



فصلنامه خانواده‌درمانی کاربردی

اثربخشی بازی درمانی گروهی بر پذیرش اجتماعی و امید در کودکان مبتلا به سرطان

کارشناسی ارشد گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، ایران
استادیار گروه روانشناسی، دانشگاه اصفهان، ایران

رایحه صنعتگر^{id}

مریم اسماعیلی^{id*}

دریافت: ۹۹/۰۶/۱۳ | پذیرش: ۹۹/۰۷/۳۰ | ایمیل نویسنده مسئول: m.esmaili@edu.ui.ac.ir

فصلنامه علمی
خانواده درمانی کاربردی

شاپا (الکترونیکی) ۲۷۱۷-۲۴۳۰
<http://Aftj.ir>
دوره ۱ | شماره ۲ | صص ۱۴۰-۱۲۵
تابستان ۱۳۹۹

نوع مقاله: پژوهشی

چکیده

مقدمه: پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی بازی درمانی گروهی بر بهبود پذیرش اجتماعی و امید در کودکان مبتلا به سرطان انجام شده است. روش: روش پژوهش نیمه آزمایشی با گروه آزمایش و گروه گواه، طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری یک‌ماهه و جامعه آماری ۳۰ کودک ۸-۱۰ ساله مبتلا به سرطان بیمارستان سیدالشهدا شهر اصفهان سال ۱۳۹۳ بود که به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به طور تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و گروه گواه (۱۵ نفر) کاربندی شدند. ابزار پژوهش مقیاس پذیرش اجتماعی کودکان (فورد و روبین، ۱۹۷۰) و امید کودکان اشنايدر و همکاران (۱۹۹۷) و نیز بسته آموزشی بازی درمانی گروهی مبتنی بر نظریه‌های راجرز و لندرت بود که در ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به گروه آزمایش ارائه و داده‌ها با استفاده از آزمون تحلیل واریانس مختلط تحلیل شد. یافته‌ها: نتایج حاکی از تأثیر آموزش بازی درمانی گروهی بر پذیرش اجتماعی ($F=7/71, P=0/009$) و امید به زندگی ($F=9/53, P=0/005$) و پایداری این تأثیر در مرحله پیگیری بود. نتیجه‌گیری: پرورش مهارت در دوران کودکی لازمه‌ای اساسی برای برقراری ارتباط با دیگران و جهان اطراف به شمار می‌رود؛ از این رو، می‌توان از بازی به عنوان یکی از علل ارتقاء مهارت پذیرش اجتماعی و امید به زندگی در کودکان برشمرد.

به این مقاله به شکل زیر استناد کنید:

درون متن:

(صنعتگر و اسماعیلی، ۱۳۹۹)

در فهرست منابع:

صنعتگر، رایحه، و اسماعیلی، مریم. (۱۳۹۹). اثربخشی بازی درمانی گروهی بر بهبود پذیرش اجتماعی و امید در کودکان مبتلا به سرطان. فصلنامه خانواده‌درمانی کاربردی، (۳۱): ۱۴۰-۱۲۵.

کلیدواژه‌ها: امید، بازی درمانی، پذیرش اجتماعی، کودکان سرطانی

مقدمه

سرطان^۱ نوعی بیماری است که در آن سلول‌های بدن در یک تومور بدخیم به طور غیرعادی تقسیم و تکثیر می‌شوند و بافت‌های سالم را نابود می‌کنند؛ علت دقیق این پدیده نامشخص است ولی احتمال دارد عوامل ژنتیکی یا عوامل بیرونی همچون ویروس و مواد سرطان‌زا در بروز آن مؤثر باشند؛ سرطان فقط بزرگسالان را درگیر نمی‌کند بلکه کودکان هم به این بیماری مبتلا می‌شوند (میکاییلی، فتحی، کنعانی و صمدی فرد، ۱۳۹۸). بحران‌های ناشی از سرطان و درمان آن با فشارهای جسمی و روانی متعددی همراه است که سبب از بین رفتن تعادل و هماهنگی جسم و روان می‌شود که در نهایت منجر به ترک درمان از سوی بیماران می‌شود (قرباغی، میرباقری و خزائلی، ۲۰۱۸). مطالعات نشان داده است که ناراحتی‌های جسمی و عاطفی مربوط به سرطان و درمان آن می‌توانند منجر به ایجاد مشکلاتی برای سلامت روانی کودکان مبتلا شود (روب و هانسن-آبرومیت، ۲۰۱۴).

سرطان اطفال مشتمل بر گروهی از بدخیمی‌هاست که هر یک اپیدمیولوژی-آسیب‌شناسی و میزان مرگ و میر مخصوص به خود را دارند؛ این بیماری که تنوع بیشتری نسبت به بیماری بزرگسالان دارد شایع‌ترین علت مرگ و میر سنین بین ۱-۱۶ سالگی در کشورهای غربی است (روب، هاس، پرکینس، هاوت، هنلی و همکاران، ۲۰۱۷)؛ ۶/۷ میلیون مرگ در دنیا در سال ۲۰۰۷ مربوط به سرطان بوده و پیش‌بینی می‌شود ۱۰/۳ میلیون مرگ در سال ۲۰۲۰ به دلیل سرطان رخ دهد (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۱۸). ایران تقریباً بالاترین رشد سرطان را در جهان دارد، سرطان دومین عامل مرگ و میر در ایران است؛ در ایران بر اساس اولین مطالعه ملی بار بیماری‌ها و آسیب‌ها، سرطان‌ها در مجموع باعث از دست رفتن ۶۶۲۰۴ کودک در هر صد هزار نفر در سال ۱۳۸۲ شده‌اند (شجاعی، گل پرور، بردبار و آقایی، ۱۳۹۸). اگر چه سرطان‌ها در دوران کودکی شایع نیست؛ اما دومین علت مرگ و میر در کودکان زیر ۱۴ سال است (قرباغی و همکاران، ۲۰۱۸). کودکان در هر سنی که باشند دو احساس کلی؛ خشم و گناه، نسبت به این بیماری از خود بروز می‌دهند (مودی و کارولو، ۲۰۱۹). از این رو، سرطان می‌تواند تأثیرات گسترده‌ای بر سلامت روان و بهزیستی روان‌شناختی بیماران مبتلا به سرطان داشته باشد و روان‌شناسان به دنبال راه‌کارهایی برای کمک به این بیماران هستند؛ لذا در کنار جنبه‌های عینی، شناختی و عاطفی و روان‌شناختی نمی‌توان از جنبه‌های اجتماعی آن غافل شد. رابطه عوامل اجتماعی از جمله کیفیت روابط اجتماعی، میزان حمایت اجتماعی توسط فرد، مشارکت اجتماعی، پذیرش اجتماعی^۲ با سلامت توسط محققین بسیاری مورد توجه قرار

1. cancer

2. social acceptance

گرفته است و موارد مذکور حاکی از اهمیت بعد اجتماعی در بیماران مبتلا به سرطان است (وایفن، کوپر، اندرسون، گری، گریگوری، لجونگمن و زرنیکوف، ۲۰۱۷).

