

مقایسه اثربخشی آموزش برنامه فرندز و بازی درمانی بر پاسخ به درد کودکان مبتلا به سرطان

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۰۹/۱۸ - تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۱۲/۲۵

خلاصه

مقدمه

بیماری سرطان یک بیماری دردناک مخصوصا برای کودکان است. مرور پژوهش‌ها نشان از اثربخشی آموزش برنامه فرندز و بازی درمانی بر کودکان مبتلا به سرطان دارد. هدف پژوهش مقایسه اثربخشی آموزش برنامه فرندز و بازی درمانی بر پاسخ به درد کودکان مبتلا به سرطان بود.

روش کار

روش پژوهش نیمه آزمایشی و در قالب طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه می‌باشد. از کودکان ۷ تا ۱۲ سال مبتلا به سرطان بیمارستان لقمان تهران، ۵۸ نفر به عنوان نمونه انتخاب شدند. سپس گروه‌های آزمایش ۱۰ جلسه (هفته‌ای ۲ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای) تحت مداخله آموزش برنامه فرندز و بازی درمانی قرار گرفتند و گروه گواه مداخله‌ای دریافت نکرد، سپس پس‌آزمون برای هر سه گروه اجرا شد. ابزار مورد استفاده مقیاس پاسخ به درد بود. داده‌ها با روش کواریانس و آزمون تعقیبی بن فرونی تحلیل شد.

نتایج

آموزش برنامه فرندز و بازی درمانی بر پاسخ به درد کودکان مبتلا به سرطان موثر بود. مقایسه دو مداخله نشان داد اثربخشی آموزش برنامه فرندز بر پاسخ به درد بیشتر از بازی درمانی است.

نتیجه‌گیری

برای بهبود پاسخ به درد کودکان مبتلا به سرطان می‌توان از برنامه فرندز و بازی درمانی بهره گرفت اما استفاده از برنامه فرندز پیشنهاد می‌شود.

کلمات کلیدی

برنامه فرندز، بازی درمانی، پاسخ به درد، کودکان مبتلا به سرطان

پی‌نوشت: این مطالعه فاقد تضاد منافع می‌باشد.

فریبا ربیعی خالدي^۱

شهره قربان شیرودی^{۲*}

شهنام ابوالقاسمی^۳

محمد رضا زربخش بحری^۳

^۱دانشجوی دکتری روان‌شناسی سلامت، گروه روان‌شناسی،

واحد تنکابن، دانشگاه آزاد اسلامی، تنکابن، ایران

^۲دانشیار گروه روان‌شناسی، واحد تنکابن، دانشگاه آزاد

اسلامی، تنکابن، ایران (نویسنده مسئول)

^۳دانشیار گروه روان‌شناسی، واحد تنکابن، دانشگاه آزاد

اسلامی، تنکابن، ایران

Email: drshohrehshiroudi@gmail.com

مقدمه

بیماری مزمن، تأثیر عمیقی بر الگوی جهانی کودک خواهد داشت (۱). سالانه ۳ تا ۴ کودک از هر صد هزار کودک در جهان مبتلا به انواع مختلفی از سرطان‌ها می‌شوند که در این میان سرطان‌های لوسمی، لنفوم و مغز شایع‌ترین آن‌ها هستند. تب مکرر، عفونت‌های پی‌درپی و کم‌خونی پزشک را به فکر بررسی بیمار از نظر بروز سرطان می‌اندازد. بیشتر سرطان‌های کودکان به ویژه لوسمی، قابل درمان است و ۷۰ درصد از کودکان مبتلا به بیماری درمان می‌شوند (۲). طبق آخرین آمار انجمن خون و سرطان کودکان کشور سالانه ۲۵۰۰ کودک کمتر از ۱۵ سال در ایران مبتلا به سرطان می‌شوند که این تعداد تقریباً با آمارهای آمریکا و اروپا برابر است، شایع‌ترین سرطان در کودکان لوسمی و بعد از آن سرطان مغز و سلسله اعصاب مرکزی می‌باشد، تومورهای سیستم عصبی سمپاتیک مانند نوروبلاستوما و تومورهای بافت نرم و تومورهای استخوان در رتبه‌های بعدی قرار می‌گیرند که جزء ۱۰ سرطان مهم در کودکان هستند (۳).

بیماری مزمن نه تنها مشکلات جسمانی مختلفی را ایجاد می‌کند، بلکه مشکلات هیجانی، اجتماعی و عملی بسیاری نیز به همراه دارد. مطالعات همه‌گیرشناسی نرخ رو به رشد اختلالات هیجانی را در میان بیماران مزمن، نشان می‌دهد. تجارب ناخوشایند ناشی از بیماری حتی در کودکانی با بهترین سطح فعالیت می‌تواند باعث احساس گیجی، بی‌قراری، ناامیدی و اضطراب، انزوا، طرد و انگ اجتماعی شده و سازگاری آنها را در حوزه‌های مختلف تحت تأثیر قرار دهد (۴). به طور معمول نموده‌های روانشناختی و رفتاری ویژه ای در کودکان بستری در بیمارستان به دلیل بیماری‌های مزمن به ویژه سرطان، مشاهده می‌شود از جمله خستگی و کندی روانی- حرکتی (۵)، یا تنش عضلانی و بی‌قراری (۶)، آستانه تحمل کم برای درد (۶-۸) و همچنین مشکلات خواب (۹). به نظر می‌رسد این علائم یا در نتیجه اختلالات روان شناختی ایجاد می‌شوند و یا منجر به چنین اختلالاتی خواهند شد.

