








Research Paper

The Effectiveness of Cognitive-Behavioral Play Therapy (CBT) and Resiliency Based Play Therapy on Sleep Disorder in Children with Functional Abdominal Pain

Shekoufeh Nikneshan¹ , Mohsen Golparvar^{2,*} , Ahmad Abedi³ , Peiman Nasri⁴ ,
Fatemeh Famouri⁵ 

¹ Ph.D. Student, Department of Psychology, Isfahan (Khorasgan) Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran

² Associate Professor, Department of Psychology, Isfahan (Khorasgan) Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran

³ Associate Professor, Department of Children with Special Needs, University of Esfahan, Isfahan, Iran

⁴ Assistant Professor, Pediatrics Department, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

⁵ Associate Professor, Pediatrics Department, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

* **Corresponding author:** Mohsen Golparvar, Associate Professor, Department of Psychology, Isfahan (Khorasgan) Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran. E-mail: drmGolparvar@gmail.com

How to Cite this Article:

Nikneshan Sh, Golparvar M, Abedi A, Nasri P, Famouri F. The Effectiveness of Cognitive-Behavioral Play Therapy (CBT) and Resiliency Based Play Therapy on Sleep Disorder in Children with Functional Abdominal Pain. *Iran J Rehabil Res Nurs.* 2020;7(1):75-85.

DOI: [10.29252/ijrn.7.1.75](https://doi.org/10.29252/ijrn.7.1.75)

Received: 19 Dec 2019

Accepted: 09 Mar 2020

Keywords:

Resiliency Based Play Therapy
Cognitive-Behavioral Play
Therapy
Functional Abdominal Pain
Sleep Disorder

© 2020 Iranian Journal of
Rehabilitation Research in Nursing

Abstract

Introduction: Children with functional abdominal pain often suffer from Abdominal pain before falling asleep. This study aimed to determine the effects of resiliency based play therapy and cognitive-behavioral play therapy on sleep disorder in children with functional abdominal pain.

Methods: The research method was quasi-experimental, with pre-test, post-test, and follow-up with a control group. The research participants consisted of 24 children with functional abdominal pain aged 5-10 years old with their mothers referred to Amin Hospital Specialized Clinic in Isfahan (2018), who were purposefully selected and randomly assigned to three groups (two therapeutic groups and a control group, each group with 8 children). Bruni et al. (1996) sleep disorder Scale was used to measure the dependent variable in the pre-test, post-test, and one month follow up. Two experimental groups received a treatment course on cognitive-behavioral play therapy and resiliency based play therapy in 8 sessions, and the control group did not receive any treatment. The data were analyzed using repeated-measures analysis of variance.

Results: The results revealed that only there was a significant difference between resiliency-based play therapy and cognitive-behavioral play therapy with a control group in sleep ($P < 0.05$), there was no significant difference between resiliency based play therapy and cognitive-behavioral play therapy ($P > 0.05$).

Conclusions: Resiliency based play therapy and cognitive play therapy have been effective in recovering sleep disorder of children with functional abdominal pain. Therefore, this treatment can be used to improve sleep disorders in children with functional abdominal pain in health centers.

Extended Abstract

OBJECTIVE

Children with functional abdominal pain often suffer from abdominal pain before falling asleep, and pain has a negative effect on sleep

quality. These children have symptoms of behavioral sleep disorders, nightmares, and more daily fatigue than healthy children. Play therapy is one of the most

important therapeutic approaches for children. Cognitive-behavioral play therapy contains the principles of cognitive-behavioral therapy and play and is designed to teach children coping skills. Cognitive Behavioral interventions for behavioral childhood insomnia are effective and lead to a rapid improvement in children's sleep. However, beyond cognitive-behavioral intervention for children, it is necessary to pay attention to another part of sleep effects and other psychological variables. Research has shown that sleep affects the resiliency levels of children and adolescents. So that sleep problems would lead to reduced resiliency and potentially increasing the risk of psychopathology. In support of the role of promoting resiliency based play and its relation to sleep problems, now some studies aimed at teaching resiliency skills for children have shown success in increasing resiliency and reducing psychopathology in children. According to research evidence presented on the relationship between sleep, resilience, and cognitive-behavioral skills, In the present study, it was necessary to investigate the effect of these two interventions on sleep disorders in children with abdominal pain. This study aimed to determine the effects of resiliency based play therapy and cognitive-behavioral play therapy on sleep disorder in children with functional abdominal pain.

MATERIALS AND METHODS

The research method was quasi-experimental, with pre-test, post-test, and follow-up with a control group. The research participants consisted of children with functional abdominal pain aged 5-10 years old with their mothers referred to Amin Hospital Specialized Clinic in Isfahan (2018). Twenty-four children were

purposefully selected and randomly divided into three groups (two therapeutic groups and a control group, each group with eight children). Bruni et al. (1996) sleep disorder Scale was used to measure pre-test, post-test, and one month follow up. Two experimental groups received a treatment course on cognitive-behavioral play therapy and resiliency based play therapy in eight sessions, and the control group received no intervention at the end of the study. The data were analyzed using repeated-measures analysis of variance.

RESULTS

Descriptive findings showed that in the sleep disorder, the cognitive-behavioral play therapy group had a mean of 45.75 in the pre-test phase, and in the post-test and follow-up phase, the mean of this variable was changed to 35 and 34/87 respectively. In the resiliency based play therapy group, the mean of sleep disorder in the pre-test phase was 45.75, and in the post-test and follow-up phase, it was changed to 34.12 and 32, respectively. In the control group, the mean of sleep disorder in the pre-test phase was 48.75, and in the post-test and follow-up phase, it changed to 54 and 51.78. The results of repeated measure analysis of variance indicated that there is a significant difference between one of the therapeutic groups and the control group in sleep disorder in post-test and follow-up ($P < 0.001$). The results of the posthoc Bonferroni test revealed that there was no significant difference between resilience-based play therapy and cognitive-behavioral play therapy ($P > 0.05$). However, there was a significant difference between the two treatments with the control group ($P < 0.05$) (Table 1).

Table 1. Results of Repeated Measures Analysis of Variance for Sleep Disturbance Variables by Intra-Group and Between-Group Analysis

Analysis	Sum of Square	df	Mean Square	f	sig	Partial Eta Squared
Inter-group						
Time (three steps)	667.69	2	338.85	17.69	0.001	1
Group x Time interaction	907.06	4	226.76	11.84	0.001	1
Error	804.58	42	19.16	-	-	-
Between-group						
group	2958.11	2	1479.06	6.14	0.008	0.84
Error	5056.54	21	240.79	-	-	-

CONCLUSION

In CBPT sessions, Cognitive-behavioral techniques have led to cognitive development, reduced night stress, and increased coping strategies in children. Since physiological factors may lead to sleep problems, therefore, improving the abdominal pain in children has reduced the sleep disorders of children. On the other hand, resiliency training based play therapy helps maintain positive adaptation and returns to baseline after facing adverse conditions. The child's thoughts and strengths and weaknesses can be assessed by playing. The reasons for the child's insomnia can be asked in the play and then explore possible ways to solve the problem. Through the play, the child can explore past and present events and solve problems through role-

play, storytelling, or mental imagery. In the present study, the main focus of resilience-based play therapy was to enhance the sense of self-efficacy and adaptation to challenging situations for children with abdominal pain. Children with abdominal pain have lost their sense of function and self-efficacy, and instead of using problem-solving, they show their problems in other ways, including insomnia. Therefore, Resiliency-based play therapy with focusing on the child's strengths and practicing required skills leads the child to be more prepared to face the maladaptation and solving problems, making it easier for the children to solve their problems and then have a better sleep.

Resiliency based play therapy and cognitive play therapy have been effective in recovering sleep

disorder of children with functional abdominal pain. Therefore, this treatment can be used to improve sleep disorders in children with functional abdominal pain in health centers.

Ethical Considerations

This research is taken from the doctoral dissertation on psychology and has a code of ethics from the University's Scientific Research Committee of IR.IAU.KHUISF. REC.1397.012. The authors of this study have followed the Helsinki study ethics protocols. The information of the participants in this study remains completely anonymous. All of this information will be protected after the study. Research objectives are fully described to the participants (parents of the children). They also filled out the consent form of the study.

Funding or Supports

This study had no sponsors and was conducted with a personal cost.

