

## Designing and Evaluating the Effectiveness of Play therapy methods based on Acceptance and Commitment on Shame and Anxiety Symptoms in Abused Children

Bavarsad Cheshmeh Ali, \*H., Pourtaleb, N., Mosanejad Jedi, E.

## طراحی و ارزیابی کارایی روش‌های بازی‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر شرم و نشانگان اضطراب در کودکان آزاردیده

هاجر باورساد چشمه‌علی<sup>۱</sup>، نرگس پورتالب<sup>۲</sup>، الناز موسی‌نژاد جدی<sup>۳</sup>

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۱۱/۲۶ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۰۳/۳۰

### چکیده

**مقدمه:** هدف پژوهش حاضر طراحی و ارزیابی کارایی روش‌های بازی‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر شرم و نشانگان اضطراب در کودکان آزاردیده ۸ تا ۱۲ ساله بود.

**روش:** پژوهش حاضر با روش آمیخته اجرا شد. ابتدا با اتکا بر مفاهیم درمان پذیرش و تعهد، ذهن‌آگاهی و با استفاده از راهنمای آموزش ذهن استیون هیز طراحی شد. پس از تأیید متخصصین اعتباریابی مداخله طی طرح تک‌آزمودنی با روش چندخط‌پایه انجام شد. ۳ کودک از شهر اصفهان با روش هدفمند انتخاب شد. برای سنجش متغیرها از پرسشنامه‌های ۷۱ گویه غربال اختلال‌های هیجانی و آزمون هیجانی خودآگاه-فرم کودک استفاده شد. تحلیل داده‌ها با استفاده از شاخص‌های درصد بهبودی، اندازه اثر (D کوهن)، تغییر پایا و تحلیل دیداری انجام شد.

**یافته‌ها:** روش بازی‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر دو متغیر شرم و اضطراب اثربخش بود. روایی صوری روش‌درمانی توسط متخصصان تأیید شد. اعتبار پژوهش نیز با تحلیل داده‌های طرح تک‌آزمودنی بدین صورت سنجیده شد که درصد بهبودی در متغیر شرم در آزمودنی‌ها به ترتیب (۹۱-۷۶-۱۰۸) و در متغیر اضطراب (۴۲-۴۳-۲۰) بود. اندازه اثر (کم، متوسط و زیاد) بود. شاخص تغییر پایا که لازمه معناداری بالینی و آماری است، نشان داد درمان در متغیر شرم در آزمودنی اول و دوم بی‌معنا و در آزمودنی سوم معنادار است. در متغیر اضطراب در هر سه آزمودنی معنادار بود. تحلیل دیداری نمودارها نیز نشان دهنده بهبود عملکرد آزمودنی‌ها بود.

**نتیجه‌گیری:** درمان منجر به بهبود عملکرد شد اما در صورت آموزش والدین اثربخشی درمان چشم‌گیرتر می‌بود. نتایج حاصل از پژوهش حاضر راه‌گشای تحقیقات آزمایشی در راستای افزایش قدرت تعمیم‌یافته‌ها است.

**واژه‌های کلیدی:** کودک آزاردیده، شرم، نشانگان اضطراب، بازی‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد.

### Abstract

**Introduction:** The purpose of the present study was to design and evaluate the effectiveness of play therapy methods based on acceptance and commitment on shame and anxiety symptoms in abused children aged 8 to 12 years.

**Method:** The present research was conducted with a mixed method. First, it was designed by relying on the concepts of acceptance and commitment therapy, mindfulness, and using Steven Hayes' mind training guide. 3 children from the city of Isfahan were selected with a purposeful method. Questionnaires of 71 emotional disorders screen and self-aware emotional test-child form were used. Data analysis was done using percentage of recovery, effect size, stable change and visual analysis.

**Results:** The treatment was effective on the two variables of shame and anxiety. The face validity of the treatment method was confirmed by experts. The validity of the research was also done by analyzing the data of the single subject design which showed the improvement of the performance of the subjects.

**Conclusion:** The treatment led to an improvement in performance, but the effectiveness of the treatment was more significant if the parents were trained. The results of the present research open the way for experimental research in order to increase the power of generalization of the findings.

**Keywords:** Abused child, Shame, Anxiety symptoms, Play therapy based on acceptance and commitment.

## مقدمه

آسیب‌پذیرترین قشر جامعه کودکان هستند (۱) که در معرض خطرات بسیار قرار دارند. یکی از این خطرات «کودک‌آزاری»<sup>۱</sup> است. پدیده‌ای که معضل جوامع بشری است (۲) که به‌طور فزاینده‌ای در جهان مطرح شده است (۳). سازمان بهداشت جهانی<sup>۲</sup> این پدیده را چنین تعریف می‌کند: «در خطر افتادن سلامت روان، جسم و رفاه کودک و نوجوان از طرف والدین یا سایر افراد آزرده «کودک‌آزاری» محسوب می‌شود.» (۴) و مؤلفه‌های این پدیده را به چهار شکل مطرح کرده است که عبارت‌اند از: «آزار عاطفی»<sup>۳</sup>، غفلت<sup>۴</sup>، آزار جنسی<sup>۵</sup> و آزار جسمی<sup>۶</sup> (۵). وزارت بهداشت و خدمات انسانی کودک‌آزاری آمریکا (۶) کودک‌آزاری جسمی را چنین تعریف می‌کند هر رفتار اشتباه یا شکست در مراقبت و فرزندپروری مراقبین که منجر به آسیب جدی جسمی، احساسی، جنسی و حتی مرگ شود، کودک‌آزاری محسوب می‌شود. آزار جسمی کودک توسط مراقبین در یک پیوستار از پرخشگری خفیف تا شدید طبقه‌بندی شده است. آزار جسمی خفیف که به‌عنوان آزار شناخته نمی‌شود و آن را تنبیه می‌نامند. شامل: نیشگون، چنگ زدن، هل دادن و آزار جسمی شدید همچون داغ کردن عمدی، خفه کردن، لگد زدن، گاز گرفتن، تهدید با اسلحه یا چاقو. اطلاعات دقیقی در زمینه بدرفتاری با کودکان وجود ندارد. تخمین زده شده است که تقریباً ۱۱ درصد مردان و ۸ درصد زنان قبل از ۱۸ سالگی آزار جسمی را تجربه کرده‌اند (۷). در ایران شیوع کودک‌آزاری ۲۰ تا ۲۵ درصد گزارش شده است که ۳۰ درصد آن را کودکان ۱ تا ۵ سال تشکیل داده‌اند. بیش از ۲/۵۰۰ هزار کودک کار نیز در معرض آزار جسمانی و جنسی هستند (۶). کودکان پسر بیشتر از دختران در معرض خشونت خانگی قرار می‌گیرند و کودکان دختر بیشتر مورد سوءاستفاده جنسی قرار می‌گیرند (۸). آزار جسمی دوران کودکی اغلب با آزار روانی همراه است؛ زیرا اغلب سوءاستفاده‌کنندگان کودکان را با پیامدهای شرم‌آور دست‌کاری می‌کنند که آن‌ها «بد» هستند و سزاوار بدرفتاری هستند. با توجه به این

مسئله که پنهان‌کاری در فضای خانواده‌های بدرفتار حاکم است، قربانیان تا سال‌ها در سکوت رنج می‌برند. شواهد ثابتی نشان داده است که آزار جسمی با شرم به‌صورت غیرمستقیم مرتبط است (۹). کودکان قربانی آزار جنسی یا جسمی بیشتر احتمال دارد به آسیب‌شناسی روانی هم‌زمان و آینده مبتلا شوند، از جمله افسردگی، اضطراب و اختلال استرس پس از سانحه. این کودکان پیامدهای سلامت‌روان متفاوتی را در بزرگسالی بروز می‌دهند که آن متناسب با ویژگی‌های سوءاستفاده است همانند نوع، شدت، شروع و مدت آزار (۱۰). شرم یک هیجان خودآگاه (۱۱) منفی است (۱۲) که متمرکز بر «خود» است (۱۳). حسی است که حاکی از داوری پایا درباره خود و یا شخصیت خود است که می‌تواند نشئت‌گرفته از ارزیابی خود مثل «من بد هستم» (۱۱) و ارزیابی در رابطه با دیگران باشد. این هیجان دارای دو بعد درونی و بیرونی است (۱۴). شرم درونی شامل ارزیابی خود از دید خود است (۱۵). شرم بیرونی شامل ارزیابی چگونگی وجود خود در ذهن دیگران است (۱۶). درمورد پیامدهای عملی شرم می‌توان به جمع کردن بدن برای پنهان کردن خود از دیگران و کاهش نگاه مستقیم برای اجتناب از ارتباطات اجتماعی اشاره کرد (۱۲). این هیجان در بازماندگان انواع رخدادهای بالقوه آسیب‌زا مشاهده می‌شود (۱۷). همچنین بررسی‌های مختلف نشان داده است که شرم با مشکلات سلامت‌روان مرتبط است (۱۸). ژونگ و همکاران (۱۹) پیشنهاد کرده‌اند که یک سناریوی قابل‌قبول ممکن است این باشد که احساسات خودآگاه، به‌ویژه شرم به‌عنوان رابط بین خلق و خو یا شخصیت و علائم اضطراب عمل کند.

