

February-March 2021, Volume 8, Issue 6

## Comparison of the Effectiveness of Drama, Therapy and Music Therapy on Sleep Disorders in Children with Grief

Leila Boron<sup>1</sup>, Farah Naderi<sup>2\*</sup>, Alireza Heydarei<sup>3</sup>, Saeed Bakhtiarpour<sup>4</sup>,  
Parvin Ehteshamzadeh<sup>5</sup>

1- PhD student, Department of Psychology, Khuzestan Science and Research Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran. /Department of Psychology, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran.

2- Professor, Department of Psychology, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran.

3- Associate Professor, Department of Psychology, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran.

4- Associate Professor, Department of Psychology, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran.

5- Department of Psychology, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran.

6- Associate Professor, Department of Psychology, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran.

**Corresponding author:** Farah Naderi, Professor, Department of Psychology, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran.

**Email:** nmafrah@yahoo.com

Received: 17 Oct 2020

Accepted: 25 Jan 2021

### Abstract

**Introduction:** Children experience grief differently than adults. Accordingly, the treatment of these children's problems should be appropriate to their condition. Accordingly, the aim of the present study was to compare the effectiveness of drama, therapy and music therapy on sleep disorders in children with grief.

**Methods:** The present study was a quasi-experimental design with pre-test and post-test with a control group. The statistical population of the study included all children with grief referred to psychological clinics in Ahvaz in a period of 4 months in 2017 to 93 people. According to the inclusion criteria, 45 boys and girls with symptoms of grief were selected and randomly assigned to the experimental groups of drama-therapy, experimental group of music-therapy and control group (15 children in each group). Research data were collected using the Sleep Disorder Scale (CSHQ). Data were analyzed using analysis of mono-variance using SPSS software version 21.

**Results:** The findings showed that both drama therapy (pre-test  $75 \pm 7/33$  & post-test  $56/53 \pm 5/37$ ) and music therapy (pre-test  $71/06 \pm 7/47$  & post-test  $64/33 \pm 6/46$ ) were effective in reducing sleep disorders in children with grief ( $p < 0.01$ ) and the difference between the effectiveness of drama therapy and music therapy in reducing sleep disorders in children with grief was different. There was significance in favor of demonstration therapy ( $p < 0.05$ ).

**Conclusions:** Respecting the therapist's creativity and not adhering to the stereotyped frameworks of treatment may be considered as the most important reasons for the effectiveness of drama therapy and music therapy. Therefore, it can be said that drama therapy and music therapy can be used as one of the treatment methods to help psychological problems of children with grief.

**Keywords:** Sleep disorder, Drama therapy and music therapy, Children with grief.

## مقایسه اثربخشی نمایش درمانی و موسیقی درمانی بر اختلال خواب کودکان مبتلا به سوگ

لیلا برون<sup>۱</sup>، فرح نادری<sup>۲\*</sup>، علیرضا حیدرئی<sup>۳</sup>، سعید بختیارپور<sup>۴</sup>، پروین احتشام زاده<sup>۵</sup>

۱- دانشجوی دکتری، گروه روان شناسی، پردیس علوم و تحقیقات خوزستان، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران. / گروه روان شناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران.

۲- استاذ، گروه روان شناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران.

۳- دانشیار، گروه روان شناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران.

۴- استادیار، گروه روان شناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران.

۵- دانشیار، گروه روان شناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران.

نویسنده مسئول: فرح نادری، استاذ، گروه روان شناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران.

ایمیل: nmafrah@yahoo.com

تاریخ دریافت: ۱۳۹۹/۷/۲۵ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۱۱/۵

### چکیده

**مقدمه:** کودکان در مقایسه با بزرگسالان به شکل متفاوتی سوگ را تجربه می کنند. بر این اساس درمان مشکلات این کودکان نیز باید مناسب با شرایط آنها باشد. بر این اساس هدف از پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی نمایش درمانی و موسیقی درمانی بر اختلال خواب کودکان مبتلا به سوگ بود.

**روش کار:** پژوهش حاضر از نوع نیمه آزمایشی همراه با پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش، شامل همه کودکان مبتلا به سوگ مراجعه کننده به کلینیک های روان شناختی شهر اهواز در مقطع زمانی ۴ ماهه در سال ۱۳۹۶ به تعداد ۹۳ نفر بودند. بر اساس ملاک های ورود، تعداد ۴۵ کودک دختر و پسر دارای علایم سوگ انتخاب و به شیوه کاملاً تصادفی در گروه های آزمایشی نمایش درمانی، گروه آزمایشی موسیقی درمانی و گروه کنترل (هر گروه ۱۵ کودک) گماشته شدند. ابزار پژوهش با مقیاس اختلال خواب (اوونز و همکاران، ۲۰۰۰) (CSHQ) بود. داده ها با استفاده از آزمون آماری تحلیل کوواریانس تک متغیری با استفاده از نرم افزار Spss-21 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

**یافته ها:** یافته های پژوهش نشان داد که هر دو درمان نمایش درمانی (پیش آزمون  $7/33 \pm 7/33$  و پس آزمون  $5/37 \pm 5/56$ ) و موسیقی درمانی (پیش آزمون  $7/47 \pm 0/6$  و پس آزمون  $6/46 \pm 6/33$ ) بر کاهش اختلال خواب در کودکان مبتلا به سوگ اثربخش بودند ( $p < 0/01$ ) و بین اثربخشی نمایش درمانی و موسیقی درمانی بر کاهش اختلال خواب در کودکان مبتلا به سوگ، تفاوت معنی داری به نفع نمایش درمانی وجود داشت ( $p < 0/05$ ).

**نتیجه گیری:** ارج نهادن به خلاقیت های درمانجو و عدم پایبندی به چارچوب های کلیشه ای درمان را شاید بتوان مهمترین دلایل اثربخشی نمایش درمانی و موسیقی درمانی دانست. بنابراین می توان بیان نمود که نمایش درمانی و موسیقی درمانی می توانند به عنوان یکی از روش های درمانی کمک به مشکلات روان شناختی کودکان مبتلا به سوگ بکار گرفته شود.

