The Effectiveness of Resiliency and Cognitive-Behavioral(CBT) Based Play Therapy on Child/Mother Reported Pain in Children with Functional Abdominal Pain

Shekoufeh Nikneshan: PhD student in psychology, department of psychology, faculty of psychology and educational sciences, Islamic Azad university, Isfahan (Khorasgan) branch, Isfahan, Iran.
Mohsen Golparvar*: Associate professor in psychology, department of psychology, faculty of psychology and educational sciences, Islamic Azad University, Isfahan (Khorasgan) branch, Isfahan, Iran. drmgolparvar@gmail.com
Ahmad Abedi: Associate professor in psychology of children with special needs, department of children with special needs, faculty of psychology and educational sciences, university of Isfahan, Isfahan, Iran.
Peiman Nasri: Assistant professor of pediatric gastroenterology and hepatology, pediatrics department, Isfahan university of medical sciences, Isfahan, Iran.
Fatemeh Famouri: Associate professor of pediatric gastroenterology and hepatology, pediatrics department, Isfahan university of medical sciences, Isfahan, Iran.

Abstract

Introduction: Children with abdominal pain often require psychological complementary therapies, along with medical treatments, due to the combination of symptoms with psychological factors. The aim of this study was to determine the effects of resiliency based play therapy and cognitive-behavioral play therapy on abdominal pain in children with functional abdominal pain.

Methods: The current study was quasi-experimental research with a pretest, posttest, follow-up and a control group. The research participants consisted of twenty-four children with functional abdominal pain aged five to ten years old in the city of Isfahan, who were selected using the purposeful sampling method. They were randomly assigned to two therapeutic groups and a control group, each group with eight children. Walker et al abdominal pain questionnaire and child and mother report were used measuring the dependent variable in pretest, posttest and follow up. The first and second groups along with medical treatments they received a treatment course on resiliency based play therapy and cognitive-behavioral play therapy in eight sessions while except regular medical treatments the control group received none. The data were analyzed using repeated-measures analysis of variance.

Results: The results revealed that there was only a significant difference between resiliency based play therapy and cognitive-behavioral play therapy with the control group in abdominal pain in both forms of mother and child report. Child report $F=8.91$, mother report $F=6.78$, $P<0.01$. There was no significant difference $P>0.05$ between resiliency based play therapy and cognitive-behavioral play therapy.

Conclusions: Resiliency based play therapy and cognitive-behavioral play therapy has been effective in reducing the abdominal pain of children with functional abdominal pain. Therefore, these two types of treatment can be used to improve functional abdominal pain in children with this disorder at treatment centers.

Keywords

Resiliency Based Play Therapy

Cognitive-Behavioral Play Therapy

Functional Abdominal Pain

Children

Mothers

*Corresponding Author
Study Type: Original
Received: 11 Apr 2019
Accepted: 18 Sep 2019

Please cite this article as follows: Nikneshan S, Golparvar M, Abedi A, Nasri P, and Famouri F. The effectiveness of resiliency and cognitive-behavioral(CBT) based play therapy on child/mother reported pain in children with functional abdominal pain. Quarterly journal of social work. 2019; 8 (2); 33-43

[Downloaded from socialworkmag.ir on 2026-11-15]

اثربخشی بازی‌درمانی مبتنی بر تاب‌آوری و رویکرد شناختی-رفتاری بر درد گزارش شده توسط مادر و کودک از درد شکمی عملکردی کودکان

شکوفه نیک‌نشان: دانشجوی دکتری روانشناسی، گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران.
محسن گل‌پرور*: دانشیار، گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران. drmgolparvar@gmail.com
احمد عابدی: دانشیار، گروه روانشناسی کودکان با نیازهای خاص، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران.
پیمان نصری: استادیار، گروه کودکان، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.
فاطمه فاموری: دانشیار، گروه کودکان، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.

چکیده

مقدمه: کودکان دارای درد شکمی، اغلب به‌دلیل درآمیختگی علایم بیماری خود با عوامل روان‌شناختی نیازمند درمان‌های مکمل روان‌شناختی در کنار درمان‌های پزشکی هستند. این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی بازی‌درمانی مبتنی بر تاب‌آوری و بازی‌درمانی شناختی رفتاری بر درد شکمی کودکان مبتلا به درد شکمی اجرا شد.

روش: پژوهش حاضر یک پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. شرکت‌کنندگان پژوهش شامل بیست و چهار کودک پنج تا ده سال مبتلا به درد شکمی عملکردی در شهر اصفهان بودند، که به‌صورت هدفمند انتخاب و به‌طور تصادفی در دو گروه بازی‌درمانی و یک گروه کنترل، هشت نفر برای هر گروه گمارده شدند. پرسشنامه درد شکمی واکر و همکاران فرم گزارش مادر و کودک برای سنجش متغیر وابسته در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری استفاده شد. گروه اول و دوم در کنار درمان‌های پزشکی، دوره درمان بازی‌درمانی مبتنی بر تاب‌آوری و بازی‌درمانی شناختی رفتاری را به مدت هشت جلسه دریافت کردند و گروه کنترل فقط درمان‌های متداول پزشکی را ادامه دادند. داده‌ها از طریق تحلیل واریانس اندازه‌های تکرار شده یا مکرر تحلیل شد.

نتایج: یافته‌های پژوهش نشان داد که درد شکمی گزارش کودک و مادر فقط بین گروه بازی‌درمانی مبتنی بر تاب‌آوری و بازی‌درمانی شناختی رفتاری با گروه کنترل تفاوت معنادار وجود دارد $P<0/01$، $F=8/91$ گزارش کودک، $F=6/78$ گزارش مادر، و بین بازی‌درمانی مبتنی بر تاب‌آوری و بازی‌درمانی شناختی رفتاری $P>0/05$ تفاوت معناداری وجود ندارد.

بحث و نتیجه‌گیری: بازی‌درمانی مبتنی بر تاب‌آوری و بازی‌درمانی شناختی رفتاری هر دو در کاهش درد شکمی در کودکان مبتلا به درد شکمی عملکردی موثر بودند. بنابراین از این دو نوع درمان می‌توان برای بهبود درد شکمی عملکردی در کودکان مبتلا به این اختلال در مراکز درمانی استفاده کرد.

واژگان کلیدی

بازی‌درمانی مبتنی بر تاب‌آوری

بازی‌درمانی شناختی-رفتاری

درد شکمی عملکردی کودکان

مادران

* نویسنده مسئول
نوع مطالعه: پژوهشی
تاریخ دریافت: ۱۳۹۸/۰۱/۲۲
تاریخ پذیرش: ۱۳۹۸/۰۶/۲۷

نحوه استناد به مقاله: شکوفه نیک‌نشان، محسن گل‌پرور، احمد عابدی، پیمان نصری و فاطمه فاموری. اثربخشی بازی‌درمانی مبتنی بر تاب‌آوری و رویکرد شناختی-رفتاری بر درد گزارش شده توسط مادر و کودک از درد شکمی عملکردی کودکان. فصلنامه مددکاری اجتماعی، ۱۳۹۸؛ ۸ (۲): ۴۳-۳۳

[Downloaded from socialworkmag.ir on 2026-11-15]

