

بررسی لزوم پیش‌بینی فضاهایی به‌منظور تفریح و کسب مهارت‌های گوناگون توسط کودکان سرطانی در مراکز درمانی کودکان، جهت تداوم حس کودکی در آنان

مریم فرهادی^۱، علیرضا دانش‌پور^{۲*}

^۱ دانشجوی کارشناسی ارشد گروه معماری، واحد مرودشت، دانشگاه آزاد اسلامی، مرودشت، ایران.

^{۲*} استادیار گروه معماری، واحد مرودشت، دانشگاه آزاد اسلامی، مرودشت، ایران.

Email: maryamfarhadi4@gmail.com^{*1}, daneshpouralireza@miau.ac.ir²

چکیده

از جمله نگرانی‌های کودکان بیمار شدن و حضور در مراکز درمانی است. سرطان یکی از شایع‌ترین بیماری‌های جهان می‌باشد که به‌سبب آسیب‌پذیری بیشتر کودکان نسبت به بزرگسالان، به‌عنوان تهدیدی جدی برای زندگی آنان شناخته می‌شود اما امروزه با توسعه‌ی علم پزشکی، میزان بقا در کودکان سرطانی افزایش یافته و بسیاری از آنان، پس از طی کردن روند درمان، بهبودی می‌یابند اما با مشکلات روحی چون افسردگی و ... دست و پنجه نرم می‌کنند. این در حالی است که آنان نیز همچون سایر کودکان نیاز به لذت بردن از دوران کودکی و ارضای نیازهای کودکان خود چون تفریح، یادگیری مهارت‌های کودکانه و ... دارند تا بتوانند نقش اجتماعی خود را در آینده بهتر ایفا کنند. از آنجایی که کودکان سرطانی مجبور به طی کردن دوره‌های طولانی درمان در مرکز درمانی‌اند، بنابراین نمی‌توان نقش مراکز درمانی کودکان را در تامین نیازهای کودکانه آنان نادیده گرفت. از این‌رو در این پژوهش تلاش شده است، الزام پیش‌بینی فضاهایی جهت تفریح و کسب مهارت‌های کودکانه چون نقاشی و ... در مراکز درمانی کودکان سرطانی، جهت تداوم حس کودکی در آنان مورد بررسی قرار گیرد. به‌منظور انجام این پژوهش از روش توصیفی-تحلیلی استفاده شده است و ابزاری که برای جمع‌آوری داده‌ها به‌کار گرفته شده، روش کتابخانه‌ای می‌باشد. در نهایت بر اساس بررسی‌های انجام شده در پژوهش حاضر می‌توان این‌گونه نتیجه گرفت که با توجه به اهمیت نقش کودکان در جامعه، باید سعی شود با در نظر گرفتن مشکلات روحی کودکان مبتلا به بیماری سرطان، به طراحی مرکز درمانی برای آنان پرداخت، که علاوه بر درمان مشکلات جسمی، تلفیقی از خصوصیات صمیمانه و عاطفی بودن را در خود داشته باشد و با فراهم آوردن بستر مناسب از طریق دربرداشتن فضاهایی چون اتاق‌های بازی، کلاس‌های آموزش مهارت و ... به تداوم حس کودکی در کودکان سرطانی کمک کرد تا آنان نیز به ادامه‌ی زندگی تشویق گردند.

واژگان کلیدی: کودک، سرطان، مرکز درمانی، حس کودکی

مقدمه

بخش اعظمی از هر جامعه را کودکان تشکیل می‌دهند و دوران کودکی در زندگی انسان نقشی به‌سزا دارد، چراکه پایه‌های جسمی، فکری و شخصیتی هر انسان در این دوران شکل می‌گیرد و اتفاقات این دوره در بزرگسالی کودکان تأثیرات مستقیم دارد. از این‌رو علاوه بر تامین سلامت جسمی، توجه به سلامت روانی کودکان بسیار مهم می‌باشد و باید نیازهای جسمی، روانی و اجتماعی آنان در هر دو بعد مادی و معنوی مورد توجه قرار گیرد. در واقع تامین بهداشت روانی کودکان، به بهتر ایفا کردن نقش اجتماعی آنان در آینده کمک می‌کند. از این‌رو فراهم‌سازی محیطی شاد و مطابق با علایق و سلیقه کودکان، در جهت برآورده کردن نیازهای کودکان و پرورش و رشد بهتر آنان، بسیار حائز اهمیت است. حضور در فضاهایی چون مهدهای کودک، اماکن آموزشی، تفریحی و ... منجر به ارضای نیازهای اکثریت کودکان می‌گردد و از این طریق آنان آمادگی جسمی و روحی لازم جهت ورود به اجتماع را می‌یابند اما کودکانی که در ابتدایی‌ترین سال‌های زندگی خود به بیماری سرطان مبتلا می‌گردند، به دلیل دوره‌ی درمان سخت و طولانی، به‌ناچار بیشتر اوقات کودکی خود را در مراکز درمانی و به دور از فضاهای کودکان به سر می‌برند که این مسئله مراحل رشد طبیعی کودکان را تحت تأثیر فراوان قرار می‌دهد. از این‌رو بهتر است زمانی که کودکان سرطانی به مراکز درمانی کودکان مراجعه می‌کنند، این مراکز علاوه بر بازگرداندن سلامت جسمی آنان، نیازها، علایق و روحیات کودکان را نیز مورد توجه قرار دهند. بدین منظور طراحان مراکز درمانی می‌بایست در کنار توجه به بعد عملکردی پروژه، با در نظر گرفتن فضاهایی جهت ارتباطات جمعی، بازی، آموزش مفاهیم پایه، پرورش خلاقیت و ... به تامین نیازهای آنان کمک کنند تا کودکان مبتلا به بیماری سرطان در طول دوره درمان همچون سایر کودکان به کودکی کردن بپردازند. از این‌رو هدف از انجام این پژوهش بررسی لزوم پیش‌بینی فضاهایی به‌منظور تفریح و کسب مهارت‌های گوناگون توسط کودکان سرطانی در مراکز درمانی کودکان، جهت تداوم حس کودکی در آنان می‌باشد و در نهایت تحقیق پیشرو به دنبال آن است که معماری مراکز درمانی کودکان چگونه می‌تواند به تداوم حس کودکی در کودکان سرطانی کمک کند؟

پیشینه تحقیق

کودکان عظیم‌ترین سرمایه‌های بشری هستند و اجرای سیاست‌گذاری‌های بهداشتی و درمانی دقیق مبتنی بر تامین سلامت جسمی و روانی آنها الزامی است. یکی از مسائلی که سلامت جسمی و روانی کودکان را تهدید می‌کند ابتلا به بیماری‌های سخت و طولانی مثل سرطان است (Keen, 2002). مطالعات نشان می‌دهد که اختلال افسردگی عمده در میان بیماران غیربستری در سیستم مراقبتی سرطان، معمول است (Massie, 2004) این اختلال با افزایش نشانه‌های عمومی، ناتوانی بیشتر و کاهش کیفیت زندگی (Daniel, 1995) و نیز کاهش رضایت و تسلیم در برابر درمان پزشکی و نتایج ضعیف درمانی همبستگی دارد (Dimatteo et al, 2000). یافته‌هایی نیز وجود دارد که بیانگر آن است که افسردگی و اضطراب زیادی در کودکان مبتلا به سرطان، حتی بعد از تکمیل درمان طبی دیده شده است (Vo nEssen et al, 2000). نتایج تحقیقات صورت گرفته، بیانگر آن است که میانگین افسردگی در کودکان و نوجوانان مبتلا به سرطان از کودکان و نوجوانان سالم، به‌طور معنی‌داری بالاتر است (عطری‌فرد، ظهیرالدین و زاهد، ۱۳۹۲). نکته‌ی مهم درباره‌ی کودکان مبتلا به سرطان این است که در طول دوره درمان کودکی کردن را فراموش نکنند (بمانیان و رشیقی‌فیروزآبادی، ۱۳۹۳). چراکه انسان در دوران کودکی نیاز به فضایی به دور از هیاهوی دنیای بزرگتر، دنیای پر از شادی با رنگ‌های زیبا که در آن فرصت بیان افکار تازه و پرورش و رشد استعدادهايش را داشته باشد، دارد. اکثر کودکان، این نوع زندگی اجتماعی را در مهدهای کودک و با حضور مربی‌ها، همیارهای کودک، اتاق‌ها و کلاس‌های آموزش و بازی تجربه می‌کنند، در حالی که برای یک کودک بیمار که در این سال‌های ابتدایی و پر اهمیت زندگی‌اش به بیماری مبتلا می‌شود، به ناچار اجبار بر تقسیم دنیای کودکانی او با بیماری، محل درمان، مراحل درمان، ترس از محیط‌های درمانی، پزشک، پرستار و عواملی از این دست است که گاهی در بیماران جزئی از روزمرگی زندگی شده، کودک را خسته کرده، مراحل رشد طبیعی وی را تحت‌الشعاع قرار داد و گاه روند آن را