Author's Contributions

Ms. Shekoufeh Nikneshan's responsibility was the initial writing and preparation of the paper. Dr. Golparvar did the statistical analysis of the data and was responsible for the initial idea of the study. Dr. Abedi also had the initial idea for the study. Dr. Nasri and Dr. Famouri undertook to collect the sample.

Conflict of Interest

In this article, there was no reported any conflict of interest.

Applicable Remarks

This study by examining the role of cognitive-behavioral play therapy and resilience-based play therapy for children with functional abdominal pain will help improve the sleep of children with functional abdominal pain.

Acknowledgments

The authors would like to express our sincere appreciation to all the doctors, children, and their mothers, and the staff of Amin Biomedical clinic who helped us with this research.



اثر بخشی بازی درمانی شناختی-رفتاری و بازی درمانی مبتنی بر تاب آوری بر اختلال خواب کودکان مبتلا به درد شکمی عملکردی

شکوفه نیک نشان^۱، محسن گل پرور^{۲*}، احمد عابدی^۳، پیمان نصری^۴، فاطمه فاموری^۵

^۱ دانشجوی دکتری تخصصی، گروه روان شناسی، واحد اصفهان (خوراسگان)، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران

^۲ دانشیار، گروه روان شناسی، واحد اصفهان (خوراسگان)، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران

^۳ دانشیار، گروه روان شناسی کودکان با نیازهای خاص، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران

^۴ استادیار، گروه کودکان، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

^۵ دانشیار، گروه کودکان، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

* نویسنده مسئول: محسن گل پرور، دانشیار، گروه روان شناسی، واحد اصفهان (خوراسگان)، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران. ایمیل: drmgolparvar@gmail.com

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۸/۱۲/۱۹

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۸/۰۹/۲۸

چکیده

مقدمه: کودکان مبتلا به درد شکمی اغلب دارای درد شکمی قبل از خواب هستند و درد تأثیر منفی بر روی کیفیت خواب دارد. این پژوهش با هدف اثر بخشی بازی درمانی شناختی-رفتاری و بازی درمانی مبتنی بر تاب آوری بر اختلال خواب کودکان مبتلا به درد شکمی اجرا شد.

روش کار: این مطالعه یک پژوهش کاربردی از نوع نیمه تجربی با طرح پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. ۲۴ کودک ۵ تا ۱۰ سال مبتلا به درد شکمی عملکردی به همراه مادرانشان به کلینیک تخصصی بیمارستان امین شهر اصفهان در سال ۱۳۹۷ مراجعه کرده بودند به صورت هدفمند انتخاب و به طور تصادفی در سه گروه (دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل، هر گروه ۸ نفر) تقسیم شدند. از پرسشنامه اختلال خواب برونی و همکاران (۱۹۹۶) برای سنجش در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری دو ماهه استفاده شد. گروه بازی درمانی شناختی-رفتاری و بازی درمانی مبتنی بر تاب آوری هر یک به مدت ۸ جلسه تحت درمان قرار گرفتند و گروه کنترل هیچ درمانی دریافت نکرد. داده‌ها از طریق تحلیل واریانس اندازه‌های مکرر تحلیل شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که در اختلال خواب بین بازی درمانی مبتنی بر تاب آوری و بازی درمانی شناختی-رفتاری با یکدیگر تفاوت معناداری وجود ندارد، ولی بین دو نوع بازی درمانی با گروه کنترل تفاوت معناداری وجود دارد ($P < 0/05$).

نتیجه گیری: بازی درمانی مبتنی بر تاب آوری و بازی درمانی شناختی-رفتاری هر دو در کاهش اختلال خواب در کودکان مبتلا به درد شکمی عملکردی مؤثر بودند. بنابراین از این دو نوع درمان می‌توان برای بهبود اختلال خواب در کودکان مبتلا به درد شکمی عملکردی در مراکز درمانی استفاده کرد.

کلیدواژه‌ها: بازی درمانی مبتنی بر تاب آوری، بازی درمانی شناختی رفتاری، اختلال خواب، کودکان، مادران

تمامی حقوق نشر برای انجمن علمی پرستاری ایران محفوظ است.

مقدمه

۱۳/۵ درصد گزارش شده، یک دوره مزمن دارد و درد مداوم می‌تواند بر عملکرد مدرسه و روابط اجتماعی تأثیر گذاشته و باعث پریشانی و ناتوانی شود [۱]. یکی از شایعترین مشکلات رایج بین کودکان با درد

درد شکمی عملکردی یکی از بیماری‌های دستگاه گوارش و اختلالی رایج در کودکان است که از هر گونه آسیب شناسی جسمی اساسی متمایز است. درد شکمی عملکردی که در سراسر جهان دارای شیوع

بازی درمانی در ساختارها و قالب‌های مختلف برای کودکان مبتلا به درد شکمی مورد استفاده قرار گرفته است. مسئله اصلی در مطالعه حاضر بررسی نقش بازی درمانی شناختی-رفتاری و بازی درمانی مبتنی بر تاب آوری برای کودکان مبتلا به درد شکمی عملکردی در نظر گرفته شده است. بازی درمانی شناختی - رفتاری ترکیبی از اصول درمان شناختی-رفتاری و بازی است که برای آموزش مهارت‌های مقابله‌ای به کودکان طراحی شده است [۲۱]. این نوع بازی درمانی، ابزاری ارزشمند در روان درمانی با کودکان است که مشخص شده در درمان بیمارهای روانی و مشکلات رفتاری مؤثر است. در بازی درمانی، درمانگر هدایت کودک را از طریق بازی دنبال می‌کند و کودک افکار و احساساتی که در ارتباط با سایرین دشوار است را بیان می‌کند [۲۲]. از طرف دیگر بازی درمانی شناختی-رفتاری از طریق آموزش رفتاری و ترکیب آن با بازسازی شناختی جایگزین مناسبی برای درمان آشفته‌گی‌ها و مشکلات خواب کودکان است [۲۳، ۲۴]. علاوه بر این مداخلات شناختی-رفتاری مبتنی بر والدین نیز برای درمان مشکلات خواب کودکان مؤثر است [۵، ۲۵]. این مداخلات به منظور تغییر رفتارهای خواب نوزادان و کودکان نوپا معمولاً بر تغییر خواسته‌ها و رفتارهای والدین تأکید می‌کنند تا در خواب نوزاد تغییر ایجاد شود. به خصوص در اولین سالهای زندگی تحقیقات نشان داده مداخلات شناختی - رفتاری بر بیخوابی زودرس دوران کودکی تأثیر مثبت دارد [۱۴]. اما، تحقیقات در مورد مداخلات برای کودکان بزرگتر بسیار محدود بوده و نتوانسته است اطلاعات کافی در مورد اثربخشی تکنیک‌های خاص شناختی-رفتاری در مورد بی خوابی در دوران کودکی ارائه کند. این مداخلات با تغییرات مناسب سطح رشد شناختی کودکان موجب کاهش استرس شبانه و بهبود مهارت‌های مقابله‌ای کودکان می‌شوند [۱۴]. مطابق با شواهد در دسترس، درمان مشکلات خواب کودکان نه تنها برای خود آن‌ها، بلکه در رضایت و خودکارآمدی والدین، تعاملات والد-کودک و سلامت والدین و نیز کاهش استرس والدینی و افسردگی مادران همراه است [۱۴، ۲۳]. این نتایج گستره کارکردهای درمانی رویکردهای درمانی مؤثر را به خوبی نشان می‌دهند.

