

نشریه توانمندسازی کودکان استثنائی

انجمن علمی کودکان استثنائی ایران

سال دهم، شماره ۴(۳۲)، زمستان ۱۳۹۸

صص ۱۰۲-۱۹

DOI: 10.22034/CECIRANJ.2020.206550.1293

طراحی و بررسی اثربخشی برنامه هنردرمانی خانواده‌محور بر سازگاری کودکان مبتلا به سرطان

هدی پوررضائیان*

محمدعلی بشارت**

لیلی کوچک‌زاده***

حجت‌اله فراهانی****

چکیده

هدف از پژوهش حاضر، طراحی برنامه هنردرمانی خانواده‌محور قابل اجرا در بیمارستان، و ارزیابی اثربخشی آن بر سازگاری کودکان مبتلا به سرطان بود. این پژوهش، یک مطالعه تک‌آزمودنی از نوع A-B بود که نوعی پژوهش آزمایشی به‌شمار می‌رود. جامعه پژوهش شامل کودکان ۹ تا ۱۴ ساله بستری شده در مرکز طبی کودکان از آبان تا بهمن ۱۳۹۷ (۳۰ نفر) بود که از میان آن‌ها تعداد پنج کودک (دو دختر و سه پسر) به روش نمونه‌گیری هدفمند بر اساس ملاک‌های ورود و خروج، انتخاب شدند. هر کودک همراه با مادر خود تعداد هشت جلسه هنردرمانی خانواده‌محور دریافت کرد. ابزارهای سنجش شامل، چک‌لیست راهبردهای سازگاری کودکان - بازنگری نخست (CCSC-R1)، چک‌لیست نموده‌های زیستی - روانی - اجتماعی ناسازگاری در بیمارستان (BPSEIH) و راهبردهای سازگاری کودکان - بازنگری نخست بودند. داده‌های پژوهش با استفاده از نمودارها و جدول‌های مخصوص طرح‌های تک‌آزمودنی مورد تحلیل قرار گرفتند. به‌علاوه، میزان اندازه اثر و شاخص تغییر پایا نیز گزارش شد. یافته‌های پژوهش نشان داد که هنردرمانی خانواده‌محور به‌طور معناداری سبب کاهش نموده‌های ناسازگاری و راهبرد اجتناب ($P < 0/05$) از یک سو، افزایش راهبرد جست‌وجوی حمایت ($P < 0/05$) از سوی دیگر، شده است. با توجه به یافته‌های پژوهش می‌توان نتیجه گرفت که هنردرمانی خانواده‌محور، قادر است سبب کاهش ناسازگاری کودکان مبتلا به سرطان بستری در بیمارستان و تغییر راهبردهای سازگاری آن‌ها شود. بنابراین، این روش را می‌توان به‌عنوان یکی از روان‌درمانی‌های مفید و کاربردی در بیمارستان به‌ویژه برای کودکان مبتلا به سرطان دانست.

واژه‌های کلیدی: هنردرمانی خانواده‌محور، سازگاری، سرطان

Email: besharat@ut.ac.ir

*دانشجوی دکتری روان‌شناسی سلامت، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، تهران، ایران
**نویسنده مسؤول: استاد گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، تهران، ایران
***استادیار گروه خون و سرطان، دانشکده بیماری‌های کودکان، دانشگاه علوم پزشکی تهران، تهران، ایران
****استادیار گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم انسانی دانشگاه تربیت مدرس، تهران، ایران

مقدمه

سرطان^۱، با رشد و انتشار غیرقابل کنترل سلول‌های ناهنجار^۲ بدن مشخص می‌شود (انجمن سرطان آمریکا، ۲۰۱۷) و با وجود پیشرفت‌های پزشکی، هنوز هم از نظر بیشتر مردم یک بیماری مهلک و در هر صورت کشنده تلقی می‌گردد. این باور کلی نسبت به سرطان سبب ترس شدید، ناامیدی و واکنش‌های شبه سوگ می‌شود. بسیار محتمل است که این هیجان‌ها و واکنش‌ها به سرطان، اختلالات روان‌شناختی مختلف از جمله افسردگی و مشکلات اجتماعی متعددی را در پی داشته باشند که خود عامل تشدید عوارض سرطان و مشکلات جسمانی بیشتری خواهد شد (دکر و دی‌گروت، ۲۰۱۸؛ نسیف، ۲۰۱۵). اما این سیر بیماری‌زا یا بیماری‌افزا بیشتر در مورد بزرگسالان صدق می‌کند، نه کودکان. به نظر می‌رسد، ترس و نگرانی از ابتلا به سرطان در کودکان وجود ندارد؛ زیرا در آن‌ها هنوز درک یا شناختی نسبت به این بیماری ایجاد نشده است. ناامیدی و افسردگی بعد از دریافت تشخیص سرطان نیز در کودکان به‌خودی‌خود، دور از تصور است؛ زیرا پیش‌آگهی مشخصی در مورد این بیماری ندارند. بنابراین، در وهله نخست، احتمالاً واکنش‌های والدین آن‌ها عامل انتقال یا القای هیجان‌های منفی مثل ترس، اضطراب یا غمگینی هستند و سپس دردهایی که در پی پیشرفت سرطان و یا شیمی‌درمانی به‌وجود می‌آیند. معمولاً نموده‌های روان‌شناختی و رفتاری ویژه‌ای در کودکان بستری در بیمارستان به دلیل بیماری‌های مزمن به‌ویژه سرطان، قابل مشاهده است از جمله خستگی و کندی روانی- حرکتی (برگر، میشل، جاکوبسن و پرل، ۲۰۱۵؛ برگر و همکاران، ۲۰۱۵) یا بی‌قراری و تنش عضلانی (ساپورتیو و بورد، ۲۰۱۹)، حالت تهوع و دیگر مشکلات گوارشی (آرپیس، تورونر و آلتای، ۲۰۱۸؛ هو و همکاران، ۲۰۱۹)، بی‌اشتهایی یا پرخوری ایجاد شده در بیمارستان (داماسکو- آویلا و همکاران، ۲۰۱۹)، آستانه تحمل کم برای درد (آلبرتز، گائون و استینسن، ۲۰۱۸؛ تیوتلمن و همکاران، ۲۰۱۸؛ توایکروس، پارکر، ویلیامز و گیسون، ۲۰۱۵؛ نیونز و همکاران، ۲۰۱۹)، و مشکلات خواب (بوان و همکاران، ۲۰۱۹؛ لی، نارندران، تامفور- مادسن و شولته، ۲۰۱۷؛ نیونز و همکاران، ۲۰۱۹). به‌نظر می‌رسد که چنین نمودهایی یا در نتیجه اختلالات روان‌شناختی از جمله

افسردگی و اضطراب ایجاد می‌شوند و یا منجر به چنین اختلالاتی خواهند شد. بنابراین، ارائه به‌موقع مداخلات روان‌شناختی در کنار مداخلات پزشکی معمول، امری ضروری و مهم است. نکته قابل‌توجه در ارائه مداخلات روان‌شناختی، توجه به نیازهای ویژه این کودکان در بیمارستان است. به‌عنوان نمونه، توجه به تصویر بدنی این کودکان در پی ریزش موهای سر؛ توجه به بی‌اشتهایی شرطی شده‌ای که ناشی از حالت تهوع پس از شیمی‌درمانی است؛ تمرکز بر نیاز به حمایت به‌جای کمک، تأکید بر دردهای جسمانی خاصی که ریشه روان‌شناختی دارند و مستقیماً ناشی از سرطان، پیامدهای جسمانی آن و یا درمان‌های مخصوص این بیماری نیستند و سعی در کشف احساسات عجیب در این کودکان مثل احساس طرد شدن از جامعه و جا ماندن از دوستان هم‌سن و سال یا احساس گناه و خود- سرزنشگری به‌دلیل ابتلا به بیماری، در فرایند روان‌درمانی این کودکان، از اهمیت بسزایی برخوردارند (پوررضائیان، بشارت، کوچک‌زاده و فراهانی، ۱۳۹۸).

