# فصل دوم

# مبانی نظری و پیشینه تحقیق

# 2-1. سرطان کودک

کودکان بین 3 تا 5 سال بیشترین میزان سرطان دوران کودکی را دارا هستند، لیکن با این وجود هنوز این گروه سنی مورد بررسی های درمان روان شناختی نظام مند قرار نگرفته اند. جریان درمان برای سرطان مغز استخوان[[1]](#footnote-1) با تمثیل قطاری در تاریکی توصیف می شود که کودکان و والدین آن ها قادر به ترک این قطار نیستند؛ دوران نسبتا آرامی بدون استرس یا با استرسی اندک وجود دارد، مانند دوران تقلیل نشانه ها، اما این دوره با دورانی از استرس شدید شامل عود مجدد، درد و عوارض جانبی آزار دهنده حاصل از شیمی درمانی جایگزین خواهند شد. این درد و اضطراب است که به عنوان زجرآورترین بخش های تشخیص و درمان گزارش شده اند (کاتنر، بومن و تیزدل[[2]](#footnote-2) 1988).

با این وجود نمی توان بر این مهم چشم بست که در 25 سال گذشته تغییرات مهمی در مراقبت های کودکان مبتلا به سرطان بوجود آمده است. در دهه 1960 تعداد اندکی از کودکان بیمار مبتلا به سرطان انتظار زنده ماندن بیش از چندین ماه را داشتند، در حالیکه امروزه اکثریت آن ها نجات یافته و به زندگی خود ادامه می دهند. این بهبود ها در پیش آگهی کودکان مبتلا به سرطان مستقیماً به پیشرفت ها در فناوری تشخیص و درمان مربوط هستند، هر چند که متاسفانه این پیشرفت ها با افزایش تعداد و آزردگی بسیار عوارض جانبی همراه بوده است. در حقیقت، تقریبا هر جنبه از اقدامات تشخیصی، درمانی و بازتوانی منجر به درد و پریشانی قابل توجهی می شود. عوارض جانبی ممکن است کوتاه مدت یا بلند مدت باشند و نه تنها بر کیفیت زندگی بیماران بلکه در تمکین به ادامه درمان نیز تاثیر می گذارند.

خوشبختانه، پیشرفت ها در فناوری های طبی به موازات پیشرفت ها در روش های رفتاری برای درمان اختلالات پزشکی صورت گرفته اند. از طریق کاربرد دقیق اصول نسبتا ساده رفتاری، درد و رنج هم در کودکان و هم در والدین آن ها قابل تعدیل گشته است. پژوهش های بالینی رویه های ویژه ای برای اکثر فازهای تشخیص، درمان و بازتوانی فراهم آورده اند. این روشها توسط پرسنل پزشکی خط مقدم (یعنی پزشکان و پرستاران) مورد حمایت بسیار قرار گرفته اند، بطوریکه به بخش متعارف مراقبت های جامع کودکان سرطانی بدل شده اند.

در 1988 موافقت عمومی کنفرانس سازمان بهداشت جهانی[[3]](#footnote-3) برای برقراری و بنیان نهادن خطوط راهنمایی برای مدیریت درد در سرطان کودکان به توافق رسید. حضار در این کنفرانس از بکارگیری رویه های رفتاری در درمان سرطان کودکان حمایت کردند. توصیه آن ها برای کودکان بالای پنج سال انجام رویه های دوباره تشخیص و درمان بود؛ آمادگی روان شناختی و مداخلات رفتاری، بانضمام یا بدون مداخلات دارویی، بایستی جزو انتخاب درمانی قرار می گرفتند. این قانون هنوز بعد از 12 سال اجرا می شود. اگرچه در آغاز روش های رفتاری به عنوان یکی از بهترین روش ها نگریسته می شدند اما تنها جزئی از ابزارهای بیشماری بودند که برای تقلیل پریشانی سرطان کودک و نیز درمان آن در نظر گرفته می شدند.

سپس این تمرکز به سمت بازبینی دشواری های جدی تر درمانی (مثلاً، وقفه های درمان های طبی و تنظیم مجدد شناختی و روان شناختی پس از درمان) و ارزیابی اثربخشی مداخلات رفتاری برای جنبه های خاصی از درمان و بازتوانی تغییر جهت پیدا کرد (دو-هامیل، رد و ویک‌برگ[[4]](#footnote-4)، 1999).

# 2-2. اضطراب بیمارستانی در کودکان

در طول چهار دهه اخیر، پژوهش های بالبی[[5]](#footnote-5)، راتر[[6]](#footnote-6)، اسکیپپر[[7]](#footnote-7)، ملامد[[8]](#footnote-8) و دیگران به ما در فهم اضطراب وابسته به بیمارستان کمک شایانی کرده است. برای مثال، پریشانی هیجانی، در جدایی از والدین و قرارگرفتن در محیط غریبه بیمارستان، بر روی کودکان 6 ماهه تا 4 ساله بیشترین اثر را دارد، اما در کودکان بزرگتر نیز مشاهده می شود. اضطراب والدین بر اضطراب کودکان بستری در بیمارستان می افزاید. از سوی دیگر، فراهم آوردن اطلاعات و حمایت های هیجانی برای والدین و نظاره کردن کودکان در حال بازی در جوی آرام در تنظیمات بیمارستانی اضطراب کودکان بستری در بیمارستان را کاهش می دهد. ابعاد معینی از اضطراب وابسته به بیمارستان کمتر روشن شده اند. موضوعات مورد مطالعه قرار گرفته در این زمینه عبارتند از دوره های معمول اضطراب دوران کودکی وابسته به بیمارستان و نیز اضطراب والدین؛ بیماری و رویه های درمانی به طور کامل مورد بررسی قرار نگرفته اند.

طراحی بیمارستان و رویه های آن به تدریج به مفاهیم اضطراب دوران کودکی اضافه می شوند. بخش های مدرن و رایج اطفال به اتاق های همراه برای والدین، آماده سازی برای رویه ها، برنامه های بازی سازماندهی شده بیمارستانی، و شرکت فعال والدین در مراقبت های بیمارستانی مجهز می شوند. مستندات در مورد اثر این تغییرات به دو دلیل مهم هستند. اولاً، پذیرش بالینی اثر بخشی این تغییرات در این دوره از بررسی ها و تحول مداخلات جدید ممانعت می کند. ثانیاً، دفاع در مقابل تهدیدات اجرایی برای برنامه های پشتیبان هیجانی بدون اثبات اثربخشی دشوار هستند (فوسون، مارتین، هالی، 1990).

فوسون، مارتین، و هالی[[9]](#footnote-9) (1990) در مطالعه ای سه پیش فرض مربوط به اضطراب را در کودکان بیمارستانی در سنین کمون مورد بررسی قرار دادند: 1) کاهش اضطراب در حین بستری شدن در بیمارستان، 2) اضطراب همبسته با علائم، رویه ها و اضطراب والدین، و 3) اضطرابی که به دنبال بازی های هدایتی با تجهیزات واقعی پزشکی و نیز وسائل شبیه سازی شده پزشکی کاهش می یابد. نتایج آن ها فرضیه های اول و دوم را معنادار ارزیابی کرد، لیکن فرضیه سوم آن ها مبنی بر اینکه اضطراب به دنبال بازی های هدایتی کاهش خواهد یافت از لحاظ آماری معنادار نبود. بدین ترتیب که اضطراب کودکان و والدین همراه آن ها در طول چهار روز اول به طور پیشرونده ای کاهش می یافت. اگرچه سطوح متوسط اضطراب کودکان بعد از 30 دقیقه در جلسه بازی درمانی با وسایل پزشکی بیش از بازی با وسایل ساختگی کاهش یافت اما این تفاوت از لحاظ آماری معنادار بود. وقتی علائم و رویه های پزشکی تحت کنترل قرار گرفتند، همچنان رابطه معناداری میان اضطراب کودکان و اضطراب والدین آن ها برقرار بود. بدین ترتیب آن ها افزایش تسهیلات بالینی در پشتیبانی هیجانی والدین در هنگام پذیرش و بستری شدن کودکان آنان را پیشنهاد کردند. آنان ادعا کردند که در هر رویدادی، هر دو بازی های پزشکی و مداخلات ساختگی ظاهراً رابطه اضطراب کودک با علائم، رویه ها و اضطراب والدین را قطع می کند. این واقعیت که اضطراب در طول زمان بستری کاهش می یابد شناسایی هر گونه کاهش را به عنوان تابعی از مداخلات بسیار دشوار می سازد. آن ها بیان داشتند که در هر مطالعه آتی در مورد بازی درمانی با مصالح پزشکی و به شکل هدایت شده، مداخلات باید از پیش تعریف شوند، میزان مواجهه باید افزایش یابد و بازه میان جلسات بازی و ارزیابی های پیگیری باید کوتاه شود، تا شانس یافتن هر گونه تاثیری افزایش یابد .

# 2-3. مروری بر مداخلات رفتاری برای کودکان مبتلا به سرطان

مداخلات رفتاری که برای کاهش پریشانی و افزایش همکاری بکار گرفته می شوند بر مبنای نظریه رفتاری می باشند. مولفه های اصلی چنین درمان هایی عبارتند از: 1) مدیریت شرطی؛ 2) انحراف شناختی/توجه؛ 3) هیپنوتیزم؛ 4) حساسیت زدایی منظم، 5) الگوبرداری؛ و 6) بسته های مداخلات چند وجهی.

مدیریت شرطی از قانون اثر ثرندایک[[10]](#footnote-10) (1989) گرفته شده و برای بازسازی محیط اجتماعی بیمار ضروری است (یعنی، تعامل با خانواده و کارکنان) از طریق فراهم آوری تقویت های عینی و ملموس (یعنی، پاداش های اجتماعی و مادی) مشروط به رفتار مثبت کودک (مانند، ادامه رویه های پزشکی و تعاون در مراقبت های معمول دهانی). این راهبرد پایه و اساس اکثر برنامه های تغییر رفتاری برای کودکان را شکل می دهد که در آن یک نظام ساده پاداش در محل بکار گرفته می شود. در بسیاری از موارد برنامه های مدیریت شرطی به گونه ای پیاده می شوند که کودک نمره ها یا ستاره ها یا امتیازات خاصی را به سبب تعاون و همکاری دریافت می کند (مانی[[11]](#footnote-11)، 1994؛ جی، الیوت، کاتز، و سیگل[[12]](#footnote-12)، 1987).

چنین فرض شده که انحراف شناختی/توجه در انسداد ادراک درد یا تهوع در کودکان از طریق تمرکز دهی مجدد توجه کودک نقش دارد. یک تکلیف منحرف کننده متعارف بازی های کامپیوتری هستند که برای کاهش تهوع بهنگام شیمی درمانی بکار گرفته می شوند (رد[[13]](#footnote-13) و همکاران، 1987). میزان تهوع کودکان حداقل 50% در هنگام بازی های کامپیوتری نسبت به زمانی که به شکلی منفعل نشسته و به تزریقات درون وریدی تمرکز دارند کاهش می یابد. رویه ها با جهت گیری شناختی/توجه به دنبال شرکت دادن توجه کودک در تکلیفی لذت بخش یا چالش برانگیز هستند تا توجه وی را از رویه استرس زا منحرف سازند.

روش دیگر انحراف شناختی یا توجه، داستان گویی یا خیال پردازی‌ای است که کودک در آن مداخله داشته باشد. مداخله به شکل داستان گویی شبیه هپنوتیزم است و بر توانایی کودک برای درگیری در خیال پردازی بستگی دارد. هدف از درگیر کردن کودک در فعالیتی است که توجه وی را منحرف کرده و/یا رفتار پریشان کننده واقعی را به طور فیزیکی منحرف سازد. مانی و همکاران (1990) دریافتند که دادن سوت مخصوص جشن ها (اسباب بازی کاغذی سوت مانند به شکل خرطوم فیل که به هنگام دمیدن در آن صدا تولید می شود) به سادگی پریشانی هم کودک و هم والدین را کاهش می دهد. استفاده از این اسباب بازی به طور همزمان هم گریه و مقاومت را کاهش می دهد و هم افزایش آرامش سازی را از طریق منظم کردن تنفس به همراه دارد.

تکنیک مربوط دیگر هپنوتیزم است. مناقشه های نظری در مورد اینکه چه چیز هپنوتیزم را شکل می دهد وجود دارد و مداخلات بکار گیرنده هپنوتیزم در راهبردهای درمانی بسیار متنوع هستند (الیس و سپانس[[14]](#footnote-14)، 1994). هپنوتیزم در این چارچوب به عنوان فرایندی نسبتا ساده تعریف می شود که در آن بیماران یاد می گیرند توجه خود را بر روی افکار یا تصاویری متمرکز کنند که نامرتبط به منبع رنج و پریشانی است. در کار با کودکان، درگیری خیالی اغلب از طریق داستان گویی و آرامش سازی صورت می گیرد. هپنوتیزم و انحراف توجه بر پایه تعدادی مهارت مشابه قرار دارند. برای مثال، هپنوتیزم شامل توانایی برای مجذوب شدن در حد بالاست. هپنوتیزم بویژه برای کودکانی موثر است که نسبت به بزرگسالان دریافت کننده بهتری برای تلقین بوده و بسیار تلقین پذیر هستند (هیلگارد و لی‌بارن[[15]](#footnote-15)، 1984). هپنوتیزم (ترکیبی از تجسم و آرامش سازی) یا تجسم به تنهایی اغلب برای منحرف کردن توجه کودک بهنگام دریافت رویه های تشخیصی یا شیمی درمانی بکار می رود.

در شرایط اضطراب مفرط فوبیک مانند، مداخله حساسیت زدایی منظم اغلب مورد نیاز است. هدف از حساسیت زدایی منظم آشنا کردن تدریجی فرد با محرک ترس آور (در مورد درمان سرطان، رویه ها و ابزارهای تشخیص و درمان هستند) در بافتی با سطوح پایین اضطراب است، بر اساس نظریه رفتاری، ترس به تدریج از طریق مواجهه مکرر با محرک های ترس آور کاهش می یابد. یکی از روش های حساسیت زدایی برای کودکان تجسم هیجانی است. مشابه با انحراف و هپنوتیزم، تجسم هیجانی در گشودگی کودک به خیال پردازی موثر است. بعد از ایجاد رابطه درمانی با کودک، درمانگر مجموعه ای از داستان ها را که دربرگیرنده کودک و قهرمان اوست معین می کند. این رویه مشابه با رویه های حساسیت زدایی منظم است که برای درمان فوبی ها در بزرگسالان بکار گرفته می شوند. منطق این کار چنین است که برون کشی تجسم های هیجانی قدرتمند و بازداری کننده اضطراب در بافت محرک ترسناک، واکنش های اضطراب آمیز را به آن محرک ها کاهش خواهد داد. از طریق گوش سپاری به داستانی که شامل قهرمان های محبوب کودک در حال تقابل با محرک های ترس آور و پریشان کننده است، کودک با این محرک ها با احساس های مثبت عزت نفس و غرور رابطه برقرار می کند. تجسم هیجانی به طور کارآمدی برای کاهش پریشانی وابسته به سرطان در کودکان بکار می رود (جی و همکاران، 1987).

