

مقایسه اثربخشی هنر بازی درمانی شناختی - رفتاری و قصه درمانی شناختی - رفتاری بر کیفیت زندگی وابسته به سلامت کودکان مبتلا به سرطان

زهره شجاعی^۱ (Ph.D Student)، محسن گل پرور^{۱*} (Ph.D)، اصغر آقایی^۱ (Ph.D)، محمدرضا بردبار^۲ (M.D)

۱- گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران

۲- گروه بیماری‌های کودکان، مرکز تحقیقات هماتولوژی، دانشگاه علوم پزشکی شیراز، شیراز، ایران

تاریخ دریافت: ۱۳۹۸/۲/۱۵ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۸/۷/۳

drmgolparvar@gmail.com

نویسنده مسئول، تلفن: ۰۲۱-۳۵۳۵۴۰۰۱

چکیده

هدف: کودکان مبتلا به سرطان برای افزایش سطح کیفیت زندگی خود در کنار درمان‌های پزشکی، نیازمند درمان‌های روان‌شناختی هستند. بر همین اساس، این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی گروه هنر - بازی درمانی شناختی - رفتاری و قصه درمانی شناختی - رفتاری بر کیفیت زندگی وابسته به سلامت در کودکان مبتلا به سرطان اجرا شد. مواد و روش‌ها: روش پژوهش نیمه‌آزمایشی و طرح پژوهش سه گروهی با دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون بود. از میان جامعه آماری کودکان ۸ تا ۱۲ سال مبتلا به سرطان در بیمارستان امیر شهر شیراز در تابستان سال ۱۳۹۷، ۳۶ کودک به صورت هدفمند انتخاب و به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۲ نفر برای هر گروه) و گروه کنترل (۱۲ نفر) گمارده شدند. از مقیاس کیفیت زندگی وابسته به سلامت کودکان (KiD-KINDL- بولینگر و راونز سایبرر، ۱۹۹۸) برای سنجش متغیر وابسته در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون استفاده شد. گروه هنر - بازی درمانی شناختی - رفتاری و قصه درمانی شناختی - رفتاری هر یک به مدت ۱۲ جلسه، تحت درمان قرار گرفتند. داده‌ها از طریق تحلیل کوواریانس چندمتغیری تحلیل شد. یافته‌ها: نتایج نشان داد که بین هنر - بازی درمانی شناختی - رفتاری و قصه درمانی شناختی - رفتاری با گروه کنترل در کیفیت زندگی وابسته به سلامت ($P < 0/001$) و مؤلفه‌های آن تفاوت معنادار وجود دارد ($P < 0/001$). ولی بین هنر - بازی درمانی شناختی - رفتاری و قصه درمانی شناختی - رفتاری در افزایش کیفیت زندگی وابسته به سلامت کودکان مبتلا به سرطان تفاوت معناداری وجود ندارد ($P > 0/05$). نتیجه‌گیری: پیشنهاد می‌شود هنر - بازی درمانی شناختی - رفتاری و قصه درمانی شناختی - رفتاری در محیط‌های آموزشی و درمانی برای ارتقاء سطح کیفیت زندگی وابسته به سلامت کودکان مبتلا به سرطان مورد استفاده قرار گیرد.

واژه‌های کلیدی: کیفیت زندگی، هنر - بازی درمانی، قصه درمانی، هنر درمانی، کودکان، سرطان‌ها

مقدمه

وقوع سرطان دوران کودکی بیش از چند دهه است که گسترش یافته است [۱]. بستری شدن در بیمارستان، یک دوره چالشی خاص و ویژه برای کودکان است که آن‌ها را به لحاظ جسمی، اجتماعی، هیجانی و روان‌شناختی تحت تأثیر قرار می‌دهد [۲]. تغییرات در مدت زمان بستری شدن در بیمارستان رخ می‌دهند و تعدادی از نشانه‌های جسمانی و روان‌شناختی در حالی نمایان می‌شوند که کودکان برای دوره‌های طولانی‌تر تحت مراقبت قرار می‌گیرند [۳]. در بیماران مبتلا به سرطان، درد، ضعف، خستگی، ریزش مو، اثرات جانبی درمان‌ها و تغییرات بدنی دائمی که برخی از این‌ها از طریق شکست‌های درمانی ایجاد شده‌اند، شخصیت و کیفیت زندگی فرد را تحت تأثیر قرار

می‌دهند [۴،۵]. به دلیل این‌که ماهیت درمان بیماری سرطان به گونه‌ای است که بر زندگی روزمره کودک اثراتی را تحمیل می‌کند، ضروری است که مراقبین سلامت به نیازهای جسمانی، هیجانی، روانی، اجتماعی و رشدی بیمارانشان کمک کنند. ارزیابی همه جانبه، یک برنامه مراقبتی مناسب را برای گسترش و به حداکثر رساندن کیفیت زندگی بیماران و متناسب با ظرفیت شناختی کودکان ایجاد می‌کند [۶،۷]. کیفیت زندگی کودکان مبتلا به سرطان یک احساس کلی از تندرستی، مبنی بر توانایی شرکت در فعالیت‌های معمول، تعامل با دیگران و سازگاری با رویدادهای ناراحت‌کننده‌ی شناختی، عاطفی، فیزیکی و ایجاد مفهومی از تجربه بیماری است [۸]. ارزیابی کیفیت زندگی، جنبه‌ی مهمی در درمان کودکان مبتلا به سرطان به شمار می‌رود [۹]. کیفیت زندگی مرتبط با سلامت به

بیماران سرطانی می‌شوند، می‌توان جهت بهبود کیفیت زندگی کوتاه‌مدت و طولانی‌مدت این بیماران برنامه‌ریزی کرد [۱۹]. با توجه به این‌که سرطان بر جنبه‌های مختلف زندگی بیماران اثرگذار می‌باشد، شناخت مشکلات بیماران مبتلا به سرطان و توجه به ارتقای کیفیت زندگی آنان، وجود برنامه‌های درمانی را به صورت گسترده‌تر و جدی‌تر در سطح بیمارستان‌ها می‌طلبد [۲۰]. این موضوع باعث شده است کیفیت زندگی نیز در کانون توجه درمان‌های ارایه شده به کودکان سرطانی قرار گیرد [۲۱].

آغاز این بررسی‌ها در ایران می‌تواند فضای مداخلات روان‌شناختی را برای کودکان و نوجوانان مبتلا به سرطان، فراهم کند و روند درمان بیماری و سازگاری با مراحل آن را برای بیماران مذکور تسهیل نماید و متخصصان دخیل در امر سلامت کودکان و نوجوانان را در همان ابتدای امر، یعنی شروع درمان، متوجه اهمیت در نظر گرفتن عوامل روان‌شناختی کرده که به نوبه خود، موجب به‌کار گرفتن درمان‌های مؤثر خواهد شد [۲۲]. تلاش مضاعفی نیاز است که برنامه مراقبت روانی - اجتماعی در سیاست‌های سلامت ملی گنجانده شود [۲۳]. Weis تأکید می‌کند مراقبت روانی - اجتماعی می‌بایست به هر بیماری که به آن نیاز دارد ارائه شود. اما این همیشه در عمل اتفاق نمی‌افتد [۲۴]. در دوره عثمانی، برخی از شیوه‌های هنری به عنوان روش درمانی برای بهبود روان‌شناختی بیماران با وضعیت‌های متفاوت پزشکی استفاده شد و فواید آن در بیماران مشاهده گردید [۲۵]. به علاوه، یافته‌های مطالعات پیشین تأکید کرده‌اند که استفاده از طب مکمل و جایگزین و دیگر در مان‌های تعاملی ذهن - بدن اثرات مثبتی بر کیفیت زندگی کودکان مبتلا به سرطان داشته است [۲،۴،۷].

American art therapy association هنردرمانی را بهبود و افزایش بهزیستی هیجانی، روانی و جسمانی اشخاص از طریق فرآیند خلاقانه تولید هنری تعریف می‌کند. این مداخله به طور وسیعی به عنوان یک درمان کمک دارویی برای انواعی از موقعیت‌ها از جمله سرطان به کار می‌رود [۲۷]. هنردرمانی ابزاری قدرتمند در انطباق با موقعیت‌های تنش‌زا و آسیب‌زا، افزایش اعتماد به نفس و کاهش استرس و اضطراب می‌باشد. کودکان مبتلا به سرطان تحت درمان اثرات زیان‌آوری را تجربه می‌کنند که می‌توانند با طب مکمل و جایگزین مانند هنردرمانی کنترل شوند [۷]. Casanova-Garcia و همکاران نشان دادند درمان‌های غیر دارویی تأثیر مثبتی بر درد نوروپاتی دارند به گونه‌ای که می‌توانند باعث بهبود فاکتورهای همبود و در نتیجه بهبود کیفیت زندگی شوند [۲۸]. هم‌چنین، در مطالعه‌ای دیگر Marian Libman نشان داد که فرایند هنردرمانی به صورت معنی‌داری برای شکایت‌های روان‌شناختی مانند اضطراب و