بنابراین ارائه به هنگام مداخلات روان شناختی به همراه

مداخلات پزشکی معمول، امری لازم و مهم خواهد بود. به دلیل این که پیامدها یا نشانه‌های روان شناختی و همین طور عوامل زمینه ای آن‌ها در کودکان و بزرگسالان تفاوت‌های بسیاری دارد، بنابراین مداخلات روان شناختی بکار گرفته شده نیز باید متفاوت از مداخلات ویژه بزرگسالان باشد. با توجه به این که روان درمانی در بزرگسالان غالباً از نوع گفت و گوهایی حمایتی است، در کودکان درمان باید به زبان کودکان باشد. در روان درمانی کودکان تلاش بر این است که کودک از حالت منفعل و تلقین پذیر خارج شده و تبدیل به فردی فعال و القاگر شود و این مقصود میسر نیست، مگر از طریق برون ریزی یا تخلیه هیجانی و همچنین آموزش به شیوه‌هایی که با ذهن و روان کودک آشنا تر هستند (۱۰).

با در نظر گرفتن این که کودکان نیازمند روش‌های درمانی مطابق با نیازهای خود هستند و همچنین با توجه به میزان شیوع اختلالات هیجانی در آن‌ها، به ویژه در کودکان مبتلا به سرطان پاسخ به درد، برنامه‌های درمانی و آموزشی فراوانی برای به‌سازی، پیشگیری و درمان مشکلات رفتاری، عاطفی و اجتماعی کودکان تدوین شده است، اما آنچه در این میان توجه پژوهش‌گران را جلب کرده است، اثر بخشی « برنامه فرزندزاد » بر کاهش اختلالات اضطرابی، افسردگی و بهبود رفتارهای اجتماعی کودکان است، به گونه‌ای که پژوهش‌ها نشان می‌دهد که برنامه فرزندزاد منجر به بهبود مشکلات رفتاری و هیجانی، مهارت‌های مقابله ای و عزت نفس در کودکان شده است و حتی بعد از گذشت ۶ سال از اجرای مداخله اثربخشی آن ماندگاری داشته است (۱۱).

یکی از گسترده‌ترین روش‌های مداخله (پیشگیرانه و درمانی) در یکی دو دهه اخیر که مورد تأیید سازمان جهانی بهداشت می‌باشد، برنامه فرزندزاد است که بر پایه رویکرد رفتار درمانی شناختی، به وسیله "پائولو بارت" در استرالیا بنا نهاده شده است (۱۲). برنامه فرزندزاد کمک می‌کند تا کودکان و نوجوانان راههای کنار آمدن با احساس ترس، نگرانی و

همچنین بازی درمانی بر بهبود خلق، کیفیت زندگی و سازگاری کودکان (۱۷)، سازگاری و احساسات مثبت (۱۸) موثر است.

بنابراین، با تمرکز بر این موضوع که کودکان مبتلا به سرطان با چالش‌ها و مشکلات فراوانی مواجه هستند و این امر می‌تواند بر سلامت روان آنان اثر گذار باشد، لازم است با مداخله و آموزش به موقع این کودکان در بهبود شیوه‌های پاسخ به درد آن‌ها اقدام کرد زیرا، پیشگیری از مشکلات رفتاری و هیجانی کودکان با مداخله به هنگام منجر به کاهش آسیب‌های احتمالی خواهد شد. بنابراین، با توجه به مطالب عنوان شده پژوهش‌گر در پی پاسخ به این پرسش است که آیا آموزش برنامه فرزند و بازی درمانی بر پاسخ به درد کودکان مبتلا به سرطان اثربخشی متفاوتی دارند؟

روش کار

روش پژوهش از بعد هدف کاربردی و از بعد شیوه اجرا، نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با دو روش پژوهش از بعد هدف کاربردی و از بعد شیوه اجرا، نیمه-آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل بود. جامعه آماری در این پژوهش شامل کلیه کودکان ۷ تا ۱۲ ساله مبتلا به سرطان مراجعه کننده به بیمارستان لقمان تهران بود که با استفاده از روش در دسترس ۴۵ نفر از آنها به عنوان نمونه پژوهشی انتخاب شد و به صورت تصادفی در سه گروه برنامه فرزند، بازی درمانی و کنترل جایگزین شدند. ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بود از سن حداقل ۷ و حداکثر ۱۲، بیماری روان شناختی جدی که تداخل دارویی و روان درمانی دریافت کرده باشند نداشته باشند (از طریق استعلام از سرپرست کودک)، عدم تداخل با درمان‌های مربوط به بیماری (از طریق استعلام از سرپرست کودک) و عدم دریافت همزمان یک روان درمانی و یا برنامه دیگر بود و ملاک‌های خروج از پژوهش نیز دریافت داروهای روان-گردان یا داروهای متاثرکننده درمان اضطراب و غیبت بیش از ۲ جلسه بود. روش اجرا بدین ترتیب بود که پرسشنامه

افسردگی را بیاموزند و زمینه‌های لازم جهت ارتقا و رشد تاب آوری هیجانی و عزت نفس آنان را فراهم می‌آورد. این برنامه با کمک به کودکان در مدیریت استرس‌های روحی و روانی از جمله ترس، نگرانی و اضطراب و هم چنین، ارتقا مهارت‌هایی برای زندگی حال و آینده آنان موثر بوده است (۱۳).

