



## Investigating the Effectiveness of "Combined Package" (Play Therapy and Story Therapy) on Bereavement and Depression Symptoms of 5-10-year-Old Children Suffering From Bereavement

Shiva Jazini<sup>1</sup>, Mohsen Golparvar<sup>2\*</sup>, Elnaz Sajjadian<sup>3</sup>

1- Ph.D. Student, Department of Counseling, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Isfahan Branch (Khorasgan), Islamic Azad University, Isfahan, Iran.

2- Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Isfahan Branch (Khorasgan), Islamic Azad University, Isfahan, Iran.

3-Associate Professor, Clinical Psychology Department, Community Health Research Center, Isfahan Branch (Khorasgan), Islamic Azad University, Isfahan, Iran.

**Corresponding author:** Mohsen Golparvar, Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Isfahan Branch (Khorasgan), Islamic Azad University, Isfahan, Iran.  
**Email:** [drmgolparvar@hotmail.com](mailto:drmgolparvar@hotmail.com)

Received: 2 July 2023

Accepted: 3 Oct 2023

### Abstract

**Introduction:** Bereavement in children is a complex and difficult process that causes strong emotions in them. The present study was conducted to investigate the effectiveness of the "Combined Package" on bereavement and depression symptoms of 5-10-year-old children suffering from bereavement.

**Methods:** The current research was of a semi-experimental type of pre-test, post-test with control and follow-up groups. The statistical population of the present study included all bereaved children referred to psychological clinics in Isfahan city in 2020. 40 boys and girls aged 5 to 10 years with bereavement symptoms were selected based on purposeful and convenience sampling methods. Then they were randomly assigned to the "Combined Package" group (20 children) and the control group (20 children) by lottery. Research data collection was done with demographic questionnaires, "Grief Symptoms Questionnaire" and "Children's Depression Inventory". Content validity was done by qualitative method and reliability by internal consistency method by calculating Cronbach's alpha coefficient. Then, for the intervention group, 10 sessions of a 75-minute "Combined Package" (1 session per week) were conducted. No intervention was done for the control group. After the completion of the intervention, a post-test and follow-up was conducted 3 months later. Questionnaires of all three stages were completed by living parents or guardians or nurses of bereaved children. Data were analyzed in SPSS. 27.

**Results:** There was a significant difference between the intervention group and the control group in the 2 variables of bereavement and depression symptoms in the post-test and follow-up stages. Therefore, the intervention was effective in reducing bereavement and depression symptoms in bereaved children ( $P < 0.05$ ).

**Conclusions:** "Combined Package" (Play Therapy and Story Therapy) reduces bereavement and depression symptoms in bereaved children. It is suggested to use the above therapy method to reduce the psychological problems of bereaved children.

**Keywords:** Bereavement Symptoms, Children's Depression, Bereaved Children, Play Therapy, Story Therapy.



## اثربخشی «بسته ترکیبی» (بازی درمانی و قصه‌درمانی) بر علائم سوگ و افسردگی کودکان ۵ تا ۱۰ ساله مبتلا به سوگ

شیوا جزینی<sup>۱</sup>، محسن گل‌پرور<sup>۲\*</sup>، ایلناز سجادیان<sup>۳</sup>

۱- دانشجوی دکتری، گروه مشاوره، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، واحد اصفهان (خوراسگان)، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران.

۲- دانشیار، گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، واحد اصفهان (خوراسگان)، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران.

۳- دانشیار، گروه روانشناسی بالینی، مرکز تحقیقات سلامت جامعه، واحد اصفهان (خوراسگان)، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران.

**نویسنده مسئول:** محسن گل‌پرور، گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، واحد اصفهان (خوراسگان)، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران.

ایمیل: [drmgolparvar@hotmail.com](mailto:drmgolparvar@hotmail.com)

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۷/۱۱

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۴/۱۱

### چکیده

**مقدمه:** سوگ در کودکان یک فرآیند پیچیده و دشواری است که باعث به وجود آمدن احساسات شدیدی در آن‌ها می‌شود. پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی "بسته ترکیبی" بر علائم سوگ و افسردگی کودکان ۵ تا ۱۰ ساله مبتلا به سوگ انجام شد.

**روش کار:** پژوهش حاضر از نوع نیمه‌تجربی از نوع پیش‌آزمون، پس‌آزمون با گروه کنترل همراه با پیگیری بود. جامعه آماری پژوهش حاضر، شامل همه کودکان مبتلا به سوگ مراجعه‌کننده به کلینیک‌های روانشناختی شهر اصفهان در سال ۱۴۰۰ بودند. تعداد ۴۰ کودک دختر و پسر ۵ تا ۱۰ سال دارای علائم سوگ بر اساس نمونه‌گیری هدفمند و در دسترس انتخاب شدند. سپس به‌صورت تصادفی از نوع قرعه‌کشی در گروه "بسته ترکیبی" (۲۰ کودک) و گروه کنترل (۲۰ کودک) گمارده شدند. جمع‌آوری داده‌های پژوهش با پرسشنامه جمعیت‌شناختی، "پرسشنامه علائم سوگ" (Grief Symptoms Questionnaire) و "سیاهه افسردگی کودکان" (Children's Depression Inventory) انجام گرفت. روایی محتوا به روش کیفی و پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ انجام شد. سپس برای گروه مداخله، ۱۰ جلسه ۷۵ دقیقه‌ای "بسته ترکیبی" (هفته‌ای ۱ جلسه) انجام شد. برای گروه کنترل مداخله‌ای انجام نگرفت. پس از اتمام مداخله، پس‌آزمون و به فاصله ۳ ماه بعد پیگیری انجام شد. پرسشنامه‌های هر سه مرحله توسط والدین در قید حیات و با قیام کودکان مبتلا به سوگ تکمیل شد. داده‌ها در نرم‌افزار اس پی اس اس نسخه ۲۷ تحلیل شد.

**یافته‌ها:** بین گروه مداخله و گروه کنترل در ۲ متغیر علائم سوگ و افسردگی، در مرحله پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود داشت. بنابراین، مداخله در کاهش علائم سوگ و افسردگی در کودکان مبتلا به سوگ اثربخش بود ( $P < 0/05$ ). **نتیجه‌گیری:** "بسته ترکیبی" (بازی و قصه‌درمانی) باعث کاهش علائم سوگ و افسردگی در کودکان مبتلا به سوگ می‌شود. پیشنهاد می‌شود روش درمانی فوق برای کاهش مشکلات روانشناختی کودکان مبتلا به سوگ به کار گرفته شود. **کلیدواژه‌ها:** علائم سوگ، افسردگی کودکان، کودکان مبتلا به سوگ، بازی درمانی، قصه‌درمانی.

به سوگ کمک می کند تا احساسات و عواطف خود را از طریق اسباب بازی بیان کرده و با آن ها ارتباط برقرار کنند (۱۵). نتایج پژوهشی که «بازی درمانی» را بر روی کودکان دارای سوگ انجام شد، نشان داد که «بازی درمانی» باعث ابراز بهتر غم و اندوه در این کودکان شده است (۱۶).

روش دیگری که در جهت بهبود علائم سوگ و افسردگی در کودکان مبتلا به سوگ می تواند به کار رود، «قصه درمانی» (Story Therapy) است (۱۷). در «قصه درمانی» تلاش بر این است که کودکان نسبت به احساسات و افکار خود، به خصوص در زمینه نحوه روبه رو شدن با مشکلات آگاهی بیشتری پیدا کنند (۱۸). زمانی که کودکان به قصه گوش می دهند، خود را در نقش قهرمان قصه قرار می دهند و در واقع به سمت تعارض های خودشان می روند. آن ها ممکن است مهارت ها و راه حل هایی را که شخصیت های قصه به کار می برند، به طور ناخودآگاه برای رویارویی با مشکلات خود امانت گیرند. این امر موجب می شود آن ها بتوانند بر ناکامی های پیشین خود فایق آیند و آینده خود را پرمعنا تر بیابند (۱۹). نتایج پژوهش ها اثربخشی «قصه درمانی» در کودکان مبتلا به سوگ را نشان می دهد (۲۰-۲۲).

