

The Effectiveness of Adlerian Play Therapy on Sleep Problems in Children With Cancer

*Nikouravesh M¹, Alizadeh H², Rezai S³, DastjerdiKazemi M³

Author Address

1. PhD Student of Psychology and Exceptional Children Education, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran;
2. Professor, Department of Psychology and Exceptional Children Education, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran;
3. Associate Professor, Department of Psychology and Exceptional Children Education, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran.

*Corresponding Author Email: Mina.nikouravesh@gmail.com

Received: 2022 December 17; Accepted: 2023 January 4

Abstract

Background & Objectives: Cancer has extensive effects on the mental health and well-being of children with cancer. One of the problems of children with cancer is sleep problems. Due to the high and persistent prevalence of sleep problems and their association with quality of life, effective intervention programs are very important for this special group of children. On the other hand, considering that helping childhood cancer survivors and children with cancer to maintain physical, mental, and social well-being is one of the most important responsibilities of health professionals and psychologists. It should be noted that the intervention was tailored to the condition of children with cancer. In Adlerian play therapy, the child is helped to express her point of view about herself, himself, others, and the world, and eventually replace self-defeating beliefs with self-enhancing beliefs. So, the purpose of this study was to evaluate the effectiveness of Adlerian play therapy in reducing sleep problems in children with cancer.

Methods: The method of this study was quasi-experimental with a pretest-posttest design with a control group. The statistical population consisted of all children with cancer in Yazd City, Iran in 2021. Using the convenience sampling method, 30 qualified volunteer children were selected as a sample based on the inclusion and exclusion criteria. They were randomly divided into experimental and control groups (n=15/group). The inclusion criteria for children included those aged 8–12 years, definitive diagnosis of cancer, at least treated with one course of chemotherapy, not being treated with psychotropic drugs, living with both parents, not having any disease other than cancer, not having neuropsychological problems such as mental retardation, hyperactivity, moderate socio-family status, hospitalized for at least one month. The exclusion criteria included reluctance to continue cooperation, not cooperating in completing the questionnaire at each stage, and more than two absences in training sessions. In the pretest and posttest stages, participants completed the Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI) (Buysse et al., 1989), which included subjective sleep quality, sleep latency, sleep duration, habitual sleep efficiency, sleep disturbances, use of sleeping medication, and daytime dysfunction. Designing a play therapy program with an Adlerian approach was a program that was designed and compiled by researchers using the existing background. The weekly sessions of the play therapy program included eighteen 45-minute for children. While the control group did not receive such an intervention. The data obtained from completing the questionnaires were analyzed at two levels of descriptive statistics (mean and standard deviation) and inferential statistics (Levene's test, Shapiro-Wilk test, Box's M test, analysis of covariance) using SPSS software version 21. The level of significance was set at 0.05.

Results: The results showed that after removing the pretest effect between the posttest scores of the experimental group and the control group in the overall score of sleep quality ($p < 0.001$) and its components, including sleep latency ($p = 0.040$), the sleep duration ($p = 0.028$), habitual sleep efficiency ($p = 0.008$), sleep disturbances ($p = 0.001$) and daytime dysfunction ($p = 0.010$) there was a significant difference. But the intervention program did not significantly affect the use of sleeping medication ($p = 0.190$).

Conclusion: According to the findings, Adlerian play therapy effectively reduces the sleep problems of children with cancer. So, use of the mentioned intervention program is recommended to experts in this field as a complementary treatment and other medical and psychological therapies for these children.

Keywords: Adlerian play therapy, Sleep problems, Children with cancer.

بررسی اثربخشی برنامه بازی درمانی آدلری بر مشکلات خواب کودکان مبتلا به سرطان

*مینا نیکوروش^۱، حمید علیزاده^۲، سعید رضایی^۳، مهدی دستجردی کاظمی^۳

توضیحات نویسندگان

۱. دانشجوی دکتری روانشناسی کودکان استثنائی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران؛
 ۲. استاد، گروه روانشناسی و آموزش کودکان استثنائی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران؛
 ۳. دانشیار، گروه روانشناسی و آموزش کودکان استثنائی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران.
 *رایانامه نویسنده مسئول: Mina.nikouravesh@gmail.com

تاریخ دریافت: ۲۶ آذر ۱۴۰۱؛ تاریخ پذیرش: ۱۴ دی ۱۴۰۱

چکیده

زمینه و هدف: در بازی درمانی مبتنی بر رویکرد آدلر به کودک کمک می‌شود تا دیدگاهش را راجع به خود و دیگران و جهان بیان کند و در نهایت نگرش‌های خود-شکن را با عقاید و باورهای خود-تقویت‌کننده جایگزین سازد. هدف پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی برنامه بازی درمانی آدلری بر مشکلات خواب کودکان مبتلا به سرطان بود.

روش بررسی: مطالعه حاضر به روش نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون همراه با گروه گواه انجام شد. جامعه آماری پژوهش را تمامی کودکان مبتلا به سرطان ستین ۱۲ تا ۸ سال در سال ۱۴۰۰ تشکیل دادند که به مدت شش ماه تا یک سال در مؤسسه خیریه حمایت از کودکان سرطانی محمد رسول‌الله یزد خدمات دریافت کردند. از این جامعه سی کودک داوطلب واجد شرایط به روش نمونه‌گیری در دسترس وارد مطالعه شدند و به صورت تصادفی در گروه آزمایش (پانزده نفر) و گروه گواه (پانزده نفر) قرار گرفتند. برنامه تدوین شده بازی درمانی آدلری به مدت هجده جلسه به عنوان برنامه مداخله برای گروه آزمایش اجرا شد؛ درحالی‌که گروه گواه چنین مداخله‌ای را دریافت نکرد. هر دو گروه با شاخص کیفیت خواب پیتزبورگ (یویس و همکاران، ۱۹۸۹) در پیش‌آزمون و پس‌آزمون ارزیابی شدند. تحلیل داده‌ها با استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس در سطح معناداری ۰/۰۵ از طریق نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۱ صورت گرفت.

یافته‌ها: نتایج نشان داد، پس از حذف اثر پیش‌آزمون، بین نمرات پس‌آزمون گروه آزمایش و گروه گواه در نمره کلی کیفیت خواب ($p < ۰/۰۰۱$) و حیطه‌های آن شامل تأخیر در به خواب رفتن ($p = ۰/۰۴۰$)، طول مدت خواب مفید ($p = ۰/۰۲۸$)، کفایت خواب ($p = ۰/۰۰۸$)، اختلال‌های خواب ($p = ۰/۰۰۱$) و عملکرد صبحگاهی ($p = ۰/۰۱۰$) بود تفاوت معنادار وجود داشت؛ اما برنامه مداخله تأثیر معناداری بر میزان مصرف داروی خواب‌آور نداشت ($p = ۰/۱۹۰$).

نتیجه‌گیری: براساس یافته‌های پژوهش، بازی درمانی آدلری بر کاهش مشکلات خواب کودکان مبتلا به سرطان تأثیر دارد؛ بنابراین استفاده از برنامه مداخله مذکور به متخصصان در این زمینه توصیه می‌شود.