کندتر از نمو دیگر کودکان می‌کند (فلاحت و تجلی‌فر، ۱۳۹۴). از این رو اگر فضاهای درمانی بدون در نظر گرفتن نیازهای بیماران طراحی شوند، مشکلات و آسیب‌های بسیاری برای بیمار و درمان او به وجود خواهند آورد (زرگران و رحمانی‌قصبه، ۱۳۹۴). مطالعات انجام شده در خصوص فضاهای فیزیکی بیمارستان نیز نشان می‌دهد که طراحی مرکز درمانی نیاز به برنامه‌ریزی دارد (باغبانینان و همکاران، ۱۳۸۲). چراکه واگذاری حق انتخاب فعالیت‌ها، بازی‌ها و وجود اسباب‌بازی‌های مورد علاقه‌ی کودک و امکانات رفاهی دیگر در محیطی مناسب، از جمله موضوعات با اهمیتی است که در صورت برنامه‌ریزی درست، مرکز درمانی را در نظر کودکان بیمار، مطلوب و دوست داشتنی می‌سازد و مسلماً در سرعت بخشیدن معالجه‌ی آن‌ها و تقویت روحیه‌شان تاثیر به‌سزایی خواهد داشت (عبدالعلیان، ۱۳۷۰). از طرفی نیز تفریحی چون بازی موقعیت مناسبی است که، بر از بین بردن ترس کودک بسیار تاثیرگذار است. برای مثال در بازی‌های آموزشی می‌توان مراحل درمان را با بازی به کودک آموخت و شرایط درمان را برای وی تسهیل کرد (فلاحت و تجلی‌فر، ۱۳۹۴).

یافته‌ها

کودک

در لغت‌نامه‌ی دهخدا و فرهنگ عمید، کودک به معنای صغیر و کوچک بیان شده است. کودک یا بچه به انسان خردسال (دختر و پسر) گفته می‌شود. واژه کودک از ریشه واژه پهلوی kuk آمده که به معنای کوتاه هست و با واژه‌های کوتاه و کوچک هم‌خانواده است. این واژه به بزرگ نشدن، سادگی و پاکی نیز اشاره دارد. در کنکواسیون حقوق سازمان ملل متحد، کودک به هر انسانی که زیر هجده سال تمام باشد گفته می‌شود؛ مگر این که مطابق قانون حاکم بر آن شخص، سن کمتری برای رشد او مقرر شده باشد (فلاحت و تجلی‌فر، ۱۳۹۴). به منظور پرورش و شکوفاسازی استعدادها و قابلیت‌های کودکان باید کودک را شناخت و با دنیای فکری او آشنا شد. شناخت دنیای پر تحرک و شاد کودک، گذشته از لذتی که می‌تواند داشته باشد، خود از جمله مسائلی است که پی‌ریزی جامعه انسانی نیاز فراوان بدان دارد. جمعی از اندیشمندان را عقیده بر این است که کودک هم‌چون لوحی است پاک، که اجتماع هر نقشی را بخواهد می‌تواند بر آن زند، جمعی دیگر را نظر این است که کودک با مشتی غرایز پا بدین جهان می‌نهد که اجتماع و مربیان موظفند این غرایز را به راهی هدایت کنند (پارسا، ۱۳۹۳).

کودک و فرایند رشد

همه موجودات زنده در طول زندگی خود دچار تغییر و تحولاتی می‌شوند. معمولاً رشد بدنی تا زمانی معین پس از تولد ادامه می‌یابد، ولی رشد جنبه‌های روانی به‌ویژه در انسان همواره و به صورت‌های گوناگون ادامه دارد. رشد کودک زیر شاخه‌ای از روانشناسی کودک است. رشد انسان در دوره کودکی و در همه جنبه‌ها با سرعتی بیش از دوره بزرگسالی ولی به‌صورت پیوسته ادامه می‌یابد. رشد انسان در دوره کودکی و با گرایش فطری و غریزی به سوی کمال، متأثر از عوامل درونی و شرایط زیست‌محیطی بوده و در شکل‌گیری خصوصیات انسان در دوره‌های بعد بسیار موثر است (آسلمو، ۱۳۸۷).

از رشد کودکی، تعاریف متفاوتی ارائه شده است که یکی از بهترین این تعاریف عبارت است از مطالعه‌ی علمی تغییرات بدنی، اجتماعی، شناختی، هیجانی و رفتاری که در سنین کودکی روی می‌دهد (Cole, 2001:28). عمده تغییرات مربوط به رشد انسان مربوط به دوران کودکی است اما این تغییرات در طول سایر دوران زندگی نیز ادامه می‌یابد. این تغییرات به دو شکل تغییرات کمی و کیفی می‌باشند. تغییرات کمی در ارتباط با تغییر حجم است، مانند افزایش وزن و قد، اما تغییرات کیفی، تغییر در نوع، ساختار و سازمان شخصیت کودک می‌باشند، مانند سخن گفتن، بازی و محبت کردن. روان‌شناسان بر اساس این تغییرات دوران کودکی را به قسمت‌های مختلف تقسیم می‌کنند تا بر اساس آن شناسایی کودک راحت‌تر باشد (Santrock, 1986:46) فرایند رشد به دو زمینه‌ی رشد بیرونی و درونی

قابل تفکیک است. نکته‌ی مهم اثرگذاری متقابل رشد بیرونی و درونی است که در صورت ایجاد اختلال در هر یک از زمینه‌ها، بخش دیگر نیز با مشکل روبه‌رو خواهد شد (تولانیان و اسدی اسکندری، ۱۳۹۲).

نیازهای اساسی کودکان

نیاز کودک مانند همه انسان‌ها در دو بعد فیزیکی (جسمانی) و روان‌شناختی قابل بررسی است (پارسا، ۱۳۹۳). بدون تردید رشد جسمانی اساس حیات انسانی را تشکیل می‌دهد. بنابراین تامین نیازهای جسمانی مثل نیاز به غذا، آب، هوا، فعالیت‌های عضلانی و محافظت بدن در مقابل حوادث و امراض علاوه بر اینکه جزو احتیاجات جسمی کودک هستند؛ در بهداشت روحی فرد نیز تاثیر فراوانی دارند (محسنی تبریزی، ۱۳۸۰). به نظر روان‌شناسان نیازهای روانی کودک به اندازه نیازهای بدنی در بهداشت روحی و جسمی کودک تاثیر دارند و به همان اندازه ضروری و اساسی هستند (دوازده‌امامی، ۱۳۹۳). موسیقی، شعر، طبیعت، سرخوشی و خوش‌بینی ویتامین‌های مورد نیاز کودک است. کودک نیازهایی دارد که اگر برآورده نشود، موجودی نامتعادل و ناسازگار خواهد شد (Biddulph, 2005).

اهمیت دوران کودکی

کودکان حساس‌ترین و تأثیرپذیرترین گروه سنی جامعه را تشکیل می‌دهند (دادستان، ۱۳۸۸). دوره‌ی کودکی زمانی است که پایه‌های شخصیتی، ذهنی، جسمی و اجتماعی افراد در آن شکل می‌گیرد. بسیاری از رخدادهایی که در کودکی افراد اتفاق می‌افتد، در بزرگسالی آنها تأثیر مستقیم داشته (فلاح و تجلی‌فر، ۱۳۹۴) و در واقع بسیاری از رفتارهای انسان‌های بالغ ریشه در دوران کودکی آنها دارد. دوران کودکی نقشی حساس و تعیین‌کننده در زندگی انسان دارد. توجه به این دوران تا آنجاست که اولاد دوران کودکی را روان‌شناسان و صاحب‌نظران تعلیم و تربیت، غالباً به‌عنوان برجسته‌ترین مرحله در تکوین شخصیت انسان دانسته‌اند و دوم این‌که پژوهشگران وجود تعارضات، اختلالات و نابسامانی‌های روانی در این سنین را از عوامل اساسی در بروز مشکلات در سراسر زندگی فرد می‌دانند (دادستان، ۱۳۸۸).

