Journal of Research in Behavioral Sciences

Year 2023, Volume 21, Issue 3

The Effectiveness of Play Therapy on Behavioral Problems, Loneliness and Depression of Deaf Children

Arezo Taheri[1], Abulqasem Pyadeh -Kohsar[2], Hassan Abdi[3]

1. Master's Degree in Clinical Psychology, Department of Psychology, Shahrood branch, Islamic Azad University, Shahrood, Iran.

2. (Corresponding author) * Assistant Professor, Department of Islamic Teachings, Shahrood Branch, Islamic Azad University, Shahrood, Iran.

3. Assistant Professor, Department of Physical Education and Sport Sciences, Shahrood Branch, Islamic Azad University, Shahrood, Iran.

Abstract

Aim and Background: The purpose of this study was to investigate the effectiveness of play therapy on behavioral problems, feelings of loneliness and depression of deaf children.

Materials and Methods: The research method is semi-experimental with pre-test, post-test and control and experimental groups. The statistical population of the research was made up of deaf children of Shahrood city. The purposeful sampling method is that based on the research entry criteria, 30 children from exceptional Kedars of Shahrood city will be selected, who will be divided into 2 groups in a simple random manner. Research questionnaires included Asher's feeling of loneliness in children and adolescents, Covey and Patterson Behavioral Problems Questionnaire (RBPC) - Revised form, and Maria Kovas Children's Depression (CDI). Analysis of covariance test was used to analyze the research data. All statistical operations of the research were considered using SPSS version 25 software with a significance level of $P<0.05$.

Findings: The research results showed that after controlling for the effect of the pre-test, the difference between the pre-test and post-test scores of the two groups is significant for the variable of behavioral problems and depression, and the mean scores of the experimental group in the variable of behavioral problems and depression are also significantly lower than the control group. $p > 0.001$). Also, the difference in the mean scores of the post-test feeling of loneliness in the two experimental and control groups is significant ($P=0.031$).

Conclusion: According to the results of the research, it can be said that play therapy is a suitable approach and intervention in reducing behavioral problems, depression and loneliness of deaf children.

Keywords: Play Therapy, Behavioral Problems, Loneliness, Depression, Deaf Children

Citation: Taheri A, Pyadeh -Kohsar A, Abdi H. **The Effectiveness of Play Therapy on Behavioral Problems, Loneliness and Depression of Deaf Children**. Res Behav Sci 2023; 21(3): 563-574.

*** Abulqasem Pyadeh -Kohsar,**
Email: a.koohsar@yahoo.com

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-07]

[DOI: 10.48305/21.3.563]

اثربخشی بازی‌درمانی بر مشکلات رفتاری، احساس تنهایی و افسردگی کودکان ناشنوا

آرزو طاهری[۱]، ابوالقاسم پیاده کوهسار[۲]*، حسن عبدی[۳]

۱- کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، گروه روان‌شناسی، واحد شاهرود، دانشگاه آزاد اسلامی، شاهرود، ایران.

۲- (نویسنده مسئول)* استادیار، گروه معارف اسلامی، واحد شاهرود، دانشگاه آزاد اسلامی، شاهرود، ایران.

۳- استادیار، گروه تربیت‌بدنی و علوم ورزشی، واحد شاهرود، دانشگاه آزاد اسلامی، شاهرود، ایران.

چکیده

مقدمه و هدف: هدف از این پژوهش بررسی اثربخشی بازی‌درمانی بر مشکلات رفتاری، احساس تنهایی و افسردگی کودکان ناشنوا بود.

مواد و روش‌ها: روش پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و گروه‌های کنترل و آزمایشی می‌باشد. جامعه آماری تحقیق را کودکان ناشنوا شهرستان شاهرود تشکیل دادند. روش نمونه‌گیری هدفمند بوده که براساس معیارهای ورود به تحقیق ۳۰ نفر از کودکان مدارس استثنایی شهرستان شاهرود انتخاب شدند که به‌صورت تصادفی ساده به ۲ گروه تقسیم شدند. پرسشنامه‌های تحقیق شامل احساس تنهایی آشر کودک و نوجوان، پرسشنامه مشکلات رفتاری کودکان و نوجوانان کوای و پترسون (RBPC) – فرم تجدیدنظر شده و افسردگی کودکان ماریا کواس (CDI) بود. جهت تجزیه‌وتحلیل داده‌های تحقیق از آزمون تحلیل کوواریانس استفاده شد. تمام عملیات آماری پژوهش با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۵ با سطح معنی‌داری $P<۰/۰۵$ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: نتایج پژوهش نشان داد که پس از کنترل اثر پیش‌آزمون، تفاوت نمره‌های پیش‌آزمون- پس‌آزمون دو گروه برای متغیر مشکلات رفتاری و افسردگی معنادار است و میانگین نمره‌های گروه آزمایش در متغیر مشکلات رفتاری و افسردگی نیز به‌طور معناداری کمتر از گروه کنترل است ($p<۰/۰۰۱$). هم‌چنین تفاوت میانگین نمره‌های پس‌آزمون احساس تنهایی در دو گروه آزمایش و کنترل معنادار است ($P=۰/۰۳۱$).

نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج تحقیق می‌توان گفت که بازی‌درمانی رویکرد و مداخله مناسب در کاهش مشکلات رفتاری، افسردگی و احساس تنهایی کودکان ناشنوا می‌باشد.

واژگان کلیدی: بازی‌درمانی، مشکلات رفتاری، احساس تنهایی، افسردگی، کودکان ناشنوا.

ارجاع: طاهری آرزو، پیاده کوهسار ابوالقاسم، عبدی حسن. **اثربخشی بازی‌درمانی بر مشکلات رفتاری، احساس تنهایی و افسردگی کودکان ناشنوا.** مجله تحقیقات علوم رفتاری ۱۴۰۲؛ ۲۱(۳): ۵۶۳-۵۷۴.

* **ابوالقاسم پیاده کوهسار،**

رایانامه: a.koohsar@yahoo.com

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-07]

[DOI: 10.48305/21.3.563]

مقدمه

مطالعات متعدد نشان می‌دهد که رشد دانش آموزان ناشنوا و کم‌شنوا (D/HH) با چالش‌های ویژه‌ای مواجه است. یافته‌های علوم شناختی (۱)، سواد (۲) و رشد اجتماعی-عاطفی (۳) نشان می‌دهد که کاهش شنوایی ادراک و/یا همبستگی‌های آن بر بسیاری از فرآیندها تأثیر می‌گذارد که برای افشای مؤثر و تعاملی جهان مهم هستند و باید برای این امر در هنگام تربیت و آموزش این کودکان کمک‌های ویژه در نظر گرفته شود. کالدرون و گرینبرگ (۳) خاطرنشان کردند که در تمام دوره‌های رشد، عملکرد شایسته با توانایی هماهنگ کردن عاطفه، شناخت، ارتباطات و رفتار مرتبط است. بااین‌حال، ما می‌دانیم که بسیاری از دانش آموزان D/HH در طول رشد خود تجربیاتی را به دست می‌آورند که این یکپارچگی زبان، شناخت و تأثیر را دشوار می‌کند (۴). اکثر مطالعات کنونی روی دانش‌آموزان D/HH، نرخ‌های قابل‌توجهی را برای اختلالات رفتاری در تقریباً همه حوزه‌های مهم در مقایسه با دانش‌آموزان شنوا نشان می‌دهند (۵). در پژوهش‌های مختلف نشان داده‌شده است اختلالات رفتاری در کودکان دارای مشکل شنوایی بیشتر از کودکان بدون مشکل شنوایی است (۶، ۷).