کلیدواژه‌ها: بازی درمانی آدلری، مشکلات خواب، کودکان مبتلا به سرطان.

باوجود پیشرفت‌های چشمگیر در علم پزشکی، سرطان^۱ همچنان به‌عنوان یکی از بیماری‌های قرن حاضر و دومین علت مرگ‌ومیر در آمریکا و سومین علت مرگ‌ومیر در ایران بعد از بیماری‌های قلبی‌عروقی^۲ است (۱). گزارش مرکز آمار جهانی سرطان نشان می‌دهد، آمار ابتلا به سرطان به‌طور هشداردهنده‌ای رو به افزایش است؛ به‌نحوی که در سال ۲۰۱۲ حدود ۱۴/۱ میلیون نفر از بیماران جدید سرطان در سراسر دنیا تشخیص داده شدند و در سال ۲۰۳۰ تعداد مبتلایان به این بیماری با افزایش ۵۰ درصدی به سطح ۲۸ میلیون نفر بیمار جدید می‌رسد (۲). گرچه نزدیک به ۱۷۵ هزار بیمار سرطان در کودکان کمتر از پانزده سال تشخیص داده شده است، متأسفانه کمتر از ۴۰ درصد از سرطان‌ها در دوران کودکی تشخیص داده می‌شود یا درمان اولیه و زودرس می‌شوند (۳). شیوع سرطان دوران کودکی در شهر تهران به‌عنوان کلان‌شهر در یک میلیون کودک ۱۷۶ نفر گزارش شده است (۱).

در سه دهه اخیر با پیشرفت فناوری پزشکی و بهبود روش‌های شیمی‌درمانی و رادیوتراپی و موفقیت در پیوند مغز استخوان، میزان نجات‌یافتگان از سرطان دوران کودکی افزایش یافته است (۴). شیمی‌درمانی و پرتودرمانی تأثیرات فیزیکی مهلک و سمی چون تهوع، خستگی، خشکی دهان، ریزش مو و پس‌رفت رشد به‌همراه دارد. عوارض جانبی سرطان دوران کودکی و درمان آن، ابعاد جسمی، رفتاری، عاطفی، اجتماعی، بهزیستی روانی^۳ و به‌طورکلی کیفیت زندگی^۴ افراد، سلامت روانی و فیزیکی، فعالیت‌های زندگی روزانه، پویایی خانواده و ایفای نقش هریک از اعضای خانواده را تحت‌تأثیر قرار می‌دهد (۵،۶). باوجود پیشرفت‌های عمده در زمینه درمان سرطان دوران کودکی، همچنان پیش‌آگهی، امید به زندگی^۵ و کیفیت زندگی این کودکان نامشخص است (۷). سرطان تأثیرات گسترده‌ای بر سلامت روان و بهزیستی روان‌شناختی کودکان مبتلا به سرطان دارد (۸).

مجموعه مشکلات مطرح‌شده می‌تواند به ناهنجاری خواب منجر شود که خواب و چرخه خواب و بیداری را تحت‌تأثیر قرار می‌دهد (۹). آشفتگی در خواب^۶ بر کیفیت زندگی تأثیر می‌گذارد (۱۰) و کیفیت خواب آشفته پنج برابر احتمال افسردگی را بیشتر می‌کند (۱۱). اثرات مختلف ناشی از بستری‌شدن و عوارض درمان‌ها و مراقبت‌ها باعث مشکلات خواب یا تغییر در ریتم طبیعی بدن می‌شود و مشکلی شایع و مشترک در طول بستری‌شدن است (۱۲). نقص خواب در بیماران بستری سبب خستگی، سرکوب سیستم ایمنی، اضطراب، بی‌اشتهایی، از دست دادن قدرت عضلانی و کندی روند جسمی بیمار می‌شود (۱۳). باتوجه به مشکلات مطرح‌شده و اثرات روان‌شناختی بیماری بر این کودکان، استفاده از درمان‌های روان‌شناختی در کنار درمان‌های دارویی

ضروری به‌نظر می‌رسد. فرصت «بچه‌بودن» برای کودکان مبتلا به سرطان از بین می‌رود؛ همچنین آن‌ها بسیاری از فعالیت‌های مربوط به کودکی را به‌واسطه بستری در بیمارستان از دست می‌دهند (۱۴). بازی^۷ کارکردی متناسب با سن کودک است (۱۵). بازی ابزاری است که کودک به‌کمک آن خود را بیان می‌کند. بازی‌درمانی^۸ تکنیکی است که به‌وسیله آن طبیعت کودکان به‌صورت بیانی معنا می‌شود و روشی برای مقابله با استرس‌های هیجانی به‌شمار می‌رود (۱۶). بازی‌درمانی ابزار عینی و غیرکلامی در اختیار کودک قرار می‌دهد تا احساساتشان را ابراز کند و درباره افکار، احساسات، نگرش‌هایش، ارتباطاتش و رفتارهایش بینش به‌دست آورد (۱۷). همچنین در بازی‌درمانی آدلری^۹ به کودک کمک می‌شود تا دیدگاهش را راجع به خود و دیگران و جهان بیان کرده و در نهایت نگرش‌های خود-شکن^{۱۰} را با عقاید و باورهای خود-تقویت‌کننده^{۱۱} جایگزین کند (۱۸). بازی ابزار مناسبی برای کودکان است تا با نگرانی مربوط به تجربه آسیب‌زا در محیط بیمارستان کنار بیایند (۱۹).

تاکنون پژوهش‌هایی به‌منظور اثربخشی بازی‌درمانی بر مشکلات روان‌شناختی کودکان با بیماری‌های مزمن انجام شده است؛ برای مثال روسل و همکاران، از اصول بازی‌درمانی آدلری در محیط بیمارستان برای کودکان با بیماری مزمن استفاده کردند و نشان دادند که بازی‌درمانی آدلری روش مؤثری برای کودکان با بیماری مزمن (سرطان دوران کودکی، دیابت، پیوند کلیه) به‌منظور کنارآمدن با تجربه آسیب‌زای دوران کودکی است (۲۰). همچنین پژوهش تامپسون حاکی از آن بود که بازی به کودکان با بیماری مزمن کمک می‌کند تا عواطف راجع به واقعه استرس‌آور بیماری و تجربیات ناخوشایند درمان را بیان کنند (۲۱). یافته‌های پژوهشی لی و همکاران در همین راستا مؤید این موضوع بود که بازی با استفاده از واقعیت مجازی^{۱۲} موجب بهبود بهزیستی روان‌شناختی کودکان بیمارستانی می‌شود (۲۲). گراهام^{۱۳} نیز به این نکته اشاره کرد که بازی به کودکان بیمارستانی کمک می‌کند با اضطراب و ترس کنار بیایند و حس عادی‌بودن کنند (به‌نقل از ۲۳). مشکلات خواب می‌تواند منجر به بروز مشکلاتی در کنترل تکانه، اختلال در توانایی برای تصمیم‌گیری‌های درمانی، اطاعت ضعیف از درمان و تعامل اجتماعی ضعیف شود (۲۴). بستری‌شدن در محیط سرد و بی‌روح بیمارستان کودک را غمگین می‌کند و درمان‌های طولانی مدت و دردآور این بیماری بر شدت مشکلات روان‌شناختی می‌افزاید؛ به‌گونه‌ای که گزارش می‌شود ۸۰ درصد از بیماران هم‌زمان با وجود سرطان از یک اختلال روان‌پزشکی دیگر رنج می‌برند (۲۵). به‌موازات افزایش نجات‌یافتگان از این بیماری، تمرکز مداخلات و مطالعات روان‌شناسی بر کاهش مشکلات روان‌شناختی این جمعیت از موضوع بحث‌های دهه‌های اخیر شده است؛ بنابراین باتوجه به اهمیت