در پژوهش حاضر از «بسته ترکیبی» (بازی درمانی و قصه درمانی) که در پژوهش حاضر طراحی شده است، استفاده شد. دلیل ادغام ۲ روش فوق، این بود که بتوان از تمام مزایا و محاسن این ۲ روش درمان متناسب با سیر تحولی و نیازهای کودکان مبتلا به سوگ استفاده کرد. درمان با تلفیقی از چند فعالیت لذت بخش (بازی و قصه) برای کاهش مشکلات کودکان مبتلا به سوگ مناسب است (۲۳). کودکان از طریق این فعالیت ها حس های مختلف خود را درگیر می کنند. همچنین وجود چند فعالیت مختلف به طور همزمان در عود نکردن، تثبیت نشانه های درمانی و روند پیگیری درمان نقش بسیار مهمی دارد. به نظر می رسد مداخله های غیردرویی همچون «بازی درمانی» و «قصه درمانی» با توجه به شرایط و اقتضای سنی کودکان، می توانند مداخله های مناسبی در راستای حفظ و ارتقای سطح سلامت جسمی، روانی و اجتماعی برای کودکان مبتلا به سوگ باشند (۲۳). لذا «بسته ترکیبی» مسیر رفع تدریجی خلأ دانش در این رابطه را برطرف خواهد کرد. با مرور بر مطالعات صورت گرفته آشکار می گردد که «بازی درمانی» و «قصه درمانی» در درمان مشکلات کودکان مبتلا به سوگ موثر بوده است، اما پژوهشی که به صورت مشخص به علائم سوگ و افسردگی در کودکان

سوگ (grief)، به دنبال فقدان عزیزان رخ می دهد که در شرایط ناتوان کننده برای حدود ۷ تا ۱۰ درصد از بازماندگان رخ می دهد و طیفی از احساسات را از ماتم عمیق تا خشم، دربر می گیرد (۱). کودکان در مقایسه با بزرگسالان به شکل متفاوتی فقدان را تفسیر و سوگ را تجربه می کنند (۲). میلیون ها کودک در سراسر جهان در اثر رخدادهایی از جمله مرگ والدین یا سایر اعضای خانواده، از دست دادن حیوانات خانگی، جدایی والدین، تغییر محل زندگی و مهاجرت، آزارهای جنسی و معلولیت سوگ را تجربه می کنند (۳). پیامد سوگواری برای کودکان زمانی ممکن است به شدت آسیبزا باشد، که از دست دادن، مربوط به یکی از والدین یا افراد مهم در زندگی باشد (۴). از جمله پیامدها می توان به توقف و پس روی رشدی (۵)، اضطراب، رفتارهای تخریبی و پرخاشگرانه (۶) و اضطراب جدایی (۷) اشاره کرد. سوگ در دوران کودکی می تواند سلامت روحی، اجتماعی و جسمی کودکان را در معرض خطر قرار دهد (۸). از آن جا که روش های و راهکارهای کافی و مناسب در این کودکان هنوز برای رو به رو شدن با صدمات جسمانی و روانی وجود ندارد، مواجهه با یک عامل تنش زا در آن ها بیش از بزرگسالان، مشکلات سوگ را ایجاد می کند (۹). یکی از این مشکلات ممکن است افسردگی (depression) در این کودکان باشد.

افسردگی نوعی اختلال خلقی جدی است که رشد جسمی، عاطفی، اجتماعی و شناختی کودکان مبتلا به سوگ را تحت تأثیر قرار می دهد و با احساس غم و اندوه و عدم علاقه یا لذت مشخص می شود (۱۰). علائم اصلی شامل تحریک پذیری، احساس بی ارزشی و گناه، مشکلات خوابیدن یا خواب زیاد، کاهش قابل توجه در اشتها و وزن بدن، اشکال در تمرکز، افکار مرگ و خودکشی یا کناره گیری از فعالیت های اجتماعی (۱۱) می باشد. افسردگی نتیجه شایع تروما در کودکان است (۱۲). بهبود و یا کاهش مشکلات به وجود آمده در اثر سوگ در کودکان، با رویکردهای مختلف روانشناختی امکان پذیر است. یکی از این روش های درمانی، «بازی درمانی» (Play Therapy) است.

بازی یکی از مهم ترین موضوعات زندگی کودک است (۱۳). «بازی درمانی» یک رابطه بین فردی پویا بین کودک و یک درمانگر آموزش دیده است که بازی درمانگر یک رابطه ایمن برای کودک را تسهیل می کند تا بتواند احساسات، افکار، تجربیات و رفتارهایش را به طور کامل از طریق بازی، بیان و کشف کند (۱۴). «بازی درمانی» به کودکان مبتلا

جنسیت، سن، نوع سوگ کودکان، میزان تحصیلات کودکان و والدین در قید حیات بود. همچنین از ابزارهای زیر استفاده شد.

«پرسشنامه علائم سوگ» (Grief Symptoms Questionnaire): توسط Barret & Scott در دانشگاه G.Scott آمریکا در سال ۱۹۹۸ طراحی شد (۲۵). ابزار دارای ۳۴ عبارت و ۷ مولفه می‌باشد. که شامل: احساس ترک شدن (feel of abandonment) (۴ عبارت ۱۹، ۱۸، ۱۶، ۳۱)، بدنامی (stigmatization) (۳ عبارت ۶، ۷، ۱۷)، تلاش برای توجیه (search for explanation) (۶ عبارت ۸، ۱۱، ۹، ۸، ۱۲، ۱۰، ۱۴)، احساس گناه (feel guilty) (۸ عبارت ۲۳، ۲۰، ۲۴، ۳۰، ۲۶، ۲۸، ۳۳، ۱۳)، واکنش‌های بدنی (somatic reaction) (۵ عبارت ۱، ۲، ۳، ۴، ۵)، قضاوت در مورد دلیل فوت (judgment about the reason for the death) (۴ عبارت ۱۵، ۲۲، ۳۴، ۳۳) و خجالت/ شرمندگی (shame/ embarrassment) (۴ عبارت ۲۱، ۲۵، ۲۷، ۲۹) می‌باشد. پاسخ دهندگان فراوانی نشانه‌های علائم سوگ را در هر یک از عبارت‌های مقیاس را بر مبنای مقیاس ۵ درجه ای لیکرت از ۱ (هرگز) تا ۵ (همیشه) ذکر می‌کنند. دامنه نوسان نمره بین ۳۴ تا ۱۷۰ می‌باشد و نمره بالاتر بیانگر تجربه سوگ بالاتری است. سطح‌بندی برای نمره‌ها ذکر نشده است. روایی صوری و محتوا به روش کیفی با استفاده از نظر ۷ تن از متخصصان حوزه کودک و نوجوان دانشگاه G.Scott آمریکا مطلوب گزارش شده است. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ بر روی ۱۰۵۴ نمونه بین ۰/۷۰ و ۰/۸۷ گزارش شد (۲۵).

Bailey و همکاران (۲۶) در پژوهشی بر روی ۳۵۰ دانشجوی روانشناسی دانشگاه شرق کانادا با میانگین سنی ۲۰ سال، ساختار عاملی «پرسشنامه علائم سوگ» را مورد بررسی قرار دادند. روایی سازه به روش تحلیل عاملی تأییدی بررسی و ساختار ۷ عاملی آن گزارش شد. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ بر نمونه فوق، ۰/۶۹ و با استفاده از روش اسپیرمن- براون ۰/۸۰ و روش نیمه کردن گاتمن ۰/۸۵ به دست آمد (۲۶). Wagner و همکاران (۲۷) روایی سازه به روش روایی همگرا «پرسشنامه علائم سوگ» با «سیاهه افسردگی بک» (Beck Depression Inventory) و «پرسشنامه اختلال تنش پس از سانحه» (Posttraumatic Stress Disorder Questionnaire) بر روی ۱۵۴ بزرگسال آلمانی که تلاش برای خاتمه زندگی کرده بودند را به ترتیب ۰/۶۷ و ۰/۵۸ نشان دادند. بعلاوه، ثبات به روش بازآزمایی در فاصله ۲ ماه برای همان گروه نمونه، نمره

مبتلا به سوگ پیردازد یافت نشد. با توجه به اهمیت مشکلات ناشی از سوگ و اثرات بلندمدت آن روی این کودکان، ضرورت دارد که در این زمینه درمان‌هایی آزموده و تأییدشده در اختیار درمانگران و روانشناسان قرار گیرند تا در زمان ضرورت برای این کودکان مورد استفاده قرار گیرند. بر همین اساس، پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی «بسته ترکیبی» بر علائم سوگ و افسردگی کودکان ۵ تا ۱۰ ساله مبتلا به سوگ انجام شد.

## روش کار

پژوهش حاضر از نوع نیمه تجربی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون با گروه کنترل و مرحله پیگیری بود، که در آن از یک گروه مداخله (بسته ترکیبی) و یک گروه کنترل استفاده شد. جامعه آماری پژوهش حاضر، شامل همه کودکان ۵ تا ۱۰ سال مبتلا به سوگ و افسردگی بودند که در شهر اصفهان در سال ۱۴۰۱-۱۴۰۰ به مراکز مشاوره برای درمان مراجعه کرده بودند. انتخاب این رده سنی به این دلیل بوده است که در این سن، افسردگی به واسطه سوگ بیشتر دیده می‌شود (۲۴). از بین ۱۵۵ مرکز مشاوره و خدمات روانشناختی شهر اصفهان، ۱۰ مرکز مشاوره کودکانی داشتند که به دلیل از دست دادن پدر یا مادر مبتلا به سوگ بودند. از بین این ۱۰ مرکز مشاوره، ۶ مرکز مشاوره حاضر به همکاری شدند. ابتدا شرکت‌کنندگان داوطلب از طریق مشاوران و درمانگران به پژوهشگر معرفی شدند. از ۶۵ تن در ۶ مرکز که اعلام همکاری کرده بودند، تعداد ۴۰ کودک بر اساس نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند و سپس به شیوه تصادفی ساده به صورت قرعه‌کشی در گروه «بسته ترکیبی» (۲۰ کودک) و گروه کنترل (۲۰ کودک) گمارده شدند.