**کلید واژه ها:** اختلال خواب، کودکان مبتلا به سوگ، موسیقی درمانی و نمایش درمانی.

### مقدمه

متفاوتی فقدان را تفسیر و سوگ را تجربه می کنند (۲). پیامد سوگواری برای کودکان زمانی ممکن است به شدت آسیبزا باشد، که از دست دادن، مربوط به یکی از والدین یا سایر چهره های دلبستگی باشد (۳). از جمله می توان به توقف و پس روی رشدی (۴)، اضطراب، رفتارهای تخریبی و

سوگ، به دنبال فقدان عزیزان رخ می دهد که در شرایط ناتوان کننده برای حدود ۷ تا ۱۰ درصد از بازماندگان داغ دیده رخ می دهد و طیفی از احساسات را از ماتم عمیق تا خشم، در بر می گیرد (۱). کودکان در مقایسه با بزرگسالان به شکل

پیدا کند و در صدد تغییر و اصلاح رفتاری خود برآید (۱۵). در نمایش درمانی تکرار و رو به روشن‌های مکرر بیمار یا (مراجع) با رفتار و اندیشه‌هایی که شاید برای اولین بار رنج‌آور و آزاردهنده ذهن و روان است باعث کم شدن حساسیت‌های فردی به آن اعمال و افکار می‌شود (۱۶). پژوهش‌ها حاکی از سودمندی نمایش درمانی در ارتباط با حیطه‌های مختلف بهداشت روانی از جمله سبک‌های دلبستگی (۱۷)، نشانگان درد (۱۸) و اضطراب اجتماعی (۱۹) است. نتایج پژوهشی که بر روی مادران دارای کودکان معلول حرکتی نشان داد که نمایش درمانی باعث بهبود کیفیت خواب این مادران شد (۲۰).

رویکرد دیگری که در جهت بهبود اختلال خواب در کودکان مبتلا به سوگ می‌تواند به کار می‌رود، موسیقی درمانی است. از موسیقی درمانی برای نگهداری و تقویت سلامت جسمی، روحی و عاطفی استفاده می‌شود (۲۱). موسیقی یکی از راهکارهای خودکار و پرکاربرد در تقویت خواب به شمار می‌آید (۲۲). مطالعات بالینی نشان می‌دهد موسیقی می‌تواند بر احساسات انسان و نتیجه درمان تأثیر مثبتی داشته باشد. بررسی‌های Evans نشان می‌دهد موسیقی، درجه استرس عملکرد روزانه را کاهش می‌دهد (۲۳). موسیقی می‌تواند خستگی مرتبط با بی‌خوابی را کاهش دهد و از درمان‌های غیر دارویی در تقویت خواب محسوب می‌شود (۲۴). یافته‌های پژوهشی اثربخشی موسیقی درمانی در افزایش کیفیت خواب کودکان دارای بیماریهای مزمن (۲۵) بهبود خواب کودکان بستری شده، (۲۶)، کاهش مشکلات خواب و غذا خوردن نوزادان (۲۱)، بر بهبود خواب (۲۷) را نشان می‌دهد.

در سطح حرفه‌ای و تخصصی یکی از ضرورت‌های مطالعاتی از نوع مطالعه حاضر در این است که با توجه به اهمیت مشکلات روحی ناشی از سوگ و اثرات بلند مدت آن روی این کودکان (۱۳)، بایستی درمان‌هایی آزموده و تأیید شده در اختیار درمانگران و روان‌شناسان قرار گیرند تا در زمان ضرورت برای این کودکان مورداستفاده قرار گیرد. همچنین با تشخیص به موقع و با مداخلات مناسب توسط درمان‌گران می‌توان به بهبود شرایط نامطلوب اختلال خواب در کودکان مبتلا به سوگ کمک قابل توجهی داشت. بنابراین ضرورت دارد روش‌های درمانی مختلف

پرخاشگرانه (۵)، و اضطراب جدایی (۶) اشاره کرد. این کودکان اغلب فاقد دلبستگی ایمن بوده و این الگو بر نحوه تعاملات اجتماعی در بزرگسالی نیز تأثیر می‌گذارد (۷). هر چند اکثر مطالعات مربوط به این اختلال بر روی بزرگسالان انجام شده ولی میزان بالایی از بروز آن در کودکان و نوجوانان به ثبت رسیده است (۸). از آنجا که مکانیسم‌های دفاعی در این کودکان هنوز برای رو به رو شدن با صدمات جسمانی و روانی کافی نیست، مواجهه با یک عامل استرس‌زا در آنها بیش از بزرگسالان، مشکلات سوگ را ایجاد می‌کند (۹). یکی از این مشکلات ممکن است اختلال خواب در این کودکان باشد.

اختلالات خواب در کودکان به معنای کاهش بیش از حد یا افزایش بیش از حد خواب متناسب با سن، انواع غیر طبیعی خواب، رفتارهای غیر طبیعی در خواب و یا بروز وقایع پاتوفیزیولوژیک طی خواب می‌باشد (۱۰). مشکلات خواب، اصلی‌ترین شکایت افراد مبتلا به اختلالات روانی است. در واقع اختلالات خواب یک علامت ثانویه است که نشانه اصلی اختلالات خلقی و اختلالات استرس پس از حادثه است (۱۱) و از طرفی نیز مشکلات خواب، عامل قابل توجه در تشدید اختلالات خلقی و استرس پس از حادثه می‌باشد (۱۲). برخی مطالعات نشان می‌دهند که مشکلات خواب در تشدید علایم سوگ در کودکان و طولانی نمودن غم و اندوه در این کودکان نقش قابل توجهی دارد (۱۳). کودکان مبتلا به سوگ مانند بزرگسالان قادر به ابراز اندوه خود نیستند؛ رفتارهای غیرعادی این کودکان در واکنش نسبت به سوگ، عدم درک بزرگسالان از وضعیت آنها و ساده انگاشتن آن، تأثیرات مخربی در زندگی این کودکان می‌تواند داشته باشد (۱۴). بهبود و یا کاهش مشکلات بوجود آمده در اثر سوگ در کودکان، با رویکردهای مختلف روان‌شناختی امکان‌پذیر است. یکی از این رویکردهای درمانی، نمایش درمانی است. روش نمایش درمانی به جهت ویژگی‌های سرگرم کننده آن برای کودکان از جذابیت خاصی برخوردار است در این روش درمانی به کمک شیوه‌های مختلف نمایشی و تکنیک‌های خاص روان‌شناسی در اجرای نمایش، به بیمار فرصت داده می‌شود تا در پشت نقاب نقش و بازیگری تعارضات و کشمکش‌های درونی خود را بازگو نماید و فرصت مواجهه و آشنایی با درون خویش را

