



دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی

پایان نامه جهت اخذ درجه کارشناسی ارشد

روانشناسی بالینی

عنوان:

اثر بخشی قصه درمانی بر کاهش افسردگی کودکان سرطانی

استاد راهنما :

آقای دکتر حمیدرضا آقامحمدیان شعریاف

استاد مشاور:

سرکار خانم دکتر زهرا طبیبی و آقای دکتر عبدالله بنی هاشم

تهیه کننده :

افسانه کریمی نسب

زمستان ۱۳۸۹

چکیده

این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی قصه درمانی بر میزان افسردگی کودکان مبتلا به سرطان انجام پذیرفت. پژوهش حاضر کاربردی و از نوع نیمه آزمایشی می باشد. با استفاده از روش نمونه گیری مبتنی بر هدف یا دردسترس از میان کودکان مراجعه کننده به بیمارستان دکتر شیخ مشهد (در محدوده سنی ۹ تا ۱۳ سال) تعداد ۲۰ نفر برای شرکت در پژوهش انتخاب شدند، ۱۰ نفر در گروه کنترل و ۱۰ نفر در گروه آزمایش به طور تصادفی گمارده شدند که این تعداد بعد از ریزش به ۸ نفر در هر گروه کاهش یافت. این افراد در ابتدا با آزمون **CDS** جهت اندازه گیری میزان افسردگی، مورد آزمون قرار گرفتند. سپس در گروه آزمایش، مداخله قصه درمانی به مدت ۸ جلسه اجرا شد. بعد از اتمام این دوره درمان به منظور سنجش میزان تغییر متغیر وابسته (میزان افسردگی)، مجدداً آزمون **CDS** به عنوان پس آزمون در هر دو گروه اجرا گردید. نتایج تحلیل های آماری آزمون **t** به تایید فرضیه (با معناداری **P>05**)، بدین ترتیب قصه درمانی در گروه آزمایش به طور معناداری موجب کاهش افسردگی در مقایسه با افرادی که درمان رایج را دریافت نکرده اند (گروه کنترل) می شود.

کلید واژه ها: سرطان، افسردگی، قصه درمانی

فصل اول

کلیات

۱-۱- مقدمه

۲-۱- بیان مساله

۳-۱- اهداف پژوهش

۴-۱- اهمیت و ضرورت پژوهش

۵-۱- فرضیه های پژوهش

۶-۱- تعاریف نظری و عملیاتی متغیرها

سازگار شدن کودکان با بیماریهای صعب‌العلاج، یکی از دغدغه‌های سال‌های اخیر روان‌شناسان بالینی بوده است، دلیل آن هم افزایش طول عمر این گروه از کودکان می‌باشد. برای مثال، اگرچه سرطان^۱ همچنان جزء علل اصلی مرگ و میر کودکان است ولی تقریباً دو سوم کودکان سرطانی، زنده می‌مانند (لمپکین^۲، ۱۹۹۳). طبق تخمین‌ها از هر ۱۰۰۰ جوان ۲۰ تا ۲۹ ساله، یک نفر از سرطان دوران کودکی جان سالم بدر برده است. (میدوز و هابی^۳، ۱۹۸۶). متخصصان قبلاً سعی می‌کردند کاری کنند که اعضای خانواده با مرگ کودک بر اثر سرطان کنار بیایند ولی هم‌اکنون هم وغم خود را صرف موارد زیر میکنند: ۱- شناخت برداشت کودکانی که بیماری صعب‌العلاج، دارند از مرگ ۲- یافتن راههایی برای آن که این کودکان بتوانند با درمان‌های طولانی، دردناک و تاثیرگذار و همچنین با احتمال بودن مرگ کنار بیایند (شرودر^۴؛ گوردن^۵، ۱۳۸۵).

بحران‌های ناشی از سرطان سبب عدم تعادل و ناهماهنگی فکر، جسم و روح می‌شود. اما بیشترین حالات در این دوره برای بیمار حس یاس و ناامیدی و افسردگی می‌باشد (سوکن؛ کارسون^۶، ۱۹۸۷).

از سوی دیگر داستان در شخصیت و جهان بینی کودک تاثیر زیادی دارد و در واقع سازنده آمال و آرمانهای اوست و ابزاری قوی در انتقال مفاهیم، اطلاعات و در نهایت شکل‌گیری درک فکری کودک می‌باشد. از راه داستان است که کودک چهره اجتماع را می‌بیند و با نقش‌ها و روشهایی که باید در پیش گیرد، آشنا می‌شود. داستان برای کودک عادی و بهنجار، کمک به خودشکوفایی اوست. همچنین، داستان می‌تواند در مورد کودکانی که کار گرفته شود که دارای مشکلات شناختی، عاطفی و رفتاری هستند. در این شیوه، هدف تغییر رفتار و کاهش نگرانی‌ها از طریق گسترش بینش و بصیرت است. کودکان به دلایل گوناگون دچار مشکلات روانشناختی از قبیل ترسهای مرضی؛ فوبی، افسردگی، اضطراب و ... می‌شوند. از معروفترین این دلایل، می‌توان از مرگ یکی از عزیزان؛ پدر، مادر و غیره، متارکه یا طلاق والدین، غیبت طولانی پدر، ورود به محله یا مدرسه جدید، حضور نوزادی در خانه، مهاجرت، جنگ زدگی، فرزندخواندگی، تنهایی، بی‌خانمانی، بیماری یکی از اعضا خانواده و در نهایت بیماری جدی خود کودک نام برد. داستان‌های مناسب می‌توانند از راههای زیر، به

1 -Cancer

2 -Lampkin

3 -Meadows & Hobbie

4 -Sheroder,C.

5 -Gordon,B.

6 -Soeken,K. & Carson,V.

این کودکان کمک کنند: ۱- پیش آوردن فرصت برای همانند سازی با دیگران، ۲- تفهیم این نکته که آنها در این مشکل تنها نیستند، ۳- گسترش دادن افق فکری، ۴- عملی ساختن برون ریزی عاطفی، ۵- به وجود آوردن بینش و بصیرت، ۶- تقلیل یا رفع مشکلات (گلزاری، ۱۳۶۶).

