

7 Research Paper

The Effectiveness of Parent-Based Play-Therapy on Aggression and and Symptoms of Oppositional Defiant Disorder

Akram Akbari¹, Nader Monirpour^{*2}, Hassan Mirzahosseini²

1. Ph.D. Student in General Psychology, Department of Psychology, Qom Branch, Islamic Azad University, Qom, Iran

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

Citation: Akbari A, Monirpour N, Mirzahosseini H. The effectiveness of parent-based play-therapy on aggression and and symptoms of oppositional defiant disorder. J Child Ment Health. 2021; 8 (1):126-140.

URL: <http://childmentalhealth.ir/article-1-1098-en.html>



doi:10.29252/jcmh.8.1.10
20.1001.1.24233552.1400.8.1.15.4

ARTICLE INFO

ABSTRACT

Keywords:

Parent-based play therapy, aggression, oppositional defiant disorder

Background and Purpose: The onset of the oppositional defiant disorder (ODD) occurs in childhood and preschool age; and if left untreated, it can make many imposed costs on the child, family, and community, so appropriate interventions for children with this disorder are required; therefore, the aim of this study was the effectiveness of parent-centered play-therapy on aggression and symptoms of ODD.

Method: The present study was a quasi-experimental pretest-posttest with a control group. From the statistical population that included all children aged 4-5 years with ODD referred to Setarehshahr Kindergarten and Preschool in District 14 of Tehran in the second six months of 2019, 30 eligible children were selected by convenient sampling method and randomly assigned into two experimental and control group (15 persons in each group). The Gado and Sprafkin (2002) Child Symptoms Questionnaire and the Achenbach and Rescorella (2001) Child Behavior Inventory were used to collect data. Parent-based Play Therapy Educational Intervention (Barton and Landarth, 2006) was presented to the experimental group in 8 sessions of 60 minutes, while the control group did not receive educational training. Data were analyzed using SPSS software version 22 and univariate analysis of covariance at the significance level of 0.05.

Results: The results showed that parent-centered play therapy was effective in reducing aggression and symptoms of ODD (p < 0.01)

Conclusion: Parent-centered play therapy provides effective and beneficial strategies to reduce aggression and ODD symptoms; therefore, the use of this model in medical and counseling centers is recommended to promote mental health.

Received: 13 Jan 2021

Accepted: 14 Jun 2021

Available: 21 Jun 2021

* **Corresponding author:** Nader Monirpour, Assistant Professor, Department of Psychology, Qom Branch, Islamic Azad University, Qom, Iran.
E-mail: Monirpoor1357@gmail.com
Tel: (+98) 2188785266
2476-5740/ © 2021 The Authors. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).



Extended Abstract

Introduction

The third most common psychiatric disorder in children and adolescents is oppositional defiant disorder (ODD) (1). It is a pattern of restless mood and behavior, contradiction and disobedience, resentment, rashness, rage, and law-breaking behaviors that last more than six months and in which at least four signs in interaction with at least one person other than siblings are revealed (3). The affected children have a low self-concept, low self-esteem, learned helplessness, depression, low tolerance for failure, and aggression due to coping behaviors and consequently poor education and communication with others (10, 11).

Various (individual and family) therapies have been used to the reduction of the behavioral, cognitive, and emotional problems of children with ODD. Among these therapies, one of the most effective methods of play therapy is parent-centered play therapy that has been called the child-parent relationship therapy model by Landarth and Barton (33). Child-parent relationship therapy is a play-based communication model for children of 3-10 years old who may be experiencing emotional or behavioral distresses (19). This therapeutic model consists of lecturing, discussing, role-playing, and group processes in which parents, through role-playing, teach their children skills such as reflection of emotion, behavior, and empathy (20). In general, child-parent relationship therapy is an intervention that emphasizes the relationship between child and parent and its main purpose is to improve the child-parent relationship by creating a sense of trust, interest, and mutual understanding. Parents learn how to create and strengthen a non-judgmental, consensual, and receptive environment that facilitates personal growth and change in the child and parents (21). The effectiveness of child-parent relationship therapy has been confirmed on reducing aggression in primary school children with ODD (22), on reducing preschool children's aggression (23-24), on students' behavioral problem-solving (25), on reducing the symptoms of ODD in children aged 2-7 years and on behavioral issues and adaptability of aggressive and disobedient children

(26). The important role of play-based parental therapy in the treatment process and reduction of aggression problems, shows the need to evaluate its effectiveness. Determining the effectiveness of this play therapy model requires countless studies and researches that this study has been done in this direction. Therefore, the present study aimed to determine the effectiveness of parent-centered play-therapy on aggression and symptoms of ODD.

Method

The present study was a quasi-experimental one with a pretest-posttest design and a control group. The statistical population was children aged 4-5 years with ODD referred to Setareh Shahr Kindergarten and Preschool (under the supervision of Tehran Welfare Organization) in District 14 of Tehran in the second six months of 2019. Among them, 30 eligible individuals were selected by convenient sampling method and randomly assigned in two experimental and control groups (15 individuals each group). The inclusion criteria for the study were the diagnosis of a child's ODD by the psychologist of the center, the child being 4-5 years old and attending kindergarten, having no disability or comorbid disorder, and having the consent of the child and mothers to cooperate and participate in experiments. Exclusion criteria included experiencing severe physical and mental health issues and receiving other medication or psychotherapy for the child and their mothers. According to the results obtained from 30 participants, 15 participants were in the experimental group, and 15 participants were in the control group. Also, the mean and standard deviation of the age of the participants in the experimental group was 4.24 ± 1.18 , and it was 4.19 ± 1.26 for the control group. In the experimental group, there were seven boys (46.7%) and eight girls (53.3%), and in the control group, there were eight boys (53.3%) and seven girls (46.7%). To collect data, Gado and Sprafkin's Child Symptoms Inventory (29) and Achenbach and Rescorla's Child Behavior Checklist (31) were used (Iranian version). The research method was such that after selecting the sample and assigning them into experimental and control groups, individuals in both groups were tested as a pre-test using research subscales, then the experimental

group received interventions including eight child-parent relationship therapy sessions (60 minutes per session and two sessions per week), but the control group did not receive any intervention. At the end of the intervention, the participants of the two groups were retested with research scales. Data were analyzed with univariate analysis of covariance (ANCOVA) by using the SPSS-22 software.