وقتی پیامدها یا نشانه‌های روان‌شناختی و همین‌طور عوامل زمینه‌ای آن‌ها در کودکان و بزرگسالان متفاوت است؛ بنابراین مداخلات روان‌شناختی نیز باید متفاوت باشند. اگر روان‌درمانی در بزرگسالان بیشتر از نوع گفت‌وگوهای حمایتی است، پس در کودکان باید به زبان خودشان باشد. کودکان باید از حالت منفعل و تلقین‌پذیر خارج شده و فعال و القاگر شوند و این میسر نیست، مگر از طریق برون‌ریزی یا تخلیه هیجانی^۳ و سپس آموزش با زبان‌هایی که با ذهن و روان کودکان آشنا ترند؛ یعنی بازی^۴ و نقاشی^۵. به‌همین دلیل است که در بیشتر روش‌های تشخیصی یا روان‌درمانی‌های مخصوص کودکان از این دو عنصر مهم استفاده می‌شود. هنردرمانی و بازی‌درمانی، می‌توانند ابزاری برای ارتباط غیرکلامی با کودک و کشف افکار و هیجان‌های آن‌ها باشند (ملچیودی و کرنشوا، ۲۰۱۷). به‌علاوه، از آن‌جا که وجود کودک دارای ناتوانی (بیماری) در خانواده می‌تواند شرایط خانواده را دگرگون کند (شفیعی، قاسم‌زاده و افروز، ۱۳۹۸) خانواده‌محور بودن روان‌درمانی، می‌تواند بر تأثیرات آن بیفزاید. خانواده، نخستین مکان شکل‌گیری روابط رفتاری و هیجانی کودک است؛ بنابراین مداخلات خانواده‌محور از اهمیت بسزایی برخوردارند

4. play
5. drawing

1. cancer
2. abnormal cells
3. catharsis

ناخودآگاه^۸، برون‌ریزی هیجانی، روبه‌رو شدن با تعارضات^۹ و رسیدن به انسجام^{۱۰} و فردیت^{۱۱} می‌شود (گود، ۲۰۱۶). در بسیاری از متون علمی، هنردرمانی و نقاشی‌درمانی را معادل یکدیگر می‌دانند و گاهی منظور پژوهشگران از هنردرمانی، همان نقاشی‌درمانی است؛ اما نقاشی‌درمانی فقط شاخه‌ای از هنردرمانی است (خدادادی، ۱۳۹۷). در پژوهش حاضر نیز، از هنر نقاشی به‌عنوان هنر پایه در هنردرمانی و از هنرهای دیگر (داستان‌گویی، عروسک‌گردانی و هنرهای تجسمی) به‌عنوان مکمل درمان هنری با اهداف تسهیل‌سازی^{۱۲} کودکان با عوارض جسمانی-روان‌شناختی سرطان، تخلیه هیجان‌های منفی القا شده به آن‌ها و برانگیختن حس مبارزه مؤثر با سلول‌های سرطانی در آن‌ها استفاده شده است.

یافته‌های پژوهشی نشان داده‌اند که هنردرمانی در کمک به سازگاری جسمانی و روان‌شناختی با سرطان در کودکان و بزرگ‌سالان، مؤثر است. آگیلار (۲۰۱۷) به مرور پژوهش‌هایی پرداخته است که تأثیر هنردرمانی را در کودکان مبتلا به سرطان بررسی کرده‌اند. او ضمن اشاره به وجود مطالعات پژوهشی اندک در این موضوع، به جمع‌بندی یافته‌های این پژوهش‌ها پرداخته و چنین اظهار داشته است که کودکان شرکت‌کننده در انواع مختلف مداخلات نقاشی‌محور، از توانایی ایجاد روابط اجتماعی بهتر با اعضای خانواده، پزشکان و پرستاران؛ بیان بهتر هیجان‌ها؛ گسترش مهارت‌های سازگاری مؤثر و کاهش تجارب احساسی منفی، برخوردار شده‌اند. سایر پژوهش‌ها به‌صورت آزمایشی، به بررسی و گزارش تأثیرات هنردرمانی پرداخته‌اند. به‌عنوان مثال، در پژوهش خدابخشی کولایی، وظیفه‌دار، بهاری و اکبری (۲۰۱۶) گزارش شده است که نقاشی‌درمانی در کاهش پرخاشگری و اضطراب کودکان مبتلا به سرطان بستری در بیمارستان، مؤثر است. اثربخشی هنردرمانی از نوع قصه‌درمانی بر کاهش نشانه‌های اضطراب و همچنین بهبود عادات خواب کودکان مبتلا به سرطان در پژوهش آجورلو، برقی ایران و علی‌اکبری دهکردی (۱۳۹۵) نیز تأیید شده است. به‌علاوه، در

(افضلی، قاسم‌زاده و هاشمی بخشی، ۱۳۹۵). هنردرمانی خانواده-محور در پژوهش حاضر، خانواده‌درمانی هنرمحور نیست. خانواده‌درمانی هنرمحور، نوعی خانواده‌درمانی با ابزار هنر است که برای مشکلات خانوادگی استفاده می‌شود (سبال و هاوی، ۲۰۱۶؛ گاسک و روزال، ۲۰۱۶؛ هوگن، ۲۰۱۵) اما هنردرمانی خانواده-محور، همان هنردرمانی است که به‌دلایل بالینی حضور خانواده در جلسات درمانی آن، ضروری است (پوررضائیان و همکاران، ۱۳۹۸). در پژوهش حاضر، به دو دلیل حضور خانواده در جلسات هنردرمانی، ضروری بود: الف) نیازهای ویژه کودکان بستری در بیمارستان از جمله نیاز به حمایت در کارهای هنری با دست به دلیل اتصال سرم و ب) لزوم آموزش تکنیک‌های مواجهه با ناسازگاری کودکان به والدین با هدف گسترش نتایج درمانی در منزل و تثبیت آن‌ها در بستری‌های بعدی کودکان در بیمارستان^۱.

گرچه هنرآفرینی یکی از قدیمی‌ترین شیوه‌های تأمین سلامت در طول تاریخ بوده است، معرفی رسمی هنر به‌عنوان یک روش درمانی به تلاش‌های مارگارت نامبرگ^۲ در دهه ۱۹۴۰ برمی‌گردد (گاسک و روزال، ۲۰۱۶). وی یکی از نخستین افرادی است که هنردرمانی را به‌عنوان یک شکل اختصاصی روان‌درمانی مطرح کرد. گرچه هنر درمانگران، تعریف‌های زیادی از این نوع درمان وضع کرده‌اند؛ اما بسیاری از تعاریف، در یکی از دو طبقه عمومی قرار می‌گیرند. اولین طبقه، مشتمل است بر این باور که فرایند خلاق هنرآفرینی از قدرت ذاتی شفابخشی برخوردار است. طبقه دوم از تعاریف هنردرمانی، بر این ایده کلی استوار است که هنر، نوعی وسیله ارتباط نمادین^۳ است. این رویکرد که اغلب به روان‌درمانی هنری اشاره دارد بر محصولات هنری-نقاشی‌ها، طراحی‌ها و دیگر تجارب هنری-تأکید می‌کند که در فهم مقوله‌های ارتباطی، هیجان‌ها و تعارضات کمک می‌کنند و حتی سبب بهبود ارتباطات کلامی می‌شوند (ملچپودی و کرنشاو، ۲۰۱۷). به باور لاندگارتن^۴، اثرات هنردرمانی شامل اکتساب آگاهی^۵، آزمون واقعیت^۶، حل مسئله^۷، آشکار کردن عناصر

6. reality-testing

7. problem-solving

8. revealing unconscious material

9. working through conflicts

10. integration

11. individuation

12. compatibility

۱. معمولاً تمام کودکان مبتلا به سرطان به‌صورت دوره‌ای (مثلاً یک بار در ماه) به‌منظور دریافت شیمی‌درمانی یا سایر داروها و مراقبت‌های ویژه، در بیمارستان بستری می‌شوند.

2. Naumburg

3. symbolic communication

4. Landgarten

5. gaining awareness

بیمارستان و ارزیابی اثربخشی آن بر سازگاری کودکان مبتلا به سرطان بوده است.