قصه می تواند به کودکانی که به بیماری های سخت و علاج ناپذیر دچار می شوند، کمک کند. کودکان در چنین شرایطی تنش های دشواری را پشت سر می گذارند و برای کنار آمدن یا مقابله با این بیماریها نیاز دارند نیروهای خود را تقویت کنند. همچنین، قصه به این کودکان کمک می کند بهتر با شرایط خود کنار بیایند (گلدارد؛ گلدارد^۷، ۱۹۹۷).

با توجه به مطالب ذکر شده و اهمیت سازگار کردن کودکان با بیماری و شرایط خاصی که دارند و همچنین کاهش مشکلات روانشناختی آنها از جمله افسردگی از طریق داستان، بر آن شد که در این پژوهش اثربخشی قصه درمانی بر کاهش افسردگی کودکان مبتلا به سرطان مورد بررسی قرار گیرد، به این منظور ۸ جلسه قصه درمانی به صورت گروهی در بیمارستان برگزار گردید و در انتها نتایج گروه آزمایش با گروه کنترل مقایسه شد. یافته ها حاکی از آن است که قصه درمانی در کاهش افسردگی کودکان مبتلا به سرطان تاثیر معناداری دارد.

۲-۱- بیان مساله

امروزه سرطان یکی از مهم ترین مشکلات بهداشتی در سراسر جهان محسوب می شود و شیوع آن در کشورهای صنعتی در حال توسعه بیشتر است. اگر شیوع سرطان به همین نحو افزایش یابد، بنا به تخمین سازمان ملل از ۵ نفر ۱ نفر حتما به یکی از اشکال سرطان مبتلا می گردد، سرطان بعد از بیماری های قلبی-عروقی دومین علت مرگ و میر در آمریکا است (گانز^۸، ۱۹۹۸) و سومین علت مرگ در ایران است (برمن؛ کلیگمن؛ جنسن، ۲۰۰۴).

جعفری (۱۳۶۹) درباره سرطان می گوید: نابودی بیماران مبتلا به سرطان در دو بعد خلاصه می شود: بعد جسمی و بعد روانی که پژوهشگران کمتر به بعد اخیر پرداخته اند. در حالیکه این بعد پیکر ضعیف بیماران را به اضمحلال می برد. لذا شایسته است که برای تسهیل مسائل روانی و جسمانی بیماران فوق اقداماتی مفید و موثر ارائه گردد (به نقل از بیجاری، ۱۳۸۶).

⁷ -Geldard & Geldard

⁸ -Ganz,P,A.

سرطان، تغییرات، فشارها و تاثیرات متفاوتی بر زندگی بیمار و خانواده وی می گذارد. پاسخ به سرطان به مواردی از جمله بیمار و ساختار روان شناختی وی، خانواده و محیط اجتماعی، ناتوانی و بد شکلی های ایجاد شده بستگی دارد و می تواند بر تمام سطوح فعالیت های بیمار اثر بگذارد (لاکمن؛ سورنسن^۹، ۱۹۹۶).

همان طور که کودکان داغدیده اطلاعات زیادی در مورد مرگ ندارند، کودکانی که بیماریهای صعب العلاج دارند نیز از جدی بودن بیماری خود مطلع نیستند. با این حال، کودکان پنج شش ساله برداشت تقریباً درستی از مرگ دارند. کودکان کوچکتر هم متوجه ناراحتی پدر و مادر خود از بیماری صعب العلاج آنان میشوند و به ناراحتی آنان واکنش نشان می دهند (گوداس و کوچر^{۱۰}، ۲۰۰۱). به عنوان مثال، اضطراب کودکان سرطانی در مقایسه با اضطراب کودکانی که فقط بیماریهای مزمن دارند، با افزایش مراجعه به درمانگاه بیشتر میشود، این یافته نشان می دهد هرچه مراجعه کودکان به درمانگاه بیشتر میشود، بیشتر به جدی بودن بیماری خود پی می برند (دوکاس^{۱۱}، ۱۹۹۷؛ اسپینتا و مالونی^{۱۲}، ۱۹۷۵).

این که نشانه های آسیب روانی در بین کودکان مبتلا به بیماری های مرگبار زیاد باشد، عجیب نیست. این گروه از کودکان به شدت در معرض اختلالات هیجانی هستند چون بیماری آنها استرس هایی دارد و آنها باید با این استرس ها کنار بیایند. همان طور که اسپینتا^{۱۳} (۱۹۸۲) می گوید، بهتر است پاسخ های کودکان مبتلا به بیماری های صعب العلاج را واکنش به شرایط پر استرس آنان بدانیم، نه نشانه آسیب روانی. عوامل زیادی بر پاسخ های این کودکان تاثیر می گذارند؛ از جمله سن و جنسیت کودک، تعداد فرزندان خانواده، کارایی و روابط خانواده، تدوین خانواده، امکانات مالی خانواده، مراقبت های پزشکی و روانی اجتماعی به عمل آمده و ارتباطات خانواده. سازگاری کودکان تا حد زیادی به این عامل بسیار مهم بستگی دارد که آنها و خانواده آنها چقدر با استرس های مداخلات پزشکی و محتمل بودن مرگ کنار بیایند (استبنس^{۱۴}، ۱۹۸۸؛ به نقل از شرودر و گوردن). اسپینتا^{۱۵}، ۱۹۸۷، رفتارهای زیر را نشانه خوب کنار آمدن میدانند ۱- رفتار غیر دفاعی، ۲- نزدیکی و صمیمیت با والدین، ۳- رضایت و خشنودی از خود و ۴- ابراز آزادانه هیجانات منفی.

(کاپست و شولمن^{۱۶}، ۱۹۸۸) نتیجه گرفته اند عوامل دیگری هم به کنار آمدن این کودکان کمک می کنند؛ از جمله کیفیت رابطه زناشویی والدین، نبود استرس های دیگر و میزان حمایت خانواده از کودک. مشکلات هیجانی و رفتاری کودک قبل از شروع بیماری هم با کنار آمدن وی با بیماریش رابطه دارد زیرا استرس های بیماری، این مشکلات را تشدید

⁹-Luckman,J.& Sorensen,K.C.