Results

The mean and standard deviation of pre-test and post-test scores of aggressions and ODD symptoms variables of the two experimental and control groups are present in Table 1. Skewness and kurtosis ratios also have been reported to test the normality assumption of the distribution of variables. Since that the values of skewness and kurtosis of the data were between +2 and -2, the data have a normal distribution at the level of 0.05.

Table 1. Descriptive statistics of pretest-posttest scores in the study groups (n= 30)

Variable	Condition	Group	Mean	Standard deviation	Skewness	Kurtosis
ODD symptoms	Pretest	Experimental	18.60	2.995	-0.289	-0.918
		Control	19.67	2.870	-0.136	-0.311
	Posttest	Experimental	15.73	2.631	-0.073	-1.176
		Control	19.07	2.251	0.729	0.264
Aggression	Pretest	Experimental	12.37	1.387	0.422	-0.107
		Control	11.43	1.555	0.918	1.044
	Posttest	Experimental	10.90	1.811	0.342	-0.763
		Control	11.13	1.807	0.880	1.480

The results of univariate ANCOVA to examine the differences between experimental and control groups in aggression have been reported in Table 2.

Table 2. Results of univariate ANCOVA of aggression

Source	Sum of squares	Df	Mean squares	F	p	Effect size
Pretest	67.687	1	67.687	76.316	0.001	0.739
Group	10.053	1	10.053	11.334	0.002	0.296
Error	23.947	27	0.887			

According to Table 2, F-value for aggression in post-test is 11.334 ($F = 11.334$; $p < 0.01$), which is significant at alpha level of 0.01. These findings indicate that there is a significant difference between the groups in the aggression variable. The results of examining the means in the above table show that the modified mean of the experimental group in aggression (10.407) is lower than the mean of the control group in this variable by a mean of 11.626. Based on these

findings, it can be said that child-parent relationship therapy was effective and reduced aggression in children. Also, the effect size in Table 2 shows that group membership explains 29.6% of the variance in aggression. Table 3 illustrates the results of univariate ANCOVA to examine the differences between the experimental and control groups in ODD symptoms.

Table 3. Results of univariate ANCOVA of ODD symptoms

Source	Sum of squares	Df	Mean squares	F	P	Effect size
Pretest	52.748	1	52.748	12.372	0.002	0.314
Group	58.186	1	58.186	13.647	0.001	0.336
Error	115.118	27	4.264			

According to Table 3, F-value for ODD symptoms in post-test is 13.647 ($F = 13.647$; $p < 0.01$), which is significant at alpha level of 0.01. These findings indicate that there is a significant difference between the groups in this variable. The results of examining the means in the above table show that the modified mean of the experimental group in ODD symptoms (15.817) is lower than the mean of the control group in this variable by a mean of 18.817. Based on these findings, it can be mentioned that child-parent relationship therapy is an effective intervention that can reduce ODD symptoms in children. Also, the effect size in Table 3 shows that group membership explains 33.6% of the variance in ODD symptoms.

Conclusion

The present study aimed to determine the effectiveness of child-parent centered play-therapy on aggression and ODD symptoms. The results of the present study showed that there was a significant difference between the aggression scores of the experimental and control groups in the post-test. Also, according to the lower mean scores of the experimental group in the post-test stage compared to the control group, it is concluded that child-parent relationship therapy was effective in reducing aggression in children. This finding is supported by the results of previous studies in this field (21-23 & 26). In explaining the above finding, it can be told that the violent atmosphere and context of the family, as well as violent parenting patterns is a cause of aggression and it can increase aggressive behavior in children; Therefore, it seems natural that by changing parenting style and improving the family context and the way members interact with each other, and especially improving parent-child interaction, we see a decrease in aggressive behaviors, so that child-parent relationship therapy has a lasting effect on reducing child aggression (21). In another explanation, it can be said that in the process of training child-parent relationship therapy, parents can achieve a good understanding and acceptance of the child's behavior, and this improves parenting styles and repairs the emotional relationship between parents and child (19). By improving the family structure and enhancing the parent-child interaction, the presence of parents and the recognition and

acceptance of these feelings by them, trying to understand these feelings breaks the barrier and vicious communication cycles between parent and child and as a result, many behaviors such as impulsivity and aggression are reduced in the child (23).