ابزار مورد استفاده در این پژوهش عبارتند از: پرسشنامه اختلالات خواب (The Children's Sleep Habits Questionnaire) (CSHQ) بود. این پرسشنامه توسط Owens و همکاران در سال ۲۰۰۰ برای کودکان ۴ تا ۱۲ ساله طراحی شده است که توسط والدین یا سرپرستان کودک تکمیل می‌شود (۲۹). این پرسشنامه شامل ۴۵ ماده است که برای سنجش کیفیت و عادات خواب کودکان بکاربرده می‌شود. پرسشنامه در قالب طیف پنج درجه‌ای لیکرت نمره‌گذاری می‌شود. برخی از سوالات آن تنها ارزش تشخیصی و درمانی دارد و نه پژوهشی، بنابراین در نمره‌گذاری آن تنها ۳۳ مورد از سوالات منظور می‌گردد. هر ماده ارزشی بین ۱-۳ (از ندرتاً تا معمولاً) دارد و به استثنای ماده‌های (۲۶، ۱۱، ۱۰، ۳، ۲) که به طور معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. محدوده امتیاز بین ۳۳-۹۹ است. نمره کل از مجموع سوالات مذکور به دست می‌آید. نمره‌های بالاتر در پرسشنامه عادات خواب به معنای مشکلات خواب بیشتر است. سازندگان، برآورد همسانی درونی (ضریب آلفای کرونباخ) برای زیر مقیاس‌ها را برابر با ۰/۷۰ در یک نمونه (غیر بالینی) از کودکان سنین ۴ تا ۱۰ سال گزارش نمودند. برآورد اعتبار به روش باز آزمایی با فاصله دو هفته‌ای در محدوده ۰/۶۲ تا ۰/۷۹ قرار داشت (۲۹). در ایران، روایی ابزار در پژوهش شوقی، خنجری، فرمانی و حسینی به روش روایی محتوا ارزیابی شد و اعتبار آن به روش باز آزمایی با فاصله دو هفته در مورد ۱۰ کودک ۶-۱۱ ساله، ۰/۹۷ تعیین شد (۳۰). در پژوهش حاضر، برای تعیین پایایی پرسشنامه اختلالات خواب از روش آلفای کرونباخ استفاده شد که برای کل پرسشنامه برابر ۰/۸۵ به دست آمده است.

شرکت‌کنندگان گروه جلسات نمایش درمانی در ۱۵ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای بر گرفته از کتاب «رویکرد عملی به نمایش درمانی» Anderson & Grainger (۳۱) و در طی ۶ هفته اجرا (هفته‌ای دو بار) بر مبنای تأکید بر تعاملات اجتماعی، حرکت، آوا و بر اساس علایم سوگ در کودکان تنظیم شده بودند که به وسیله پژوهشگر (که خود در این زمینه آموزش‌های لازم را دریافت کرده بودند) اجرا شد. خلاصه ساختار جلسات درمانی در (جدول ۱) آمده است.

مورد مقایسه قرار گیرند تا اثربخش‌ترین و مناسب‌ترین روش مداخله شناسایی شود. در نتیجه هدف پژوهشی حاضر، مقایسه اثربخشی نمایش درمانی و موسیقی درمانی بر اختلال خواب در کودکان مبتلا به سوگ است. در راستای تحقق هدف پژوهش حاضر، این سؤال مطرح است که آیا بین اثربخشی نمایش درمانی و موسیقی درمانی بر اختلال خواب در کودکان مبتلا به سوگ تفاوتی وجود دارد؟.

## روش کار

پژوهش حاضر از نوع بنیادی-کاربردی و روش تحقیق از نوع نیمه‌آزمایشی همراه با پیش‌آزمون و پس‌آزمون، با گروه کنترل بود، که در آن از دو گروه آزمایشی مجزا (نمایش درمانی و موسیقی درمانی) و یک گروه کنترل استفاده شد. جامعه آماری پژوهش حاضر، شامل همه کودکان مبتلا به سوگ مراجعه کننده به کلینیک‌های روان شناختی شهر اهواز در مقطع زمانی ۴ ماهه در سال ۱۳۹۶ به تعداد ۹۳ نفر بودند. از این رو با توجه به توصیه منابع علمی انتخاب ۱۵ نفر تعداد نمونه برای هر گروه در مطالعات آزمایشی (۲۸)، از بین ۹۳ کودک مبتلا به سوگ مراجعه کننده به کلینیک‌های روان شناختی شهر اهواز، با استفاده از مصاحبه و بر اساس ملاک‌های ورود، تعداد ۴۵ کودک دختر و پسر دارای علایم سوگ انتخاب و به شیوه کاملاً تصادفی در گروه‌های آزمایشی نمایش درمانی (۱۵ کودک) و گروه کنترل (۱۵ کودک) گمارده شدند. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل از دست دادن یکی یا بیشتر از یکی از والدین یا چهره‌های دلبستگی (مانند مادر بزرگ یا پدر بزرگ) در یک سال گذشته، دارا بودن علایم سوگ بر اساس مصاحبه تشخیصی DSM-5، تمایل و رضایت کتبی برای شرکت در پژوهش توسط خود کودک و همراه، کسب نمره بالاتر از میانگین در پرسشنامه اختلالات خواب، سن بین ۹ تا ۱۲ سال، نداشتن بیماری خاص و بارز جسمی، ملاک‌های خروج از پژوهش نیز شرکت در سایر برنامه‌های درمانی و دریافت مشاوره فردی یا دارودرمانی، ابتلا به اختلالات حاد و مزمن روان‌شناختی و غیبت بیش از دو جلسه در جلسات آموزش و درمان بود.

جدول ۱. خلاصه محتوی جلسات نمایش درمانی

جلسه	هدف جلسه	شیوه اجرایی
۱	ریتم آگاهی	تنظیم "ریتم تنفسی" تمرینات تنفس دیافراگمی و کنترل تنفسی
۲	ریتم آگاهی	تنظیم ریتم حرکتی و هماهنگی حرکتی فردی و گروهی
۳	ریتم آگاهی	تنظیم ریتم بیانی و آوایی "هماهنگی آوایی فردی و گروهی"
۴	ریتم آگاهی	تمرین "ریتم تمرکزی" هماهنگی ریتم تمرکز بر عملکردها
۵	ریتم آگاهی	تمرینات "ریتم احساسی" هماهنگی احساسی در کلام و زبان بدن
۶	(ارتباط سازی، اعتماد سازی)	(بازی‌های تعاملی)
۷	(تقویت رابطه فرد با خود، با دیگران با محیط)	(طرح گفت و گوهای کوتاه بین فردی و فرد با خود)
۸	(ابراز وجود، جا یابی در گروه)	(ایجاد شرایط بازی محور برای ابراز وجود و به نوعی تقسیم کار گروهی)
۹	(بازی سازی و بازی گیری)	(انگیزه سازی با بازی‌های گروهی و بالا بردن قوه تحمل و توجه به حضور در جمع و اعتماد به خود و دیگران)
۱۰	(توجه به علائق و نیازهای بازی محور مراجع)	(طرح مسائل مختلف برای یافتن علاقه مراجعان در بازی‌های نمایشی و نقش‌گزارای‌های روانی، تذکر: باید دقت کرد براساس علاقه مراجعان تقسیم نقش شود)
۱۱	(توجه به اعمال و ایده‌های خلاقه مراجعان)	(با انگیزه دادن مراجعان خلاق را شناسایی کنید و بطوری غیر مستقیم رقابت سالمی در بازی‌ها ایجاد کنید تا افراد ضعیف تر هم انگیزه بروز خلاقیت)
۱۲	(الگو سازی و الگو گیری به مراجعان)	نمایش درمانگر به دقت در بازی‌ها ورود می‌کند و مبتنی بر مسائل مراجعان خلق موقعیت می‌شود و با حضور یاور نمایشی به عنوان عنصر پیش برنده و اصلاح کننده فرایند بازی سازی مسائل طرح و شیوه‌های مواجهه یا کنار آمدن تمرین می‌شود
۱۳	نمایشگری با توجه به داستان سازی‌ها و داستان گیری مشابه با مسائل مراجعان در روند بازی	نمایش درمانگر در پرداخت داستان بازی کمک می‌کند که داستان مراجع بدون واسطه طرح شود، در غیر این صورت شرایطی را برای بروز داستان نمایشی مهیا می‌نماید.
۱۴	مقابله و مواجهه با تنش‌ها در موقعیت‌های مشابه	درمانگران شرایطی مهیا می‌سازند که شباهت‌هایی با موقعیت‌های تنش‌زای مراجع دارد و در روند بازی راهکارهای پیشنهادی ارائه می‌کنند و همین عنصر باعث آگاهی و تبادل نظر و میانجیگری در موقعیت خواسته شده می‌گردد
۱۵	خود ارزیابی	ایجاد شرایط ارزیابی و نقد و نظر رویدادها، موقعیت‌ها و اتفاقات به شیوه گروهی

