

اثربخشی بازی درمانی بر اضطراب، افسردگی و تصویر بدنی کودکان مبتلا به سرطان بستری در بیمارستان

The Effectiveness of Play Therapy on Anxiety, Depression, and Body Image of Children Admitted to the Cancer Hospital

Zahra Ahmadi

Master of clinical psychology , Department of Psychology, West Tehran Branch, Islamic Azad University, Iran.

Saeideh Bazzazian *

Associate Professor, Department of Psychology, West Tehran Branch, Islamic Azad University, Iran.

bazzazian.saeideh@wtiau.ac.ir

زهرا احمدی

کارشناس ارشد، گروه روانشناسی، واحد تهران غرب، دانشگاه آزاد اسلامی، ایران.

سعیده بزازیان (نویسنده مسئول)

دانشیار، گروه روانشناسی، واحد تهران غرب، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران.

Abstract

The present study aimed to determine the effectiveness of play therapy on anxiety, depression, and body image in hospitalized children with cancer. The present study was a quasi-experimental study with a pre-test-post-test design with a control group and a three-month follow-up period. The statistical population of the present study included children aged 7 to 10 years hospitalized in the cancer ward of Mofid Children's Hospital in Tehran in the fall of 2023, from which 30 people were selected by non-random sampling. The research instruments included the Children's Manifest Anxiety Scale (RCMS) (Reynolds et al., 1978), Children and Adolescent Depression (CDS-A) (Long et al., 1978), and the Multidimensional Body-Self Relationships (MBSRQ) (Kesh, 1985). After that, the experimental group received play therapy intervention in 8 sessions of 45 minutes, twice a week. The research data were analyzed using analysis of variance with repeated measures. The results showed that in the anxiety variable, the difference between the pre-test and post-test stages ($p<0.05$, $d=8.86$) and the pre-test and follow-up ($p<0.05$, $d=-6.34$) was significant. In the depression variable, the difference between the pre-test and post-test stages ($p<0.05$, $d=7.75$) and the pre-test and follow-up ($p<0.05$, $d=-5.06$) was also reported to be significant; also, in the body image variable, the difference between the pre-test and post-test stages ($p<0.05$, $d=-9.36$) and the pre-test and follow-up ($p<0.05$, $d=4.5934$) was reported to be significant. Accordingly, it can be said that the use of play therapy can be effective in improving anxiety, depression, and body image in children with cancer hospitalized in the hospital.

Keywords: Body Image, Anxiety, Depression, Play Therapy.

چکیده

هدف از انجام پژوهش حاضر تعیین اثربخشی بازی درمانی بر اضطراب، افسردگی و تصویر بدنی کودکان مبتلا به سرطان بستری در بیمارستان بود. پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل و دوره پیگیری سه ماهه بود. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل کودکان ۷ تا ۱۰ سال بستری شده در بخش سرطان بیمارستان کودکان مفید شهر تهران در پاییز سال ۱۴۰۲ بود که از این جامعه تعداد ۳۰ نفر به روش نمونه گیری غیر تصادفی در دسترس انتخاب شدند. ابزار پژوهش شامل مقیاس اضطراب آشکار کودکان (RCMS) (رینولدز و همکاران، ۱۹۷۸)، افسردگی کودکان و نوجوانان (CDS-A) (لانگ و همکاران، ۱۹۷۸) و روابط چند بعدی بدن-خود (MBSRQ) (کش، ۱۹۸۵) را تکمیل کردند. پس از آن گروه آزمایش مداخله بازی درمانی در ۸ جلسه ۴۵ دقیقه و هفته‌ای دوبار دریافت کردند. داده‌های پژوهش، به روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. نتایج نشان داد در متغیر اضطراب تفاوت بین مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون ($p<0.05$, $d=8.86$) و پیش‌آزمون پیگیری ($p<0.05$, $d=-6.34$) معنادار است. در متغیر افسردگی نیز تفاوت بین مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون ($p<0.05$, $d=7.75$) و پیش‌آزمون و پیگیری ($p<0.05$, $d=-5.06$) معنادار گزارش شد؛ همچنین در متغیر تصویر بدنی نیز تفاوت بین مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون ($p<0.05$, $d=-9.36$) و پیش‌آزمون و پیگیری ($p<0.05$, $d=4.5934$) معنادار گزارش شد. بر این اساس می‌توان گفت استفاده از بازی درمانی می‌تواند در بهبود اضطراب، افسردگی و تصویر بدنی کودکان مبتلا به سرطان بستری در بیمارستان موثر باشد.

واژه‌های کلیدی: تصویر بدنی، اضطراب، افسردگی، بازی درمانی.

کودکان نمادی از سلامتی و امید به زندگی هستند و مرگ آنها پدیده‌ای غیر قابل تصور است؛ اما سالیانه بیماری‌های صعب‌العلاج و سرطان منجر به فوت تعدادی از کودکان می‌شود (گالجه^۱ و همکاران، ۲۰۲۴). سرطان یکی از مهمترین بیماری‌های مزمن کودکان است. طبق آمار سازمان جهانی بهداشت، تعداد کودکان مبتلا بین ۵۰ تا ۲۰۰ مورد در هر یک میلیون کودک در سراسر جهان متفاوت است (بای^۲ و همکاران، ۲۰۲۴). در سال ۲۰۲۳ در کشور آمریکا حدود ۱۱۶۳ کودک زیر ۱۵ سال به سرطان مبتلا شدند و از این میان ۱۳۱۰ کودک در سال ۲۰۲۳ به دلیل ابتلا به سرطان فوت کردند (رابین^۳ و همکاران، ۲۰۲۴)؛ این در حالی است که میزان بروز سرطان‌های دوران کودکی در دختران و پسران ایرانی به ترتیب برابر ۴۸ الی ۱۱۲ و ۵۱ الی ۱۴۱ مورد در هر یک میلیون نفر گزارش شده است (خاتمی بیدگلی و همکاران، ۱۴۰۲). طبق نتایج به دست آمده بیماران مبتلا به سرطان از ناراحتی‌های روانشناختی طولانی‌مدت و اساسی مرتبط با اشکال متفاوت سرطان و درمان طبی آن رنج می‌برند (هینن^۴ و همکاران، ۲۰۲۴). بیماری‌های مزمن در دوران کودکی می‌تواند بر سلامت جسمی و روانی بیماران تأثیر بگذارد. درمان کودکان مبتلا به سرطان با علائم اضطراب^۵ همراه است (لو^۶ و همکاران، ۲۰۲۴). براساس نظر جراد^۷ و همکاران (۲۰۲۴) افرادی که زندگی با درد مداوم دارند، احتمالاً چهار بار بیشتر از افرادی که بدون درد هستند، از اضطراب رنج می‌برند. اضطراب، مرحله پیشرفته استرس مزمن است و هنگامی که به صورت یک مشکل روانی در می‌آید که مانع رسیدن کودک به اهدافش شود یا در انجام کارهای روزانه و عادی او اختلال ایجاد کند (کرامپ^۸ و همکاران، ۲۰۲۴). اضطراب تشویشی فراگیر، ناخوشایند و مبهم است که فرد را گوش به زنگ می‌کند؛ یعنی فرد را متوجه می‌کند که خطری در راه است و باعث می‌شود فرد بتواند برای مقابله با خطر اقدام کند (یانگ^۹ و همکاران، ۲۰۲۴). استرس ناشی از بستری شدن در بیمارستان، درک محدود متخصصان از بیماری کودکان، راهبردهای مقابله‌ای محدود، درد ناشی از روش‌های تهاجمی و رژیم‌های درمانی از علل اولیه اضطراب در کودکان مبتلا به سرطان است (تانگ^{۱۰} و همکاران، ۲۰۲۴). اضطراب شدید می‌تواند باعث تأخیر در مراحل درمانی، افزایش حساسیت به عفونت و طولانی‌تر شدن روند بهبودی شود که در بر درمان کلی سرطان اثر گذاشته و رضایت بیمار را کاهش می‌دهد (توماس^{۱۱} و همکاران، ۲۰۲۴). به عنوان نمونه، اضطراب باعث تشدید درد می‌شود که به نوبه خود هم تجربه اضطراب کودکان و هم نیاز به داروهای آرام‌بخش را افزایش می‌دهد (جووویچ^{۱۲} و همکاران، ۲۰۲۴).

