

# تأثیر بازی درمانی گروهی ساختارمند به شیوه شناختی - رفتاری بر اضطراب و افسردگی کودکان

## مبتلا به سرطان: یک مطالعه مقدماتی

\* سید محسن اصغری نکاح<sup>۱</sup>، فریبا کمالی<sup>۲</sup>، فاطمه جانسوز<sup>۲</sup>

۱. استادیار گروه علوم تربیتی، دانشکده علوم تربیتی و روان شناسی، دانشگاه فردوسی مشهد، مشهد، ایران

۲. دانش آموخته کارشناسی ارشد روان شناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی نیشابور، نیشابور، ایران

\* آدرس نویسنده مسئول: مشهد، میدان آزادی، پردیس دانشگاه فردوسی مشهد، دانشکده علوم تربیتی و روان شناسی، گروه علوم تربیتی

پست الکترونیک: asghari-n@um.ac.ir

### چکیده

**مقدمه:** سرطان یکی از بیماری‌های مزمن و نادر در کودکان است که با آسیب‌های روان‌شناختی همراه است. به این دلیل، طراحی و اجرای مداخلات کم‌خطر و کم‌هزینه‌ای نظیر بازی‌درمانی برای کنترل آسیب‌های هیجانی این کودکان ضروری است.

**هدف:** تعیین تأثیر بازی‌درمانی گروهی ساختارمند به شیوه شناختی - رفتاری بر اضطراب و افسردگی کودکان مبتلا به سرطان.

**روش:** پژوهش حاضر یک مطالعه تجربی دوگروهی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون است. شرکت کنندگان ۱۸ کودک ۸ تا ۱۴ ساله مبتلا به سرطان و بستری در بیمارستان فوق تخصصی کودکان دکتر شیخ مشهد در سال ۱۳۹۲ بودند؛ که به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و به طور تصادفی در دو گروه مداخله و شاهد قرار گرفتند. کودکان گروه مداخله ۱۰ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای بازی‌درمانی گروهی را دریافت کردند. هر دو گروه قبل و بعد از مداخله توسط پرسشنامه اضطراب و افسردگی بیمارستانی (HADS) ارزیابی شدند. تحلیل داده‌ها توسط آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری، تی‌مستقل و تی‌زوجی با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۰ انجام شد.

**یافته‌ها:** میانگین و انحراف معیار سن کودکان در دو گروه مداخله و شاهد به ترتیب  $۱۰/۵ \pm ۲/۴$  و  $۹/۳ \pm ۱/۶$  سال بود. آزمون تی‌مستقل نشان داد در مرحله بعد از مداخله، میانگین اضطراب و افسردگی به طور معناداری در گروه مداخله ( $۶/۷ \pm ۲/۱$ ) و ( $۸/۱ \pm ۱/۲$ ) نسبت به شاهد ( $۱۰ \pm ۳/۱$ ) و ( $۱۰/۲ \pm ۲/۸$ ) ( $p < ۰/۰۴$ ) کاهش داشت.

**نتیجه‌گیری:** با توجه به یافته‌های پژوهش، بازی‌درمانی گروهی ساختارمند به شیوه شناختی - رفتاری می‌تواند به عنوان راهکاری مؤثر برای کاهش اضطراب و افسردگی کودکان مبتلا به سرطان استفاده شود.

**کلیدواژه‌ها:** اضطراب، افسردگی، سرطان، کودکان، بازی‌درمانی گروهی

تاریخ دریافت: ۱۳۹۳/۱۰/۲۹

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۴/۰۶/۱۰

## مقدمه

یکی از مسائلی که سلامت جسمی و روانی کودکان را تهدید می‌کند ابتلا به بیماری‌های سخت و مزمن است (۱). بیماری مزمن نه تنها مشکلات جسمانی مختلفی را به وجود می‌آورد؛ بلکه گرفتاری‌های هیجانی، اجتماعی و عملی بسیاری را نیز به همراه دارد (۲). Scandlyn (۲۰۰۰) بر این باور است که بیماری‌های مزمن نگاه به زندگی را به عنوان فرایندی منظم و مستمر به چالش می‌کشند؛ چالشی که می‌تواند پیامدهای روانی مهمی به دنبال داشته باشد (۳). در این میان، سرطان یکی از بیماری‌های مزمن و نادر در کودکان است که مسایل و آسیب‌های روان‌شناختی همواره همراه آن است.

سرطان دوران کودکی شامل مجموعه‌ای از تومورهای خوش‌خیم و بدخیم است که ناشی از اختلال رشد و تکامل سلولی می‌باشد (۴). امروزه با توسعه علم پزشکی و تکنولوژی مربوط به آن، به تدریج بیماری سرطان در کودکان و نوجوانان از یک بیماری حاد و کشنده به یک بیماری مزمن تبدیل می‌شود و میزان بقاء افزایش یافته است. علی‌رغم افزایش میزان بقاء، سرطان شرایط تهدید کننده زندگی را فراهم می‌کند و تغییرات اساسی را در کودک و خانواده به وجود می‌آورد (۵).

ابتلا به سرطان و فهمیدن وجود این بیماری توسط بیمار تأثیرات روان‌شناختی عمیقی بر کودکان می‌گذارد. از طرفی، بستری شدن در بیمارستان برای کودک امری اضطراب‌آور است و حضور مداوم در محیط سرد و بی‌روح بیمارستان، کودک را غمگین و تنیده می‌کند (۴).

کودکان در سال‌های اول زندگی خود در برابر بحران‌های ناشی از بستری شدن، آسیب‌پذیری بیشتری دارند و چون از مکانیسم‌های سازگاری کمتری برای رفع تنش برخوردار هستند، مستعد بحران ناشی از بیماری و بستری شدن می‌باشند. واکنش‌های کودکان نسبت به بستری شدن شامل اضطراب، افسردگی، عصبانیت و تأخیر در رشد بوده است (۶). درمان‌های طولانی‌مدت، تهاجمی و دردآور این بیماری، شدت مشکلات روانی موجود را افزون‌تر می‌کند؛ به گونه‌ای که مطالعات نشان داده‌است که بین ۵۰ تا ۸۰ درصد از بیماران مبتلا به سرطان به طور همزمان از یک اختلال روان‌پزشکی رنج می‌برند (۴).

از میان مسایل و مشکلات روان‌شناختی مطرح هم رخداد با سرطان در کودکان و نوجوانان، افسردگی و اضطراب به عنوان یکی از رایج‌ترین اختلالات روان‌پزشکی شناخته شده است (۷). همچنین مطالعات نشان داده‌است که اضطراب شایع‌ترین اختلال هیجانی در بیماران مبتلا به سرطان است (۴). پژوهش‌ها نشان داده است که نوجوانان مبتلا به بیماری مزمن در معرض خطر بیشتری برای افسردگی، اضطراب و عزت نفس

پایین هستند (۸). پورموحد و همکاران (۱۳۸۲) در پژوهش خود دریافتند که میزان اضطراب نوجوانان مبتلا به تالاسمی ماژور از نوجوانان سالم بیشتر است (۹). ارتباط افسردگی و بیماری طی شایع است (۱۰). افسردگی تأثیر منفی بر وضعیت عملکرد، کیفیت زندگی، مدت بستری و نتیجه درمانی دارد. همچنین بر عملکرد اجزای ایمنی بدن و به تبع آن، بر مداوای سرطان تأثیرگذار است و پیشرفت سرطان ناشی از آن را پیش‌بینی می‌کند (۷).

به طور کلی، وقوع همزمان افسردگی با سرطان تأثیرات متعدد و منفی در زمینه‌های مختلف زندگی فردی و اجتماعی، سلامت روانی و جسمانی، درمان و پیشرفت بیماری فرد بر جای می‌گذارد. پیشگیری، تشخیص و مداخله به موقع در زمینه بروز اختلال افسردگی در مبتلایان به سرطان از اهمیت و لزوم خاصی برخوردار است (۷). اضطراب بر سیر بهبودی و آینده کودک اثر مخرب دارد. با این اوصاف، درمان اختلالات همراه با سرطان بسیار مهم و ضروری می‌باشد.