¹⁰-Gudas & Koocher

¹¹-Dokas

¹²-Spinetta & Maloney

¹³-Spinetta

¹⁴-Stephens

¹⁵-Spinetta

¹⁶-Kupst & Schulman

می‌کنند. جالب این‌که وضعیت پزشکی کودک و مدت بیماری کودک با کنار آمدن او رابطه ندارد، هرچند کودک و خانواده در هر مرحله از بیماری کودک برای مثال؛ در مرحله تشخیص، درمان، بهبود موقت، برگشت بیماری و غیره، با استرس‌های خاصی مواجه میشوند.

چون ارتباط صادقانه و راحت والدین با توان مقابله کودک در قبل و سازگاری خانواده بعد از مرگ کودک رابطه دارند، والدین باید اطلاعات درستی در مورد بیماری به کودک بدهند. استبنس (۱۹۹۸) می‌گوید پدر و مادر باید نام بیماری را به کودک بگویند و او را در جریان درمان‌های لازم بگذارند و دلیل ضروری بودن درمان را برای وی توضیح بدهند. همچنین باید این مطالب را به زبانی بیان کنند که برای کودک قابل فهم باشد. کودک ابتدا می‌فهمد بیماریش جدی است و بعضی از آدمها بر اثر آن می‌میرند. سپس با درمان‌های ممکن، نحوه اجرای درمانها و اثرات جانبی آنها آشنا میشود. آنگاه در جریان بهبود موقت و برگشت بیماری، این درمان‌ها را عملاً تجربه میکند. تا اینکه بالاخره به محدودیت درمان‌ها و احتمال بودن مرگش پی می‌برد. استبنس توصیه می‌کند کاری کنیم کودکان احساس کنند بر بیماری خود کنترل دارند. یک راه این است که به آنان بگوییم چرا فلان درمان لازم است. در ضمن باید در مورد شیوه درمان تا حدودی به آنها حق انتخاب بدهیم تا احساس کنند روی بیماری خود کنترل دارند (به نقل از شرودر؛ گوردن، ۱۳۸۵).

اطلاعات دادن به کودکان در مورد درمان‌های تهاجمی باعث می‌شود با این درمان‌ها بهتر کنار بیایند. جی^{۱۷} (۱۹۸۸) آماده‌سازی کودکان را به دو بخش اطلاعات حسی و رویه‌ای تقسیم می‌کند. بخش حسی عبارت است از توصیف حس‌های کودک (برای مثال؛ توصیف بوها، صداها و احساسات فیزیکی وی، درجریان درمان و بخش رویه‌ای عبارت است از توضیح دادن مراحل درمان). اطلاعات مربوط به اقدامات پزشکی باید به طرق مختلف و متناسب با رشد کودک ارائه شوند؛ برای مثال با عروسک بازی، با گردش در بیمارستان، با عروسک‌های خیمه شب بازی و کتاب خوانی و نمایش فیلم.

ملامد^{۱۸} (۱۹۹۸) فنونی را که با آنها می‌توانیم به کودکان کمک کنیم با روشهای تهاجمی کنار بیایند، توضیح داده است. این فنون عبارتند از هیپنوتیزم، راهبردهای رفتاری؛ مثل حساسیت زدایی، الگو برداری، مدیریت وابستگی، آرمیدگی و فنون شناختی- رفتاری؛ مثل توجه انتخابی، پرت کردن حواس، مایه کوبی علیه استرس، ساخت دهی شناختی مجدد و آموزش مهارت‌های کنار آمدن.

از واکنش‌های احتمالی در مقابل پیش‌آگهی سرطان، افسردگی است. این واکنش ممکن است بلافاصله پس از بیماری یا مدتی پس از شروع آن رخ دهد. افسردگی برای بیماران سرطانی بسیار زیان‌بار است، زیرا مستلزم تسلیم در برابر

¹⁷ -Jay

¹⁸ -Melamed

بیماری است. افراد افسرده دیگر برای زنده ماندن تلاش نمی کنند و فرصت های بهتر زنده ماندن در باقیمانده عمر خود را از دست می دهند (دیماتو، ۱۳۸۷). از جمله مواردی که در پیدایش افسردگی در کودکان مبتلا به سرطان ممکن است نقش داشته باشد می توان به شرایط سخت درمانی آنان اشاره کرد. شیمی درمانی و عوارض آن؛ مانند ریختن موها، علاوه بر ناراحتی و درد، موجب به وجود آمدن بسیاری از هیجانات ملالت آور، نظیر ترس، عصبانیت و شرمندگی و سردرگمی می شود. زیستن در کنار بیماران دیگر، به ویژه کسانی که مشرف به مرگ هستند، ممکن است باعث افسردگی گردد و مشاهده کودکانی که به علت وخیم شدن حالشان به اورژانس منتقل می شوند، موجب وحشت بیشتر دیگر کودکان می گردد (مولن^{۱۹}، ۱۹۸۳).

ساراسون (۱۹۹۹) برای افسردگی کودکان ملاک هایی از جمله موارد زیر را عنوان می کند: شکایت از تنهایی، ترس از اینکه ممکن است فکر یا کار بدی کنند، احساس اینکه باید بی نقص باشند، شکایت از اینکه هیچ کس آنها را دوست ندارد، این احساس که دیگران از آنها غافل هستند، احساس گناه خیلی زیاد، احساس بی ارزش بودن یا حقارت، زیاد متوجه خود بودن و به سادگی شرمسار شدن، قهر کردن زیاد، بسیار ترسو یا مضطرب بودن. همچنین سیبرگ لو و همکارانش (۱۹۷۲) توضیح می دهند که افسردگی کودکان معمولا در زیر نقاب؛ شکایات جسمی، اضطراب و پرتحرکی مخفی است (کاکاوند، ۱۳۸۵).

از طرفی داستان و قصه نقش بسیار مهمی در تکوین شخصیت کودک دارد. از طریق قصه ها و داستان های خوب، کودک به بسیاری از ارزش های اخلاقی پی می برد. پایداری، شجاعت، نوع دوستی، امیدواری، آزادگی، جوانمردی، طرفداری از حق و حقیقت و استقامت در مقابل زور و ستم ارزش هایی هستند که هسته ی مرکزی بسیاری از قصه ها و داستانها را تشکیل می دهند. پرورش حس زیبایی شناسی در کودک، متوجه ساختن کودک به دنیایی که اطرافش را فرا گرفته، پرورش عادات مفید در کودک، تشویق حس استقلال طلبی و خلاقیت کودک هدف های اصلی طرح قصه های خوب برای کودکان است (به نقل از امین دهقان، ۱۳۸۲).

