

اثربخشی بازی درمانی والد - کودک بر کاهش نشانگان افسردگی کودکان
مبتلا به سرطان، کاهش استرس ادراک شده مادران و بهبود رابطه
والد - کودک

The Effectiveness of Parent-Child Play Therapy on Decreasing
Depression Symptoms in Children with Cancer, Decreasing Perceived
Stress on Their Mothers and Improving Parent-Child Relationship

R. S. Alavian, M.A.

Z. Tabibi, Ph.D.

A. Bani Hashem, M.D.

M. S. AbdeKhodae, Ph.D.

رویا سادات علویان

کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی دانشگاه فردوسی مشهد

دکتر زهرا طیبی

دانشیار گروه روان‌شناسی دانشگاه فردوسی مشهد

دکتر عبدالله بنی هاشم

استاد دانشگاه علوم پزشکی مشهد

دکتر محمدسعید عبدخدایی

دانشیار گروه روان‌شناسی دانشگاه فردوسی مشهد

دریافت مقاله: ۹۵/۲/۱

دریافت نسخه اصلاح‌شده: ۹۵/۷/۱۱

پذیرش مقاله: ۹۵/۷/۱۳

Abstract

Present study, aimed to assess the effect of parent-child play therapy on decreasing depression symptoms in children with cancer, decreasing perceived stress of their mothers and improving the parent-child relationship. A total of 14 children diagnosed with cancer were selected, among the patients of Dr.

چکیده

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثر بازی درمانی والد - کودک بر کاهش افسردگی کودکان مبتلا به سرطان، استرس ادراک شده مادران آنها و بهبود رابطه والد - کودک به انجام رسید. تعداد ۱۴ کودک، با روش نمونه‌گیری در دسترس از بین مراجعه‌کنندگان به بیمارستان دکتر شیخ مشهد انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه ۷ نفره مداخله و کنترل گمارش شدند.

Corresponding author: Department of Education Sciences and Psychology, Ferdowsi University of Mashhad, Azadi Squ., Mashhad, Iran.
Email: tabibi@um.ac.ir

نویسنده مسئول: مشهد، میدان آزادی، دانشگاه فردوسی مشهد،
دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی
پست الکترونیکی: tabibi@um.ac.ir

Sheikh Hospital in the city of Mashhad, and randomly assigned into two groups of intervention and control. Mothers completed the Perceived Stress Scale (PSS) and the Parent-Child Relationship Scale (PCRS), the children completed the Child Depression Inventory (CDI), both in pre-test and post-test. Eight sessions of parent-child play therapy were administered separately for every pair of mother-child from intervention group. Data were analyzed by using analysis of covariance. Compared to the control group, CDI scores of intervention group reduced significantly from pre to post test. Also scores of PCRS increased significantly for the intervention group. PSS Scores of intervention groups was not significantly different from control group. As a result, parent-child play therapy can be effective in reducing depression symptoms of children with cancer, and improving the parent-child relationship; while, it was not effective for reducing mothers' level of perceived stress.

Keywords: Childhood Cancer, Childhood Depression, Play Therapy, Parent-Child Relationship, Perceived Stress.

مادران در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون به مقیاس استرس ادراک شده (PSS) و مقیاس ارتباط والد کودک (PCRS) و کودکان به پرسش‌نامه افسردگی کودک (CDI) پاسخ دادند. هر زوج مادر و کودک در گروه آزمایشی ۸ جلسه بازی‌درمانی والد - کودک را به صورت فردی دریافت کردند. داده‌ها با روش تحلیل کواریانس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. افسردگی کودکان گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل به طور معناداری کاهش یافت. همچنین رابطه والد کودک در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل به طور معناداری بهبود پیدا کرد، اما در متغیر استرس ادراک شده، بین مادران گروه کنترل و آزمایش تفاوت معناداری یافت نشد. بازی درمانی والد - کودک می‌تواند بر کاهش نشانگان افسردگی کودکان مبتلا به سرطان و بهبود رابطه این کودکان و والدین‌شان موثر باشد، اما این نوع درمان کاهش محسوسی در استرس ادراک شده مادران ایجاد نمی‌کند.

کلیدواژه‌ها: سرطان کودکان، افسردگی کودکان، بازی‌درمانی، رابطه والد - کودک، استرس ادراک شده

مقدمه

سرطان جزء بیماری‌های مزمن محسوب می‌شود. از آن‌جا که افراد مبتلا به سرطان با توجه به درمان‌های موجود، با مرگ دست و پنجه نرم می‌کنند؛ می‌توان این بیماری را از فشارزاترین بیماری‌ها دانست. سرطان دوران کودکی مشتمل بر گروهی از بدخیمی‌هاست که هر یک شیوع، 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 ۱ تا ۱۶ سالگی در کشورهای غربی می‌باشد. مرگ و میر ناشی از سرطان در کودکان و نوجوانان بین سنین ۳ تا ۱۴ ساله بیشتر از سایر بیماران است (زارع‌پور، فلاحتی خشک‌ناب، کاشانی‌نیا، بیگلریان و باباشهبابی^۱، ۱۳۸۸).

ابتلا به سرطان دوران کودکی می‌تواند سلامت روان کودک مبتلا و خانواده‌اش را به خطر اندازد. کودکان با عوارض جانبی رنج‌آور درمان سرطان مواجه می‌شوند و به علت بیماری نمی‌توانند مانند گذشته در محل تحصیل یا جمع‌های دوستانه و خانوادگی مشارکت کنند، بنابراین زندگی آن‌ها دستخوش تغییرات وسیعی می‌شود. شیوه‌های درمانی سرطان باعث خستگی مداوم کودک می‌شوند؛ این کودکان هم‌چنین مستعد عفونت هستند و به طور مستمر در بیمارستان بستری می‌شوند که منجر به جدا شدن کودک از خانواده و اجتماع می‌گردد (پک، چان، یوه، کوآه، تن و آونگ^۲، ۲۰۱۰). ساتین، لیندن و فیلیپس^۳ (۲۰۰۹) در یک مطالعه فراتحلیل دریافتند که خطر مرگ در بیماران مبتلا به سرطان که برخی از علائم افسردگی را نشان می‌دهند، ۲۵٪ و در بیمارانی که تشخیص افسردگی خفیف یا عمده را دریافت کرده‌اند، ۳۹٪ بیشتر از سایر بیماران سرطانی است. بنابراین افسردگی کودک متغیر مهمی در حیطه سرطان دوران کودکی محسوب می‌شود.

هم‌چنین از آن‌جا که سرطان‌های دوران کودکی به عنوان بیماری‌های تهدیدکننده زندگی هستند، نقش والدین به خصوص مادران، به طور فزاینده‌ای به عنوان مراقب اولیه و اصلی مطرح می‌شود. به دلیل تغییر در نقش والدی، والدین با مشکلات متعدد و پیچیده‌ای مواجه هستند (سوالو و جیکوبی^۴، ۲۰۰۱). والدین اغلب، احساساتی مانند افسردگی و اضطراب دارند. هم‌چنین پژوهش‌ها نشان می‌دهند که مادران و پدران کودکان نجات یافته از سرطان به طور معناداری سطح بالاتری از نشانگان استرس پس از سانحه را در مقایسه با والدین کودکان سالم نشان می‌دهند (برکات، کازاک، میدوز، کیسی، میسک و استوبر^۵، ۱۹۹۷).

وضعیت روان‌شناختی والدین (مراقبین اصلی)، بر رفتارها و احساسات کودک اثر می‌گذارد. کودکانی که رابطه بهتری با والدین خود دارند و والدین‌شان فشار روانی کمتری را نشان می‌دهند، مشکلات رفتاری کمتری دارند و از برنامه‌های درمانی بهتر پیروی می‌کنند (ون در گیست، ون دن هوول - ایبرینک، پاسچی، ون دن هود - هیرشاپ، پیترز و دارلینگتون^۶، ۲۰۱۴). بنابراین مداخلات روان‌شناختی که بتوانند این مشکلات را نشانه بگیرند، کمک بزرگی برای کودکان مبتلا به سرطان و والدین‌شان محسوب می‌شوند.

در زمینه درمان‌های روان‌شناختی کودکان مبتلا به سرطان و والدین‌شان تحقیقات فراوانی انجام شده است. در حیطه والدین این کودکان، خنجری و همکاران نشان دادند که آموزش مهارت‌های مقابله می‌تواند منجر به ارتقای کیفیت زندگی والدین کودکان مبتلا به لوسمی شود (خنجری، سیدفاطمی، برجی و حقانی^۷، ۱۳۹۲). طبق پژوهش دهقانی نیشابوری^۸ (۱۳۹۱)، شرکت در جلسات

گروه‌درمانی با رویکرد هیجان‌مدار باعث افزایش بهزیستی روان‌شناختی و بهبود سبک‌های مقابله و سوگ پیش از موعد مادران کودکان مبتلا به سرطان می‌شود. همچنین داده‌ها از آموزش مهارت‌های حل مسئله به مادران حمایت کرده‌اند (کزاک^۹، ۲۰۰۵). علاوه بر این، روان‌درمانی رفتاری وجودی باعث کاهش استرس مراقبان بیماران تسکینی و بهبود کیفیت زندگی این افراد می‌شود (تورن، برندااستر، فنسترر، کوچنهوف و فگ^{۱۰}، ۲۰۱۴) و در کاهش اضطراب، افسردگی و استرس ادراک شده مادران کودکان مبتلا به سرطان مؤثر است (لعل‌زاده^{۱۱}، ۱۳۹۴). گروه‌درمانی معنوی نیز در کاهش پریشانی مادران کودکان مبتلا به سرطان اثر مثبت دارد (لطفی کاشانی، وزیری، ارجمند، موسوی و هاشمیه^{۱۲}، ۱۳۹۱) و نشانه‌های افسردگی آن‌ها را کاهش می‌دهد (دهخدا، بهمنی، دهخدا، نقیایی، علیمحمدی و گودرزی‌پور^{۱۳}، ۲۰۱۳).