عنوان یک شاخص سلامت که جنبه‌های جسمانی، روان‌شناختی و اجتماعی سلامت را در بر می‌گیرد مورد ملاحظه قرار گرفته است. کیفیت زندگی مرتبط با سلامت به عنوان وضعیت سلامت اشخاص درک می‌شود. هم‌چنین، با روند مزمن بیماری سرطان، تأثیرات درمانی و نشانه‌ها و این‌که چطور این‌ها در زندگی روزمره دخالت می‌کنند مرتبط است [۱۰]. بعد جسمانی کیفیت زندگی مرتبط با سلامت با درد و حالت تهوع، بعد روانی - اجتماعی با اضطراب رویه‌ای، درمان اضطراب و نگرانی‌هایی در طی درمان سرطان و روش‌های تهاجمی، بعد شناختی با توهم‌های مغزی و اثرات شناختی درمان‌ها و بعد اجتماعی با تغییراتی در ظاهر جسمانی کودکان به خاطر ریزش مو، تغییرات وزن، استفاده از ماسک، هم‌چنین، وجود زخم‌های جراحی که برای درمان مورد نیاز هستند، مرتبط می‌باشد که این تغییرات در تصویر بدنی منجر به کاهش عزت نفس، کاهش اعتماد به نفس و احساس بی‌کفایتی اجتماعی در کودکان می‌شود [۱۱-۱۴]. Baggott در مصاحبه با کودکان مبتلا به سرطان‌های مختلف دریافت که کودکان مبتلا به سرطان کیفیت زندگی مرتبط با سلامت پایین‌تری در مقایسه با کودکان سالم داشتند. در نمرات کیفیت زندگی مرتبط با سلامت در مجموع، کارکرد جسمانی و کارکرد مدرسه در کودکان مبتلا به سرطان تحت شیمی‌درمانی وقتی با کودکان سالم مقایسه می‌شدند پایین‌تر بود [۱۵]. هم‌چنین، Rodrigues Nunes و همکاران نشان دادند که کودکان مبتلا به سرطان در مقایسه با کودکان سالم در جهان نمرات کیفیت زندگی مرتبط با سلامت پایینی را گزارش کرده‌اند. آن‌ها دریافتند که کودکان و نوجوانان مبتلا به سرطان عملکرد روانی اجتماعی پایینی داشتند. کارکرد روانی اجتماعی با بستری شدن‌های مکرر در بیمارستان در ارتباط است که منجر به عملکرد اجتماعی و هیجانی منفی و عملکرد ضعیف در مدرسه می‌شود. بستری شدن‌های مکرر، کودکان مبتلا به سرطان را از خانواده، مدرسه و محیط اجتماعی جدا می‌کند و به انعکاسات منفی می‌انجامد [۱۶]. مطابق با این تحقیق زارعی فر دریافت که بیماری و درمان اثرات مرتبط با آن، کیفیت زندگی مرتبط با سلامت را در ابعاد جسمانی، روان‌شناختی و هیجانی به صورت عکس تحت تأثیر قرار می‌دهند [۱۷].

درمان‌های شدید و مداوم از جمله عوامل هستند که می‌توانند کیفیت زندگی کودکان مبتلا به سرطان را متأثر کنند. دوره‌های درمانی شدید عملکرد کودک و خانواده را مختل کرده و ممکن است بر کیفیت زندگی اثرات نامطلوبی داشته باشد [۱۸]. بر اساس مطالعات عوامل زیادی وجود دارند که احتمالاً می‌توانند کیفیت زندگی بیماران سرطانی را کاهش دهند که با شناسایی این عوامل و مواردی که باعث افزایش علائم اضطراب در

پرخا شگرانه در کودکان مبتلا به اختلال سلوک [۴۰]، نتایج در هر دو پژوهش حاکی از اثربخشی یکسان این شیوه‌ها بوده است. علی‌رغم، اثربخشی یکسان بازی درمانی و قصه‌درمانی در مطالعات قبلی، افزوده شدن هنر درمانی به بازی درمانی و تدوین بسته هنر— بازی درمانی مرکب که در مطالعه حاضر انجام شده است، ماهیت این بسته مرکب را نسبت به بسته‌های قبلی بازی درمانی یا قصه‌درمانی صرف متمایز و متفاوت می‌کند. در واقع افزوده شدن تکنیک‌های هنر درمانی در کنار تکنیک‌های بازی درمانی، نسبت به مطالعات قبلی این بستر و امکان را فراهم می‌سازد تا بتوان به طور هم‌زمان از نقاط قوت و تکنیک‌های درمانی بازی درمانی و هنر درمانی در کنار هم برای یاری هر چه بیش‌تر کودکان مبتلا به سرطان و خانواده‌های آن‌ها استفاده نمود. علاوه بر این، مقایسه این بسته مرکب هنر— بازی درمانی با بسته قصه‌درمانی تاکنون در مطالعات قبلی مانند آن‌چه در مطالعه حاضر انجام شده، استفاده نشده است. به همین جهت در حوزه مقایسه اثربخشی قصه‌درمانی با بسته مرکب هنر— بازی درمانی نیز خلاء دانش جدی وجود دارد. در مجموع کاوش در پژوهش‌های حوزه اثربخشی درمان‌های روان‌شناختی کودک محور برای مشکلات کودکان مبتلا به سرطان در داخل و خارج از ایران، بیانگر خلأ یک مداخله چندوجهی مناسب برای این کودکان بوده است. خلاء مورد اشاره انگیزه اصلی برای تدوین و اجرای مطالعه حاضر بوده است. در همین راستا در این پژوهش با هدف رفع خلاء دانش علمی و کاربردی در باره درمان‌های اثربخش، بسته هنر— بازی درمانی شناختی— رفتاری متناسب با نیازهای کودکان مبتلا به سرطان تدوین گردیده و سپس اثربخشی آن در مقایسه با قصه‌درمانی شناختی— رفتاری بر کیفیت زندگی وابسته به سلامت این کودکان مورد بررسی قرار گرفته است. سؤال اصلی پژوهش نیز این بود که آیا بازی— هنر درمانی گروهی شناختی— رفتاری و قصه‌درمانی گروهی شناختی— رفتاری بر کیفیت زندگی وابسته به سلامت کودکان مبتلا به سرطان دارای اثربخشی متفاوتی هستند؟

مواد و روش‌ها

این پژوهش بخشی از رساله دکتری روان‌شناسی و دارای کد اخلاق از کمیته پژوهش تحقیقات علمی دانش‌گاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان) برابر با IR.IAU.KHUISF.REC.1397.022 و همچنین، دارای کد کارآزمایی بالینی از مرکز ثبت کارآزمایی بالینی ایران برابر با IRCT20181117041680N1 می‌باشد.

افسردگی مؤثر بوده و به ارتقاء کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان کمک می‌کند [۲۹]. علاوه بر این، عبادی‌نژاد و همکاران نیز تأثیر حرکات ایروبیکی به عنوان یک مداخله هنر درمانی و غیر دارویی را بر افزایش کیفیت زندگی کودکان مبتلا به سرطان نشان دادند [۳۰]، در حالی که تعداد معناداری از تحقیقات در مورد اثرات طب مکمل و جایگزین بر کیفیت زندگی وجود دارد، پیشینه موجود نشان می‌دهد که فقدان قابل توجهی در شواهد مربوط به اثرات خاص و ویژه هنر درمانی در جمعیت کودکان مبتلا به سرطان دیده می‌شود [۷].

علاوه بر هنر درمانی، بازی درمانی نیز در حیطه کار با کودکان نتایج قابل ملاحظه‌ای را به همراه داشته است. از دیدگاه ر شدی، بازی به کودکان اجازه می‌دهد تا مهارت‌های فیزیکی و ارتباطی را تمرین کنند. از دیگر فواید بازی می‌توان به رشد شایستگی‌های اجتماعی، ظرفیت‌های هیجانی و انعطاف‌پذیری، خلاقیت، مهارت‌های حل مسئله، تقویت بهداشت روانی و جسمی و در نتیجه بهبود کیفیت زندگی اشاره کرد [۳۱-۳۴]. Li. و همکاران در مطالعه‌ای تأثیر بازی درمانی بر بهبود سلامت روان کودکان مبتلا به سرطان را نشان دادند [۳۵]. در قصه درمانی نیز به عنوان یکی از روش‌های درمان غیر دارویی فرض بر این است که تغییر در زبان و ادبیات قصه‌های زندگی خود، به تغییر در معانی زندگی فرد منجر می‌شود و فرصت‌های جدیدی برای رفتار و روابط با دیگران ایجاد می‌کند. قصه‌ها راه حل‌هایی ارائه می‌کنند که غیر منتظره و شگفت‌انگیزند و در عین حال شدنی و مثبت هستند. هر چند هنوز کاربرد قصه به اندازه دو مقوله ترسیم نقاشی و بازی کردن در حیطه فعالیت‌های کلینیکی و پژوهش‌ها مطرح نگردیده، اما زمینه‌ها و ویژگی‌های نهفته در قصه با گذری بر پیشینه کاربرد آن گویای توانمندی و تمربخشی کاربرد مستقل و یا ترکیبی قصه در کار با کودک می‌باشد [۳۶]. ترکیب قصه با گروه درمانی می‌تواند باعث افزایش خودپنداره، ایجاد اعتماد و یافتن هدف، تفریح، افزایش مهارت حل مسئله و کاهش تنهایی کودکان شود [۳۷]. هم‌چنین، لویی و صفرزاده تأثیر قصه‌درمانی بر افزایش عزت نفس و خرده‌مقیاس‌های آن که شامل خود کلی، خود اجتماعی، خود به عنوان عضوی در خانواده و خود تحصیلی کودکان [۳۸] را نشان دادند.