8. Play Therapy

9. Adlerian Play Therapy

10. Self-defeating beliefs

11. Self-enhancing beliefs

12. Virtual reality

13. Graham

1. Cancer

2. Cardiovascular diseases

3. Psychological well-being

4. Quality of life

5. Life expectancy

6. Sleep disorders

7. Play

مشکلات بیماری سرطان برای کودکان و شیوع گسترده بیماری مذکور و خلأ پژوهشی در این زمینه، هدف از انجام پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی بازی درمانی آدلری بر مشکلات خواب کودکان مبتلا به سرطان بود.

۲ روش بررسی

روش مطالعه حاضر از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون و پس آزمون همراه با گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش را تمامی کودکان مبتلا به سرطان شهر یزد در سال ۱۴۰۰ تشکیل دادند. با توجه به تعداد گروه‌ها ($u=2$)، سطح اطمینان ۹۵ درصد، توان آزمون ۸۰ درصد و اندازه اثر ۰/۴، تعداد نمونه معادل با دوازده نفر برای هر گروه به دست آمد (۲۶) که با در نظر گرفتن ۲۰ درصد احتمال ریزش، پانزده نفر برای هر گروه تعیین شد. از کودکان واجد شرایط، پانزده دختر و پانزده پسر مبتلا به سرطان سنین ۱۲ تا ۱۸ سال که به مدت شش ماه تا یک سال در مؤسسه خیریه حمایت از کودکان سرطانی محمد رسول الله یزد داوطلب مشارکت در پژوهش بودند، به صورت دردسترس وارد مطالعه شدند. سپس در گروه آزمایش (پانزده نفر) و گروه گواه (پانزده نفر) قرار گرفتند. معیارهای ورود کودکان به مطالعه، سن ۱۲ تا ۱۸ سال، قطعی بودن تشخیص سرطان، حداقل دریافت یک مرتبه درمان با مواد شیمی درمانی، درمان نشدن با داروهای روان گردان، زندگی کودک با هر دو والد، نداشتن بیماری دیگری غیر از سرطان، نداشتن مشکلات عصب روان شناختی مثل کم توانی ذهنی، بیش فعالی، وضعیت اجتماعی خانوادگی متوسط و بستری در بیمارستان به مدت حداقل یک ماه بود. معیارهای خروج کودکان از مطالعه، غیبت در برنامه‌های درمانی به مدت سه جلسه، تمایل نداشتن به همکاری توسط خود کودک یا والدین و پاسخ ندادن به شاخص کیفیت خواب پیتزبورگ^۱ (۲۷) در هریک از مراحل پیش آزمون و پس آزمون در نظر گرفته شد.

برنامه مداخله بازی درمانی آدلری در هیجده جلسه چهل دقیقه‌ای به مدت هشت ماه برای گروه آزمایش، هفته‌ای دو یا سه جلسه، طبق میل و توان آزمودنی‌ها از تاریخ ۳ تیر ۱۴۰۰ در مؤسسه خیریه محمد رسول الله یزد اجرا شد. گروه گواه در این مدت هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. در ادامه بعد از دریافت رضایت نامه کتبی از والدین کودکان مبتلا به سرطان و یک جلسه توجیهی، ضمن توضیح درباره بازی درمانی مبتنی بر رویکرد آدلر و هدف از اجرای پژوهش، از والدین کودکان خواسته شد تا شاخص کیفیت خواب را متناسب با وضعیت کودکان خود پر کنند و تحویل دهند. برای اجرای ملاحظات اخلاقی، این نکات در پژوهش حاضر رعایت شد: مراجعه کنندگان از آزادی کامل برای شرکت در پژوهش برخوردار بودند و به آن‌ها درباره اصول رازداری و محرمانه بودن اطلاعات اطمینان داده شد؛ به منظور اقناع گروه گواه برای شرکت پایدار در پژوهش، جلسات بازی درمانی آدلری، پس از اتمام پژوهش برای آن‌ها نیز برگزار شد؛ پس از توضیح هدف پژوهش برای افراد مراجعه کننده، رضایت نامه کتبی برای شرکت در دوره درمان از قیم قانونی آن‌ها دریافت شد و درباره محرمانه بودن اطلاعات به آن‌ها اطمینان داده شد که داده‌ها نزد پژوهشگر نگهداری می‌شود. برای

جمع‌آوری داده‌ها ابزار و جلسات درمانی زیر در پژوهش به کار رفت. - شاخص کیفیت خواب پیتزبورگ: این شاخص توسط بویس و همکاران در سال ۱۹۸۹ برای ارزیابی نگرش افراد راجع به کیفیت خواب و کمک به تشخیص افراد دارای خواب خوب یا بد، در مؤسسه پیتزبورگ طراحی شد (۲۷). این شاخص شامل نوزده سؤال در هفت حیطه کیفیت خواب، تأخیر در به خواب رفتن، طول مدت خواب مفید، کفایت خواب، اختلال‌های خواب، عملکرد صبحگاهی و میزان داروی خواب آور است. هر شاخص نمره‌ای از صفر (نبود مشکل) تا ۳ (مشکل بسیار جدی) می‌گیرد. نمرات بیشتر بیانگر کیفیت ضعیف خواب است. نمره کل بیشتر از ۵ نشان می‌دهد که آزمودنی، فردی دارای کیفیت خواب ضعیف است و مشکلات شدید حداقل در دو حیطه یا مشکلات متوسط در بیشتر از سه حیطه دارد و فرد نمره کلی دریافت می‌کند. این شاخص نگرش افراد را درباره کیفیت خواب خود در طی چهار هفته گذشته بررسی می‌کند. این شاخص بالغ بر هیجده ماه در جمعیت افراد با خواب کافی و افراد با کیفیت خواب ناکافی (افراد افسرده و افراد با اختلال خواب) ارزیابی شده است (۲۷). گزارش بویس و همکاران مشخص کرد، پایایی شاخص کیفیت خواب پیتزبورگ با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۳ درصد بود. همچنین به منظور فراهم آوردن شواهدی برای نشان دادن روایی شاخص کیفیت خواب پیتزبورگ، آن‌ها توانایی شاخص مذکور را برای تمایز افراد با خواب کافی، افراد افسرده و افراد با اختلال خواب گزارش کردند. این شاخص از حساسیت ۰/۸۹/۶ درصد و ویژگی ۰/۸۶/۵ درصد برخوردار بود (۲۷). ویژگی‌های روان سنجی شاخص کیفیت خواب پیتزبورگ در ایران نیز توسط فرهی مقدم و همکاران بررسی شد. نتایج مطالعه آن‌ها بر نمونه‌ای شامل ۱۲۵ نفر با اختلال روانی (اختلال اضطراب فراگیر، اختلال افسردگی عمده، اسکیزوفرنی، اختلال بی‌خوابی اولیه) و ۱۳۳ نفر بدون اختلال بود. آلفای کرونباخ شاخص برای جمعیت ایرانی ۰/۷۷ ($p<0/01$) به دست آمد و برای گروه با اختلال روانی ۰/۵۲ و برای گروه کنترل ۰/۷۸ بود. همچنین این محققان ضریب پایایی بازآزمایی نمره کل و همسانی درونی شاخص کیفیت خواب پیتزبورگ را به ترتیب ۰/۸۴ درصد و ۰/۸۵ درصد گزارش کردند. محققان نتیجه گرفتند که خصوصیات روان سنجی نسخه فارسی شده شاخص کیفیت خواب پیتزبورگ پذیرفتنی است (۲۸). در پژوهش حاضر از این ابزار برای ارزیابی مشکلات خواب کودکان مبتلا به سرطان استفاده شد.