در حیطه کودکان نیز در پژوهش فرخ‌نیا، شهیدی و فتح‌آبادی^{۱۴} (۱۳۹۰)، نتایج نشان داد که مداخلات شناختی آماده‌سازی کودک و والد و انحراف مسیر توجه کودک می‌تواند شدت درد و سطح پریشانی را کاهش دهد و کیفیت زندگی موقعیتی کودکان را بهبود بخشد. به طور کلی کاربرد مدل‌های رفتاری و شناختی برای کمک به کودکان جهت قابل تحمل‌تر شدن دردهای حین درمان سرطان، مداخلات تأثیرگذاری تلقی شده‌اند (کزاک، ۲۰۰۵؛ رد، مونتومری و دوهمل^{۱۵}، ۲۰۰۱). همچنین پژوهش‌ها نشان می‌دهند هیپنوتیزم‌درمانی برای کنترل حالت تهوع و استفراغ پیش‌رس کودکان - بیماران که موعد شیمی‌درمانی آن‌ها فرارسیده و کاهش درد و اضطراب مربوط به فرآیند درمان مؤثر است (هاوکینز، لوسی، ایوارت، هاتیرا، کوسمیدیس و وارووتسی^{۱۶}، ۱۹۹۵؛ کاتنر، باومن و تیسدیل^{۱۷}، ۱۹۸۸؛ اکاردی و میلینگ^{۱۸}، ۲۰۰۹).

در جمع‌بندی لازم به ذکر است که مداخلات در حیطه والدین به آموزش مهارت‌های مقابله، آموزش حل مسئله، بهبود بهزیستی روان‌شناختی، بهبود سبک‌های مقابله، ارتقای کیفیت زندگی، کاهش استرس ادراک شده و افسردگی و مداخلات در حیطه کودکان به افسردگی، اضطراب، سازگاری عمومی، شدت درد، به طور فردی و گروهی پرداخته‌اند. در این میان هیچ‌کدام از پژوهش‌ها به درمان مادر و کودک به طور هم‌زمان نپرداختند، از این رو، مداخله روان‌شناختی هم‌زمان بر روی مادر و کودک، هدف این پژوهش قرار داده شد.

یکی از روش‌های درمان روان‌شناختی کودک که می‌توان والد را نیز وارد آن فعالیت کرد، بازی‌درمانی است که فعالیتی لذت‌بخش برای کودک محسوب می‌شود و وارد کردن والد او در این فرآیند می‌تواند نتایج درمانی بهتری را به بار آورد (براتون، ری، راین و جونز^{۱۹}، ۲۰۰۵). پژوهش‌های متعددی در زمینه بازی‌درمانی انجام شده است که حکایت از تأثیرگذاری آن بر طیف وسیعی از اختلالات روان‌شناختی و مشکلات رفتاری و عاطفی از جمله اضطراب، فزون‌کنشی و نقص توجه، افسردگی و سوگ کودکان دارد (براتون و همکاران، ۲۰۰۵؛ جونز و لندرث^{۲۰}، ۲۰۰۲؛ جنتیان، نوری،

شفتی، مولوی، سماواتیان^{۲۱}، ۱۳۸۷؛ ری، اسکاتلکوروب و تی سای^{۲۲}، ۲۰۰۷؛ رضایی، پیوسته‌گر، قدیری^{۲۳}، ۱۳۹۱؛ جلالی، آقایی، مولوی و کاراحمدی^{۲۴}، ۱۳۸۷؛ محمودی قرایی، بینا، یاسمی، امامی و نادری^{۲۵}، ۱۳۸۵). به طور خاص، در حیطه بازی درمانی و قصه‌درمانی کودکان مبتلا به سرطان نیز نتایج نشان داده‌اند که این درمان‌ها بر کاهش افسردگی و اضطراب و افزایش احساسات مثبت و سطح سازگاری کودکان مبتلا به سرطان مؤثر است (زارع‌پور و همکاران، ۱۳۸۸؛ بزمی و نرسی^{۲۶}، ۱۳۹۱؛ کریمی‌نسب^{۲۷}، ۱۳۸۹؛ صفدری^{۲۸}، ۱۳۹۲؛ چری، هیریساو و آپاجی^{۲۹}، ۲۰۱۳). در این پژوهش، هدف، آزمودن اثربخشی بازی درمانی والد - کودک بر نشانگان افسردگی کودک، استرس ادراک شده مادر و رابطه والد - کودک بود.

روش پژوهش

جامعه: جامعه آماری حاضر شامل کودکان (دختر و پسر) ۷ تا ۱۱ ساله مبتلا به سرطان و بستری در بیمارستان دولتی اطفال مشهد (دکتر شیخ) در سال‌های ۱۳۹۳ و ۱۳۹۴ و مادران آن‌ها است.

نمونه: گروه آزمایش و گروه کنترل هر کدام شامل ۱۴ مشارکت‌کننده (۷ کودک و ۷ مادر) است. در این پژوهش به علت نبود امکان استفاده از روش‌های نمونه‌گیری تصادفی، از روش نمونه‌گیری در دسترس استفاده شد و توزیع مشارکت‌کنندگان در گروه مداخله و کنترل به صورت تصادفی از نوع قرعه‌کشی بدون جایگزینی انجام شد.

معیارهای ورود نمونه شامل موارد ذیل است: دوره سنی مذکور، محرز بودن تشخیص سرطان در آن‌ها، بر اساس گرفتن شرح حال از مادر و اطلاعات موجود در پرونده پزشکی، بیماری مزمن دیگری در کودک و یا اعضای خانواده وجود نداشته باشد. بدین علت که مفروض است میزان استرسی که والد و کودک تجربه می‌کنند، در صورت وجود بیماری مزمن یا سرطان در عضو دیگر خانواده افزایش می‌یابد. در آخر این‌که مادر هر روز به مدت دو هفته متوالی در کنار کودک حضور داشته باشد. لازم به ذکر است به علت محدودیت در نمونه‌گیری، امکان تقسیم‌بندی کودکان بر حسب نوع سرطان وجود نداشت.

ابزار پژوهش

مقیاس استرس ادراک شده^{۳۰}: این مقیاس سه نسخه ۴، ۱۰ و ۱۴ آیتمی دارد. کوهن، کمرچ و مرملاشتین^{۳۱} (۱۹۸۳)، با انجام پژوهشی به بررسی مشخصات روان‌سنجی هر سه نسخه این مقیاس پرداختند. آلفای کرونباخ نسخه ۱۴ آیتمی ۰/۸۴ بود. در مطالعه‌ای که توسط قربانی و همکاران صورت گرفت، آلفای کرونباخ در نمونه ایرانی ۰/۸۱ محاسبه گردید (نقل از نیسیانی حبیب‌آبادی،

نشاط‌دوست، مولوی، سیدبنکدار^{۳۲}، ۱۳۹۰). هم‌چنین روایی عاملی این مقیاس طبق پژوهش صفایی و شکر^{۳۳} (۱۳۹۳)، تایید شده و مقادیر ضرایب همسانی درونی برای عوامل خودکارآمدی ادراک شده، درماندگی ادراک شده و نمره کلی استرس ادراک شده به ترتیب برابر با ۰/۸۰، ۰/۶۰ و ۰/۷۶ به دست آمده است. در این پژوهش از نسخه ۱۴ آیتی استفاده شد و توسط مادران کودکان مبتلا به سرطان تکمیل شد. نمره‌گذاری این پرسش‌نامه به این صورت است که براساس طیف ۵ درجه‌ای لیکرت، (هیچ = صفر، کم = ۱، متوسط = ۲، زیاد = ۳ و خیلی زیاد = ۴) امتیاز تعلق می‌گیرد. عبارات ۴، ۵، ۶، ۷، ۹، ۱۰، ۱۳ به طور معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. کمترین نمره کسب شده صفر و بیشترین نمره ۵۶ است. نمره بالاتر نشان‌دهنده استرس ادراک شده بیشتر است.

مقیاس افسردگی کودکان^{۳۴}: این یک مقیاس خودسنجی است که توسط کوکس در سال ۱۹۷۷ برای سنجش علائم شناختی، رفتاری و عاطفی افسردگی کودکان و نوجوانان ۷ تا ۱۷ ساله طراحی شد. دارای ۲۷ سؤال است که از صفر تا ۲ نمره‌گذاری می‌شود. نمره صفر نشان‌دهنده فقدان نشانه، نمره یک بیانگر نشانه متوسط و نمره ۲ بیانگر وجود نشانه آشکار است، در نتیجه دامنه نمرات از صفر تا ۵۴ است که نمرات بالاتر نشان‌دهنده افسردگی بیشتر است (نقل از مشهدی، سلطانی‌شال، میردورقی، بهرامی^{۳۵}، ۱۳۹۱). در پژوهش دهشیری، نجفی، شیخی و حبیبی‌عسگرآباد^{۳۶} (۱۳۸۸) اعتبار بازآزمایی و همسانی درونی این پرسش‌نامه به ترتیب برابر با ۰/۸۲ و ۰/۸۳ بود و همبستگی بین پرسش‌نامه افسردگی کودکان، مقیاس افسردگی کودکان و پرسش‌نامه افسردگی بک به ترتیب برابر با ۰/۷۹، ۰/۸۷ محاسبه شد که بیانگر روایی همگرایی پرسش‌نامه افسردگی کودکان است. در پژوهش حاضر این پرسش‌نامه توسط درمانگر برای کودکان مبتلا به سرطان خوانده شده و کودکان به پرسش‌های آن پاسخ می‌دادند.

