مجله علوم پزشکی رازی دوره ۲۷، شماره ۵، مرداد ۱۳۹۹ http://rjms.iums.ac.ir

مقاله پژوهشی

اثربخشی بازی درمانی شناختی–رفتاری و بازی‌درمانی مبتنی بر تاب‌آوری بر استرس والدینی کودکان مبتلا به درد شکمی عملکردی

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 (* نویسنده مسئول)
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

زمینه و هدف: کودکان مبتلا به درد شکمی اغلب زمینه افزایش استرس والدین را به دلیل اختلال خود فراهم می‌کنند. این پژوهش با هدف تعیین اثربخشی بازی درمانی شناختی–رفتاری و بازی درمانی مبتنی بر تاب‌آوری بر استرس والدینی کودکان مبتلا به درد شکمی اجرا شد.

روش کار: این مطالعه یک پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. ۲۴ کودک ۵ تا ۱۰ سال مبتلا به درد شکمی عملکردی به همراه مادرانشان در شهر اصفهان به‌صورت هدفمند انتخاب و به‌طور تصادفی در دو گروه بازی درمانی و یک گروه کنترل (۸ نفر برای هر گروه) گمارده شدند. پرسشنامه استرس والدینی بری و جونز (۱۹۹۵) برای سنجش متغیر وابسته در مراحل آزمایش استفاده شد. دو گروه بازی درمانی شناختی–رفتاری و بازی درمانی مبتنی بر تاب‌آوری به مدت ۸ جلسه تحت درمان قرار گرفتند و گروه کنترل هیچ درمانی دریافت نکرد. داده‌ها از طریق تحلیل واریانس اندازه‌های تکرار شده (مکرر) تحلیل شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که در استرس والدینی فقط بین بازی‌درمانی مبتنی بر تاب‌آوری با گروه کنترل تفاوت معناداری وجود دارد، ولی بین بازی درمانی شناختی–رفتاری با گروه کنترل و بین دو بازی درمانی با یکدیگر تفاوت معناداری وجود ندارد.

نتیجه‌گیری: بازی‌درمانی مبتنی بر تاب‌آوری در کاهش استرس والدینی مؤثر بود. بنابراین از این درمان می‌توان برای بهبود استرس والدینی کودکان مبتلا به درد شکمی عملکردی در مراکز درمانی استفاده کرد.

کلیدواژه‌ها
بازی درمانی،
تاب‌آوری،
درمان شناختی رفتاری،
استرس والدینی،
درد شکمی

تاریخ دریافت: ۹۹/۰۳/۲۰
تاریخ چاپ: ۹۹/۰۵/۱۲

تعارض منافع: گزارش نشده است.

منبع حمایت کننده: حامی مالی نداشته است.

شیوه استناد به این مقاله:
Nikneshan Sh, Golparvar M, Abedi A, Nasri P, Famouri F. The Effectiveness of Cognitive-Behavioral Play Therapy (CBPT) and Resiliency Based Play Therapy on Parenting Stress in Children with Functional Abdominal Pain. Razi J Med Sci. 2020;27(5):86-97.

*انتشار این مقاله به‌صورت دسترسی آزاد مطابق با CC BY-NC-SA 3.0 صورت گرفته است.

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-16]

Razi Journal of Medical Sciences. 2020;27(5):86-97. http://rjms.iums.ac.ir

Original Article

The effectiveness of cognitive-behavioral play therapy (CBPT) and resiliency based play therapy on parenting stress 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, Department of Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Islamic Azad University, Isfahan (Khorasgan) Branch, Isfahan, Iran (* Corresponding author) drmgolparvar@gmail.com
Ahmad Abedi, Associate Professor, Department of Children with Special Needs, Faculty of Psychology and Educational Sciences, University of Isfahan, Isfahan, Iran
Peiman Nasri, Assistant Professor, Pediatrics Department, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran
Fatemeh Famouri, Associate Professor, Pediatrics Department, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran

Abstract

Background: One of the most common chronic childhood disorders that have a significant impact on child's health is functional abdominal pain. Children with functional abdominal pain often provide increased parental stress due to their disorder. Parental stress, which reflects the perception of tension and stress in the parent-child communication system, is one of the factors associated with abdominal pain in children. Long-term restrictive conditions, especially for children, lead to stress for the individual and his family, which is why parents of children with different disorders experience different levels of stress. Numerous studies have shown that the levels of anxiety and depression in mothers of children with chronic abdominal pain are higher than in mothers who do not have such children. Researchers believe that parental stress has many negative consequences and in addition to endangering the proper functioning of the family, it leads to a decrease in mental health and well-being of parents.
In addition, parental stress has many negative effects on the child. Evidence from previous studies suggests that one of the treatments that can be used to control pain is play therapy. There are different approaches to play therapy. One of these approaches is cognitive-behavioral play therapy which integrates behavioral and cognitive interventions in the play therapy model. In this method of play therapy, contradictory thoughts related to cognitive and behavioral problems in children are identified and replaced with more adaptive thoughts and behaviors. Numerous studies have shown that cognitive-behavioral therapy reduces parental stress in children with chronic illness and improves children's anxiety.
On the other hand, creating resilience as a relatively new perspective on improving health is a valuable topic. Resilient people use effective coping strategies to deal with life issues and see problems as opportunities for learning and growth. Over the past 15 years, research has been conducted to identify strengths and protective processes that promote resilience related to children's health status. Resilience programs can also be used as stress prevention and control interventions. Based on the findings of various studies, resilience promotion programs increase resilience and reduce the level of stress and anxiety of parents. The aim of this study was to determine the effects of resiliency based play therapy and cognitive-behavioral play therapy on parenting stress in children with functional abdominal pain.
Methods: The research method was quasi-experimental with three-group research design consisted of a resilience-based play therapy group, a cognitive-behavioral play

Keywords
Play therapy,
Resilience,
Cognitive-behavioral therapy,
Parenting stress,
Abdominal pain

Received: 09/06/2020
Published: 02/08/2020

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-16]

therapy group and a control group alongside three stages of pre-test, post-test and follow-up. The statistical population of the study included all children aged 5 to 10 years with their mothers who had functional abdominal pain and referred to the specialized clinic of Amin Hospital for Pediatric Gastroenterology in Isfahan, Iran. Among these children, 24 were selected by purposive sampling according to the inclusion and exclusion criteria and randomly assigned to three groups of 8 children with their mothers. Complete confidentiality, having complete freedom to withdraw from the research, informing about the research, obtaining written consent and using the data only for the purposes of the research were among the ethical considerations that were observed. At the end of the research period, the control group underwent one of the two types of play therapy freely and intensively. Barry and Jones (1995) parenting stress questionnaire was used to measure the dependent variable in the pretest, posttest and follow-up stages. 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. In the statistical analysis of the data, at the descriptive level, the mean and standard deviation and at the inferential level, the repeated measures analysis of variance and Bonferroni post hoc test was used. The normality of data distribution was assessed by Shapiro-Wilk test, the equality of error variances was assessed by Levene test, and the Sphericity assumption of repeated-measures ANOVA was assessed by Mauchly test.