تمرینات رفتاری رویه دیگری است که غالبا بکار گرفته می شوند و شامل درگیر کردن کودک در اجرای نمادین تمامی فازهای رویه تشخیص یا درمان در حین جلسات آموزش است. این کار به کودک در کاهش ترس های ناشناخته کمک می کند. در حین این جلسات کودک هر نقشی را بازی می کند: پزشک، پرستار و بیمار. کودک هر جنبه از درمان را توسط یک عروسک به همراه انجام تکالیف و اعمال درمانی اجرا میکند؛ برای مثال، اسپیراسیون مغز استخوانبه عروسک و بعد به درمانگر. وقتی رویه های تشخیصی و درمانی اجرا می شوند، کودک دستورالعمل های مناسب را تمرین می کند، نظیر تمرینات تنفسی یا تجسم هیجانی. معمولا یک مولفه مداخله ای تنفس عمیق و/یا آرامسازی پیش رونده عضلات است. این فنون برای کمک به کاهش اضطراب در کودک، کاهش برانگیختگی روان شناختی و افزایش آرامش سازی بکار می رود.

الگوبرداری از فیلم نیز برای مدیریت پریشانی بهنگام درمان سرطان کودک بکار می رود. بر خلاف تمرینات رفتاری، در الگوبرداری کودک رویه ها را تمرین نمی کند، بلکه به جای آن فیلمی را از کودک دیگری که تحت این رویه ها قرار گرفته تماشا می کند. برای مثال، به کودک فیلمی از کودکی همسن خودش در حین رویه اسپیراسیون مغز استخواننمایش داده می شود که در آن کودک افکار و احساست خود را بهنگام استفاده از فنون مختلف رفتاری به قصد مقابله با رویه مذکور بیان می کند. الگوبرداری از فیلم برای کمک به مقابله در والدین بیمار نیز مورد استفاده قرار می گیرد. برای مثال یک مداخله گزارش شده برای والدین این بوده است که ویدیویی را تماشا کنند که مادری را به تصویر می کشد که در حین مشاهده اسپیراسیون مغز استخوانو پانکچر کمری با موفقیت با آن مقابله می کند (جی و الیوت[[16]](#footnote-16)، 1990).

فنون رفتاری فوق الذکر اغلب به شکل ترکیبی استفاده می شوند تا آنچه را که مشهور به مداخله رفتاری چندوجهی است خلق کنند. مداخلات چند وجهی رویه های معینی نظیر هپنوتیزم، انحراف توجه و تقویت مثبت را با هدف کاهش پریشانی در کودک با توجه به کودکی که از آن ها بهره می گیرد با شکل های گوناگونی ادغام می کنند. برای مثال، کودکان کم سالی که تحت اسپیراسیون مغز استخوانقرار می گیرند بهره بیشتری از هپنوتیزم و انحراف توجه نسبت به کودکان بزرگتر می برند. بسته های مداخله ای چندوجهی می توانند همراه با روش های شناختی (یعنی، یاری به کودک برای فهم موقعیت به گونه ای کمتر ناکام کننده) بکار برده شوند. فنون درمان شناختی، نظیر ایجاد جملات مثبت در مورد خویش، بر اساس این منطق هستند که به کمک آن ها افراد می توانند با تغییر گفتگوهای درونی که با خویش دارند پاسخ های هیجانی خود را تغییر دهند.

اگرچه در اکثر مداخلات رفتاری، درمانگر یک پرستار، مدد کار اجتماعی یا روان شناس کودک است، والدین نیز معمولا نقش فعالی را در مداخله رفتاری بر عهده می گیرند. درگیر شدن والدین مزایای چندی دارد. اولا، آن ها می خواهند توانایی انجام کاری برای کاهش پریشانی کودک خویش را داشته باشند. ثانیا، از طریق فعال بودن آن ها اضطراب را از خویش دور می کنند. در آخر اینکه، والدین پریشانی کمتری را بهنگامیکه به شکلی فعال در درمان کودک خویش نقش دارند گزارش می دهند.

# 2-3-1. عوامل موثر در واکنش های کودکان

کودکان به شیوه های مختلف به تشخیص سرطان و چالش های پس از درمان پاسخ می دهند. متاسفانه عواملی که بر ماهیت و شدت واکنش های کودکان اثر می گذارند به خوبی درک نخواهند شد. اخیرا پژوهش ها دریافته اند که سن کودک، سطح اضطراب، تجربه پیشین با رویه ها، آزاردهندگی رویه ها و پریشانی والدین همه دخیل هستند.

**سن کودک**

کودکان کم سن و سال تر پریشانی بیشتری را از رویه های پزشکی گزارش داده اند. کودکان کم سن تر اغلب گمان می کنند که پزشک و پرستار وی را برای انجام کار اشتباهی تنبیه می کنند. مضافا بر اینکه، بسیاری از کودکان گمان می کنند که آن ها در پی چنین رویه هایی خواهند مرد. بدفهمی ها در مورد هدف درمان و علت بیماری در رابطه با سطح تحول شناختی کودکان ظاهر می شوند. برای مثال، پژوهشگران نشان داده اند که انتساب های علّی کودکان نسبت به سلامت و بیماری با پیش بینی های نظریه پیاژه از تحول شناختی همخوان هستند. به طوریکه به نحوی جالب توجه، در مورد عوارض درمانی، نوجوانان تهوع های شدیدتری را نسبت به کودکان کم سن تر گزارش داده اند (زلتر و دلجین[[17]](#footnote-17)، 1991).

**سطح اضطراب**

سطح اضطراب کودک می تواند نتیجه رویه های دردناک پزشکی و عوارض درمانی، و نیز علل این مشکلات باشد. پژوهش ها اظهار داشته اند که اضطراب با درد رابطه دارد، به نحوی که درد بهنگام افزایش اضطراب فرد گرایش به ازدیاد دارد. به علاوه، سطح اضطراب با عوارض درمانی نیز مرتبط است. برای مثال، کودکانی که شیمی درمانی دریافت می کنند اضطراب بیشتری را از سایر کودکان نشان می دهند و احتمال بیشتری برای حالت تهوع و استفراغ دارند (دوهامل، رد، جانسون ویک‌برگ، 1999).

**تجربه پیشین**

تجربه پیشین کودک با یک رویه نیز بر پریشانی حاصل از آن تاثیر دارد. چنین دانسته شده که سطوح پریشانی کودکان در اثر مواجهه با رویه پزشکی افزایش می یابد، البته این نتایج متناقض هستند. به علاوه، وقتی مداخله روان شناختی فراهم نباشد به موازاتی که درمان ها افزایش می یابند عوارض جانبی حاصل از آن ها نیز افزایش می یابد.

**آزارندگی روش ها**

میزان آزار دهنده بودن رویه نیز عاملی سهیم در سطوح پریشانی کودکان است مثلا، کودکانی که تحت اسپیراسیون مغز استخوانقرار گرفته اند پریشانی بیشتری را نسبت به تزریق وریدی نشان داده اند (جی و الیوت، 1991).

**پریشانی والدین**

پریشانی والدین می تواند بر پریشانی کودکان اثر بگذارد. در مواجهه با تهدید و عدم قطعیت، کودک کم سن اغلب به والدین خود برای حمایت هیجانی و برای دریافت راهنمایی در فهم آنچه در حال رخ دادن است چشم می دوزد. کودک به دقت از واکنش های والدین خود آگاه است و به سرعت به هر نشانه ای از اضطراب از سمت والدین واکنش نشان می دهد. آهنگ صدای والدین، حرکات بدن و نگاه خیره آن ها سرنخ هایی ظریف و در عین حال قدرتمند برای کودک بهنگام رویدادهای پر استرس می باشند. برای مثال، در حین رویه ای آزاردهنده، اگر والد آرام و آرامش دهنده باشد، کودک به احتمال بیشتری به امن بودن موقعیت گمان می برد. از سوی دیگر، اگر والد به طرز آشکاری مضطرب باشد اضطراب کودک شعله ور خواهد شد. پژوهش ها نشان داده اند که چرخه بازخوردی پیچیده ای میان کودک و والد وجود دارد به نحوی که هر یک به شدت به واکنش هیجانی دیگری حساس است. سطح پریشانی خود والدین نیز ممکن است بر نحوه درک آن ها از اضطراب کودک اثر بگذارد (بلوم[[18]](#footnote-18)، 1977). برای مثال، در یک مطالعه از پریشانی والدین اطفال سرطانی در حین اسپیراسیون مغز استخوان، مانّی و همکاران (1990) در یافتند که والدینی که بیشتر مضطرب بودند کودک خویش را با تجربه بیشتری از درد و پریشانی گزارش کرده بودند. به دلیل اثری که اضطراب والدین می تواند بر اضطراب کودک داشته باشد، فراهم آوری آموزش های خاص بزرگسالان در رویه های مدیریت رفتار می تواند به کاهش پریشانی کودک کمک کند. بدین معنا که اگر والدین در مدیریت رفتاری آموزش دریافت کنند، اضطراب کودک توسط والدین وی افزایش نخواهد یافت. در واقع، رفتار والدین می تواند به آرامسازی کودک کمک کند.

**سبک مقابله ای**

سبک مقابله ای کودک نیز ممکن است بر درد و پریشانی وی و نیز اثربخشی مداخله رفتاری اثر گذار باشد. گرچه تا به امروز نتایج در مورد اثر سبک مقابله ای کودک بر واکنش های روان شناختی وی متناقض بوده و منجر به سردرگمی و ناتوانی از نتیجه گیری های روشن در این باب گشته است.

تمامی این عوامل که ذکر آن ها رفت می توانند بر واکنش یک کودک به رویدادهای مرتبط با سرطان تاثیر گذار باشد. مضافا بر اینکه، انواع مختلف رویدادهای مرتبط با سرطان واکنش های متفاوتی را در کودک بر می انگیزاند. سه حیطه اصلی در رابطه با سرطان و درمان آن وجود دارند که منابع بیمار سرطانی را به چالش می کشند: تجربه رویه های آزار دهنده تشخیص و درمان، عوارض جانبی درمان، و در هم آمیزی مجدد اجتماعی و تحصیلی (مانی، 1994).

# 2-3-2. رویه های استرس زای تشخیص و درمان و نقش مداخلات رفتاری

تشخیص و درمان سرطان در کودکان شامل مجموعه ای از رویه های پزشکی است که ممکن است دردناک بوده و در صورت حضور شیمی درمانی ناتوان کننده باشند. بسته به بیماری، کودک ممکن است بارها تحت اسپیراسیون مغز استخوان، پانکچر کمری و شیمی درمانی قرار گیرد. اسپیراسیون مغز استخوان[[19]](#footnote-19)به همراه پانکچر کمری[[20]](#footnote-20) و سپس تزریق وریدی[[21]](#footnote-21) استرس زاترین و دردناک ترین رویدادها در رژیم روان درمانی گزارش شده اند (جی، ازلینز، الیوت، و کالدول[[22]](#footnote-22)، 1983).

پژوهشگران گزارش داده اند که نوجوانان مبتلا به سرطان اسپیراسیون مغز استخوان و پانکچر کمری را از خود بیماری بدتر می دانند. همچنین دشوارترین رویداد برای بالینگران نرخ سرعتی است که کودکان در تمامی سنین پاسخ های اضطرابی شرطی شده را به این رویه های درمانی و ابزارهای مرتبط بدان ها نشان می دهند. این واکنش ها عبارتند از فوبی آمپول و اختلال در الگوی خوردن و خوابیدن. مضافا بر اینکه، شواهد متقاعد کننده ای وجود دارد که در طول زمان کودکان به این رویه های تکرار شونده عادت نمی کنند و از این رو اضطراب همیشه حضور دارد کاتنر، بومن و تیزدل[[23]](#footnote-23)(1988).

# 2-3-4. عوارض جانبی درمان و مداخلات رفتاری

**حالت تهوع و استفراغ کردن**

علاوه بر درد و اضطراب مرتبط با رویه های پزشکی، بیماران اغلب مشکلاتی را در رابطه با عوارض جانبی درمان گزارش داده اند. درمان های خشن که از درمان چند وجهی نظیر جراحی، پرتو درمانی و شیمی درمانی استفاده می کنند می توانند منجر به عوارض جانبی آزارنده متعددی شوند. با انجام چندین نوبت شیمی درمانی و پرتو درمانی، غالبا بیماران خستگی، اسهال، ریزش مو و حالت تهوع پس از درمان را تجربه می کنند. بعد از شیمی درمانی های مکرر برخی از بیماران دچار حالت تهوع انتظار می شوند که عبارتند از دچار حالت تهوع شدن در هنگام انتظار برای درمان. بمانند بازتاب شرطی شده سگ های پاولوف، حالت تهوع بیماران پاسخی است به محرک های شرطی نظیر منظره اتاق معالجه که می توانند به شدت پاسخ های غیر شرطی ابراز شده به درمان واقعی باشند. اگرچه شیوع حالت تهوع و استفراغ در ادبیات با تنوع زیاد گزارش شده است، اما بیش از 71.2% کودکانی که شیمی درمانی دریافت کرده اند حالت تهوع در حین شیمی درمانی را گزارش داده اند، بیش از 76% آن ها نیز حالت تهوع مورد انتظار را گزارش کرده اند. به علاوه، 43% کودکان نیز پیش بینی استفراغ را گزارش داده اند. اگرچه داروهای ضد تهوع کاملا در درمان حالت تهوع و استفراغ در حین شیمی درمانی موفق بوده اند اما برای علائم مورد انتظار کارامد نیستند. مضافا بر اینکه، استفاده از ضد تهوع ها می تواند منجر به عوارض جانبی متعددی شود نظیر سردرد و واکنش های خارج هرمی. در کودکان کم سن، حالت تهوع و استفراغ می تواند منجر به عدم تعادل الکتریکی و کاهش وزن شود. پیچیدگی مسائل پیرامون عوارض جانبی و کیفیت زندگی می تواند درمان برخی بیماران را بسیار آزار دهنده سازد بطوریکه موجب شود آن ها از تسلیم شدن به رژیم درمانی سر باز زنند و در نتیجه مرگ و میر افزایش یابد (زلتر، کلرمن، النبرگ، و داش[[24]](#footnote-24)، 1983).

**راهبردهای هپنوتیزم و/یا انحراف برای حالت تهوع و استفراغ کردن**

مطالعات بسیاری در مورد استفاده از مداخلات درمانی نظیر هپنوتیزم، آموزش آرامسازی تدریجی عضلات، حساسیت زدایی منظم و انحراف برای کاهش حالت تهوع و استفراغ در حین انتظار برای انجام شیمی درمانی انتشار یافته اند. اکثر مطالعات بر بیماران سرطانی بزرگسال متمرکز بوده اند در حالیکه مطالعات برروی کودکان اندک است. به علاوه، مطالعات روش های رفتاری با کودکان اغلب به هپنوتیزم و/یا انحراف محدود شده و اکثرا تنها شامل یک شرکت کننده منفرد و بدون مقایسه با مداخلات گروهی بوده اند (کری و بوریش[[25]](#footnote-25)، 1984).