مقیاس ارتباط والد - کودک^{۳۷}: این مقیاس توسط بیاننا^{۳۸} برای اولین بار در سال ۱۹۹۴ ساخته شد و شامل ۳۳ ماده می‌باشد که ادراک والدین را در مورد رابطه آن‌ها با کودک می‌سنجد. این پرسش‌نامه توسط طهماسیان در سال ۱۳۸۶، ترجمه و روایی آن نیز توسط متخصصین ارزیابی شده است. این مقیاس شامل حوزه‌های تعارض (۱۷ ماده)، نزدیکی (۱۰ ماده)، وابستگی (۶ ماده) و رابطه مثبت کلی (مجموع تمامی حوزه‌ها) می‌باشد که هر کدام به ترتیب با ضرایب آلفای کرونباخ ۰/۸۴، ۰/۶۹، ۰/۴۶، ۰/۸۰ از اعتبار مناسبی برخوردار بودند. سؤالات ۳۰، ۲۹، ۱۶، ۱۳، ۱۰، ۸، ۶، ۵، ۱ عامل نزدیکی، سؤالات ۲۰، ۲۲، ۱۸، ۱۵، ۱۱، ۹ عامل وابستگی و سؤالات ۳۳، ۳۲، ۳۱، ۲۸، ۲۷، ۲۶، ۲۵، ۲۴، ۲۳، ۲۱، ۱۹، ۱۷، ۱۴، ۱۲، ۷، ۴، ۳، ۲ عامل تعارض را می‌سنجند. مقیاس رابطه والد - کودک یک پرسش‌نامه خودگزارش‌دهی است و نمره‌گذاری آن براساس مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت (نمره ۵ برای قطعا صدق می‌کند و نمره ۱ برای قطعا صدق نمی‌کند) می‌باشد. این پرسش‌نامه توسط مادر یا مراقب تکمیل می‌شود (نقل از عابدی شاپورآبادی، پورمحمدرضای تجریشی، محمدخانی و

فرضی^{۳۹}، (۱۳۹۱). به منظور تسهیل محاسبات و تحلیل‌ها، نمرات عامل تعارض و عامل وابستگی به صورت معکوس نمره‌گذاری شدند، بنابراین در هر سه عامل، افزایش نمره، نشان‌دهنده بهبود است و همین‌طور افزایش نمره کلی نشان‌دهنده بهبود در رابطه والد - کودک می‌باشد.

روند اجرای پژوهش

پس از کسب مجوزهای لازم جهت اجرای پژوهش، پرسش‌نامه رابطه والد - کودک و استرس ادراک شده به مادران داده شد. سپس پرسش‌نامه افسردگی کودک برای کودک‌شان خوانده شد و پاسخ‌ها ثبت گردید. همچنین اطلاعات دموگرافیک و فرم رضایت آگاهانه توسط مادران تکمیل شد. گروه کنترل نیز به همین صورت پرسش‌نامه‌ها را تکمیل کرده و پس از دو هفته پس‌آزمون از آن‌ها گرفته شد.

هر مادر و کودک گروه آزمایش پس از تکمیل اطلاعات وارد فرآیند درمان ۸ جلسه‌ای بازی‌درمانی کودک - والد در محل بخش هماتولوژی بیمارستان دکتر شیخ شدند. این جلسات برای هر زوج مادر و کودک به صورت انفرادی انجام گرفت. هر کدام از این جلسات بین ۶۰ تا ۷۵ دقیقه به طول می‌انجامید که معمولاً ۴۵ دقیقه به بازی و ۱۵ دقیقه آخر به بازخورد دادن به مادر اختصاص داده شد. برای قسمت‌های آموزشی مانند تن‌آرامی عضلانی و آموزش فنون رفتاری و رابطه‌ای جزوات آموزشی در نظر گرفته شد. مشارکت‌کنندگان در هفته اول پنج جلسه و در هفته بعد سه جلسه درمان دریافت کردند و پس از اجرای درمان پس‌آزمون گرفته شد. لازم به ذکر است که پس از پایان پژوهش امکان شرکت مادران گروه کنترل در گروه آموزشی فرزندپروری و یا گروه‌درمانی وجودی در محل بیمارستان فراهم شد؛ همچنین کودکان‌شان به همراه کودکان گروه آزمایش، در بازی‌های اتاق بازی بخش هماتولوژی شرکت کردند.

در کل تعداد ۳۴ کودک و مادر جهت بازی‌درمانی وارد فرآیند مداخله شدند. از این تعداد ۲ کودک به دلیل فوت کردن، ۴ مورد به دلیل ترک بیمارستان و ۴ مورد به دلیل وخیم شدن حال جسمی کودک و عدم توانایی ادامه درمان، از پروسه دریافت مداخله حذف شده و در نهایت ۱۴ کودک و مادر فرآیند درمان را به اتمام رسانده و داده‌های آن‌ها مورد تحلیل قرار گرفت.

محتوای ۸ جلسه بازی‌درمانی کودک - والد به صورت کلی

رویکرد کلی درمان

برنامه درمانی این پژوهش ترکیبی از بازی‌درمانی خانوادگی^{۴۰} و فرزنددرمانی^{۴۱} است و فعالیت‌ها با رویکرد شناختی - رفتاری و انسان‌گرایانه انتخاب شده‌اند. تمام بازی‌ها با مشارکت مادر و کودک انجام می‌شود و مادر نیز از فعالیت‌های انجام شده در برنامه درمان منتفع می‌شود. نوع فعالیت‌هایی

که انتخاب شده‌اند مانند تن‌آرامی، تصویرسازی مثبت، داستان‌گویی و... به گونه‌ای است که تأثیرات مثبتی بر مادر نیز بگذارد و هیجان‌ها و رنج‌های روان‌شناختی او را نیز نشانه بگیرد. فرزنددرمانی، درمانی است که درمانگر با استفاده از آن به والدین آموزش داده و بر عملکرد آن‌ها نظارت می‌کند تا بیاموزند چگونه جلسات بازی غیر هدایت‌کننده‌ای با کودکان خود داشته باشند (دروز^{۴۲}، ترجمه رضانی، ۱۳۸۹). طبق مقاله ون فلیت^{۴۳} (۲۰۱۱)، در فرزنددرمانی از نظریات انسان‌گرایانه، رفتاری، بین‌فردی، شناختی، تحولی و نظریه سیستمی استفاده شده است. بازی‌درمانی خانوادگی نیز یک رویکرد درمانی خلاقانه است که کودکان را وارد فرآیند درمان در زمینه سیستم خانواده می‌کند (مک مونیگل^{۴۴}، ۲۰۰۸) و شامل والدین به عنوان مشارکت‌کننده در درمان می‌شود (در این رویکرد والدین و کودک - تمام اعضای خانواده - مراجع به حساب می‌آیند). این نوع بازی‌درمانی خانواده‌محور است و کودک تسهیل‌گر والدین و والدین تسهیل‌گر کودک هستند. به وسیله آموزش زبان بازی به کودک، ارتباط بهتر بین کودک و والد تسهیل می‌شود. این نوع بازی طرح‌ریزی شده است تا والدین و کودک آگاهی بیشتری نسبت به همدیگر پیدا کنند (مکس ول^{۴۵}، ۲۰۱۲).

محتوای جلسات

جلسه ۱: شناسایی احساسات (عکس، پانتومیم)، ساخت کاردستی (اشرفی‌نیا^{۴۶}، ۱۳۹۱) (کامل کردن آن پس از پایان جلسه توسط مادر و کودک به عنوان تکلیف جلسه)، آموزش تن‌آرامی عضلانی به مادر (گرینبرگ^{۴۷}، ترجمه دهقانی و همکاران، ۱۳۸۷). (هدف: آموزش احساسات و نحوه ابراز آن‌ها، افزایش حس کارآمدی کودک، کاهش تنش عضلانی مادر).

جلسه ۲: بازی قصه کلمه احساسی (کداسن و شفر^{۴۸}، ترجمه صابر و وکیلی، ۱۳۸۹)، تصویرسازی دشت سبز (لیبن^{۴۹}، ترجمه زاده‌محمدی، ۱۳۸۹)، آموزش انعکاس احساس به مادر به صورت جزوه آموزشی (ابدین^{۵۰}، ترجمه امین‌زاده، ۱۳۹۰). (هدف: شناخت بیشتر هیجانات و مسیر درست ابراز آن‌ها در موقعیت‌های داستانی نزدیک به زندگی کودک، آرامش‌دهی به مادر و کودک و تخلیه هیجانی و آموزش مهارت به مادر جهت بهبود رابطه با کودک).

جلسه ۳: بازی کلمه قصه مرا حدس بزن (کداسن و شفر، ترجمه صابر و وکیلی، ۱۳۸۹)، صحبت راجع به ویژگی‌های مثبت کودک، تکلیف نقاشی چیزهایی که به خود می‌بالم (لیبن، ترجمه زاده‌محمدی، ۱۳۸۹)، دادن بازخورد به مادر (کشف احساسات کودک راجع به مسائل مختلف پیرامون بیماری، بیمارستان، اعضای خانواده، مسائل مدرسه و... راهنمایی کودک و مادر به سمت نکات مثبت و توانایی‌هایی در خویشتن که از آن‌ها غافل‌اند و افزایش مهارت مادر در رابطه با انعکاس احساس).

جلسه ۴: بازی حباب هیجان (کداسن و شفر، ترجمه صابر و وکیلی، ۱۳۸۹)، تصویرسازی مغازه سحرآمیز (لیبن، ترجمه زاده محمدی، ۱۳۸۹)، آموزش بیان احساس خود به مادر به صورت جزوه آموزشی (ابدین، ترجمه امین زاده، ۱۳۹۰) (آموزش تنفس درست با استفاده از حباب ساز، افزایش هیجانات مثبت، صحبت راجع به آرزوها و فانتزی‌های دوست‌داشتنی کودک و مادر، افزایش مهارت مادر در رابطه با کودک).

جلسات ۵ تا ۷: بازی کودک محور با وسایل پزشکی، عروسک‌های دستی خانواده، حیوانات (لندرث، ترجمه داورپناه، ۱۳۹۰)، آموزش اصول مدیریت رفتاری به مادر؛ تشویق و تنبیه (جهان‌شاهی فرد^{۵۱}، ۱۳۸۹؛ فابر و مازلیش^{۵۲}، ترجمه معتکف، ۱۳۹۰؛ کوولی^{۵۳}، ترجمه اهوازیان، ۱۳۸۹؛ گاتمن^{۵۴}، ترجمه بلوچ، ۱۳۹۱؛ ابدین، ترجمه امین زاده، ۱۳۹۰). دادن بازخورد به مادر (تخلیه هیجانی و اشکارسازی دغدغه‌های کودک در رابطه با بیماری و خانواده، رهاسازی خشم و آموزش راه‌های کنار آمدن و یا حل دغدغه‌ها و کنترل‌پذیر بودن یا نبودن آن‌ها و افزایش مهارت مادر در رابطه با کودک).