پذیرش اجتماعی به معنای آن است که افراد تمایل دارند فردی دیگر را در گروه و روابط خود قرار دهند؛ پذیرش اجتماعی در یک پیوستار رخ می‌دهد که از تحمل حضور فرد دیگر تا دنبال کردن فعالانه فرد به عنوان یک شریک ارتباطی در نوسان است (آریاپوران و عباسی، ۱۳۹۹). پذیرش اجتماعی موجب بروز رفتارهای مناسب و عملکرد اجتماعی مثبت در کودکان می‌شود (اوبرلی و شونت-ریچل، ۲۰۱۳) و باعث می‌شود که آن‌ها از طرف همسالان مورد تحسین و احترام قرار بگیرند (آریاپوران و عباسی، ۱۳۹۹). کودکانی که مورد پذیرش قرار می‌گیرند، موفقیت تحصیلی و حرمت خود بالاتری دارند (کارانجا، ۲۰۱۶)؛ اما کودکانی که پذیرش از طرف همسالان دریافت نمی‌کنند، مشکلات روان‌شناختی و تأخیر در رشد شناختی و اجتماعی دارند و از حرمت خود کمتری برخوردارند (آنتونوپولو، کایدمنو و کوواوا، ۲۰۱۹)؛ همچنین پژوهش‌ها نشان داده که دختران نسبت به پسران از پذیرش اجتماعی بیشتری برخوردارند (گوکبولوت، گوکبولوت و ینیاسیر، ۲۰۱۷). اگر کودکان و نوجوانان در جمع خانواده و همسالانشان فاقد پذیرش و جایگاه اجتماعی مطلوب و منزلت متناسب با آنچه گمان می‌کنند باشند، کارکرد اصلی آن‌ها یعنی رشد و پیشرفت دچار اختلال می‌شود. از طرفی، کودک به این دلیل که درمی‌یابد مورد توجه و پذیرش دیگران نیست، تمایل به انزوا و تنهایی پیدا می‌کند و از میزان روابط بین فردی و ارتباط‌های اجتماعی خود تا حد زیادی می‌کاهد (حسین‌خانزاده، قلی‌زاده، طاهر، حیدری و مبشری، ۱۳۹۷)؛ از این رو پذیرش اجتماعی به‌عنوان بزرگ‌ترین و قوی‌ترین نیرو برای مقابله موفقیت‌آمیز و آسان افراد، در زمان درگیری با سرطان و شرایط تنش‌زا شناخته شده است؛ که باعث حفظ همسانی اجتماعی، تسهیل خود ارزشیابی، پیوند با اجتماع، مقابله با احساس تنهایی، احساس ناامیدی و افسردگی، کاهش میزان بروز اختلالات خلقی و افزایش رفاه و سلامتی و بقای طولانی‌تر بیماران می‌شود (باستانی، سیاح و حقانی، ۱۳۹۱).

فراتر از پذیرش اجتماعی، به دلیل ماهیت تهدیدکننده بیماری سرطان، در بسیاری از مواقع پس از تشخیص قطعی سرطان و در روند درمان، یکی از اولین سازه‌هایی که تحت تأثیر این بیماری قرار می‌گیرد، امید به زندگی کودکان و خانواده‌های آن‌ها است. امیدواری به عنوان احتمال آینده‌ای بهتر در بافت و زمینه‌ای مبهم و نامعین تعریف شده است (هالبرت، استوری و ویلسون، ۲۰۱۵). سطح امیدواری نه تنها در کودکان، بلکه در افراد بزرگسال با طیف متنوعی از پیامدها در ارتباط است؛ برای نمونه سطح امیدواری می‌تواند کیفیت زندگی، علاقه به زندگی و آینده، معنای زندگی و تلاش برای تغییر شرایط زندگی را به همراه آورد (شجاعی و همکاران، ۱۳۹۸). امیدواری در میان کودکان سرطانی و خانواده‌های آن‌ها نیز بر تلاش و کوشش برای

تغییر و مقابله با سختی‌ها و دشواری‌های مستتر در متن بیماری سرطان و درمان آن و بر کیفیت زندگی این بیماران تأثیر به‌سزایی می‌گذارد (اسچولر و سلیگمن، ۲۰۱۶). پژوهشگران بسیاری از روش‌های گوناگون مداخله جهت کمک به کودکان مبتلا به سرطان استفاده می‌کنند که بازی درمانی یکی از مهم‌ترین این روش‌ها است. بازی افکار درونی کودک را با دنیای خارجی او ارتباط می‌دهد و باعث می‌شود که کودک بتواند اشیای خارجی را تحت کنترل خود در آورد. بازی به کودک اجازه می‌دهد تا تجربیات، افکار، احساسات و تمایلاتی را که برای او تهدیدکننده هستند نشان دهد (کیولکا و موگالدا، ۲۰۱۴).

بازی درمانی یک مداخله پیشرفته و تکامل یافته برای کودکان است. بازی و بازی درمانی از زمره روش‌هایی است که نتایج مفید و قابل‌توجهی به بار می‌آورد و به شیوه مثبتی به رفتارهای هیجانی و تکانشی تعادل می‌بخشد (حسین‌خانزاده و همکاران، ۱۳۹۷)؛ بازی درمانی استفاده از بازی به عنوان یک درمان است که برای کاهش دادن پریشانی و ترس در کودکان استفاده می‌شود (مدانیتی، هرمینگیسیه و موریاتی، ۲۰۱۶). بازی درمانی گروهی (ترکیبی از بازی درمانی و گروه درمانی) ارتباط طبیعی بین دو درمان مؤثر است و یک فرآیند روان‌شناختی و اجتماعی است که از طریق آن کودکان چگونگی ارتباط با دیگران را در اتاق بازی یاد می‌گیرند (آتیواناپت، تایپیسوتیکول، پوپیتایستاپورن و کاتکائیو، ۲۰۱۶) بازی درمانی فرصتی فراهم می‌کند که درمانگران به کودکان کمک کنند تا یاد بگیرند چگونه مشکلات را حل کنند (ال-ناگر، ابو-الماجد و ایبراهیم احمد، ۲۰۱۷). اهداف کلی از مداخله بازی درمانی گروهی شامل کمک به مشارکت، خود شاهدهی، مسئولیت، ابراز احساسات، احترام گذاشتن، پذیرفتن خود و دیگران و بهبود رفتارهایی چون مهارت‌های اجتماعی، حرمت خود و کاهش افسردگی است (حسین‌خانزاده و همکاران، ۱۳۹۷). نتایج پژوهش شجاعی و همکاران (۱۳۹۸) نشان داد که تأثیر هنر بازی درمانی، نیرومندتر و مؤثرتر از قصه درمانی در افزایش امیدواری و ادراک درد در کودکان سرطانی بود. همچنین نتایج پژوهش وفانوش و روشن (۱۳۹۷) نشان داد که بازی درمانی بر بهبود امید به زندگی و خودکارآمدی کودکان سرطانی ۶ تا ۱۰ سال مؤثر است. اسکاریونی و پسیون (۲۰۱۶) به نقش برجسته بازی درمانی در کمک به کودکان سرطانی برای غلبه بر مشکلات درد و بیماری و همچنین کارول (۲۰۱۲) و فاوارا-اسکاکو، اسمیرنه، اسچیلیرو و کاتالدو (۲۰۱۱) نقش بازی درمانی را در تسهیل فرایند و روند درمانی همراه با درد کودکان مبتلا به سرطان در سنین ۲ تا ۱۴ سال را نشان دادند. از این رو، مبتلا شدن به سرطان به عنوان بحران و موقعیتی استرس‌زا در زندگی قلمداد می‌شود و پذیرش اجتماعی در کودکان را خصوصاً در سنی که وارد اجتماع شده‌اند و مقدمه‌ی هویت اجتماعی آنان رقم می‌خورد دستخوش تغییرات جبران‌ناپذیری می‌کند، لذا نیاز به توجه ویژه به این مسئله بیش از پیش احساس می‌شود. با توجه به اینکه بازی آن هم به صورت گروهی دارای بعد اجتماعی است و