در گروهی از بیماران 10 تا 17 سال، هیلگارد و لی‌بارن اثربخشی مداخلات رفتاری را در کاهش حالت تهوع و استفراغ در حین شیمی درمانی ارزیابی کردند. بسته مداخلات درمانی آن ها شامل انحراف توجه کودک از افکار مرتبط با شیمی درمانی توسط بازی کردن، تمرکز بر اشیای اتاق، داستان گویی و استفاده از آرامسازی عضلات بود. اطمینان بخشی و اطلاعات نیز ارائه می شدند. نتایج نشان داد که بعد از مداخله، کاهش هایی در فعالیت های مختل کودکان، حالت تهوع و استفراغ کردن، و مشکلات ناشی از این علائم صورت پذیرفته است. اگرچه فقدان گروه کنترل مزایای این راهبردهای رفتاری را در مقابل عوامل تعیین نشده نظیر اطمینان بخشی در برابر گذر زمان، برای ارزیابی دقیق دشوار می سازد. به رغم این محدودیت، این مطالعه کلاسیک نتایج قابل توجهی را فراهم آورده که نشان می دهند یک بسته مداخله رفتاری در کاهش عوارض جانبی درمان موثر بود است.

انحراف شناخت/تفکر از طریق بازی های ویدیویی در کنترل حالت تهوع مورد انتظار در گروهی از بیماران سرطانی 9 تا 20 سال در دو مطالعه مورد ارزیابی قرار گرفته است. در هر دو مطالعه کاهش قابل توجهی (تا 69%) در حالت تهوع برای کودکانی که دریافت کننده مداخله بودند وجود داشت. در مطالعه ای متعاقب، زلتزر[[26]](#footnote-26) و همکارن (1983) اثربخشی نسبی مداخله هپنوتیزم را با مداخله انحراف/آرامش سازی بدون هپنوتیزم و یک گروه کنترل در کودکان 5 تا 17 سال مورد بررسی قرار دادند. نتایج آن ها نشان داد که هپنوتیزم از مداخله انحراف/آرامش سازی بدون هپنوتیزم در کاهش عوارض جانبی شیمی درمانی بهتر است.

مطالعه اخیر توسط جکنو[[27]](#footnote-27) و همکاران (1994) اثر بخشی هپنوتیزم و داروهای ضد تهوع را در کنترل حالت تهوع در گروهی از بیماران تازه تشخیص داده شده سرطانی 6 تا 18 سال مورد بررسی قرار داده است. نه تنها کودکان در تجربه گروهی هپنوتیزم حالت تهوع مورد انتظار کمتری را نشان دادند بلکه آن ها از داروهای ضد تهوع کمتری نیز نسبت به گروهی که دریافت کننده مراقبت های استاندارد بودند استفاده کرده و احساس نیاز به این داروها را نیز کمتر نشان دادند. یافته ها همچنین نیاز به تداوم همکاری فعال بیمار در مداخله را در جریان درمان کودک نشان دادند. در این مطالعه آثار مثبت در طول ماه اول و دوم پس از مداخله هپنوتیزم مورد پی گیری قرار گرفت اما تا ماه ششم به طول نیانجامید.

اقتباس نتیجه صریح در مورد اثربخشی نسبی هپنوتیزم در مقابل انحراف، در کنترل عوارض جانبی شیمی درمانی در کودکان دشوار است. مشکل این است که رویه ها (مثلا شمارش نقطه ها بر روی کراوات پدر و کامل کردن مسائل ریاضی) که توسط زلتر و همکارن بکار برده شده اند کمتر از انحراف کودکان توسط بازی های کامپیوتری، رویه مورد استفاده رد و همکاران اثربخش است.

# 2-3-5. تنظیم مجدد بعد از درمان و مداخلات رفتاری

علاوه بر مقابله با پریشانی مربوط به رویه های پزشکی و عوارض جانبی درمان، کودکان سرطانی باید با چالش های دیگری نظیر تنظیم مجدد با محیط مدرسه پس از تشخیص نیز مواجه شوند. برگشت به مدرسه و شروع تعامل های معمول با همسالان یک فرایند مهم برای کودکی است که تشخیص سرطان دارد. بر اساس این انگاره که برگشت سریع به مدرسه می تواند زندگی کودک را در میانه مقابله با سرطان بهنجار سازد، و از این رو منجر به بازتوانی بهینه شود، محققان متعددی بازگشت مجدد به محیط مدرسه را در سریع ترین موقعیت ممکن برای کودکان سرطانی توصیه کرده اند (مثلا، دیزی-اسپینتا و اسپینتا[[28]](#footnote-28)، 1980؛ لانسکی، کارینز، و زوارزتز[[29]](#footnote-29)، 1983؛ به نقل از دوهال، رد، و جانسون-ویک‌برگ، 1999). علاوه بر بهنجار سازی زندگی و ترغیب به بازتوانی، برگشت سریع به مدرسه می تواند موقعیت هایی برای حمایت اجتماعی از جانب همسالان و معلمان فراهم کرده و فرایندهای جامعه پذیری معمول کودکان سنین مدرسه ای را فراهم آورد. چنین دستیابی به حمایت اجتماعی و تجارب جامعه پذیری برای تنظیم مناسب حیاتی هستند. در واقع، رابطه مثبت با همسالان و درک حمایت اجتماعی با چندین پیامد مثبت همراه می باشد، نظیر افزایش تاب آوری در مقابل استرس، بهبود بخشیدن به دستاوردهای تحصیلی، کاهش سطوح مشکلات رفتاری و رفتار های مطلوب اجتماعی در کل (وارنی[[30]](#footnote-30) و همکاران، 1993).

پژوهشگران بالینی اخیرا شروع به بررسی استفاده از مداخلات چندوجهی در تسریع بخشی به تنظیم پس از درمان کرده اند. وارنی و همکاران وی اثر بخشی نسبی مداخلات آموزش مهارت های اجتماعی را در مقایسه با برنامه استاندارد استقرار مجدد در مدرسه در کودکان سرطانی 5 تا 13 سال مورد بررسی قرار دادند. هر دو گروه مداخلات استاندارد را دریافت می کردند که عبارت بودند از: 1) آموزش برای بیماران، والدین، کارکنان مدرسه و تیم پزشکی؛ 2) کنفرانس هایی در مدرسه و ارائه هایی در کلاس درس با قصد پرده برداری از تجربه سرطان هم برای معلمان و هم برای هم شاگردی ها؛ 3) پیگیری منظم با بیماران، والدین، معلمان، هم شاگردی ها و اعضای پزشکی. گروه تحت مداخله رفتاری در عین حال آموزش چندوجهی مهارت های اجتماعی (مثلا، الگو برداری و آرام سازی با سرنخ کنترل شده) را نیز دریافت می کردند، در حالیکه گروه با مداخله مراقبت استاندارد زمانی برابر با این آموزش را در بازی فردی با دستیار پژوهشی سپری می کردند. یافته ها نشان داد که 9 ماه بعد از تکمیل مداخلات، کودکان سرطانی بهره گرفته از مداخله رفتاری مشکلات رفتاری کمتری را تجربه می کنند و شایستگی های آن ها در مدرسه افزایش می یابد (طبق گزارش والدین آن ها). مضافا بر اینکه، این کودکان حمایت هیجانی و اجتماعی بیشتری را از سوی همشاگردی ها و معلمان پس از تکمیل مداخله چندوجهی تجربه کرده بودند. کودکانی که مراقبت استاندارد را دریافت کرده بودند هیچ تجربه ای از تغییرات مثبت گزارش ندادند. نتایج این مطالعه اولیه بسیار مهم هستند چرا که آن ها نشان می دهند فنون رفتاری ابزاری سودمند برای آموزش مهارت های اجتماعی هستند و نیز نشان می دهند که اکتساب چنین مهارت هایی تاثیری مثبت بر تنظیم اطفال دارد (دو-هامیل، رد و جانسون-ویک‌برگ 1999).

# 2-4. بازی درمانی شناختی رفتاری[[31]](#footnote-31)

بازی درمانی شناختی-رفتاری (CBPT) یک درمان حساس به تحول برای کودکان کم سن است که بر مبنای انعطاف پذیری، انتظار کاهش یافته در استفاده از گفتار و وابستگی افزایش یافته به رویکردهای تجربه ای[[32]](#footnote-32) بنا شده است. توسعه CBPT برای کودکان پیش از سن مدرسه تنظیمات نسبتا منحصر بفردی از درمان شناختی را طلب می کند، از این جهت که درمان شناختی در ابتدا برای بزرگسالان ایجاد گشته بود. CBPT به طور معمول شامل یک مولفه الگوبرداری است که از طریق آن مهارت های مقابله ای تنظیم کننده عرضه می شوند. از طریق استفاده از بازی، تغییرات شناختی به طور مستقیم منتقل می شوند و رفتارها دارای انطباق بیشتر قابل معرفی به کودک می گردند. الگوبرداری بخشی است که در بسیاری از مداخلات خاص رفتاری و شناختی بکار برده می شود. تعمیم و جلوگیری از پاسخ از جمله عناصر مهم CBPT هستند. با کمی تغییر، بسیاری از اصول درمان شناختی که برای استفاده با بزرگسالان طراحی شده اند برای کودکان کم سن نیز کاربردپذیر می شوند (نل[[33]](#footnote-33)، 1985).

# 2-4-1. مروری بر شکل گیری CBPT

بیش از سی سال پیش، آرون بک[[34]](#footnote-34) رویکردی نوین و بدیع را به روان درمانی اهدا کرد، رویکردی که به درمان شناختی ([[35]](#footnote-35)CT) معروف شده است. از اواسط دهه 1980، درمان شناختی یک نظام شناخته شده در روان درمانی گشت، به همراه نظریه ای برای شخصیت و آسیب شناسی روانی، مدلی برای روان درمانی و یافته های معتبر تجربی بر مبنای نتایج مطالعاتی که اثر بخشی آن را تایید کرده اند. مفهوم پردازی بک از نظریه و اصول شناخت درمانی، از زمان پیدایش نسبتا ثابت مانده اند. با این وجود نظریه های وی برای دربرگرفتن رویکردهای مربوطه بسط داده شده اند، معروف ترین آن ها که دربردارنده مجموعه ای گسترده از فنون است روان درمانی های شناختی-رفتاری (CBT[[36]](#footnote-36)) نامیده می شود. CBPT نیز یکی از دیگر فرزندان و چه بسیا جدیدترین و جوان ترین آن هاست.

در طی سالیان، درمان شناختی برای گستره وسیعی از جمعیت ها بکار گرفته شده است. از جمله آن ها جمعیت های بیماران روانی است نظیر افراد مبتلا به افسردگی، اضطراب و اختلال های شخصیت، و در عین حال در جمعیت های غیر بیماران روانی نظیر نزدیکان زندانی ها و بیماران پزشکی با امراض متعدد (بک، 1391). با این حال، بدلیل ماهیت آن، CT به عنوان درمانی برای بزرگسالان به سادگی قابل استفاده برای نوجوانان و کودکان نیست مگر در صورت برخی جرح و تعدیل ها تا به رویکرد مناسب تری از لحاظ تحولی برای نوجوانان و کودکان سنین مدرسه و پیش از مدرسه تبدیل شود. یکی از اقداماتی که برای تنظیم درمان شناختی و اصول آن صورت گرفت تا برای جوان ترین گروه یعنی کودکان زیر سنین مدرسه کاربردپذیر شود ایجاد بازی درمانی شناختی رفتاری می باشد. چراکه معرفت سنتی بالینی بیان داشته است که درمان فردی با کودکان پیش دبستانی به دلیل توانایی محدود آن ها برای درگیری در مداخلات صرفا زبانی باید شامل سطحی از بازی درمانی باشد. اگر چه در نگاه نخست درمان شناختی و بازی درمانی به نظر ناسازگار با هم می آمدند، اما تنظیم شناخت درمانی برای کودکان پیش دبستانی CBPT نام گرفت که هم‌آمیزی است میان روان درمانی های شناختی، رفتاری و بازی درمانی های سنتی تر. CBPT پیچیدگی های موجود در CT که برای استفاده در بزرگسالان است را اصلاح کرده و سطح تحولی کودک را با مداخله روان درمانی همتا می کند (نل، 1998).

CBPT خصوصا برای کودکان بسیار کم سن، بویژه کودکان میان 2.5 تا 6 سال ایجاد شده است. CBPT بر مبنای نظریه شناختی اختلالات هیجانی و اصول شناختی بازی درمانی بنا شده و آن ها را در رویکردی تحولی تنظیم کرده است. بمانند سایر گونه های درمان شناختی-رفتاری، CBPT به مسائل تحولی کودکان حساس می باشد (نل 1998).

مقاله فیلیپس[[37]](#footnote-37) در مورد بکارگیری روان درمانی شناختی-رفتاری با کودکان خردسال و با فرضیه پردازی در باب استفاده از فنون شناختی-رفتاری در بازی درمانی سمت و سوی برجسته ای را برای بستر بازی درمانی به ارمغان آورد. در اوخر دهه 1980، سایرین از جمله برگ[[38]](#footnote-38) (1989) شروع به ادغام مداخلات CT با بازی درمانی کردند، اگرچه جمعیت هدف آنان کودکان سنین مدرسه ای بودند. در بازتعریف مداخلات شناختی-رفتاری برای جمعیت کودکان سنین دبستانی، چنین استدلال می شود که این درمان می تواند از طریق بازی درمانی به شکل درمانی حساس به تحول ارائه شود. بخشی از این فرایند حساس به تحول شامل درک تحول شناختی و زبانی در مرحله پیش عملیاتی می باشد.

نل (1985) به این مهم اشاره می کند که آن دسته از فرایندهای تفکر که در بزرگسالان به عنوان تحریف های شناختی در نظر گرفته می شوند، از لحاظ تحولی بخشی بهنجار در فرایند تفکر کودکان پیش دبستانی هستند. با این وجود، برخی تحریف های شناختی حتی اگر مورد انتظار هم باشند لیکن نابهنجار هستند. این تعریف های شناختی موضوع اصلاح و تغییر را شکل می دهند. برای مثال، کودک دو ساله ای که بهنگام آموزش برای توالت رفتن از سقوط در مستراح می ترسد، ابرازگر ترسی است که معقولانه می نماید. حال آنکه بسیاری از والدین کودکان دو ساله این ادراک را موضوعی برای اصلاح شدن می دانند. خوشبختانه، در اکثر موارد، کودکان قادر به ادغام کردن تجربیات زیسته و رو به رشد خود (مثلا، اینکه تا بحال پدیده سقوط برای آن ها رخ نداده است) بدرون تفکر خود بوده و بدین ترتیب این ترس ناپدید می شود. و بازهم خوشبختانه برای اکثر والدین، چنین باورهایی قابل اصلاح در جریان گفتمان عادی و روزمره والد-کودکی هستند، و تنها در مواردی اندک نیاز برای تحت نظر بودن کودک توسط یک روان درمانگر لازم می شود. این مثال نوعی از تحریف شناختی مناسب را منعکس می کند که در آن باوری نابهنجار یا مختل کننده در صورت عدم بازسازی شناختی ظهور خواهد کرد. با این وجود، مهم است توجه کنیم که برچسب "تحریف شناختی" برای کودکان کم سال مشکل آفرین است چراکه سرپوشی است بر این حقیقت که چنین شناخت هایی در این دوره تحولی بهنجار هستند.