جلسه ۸: قصه آدم برفی، نقاشی داستان، تصویرسازی ذهنی با موضوع انتخابی کودک، آماده‌سازی برای پایان درمان (اشاره به این مسئله که در هر مشکل یا اتفاق ناخوشایندی می‌توان نقاط مثبتی یافت، آرام‌سازی کودک و مادر و ایجاد جو مثبت جهت پایان درمان، مرور نکات مهم همراه با مادر).

روش تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش

داده‌های گردآوری شده از اجرای پرسش‌نامه‌ها در پیش‌آزمون و پس‌آزمون، با استفاده از نرم‌افزار تحلیل آماری SPSS نسخه ۱۶، مورد بررسی قرار گرفتند. ابتدا برای نشان دادن اطلاعاتی مانند ویژگی‌های جمعیت‌شناختی از آمار توصیفی (فراوانی، درصد فراوانی، میانگین و انحراف استاندارد) و سپس برای استنباط داده‌ها از آزمون تحلیل کواریانس به منظور کنترل اثر پیش‌آزمون بهره گرفته شد.

یافته‌های پژوهش

تعداد کل شرکت‌کنندگان در پژوهش ۲۸ نفر (۱۴ مادر و ۱۴ کودک) است که از این میان ۷ زوج مادر و کودک در گروه آزمایش و ۷ زوج مادر و کودک در گروه کنترل گمارش شدند. شاخص‌های توصیفی مربوط به اطلاعات جمعیت‌شناختی شرکت‌کنندگان یعنی جنسیت کودک، سن کودک و سن مادر در جدول ۱ آمده است. نتایج آزمون خی‌دو نشان داد تفاوت معناداری بین دو گروه کودکان در مورد متغیر جنسیت ($\chi^2=0/31, p<0/05$) و سن ($\chi^2=1/47, p<0/05$) وجود ندارد. در دو گروه مادران نیز نتیجه آزمون خی‌دو تفاوت معناداری را از لحاظ سن مادران نشان

نمی‌دهد ($\chi^2=1/83, p<0/05$). همچنین میانگین مدت زمان ابتلا به بیماری برای گروه آزمایش و کنترل به ترتیب ۸۴۷/۱۴ و ۵۵۵/۷۱ روز بود که نتایج آزمون تی مستقل نشان داد از جهت این متغیر تفاوت معناداری بین گروه‌ها وجود ندارد ($t=0/90, p<0/05$).

جدول ۱: اطلاعات جمعیت‌شناختی مشارکت‌کنندگان به تفکیک گروه

گروه کنترل (n=۷)		گروه آزمایش (n=۷)		متغیرها	
درصد (%)	فراوانی (n)	درصد (%)	فراوانی (n)		
۷۱/۴	۵	۵۷/۱	۴	پسر	جنسیت
۲۸/۶	۲	۴۲/۹	۳	دختر	
۴۲/۹	۳	۵۷/۱	۴	۷ تا ۸ سال	سن کودک
۱۴/۳	۱	۲۸/۶	۲	۹ تا ۱۰ سال	
۴۲/۹	۳	۱۴/۳	۱	۱۱ تا ۱۲ سال	
۴۲/۹	۳	۷۱/۴	۵	۲۷ تا ۳۲ سال	سن مادر
۱۴/۳	۱	۱۴/۳	۱	۳۳ تا ۳۷ سال	
۱۴/۳	۱	-	-	۳۸ تا ۴۲ سال	
۲۸/۶	۲	۱۴/۳	۱	۴۳ تا ۴۷ سال	

جدول ۲ شاخص‌های توصیفی مربوط به متغیر افسردگی کودک، استرس ادراک شده مادران و رابطه والد - کودک را نشان می‌دهند. بر اساس داده‌های مندرج در جدول مذکور، تفاوت‌هایی در میانگین نمرات افسردگی کودکان، استرس ادراک شده مادران و رابطه والد - کودک در بین دو گروه آزمایش و کنترل در مرحله پیش‌آزمون دیده می‌شود. آزمون تی مستقل نشان داد تفاوت موجود در نمرات پیش‌آزمون افسردگی کودکان ($t=0/64, p<0/05$)، استرس ادراک شده مادران ($p<0/05$)، و رابطه والد - کودک ($t=0/15, p<0/05$) و رابطه والد - کودک ($t=0/29, p<0/05$) بین دو گروه معنادار نیستند.

جدول ۲: شاخص‌های توصیفی نمرات افسردگی کودک، استرس ادراک شده مادران و رابطه

والد - کودک دو گروه در پیش‌آزمون و پس‌آزمون

گروه کنترل (n=۷)		گروه آزمایش (n=۷)		شاخص‌های توصیفی	
انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	متغیر	
۵/۰۶	۲۷/۵۷	۴/۸۸	۲۹/۲۸	پیش‌آزمون	افسردگی کودکان
۴/۶۱	۲۸	۶/۶۷	۲۱/۴۲	پس‌آزمون	
۱۰/۹۳	۲۸/۸۵	۹/۴۶	۲۹/۷۱	پیش‌آزمون	استرس ادراک شده مادران
۹/۷۵	۲۹/۷۱	۶/۳۷	۲۸/۵۷	پس‌آزمون	
۲۶/۱۵	۱۱۳/۵۷	۲۲/۸۶	۱۱۷/۴۲	پیش‌آزمون	رابطه والد - کودک
۲۲/۸۴	۱۱۰/۲۸	۱۴/۶۳	۱۲۶/۷۱	پس‌آزمون	

سپس، به منظور مقایسه نمرات پس‌آزمون شرکت‌کنندگان دو گروه آزمایش و کنترل در افسردگی کودکان، استرس ادراک شده مادران و رابطه والد - کودک، از آزمون تحلیل کواریانس تک‌متغیری برای هر یک از متغیرها استفاده شد. پیش از انجام تحلیل‌ها، نرمال بودن توزیع داده‌ها در هر سه متغیر با آزمون کالموگروف/ اسمیرنوف تایید شد ($p < 0/05$). مفروضه همگنی شیب رگرسیون با معنادار نبودن اثر تعاملی گروه و نمرات پیش‌آزمون افسردگی کودکان ($p < 0/05$)، $F = 0/49$ ؛ اثر تعاملی گروه و نمرات پیش‌آزمون استرس ادراک شده مادران ($F = 2/80, p < 0/05$) و همچنین اثر تعاملی گروه و نمرات پیش‌آزمون رابطه والد - کودک ($F = 0/00, p < 0/05$) بر نمرات پس‌آزمون تأیید شد. به علاوه، مفروضه همگنی واریانس‌ها برای هر یک از سه متغیر فوق از طریق آزمون لوین مورد تأیید قرار گرفت ($p < 0/05$). در ادامه نتایج آزمون تحلیل کواریانس تک‌متغیری با کنترل اثر نمرات پیش‌آزمون افسردگی کودکان، استرس ادراک شده مادران و رابطه والد - کودک، ارائه می‌گردد.

جدول ۳: نتایج تحلیل کواریانس تک‌متغیری مربوط به نمرات افسردگی کودکان

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	سطح معناداری	اندازه اثر	توان آزمون
پیش‌آزمون	۳۵۳/۵۹		۳۵۳/۵۹	۹۲/۳۴	۰/۰۰۱	۰/۸۹	۱/۰۰
گروه	۲۴۱/۰۶	۱	۲۴۱/۰۶	۶۲/۹۵	۰/۰۰۱	۰/۸۵	۱/۰۰
خطا	۴۲/۱۱	۱۱	۳/۸۲				
کل	۵۴۶/۸۵	۱۳					

نتایج مندرج در جدول ۳ نشان می‌دهد پس از کنترل اثر نمرات پیش‌آزمون، اثر گروه بر نمرات پس‌آزمون افسردگی کودکان نیز معنادار می‌باشد ($\eta^2 = 0/85, p < 0/001, F(1,11) = 62/95$). به عبارت دیگر، بین مشارکت‌کننده‌های دو گروه آزمایش و کنترل در میانگین نمرات افسردگی در مرحله پس‌آزمون تفاوت معناداری وجود دارد. بر اساس داده‌های توصیفی مندرج در جدول ۲ نمرات پس‌آزمون افسردگی برای گروه آزمایش به طور معناداری کمتر از گروه کنترل می‌باشد. نمره افسردگی کودکان مبتلا به سرطان که بازی درمانی کودک - والد را دریافت کرده‌اند، کمتر از گروه کنترل است.

جدول ۴: نتایج تحلیل کواریانس تک‌متغیری مربوط به نمرات استرس ادراک شده مادران

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	سطح معناداری	اندازه اثر	توان آزمون
پیش‌آزمون	۷۲۶/۹۰		۷۲۶/۹۰	۹۰/۶۲	۰/۰۰۱	۰/۸۹	۱/۰۰
گروه	۱۱/۲۵	۱	۱۱/۲۵	۱/۴۰	۰/۲۶	۰/۱۱	۰/۱۹
خطا	۸۸/۲۳	۱۱	۸/۰۲				
کل	۸۱۹/۷۱	۱۳					

براساس نتایج آزمون تحلیل کواریانس تک‌متغیری در جدول ۴، پس از کنترل اثر نمرات پیش‌آزمون، اثر گروه بر نمرات پس‌آزمون استرس ادراک شده مادران معنادار نیست ($\eta^2 = 0/11$)، $F(1,11) = 1/40, p < 0/05$. به عبارت دیگر، بین مشارکت‌کننده‌های دو گروه آزمایش و کنترل در میانگین نمرات استرس ادراک شده مادران در مرحله پس‌آزمون تفاوت معناداری وجود ندارد. بنابراین نمرات استرس ادراک شده مادران در پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون تغییر معناداری نداشته است.

