

---

**اثر تکنیک‌های بازی درمانی در کاهش اضطراب و  
افزایش احساسات مثبت و سطح سازگاری عمومی در  
کودکان ۹ - ۱۲ ساله مبتلا به سرطان خون**

---

نعیمه بزیمی\* و مهرنوش نرسی\*\*

**چکیده**

پژوهش حاضر یک مطالعه شبه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با یک گروه است که به منظور بررسی اثر تکنیک‌های بازی درمانی در کاهش اضطراب و افزایش احساسات مثبت و سطح سازگاری عمومی در میان ۳۰ کودک ۹-۱۲ ساله مبتلا به سرطان خون در مرکز طبیبی اطفال شهر تهران انجام شد که به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. سه آزمون پرسشنامه اضطراب حالتی اسپیل برگر کودکان، آزمون جملات ناتمام راتر، برای سنجش سطح احساسات مثبت و سازگاری عمومی و آزمون ترسیم آدمک رنگی روآیه برای تأیید نتایج به دست آمده از آزمون اضطراب حالتی اسپیل برگر به کار برده شد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون t در گروه‌های همبسته استفاده شد و نتایج حاصل از t در گروه‌های همبسته حاکی از تأثیر تکنیک‌های بازی درمانی در کاهش اضطراب و احساس ناایمنی و افزایش سطح سازگاری و احساسات مثبت در کودکان مبتلا به سرطان بود.

**کلیدواژه‌ها**

بازی درمانی؛ احساسات مثبت؛ اضطراب؛ سازگاری عمومی؛ کودکان مبتلا به سرطان خون

---

\*نویسنده مسئول: استادیار گروه روان‌شناسی، دانشگاه علم و فرهنگ [naemah\\_bazmi@yahoo.com](mailto:naemah_bazmi@yahoo.com)

\*\*کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی

تاریخ پذیرش: ۹۱/۱۰/۱۳

تاریخ دریافت: ۸۸/۷/۲۱

## مقدمه

بازی و بازی درمانی جایگاه پر اهمیتی در رشد، تحول و درمان اختلالات کودکان دارد. سوابق تاریخی بازی و بازی درمانی به سال‌ها پیش برمی‌گردد به طور مثال روسو (۱۷۶۲-۱۹۳۰) در قرن هجدهم درباره بازی و بازی درمانی دیدگاه تربیتی داشته، اما به مرور زمان محققان دیگر دیدگاه درمانی را نیز مطرح کردند (لنדרث، ۱۳۸۱). در نگاهی کلی می‌توان تاریخچه و تحولات بازی درمانی را به بازی درمانی به شیوه روان تحلیل‌گری بر اساس فعالیت‌های آنا فروید و ملانی کلاین، بازی درمانی رهایشی بر اساس فعالیت‌های دیوید لوی، بازی درمانی ارتباطی بر اساس فعالیت‌های جسی تافت و فردریک آلن و بازی درمانی غیر رهنمودی یا مراجع محور بر اساس فعالیت‌های کارل راجرز و ویرجینیا اکسلاین تقسیم‌بندی کرد.

بدون شک کودکان عظیم‌ترین سرمایه‌های بشری هستند و اجرای سیاست‌گذاری‌های بهداشتی و درمانی دقیق مبتنی بر تأمین سلامت جسمی و روانی آن‌ها الزامی است. یکی از مسائلی که سلامت جسمی و روانی کودکان را تهدید می‌کند ابتلا به بیماری‌های سخت و طولانی مثل سرطان است. بستری شدن کودکان در بیمارستان برای هر فردی خصوصاً کودکان ناراحت‌کننده است. جداسدن از والدین، رویارویی با شرایط ناآشنای بیمارستان و اقدامات درمانی ناخوشایند، منابع اصلی استرس برای کودکان به شمار می‌روند (کین<sup>۱</sup>، ۲۰۰۲). همچنین، تا بیست سال پیش مردم اطلاعات بسیار کمی درباره اثرات سوء بستری شدن در بیمارستان یا «ضربه بیمارستان»<sup>۲</sup> داشتند و تنها در سال‌های اخیر، متخصصان به قدرت مخرب این وضعیت پی برده‌اند (وایت<sup>۳</sup>، ۱۹۹۹).

بنابراین، در فرایند رشد، کودکان و نوجوانان ۱۴-۶ فراوانی به اختلالات سختی چون سرطان مبتلا می‌شوند (کندال، ۲۰۰۹). همه ساله هزاران کودک در سراسر دنیا، به واسطه بیماری‌های جسمانی چون سرطان در بیمارستان بستری می‌شوند و با اثرات سوء روانی ضربه بیمارستان چون افزایش اضطراب و کاهش سطح سازگاری و احساسات مثبت مواجه

- 
1. Keen
  2. Hospital trauma
  3. White

می‌شوند (اشمیت، ۱۳۸۰). کودکان دچار سرطان با مشکلات زیادی مواجه می‌شوند که از آن بین می‌توان به کاهش اعتماد به نفس و عزت نفس و افزایش احساسات منفی اشاره کرد (کندال، ۲۰۰۹). به علاوه، این مشکلات نیز می‌توانند به نوبه خود مشکلات ابتدایی را تشدید کنند و بر کنش‌وری و سازش یافتگی کودکان و نوجوانان مبتلا به سرطان تأثیر منفی داشته باشند (لوبلان و ریچی، ۲۰۰۹). به علاوه کودکان بیمار، نیاز به موقعیتی دارند که بتوانند در آن از تردیدها، ترس‌ها و آنچه نسبت به تجربه بستری شدن در ذهن دارند، سخن گفته و هیجان‌ها و تصورات خود درباره بیماری را بیان کنند (اسدی، ۱۳۸۳). در واقع بزرگسالان از کلمات برای تفکر و صحبت درباره چیزهایی استفاده می‌کنند که موجب دلواپسی آن‌ها است، در حالی که برای کودکان بازی حکم کلام را دارد و به نظر می‌رسد یکی از بهترین روش‌های موجود برای بیان هیجان است (پلانک، ۱۳۷۶). همچنین، متخصصان بازی درمان‌گر امکان مواجهه با نیازهای هیجانی، شک‌ها و تردیدها را به کودک داده و فرصت دست یافتن به راه‌هایی برای سازگاری با شرایط بیمارستانی را برای آن‌ها فراهم می‌آورند (لندرث، ۱۳۸۱).

درحقیقت، بازی یکی از ابزارهای اولیه در افزایش سطح سازگاری کودکان است که متخصصان زندگی کودک بسیار از آن استفاده می‌کنند. بازی وسیله‌ای مهم برای ابراز کردن و کنار آمدن با اضطراب و استرس است و کودکان قادر هستند از طریق بازی احساسات خود را درباره اعضای خانواده و محیط خود، بیماری و بستری شدن به خوبی بیان کنند (اکسلاین، ۱۳۷۳). بازی اساس رشد توانایی‌های جسمانی، هیجانی، اجتماعی و شناختی کودک و وسیله‌ای طبیعی برای برقراری رابطه و یادگیری است (گلدارد، ۱۳۸۲). کودک در بازی، تجارب ناخوشایندی را بارها تکرار کرده و از این طریق فعالانه بر آن تسلط می‌یابد. بازی، امکان مواجهه با نیازهای هیجانی، شک‌ها و تردیدها را به کودک می‌دهد و فرصت یافتن راه‌هایی برای سازگاری با شرایط جدید را برای او فراهم می‌آورد (کداسن، ۱۳۸۲). به علاوه، فعالیت‌های خود انگیخته و ارتجالی کودک، او را قادر می‌کند که تجربه‌ها و احساساتی را که مبنای آن تجارب هستند در ذهن خود به صورت مفهوم درآورد، به آن‌ها سازمان دهد و آن‌ها را به صورت‌هایی ملموس و عینی در آورد. بازی در این معنا، به کودک امکان می‌دهد تا موقعیت‌های آزار دهنده، تعارض‌آمیز و گیج‌کننده را برون‌ریزی کند و به عمل درآورد. کودکان خردسال فاقد تسلط بر معنای واژگان هستند، زیرا فرایندهای درکی در آن‌ها در مرحله تحول