هنگامی که کودک داستانی را می شنود یا می خواند، با شخصیت، مضمون یا رویدادی در درون داستان همانند سازی می کند، به عبارت دیگر او ویژگی های یاد شده در داستان را با زندگی خود مقایسه کرده و گاه همانند می پندارد. علاقه او به نوع تفکر، هیجانها و رفتارهای شخصیت های داستان به او امکان میدهد که در بعضی سطوح، در تجربه های آن شخصیت ها سهیم شود و باورها و تفکرات و عواطف آنها را به خود نسبت دهد. بنابراین، او می تواند به طرز فراقکنانه ای نا آرامی و اغتشاش هیجانی اش را بروز دهد. کودک اغلب بین رویدادهای درون قصه و رویداد های زندگی

¹⁹ -Mullan

خودش رابطه ای را پیدا خواهد کرد. وقتی که این وضع اتفاق افتاد، او فرصتی می یابد تا به طور مستقیم به مشکلات شخصی خود فکر کند (گلدارد؛ گلدارد، ۱۹۹۷).

شمار روزافزونی از روان درمانگران از قصه و داستان برای کمک به حل مشکلات افراد استفاده می کنند. برونوبتلهایم، مشهورترین روانشناس، در این زمینه است که از داستان به عنوان روش درمانی کودکان استفاده می کرد. او مربی و درمانگر کودکان روان پریش بود. به عقیده بتلهایم، مشکل ترین کار در آموزش کودکان مساعدت به آنان در درک معنای زندگی است تا به بلوغ روانی دست یابند. او در کتاب برجسته اش "کاربردهای افسونگری" می نویسد: صرف نظر از نقش حیاتی و مهم سرپرستان کودکان، میراث فرهنگی که به شکل افسانه ها است به زندگی آنها معنا می بخشد. وی معتقد است که وقتی بچه ها را در برابر ادبیات قرار می دهیم، قصه ها بیشترین جاذبه را برای آنها دارند. او چنین توضیح می دهد: موضوع این نیست که فضیلت در پایان پیروزی اخلاقیات ترویج می شود بلکه این است که قهرمان قصه، جذاب ترین مسئله برای کودک است و او در تمام مبارزات، قهرمان خود را در نقش قهرمان قصه می بیند. به خاطر این هم ذات پنداری، کودک تصور می کند که قهرمان داستان از آزمون ها و بلاها به زحمت می افتد و با او به پیروزی دست می یابد، زیرا که فضیلت پیروز است. کودک چنین هم ذات پنداری را به تنهایی انجام می دهد و چالش های درونی و بیرونی قهرمان، اخلاقیات را بر لوح ضمیر او حک می کند (نامداری، ۱۳۸۷).

با توجه به مطالب ارائه شده و بررسی اثرات منفی بیماریها بر خلق و عاطفه کودکان بویژه بیماریهای پرخطر مانند سرطان و روشن شدن نقش قصه بر کاهش مشکلات روانشناختی، بر آن است تا اثر بخشی قصه درمانی بر کاهش افسردگی کودکان سرطانی که به بیمارستان فوق تخصصی کودکان دکتر شیخ مشهد مراجعه مینمایند مورد مطالعه قرارگیرد. اما با توجه به اینکه رواندرمانی فردی محدودیت هایی از جمله: هزینه بالا، کمبود درمانگران آموزش دیده و همچنین میزان زمان مورد نیاز را دارد و با در نظر گرفتن مزیت های روان درمانی گروهی مثل پیوستگی گروهی، بینش و یادگیری های ناشی از تعامل، عمومیت (به معنی داشتن درد مشترک) و تسهیل تخلیه هیجانی (فری^{۲۰}، ۱۳۸۲) و همچنین این موضوع که موقعیت درمان گروهی نسبت به موقعیت درمان انفرادی بیشتر به موقعیت های فرد در جامعه شباهت دارد (خدیبوی زند، ۱۳۸۲) رویکرد درمانی خاص به صورت گروهی در مورد کودکان به کار گرفته میشود.

۱-۳- اهداف پژوهش

هدف اصلی پژوهش حاضر بررسی تاثیر قصه درمانی به شیوه گروهی بر کاهش افسردگی کودکان مبتلا به سرطان است.

با توجه به عوامل مرتبط با افسردگی، یعنی مشکلات عاطفی، احساس گناه، اشتغال ذهنی به مرگ، احساس تنهایی و عزت نفس به عنوان اهداف فرعی قصد داریم تاثیر قصه درمانی به شیوه گروهی را بر کاهش میزان احساس گناه و اشتغال ذهنی به بیماری و مرگ و افزایش پاسخ عاطفی و عزت نفس کودکان سرطانی و همچنین کاهش احساس تنهایی و مشکلات اجتماعی آنان مورد بررسی قرار دهیم.

۱-۴- اهمیت و ضرورت پژوهش

بیماران سرطانی با مشکلات بالقوه فراوان و تغییرات روانی شدید مثل فقدان نقش اجتماعی، تغییر روش زندگی، تهدید وارده به تصورات فرد از خود و اعتماد به نفس، تردید و آینده غیر قابل پیش بینی مواجهند و بحران های ایجاد شده سبب عدم تعادل و ناهماهنگی فکر، جسم و روح می شود (وایت^{۲۱} و همکاران، ۱۹۹۲).

پاسخ های هیجانی به سرطان شامل افسردگی شدید، اندوه، فقدان کنترل، تغییر شخصیت، خشم، اضطراب ناشی از ترس از مرگ و ناتوانی می باشد. این حالات در بیش از ۲۰ درصد بیماران سرطانی رخ می دهد و این پاسخ های هیجانی در کودکان مبتلا به سرطان به مراتب بیشتر است (کورتیس^{۲۲}، ۱۳۸۵).