Results: Comparison of age, number of siblings, father's education and mother's education through Chi-square test showed that there was no significant difference between the three groups ($p>0.05$). The results of repeated measure analysis of variance revealed that there is a significant difference on parental stress between pre-test, post-test and follow-up ($F=5.50$, $df=2$ and $p<0.01$) and also there is a significant difference in the interaction of time with the group (including control group, resilience-based play therapy group and cognitive-behavioral play therapy group) ($F=4.74$, $df=4$ and $p<0.01$) . This means that there is a significant difference between pre-test, post-test and follow-up in the two experimental groups (two treatments) and the control group ($p<0.01$). The results of Bonferroni post hoc test showed that in the parental stress variable, there is only a significant difference between resilience-based play therapy with the control group ($p<0.05$), but there is no significant difference between cognitive-behavioral play therapy with the control group and between the two treatments with each other ($p<0.05$).

Conclusion: Based on the results of the present study, resilience-based play therapy reduced parental stress in children with functional abdominal pain. Therefore, in addition to educating mothers with functional abdominal pain for effective use of this play therapy at home, to reduce parental stress in children with abdominal pain, it is recommended that this type of play therapy have been use in medical centers by psychologists. Limitations of the present study include the limitation of the research sample group to children with functional abdominal pain and their parental stress, along with a small sample of eight children for each of the three research groups due to the limited research time. In line with the above mentioned limitations, it is recommended that a resilience-based play therapy package be used with sample groups beyond children with abdominal pain to determine the effectiveness of this therapy package for other groups as well. In addition, it is suggested that in future studies, by increasing the length of the research, it will be possible to use larger samples for experimental and control groups.

Conflicts of interest: None
Funding: None

Cite this article as:

Nikneshan Sh, Golparvar M, Abedi A, Nasri P, Famouri F. The Effectiveness of Cognitive-Behavioral Play Therapy (CBPT) and Resiliency Based Play Therapy on Parenting Stress in Children with Functional Abdominal Pain. Razi J Med Sci. 2020;27(5):86-97.

*This work is published under CC BY-NC-SA 3.0 licence.

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-16]

مقدمه

یکی از رایج‌ترین اختلالات مزمن دوران کودکی که تأثیر مهمی بر سلامت کودک دارد، درد شکمی عملکردی است (۱، ۲). درد شکمی عملکردی از نظر تعریف، شکلی از درد است که در زیر و اطراف ناف نمایان شده و با استفراغ، کاهش وزن، اسهال، علائم شبانه و یا کاهش سرعت رشد همراه نیست، ولی علت واضحی ندارد، به طور مداوم در طول چند ماه رخ می‌دهد و به اندازه‌ای شدید است که موجب دخالت در فعالیت‌های روزانه کودک می‌گردد (۲). این نوع درد اغلب در اثر استرس یا اضطراب، برای نمونه در زمان تغییر یا استرس در خانواده (مانند تولد یک خواهر و برادر جدید ، بیماری اعضای خانواده)، یا هنگامی که والدین زمان کمی برای گذراندن با فرزند خود داشته باشند و یا در زمان شروع مدرسه، در کودکان اتفاق می‌افتد (۳). حدود پنج درصد از مشاوره‌های دوران کودکی مربوط به درد شکمی است (۱، ۲) و جدیدترین نتایج فراتحلیل شیوع در سراسر جهان را ۱۳/۵٪ برآورد کرده‌اند. از طرف دیگر در ۲۹/۱٪ از بیماران مبتلا به درد مزمن شکم علیرغم مراقبت‌های پزشکی مکرر درد حتی بیش از ۵ سال ادامه می‌یابد (۴). اگرچه درد شکمی تکرار شونده یک اختلال عملکردی محسوب می‌شود، اما کودکان مبتلا و خانواده‌های آن‌ها اضطراب و نگرانی قابل ملاحظه‌ای را تجربه می‌کنند که در فعالیت‌های روزمره کودک مداخله کرده و منجر به حضور مکرر در بخش‌های اورژانس کودکان یا کلینیک‌های گوارش کودکان می‌گردد (۵). این درد موجب پریشانی روان‌شناختی کودکان و اختلال در فعالیت‌های روزانه آن‌ها از جمله حضور در مدرسه می‌گردد. مادران این کودکان به دلیل تمایل به تشخیص، احساس ناکامی در برخورد با پزشکان، و احساس والد خوب نبودن به دنبال کمک‌های پزشکی هستند. این ترس‌ها و نگرانی‌ها توضیحی است بر این که چرا والدین چنین رفتارهای بدنی را تقویت می‌کنند (۲). مراجعات مکرر به پزشک، همراه با نگرانی و اضطراب و گاه احساس گناه والدین، استرس والدینی کودکان مبتلا به درد شکمی عملکردی را در اغلب موارد افزایش می‌دهد (۱).

استرس والدینی که میزان ادراک تنیدگی و فشار در نظام ارتباطی والد-کودک را بازتاب می‌دهد (۵)، یکی از عواملی است که با درد شکمی کودکان رابطه دارد. شرایط محدودکننده طولانی‌مدت، به ویژه برای کودکان، منجر به استرس فرد و خانواده‌اش می‌شود، به همین دلیل است که والدین فرزندان مبتلا به اختلالات متفاوت سطوح مختلف تنش را تجربه می‌کنند (۷). مطالعات متعدد نشان داده سطوح اضطراب و افسردگی در مادران کودکان مبتلا به درد شکمی مزمن بیشتر از مادرانی است که چنین کودکانی ندارند (۸). در مورد ارتباط استرس والدینی و سایر دردهای مزمن پژوهش‌هایی صورت گرفته و نتایج جالبی به دست آمده است. از جمله پالرمو تأثیرات مخرب درد مزمن را بر والدین بررسی کرده و پژوهش را به سمت تأثیرات گسترده اجتماعی، ارتباطی، عاطفی و مالی سوق داده است. معمولا در نمونه‌های بالینی جوانان مبتلا به درد مزمن، سطوح بالایی از استرس والدینی، علائم اضطراب و افسردگی و فشار اجتماعی توسط والدین گزارش شده است. مطالعات نشان داده است که مادران کودکان مبتلا به درد مزمن در مقایسه با مادران گروه کنترل، میزان بالای اضطراب، افسردگی و اختلالات شبه جسمی دارند. در نمونه‌های بالینی جوانان مبتلا به درد مزمن، معمولاً سطوح بالایی از استرس والدینی ، نشانه‌های اضطراب و افسردگی و فشاراجتماعی توسط والدین گزارش شده است (۹).