جدول ۵: نتایج تحلیل کواریانس تک‌متغیری مربوط به نمرات رابطه والد - کودک

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	سطح معناداری	اندازه اثر	توان آزمون
پیش‌آزمون	۳۸۶۵/۴۸	۱	۳۸۶۵/۴۸	۷۷/۱۱	۰/۰۰۱	۰/۸۷	۱/۰۰
گروه	۶۴۳/۷۲	۱	۶۴۳/۷۲	۱۲/۸۴	۰/۰۰۴	۰/۵۳	۰/۹۰
خطا	۵۵۱/۳۶	۱۱	۵۰/۱۲				
کل	۵۳۶۱/۵۰	۱۳					

نتایج مندرج در جدول ۵ نشان می‌دهد پس از کنترل اثر نمرات پیش‌آزمون، اثر گروه بر نمرات پس‌آزمون رابطه والد - کودک نیز معنادار می‌باشد ($\eta^2 = 0/53$)، $F(1,11) = 12/84, p < 0/01$. به عبارت دیگر، بین مشارکت‌کننده‌های دو گروه آزمایش و کنترل در میانگین نمرات رابطه والد - کودک در مرحله پس‌آزمون تفاوت معناداری وجود دارد. بر اساس داده‌های توصیفی مندرج در جدول ۲ نمرات پس‌آزمون رابطه والد - کودک برای گروه آزمایش به طور معناداری بیشتر از گروه کنترل است. بنابراین نمره پرسش‌نامه رابطه والد - کودک کودکان مبتلا به سرطان که بازی‌درمانی کودک - والد را دریافت کرده‌اند، بهتر از گروه گواه است.

بحث و تفسیر

هدف از پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی بازی‌درمانی والد - کودک بر کاهش نشانگان افسردگی کودکان مبتلا به سرطان، استرس ادراک شده مادران آن‌ها و بهبود رابطه والد - کودک بود. یافته حاصل از تحلیل کواریانس نشان داد که نشانه‌های افسردگی کودکان مبتلا به سرطان که بازی‌درمانی والد - کودک را دریافت کرده بودند، نسبت به گروه کنترل کمتر شده بود، بنابراین می‌توان نتیجه گرفت بازی‌درمانی والد - کودک می‌تواند بر کاهش نشانه‌های افسردگی کودکان مبتلا به سرطان مؤثر باشد.

نتایج پژوهش حاضر همسو با نتایج تحقیقات تو، لندرت، جوینر و سالت^{۵۵} (۲۰۰۲)، حاتمی، یوسفی‌لویه و دلاور^{۵۶} (۱۳۹۱) و زارع‌پور و همکاران (۱۳۸۸) است. در پژوهش تو و همکاران (۲۰۰۲)،

روش فرزنددرمانی توانست از طریق افزایش توانایی تصمیم‌گیری کودکان، افسردگی آن‌ها را به طور معناداری کاهش دهد. حاتمی و همکاران (۱۳۹۱)، با تأکید بر فنون آگاهی و ابراز هیجانات مختلف توانستند تأثیر بازی‌درمانی گروهی بر افسردگی کودکان را تأیید کنند. در پژوهشی زارع‌پور و همکاران (۱۳۸۸)، با استفاده از بازی‌های هنرمحور، عزت‌نفس و اعتماد به نفس پایین کودکان افسرده مبتلا به سرطان را هدف قرار دادند و در نهایت منجر به کاهش افسردگی کودکان شد.

نشانه‌های رایج تمام اختلالات افسردگی، وجود غم، احساس پوچی، خلق تحریک‌پذیر، همراه با تغییرات جسمانی و شناختی است که به طور معناداری ظرفیت فرد برای کارکردهایش را تحت تأثیر قرار می‌دهد (DSM-V، ۲۰۱۳). مداخله‌درمانی که در پژوهش حاضر به کار گرفته شد، شامل فعالیت‌هایی بود که احتمالاً بر برخی از نشانه‌های رایج افسردگی تأثیر گذاشته و در بهبود آن‌ها کمک کرده است. به عنوان مثال، در فعالیت تصویرسازی ذهنی، کودکان ناچار بودند تمرکز کنند، تا بتوانند جزئیات بیشتری را در ذهن مجسم کنند. این تصویرسازی‌ها با احساس لذت، افزایش توانایی در تصمیم‌گیری و آزادسازی احساسات منفی و مثبت همراه بود. همچنین انجام این فعالیت قبل از خواب، به دلیل ایجاد فضای آرام، احتمالاً به کودکان در کاهش مشکلات خواب کمک می‌کرد.

بازی‌های شناسایی و ابراز احساسات، همچنین بازی با وسایل پزشکی، عروسک‌های خانواده و حیوانات احساسات و نگرانی‌های کودک را راجع به بیماری و خانواده آشکار می‌ساخت و احتمالاً از این طریق بر خلق کودک تأثیر گذاشته است، کودک در خلال این بازی‌ها می‌توانست آزادانه از دغدغه‌های خود سخن بگوید و برای آن‌ها همدلی دریافت و در صورت امکان راهکار پیدا کند. لازم به ذکر است سعی شده بود در انتخاب هیجان‌ها، تعادل میان هیجانات مثبت و منفی حفظ شود.

ارتقای حس توانمندی، عزت‌نفس، احساس ارزشمندی، قدرت تمرکز و توجه و تصمیم‌گیری احتمالاً از طریق فعالیت‌هایی چون ساخت کاردستی و شناسایی ویژگی‌های مثبت کودک و مادر و نقاشی آن رخ داده است. بازی حباب هیجان که در اصل جهت آموزش تنفس درست طراحی شده است، احتمالاً به علت شاد بودن و آموزش تنفس صحیح توانسته است بر خلق کودک به ویژه در هنگام نگرانی، درد و ترس اثر مثبت بگذارد. در مرحله بعد از کودک خواسته می‌شد توانمندی و ویژگی‌های مثبت خاص مادرش را بیان کند و از مادر نیز خواسته می‌شد در مورد کودک به این پرسش پاسخ دهد. این پاسخ‌ها فضای مثبتی را میان مادر و کودک ایجاد و به بهبود رابطه‌شان نیز کمک می‌کرد.

در پژوهش حاضر، فرآیند دیگری که احتمالاً برنامه بازی‌درمانی از آن طریق بر نشانگان افسردگی کودکان مبتلا به سرطان مؤثر بوده، تصحیح رابطه والد - کودک است. طبق نظر ویلم شارست^{۵۷} (۲۰۰۹) و کلارک، جانسن و کلوی^{۵۸} (۲۰۱۲)، سطح ابراز هیجانی پایین و شیوه‌های فرزندپروری نادرست نیز یکی از عوامل خطر ابتلا به افسردگی کودکان محسوب می‌شود.

یافته دیگر پژوهش حاضر بیانگر این امر بود که بازی‌درمانی والد - کودک نتوانست استرس ادراک شده مادران کودکان مبتلا به سرطان را به طور معنادار کاهش دهد. این نتیجه با نتایج پژوهش ری (۲۰۰۸)، تو و همکاران (۲۰۰۲) و صدری^{۵۹} (۱۳۹۲) همسو نیست. لازم به ذکر است پژوهشی که متغیر وابسته آن استرس ادراک شده والدین باشد و از بازی‌درمانی به عنوان روش مداخله استفاده شود، یافت نشد و در پژوهش‌های نام‌برده از مقیاس استرس والدینی^{۶۰} برای سنجش میزان استرس والد استفاده شده است. پرسش‌نامه استرس والدینی از لحاظ ارزیابی احساسات والدین درباره فرآیند والدگری و افکارشان در مورد فرزندشان، بسیار شبیه به پرسش‌نامه رابطه والد - کودک است که در پژوهش حاضر از آن استفاده شده است.

بر اساس تحقیقات پیشین، از جمله واحدیان عظیمی، اصغری جعفرآبادی، پیامی بوسری و کشفی^{۶۱} (۱۳۹۱) و بهرام‌خانی، علی‌پور، جان‌بزرگی و برزگرقاضی^{۶۲} (۱۳۹۰)، برای کاهش میزان استرس ادراک شده مادران، فعالیت‌هایی مانند تن‌آرامی عضلانی و تصویرسازی‌های ذهنی انتخاب شد. هم‌چنین با آموزش فنون ارتباط با کودک مسائل استرس‌زای روزمره مادران در رابطه با کودکان مانند عدم تمایل کودکان به غذا خوردن، مقاومت در مصرف داروها و قشقرق‌های فراوان هدف قرار گرفت. با این حال به نظر می‌آید که چنین آموزشی در کاهش استرس ادراک شده مادران مؤثر نبوده است. یکی از دلایل، کوتاه بودن زمان درمان (دو هفته) و فشرده بودن جلسات است. این امر فرصت آموزش بیشتر، ابراز هیجانات، حل و فصل هیجانات منفی و بیشتر شدن توانایی کنترل هیجانات را برای مادر کاهش داد. هم‌چنین فشرده بودن جلسات باعث می‌شد مادران زمان کافی برای اجرای تمرینات تن‌آرامی و تصویرسازی ذهنی و هم‌چنین تکالیف مربوط به جلسات را نداشته باشند. دلیل احتمالی دیگر اقامت دائم مادران در بیمارستان است. محیط بیمارستان و شرایط حاکم بر آن بسیار استرس‌زاتر از آن است که تمرینات تن‌آرامی و تصویرسازی ذهنی بتواند به تنهایی بر آن تأثیر معنادار بگذارد.

به نظر می‌رسد تدوین برنامه جامع‌تری لازم است که به طور موازی از مادر حمایت روانی شود، زیرا استرسی که این والدین تجربه می‌کنند شدیدتر از استرس والدین کودکان سالم، کودکان مبتلا به سندرم داون (دوکارولی و سگن^{۶۳}، ۲۰۱۴؛ ماساده، کالیر و هال^{۶۴}، ۲۰۱۲) و کودکان دارای ناتوانی‌های جسمی (هانگ، وو و یه^{۶۵}، ۲۰۰۴) است. طبیعت پیش‌بینی‌پذیر نبودن بیماری، لزوم مراقبت ۲۴ ساعته از کودک، مشاهده مرگ کودکانی که هم‌زمان در بیمارستان بستری هستند و دشوار شدن رسیدگی به دیگر نقش‌های زندگی (همسری، مادری، شغلی، فرزندی و...)، می‌تواند اثربخش بودن درمان را در حیطه استرس ادراک شده مشکل کند. هم‌چنین به علت دست و پنجه نرم کردن با استرس مربوط به مرگ فرزندان و با توجه به پژوهش‌هایی که پیشتر در مورد اثربخشی درمان وجودی و هیجان‌محور بر این مادران ذکر شد (تورن و همکاران، ۲۰۱۴؛ لعل‌زاده، ۱۳۹۴؛

دهقانی نیشابوری، ۱۳۹۱) به نظر می‌رسد وارد کردن عناصر درمان وجودی و هیجان‌محور در مداخله، می‌تواند به پیشبرد درمان کمک کند. لازم به ذکر است با توجه به توان آماری پایین آزمون محاسبه شده، به نظر می‌رسد معنادار نشدن این بخش از نتایج تا حدی به علت حجم کم نمونه نیز بوده است.