جلسات مداخله موسیقی درمانی در ۱۵ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای و به صورت هفته‌ای دو بار به مدت ۴ ماه و بر اساس برنامه تدوینی خانجانی و خاک نژاد (۳۲) مشتمل بر بازی‌های ریتمیک، حرکات ریتمیک، گوش کردن و آواز خواندن تهیه و جمع‌آوری شد و در آن از سبک آزاد موسیقی غیرفعال استفاده شده است.

جدول ۲. خلاصه محتوی جلسات موسیقی درمانی

جلسه	هدف	محتوا
۱	آمادگی و آشنایی با موسیقی - تلاش در مسیر کنار آمدن یا اعضا گروه با فضای جدید - ایجاد اعتماد متقابل بین مراجعان و درمانگران - تقویت "اعتماد به خود" خودشناسی اولیه در گروه - تمرکز بر "پذیرش دیگران"	با روش‌های خاص هماهنگی گروهی ایجاد می‌شود (مثال راه رفتن هماهنگ)، (حرکت هماهنگ بدنی و ریتمیک ساده) - به مدد موسیقی زنده، آوایی و با ضبط شده مراجعان با اصوات موسیقیایی، شنیداری آشنا می‌شوند.
۲	آشنایی با آناتومی بدن اندام‌های حرکتی دست، پا و ظرفیت‌های هماهنگی حرکتی بدنی؛ آشنایی با اندام‌های تنفسی و اهمیت شناخت درست اندام‌های آوایی، تارهای صوتی، لب، دهان، دندان و...	مراجع با هدایت درمانگر به باز آموزی اندام‌های حرکتی، پا، دست، سینه، شکم، گردن، سر و انگشتان و... عصب‌های حرکتی خود می‌پردازد؛ همچنین آموزش داده می‌شود که درست نفس بکشد تا در مراحل بعدی و موقعیت‌های تنش‌زا بیاموزند که چگونه به مدد ریتم آگاهی تنفسی و آرام سازی می‌توان بر تنش‌های بدنی خود غلبه کرد.
۳	ریتم آگاهی؛ ارتباط ریتمی؛ شناخت ریتم تنفسی	مراجع با تمرین‌های خاص موسیقایی حرکتی و ایستاده با ریتم درونی و بیرونی آشنا می‌شود؛ سعی در کاهش تنش‌های احتمالی می‌شود.
۴	ریتم آگاهی؛ شناخت ریتم حرکتی؛ آگاهی از هماهنگی اندامی در ریتم حرکتی به کمک موسیقی	به مدد درمانگر و یاوران موسیقایی حرکتی مراجعان در شرایط بروز داشته‌های حرکتی خود قرار می‌گیرند؛ تعاملات حرکتی در گروه

۵	ریتیم آگاهی؛ شناخت ریتیم آوایی؛ آگاهی از آواها و اندام‌های آواسازی	آشنایی با آواهای مختلف، جمعی و فردی، ترکیبی و انفرادی؛ آشنایی با اصوات زیر و بم کلامی و غیر کلامی
۶	شناخت ریتیم تمرکزی؛ آگاهی از جایگاه اندام‌های بدنی عصبی در ریتیم تمرکزی	رساندن گروه به هماهنگی ریتیمی تمرکزی بیرونی و درونی؛ تصویر سازی به مدد موسیقی بی‌کلام و با کلام؛ کلام آوایی
۷	شناخت ریتیم احساسی؛ آگاهی از جایگاه اندام‌های حسی چهره (میمیک) در ارتباط ریتیمی	به مدد درمانگر تلاش در هماهنگ کردن اعضا گروه در انتقال احساس‌ها می‌شود؛ تمرین روابط احساسی، رفتاری و ادراکی
۸	شناخت جایگاه ریتیم تنفسی، آوایی، احساس و تمرکزی در ریتیم ترکیبی	توجه به ریتیم ترکیبی و بیان مسئله؛ توجه به ریتیم ترکیبی و تصویر سازی ذهنی و بیرونی کردن آن
۹	موسیقی و مداخله روانی آوایی آواز خوانی؛ موسیقی "روان درمانی حرکتی"	طرح مسائل مختلف برای یافتن علاقه مراجعان در بازی‌های فیزیکی حرکتی موسیقایی
۱۰	شناخت ریتیم احساسی؛ آگاهی از جایگاه اندام‌های حسی چهره (میمیک) در ارتباط ریتیمی	به مدد حرکات ریتیمیک با انگیزه دادن به مراجعان خلاق، بطور غیرمستقیم رقابت سالمی در بازی‌های ریتیمیک ایجاد می‌کنیم؛ کمک به اینکه افراد ضعیف تر هم انگیزه بروز خلاقیت پیدا کنند.
۱۱	شناخت جایگاه ریتیم تنفسی، حرکت، آوایی، احساس و تمرکزی در ریتیم ترکیبی	هر کجا حرکات با رکود رو به رو شد درمانگر جریان‌سازی می‌کند تا اعمال ریتیمیک به درستی پیش برود؛ به کمک موسیقی و بازی داستان محور، مسئله‌گشایی‌ها صورت می‌گیرد.
۱۲	مداخله روانی؛ موسیقی آوایی بازی موسیقایی مسئله محور موسیقی، بیان مسائل حرکات فیزیکی	در روند حرکتی روانی به کمک درمانگر مددجو مسائل سوگوارانه و داستان‌های سوگ خود را تصویری کرد و با زبان بدن آنها را بیرونی کرد.
۱۳	موسیقی آوایی، کلام آوایی و مداخله روانی، موسیقی تصویرسازی ذهنی هم‌نواپی گروهی بازی مسائل به مدد حرکات فیزیکی، شبیه سازی مسائل	به کمک درمانگران داستانهای موسیقایی بر اساس اطلاعات پرونده بالینی مراجعان تنظیم شده و اجرا شد.
۱۴	مداخله روان آوایی و کلامی	ایجاد شرایط ارزیابی و نقد رویدادها و موقعیت‌ها
۱۵	ارزیابی و جمع بندی؛ ارزیابی ارتباطی؛ ریتیم آگاهی؛ رفع مسئله؛ آرام سازی ذهنی؛ ارزیابی لحظه مواجهه	ارزیابی رویدادها؛ نقاط ضعف و قوت پروژه اصلاح می‌شود؛ ایرادات و نقاط ضعف و قوت شناخته از نگاه مراجعان بررسی شد.