کمبود مهارت‌های ارتباطی اغلب به ناسازگاری منجر می‌شود و با آموزش مناسب قابل جبران است (۴) با توجه به اینکه مهارت‌های ارتباطی و اجتماعی در ارتباط با دیگران آموخته می‌شوند و لزوم کسب بسیاری از این مهارت‌ها، داشتن قدرت و حواس کافی ازجمله شنوایی است، درنتیجه افراد ناشنوا به‌واسطه نارسایی شنوایی، از به دست آوردن چنین تجربیاتی محروم هستند که این می‌تواند بر رشد ارتباطی و تعامل اجتماعی افراد ناشنوا تأثیری منفی داشته باشد (۵). ناشنوایی ممکن است تأثیر بلندمدتی بر رشد اجتماعی و هیجانی کودکان داشته باشد (۶). گاهی کودکان ناشنوایی که در خانواده‌های شنوا به دنیا می‌آیند، در رشد اجتماعی، هیجانی و شناختی تأخیر دارند (۷). حتی گاهی در رشد و تحول هیجانی، شناختی، اجتماعی و تحصیلی از همسالان شنوای خود عقب می‌افتند (۸)؛ زیرا در مراحل اولیه زندگی، ارتباط از راه شنوایی برای دستیابی به گفتار، شناخت، رفتار و تحول اجتماعی ضروری است (۹). درواقع، افت شنوایی بر حوزه‌های مختلف زندگی فردی ازجمله رشد اجتماعی و رشد هیجانی تأثیر دارد (۱۰). علاوه بر این، واکنش‌های اجتماعی افراد جامعه و نحوهٔ برخورد آن‌ها نسبت به کودکان کم‌شنوا و ابراز احساساتی مانند ترحم و دلسوزی نسبت به این کودکان ممکن است شرایط دشوارتری را به وجود بیاورد (۱۱). برخی اوقات کودکان ناشنوایی که دارای والدین شنوا هستند، در رشد اجتماعی هیجانی با تأخیر مواجه می‌شوند و برقراری ارتباط دوستانه در آن‌ها ضعیف‌تر از همسالان شنوایی‌شان است (۱۲). کودکان ناشنوا هرروز با موانع اجتماعی مواجه می‌شوند که نیازمند بررسی عوامل محیطی و ارتباطی است. کودکان ناشنوا که در خانواده‌های شنوا بزرگ‌شده‌اند، در دنیای شنوایی با موانعی برای رشد مواجه می‌شوند که بیان افکار، احساسات و عواطف آن‌ها را محدود می‌کند (۱۳). کودکان به‌طور طبیعی از طریق بازی ارتباط برقرار می‌کنند. آن‌ها حق دارند خودشان را به‌صورت غیرکلامی ابراز کنند (۱۴). چند دهه است که بازی‌درمانی به‌عنوان مداخله‌ای برای کمک به کودکان مبتلابه ایدز برای تقویت رفتارهای سازگارانه و ایجاد روابط اجتماعی قوی‌تر پیشنهاد شده است (۱۵). بازی‌درمانی کودک محور ممکن است فرصتی برای کودکان ناشنوا فراهم کند تا رابطه درمانی را تجربه کنند که رشد و کشف افکار، احساسات و عواطف کودک را در یک محیط باز و پذیرنده تقویت می‌کند (۱۳). متخصصان بازی‌درمانی اعتقاددارند این روش کودکان را قادر می‌سازد تا مشکلاتی را که نمی‌تواند در زندگی روزمره خود بیان کند، به‌صورت بازی به نمایش درآورد و هیجان‌های پنهان با هدایت درمانگر آشکار سازد (۱۶)، زیرا تنظیم هیجان در زندگی همه انسان‌ها از اهمیت چشمگیری برخوردار است (۱۷).

رویکردهای مختلف معتقدند که استفاده از بازی یا محیط بازی، ویژگی اجتناب‌ناپذیر تشخیص و درمان کودکانی است که مشکلات رفتاری و روان‌شناختی دارند؛ زیرا کودکان اغلب در بیان شفاهی احساساتشان با مشکل روبرو هستند. آن‌ها می‌توانند از طریق بازی موانع را کاهش دهند و احساساتشان را بهتر نشان دهند (۱۸). بازی‌درمانی در درمان انواع اختلالات کودکان مثل افسردگی، اضطراب و مشکلات رفتاری استفاده‌شده و در بسیاری از موارد مؤثر ارزیابی‌شده است (۱۹). بازی با تحریک قشر حسی و حرکتی ارتباط‌های بسیاری بین منطقه لیمبیک و بخش‌های بینایی، شنوایی و گفتاری برقرار نموده و با اثرگذاری متقابل مغز و دستگاه عصبی، کمیت و کیفیت پاسخ‌دهی رفتاری و عملکرد یادگیری و عصبی را افزایش می‌دهد (۲۰). بخصوص وقتی مداخلات درمانی مانند بازی‌درمانی و ترکیب آن با تمرین‌های توان‌بخشی ارائه شود، بر این فرض استوار است که این دسته از درمان‌ها موجب بهبود مشکلات رفتاری و عاطفی

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-07]

[DOI: 10.48305/21.3.563]

کودک گردیده و سلامت روان کودک را در آینده و بازگشت به زندگی عادی تضمین می‌کند (۲۱).

ازجمله متغیرهای مرتبط با مشکلات رفتاری که می‌تواند در کودکان و نوجوانان ناشنوا تحت تأثیر قرار بگیرد، افسردگی است (۸). افسردگی به وجود اندوه، احساس تهی‌بودن یا خلق تحریک‌پذیر همراه با تغییرات شناختی و جسمی اشاره دارد که به شکل چشمگیری بر ظرفیت کارکردی فرد تأثیر منفی می‌گذارد (۹). کودکان و نوجوانان ناشنوا و کم‌شنوا بیشتر از هم‌سالان شنوای خود افسردگی را تجربه می‌کنند (۱۰). لی و همکاران نشان دادند که افراد دارای مشکلات شنوایی علائم افسردگی را تجربه می‌کنند (۱۱). علاوه‌براین، براساس پژوهش کیم و همکاران (۱۲) میزان افسردگی در افراد دارای مشکلات شنوایی ۷/۹ درصد و در میان افراد شنوا ۵/۷ درصد بوده است.

احساس تنهایی را یک حالت روانشناختی ناشی از نارسایی‌های کمی و کیفی در روابط اجتماعی می‌دانند و ممکن است در هر سنی تنهایی رخ دهد (۱۳). احساس تنهایی با احساسات منفی مانند اضطراب، افسردگی و ... همراه است، کلمه تنهایی به فقدان روابط اجتماعی و انزوا اشاره دارد (۱۴). طبق پژوهش‌های سوان و همکاران (۱۵) مشارکت در بازی‌درمانی گروهی باعث کاهش علائم اضطراب و احساس تنهایی و رفتارهای مسئله‌دار کلاسی در کودکان شد. بازی‌درمانی به‌طور غیرمستقیم باعث می‌شود کودکان از طریق بازی بتوانند مشکلات خودشان را در محیط مدرسه و گروه همسالان حل کنند (۱۶). هدف از این تحقیق بررسی اثربخشی بازی‌درمانی بر مشکلات رفتاری، احساس تنهایی و افسردگی کودکان ناشنوا می‌باشد. بازی می‌تواند تفکر درونی کودک را با دنیای بیرونی او مرتبط سازد و موجب شود کودک شرایط محیطی را به نحو بهتری کنترل کنند (۱۷). با توجه به اینکه کودکان هنوز به مرحله تفکر انتزاعی نرسیده‌اند و نمی‌توانند هیجان‌ها و احساس‌های خود را به‌راحتی ابراز کنند، بازی آن‌ها را قادر می‌سازد تا تجربه‌ها، هیجان‌ها و افکار مختلف خود را ابراز کنند (۱۸). این مسئله در کودکان کم‌شنوا به دلیل توانایی کمتر در برقراری ارتباط کلامی برجسته‌تر است (۱۹). با توجه به اینکه کودکان ناشنوا دارای مشکلات خاص خود هستند ضرورت تحقیق در این زمینه بیشتر موردتوجه محققان می‌باشد؛ بنابراین محقق درصدد پاسخ به این سال است که آیا بازی‌درمانی بر مشکلات رفتاری، احساس تنهایی، اضطراب و افسردگی کودکان ناشنوا اثر دارد؟

مواد و روش‌ها

این پژوهش یک مطالعه نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و گروه‌های کنترل و آزمایشی می‌باشد. جامعه آماری تحقیق را کودکان ناشنوا شهرستان شاهرود تشکیل دادند. روش نمونه‌گیری هدفمند بوده که براساس معیارهای ورود به تحقیق ۳۰ نفر از کودکان مدارس استثنایی شهرستان شاهرود انتخاب خواهند شد که به‌صورت تصادفی ساده به ۲ گروه تجربی و کنترل تقسیم شدند.