کودک و بیماری

یکی از موانع موجود در مسیر تحول کودکان، بیماری است (اشرفی و ناصرپور، ۱۳۹۴). کودکان روش خاص خود را برای تفسیر بیماری دارند (ایلخانی و رهایی، ۱۳۹۴) و درکشان از آن متأثر از سن آنها می‌باشد. آنان به علت نداشتن درک درست از پروسه‌های درمانی، از اینکه والدین آنها اجازه می‌دهند پزشکان و پرستاران پروسه‌های درمانی را بر روی آنها انجام دهند، به وحشت می‌افتند. از طرف دیگر کودکان در مقابل فقدان کنترل بسیار آسیب‌پذیر بوده و انجام اعمالی مانند استراحت، استفاده از چوب زیر بغل و به‌طور کلی کارهایی که برای آنها ایجاد وابستگی می‌کند، برایشان ناراحت‌کننده است. آنان به این فقدان کنترل به صورت‌های افسردگی، خصومت و محروم‌سازی پاسخ می‌دهند. کاهش علاقه به بازی و فعالیت‌های دست‌جمعی، دوری کردن از جمع و منزوی شدن، بدخلقی، عصبانیت، بی‌حوصلگی و ... از پاسخ‌های کودکان به بیماری می‌باشند (Rollins, 2010). این استرس‌های ناشی از بیماری علاوه بر ناراحتی‌هایی که در طی مراحل درمان به همراه دارد، باعث اختلالاتی در هنگام اتمام بیماری و عوارض دراز مدت دیگر می‌شود (اشرفی و ناصرپور، ۱۳۹۴).

بیماری سرطان در کودکان

تصور عمومی این است که سرطان بیماری دوران بزرگسالی است ولی کودکان بسیاری در سراسر جهان به انواع خاصی از این بیماری دچارند (رجبی، ۱۳۹۵). اگرچه میزان مرگ و میر بیماری‌های دوران کودکی کاهش یافته، اما شمار کودکان با تشخیص سرطان افزایش یافته است (Chirivella et al, 2009). در واقع یکی از زیرگروه‌های سنی مبتلا به سرطان، گروه سنی کودکان و نوجوانان است

(محقق، ۱۳۸۸) واژه سرطان کودکان (Child Cancer) به مواردی از سرطان‌ها اطلاق می‌شود که در کودکان زیر ۱۵ سال تشخیص داده شود (میرزایی و همکاران، ۱۳۸۸). سرطان در تمام رده‌های سنی به‌عنوان یک بیماری بسیار سخت شناخته می‌شود؛ اما به سبب میزان بیشتر آسیب‌پذیری در کودکان و پایین‌تر بودن سطح ایمنی این گروه نسبت به بزرگسالان، تهدید جدی‌تری برای زندگی به‌شمار می‌آید (ذوالعلی و همکاران، ۱۳۸۳) امروزه با توسعه علم پزشکی و تکنولوژی مربوط به آن، به تدریج بیماری سرطان در کودکان از یک بیماری حاد و کشنده، به یک بیماری مزمن تبدیل شده و میزان بقا افزایش یافته است (فرهمند و همکاران، ۱۳۹۰)، هرچند که دوره‌ی درمان سخت و طولانی است (ولی‌زاده، جونبخش و پاشایی، ۱۳۹۲) و سرطان همچنان به‌عنوان عامل تهدیدکننده حیات باقی مانده است (Wallace and Green, 2004)

کیفیت زندگی کودکان سرطانی

بیماری سرطان تغییرات اساسی در کودک به‌وجود می‌آورد (Eiser et al, 2005). این شرایط موجب یاس و ناامیدی بیمار شده و شخص احساس می‌کند که در یک موقعیت غیر قابل کنترل و سخت گیر کرده است (جمشیدزاده، ۱۳۸۴). این بیماری از لحاظ احساس درماندگی و ترس عمیقی که در فرد ایجاد می‌کند، بی‌همتا می‌باشد (Missel and Birkelund, 2011) و تشخیص و درمان این بیماری می‌تواند بر کیفیت زندگی جسمی و روانی بیماران تاثیر گذارد (بمانیان و رشیقی فیروزآبادی، ۱۳۹۳). مشکل عمده بیماران آشفتگی شدید به شکل مواردی همچون ترس، تالمات روحی، زودرنجی، پریشانی ذهنی نسبت به بیماری، احساس عجز و نومیدی به‌صورت تردید داشتن نسبت به درمان‌پذیری و نگاه نامطمئن به آینده می‌باشد (Manne, 2010). این در حالی است که در بیماری‌های خاص مانند سرطان، روحیه مثبت از مهم‌ترین نیازهای بیمار می‌باشد (بمانیان و رشیقی فیروزآبادی، ۱۳۹۳) حضور مداوم در محیط سرد و بی‌روح مراکز درمانی، کودک را غمگین و تنیده می‌کند. درمان‌های طولانی مدت و دردآور این بیماری، شدت مشکلات روانی موجود را افزون‌تر می‌کند (Pril, 2004). کیفیت زندگی کودک بیمار، در نتیجه درد ناشی از خود بیماری و روش‌های درمان تهاجمی و همچنین کاهش انرژی جهت لذت بردن از فعالیت‌های معمول روزانه، به خطر می‌افتد (Vadurova, 2004). پژوهش‌های اولیه در حیطه سرطان نیز نشان داده‌اند که سطوح پایین حمایت اجتماعی، گرایش به ناامیدی و سرکوب هیجان‌های منفی و وجود رویدادهای تنیدگی‌زای زندگی، عواملی هستند که می‌توانند پیشرفت غده سرطانی را سرعت ببخشند و از آنجایی که درمان‌های سرطان توام با عوارض و سمیتی است که به‌طور کوتاه مدت یا طولانی مدت کیفیت زندگی فرد را به خطر می‌اندازد به‌نحوی که حتی بعد از پایان درمان نیز عملکرد عاطفی و روانی کودک متاثر می‌شود (Maurice – Stam, 2008).

فرایند درمان سرطان کودکان

درمان سرطان نیازمند یک کار گروهی است (مهرور، ۱۳۹۰). در گروه درمانگر یک بیمار مبتلا به سرطان، افراد متخصص در زمینه‌های مختلف پزشکی و پیراپزشکی حضور دارند که اجرای روند درمان را بر اساس نقشه‌ی راه مشخص شده پیگیری می‌نمایند. درمان این بیماری در گروه درمان‌های بلند مدت قرار داشته و روش آن بر اساس شرایط ویژه‌ی هر بیمار نظیر سن، جنس و رده‌ی ابتلا تعیین می‌گردد. درمان‌های سرطان عموماً منطبق با پروتکل‌های درمانی مشخص است که اغلب ترکیبی از چند روش درمانی به صورت مکمل می‌باشند. علاوه بر پزشکان و پرستاران به‌عنوان اعضای اصلی گروه درمانگر، مددکار، روانشناس، روان‌پزشک، فیزیوتراپ، کاردرمان نیز بخش مهمی از روند درمان را اجرا می‌نمایند. پس از درمان قطعی، کودک مبتلا به سرطان باید حدود ۶ تا ۷ سال تحت نظر باشد. هر سالی که از درمان او می‌گذرد، امکان بازگشت بیماری نیز کمتر می‌شود و چنانچه پس از ۵ سال پایان دوره درمان علائم بیماری مشاهده نشود، امکان بازگشت صفر خواهد بود (پورصادقی، ۱۳۹۲).

