

Research Paper

Comparison of the Effectiveness of Cognitive-Behavioral Play Therapy and Parent-Child Interaction Therapy on Executive Functions and Parent-Child Interaction in Children with Oppositional Defiant Disorder



Elham Shiroodaghaei¹, Azita Amir Fakhraei^{*2}, Eghbal Zarei³

1. Ph.D. Student of General Psychology, Bandar Abbas Branch, Islamic Azad University, Bandar Abbas, Iran

2. Assistant Professor, Department of Psychology, Bandar Abbas Branch, Islamic Azad University, Bandar Abbas, Iran

3. Associate Professor, Department of Psychology and Counseling, Faculty of Psychology and Counseling, Hormozgan University, Iran

Citation: Shiroodaghaei E, Amir Fakhraei A, Zarei E. Comparison of the effectiveness of cognitive-behavioral play therapy and parent-child interaction therapy on executive functions and parent-child interaction in children with oppositional defiant disorder. Quarterly Journal of Child Mental Health. 2020; 7(2): 79-95.

<http://dx.doi.org/10.29252/jcmh.7.2.8>

ARTICLE INFO

ABSTRACT

Keywords:

Cognitive-behavioral play therapy, executive functions, oppositional defiant disorder (ODD), parent-child interaction

Background and Purpose: Oppositional Defiant Disorder (ODD) is one of the most common behavioral disorders in children and adolescents. Genetic and environmental factors play equal roles in clinical manifestations of ODD. This disorder is very common in the pre-school and primary school children and significantly affects their academic performance and adaptation. This research aims to compare the effectiveness of cognitive-behavioral play therapy and parent-child interaction therapy on the executive functions and parent-child interaction of children with ODD.

Method: This study was a quasi-experimental research with pretest-posttest control group design. The study population included all the 7 to 9-year old girls with ODD who were studying at grades one to three of the primary school in Tonekabon city during the academic year 2019-2020. Through random two-stage sampling, 39 students were selected as the study sample and then randomly assigned to two experimental groups and one control group (13 students per group). The first experimental group received eight 90-min sessions of play therapy and the second experimental group underwent twelve 90-min sessions of parent-child interaction training; while, the control group received no intervention. Child Symptom Inventory (Gadow & Sprafkin, 1994), Behavior Rating Inventory of Executive Function (Gioia et al., 2000), and Parent-Child Relationship Survey (Fine et al., 1983) were used for data collection. Data were analyzed by Analysis of Covariance.

Results: The results of the present study showed that there is a difference between the effectiveness of cognitive-behavioral play therapy and parent-child interaction therapy on behavior regulation skills ($F=52.23$, $P=0.001$) of children with ODD; But between the effectiveness of cognitive-behavioral play therapy and parent-child interaction therapy on metacognitive skills ($F=11.71$, $P=0.001$), positive emotions ($F=6.77$, $P=0.005$), identification ($F=11.06$, $P=0.018$), no disorientation in relation to the role ($F=4.86$, $P=0.001$), and communication ($F=6.49$, $P=0.005$), there is no difference.

Conclusion: It seems that by improving social cognition and facilitating self-regulation and behavioral inhibition in children, both therapies are effective on the executive functions and parent-child interaction in children with ODD.

Received: 14 Mar 2020

Accepted: 18 Jun 2020

Available: 21 Sep 2020

* **Corresponding author:** Azita Amir Fakhraei, Assistant Professor, Department of Psychology, Bandar Abbas Branch, Islamic Azad University, Bandar Abbas, Iran.

E-mail addresses: Afakhraei2002@iauba.ac.ir

2476-5740/ © 2019 The Authors. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/>).

مقاله پژوهشی

مقایسه اثربخشی بازی درمانی و درمان تعامل والد-کودک بر کنش‌های اجرایی و تعامل والد-کودک در کودکان با اختلال نافرمانی مقابله‌ای

الهام شیروود آقایی^۱، آرزیتا امیرفخرایی*^۲، اقبال زارعی^۳

۱. دانشجوی دکتری روان‌شناسی عمومی، واحد بندرعباس، دانشگاه آزاد اسلامی، بندرعباس، ایران

۲. استادیار گروه روان‌شناسی، واحد بندرعباس، دانشگاه آزاد اسلامی، بندرعباس، ایران

۳. دانشیار گروه روان‌شناسی و مشاوره، دانشکده روان‌شناسی و مشاوره، دانشگاه هرمزگان، ایران

چکیده

مشخصات مقاله

کلیدواژه‌ها:

بازی درمانی،

کنش‌های اجرایی،

اختلال نافرمانی مقابله‌ای،

تعامل والد-کودک

زمینه و هدف: اختلال نافرمانی مقابله‌ای یکی از رایج‌ترین اختلال‌های رفتاری در کودکان و نوجوانان است که هر دو دسته عوامل ژنتیکی و محیطی، در تظاهرات بالینی آن نقش دارند. این اختلال در سنین پیش‌دستانی و ابتدایی نیز رایج است و بر عملکرد تحصیلی و سازشی دانش‌آموزان بسیار تأثیرگذار است. این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی بازی درمانی و درمان تعامل والد-کودک بر کنش‌های اجرایی و تعامل والد-کودک در کودکان با اختلال نافرمانی مقابله‌ای انجام شد.

روش: روش این پژوهش از نوع شبه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش شامل تمامی دختران ۷ تا ۹ سال با اختلال نافرمانی مقابله‌ای مقاطع اول تا سوم ابتدایی شهر تنکابن در سال تحصیلی ۹۹-۹۸ بود. با استفاده از روش نمونه‌گیری دومرحله‌ای تصادفی، ۳۹ دانش‌آموز از جامعه آماری ذکر شده به عنوان نمونه مورد مطالعه انتخاب شدند که به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و یک گروه گواه (۱۳ دانش‌آموز در هر گروه) جایدهی شدند. به گروه آزمایش اول، بازی درمانی در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای و به گروه آزمایش دوم، ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای تعامل والد-کودک آموزش داده شد؛ این در حالی است که گروه گواه هیچ مداخله‌ای دریافت نکرده است. برای جمع‌آوری داده‌ها در این مطالعه از پرسشنامه علائم مرضی کودکان (گادو و اسپرافکین، ۱۹۹۴)، پرسشنامه کنش‌های اجرایی (جیویا و همکاران، ۲۰۰۰)، و پرسشنامه ارزیابی روابط والد-کودک (فاین و همکاران، ۱۹۸۳) استفاده شد. داده‌های به دست آمده با استفاده از روش تحلیل کوواریانس تحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج پژوهش حاضر نشان داد بین اثربخشی بازی درمانی و درمان تعامل والد-کودک بر مهارت‌های تنظیم رفتار ($F=52/23$ ، $P=0/001$) کودکان با اختلال نافرمانی مقابله‌ای، تفاوت وجود دارد؛ ولی بین اثربخشی این دو شیوه درمان بر مهارت‌های فراشناختی ($F=11/71$ ، $P=0/001$)، احساسات مثبت ($F=6/77$ ، $P=0/005$)، همانندسازی ($F=11/06$ ، $P=0/018$)، عدم گمگشتگی نقش ($F=4/86$)، و ارتباط ($F=6/49$ ، $P=0/005$)، تفاوت وجود ندارد.

نتیجه‌گیری: به نظر می‌رسد هر دو درمان با بهبود شناخت اجتماعی کودک و تسهیل دستیابی به خودتنظیمی و بازداری رفتاری بر کنش‌های اجرایی و تعامل والد-کودک در کودکان با اختلال نافرمانی مقابله‌ای، اثرگذار باشند. تفاوت‌های بین دو شیوه در مقاله مورد بحث و تبیین قرار گرفته است.

دریافت شده: ۹۸/۱۲/۲۴

پذیرفته شده: ۹۹/۰۳/۲۹

منتشر شده: ۹۹/۰۶/۳۱

* نویسنده مسئول: آرزیتا امیرفخرایی، استادیار گروه روان‌شناسی، واحد بندرعباس، دانشگاه آزاد اسلامی، بندرعباس، ایران.

رایانامه: Afakhraei2002@iauba.ac.ir

تلفن: ۰۷۶-۳۳۶۶۵۵۰۰

مقدمه

اختلال نافرمانی مقابله‌ای^۱ یکی از رایج‌ترین اختلال‌های رفتاری در کودکان و نوجوانان است (۱) که ژنتیک و محیط سهمی برابر در تظاهرات بالینی آن دارند (۲). این اختلال در ویرایش پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی، به صورت الگویی از خلق تحریک‌پذیر/عصبانی، رفتار نافرمانی/جدلی، و کینه‌جویی تعریف شده است که به مدت شش ماه ادامه داشته باشد. شیوع این اختلال قبل از بلوغ در پسران بیشتر است، ولی بعد از بلوغ در هر دو جنس با فراوانی تقریباً برابر دیده می‌شود (۳). در بسیاری از کودکان با این اختلال، نارسایی‌های شناختی و مشکلات کنش‌های اجرایی^۲ (۴)، اجتماعی، و رفتاری همانند سایر انواع اختلال‌های رفتاری، دیده می‌شود (۵).

مشکلات شناختی و کنش‌های اجرایی که در کودکان با اختلال نافرمانی مقابله‌ای مشاهده می‌شود، در کارکرد اجتماعی و کیفیت زندگی این کودکان و والدین آنها، تداخل ایجاد می‌کند (۶). کنش‌های اجرایی، کارکردهای عالی شناختی و فراشناختی هستند (۷) که مجموعه‌ای از توانایی‌های عالی شناختی، بازداری، خودآغازگری، برنامه‌ریزی راهبردی، سازمان‌دهی و نظارت (۸)، مهارت‌کانه (۹)، و هیجان (۱۰) را شامل می‌شوند و وظیفه خودتنظیمی تفکر و رفتار انعطاف‌پذیر و سازش یافته را برعهده دارند و در طی دوران کودکی تحول می‌یابند (۷).