سطح توصیفی میانگین و انحراف معیار و در سطح استنباطی نیز از تحلیل کوواریانس و آزمون تعقیبی LSD با استفاده از نرم افزار SPSS\_22 تحلیل شد. همچنین سطح معناداری در این پژوهش ۰/۰۵ در نظر گرفته شده است.

### یافته‌ها

میانگین و انحراف استاندارد سنی گروه مداخله نمایش درمانی ۱۰/۲۸ ± ۲/۱۱، میانگین و انحراف استاندارد سنی گروه مداخله موسیقی درمانی به ترتیب ۹/۵۳ ± ۱/۸۹ و میانگین و انحراف استاندارد سنی گروه کنترل به ترتیب ۹/۱۲ ± ۱/۶۷ سال به دست آمد. داده‌های جمعیت شناختی بح طور کلی نشان داد ۳۱ درصد شرکت کنندگان در پایه هفتم و هشتم (گروه‌های سنی ۱۱ و ۱۲ سال)، ۲۹ درصد در پایه پنجم و ششم (گروه سنی ۹ و ۱۰ سال) و ۴۰ درصد باقی مانده در پایه‌های تحصیلی سوم و چهارم (گروه سنی ۸ سال) بودند. پیش از اجرای تحلیل‌های اصلی، بررسی متغیرهای سن و پایه تحصیلی نشان داد که بین این متغیر در سه گروه پژوهش تفاوت معناداری وجود ندارد

در پژوهش حاضر، پس از انتخاب نمونه و جایگزینی آنها در گروه‌های آزمایشی نمایش درمانی (۱۵ کودک)، گروه آزمایشی موسیقی درمانی (۱۵ کودک) و گروه کنترل (۱۵ کودک)، برای هر سه گروه پیش‌آزمون اجرا شد. سپس برای آزمودنی‌های گروه‌های آزمایشی جلسات نمایش درمانی توسط پژوهشگر و موسیقی درمانی با کمک یک نوازنده موسیقی، در محل مرکز مشاوره انجمن نمایش درمانی ایران در اهواز اجرا گردید و برای گروه کنترل مداخله‌ای انجام نگرفت. پس از انجام مداخلات، از گروه‌های آزمایشی و کنترل پس‌آزمون گرفته شد. گروه کنترل نیز در انتظار درمان باقیمانده و در نهایت به اختیار خود از مزایای یکی از درمان‌های فوق بهره‌مند شدند. علاوه بر آن به منظور رعایت اصول اخلاقی رعایت رازداری کامل برای همه شرکت کنندگان، داشتن آزادی و اختیار کامل جهت ترک پژوهش، اطلاع‌رسانی کامل در مورد پژوهش و کسب رضایتنامه کتبی از والدین یا همراهان، استفاده از داده‌ها فقط در راستای اهداف پژوهش و گرفتن کد اخلاق از کمیته پژوهش دانشگاه انجام شد. داده‌های پژوهش در

پژوهش در سطح پیش آزمون و پس آزمون نشان داده شده است.

در حالی که در مراحل پس آزمون نسبت به نمرات پیش آزمون کاهش یافته است در (جدول ۳)، مشخصات توصیفی (میانگین و انحراف استاندارد) متغیرهای

جدول ۳. میانگین و انحراف معیار متغیر وابسته در گروه‌های آزمایشی و کنترل در پیش آزمون و پس آزمون

متغیر وابسته	گروه	پیش آزمون	پس آزمون
اختلال خواب	نمایش درمانی	میانگین $\pm$ انحراف معیار ۷۵/۳۳ $\pm$ ۷/۳۳	میانگین $\pm$ انحراف معیار ۵۶/۵۳ $\pm$ ۵/۳۷
	موسیقی درمانی	میانگین $\pm$ انحراف معیار ۷۱/۰۶ $\pm$ ۷/۴۷	میانگین $\pm$ انحراف معیار ۶۴/۳۳ $\pm$ ۶/۴۶
	گروه کنترل	میانگین $\pm$ انحراف معیار ۷۳/۸ $\pm$ ۸/۸	میانگین $\pm$ انحراف معیار ۷۳/۴۶ $\pm$ ۶/۱۹

واریانس‌های دو گروه آزمایشی و گروه و کنترل) از آزمون لوین استفاده شد که ( $F=۰/۷۲۶$  و  $p=۰/۴۵۸$ ) به دست آمد. نتایج نشان داد مفروضه همگنی واریانس‌ها برقرار و استفاده از تحلیل کوواریانس مجاز است. همچنین، به منظور بررسی مفروضه همگنی شیب خط رگرسیون از آزمون تحلیل واریانس استفاده شد که ( $F=۲/۴۳۵$  و  $p=۰/۳۸۲$ ) به دست آمد. معنی دار نبودن این تعامل، نشان دهنده رعایت مفروضه همگنی شیب خط رگرسیون است. بنابراین فرض همگنی شیب خط رگرسیون برای متغیرهای پژوهش نیز برقرار است و می‌توان از آزمون تحلیل کوواریانس استفاده کرد. نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس در (جدول ۴) آمده است.

در (جدول ۳) میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش در گروه‌های آزمایشی و کنترل در پیش آزمون و پس آزمون را نشان می‌دهد. نتایج در مرحله پس آزمون به نسبت مرحله پیش آزمون نشان داد که اختلال خواب کودکان پس از ارائه درمان‌ها، کاهش یافته است. قبل از تحلیل داده‌های مربوط به فرضیه‌ها، برای اطمینان از این که داده‌های این پژوهش مفروضه‌های تحلیل کوواریانس را برآورد می‌کنند، به بررسی مفروضه‌های آن پرداخته شد. بدین منظور نرمال بودن داده‌ها، به واسطه عدم معنی دار بودن  $Z$  کولموگروف-اسمیرنوف نشان داد که متغیر اختلال خواب از توزیع پهنجار بودن تبعیت می‌کند ( $Z=۱/۲۵۳$ ؛  $P=۰/۳۲۸$ ). همچنین، برای بررسی مفروضه همگنی واریانس‌ها (جهت یکسان بودن

جدول ۴. نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیری روی نمره‌های پس آزمون اختلال خواب

متغیر وابسته	منبع	مجموع مجزورات	df	میانگین مجزورات	F	p	مجذور اتا	اندازه اثر
اختلال خواب	گروه	۲۴۳۵/۱۵۲	۲	۱۲۱۷/۵۷۶	۱۳/۵۸۶	۰/۰۰۰۱	۰/۳۹۹	۰/۹۹۷
	خطا	۹۴۲/۰۱۹	۲۸	۳۳/۶۴۲				

بر متغیر وابسته تأثیر معنی‌داری دارد. جهت پی بردن به اینکه کدام درمان مؤثر بوده و آیا بین درمان‌های مختلف تفاوت معنی‌دار وجود داشته است، از نتایج آزمون تعقیبی LSD استفاده شد که نتایج حاصل را در (جدول ۵) مشاهده می‌کنید.

