

مقایسه اثر بخشی بازی درمانی و خنده درمانی بر افسردگی دانش آموزان با آسیب بینایی دوره دوم ابتدایی

سیده شهره طاهری^۱، منصوره شهیریاری احمدی^۲، حسن پاشا شریفی^۳

^۱ دکتری تخصصی روانشناسی و آموزش کودکان استثنایی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تهران مرکزی، تهران، ایران (نویسنده مسئول)

^۲ استاد یارگروه روانشناسی و آموزش کودکان استثنایی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تهران مرکزی، تهران، ایران

^۳ استاد تمام، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد رودهن، تهران، ایران

چکیده

نظر بر اهمیت مشکلات روانشناختی از جمله افسردگی در کودکان با آسیب بینایی، هدف از پژوهش حاضر مقایسه اثر بخشی بازی درمانی و خنده درمانی بر افسردگی دانش آموزان با آسیب بینایی دوره دوم ابتدایی است. تحقیق حاضر از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون، پس آزمون با گروه کنترل است. جامعه آماری شامل دانش آموزان ابتدایی دوره دوم با آسیب بینایی مدرسه پسرانه نابینایی شهر مشهد شامل ۶۰ نفر در رنج سنی ۹ تا ۱۵ سال است ($M=11/74$) که در سال تحصیلی ۹۸-۹۹ مشغول به تحصیل بودند. روش نمونه گیری به صورت تصادفی بعد از غربالگری با پرسشنامه افسردگی کودکان و بعد از همتا سازی بر اساس سن و نوع آسیب بینایی، در مجموع ۴۲ نفر انتخاب شد. تجزیه و تحلیل داده ها با نرم افزار SPSS و روش آماری تحلیل کواریانس، تی تست مستقل و تی زوجی محاسبه گردید. برای آزمون برابری واریانس ها از لوین استفاده شد. نتایج تی زوجی نشان داد بین پیش آزمون و پس آزمون گروه های آزمایشی تفاوت معنی داری ایجاد شده است. نتایج آزمون تی مستقل نشان داد بین گروه ها قبل از مداخله تفاوتی وجود نداشت. نتایج تحلیل کواریانس نشان داد خنده درمانی بر افسردگی کودکان اثر دارد، افسردگی ($P=0/005$) اما این تفاوت در گروه بازی درمانی معنی دار نبود. بنابر این می توان نتیجه گرفت خنده درمانی روشی مناسب برای تأثیرگذاری بر اضطراب، افسردگی و عزت نفس کودکان با آسیب بینایی است.

واژه های کلیدی: بازی درمانی، خنده درمانی، افسردگی، آسیب بینایی

از میان حواس پنجگانه انسان، بینایی^۱ یکی از مهمترین حواس به شمار می‌رود و نقش مهمی در فرایند رشد انسان ایفا می‌کند. طبق آمار سازمان بهداشت جهانی^۲ در هر ثانیه ۵ نفر و در هر دقیقه یک کودک در دنیا نابینا می‌شود و بدون مداخله جدی، آمار نابینایان تا سال ۲۰۲۰ به ۷۵ میلیون نفر افزایش پیدا خواهد کرد، در حالی که با اقداماتی پیشگیرانه و درمان به موقع می‌توان از نابینایی پیشگیری کرد. به همان اندازه که حس بینایی در تحول کنش‌های انسان، از بدو تولد نقش دارد، آسیب این حس می‌تواند به همان اندازه، تحول فرد را از جنبه‌های مختلف اجتماعی، شناختی^۳، عاطفی و رفتاری^۴ با مشکلاتی مواجه سازد که می‌تواند سلامت جسمی و روانی فرد را تحت تأثیر قرار دهد [۱]. فقدان این حس باعث می‌شود که این افراد درک مناسبی از دنیای واقعی نداشته باشند [۲]. در واقع یکی از مهمترین مشکلات افراد با آسیب بینایی، عدم سازگاری با محدودیت‌ها و ناتوانی‌های ناشی از این آسیب است که باعث ایجاد مشکلات روانشناختی می‌شود [۳]. هرگونه ناتوانی می‌تواند تصویر فرد از خودش را تغییر دهد و به اضطراب، انزوا و عزت نفس پایین سوق دهد [۴].

یکی از دلایل مطالعه افراد با آسیب بینایی این است که بدانیم نابینایی چگونه بر فرایند تحول^۵ کودک تأثیر می‌گذارد و چگونه می‌توان مداخله‌های مناسب جهت کمک به اصلاح پیشرفت افراد با آسیب بینایی را هدایت کرد. بر اساس روند افزایشی این آمارها و مشکلات جسمی و روانی که این افراد با آن مواجه هستند، نیاز است که مداخله‌های زود هنگام و توانبخشی مناسب در جهت بهبود عملکرد اجتماعی و روانی آنها صورت گیرد [۵]. که هدف آن، بهبود عملکرد در زندگی روزمره و مشارکت اجتماعی و احتمالاً جنبه‌های کلی عمومی عملکرد روانی و اجتماعی است. همچنین رساندن این افراد به سطح قابل قبول از توانایی که منجر به استفاده از استعداد و توانمندی‌هایشان بشود، ضروری است. به همین دلیل در این تحقیق اجرای بازی درمانی و خنده درمانی برای این کودکان در نظر گرفته شد تا اثر بخشی آن مورد پژوهش قرار گیرد و تبعات آسیب بینایی در زندگی این افراد کاهش یابد. مهم است که با مهارت و استراتژی‌های لازم برای مدیریت این اختلال‌ها تجهیز شوند [۶]. در ایران، طبق آمار پیشگیری از نابینایی وزارت بهداشت، بر اساس تخمین‌ها ۳۰ هزار کودک کم بینا و ۷۵۰۰ کودک نابینا در کشور وجود دارد (محمدی، ۱۳۹۸). تجزیه و تحلیل اخیر مجمع جهانی اقتصاد تخمین زده است که تأثیر کلی اختلالات روانی از نظر خسارات اقتصادی، در طی ۲۰ سال آینده حدود ۱۶ تریلیون دلار خواهد بود [۷]. افسردگی نمونه‌ای از اختلال‌های شایع روانپزشکی در دوران کودکی است [۸]. طبق مطالعات بین‌المللی سازمان بهداشت جهانی، حدود ۳۲۲ میلیون نفر از جمعیت جهان دچار افسردگی هستند [۹]. افسردگی تقریباً ۲ تا ۳ درصد کودکان و تا ۸ درصد نوجوانان را مبتلا می‌کند که اگر درمان نشود به تشبیت اختلال‌های خلقی منجر می‌شود که با کاهش انرژی و علاقه، احساس گناه، مشکل در تمرکز، بی‌اشتهایی، کاهش فعالیت، مشکلات خواب و سایر ریتم‌های بیولوژیک، بی‌حوصلگی، افکار مرگ و خودکشی مشخص می‌شود. پژوهش‌ها نشان داده است که در افراد با آسیب بینایی نیز نوعی افسردگی وجود دارد [۱۰].