محیط ویژه‌ی درمان

از جمله استرس‌ها و ترس‌های رایج در دوران کودکی بیمار شدن و حضور در مراکز درمانی است، تا جایی که تنفر از محیط و افسردگی

و ناراحتی را می‌توان از چشم‌هایشان درک کرد (حجت و ابن‌الشهیدی، ۱۳۹۰). بنا به گفته‌ی پزشکان، پرستاران، معماران و روانشناسان یکی از مؤلفه‌های درمان، ساختار مراکز درمانی است (یکی‌تا، ۱۳۹۰). هر مرکز درمانی مجموعه‌ای است بسیار پیچیده و متنوع از نیازها، تجهیزات و امکانات، که باید به دقیق‌ترین و کارآمدترین نحو طراحی شوند تا حاصل کار مقبول گردد (کالمرزی و علیرضایی، ۱۳۹۴). بیمار در مرکز درمانی محور اصلی است و همه‌ی خدمات درمانی برای او انجام می‌شود (صادقی، ۱۳۹۳). چنانچه معماری به شیوه‌ای موثر کاربر فضا را جذب کرده و احساس خوشایندی از حضور در محیط را در وی ایجاد نماید، رضایت‌مندی محیطی حاصل می‌شود که در نتیجه‌ی آن بیمار پاسخ بهتری به درمان خواهد داد (پورصادقی، ۱۳۹۲). توجه به شرایط بیمار و بررسی نیازهای وی از لحاظ روحی و جسمی با توجه به آسیب‌پذیر بودن بیشتر وی نسبت به فرد سالم، معماران را ملزم به رعایت علمی‌تر و دقیق‌تر از تمام اصول و مولفه‌های معماری می‌کند (گرگی مهلبانی و صالح‌آهنگر، ۱۳۹۲).

ضرورت توجه به عوامل موثر در تداوم حس کودکی کودکان سرطانی

آینده‌ی هر کشور به دست کودکان ساخته خواهد شد (بمانیان و رشیقی فیروزآبادی، ۱۳۹۳). و بنیادی‌ترین سنین شکل‌گیری شخصیت و هویت هر فرد در دوران کودکی اتفاق می‌افتد (دوازده‌مامی، ۱۳۹۳). به گونه‌ای که غالباً این دوران را به‌عنوان برجسته‌ترین مرحله در تکوین شخصیت انسان دانسته‌اند (دادستان، ۱۳۸۸). از این‌رو در هر جامعه سلامت کودکان اهمیت ویژه‌ای دارد (ملک و همکاران، ۱۳۹۱) و ضرورت توجه و تعمق به مسایل تربیتی و رشد کودکان بر هیچ‌کس پوشیده نیست (دوازده‌مامی، ۱۳۹۳). امروزه این حقیقت انکارناپذیر به اثبات رسیده است که کودکان در سنین طفولیت تنها به مراقبت جسمانی نیاز ندارند، بلکه باید به همه نیازهای آنها شامل مسائل عاطفی، روانشناسی و غیره توجه کرد (خداداده و علاقبند، ۱۳۹۴).

تا زمانی‌که کودک به‌عنوان عضوی از جامعه وارد اجتماع شود، برای آغاز روند شکل‌گیری شخصیت خویش، نیاز دارد تا زندگی اجتماعی را در مقیاس خود تجربه کند. از این رو یک کودک در دوران رشد خود پس از نیازهای اولیه مانند خوراک، پوشاک، محبت و ... به شرکت در فعالیت‌های جمعی و بازی خصوصاً با هم‌سالان خویش نیاز دارد (فلاح و تجلی‌فر، ۱۳۹۴). در واقع لازمه زندگی مطلوب و طبیعی هر کودک مرتبط بودن او با دیگر کودکان، بازی کردن، یادگیری و آموزش است (پلانک، ۱۳۷۲). این نیازها در سطحی متناسب با سن و سال، تلاش واقعی کودک و خانواده به‌طور طبیعی بررسی و ارضا می‌گردد، لیکن هر گونه تغییر و بیماری، سلامتی را به مخاطره انداخته و در نتیجه یک حالت نامتعادل و غیر عادی ایجاد می‌کند، وضعیت مذکور عدم ارضای نیازهای کودک را به دنبال دارد (Hockenberry, Wilson, 2010).

در این میان کودکان سرطانی با روحیه لطیف‌تر، ترس‌های بیشتر و ... نیاز بیشتری به فرار از احساسات منفی و پناه بردن به محیطی امن و آرام جهت کودکی کردن، دارند (بمانیان و رشیقی فیروزآبادی، ۱۳۹۳). در حقیقت نکته‌ی مهم درباره‌ی کودکان مبتلا به سرطان این است که در طول دوره درمان به کیفیت زندگی آنها نیز توجه شود (اسکندری و بهمنی، ۱۳۸۹) چراکه کودکان قادر نیستند طی پروسه درمان، روند زندگی عادی و رشد خود را متوقف نمایند (پلانک، ۱۳۷۲). در واقع کودک خردسالی که اکثر دوران طفولیت خود را به‌اجبار در مراکز درمانی می‌گذراند، نباید به دلیل برخوردار نبودن از شرایط سلامت، از حقوق کودکانی خود، مانند آموزش، بازی، رشد اجتماعی و بسیاری دیگر محروم بماند (فلاح و تجلی‌فر، ۱۳۹۴) از این‌رو هنگامی که کودک بیمار به مرکز درمانی مراجعه می‌کند، وظیفه‌ی مرکز درمانی است که افزون بر بازگرداندن سلامت کودک، به نیازها و رشد طبیعی او توجه داشته باشد (عبدالعلیان، ۱۳۷۰).

این نیازها باید در طی روز به‌طور ماهرانه با کاربرد روش‌های صحیح تشخیص و درمان برآورده شوند (جمشیدی، ۱۳۹۳). از این‌رو معماری مرکز درمانی کودکان نه‌تنها می‌بایست در درجه‌ی اول برطرف‌کننده‌ی نیازهای فرآیند درمان بیماران بوده، بلکه باید توانایی پاسخ‌گویی به بعد روانی شخصیت کودک را نیز داشته باشد. همچنین توجه به پروسه طبیعی رشد کودکان، مانند تأمین شرایط آموزش، پرورش، ارتباطات جمعی کودکان، شادی و بازی و بسیاری دیگر از این دست است که می‌تواند به‌وسیله طراحی معماری این

بنا تا حد زیادی تحقق یابد (فلاح و تجلی فر، ۱۳۹۴) لذا معمار مرکز درمانی کودکان می‌بایست با طراحی فضاهایی چون اتاق‌های بازی، کلاس‌های آموزشی، اتاق رایانه، اتاق پخش و نمایش فیلم، اتاق موسیقی و ... تا حدی محیط را برای وی کودکانه‌تر شبیه‌سازی کرده و تمایلات کودکانه‌ی او را هرچه بیشتر پاسخ‌گو باشد. در نهایت با در نظر گرفتن این فاکتورها می‌توان به طراحی مطلوب و ایجاد محیطی گرم و صمیمی، خلاق و زنده که کودک در آن احساس راحتی، آرامش و تعلق کند، دست یافت (ابوطالبی و همکاران، ۱۳۹۰)

ضرورت گنجاندن فضای بازی در مراکز درمانی کودکان

بازی یکی از بهترین و لذت‌بخش‌ترین فعالیت کودکان به‌شمار می‌رود (Papilia and Olds, 2002) و یکی از مهم‌ترین ویژگی‌های رفتاری دوران خردسالی است که نقش مهمی در جریان رشد کودکان دارد (جمشیدی، ۱۳۹۳) و به‌عنوان روح کودکی و وجه ممیز کودکی از بزرگسالی، رسانه‌ی ارتباطی کودک با دنیای پیرامون است. اگر مهم‌ترین صفت یک کودک رشد مدام باشد، آنگاه اهمیت بازی به‌عنوان ابزار کسب تجربه رشد، آشکار خواهد شد (زارع پور، ۱۳۸۸) و باعث آمادگی روانی و فیزیکی در کودکان می‌شود تا برای یادگیری و پذیرش آماده شوند. در حقیقت، نیروهای روانی و فیزیکی را برای به‌دست آوردن موفقیت فعال می‌کند (میرصادقی، ۱۳۸۵). از این‌رو به منظور هویت دادن به دوران کودکی ضروری است شرایط کودکی کردن برای تمامی کودکان فراهم باشد (Pedro-Carrol and Reddy, 2005).