معیارهای ورود به پژوهش شامل دامنه سنی بین ۵ تا ۱۰ سال، گذشت بیشتر از ۲ هفته تا ۱ سال از فوت والدین، دارا بودن علائم سوگ بر اساس مصاحبه تشخیصی DSM-5 (انجام شده توسط پژوهشگر اول مقاله حاضر)، دارای افسردگی متوسط (نمره ۲۰ تا ۳۶ در «سیاهه افسردگی کودکان»، تمایل و رضایت کتبی برای شرکت در پژوهش توسط کودک و قیم آن، نداشتن بیماری خاص و بارز جسمی که به صورت حضوری و مصاحبه با والدین یا قیم کودک صورت گرفت. معیارهای خروج نیز شامل عدم تمایل به ادامه جلسات از سوی کودک، والدین یا مراقب وی و غیبت بیش از ۲ جلسه در جلسات آموزشی بود.

برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه جمعیت‌شناختی شامل

کشور چین استفاده کردند. روایی سازه به روش تحلیل عامل تأییدی ساختار ۵ عاملی آن را تأیید نمود. همچنین پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ بر روی نمونه فوق، انجام و برای مولفه های خلق منفی ۰/۶۱، احساس بیهودگی ۰/۷۰، مشکلات بین فردی ۰/۷۳، احساس عدم لذت ۰/۶۳ و عزت نفس پایین ۰/۶۸ گزارش شد (۳۲). Ahlen & Ghaderi (۳۳) در مطالعه خود «سیاهه افسردگی کودکان» روی نمونه‌ای ۸۰۹ کودک ۸ تا ۱۲ ساله کشور آلمان استفاده کردند. روایی سازه به روش تحلیل عاملی تأییدی ۵ عامل را نشان داد. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ بر روی نمونه فوق، برای مولفه‌های خلق منفی ۰/۶۶، احساس بیهودگی ۰/۷۱، مشکلات بین فردی ۰/۶۹، احساس عدم لذت ۰/۶۲ و عزت نفس پایین ۰/۷۰ گزارش شد (۳۳).

در ایران، مختاری و همکاران (۳۴) روایی سازه به روش روایی همگرا «سیاهه افسردگی کودکان» با «سیاهه افسردگی بک» (Questionnaire for Measuring Self-Efficacy) شناخت‌های فاجعه‌آمیز (Catastrophic Cognition) Questionnaire بر روی ۷۹۷ کودکان و نوجوانان ۱۲ تا ۱۷ سال دبیرستان دوره اول و دوم شهرستان قدس تهران انجام دادند را به ترتیب ۰/۸۷، ۰/۸۵، ۰/۷۱، گزارش کردند. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ بر روی نمونه فوق، و ثبات به روش بازآزمایی به فاصله ۳ ماه عدد ۰/۷۵ و ۰/۷۷ به دست آمد (۳۴). رجیبی و عطاری (۳۵) روایی سازه روش روایی همگرا «سیاهه افسردگی کودکان» را بر روی ۴۰۰ دانش‌آموز دختر و پسر سال سوم راهنمایی و اول دبیرستان شهر اهواز با میانگین سنی ۱۴/۸۱ سال از طریق همبستگی هر عبارت با کل آزمودن در دامنه ۰/۳۵ تا ۰/۶۲ گزارش کرد. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ بر روی فوق ۰/۸۸، ثبات به روش بازآزمایی با فاصله ۱ هفته ۰/۸۱ و دونیمه کردن ۰/۸۳ گزارش کردند (۳۵).

در پژوهش حاضر روایی محتوا به روش روایی صوری «پرسشنامه علائم سوگ» و «سیاهه افسردگی کودکان» از طریق نظر خواهی از نظرات ۱۰ تن از مدرسین دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان و ۵ تن از متخصصان گروه روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان بررسی و تأیید شد. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ «پرسشنامه علائم سوگ» در کودکان مبتلا به سوگ که به عنوان نمونه پژوهش انتخاب شدند

کل برابر با ۰/۷۳ به دست آمد (۲۷).

در ایران، مهدی‌پور و همکاران (۲۸) در پژوهش خود «پرسشنامه علائم سوگ» روی نمونه‌ای ۳۴۸ تن از بین دانشجویان ایرانی دارای تجربه سوگ استفاده کردند. روایی سازه به روش تحلیل عاملی تأییدی، ساختار ۷ عاملی آن را تأیید نمود. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ این ابزار با نمونه فوق ۰/۸۸ و زیرمقیاس های احساس ترک شدن، بدنامی، تلاش برای توجیه، احساس گناه، واکنش های بدنی، قضاوت در مورد دلیل فوت و خجالت/ شرمندگی به ترتیب ۰/۷۴، ۰/۷۵، ۰/۷۱، ۰/۶۳، ۰/۸۰، ۰/۷۱ و ۰/۶۰ به دست آمد (۲۸).

اسماعیل‌پور و بخش‌علیزاده مرادی (۲۹) در پژوهش خود روی ۱۸۰ تن (۷۷ مرد و ۱۰۳ زن) که پس از فوت یکی از خویشاوندان درجه یک، دچار سوگ شده بودند «پرسشنامه علائم سوگ» را اجرا کردند. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ بر روی نمونه فوق، نمره کل ۰/۸۶ و مولفه‌های احساس ترک شدن، بدنامی، تلاش برای توجیه، احساس گناه، واکنش های بدنی، قضاوت در مورد دلیل فوت و خجالت/ شرمندگی به ترتیب ۰/۷۱، ۰/۷۲، ۰/۷۰، ۰/۶۱، ۰/۸۱، ۰/۶۹ و ۰/۶۱ به دست آمد (۲۹).

«سیاهه افسردگی کودکان» (Inventory Children's Depression) توسط Kovacs در دانشگاه Pittsburgh آمریکا در سال ۱۹۸۵ برای تعیین افسردگی کودکان استفاده شد (۲۹). ابزار دارای ۲۷ عبارت و ۵ مولفه می‌باشد که شامل: خلق منفی (negative mood) (۶ عبارت ۱۱، ۱۳، ۱۰، ۱۶، ۱)، احساس بیهودگی (ineffectiveness) (۴ عبارت ۲۶، ۲۷، ۱۲، ۵)، مشکلات بین فردی (interpersonal problems) (۴ عبارت ۲۴، ۲۳، ۱۵، ۳)، احساس عدم لذت (anhedonia) (۸ عبارت ۲۲، ۲۱، ۲۰، ۱۹، ۱۸، ۱۷، ۱۶، ۱۵) و عزت نفس منفی (self-esteem) (۵ عبارت ۲۵، ۱۴، ۹، ۷، ۲) می‌باشد. عبارت‌ها با استفاده از طیف ۳ درجه‌ای لیکرت از صفر تا ۲ و برخی عبارت‌ها به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند، لذا حداقل نمره صفر و حداکثر نمره ۵۴ است و نمره بالاتر بیانگر افسردگی بالاتری است. نمره صفر تا ۱۹ فقدان افسردگی، ۲۰ تا ۳۶ افسردگی متوسط و بالاتر از ۳۶ افسردگی شدید را نشان می‌دهد. روایی سازه به روش تحلیل عاملی تأییدی ۵ عامل را نشان داد. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ ۴۰۷ دانش‌آموز ۰/۸۳ است (۳۰).

Wu و همکاران (۳۲) در مطالعه خود «سیاهه افسردگی کودکان» روی نمونه‌ای ۲۵۸۰ از بین کودکان پیش‌دبستانی

خود، خودشناسی و شناخت نقاط ضعف و قدرت انجام شد. **جلسه دوم:** کنار آمدن با مرگ عزیزان، عمل کردن با روحیه و رفتار و احساسات بهتر به‌طور موثر و مطلوب در صحنه های مختلف زندگی، نقاشی چهره فرد مورد سوگ و بیان جملات به او، بیان خاطرات همراه با آوردن وسایل یا اسباب‌بازی خریداری شده توسط فرد فوت شده، آشنایی با مفهوم مرگ و زندگی با خانه های جدول، قرائت قصه توسط پژوهشگر، ارائه تصاویر و صحبت درباره مضمون قصه با سؤال های نیمه سازمان‌یافته با محوریت کنار آمدن با مرگ عزیزان انجام شد.

**جلسه سوم:** مواجهه با فقدان و کنار آمدن با غم مرگ عزیزان، ساختن قطار برای توضیح در مورد به دست آوردن مهارت ها و شایستگی ها برای کنار آمدن و پذیرش مرگ فرد فوت شده، نوشتن یا نقاشی کشیده خاطره ای از شخص فوت شده بر روی انگشتان دست و بیان احساسات مربوط به آن، کشیدن تنفس عمیق و آرام در مواجهه با احساس ناراحتی و تنش، قرائت قصه توسط پژوهشگر، ارائه تصاویر و صحبت درباره مضمون قصه با سؤال های نیمه سازمان یافته با محوریت مواجهه با فقدان بود.

