مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی کردستان/ دوره چهاردهم/ پائیز ۱۳۸۸/ ۷۲-۶۴

بررسی تأثیر بازی‌درمانی گروهی بر میزان افسردگی کودکان مبتلا به سرطان

افسانه زارعپور[۱]، مسعود فلاحی خشکناب[۲]، زهرا کاشانی نیا[۳]، اکبر بیگلریان[٤]، روناک باباشهابی[٥]

۱- کارشناس ارشد پرستاری روان، بیمارستان جم تهران، تهران، ایران

۲- استادیار گروه پرستاری دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران (مؤلف مسؤول) تلفن: ۰۲۱-۲۲۱۸۰۰۳۶ msflir@yahoo.com

۳- استادیار گروه پرستاری دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران

٤- استادیار گروه آمار حیاتی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران

٥- مربی دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی کردستان، سنندج، ایران

چکیده

زمینه و هدف: کودکان مبتلا به سرطان دارای علایم افسردگی شدید هستند که می‌تواند در روند درمان مشکلات متعددی را بوجود آورد. هدف بازی درمانی کاهش میزان افسردگی و علایم آن و ایجاد پیامدهای مثبتی در وضعیت سلامت این کودکان می‌باشد.

روش بررسی: این پژوهش یک مطالعه مداخله‌ای بود. جامعهٔ پژوهش در این تحقیق شامل کلیهٔ کودکان ۱۵-۶ ساله مبتلا به سرطان بود که در مرکز درمانی- رفاهی محک در سال ۱۳۸۶ بستری بودند. شیوه نمونه‌گیری در پژوهش حاضر بر اساس نمونه‌های در دسترس بود. بعد از محاسبه نمره افسردگی با استفاده از ابزار CDS-A، ۲۴ نفر که برابر با جامعه آماری بود، نمره ۸۴ به بالا را کسب کرده و افسرده بودند که به طور تصادفی در دو گروه مداخله و کنترل قرار داده شدند. سپس جلسات بازی درمانی (۷ جلسه ۲ ساعته) در اتاق بازی بر روی گروه مداخله اجرا شد و در پایان برنامه بازی درمانی دوباره بر روی هر دو گروه تست بررسی افسردگی بعد از یک هفته اجرا شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها به کمک روش‌های آمار استنباطی، مانند آزمونهای من ویتنی U، کروسکال والیس و ویلکاکسون انجام شد.

یافته‌ها: یافته‌های پژوهش میانگین نمره افسردگی را در گروه مداخله و کنترل قبل از بازی درمانی به ترتیب (۹۵/۲۱ و ۹۱/۷۵) نشان داد و از طرفی میانگین نمرهٔ افسردگی در گروه مداخله و کنترل بعد از بازی درمانی به ترتیب (۷٤/۳۳ و ۹٤/۰۸) بود که تفاوت معنی‌دار بوده (p=۰/۰۰۲).

نتیجه‌گیری: در این مطالعه بازی درمانی به طور معنی‌داری موجب کاهش افسردگی گروه مداخله در مقایسه با گروه کنترل شد. بازی می‌تواند به عنوان یک مداخلهٔ مؤثر به وسیلهٔ اعضاء تیم بهداشتی برای کمک به کودکان بستری استفاده شود تا آنها را برای انجام روش‌های درمانی دردناک و تنش ناشی از بستری شدن آماده و سازگار نماید.

کلید واژه‌ها: کودکان سرطانی، افسردگی، بازی درمانی

وصول مقاله: ۸۷/۷/۲۱ اصلاح نهایی: ۸۸/۳/۲٤ پذیرش مقاله: ۸۸/۳/۲٤

مقدمه

سرطان در هر سنی قابل توجه است ولی مرگ و میر ناشی از آن در کودکان بین سنین۱۴-۳ ساله بیشتر از سایر بیماران است (۱) . سرطان اطفال مشتمل بر گروهی از بدخیمی‌هاست که هر یک اپیدمیولوژی- آسیب‌شناسی و میزان مرگ و میر مخصوص به خود را دارند. این بیماری که تنوع بیشتری نسبت به بیماری بزرگسالان دارد شایع‌ترین علت مرگ و میر سنین بین ۱۶-۱ سالگی در کشورهای غربی می‌باشد (۲).