گابر و همکاران ادعا می‌کنند پاسخ‌های مضطربانه والدین نسبت به رفتار درد کودکان (به عنوان مثال، توجه به نشانه‌های درد به طور مکرر، اجازه برای اجتناب از فعالیت‌های منظم) رفتارهای بیمارگونه را در کودکان مبتلا به درد مکرر افزایش می‌دهد (۸). تاکنون مطالعات نشان داده‌اند که ارتباط بین پاسخ‌های حمایتی و دلسوزانه والدین و پیامدهای آن در کودکان (مانند نگرانی‌های هیجانی یا عاطفی) خطر سازگاری ضعیف را تعدیل می‌کند. تحقیقات محدودی درباره واکنش والدین نسبت به مراقبت از کودک مبتلا به درد مزمن نشان می‌دهد که استرس بالا، احساس ناامیدی و عدم توانایی کمک به طور موثر همراه با پریشانی روانی در والدین کودکان مبتلا به درد مزمن رایج است. توجه به این مهم که رفتارهای والدین نیز اغلب به افزایش یا کاهش رفتارهای سازگار کودک کمک می‌کند (۹) و بر

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-16]

سلامت روان آنان تأثیر می‌گذارد (۱۰)، بیش از پیش نحوه تعامل والدین با کودکان مبتلا به درد شکمی را برجسته می‌سازد.

پژوهشگران معتقدند استرس والدینی پیامدهای منفی بسیار زیادی دارد و علاوه بر این‌که کارکرد مطلوب خانواده را به خطر می‌اندازد، منجر به کاهش سلامت روان و بهزیستی والدین می‌شود. علاوه بر این، استرس والدینی بر کودک نیز تأثیرات منفی بسیاری بر جا می گذارد. در کنار مسائل فوق، عوامل گوناگونی چون روابط بین زن و شوهر، رابطه کودک با والدین، ویژگی‌های محیطی و ویژگی‌های کودک (مانند وجود نقص یا اختلال در کودک) در استرس والدین نقش تعیین کننده دارند (۶). با توجه به مطالب فوق درد شکمی کودکان می‌تواند هم تحت تأثیر استرس والدینی قرار گیرد و هم از آن تاثیر بپذیرد . به واسطه تنیدگی عوامل جسمی و روانی در بروز و تداوم درد شکمی عملکردی همراه با استرسی که این اختلال سایکوسوماتیک برای والدین این کودکان فراهم می کند، تاکنون تلاش‌های زیادی برای شناسایی و معرفی درمان‌های اثربخش مختلف قابل کاربرد بر روی کودکان و والدین آن‌ها بالاخص مادران انجام شده است.

از جمله شواهد حاصل از مطالعات گذشته نشان می‌دهد که از زمره درمانهایی که می‌توان برای کنترل درد استفاده نمود بازی درمانی است. بازی، به این دلیل که کودکان طی بازی به شکل طبیعی و انعطاف پذیر ابراز وجود می کنند، پایه‌ای برای بازی درمانی به عنوان یک روش درمان است (۱۱). در بازی درمانی مهم است که فرایند مشاوره بر اهداف توافق شده بین مراجع و مشاور متمرکز باشد. یک عامل موفقیت مهم در تصمیمات درمان، مشارکت فرزند و والدین یا قیم کودک در فرایند بازی درمان است. بازی درمانی می‌تواند به صورت فردی و گروهی انجام شود. بازی درمانی گروهی پیوند طبیعی دو درمان مؤثر متکی بر فرایند روان‌شناختی و اجتماعی است که در آن کودکان از طریق ارتباط با یکدیگر در اتاق بازی چیزهایی را در مورد خودشان یاد می‌گیرند. بازی درمانی گروهی برای درمانگر فرصتی را فراهم می‌کند تا به کودکان کمک کند که چگونه تعارضات را حل نمایند (۱۲). رویکردهای مختلفی برای بازی درمانی وجود دارد که با توجه به زمینه ای که مداخله در آن صورت می‌گیرد، دیدگاه نظری درمانگران و همچنین نیازهای کودکان انتخاب می‌گردد. یکی از این رویکردها ، بازی درمانی شناختی-رفتاری است که مداخلات رفتاری و شناختی را در الگوی بازی درمانی ادغام می‌کند. در این روش بازی درمانی، افکار متناقض مرتبط با مشکلات شناختی و رفتاری در کودکان شناسایی و با افکار و رفتارهای سازگارتر جایگزین می‌گردد (۱۳). مطالعات متعدد نشان داده‌اند درمان شناختی-رفتاری موجب کاهش استرس والدینی کودکان مبتلا به بیماری مزمن (۱۴، ۱۵، ۱۶) و موجب بهبود اضطراب کودکان می‌گردد (۱۷). همچنین یافته‌های به دست آمده از مطالعات فراتحلیل نشان داده که مداخلات روان‌شناختی از جمله درمان شناختی رفتاری علائم کودکان مبتلا به بیماری مزمن از جمله درد آنان را بهبود بخشیده و موجب بهبود سلامت روان والدین و تغییر رفتارشان شده است (۱۸). از طرفی ایجاد تاب آوری به عنوان یک دیدگاه به نسبت جدید در بهبود سلامتی موضوعی ارزشمند است. تاب‌آوری یک عامل محافظتی است که به عنوان نوعی واکسیناسیون عمل می‌کند. افراد تاب‌آور از راهبردهای مقابله‌ای مؤثر برای مقابله با مسائل مربوط به زندگی استفاده می‌کنند و مشکلات را به عنوان فرصتی برای یادگیری و رشد در نظر می‌گیرند (۱۹). در طی ۱۵ سال گذشته ، تحقیقاتی در مورد شناسایی نقاط قوت و فرآیندهای محافظتی که موجب ارتقاء تاب‌آوری مربوط به شرایط سلامتی کودکان می‌شود ، در حال انجام است (۲۰). از برنامه‌های تاب‌آوری می‌توان به عنوان مداخلات پیشگیری و کنترل استرس نیز استفاده نمود (۲۱). بر اساس یافته‌های به دست آمده از تحقیقات مختلف برنامه‌های ارتقاء تاب‌آوری موجب افزایش تاب‌آوری و کاهش سطح استرس و اضطراب والدین می‌گردد (۱۹، ۲۲-۲۵). از طرفی با توجه به یافته‌های پژوهشی ارائه شده به نظر می‌رسد مداخلات روان‌شناختی بر کاهش استرس والدینی کودکان مبتلا به درد شکمی عملکردی در جامعه ایرانی هم مفید باشد. از آنجا که بر اساس جستجوهای مکرر در مورد استرس والدینی کودکان مبتلا به درد شکمی در ایران