^۱ Vision^۲ WHO^۳ Cognitive^۴ Behavioral^۵ Evolution

طبق تحقیقات انجام شده، برای رفع اختلالات روانشناختی، بازی راه حل بسیار مناسب بوده است. بازی برای کودکان عادی و استثنایی، وسیله بیان و ارتباط است، که به عقیده برخی از پژوهشگران بخش مهمی از فرایند درمانگری را تشکیل می‌دهد [۱۱]، استفاده از بازی‌ها به کودکان این امکان را می‌دهد تا خود را از تجربیات احساسی عمیق دور کرده و به تعمق و تفکر بپردازند. همچنین فرصتی می‌دهد که به مشکلاتشان اندیشیده و به روش غیر تهدیدآمیز پیامدهای آن را از طریق بازی تغییر دهند و خود را قدرتمند ساخته تا بتوانند با مشکلات زندگی واقعی کنار بیایند [۱۲]. بازی تأثیر زیادی بر طیف وسیعی از اختلالات و مشکلات [۱۳] داشته است. همچنین آموزش بازی همراه با موسیقی علاوه بر اینکه یک بازی و سرگرمی است، باعث تخلیه هیجانی و جهت‌دهی عاطفی می‌شود [۱۴]. کمالیان اعلام کرد این نوع بازی برای درمان اختلالات جسمی و روانی نقش دارد [۱۵]. طبق تحقیقات انجام شده، موسیقی به تنهایی برای درمان افسردگی محبوبیت فزاینده‌ای در دو دهه اخیر بدست آورده است. نتایج نشان داد موسیقی درمانی اثرات مثبتی در تقویت اعتماد به نفس، وضعیت روحی و علائم افسردگی و اضطراب شرکت کنندگان داشته است [۱۰]. نتایج تحقیق محمدی اورنگی و همکاران نشان داد که تمرین ریتمیک^۶ با موسیقی باعث کاهش افسردگی کودکان با اختلال هماهنگی رشدی می‌شود [۱۶].

بازی همیشه با خنده و شادی همراه است. خنده یک عمل آشنا برای اکثر افراد است. این موضوع مورد توجه تعدادی از دانشمندان و روانشناسان قدیمی یونان (افلاطون، ارسطو، هابز) بوده است. با این وجود، ادبیات دانشگاهی و تحقیقات کمی درباره خنده و استفاده درمانی از آن برای تقویت بهزیستی روانشناختی در علوم انسانی و اجتماعی وجود دارد. خنده درمانی به عنوان یک تکنیک مراقبت از خود، از پتانسیل بالایی برخوردار است و به عنوان یک استراتژی مداخله کم هزینه برای کاهش استرس و مقابله با احساسات منفی در افراد شناخته شده است. خنده می‌تواند با چارچوب روانشناسی مثبت همراه باشد [۱۷]. دانش روانشناسی، امروزه پی برده است که لبخند در زندگی ما از اهمیت به سزایی برخوردار است. تحقیقات نشان داده است در حالی که افسردگی به دستگاه سیستم دفاعی بدن در برابر بیماری‌ها آسیب می‌رساند، خنده با کاهش کورتیزول و افزایش دو نوروپپتید یعنی آندورفین^۷ و آنکفالین، افزایش هموگلوبین، افزایش فعالیت سلول‌های کاهنده درد و افزایش سیتوکینین، دستگاه ایمنی را تقویت می‌کند و همچنین با افزایش ترشح سروتونین^۸ [۱۸]. دوپامین و اکسی‌توسین باعث افزایش شادمانی فرد می‌شود در تحقیق فوجی ساوا و اوتاماساکی نتایج نشان داد که خنده درمانی بر کاهش سطح کورتیزول^۹ بزاق دهان و کاهش اضطراب به طور معنی‌داری اثر داشته است [۱۹].

همه علوم سعی دارند به گونه‌ای در حل مشکلات و مسائل زیستی بشری، نقشی بر عهده بگیرند و بشر را در دست یافتن به آمال و هدف هایش یاری دهند. کودکان با آسیب بینایی از حساس‌ترین کودکان هستند که رفتار با آن‌ها نیازمند دانستن اطلاعاتی از این کودکان است و والدین و سایر نزدیکان آن‌ها، باید که از بهترین شیوه رفتاری با این دسته از کودکان استفاده کنند. تحقیقات کمی در ایران انجام شده و این مقوله مورد غفلت قرار گرفته است، توجه به مشکلات روانشناختی کودکان با آسیب بینایی حائز اهمیت است. همچنین ضرورت توجه به مشکلات این کودکان، جهت یافتن روش‌های مناسب برای کاهش آنچه که با آن مواجه هستند، مورد نظر قرار گرفت. علاوه بر آن، جدید بودن، کم هزینه بودن و علاقمندی ذاتی کودکان به

^۶Rhythmic

^۷endorphins

^۸serotonin

^۹Cortisol

خنده و بازی، محققین پژوهش حاضر را بر آن داشت تا مشکلات شناختی کودکان با آسیب بینایی را با هدف بررسی اثر بخشی خنده درمانی و بازی درمانی بر این متغیرمورد پژوهش قرار داده و مطالعات پیشین را گسترش دهند. چنین امری می تواند تصویر جامع تری از عوامل کاهش دهنده علائم افسردگی این کودکان را ترسیم نماید و تاثیر بسیار عمیقی بر ارتقای روابط اجتماعی بگذارد. همچنین پژوهش حاضر می تواند زمینه ای جدید را برای برانگیختن پژوهش های بیشتر در حیطه روش نوین خنده درمانی و کودکان با آسیب بینایی فراهم نماید و با انتخاب روش های مناسب و تاثیر گزار در مشکلات این کودکان، دنیای آنان را زیباتر نماید. به این ترتیب رسیدگی به مسائل و اقدام برای رفع گرفتاری های این قشر، از زوایای گوناگونی از جمله تأمین رفاه بیشتر آنان می تواند در رسانیدن این افراد به سطحی قابل قبول از توانایی که منجر به استفاده از استعداد و توانمندی هایشان بشود، ضروری است.