بازی در ذات خود، باعث فرح بخشی و به طبع آن ایجاد امید به زندگی در کودکان مبتلا به سرطان می‌شود، این پژوهش در نظر دارد تا به بررسی فرضیه‌های زیر بپردازد:

۱. بازی درمانی بر پذیرش اجتماعی و امید کودکان مبتلا به سرطان در مرحله پس‌آزمون مؤثر است.
۲. بازی درمانی در پذیرش اجتماعی و امید کودکان مبتلا به سرطان در مرحله پیگیری پایدار است.

روش

پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری یک ماهه با گروه کنترل بود. در این پژوهش جامعه آماری مورد مطالعه کودکان ۸-۱۰ ساله مبتلا به سرطان بیمارستان سیدالشهدا شهر اصفهان در فصل پاییز و زمستان سال ۱۳۹۳ است. نحوه انتخاب شرکت‌کنندگان به این صورت بود که پس از مراجعه به بیمارستان سیدالشهدا و هماهنگی با مسئولان بیمارستان و بخش، فراخوانی با عنوان (از خانواده‌های علاقه‌مند جهت شرکت کودکان در دوره‌های بازی دعوت به عمل می‌آید) در تابلو اعلانات بیمارستان نصب شد. پس از ثبت‌نام کودکان، بررسی شرایط شرکت‌کنندگان و توضیح در مورد دوره، با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس، به علت نبود امکان استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی ۳۰ نفر انتخاب شدند و به طور تصادفی در دو گروه آزمایش (۷ پسر، ۸ دختر) و گواه (۷ پسر، ۸ دختر) قرار گرفتند و جلسه پیگیری پس از ۱ ماه اجرا شد.

ابزار پژوهش

۱. **مقیاس پذیرش اجتماعی کودکان**^۱. این پرسشنامه توسط فورد و رابین در سال ۱۹۷۰ برای سنجش میزان نیاز کودکان به تأیید اجتماعی ساخته شد (سموعی، باقرزاده و سبزواری، ۱۳۸۴). نسخه نهایی این پرسشنامه ۱۷ سؤال دارد که توسط سموعی و همکاران (۱۳۸۴) هنجاریابی شده است. طیف پاسخگویی این پرسشنامه از نوع سه گزینه‌ای بلی = ۱، تا حدودی = ۳، خیر = ۲ و نمره‌گذاری سؤال‌های ۹ و ۱۰ معکوس است. نقطه برش این پرسشنامه ۱۷ و نمره بالاتر نشان دهنده مقبولیت اجتماعی بیشتر است. اشخاصی که امتیاز بین ۰ تا ۸ را به دست می‌آورند و فاقد رفتارهای مورد پذیرش اجتماع هستند و احتمالاً طرد می‌شوند. نمره‌های ۹ تا ۱۹ نشانه پذیرش اجتماعی متوسط و مربوط به افرادی است که رفتارهای آن‌ها با قواعد و هنجارهای اجتماعی مطابقت دارد. نمره‌های ۲۰ تا ۳۳ نشان دهنده رفتار واقعی منطبق با قواعد و هنجارهای اجتماعی و سازگاری بالا است (شرف‌الدین، ۱۳۸۹). در پژوهش شرف‌الدین (۱۳۸۹) برای تعیین روایی و پایایی این پرسشنامه از روش‌های روایی همگرا و آلفای کرونباخ

1 . Chidden Social Acceptance Scale

استفاده شد که میزان آن به ترتیب برابر ۰/۷۳ و ۰/۷۶ محاسبه شد. در پژوهش دهقانی، گلستانه و زنگویی (۱۳۹۷) نیز ضرایب روایی همگرا و آلفای کرونباخ پرسشنامه پذیرش اجتماعی به ترتیب ۰/۷۱ و ۰/۷۲ گزارش شد. در پژوهش حاضر نیز ضریب آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۶ به دست آمد.

۲. مقیاس امید کودکان^۱. مقیاس امیدواری کودکان توسط اشنايدر (۱۹۹۵) بر اساس نظریه امید طراحی گردید. مقیاس امیدواری کودکان دارای ۲ خرده مقیاس تفکر عاملی و تفکر راهبردی و یک نمره امید کلی را مورد ارزیابی قرار می‌دهد. هر خرده مقیاس امیدواری کودکان دارای ۳ گویه است. مقیاس امید برای کودکان و نوجوانان ۸ تا ۱۶ سال قابل کاربرد است. نمره‌گذاری مقیاس امیدواری کودکان بر اساس طیف لیکرت همیشه=۶، اغلب=۵، خیلی وقت‌ها=۴، بعضی وقت‌ها=۳، به ندرت=۲ و هیچ‌وقت=۱ اندازه‌گیری می‌شود. اشنايدر به منظور هنجاریابی مقیاس امیدواری کودکان همبستگی آن را با آزمون نیمرخ خود ادراکی کودکان و پرسشنامه سبک اسناد کودکان مورد بررسی قرار دادند و نتایج مثبت و معناداری به دست آمد. در پژوهش اشنايدر (۱۹۹۵) روایی هم‌زمان مقیاس امید با مقیاس افسردگی بک ۰/۴۴- و همچنین اعتبار آن را از طریق باز آزمایی بعد از ۳ هفته ۰/۸۵ گزارش کرده‌اند. همچنین در ایران اعتبار این مقیاس از طریق آلفای کرونباخ ۰/۷۰ و از طریق باز آزمایی ۰/۷۴ به دست آمد (نجاتی، اسماعیلیان و امانی، ۱۳۹۳). در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ برابر با ۰/۹۰ به دست آمد.