مقدمه

درد شـکمی عملکردی مشکل رایجی در کودکان است. طبق اعلام انجمن گوارش، کبد و تغذیه کودکان اروپایی، وقتی درد شـکمی تکرار شونده با هیچ مشکل یا آسیب‌شناسی آشـکاری همراه نیست، این وضعیت پزشکی سندرم درد شکمی عملکردی نامیده می‌شـود.(۱و۲) اگرچه مطالعات دهه هزار و نهصد و پنجاه میلادی، شیوع درد شکمی مزمن در کودکان پنج تا چهارده سـاله را ده درصد اعلام نموده‌اند،(۱) ولی مطالعات سـال‌های اخیر نشـان می‌دهند که بین چهار تا بیست و پنج درصد از کودکان سـنین مدرسه در برخی موارد از درد شکمی تکرار شونده رنج می‌برند.(۳) البته درد شکمی با علائم دیگر، از جمله سردرد، درد مکرر اندام و استفراغ نیز همراه است.(۳ و ٤) ملاک‌های اصلی تشخیص این اختلال روان‌تنی، درد شـکمی تکرار شـونده در سه دوره یا بیشتر اسـت که بیش از حداقل سـه ماه ادامه دارد و آن‌قدر شدید است که مانع فعالیت‌های معمول کودک مانند حضور در مدرسـه، فعالیت‌های اجتماعی و شـرکت در فعالیت‌های ورزشی و فوق برنامه می‌شود.(۲،۳،٤و٥) اگرچه درد شکمی تکرار شونده یک اختلال عملکردی است نه بیماری جسمی،(۲) ولی به‌علت ترس از بیماری‌های جدی باعث ایجاد اضطراب قابل توجهی در والدین و مراقبین کودک می‌شـود. همین امر موجب احسـاس درماندگی به دلیل ناتوانی در تسـکین درد کودک می‌شود.(۳،٤،٥و٦) نکته حائز اهمیت این‌که اکثریت کودکان با مشاوره و اطمینان، به‌ویژه هنگامی که پزشـک یک رابطه اعتمادآمیز با کودک و خانواده‌اش برقرار می‌کند، از این‌که هیچ آسـیب جسمی جدی وجود ندارد، بهبود می‌یابند. همین امر نشان از آن دارد که فراتر از نگاه پزشکی صرف به این اختلال،پذیرش رویکرد زیسـتی-روانی-اجتماعی امری اجتناب‌ناپذیر است. راهبردهای درمانی که تاکنون برای این اختلال استفاده شده، ترکیبی از درمان‌های غیردارویی و دارویی اسـت. بر پایه شواهد در دسـترس، درمان‌های غیردارویی به‌دلیل این‌که عوارض درمان‌های دارویی را ندارند، راهبردهای بسـیار خوبی هسـتند که توسط کودکان و والدین آن‌ها به خوبی پذیرفته می‌شوند. بر همین اسـاس، طبق نظر بسیاری از متخصصان و بر اساس شواهد موجود، روش غیردارویی باید اولین اقدام مداخله‌ای در کودکان مبتلا به درد شکمی تکرار شونده باشد.(۲) در راستای حمایت از ضرورت درمان‌های غیردارویی برای درد شکمی عملکردی، شـواهد پژوهشـی نشـان می‌دهد که مدیریت غیردارویی این اختلال بر بهبود کیفیت زندگی، کاهش نگرانی والدین و فرزندان در مورد جدی بودن شرایط و کاهش ناتوانی در ارتباط با درد تاثیرات قابل قبولی به‌جای می‌گذارد.(۵)

مبنای نظری پژوهش حاضر با تکیه بر متغیر تاب‌آوری در کنار رویکرد شـناختی-رفتاری این اسـت که درد به‌عنوان یک عامل جدایی‌ناپذیر از درد شـکمی عملکردی در کودکان، تا اندازه زیادی از ظرفیت‌های تاب‌آورانه کودکان متاثر می‌شود. از لحاظ نظری و عملی هر دو، تاب‌آوری از زمره ظرفیت‌های مثبت انسـانی اسـت که سطح انعطاف‌پذیری و توان مقابله با شرایط استرس‌آفرین مانند درد را افزایش داده و به‌طور همزمان پاسخ‌های اجتنابی که دارای منشا اضطراب و نگرانی هستند و می‌توانند موجبات تشـدید درد را فراهم آورند کاهش می‌دهد. اگرچه تلاش‌های قابل توجهی در گذشته بر روی درک و طراحی درمان‌هایی که درد، پریشـانی هیجانی و ناتوانی را در کودکان مبتلا به درد مزمن کاهش دهد انجام شـده، ولی این رویکردها تا حد زیادی نقاط قوتی مانند تاب‌آوری را که می‌تواند به‌منظور بهینه‌سازی زندگی با درد مزمن مورد استفاده قرار گیرد، نادیده گرفته‌اند.(۷) به همین دلیل نیز در طی بیسـت و پنج سـال گذشـته، علاقه به مطالعه تاب‌آوری در کودکان و نوجوانان و شیوه‌هایی که‌این مفهوم ممکن است برای هر دو گروه بالینی و غیر بالینی به‌کار رود، بیشتر شده است. این علاقه شـامل در نظر گرفتن دیدگاه تعاملی برای بررسـی نقش والدین در پرورش قابلیت تاب‌آوری و مدیریت خطرات در زندگی فرزندان آن‌ها است.(۸) در سطح کارکردی، افـراد تـاب‌آور سـطح کمتـری از اجتنـاب، کنار آمدن بیشتر با درد، عدم نگـرش فاجعه‌سـاز نسـبت بـه درد،(۹) عملکرد بهتر در حوزه‌های مختلف شناختی و رفتاری از جمله راهبردهای مقابله با درد، نگرش منطقی‌تر نسبت به درد و استفاده از دارو،(۱۰) استرس کمتر، اعتماد به نفس بالاتر، احساسات مثبت و بهبود عملکرد،(۱۱و۱۲) روابط شاد با اطرافیان(۱۳) را از خود نشان می‌دهند.

به‌دلیل اهمیت و کارکردهایی مثبتی که تاب‌آوری در تمام سـنین به دنبال می‌آورد، از دهه هزار و نهصد و هفتاد برنامه‌های افزایـش تاب‌آوری بـرای کودکان با تمرکز بر ایجاد اعتمـاد به نفس، افزایش آمادگی در مدرسـه و حمایت از رابطه والد-کودک به‌طور جدی تاکنون دنبال شده است. تلاش‌های آموزشی و درمانی مورد اشاره نشان می‌دهد که کودکان می‌توانند الگوهـای تفکر تاب‌آور و مهارت‌هایی که تفکر دقیقتر و انعطاف‌پذیرتر را پشـتیبانی می‌کنند فرا گرفته و تاب‌آورتر شـوند.

wnloaded from socialworkmag.ir on 2026-11-15]

(۱۴) یکی از مهمترین مسیرها و راهبردهایی که به‌ویژه برای کودکان در غلبه بر مشکلات ناشی از درد شکمی عملکردی توجه زیادی را جلب نموده، بازی‌درمانی است.

در چند دهه گذشته پژوهشگران زیادی از بازی برای درمان اختلالات و مشکلات کودکان استفاده نموده و اثربخشی آن را مورد تایید قرار داده‌اند.(۱۵) از نگاه کلی، اشکال مختلف بازی هر کدام فرصت‌هایی برای رشد و تقویت ویژگی‌ها و مهارت‌های مختلف از جمله رشد جسمانی، اجتماعی، عاطفی و فکری، و تقویت تخیل و خلاقیت کودکان در اختیار کودکان قرار می‌دهد.(۱۶و۱۷) در واقع، بازی‌درمانی رویکردی با ساختار و مبتنی بر نظریه درمان است که فرآیندهای یادگیری و ارتباط طبیعی و بهنجار کودکان را پایه‌ریزی می‌کند و روشی برای مقابله با استرس‌های هیجانی است.(۱۸) بازی‌درمانی به کودکان کمک می‌کند تا به‌طور مناسب احساسات ناخوشایند و حوادث ناراحت کننده را طبقه‌بندی کنند. کودکان به‌جای توضیح در مورد آنچه آن‌ها را اذیت می‌کند برای برقراری ارتباط در سطح و شیوه خودشان، بدون احساس بازجویی یا تهدید از بازی استفاده می‌کنند. بنابراین بازی‌درمانی، مبتنی بر یک رابطه غیر قضاوتی و حمایتی بین درمانگر و کودک است. این رابطه شامل احترام به زندگی درونی و تجربیات کودک، ایمنی، اعتماد به نفس و توانمندسازی کودک است.(۱۹) از جمله رویکردهای موثر بازی‌درمانی، رویکرد شناختی-رفتاری است.(۲۰) بازی‌درمانی شناختی-رفتاری مداخلات شناختی و رفتاری را با یک الگوی بازی‌درمانی ترکیب می‌کند(۲۱) و همزمان بر کشف تحریف‌های شناختی نظیر توجه انتخابی به جنبه‌های منفی حوادث تمرکز می‌نماید.(۲۲) بازی‌درمانی شناختی رفتاری از جمله درمان‌هایی است که برای درمان درد شکمی کودکان با هدف مجهز کردن کودک به مهارت‌هایی برای تسکین درد و افزایش احساس سلامتی مورد استفاده قرار گرفته است. در طی جلسات درمان، درمانگر به‌طور کلی از شیوه‌های شناختی برای کمک به بیماران استفاده می‌کند تا بر الگوهای تفکر تحریف شده و منفی که علائم جسمانی را تقویت می‌کنند غلبه کنند و از شیوهای رفتاری برای تغییر پاسخ‌های ناکارآمد به درد استفاده کنند.(۲۳)