- برنامه بازی درمانی با رویکرد آدلری: برنامه‌ای است که توسط پژوهشگران با استفاده از پیشینه موجود (۱۶، ۱۸، ۲۰، ۲۹، ۳۰)، در هیجده جلسه طراحی و تدوین شد. ابتدا طراحی جلسات درمانی صورت گرفت و با ویژگی‌های کودکان مبتلا به سرطان منطبق شد. سپس مؤلفه‌ها و محتوای جلسات توسط هشت نفر از متخصصان این حوزه تعدیل شد و در نهایت روایی محتوایی کیفی آن به تأیید رسید. پس از اطمینان از روایی محتوایی برنامه از دیدگاه متخصصان، در ساختاری کلی حاوی هیجده جلسه چهل دقیقه‌ای روی گروه آزمایش اجرا شد که خلاصه جلسات مداخله بازی درمانی آدلری در جدول ۱ آمده است. لازم به ذکر است، در انتهای هریک از جلسات درباره

^۱. Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI)

محتوای جلسه بازخورد از آن‌ها دریافت شد و تکالیف جلسه آینده دریافت بازخورد هفته، مرور آموزش‌های جلسه قبل و بررسی تکالیف مطابق با محتوای جلسه ارائه گردید. در ابتدای جلسات نیز زمانی برای در نظر گرفته شد.

جدول ۱. خلاصه جلسات مداخله بازی درمانی آدلری

جلسه	هدف جلسه	محتوای جلسه درمان
اول	ایجاد ارتباط	درمانگر خود را معرفی می‌کند، درباره جلسات و بازی‌ها به والدین و کودک توضیح می‌دهد و با مسئولان مؤسسه هماهنگ می‌شود تا در اجرای برنامه‌های حمایتی کودک با درمان روان‌شناختی تداخل ایجاد نشود. پرسش‌نامه پژوهش به صورت مصاحبه از والدین کودکان به شکل فردی پرسیده می‌شود.
دوم	حس همکاری و کار گروهی	درمانگر به کودک توضیح می‌دهد که هر دو در انتخاب وسایل بازی آزاد هستند و هر دو قدرت مساوی دارند. همچنین درباره محدودیت‌هایی مثل تمیزکردن اتاق بازی بعد از اتمام بازی و وضع مقررات به کودک توضیحاتی داده می‌شود.
سوم	ایجاد دلگرم‌سازی و شجاعت	درمانگر با بازی با عروسک، قصه‌گویی متقابل و تأکید بر علایق کودک، او را همان‌گونه که است بی‌قید و شرط می‌پذیرد و به کودک نشان می‌دهد که به دستاورد فعلی‌اش، به منظور پیشرفت کودک اهمیت می‌دهد.
چهارم	پیگردی احساس	درمانگر با بازی نقاشی درهم‌وبرهم، بازی با دارت، بازی بادکنک احساسی و بازی احساسات نامرئی به احساس غالب کودک پی می‌برد.
پنجم	توجه به پیام اصلی در ارتباطات کودک	درمانگر با استفاده از استعاره، ایفای نقش و بازی شکستن چوب یا تخم‌مرغ به پیام اصلی کودک پی می‌برد.
ششم	کشف سبک زندگی	درمانگر با نقاشی و بازی‌هایی مثل رنگ‌کردن میله‌های زندگی، مجسمه خانوادگی، شن‌بازی و موسیقی، راجع به سبک زندگی کودک (دیدگاه راجع به خود و دیگران و جهان) اطلاعات به دست می‌آورد.
هفتم	کشف فضای خانواده و مجموعه خانواده	درمانگر با مشاهده کودک، پرسش از تعاملات والدین، هنر و قصه‌گویی به عملکرد خانواده پی می‌برد.
هشتم	کشف اهداف رفتار اشتباه	درمانگر به چهار هدف اشتباه (قدرت، انتقام، توجه، احساس بی‌کفایتی) با استفاده از بازی عروسک خیمه‌شب‌بازی، بازی با عروسک و قصه‌گویی پی می‌برد.
نهم	تعمیق سی‌های مهم	بازی درمانگر نیازهای کودک شامل احساس تعلق، توانمندی، به حساب آمدن و دلگرمی را با شن‌بازی، مشاهده تعاملات، پرسش از کودک و بازی با عروسک عمیق‌تر می‌کند.
دهم	کشف اولویت‌های شخصیتی	درمانگر چهار اولویت شخصیتی کودک شامل احساس راحتی، کنترل، خوشایندی و برتری را کشف می‌کند.
یازدهم	کشف توانمندی‌ها و ضعف‌های کودک	درمانگر توانمندی‌ها و ضعف بازی مثل مجسمه درد و کتاب احساسات را کشف می‌کند.
دوازدهم	بررسی اعتقادات اشتباه و منطق شخصی کودک	بازی درمانگر از طریق مشاهده کودک با افراد دیگر باورهای اشتباه کودک را کشف می‌کند و به افکار و احساسات و هیجانات کودک پی می‌برد.
سیزدهم	کسب بینش	درمانگر با استفاده از تکنیک استعاره‌ای، قصه‌گویی، هنر، شن‌درمانی، کارتون و... درباره موضوع خاص راجع به کودک بینش به دست می‌آورد.
چهاردهم	اصلاح نگرش و یادگیری مهارت جدید	درمانگر با اطلاعاتی راجع به نقاط قوت و ضعف کودک، نیازهای اساسی کودک، رفتار خودشنک کودک و... با بازی‌هایی مثل دیوار خشم، دورریختن احساسات بد و پرکردن سطل زباله احساسات، سعی در تغییر و اصلاح نگرش کودک دارد.
پانزدهم	آموزش راهکار جدید	درمانگر دیدگاه کودک را راجع به خود و دیگران و جهان، جهت‌دهی جدید می‌دهد.
شانزدهم	تمرین مهارت‌های آموخته شده	کودک مهارت‌هایی را که در طی جلسه آموخته است، در موقعیت‌های مختلف تمرین می‌کند.
هفدهم	افزایش دلگرمی و شجاعت	درمانگر با بازی با عروسک، قصه‌گویی متقابل و تأکید بر علایق کودک، او را همان‌گونه که است بی‌قید و شرط می‌پذیرد و به کودک کمک می‌کند تا از گذشته عبرت بگیرد.
هیجدهم	اتمام جلسات درمانی	پرسش‌نامه پژوهش دوباره از والدین کودک گرفته می‌شود و به کودکان توضیح داده می‌شود که جلسات درمانی اتمام یافته است.