اختلالات اضطرابی در طبقه اختلالات درون‌سو قرار گرفته‌اند، الگوهای رفتاری و هیجانی سازش‌یافته‌ای دارند که مشتمل بر درون کودک هستند (۲۰). اضطراب یک ساختار روانشناختی پیچیده است که شامل اجزای شناختی-کلامی (افکار و باورهای منفی درمورد رویدادهای آینده)، رفتاری (تمایل به فرار و اجتناب از موقعیت‌ها) و فیزیولوژیکی (تنش عضلانی، تعریق و تپش قلب) می‌باشد (۲۱) و با ترس نامتناسب، پیش‌بینی تهدید آینده و اختلالات رفتاری مرتبط که در پاسخ به تهدید درک‌شده رخ می‌دهد (۲۲). خطر آسیب بدنی، روانی، فشار مضاعف برای انجام امور فراتر از توان کودک نیز منجر به اضطراب می‌شود.

1. child abuse
2. The World Health Organization
3. psychological abuse
4. neglect
5. sexual abuse
6. physical abuse

حیطه بازی‌درمانی مبتنی بر روان‌درمانی‌های موج سوم صورت گرفته است. این در حالی است که این درمان‌ها روندی رو به رشد دارند. از درمان‌های موج سوم می‌توان به درمان پذیرش و تعهد<sup>۲</sup> اشاره کرد (۳۷).

طبق پژوهش‌های مطرح شده اثربخشی درمان‌هایی همچون بازی‌درمانی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر شرم و نشانگان اضطراب تأیید شده است؛ اما تنها یک پژوهش (۳۷) در جهت اثربخشی بازی‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد<sup>۳</sup> صورت گرفت که به صورت گروهی و همراه با آموزش مادران کودکان دبستانی اجرا شد. روش درمانی حاضر در پی رسیدن به هدف اصلی درمان پذیرش و تعهد که همان انعطاف‌پذیری روانشناختی<sup>۴</sup> می‌باشد، است. برای سازگاری بهتر کودکان این مؤلفه‌ها در قالب بازی طراحی شدند. همان‌طور که اشاره شد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در حوزه کودک و نوجوان ورود کرده است و در مورد مشکلات و اختلالات زیادی اثرگذار بود همچون خشم (۳۸) افسردگی (۳۹) سازگاری تحصیلی (۴۰) و تنظیم هیجانی (۴۰، ۴۱)، شرم و اضطراب (۴۳-۴۷، ۳۷، ۱۴)؛ اما پژوهشی در زمینه اضطراب و شرم کودکان آزاردیده جسمی صورت نگرفته است. با توجه به مکانیسم‌های زیربنایی دو رویکرد پذیرش و تعهد و بازی‌درمانی، در صورت اثربخشی نه‌تنها نقش درمانی دارد بلکه نقش پیشگیری از آسیب‌های روانشناختی دوران بزرگسالی را نیز ایفا می‌کند. از طرفی پژوهش در تلاش است به‌واسطه این درمان در جهت سلامت این کودکان توسط خانواده، افراد جامعه، سازمان‌ها قدمی بردارد. این در حالی است که در راستای اثربخشی درمان پذیرش و تعهد در کودکان آسیب‌دیده جسمی زیر ۱۵ سال پیشینه تجربی کافی وجود ندارد و شواهد حاکی از میزان بالای اضطراب و شرم در این کودکان است (۴۴-۴۵) چراکه از جانب سوءاستفاده کننده مورد قضاوت قرار گرفته است و برچسب خورده است که «بد است»؛ بنابراین پژوهش به لحاظ نظری و کاربردی حائز اهمیت است و به تعمیم‌یافته‌های قبلی کمک می‌کند. از طرفی درصدد یافتن پاسخ این سؤال است که آیا روش

اضطراب مداوم و زیاد نیز منجر به پریشانی در کودک و مشکل در روند رشدی کودک می‌شود (۲۳). در پژوهش‌ها نشان داده شده است که به احتمال زیاد کودکان دارای اختلالات اضطرابی ۸ سال پس از شروع اختلال، ملاک تشخیصی را دریافت می‌کنند. شکایت این کودکان معمولاً از علائم جسمانی است (۲۴). نشانگان لازم برای تشخیص اضطراب در کودکان به صورت هیجانی و رفتاری بروز می‌کند (۲۵). این نشانگان شامل کاستی مهارت‌های اجتماعی (۲۶)، قربانی شدن (۲۷)، عزت‌نفس پایین (۲۲)، خجالتی بودن، عدم موفقیت در مدرسه، اختلال در خواب، عدم توانایی در کنترل فعالیت‌های حرکتی (۲۸)، خشم و پرخاشگری، خلق تحریک‌پذیر و رفتارهای مخرب، پریشانی در دقت و توجه، تمرکز و حافظه است (۲۵، ۲۹). کودکان توانایی ذهنی برای رؤیایی با این آسیب‌ها و کنار آمدن با آن‌ها را ندارند. به دلیل عدم تفکر انتزاعی و محدودیت‌های شناختی و زبانی و قادر به بازگو کردن احساسات نیستند و با سرکوب آن‌ها به‌ویژه به شیوه منفی، بهداشت روانی خود را به خطر می‌اندازند (۳۰). در نتیجه درمان‌های مبتنی بر واژگان برای آنان مناسب نیست (۳۱). پس می‌توان گفت بارزترین و مناسب‌ترین مداخله برای مشکلات روانشناختی کودکان و آموزش آن‌ها، بازی‌درمانی<sup>۱</sup> است (۳۲). به گفته پژوهشگران بازی‌درمانی برای کودکان فوایدی دارد؛ همچون شکستن مقاومت روانی، ایجاد حس لیاقت و توانایی، پالایش، تخلیه هیجانی، رشد تفکر خلاق، ایفای نقش و رشد هیجان مثبت و غلبه بر ترس‌ها و هیجان‌ات منفی، آموزش نمادی و ایجاد و ارتقای روابط، بازسازی دل‌بستگی (۳۳)، ایجاد حس امنیت (۳۱)، رشد مهارت‌های حرکتی، شناختی و زبان (۳۴)، آموختن مواردی که کسی به آن‌ها نمی‌آموخت. آن‌ها در بازی نیاز به رقابت را ارضا می‌کنند، اعمال خشونت‌بار خود را به شکل قابل‌قبول بروز می‌دهند و سازگاری را می‌آموزند (۳۵). بازی به اندازه تغذیه، حس امنیت و صمیمیت برای رشد طبیعی کودک مهم است. این روش درمانی یکی از راه‌های برقرارکننده رابطه بین دنیای درون و بیرون کودک است (۳۶).