**جلسه چهارم:** ایجاد شرایط برون ریزی احساسات در کودکان به منظور شناسایی انواع احساسات، درک بیشتر احساسات جدید و اغلب ناخوشایند و همچنین کشف مسائل، بیان تعارضات، تمایلات و هیجانات، نشان دادن کارت های چهره ها با احساسات مختلف و بیان تجربه این احساسات بعد از مرگ فرد مورد علاقه، درست کردن جباب های بزرگ با تنفس عمیق برای آموزش آرام سازی، ارائه تصاویر و صحبت درباره مضمون قصه با سؤال های نیمه سازمان یافته با محوریت مواجهه با نگرانی و ترس صورت گرفت.

**جلسه پنجم:** تشخیص احساسات و آموختن طیفهای متفاوت احساسات و به زبان آوردن آنها، نقاشی احساسات مختلف بر روی بادکنکها و بیان احساسات در مورد فرد فوت شده، درست کردن توپ کاموایی و صحبت در مورد میزان نگرانی، نقاشی بر روی دیوار و نشان دادن موقعیتهایی که کودک احساس نگرانی میکند و رفتار متناسب با آن، ارائه تصاویر و صحبت درباره مضمون قصه با سؤالهای نیمه سازمان یافته با محوریت شناسایی احساسات و مدیریت آنها انجام شد.

**جلسه ششم:** آموختن بی تفاوت نبودن نسبت به عواطف و گفت‌ووشنودهای درونی خود و ارتباط بین رویدادها، افکار و احساسات خود برای کنار آمدن با فقدان، درست کردن تصویر فرد فوت شده با لوبیای چشم بلبلی و تعریف

(۴۰ کودک) در پیش‌آزمون ۰/۸۲ و همچنین احساسات ترک شدن، بدنامی، تلاش برای توجیه، احساس گناه، واکنش های بدنی، قضاوت در مورد دلیل فوت و خجالت/ شرمندگی به ترتیب ۰/۷۲، ۰/۶۶، ۰/۷۰، ۰/۶۲، ۰/۷۱، ۰/۶۹، ۰/۶۱ و «سیاهه افسردگی کودکان» در کودکان مبتلا به سوگ که به عنوان نمونه پژوهش انتخاب شدند، در پیش‌آزمون ۰/۸۱ و همچنین برای خلق منفی، احساس بیهودگی، مشکلات بینفردی، احساس عدم لذت و عزت‌نفس پایین به ترتیب ۰/۶۳، ۰/۷۴، ۰/۷۰، ۰/۶۰ و ۰/۶۲ گزارش شد.

در مطالعه حاضر «بسته ترکیبی» (بازی و قصه‌درمانی) برای اولین بار تدوین شد. فرم بررسی محتوا شامل ۴ سوال شامل تطابق محتوا، تناسب جلسات آموزشی، کفایت زمان اختصاص یافته و ارزیابی کلی بود. نحوه پاسخگویی در این فرم ۵ درجه‌ای خیلی ضعیف= ۱، ضعیف= ۲، متوسط= ۳، خوب= ۴ و خیلی خوب= ۵ بود. ۶ متخصص حوزه کودک و نوجوان دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان، با مطالعه «بسته ترکیبی» تدوین شده، به هر یک از ۵ سوال پاسخ دادند. نتایج نشان داد که «بسته ترکیبی»، از نظر تطابق محتوا، دارای توافق برابر ۹۰ درصد، از نظر تناسب جلسات آموزشی، دارای توافق با ۹۳ درصد، از نظر کفایت زمان اختصاص یافته، دارای توافق برابر با ۹۰ درصد و از نظر ارزیابی کلی، دارای توافق برابر با ۹۰ درصد بود.

پس از تایید تخصصی طی یک مطالعه مقدماتی روایی محتوای «بسته ترکیبی» طراحی شده بر روی ۶ تن از کودکان مبتلا به سوگ در پیش‌دبستان مهرستان در شهر اصفهان اجرا و روایی محتوا به روش کیفی با استفاده از نظر ۶ تن از متخصصان حوزه کودک و نوجوان دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان تایید شد. این بسته در طی ۱۰ هفته (هفته‌ای ۱ بار) بر اساس علائم سوگ و افسردگی در کودکان در ۱۰ جلسه ۷۵ دقیقه‌ای اجرا شد (۲۳). در هر جلسه، «بازی-درمانی» و «قصه درمانی» همراه با هم اجرا می شد.

خلاصه جلسات «بسته ترکیبی» (بازی درمانی و قصه‌درمانی)

**جلسه اول:** آشنایی مقدماتی کودکان با یکدیگر، معرفی و بیان قوانین و اصول حاکم بر گروه، انتخاب کودکان از بین تصاویر کارت‌ها برای مرور حس خوب و بد و خاطره خوب و بد در مورد فرد مورد سوگ، انعکاس احساسات مربوط به از دست دادن با استفاده از رنگ کردن کارت احساسات، قرائت قصه توسط پژوهشگر، ارائه تصاویر و صحبت درباره مضمون قصه با سؤال های نیمه سازمان یافته با محوریت کسب اعتماد به‌نفس لازم، عدم سرزنش خود، اطمینان به

## شیوا جزینی و همکاران

همکاری با مراجعه حضوری و توضیح پژوهشگر به ۶ مرکز مشاوره اصفهان انجام گرفت. پس از مراجعه افراد داوطلب به پیش‌دستانی مهرستان در شهر اصفهان، غربالگری بر اساس ملاک‌های شمول صورت گرفت و از ۶۵ کودک، ۴۰ کودک مبتلا به سوگ به عنوان نمونه انتخاب شدند. سپس کودکان مبتلا به سوگ به روش تصادفی ساده با کمک قرعه‌کشی به ۲ گروه مساوی ۲۰ کودک تقسیم و به صورت تصادفی به عنوان گروه‌های مداخله «بسته ترکیبی» (۲۰ کودک) و گروه کنترل (۲۰ کودک) انتخاب شدند. برای هر ۲ گروه کودکان مبتلا به سوگ پیش‌آزمون در پیش‌دستانی مهرستان توسط والد در قید حیات یا قیم کودک «پرسشنامه علائم سوگ» و «سیاهه افسردگی کودکان» به عنوان پیش‌آزمون تکمیل گردید. گروه مداخله و کنترل در روزهای متفاوت دعوت به تکمیل پرسشنامه شدند تا از عدم مواجهه ۲ گروه کودکان مبتلا به سوگ اطمینان حاصل شود.

برای آزمودنی‌های گروه مداخله جلسات «بازی‌درمانی» و «قصه‌درمانی» توسط پژوهشگر اول مقاله حاضر در پیش‌دستانی مهرستان اجرا گردید و برای گروه کنترل مداخله‌ای انجام نگرفت. پس از انجام مداخلات، مجدد «پرسشنامه علائم سوگ» و «سیاهه افسردگی کودکان» برای گروه مداخله و کنترل که شامل کودکان مبتلا به سوگ بود، برای پس‌آزمون اجرا شد. پس از اتمام جلسات و بعد از گذشت ۱ ماه، از والدین در قید حیات و یا قیم کودکان مبتلا به سوگ، به عنوان دوره پیگیری به صورت حضوری دعوت شد تا مجدد به این پرسشنامه‌ها پاسخ دهند. طبق نظر Barret & Scott (۲۵) و Kovacs (۳۰) پرسشنامه‌ها توسط والدین در قید حیات و یا قیم کودک می‌بایست تکمیل گردد.

به منظور رعایت اصول اخلاقی، رعایت رازداری کامل برای همه شرکت‌کنندگان، داشتن آزادی و اختیار کامل جهت ترک پژوهش، اطلاع‌رسانی کامل در مورد پژوهش و کسب رضایت‌نامه کتبی از والدین یا همراهان، استفاده از داده‌ها فقط در راستای اهداف پژوهش و گرفتن کد اخلاق از کمیته پژوهش دانشگاه انجام شد. مدت زمان اجرا و جمع‌آوری داده‌ها ۶ ماه به طول انجامید.

داده‌های پژوهش در سطح توصیفی میانگین و انحراف معیار و در سطح استنباطی نیز از تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بنفرونی مورد تحلیل قرار گرفت. داده‌ها در نرم‌افزار اسپ‌اس‌اس نسخه ۲۷ تحلیل شد.

## یافته‌ها

داستان در مورد تصویر ساخته شده، فکر کردن و گفتگو با سنگ‌های نگرانی، ارائه تصاویر و صحبت درباره مضمون قصه با سؤال‌های نیمه‌سازمان یافته با محوریت شناسایی احساسات، مهربان بودن، غلبه بر ناامیدی و رغبت اجتماعی اجرا شد.