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-16]

تاکنون کمتر مطالعه انجام شده و به واسطه این شکاف در پیشینه دانشی و پژوهشی، هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی بازی‌درمانی مبتنی بر تاب‌آوری و بازی درمانی شناختی-رفتاری بر استرس والدینی کودکان مبتلا به درد شکمی عملکردی بود.

روش کار

روش پژوهش نیمه‌آزمایشی و طرح پژوهش سه گروهی شامل یک گروه بازی درمانی مبتنی بر تاب‌آوری، گروه بازی درمانی شناختی رفتاری و یک گروه کنترل با سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری بود. جامعه آماری پژوهش حاضر، کلیه کودکان ۵ تا ۱۰ سال به همراه مادرانشان را در بر می‌گرفت که مبتلا به درد شکمی عملکردی بودند و به کلینیک تخصصی بیمارستان امین حوزه گوارش کودکان در شهر اصفهان مراجعه نمودند. از بین این کودکان ۲۴ نفر به شیوه نمونه‌گیری هدفمند برحسب معیارهای ورود و خروج انتخاب و به‌طور تصادفی (به شیوه قرعه کشی، از طریق اختصاص کد شناسایی عددی برای اسامی هر یک از آن‌ها به گروه‌های آزمایش و کنترل) در سه گروه ۸ نفری گمارده شدند. اگر چه در مطالعات آزمایشی و نیمه آزمایشی گروه‌های نمونه ۱۵ 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 نزدیک به یکسال پژوهشگران در پژوهش حاضر به این تعداد منتهی گردید. برای اطمینان از کفایت حجم نمونه، بر اساس نظرات دو متخصص روش شناس، تصمیم بر این گردید تا بر روی تعداد ۸ نفر برای گروه‌های نمونه پژوهش تحلیل آماری انجام شود و در صورتی که توان آماری به ۰/۸ 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 ۰/۸ بود، لاجرم به ادامه پژوهش اقدام گردد. با توجه به نتایج ارائه شده با ۸ نفر نمونه برای هر یک از سه گروه پژوهش، با دست یافتن به توان آماری ۰/۸ و بالاتر به این حجم نمونه اکتفا شد.

معیارهای ورود به مطالعه عبارت بودند از: تشخیص ابتلا به درد شکمی عملکردی طبق نظر متخصص گوارش، مصاحبه با کودک و مادر، رضایت از شرکت در پژوهش و دامنه سنی ۵ تا ۱۰ سال و معیارهای خروج عبارت بودند از ابتلا به اختلالات روانپزشکی مانند اختلال دو قطبی و افسردگی شدید، ابتلا به علائم حاد جسمی که مانع حضور در جلسات درمانی شود، منصرف شدن از ادامه شرکت در پژوهش و غیبت بیش از سه جلسه بودند. رازداری کامل، داشتن آزادی کامل برای انصراف از پژوهش، اطلاع‌رسانی کامل در مورد پژوهش و کسب رضایت‌نامه کتبی و استفاده از داده‌ها فقط در جهت اهداف پژوهش نیز از جمله ملاحظات اخلاقی بودند که رعایت شدند. گروه کنترل نیز در پایان دوره اجرای پژوهش به شکل آزادانه و به صورت فشرده به انتخاب خود تحت یکی از دو نوع بازی درمانی قرار گرفتند. ابزار سنجش تنیدگی والدینی به عنوان متغیر وابسته به شرح زیر بود.

مقیاس تنیدگی والدینی بری و جونز توسط والدین تکمیل می‌شود و دارای ۱۸ گویه است. این پرسشنامه ارتباط والدین- کودک و همچنین احساس والدین از این ارتباط را توصیف می‌کند. پاسخگویی بر اساس مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت ۱= کاملامخالف، ۲= مخالف، ۳= نظری ندارم، ۴=موافق و ۵= کاملاموافق است. حداقل نمره در این مقیاس ۱۸و حداکثر ۹۰ است. هر چه نمره پاسخگو در این مقیاس بالاتر باشد نشانگر تنیدگی بیشتر و نمره کم نشان‌دهنده سطح پایین استرس می‌باشد. برای محاسبه نمره استرس والدین، سوالهای ۱، ۲، ۵، ۶، ۷، ۸، ۱۷ و ۱۸ باید به صورت معکوس نمره گذاری شوند: (۱ = ۵) (۲ = ۴) (۳ = ۳) (۴ = ۲) (۵ = ۱). سپس نمرات آیتم‌ها جمع می‌شوند.آلفای کرونباخ برای این مقیاس برابر ۰/۸۱ به دست آمده است و همبستگی آن نیز با شاخص استرس والدینی آبیدین برابر ۰/۸۴ محاسبه شده است (۲۶). در این پژوهش پایایی درونی بر اساس آلفای کرونباخ ۰/۸۳۳ محاسبه شد.