Another finding of the study indicates that there was a significant difference between the scores of ODD symptoms between the experimental and control groups in the post-test. Also, according to the lower mean scores of the experimental group in the post-test stage compared to the control group, it is concluded that child-parent relationship therapy was an effective treatment in reducing ODD symptoms. This finding is consistent with the results of previous studies in this field (24, 25 & 26). In explaining the obtained result, it can be told that the focus of child-parent relationship therapy is on improving the parent-child relationship, the child's inner self and her/his potential abilities to become optimal, and the most important goals for parents are: understanding and accepting the child's emotional world, acquiring a realistic and patient insight to self and the child, increasing parents' insight and awareness about self in relationship with the child, changing parents' perceptions of the child's behavior, learning child-centered play-therapy skills and how to create a non-judgmental and receptive atmosphere with mutual understanding for the child and ultimately helping parents enjoy parenting (20). Therefore, it can be mentioned that training play skills, supporting and reducing the feeling of weakness and helplessness of parents and creating their sense of efficiency by creating self-esteem and self-confidence strengthens the interaction and communication between mother and child and provides the basis for reducing children's ODD symptoms (24).

Lack of follow-up tests, lack of use of qualitative tools to measure aggression and ODD symptoms in children, and not studying gender differences in the findings were the most important limitations of this study. According to the research results, it is suggested to provide child-parent relationship therapy to parents and educators who are in contact with children to promote parent-child mental health and reduce behavioral problems in children with

other disorders. The use of the mentioned model in family and child counseling centers to provide psychological services to the community and the possibility of comparing the results to achieve the expanded clinical and local patterns along with the follow-up period is another suggestion of the present study.

Ethical Considerations

Compliance with ethical guidelines: This research has been extracted from the doctoral dissertation of Akram Akbari in the field of General Psychology at Qom branch, Islamic Azad University, that was approved on 2/24/2016 with the number 10/978. Also, its implementation license has been issued to sample people by Setareh Shahr Kindergarten and Preschool in

District 14 of Tehran with letter number 10/152 dated 12/9/2020. Other ethical considerations such as the written consent of all participants are also emphasized in this study.

Funding: This study did not receive any support from funding agencies in the public, commercial or non-profit sectors.

Authors' contribution: The first author, Ms. Akram Akbari, was responsible for writing the proposal, data collection, and implementation of trainings and initial writing of the article; Mrs. Nader Monirpour as the supervisor and Mr. Hassan Mirzahosseini as the advisor in charge of data analysis, the final writing of the article and the submission of the article.

Conflict of interest: There is no conflict of interest for the authors in this study.

Acknowledgments: The authors would like to thank all those who helped them in this research.

اثربخشی بازی درمانی والد-محور بر پرخاشگری و علائم اختلال نافرمانی مقابله‌ای

اکرم اکبری^۱، نادر منیرپور*^۲، حسن میرزا حسینی^۲

۱. دانشجوی دکترای روان‌شناسی عمومی، گروه روان‌شناسی، واحد قم، دانشگاه آزاد اسلامی، قم، ایران

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

چکیده

مشخصات مقاله

زمینه و هدف: اختلال نافرمانی مقابله‌ای در دوران کودکی و پیش‌دبستانی بروز پیدا می‌کند و در صورت عدم درمان، هزینه‌های بسیاری بر کودک، خانواده و جامعه تحمیل می‌کند؛ بنابراین انجام مداخله‌های مناسب برای کودکان با این اختلال ضروری است. بدین منظور پژوهش حاضر با هدف اثربخشی بازی درمانی والد-محور بر پرخاشگری و کاهش علائم اختلال نافرمانی مقابله‌ای انجام شد.

روش: پژوهش حاضر شبه‌تجربی از نوع پیش‌آزمون پس‌آزمون با گروه گواه بود. از جامعه آماری که شامل تمامی کودکان ۴-۵ ساله با اختلال نافرمانی مقابله‌ای مراجعه‌کننده به مهد کودک و پیش‌دبستانی ستاره شهر منطقه ۱۴ شهر تهران در شش ماه دوم سال ۱۳۹۸ بودند، ۳۰ کودک واجد شرایط به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه (هر گروه ۱۵ نفر) جایدهی شدند. جهت جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه علائم مرضی کودک گادو و اسپرافکین (۲۰۰۲) و فهرست رفتاری کودک آخنباخ و رسکورلا (۲۰۰۱) استفاده شد. مداخله آموزشی بازی درمانی والد-محور بارتون و لندرت (۲۰۰۶) برای گروه آزمایش در ۸ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای ارائه شد، در حالی که گروه گواه آموزشی را دریافت نکردند. داده‌ها با استفاده از نسخه ۲۲ نرم‌افزار SPSS و آزمون تحلیل کوواریانس تک‌متغیره در سطح معناداری ۰/۰۵ تحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که بازی درمانی والد-محور در کاهش پرخاشگری و بهبود علائم اختلال نافرمانی مقابله‌ای کودکان مؤثر بود ($p < 0.01$).

نتیجه‌گیری: بازی درمانی والد-محور، راهبردهایی کارآمد و سودمند برای کاهش پرخاشگری و بهبود اختلال نافرمانی مقابله‌ای، در اختیار والدین و مراکز روان‌درمانی کودکان قرار می‌دهد؛ بدین منظور به کارگیری الگوی یاد شده در مراکز درمانی و مشاوره‌ای، در جهت گسترش سلامت روانی، پیشنهاد می‌شود.

کلیدواژه‌ها:

بازی درمانی والد-محور، پرخاشگری، اختلال نافرمانی مقابله‌ای

دریافت شده: ۱۳۹۹/۱۱/۱۲

پذیرفته شده: ۱۴۰۰/۰۳/۲۴

منتشر شده: ۱۴۰۰/۰۳/۳۱

* نویسنده مسئول: نادر منیرپور، استادیار گروه روان‌شناسی، واحد قم، دانشگاه آزاد اسلامی، قم، ایران.