**جلسه هفتم:** افزایش فکر و تمرکز کردن و بازدهی و پاسخگویی مؤثر، تصور کردن فوت فرد مورد علاقه در مقابل چشمان کودکان و ارائه گزارش و احساس خود در مورد آن، درست کردن عروسک انگشتی و صحبت در مورد مرگ فرد فوت شده، ارائه تصاویر و صحبت درباره مضمون قصه با سؤال‌های نیمه‌سازمان یافته با محوریت تلاش کردن صورت گرفت.

**جلسه هشتم:** نیاز به مهر، محبت، حمایت برای غلبه بر احساسات منفی، توجه و تأیید برای غلبه بر احساسات، نقاشی کردن احساسات بعد از مرگ فرد فوت شده و صحبت در مورد آن‌ها و پرتاب توپ به نقاشی احساسات، مسابقه برگزاری مهمانی و دعوت خیالی از فرد فوت شده و صحبت در مورد آن، ارائه تصاویر و صحبت درباره مضمون قصه با سؤال‌های نیمه‌سازمان یافته با محوریت جلب توجه و تأیید بود.

**جلسه نهم:** فکر کردن به فرد فوت شده و همزمان انجام دادن فعالیت، نقاشی کشیدن و یا نوشتن و خواندن جمله‌ای روی تخم مرغ در مورد چیزی که از آن متنفر هستند و پرتاب آن به دیوار و همزمان فکر کردن به فرد فوت شده، ارائه تصاویر و صحبت درباره مضمون قصه با سؤال‌های نیمه‌سازمان یافته با محوریت مشکلات یادگیری انجام شد.

**جلسه دهم:** کاهش دردها و بیماری‌ها که در اثر تنش، فشار روانی، تنش یا سرکوب فشارهای روانی در بدن ایجاد شده است، بروز احساسات با استفاده از بادکنک‌ها، تنفس عمیق با استفاده از دستکش و همزمان فکر کردن به فرد فوت شده، ارائه تصاویر و صحبت درباره مضمون قصه با سؤال‌های نیمه‌سازمان یافته با محوریت بی‌اشتهایی و بی‌خوابی بود. پس‌آزمون اجرا شد.

برای جمع‌آوری داده‌ها، ابتدا مجوزهای لازم از معاونت پژوهشی دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان) و کد اخلاق از کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان)، دریافت شد. سپس هماهنگی‌های لازم با پیش‌دستانی مهرستان به دلیل داشتن فضای کامل، مناسب و وسایل مختلف برای بازی با کودکان ۵ تا ۱۰ مبتلا به سوگ، صورت گرفت. در ابتدا فراخوان

۴ تن (۱۰ درصد) تحصیلات کارشناسی ارشد و بالاتر داشتند. از مادران در قید حیات ۱۲ تن (۳۰ درصد) تحصیلات دیپلم و کمتر، ۶ تن (۱۵ درصد) تحصیلات کاردانی و کارشناسی و ۴ تن (۱۰ درصد) تحصیلات کارشناسی ارشد و بالاتر داشتند. ۳۱ تن (۷۸ درصد) این کودکان پدر و ۹ تن (۱۲ درصد) مادر خود را از دست داده بودند. آزمون خی دو برای مقایسه متغیرهای جمعیت شناختی (جنسیت و سن) در راستای همسان سنجی توزیع فراوانی در ۲ گروه مداخله و کنترل انجام شد (جدول ۱).

داده‌های جمعیت‌شناختی نشان داد ۲۰ تن (۵۰ درصد) شرکت‌کنندگان دختر و ۲۰ تن (۵۰ درصد) آن پسر بودند. سن کودکان شامل ۵ تن (۱۲ درصد) پنج سال (پیش دبستان)، ۸ تن (۲۰ درصد) شش سال (پیش دبستان)، ۱۱ تن (۲۷ درصد) هفت سال (اول دبستان)، ۷ تن (۱۷ درصد) هشت سال (دوم دبستان)، ۶ تن (۱۵ درصد) نه سال (سوم دبستان) و ۳ تن (۷ درصد) ده سال (چهارم دبستان) داشتند. همچنین تحصیلات والدین در قید حیات این کودکان شامل ۸ تن (۲۰ درصد) پدران در قید حیات دارای تحصیلات دیپلم و پایین‌تر، ۶ تن (۱۵ درصد) تحصیلات کاردانی و کارشناسی،

جدول ۱: مقایسه فراوانی گروه‌های پژوهش در متغیرهای جمعیت شناختی

گروه‌ها	گروه مداخله	گروه کنترل
متغیر	فراوانی (%)	فراوانی (%)
<b>جنسیت</b>		
دختر	(۵۰)۱۰	(۵۰)۱۰
پسر	(۵۰)۱۰	(۵۰)۱۰
مجموع	۲۰	۲۰
مقدار خی دو (مقدار احتمال)	P=۱/۰۰۰ .۰۰۰	
<b>سن</b>		
۵ تا ۶ سال	(۲۰)۴	(۲۵)۵
۶ تا ۷ سال	(۱۵)۳	(۲۰)۴
۷ تا ۸ سال	(۳۵)۷	(۵)۱
۸ تا ۹ سال	(۱۵)۳	(۲۵)۵
۹ تا ۱۰ سال	(۱۵)۳	(۲۵)۵
مجموع	۲۰	۲۰
مقدار خی دو (مقدار احتمال)	(P=۰/۳۱۸) ۵/۷۵	

بررسی میانگین و انحراف معیار نمره علائم سوگ که با روش تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر انجام گرفت (جدول ۲).

نتایج نشان داد که بین ۲ گروه پژوهش در توزیع فراوانی متغیرهای جمعیت شناختی جنسیت و سن تفاوت معناداری وجود ندارد (جدول ۱).

جدول ۲: میانگین و انحراف معیار علائم سوگ و افسردگی به تفکیک گروه‌های پژوهش

مرحله	متغیر وابسته	گروه «بسته ترکیبی»		گروه کنترل
		میانگین	انحراف معیار	
پیش آزمون	علائم سوگ	۳/۹۴	۰/۲۶	۴/۲۸
	افسردگی	۲/۳۶	۰/۲۲	۲/۴۰
پس آزمون	علائم سوگ	۳/۰۹	۰/۲۱	۴/۲۷
	افسردگی	۱/۹۸	۰/۱۰	۲/۴۰
پیگیری	علائم سوگ	۳/۱۷	۰/۲۳	۴/۲۶
	افسردگی	۲/۰۶	۰/۱۰	۲/۴۲



### شیوا جزینی و همکاران

همچنین مقدار F محاسبه شده در آزمون لوین در متغیر علائم سوگ و افسردگی در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری معنادار نبود. بنابراین، می توان بیان نمود تفاوت معناداری بین واریانس های خطای ۲ گروه پژوهش وجود ندارد. پیش فرض کرویت که از طریق آزمون ماکلی بررسی شد، معنادار بود به این معنا که پیش فرض کرویت در داده ها رعایت نشده است. بر این اساس در ارائه نتایج تحلیل واریانس اندازه های تکرار شده، نتایج با اصلاح درجه آزادی بر حسب اسپیلن از طریق ردیف گرین هاوس- گیزر ارائه شد. برای متغیر علائم سوگ و افسردگی کودکان نیز نتایج تحلیل واریانس اندازه های تکرار شده نشان می دهد که عامل زمان و تعامل زمان و گروه معنادار است (جدول ۳).

نتایج نشان داد که میانگین نمره علائم سوگ و افسردگی کودکان گروه مداخله تحت «بسته ترکیبی» در پس آزمون و پیگیری تا حدودی کاهش پیدا کرده است و در گروه کنترل نیز میانگین نمره علائم سوگ و افسردگی کودکان تغییر خاصی نداشته است (جدول ۲). همان طور که یافته های جدول ۲ نشان می دهند، نمره شرکت کنندگان پژوهش در مرحله پس آزمون و پیگیری نسبت به نمره پیش آزمون و نمره گروه کنترل متفاوت می باشد. لذا پیش از اجرای تحلیل واریانس اندازه های تکرار شده مفروضات اصلی این نوع تحلیل مورد بررسی قرار گرفت. در مفروضه نرمال بودن داده های آزمون شاپیرو ویلک در نمره کلی علائم سوگ و افسردگی معنادار نبود ( $P > 0.05$ ). لذا می توان بیان نمود توزیع متغیرهای حاضر طبیعی هستند.