روش

جامعه آماری، نمونه و روش اجرای پژوهش

پژوهش حاضر، پژوهشی تک‌آزمودنی از نوع A-B است که در زمره پژوهش‌های آزمایشی قرار می‌گیرد. جامعه پژوهش شامل کودکان ۹ تا ۱۴ ساله بستری شده در مرکز طبی کودکان از آبان تا بهمن ۱۳۹۷ بود که از میان آن‌ها تعداد پنج کودک به روش نمونه‌گیری هدفمند بر اساس ملاک‌های ورود و خروج، انتخاب شدند. تعداد کودکان در پژوهش‌های تک‌آزمودنی از یک آزمودنی و گاهی گروه کوچکی از آزمودنی‌ها تشکیل می‌شود (دلاور، ۱۳۹۱). ملاک‌های شرکت در پژوهش حاضر به تفکیک ملاک‌های ورود و خروج، عبارتند از: سن بین ۹ تا ۱۴، ابتلا به سرطان، مرحله‌های یک و دو پیشرفت سرطان بر اساس نظر پزشک، بستری بودن در بیمارستان، تشخیص ضرورت انجام درمان‌های روان‌شناختی به دلیل وجود نشانه‌های ناسازگاری، برخورداری از توانش‌های خواندن و نوشتن، رضایت کودک و حداقل یکی از والدین (سرپرست) او برای مشارکت در پژوهش، مشارکت یکی از والدین (ترجیحاً مادر) در پژوهش، برخورداری از ثبات خانوادگی بر اساس مصاحبه با مادر کودک، به‌عنوان ملاک‌های ورود به پژوهش و عدم رضایت کودک و والدین یا سرپرست کودک برای ادامه شرکت در پژوهش، ابتلا به بیماری‌های جسمانی حاد علاوه بر سرطان، بستری شدن در بیمارستان به دلیل عود سرطان، مراحل سه و چهار ابتلا به سرطان، ابتلا به اختلالات روان‌شناختی حاد و مصرف داروهای روان‌پزشکی، وجود دشواری‌های حرکتی جدی و لزوم استراحت مطلق، وجود مشکلات هوشی - ادراکی آشکار در کودک و وجود مشکلات خانوادگی آشکار (از جمله طلاق والدین ظرف دو ماه اخیر)، به‌عنوان ملاک‌های خروج از پژوهش.

پژوهش حاضر، در دو مرحله کلی اجرا شد. در مرحله اول به مطالعه جامع مدل‌ها و طرح‌های موجود هنردرمانی رفتاری - شناختی (روزال، ۲۰۱۶)، رشدی (روزن، پیتر و جانسن، ۲۰۱۶؛ لین، ۲۰۱۸)، روایتی (کلی، ۲۰۱۷)، مثبت‌نگر (شیلتون و ویلکینسن، ۲۰۱۶)، و خلاق (دن و لندس، ۲۰۱۷؛ ملچپودی و کرنشوا، ۲۰۱۵؛ هان و وب، ۲۰۱۹)، پرداخته شد. انتخاب مدل‌ها و طرح‌های موجود به دلایلی از جمله طولانی‌مدت بودن،

پژوهش مقدم‌یکتا و باباپورخیرالدین (۱۳۹۶)، بر نقش مؤثر تصویرسازی ذهنی (یکی از تکنیک‌های هنردرمانی) بر کاهش افسردگی و اضطراب (نمودهای ناسازگاری) کودکان مبتلا به سرطان، تأکید شده است. همچنین، نتایج پژوهش هجری، پاکدامن و قنبری (۱۳۹۴) که با هدف بررسی اثربخشی نقاشی‌درمانی بر مشکلات رفتاری - هیجانی کودکان مبتلا به سرطان، انجام شده است، نشان می‌دهند که نقاشی‌درمانی بر اضطراب، افسردگی، گوشه‌گیری و پرخاشگری این کودکان، مؤثر است. در دو پژوهش دیگر نیز که با هدف ارزیابی تأثیر هنردرمانی بر کیفیت زندگی کودکان مبتلا به سرطان انجام شده‌اند، نقش مؤثر هنردرمانی در بهبود کیفیت زندگی کودکان شرکت‌کننده در هنردرمانی تأیید شده است (جوادیان، زرانی، فتح‌آبادی و گودرزی‌پور، ۱۳۹۷؛ عبدالله و عبدالله، ۲۰۱۸). به‌علاوه، شجاعی، گل‌پرور، بردبار و آقایی (۱۳۹۸) این یافته را گزارش کرده‌اند که هنر - بازی‌درمانی شناختی - رفتاری در افزایش امیدواری و کاهش ادراک درد (ملاک‌های سازگاری) مؤثر است. همچنین در مطالعه متزل، مورل و فیلد (۲۰۱۶) یافته‌های مشابهی در مورد اثربخشی هنردرمانی و موسیقی‌درمانی در تعدیل درد کودکان بستری در بیمارستان گزارش شده است. نقش مؤثر هنردرمانی در کاهش افسردگی کودکان تحت شیمی‌درمانی نیز یافته‌ای است که طهماسبی، مقصودی و طلاکوب (۲۰۱۷) در مطالعه پژوهشی خود به آن اشاره کرده‌اند. با این حال، تمام پروتکل‌های هنردرمانی استفاده‌شده در پژوهش‌های قبلی، به‌صورت انفرادی یا گروهی و نه خانواده‌محور، بوده‌اند. یکی از نیازهای ویژه کودکان مبتلا به سرطان، دریافت حمایت از سوی اعضای خانواده است. بنابراین، خانواده‌محور بودن هنردرمانی مخصوصاً برای کودکان مبتلا به سرطان، بسیار ضروری است. به‌علاوه، پروتکل‌های موجود به دلیل تعداد جلسات زیاد یا فاصله زمانی نسبتاً زیاد بین جلسات، قابل استفاده در پژوهش حاضر نبودند؛ زیرا یکی از مهم‌ترین اهداف این پژوهش، معرفی روشی کوتاه‌مدت و متناسب با شرایط بیمارستان‌های ایران بوده است. بر اساس مصاحبه پژوهشگران حاضر با پزشکان محترم مرکز طبی کودکان، اخیراً طول مدت بستری کودکان مبتلا به سرطان به کمتر از یک هفته کاهش پیدا کرده است (البته به‌جز بستری نخست) و در نظر گرفتن این نکته در ارائه خدمات روان‌شناختی در این بیمارستان، ضروری بود؛ بنابراین هدف پژوهش حاضر، طراحی برنامه هنردرمانی خانواده‌محور و کوتاه‌مدت قابل اجرا در

بود که در اتاق بازی بخش خون و سرطان مرکز طبی کودکان انجام شد. جدول ۱، شامل شرح جلسه به جلسه طرح درمان است. برآورد نمودهای زیستی- روانی اجتماعی ناسازگاری در بیمارستان به دلیل عدم ثبات و متغیر بودن در طول زمان، در هر جلسه انجام شد؛ اما راهبردهای سازگاری به دلیل برخورداری از ثبات نسبی در کوتاه مدت، به تعداد پنج بار (دو بار در مرحله خط پایه، دو بار در مرحله مداخله و یک بار در پیگیری یک ماهه) مورد سنجش قرار گرفت. سپس، داده‌های پژوهش براساس راهنمای گام به گام تحلیل داده‌های تک‌آزمونی (گست، ۲۰۱۰) در قالب نمودارها و جدول‌های ویژه، مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. با توجه به ضرورت رعایت اصل ایجاز در گزارش نتایج پژوهش، در بخش یافته‌ها صرفاً به مهم‌ترین داده‌ها اشاره خواهد شد.

خانواده‌محور نبودن و یا عدم قابلیت اجرا در محیط بیمارستان، میسر نبود. بنابراین، طرح جدید و ترکیبی این روش با عنوان هنردرمانی خانواده‌محور، تدوین شد. سپس یک پژوهش تک‌آزمونی پایلوت انجام شد و تغییرات لازم با توجه به نیازهای ویژه کودکان بستری در بیمارستان، در آن اعمال شد. بعد از این مرحله، مرحله بعدی در چند گام اجرا شد: در گام نخست، تعداد پنج کودک مبتلا به سرطان بر اساس ملاک‌های ورود و خروج مورد اشاره، برای شرکت در پژوهش حاضر انتخاب شدند. سپس در گام دوم، برآوردهای خط پایه به منظور تعیین راهبردهای سازگاری انتخابی توسط کودک و نمودهای زیستی- روانی- اجتماعی ناسازگاری در بیمارستان، انجام گرفت. گام بعدی، شامل کاربست هنردرمانی خانواده‌محور در هشت جلسه فشرده ۴۵ تا ۶۰ دقیقه‌ای برای هر پنج کودک شرکت‌کننده در پژوهش