در تبیین سبب‌شناسی اختلال نافرمانی مقابله‌ای از دیدگاه بارکلی (۱۱)، نارسایی در کنش‌های اجرایی در بین کودکان با اختلال فزون‌کنشی و نافرمانی مقابله‌ای مشترک است. چهار فرایند معیوب (نارسایی در خودتنظیمی حافظه کلامی، نارسایی در خودتنظیمی حافظه غیرکلامی، نارسایی در خودتنظیمی هیجان و انگیزش، و نارسایی در سازمان‌بندی مجدد اندیشه) را که در نتیجه فقدان بازداری رفتاری حاصل می‌شوند، در این کودکان وجود دارد. بر اساس دیدگاه بارکلی، این مشکلات چهارگانه به نارسایی در سیستم کنش‌های اجرایی مربوط می‌شود. بارکلی معتقد است که نتیجه کنش‌های اجرایی و سیستم بازداری رفتاری، توانمندی خودتنظیمی^۳ است که با شکل‌گیری این توانمندی،

رفتار در طول زمان، تحت مهار فرد در می‌آید و به فرد اجازه می‌دهد به پیش‌بینی و مهارگری دست بزند. کودکان با اختلال نافرمانی مقابله‌ای به دلیل نارسایی در کنش‌های اجرایی مانند مهار پاسخ‌گویی و عدم بازداری رفتاری، در رفتار خودتنظیمی نیز مشکل دارند (۱۲).

علاوه بر این مشکلات کودکان با اختلال نافرمانی مقابله‌ای در کنش‌های اجرایی باعث می‌شود که آنها در پردازش مشکلات اجتماعی و حل مسئله اجتماعی نیز با مشکل مواجه شوند (۱۳) که این مشکلات به واسطه ضعف در شناخت اجتماعی^۴ و نظریه ذهن^۵ در این کودکان، قابل توجه است. تحول شناخت اجتماعی و یادکرد بهتر از روان‌شناسی انسان‌ها با تحولاتی که در محتوا و سطح سازمان‌یافتگی نظریه ذهن در کودکان رخ می‌دهد، مشخص می‌شود؛ به عبارت دیگر، شناخت اجتماعی و روابط اجتماعی موفق، مستلزم داشتن سازوکاری خاص جهت درک حالات درونی دیگران و پردازش حالات ذهنی آنها است که نظریه ذهن با دارا بودن این توانایی اختصاصی، در تحول شناخت اجتماعی فرد نقش حیاتی دارد (۱۴). امروزه نظریه ذهن برای اشاره به ظرفیت شناختی خاصی استفاده می‌شود. بر پایه تحول همین ظرفیت شناختی است که رفتارهای دیگران، معنادار شده و قابل درک می‌شوند. عنصر اساسی در نظریه ذهن، درک عوامل هدفمندی رفتار و جهت‌دار بودن ادراک دیگران است (۱۵). در این راستا، نظریه پردازش اطلاعات اجتماعی بیان می‌کند که کودکان با اختلال نافرمانی مقابله‌ای، اطلاعات اجتماعی را به شیوه‌ای ادراک، تفسیر، و بر پایه آن تصمیم‌گیری می‌کنند که احتمال بروز مشکلات رفتاری را افزایش می‌دهد (۱۶). کودکان با اختلال نافرمانی مقابله‌ای به دلیل نارسایی در شناخت اجتماعی، اغلب نشانه‌های اجتماعی را اشتباه تفسیر می‌کنند؛ از بیان احساسات منفی خود با یک حالت مناسب، ناتوان هستند؛ و در تعاملات بین‌فردی، رفتارهای سازش‌نا یافته از خود نشان می‌دهند (۱۷ و ۱۸).

بارکلی (۱۱) اختلال نافرمانی مقابله‌ای را حاصل اجزای هیجانی و اجتماعی می‌داند که بر اساس مدل وی از سبک والدگری^۶ مختل شکل می‌گیرد؛ یعنی تعامل ویژگی‌های کودک مانند مزاج^۷ منفی، بدتنظیمی

1. Oppositional defiant disorder
2. Executive function
3. Self-regulation
4. Social cognition

5. Theory of mind
6. Parenting
7. Temperament

هیجانی و خلق، تکانشگری و فزون کنشی؛ ویژگی‌های والدین مانند فزون کنشی و اختلال‌های خلقی؛ و ویژگی‌های محیط اجتماعی در این اختلال نقش دارند. در این ارتباط برینکمی^۱ و آیرگ معتقدند که تعامل‌های مادر-فرزند ضعیف شامل والدگری بی‌ثبات و مبتنی بر تنبیه، نگرش والدینی طردکننده یا سرد، قوانین انضباطی سخت و ناپایدار، دلبستگی ناایمن، نظارت یا مهارگری ناکافی مادر، اختصاص زمان اندک به کودک، و فقدان مهارت ارتباط مثبت با کودک به عنوان عوامل خطر^۱ و پیش‌بینی‌کننده اختلال‌های رفتاری باید مورد توجه قرار داده شوند (۱۹). همسو با این دو پژوهشگر، بارکلی با قاطعیت چنین عنوان کرد که یکی از عوامل تأثیرگذار بر بروز اختلال نافرمانی مقابله‌ای، رفتارهای منفی والدین با کودک است (۲۰) و بسیاری از اختلال‌های رفتاری دوره کودکی در تعاملات منفی والد-کودک ریشه دارد (۱۹). در این چارچوب ارائه شده، رابطه والد-کودک شامل مجموعه‌ای از رفتارها، احساسات، و انتظارات منحصر به فردی است که بین والدین و فرزندان آنها رد و بدل می‌شود (۲۱) و خانواده متشکل از پدر و مادر و فرزندان است که شبکه‌ای از ارتباط‌های دوسویه را با هم تشکیل می‌دهند؛ در قالب نقش اعضا، انتظاراتی از یکدیگر دارند؛ و کیفیت این روابط، تأثیر انکارناپذیری بر تحول کودکان و نوجوانان به ویژه در حوزه تحول شناختی آنها دارد. در نتیجه با تأمل در کیفیت رابطه والدین و کودک و موشکافی در آن، می‌توان به نقش حساس مادر در ارتباط با کودک و تحول کنش‌های شناختی، هیجانی، رفتاری، و اجتماعی او پی برد (۲۲).

به نظر می‌رسد نافرمانی مقابله‌ای، اختلالی چندعلیتی با سبب‌شناسی پیچیده است که درمان اساسی و موفقیت‌آمیز آن، مستلزم اتخاذ روی آوردهای همه‌جانبه‌نگری است که کنش‌های اجرایی، نظریه ذهن و شناخت اجتماعی، و همچنین تعاملات این کودکان با والدین را هدف درمان قرار دهند (۲۳). درمانگران به واسطه درمان‌هایی مانند روش‌های شناختی رفتاری به کودکانی که مهارت‌های اجتماعی یا عاطفی‌شان ضعیف و نامؤثر است، رفتارهای سازش‌یافته را می‌آموزند. بازی درمانی^۲ همان گونه که از نامش پیدا است مداخلات شناختی رفتاری را در قالب

برنامه درمانی مبتنی بر بازی می‌گنجاند (۲۴). بیشتر کودکان زیر سن ۱۱ سالگی، فاقد استعداد لازم و رشد یافته برای استفاده از تفکر انتزاعی، بیانات کلامی معنادار، درک مسائل پیچیده، انگیزه‌ها، و احساسات است. کودکان به دلیل پایین بودن سطح تفکر انتزاعی، قادر به بیان هیجان‌ها و احساسات خود نیستند. سرکوب و نداشتن مهارت در بیان احساسات، به ویژه از نوع منفی آن، سلامت روانی کودک را به مخاطره انداخته و باعث ایجاد مشکلات رفتاری در او می‌شود؛ بنابراین بازی ابزاری است که کودک به یاری آن، احساسات و هیجان‌های خود را بیان می‌کند (۲۵). در هم شکستن مقاومت در کودک، ایجاد لیاقت و توانایی، تفکر خلاق، پالایش، تخلیه هیجانی، ایفای نقش، خیال‌پردازی، آموزش نمادین و بازنمایی درونی تجارب، ایجاد و ارتقای رابطه و دلبستگی، هیجان مثبت و غلبه بر ترس‌های مربوط به دوران تحول، از فواید بازی درمانی برای کودک محسوب می‌شود (۲۴). در این راستا، نتایج پژوهش نیکپور و همکاران (۲۶) حاکی از اثربخشی بازی درمانی بر بهبود اختلال نافرمانی مقابله‌ای است. اکبری و رحمتی (۲۷) چنین نتیجه‌گیری کردند که کودک در فرایند بازی درمانی، کام‌نیافتگی‌های انباشته شده خود را در بستری مناسب از طریق پرخاشگری بروز می‌دهد و با بازتاب مناسب، نحوه مهار آن را آموخته و درونی می‌کند. حسین‌خانزاده (۲۸) در مطالعه خود چنین دریافتند که بازی درمانی با شیوه‌ای متناسب با سطح تحول کودکان به طور عینی و ملموس، تجربه مهارت‌آموزی را برای آنها فراهم می‌کند و این تمرین عملی به طور مستقیم و غیرمستقیم به بهبود خودکارآمدپنداری در تعاملات بین فردی این کودکان منجر می‌شود.

در درمان تعامل والد-کودک^۳، اهدافی مانند بهبود کیفیت روابط مادر-کودک، کاهش مشکلات رفتاری و افزایش رفتارهای اجتماعی، افزایش مهارت‌های والدینی شامل انضباط مثبت و کاهش تنیدگی والدینی، دنبال می‌شود (۱۹). عزیزی و همکاران (۲۹) پیشنهاد کردند یکی از درمان‌های روان‌شناختی رایج برای کودکان، کاربرد بازی در ارتباط والد-کودک است و جایگاه حیاتی در تحول آنها دارد. بهروزی و همکاران (۳۰) دریافتند که محیطی گرم و صمیمی در خانواده و رابطه

3. Parent-child interaction therapy

1. Risk factor
2. Play therapy

تعامل والد-کودک بر کنش‌های اجرایی و تعامل والد-کودک در کودکان با اختلال نافرمانی مقابله‌ای، تفاوت وجود دارد.