معیارهای ورود به تحقیق: ناشنوایی، تمایل به شرکت در پژوهش، نداشتن بیماری جسمی یا روانی حاد، عدم وجود معلولیتی به‌غیراز ناشنوایی مثل نابینایی یا ناتوانی ذهنی

معیارهای خروج از مطالعه عبارت بودند از: غیبت بیش از جلسه در پروتکل بازی‌درمانی، عدم تکمیل پرسشنامه‌ها، تمایل نداشتن به ادامه شرکت در مطالعه. به‌منظور رعایت اخلاق در پژوهش شرط اساسی رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش، حفظ اطلاعات و اسرار شخصی شرکت‌کنندگان و خروج در هر مرحله از پژوهش درصورتی‌که فرایند درمان موجبات سلب آسایش روانی فرد را ایجاد می‌کرد لحاظ شد. برای جمع‌آوری اطلاعات و اندازه‌گیری متغیرها از ۳ ابزار بدین شرح استفاده شد. ۱) برگه اطلاعات جمعیت شناختی ۲) پرسشنامه احساس تنهایی آشر کودک و نوجوان ۳) پرسشنامه مشکلات رفتاری کودکان و نوجوانان کوای و پترسون (RBPC) – فرم تجدیدنظر شده ۴) افسردگی کودکان ماریا کواس (CDI) بود.

برگه اطلاعات جمعیت شناختی: به‌منظور جمع‌آوری اطلاعات فردی و دموگرافیک آزمودنی‌ها، برگه اطلاعات فردی طراحی گردید که در آن سن، پایه تحصیلات، جهت ترسیم تصویر جمعیت شناختی آزمودنی‌ها تهیه و استفاده گردید.

پرسشنامه مشکلات رفتاری کودکان و نوجوانان کوای و پترسون (RBPC) – فرم تجدیدنظر شده: این پرسشنامه ۲۸ سال داشته و هدف آن بررسی مشکلات رفتاری کودکان و نوجوانان (اختلال سلوک، مشکلات توجه– ناپختگی، پرخاشگری اجتماعی، اضطراب– گوشه‌گیری) می‌باشد. برای نمره‌گذاری این پرسش‌نامه، سه نمره صفر، یک و دو به کار برده می‌شود. نمره دو به مشکل رفتاری که به‌صورت حاد دیده شود، نمره یک به مشکلاتی که صورت حاد ندارند و نمره صفر به عدم وجود مشکلات رفتاری داده می‌شود. بیشترین نمره به‌دست‌آمده برای هر خرده آزمون دو برابر شماره گویه‌ها در آن

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-07]

[DOI: 10.48305/21.3.563]

خرده آزمون و کمترین نمره برای هر خرده آزمون صفر می‌باشد. دامنه مشکلات فرد از صفر تا ۱۷۶ نوسان دارد. این پرسشنامه دارای ۴ بعد اختلال سلوک، مشکلات توجه- ناپختگی، پرخاشگری اجتماعی و اضطراب- گوشه‌گیری می‌باشد. برای به دست آوردن امتیاز مربوط به هر بعد مجموع امتیازات آن بعد را باهم جمع نموده و به‌منظور به دست آوردن امتیاز کلی پرسشنامه مجموع امتیازات تک‌تک سؤالات را محاسبه نمائید. امتیاز بالاتر نشان‌دهنده اختلال رفتاری بیشتر و نمرات بالاتر در هر بعد، نشان‌دهنده بیشتر بودن اختلال مربوط به آن بعد در فرد موردنظر می‌باشد و برعکس. در پژوهش شهیم و همکاران (۲۰) روایی پرسشنامه هوای و پترسون به روش همبستگی گویه ها با نمره کل، تحلیل عوامل و همبستگی بین نمرات پرسشنامه با نمرات پرسشنامه رفتار کودک راتر (۰/۸۸) به دست آمد و تحلیل عوامل با مؤلفه‌های اصلی و سپس چرخش واریماکس، استخراج چهار عامل باارزش ویژه بیشتر از یک را در پی داشت که عبارت‌اند ا ز: اختلال سلوک، مشکلات توجه- ناپختگی، پرخاشگری اجتماعی و اضطراب- گوشه‌گیری. به‌منظور محاسبه پایایی آن از روش ضریب آلفای کرونباخ استفاده گردید که بین ۰/۸۵ تا ۰/۹۷ بود.