در راستای هدف مورد نظر، پژوهش حاضر به دنبال پاسخگویی به این سوال است که آیا بازی درمانی درمانی و خنده درمانی می تواند بر کاهش افسردگی کودکان با آسیب بینایی نقش داشته باشند؟

۲- روش

این تحقیق یک روش نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون - پس آزمون با گروه کنترل است.

جامعه، نمونه و روش نمونه گیری:

جامعه آماری شامل کلیه دانش آموزان دوره دوم ابتدایی با آسیب بینایی مدرسه پسرانه نابینایان شهر مشهد (۶۰ نفر) است. حجم نمونه بر اساس روش کوکران انجام شد و متناسب با حجم جامعه بر اساس ۶۰ نفر، حجم نمونه ۵۱ نفر تعیین شد. اما از آنجایی که نمونه مورد نظر باید هر ۳ اختلال مد نظر پژوهشگر را دارا باشند و همچنین بر اساس ملاحظات اخلاقی، به دلیل عدم رضایت چند تن از دانش آموزان برای شرکت در مداخلات، حجم نمونه به ۴۲ نفر کاهش یافت که بعد از همتا سازی بر اساس سن و نوع آسیب بینایی در هر گروه ۱۴ نفر، دو گروه آزمایشی و یک گروه کنترل قرار گرفتند. پرسشنامه مورد استفاده در این پژوهش پرسشنامه افسردگی کودکان است. نمونه آماری شامل دانش آموزانی بود که پس از غربالگری با ابزارهای پژوهش، دارای اختلال تشخیص داده شدند و از میان افرادی انتخاب شدند که نمره حد نصاب متناسب با نمره تعیین شده در تست ها را دریافت کرده بودند محدوده افسردگی بر اساس تست افسردگی بین ۹ تا بالاتر از ۲۰ بود. معیارهای ورود شرکت کنندگان، محدوده سنی ۹ تا ۱۵ سال، دارای آسیب بینایی، جنسیت پسر، بدون بیماری خاص بود. ملاک های خروج عدم انجام صحیح تکنیک ها و بازی ها و غیبت بیشتر از ۳ جلسه بود.

برای اجرای پژوهش ابتدا توسط پژوهشگر معرفی نامه از اداره آموزش و پرورش کودکان استثنایی برای حضور در مدرسه استثنایی پسرانه، اخذ شد. سپس با حضور در مدرسه مربوطه با گرفتن تأیید از مدیر مدرسه و معلمان و والدین دانش آموزان، پرسشنامه ها اجرا شد. ابتدا سؤالات پرسشنامه برای تک تک دانش آموزان به عنوان پیش آزمون خوانده و نمرات خام توسط پژوهشگر محاسبه شد. مداخلات به صورت گروهی، ۲ جلسه در هفته به مدت ۱۰ جلسه و هر جلسه ۳۰ دقیقه در سالن ورزشی سرپوشیده مدرسه توسط پژوهشگر اجرا شد. پس از اتمام مداخلات، سؤالات پرسشنامه به عنوان پس آزمون، مجدد برای آزمودنی ها خوانده و نمرات خام محاسبه و ثبت شد و در پایان، نتایج مداخلات با استفاده از نرم افزار SPSS محاسبه شد.

پروتکل بازی درمانی: اجرای بازی ها با اهداف مشخص در هر جلسه و به صورت گروهی اجرا شد. در پایان هر جلسه آرام سازی همراه تنفس شکمی با هدف اکسیژن رسانی بهتر و به تعادل رساندن انرژی هیجانی ایجاد شده در طی بازی ها انجام گرفت. شیوه اجرای پروتکل در جدول شماره یک بیان شده است.

جدول ۱. خلاصه جلسات بازی

جلسات	هدف	محتوا و نمونه فعالیت
اول	۱- ایجاد رابطه، اعتمادسازی، آشنایی بیشتر با درمانگر و آشنایی دانش آموزان با یکدیگر.	۱- بازی دست به دست کردن توپ و گفتن نام دو سیلابی.
دوم	۱- برون ریزی هیجانی ۲- دوستیابی، ایجاد رابطه دوستانه تر و عمیق تر با هم گروهی ها، ایجاد حس خوشایند در کنار یک دوست و کاهش افسردگی	۱- پاره کردن کاغذ به همراه موسیقی مخصوص. ۲- بازی "دست‌ها تو بزار توی دستم" با موزیک مخصوص.
سوم	۱- کاهش افسردگی و افزایش شادمانی با ترشح ناقل های عصبی دوپامین، سروتونین، اندورفین، اکسی‌توسین در حین فعالیت.	۱- تکرار بازی بادی پرکاشن به شیوه‌ای دیگر.
چهارم	۱- مفید بودن و ارزشمند بودن با ایجاد کار گروهی جهت درک و پذیرش اجتماعی. ۲- ایجاد حس اعتماد به توانمندی خود، ایجاد حس ارزشمندی.	۱- اجرای نمایش حیوانات به همراه ماسک حیوانات بر چهره و موزیک مخصوص. ۲- رد کردن حلقه از خود به نفر کناری در حالی که دستان همدیگر را گرفته و یک دایره تشکیل شده.
پنجم	۱- جایگزینی احساس مثبت با بیان کلمات مثبت و کاهش افسردگی و ایجاد انگیزه و کاهش گوشه نشینی با حضور در گروه دوستانه و ایجاد حس ارزشمندی. ۲- ایجاد هیجان و کاهش افسردگی.	۱- گرفتن حلقه ورزشی به صورت دو نفره و بیان کلمات زیبا و مثبت به یکدیگر ۲- مسابقه رد کردن حلقه‌ها از بالای سر و خروج از پاها.
ششم	۱- افزایش شادابی و نشاط و کاهش افسردگی و ایجاد انگیزه برای فعالیت.	۱- پریدن از حلقه‌ها و به صورت مسابقه گروهی.
هفتم	۲- افزایش شادی و تحرک	۲- بازی گروهی عمو زنجیرباف.
هشتم	۱- تخلیه هیجانی، افزایش حس شادابی،	۱- بازی گروهی با پاراشوت و توپ به صورت نماد دریا با موزیک آرام و تند شوند.
نهم	۱- افزایش امیدواری، غلبه بر ناامیدی و افسردگی، بازسازی شناختی با هدف ایجاد نگرش که هم آرامش وجود دارد	۱- تولید سوت قطار، گفتن کلمات انگیزشی مثبت با بازی قطار
دهم	۱- کاهش افسردگی و افزایش شادابی به دنبال انجام حرکات شاد و خنده دار.	۱- رفتن در حلقه و انجام حرکات دلخواه، درحالی که رشته های متصل به حلقه در دستان دانش آموزان است.