رویکردهای مختلفی در بازی‌درمانی استفاده شده است از جمله رویکردهای موج اول و دوم؛ اما پژوهش‌های اندکی در

2. Acceptance and Commitment Therapy  
3. ACPT (Acceptance and commitment play therapy)  
4. Psychological Flexibility

1. Play Therapy

## ابزار

۱. آزمون ۷۱ گویه غربال اختلال‌های هیجانی: نسخه اصلی این پرسشنامه اولین بار توسط بیرهمار و همکاران (۱۹۹۷) برای سنجش اختلال‌های اضطرابی کودکان ساخته شده است که شامل ۳۸ گویه و ۵ خرده مقیاس (سوماتیک/پنیک، اضطراب کلی، اضطراب جدایی، هراس اجتماعی و هراس مدرسه) بوده است. سپس موریس و همکاران در این پرسشنامه تجدیدنظر کردند و گویه‌های هراس مدرسه و اضطراب اجتماعی را با یکدیگر ادغام نموده و ۱۵ گویه برای سنجش هراس خاص و ۱۳ گویه برای سنجش نشانه‌های اختلال‌های وسواس فکری و عملی و استرس بعد از رخداد به این پرسشنامه اضافه نمودند. پرسشنامه تجدیدنظر شده، شامل ۶۶ گویه است و هدف آن سنجش ۹ اختلال اضطرابی است که عبارت‌اند از: اختلال وحشت‌زدگی، اختلال اضطراب جدایی، اختلال اضطراب منتشر، رعب اجتماعی، هراس ویژه (هراس حیوانات، موقعیتی و هراس خون یا تزریق و جراحی) وسواس فکری-عملی و اختلال استرس بعد از رخداد. بودن و همکاران (۲۰۰۹) مجدداً ۵ آیتم دیگر را به زیرمقیاس رعب اجتماعی اضافه نمودند که منجر به نسخه ۷۱ گویه‌ای گردید. بوگلس و ون‌ملیک با تدوین مجدد گویه‌های نسخه ۷۱ گویه‌ای، پرسشنامه غربالگری اختلال‌های هیجانی مربوط به اضطراب کودک را برای غربالگری اختلال‌های اضطرابی بزرگسالان منطبق کردند و از نسخه جدید بزرگسالان به منظور بررسی رابطه رفتارهای تربیتی والدینی و اضطراب استفاده نمودند. در ایران پالانگ و همکاران ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه ۱۷ گویه‌ای این پرسشنامه را با اجرای آن روی ۲۳۷ کودک (۸۳ پسر و ۱۵۴ دختر) مورد مطالعه قرار دادند. ضریب آلفای کرونباخ را برای تمام پرسشنامه ۰/۹۳ و برای خرده‌مقیاس‌ها ۰/۶۱-۰/۸۴ گزارش دادند. تحلیل عاملی تأییدی نیز ساختار این پرسشنامه را تأیید نمود. همچنین، روایی همگرا و واگرا در پرسشنامه مطرح شده، با محاسبه همبستگی آن با پرسشنامه اضطراب مدرسه و پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان تأیید شد. هرچند، ویژگی‌های روان‌سنجی آن در جمعیت بزرگسال انجام نگردیده است. همسانی درونی کلی پرسشنامه عالی گزارش شد. همچنین، همسانی‌های درونی قابل‌پذیرش تا خوب برای تقریباً همه خرده مقیاس‌ها گزارش گردید (۴۸).

بازی‌درمانی دارای اعتبار کافی است؟ و آیا بر شرم و نشانگان اضطراب اثربخش است؟

## روش

**طرح پژوهش:** پژوهش حاضر از نظر هدف کاربردی است و از نوع آمیخته (کیفی و کمی) است. گام اول: بخش کیفی؛ شامل طراحی روش بازی‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد است که پس از گذراندن دوره‌های جامع بازی‌درمانی و درمان پذیرش و تعهد و با کمک منابع مرتبط، مشورت با اساتید متخصص و همچنین در نظر گرفتن مراحل تحولی کودک و تجربیات زیسته آن‌ها زیر نظر اساتید متخصص طراحی شد. گام دوم: بخش کمی که شامل، کارآزمایی بالینی و بررسی اعتبار روش درمانی می‌باشد. پژوهش در قالب طرح تک‌آزمودنی از نوع چندخط‌پایه با سه آزمودنی انجام شد و آزمودنی‌ها به ترتیب در مراحل خط‌پایه، درمان و پیگیری شرکت نمودند و متغیرهای وابسته (شرم و نشانگان اضطراب) با پرسشنامه‌های ۷۱ گویه غربال اختلال‌های هیجانی و هیجان خودآگاه-فرم کودک در آن‌ها بررسی شد.

**آزمودنی‌ها:** جامعه آماری پژوهش، تمام کودکان آزاردیده جسمی در بازه سنی ۸ تا ۱۲ سال در شهر اصفهان بود که به شیوه هدفمند با مراجعه به مراکز روانشناسی طبق لیست موجود، ۳ کودک را با توجه به ملاک‌های ورود (کودک مورد سوءاستفاده جسمی قرار گرفته شده باشد، بازه سنی ۸ تا ۱۲ سال، تشخیص عدم وجود اختلال شدید روانشناختی توسط روان‌پزشکان مراکز، عدم مصرف داروهای روان‌پزشکی بود) و ملاک‌های خروج (غیبت بیش از سه جلسه، عدم رضایت به ادامه درمان بود) انتخاب شدند. پس از برگزیدن آزمودنی‌ها و توضیح اهداف پژوهش و اخذ رضایت از والدین و شرکت‌کنندگان، ابتدا در ۳ مرحله با فاصله دو روز، خط پایه گرفته شد. دو روز پس از آخرین خط‌پایه جلسه اول مداخله شروع شد و در طی تمام این مراحل متغیرهای وابسته (شرم و نشانگان اضطراب) اندازه‌گیری می‌شدند و مداخله نیز طی سه جلسه انجام شد. جلسات طی یک ماه اجرا شدند. هر هفته ۲ جلسه مداخله و هر جلسه ۴۵ دقیقه الی ۱ ساعت برگزار شد. دو هفته پس از مداخله جلسه اول پیگیری صورت گرفت.

**روند اجرای پژوهش:** پژوهش حاضر با توجه به هدف، از نوع تحقیقات تجربی و از نظر زمانی از نوع مطالعات مقطعی است. طرح پژوهش از نوع آمیخته (کمی و کیفی) بود. ابتدا روش‌درمانی حاضر با اتکا بر مؤلفه‌های درمان پذیرش و تعهد، ذهن‌آگاهی، مفاهیم احساسات، افکار و آلارم‌های بدنی و مفاهیم اضطراب راهنمای آموزش ذهن‌آستین هیز و با توجه به علایق، تجربیات زیسته و مرحله تحولی کودک طراحی شد. پس از مطالعه پیشینه تجربی پژوهش‌ها (۶۶، ۵۵، ۴۷، ۴۴، ۳۷) و نظریات مربوط به درمان‌ها و متغیرها برای تدوین روش درمانی و جهت تعیین رویی صوری در اختیار ۵ متخصص قرار گرفت. سپس پیشنهادات متخصصین جهت اصلاح روش درمانی توسط پژوهشگر اعمال گردید. در بخش کمی پژوهش، پس از مراجعه به مراکز روانشناختی ۳ کودک در بازه سنی (۸-۱۲) سال از جامعه آماری که کودکان آزاردیده جسمی شهر اصفهان بودند و با توجه به ملاک‌های ورود و کسب رضایت از والدین و کودکان انتخاب شدند. سپس پرسشنامه‌های ۷۱ گویه غربال اختلالات هیجانی و هیجان‌خودآگاه-فرم کودک اجرا شد. برای اعتبارسنجی روش درمانی حاضر از طرح تک‌آزمودنی از نوع چند خط پایه استفاده شد. اجرای پرسشنامه‌ها در خط پایه طی سه جلسه با فاصله دوازده روز بین جلسات انجام شد. سپس دو روز پس از آخرین جلسه خط‌پایه جلسه اول مداخله شروع شد. متغیرهای وابسته (اجرای پرسشنامه‌ها) در فرآیند مداخله طی ۳ جلسه انجام شد. جلسات در یک ماه طی ۸ جلسه برگزار شدند. هر هفته دو جلسه و هر جلسه ۴۵ دقیقه الی ۱ ساعت انجام گرفت. در نهایت دو هفته پس از مداخله جلسه اول پیگیری صورت گرفت. در نهایت برای تحلیل داده‌ها از شاخص‌های درصد بهبودی<sup>۲</sup>، اندازه‌اثر<sup>۳</sup>، تغییر پایا<sup>۴</sup>، درصد داده‌های همپوش<sup>۵</sup> و تحلیل دیداری استفاده شد.