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-21]

تغییرات ناشی از سرطان یا درمان‌های آن و تغییرات ایجاد شده در نقش‌ها و الگوهای ارتباطی در عملکردهای جنسی از مهم‌ترین عوامل مؤثر در صدمه به عزت نفس[1] و ایجاد اختلالات انطباقی می‌باشد که همراه با ایجاد افسردگی[2] در بیماران مبتلا به سرطان است (۳).

کودکان در هر سنی که باشند دو احساس کلی نسبت به این بیماری از خود بروز می‌دهند؛ خشم و گناه. حدود ۳۰٪ کودکان مبتلا به سرطان در نهایت می‌میرند. از چندین بررسی نتیجه گرفته شد که حتی کودکان با حال نسبتاً خوب هم به خوبی از وخامت این بیماری آگاه هستند و ممکن است انتظار مرگ زودهنگام خود را بکشند (۲).

شیوع سرطان در هر دو جنس در دوران قبل از بلوغ برابر است و در نوجوانی نسبت دختر به پسر ۲ به ۱ افزایش می‌یابد (۴).

دانشمندان معتقدند که افسردگی حاد[3] در بین کودکان بسیار شایع است. حدود ۲ درصد کودکان ۱۲-۶ ساله و ۴ درصد نوجوانان به افسردگی مبتلا هستند (۴).

طبق ملاک‌های DSM IV-TR برای اختلال افسردگی اساسی در کودکان و نوجوانان، با وجود افزایش رو به رشد این اختلالات در کودکان، به جهت اختصاصی نبودن در این گروههای سنی در لیست اختلالات روانی کودکان و نوجوانان قرار داده نشده است. اما مرکز تحقیقات بین‌المللی بهداشت روانی استرالیا چک لیست ارزیابی رفتاری کودکان را ارائه نموده است که مشکلات رفتاری را در دو گروه عمومی و ۸ دسته اختصاصی طبقه‌بندی نموده است. در این دسته‌بندی اختلالات اضطرابی و افسردگی کودکان در رده اختلالات اختصاصی قرار داده شده است (۵).

درمان افسردگی کودکان کاملاً شبیه بزرگسالان است.

۱- دارو درمانی ۲- درمان با الکتروشوک[4] ۳- روان درمانی[5] و ۴- خانواده درمانی[6] (۶).

ایجاد تغییرات شناختی و دیگر راه‌های روان درمانی به منظور رفع افسردگی بسیار مفید و راه‌گشاست. (۷).

بازی درمانی[7]:

تاریخ روان درمانی کودکان پر است از تلاش برای تقویت امتیازهایی که روان درمانی دارد، شناخت اهمیت بازی گام مهمی در مسیر این تلاش است (۸).

مفروضهٔ علمی آن است که کودک می‌تواند از طریق بازی اطلاعات بااهمیتی درباره خود و مشکلاتش بدست آورد.

بازی درمانی را به عنوان یک رویکرد درمانی چنین توصیف می‌کنند: بازی درمانی عبارت است از یک ارتباط جاری[8] بین یک درمانگر آموزش‌دیده[9] و یک مراجع خردسال که مشکلات رفتاری یا هیجانی دارد با استفاده از فعالیت‌های مختلف و متنوع مبتنی در بازی[10] که منجر به ایجاد تغییرات درمانی[11] در مراجع می‌شود. بازی درمانی کاری خلاقانه در روان درمانی کودک است (۹).

در سال‌های اخیر رویکردهای مستقیم به بازی درمانی عمومیت یافته است. ثابت شده است که چنین

1. Self- Concept
2. Depression
3. Acute depression

4. ECT (Electro Convulsive Therapy
5. Psychotherapy
6. Famili therapy
7. Play therapy
8. Ongoing relationship
9. Trained therapist
10. Play- Based activite
11. Theraputic change

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-21]

رویکردهایی در رشد مهارت‌های حل مسئله و مهارت‌های اجتماعی کودکان و دیگر راهکارهای انطباقی و سازگارانه شناختی- رفتاری مفید است.

یکی از مهم‌ترین مزایای این رویکرد این است که اهداف و روش‌های درمانی کاملاً اختصاصی هستند. چنین رویکردی امکان تعیین اهداف درمانی را بطور روشن فراهم می‌کند.