پس از اخذ مجوز از مدیریت کلینیک‌های ویژه دانشگاه علوم پزشکی استان اصفهان (به شماره ۹۷۰۴۱۴۵۶۱۲۸) و مراجعه به کلینیک تخصصی بیمارستان امین و انتخاب گروه نمونه، افراد به صورت گمارش تصادفی در سه گروه پژوهش قرار گرفتند، به

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-16]

دنبال آن در هر سه گروه با استفاده از پرسشنامه تنیدگی والدینی پیش آزمون اجرا شد، سپس بازی درمانی مبتنی بر تاب‌آوری طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای و بازی درمانی شناختی-رفتاری طی ۸ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای به صورت هفته‌ای دو جلسه اجرا گردید. گروه کنترل در این مدت درمانی دریافت ننمودند. پس از پایان جلسات درمان هر سه گروه در مرحله پس‌آزمون و یک ماه پس از اتمام درمان در مرحله پیگیری پرسشنامه تنیدگی والدینی را تکمیل نمودند. برای اولین بار در این پژوهش بازی درمانی مبتنی بر تاب‌آوری متناسب با نیازهای کودکان دارای درد شکمی و والدینشان بر مبنای متون علمی اعم از کتب و مقالات حوزه تاب آوری کودکان تدوین گردید (۲۷). ضریب کاپای کوهن به عنوان ضریب توافق شش داور، در مورد محتوا، زمان، ساختار و کفایت آموزشی برابر با ۰/۹۰۲ بود که مطلوب بودن بسته بازی درمانی مبتنی بر تاب آوری را برای کودکان مبتلا به درد شکمی عملکردی و والدینشان نشان می‌دهد. بازی درمانی مبتنی بر تاب‌آوری طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای و بازی درمانی شناختی-رفتاری (CBT) نیز طی ۸ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای اجرا گردید. این بسته درمانی در مطالعات مختلف قبلا آزموده و تایید شده است (۲۸). خلاصه محتوای جلسات بازی درمانی مبتنی بر تاب‌آوری و بازی درمانی شناختی-رفتاری در دو جدول ۱ و ۲ ارائه شده است.

در تحلیل آماری داده‌ها از نرم افزار SPSS 20، در سطح توصیفی از میانگین و انحراف‌معیار و در سطح استنباطی بعد 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 (ماچلی)، از تحلیل واریانس اندازه‌های تکرار شده همراه با آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد. سطح معناداری قابل قبول مورد استفاده در این پژوهش حداقل ۰/۰۵ و حداکثر ۰/۰۰۱ در نظر گرفته شد.

جدول ۱- خلاصه جلسات بازی درمانی شناختی-رفتاری (CBT)

جلسات	محتوای جلسات
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 نشانه های مربوط به آن (نظیر دخالت در فعالیت های 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 (به عنوان مثال، تصورکنند که یک بادکنک را در معده شان پر و خالی می‌کنند).
پنجم	آرامش عضلانی پیشرفته: به عنوان 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 می توانم 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 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. 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 به طور 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 درد استفاده کنند.

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-16]

جدول ۲- خلاصه جلسات بازی درمانی مبتنی بر تاب آوری (RBPT)

جلسات	محتوای جلسات
اول	ایجاد رابطه اعتمادآمیزدرمانگر با کودک و اعضاء 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 قصه‌گویی کودکان حدس زدند شخصیت‌های داستان چه احساسی را تجربه می‌کنند. سپس با نشان دادن صورتک های 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. انعکاس احساس و خودکنترلی به والدین آموزش داده شد.
سوم	آموزش حل مسئله: با استفاده از عروسک خیمه‌شب بازی نمایش (فرهاد بیمار) اجرا شد، سپس کودکان برای مشکل پیش آمده برای شخصیت نمایش راه‌حل‌های خود را بیان نمودند. مراحل حل مسئله برای والدین بیان شد.
چهارم	آموزش رفتار جرأت‌مندانه و افزایش عزت‌نفس: با استفاده از فرمول چهار جمله‌ای ۱. احساس من ۲. چه موقعیتی ۳. علت و چرایی ۴. پیشنهاد دادن، کودکان یا 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. همچنین بازی‌هایی مانند چشم در چشم، نقش بازی کردن و بازی بیست سوالی انجام شد. پاسخ‌هایی که منجر به افزایش عزت نفس می‌شود به والدین آموزش داده 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 حباب ساز. آموزش تکنیک‌های تن‌آرامی به والدین.
ششم	آموزش خوش‌بینی: ا استفاده از عینک خوش‌بینی و بدبینی 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. شیوه‌های پاسخ‌دهی به افکار به والدین آموزش داده شد.
هفتم	ارتباط با همسالان و مهارت‌های ارتباطی: با استفاده از ایفای نقش و نمایش عروسکی مهارت تمجید کردن و سهیم شدن را تمرین کردند. شیوه فرزندپروری مقتدرانه آموزش داده شد.
هشتم	مهارت دوست‌یابی: توسط 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 و سپس با استفاده از تکنیک‌های کاغذ / قلمی کودکان به ساخت پازل گروهی پرداخته و به رنگ‌آمیزی و تکمیل آن پرداختند. چگونگی تقویت مهارت‌های اجتماعی در کودکان به والدین آموزش داده شد.

یافته‌ها

جدول ۳، نشان دهنده مقایسه سن، تعداد خواهران و برادران، تحصیلات پدر و تحصیلات مادر در سه گروه پژوهش است. با توجه به نتایج ارائه شده در جدول ۳، نتایج آزمون کای اسکوور نشان داد بین سه گروه پژوهش از نظر سن، تعداد خواهران و برادران، تحصیلات پدر و تحصیلات مادر تفاوت معناداری وجود ندارد.

در جدول ۴، میانگین و انحراف معیار سه گروه پژوهش در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری ارائه شده است. مطابق با نتایج جدول ۴، در استرس والدینی، دو گروه بازی درمانی مبتنی بر تاب‌آوری و بازی درمانی شناختی-رفتاری در مراحل پس‌آزمون و پیگیری نسبت به مرحله پیش‌آزمون، و در مقایسه با گروه کنترل کاهش قابل توجه‌تری را نشان می‌دهند.

در جدول ۵، نتایج تحلیل واریانس اندازه‌های تکرار شده در مورد اثربخشی دو نوع بازی درمانی (بازی درمانی مبتنی بر تاب آوری و بازی درمانی شناختی-رفتاری) ارائه شده است. بر اساس نتایج جدول ۵، در استرس والدینی در عامل زمان، بین پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری ($F=۵/۵۰$، $df=۲$ و $p<۰/۰۱$) و در تعامل زمان با گروه (کنترل و دو گروه آزمایش) ($F=۴/۷۴$، $df=۴$ و $p<۰/۰۱$) تفاوت معناداری وجود دارد. به این معنی که بین پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در دو گروه آزمایش (دو درمان) و گروه کنترل تفاوت معنادار وجود دارد ($p<۰/۰۱$).