در بازی‌درمانی شناختی-رفتاری درمانگر به کودک کمک می‌کند تا شناخت‌های خود را شناسایی و اصلاح و یا آن‌ها را از نو بسازد. همچنین به او یاد می‌دهد که‌این تفکر ناسازگارانه را با تفکر سازگارانه جایگزین نماید. مداخلات بازی‌درمانی شناختی-رفتاری تنظیم هدف مشترک، طراحی مکانیسم‌های مقابله‌ای سازگار و خود نظارتی را در بر می‌گیرد تا به کودک کمک کند روش‌های جدید مقابله با درد را برای به حداقل رساندن اضطراب وابسته به درد و تشخیص زمان‌هایی که شدت درد کمتر است یاد بگیرد.(۲۰) چندین آزمایش تصادفی کنترل شده اثربخشی درمان‌های روان‌شناختی به‌ویژه بازی‌درمانی شناختی-رفتاری را در مورد کودکان مبتلا به درد شکمی عملکردی نشان داده‌اند.(۲۴) اخیرا یک مطالعه آزمایشی تصادفی کنترل شده بر روی والدین و کودکان مبتلا به درد شکمی صورت گرفته است. این مطالعه اثرات مداخله شناختی رفتاری را بر روی والدین و کودک به‌صورت حضوری و یا از راه دور از طریق تلفن بررسی کرد. یک گروه به‌صورت حضوری درمان شناختی رفتاری یادگیری اجتماعی دریافت کرد. گروه دوم به‌صورت تلفنی آموزش را دریافت کرد. گروه سوم از طریق تلفن آموزش و حمایت دریافت نمود. در مورد درد و سبک زندگی نتایج قابل توجهی به‌دست نیامد. اما درمان شناختی-رفتاری نشان داد که‌این روش با بهبود واکنش‌های والدین به درد کودکان قادر به بهبود نتایج است.(۲۵) این نتایج با مطالعه دیگری که بر روی مادران کودکان مبتلا به درد شکمی صورت گرفت همسو است. در این مطالعه برای گروه مداخله، درمان شناختی-رفتاری اجرا گردید و گروه کنترل هیچ درمانی دریافت نکرد. نتایج نشان داد گروه مداخله به‌طور قابل توجهی در مدیریت علائم کودکان بهبود یافتند.(۲۶) در مطالعات دیگری نیز نشان داده شده که ترکیب بازی با هنردرمانی در کاهش ادراک درد کودکان تاثیر مثبت دارد،(۲۷) موجب کاهش نشانه‌های جسمانی(۲۸) و تضعیف شناخت‌های ناسازگار کودکان مبتلا به درد شکمی از درد و علائم گوارشیشان(۲۹ و ۳۰) می‌گردد. نکته حائز اهمیت این‌که شواهد قابل توجهی وجود دارد که نشان می‌دهد درمان شناختی-رفتاری به همان اندازه مداخلات پزشکی اثربخش بوده و در کاهش درد شکمی کودکان موثر است.(۳۱) شواهد مورد اشاره به‌طور جدی در مطالعات دیگر نیز ارائه شده است.(۳۲، ۳۳، ۳۴و ۳۵)

wnloaded from socialworkmag.ir on 2026-11-15]

آنچه از خلال مرور شواهد و نتایج پژوهش‌های گذشته نمایان است، این واقعیت است که علی‌رغم جستجوی مکرر اغلب پژوهش‌های متمرکز بر کودکان مبتلا به درد شکمی عملکردی در خارج از ایران بوده و تاکنون در ایران در کمتر پژوهشی از بازی‌درمانی برای کودکان مبتلا به درد شکمی عملکردی استفاده شده است. همچنین با توجه به شواهد قابل توجهی که در حوزه نقش‌ها و کارکردهای مثبت تاب‌آوری برای مقابله با استرس و درد وجود دارد، تاکنون بازی‌درمانی مبتنی بر تاب‌آوری برای کودکان مبتلا به درد شکمی عملکردی چندان مورد توجه قرار نگرفته است. این امر در حالیست که بازی وسیله‌ای برای تمرین مهارت‌های لازم در زندگی حال و آینده برای مقابله با مشکلات است(۳۶) و باتوجه به اینکه افراد با تاب‌آوری بالا، دارای مهارت‌های خودمراقبتی، عزت نفس بالاتر، میزان پایین‌تر بیماری‌های جسمی و اختلالات روانی می‌باشند و در مقابله با استرس‌های محیطی سریعتر به سازگاری می‌رسند، لذا در این پژوهش با بهره‌گیری از نظریات متمرکز بر تاب‌آوری همراه با بازی‌درمانی شناختی-رفتاری، به بررسی اثربخشی دو نوع بازی‌درمانی بر درد شکمی کودکان پرداخته شد. بنابراین سوال پژوهش حاضر این است که آیا بازی‌درمانی مبتنی بر تاب‌آوری و بازی‌درمانی شناختی-رفتاری بر درد شکمی کودکان مبتلا به درد شکمی عملکردی اثربخش است؟

روش

پژوهش حاضر یک مطالعه نیمه‌آزمایشی و طرح پژوهش شامل سه گروه، یک گروه بازی‌درمانی مبتنی بر تاب‌آوری، یک گروه بازی‌درمانی شناختی-رفتاری و یک گروه کنترل با سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری بود. جامعه‌آماری پژوهش شامل کودکان پنج تا ده ساله مبتلا به درد شکمی عملکردی به همراه مادرانشان در سال ۱۳۹۷ بودند که به کلینیک تحصصی بیمارستان امین حوزه گوارش کودکان در شهر اصفهان مراجعه نمودند. از میان آن‌ها بیست و چهار کودک به‌روش نمونه‌گیری هدفمند برحسب معیارهای ورود انتخاب شدند. پس از انتخاب هدفمند، کودکان گروه نمونه به‌طور تصادفی در سه گروه هشت نفری گمارده شدند. اگرچه در مطالعات آزمایشی و نیمه‌آزمایشی گروه‌های نمونه پانزده نفری توصیه شده، ولی این حجم نمونه در مواردی که متغیر مستقل با قوت و دقت اجرا شود می‌تواند کمتر هم باشد. در عین حال تلاش‌های یکساله پژوهشگران در پژوهش حاضر به‌این تعداد منتهی گردید. برای اطمینان از کفایت حجم نمونه، بر اساس نظرات دو متخصص روش‌شناس، تصمیم بر این گردید تا بر روی تعداد هشت نفر برای گروه‌های نمونه پژوهش تحلیل آماری انجام شود و در صورتی که توان آماری به هشت دهم و بالاتر منتهی شد، فرایند انجام پژوهش با توجه به زمان طولانی صرف شده برای نمونه‌گیری متوقف شود و در صورتی که توان آماری نتایج کمتر از هشت دهم بود، لاجرم به ادامه پژوهش اقدام گردد. با توجه به نتایج ارائه شده با هشت نفر نمونه برای هر یک از سه گروه پژوهش، با دست یافتن به توان آماری هشت دهم و بالاتر به‌این حجم نمونه اکتفا شد. برای پیشگیری از ریزش نمونه نهایی تا پایان اجرای آموزش‌ها، علاوه بر دریافت موافقت برای مشارکت تا پایان دوره آزمایش، با همکاری متخصصان همکار در مطالعه، در ابتدای شروع آزمایش، خانواده‌ها از نظر ضرورت همزمان پیگیری درمان‌های روان‌شناختی در کنار درمان‌های پزشکی مورد آموزش و ترغیب قرار گرفتند.