در پژوهشی کیفی تحت عنوان برقراری ارتباط از طریق هنر، به بررسی نقش استفاده از هنر به عنوان وسیله‌ای در جهت ابراز و بیان احساسات کودکان بستری در بیمارستانهای سوئد پرداخته شده است. در این مطالعه ۲۲ کودک ۶ تا ۱۲ ساله در مدت ۳ سال تحت مطالعه قرار گرفتند. روش تحقیق ثبت اظهارات کودکان قبل و بعد از انجام بازی درمانی در قالب نقاشی کردن، بازی با خاک رس و تکه دوزی بود. محققان دریافتند که کودکان احساسات منحصر به فرد خود را از طرق بازیها نشان می‌دهند (۱۰).

در یک مطالعه طولی، تأثیر بازی درمانی بر تروما ناشی از سوء رفتار جنسی کودکان مورد بررسی قرار گرفت. در این پژوهش کودکانی که مورد سوء رفتار جنسی قرار گرفته بودند به مدت ۶ ماه تحت بازی درمانی قرار گرفتند. نتایج نشان داد که در حد قابل توجهی اضطراب و افسردگی و تنیدگی ناشی از سوء رفتار جنسی کاهش یافت (۱۱).

در پژوهش دیگری تحت عنوان تأثیر بازی درمانی بر کودکان مبتلا به بیماریهای مزمن به بررسی تأثیر بازی درمانی بر کودکان مبتلا به دیابت وابسته به انسولین پرداخته شد. یافته‌ها نشان دادند که بازی درمانی در حد قابل توجهی در کاهش علائم اضطراب و مشکلات رفتاری مؤثر بوده است. از طرفی در افزایش تطابق کودک با بیماری دیابت و کاهش مقاومت در پذیرش رژیم دیابتیک بسیار مؤثر بوده است (۱۲).

هدف از این پژوهش بیان اهمیت و نقش بازی درمانی در بهبود افسردگی کودکان حتی با بیماریهای صعب‌العلاج که شاید تاکنون چندان مورد توجه واقع نشده، می‌باشد. این مطالعه به منظور لزوم بکارگیری و اهمیت بازی درمانی و تجهیز اتاق بازی در بخشهای کودکان انجام شده است.

روش بررسی

این پژوهش یک مطالعه مداخله‌ای است. جامعهٔ پژوهش در این تحقیق شامل کلیهٔ کودکان ۱۵-۶ ساله مبتلا به سرطان که در مرکز درمانی- رفاهی محک (محل حمایت از کودکان مبتلا به سرطان) در سال ۱۳۸۶ بستری و دارای پرونده بودند، که در این مطالعه ۲۶ کودک مبتلا به سرطان به شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند.

مشخصات واحدهای مورد پژوهش (معیارهای ورود و خروج نمونه):

معیارهای ورود نمونه شامل:

۱- دورهٔ سنی ۱۵-۶ سال

۲- بستری و دارای پرونده در مرکز درمانی- رفاهی محک (بستری در نقاهتگاه).

۳- محرز بودن تشخیص سرطان در آنها

۴- بهرهٔ هوشی نرمال بر اساس پرونده

۵- نمرهٔ افسردگی بیشتر از ۸۴ بر اساس مقیاس CDS-A[12]

۶- کسانی که داوطلب شرکت در آزمون بودند.

معیارهای خروج نمونه‌ها شامل:

12. Child Depression scale - abbreviated

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-21]

۱- کودکان بد حالی که قادر به شرکت در جلسات بازی درمانی نبودند.

۲- کودکانی که کمتر از ۱ هفته در محک بستری بودند (علت تعداد کم نمونه).

با همراهی روان‌شناس مرکز محک به بخش نقاهتگاه مراجعه شد، که شامل دو بخش (همراهان پدر و همراهان مادر) بود. پرونده بیمار مورد بررسی قرار گرفت و از بین آنها کودکانی را که دارای معیارهای ورود به مطالعه بودند، انتخاب شدند. توسط روان‌شناس با والدین و خود کودک آشنا شده و ضمن معارفه هدف از اجرای پژوهش تبیین و از آنها برای همکاری دعوت به عمل آمد. پرسشنامه توسط خود آزمودنی پر شد و در مواردی که آزمودنی قادر به خواندن و یا پر کردن پرسشنامه نبود محقق با صدای بلند یکی یکی سؤالات را می‌خواند و گزینه‌ای را که آزمودنی انتخاب می‌کرد را علامت می‌زد.