از سوی دیگر بازی موجب کاهش افسردگی کودکان مبتلا به سرطان می‌گردد (جمالی‌زواره، ۱۳۸۹) و می‌تواند به‌عنوان یک مداخله مؤثر به وسیلهٔ اعضاء تیم بهداشتی درمانی، برای کمک به کودکان بیمار استفاده شود تا آنها را برای انجام روش‌های درمانی دردناک و تنش‌ناشی از حضور در محیط درمانی آماده و سازگار نماید (Cooke et al, 2005) و موجب کاهش سطح اضطراب کودک بیمار در برخورد با پزشک گردد (علیزاده و اخوان‌تفتی، ۱۳۸۵) و همچنین با نقش درمانی خود فرصتی را برای کودک فراهم می‌آورد تا بتواند نگرانی‌ها و نارضایتی‌هایش را از محیط تخلیه و عواطفش را بیان کند (احدی و بنی‌جمالی، ۱۳۸۵) به هر حال کودک از طریق بازی، به نوعی آرامش عاطفی دست می‌یابد که با کسب آن قادر به تصمیم‌گیری منطقی‌تر می‌گردد و اعتمادبه‌نفس و خودپنداری وی افزایش می‌یابد (شیخ‌ذکریایی و همکاران، ۱۳۹۵) لذا ضرورت دارد در محیط درمانی، اتاق بازی در نظر گرفته شود (مالکی و همکاران، ۱۳۹۱) و وسایل، مبلمان و زوایایی نرم، در آن به‌کار برده شود (جمشیدی، ۱۳۹۳).

ضرورت در نظر گرفتن فضاهایی جهت یادگیری مهارت‌های گوناگون

تجربه‌ی هر فرد در زندگی و مهارت‌هایی که کسب می‌نماید مربوط به شرایط محیطی و محصول تاثیر متقابل میان آن فرد و محیطی است که در آن زندگی می‌کند، فعالیت به‌عنوان عامل اصلی رشد و یادگیری کودک فرایندی است که در ارتباط با فضا و محیط کودک، رشد همه‌جانبه او را موجب می‌گردد و محیط با ایجاد فرصت و تحریک و تشویق کودک در رفتار او تاثیر می‌گذارد (شریعت‌مداری، ۱۳۶۶). معماران باید در طراحی ساختمان‌های کودکان فضاهایی برای نقاشی کردن، اجرای تئاتر و موسیقی، تماشای فیلم، قصه‌گویی، کارگاه‌های ساخت‌وساز و ... در نظر بگیرند (آلبوغبیش‌مکسری، ۱۳۹۳) که در ادامه نمونه‌ای از این فعالیت‌ها شرح داده می‌شوند:

موسیقی

موسیقی شکلی از هنر است که احساس، عاطفه، ادراک و شناخت انسان را بدون نیاز به تکلم و زبان منتقل می‌کند (نوری و استکی، ۱۳۹۴) و مانند رنگ برای کودکان بسیار گیراست، زیرا ریتم آن را فوراً حس می‌کنند. کودکان نواختن موسیقی با ایجاد ترکیباتی از صدا با وسایل موسیقی، اسباب بازی و وسایل منزل را دوست دارند و این نمونه‌ای از رفتارهای خلاق کودک به‌شمار می‌رود (دوازده امامی، ۱۳۹۳) از طرفی موسیقی، یکی از ساده‌ترین و موثرترین شیوه‌های کاهش استرس در بیماران می‌باشد (نوذری، ۱۳۸۵) و از ابتدای تاریخ، بشر از موسیقی برای شفای بیماران استفاده می‌کرده است (به‌پژوه و همکاران، ۱۳۸۵) با توجه به این نکته که ارتباط موسیقایی از انواع ارتباط غیر کلامی است، موسیقی می‌تواند وسیله‌ای موثر و فراقکن برای ارتباط با کودکان باشد که در بیان مشکلات

خود ناتوانند. روش‌های موسیقیایی در شکل هم‌خوانی و هم‌نوازی در کودکان ایجاد ارزش شخصی نموده و به کودکانی که از نظر عاطفی آسیب دیده‌اند کمک می‌کند تا آسان‌تر به خودشناسی فردی و گروهی دست یابند، قابلیت‌های ارتباطی آن‌ها گسترش یابد و خود را بهتر بروز دهند (پوریامهر، ۱۳۸۵).

قصه‌گویی

قصه‌گویی عبارت است از بیان هنرمندانه قصه، افسانه یا حکایت که به‌منظور انتقال پیام به مخاطب انجام می‌گیرد. قصه‌گویی را نباید صرفاً به‌عنوان وسیله سرگرمی مخاطب محسوب نمود بلکه قصه فاصله بین خواندن و درک کردن را پر می‌کند و می‌تواند تأثیر عاطفی نیرومندی را بر مخاطب خویش داشته باشد (Van Dongen-Melman et al, 1998). با کمک گرفتن از روش قصه‌گویی می‌توان تغییرات شگرفی در زمینه یادگیری، سوادآموزی و خلاقیت کودکان ایجاد کرد (کریمی، ۱۳۹۴). کودکان در هر بار شنیدن و بازگویی می‌توانند متناسب با نیازهای خودشان در آن‌ها تغییر به وجود آورند و آرمان‌ها، آرزوها و ایده‌های خود را در قالب قصه‌ها بیان کنند و امید به تغییر و تحول داشته باشند. قصه‌گویی موانع خلاقیت و سکون فکری و روان‌شناختی را از پیش پای افراد بر می‌دارد و حل مسائل را با روندی لذت‌بخش و سرگرم‌کننده به پیش می‌برد (همتی، ۱۳۸۹).

از سوی دیگر قصه می‌تواند دریچه‌ای برای نفوذ به دنیای کودکان مراجع و همراه شدن با وی در سفری برای کسب سازگاری، تعادل جویی و بهبود سلامت عاطفی و روانی او باشد. قصه همچنین با تسهیل رابطه درمانگر با کودک چارچوبی برای درک دنیای کودک فراهم می‌کند. درمانگر می‌تواند با قصه به کودک کمک کند تا مسئولیت‌پذیر باشد و راهی برای مشکلات خود بیابد. همه ما از علاقه کودکان به قصه و داستان مطلع هستیم و استفاده از قصه‌درمانی می‌تواند میزان افسردگی و اختلالات روانی از جمله نافرمانی، لجبازی و اضطراب را در کودکان بیمار کاهش دهد (Van Dongen-Melman et al, 1998).

نقاشی

یکی از شاخه‌های هنر نقاشی است که از طریق آن فرد می‌تواند آنچه را که در ضمیر ناخودآگاه دارد و احتمالاً باعث ناراحتی و اضطرابش می‌شود را بیان کند (Erfer and Ziv, 2006). مطالعات متفاوتی درباره نقاشی و اثرات آن در کودکان سالم و بیمار انجام شده است. شرکت کودکان در برنامه نقاشی می‌تواند به کودک کمک کند تا از طریق برون‌فکنی، هیجان‌ها، احساسات و افکار خود را ابراز کند و در نتیجه به سازگاری عاطفی و اجتماعی نائل گردد (ذکریایی، ۱۳۹۳). مطالعات انجام شده در بیماران مبتلا به بیماری‌های جسمی، حکایت از نقش مثبت نقاشی‌درمانی در بهبود وضعیت روان‌شناختی این افراد، از جمله بازسازی و افزایش عزت‌نفس، امید، خودکارآمدی، حس تسلط و کنترل بر مشکلات و افزایش امید به زندگی دارد (رضایی، ۱۳۸۵). با عنایت به تأثیر نقاشی‌درمانی در کاهش اضطراب به کلیه روان‌شناسان و متخصصان مربوط پیشنهاد می‌شود که از این برنامه به‌عنوان درمان انتخابی در مراکز درمانی استفاده نمایند (ذکریایی، ۱۳۹۳).

نمایش

نمایش، قوی‌ترین قالب هنری در پرورش کودک و آشنا با روان ایشان است، که ریشه در فطرت او دارد. و کودک از طریق آن دنیا را بهتر می‌شناسد. تئاتر به‌عنوان بخشی از جریان اجتماعی کردن کودکان و آشنا نمودن آن‌ها با فرهنگ و آداب و رسوم جامعه و زمینه‌ای برای اظهار وجود و اثبات شخصیت خود در میان جمع، مطرح می‌شود. تئاتر با انتقال غیر مستقیم اطلاعات به‌گونه‌ای جذاب، زمینه آموزش‌های اخلاقی پایدار را برای کودک فراهم می‌آورد و او را برای حضور در اجتماع آماده می‌سازد (خسروی، ۱۳۹۲). از طرفی می‌توان گفت که تئاتر یک روش درمانی است که به شرکت‌کنندگان در این فرایند کمک می‌کند مسائل اجتماعی و روان‌شناختی‌شان را در بافتی واقعی بازآفرینی کنند، نه فقط در مورد آن‌ها حرف بزنند (ولی‌زاده و همکاران، ۱۳۹۲). از این‌رو بهتر است مکانی برای اجرای تئاتر کودکان پیش‌بینی گردد. خیلی خوب است که در این فضا از رنگ‌های روشن، ماکت‌های آماده برای نمایش، لباس‌های

متنوع با رنگ‌های شاد و امکانات گوناگون استفاده شود. فضای نمایش نیز باید به اندازه کافی بزرگ باشد. گاهی خوب است کار تئاتر بیرون از سالن هدایت شود. فضای باز و طبیعت بهترین مکان برای حس گرفتن کودکان و اجرای یک نمایش جالب و شادی‌آور است (تابنده، ۱۳۸۵).