#### یافته‌ها

در این پژوهش برای تحلیل داده‌ها از شاخص‌های درصد بهبودی، اندازه اثر، تغییر پایا، درصد داده‌های همپوش و تحلیل دیداری استفاده شده است. برای تعیین میزان کارآمدی مداخله از درصد بهبودی استفاده می‌شود.

۲. آزمون هیجان‌خودآگاه-فرم کودک: این آزمون ابزار خودگزارشی است که برای اندازه‌گیری هیجان‌های خودآگاه طراحی شده است (۱۳). از ۱۵ سناریو (۱۰ منفی و ۵ مثبت) برای استفاده کودکان ۸-۱۲ ساله طراحی شده است. هر سناریو متشکل از یک داستان و در پی آن ۵ پاسخ است که از نمونه لیکرتی (۱=هرگز)، (۲=کم)، (۳=تأخوری)، (۴=زیاد) و (۵=خیلی زیاد) است. حس گناه، شرم، برون‌سازی، جدا شدن، غرور آلفا و بتا را ارزیابی می‌کند. هر زیرمقیاس نحوه متفاوت پاسخ‌دهی فرد را به یک مسئله اخلاقی که در سناریو مطرح شده است نشان می‌دهد. درمورد پایایی این مسئله، نتایج مطالعه تانگتی و دیرینگ (۴۹) حاکی از آن است که آلفای کرونباخ خرده‌مقیاس مستعد بودن به صفت شرم ۰/۷۶ تا ۰/۸۸، خرده‌مقیاس مستعد بودن به صفت گناه ۰/۷۰ تا ۰/۸۳، خرده‌مقیاس برون‌سازی ۰/۶۶ تا ۰/۸۰، خرده‌مقیاس بی‌تفاوتی ۰/۶۰ تا ۰/۷۰، خرده‌مقیاس غرور آلفا ۰/۴۱ تا ۰/۷۲ و خرده‌مقیاس غرور بتا ۰/۵۱ تا ۰/۷۲ می‌باشد. همچنین بر اساس پژوهش بیت سعید (۱۳۹۵) آلفای کرونباخ خرده‌مقیاس شرم ۰/۸۳ و خرده‌مقیاس گناه ۰/۷۵ است. از طرفی تحلیل عاملی این مقیاس (۵۰) در ایران انجام دادند و نتیجه برازش خوبی را نشان داد. همچنین ضرایب آلفای کرونباخ و تنصیف برای شرم به ترتیب ۰/۶۸ و ۰/۶۵ به دست آوردند.

معرفی روش درمانی: روش مداخله حاضر با اتکا بر مؤلفه‌های درمان پذیرش و تعهد، ذهن‌آگاهی، مفاهیم احساسات، افکار و آلارم‌های بدنی و با استفاده از مفاهیم راهنمای آموزش ذهن‌آستین هیز و با توجه به مراحل تحولی کودک، علایق و تجربیات زیسته‌ی کودک طراحی شد. جهت طراحی روش درمانی حاضر پیشینه تجربی پژوهش‌ها (۶۶، ۵۵، ۴۷، ۴۴، ۳۷)، نظریات مربوط به درمان‌ها و متغیرهای پژوهش و روش‌های درمانی مرتبط با موضوع مورد مطالعه قرار گرفته شد. پس از طی نمودن مراحل فوق و تدوین روش درمانی، جهت تعیین رویی صوری، روش بازی در اختیار ۵ متخصص قرار داده شد. اصلاحات پیشنهادی توسط پژوهشگر اعمال شد. برای اعتبارسنجی روش درمانی طرح تک‌آزمودنی (چندخط پایه) اجرا شد.

2. Recovery Percentage (RP)

3. Effect Size (ES)

4. Permanent Change (PC)

5. Percentage of Non-overlapping Data (PND)

1. Mindtrain Manual

کوهن اندازه اثر تا ۰/۲ را کوچک، ۰/۲ تا ۰/۵ را متوسط و ۰/۸ به بالا را بزرگ می‌داند (۵۱). مطالعات مختلف برای تفسیر؛ شاخص اندازه اثر ۰/۴۱ را کوچک، ۱/۱۵ را متوسط و ۲/۷ را بزرگ می‌داند (۵۲).

همان‌طور که جدول ۱ نشان می‌دهد درصد بهبودی در آزمودنی اول پس از مداخله ۹۱ درصد، در آزمودنی دوم ۷۶ درصد و در آزمودنی سوم ۱۰۸ درصد است. اندازه اثر، بزرگی اثر یا رابطه بین دو یا چند متغیر را مورد بررسی قرار می‌دهد. در پژوهش حاضر از اندازه اثر D کوهن استفاده شده است.

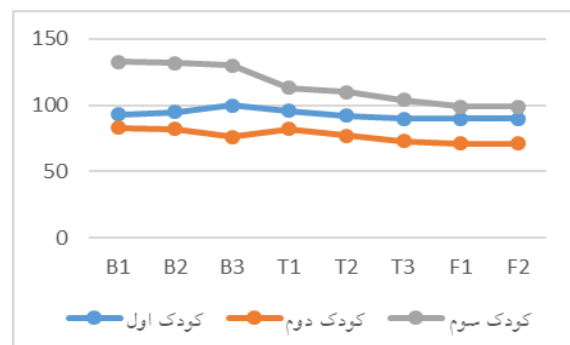
جدول (۱) متغیرهای تحلیل دیداری نمودار برای متغیر شرم

آزمودنی	میانگین خط پایه	میانگین درمان	میانگین پیگیری	انحراف استاندارد خط پایه	انحراف استاندارد درمان	اندازه اثر خط پایه/ درمان	اندازه اثر درمان/ پیگیری	درصد بهبودی
۱	۹۶	۹۲/۶	۹۰	۳/۶	۳/۶	۰/۱۸	۰/۱	۹۱٪
۲	۸۰/۳	۷۷/۳	۷۱	۳/۷	۷۷	۰/۱۶	۰/۵	۷۶٪
۳	۱۳۱/۶	۱۰۹	۹۹	۱/۵	۴/۵	۱/۲	۱/۵	۱۰۸٪

نمودار ۱ نشان می‌دهد سطح تغییرات متغیر شرم در آزمودنی اول از ۵۰ به ۲۰ نزول کرد، در آزمودنی دوم از ۴۰ به ۱۰ و در آزمودنی سوم از ۸۰ به ۵۰ کاهش یافته است. شیب تغییرات نیز در آزمودنی اول و دوم به نسبت کم و تدریجی است ولی در آزمودنی سوم زیاد و سریع می‌باشد. بر اساس تحلیل داده‌ها در جداول و نمودارهای فوق در باب متغیر شرم می‌توان گفت روش بازی درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد در بهبود شرم آزمودنی دوم و سوم اثربخش است اما اثربخشی آن با توجه به تغییرپذیری در مراحل خط پایه در آزمودنی اول قابل قبول نیست.

در جدول (۲) نتایج تحلیل دیداری درون موقعیتی و بین موقعیتی در مرحله مداخله نشان داده می‌شود. روند تغییر در مرحله درمان، نزولی است و تغییرات در این مرحله نیز در شرکت کنندگان در متغیر شرم باثبات است. شاخص‌های تغییر سطح نیز نشان می‌دهند که روند افزایش نمرات پس از دریافت مداخله در شرکت کنندگان نزولی بوده که نشان دهنده بهبود عملکرد آن‌هاست. مشاهده روند تغییرات نیز نشان می‌دهد که نمرات شرم در مرحله خط پایه باثبات بوده و تغییر چندانی نداشت، اما در مرحله درمان و پیگیری، تغییرات نزولی و باثبات بود، اگرچه مقدار تغییرات کم بود.