ملاک‌های ورود و خروج

ملاک‌های ورود: ابتلا به درد شکمی عملکردی و تایید توسط متخصص گوارش، مصاحبه با کودک و مادر، رضایت از مشارکت در پژوهش و دامنه سنی پنج تا ده سال.

ملاک‌های خروج: ابتلا به اختلالات روانپزشکی مانند اختلالات دو قطبی و افسردگی بسیار شدید، ابتلا به علائم حاد جسمی که مانع شرکت آن‌ها در برنامه‌های درمانی شود، انصراف از ادامه مشارکت در پژوهش و غیبت بیش از سه جلسه.

ملاحظات اخلاقی: رعایت رازداری کامل، آزادی و اختیار کامل برای کناره‌گیری از پژوهش، اطلاع‌رسانی کامل در مورد فرایند پژوهش، کسب رضایت‌نامه کتبی و استفاده از داده‌ها فقط در راستای اهداف پژوهش بود. گروه کنترل که با همکاری خود در پژوهش، امکان اجرای آن را فراهم نمودند نیز در پایان دوره اجرای پژوهش به‌صورت آزادانه و به شکل فشرده به انتخاب خود تحت یکی از دو نوع بازی‌درمانی قرار گرفتند. همچنین این پژوهش بخشی از رساله دکتری

wnloaded from socialworkmag.ir on 2026-11-15]

جدول(۱) خلاصه جلسات بازی درمانی مبتنی بر تاب‌آوری RBT

جلسات/ هدف/ محتوای آموزش و تکنیک‌ها
اول/ ایجاد رابطه اعتماد آمیز درمانگر با کودک و اعضا با یکدیگر/ معارفه و آشنایی، قصه‌گویی در مورد درد شکمی کودکان توسط دو عروسک و کارهایی که در آن موقعیت انجام می‌دهند. بعد از آن کودکان با خمیر بازی اشکالی ساختند.
دوم/ شناخت و درک کودکان از هیجانات/ با استفاده از تکنیک قصه‌گویی کودکان حدس زدند شخصیت‌های داستان چه احساسی را تجربه می‌کنند. سپس با نشان دادن صورتک‌های گریان، خندان و... کودک قصه یا تجربه خود در مورد آن احساس را بیان کرد. بعد از آن کودکان نشان دادند هنگامی که دچار درد شکم می‌شوند چه هیجانی را تجربه می‌کنند.
سوم/ آموزش حل مسئله/ با استفاده از تکنیک نمایش عروسکی بازی نمایش فرهاد بیمار اجرا شد، سپس کودکان برای مشکل پیش‌آمده برای شخصیت نمایش راه‌حل‌های خود را بیان نمودند.
چهارم/ آموزش رفتار جراتمندانه و افزایش عزت‌نفس/ با استفاده از فرمول چهار جمله‌ای ۱. احساس من ۲. چه موقعیتی ۳. علت و چرایی ۴. پیشنهاد دادن، کودکان با ایفای نقش به تمرین رفتار جراتمندانه پرداختند و با استفاده از عروسک انگشتی و اجرای نمایش تفاوت رفتار پرخاشگرانه، منفعلانه و جراتمندانه را آموختند و اجرا نمودند. همچنین بازی‌هایی مانند چشم در چشم، نقش بازی کردن و بازی بیست سوالی انجام شد.
پنجم/ آموزش کنترل استرس/ شیوه‌های کنترل استرس از جمله تنفس عمیق، تمرینات تن‌آرامی همراه با بازی به کودکان آموزش داده شد مانند آموزش تنفس درست به وسیله ساختن حباب‌های بزرگتر با حباب‌ساز.
ششم/ آموزش خوش‌بینی/ با استفاده از عینک خوش‌بینی و بدبینی (شناسایی یکی از تحریف‌های شناختی) همراه با بازی این مفهوم آموزش داده شد. سپس با استفاده از این عینک‌ها کودکان به اجرای نمایش و بازگویی افکار خود هنگامی که درد شکم دارند، پرداختند.
هفتم/ ارتباط با همسالان و مهارت‌های ارتباطی/ توسط تکنیک نمایش عروسکی و با استفاده از عروسک‌های انگشتی، بازی با من دوست می‌شوی (به‌منظور 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 تاثیر داشته باشد) اجرا و مورد بحث و بررسی قرار گرفت و سپس با استفاده از تکنیک‌های کاغذ-قلمی کودکان به ساخت پازل گروهی پرداخته و به رنگ‌آمیزی و تکمیل آن پرداختند.
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 تاب‌آوری وی افزایش یابد آموزش داده شد.

جدول(۲) خلاصه جلسات بازی درمانی شناختی-رفتاری CBT

جلسه/ هدف / محتوای آموزش
اول/ آموزش روان‌شناختی، 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(نظیر دخالت در فعالیت‌های روزمره) برای ردیابی پیشرفت، نظارت کنند. خود نظارتی در طی مراحل اولیه درد برای توضیحات جامع در مورد درد کودک مفید است. سپس کودکان به فعالیت هنری با موضوع دلخواه پرداختند.
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 راه‌حل برسند. سپس با استفاده از بازی و ایفای نقش تمرینات لازم در مورد زمان‌هایی که کودک دل‌درد دارد و نمی‌داند چگونه آن را کاهش دهد انجام شد.
چهارم/ تمرین تنفس عمیق/ به کودکان تنفس دیافراگمی از طریق بازی آموزش داده شد به‌عنوان مثال، تصورکنند که یک بادکنک را در معده شان پر و خالی می‌کنند.
پنجم/ آرامش عضلانی پیشرفته/ به‌عنوان مثال، از کودک خواسته شد وانمود کند یک ربات 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 سازگارانه‌تر به عنوان مثال: من مانند گذشته درد را کنترل کرده‌ام، بنابراین می‌توانم دوباره آن را اداره کنم؛ جایگزین کنند. درمانگر توپی را به طرف کودک پرتاب کرده و یک فکر قرمز بیان می‌کند سپس کودک با جایگزین کردن یک فکر سبز توپ را به طرف درمانگر پرتاب می‌کند.
هفتم/ نقش حواس‌پرتی 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 مثلا به کاشی‌ها توجه کنند. یا پارکت‌ها چه نقش و نگاری دارند و طرح‌ها را به چه شکلی می‌توان تشبیه کرد. یا زمانی که دل‌درد دارد دوش بگیرد، تلویزیون تماشا کند و یا فعالیت سرگرم‌کننده خواندن، حمام کردن، بازی کردن، دوچرخه‌سواری انجام دهد. همچنین، کودکان برای شناسایی و تحسین خودشان در مقابله با درد آموزش داده شدند.
هشتم/ آموزش والدین/ والدین به‌طور عمده نقش مهمی در درمان‌های شناختی رفتاری دارند. در این مرحله هدف کاهش توجه والدین به درد و حمایت از کودک در استفاده از مهارت‌های مقابله با درد است. 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 در د استفاده کنند.

روانشناسی و دارای کد اخلاق برابر با IR.IAU.KHUISF. REC.1397.012 است.