جدول ۳: نتایج تحلیل واریانس اندازه گیری مکرر: اثر بخشی «بسته ترکیبی» بر علائم سوگ و افسردگی کودکان

متغیر	منبع	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	آماره F	مقدار احتمال	مجذور اتا	توان آزمون
علائم سوگ	زمان	۴/۶۰	۱/۴۴	۳/۱۸	۷۸/۹۵	۰/۰۰۱	۰/۶۷	۱/۰۰
	تعامل زمان*گروه	۴/۱۲	۱/۴۴	۲/۸۴	۷۰/۷۰	۰/۰۰۱	۰/۶۵	۱/۰۰
	خطا	۲/۲۱	۵۵/۰۰	۰/۰۴	-	-	-	-
بین گروهی	گروه	۲۲/۵۹	۱	۲۲/۵۹	۱۵۲/۵۳	۰/۰۰۱	۰/۸۰	۱/۰۰
	خطا	۵/۶۲	۳۸	۰/۱۴	-	-	-	-
	زمان	۰/۸۱	۱/۵۶	۰/۵۱	۴۰/۷۶	۰/۰۰۱	۰/۵۱	۱/۰۰
افسردگی	تعامل زمان*گروه	۰/۸۳	۱/۵۶	۰/۵۳	۴۱/۸۱	۰/۰۰۱	۰/۵۲	۱/۰۰
	خطا	۰/۷۵	۵۹/۵۴	۰/۰۱	-	-	-	-
	گروه	۲/۲۱	۱	۲/۲۱	۵۶/۹۵	۰/۰۰۱	۰/۶۰	۱/۰۰
بین گروهی	خطا	۱/۴۷	۳۸	۰/۰۳	-	-	-	-

شده نشان داد که عامل زمان [ $F = 40.76$ ;  $P < 0.05$ ; Partial]  $\eta^2 = 0.51$ ، تعامل زمان و گروه [ $F = 48.81$ ;  $P < 0.05$ ; Partial]  $\eta^2 = 0.52$ ، و گروه [ $F = 56.95$ ;  $P < 0.05$ ; Partial]  $\eta^2 = 0.60$  معنادار است. براین اساس می توان گفت تفاوت معناداری بین میانگین نمره افسردگی کودکان در زمان های مختلف (پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری) بین ۲ گروه (مداخله و کنترل) وجود دارد.

در جدول ۴ نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی برای مقایسه مرحله زمانی پیش آزمون با مراحل پس آزمون و پیگیری و بین ۲ گروه پژوهش با یکدیگر در علائم سوگ ارائه شده است.

نتایج تحلیل واریانس اندازه گیری تکرار شده جدول ۳ نشان داد که برای علائم سوگ کودکان، عامل زمان [ $F = 78.95$ ;  $P < 0.05$ ; Partial]  $\eta^2 = 0.67$ ، تعامل زمان و گروه [ $F = 70.70$ ;  $P < 0.05$ ; Partial]  $\eta^2 = 0.65$ ، و گروه [ $F = 152.53$ ;  $P < 0.05$ ; Partial]  $\eta^2 = 0.80$  معنادار است. بنابراین، می توان گفت تفاوت معناداری بین میانگین نمره علائم سوگ کودکان در زمان های مختلف (پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری) بین ۲ گروه (مداخله و کنترل) وجود دارد. برای متغیر افسردگی نیز تحلیل واریانس اندازه گیری تکرار

جدول ۴: آزمون بنفرونی: مقایسه زوجی نمره علائم سوگ کودکان بر اساس تعامل زمان و گروه

گروه	میانگین تعدیل شده	زمان (i)	زمان (j)	تفاوت میانگین	خطا	مقدار احتمال
«بسته ترکیبی» (بازی و قصه درمانی)	۳/۹۴	پیش آزمون	پس آزمون	۰/۸۴*	۰/۰۵۶	۰/۰۰۰
		پیش آزمون	پیگیری	۰/۷۶*	۰/۰۶۶	۰/۰۰۰
	۳/۰۹	پس آزمون	پیش آزمون	-۰/۸۴*	۰/۰۵۶	۰/۰۰۰
		پس آزمون	پیگیری	-۰/۰۸	۰/۰۳۵	۰/۰۷۶
کنترل	۳/۱۷	پیگیری	پیش آزمون	-۰/۷۶*	۰/۰۶۶	۰/۰۰۰
		پیگیری	پس آزمون	۰/۰۸	۰/۰۳۵	۰/۰۷۶
	۴/۲۸	پیش آزمون	پس آزمون	۰/۰۱	۰/۰۵۶	۱/۰۰
		پیش آزمون	پیگیری	۰/۰۲	۰/۰۶۶	۱/۰۰
کنترل	۴/۲۷	پس آزمون	پیش آزمون	-۰/۰۱	۰/۰۵۶	۱/۰۰
		پس آزمون	پیگیری	۰/۰۱	۰/۰۳۵	۱/۰۰
	۴/۲۶	پیگیری	پیش آزمون	-۰/۰۲	۰/۰۶۶	۱/۰۰
		پیگیری	پس آزمون	-۰/۰۱	۰/۰۳۵	۱/۰۰

داد که تفاوت معناداری بین نمره علائم سوگ کودکان در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری وجود ندارد ( $P > ۰/۰۵$ ).

در جدول ۵ نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی برای مقایسه مرحله زمانی پیش آزمون با مراحل پس آزمون و پیگیری و بین ۲ گروه پژوهش با یکدیگر در افسردگی کودکان ارائه شده است.

مقایسه زوجی نتایج آزمون بنفرونی در جدول ۴ نشان می دهد که در گروه «بسته ترکیبی» بین نمره علائم سوگ کودکان در پیش آزمون (۹۴/۳) با پس آزمون (۰۹/۳) و پیش آزمون (۹۴/۳) با پیگیری (۱۷/۳) تفاوت معناداری وجود دارد ( $P > ۰/۰۵$ ). بر اساس این یافته ها می توان گفت اجرای «بسته ترکیبی»، نمره علائم سوگ کودکان را به میزان قابل توجهی در پس آزمون و پیگیری کاهش داده است. در نهایت بررسی یافته ها در گروه کنترل نشان

جدول ۵: آزمون بنفرونی: مقایسه زوجی نمره افسردگی کودکان بر اساس تعامل زمان و گروه

گروه	میانگین تعدیل شده	زمان (i)	زمان (j)	تفاوت میانگین	خطا	معناداری
مداخله «بسته ترکیبی»	۲/۳۶	پیش آزمون	پس آزمون	۰/۳۸*	۰/۰۳۳	۰/۰۰۰
		پیش آزمون	پیگیری	۰/۳۰*	۰/۰۳۷	۰/۰۰۰
	۱/۹۸	پس آزمون	پیش آزمون	-۰/۳۸*	۰/۰۳۳	۰/۰۰۰
		پس آزمون	پیگیری	-۰/۰۷	۰/۰۲۲	۰/۰۶۴
کنترل	۲/۰۶	پیگیری	پیش آزمون	-۰/۳۰*	۰/۰۳۷	۰/۰۰۰
		پیگیری	پس آزمون	-۰/۰۷	۰/۰۲۲	۰/۰۶۴
	۲/۴۱	پیش آزمون	پس آزمون	۰/۰۱	۰/۰۳۳	۱/۰۰
		پیش آزمون	پیگیری	-۰/۰۱	۰/۰۳۷	۱/۰۰
کنترل	۲/۴۰	پس آزمون	پیش آزمون	-۰/۰۱	۰/۰۳۳	۱/۰۰
		پس آزمون	پیگیری	-۰/۰۲	۰/۰۲۲	۱/۰۰
	۲/۴۲	پیگیری	پیش آزمون	۰/۰۱	۰/۰۳۷	۱/۰۰
		پیگیری	پس آزمون	۰/۰۲	۰/۰۲۲	۱/۰۰

چرا آن‌ها را ترک کرده است. لذا "بازی درمانی" می‌تواند به آن‌ها کمک کند. همچنین "قصه درمانی" برای کودکان سوگواری می‌تواند به عنوان یک ابزار کمکی موثر در فرایند تسکین و تسهیل فرآیند روانشناختی و انطباقی آن‌ها با سوگ و از دست دادن عزیزان شان مورد استفاده قرار بگیرد. "قصه درمانی" می‌تواند به کودکان کمک کند تا احساسات خود را بیان کنند. قصه‌ها شامل شخصیت‌ها و رویدادهایی است که ممکن است مشابه تجربه کودک باشد و کودک را ترغیب می‌کند تا احساساتش را شناسایی کند و به اشتراک بگذارد. "قصه درمانی" می‌تواند به کودکان در فرایند تسکین و آرامش یافتن کمک کند. درک و ارتباط با داستان و شخصیت‌ها در قصه‌ها، کودکان را به تأمل و ترکیب با درد و غم خود تشویق می‌کند. همچنین می‌تواند به کودکان کمک کند تا معنا و امید در برابر سوگ را درک کنند. قصه‌ها می‌توانند موضوعاتی مثل انتقال، تحمل و پذیرش را به نمایش بگذارند و به کودکان نشان دهند که زندگی بعد از سوگ ادامه خواهد داشت و امید و معنا همچنان وجود دارد. بعلاوه، "قصه درمانی" می‌تواند فضایی امن و پذیرش‌کننده برای کودکان ایجاد کند. در این فضا، کودکان می‌توانند تجربیات و احساسات خود را بدون هیچ گونه سانسوری و تحمیلی به اشتراک بگذارند. یافته دیگر پژوهش حاضر این بود که "بسته ترکیبی" موجب کاهش افسردگی کودکان مبتلا به سوگ گردید. این یافته با نتایج پژوهش‌های دیگر (۳۹-۴۰)، از این نظر که "بازی درمانی" و "قصه درمانی" در ارتباط با افسردگی کودکان موثر است، همسو بود. برای مثال Burgin & Ray (۳۹) و Golparvar و همکاران (۴۰) نشان دادند که "بازی-درمانی" و "قصه‌درمانی" می‌تواند به‌عنوان یک شیوه درمانی برای کاهش افسردگی کودکان در محیط‌های آموزشی و درمانی به کار برده شوند. در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت که "بازی درمانی" به کودکان کمک می‌کند تا احساسات و افکار خود را در مورد سوگ و افسردگی بیان کنند. این روش بازی و تعامل با مواد بازی، کودک را تشویق می‌کند تا به‌طور غیرمستقیم احساسات خود را از طریق نقش بازی، طراحی و خلق شخصیت‌ها و استفاده از اشیاء بیان کند. فعالیت‌های خلاقانه و بازی در طول جلسات "بازی درمانی"، احساس آرامش و آسایش را ایجاد می‌کند و به کودکان امکان می‌دهد درگیر تجربه خود باشند و در آن فرآیند به تأمل در موضوع سوگ و افسردگی