اما فراتر از مداخله شناختی-رفتاری در قالب بازی برای کودکان، لازم است به بخش دیگری از واقعیات تأثیر و تأثرات خواب و دیگر متغیرهای روان شناختی نیز به اندازه کافی توجه نمود. طبق تحقیقات به دست آمده خواب بر سطوح تاب آوری کودکان و نوجوانان تأثیر می‌گذارد. به طوری که اختلال خواب باعث کاهش تاب آوری و در نتیجه افزایش رفتارهای گنج کننده می‌شود و به طور بالقوه افراد را مستعد آسیب شناسی روانی می‌کند [۲۶، ۲۷]. از لحاظ نظری به نظر می‌رسد خواب و تاب آوری به مناطق مغزی مشابه مرتبط هستند، و فقدان خواب و از دست دادن تاب آوری، پیامدهای رفتاری مشابهی دارند. به ترتیبی که ممکن است کاهش کیفیت خواب منجر به از دست دادن تاب آوری شود و از این طریق فرد را مستعد مشکلات هیجانی و رفتاری می‌کند. همچنین یادگیری و حافظه پیوندی منطقی با تاب آوری دارند، زیرا تاب آوری به عنوان انطباق مستلزم یادگیری است و خواب همواره برای تقویت حافظه‌های جدید و به همین ترتیب برای یادگیری مهارت‌هایی که نیاز به انطباق با یک محیط خاص دارد مهم است. به همین دلیل نیز گفته شده به دلیل نقش خواب در یادگیری و حافظه، این پدیده

شکمی عملکردی، درد شکم قبل از شروع خواب است که در ۲۹ درصد از این کودکان این مشکل به سادگی آن‌ها را از خواب بیدار می‌کند [۲]. افراد مبتلا به درد شکمی عملکردی دارای علائم اختلالات رفتاری خواب، کابوس و خستگی روزانه بیشتری نسبت به افراد سالم هستند [۳].

خواب نقش مهمی در عملکرد فیزیکی و روانی بهینه ایفا می‌کند [۳]. خواب با کیفیت کافی برای رشد، پیشرفت، یادگیری و بهزیستی کودکان ضروری است [۴، ۵]. از طرفی اختلالات خواب می‌تواند اثرات منفی گسترده‌ای بر زندگی کودک فراتر از تجربه درد شامل ضعف عملکرد سیستم ایمنی، کاهش روند بهبودی و همچنین کاهش عملکرد شناختی، تنظیم رفتاری و مشکلات توجه، عملکرد تحصیلی ضعیف و مشکلات ارتباطی گردد [۶-۸].

همسو با رابطه بین خواب و مشکلات دستگاه گوارش، توجه به این مهم نیز ضروری است که الگوی خواب کودکان مبتلا به درد شکمی مزمن با کودکان سالم متفاوت است (این کودکان دارای درد شکمی قبل از خواب هستند) [۲، ۹، ۱۰]. درد در شروع و حفظ خواب تأثیر مخربی دارد و اثرات ترکیبی درد و بیماری مزمن احتمالاً تأثیر منفی بیشتری بر روی تداوم خواب و کیفیت خواب دارد [۳، ۱۱]. تقریباً در نیمی از کودکان مبتلا به درد شکمی، الگوی خواب دچار اختلال است [۱۲]. از طرف دیگر خواب ناکافی ادراک درد را افزایش می‌دهد [۳، ۱۳] و احتمالاً نقص شناختی و عاطفی ناشی از اختلالات مزمن خواب توانایی فرد در کنترل درد و سایر عوامل فشارزای مرتبط با بیماری مزمن را تحت تأثیر قرار می‌دهد. از چنین منظری، درک اثرات متقابل درد و خواب ناکافی، احتمالاً پیامدهای مهمی برای راهبردهای مداخله‌ای دارد [۳]. در همین راستا نیز تاکنون مداخلات روان شناختی مختلفی برای کمک به مهار و مدیریت درد شکمی عملکردی و به تبع آن بهبود الگوی خواب صورت گرفته است.

یک نمونه از این مداخلات، مداخله شناختی-رفتاری است. این نوع مداخله بر اختلالات رفتاری خواب کودکان تأثیر دارد و منجر به بهبودی سریع خواب کودکان می‌شود [۱۴، ۱۵]. مداخلات شناختی- رفتاری شامل رویکردهای درمانی است که از شیوه‌های شناختی (مانند اصلاح افکار، نگرش‌ها و باورها) و رفتاری مبتنی بر نظریه یادگیری برای تغییر رفتار استفاده می‌کنند [۱۴]. متناسب با شرایط و نیازهای کودکان، یکی از مهمترین رویکردهای درمانی قابل استفاده برای کودکان، بازی درمانی است. بازی در رشد سالم کودکان نقش مهمی دارد. پژوهشگران بر ارتباط بین بازی کودکان و رشد اجتماعی، عاطفی و شناختی آنها تأکید کرده‌اند. بازی درمانی برای کودکانی که با مشکلات مختلفی مواجه بوده‌اند، به کار برده شده و به عنوان یک روش درمانی مؤثر شناخته شده است [۱۶]. همچنین پژوهش‌ها نشان داده بازی درمانی استرس و اضطراب کودکان مبتلا به بیماری‌های مزمن را کاهش می‌دهد [۱۷]. از آن جا که کودکان مبتلا به درد شکمی نیز از استرس و اضطراب رنج می‌برند [۱۸] و بازی درمانی روشی برای مقابله با استرس‌های هیجانی [۱۹] و شیوه‌های مقابله با درد است [۲۰]. لذا، بازی درمانی از جمله درمان‌هایی است که برای افزایش سلامتی کودکان مبتلا به درد شکمی می‌تواند مورد استفاده قرار گیرد [۱۸]. با توجه به نکات مورد اشاره، با توجه به این که در ایران در کمتر مطالعه‌ای تاکنون

پژوهش تحلیل آماری انجام شود و چنانچه توان آماری ۰/۸ و بالاتر بود، با توجه به زمان طولانی صرف شده برای نمونه گیری فرایند انجام پژوهش متوقف شود و چنانچه توان آماری نتایج کمتر از ۰/۸ بود، ناگزیر پژوهش ادامه یابد. با توجه به اینکه توان آماری ۰/۸ و بالاتر به دست آمد به این حجم نمونه اکتفا شد. جهت پیشگیری از ریزش احتمالی نمونه در ابتدای جلسات، والدین از نظر ضرورت همزمان پیگیری درمان‌های روان شناختی در کنار درمان‌های پزشکی، همچنین موافقت برای مشارکت با متخصصان همکار تا پایان مطالعه مورد تشویق و آموزش قرار گرفتند.

ملاک‌های مطالعه برای انتخاب نمونه عبارت بودند از: تشخیص قطعی ابتلا به درد شکمی عملکردی طبق نظر متخصص گوارش و مصاحبه با کودک و مادر، رضایت از همکاری در پژوهش و دامنه سنی ۵ تا ۱۰ سال و از جمله معیارهای خروج عبارت بودند از: مبتلا بودن به اختلالات روانپزشکی مانند اختلالات دو قطبی و افسردگی بسیار شدید، ابتلا به علائم حاد جسمی که مانع حضور آنها در جلسات درمانی شود، انصراف از ادامه مشارکت در پژوهش و غیبت بیش از سه جلسه بود. گروه کنترل نیز در پایان دوره اجرای پژوهش به شکل فشرده به انتخاب خود تحت یکی از دو نوع بازی درمانی قرار گرفتند. ابزار سنجش خواب کودکان به عنوان متغیر وابسته به شرح زیر بود.

پرسشنامه خواب کودکان اختلالات ویژه خواب کودکان ۱۵-۶ سال را بررسی می‌کند. این پرسشنامه شامل ۲۶ آیتم ۵ درجه‌ای لیکرتی است. دامنه نوسان نمرات بین ۲۶ تا ۱۳۰ می‌باشد. نمرات بالا نشانه علائم بالینی شدید است. این پرسشنامه شش گروه از اختلالات شایع خواب را بررسی می‌کند. دو سؤال اول، میزان خواب و زمان شروع خواب را بررسی می‌کند. سؤالات دیگر فراوانی برخی اختلالات مرتبط با آن را ارزیابی می‌کند. نمره گذاری شامل هرگز (۱) تا همیشه (۵) است. این پرسشنامه دارای ۶ عامل می‌باشد: ۱- اختلالات شروع و دوام خواب (۱۱، ۱۰، ۵، ۴، ۳، ۲، ۱) ۲- اختلالات تنفسی خواب (۱۵، ۱۴، ۱۳) ۳- اختلال برانگیختگی خواب و کابوس شبانه (۲۲، ۲۱، ۱۷) ۴- اختلالات تغییر از حالت خواب به بیداری (۲۰، ۱۸، ۱۲، ۸، ۷، ۶) ۵- اختلال خواب آلودگی بیش از حد (۲۶، ۲۵، ۲۴، ۲۳، ۱۹) ۶- بیش از اندازه عرق کردن در خواب (۱۶، ۹). روایی آن با ثبات درونی ۰/۷۹- و پایایی آن با آزمون - پس آزمون با دقت ۰/۹۱ تأیید شده است [۳۰]. در این پژوهش پایایی درونی بر اساس آلفای کرونباخ ۰/۸۲ به دست آمد.