بعد از محاسبه نمره پرسشنامه‌ها افراد افسرده (شامل ۲۶ نفر) برابر جامعه آماری مشخص شدند، آزمودنی‌ها به صورت تصادفی به دو گروه (۱۴ نفره مداخله و ۱۲ نفره کنترل) تقسیم شدند. سپس جلسات بازی‌درمانی (۷ جلسه ۲ ساعته) را در اتاق بازی بر روی گروه مداخله اجرا کرده و در پایان برنامه بازی‌درمانی دوباره بر روی هر دو گروه، تست بعد از یک هفته اجرا شد. (لازم به ذکر است با توجه به اینکه در مواردی آزمودنی‌ها به خاطر تشدید بیماری یا درمان مجبور به ترک نقاهتگاه می‌شدند و از گروه مداخلهٔ خارج می‌شدند، برای آزمودنی‌ها دو گروه در دو دورهٔ متوالی و به صورت جداگانه برنامه بازی‌درمانی انجام شد و در گروه کنترل از برنامه از پیش تعیین شده (روتین) مرکز محک تبعیت گردید. گروه مداخله قبل از بازی درمانی ۱۴ نفر بودند که ۲ نفر به علت ترک نقاهتگاه از گروه خارج شده و گروه مداخله بعد از بازی‌درمانی به ۱۲ نفر تقلیل یافت. تعداد گروه کنترل قبل و بعد از بازی‌درمانی ۱۲ نفر بودند.

شیوه بازی درمانی، استفاده از بازیهای هنری بصورت نقاشی بود که هنر دیداری به جهت دسترسی به بخش ناهشیار ذهن درمانجو و بیان هیجان‌ها به شیوه‌ای عینی و قابل مشاهده و کمک به خودآگاهی افراد و بی خطر بودن آن و از طرفی خود فرد براحتی می‌تواند حاصل کار خود را تفسیر کند، انتخاب شد.

وسایل و مواد لازم برای نقاشی کودکان عبارت بودند از: مداد شمعی، لاک، جعبه آبرنگ، ورق، چسب و کاغذ رنگی.

نقاشی در کودکانی که دارای عزت نفس پایین، اعتماد به نفس پایین و افسردگی هستند جذاب‌تر و پرکشش‌تر است.

ابزار گردآوری اطلاعات:

CDS[13] یک مقیاس برای ارزیابی افسردگی کودکان است که فیشر[14] در سال ۱۹۸۳ برای تهیه این مقیاس تلاش خود را آغاز کرد. CDS دارای ۶۶ آیتم است که ۴۸ آیتم آن علائم منفی افسردگی (مثلاً من اغلب احساس می‌کنم تنها هستم) را توصیف می‌کند و ۱۸ آیتم آن جهت مثبت دارد (مثلاً من بیشتر وقت‌ها از خودم خوشم می‌آید (۱۳).

این مقیاس در سال ۱۳۶۹ توسط گلزاری در انستیتو روانپزشکی تهران ترجمه و سپس به هنجاریابی آن اقدام گردید. با در نظر گرفتن شرایط و ویژگی‌های روش تحلیل با هدف تقلیل مقدار آیتم‌های بلند CDS، فرم

13. Child Depression Scale(CDS)
14. Fisher & Lang

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-21]

کوتاه آن در ایران ساخته شد. ضرایب روایی و پایایی CDS-A، بسیار رضایتبخش (۹۸٪) گزارش شده است و براساس نتایج به دست آمده این آزمون را واجد شرایط لازم برای کارکرد در پژوهش‌های روانشناختی و تشخیص بالینی افسردگی کودکان و نوجوانان دانسته است. پایایی آزمون مجدد خوب می‌باشد و دامنه آن را ۰/۳۸ تا ۰/۸۳ درصد برای مدت ۱ تا ۴ هفته می‌داند (۱۴).

CDS-A شامل ۲۵ آیتم است و برای هر آیتم ۵ گزینه: کاملاً غلط، غلط، نمی‌دانم، درست، کاملاً درست وجود دارد (۱۴).

در این مقیاس ابعاد زیر تحت بررسی قرار می‌گیرد:

الف) پاسخ عاطفی: این بعد از مقیاس بر حالت خلق و احساس آزمودنی دلالت دارد (مثلاً بعضی وقت‌ها احساس می‌کنم آدم با ارزشی نیستم).

ب) مشکلات اجتماعی: که بر مشکلاتی که کودک در تعامل اجتماعی، منزوی شدن و تنهایی دارد، دلالت می‌کند (اغلب احساس تنهایی می‌کنم).