یافته سوم پژوهش حاضر نشان می‌دهد که رابطه کودک مبتلا به سرطان با مادرش، پس از دریافت بازی‌درمانی والد - کودک، نسبت به گروه گواه بهبود یافت؛ بدین معنی که بازی‌درمانی والد - کودک می‌تواند در بهبود رابطه والد - کودک در کودکان مبتلا به سرطان و مادران‌شان مؤثر باشد. نتایج این پژوهش با پژوهش‌های استاور و گورنی^{۶۴} (۱۹۶۷)، براتون و همکاران (۲۰۰۵) و صادقی^{۶۷} (۱۳۹۳) همسو است. بازی‌درمانی‌هایی که بر رابطه والد - کودک مبتنی هستند؛ مانند فرزنددرمانی و CPRT بر آموزش مادر در رابطه چگونگی انعکاس به کودک (رفتار، گفتار، احساس) و تقویت حس همدلی او، سپس آموزش چگونگی حد و مرز تعیین کردن برای کودکان استوارند. پذیرش کودک مؤلفه‌ای اصلی در این روش‌های درمانی است. در پژوهش حاضر نیز به آموزش مباحث انعکاس احساس، چگونگی بیان احساس خود به کودک و تکنیک‌های مدیریت رفتاری کودک پرداخته شد و در کل به نظر می‌رسد چنین آموزش‌هایی بر بهبود رابطه والد - کودک مؤثر بوده است. پژوهش حاضر با محدودیت‌هایی چون حجم کم نمونه، زمان کوتاه درمان، عدم امکان در نظر گرفتن انواع مختلف سرطان در تحلیل‌ها و محاسبه نتایج، عدم پیگیری نتایج درمان پس از پایان درمان روبه‌رو بود. بر اساس یافته‌ها پیشنهاد می‌شود، منابع استرسی مادران کودکان مبتلا به سرطان ایرانی مورد بررسی قرار گیرد تا بتوان روان‌درمانی‌های متناسب تدوین کرد. هم‌چنین با توجه به انواع سرطان‌ها و احتمالاً تجربه مشکلات متفاوت والدین، بهتر است در بررسی‌های بعدی به این مهم توجه شود.

پی‌نوشت‌ها

1. Zareapour, FalahiKhoshknab, Kashi, Biglarian & Babashahabi
2. Pek, Chan, Yeoh, Quah, Tan & Aung
3. Satin, Linden & Phillips
4. Swallow & Jacoby
5. Barakat, Kazak, Meadows, Casey, Meeske & Stuber
6. Van der Geest, van den Heuvel-Eibrink, Passchie, van den Hoed-Heerschop, Pieters & Darlington
7. Khanjari, Seyedfatemi, Borji & Haghani
33. Safaei & Shokri
34. Child Depression Inventory
35. Mashhadi, Soltani Shal, Mir-doraghi & Bahrami
36. Dehshiri, Najafi, Shikhi & Habibi Askarabad
37. Parent-Child Relationship Scale
38. Pianta
39. Abedi Shapourabadi, Pourmohamad rezaye Tajrishi, Mohamadkhani & Farzi
40. Family play therapy

8. Dehghani Neishabouri
9. Kazak
10. Thurn, Brandstatter, Fensterer, Kuchenh off & Fegg
11. La'lzadeh
12. Lotfi Kashani, Vaziri, Arjmand, Mousavi & Hashemieh
13. Dekhoda, Bahmani, Dekhoda, Naghiyae, Alimohamadi & Goudarzipour
14. Farrokhnia, Shahidi & Fathabadi
15. Redd, Montgomery & Du Hamel
16. Hawkins, Lossi, Ewart, Hatira, Kosmidis & Varvutsi
17. Kuttner, Bowman & Teasdale
18. Accardi & Milling
19. Bratton, Ray, Rhine & Jones
20. Jones & Landereth
21. Janatian, Nouri, Shafti, Molavi & Samavatyan
22. Ray, Schottelkorb & Tsai
23. Rezaee, Peivastegar & Ghadiri
24. Jalali, Aghaee, Molavi & Karahmadi
25. Mahmoudi Gharaei Bina, Yasemi, Emami & Naderi
26. Bazmi & Nersi
27. Kariminasab
28. Safdari
29. Chari, Hirisave & Appaji
30. Perceived Stress Scale
31. Cohen, Kamarch & Mermelstein
32. Neissiani Habib Abadi, Neshat Doost, Molavi & Seied Bonakdar
41. Filial therapy
42. Drewes
43. Van Fleet
44. Mc Monigle
45. Maxwell
46. Ashrafinia
47. Greenberg
48. Kaduson & Schaefer
49. Liebmann
50. Abidin
51. Jahanshahi Fard
52. Faber & Mazlish
53. Cowley
54. Gottman
55. Tew, Landreth, Joiner & Solt
56. Hatami, Yousefi Louieh & Delavar
57. Wilmshurst
58. Clark, Jansen & Cloy
59. Sadri
60. Parenting Stress Index
61. Vahedian Azimi, Asghari jafarabadi, Payami Bousari & Kashshafi
62. Bahram Khani, Ali Pour, Jan bozorgi & Barzegar Ghazi
63. De Caroli & Sagone
64. Masa'Deh, Collier & Hall
65. Hung, Wu & Yeh
66. Stover & Guerny
67. Sadeghi

منابع

- ابدین، ر. (۱۹۹۶). *راهنمای جامع والدین در تربیت سالم کودک*. ترجمه ا. امین‌زاده (۱۳۹۰). تهران: انتشارات ارجمند.
- اشرفی‌نیا، س. (۱۳۹۱). *مقوا در مقوا*. تهران: کانون پرورش فکر کودکان و نوجوانان.
- بزمی، ن. و نرسی، م. (۱۳۹۱). اثر تکنیک‌های بازی‌درمانی در کاهش اضطراب و افزایش احساسات مثبت و سطح سازگاری عمومی در کودکان ۹ تا ۱۲ ساله مبتلا به سرطان خون. *نشریه مطالعات روان‌شناختی دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی دانشگاه الزهراء*، ۸ (۴) ۱۳۰-۱۰۷.
- بهرام‌خانی، م.، علی‌پور، ا.، جان بزرگی، م. و بزرگر قاضی، ک. (۱۳۹۰). اثربخشی تنش‌زدایی تدریجی عضلانی بر تنیدگی ادراک شده بیماران مبتلا به فشار خون. *مجله روان‌شناسی بالینی*، ۳ (۱) ۸۸-۷۹.

- جلالی، س.، آقایی، ا.، مولوی، ح. و کاراحمدی، م. (۱۳۸۷). تأثیر بازی‌درمانی گروهی بر هراس خاص کودکان ۵ تا ۱۱ ساله مراجعه‌کننده به درمانگاه‌های علوم پزشکی اصفهان. *دانش و پژوهش در روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان*، ۳۸(۴۰) - ۲۵.
- جنتیان، س.، نوری، ا.، شفتی، ع.، مولوی، ح. و سماواتیان، ح. (۱۳۸۷). اثربخشی بازی در کاهش شدت علائم بیش‌فعالی / کمبود توجه دانش‌آموزان پسر ۹ تا ۱۱ ساله مبتلا به ADHD. *تحقیقات علوم رفتاری*، ۶(۷) - ۱۱۸-۱۰۹.
- جهانشاهی فرد، س. (۱۳۸۹). *تکنیک‌های فرزندپروری*. تهران: انتشارات ارجمند.
- حاتمی، ز.، یوسفی‌لوپه، م. و دلاور، ع. (۱۳۹۱). تأثیر بازی‌درمانی گروهی بر کودکان افسرده. *مشاور مدرسه*، ۷(۴) - ۲۶-۲۰.
- خنجری، ص.، سیدفاطمی، ن.، برجی، س. و حقانی، ح. (۱۳۹۲). تأثیر آموزش مهارت‌های مقابله بر کیفیت زندگی والدین کودکان مبتلا به لوسمی. *مجله دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی تهران (حیات)*، ۱۹(۴) - ۲۵-۱۵.
- دروز، آ. (۲۰۰۴). *ترکیب بازی‌درمانی با رفتاردرمانی شناختی*. ترجمه غ. رضانی (۱۳۸۹). تهران: نشر وانی.
- دهشیری، غ.، نجفی، م.، شیخی، م. و حبیبی عسگرآباد، م. (۱۳۸۸). بررسی مقدماتی ویژگی‌های روان‌سنجی پرسش‌نامه افسردگی کودکان. *فصلنامه خانواده‌پژوهی*، ۵(۱۸) - ۱۷۷-۱۵۹.
- دهقانی نیشابوری، م. (۱۳۹۱). *گروه‌درمانی هیجان‌مدار برای مادران کودکان سرطانی: سهم سبک‌های مقابله و سوگ پیش از موعد در بهزیستی روان‌شناختی*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد رشته روان‌شناسی بالینی، دانشگاه فردوسی مشهد.
- رضایی، ز.، پیوسته‌گر، م. و قدیری، ف. (۱۳۸۴). اثربخشی بازی‌درمانی شناختی رفتاری به همراه مشارکت والدین در کاهش ترس اجتماعی کودکان. *مجله علوم رفتاری*، ۶(۴) - ۱۶-۱۵.
- زارع‌پور، ا.، فلاحتی خشک‌ناب، م.، کاشانی‌نیا، ز.، بیگلریان، ا. و باباشهبایی، ر. (۱۳۸۸). بررسی تأثیر بازی‌درمانی گروهی بر میزان افسردگی کودکان مبتلا به سرطان. *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی کردستان*، ۱۴(۳) - ۷۲-۶۴.
- صادقی، ا. (۱۳۹۳). *اثربخشی بازی‌درمانی مبتنی بر رویکرد CPRT بر کاهش مشکلات رفتاری کودکان پیش‌دبستانی و افزایش خودکارآمدی والدگری، کیفیت تعامل والد - کودک و افزایش شادکامی در مادران*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد رشته روان‌شناسی عمومی، دانشگاه فردوسی مشهد.
- صدری، ا. (۱۳۹۲). *اثربخشی مدل درمانی رویکرد DIR، فلورنایم مبتنی بر خانواده بر بهبود نشانگان نافرمانی مقابله‌ای کودکان و کاهش استرس مادران*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد رشته روان‌شناسی بالینی، دانشگاه فردوسی مشهد.
- صفایی، م. و شکری، ا. (۱۳۹۳). *سنجش استرس در بیماران سرطانی: رولای عاملی مقیاس استرس ادراک شده در ایران*. *روان‌پرستاری*، ۲۲(۱) - ۱۳-۲۲.
- صدری، ز. (۱۳۹۲). *مقایسه اثربخشی قصه و بازی‌درمانی بر کاهش اضطراب کودکان سرطانی*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد رشته روان‌شناسی بالینی، دانشگاه فردوسی مشهد.
- عابدی شاپورآبادی، ث.، پورمحمدرضای تجربی، م.، محمدحانی، پ. و فرضی، م. (۱۳۹۱). *اثربخشی برنامه گروهی والدگری مثبت بر رابطه مادر - کودک در کودکان با اختلال بیش‌فعالی/نارسایی توجه*. *مجله روان‌شناسی بالینی*، ۴(۳) - ۷۳-۶۳.
- فابر، آ. و مازلیش، ا. (۱۹۸۰). *به بچه‌ها گفتن از بچه‌ها شنیدن*، ۲. ترجمه ن. معتکف (۱۳۹۱). تهران: انتشارات دایره.
- فرخ‌نیا، م.، شهیدی، ش. و فتح‌آبادی، ج. (۱۳۹۰). *بررسی تأثیر مداخلات شناختی در کاهش شدت درد، پریشانی و بهبود کیفیت زندگی موقعیتی کودکان مبتلا به سرطان*. *مجله روان‌شناسی بالینی*، ۳(۲) - ۴۲-۳۵.
- کداسن، جی. اچ. و شفر، ئی. اس. (۱۹۹۷). *برگزیده‌ای از روش‌های بازی‌درمانی*. ترجمه س. صابر و پ. وکیلی (۱۳۸۹). تهران: انتشارات ارجمند.