برای کاهش اضطراب و افسردگی کودکان، می‌توان به دو روش دارویی و غیردارویی اشاره کرد. در روش‌های غیردارویی مداخله‌های روان‌شناختی مختلفی وجود دارد. پژوهش‌ها نشان داده است که درمان‌های غیردارویی همچون روان‌درمانی و مشاوره کودکان با استفاده از شیوه‌های بازی‌درمانی برای درصد قابل ملاحظه‌ای از کودکان نتیجه‌بخش بوده است. بنابراین، می‌توان از بازی‌درمانی به عنوان ابزاری که کودکان به آن علاقه‌مند هستند، به عنوان یکی از روش‌های کاهش دهنده اضطراب و افسردگی استفاده کرد (۱۱).

بازی وسیله‌ای طبیعی برای بیان و اظهار وجود کودک است. کودکان از طریق بازی احساسات، ناکامی‌ها و اضطراب‌های خود را بیان می‌کنند (۱۲). کودک در بازی تجارب ناخوشایندی را بارها تکرار می‌کند و از این طریق، فعالانه بر آن تسلط می‌یابد و بازی فرصتی برای کودک ایجاد می‌کند تا راه‌هایی را برای سازگاری با شرایط جدید برای او فراهم آورد (۱۳). در حقیقت، بازی‌درمانی روشی است که به یاری کودکان می‌شتابد تا بتوانند مسایل خود را به دست خویش حل کنند. در این نوع درمان، به کودک فرصت داده می‌شود تا احساسات آزردهنده و مشکلات درون خود را از طریق بازی بروز داده و آن‌ها را به نمایش بگذارد (۱۲).

به عقیده Ashwill & Droske (۱۹۷۷) از طریق بازی می‌توان با کودک ارتباط برقرار کرد و در او اعتماد ایجاد نمود؛ تا آماده پذیرش اقدامات درمانی شود. گاه با استفاده از بازی‌های ساده مثل انجام اقدامات درمانی روی عروسک، می‌توان کودک

محورهای اصلی نظریه‌پردازی و فعالیت بالینی است؛ بنابراین، به نظر می‌رسد در کنار درمان‌های معمول سرطان، مداخله‌های غیردارویی همچون بازی‌درمانی یک مداخله مناسب در راستای حفظ و ارتقای سطح سلامت جسمی، روانی و اجتماعی برای کودکان و نوجوانان مبتلا به سرطان است. بنابراین، هدف اصلی پژوهش حاضر تعیین تأثیر بازی‌درمانی گروهی ساختارمند به شیوه شناختی - رفتاری (CBT) بر اضطراب و افسردگی کودکان مبتلا به سرطان است و اهداف غایی آن بیان اهمیت و نقش بازی‌درمانی در بهبود اضطراب و افسردگی کودکان با بیماری‌های مزمن است و همچنین بر به‌کارگیری بازی‌درمانی و تجهیز اتاق بازی در بخش‌های کودکان به ویژه بخش خون و آنکولوژی بیمارستان‌ها تأکید می‌کند. این پژوهش با ضرورت ارایه برنامه ساختارمندی از بازی‌درمانی مؤثر برای کودکان در محیط بیمارستان در جامعه ایرانی می‌کوشد به سهم خود به پر شدن این خلاء کمک نماید.

### روش‌ها

پژوهش حاضر یک مطالعه تجربی دوگروهی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون است. جامعه آماری پژوهش شامل تمامی کودکان ۸ تا ۱۴ ساله مبتلا به سرطان بستری و دارای پرونده در بیمارستان فوق تخصصی کودکان دکتر شیخ مشهد در سال ۱۳۹۲ بود. همواره تعداد کودکان بستری در بخش در محدوده ۳۰ تا ۳۳ نفر بود؛ که از این میان، برخی از آن‌ها در اتاق‌های ایزوله بودند و امکان مشارکت در پژوهش را نداشتند؛ بنابراین تعیین حجم نمونه در این پژوهش یک متغیر خارج از امکان برنامه‌ریزی برای پژوهشگران بود.

نظر به این که امکان انتخاب تصادفی آزمودنی‌ها وجود نداشت، نمونه به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شد و لیکن مشارکت کنندگان بصورت تصادفی در دو گروه مداخله (۹ نفر) و شاهد (۹ نفر) جایگماری شدند، شیوه جایگماری بدین صورت بود که افراد به صورت یکی درمیان در گروه مداخله و گروه شاهد جای دهی شدند. با توجه به این که کمبودها و مشکلات متعدد ناشی از شرایط بیماری مزمن وجود داشت و از طرفی، نظر به محدود بودن کلی تعداد مبتلایان به سرطان (نسبت به سایر بیماری‌ها) و همچنین، محدود بودن تعداد کودکانی که در محدوده سنی مورد نظر قرار داشتند؛ بنابراین، نمونه‌گیری پژوهش حاضر با شرایط ویژه‌ای روبرو بود و پژوهشگران از لحاظ امکان تصادفی بودن و امکان تأمین حجم نمونه حداکثری دچار محدودیت‌های بودند که در مجموع ضمن رعایت حقوق پژوهشی و اخلاق حرفه‌ای و علی‌رغم افزایش مدت نمونه‌گیری و تلاش پژوهشگران تعداد ۱۸ نفر از کودکان

را با روش‌های درمانی آشنا کرد و اضطراب ناشی از ناشناخته‌ها را در او کاهش داد (۱۴).

پژوهش‌هایی در باره کارآمدی بازی‌درمانی بر روی اختلالات روانی کودکان انجام گرفته است (۱۵ و ۱۶). Chilamakur و همکاران (۲۰۱۴) در پژوهش خود دریافتند که بازی‌درمانی می‌تواند یکی از روش‌های مکمل مهم در آماده‌سازی کودکان برای روش‌های دردناک، تهاجمی و اضطراب‌آور باشد (۱۷).

برخی پژوهش‌ها به صورت کلی به تأثیر بازی‌درمانی در کاهش اضطراب و افسردگی کودکان بستری شده در بیمارستان اشاره کرده‌اند (۱۸-۲۷). از جمله Constantinou (۲۰۰۷) در پژوهش خود دریافت که بازی‌درمانی به شیوه گشتالتی که در زمره شیوه‌های شناختی بازی‌درمانی است؛ در کاهش اضطراب کودک مبتلا به سرطان تأثیر قابل توجهی دارد (۲۰).

از جمله روش‌های مؤثر بازی‌درمانی، روش شناختی- رفتاری است. در این روش، بر نگرش‌های ناسازگارانه یا ناکارآمد تأکید می‌شود. پیش‌فرض مورد استفاده آن است که واکنش کودک به یک رویداد، متأثر از معانی و مضامینی است که به رویداد نسبت می‌دهد. در این روش، چنین فرض می‌شود که آن‌ها فاقد مهارت‌های رفتاری مناسب هستند یا باورها و محتویات شناخت، یا استعداد‌های حل مسأله (فرایندهای شناختی) از جهاتی آشفته و مختل می‌باشند. با در نظر داشتن این موضوع، بازی درمانگران شناختی- رفتاری همواره سعی می‌کنند از طریق تسهیل کسب مهارت‌های رفتاری جدید و فراهم آوردن تجربی که تغییر شناختی را تسهیل کند، به کودک و نوجوان کمک کنند.

به این ترتیب، روند درمان با سنجش دقیق عواملی شروع می‌شود که مشکل رفتاری یا هیجانی کودک را ایجاد می‌کند؛ سپس روش‌هایی ارایه می‌شود که به منظور افزایش توانایی رفتاری و تعویض تفکر ناسازگارانه با تفکر سازگارانه طراحی شده است (۱۱).