رو به رشد است و به همین دلیل وسایل بازی مختلف برای ابراز احساسات و نگرش‌های او بسیار مناسب هستند (شن، ۲۰۰۰). همچنین، بازی فعالیتی تفریحی و شادی‌بخش است و کودک در اطاق بازی به همان اندازه از آن لذت خواهد برد، که در تخت بیمارستان می‌تواند از آن لذت ببرد (لاندگارتن، ۱۳۷۸). با توجه به نقش مهم بازی در کاهش اضطراب کودکان بستری شده در بیمارستان، برخی محققان بر آن شدند تا مطالعاتی را در این راستا انجام دهند. نتایج پژوهش‌های آن‌ها اثر بازی درمانی را در کاهش اضطراب کودکان تأیید کرده است. از جمله «کاردیو»<sup>۱</sup> (۱۹۷۴) که در مطالعه خود اثربخشی بازی درمانی را بر کودکان ۲ - ۶ ساله بستری در بیمارستان بررسی کرد، به این یافته‌ها دست یافت که پنجاه آزمودنی گروه آزمایش در مقایسه با گروه گواه کمتر مضطرب بودند، بهتر می‌خوابیدند و واپس‌روی کمتری داشتند (ممی‌یانلو، ۱۳۷۹). «آدامز»<sup>۲</sup> (۱۹۷۶) در پژوهش خود یک برنامه‌ریزی را به منظور افزایش سازگاری و بالا بردن سطح همکاری با پزشکان در کودکان مبتلا به بیماری مهلک انجام داد و به اثرات مفید بازی درمانی در کاهش سطح اضطراب پی‌برد (اسدی، ۱۳۸۳). در این راستا، «فوسون»<sup>۳</sup> و همکاران (۱۹۹۰) طی پژوهشی اثر بازی درمانی به مدت ۳۰ دقیقه را در کودکان ۵ - ۱۱ ساله بستری در بیمارستان بررسی کردند و نتایج حاکی از کاهش معنادار اضطراب کودکان در گروه آزمایشی بود (ممی‌یانلو، ۱۳۷۹).

رویکرد بازی درمانی در پژوهش حاضر، بازی درمانی غیررهنمودی یا مراجع‌محور است. هسته اصلی رویکرد کودک‌محورانه در بازی درمانی تمایل به حرکت به پیش و تحقق خویشاقت (راجرز، ۱۹۸۶). ویرجینیا اکسلاین (۱۹۷۴) مفهوم بازی درمانی را این‌گونه خلاصه کرد: تجربه بازی بدان سبب درمانی است که باعث پیدایش ارتباطی ایمن بین کودک و بزرگسال می‌شود، به گونه‌ای که کودک، آزادی و امکان بیان خویش را به شیوه خود، یعنی کاملاً به همان حالتی که در آن لحظه هست، به همان شیوه خاص خود و در زمان خود، پیدا می‌کند. اصول پایه هشتگانه اکسلاین در بازی درمانی کودک‌محور (۱۹۷۴)، عبارت هستند از:

۱. درمان‌گر باید رابطه دوستانه گرمی را با کودک ایجاد کند.

- 
1. Quardrio
  2. Adams
  3. Fosson

۲. درمان‌گر باید کودک را دقیقاً همان‌گونه که هست بپذیرد.
  ۳. درمان‌گر باید احساس آزادی و اختیار را در ارتباط برقرار کند.
  ۴. درمان‌گر باید برای شناخت احساسات ابرازشده کودک هوشیار باشد و با انعکاس آن‌ها موجب بینش کودک شود.
  ۵. درمان‌گر باید توجه عمیقی به توانایی کودک برای حل مسائل خود داشته باشد.
  ۶. درمان‌گر نباید سعی کند صحبت و رفتار کودک را به هر طریقی جهت دهد.
  ۷. درمان‌گر باید سعی کند تا در طی درمان آسیبی به کودک وارد نشود.
  ۸. درمان‌گر تنها باید محدودیت‌های ضروری برای حفظ درمان با دنیای واقعی را ایجاد کند. نگرش‌های بازی درمان‌گر در این رویکرد که اساس ارتباط درمانی را تشکیل می‌دهند و رها شدن منابع درونی کودک را برای رشد سهولت می‌بخشند عبارت هستند از اصالت (واقعی بودن)، صمیمیتی به دور از تملک (توجه و مهربانی و پذیرش گرم و صمیمانه)، و همدلی (درک همراه با احساسیت) (راجرز، ۱۹۸۶).
- در این پژوهش هدف پژوهش‌گر این بود که از طریق کاربرد مهارت‌های مشاوره‌ای مرتبط با رنگ‌انگشتی و جعبه‌شن و استراتژی‌های دیگر، آزمودنی‌های کودک را در فرایند کودک درمانی قرار بدهد. در پژوهش حاضر، روش مداخله محقق مبتنی بر اصول بازی درمانی اکسلاین (برگرفته از نظریه راجرز) بود در این رویکرد تمرکز اصلی بر کودک است نه بر مشکلات او و اگر درمان‌گر بر مشکلات متمرکز شود از خود کودک دور خواهد شد. در این روش درمانی، عامل اصلی تغییر در کودک ارتباط است نه کاربرد وسایل بازی. در واقع، آنچه که کودک در جریان درمانی می‌آموزد از طریق یادگیری تجربی و شهودی است. در طی بازی درمانی درمان‌گر به کودک توجه و احترام قائل است و کودک آن را حس کرده و آن را درونی می‌کند. ابعاد درمانی در ارتباط با بازی درمانی بر اساس احترام، پذیرش، درک و همدلی، توجه مثبت نامشروط، باور کردن کودک، صبور بودن درمان‌گر، صداقت، تمرکز درمان‌گر بر نیازها و خواسته‌های کودک، آزادی عمل دادن به کودک در تعیین جهت خود است. اهداف نهایی بازی درمانی دسترسی به نتایجی چون کسب سازگاری و مهارت‌های ارتباطی و افزایش خود پنداره مثبت، افزایش اعتماد به نفس و عزت نفس، افزایش خودپذیری، خوداتکایی، خودکترلی، خودمسئولی، خودجهت‌دهی و کاهش اضطراب بود. این اهداف از طریق ارتباط

درمانی مؤثر و اجرای مهارت‌های مشاوره‌ای چون مشاهده، انعکاس محتوا و احساس، خلاصه‌سازی، شنونده فعال بودن، همنوایی زبان بدنی، طرح سؤالات، ارائه دستورالعمل‌ها و مهارت‌های اختتامی هنگام استفاده از رنگ انگشتی و جعبه شن به دست می‌آید. با عنایت به نقش انکارناپذیر بازی در کاهش اضطراب و حالات هیجانی ناخوشایند کودکان و به‌رغم استفاده گسترده از بازی درمانگری در درمان مشکلات کودکان و با توجه به پژوهش‌های اندکی که در این زمینه در ایران انجام شده است، با این حال این شیوه هنوز جایگاه خود را در ایران به دست نیاورده است. به همین دلیل این پژوهش در صدد بود که اثربخشی بازی درمانی را در کاهش اضطراب و افزایش احساسات مثبت و سطح سازگاری عمومی در کودکان مبتلا به سرطان خون بررسی کند.

با توجه به مسأله اصلی پژوهش، اهداف کلی در این پژوهش عبارت است از کشف اصول و قواعدی که بین بازی درمانی و اثرات آن در میان کودکان مبتلا به سرطان خون برقرار است و نیز افزودن بر گنجینه دانش مربوط به بهداشت روان کودکان بستری در بیمارستان و ارائه پیشنهادهایی برای افزایش بهداشت روانی کودکان بستری شده در بیمارستان بود. اهداف ویژه این پژوهش عبارت بودند از یافتن پاسخ صحیح و علمی برای دو مسأله مطرح شده در پژوهش به شرح زیر بود:

۱- شناسایی اثرات بازی درمانی در کاهش سطح اضطراب کودکان ۹ - ۱۲ ساله مبتلا به سرطان خون بستری در بیمارستان.

۲- شناسایی تأثیر بازی درمانی بر افزایش سطح سازگاری عمومی و احساسات مثبت کودکان ۹ - ۱۲ ساله مبتلا به سرطان خون و بستری در بیمارستان.