پروتکل خنده درمانی: در روش خنده درمانی استفاده از تکنیک‌های بین المللی خنده طبیعی دکتر کاتاریا با هدف مشخص در هر جلسه آمیزه‌ای از تمرین‌های تنفس عمیق و حرکات کششی، خنده‌های بر انگیزاننده و احیای روحیه‌ی بازیگوشی کودکان و در انتهای جلسه، ۵ دقیقه ریلکسیشن انجام شد. اجرای تکنیک‌ها با رعایت ترتیب خاص و هدفمند به صورت ابتدا تکنیک‌های یخ شکن با هدف اعتماد سازی و از بین رفتن خجالت و اضطراب اول جلسه، تکنیک‌های گرم کردن با هدف آماده سازی بدنی جهت انجام تکنیک‌های تحرکی و ورزشی، تکنیک‌های تنفسی جهت افزایش اکسیژن رسانی بیشتر و تخلیه CO2 به شیوه کامل‌تر، خواندن یک آواز ویژه خنده همراه دست زدن ویژه خنده درمانی در میانگین زمانی هر جلسه جهت افزایش شادمانی و ترشح ناقل‌های عصبی شادی بخش دوپامین، سروتونین، اکسی‌توسین و اندورفین، تکنیک‌های ورزشی، با هدف افزایش انرژی و برون‌ریزی هیجانی، کاهش اضطراب و افسردگی و ایجاد شادمانی، تکنیک‌های نشست‌ها با هدف افزایش عزت نفس و تعادل هیجان ایجاد شده و در پایان، تکنیک‌های آرام سازی جهت سرد کردن و آموزش ریلکس کردن در موقعیت‌های اضطراب زا و استرس زا و در پایان شکرگزاری. شیوه اجرای پروتکل در جدول شماره دو بیان شده است.

جدول ۲. پروتکل خنده درمانی

جلسات	هدف	محتوا و نمونه فعالیت
اول	اعتماد سازی، از بین رفتن خجالت و اضطراب اول جلسه، آماده سازی بدنی جهت انجام تکنیک های تحرکی و ورزشی، جهت افزایش شادمانی و ترشح ناقل های عصبی شادی بخش دوپامین، سروتونین، اکسی توسین و اندورفین، افزایش انرژی و برون-ریزی هیجانی، کاهش اضطراب و افسردگی، افزایش عزت نفس و تعادل هیجان ایجاد شده، آرام سازی جهت سرد کردن.	تکنیک یخ شکن بگو بگو، تکنیک گرم کردن با مانترای هاهاها هوهوهو، تکنیک تنفسی تیر و کمان و تخلیه کامل ریه از CO2، آواز خوانی، تکنیک تزریق آمپول، تکنیک ورزشی جهش خرگوش، تکنیک نشسته هزار پا و تکنیک آرام سازی زنبور.
دوم	اهداف مانند اهداف جلسه اول به دلیل ترتیب خاص تکنیکها.	تکنیک یخ شکن گفتگوی جیبریش و تماس تلفنی، تکنیک گرم کردن و افزایش انرژی و شادابی پیرمرد سرماخورده، تکنیک تنفسی هیزم شکن و تخلیه انفجاری ریه، آواز خوانی، تکنیک ورزشی ایستادن در صف و خرطوم فیل، تکنیک نشسته آلو و تکنیک تنفسی ماهی.
سوم	اهداف مانند اهداف جلسه اول به دلیل ترتیب خاص تکنیکها.	تکنیک یخ شکن احوال پرسى با دست ضربدری، تکنیک گرم کردن تعویض لامپ، تکنیک تنفسی کاپلاپاتی و تخلیه کامل ریه، آواز خوانی، تکنیک ورزشی ایستادن روی شن داغ، راه رفتن قول، تکنیک نشسته خورشید و تکنیک آرام سازی زنبور.
چهارم	اهداف مانند اهداف جلسه اول به دلیل ترتیب خاص تکنیکها.	تکنیک یخ شکن ناماسته و عروس خجالتی، تکنیک گرم کردن ۱، ۲، ۳ با مانترای هاهاها هوهوهو، تکنیک بوقلمون با هدف تخلیه هیجانی و ایجاد شادی، تکنیک تنفسی پرتاب گل عشق و تخلیه کامل ریه، آواز خوانی، تکنیک تنفسی خنده تیموسو تخلیه کامل ریه، تکنیک ورزشی مورچه و چراغ قرمز، تکنیک نشسته قایق رانی و تکنیک آرام سازی شمع و گل.
پنجم	اهداف مانند اهداف جلسه اول به دلیل ترتیب خاص تکنیکها.	تکنیک یخ شکن سلام و انگشت اشاره، تکنیک گرم کردن بیرون انداختن سی دی خراب، تکنیک تنفسی افت و خیز دار و تخلیه کامل ریه، آواز خوانی، تکنیک ورزشی طناب کشی و خنده بی پولی، تکنیک نشسته بغل کردن زانو و تکنیک آرام سازی زنبور، سرد کردن و شکر گزاری.
ششم	اهداف مانند اهداف جلسه اول به دلیل ترتیب خاص تکنیکها.	تکنیک یخ شکن بگو بگو تلفنی و دالان فرشته، تکنیک گرم کردن پنگوئن، تکنیک تنفسی بادکنک و ترکیب انفجاری، آواز خوانی، تکنیک ورزشی موتور سواری و خنده پولداری، تکنیک نشسته الک آرد و تکنیک آرام سازی خر و پف سرد کردن و شکر گذاری.
هفتم	اهداف مانند اهداف جلسه اول به دلیل ترتیب خاص تکنیکها.	تکنیک یخ شکن ناماسته و تماس تلفنی، تکنیک گرم کردن ساعت خنده و خنده ریتمیک دست پا، تکنیک تنفسی مار کبری و تخلیه انفجاری ریه، آواز خوانی، تکنیک ورزشی استارت ماشین و تولد کودک درون، تکنیک نشسته زمین ریتمیک، تکنیک آرام سازی باران.
هشتم	اهداف مانند اهداف جلسه اول به دلیل ترتیب خاص تکنیکها.	تکنیک یخ شکن سلام و خنده شیر، تکنیک گرم کردن خروس و درو کردن خرمن شادی، تکنیک تنفسی سوپربرین و تخلیه انفجاری ریه، آواز خوانی، تکنیک ورزشی بسکتبال و خنده برق گرفتگی، خنده نشسته تیموس و تکنیک آرام سازی زنبور.
نهم	اهداف مانند اهداف جلسه اول به دلیل ترتیب خاص تکنیکها.	تکنیک یخ شکن تدریجی، تکنیک گرم کردن باران، تکنیک تنفسی گربه و تخلیه انفجاری ریه، آواز خوانی، تکنیک ورزشی جاذبه و تکنیک کارنامه، تکنیک نشسته کرم تنبل و تکنیک آرام سازی ماهی.