این رویکرد مداخله‌های شناختی - رفتاری را به درون یک الگوی بازی‌درمانی جذب می‌کند. بازی‌درمانی شناختی - رفتاری تعامل دوجانبه و پیچیده بین شناخت‌ها، هیجان‌ها، رفتار و محیط را مورد توجه قرار می‌دهد و درمان به طور غیرمستقیم و با استفاده از فعالیت‌های بازی‌محور برای کودکان صورت می‌گیرد (۱۲).

با توجه به این که کودکان مبتلا به سرطان و خانواده آن‌ها در طول دوره درمان با چالش‌های متعددی روبه‌رو می‌شوند و بیشتر کودکان عوارض جانبی جسمی، مشکلات رفتاری و هیجانی ناخوشایندی را تجربه می‌کنند و با عنایت به این که بازی و استفاده درمانی - آموزشی از بازی از دیرباز یکی از

واجد شرایط و داوطلب شرکت در پژوهش بودند؛ که به صورت نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند.

با توجه به این که بیمارستان دکتر شیخ مرکز فوق تخصصی کودکان است و کودکان و نوجوانان تا ۱۶ سال در بخش آنکولوژی این بیمارستان پذیرش می‌شوند و با توجه به این که توانایی خواندن و نوشتن کودکان برای تکمیل پرسشنامه‌ها حائز اهمیت بود؛ بنابراین، معیارهای ورود بر اساس بازه سنی ۸ تا ۱۴ سال مشخص شد. معیارهای ورود به مطالعه عبارت بود از: کودکانی که با تشخیص سرطان در بیمارستان دکتر شیخ بستری شده‌اند؛ دامنه سنی ۸ تا ۱۴ سال؛ عدم مصرف داروهای کاهنده اضطراب یا افسردگی. همچنین کودکانی که به هر دلیلی از شرکت در پژوهش انصراف می‌دادند؛ کودکان بدحالی که قادر به شرکت در جلسات بازی‌درمانی نبودند و بیمارانی که اقامت کمتر از یک هفته در بیمارستان داشتند از مطالعه خارج شدند.

به منظور گردآوری داده‌های جمعیت‌شناختی از یک فرم پژوهشگر ساخته مشخصات فردی که به صورت مصاحبه و با استفاده از پرونده کودکان تکمیل شد و شامل داده‌هایی از قبیل سن، جنس، رتبه تولد، تحصیلات والدین و نیز داده‌های مربوط به بیماری، نوع سرطان و مدت زمان تحت درمان بود و همچنین برای سنجش متغیرهای اصلی پژوهش، پرسشنامه استاندارد اضطراب و افسردگی بیمارستانی HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale) استفاده شد. شایان ذکر است با توجه به این که کودکان در بیمارستان مستقر بودند و همچنین فقط ابزار بررسی اضطراب و افسردگی بیمارستانی ابزار مزبور بوده است؛ بنابراین، پژوهشگران بدون دخل و تصرف در تعداد آیت‌ها، با ارایه برخی توضیحات شفاهی یکسان برای تمامی شرکت‌کنندگان، از این ابزار استفاده کردند.

پرسشنامه اضطراب و افسردگی بیمارستانی یک ابزار خودگزارشی ۱۴ آیتمی است؛ که برای غربال وجود افسردگی و شدت نشانه‌های افسردگی و اضطراب در طی هفته گذشته در بیماران طراحی شده است. مدت زمان اجرای آن کمتر از ۵ دقیقه است. این ابزار یک زیرمقیاس افسردگی ۷ قسمتی و یک زیرمقیاس اضطرابی ۷ قسمتی دارد. هر جزء آزمون بر روی یک مقیاس لیکرت بین صفر تا ۳ (در سؤالات مربوط به زیرمقیاس اضطراب ۰=هیچ‌گاه، ۱=گاهی اوقات، ۲=اغلب اوقات، ۳=بیشتر اوقات و در سؤالات مربوط به زیرمقیاس افسردگی برعکس می‌باشد) نمره‌گذاری می‌شود. بنابراین، نمرات هر دو زیرمقیاس در دامنه صفر تا ۲۱ قرار می‌گیرد. برای هر دو زیرمقیاس، نمرات در دامنه صفر تا ۷ = عادی یا طبیعی، ۸ تا ۱۰ = خفیف، ۱۱ تا ۱۴ = متوسط و ۱۵ تا ۲۱ = شدید در نظر گرفته می‌شود (۲۸).

این پرسشنامه توسط زیگموند و اسمیت در سال ۱۹۸۳ طراحی شده (۲۹) و روایی و پایایی آن در کشورها و مطالعات مختلف ثابت شده است (۳۰). در ایران نیز ترجمه و هنجاریابی آن توسط منتظری (۱۳۸۲) صورت گرفت و روایی پرسشنامه با استفاده از گروه‌های مشخص مقایسه و تجزیه و تحلیل شد. در نتیجه، روایی و پایایی این پرسشنامه در نوع ایرانی برای اندازه‌گیری اضطراب و افسردگی در بین بیماران مبتلا به بیماری‌های مزمن تأیید گردید (۳۱). در مطالعه حاضر، پایایی با محاسبه ضریب آلفای کرونباخ برای آیتم‌های ۷ گانه زیرمقیاس اضطراب معادل ۰/۵۳ و برای آیتم‌های ۷ گانه زیرمقیاس افسردگی ۰/۸۴ محاسبه شد.

روند اجرایی و نحوه اجرای مداخلات به این ترتیب بود که پژوهشگران اقدام به تکمیل و اجرای پرسشنامه‌ها توسط کودکان نمودند. پس از گردآوری داده‌ها، جلسات بازی‌درمانی به مدت ۱۰ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای برای کودکان گروه مداخله به وسیله درمانگر (روانشناس بالینی) و با همکاری یک کمک‌درمانگر در بخش هماتولوژی بیمارستان که امکاناتی نظیر میز، صندلی و نور مناسب داشت اجرا شد. در حالی که گروه شاهد مراقبت‌های معمول بیمارستان را دریافت کردند.

برنامه درمانی مبتنی بر رویکرد بازی‌درمانی گروهی شناختی-رفتاری و مطابق با مؤلفه‌های اضطراب و افسردگی با استناد به پژوهش‌های پیشین و روش‌های پیشنهادی Liebmann & Kaduson (۱۳)، (۳۲)، Geldard (۳۳) و ترکیب بازی‌درمانی با رفتاردرمانی شناختی (۳۴) طراحی و اجرا گردید. برنامه بازی‌درمانی در وقت آزاد مشترک کودکان تنظیم شده بود و به کودکانی که از نظر جسمانی نیاز به پیگیری ویژه داشتند آزادی عمل داده شده بود. بنابراین، در هر جلسه درمان ۸ یا ۹ کودک حضور داشتند. در پایان دوره، مجدداً پرسشنامه‌ها توسط کودکان تکمیل شد. یک نفر از شرکت‌کنندگان گروه مداخله به علت ترخیص، گروه را ترک کرد و مداخله درمانی برای ۸ نفر اجرا شد. همچنین سه نفر از شرکت‌کنندگان گروه شاهد نیز به دلیل تشدید بیماری از مطالعه خارج شدند و تجزیه و تحلیل نهایی بر روی ۱۴ نفر (۸ نفر در گروه مداخله و ۶ نفر در گروه شاهد) انجام شد.

برنامه مداخله و محتوای بازی‌ها توسط متخصص روانشناسی کودکان با نیازهای ویژه و تیم پژوهشی طراحی و با نظارت ایشان انجام شد؛ که شامل چهار قسمت بود: (۱) با توجه به این که بازی‌درمانی مبتنی بر رویکرد شناختی - رفتاری متکی بر یک رابطه درمانی مثبت است، در جلسه ابتدایی درمان، هدف اصلی درمانگران برقراری ارتباط، ایجاد محیطی امن و مناسب، اعتمادسازی، آشناسازی کودکان با فضای کلی بازی‌درمانی بود.