همچنین مداخله دیگر مد نظر در این پژوهش که در مقام مقایسه با برنامه آموزش فرزند قرار خواهد گرفت، بازی درمانی است. بازی وسیله‌ای طبیعی برای بیان و اظهار وجود کودک است. کودکان از طریق بازی احساسات، ناکامی‌ها و اضطراب‌های خود را بیان می‌دارند، اما علیرغم بروز آشکار کودک، بزرگسالان در بسیاری از مواقع قادر به درک احساسات و پاسخگویی مؤثر به آنها نمی‌باشند. بنابراین، شکاف ارتباطی بین کودک و بزرگسالان عمیق می‌شود. در اینجا است که بازی می‌تواند به منظور برقرار ساختن ارتباط درمانی به کار رود و بزرگسالان می‌توانند از این طریق به دنیای کودک راه یابند و بدین وسیله نه تنها می‌توان کودک را در کاهش علایم بالینی کمک نمود، بلکه می‌توان موانع رشد کودک را مرتفع ساخت. بازی، فعالیت طبیعی دوران کودکی و احتمالاً مؤثرترین وسیله یادگیری است. بازی، تمرینی برای زندگی واقعی است و انعطاف کافی را برای سازگاری با وقایع، افراد و موقعیت‌ها به وجود می‌آورد. "بازی درمانی"، رویکرد فعالی است که می‌توان آن را به طور انفرادی یا گروهی به کار برد، به گونه‌ای که به کودکان اجازه می‌دهد تا به واسطه بازی، احساسات هشیار و ناهشیارشان را آشکار سازند. در حقیقت، بازی درمانی روشی است که به یاری کودکان می‌شتابد تا بتوانند مسایل خود را به دست خویش حل کنند. در این نوع درمان، به کودک فرصت داده می‌شود تا احساسات آزردهنده و مشکلات درون خود را از طریق بازی بروز داده و آنها را به نمایش بگذارد (۱۴).

مرور پژوهش‌ها نشان می‌دهد که اجرای برنامه فرزند بر اضطراب (۱۵)، سازگاری کودکان (۱۶) موثر است؛

جدول ۱. شرح جلسات برنامه آموزشی فرزندز

ردیف	عنوان جلسه
۱	معرفی برنامه فرزندز
۲	معرفی احساسات
۳	رابطه بین افکار و احساسات
۴	یادگیری مقابله با نگرانی‌ها - تشخیص هیجان‌ها، تن آرامی و چگونگی احساس خوب
۵	یادگیری مقابله با نگرانی‌ها - توسعه خودگویی مثبت
۶	یادگیری مقابله با نگرانی‌ها - چالش با افکار منفی و غیر مفید
۷	یادگیری مقابله با نگرانی‌ها - توسعه مهارت‌های حل مسئله
۸	یادگیری مقابله با نگرانی‌ها - برنامه گام به گام و تشویق خود برای موفقیت
۹	یادگیری مقابله با نگرانی‌ها - بازی نقش و استفاده از تمرین در مهارت‌های فرزندز
۱۰	جمع‌بندی آموخته‌ها و رو به رو شدن با مشکلات بالقوه

جدول ۲. خلاصه پروتکل بازی درمانی مبتنی بر رویکرد

بازی درمانی

جلسه	عنوان جلسه
۱	ایجاد رابطه، اعتمادسازی، آشنایی بیشتر با درمانگر.
۲	برون‌ریزی هیجان‌ها با هدف کشف مسایل کودک‌کان.
۳	افزایش امیدواری، غلبه بر تنهایی و ناامیدی، بازسازی شناختی با هدف پرهیز از خودگویی‌های منفی و بررسی نقش آن‌ها در ایجاد ناامیدی.
۴	غلبه بر ناامیدی، جایگزینی افکار مثبت با منفی، کاهش انزوا، بهبود روابط اجتماعی و کاهش غم و اندوه، بهره‌گیری از خودگویی‌های مثبت در هنگام غم.
۵	امید به آینده، شادی، مهارت مقابله با هیجان‌های منفی، به اشتراک گذاشتن احساسات، تجربه فعالیت گروهی مشترک، حس ارزشمندی.
۶	آشکارسازی تعارضات، برون‌ریزی هیجان‌ها و احساسات منفی، کسب سازگاری و بهبود راهبردهای رویارویی کودک‌کان با مشکلات و نگرانی‌ها
۷	مواجهه با اضطراب ناشی از ابزارهای پزشکی، ابراز ترس‌ها و اضطراب‌ها، کاهش اضطراب و حالات هیجانی ناخوشایند

سازگاری کودک‌کان برای سه گروه پژوهشی به عنوان پیش-آزمون اجرا شد، سپس برای گروه آزمایشی ۱، برنامه فرزندز و گروه آزمایشی ۲ نیز بازی‌درمانی شناختی رفتاری توسط محقق اجرا شد اما برای گروه کنترل هیچگونه مداخله‌ای اعمال نشد (گفتنی است به منظور رعایت اخلاق پژوهشی، بعد از اتمام پژوهش و گردآوری داده‌های مورد نیاز، بازی-درمانی برای گروه کنترل نیز اجرا شد)؛ در انتها آزمون سازگاری به عنوان پس‌آزمون اجرا شد؛ بدین ترتیب داده‌های پژوهش مورد جمع‌آوری قرار گرفت و با استفاده از نرم-افزار SPSS وژن ۲۳ و آزمون‌های کواریانس و تعقیبی بن‌فرونی تحلیل شد.