سفال‌گری

گل‌بازی به کودک اجازه می‌دهد جهان را در مقیاس کوچکتر با دستان خود بسازد و تحت نفوذ درآورد و مسائل را به دست خویش حل کند. در کار با گل کودکان متوجه قدرت خودشان در مواجهه با محیط می‌شوند و احساس صاحب اختیاری می‌کنند. کودکان می‌توانند باعث تخلیه هیجانی خود شوند و در محیط نفوذ کنند. کار با استخر گل به فرد اجازه می‌دهد، فضاهایی خیالی برای خود فرض کند و در آن فضاها احساس تسلط کند (فلاح‌نیا، ۱۳۹۳). علاوه بر آن، امروزه گل‌درمانی به‌عنوان روشی از درمان در نقاط مختلف جهان کاربرد شایانی دارد. بی‌شک انجام کارهای دستی و سفال‌گری به‌مثابه نوعی بازی است که بر پایه نخستین نظریه‌های بازی، یکی از شیوه‌های تخلیه هیجانی و فرافکنی است (Wallace and green, 2004). تحقیقات دوران معاصر نشان می‌دهد که انسان به‌طور غریزی در هنگام تماس جسمی با گل و استنشام بوی آن احساس آرامش می‌نماید. در آیین ذن، فرد به ساخت اشیاء گلین برای تقویت تمرکز و آرامش درونی مشغول می‌شود (Hinds et al, 2009).

بحث و نتیجه‌گیری

سلامت روانی هر جامعه برگرفته از سلامت روانی انسان‌ها است و سلامت روانی هر انسان به دوران کودکی او باز می‌گردد اما واقعیت تلخی که امروزه در برخی از جوامع وجود دارد، عدم توجه کافی به دوران کودکی انسان‌ها است، که این امر تهدیدی جدی برای آیندگان به‌شمار می‌رود، چراکه کودکان آینده‌سازان هر کشور محسوب می‌گردند و فراهم‌سازی آنچه بشر از لحاظ روانی بدان نیاز دارد در دوران کودکی برای جوامع آسان‌تر و ارزان‌تر است. نیازهای انسان‌ها در دوران کودکی علاوه بر نیازهای جسمی، شامل مسائل عاطفی، روانشناسی و غیره نیز می‌گردد که توجه به تمامی این موارد حق طبیعی هر کودک می‌باشد. باید به این نکته توجه کرد که کودکان برای آغاز روند شکل‌گیری شخصیت خویش نیاز دارند تا تجارب گوناگونی را از طریق انجام امور کودکانه بدست آورند. از این‌رو تامین بستری مناسب و کودکانه جهت پرداختن آنان به فعالیت‌های دلخواهشان امری ضروری محسوب می‌گردد، فضایی شاد که به کودکان فرصت رشد و پرورش افکار و استعدادهايشان را بدهد. مکان‌هایی چون مهدهای کودک، کلاس‌های آموزشی، انواع مراکز بازی کودکان و ... از انواع این فضاها به‌شمار می‌روند. این در حالی است که کودکان سرطانی صرفاً به علت بیماری، از جمله فراموش‌شدگان اجتماعی محسوب می‌گردند و از زندگی در میان جمع کودکان محروم می‌شوند. بنابراین باید این نکته را در نظر داشت که صرفاً کودکانی که از نعمت سلامتی برخوردارند، امکان حضور و بهره‌مندی از فضاهایی چون مهدهای کودک، مراکز بازی و ... را دارند.

با توجه به مطالبی که در این پژوهش بدان اشاره شده است، به‌طورکلی می‌توان این گونه نتیجه گرفت که کودکان مبتلا به بیماری سرطان به سبب بیماری سختی که بدان دچارند، به اجبار بیشتر اوقات کودکی خود را در محیط‌های درمانی به‌منظور طی کردن مراحل درمان می‌گذارند که این امر کودک را خسته کرده و مراحل رشد طبیعی و نیازهای کودکانه وی را به شدت تحت تاثیر قرار می‌دهد. این در حالی است که کودکان سرطانی نیز برای ادامه زندگی و ورود به اجتماع همچون سایر کودکان نیاز به لذت بردن از دوران کودکی و ارضای نیازهای روحی روانی خود دارند و نباید آنان به دلیل بیماری سختی که بدان مبتلاند از حقوق کودکانه‌ی خود مانند بازی، آموزش و ... بی‌نصیب بمانند. از این رو طراح مراکز درمانی کودکان سرطانی باید هدف خود را پرداختن به نیازهای روحی-

روانی کودکان مبتلا به بیماری سرطان در کنار رفع نیازهای درمانی آنان قرار دهد و از همان گام نخست طراحی این بنا، کودک به عنوان کاربر اصلی در نظر گرفته شود و تمامی مراحل طراحی حول محور کودک و علایق و خواسته‌های وی انجام گردد. بدین منظور با گنجاندن فضاهایی چون اتاق‌های بازی، کلاس‌های آموزش مهارت‌های گوناگون، سالن نمایش، اتاق موسیقی و ... در طراحی محیط مرکز درمانی، می‌توان فضای درمانی را برای آنان کودکانه طراحی کرد تا بدین وسیله حس کودکی در کودکان سرطانی نیز تداوم یابد و امیال کودکانه آنان نیز همچون سایر کودکان ارضا گردد.

منابع

- عطری فرد، مهدیه، ظهیرالدین، علیرضا، دیبایی، شیدا، زاهد، غزال، (۱۳۹۲)، مقایسه افسردگی کودکان و نوجوانان مبتلا به سرطان با کودکان و نوجوانان سالم، مجله پزشکی ارومیه، دوره ۲۵، شماره اول
- بمانیان، محمدرضا، رشیقی فیروزآبادی، سارا، (۱۳۹۳)، بررسی مزایای وجود باغ شفابخش در مراکز سرطانی کودکان، دومین همایش ملی پژوهش‌های کاربردی در مهندسی عمران، معماری و مدیریت شهری
- فلاح، محمد صادق، تجلی‌فر، نیلوفر، (۱۳۹۴)، نقش طراحی معماری مراکز درمانی کودکان در کاهش میزان ترس کودک و تسریع روند بهبودی، کنفرانس ملی مهندسی معماری، عمران و توسعه کالبدی
- زرگران، فریبرز، رحمانی‌قصبه، محمد، (۱۳۹۴)، تأثیرات طراحی داخلی در کلینیک کودکان سرطانی با رویکرد روان‌درمانی برای بهبود وضع درمان، همایش بین‌المللی معماری عمران و شهرسازی در آغاز هزاره سوم، تهران، کانون سراسری انجمن‌های صنفی مهندسان معمار ایران
- باغبانیان، عبدالوهاب، ساعی‌بستان‌آباد، علی، آقا محمدی، گلنسا، رحمانی، حجت، سیدپور، جلال، (۱۳۸۲)، مدیریت در عرصه بهداشت و درمان، تهران، انتشارات گپ.
- عبدالعلیان، معصومه، (۱۳۷۰)، مراقبت‌های پرستاری از کودکان، تهران، نشر آزمون.
- پارسا، محمد، (۱۳۹۳)، روانشناسی رشد کودک و نوجوان، تهران، انتشارات بعثت
- آسلمو، ساندرا، (۱۳۸۷)، رشد در دوره اولیه کودکی پیش از تولد تا ۸ سالگی، ترجمه‌ی اخشینی، علی، مشهد، انتشارات بنیاد پژوهش‌های اسلامی استان قدس رضوی
- تولانیان، فرزین، جلال، اسدی اسکندری، (۱۳۹۲)، تصویر خاکی دنیای عرفان نگاهی به معماری مجموعه فرهنگی اصفهان
- محسنی تبریزی، علیرضا، (۱۳۸۰)، بررسی وضعیت کودکان بی‌سرپرست در ایران، فصلنامه تامین اجتماعی، شماره نهم
- دوازده امامی، محمد، (۱۳۹۳)، طراحی مرکز نگهدارندگی و آموزش کودکان بی‌سرپرست با رویکرد روانشناسی محیط، پایان‌نامه کارشناسی ارشد رشته معماری، دانشگاه شیراز، واحد بین‌الملل
- دادستان، پریخ، (۱۳۸۸)، ارزیابی شخصیت کودکان، تهران، انتشارات رشد.
- ایلخانی، رویا، رهایی، امید، (۱۳۹۴)، بررسی تأثیر رنگ در فضاهای درمانی کودکان از منظر روانشناسی محیط، کنفرانس بین‌المللی معماری، شهرسازی تبریز، دوره اول، تبریز
- پورصادقی، سوده، (۱۳۹۲)، پناهگاه شفابخش کودک طراحی مرکز درمانی ویژه کودکان سخت درمان با تأکید بر اثر منظر سبز محیطی بر روند درمان، پایان‌نامه کارشناسی ارشد معماری، دانشکده فنی و مهندسی
- اشرفی، حسین، ناصرپور، زهرا، (۱۳۹۴)، تأثیر طراحی داخلی در بیمارستان کودکان سرطانی با رویکرد مدیریت استرس و تسریع بهبودی آن‌ها (نمونه موردی: بیمارستان فوق تخصصی کودکان محک تهران)، کنفرانس بین‌المللی یافته‌های نوین پژوهشی در روانشناسی، مشاوره و علوم تربیتی
- رجبی، حمید، (۱۳۹۵)، فعالیت بدنی کودکان و سرطان، رشد آموزش تربیت بدنی، دوره هفدهم، شماره اول