اضطراب، افزایش احساس تن‌آرامی، افزایش احساسات مثبت و پرداختن به روش‌های مختلف مقابله از طریق وسایل پزشکی، بازی و لوازم هنری متمرکز بود. (۴) در جلسه پایانی، آماده‌سازی کودکان برای اختتام گروه، انسجام‌بخشی به شناخت‌ها و باورها و هیجانات تجربه شده و یکپارچه‌سازی دستاوردها محور فعالیت‌های طراحی شده بود.

خلاصه‌ای از اهداف و محتوای و فعالیت‌های جلسات بازی‌درمانی گروهی با ساختار به صورت اجمالی در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱: خلاصه ساختار و محتوای جلسات بازی‌درمانی

جلسه	هدف پیگیری شده در هر جلسه	محتوا و فعالیت‌های هر جلسه
جلسه اول	ایجاد رابطه، اعتمادسازی، آشنایی بیشتر با درمانگر.	معرفه و آشنایی، آماده‌سازی کودکان و انجام فعالیت‌های هنری با موضوع اختیاری.
جلسه دوم	برون‌ریزی هیجانات با هدف کشف مسایل کودکان.	فعالیت گروهی هنری با عنوان عباسعلی کودک بیمار با استفاده از خرده‌های کاغذ.
جلسه سوم	افزایش امیدواری، غلبه بر تنهایی و ناامیدی، بازسازی شناختی با هدف پرهیز از خودگویی‌های منفی و بررسی نقش آن‌ها در ایجاد ناامیدی.	قصه‌گویی (داستان شیر غمگین) و تهیه صورتک‌هایی از آن و اجرای نمایش خلاق.
جلسه چهارم	غلبه بر ناامیدی، جایگزینی افکار مثبت با منفی، کاهش انزوا، بهبود روابط اجتماعی و کاهش غم و اندوه، بهره‌گیری از خودگویی‌های مثبت در هنگام غم.	فعالیت گروهی هنری و داستانی ماهی بیمار در غالب قصه و نقاشی.
جلسه پنجم	امید به آینده، شادی، مهارت مقابله با هیجان‌های منفی، به اشتراک گذاشتن احساسات، تجربه فعالیت گروهی مشترک، حس ارزشمندی.	تجربه فعالیت هنری درخت شادی با استفاده از ابزارهای هنری با تمرکز بر پس‌خوراندهای مثبت بین اعضای گروه.
جلسه ششم	آشکارسازی تعارضات، برون‌ریزی هیجانات و احساسات منفی، کسب سازگاری و بهبود راهبردهای رویارویی کودکان با مشکلات و نگرانی‌ها.	ساخت پازل گروهی، رنگ‌آمیزی و توسعه و تکمیل آن با تمرکز بر تعامل سازنده بین اعضای گروه.
جلسه هفتم	مواجه با اضطراب ناشی از ابزارهای پزشکی، ابراز ترس‌ها و اضطراب‌ها، کاهش اضطراب و حالات هیجانی ناخوشایند.	تهیه کاردستی با استفاده از ابزارهای پزشکی و تکنیک‌های هنری.
جلسه هشتم	کاهش اضطراب، سازگار کردن کودکان با وسایل پزشکی در بیمارستان، افزایش احساس کنترل و تجربه احساسات مثبت.	ترسیم نقاشی با استفاده از گواش و آموپول.
جلسه نهم	برونی‌سازی و عینی‌سازی بیماری، غلبه بر اضطراب ناشی از ناشناخته‌های بیماری، کاهش اضطراب و آرام‌سازی روانی.	نامه و نقاشی به غول بیماری و انجام فعالیت توپ زشت.
جلسه دهم	یکپارچه کردن دریافت‌ها، انسجام بخشی به شناخت‌ها و تعمیم آن‌ها به زندگی واقعی	جمع‌بندی جلسات پیشین، آماده‌سازی کودکان برای اختتام گروه.

به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها، ابتدا طبیعی بودن توزیع متغیرهای کمی توسط آزمون کولموگروف-اسمیرنوف تعیین شد. سپس داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی و آمار استنباطی (تحلیل کوواریانس چندمتغیری، آزمون تی‌زوجی برای مقایسه درون گروهی، آزمون تی‌مستقل به منظور مقایسه بین گروهی متغیرها، مجذور کای و دقیق‌فیشور) و با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۰ تجزیه و تحلیل شد. سطح معناداری در این

(۲) در دومین مرحله با استفاده از ترکیب مؤلفه‌های شناختی سعی گردید به کودکان کمک شود تا باورها و شناخت‌های بالقوه ناسازگار را در خود شناسایی نماید و با شناخت هیجانات و با تجربه افکار جدید مثبت به جای افکار ناخوشایند، احساس ناامیدی را به امیدواری تبدیل نماید و احساس تنهایی را کاهش دهد؛ که برای نیل به این مقصود از قصه (شیر غمگین) و ابزارهای هنری (از قبیل ابزار نقاشی و کاردستی، مدادشمعی و مداد رنگی) که توسط درمانگران آماده شده بود، استفاده شد. (۳) در سومین مرحله بازی‌درمانی بر بازآفرینی مشکلات و تعارضات کودکان و بر مواجهه کودک با نگرانی‌ها و اضطراب‌ها، غلبه بر

به منظور رعایت ملاحظات اخلاقی در پژوهش حاضر، پس از تصویب طرح در کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی مشهد، هماهنگی‌های لازم با بیمارستان دکتر شیخ، بخش هماتولوژی و کارکنان به عمل آمد. والدین و کودکان آن‌ها در جریان کلیات پژوهش، محرمانه بودن اطلاعات و نداشتن آثار سوء مداخله و آزادی عمل برای کودکان قرار گرفتند. سپس با کسب رضایت کتبی از والدین و اعلام رضایت شفاهی کودکان در این طرح پژوهشی مشارکت نمودند.

پژوهش ۰/۰۵ و متناظر آن سطح اطمینان ۰/۹۵ در نظر گرفته شد.

#### یافته‌ها

تعداد ۱۴ کودک در دو گروه مداخله (۳ دختر و ۵ پسر) و شاهد (۴ دختر و ۲ پسر) بررسی شدند. بررسی مشخصه‌های جمعیت‌شناختی در جدول ۲ نشان می‌دهد میانگین و انحراف معیار سن کودکان در دو گروه مداخله و شاهد به ترتیب ۹/۳±۱/۶ و ۱۰/۵±۲/۴ سال بود. میانگین سن مادران در گروه مداخله و شاهد به ترتیب ۳۳/۲±۴/۰ و ۳۵/۵±۴/۲ سال بود. میانگین مدت ابتلای کودکان به سرطان در گروه مداخله ۲۱/۴±۵/۰ و در گروه شاهد ۱۳/۷±۴/۰ ماه بود. نتایج آزمون تی مستقل، مجذور کای و دقیق فیشر نشان داد که دو گروه از نظر ویژگی‌های دموگرافیک نظیر سن، جنس، رتبه تولد، تحصیلات والدین و نیز اطلاعات مربوط به بیماری، نوع سرطان و مدت زمان ابتلا به بیماری همگن بودند (جدول ۲).