احساس تنهایی آشر کودک و نوجوان: این مقیاس براساس مقیاس احساس تنهایی آشر و همکاران ساخته‌شده و دارای ۲۴ سؤال است که ۸ سؤال آن انحرافی است و به موضوعات موردعلاقه آزمودنی‌ها مربوط است؛ اما در نمره‌گذاری مقیاس احساس تنهایی از آن‌ها استفاده نمی‌شود؛ بنابراین سؤال‌های اصلی مقیاس ۱۶ سؤال می‌باشد. هدف از سؤال‌های انحرافی این است که آزمودنی‌ها بااحساس آرامش و راحتی بیشتری نگرش‌های خود را ابراز و از بروز پاسخ‌های جهت‌دار جلوگیری شود. مؤلفه‌ها شامل تنهایی عاطفی و تنهایی اجتماعی بود. نمره‌گذاری سؤال‌ها روی یک مقیاس ۵ درجه‌ای از هیچ تا وقت تا همیشه صورت می‌گیرد. علاوه بر آن، تعدادی از سؤال‌ها در جهت مخالف با سایر سؤال‌ها نمره‌گذاری می‌شوند؛ به‌عنوان‌مثال اگر به گزینه «همیشه» در سؤال دوستان زیادی دارم، نمره ۱ تعلق گیرد؛ این گزینه در سؤال «کسی را ندارم که با او حرف بزنم» نمره ۵ دریافت می‌کند. دلیل این تغییر آن است که نمره ۵ درهرصورت نشانگر بیشترین میزان احساس تنهایی در هرکدام از سؤال‌ها باشد. سؤال‌های ۲، ۵، ۷، ۱۱، ۱۳، ۱۵، ۱۹ و ۲۳ گویه‌های انحرافی و سرگرم‌کننده هستند و سؤال‌های ۱، ۴، ۸، ۱۰، ۱۶ و ۲۲ به‌صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. حداقل امتیاز ممکن ۲۴ و حداکثر ۱۲۰ خواهد بود. نمره بین ۲۴ تا ۴۸: احساس تنهایی در دانشجویان پایین است. نمره بین ۴۸ تا ۷۲: احساس تنهایی در دانشجویان متوسط است. نمره بالاتر از ۷۲: احساس تنهایی در دانشجویان بالا است. مقیاس احساس تنهایی آشر و همکاران در پژوهش‌های مختلف مورداستفاده قرارگرفته است. پژوهش‌های انجام‌شده با این مقیاس حکایت از روایی و اعتبار مناسب مقیاس دارد؛ به‌عنوان‌مثال اعتبار مقیاس احساس تنهایی آشر و همکاران در پژوهش ولیمالای ۰/۸۸ به دست آمد. در پژوهشی که حسین چاری و خیر در ایران باهدف بررسی روایی و اعتبار مقیاس احساس تنهایی ۴۴ ماده‌ای آشر و همکاران به روی ۳۶۹ دانش‌آموز (۱۸۶ دختر و ۱۸۳ پسر) مقطع راهنمایی تحصیلی انجام دادند، به این نتیجه دست یافتند که مقیاس موردبحث از روایی و اعتبار قابل قبولی برخوردار می‌باشد. همسانی درونی مقیاس در پژوهش رضایی و همکاران (۲۱) ۰/۸۱ به دست آمد. در پژوهش رضایی و همکاران (۱۳۹۲) از مقیاس ۲۴ ماده‌ای آشر و همکاران ترجمه حسین چاری و خیر استفاده شد. شایان توجه است که به‌منظور همخوان کردن مقیاس احساس تنهایی آشر و همکاران با بافت دانشگاه، در برخی عبارات آن تغییراتی داده شد. به‌عنوان‌مثال عبارت «برای من آسان است که در مدرسه دوستان جدیدی پیدا کنم»، به‌صورت «برای من آسان است که در دانشگاه دوستان جدیدی پیدا کنم» تغییر داده شد. ۲۴ سؤال مقیاس احساس تنهایی آشر و همکاران (عبارات بازنگری شده) که پس‌ازاین، مقیاس احساس تنهایی دانشجویان (SLFS) نامیده می‌شود. در پژوهش رضایی و همکاران (۱۳۹۲) برای تعیین روایی سازه مقیاس احساس تنهایی (SLFS)، از روش تحلیل عاملی و روایی همگرا استفاده شد. پیش از اجرای تحلیل عاملی، شاخص کفایت نمونه‌برداری (KMO) و مقدار آزمون کرویت بارتلت محاسبه گردید. نتایج نشان داد که مقدار KMO برابر با ۰/۸۱۹ و مقدار آزمون کرویت بارتلت برابر با ۵۴۵/۲۷۱ به دست آمد که هر دو معنی‌دار بودند. بدین ترتیب علاوه بر کفایت نمونه‌برداری، اجرای تحلیل عاملی بر پایه ماتریس موردمطالعه نیز قابل توجیه بود. برای تعیین اینکه مقیاس احساس تنهایی (SLFS) از چند عامل اشباع‌شده است، شاخص‌های ۱- ارزش ویژه، ۲- نسبت واریانس تبیین شده توسط هر عامل و ۳- نمودار اسکری موردتوجه قرار گرفت. بر این اساس دو عامل استخراج شد که این دو عامل روی‌هم ۴۰/۲۷ درصد از واریانس کل آزمون را تبیین می‌کنند. مقدار

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-07]

[DOI: 10.48305/21.3.563]

واریانس تبیین شده توسط عامل اول، ۲۴/۰۵ درصد و عامل دوم ۱۶/۲۲ درصد می‌باشد. این دو عامل با توجه به مبانی نظری تحقیق و محتوای سؤال‌های قرارگرفته روی عوامل و مطابق پژوهش‌های ویس، مارکوئن و بروماکن، راسل، کاترونا، راس و یورکو که قائل به دو نوع تنهایی عاطفی و تنهایی اجتماعی بودند، تحت عناوین احساس تنهایی عاطفی و احساس تنهایی اجتماعی نام‌گذاری شد. برای محاسبه روایی همگرای مقیاس احساس تنهایی (SLFS) از اجرای هم‌زمان آن با مقیاس اضطراب، افسردگی و استرس (DASS-42) استفاده شد؛ که براساس پژوهش‌های انجام‌شده بااحساس تنهایی رابطه معنی‌داری داشتند، به این منظور مقیاس‌های ذکرشده به‌طور هم‌زمان در بین ۳۷۶ نفر از دانشجویان دانشگاه سمنان اجرا و اطلاعات حاصله با استفاده از ضریب همبستگی پیرسون تحلیل گردید. نتایج نشان داد که میزان همبستگی بین نمره کل احساس تنهایی و مقیاس‌های افسردگی (۰/۴۱)، اضطراب (۰/۳۰) و استرس (۰/۳۹) معنی‌دار می‌باشد. علاوه بر آن بین خرده مقیاس‌های احساس تنهایی (تنهایی عاطفی و اجتماعی) با افسردگی، اضطراب و استرس نیز رابطه معنی‌داری به دست آمد که حاکی از روایی همگرای مقیاس احساس تنهایی (SLFS) می‌باشد و با یافته‌های پژوهش‌های پیشین هماهنگ است. اعتبار مقیاس احساس تنهایی (SLFS) با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ محاسبه شد. نتایج نشان داد که اعتبار مقیاس احساس تنهایی برای کل مقیاس ۰/۸۴، برای خرده مقیاس احساس تنهایی عاطفی ۰/۸۲ و برای خرده مقیاس احساس تنهایی اجتماعی نیز ۰/۷۱ به دست آمد که رضایت‌بخش می‌باشند. در پایان با توجه به سهولت اجرا، سهولت نمره‌گذاری، سهولت تعبیر و تفسیر، زمان اندک برای پاسخ‌گویی (۳ تا ۵ دقیقه)، قابلیت اجرا به‌صورت فردی و گروهی، عملی بودن، روایی و اعتبار مناسب نتیجه گرفته می‌شود که مقیاس احساس تنهایی (SLFS) ابزار مناسبی برای اندازه‌گیری احساس تنهایی دانشجویان می‌باشد.

آزمون تشخیص افسردگی کودکان ماریا کواس (CDI): این مقیاس یک ابزار خود گزارشی ۲۷ آیتمی است که جهت ارزیابی نشانه‌های افسردگی در کودکان و نوجوانان استفاده می‌شود. آیتم‌های این پرسشنامه که از پرسشنامه افسردگی بک برگرفته‌شده است هر نشانه‌ای را که می‌تواند مختص افسردگی دوره کودکی باشد ارزیابی می‌کند: به‌عنوان‌مثال خلق پایین، خودارزیابی ضعیف و مشکلات بین فردی. CDI شامل ۵ خرده مقیاس می‌باشد که عبارت‌اند از: خلق منفی، مشکلات بین فردی، احساس بیهودگی، فقدان احساس لذت و عزت‌نفس پایین. CDI با سایر پرسشنامه‌های مرتبط با افسردگی دوره کودکی و نوجوانی ازجمله مقیاس افسردگی نوجوانان رینولدز همبستگی دارد. شماری از پژوهش‌ها نشان دادند که نمره کودکان افسرده به‌طور معناداری بالاتر از کودکان غیر افسرده در گروه کنترل می‌باشد. برخی شواهد نیز نشان دادند که این ابزار باوجوداینکه بیشترین کاربرد آن بررسی افسردگی در مطالعات همه‌گیرشناسی می‌باشد، به تغییرات نیز حساس است. نسخه ۱۰ آیتمی CDI نیز جهت بررسی وجود یا عدم وجود افسردگی در کودکان تهیه‌شده است.