همان‌طور که در (جدول ۴) مشاهده می‌گردد، نسبت  $F$  تحلیل کوواریانس تک متغیری برای متغیر وابسته نشان می‌دهند که در متغیر اختلال خواب بین گروه‌های «نمایش درمانی»، «موسیقی درمانی» و کنترل تفاوت معنی‌دار دیده می‌شود. بنابراین حداقل یکی از درمان‌ها

جدول ۵. نتایج آزمون تعقیبی LSD برای مقایسه تفاوت میانگین‌های اختلال خواب گروه‌های «نمایش درمانی»، «موسیقی درمانی» و کنترل در مرحله پس آزمون

متغیر	گروه‌های مورد مقایسه	تفاوت میانگین‌ها	خطای معیار	سطح معنی‌داری
اختلال خواب	نمایش درمانی - کنترل	۱۸/۰۲۱	۳/۴۶۳	۰/۰۰۰۱
	موسیقی درمانی - کنترل	۷/۹۷۵	۵/۴۰۲	۰/۰۰۰۱
	نمایش درمانی - موسیقی درمانی	۱۴/۴۵۶	۵/۳۸۱	۰/۰۰۰۱

نمایش درمانی به افراد این شانس را می‌دهد که به جای صحبت کردن در مورد مسائل‌شان، با به نمایش در آوردن، آنها را حل کنند. در واقع در نمایش درمانی، حوادث گذشته، ترس‌ها و آرزوهای آینده، به زمان حال منتقل شده و حل می‌شود (۱۹). صاحب نظران بر این عقیده‌اند که نمایش درمانی باعث خلق موقعیتهای یادگیری می‌شود و این امکان را فراهم می‌کند که فرد به بیش از تجارب شخصی خود بیندیشد و برای حل مسائل خود راههای خلاقانه ایجاد کند. در روش گروهی نمایش درمانی همانندسازی با رهبر گروه یا سایرین، تخلیه عاطفی، احساس همدردی و سبک شدن بیش از سایر درمان‌ها به چشم می‌خورد. گاه با رشد استعدادهای سرکوب شده و یادگیری نحوه رویارویی با مشکلات از طریق پتانسیل‌های موجود در فرد، مراجع توانست تغییرات چشم‌گیری در روابط خود با اعضای خانواده و دیگران ایجاد کند. در نتیجه آرامش و امنیت روانی ایجاد شده به کاهش اختلالات خواب در کودکان منجر شد.

یافته دیگر نشان داد، موسیقی درمانی بر کاهش اختلال خواب در کودکان مبتلا به سوگ مؤثر است. این یافته با نتایج پژوهش‌های (۲۳-۲۵) هماهنگ و همسو است. مطالعات بالینی نشان می‌دهد موسیقی می‌تواند بر احساسات انسان و نتیجه درمان تأثیر مثبتی داشته باشد. بررسی‌های Evans نشان می‌دهد موسیقی، درجه استرس عملکرد روزانه را کاهش می‌دهد و در نتیجه آن خواب بختری برای فرد به دنبال داشته باشد (۲۳). Shaw معتقد است موسیقی می‌تواند خستگی مرتبط با بی‌خوابی را کاهش دهد و از درمان‌های غیر دارویی در تقویت خواب محسوب می‌شود (۲۴). Naulia و همکاران نشان دادند که موسیقی درمانی باعث افزایش کیفیت خواب کودکان دارای بیماریهای مزمن می‌شود (۲۵). Anggerainy و همکاران نیز در پژوهش خود نشان دادند که موسیقی درمانی در بهبود خواب کودکان بستری شده، مؤثر است (۲۶). همچنین Efendi & Tane در کاهش مشکلات خواب و غذا خوردن نوزادان مؤثر است (۲۱). Loewy نیز نشان داد که موسیقی درمانی بر بهبود خواب تأثیر دارد (۲۷). در تبیین این یافته می‌توان گفت، موسیقی درمانی بهبودی و رفاه افراد را از طریق افزایش آستانه استرس و کاهش عواطف منفی، تنظیم فرایندهای درونی، ایجاد حالت آرامش و افزایش قدرت ایمنی بهبود می‌بخشد. موسیقی بدن را در

همان‌طور که در (جدول ۵) مشاهده می‌گردد، تفاوت بین میانگین گروه نمایش درمانی و گروه کنترل در اختلال خواب برابر ۱۸/۰۲۱ می‌باشد که در سطح ۰/۰۱ معنی‌دار می‌باشد. این یافته نشان می‌دهد که نمایش درمانی بر اختلال خواب مؤثر بوده است. همچنین، تفاوت بین میانگین گروه موسیقی درمانی و گروه کنترل در اختلال خواب برابر ۷/۹۷۵ می‌باشد که در سطح ۰/۰۱ معنی‌دار می‌باشد. این یافته نیز نشان می‌دهد که موسیقی درمانی بر اختلال خواب مؤثر بوده است. به‌علاوه، تفاوت بین میانگین گروه نمایش درمانی و موسیقی درمانی در اختلال خواب برابر ۱۴/۴۵۶ می‌باشد که در سطح ۰/۰۱ معنی‌دار می‌باشد. تفاوت بین میانگین گروه نمایش درمانی و گروه موسیقی درمانی بر اختلال خواب برابر ۱۰/۰۴۶ می‌باشد که در سطح ۰/۰۱ معنی‌دار می‌باشد. این یافته نشان می‌دهد که بین گروه نمایش درمانی و گروه موسیقی درمانی بر اختلال خواب تفاوت معنی‌داری به نفع گروه نمایش درمانی وجود دارد.