جدول ۱- خلاصه طرح هنردرمانی خانواده‌محور

شماره جلسه	هدف	محتوا
	انتخاب کودکان شرکت‌کننده در پژوهش بر اساس ملاک‌های ورود و خروج؛	-
۱	برگزاری کارگاه آموزشی مقدماتی برای همراه بیمار (مادر) در مورد شیوه کار هنردرمانی و تأثیرات آن. کاهش اضطراب اولیه کودک و مادرش؛ تأکید بر ویژگی‌های مثبت کودک.	پخش یک موسیقی شاد کودکانه؛ استفاده از تکنیک خط‌خطی کردن همراه با یافتن اشکال و تصاویر معنادار؛ نقاشی با موضوع "من و تمام خوبی‌هایم"؛ داستان‌سازی بر اساس تصاویر پیداشده در خط‌خطی‌ها.
۲	آشنایی با روند ایجاد بیماری در انسان (متناسب با سن کودک و میزان آگاهی او از بیماری‌اش).	نقاشی و ساخت کولاژ خلاقانه در سه سطح مقوایی با سه موضوع: سلول-های سفید مهربان، ویروس‌ها و میکروب‌های گنج که راه خود را گم کرده‌اند و اشتباهی وارد بدن شده‌اند، و سلول‌های آسیب‌دیده؛ سه‌بعدی کردن نقاشی‌ها با استفاده از خمیربازی؛ داستان‌گویی بر مبنای آثار هنری خلاقانه کودکان.
۳	تمرین تصویرسازی ذهنی با موضوع عوامل شفابخش.	استفاده از تکنیک نور شفابخش.
۴	مقابله نمادین با عوامل بیماری‌زا.	نقاشی و عروسک‌گردانی با موضوع مقابله سلول‌های سفید با عوامل ایجاد بیماری به کمک داروها و غذاهای مقوی.
۵	ایجاد امید به آینده در کودک.	استفاده از تکنیک رسم ماندالا.
۶	رفع ترس‌ها و اضطراب‌های کودک در بیمارستان.	نقاشی و ساخت کاردستی با موضوع "یک روز ایده‌آل در یک سال آینده و ده سال آینده"
۷	آموزش شناسایی احساسات مختلف به کودک و روش‌های بیان آن‌ها؛ آموزش تفاوت‌های بین "حمایت" و "کمک"؛ به کودک و مادرش.	نقاشی با موضوع تفاوت‌های بودن در خانه یا مدرسه و بستری بودن در بیمارستان، همراه با بیان افکار و هیجانات. ساخت یک روزنامه‌دیواری با موضوع انواع احساسات (هیجان‌ها)، داستان‌سازی با موضوع تفاوت‌های بین حمایت و کمک.
۸	ایجاد استقلال در کودکان برای حل مسائل آتی با استفاده از شیوه‌های هنری.	رسم نقاشی توسط مادر و درمانگر با موضوع تعیین‌شده توسط کودک؛ نقاشی و خمیربازی کودک با موضوع "اگر یک دکتر بودم ...!" تعیین تکالیف هنری ویژه خانه (همراه با خانواده).

ابزار سنجش

چک‌لیست راهبردهای سازگاری کودکان - بازنگری نخست^۱ (CCSC-RI)، نسخه اولیه این آزمون توسط آیزر، ساندلر، وست و روزا (۱۹۹۶) طراحی و معرفی شده و دارای ۴۵ گویه و ۱۱ مقیاس بود. این آزمون، در سال ۱۹۹۹ توسط آیزر و ساندلر^۲، مورد بازنگری قرار گرفت (کامیاساسکا، کاراویتا، میلانی و بلاسیو، ۲۰۱۲). تعداد گویه‌های نسخه بازنگری شده، ۵۴ مورد هستند که آزمودنی در مقیاس لیکرت چهار گزینه‌ای (هرگز، گاهی اوقات، اغلب، بیشتر اوقات) به آن‌ها پاسخ می‌دهد. حداقل نمره این چک‌لیست در مجموع، ۵۴ و حداکثر نمره، ۲۱۶ است. از آن‌جا که خرده مقیاس‌های این آزمون همسو نیستند؛ بنابراین نمره برش برای آن ذکر نشده است. این چک‌لیست دارای پنج مقیاس شامل سازگاری مسئله‌محور، بازسازی شناختی مثبت، جست‌وجوی حمایت، حواس‌پرتی و اجتناب، است. بر اساس گزارش پژوهش‌ها، این چک‌لیست از روایی و پایایی مناسبی برخوردار است. آلفای کرونباخ برای ابعاد مختلف چک‌لیست، بین ۰/۷۲ تا ۰/۸۸ در پژوهش دی‌بو و ویچرز (۲۰۰۹) و بین ۰/۶۹ تا ۰/۸۳ در پژوهش کامیاساسکا و همکاران (۲۰۱۲) گزارش شده است. آلفای کرونباخ این چک‌لیست در پژوهش حاضر که برگرفته از یک مطالعه با تعداد نمونه بیشتر است، برای سازگاری مسئله‌محور، ۰/۷۳؛ برای بازسازی شناختی مثبت، ۰/۸۸؛ برای جست‌وجوی حمایت، ۰/۹۲؛ برای حواس‌پرتی، ۰/۸۱ و برای اجتناب، ۰/۸۵ به‌دست آمده است.

در پژوهش حاضر، دو عامل جست‌وجوی حمایت و اجتناب برگزیده شدند؛ زیرا در پژوهش پایلوت مشخص شد که نمرات کودکان در متغیر حمایت‌جویی به‌عنوان یک راهبرد سازگاران، بسیار کم و در متغیر اجتناب به‌عنوان یک راهبرد ناسازگاران، بسیار زیاد است.

چک‌لیست نموده‌های زیستی- روانی- اجتماعی ناسازگاری در بیمارستان^۳ (BPSEIH)، این چک‌لیست توسط پوررضائیان و همکاران (۱۳۹۸) ساخته شده است. چک‌لیست نموده‌های زیستی- روانی- اجتماعی ناسازگاری در بیمارستان، شامل ۱۰ گویه است که هرکدام دارای سه گزینه انتخابی (در مقیاس لیکرت) از نمره صفر (عدم وجود نمود یا نشانه) تا دو (نمود شدید ناسازگاری) هستند و توسط درمانگر یا پژوهشگر، پاسخ داده می‌شود. اعتبار پاسخ‌ها حتماً باید توسط همراه بیمار یا پزشک/ پرستار اختصاصی او تأیید شود. حداقل نمره قابل اکتساب در این آزمون، صفر و حداکثر نمره، ۲۰ است. نمره برش این چک‌لیست، ۱۰ می‌باشد. روایی این چک‌لیست مورد تأیید متخصصان بوده و پایایی آن به شیوه آلفای کرونباخ، ۰/۸۱ به‌دست آمده است (پوررضائیان و همکاران، ۱۳۹۸).

برنامه هنردرمانی خانواده‌محور^۴: این طرح درمانی در سال ۱۳۹۸ توسط پوررضائیان ابداع و پس از بررسی، گزینش، متناسب‌سازی و ابداع تکنیک‌های هنردرمانی قابل اجرا در محیط بیمارستان و مبتنی بر اهداف درمانی تعیین شده بر اساس مشکلات کودکان مبتلا به سرطان، تدوین شد. سپس توسط چهار ارزیاب (استادان و متخصصان روان‌شناسی بالینی، روان‌پزشکی، سرطان‌شناسی و هنردرمانی) بررسی شد و پس از اعمال نظرات تخصصی ایشان، مورد تأیید نهایی قرار گرفت. این برنامه درمانی در هشت جلسه ۳۰ تا ۶۰ دقیقه‌ای به‌صورت فشرده به اضافه یک جلسه مقدماتی آموزشی (ویژه والدین)، اجرا می‌شود. شرح جلسات به جلسه این برنامه درمانی در جدول ۱ آمده است.

یافته‌ها

داده‌های توصیفی (سن، جنسیت و نوع سرطان) مربوط به شرکت‌کنندگان در پژوهش در جدول ۲، ارائه شده است.

جدول ۲- داده‌های توصیفی مربوط به پنج شرکت‌کننده در شیوه هنردرمانی

کد شناسه	جنسیت	سن	نوع سرطان
A-P1	دختر	۱۳	لنفوم بورکیت
A-P2	پسر	۱۱	لوسمی حاد
A-P3	پسر	۱۱	لوسمی حاد
A-P4	پسر	۹	لوسمی حاد
A-P5	دختر	۱۲	لوسمی حاد

3. Bio-Psycho-Social Expressions of Incompatibility in Hospital (BPSEIH)






4. Family-Based Art Therapy

1. Children's Coping Strategies Checklist-Revision 1 (CCSC-R1)

2. Ayers, T. S., & Sandler, I. N.,

داده‌های آماری مربوط به هر شرکت‌کننده در جدول‌های ۳ تا ۵، ارائه شده‌اند. این جدول‌ها شامل تغییرات بین موقعیتی هر متغیر از مرحله خط پایه (A) به مرحله مداخله (B)، از جمله تغییر جهت روند، تغییر ثبات، تغییر در سطح (تغییرات نسبی، مطلق، میانه و میانگین)، درصد داده‌های همپوش (PND) و غیرهمپوش (POD)، شاخص تغییر پایا (RCI)، و اندازه اثر (ES)، هستند.