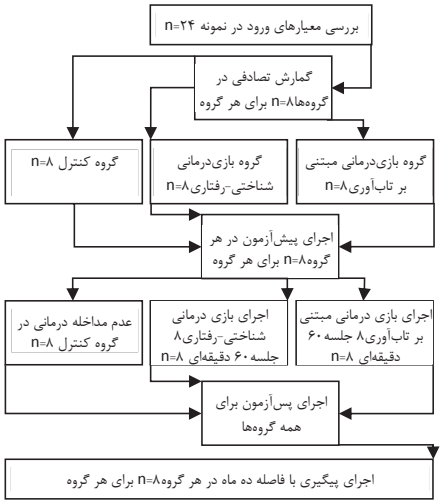
ابزار پژوهش

سیاهه پاسخ درد-Pain Response Inventory PRI:

این سیاهه که برای سنجش شدت و فراوانی درد شکمی با گزارش مادر و کودک استفاده می‌شود، برای اولین بار توسط واکر و همکاران در سال ۱۹۷۷ برای کودکان و نوجوانان مبتلا به درد شکمی مزمن در کشور آمریکا و در مرکز پزشکی دانشگاه وندربیلت ساخته شد و سپس توسط لیرد و همکاران ۲۰۱۵ از نظر شیوه نمره‌گذاری مورد تجدید نظر قرار گرفت.(۳۷) این پرسشنامه دارای دو نسخه گزارش مادر و کودک است و دارای چهار پرسش در مورد درد شکمی کودکان مبتلا به درد شکمی عملکردی می‌باشد. این شاخص ویژگی‌های درد شکمی، که کودک در طی دو هفته گذشته تجربه کرده است را ارزیابی می‌کند. فراوانی دوره‌های درد شکمی در طی دو هفته گذشته، روی یک مقیاس شش درجه‌ای شامل اصلا معادل عددی صفر تا هر روز معادل عددی پنج و فراوانی روزانه دوره‌های درد شکمی نیز در یک مقیاس شش درجه‌ای از اصلا-صفر تا درد مداوم در طول روز-پنج ارزیابی می‌شود. در نهایت مدت زمان معمول دوره‌های درد در یک مقیاس نه درجه‌ای از اصلا-صفر تا تمام روز-هشت رتبه‌بندی و شدت معمول درد شکم در دو هفته گذشته نیز در مقیاس یازده درجه‌ای از بدون درد-صفر تا بیشترین میزان درد-ده ارزیابی می‌شود. در مورد نمره‌گذاری اگر پاسخ به سوال یک گزینه اصلا-صفر باشد آیتم‌های باقی مانده همه صفر خواهند شد.(۳۸) شواهد روایی و پایایی این پرسشنامه در خارج از ایران، مطلوب گزارش شده است. روایی سازه عاملی این پرسشنامه از طریق تحلیل عاملی تاییدی با در نظر گرفتن بارهای عاملی پنج دهم و بالاتر، بر روی دو گروه کودکان و نوجوانان دارای

wnloaded from socialworkmag.ir on 2026-11-15]

نمودار(۱) نمودار CONSORT



درد شکمی کنونی شامل صد و پنجاه و هشت نفر و نوجوانان و کودکانی که پیش از دوران سنجش دارای درد شکمی بوده و بهبود یافته‌اند شامل صد و هفتاد و پنج نفر، بررسی و تایید شده است. همچنین روایی سازه از نوع همگرای این پرسشنامه از طریق بررسی ضریب همبستگی امتیازات حاصل از این پرسشنامه با شکایات جسمانی، ناتوانی کارکردی و عملکردی و افسردگی در دو گروه کودکان و نوجوانان مبتلا به درد شکمی کنونی یا قبلی بررسی و ضرایب معنادار مثبتی در این خصوص گزارش شده است.(۳۷) آلفای کرونباخ این پرسشنامه برای فرم کودک هفتاد و پنج صدم و برای فرم والد هفتاد و شش صدم گزارش شده است.(۳۸و۳۹) این پرسشنامه برای اولین بار برای اجرا در مطالعه حاضر، از طریق فرایند دو مرحله‌ای ترجمه و تطابق محتوایی تخصصی، ترجمه و آماده اجرا گردید. این پرسشنامه نابسته به فرهنگ است و روایی صوری پرسشنامه توسط متخصصان درد شکمی و متخصصان گوارش کودک بررسی و تایید شد. همچنین دو متخصص روانشناس نیز روایی محتوایی پرسشنامه را برای اجرا بر روی کودکان بررسی و تایید نمودند. آلفای کرونباخ این پرسشنامه در قالب گزارش کودک و گزارش والد در مطالعه حاضر به‌ترتیب برابر با هفتاد و سه صدم و هفتاد و پنج صدم به‌دست آمد. پس از گمارش تصادفی گروه نمونه در سه گروه پژوهش، پیش‌آزمون در هر سه گروه با استفاده از پرسشنامه درد شکمی اجرا شد، سپس بازی‌درمانی مبتنی بر تاب‌آوری و بازی‌درمانی شناختی-رفتاری به صورت فردی و طی هشت جلسه شصت دقیقه‌ای به صورت هفته‌ای دو جلسه اجرا شد. گروه کنترل در این مدت بازی‌درمانی را دریافت ننمود و فقط درمان‌های متعارف و معمول پزشکی را دریافت کردند. پس از پایان جلسات درمان هر سه گروه در مرحله پس‌آزمون و مرحله پیگیری دو ماه پس از اتمام درمان، دوباره به پرسشنامه درد شکمی پاسخ گفتند. بازی‌درمانی مبتنی بر تاب‌آوری برای اولین بار برای این پژوهش متناسب با نیازها و شرایط کودکان دارای درد شکمی بر مبنای متون علمی اعم از کتب و مقالات حوزه تاب‌آوری کودکان تهیه و تدوین گردید. ضریب کاپای کوهن به‌عنوان ضریب توافق شش داور، در مورد محتوا، زمان، ساختار و کفایت آموزشی برابر با نهصد و دو هزارم بود. این میزان توافق، مطلوب بودن بسته بازی‌درمانی مبتنی بر تاب‌آوری را برای کودکان مبتلا به درد شکمی عملکردی نشان می‌دهد.(۴۰) بازی‌درمانی مبتنی بر تاب‌آوری و بازی‌درمانی شناختی-رفتاری CBT هر دو طی هشت جلسه شصت دقیقه‌ای اجرا گردیدند. این بسته درمانی در مطالعات مختلف قبلا آزموده و تایید شده است.(۴۱) خلاصه محتوای جلسات بازی‌درمانی مبتنی بر تاب‌آوری و بازی‌درمانی شناختی-رفتاری در دو جدول شماره یک و دو ارائه شده است. در تحلیل آماری داده‌ها، در سطح توصیفی از میانگین و انحراف معیار و در سطح استنباطی نیز پس از بررسی نرمال بودن توزیع داده‌ها از طریق آزمون شاپیرو-ویلک، برابرای واریانس‌های خطا از طریق آزمون لوین و بررسی پیش فرض کرویت از طریق آزمون ماکلی، از تحلیل واریانس اندازه‌های تکرار شده و سپس‌آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد. داده‌ها از طریق نرم افزارSPSS24 تحلیل شد. سطح معناداری قابل قبول مورد استفاده در پژوهش حاضر حداقل پنج صدم و حداکثر یک صدم در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

در جدول شماره سه مقایسه متغیرهای دموگرافیک بین سه گروه ارائه شده است. نتایج آزمون کای اسکوور در جدول شماره سه نشان داد بین سه گروه پژوهش از نظر سن، تعداد خواهران و برادران، تحصیلات پدر و تحصیلات مادر تفاوت معناداری وجود ندارد. پیش از اجرای تحلیل واریانس اندازه‌های تکرار شده، در راستای بررسی پیش‌فرض‌های این نوع تحلیل، آزمون شاپیرو-ویلک نشان P>۰/۰۵ داد، در درد شکمی گزارش شده توسط مادر و کودک در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و

wnloaded from socialworkmag.ir on 2026-11-15]