روش

الف) طرح پژوهش و شرکت‌کنندگان: روش این پژوهش از نوع شبه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری این مطالعه شامل تمامی دختران با اختلال نافرمانی مقابله‌ای مشغول به تحصیل در مقاطع اول تا سوم ابتدایی شهر تنکابن در سال تحصیلی ۹۸-۹۹ بودند. از آنجا که برخی از پژوهشگران، حجم نمونه برای پژوهش‌های شبه‌آزمایشی را برای هر گروه ۷ تا ۱۲ نفر توصیه کرده‌اند (۳۹)، در این مطالعه برای انتخاب افراد نمونه با استفاده از روش نمونه‌گیری دو مرحله‌ای تصادفی، ۳۹ دانش‌آموز بر حسب شرایط مورد نظر، انتخاب شدند. بدین ترتیب در مرحله نخست، ابتدا مدارس مورد نظر به روش تصادفی انتخاب شدند و سپس در مرحله دوم با استفاده از نمره خط برش پرسشنامه علائم مرضی کودک (در بخش ابزار توضیح داده شده است)، افراد نمونه بر حسب شرایط ورود و خروج از مطالعه، انتخاب و در دو گروه آزمایش و یک گروه گواه، به تصادف جایدهی شدند (هر گروه ۱۳ دانش‌آموز). معیارهای ورود به پژوهش افراد نمونه در این مطالعه عبارت بودند از: تشخیص قطعی اختلال نافرمانی مقابله‌ای در کودک (علاوه بر وجود این تشخیص در پرونده مشاوره کودک در مدرسه، ارزیابی رسمی نیز با ابزار مربوط به این اختلال که در بخش بعدی شرح داده شد، توسط پژوهشگر در این مطالعه انجام شده است)، فقدان آسیب‌های حسی مانند ناشنوایی و نابینایی، عدم دریافت همزمان مداخله‌های دارویی مربوط به اختلالات روان‌شناختی (چه در کودک و چه در والدین)، زندگی کردن کودک با دو والد بودن از بدو نوزادی تا زمان حال، و تمایل به همکاری افراد نمونه و والدین آنها. همچنین در این مطالعه شرایطی برای خروج افراد نمونه در نظر گرفته شد که عبارت بودند از: وجود مشکلات رفتاری شدید در کودک، به طوری که مانع تمرکز لازم برای شرکت در مطالعه شده باشد، کاهش و یا قطع همکاری خانواده در روند مداخلات و اجرای مطالعه، و غیبت شرکت‌کنندگان بیش از دو جلسه در مداخلات.

محبت‌آمیز بین والدین و فرزندان، نقش مهمی در کنش‌های کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای دارد. طرد کودک از سوی والدین و استفاده والدین از راهبردهای منفی حل تعارض، بر ادراک کودک از خود و دیگران تأثیر گذاشته و مانع از برقراری یک رابطه مؤثر با دیگران می‌شود. عباسی و نشاط‌دوست (۳۱) پیشنهاد کردند در درمان تعامل والد-کودک، والدین مهارت‌هایی برای ایجاد روابط امن با فرزند خود را یاد می‌گیرند. همچنین دیگر مطالعات انجام شده نیز حاکی از تأثیر مثبت بازی درمانی بر بهبود راهبردهای حل مسئله در کودکان با اختلال نافرمانی مقابله‌ای (۳۲) و کاهش مشکلات رفتاری کودکان و بهبود نگرش والدین (۳۳) بوده است.

باید توجه داشت که پیشرفت یک جامعه مرهون تحول بهنجار کودکان و نوجوانان آن جامعه در بعد جسمانی و روانی-اجتماعی است (۳۴) و افزایش شیوع اختلال‌های رفتاری در کودکان، یکی از عوامل بروز نگرانی درباره سلامت روانی و تأثیر آن بر تحول کنش‌های کودکان است (۳۵). کودکان و نوجوانان با اختلال نافرمانی مقابله‌ای، بخشی از اعضای یک جامعه هستند که با مشکلات شناختی، هیجانی و رفتاری خاص خود (۳۶)، مشکلات زیادی را برای والدینشان به وجود می‌آورند (۵). اختلال‌های رفتاری زود هنگام کودکان اغلب پیش‌بینی‌کننده بروز رفتارهای ضد اجتماعی در بزرگسالی است (۳۷). مشکلات رفتاری کودکان با اختلال نافرمانی مقابله‌ای باعث ایجاد مشکلاتی در حیطه‌های بین فردی، اجتماعی، تحصیلی، شغلی، و روابط خانوادگی آنها می‌شود (۳۸) و این موضوعات بر اهمیت و ضرورت ارزیابی و درمان به موقع اختلال‌های رفتاری می‌افزاید. نتیجه اینکه نافرمانی مقابله‌ای در زمره اختلال‌های رایج دوران کودکی به شمار می‌رود که اگر کودک در همان دوران اولیه زندگی، مداخله‌های مؤثری دریافت نکند، پیامدهای بسیار ناگواری را برای فرد، خانواده و جامعه بر جای می‌گذارد که به آسانی نیز قابل جبران نخواهد بود. روی آوردهای زیادی در تبیین و درمان کودکان با این اختلال و مشکلات گوناگون آنها مطرح شده‌اند که به نظر می‌رسد هیچ یک از آنها به تنهایی چندان موفقیت‌آمیز نبودند و مشکلات این کودکان همچنان پابرجاست. تلاش در جهت ابهام‌زدایی و شفاف‌سازی این شیوه‌ها، از اهمیت بسیار زیادی برخوردار است؛ بنابراین، پژوهش حاضر با این هدف انجام شده است که آیا بین اثربخشی بازی درمانی و درمان

(ب) ابزار

۱. پرسشنامه علائم مرضی کودک^۱ - فرم والدین: این پرسشنامه که توسط گادو و اسپرافکین (۴۰) تدوین شده است در این مطالعه به منظور غربالگری دختران مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای استفاده شده است و شامل ۱۱۰ گویه است که ۱۸ اختلال رفتاری و هیجانی را در کودکان ۵ تا ۱۲ سال بر اساس طیف لیکرت ۴ درجه‌ای هرگز، گاهی، اغلب اوقات، و بیشتر اوقات، مورد ارزیابی قرار می‌دهد. این اختلال‌ها عبارت‌اند از: نارسایی توجه/فزون‌کنشی، نافرمانی مقابله‌ای، اختلال رفتار هنجاری^۲، اضطراب فراگیر، هراس اجتماعی، اضطراب جدایی، وسواس-بی‌اختیاری، هراس مشخص، افسردگی اساسی، افسرده‌خویی، اسکیزوفرنی، اختلال فراگیر تحولی، آسپرگر، تیک‌های صوتی و حرکتی، تیدگی پس از ضربه، و دفع (بی‌اختیاری ادرار و مدفوع). کسب نمره بالاتر در این ابزار به معنای علائم مرضی بیشتر است و بالعکس. اسپرافکین و همکاران (۴۱) ضریب بازآزمایی را برای این خرده‌مقیاس برابر با ۰/۸۰ (به عنوان شاخصی از اعتبار^۳ بازآزمایی یا ثبات^۴) و همبستگی خرده‌مقیاس نافرمانی مقابله‌ای را با مشکلات برون‌نمود^۵ کودکان ۰/۸۱ (به عنوان شاخصی از روایی^۶ همزمان) گزارش کردند. محمد اسماعیل و علی‌پور (۴۲) ضریب اعتبار را برای این ابزار در دامنه‌ای از ۰/۲۹ تا ۰/۷۶ گزارش کردند. آنها همچنین در مطالعه خود درباره ویژگی و نقطه برش خرده‌مقیاس نافرمانی مقابله‌ای پرسشنامه علائم مرضی کودک- فرم والدین نشان دادند که این خرده‌مقیاس از برش مناسب با حساسیت و ویژگی ۰/۹۴ و ۰/۹۸ برای شناسایی و غربال کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای از کودکان بهنجار، برخوردار است. لازم به ذکر است که ضریب آلفای کرونباخ برای این ابزار در پژوهش حاضر نیز ۰/۷۸ به دست آمد.

۲. پرسشنامه درجه‌بندی رفتاری کنش‌های اجرایی^۷: پرسشنامه درجه‌بندی رفتاری کنش‌های اجرایی توسط جیویا و همکاران (۴۳) تدوین شده است که در این مطالعه به منظور سنجش کنش‌های اجرایی (شامل مهارت‌های فراشناختی و تنظیم رفتاری) افراد نمونه استفاده شد. این ابزار

دارای ۸۶ گویه است که ۲ خرده‌مقیاس مهارت‌های فراشناختی و مهارت‌های رفتاری را در کودکان ۶ تا ۱۲ سال در یک طیف لیکرت ۳ درجه‌ای از هیچ وقت= ۱، گاهی اوقات= ۲ تا همیشه= ۳، مورد ارزیابی قرار می‌دهد که کسب نمره بالاتر در این ابزار به معنای ضعف بیشتر در کنش‌های اجرایی و مهارت‌های رفتاری است. جیویا و همکاران (۴۳) برای این ابزار، ضرایب آلفای کرونباخ را در دامنه‌ای از ۰/۸۰ تا ۰/۹۸ و همبستگی نسخه والد و معلم را ۰/۳۲ گزارش کردند. عبدالحمیدی و همکاران (۴۴) برای خرده‌مقیاس‌های مهارت‌های فراشناختی و تنظیم رفتاری این ابزار، ضرایب آلفای کرونباخ را به ترتیب ۰/۸۹ و ۰/۸۶ گزارش کردند. نتایج تحلیل عاملی تأییدی در پژوهش عبدالحمیدی و همکاران نشان داد این پرسشنامه از ۸ مقیاس تشکیل شده است که از ترکیب آنها، دو شاخص تنظیم رفتار و شاخص فراشناختی به دست می‌آید. لازم به ذکر است که ضرایب آلفای کرونباخ برای دو خرده‌مقیاس مهارت‌های فراشناختی و رفتاری در پژوهش حاضر به ترتیب ۰/۷۷ و ۰/۷۴ به دست آمد.

۳. پرسشنامه ارزیابی رابطه والد-کودک^۸: در این مطالعه، پرسشنامه ارزیابی رابطه والد-کودک فاین و همکاران (۴۵) به منظور سنجش کیفیت روابط مادر-کودک استفاده شد. این ابزار شامل ۲۴ گویه و دارای ۲ نسخه است که یکی کیفیت رابطه پدر و فرزند را با خرده‌مقیاس‌های احساسات مثبت، مشارکت و آمیختگی پدر، ارتباطات، و خشم می‌سنجد و نسخه دیگر، کیفیت رابطه مادر و فرزند را با خرده‌مقیاس‌های احساسات مثبت، عدم تنفر و گمگشتگی نقش، همانندسازی، و ارتباط ارزیابی می‌کند. شیوه نمره‌گذاری این پرسشنامه بر اساس طیف لیکرت ۷ درجه‌ای از خفیف= ۱ تا شدید= ۷ است که کسب نمره بالاتر در این ابزار، به معنای کیفیت بهتر روابط والد-فرزند است. فاین و همکاران (۴۶) ضرایب آلفای کرونباخ را برای این پرسشنامه به ترتیب برای نسخه پدر و مادر ۰/۹۶ و ۰/۹۴ گزارش کردند که نشان دهنده اعتبار مطلوب این ابزار است. آنها همچنین در مطالعه خود گزارش کردند که این ابزار توانایی تفکیک اعضای خانواده‌های

5. Externalizing
6. Validity
7. Behavior rating inventory of executive function
8. Parent-child relationship survey

1. Child symptom inventory
2. Conduct disorder
3. Reliability
4. Stability

ج) برنامه‌های مداخله

۱. بسته بازی درمانی. این بسته آموزشی بر اساس تکنیک‌های کتاب بازی درمانی نل (۲۴) آماده شده و شامل ۸ جلسه آموزشی بازی درمانی است که هفته‌ای ۱ بار به مدت ۹۰ دقیقه توسط پژوهشگر و دستیار او در مدارس اجرا شد. بعد از اجرای هر جلسه بازی درمانی، تکالیفی جهت اجرا و تمرین در منزل به کودکان و والدین‌شان ارائه شد. برای مثال والدین موظف بودند نقاب‌ها یا نقاشی‌هایی را با هیجان‌ها و احساسات متفاوت طراحی و یا رسم کنند و از کودک بخواهند به نام‌گذاری آن احساس و هیجان پردازد. در جدول ۱، خلاصه محتوای جلسات مداخله بازی درمانی ارائه شده است.