جدول ۳- تحلیل دیداری-استنباطی تغییرات بین موقعیتی نموده‌های زیستی- روانی- اجتماعی در بیمارستان

تغییرات بین موقعیتی	شرکت‌کننده ۱	شرکت‌کننده ۲	شرکت‌کننده ۳	شرکت‌کننده ۴	شرکت‌کننده ۵
۱- مقایسه موقعیت	B A	B A	B A	B A	B A
۲- تغییرات روند					
۱-۲- تغییر جهت					
۲-۲- اثر وابسته به هدف	مثبت	مثبت	مثبت	مثبت	مثبت
۳-۲- تغییر ثبات	بائثبات به بائثبات	بائثبات به بائثبات	بائثبات به متغیر	بائثبات به بائثبات	بائثبات به متغیر
۳- تغییر در سطح	۱۶ به ۹/۵	۱۹ به ۹	۱۶ به ۹	۱۱ به ۸	۱۲ به ۷/۵
۱-۳- تغییر نسبی	۱۶ به ۱۰	۱۹ به ۱۵	۱۶ به ۱۳	۱۱ به ۹	۱۲ به ۹
۲-۳- تغییر مطلق	۱۶ به ۷	۱۹ به ۷	۱۷ به ۶/۵	۱۱ به ۶/۵	۱۲ به ۵
۳-۳- تغییر میانه	۱۵/۶۶ به ۷/۸۷	۱۹/۳۳ به ۸/۱۲	۱۷ به ۷/۵	۱۱/۳۳ به ۶/۶۲	۱۲/۶۶ به ۵/۶۲
۴-۳- تغییر میانگین	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰
۴- همپوشی داده‌ها	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰
۱-۴- درصد داده‌های غیر همپوش (PND)	۰	۰	۰	۰	۰
۲-۴- درصد داده‌های همپوش (POD)	۷۶/۱۱	۴۵/۱۲	۲۱/۷۹	۱۸/۹۶	۱۴/۰۴
۳-۴- شاخص تغییر پایا (RCI)	۱۳/۵	۱۹/۶۷	۹/۵۰	۸/۲۶	۶/۱۲
۴-۴- اندازه اثر (ES)					

پایه هستند. مقدار شاخص تغییر پایا مشخص می‌کند که تغییر در نمره متغیر نموده‌های زیستی- روانی- اجتماعی ناسازگاری در بیمارستان، از مرحله خط پایه به مرحله مداخله، از نظر آماری معنادار است. به‌علاوه، میزان اندازه اثر، بیانگر نقش مؤثر هنردرمانی در کاهش نموده‌های زیستی- روانی- اجتماعی ناسازگاری در بیمارستان است.

بر اساس جدول ۳، میانگین نمره تمام شرکت‌کننده‌ها، در متغیر نموده‌های زیستی- روانی- اجتماعی ناسازگاری در بیمارستان، از مرحله خط پایه به مرحله مداخله، کاهش یافته است. همچنین درصد داده‌های غیرهمپوش (۱۰۰ درصد) و درصد داده‌های همپوش (۰ درصد) برای هر پنج شرکت‌کننده، نشان می‌دهد که تمام داده‌ها در وضعیت مداخله، خارج از محدوده وضعیت خط

جدول ۴- تحلیل دیداری- استنباطی تغییرات بین موقعیتی راهبرد سازگاری جست‌وجوی حمایت

تغییرات بین موقعیتی	شرکت کننده ۱	شرکت کننده ۲	شرکت کننده ۳	شرکت کننده ۴	شرکت کننده ۵
۱- مقایسه موقعیت	B A	B A	B A	B A	B A
۲- تغییرات روند					
۲-۱- تغییر جهت					
۲-۲- اثر وابسته به هدف	مثبت	مثبت	مثبت	مثبت	مثبت
۲-۳- تغییر ثبات	باثبات به باثبات	باثبات به باثبات	باثبات به متغیر	باثبات به متغیر	باثبات به متغیر
۳- تغییر در سطح	۱۰ به ۲۹	۱۶ به ۲۸	۸ به ۲۰	۱۲ به ۲۷	۱۴ به ۲۱
۳-۱- تغییر نسبی	۱۰ به ۲۹	۱۶ به ۲۸	۸ به ۲۰	۱۲ به ۲۷	۱۴ به ۲۱
۳-۲- تغییر مطلق	۱۱/۵ به ۲۹	۱۶/۵ به ۳۴	۹ به ۲۸	۱۱/۵ به ۳۱	۱۴/۵ به ۲۶
۳-۳- تغییر میانه	۱۱/۵ به ۲۹	۱۶/۵ به ۳۴	۹ به ۲۸	۱۱/۵ به ۳۱	۱۴/۵ به ۲۶
۳-۴- تغییر میانگین	۱۱/۵ به ۲۸/۶۶	۱۶/۵ به ۳۲/۶۶	۹ به ۲۶	۱۱/۵ به ۳۱	۱۴/۵ به ۲۵/۳۳
۴- همپوشی داده‌ها	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰
۴-۱- درصد داده‌های غیرهمپوش (PND)	۰	۰	۰	۰	۰
۴-۲- درصد داده‌های همپوش (POD)	۶۲/۲۸	۸۱/۶۲	۴۲/۶۳	۹۸/۴۹	۵۴/۷۰
۴-۳- شاخص تغییر پایا (RCI)	۰.۹/۸	۲۳/۰.۹	۱۲/۰.۶	۲۷/۸.۶	۱۵/۴.۷
۴-۴- اندازه اثر (ES)	۰.۹/۸	۲۳/۰.۹	۱۲/۰.۶	۲۷/۸.۶	۱۵/۴.۷

وضعیت مداخله، خارج از محدوده وضعیت خط پایه هستند. مقدار شاخص تغییر پایا مشخص می‌کند که تغییر در نمره جست‌وجوی حمایت، از مرحله خط پایه به مرحله مداخله، از نظر آماری معنادار است. به علاوه، میزان اندازه اثر، بیانگر نقش مؤثر هنردرمانی در افزایش این راهبرد سازگاران است.

بر اساس جدول ۴، میانگین نمره تمامی شرکت‌کننده‌ها، در راهبرد سازگاری جست‌وجوی حمایت، از مرحله خط پایه به مرحله مداخله، افزایش یافته است. همچنین درصد داده‌های غیرهمپوش (۱۰۰ درصد) و درصد داده‌های همپوش (۰ درصد) برای هر پنج شرکت‌کننده، نشان می‌دهد که تمام داده‌ها در

جدول ۵- تحلیل دیداری- استنباطی تغییرات بین موقعیتی راهبرد سازگاری اجتناب

تغییرات بین موقعیتی	شرکت کننده ۱	شرکت کننده ۲	شرکت کننده ۳	شرکت کننده ۴	شرکت کننده ۵
۱- مقایسه موقعیت	B A	B A	B A	B A	B A
۲- تغییرات روند					
۲-۱- تغییر جهت					
۲-۲- اثر وابسته به هدف	مثبت	مثبت	مثبت	مثبت	مثبت
۲-۳- تغییر ثبات	باثبات به باثبات	باثبات به باثبات	باثبات به باثبات	باثبات به باثبات	باثبات به باثبات
۳- تغییر در سطح	۲۷ به ۴۲	۳۷ به ۲۸	۴۵ به ۳۴	۴۲ به ۲۵	۴۵ به ۲۶
۳-۱- تغییر نسبی	۲۷ به ۴۲	۳۷ به ۲۸	۴۵ به ۳۴	۴۲ به ۲۵	۴۵ به ۲۶
۳-۲- تغییر مطلق	۲۹/۵ به ۳۹/۵	۳۷/۵ به ۲۷	۴۴ به ۳۳	۴۱ به ۳۱	۴۴ به ۳۳
۳-۳- تغییر میانه	۲۹/۵ به ۳۹/۵	۳۷/۵ به ۲۷	۴۴ به ۳۳	۴۱ به ۳۱	۴۴ به ۳۳
۳-۴- تغییر میانگین	۲۸/۶۶ به ۳۹/۵	۳۷/۵ به ۲۶/۶۶	۴۴ به ۳۲/۳۳	۴۱ به ۳۲	۴۴ به ۳۳/۳۳

تغییرات بین موقعیتی	شرکت کننده ۱	شرکت کننده ۲	شرکت کننده ۳	شرکت کننده ۴	شرکت کننده ۵
۴- همپوشی داده‌ها	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰	۱۰۰
۴-۱- درصد داده‌های غیرهمپوش (PND)	۰	۰	۰	۰	۰
۴-۲- درصد داده‌های همپوش (POD)	۹۳/۷	۳۹/۹۸	۲۱/۳۷	۱۶/۴۸	۱۹/۵۴
۴-۳- شاخص تغییر پایا (RCI)	۳/۰۷	۱۵/۴۹	۸/۲۸	۶/۳۸	۷/۵۷
۴-۴- اندازه اثر (ES)					

بر اساس جدول ۵، میانگین نمره تمامی شرکت‌کننده‌ها، در راهبرد سازگاری اجتناب، از مرحله خط پایه به مرحله مداخله، کاهش یافته است. همچنین درصد داده‌های غیرهمپوش (۱۰۰ درصد) و درصد داده‌های همپوش (۰ درصد) برای هر پنج شرکت‌کننده، نشان می‌دهد که تمام داده‌ها در وضعیت مداخله، خارج از محدوده وضعیت خط پایه هستند. مقدار شاخص تغییر پایا مشخص می‌کند که تغییر در نمره اجتناب، از مرحله خط پایه به مرحله مداخله، از نظر آماری معنادار است. به علاوه، میزان اندازه اثر، بیانگر نقش مؤثر هنردرمانی در کاهش این راهبرد ناسازگارانه است.