را پسران تشکیل دادند. همچنین در گروه گواه ۸ دختر (۵۳/۳۳ درصد) و ۷ پسر (۴۶/۶۶ درصد) شرکت داشتند. علاوه بر این، میانگین و انحراف معیار سن گروه آزمایش برابر با ۹/۳۹ با انحراف معیار ۱/۴۸ سال و گروه گواه برابر با ۹/۶۰ و انحراف معیار ۱/۰۵ سال بود. در ادامه یافته‌های توصیفی (میانگین و انحراف معیار) مربوط به متغیر مشکلات خواب ارائه شده است.

داده‌های حاصل از تکمیل پرسش‌نامه‌ها در دو سطح آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و آمار استنباطی (آزمون‌های لون، شاپیرو-ویلک، ام‌باکس، تحلیل کوواریانس) با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۱ در سطح معناداری ($\alpha=0/05$) تجزیه و تحلیل شدند.

۳ یافته‌ها

باتوجه به بررسی ویژگی‌های جمعیت‌شناختی گروه نمونه، ۷ نفر (۴۶/۶۶ درصد) از گروه آزمایش را دختران و ۸ نفر (۵۳/۳۳ درصد)

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار نمرات متغیرهای پژوهش در شاخص کیفیت خواب

متغیر	حیطه	گروه	پیش‌آزمون میانگین	پس‌آزمون میانگین	انحراف معیار
خواب	کیفیت خواب	آزمایش	۲/۶۶	۰/۴۸	۰/۴۸
		گواه	۱/۹۳	۰/۷۹	۰/۷۴
	تأخیر در به‌خواب رفتن	آزمایش	۱/۲۰	۰/۸۶	۰/۵۱
		گواه	۱/۱۳	۱/۱۲	۰/۹۹
	طول مدت خواب مفید	آزمایش	۲/۴۶	۰/۶۳	۰/۸۳
		گواه	۲/۰۰	۰/۸۴	۰/۷۰
	کفایت خواب	آزمایش	۱/۸۰	۰/۷۷	۰/۶۳
		گواه	۱/۴۰	۰/۷۳	۰/۸۹
	اختلال‌های خواب	آزمایش	۱/۴۰	۰/۵۶	۰/۵۱
		گواه	۱/۷۳	۰/۷۰	۰/۶۷
	عملکرد صبحگاهی	آزمایش	۱/۸۰	۰/۶۷	۰/۷۲
		گواه	۲/۰۰	۰/۸۴	۰/۷۹
	میزان داروی خواب‌آور	آزمایش	۱/۷۳	۰/۷۵	۰/۸۸
		گواه	۲/۳۳	۰/۸۱	۰/۸۳
	نمره کل	آزمایش	۱۳/۷۳	۲/۳۴	۱/۵۵
	گواه	۱۲/۵۳	۱/۸۰	۱۲/۲۶	۲/۵۲

نرمال بودن توزیع داده‌ها، همگنی شیب خط رگرسیون و همگنی واریانس‌ها بررسی شد و پس از اطمینان از برقراری این مفروضه‌ها ($p>0/05$)، آزمون تحلیل کوواریانس به‌منظور بررسی معناداری یا نبود معناداری در میانگین نمرات پس‌آزمون بین دو گروه به‌صورت جداگانه به‌کار رفت. علاوه بر این قبل از انجام آزمون تحلیل کوواریانس، برقراری پیش‌شرط فرض همسانی ماتریس‌های کوواریانس به‌وسیله آزمون ام‌باکس برای هر مقیاس بررسی شد که نتایج آن نیز حاکی از برقراری این پیش‌فرض بود ($p>0/05$).

طبق راهنمای شاخص کیفیت خواب پیتزبورگ، نمره بیشتر در هر حیطه یا در نمره کلی نشان‌دهنده کیفیت خواب نامناسب است؛ همان‌طور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود، براساس یافته‌های توصیفی در نمره کل کیفیت خواب و مؤلفه‌های آن، گروه آزمایش پس از دریافت برنامه مداخله، عملکرد بهتری درمقایسه با گروه گواه داشت؛ اما تفاوت چشمگیری بین عملکرد پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه کنترل مشاهده نشد. در ادامه نتایج آزمون تحلیل کوواریانس ارائه شده است. لازم به ذکر است، قبل از استفاده از این آزمون، مفروضه‌های آن شامل

جدول ۳. یافته‌های آزمون تحلیل کوواریانس بین گروهی پس از حذف اثر پیش‌آزمون به‌تفکیک خرده‌مقیاس‌های شاخص کیفیت خواب

حیطه	F	مقدار p	مجذور اتا	توان آزمون
کیفیت خواب	۱۴/۰۰	$<0/001$	۰/۴۰	۰/۹۴
تأخیر در به‌خواب رفتن	۴/۸۱	۰/۰۴۰	۰/۱۸	۰/۵۵
طول مدت خواب مفید	۵/۵۸	۰/۰۲۸	۰/۲۱	۰/۶۱
کفایت خواب	۸/۶۱	۰/۰۰۸	۰/۲۹	۰/۷۹
اختلال‌های خواب	۲۲/۳۵	۰/۰۰۱	۰/۵۱	۰/۹۹
میزان داروی خواب‌آور	۱/۸۳	۰/۱۹۰	۰/۰۸	۰/۲۵
عملکرد صبحگاهی	۸/۰۸	۰/۰۱۰	۰/۲۷	۰/۷۷
نمره کل	۱۸/۲۴	$<0/001$	۰/۳۴	۰/۷۶

همان‌طور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، نتایج آزمون تحلیل کوواریانس حاکی از اثربخشی برنامه مداخله بر نمره کل کیفیت خواب

($p < 0.001$) و حیطه‌های آن شامل تأخیر در به‌خواب رفتن ($p = 0.040$)، طول مدت خواب مفید ($p = 0.028$)، کفایت خواب ($p = 0.008$)، اختلال‌های خواب ($p = 0.001$) و عملکرد صبحگاهی ($p = 0.010$) بود. این یافته‌ها نشان می‌دهد، برنامه مداخله توانسته است تأثیر معناداری بر کیفیت خواب بگذارد و منجر به بهبود حیطه‌های مختلف خواب در کودکان مبتلا به سرطان شود؛ باوجوداین برنامه مداخله تأثیر معناداری بر میزان مصرف داروی خواب‌آور نداشت ($p = 0.190$)؛ به عبارتی یافته‌های آزمون تحلیل کوواریانس مشخص می‌کند که برنامه مداخله نتوانسته است میزان مصرف داروی خواب‌آور را در شرکت‌کنندگان کاهش دهد و این مؤلفه قبل و بعد از انجام مداخله تفاوت معناداری را نشان نداد.