قصه‌درمانی در بسیاری از مطالعات در مقابل بازی درمانی قرار گرفته است و مطالعات مقایسه‌ای فراوانی بین قصه‌درمانی و بازی درمانی وجود دارد که نتایج حاکی از اثربخشی هر دو روش درمانی است. از جمله مطالعه مقایسه اثربخشی بازی و قصه درمانی بر کاهش اضطراب کودکان سرطانی [۳۹]، هم‌چنین، مقایسه اثربخشی بازی درمانی، قصه‌درمانی و تلفیق بازی و قصه‌درمانی بر مهارت حل مسئله، خودپنداره و رفتار

روش پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی و طرح پژوهش شامل سه گروه، یک گروه قصه‌درمانی شناختی - رفتاری، یک گروه هنر - بازی درمانی شناختی - رفتاری و یک گروه کنترل با دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون بود. جامعه آماری پژوهش ۷۵ کودک ۸ تا ۱۲ سال مبتلا به انواع سرطان (لوکمی، تومور کلیوی، تومور مغزی و برخی موارد دیگر) در بدو شروع شیمی‌درمانی در بیمارستان امیر شهر شیراز، در تابستان (و مهرماه) سال ۱۳۹۷ بودند، که از میان آن‌ها ۳۶ نفر به روش نمونه‌گیری هدفمند برحسب معیارهای ورود انتخاب شدند. پس از انتخاب هدفمند، کودکان گروه نمونه به‌طور تصادفی در سه گروه ۱۲ نفری گمارده شدند. انتخاب حجم نمونه ۱۲ نفر برای هر گروه بر مبنای پیشنهادات مطرح برای درمان‌های روان‌شناختی جهت دستیابی به توان آماری قابل قبول بود [۴۱].

ملاک‌های ورود شامل رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش (توسط والد و کودک)، دامنه‌ی سنی ۸ تا ۱۲ سال (کودکان سنین دبستان)، عدم مصرف داروهای کاهش‌دهنده اضطراب و افسردگی، عدم ابتلا به بیماری جسمی و روانی دیگر، در قید حیات بودن والدین و زندگی هر دو والد با کودک، در بدو شروع شیمی‌درمانی بودن و هر دو جنس دختر و پسر و معیارهای خروج شامل عدم تمایل به شرکت یا انصراف از ادامه کار، بدحالی کودکان و ناتوانی در شرکت در جلسات درمان، اقامت کم‌تر از یک هفته و غیبت دو جلسه و یا بیش‌تر در جلسات درمان بود. ملاحظات اخلاقی نیز شامل رعایت رازداری کامل، داشتن آزادی و اختیار کامل برای کناره‌گیری از پژوهش، اطلاع‌رسانی کامل در مورد پژوهش و کسب رضایت‌نامه کتبی و استفاده از داده‌ها فقط در راستای اهداف پژوهش بود. گروه کنترل که با همکاری خود در پژوهش، امکان اجرای آن را فراهم نمودند نیز در پایان دوره اجرای پژوهش به صورت آزادانه و به شکل فشرده به انتخاب خود تحت یکی از درمان‌های بازی - هنر درمانی و یا قصه‌درمانی قرار گرفتند. از ابزارهای سنجش زیر برای پژوهش در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون استفاده شد.

برای سنجش کیفیت زندگی وابسته به سلامت کودکان مبتلا به سرطان، از مقیاس معرفی شده توسط Ravens-Sieberer و Bolinger در سال ۱۹۹۸ با ۲۴ گویه استفاده شد. این پرسش‌نامه، کیفیت زندگی وابسته به سلامت کودک را از طریق گزارش کودک در ابعاد بهزیستی جسمانی، بهزیستی هیجانی، اعتماد به نفس، عملکرد در خانواده، عملکرد در میان دوستان و عملکرد در مدرسه را هر یک با چهار گویه مورد سنجش قرار می‌دهد. پاسخ به هر گویه از طریق یک طیف لیکرت ۵ گزینهای

شامل هرگز، به ندرت، بعضی اوقات، غالباً و همیشه و با نمره‌گذاری ۱ تا ۵ صورت می‌گیرد. دامنه نوسان نمرات در این پرسش‌نامه پس از تبدیل نمرات بر اساس دستورالعمل نمره‌گذاری پرسش‌نامه در قالب نمره کل بین ۰ تا ۱۰۰ نوسان می‌کند و با افزایش نمرات سطح کیفیت زندگی وابسته به سلامت کودک افزایش می‌یابد. Essaddam و همکاران در سال ۲۰۱۸ نسخه‌ای از این پرسش‌نامه را در تونس بر روی کودکان اعتباریابی نمودند. تحلیل عامل اکتشافی با چرخش واریماکس روایی سازه عاملی این پرسش‌نامه را نشان داده و روایی هم‌زمان این پرسش‌نامه نیز از طریق محاسبه همبستگی بین امتیازات کودک گزارش‌دهی و والد گزارش‌دهی مستند گشته است. آلفای کرونباخ برای مؤلفه‌های این پرسش‌نامه بین ۰/۶۹ تا ۰/۷۵ و آلفای کرونباخ کل پرسش‌نامه نیز برابر با ۰/۶۸ گزارش شده است [۴۲]. چراغی، فیضی برنجی، تاپاک و صادقی در کودکان مبتلا به سرطان در شهر همدان نشان دادند که بین کیفیت زندگی والدین و کیفیت زندگی کودک به عنوان شواهدی از روایی همگرایی این پرسش‌نامه رابطه مثبت و معناداری وجود دارد و آلفای کرونباخ برابر با ۰/۷۴ را برای کل مقیاس گزارش کرده‌اند [۴۳]. در پژوهش حاضر آلفای کرونباخ شش مؤلفه این پرسش‌نامه به ترتیب برای بهزیستی جسمانی، بهزیستی هیجانی، اعتماد به نفس، عملکرد در خانواده، عملکرد در میان دوستان و عملکرد در مدرسه برابر با ۰/۹۹، ۰/۹۷، ۰/۸۷، ۰/۸۸، ۰/۹۹ و برای کل پرسش‌نامه برابر با ۰/۸۵ به دست آمد.

پس از گمارش تصادفی گروه نمونه در سه گروه پژوهش، پیش‌آزمون در هر سه گروه با استفاده از مقیاس کیفیت زندگی کودکان اجرا شد، سپس بازی - هنر درمانی شناختی - رفتاری و قصه‌درمانی شناختی - رفتاری به صورت گروه‌های ۴ تا ۵ نفری در اتاق بازی بیمارستان امیر و طی ۱۲ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای به صورت هفته‌ای دو جلسه اجرا شد. گروه کنترل در این مدت بازی - هنر درمانی و یا قصه‌درمانی را دریافت نمود و فقط درمان‌های متعارف و معمول پزشکی را دنبال کردند. پس از پایان جلسات درمان هر سه گروه در مرحله پس‌آزمون به مقیاس کیفیت زندگی کودکان مجدد پاسخ دادند. طول دوره درمان و سنجش در این پژوهش در مجموع دو ماه و نیم بود. بازی - هنر درمانی برای اولین بار برای این پژوهش تهیه و تدوین گردید. ضریب توافق پنج داور در مورد ساختار، تناسب محتوایی بسته درمانی با نیازهای کودکان سرطانی، کفایت درمانی و کفایت زمانی بین ۰/۹۲۸ تا ۰/۹۷۱ در نوسان بود. همچنین، طی یک مطالعه مقدماتی (پایلوت) تأثیر این بسته درمانی در افزایش کیفیت زندگی بر روی شش کودک مبتلا به

سرطان بررسی و تأیید گردید. قصه‌درمانی شناختی - رفتاری نیز مطابق با بسته‌های درمانی آزموده شده قبلی در این پژوهش اجرا شد [۴۴]. هر دو نوع درمان توسط بازی و قصه درمانگر دارای اعتبارنامه‌های رسمی از مراکز آموزشی معتبر اجرا شدند.