- محقق، محمدعلی، (۱۳۸۸)، بروز سرطان در شهر تهران، اولین گزارش از ثبت رکورد سرطان مبتنی بر جمعیت تهران بین سال‌های ۱۳۷۶ تا ۱۳۷۹، آرشیو پزشکی ایران، دوره دوازدهم، شماره اول
- میرزایی، مهشید، یزدی، فاطمه، نویدی، زهرا، (۱۳۸۸)، بررسی خصوصیات و ویژگی‌های کودکان مبتلا به بیماری سرطان بستری در بیمارستان ۱۷ شهریور رشت، مجله دانشکده پزشکی گیلان، دوره نوزدهم، شماره شصت و یک
- ذوالعلی، فرزانه، آیت‌اللهی، علیرضا، شهریاری، مهدی و آیت‌اللهی، محمد تقی، (۱۳۸۳)، میزان بروز سرطان لنفوبلاستیک حاد در کودکان زیر ۱۵ سال استان فارس در سال ۱۳۸۰ و ۱۳۷۹، انتشارات ارمغان دانش، شماره سی و پنجم
- فرهمنند، مهین، الماسی هاشیانی، امیر، حسن‌زاده، جعفر، مقدمی، محسن، (۱۳۹۰)، اپیدمیولوژی سرطان کودکان مبتنی بر اطلاعات ثبت‌نام‌کنندگان سرطان در استان فارس، فصل‌نامه کومش، دوره سیزدهم، شماره یک، ۸-۱۳
- ولی‌زاده، لیلا، جونبخش، فاطمه، پاشایی، صونا، (۱۳۹۳)، عوامل تعیین‌کننده بار مراقبتی در والدین کودکان مبتلا به سرطان در مرکز پزشکی و آموزشی کودکان تبریز، مجله پرستاری بالینی و مامایی، دوره سوم، شماره دو
- جمشیدزاده، اکرم، (۱۳۸۴)، دانستنی‌های سرطان، شیراز، انتشارات نوید
- مهرور، عظیم، (۱۳۹۰)، سرطان خون شایع‌ترین سرطان کودکان، سلامت نیوز
- یکی‌تا، حامد، (۱۳۹۰)، مرکز تحقیقات و درمان قلب و عروق، پایان‌نامه کارشناسی ارشد معماری، دانشگاه علم و صنعت
- موقری کالمرزی، ندا، علیرضایی، مهدی، (۱۳۹۴)، بررسی جایگاه زیباشناسی در فضاهای درمانی: نمونه موردی بیمارستان کودکان، دومین همایش بین‌المللی و چهارمین همایش ملی معماری، مرمت، شهرسازی، محیط زیست پایدار
- صادقی، آیدا، (۱۳۹۳)، طراحی بیمارستان عمومی ۱۰۰ تخت‌خوابی با رویکرد بیمار - محوری در تهران، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه هنری کرج
- گرچی‌مهلبانی، یوسف، صالح‌آهنگر، مژگان، (۱۳۹۲)، تاثیر رنگ در طراحی بخش بستری بیمارستان‌ها، نشریه علمی، پژوهشی انجمن علمی معماری و شهرسازی ایران، شماره ششم، ۶۱-۷۵
- حجت، عیسی، ابن‌شهیدی، مرجان، (۱۳۹۰)، بازتعریف فضای بستری در بیمارستان اطفال بر مبنای ارزیابی و تحلیل نیازهای کودکان، نشریه‌های هنرهای زیبا، تهران، شماره چهل و هشتم، ۳۳-۴۳
- ملک، مریم، حسن‌زاده، رمضان، تیرگری، عبدالحکیم، (۱۳۹۱)، اثربخشی بازی‌درمانی گروهی به شیوه شناختی رفتار بر کاهش مشکلات رفتاری کودکان، مجله ناتوانی‌های یادگیری، شماره چهارم، ۱۴۰-۱۵۳
- خداداده، یاسمن، علاقبند، بهار، (۱۳۹۴)، بررسی و شناخت علاقه‌های کودکان با هدف طراحی مبلمان اتاق کودک، دوفصلنامه علمی پژوهشی دانشگاه هنر، شماره پانزدهم
- پلانک، اما ان، (۱۳۷۲)، رفتار با کودکان در بیمارستان، ترجمه قراچه‌داغی، مهدی، نشر توحیدی
- اسکندری، مهدی، بهمنی، بهمن، (۱۳۸۹)، گروه‌درمانی شناختی وجودگرا بر افسردگی و امیدواری والدین کودکان مبتلا به سرطان. موسسه خیریه محک گردآورنده) مجموعه مقالات ارائه شده در اولین کنگره روانشناختی کودکان مبتلا به سرطان در ایران
- جمشیدی، شبنم، (۱۳۹۳)، تاثیر رنگ و فرم در طراحی بیمارستان تخصصی کودکان سرطانی، دومین کنفرانس بین‌المللی دستاوردهای نوین پژوهشی در عمران، معماری و مدیریت شهری
- ابوطالبی، داوود، جلالیان، سارا، دژدار، امید، (۱۳۹۰)، تبیین نقش عوامل محیطی موثر در بیمارستان بر بهبود کودکان بیمار، چهارمین کنفرانس ملی توسعه پایدار در علوم جغرافیا و برنامه‌ریزی معماری و شهرسازی
- زارعیپور، افسانه، (۱۳۸۸)، بررسی تاثیر بازی درمانی گروهی بر میزان افسردگی کودکان مبتلا به سرطان، مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی کردستان، دوره چهاردهم، ۶۴-۷۲
- میرصادقی، جمال، (۱۳۸۵)، اثر فعالیت‌های هنری بر افزایش خلاقیت کودکان دبستانی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران
- جمالی‌زواره، شکوه، (۱۳۸۹)، مروری بر نقش درمانی در درمان بیماری‌های روان‌شناختی، روان‌پزشکی و پزشکی، مجموعه مقالات دومین کنگره سراسری هنردرمانی در ایران، دانشگاه شهید بهشتی، تهران