۳. بسته آموزشی بازی درمانی^۲. جهت تدوین بسته آموزشی بازی درمانی گروهی رویکرد کلی برای چیدمان بسته آموزشی کودک محور و با دیدگاه‌های راجرز و لندرت بود به طوری که برای انتخاب بازی‌های پذیرش اجتماعی از رویکرد هارجی، ساندرز و دیکسون (۱۳۹۲) در مورد مؤلفه‌های مهارت‌های اجتماعی و برای انتخاب بازی‌های امید از نظریه اشنايدر (۲۰۰۰) به شرح زیر استفاده شد.

جلسه اول. در جلسه اول درمانگر به معرفی خود پرداخت و بیشتر سعی کرد تا خود را به کودکان نزدیک کرده و رابطه حسنه برقرار کند. در این جلسه بیشتر درمانگر با زبان کودکانه سعی در برقراری جو صمیمانه بین خود و سایر کودکان کرد و کودکان را تشویق کرد ضمن برقراری ارتباط با هم‌گروهی‌های خود، به هر شکلی که دوست دارند و در هر زمان که احساس راحتی کردند خودشان را معرفی کنند.

جلسه دوم. در این جلسه بیشتر به بازی‌های بومی و سنتی جهت بهرت شدن روابط در گروه پرداخته شد. در ابتدا جهت بهتر شدن روابط اعضای گروه، خواسته شد تا هر ۳ نفر در یک گروه به بازی یک قل دو قل بپردازند و پس از آن به بازی یک کلافه دو کلافه و کش بازی

1 . Children's Hope Scale

2 . Play therapy training package

پرداخته شد. پس از این بازی‌ها در راستای تقویت مهارت‌های گروهی به بازی کردن کنار هم و نحوه کنار آمدن و سهیم شدن در بازی و همچنین آموزش نحوه رعایت نوبت و اصول و قواعد بازی گروهی و تقویت مهارت‌های تفکر راهبردی به بازی هفت سنگ و تپله بازی پرداخته شد. جلسه سوم، در این جلسه برای تقویت حواس (بینایی، شنیداری، لامسه) و برای برقراری ارتباط مؤثر، تخصیص حالات فیزیکی بدن و چهره در راستای شناخت هیجانات و واکنش مناسب نشان دادن به آن بازی‌هایی مثل قایم موشک، گرگم به هوا، چیستان و پانتومین اجرا شد.

جلسه چهارم، در این جلسه از شن برای تخلیه هیجانی و آرامش و همچنین از عروسک حیوانات برای داستان‌گویی و گرفتن سرنخ از داستان‌ها برای ایجاد گفتگو و وارد شدن به دنیای درونی کودک استفاده شد. استفاده از داستان‌های باز با محوریت مهارت‌های اجتماعی و انتخاب بهترین راه‌حل در راستای تقویت تفکر راهبردی و حل مسئله در هر جلسه و ارتباط فکر و احساس از اهداف اساسی این جلسه بود.

جلسه پنجم، در این جلسه از کارت‌های خرس گلاسر با هدف آشنایی با هیجانات مختلف، حالات چهره استفاده شد. همچنین در طول جلسه داستان‌گویی مرتبط با هر هیجان توسط خود کودک برای عملی‌تر کردن شناخت این هیجانات در موقعیت مختلف روزمره و واکنش‌های متفاوت هر کودک نسبت به هر هیجان، صحبت درباره‌ی راهکارهای مفید در حین هر داستان، تقویت مهارت‌های مکالمه و بیان افکار و احساسات اجرا شد.

جلسه ششم، در این جلسه برای محسوس‌تر کردن و یادیار هیجانات در موقعیت‌های مختلف و راهکار برای کنترل هیجانات مثل فریاد کشیدن، مسخره کردن، پرتاب کردن شیئی، عصبانیت، از خطوط مختلف و رنگ‌های مختلف و نحوه کشیدن‌های مرتبط با هر هیجان و موقعیت و رنگ هر هیجان استفاده شد.

جلسه هفتم، در این جلسه از بادکنک خشم و کاردستی با مواد طبیعی و بازیافتی با هدف کنترل هیجانات و در نظر گرفتن عواقب ناشی از عصبانیت، کار با مواد طبیعی مثل سنگ، برگ، چوب باعث آرامش و تخلیه بار منفی هیجانات می‌شود، استفاده شد. در ادامه کودکان به صورت عملی یاد گرفتند که ساختن چیزی حس ابراز وجود را تقویت کرده و اعتمادبه‌نفس را در آن‌ها بیشتر می‌کند و اینکه از مواد بازیافتی چیزی بتوان درست کرد، تفکر واگرای کودک را تقویت کرده که این تفکر برای انتخاب راه حل با وجود موانع متعدد لازم است.

جلسه هشتم، در این جلسه با استفاده از عروسک‌های نمایشی و پانتومیم به بیان داستان‌هایی توسط کودکان مرتبط با موضوعی که درمانگر داده بود پرداخته شد. اجرای داستان‌ها به صورت نمایش، استفاده از پانتومیم برای درک بهتر هیجانات و حالات چهره و همچنین استفاده از

عروسک‌های نمایشی و مورد علاقه کودکان فضای شاد و پر از هیجان را برای کودکان ایجاد کرد.

جلسه نهم. در این جلسه به بازی مار و پله با محوریت روابط اجتماعی (مار و نردبان) پرداخته شد. همچنین در ادامه این جلسه به بازی نقش دید و بازدید با هدف ایفای نقش در موقعیت‌های مختلف اجتماعی پرداخته شد و به صورت نوبتی نقش میهمان و میزبان بین کودکان تغییر می‌کرد.

جلسه دهم. این جلسه به مرور و تکرار بازی‌ها به صورت گذرا پرداخته شد. سپس به گفتگو راجع به بازی‌ها و تجربه کودکان اختصاص داشت و از آن‌ها خواسته شد هر مطلبی که آموختند و هر چیز خوبی را که تجربه کردند به زبان آورند.