پژوهش‌های مبتلا به سرطان بستری در بیمارستان؛ نتایج پژوهش جوادیان و همکاران (۱۳۹۷) و پژوهش عبدالله و عبدالله (۲۰۱۸) که مؤید تأثیر هنردرمانی گروهی بر کیفیت زندگی کودکان مبتلا به سرطان هستند؛ یافته‌های پژوهش شجاعی و همکاران (۱۳۹۸) و پژوهش متزل، مورل و فیلد (۲۰۱۶)، در مورد اثربخشی هنردرمانی در تعدیل درد کودکان بستری در بیمارستان که در نتیجه سازگاری با بیماری ایجاد می‌شود و پژوهش‌های طهماسبی، مقصودی و طلاکوب (۲۰۱۷) و مقدم‌یکتا و باباپورخیرالدین (۱۳۹۶) مبنی بر نقش مؤثر هنردرمانی در کاهش افسردگی (همراه با نشانه‌های ناسازگاری) کودکان تحت شیمی‌درمانی همسو است.

پژوهش حاضر با هدف معرفی هنردرمانی خانواده‌محور متناسب با نیازهای ویژه کودکان مبتلا به سرطان و ارزیابی تأثیر این روش بر تسهیل سازگاری کودکان با بیماری سرطان انجام شد. نتایج پژوهش حاضر نشان داد که هنردرمانی خانواده‌محور، در کاهش نموده‌های زیستی- روانی- اجتماعی ناسازگاری در بیمارستان و تغییر راهبردهای مقابله با مشکلات (کاهش راهبرد ناسازگارانه اجتناب و افزایش راهبرد سازگارانه جست‌وجوی حمایت)، تأثیر مثبت و معناداری دارد. این یافته‌ها نقش مؤثر هنردرمانی خانواده‌محور را در سازگارسازی کودکان با سرطان تأیید می‌کنند و از این رو، با یافته‌های پژوهش آگیلار (۲۰۱۷) و پژوهش هجری، پاکدامن و قنبری (۱۳۹۴) مبنی بر اثربخشی هنردرمانی در گسترش مهارت‌های سازگاری و کاهش مشکلات رفتاری- هیجانی کودکان؛ نتایج پژوهش آجورلو، برقی ایران و علی‌اکبری دهکردی (۱۳۹۵) و پژوهش خدابخشی کولایی و همکاران (۲۰۱۶) مبنی بر تأثیرات معنادار هنردرمانی

بحث و نتیجه‌گیری

کودکان بستری در بیمارستان به‌طور کلی و کودکان مبتلا به بیماری‌های مزمن از جمله سرطان، به‌طور خاص، معمولاً مشکلات جسمانی و روان‌شناختی ویژه‌ای را تجربه می‌کنند که معمولاً به شکل نموده‌هایی از ناسازگاری کودکان تلقی می‌شوند. این ناسازگاری‌ها گرچه ممکن است به‌عنوان نوعی راهکار برای مقابله با بیماری و پیامدهای آن توسط کودکان انتخاب و ابراز شوند، هم برای خودشان و هم برای خانواده‌ها، مشکلاتی مضاعف ایجاد می‌کنند. توجه به گزینش راهبردهای ناسازگارانه در مقابله با بیماری توسط کودکان بر اساس یافته‌های پژوهش حاضر نیز گواهی بر این ادعا است. نمرات شرکت‌کنندگان در پژوهش حاضر در مرحله خط پایه نشان داد که استفاده از راهبرد اجتناب توسط کودکان به‌عنوان یک راهبرد ناسازگارانه، بسیار بیشتر از حد استاندارد است. در مقابل، استفاده از راهبرد سازگارانه جست‌وجوی حمایت، بسیار کمتر از حد استاندارد بود. شاید چون کودکان بیمار، جست‌وجوی حمایت را به‌معنای اعلام نیازمندی

نشریه توانمندسازی کودکان استثنائی (علمی- پژوهشی)، سال دهم، شماره ۴ (۳۲)، زمستان ۱۳۹۸ | ۹۷

به کمک، تلقی می‌کنند. گرچه تاکنون نمودهای زیستی- روانی- اجتماعی ناسازگاری در بیمارستان و راهبردهای سازگاری کودکان مبتلا به سرطان، به‌طور مستقیم و به شکلی که در این پژوهش بررسی شده‌اند، مورد ارزیابی پژوهش‌های قبلی قرار نگرفته‌اند، نمودهای ناسازگاری به‌صورت تکی در پژوهش‌های متعددی برآورد شده‌اند. به‌عنوان نمونه؛ برگر، میشل و همکاران (۲۰۱۵) و برگر و همکاران (۲۰۱۵) به خستگی و کندی روانی- حرکتی در این کودکان اشاره کرده‌اند. ساپورتیو و بورد (۲۰۱۹)، بیقراری و تنش عضلانی را در بیماران مبتلا به سرطان، مورد تأکید قرار داده‌اند. آریسی، تورونر و آلتای (۲۰۱۸) و هو و همکاران (۲۰۱۹)، بر حالت تهوع و دیگر مشکلات گوارشی بیماران مبتلا به سرطان، تمرکز کرده‌اند. دماسکو- آویلا و همکاران (۲۰۱۹)، توجه درمانگران را به بی‌اشتهایی یا پُرخوری ایجاد شده در بیمارستان، جلب نموده‌اند. پژوهش‌های متعددی نیز به آستانه تحمل کم برای درد (آلبرتز، گانگون و استینسن، ۲۰۱۸؛ تیوتلمن و همکاران، ۲۰۱۸؛ توایکروس و همکاران، ۲۰۱۵؛ نیونز و همکاران، ۲۰۱۹)، و مشکلات خواب (بوان و همکاران، ۲۰۱۹؛ لی و همکاران، ۲۰۱۷؛ نیونز و همکاران، ۲۰۱۹) اشاره کرده‌اند. به‌نظر می‌رسد، تغییر شرایط بیمارستان از یک محیط خشک و خسته‌کننده به یک محیط سرشار از سرگرمی و نشاط در قالب اهداف درمان روان‌شناختی، یکی از مکانیزم‌های تأثیرگذاری هنردرمانی بر مشکلات کودکان بستری در بیمارستان است. از طرفی، یکی از علل زیربنایی تقریباً تمام مشکلات این کودکان، عدم بیان مشکلات، هیجانات، احساسات و افکاری است که در پی بیماری و بستری شدن در بیمارستان ایجاد می‌شوند (پوررضائیان و همکاران، ۱۳۹۸). این در حالی است که هدف تمام تکنیک‌های هنردرمانی، تخلیه هیجانی و بیانگری خلاقانه است که منجر به کشف مشکلات و هیجانات بیماران می‌شود و می‌دانیم که گام نخست در درمان مشکلات روان‌شناختی، کشف آن‌ها است.