جدول ۲: ویژگی‌های دموگرافیک بیماران مورد مطالعه در دو گروه مداخله و شاهد

متغیر	مداخله	شاهد	نتیجه آزمون
سن کودک	۱۰/۵±۲/۴	۹/۳±۱/۶	* P=۰/۳۳
سن مادر	۳۳/۲±۴/۰	۳۵/۵±۴/۲	* P=۰/۳۳۱
سن پدر	۴۲/۱±۷/۴	۴۲/۳±۶/۴	* P=۰/۹۶
مدت ابتلا (ماه)	۲۱/۴±۵/۰	۱۳/۷±۴/۰	* P=۰/۷۲
جنسیت کودک	دختر ۳ (۳۷/۵٪)	دختر ۴ (۶۶/۶٪)	***P=۰/۶۰
	پسر ۵ (۶۲/۵٪)	پسر ۲ (۳۳/۳٪)	
نوع سرطان	خون ۶ (۷۵٪)	خون ۴ (۶۶/۷٪)	***P=۰/۹۴
	استخوان ۱ (۱۲/۵٪)	استخوان ۱ (۱۶/۷٪)	
	توده ۱ (۱۲/۵٪)	توده ۱ (۱۶/۷٪)	

\* آزمون تی مستقل

\*\* آزمون مجذور کای

\*\*\* آزمون دقیق فیشر

با توجه به طبیعی بودن توزیع متغیر اضطراب، از آزمون تی‌زوجی استفاده شد. آزمون تی‌زوجی برای مقایسه درون گروهی نشان داد در گروه مداخله، میانگین نمره اضطراب در قبل و بعد از مداخله به ترتیب ۱۱/۹±۲/۵ و ۶/۷±۲/۱ بود؛ و آزمون تی‌زوجی اختلاف آماری معنی‌داری بین این دو میزان نشان داد ( $P < 0.001$ ). در گروه شاهد، میانگین نمره اضطراب قبل و بعد از مداخله به ترتیب ۹/۵±۲/۸ و ۱۰±۳/۱ بود؛ آزمون

تی‌زوجی اختلاف آماری معنی‌داری بین این دو میزان نشان نداد ( $P = 0.46$ ). با توجه به طبیعی بودن توزیع متغیر اضطراب، مقایسه میزان اضطراب قبل از مداخله بین دو گروه با استفاده از آزمون تی مستقل انجام شد. طبق نتایج آزمون تی مستقل قبل از مداخله اختلاف معنی‌داری بین دو گروه وجود نداشت ( $P = 0.12$ ). اما بعد از مداخله، اختلاف معنی‌داری بین دو گروه از لحاظ نمره اضطراب وجود داشت ( $P < 0.04$ ) (جدول ۳).

با توجه به طبیعی بودن توزیع متغیر افسردگی، از آزمون تی‌زوجی استفاده شد. آزمون تی‌زوجی برای مقایسه درون گروهی نشان داد در گروه مداخله، میانگین نمره افسردگی در قبل و بعد از مداخله به ترتیب ۱۰/۵±۱/۴ و ۸/۱±۱/۲ بود؛ آزمون تی‌زوجی اختلاف آماری معنی‌داری بین این دو میزان نشان داد ( $P < 0.004$ ). میانگین نمره افسردگی در گروه شاهد در قبل و بعد از مداخله به ترتیب ۱۰/۷±۳/۱ و ۱۰/۲±۲/۸ بود؛ آزمون تی‌زوجی اختلاف آماری معنی‌داری بین این دو میزان نشان نداد ( $P = 0.30$ ). با توجه به طبیعی بودن توزیع متغیر افسردگی، مقایسه میزان افسردگی قبل از مداخله بین دو گروه با استفاده از آزمون تی مستقل انجام شد. طبق نتایج آزمون تی مستقل، قبل از مداخله اختلاف معنی‌داری بین دو گروه وجود نداشت ( $P = 0.9$ )؛ اما بعد از مداخله، اختلاف معنی‌داری بین دو گروه از لحاظ نمره افسردگی وجود داشت ( $P < 0.04$ ) (جدول ۴).

بررسی تحلیل آماری فرضیه‌ها و برای بررسی اثربخشی بازی‌درمانی گروهی ساختارمند به شیوه شناختی - رفتاری بر اضطراب و افسردگی بیمارستانی کودکان مبتلا به سرطان، پس از احراز مفروضه‌ها، با توجه به این که ابزار سنجش متغیر مورد مطالعه دارای دو زیرمقیاس می‌باشد؛ از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری استفاده شد. آزمون تحلیل کوواریانس یک شیوه آماری است که اجازه می‌دهد اثر یک متغیر مستقل بر متغیر وابسته بررسی شود و معمولاً در طرح‌های پیش‌آزمون - پس‌آزمون استفاده می‌شود. با توجه به این که در این مطالعه بیش از یک متغیر وابسته وجود دارد، از روش تحلیل کوواریانس چندمتغیری استفاده شده است.

برای بررسی این که دقیقاً شیوه‌درمانی بر کدام یک از مؤلفه‌های اضطراب و افسردگی بیمارستانی تأثیرگذار بوده است؛ از آزمون اثرهای بین‌آزمودنی استفاده شد. آزمون آثار بین‌آزمودنی‌ها نشان داد که نمرات تفاوت خرده‌مقیاس‌های اضطراب و افسردگی بین دو گروه به طور معنادار متفاوت بود. به منظور تبیین بیشتر یافته‌ها در جدول ۵ اندازه اثر متناظر هر متغیر نیز گزارش شده است. شایان ذکر است که اندازه اثر آماره‌ای است که شدت یا سهم تأثیر متغیر مستقل بر متغیر

اثرهای مطلوب محسوب می‌شود. این امر بیانگر آن است که مداخلات انجام گرفته در کاهش اضطراب و افسردگی کودکان مبتلا به سرطان نقش مؤثری داشته است و به عبارتی، حکایت از آن دارد که ۷۳ درصد واریانس یا تغییرات متغیر اضطراب و ۳۸ درصد تغییرات متغیر افسردگی حاصل مداخله بازی‌درمانی بوده است.

وابسته را نشان می‌دهد؛ به عبارتی، اندازه اثر بیانگر مقدار واریانس کلی در متغیر وابسته است که از طریق اثر متغیر مستقل قابل پیش‌بینی است. به این ترتیب، بررسی اندازه اثر در داده‌های پژوهش حاضر نشان می‌دهد اندازه اثر آزمایشی مربوط به اضطراب (۰/۷۳= اندازه اثر) است و اندازه اثر آزمایشی مربوط به افسردگی (۰/۳۸۱= اندازه اثر) است و هر دو مقدار جزء اندازه

جدول ۳: مقایسه میانگین و انحراف معیار اضطراب واحدهای پژوهش قبل و بعد از مداخله به تفکیک گروه

گروه	میانگین (±) اضطراب (انحراف معیار)		مقایسه درون‌گروهی
	قبل	بعد	
مداخله	۱۱/۹±۲/۵	۶/۷±۲/۱	P=۰/۰۰۱
شاهد	۹/۵±۲/۸	۱۰±۳/۱	P=۰/۴۶
مقایسه بین‌گروهی (نتیجه آزمون تی مستقل)			
	P=۰/۱۲	P=۰/۰۴	

جدول ۴: مقایسه میانگین و انحراف معیار افسردگی واحدهای پژوهش قبل و بعد از مداخله به تفکیک گروه

گروه	میانگین (±) افسردگی (انحراف معیار)		مقایسه درون‌گروهی
	قبل	بعد	
مداخله	۱۰/۵±۱/۴	۸/۱±۱/۲	P=۰/۰۰۴
شاهد	۱۰/۷±۳/۱	۱۰/۲±۲/۸	P=۰/۳۰
مقایسه بین‌گروهی (نتیجه آزمون تی مستقل)			
	P=۰/۰۹	P=۰/۰۴	

جدول ۵: نتایج تحلیل کوواریانس اضطراب و افسردگی برای مقایسه گروه‌های مداخله و شاهد بعد از مداخله

شاخص متغیر	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	مقدار F	سطح معنی‌داری	اندازه اثر	توان مشاهده شده
اضطراب	۷۳/۳۲	۱	۷۳/۳۲	۲۷/۱۴	۰/۰۰۱	۰/۷۳	۰/۹۹
افسردگی	۱۱/۰۰۵	۱	۱۱/۰۰۵	۶/۱۵	۰/۰۳	۰/۳۸	۰/۶۱

## بحث

که ماهیت افسردگی را تشکیل می‌دهد برخوردار نبوده است. همچنین ممکن است کاهش افسردگی نیازمند بازی‌درمانی‌های طولانی‌تری یا نیازمند بازی‌درمانی‌هایی باشد که بیشتر بر چرخه افکار منفی تمرکز داشته باشد و شایسته است چنین مواردی در پژوهش‌های بعدی کاوش و بررسی شود.