برای کاهش افسردگی و افزایش عزت نفس در این کودکان میتوان از قصه گویی استفاده کرد زیرا قصه، مجموعه در هم بافته ای از مشاهدات، یادگیری ها، مشهودات و اهدافی است که به کودک پیام مهمی را منتقل میکند. استعاره های داستان از طریق خود آگاهی و انتقال تخیل، کودکان را به منظور درمان فعال مینماید. داستانها نوع یادگیری را از مفاهیم نظری و انتزاعی به شکل افکار تخیلی و روشن تغییر می دهند. اجزا اساسی قصه سازی در خلق داستان استعاره ای عبارتند از:

- ارائه یک تعارض استعاره ای مشابه با تعارض کودک؛

²¹ -White,K.

²² -Curtis,A.G

- تجسم فرایندهای ناخودآگاه از طریق انواع شخصیت‌ها مثل قهرمانان و تبهکاران که توانایی‌ها و ترس‌های قهرمان را نمایش می‌دهد؛

- ایجاد مجموعه شرایط یادگیری همزمان که باعث حس پیروزی و موفقیت در قهرمان شود؛

- ارائه یک بحران استعاره‌ای که سرانجام باعث حل تعارض گردد؛

- رشد احساس هویت جدید در قهرمان وقتی که به پیروزی میرسد.

داستان به عنوان یک ابزار غیر مستقیم و موثر قادر است با ارضا نیازها و استعدادهای بالقوه کودک او را به خودشکوفایی برساند و در رفع یا کاهش مشکلات روانشناختی ناشی از عوامل مختلف از جمله بیماری به او یاری رساند. قصه به کودک کمک می‌کند تا احساسات خود را کشف و آنها را آشکار کند. او با گوش دادن و بحث کردن درباره قصه، تعبیر و تفسیرهای خود را بیان می‌کند و با راهنمایی درمانگر به دریافتهای برداشتهای خود جهت می‌بخشد. کودک از طریق تجربه همانند سازی، پالایش روانی و بینش از اضطراب‌ها و تضادهای پنهانی که در ضمیر ناخودآگاه اوست و موجب آزار وی می‌شود، آگاهی می‌یابد و کشف می‌کند کودکان دیگری نیز در احساسات و تجربه‌های وی با او سهیم هستند و احساس آرامش بیشتر و انزوای کمتری می‌کند. به همین دلیل، انجام پژوهشی که توانمندی لازم را در کاهش یا رفع مسائل روانشناختی کودکان به وجود آورد، از اهمیت خاصی برخوردار است. از طرفی با توجه به این که قصه‌ها و حکایات کودکان را مستقیماً با نشانه‌های بیماریشان مواجهه نمی‌کنند، بنابراین در آنها مقاومتی ایجاد نمی‌نماید. کودکان اجزای داستان را کامل می‌کنند و آنها را با نگرش‌های جدیدشان به سوی تعارضات خود سوق می‌دهند. آنها ممکن است مهارت‌ها و راه‌حلهایی را که قهرمانان استعاره به کار می‌برند به طور ناخودآگاه برای مقابله با مشکلات خود امانت بگیرند (اخوان ثالث؛ مساح، ۱۳۷۵). لذا چنین به نظر می‌رسد که بحث در رابطه با تاثیر قصه درمانی در کاهش افسردگی کودکان مبتلا به سرطان، یک ضرورت در جهت ارتقا سلامت و بهداشت روانی کودکان مبتلا باشد.

نگاهی به بررسی‌های مختلف انجام شده نشان می‌دهد، که مشاوره و روان‌درمانی و مداخلات آموزشی عملکرد سیستم ایمنی بدن را افزایش می‌دهد و درافزایش امید و نشاط بیماران بخصوص بیماران سرطانی موثر است، همچنین با توجه به مزایای قصه‌گویی استفاده از تکنیک قصه‌درمانی شاید بتواند تاثیر بسزایی در کاهش افسردگی کودکان بیمار بخصوص بیماران سرطانی داشته باشد و ترس‌ها و اضطراب‌هایشان را با همانند سازی کردن با قهرمان قصه و حل تعارضات از بین ببرد، از سویی دیگر با توجه به این که پژوهشی در خصوص قصه‌درمانی جهت کاهش افسردگی کودکان سرطانی در

کشور انجام نشده است، بنابراین پژوهش حاضر سعی کرده است تا برای نخستین بار به بررسی تاثیر قصه درمانی به شیوه گروهی بر کاهش افسردگی کودکان مبتلا به سرطان بپردازد.

۱-۵- فرضیه های پژوهش

فرضیه اصلی:

قصه درمانی در کاهش میزان افسردگی کودکان مبتلا به بیماری سرطان موثر است.

فرضیه های فرعی:

- قصه درمانی در افزایش خلق و عاطفه کودکان مبتلا به بیماری سرطان موثر است.

- قصه درمانی در افزایش عزت نفس کودکان مبتلا به بیماری سرطان موثر است.

- قصه درمانی در کاهش اشتغال ذهنی به بیماری و مرگ کودکان مبتلا به بیماری سرطان موثر است.

- قصه درمانی در کاهش احساس گناه کودکان مبتلا به بیماری سرطان موثر است.

- قصه درمانی در کاهش مشکلات اجتماعی کودکان مبتلا به بیماری سرطان موثر است.

۱-۶- تعاریف نظری و عملیاتی متغیرها

۱-۶-۱- تعاریف نظری

۱-۶-۱- سرطان: واژه سرطان از دو کلمه یونانی؛ نئوس^{۲۳} به معنی جدید و پلاسیا^{۲۴} به معنی رشد بافت، مشخص شده است بنابراین تعریف نئوپلاسم عبارت است از رشد جدید و غیر طبیعی بافت که هدف مفیدی را در بر نداشته و ممکن است آسیب برساند (به نقل از ظهوریان، ۱۳۸۹).

²³ -Neos

²⁴ -Plasia

۱-۶-۱-۲- افسردگی: اصطلاح افسردگی برای اشاره به یک حالت احساسی، واکنش به یک موقعیت و سبک رفتار مختص به فرد به کار میرود و دارای دو ویژگی اختصاصی است: خلق ناشاد (افسردگی، غم، اندوه، ناامیدی، ناراحتی یا نگرانی) و فقدان علاقه و لذت، در تقریباً همه فعالیت های عادی و سرگرمی های فرد که تشخیص افسردگی دست کم مستلزم وجود یکی از این دو ویژگی است (ساراسون^{۲۵}، ۱۳۸۲).