تکنیک یخ شکن آدم متفکر و ناماسته، تکنیک گرم کردن باران و شیر قهوه، تکنیک تنفسی مرد سامورایی و تخلیه انفجاری ریه، آواز خوانی، تکنیک ورزشی و هیجانی آش داغ و شلوار تنگ، تکنیک نشسته غرق شدن و تکنیک آرام سازی زنبور.	اهداف مانند اهداف جلسه اول به دلیل ترتیب خاص تکنیکها.	دهم
--	---	-----

۳- ابزار پژوهش

برای جمع آوری داده ها از پرسشنامه افسردگی استفاده شد.

پرسشنامه افسردگی کودکان: پرسشنامه افسردگی کودکان توسط کوکس در سال ۱۹۸۵ برای ارزیابی افسردگی در دوران کودکی و نوجوانی گسترش یافته است [۲۰]. این پرسشنامه یک ابزار خود-گزارشی است و دارای ۲۷ سؤال و ۵ خرده مقیاس بوده که شامل موارد زیر است: آسیب پذیری، احتیاج برای تأیید شدن، موفقیت کمال گرایی، احتیاج برای خشنود کردن دیگران، نیاز به تأثیر گذاشتن بر دیگران [۲۱]. هر یک از سؤالها براساس یک مقیاس سه درجه ای ۰، ۱ و ۲ درجه بندی شده است. دامنه نمرات از صفر تا ۵۴ و نمره زیاد معرف درجه بالایی از افسردگی است [۲۲]. نمره صفر تا ۸: سالم، نمره ۹ تا ۱۹: آستانه افسردگی. نمره ۲۰ و بالاتر: برجسب افسردگی.

یافته ها

در مطالعه حاضر تعداد ۴۲ نفر مورد بررسی قرار گرفتند که در هر گروه ۱۴ نفر بعد از همتاسازی از نظر سن و نوع اختلال بینایی فرار داده شدند. دامنه سنی بین ۹ تا ۱۵ سال با میانگین $11/74 \pm 1/612$ سال است. جهت بررسی همگنی واریانسها از آماره لوین استفاده شد.

جدول ۳: همگنی واریانسها

لوین	میانگین	سن	تعداد	گروه
افسردگی	۶۱۲/۱	۴۷/۱۱	۴۲	گروه ها
۲۸۶				

برای بررسی اختلاف سه گروه از نظر سن در خط پایه از آزمون آنوا استفاده شد.

جدول ۴: آزمون آنوا مقایسه میانگینهای سن گروهها

P-value	انحراف معیار	میانگین	گروه ها	متغیرها
۰/۰۱۸	۳۸۵/۱	۰۷/۱۱	خنده درمانی	سن
	۹۲۷/۱	۱۲	بازی درمانی	
	۳۳/۱	۵۶/۱۲	کنترل	

همانطور که در جدول ۴ مشخص است، تفاوت معناداری در میانگین های سه گروه از نظر متغیر ذکر شده در خط پایه وجود نداشت ($P=0/018$). برای بررسی اختلاف پیش آزمون ها در گروه های بازی درمانی، خنده درمانی و کنترل از نظر افسردگی از آزمون t مستقل استفاده شد که نتایج آن در جدول شماره ۵ نشان داده شده است.

جدول ۵. نتایج پیش آزمون t مستقل در گروه های بازی درمانی، خنده درمانی و کنترل از نظر افسردگی

متغیرها	گروه ها	میانگین \pm انحراف معیار	P-value
افسردگی	بازی درمانی	۱۴/۵ \pm ۴/۹۴	۰/۱۱۶
	کنترل	۱۱/۵۷ \pm ۴/۵۸	
	خنده درمانی	۱۳/۵۷ \pm ۶/۵۹	۰/۳۶
	کنترل	۱۱/۵۷ \pm ۴/۵۸	

همانطور که دیده می شود اختلاف معنی داری در گروه ها در خط پایه مشاهده نمی شود. برای بررسی اثر بازی درمانی و خنده درمانی بر گروه ها از نظر افسردگی، از آزمون تحلیل کوواریانس استفاده شد که نتایج آن در جدول شماره ۶ آورده شده است.

جدول ۶. نتایج تحلیل کوواریانس گروه بازی درمانی و خنده درمانی بر گروه ها از نظر افسردگی

متغیرها	گروه ها	میانگین \pm انحراف معیار	اندازه اثر	اندازه خطا	F	P-value
افسردگی	بازی درمانی	۹/۷۸ \pm ۳/۳۵	۰/۰۷۳	۰/۲۷۳	۱/۹۷۸	۰/۰۵۲
	کنترل	۱۶/۲۸ \pm ۸/۹۴	۰/۱۴۳	۴/۱۷۳	۲/۶۳۲	
	خنده درمانی	۷/۶۴ \pm ۴/۶۵	۰/۴۴	۰/۰۰۲	۲۰/۱۳	۰/۰۰۵
	کنترل	۱۶/۲۸ \pm ۸/۹۴	۰/۳۴	۰/۲۷	۱۳/۲۴	

نتایج پس آزمون نشان می دهد در مقایسه با گروه کنترل در گروه بازی درمانی تفاوت معنی دار وجود ندارد اما در گروه خنده درمانی تفاوت معنی دار ایجاد شده است. ($P=0/0001$). برای مقایسه اثربخشی بازی درمانی با خنده درمانی از نظر افسردگی، از آزمون تحلیل کوواریانس استفاده شد که نتایج آن در جدول شماره ۷ آورده شده است.