جدول ۱. خلاصه جلسات بازی - هنر درمانی شناختی - رفتاری

جلسات درمان	فرایند، فنون و تکنیک‌های درمانی
جلسه اول	اجرای پیش‌آزمون؛ آشنایی و معارفه گروهی؛ استفاده از تکنیک‌های روان‌نمایشگری گرم‌کردن همراه با تکنیک‌های بازی درمانی مانند نمایش خلاق برای کسب شناخت و آگاهی از بیماری، نقاشی گروهی.
جلسه دوم	کشیدن نقاشی درهم و برهم؛ گل بازی درمانی؛ تکنیک روان‌نمایشگری صندلی خالی و کشیدن نقاشی از سه وضعیت (مشکل کنونی، برطرف شدن مشکل و آن چه کمک می‌کند تصویر اول به تصویر دوم تبدیل شود)؛ داستان‌گویی و اجرای نمایش متناسب با نقاشی‌ها یا صحنه‌های ایجاد شده در صفحه‌ی شنی.
جلسه سوم	اجرای تکنیک‌های نمایش احساسات؛ دیکشنری احساسات؛ بازی‌های کلمات احساسی؛ تکنیک بدل؛ تکنیک سوالات؛ تکنیک نقاشی بدن و تکنیک‌های آرام‌سازی.
جلسه چهارم	اجرای تکنیک حباب فکر؛ تکنیک حدس بزنی به چی فکر می‌کنم؛ تکنیک روان‌نمایشگری خودگویی؛ بازی راه رفتن با چشم‌بند و تکنیک باغ فکر.
جلسه پنجم	اجرای بازی افکار آزردهنده متوقف شوید برای مبارزه با افکار اضطراب‌آور؛ مواجهه با ترس‌ها با بازی کلاه مهمانی روی هیولا؛ اجرای بازی‌های ساده مثل انجام اقدامات درمانی روی عروسک و ترسیم نقاشی با ابزارهای پزشکی؛ بازی آیا می‌توانیم صحبت کنیم؟ برای غلبه بر ترس اجتماعی و مداخله‌ی مکان راحت، نردبان اضطراب.
جلسه ششم	آموزش روان‌شناختی؛ آموزش استفاده از کارت‌های فهرست؛ برنامه‌ریزی فعالیت‌های خوشایند/برانگیختگی رفتاری؛ بازسازی شناختی با تکنیک دومینوهای چیده شده به صورت یک دایره.
جلسه هفتم	ادامه بازسازی شناختی با تکنیک‌های استعاره‌ی مربی خوب/مربی بد؛ بازی صندلی داغ، ساعت فکر و احساس؛ تکنیک روان‌نمایشگری فروشگاه سحرامیز(مجازی) و برگه پذیرش خطا یا سرزنش خود برای تمرکز روی احساس گناه و تکنیک ثبت افکار به شکل پروانه‌ای.
جلسه هشتم	اجرای نقاشی گروهی یا کار گروهی دونفره؛ استفاده از عروسک‌های خیمه شب بازی؛ بازی ماهی سازشگر؛ مهارت‌هایی برای کنترل عصبانیت؛ مداخله‌ی کیسه‌ی پاره و ایفای نقش اجتماعی و خانوادگی.
جلسه نهم	اجرای تکنیک حل مسئله از طریق نقاب ساختن؛ تکنیک ایجاد هویت یا مفهوم فردی؛ تکنیک بیسکوییت شناسی؛ تکنیک‌های روان‌نمایشگری اتاق تاریک و استفاده از جملات تأکیدی مثبت.
جلسه دهم	اجرای آموزش تکنیک اکنون متوقف شو و تأمل کن؛ نقاشی ده مورد از شادترین رخدادهای زندگی؛ آموزش تکنیک آن را پاک کن، یک سرپوش روی آن بگذار؛ من توی چهارچوب گذاشته شدم و من همسایه‌ای را دوست دارم که ...
جلسه یازدهم	اجرای خواندن واقعه‌ای مربوط به اخبار روز در روزنامه و اجرای روان‌نمایشگری بداهه سازی شده با تمرکز بر مرگ؛ تفکر و تأمل درباره اعتماد و توکل به خدا.
جلسه دوازدهم	اجرای نقاشی از طبیعت (با استفاده از گواش و رنگ بر روی پارچه)؛ انجام کاردستی با استفاده از سنگ، برگ درختان، چوب و...؛ اجرای جشن پایانی درمان و اجرای پس‌آزمون.

جدول ۲. خلاصه جلسات قصه درمانی شناختی - رفتاری

جلسات درمان	محور تمرکزدرمان و فنون و تکنیک‌های درمانی
اول	اجرای پیش‌آزمون؛ انجام بازی گروهی برای ایجاد ارتباط بیشتر میان اعضای گروه؛ استراحت پانزده دقیقه‌ای؛ داستان سنگ ماهی مهربان با محور خودشناسی و خودارزشمندی و سپس ارائه تکالیف خانگی و در نهایت بازی دسته جمعی.
دوم	بررسی تکالیف خانگی داستان جلسه قبل؛ استراحت پانزده دقیقه‌ای؛ داستان گوسفندی که خیلی کوچک بود با محور پذیرش خود؛ ارائه تکالیف خانگی و در نهایت بازی دسته جمعی.
سوم	بررسی تکالیف خانگی داستان جلسه قبل؛ استراحت پانزده دقیقه‌ای؛ داستان چتر آفتابگیر با محور پیشداوری نکردن در مورد دیگران از روی ظاهر آن‌ها؛ ارائه تکالیف خانگی و در نهایت بازی دسته جمعی.
چهارم	بررسی تکالیف خانگی داستان جلسه قبل؛ استراحت پانزده دقیقه‌ای؛ داستان جغد کوچک ترسو با محور غلبه بر ترس‌ها؛ ارائه تکالیف خانگی و در نهایت بازی دسته جمعی.
پنجم	بررسی تکالیف خانگی داستان جلسه قبل؛ استراحت پانزده دقیقه‌ای؛ داستان خفاش کوچولو با محور خودباوری و غلبه بر ترس‌ها؛ ارائه تکالیف خانگی و در نهایت بازی دسته جمعی.

جلسات درمان	محور تمرکز درمان و فنون و تکنیک‌های درمانی
ششم	بررسی تکالیف خانگی داستان جلسه قبل؛ استراحت پانزده دقیقه‌ای؛ داستان سویمی با محور امیدواری و غلبه بر تنهایی؛ ارائه تکالیف خانگی و در نهایت بازی دسته جمعی.
هفتم	بررسی تکالیف خانگی داستان جلسه قبل؛ استراحت پانزده دقیقه‌ای؛ داستان ماهی رنگین کمان با محور شادمانی، غلبه بر ناامیدی و رغبت اجتماعی؛ ارائه تکالیف خانگی و در نهایت بازی دسته جمعی.
هشتم	بررسی تکالیف خانگی داستان جلسه قبل؛ استراحت پانزده دقیقه‌ای؛ داستان جغد و دارکوب با محور حل مسئله و غلبه بر ناامیدی و تنهایی؛ ارائه تکالیف خانگی و در نهایت بازی دسته جمعی.
نهم	بررسی تکالیف خانگی داستان جلسه قبل؛ استراحت پانزده دقیقه‌ای؛ داستان انگشتر آرزو با محور بردباری و پشتکار؛ ارائه تکالیف خانگی و در نهایت بازی دسته جمعی.
دهم	بررسی تکالیف خانگی داستان جلسه قبل؛ استراحت پانزده دقیقه‌ای؛ تکنیک قصه‌گویی دو جانبه (متقابل)؛ ارائه تکالیف خانگی و در نهایت بازی دسته جمعی.
یازدهم	بررسی تکالیف خانگی داستان جلسه قبل؛ استراحت پانزده دقیقه‌ای؛ داستان فینگیلی‌ها با محور مرگ؛ ارائه تکالیف خانگی و در نهایت بازی دسته جمعی.
دوازدهم	بررسی تکالیف خانگی داستان جلسه قبل؛ استراحت پانزده دقیقه‌ای؛ داستان سناره سبز با محور ارتباط با طبیعت؛ جشن اختتامیه؛ اجرای پس‌آزمون.

نتایج

در تحلیل آماری داده‌ها از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۳ استفاده شد. در سطح توصیفی میانگین و انحراف معیار و در سطح استنباطی نیز از تحلیل کوواریانس چندمتغیری (MANCOVA) پس از بررسی پیش‌فرض‌های نرم‌المالی از طریق آزمون شاپیرو-ویلک، پیش‌فرض برابری واریانس‌های خطا از طریق آزمون لوین، پیش‌فرض برابری ماتریس واریانس کوواریانس از طریق آزمون ام‌باکس استفاده شد. بر اساس یافته‌های توصیفی پژوهش، میانگین سنی گروه کنترل برابر با $9/1 \pm 33/30$ سال، میانگین سنی گروه قصه‌درمانی برابر با $9/0 \pm 25/96$ سال و میانگین سنی گروه بازی - هنر درمانی برابر با $9/0 \pm 11/04$ سال بود. مقایسه سن (از طریق آزمون تحلیل واریانس یک راهه)، همراه با مقایسه تعداد دختران و پسران در خانواده، ترتیب تولد، تعداد فرزندان دختر، تعداد فرزندان پسر، تحصیلات مادر، تحصیلات پدر و پایه تحصیلی کودکان (با استفاده از آزمون کای اسکور) نشان داد بین سه گروه تفاوت معناداری وجود ندارد ($P > 0/05$). در جدول ۳ میانگین و انحراف معیار کیفیت زندگی وابسته به سلامت و مؤلفه‌های آن برای گروه‌های پژوهش در دو مرحله پژوهش ارائه شده است. با توجه به یافته‌های جدول ۳، در دو گروه بازی - هنر درمانی و قصه‌درمانی نسبت به گروه کنترل تغییرات افزایشی از مرحله پیش‌آزمون به مرحله پس‌آزمون در کیفیت زندگی وابسته به سلامت و مؤلفه‌های آن قابل توجه‌تر است. پیش از اجرای تحلیل کوواریانس چندمتغیری، نرمال بودن توزیع داده‌ها از طریق آزمون Shapiro-Wilk ($P > 0/05$)، همگنی واریانس‌ها از طریق آزمون Levene ($P > 0/05$) و برابری ماتریس واریانس - کوواریانس از طریق آزمون Box's

M و شیب خطوط رگرسیون نیز از طریق بررسی تعامل پیش‌آزمون با عضویت گروهی بررسی گردید و نتایج حاکی از رعایت پیش‌فرض‌ها بود.

نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری نشان داد که در بهزیستی جسمانی ($F=29/34, P < 0/001$)، بهزیستی هیجانی ($F=49/17, P < 0/001$)، اعتماد به نفس ($F=32/78, P < 0/001$)، دوستان ($F=79/36, P < 0/001$)، خانواده ($F=40/45, P < 0/001$) و مدرسه ($F=32/95, P < 0/001$) بین سه گروه پژوهش در پس‌آزمون پس از کنترل پیش‌آزمون تفاوت معنادار وجود دارد (جدول ۴).

هم‌چنین تحلیل کوواریانس تک‌متغیری انجام شده نشان داد که در کیفیت زندگی وابسته به سلامت کلی ($F=143/26, P < 0/001$) بین سه گروه پژوهش در پس‌آزمون پس از کنترل پیش‌آزمون تفاوت معنادار وجود دارد (جدول ۵).

برای تعیین تفاوت دو به دو گروه‌های سه‌گانه پژوهش، نتایج آزمون بونفرونی نشان داد که بین گروه قصه‌درمانی و گروه هنر - بازی درمانی با گروه کنترل در شش مؤلفه کیفیت زندگی وابسته به سلامت و امتیازات کلی این متغیر تفاوت معناداری وجود دارد ($p < 0/01$)، ولی در کیفیت زندگی وابسته به سلامت کلی میان گروه هنر - بازی درمانی و قصه‌درمانی تفاوت معناداری وجود ندارد ($p > 0/05$). هم‌چنین، نتایج آزمون بونفرونی نشان داد که در بهزیستی جسمانی، بهزیستی هیجانی و مدرسه گروه قصه‌درمانی نسبت به گروه هنر - بازی درمانی دارای میانگین‌های معنادار بالاتر ($p < 0/05$)، و در مقابل اعتماد به نفس، خانواده و دوستان گروه هنر - بازی درمانی نسبت به گروه قصه‌درمانی دارای میانگین‌های معنادار بالاتری است ($p < 0/05$) (جدول ۶).

جدول ۳. میانگین و انحراف معیار کیفیت زندگی وابسته به سلامت و مؤلفه‌های آن در سه گروه پژوهش در پیش‌آزمون و پس‌آزمون

متغیر	مرحله	گروه کنترل میانگین \pm انحراف معیار	گروه قصه درمانی میانگین \pm انحراف معیار	گروه هنر - بازی درمانی میانگین \pm انحراف معیار
بهزیستی جسمانی	پیش‌آزمون	۲۲/۴ \pm ۲۵/۵۹	۳۱/۵ \pm ۲۵/۱۴	۳۱/۲ \pm ۲۵/۸۰
	پس‌آزمون	۳۳/۳ \pm ۷۵/۵۹	۶۸/۶ \pm ۷۵/۷۸	۵۹/۲ \pm ۲۵/۴۶
بهزیستی هیجانی	پیش‌آزمون	۲۰/۳ \pm ۲۵/۹۱	۳۱/۵ \pm ۲۵/۵۵	۳۱/۱ \pm ۲۵/۸۱
	پس‌آزمون	۳۶/۴ \pm ۲۵/۱۵	۶۸/۷ \pm ۲۵/۳۲	۲ \pm ۵۳/۲۸
اعتماد به نفس	پیش‌آزمون	۳۰/۵ \pm ۲۵/۲۰	۲ \pm ۲۵/۷۵	۲ \pm ۲۵/۸۷
	پس‌آزمون	۱۶/۲ \pm ۷۵/۵۱	۷۸/۴ \pm ۵/۱۷	۸۷/۲ \pm ۵/۵۳
خانواده	پیش‌آزمون	۳۶/۴ \pm ۲۵/۷۵	۳۱/۴ \pm ۲۵/۷۲	۳۱/۴ \pm ۲۵/۵۸
	پس‌آزمون	۲۸/۲ \pm ۲۵/۹۳	۷۴/۶ \pm ۵/۳۶	۸۷/۲ \pm ۵/۷۲
دوستان	پیش‌آزمون	۳۶/۴ \pm ۲۵/۹۰	۳۱/۵ \pm ۲۵/۱۴	۳۱/۳ \pm ۲۵/۱۹
	پس‌آزمون	۳ \pm ۲۵/۲۵	۶ \pm ۷۵/۹۴	۸۷/۲ \pm ۵/۵۳
مدرسه	پیش‌آزمون	۲۰/۴ \pm ۲۵/۳۶	۵ \pm ۲۵/۸۷	۱ \pm ۲۵/۷۵
	پس‌آزمون	۳ \pm ۳۶/۲۴	۷ \pm ۵۶/۱۳	۲ \pm ۵۰/۱۷
کیفیت زندگی کلی	پیش‌آزمون	۲۷/۴ \pm ۶۷/۶۲	۲۹/۴ \pm ۱۷/۸۶	۲۹/۲ \pm ۱۷/۸۳
	پس‌آزمون	۲۹/۳ \pm ۴۱/۲۸	۷۰/۶ \pm ۱۷/۴۵	۷۰/۲ \pm ۷۹/۴۴

جدول ۴: نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیری بر شش مؤلفه کیفیت زندگی وابسته به سلامت در سه گروه پژوهش

نوع تحلیل	شاخص آماری	مقدار	ضریب F	df فرضیه	df خطا	معناداری		
آزمون‌های چهارگانه	اثر پیلای	۱/۶۴	۱۷/۶۴	۱۲	۴۶	۰/۰۰۱		
	لامبدای ویلکس	۰/۰۲	۲۱/۹۲	۱۲	۴۴	۰/۰۰۱		
	اثر هتالینگ	۱۵/۳۸	۲۶/۹۱	۱۲	۴۲	۰/۰۰۱		
	بزرگترین ریشه روی	۱۲/۸۷	۴۹/۳۳	۶	۲۳	۰/۰۰۱		
منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	ضریب F	سطح معناداری	ضریب اتا	توان آزمون	
تحلیل واریانس تک متغیری در متن تحلیل کوواریانس چند متغیری	پیش‌آزمون	۰/۱	۱	۰/۱	۰/۰۰۲	۰/۹۷	۰/۰۵	
	بهزیستی جسمانی	عضویت گروهی	۳۹۴/۴	۲	۱۹۷/۲	۲۹/۳۴	۰/۰۰۱	۱
	خطا	۱۸۱/۵	۲۷	۶/۷۲	-	-	-	
	پیش‌آزمون	۱۸/۲	۱	۱۸/۲	۲/۳۲	۰/۱۴	۰/۳۱	
	بهزیستی هیجانی	عضویت گروهی	۷۶۹/۷	۲	۳۸۴/۹	۴۹/۱۷	۰/۰۰۱	۱
	خطا	۲۱۱/۳	۲۷	۷/۸۲	-	-	-	
	پیش‌آزمون	۰/۴	۱	۰/۴	۰/۱۵	۰/۷	۰/۰۷	
	اعتماد به نفس	عضویت گروهی	۴۰۱/۱	۲	۲۰۰/۶	۷۹/۳۶	۰/۰۰۱	۱
	خطا	۶۸/۲	۲۷	۲/۲۵	-	-	-	
	پیش‌آزمون	۱/۶	۱	۱/۶	۰/۲۹	۰/۵۹	۰/۰۸	
	خانواده	عضویت گروهی	۳۶۰/۲	۲	۱۸۰/۱	۳۲/۷۸	۰/۰۰۱	۱
	خطا	۱۴۸/۴	۲۷	۵/۴۹	-	-	-	
پیش‌آزمون	۸/۲	۱	۸/۲	۱/۳۹	۰/۲۵	۰/۲۱		
دوستان	عضویت گروهی	۴۷۸/۴	۲	۲۳۹/۲	۴۰/۴۵	۰/۰۰۱	۱	
خطا	۱۵۹/۶	۲۷	۵/۹۱	-	-	-		
پیش‌آزمون	۴	۱	۴	۰/۴۳	۰/۵۲	۰/۱		
مدرسه	عضویت گروهی	۶۱۸	۲	۳۰۹	۳۲/۹۵	۰/۰۰۱	۱	
خطا	۲۵۳/۲	۲۷	۹/۳۸	-	-	-		

جدول ۵. نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیری بر نمره کل کیفیت زندگی وابسته به سلامت در سه گروه پژوهش