۱-۶-۱-۳- **قصه درمانی**^{۲۶}: به معنی استفاده از قصه برای کاهش یا رفع مشکلات روانشناختی می باشد. قصه درمانی فرایند یا فعالیتی است که به فرد کمک می کند مشکلات خود را شناسایی کند و از طریق تعامل و واکنشی که به محتوای قصه نشان میدهد، خود را بهتر بشناسد و مشکلات خود را حل نماید (بدرت^{۲۷}، ۱۹۸۰).

۱-۶-۱-۴- **اثر بخشی**: به کاربرد بالینی روش درمان در محیط های روزمره و معمولی درمان اشاره دارد. در واقع اثر بخشی به این سوال مهم و جدی پاسخ می دهد که آیا شیوه مورد نظر بیرون از محیط های آزمایشگاهی نیز اثر دارد یا خیر (مورگنسترن^{۲۸} و همکاران، ۲۰۰۲).

۱-۶-۱-۵- **گروه درمانی**: کورسینی^{۲۹} (۱۹۹۹) در یک تعریف جامع، روان درمانی گروه را به عنوان درمان جمعی مشکلات روان شناختی تعریف می کند که در آن چند تا یا بیشتر از چند نفر با حضور یک یا چند درمانگر به عنوان تسریع کننده و تسهیل کننده با هم تعامل دارند.

۱-۶-۲- تعاریف عملیاتی

۱-۶-۲-۱- **سرطان**: تشخیص سرطان توسط پزشک متخصص انکولوژی است که با توجه به علائم بالینی، یافته های آزمایشگاهی و نتایج آسیب شناسی به اثبات می رسد (ظهوریان، ۱۳۸۹).

۱-۶-۲-۲- **کودکان مبتلا به سرطان**: منظور از کودکان مبتلا به سرطان، کودکان (۴- ۱۸ سال) هستند که بدخیمی در آنها توسط پزشک متخصص انکولوژی و با توجه به یافته های بالینی و نتایج آسیب شناسی تایید شده باشد (ظهوریان، ۱۳۸۹).

²⁵ -Sarason,B.R

²⁶ -Story Therapy

²⁷ -Bodart,J.

²⁸ -Morgenstern,J.

²⁹ -Corsini,R.

۱-۶-۲-۳- افسردگی: منظور از افسردگی در این پژوهش نمره ای است که فرد در مقیاس افسردگی کودکان

CDS³⁰ بدست می آورد.

۱-۶-۲-۴- **قصه درمانی:** منظور از قصه درمانی در این پژوهش گفتن قصه در هر جلسه گروه درمانی به کودکان

مبتلا به سرطان می باشد.

۱-۶-۲-۵- **اثر بخشی:** در این مطالعه میزان اثر بخشی گروه درمانی مبتنی بر قصه درمانی نسبت به گروه

کنترل که قصه درمانی درباره آنها به کار برده نمی شود در کاهش افسردگی کودکان سرطانی مورد بررسی قرار می گیرد تا مشخص شود آیا قصه درمانی بر کاهش افسردگی این کودکان تاثیری دارد یا خیر.

۱-۶-۲-۶- **گروه درمانی:** شکلی از مداخلات جمعی است که در گستره وسیعی از موقعیت ها استفاده میشود

که در این پژوهش با استفاده از قصه درمانی اجرا میشود (کورسینی، ۱۹۹۹)

³⁰ -Children depression Scale

فصل دوم

موضوع گیری های نظری و یافته های پژوهشی در زمینه موضوع

۱-۲- موضوع گیری های نظری در خصوص سرطان کودکان

۲-۲- موضوع گیری های نظری در خصوص افسردگی کودکان

۳-۲- موضوع گیری های نظری در خصوص قصه درمانی

۴-۲- یافته های پژوهشی در خصوص موضوع

موضع گیری های نظری و یافته های پژوهشی در زمینه موضوع

در این فصل حوزه های نظری مربوط به پژوهش حاضر بررسی می شود. در ابتدا مروری بر سرطان کودکان، تاریخچه، شیوع و انواع آن به طور خاص خواهد شد. گام بعدی بررسی مشکلات روانی مبتلایان به سرطان و تاثیر آن بر سیر و بهبودی آنان است. قسمت دیگر این فصل با توجه به ارتباط بیماری سرطان و افسردگی به تعریف افسردگی کودکان، شیوع و انواع آن و همچنین درمانهای مختلف افسردگی اختصاص دارد و سپس درمان مورد نظر که برای کاهش افسردگی کودکان مبتلا به سرطان در نظر گرفته شده است؛ رویکرد قصه درمانی مورد بحث قرار می گیرد و در نهایت پژوهش های انجام شده داخلی و خارجی مرتبط با موضوع مورد بررسی قرار خواهد گرفت.

۲-۱- موضع گیری های نظری در خصوص سرطان کودکان

۲-۱-۱- تعریف سرطان

سرطان عبارت است از تکثیر فوق العاده و غیر قابل کنترل تعدادی از سلولهای بدن موجود زنده که بعلا پیدایش اختلالات آندوکرینی و عدم تعادل و تناسب هورمونی یک یا چند سلول بطور هرج و مرج؛ آناشسی، در یک نقطه از بدن شروع به تکثیر غیر طبیعی می نمایند و در یک نقطه بصورت توده ای ظاهر شده و متاستاز می دهند و در بدن اختلال ایجاد نموده و بالاخره بیمار را با ابتلا به عوارض مختلف و کاشکسی^{۳۱} از بین می برد (هاریسون^{۳۲}، ۲۰۰۷).

سرطان فرایند بیماری است که با تغییر شکل یافتن یک سلول غیر طبیعی که از طریق جهش ژنتیک DNA سلولی به وجود می آید، آغاز می گردد. این سلول غیر طبیعی با تولید مثل غیر جنسی شروع به تکثیر غیر عادی می کند، یعنی سیگنال های مربوط به تنظیم رشد سلول را در محیط اطراف سلول نادیده می گیرد. به این ترتیب، سلول ها خصوصیت تهاجمی کسب نموده و موجب پدیدار شدن تغییرات در بافت های پیرامونی می شوند. این بافت ها به داخل سلول ها نفوذ کرده و به عروق لنفاوی و خونی دست می یابند (ظهوریان، ۱۳۸۹).