همان‌طور که در جدول ۱ آمده است و با توجه به گفته کوهن، اندازه اثر در آزمودنی اول کوچک، در آزمودنی دوم در خط پایه کم و در مرحله پیگیری متوسط، در آزمودنی سوم در هر دو مرحله اندازه اثر بزرگ است. شاخص تغییر پایا، لازمه تغییر معنادار بالینی است. در همین راستا از این شاخص نیز در پژوهش حاضر استفاده شده است که به نحوی معناداری بالینی و آماری را با هم بررسی می‌کند و جهت و میزان تغییر را نشان می‌دهد. برای محاسبه آن بدین صورت عمل شده است: «تفاضل میانگین دوره درمان و پیگیری از میانگین خط پایه تقسیم بر خطای استاندارد تفاوت». برای معناداری آن باید نتیجه مساوی یا بزرگ‌تر از ۱/۹۶ شود که نشان دهنده این است که نتیجه از خطای استاندارد بیشتر است. در این پژوهش شاخص تغییر پایا در مرحله پیگیری در آزمودنی اول و دوم کمتر از ۱/۹۶ است اما در آزمودنی سوم ۲/۰۵ است.



نمودار (۱) روند تغییر نمره‌های شرم در مراحل خط پایه، مداخله و پیگیری

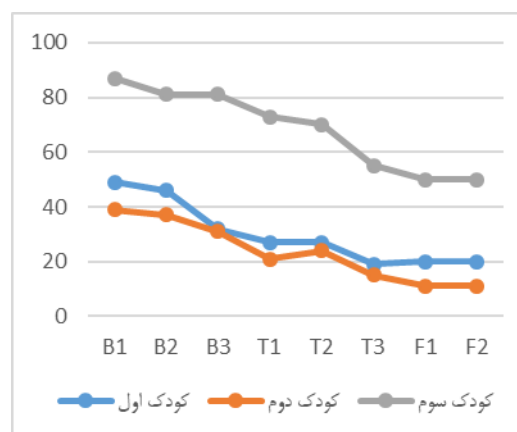
جدول ۲) تحلیل دیداری درون موقعیتی و بین موقعیتی شرم در مراحل مختلف روش بازی‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد

شاخص‌ها	آزمودنی اول	آزمودنی دوم	آزمودنی سوم
میان	۹۲/۵	۷۶/۵	۱۱۱/۵
میانگین	۹۲/۶	۷۷/۳	۱۰۹
دامنه تغییرات	۹۰-۹۶	۷۳-۸۲	۱۰۴-۱۱۳
محفظه ثبات	۷۴-۱۱۱	۶۱-۹۲	۸۹-۱۳۴
درصد داده‌های محفظه ثبات مرحله خط پایه	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰
دامنه تغییرات محفظه ثبات	ثابت	ثابت	ثابت
تغییر تراز نسبی	۳	۴/۵	۴/۵
تغییر تراز مثبت	۶	۹	۹
جهت	نزولی	نزولی	نزولی
ثبات	بائیات	بائیات	بائیات
درصد داده‌های محفظه ثبات مرحله مداخله	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰
تغییر تراز نسبی	۹۴-۹۵	۷۹/۵-۸۲/۵	۱۱۱/۵-۱۳۲/۵
تغییر تراز مطلق	۹۰ به ۹۶	۷۳ به ۸۲	۱۰۴ به ۱۱۳
تغییر میان	۹۵/۰ به ۹۲/۵	۸۳ به ۷۶/۵	۱۱۱/۵ به ۱۳۲/۰
تغییر میانگین	۹۶/۰ به ۹۲/۶	۸۰/۳ به ۷۷/۳	۱۰۹/۰ به ۱۳۱/۶
PND	۶۷	۳۳	۱۰۰
POD	۳۳	۶۷	۰

جدول ۳) متغیرهای تحلیل دیداری برای متغیر اضطراب

ردیف	میانگین خط پایه	میانگین مداخله	میانگین پیگیری	انحراف استاندارد خط پایه	انحراف استاندارد درمان	اندازه اثر خط پایه / مداخله	اندازه اثر مداخله / پیگیری	درصد بهبودی
۱	۴۲/۳	۲۴/۳	۲۰	۹/۰۷	۴/۶	۰/۷	۰/۱	۵۲٪
۲	۳۵/۶	۲۰	۱۱	۴/۱۶	۴/۵	۰/۶	۰/۳	۶۹٪
۳	۸۳	۶۶	۵۰	۳/۴	۹/۶	۰/۷	۰/۶	۴۹٪

درمان غیرقابل قبول به حساب آید. آزمودنی دوم و سوم در سه مرحله خط پایه به نسبت ثابت بودند. آزمودنی سوم از نقطه سوم خط پایه تا آخرین مرحله پیگیری (۱F) کاهش قابل ملاحظه‌ای داشته است. شیب تغییرات در آزمودنی اول کم و تدریجی است اما در آزمودنی دوم و سوم زیاد و سریع است. سطح تغییرات نیز در آزمودنی اول از ۵۰ به ۲۰، آزمودنی دوم از ۴۰ به ۱۰ و در آزمودنی سوم از ۸۹ به ۵۰ نزول یافته است. با توجه به جدول (۳) و طبق گفته کوهن می‌توان نتیجه گرفت اثربخشی مداخله بر آزمودنی دوم متوسط و در آزمودنی سوم زیاد است اما با توجه به عدم ثبات تغییرپذیری در مراحل خط پایه در آزمودنی اول اثربخشی درمان غیرقابل قبول است.



نمودار ۲) روند تغییر نمره‌های اضطراب در مراحل خط پایه، مداخله و پیگیری

با توجه به نمودار (۲)، می‌توان نتیجه گرفت تغییرپذیری در آزمودنی اول در سه مرحله خط پایه ابتدا ثابت سپس نزولی شده است که این عدم ثبات منجر می‌شود تغییرات نهایی

جدول ۴) تحلیل دیداری درون موقعیتی و بین موقعیتی نشانگان اضطراب در مراحل مختلف روش بازی درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد

شاخص‌ها	آزمودنی اول	آزمودنی دوم	آزمودنی سوم
میان‌گین	۲۷	۲۲/۵	۷۱/۵
دامنه تغییرات	۱۹-۲۷	۱۵-۲۴	۵۵-۷۳
محافظه ثبات	۳۲-۲۲	۲۷-۱۸	۸۶-۵۷
درصد داده‌های محافظه ثبات مرحله خط پایه	۰/۳۳	۰	۰/۶۷
دامنه تغییرات محافظه ثبات	ثابت	ثابت	ثابت
تغییر تراز نسبی	۴	۴/۵	۹
تغییر تراز مثبت	۸	۹	۱۸
جهت	نزولی	نزولی	نزولی
درصد داده‌های محافظه ثبات مرحله مداخله	۰/۶۷	۰/۶۷	۰/۶۷
تغییر تراز نسبی	۴۶-۲۷/۰	۳۷-۲۲/۵	۸۳-۷۱/۵
تغییر تراز مطلق	۱۹ به ۲۷	۱۵ به ۲۴	۵۵ به ۷۳
تغییر میان‌گین	۲۴/۳ به ۴۶/۰	۲۱ به ۳۷	۷۰ به ۸۳/۰
تغییر میانگین	۲۴/۳ به ۴۲/۳	۲۰/۰ به ۳۵/۶	۶۶/۰ به ۸۳/۰
PND	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰
POD	۰	۰	۰

سطح نیز نشان می‌دهند که روند افزایش نمرات پس از دریافت مداخله در شرکت کنندگان نزولی است که نشان دهنده بهبود عملکرد است.