روش کار بدین صورت بود که بعد از گمارش تصادفی گروه نمونه، پیش آزمون در هر سه گروه با استفاده از پرسشنامه اختلال خواب اجرا شد، سپس بازی درمانی مبتنی بر تاب‌آوری به صورت گروهی، طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به صورت هفته‌ای دو جلسه و بازی درمانی شناختی-رفتاری نیز به صورت گروهی، طی ۸ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای به صورت هفته‌ای دو جلسه اجرا گردید. بسته بازی درمانی شناختی-رفتاری در مطالعات مختلف قبلاً آزموده و تأیید شده است [۳۱]. گروه کنترل در این مدت هیچ درمانی دریافت نمود. در پایان جلسات درمان هر سه گروه در مرحله پس آزمون و دو ماه پس از اتمام درمان (مرحله پیگیری) دوباره به پرسشنامه اختلال خواب پاسخ گفتند. بازی درمانی مبتنی بر تاب‌آوری برای اولین بار برای این پژوهش متناسب با نیازها و شرایط

عاملی فعال در تعیین سطح تاب‌آوری فرد است [۲۷]. در حمایت از نقش ارتقاء تاب‌آوری در قالب بازی و رابطه آن با مشکلات خواب به واسطه ساختارهای مغزی نزدیک درگیر در این دو پدیده، در حال حاضر تعدادی از مطالعات با هدف آموزش مهارت‌های تاب‌آوری برای کودکان [۲۸، ۲۷] موفقیت‌هایی را در افزایش قابلیت تاب‌آوری و کاهش آسیب‌شناسی روانی در میان کودکان نشان داده‌اند [۲۹].

بر اساس آن چه بیان شد و با توجه به شواهد و حمایت‌های پژوهشی ارائه شده در مورد ارتباط خواب با تاب‌آوری و مهارت‌های شناختی-رفتاری، لازم بود تا با بهره‌گیری از بازی درمانی مبتنی بر تاب‌آوری و بازی درمانی شناختی رفتاری در مطالعه حاضر، تأثیر این دو مداخله بر روی اختلال خواب کودکان مبتلا به درد شکمی مورد بررسی قرار گیرد، تا از این طریق به عنوان یکی از موارد اهمیت و ضرورت پژوهش حاضر، روند مطالعات علمی نوین در راستای کمک به کودکان دارای درد شکمی عملکردی و خانواده‌های آن‌ها تسریع گردد. علاوه بر این، تا آنجایی که پژوهشگر بررسی کرده، عمده مطالعات خارجی بیشتر از درمان شناختی - رفتاری برای درمان این بیماری استفاده نموده‌اند. این در حالی است که بازی درمانی دارای قابلیت تناسب جدی برای کودکان و یاری آن‌ها در حوزه مشکلاتی است که دارا هستند. از این رو، ضرورت پژوهش حاضر تدوین یک بسته‌ی آموزشی بازی درمانی مبتنی بر تاب‌آوری بود که می‌تواند موجب تدوین و گسترش مداخلات روانشناختی جهت مدیریت مناسب این اختلال برای کودکان و خانواده‌های آن‌ها گردد. این نوع مداخلات در مقایسه با سایر درمان‌های دارویی و غیردارویی، نه تنها مستلزم هزینه‌های درمانی کمتر است، بلکه دارای عوارض جانبی منفی نبوده و احتمالاً با نتایج قابل قبولی چه در رابطه با خودبیماری (مانند سیر بیماری و عود علائم) و چه در رابطه با پیامدهای آن (مانند، استرس و ...) می‌تواند همراه گردد. در راستای رفع خلاهای موجود در این زمینه، هدف این پژوهش تعیین اثر بخشی بازی درمانی شناختی-رفتاری و بازی درمانی مبتنی بر تاب‌آوری بر اختلال خواب کودکان مبتلا به درد شکمی عملکردی بود.

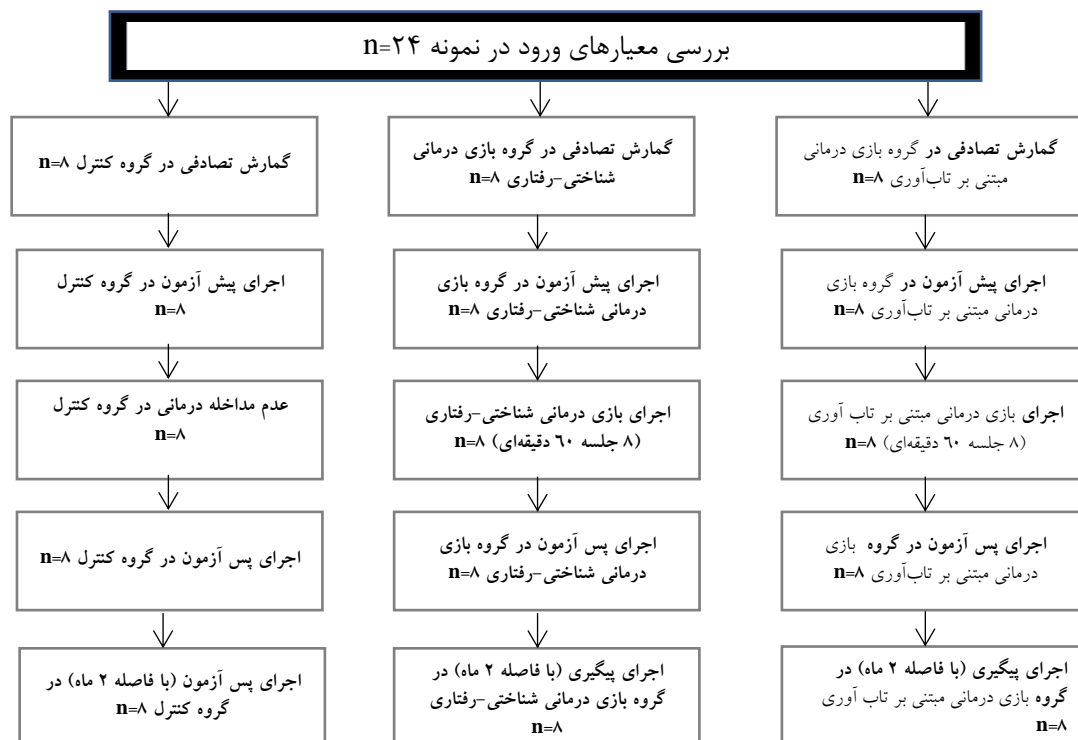
روش کار

روش پژوهش حاضر نیمه تجربی و طرح پژوهش سه گروهی (یک گروهی بازی درمانی شناختی - رفتاری، یک گروه بازی درمانی مبتنی بر تاب‌آوری و یک گروه کنترل) بود. جامعه آماری پژوهش کودکان ۵ تا ۱۰ سال مبتلا به درد شکمی عملکردی و مادران آن‌ها بودند که به کلینیک تخصصی بیمارستان امین حوزه گوارش در شهر اصفهان در سال ۱۳۹۷ مراجعه نمودند. ۲۴ کودک به روش نمونه‌گیری هدفمند برحسب معیارهای ورود به عنوان نمونه انتخاب و سپس به شیوه قرعه‌کشی (تصادفی ساده) یک به یک در گروه بازی درمانی مبتنی بر تاب‌آوری، گروه بازی درمانی شناختی رفتاری و گروه کنترل (هر گروه ۸ نفر) قرار گرفتند. در مطالعات تجربی و نیمه تجربی پیشنهاد شده گروه‌های نمونه ۱۵ نفر باشند. در صورتی حجم نمونه می‌تواند کمتر باشد که متغیر مستقل با دقت اجرا شود. همچنین، کوشش‌های نزدیک به یکسال پژوهشگر در پژوهش حاضر به این تعداد منتهی گردید. بر طبق نظر دو متخصص روان‌شناس جهت اطمینان از کفایت حجم نمونه، موافقت گردید تا بر روی تعداد ۸ نفر برای گروه‌های نمونه

پژوهش بود. گروه کنترل نیز در پایان دوره اجرای پژوهش به شکل فشرده به انتخاب خود تحت یکی از دو نوع بازی درمانی قرار گرفتند. تحلیل آماری داده‌ها در دو سطح توصیفی و استنباطی صورت گرفت. در سطح توصیفی از میانگین و انحراف معیار و در سطح استنباطی تحلیل واریانس اندازه‌های تکرار شده (پس از بررسی نرمال بودن توزیع داده‌ها از طریق آزمون شاپیرو-ویلک، برابری واریانس‌های خطا از طریق آزمون لوین و بررسی پیش فرض کرویت از طریق آزمون ماکلی) و سپس آزمون تعقیبی بونفرونی انجام شد. تحلیل داده‌ها توسط نرم افزار SPSS نسخه ۲۴ صورت گرفت. سطح معناداری قابل قبول مورد استفاده در پژوهش حاضر حداقل ۰/۰۵ و حداکثر ۰/۰۰۱ بود.