بنابراین، در راستای اهداف فوق، این پژوهش در صدد بررسی فرضیه‌های زیر بود:

۱- اجرای تکنیک‌های بازی درمانی، در طی زمان بستری، به طور معنادار، باعث کاهش اضطراب کودکان ۹ - ۱۲ ساله مبتلا به سرطان خون می‌شود.

۲- اجرای تکنیک‌های بازی درمانی، در طی زمان بستری، به طور معنادار، باعث افزایش سطح سازگاری و احساسات مثبت در کودکان ۹ - ۱۲ ساله مبتلا به سرطان خون می‌شود.

## روش

پژوهش حاضر یک مطالعه شبه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون با یک گروه است.

جامعه آماری حاضر شامل کودکان ۹ - ۱۲ ساله مبتلا به سرطان خون و بستری در بیمارستان‌های دولتی اطفال تهران در سال ۱۳۸۷ است. در این پژوهش به علت نبود امکان استفاده از روش‌های نمونه‌گیری تصادفی، از روش نمونه‌گیری در دسترس استفاده شد. به این ترتیب گروه نمونه شامل ۳۰ کودک ۹ - ۱۲ ساله بستری در بخش بیماری‌های خون مرکز طبی اطفال تهران بود. همچنین این کودکان در قالب گروه‌های دو نفره در طی چهار هفته در ۱۲ جلسه بازی یک ساعته درمان‌گری شرکت کردند.

در این پژوهش از سه آزمون اضطراب حالتی اسپیل برگر، آزمون جملات ناتمام راتر و آزمون ترسیم آدمک رنگ استفاده شد که عبارت هستند از:

#### ۱- آزمون اضطراب حالتی اسپیل برگر

این ابزار را اسپیل برگر و همکاران در سال ۱۹۷۳ در آمریکا، برای سنجش اضطراب کودکان ۹ - ۱۲ ساله با اعتبار علمی بالا ساخته‌اند و از آن به عنوان آزمون استاندارد در پژوهش‌های مختلفی استفاده شده است. در این پژوهش تنها از بخش سنجش اضطراب حالتی استفاده شده است. به‌رغم اینکه این پرسشنامه پایایی و اعتبار بالایی دارد، مجدداً در سال ۱۳۷۹، ممی‌یانلو تحت نظر اساتید روان‌شناسی، آن را با استفاده از روش آزمون مجدد برای بررسی پایایی مطالعه کرده است و ضریب همبستگی آن را برای کودکان ایرانی معادل ۰/۸۳ محاسبه کرده است (ممی‌یانلو، ۱۳۷۹).

#### ۲- آزمون جملات ناتمام راتر

از آزمون جملات ناتمام<sup>۱</sup>، به عنوان یکی از روش‌های فرافکن در ارزشیابی شخصیت استفاده می‌شود. این آزمون در ارزشیابی تعارضات روانی، تخیلات، عواطف، بازخوردها و برداشت‌های آزمودنی و نیز نیازها، شکست‌ها و مکانیسم‌هایی که او به کار می‌برد، کاربرد فراوانی دارد. در این پژوهش، برای سنجش سازگاری عمومی و احساسات مثبت، از آزمون جملات ناتمام استفاده شد که راتر<sup>۲</sup> طراحی کرده بود. این آزمون دارای چهل عبارت ناتمام است که پس از تکمیل جملات بر اساس محتوی آن‌ها و حالات آزمودنی در هنگام اجرای

---

1. Incomplete Sentences

2. Rotter

آزمون، نمره‌گذاری می‌شود. به طور کلی بررسی کمی و کیفی جملات می‌تواند آزمون‌گر را در شناخت بسیاری از ویژگی‌های آزمودنی از جمله درجه‌سازی عمومی و احساسات مثبت یاری دهد.

### ۳- آزمون ترسیم آدمک رنگی روآیه

این آزمون را در سال ۱۹۷۷، ژاکلین روآیه<sup>۱</sup>، روان‌شناس فرانسوی، ابداع و هنجارگزینی کرده است. دادستان بررسی و هنجارگزینی آن را برای کودکان ایرانی از سال ۱۳۶۸ - ۱۳۷۴ انجام داده است (دادستان، ۱۳۷۴). به‌رغم سنجش متغیر وابسته اضطراب، این پژوهش به وسیله آزمون دارای اعتبار و پایایی کافی، برای افزایش ضریب اطمینان از نتایج به دست آمده، از آزمون ترسیم آدمک رنگی که متغیر یاد شده را در دامنه وسیع‌تری تحت پوشش خود قرار می‌دهد نیز استفاده کرده است.

در پژوهش حاضر از دو تکنیک شن‌درمانی و جعبه رنگ انگشتی در جهت کاهش اضطراب و افزایش احساسات مثبت و سطح سازگاری عمومی در کودکان ۹ - ۱۲ ساله مبتلا به سرطان خون استفاده شد. آزمودنی‌های پژوهش شامل ۳۰ کودک بستری در بیمارستان بود که به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. به علاوه، با توجه به شیوع سرطان خون و تعداد بیشتر بیماران بستری در سن ۹ - ۱۲ سال، و توانایی آن‌ها به پاسخدهی به آزمون‌ها موجب شد که کودکان مبتلا به سرطان خون در دامنه سنی ۹ - ۱۲ سال به عنوان گروه نمونه انتخاب شوند. پس از انتخاب گروه نمونه در جلسه‌ای آن‌ها با اتاق بازی درمانی که در ابعاد ۴/۵ × ۳/۵ بود و وسایل بازی آشنا شدند و توضیحات لازم به آن‌ها داده شد.

به طور کلی در این پژوهش و در طی جلسات بازی درمانی رابطه کودک - مشاور بر پایه شاخص‌های زیر بوده است که عبارت هستند از:

۱. رابطه کودک مشاور به صورت رابطه‌ای بین دنیای درونی کودک و مشاور بوده است.
۲. رابطه کودک - مشاور به صورت رابطه‌ای منحصر به فرد بوده است.
۳. رابطه کودک - مشاور به صورت رابطه‌ای بر اساس اعتماد، امنیت و اصل رازداری احترام، پذیرش، درک و همدلی، توجه مثبت نامشروط، باور کردن



کودک، صبور بودن درمان‌گر، صداقت، تمرکز درمان‌گر بر نیازها و خواسته‌های کودک، گوش کردن بوده است.

۴. رابطه کودک- مشاور به صورت رابطه‌ای غیر مستقیم و غیر مداخله‌ای بوده است.

۵. رابطه کودک- مشاور به صورت رابطه‌ای بالقوه هدفمند بوده است. بدین معنی که کودک در جریان مشاوره آزادی و حق انتخاب کامل را داشته است.

اداره جلسات به صورت روش غیرمستقیم بود، به صورتی که آزمودنی‌ها هدایت جلسه را به عهده داشتند و بازی درمان‌گر تنها در مواردی مداخله می‌کرد که آزمودنی‌ها سؤال داشتند یا نیازی احساس می‌شد. روش مداخله بازی درمان‌گری مشتمل بر گروه‌های دو نفره کودکان بود که طی چهار هفته در ۱۲ جلسه یک ساعته شرکت کردند. به منظور جلوگیری از قطع ناگهانی درمان، جلسه‌ها در هفته اول پنج جلسه، در هفته دوم چهار جلسه در هفته، در هفته سوم دو جلسه در هفته و در هفته چهارم یک جلسه در هفته برگزار شد. بازی درمانی در بخش بیماری‌های خونی مرکز طبی اطفال شهر تهران و توسط فرد متخصص در حوزه روان‌شناسی بالینی اجرا شد.