آیتم‌ها بر اساس طبقه‌بندی ۰(عدم وجود نشانه) تا ۲(وجود نشانه‌های مشخص) نمره‌گذاری می‌کنند. نمره کلی (با دامنه ۰ تا ۵۴ که هر چه نمره فرد بیشتر باشد شدت افسردگی فرد نیز بیشتر خواهد بود.) با جمع نمرات همه آیتم‌ها به دست می‌آید (۲۲، ۲۳). مطالعات نشان‌دهنده مشخصات روان‌سنجی خوب برای CDI است. همسانی درونی بر اساس الفای کرونباخ ۰/۸۶ است. اعتبار همزمان و افتراقی نیز مناسب گزارش‌شده است (۲۴). هر سؤال در این پرسشنامه دارای سه جمله است که آزمودنی با توجه به احساسات و افکار خود در طول دو هفته گذشته یکی از جملات را انتخاب و ضربدر می‌زند. ۱۴ سؤال از ۲۷ سؤال به‌صورت مستقیم و ۱۳ سؤال به‌صورت معکوس ارائه‌شده است:

خرده مقیاس‌های CDI براساس پژوهش جایگاه و همکاران (۲۴) شامل خلق افسرده، احساس بیهودگی، مشکلات بین فردی، احساس عدم لذت و عزت‌نفس منفی می‌باشد. نمره فرد هر چه بیشتر باشد میزان افسردگی نیز بیشتر خواهد بود.

بازی‌درمانی گروهی با رویکرد شناختی-رفتاری

جلسه اول. هدف: معارفه و آشنایی دانش آموزان با یکدیگر، محیط بازی و درمانگر و ایجاد دوستی و غنی‌سازی روابط و انسجام در گروه، توضیح قوانین گروه برای آن‌ها، به دست آوردن خط پایه قابلیت‌ها و توانایی‌های کلامی و عملی دانش آموزان. نوع بازی: کاردستی گروه

جلسه دوم. هدف: آموزش شناسایی هیجانات (مثبت و منفی). معرفی حالات چهره‌ای چون شادی، ناراحتی، خشم، ترس، تعجب، هیجان و ...؛ نوع بازی: پاکن کلمات احساسی نیمه تمام (در مقابل آینه)، کارت‌های آموزشی

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-07]

[DOI: 10.48305/21.3.563]

جلسه سوم. هدف: آموزش مهارت‌های آرام‌سازی، فضاسازی برای تخلیه هیجانی و فاصله گرفتن از موقعیت‌های اضطراب، خشم و پرخاشگری، توانمندساختن کودک در برون‌فکنی احساسات، افزایش قدرت همدلی و درک دیگران. نوع بازی: حباب سازی، کار با گل، رنگ‌آمیزی با انگشت

جلسه چهارم. هدف: بیان ناکامی‌ها و مشکلاتی که کودک را ناراحت و اذیت می‌کند (در محیطی لذت‌بخش)، بیان عصبانیت در محیطی امن. نوع بازی: کریکت (بازی احساسی ضربه به توپ)، قوطی نگرانی، ترسیم منظره زیبا و منظره زشت زندگی کودک، جعبه خشم

جلسه پنجم. هدف: آموزش افزایش دقت، توجه و تمرکز پایدار در دانش آموزان، تقویت حافظه. نوع بازی: بازی‌های مداد کاغذی مانند پیدا کردن تفاوت‌ها، ماز، دنبال کردن الگو، توپ و سبد، نخ کردن مهره

جلسه ششم. هدف: آموزش مشارکت و همکاری، برنامه‌ریزی و سازمان‌دهی، رعایت قوانین و تطابق با گروه، دفاع از خود، آشنایی با نقش‌های مختلف اجتماعی و انتظارات جامعه از هر یک از آن‌ها. نوع بازی: خلق نمایشنامه و کارگردانی آن با عروسک‌های خیمه‌شب‌بازی و عروسک‌های پارچه‌ای (فردی و گروهی)

جلسه هفتم. هدف: مهارت شناختی (تصور، تجسم، خلاقیت، دقت، حافظه و یادآوری، حل مسئله و برنامه‌ریزی). نوع بازی: بازی تغییر در جایگاه اشیاء، گل‌یاپوچ، کپی اشکال هندسی و جورچین گروهی

جلسه هشتم. هدف: تقویت مهارت جسمانی، دفاع از خود در مواجهه با افراد قوی‌تر، رابطه و همکاری، آشنایی با مشاغل گوناگون در محیط زندگی، ایفای نقش‌های خانوادگی در موقعیت‌های مختلف اجتماعی. نوع بازی: خمیربازی گروهی، پانتومیم و نمایش خلاق

جلسه نهم. هدف: کنترل خشم و پرخاشگری، کاهش رقابت‌های منفی و افزایش مهارت‌های اجتماعی ازجمله حس همکاری در کودکان. نوع بازی: بازی بادکنک‌های خشم، بازی صندلی‌ها

جلسه دهم. هدف: افزایش مهارت‌های مقابله با افکار ناراحت‌کننده و جایگزینی افکار مثبت به‌جای افکار منفی. نوع بازی: قصه و داستان‌گویی از روی تصویر به‌صورت گروهی.

شیوه اجرای پژوهش.

در ابتدا محقق در رابطه با نحوه برگزاری جلسات و تعداد آن‌ها برای شرکت‌کنندگان توضیحاتی داده شد و پیش‌آزمون اجرا گردید. پس‌ازآن پژوهشگر مداخلات بازی‌درمانی را طی ۱۰ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای در اتاق بازی‌درمانی مدرسه برای کودکان گروه آزمایش اجرا کرد. پژوهشگر خود در حوزه کار با کودکان استثنایی تخصص و درزمینه تدریس به کودکان ناشنوا فعالیت داشت و اجرای برنامه بازی‌درمانی را خود به عهده گرفت و در تکمیل پرسش‌نامه‌ها از یکی دیگر از معلمان این کودکان کمک گرفته شد. پس از اتمام مداخله در دو گروه، بار دیگر پرسش‌نامه‌ها تکمیل شدند. در پایان فرایند پژوهش، افراد گروه کنترل نیز تحت مداخلات بازی‌درمانی قرار گرفتند.

روش‌های آماری.

پس از کسب اطمینان از طبیعی بودن توزیع داده‌های وزنی با آزمون کولموگروف- اسمیرنوف، برای بررسی تجانس واریانس‌ها از آزمون لِون استفاده شد. سپس از تحلیل کوواریانس برای تغییرات بین گروهی در داده‌های کمی استفاده شد. تمام عملیات آماری پژوهش با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۵ و سطح معنی‌داری $P<۰/۰۵$ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

سن افراد گروه آزمایش و کنترل در محدوده‌ی نه تا ۱۳ سال بود. بین سن افراد گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری وجود نداشت. همچنین دانش‌آموزان ناشنوا در دو گروه ازنظر پایه تحصیلی تفاوت معناداری نداشتند.

به‌منظور بررسی فرضیه‌های پژوهش از آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیره برای تعیین معناداری تفاوت میان دو گروه آزمایش و کنترل استفاده شد. باوجوداین، ابتدا برای بررسی پیش‌فرض‌های طبیعی بودن توزیع داده‌ها و همگنی واریانس متغیرها از آزمون شاپیرو- ویلک و آزمون لون استفاده گردید.

نتایج آزمون کولموگروف-اسمیرنوف برای هیچ‌یک از متغیرهای پژوهش معنادار نشده است ($P>۰/۰۵$)، به‌جز متغیر افسردگی؛ بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که همه متغیرهای پژوهش به‌جز افسردگی دارای توزیع نرمال هستند. لذا برای نرمال کردن این متغیر بدون تغییر در میانگین نمرات، از روش رتبه‌بندی استفاده شد. همچنین نتایج آزمون لون نشان می‌دهد که واریانس متغیر درد گردن، ناتوانی گردن و اصلاح کج گردنی بین دو گروه برابر بوده و با یکدیگر تفاوت معنادار ندارند

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-07]

[DOI: 10.48305/21.3.563]

(P>۰/۰۵). لذا فرضیه همسانی واریانس‌های بین دو گروه نیز رعایت شده است.