ج) عزت نفس: بر نگرش‌ها، پندارها، احساسات کودک در مورد ارزش و ارج او دلالت دارد (بیشتر وقت‌ها به این فکر می‌کنم که باطناً آدم خیلی بدی هستم).

د) اشتغال ذهنی با بیماری و مرگ: این بعد بر رؤیاهای روز[15] و خیالپردازی‌های[16] کودک در مورد بیماری و مرگ خودش دلالت دارد (بعضی وقت‌ها آرزوی مرگ می‌کنم).

ه) گناه[17]: این قسمت بر خود- سرزنشی[18] کودک دلالت می‌کند (احساس می‌کنم مردم مرا دوست دارند در حالی که لایق آن نیستم).

و) لذت[19]: به وجود لذت و شادی در زندگی کودک و یا توانایی او در تجربه این موارد دلالت می‌کند (بیشتر وقت‌ها از خودم راضی هستم).

میانگین‌های مربوط به آزمودنی‌ها به عنوان شاخصی برای تشخیص و تفکیک کودکان افسرده در نظر گرفته شد و کوچکترین میانگین ۶۰ برای تشخیص کودکان غیرافسرده مورد استفاده قرار گرفت. بنابراین آزمودنی‌هایی که نمره آنها از CDS-A ۸۴ و بالاتر بوده به عنوان افسرده شناخته شدند (۱۳).

در ابتدای پرسشنامه ۱۰ سؤال مربوط به مشخصات دموگرافیک با توجه به اهمیت متغیرهای سن، جنس، رتبه تولد، تعداد فرزندان، تحصیلات والدین و شغل والدین و نیز اطلاعات مربوط به بیماری؛ شامل سن شروع بیماری، نوع سرطان، نوع درمان، مدت زمان تحت درمان و همچنین ابتلا فرد دیگری در خانواده به سرطان در نظر گرفته شد.

در این پژوهش متغیر مستقل بازی‌درمانی و متغیر وابسته افسردگی بود. داده‌های جمع‌آوری شده به کمک روش‌های آماری در دو بخش توصیفی و استنباطی مورد بررسی قرار گرفت. در بخش توصیفی به شاخص‌های فراوانی و درصد فراوانی و میانگین و انحراف معیار پرداخته شد. در بخش استنباطی، داده‌ها براساس اهداف و فرضیات پژوهش و به کمک روش‌های آمار استنباطی مانند آزمون من ویتنی یو و آزمون کروسکال والیس و ویلکاکسون، تحلیل لازم انجام گرفت.

15. Dreams
16. Fantasies
17. Guilt
18. Self- Blame
19. Pleasure

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-21]

یافته‌ها

کلیهٔ نمونه‌های حاضر در این پژوهش کودکان مبتلا به سرطان در مرکز درمانی- رفاهی محک دارای نمره افسردگی بالاتر از ۸٤ بودند.۱۲ نمونه در گروه کنترل و ۱۲ نفر در گروه مداخله قرار داده شدند و از نظر جنس مطابقت داده شدند (نمودار ۱).

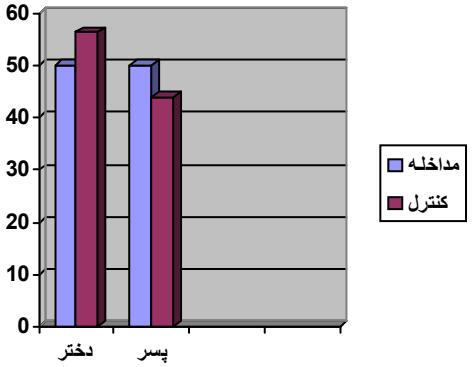
۷/۶۹ درصد بیماری هوچکین، ۵۰ درصد بیماری ALL، ۱۵/۳۸ درصد بیماری سارکوم یوئینگ و انواع دیگر بیماری هر کدام ۳/۸۴ درصد را شامل می‌شدند (جدول ۱).

یافته‌ها نشان دادند که در دو گروه بین متغیرهای دموگرافیک و افسردگی رابطه‌ای وجود نداشت. به عبارت دیگر افسردگی در کودکان مذکور تحت تأثیر جنس، رتبه تولد، تحصیلات والدین و نوع درمان نبود.