دارای کارکرد بهنجار و خانواده‌های طلاق گرفته را دارا است که شاخصی از روایی افتراقی این پرسشنامه به حساب می‌آید. پرهیزگار و همکاران (۴۷) نیز برای خرده‌مقیاس روابط مادر-کودک، ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۶ و همچنین قدرت تمایز این خرده‌مقیاس را در تفکیک نوجوانان فاقد بحران هویت و دارای بحران هویت ($t=6/51, P=0/001$) به عنوان شاخصی از روایی تفکیکی (یا واگرا)، گزارش کردند. در این مطالعه ضریب آلفای کرونباخ برای این ابزار ۰/۷۱ به دست آمد که رضایت‌بخش است.

جدول ۱: خلاصه جلسات بازی درمانی

جلسات	اهداف و محتوای جلسات
۱	پرداختن به ابعاد نشانه‌های رفتاری و جسمانی و شناختی کودکان، ترسیم تست نقاشی خانواده، پرداختن به فعالیت انتخابی جلسه
۲	توجه به نشانه‌های مقاومت و مخالفت با قوانین و دیگران
۳	توجه به نشانه‌های زودرنج بودن، ناراحت کردن عمدی مردم
۴	توجه به نشانه‌های زودرنج بودن، ناراحت کردن عمدی مردم
۵	توجه به نشانه‌های از کوره در رفتن، آزرده خاطر بودن، و عصبانی بودن
۶	توجه به نشانه‌های عدم پذیرش اشتباهات و برخورد نادرست با دیگران
۷	بازی کیف زباله با هدف ایجاد بینش در کودکان نسبت به مشکلات محیط‌های مختلف و پیدا کردن راه‌حل مناسب برای آنها
۸	توجه به نشانه‌های بگومگو کردن دائمی با بزرگ‌ترها و لجبازی و حرف نشنوی

۲. بسته درمان تعامل والد-کودک. این بسته آموزشی بر اساس جلسات درمان تعامل والد کودک کتاب مک‌نیل و همکاران (۴۸) آماده شده است. درمان تعامل والد-کودک شامل ۱۲ جلسه است که طی آن دو دسته از مهارت‌های کودک محور و والد محور آموزش داده شد و هفته‌ای ۱ بار به مدت ۹۰ دقیقه توسط پژوهشگر و دستیار او در مدارس

اجرا شد. بعد از اجرای هر جلسه درمان والد-کودک، تکالیفی جهت اجرا و تمرین در منزل به کودکان و والدین‌شان ارائه شد. برای مثال در تکالیف منزل، والدین تشویق می‌شدند تا روی مهارت‌هایی که کودکان هنوز مسلط نشده بودند، تمرکز کنند. در جدول ۲، خلاصه جلسات درمان تعامل والد-کودک گزارش شده است.

جدول ۲: خلاصه جلسات درمان تعامل والد-کودک

جلسات	اهداف و محتوای جلسات
۱	علاوه بر مهارت‌های کودک‌محوری، والدین با تکنیک نادیده گرفتن، و اثرات منفی انتقاد و سرزنش آشنا شدند.
۲	این جلسه با هدف تقویت رابطه درمانی با خانواده و ارائه حمایت اجرا شد.
۳	جلسه هدایت‌گری همراه با توضیح موضوع الگوگیری کودکان از والدین (با حضور کودک)
۴	جلسه هدایت‌گری همراه با تأکید بر موضوع دریافت حمایت (با حضور کودک)
۵	جلسه هدایت‌گری همراه با تأکید بر موضوع تئیدگی کودکان (با حضور کودک)
۶	آموزش مهارت‌های تعامل والد‌محور (بدون حضور کودک)
۷	جلسه هدایت‌گری (با حضور کودک)
۸	جلسه هدایت‌گری همراه با آغاز تعمیم مهارت‌ها به خارج از اتاق بازی (با حضور کودک)
۹	جلسه هدایت‌گری (با حضور کودک)؛ تأثیرات درمان بر رفتار کودک با والدین مرور شد.
۱۰	بعد از هدایت تعامل والد‌محور، نمودار فهرست رفتار کودک بررسی شده و مشکلات رفتاری با والدین مرور شد.
۱۱ و ۱۲	هدایت‌گری همراه با آموزش مدیریت رفتار در اماکن عمومی (با حضور کودک)؛ اگر والدین فاصله زیادی با ملاک‌های تسلط داشتند، زمان بیشتری صرف هدایت‌گری می‌شد.

(د) روش اجرا: پس از کسب مجوزهای اجرایی و علمی از مؤسسه‌های

مربوطه مانند آموزش و پرورش و کمیته علمی دانشگاه آزاد اسلامی واحد بندر عباس (تصویب طرح رساله دکترا)، افراد نمونه مورد مطالعه در این پژوهش بر اساس توضیحات ارائه شده در بخش روش‌شناسی این مقاله، انتخاب شده‌اند. سپس شرکت‌کنندگان در گروه‌های آزمایش و گواه به صورت تصادفی جایدهی شده و مداخله به صورت هفته‌ای یک جلسه یک ساعته در مدارس و به شکل گروهی توسط درمانگر (نویسنده نخست این مقاله) روی گروه‌های آزمایشی اجرا شد و گروه گواه در طی این پژوهش مداخله‌ای دریافت نکردند، اما پس از اتمام پژوهش در همین محیط از مداخله‌ای تقریباً هم‌سنگ بهره‌مند شدند. لازم به ذکر است که در این پژوهش ملاحظات اخلاقی شامل رضایت آگاهانه برای شرکت در مطالعه، برخورداری از حق انصراف از پژوهش، و تضمین

محرمانه ماندن اطلاعات خصوصی شرکت‌کننده‌ها، کاملاً رعایت شده است. در پژوهش حاضر جهت تحلیل داده‌ها از شاخص‌های میانگین و انحراف استاندارد و تحلیل کوواریانس با نرم‌افزار SPSS استفاده شده است.

یافته‌ها

میانگین و انحراف استاندارد نمرات پیش‌آزمون-پس‌آزمون متغیرهای پژوهش در دو گروه آزمایش‌ها و گواه در جدول ۳ گزارش شده است. همچنین در این جدول نتایج آزمون شاپیرو-ویلکز برای بررسی نرمال بودن توزیع متغیرها در گروه‌ها گزارش شده است. با توجه به این جدول، نتایج این آزمون برای تمامی متغیرها معنی‌دار نیست، بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که توزیع این متغیرها نرمال است.

جدول ۳: میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش و آماره شاپیرو-ویلکز

متغیر	وضعیت	گروه	میانگین	انحراف استاندارد	شاپیرو-ویلکز	P
مهارت‌های تنظیم رفتار	پیش‌آزمون	بازی‌درمانی	۱۹/۸۴	۲/۲۳	۰/۹۴۲	۰/۴۷۷
	پس‌آزمون	درمان تعامل والد-کودک	۱۹/۹۲	۱/۷۵	۰/۹۷۷	۰/۹۷۰
مهارت‌های فراشناخت	پیش‌آزمون	گواه	۲۰/۰۰	۲/۸۲	۰/۹۵۱	۰/۶۱۰
	پس‌آزمون	بازی‌درمانی	۳۲/۱۵	۳/۹۱	۰/۹۱۴	۰/۲۰۸
مهارت‌های تنظیم رفتار	پیش‌آزمون	درمان تعامل والد-کودک	۳۴/۵۳	۴/۵۳	۰/۹۳۲	۰/۴۰۴
	پس‌آزمون	گواه	۲۰/۰۰	۲/۶۴	۰/۸۸۳	۰/۰۷۹
مهارت‌های تنظیم رفتار	پیش‌آزمون	بازی‌درمانی	۲۱/۲۳	۲/۱۲	۰/۹۱۳	۰/۱۹۹
	پس‌آزمون	درمان تعامل والد-کودک	۲۱/۶۹	۱/۸۸	۰/۹۷۴	۰/۳۴۸