این یافته با نتایج پژوهش فرشلاف مانی‌صفت (۱۳۹۱) که در چارچوب طرح تک‌آزمودنی با خط پایه منفرد بر روی ۳ کودک مبتلا به سرطان خون، ۱۲ جلسه بازی‌درمانی ساختارمند را اجرا نمود و کاهش قابل‌توجهی را در اضطراب و افسردگی مشاهده کرد، هم‌راستا می‌باشد. با توجه به این که دو برنامه بازی‌درمانی پژوهش حاضر و پژوهش فرشلاف مانی‌صفت از حیث مداخله بازی‌درمانی و از حیث شرایط بالینی و روان‌شناختی مشارکت کنندگان مشابهت داشته‌اند و بر فعالیت‌های بازی‌محور متمرکز بوده است؛ مضاف بر آن که پژوهش حاضر در فضای گروهی تجربه شده است (۲۳).

همچنین، در مطالعه ممی‌یانلو و همکاران (۱۳۸۰) که با هدف تعیین میزان تأثیر برنامه بازی گروهی بر اضطراب کودکان سن مدرسه انجام شد، نشان داد که میزان اضطراب بین دو گروه بعد

بر اساس یافته‌های پژوهش حاضر، مشخص شد که بعد از مداخله، میانگین نمره اضطراب کودکان در گروه مداخله نسبت به گروه شاهد تفاوت معنی‌داری داشت و اضطراب این گروه به طور معنی‌داری کاهش یافته است. به عبارتی، می‌توان گفت بازی‌درمانی گروهی ساختارمند به شیوه شناختی-رفتاری در کاهش اضطراب کودکان مبتلا به سرطان و بستری در بیمارستان اثربخش است.

از سوی دیگر، یافته‌های پژوهش حاضر نشان می‌دهد برنامه بازی‌درمانی گروهی در کاهش افسردگی کودکان مزبور به طور معناداری اثربخش نبوده است. همچنین اثربخشی در کاهش اضطراب و عدم اثربخشی در کاهش افسردگی ممکن است ناشی از ماهیت متغیر اضطراب و افسردگی باشد (۴) و یا ناشی از برنامه درمانی و یا ناشی از سایر عوامل باشد؛ که در مورد ماهیت متغیر گمان می‌رود که آرامش و دل‌مشغولی‌های مثبت و تجارب خوشایندی که در فعالیت‌های بازی‌درمانی گروهی تجربه شده است، برای کاهش اضطراب مناسب بوده است. بنابراین، از کفایت لازم برای کاهش یا تغییر چرخه افکار منفی

یافته‌های این پژوهش‌ها با مطالعه حاضر همسو است؛ بنابراین، می‌توان نتیجه گرفت که بازی درمانی در کاهش اضطراب و بهبود وضعیت هیجانی و روانشناختی کودکان مبتلا به سرطان و بیماری‌های مزمن مؤثر است.

یافته‌های پژوهش حاضر با نتایج پژوهش Bar-Sela و همکاران (۲۰۰۷) که هنردرمانی را برای بیماران سرطانی به کار بردند، ناهمسو است و تغییرات معنادار در این گروه از افراد پس از انجام مداخله هنردرمانی مشاهده نشد. شاید علت تفاوت در نتایج، استفاده از رویکردهای درمانی متفاوت در پژوهش‌ها باشد (۳۸). در پژوهش حاضر از رویکرد بازی درمانی گروهی شناختی-رفتاری استفاده شد. مفاهیم اصلی این رویکرد تصحیح شناخت‌های ناسازگارانه است و چون این گونه تصور می‌شود که شناخت‌های ناسازگارانه باعث رفتار همراه با ترس و اضطراب می‌شود، فرض بر این است که تغییر در تفکر، تغییر در رفتار را به همراه دارد. درمانگر، به کودک کمک می‌کند تا شناخت‌های خود را شناسایی و اصلاح کند و تفکر ناسازگارانه را با تفکر سازگارانه تعویض نماید (۱۱).

در پژوهش حاضر، استفاده از شیوه‌ها و ابزارهای هنری گوناگون همچون نقاشی، بازی نمایشی، قصه برای شناسایی و تغییر باورها و افکاری که بالقوه ناسازگارند، جایگزینی افکار جدید مثبت با افکار ناخوشایند، کمک به کودکان برای تسلط بر ترس‌هایشان و غلبه بر اضطراب می‌تواند بستری شدن و فرآیندهای درمانی را به تجربه‌ای کم‌استرس تبدیل کند و در کاهش اضطراب کودکان مؤثر باشد.

بر اساس یافته‌های پژوهش حاضر، مشخص شد بعد از مداخله، میانگین نمره افسردگی کودکان در گروه مداخله نسبت به گروه شاهد تفاوت معنی‌داری داشت و افسردگی این گروه به طور معنی‌داری کاهش یافته است. این یافته با نتایج پژوهش Li و همکاران (۲۰۰۹) که در آن به بررسی مداخله بازی درمانی بر پیامدهای روانشناختی، اضطراب، هیجانات و خلق منفی کودکان تحت عمل جراحی پرداختند هم‌راستا می‌باشد (۳۹).

Li و همکاران (۲۰۱۱) در مطالعه‌ای دیگر به بررسی تأثیر بازی درمانی بر بهبود سلامت روان کودکان مبتلا به سرطان پرداختند. یافته‌های پژوهش نشان داد که مداخله بازی درمانی بر کاهش افسردگی کودکان مبتلا به سرطان و بستری در بیمارستان مؤثر است و همسو با مطالعه حاضر می‌باشد (۴۰).

به طور مشابه، زارع‌پور و همکاران در سال ۱۳۸۸ طی پژوهش خود دریافتند با توجه به این که کودکان مبتلا به سرطان علائم افسردگی را تجربه می‌کنند، که خود می‌تواند در روند درمان مشکلات متعددی را به وجود آورد، بازی می‌تواند به عنوان یک مداخله مؤثر به وسیله اعضای تیم بهداشتی برای کمک به

از مداخله تفاوت معنی‌داری وجود داشت؛ یعنی بازی در گروه مداخله توانسته بود میزان اضطراب را نسبت به گروه کنترل کاهش دهد (۳۵). به این ترتیب، کاهش اضطراب نقطه اشتراک پژوهش ممی‌یانلو و همکاران با پژوهش حاضر است. بنابراین، با توجه به این که اضطراب مشارکت کنندگان در پژوهش حاضر در آمیخته با تجارب بیماری سرطان و تجارب بیمارستانی است؛ به نظر می‌رسد که برتری و مزیت نسبی برنامه بازی درمانی گروهی ساختارمند به شیوه شناختی-رفتاری، که در پژوهش حاضر اجرا شده، آن است که به طور تخصصی و متمرکز بر مسایل کودکان سرطانی طراحی و اجرا شده است؛ در حالی که برنامه‌هایی نظیر مداخله می‌یانلو و همکارانش مناسب اضطراب کودکان در شرایط مدرسه است (۳۵).

نرسی (۱۳۸۳) عنوان کرد که بازی درمانی در کاهش میزان اضطراب و افزایش سطح سازگاری عمومی و احساسات مثبت کودکان مبتلا به سرطان مؤثر است (۲۷) و در پژوهش‌های دیگری، شفیع (۱۳۹۱) و پرند (۱۳۹۲) به بررسی اثربخشی قصه‌گویی بر اضطراب کودکان بستری در بیمارستان پرداختند. یافته‌های این دو پژوهش نشان داد که قصه‌گویی بر کاهش اضطراب کودکان بستری مؤثر است (۳۶) و (۶) شایان ذکر است در پژوهش حاضر نیز در برخی از فعالیت‌های بازی درمانی از قصه استفاده گردیده است. از جمله کودکان در قالب بازی گروهی داستان عباسعلی که یک کودک بستری در بیمارستان بود را طرح کرده و بسط و گسترش دادند و درمانگران با کودکان همراه شده و ضمن ترغیب آن‌ها به نقاشی، فضای بیشتری را برای ایجاد تجارب هیجان مناسب فراهم آوردند؛ که به نوعی در کاهش اضطراب کمک کرده است.