شیوه اجرا. پس از تصویب پروپوزال در معاونت پژوهشی دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه آزاد واحد اصفهان (خوراسگان)، پژوهشگر به بیمارستان سیدالشهدا مراجعه کرد و پس از جلب موافقت مسئولین بیمارستان و پس از مراحل ثبت نام کودکان و اجرای آزمون پذیرش اجتماعی (توسط پژوهشگر سؤالات خوانده می‌شد و کودکان پاسخ می‌دادند) ۳۰ کودک انتخاب شدند. برنامه بازی درمانی با توجه به بررسی منابع نظری و پژوهشی در مورد امید و پذیرش اجتماعی و شرایط کودکان مبتلا به سرطان و تحت نظر متخصص بازی درمانی تهیه و تنظیم شد. جلسه‌های آموزشی هفته‌ای یک‌بار و هر بار ۹۰ دقیقه برگزار شد. شرکت‌کنندگان قبل و بعد از جلسات بازی‌درمانی در معرض پیش‌آزمون و پس‌آزمون و سپس یک‌بار دیگر بعد از اتمام جلسات در معرض پیگیری پس از ۱ ماه قرار گرفتند. داده‌ها با استفاده از آخرین نسخه بیست و چهارم نرم‌افزار اس. پی. اس. و به روش تحلیل واریانس مختلط با اندازه‌گیری مکرر تحلیل شد.

یافته‌ها

میانگین سن شرکت‌کنندگان در گروه آزمایش ۹/۰۷ و انحراف استاندارد ۰/۷۹ و در گروه گواه میانگین ۹/۹۳ و انحراف استاندارد ۰/۷۹ بود. در گروه آزمایش ۷ پسر (۴۶/۷ درصد) و ۸ دختر (۵۳/۳ درصد) و در گروه گواه نیز ۷ پسر (۴۶/۷ درصد) و ۸ دختر (۵۳/۳ درصد) حضور داشتند. در گروه آزمایش ۳ نفر (۲۰ درصد) کلاس اول ابتدایی، ۴ نفر (۲۷/۷ درصد) کلاس دوم ابتدایی، ۶ نفر (۴۰ درصد) کلاس سوم ابتدایی و ۲ نفر (۱۳/۳ درصد) کلاس چهارم ابتدایی و در گروه گواه ۴ نفر (۲۶/۷ درصد) کلاس اول ابتدایی، ۶ نفر (۴۰ درصد) کلاس دوم ابتدایی، ۲ نفر (۱۳/۳ درصد) کلاس سوم ابتدایی و ۳ نفر (۲۰ درصد) کلاس چهارم ابتدایی بوده‌اند.

جدول ۱. میانگین و انحراف استاندارد پذیرش اجتماعی و امید در دو گروه آزمایش و گواه

متغیر	گروه	پیش آزمون	پس آزمون	پیگیری
		میانگین انحراف استاندارد	میانگین انحراف استاندارد	میانگین انحراف استاندارد
پذیرش اجتماعی	آزمایش	۱۰/۶۷	۱۸/۳۳	۳/۳۹
	گواه	۱۰/۷۳	۱۲/۴۷	۳/۳۷
امید	آزمایش	۶/۶۰	۸/۴۰	۱/۵۴
	گواه	۶/۲۰	۶/۰۰	۱/۹۸

همان طور که در جدول ۱ مشاهده می شود، میانگین نمرات پذیرش اجتماعی و امید در گروه آزمایش در مرحله پیش آزمون، پس آزمون نسبت به گروه گواه تغییر داشته است.

جدول ۲. نتایج مفروضه های پذیرش اجتماعی و امید در دو گروه

متغیر	گروه	کولموگراف-اسمیرنف	آزمون لوین	W موخلی
		Z معناداری	F معناداری	χ^2 معناداری
پذیرش اجتماعی	آزمایش	۰/۱۱	۱/۱۷	۰/۴۲
	گواه	۰/۱۶	۰/۳۱	۰/۰۰۱
امید	آزمایش	۰/۱۳	۳/۲۶	۰/۵۱
	گواه	۰/۰۹	۰/۰۸۱	۰/۱۰

در جدول ۲ نتایج آزمون لوین همگنی واریانس های خطا را در دو گروه و نتایج آزمون موخلی نیز شکل کروی ماتریس واریانس/کواریانس متغیر وابسته را نشان می دهد. نتایج آزمون کولموگراف-اسمیرنف معنادار نیست؛ بنابراین شرط توزیع طبیعی نمره ها رعایت شده است.

جدول ۳. نتایج تحلیل واریانس مختلط برای اثرات تعاملی و بین گروهی متغیرهای پژوهش

منابع تغییرات	اجزاء	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجموع مجذورات	نسبت F	سطح معناداری	اندازه اثر
پذیرش اجتماعی	مراحل مداخله	۱۴۵/۸۰	۱/۲۷	۱۱۴/۸۸	۶۰/۱۱**	۰/۰۰۱	۰/۶۸
	مراحل × گروه	۱۶۱/۶۲	۱/۲۷	۱۲۷/۳۵	۶۶/۶۴**	۰/۰۰۱	۰/۷۰
	گروه	۲۹۳/۳۷	۱	۲۹۳/۳۷	۷/۷۱**	۰/۰۰۹	۰/۱۸
امید	مراحل مداخله	۱۲/۸۰	۱/۳۵	۹/۴۷	۱۵/۹۶**	۰/۰۰۱	۰/۳۶
	مراحل × گروه	۲۶/۷۵	۱/۳۵	۱۹/۸۰	۳۳/۳۷**	۰/۰۰۱	۰/۵۴
	گروه	۱۷/۸۲	۱	۱۷/۸۲	۹/۵۳**	۰/۰۰۵	۰/۲۵

**P<۰/۰۱ *P<۰/۰۵

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که آموزش بازی درمانی گروهی بر نمره پذیرش اجتماعی (۰/۰۰۹) ($P=$ با اندازه اثر ۰/۱۸ و نمره امید (۰/۰۰۵) ($P=$ با اندازه اثر ۰/۲۵ مؤثر بوده است.

جدول ۴. نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

مقایسه مراحل گروه گواه		مقایسه مراحل گروه آزمایش		مراحل		متغیر
خطای میانگین‌ها (I-J) معیار	خطای میانگین‌ها (I-J) معیار	خطای میانگین‌ها (I-J) معیار	خطای میانگین‌ها (I-J) معیار	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	
۲/۱۲	۰/۵۰	۱/۲۰	۲/۳۳**	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	پذیرش اجتماعی
۲/۱۰	۰/۸۸	۱/۳۰	۱/۲۲*	پیگیری	پیش‌آزمون	
۲/۴۴	۱/۳۸	۱/۳۹	۱/۱۱	پیگیری	پس‌آزمون	
۱/۸۱	۱/۱۶	۱/۰۶	۳/۴۷**	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	امید
۱/۰۹	۱/۵۰	۰/۸۹	۳/۴۶**	پیگیری	پیش‌آزمون	
۱/۴۷	۰/۳۳	۱/۲۳	۰/۰۰۳	پیگیری	پس‌آزمون	

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

در جدول ۴ مقایسه سه مرحله در گروه‌های آزمایش و گواه نشان می‌دهد که تفاوت هر متغیر پژوهشی (پذیرش اجتماعی و امید) در مراحل پس‌آزمون و پیگیری در قیاس با پیش‌آزمون، معنادار و این تأثیر تا مرحله پیگیری پایدار مانده است ($P=0/001$). در حالی که مقادیر مذکور در گروه گواه معنی‌دار نیستند ($P=0/78$).