۰/۰۴۲	۰/۸۶۳	۲/۲۲	۲۱/۵۳	گواه	
۰/۱۲۹	۰/۸۹۹	۲/۷۶	۳۹/۱۵	بازی درمانی	
۰/۵۶۸	۰/۹۲۸	۲/۴۳	۳۶/۶۱	درمان تعامل والد-کودک	پس آزمون
۰/۰۵۰	۰/۸۶۸	۱/۹۲	۲۱/۷۶	گواه	
۰/۴۱۶	۰/۹۳۷	۲/۶۴	۱۷/۳۸	بازی درمانی	
۰/۱۲۵	۰/۸۹۸	۲/۳۸	۱۷/۷۶	درمان تعامل والد-کودک	پیش آزمون
۰/۶۰۶	۰/۹۵۰	۲/۱۲	۱۸/۰۰	گواه	
۰/۰۳۰	۰/۸۵۱	۲/۰۱	۲۹/۳۰	بازی درمانی	احساسات مثبت
۰/۶۱۷	۰/۹۵۱	۲/۷۲	۲۹/۳۸	درمان تعامل والد-کودک	پس آزمون
۰/۲۱۹	۰/۹۱۶	۲/۳۸	۱۸/۲۳	گواه	
۰/۵۷۵	۰/۹۴۸	۲/۴۳	۹/۴۶	بازی درمانی	
۰/۰۵۷	۰/۸۷۳	۲/۶۱	۱۰/۰۰	درمان تعامل والد-کودک	پیش آزمون
۰/۵۱۱	۰/۹۴۴	۲/۲۸	۱۰/۳۰	گواه	
۰/۴۰۴	۰/۹۳۶	۲/۲۵	۲۰/۴۶	بازی درمانی	عدم تنفر / عدم گمگشتگی نقش
۰/۳۱۴	۰/۹۲۷	۲/۲۳	۲۲/۰۰	درمان تعامل والد-کودک	پس آزمون
۰/۵۱۱	۰/۹۴۴	۲/۲۸	۱۰/۳۰	گواه	
۰/۳۹۸	۰/۹۳۵	۲/۲۲	۷/۵۳	بازی درمانی	
۰/۲۸۱	۰/۹۳۴	۲/۲۷	۸/۲۳	درمان تعامل والد-کودک	پیش آزمون
۰/۱۴۳	۰/۹۰۲	۲/۰۷	۸/۱۵	گواه	
۰/۴۳۶	۰/۹۳۸	۲/۵۳	۱۶/۹۲	بازی درمانی	هماندسازی
۰/۴۰۰	۰/۹۳۵	۲/۲۷	۱۷/۶۱	درمان تعامل والد-کودک	پس آزمون
۰/۲۴۳	۰/۹۱۹	۱/۹۸	۸/۵۳	گواه	
۰/۲۰۹	۰/۹۱۴	۱/۷۵	۹/۳۰	بازی درمانی	
۰/۲۳۹	۰/۹۱۸	۱/۴۰	۹/۸۴	درمان تعامل والد-کودک	پیش آزمون
۰/۵۲۶	۰/۹۴۵	۱/۸۱	۹/۸۴	گواه	
۰/۳۰۶	۰/۹۲۶	۱/۸۳	۱۹/۲۳	بازی درمانی	ارتباط
۰/۰۴۷	۰/۸۰۳	۳/۲۹	۱۹/۷۶	درمان تعامل والد-کودک	پس آزمون
۰/۲۲۵	۰/۹۱۷	۱/۸۲	۱۰/۰۰	گواه	

است. همچنین نتایج آزمون ام. باکس برای بررسی ماتریس کوواریانس متغیرهای وابسته در بین گروه های آزمایش و گواه نشان داد که این ماتریس در دو گروه برابر است ($P \leq 0/859$, $F_3 = 0/431$, $M = 2/85$ Box). پس از بررسی پیش فرض های تحلیل کوواریانس چندمتغیری، نتایج آزمون نشان داد که بین گروه ها در مؤلفه های کنش های اجرایی، تفاوت معنی داری وجود دارد ($P < 0/001$, $F = 16/88$, Wilks's Lambda = 0/108). برای بررسی اینکه گروه های آزمایش و گواه در کدام یک از مؤلفه های کنش های اجرایی با یکدیگر تفاوت دارند در جدول ۴ نتایج تحلیل کوواریانس گزارش شده است.

برای بررسی تأثیر آموزش بازی درمانی بر مؤلفه های کنش های اجرایی افراد نمونه از تحلیل کوواریانس چندمتغیری استفاده شد. نتایج آزمون بررسی همگنی شیب رگرسیون پیش آزمون و پس آزمون مهارت های تنظیم رفتار ($F_3 = 1/93$, $P \leq 0/149$) و مهارت های فراشناخت ($F_3 = 0/387$, $P \leq 0/724$) در گروه های آزمایش و گواه نشان داد که شیب رگرسیون در هر دو گروه برابر است. نتایج آزمون لوین نیز برای بررسی همگنی واریانس متغیرهای وابسته در گروه ها نشان داد که واریانس مؤلفه های مهارت های تنظیم رفتار ($F_{3,31} = 0/117$, $P \leq 0/890$) و مهارت های فراشناخت ($F_{3,31} = 0/007$, $P \leq 0/993$) در گروه ها برابر

جدول ۴: نتایج تحلیل کوواریانس مربوط به مقایسه اثربخشی دو شیوه بازی درمانی و درمان تعامل والد-کودک بر مؤلفه‌های کنش اجرایی

مؤلفه	گروه	میانگین	تفاوت میانگین‌ها	خطای استاندارد	F	P	اندازه اثر
مهارت‌های تنظیم رفتار	بازی درمانی	۳۲/۱۵	۱۲/۱۵	۰/۵۱	۵۲/۲۳	۰/۰۰۱	۰/۷۶۵
	درمان تعامل والد-کودک	۳۲/۵۳	۱۲/۵۳	۰/۰۶۵			
	گواه	۲۰/۰۰	-	-			
مهارت‌های فراشناخت	بازی درمانی	۳۹/۱۵	۱۷/۳۹	۰/۰۴۹	۱۱/۷۱	۰/۰۰۱	۰/۷۷۹
	درمان تعامل والد-کودک	۳۶/۶۱	۱۴/۸۵	۰/۰۳۴			
	گواه	۲۱/۷۶	-	-			

با توجه به جدول ۴ آماره F برای مؤلفه‌های مهارت‌های تنظیم رفتار (۲۳/۵۲) و مهارت‌های فراشناخت (۱۱/۷۱) در سطح ۰/۰۰۱ معنی دار است. نتایج بررسی میانگین‌ها نشان می‌دهد که بین گروه‌ها در این مؤلفه‌ها تفاوت معنی داری وجود دارد؛ به طوری که میانگین گروه بازی درمانی در مهارت‌های تنظیم رفتار (۳۲/۱۵) و مهارت‌های فراشناخت (۳۹/۱۵)، و گروه درمان تعامل والد-کودک در مهارت‌های تنظیم رفتار (۳۲/۵۳) و مهارت‌های فراشناخت (۳۶/۶۱) بیشتر از میانگین گروه گواه در این مؤلفه‌ها به ترتیب با میانگین (۲۰/۰۰) و (۲۱/۷۶) است. با توجه به این یافته‌ها می‌توان گفت که بازی درمانی و درمان تعامل والد-کودک موجب افزایش مهارت‌های تنظیم رفتار و مهارت‌های فراشناخت دختران می‌شود. همچنین میزان اندازه اثر در جدول ۴ نشان می‌دهد که عضویت گروهی ۷۶ درصد از تغییرات مهارت‌های تنظیم رفتار و ۷۷ درصد از تغییرات مهارت‌های فراشناخت را تبیین می‌کند.

برای بررسی تأثیر آموزش بازی درمانی بر مؤلفه‌های احساسات مثبت، عدم تنفر/عدم گمشتگی نقش، همانندسازی، و ارتباط دختران از تحلیل کوواریانس چندمتغیری استفاده شد. نتایج آزمون بررسی همگنی شیب رگرسیون پیش آزمون و پس آزمون احساسات مثبت ($P \leq 0/065$ ،

$F_2=2/87$)، عدم تنفر ($F_2=1/33$ ، $P \leq 0/296$)، همانندسازی ($P \leq 0/700$)، $F_2=0/481$) و ارتباط ($F_2=0/34$ ، $P \leq 0/967$) در گروه‌های آزمایش و گواه نشان داد که شیب رگرسیون در هر دو گروه برابر است. نتایج آزمون لوین برای بررسی همگنی واریانس متغیرهای وابسته در گروه‌ها نیز نشان داد که واریانس مؤلفه‌های احساسات مثبت ($P \leq 0/088$)، $F_2=2/69$ ، عدم تنفر/عدم گمشتگی نقش ($P \leq 0/242$)، $F_2=1/50$ ، $P \leq 0/272$)، همانندسازی ($F_2=2/53$ ، $P \leq 0/100$) و ارتباط ($F_2=1/35$ ، $P \leq 0/110$) در گروه‌ها برابر است. نتایج آزمون ام. باکس برای بررسی ماتریس کوواریانس متغیرهای وابسته در بین گروه آزمایش و گواه نشان داد که ماتریس کوواریانس متغیرهای وابسته در دو گروه برابر است ($M\ Box=22/53$ ، $F_2=51/00$ ، $P \leq 0/110$). پس از بررسی پیش فرض‌های تحلیل کوواریانس چندمتغیری، نتایج آزمون نشان داد که بین گروه‌ها در مؤلفه‌های تعامل والد-کودک تفاوت معناداری وجود دارد ($Wilks's\ Lambda=0/108$ ، $F=4/63$ ، $P < 0/001$)؛ در نتیجه برای بررسی اینکه گروه‌های آزمایش و گواه در کدام یک از مؤلفه‌های تعامل والد-کودک با یکدیگر تفاوت دارند در جدول ۵ نتایج تحلیل کوواریانس گزارش شده است.

جدول ۵. تحلیل کوواریانس مربوط به مقایسه دو گروه بازی درمانی و گروه درمان تعامل والد-کودک

مؤلفه	گروه	میانگین	تفاوت میانگین‌ها	خطای استاندارد	F	P	اندازه اثر
احساسات مثبت	بازی درمانی	۲۹/۳۰	۱۱/۰۷	۰/۰۶۷	۶/۷۷	۰/۰۰۵	۰/۸۷۵
	درمان تعامل والد-کودک	۲۹/۳۸	۱۱/۱۵	۰/۰۷۶			
	گواه	۱۸/۲۳	-	-			
عدم تنفر/عدم گمشتگی نقش	بازی درمانی	۲۰/۴۶	۱۰/۱۶	۰/۰۶۶	۴/۸۶	۰/۰۱۸	۰/۷۴۱
	درمان تعامل والد-کودک	۲۲/۰۰	۱۱/۷۰	۰/۰۶۷			
	گواه	۱۰/۳۰	-	-			
همانندسازی	بازی درمانی	۱۶/۹۲	۸/۳۹	۰/۰۴۶	۱۱/۰۶	۰/۰۰۱	۰/۹۸۴
	درمان تعامل والد-کودک	۱۷/۶۱	۹/۰۸	۰/۰۵۸			

				۸/۵۳	گواه	
			۰/۰۴۹	۹/۲۳	بازی درمانی	
۰/۸۷۳	۰/۰۰۵	۶/۴۹	۰/۰۳۴	۱۹/۷۶	درمان تعامل والد-کودک	ارتباط
			-	-	گواه	
				۱۰/۰۰		

گروه گواه به ترتیب با میانگین (۱۸/۲۳)، (۱۰/۳۰)، (۸/۵۳) و (۱۰/۰۰) است. با توجه به این یافته‌ها می‌توان گفت که بازی درمانی و درمان تعامل والد-کودک موجب افزایش احساسات مثبت، عدم گمشستگی نقش، همانندسازی، و ارتباط دختران می‌شود. همچنین اندازه اثر در جدول ۵ نشان می‌دهد که عضویت گروهی ۸۷ درصد از تغییرات احساسات مثبت، ۷۴ درصد از تغییرات عدم گمشستگی نقش، ۹۸ درصد از تغییرات همانندسازی، و ۸۷ درصد از تغییرات ارتباط را تبیین می‌کند. در جدول ۶، تفاوت میانگین مؤلفه‌های کنش‌های اجرایی و دامنه اطمینان تفاوت‌ها به تفکیک گروه‌های پژوهش گزارش شده است.