کودکان دارای درد شکمی بر مبنای متون علمی اعم از کتب و مقالات حوزه تاب آوری کودکان تهیه و تدوین گردید. ضریب کاپای کوهن به عنوان ضریب توافق شش داور، در مورد محتوا، زمان، ساختار و کیفیت آموزشی برابر با ۰/۹۰۲ بود. این میزان توافق، مطلوب بودن بسته بازی درمانی مبتنی بر تاب آوری را برای کودکان مبتلا به درد شکمی عملکردی نشان می‌دهد [۳۲]. خلاصه محتوای جلسات بازی درمانی مبتنی بر تاب آوری و بازی درمانی شناختی-رفتاری در دو جدول ۱ و ۲ ارائه شده است.

ملاحظات اخلاقی مطرح در پژوهش، رعایت رازداری کامل برای تمامی آزمودنیها، اجازه انصراف از شرکت در تحقیق هر زمان که بخواهند، رضایت نامه کتبی از والدین و استفاده از داده‌ها فقط در راستای اهداف



نمودار ۱. نمودار CONSORT

جدول ۱. خلاصه جلسات بازی درمانی مبتنی بر تاب آوری. (RPT)

جلسات	هدف
اول	ایجاد رابطه اعتمادآمیزدرمانگر با کودک و اعضاء با یکدیگر، قصه گویی در مورد درد شکمی کودکان توسط دو عروسک و کارهایی که در آن موقعیت انجام می‌دهند.
دوم	شناخت و درک کودکان از هیجانات، با استفاده از تکنیک قصه گویی کودکان حدس زدند شخصیت‌های داستان چه احساسی را تجربه می‌کنند.
سوم	آموزش حل مسئله، با استفاده از تکنیک نمایش عروسکی نمایش (فرهاد بیمار) اجرا شد، سپس کودکان برای مشکل پیش آمده برای شخصیت نمایش راه حل‌های خود را بیان نمودند.
چهارم	آموزش رفتار جرأت‌مندانه و افزایش عزت نفس، با ایفای نقش به تمرین رفتار جرأت‌مندانه پرداختند و با استفاده از عروسک انگشتی و اجرای نمایش تفاوت رفتار پرخاشگرانه، منفعلانه و جرأت‌مندانه را آموختند و اجرا نمودند.
پنجم	آموزش کنترل استرس، شیوه‌های کنترل استرس از جمله تنفس عمیق، تمرینات تن آرامی همراه با بازی به کودکان آموزش داده شد مانند آموزش تنفس درست به وسیله ساختن حباب‌های بزرگتر با حباب ساز
ششم	آموزش خوش بینی، با استفاده از عینک خوش بینی و بدبینی (شناسایی یکی از تحریف‌های شناختی) همراه با بازی این مفهوم آموزش داده شد.
هفتم	ارتباط با همسالان و مهارت‌های ارتباطی، توسط تکنیک نمایش عروسکی و با استفاده از عروسک‌های انگشتی بازی با من دوست می‌شوی (به منظور فهمیدن تفاوت رفتارهای مثبت و منفی در دوستی‌ها و احساسی که فرد به دنبال آن تجربه می‌کند و ممکن است در ایجاد و تداوم درد شکم تأثیر داشته باشد) اجرا و مورد بحث و بررسی قرار گرفت
هشتم	آموزش والدین، در این مرحله هدف پذیرش احساسات مثبت و منفی کودک توسط والدین است. شیوه همدلی با احساسات کودک و اینکه والدین چگونه با کودک رفتار کنند تا تاب آوری وی افزایش یابد آموزش داده شد.

جدول ۲. خلاصه جلسات بازی درمانی شناختی-رفتاری (CBPT)

جلسات	هدف
اول	آموزش روان شناختی، خود نظارتی یا خود پایشی، توضیح شیوع و ماهیت درد شکمی مزمن و نقش روشهای کنترل درد. سپس از کودکان خواسته شد بر فراوانی، شدت و مدت زمان درد، و سایر نشانه‌های مربوط به آن (تظیر دخالت در فعالیت‌های روزمره) برای ردیابی پیشرفت، نظارت کنند.
دوم	شناسایی هیجانات، با استفاده از تصاویر کارتونی که در آن هیجان خاصی نشان داده می‌شد کودکان حدس زدند فرد مورد نظر چه احساسی را تجربه می‌کند و سپس با اجرای پانتومیم احساسات مختلف را اجرا نمودند.
سوم	آموزش مهارت‌های مقابله‌ای، ابتدا چندین ماز در اختیار کودکان قرار گرفت تا مسیر خروج را پیدا کنند و به راه حل برسند. سپس با استفاده از بازی و ایفای نقش تمرینات لازم در مورد زمان‌هایی که کودک دل درد دارد و نمی‌داند چگونه آن را کاهش دهد انجام شد.
چهارم	تمرین تنفس عمیق، به کودکان تنفس دیافراگمی از طریق بازی آموزش داده شد (به عنوان مثال، تصور کنند که یک بادکنک را در معده‌شان پر و خالی می‌کنند)
پنجم	آرامش عضلانی پیشرفته، به عنوان مثال، از کودک خواسته شد وانمود کند یک "زبات" و سپس "عروسک پارچه‌ای" است.
ششم	خودباوری مثبت و نقش خودگویی هنگام درد، به کودکان آموزش داده شد تا افکار خودآیند منفی (به عنوان مثال: "این درد هرگز از بین نمی‌رود") را شناسایی و با افکار سازگارانه تر (به عنوان مثال: "من مانند گذشته درد را کنترل کرده‌ام، بنابراین می‌توانم دوباره آن را اداره کنم) جایگزین کنند.
هفتم	نقش حواس پرتی و فعالیت‌های متناوب و خود تقویتی، شناسایی فعالیت‌هایی که کودکان می‌توانند در آن شرکت کنند، که به درد توجه نکنند و یا با آن مقابله کنند مثلاً به کاشی‌ها توجه کنند. یا پارکت‌ها چه نقش و نگاری دارند و طرح‌ها را به چه شکلی می‌توان تشبیه کرد.
هشتم	آموزش والدین، به والدین آموزش داده شد تا به شکایتهای درد کودک توجه نکنند و کودک را تشویق به مشارکت در فعالیت‌های دیگر کنند. و از شیوه‌های حواس پرتی و نادیده گرفتن رفتار غیر کلامی درد استفاده کنند.

یافته‌ها

نشان می‌دهد. پیش از اجرای تحلیل واریانس اندازه‌های تکرار شده (مکرر)، نتایج آزمون شاپیرو-ویلک برای بررسی پیش فرض نرمال بودن توزیع داده‌ها و نتایج آزمون لوین برای بررسی پیش فرض برابری واریانس‌های خطا نشان داد که داده‌ها دارای توزیع نرمال (به ترتیب سطح P-value برای پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری برابر با ۰/۲۱، ۰/۱ و ۰/۰۶) و دارای برابری واریانس خطا (به ترتیب سطح P-value برای پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری برابر با ۰/۰۸، ۰/۰۷ و ۰/۰۹) است. همچنین نتایج آزمون ماکلی نیز نشان داد که پیش فرض کرویت نیز رعایت شده است (مقدار P-value برابر با ۰/۲). نتایج تحلیل واریانس اندازه‌های تکرار شده (مکرر) در شرایط رعایت پیش فرض کرویت برای اختلال خواب در جدول ۵ ارائه شده است.