جدول ۷. نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیره در دو گروه خنده درمانی و بازی درمانی از نظر افسردگی

متغیرها	گروه ها	انحراف معیار	میانگین	اندازه اثر	اندازه خطا	F	P-value
افسردگی	خنده درمانی	۴/۶۵	۷/۶۴	۰/۱۹۹	۰/۱۲۵	۶/۲۲۶	۰/۱۹۸
	بازی درمانی	۳/۳۵	۹/۷۸	۰/۰۶۵	۱/۴۰۳	۱/۷۴۶	

نتایج پس آزمون نشان می دهد تفاوت معنی داری بین گروه ها از نظر افسردگی وجود ندارد. برای بررسی اختلاف پس آزمون ها از نظر افسردگی در گروه های بازی درمانی، خنده درمانی و کنترل از آزمون t زوجی استفاده شد که نتایج آن در جدول شماره ۸ نشان داده شده است.

جدول ۸. نتایج t زوجی گروه‌های بازی درمانی، خنده درمانی و کنترل از نظر افسردگی

P-value	میانگین \pm انحراف معیار	گروه ها	متغیرها
۰/۰۰۶	۱۴/۵ \pm ۴/۹۴	پیش‌آزمون	بازی درمانی
	۹/۷۸ \pm ۳/۳۵	پس‌آزمون	
۰/۰۰۱	۱۳/۵۷ \pm ۶/۵۹	پیش‌آزمون	خنده درمانی
	۷/۶۴ \pm ۴/۶۵	پس‌آزمون	
۰/۱۶۴	۱۱/۵۷ \pm ۴/۵۸	پیش‌آزمون	کنترل
	۱۶/۲۸ \pm ۸/۹۴	پس‌آزمون	

همانطور که دیده می‌شود در گروه‌های آزمایشی تفاوت معنی‌داری در پس‌آزمون ایجاد شده است اما در گروه کنترل تفاوت معنی‌داری مشاهده نمی‌شود. (N=۱۴)

۴- بحث و نتیجه‌گیری

نتایج این پژوهش نشان داد بعد از ۱۰ جلسه مداخله بازی درمانی و خنده درمانی، سطح افسردگی آزمودنی‌ها کاهش یافته اما در مقایسه با گروه کنترل، نتایج تحلیل کواریانس نشان داد این کاهش در گروه بازی درمانی معنی‌دار نبوده است. نتایج پژوهش حاضر با تحقیق اصغری نکاح در رابطه با معنی‌دار نبودن بازی درمانی بر افسردگی همسو است محمدی نیا و همکاران در مورد ماهیت متغیرها بیان داشتند آرامش و دل‌مشغولی‌های مثبت و تجارب خوشایند در فعالیت‌های بازی، برای کاهش تغییر چرخه افکار منفی که ماهیت افسردگی را تشکیل می‌دهد، مناسب نبوده است نکته قابل توجه این است که تعداد جلسات کمتر که در این پژوهش انجام شد، از اثر بخشی آن در رابطه با تأثیر بر افسردگی می‌کاهد [۲۳]. نتایج آماری این پژوهش بعد از ۱۰ جلسه خنده درمانی و مقایسه پیش‌آزمون و پس‌آزمون، نشان می‌دهد از طریق شرکت در جلسات خنده درمانی، کودکان احساسات مثبت‌تری را تجربه کرده، همچنین سطح افسردگی را کاهش داده است. نتایج این پژوهش در زمینه اثر بخشی خنده درمانی با پژوهش‌های یزدانی و همکاران در رابطه با کاهش افسردگی همسو است. آن‌ها بیان داشتند که خندیدن یکی از بهترین، با صرفه‌ترین و ساده‌ترین روش‌ها برای رسیدن به اهداف درمانی در جهت کاهش اختلالات روان‌شناختی است [۲۴]. همچنین نتایج این پژوهش با نتایج تحقیق شاتلا همسو است [۲۵]. آنها بیان داشتند خنده یک راه حل قدرتمند برای استرس و درد است و هیچ چیز سریع‌تر یا قابل اعتمادتر از خنده نیست تا ذهن و بدن را به تعادل برساند. همچنین نتایج پژوهش حاضر با تحقیق کیم و کمپن [۲۶] برسینگتون [۲۷]، یوشیکاوا، [۱۸]، هاتسی پاپاس [۱۷] در رابطه با تأثیر خنده درمانی در کاهش افسردگی و بهبود خلق همسو است. آن‌ها اعتقاد داشتند که شرکت‌کنندگان این فرصت را داشتند که احساساتی را که قبلاً نادیده گرفته و سرکوب کرده بودند، ابراز و آزاد کنند. بنابراین بسیاری از آن‌ها پس از مداخله احساس تسکین خاطر داشتند. آزادسازی این احساسات منفی با تجربه احساسات مثبت مانند شادی، خوشحالی، آسودگی و امید همراه بود. همچنین بیان داشتند خنده یک راه حل قدرتمند برای استرس و درد است و هیچ چیز سریع‌تر یا قابل اعتمادتر از خنده نیست تا ذهن و بدن را به تعادل برساند.

در تبیین تأثیر خنده درمانی بر افسردگی می‌توان گفت که خندیدن یکی از با صرفه‌ترین و ساده‌ترین روش‌ها برای درمان افسردگی است. طی فرایند خنده درمانی به دانش‌آموزان با آسیب بینایی، آموزش داده شد هنگام مواجهه با مشکلات، از تکنیک‌های خنده استفاده کنند، که این امر باعث کفایت روان‌شناختی در آنان می‌شود تا آنها را در برابر اتفاق‌های ناراحت‌کننده

مقاوم تر گرداند که در نهایت به افزایش سلامت عمومی آنان منجر می شود. افرادی که شادی بیشتری در زندگی احساس می کنند، محرکها را قابل پیش بینی تر می دانند. همچنین این افراد درک می کنند که منابع مناسبی برای مواجهه با مشکلات در اختیار دارند و برای مدیریت کردن شرایط پر تنش آنها را بکار می بندند. این شیوه نگرش به زندگی و رویدادهای آن می تواند منجر به کاهش افسردگی و در نهایت سلامت روانی افراد شود.