جدول(۵) نتایج تحلیل واریانس اندازه‌های تکرار شده برای درد شکمی کودک و مادر گزارش‌دهی

متغییر	اثر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	ضریب F	معناداری	مجذور سهمی اتا	توان آزمون
درد شکمی کودک گزارش-دهی	گروه	۱۷/۶۵	۲	۸/۸۲	۸/۹۱	۰/۰۰۲	۰/۴۶	۰/۹۵
	خطا	۲۰/۸۰	۲۱	۰/۹۹	-	-	-	-
	آزمون	۱۶/۸۸	۲	۸/۴۴	۴۴/۸۴	۰/۰۰۱	۰/۶۸	۱
	تعامل آزمون و گروه	۱۰/۶۳	۴	۲/۶۶	۱۴/۱۲	۰/۰۰۱	۰/۵۷	۱
	خطا	۷/۹۱	۴۲	۰/۱۹	-	-	-	-
درد شکمی مادر گزارش-دهی	گروه	۱۴/۸۳	۲	۷/۴۱	۶/۷۸	۰/۰۰۵	۰/۳۹	۰/۸۷
	خطا	۲۲/۹۸	۲۱	۱/۰۹	-	-	-	
	آزمون	۱۹/۳۳	۲	۹/۶۶	۵۶/۷۲	۰/۰۰۱	۰/۷۳	۱
	تعامل آزمون و گروه	۸/۵۲	۴	۲/۱۳	۱۲/۴۹	۰/۰۰۱	۰/۵۴	۱
	خطا	۷/۱۶	۴۲	۰/۱۷	-	-	-	-

پیگیری توزیع داده‌ها نرمال است، آزمون لوین P>۰/۰۵ نشان داد، برابری واریانس خطا بین سه گروه پژوهش رعایت شده است و پیش‌فرض رعایت کرویت از طریق آزمون ماکلی P>۰/۰۵ نیز رعایت پیش‌فرض کرویت را مورد تایید قرار داد. در جدول شماره چهار میانگین و انحراف معیار سه گروه پژوهش به تفکیک در سه مرحله ارائه شده است. نتایج بررسی میانگین‌ها در جدول شماره چهار نشان داد که درد شکمی مادر گزارش‌دهی و کودک گزارش‌دهی در گروه بازی‌درمانی مبتنی بر تاب‌آوری و بازی‌درمانی شناختی-رفتاری نسبت به گروه کنترل کاهش چشمگیرتری داشته است.

در جدول شماره پنج نتایج تحلیل واریانس اندازه‌های تکرار شده ارائه شده است. نتایج جدول شماره پنج نشان داد، برای درد شکمی کودک گزارش‌دهی، در عامل گروه F=۸/۹۱، df=۲ و P<۰/۰۱، در عامل آزمون F=۴۴/۸۴، df=۲ و P<۰/۰۱ و در تعامل آزمون و گروه F=۱۴/۱۲، df=۴ و P<۰/۰۱ تفاوت معناداری وجود دارد. همچنین برای درد شکمی مادر گزارش‌دهی، عامل گروه F=۶/۷۸، df=۲ و P<۰/۰۱، عامل آزمون F=۵۶/۷۲، df=۲ و P<۰/۰۱ و تعامل آزمون و گروه F=۱۲/۴۹، df=۴ و P<۰/۰۱ معنادار هستند. تفاوت در عامل آزمون و تعامل آزمون با عضویت گروهی در درد شکمی کودک و مادر گزارش‌دهی حاکی از آن است که حداقل بین یکی از دو گروه بازی‌درمانی مبتنی بر تاب‌آوری و بازی‌درمانی شناختی-رفتاری با گروه کنترل تفاوت معناداری وجود دارد. برای تعیین تفاوت جفتی گروه‌های سه گانه پژوهش، آزمون تعقیبی بونفرونی انجام شد که نتایج

جدول(۳) مقایسه فراوانی گروه‌های پژوهش در متغیرهای جمعیت شناختی (n۱=۸، n۲=۸ و n۳=۸)

متغیر		RBT	CBT	گروه کنترل	کای اسکوور	معناداری
سن	۷-۰	۳	۳	۴	۰/۳۳	۰/۹۶
	۱۰-۸	۵	۵	۴		
تعداد خواهر و برادر	۰	(۴)۶	(۴)۴	(۶)۳	۲/۳۴۵	۰/۶۲
	۱	(۴)۲	(۴)۴	(۲)۵	(۱/۰۶)	(۰/۹)
تحصیلات پدر	تا دیپلم	۶	۵	۷	۱/۳۴	۰/۸۹
	بالاتر	۲	۳	۱		
تحصیلات مادر	تا دیپلم	۷	۵	۷	۲/۵۲	۰/۶۹
	بالاتر	۱	۳	۱		

بازی درمانی مبتنی بر تاب‌آوری:RBT بازی درمانی شناختی رفتاری:CBT

جدول(٤) میانگین و انحراف معیار درد شکمی کودک و مادر گزارش‌دهی در سه گروه پژوهش در سه مرحله زمانی

متغیر	مرحله	میانگین±انحراف معیار		
		گروه کنترل	RBT	CBT
درد شکمی کودک‌گزارش-دهی	پیش‌آزمون	۰/۲±۵۳/۱۶	۰/۲±۶۰/۵	۰/۱±۵۱/۹۷
	پس‌آزمون	۰/۲±۷۱/۲۵	۰/۰±۷۴/۸۷	۰/۰±۸۲/۷۲
	پیگیری	۰/۲±۷۳/۲۵	۰/۰±۵۷/۵۳	۰/۰±۷۸/۵۳
درد شکمی مادرگزارش-دهی	پیش‌آزمون	۰/۲±۶۶/۲۲	۰/۲±۷۸/۴۴	۰/۲±۶۴/۰۶
	پس‌آزمون	۰/۲±۶۶/۰۳	۰/۰±۷۲/۸۱	۰/۰±۸۸/۷۸
	پیگیری	۰/۲±۴۸/۱۹	۰/۰±۶۲/۵۶	۰/۰±۷۲/۵۰

بازی درمانی مبتنی بر تاب‌آوری:RBT بازی درمانی شناختی رفتاری:CBT

دول(۶) نتایج آزمون بونفرونی برای مقایسه دو به دوی گروه‌های پژوهش در درد شکمی کودک و مادر گزارش‌دهی

	گروه مبنا	گروه مورد مقایسه	تفاوت میانگین‌ها تعدیل شده	خطای استاندارد	معناداری
درد شکمی کودک-گزارش‌دهی	گروه کنترل	RBT	۰/۹۲*	۰/۲۹	۰/۰۱۳
	گروه کنترل	CBT	۱/۱۴**	۰/۲۹	۰/۰۰۲
	RBT	CBT	۰/۲۲	۰/۲۹	۱
درد شکمی مادر-گزارش‌دهی	گروه کنترل	RBT	۰/۸۷*	۰/۳۰	۰/۰۲۶
	گروه کنترل	CBT	۱/۰۳**	۰/۳۰	۰/۰۰۸
	RBT	CBT	۰/۱۶	۰/۳۰	۱

بازی درمانی مبتنی بر تاب‌آوری:RBT بازی درمانی شناختی رفتاری:CBT

آن در جدول شماره شش ارائه شده است. نتایج در جدول شماره شش P<۰/۰۱ نشان داد که در درد شکمی کودک و مادر گزارش‌دهی هر دو بین گروه بازی‌درمانی مبتنی بر تاب‌آوری و بازی‌درمانی شناختی-رفتاری با گروه کنترل تفاوت معنادار وجود دارد.

بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی بازی‌درمانی مبتنی بر تاب‌آوری و بازی‌درمانی شناختی-رفتاری بر درد شکمی کودکان مبتلا به درد شکمی عملکردی انجام شد. نتایج به‌دست آمده از تاثیر هر دو نوع بازی‌درمانی مبتنی بر تاب‌آوری و بازی‌درمانی شناختی-رفتاری حمایت نمود. طبق یافته‌ها درد شکمی بین دو گروه آزمایش بازی‌درمانی مبتنی بر تاب‌آوری

wnloaded from socialworkmag.ir on 2026-11-15]

و بازی‌درمانی شناختی-رفتاری با گروه کنترل تفاوت معناداری داشت، به‌طوری که دو درمان بازی‌درمانی مبتنی بر تاب‌آوری و بازی‌درمانی شناختی-رفتاری نسبت به گروه کنترل به مقدار معنی‌داری موجب کاهش درد شکمی شدند. در عین حال بین بازی‌درمانی مبتنی بر تاب‌آوری و بازی‌درمانی شناختی-رفتاری تفاوت معناداری وجود نداشت. نتایج به‌دست آمده با یافته‌های مطالعات متعدد از جمله با پژوهش‌های براتی و همکاران،(۲۷) سکوتلکورب و همکاران،(۲۸) لوی و همکاران،(۲۹) بل و مدوس،(۳۰) وندرویک و همکاران،(۳۱) رابینز و همکاران،(۳۳) یوسف و همکاران(۳٤) و ساندرز و همکاران(۳۵) همخوانی داشت که نشان داده‌اند بازی‌درمانی و بازی‌درمانی شناختی-رفتاری تاثیر معنی‌داری بر شدت درد، کاهش شناخت‌های ناسازگار، و افزایش مهارت‌های مقابله‌ای کودکان دارد. در تکنیک‌های شناختی هدف از بین بردن کامل هیجانات منفی نیست، بلکه در این تکنیک‌ها از افراد خواسته می‌شود تا موقعیتی که در آن قرار دارند را به‌طور دقیق و واقع‌بینانه ارزیابی کنند و نقش افکار در شکل‌گیری احساسات و رفتار مورد تاکید قرار می‌گیرد.(۲۲)

اما، بازی‌درمانی مبتنی بر تاب‌آوری ویژه کودکان مبتلا به درد شکمی عملکردی تاکنون مورد بررسی قرار نگرفته بود که برای اولین بار در این پژوهش به مرحله اجرا رسید. طبق نظر کارولی و راهولمن افراد تاب‌آور اگرچه سطوح بالایی از درد را تجربه می‌کنند اما سطوح پائینی از فشار هیجانی و اختلال عملکرد وابسته به درد دارند.(۱۰) بر اساس نتایج به‌دست آمده از این مطالعه، می‌توان این‌گونه تبیین کرد از آنجا که بسیاری از افراد مبتلا به درد مزمن علی‌رغم مواجه با شرایط استرسزا یا پریشانی درونی، تاب‌آوری نشان می‌دهند و سطوح پایینی از عوامل خطر مانند افکار فاجعه‌آمیز در مورد درد و ترس وابسته به درد گزارش می‌کنند،(۷) از طرفی عملکرد بهتری در زمینه‌های مختلف شناختی و رفتاری از جمله راهبردهای مقابله با درد، نگرش نسبت به درد، و مراقبت‌های بهداشتی و درمانی نسبت به افراد غیرتاب‌آور که سطوح مشابهی از شدت درد را دارند نشان می‌دهند.(۱۰) بنابراین می‌توان گفت آموزش تاب‌آوری، سطح هیجانات مثبت، عزت نفس و مقابله موفق با تجربیات منفی را افزایش می‌دهد،(۱۱و۱۲) استرس را کاهش داده و روابط بین فردی را بهبود می‌بخشد.(۱۳) همچنین باعث سازگاری آسان با چالش‌ها و ایجاد حس انسجام در فرد می‌شود(۱۱) و از طرفی بازی فرصت‌هایی برای ایجاد ویژگی‌هایی در کودکان فراهم می‌کند که با سطح بالایی از تاب‌آوری ارتباط دارند. از طریق بازی، کودکان هویت خود را می‌سازند، چه کسانی هستند، چه می‌دانند، از چه مواردی لذت می‌برند و چه چیزهایی برایشان ترسناک است.(۱٦) رویکرد مبتنی بر بازی نیز رشد تاب‌آوری در کودکان را تقویت می‌کند، زیرا فرصت‌هایی برای کودکان فراهم می‌کند تا هفت ویژگی الگوی تاب‌آوری شامل شایستگی، اعتمادبه‌نفس، ارتباط، شخصیت، همکاری، مقابله و کنترل و همچنین خودمختاری و پویایی را توسعه دهند و فرصت‌هایی برای مهار شدن از شرایط استرسزا فراهم می‌کند. همچنین، رویکردهای مبتنی بر بازی عوامل محافظتی محیط را تقویت می‌کنند. به‌عنوان مثال، رویکردهای مبتنی بر بازی می‌توانند موجب رشد روابط خوب و مراقبتی، حمایت بین فردی، دوستی، شبکه‌های اجتماعی همسالان، ارتباط با بزرگسالان شایسته، امنیت و هماهنگی، انجام کار، تجربیات مثبت، فرصت‌ها و تعاملات معنادار شوند.(۱۷) لذا مداخلات بازی‌درمانی مبتنی بر تاب‌آوری نگرش، رفتار و مهارت‌های مقابله با درد را در کودکان تغییر داده و موجب شده کودکان از شیوه‌های بهتری برای کنترل درد استفاده کنند.

محدودیت‌ها: از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به محدود بودن جامعه پژوهش به کودکان پنج تا ده ساله مبتلا به درد شکمی عملکردی اشاره نمود. در نتیجه باید در تعمیم نتایج به کودکان دیگر احتیاط شود.

پیشنهادها: با توجه به این که کودکان تاب‌آور در برخورد با مشکلات روزمره از راهبردهای مقابله‌ای موثرتری استفاده می‌کنند، بازی‌درمانی مبتنی بر تاب‌آوری و بازی‌درمانی شناختی-رفتاری با ارتقا توان رفتاری و شناختی مقابله با درد و تبعات آن، باعث کاهش درد شکمی کودکان مبتلا به این درد می‌شوند. در همین راستا پیشنهاد می‌شود تا در مراکز درمانی برای کودکان مبتلا به درد شکمی عملکردی از این دو نوع درمان برای درمان کودکان مبتلا به‌این اختلال استفاده شود. علاوه بر این پیشنهاد می‌شود پژوهشگران علاقه‌مند، اثربخشی بازی‌درمانی مبتنی بر تاب‌آوری را در کنار بازی‌درمانی شناختی-رفتاری بر روی کودکان مبتلا به بیماری‌های دیگر که با درد مواجه هستند مورد بررسی قرار دهند.

سپاسگزاری: بدین وسیله از کلیه کودکان و مادران و پزشکانی که ما را در انجام این پژوهش خالصانه یاری نمودند، صمیمانه تشکر و قدردانی می‌نماییم.

wnloaded from socialworkmag.ir on 2026-11-15]

منابع

References:

1. Pasricha PJ, Willis WD, Gebhart GF. Chronic abdominal and visceral pain: theory and practice: Taylor & Francis US; 2006.
2. Brusaferro A, Farinelli E, Zenzeri L, Cozzali R, Esposito S. The management of paediatric functional abdominal pain disorders: latest evidence. Pediatric drugs. 2018; 20(3): p. 235-47.
3. Abbott RA, Martin AE, Newlove Delgado TV, Bethel A, Thompson Coon J, Whear R, et al. Psychosocial interventions for recurrent abdominal pain in childhood. Cochrane database of systematic reviews. 2017; 1: CD010971.
4. Devanarayana NM, Mettananda S, Liyanarachchi C, Nanayakkara N, Mendis N, Perera N, et al. Abdominal pain–predominant functional gastrointestinal diseases in children and adolescents: prevalence, symptomatology, and association with emotional stress. Journal of pediatric gastroenterology and nutrition. 2011; 53(6): p. 659-65.
5. Reust CE, Williams A. Recurrent abdominal pain in children. American family physician. 2018; 97(12): p. 785-93.
6. Paul SP, Farmer G, Soondrum K, Candy DC. Chronic abdominal wall pain in children may be improved by physiotherapy. Indian journal of physiotherapy and occupational therapy. 2013; 7(3): p. 238.
7. Cousins LA, Kalapurakkel S, Cohen LL, Simons LE. Topical review: resilience resources and mechanisms in pediatric chronic pain. Journal of pediatric psychology. 2015; 40(9): p. 840-5.
8. Crenshaw DA, Brooks R, Goldstein S. Play therapy interventions to enhance resilience. Guilford publications; 2015.
9. Ong AD, Zautra AJ, Reid MC. Psychological resilience predicts decreases in pain catastrophizing through positive emotions. Psychology and aging. 2010; 25(3): p. 516.
10. Sturgeon JA, Zautra AJ. Resilience: a new paradigm for adaptation to chronic pain. Current pain and headache reports. 2010; 14(2): p. 105-12.
11. Inzlicht M, Aronson J, Good C, McKay L. A particular resiliency to threatening environments. Journal of experimental social psychology. 2006; 42(3): p. 323-36.
12. Tarantino B, Earley M, Audia D, D'Adamo C, Berman B. Qualitative and quantitative evaluation of a pilot integrative coping and resiliency program for healthcare professionals. Explore: the journal of science and healing. 2013; 9(1): p. 44-7.
13. Hadizad T, Sajedi F, Movallali G, Rezasoltani P. Effectiveness of resiliency training in improving mother-child relationship in mothers of children with mental retardation. Iranian rehabilitation journal. 2016; 14(3): p. 171-8. [Persian]
14. Hall DK, Pearson J. Resilience-giving children the skills to bounce back. Education and health. 2005; 23(1): p. 12-15.
15. Bratton SC, Ray D, Rhine T, Jones L. The efficacy of play therapy with children: a meta-analytic review of treatment outcomes. Professional psychology: research and practice. 2005; 36(4): p. 376.
16. Ebbeck M, Waniganayake M. Play in early childhood education: learning in diverse contexts. ERIC; 2017.
17. Pearson E, Umayahara M, Ndijuye L. Supporting childhood resilience through play: a facilitation guide for early childhood practitioners. Hong Kong: OMEP and Victoria charitable trust fund; 2017.
18. Barton GR, Bankart J, Davis AC. A comparison of the quality of life of hearing-impaired people as estimated by three different utility measures un comparación de la calidad de vida de personas con trastornos auditivos estimada por tres diferentes medidas de utilidad. International journal of audiology. 2005; 44(3): p. 157-63.
19. Mountain V. Play therapy–respecting the spirit of the child. International journal of children's spirituality. 2016; 21(3-4): p. 191-200.
20. Pender RR, Webber J, Mascari JB. Using play to help children cope with chronic pain: a new role for counselors. 2015.
21. Fazio-Griffith LJ, Ballard MB. Cognitive behavioral play therapy techniques in school-based group counseling: Assisting students in the development of social skills. Vistas online. 2014; 18: p. 1-14.
22. Zamirinejad S, Hojjat SK, Golzari M, Borjali A, Akaberi A. Effectiveness of resilience training versus

wnloaded from socialworkmag.ir on 2026-11-15]

cognitive therapy on reduction of depression in female Iranian college students. Issues in mental health nursing. 2014; 35(6): p. 480-8.
23. Faure C, Thapar N, Di Lorenzo C. Pediatric neurogastroenterology: gastrointestinal motility and functional disorders in children: Springer; 2016.
24. Lalouni M, Olén O, Bonnert M, Hedman E, Serlachius E, Ljótsson B. Exposure-based cognitive behavior therapy for children with abdominal pain: a pilot trial. PloS one. 2016; 11(10): e0164647.
25. Levy RL, Langer SL, Van Tilburg MA, Romano JM, Murphy TB, Walker LS, et al. Brief telephone-delivered cognitive-behavioral therapy targeted to parents of children with functional abdominal pain: a randomized controlled trial. Pain. 2017; 158(4): p. 618.
26. Calvano C, Groß M, Warschburger P. Do mothers benefit from a child-focused cognitive behavioral treatment(CBT) for childhood functional abdominal pain? A randomized controlled pilot trial. Children. 2017; 4(2): p. 13.
27. Shojaei Z, Golparvar M, Bordbar M R, Aghaei A. The effect of cognitive- behavioral art-play therapy and cognitive-behavioral story therapy on pain perception and hope in children with cancer. Journal of pediatric nursing. 2019; 6(1): p. 39-47. [Persian]
28. Schottelkorb AA, Swan KL, Jahn L, Haas S, Hacker J. Effectiveness of play therapy on problematic behaviors of preschool children with somatization. Journal of child and adolescent counseling. 2015; 1(1): p. 3-16.
29. Levy RL, Langer SL, Romano JM, Labus J, Walker LS, Murphy TB, et al. Cognitive mediators of treatment outcomes in pediatric functional abdominal pain. The clinical journal of pain. 2014; 30(12): p. 1033.
30. Bell KM, Meadows EA. Efficacy of a brief relaxation training intervention for pediatric recurrent abdominal pain. Cognitive and behavioral practice. 2013; 20(1): p. 81-92.
31. Van Der Veek SM, Derkx BH, Benninga MA, Boer F, De Haan E. Cognitive behavior therapy for pediatric functional abdominal pain: a randomized controlled trial. Pediatrics. 2013; 132(5): e1163-e72.
32. Levy RL, Langer SL, Walker LS, Romano JM, Christie DL, Youssef N, et al. Cognitive-behavioral therapy for children with functional abdominal pain and their parents decreases pain and other symptoms. The American journal of gastroenterology. 2010; 105(4): p. 946.
33. Robins PM, Smith SM, Glutting JJ, Bishop CT. A randomized controlled trial of a cognitive-behavioral family intervention for pediatric recurrent abdominal pain. Journal of pediatric psychology. 2005; 30(5): p. 397-408.
34. Youssef NN, Rosh JR, Loughran M, Schuckalo SG, Cotter AN, Verga BG, et al. Treatment of functional abdominal pain in childhood with cognitive behavioral strategies. Journal of pediatric gastroenterology and nutrition. 2004; 39(2): p. 192-6.
35. Sanders MR, Rebgetz M, Morrison M, Bor W, Gordon A, Dadds M, et al. Cognitive-behavioral treatment of recurrent nonspecific abdominal pain in children: an analysis of generalization, maintenance, and side effects. Journal of consulting and clinical psychology. 1989; 57(2): p. 294.
36. Shojaei Z, Golparvar M, Aghaei A, Bordbar M R. Comparing the effectiveness of group story therapy and the art-play therapy on anxiety and depression in children with cancer: based on the framework, principles and rules of cognitive-behavioral approach . Iranian journal of rehabilitation research in nursing. 2019; 6(1): p. 50-59. [Persian]
37. Walker LS, Smith CA, Garber J, Van Slyke DA. Development and validation of the pain response inventory for children. Psychological assessment. 1997; 9(4): p. 392.
38. Laird KT, Sherman AL, Smith CA, Walker LS. Validation of the abdominal pain index using a revised scoring method. Journal of pediatric psychology. 2015; 40(5): p. 517-25.
39. Walker LS, Sherman AL, Bruehl S, Garber J, Smith CA. Functional abdominal pain patient subtypes in childhood predict functional gastrointestinal disorders with chronic pain and psychiatric comorbidities in adolescence and adulthood. Pain. 2012; 153(9): p. 1798-806.
40. 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): p. 30-9. [Persian]
41. Chambers CT, Holly C, Eakins D. Cognitive-behavioural treatment of recurrent abdominal pain in children: a primer for paediatricians. Paediatrics & child health. 2004; 9(10): p. 705-8

wnloaded from socialworkmag.ir on 2026-11-15]