در پژوهشی با عنوان «تأثیر هنردرمانی بر کودکان مبتلا به آسم» Beebe و همکاران (۲۰۱۰) دریافتند که هنردرمانی شامل استفاده از انواع روش‌های هنری از جمله نقاشی، استفاده از خاک رس و مجسمه‌سازی به طور قابل توجهی در کاهش علائم اضطراب و بهبود کیفیت زندگی کودکان مبتلا به آسم مؤثر است (۳۷). برنامه مداخله پژوهش Beebe و همکاران (۲۰۱۰) با پژوهش حاضر از لحاظ ماهیت مداخله درمانی و تکنیک‌های آن همسویی و شباهت بسیاری دارد و از نظر وضعیت مشارکت کنندگان نیز شباهت داشتند؛ از این لحاظ که مشارکت کنندگان در هر دو پژوهش از بیماری‌های مزمن و نیازمند مراقبت‌های ویژه برخوردار بوده‌اند. بنابراین، به نظر می‌رسد که کودکان سرطانی در شرایط وخیم‌تر و به احتمال زیاد با اضطراب ویژه‌تری مواجه می‌باشند.



پس از ترخیص از بیمارستان نیز مد نظر قرار گیرد. همچنین پیشنهاد می‌شود که متخصصان کودک، پرستاران کودکان، و متخصصان روان‌سنجی و روان‌شناسی به تدوین ابزار مناسب برای ارزیابی اضطراب و افسردگی کودکان بستری در بیمارستان و در سنین مختلف کودکی همت گمارند.

با توجه به این که ابتلا به سرطان، بستری شدن و درمان‌های طولانی‌مدت کودک را مستعد تنش، اضطراب و افسردگی می‌کند و نیز با توجه به اهمیت و تأثیر بازی‌درمانی بر کاهش اضطراب و افسردگی کودکان مبتلا به سرطان، از منظر مداخلات بالینی و برنامه درمانی می‌توان از تکنیک‌های بازی‌درمانی به عنوان روشی غیرتهاجمی برای پیشبرد اهداف درمانی و بهبود وضعیت روان‌شناختی این کودکان استفاده نمود. بنابراین پیشنهاد می‌شود در بخش خون و آنکولوژی بیمارستان‌ها اتاق بازی در نظر گرفته شود و در امر آموزش و توانمندسازی پرستاران این بخش‌ها و آشنایی هر چه بیشتر آنان با شیوه‌های بازی‌درمانی و حضور روان‌شناس بالینی به منظور ارایه خدمات بهتر به این بیماران، اقدامات جدی صورت پذیرد.

### تشکر و قدردانی

نویسندگان این مقاله بر خود لازم می‌دانند که از حوزه معاونت محترم پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مشهد و مسؤولین محترم بیمارستان دکتر شیخ تشکر و قدردانی نمایند. همچنین از تمامی کودکان عزیزی که در اجرای این پژوهش مشارکت نمودند، سپاسگزاری می‌گردد. شایان ذکر است این پژوهش با کد ۲۶۷۶۱۳۹ توسط کمیته اخلاق پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی مشهد به تصویب رسیده است.

## References

1. Bazmi N, Nersi M. The Effect of Play Therapy' Techniques on Reduction of Anxiety and Increasing of Positive Feeling as well as General Adjustment Level in Children Suffering Blood Cancer in Tehran City. Q J Psychol Stud 2013;8(4):107-30. (Persian).
2. Edwards M, Hilton D. Counselling Children with Chronic Medical Conditions. Translated by Riahinia E. Tehran: Nyvand pub; 1997.
3. White C. Cognitive Behaviour Therapy for Chronic Medical Problems: A Guide to Assessment and Treatment in Practice. Translated by Moloudi R, Fatahi K. Tehran: Arjmand; 2001.
4. Mahmood Alilo M, Hashemi Nosratabad T, Farshbaf Manei Sefat F. The Effectiveness of Play Therapy According Levy Approach in Reduction of Anxiety in Children with Diagnosed Cancer. Holist Nurs Midwifery J 2015;22(75):54-62. (Persian).
5. Rahimi S, Fadakar Soghe R, Tabri R, Kazemnezhad Leili E. Related Factors with Quality of Life among Preschool Children with Cancer. Holist Nurs Midwifery J 2014;24(71):30-9. (Persian).
6. Parandeh Motlagh Z. The Effect of Storytelling on Anxiety 7-10 years old Children Hospitalization. (Thesis MSc Nursing), Tehran School of Nursing and Midwifery; 2013. (Persian).

کودکان بستری استفاده شود، تا آن‌ها را برای انجام روش‌های درمانی دردناک و تنش ناشی از بستری شدن آماده و سازگار نماید (۲۶). در این مطالعات نتایج حاکی از کاهش افسردگی در گروه‌های مورد بررسی بود.

پژوهش حاضر با محدودیت‌هایی نیز همراه بود؛ از جمله آن که این پژوهش از لحاظ نمونه‌گیری و حجم نمونه با محدودیت‌هایی که در بخش روش‌شناسی نیز اشاره شد، مواجه بود؛ که خود تعمیم یافته‌ها را با محدودیت روبرو می‌سازد و به شیوه نمونه‌گیری در دسترس اجرا شده است. همچنین در پژوهش حاضر، پژوهشگران با محدودیت وجود ابزارهای مناسب برای سنجش اضطراب و افسردگی کودکان بستری در بیمارستان و در سنین کمتر از ۱۶ سال مواجه بودند.

### نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که بازی‌درمانی گروهی به شیوه شناختی-رفتاری می‌تواند به عنوان روشی مؤثر برای کاهش اضطراب و افسردگی کودکان مبتلا به سرطان به کار گرفته شود. همچنین برنامه مداخله پژوهش حاضر که خلاصه‌ای از اهداف و محتوای و فعالیت‌های جلسات بازی‌درمانی گروهی با ساختار برنامه معرفی شده، می‌تواند به متخصصان در طراحی و مناسب‌سازی یک برنامه مشابه برای کودکان سرطانی بستری در بیمارستان کمک نماید. شایسته است در تبیین یافته‌های پژوهش حاضر به برخی پیشنهادات منبعث از آن‌ها نیز توجه شود.

پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آتی به نمونه‌گیری‌های وسیع‌تر بپردازند. همچنین به منظور بررسی کارایی بازی‌درمانی گروهی شناختی - رفتاری می‌توان تأثیر بازی بر واکنش‌های کودک