درد مزمن ناشی از سرطان در کودکان و نوجوانان می‌تواند باعث گرایش کودک به سمت افسردگی^{۱۳} شود (هی^{۱۴} و همکاران، ۲۰۲۴). افسردگی به عنوان یک اختلال روانشناختی از دلایل اصلی ناتوانی در افراد است (یانو^{۱۵} و همکاران، ۲۰۲۴). افسردگی به مجموعه‌ای از نشانه‌ها اطلاق می‌شود که موجب تغییر در خلق، تفکر و فعالیت فرد می‌شود. احساس غمگینی و از دست دادن علاقه که باعث کاهش عملکرد فردی و اجتماعی همراه با تغییر در الگوی خواب، تغذیه، سطوح انرژی و انگیزش نیز روی می‌دهد (بیکل^{۱۶} و همکاران، ۲۰۲۴). علل ابتلا به افسردگی عموماً به تغییرات شیمیایی عصبی برمی‌گردد که در اثر آسیب‌های فیزیکی و روانی، عوامل اجتماعی، حوادث ناخوشایند، عوامل ژنتیکی و مصرف برخی داروها می‌تواند بروز کند (سینگ^{۱۷}، ۲۰۲۴). افسردگی با ایجاد پیامدهای گوناگون منفی بر افکار، احساسات و عملکرد سبب کاهش تاب‌آوری افراد در برابر مشکلات و تضعیف بهزیستی روانشناختی آن‌ها می‌گردد (سان^{۱۸} و همکاران، ۲۰۲۴). افسردگی مرتبط با سرطان، یک پاسخ عاطفی آسیب‌زا به عدم طبیعی بودن دنیای شخصی فرد است که به دنبال تشخیص بیماری

1 Ghaljeh
2 Bai
3 Raybin
4 Hinnen
5 anxiety
6 Low
7 Jrad
8 Crump
9 Yang
10 Tang
11 Thomas
12 Vujovic
13 depression
14 He
15 Yao
16 Bickel
17 Singh
18 Sun

یا طی فرایند درمان و مسائل قریب الوقوع آن ایجاد می شود (هنری^۱ و همکاران، ۲۰۲۴). از این رو، بررسی افسردگی کودک، متغیر مهمی در حیطه سرطان دوران کودکی محسوب می شود که لازم است مراقبت روانی-اجتماعی این کودکان در فرایند درمان در نظر گرفته شود (لو^۲ و همکاران، ۲۰۲۴).

از سویی، تصویر بدنی^۳ یک مؤلفه مهم از کیفیت زندگی یک بیمار سرطانی است و نقش مهمی در سازگاری با بیماری دارد (ملیسانت^۴ و همکاران، ۲۰۲۱). تصور فرد از بدن، یعنی این که بدن خود را چگونه درک کند، ممکن است بر توانایی وی در رابطه برقرار کردن با دیگران مؤثر باشد و در پاسخ هایی که دیگران به وی می دهند، تأثیر نهد. هم چنین، این تصور می تواند در احساس فرد از خود، میزان اعتمادش به موقعیت های اجتماعی و ماهیت روابط اجتماعی شان تأثیر داشته باشد (فاوز و کابرو نوتاری^۵، ۲۰۲۱). تصویر بدنی، تصویری است که هر یک از انسان ها در مورد وضعیت جسمانی خود دارند. به عبارتی، تصویر بدنی در برگزیده عقاید، احساسات آگاهانه و غیر آگاهانه در مورد بدن است (هنری و همکاران، ۲۰۲۴). درمان سرطان ممکن است منجر به تغییرات عمده ای از تصویر بدنی به واسطه فقدان یک قسمت، بدشکلی، زخم ها یا تغییرات بدنی شود. پرتونگاری ممکن است باعث آسیب به بافت و تغییرات درونی در طول سال ها شود. تأثیرات جراحی بیشتر فوری اما اغلب ماندگار هستند. در حالی که تغییرات گذرا، بازگشت پذیر (مانند از دست دادن مو) ممکن است ناشی از شیمی درمانی نظام دار باشند (آگراوال^۶ و همکاران، ۲۰۲۴).

رویکردهای جدید درمانی سرطان، میزان بهبودی کودکان را افزایش می دهد، اما این روش ها می تواند پیامدهای منفی گوناگونی برای کودک و خانواده داشته باشد. استفاده از داروهایی با دوز بالا در شیمی درمانی موجب می شود که کودک علائم زیادی را تجربه کند. لذا، از میان مداخلات روانشناختی که می تواند عوارض روانشناختی بیماری های جسمی را تحت تأثیر قرار دهد و از آن بکاهد، می توان به بازی درمانی^۷ اشاره کرد (چایوهان^۸ و همکاران، ۲۰۲۴). بازی درمانی به علت پاسخگویی به نیازهای رشد کودکان، روشی مطلوب برای درمان مشکلات رفتاری و هیجانی کودکان است (البلتاگی^۹ و همکاران، ۲۰۲۳). بازی درمانی روشی است که به وسیله آن ابزارهای طبیعی بیان حالت کودک یعنی بازی به عنوان روش درمانی به کار گرفته می شود تا به کودک کمک کند فشارهای احساسی خویش را تحت کنترل قرار دهد (برون و لینچ^{۱۰}، ۲۰۲۳). کودک در زمان رابطه با درمانگر کاهش اثرات رنج آور، جهت دهی مجدد تکانه ها، پذیرش، تخلیه هیجانی و تجربه هیجان تصحیح شده را تجربه می نماید. بازی به کودک اجازه می دهد تا افکار، احساسات، تجارب و تمایلاتی که برای او تهدیدکننده است، ابراز نماید (فانگ^{۱۱} و همکاران، ۲۰۲۴). کودکان از طریق بازی احساسات و ناکامی های خود را بیان می کنند. بازی درمانی محیط امنی را برای کودکان فراهم می کند تا افکار و احساسات آن ها بدون قضاوت پذیرفته و تأیید شود. بازی راه طبیعی برای کودکان است تا مشکلات شان را نشان دهند (مک کلینتوک^{۱۲}، ۲۰۲۴).