- کریمی‌نسب، ا. (۱۳۸۹). *اثربخشی قصه‌درمانی بر کاهش افسردگی کودکان سرطانی*. پایان‌نامه مقطع کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه فردوسی مشهد.
- کوولی، س. (۲۰۰۴). *تشویق کودکان به رفتار صحیح*. ترجمه ز. اهوازیان (۱۳۸۹). تهران: رشد.
- گاتمن، ج. (۱۹۹۷). *پرورش هوش هیجانی در کودکان*. ترجمه ح. بلوچ (۱۳۹۱). تهران: انتشارات رشد.
- گرینبرگ، ج. اس. (۱۹۸۳). *کنترل فشار روانی*. ترجمه م. دهقانی و همکاران (۱۳۸۷). تهران: انتشارات رشد.
- لطفی کاشانی، ف.، وزیری، ش.، ارجمند، س.، موسوی، س. و هاشمیه، م. (۱۳۹۱). *اثربخشی مداخله معنوی بر کاهش پریشانی مادران کودکان مبتلا به سرطان*. *نشریه اخلاق پزشکی*، ۶(۲) ۱۸۶ - ۱۷۳.
- لعل‌زاده، ا. (۱۳۹۴). *بررسی اثربخشی گروه‌درمانی وجودی بر کاهش اضطراب، افسردگی و استرس ادراک شده در مادران کودکان سرطانی*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد رشته مشاوره خانواده، دانشگاه فردوسی مشهد.
- لنדרت، گ. (۱۹۹۱). *بازی‌درمانی: هنر برقراری ارتباط*. ترجمه ف. داورپناه (۱۳۹۰). تهران: انتشارات رشد.
- لیبمن، م. (۱۹۸۶). *هنردرمانی ویژه گروه‌ها*. ترجمه ع. زاده‌محمدی (۱۳۸۹). تهران: نشر قطره.
- محمودی قرایی، ج.، بینا، م.، یاسمی، م.، امامی، آ. و نادری، ف. (۱۳۸۵). *اثر بازی‌درمانی گروهی بر نشانه‌های مرتبط با سوگ و آسیب ناشی از واقعه زلزله در کودکان ۳ تا ۶ ساله*. *مركز تحقیقات روان‌پزشکی و روان‌شناسی*، ۱۶(۲) ۱۴۲ - ۱۳۷.
- مشهدی، ع.، سلطانی‌شال، ر.، میردورقی، ف. و بهرامی، ب. (۱۳۹۱). *ویژگی‌های روان‌سنجی مقیاس چندبعدی اضطراب کودکان*. *فصلنامه روان‌شناسی کاربردی*، ۱۶(۱) ۸۷ - ۷۰.
- نیسیانی حبیب‌آبادی، ف.، نشاط‌دوست، ح. ط.، مولوی، ح. و سیدبنکدار، ز. (۱۳۹۰). *اثربخشی درمان شناختی - رفتاری مدیریت استرس بر استرس ادراک شده زنان مبتلا به لوپوس اریتماتوز سیستمیک*. *تحقیقات علوم رفتاری*، ۹(۳) ۲۲۸ - ۲۲۲.
- واحدیان عظیمی، ا.، اصغری جعفرآبادی، م.، پیامی بوساری، م. و کشافی، م. ب. (۱۳۹۱). *تاثیر آرام‌سازی پیش‌رونده عضلانی بر استرس درک شده بیماران مبتلا به انفارکتوس قلبی: کارآزمایی بالینی تصادفی شده*. *مجله علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی زنجان*، ۲۰(۹) ۲۷ - ۱۸.

- Abedi Shapourabadi, A., Pourmohamadrezaye Tajrishi, M., Mohamadkhani, P., & Farzi, M. (2012). [Effectiveness of group training positive parenting program (triple-P) on parent-Child relationship in children with attention deficit/ hyperactivity disorders]. *Journal of Clinical Psychology*, 3 (15), 63-73 [in Persian].
- Abidin, R. R. (1996). *Early Childhood Parenting Skills: A Program Manual for the Mental Health Professional* (A. Aminzadeh. Trans.). Tehran: Arjmand Publication [in Persian].
- Accardi, M. C., & Milling, L. S. (2009). The effectiveness of hypnosis for reducing procedure-related pain in children and adolescents: a comprehensive methodological review. *Journal of Behavioral Medicine*, 32(4), 328-339.
- Ashrafinia, S. (2012). [*Corton in Carton*]. Tehran: Kanoun Parvareh Fekri Koudak va Nojavan Publication [in Persian].
- Bahram Khani, M., Ali Pour, A., Jan bozorgi, M., & Barzegar Ghazi, K. (2011). [Effectiveness of Muscle Progressive Relaxation on Perceived Stress in Patients with Essential Hypertension]. *Journal of Clinical Psychology*, 3(1) 79-88 [in Persian].
- Barakat, L. P., Kazak, A. E., Meadows, A. T., Casey, R., Meeske, K., & Stuber, M. L. (1997). Families surviving childhood cancer: A comparison of posttraumatic stress

- symptoms with families of healthy children. *Journal of Pediatric Psychology*, 22(6) 843-859.
- Bazmi, N., Nersi, M., (2013). [The effect of play therapy' Techniques on reduction of anxiety and increasing of positive feeling as well as general adjustment level in children suffering blood cancer in Tehran city]. *Quarterly Journal of Psychological Studies*, 8(4) 107- 130 [in Persian].
- Bratton, S., Ray, D., Rhine, T., & Jones, L. (2005). The efficacy of play therapy with children: A Meta-analytic review of the outcome research. *Professional Psychology: Research and Practice*, 36(4) 376-390.
- Chari, U., Hirisave, U., & Appaji, L. (2013). Exploring play therapy in pediatric oncology: A preliminary endeavor. *Indian Journal of Pediatrics*, 80(4) 303-308.
- Clark, M., Jansen, k., & Cloy, A. (2012). Treatment of childhood and adolescent depression. *American Family Physicians*, 86(5) 442-448.
- Cohen, S., Kamarch, T., & Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24(4) 385-396.
- Cowley, S. (2004). *Getting your little darlings to behave* (Z. Ahwazian, Trans.). Tehran: Rasesh Punlication [in Persian].
- De Caroli, M., & Sagone, E. (2014). Stress and support in relation to parental self: A comparison between mothers of children in cancer treatment and mothers of healthy children. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 114(2014) 211 – 215.
- Dehghani Neishabouri, M. (2012). *Emotional oriented group psychotherapy for mothers of children diagnosed with cancer: Contribution of coping styles and anticipatory grief in psychological well-being*. Master thesis in clinical psychology, Ferdowsi University of Mashhad [in Persian].
- Dehkhoda, A., Bahmani, B., Dehkhoda, A., Naghiyae, M., Alimohamadi, F., & Goudarzipour, K. (2013). Spiritually-Oriented Cognitive Therapy in Reduction of Depression Symptoms in Mothers of Children with Cancer. *Iranian Rehabilitation Journal*, 11(17) 53 – 58.
- Dehshiri, G. R., Najafi, M., Shikhi, M., & Habibi Askarabad, M. (2009). [Investigating primary psychometric properties of children's depression inventory (CDI)]. *Journal of Family Research*, 5(2) 159-177 [in Persian].
- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-Fifth Edition (DSM-5)*. (2013). USA: American Psychiatric Association publication
- Drewes, A. A. (2009). *Blending Play Therapy with Cognitive Behavioral Therapy: Evidence-Based and Other Effective Treatments and Techniques* (G. Ramezani, Trans.). Tehran: Vania Publication [in Persian].
- Faber, A. & Mazlish, E. (1980). *How to Talk so Kids Will Listen & Listen so Kids Will Talk* (N. Motakef, Trans.). Tehran: Daiereh Publication [in Persian].
- Farrokhnia, M., Shahidi, S., & Fathabadi, J. (2011). [Study of cognitive intervention effects in reducing pain intensity, distress and improvement of situation-related life quality of children with cancer]. *Journal of Clinical Psychology*, 3 (2) 35-42 [in Persian].
- Gottman, J. (1997). *How to Raise an Emotionally Intelligent Child* (H. R. Balouch, Trans.). Tehran: Roshd Publication [in Persian].
- Greenberg, J. S. (1983). *Comprehensive stress management* (M. Dehghani, Trans.). Tehran: Roshd Publication [in Persian].