مقایسه زوجی نتایج آزمون بنفرونی در جدول ۵ نشان می‌دهد که در گروه "بسته ترکیبی" بین نمره افسردگی کودکان در پیش‌آزمون (۲/۳۶) با پس‌آزمون (۱/۹۸) و پیش‌آزمون (۲/۳۶) با پیگیری (۲/۰۶) تفاوت معناداری وجود دارد ( $P < 0/05$ ). بر اساس این یافته‌ها می‌توان گفت اجرای "بسته ترکیبی"، نمره افسردگی کودکان را به میزان قابل توجهی در پس‌آزمون و پیگیری کاهش داده است. در نهایت بررسی یافته‌ها در گروه کنترل نشان داد که تفاوت معناداری بین نمره افسردگی کودکان در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری وجود ندارد ( $P > 0/05$ ).

## بحث

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی "بسته ترکیبی" (بازی و قصه‌درمانی) بر علائم سوگ و افسردگی کودکان ۵ تا ۱۰ ساله ی مبتلا به سوگ انجام گرفت. اولین یافته نشان داد، "بسته ترکیبی" سبب کاهش علائم سوگ در کودکان مبتلا به سوگ موثر است. این یافته با نتایج پژوهش‌های دیگر (۳۶-۳۸) از لحاظ اثربخشی "بازی‌درمانی" و "قصه‌درمانی" در ارتباط با کاهش علائم سوگ کودکان همسو بود. برای مثال Zare و همکاران (۳۸) نشان دادند که "بازی درمانی" در کودکان بر کاهش علائم سوگ موثر است. همچنین Scaletti & Hocking (۲۲) نشان دادند "قصه‌درمانی" به کاهش سوگ کودکان موثر است. در تبیین این یافته می‌توان بیان نمود که توجه به "بازی درمانی" با کودکان مبتلا به سوگ می‌تواند به این کودکان در پذیرش سوگ و فقدان فرد محبوب کمک کند. بازی به کودک اجازه می‌دهد تا تجربیات، افکار، احساسات و تمایلاتی را که برای او تهدیدکننده هستند، نشان دهد. بازی یک روش صحیح برای درمان کودک است، زیرا کودکان اغلب در بیان شفاهی احساساتشان با مشکل روبه‌رو هستند. از طریق بازی کودکان می‌توانند موانع را کاهش دهند و احساسات عمیق‌شان را بهتر نشان دهند. "بازی درمانی" کمک می‌کند خودکارآمدی و اعتماد را در خود رشد دهند، و این از طریق سلطه بر ترس‌ها، فراگیری مهارت و یادگیری تکالفی جدید انجام می‌شود. از آنجایی که کودکان مبتلا به سوگ در پذیرش مساله فقدان دچار مشکل هستند، بنابراین، از به خاطر آوردن واقعیت فقدان دوری می‌کنند و بیشترین هیجان‌هایی که تجربه می‌کنند خشم نسبت به متوفی است با این توجیه که

ناشی از سوگ خصوصا در علائم سوگ و افسردگی در آن ها استفاده شود. محدودیت‌های این مطالعه شامل استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس برای انتخاب کودکان مبتلا به سوگ به عنوان نمونه پژوهش و ساکن شهر اصفهان می باشد. بنابراین، استفاده از نتایج و تعمیم یافته ها دقت شود.

### سپاسگزاری

مقاله حاضر برگرفته از پایان نامه دکتری شیوا جزینی در رشته مشاوره در دانشگاه آزاد اسلامی اصفهان (واحد خوراسگان) و به راهنمایی آقای دکتر محسن گل‌پرور با کد اخلاق آن IR. IAU. KHUISF. REC. 1400. 304 با شماره ۹۷۰۰۱۶۴۴۳ و در تاریخ ۶/۱۰/۱۴۰۰ در کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی اصفهان (واحد خوراسگان) به آدرس <https://ethics.research.ac.ir/IR.IAU.KHUISF.REC.1400.304> ثبت شد. از کودکان شرکت‌کننده و همراهان آن‌ها به دلیل مساعدت و مشارکت در انجام پژوهش، تشکر می شود.

### تضاد منافع

نویسندگان مقاله حاضر هیچگونه تضاد منافی گزارش نکردند.

### References

1. Kakarla SE, Roberts KE, Rogers M, Coats T, Falzarano F, Gang J, Chilov M, Avery J, Maciejewski PK, Lichtenthal WG, Prigerson HG. The neurobiological reward system in Prolonged Grief Disorder (PGD): A systematic review. *Psychiatry Research: Neuroimaging*. 2020; 303:111135. <https://doi.org/10.1016/j.psychresns.2020.111135>
2. Lunderff M, Bonanno GA, Johannsen M, O'Connor M. Are there gender differences in prolonged grief trajectories? A registry-sampled cohort study. *Journal of Psychiatric Research*. 2020; 129(4): 168-175. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2020.06.030>
3. Aslipoor A, Kalamkari M, Samaritan H, Abedi A. [Introduction a Cognitive Behavioral Therapeutic Package based on factors affecting the psychological problems of bereaved children]. *Razi Journal of Medical Sciences*. 2020; 27 (10):36-49. <http://rjms.iums.ac.ir/>

پیردازند (۳۹). "بازی درمانی" به کودکان کمک می‌کند تا در فرایند بازی و تعامل با دیگران، مهارت‌های ارتباطی خود را تقویت کنند. این فرآیند بهبود ارتباطات اجتماعی آن‌ها را تسهیل می‌کند و به کاهش افسردگی و ایجاد ارتباطات مثبت و معنادار کمک می‌کند. همچنین "قصه‌درمانی" با ارائه داستان‌های مرتبط با تجربه سوگ کودک، باعث ایجاد ارتباط و همدلی بین کودک و داستان می‌شود. این ارتباط می‌تواند به کاهش احساس تنهایی و افسردگی کمک کند (۴۰). داستان‌های "قصه‌درمانی" می‌توانند مفاهیمی مانند تغییر، قبول و رشد را به کودکان آموزش دهند و آن‌ها را در راه رو به بهبودی همراهی کنند. همچنین "قصه‌درمانی" می‌تواند به کودکان در تسکین و کاهش افسردگی کمک کند. در حین گوش دادن به داستان، کودکان به فرصت تأمل و تمرکز بر تجربه‌ها و احساسات خود می‌رسند و این باعث آرامش درونی آن‌ها می‌شود (۴۰).

### نتیجه‌گیری

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که "بسته ترکیبی" که شامل "بازی درمانی" و "قصه‌درمانی" است در کاهش علائم سوگ و افسردگی کودکان مبتلا به سوگ اثربخش است. لذا پیشنهاد می‌شود مشاوران و روان‌درمانگران کودکان مبتلا به سوگ از "بسته ترکیبی" در کاهش پیامدهای

[article-1-6163-fa.html](http://article-1-6163-fa.html)

4. Boron L, Naderi F, Heydare A, Bakhtiarpour S, Ehteshamzadeh P. [Comparison of the effectiveness of Drama Therapy and Music Therapy on loneliness, anxiety, and children with grief referred to Ahwaz clinics]. *Journal of Health Promotion Management*. 2021; 10(5):28-40. <http://mail.jhpm.ir/article-1-1242-en.pdf>
5. Melhem NM, Porta G, Shamseddeen W, Payne MW, Brent DA. Grief in children and adolescents bereaved by sudden parental death. *Archives of General Psychiatry*. 2011; 68(9):911-919. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2011.101>
6. Melhem NM, Porta G, Payne MW, Brent DA. Identifying prolonged grief reactions in children: Dimensional and diagnostic approaches. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*. 2013; 52(6):599-607. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2013.02.015>
7. Boelen PA, Spuij M. Symptoms of post-traumatic stress disorder in bereaved