در جدول ۶، نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی، برای مقایسه دو به دو سه گروه پژوهش در متغیر استرس والدینی، برای تعیین تفاوت گروه‌ها با یکدیگر ارائه شده

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-16]

جدول ۳- مقایسه فراوانی گروه‌های پژوهش در متغیرهای جمعیت شناختی (n_1=۸، n_2=۸ و n_3=۸)

متغیر	گروه آموزش مبتنی بر تاب‌آوری	گروه شناختی-رفتاری	گروه کنترل	مقدار کای اسکوور	معناداری
	فراوانی (٪ فراوانی)	فراوانی (٪ فراوانی)	فراوانی (٪ فراوانی)		
سن					
تا ۷ سال	۳ (٪۳۷/۵)	۳ (٪۳۷/۵)	۴ (٪۵۰)	۰/۳۳	۰/۹۶
۸ تا ۱۰ سال	۵ (٪۶۲/۵)	۵ (٪۶۲/۵)	۴ (٪۵۰)		
تعداد خواهران و برادران*					
هیچ خواهر و برادر	۶ و ۴ (٪۷۵ و ٪۵۰)	۴ و ۴ (٪۵۰ و ٪۵)	۳ و ۶ (٪۳۷/۵ و ٪۷۵)	۲/۳۴۵ (۱/۰۶)	۰/۶۲ (۰/۹)
۱ خواهر یا برادر	۲ و ۴ (٪۲۵ و ٪۵۰)	۴ و ۴ (٪۵ و ٪۵)	۵ و ۲ (٪۶۲/۵ و ٪۲۵)		
تحصیلات پدر					
تا دیپلم	۶ (٪۷۵)	۵ (٪۶۲/۵)	۷ (٪۸۷/۵)	۱/۳۴	۰/۸۹
بالاتر از دیپلم	۲ (٪۲۵)	۳ (٪۳۷/۵)	۱ (۱۲/۵)		
تحصیلات مادر					
تا دیپلم	۷ (٪۸۷/۵)	۵ (٪۶۲/۵)	۷ (٪۸۷/۵)	۲/۵۲	۰/۶۹
بالاتر 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 و در ردیف 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 ردیف هیچ خواهر یا برادر و یک خواهر یا یک برادر مقادیر داخل پرانتز مربوط به هیچ برادر و یا یک برادر است.

است. بر اساس نتایج جدول ۶، در متغیر استرس والدینی، فقط بین بازی‌درمانی مبتنی بر تاب‌آوری با گروه کنترل تفاوت معناداری وجود دارد ($p<۰/۰۵$)، ولی بین بازی درمانی شناختی-رفتاری با گروه کنترل و بین دو درمان با یکدیگر تفاوت معناداری وجود ندارد ($p>۰/۰۵$).

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش بررسی و تعیین اثربخشی بازی‌درمانی مبتنی بر تاب‌آوری و بازی درمانی شناختی-رفتاری بر استرس والدینی کودکان مبتلا به درد شکمی عملکردی بود. نتایج به دست آمده نشان داد فقط بین بازی‌درمانی مبتنی بر تاب‌آوری با گروه کنترل تفاوت معناداری وجود دارد، ولی بین بازی درمانی شناختی- رفتاری با گروه کنترل و بین دو بازی درمانی با یکدیگر تفاوت معناداری وجود ندارد. جستجوهای اطلاعاتی انجام شده تا زمان گزارش مطالعه حاضر، نشان داد که تأثیر بازی‌درمانی مبتنی بر تاب‌آوری در مقایسه با درمان یا درمان‌های دیگر در هیچ پژوهشی مورد بررسی قرار نگرفته است. با این حال پژوهش‌های چندی تاکنون تأثیر مداخلات تاب‌آوری یا شناختی رفتاری را بر استرس در گروه‌های مختلف از جمله والدین مورد بررسی قرار داده‌اند. اثربخشی مداخلات تاب‌آوری بر کاهش استرس والدینی در تعدادی مطالعه در داخل و خارج از کشور تأیید شده است. در تطبیق یافته‌های پژوهش حاضر با یافته‌های پژوهشگران دیگر می‌توان گفت که نتایج حاصل از این پژوهش با یافته‌های پژوهش کبودی و همکاران (۱۹)، کاوه و کرامتی (۲۲)، ربیعی کناری و همکاران (۲۳)، حسینی قمی و سلیمی بجستانی (۲۴) علی‌رغم تفاوت در گروه نمونه، همسویی نشان می‌دهد. در جستجوهای انجام شده، پژوهشی که ناهمسو با نتایج پژوهش حاضر باشد در دسترس قرار نگرفت. به طور کلی نتایج حاصل از مطالعاتی که در آن‌ها از مداخلات تاب‌آوری استفاده گردیده حاکی از تأثیر این درمان‌ها بر استرس والدینی است. در تبیین نتایج پژوهش حاضر، می‌توان گفت یکی از اهداف بازی درمانی مبتنی بر تاب‌آوری آمادگی کودکان برای مقابله با استرس است. شرکت در جلسات گروهی باعث می‌شود کودکان یاد بگیرند هنگام بروز شرایط پراسترس از قبیل درد شکمی به طور مستقیم با

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-16]

جدول ٤- میانگین و انحراف معیار متغیر استرس والدین در سه گروه پژوهش در سه مرحله زمانی

مرحله زمانی	گروه کنترل		بازی درمانی مبتنی بر تاب‌آوری		بازی درمانی شناختی-رفتاری	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
پیش‌آزمون	۶۶/۸۷	۹/۱۱	۶۳	۶	۶۷/۸۷	۴/۳۶
پس‌آزمون	۶۹/۳۷	۶/۵۴	۵۸/۳۷	۳/۲۰	۵۹/۵	۴/۶۰
پیگیری	۶۹/۳۵	۶/۶۷	۵۵/۸۷	۳/۳۱	۶۲/۱۲	۵/۸۲

جدول ٥- نتایج تحلیل واریانس اندازه‌گیری تکرارشده (مکرر) جهت بررسی اثربخشی دو نوع بازی درمانی بر استرس والدین

منبع اثر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	ضریب F	معناداری	اندازه اثر	توان آزمون
زمان (در سه مرحله)	۱۹۶	۲	۹۸	۵/۵۰	۰/۰۰۸	۰/۲۱	۰/۸۲
گروه (در سه گروه)	۱۰۷۰/۳۳	۲	۵۳۵/۱۷	۸/۲۵	۰/۰۰۲	۰/۴۴	۰/۹۳
تعامل زمان×گروه	۳۳۸/۴۲	۴	۸۴/۶۰	۴/۷۴	۰/۰۰۳	۰/۳۱	۰/۹۳