نتایج مربوط به سن، تعداد خواهران و برادران، تحصیلات پدر و تحصیلات مادر همراه با نتایج آزمون کای اسکور در جدول ۳ ارائه شده است. مطابق با نتایج ارائه شده در جدول ۳، بین سن، تعداد خواهران و برادران، تحصیلات پدر و تحصیلات مادر بین سه گروه مورد مطالعه تفاوت معناداری وجود ندارد ($P > 0.05$). میانگین و انحراف معیار اختلال خواب به تفکیک سه گروه مورد مطالعه در جدول ۴ ارائه شده است. طبق نتایج ارائه شده در جدول ۴، در دو گروه بازی درمانی مبتنی بر تاب آوری (RPT) و گروه بازی درمانی شناختی-رفتاری (CBPT)، میانگین اختلال خواب نسبت به گروه کنترل کاهش چشمگیری را

جدول ۳. مقایسه فراوانی گروه‌های پژوهش در متغیرهای جمعیت شناختی ($\Omega_1=8, \Omega_2=8, \Omega_3=8$)

متغیر	گروه RPT	گروه CBPT	گروه کنترل	مقدار کای اسکور	P-Value
سن	فراوانی (% فراوانی)	فراوانی (% فراوانی)	فراوانی (% فراوانی)	۰/۳۳	۰/۹۶
تا ۷ سال	۳ (۳۷/۵)	۳ (۳۷/۵)	۴ (۵۰)		
۸ تا ۱۰ سال	۵ (۶۲/۵)	۵ (۶۲/۵)	۴ (۵۰)		
تعداد خواهران و برادران*				۲/۳۴۵ (۱/۰۶)	۰/۶۲ (۰/۹)
هیچ خواهر و برادر	۴ و ۶ (۵۰ و ۷۵)	۴ و ۴ (۵۰ و ۵۰)	۳ و ۶ (۳۷/۵ و ۷۵)		
۱ خواهر یا برادر	۴ و ۲ (۵۰ و ۲۵)	۴ و ۴ (۵۰ و ۵۰)	۵ و ۲ (۶۲/۵ و ۲۵)		
تحصیلات پدر				۱/۳۴	۰/۸۹
تا دیپلم	۶ (۷۵)	۵ (۶۲/۵)	۷ (۸۷/۵)		
بالتر از دیپلم	۲ (۲۵)	۳ (۳۷/۵)	۱ (۱۲/۵)		
تحصیلات مادر				۲/۵۲	۰/۶۹
تا دیپلم	۷ (۸۷/۵)	۵ (۶۲/۵)	۷ (۸۷/۵)		
بالتر از دیپلم	۱ (۱۲/۵)	۳ (۳۷/۵)	۱ (۱۲/۵)		

* در بخش تعداد خواهران و برادران، در ریف هیچ خواهر و هیچ برادر، عدد اول مربوط به فراوانی هیچ خواهر و عدد دوم مربوط به فراوانی هیچ برادر، در ریف یک خواهر یا برادر، عدد اول مربوط به فراوانی یک خواهر و عدد دوم مربوط به فراوانی یک برادر است. همچنین در دو ستون نتایج کای اسکور و P-value برای هر دو ریف هیچ خواهر یا برادر و یک خواهر یا یک برادر مقادیر داخل پرانتز مربوط به هیچ برادر و یا یک برادر است.

جدول ۴. میانگین و انحراف استاندارد متغیر اختلال خواب در سه گروه پژوهش در سه مرحله زمانی

مرحله	گروه کنترل	گروه RPT	گروه CBPT
پیش آزمون	۴۸/۷۵ ± ۱۴/۱۶	۴۵/۷۵ ± ۵/۷۰	۴۵/۷۵ ± ۱۱/۳۹
پس آزمون	۵۴ ± ۱۷	۳۴/۱۲ ± ۲/۳۶	۳۵ ± ۴/۶۹
پیگیری	۵۱/۸۷ ± ۱۱/۶۴	۳۲ ± ۲/۰۷	۳۴/۸۷ ± ۴/۲۶

اطلاعات در جدول به صورت انحراف معیار ± میانگین آمده است.

جدول ۵. نتایج تحلیل واریانس اندازه‌گیری تکرار شده (مکرر) برای متغیر اختلال خواب به تفکیک تحلیل درون گروهی و بین گروهی

تحلیل	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	ضریب F	معناداری	مجذور سهمی اتا	توان آزمون
درون گروهی							
زمان (سه مرحله)	۶۷۷/۶۹	۲	۳۳۸/۸۵	۱۷/۶۹	۰/۰۰۱	۰/۴۶	۱
تعامل گروه و زمان	۹۰۷/۰۶	۴	۲۲۶/۷۶	۱۱/۸۴	۰/۰۰۱	۰/۵۳	۱
خطا	۸۰۴/۵۸	۴۲	۱۹/۱۶	-	-	-	-
بین گروهی							
گروه	۲۹۵۸/۱۱	۲	۱۴۷۹/۰۶	۶/۱۴	۰/۰۰۸	۰/۳۷	۰/۸۴
خطا	۵۰۵۶/۵۴	۲۱	۲۴۰/۷۹	-	-	-	-

جدول ۶. نتایج آزمون بونفرونی برای مقایسه دو به دو گروه‌های پژوهش در متغیر اختلال خواب

گروه مبنا	گروه مورد مقایسه	تفاوت میانگین‌ها	خطای استاندارد	معناداری
گروه کنترل	گروه RPT	۱۴/۲۵**	۴/۴۸	۰/۰۱۳
گروه کنترل	گروه CBPT	۱۲/۸۳**	۴/۴۸	۰/۰۲۸
گروه RPT	گروه CBPT	-۱/۴۲	۴/۴۸	۱

تأیید شده است. در تطبیق یافته‌های پژوهش حاضر با یافته‌های پژوهشگران دیگر می‌توان گفت که نتایج حاصل از این پژوهش با یافته‌های پژوهش فیر و همکاران [۲۳]، تیکوسکی و ساده [۱۴]، اوونز و همکاران [۵]، برومندنیا [۲۴] علی رغم تفاوت در گروه نمونه همسویی نشان می‌دهد. در این پژوهش‌ها بازی درمانی شناختی-رفتاری موجب بهبود مشکلات خواب و مشکلات راه رفتن در خواب می‌شود و از طرفی آموزش بازی‌ها به والدین و تمرین با کودکان منجر به تغییر دادن انتظارات، باورها و ادراکات والدین در مورد خواب کودکان می‌گردد. این نتیجه بدین دلیل به دست آمده که احتمالاً محتویات بسته درمانی و مؤلفه‌های آن شباهت زیادی به محتویات بسته‌های پژوهش‌های مورد اشاره داشته است. و بر اساس مطالعات ساده (۲۰۰۵) مداخلات شناختی-رفتاری برای مشکلات خواب منجر به پیشرفت بالینی سریع و قابل توجه می‌شود [۱۵]. در تبیین نتایج پژوهش حاضر، می‌توان گفت که خوشبختانه درمان مشکلات خواب منجر به بهبودی رفتارهای روزانه کودک و افزایش خودکارآمدی والدین، بهبود تعاملات والد - کودک و نیز کاهش استرس والدینی گردیده است [۲۳]. نتایج به دست آمده نشان می‌دهد که تکنیک‌های شناختی - رفتاری منجر به رشد شناختی کودکان شده، در نتیجه منجر به کاهش استرس شبانه و افزایش شیوه‌های مقابله‌ای کودکان می‌گردد. از آنجا که عوامل فیزیولوژیکی ممکن است منجر به مشکل خواب شوند [۱۴]، بنابراین با بهبود درد شکمی کودکان گروه نمونه اختلالات خواب کودکان نیز کاهش یافته است.