^{۳۱} - کاهش شدید وزن

^{۳۲} -Harrison

الگوهای رشد تکثیر در سرطان: در طی زندگی، بافتهای متعدد بدن به طور طبیعی دوره های تکثیر و رشد را پشت سر می گذارند که باید آن مراحل را از فعالیت مربوط به رشد بد خیم متمایز دانست. الگوهای متعدد از رشد سلولی وجود دارد که عبارتند از: هیپرپلازی، متاپلازی، دیسپلازی، آناپلازی و نئوپلازی.

هیپرپلازی: افزایش تعداد سلول های یک بافت است.

متاپلازی: تبدیل یک نوع سلول بالغ به سایر انواع سلولی است.

دیسپلازی: رشد عجیب و غریب سلولی که منجر به تفاوت در اندازه، شکل یا ترتیب سلول ها از سایر سلول های همان نوع بافت می شود.

آناپلازی: سلول هایی که فاقد ویژگی های سلول طبیعی بوده از نظر شکل و سازماندهی مربوط به جایگاه خود با سایر سلول های آن منطقه تفاوت دارند. سلول های آناپلاستیک معمولا بد خیم هستند.

نئوپلازی: رشد سلولی کنترل نشده که به دنبال هیچ گونه تقاضای فیزیولوژیکی بوده است.

علت شناسی: علل ایجاد کننده سرطان متعدد و اکثرا ناشناخته است. برخی از عوامل مستعد کننده سرطان شناخته شده است که عبارتند از ویروس ها، باکتری ها، عوامل فیزیکی، مواد شیمیایی، عوامل ژنتیکی یا خانوادگی و بالاخره مواد هورمونی.

تشخیص سرطان: بر پایه بررسی تغییرات فیزیولوژیک و کارکرد و سپس نتایج حاصل از ارزشیابی تشخیصی صورت می پذیرد. برای افراد مشکوک به سرطان، آزمایشات بسیاری انجام می شود که عبارتند از:

۱- تعیین وجود تومور و میزان وسعت آن.

۲- تعیین انتشار احتمالی؛ ریشه دوانی یا تهاجم به سایر بافت های بدن.

۳- ارزشیابی کارکرد ارگان ها و سیستم هایی از بدن که تاکنون درگیر شده یا هنوز درگیر نشده اند.

۴- تهیه بافت و سلول برای تحلیل وضعیت که شامل ارزیابی تعیین درجه و مرحله پیشرفت توموری باشد.

درمان^{۳۳} سرطان: درمانهایی که به بیماران سرطانی پیشنهاد می شود باید بر اساس اهداف واقعی و قابل دسترس برای هر یک از انواع سرطان باشد. دامنه اهداف درمانی ممکن می تواند شامل از بین بردن کامل بیماری بد خیم (درمان)، ارائه حیات طولانی و محدود نگه داشتن رشد سلولی سرطانی (کنترل)، یا تخفیف علائم مربوط به بیماری است (تسکین). روشهای متعددی در درمان سرطان، به طور شایع مورد استفاده قرار می گیرد. مجموعه ای از درمانها از قبیل جراحی، اشعه درمانی، شیمی درمانی و اصلاح کننده های واکنشهای بیولوژیک را می توان در جریان درمان و زمانهای مختلف بکار برد (ظهوریان، ۱۳۸۹).

۲-۱-۲- شیوع سرطان کودکان

سرطان های کودکان، به طرز واضح و چشمگیری با بدخیمی های بزرگسالان، از لحاظ پیش درآمد و توزیع و پراکندگی هیستولوژیک و محل تومور، متفاوت می باشند. لوسمی لنفوبلاستیک حاد، سرطان های مغز، لنفوم ها، و سارکوم های بافت نرم و استخوان، در کودکان، نوجوانان و جوانان فراوان تر هستند. برخلاف کودکان، در بالغین، تومورهای اپی تلیالی ارگان هایی مثل ریه، کولون، سینه و پروستات شایع تر می باشند. در بالغین با افزایش سن میزان بروز سرطان ها به سرعت افزایش می یابد. در سال اول زندگی، تومورهای جنینی مانند، نوروبلاستوم، تومور ویلمز (نوروبلاستوم، رتینوبلاستوم، رابدومیوسارکوم و مدلوبلاستوم) شایع ترین تومورها هستند. این تومورها که، احتمالاً قبل از تولد وجود دارند، در کودکان بزرگ تر، به علت این که فرایندهای تکاملی و تمایز سلولی، بسیار آهسته شده است، بسیار کمتر رخ می دهد و در بزرگسالان بی نهایت غیر معمول می باشند. تومورهای جنینی، همراه با لوسمی های حاد، لنفوم های غیر هوچکینی و گلیوم ها، که با هم دارای بیشترین بروز در بین سنین ۵-۲ سالگی هستند، میزان بروز سرطان در دوران کودکی و نوجوانی بسیار بالاتر از میزان آن در دوره نوزادی است. با بزرگ شدن کودکان، مخصوصاً زمانی که سن بلوغ را پشت سر گذرانند، بدخیمی های سلول های زایای گنادها و انواع مختلف کارسینوم های دیگر مانند، سرطان تیروئید و ملانوم بدخیم، بروز بیشتری خواهند یافت (برمن؛ کلیگمن؛ جنسن، ۲۰۰۴).