مطابق جدول (۲) با توجه به میانگین افسردگی در گروه مداخله و کنترل قبل از بازی درمانی که به ترتیب (۹۵/۲۱ و ۹۱/۷۵) می‌باشد، تفاوت معنی‌داری ملاحظه نمی‌شود (p=۰/۱۵٤)، میانگین نمرهٔ افسردگی در گروه مداخله و کنترل بعد از بازی درمانی به ترتیب (۷٤/۳۳ و ۹٤/۰۸) می‌باشد که تفاوت معنی‌دار می‌باشد (p=۰/۰۰۲).

جدول (۳) نشان می‌دهد که میانگین و انحراف معیار نمره افسردگی در کودکان مذکور در گروه مداخله قبل از بازی درمانی به ترتیب (۷/۱۳±۹۵/۲۱) و در گروه کنترل به ترتیب (۶/۱۲±۹۱/۷۵) می‌باشد که در مقایسه بین آنها تفاوت معنی‌داری وجود ندارد (P=۰/۱۵۴).

مطابق جدول (۴) میانگین افسردگی بعد از بازی درمانی در گروه مداخله (۷۴/۳۳) و در گروه کنترل (۹۴/۰۸) می‌باشد که تفاوت معنی‌داری را بین میانگین دو گروه نشان می‌دهد، بدین مفهوم که بازی درمانی توانسته است میانگین نمره افسردگی را در گروه مداخله کاهش دهد (P=۰/۰۰۱).



نمودار ۱: توزیع فراوانی جنسی کودکان افسرده مبتلا به سرطان در دو گروه مداخله و کنترل در مرکز رفاهی- درمانی محک (۱۳۸۶)

جدول ۱: توزیع فراوانی نوع بیماری در کودکان افسردهٔ مبتلا به سرطان در دو گروه مداخله و کنترل در مرکز رفاهی_درمانی محک (۱۳۸۶)

گروه / نوع بیماری	مداخله	کنترل	جمع	
	تعداد	تعداد	تعداد	درصد
هوچکین	۱	۱	۲	۷/۶۹
ALL	۹	۴	۱۳	۵۰
یوئنگ سارکوم	۱	۳	۴	۱۵/۳۸
تومور مغز	۰	۱	۱	۳/۸۴
Small rand cell	۰	۱	۱	۳/۸۴
لنفوم	۱	۰	۱	۳/۸۴
AML	۱	۰	۱	۳/۸۴
تومور فک	۰	۱	۱	۳/۸۴
نوروبلاسم	۱	۰	۱	۳/۸۴
نازوفارنیس	۰	۱	۱	۳/۸۴
جمع	۱۴	۱۲	۲۶	۱۰۰

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-21]

جدول ۲: مقایسه میانگین نمره افسردگی در کودکان به مبتلا به سرطان قبل و بعد از بازی درمانی در دو گروه مداخله و کنترل در مرکز رفاهی_درمانی محک (۱۳۸۶)

گروه / متغیر	قبل از بازی درمانی			بعد از بازی درمانی			p
	تعداد	میانگین	انحراف معیار	تعداد	میانگین	انحراف معیار	
مداخله	۱۴	۹۵/۲۱	۷/۱۳	۱۲	۷۴/۳۳	۵/۶	۰/۰۰۲
کنترل	۱۲	۹۱/۷۵	۶/۱۲	۱۲	۹۴/۰۸	۶	۰/۶۸۷

جدول ۳: مقایسه میانگین افسردگی قبل از بازی درمانی در کودکان مبتلا به سرطان در دو گروه مداخله و کنترل در مرکز رفاهی_درمانی محک (۱۳۸۶)

گروه / متغیر	مداخله			کنترل			p
	تعداد	میانگین	انحراف معیار	تعداد	میانگین	انحراف معیار	
افسردگی قبل از بازی درمانی	۱۴	۹۵/۲۱	۷/۱۳	۱۲	۹۱/۷۵	۶/۱۲	۰/۱۵۴

جدول ۴: مقایسه میانگین افسردگی بعد از بازی درمانی در کودکان مبتلا به سرطان در دو گروه مداخله و کنترل در مرکز رفاهی_درمانی محک (۱۳۸۶)

گروه / متغیر	مداخله			کنترل			مقدار احتمال
	تعداد	میانگین	انحراف معیار	تعداد	میانگین	انحراف معیار	
افسردگی بعد از بازی درمانی	۱۲	۷۴/۳۳	۵/۶	۱۲	۹۴/۰۸	۶	۰/۰۰۱