نل (1985) علاوه بر تحریف های شناختی، در عین حال مواردی وجود دارد که در آن کودکان ممکن است بسادگی در ضمیمه کردن مجموعه ای از باورها یا معناها به یک رویداد شکست بخورند. توجه و دغدغه در اینجا حضور باورهای مختل کننده نیست، بلکه عدم حضور باورهای انطباقی است که به کودک در مقابله کردن یاری می رسانند. در این موارد، کودک نیاز به کمک در خلق جملات انطباقی خطاب به خویشتن به عنوان ابزارهای مقابله ای دارد، نه برای تعویض جملات مزاحم و نابهنجار بلکه صرفا برای تقویت رشد انطباقی بیشتر. برای مثال، یک کودک خردسال ممکن است برای مقابله با تغییر مکان به یک منزل جدید با زمان دشواری روبرو شود. کودک احتمالا دارای باورهای مختل کننده نیست (نظیر، «آنجا کسی مرا دوست نخواهد داشت»، «من قادر به پیدا کردن جایگزین هایی برای دوستان فعلی خود نیستم»). با این حال نقل مکان ممکن است به دلایلی که قابل تعیین نیستند سخت باشد. امکان وجود باورهای مختل کننده وجود دارد ولی نه الزاما. همچنین حتی اگر کودک باورهای نابهنجار و مزاحم هم نداشته باشد لیکن محتمل است که کودک دارای مشکلاتی باشد. کمک به کودک برای مقابله با نقل مکان از طریق فراهم آوردن جملات مقابله ای انطباقی و مثبت می تواند در توانایی کودک برای مواجهه با این موقعیت جدید دارای اهمیت و بحرانی باشد. جملاتی نظیر، "من آنجا دوستانی خواهم داشت"، "مدرسه آن محله به نظر زیبا می آید، به گمانم آنجا را دوست خواهم داشت"، می تواند برای کودک چشم اندازی مثبت در باب تجربه جدید فراهم آورد.

بنابراین، اِعمال تغییر شناختی و انطباقی نه تنها ممکن است بلکه برای کودکان بسیار خردسال پیش پا افتاده و رایج نیز می باشد، و از این رو خویش را برای استفاده به عنوان یک ابزار درمانی معرفی می کند اگرکه با حساسیت فراوان به مسائل تحولی بکار گرفته شود. شواهد بسیاری وجود دارد که نشان می دهند توانایی کودکان پیش دبستانی در فهم مسائل پیچیده قابل تقویت توسط رویکردهای ویژه ای نظیر فراهم آوردن مثال های عینی و استفاده کمتر از سوالات بازپاسخ است (بیرمن[[39]](#footnote-39)، 1983). در خلال بهره گیری از بازی، تغییرات شناختی به شکلی غیرمستقیم قابل انتقال به کودک است. توانایی روان درمانگر برای انعطاف پذیری، انتظارات برای بیان کلامی را کاهش می دهد.

برخلاف کسانی که ادعا می کنند درمان شناختی-رفتاری برای کودکان خردسال مناسب نیست، نل (1994) استدلال می کند که با انجام اصلاحات جزئی، اصول CT کاربردپذیر می شود. برای آنکه درمان اثربخش باشد، درمان باید به شیوه ای در دسترس ارائه شود. برای مثال، عروسک های پر شده برای مدلسازی راهبردهای شناختی، نظیر مقابله کردن با افکار نابهنجار و ایجاد جملات مثبت خطاب به خویشتن، قابل استفاده هستند.

بازی درمانی شناختی-رفتاری، در حین عبور کودک از مراحل متعدد درمانی (مرحله آغازین، مرحله ارزیابی، مرحله میانی و مرحله پایانی) انجام می گیرد. بعد از آمادگی برای بازی درمانی شناختی-رفتاری مرحله ارزیابی آغاز می شود. درمانگر، در مرحله میانی نقشه درمان را طراحی می کند و درمان روی افزایش خودکنترلی کودک، حس پیشرفت و یادگیری پاسخ های ناسازگارانه تر برای رویارویی با موقعیت های خاص متمرکز می شود. تعمیم و پیشگیری از عود و بازگشت در مرحله میانی بکار گرفته می شود تا کودک مهارت های جدیدی در مورد زمینه های گوناگون بیاموزد. در مرحله پایانی، کودک و خانواده وی برای خاتمه درمان آماده می شوند (نل، 1999 به نقل از (زارع و احمدی، 1386).

# 2-4-2. پیشینه های نظری برای CBPT

بسیاری از اصول بنیادین CT همانگونه که بک و امری[[40]](#footnote-40) (1985 به نقل از نل، 1998) تعیین کردند برای روان درمانی با کودکان بسیار کم سن و سال بدون نیازی به بازنگری و اصلاحات کاربردپذیر هستند. برای مثال، مدل شناختی برای اختلال های هیجانی همانظور که در درمان کوتاه مدت بکارگرفته می شوند در سراسر چرخه زندگی قابل کاربرد هستند. بطور مشابه، اهمیت روابط درمانی به عنوان شرط لازم برای CT حتی در مورد جوان ترین بیماران کاربردی است. تمرکز بر درمان ساختار یافته، هدایتی، مبتنی بر مساله برای افراد در تمامی سنین اعمال می شود چراکه اهمیت CT به اندازه ماهیت آموزش روان شناختی[[41]](#footnote-41) آن بستگی دارد.

تنها با پاره ای تنظیمات جزئی، سایر اصول CT دیگر دارای کاربردپذیری کمتر نیستند. برای مثال، CT برای بزرگسالان بر رویکردی علمی اصرار دارد که در آن باورها و شناخت های مراجع به عنوان فرضیه هایی برای آزمون در نظر گرفته می شوند و در پرتو داده های جدید بازنگری می شوند. با این وجود، روش های استقرایی و سقراطی[[42]](#footnote-42) که در رابطه با بزرگسالان بر آن ها تاکید می شود، برای استفاده با کودکان خردسال باید مورد جرح و تعدیل قرار بگیرند. برای مثال، در رابطه با پیش دبستانی ها، زمانیکه به کودک نشان داده شود چگونه اطلاعات جدید از لحاظ انطباقی توسط مصالح بازی مدلسازی می شوند چنین آزمایشاتی قابل اجرا برای کودک نیز می گردند. سوالات سقراطی برای کودکان قابلیت اصلاح را دارند تا پرسش های باز پاسخ تری را شامل شوند (مثلا، من مایلم بدانم در این مورد چه فکری می کنی؟)، این به کودک اجازه می دهد تا علاقمندی درمانگر را تجربه کند بدون آنکه کودک را تحت فشار برای توضیح چیزی فراسوی توانایی وی قرار دهد. با این حال، پویش های چنین تجربه گرایی توام با تعاونی در هنگام کار با کودکان بسیار کم سن تغییر می کند. اگرچه رویکرد تیمی، یا اثر تعاونی، میان درمانگر و بیمار هنوز بسیار اهمیت دارد، لیکن تعادل میان سرنخ های اولیه بیشتر از سوی درمانگر باید صورت پذیرد (نل، 1993؛ 1994).

# 2-4-3. فرایند ارزیابی کودک در بازی درمانی شناختی-رفتاری

به مانند سایر رویکردهای درمانی، نحستین وظیفه بازی درمانگر شناختی-رفتاری ارزیابی[[43]](#footnote-43) می باشد. اساسا، ارزیابی از چشم اندازی CBPT با سایر ارزیابی های بالینی کودک تفاوتی ندارد (نل، 1993). همیشه باید از نقطه نظری مبتنی بر تحول بهنجار صورت پذیرد. در یک چشم انداز CT، صرف نظر از اینکه مراجع کودکان یا برزگسالان باشند، درمانگر علاقمند به جمع آوری جملات خطاب به خویشتن، اسنادها، باورها و پیش فرض های فرد است. اما نحوه جمع آوری این اطلاعات در بزرگسالان و کودکان از هم متفاوت می باشد. در بزرگسالان می توان از مصاحبه های مستقیم، خود نظارتگری، خود گزارش دهی و فنون نمونه گیری تفکر استفاده شود. برای کودکان همین اطلاعات بایستی به شیوه ای استنتاجی تر جمع آوری گردد، از طریق مشاهدات و گزارش گرفتن از والدین، و نیز توسط مصاحبه، ارزیابی بازی، آزمون های سنتی روان شناختی و تکالیف ابداعی درمانگر. تاکید اصلی باید در افتراق "انحراف از نقص[[44]](#footnote-44)" شناختی در کودک قرار گیرد، که البته تعیین آن در کودکان بسیار دشوارتر از بزرگسالان است. در سراسر فرایند ارزیابی، حفظ حساسیت به مسائل تحولی قطعا حیاتی و مهم می باشند. تفاوت دیگر در ارزیابی کودکان نیاز به گردآوری اطلاعات از منابع چندگانه است. درمانگر موظف است تا مشکل را از هر دو چشم انداز والد و کودک درک کند. سایر مراقبت کنندگان، معلمان و بزرگسال مهم[[45]](#footnote-45) نیز باید بهنگام جمع آوری اطلاعات مورد توجه قرار گیرند. ارزیابی باید ترکیبی از این چشم اندازهای چندگانه را به قصد بازتاب کاملی از عملکردهای کودک در گستره ای از انواع موقعیت ها و در رابطه با بزرگسالان متنوع که با کودک در تعامل هستند عرضه کند (نل، 1993، 1998).

# 2-4-4. مداخله در CBPT

بازی درمانی شناختی-رفتاری به صورت رهنمودی، متمرکز بر مشکل و کوتاه مدت می باشد و روابط درمانی که بین درمانگر و درمانجو بوجود می آید، آموزنده و مبتنی بر همکاری، دوستی و اعتماد است. هدف ها و وسایل بازی با همکاری درمانجو تعیین می شود. مشاور مهارت های جدید را به کودک آموزش داده و کودک را تشویق می کند و در عین حال روی افکار، احساسات، خیال پردازی ها و محیط کودک متمرکز می شود و از راهبردهای سازگارانه استفاده می کند. فنون رفتاری مورد استفاده، حساسیت زدایی منظم، تصویر ذهنی برانگیزاننده، مدیریت وابستگی، شکل دهی، خاموش سازی، الگوسازی، خودپایی و برنامه ریزی فعالیت هاست. روش های رفتاری که معمولا در بازی درمانی شناختی-رفتاری استفاده می شوند با تغییر رفتار و روش های شناختی با تغییر افکار سروکار دارند. چون اینگونه تصور می شود که تغییر در تفکر، تغییر در رفتار را به همراه دارد. درمانگر به کودک کمک می کند تا شناخت های خود را شناسایی و اصلاح کند و یا آن ها را بسازد، او علاوه بر کمک کردن به کودک در شناسایی تحریف های شناختی خود، به وی یاد می دهد که این تفکر ناسازگارانه را با تفکر سازگارانه تعویض نماید. فنون شناختی ثبت افکار، راهبردهای تغییر شناختی، گفتارهای درونی مقابله ای است و از فنون سرمشق دهی، ایفای نقش و وابستگی نیز استفاده می شود (عبدخدائی و صادقی اردوبادی، 1390؛ زارع و احمدی، 1386).

نل (1998) تذکر می دهد که دقیقا بمانند فنون ارزیابی، باید میان سطح تحولی کودک و پیچیدگی مداخلات قصد شده همترازی وجود داشته باشد. با حفظ اصل روان درمانی مبنی بر برجسته کردن نقاط قوت مراجع به جای نقاط ضعف وی، CBPT تاکید بر استفاده از تکالیف زبانی دشوار را به نفع رویکردهای عمدتا تجربی کنار می گذارد. انواعی از تکالیف قابل بکارگیری نامتناهی هستند؛ و چه بسا تنها از طریق خلاقیت درمانگر قابل بکارگیری می شوند. هنر، موسیقی، اسباب بازی، و سایر ابزارهای غیرکلامی به قصد ابراز بیان استفاده می شوند. مثال ها عبارتند از الف) تصاویری از چهره ها که احساسات گوناگون را به جای برچسب های کلامی نشان می دهند، ب) سبک های مختلف موسیقی و ج) عروسک هایی که احساسات و رفتارهای گوناگون را برون ریزی می کنند. اگرچه تمرکز بر روی ابزارهای کلامی ابراز اندک است، لیکن باید اذعان داشت که ترغیب به تحول زبان، در سطح متناسب با سن، با توجه به اثرات آن می تواند در یاری رساندن به کودک در تحول یک همترازی میان رفتارها و احساس ها، و در یادگیری ابراز رفتار نابهنجار به شیوه ای با انطباق پذیری بیشتر هم به لحاظ کلامی و هم رفتاری مفید واقع شود (نل، 1998).

# 2-4-4-1. شرح برخی از فنون رفتاری و شناختی بهنگام مداخله

**الگوبرداری[[46]](#footnote-46)**

در عمل، CBPT همیشه دربرگیرنده یک مولفه الگوبرداری است (نل، 1994). چون الگوبرداری شیوه ای موثر برای اکتساب، تقویت و تضعیف رفتارهاست (بندورا، 1977 به نقل از کرین، 1385). یادگیری از طریق الگو برداری شیوه ای موثر و کارا برای کودکان در اکتساب رفتارها و مهارت های جدید است. در CBPT، الگوبرداری برای نمایش روش های انطباقی و مقابله ای به کودک قابل استفاده می باشد. در طول بازی، کودک عروسکی با شکل آدم یا حیوان و یا شخصیتی از یک کتاب داستان را مشاهده می کند که نماد حل مسائل برای مشکلاتی است که مشابه با مشکلاتی است که کودک در حال تجربه کردن آن ها می باشد. هم چنانکه روان درمانی پیش می رود، الگو رفتارهای انطباقی تر و پردازش های تفکر را توسعه می دهد، و آن ها را در سطحی از درک کودک به نمایش می گذارد که وی را توانمند برای ادغام آن ها در خزانه رفتاری خویش کند. چنین الگوبرداری ای می تواند به شکلی کارامد برای کودکان پیش دبستانی بکار گرفته شود، و برای درمانگر اطمینان خاطر فراهم آورد که الگو به شکلی مناسب در حال تحول یافتن است. خصوصا، الگوبرداری استفاده از مثال های عینی تر، شروع حل مساله توسط درمانگر از جانب کودک و عموما تکیه بیشتر بر مصالح بازی را طلب می کند.