## بحث

هدف از انجام پژوهش حاضر، مقایسه اثربخشی نمایش درمانی و موسیقی درمانی بر اختلال خواب در کودکان مبتلا به سوگ بود. یافته‌ها نشان داد که هر دو درمان نمایش درمانی و موسیقی درمانی بر کاهش اختلال خواب در کودکان مبتلا به سوگ اثربخش هستند. همچنین، نتایج حاکی از این بود که بین گروه نمایش درمانی و گروه موسیقی درمانی بر اختلال خواب تفاوت معنی‌داری به نفع گروه نمایش درمانی وجود دارد. اولین یافته نشان داد، نمایش درمانی بر کاهش اختلال خواب در کودکان مبتلا به سوگ مؤثر است. این یافته با نتایج پژوهش‌های (۱۸-۲۰) همسو می‌باشد. به طور کلی، خواب یکی از مهمترین چرخه‌های شبانه روزی و الگوی پیچیده زیست‌شناختی محسوب می‌شود و سلامت انسان با کمیت و کیفیت خواب او ارتباط دارد. اختلال خواب می‌تواند کیفیت زندگی را تحت تأثیر قرار دهد، به گونه‌ای که احتمال ابتلا به افسردگی و اضطراب افزایش یابد و توانایی مقابله با استرس‌های روزمره کم شود. در چنین شرایطی کودک به آسانی برانگیخته و عصبانی می‌شود. هنر به گونه اعم و نمایش به گونه اخص، تقلید از طبیعت و کردار آدمی است. تماشای نمایش باعث آرامش تماشاگر و کاسته شدن از بار غم و اندوه و عقده‌های روانی او می‌شود و اینکه نمایش پلاینده است و روح را تسکین می‌دهد (۱۸).

داشت. باید در نظر داشت که برای بهبود اختلال خواب و کاهش نشانه‌های بی‌خوابی نباید تنها به درمان‌های دارویی اکتفا کرد، بلکه انجام مداخلات غیرتهاجمی نظیر نمایش درمانی و موسیقی درمانی مناسب توسط متخصصان ضمن بهبود کیفیت خواب کودکان مبتلا به سوگ، باعث ارتقای کیفیت زندگی و حضور فعال تر آنها در اجتماع می‌شود. محدود بودن تعداد افراد شرکت کننده، داغدار بودن گروه مورد مطالعه، نامناسب بودن فضا و مکان اجرای نمایشها، ساده بودن وسایل مورد استفاده در صحنه نمایش، از جمله محدودیتهای پژوهش حاضر بود. پیشنهاد می‌شود در پژوهشهای بعدی با لحاظ کردن این موارد بر توان تعمیم پذیری و غنای اطلاعات به دست آمده افزوده شود. همچنین پیشنهاد می‌گردد برنامه‌ای مدون برای آموزش موسیقی درمانی به صورت کارگاه‌های آموزشی و تدوین کتابچه‌های متعددی در این زمینه برای درمانگران کودک و معلمان در نظر گرفته شود.

### سیاسگزار

مقاله حاضر برگرفته از پایان‌نامه دکتری لیلا برون و به راهنمایی خانم دکتر فرح نادری در دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز در رشته روان‌شناسی می‌باشد. که شماره کد اخلاق آن IR.IAUHvaz.REC.1392.219 است. نویسندگان بر خود لازم می‌بینند که از همه شرکت کنندگان به دلیل مساعدت و مشارکت در انجام پژوهش تشکر و قدردانی به عمل آورند.

### تضاد منافع

نویسندگان این مقاله اعلام می‌دارند که هیچ گونه تضاد منافی در نگارش این مقاله وجود ندارد.

### References

1. Kakarala SE, Roberts KE, Rogers M, Coats T, Falzarano F, Gang J, Chilov M, Avery J, Maciejewski PK, Lichenthal WG, Prigerson HG. The neurobiological reward system in Prolonged Grief Disorder (PGD): A systematic review. *Psychiatry Research: Neuroimaging*. 2020 Sep 230; 303:111135. <https://doi.org/10.1016/j.psychresns.2020.111135>
2. Lunderoff M, Bonanno GA, Johannsen M,

وضعیت استراحت قرار می‌دهد از این رو در مدت زمانی که فرد خواب است ذهن آزادتر بوده و کیفیت خواب بیشتر می‌شود.

دیگر یافته پژوهش نشان داد، بین گروه نمایش درمانی و گروه موسیقی درمانی بر اختلال خواب تفاوت معنی‌داری به نفع نمایش درمانی وجود داشت. به طور کلی، شرکت در جلسات نمایش درمانی و گروه موسیقی درمانی کودکان توانستند با همکاری درمانگر برای مشکلاتشان راه‌حل‌های مختلف پیدا کنند و این همکاری در یافتن راه‌حل‌ها و حل مشکلات خواب، باعث کاهش اختلال خواب در آنها گردید. نمایش درمانی دارای تأثیر بیشتری بود و این امر به این دلیل است که، نمایش درمانی به عنوان یکی از انواع روش‌های بازی درمانی، برای کودکان جذابیت خاصی دارد و یک فرایند درمانی است که به شرکت کنندگان در این فرایند کمک می‌کند مسائل اجتماعی و روان‌شناختی‌شان را در بافتی واقعی بازآفرینی کنند، نه فقط در مورد آنها حرف بزنند. در رویکرد نمایش درمانی با به چالش کشیدن طرحواره‌های ناسازگار و پاسخ‌های ناکارآمد در جایگزینی آن با افکار و پاسخهای مناسب و سالم‌تر مؤثر بوده است. نمایش درمانی با بهبود برخی مؤلفه‌های اساسی و مخرب چون عواطف و افکار منفی به نظر می‌رسد بتواند به طور کلی باعث بهبود کنار آمدن با واقعیت و سوگ و در نتیجه اختلال خواب و سلامت روانی در کودکان شود.

### نتیجه‌گیری

یافته‌های پژوهش نشان داد که هر دو درمان نمایش درمانی و موسیقی درمانی بر کاهش اختلال خواب در کودکان مبتلا به سوگ اثربخش بودند و بین اثربخشی نمایش درمانی و موسیقی درمانی بر کاهش اختلال خواب در کودکان مبتلا به سوگ، تفاوت معنی‌داری به نفع نمایش درمانی وجود

- O'Connor M. Are there gender differences in prolonged grief trajectories? A registry-sampled cohort study. *Journal of Psychiatric Research*. 2020 Oct 1; 129:168-75. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2020.06.030>
3. Berg L, Rostila M, Hjern A. Parental death during childhood and depression in young adults-a national cohort study. *J. Child Psychol*. 2016 Sep;57(9):1092-8 <https://doi.org/10.1111/jcpp.12560>
4. Melhem NM, Porta G, Shamseddeen W,