- علیزاده، شهلا، اخوان تفتی، مهناز، (۱۳۸۵)، بررسی مقایسه‌ای خلاقیت دانش‌آموزان دختر موسیقی آموخته و موسیقی نیاموخته، مجموعه مقالات اولین کنگره سراسری هنردرمانی در ایران، دانشگاه شهید بهشتی تهران
- احدی، حسن، بنی‌جمالی، شکوه‌السادات، (۱۳۸۵)، روانشناسی رشد (مفاهیم بنیادی در روانشناسی کودک)، تهران، نشر پردیس
- شیخ ذکریایی، ندا، مریدی، گلرخ، زارعی، فرزانه و حدودی، فردین، (۱۳۹۶)، تاثیر بازی گروهی بر اضطراب کودکان بستری در بخش‌های کودکان بیمارستان، نشریه پژوهش پرستاری ایران، دوره دوازدهم، شماره یک
- مالکی، مرضیه، قادری، محمد، اشک‌تراب، طاهره، جباری نوقایی، هادی، زاده‌محمدی، علی، (۱۳۹۱)، بررسی تاثیر موسیقی ملایم بر شاخص‌های فیزیولوژیک بیماران صدمات مغزی در بخش مراقبت‌های ویژه، افق دانش، دوره هجدهم، شماره یک، ۶۶-۷۵
- شریعت‌مداری، علی، (۱۳۶۶)، روانشناسی تربیتی، چاپ اول، تهران، انتشارات امیرکبیر.
- آلبوغبیش مکسری، منا، (۱۳۹۳)، طراحی مجموعه مسکونی با رویکرد رشد خلاقیت کودکان، پایان‌نامه برای دریافت درجه کارشناسی ارشد رشته معماری، پژوهشکده علوم، دانشگاه آزاد اسلامی واحد مرودشت
- نوری، سهیلا، استکی، مهناز، (۱۳۹۴)، تاثیر تفاوت‌درمانی بر میزان امید به زندگی و اضطراب کودکان دختر مبتلا به سرطان، کنفرانس سالانه رویکردهای نوین پژوهشی در علوم انسانی
- دوازده امامی، محمد، (۱۳۹۳)، طراحی مرکز نگهداری و آموزش کودکان بی‌سرپرست با رویکرد روانشناسی محیط، پایان‌نامه کارشناسی ارشد رشته معماری، دانشگاه شیراز واحد بین‌الملل
- نوذری، بیژن، (۱۳۸۵)، درآمدی بر دراماترپیی، مجموعه مقالات اولین کنگره سراسری هنردرمانی در ایران، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ۶۸
- به‌پژوه، احمد، غباری، باقر، محمدی، مریم، (۱۳۸۵)، تاثیر سفالگری بر کاهش رفتارهای پرخطرانه‌ی دانش‌آموزان کم‌توان ذهنی، مجموعه مقالات اولین کنگره سراسری هنردرمانی در ایران، دانشگاه بهشتی، تهران.
- پوریامهر، الهام، (۱۳۸۵)، سفالگری آشنایی با مجسمه گلی و ساخت اشیا در توانبخشی بیماران روانی، مجموعه مقالات دومین کنگره سراسری هنردرمانی در ایران، دانشگاه پزشکی، تهران.
- کریمی، باقر، (۱۳۹۴)، طراحی مهدکودک با تاکید بر تاثیرات رنگ و بازی در پرورش خلاقیت کودک، پایان‌نامه برای دریافت درجه کارشناسی ارشد در رشته مهندسی معماری
- همتی، اسماعیل، (۱۳۸۹)، تمرین خلاقیت، چاپ اول، انتشارات قطره، تهران.
- شیخ ذکریایی، ندا، (۱۳۹۳)، تاثیر نقاشی بر اضطراب کودکان سرطانی بستری در بیمارستان، نشریه پایبش، شماره اول، ۶۳-۶۸
- رضایی، مهدیه، (۱۳۸۵)، کاربرد هنردرمانی گروهی در کاهش آسیب‌های ناشی از ضربه‌های روانی، مجموعه مقالات اولین کنگره سراسری هنردرمانی در ایران، تهران، دانشگاه بهشتی
- خسروی، مهدی، (۱۳۹۲)، طراحی معماری داخلی مجموعه سلامت روان کودک با تاکید طراحی بر ایجاد حس تعلق به مکان، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه هنر، تهران
- تابنده، شراره، (۱۳۸۵)، مرکز پرورش خلاقیت کودکان، پایان‌نامه کارشناسی ارشد دانشگاه آزاد اسلامی، واحد شیراز
- صیرفی، رویا، (۱۳۹۳)، طراحی خانه کودک با رویکرد بازشناسی و پرورش استعدادهاى کودکان پیش‌فعال، پایان‌نامه جهت دریافت درجه کارشناسی ارشد در رشته معماری، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد مرودشت

- Keen, Nancy (2002). children leukemia: a guide for families, friends and caregivers. Sebastopol. U.S.A.
- Massie, MJ (2004). Prevalence of depression in patients with cancer. J Natl Cancer Ints Mongor; No. 32 . 57 – 71.
- aniel, J (1995). Depression in patients with cancer: diagnosis,biology and treatment. Arch Gen Psychiat, No . 52 . 89 – 99.
- Dimatto, MR. & Lepper, HS. & Croghan, TW. (2000). Depression is a risk factor for noncompliance with medical treatment: meta – analysis of the effects of anxiety and depression on patient adherence . Arch Intern Med, Vol .160 . No . 14 . 2101-7.
- Von Essen, L (2000). Selfesteem, depression and anxiety among Swedish children and adolescents on and off cancer treatment. Acta Paediatr, Int J Paediatr, Vol. 89. No . 2 . 229-36.

- cole, M (2001). The Development of children, 4th edn. with publishers.
- santrock, j.w (1986). life-span development. brown publishers.
- Biddulph, s (2005). The secret of happy children, in: Monazah F., (Ed.), third publication, peyke Bahar
- Chirivella, S et al (2009). Health related quality of life among children with cancer in Hyderabad, India. Indian J
Pediatr. Des, Vol. 76. No. 12. 1231-5
- Rollins, judy (2010). The Influence of Two hospitals Designs And policies on social interaction And privacy As
coping factors for children with cancer and their families, journal of pediatric oncology nursing, Vol. 26, No. 6 .
340-353
- Wallace H and Green, D (2004). Late effects of childhood cancer. London: Arnold
- Eiser, Ch. & Eiser, R. & stride, Ch B. (2005). Quality of life in children newly diagnosed with cancer and their
mothers, Health and Quality of life outcomes, Vol. 3 . No . 29. 1-5
- Missel, M and Birkelund, R (2011). Living with incurable oesophageal cancer, A phenomenological hermeneutical
interpretation of patient stories. Eur J Oncol Nurs
- Manne, S (2010). Cancer – related communication, relationship intimacy and psychological distress among couples
coping with localized prostate cancer, J Cancer Surviv
- Pril, WF (2004), Evidence report on the occurrence, assessment and treatment of depression in cancer patients. J Natl
Cancer Inst Monogr, Vol. 32. 32-39
- Vadurova, H (2004). Quality of Life cancer children caregivers, Cancer research UK
- Maurice – Stam, H (2008). Longitudinal assessment of health – related quality of life in preschool children with non-
CNS cancer after the end of successful treatment, Pediatr blood Cancer. May, Vol. 50.No. 5 . 1047-51
- Hockenberry, M and Wilson, D (2010). Wongs nursing care of infants and children, 9 th Edition. Elsevier Mosby
Corporation: Canada
- Papilia, D and Olds , S (2002), A child's world new York, McGraw_Hill
- Pedro_Carrol, J and Reddy, L (2005). A preventive play intervention to foster children resilience in the after of divorce.
Empirically based play interventions for children. Washington DC: American psychological association
- Cooke, M. & Chaboye, W. & Hiratos, M. (2005). Music and its effect on anxiety in short waiting periods. A Critical
Appraisal, journal of clinical nursing, Vol. 14 . No. 2, 145-155.
- Seidvosoughi, SH. (2009), Child Magazine Game of the Puppet Play two Dvzeh Mental Health and Community,
Psychol Educ Sci, Vol. 4. No. 6. 53
- Van Dongen-Melman. & J E W M. & Van Zuuren, FJ. & Verhulst, FC, (1998), Experiences of parents of childhood
cancer survivors: a qualitative analysis, Patient Education and Counseling, Vol. 34. No. 3. 185-200.
- Erfer, T and Ziv, A. (2006), Moving toward cohesion : Group dance movement therapy with children in psychiatry. The
arts in psychotherapy, Vol. 33 . No. 3
- Hinds, P S., et al. (2009). Health-related quality of life in adolescents at the time of diagnosis with osteosarcoma or
acute myeloid leukemia, Eur J Oncol Nurs, Vol. 13 . No. 3. 156-63.

International Conference on DESIGN
Architecture, Interior Architecture, Industrial Design
20-21 Feb 2019 | Iran, Tehran
Alzahra University International Conference Center



AIAID 2019

کنفرانس بین المللی دیزاین

معماری، معماری داخلی، طراحی صنعتی | ۱-۲ اسفند ۱۳۹۷
ایران، تهران | سالن همایش‌های بین المللی دانشگاه الزهراء