متخصص بالینی پس از ایجاد رابطه مثبت در ابتدای هر جلسه، دستورالعمل بازی را نیز برای آزمودنی‌ها مطرح می‌کرد. بازی درمان‌گر با پشت سرگذاشتن مشکلات ارتباطی نخستین مخصوصاً با چنین کودکانی، موضوع اصلی در فاصله جلسه‌های چهارم تا هشتم، نمود بیرونی پیدا کرد. در واقع آن‌ها در جلسات میانی به آشکارسازی تدریجی برخی از مشکلات و تعارضات زیربنایی خود و همچنین به برون‌ریزی هیجانات و احساسات منفی و پراکنده، احساسات دو سوگرایانه و مستقیم اقدام کردند و به مرور زمان بر طرح نمادین مشکلات خود فائق شدند. به علاوه با نزدیک شدن به جلسات پایانی درمان‌گری، اکثر کودکان توانستند تا حد چشمگیری بر مشکلات خود مسلط شوند و به دنبال آن رفتارهای اضطرابی کاهش چشم‌گیر و احساسات مثبت و سطح سازگاری عمومی افزایش جالب توجهی را نشان دادند. به طور کلی کودکان مراحل زیر را در بازی درمانی نشان دادند: احساسات منفی پراکنده که در سراسر بازی مشاهده شد، احساسات دو سوگرایانه که نشان‌دهنده حس دشمنی یا اضطراب است، احساسات منفی مستقیم یا واپس روی، احساسات دو سوگرایانه مثبت و منفی و بروز نگرش‌های مثبت، واضح و متمایز. در واقع کودکان با بازی کردن با رنگ انگشتی و شن درمانی تجارب لمسی و

جنبشی کسب می‌کنند و در ارتباط با تصورات، وقایع و موقعیت‌های پیش آمده در زمان گذشته و حال خود داستان‌هایی را بگویند. به علاوه کار با رنگ انگشتی و شن درمانی توانست به اهدافی چون، کشف وقایع و موضوعاتی در زمان‌های متفاوت و در ارتباط با بیماری و کسب تسلط و پیدا کردن راه حل درباره آن موضوعات از طریق افزایش آگاهی، افزایش شناخت و بینش درباره موضوعاتی چون بیماری، بروز احساسات منفی و متضاد، به نمایش گذاشتن فرافکنی‌ها در بازی و داستان‌های خود و کسب احساس تسلط و قدرت برسد. روش اجرای پژوهش را می‌توان در سه مرحله کلی خلاصه کرد:

۱- گرفتن آزمون‌ها قبل از آغاز جلسات بازی درمانی

۲- اجرای گروهی تکنیک‌های بازی درمانی در ۱۲ جلسه یک‌ساعته در طی چهار هفته

۳- گرفتن آزمون پس از پایان جلسات بازی درمانی

### معرفی وسایل بازی

وسایل مورد نیاز برای انجام دادن رنگ انگشتی عبارت از: جعبه رنگ انگشتی صفحات بزرگ باچر یا کاغذ مخصوص کارهای هنری، رنگ‌های آکرلیک پوستر، صفحه پلی اتیلن، ظروف رنگ برای ریختن رنگ‌های پودری و مایع (جعبه رنگ انگشتی)، پیش‌بند پلاستیکی و دسترسی به آب، یک سطح افقی برای کار بود. به علاوه وسایل مورد نیاز برای انجام دادن شن درمانی عبارت از: جعبه شن پلاستیکی با ابعاد ۷۰×۸۰ متر با عمق ۱۵ سانتیمتر، شن‌های درشت شسته شده خشک و مرطوب و تمیز، عروسک‌های انسان چون پدر، مادر، پسر بچه، دختر بچه، پزشک و پرستار، وسایل پزشکی و بیمارستانی متفاوتی چون سرنگ، جعبه کمک‌های اولیه، ماشین آمبولانس و... حیوانات اهلی و وحشی و نمادهای مختلف دیگر بود.

در این پژوهش پس از جمع‌آوری اطلاعات حاصل از اجرای پیش‌آزمون و پس‌آزمون، برای بررسی تأثیر تکنیک‌های بازی درمانی در مقایسه با خود آن‌ها از آزمون پارامتریک t برای گروه‌های همبسته استفاده شده است.

### یافته‌ها

نتایج تجزیه و تحلیل آماری در چهارچوب فرضیه‌ها عبارت هستند از:

فرضیه اول: اجرای تکنیک‌های بازی درمانی در طی زمان بستری به طور معناداری باعث کاهش اضطراب کودکان ۹ - ۱۲ ساله مبتلا به سرطان خون می‌شود.

جدول ۱: داده‌های توصیفی مربوط به پیش‌آزمون - پس‌آزمون، آزمون اضطراب حالتی اسپیل برگر

متغیر	میانگین	تعداد	انحراف معیار
اضطراب - پیش‌آزمون	۴۳/۵۷	۳۰	۸/۱۱۸
اضطراب - پس‌آزمون	۳۲/۷۷	۳۰	۷/۳۱۴

جدول ۲: t گروه‌های وابسته، مربوط به پیش‌آزمون - پس‌آزمون، آزمون اضطراب حالتی اسپیل برگر

T	سطح اطمینان	درجه آزادی
۶/۴۶۶	٪۹۹	۲۹

با توجه به میانگین پیش‌آزمون و پس‌آزمون برای آزمون یک دامنه با سطح اطمینان ٪۹۹ و با درجه آزادی (t=۶/۴۶۶) تفاوت معناداری در اجرای تکنیک‌های بازی درمانی بر کودکان ۹ - ۱۲ ساله مبتلا به سرطان خون وجود دارد، یعنی با توجه به اینکه میانگین در پیش‌آزمون بالاتر از ۴۰ یا (۴۳/۵۷) و در پس‌آزمون پایین‌تر از ۴۰ یا (۳۲/۷۷) بود، می‌توان نتیجه گرفت که اضطراب این کودکان در نتیجه اجرای تکنیک‌های بازی درمانی در طی زمان بستری، کاهش یافته است. به این ترتیب فرضیه اول پژوهش تأیید می‌شود.

فرضیه دوم: اجرای تکنیک‌های بازی درمانی در طی زمان بستری به طور معناداری باعث افزایش سطح سازگاری و احساسات مثبت در کودکان ۹-۱۲ سال مبتلا به سرطان خون می‌شود.

جدول ۳: داده‌های توصیفی مربوط به پیش‌آزمون - پس‌آزمون، آزمون جملات ناتمام راتر

متغیرها	میانگین	تعداد	انحراف معیار
سازگاری و احساسات مثبت - پیش‌آزمون	۱۰۷/۵۰	۳۰	۲۵/۴۵۸
سازگاری و احساسات مثبت - پس‌آزمون	۱۹۹/۰۷	۳۰	۵۷/۵۳۹

جدول ۴: t گروه‌های وابسته مربوط به پیش‌آزمون - پس‌آزمون، جملات ناتمام راتر

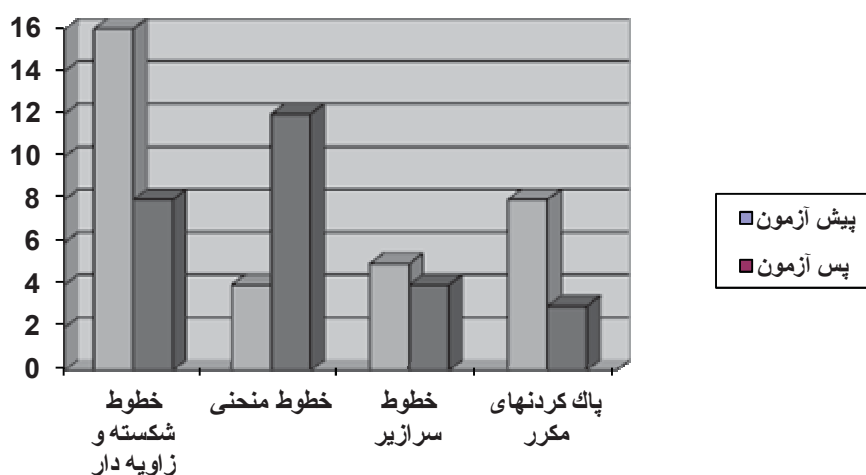
T	سطح معناداری	درجه آزادی
-۶/۰۲۳	۰/۹۹	۲۹

با توجه به میانگین پیش‌آزمون - پس‌آزمون، برای آزمون یک دامنه، با سطح اطمینان ٪۹۹ با

درجه آزادی ۲۹ و  $t=6/023$  تفاوت معناداری در اجرای تکنیک‌های بازی درمانی در افزایش احساسات مثبت و سازگاری کودکان ۹ - ۱۲ ساله مبتلا به سرطان خون و بستری در بیمارستان وجود دارد. یعنی اجرای تکنیک‌های بازی درمانی در طی زمان بستری کودکان ۹ - ۱۲ ساله مبتلا به سرطان خون باعث افزایش سطح سازگاری و احساسات مثبت در آنها شد، به این ترتیب فرضیه دوم پژوهش نیز تأیید می‌شود.