جدول ۱. نتایج تحلیل کوواریانس مربوط به دو گروه آزمایش و کنترل در متغیر مشکلات رفتاری

منبع تغییرات	SS	df	MS	F	p-value	اندازه اثر
گروه	۱۰۴/۲۳	۱	۱۰۴/۲۳	۲۲/۳۸	<۰/۰۰۱	۰/۵۲
خطا	۹۷/۸۱	۲۱	۴/۶۶			
کل	۱۶۵۴۰۵	۲۴				

جدول ۲. میانگین تعدیل‌شده پس‌آزمون مشکلات رفتاری

متغیر وابسته	گروه	میانگین تعدیل‌شده	خطای استاندارد
مشکلات رفتاری	آزمایش	۷۵/۲۹	۰/۶۲
	کنترل	۷۹/۴۶	۰/۶۲

نتایج جدول ۱ و ۲ نشان می‌دهد که پس از کنترل اثر پیش‌آزمون، تفاوت نمره‌های پیش‌آزمون- پس‌آزمون دو گروه برای متغیر مشکلات رفتاری معنادار است و میانگین نمره‌های گروه آزمایش در متغیر مشکلات رفتاری نیز به‌طور معناداری کمتر از گروه کنترل است (p<۰/۰۰۱)؛ بنابراین می‌توان گفت که اثر بازی‌درمانی به‌طور معناداری در کاهش مشکلات رفتاری کودکان ناشنوا اثربخش بوده است. ازاین‌رو، فرضیه اول معنادار است.

جدول ۳. نتایج آزمون t مستقل برای مقایسه احساس تنهایی در دو گروه

متغیر	همگنی واریانس	F	P	t	df	p-value
پیش‌آزمون احساس تنهایی	همگن نیستند	۵/۲۶	۰/۰۳۲	۰/۰۶	۲۲	۰/۹۴۹
				۰/۰۶	۱۷/۴۸	۰/۹۴۹
پس‌آزمون احساس تنهایی	همگن نیستند	۶/۹۷	۰/۰۱۵	۲/۳۷	۲۲	۰/۰۲۷
				۲/۳۷	۱۶/۰۱	۰/۰۳۱

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که تفاوت نمره‌های پیش‌آزمون دو گروه برای متغیر احساس تنهایی معنادار نیست (P=۰/۹۴۹)؛ اما تفاوت میانگین نمره‌های پس‌آزمون احساس تنهایی در دو گروه آزمایش و کنترل معنادار است (P=۰/۰۳۱)؛ بنابراین می‌توان گفت که بازی‌درمانی به‌طور معناداری در کاهش احساس تنهایی کودکان ناشنوا اثربخش بوده است. ازاین‌رو، فرضیه دوم معنادار است.

جدول ٤. نتایج تحلیل کوواریانس مربوط به دو گروه آزمایش و کنترل در متغیر افسردگی

منبع تغییرات	SS	df	MS	F	p-value	اندازه اثر
گروه	۱۱۵/۷۵	۱	۱۱۵/۷۵	۲۸/۱۹	<۰/۰۰۱	۰/۵۷
خطا	۸۶/۲۱	۲۱	۴/۱			
کل	۱۳۲۷۶	۲۴				

جدول ۵. میانگین نمره‌های تعدیل‌شده پس‌آزمون افسردگی

متغیر وابسته	گروه	میانگین تعدیل‌شده	خطای استاندارد
افسردگی	آزمایش	۱۶/۰۵	۰/۵۸
	کنترل	۲۰/۴۵	۰/۵۸

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-07]

[DOI: 10.48305/21.3.563]

نتایج جدول ۴ و ۵ نشان می‌دهد که پس از کنترل اثر پیش‌آزمون، تفاوت نمره‌های پیش‌آزمون- پس‌آزمون دو گروه برای متغیر افسردگی معنادار است و میانگین نمره‌های گروه آزمایش در متغیر افسردگی نیز به‌طور معناداری کمتر از گروه کنترل است (P<۰/۰۰۱)؛ بنابراین می‌توان گفت که بازی‌درمانی در کاهش افسردگی کودکان ناشنوا به‌طور معناداری اثربخش بوده است. ازاین‌رو، فرضیه سوم نیز معنادار است.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف اصلی پژوهش حاضر بررسی اثربخشی بازی‌درمانی بر مشکلات رفتاری، احساس تنهایی و افسردگی کودکان ناشنوا بود. نتایج نشان داد که پس از کنترل اثر پیش‌آزمون، تفاوت نمره‌های پیش‌آزمون- پس‌آزمون دو گروه برای متغیر مشکلات رفتاری معنادار است و میانگین نمره‌های گروه آزمایش در متغیر مشکلات رفتاری نیز به‌طور معناداری کمتر از گروه کنترل است؛ بنابراین می‌توان گفت که اثر بازی‌درمانی به‌طور معناداری در کاهش مشکلات رفتاری کودکان ناشنوا اثربخش بوده است. ازاین‌رو، فرضیه اول معنادار است.

نتایج این فرضیه با نتایج پژوهش‌های راتقی و مرعشیان (۲۵) و تونیسن و همکاران (۲۶) هم‌راستا بود. در پژوهش راتقی و مرعشیان (۱۴۰۰) نشان داده شد که گروه آزمایش ازنظر کمرویی، احساس تنهایی و مشکلات رفتاری در مرحله پس‌آزمون بهتر شده بودند که در مرحله پیگیری نیز همچنان اثر بازی گروهی ماندگار بود (۲۵). در پژوهش تونیسن و همکاران (۲۰۱۴) که به بررسی مشکلات رفتاری در کودکان کم شنوایی سن مدرسه پرداخته‌شده بود؛ نشان داده شد که با مشکلات متعددی روبرو هستند. مداخلاتی از قبیل بازی‌درمانی می‌تواند در بروز رفتارهای هنجار کمک‌کننده باشد (۲۶).

در تبیین یافته‌های این فرضیه می‌توان گفت که بازی یک نوع سازگاری ایجاد می‌کند (۲۷)، با توجه به اینکه بازی همیشه همراه با لذت می‌باشد، انگیزه‌های درونی کودکان برای ادامه بازی همیشه پایدار می‌باشد. در مواردی که مشکلاتی بین کودکان پیش می‌آید، با توجه به گذرا بودن و تعامل بین آن‌ها، رفتارهای آن‌ها را تحت تأثیر قرار می‌دهد. در کودکان ناشنوا این ارتباط و تعامل بین خودشان به دلیل محدود بودن جامعه ناشنواها بیشتر می‌باشد و در این راستا بازی‌های هدف‌دار می‌تواند یک نوع حل مشکل رفتاری باشد. مشکلات رفتاری مانند گوشه‌گیری و کم‌رویی، ناسازگار بودن، رئیس بودن در بروز هیجانات بازی رو به بهبود خواهد بود.

نتایج دیگر پژوهش نشان داد که تفاوت نمره‌های پیش‌آزمون دو گروه برای متغیر احساس تنهایی معنادار نیست؛ اما تفاوت میانگین نمره‌های پس‌آزمون احساس تنهایی در دو گروه آزمایش و کنترل معنادار است؛ بنابراین می‌توان گفت که بازی‌درمانی به‌طور معناداری در کاهش احساس تنهایی کودکان ناشنوا اثربخش بوده است. ازاین‌رو، فرضیه دوم معنادار است. نتایج این فرضیه با نتایج پژوهش‌های فرهاد محمدی مصیری و همکاران (۲۸)، راتقی و مرعشیان (۲۵) و امینی و همکاران (۲۹) همراستا می‌باشد.