الگوبرداری قابل اضافه کردن به بسیاری از مداخله های معین است که دارای فنون درمانی مناسب برای بکارگیری در CBPT هستند. برای مثال، ادبیات اخیر استفاده از درمان شناختی-رفتاری را با کودکانی که مورد سواستفاده جنسی قرار گرفته اند پیشنهاد می کند (برای مثال، دبلینجر، مک‌کلیر، و هنری[[47]](#footnote-47)، 1990؛ روما[[48]](#footnote-48)، 1993 به نقل از نل و روما[[49]](#footnote-49)، 1996). CBPT رهمنودی است، لیکن به کودک اجازه می دهد تا حس کنترل را درون ساختارهایی که درمانگر فراهم آورده ایجاد کند. بسیاری از کودکان که مورد سواستفاده جنسی قرار گرفته اند از بحث پیرامون این اتفاق خودداری کرده و چه بسا تلاش می کنند تا از احساسات اضطرابی و منفی مربوط به تجربه استرس زا ممانعت کنند. با این وجود، ساختار CBPT به کودک این اجازه را می دهد که حس اعتماد و کنترل خویش را حفظ کند که امری حیاتی برای کودکان آسیب دیده در سو استفاده های جنسی است، چراکه حس تسلط و اعتماد آن ها فروپاشی شده است (نل و روما، 1996).

**حساسیت زدایی منظم[[50]](#footnote-50)**

یک مداخله، حساسیت زدایی منظم است که برای کاهش اضطراب و ترس و جایگزینی آن با پاسخی انطباقی تر قابل استفاده می باشد. منطق حساسیت زدایی منظم بر این است که یک فرد نمی تواند به طور همزمان هم آرام و هم مضطرب باشد. اگر اضطراب با آرامش سازی جایگزین شود، بدین ترتیب اضطراب کاهش می یابد. اگرچه حساسیت زدایی منظم با بزرگسالان اغلب از آموزش آرامسازی عضلانی استفاده می کند، لیکن با کودکان، بازی می تواند به عنوان فعالیتی بکار رود که متضاد و ناسازگار با اضطراب یا ترس است. بازی موقعیتی ایده آل برای شکستن تداعی میان محرک و پاسخ نابهنجار آن است. کودکان اغلب موقعیت ها را بازی می کنند تا بر آن ها تسلط بیابند و از این رو گونه ای از پارادام حساسیت زدایی را شبیه سازی می کنند. موردهای مطالعه ای استفاده از حساسیت زدایی منظم را برای کودکان مورد سواستفاده جنسی قرار گرفته شده را مستند می کنند که در آن ها حساسیت زدایی به کنارآمدن با ترس آن ها کمک کننده بوده است (نل و روما، 1996).

یک مثال از حساسیت زدایی منظم برای کودکانی که مورد آزار واقع شده اند با بکارگیری نقاشی است که از طریق آن کودکان تحریف های شناختی خود را در مورد تجاوز و آزار به شیوه ای که نیازی به واژه ها ندارد ابراز می کنند. با کمک به کودک در توصیف تجربیات خود از طریق نقاشی در گام های کوچک، از زوایای کمتر تا بیشتر تهدید کننده در بدرفتاری، آن ها می توانند اطلاعات را افشا کنند، از جمله شناخت های غیر انطباقی در مورد تجربیات استرس زای خویش را. این ابزاری است نه فقط برای افشای رویدادهای واقعی، بلکه برای ابراز تحریف های شناختی هم کاربرد دارد. برای مثال، کودکی که به طور مداوم بر تفاوت هایی در اندازه میان حویشتن و عامل ارتکاب مبالغه می کند یا تصاویر اغراق شده ازخویشتن یا عامل ارتکاب را عرضه می کند (مثلا، کشیدن تصویر خود بدون دست ها، یا نقاشی عامل ارتکاب با ویژگی هایی بی تناسب) (نل و روما، 1996).

یکی فن رایج دیگر برای حساسیت زدایی در کار با کودکان مورد سواستفاده جنسی کتاب درمانی[[51]](#footnote-51) است. با گوش سپاری به داستان هایی در مورد کودکان مورد تجاوز قرار گرفته، کودک ممکن است این حس را تجربه کند که دیگر تنها نیست، و سایر کودکان هم تجارب مشابهی از بدرفتاری را داشته اند. ثانیا، این به کودکان اجازه می دهد تا درک کنند که در احساسات خویش تنها نیستند و ممکن است بدان ها نشان دهد که چگونه دیگران درس هایی از مقابله با این احساسات مشابه یاد کرده اند.

علاوه بر اینکه حساسیت زدایی منظم، باورهای غیرانطباقی را شناسایی و تصحیح می کند، اگرچه برخی راهکارهای دیگر ممکن است برای ارائه در بازی درمانی بیش از سایرین اجرایی باشد (مثلا، اصلاح باورهای غیرانطباقی، ایجاد گفتارهای درونی مثبت، تقویت های مثبت).

**تعمیم و پیشگیری از عود مجدد[[52]](#footnote-52)**

یکی از ویژگی های برجسته CT تاکید قرار داده شده بر روی تعمیم و پیشگیری از عود مجدد می باشد. براسول و کندال[[53]](#footnote-53) (1988) به کمبود کلی در تعمیم اثرات درمانی و نقص در حفظ دستاوردها در موارد متعدد در بسیاری از موارد درمان کودک به رغم نتایج موفقیت آمیز اشاره کردند. درمان باید به گونه ای طراحی شود که تعمیم پذیری را بهبود کرده و تسهیل بخشد، به جای آنکه فرض کند تعمیم پذیری به طور طبیعی رخ خواهد داد. در مورد کودکان، کمک به آن ها برای بکارگیری از مهارت های یادگرفته در درمان در انواعی از تنظمیات مختلف مهم و حیاتی است. با برخورد مستقیم در انتقال مهارت ها به محیط طبیعی، شانس ها برای حفظ مهارت ها افزایش می یابد. این امر مستلزم ساختن سناریوهای خاص بازی است به شکلی فعال، مدلسازی شده و نیز ترغیب کننده با تقویت ها از سوی بزرگسالان مهم و در تنظیمات متنوع. تعمیم پذیری از طریق مداخلاتی که با انتقال مهارت ها به طور مستقیم برخورد می کند و زندگی واقعی را تا جایی که ممکن است شبیه سازی می کند ارتقا می یابد. بزرگسالان مهم در محیط طبیعی کودک باید در درمان شرکت داده شوند و نیز باید منبعی برای تقویت باشند، رویه هایی که خودکنترلی را ارتقا می بخشند باید مورد استفاده قرار گیرند و مداخلات باید بعد از اکتساب اولیه مهارت ها ادامه داده شود. اگرچه ارتقای تعمیم پذیری برای افراد در تمامی سنین مهم است، دارای اهمیت ویژه ای برای پیش دبستانی ها می باشد، کسانیکه هنوز توانایی شناختی برای تفکر پیرامون بکارگیری مهارت های فراگرفته در درمان به سایر تنظیمات را ندارند.

پیشگیری از عود مجدد (مایکن بام[[54]](#footnote-54)، 1985) می تواند به عنوان واکسینه کردن فرد در مقابل شکست درنظر گرفته شود. آماده سازی والدین و کودکان برای موانع و نیز آموزش آن ها برای یادگیری از موانعِ اجتناب ناپذیر مهم و حیاتی است. این امر تا حدی توسط شناسایی موقعیت ها با خطرپذیری بالا و با راه اندازی مهارت های مقابله ای و حل مساله مربوط به چنین موقعیت هایی حاصل می شود.

**قصه درمانی[[55]](#footnote-55)**

در درمان شناختی-رفتاری، درمانگر در جهت تشخیص افکار منفی کودک و درک نحوه و علت تاثیرگذاری آن ها بر احساسات اندوهناک او کار می کند. درمانگر به کودک کمک میکند تا شیوه ارزیابی مجدد رویدادها و دیدن آن ها را از زاویه ای متفاوت و مثبت تر بیاموزد و الگوهای منطقی تر و خوش بینانه تر را جانشین الگوهای خودکار افکار خود ویرانگر کند و این امر می تواند طرز رفتار و نوع احساسات کودک را تغییر دهد. یکی از روش ها برای نیل به این هدف گوش کردن به قصه یک کودک است. ترغیب کودک پریشان به شرح دادن قصه خود به هر طریقی که می تواند بسیار درمان کننده است و می تواند در تسکین بخشیدن به نشانه های درد و پریشانی و اضطراب وی موثر واقع شود. این فن در متون پژوهشی قصه درمانی نامیده می شود. در واقع قصه درمانی در سال های اخیز به صورت یکی از روش های بازی درمانی کودکان مطرح شده است. البته استفاده از قصه درمانی به مثابه یک فن درمانی ابعاد گسترده ای دارد و تنها به درمان مشکلات روان شناختی کودکان ختم نمی شود. در قصه درمانی فرض بر این است که تغییر در زبان و ادبیات قصه های زندگی خود به تغییر در معانی زندگی فرد منجر می شود و تغییر در قصه زندگی فرصت های جدیدی برای رفتار و روابط با دیگران ایجاد می کند (شیبانی، یوسفی لویه، و دلاور، 1385؛ یوسفی لویه و متین، 1385).

قصه درمانی با مفروضه های پست مدرنیسم با فرانوگرایی همخوانی دارد. پست مدرنیسم از این عقیده حمایت می کند که هیچ حقیقت مطلقی وجود ندارد، بلکه به نظر و دیدگاه ما بستگی دارد. در دنیای پست مدرن قصه و داستان فضای آزادی برای عمل کردن به حساب می آیند؛ به همان سادگی که داستان فرصتی برای ابتکار عمل دوباره فراهم می آورد، قصه گو نکاتی را در می یابد که در تجربه های شخصی او، در پیوند داستانش با داستان های دیگران و نیز در پیوند داستانش با داستان های بزرگتری از فرهنگ و انسانیت ریشه دارد، درک اینکه همه ما شخصیت هایی در داستان یکدیگر هستیم و این داستان ها ما را در عمل پیش می برند. به همین دلیل است که رویکردهای داستانی به روان درمانی بر این تاکید دارند که قصه ها در چگونگی رفتار و واقعیت های ما نقش موثری ایفا می کنند. قصه ها به ما راه حل هایی ارائه می کنند که غیرمنتظره و شگفت انگیزند و در عین حال شدنی و مثبت هستند. قصه ها به ما امکان می دهند تا از قفس تعارض هایمان رهایی پیدا کنیم. بر این اساس رویکردهای داستانی به روان درمانی با این ایده همگرایی دارد که درمان اساسا نوع ویژه ای از گفت و گوی خلاق توانمندی مراجع را آشکار می سازد و به او جرات و شهامت تغییر کردن می دهد (شیبانی، یوسفی لویه، و دلاور، 1385؛ یوسفی لویه و متین، 1385).

از نظر گروه سنی مناسب برای قصه درمانی، پژوهش نشان می دهد که هم بزرگسالان و هم کودکان می توانند از روش قصه درمانی بهره مند شوند. با وجود این، شاید بتوان گفت که به دلیل شرایط خاص دوره کودکی، از نظر توانایی های شناختی، کودکان می توانند از روش قصه درمانی استفاده بیشتری کنند. درواقع مجاورت و نزدیکی کودکان به رویدادهای مهم بین فردی در زندگی و غوطه ور بودن آن ها در جنبه های حسی و عینی تجربه ها موجب می شود که این رویدادها نفود قوی تری در قصه های زندگی آن ها داشته باشند. استفاده از قصه درمانی در روان درمانی کودکان با کار ریچارد گاردنر در 1971 شروع شد. وی از فن قصه گویی متقابل استفاده کرد. در این فن از کودک خواسته می شود قصه ای دارای آغاز، میانه و پایان بگوید. سپس درمانگر موضوعات روان تحلیل گرانه مرتبط با مسائل کودک را انتخاب می کند و در قصه ای مشابه قصه کودک به کار می برد و آن را برای کودک بیان می کند. در این قصه، درمانگر راه حل های سالم تر و کاملتری را برای رویارویی با مشکلات ارائه می کند (شیبانی، یوسفی لویه، و دلاور، 1385؛ یوسفی لویه و متین، 1385).

از سوی دیگر در سال های اخیر اهمیت قصه گویی در کودکان در رشد مهارت های مباحثه، و کفت و گوی آن ها در سطحی گسترده آشکار شده است. قصه سازی کودک، فرایندهای رشد هیجانی و شناختی او را تسهیل می کند و به او دیدگاه نو و خلاقی از دیگران و روابط بین افراد ارائه می کند. در همین مورد برخی پژوهشگران از توانایی قصه گویی کودکان برای ارزیابی و سنجش مشکلات و توانایی های مختلف آن ها استفاده کرده اند؛ برای نمونه گایترز-کللن و دی‌کورتیز[[56]](#footnote-56) (2001) تحلیل قصه های کودکان را روش مناسبی برای ارزیابی مهارت های زبانی دانسته اند. همچنین نوبری و بیشاپ[[57]](#footnote-57) (2003) برای ارزیابی توانایی کودکان در مهارت های ارتباطی، و کرایگ و بارن-کوهن[[58]](#footnote-58) (2000) برای ارزیابی توانایی خیال پردازی کودکان طیف درخودمانده از قصه گویی آن ها استفاده کرده اند. لارنر[[59]](#footnote-59) (1996) نیز معتقد است داستان های کودک، ما را به درک مشکلات خانوادگی آن ها هدایت و مضامینی روان شناختی برای گفت و گوهای درمانی با کودک فراهم می کند (به نقل از یوسفی لویه و متین, 1385).

# 2-5. پیشیه تجربی پژوهش

# 2-5-1. پژوهش های خارجی

آلمرایسی[[60]](#footnote-60)(2008) تأثیر بازی درمانی شناختی- رفتاری را بر کاهش نشانه های بیش فعالی، پرخاشگری و نقص توجه پسران مبتلا به اختلال نقص توجه بیش فعالی مورد بررسی قرار داد. کودکان گروه آزمایش در این مطالعه، در هشت جلسه بازی درمانی شرکت کردند. پس از پایان جلسات درمان بر اساس ارزیابی والدین و معلمان، کاهش معناداری در پرخاشگری و بیش فعالی آنها مشاهده شد.

براتون[[61]](#footnote-61) و همکاران (2005) در مروری از 82 مطالعه ی تجربی از بازی درمانی نتیجه گرفتند که بازی درمانی نتایج مؤثری را در خودپنداره، تغییرات رفتاری، توانایی شناختی، مهارت های اجتماعی و اضطراب نشان داده است (براتون، ری، رین، جونز، 2005 به نقل از جلالی، کاراحمدی، مولوی، آقایی، 1390). باگرلی[[62]](#footnote-62) و پارکر[[63]](#footnote-63)، بیان کردند که بازی درمانی گروهی بر یادگیری، خودکنترلی، مسئولیت، ابراز احساسات، احترام گذاشتن، پذیرش خود و دیگران و بهبود مهارت های اجتماعی، عزت نفس، کاهش افسردگی و اضطراب مؤثر است (باگرلی و پارکر، 2005).

جی یون شین[[64]](#footnote-64) (2002)، در پژوهشی تأثیر بازی درمانی کوتاه مدت را روی اضطراب و افسردگی کودکانی که زلزله ی چین را تجربه کرده اند، مورد بررسی قرار داد و نتایج نشانگر کاهش چشمگیر میزان سطح اضطراب، فوبی و احتمال خطر خودکشی پس از بازی درمانی بودند.