رایانامه: Monirpoor1357@gmail.com

تلفن: ۰۲۱-۸۸۷۸۵۲۶۶

مقدمه

سومین اختلال شایع روان‌پزشکی کودکان و نوجوانان، اختلال نافرمانی مقابله‌ای^۱ است که با الگویی از رفتارهای مداوم و غیرقابل انطباق و با تحریک‌پذیری و خشم شناخته می‌شود و اغلب تا بزرگسالی ادامه می‌یابد (۱). نافرمانی مقابله‌ای یکی از رایج‌ترین اختلال‌های رفتاری در کودکان و نوجوانان است که دو دسته عوامل ژنتیکی و محیطی، در پدیدایی آن نقش دارند (۲). بر اساس ویراست پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی^۲، اختلال نافرمانی مقابله‌ای الگویی از خلق و رفتار بی‌قرار، تضادورزی و نافرمانی گستاخی، کینه‌توزی، زودرنجی، از کوره در رفتن، رعایت نکردن دستورات و مقررات، و رفتارهای قانون‌شکنانه است که بیش از ۶ ماه ادامه دارد و حداقل ۴ نشانه در تعامل با دست کم یک نفر غیر از خواهر و برادر آشکار شود (۳). از مهم‌ترین علائم تشخیصی این اختلال می‌توان به لج‌بازی و تبعیت نکردن عمدی از دستورات والدین و دیگر بزرگسالان اشاره کرد. در این اختلال الگوی بارزی از رفتارهای خصومت‌آمیز و مخالفت‌جویانه در برابر مراجع قدرت وجود دارد که با سطح تحولی کودک متناسب نیست و در عملکرد تحصیلی و اجتماعی کودک نیز اختلال ایجاد می‌کند (۴). پژوهش‌های مختلف در سراسر جهان میزان شیوع متفاوتی برای این اختلال ذکر کرده‌اند، اما به طور کلی، شیوع اختلال نافرمانی مقابله‌ای در پسران به طور قابل توجهی بیشتر از دختران بوده و میزان شیوع آن بین ۲ تا ۱۶ درصد است (۵-۶). اختلال نافرمانی مقابله‌ای تقریباً همیشه در روابط بین‌فردی و عملکرد تحصیلی کودک تداخل ایجاد می‌کند. این کودکان با وجود برخورداری از هوش کافی، در مدرسه پیشرفتی ندارند و ممکن است مردود شوند و در نتیجه مشکلات یاد شده موجب کاهش اعتماد به خود، تحمل پایین در مقابل کام‌نیافتگی‌ها، روحیه افسرده، و حملات کج خلقی در آنها می‌شود (۷).

پژوهش‌های سبب‌شناسی، بروز اختلال نافرمانی مقابله‌ای را ناشی از ترکیب عوامل مختلف زیستی، محیطی، اجتماعی، فرهنگی، و خانوادگی به حساب آورده‌اند (۸-۹). کودکان با این اختلال دلیل انجام رفتارهای

مقابله‌ای و در نتیجه ضعف در تحصیل و برقراری رابطه با دیگران، دارای خودپنداشت^۳ ضعیف، حرمت خود^۴ پایین، استیصال اکتسابی، افسردگی^۵، تحمل اندک^۶ در مقابل شکست‌ها، و پر خاشگری هستند (۱۰-۱۱). رفتار پر خاشگرانه انسان در یک سازه کلی ریشه دارد؛ سازه‌ای که می‌تواند به صورت خشم^۷، خصومت^۸، پر خاشگری جسمانی و کلامی^۹ ظاهر شود (۱۲). پر خاشگری ممکن است به شکل آشکار (کتک زدن یا هل دادن)، رابطه‌ای (شایعه‌پراکنی)، و ابزاری (باج‌گیری) باشد (۱۳). از عوامل بسیار مهم در بروز مشکل رفتاری برون‌نمود همچون رفتارهای پر خاشگرانه و مقابله‌ای در کودکان با اختلال نافرمانی مقابله‌ای، رفتارهای بیش از حد سخت‌گیرانه و تنبیهی والدین است (۱۴). در این ارتباط برینکمیاپر 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 نایمن، نظارت یا مهارگری ناکافی مادر، اختصاص زمان اندک به کودک، و فقدان مهارت ارتباط مثبت با کودک به عنوان عوامل خطر و پیش‌بینی‌کننده اختلال‌های رفتاری باید مورد توجه قرار داده شوند (۱۵). نتیجه اینکه رفتارهای والدین بر ایجاد و گسترش رفتارهای مشکل‌ساز برون‌نمود در کودکان تأثیر دارد و رفتارهای بیش از حد سخت‌گیرانه و تنبیهی والدین از عوامل بسیار مهم در بروز مشکلات رفتاری مختلف برون‌نمود در کودکان با اختلال نافرمانی مقابله‌ای است (۱۶).

تاکنون از روش‌های درمانی متنوعی (فردی و خانوادگی) برای رفع مشکلات رفتاری، شناختی و عاطفی کودکان با اختلال نافرمانی مقابله‌ای استفاده شده است که یکی از این درمان‌ها، بازی درمانی^۹ است (۱۷). در این بین یکی از مؤثرترین روش‌های بازی درمانی، روش بازی والد-محور است که لندرت نام آن را مدل درمانگری رابطه والد-کودک^{۱۰} نامیده است (۱۸). بازی درمانی والد-محور یک مدل ارتباطی مبتنی بر بازی برای کودکان ۱۰-۳ ساله است که ممکن است دچار تنش‌های عاطفی یا رفتاری شده باشند (۱۹). این مدل درمانگری از سخنرانی، بحث، ایفای نقش و فرایندهای گروهی تشکیل شده است که والدین از