در پژوهش فرهاد محمدی مصیری و همکاران (۱۳۹۹) نشان داده شد که تأثیر بازی‌درمانی بر کودکان و والدین به ترتیب در پیشرفت سازش نایافتگی اجتماعی و احساس تنهایی کودکان ازنظر آماری تفاوت قابل‌ملاحظه‌ای نداشتند (۲۸). در پژوهش راتقی و مرعشیان (۱۴۰۰) نیز کمرویی، احساس تنهایی و مشکلات رفتاری گروه تجربی در مرحله پس‌آزمون تفاوت معناداری با گروه کنترل داشت همچنین، نتایج فوق در مرحله پیگیری ۱/۵ ماهه تداوم داشت (۲۵). در پژوهش امینی و همکاران (۱۳۹۵) نیز نشان داده شد که بین میانگین افسردگی و احساس تنهایی در گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری وجود داشت. در مرحله پیگیری نیز با حذف اثر پیش‌آزمون همچنان اثر درمان حفظ‌شده بود (۲۹).

در تبیین یافته‌های این فرضیه می‌توان گفت که احساس تنهایی زمانی وسعت پیدا می‌کند که کودک همبازی نداشته باشد و این جزو عادت‌های زندگی وی باشد. با توجه به محدود بودن جمعیت در حال حاضر و به‌ویژه تعداد کم کودکان ناشنوا، این مسئله مس تواند در بین کودکان ناشنوا بیشتر باشد. درحالی‌که بازی‌های گروهی دریچه جدیدی برای ارتباط و تعامل بین این بخش از کودکان می‌باشد. بازی‌ها هدفمند با سرپرستی روان‌شناس و مربی می‌تواند جهت داشته باشد و با مهارت‌های موردنظر می‌تواند این تعامل را در هنگام بازی بیشتر کند چه‌بسا یک نوع بازی و صحبت مربی می‌تواند باعث دور شدن کودک از دنیای تنهایش باشد و کودک در عمل انجام‌شده ارتباط قرارگرفته باشد و این خود باعث کاهش احساس تنهایی می‌شود. درصورتی‌که این جریان مداوم باشد عمل ارتباط نسبت به احساس تنهایی در ذهن کودک غالب خواهد شد.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-07]

[DOI: 10.48305/21.3.563]

همچنین نتایج نشان داد که پس از کنترل اثر پیش‌آزمون، تفاوت نمره‌های پیش‌آزمون- پس‌آزمون دو گروه برای متغیر افسردگی معنادار است و میانگین نمره‌های گروه آزمایش در متغیر افسردگی نیز به‌طور معناداری کمتر از گروه کنترل است؛ بنابراین می‌توان گفت که بازی‌درمانی در کاهش افسردگی کودکان ناشنوا به‌طور معناداری اثربخش بوده است. ازاین‌رو، فرضیه سوم نیز معنادار است.

نتایج تحقیق اصلی آزاد و همکاران (۱۳۹۱) با عنوان اثربخشی بازی‌درمانی کودک محور بر اضطراب و افسردگی کودکان دختر دارای اختلال اضطراب و افسردگی در دوره دبستان نشان داد که مداخله بازی درمانی بر کاهش نشانه‌های افسردگی و اضطراب کودکان دارای اختلال افسردگی و اضطراب مؤثر بود (۳۰). نتایج این فرضیه با نتایج پژوهش‌های امینی و همکاران (۲۹)، علایی فرد و همکاران (۳۱)، فرشام و همکاران (۳۲) و تونیسن و همکاران (۳۳) همراستا بود

در پژوهش امینی و همکاران (۱۳۹۵) نشان داده شد که بین میانگین افسردگی و احساس تنهایی در گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری وجود داشت. در مرحله پیگیری نیز با حذف اثر پیش‌آزمون همچنان اثر درمان حفظشده بود (۲۹). در پژوهش امینی علایی فرد و همکاران (۱۴۰۰) با عنوان مقایسه اثربخشی بازی‌درمانی و قصه درمانی بر افسردگی و اضطراب جدایی کودکان مبتلابه سرطان خون نشان داد که در مقایسه با گروه کنترل، هر دو روش درمانی تأثیر معناداری بر افسردگی و اضطراب جدایی کودکان مبتلابه سرطان خون داشته است. همچنین روش بازی‌درمانی نسبت به قصه درمانی تأثیر بیشتری بر افسردگی و اضطراب جدایی داشت (۳۱). در پژوهش امینی فرشام و همکاران (۱۴۰۰) نشان داده شد که هر دو مداخلات، تغییرات معناداری در گروه‌های آزمایش در متغیرهای افسردگی و اضطراب ایجاد کرده بودند. افسردگی و اضطراب در کودکان هر دو گروه آزمایش، مخصوصاً در گروه توان‌بخشی شناختی همراه با بازی‌درمانی، نسبت به گروه کنترل کاهش‌یافته بود. به‌علاوه، توان‌بخشی شناختی هرچند برای کاهش اضطراب تا مرحله پس‌آزمون مؤثر بود، اما از پایداری کافی تا مرحله پیگیری ۱ ماهه برخوردار نبود (۳۲). در پژوهش تونیسن و همکاران (۲۰۱۴) نشان داده شد که در دو مطالعه تأثیر مثبت PT بر افسردگی را پیشنهاد کردند که یکی از آن‌ها بهبودهایی در خودپنداری پیدا کرد. سه مطالعه با حجم نمونه کمتر از ۳۰ آزمودنی، هیچ تأثیری پیدا نکردند (۳۳).

در تبیین یافته‌ها می‌توان گفت که تحقیقات زیادی ورزش و بازی را یک نوع درمان برای افسردگی دانسته‌اند (۳۴-۳۶). به نظر می‌رسد زمان‌هایی که یک کودک سرگرم بازی کردن است، به‌عناوین‌مختلف از حالت‌های افسردگی دور است. خارج شدن از افسردگی در ساعاتی مشخص باعث کاهش تعداد ساعت‌هایی می‌شود که کودک از افسردگی رنج می‌برد. با توجه به اینکه انسان با توجه به خواسته‌های نهاد همیشه در تلاش برای دستیابی به لذت می‌باشد، بازی می‌تواند دریچه نو برای کودک باشد تا به یاد بیاورد که لذت در هنگام بازی خوشایندتر از حالت‌های افسردگی است. با توجه به نتایج این پژوهش که نشان داد بازی‌درمانی بر مشکلات رفتاری کودکان ناشنوا تأثیر دارد؛ پیشنهاد می‌گردد که در راستای کاهش مشکلات رفتاری، احساس تنهایی و افسردگی کودکان ناشنوا از بازی‌درمانی با توجه به سطح سنی کودکان استفاده گردد. همچنین با توجه به اینکه نوع بازی با توجه به تفاوت‌های افراد می‌تواند در میزان علاقه‌مندی کودکان به بازی متفاوت باشد پیشنهاد می‌گردد تحقیقی به بررسی بازی‌های موردعلاقه کودکان ناشنوا با توجه به سطوح سنی افراد بپردازد. تفاوت‌های فرهنگی و طبقاتی و همچنین میزان انگیزه افراد در پاسخگویی به پرسشنامه‌ها از محدودیت‌های تحقیق بود.

تعارض منافع

هیچگونه تعارض منافعی بین نویسندگان این مقاله وجود ندارد.

حمایت مالی

این پژوه بدون حمایت مالی هیچ نهاد خاصی انجام شاده است.

ملاحظات اخلاقی

این پایان‌نامه در دانشگاه آزاد اسلامی واحد سمنان بررسی و با شناسه اخلاق IR.IAU.SHAHROOD.REC.1402.040 مصوب گردید.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-07]

[DOI: 10.48305/21.3.563]

تقدیر و تشکر

نویسندگان این مقاله بدین‌وسیله از تمامی کسانی که در راستای اجرای این تحقیق همکاری نمودند کمال تشکر و قدردانی رادارند.