به هر حال، به دلیل ارتباطی که سازه های روانشناختی با بیماری سرطان و روند درمانی آن در کودکان و نوجوانان دارند، طی سال های اخیر در کنار روش های کنترل و مدیریت پزشکی، درمان های غیرپزشکی موازی برای کنترل و مدیریت برای این بیماری پیشنهاد شده است (استینر^{۱۳} و همکاران، ۲۰۲۴). به نظر می رسد بیماری سرطان باعث افزایش اضطراب (خاتمی بیدگلی و همکاران، ۱۴۰۲)، افسردگی (زاچ^{۱۴} و همکاران، ۲۰۲۴) و نگرانی از تصویر بدنی (کانگ^{۱۵}، ۲۰۲۴) کودکان بیمار می گردد. با توجه به آن چه که بیان شد، بازی درمانی می تواند یکی از راه های سازگارانه و مناسب برای مقابله با مشکلات روانشناختی این کودکان باشد. تاکنون پژوهش های کاملی در مورد مشکلات این کودکان انجام نشده، این گزارش ها احتمالاً نشان دهنده نوک کوه یخ برای میزان آشفتگی روانشناختی در مورد کودکان مبتلا به سرطان است (لو و همکاران، ۲۰۲۴). با نگاهی به وجود آسیب های روانشناختی در کودکان مبتلا به سرطان و از سویی با توجه به کارایی بازی درمانی در فروکاستن آسیب های روانی کودکان بیمار و نیز عدم انجام پژوهشی مشابه، پژوهشگر تصمیم گرفت تا اثربخشی بازی

1 Henry

2 Lu

3 body image

4 Melissant

5 Favez & Cairo Notari

6 Agrawal

7 play therapy

8 Chauhan

9 Elbeltagi

10 Brown, Lynch

11 Fang

12 McClintock

13 Steiner

14 Zach

15 Kong

درمانی را روی کودکان مبتلا به سرطان مورد بررسی قرار دهد. همچنین، توجه به اضطراب، افسردگی و نگرانی از تصویر بدنی به عنوان ضرورتی انکارناپذیر باید مورد توجه متخصصان قرار گیرد. لذا برای کاهش اضطراب، افسردگی و تصویر بدنی، بازی درمانی به کودکان بیمار سرطانی جهت رویارویی با استرس‌های محیطی از اهمیت خاصی برخوردار است.

با توجه به مطالب ذکر شده و خلاء پژوهش‌های مقایسه‌ای در داخل کشور، نوآوری پژوهش حاضر در آن است که به اثربخشی بازی درمانی بر اضطراب، افسردگی و تصویر بدنی کودکان مبتلا به سرطان می‌پردازد تا به مزایای احتمالی یک روش نسبت به دیگری پی برده و به توسعه دانش نظری در این حوزه کمک می‌کند و از دیدگاه کاربردی نیز به باز پروری و اصلاح رفتارهای کودکان مبتلا به سرطان کمک کرده و در کل باعث بهزیستی روانی آن‌ها گردد. بدیهی است انجام چنین مطالعاتی در تصمیم‌گیری درمانگران جهت درمان انتخابی به منظور بهبود علائم روانشناختی (نظیر افسردگی و اضطراب) در کودکان سرطانی کمک شایانی خواهد کرد. بنابراین هدف از پژوهش حاضر تعیین اثربخشی بازی درمانی بر اضطراب، افسردگی و تصویر بدنی کودکان مبتلا به سرطان بستری در بیمارستان بود.

روش

روش پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و گروه کنترل با دوره پیگیری سه‌ماهه بود. جامعه آماری پژوهش حاضر متشکل از کلیه کودکان مبتلا به سرطان خون ۷ تا ۱۰ سال بستری شده در بخش سرطان بیمارستان کودکان مفید شهر تهران در پاییز سال ۱۴۰۲ بود که از این جامعه تعداد ۳۰ نفر به روش نمونه‌گیری غیر تصادفی در دسترس (بر اساس نرم‌افزار تعیین حجم نمونه G3 Powe و با در نظر گرفتن پارامترهای اندازه اثر = ۰/۳۶؛ ضریب آلفا = ۰/۰۵؛ توان آزمون = ۰/۹۵) انتخاب شدند. حجم نمونه نیز برای هر یک از گروه‌های آزمایش و گواه ۱۵ نفر در نظر گرفته شد که به‌طورکلی حجم نمونه ۳۰ نفر اتخاذ شد. لذا در این مطالعه ۲ گروه ۱۵ نفری برای پژوهش انتخاب شد که این جایگذاری به صورت تصادفی انجام شد. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل تشخیص قطعی مبتنی بر ابتلای کودک به سرطان توسط پزشک و گزارش پرونده کودک، گروه سنی ۷ تا ۱۰ سال، سپری شدن حداقل ۶ ماه از تشخیص قطعی، رضایت کودکان و والدین برای شرکت در جلسات مداخله، داشتن حداقل سه نوبت شیمی درمانی، توانایی انجام بازی و معیارهای خروج شامل غیبت بیش از دو جلسه، ابتلا به مشکلات جسمی و اختلالات روانشناختی، مصرف داروهای ضد افسردگی، مواجهه با استرس حاد، وقوع شرایط اورژانسی کودک، ناقص تکمیل شدن پرسش‌نامه‌ها، انصراف از ادامه همکاری، عدم تعهد نسبت به تمرینات در فرایند مداخله و شرکت هم‌زمان در برنامه‌های مشاوره یا روان‌درمانی دیگر بود. روش اجرا به این صورت بود که پس از انتخاب گروه نمونه با توجه به معیارهای ورود، پرسشنامه‌های اضطراب آشکار کودکان، افسردگی کودکان و نوجوانان و پرسشنامه روابط چند بعدی بدن-خود بر روی نمونه مورد پژوهش انجام شد. در ادامه بازی درمانی توسط پژوهشگران (در مرکز دارای فضا، امکانات و تجهیزات آموزشی مناسب بود). انجام شد تمام افراد مشارکت‌کننده در پژوهش که حاضر به همکاری شدند، پرسشنامه‌ها را به‌صورت گروهی در هر سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تکمیل کرده و برای تکمیل آن‌ها محدودیت زمانی لحاظ نشد. نحوه اجرا نیز به این صورت بود که بازی درمانی طی ۸ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای (هفته‌ای دو جلسه) برگزار شد. اخذ رضایت آگاهانه، رعایت اصل رازداری، آگاه کردن شرکت‌کنندگان از اهداف مطالعه، اختیاری بودن شرکت در مطالعه، حق انصراف از مطالعه در هر زمان از ملاحظه اخلاقی رعایت شده در پژوهش بود. همچنین به افراد گروه گواه اطمینان داده شد که آنان نیز پس از اتمام فرآیند پژوهشی این مداخلات را دریافت خواهند نمود. درنهایت برای تحلیل داده‌های پژوهش از روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر به کمک نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶ استفاده شد.

ابزار سنجش

مقیاس تجدیدنظر شده اضطراب آشکار کودکان (RCMAS): این ابزار توسط رینولدز و ریچموند^۱ (۱۹۷۸) با هدف سنجش اضطراب برای کودکان و نوجوان در دامنه سنی ۶ الی ۱۲ سال طراحی و اعتباریابی شده است. این ابزار دارای ۳۷ سوال است که سه عامل جسمانی اضطراب، نگرانی/حساسیت بالا و اضطراب اجتماعی/تمرکز را می‌سنجد. در مجموع این مقیاس دارای ۲۸ ماده برای ارزیابی اضطراب و ۹ ماده به عنوان دروغ سنج برای تأیید رفتارهای مطلوب و انکار رفتارهای نامطلوب است که در نمره گذاری محاسبه نمی‌شوند.