ابزار پژوهش

مقیاس پاسخ به درد: پرسشنامه پاسخ به درد دارای ۶۰ عبارت است که برای اندازه‌گیری پاسخ‌های سازگاری کودک‌کان به دردهای بازگشت‌کننده طراحی شده است. برای ارزیابی سه بعد فعال، منفعل و انطباقی است که هر کدام از فصل‌ها شامل زیرمقیاس‌هایی که استراتژی‌های خاصی را برای سازگاری با درد نشان می‌دهد. از ادبیات نظری و تجربی برای تهیه این مقیاس استفاده شده است که انواع استراتژی‌ها را برای سازگاری با درد مشخص می‌کند. راهبردهای کلی این پرسشنامه شامل:

- کنار آمدن منفعلانه (زیرمقیاس‌های رفتار بی‌تعهدی، خود انزوایی، فاجعه‌انگیزی)
- کنار آمدن فعال (زیرمقیاس‌های حل کردن مشکل، جستجوی حمایت اجتماعی، استراحت، ماساژ/مقاومت، استراتژی شرایط خاص)
- کنار آمدن انطباقی (زیرمقیاس‌های پذیرش، به حداقل رساندن درد، خود تشویقی و حواس پرتی/نادیده گرفتن). زیر مقیاس پنهان کردن در هیچ کدام از این راهبردها قرار نمی‌گیرد.

نتایج

در این پژوهش ۴۵ کودک در سه گروه شرکت کرده بودند که میانگین سنی گروه فرزند ۹/۴۳ (با انحراف معیار ۱/۳۲)، گروه بازی درمانی ۹/۸۵ (با انحراف معیار ۱/۶۸) و گروه کنترل ۹/۱۲ (با انحراف معیار ۲/۰۲) بود. همچنین جنسیت کودکان در این پژوهش ۴۳ درصد پسر و ۵۷ درصد دختر بود.

۸	کاهش اضطراب، سازگار کردن کودکان با وسایل پزشکی در بیمارستان، افزایش احساس کنترل و تجربه احساسات مثبت
۹	برونی سازی و عینی سازی بیماری، غلبه بر اضطراب ناشی از ناشناخته‌های بیماری، کاهش اضطراب و آرام سازی روانی
۱۰	یکپارچه کردن دریافت‌ها، انسجام بخشی به شناخت‌ها و تعمیم آن‌ها به زندگی واقعی

جدول ۳. یافته‌های توصیفی پاسخ به درد کودکان مبتلا به سرطان به تفکیک گروه

متغیر	نوبت اجرا	برنامه فرزند		بازی درمانی		گواه	
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
کنار آمدن فعال	پیش‌آزمون	۳/۴۳	۵۱/۳۳	۳/۲۱	۵۲/۰۶	۵/۹۶	۵۴/۶۶
	پس‌آزمون	۳/۱۸	۵۱/۲۰	۳/۳۶	۵۷/۰۶	۶/۰۹	۵۹/۴۶
کنار آمدن منفعل	پیش‌آزمون	۶/۶۹	۳۶/۰۰	۶/۷۰	۳۹/۷۳	۳/۸۸	۳۸/۵۳
	پس‌آزمون	۶/۵۷	۳۶/۷۲	۶/۱۵	۲۵/۰۹	۲/۴۹	۲۳/۷۳
کنار آمدن انطباقی	پیش‌آزمون	۴/۷۵	۴۲/۰۰	۴/۸۸	۴۱/۹۳	۳/۲۲	۴۳/۰۰
	پس‌آزمون	۴/۴۵	۴۱/۶۶	۵/۴۵	۴۶/۳۳	۳/۴۵	۴۸/۰۶

جدول ۴. خلاصه تجزیه و تحلیل کوواریانس چند متغیری و تک متغیری پاسخ به درد

منبع تغییرات	تحلیل کوواریانس		تک کوواریانس		تک متغیری	
	فعال	منفعل	فعال	منفعل	فعال	منفعل
	F(۸,۶۲)	F(۲,۳۴)	F(۲,۳۴)	F(۲,۳۴)	F(۲,۳۴)	F(۲,۳۴)
متغیر مستقل	** ۱۸/۴۱۲	** ۲۴/۳۵۶	** ۱۶/۲۵۶	** ۲۴/۳۵۶	** ۲۳/۵۴۰	** ۲۳/۵۴۰
اندازه اثر (مجذور اِتا جزئی)	۰/۶۱۰	۰/۶۲۸	۰/۶۳۰	۰/۶۲۸	۰/۶۶۱	۰/۶۶۱

ابعاد پاسخ به درد (به طور کلی) توسط نوع درمان تبیین شده و تحت تاثیر قرار می‌گیرد. کنار آمدن فعال: با توجه به اینکه شاخص F محاسبه شده (۱۶/۲۵۶) بزرگتر از $F_{0/01}$ با درجات آزادی (۲,۳۴) (۵/۲۹) است، بنابراین فرض صفر مبنی بر، برابری میانگین نمره‌های پس‌آزمون در سه گروه پژوهشی، پس از حذف اثر نمره‌های پیش‌آزمون (پس‌آزمون‌های تعدیل شده)، با اطمینان ۹۹ درصد رد می‌شود.