References

1. Marschark M, Spencer PE. The Oxford handbook of deaf studies, language, and education, vol. 2: Oxford University Press; 2010.
2. Trezek BJ, Wang Y, Paul PV. Processes and components of reading. The Oxford handbook of deaf studies, language, and education. 2010;1:99-114.
3. Calderon R, Greenberg M, Marschark M, Spencer P. Social and emotional development of deaf children: Family, school, and program effects. Oxford handbook of deaf studies, language, and education. 2011;1:188-99.
4. Greenberg MT, Kusché CA. Preventive intervention for school-age deaf children: The PATHS curriculum. Journal of deaf studies and deaf education. 1998:49-63.
5. Hintermair M. Executive functions and behavioral problems in deaf and hard-of-hearing students at general and special schools. Journal of deaf studies and deaf education. 2013;18(3):344-59.
6. Ariapooran S, Khezeli M. Symptoms of anxiety disorders in Iranian adolescents with hearing loss during the COVID-19 pandemic. BMC psychiatry. 2021;21(1):1-5.
7. Swanepoel B, Swartz L, Gericke R, Mall S. Prevalence and correlates of mental and neurodevelopmental symptoms and disorders among deaf children and adolescents: a systematic review protocol. BMJ open. 2020;10(10):e038431.
8. Marcal KE. Pathways to adolescent emotional and behavioral problems: An examination of maternal depression and harsh parenting. Child Abuse & Neglect. 2021;113:104917.
9. American Psychiatric Association D, Association AP. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5: American psychiatric association Washington, DC; 2013.
10. Dreyzehner J, Goldberg KA. Depression in Deaf and hard of hearing youth. Child and Adolescent Psychiatric Clinics. 2019;28(3):411-9.
11. Li C-M, Zhang X, Hoffman HJ, Cotch MF, Themann CL, Wilson MR. Hearing impairment associated with depression in US adults, National Health and Nutrition Examination Survey 2005-2010. JAMA otolaryngology–head & neck surgery. 2014;140(4):293-302.
12. Kim SY, Kim H-J, Park E-K, Joe J, Sim S, Choi HG. Severe hearing impairment and risk of depression: A national cohort study. PloS one. 2017;12(6):e0179973.
13. Isanejad O, Bagheri A. Marital quality, loneliness, and internet infidelity. Cyberpsychology, Behavior, and Social Networking. 2018;21(9):542-8. [Persian].
14. Olenik-Shemesh D, Heiman T, Eden S. Cyberbullying victimisation in adolescence: Relationships with loneliness and depressive mood. Emotional and behavioural difficulties. 2012;17(3-4):361-74.
15. Swan KL, Kaff M, Haas S. Effectiveness of group play therapy on problematic behaviors and symptoms of anxiety of preschool children. The Journal for Specialists in Group Work. 2019;44(2):82-98.
16. Drewes AA, Schaefer CE. The therapeutic powers of play. Handbook of play therapy. 2015:35-60.
17. Akbari M, Dehghani B, Jafari A, Kardar A. The effect of game therapy with a cognitive-behavioral approach on the regulation of excitement, anxiety and depression in children with type-1 diabetes. Journal of Psychology New Ideas. 2017;1(2):45-54. [Persian].
18. Parker MM, Hergenrather K, Smelser Q, Kelly CT. Exploring child-centered play therapy and trauma: A systematic review of literature. International Journal of Play Therapy. 2021;30(1):2.
19. Terlektsi E, Kreppner J, Mahon M, Worsfold S, Kennedy CR. Peer relationship experiences of deaf and hard-of-hearing adolescents. The Journal of Deaf Studies and Deaf Education. 2020;25(2):153-66.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-07]

[DOI: 10.48305/21.3.563]

20. Shahim S, Yousefi F, Ghanbari M. Psychometric Characteristics of Quay-Peterson Revised Behavior Problem Checklist. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology. 2008;13(4):350-8. [Persian].

21. Rezaei AM, Safaei M, Hashemi FS. Psychometric Properties of the Student Loneliness Feeling Scale (SLFS). Journal of Clinical Psychology. 2013;5(3):81-90. [Persian].

22. Kovacs M. Children's depression inventory. Acta Paedopsychiatrica: International Journal of Child & Adolescent Psychiatry. 1992.

23. Smucker MR, Craighead WE, Craighead LW, Green BJ. Normative and reliability data for the Children's Depression Inventory. Journal of abnormal child psychology. 1986;14:25-39.

24. Logan DE, Claar RL, Guite JW, Kashikar-Zuck S, Lynch-Jordan A, Palermo TM, et al. Factor structure of the children's depression inventory in a multisite sample of children and adolescents with chronic pain. The Journal of Pain. 2013;14(7):689-98.

25. Rateghi P, Marashian FS. The effectiveness of puppet play therapy on reducing shyness, loneliness and behavioral problems in single-parent children. Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal(RRJ). 2022;10(12):179-90. [Persian].

26. Theunissen SC, Rieffe C, Kouwenberg M, De Raeve LJ, Soede W, Briaire JJ, et al. Behavioral problems in school-aged hearing-impaired children: the influence of sociodemographic, linguistic, and medical factors. European child & adolescent psychiatry. 2014;23:187-96.

27. A'shouri M, Jalil-Abkenar SS, Hassan-Zadeh S, Pourmohammadreza-Tajrishi Ms. Speech intelligibility in children with cochlear implant, with hearing aids and normal hearing. Archives of rehabilitation. 2013;14(3):8-15. [Persian].

28. Mohammadi Masiri F, Khodadady A, Tamannaeifar S. A Comparison of the Effectiveness of Child-Centered Group Play Therapy and Parent Group Play Therapy on Correcting Social Maladaptation and Loneliness in Preschool Children. Thinking and Children. 2021;11(2):257-76. [Persian].

29. Amini k, Neshatdoost H, Mazaheri Ma, Nadi ma. Effectiveness of group play therapy on depression and loneliness in 7-11 years old children with post-traumatic stress disorder PTSD caused by sexual abuse in Tehran. Iranian Journal of Health Education and Health Promotion. 2016;4(2):130-8. [Persian].

30. asli azad m, Arefi M, Farhadi T, Sheikh Mohammadi AR. The effectiveness of child-centered play therapy on anxiety and depression in children Girl with anxiety disorder and depression in primary school. Psychological Methods and Models. 2012;3(9):71-90. [Persian].

31. AlaeiFard N, Ahadi H, Mehrvarz A, Jomehri F, Doulatabadi S. Comparison of the effectiveness of play therapy and story therapy on depression and anxiety separation in children with leukemia. medical journal of mashhad university of medical sciences. 2021;64(4): [Persian].

32. Farsham A, Ghasemzadeh S, Alipor A, Afrooz G, Ghalibafian M. Evaluating the Effectiveness of Cognitive Intervention Programs and Family-Based Play Therapy on Reduction of Depression and Anxiety Symptoms of Children with Brain Tumor. Journal of Research in Behavioural Sciences. 2022;20(2):355-67. [Persian].

33. Thomas S, White V, Ryan N, Byrne L. Effectiveness of play therapy in enhancing psychosocial outcomes in children with chronic illness: A systematic review. Journal of Pediatric Nursing. 2021.

34. aan het Rot M, Collins KA, Fitterling HL. Physical exercise and depression. Mount Sinai Journal of Medicine: A Journal of Translational and Personalized Medicine: A Journal of Translational and Personalized Medicine. 2009;76(2):204-14.

35. Schuch FB, Stubbs B. The role of exercise in preventing and treating depression. Current sports medicine reports. 2019;18(8):299-304.

36. Ahn J-H, Lim K-C, Lee Y-J, Kim K-S. Effects of computer/internet game play on depression and life satisfaction among the elderly: mediating effects of perceived self-control. The Journal of the Korea Contents Association. 2011;11(7):406-17.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-07]

[DOI: 10.48305/21.3.563]