علاوه بر دردهای جسمانی ناشی از بیماری و دردهای روان‌شناختی و اجتماعی ثانویه (پوررضائیان و همکاران، ۱۳۹۸)، شیوه برخورد اعضای خانواده به‌خصوص مادر- به‌عنوان همراه اصلی کودک در بیمارستان- با مشکلات و ناسازگاری‌های کودک به‌ویژه بی‌اشتهایی، مشکلات خواب و مواجهه با درد،

ممکن است، نه تنها تعدیل‌کننده این مشکلات و ناسازگاری‌ها نباشد؛ بلکه موجبات افزایش آن‌ها را فراهم کند. اعمال فشار و ارائه تنبیه‌ها و تقویت‌های نابه‌جا از سوی والدین، می‌تواند سبب تثبیت ناسازگاری‌ها و حتی افزایش آن‌ها شود. بنابراین، آموزش خانواده‌ها می‌تواند عاملی مهمی در کاهش این مشکلات باشد. هنردرمانی خانواده‌محور، دارای دو بُعد درمانی و آموزشی است. هدف محوری در بُعد درمانی، کاهش اختلالات و مشکلات روان‌شناختی بیمار توسط متخصص و در بُعد آموزشی، معرفی راهکارهای مؤثر مقابله با پیامدهای روانی- اجتماعی بیماری به خانواده است. گرچه حضور خانواده‌ها در جلسات درمانی کودکان دارای ناتوانی، امری معمول به‌شمار می‌رود (شفیعی، قاسم‌زاده و افروز، ۱۳۹۸)؛ اما در مورد کودکان مبتلا به سرطان این مهم صرفاً در پژوهش‌های معدودی از جمله پژوهش توایکروس و همکاران (۲۰۱۵) صورت گرفته است. نتایج حاصل از پژوهش حاضر، تأیید‌کننده تأثیر هنردرمانی خانواده‌محور بر سازگاری کودکان و نقش مؤثر آن در آموزش خانواده‌ها است. تثبیت نتایج درمانی در پیگیری یک ماهه (زمان مراجعه کودک برای بستری مجدد در بیمارستان) نشان‌دهنده تأثیرات آموزشی هنردرمانی و نقش مفید و مؤثر اجرای تکالیف هنری خانواده‌محور در خانه، است. با توجه به این یافته‌ها می‌توان نتیجه گرفت که صرفاً با ارائه یک مرتبه هنردرمانی خانواده‌محور کوتاه‌مدت می‌توان تکنیک‌های درمانی و روش‌های مقابله کارآمد با مشکلات کودکان را به والدین آموزش داد به‌طوری که کاربست این تکنیک‌ها و روش‌ها برای مشکلات مورد اشاره، در هر لحظه چه در خانه و چه در بیمارستان، میسر باشد.

گرچه تعداد آزمودنی‌های کم در طرح‌های تک‌آزمودنی جزو ویژگی‌های اصلی این طرح‌ها به‌حساب می‌آید، اما تعداد پنج آزمودنی در گروه نمونه پژوهش حاضر را با محدودیت تعمیم‌پذیری نتایج روبه‌رو می‌سازد. محدودیت سنی کودکان شرکت‌کننده در پژوهش حاضر نیز که به‌دلیل شرایط سنی چک‌لیست راهبردهای سازگاری کودکان اعمال شد، ممکن است یکی دیگر از موانع تعمیم‌پذیری نتایج باشد. به‌علاوه، حضور صرفاً یکی از اعضای خانواده (مادر کودک) در پژوهش، ممکن است محدودیتی دیگر در پژوهش حاضر تلقی شود. بنابراین، پیشنهاد می‌شود که هنردرمانی خانواده‌محور در کارآزمایی‌های

شجاعی، ز.، گل‌پرور، م.، بردبار، م. ر.، و آقایی، ا. (۱۳۹۸). تأثیر هنر بازی درمانی شناختی- رفتاری و قصه‌درمانی شناختی- رفتاری بر ادراک درد و امیدواری در کودکان مبتلا به سرطان. *نشریه پرستاری کودکان*. ۶(۱)، ۳۹-۴۷.

شفیعی، ا.، قاسم‌زاده، س.، و افروز، غ. ع. (۱۳۹۸). اثربخشی برنامه آموزشی روابط درون‌خانوادگی بر رضامندی زوجیت مادران و تاب‌آوری خواهران کودکان با اختلال طیف اُتسیم. *نشریه توانمندسازی کودکان استثنائی*. ۱۰(۲)، ۱۸۹-۱۹۹.

مقدم‌یکتا، ع.، و باباپورخیرالدین، ج. (۱۳۹۶). تأثیر تصویرسازی ذهنی بر کاهش افسردگی و اضطراب کودکان سرطانی. *ششمین کنگره انجمن روان‌شناسی ایران*.

هجری، ش.، پاکدامن، ش.، و قنبری، س. (۱۳۹۴). *اثربخشی نقاشی‌درمانی بر کاهش مشکلات هیجانی- رفتاری کودکان مبتلا به سرطان*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی کودک و نوجوان، دانشگاه شهید بهشتی.

References

- Abdulah, D. M., & Abdulla, B. M. O. (2018). Effectiveness of group art therapy on quality of life in paediatric patients with cancer: A randomized controlled trial. *Complementary Therapies in Medicine*. 41, 180-185.
- Aguilar, B. A. (2017). The efficacy of art therapy in pediatric oncology patients: an integrative literature review. *Journal of Pediatric Nursing*. 36, 173-178.
- Alberts, N. M., Gagnon, M. M., & Stinson, J. N. (2018). Chronic pain in survivors of childhood cancer: a developmental model of pain across the cancer trajectory. *Pain*. 159(10), 1916-1927.
- Arpaci, T., Toruner, E. K., & Altay, N. (2018). Assessment of nutritional problems in pediatric patients with cancer and the information needs of their parents: a parental perspective. *Asia-Pacific Journal of Oncology Nursing*. 5(2), 231.
- Ayers, T. S., Sandler, I. N., West, S. G., & Roosa, M. W. (1996). A dispositional and situational assessment of children's coping: Testing alternative models of coping. *Journal of Personality*. 64(4), 923-958.
- Berger, A. M., Mitchell, S. A., Jacobsen, P. B., & Pirl, W. F. (2015). Screening, evaluation, and management of cancer-related fatigue: Ready

آزمایشی یا نیمه‌آزمایشی با تعداد بیشتر اعضای گروه نمونه، مورد ارزیابی قرار بگیرد. استفاده از چک‌لیست نمودهای زیستی- روانی- اجتماعی ناسازگاری در بیمارستان که توسط درمانگر یا پژوهشگر تکمیل می‌شود و مقیاس‌های مشابه که توسط والدین کودک پاسخ داده می‌شوند در کنار مشاهدات بالینی دقیق، می‌توانند راهکارهایی برای رفع محدودیت سنی در پژوهش‌های آتی باشند. افزون بر این، پیشنهاد می‌شود که در بیمارستان‌ها، اتاق‌هایی اختصاصی بدون محدودیت حضور چند همراه برای کودک، در نظر گرفته شود تا فرصت اجرای روان‌درمانی‌های خانواده‌محور به‌صورتی کامل‌تر فراهم آید. پیشنهاد کاربردی پژوهش حاضر، استفاده تخصصی از هنردرمانی خانواده‌محور به‌منظور سازگارسازی کودکان بستری در بیمارستان با سرطان و پیامدهای جسمانی، روان‌شناختی و اجتماعی آن است.

منابع

- افضلی، ل.، قاسم‌زاده، س.، و هاشمی‌بخشی، م. (۱۳۹۵). اثربخشی مداخلات خانواده‌محور بر نشانه‌های بالینی کودکان با اختلال نافرمانی مقابله‌ای (ODD). *نشریه توانمندسازی کودکان استثنائی*. ۷(۲۰)، ۸۷-۱۰۸.
- آجورلو، م.، برقی ایرانی، ز.، و علی‌اکبری دهکردی، م. (۱۳۹۵). تأثیر قصه‌درمانی بر کاهش اضطراب و بهبود عادات خواب کودکان مبتلا به سرطان تحت شیمی‌درمانی. *روان‌شناسی سلامت*. ۵(۱۸)، ۸۷-۱۰۷.
- پوررضائیان، ه.، بشارت، م. ع.، کوچک‌زاده، ل.، و فراهانی، ح. ا. (۱۳۹۸). طراحی و آزمون بالینی هنردرمانی و روان‌نمایشگری خانواده‌محور در درمان روان‌شناختی و سازگاری کودکان مبتلا به سرطان. *رساله دکتری روان‌شناسی سلامت، دانشگاه تهران*.
- جوادیان، س.، زرانی، ف.، فتح‌آبادی، ج.، و گودرزی‌پور، ک. (۱۳۹۷). اثربخشی هنردرمانی مبتنی بر بهوشیاری بر کیفیت زندگی کودکان مبتلا به سرطان. *نخستین کنفرانس ملی تحقیقات کاربردی در علوم انسانی و روان‌شناسی*.
- خدادادی، ن. (۱۳۹۷). اثربخشی هنردرمانی با رویکرد نقاشی بر بازشناسی هیجانی چهره کودکان اُتسیم با عملکرد بالا. *نشریه توانمندسازی کودکان استثنائی*. ۹(۱)، ۸۹-۹۹.
- دلاور، ع. (۱۳۹۱). *مبانی نظری و عملی پژوهش در علوم انسانی و اجتماعی*. تهران: رشد.