منبع تغییرات	مجموع مجدورات	درجه آزادی	میانگین مجدورات	ضریب F	سطح معناداری	ضریب اتا	توان آزمون
پیش‌آزمون	۰/۱	۱	۰/۱	۰/۳۶	۰/۵۵	۰/۰۱	۰/۰۹
عضویت گروهی	۶۱/۴	۲	۳۰/۷	۱۴۳/۲۶	۰/۰۰۱	۰/۰۹	۱
خطا	۶/۹	۳۲	۰/۲	-	-	-	-

جدول ۶. آزمون بونفرونی متغیر کیفیت زندگی وابسته به سلامت و مؤلفه‌های آن گروه‌های پژوهش (میانگین‌های تعدیل شده)

متغیر	گروه مینا	گروه مورد مقایسه	تفاوت میانگین	خطای استاندارد	معناداری
بهبودی جسمانی	گروه کنترل	گروه قصه درمانی	-۳۲/۴۲	۰/۹۶	۰/۰۰۱
	گروه کنترل	گروه هنر- بازی درمانی	-۲۴/۳۲	۰/۹۶	۰/۰۰۱
	گروه قصه درمانی	گروه هنر- بازی درمانی	۸/۴۲	۰/۹۷	۰/۰۱
بهبودی هیجانی	گروه کنترل	گروه قصه درمانی	-۲۹/۴۲	۰/۹۸	۰/۰۰۱
	گروه کنترل	گروه هنر- بازی درمانی	-۱۴/۴۹	۰/۹۸	۰/۰۰۱
	گروه قصه درمانی	گروه هنر- بازی درمانی	۱۳/۸۹	۰/۹۷	۰/۰۱
اعتماد به نفس	گروه کنترل	گروه قصه درمانی	-۵۹/۴۲	۱/۰۱	۰/۰۰۱
	گروه کنترل	گروه هنر- بازی درمانی	-۶۹/۴۸	۱/۰۱	۰/۰۰۱
	گروه قصه درمانی	گروه هنر- بازی درمانی	-۸/۴۴	۱/۰۳	۰/۰۲
خانواده	گروه کنترل	گروه قصه درمانی	-۴۳/۵۱	۰/۹۶	۰/۰۰۱
	گروه کنترل	گروه هنر- بازی درمانی	-۵۶/۴۱	۰/۹۶	۰/۰۰۱
	گروه قصه درمانی	گروه هنر- بازی درمانی	-۱۱/۹۵	۰/۹۷	۰/۰۱
دوستان	گروه کنترل	گروه قصه درمانی	-۴۷/۳۲	۰/۹۸	۰/۰۰۱
	گروه کنترل	گروه هنر- بازی درمانی	-۵۹/۴۸	۰/۹۸	۰/۰۰۱
	گروه قصه درمانی	گروه هنر- بازی درمانی	-۱۱/۹۵	۰/۹۹	۰/۰۱
مدرسه	گروه کنترل	گروه قصه درمانی	-۱۸/۹۴	۱/۰۲	۰/۰۰۱
	گروه کنترل	گروه هنر- بازی درمانی	-۱۲/۳۲	۱/۰۲	۰/۰۰۱
	گروه قصه درمانی	گروه هنر- بازی درمانی	۴/۵۱	۱/۰۱	۰/۰۴
کیفیت زندگی وابسته به سلامت کلی	گروه کنترل	گروه قصه درمانی	۳۹/۴۵	۰/۹۸	۰/۰۰۱
	گروه کنترل	گروه هنر- بازی درمانی	۳۹/۵۸	۰/۹۸	۰/۰۰۱
	گروه قصه درمانی	گروه هنر- بازی درمانی	۰/۴۹	۰/۹۹	۰/۳۲

** p < ۰/۰۱

بحث و نتیجه‌گیری

ندارد. علاوه بر این، نتایج آزمون بونفرونی نشان داد که در بهبود جسمانی، بهبود هیجانی و مدرسه گروه قصه‌درمانی نسبت به گروه هنر- بازی درمانی دارای میانگین‌های معنادار بالاتر، و در مقابل در اعتماد به نفس، خانواده و دوستان گروه هنر- بازی درمانی نسبت به گروه قصه‌درمانی دارای میانگین‌های معنادار بالاتری بوده است.

این یافته با نتایج پژوهش Casanova-Garcia و همکاران مبنی بر بهبود فاکتورهای همبود و در نتیجه بهبود کیفیت زندگی به‌وسیله‌ی درمان‌های غیردارویی [۲۸]، هم‌چنین، با یافته‌های Marian Libman مبنی بر کاهش شکایت‌های روان‌شناختی مانند اضطراب و افسردگی و ارتقاء کیفیت زندگی بیماران مبتلا به سرطان به کمک فرایند هنر درمانی [۲۹]، علاوه بر این، با نتایج مطالعه Aguilar که تأثیر مداخله نقاشی یا شکل‌های دیگر هنر در به حداکثر رساندن کیفیت زندگی کودکان مبتلا به

بر اساس یافته‌های پژوهش حاضر، مشخص شد که بعد از مداخله، میانگین کیفیت زندگی وابسته به سلامت و مؤلفه‌های آن در کودکان مبتلا به سرطان در دو گروه مداخله هنر- بازی درمانی شناختی- رفتاری و قصه‌درمانی شناختی- رفتاری نسبت به گروه کنترل تفاوت معنی‌داری داشت و کیفیت زندگی وابسته به سلامت در این دو گروه مداخله به طور معنی‌داری افزایش یافته است. به عبارتی، می‌توان گفت هنر- بازی درمانی شناختی- رفتاری و قصه‌درمانی شناختی- رفتاری در افزایش کیفیت زندگی وابسته به سلامت کودکان مبتلا به سرطان و بستری در بیمارستان اثربخش بوده است. هم‌چنین، نتایج این پژوهش نشان داد بین هنر- بازی درمانی شناختی- رفتاری و قصه‌درمانی شناختی- رفتاری در افزایش کیفیت زندگی وابسته به سلامت کلی کودکان مبتلا به سرطان تفاوت معناداری وجود

جمله نیاز به شناخت و آگاهی از بیماری، نیاز به کنترل و تخلیه هیجانی، نیاز به هدایت توجه به محیط پیرامون، نیاز به کنترل ترس و اضطراب، نیاز به ارتقا خلقی و عاطفی، نیاز به ارتقا مهارت‌های اجتماعی و خانوادگی، نیاز به دانستن در مورد مسئله مرگ و معنویت‌گرایی و نیاز به رفع تحریفات شناختی و تقویت شناختی امیدواری تدوین گردید. نتیجه حاصل از این پژوهش نشان داد گروه هنر- بازی درمانی در ابعاد اعتماد به نفس، خانواده و دوستان کیفیت زندگی وابسته به سلامت دارای میانگین‌های بالاتری نسبت به گروه قصه‌درمانی بوده است که با تمرکزهای درمانی بسته موجود قابل تبیین و توجیه می‌باشد. زیرا در این بسته دو جلسه درمانی به طور کامل به ارتقا مهارت‌های اجتماعی و خانوادگی اختصاص یافته است. و لیکن گروه هنر- بازی درمانی نتوانسته در سه بعد بهزیستی جسمانی، بهزیستی هیجانی و مدرسه نسبت به گروه قصه‌درمانی دارای میانگین‌های بالاتری باشد. این نتیجه علاوه بر این‌که به پیشینه نظری و پژوهشی در زمینه کاربرد قصه و شکل لطیف و غیر مستقیم آن در درگیر نمودن این کودکان با مسائل روان‌شناختی‌شان اشاره دارد نشان می‌دهد یک قصه مناسب در زمانی مناسب می‌تواند به بهبود مشکلات روان‌شناختی و حتی جسمانی افراد کمک کند. همچنین، درون- مایه مشترک تمامی قصه‌ها در این پژوهش بهبود خودپنداره، غلبه بر ناامیدی، کاهش تنهایی، حفظ دوستی و لذت بردن از آن بود. مهم‌ترین نقشی که این قصه‌ها در درمان ایفا می‌کنند، همگانی و جهانی جلوه دادن مشکلاتی است که کودک با آن‌ها دست و پنجه نرم می‌کند، بنابراین، کودک احساس نمی‌کند تنها است و مشکلاتش خاص، منحصر به فرد و غیر قابل حل می‌باشد. با توجه به نتایج پژوهش حاکی از اثربخشی هر دو شیوه درمانی، هر دو درمان به دلیل داشتن جذابیت برای کودکان می‌توانند مؤثر واقع شوند. بالأخص برای کودکان مبتلا به سرطان که بسته هنر- بازی درمانی متناسب با نیازهای این کودکان برای اولین بار در این پژوهش تدوین گردید. و لیکن چون این پژوهش بر روی کودکان مبتلا به سرطان اجرا شد، بنابراین، در تعمیم نتایج به کودکان مبتلا به بیماری‌های دیگر تا تکرار نتایج در مطالعات بعدی باید احتیاط شود. به همین جهت پیشنهاد می‌شود این پژوهش بر روی کودکان مبتلا به بیماری‌هایی به غیر از سرطان نیز اجرا شود تا میزان تعمیم نتایج در مطالعات بعدی به طور دقیق‌تری مشخص گردد.