با توجه به اینکه شاخص F محاسبه شده (۱۸/۴۱۲) بزرگتر از $F_{0/01}$ با درجات آزادی (۸,۶۲) (۲/۸۲) است بنابراین فرض صفر مبنی بر، برابری میانگین نمره‌های پس‌آزمون در سه گروه پژوهشی، پس از حذف اثر نمره‌های پیش‌آزمون (پس‌آزمون‌های تعدیل شده)، با اطمینان ۹۹ درصد رد می‌شود. $\eta^2 = 0/610$ ، به عبارت دیگر حدود ۶۱ درصد از تغییرات

درصد از تغییرات بُعد کنار آمدن منفعل توسط نوع درمان تبیین شده و تحت تاثیر قرار می گیرد.

کنار آمدن انطباقی: با توجه به اینکه شاخص F محاسبه شده (۲۳/۵۴) بزرگتر از $F_{0/01}$ با درجات آزادی (۲،۳۴) (۵/۲۹) است، بنابراین فرض صفر مبنی بر، برابری میانگین نمره های پس آزمون در سه گروه پژوهشی، پس از حذف اثر نمره های پیش آزمون (پس آزمون های تعدیل شده)، با اطمینان ۹۹ درصد رد می شود. $F_{0/01}=۱۲$ ، به عبارت دیگر حدود ۶۶/۱ درصد از تغییرات بُعد کنار آمدن انطباقی توسط نوع درمان تبیین شده و تحت تاثیر قرار می گیرد.

پیش آزمون (پس آزمون های تعدیل شده)، با اطمینان ۹۹ درصد رد می شود. $F_{0/01}=۱۲$ ، به عبارت دیگر حدود ۶۳ درصد از تغییرات بُعد کنار آمدن فعال توسط نوع درمان تبیین شده و تحت تاثیر قرار می گیرد.

کنار آمدن منفعل: با توجه به اینکه شاخص F محاسبه شده (۲۴/۳۵۶) بزرگتر از $F_{0/01}$ با درجات آزادی (۲،۳۴) (۵/۲۹) است، بنابراین فرض صفر مبنی بر، برابری میانگین نمره های پس آزمون در سه گروه پژوهشی، پس از حذف اثر نمره های پیش آزمون (پس آزمون های تعدیل شده)، با اطمینان ۹۹ درصد رد می شود. $F_{0/01}=۱۲$ ، به عبارت دیگر حدود ۶۲/۸

های پاسخ به درد جدول ۵. نتایج آزمون تعقیبی بن فرونی برای مقایسه سه گروه در مولفه

مولفه	گروه	پس آزمون های تعدیل شده	برنامه فرندز	بازی درمانی	گواه
کنار آمدن فعال	برنامه فرندز	۵۹/۱۲	-----	*-۲/۰۶	**۷/۹۲
	بازی درمانی	۵۷/۰۶	**۲/۰۶	-----	**۵/۸۶
	گواه	۵۱/۲۰	*-۷/۹۲	**۵/۸۶	-----
کنار آمدن منفعل	برنامه فرندز	۲۳/۷۳	-----	*-۱/۳۶	**۷/۴
	بازی درمانی	۲۵/۰۹	**۱/۳۶	-----	**۶/۰۴
	گواه	۳۱/۱۳	*-۷/۴	**۶/۴	-----
کنار آمدن انطباقی	برنامه فرندز	۴۸/۰۶	-----	*۱/۷۳	**۶/۴
	بازی درمانی	۴۶/۳۳	*-۱/۷۳	-----	**۴/۶۷
	گواه	۴۱/۶۶	*-۶/۴	**۴/۶۷	**۴/۶۷

* $P < 0/05$, ** $P < 0/01$

بود. نتایج نشان داد که هر دو روش آموزش برنامه فرندز و بازی درمانی بر پاسخ به درد کودکان مبتلا به سرطان موثر است و مقایسه روش ها نشان داد که اثربخشی آموزش برنامه فرندز بیشتر از بازی درمانی است. یافته های پژوهش درباره تاثیر آموزش برنامه فرندز و بازی درمانی بر پاسخ به درد با نتایج پژوهش های (۱۹، ۲۰، ۲۱، ۲۲ و ۲۳) هم سو بود. این همسویی از آن جهت است که در این پژوهش ها، هر دو متغیر آموزش برنامه فرندز و بازی درمانی تاثیر معناداری بر اختلالات روانی کودکان مبتلا به سرطان، به ویژه بهبود روش های پاسخ به درد داشتند.