پژوهشی که با پژوهش حاضر در رابطه با اثر خنده درمانی ناهمسو باشد یافت نشد، که این نیز می تواند شاهدهی بر تأیید تأثیر مثبت خنده درمانی بر کاهش افسردگی باشد و ارزش خنده را به عنوان یک مداخله کم هزینه برای کودکان با آسیب بینایی، برای مقابله با احساسات منفی مانند افسردگی و ارتقاء بهزیستی روانشناختی تأیید کرد.

نتایج پژوهش حاضر در رابطه با تأثیر بازی درمانی بر کاهش افسردگی با نتایج پژوهش سانتوس ناهمسو است. پژوهش سانتوس [۷] یک پژوهش مروری بود و افسردگی آزمودنی هادر این پژوهش به خاطر مشکلات اقتصادی بود. احتمال دارد ناهمسو شدن نتایج آن با پژوهش حاضر، به دلیل تفاوت علت افسردگی باشد. همچنین پژوهش حاضر با پژوهش باجرلی [۲۸] ناهمسو است. آنها از بازی درمانی کودک محور استفاده کردند و زمان هر جلسه را یک ساعت در نظر گرفتند اما در پژوهش حاضر زمان هر جلسه ۳۰ دقیقه بود. شاید علت ناهمسو بودن نتایج این پژوهش با پژوهش حاضر باشد.

در مجموع نتایج این پژوهش نشان می دهد که برای کاهش مشکلات روانشناختی کودکان با آسیب بینایی می توان از خنده درمانی استفاده کرد. نتایج کلی و تجزیه تحلیل داده ها نشان داد که خنده درمانی و بازی درمانی یک گزینه بالقوه درمانی هستند. در توجیه یافته های بدست آمده می توان چنین بیان کرد: از آنجایی که کودکان با آسیب بینایی نسبت به هم تائیان بینای خود از مشکلات روانشناختی بیشتری رنج می برند، بنابر این مداخلات پژوهش حاضر که دارای هزینه پایین، اجرای ساده و آشنا و مفرح برای کودکان است، نشان داد که این مداخلات بر کاهش افسردگی در کودکان با آسیب بینایی موثر بوده است. بنابر این شاید بتوان گفت که خنده درمانی و بازی درمانی می تواند در رفع مشکلات روانشناختی این قشر از کودکان جامعه در زمینه های زیر نقش بسزایی داشته باشد: از نظر جسمی با انجام حرکات بدنی و با تنفس شکمی و اکسیژن رسانی صحیح به اندامها و مغز، با افزایش ناقل های عصبی مغز سرخوشی ایجاد می کند. از نظر روانشناختی با ایجاد فرصت بیان احساسات سرکوب شده، شکسته شدن مقاوتها، تخلیه هیجانی، جنبه درمانی مد نظر حاصل می شود.

منابع

[۱] خانزاده، عباسعلی؛ ایمن خواه، فهیمه. (۱۳۹۵). نقش درمان ترکیبی موسیقی به همراه بازی در تحول اجتماعی، جسمی و رفتاری کودکان با اختلال طیف اتیسم. تعلیم و تربیت استثنایی، ۱۶ (۳)، صص ۴۷-۵۹.

[۲] Panday R, Srivastava P, Fatima N, Kiran M, Kumar P. (2015). Depression, anxiety and stress among adolescent girls with congenital visual impairment. *Journal of Disability Management and Rehabilitation.*; 1(1): pp 21-24.

[۳] کرک، ساموئل؛ گالاگر، جیمز؛ کولمن، مری روت. (۲۰۱۵). روانشناسی و آموزش کودکان استثنای بر اساس DSM-5. ترجمه ملک محمدیاریا، حسین؛ مشکانی، محمد. (۱۳۹۵). تهران: انتشارات ارسباران. چاپ اول. ویراست چهاردهم.

[۵] Keser I, Barlas G. An Analysis of Assertiveness. (2106). Training's Effect on Disabled Adolescents' Self-Esteem and Assertiveness Skills. *Journal of Nursing Science Sci*; 2(5): pp33-38.

- [۴] Zaidman-Zait A, Most T, Tarrasch R, Haddad-eid E, Brand D. (2016). The Impact of childhood hearing loss on the family: Mothers' and fathers' stress and coping resources. *Journal Deaf Stud Deaf Educ*; 21(1):pp 23-33.
- [۶] Visagie L, Loxton H, Stallard P, Silverman W.K. (2017). Insights into the Feelings, Thoughts, and Behaviors of Children with Visual Impairments: A Focus Group Study Prior to Adapting a Cognitive Behavior Therapy-Based Anxiety Intervention . *Journal of Visual Impairment & Blindness*; 111(3): pp 231-246.
- [۷] Santos E.A, Sanchez E.M, Niguez Ortiz M.A, Amparo M, & Germes O. (2019). Effects of music therapy in depression and anxiety disorder; 2 (2): pp 64-70.
- [۸] Zaidman-Zait A, Most T, Tarrasch R, Haddad-eid E, Brand D. (2016). The Impact of childhood hearing loss on the family: Mothers' and fathers' stress and coping resources. *Journal Deaf Stud Deaf Educ*; 21(1):pp 23-33.
- [۹] Leubner D, Hinterberger T. (2017) Reviewing the Effectiveness of Music Interventions in Treating Depression. *Front Psychol*; 8: 1109. Published online.
- [۱۰] هدی پور، اکرم؛ شاه میوه اصفهانی، آرزو؛ فرامرزی، سالار. (۱۳۹۵). تاثیر الگوی آموزش خوشبینی به روش ایفای نقش بر کاهش افسردگی نوجوانان دختر کم بینا. فصلنامه روانشناسی افراد استثنایی، ۶(۲۱)، صص ۱۱۹-۱۳۵.
- [۱۱] Ostrosky MM, Meadan H. (2010). Helping children play and learn together. *YC Young Children*. Jan;65(1):p104.
- [۱۲] لندرث، گری (۲۰۱۲). ترجمه داورپناه، فروزنده (۱۳۹۰). بازی درمانی هنر برقراری ارتباط. انتشارات رشد، چاپ اول. تهران.
- [۱۳] سلیمانی آدریانی، سهیلا؛ صادقی هسنیجه، امیر حسین؛ زره پوش، اصغر؛ ربیعی، مهدی؛ عابدی، احمد؛ و اسماعیلی، سجاد (۱۳۹۵). اثر بازیهای ریتمیک بر مهارتهای اجتماعی کودکان پیش دبستانی مبتلا به اختلال نقص توجه / بیش فعالی. *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی، گرگان* ۱۸(۲)، صص ۹۱-۹۶.
- [۱۴] برزگر بفرویی، کاظم؛ میر جلیلی، مرضیه؛ شیرجهانی، اعظم. (۱۳۹۴). نقش بازی های حرکتی، نقاشی و موسیقی در کاهش مشکلات رفتاری- تحصیلی کودکان دارای مشکلات یادگیری. فصلنامه تعلیم و تربیت استثنایی، ۱(۷)، صص ۵۲-۶۲.
- [۱۵] کمالیان، معصومه. (۱۳۹۵). موسیقی درمانی. هفتمین همایش پژوهشهای نوین در علوم و فن آوری.
- [۱۶] محمدی اورنگی، بهزاد؛ یا علی، ر؛ شهرزاد، ندا. (۱۳۹۶). تأثیر هشت هفته تمرین ریتمیک ایروبیک با موسیقی بر تبحر حرکتی، اضطراب و افسردگی کودکان با اختلال هماهنگی رشدی. *مجله رفتار حرکتی*، ۹(۳۰)، صص ۷۰-۷۵.
- [۱۷] Hatzipapas, I, Visser M.J, van Rensburg E.J.(2017). Laughter therapy as an intervention to promote psychological well-being of volunteer community care workers working with HIV-affected families, *SAHARA J*; 14(1): pp 202-212.
- [۱۸] Yoshikawa Y Ohmaki E, Kawahata H, Maekawa Y, Ogihara T, Morishita R, Aoki M. (2018). Beneficial effect of laughter therapy on physiological and psychological function in elders. *Nurs Open*; 6(1): pp 93-99.
- [۱۹] Fujisawa, A., & Ota, A., & Yatsuya, H. (2018). Effect of laughter yoga on salivary cortisol and dehydroepiandrosterone among healthy university students: A randomized controlled trial. *National Library of Medicine*; pp32:6-11.
- [۲۰] Kovacs M. (2012). The Children's Depression, Inventory (CDI). *Psychopharmacol Bull* 7792; Landreth GL; Play therapy: the art of the relationship. New York: Routledge.