در مجموع نتایج این پژوهش نشان داد قصه‌درمانی شناختی - رفتاری و بازی- هنر درمانی شناختی- رفتاری بر افزایش کیفیت زندگی و مؤلفه‌های آن نسبت به گروه کنترل در کودکان مبتلا به سرطان تأثیر معنادار دارند. در عین حال بازی- هنر

سرطان را نشان داد [۷]، همچنین، با مطالعه Wiswell و همکاران مبنی بر اثربخشی هنردرمانی بر افزایش کیفیت زندگی زنان مبتلا به سرطان [۴۵] و با مطالعه Jaaniste و همکاران که نشان دادند نمایش درمانی به عنوان یکی از اقسام هنردرمانی می‌تواند کیفیت زندگی افراد مسن مبتلا به دمانس را افزایش دهد [۴۶] علی‌رغم تفاوت در گروه نمونه برخی از پژوهش‌ها، جهت‌گیری کلی پژوهش‌های مورد اشاره با مطالعه حاضر هم‌سو می‌نشان می‌دهد. در ایران نیز نتایج این مطالعه با نتایج مطالعه عبادی‌نژاد و همکاران مبنی بر تأثیر حرکات ایروبیکی به عنوان یک مداخله هنردرمانی بر افزایش کیفیت زندگی کودکان مبتلا به سرطان [۳۰]، و لویی و صفرزاده مبنی بر تأثیر قصه‌درمانی بر افزایش عزت نفس و خرده‌مقیاس‌های آن که شامل خودکلی، خود اجتماعی، خود به عنوان عضوی در خانواده و خود تحصیلی کودکان [۳۸] همسو است. افزایش کیفیت زندگی نقطه اشتراک این پژوهش‌ها با پژوهش حاضر می‌باشد.

هر دو مداخله هنر- بازی درمانی شناختی- رفتاری و قصه‌درمانی شناختی- رفتاری ترکیبی از چند روش درمانی مجزا بوده به گونه‌ای که هنر- بازی درمانی شناختی- رفتاری مرکب از هنردرمانی، بازی‌درمانی، گروه‌درمانی و درمان شناختی- رفتاری و همچنین، قصه‌درمانی شناختی- رفتاری ترکیبی از قصه‌درمانی، گروه‌درمانی و درمان شناختی- رفتاری بوده‌اند. علاوه بر این، هر دو مداخله با رویکرد یکسان شناختی- رفتاری ارائه شدند. درمانگران شناختی- رفتاری همواره سعی می‌کنند از طریق تسهیل کسب مهارت‌های رفتاری جدید و فراهم آوردن تجاربی که تغییر شناختی را تسهیل می‌کنند، به کودک و نوجوان کمک کنند. پژوهشگران در تحقیقات متعددی نشان داده‌اند برنامه‌های درمانی شناختی- رفتاری در درمان رفتارهایی که ممکن است در کیفیت زندگی یا پیشرفت تحصیلی کودکان تأثیر منفی داشته باشند و منجر به مشکلات بیش‌تری در حیطه‌های جسمانی، اجتماعی و تحصیلی می‌شوند، مؤثر هستند [۴۷]. به گونه‌ای که در برخی از پژوهش‌ها از جمله پژوهش ستوده‌اصل و همکاران درمان شناختی- رفتاری نسبت به دارودرمانی، تغییرات بیش‌تری را در ابعاد روان‌شناختی و اجتماعی کیفیت زندگی بیماران مبتلا به فشارخون موجب شد [۴۸]. بنابراین، با توجه به استفاده از روی‌آورد شناختی- رفتاری اثربخشی یکسان این دو مداخله دور از انتظار نیست. علاوه بر این، در این پژوهش کیفیت زندگی کودک در ابعاد جسمی، عاطفی، روان‌شناختی (اعتماد به نفس)، عملکرد خانوادگی، اجتماعی (دوستان) و مدرسه مورد سنجش قرار گرفت. بسته هنر- بازی درمانی در این پژوهش در ۱۲ جلسه و متناسب با نیازهای کودکان مبتلا به سرطان از

diagnosis with osteosarcoma or acute myeloid leukemia. *Eur J Oncol Nurs* 2009; 13: 156-163.

[10] Fayers PM, Machin D. Quality of life the Assessment, Analysis and Interpretation of Patient-reported Outcomes, 2 ed. England Jonh Wiley & Sons, Chichester; 2007; p: 566.

[11] Enskar K, Ljusegren G, Berglund G, Eaton N, Harding R, Mokoena J, et al. Attitudes to and knowledge about pain and pain management, of nurses working with children with cancer: a comparative study between UK, South Africa, and Sweden. *J Res Nurs* 2007; 12: 501-515.

[12] Ribeiro CA, Coutinho RM, Ferreira de Araujo T, Silva Souza V. A world of procedures and worries: experience of children with a port-a-cath. *Acta Paul Enferm* 2009; 22: 935-941.

[13] Ullrich NJ, Embry L. Neurocognitive dysfunction in survivors of childhood brain tumors. *Semin Pediatr Neurol* 2012; 19: 35-42.

[14] Cicogna EC, Nascimento LC, Lima RAG. Crianças e adolescentes com cancer: experiencias com a quimioterapia. *Rev Lat Am Enfermagem* 2010; 18: 864-872.

[15] Baggott CR, Dodd M, Kennedy C, Marina N, Matthay KK, Cooper B, Miaskowski C. An evaluation of the factors that affect the health-related quality of life of children following myelosuppressive chemotherapy. *Support Care Cancer* 2011; 19: 353-361.

[16] Rodrigues Nunes MD, Jacob E, Bomfim EO, Lopes-Junior LC, Garcia de Lima RA, Floria-Santos M, Nascimento LC. Fatigue and health related quality of life in children and adolescents with cancer. *Eur J Oncol Nurs* 2017; 29: 39-46.

[17] Zareifar S, Farahmandfar R, Cohan N, Modarresnia F, Haghpahan S. Evaluation of health related quality of life in 6-18 years old patients with acute leukemia during chemotherapy. *Indian J Pediatr* 2012; 79: 177-182.

[18] Zebrack B, Chesler MA. Quality of life in childhood cancer survivors. *Psycho Oncology* 2002; 11: 132-141.

[19] Pauline R, Patsy Y. Quality of life experienced by patients receiving radiation treatment for cancer of the head and neck. *Cancer Nurs* 2001; 24: 255-263.

[20] Saroukhani D, Omid KH, Norouzi R, Zali H, Sayehmiri K, Forozeshfard M. The quality of life in cancer patients in Iran: A systematic review by using meta-analysis. *Koomesh* 2016; 18: 1-12. (Persian).

[21] Rosenberg AR, Orellana L, Ullrich C, Kang T, Geyer JR, Feudtner C, et al. Quality of life in children with advanced cancer: A report from the pediQUEST study. *J Pain Symptom Manage* 2016; 52: 243-253.

[22] Artrifard M, Zahiredin A, Dibaei Sh, Zahed Gh. Comparing depression in children and adolescents with cancer with healthy ones. *J Urmia Univ Med Sci* 2014; 25: 21-31. (Persian).

[23] Brage E, Vindrola-Padros C. An ethnographic exploration of the delivery of psychosocial care to children with cancer in Argentina. *Eur J Oncol Nurs* 2017; 29: 91-97.

[24] Weis J. Psychosocial care for cancer patients. *Breast Care (Basel)* 2015; 10: 84-86.

[25] Gill D. Melancholic Modalities: Affect, Islam, and Turkish Classical Musicians. New York: Oxford University Press; 2017.

[26] Ott MJ. Mind-body therapies for the pediatric oncology patient: matching the right therapy with the right patient. *J Pediatr Oncol Nurs* 2006; 23: 254-267.

[27] Hart J. Art therapy and cancer care. *Altern Complement Ther* 2010; 16: 140-144.

[28] Casanova-Garcia C, Lara SL, Ruiz MP, Dominguez DR, Sosa ES. Non-pharmacological treatment for neuropathic pain in children with cancer. *J Med Hypotheses* 2015; 85: 791-797.

[29] Marian Libman SW. Art therapy with physical conditions. London: Jessica Kingsley Publishers; 2015.

[30] Ebadinejad Z, Rassouli M, Payandeh A, Zahed G, Mohalli F. The effect of aerobics on anxiety in children with cancer. *J Health Chimes* 2017; 4: 16-22. (Persian).

[31] Nijhof SL, Vinkers CH, Van Geelen SM, Duijff SN, Achterberg EJ, Der Net JV, et al. Healthy play, better coping: the importance of play for the development of children in health and disease. *Neurosci Biobehav Rev* 2018; 95: 421-429.

[32] Bateson P. Play, playfulness, creativity and innovation. *Animal Behav Cogn* 2014; 1: 99-112.

[33] Graham KL, Burghardt GM. Current Perspectives on the biological study of play: signs of progress. *Q Rev Biol* 2010; 85: 393-418.