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش در خصوص پذیرش اجتماعی نشان داد که تکنیک‌های بازی درمانی استفاده شده بر افزایش پذیرش اجتماعی تأثیرگذار بوده‌اند. به این ترتیب این فرضیه برای تأثیر بازی درمانی بر پذیرش اجتماعی کودکان سرطانی ۱۰-۸ ساله در شهر اصفهان تأیید می‌گردد. ادبیات پژوهشی مشخصی در مورد اثربخشی بازی درمانی بر پذیرش اجتماعی کودکان سرطانی در دسترس قرار نگرفت اما در تبیین نتیجه فوق می‌توان نتایج چند پژوهش نسبتاً مرتبط را بررسی نمود. یافته‌های پژوهش حاضر با پژوهش‌های شجاعی و همکاران (۱۳۹۸)، وفانوش و روشن (۱۳۹۷)، پسیون و اسکارپونی (۲۰۱۶)، کارول (۲۰۱۲) و فلوآرا-اسکاکو و همکاران (۲۰۱۱) همسو بود.

به عنوان یک تبیین کلی در خصوص نتایج به دست آمده در هر دو فرضیه این پژوهش می‌توان گفت با توجه به این که کودکان مبتلا به سرطان، با استرس و اضطراب زیادی مواجه می‌شوند و باید زمان زیادی را در بیمارستان سپری کنند یا به مکان‌های درمانی مختلف مراجعه نمایند، لذا به نظر می‌رسد یکی از تکنیک‌های مناسب برای بهبود روند درمان و افزایش

پذیرش اجتماعی این کودکان، بازی درمانی است (پسیونی و اسکارپونی، ۲۰۱۶). دلیل قانع کننده برای سودمند بودن این تکنیک‌ها، غیرکلامی و غیرمستقیم بودن آنهاست که به کودک بیمار اجازه می‌دهد تا در محیطی امن و آرام و بدون مداخله مستقیم درمانگر احساسات و هیجانات منفی و پرخاشگرانه خود را تخلیه کند. به علاوه بازی درمانگری با ایجاد یک چارچوب ارتباطی ایمنی بخش، کودکان را در بیان درونی‌ترین و عمیق‌ترین تعارضات و مشکلات آنها یاری می‌دهد. کودکان در چنین فضایی می‌توانند با باز پدیدآوری مکرر موضوع‌ها و مشکلات خود احساسات و هیجانات خود را برون‌ریزی کنند، به شناخت جدید برسند؛ که نتایج به دست آمده احتمال اینکه بازی درمانی بر بهبود مؤلفه‌های پذیرش اجتماعی و امید تأثیرگذار می‌باشند را نشان می‌دهد (کارول، ۲۰۱۲).

همچنین در تبیین این یافته می‌توان گفت که کودکان در جریان بازی قادر می‌شوند تا شیوه‌های ناسازگارانه مقابله را با شیوه‌های سازگارانه‌تر جایگزین کنند و مهارت‌های مقابله‌ای مثبت‌تر را از طریق الگوسازی و خودگویی مثبت، به وسیله اسباب بازی‌های گوناگون، یاد بگیرد و بیان کلامی احساسات را مدل‌سازی کنند. به طور مثال در بازی، بازی با رنگ‌ها، همچنین مهارت‌های متنوع و سودمندی را در زمینه‌های مختلف شناختی (بازی داستان‌گویی)، عاطفی (بازی بادکنک خشم) و اجتماعی (بازی مار و پله) به منظور برقراری ارتباط مناسب با دیگران و حل مشکلات به شیوه‌ای مؤثر فرا می‌گیرند و در طول جلسات درمان با انجام فعالیت‌های مختلف در ارتباط با سایر کودکان به تمرین این مهارت‌ها پرداخته و بر آنها تسلط می‌یابند. بنابراین احتمال این وجود دارد که قادر خواهند شد این مهارت‌ها را به موقعیت‌های مشابه در زندگی واقعی تعمیم داده و با به‌کارگیری آنها به حل مشکلات هیجانی و اجتماعی خود بپردازند و رفتارهای ناپه‌نجان ناشی از فقدان یا کمبود این مهارت‌ها به تدریج در آنها کاهش یافته و یا حذف می‌شود (آنمیک و جئا، ۲۰۱۴).

از طرفی به این نکته نیز می‌توان اشاره نمود که یکی از مواردی که با پذیرش اجتماعی رابطه‌ای مستقیم و مثبتی دارد مهارت در ارتباط غیرکلامی است، در این دوره درمانی سعی شد تا راه‌های برقراری ارتباط صحیح با دیگر کودکان و درک بهتر هیجانات و حالات چهره از طریق بازی‌هایی مانند عروسک‌های نمایش، پانتومیم، تقویت حواس و کارت‌های خرس گلاسر به آنان آموزش داده شود، آموزش‌هایی که شاید در شرایط واقعی زندگی کمتر به آن پرداخته شود. با توجه به خوشایند بودن خود عمل بازی، کودک به شکل راحت‌تری این فرایند آموزش را طی خواهد کرد و توانایی درک حالات فیزیکی بدن و هیجانات دیگران به دست خواهد آورد که نتیجه نهایی کسب این توانایی‌ها، مهارت در برقراری روابط سالم و بهبود عملکرد کلی خواهد بود (وفانوش و روشن، ۱۳۹۷) و در نهایت ذکر این نکته ضروری است که در کلیه فعالیت‌های طراحی شده در این پژوهش، به نوعی به بحث هیجانات اعم از شناخت، تخلیه و

کنترل پرداخته شد و واضح است که پرورش مهارت در این زمینه در کلیه‌ی سنین و البته دوران کودکی لازمه‌ای اساسی برای برقراری ارتباط با دیگران و جهان اطراف به شمار می‌رود، لذا این نکته را نیز می‌توان به عنوان یکی از علل ارتقاء مهارت پذیرش اجتماعی پس از انجام این‌گونه بازی‌ها در قالب گروه در این کودکان برشمرد.

موازن اخلاقی

در این پژوهش موازن اخلاقی شامل اخذ رضایت آگاهانه، تضمین حریم خصوصی و رازداری رعایت شد. با توجه به شرایط و زمان تکمیل پرسشنامه‌ها ضمن تأکید به تکمیل تمامی سؤال‌ها، شرکت‌کنندگان در مورد خروج از پژوهش مختار بودند. به آن‌ها اطمینان داده شد که اطلاعات محرمانه می‌ماند و این امر نیز کاملاً رعایت شد؛ پس از اتمام پژوهش گروه گواه نیز تحت مداخله درمانی قرار گرفتند.