6. Anger
7. Hostility
8. Physical and verbal aggression
9. Play therapy
10. Child-parent relationship therapy (CPRT)

1. Oppositional defiant disorder (ODD)
2. Diagnostic and statistical manual of mental disorders-5
3. Self-concept
4. Self-esteem
5. Depression

منطقه ۱۴ شهر تهران در شش ماه دوم سال ۱۳۹۸ بودند؛ که از میان آنها ۳۰ کودک واجد شرایط به روش نمونه‌گیری هدفمند، انتخاب شده و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه (هر گروه ۱۵ نفر) جایدهی شدند. لازم به ذکر است که حداقل نمونه در طرح‌های آزمایشی برای هر گروه ۱۵ نفر پیشنهاد شده است (۲۸). ملاک‌های ورود به پژوهش شامل تشخیص اختلال نافرمانی مقابله‌ای کودک توسط روان‌شناس مرکز، برخورداری از دامنه هوشی بهنجار، حضور مستمر در مهد، نداشتن کم‌توانی یا اختلال اضافی، و داشتن رضایت کودک و مادران جهت همکاری و شرکت در آزمون‌ها بود. ملاک‌های خروج از پژوهش نیز شامل غیبت پیش از دو جلسه در برنامه مداخله‌ای، ابتلا به مشکلات شدید جسمانی و سلامتی، و قرار گرفتن تحت تأثیر درمان‌های خاص مانند دارودرمانی برای کودک و مادران آنان بود. میانگین و انحراف معیار سن آزمودنی‌های گروه آزمایش $۱/۱۸ \pm ۴/۲۴$ و برای گروه گواه $۱/۲۶ \pm ۴/۱۹$ بود. همچنین در گروه آزمایش ۷ پسر (۴۶/۷ درصد) و ۸ دختر (۵۳/۳ درصد) و در گروه گواه ۸ پسر (۵۳/۳ درصد) و ۷ دختر (۴۶/۷ درصد) حضور داشتند.

ب) ابزار

۱. پرسشنامه علائم مرضی کودک! این پرسشنامه با هدف سنجش علائم اختلال نافرمانی مقابله‌ای در کودکان در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون استفاده شده است. فرم والدین این پرسشنامه توسط گادو و اسپرافکین (۲۹) تدوین شده است که شامل ۱۱۰ گویه بوده و ۱۸ اختلال رفتاری و هیجانی را در کودکان بر اساس طیف لیکرت ۴ درجه‌ای هرگز=نمره ۱ تا بیشتر اوقات=نمره ۴، مورد ارزیابی قرار می‌دهد. در این مطالعه از خرده‌مقیاس اختلال نافرمانی مقابله‌ای که شامل گویه‌های ۱۹-۲۶ بود، جهت ارزیابی علائم اختلال استفاده شد که کسب نمره بالاتر در این ابزار به معنای علائم مرضی بیشتر است. گادو و اسپرافکین، ضریب بازآزمایی را برای این خرده‌مقیاس برابر با ۰/۸۰ (به عنوان شاخصی از پایایی بازآزمایی یا ثبات) و همبستگی خرده‌مقیاس نافرمانی مقابله‌ای را با مشکلات برون‌نمود کودکان ۰/۸۱. (به عنوان شاخصی از روایی همگرا) گزارش کردند (۲۹). محمد اسماعیل و علی‌پور، روایی محتوایی این ابزار را با نظرسنجی از متخصصان مورد تأیید قرار داده و اعتبار آن را در

طریق نقش بازی کردن، مهارت‌هایی را شبیه انعکاس احساس، رفتار، و همدلی به فرزندان خود می‌آموزند (۲۰). در نگاه کلی بازی درمانی والد-محور مداخله‌ای است که تأکید بر رابطه بین کودک و والد دارد و هدف اصلی آن بهبود رابطه والد-کودک از طریق ایجاد حس اعتماد، علاقه‌مندی و درک متقابل است و والدین یاد می‌گیرند که چگونه محیطی غیر قضاوتی، توافقی و پذیرا را ایجاد و تقویت کنند که موجب تسهیل تحول و تغییر فردی در کودک شوند (۲۱). در مطالعات گوناگون اثربخشی بازی درمانی والد-کودک بر کاهش پرخاشگری کودکان با اختلال نافرمانی مقابله‌ای (۲۲)، بر کاهش پرخاشگری کودکان پیش‌دستانی (۲۳-۲۴)، حل مشکلات رفتاری دانش‌آموزان (۲۵)، کاهش علائم اختلال نافرمانی مقابله‌ای کودکان، و بهبود مشکلات رفتاری و سازش‌پذیری کودکان پرخاشگر و نافرمان تأیید شده است (۲۶ و ۲۷). با توجه به اهمیت تأثیر منفی اختلال نافرمانی مقابله‌ای در زندگی اجتماعی، عاطفی و تحصیلی کودکان و از سویی دیگر با توجه به اینکه بی‌توجهی و عدم به‌کارگیری درمان‌های مناسب برای کاهش این اختلال در کودکان، هزینه‌های بسیار را بر کودک، خانواده و جامعه تحمیل می‌کند؛ بنابراین انجام مداخله‌های مناسب برای کودکان با این اختلال ضرورت دارد (۲۷). از سویی با توجه به نقش مهم بازی درمانی والد-محور در فرایند درمان و کاهش مشکلات پرخاشگری و به تناسب آن افزایش یادگیری کودکان، ضرورت ارزیابی میزان اثربخشی این شیوه در کودکان با اختلال نافرمانی مقابله‌ای، بیش از پیش پررنگ می‌شود. تعیین اثربخشی این الگوی بازی درمانی نیازمند مطالعه و پژوهش‌های بسیاری است که این مطالعه در همین راستا انجام شده است. از این رو مطالعه حاضر با هدف تعیین میزان اثربخشی بازی درمانی والد-محور بر کاهش پرخاشگری و علائم اختلال نافرمانی مقابله‌ای انجام شد.