رد، مونتگومری، دو-هامیل (2001) در مطالعه مروری خود کلیه پژوهش های صورت گرفته در مورد اثر بخشی درمان شناختی-رفتاری بر اضطراب و پریشانی کودکان را مورد مقایسه قرار داده اند که در جدول زیر خلاصه یافته های آن ها ارائه شده است:

## جدول 1.2چکیده مداخلات رفتاری در رهایی از اضطراب و پریشانی (برگرفته از رد، مونتگومری، دو-هامیل، 2001)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| پژوهش‌گر | تشخیص | تعداد نمونه(دختر/پسر) | گروه کنترل | گروه آزمایش/ روش پژوهش | نوع جلسه | تعداد و طول جلسات | مولفه‌های رفتاری | اضطراب و پریشانی | درد | برانگیختگی فیزیولوژیکی |
| چن و همکاران(1999) | سرطان خون | 50 (12د/38پ) | Attn(25) | فردی | 2 |  | بازسازی شناختی | + | + | +و0 |
| برومی[[65]](#footnote-65) و همکاران(1998) | مختلط | 28(11د/17پ) |  | #1 (28)/پس آزمون | فردی | 1 | انحراف شناختی/توجه، آموزش آرامشسازی، الگوبرداری نمایشی | 00 | ++ |  |
| ایونس و کنیس [[66]](#footnote-66) (1995) | مختلط | 72 (25د/47پ) | tx(26) | #1 (29)#2 (23)/RCT | گروهی | 8-60 دقیقه | آموزش آرامشسازی، بازسازی شناختی | #1 +#2 + |  |  |
| مانی و همکاران (1994) | مختلط | 35 (16د/19پ) |  | #1 تشویق پرستار (17)#2 بدرن تشویق پرستار (18)/RCT | خانوادگی | 1# 1 جلسه، 10 دقیقه#21 جلسه، 10 دقیقه | #1 مدیریت شرطی، انحراف شناختی/توجه، آموزش آرامشسازی#2 مدیریت شرطی، انحراف شناختی/توجه، آموزش آرامشسازی | #1 ++#2 ++ |  |  |
| پاورز[[67]](#footnote-67) و همکاران(1993) | سرطان خون | 4(4د) |  | #1 (4)/تحلیل فردی | خانوادگی | 2-4 جسله با آموزش فشرده، 45 دقیقه؛ 2-4 جلسه حفظ و اصلاح، 15 دقیقه | انحراف شناختی/توجه، آموزش آرامش سازی | ++ |  |  |
| دکر [[68]](#footnote-68)و همکاران(1992) | مختلط | 82 (52د/30پ) | Attn(29) | #1 (34)/RCT | فردی | 6/ 1 ساعته | آرامش سازی | + |  |  |
| جی و همکاران(1991) |  | 83 (38د/45پ) |  | #1 (45)# (38) بانضمام والیوم/RCT | فردی | 1 | مدیریت شرطی، انحراف شناختی/توجه، تصویرسازی هیجانی، آموزش آرامش سازی، الگوبرداری نمایشی | #1 ++#2 ++ | #1 ++#2 ++ | #1 ++#2 ++ |
| هلند[[69]](#footnote-69) و همکاران(1991) | مختلط | 147 (99د/52پ) |  | #1 (77)#2 (70)/RCT | فردی | #1 یک جلسه بانضمام نوار صوتی#2 0.5 گرم آلپرازولام 3 مرتبه در روز | #1 آموزش آرامشسازی | #1 ++#2 ++و+ |  |  |
| مانی و همکاران(1990) | مختلط | 23 (12د/16پ) | Attn(10) | #1 (13)/NRT | خانوادگی |  | مدیریت شرطی، انحراف شناختی/توجه، آموزش آرامش سازی | +کودکان+والدین، 0 پرستار | + کودکان – گاهش درد و کاهش مقاومت |  |
| اسمیت[[70]](#footnote-70) و همکاران (1989) | مختلط | 38 (12د/16پ) |  | #1انحراف کلامی (13)#2 اطلاعات حسی (15)/RCT | #1 گروهی#2گروهی | 1 | انحراف شناختی/توجه |  |  | + ضربان قلب پایین تر |
| کاتنر و همکاران(1988) | سرطان خون | 48 (18د/30 پ) | tx (؟) | #1(؟)#2(؟)/RCT |  | 1: 5 تا 20 دقیقه برای آماده سازی1 جلسه 5 تا 20 دقیقه | #1انحراف شناختی/توجه#2 هپنوتیزم | #1 +موثرتر برای کودکان بزرگتر#2 +موثرتر برای کودکان کم سن تر | #1 +موثرتر برای کودکان بزرگتر#2 +موثر تر برای کودکان بزرگتر |  |
| جی[[71]](#footnote-71) و همکاران(1985) | سرطان خون | 56 (20د/36پ) |  | اندازه گیری مکرر- ترتیب مداخلات: 1) کنترل توجه2)CBT3) والیوم | فردی | 1 | مدیریت شرطی، انحراف شناختی/ توجه، تصویرسازی هیجانی، آموزش آرامش سازی، الگوبرداری نمایشی | ++ | ++ | ++ نرخ ضربان پایین‌تر؛++ فشار خون پایین‌‍تر |
| دالکوئیست[[72]](#footnote-72) و همکاران(1985) | مختلط | 3 (1 د/ 2 پ) |  | گزارش موردی | فردی | 4 | مدیریت شرطی، هپنوتیزم، آموزش آرامشسازی | +++ |  |  |
| کلرمن(1983) | مختلط | 18 (10 د/8 پ) |  | اندازه گیری های مکرر | فردی | 2 جلسه در حین رویه های طبی | هپنوتیزم، آموزش آرامشسازی | ++ | ++ |  |
| کلرمن[[73]](#footnote-73)(1979) | سرطان خون | 1 دختر |  | مطالعه موردی | فردی |  | مدیریت شرطی، هپنوتیزم، آموزش آرامشسازی | +++ |  |  |
| Attn= توجه؛ CBT=درمان شناختی-رفتاری؛ NRT= آزمایش غیرتصادفی؛ RCT = آزمایش بالینی تصادفی؛ tx=درمان+ = معناداری آماری بهبود نسبت به گروه کنترل؛ 0 = عدم معناداری آماری بهبود نسبت به گروه کنترل؛ ++ معناداری آماری بهبور در پیش-پس آزمون؛ 00 = عدم معناداری آماری بهبود در پیش-پس آزمون |

فوسون، مارتین و هالوی[[74]](#footnote-74) (1990) در پژوهشی اثر بازی درمانی را بر کودکان 5 تا 11 ساله ی بستری در بیمارستان بررسی کردند و نتایج حاکی از کاهش معنادار اضطراب کودکان در گروه آزمایشی بود.

کاردیو و لوی[[75]](#footnote-75)(1988)، در پژوهشی اثربخشی بازی درمانی را بر کودکان 2 تا 6 ساله ی بستری در بیمارستان بررسی کرده و به این یافته ها دست یافتند که آزمودنی های گروه آزمایش در مقایسه با گروه گواه، کمتر مضطرب بودند، بهتر می خوابیدند و واپس روی کمتری داشتند.

کاتنر، بومن، و تیزدل[[76]](#footnote-76) (1988)، اثر بخشی "مداخله تخیلی" هپنوتیزمی[[77]](#footnote-77)، انحراف رفتاری و عملیات پزشکی استاندارد را در کاهش درد، پریشانی و اضطراب در کودکان مبتلا به سرطان خون، در حین اسپیراسیون مغز استخوان مورد مقایسه قرار دادند. عملیات پزشکی استاندارد بدون استفاده فعال از اسباب بازی ها، کتاب ها یا فنون متمرکز بر کودک نظیر داستان های جالب یا ماجراجویانه و نیز بدون هیچگونه آماده سازی برای رویه انجام می شد. دو گروه از کودکان، 3 تا 6 سال، و 7 تا 10 سال، به طور تصادفی به سه گروه درمانی تخصیص داده شدند. دو جلسه مداخله ای به آنان ارائه شد. شرکت کنندگان در هر دو گروه آزمایش تحت یک جلسه 5 تا 20 دقیقه ای آماده ساز قرار گرفتند که در طول آن کودک با روش درمان روان شناختی بلافاصله پیش از رویه های طبی آشنا می شد. به گروه دوم تحت انحراف رفتاری در مرحله آماده سازی اسباب بازی ها، عروسک ها، کتاب های داستانی متحرک، و حباب های صابونی ارائه می شد. در مرحله انجام رویه پزشکی آن ها به انتخاب مشخصه دیداری که در اتاق درمان اضطراب مورد انتظار را کاهش می داد تشویق می شدند، مثلا یافتن آنچه در کتابخانه پنهان شده است. گروه سوم تحت مداخله تخیلی در حین جلسه آماده سازی در تعاملی لذت بخش درگیر می شدند که در آن تعدادی پیشنهادات غیر مستقیم برای ایجاد رفتارهای هپنوتیزم مانند به آنان عرضه می شد. فن "خاموش کردن-درد" نیز برای بی حسی هپنوتیزمی به آنان آموزش داده شد. در حین رویه ها در مرحله پزشکی، کودکان این گروه تجربه تخیلی هپنوتیزمی را دریافت کردند که منجر به تفسیر متفاوتی از تجربه آزار دهنده میشد. در مداخله آماده ساز، نمره دهی مشاهداتی از پریشانی، کاهش معناداری را برای گروه کم سن و سال تر در درمان هپنوتیزمی نشان داد، درحالیکه کودکان بزرگتر تقلیل های معناداری را در هر دو شرایط درمانی برای درد و اضطراب با نمره دهی مشاهده گر نشان دادند. در مداخله مربوط به مرحله انجام رویه های پزشکی، همه گروه ها کاهش هایی را نشان دادند و گروه کنترل نیز به نظر تحت تاثیر افزایش دانش کارکنان که از دو گروه درمانی دیگر اخد کرده بودند واقع شده و کاهش در درد و اضطراب را نشان دادند. روش هپنوتیزمی با تمرکز درونی دارای اثر همه یا هیچ بود، در حالیکه انحراف نیاز به مهارت های مقابله ای فراگرفته شده در طول جلسه اول یا جلساتی بیشتر را نشان داد.

کوپر و بلیتز[[78]](#footnote-78) (1983) در مطالعه خود از برنامه بازی درمانی طراحی شده در بخش کودکان سرطانی 42 تخته بیمارستان سلوآن-کترینگ برای ارتقای همکاری کودکان با درمان های پزشکی و کمک به آنان در مقابله با تشخیص، درمان و بستری شدن استفاده کردند. نتایج مطالعه آن ها بهبود در وضعیت سلامت عمومی روان شناختی کودکان را نشان داد.

# 2-5-2. پژوهش ها در داخل کشور

آقامحمدیان شعرباف، صفدری، قنبری، و بنی هاشمی (2013) تاثیر قصه درمانی را بر کاهش اضطراب کودکان سرطانی مورد بررسی قرار دادند. روش اجرای پژوهش آن ها کاربردی و از نوع نیمه آزمایشی بود. با استفاده از روش نمونه گیری در دسترس از میان کودکان مراجعه کننده به بیمارستان دکتر شیخ مشهد در محدوده سنی8 تا 12 سال تعداد 27 نفر برای شرکت درپژوهش انتخاب شدند و در گروه کنترل و آزمایش به طورتصادفی گمارده شدند. این افراد درابتدا با آزمون *SCSRED* جهت اندازه گیری میزان اضطراب، مورد آزمون قرار گرفتند. سپس درگروه آزمایش، مداخله قصه درمانی به مدت 8 جلسه اجراشد. بعد از اتمام این دوره درمان به منظورسنجش میزان تغییر متغیر وابسته (میزان اضطراب)، مجددا آزمون *SCSRED*  به عنوان پس آزمون در هر دو گروه اجرا گردید. بر روی داده ها آزمون آماری t و آنوا (*ANOVA*) انجام گرفت. نتایج تحلیل آماری به تاثید فرضیه آن ها با معناداری *0.05>p* انجامید. بدین معنا که قصه درمانی در گروه آزمایش به طور معناداری موجب کاهش اضطراب در مقایسه با افرادی که درمان رایج را دریافت نکرده بودند شده بود. آنان با توجه با یافته های پژوهش خود چنین نتیجه گرفتند که قصه درماني بركاهش اضطراب كودكان سرطاني تأثیرگذار است. به این دلیل که کودک از طریق قصه متوجه می شود که دیگران نیز دارای مشکل هستند و سعی می کنند که مشکلات خود را ازطریق تفکر و راه درست حل کنند.

جدید، حکمت پو، اقبالی، و معماری (1391) تجارب والدین دارای کودک مبتلا به سرطان خون را در مطالعه ای کیفی با رویکرد آنالیز محتوا و جمع آوری اطلاعات با استفاده از مصاحبه مورد بررسی قرار دادند. مطالعه با نمونه گیري هدفمند شروع و در طی تکامل طبقات، با نمونه گیري نظري تا اشباع داده ها ادامه یافت. تعداد22 نفراز والدین به مدت 2 ماه مورد مصاحبه قرار گرفتند. بررسی داده ها به روش تجزیه و تحلیل مداوم مقایسه اي انجام گردید. یافته های آن ها نشان داد که بریدن از زندگی، کوله بار مشکلات، کتمان سرطان از فرزند و دیگران، توکل به خدا، ازخودگذشتگی والدین، سازگاري، قصورات درمانی، تعاملات انسانی اثر بخش و تسهیلات بیمارستانی به عنوان کدهاي سطح سوم ناشی از تبیین تجربیات والدین داراي فرزند سرطانی و"به بن بست رسیدن زندگی والدین" به عنوان تم یا درون مایه اصلی پدیدار شده اند. دراین پژوهش، تجارب والدین داراي کودك مبتلا به سرطان با ژرفاي بیشتري مورد شناسایی قرارگرفت و درو نمایه اصلی این مطالعه یعنی " به بن بست رسیدن زندگی والدین " لزوم توجه همه جانبه به آنها را مورد تاکید قرار داد.این پژوهشگران نتیجه گرفتند که بهره گیري بیشتر از تجارب والدین کمک می کند تا با افزایش امیدواري آنها، انجام مراقبت هاي درمانی اثر بخش تر شود.

بزمی و نرسی (1391) در مطالعه ای شبه آزمایشی با طرح پیش آزمون-پس آزمون یک گروهی، اثر تکنیک های بازی درمانی را در کاهش اضطراب و افزایش احساسات مثبت و سطح سازگاری عمومی در کودکان 9-12 ساله مبتلا به سرطان خون مورد بررسی قرار دادند. گروه نمونه آن ها 30 کودک 9 تا 12 ساله مبتلا به سرطان خون در مرکز طبی اطفال شهر تهران بود که به روش در دسترس نمونه گیری شدند. سه آزمون پرسشنامه اضطراب حالتی اسپیل برگر کودکان[[79]](#footnote-79)، آزمون جملات ناتمام راتر[[80]](#footnote-80)، برای سنجش احساساست مثبت و سازگاری عمومی آزمون ترسیم آدمک رنگی روآیه[[81]](#footnote-81) بکار برده شد. تجریه تحلیل یافته های آن ها با استفاده از آزمون t گروه های همبسته حاکی از آن بود که تاثیر تکنیک های بازی درمانی در کاهش اضطراب و احساس ناامنی و افزایش سطح سازگاری و احساسات مثبت در کودکان مبتلا به سرطان بود.

