه آموزش (بازی درمانی) کودکان بر کاهش نشانه‌های سوگ موثر است ( $P < 0/001$ ). بنابراین فرضیه‌ی پژوهش، تایید شد. سایر یافته‌ها نشان داد که میزان تأثیر آموزش در مرحله‌ی پس آزمون، ۷۵ درصد و توان آماری ۰/۹۹ است که می‌توان نتیجه گرفت حجم نمونه برای این نتیجه‌گیری، کافی است.

## بحث و نتیجه گیری

یافته های پژوهش نشان داد که بازی درمانی نمره ی نشانگان اختلال سوگ طولانی مدت کودکان را در گروه آزمایش در مرحله پس آزمون، در مقایسه با گروه کنترل کاهش داد و بنابراین بر کاهش نشانگان اختلال سوگ موثر بود (جدول ۲).

تا کنون پژوهش های متعددی تاثیرگذاری بازی درمانی را هم به صورت مطالعه ی موردی و هم درمان گروهی بر روی اختلال های دوران کودکی نشان داده اند. اما بهره گیری از شیوه ی بازی درمانی در درمان یا کاهش نشانگان اختلال سوگ، به جز دو مورد (قرایی و همکاران، ۱۳۸۵ و بی وب، ۲۰۱۱) انجام نشده است. که یافته های این دو پژوهش با یافته های پژوهش حاضر همسومی باشد.

تنها پژوهش داخلی که اثر بازی درمانی بر فقدان را مورد بررسی قرار می دهد، پژوهش قرایی، بینا، یاسمی، امامی، نادری (۱۳۸۵) است که به بررسی اثربازی درمانی در کودکان داغدیده در زلزله ی بم می پردازد. این پژوهشگران در یک مطالعه ی قبل و بعد، اثر بازی درمانی گروهی را در کودکان ۳ تا ۶ ساله ی بازمانده از واقعه ی زلزله بم را مورد بررسی قرار دادند. نتیجه ی این پژوهش نشان داد که بازی درمانی گروهی متمرکز بر نشانه های سوگ و آسیب می تواند در کاهش نشانه های رفتاری و نشانه های اختلال استرس پس از سانحه زلزله موثر باشد. وب (۲۰۱۱) در پژوهشی بر کودکان دچار سوگ به افزایش توانایی درک و سازگاری با مرگ در کودکان داغدیده پرداخت. نتایج حاصل از این پژوهش نشان داد که تشکیل گروه های حمایتی در مدرسه که با ادغام تکنیک های بازی درمانی کودکان را به ابراز عاطفی تشویق می کرد در این زمینه بسیار مؤثر است و منجر به کاهش نشانگان اختلال سوگ شده است.

بازی به کودک اجازه می دهد تا تجربیات، افکار، احساسات و تمایلاتی را که برای او تهدید کننده هستند، نشان دهد. بازی یک روش صحیح برای درمان کودک است، زیرا کودکان اغلب در بیان شفاهی احساساتشان با مشکل روبه رو هستند. از طریق بازی کودکان می توانند موانع را کاهش دهند و احساسات عمیقشان را بهتر نشان دهند. در واقع