- Good, D. A. (2016). Adult Art Therapy: Four Decades, Ages 20–60 Years. In D. E. Gussak & M. L. Rosal (Eds.). *The Wiley Handbook of Art Therapy* (pp. 262-271). UK: John Wiley & Sons.
- Gussak, D., & Rosal, M. L. (2016). *The Wiley handbook of art therapy*. UK: John Wiley & Sons.
- Haen, C., & Webb, N. B. (2019). *Creative Arts-based Group Therapy with Adolescents: Theory and Practice*. New York: Routledge.
- Ho, K. Y., Lam, K. K. W., Chung, J. O. K., Xia, W., Cheung, A. T., Ho, L. K., . . . LI, H. C. W. (2019). Systematic review of the effectiveness of complementary and alternative medicine on nausea and vomiting in children with cancer: a study protocol. *BMJ open*. 9(10), e031834.
- Hogan, S. (2015). *Art therapy theories: A critical introduction*. New York: Routledge.
- Kelley, E. (2017). A Narrative Approach to Art Therapy for Life Review as a Means to Increase Mood in an Elder Community. (Master of Arts in Art Therapy), Indiana University.
- Khodabakhshi Koolae, A., Vazifehdar, R., Bahari, F., Akbari, M. E. (2016). Impact of painting therapy on aggression and anxiety of children with cancer. *Caspian Journal of Pediatrics*. 2(2), 135-41.
- Lane, K. J. (2018). Building Coping Skills, Emotional Regulation, and Insight in Preadolescent Girls: An Expressive Art Therapy Program Developmental Model. Capella University.
- Lee, S., Narendran, G., Tomfohr-Madsen, L., & Schulte, F. (2017). A systematic review of sleep in hospitalized pediatric cancer patients. *Psycho-Oncology*. 26(8), 1059-1069.
- Malchiodi, C. A., & Crenshaw, D. A. (2015). *Creative arts and play therapy for attachment problems*. New York: The Guilford Press.
- Malchiodi, C. A., & Crenshaw, D. A. (2017). Art therapy approaches to facilitate verbal expression. In Malchiodi, C. A., & Crenshaw, D. A. (Eds.), *What to do when children clam up in psychotherapy: Interventions to facilitate communication* (pp. 197-216). New York: The Guilford Press.
- for implementation to practice? *CA: a Cancer Journal for Clinicians*. 65(3), 190-211.
- Berger, A. M., Mooney, K., Alvarez-Perez, A., Breitbart, W. S., Carpenter, K. M., Cella, D., . . . Escalante, C. P. (2015). Cancer-related fatigue, version 2015/2. *Journal of the National Comprehensive Cancer Network*. 13(8), 1012-1039.
- Bevan, R., Grantham-Hill, S., Bowen, R., Clayton, E., Grice, H., Venditti, H. C., . . . Hill, C. M. (2019). Sleep quality and noise: comparisons between hospital and home settings. *Archives of Disease in Childhood*. 104(2), 147-151.
- Camisasca, E., Caravita, Simona C. S., Milani, L., & Di Blasio, P. (2012). The children's coping strategies checklist-revision 1: a validation study in the Italian population. *Testing, Psychometrics, Methodology in Applied Psychology*. 19(3), 197-218.
- Chilton, G., & Wilkinson, R. (2016). Positive art therapy. In J. A. Rubin (Ed.), *Approaches to art therapy: Theory and technique* (3rd ed., pp. 249–267). New York: Routledge.
- Colorectal cancer facts & figures. (2017). In. American Cancer Society: American Cancer Society Atlanta, GA.
- Damasco-Ávila, E., Velasco-Hidalgo, L., Zapata-Tarrés, M., Cárdenas-Cardos, R., & Rivera-Luna, R. (2019). Feeding difficulties and eating disorders in pediatric patients with cancer. *Boletín médico del Hospital Infantil de México*. 76(3), 113-119.
- de Boo, Gerly M., & Wicherts, Jelte M. (2009). Assessing cognitive and behavioral coping strategies in children. *Cognitive Therapy Research*. 33(1), 1-20.
- Dean, M., & Landis, H. (2017). Creative arts-based approaches with adolescent groups. In C. Haen & S. Aronson (Eds.), *Handbook of child and adolescent group therapy: A practitioner's reference* (pp. 124-136). New York: Routledge.
- Dekker, J., & de Groot, V. (2018). Psychological adjustment to chronic disease and rehabilitation—an exploration. *Disability and Rehabilitation*. 40(1), 116-120.
- Gast, D. L. (2010). *Single subject research methodology in behavioral sciences*. New York and London: Routledge.

- Sobol, B., & Howie, P. (2016). Family Art Therapy. In J. A. Rubin (Ed.), *Approaches to art therapy: Theory and technique* (3rd ed., pp. 397-417). New York: Routledge.
- Supportive, P., & Board, P. C. E. (2019). Adjustment to cancer: anxiety and distress (PDQ®). In PDQ Cancer Information Summaries [Internet]: National Cancer Institute (US).
- Tahmasebi, Z., Maghsoudi, J., & Talakoub, S. (2017). The effect of painting on depression in children with cancer undergoing chemotherapy. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research*. 22(2), 102-105.
- Tutelman, P. R., Chambers, C. T., Stinson, J. N., Parker, J. A., Fernandez, C. V., Witteman, H. O., . . . Jibb, L. A. (2018). Pain in Children with Cancer. *The Clinical Journal of Pain*. 34(3), 198-206.
- Twycross, A., Parker, R., Williams, A., & Gibson, F. (2015). Cancer-related pain and pain management: sources, prevalence, and the experiences of children and parents. *Journal of Pediatric Oncology Nursing*. 32(6), 369-384.
- Metzl, E., Morrell, M., & Field, A. (2016). A Pilot Outcome Study of Art Therapy and Music Therapy with Hospitalized Children (Étude pilote des résultats de l'art-thérapie et de la musicothérapie auprès d'enfants hospitalisés). *Canadian Art Therapy Association Journal*. 29(1), 3-11.
- Nasif, J. (2015). The emotional impact of chronic illness. *Journal of Psychology & Clinical Psychiatry*. 3(6), 177-180.
- Nunes, M. D. R., Nascimento, L. C., Fernandes, A. M., Batalha, L., De Campos, C., Gonçalves, A., . . . Jacob, E. (2019). Pain, sleep patterns and health-related quality of life in paediatric patients with cancer. *European Journal of Cancer Care*. 28(4), e13029.
- Rosal, M. (2016). Cognitive-behavioral art therapy revisited. In D. E. Gussak & M. L. Rosal (Eds.). *The Wiley Handbook of Art Therapy* (pp. 68-76). UK: John Wiley & Sons.
- Rosen, M., Pitre, R., & Johnson, D. R. (2016). Developmental transformations art therapy: An embodied, interactional approach. *Art Therapy*. 33(4), 195-202.

Development and evaluation of the effectiveness of family-based art therapy on children's coping with cancer

Hoda Purrezaian¹

Mohammad Ali Besharat*²

Leili Koochakzadeh³

Hojjatollah Farahani⁴

Abstract

The present study was conducted to develop a family-based art therapy method adjusted to hospital condition, and evaluate its effectiveness on the children's coping with cancer. The present research is a single-subject study (A-B) as a kind of experimental research. The statistical population of the study consisted of all children aged 9-14 years old admitted to Children Medical Center (CMC) from November 2018 to February 2019 that among them, five children were selected by purposeful sampling. Each child accompanied with her/his mother received eight family-based art therapy sessions. The tools of the present study were Checklist of Bio-Psycho-Social Expressions of Incompatibility in Hospital-BPSEIH (Purrezaian, Besharat, Koochakzadeh, & Farahani, 2019) and Children's Coping Strategies Checklist-revision 1 (Ayers & Sandler, 1999). Research data were analyzed using specific charts and tables for single-subject designs. In addition, the effect size (ES) and the reliable change index (RCI) were also reported. The findings showed that family-based art therapy reduced the expressions of incompatibility and avoidance strategy ($P < 0/05$) on the one hand, and increased support seeking strategy ($P < 0/05$) on the other, significantly. According to the findings, it can be concluded that family-based art therapy can reduce the incompatibility of children with cancer in hospital and change their coping strategies. Therefore, this method can be considered as one of the useful and practical psychotherapies in the hospital especially for children with cancer.

Keywords: family-based art therapy, coping, cancer

1. Ph.D. student in Health Psychology, Department of Psychology and Education, University of Tehran, Tehran, Iran

*2. **Corresponding author.** Professor, Department of Psychology, Faculty of Psychology and Education, University of Tehran, Tehran, Iran

3. Assistant professor, Department of Hematology & Oncology, Faculty of Pediatrics, Tehran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

4. Assistant professor, Department of Psychology, Faculty of Humanities, Tarbiat Modares University, Tehran, Iran