بحث

تجزیه و تحلیل داده‌ها فرضیهٔ اصلی پژوهش تحت عنوان «بازی درمانی گروهی سبب کاهش میزان افسردگی در کودکان مبتلا به سرطان می‌شود» را مورد تأیید قرار داد. به عبارتی بازی درمانی در کاهش نمرهٔ افسردگی مقیاس (CDS-A) در گروه مداخله در مقایسه با گروه کنترل مؤثرتر بوده است و فرضیهٔ پژوهش مورد تأیید قرار گرفت و می‌توان این طور نتیجه‌گیری کرد که بازی درمانی به طور معناداری موجب کاهش افسردگی گروه مداخله در مقایسه با گروه کنترل شده است.

در مطالعه‌ای تحت عنوان سرویس‌های زندگی کودکان، برنامه زندگی کودکان در بسیاری از مراکز پیشرفته درمانی مورد بررسی قرار گرفته است. در این مراکز با استفاده از تعامل روانشناسان کودک و کادر درمانی، از بازی درمانی به عنوان وسیله ای اولیه در ایجاد تطابق کودک با محیط و شرایط بیمارستانی و ایجاد احساس رفاه[20] و نهایتاً ارتقاء برنامه زندگی کودک استفاده شده است (۱۵).

در پژوهشی تحت عنوان مروری بر بازی درمانی، به بیان تأثیر بازی درمانی در پذیرش فرآیند بستری شدن و راههای مختلف بیان احساسات کودکان از طریق بازی پرداخته شده است و اینکه هر کودک احساسات منحصر به فرد خود را از تجربه بستری شدنشان با انجام بازیهای آزادانه نشان می‌دهند (۱۶).

20. Well Being

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-21]

در پژوهشی تحت عنوان «بررسی تأثیر بازی‌های مدرسه‌ای بر کاهش میزان افسردگی و مشکلات اجتماعی و احساس رفاه در کودکان مبتلا به سرطان» اظهار شد که کودکان در حین ایفای نقش توانستند احساس رفاه را تجربه کنند وکاستی و نقص خود را در مهارت‌های اجتماعی بالا ببرند (۱۷).

مطالعه ما با نتایج تحقیق بولتون (۲۰۰۷) تحت عنوان (تأثیر بازی درمانی بر میزان افسردگی کودکان آواره و باز مانده از جنگ اوگاندا) همخوانی دارد. در تحقیق او گروه دختران و پسران به یک میزان از بازی و تأثیر بازی درمانی سود برده بودند و رتبه سنی در تأثیر بازی درمانی مؤثر نبوده است (۱۸). یعنی افسردگی تحت تأثیر جنسیت کودکان نیست و بین دختران و پسران تفاوت معنی‌داری وجود ندارد.

در تبیین این تفاوت در نسبت شیوع جنسی بین این مطالعه و مطالعات دیگر می‌توان به عواملی مانند تفاوت در ابزارها و روش‌های مختلف اندازه‌گیری از یک سو و تفاوت جامعه آماری از سوی دیگر اشاره کرد و همچنین علت این تفاوت را به عوامل چندگانه زیستی- روانی- اجتماعی و شناختی مرتبط دانست.

بین متغیرهای جنس، مدت ابتلا به بیماری، نوع سرطان، نوع درمان و میزان افسردگی بیماران ارتباط معنی‌داری وجود ندارد (۱۹).

در مطالعه دیگری به تأثیر بازی درمانی بر کودکانی که در مراحل فرایند سوگ هستند پرداخته شده است و نتایج نشان داد بازی درمانی در کمک به بیان احساسات کودک و طی کردن این مراحل بسیار مؤثر بوده است (۲۱).

نتیجه‌گیری

نتایج تحقیق نشان داد که بازی درمانی بعنوانی روشی مؤثر برای کاهش افسردگی کودکان مبتلا به سرطان می تواند بکار گرفته شود. لذا ضرورت دارد در بخشهای کودکان بالاخص بخشهایی که بیماران بمدت طولانی تری در آن بستری می‌شوند، اتاق بازی در نظر گرفته شود یکی از ابزارهایی که می‌تواند در بیمارستان برای کاهش ترس و اضطراب کودکان استفاده شود، بازی معمولی است، پیشنهاد می‌شود که برای افزایش تأثیر بازی درمانی و تسکین تنش کودکان بستری در بیمارستان نوع بازی مناسب تعیین شده و هر کودک برای انجام بازی مناسب سن خود راهنمایی شود، این کار می‌تواند به وسیلهٔ مشورت با روانشناسان کودک و توسط پرستاران بخش کودکان به صورت عملی انجام شود.