### تحلیل داده‌های جانبی

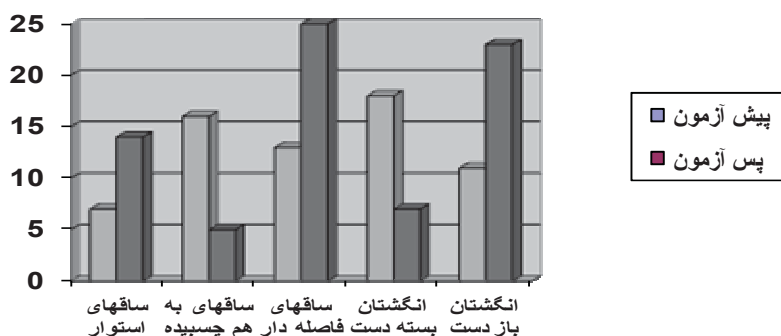
در این پژوهش علاوه بر استفاده از آزمون اضطراب حالتی اسپیل برگر، از آزمون ترسیم آدمک رنگی برای تکمیل و تأیید بیشتر فرضیه اول پژوهش و پاسخ به این سؤال که آیا نتایج حاصل از آزمون ترسیم آدمک رنگی نیز، کاهش اضطراب کودکان بعد از انجام دادن مداخله را تأیید می‌کند یا خیر، نیز استفاده شد. با توجه به اینکه داده‌های به دست آمده از این آزمون، داده‌های اسمی هستند، از طریق ترسیم نمودار میله‌ای به بررسی شاخص‌های نشان دهنده اضطراب کودکان، قبل و بعد از اجرای مداخله، اقدام شد. شاخص‌های مرتبط با اضطراب در خطوط ترسیمی، در پیش‌آزمون و پس‌آزمون، در نمودار ۱ ارائه شده است.



نمودار ۱: شاخص‌های مرتبط با اضطراب در خطوط ترسیمی، در پیش‌آزمون و پس‌آزمون

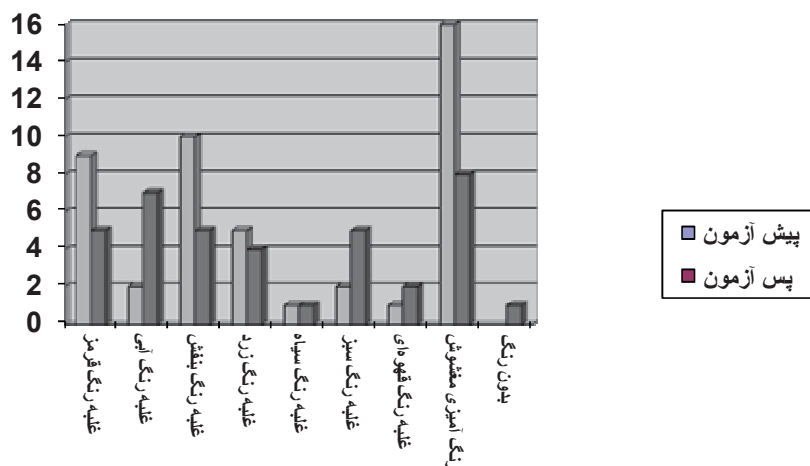
خطوط شکسته و زاویه دار، پاک کردن‌های مکرر و خطوط سرازیر که مجموعاً نشان‌دهنده

خشم، اضطراب و نگرانی بالا و نگرش بدبینانه است در پیش‌آزمون در حد بالایی قرار دارند که همگی پس از انجام‌دادن مداخله به میزان جالب توجهی نزول کرده‌اند، در همین حال ترسیم خطوط منحنی در پس‌آزمون بیشتر از ترسیم در پیش‌آزمون است که نشان‌دهنده افزایش ملایمت و کم شدن اضطراب این کودکان پس از انجام‌دادن مداخله است. شاخص‌های مرتبط با اضطراب در ترسیم آدمک، در پیش‌آزمون و پس‌آزمون در نمودار ۲ ارائه شده است.



نمودار ۲: شاخص‌های مرتبط با اضطراب در ترسیم آدمک، در پیش‌آزمون و پس‌آزمون

در پیش‌آزمون ترسیم ساق‌های استوار و انگشتان باز دست، در پایین‌ترین حد خود قرار دارند که در مجموع نشان‌دهنده اضطراب، نایمنی و ترس در کودکان است، بعد از اجرای مداخله ترسیم ساق‌های به هم چسبیده و انگشتان بسته دست به طور ملاحظه‌پذیری کاهش یافته و در عوض ترسیم ساق‌های استوار و فاصله‌دار و انگشتان باز دست افزایش یافته است، که از مجموعه این نشانه‌های ترسیمی می‌توان بیان کرد که اجرای مداخله در کاهش ترس و اضطراب کودکان و افزایش احساس ایمنی در آن‌ها مؤثر واقع شده است. شاخص‌های مرتبط با اضطراب در رنگ، در پیش‌آزمون و پس‌آزمون در نمودار ۳ ارائه شده است.



نمودار ۳: شاخص‌های مرتبط با اضطراب در رنگ، در پیش‌آزمون و پس‌آزمون

در پیش‌آزمون از رنگ‌های قرمز و بنفش بیشترین استفاده شده است، رنگ‌آمیزی مغشوش تقریباً در نیمی از آزمودنی‌ها دیده می‌شود. از مجموع این شرایط می‌توان نتیجه گرفت که قبل از اجرای مداخله تحریک‌پذیری و اضطراب در سطح بالاتری نسبت به سطح آن بعد از اجرای مداخله قرار داشته است. زیرا در پس‌آزمون بیشترین فراوانی مربوط به رنگ آبی است که به همراه کاهش ملاحظه‌پذیر فراوانی رنگ‌آمیزی مغشوش، می‌توان آن را به عنوان نشانه‌ای از کاهش اضطراب تلقی کرد. با بررسی شاخص‌های که به طور مستقیم نشان‌دهنده وجود اضطراب در نقاشی کودکان هستند، از سه نمودار رسم شده، می‌توان نتیجه گرفت که فرضیه اول پژوهش تأیید می‌شود.

### بحث و نتیجه‌گیری

در پژوهش حاضر، اثرات تکنیک‌های بازی درمانی در کاهش اضطراب و افزایش سطح احساسات مثبت و سازگاری عمومی در مرکز طبی اطفال تهران بررسی شد. به علاوه، آزمون آماری استفاده شده برای تحلیل داده‌های به دست آمده از آزمون‌های اضطراب «حالتی اسپیل برگر» و «جملات ناتمام راتر»، آزمون  $t$  گروه‌های وابسته است که آزمونی پارامتری و به منظور

تعیین معناداری تفاوت بین دو میانگین به کار می‌رود. همچنین برای مقایسه نمرات پیش‌آزمون - پس‌آزمون می‌توان از آزمون‌های ناپارامتریک استفاده کرد، ولی با توجه به توان کم چنین آزمون‌هایی به نظر می‌رسد نتایج حاصل از به‌کارگیری آزمون‌های ناپارامتریک با نتایج توصیفی همخوان باشد، لذا اطلاعات جدیدی را در اختیار خوانندگان قرار نمی‌دهد. همچنین از آنجا که داده‌های به‌دست آمده از آزمون ترسیم آدمک رنگی، داده‌های اسمی هستند، تنها به توصیف داده‌ها و مقایسه آن‌ها در پیش‌آزمون و پس‌آزمون، از طریق ترسیم نمودار میله‌ای بسنده شده است.