۴ بحث

پژوهش حاضر با هدف تدوین برنامه بازی درمانی آدلری و ارزیابی اثربخشی آن بر مشکلات خواب کودکان مبتلا به سرطان انجام شد. نتایج پژوهش نشان داد، بازی درمانی آدلری بر بهبود متغیر کیفیت خواب و حیطه‌های آن شامل تأخیر در به‌خواب رفتن، طول مدت خواب مفید، کفایت خواب، اختلال‌های خواب و عملکرد صبحگاهی در گروه آزمایش تأثیر معنادار داشت؛ اما بر حیطه مصرف داروی خواب‌آور مؤثر نبود. همسو با یافته‌های این پژوهش، نیک‌نشان و همکاران دریافتند، بازی درمانی مبتنی بر تاب‌آوری و بازی درمانی مبتنی بر شناختی رفتاری بر کاهش اختلال خواب کودکان مبتلا به درد شکمی عملکردی مؤثر دارد (۳۱). همچنین فاوارا-اسکاگو و همکاران در مطالعه‌ای با بررسی هنردرمانی به عنوان حمایت از کودکان مبتلا به سرطان خون، نقش بازی درمانی را در تسهیل فرایند و روند درمانی همراه با بهبود در کیفیت خواب کودکان مبتلا به سرطان نشان دادند (۳۲).

در تبیین نتایج به‌دست‌آمده می‌توان به پژوهش ری و همکاران اشاره کرد. آن‌ها دریافتند، بازی جنبه انگیزشی دارد و پر از نشاط و هیجان مثبت است و می‌تواند عاملی باشد که کودک با قدرت بیشتری در جلسات درمانی شرکت کند (۱۵). در بازی درمانی آدلری، وسایل بازی به کودکان ارائه می‌شود که به آن‌ها امکان می‌دهد طیف وسیعی از احساسات را ابراز کنند؛ همچنین احساس کنترل و تسلط را تقویت می‌کند و فرصت‌هایی را برای تمرین رفتارهای پذیرفتنی اجتماعی در طول بازی فراهم می‌آورد (۳۱). بازی باتوجه به تناسبی که با دوران کودکی دارد، از طریق درگیر کردن کودکان در فعالیت‌های شادی‌بخش، به‌خوبی می‌تواند کمک کند تا کودکان شناخت بیشتری از بیماری خود به‌دست آورند و با آن سازگاری بیشتری پیدا کنند و با این بیماری به‌معنای دیگر، مقابله روان‌شناختی مؤثرتری انجام دهند (۱۶). بازی درمانگران آدلری معتقد هستند، بازی زبان کودک و اسباب‌بازی‌ها جهان کودک است؛ بنابراین با فراهم‌آوردن کلمات لازم، کودکان تجربیاتشان را بازی می‌کنند و در نهایت به کودک کمک می‌شود تا دیدگاهش را راجع به خود و دیگران و جهان بیان کند و نگرش‌های معیوب درباره خود و بیماری‌اش را با عقاید و باورهای تقویت‌کننده خود جایگزین سازد (۲۹).

بازی درمانی آدلری با تأکید بر اصول اساسی این نظریه مانند علاقه اجتماعی، سبک زندگی، تأکید بر خانواده و اهداف خیالی، زمینه‌ای را

برای کاهش اضطراب کودکان فراهم می‌آورد. درواقع این روش با همپاک کردن زمینه برون‌سازی و تخلیه هیجانی می‌تواند در کاهش اضطراب مؤثر باشد و در نهایت کاهش اضطراب موجب بهبود کیفیت خواب در کودکان مبتلا به سرطان می‌شود (۳۲). در همین راستا نتایج پژوهش برزگر و همکاران نشان داد، بازی درمانی آدلری می‌تواند اضطراب را در کودکان کاهش دهد (۳۳). از آنجاکه کودکان مبتلا به بیماری به علت وجود دردهای مکرر احساس عامل بودن و خودکارآمدی خود را از دست می‌دهند و در بسیاری مواقع به جای استفاده از شیوه حل مسئله، مشکلات خود را به‌طور دیگر ازجمله بی‌خوابی نشان می‌دهند، بازی درمانی آدلری با تمرکز بر نقاط قوت کودک و تمرین مهارت‌های لازم منجر به آمادگی بیشتر کودک برای مواجهه با ناسازگاری‌ها و حل مشکلات وی در روز شده و موجب می‌شود کودک راحت‌تر به حل برخی مشکلات خود بپردازد و به دنبال آن خواب راحت‌تری داشته باشد (۳۱).

بازی درمانی آدلری تکنیکی است که به وسیله آن طبیعت کودکان به‌صورت بیانی معنا می‌شود و روشی برای مقابله با استرس‌های هیجانی به‌شمار می‌رود (۱۸). بازی درمانی آدلری از طریق احساس امنیتی که برای کودک ایجاد می‌کند، باعث می‌شود کودک بدون پرده و آشکارا مشکلاتش را از طریق مفاهیم بازی درمانی بیان کند و در جهت تلاش برای رهایی آن باشد (۳۰). زمانی که کودکان در فرایند درمان‌های پزشکی بیماری‌شان درگیر بازی درمانی می‌شوند، این فرصت را پیدا می‌کنند تا از منظری فراتر از تهدید بیماری، درد و رنج وابسته به آن، شرایط و بیماری خود را در نظر بگیرند و می‌آموزند که باوجود همه مشکلات مربوط به بیماری سرطان و درمان آن می‌توانند همچنان از کودکی خود لذت ببرند (۲۴). باتوجه به ویژگی‌های بازی درمانی آدلری، کودکان مبتلا به سرطان شرکت‌کننده در پژوهش حاضر کاهش نشانه‌ها را در مشکلات خواب نشان دادند.

یافته دیگر پژوهش حاضر مشخص کرد، بازی درمانی آدلری بر حیطه داروی خواب‌آور در گروه آزمایش مؤثر نبود. در تبیین این یافته می‌توان گفت، بستری شدن در محیط سرد و بی‌روح بیمارستان عواقب طولانی مدت بر کیفیت خواب و بهزیستی روانی و کیفیت زندگی کودکان مبتلا به سرطان دارد (۱۳). بستری شدن در بیمارستان، بیداری‌های مکرر در طول شب و محیط ناآرام بیمارستان موجب آشفتگی در خواب می‌شود و حدود پنج برابر احتمال ابتلا به افسردگی را افزایش می‌دهد (۱۲). همچنین باتوجه به مصرف دارو و شیمی درمانی شدن کودکان نمونه پژوهش حاضر، بازی درمانی آدلری بر حیطه داروی خواب‌آور اثربخش نبود. شیمی درمانی و مصرف دارو اثرات چندجانبه بر نشانه‌های جسمانی و روان‌شناختی کودکان مبتلا به سرطان می‌گذارد و جزو عوامل مانع برای اثربخشی بازی درمانی آدلری بر کودکان مطالعه‌شده در پژوهش بود.