سیاسگزاری

از همه شرکت‌کنندگان در پژوهش، مدیر سرطان بیمارستان سیدالشهدا شهر اصفهان و همه کسانی که ما را در اجرای این پژوهش یاری کردند تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

مشارکت نویسندگان

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد نویسنده اول بود که توسط معاونت پژوهشی دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان به تصویب رسیده و به هزینه شخصی انجام شده است. در تدوین این مقاله همه نویسندگان در طراحی، مفهوم‌سازی، روش‌شناسی، گردآوری و تحلیل داده‌ها، پیش‌نویس، ویراستاری و نهایی سازی نقش یکسانی داشتند.

تعارض منافع

بنا بر اظهار نویسندگان، این مقاله حامی مالی و تعارض منافع ندارد.

منابع

- آریاپوران، سعید، و عباسی، مژگان. (۱۳۹۹). مقایسه علائم اختلالات اضطرابی، ابراز هیجان و پذیرش اجتماعی در کودکان دارای تجربه طلاق و مرگ والدین با کودکان عادی. *فصلنامه خانواده‌پژوهی*، ۱۶(۶۲): ۲۵۹-۲۸۳
- باستانی، فریده، سیاح، سمیه، و حقانی، حمید. (۱۳۹۱). حمایت اجتماعی و ارتباط آن با امید در مادران کودکان مبتلا به لوسمی. *مجله بالینی پرستاری و مامایی*، ۱(۱): ۲۳-۳۲

حسین‌خانزاده، عباسعلی، قلی زاده، ربابه، طاهر، محبوبه، حیدری، حسین، و مبشری، فاطمه. (۱۳۹۷). اثربخشی بازی درمانی گروهی بر بهبود روابط بین فردی و پذیرش اجتماعی در دانش آموزان با آسیب شنوایی. *فصلنامه روانشناسی افراد استثنائی*، ۸(۳۱): ۱-۲۰.

سموعی، راحله، باقرزاده، هاجر، و سبزه واری، مریم. (۱۳۸۴). سنجش پایانی پرسش‌نامه‌ی مقبولیت اجتماعی دانش آموزان دبستانی شهر اصفهان. *دو ماهنامه تحقیقات علوم رفتاری*، ۱۲(۱): ۶-۱۲.

شجاعی، زهره، گل پرور، محسن، بردبار، محمدرضا، و آقایی، اصغر. (۱۳۹۸). تأثیر هنر بازی درمانی شناختی-رفتاری و قصه درمانی شناختی-رفتاری بر ادراک درد و امیدواری در کودکان مبتلا به سرطان. *مجله پرستاری کودکان*، ۶(۱): ۳۹-۴۷.

شرف‌الدین، هدی. (۱۳۸۹). *رابطه اضطراب اجتماعی، امیدواری و حمایت اجتماعی با احساس ذهنی بهزیستی در دانشجویان تحصیلات تکمیلی واحد علوم و تحقیقات خوزستان*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد. رشته روانشناسی عمومی. دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی. دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز.

دهقانی، یوسف، گلستانه، سیدموسی، و زنگویی، سیما. (۱۳۹۷). اثربخشی آموزش تنظیم هیجان بر فرسودگی تحصیلی، پذیرش اجتماعی و عواطف دانش آموزان دچار ناتوانی یادگیری. *فصلنامه روانشناسی کاربردی*، ۱۲(۲): ۱۶۳-۱۸۲.

میکاییلی، نیلوفر، فتحی، افشین، کنعانی، سارا، و صمدی فرد، حمیدرضا. (۱۳۹۸). مقایسه تکنیک‌های انحراف فکر (تماشای کارتون و ساخت حباب) در کاهش درد ناشی از شیمی درمانی در کودکان مبتلا به سرطان. *مجله مراقبت سرطان*، ۱۱(۱): ۲۳-۱۵.

وفانوش، مهدی، و روشن، رسول. (۱۳۹۶). تأثیر بازی درمانی بر افزایش امید به زندگی و افزایش خودکارآمدی در میان کودکان سرطانی ۶ تا ۱۰ سال. *کنفرانس بین‌المللی روانشناسی، مشاوره و تعلیم و تربیت*، کد مقاله: ICPCE01_206.

نجاتی، وحید، اسماعیلیان، نسرين، و امانی، امید. (۱۳۹۳). ویژگی‌های روان‌سنجی و ساختار عاملی مقیاس ناامیدی کودکان. *فصلنامه اندیشه و رفتار در روانشناسی بالینی*، ۹(۳۴): ۶۷-۷۶.

هارجی، اون، ساندرز، کریستین، و دیکسون، دیوید. (۱۳۹۲). *مهارت‌های اجتماعی در ارتباطات میان فردی*. ترجمه: مهرداد فیروزبخت و خشایار بیگی، تهران: انتشارات رشد (انتشار اثر به زبان اصلی، ۱۹۹۴).

References

- Annemieke V., & Gea G. (2014). Emotional and Behavioral functioning of children with cancer. *American journal Psycho-Oncology*; 22(2): 3293-301.
- Antonopoulou K., Chaidemenou A., & Kouvava S. (2019). Peer Acceptance and Friendships among Primary School Pupils: Associations with Loneliness, Self - Esteem and School Engagement. *Educational Psychology in Practice*, 35(3): 339 351.