پیشنهاد می‌شود با توجه به اهمیت و تأثیر بازی درمانی در افسردگی کودکان مبتلا به سرطان از این روش غیر تهاجمی و بی خطر که همراه با نشاط و تفریح می باشد در پیشبرد اهداف درمانی در امر آموزش و توانمندسازی پرستاران بخش کودکان و آشنایی هر چه بیشتر آنان با شیوه‌های بازی درمانی، اقدامات جدی صورت پذیرد.

تشکر و قدردانی

بدینوسیله از کلیه کارکنان و مددجویان و همراهان مددجویان مرکز رفاهی و درمانی محک و حمایت‌های مالی دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی که ما را در پیشبرد این تحقیق یاری نمودند، قدردانی می‌شود.

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-21]

References:

1. Khazaee S. freedom from cancer. Tehran: mohaghegh pub, 2001: 20-40.
2. Movahedi M. Tohidifar M H. Pediatric Cancers in Nelson Text book of Pediatrics.Yazd. Yazd Publication. 2001: 89-93.
3. Virginia A. Sadock, Benjamin J Sadock (editor). Kaplan & Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2000: 480.
4. Hosainzadeh M. Brunner & sudarth's .Medical surgical nursing. Tehran: boshra pub, 2001: 480-488.
5. Evans RE, Debora KN. Psychiatric and mental health nursing. Philadelphia. Published, by Mosby co. 2005: 193-197.
6. Pourafkari N. Kaplan & sadok synopsis of psychiatry. Tehran: shahrab. 2001: 623-635.
7. Monirpour N. relationship between negative experiences and sign of depression in sari city adolescences'.[dissertation] in master of science in clinical psychology. Tehran: Iran University of medical sciences. 2004: 110-142.
8. Lotfi kashani F. Vaziri S. Child abnormal psychology. Tehran: sadri. 1999: 86-101.
9. Phipps Monahan, Sands, March, neighbors .Medical- Surgical Nursing. Philadelphia, WB. Mosby. 2006: 670-691.
10. Wikstrom BM. Communicating via expressive art: The natural medium of self-expression for hospitalized children. Pediatric nursing Journal 2005; 31: 480-5.
11. Reyes C, Asbrand J. A longitudinal study assessing trauma symptom in sexually abused children engaged in play therapy. International journal of play therapy 2005; 14: 25-47.
12. Jones E. Landereth G. The efficacy of intensive individual play therapy for chronically ill children. International journal of play therapy 2002; 11: 117.
13. Shojaeezadeh D. Rasafiani HR. survey of prevalence of depression in college students in Kazeroon city. J of Rehabilitation 2001; 7-6: 29-32.
14. Tamannaee far MR. The effectiveness of drug therapy and cognitive behavioral therapy in children depression. [Dissertation]: Tehran: Allameh Tabatabaee university. 2000: 180-223.
15. stucky RR, Eichner JM, Melzer SM. Child life services. Pediatric Evanston: Official journal of the American Academy of Pediatrics publication. 2006;118:1757-1763
16. Carrol J. Play thrapy: the children views. Child and family social work. New York: W.W. Norton & Company. 2002:177-187
17. Annemieke, Visser, Gea, G. Emotional and Behavioral functioning of children with cancer". American journal Psycho-Oncology. 2004; 22: 3293-301
18. Bolton P, Bass J. Creative play for depression symptoms among school children survivors of war and displacement in Uganda. JAMA 2007; 171:125-129.
19. Noll RB, Gartstein MA, Vannatta K, Correll J, Bukowski WM, Davis WHO. Emotional and Behavioral functioning of children with Cancer. Journal of Pediatric Oncology Nursing 2003; 20: 65-70.
20. Mellon S. & Northouse L. Family survivorship and quality of life a cancer diagnosis. Journal of research in nursing & Health 2001; 24: 446-459.
21. Glazer H. Expression of children Grief: A qualitative study. International journal of play therapy. 1998; 7: 51-65

[Downloaded from sjku.muk.ac.ir on 2026-11-21]