جدول ٦- آزمون بونفرونی برای مقایسه دو به دو گروه‌های پژوهش در متغیر استرس والدینی

گروه مبنا	گروه مورد مقایسه	تفاوت میانگین‌ها	خطای استاندارد	معناداری
گروه کنترل	گروه بازی درمانی مبتنی بر تاب‌آوری	۹/۴۱	۲/۳۲	۰/۰۰۲
گروه کنترل	بازی درمانی شناختی-رفتاری	۵/۳۳	۲/۳۲	۰/۱
گروه بازی درمانی مبتنی بر تاب‌آوری	بازی درمانی شناختی-رفتاری	-۴/۰۸	۲/۳۲	۰/۲۸

مشکل مواجه شوند و از قدرت خود استفاده کنند. استفاده از مهارت‌های تاب‌آوری در موقعیت‌های پرفشار منجر به تمرکز بر روی مشکل شده و کودک تلاش می‌کند تا منبع استرس را شناسایی کند. شناسایی منبع استرس از یک سو و افزایش آگاهی و احساس کنترل بر عوامل استرس از سوی دیگر، به بهبود سلامت روان کودک کمک می‌کند بنابراین میزان شکایات و وابستگی وی به والد کمتر شده و به نوبه خود از میزان استرس و نگرانی والدین کم می‌شود. از طرفی، مشخص شده استرس والدین و شیوه‌های مقابله‌ای آن‌ها بر سلامت کودکان تأثیر می‌گذارد (۹)، بنابراین مداخلات درمانی در کودکان اثر دو جانبه هم بر والد و هم بر کودک دارد. تاب‌آوری عاملی محافظ است که مانند یک واکسن عمل می‌کند.

اثربخشی درمان شناختی رفتاری نیز در کاهش استرس والدینی در تعدادی مطالعه در داخل و خارج از کشور و در نمونه‌های مختلف تأیید شده است. در تطبیق یافته‌های پژوهش حاضر با یافته‌های پژوهشگران دیگر می‌توان گفت که نتایج حاصل از این پژوهش با یافته‌های پژوهش آنکلر و همکاران (۱۴)، ناظر و همکاران (۱۵)، ایزدی و همکاران (۱۶)، ین و همکاران (۱۷) و اکلستون و همکاران (۱۸)، به دلیل این که در مطالعه حاضر بازی درمانی شناختی-رفتاری بر کاهش استرس والدینی کودکان مبتلا به درد شکمی عملکردی موثر نبود، همسو نمی‌باشد. در مجموع نتایج حاصل از مطالعاتی که در آن‌ها از بازی درمانی شناختی رفتاری استفاده شده، حاکی از تأثیر این درمان‌ها بر استرس والدینی است. هر چند میانگین نمره استرس والدینی این گروه در مطالعه حاضر نیز در مرحله پس‌آزمون و پیگیری کاهش پیدا کرده است، ولی در مقایسه با گروه کنترل این تغییر معنی‌دار نیست. در تبیین نتایج این قسمت پژوهش می‌توان گفت، هر چند درمان شناختی رفتاری روشی فعال ومتمرکز بر آموزش روان‌شناختی، حل مسئله، اهداف عملی و دستیابی به انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و تغییرات رفتاری از طریق مداخلات شناختی است (۱۴) که موجب می‌شود با به کاربردن این راهبردها از میزان استرس افراد کاسته شود، ولیکن در پژوهش حاضر تأثیر معنی‌دار آن بر کاهش استرس

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-16]

والدینی کودکان مبتلا به درد شکمی تأیید نگردید. این امر می‌تواند به دلیل وجود نگرانی‌ها و دلواپسی‌های مرتبط با بیماری کودک باشد. برای این‌که والد اطمینان یابد که کودک مشکل جدی ندارد نیاز به گذشت مدت زمان بیشتری است تا در این مدت علائم خاموش شوند. از طرف دیگر ممکن است کودک و والد تکالیف و تمرینات را به صورت مکرر انجام نداده‌اند. از طرف دیگر کودکان احساسات خود را به صورت علائم جسمی نشان می‌دهند و برای بیان احساسات به صورت شفاهی نیاز به تمرین و ممارست بیشتری دارند. و از آن‌جا که این شیوه پاسخ‌دهی برای کودک به صورت عادت شده و احتمالاً از سوی والدین مورد توجه قرار گرفته برای تغییر عادت کودک و شیوه پاسخ‌دهی والدین نیاز به مدت زمان بیشتری هست. و بالاخره این که حجم نمونه کوچک نیز عامل مهم دیگری است که ممکن است زمینه را برای عدم اثربخشی بازی درمانش شناختی-رفتاری بر استرس والدینی فراهم نموده باشد.

بر اساس نتایج حاصل از مطالعه حاضر، بازی درمانی مبتنی بر تاب‌آوری موجب کاهش استرس والدینی کودکان مبتلا به درد شکمی عملکردی گردید. بنابراین پیشنهاد می شود تا این نوع بازی درمانی علاوه بر آموزش به مادران دارای درد شکمی عملکردی برای استفاده موثر در منزل، این درمان برای کاهش استرس والدینی کودکان مبتلا به درد شکمی در مراکز درمانی توسط روان شناسانی که دوره آموزشی این نوع بازی درمانی را پشت سر گذاشته اند مورد استفاده قرار گیرد. در پایان نیز لازم است به محدودیت‌های پژوهش، شامل محدود بودن گروه نمونه پژوهش به کودکان دارای درد شکمی عملکردی و استرس والدینی آن‌ها همراه با نمونه کوچک هشت نفر برای هر یک از گروه‌های سه گانه پژوهش که به‌دلیل طول زمان محدود پژوهش و عدم دسترسی به نمونه بزرگتر در مطالعه وجود داشته است، توجه لازم بشود. در راستای محدودیت‌های مورد اشاره پیشنهاد می‌شود که بسته بازی درمانی مبتنی بر تاب آوری با گروه‌های نمونه فراتر از کودکان دارای درد شکمی نیز مورد استفاده قرار گیرد تا میزان اثربخشی این بسته درمانی برای گروه‌های دیگر نیز مشخص شود. علاوه بر این پیشنهاد می‌شود تا در مطالعات بعدی با افزایش طول زمان پژوهش امکان بهره‌گیری از نمونه‌های بزرگتر برای گروه‌های آزمایش و کنترل فراهم شود.