[34] Vanderschuren LJ, Trezza V. What the laboratory rat has taught us about social play behavior: role in behavioral development

درمانی شناختی - رفتاری و قصه‌درمانی شناختی - رفتاری اثربخشی یکسانی بر افزایش کیفیت زندگی کودکان مبتلا به سرطان داشتند. به طور کلی عوامل زیادی وجود دارند که احتمالاً می‌توانند کیفیت زندگی بیماران سرطانی را کاهش دهند که با شناسایی این عوامل و مواردی که باعث افزایش علائم اضطراب در بیماران سرطانی می‌شود، می‌توان جهت بهبود کیفیت زندگی کوتاه‌مدت و طولانی‌مدت این بیماران برنامه‌ریزی کرد. هزینه‌های مربوط به درمان و بیکاری از نگرانی‌های بسیار مهم والدین کودکان مبتلا به سرطان می‌باشند. عامل دیگری که می‌تواند کیفیت زندگی کودکان مبتلا به سرطان را متأثر کند، درمان‌های شدید و مداوم می‌باشد. در واقع شدت درمان، موضوع مهمی برای بیماران و خانواده‌های کودکان مبتلا به سرطان می‌باشد طوری‌که دوره‌های درمانی شدید عملکرد کودک و خانواده را مختل کرده و ممکن است بر کیفیت زندگی اثرات نامطلوبی داشته باشد. بر اساس این شواهد می‌توان نتیجه‌گیری کرد که قصه‌درمانی شناختی - رفتاری و هنر - بازی درمانی شناختی - رفتاری در کنار دوره‌های درمانی شدید می‌توانند به بهبود و ارتقاء کیفیت زندگی کودکان مبتلا به سرطان کمک کنند.

تشکر و قدردانی

بدین‌وسیله از کلیه کودکان، مادران آن‌ها و پرستاران، کارکنان و پزشکان بیمارستان امیر شهر شیراز که ما را در انجام این پژوهش خالصانه یاری نمودند، صمیمانه تشکر و قدردانی می‌نمائیم.

منابع

- [1] Heymach J, Krilov L, Alberg A, Baxter N, Chang SM, Corcoran R, et al. Clinical cancer advances 2018: Annual report on progress against cancer from the American society of clinical oncology. *J Clin Oncol* 2018; 36: 1020-1044.
- [2] Kim DH, Im YJ. The influence of family management style on psychosocial problems of childhood cancer survivors in Korea. *Eur J Oncol Nurs* 2015; 19: 107-112.
- [3] Muglia-Wechsler A, Bragado-Alvarez C, Hernandez-Lioy M. Effectiveness of psychological interventions intended to promote adjustment of children with cancer and their parents: an overview. *Ann Psicología / Ann Psychol* 2014; 30: 93-103.
- [4] Bilgin E, Kirca O, Ozdogan M. Art therapies in cancer - a non-negligible beauty and benefit. *J Oncol Scie* 2018; 4: 47-48.
- [5] McCabe M. Fatigue in children with long-term conditions: an evolutionary concept analysis. *J Adv Nurs* 2009; 65: 1735-1745.
- [6] Rollins JA. Tell me about it: drawing as a communication tool for children with cancer. *J Pediatr Oncol Nurs* 2005; 22: 203-221.
- [7] Aguilar BA. The efficacy of art therapy in pediatric oncology patients: an integrative literature review. *J Pediatr Nurs* 2017; 36: 173-178.
- [8] Pan HT, Wu LM, Wen SH. Quality of life and its predictors among children and adolescents with cancer. *Cancer Nurs* 2017; 40: 343Y351.
- [9] Hinds PS, Billups CA, Cao X, Gattuso JS, Burghen E, West N, et al. Health related quality of life in adolescents at the time of

version of the KINDL questionnaires for children with diabetes type 1. *Libyan J Med* 2019; 14: 1537457.

[43] Cheraghi F, Feizy Barnaji A, Sadeghi A, Tapak L. The relationship between general health status and quality of life of parents and quality of life of children with cancer. *Sci J Hamadan Nurs Midwifery Fac* 2018; 25: 200-207. (Persian)

[44] Sanatnegar S, Hasan Abadi, H, Asghari Nekah, SM. The effectiveness group story therapy on reducing disappointment and loneliness girl children in quasi-family centers. *Journal of Applied Psychology* 2013; 6, 4: 7-23. (Persian).

[45] Wiswell S, Bell JG, Mc Hale J, Elliott JO, Rath K, Clements A. The effect of art therapy on the quality of life in patients with a gynecologic cancer receiving chemotherapy. *Gynecol Oncol* 2019; 152: 334-338.

[46] Jaaniste J, Linnell Sh, Ollerton RL, Slewa-Younan Sh. Drama therapy with older people with drama-does it improve quality of life? *Arts Psychother* 2015; 43: 40-48.

[47] Tucker BT, Woods DW, Flessner CA, Franklin SA, Franklin ME. The skin picking impact project: phenomenology, interference, and treatment utilization of pathological skin picking in a population based sample. *J Anxiety Disord* 2011; 25: 88-95.

[48] Sotodeh Asl N, Neshat Dost H, Kalantery M, Talebi H, Khosravi A. Comparison of the effectiveness of cognitive-behavioral therapy and medication on the quality of life in the patients with essential hypertension. *Koomesh* 2010; 11: 294-302. (Persian).

and neural mechanisms. *Curr Top Behav Neurosci* 2014; 16: 189-212.

[35] Li WH, Chung JO, Ho EK. The effectiveness of therapeutic play, using virtual reality computer games, in promoting the psychological well-being of children of hospitalized with cancer. *J Clin Nurs* 2011; 20: 2135-2143.

[36] Asghari Nekah M. Report on action-oriented study on the use of stories as techniques and tools for counseling and psychotherapy for the child. *J Excep Eduac* 2003; 20: 14-23. (Persian).

[37] Malka M. Lonely children and adolescent: self-perceptions, social exclusion, and hope. In 1st (eds). Springer 2010: New York.

[38] Loveimy F, Safarzadeh S. The effect of narrative therapy on shyness, depression and self-esteem among preschool children of Ahvaz city. *J Res Clin Psychol Counsel* 2017; 6: 32-47. (Persian).

[39] Safdari Z. Comparing the effectiveness of play therapy and story therapy on reduction of anxiety in children with cancer. Master's thesis of international campus of Ferdowsi University of Mashhad 2013. (Persian).

[40] Karimi H, Pour Sharifi H, Hashemi T. The effect of play therapy and story therapy on problem solving skill, self-concept and aggressive behavior in children with conduct disorder. Ministry of Science, Research and Technology of Tabriz University, Faculty of Psychology and Educational Sciences. 2012. (Persian).

[41] Erceg-Hurn DM, Mirosevich VM. Modern robust statistical methods: An easy way to maximize the accuracy and power of your research. *Am Psychol* 2008; 63: 591-601.

[42] Essaddam L, Mansour AB, Amor AB, Ravens Sieberer U, Klein TM, Becher SB. Validation of the Arabic and Tunisian Arabic

Comparing the effectiveness of cognitive-behavioral art-play and cognitive-behavioral story therapy on health related quality of life among children with cancer

Zohreh Shojaei (Ph.D Student)¹, Mohsen Golparvar (Ph.D)^{*1}, Asghar Aghaei (Ph.D)¹, Mohammad Reza Bordbar (M.D)²

¹ - Dept. of Psychology, Islamic Azad University, Isfahan (Khorasgan) Branch, Isfahan, Iran

² - Dept. of Pediatrics, Hematology Research Center, Shiraz University of Medical Sciences, Shiraz, Iran

* Corresponding author. +98 31 35354001 drmgolparvar@gmail.com

Received:5 May 2019; Accepted:25 Sep 2019

Introduction: Children with cancer need psychological treatment to increase their quality of life along with medical treatments. Accordingly, the aim of this study was to determine the comparing the effectiveness of cognitive-behavioral art-play therapy group and the cognitive-behavioral story therapy on health related quality of life among children with cancer.

Materials and Methods: The research method was semi-experimental, and research design was three groups with two stages (pre-test and post-test design). From statistical population of 8-12 years old children with cancer in Amir Hospital (Shiraz city, Iran) in the Summer of 2018, 36 children were selected and then randomly assigned in two therapeutic groups (each group with 12 cases) and a control group (with 12 cases). Children Health related Quality of Life Scale (KiD-KINDL-Bullinger & Ravens-Sieberer, 1998) was used to measure the dependent variable in the pretest and post-test. The group of cognitive-behavioral art-play therapy and cognitive-behavioral story therapy received 12 sessions of treatment. The data were analyzed using multivariate analysis of covariance.

Results: The results showed that there was a significant difference between cognitive-behavioral art-play therapy and cognitive-behavioral story therapy with the control group in health related quality of life ($P < 0.001$) and their components. However, there was no significant difference between cognitive-behavioral art-play therapy and cognitive-behavioral story therapy in increasing the health related quality of life in children with cancer ($P > 0.05$).

Conclusion: It is suggested that cognitive-behavioral story therapy and cognitive-behavioral art-play therapy should be used in educational and therapeutic environments to promote the level of health related quality of life for children with cancer.

Keywords: Quality of Life, Play Therapy, Story Therapy, Art Therapy, Neoplasms, Child.