- Atiwannapat P., Thaipisuttikul P., Poopityastaporn P., & Katekaew W. (2016). Active versus receptive group music therapy for major depressive disorder-A pilot study. *Complementary Therapies in Medicine*, 26(1), 141-145
- Carrol J. (2012). *Play thrapy: the children views. Child and family social work*. New York: W.W. Norton & Company: PP: 177-187
- Ciolca C., & Mogâldea C. (2014). Types of Communication in Kinetotherapy Classes Involving Students with Hearing Impairments. *Social and Behavioral Sciences*, 117(4): 610 – 615.
- El-Nagger N, S., Abo-Elmaged M. H., & Ibrahim Ahmed, H. (2017). Effect of applying play therapy on children with attention deficit hyperactivity disorder. *Nursing education and practice*, 5(1): 1925- 1935.
- Gharebaghy S, Mirbagheri S S, Khazaeli K. (2018). Occupation-al Performance in Cancer Children Aged 6 to 13 Years. *Func Disabil J*, 1 (1):49-57
- Gökbulut Ö, D., Gökbulut B., & Yeniasır M. (2017). Social Acceptance of Students with Special Needs from Peer Viewpoint. *EURASIA Journal of Mathematics, Science and Technology Education*, 13(2): 7287-7294.
- Favara-Scacco C, Smirne G, Schiliro G, Di Cataldo A. (2011). Art therapy as support for children with leukemia during painful procedures. *Med Pediatr Oncol*, 36(4):474-80
- Hulbert NJ, Storey L, Wilson KG. (2015). Psychological interventions for patients with cancer: psychological flexibility and the potential utility of acceptance and commitment therapy. *European journal of cancer care*. 24(1): pp15-27
- Karanja T. E. (2014). *The effects of Divorce on children's social development*. Master thesis in Education, University of Nairobi.
- Moody K & Carullo V. (2019). Pain Management of Children with Terminal Cancer in the Critical Care Unit. *Oncologic Critical Care*, 4(1): 2005-2019
- Ramdaniati S., Hermaningsih S. & Muryati. L. (2016). Comparison Study of Art Therapy and Play Therapy in Reducing Anxiety on Pre-School Children Who Experience Hospitalization, *Open Journal of Nursing*, 6(3): 46-52.
- Robb S. L. & Hanson-Abromeit D. (2014). A review of supportive care interventions to manage distress in young children with cancer and parents. *Canc Nursing*, 37(3): E1-E26.
- Robb S.L., Haase J.E., Perkins S.M., Haut P.R., Henley A.K., Knafl K.A., & Tong Y. (2017). Pilot Randomized Trial of Active Music Engagement Intervention Parent Delivery for Young Children with Cancer. *Journal of Pediatric Psychology*, 42(2): 208-219,
- Oberle E., & Schonert - Reichl K. A. (2013). Relations among PeerAcceptance, Inhibitory Control, and Math Achievement in Early Adolescence. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 34(2): 45 51.
- Schueller SM, & Seligman ME. (2016). Optimism and pessimism. In K. S., Dobson, & D. J. A., Dozois (Eds.), *Risk factors in depression*. Oxford: Elsevier/academic press.
- Scarponi D, & Pession A. (2016). Play Therapy to Control Pain and Suffering in Pediatric Oncology. *Front Pediatr*, 4(4): 132-144
- Snyder C. R. (2000). *Handbook of hope. San Diego: Academic Press*.

Snyder C. R. (1995). Conceptualizing, measuring, and nurturing hope. *Journal of Counseling and Development*, 73(3): 355-360.

Wiffen PJ, Cooper TE, Anderson AK, Gray AL, Gregoire MC, Ljungman G, Zernikow B. (2017). Opioids for cancer-related pain in children and adolescents. *Cochrane Database Syst Rev*, 2(7): CD012564

World Health Organization. (2018). *Life skills education in schools*. Geneva: World Health Organization.

مقیاس پذیرش اجتماعی کودکان

ردیف	سوالات	بلی	تا حدودی	خیر
۱	آیا تا به حال عصبانی شده‌ای که داد و فریاد راه بیندازی؟	۰	۱	۲
۲	آیا بعضی مواقع دروغ گفته‌ای؟	۰	۱	۲
۳	آیا تا به حال بچه‌های دیگر را کتک زده‌ای؟	۰	۱	۲
۴	آیا گاهی وقت‌ها به دیگران حرفه‌ای زشت می‌زنی؟	۰	۱	۲
۵	آیا در مواقع ناراحتی، وسایل را پرتاب می‌کنی؟	۰	۱	۲
۶	آیا به جای انجام تکالیف درسی کارهای دیگر را انجام می‌دهی؟	۰	۱	۲
۷	آیا تا به حال کارهایی که دلت نمی‌خواهد را انجام می‌دهی؟	۰	۱	۲
۸	آیا تا به حال چیزهایی خواسته‌ای که والدینت آن‌ها را برای شما نخواهند؟	۰	۱	۲
۹	آیا همیشه به حرف والدینت گوش می‌دهی؟	۰	۱	۲
۱۰	آیا همیشه دست‌هایت را قبل از غذا خوردن می‌شویی؟	۰	۱	۲
۱۱	آیا گاهی دیگران را مسخره می‌کنی؟	۰	۱	۲
۱۲	آیا گاهی کارهایی خواسته‌ای انجام دهی که والدینت مخالفت کرده باشند؟	۰	۱	۲
۱۳	آیا تا به حال شده بازی دیگران را به هم بزنی و آن‌ها را اذیت کنی؟	۰	۱	۲
۱۴	آیا تا به حال شده با دیگران برخورد کنی؟	۰	۱	۲
۱۵	آیا در مرتب کردن وسایل و لباس‌هایت تنبلی می‌کنی؟	۰	۱	۲
۱۶	آیا دوست داری به دیگران دستور دهی و آن‌ها حرفه‌ای شما را بشنوند؟	۰	۱	۲
۱۷	آیا اگر چیزی بخواهی پافشاری می‌کنی و به زور می‌گیری؟	۰	۱	۲

مقیاس امیدواری کودکان

ردیف	سوالات	هیچ وقت	به ندرت	بعضی وقتها	خیلی وقتها	اغلب	همیشه
۱	من فکر می‌کنم کارهایم را به خیلی خوب انجام می‌دهم.	۱	۲	۳	۴	۵	۶
۲	من می‌توانم برای رسیدن به چیزهایی که در زندگی برایم اهمیت زیادی دارند، به راه‌های زیادی فکر کنم.	۱	۲	۳	۴	۵	۶
۳	من به خوبی کودکان هم‌سنم کار می‌کنم.	۱	۲	۳	۴	۵	۶
۴	وقتی مشکلی دارم، می‌توانم به راه‌حل‌هایی برای حل آن برسم.	۱	۲	۳	۴	۵	۶
۵	من فکر می‌کنم که کارهایی که در گذشته انجام داده‌ام، در آینده کمکم می‌کنند.	۱	۲	۳	۴	۵	۶
۶	حتی هنگامی که دیگران می‌خواهند تسلیم شوند، من می‌دانم که می‌توانم راه‌هایی را برای حل مشکلم پیدا کنم.	۱	۲	۳	۴	۵	۶

The effectiveness of group play therapy on social acceptance and hope in children with cancer

Rayehe. Sanatgar¹ & Maryam. Esmaeili^{2*}

Abstract

Aim: The current study aimed to investigate the effectiveness of group play therapy to improve social acceptance and hope for children with cancer. **Method:** This study was experimental and population was 10-8-years-old children with cancer in the Sydalshohada hospital of Isfahan. 30 patients were selected for sampling and randomly divided into two groups, test group (n = 15) and control group (n = 15). Subjects Participated in 10 sessions of play therapy and 1-month follow-up after completing the research tools, social acceptance of children scale (Ford and Rubin, 1970) and Snyder hope of children scale (Snyder et al., 1997). **Result:** The results showed that play therapy training significantly increased the rate of social acceptance (P=0.009, F=7.71) and hope (P=0.005, F=9.53) and these results were stable in the follow-up phase. **Conclusion:** the results proved that we can use play therapy in improving social acceptance and hope for children with cancer.

Keywords: *Play therapy, Social desirability, Hope, Children with cancer*

1 . M.A of Clinical Psychology, Isfahan (Khorasgan) Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran

2 . *Corresponding Author: Assistant Professor, Department of Psychology, University of Isfahan, Iran
m.esmaili@edu.ui.ac.ir