پژوهش حاضر مانند سایر پژوهش‌ها با محدودیت‌هایی همراه بود؛ از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به نوع نمونه‌گیری اشاره کرد. باتوجه به شرایط محدود، نمونه‌گیری از نوع دردسترس بود. همچنین کمبود تعداد مراجعه‌کنندگان به مؤسسه خیریه محمد رسول‌الله، کنترل‌نشدن مدت بیماری و شدت علائم و تک‌به‌تک اجرا کردن

۷ بیانیه‌ها

تأییدیه اخلاقی و رضایت‌نامه از شرکت‌کنندگان

مراجعه‌کنندگان از آزادی کامل برای شرکت در پژوهش برخوردار بودند و به آن‌ها درباره اصول رازداری و محرمانه‌بودن اطلاعات اطمینان داده شد؛ به‌منظور اقناع گروه گواه برای شرکت پایدار در پژوهش، جلسات بازی‌درمانی آدلری، پس از اتمام پژوهش برای آن‌ها نیز برگزار شد؛ پس از توضیح هدف پژوهش برای افراد مراجعه‌کننده، رضایت‌نامه کتبی برای شرکت در دوره درمان از قیم قانونی آن‌ها دریافت شد و درباره محرمانه‌بودن اطلاعات به آن‌ها اطمینان داده شد که داده‌ها نزد پژوهشگر نگهداری می‌شود.

رضایت برای انتشار

این امر غیرقابل اجرا است.

دسترسی به داده‌ها و مواد

داده‌های پشتیبان نتایج گزارش شده که در طول مطالعه تحلیل شدند، به‌صورت فایل ورودی داده در نزد نویسنده مسئول حفظ خواهد شد.

تضاد منافع

مقاله حاضر برگرفته از رساله دکتری نویسنده اول از دانشگاه علامه طباطبائی تهران است. همچنین مجوز اجرای این پژوهش بر گروه مطالعه‌شده توسط مدیر مؤسسه خیریه محمد رسول‌الله شهر یزد در تاریخ ۱ تیر ۱۴۰۰ صادر شد. نویسندگان اعلام می‌کنند هیچ‌گونه تضاد منافی ندارند.

منابع مالی

تأمین منابع مالی پژوهش به‌صورت شخصی بوده و توسط هیچ نهاد یا سازمانی تأمین نشده است.

مشارکت نویسندگان

مقاله حاضر برگرفته از رساله دکتری نویسنده اول است که در آن نویسنده دوم سمت استاد راهنما و نویسندگان سوم و چهارم سمت اساتید مشاور را بر عهده داشتند.

پژوهش روی افراد نمونه، محدودیت‌های دیگری بود که باعث می‌شود نتوان نتایج پژوهش را به‌راحتی تعمیم داد. درنهایت باتوجه به محدودیت‌های مطرح‌شده، پیشنهاد می‌شود در بیمارستان‌ها و مراکز درمانی پژوهش حاضر نیز انجام گیرد تا از نظر نوع نمونه‌گیری و حجم کم نمونه مشکلات کمتری وجود داشته باشد؛ به‌علاوه به بیمارستان‌ها اتاق مخصوص بازی اختصاص داده شود. همچنین برای تعمیم‌پذیری بیشتر نتایج پژوهش توصیه می‌شود، این پژوهش به‌صورت گروهی در کودکان مبتلا به بیماری‌های مزمن مانند کودکان مبتلا به سرطان انجام پذیرد.

به‌طورکلی نتایج نشان‌دهنده کاهش معنادار میانگین نمرات متغیر مشکلات خواب در گروه آزمایش درمقایسه با گروه گواه در پس‌آزمون بود. بر این اساس می‌توان نتیجه گرفت، بازی‌درمانی آدلری بر کاهش مشکلات خواب کودکان مبتلا به سرطان مؤثر است. نتایج پژوهش، ضرورت لزوم توجه به درمان‌های روان‌شناختی و اختصاص بخشی را در مراکز روان‌درمانی و بیمارستان‌ها برای کاهش مشکلات روان‌شناختی و افزایش بهزیستی و کیفیت زندگی کودکان بیمارستانی ازجمله کودکان مبتلا به سرطان نشان می‌دهد. به‌نظر می‌رسد، بازی‌درمانی آدلری به‌عنوان مداخله‌ای امیدوارکننده در کنار سایر درمان‌های دارویی و روان‌شناختی لازم است به این کودکان ارائه شود.

۵ نتیجه‌گیری

براساس یافته‌های پژوهش نتیجه گرفته می‌شود، بازی‌درمانی آدلری بر کاهش مشکلات خواب کودکان مبتلا به سرطان مؤثر است؛ بنابراین استفاده از روش درمانی مذکور به متخصصان در این زمینه توصیه می‌شود.

۶ تشکر و قدردانی

از افرادی که در انجام پژوهش همکاری کردند، به‌ویژه کودکان مبتلا به سرطان، خانواده‌های آن‌ها و پرسنل مؤسسه محمد رسول‌الله در یزد، تشکر و قدردانی می‌شود.

References

1. Khazaei S, Khazaei S, Mansori K, Ayubi E. Childhood cancer patterns in iran: challenges and future directions. Iran J Public Health. 2017;46(8):1145–6.
2. Siegel RL, Miller KD, Fedewa SA, Ahnen DJ, Meester RGS, Barzi A, et al. Colorectal cancer statistics, 2017: Colorectal cancer statistics, 2017. CA Cancer J Clin. 2017;67(3):177–93. <https://doi.org/10.3322/caac.21395>
3. Garcia M, Jemal A, Ward EM, Center MM, Hao Y, Siegel R, et al. Global cancer facts & figures 2007. Atlanta: American Cancer Society; 2011.
4. Miller KS. Factors associated with parents' understanding of their child's cancer prognosis [PhD dissertation]. The Ohio State University; 2010.
5. Loeffen EAH, Mulder RL, Font-Gonzalez A, Leroy PLJM, Dick BD, Taddio A, et al. Reducing pain and distress related to needle procedures in children with cancer: a clinical practice guideline. Eur J Cancer. 2020;131:53–67. <https://doi.org/10.1016/j.ejca.2020.02.039>
6. Cheung AT, Li WHC, Ho LLK, Ho KY, Chiu SY, Chan CFG, et al. Impact of brain tumor and its treatment on the physical and psychological well-being, and quality of life amongst pediatric brain tumor survivors. Eur J Oncol Nurs. 2019;41:104–9. <https://doi.org/10.1016/j.ejon.2019.06.003>
7. Gianinazzi ME, Essig S, Rueegg CS, von der Weid NX, Brazzola P, Kuehni CE, et al. Information provision and information needs in adult survivors of childhood cancer: information provision and needs. Pediatr Blood Cancer. 2014;61(2):312–8. <https://doi.org/10.1002/pbc.24762>
8. Gunn ME, Mört S, Arola M, Taskinen M, Riikonen P, Möttönen M, et al. Quality of life and late-effects among childhood brain tumor survivors: a mixed method analysis. Psycho-Oncology. 2016;25(6):677–83. <https://doi.org/10.1002/pon.3995>
9. Ancoli-Israel S, Moore PJ, Jones V. The relationship between fatigue and sleep in cancer patients: a review: Fatigue and sleep in cancer patients. Eur J Cancer Care (Engl). 2001;10(4):245–55. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2354.2001.00263.x>