در جدول (۴) نتایج تحلیل دیداری درون موقعیتی و بین موقعیتی در مرحله مداخله آمده است. روند تغییر در مرحله درمان، نزولی است و تغییرات در این مرحله نیز در شرکت کنندگان در متغیر اضطراب باثبات است. شاخص‌های تغییر

جدول ۵) خلاصه محتوای جلسات روش بازی درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد

جلسه	محتوا	هدف	تکنیک
اول	بازی شناسایی احساسات و احتیاجات	ذهن‌آگاهی و آشنایی با دنیای درون	سناریوی معرفی احساسات و احتیاجات با نقاشی زمینه فوتبال و واگن‌های قطار (متناسب با علاقه کودک) و سفر به دنیای بازی به همراه تعریف خاطره
دوم	بازی شناسایی افکار و حواس بدنی	ذهن‌آگاهی و آشنایی با دنیای درون	سناریوی ابرهای فکرهایمان و آلام‌های بدنی که در پس احساسات و افکارمان اعلام حضور می‌کنند و نوشتن افکار خمیری و سنگی در گلبه‌های گل‌مان
سوم	بازی چاه اضطراب و ببر بادکنکی	معرفی راهبردهای ناکارآمد	پس از تعریف اضطراب استعاره چاه اضطراب را با سطل پر از خاک و بیلچه در قالب بازی اجرا می‌کنیم و با بادکنک‌ها سناریویی ببر بادکنکی را تعریف و اجرا می‌کنیم
چهارم	بازی اتوبوس	پذیرش	بازی در دو مرحله، مرحله اول راننده اتوبوس به سروصدای مسافرها توجه می‌کند و در زمان مشخص به مقصد نمی‌رسد. در مرحله دوم راننده با وجود سروصداها به مسیر خود ادامه می‌دهد در زمان مشخص شده به هدف می‌رسد، اجرا شد
پنجم	بازی طناب‌کشی با هیولا	گسلش‌شناختی	پس از صحبت درباره مسائلی که اذیتشان می‌کرد همچون اضطراب، ترس و شرم، خشم، دل‌تنگی، برایشان نامی انتخاب کردند، سپس استعاره هیولا در دو مرحله در قالب بازی اجرا شد.
ششم	بازی ماشین در هزارتو	شفاف‌سازی ارزش‌ها و عمل متعهدانه	پس از صحبت درباره ارزش‌ها و نشان دادن کارت‌های ارزش‌ها و درآوردن ارزش هر فرد. بازی ماشین در هزارتو اجرا شد. در دو مرحله: مرحله اول بدون داشتن آدرس و بی‌هدف حرکت کردند تا زمان مشخص شده به اتمام رسید. در مرحله دوم با وجود تابلوهای ارزش‌ها حرکت کردند و در زمان مشخص شده به هدف رسیدند



جلسه	محتوا	هدف	تکنیک
هفتم	بازی چشم‌بند و پیدا کردن اشیای جایجا شده و بازی تشخیص طعم‌ها با چشم‌های بسته	ذهن‌آگاهی	بازی بستن چشم‌ها و پس از باز کردن تشخیص وسایل جایجا شده، بستن چشم‌ها و با توجه به صدا به پیدا کردن وسیله موردنظر مشغول شود، بستن چشم‌ها سپس لمس و تشخیص شیء و خوردن خوراکی و تشخیص طعم و بوی آن (استفاده از حواس ۵ گانه).
هشتم	بازی چه کسی داستان بهتری از بازی‌ها می‌گوید یا اجرا می‌کند	سازمان‌دهی جلسات قبل	از بچه‌ها خواسته شد داستانی با محتوای جلسات قبل تعریف کند یا به صورت نمایش اجرا کند. سپس درباره آن‌ها صحبت می‌کردیم.

## بحث

یکی از عوامل مهم خودانتقادی و شرم، بی‌ارزش‌سازی اجتماعی هویت‌های انگ شده است. شرم هسته عاطفی تجربه انگ است و تمایل به آمیختگی با باورهای معیوب یا دوست‌نداشتنی دارد. خودانگاری مستلزم درون‌سازی یک موقعیت اجتماعی بی‌ارزش شده است. شرم مانع تعامل اجتماعی می‌شود. قطع ارتباط بین فردی را ترویج می‌کند و در حل مشکلات بین فردی دخالت می‌کند (۴۵). با توجه به داده‌های به دست آمده، نتایج نشان داده است که درمان بر متغیر شرم در آزمودنی دوم اثر اندکی داشته است و در آزمودنی سوم اثر قابل توجهی داشت اما اثربخشی درمان بر آزمودنی اول قابل قبول نیست. در متغیر اضطراب در آزمودنی دوم و سوم اثر مثبتی گذاشت و همچنان اثربخشی آن بر آزمودنی اول قابل قبول نیست. نتایج این پژوهش حاکی از اثربخشی مفاهیم درمان پذیرش و تعهد در قالب بازی بر کودکان است بخصوص کودکانی که به تفکر انتزاعی رسیده‌اند. نتایج همسو با نتایج پژوهش‌هایی همچون آقایی و همکاران (۵۴)؛ قمیان و شعیری (۵۵)؛ رضایی (۳۴)؛ گودرزی و همکاران (۳۰)؛ شجاعی و همکاران (۵۶)؛ راتقی و مرعشیان (۳۲)؛ شم‌آبادی و همکاران (۵۷)؛ باقری و یوسفی‌افراشته (۵۸)؛ آقاجانی و همکاران (۵۹)؛ محمدی و همکاران (۶۰)؛ سوین و همکاران (۶۱)؛ گاردنر و همکاران (۶۲)؛ فنگ و دینگ (۶۳)؛ ری و همکاران (۶۴)؛ پاک‌طینتیان و همکاران (۳۹)؛ عزیزی و همکاران (۴۰)؛ عقیلی و همکاران (۴۱) که اثربخشی این درمان‌ها را تأیید کرده‌اند، است. برای پاسخ به سؤال اول پژوهش حاضر در طی مطالعه تک‌آزمودنی ترتیب داده شد که بر اساس نتایج تحلیل دیداری داده‌ها و نمودارهای ترسیمی، روش بازی‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد از اعتبار کافی برخوردار است زیرا طبق نمودارها اثربخشی آن بر شرم و نشانگان اضطراب نشان داده شد. اثر

روش‌های درمانی بر متغیرهای وابسته در مرحله پیگیری نیز ادامه داشت. یافته‌های پژوهش حاضر تا حدودی با نتایج پژوهش‌های صورت گرفته از جمله لوما و پلت (۴۵)؛ وثوق و مهاجرانی (۴۴)؛ گل و عقیل (۴۶)؛ ابوسعیدی‌مقدم و همکاران (۶۵)؛ حاج‌اکبری و عباسی (۱۴)؛ اسدی و همکاران (۴۳)؛ محمودفخه و همکاران (۴۲) همسو است. نتایج نشان داد، روش بازی‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر نشانگان اضطراب کودکان آزاردیده جسمی نیز مؤثر است. این یافته با توجه به نتایج تحقیقات مختلف در راستای اثربخشی درمان بازی‌درمانی و درمان پذیرش و تعهد بر اضطراب، از جمله پژوهش‌های مرتضوی و همکاران (۳۷)؛ وثوق و مهاجرانی (۴۴)؛ هادیان‌نجف‌آبادی و کاظمی (۶۶)؛ پرازنده و همکاران (۴۷)؛ اسدی و همکاران (۴۳)؛ محمودفخه و همکاران (۴۲) همسو است. در تبیین نتایج می‌توان مطرح نمود که مؤلفه‌های درمان پذیرش و تعهد که در قالب بازی ارائه شدند افراد را تشویق می‌کنند تا در جهت ارزش‌های واقعی زندگی حرکت کنند. درحالی‌که اجتناب از تجارب، فرآیند آسیب‌زایی را به وجود می‌آورد که منجر به ایجاد و گسترش تعرضات و آسیب‌ها می‌شود. پذیرش به‌عنوان یکی از فرآیندهای اصلی روش درمانی، فضایی را برای فرد آماده می‌کند تا افکار و احساساتش را بدون تلاش برای تغییر دریابد. مؤلفه‌های دیگر نیز همچون گسلش‌شناختی، ارزش‌ها، ذهن‌آگاهی به فرد کمک می‌کند تا با وقایع استرس‌زا و احساسات مختلف تماس برقرار کنند و بجای کنترل افکار و احساسات آن‌ها را تجربه کنند (۶۷). از طرفی با در نظر گرفتن هدف اصلی درمان پذیرش و تعهد که انعطاف‌پذیری روانشناختی است، با مؤلفه‌های این درمان که در قالب بازی ارائه شدند کودک با ذهن‌آگاهی و پذیرش در جهت ارزش‌ها قدم برمی‌دارد و از اجتناب دوری می‌کند که این روند منجر به کاهش اضطراب می‌شود. پژوهش حاضر