فرخ نیا، شهدیدی، فتح آبادی (1390) اثربخشی استفاده توام از مداخلات شناختی آماده سازی کودک و والد و انحراف مسیر توجه کودک، روی شدت درد گزارش شده، میزان پریشانی ناشی از نمونه گیری یا تزریق به مایع مغزی-نخاعی و سطح کیفیت زندگی موقعیتی کودکان مبتلا به سرطان را مورد مطالعه قرار دادند. پژوهش آن ها یک مطالعه کارآزمایی بالینی با طرح پیش آزمون-پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آن ها شامل پژوهش حاضر يك مطالعه كارآزمايي باليني ، ب ا طرح پيش آزمون - پس آزمون با گروه شاهد بود. جامعه شامل تمام كودكان مبتلا به انواع سرطان بود كه به بيمارستان محك و مفيد در شهر تهران مراجعه كرده بودند. 41 زوج كودك و والد انتخاب شدند و به طور تصادفي در دو گروه آزمايش و گواه قرار گرفتند.كودكان دوبار ملاقات شدند. در ملاقات اول، هر دو گروه تحت مراقبت معمول قرار گرفتند و در ملاقات دوم، گروه آزمايش مداخلات شناختي و گروه شاهد مراقبت معمول دريافت كردند. داده ها، از طريق پرسشنامه اطلاعات جمعيت شناختي، مقياس هاي اوچر[[82]](#footnote-82)، چئوپس[[83]](#footnote-83) و كيفيت زندگي قياسي- ديداري عملكرد كنوني در طب اطفال[[84]](#footnote-84) گرد آوري شدند. نتايج مطالعه آن ها نشان داد كه مداخلات شناختي آماده سازي كودك و والد و انحراف مسير توجه كودك توانست شدت درد و سطح پريشاني را كاهش دهد و كيفيت زندگي موقعيتي كودكان را بهبود بخشد. بين شدت درد گزارش شده و ميزان پريشاني همبستگي معنادار مثبت، بين كيفيت زندگي موقعيتي و شدت درد همبستگي معنادار منفي و بين كيفيت زندگي موقعيتي و پريشاني، همبستگي معنادار منفي يافت شد. بدین ترتیب آن ها نتیجه گرفتند که مداخلات شناختي در كاهش شدت درد گزارش شده، پريشاني و بهبود كيفيت زندگي موقعيتي كودكان مبتلا به سرطان كه تحت نمونه گيري از مايع مغزي- نخاعي قرار دارند، مؤثر است و آن ها پیشنهاد کردند که در این اقدام دردناک، جهت مدیریت درد و پریشانی کودک از مداخلات شناختي استفاده شود.

عبدخدايی و صادقی اردوبادی (1390) ميزان اضطراب جدايی کودکان و اثربخشی بازی درمانی مبتنی بر رويکرد رفتاری- شناختی بر کاهش اضطراب جدايی را بررسی کرده اند و روش مطالعه آنها عبارت بود از جامعه تحقيق کودکان مهد کودک‌های منطقه 2 شهرداری شهر مشهد. تعداد نمونه، در بخش اول مطالعه 358 نفر بوده اند و با روش نمونه‌گيری تصادفی چند مرحله‌ای انتخاب شدند و برای بخش دوم مطالعه 30 کودک دارای اضطراب جدايی که والدينشان رضايت شرکت در جلسات بازی درمانی را داشتند با گمارش تصادفی در دو گروه آزمايش و گواه قرار گرفتند. ابزار اندازه‌گيری پرسشنامه علائم مرضی کودکان بود. برای گروه آزمايش 10 جلسه بازی درمانی با رويکرد شناختی رفتاری انجام شد. يافته‌ها در بخش اول مطالعه از 358 نفر شرکت کننده 97/13 درصد دارای اضطراب جدايی تشخيص داده شدند و در بخش دوم مطالعه تفاوت معنی‌داری بين ميزان اضطراب جدايی آزمودنيهای گروه آزمايش در مقايسه با گروه گواه در مراحل پس آزمون و پيگيری مشاهده شد و اضطراب جدايی آزمودنيهای گروه آزمايش کاهش چشمگيری را نشان داد. نتيجه‌گيری آن ها نشان می دهد که ميزان اضطراب جدايی در کودکان از آمار قابل توجهی برخوردار است و با توجه به پيامدهای نامطلوب آن ازجمله مشکلات حضور در مدرسه، درمان آن حائز اهميت است و کودکانی که برنامه درمانی را دريافت می‌کنند، پس از درمان و همچنين مرحله پيگيری کاهش معنی‌داری در اضطراب جدايی نشان می‌دهند و بدین ترتیب آن ها اين درمان با توجه به جذابيت آن برای کودکان توصيه کرده اند.

زارعپور و همکاران (1388) در مطالعه ای مداخله ای تاثیر بازی درمانی گروهی را بر میزان افسردگی کودکان مبتلا به سرطان مورد بررسی قرار دادند. جامعه پژوهش آن ها کودکان 6 تا 15 ساله مبتلا به سرطان بستری در مرکز درمانی-رفاهی محک در سال 1386 بودند. شیوه نمونه گیری آن ها در دسترس بوده و برای محاسبه نمره افسردگی از ابزار CDS-A[[85]](#footnote-85) استفاده کردند. در نهایت 24 نفر را که نمره 84 به بالا را کسب کرده و افسرده شناسایی شده بودند را به طور تصادفی به دو گروه مداخله و کنترل تخصیص دادند. سپس جلسات بازی درمانی (7جلسه، 2 ساعته) در اتاق بازی بر روی گروه مداخله اجرا شد و در پایان برنامه بازی دوباره بر روی هر دو گروه آموزن بررسی افسردگی بعد از یک هفته اجرا شد. یافته های آنها با استفاده از روش های آماری من ویتنی U، کروسکال والیس و ویلکاکسون نشان داد که تفاوت نمرات میانگین پیش آزمون و پس آزمون برای گروه آزمایش دارای معناداری آماری است. بدین ترتیب از آنجا که یافته های آن ها نشان داد بازی درمانی به طور معناداری موجب کاهش افسردگی گروه مداخله در مقایسه با گروه کنترل گشته است، آن ها چنین نتیجه گرفتند که بازی می تواند به عنوان یک مداخله موثر به وسیله اعضای تیم بهداشتی برای کمک به کودکان بستری استفاده شود تا آن ها را برای انجام روش های درمانی دردناک و تنش ناشی از بستری شدن آماده و سازگار نماید.

احمدی و زارع (1388) در مطالعه ای اثر بخشی بازی درمانی به شیوه شناختی-رفتاری را در کاهش مشکلات رفتاری کودکان 7 تا 9 ساله پسر مورد بررسی قرار داده و نشان دادند که جلسات بازی درمانی شناختی-رفتاری موجب کاهش مشکلات رفتاری کودکان می شود.

#

# 2-6. جمع بندی

بنابر آنچه ذکر آن رفت می توان بیان داشت که تحقیقات نشان میدهند در سرطان شناسی طب اطفال، درد علامتی است که کودکان بیش از همه از آن می ترسند (فرخ نیا، شهیدی، و فتح آبادی، 1390). اقدامات دردناک متعددی روی کودکان مبتلا به سرطان صورت می گیرد. از میان اقدامات بسیار زجر آور تشخیصی و درمانی در سرطان طب اطفال، آسپیراسیون مغز استخوان، پانکچر کمری یا نمونه گیری مایع مغزی- نخاعی و تزریق های وریدی می باشند که بر طبق گزارشاتی شرح آن ها رفت چنین اقداماتی درجات بالایی از درد، ترس، اضطراب و پریشانی هیجانی در کودک ایجاد می کنند. درد برای کودکان مضر است و دردی که تخفیف نیابد، پیامدهای جسمانی و روان شناختی منفی دارد. عدم کاهش درد، از کیفیت زندگی رضایت بخش ممانعت به عمل می آورد فرخ نیا، شهیدی، و فتح آبادی، 1390). از راهبردهای غیر دارویی به طور گسترده ای در مدیریت درد و مقابله با پریشانی هیجانی استفاده می شود. پاره ای از مولفه های درمان شناختی-رفتاری چون مدیریت شرطی ها، هپنوتیزم، انحراف توجه/شناخت، حساسیت زدایی منظم، الگوبرداری و ترکیبی از آن ها به عنوان بسته مدخلات رفتاری چندوجهی از راهبردهایی هستند که اثربخشی آن ها در کاهش درد، اضطراب و پریشانی های کودک به خوبی اثبات شده اند. در این میان ترکیب بازی درمانی سنتی با درمان های شناختی-رفتاری به منظور تنظیم کردن درمان های شناختی-رفتاری با سطح تحولی کودک، نیاز کمتر به برقراری ارتباط کلامی و نیز کاهش نیاز به ابراز کلامی مشکل از سوی کودکان دستاوردهای در خور توجهی در این زمینه به همراه آورده است. بطوریکه توجه محققان در این زمینه به ایجاد و بررسی اثربخشی چنین درمان هایی جلب شده است و آن ها شروع به اقدام استفاده از مولفه های درمان شناختی-رفتاری در برنامه بازی ها به قصد آشنا ساختن کودک با فنون رفتاری در مرحله آماده سازی برای رویه های طبی دردناک پیشرو و نیز بهره گیری از بازی های در حین مراحل دردناک تشخیص و درمان کرده اند، نظیر مدیریت شرطی ها (تشویق ها و تقویت های واکنش های مثبت کودک به رویه های پزشکی در هنگام آماده سازی آن ها از طریق بازی ها یا حین انجام رویه های طبی واقعی) انحراف فکر (مثلا حباب سازی و استفاده از سوت یا بازی های کامپیوتری)، هپنوتیزم (از طریق داستان ها و خیال پردازی ها)، حساسیت زدایی منظم (مثلا از طریق رویارویی موفقیت آمیز قهرمان داستان کودک با سلسله مراتب ترس های وی)، تمرینات رفتاری (بازی با عروسک ها و ایفای نقش برای فراگرفتن واکنش های مقابله ای در برابر رویه های دردناک پزشکی)، الگوبرداری نمایشی و غیره.

بدین ترتیب در پژوهش حاضر نیز سعی بر آن بوده تا با ادغام مولفه های درمان شناختی-رفتاری با بازی درمانی یک مداخله چندوجهی مناسب برای کاهش اضطراب در اطفال مبتلا به سرطان طراحی شده و سپس اثربخشی آن مورد مطالعه قرار گیرد.

از آنجا که آغاز هر مداخله درمانی با ارزیابی از مشکل و جمع آوری اطلاعات در مورد خودگویی ها، اسنادها، باورها و پیش فرض های فرد است. به دنبال ایجاد شیوه ای مناسب برای کودکان در پژوهش حاضر مرحله ارزیابی از طریق تکمیل جمله ها با عروسک ها، بکارگیری نقاشی انجام گرفت، چراکه از یک سو کودک در تکمیل جملات عروسک مسائل خویش را از زبان عروسک بیان کرده و مقاومت وی در بیان مستقیم تجربیات ناخوشایند و اجتناب و بازداری وی از احساسات منفی کاهش می یابد ؛ از سوی دیگر از طریق نقاشی کودکان تحریف های شناختی خود را در باب تجربه آزار دهنده به شیوه ای که نیازی به واژه ها ندارد ابراز می کنند (روما و نل، 1996).

پس از بخش ارزیابی نوبت به بخش میانی می رسد که در این مرحله درمانگر نقشه درمان را طراحی می کند و درمان روی افزایش خودکنترلی کودک، حس پیشرفت و یادگیری پاسخ های ناسازگارانه تر برای رویارویی با موقعیت های خاص متمرکز می شود. تعمیم و پیشگیری از عود و بازگشت در مرحله میانی بکار گرفته می شود تا کودک مهارت های جدیدی در مورد زمینه های گوناگون بیاموزد.

از این رو در پژوهش حاضر در مرحله میانی از تصاویری رنگی از چهره ها استفاده شده است، زیرا تصاویری از چهره ها احساسات گوناگون را به جای برچسب های کلامی نشان می دهند و بدین ترتیب احساسات و رفتارهای گوناگون را برون ریزی می کنند (نل و روما، 1996). برای کاهش اضطراب کودک و کسب مهارت های مقابله ای که به وی در برابر ترس از رویه های دردناک پزشکی کمک کنند از حساسیت زدایی منظم در قالب داستان گویی و تمرینات رفتاری در شکل ایفای نقش و اجرای پانتومیم که در آن ها کودک اجرا کننده نقش تیم پزشکی است و رویه هایی چون تزریق را بر روی درمانگر و عروسک ها انجام می دهد بهره گرفته شد. همچنین بر طبق نل (1985) علاوه بر تحریف های شناختی، در عین حال مواردی وجود دارد که در آن کودکان ممکن است بسادگی در ضمیمه کردن مجموعه ای از باورها یا معناها به یک رویداد شکست بخورند. از این رو از کودک خواسته شد تا در بازی ایفای نقش ها خودگویی های مثبت را تمرین کند. استفاده از داستانی واقعی در باب ترس ها و مشکلات کودک امکان تعمیم مهارت های یاد گرفته شده به شرایط واقعی را برای وی فراهم می آورد.

برای مرحله پایانی که کودک و خانواده وی باید برای خاتمه درمان آماده می شوند، دفترچه ای از راهکارها برای مواجهه با ترس و اضطراب کودک تهیه شد که از وی خواسته شد شود برای هر مورد تصاویر مربوط به آن را نقاشی کند تا بدین ترتیب در صورت لزوم با عود مجدد ترس ها و اضطراب های مختل کننده هم خود کودک و هم والدین وی و هم تیم پزشکی بتوانند از آن کمک بگیرند.

# منابع فارسی:

آقامحمدیان شعرباف، ح؛ صفدری، ز؛ قنبری، ب؛ بنی هاشم، ع. (2013). تاثیر قصه درمانی برکاهش اضطراب کودکان سرطانی. *ششمین کنگره بین الملی روانپزشکی کودک و نوجوان.* تهران: دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تبریز.

بزمی،ن؛ نرسی، م. (1391). اثر تکنیک های بازی درمانی در کاهش اضطراب و افزایش احساسات مثبت و سطح سازگاری عمومی در کودکان 9-12 ساله مبتلا به سرطان خون. *مطالعات روان شناختی دانشکده علوم تربیتی و روان شناسی دانشگاه الزهرا*. 107-130.

بک، ا. ج.(1391)*. شناخت درمانی : مبانی و فراتر از آن(ترجمه* ل. فتی؛ ف. فرید حسینی. تهران: دانژه.