چنانچه قبلاً نیز ذکر شد، استفاده از بازی به‌عنوان ابزاری درمانی تاریخچه‌ای طولانی دارد، اما در دو دهه اخیر، به استفاده از آن برای کاهش اضطراب و ترس کودکان بیمار و به حداقل رساندن اثر ضربه بیمارستان توجه شده است. به‌رغم پژوهش‌های متعدد در عرصه کودکان غیر بستری در بیمارستان، بازی درمان‌گری در کشور ما به‌عنوان مهم‌ترین روش درمان‌گری کودکان بستری شده در بیمارستان هنوز به درستی شناخته نشده است.

درواقع، با توجه به اینکه این کودکان تحت استرس بیماری (سرطان) با اضطراب زیادی مواجه می‌شوند و بایستی زمان زیادی را در بیمارستان سپری کنند، لذا به نظر می‌رسد یکی از تکنیک‌های مناسب برای کاهش اضطراب و بهبود روند درمان یا بهبود روش‌های یاری‌رسانی این کودکان، بازی درمانی و از آن جمله جعبه رنگ انگشتی و شن درمانی است. دلیل قانع کننده برای سودمند بودن این تکنیک‌ها غیرکلامی و غیرمستقیم بودن آن‌ها است که به کودک بیمار اجازه می‌دهند تا در محیطی امن و آرام و بدون مداخله مستقیم درمان‌گر احساسات و هیجانات منفی و پرخاشگرانه خود را تخلیه کنند. بدین ترتیب از آنجا که بازی درمان‌گری با ظرفیت‌های تحولی، کلامی و شناختی کودکان هماهنگ است و تجربه خوشایندی برای آن‌ها به حساب می‌آید، می‌تواند به نحو مؤثری امکان برون‌ریزی هیجانات منفی، تعارضات و احساسات آزاردهنده کودک را فراهم آورد. به علاوه، بازی درمان‌گری با ایجاد فضای امن و پذیرای ارتباطی و با استفاده از ابزارهای بازی که به برون‌ریزی و باز آفرینی مشکلات کودک کمک می‌کند، زمینه را برای تلاش کودک برای فائق آمدن بر تعارضات و یافتن راه حل‌های سازش یافته فراهم می‌کند.

در هر حال، پژوهش درباره اثر بخشی بازی درمانی در کاهش سطح اضطراب یا کاهش

اثرات سوء روانی ضربه بیمارستان در کودکان بستری شده به صورت بسیار محدود انجام شده است و تا به حال پژوهش یا پژوهش‌هایی در خصوص اثرات بازی درمانی در کاهش سطح اضطراب و افزایش سطح سازگاری عمومی و احساسات مثبت بر کودکان مبتلا به سرطان خون در ایران انجام نشده است. با توجه به هدف اصلی پژوهش و فرضیه‌های مطرح شده در فوق، نتایج به دست آمده از تحلیل آماری نشان می‌دهد که فرضیه‌های پژوهش تأیید شده و مؤید کاهش اضطراب و افزایش سازگاری عمومی و احساسات مثبت در کودکان است.

در مجموع یافته‌های پژوهش حاضر با نتایج پژوهش‌های انجام شده دیگر در راستای کودکان سالم و ناسالم همسو و هماهنگ است. همچنین باید خاطر نشان ساخت از آنجایی که پژوهشی با استفاده از این تکنیک‌ها در ارتباط با کودکان سرطانی انجام نشده است، بنابراین، نتایج پژوهش حاضر با یافته‌های پژوهش‌های اجرا شده با کودکان سالم نیز همسو شده است که خود دلیلی مهم برای اجرای چنین پژوهش‌هایی است. از نظر براتون و همکاران (۲۰۰۵) بازی درمانگری روش منحصر به فرد و هماهنگ با سطح تحولی و توانایی‌های کودکان است و اثربخشی آن در درمان اختلال‌های درونی شده چون اضطراب، بهبود خود پنداره و به طور کلی افزایش رفتارهای سازش یافته کودکان بستری شده در بیمارستان، طی چندین دهه و از خلال پژوهش‌های مختلف به اثبات رسیده است.

در بررسی میانگین‌های پیش‌آزمون و پس‌آزمون در آزمون اضطراب حالتی اسپیل برگر، برای آزمون یک دامنه با سطح اطمینان ۹۹٪ ( $t=6/466$ ) تفاوت معناداری در سطح اضطراب کودکان ۹ - ۱۲ ساله مبتلا به سرطان خون مشاهده شد.

به این ترتیب با استناد به یافته‌های آماری، فرضیه اول پژوهش یعنی «اجرای تکنیک‌های بازی درمانی در طی زمان بستری به طور معناداری باعث کاهش اضطراب کودکان ۹ - ۱۲ ساله مبتلا به سرطان خون می‌شود»، تأیید شد. این یافته با مطالعات قبلی که در داخل و خارج کشور و در این زمینه گزارش شده تطابق دارد، چنانچه که ممی‌یانلو در پژوهش خود در سال ۱۳۷۹، که به منظور بررسی میزان تأثیر برنامه بازی بر اضطراب کودکان سن مدرسه در مرکز طبی اطفال شهر تهران انجام کرده است، پس از اتمام مداخله بر روی ۳۰ کودک سن مدرسه در گروه آزمون و مقایسه نتایج آن با ۳۰ کودک در گروه شاهد، اختلاف معناداری بین دو گروه از نظر سطح اضطراب مشاهده کرد. به این ترتیب که آزمون  $t$  مستقل قبل از مداخله تفاوت



معناداری در میانگین تغییرات اضطراب حالتی اسپیل برگر بین دو گروه نشان نداد، ولی بعد از مداخله در این آزمون تفاوت معناداری بین دو گروه دیده شد. در عین حال آزمون آماری  $t$  مزدوج اختلاف معناداری در میانگین اضطراب حالتی اسپیل برگر قبل و بعد از بازی در گروه آزمون نشان داد به این معنی که بازی میزان اضطراب را کاهش داده است. در همین راستا کتمن<sup>۱</sup> (۱۹۹۷) لندرت<sup>۲</sup> (۱۹۹۱) گاردنر<sup>۳</sup> (۱۹۹۶) بروکس<sup>۴</sup> (۱۹۹۱) پژوهش‌هایی را انجام دادند که به نتایج مشابهی چون نتایج این پژوهش رسیدند.

برای تأیید یا رد فرضیه دوم: «اجرای تکنیک‌های بازی درمانی، در طی زمان بستری به طور معناداری باعث افزایش سطح سازگاری و احساسات مثبت در کودکان ۹-۱۲ ساله مبتلا به سرطان خون می‌شود»، میانگین‌های پیش‌آزمون و پس‌آزمون در آزمون جملات ناتمام راتر بررسی شد که در نتیجه برای آزمون یک دامنه با سطح اطمینان ۰/۹۹ ( $t=۶/۰۲۳$ ) تفاوت معناداری در سطح سازگاری و احساسات مثبت کودکان ۹ - ۱۲ ساله مبتلا به سرطان خون مشاهده شد.

نتیجه حاصل از یافته‌های آماری که منجر به تأیید فرضیه دوم شده است نیز با یافته‌های به دست آمده در پژوهش‌های انجام شده دیگر چون بروکس (۱۹۹۵)، سولنیت<sup>۵</sup> (۱۹۹۷)، استاو<sup>۶</sup> (۱۹۹۷) لويس<sup>۷</sup> (۱۹۹۳)، لی<sup>۸</sup> (۱۹۹۷)، اسمن<sup>۹</sup> (۱۹۹۳)، کهن<sup>۱۰</sup> و سولنیت (۱۹۹۳)، آرلو<sup>۱۱</sup> (۱۹۹۷) همخوانی دارد. همان طور که گفته شد کادریو، اثر بازی بر افزایش سازگاری کودکان بستری را به‌وسیله پژوهش خود به اثبات رساند و در همین راستا آدامز (۱۹۷۶) یک برنامه بازی را به منظور افزایش سازش‌یافتگی و افزایش همکاری کودک با پزشکان را با موفقیت به انجام رساند (ممی‌یانلو، ۱۳۷۹). در پژوهش دیگر اجرا شده به صورت بازی درمان‌گری گروهی با