9. Ellenbogen S, Trocme N, Wekerle C and McLeod K. An exploratory study of physical abuse-related shame, guilt, and blame in a sample of youth receiving child protective services: Links to maltreatment, anger, and aggression. *J Aggrress Maltreat Trauma*. 2015; 24(5): 532-551.
10. Adams J, Mrug S, and Knight D. C. Characteristics of child physical and sexual abuse as predictors of psychopathology. *Child Abuse Negl*. 2018; (86): 167-177.
11. Hashemi S, Dartaj F, Saadipour I and Asadzadeh H. Structural model of shame and guilt feelings based on parenting styles: The mediating role of attachment styles. *Int J Appl Psychol*. 2018; 11(4 (44)):475-493.
12. Abbasi N, Hosseini F S, Golestane SM. The role of attribution styles in self-conscious emotions of shame and guilt for elementary school's students, *Stud Learn Instruc*, 2017; 8(2): 1-18.
13. Dostani Sh and Qumrani A. Comparing the effectiveness of emotional socialization training and teaching parenting metaphors to mothers on the shame of children with internalized behavioral problems JR-CBS. 2021; 11(2): 27-42.
14. Haj Akbari A and Abbasi Q. The effectiveness of group therapy based on acceptance and commitment on internalized shame and fear of failure in female students. *Rooyesh*. 2021; 10(4): 133-142.
15. Matos M, Pinto-Gouveia J, and Gilbert P. The effect of shame and shame memories on paranoid ideation and social anxiety. *Clin Psychol Psychother*. 2013; (20): 334-349.
16. Diana-Mirela Căndea D.M, and Szentagotai-Tătar A. Shame-proneness, guilt-proneness and anxiety symptoms: A meta-analysis. *J Anxiety Disord*. 2018; (58): 78-106.
17. Aakvaag H.F, Thoresen S, Wentzel-Larsen T, Røysamb E, and Dyb G. Shame and guilt in the aftermath of terror: The Uttiya Island study. *J Trauma Stress*. 2014; 27(5): 618-621.
18. Aakvaag H. F, Thoresen S, Wentzel-Larsen T, Dyb G, Røysamb E and Olf M. Broken and guilty since it happened: A population study of trauma-related shame and guilt after violence and sexual abuse. *J Affect Disord*. 2016; (204): 16-23.
19. Mures P and Meesters C. Small or big in the eyes of the other: On the developmental psychopathology of self-conscious emotions as shame, guilt, and pride. *Clin Child Fam Psychol Rev*. 2014; 17(1): 19-40.
20. Haj Mohammadi Z and Haji Alizadeh, K. Effectiveness of fighting cat program on symptoms of generalized anxiety disorder and social phobia in boys and girls with anxiety disorders. *JIVMS*. 2019; 28(1): 27-35.
21. Ray D.C, Burgin E, Gutierrez D, Ceballos P, and Lindo N. Child-centered play therapy and adverse
- نیز نشان داد که بازی درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اضطراب مؤثر است. نتایج نشان داد که این درمان بر نشانگان اضطراب اثر قابل توجهی داشت. در باب محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان گفت این پژوهش به صورت طرح تک‌آزمودنی اجرا شد که تعمیم نتایج آن ضعیف می‌باشد. با توجه به تعداد محدود آزمودنی‌ها متغیرهای تأثیرگذار از جمله جنسیت، سن، هوش کنترل نشدند و با توجه به محدودیت زمانی مراحل پیگیری اندک و با فاصله کم انجام شد. پیشنهاد می‌شود پژوهشگران از استعارات و بازی‌هایی متناسب با فرهنگ و فهم و رشد کودک استفاده کنند. از مداخله فوق در درمان مشکلات هیجانی کودکان بهره ببرند و همچنین در پژوهش‌های آتی از آموزش پذیرش و تعهد و فرزندپروری به والدین در کنار بازی درمانی مبتنی و پذیرش برای کودکان بهره ببرند.

#### منابع

- Seddighi H, Salmani, I, Javadi M.H & Seddighi S. Child abuse in natural disasters and conflicts: A systematic review. *Trauma Violence Abuse*. 2021; 22(1): 176-185.
- Ansari S. Awareness of Child Sexual Abuse and Preventive and Coping Strategies for Parents and Careers of the Children. *J Except Educ* 2018; 4 (153):25-32.
- Noroozi Chaharghaleh P, Hashemi Azar J & Sarami Forooshani G R. The comparison of neuropsychological function among emotionally abused and normal girl students. *J Psychol Stud*. 2015; 11(2): 7-24.
- Shirmohammadi Z, Sadeghi M and Ghazanfari F. The role of childhood abuse and insecure attachment in explaining adolescent conduct disorder through cognitive processing. *J Psychol Stud*. 2021; 17(2), 117-138.
- Tayyabzadeh Dezfuli S. Child abuse in the family (investigation of child abuse cases in Karaj welfare) [Dissertation]. Tehran.Social and Economic Sciences Al-Zahra (S). 2010. p.10-20.
- Qasimabadi N. Investigating the relationship between child abuse, post-traumatic stress disorder and Internet addiction in middle school students of Qom [M.A.Dissertation]. Behshahr. Branch Azad University. 2016. p.20-100.
- Adams J. Mrug S. and Knight D. C. Characteristics of child physical and sexual abuse as predictors of psychopathology. *Child Abuse Negl* 2018; (86): 167-177.
- Karimi N, Shahgholian M. Attention Deficit Hyperactivity Disorder, Sluggish Cognitive Tempo and Child Abuse Trauma: A Comparative Study in Men and Women. *RRJ* 2022; 11 (1):155-162.

36. Khoshiari Murad S and Nik Amal M. The effectiveness of game therapy on reducing hidden and overt anxiety of abused girls aged 4-12 living in quasi-family centers. *Rooyesh*. 2019; 9(4): 65-74.
37. Mortazavi, A, Nikrahan Gh and Sadoughi M. Comparing the effectiveness of play therapy methods based on acceptance and commitment and combining it with mothers' education on anxiety, self-esteem and self-efficacy of elementary school children, *J Clin Psychol*. 2017; (3)10: 77-89.
38. Hossein Ava, Z. Mahmoud Alilou, M. Nemati, F. The effect of anger management training based on acceptance and commitment on adolescent anger rumination with a single case design [Dissertation]. Tabriz. Faculty of Education Sciences and Psychology. 2023; p.10\_50.
39. Paktinatan, E. Chinaveh, M. Fereydoni, S. The Effectiveness of Compassion-based Acceptance and Commitment Group Therapy on Adjustment and Happiness in Patients with Major Depression Disorder. *IEEPJ*. 2022; 4(1), 25-35.
40. Azizi, M. Farhangi, A. Hosseinpour, R. Comparison of the Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy and Mindfulness-Based Stress Reduction Therapy on Academic Belief, Emotional Regulation, and Academic Adjustment, *J Psychol Achiev*. 2023; 30(1), 261-284.
41. Aghili, M. Mahghani Gheshlagh, Z. Asghari, A. The effectiveness of acceptance and commitment based therapy on aggression, emotion regulation and life expectancy of socially disadvantaged girls, *JMPR*. 2023; 18(70), 187-194.
42. Mahmoudfakhe, H. Shiri, H. Rezaei, N. Comparison of the effect of acceptance and commitment therapy and self-compassion therapy on cognitive flexibility in anxious female students of the second year of high school, *PPLS*. (2024); 9(3), 63-81.
43. Asadi, H. Mohammadi, M. Naziri, GH. Davoodi, A. Comparing of Clinical Efficacy of ACT Matrix with ACT Focused on Compassion and Hofmann's CBT on Social Anxiety Disorder, *J Appl Psychol*. 2023; 17(2), 33-61.
44. Vosough S and Mohajerani M. The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy in Reducing the Symptoms of Anxiety Disorders in Children from at Risk Families. *QJFR*. 2022; 18 (4):131-144.
45. Luoma J B & Platt M G. Shame, self-criticism, self-stigma, and compassion in acceptance and commitment therapy. *Curr Opin Psychol*. 2015; 2: 97-101.
46. Gul M and Aqeel M. Acceptance and commitment therapy for treatment of stigma and shame in substance use disorders: a diuble-blind, parallel-group, randomized controlled trial.. *J Subst Use*. 2021; 26(4): 413-419.
47. Parazdeh Y, Viyani F, Zamani S and Zamani N. The Effectiveness of Acceptance and Commitment- childhood experiences: A randomized controlled trial. *J Couns Dev*. 2022; 100(2): 134-145.
22. Lenz A. S. Meta-analysis of the coping cat program for decreasing severity of anxiety symptoms among children and adolescents. *J Child Adolesc Couns*. 2015; 1(2): 51-65.
23. AghaBabaei Dastgerdi M. Investigating the effectiveness of compassion-focused therapy on reducing mothers' anger and their children's behavioral problems [Dissertation]. Esfahan. Faizul Islam Institute of Higher Education. RCAP. 2019. p.20-132.
24. Shahabizadeh F. and Khaje Eminian F. The effectiveness of story therapy based on cognitive-behavioral approach on the anxiety of female primary school students. *JSRP*. 2017; 19(1): 70-80.
25. Rahmanian M, Mesadi S and Dehestani M. the effect of cognitive rehabilitation training on the improvement of anxiety symptoms in children *J Child Ment Health*. 2017; 14(5): 48-58.
26. Miers A, Blöte A, de Rooij M, Bokhorst C.L, & Westenberg P. Trajectories of social anxiety during adolescence and relations with cognition, social competence, and temperament.. *J Abnorm Child Psychol*. 2013; (41): 97-110.
27. Crawford A.M & Manassis K. Anxiety, social skills, friendship quality, and peer victimization: An integrated model. *J Anxiety Disord*. 2011; 25(7): 924-931.
28. Salehi S, Barjali A and Zadeh Mohammadi A. The effectiveness of drama therapy on the anxiety of working children. *J Psychol Achiev. J Educ Psychol*. 2022; 29(1): 15-36.
29. Woods C. Play Therapy in Children with Trauma. *Academic Festival*. 2021; 151:2-15.
30. Godarzi K, Meridian S and Rozbahani M. Determining the effectiveness of play therapy on children's aggression, stress and anxiety. *JMBS*. 2018; 2(2): 116-125.
31. Talebi M, Ghasemzadeh S. Arjamandi Rafsanjani K and Vakili S. The effectiveness of child-centered play therapy on the resilience of children with leukemia. *JPEN*. 2022; (3) 8: 47-55.
32. Rataghi P and Maresian F. The effectiveness of doll play therapy on reducing shyness, loneliness and behavioral problems of single-parent children in Ahvaz city. *Rooyesh*. 2019; 10(12): 179-190.
33. Shamsipour A, Selgi R, Rozbahani M, Babaei Amiri N and Darabi B. Investigating the effectiveness of play therapy (with a sand play approach) in children with post-traumatic stress disorder. *J Except Child*. 2017; 18(4): 55-66.
34. Rezaei A. The effectiveness of play therapy on reducing children's shyness. *JR-JNBS*. 2017; 3(19): 45-58.
35. Zare S, Pourshahriari M and Rahimi C. The effect of play therapy on bereavement symptoms in children covered by the Imam Khomeini Relief Committee. *Couns Res Dev*. 2016; 16(63): 81-98.