با توجه به نتایج جدول ۵، آماره F برای مؤلفه‌های احساسات مثبت (۶/۷۷)، همانندسازی (۱۱/۰۶) و ارتباط (۶/۴۹) در سطح ۰/۰۱ و برای مؤلفه عدم تنفر/عدم گمشستگی نقش (۴/۸۶) در سطح ۰/۰۵ معنی‌دار است. نتایج بررسی میانگین‌ها نشان می‌دهند که بین گروه‌ها در این مؤلفه‌ها، تفاوت معنی‌دار وجود دارد. نتایج بررسی میانگین‌ها در جدول فوق نشان می‌دهد که میانگین گروه بازی درمانی در مؤلفه‌های احساسات مثبت (۲۹/۳۰)، عدم تنفر/عدم گمشستگی نقش (۲۰/۴۶)، همانندسازی (۱۶/۹۲)، و ارتباط (۱۹/۲۳)؛ و گروه درمان تعامل والد-کودک در مؤلفه‌های احساسات مثبت (۲۹/۳۸)، عدم تنفر/عدم گمشستگی نقش (۲۲/۰۰)، همانندسازی (۱۷/۶۱)، و ارتباط (۱۹/۷۶) بیشتر از میانگین

جدول ۶: تفاوت میانگین مؤلفه‌های کنش‌های اجرایی و دامنه اطمینان تفاوت‌ها به تفکیک گروه‌های پژوهش

متغیر	گروه‌ها (I)	گروه‌ها (J)	تفاوت میانگین‌ها (I-J)	انحراف استاندارد	معناداری	دامنه پایین	دامنه بالا
تنظیم رفتار	بازی درمانی	درمان تعامل والد-کودک	۲/۷۶°	۰/۷۷۶	۰/۰۰۳	۰/۸۲۰	۴/۷۱
	گواه	گواه	۱۷/۳۸°	۰/۷۷۶	۰/۰۰۱	۱۵/۴۳	۱۹/۳۳
فراشناخت	درمان تعامل والد-کودک	گواه	۱۴/۶۱°	۰/۷۷۶	۰/۰۰۱	۱۲/۶۶	۱۶/۵۶
	بازی درمانی	درمان تعامل والد-کودک	-۲/۰۰	۱/۲۴	۰/۲۵۱	-۴/۸۲	۰/۸۲۱
درمان تعامل والد-کودک	بازی درمانی	گواه	۱۲/۱۵°	۱/۲۴	۰/۰۰۱	۹/۳۳	۱۴/۹۷
	گواه	گواه	۱۴/۱۵°	۱/۲۴	۰/۰۰۱	۱۱/۳۳	۱۶/۹۷

*P≤0/05

نتایج جدول ۶ نشان می‌دهد که بین مقادیر میانگین تعدیل شده تنظیم رفتار (MD=۱۷/۳۸، P>۰/۰۵) و فراشناخت (MD=۱۲/۱۵، P>۰/۰۵) در گروه بازی درمانی با گروه گواه، و تفاوت میانگین‌های تعدیل شده تنظیم رفتار (MD=۱۴/۶۱، P>۰/۰۵) و فراشناخت (MD=۱۴/۱۵، P>۰/۰۵) در گروه بازی درمانی با گروه گواه، معنادار است. در جدول ۷، تفاوت میانگین مؤلفه‌های والد-کودک و دامنه اطمینان تفاوت‌ها به تفکیک گروه‌های پژوهش گزارش شده است.

نتایج جدول ۶ نشان می‌دهد که بین مقادیر میانگین تعدیل شده تنظیم رفتار (MD=۲/۷۶، P>۰/۰۵) در گروه‌های بازی درمانی و درمان تعامل والد-کودک، تفاوت معنادار وجود دارد؛ در مقابل بین مقادیر میانگین تعدیل شده فراشناخت (MD=-۲/۰۰، P>۰/۰۵) در گروه‌های بازی درمانی و درمان تعامل والد-کودک، تفاوت معناداری وجود ندارد؛ بنابراین با اطمینان ۹۵ درصد گروه بازی درمانی دارای میانگین تنظیم رفتاری بالاتری در مقایسه با گروه تعامل والد-کودک است. تفاوت

جدول ۷: تفاوت میانگین مؤلفه‌های والد-کودک و دامنه اطمینان تفاوت‌ها به تفکیک گروه‌های پژوهش

متغیر	گروه‌ها (I)	گروه‌ها (J)	تفاوت میانگین‌ها (I-J)	انحراف استاندارد	معناداری	دامنه اطمینان ۹۵٪ برای تفاوت‌ها	
						دامنه بالا	دامنه پایین
احساسات مثبت	بازی درمانی	درمان تعامل والد-کودک	-۰/۰۷۷	۰/۹۳۹	۱/۰۰۰	-۲/۴۳	۲/۲۸
	گواه	گواه	۱۱/۰۷°	۰/۹۳۹	۰/۰۰۱	۸/۷۲	۱۳/۴۳
	درمان تعامل والد-کودک	گواه	۱۱/۱۵°	۰/۹۳۹	۰/۰۰۱	۸/۷۹	۱۳/۵۱
عدم تنفر/عدم گمگشتگی	بازی درمانی	درمان تعامل والد-کودک	-۱/۵۳	۰/۸۸۷	۰/۲۷۴	-۰/۶۸۸	۳/۷۶
	گواه	گواه	۱۰/۱۵°	۰/۸۸۷	۰/۰۰۱	۷/۹۲	۱۲/۳۸
	درمان تعامل والد-کودک	گواه	۱۱/۶۹°	۰/۸۸۷	۰/۰۰۱	۹/۴۶	۱۳/۹۱
هویت	بازی درمانی	درمان تعامل والد-کودک	-۰/۶۹۲	۱/۰۴	۱/۰۰۰	-۳/۳۰	۱/۹۲
	گواه	گواه	۸/۳۸°	۱/۰۴	۰/۰۰۱	۵/۷۷	۱۰/۹۹
	درمان تعامل والد-کودک	گواه	۹/۰۷°	۱/۰۴	۰/۰۰۱	۶/۴۶	۱۱/۶۸
ارتباط	بازی درمانی	درمان تعامل والد-کودک	-۰/۵۳۸	۰/۹۴۹	۱/۰۰۰	-۲/۹۲	۱/۸۴
	گواه	گواه	۹/۲۳°	۰/۹۴۹	۰/۰۰۱	۶/۸۴	۱۱/۶۱
	درمان تعامل والد-کودک	گواه	۹/۷۶°	۰/۹۴۹	۰/۰۰۱	۷/۳۸	۱۲/۱۵

*P≤0/05

نشان داد که بازی درمانی و درمان تعامل والد-کودک موجب افزایش مهارت‌های تنظیم رفتار و مهارت‌های فراشناخت دختران می‌شود. همچنین این دو شیوه بازی درمانی و درمان تعامل والد-کودک موجب افزایش احساسات مثبت، عدم گمگشتگی نقش، همانندسازی، و ارتباط در دختران با اختلال نافرمانی مقابله‌ای می‌شود. این نتایج با یافته‌های حاصل از پژوهش‌های نیکپور و همکاران (۲۶)، اکبری و رحمتی (۲۷) و حسین‌خانزاده (۲۸) که به اثربخش بودن بازی درمانی بر نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای و کنش‌های اجرایی اشاره داشته‌اند و نتایج مطالعات عزیززی و همکاران (۲۹)، بهروزی و همکاران (۳۰)، عباسی و نشاط‌دوست (۳۱)، صفری و همکاران (۳۲)، و اسپچلینگ و همکاران (۳۳) که اثربخشی درمان والد-کودک بر نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای و روابط والد-کودک را نشان دادند، همسو است. نتایج پژوهش حاضر همچنین نشان داد گروه بازی درمانی دارای میانگین تنظیم رفتاری بالاتری در مقایسه با گروه تعامل والد-کودک بود؛ بدین معنا که گروه بازی درمانی در افزایش مهارت‌های تنظیم رفتار نسبت به گروه تعامل والد-کودک، مؤثرتر بود.

در تبیین اثربخشی درمان تعامل والد-کودک بر بهبود تعامل والد-کودک کودکان دچار اختلال نافرمانی مقابله‌ای می‌توان گفت عدم فراگیری مهارت‌های درون‌فردی و بین‌فردی، نگرش‌های منفی والدین نسبت به کودکان‌شان را به همراه احساس نابسندگی و نالایق بودن برای

نتایج جدول ۷ نشان می‌دهد که بین مقادیر میانگین تعدیل شده احساسات مثبت ($P > 0/05$, $MD = -0/077$)، عدم تنفر/عدم گمگشتگی ($P > 0/05$, $MD = -1/53$)، هویت ($P > 0/05$, $MD = -0/692$)، و ارتباط ($P > 0/05$, $MD = -0/538$) در گروه‌های بازی درمانی و درمان تعامل والد-کودک تفاوت معنادار وجود ندارد؛ در مقابل تفاوت میانگین‌های تعدیل شده احساسات مثبت ($P > 0/05$, $MD = 11/07$)، عدم تنفر/عدم گمگشتگی ($P > 0/05$, $MD = 10/15$)، هویت ($P > 0/05$, $MD = 8/38$)، و ارتباط ($P > 0/05$, $MD = 9/23$) در گروه بازی درمانی با گروه گواه؛ و تفاوت میانگین‌های تعدیل شده احساسات مثبت ($P > 0/05$, $MD = 11/15$)، عدم تنفر/عدم گمگشتگی ($P > 0/05$, $MD = 11/69$)، هویت ($P > 0/05$, $MD = 9/07$)، و ارتباط ($P > 0/05$, $MD = 9/76$) در گروه بازی درمانی با گروه گواه معنادار است. در نتیجه هر دو گروه آزمایش در مقایسه با گروه گواه با اطمینان ۹۵ درصد در افزایش احساسات مثبت، عدم گمگشتگی، هویت، و ارتباط دختران نقش داشته‌اند.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی بازی درمانی و درمان تعامل والد-کودک بر مهارت‌های تنظیم رفتار و فراشناخت و تعامل والد-کودک در کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی/مقابله‌ای بود. نتایج تحلیل داده‌ها