روش

الف) طرح پژوهش و شرکت‌کنندگان: پژوهش حاضر شبه‌تجربی از نوع پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری شامل تمامی کودکان ۴-۵ ساله با اختلال نافرمانی مقابله‌ای مراجعه‌کننده به مهد کودک و پیش‌دستانی ستاره شهر (زیر نظر سازمان بهزیستی تهران)

می‌کنند، دچار اختلال پرخاشگری هستند. آخنباخ و رسکورلا، ضریب اعتبار این سیاهه را در دامنه ۰/۶۵ تا ۰/۸۵ و ضریب اعتبار خرده‌مقیاس رفتار پرخاشگری را ۰/۸۶ گزارش کرده‌اند. روایی محتوایی این نظام سنجش در چهار دهه پژوهش مورد تأیید قرار گرفته است (۳۱). اعتبار کل نسخه فارسی این ابزار توسط مینایی ۰/۸۳ گزارش شده و اعتبار خرده‌مقیاس رفتار پرخاشگری ۰/۶۷ به دست آمد. روایی سازه و محتوایی این مقیاس نیز در هنجاریابی ایرانی توسط مینایی مورد تأیید قرار گرفته است (۳۲). در پژوهش حاضر نیز اعتبار این ابزار به روش آلفای کرونباخ برای خرده‌مقیاس رفتار پرخاشگری ۰/۸۵ به دست آمد.

ج) معرفی برنامه مداخله‌ای

جلسات مداخله در این مطالعه مبتنی بر جلسات بازی درمانی والد-محور بارتون و لندرت (۳۳) بود که اعتبار آن در مطالعه عزیزی و همکاران تأیید شده است (۳۴) و توسط پژوهشگر طی ۸ جلسه درمانی ۶۰ دقیقه‌ای و در هفته دو جلسه برای گروه آزمایش برگزار شد. خلاصه جلسات درمانی در جدول ۱ گزارش شده است.

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 با اختلال نافرمانی مقابله‌ای از کودکان بهنجار، برخوردار است (۳۰). در پژوهش حاضر اعتبار این ابزار به روش آلفای کرونباخ برای خرده‌مقیاس اختلال نافرمانی مقابله‌ای نیز ۰/۷۴ به دست آمد.

۲. فهرست رفتاری کودک! این پرسشنامه توسط آخنباخ و رسکورلا (۳۱) برای سنجش اختلالات رفتاری کودکان ساخته شده که دارای ۱۲۰ گویه است. نمره گذاری هر یک از گویه‌ها به صورت (نادرست=۰، تا حدی درست=۱ و کاملاً درست=۲) است. فرم‌های فهرست رفتاری کودک دارای دو بخش مجزا هستند: بخش یکم شامل ارزیابی صلاحیت‌های کودک، و بخش دوم شامل پرسش‌های مربوط به اختلال‌های خاص هست. در پژوهش حاضر از بخش دوم فرم والد و گویه‌های مربوط به خرده‌مقیاس رفتار پرخاشگرانه (۲۰ گویه) استفاده شد. در این فرم کودکانی که نمره بالاتر از نمره برش (نمره ۴) را کسب

جدول ۱: خلاصه جلسات درمان بازی درمانی والد-محور (۳۴)

جلسه	محتوی جلسات
۱	معرفه و آشنایی، شرح اهداف درمانی، بحث درباره لزوم پیدایش حساسیت درباره فرزندان و شکل‌گیری پاسخ همدلانه، بیان موضوعات اساسی مانند تشویق و تقویت والدین، همدلی با والدین، معمول و رایج دانستن مشکلات ارتباطی والدین با فرزندان، آشنایی با مفاهیم اصلی، توضیح اهمیت بازی، فهرستی از اسباب‌بازی‌ها، قوانین و نحوه اجرای جلسات بازی والدین با کودکان در منزل، مکان و زمان بازی.
۲	تشخیص چهار احساس اصلی (شادی، غم، خشم، و ترس)، ایفای نقش پاسخ همدلانه، آموزش اصول بازی‌درمانگری والدینی، آموزش پاسخ‌دهی همدلانه به کودک، تمرین پاسخ‌دهی همدلانه، و تکمیل برگه پاسخ احساسی.
۳	آموزش اصول بازی مانند اینکه کودک در جلسات بازی هدایتگر است؛ توجه به احساسات کودک از طریق حالت‌های چهره، بدن، لحن صدا و کلام کودک؛ انعکاس ادراک والدین از احساسات کودک، قاطعیت در زمینه محدودیت‌ها، تعیین اهداف بازی شامل بروز احساسات و هیجان‌های کودک. تهیه اسباب‌بازی: اسباب‌بازی‌های مربوط به زندگی واقعی، اسباب‌بازی‌های مربوط به برون‌ریزی خشم.
۴	آموزش بایدها و نبایدهای جلسات بازی (بازی در مکان و زمان مشخص، چیدن یکسان اسباب‌بازی‌ها، هدایتگر بودن کودک، بازگرداندن مسئولیت به کودک، سرزنش نکردن در قبال خواسته نامناسب، توصیف شفاهی بازی، تعیین محدودیت‌های بازی و قاطعیت در آنها، تقویت فرایند تلاش و تشویق تلاش کودک) نبایدها (انتقاد نکردن، تحسین نکردن، عدم پرسش سوال هدایت-گرانه، عدم قطع جلسات بازی، عدم آموزش و اطلاعات). مراحل جلسه بازی: قبل بازی، هنگام بازی، و بعد از بازی
۵	آموزش مهارت محدودیت‌گذاری برای رفتارهای نامناسب کودکان، اعمال مراحل سه‌گانه محدودیت شامل انعکاس همدلانه و صمیمی احساسات کودک، بیان محدودیت در قالب جملات کوتاه و واضح، ارائه جایگزین قابل قبول، بیان دلایل محدودیت‌گذاری، و آموزش زمان محدودیت‌گذاری.
۶	چگونگی صحبت با کودک، اهمیت شناخت احساسات خود، فهرست مهارت‌های جلسه بازی مانند حفظ ساختار، همدلی، دنباله‌روی، پرهیز از سوال و رهنمود دادن، شرکت در بازی، فروری در نقش تخیلی، و تطابق لحن صدا و حالت چهره با حالت کودک.