- 
1. Kottman
  2. Landreth
  3. Gardner
  4. Brooks
  5. Solnit
  6. Ostow
  7. Lewis
  8. Lee
  9. Esman
  10. Cohen
  11. Arlow

شش تن از پسران و دختران پیش از سن نوجوانی که برای عمل جراحی، تشخیص یا مراقبت ویژه در بیمارستان بستری شده بودند، سودمندی استفاده از نقاشی در برون‌ریزی احساسات و بالا رفتن سطح سازگاری مثبت به اثبات رسید (لاندگارتن، ۱۳۷۸). براتون و همکاران (۲۰۰۵) تعداد ۹۴ طرح پژوهشی را درباره بررسی کارایی بازی درمانی به منزله مداخله‌ای مؤثر از نوع روان‌درمانی، فراتحلیل کردند و دریافتند که بازی درمانی اثر مثبت شایانی بر پیامدهای درمانی چون کاهش کنندن مو و رفتارهای پرخاشگری، بهبود سازگاری کودکان طلاق و مورد بدرفتاری و غفلت و سوء استفاده جنسی، کاهش اضطراب در کودکان بستری در بیمارستان و کاهش هیجانات منفی در کودکان ۶ - ۱۲ سال دارد. واتسون (۲۰۰۷) با آموزش بازی درمان‌گری به معلمان و اجرای این روش از سوی آن‌ها در کودکان ۷-۴ ساله توانست نشانه‌های برونی‌سازی شده منفی را که این پژوهش‌گر آن‌ها را مرتبط با افسردگی می‌دانست تا حد چشمگیری کاهش دهد.

نتایج مطالعات مختلفی چون نلسون (۱۳۷۳)، مروارید (۱۳۷۹)، گرین اسپین (۱۹۹۷) نشان می‌دهد که مداخله‌های درمانی مناسب چون بازی درمانی می‌تواند به میزان بسیار بالایی اضطراب را کاهش داده و سطح سازگاری و احساسات مثبت را در کودکان افزایش دهد. پژوهش براندت (۱۹۹۹) در استفاده از بازی درمان‌گری به عنوان یک مداخله مؤثر در طیفی از مشکلات رفتاری و هیجانی کودکان به کاهش معنادار مشکلات درونی‌شده و نیز مشکلات برونی‌شده انجامید. شن (۲۰۰۰) با استفاده از روش بازی درمان‌گری کوتاه مدت کودک‌محور گروهی توانست اضطراب کودکان به‌جامانده از زلزله را به طور فاحشی کاهش دهد. در پژوهشی با نوجوانان مبتلا به آسیب مغزی از شن درمانی استفاده شد و نتایج پژوهش‌ها نشان داد که شن درمانی در افزایش آرامش و افزایش سازگاری نوجوانان مؤثر بوده است (بلا تس و همکاران، ۲۰۰۸؛ آکی موتو، ۱۹۹۵).

به‌منظور تحکیم و تأیید مجدد یافته‌های به دست آمده از آزمون اضطراب حالتی اسپیل برگر از آزمون ترسیم آدمک رنگی نیز استفاده شد. یافته‌های پژوهشی در این زمینه از تعبیر و تفسیر ویژگی‌های نقاشی‌های کودکان به دست آمد که نشان‌دهنده اضطراب است؛ به این معنا

که این ویژگی‌ها مشخص شده و سپس بر حسب فراوانی در مجموع ۳۰ آزمودنی، شاخص‌هایی که فراوانی بیشتری داشته معلوم و بررسی شدند. بیشترین فراوانی شاخص‌های مرتبط با اضطراب در خطوط ترسیمی، در پیش‌آزمون، مربوط به خطوط شکسته و زاویه‌دار و نیز پاک کردن‌های مکرر می‌شد که بیان‌کننده خشم، ناآرامی و اضطراب است. در صورتی که بالاترین فراوانی در پس‌آزمون یعنی بعد از اجرای مداخله مربوط به خطوط منحنی بود که بیان‌کننده کاهش اضطراب و افزایش ملایمت، نرمش و آرامش است. در ارتباط با ترسیم آدمک، در پیش‌آزمون شاخص‌های نشان اضطراب: ساق‌های به هم چسبیده و انگشتان بسته دست گویای ناامنی، ترس، اضطراب و بی‌اعتمادی است در حالی که بعد از انجام سه جلسه بازی درمانی، در پس‌آزمون ترسیم ساق‌های فاصله‌دار و استوار و انگشتان باز دست به طور ملاحظه‌پذیری از فراوانی بیشتری نسبت به دیگر شاخص‌ها برخوردار است که علامت حسن نیت، تعادل درونی و احساس ایمنی است. با بررسی رنگ‌های به کار رفته در نقاشی‌های کودکان، در پیش‌آزمون، رنگ‌آمیزی مغشوش و غلبه رنگ‌های قرمز و بنفش در بالاترین سطح فراوانی قرار دارند که گویای بالا بودن تحریک‌پذیری و اضطراب، تنش، خشم و تردید است. بعد از اجرای مداخله، استفاده از رنگ آبی، بر استفاده از رنگ‌های دیگر پیشی گرفته و رنگ‌آمیزی مغشوش نیز به نصف فراوانی پیش‌آزمون، تقلیل یافته است، از مجموع این شرایط می‌توان نتیجه گرفت که انجام دادن مداخله باعث کاهش اضطراب و افزایش آرامش در کودکان شده و علاوه بر این احساس ایمنی را نیز در آن‌ها رشد داده است. بررسی شاخص‌های عمده نشان‌دهنده اضطراب در نقاشی‌های کودکان منطبق با نتایج به دست آمده از تحلیل استنباطی داده‌های آزمون «اضطراب حالتی اسپیل برگر» بوده و فرضیه اول پژوهش را مجدداً تأیید کرد.

به عنوان یک تبیین کلی، بازی درمان‌گری کودک‌محور شیوه بسیار مؤثری در کاهش اضطراب و افزایش سازگاری عمومی و احساسات مثبت کودکان بستری شده در بیمارستان است. این شیوه با ایجاد چارچوب ارتباطی ایمنی بخشی کودکان را در بیان درونی‌ترین و عمیق‌ترین تعارضات و مشکلات آن‌ها کمک می‌کند. کودکان در چنین فضایی می‌توانند با باز پدیدآوری مکرر موضوع‌ها و مشکلات خود احساسات و هیجانات خود را برون‌ریزی کنند، به شناخت جدیدی برسند، در تعدیل‌سازی حالات عاطفی-هیجانی به آن‌ها کمک کند و سبک‌های سازش‌یافته‌تر حل مسأله را انتخاب کنند. در نهایت به نظر می‌رسد که این روش‌ها

می‌توانند کودکان را با مشکلات خود سازگارتر کنند به علاوه شایان ذکر است که هر پژوهشی در حین اجرا با موانع، محدودیت‌ها و مشکلاتی مواجه می‌شود، که ذکر آن در جهت پیش‌بینی و رفع موانع در پژوهش‌های مشابه آتی و نیز مشخص شدن دامنه پژوهشی فعلی سودمند خواهد بود. محدودیت‌ها و مشکلات پژوهش حاضر به ترتیب اهمیت به شرح زیر است:

۱- باتوجه به این که این طرح از نوع شبه آزمایشی است امکان کنترل متغیرهای مزاحم برای پژوهشگر فراهم نشد، لذا تعمیم این نتایج با محدودیت مواجه می‌شود.

۲- همکاری نکردن بیمارستان‌های دولتی با پژوهش‌گر و اجازه ندادن برای حضور در تمام بخش‌های کودکان مبتلا به سرطان که باعث محدودیت گروه نمونه شده و اجبار به استفاده از روش شبه آزمایشی پیش‌آزمون - پس‌آزمون یک گروهی، با تعداد محدودی آزمودنی را ایجاد کرد.

۳- ضعف، کسالت و خستگی ناشی از بیماری یا درمان در کودکان که باعث قطع فرایند بازی کودک می‌شد.

همچنین بعد از اجرای هر پژوهش، پژوهش‌گر قادر است بر مبنای تجربیات به دست آمده، در طی زمان اجرای پژوهش خود، در جهت اصلاح معایب و کاستی‌ها در پژوهش‌های آتی، پیشنهادهایی را ارائه دهد. پیشنهادها پژوهشگر بعد از اجرای پژوهش حاضر، به شرح زیر است:

۱- اجرای پژوهش به صورت روش آزمایشی پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل.