- children and adolescents: Factor structure and correlates. *Journal of Abnormal Child Psychology*. 2013; 41(5):1097-1108. <https://doi.org/10.1007/s10802-013-9748-6>
8. Price M. *Deathucation: On Childhood Bereavement and Drama Therapy* 2020. [https://digitalcommons.lesley.edu/expressive\\_theses/308](https://digitalcommons.lesley.edu/expressive_theses/308)
  9. Legerstee JS, Garnefski N, Jellesma FC, Verhulst FC, Utens EM. Cognitive coping and childhood anxiety disorders. *European Child & Adolescent Psychiatry*. 2010; 19:143-150. <https://doi.org/10.1007/s00787-009-0051-6>
  10. Draghi TT, Cavalcante Neto JL, Rohr LA, Jelsma LD, Tudella E. Symptoms of anxiety and depression in children with developmental coordination disorder: A systematic review. *Journal de Pediatria*. 2020; 96(1): 8-19. <https://doi.org/10.1016/j.jped.2019.03.002>
  11. Spruit A, Goos L, Weenink N, Rodenburg R, Niemeyer H, Stams GJ, Colonna C. The relation between attachment and depression in children and adolescents: A multilevel meta-analysis. *Clinical Child and Family Psychology Review*. 2020; 23(1): 69-54. <https://doi.org/10.1007/s10567-019-00299-9>
  12. Vibhakar V, Allen LR, Gee B, Meiser-Stedman R. A systematic review and meta-analysis on the prevalence of depression in children and adolescents after exposure to trauma. *Journal of Affective Disorders*. 2019; 255(3):77-89. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.05.005>
  13. Aghdam ZO, Atadokht A, Basharpour S. [The effectiveness of parent-child relationship-based Game Therapy on quality of life in preschool children]. *Journal of Health Promotion Management*. 2020; 9(3):1-9. <http://jhpm.ir/article-1-1058-en.html>
  14. Drisko J, Corvino P, Kelly L, Nielson J. Is individual child play therapy effective? Research on Social Work Practice. 2020; 30(7):715-723. <https://doi.org/10.1177/1049731519854157>
  15. Caleffi CC, Rocha PK, Anders JC, Souza AI, Burciaga VB, Serapião LD. Contribution of structured therapeutic play in a nursing care model for hospitalized children. *Revista Gaucha de Enfermagem*. 2016; 37(2): 1-8. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2016.02.58131>
  16. Deldadeh M, Kianfar S, Alibalae F. [Investigating the effect of Play Therapy on heat stroke children]. *Journal of Research in Psychology and Education*. 2021; 4(24):43-55. <https://civilica.com/doc/1464868/>
  17. Nijhof SL, Vinkers CH, van Geelen SM, Duijff SN, Achterberg EM, Van Der Net J, et al. Healthy play, better coping: The importance of play for the development of children in health and disease. *Neuroscience & Bio Behavioral Reviews*. 2018; 95 (3):421-429. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2018.09.024>
  18. Ebadinejad Z, Barzegari Esfaden Z, Mirysadi H. [The effectiveness of storytelling in the form of group discussion on the general anxiety of preschool children]. *Pediatric and Infant Nursing Journal*. 2018; 3 (5): 73-68. <https://www.sid.ir/paper/416279/fa>
  19. Bagharian H, Zare A, Gul Mohammadian M. [The effectiveness of storytelling on teaching social intelligence of preschool children in Kermanshah city]. *Organization of Astan Quds Razavi Library, Museums, and Document Center*. 2019; 23(4): 172-155. 10.30481/LIS.2020.219946.1680
  20. Raezanikargar MG. [The effectiveness of Story Therapy on depression and anxiety of bereaved children]. Master's thesis in psychology, Islamic Azad University, central Tehran Branch. 2015. <https://elmnet.ir/Article/10867818-19952/>
  21. Hedtke L. Creating stories of hope: A narrative approach to illness, death, and grief. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*. 2014;35(1):4-19. <https://doi.org/10.1002/anzf.1040>
  22. Scaletti R, Hocking C. Healing through storytelling: An integrated approach for children experiencing grief and loss. *New Zealand Journal of Occupational Therapy*. 2010;57(2):66-71. <https://www.otnz.co.nz/public/>
  23. Shiva J, Golparvar M, Sajjadian E. Developing an integrative counseling package and comparing its effectiveness with child narrative therapy on grief symptoms, isolationism, separation anxiety, depression, stubbornness and anger in children aged 5 to 10 years old. Unpublished thesis. 1400.
  24. Hashemizade F, Ahmadzadeh Zahedani F. A solution for healing all types of grief in children and adolescents. Ariya Danesh Publishers; 2021, <https://www.ketabrah.ir>
  25. Barrett TW, Scott TB. Development of the Grief Experience Questionnaire. *Journal of Suicide*

- and Life-Threatening Behavior. 1989; 19(2):201-215. <https://doi.org/10.1111/j.1943-278X.1989.tb01033.x>
26. Bailey E, Katherine Dunham, Michael J, Kral S. Factor structure of the Grief Experience Questionnaire (GEQ). *Death Studies*. 2000; 24(8):721-738. <https://doi.org/10.1080/074811800750036596>
  27. Wagner B, Hofmann L, Grafiadeli R. The relationship between guilt, depression, prolonged grief, and posttraumatic stress symptoms after suicide bereavement. *Journal of Clinical Psychology*. 2021; 77(11):2545-2558. <https://doi.org/10.1002/jclp.23192>
  28. Mehdipour S, Shahidi S, Roshan R, Dehghani M. [The validity and reliability of «Grief Experience Questionnaire» in an Iranian sample]. *Clinical Psychology and Personality*. 2009;7(2):35-48. [https://cpap.shahed.ac.ir/article\\_2625.html](https://cpap.shahed.ac.ir/article_2625.html)
  29. Esmaeil Pour K, Bakhshalizadeh Moradi S. [The severity of grief reactions following death of first-grade relatives]. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*. 2015; 20(4):363-71. <http://ijpcp.iuums.ac.ir/article-1-2304-fa.html>
  30. Kovacs M. Children's Depression Inventory. *Acta Paedopsychiatrica: International Journal of Child & Adolescent Psychiatry*. 1992. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/4089116/>
  31. Dehshiri GH, Najafi MA, Shikhi M, Habibi Askarabad M. [Investigating primary psychometric properties of C Children's Depression Inventory (CDI)]. *Journal Family Research*. 2009; 18:159-173. [https://jfr.sbu.ac.ir/article\\_95448.html](https://jfr.sbu.ac.ir/article_95448.html)
  32. Wu WF, Lu YB, Tan FR, Yao SQ. Reliability and validity of the Chinese version of Children's Depression Inventory. *Chinese Mental Health Journal*. 2010, Oct. <https://www.semanticscholar.org/paper/Reliability-and-validity-of-the-Chinese-version-of-Wu-Lu/c296dae191a59272c2192ba3efb5192bc73942ec>
  33. Ahlen J, Ghaderi A. Evaluation of the Children's Depression Inventory-Short Version (CDI-S). *Psychological Assessment*. 2017; 29(9):11-57. <https://doi.org/10.1037/pas0000419>
  34. Mokhtarnia I, Habibi M, Kholghi H, Mohammadi E, Kalantari F. [The study of psychometric properties of the Self-Rating Depression Scale for Children and Adolescents]. *Journal Rooyesh-e-Ravanshenasi*. 2018; 7(4): 1-21. <http://frooyesh.ir/article-296-1-fa.html>
  35. Rajabi GR, Attari YA. [Factor analysis of Children and Adolescents Depression Inventory Questionnaire]. *Journal of Counseling Research*. 2004; 1(9-10):83-102. <https://www.sid.ir/paper/69986/fa>
  36. Gonzalez CL, Bell H. Child-centered play therapy for Hispanic children with traumatic grief: Cultural implications for treatment outcomes. *International Journal of Play Therapy*. 2016; 25(3):146-153. <https://doi.org/10.1037/pla0000023>
  37. Stutey DM, Helm HM, LoSasso H, Kreider HD. Play Therapy and photo-elicitation: A narrative examination of children's grief. *International Journal of Play Therapy*. 2016; 25(3): 154-165. <https://doi.org/10.1037/a0039956>
  38. Zare S, Pourshahriari M S, Rahimi C. [The effect of Play Therapy on bereavement symptoms in children covered by the Imam Khomeini Relief Committee]. *Consulting Research Journal*. 2016; 15 (63): 98-81. <http://irancounseling.ir/journal/article-1-270-fa.html>
  39. Burgin EE, Ray DC. Child-centered play therapy and childhood depression: An effectiveness study in schools. *Journal of Child and Family Studies*. 2022;1-5. <https://doi.org/10.1007/s10826-021-02198-6>
  40. Golparvar M, Aghaei A, Bordbar MR. [Comparing the effectiveness of group story therapy and the art-play therapy on anxiety and depression in children with cancer: Based on the framework, principles, and rules of cognitive-behavioral approach]. *Iranian Journal of Rehabilitation Research*. 2019; 6(1):50-59. 10.21859/ijrn-05507