بازی درمانی رویکردی با ساختار و مبتنی بر نظریه درمان است که فرایند یادگیری و ارتباط طبیعی و بهنجار کودکان را برنامه ریزی می‌کند (ویتینگتون و همکاران<sup>۱</sup>، ۲۰۰۸، اوکلندر<sup>۲</sup>، ۲۰۰۰). قدرت درمانی که در بازی درمانی نهفته است به طرق گوناگون مورد استفاده قرار می‌گیرد. بازی درمانی برای طیف گسترده‌ای از اختلالات روان‌شناختی به کار برده شده است. تغییرات رفتاری مرتبط با تغییر مثبت در خود درونی کودک، از جمله خودپنداره‌ی بهبود یافته می‌باشد و مکانیسم‌های ناسازگارانه‌ی مقابله‌ای کودک، از جمله کج خلقی، خودآسیبی، کناره‌گیری اجتماعی می‌تواند کم شود. این درمان کمک می‌کند کودکان خودکارآمدی و اعتماد را در خود رشد دهند، و این از طریق سلطه بر ترس‌ها، فراگیری مهارت، و یادگیری تکالیف جدید انجام می‌شود. کودکان هیجان‌ناشان را از طریق عمل، کاربرد تفکر خلاقانه برای حل مسائل و یادگیری درباره خودشان آزاد می‌کنند. در پایان آن‌ها ارتباط برقرار کردن و شیوه رفتار کردن را به طور موثرتری یاد می‌گیرند. هنگامی که آزادی در ساختار فراهم می‌شود، کودکان به اکتشاف راه‌ها تشویق می‌شوند. این موارد منجر به پیامدهای مثبتی از جمله کاهش اضطراب و تغییرات رفتاری روبه بهبودی می‌شود (ری<sup>۳</sup>، ۲۰۰۴). باگرلی و پارکر<sup>۴</sup> (۲۰۰۵) بیان کردند که بازی درمانی گروهی بر یادگیری، مسئولیت، ابراز احساسات، احترام گذاشتن، پذیرش خود و دیگران و بهبود مهارت‌های اجتماعی، عزت نفس، کاهش افسردگی و اضطراب موثر است. در تبیین نتایج پژوهش می‌توان گفت از آن جایی که کودکان در اختلال سوگ طولانی مدت در پذیرش مساله فقدان دچار مشکل هستند بنابراین از به خاطر آورنده‌های واقعیت فقدان دوری می‌کنند و بیشترین هیجان‌هایی که تجربه می‌کنند خشم نسبت به متوفی است با این توجیه که چرا آن‌ها را ترک کرده است. همچنین آن‌ها اضطراب ناشی از این‌که بعد از این فقدان چگونه ادامه دهند و ترس از ضعیف شدن و

1. Wethington, H. R., & et al.  
 2. Oaklander, V.  
 3. Ray, D.  
 4. Baggerly, J., & Parker, M.

تنها ماندن را تجربه می‌کنند. در این دوره‌ی درمانی تلاش شد انتخاب و اجرای بازی‌ها با توجه به نکات ذکر شده باشد در نتیجه با کار بر روی این نشانگان از طریق افزایش آگاهی نسبت به هیجانات و توانایی درجه بندی آنان (با استفاده از کارت‌های شناخت هیجان، نقاشی و مقیاس چهره‌ای شدت)، کاهش تنش جسمانی (با استفاده از تجسم و تکنیک‌های آرام کردن عضلات)، تخلیه هیجانات منفی و آرام سازی کودکان پس از تخلیه هیجانی (با استفاده از تکنیک جعبه دیوانه، جعبه جیغ، تماس با گل و خاک)، کاهش حس تنهایی در مورد احساسات منفی مثل عذاب وجدان، احساس گناه، خشم (با استفاده از بازی‌های توپ گرد و دست‌های آرزو کودکان) و پذیرش فقدان و برگرداندن نیرو (با استفاده از به هوا فرستادن بادکنک، جعبه‌ی خاطرات و بازی مانند یک شیرپیر)، می‌توان کاهش معنادار نشانه‌های سوگ را در کودکان گروه آزمایش تبیین کرد.

همچنین ویژگی خاص برنامه‌ی آموزشی حاضر، از جمله اجرای برنامه در قالب فعالیت‌های گروهی و تنوع در فعالیت‌ها می‌تواند مبین تاثیرات درمانی باشد. نتایج حاصل در چندین مطالعه و پژوهش و همچنین اجرای این برنامه‌ها نشان می‌دهد که همواره در نتیجه انجام موفقیت‌آمیز چنین برنامه‌هایی و ایجاد محیطی گرم و مطلوب با درجه‌ی بالایی از همکاری، سطح توانایی تنظیم هیجانی یادگیرندگان افزایش می‌یابد و این برنامه‌ها سبب بهبود عملکرد آنان از نظر رفتاری و اجتماعی می‌شود. به طور کلی در بازی درمانی از زبان کودک برای برقراری ارتباط استفاده می‌شود مقاومت کودک از بین می‌رود و ارتباط مناسبی بین درمانگر و کودک برقرار می‌شود. درمانگر با بازی پا به دنیای کودک می‌گذارد بنابراین کودک حس می‌کند که درک می‌شود. همچنین در این پژوهش، درمانگر توانست از طریق بازی فرصتی برای ابراز نگرانی‌های کودک فراهم کند که منجر به بهبود درک و فهم، سلامت احساسی (عاطفی) و سازگاری در کودکان گردید.