مطالعات نشان داده که بین مشکلات خواب و تاب آوری در کودکان و نوجوانان ارتباط قوی وجود دارد [۲۷]. طبق نتیجه به دست آمده مبنی بر این که آموزش تاب‌آوری بر خواب تاثیر دارد، بدین گونه تبیین می‌شود که از آن جا که مناطق مغزی خواب و تاب آوری مشابه هستند و مهارت‌های تاب آوری نیازمند یادگیری است [۲۷]، بنابراین، آموزش تاب آوری در کنار بازی درمانی موجب حفظ سازگاری مثبت، و بازگشت به حالت اولیه پس از رویارویی با شرایط ناگوار می‌گردد. از طریق بازی می‌توان اندیشه‌ها و نقاط قوت و ضعف کودک را ارزیابی نمود. در بازی می‌توان دلایل بیخوابی کودک را سؤال نمود و سپس به شیوه حل مسئله راه‌های احتمالی را بررسی نمود. از طرفی از طریق بازی کودک می‌تواند وقایع حال و گذشته را مورد بررسی قرار داده و از طریق ایفای

طبق یافته‌های ارائه شده در **جدول ۵**، در بخش تحلیل بین گروهی، عامل زمان (شامل سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری) ($F= 17/69$ و $P < 0/01$) و تعامل زمان با گروه (کنترل و دو گروه آزمایش) ($F= 11/84$ و $P < 0/01$) معنادار هستند. به این معنی که بین پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در دو گروه آزمایش (دو درمان) و گروه کنترل تفاوت معنادار وجود دارد. در بخش تحلیل بین گروهی در **جدول ۳**، نیز عامل گروه (دو گروه درمان و یک گروه کنترل) ($F= 6/14$ و $P < 0/01$) معنادار است. این نتایج حاکی از آن است که بین یکی از دو گروه بازی درمانی مبتنی بر تاب آوری (RPT) و بازی درمانی شناختی-رفتاری (CBPT) با گروه کنترل تفاوت معناداری وجود دارد. برای تعیین تفاوت معنادار بین دو به دو گروه‌ها، آزمون تعقیبی بونفرونی انجام شد که نتایج آن در **جدول ۶** ارائه شده است. طبق نتایج ارائه شده در **جدول ۶**، بین بازی درمانی مبتنی بر تاب آوری (RPT) و بازی درمانی شناختی رفتاری (CBPT) با یکدیگر تفاوت معناداری وجود ندارد ($P > 0/05$)، ولی بین این دو نوع درمان با گروه کنترل تفاوت معناداری وجود دارد ($P < 0/05$).

بحث

هدف پژوهش بررسی اثر بخشی بازی درمانی مبتنی بر تاب آوری و بازی درمانی شناختی-رفتاری بر اختلالات خواب کودکان مبتلا به درد شکمی عملکردی بود. نتایج به دست آمده نشان داد بین بازی درمانی مبتنی بر تاب آوری و بازی درمانی شناختی-رفتاری با یکدیگر تفاوت معناداری وجود ندارد، اما بین این دو نوع بازی درمانی با گروه کنترل، در تأثیر بر اختلال خواب تفاوت معناداری وجود دارد. با وجود واریس های اطلاعاتی تا زمان گزارش این پژوهش، پژوهشی در دسترس قرار نگرفت که تأثیر بازی درمانی مبتنی بر تاب آوری را در مقایسه با درمان یا درمان‌های دیگر مورد بررسی قرار داده باشد. تحقیقات گسترده اثربخشی مداخلات رفتاری در اوایل دوران کودکی را تأیید کرده است. با این حال پژوهش‌های چندی تاکنون تأثیر بازی درمانی شناختی رفتاری را بر اختلال خواب در گروه‌های مختلف از جمله کودکان مورد بررسی قرار داده‌اند.

اثربخشی بازی درمانی شناختی-رفتاری در بهبود اختلال خواب در مطالعات معدودی در داخل و خارج از کشور و در نمونه‌های مختلف

نقش، داستان گویی، و یا تصویرسازی ذهنی به حل مسائل خود بپردازد. تمرکز اصلی بازی درمانی مبتنی بر تاب آوری در پژوهش حاضر نیز تقویت احساس خودکارآمدی و انطباق و سازگاری با شرایط چالش انگیز برای کودکان مبتلا به درد شکمی بود. از آنجایی که کودکان مبتلا به درد شکمی به علت وجود دردهای مکرر احساس عامل بودن و خودکارآمدی خود را از دست داده‌اند و به جای استفاده از شیوه حل مسئله، مشکلات خود را به صورت دیگر از جمله بیخوابی نشان می‌دهند بازی درمانی مبتنی بر تاب آوری با تمرکز بر نقاط قوت کودک و تمرین مهارت‌های مورد نیاز منجر به آمادگی بیشتر کودک برای مواجهه با ناسازگاری‌ها و حل مشکلات وی در روز گردیده و موجب شده کودک راحت‌تر به حل مشکلات خود پرداخته و به دنبال آن خواب راحت‌تری داشته باشد.

محدود بودن جامعه پژوهش به کودکان ۵ تا ۱۰ سال و کودکان مبتلا به درد شکمی و وجود نداشتن شرایط یک پژوهش تجربی کامل جهت پژوهش از جمله محدودیت‌های این پژوهش بودند.

نتیجه‌گیری

یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که بازی درمانی شناختی رفتاری و بازی درمانی مبتنی بر تاب آوری دو روش درمانی هستند که می‌توانند به کودکان مبتلا به درد شکمی کمک کنند تا بر مشکل اختلال خواب خود غلبه کنند. همچنین نتایج این پژوهش می‌تواند زمینه ساز پژوهش‌های بعدی در هر دو حوزه باشد. با توجه به نتایج به دست آمده و با توجه به علاقه والدین به حضور خود و کودکانشان در این جلسات و تأیید آن‌ها در کارآمد بودن بسته بازی درمانی مبتنی بر تاب آوری توصیه می‌شود برای والدینی که به دنبال حمایت روان شناختی هستند، متخصصین بخشی از فعالیت خود را به فراهم کردن چنین جلساتی اختصاص دهند و مشوق والد و کودک در پیگیری آن باشند.

ملاحظات اخلاقی

این پژوهش برگرفته از رساله دکتری روان شناسی و دارای کد اخلاق از کمیته پژوهش تحقیقات علمی دانشگاه برابر با ۱۳۹۷،۰۱۲

حمایت مالی
پژوهش انجام شده بدون دریافت هیچ گونه کمک مالی از مؤسسه یا سازمانی خاص انجام شده است.

سهم نویسندگان

خانم شکوفه نیک نشان نگارش اولیه و تهیه درافت مقاله را بر عهده داشتند. آقای دکتر گل پرور آنالیز آماری داده‌ها و ایده اولیه مطالعه را بر عهده داشتند. آقای دکتر عابدی نیز ایده اولیه مطالعه را بر عهده داشتند. آقای دکتر نصری و خانم دکتر فاموری جمع آوری نمونه مورد نظر را به عهده گرفتند.

تضاد منافع

هیچ گونه تضاد منفعی بین نویسندگان وجود نداشته است.

کاربرد عملی مطالعه

این مطالعه با بررسی نقش بازی درمانی شناختی-رفتاری و بازی درمانی مبتنی بر تاب آوری برای کودکان مبتلا به درد شکمی عملکردی به بهبود خواب آنان کمک خواهد کرد.

سپاسگزاری

این پژوهش برگرفته از رساله دکتری روان شناسی می‌باشد. بدین وسیله از کلیه کودکان و مادران آن‌ها و پزشکانی که ما را در انجام این پژوهش خالصانه یاری نمودند، صمیمانه تشکر و قدردانی می‌نمائیم

References

- McClellan N, Ahlwat R. Functional Abdominal Pain In Children. StatPearls [Internet]: StatPearls Publishing; 2018.
- Haim A, Pillar G, Pecht A, Lerner A, Tov N, Jaffe M, et al. Sleep patterns in children and adolescents with functional recurrent abdominal pain: objective versus subjective assessment. Acta Paediatr. 2004;93(5):677-80. **pmid:** 15174794
- Huntley ED, Campo JV, Dahl RE, Lewin DS. Sleep characteristics of youth with functional abdominal pain and a healthy comparison group. J Pediatr Psychol. 2007;32(8):938-49. **doi:** 10.1093/jpepsy/jsm032 **pmid:** 17627965
- Hannan K, Hiscock H. Sleep problems in children. Australia Fam Physic. 2015;44(12):880.
- Owens JA, Spirito A, McGuinn M, Nobile C. Sleep habits and sleep disturbance in elementary school-aged children. J Dev Behav Pediatr. 2000;21(1):27-36. **doi:** 10.1097/00004703-200002000-00005 **pmid:** 10706346
- Lynch MK, Dimmitt RA, Goodin BR. Evidence of Disturbed Sleep in Children With Eosinophilic Esophagitis and Persistent Epigastric Pain. J Pediatr Psychol. 2018;43(3):331-41. **doi:** 10.1093/jpepsy/jsx117 **pmid:** 29048495
- Beebe DW. Cognitive, behavioral, and functional consequences of inadequate sleep in children and adolescents. Pediatr Clin North Am. 2011;58(3):649-65. **doi:** 10.1016/j.pcl.2011.03.002 **pmid:** 21600347
- Smaldone A, Honig JC, Byrne MW. Sleepless in America: inadequate sleep and relationships to health and well-being of our nation's children. Pediatrics. 2007;119 Suppl 1:S29-37. **doi:** 10.1542/peds.2006-2089F **pmid:** 17272582