10. Gordijn MS, van Litsenburg RR, Gemke RJ, Huisman J, Bierings MB, Hoogerbrugge PM, et al. Sleep, fatigue, depression, and quality of life in survivors of childhood acute lymphoblastic leukemia. *Pediatr Blood Cancer*. 2013;60(3):479–85. <https://doi.org/10.1002/pbc.24261>
11. Daniel L, Kazak AE, Li Y, Hobbie W, Ginsberg J, Butler E, et al. Relationship between sleep problems and psychological outcomes in adolescent and young adult cancer survivors and controls. *Support Care Cancer*. 2016;24(2):539–46. <https://doi.org/10.1007/s00520-015-2798-2>
12. Hinds PS, Hockenberry M, Rai SN, Zhang L, Razzouk BI, McCarthy K, et al. Nocturnal awakenings, sleep environment interruptions, and fatigue in hospitalized children with cancer. *Oncol Nurs Forum*. 2007;34(2):393–402. <https://doi.org/10.1188/07.onf.393-402>
13. Gedaly-Duff V, Lee KA, Nail LM, Nicholson HS, Johnson KP. Pain, sleep disturbance, and fatigue in children with leukemia and their parents: a pilot study. *Oncol Nurs Forum*. 2006;33(3):641–6. <https://doi.org/10.1188/06.onf.641-646>
14. Martiniuk A, Silva M, Amylon M, Barr R. Camp programs for children with cancer and their families: review of research progress over the past decade: camp programs for children with cancer. *Pediatr Blood Cancer*. 2014;61(5):778–87. <https://doi.org/10.1002/pbc.24912>
15. Ray DC, Blanco PJ, Sullivan JM, Holliman R. An exploratory study of child-centered play therapy with aggressive children. *International Journal of Play Therapy*. 2009;18(3):162–75. <http://dx.doi.org/10.1037/a0014742>
16. Landreth GL. *Play therapy: the art of the relationship*. Second edition. New York: Brunner-Routledge; 2012.
17. Gil E, Drewes A. *Cultural issues in play therapy*. Second edition. New York, NY: Guilford Press; 2021.
18. Kottman T, Meany-Walen KK. *Partners in play: an Adlerian approach to play therapy*. Third edition. Alexandria, VA: American Counseling Association; 2016.
19. Davidson B, Satchi NS, Venkatesan L. Effectiveness of play therapy upon anxiety among hospitalized children. *International Journal of Advance Research, Ideas and Innovations in Technology*. 2017;3(5):441–44.
20. Russell B, Oh S, Dillman Taylor D. Integration of Adlerian play therapy in pediatric hospitals. *J Child Adolesc Couns*. 2019;5(1):61–72. <https://doi.org/10.1080/23727810.2018.1556987>
21. Thompson RH. *The handbook of child life: a guide for pediatric psychosocial care*. Springfield, IL: Charles C Thomas Publisher, LTD; 2018.
22. Li HCW, Chung OKJ, Ho KYE, Chiu SY, Lopez V. A descriptive study of the psychosocial well-being and quality of life of childhood cancer survivors in Hong Kong. *Cancer Nurs*. 2012;35(6):447–55. <https://doi.org/10.1097/ncc.0b013e31823fcb53>
23. Oancea SC, Brinkman TM, Ness KK, Krull KR, Smith WA, Srivastava DK, et al. Emotional distress among adult survivors of childhood cancer. *J Cancer Surviv*. 2014;8(2):293–303. <https://doi.org/10.1007/s11764-013-0336-0>
24. Post P, Tillman KS. Cultural issues in play therapy. In: Crenshaw DA, Stewart AL; editors. *Play therapy: a comprehensive guide to theory and practice*. New York: The Guilford Press; 2015.
25. Buckley A, Savage E. Preoperative information needs of children undergoing tonsillectomy: preoperative information needs of children. *J Clin Nurs*. 2010;19(19–20):2879–87. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2010.03273.x>
26. Wilson Van Voorhis CR, Morgan BL. Understanding power and rules of thumb for determining sample sizes. *Tutor Quant Methods Psychol*. 2007;3(2):43–50. <http://dx.doi.org/10.20982/tqmp.03.2.p043>
27. Buysse DJ, Reynolds CF, Monk TH, Berman SR, Kupfer DJ. The Pittsburgh sleep quality index: a new instrument for psychiatric practice and research. *Psychiatry Res*. 1989;28(2):193–213. [https://doi.org/10.1016/0165-1781\(89\)90047-4](https://doi.org/10.1016/0165-1781(89)90047-4)
28. Farrahi Moghaddam J, Nakhæe N, Sheibani V, Garrusi B, Amirkafi A. Reliability and validity of the Persian version of the Pittsburgh Sleep Quality Index (PSQI-P). *Sleep Breath*. 2012;16(1):79–82. <https://doi.org/10.1007/s11325-010-0478-5>
29. Meany-Walen KK, Teeling S. Adlerian play therapy with students with externalizing behaviors and poor social skills. *International Journal of Play Therapy*. 2016;25(2):64–77. <https://doi.org/10.1037/pla0000022>
30. Meany-Walen KK, Bratton SC, Kottman T. Effects of Adlerian play therapy on reducing students' disruptive behaviors. *J Couns Dev*. 2014;92(1):47–56. <http://dx.doi.org/10.1002/j.1556-6676.2014.00129.x>
31. Nikneshan S, 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. *Iranian Journal of Rehabilitation in Nursing*. 2020;7(1):75–85. [Persian] <http://dx.doi.org/10.29252/ijrn.7.1.75>
32. Favara-Scacco C, Smirne G, Schilirò G, Di Cataldo A. Art therapy as support for children with leukemia during painful procedures: art therapy and painful procedures in Leukemia. *Med Pediatr Oncol*. 2001;36(4):474–80. <https://doi.org/10.1002/mpo.1112>
33. Barzegar E, Bostanipoor A, Fotoohabady K. Effectiveness of Adlerian play therapy on reduction of social anxiety and maladaptive perfectionism in children with stuttering. *Journal of Exceptional Children*. 2021;21(2):89–100. [Persian] <http://joec.ir/article-1-1405-en.html>