به طور کلی می‌توان نتیجه گرفت که بازی درمانی بر کاهش نشانگان اختلال سوگ در کودکان داغدار موثر است و شیوه آموزشی به کارگرفته شده، الگویی مناسب برای برخورد با این کودکان ارائه داده است. بنابراین توجه به بازی و بازی درمانی در کار با کودک

می‌تواند به کودکان در پذیرش سوگ و فقدان فرد محبوب کمک کرده و می‌توان از این شیوه‌ی درمانی برای کمک به سلامت و بهداشت روانی کودکان استفاده نمود. مهم‌ترین محدودیت‌های این پژوهش، اندک بودن حجم نمونه به علت عدم دسترسی به همه کودکان داغ‌دیده و عدم استفاده از شیوه نمونه‌گیری تصادفی و عدم پیگیری می‌باشد. بنابراین تعمیم‌پذیری نتایج مستلزم انجام تحقیقات بیشتر و با نمونه‌گیری به شیوه تصادفی می‌باشد. با توجه به اینکه نمونه‌های پژوهش تنها شامل کودکان داغ‌دیده تحت پوشش کمیته امداد امام خمینی بود، پیشنهاد می‌شود پژوهش در سایر سازمان‌هایی که با کودکان داغ‌دیده در ارتباط هستند، صورت پذیرد و به عنوان یکی از برنامه‌های اجرایی این نهادها به کار گرفته شود.

## منابع

- الهیاری، عباسعلی، حیدری، مراد، ملیانی، مهدیه، حمید، نجمه. (۱۳۸۷). ارتباط حمایت اجتماعی و افسردگی در دانش‌آموزان شاهد و غیرشاهد. فصلنامه پژوهش در سلامت روان‌شناختی، ۴ (۸)، ۵۷-۶۳.
- حسینی پور، فهیمه السادات. (۱۳۹۱). اثربخشی مدیریت استرس به شیوه شناختی رفتاری بر علائم سوگ و اختلال استرس پس از سانحه دختران نوجوان داغ‌دیده مهاجر افغانی. پایان‌نامه کارشناسی ارشد دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی دانشگاه اصفهان.
- دیماتنو، ام. رابین. (۱۳۷۸). روانشناسی سلامت، ترجمه‌ی مهدی موسوی اصل و دیگران، جلد دوم، تهران: انتشارات سمت
- دروز، آتنا، (۱۳۸۹)، ترکیب بازی درمانی با رفتار درمانی شناختی، ترجمه‌ی غزال رضانی، تهران: نشر وانیان.
- سادوک، بنجامین جیمز؛ سادوک، ویرجینیا آلکوت. (۱۳۸۸). خلاصه روانپزشکی: علوم رفتاری / روانپزشکی بالینی. ترجمه فرزین رضاعی. تهران: ارجمند، جلد سوم.
- صمدی، سید علی. (۱۳۹۰). بازی درمانی: نظریه‌ها، انجام پژوهش و روش‌های مداخله، تهران: نشر دانژه.
- فرشباف مانی صفت، فرناز. (۱۳۹۱)، اثربخشی بازی درمانی بر کاهش اضطراب و افسردگی کودکان سرطانی. پایان‌نامه‌ی کارشناسی ارشد دانشکده‌ی روان‌شناسی و علوم تربیتی دانشگاه تبریز.
- قرایی، جواد محمودی، بینا، مهدی، یاسمی، محمد تقی، امامی، آنهیتا، نادری، فاطمه. (۱۳۸۵). اثر بازی درمانی گروهی بر نشانه‌های مرتبط با سوگ و آسیب ناشی از واقعه زلزله در کودکان ۳ تا ۶ ساله: یک ماه قبل و بعد. مجله بیماری‌های کودکان ایران، دوره ۱۶ (۲)، ۱۴۹-۱۳۷