۲- گسترش محیط پژوهش به بیمارستان‌های متعدد به نحوی که امکان نمونه‌گیری تصادفی فراهم شود.

۳- بسط دادن پژوهش به گروه‌های سنی خردسال و نوجوان و بررسی اثر بازی در سطح اضطراب و سازگاری عمومی و احساسات مثبت گروه‌های سنی مذکور.

۴- انتخاب گروه نمونه بزرگ‌تر و تفکیک نتایج بر حسب جنسیت آزمودنی‌ها و مقایسه این دو با هم.

۵- انتخاب گروه نمونه از بیمارستان‌های خصوصی و دولتی به منظور بررسی اثر مداخله در کودکان سطوح اقتصادی و فرهنگی مختلف.

۶- تکرار پژوهش با کودکان مبتلا به بیماری‌های خوش‌خیم، اما طولانی که نیازمند بستری

در بیمارستان است.

۷- تکرار پژوهش با کودکان مبتلا به بیماری‌های مزمن و بدخیم دیگر مانند بیماری‌های

عفونی چون هیپاتیت یا ایدز.

در خاتمه امید است پژوهش حاضر نقطه عطفی برای پژوهش بیشتر در زمینه کاربرد

تکنیک‌های بازی درمانی در کاهش اضطراب و افزایش سازگاری عمومی و احساسات مثبت

کودکان بستری شده در بیمارستان‌های کشور ایران باشد.

## منابع

- اسدی، کورش (۱۳۸۳). لوسمی لنفوبلاستی حاد در کودکان: درمان  
([www.iranblood.org/all%20okoudakan.htm](http://www.iranblood.org/all%20okoudakan.htm))
- اشمیت، هارکوس و کل هپ، برنند. (۱۳۸۰). ترس در کودکان. ترجمه لیلا لفضی، تهران: انجمن اولیا و مربیان.
- اکسلاين، ویرجینا. (۱۳۷۳). بازی درمانی. ترجمه حجاران احمد تهران: کیهان.
- بازی برون، مانا. (۱۳۸۲). لوسمی در کودکان. بابل: آویشن با همکاری انجمن امداد به بیماران سرطانی ایران.
- پلانک، اماان. (۱۳۷۶). رفتار با کودکان در بیمارستان. ترجمه نسترن رزمجو، مشهد: آستان قدس رضوی.
- دادستان، پریخ. (۱۳۷۴). ارزشیابی شخصیت کودکان بر اساس آزمودنی‌های ترسیمی. تهران: رشد.
- کداسن، هایدی و شفر، چالز. (۱۳۸۲). برگزیده‌ای از روش‌های بازی درمانی. ترجمه سوسن صابری، و پیوش وکیلی، تهران: آگاه و ارجمند.
- گلدارد، کاترین و گلدارد، دیوید. (۱۳۸۲). راهنمای عملی مشاوره با کودکان. ترجمه مینو پرنیانی، تهران: رشد.
- لانداگارتن، هلن. (۱۳۷۸). هنر درمانی بالینی. ترجمه کیانوش هاشمیان و الهام ابوحمزه، تهران: مه.
- لنדרث، گاری. (۱۳۸۱). بازی درمانی، دینامیسم مشاوره با کودکان. ترجمه خدیجه آرین، تهران: اطلاعات.
- مروارید، محمد جعفر و دلپیشه، علی. (۱۳۷۹). مراقبت‌های آرام بخش و راهکارهای تسکین درد کودکان مبتلا به سرطان. ایلام: کیاطب.
- ممی یانلو، هایده. (۱۳۷۹). بررسی میزان تأثیر برنامه‌ریزی بر اضطراب کودکان سن مدرسه بستری در مرکز طبی کودکان تهران. دانشگاه تربیت مدرس، دانشکده علوم پزشکی.

نلسون، والدوامرسون (۱۳۷۳). مبانی طب کودکان. ترجمه فرهاد همت خواه و همکاران. تهران: شهر آب.

- Akimoto, M. (1995).** Application of sand play therapy in brain injured elderly. *Journal of sand therapy*, 5(1), 70-83.
- Arlow, J.A. (1997).** Trauma, Play and perversion. *Psychoanalytic study of child* 42, 30-44.
- Axline, V. (1974).** *Play therapy: The inner dynamics of childhood*. Boston; Houghton Mifflin Company.
- Brandt, M.A. (1999).** An investigation of efficacy of play therapy with young children. retrieved April 5, 2000 From: <http://digital.library.unt.edu/data/etd/1999-1/open/meta-dc-2184.tkl>.
- Bratton, S.C., Ray, D., Rhine, T., & Jones, L. (2005).** The Efficacy of PLAY Therapy with children: A Meta-analysis Review Treatment Outcomes. *Professional Psychology: Research And Practice*. 36 (4), 376-390.
- Brooks, R. (1991).** Creative Characters: A technique in child therapy, *Psychotherapy*, 18, 130-131.
- Brooks, R. (1995).** The beginning sessions of child therapy: of messages And metaphors. *Psychotherapy*, 22, 761-769.
- Cohen, P.M. & Sunlit, A.J. (1993).** Play and Therapeutic Action. *Psychoanalytic study of the Child*, 48, 40-62.
- Greenspan, Stanly. Wieder, Serena & Osafsky, Joy. (1997).** *Handbook of child and adolescent psychiatry*. John Wiley and sons-U.S.A.
- Keen, Nancy. (2002).** *Childhood Leukemia: A Guide For Families, Friends and Caregivers*. Sebastopol. U.S.A.
- Esman, A. (1993).** Psychoanalytic play Therapy. In C. Schaefer & K.O Connor (Eds), *Handbook of Play Therapy* (pp.00). New York: Norton.
- Gardner, R. (1996).** *The Psychotheutic technique of Richard, A. Gardner*. Northvale. NJ: Jason Aronson Inc.
- Kendall, P.C. (2009).** *Childhood Disorders*. East Sussex: Psychology press Ltd.
- Kottman, T. (1997).** Adlerian play therapy & Practice: A Comparative presentation published join willy.
- Landreth G. (1991).** *Play therapy: The art of relationship*: Muncie, In: Accelerated Development, Inc.
- Le Blanc, M., & Ritchie, M. (2009).** A Mehtanalysis of play therapy outcomes. *counseling psychology Quarterly*, 15(3), 159-160
- Lee, A. (1997).** *Psychoanalytic Play Therapy*. In O Connor & Mages Braverman (Editor), *Play Therapy Theory & Practical Comparative Presentation*. Published John Wiley.
- Lewis J.M. (1993).** Childhood Play In Normality, Pathology, & Therapy, *American Journal of Orthopsychiatry*, 63, 6-15.
- Ostow, M. (1997).** Play & Reality Psychoanalytic Study Of The Child, 42, 193-203.

- Plots , Cynthia.,laser , Jon & Prater ,Steven.(2008).**Exploring Sand play Therapy :Application to individual with traumatic brain injury, *International journal of play therapy* ,vol 17(2),138-153.
- Rogers,C.(1986).***Client-centered therapy*. In J.L.Katas & AWOL (Eds),USA:Josser-Bass.
- Shen,y.j.(2000).** short term group play therapy with Chinese earthquake victims effects on anxiety , depression. Association for play therapy ,*Journal abstracts*. Retrieved Apr 5,2008 from :[http://www.a4pt.org/abstracts.cfm?task detail &Id=1963.\(5/4/2008\)](http://www.a4pt.org/abstracts.cfm?task detail &Id=1963.(5/4/2008)).
- Solnit,A.J.(1997).**A Psychoanalytic view Of Play. *Psychoanalytic Study Of The Child*,42,205-219.
- Watson, DL.(2007)** *An early investigation approach for students displaying negative externalizing behaviors associated with childhood. depression: A study of the efficacy of play therapy in the school Minnesota: Canella university.*
- White.Cynthia.(1999).** The metacognitive knowledge of distance learners. *Open Learning*, 14(3): 37-47.