میانگین نمره ابعاد پاسخ به درد، در نوبت پس آزمون، پس از حذف اثر پیش آزمون، در سه گروه پژوهشی تفاوت معناداری دارند. میانگین نمره های تعدیل شده پس آزمون ها (پس آزمون با حذف اثر پیش آزمون)، نتایج آزمون تعقیبی بن فرونی برای مقایسه دو به دو میانگین های تعدیل شده در سه گروه پژوهش و همچنین زیر گروه های همگن به تفکیک ابعاد پاسخ به درد و همچنین نمره کل در جدول شماره ۵ گزارش شده است.

بحث و نتیجه گیری

هدف پژوهش حاضر تعیین و مقایسه اثربخشی آموزش برنامه فرندز و بازی درمانی بر پاسخ به درد کودکان مبتلا به سرطان

فرزند و بازی درمانی شناختی- رفتاری، ملاک‌های مداخلات تایید شده را در مدیریت درد، در اقدامات پزشکی کودکان برآورده می‌کند. پژوهش‌های بسیاری از اثر بخشی این مداخلات در کاهش درد ناشی از اقدامات درمانی دردناک حمایت می‌کند.

آموزش برنامه فرزند در این زمینه کمک‌های قابل توجهی به کودکان می‌کند، هدف این برنامه توانمندسازی کودکان و والدین است، با توجه به این امر که زبان روزمره، راه مناسبی برای بیان هیجانات کودکان نیست و با در نظر گرفتن این مهم، که خزانه لغات کودکان محدود است و همچنین کودکان در کاربرد اصطلاحات و استعارات در بیان هیجانات خود ناتوان هستند، روش‌هایی که در آن به شیوه‌های ابرازگری به سبک کودکان، می‌پردازد، بسیار کاربردی و موثر می‌باشند. در این برنامه، کودک روش‌های تنظیم هیجان را از طریق شناسایی افکار مثبت و مفید و همچنین انجام تمرین‌های آرامش بخش، فرا می‌گیرد.

در تبیین اثر بخشی بازی درمانی مسئله حائز اهمیت این است که فرصت ایجاد مهارت‌های ارتباطی برای کودکان بستری در بیمارستان همانند محیط بازی درمانی مخصوصا در اجرای روش‌ها به شیوه گروهی، برای کودکان مبتلا به بیماری بهره فراوانی داشت. بازی درمانی این امکان را برای گروه فراهم می‌کرد که با کمک آن بتوانند احساس کنترل و تسلط را در هنگام بازی در خود تقویت کنند. بازی درمانی این امکان را برای کودکان فراهم کرد که به جای نشان دادن عصبانیت و خصومت خود در رفتارها، آن را در امنیت ایجاد شده در اتاق بازی ابراز کنند. بازی‌های لمسی با گل و نقاشی انگشتی، توانایی رها شدن و بروز احساسات درونی را برای کودک ایجاد کرد. همچنین تجارب ناشی از بازی درمانی به کودک کمک کرد تا تجربه‌های خود را سازمان دهی کند، احساسات خود را بیان کند و شیوه‌های ارتباطی خود را بشناسد، در بازی کودک می‌تواند تضادهای درونی خود را حل کرده و شروع به کسب تجربه‌های جدید نماید، افزون بر این کودک در بازی درمانی توانایی مقابله با احساس خشم

در تبیین این یافته‌ها می‌توان این گونه بیان کرد که تجربه بیماری و بستری شدن در بیمارستان برای کودکان تجربه‌ای همراه با ترس و اضطراب است. کودک در این شرایط از کلیه بستگان و دوستان خود دور می‌شود، دوری از خانه، والدین، خواهر و برادر، مدرسه و دوستان اثرات روانی ناشی از بیماری را برای کودکان تشدید می‌کند. قبل از بستری شدن در بیمارستان کودک قادر به پیش‌بینی وقایع و مسائل پیرامون خود بود، اما اکنون در این مکان ناآشنا، هیچ موقعیتی برای کودکان قابل پیش‌بینی نیست و کودک با انبوهی از رویدادهای دردناک مواجه خواهد شد. کودک بستری در بیمارستان، آزادی، توانایی کنترل بر محیط و حریم شخصی خود را از دست می‌دهد، مجبور به تبعیت از فرمان‌های دیگران شده و باید دردهای ناشی از اقدامات درمانی را تحمل کند. در فرایند درمان، اقدامات دردناک متعددی روی کودکان مبتلا به سرطان انجام می‌گیرد، مدیریت این دردها، از حقوق مهم کودکان و همچنین از اولویت‌های درمان است، ناتوانی در تسکین درد منجر به تغییراتی مهم در کیفیت زندگی کودک می‌شود، از جمله این تغییرات می‌توان عادات خوردن و خواب، اعتماد به نفس، ترس، افسردگی و ناامیدی را نام برد (۲۲). مطالعات به طور گسترده‌ای نشان داده‌اند که رابطه معکوسی بین درد و کیفیت زندگی وجود دارد، بدین گونه که افزایش درد منجر به کاهش کیفیت زندگی و کاهش درد موجب ارتقای کیفیت زندگی می‌شود. در درد و آشفتگی هیجانی، نظام‌های روانشناختی- زیستی مشترکی عمل می‌کنند، به طور کلی کودکانی که از نظر هیجانی، درماندگی و پریشانی بیشتری را تجربه کنند، دردشان هم شدیدتر و ناخوشایندتر خواهد بود. مهم‌تر این که درد، فرایند رشد و تکامل کودکان را دچار اختلال کرده و استرس ناشی از آن نیز منجر به اختلال در سیستم فیزیولوژی بدن می‌شود. با توجه به این که درد پدیده‌ای چند بعدی است و شامل مولفه‌های جسمانی، شناختی و رفتاری می‌باشد، لازم است درمان‌های مرتبط با آن هم این ابعاد را مدنظر قرار دهند. از بین راه کارهای غیر دارویی مدیریت درد در کودکان، برنامه