- Payne MW, Brent DA. Grief in children and adolescents bereaved by sudden parental death. *Arch. Gen. Psychiatry*. 2011; 5;68(9): 911-9. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2011.101>
5. Melhem NM, Porta G, Payne MW, Brent DA. Identifying prolonged grief reactions in children: dimensional and diagnostic approaches. *Child Adolesc. Psychiatry*. 2013; 1;52(6):599-607. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2013.02.015>
  6. Boelen PA, Spuij M. Symptoms of post-traumatic stress disorder in bereaved children and adolescents: Factor structure and correlates. *J. Abnorm. Child Psychol*. 2013; 1;41(7):1097-108. <https://doi.org/10.1007/s10802-013-9748-6>
  7. Clarke DE, Wilcox HC, Miller L, Cullen B, Gerring J, Greiner LH, Newcomer A, McKitty MV, Regier DA, Narrow WE. Feasibility and acceptability of the DSM-5 Field Trial procedures in the Johns Hopkins Community Psychiatry Programs. *International journal of methods in psychiatric research*. 2014 Jun;23(2):267-78. <https://doi.org/10.1002/mpr.1419>
  8. Boelen PA, Spuij M, Lenferink LI. Comparison of DSM-5 criteria for persistent complex bereavement disorder and ICD-11 criteria for prolonged grief disorder in help-seeking bereaved children. *Journal of affective disorders*. 2019 May 1; 250:71-8. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2019.02.046>
  9. Legerstee JS, Garnefski N, Jellesma FC, Verhulst FC, Utens EM. Cognitive coping and childhood anxiety disorders. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2010 Feb 1;19(2):143-50. <https://doi.org/10.1007/s00787-009-0051-6>
  10. Zhu R, Fang H, Chen M, Hu X, Cao Y, Yang F, Xia K. Screen time and sleep disorder in preschool children: identifying the safe threshold in a digital world. *Public Health*. 2020 Sep 1; 186:204-10. [sci-hub.se/10.1016/j.puhe.2020.07.028](https://doi.org/10.1016/j.puhe.2020.07.028)
  11. Hertenstein E, Feige B, Gmeiner T, Kienzler C, Spiegelhalter K, Johann A, et al. Insomnia as a predictor of mental disorders: a systematic review and meta-analysis. *Sleep Med Rev* 2019 Feb; 43:96-105. <https://doi.org/10.1016/j.smrv.2018.10.006>
  12. Carney CE, Segal ZV, Edinger JD, Krystal AD. A comparison of rates of residual insomnia symptoms following pharmacotherapy or cognitive-behavioral therapy for major depressive disorder. *The Journal of clinical psychiatry*. 2007 Feb. 68(2), 254-260. <https://doi.org/10.4088/JCP.v68n0211>
  13. Shear MK, Simon N, Wall M, Zisook S, Neimeyer R, Duan N, Reynolds C, Lebowitz B, Sung S, Ghesquiere A, Gorscak B. Complicated grief and related bereavement issues for DSM-5. *Depress. Anxiety*. 2011;28(2):103-17. <https://doi.org/10.1002/da.20780>
  14. Marsac ML, Donlon KA, Hildenbrand AK, Winston FK, Kassam-Adams N. Understanding recovery in children following traffic-related injuries: Exploring acute traumatic stress reactions, child coping, and coping assistance. *Clinical child psychology and psychiatry*. 2014 Apr;19(2):233-43. <https://doi.org/10.1177/1359104513487000>
  15. Andersen-Warren M, Grainger R. Practical approaches to dramatherapy: the shield of Perseus. Jessica Kingsley Publishers; 2000 Aug 4.
  16. Chapman EJ. Using dramatic reality to reduce depressive symptoms: A qualitative study. *Arts Psychother*. 2014 Apr 1;41(2):137-44. <https://doi.org/10.1016/j.aip.2014.01.001>
  17. Dogan T. The effects of psychodrama on young adults' attachment styles. *The arts in psychotherapy*. 2010 Apr 1;37(2):112-9. <https://doi.org/10.1016/j.aip.2010.02.001>
  18. Christie D, Hood D, Griffin A. Thinking, feeling and moving: Drama and movement therapy as an adjunct to a multidisciplinary rehabilitation approach for chronic pain in two adolescent girls. *ClinChildPsycholPsychiatry*.2006;11(4):569-77. <https://doi.org/10.1177/1359104506067878>
  19. Anari A, Ddadsetan P, Sedghpour BS. The effectiveness of drama therapy on decreasing of the symptoms of social anxiety disorder in children. *European Psychiatry*. 2009 ;24(S1):1-. (17th epa congress - lisbon, portugal, january 20. [https://doi.org/10.1016/S0924-9338\(09\)70747-3](https://doi.org/10.1016/S0924-9338(09)70747-3)
  20. Simsek C, Mengi A, Yalcinkaya EY. The effect of psychodrama on quality of life and sleep in mothers of children with cerebral palsy. *The Arts in Psychotherapy*.;72: 101726. <https://doi.org/10.1016/j.aip.2020.101726>
  21. Efendi, D., & Tane, R. (2019). The Effects of Music Therapy on Vital Signs, Feeding, and Sleep in Premature Infants. *NurseLine Journal*, 4(1), 31-36. <https://doi.org/10.19184/nlj.v4i1.8709>

22. Morin CM, Le Blanc M, Daley M, Gregoire JP, Merette C. (2006). Epidemiology of insomnia: prevalence, self-help treatments, consultations, and determinants of help-seeking behaviors. *Sleep Medicine*, 7(2):123-30. <https://doi.org/10.1016/j.sleep.2005.08.008>
23. Evans D. (2002). The effectiveness of music as an intervention for hospital patients: a systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 37(1):8-18. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2002.02052.x>
24. Shaw R. Using music to promote sleep for hospitalized adults. *American journal of critical care*. 2016 Mar;25(2):181-4. <https://doi.org/10.4037/ajcc2016636>
25. Naulia RP, Allenidekani A, Hayati H. The Effect of Music Therapy on Sleep Quality Among Children with Chronic Illness. *International Journal of Nursing and Health Services (IJNHS)*. 2019 Mar 30;2(1):15-20. <https://doi.org/10.35654/ijnhs.v2i1.51>
26. Anggerainy, S. W., Wanda, D., & Nurhaeni, N. (2019). Music Therapy and Story Telling: Nursing Interventions to Improve Sleep in Hospitalized Children. *Comprehensive child and adolescent nursing*, 42(sup1), 82-89. <https://doi.org/10.1080/24694193.2019.1578299>
27. Loewy J. Music therapy as a potential intervention for sleep improvement. *Nature and Science of Sleep*. 2020;12:1. <https://doi.org/10.2147/NSS.S194938>
28. Shadish WR, Cook TD, Campbell DT. Experimental and quasi-experimental designs for generalized causal inference/William R. Shadish, Thomas D. Cook, Donald T. Campbell. Boston: Houghton Mifflin, 2002.
29. Shadish WR, Cook TD, Campbell DT. Experimental and quasi-experimental designs for generalized causal inference/William R. Shadish, Thomas D. Cook, Donald T. Campbell. Boston: Houghton Mifflin, 2002.
30. Shoghy M, Khanjari S, Farmany F, Hosseini F. Sleep habits of school age children. *Iran Journal of Nursing*. 2005 Mar;18(41):131-8. URL: <http://ijn.iuims.ac.ir/article-1-25-fa.html>.
31. Andersen-Warren M, Grainger R. Practical approaches to dramatherapy: the shield of Perseus. Jessica Kingsley Publishers; 2000 Aug 4.
32. Khanjani Z, Khaknezhad Z. The Effect of Inactive Music Therapy on Symptoms, Communication Deficit, and Social Interaction of Children with Autism Spectrum Disorder. *J Child Ment Health*. 2016; 3 (3) :97-105 .URL: <http://childmentalhealth.ir/article-1-105-fa.html>. (Persian).