1. Child Behavior Check list (CBCL)

۷ روش‌های حق انتخاب دادن (حق انتخاب دادن به صورت ساده و قدرت بخشیدن به کودک، حق انتخاب دادن به عنوان پیامد مثبت و حق انتخاب دادن برای تقویت قوانین خانه)، و فهرست مهارت‌های جلسه بازی.

۸ مرور مباحث و مهارت‌های مطرح شده در طی جلسات، حق انتخاب دادن، محدود کردن و ترغیب کردن، محدودیت‌گذاری به صورت پیشرفته به شکل توضیح عواقب کار، تعمیم محدودیت به خارج از جلسه، و اجرای پس‌آزمون.

آزمون تحلیل کوواریانس تک‌متغیره در سطح معناداری ۰/۰۵ استفاده شد.

یافته‌ها

میانگین و انحراف معیار نمرات پیش‌آزمون- پس‌آزمون متغیرهای پرخاشگری و علائم اختلال نافرمانی مقابله‌ای دو گروه آزمایش و گواه در جدول ۲ ارائه شده است. همچنین در این جدول شاخص‌های کجی و کشیدگی برای بررسی نرمال بودن توزیع متغیرها در گروه‌ها گزارش شده است. با توجه به اینکه مقادیر کجی و کشیدگی داده‌ها بین ۲+ و ۲- است، داده‌ها در سطح ۰/۰۵ از توزیع نرمال برخوردارند.

(د) روش اجرا: پس از انتخاب نمونه و جایدهی آنها به گروه‌های آزمایش و گواه، افراد هر دو گروه با استفاده از ابزارهای پژوهش در مرحله پیش‌آزمون مورد ارزیابی قرار گرفتند، سپس گروه آزمایش تحت مداخله هشت جلسه بازی درمانی والد‌محور (هر جلسه ۶۰ دقیقه و هفته‌ای دو جلسه) قرار گرفت، اما گروه گواه مداخله‌ای دریافت نکرد. پس از اتمام مداخله، افراد هر دو گروه مجدداً با مقیاس‌های مرحله پیش‌آزمون، مورد ارزیابی قرار گرفتند. ملاحظات اخلاقی در این پژوهش شامل حضور داوطلبانه اعضا در جلسات برنامه مشاوره‌ای گروهی، تکمیل کردن پرسشنامه‌ها با میل و رغبت توسط اعضا، برنامه‌ریزی مناسب برای اجرای جلسات مشاوره، و محرمانه ماندن اطلاعات و نام افراد در پژوهش رعایت شده است. جهت تحلیل داده‌ها از نسخه ۲۲ نرم‌افزار SPSS و

جدول ۲: شاخص‌های توصیفی نمرات پیش‌آزمون- پس‌آزمون در دو گروه آزمایش و گواه (تعداد: ۳۰)

متغیر	وضعیت	گروه	میانگین	انحراف معیار	کجی	کشیدگی
نافرمانی مقابله‌ای	پیش‌آزمون	آزمایش	۱۸/۶۰	۲/۹۹۵	-۰/۲۸۹	-۰/۹۱۸
		گواه	۱۹/۶۷	۲/۸۷۰	-۰/۱۳۶	-۰/۳۱۱
	پس‌آزمون	آزمایش	۱۵/۷۳	۲/۶۳۱	-۰/۰۷۳	-۱/۱۷۶
		گواه	۱۹/۰۷	۲/۲۵۱	۰/۷۲۹	-۰/۲۶۴
پرخاشگری	پیش‌آزمون	آزمایش	۱۲/۳۷	۱/۳۸۷	۰/۴۲۲	-۰/۱۰۷
		گواه	۱۱/۴۳	۱/۵۵۵	۰/۱۸	۱/۰۴۴
	پس‌آزمون	آزمایش	۱۰/۹۰	۱/۸۱۱	۰/۳۴۲	-۰/۷۶۳
		گواه	۱۱/۱۳	۱/۸۰۷	۰/۸۸۰	۱/۴۸۰

همگنی واریانس متغیر وابسته پرخاشگری در گروه‌ها نشان داد که واریانس آن ($F=۰/۳۷۲$, $p>۰/۰۵$) در گروه‌ها برابر است. پس از بررسی پیش‌فرض‌های تحلیل کوواریانس، نتایج تحلیل در جدول ۳ گزارش شده است.