انتخاب‌ها دارد به طور مثال در فعالیتهای ابرهای شادی بخش کودک به تنهایی با توجه به علایق خودش بسته حمایتی را برای موارد نیاز خود طراحی می‌کند، انجام این قبیل تمرینات منجر به افزایش اعتماد به نفس و خودکارآمدی در کودکان می‌شود، احساس توانمندی و تقویت کانون کنترل درونی که از این طریق در کودکان ایجاد می‌شود به آن‌ها کمک می‌کند تا در شرایطی که با دردهای ناشی از بیماری مواجه می‌شوند، اقدامات فعالانه‌تری جهت کاهش درد انجام دهند. استفاده از روش نمونه‌گیری غیرتصادفی در این پژوهش مهم‌ترین محدودیت پژوهش بود. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های بعدی به منظور تعمیم‌دهی بهتر، از روش‌های نمونه‌گیری تصادفی استفاده شود. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی شرایط زندگی کودکان با والدین (تک‌والد یا دو‌والد) و تفاوت‌های جنسیتی کودکان مبتلا به سرطان در پاسخ‌گویی به مداخله، در نظر گرفته شود، همچنین پیشنهاد می‌شود به دلیل شرایط خاصی که خانواده‌های کودکان مبتلا به سرطان تجربه می‌کنند و عوارض روانی ناشی از این موقعیت، در پژوهش‌های آتی، روان‌درمانی گروهی برای والدین گنجانده شود، تا در فضایی حاکی از اشتراکات تجربه شده همدلی، حمایت و پذیرش بیشتری صورت گیرد.

را بدست آورده، بر اساس توان خود می‌تواند، وضعیت را تفسیر کرده و با زبان بازی و در محیطی امن، با کمک تجارب شخصی خود موضوع را منعکس کند. حضور کودک در گروه فرصتی را فراهم کرد که سایر کودکان بیمار را بشناسد و با آن‌ها ارتباط برقرار کند و احساس انزوای کمتری را تجربه کند. امنیت موجود در ارتباطات ایجاد شده در فرایند بازی درمانی، این امکان را برای کودک فراهم کرد که قدم به دنیایی بگذارد که تا پیش از این درهای آن را به روی خود بسته بود. اغلب زمانی که از کودکان مستقیماً در مورد احساساتشان پرسیده می‌شود، تمایل چندانی از طرف کودکان برای بیان احساسات خود به شیوه کلامی وجود ندارد، به این دلیل که ممکن است کودکان در برابر چنین سوالاتی حالت دفاعی گرفته و ابراز عواطف و احساسات را نوعی تهدید علیه خود به حساب بیاورند. در صورتی که زمانی که کودکان درگیر فرایند بازی درمانی می‌شوند، حالت دفاعی آنان تقلیل یافته و نسبت به ابراز احساسات خود تمایل بیشتری نشان می‌دهند. با توجه به این که در این پژوهش، اثربخشی آموزش برنامه فرزندز بیشتر از اثربخشی بازی درمانی بود، می‌توان چنین بیان کرد که مداخلات طراحی شده در برنامه فرزندز تمرکز بیشتری بر فعالیتهای عملی و مشارکت کودکان در

References

1. Chandrasekaran B, Ganesan TB. Sedentarism and chronic disease risk in COVID 19 lockdown—a scoping review. *Scottish Medical Journal*. 2021 Feb;66(1):3-10.
2. Hirsh V. Turning EGFR mutation-positive non-small-cell lung cancer into a chronic disease: optimal sequential therapy with EGFR tyrosine kinase inhibitors. *Therapeutic advances in medical oncology*. 2018 Jan;10:1758834017753338.
3. Asadzandi M. How Spiritual Health Affects Other Dimensions of Health. *Journal of Culture and Health Promotion*, 2019; 3 (2) :164-174.
4. Lam CG, Howard SC, Bouffet E, Pritchard-Jones K. Science and health for all children with cancer. *Science*. 2019 Mar 15;363(6432):1182-6.
5. Biederman J. Impact of comorbidity in adults with attention-deficit/hyperactivity disorder. *Journal of clinical Psychiatry*. 2004 Mar 1;65:3-7.
6. Elliott J, Olver I. The discursive properties of “hope”: A qualitative analysis of cancer patients’ speech. *Qualitative health research*. 2002 Feb;12(2):173-93.
7. Bishop SD. *Strategies to Enhance Creative Performance in Creative Industry Firms* (Doctoral dissertation, Walden University).
8. Tutelman, P. R., Chambers, C., & Stinson, B. (2018). International incidence of childhood cancer. *Journal of Humanistic Psychology*, 42, 89-94.