1 Revised Children's Manifest Anxiety Scale (RCMAS)

2 Reynolds, Richmond

پاسخ به هر ماده به صورت «بله» یا «خیر» است که به هر پاسخ «بله» نمره ۱ و به هر پاسخ «خیر» نمره صفر داده می‌شود. نمره کل این مقیاس از مجموع تمام پاسخ‌های «بله» محاسبه می‌شود. دامنه نمره در این ابزار بین صفر تا ۲۸ می‌باشد و نمرات بیشتر نشان دهنده اضطراب بالا است (رینولدز و همکاران، ۱۹۷۸). این مقیاس توسط لی و همکاران (۱۹۸۸) در گروه سنی نوجوانان نیز اجرا و اعتباریابی شد. پایایی به روش همسانی درونی ۰/۷۸، کودریچاردسون و روایی به روش تحلیل عاملی تاییدی ۰/۶۱ بررسی و تایید شد. در ایران دهقانی و همکاران (۲۰۱۳) این مقیاس را ترجمه و اعتباریابی کردند. پایایی به روش همسانی درونی برای کل مقیاس به روش کودریچاردسون ۰/۷۹ و روایی ۰/۶۴ به روش تحلیل عاملی تاییدی بررسی و تایید شد (به نقل از گودرزی و همکاران، ۱۴۰۲). در این مطالعه پایایی با استفاده از آزمون کودریچاردسون ۰/۷۶ محاسبه شده است.

مقیاس افسردگی کودکان و نوجوانان (CDS-A): مقیاس افسردگی کودکان و نوجوانان توسط لانگ و تیشر^۱ (۱۹۷۸) طراحی شده است. این مقیاس دارای ۲۵ گویه بوده که در یک طیف پنج درجه‌ای لیکرت از کاملاً غلط (۱) تا کاملاً درست (۵) نمره‌گذاری می‌شود. دامنه نمرات بین ۲۵ تا ۱۲۵ قرار می‌گیرد که نمره بالاتر نشان دهنده افسردگی بیشتر در فرد آزمودنی است. لانگ و همکاران (۱۹۷۸) پایایی این ابزار را با استفاده از آلفای کرونباخ در دامنه بین ۰/۸۲ تا ۰/۹۵ و روایی محتوایی ۰/۷۱ گزارش نمودند. این مقیاس در ایران توسط گلزاری (۱۳۶۹) ترجمه و بررسی شد که آلفای کرونباخ آن برابر ۰/۹۶ و روایی محتوایی ۰/۷۸، سازه ۰/۴۴ و همزمان آن ۰/۵۳ گزارش شد (به نقل از شجاعی و همکاران، ۱۳۹۸). در پژوهش حاضر، برای تعیین پایایی این ابزار از آلفای کرونباخ استفاده شد که مقدار آن ۰/۷۲ به دست آمد که نشان‌دهنده پایایی مطلوب این ابزار در نمونه مورد پژوهش است.

پرسشنامه روابط چندبعدی بدن-خود (MBSRQ^۲): پرسشنامه روابط چندبعدی بدن-خود یک مقیاس خودسنجی ۴۶ سؤالی است که کش^۳ (۱۹۸۵) آن را برای ارزیابی تصویر بدنی طراحی نمود. این ابزار دارای شش خرده‌مقیاس ارزیابی وضع ظاهری بدن (۷ سؤال)، گرایش به ظاهر (۱۲ سؤال)، ارزیابی تناسب (۳ سؤال)، گرایش به تناسب (۱۳ سؤال)، دل مشغولی با اضافه وزن یا وزن ذهنی (۲ سؤال) و رضایت از نواحی بدنی (۹ سؤال) است. نمره‌گذاری این پرسشنامه در یک طیف پنج درجه‌ای لیکرت از کاملاً مخالفم (۱) تا کاملاً موافقم (۵) انجام می‌شود. دامنه نمره بین ۴۶ تا ۱۰۸ نشانگر این می‌باشد که میزان رضایت فرد از روابط چندبعدی بدنش بد، دامنه بین ۱۰۸ تا ۱۷۰ نشانگر این می‌باشد که میزان رضایت فرد از روابط چندبعدی بدنش متوسط و دامنه نمرات بین ۱۷۰ تا ۲۳۰ نشانگر این می‌باشد که میزان رضایت فرد از روابط چندبعدی بدنش خوب است. کش (۱۹۸۵) پایایی این ابزار به روش آلفای کرونباخ برای خرده‌مقیاس‌های بیان شده بین ۰/۷۷ تا ۰/۸۸ گزارش نمود. روایی بخش‌های اصلی پرسشنامه مورد بررسی قرار گرفت. روایی همگرا ۰/۳۹ و واگرا ۰/۷۸ دست آمد (کش، ۱۹۸۵). در ایران نیز آلفای کرونباخ گزارش شده ۰/۸۴ به دست آمد. روایی همگرایی آن با پرسشنامه عزت نفس ۰/۵۵ به دست آمد (نریمانی و حیدری، ۱۴۰۳). در مطالعه حاضر نیز آلفای کرونباخ به دست آمده ۰/۹۶ بود.

مداخله بازی درمانی: جلسات مداخله بازی درمانی شامل هشت جلسه است که به صورت دو بار در هفته هر جلسه ۴۵ دقیقه روی کودکان مبتلا به سرطان به صورت انفرادی براساس پروتکل احمدوند (۱۴۰۲) اجرا شد که خلاصه این جلسات در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱. خلاصه جلسات بازی درمانی انفرادی (احمدوند، ۱۴۰۲)

جلسات	هدف	تکالیف
جلسه اول	آشنایی و ترغیب همکاری	جعبه شن
جلسه دوم	اصلاح شناختی	هیچکس کامل نیست (تصویر آدم‌های اطرافش را بکشد و از آن‌ها بپرسد از پس چه کارهایی برنمی‌آیند)
جلسه سوم	درمان اضطراب	تمرینات آرام‌سازی/ایموی فشرده
جلسه چهارم	درمان اضطراب	دلهره‌گیر
جلسه پنجم	درمان افسردگی	گلدان افکار شاد

1 Long, Tisher

2 Multidimensional Body Self-relation Questionnaire

3 Cash

جلسه ششم	درمان افسردگی	مقابله به وسیله دستبند
جلسه هفتم	بهبود تصویر بدنی	خودت را به عنوان یک درخت میوه در نظر بگیر و نقاشی کن
جلسه هشتم	جمع‌بندی	قطار بازی که همراه خود ببرد و ویژگی‌ها را دوره کند

یافته‌ها

میانگین و انحراف استاندارد سن گزارش‌شده برای نمونه پژوهش حاضر به تفکیک گروه‌ها؛ برای گروه مداخله $9/12 \pm 0/33$ و در گروه گواه $8/79 \pm 0/29$ گزارش شد. همچنین میانگین و انحراف استاندارد گزارش شده برای مدت ابتلا برای گروه آزمایش $3/20 \pm 1/89$ و گروه گواه $2/46 \pm 2/26$ گزارش شد. حداقل زمان ۱ و حداکثر زمان ۴ سال گزارش شد. حداقل سن شرکت‌کنندگان در این پژوهش ۷ و حداکثر سن ۱۰ گزارش شد. همچنین $46/4$ درصد از شرکت‌کنندگان در گروه آزمایش دختر و $53/6$ درصد نیز پسر بودند همچنین در گروه گواه نیز $40/3$ درصد از شرکت‌کنندگان دختر و $59/7$ درصد نیز پسر بودند. همچنین با توجه به سطح معناداری بزرگ‌تر از $0/05$ ؛ تفاوت معناداری بین دو گروه از نظر سن، جنسیت و مدت زمان ابتلا با یکدیگر وجود نداشت و دو گروه همگن بودند. نتیجه یافته‌های توصیفی پژوهش به تفکیک سه مرحله پژوهش در دو گروه در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲. میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش

گروه	قبل از مداخله		بعد از مداخله		پیگیری	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
آزمایش	۲۲/۶	۲/۴۷	۱۵/۲	۲/۱۸	۱۶/۳	۲/۸۹
	۹۲/۲	۴/۹۰	۶۸/۰۶	۳/۹۷	۶۹	۴/۲۶
	۸۲	۷/۱۰	۹۳/۵	۸/۷۳	۹۲/۵	۷/۸۷
گواه	۲۲/۲	۲/۳۳	۲۰	۳/۰۲	۲۱	۳/۱۱
	۹۲/۶	۷/۰۸	۸۰/۲	۶/۵۰	۷۹/۷	۵/۶۳
	۸۱/۵	۵/۱۶	۸۵/۲	۷/۴۹	۸۴/۹	۶/۵۷

چنانکه در جدول ۲ ملاحظه می‌شود، میانگین اضطراب، افسردگی و تصویر بدنی در دو گروه مداخله و گروه گواه نشان داده شده است؛ چنانچه مشاهده می‌شود میانگین اضطراب، افسردگی و تصویر بدنی در بین دو گروه مورد مطالعه در پیش آزمون تفاوت چندانی نشان نمی‌دهند؛ اما بعد از مداخله گروه‌های مداخله تفاوت چشمگیری را نسبت به گروه گواه در مقایسه با قبل از مداخله نشان می‌دهند؛ همچنین این تفاوت در مرحله پیگیری نیز قابل مشاهده است. جهت بررسی تقارن مرکب ماتریس کوواریانس از آزمون باکس استفاده شد که نتایج آن در متغیرهای پژوهش ($F=13/06$ ، $P<0/01$) به دست آمد که سطح معنی‌داری میزان F به دست آمده کمتر از $0/05$ گزارش شد. این نتیجه بدان معنی است که فرض همگنی ماتریس کوواریانس مورد تأیید قرار نمی‌گیرد ولی با توجه به برابری تعداد گروه‌ها می‌توان از این فرض چشم‌پوشی کرد (رضائی و استوار، ۱۳۹۶). همچنین کرویت ماچلی برای متغیرهای پژوهش ($F=0/55$ ، آماره موشلی، $78/1$ = توزیع خی دو، $P<0/01$) گزارش شد که چون آزمون کرویت ماچلی بالاتر از $0/05$ نیست، از آزمون محافظه‌کارانه‌ای چون گرین هاوس گیسر برای تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر استفاده شد؛ همچنین همگنی واریانس گروه‌ها برای متغیر اضطراب ($F=1/9$ و $P>0/05$)، افسردگی ($F=2/07$ و $P>0/05$) و تصویر بدنی ($F=1/88$ و $P>0/05$) گزارش شد که نشان‌دهنده تأیید همگنی واریانس‌ها است. در ادامه نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر 2×3 برای مقایسه دو گروه آزمایش و گواه و در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری برای متغیرهای پژوهش ارائه گردید.

جدول ۳. نتایج آزمون معناداری تحلیل واریانس چند متغیری (MANOVA) در گروه‌های مورد پژوهش

نام آزمون	مجموع	درجات	میانگین	F	سطح	مجذور اتا
	مجذورات	آزادی	مجذورات		معنی‌داری	

۰/۴۸۱	۰/۰۰۱	۲۶/۰۰۱	۲۰۹/۸	۵	۱۰۴۹/۲	کرویت فرض شده
۰/۴۸۱	۰/۰۰۱	۲۶/۰۰۱	۵۸۴/۲	۱/۷۹	۱۰۴۹/۲	اضطراب، افسردگی و تصویر بدنی
۰/۴۸۱	۰/۰۰۱	۲۶/۰۰۱	۵۲۹/۹	۱/۹۸	۱۰۴۹/۲	گرین هاوس- گیسر
۰/۴۸۱	۰/۰۰۱	۲۶/۰۰۱	۱۰۴۹/۲	۱	۱۰۴۹/۲	هوپن- فلت
۰/۴۸۱	۰/۰۰۱	۲۶/۰۰۱	۱۰۴۹/۲	۱	۱۰۴۹/۲	باند بالا

نتایج جدول ۳ نشان می دهد که در گروه های مورد مطالعه از نظر حداقل یکی از متغیرهای وابسته تفاوت معناداری وجود دارد. مجذور اتا نشان می دهد تفاوت بین دو گروه با توجه به متغیرهای وابسته در مجموع معنادار است و میزان این تفاوت ۴۸/۱ درصد است که از نظر آماری قابلیت اعتنا و تعمیم پذیری را دارد. بنابراین گزارش نتایج دقیق در اثرات ساده و تعاملی به شرح جدول ۴ ارائه شده است.

جدول ۴. نتایج تحلیل واریانس اندازه گیری مکرر ۲×۳ به منظور بررسی اثربخشی اثربخشی بازی درمانی بر اضطراب، افسردگی و تصویر

بدنی کودکان مبتلا به سرطان بستری در بیمارستان							
نام آزمون	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری	اندازه اثر	توان آماری
زمان	۷۹۲/۱	۱	۷۹۲/۱	۱۶/۶	۰/۰۰۱	۰/۵۴۷	۱
اضطراب	۶۰۰/۴	۱	۶۰۰/۴	۱۲/۶	۰/۰۰۱	۰/۴۵۶	۱
خطا	۱۵۲۵	۲۸	۴۷/۶				
افسردگی	۸۹۳/۷	۱	۸۹۳/۷	۱۳/۱	۰/۰۰۱	۰/۳۱	۱
زمان	۱۰۰۵/۹	۱	۱۰۰۵/۹	۱۴/۷	۰/۰۰۱	۰/۶۶۲	۱
خطا	۲۱۷۸/۱	۲۸	۶۸/۰۶				
تصویر بدنی	۲۳۱۲/۶	۱	۲۳۱۲/۶	۱۹/۴	۰/۰۰۱	۰/۶۸۶	۱
زمان	۱۷۱۲/۳	۱	۱۷۱۲/۳	۱۵/۶	۰/۰۰۱	۰/۲۶۰	۱
خطا	۵۴۳۲/۹	۲۸	۷۵/۸				

چنانچه در جدول (۴) مشاهده می شود اثر تعاملی گروه و عامل معنی دار بود و حاکی از این است که بین میانگین مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری متغیرهای پژوهش در گروه های آزمایش و کنترل تفاوت معناداری وجود دارد ($p < 0/01$). در ادامه بررسی تفاوت های مشاهده شده در اثر اصلی زمان (سه مرحله اجرا) از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد که نتایج آن در جدول ۵ ارائه شده است.