طبق آمار اداره سرشماری امریکا جمعیت جهانی کودکان کمتر از ۱۵ سال در سال ۱۹۸۶ حدود ۱.۶۵ بلیون نفر بوده است و از این میان سالانه دویست هزار کودک به سرطان مبتلا می شوند. سرطان بعد از بیماریهای قلبی عروقی دومین علت مرگ و میر در امریکاست و در ایالات متحده امریکا از هر ۳ میلیون کودک و نوجوان ۱۰ هزار نفر در هر سال به سرطان

³³ -Treatment

مبتلا می شوند. سرطان های دوران کودکی در ایران بروز متوسط دارد، به طوری که به میزان ۱۷۶ مورد در یک میلیون نفر مشاهده می شود. حدود ۲ دهم درصد از کودکان زیر ۱۵ سال کشور ایران از سرطان رنج می برند و شیوع سرطان هر ساله یک درصد افزایش می یابد، با وجود افزایش شگرف در میزان بقا، سرطان سومین علت مرگ و میر در کودکان با سن کمتر از ۱۵ سال بعد از تصادفات و بیماری های نوزادی می باشد و از علل قابل توجه منجر به مرگ در کودکان زیر ۱۵ سال است (برمن؛ کلیگمن؛ جنسن، ۲۰۰۴).

سن دقیق برای سرطان دوره کودکی مورد بحث است، در آمار و اپیدمیولوژی انجمن سرطان آمریکا، سرطان دوران کودکی به عنوان سرطانی که قبل از ۱۵ سالگی رخ می دهد در نظر گرفته شده و موسسه ملی سرطان، سن بین ۱۵ تا ۱۹ سال را نیز در نظر گرفته است. سرطان در اطفال از نظر آسیب شناسی، سیر و پاسخ به درمان، تفاوت زیادی با سرطان در بزرگسالان دارد و در صورت تشخیص به موقع و درمان صحیح و پیگیری مداوم، از پیش آگهی بهتری برخوردار است. لوسمی شایع ترین سرطان در اطفال است، شایع ترین لوسمی در کودکان، لوسمی لنفوسیتی حاد و پس از آن لوسمی میلوئیدی حاد می باشد. میزان بروز لوسمی میلوئیدی حاد در کودکان ۶.۶ مورد در یک میلیون کودک زیر ۱۴ سال است. به طور کلی کلید شفای احتمالی سرطان در دست کشف به موقع و انجام کوشش هایی جهت درمان های پیشرفته بیمار است. درمان کودکان مبتلا به سرطان شامل، جراحی، پرتودرمانی و شیمی درمانی می باشد، در سالهای اخیر درمان های تهاجمی، میزان بقا بیماران مبتلا به سرطان را افزایش داده است و میزان بقا آن در کشورهای پیشرفته تا حدود ۷۰ درصد رسیده است (ظهوریان، ۱۳۸۹).

- فاکتورهای خطر

نئوپلاسم های دوران کودکی شامل مجموعه ای از تومورهای بدخیم (سرطان) و غیر بدخیم می باشد، که برخاسته از اختلالات پروسه های ژنتیکی دخیل در کنترل رشد و تکامل سلولی است. با وجود آنکه، تعدادی حالات ژنتیکی با افزایش ریسک ابتلا به سرطان های کودکی همراه هستند، اعتقاد بر این است که این شرایط کمتر از ۵ درصد کل موارد را تشکیل می دهند. به دلیل نقش تقریباً اندک وراثت، تلاش های تحقیقاتی در اپیدمیولوژی سرطان، به سمت بررسی بر هم کنش های ناشناخته و بالقوه، هم بین صفت های ژنتیکی مستعد کننده در مواجهه با محیط، معطوف شده است، ولی فقط تعداد اندکی عوامل محیطی شناخته شده است. عوامل محیطی مطالعه شده که هنوز شواهد قانع کننده ای برای نقش علیتی

آنان پیدا نشده، شامل: میدان های الکترومغناطیسی غیر یونیزان با فرکانس قوی، آفت کش ها، مواجهه با ترکیبات شیمیایی شغلی تزریقی، عوامل تغذیه ای و دود سیگار می باشند (ویکراماسینگ^{۳۴}، ۱۹۸۹).

۲-۱-۳- انواع سرطان کودکان

۱- لوکمی^{۳۵}

لوکمی ها که شایع ترین نئوپلاسم های بدخیم در دوران کودکی هستند، مسبب حدود ۴۱ درصد از تمام بدخیمی هایی هستند که در کودکان زیر ۱۵ سال رخ می دهد. لوکمی ها ممکن است به عنوان یک گروه از بیماری های بدخیم که در آن ناهنجاریهایی در سلول های خونساز باعث پرولیفراسیون کلونال سلول ها می گردد تعریف شود (کانتارجین^{۳۶}، ۱۹۹۵).

۱-۱- لوکمی لنفوبلاستیک حاد^{۳۷}

این نوع سرطان دوران کودکی اولین سرطان منتشر است که ظاهراً قابل علاج می باشد. کم خونی، خونریزی، بی اشتها، خستگی و تحریک پذیری و تب، از علائم آغازین این بیماری است. تشخیص این بیماری با یافته های خون محیطی که دال بر نارسایی مغز استخوان است قویاً مطرح می شود. مرحله بندی آن تا حدی بر مبنای بررسی مایع مغزی- نخاعی^{۳۸} بنیان گذاری شده است. اگر لنفوبلاست ها در مایع مغزی- نخاعی یافت شوند و شمارش لوکوسیت های آن بالا رود آشکار می سازد که لوکمی مننژیال^{۳۹} وجود دارد؛ که به یک مرحله وخیم تر بیماری اشاره دارد و درمان های اضافی و سیستمیک تجویز می شود. اگر لوکمی بر اساس بررسی قبلی مغز استخوان تشخیص داده شود مرحله پونکسیون کمری اجرا و به تبع آن ممکن است اولین دوز شیمی درمانی اینتراتکال انجام شود (برمن؛ کلیگمن؛ جنسن، ۲۰۰۴).

درمان اولیه برای ریشه کنی سلول های لوکمیک از مغز استخوان طراحی شده است. در طی این فاز، درمان معمولاً به مدت ۴ هفته داده می شود و شامل وین کریستین به طور هفتگی، یک کورتیکواستروئید از جمله دگزامتازون یا پردنیزون و آدرتایالین و همچنین دوزهای مکرر^L-آسپارژیناز طبیعی یا دوز واحد یک آسپارژیناز تهیه شده طولانی اثر می باشد. فاز دوم

³⁴ -Wickramasinghe,S.N.

³⁵ -Leukemia

³⁶ -Kantarjian,H.M.

³⁷ -ALL

³⁸ -CSF

³⁹ -CNS