58. Bagheri P, Yousefi afraشته M. Comparison of the effectiveness of painting therapy and group play therapy on anxiety and self-esteem of students with Attention Deficit / Hyperactivity Disorder (AD/HD). *J Except Educ*. 2021; 2 (162):114-114.
59. Aghajani S, Abedi S, Hoseyni A. Comparison of the effectiveness of play therapy and laughter therapy in Catarria (laughter yoga) on generalized anxiety in children aged 6-12 years. *Shenakht. J Psychol Psychiatr*. 2021; 8 (1):74-87.
60. Mohammadi GH, Pirani Z, Zangeneh Motlag F. Comparison of the effectiveness of philosophy program for children and group play therapy with cognitive-behavioral method on psychological flexibility in children with separation anxiety disorder. *Think Child*. 2023; 13(2): 215-239.
61. Swain J, Hancock K, Dixon A & Bowman J. Acceptance and Commitment Therapy for children: A systematic review of intervention studies. *J Contextual Behav Sci*. 2015; 4(2): 73-85.
62. Gardner M J, Thomas H J & Erskine H E. The association between five forms of child maltreatment and depressive and anxiety disorders: A systematic review and meta-analysis. *Child Abuse Negl*. 2019; 96 (10): 40-82.
63. Fang S & Ding D. A meta-analysis of the efficacy of acceptance and commitment therapy for children. *J Contextual Behav Sci*. 2020; 15: 225-234.
64. Ray D C, Burgin E, Gutierrez D, Ceballos P & Lindo N. Child-centered play therapy and adverse childhood experiences: A randomized controlled trial. *J Couns Dev (JCD)*. 2022; 100(2): 134-145.
65. Abusaeidi Moghadam N, Sanagouye Moharer Gh R & Shirazi M. Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on feelings of loneliness, shame, and guilt in female applicants for divorce. *J Appl Psychol*. 2020; 14(1): 35-54.
66. Hadiyan Najafabadi M and Kazemi M. Effectiveness of Acceptance & Commitment Therapy (ACT) on Generalized Anxiety Disorder in Children with Type 1 Diabetes. *Ilam Uni Med Sci*. 2018; 25(6): 185-198.
67. Pourtaleb N, Badri R, Nemati S, Hashemi T. Developing and Validation the Acceptance and Commitment Education Program and Evaluation its efficiency on Academic Resilience, Academic Stress and Academic Burnout for Students with Specific Learning Disability. *JOEC*. 2023; 23 (2):7-22.
- Based Education on Anxiety, Depression and Rumination in and 16-Year-Old Adolescents with Multiple Sclerosis (Case Study). *Pajouhan Sci J*. 2022; 20 (2):120-126.
48. Mirjalili R, Rasulzadeh Tabatabai K and Ghanbzodgi M. Investigating the confirmatory factor structure and psychoanalytical characteristics of the adult version of the screening questionnaire for emotional disorders related to child anxiety. *Clin Psychol Personal. Period* 16. 2016; 1(30): 223-237.
49. Beit Saeed M. Developing and testing a model of the causal relationship between different aspects of self-discord with self-criticism, rumination and fear of intimacy, with the mediation of emotions of shame and guilt in students of Shahid Chamran University of Ahvaz [Dissertation]. Ahvaz. Shahid Chamran University of Ahvaz. 2015; p.10-117.
50. Abbasi N, Hosseini F and Golestane M. The role of attribution styles in self-conscious emotions of shame and guilt for elementary school's students. *Stud Learn Inst*. 2017; 8(2): 1-18.
51. Ghazizadeh S, Mashhadhi A, Tabibi Z and Soltanifar A. The effectiveness of trauma-focused cognitive behavioral therapy on the symptoms of post-traumatic stress disorder in children with sexual abuse experience. *J Clin Psychol*. 2019; (4) 12: 77-90.
52. Khorianian M. Bakshipour Rudsari A, Mahmoudalilo M and Hashemi T. Effectiveness of transference psychotherapy on reflective action and symptom reduction in patients with borderline personality disorder. *J Clin Psychol*. 2017; 4(40): 45-57.
53. Khojasteh Mehr R, Koochaki R and Rajabi GH. Mediating role of relationship attributions and destructive conflict resolution strategies on the relationship between attachment styles and marital quality. *Contemp psychol*. 2013; 7(2): 3-10.
54. Aghaei A, Kara Ahmadi M and Asgari A. Comparing the effectiveness of child-centered play therapy and parental play therapy on reducing children's internalizing disorders. *J Res Behave Sci*. 2014; (2) 321: 13-309.
55. Qomian S and Shoairi M R. The effectiveness of treatment based on acceptance and commitment of children with chronic pain on the internalized symptoms of 7-12-year-old children with chronic pain. *Clin Psychol Stud (JCPS)*. 2016; 8(29): 1-19.
56. Shujaei Z, Gol Paror M, Bardbar M and Aghaei A. The effect of cognitive behavioral play therapy and cognitive behavioral story therapy on the perception of pain and hope in children with cancer. *J Nurs Educ (JPEN)*. 2018; (1) 6: 45-39.
57. Shamabadi R, Nosratabadi M, Asgharinekah S M, and Banihashem A. Effect of Group Play Therapy based on Choice Theory on Anxiety, Depression, and Pain Symptoms in Children and Adolescents with Cancer. *J Mazandaran Univ Med Sci* 2021; 31 (197):154-161.