جدول ۵. آزمون بونفرونی برای مقایسه اضطراب و افسردگی در سه مرحله

متغیر	مرحله ۱	مرحله ۲	تفاوت میانگین (I-J)	معناداری
اضطراب	پیش آزمون	پس آزمون	۸/۸۶*	۰/۰۰۱
		پیگیری	-۶/۳۴*	۰/۰۰۱
افسردگی	پیش آزمون	پس آزمون	۷/۷۵*	۰/۰۲۱
		پیگیری	-۵/۰۶*	۰/۰۰۴
	پیش آزمون	پس آزمون	-۹/۳۶	۰/۰۰۱
تصویر بدنی		پیگیری	۴/۵۹	۰/۰۰۱

با توجه به جدول ۵ می توان مشاهده کرد که به طور کلی نمرات اضطراب، افسردگی و تصویر بدنی کودکان مبتلا به سرطان از مرحله پیش آزمون به پس آزمون و پیگیری کاهش یافته است که این نشان دهنده تاثیر بازی درمانی بر اضطراب و افسردگی در این نوجوانان است. در متغیر اضطراب تفاوت بین مرحله پیش آزمون و پس آزمون ($d=8/86, p < 0/05$) و پیش آزمون پیگیری ($d=-6/34, p < 0/05$) معنادار است. با توجه به جدول ۲ همچنین می توان مشاهده کرد که به طور کلی نمرات اضطراب کودکان مبتلا به سرطان از مرحله پیش آزمون به پس آزمون و پیگیری کاهش یافته است که نشان دهنده تاثیر بازی درمانی بر کاهش اضطراب است. همانطور که مشاهده می شود در متغیر افسردگی کودکان

مبتلا به سرطان تفاوت بین مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون ($d=7/75$, $p<0/05$) و پیش‌آزمون و پیگیری ($d=-5/06$, $p<0/05$) معنادار و نشان دهنده اثر بخشی بازی درمانی بر کاهش افسردگی در کودکان مبتلا به سرطان است. در متغیر تصویر بدنی تفاوت بین مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون ($d=-9/36$, $p<0/05$) و پیش‌آزمون پیگیری ($d=4/5934$, $p<0/05$) معنادار است. با توجه به جدول ۲ همچنین می‌توان مشاهده کرد که به طور کلی نمرات تصویر بدنی کودکان مبتلا به سرطان از مرحله پیش‌آزمون به پس‌آزمون و پیگیری افزایش یافته است که نشان دهنده تاثیر بازی درمانی بر افزایش اضطراب است.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر به منظور تعیین اثربخشی بازی درمانی بر اضطراب، افسردگی و تصویر بدنی کودکان مبتلا به سرطان بستری در بیمارستان انجام شد. یافته‌ها نشان داد که بازی درمانی بر اضطراب کودکان مبتلا به سرطان بستری در بیمارستان مؤثر است. این یافته با نتایج پژوهشگرانی چون چایوهان و همکاران (۲۰۲۴)، برون (۲۰۲۳) و البتانی و همکاران (۲۰۲۳) همسو بود. در تبیین این یافته می‌توان گفت که ابتلا به بیماری سرطان، بستری شدن و درمان‌های طولانی، کودک را مستعد تنش، اضطراب و نگرانی می‌کند و کودکان اغلب در بیان شفاهی احساسات خود با مشکل روبرو هستند. از طرفی، بازی فعالیت طبیعی دوران کودکی و احتمالاً مؤثرترین وسیله یادگیری است که وسیله یادگیری است که موجب ایجاد سازگاری کافی با رویدادها، افراد و موقعیت‌ها می‌شود. در حین بازی، ایفای نقش و تمرین رفتاری در کودک موجب همدلی می‌گردد. بازی و فعالیت‌های مرتبط با آن در کاهش ادراک درد نقش به سزایی دارد (فانگ و همکاران، ۲۰۲۴). بازی درمانی روشی بی‌خطر است که می‌تواند با به حداقل رساندن استفاده از لوازم پزشکی و عوارض جانبی مضر آن محیطی آرام‌بخش ایجاد کند. تقویت ارتباط بیمار و مربی، کاهش علائم روانی مرتبط با بستری و حفظ محیط کودکان از دیگر مزایای بازی درمانی محسوب می‌شود که این موارد موجب کاهش درد و اضطراب خواهد شد (لو و همکاران، ۲۰۲۴). همچنین می‌توان افزود کودکان در جریان بازی درمانی تجربه‌های سخت و آسیب‌زای گذشته را در بازی‌های خود دوباره به نمایش می‌گذارند تا درک درست‌تری از آن‌ها به دست آورند و بتوانند تسلط بیشتری بر آینده داشته باشند. همچنین، می‌آموزند که چگونه روابط و کشمکش‌هایشان را با شیوه‌های بهتری مدیریت کنند (زاج و همکاران، ۲۰۲۴). بنابر نظر پیاژه، استفاده از بازی برای کودکان باعث می‌شود تا کودک در موقع بازی، تمام توانایی‌های خود را به کار گیرد و با انطباق این توانایی‌ها با محیط و شرایطی که در آن زندگی می‌کند، موقعیت خود را درمی‌یابد (چایوهان و همکاران، ۲۰۲۴) و بدین ترتیب می‌تواند از اضطراب خود بکاهد.

از سوی دیگر یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که بازی درمانی بر کاهش افسردگی کودکان مبتلا به سرطان مؤثر است. این یافته با نتایج پژوهشگرانی چون کانگ (۲۰۲۴)، زاج و همکاران (۲۰۲۴) و فانگ و همکاران (۲۰۲۴) همسو بود. در تبیین این یافته می‌توان گفت که این نتیجه با منطق بازی درمانی همسو است، چرا که بازی زمینه‌ای را فراهم می‌کند که افراد از طریق آن می‌توانند خود را بیان کنند. در واقع، بازی نوعی پالایش روانی است که به کودک اجازه بروز احساساتش را می‌دهد. از سویی بازی برقرار ارتباط مؤثر با کودک را فراهم می‌کند که این ارتباط در فرایند درمان ضروری است. همچنین، بازی به عنوان راهی برای فرار از بی‌حوصلگی و تغییر دادن کانون توجه از احساسات ناخوشایند ذکر شده است (کانگ، ۲۰۲۴). استفاده از بازی در محیط بیمارستانی به کودک امکان می‌دهد که خود را در محیط آشنا و دلخواه قرار دهد و فعالیتی را که دوست دارد انجام دهد. لذا بیان احساسات ناخوشایند، انجام فعالیت لذت‌بخش و به کارگیری تکنیک حواس‌پرتی می‌تواند دلیلی بر کاهش افسردگی، خلق منفی و بی‌لذتی در کودکان سرطانی باشد. کودکان از طریق بازی درمانی می‌توانند به بیان افکار، عقاید و عواطف خویش پرداخته، نیازها، تمایلات، مشکلات و محدودیت‌های زندگی خود را بازگو کنند. در واقع، منطق زیربنایی بازی در آن جا نهفته است که عمیق‌ترین افکار و احساسات بشر از ضمیر ناخودآگاه او بیشتر از آن که در قالب کلمات بتوانند بیان شوند، در حرکات متجلی می‌شوند (فانگ و همکاران، ۲۰۲۴). بازی درمانی برای کودک نقش پالاینده روانی دارد که از شدت ناکامی‌ها می‌کاهد و نقشه‌های مفید را به منظور حل مشکلات در بازی برای کودک فراهم می‌کند و این عامل موجب کاهش افسردگی در کودکان می‌شود (زاج و همکاران، ۲۰۲۴). بازی موجب حل مشکلات کودک در ارتباط با بیماری می‌شود. کودک توسط بازی اضطراب، ناکامی و احساسات خود را بیان می‌کند. این روش درمانی به کودک کمک می‌کند تا افکار هشیار و ناهشیار خود را آشکار نماید. همچنین، به او فرصت می‌دهد تا افکار آزاددهنده و مشکلات درونی خود را به شیوه‌ای مناسب ابراز کند. بازی با افزایش شبکه ارتباطی کودک با دیگران به عنوان دوست، باعث افزایش حمایت اجتماعی و به دنبال آن کاهش افسردگی می‌شود (برون و همکاران، ۲۰۲۳). همچنین،

ایجاد چارچوب ارتباطی ایمن در حین بازی به کودک کمک می‌کند تا عمیق‌ترین مشکلات خود را بیان کند و چنین فضایی باعث می‌شود کودک علاوه بر برون‌ریزی هیجانات، توانایی مقابله با احساسات منفی را در خود افزایش دهد. لذا، لذت ناشی از بازی موجب افزایش عزت نفس و رها شدن کودک از افسردگی می‌شود (البتاگی و همکاران، ۲۰۲۳).