جدیدی، ر؛ حکمت پو، د؛ اقبالی، ع؛ معماری، ف. (1391). تبیین تجارب والدین داراي کودك مبتلا به سرطان خون: یک مطالعه کیفی. *مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی اراک. 28-40.*

حسنی، ر؛ میرزائیان، ب؛ خلیلیان،ع. (1392). اثربخشي بازي درماني مبتني بر رويكرد شناختي- رفتاري بر اضطراب و عزت نفس كودكان مبتلا به اختلال نارسايي توجه/بيش فعالي(ADHD) *. پژوهش هاي نوين روانشناختي*. 163-180.

رضایی، ز؛ پیوسته گر، م؛ قدیری، ف(1391). اثربخشی بازی درمانی شناختی رفتاری به همراه مشارکت والدین در کاهش ترس اجتماعی کودکان. *علوم رفتاری*. 355-361

زارع، م؛ احمدی، س. (1386). اثربخشی بازی درمانی به شیوه رفتاری شناختی در کاهش مشکلات رفتاری کودکان. *روان شناسی کاربردی*. 18-28

زارعپور، ا؛ فلاحی خشکناب، م؛کاشانی نیا، ز؛ بیگلریان، ا؛ باباشهابی، ر. (1388). بررسی تاثیر بازی درمانی گروهی بر میزان افسردگی کودکان مبتلا به سرطان. *مجله علمی دانشگاهی علوم پزشکی کردستان*. 64-72.

سادوک، بنیامین؛ سادوک، ویرجینیا. (2007). خلاصه روانپزشکی (ویرایش دهم). (ترجمه نصرت الله پورافکاری). تهران: انتشارات شهرآب.

شیبانی، ش؛ یوسفی لویه، م؛ دلاور، ع. (1385). تاثیر قصه درمانی بر کاهش علائم افسردگی در کودکلن افسرده. *پژوهش در حیطه کودکان استثانیی*. 893-916.

صفری، س؛ فرامرزی، س؛ عابدی، ا. (1391). تاثیر بازی درمانی با رویکرد شناختی-رفتاری بر کاهش نشانه های اختلال نافرمانی مقابله ای در دانش آموزان. *روان شناسی بالینی*. 1-10.

عبدخدائی، م؛ صادقی اردوبادی، آ. (1390). بررسی میزان اضطراب جدایی کودکان و اثر بخشی بازی درمانی با رویکرد رفتاری-شناختی برکاهش آن. *روان شناسی بالینی*. 51-85.

غیاثی زاده، م. (1392). اثربخشي بازي درماني به شيوه شناختي- رفتاري مايكنبام در كاهش كمرويي و گوشه گيري اجتماعي دانش آموزان دبستاني شهرملكشاهي . *دانشگاه علوم پزشکی ایلام*. 96-105.

فرخ نیا، م؛ شهیدی، ش؛ فتح آبادی، ج. (1390). بررسی تاثیر مداخلات شناختی در کاهش شدت درد، پریشانی و بهبود کیفیت زندگی موقعیتی کودکان مبتلا به سرطان. *روان شناسی بالینی*. 35-43.

فلاح، ر؛ گلزاری، م؛ داستانی، م؛ موسوی، م؛ ظهیرالدین، ع؛ اکبری، م. (1390). اثربخشی مداخله معنوی به شیوه گروهی بر ارتقای امید و سلامت روان در زنان مبتلا به سرطان پستان.  *اندیشه و رفتار*. صفحه 65-76.

کرین، و. (1385). *نظریه های رشد مفاهیم و کاربردها(ترجمه خوی نژاد و رجایی).* تهران: رشد.

یوسفی لویه، م؛ متین، آ. (1385). تاثیر قصه درمانی بر راهبردهای رویارویی کودکان با مشکلات یادگیری. *پژوهش در حیطه کودکان استثنایی*. 603-622.

# منابع غیرفارسی:

Almeraisi, M. J. (2008). Effectiveness of cognitive-behavioral play therapy with children who have symptoms of attention deficit hyperactivity disorder(ADHD). Dissertation of doctor of psychology. Alliant International University.American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and Statistical Manual Disorders, Fifth Edition.* Arlington, VA: American Psychiatric Association.

Berg, B. (1989). Cognitive play therapy for children of divorce. *Innovations in clinical practice*, 143-173.

Bierman, K. L. (1983). Cognitive development and clinical interviews with children. *Advances in Clinical Child Psychology*, 217-250.

Bloom, K. (1977). Patterning of infant vocal behavior. *Exp Child Psychol*, 367-377.

Bruswell, L., & Kendall, P. C. (1988). Cognitive-behaviotal methods with children. In K. S. Dobson, *Handbook of cognitive behavior therapy* (pp. 167-213). New York: Guilford.

Carey, M. P., & Burish, T. G. (1988). Etiology and treatment of the psychological side effects associated with cancer chemotherapy. A critical review and discussion. *Psychol Bull*, 307-325.

Coper, P.S., & Blitz, J.T. (1985). A Therapeutic Play Group for Hospitalized Children with Cancer. *Journal of Psychological Oncology*, 23-37

DuHamel, K. N., H. Redd, W. H., & Johnson Vickberg, S. M. (1999). Behavioral Interventions in the Diagnosis, Treatment and Rehabilitation of Children with Cancer. *Acta Oncologica, 38*, 719–734.

Ellis, J. A., & Spanos, N. P. (1994). Cognitive-behavioral interventions for children’s distress during bone marrow aspirations and lumpunctures: a critical review. *Pain Symp Manage*, 96-108.

Elvevag, B., Helsen, K., Hert, M. D., Sweers, K., & Storms, G. (2011). Metaphor interpretation and use: A window into semanics in schizophrenia. *schizophrenia Research, 133*, 205-211.

Fosson, A., Martib, J., & Haley, J. (1990). Anxiety among hospitalized latency-age children. *Developmental and Behavioral Pediatrics*, 324-327.

Hilgard, J. R., & Lebaron, S. (1982). Relief of anxiety and pain in children and adolescents with cancer: Quantitative measures and clinical observations. *International Journal of Clinical and Experimental Hypnosis*, 417-442.

Hilgard, J. R., & LeBaron, S. (1984). *Hypnotherapy of pain in children with cancer.* California: William Kaufmann.

Jacknow, D. S., Tschann, J. M., Link, M. P., & Boyce, W. T. (1994). Hypnosis in the prevention of chemotherapy-related nausea and vomiting in children: a prospective study. *Dev Behav Pediatr*, 258-264.

Jay, S. (1985). Behavioral management of children's distress during painful medical procedures. *Behar. Res. Ther.*, 513-520.

Jay, S. M., Elliott, C. H., Katz, E., & Siegel, S. E. (1987). Cognitive-behavorial and pharmacological interventions for children's distress during painful medical procedures. *Consult Clin Psychol*, 860-865.

Jay, S. M., & Elliott, C. H. (1990). A stress inoculation program for parents whose children are undergoing painful medical procedures. *Consult Clin Psychol*, 799-804.

Jay, S. M., Ozolins, M., Elliot, C., & Caldwell, S. (1983). Assesmnet of children’s distress during painful medical procedures. *Health Psychol*, 133-147.

Knell, S. M. (1993). *Cognitive Play Therapy.* New Jersy: Aronson.

Knell, S. M. (1994). Cognitive-behavioral play therapy. *Handbook qfplay therapy*, 111-142.

Knell, S. M., & Ruma, C. D. (1996). Play therapy with a sexually abused child. In M. Reinecke, F. M. Dattilio, & A. Freeman, *Cognitive therapy with cildren and adolescents* (pp. 367-393). New York: Guilford.

Kuppernheimer, W. G., & Brown, R. T. (2002). Painful procedures in pediatric cancer: A comparison of interventions. *Clinical Psychology Review*, 753-786.

Kutas, M., & Federmeier, K. (2000). Electrophysiology reveals semantic memory use in language comprehension. *T r e n d s i n C o g n i t i v e S c i e n c e s, 4*, 463-470.

Kuttner, L., Boeman, M., & Teasdale, M. (1988). Psychological treatment of distress, pain, and anxiety for young children with cancer. *Dev Behav Pediatr*, 374-382.

Manne, S. (1994). Couples coping with cancer: research issues and recent findings. *Clin Psychol Med Settings*, 317-330.

Manne, S. L., Redd, W. H., Jacobsen, P. B., Gorfinkle, K., Schorr, O., & Rapkin, B. (1990). Behavioral intervention to reduce child and parent distress during venipuncture. *Consult Clin Psychol*, 565-572.

Manne, S., & Andersen, B. (1991). *Pain and pain-related distress pediatric cancer patients. In: Pain in children: clinical and research issues from a developmental perspective.* New York: Springer.

Meichenbaum, D. (1985). *Stress inoculation training.* New York: Pergamon.

Redd, R. N., & Bush, J. P. (1996). Preprocedural psychological preparation in pediatric oncology: a process-oriented intervention study. *Children. Children’s Health Care*, 265-279.

Redd, W. H., Jacobsen , P. B., Die-Trill, M., Dermatis, H., McEvoy, M., & Holland, J. C. (1987). Cognitive:attentional distraction in the control of conditioned nausea in pediatric cancer patients receiving chemothreapy. *Consult Clin Psychol*, 391-395.

Thorendike, E. (1898). Animal intelligence: an experimental study of the associative processes in animals. *Psychol Rev*, 28-31.

Varni, J. W., Katz, E. R., Colegrove, R., & Dolgin, M. (1993). The impact of social skills training on the adjustment of children with newly diagnosed cancer. *Pediatr Psychol*, 751-767.

Zelter, L. K., & Dolgin, L. K. (1991). Randomized controlled study of behavorial intervention for chemotherapy distress in children with cancer. *Pediatrics*, 34-42.

Zelter, L. K., Kellerman, J., Ellenberg, L., & Dash, J. (1983). Hypothesis for reduction of vomiting associated with chemotherapy and disease in adolescents with cancer. *Adoles Health Care*, 77-84.

1. .leukemia [↑](#footnote-ref-1)
2. .Kuttner, Bowman & Teasdale [↑](#footnote-ref-2)
3. .world health organization consensus conference [↑](#footnote-ref-3)
4. .DuHamel, H. Redd, & Johnson Vickberg [↑](#footnote-ref-4)
5. .Bowlby [↑](#footnote-ref-5)
6. .Rutter [↑](#footnote-ref-6)
7. .Skipper [↑](#footnote-ref-7)
8. .Melamed [↑](#footnote-ref-8)
9. .Fosson, Martib, & Haley [↑](#footnote-ref-9)
10. .Thorendike [↑](#footnote-ref-10)
11. .Manne [↑](#footnote-ref-11)
12. .Jay, Elliott, Katz, & Siegel [↑](#footnote-ref-12)
13. .Redd [↑](#footnote-ref-13)
14. .Ellis & Spanos [↑](#footnote-ref-14)
15. .Hilgard & LeBaron [↑](#footnote-ref-15)
16. .Jay & Elliott [↑](#footnote-ref-16)
17. .Zelter & Dolgin [↑](#footnote-ref-17)
18. .Bloom [↑](#footnote-ref-18)
19. .bone marrow aspiration [↑](#footnote-ref-19)
20. .Lumber Puncture [↑](#footnote-ref-20)
21. .venipuncture [↑](#footnote-ref-21)
22. .Jay, Ozolins, Elliot, & Caldwell [↑](#footnote-ref-22)
23. .Kuttner, Bowman & Teasdale [↑](#footnote-ref-23)
24. .Zelter, Kellerman, Ellenberg, & Dash [↑](#footnote-ref-24)
25. .Carey & Burish [↑](#footnote-ref-25)
26. .Zeltzer [↑](#footnote-ref-26)
27. .Jacknow [↑](#footnote-ref-27)
28. .Deasy-Spinetta, Spinetta [↑](#footnote-ref-28)
29. .Lansky, Cairns, Zwartjes [↑](#footnote-ref-29)
30. .Varni [↑](#footnote-ref-30)
31. .cognitive-behavioral play therapy [↑](#footnote-ref-31)
32. .experiential [↑](#footnote-ref-32)
33. .Knell [↑](#footnote-ref-33)
34. .Aaron Beck [↑](#footnote-ref-34)
35. .cognitive therapy [↑](#footnote-ref-35)
36. .cognitive-behavioral therapy [↑](#footnote-ref-36)
37. .Phillips [↑](#footnote-ref-37)
38. .Berg [↑](#footnote-ref-38)
39. .Bierman [↑](#footnote-ref-39)
40. .Knell and Emery [↑](#footnote-ref-40)
41. .psychoeducational [↑](#footnote-ref-41)
42. .inductive and socratic [↑](#footnote-ref-42)
43. .assessment [↑](#footnote-ref-43)
44. .distortions vs deficiencies [↑](#footnote-ref-44)
45. .significant adults [↑](#footnote-ref-45)
46. .modeling [↑](#footnote-ref-46)
47. .Deblinger, McCleer, & Henry [↑](#footnote-ref-47)
48. .Ruma [↑](#footnote-ref-48)
49. .Knell & Ruma [↑](#footnote-ref-49)
50. .systematic desensitization [↑](#footnote-ref-50)
51. .bibliotheray [↑](#footnote-ref-51)
52. .generalization and relapse prevention [↑](#footnote-ref-52)
53. .Braswell & Kendall [↑](#footnote-ref-53)
54. .Meichenbaum [↑](#footnote-ref-54)
55. .storytelling [↑](#footnote-ref-55)
56. .Gutierrez-Clellen & De Curtis [↑](#footnote-ref-56)
57. .Norbury & Bishop [↑](#footnote-ref-57)
58. .Craig & Barron-Cohen [↑](#footnote-ref-58)
59. .Larner [↑](#footnote-ref-59)
60. Almeraisi [↑](#footnote-ref-60)
61. .Braton [↑](#footnote-ref-61)
62. .Baggerly [↑](#footnote-ref-62)
63. .Parker [↑](#footnote-ref-63)
64. .Jiun shen [↑](#footnote-ref-64)
65. .Broome [↑](#footnote-ref-65)
66. .Evans and Connis [↑](#footnote-ref-66)
67. .Powers [↑](#footnote-ref-67)
68. .Decker [↑](#footnote-ref-68)
69. .Holland [↑](#footnote-ref-69)
70. .Smith [↑](#footnote-ref-70)
71. .Jay [↑](#footnote-ref-71)
72. .Dahlquist [↑](#footnote-ref-72)
73. .Kellerman [↑](#footnote-ref-73)
74. .Fosson, Martin, & Haley [↑](#footnote-ref-74)
75. .Quardio & Levy [↑](#footnote-ref-75)
76. .Kuttner, Bowman, and Teasdale [↑](#footnote-ref-76)
77. .hypnotic “imaginative involvement” [↑](#footnote-ref-77)
78. Coper & Blitz [↑](#footnote-ref-78)
79. .Spielberger’s state-trait anxiety inventory  [↑](#footnote-ref-79)
80. .Rotter’s incomplete sentences [↑](#footnote-ref-80)
81. .Royer [↑](#footnote-ref-81)
82. .Oucher [↑](#footnote-ref-82)
83. .CHEOPS (Children Hospital of Eastern Ontario Pain Scale) [↑](#footnote-ref-83)
84. .The PedsQL™ present functioning visual analogue scales [↑](#footnote-ref-84)
85. .child depression scale [↑](#footnote-ref-85)