- [۲۱] Beck A. T. (1967). *Cognatvie therapy and the emotional disorder*. New York: Internatinal Press.
Donnelly M, Wilson R. The dimentionis of depression ion early adolescence, *Personality Individual Difference*; 17:pp 425-430.
- [۲۲] رجبی، غلامرضا؛ و عطاری، یوسفعلی. (۱۳۸۲). تحلیل عاملی سوالهای پرسشنامه افسردگی کودکان و نوجوانان. تازه ها و پژوهش های مشاوره، ۳(۹ و ۱۰)، صص ۸۳-۱۰۲.
- [۲۳] اصغری نکاح، سید محسن؛ کمالی، فریبا؛ جانسوز، ف (۱۳۹۴). تأثیر بازی درمانی گروهی ساختارمند به شیوه شناختی-رفتاری بر اضطراب و افسردگی کودکان مبتلا به سرطان: یک مطالعه مقدماتی. *مجله مراقبت مبتنی بر شواهد*، ۵(۳)، صص ۳۹-۵۰.
- [۲۴] Yazdani M, Esmaeilzadeh M, Pahlavanzadeh S, & Khaledi F. (2014). The effect of laughter Yoga on general health among nursing students. *Iran J Nurs Midwifery Res*; 19(1): 36–40. [In Persian].
- [۲۵] Shattla, S. I., & Mabrouk, S. M., & Abed, G.A. (2019). Effectiveness of Laughter yoga Therapy on job Burnout Syndromes among Psychiatric Nurses *International Journal of Nursing*; 6(1):pp 33-۴۷.
- [۲۶] Kim H.S, Hun-Soo K, Campen C.v. (2018) The Effect of a Music Intervention Program on Self-Esteem and Aggression in Korean Male Middle School Students with maladjustment Problems. *Advances in Mental Health and Addiction book*; 21(4): pp 231-246.
- [۲۷] Bressington D, Mui J, Yu C. Leung SF Cheung, K, Wu C, Bollard M, Chien WT. (2019). Feasibility of a group-based laughter yoga intervention as an adjunctive treatment for residual symptoms of depression, anxiety and stress in people with depression. *J Affect Disord*; 1; pp ۲۴۸:۴۲-۵۱
- [۲۸] Baggerly, J. (2019). The Effects of Child-Centered Group Play Therapy on Self-Concept, Depression, and Anxiety of Children Who Are Homeless. *International Journal of Play Therapy*; pp ۱۳(۲), ۳۱-۵۱.

Comparison of the Effectiveness of Play Therapy and Laughter Therapy on Depression in Students with Elementary Secondary Visual Impairment

Seyedeh Shohreh Taheri^{1*}, Mansouri Shahriari Ahmadi², Hassan Pasha Sharifi³

* PhD student in Psychology and Education of Exceptional Children, Islamic Azad University, Central Tehran Branch, Tehran, Iran.

2. Assistant Professor of Experimental Child Psychology and Education, Islamic Azad University, Central Tehran Branch, Tehran, Iran.

۳. Full Professor, Islamic Azad University, Rood Han Branch, Tehran, Iran.

ABSTRACT

Considering the importance of psychological problems such as depression in children with visual impairment, The purpose of this study was to compare the efficacy of Laughter therapy and Play therapy on depression in students with visual impairment in elementary school. This study is a quasi-experimental study with pre-test and post-test design with control group. The population of the study consisted of primary school students with visual impairment in Blind School in Mashhad, including 60 subjects aged 9-15 years ($M = 11.74$) who were studying in the academic year 99-98. Sampling method was randomized after screening with Children's Depression questionnaire after adjustment based on age and type of visual impairment which were 42 persons. Data were analyzed by SPSS software and covariance analysis, independent t-test and paired t-test. Levine was used to test for equality of variances. Paired t-test results showed that there was a difference between pre-test and post-test in the experimental group. Independent t-test results showed that there was no difference between groups before intervention. The results of covariance analysis showed that Laughter therapy had an effect significant on children's depression ($p = 0.005$), but hadn't significant in Play therapy group. It can be concluded that Laughter therapy is an appropriate method for affecting depression in children with visual impairment.

Keywords: Laughter Therapy, Play Therapy, Depression, Visual impairment.