کودک به وجود می‌آورد که این مسئله با پیامدهایی مانند رفتارهای نافرمانی مقابله‌ای، همراه است (۳۳). معمولاً در خانواده‌هایی که کنش‌وری آنها پرورش‌دهنده ثبات و امنیت هستند، مشکلات رفتاری در کودکان آنها، کمتر به چشم می‌خورد. در چنین خانواده‌هایی، کودکان توانایی بیشتری را برای انطباق با تغییرات دارند و شرایط مناسبی برای تحول آنها فراهم می‌شود. در خانواده با الگوی سالم، اعضای خانواده مورد حمایت همدیگر هستند؛ انتظارات مربوط به نقش‌های افراد، روشن و دارای انعطاف است؛ مقررات خانواده واضح و انعطاف‌پذیر است؛ و نحوه ارتباط والدین با کودکان، قوی‌ترین عامل مؤثر بر الگوهای تعاملی خانواده محسوب می‌شود؛ به خصوص در دوره‌هایی از زندگی کودکان که تغییرات اساسی در تحول روانی آنها رخ می‌دهد (۱۹). در این راستا، نظریه چرخه‌های اجباری بر روابط کنشی متقابلی استوار است که به واسطه آنها والدین می‌توانند رفتارهای منفی کودکان را ناخواسته تقویت کنند که به نوبه خود موجب فراخوانی رفتارهای منفی از والدین می‌شود و بدین ترتیب کودک برای اینکه بر این ادراکات غالب شود رفتارهای مخرب و منفی‌تری از خود نشان می‌دهد (۱۶).

چنانکه نتایج پژوهش حاضر نشان داد کودکان والدینی که از مهارت‌های ارتباطی صحیح برخوردارند به مرور زمان که با گرمی و محبت والدین مواجه شده و تحول می‌یابند، به خودتنظیمی رفتاری و هیجانی دست می‌یابند که از ابراز رفتارها و هیجان‌های خود بدون ترس از والدین ناشی می‌شوند (۳۱). در این برنامه درمانی والدین یاد می‌گیرند که کودکان‌شان نزدیک شوند، سبک‌های والدینی مؤثرتری را که با نیازهای کودکان‌شان منطبق است به کار برند، به رفتارهای سازش‌نا یافته کودک توجه کرده و رفتارهای سازش‌نا یافته وی را نادیده بگیرند، و در نهایت کودکان نیز به این تعاملات به شیوه‌ای سالم‌تر پاسخ دهند (۱۹).

در تبیین اثربخشی بازی درمانی بر کنش‌های اجرایی کودکان با اختلال نافرمانی مقابله‌ای می‌توان گفت که بازی، فعالیت مرکزی منحصر به فرد دوران کودکی و فعالیتی خود به خودی، لذت بخش، داوطلبانه، و بدون هدف است. بازی می‌تواند ارتباطی بین افکار درونی کودکان و دنیای بیرون آنها ایجاد کرده و کمک کند تا بر محیط زندگی و اشیای محیط بازی، توانایی مهارگری کسب کنند. این توانمندی به کودکان اجازه می‌دهد تا تجربیات، افکار، احساسات، و تمایلاتی را فاش کنند که

برای آنها تهدید تلقی می‌شود (۲۴)؛ بنابراین بر خلاف بزرگسالان که به طور طبیعی از طریق کلمات ارتباط برقرار می‌کنند، کودکان به طور طبیعی خودشان را بیشتر از طریق جهان واقعی بازی و فعالیت‌ها ابراز می‌کنند. در بازی درمانی، بازی به عنوان وسیله‌ای برای ارتباط بین کودک و درمانگر مورد توجه قرار داده می‌شود و فرض بر این است که کودکان از طریق مواد بازی به طور مستقیم یا نمادین احساسات، افکار، و تجاربی را که قادر به بیان معنادار آنها از طریق کلمات نیستند، برون‌ریزی کنند. بازی به کودکان اجازه می‌دهد تا بین تجارب و درک و فهم‌شان، پیوندی بزنند و در نتیجه مواد لازم را برای بینش کودک و یادگیری، حل مسئله، کنار آمدن، و تسلط او فراهم می‌آورد (۲۵). بازی درمانی که بر افکار، احساسات، تخیلات و محیط کودک تمرکز دارد، چهارچوبی برای مشارکت کودک در درمان با تأکید بر موضوعاتی مانند مهارگری، تسلط، و احساس مسئولیت برای تغییرات رفتاری فراهم می‌کند. با گنجاندن عناصر شناختی، کودکان ممکن است به مشارکت‌کننده‌ای فعال در تغییرات تبدیل شوند. بازی جهان طبیعی کودک است و موجب شکوفایی خلاقیت کودک می‌شود و در این فرایند ظرفیت عاطفی، جسمانی، و شناختی کودک، رشد می‌کند. کودکان از طریق بازی در مورد خود و دیگران موضوعاتی را یاد می‌گیرند و از این طریق در سنین پایین با جهان اطراف خود تعامل می‌کنند (۲۴). بازی درمانی بر این فرض استوار است که بازی با بهبود کنش‌های اجرایی به عنوان فراشناخت‌هایی که ادراک یکپارچه‌ای را از شناخت و حافظه موجب می‌شوند، به بهبود خودتنظیمی نیز منجر می‌شود (۲۵).

به طور خلاصه براساس نظریه بازداری رفتاری، خودتنظیمی، و کنش‌های اجرایی، توانایی‌هایی هستند که با هم همپوشانی و تعامل دارند و بازداری رفتاری از کارکرد درست این توانمندی‌ها، حاصل می‌شود. در فرایند بازی درمانی، کودک می‌تواند درونمایه‌های خود را اعم از افکار و هیجان‌ها با استفاده از نمادها و اسباب‌بازی‌ها، به دیگران انتقال دهد. بازی درمانی در قالب بازی و با به کارگیری اصول بازی درمانی با نمادسازی، کودک را قادر می‌سازد که هر یک از کنش‌های اجرایی را با تمرین و فراگیری به زندگی روزمره تعمیم دهد. در همین ارتباط توانایی نظریه ذهن (ذهن خوانی) به کودک اجازه می‌دهد از طریق نظام

روش نمونه‌گیری کاملاً تصادفی در تمامی مراحل انتخاب نمونه، اشاره کرد. قطعاً تکرار چنین مطالعاتی با رفع این محدودیت‌های روش شناختی و همچنین بر روی سایر گروه‌های سنی و دیگر اختلال‌های هیجانی/ رفتاری می‌تواند بر دقت نتایج به دست آمده و قدرت تعمیم‌دهی یافته‌ها بیفزاید. بر اساس نتایج حاصل از پژوهش حاضر پیشنهاد می‌شود، درمانگران و متخصصان روان‌شناسی کودک، مداخلات بالینی لازم را برای تقویت و اصلاح رابطه مادر-کودک و کنش‌های اجرایی کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای بر اساس بسته‌های درمانی به کار گرفته شده در این مطالعه، فرمول‌بندی کنند تا بتوانیم شاهد بهبود معناداری در وضعیت کودکان با اختلال نافرمانی مقابله‌ای در کنش‌های رفتاری، اجتماعی، شناختی، و تحصیلی باشیم.

تشکر و قدردانی: این پژوهش برگرفته از رساله دکترای خانم الهام شیروود آقایی در رشته روان‌شناسی عمومی دانشگاه آزاد اسلامی واحد بندرعباس با راهنمایی دکتر آرزینا امیرفخرایی و مشاوره دکتر اقبال زارعی با کد اخلاق IR.HUMS.REC.1398.256 است. همچنین مجوز اجرای آن بر روی افراد نمونه از سوی اداره آموزش و پرورش شهر تنکابن صادر شده است. بدین وسیله از مسئولان اداره آموزش و پرورش و از کادر اداری و مربیان مدارس و افراد نمونه که در اجرای این طرح به ما کمک کردند، تشکر و قدردانی می‌شود.

تضاد منافع: بر اساس ادعای نویسندگان، این مطالعه بدون حامی مالی انجام شده و تعارض منافع ندارد.

شناختی خود، علایق و عقاید دیگران را در موقعیت‌های اجتماعی نیز درک کند. از آنجا که در پژوهش حاضر، هدف درمان تعامل والد-کودک به اشتراک گذاشتن اطلاعات اجتماعی دقیق برای این کودکان بود، و همچنین با توجه به اینکه بر اساس نظریه ذهن با ارائه اطلاعات لازم (در ارتباط با شرایطی که برای کودک دشواری ایجاد کرده بود و توضیح آن شرایط برای وی) می‌توان به بهبود اوضاع و تسلط فرد بر موقعیت با استفاده از داشتن الگو و سرمشق‌های رفتاری، کمک کرد؛ در نتیجه در این مطالعه از این طریق به کودکان شرکت‌کننده در این پژوهش کمک شد تا درک درستی از موقعیت‌های تعامل والد-کودک به دست آورند. در یک جمع‌بندی می‌توان چنین بیان کرد که هر دو درمان به کار گرفته شده در این مطالعه توانستند با بهبود شناخت اجتماعی کودک و تسهیل دستیابی به خودتنظیمی و بازداری رفتاری، بر کنش‌های اجرایی و تعامل والد-کودک کودکان با اختلال نافرمانی مقابله‌ای، اثرگذار باشند. کودکان با اختلال نافرمانی مقابله‌ای بر اساس الگوی بازداری رفتاری و نظریه ذهن، در شناخت اجتماعی خود ضعف‌هایی دارند و از آنجا که این اختلال، چندعلیتی با تظاهرات و نمودهای گوناگون است، با مورد توجه قرار دادن این موضوع مهم، می‌توان هر دو شیوه بازی درمانی و درمان تعامل والد-کودک را برای بهبود کنش‌های اجرایی و تعامل والد-کودک در کودکان با اختلال نافرمانی مقابله‌ای به کار برد.