- Hatami, Z., Yousefi-Louieh, M., & Delavar, A. (2012). [The effect of group play therapy on depressed children]. *School Consultant*, 7(4) 20-26 [in Persian].
- Hawkins, P. J., Lossi, C., Ewart, B. W., Hatira, P., Kosmidis, V. H., & Varvutsi, M. (1995). Hypnotherapy for control of anticipatory nausea and vomiting in children with cancer. *Psycho-Oncology*, 4(2) 101 – 106.
- Hung, J. W., Wu, Y. H., & Yeh, C. H. (2004). Comparing stress levels of parents of children with cancer and parents of children with physical disabilities. *Psycho-Oncology*, 13(12) 898-903.
- Jahanshahi-Fard, S. (2010). [*Parenting Techniques*]. Tehran: Arjmand Publication [in Persian].
- Jalali, S., Aghaee, A., Molavi, H., & Karahmadi, M. (2010). [The Effect of Play Therapy on Phobia in 5-11 Years Old Children Who Were Referred to Clinics of Isfahan Medical Sciences University]. *Knowledge & Research in Applied Psychology*, 0(38) 25-40 [in Persian].
- Janatian, S., Nouri, A., Shafti, A., Molavi, H., & Samavatyan, H. (2009). [Effectiveness of play therapy on the bases of cognitive behavior approach on severity of symptoms of Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) among primary school male students aged 9-11]. *Journal of Research in Behavioural Sciences*, 6(7) 109-118 [in Persian].
- Jones, E. M., & Landreth, G., (2002). The efficacy of intensive individual play therapy for chronically ill children. *International journal of Play Therapy*, 11(1) 117-140.
- Kaduson, H. G., & Schaefer, C. E. (1997). *101 Favorite Play Therapy Techniques* (S. Saber, P. Vakili, Trans.). Tehran: Arjmand Publication [in Persian].
- Kariminasab, A. (2010). *The Effectiveness of Narrative Therapy on Reducing of Depression on Children with Cancer*. Master thesis in clinical psychology, Ferdowsi University of Mashhad [in Persian].
- Kazak, A. E. (2005). Evidence-based interventions for survivors of childhood cancer and their families. *Journal of Pediatric Psychology*, 30(1) 29 – 39.
- Khanjari, S., Seyedfatemi, N., Borji, S., Haghani, H. (2014). [Effect of coping skills Training on quality of life among parents of children with leukemia]. *Hayat*, 19(4) 15-25 [in Persian].
- Kuttner, L., Bowman, M., & Teasdale, M. (1988). Psychological treatment of distress, pain, and anxiety for young children with cancer. *Developmental and Behavioral Pediatrics*, 9(6) 374-381.
- La'lzadeh, E. (2015). *Effectiveness of Existential Therapy to Reducing Anxiety, Depression and Perceived Stress in Mothers of Children Diagnosed with Cancer*. Master thesis in Family Counseling, Ferdowsi University of Mashhad [in Persian].
- Landreth, G. L. (1991). *Play Therapy: The Art of the Relationship* (F. Davarpanah Trans.). Tehran: Roshd Publication [in Persian].
- Liebmann, M. (1986). *Art Therapy for Groups: A Handbook of Themes and Exercises*. (A. ZadehMohammadi, Trans.). Tehran: Ghatreh Publication [in Persian].
- Lotfi Kashani, F., Vaziri, S., Arjmand, S., Mousavi, S. M., & Hashemieh, M. (2012). [The effectiveness of spiritual intervention on promotion of quality of life in mothers of children with cancer]. *Journal of Medical Ethics*, 6(20) 125-148 [in Persian].
- Mahmoudi Gharaei, J., Bina, M., Yasemi, M. T., Emami, A., & Naderi, F. (2006). [Group play therapy effect on Bam earthquake related emotional and behavioral

- symptoms in preschool children: a before-after trial]. *Iranian Journal of Pediatrics*, 16(2) 137-142 [in Persian].
- Masa'Deh, R., Collier, J., & Hall, C. (2012). Parental stress when caring for a child with cancer in Jordan: a cross-sectional survey. *Health and Quality of Life Outcomes*, 10(88) 1-7.
- Mashhadi, A., Soltani Shal, R., Mirdoraghi, M., & Bahrami, B. (2012). [Psychometric traits of multidimensional anxiety scale for children]. *Journal of Applied Psychology*, 1(21) 70-87 [in Persian].
- Maxwell, A. (2012). Family play therapy: A play therapist handbook. *Colorado association for play therapy, spring conference*.
- Mc Monigle, C. L. (2008). Parents and children's experiences in family play therapy. Thesis for Ms Degree in Human Development. Faculty of the Virginia Polytechnic Institute and State University. Fulls church, Virginia.
- Neissiani Habib Abadi, F., Neshat Doost, H. T., Molavi, H., & Seied Bonakdar, Z. (2011). [The efficacy of cognitive-behavioral stress management therapy on perceived stress of female patients with systemic lupus erythematosus]. *Journal of Research in Behavioral Sciences*, 9(3) 222-228 [in Persian].
- Pek, J. H., Chan, Y. H., Yeoh, A. E., Quah, T. Ch., Tan, P. L., & Aung, L. (2010). Health related quality of life in children with cancer undergoing treatment: A first look at the Singapore Experience. *Annals Academy of Medicine*, 39(1) 43-48.
- Ray, D. C. (2008). Impact of play therapy on parent-child relationship stress at a mental health training setting. *British Journal of Guidance & Counselling*, 36(2) 165-187.
- Ray, D. C., Schottelkorb, A., & Tsai, M. (2007). Play therapy with children exhibiting symptoms of attention deficit hyperactivity disorder. *International Journal of Play Therapy*, 16(2) 95-111.
- Redd, W. H., Montgomery, G. H., & Du Hamel, K. N. (2001). Behavioral Intervention for Cancer Treatment Side Effects. *Journal of the National Cancer Institute*, 93(11) 810-823.
- Rezaee, Z., Peivastegar, M., Ghadiri, F. (2012). [Impact of cognitive- behavioral play therapy with parents' involvement in reducing children's social phobia]. *Journal of Behavioral Sciences*, 6(4) 15-16 [in Persian].
- Sadeghi, A. (2014). *The Effectiveness of Play Therapy (based on the CPRT approach) on Reduce Behavioural Problems of Preschool Children and Maternal Self-Efficacy, Parent-Child Relationship Quality and Happiness in The Mothers*. Master thesis in general psychology, Ferdowsi University of Mashhad [in Persian].
- Sadri, E. (2013). Effectiveness of DIR, Family Based Floor time Model, on Improving Oppositional Defiant Symptoms in Children and Decreasing Stress on Their Mothers. Master thesis in clinical psychology, Ferdowsi University of Mashhad [in Persian].
- Safaei, M., & Shokri, O. (2014). [Assessing stress in cancer patients: factorial Validity of the perceived Stress scale in Iran]. *Iranian Journal of Psychiatric Nursing*, 2(1) 13-22 [in Persian].
- Safdari, Z. (2013). *Comparison of Effectiveness of Narrative Therapy and Play Therapy on Reducing of Anxiety on Children with Cancer*. Master thesis in clinical psychology, Ferdowsi University of Mashhad [in Persian].

- Satin, J. R., Linden, W., & Phillips, J. (2009). Depression Increases Cancer Patients' Risk of Dying. *Journal of the American Cancer Society*, November 15. Retrieved from: <http://phys.org/news172131436.html>
- Stover, L., & Guernsey, B. G. (1967). The efficacy of training procedures for mothers in filial therapy. *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice*, 4(3) 110–115.
- Swallow V. M., & Jacoby, A. (2001). Mothers' evolving relationships with doctors and nurses during the chronic childhood illness trajectory. *Journal of Advanced Nursing*, 36(6) 755–764.
- Tew, K., Landreth, G. L., Joiner, K., & Solt, M. (2002). Filial therapy with parents of chronically ill children. *International Journal of Play Therapy*, 11(1) 79–100.
- Thurn, T., Brandstatter, M., Fensterer, V., Kuchenhoff, H., & Fegg, M. J. (2014). Existential behavioral therapy for informal caregivers of palliative patients: barriers and promoters of support utilization. *Palliative and Supportive Care*, 13(3) 1-10.
- Vahedian Azimi, A., Asghari jafarabadi, M., Payami Bousari, M., & Kashshafi, M. [The effect of progressive muscle relaxation on perceived stress of patients with myocardial infarction]. *Journal of Zanjan University of Medical Science*, 20 (81) 18-27 [in Persian].
- Van der Geest. I. M., van den Heuvel-Eibrink. M. M., Passchie. J., van den Hoed-Heerschop. C., Pieters. R., & Darlington. A. E. (2014). Parenting stress as a mediator of parents' negative mood state and behavior problems in children with newly diagnosed cancer. *Psycho-Oncology*, 23(7) 758–765.
- Van Fleet, R. (2011). Filial therapy: what every play therapist should know. *Magazine of the British Association of Play Therapist*, 65, 16 – 19.
- Wilmshurst, L. (2009). *Abnormal Child Psychology*. USA: Routledge.
- Zareapour, A., FalahiKhoshknab, M., Kashaninia, Z., Biglarian, A., & Babashahabi, R. (2009). [Effect of group play therapy on depression in children with cancer]. *Scientific Journal of Kurdistan University of Medical Sciences*, 14(3) 64-72 [in Persian].

Archive