- لندرث، گری، (۱۳۹۰)، *بازی درمانی: هنر برقراری ارتباط*، ترجمه‌ی فروزنده داورپناه، تهران: انتشارات رشد.
- Baggerly J, Parker M. (2005), Child-Centered group play therapy with African American boys at the elementary school level. *Journal of Counseling & Development*; 83 (4): 387-395.
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and Loss*. London: Hogarth.
- Burnham, J. J. (2009). Contemporary fears of children and adolescents: Coping and resiliency in the 21st century. *Journal of Counseling & Development*, 87, 28–35.
- Cerel, J., Fristad, M., Verducci, J., Weller, R. & Weller, E. (2006) Childhood bereavement psychopathology in the two years post parental death. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 45, 681-6.
- Danger, S., & Landerth, J., (2005). Childcentered group play therapy with nnnnnmmtt pppddddd. *Int J Play therapt.*: 1: 81-102.
- Dyregrov, A., & Yule, W. (2006). A review of PTSD in children. *Child and Adolescent Mental Health*, 11 (4), 176–184.
- Imhoff, B. A., Vance, K., & Queackenbush, A. (2011). *Helping Bereaved children: 20 Activities For Processing Grief*. Ohio University.
- Markell, M. A., & Hoover, J. H. (2010). Children with developmental disabilities, death, and grief. In C. Corr & D. Balk (Eds.), *Children's encounters with death, bereavement, and coping*. New York, NY: Springer
- Melhem, N.M., Moritz, M.P.H., Walker, M.S.W., Shear, M.K., & Brent, D. (2007). Phenomenology and correlates of complicated grief in children and adolescents. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychology*, 46, 493–499. DOI: 10.1097/chi.0b013e31803062a9
- Oaklander, V. (2000). Short-term Gestalt play therapy for grieving children. In H. G. Kaduson & C. E. Schaefer (Eds.), *Short-term play therapy for children* (pp. 28-52). New York: Guilford Press
- Prigerson, H.G., Horowitz, M.J., Jacobs, S.C., Parkes, C.M., Aslan, M., Goodkin, K., Raphael, B., Marwit, S.J., Wortman, C., Neimeyer R.A., Bonanno, G., Block, S.D., Kissane, D., Boelen, P., Maercker, A., Litz, B.T., Johnson, J.G., First, M.B., & Maciejewski, P.K. (2009). *Prolonged grief disorder: Psychometric validation of criteria proposed for DSM-V and ICD-11*. *PLoS Medicine* 6 (8).
- Ray, D. (2004), Supervision of basic and advanced skills in play therapy. *Journal of Professional Counseling, Practice, Theory, & Research*; 32 (2): 28-41
- Ryan s Heart organization, (2009), Healing activities for grieving children and teens.
- Spuij, M., Prinzie, P., Zijderlaan, J., Stikkelbroek, Y., Dillen, L., Roos, C. D., & Boelen, P. A., (2011), Psychometric Properties of the Dutch Inventories of Prolonged Grief for Children and Adolescents, *Clinical Psychology and Psychotherapy Co*. DOI:10.1002/cpp.765
- Sadock, B. J., Kaplan, V. A., (2007). *Kaplan & Sadock's Synopsis of Psychiatry: Behavioral Sciences/clinical Psychiatry*. Philadelphia:

Lippincott Williams & Wilkins (LWW).

- Sam, T., (2011). *A support program for children and families experiencing trauma and grief, the School of Social Work, California State University, Long Beach*
- Sormanti, M., Ballan, M.S. (2011). Strengthening grief support for children with developmental disabilities. *School Psychology International journal*.32 (2) 179–193.
- Tremblay, G. C., & Israel, A. C. (1998). Children's adjustment to parental death. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 5,424-438
- Webb, N.B. (2011). Play therapy for bereaved children: Adapting strategies to community, school, and home settings, *School Psychology International*, 32 (2) 132–143
- Wethington, H.R., Hahn R.A., Fuqua-Whitley, DS., Fuqua-Whitley, T.A., Liberman, AM., Moscicki E. (2008), The effectiveness of interventions to reduce psychological harm from traumatic events among children and adolescents: a systematic review. *American Journal of Preventive Medicine*; 35 (3): 287-31
- Worden, J. W., & silverman, P. R. (1996). parental death and adjustment of school-age children. *Omega*, 33, 91-102.