همچنین یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که بازی درمانی در بهبود تصویر بدنی کودکان مبتلا به سرطان موثر است. این یافته با نتایج پژوهشگرانی چون مک کلینتوک (۲۰۲۴) و لو و همکاران (۲۰۲۴) همسو بود. در تبیین این یافته می‌توان گفت که بازی ابزاری است برای آن که کودک به خوبی دریابد که با دنیای خارج از ذهن خود چگونه باید رابطه برقرار کند و راه خویشتن‌داری و منافع آن را بشناسد. بازی وسیله‌ای طبیعی است که کودک به وسیله آن احساسات، عواطف، بیم، تردید و آرزوهای خود را ابراز می‌کند و این خود واسطه‌ای است برای برقراری ارتباط میان درون کودک با جهان خارج و به هر حال کودک می‌آموزد که چگونه با مشکلات کنار بیاید، چگونه به آرامش عاطفی برسد، منطقی تصمیم بگیرد، اعتماد به نفس پیدا کند و از نظر عاطفی پخته‌تر شود (مک کلینتوک، ۲۰۲۴). از سوی دیگر، رشد شناختی و خویشتن‌فهمی کودک مرهون و مرتبط با مهارت‌هایی است که در هنگام کودکی کسب کرده است. آن چه کودک در خود می‌بیند، با مهارت وی در تلقی از دنیای خارج ذهنش و دریافت نقشی که خود در این جهان بر عهده دارد، در ارتباط است. بنابراین، هرگاه کودک فرصتی به دست آورد، در بازی‌های گروهی و بیان جمعی، از خود توانایی‌های قابل تقدیری بروز می‌دهد. در این حال، نیروی خود را با نیروی کودکان همسال خود مقایسه می‌کند و نتیجه آن می‌شود که مطمئن‌تر و مغرورتر از گذشته بر خود بنگرد و دامنه خودشناسی وی گسترده‌تر گردد و تصویر بدنی او بهبود می‌یابد (لو و همکاران، ۲۰۲۴).

درمجموع نتایج این مطالعه نشان داد بهبود اضطراب، افسردگی و تصویر بدنی در گروه درمان در مراحل پس‌آزمون و پیگیری به‌مراتب بهترتر از گروه گواه است. این مداخله تا حد زیادی توانست اضطراب و افسردگی را کاهش و تصویر بدنی را افزایش دهد و از این رو می‌تواند در بهبود اضطراب، افسردگی و تصویر بدنی به کار گرفته شود. اولین محدودیت پژوهش حاضر مربوط به روش نمونه‌گیری غیر تصادفی در دسترس بود که تعمیم‌پذیری نتایج را محدود می‌کند. لذا پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های بعدی جهت بالا بردن تعمیم‌پذیری نتایج از روش‌های نمونه‌گیری تصادفی استفاده شود. همچنین عدم کنترل عوامل مخدوش‌کننده مثل وضعیت اقتصادی والدین و تفاوت‌های قومی از دیگر محدودیت‌های این مطالعه بود که پیشنهاد می‌شود پژوهشگران در مطالعات آینده به این محدودیت‌ها در مطالعات خود توجه داشته باشند.

منابع

- خاتمی بیدگلی، س.م؛ سپهرمنش، ز؛ میرصیفی فرد، ل.س؛ زارعی یزدلی، م؛ مدنی، ر؛ آزادچهر، م. ج؛ مدنی، ف. (۱۴۰۲). اضطراب و افسردگی در کودکان زیر ۱۶ سال مبتلا به سرطان در کاشان در سال ۱۳۹۹. *دوماه‌نامه فیض*، ۲۷(۴)، ۴۴۹-۴۴۲. <http://feyz.kaums.ac.ir/article-1-4873-fa.html>
- شجاعی، ز؛ گل‌پور، م؛ بردبار، م.ر؛ آقایی، ا. (۱۳۹۸). تأثیر هنر بازی درمانی شناختی-رفتاری و قصه درمانی شناختی-رفتاری بر ادراک درد و امیدواری در کودکان مبتلا به سرطان. *مجله پرستاری کودکان*، ۱۶(۱)، ۳۹-۴۷. <http://jpen.ir/article-1-400-fa.html>
- گودرزی، م؛ شهبازی، م؛ سودانی، م؛ پیریانی، ح. (۱۴۰۲). اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر اضطراب و تاب آوری در دانش آموزان پسر با اعتیاد به تلفن همراه. *رویش روان شناسی*، ۱۲(۱۰)، ۷۹-۸۸. <http://frooyesh.ir/article-1-4942-fa.html>
- نریمانی، ف؛ حیدری، ش. (۱۴۰۳). تبیین رابطه علی بین ذهن آگاهی و تصویر بدنی در نوجوانان: نقش میانجی‌گر راهبردهای مقابله‌ای. *رویش روان شناسی*، ۱۳(۵)، ۲۰۹-۲۱۸. <http://frooyesh.ir/article-1-5067-fa.html>
- Agrawal, M., Richards, W., Beaussant, Y., Shnayder, S., Ameli, R., Roddy, K., ... & Thambi, P. (2024). Psilocybin-assisted group therapy in patients with cancer diagnosed with a major depressive disorder. *Cancer*, 130(7), 1137-1146. <https://doi.org/10.1002/cncr.35010>
- Bai, J., Eldridge, R., Houser, M., Martin, M., Powell, C., Sutton, K. S., ... & Bruner, D. W. (2024). Multi-omics analysis of the gut microbiome and metabolites associated with the psychoneurological symptom cluster in children with cancer receiving chemotherapy. *Journal of Translational Medicine*, 22(1), 256. <https://doi.org/10.1186/s12967-024-05066-1>
- Bickel, E. A., Schellekens, M. P. J., Smink, J. G., Mul, V. E. M., Ranchor, A. V., Fleer, J., & Schroevers, M. J. (2024). Looking at individual symptoms: the dynamic network structure of depressive symptoms in cancer survivors and their preferences for psychological care. *Journal of Cancer Survivorship*, 18(2), 479-488. <https://doi.org/10.1007/s11764-022-01246-4>
- Brown, T., & Lynch, H. (2023). Children's play-work occupation continuum: Play-based occupational therapy, play therapy and playwork. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 90(3), 249-256. <https://doi.org/10.1177/00084174221130165>
- Chauhan, N., Sachdeva, D., Malhotra, S., & Gupta, N. (2024). Play therapy: an analytical mode of therapy in children. *Journal of Indian Association for Child and Adolescent Mental Health*, 09731342241238524. <https://doi.org/10.1177/09731342241238524>