7. Banki Y, Abedin A, Monirpour N. Investigating Role of Cognitive Variables in Depression of Children and Adolescents with Cancer. *Q J Health & Psychol* 2011;1(1):111-34. (Persian).
8. Dantzera C, Swendsenb J, Maurice-Tisonc S, Salamon R. Anxiety and depression in juvenile diabetes: A critical review. *Clin Psychol Rev* 2003;23(7):787-800.
9. Pourmovahed Z, Dehghani Kh, Yassini Ardakani M. Evaluation of Hopelessness and Anxiety in Young Patients with Thalassemia Major. *J Med Res* 2003;2(1):45-52. (Persian).
10. Hamidiyeh M, Shahidi S, editors. Principles of Mental Health. Tehran: SAMT; 2010. (Persian).
11. Zare M, Ahmadi S. The Effectiveness of Cognitive Behavior Play Therapy on Decreasing Behavior Problems of Children. *Applied Psychol* 2007;1(3):18-28. (Persian).
12. Mohammad Ismail E, editor. Play Therapy: Theories, Methods and Clinical Applications. Tehran: danjeh pub; 2010. (Persian).
13. Kaduson H, Schaefer C. 101 more Favorite Play Therapy Technique. Translated by Saberi S, Vakili P. Tehran: Agah & Arjmand pub; 1997. (Persian).
14. Ashwill J, Droske S. Nursing Care of Children: principles and practice. Philadelphia: Saunders; 1997.
15. Shen YJ. Short-Term Group Play Therapy with Chinese Earthquake Victims: Effects on Anxiety, Depression, and Adjustment. *Int J Play Ther* 2002;11(1):43-63.
16. Baggerly J, Parker M. Child-centered group play therapy with African American Boys at the Elementary School Level. *J Couns Dev* 2005;83(4):387-96.
17. Chilamakuri S, Nuvvula S, Sunkara N. Play Therapy in Pediatric Dentistry. *J Paediatr Dent* 2014;2(1):28.
18. Chari U, Hirisave U, Appaji L. Exploring Play Therapy in Pediatric Oncology: A Preliminary Endeavour. *Indian J Pediatr* 2013;80(4):303-8.
19. Athanassiadoua E, Giannakopouloua G, Kolaitisa G, Tsiantisa J, Christogiorgosa S. Preparing the Child Facing Surgery: The Use of Play Therapy. *Psychoanal Soc Work* 2012;19(1):91-100.
20. Constantinou M. The Effect of Gestalt Play Therapy on Feelings of Anxiety Experienced by the Hospitalized Oncology Child. (Thesis M.Diac Play Therapy), South Africa University; 2007.
21. Hamre H, Witt C, Glockmann A, Ziegler R, Willich S, Kiene H. Anthroposophic Art Therapy in Chronic Disease: A Four-Year Prospective Cohort Study. *J Sci Healing* 2007;3(4):365-71.
22. Carrol J, editor. Play Thrapy: The Children Views. Child and Family Social Work. New York: W.W. Norton & Company; 2002.
23. Farshbaf Manisefat F. The effect of Play Therapy on Reduction of Anxiety and Depression in Children With Cancer. (Thesis MSc Psychology), Tabriz University of Faculty Educational and Psychology; 2012. (Persian).
24. Hamedtavasoli S, Alhani F, Hajizadeh E. Investigating of The Effect of Familiarzation Play on the Iinjective Procedural Anxiety in B-Thalassemic Preschool Children. *Iranian J Nurs Res* 7(26):42-9. (Persian).
25. Kariminasab A. Investigating The Effect of Narrative Therapy on Reducing Depressive Symptoms of Children with Cancer. (Thesis MSc Clinical Psychology), Ferdowsi University of Mashhad; 2010. (Persian).
26. Zareapour A, Falahi Khoshknab M, Kashaninia Z, Biglarian A, Babashahabi R. Effect of Group Play Therapy on Depression in Children with Cancer. *Sci J Kurdistan University Med Sci* 2009;14(3):64-72. (Persian).

27. Nersi M. The Effect of Play Therapy's Techniques on Reduction of Anxiety and Increasing of Positive Feeling as well as General Adjustment Level in Children Suffering Blood Cancer in Tehran City. (Thesis MSc Clinical Psychology), Rodehen Azad University; 2004. (Persian).
28. Kaviani H, Seyfourian H, Sharifi V, Ebrahimkhani N. Reliability and Validity of Anxiety and Depression Hospital Scales (HADS): Iranian Patients with Anxiety and Depression Disorders. *Tehran Univ Med J* 2009;67(5):379-85. (Persian).
29. Zigmond A, Snaith R. The hospital anxiety and depression scale. *Acta Psychiatr Scand* 1983;67(6):361-70.
30. Drayer R, Piraino B, Reynolds S, Houck P, Mazumdar S, Bernardini J, et al. Characteristics Depression Hemodialysis Patient. *Psych Med J* 2006;4(24):306-12.
31. Montazeri A, Vahdaninia M, Ebrahimi M, Jarvandi S. The Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS): Translation and Validation Study of the Iranian Version. *Health Qual Life Outcomes*. 2003;1(1):14. (Persian).
32. Liebmann M. Art therapy for groups: a handbook of themes and exercises. Translated by ZadehMohamad M, Tavakoli H. Tehran: Ghatreh pub; 1986. (Persian).
33. Geldard K, Geldard D. Counselling children: a practical introduction. Translated by Parniani M. Tehran: Roshd pub; 2009. (Persian).
34. Drewes A, editor. Blending play therapy with cognitive behavioral therapy : evidence-based and other effective treatments and techniques. Translated by Ramezani Gh. Tehran: Vania pub; 2002.
35. Mamyyanlo H, Alhani F, Ghofranipour F. Evaluation of the Effects of a Play Program on the Anxiety of Hospitalized School-Age Children in Tehran Medical Center of Children in 1999-2000. *Modares Medical Sciences Journal* 2001;4(1):55-62. (Persian).
36. Shafie SM. The Effect of Storytelling on Anxiety 7-10 years old Children Hospitalization. (Thesis MSc Nursing), Jundishapur University of Medical Sciences; 2012. (Persian).
37. Beebe A, Gelfand E, Bender B. A Randomized Trial to Test the Effectiveness of Art Therapy for Children with Asthma. *J Allergy Clin Immunol* 2010;126(2):263-6.
38. Bar-Sela G, Antid L, Danos S, Gabay N, Epelbaum R. Art Therapy Improved Depression And Influenced Fatigue Level In Cancer Patients on Chemotherapy. *PsychoOncol* 2007;16(11):980-4.
39. Li WH, Chung OK. Enhancing the efficacy of psychoeducational interventions for paediatric patients in a randomised controlled trial: methodological considerations. *J Clin Nurs* 2009;18(21):3013-21.
40. Li WH, Chung JO, Ho EK. The effectiveness of therapeutic play, using virtual reality computer games, in promoting the psychological well-being of children hospitalised with cancer. *J Clin Nurs* 2011;20(15-16):2135-43.

## The Effects of Structured Cognitive-Behavioral Group Play Therapy on Anxiety and Depression in Children with Cancer: A Pilot Study

\*Seyed Mohsen Asghari Nekah<sup>1</sup>, Fariba Kamali<sup>2</sup>, Ftomeh Jansouz<sup>2</sup>

1. Assistant Professor, Department of Education, Faculty of educational and sciences psychology, Ferdowsi University of Mashhad, Mashhad, Iran

2. MS in clinical psychology, Islamic Azad University of Nishapur, Nishapur, Iran

\* Corresponding author, Email: asghari-n@um.ac.ir

**Background:** Cancer as one of the chronic diseases in children is associated with psychological problems. Utilization of low-risk and cost-effective methods (e.g., play therapy) for controlling emotional distress seems necessary in children.

**Aim:** to determine the effects of structured cognitive-behavioral group play on anxiety and depression in children with cancer.

**Methods:** In this quasi-experimental pretest-posttest study, 18 children (8-14 years old) with cancer, hospitalized at Dr. Sheikh Hospital of Mashhad, were selected via available sampling and were randomly allocated into control and intervention groups in 2014. The intervention group received 10 sessions (60 min) of structured cognitive-behavioral group play therapy. Both groups were assessed by the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) before and after the intervention. For data analysis, covariance analysis, paired t-test and independent t-test were performed, using SPSS version 20.

**Results:** The mean age of the participants was  $10.5 \pm 2.4$  years in the intervention group and  $9.3 \pm 1.6$  years in the control group. Independent t-test showed that anxiety and depression significantly decreased in the intervention group ( $6.7 \pm 2.1$  and  $8.1 \pm 1.2$ , respectively), compared to the control group ( $10 \pm 3.1$  and  $10.2 \pm 2.8$ , respectively) after the intervention ( $P < 0.04$ ).

**Conclusion:** Structured cognitive-behavioral group play therapy could be effective in reducing anxiety and depression in children with cancer.

**Keywords:** Anxiety, Depression, Cancer, Children, Group play therapy

Received: 19/01/2015

Accepted: 01/09/2015