تقدیر و تشکر

این پژوهش بخشی از رساله دکتری روان‌شناسی و دارای کد کارآزمایی بالینی از مرکز ثبت کارآزمایی بالینی برابر با IRCT20200131046320N1 و کد اخلاق از کمیته پژوهش تحقیقات علمی دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان) برابر با IR.IAU.KHUISF. REC.1397.012 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

1. Spee LA, Lisman-Van Leeuwen Y, Benninga MA, Bierma-Zeinstra SM, Berger MY. Prevalence, characteristics, and management of childhood functional abdominal pain in general practice. Scand J Prim Health Care. 2013;31(4):197-202.

2. van Tilburg MA, Chitkara DK, Palsson OS, Levy RL, Whitehead WE. Parental worries and beliefs about abdominal pain. J Pediatr Gastroenterol Nutr. 2009;48(3):311-317.

3. Hyams JS, Di Lorenzo C, Saps M, Shulman RJ, Staiano A, van Tilburg M. Functional disorders: children and adolescents. Gastroenterology. 2016; S0016-5085(16): 00181-5.

4. Korterink JJ, Diederen K, Benninga MA, Tabbers MM. Epidemiology of Pediatric Functional Abdominal Pain Disorders: A Meta-Analysis. PLoS One. 2015; 10(5): e0126982.

5. Brusaferro A, Farinelli E, Zenzeri L, Cozzali R, Esposito S. The Management of Paediatric Functional Abdominal Pain Disorders: Latest Evidence. Paediatr Drugs. 2018; 20(3):235-247.

6. Noor Abadi, Z., Hassan Zadeh, S., Lavasani, M., Farzadmehr, M. The Effectiveness of Training Coping Skills Program on Parental Stress of Mothers with Deaf Child (1-3 ys) in Gorgan Province. Exceptional Education. 2015; 6 (128):13-20. [Persian]

7. Feizi A, Najmi B, Salesi A, Chorami M, Hoveidafar R. Parenting stress among mothers of children with different physical, mental, and psychological problems. J Res Med Sci. 2014; 19(2):145-152.

8. Garber J, Zeman J, Walker LS. Recurrent abdominal pain in children: Psychiatric diagnoses

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-16]

and parental psychopathology. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry. 1990; 29(4), 648-56.

9. Palermo, TM, Eccleston C. Parents of children and adolescents with chronic. Pain. 2009; 146 (1-2): 15-17.

10. Anclair M, Hiltunen AJ. Cognitive behavioral therapy for stress-related problems: Two single-case studies of parents of children with disabilities. Clin Case Stud. 2014;13(6): 472-486.

11. Dougherty J, Ray D. Differential impact of play therapy on developmental levels of children. Intern J Play Ther. 2007; 16(1):2-19.

12. Pender RR, Webber J, Mascari JB. Using play to help children cope with chronic pain: A new role for counselors: Ideas and Research You Can Use. Vistas, 2015; 31: 1-13.

13. Ghodousi N, Sajedi F, Mirzaie H, Rezasoltani P. The effectiveness of cognitive-behavioral play therapy on externalizing behavior problems among street and working children. Iranian Rehabilitation Journal. 2017; 15(4):359-366. [Persian]

14. Anclair M, Lappalainen R, Muotka J, Hiltunen AJ. Cognitive behavioral therapy and mindfulness for stress and burnout: a waiting list controlled pilot study comparing treatments for parents of children with chronic conditions. Scand J Caring Sci. 2018; 32(1):389-396.

15. Nazer M, Riyahi N, Mokhtaree M. The effect of stress management training with cognitive behavioral style on stress and mental health of parents of children with intellectual disabilities. JREHAB. 2016; 17 (1): 32-41. [Persian]

16. Izadi-Mazidi M, Riahi F, Khajeddin N. Effect of cognitive behavior group therapy on parenting stress in mothers of children with autism. Iran J Psychiatry Behav Sci. 2015; ;9(3):e1900.

17. Yen FY, Chen YM, Cheng JW, Liu TL, Huang TY, Wang PW, Yang P, Chou WJ. Effects of cognitive-behavioral therapy on improving anxiety symptoms, behavioral problems and parenting stress in Taiwanese children with anxiety disorders and their mothers. Child Psychiatry HumDevelo. 2013; 45(3):338-347.

18. Eccleston CH, Palermo TM, Fisher E, Law, L. Psychological interventions for parents of children and adolescents with chronic illness. Cochrane Database Syst Rev. 2013; 8:CD009660.

19. Kaboudi M, Abbasi P, Heidarisharaf P, Dehghan F, Ziapou A. The effect of resilience training on the condition of style of coping and parental stress in mothers of children with leukemia. Int J Pediatr. 2018; 6(3): 7299-7310.

20. Hilliard ME, McQuaid EL, Nabors L, Hood KK. Resilience in youth and families living with pediatric health and developmental conditions: Introduction to the special Issue on resilience. J Pediatr Psychol. 2015; 40(9): 835-839.

21. Steinhardt M, Dolbier, CH. Evaluation of a resilience intervention to enhance coping strategies and protective factors and decrease symptomatology. J Am Coll Health. 2013; 56(4): 445-453.

22. Kaveh M, Keramati H. The impact of resilience fostering program on parenting stress, marital satisfaction and resiliency of children with learning disability. J Learn Disabil. 2017; 6(3): 69-91. [Persian]

23. Rabiee kenari F, Jadidian A, Solgi M. Effectiveness of resilience training on reduction of parental stress of autistic children's mothers. SJIMU. 2015; 23 (4):95-105. [Persian]

24. Hosseini Ghomi T., Salimi Bajestani, H. Effectiveness of resilience training on stress of mothers whose children, suffer from cancer in Imam Khomeini hospital of Tehran. Health Psychology, 2013;1(4). [Persian]

25. Loprinzi CE, Prasad K, Schroeder, DR, Sood A. Stress management and resilience training (SMART) program to decrease stress and enhance resilience among breast cancer survivors: A pilot randomized clinical trial. Clin Breast Cancer. 2011; 11(6):364-368.

26. Zoghipaidar M, Yaghobi A, Nabizadeh.safdar S. Predicting academic performance of students with attention deficit / hyperactivity disorder based on parenting stress and attitude. J Exceptional People. 2015;5(19):143-161. [Persian]

27. Nikneshan SH, 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;24:31-40. [Persian]

28. Chambers CT, Holly C, Eakins D. Cognitive-behavioral treatment of recurrent abdominal pain in children: A primer for paediatricians. J Paediatr Child Health. 2004; 9(10): 705-708.

[Downloaded from rjms.iums.ac.ir on 2026-11-16]