The Effectiveness of Play Therapy on Anxiety, Depression, and Body Image of Children Admitted to the Cancer Hospital

- Crump, C., Stattin, P., Brooks, J. D., Sundquist, J., Sundquist, K., & Sieh, W. (2024). Risk of Anxiety Disorders in Men With Prostate Cancer: A National Cohort Study. *JNCI Cancer Spectrum*, pkae087. <https://doi.org/10.1093/jncics/pkae087>
- Elbeltagi, R., Al-Beltagi, M., Saeed, N. K., & Alhawamdeh, R. (2023). Play therapy in children with autism: Its role, implications, and limitations. *World Journal of Clinical Pediatrics*, 12(1), 1. <https://doi.org/10.5409/wjcp.v12.i1.1>
- Fang, Y., Chung, L. M. Y., Or, P. P. L., Sun, F., & Chan, C. K. M. (2024). Helping Children Exposed to Domestic Violence: A Scoping Review and Narrative Synthesis of Rationale and Processes in Play Therapy Programs. *Child & Family Behavior Therapy*, 1-27. <https://doi.org/10.1080/07317107.2024.2341081>
- Ghaljeh, M., Pezaro, S., & Mardani-Hamoooleh, M. (2024). Mothers' efforts to overcome difficult twists and turns in living with children with cancer: a phenomenological study. *BMC women's health*, 24(1), 458. <https://doi.org/10.1186/s12905-024-03295-6>
- He, Y., Cheng, S., Yang, L., Ding, L., Chen, Y., Lu, J., & Zheng, R. (2024). Associations between plasma markers and symptoms of anxiety and depression in patients with breast cancer. *BMC psychiatry*, 24(1), 678. <https://doi.org/10.1186/s12888-024-06143-x>
- Henry, M., Chen, L. M., Ducharme, L., Devault-Tousignant, C., Rosberger, Z., Frenkiel, S., ... & Meaney, M. (2024). Genetic Risk For Depression and Quality of Life in Patients With Head and Neck Cancer. *JAMA Otolaryngology-Head & Neck Surgery*. <https://doi.org/10.1001/jamaoto.2024.0376>
- Hinnen, C., Von Haeseler, E., Tijssens, F., & Mols, F. (2024). Adverse childhood events and mental health problems in cancer survivors: a systematic review. *Supportive Care in Cancer*, 32(1), 80. <https://link.springer.com/article/10.1007/s00520-023-08280-7>
- Jrad, A. I. S., Yi, Y., Yoon, B., Cho, E., Cho, I. K., Lee, D., ... & Kim, J. H. (2024). Dysfunctional Self-Focus and Fear of Progression in Cancer Patients Mediated by Depression, Anxiety, and Dysfunctional Sleep Beliefs. *Psychiatry Investigation*, 21(5), 506. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC11136582/>
- Kong, S. (2024). How gender-targeted body image concerns influence people's sugar-sweetened beverages consumption. *Health Communication*, 39(6), 1218-1234. <https://doi.org/10.1080/10410236.2023.2210378>
- Low, C. E., Pillay, R. M., Teo, F. J. J., Loh, C. Y. L., Yau, C. E., Yan Bin Lee, A. R., ... & Chen, M. Z. (2024). Educational interventions to reduce depression and anxiety in older adults with cancer in the community: a systematic review, meta-analysis and meta-regression of randomised controlled trials. *Age and Ageing*, 53(6), afae111. <https://doi.org/10.1093/ageing/afae111>
- Lu, Y., Bai, X., & Pan, C. (2024). Impact of exercise interventions on quality of life and depression in lung cancer patients: A systematic review and meta-analysis. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, 59(2), 199-217. <https://doi.org/10.1177/00912174231190451>
- McClintock, D. (2024). Family-centered play therapy: The integration of child-parent relationship therapy and family play therapy. *International Journal of Play Therapy*, 33(2), 107. <https://doi.org/10.1037/pla0000217>
- Raybin, J. L., Zhou, W., Pan, Z., Hendricks-Ferguson, V. L., & Jankowski, C. (2024). Creative arts therapy among children with cancer: Symptom assessment reveals reduced anxiety. *Cancer nursing*, 47(1), 12-19. <https://doi.org/10.1177/27527530231190378>
- Reynolds, C. R., & Richmond, B. O. (1978). What I think and feel: A revised measure of children's manifest anxiety. *Journal of abnormal child psychology*, 6, 271-280. <https://doi.org/10.1007/BF00919131>
- Singh, S. (2024). Managing Depression among Cancer Patients: The Role of Mindfulness-based Cognitive Therapy. *Indian Journal of Health and Wellbeing*, 15(1), 144-146. <https://www.proquest.com>
- Steiner, D., Horváth-Puhó, E., Jørgensen, H., Laugesen, K., Ay, C., & Sørensen, H. T. (2024). Risk of Depression after Venous Thromboembolism in Patients with Hematological Cancer: A Population-Based Cohort Study. *Thrombosis and Haemostasis*. <https://doi.org/10.1055/a-2225-5428>
- Sun, F., Li, L., Wen, X., Xue, Y., & Yin, J. (2024). The effect of Tai Chi/Qigong on depression and anxiety symptoms in adults with Cancer: A systematic review and meta-regression. *Complementary Therapies in Clinical Practice*, 101850. <https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2024.101850>
- Tang, M., Su, Z., He, Y., Pang, Y., Zhou, Y., Wang, Y., ... & Tang, L. (2024). Physical symptoms and anxiety and depression in older patients with advanced cancer in China: a network analysis. *BMC geriatrics*, 24(1), 185. <https://doi.org/10.1186/s12877-024-04788-7>
- Thomas, M. K., Jarrahi, A., Dennie, L., Scott, S., Lau, T., & Johnson, A. (2024). Virtual Reality in Cancer Care: Enhancing Knowledge and Reducing Anxiety about Chemotherapy among Patients and Caregivers. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 21(9), 1163. <https://doi.org/10.3390/ijerph21091163>
- Tisher, M. (2007). The Children's Depression Scale in family therapy: Hearing the hurt. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, 28(3), 130-137. <https://doi.org/10.1375/anft.28.3.130>
- Vujovic, D., Alsen, M., Vasan, V., Genden, E., & van Gerwen, M. (2024). Anxiety and depression as potential predictors for shorter time to undergo initial surgical treatment for papillary thyroid cancer. *Cancers*, 16(3), 545. <https://doi.org/10.3390/cancers16030545>
- Yang, K., Ren, Y., Peng, W., Wang, X., Du, X., Wang, J., & Jiang, J. (2024). Subjective well-being among Chinese breast cancer patients: The unique contributions of death anxiety, self-esteem, and social support. *Journal of Health Psychology*, 29(3), 213-224. <https://doi.org/10.1177/13591053231195391>
- Yao, J., Chen, X., Meng, F., Cao, H., & Shu, X. (2024). Combined influence of nutritional and inflammatory status and depressive symptoms on mortality among US cancer survivors: Findings from the NHANES. *Brain, behavior, and immunity*, 115, 109-117. <https://doi.org/10.1016/j.bbi.2023.10.002>
- Zach, D., Jensen, P. T., Falconer, H., Kolkova, Z., Bohlin, K. S., Kjølhede, P., ... & Fløter Rådestad, A. (2024). Anxiety and depression among women with newly diagnosed vulvar cancer—A nationwide longitudinal study. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 103(2), 396-406. <https://doi.org/10.1111/aogs.14710>