9. Picoraro JA, Womer JW, Kazak AE, Feudtner C. Posttraumatic growth in parents and pediatric patients. *Journal of Palliative Medicine*. 2014 Feb 1;17(2):209-18.
10. Luby JL, Barch DM, Whalen D, Tillman R, Freedland KE. A randomized controlled trial of parent-child psychotherapy targeting emotion development for early childhood depression. *American Journal of Psychiatry*. 2018 Nov 1;175(11):1102-10.
11. Stallard P, Taylor G, Anderson R, Daniels H, Simpson N, Phillips R, Skryabina E. The prevention of anxiety in children through school-based interventions: study protocol for a 24-month follow-up of the PACES project. *Trials*. 2014 Dec;15(1):1-6.
12. Finegold JA, Asaria P, Francis DP. Mortality from ischaemic heart disease by country, region, and age: statistics from World Health Organisation and United Nations. *International journal of cardiology*. 2013 Sep 30;168(2):934-45.
13. Liddle I, Macmillan S. Evaluating the FRIENDS programme in a Scottish setting. *Educational Psychology in Practice*. 2010 Mar 1;26(1):53-67.
14. Mohammad Eameil E. *Play therapy: theories, methods and clinical applications*. Tehran: Danjeh. 2015.
15. Batra P. *Evaluation of the Hong Kong FRIENDS intervention program for Childhood anxiety*. Alliant International University; 2013.
16. Rodgers A, Dunsmuir S. A controlled evaluation of the 'FRIENDS for Life' emotional resiliency programme on overall anxiety levels, anxiety subtype levels and school adjustment. *Child and Adolescent Mental Health*. 2015 Feb;20(1):13-9.
17. Ironson S. *Child psychopathology (3rd ed)*. New York: Guilford Press. 2013.
18. Alessandri P, Bucher A, Nice H j. Prevalence of mental disorder and psychological impairments in adolescents and young adults. *Psychological medicine*, 2015; 28(1); 109-126.
19. AzadiManesh F, Dabirian A. The effectiveness of play therapy on reducing pain in children with leukemia. *Journal of New Advances in Behavioral Sciences*, 2010; 3(23): 54-38.
20. Salari H. The effect of individual play therapy on reducing anxiety and chronic pain in children with chronic pain. *Family Research Quarterly*, 2017; 25: 123-109.
21. Guidi J, Rafanelli C, Fava GA. The clinical role of well-being therapy. *Nordic journal of psychiatry*. 2018 Aug 18;72(6):447-53.
22. Bruggers CS, Baranowski S, Beseris M, Leonard R, Long D, Schulte E, Shorter A, Stigner R, Mason CC, Bedrov A, Pascual I. A prototype exercise-empowerment mobile video game for children with cancer, and its usability assessment: developing digital empowerment interventions for pediatric diseases. *Frontiers in pediatrics*. 2018 Apr 9;6:69.
23. Linder LA, Newman AR, Stegenga K, Chiu YS, Wawrzynski SE, Kramer H, Weir C, Narus S, Altizer R. Feasibility and acceptability of a game-based symptom-reporting app for children with cancer: perspectives of children and parents. *Supportive Care in Cancer*. 2021 Jan;29(1):301-

Original Article

Comparison of the effectiveness of Friends program training and play therapy on pain response in children with cancer

Received: 09/12/2021 - Accepted: 16/03/2022

Fariba Rabeie khaledi ¹
Shohreh Ghorban Shiroudi ^{2*}
Shahnam Abolghasemi ³
Mohammad Reza Zarbakhsh Bahri [†]

¹ PhD student in health psychology,
Department of Psychology, Tonkabon
Branch, Islamic Azad University,
Tonkabon, Iran

² Associate Professor, Department of
Psychology, Tonkabon Branch, Islamic
Azad University, Tonkabon, Iran
(corresponding author)

³ Associate Professor, Department of
Psychology, Tonkabon Branch, Islamic
Azad University, Tonkabon, Iran

Email: drshohrehshiroudi@gmail.com

Abstract

Introduction: Cancer is a painful disease, especially for children. A review of research shows the effectiveness of Friends program education and play therapy on children with cancer. The aim of this study was to compare the effectiveness of Friends program training and play therapy on pain response in children with cancer.

Materials and Methods: The research method is quasi-experimental in the form of pre-test-post-test design with a control group. From children aged 7 to 12 years with cancer in Loghman Hospital of Tehran, 58 people were selected as the sample. Then the experimental groups underwent 10 sessions (2 sessions of 60 minutes per week) under the intervention of Friends program training and play therapy and the control group did not receive any intervention, then the post-test was performed for all three groups. The instrument used was the Pain Response Scale. Data were analyzed by covariance and Bonferroni post hoc test.

Results: Friends program training and play therapy were effective on pain response in children with cancer. Comparison of the two interventions showed that the effectiveness of Friends program training on pain response is greater than play therapy.

Conclusion: Friends and play therapy program can be used to improve the pain response of children with cancer, but the use of Friends program is recommended.

Key words: Friends program, play therapy, pain response, children with cancer

Acknowledgement: There is no conflict of interest