از محدودیت‌های این مطالعه می‌توان به عدم بررسی مقایسه نتایج مداخلات به کار گرفته شده در هر دو جنس و همچنین عدم استفاده از

References

1. Andrews JJW, Istanffy P. 2 - Conduct and Oppositional Defiant Disorders. In: Andrews JJW, Istanffy P, editors. *Exceptional Life Journeys*. London: Elsevier; 2012. p. 27-53. [Link]
2. Martel MM. Chapter 2 - Causal factors of oppositional defiant disorder. In: Martel MM, editor. *The Clinician's Guide to Oppositional Defiant Disorder*: Academic Press; 2019. p. 17-30. [Link]
3. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders 5th ed*. Arlington, VA: American Psychiatric Association; 2013. [Link]
4. Schoorl J, van Rijn S, de Wied M, van Goozen S, Swaab H. Boys with Oppositional Defiant Disorder/Conduct Disorder Show Impaired Adaptation During Stress: An Executive Functioning Study. *Child Psychiatry & Human Development*. 2018;49(2):298-307. [Link]
5. Kargar Barzi H, Shishehfar S, Jafari A, Ghorbanian E, Choobdari A. The comparison of executive functions with the attachment styles in students with and without ODD. *Community Health*. 2017;4(4):265-74. [Link]
6. Sanz JH, Wang J, Berl MM, Armour AC, Cheng YI, Donofrio MT. Executive Function and Psychosocial Quality of Life in School Age Children with Congenital Heart Disease. *The Journal of Pediatrics*. 2018;202:63-9. [Link]
7. Roebbers CM. Executive function and metacognition: Towards a unifying framework of cognitive self-regulation. *Developmental Review*. 2017;45:31-51. [Link]
8. Torske T, Nærland T, Øie MG, Stenberg N, Andreassen OA. Metacognitive Aspects of Executive Function Are Highly Associated with Social Functioning on Parent-Rated Measures in Children with Autism Spectrum Disorder. *Front Behav Neurosci*. 2018;11:258. [Link]
9. Mozaffarnejad F, Nazarboland N. Executive functioning, response inhibition and attentional process impairments in impulsive children. *European Psychiatry*. 2017;41:S126. [Link]
10. Bryce D, Whitebread D, Szűcs D. The relationships among executive functions, metacognitive skills and educational achievement in 5 and 7 year-old children. *Metacognition and Learning*. 2015;10(2):181-98. [Link]
11. Barkley RA. *Defiant Children: A Clinician's Manual for Assessment and Parent Training* Guilford Press; 2013. [Link]
12. Xu M, Jiang W, Du Y, Li Y, Fan J. Executive Function Features in Drug-naive Children with Oppositional Defiant Disorder. *Shanghai archives of psychiatry*. 2017;29:228-36. [Link]
13. Matthys W, Vanderschuren LJM, Schutter DJLG, Lochman JE. Impaired neurocognitive functions affect social learning processes in oppositional defiant disorder and conduct disorder: Implications for interventions. *Clinical Child and Family Psychology Review*. 2012;15(3):234-46. [Link]
14. Kako Jouybari AA, Shaghghi F, Baradaran M. Development of Social Cognition in theory of mind in children. *Social Cognition*. 2013;1(2):32-9. [Link]
15. Khanjani Z, Hadavand khani F. Theory of Mind: Development, Approaches, and Neurobiological Basis. *Journal of Modern Psychological Researches*. 2010;4(16):85-115. [Link]
16. Martel MM. Chapter 3 - Theories of oppositional defiant disorder. In: Martel MM, editor. *The Clinician's Guide to Oppositional Defiant Disorder*: Academic Press; 2019. p. 31-42. [Link]
17. Taher M, hajloo n. The comparison of efficacy of empathy and anger management trainings on social cognition in children with oppositional defiant disorder. *Social Cognition*. 2016;5(2):72-93. [Link]
18. Ding W, Meza J, Lin X, He T, Chen H, Wang Y, Qin S. Oppositional defiant disorder symptoms and children's feelings of happiness and depression: Mediating roles of interpersonal relationships. *International Society of Child Indicators* (2020;13(1):215-35. [Link]
19. Brinkmeyer M, Eyberg SM. *Parent-child interaction therapy for oppositional children*: Guilford Press; 2003. [Link]
20. Tung I, Lee S. Negative parenting behavior and childhood oppositional defiant disorder: Differential moderation by positive and negative peer regard. *Aggressive behavior*. 2014;40(1):79-90. [Link]
21. Linwood AS. *Parent-child Relationships*. In: Krapp K, Wilson J, editor. *The Gale encyclopedia of children's health: infancy through adolescence*. Detroit: Gale; 2006. [Link]
22. Bornstein MH, Suwalsky JTD, Breakstone DA. Emotional relationships between mothers and infants: knowns, unknowns, and unknown unknowns. *Dev Psychopathol*. 2012;24(1):113-23. [Link]
23. Sohrabi F, Asadzadeh H, Arabzadeh Z. Effectiveness of Barkley's parental education program in reducing the symptoms of oppositional defiant disorder on preschool children. *Journal of School Psychology*. 2014;3(2):82-103. [Link]

24. Knell SM. Cognitive-Behavioral Play Therapy. Handbook of Play Therapy 2015. p. 119-33. [Link]
25. Byrnes JP. Piaget's Cognitive-Developmental Theory☆. In: Benson JB, editor. Encyclopedia of Infant and Early Childhood Development (Second Edition). Oxford: Elsevier; 2020. p. 532-9. [Link]
26. Nikpour G, Zare poor M, Nikpour F. The effect of play therapy with cognitive behavioral approach on reducing oppositional defiant disorder symptoms in children aged 8 to 11 years. Toloeebehdasht. 2018;17(1):62-72. [Link]
27. Akbari B, Rahmati F. The efficacy of cognitive behavioral play therapy on the reduction of aggression in preschool children with Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. Quarterly Journal of Child Mental Health. 2015;2(2):93-100. [Link]
28. HosseinKhanzadeh AA. The effect of child-centered play therapy on the self-efficacy in peer relations among students with Oppositional Defiant Disorder symptoms. Quarterly Journal of Child Mental Health. 2017;4(3):49-59. [Link]
29. Azizi A, Karimipour BA, Rahmani S, Veisi F. Comparing the efficacy of child-parent relationship therapy (cppt) and family-focused therapy (fft) on function of families with children with Oppositional Defiant Disorder (ODD). Quarterly Journal of Child Mental Health. 2016;3(2):9-20. [Link]
30. Behroozy N, Farzadi F, Faramarzi H. Investigating the causal relationship of parents' physical and emotional violence with anger management and aggressive behavior of children with Oppositional Defiant Disorder mediated by parent-child relationship and empathy. Quarterly Journal of Child Mental Health. 2016;3(3):43-58. [Link]
31. Abbasi M, Neshatdoost HT. Effectiveness of parent-child interaction therapy on reduction of symptoms in oppositional defiant disorder. Journal of Clinical Psychology. 2013;5(3):59-67. [Link]
32. Safary S, Faramarzi S, Abedi A. Effectiveness of cognitive behavioral play therapy on reducing symptoms of students with oppositional defiant disorder. Journal of Clinical Psychology. 2012;4(4):1-11. [Link]
33. Schilling S, French B, Berkowitz SJ, Dougherty SL, Scribano PV, Wood JN. Child-Adult Relationship Enhancement in Primary Care (PriCARE): A Randomized Trial of a Parent Training for Child Behavior Problems. Academic Pediatrics. 2017;17(1):53-60. [Link]
34. Yıldırım B, Beydili E, Görgülü M. The Effects of Education System on to the Child Labour: An Evaluation from the Social Work Perspective. Procedia - Social and Behavioral Sciences. 2015;174:518-22. [Link]
35. Vish NL, Stolfi A. Relationship of Children's Emotional and Behavioral Disorders with Health Care Utilization and Missed School. Academic Pediatrics. 2020. [Link]
36. Lautarescu A, Craig MC, Glover V. Chapter Two - Prenatal stress: Effects on fetal and child brain development. In: Clow A, Smyth N, editors. International Review of Neurobiology. 150: Academic Press; 2020. p. 17-40. [Link]
37. Rowe R, Costello EJ, Angold A, Copeland WE, Maughan B. Developmental pathways in oppositional defiant disorder and conduct disorder. J Abnorm Psychol. 2010;119(4):726-38. [Link]
38. Burke JD, Romano-Verthelyi AM. 2 - Oppositional defiant disorder. In: Martel MM, editor. Developmental Pathways to Disruptive, Impulse-Control and Conduct Disorders: Academic Press; 2018. p. 21-52. [Link]
39. VanVoorhis CRW, Morgan BL. Understanding power and rules of thumb for determining sample sizes. Tutorials in Quantitative Methods for Psychology 2007;3(2):43-50. [Link]
40. Gadow KD, Sprafkin J. Child symptom inventories manual. Checkmate Plus 1994. [Link]
41. Sprafkin J, Gadow KD, Salisbury H, Schneider J, Loney J. Further evidence of reliability and validity of the Child Symptom Inventory-4: parent checklist in clinically referred boys. Journal of clinical child and adolescent psychology : the official journal for the Society of Clinical Child and Adolescent Psychology, American Psychological Association, Division 53. 2002;31(4):513-24. [Link]
42. Mohamad Esmail E, Alipour A. A preliminary study on the reliability, validity and cut off points of the Children Symptom Inventory-4 (CSI-4). Journal of Exceptional Children. 2002;2(3):239-54. [Link]
43. Gioia GA, Isquith PK, Guy SC, Kenworthy L. Behavior rating inventory of executive function: Professional manual Psychological Assessment Resources, Incorporated; 2000. [Link]
44. Abdolmohamadi K, Alizadeh H, Ghadiri F, Taiebli M, Fathi A. Psychometric properties of Behavioral Rating Scale of Executive Functions (BRIEF) in children aged 6 to 12 years. Quarterly of Educational Measurement. 2018;8(30):135-51. [Link]
45. Fine MA, Moreland RJ, Schwebel AI. Long-term effects of divorce on parent-child relationships.

- Developmental Psychology. 1983;19(703-713). [\[Link\]](#)
46. Fine MA, Worley SM, Schwebel AI. The Parent-Child Relationship Survey: An Examination of its Psychometric Properties. Psychological Reports. 1985;57(1):155-61. [\[Link\]](#)
47. Parhizgar A, Mahmoodnia AR, Mohammadi S. A comparative study of relationship between, child - parent's relation and identity crisis and lack of identity crisis in female high school students. Journal of Applied Psychology. 2009;3(2 (10)):82-93. [\[Link\]](#)
48. McNeil CB, Hembree-Kigin TL, Anhalt K. Parent-Child Interaction Therapy (Issues in Clinical Child Psychology). 2nd ed: Springer; 2011. [\[Link\]](#)