9. Khanijow V, Prakash P, Emsellem HA, Borum ML, Doman DB. Sleep dysfunction and gastrointestinal diseases. *Gastroenterol Hepatol*. 2015;11(12):817.
10. Hyun MK, Baek Y, Lee S. Association between digestive symptoms and sleep disturbance: a cross-sectional community-based study. *BMC Gastroenterol*. 2019;19(1):34. **doi:** [10.1186/s12876-019-0945-9](https://doi.org/10.1186/s12876-019-0945-9) **pmid:** [30782128](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30782128/)
11. Valrie CR, Bromberg MH, Palermo T, Schanberg LE. A systematic review of sleep in pediatric pain populations. *J Dev Behav Pediatr*. 2013;34(2):120-8. **doi:** [10.1097/DBP.0b013e31827d5848](https://doi.org/10.1097/DBP.0b013e31827d5848) **pmid:** [23369958](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23369958/)
12. Allen JM, Graef DM, Ehrentraut JH, Tynes BL, Crabtree VM. Sleep and Pain in Pediatric Illness: A Conceptual Review. *CNS Neurosci Ther*. 2016;22(11):880-93. **doi:** [10.1111/cns.12583](https://doi.org/10.1111/cns.12583) **pmid:** [27421251](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27421251/)
13. Pavlova M, Ference J, Hancock M, Noel M. Disentangling the Sleep-Pain Relationship in Pediatric Chronic Pain: The Mediating Role of Internalizing Mental Health Symptoms. *Pain Res Manag*. 2017;2017:1586921. **doi:** [10.1155/2017/1586921](https://doi.org/10.1155/2017/1586921) **pmid:** [29348713](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29348713/)
14. Tikotzky L, Sadeh A. The role of cognitive-behavioral therapy in behavioral childhood insomnia. *Sleep Med*. 2010;11(7):686-91. **doi:** [10.1016/j.sleep.2009.11.017](https://doi.org/10.1016/j.sleep.2009.11.017) **pmid:** [20620108](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20620108/)
15. Sadeh A. Cognitive-behavioral treatment for childhood sleep disorders. *Clin Psychol Rev*. 2005;25(5):612-28. **doi:** [10.1016/j.cpr.2005.04.006](https://doi.org/10.1016/j.cpr.2005.04.006) **pmid:** [15979219](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15979219/)
16. Ritzi RM, Ray DC, Schumann BR. Intensive short-term child-centered play therapy and externalizing behaviors in children. *Int J Play Therap*. 2017;26(1):33. **doi:** [10.1037/pla0000035](https://doi.org/10.1037/pla0000035)
17. Jones EM, Landreth G. The efficacy of intensive individual play therapy for chronically ill children. *Int J Play Therap*. 2002;11(1):117. **doi:** [10.1037/h0088860](https://doi.org/10.1037/h0088860)
18. Faure C, Thapar N, Di Lorenzo C. Pediatric neurogastroenterology: gastrointestinal motility and functional disorders in children.: Translated: Springer; 2016.
19. Bratton SC, Ray D, Rhine T, Jones L. The efficacy of play therapy with children: A meta-analytic review of treatment outcomes. *Profession Psychol Res Pract*. 2005;36(4):376. **doi:** [10.1037/0735-7028.36.4.376](https://doi.org/10.1037/0735-7028.36.4.376)
20. Pender RR, Webber J, Mascari JB. Using Play to Help Children Cope With Chronic Pain: A New Role for Counselors.
21. Knell SM. Cognitive-behavioral play therapy. *Handbook Play Therap*. 2015:119. **doi:** [10.1002/9781119140467.ch6](https://doi.org/10.1002/9781119140467.ch6)
22. Senko K, Bethany H. Play Therapy: An Illustrative Case. *Innovation Clinic Neurosci*. 2019;16(5-6):38.
23. Fehr KK, Russ SW, Ievers-Landis CE. Treatment of sleep problems in young children: A case series report of a cognitive-behavioral play intervention. *Clinic Pract Pediatr Psychol*. 2016;4(3):306. **doi:** [10.1037/cpp0000153](https://doi.org/10.1037/cpp0000153)
24. Broumandnia P. Comparison of the Effectiveness of Behavioral Education and Combining Behavioral Education and Cognitive Parental Reconstruction in Reducing Symptoms of Sleep Problems in Children and Improving Maternal Sleep Quality: Ferdowsi University of Mashhad; 2016.
25. El Rafihi-Ferreira R, Pires MLN, de Mattos Silveiras EF. Behavioral intervention for sleep problems in childhood: a Brazilian randomized controlled trial. *Psicol Reflex Crit*. 2019;32(1):5. **doi:** [10.1186/s41155-019-0118-3](https://doi.org/10.1186/s41155-019-0118-3) **pmid:** [32026011](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32026011/)
26. Doi S, Fujiwara T, Ochi M, Isumi A, Kato T. Association of sleep habits with behavior problems and resilience of 6- to 7-year-old children: results from the A-CHILD study. *Sleep Med*. 2018;45:62-8. **doi:** [10.1016/j.sleep.2017.12.015](https://doi.org/10.1016/j.sleep.2017.12.015) **pmid:** [29680430](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29680430/)
27. Chatburn A, Coussens S, Kohler MJ. Resiliency as a mediator of the impact of sleep on child and adolescent behavior. *Nat Sci Sleep*. 2013;6:1-9. **doi:** [10.2147/NSS.S54913](https://doi.org/10.2147/NSS.S54913) **pmid:** [24379734](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24379734/)
28. Lester P, Saltzman WR, Woodward K, Glover D, Leskin GA, Bursch B, et al. Evaluation of a family-centered prevention intervention for military children and families facing wartime deployments. *Am J Public Health*. 2012;102 Suppl 1:S48-54. **doi:** [10.2105/AJPH.2010.300088](https://doi.org/10.2105/AJPH.2010.300088) **pmid:** [22033756](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22033756/)
29. Gillham JE, Reivich KJ, Freres DR, Chaplin TM, Shatte AJ, Samuels B, et al. School-based prevention of depressive symptoms: A randomized controlled study of the effectiveness and specificity of the Penn Resiliency Program. *J Consult Clin Psychol*. 2007;75(1):9-19. **doi:** [10.1037/0022-006X.75.1.9](https://doi.org/10.1037/0022-006X.75.1.9) **pmid:** [17295559](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17295559/)
30. Bruni O, Ottaviano S, Guidetti V, Romoli M, Innocenzi M, Cortesi F, et al. The Sleep Disturbance Scale for Children (SDSC). Construction and validation of an instrument to evaluate sleep disturbances in childhood and adolescence. *J Sleep Res*. 1996;5(4):251-61. **doi:** [10.1111/j.1365-2869.1996.00251.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2869.1996.00251.x) **pmid:** [9065877](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9065877/)
31. Chambers CT, Holly C, Eakins D. Cognitive-behavioural treatment of recurrent abdominal pain in children: A primer for paediatricians. *Paediatr Child Health*. 2004;9(10):705-8. **doi:** [10.1093/pch/9.10.705](https://doi.org/10.1093/pch/9.10.705) **pmid:** [19688079](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19688079/)
32. Nikneshan S, Abedi A, Golparvar M, Famouri F, Nasri P. Developing a model for resilience training special for children with functional abdominal pain syndrome: a qualitative approach. *Govaresh*. 2019;24(1):30-9.