جهت بررسی اثربخشی بازی درمانی والد-محور بر پرخاشگری کودکان نیز از آزمون تحلیل کوواریانس تک‌متغیره استفاده شد. نتایج آزمون بررسی همگنی شیب رگرسیون پیش‌آزمون و پس‌آزمون نمرات در گروه آزمایش و گواه نشان داد که شیب رگرسیون در هر دو گروه برابر است ($F=۰/۸۵۱$, $p>۰/۰۵$). نتایج آزمون لوین نیز برای بررسی

جدول ۳: نتایج تحلیل کواریانس تک‌متغیری برای بررسی تفاوت گروه آزمایش و گواه در پرخاشگری

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	P	اندازه اثر
پیش‌آزمون	۶۷/۶۸۷	۱	۶۷/۶۸۷	۷۶/۳۱۶	۰/۰۰۱	۰/۷۳۹
عضویت گروهی	۱۰/۰۵۳	۱	۱۰/۰۵۳	۱۱/۳۳۴	۰/۰۰۲	۰/۲۹۶
خطا	۲۳/۹۴۷	۲۷	۰/۸۸۷			

با توجه به نتایج جدول ۳ آماره F برای پرخاشگری در پس‌آزمون (F=۱۱/۳۳۴, p<۰/۰۱) است که در سطح آلفای ۰/۰۱ معنادار است. این یافته‌ها نشانگر آن هستند که بین گروه‌ها در متغیر پرخاشگری تفاوت معناداری وجود دارد. نتایج بررسی میانگین‌ها در جدول فوق نشان می‌دهد که میانگین تصحیح شده گروه آزمایش در پرخاشگری (۱۰/۴۰۷) کمتر از میانگین گروه گواه در این متغیر با میانگین (۱۱/۶۲۶) است. با توجه به این یافته‌ها می‌توان گفت که بازی درمانی والد-محور مؤثر بوده و موجب کاهش پرخاشگری شد. همچنین اندازه اثر نشان می‌دهد که عضویت گروهی ۲۹/۶ درصد از تغییرات پرخاشگری را تبیین می‌کند.

به منظور بررسی اثربخشی بازی درمانی والد-محور بر علائم اختلال نافرمانی مقابله‌ای کودکان، از آزمون تحلیل کواریانس تک‌متغیره استفاده شد. نتایج آزمون بررسی همگنی شیب رگرسیون پیش‌آزمون و پس‌آزمون نمرات در گروه آزمایش و گواه نشان داد که شیب رگرسیون در هر دو گروه برابر است (F=۰/۰۰۷, p>۰/۰۵). همچنین نتایج آزمون لوین برای بررسی همگنی واریانس متغیر وابسته علائم اختلال نافرمانی مقابله‌ای در گروه‌ها نشان داد که واریانس آن (F=۱/۳۲۲, p>۰/۰۵) در گروه‌ها برابر است. پس از بررسی پیش‌فرض‌های تحلیل کواریانس، در جدول ۴ نتایج تحلیل گزارش شده است.

جدول ۴: نتایج تحلیل کواریانس تک‌متغیری برای بررسی تفاوت گروه آزمایش و گواه در نافرمانی مقابله‌ای

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	P	اندازه اثر
پیش‌آزمون	۵۲/۷۴۸	۱	۵۲/۷۴۸	۱۲/۳۷۲	۰/۰۰۲	۰/۳۱۴
عضویت گروهی	۵۸/۱۸۶	۱	۵۸/۱۸۶	۱۳/۶۴۷	۰/۰۰۱	۰/۳۳۶
خطا	۱۱۵/۱۱۸	۲۷	۴/۲۶۴			

با توجه به نتایج جدول ۴ آماره F برای اختلال نافرمانی مقابله‌ای در پس‌آزمون (F=۱۳/۶۴۷, p<۰/۰۱) است که در سطح آلفای ۰/۰۱ معنادار است. این یافته‌ها نشانگر آن هستند که بین گروه‌ها در این متغیر تفاوت معناداری وجود دارد. نتایج بررسی میانگین‌ها در جدول فوق نشان می‌دهد که میانگین تصحیح شده گروه آزمایش در اختلال نافرمانی مقابله‌ای (۱۵/۹۸۳) کمتر از میانگین گروه گواه در این متغیر با میانگین (۱۸/۸۱۷) است. با توجه به این یافته‌ها می‌توان گفت که بازی درمانی والد-محور مؤثر بوده و موجب کاهش اختلال نافرمانی مقابله‌ای کودکان شد. همچنین اندازه اثر به دست آمده نشان می‌دهد که عضویت گروهی ۳۳/۶ درصد از تغییرات اختلال نافرمانی مقابله‌ای را تبیین می‌کند.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف مطالعه حاضر تعیین اثربخشی بازی درمانی والد-محور بر پرخاشگری و اختلال نافرمانی مقابله‌ای بود. اولین یافته پژوهش نشان داد که بین نمرات پرخاشگری دو گروه آزمایش و گواه، در پس‌آزمون تفاوت معناداری وجود دارد. همچنین با توجه به پایین‌تر بودن میانگین نمرات گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون در مقایسه با افراد گروه گواه، نتیجه گرفته می‌شود که بازی درمانی والد-محور بر کاهش پرخاشگری کودکان نیز مؤثر بود. نتیجه به دست آمده با نتایج مطالعات پیشین در این زمینه همسو است. برای مثال مطالعات انجام شده (۲۲-۲۵) نشان داده‌اند که بازی درمانی والد-محور بر پرخاشگری دانش‌آموزان

مدارس مقطع ابتدایی تأثیر داشت؛ برنامه بازی درمانی مبتنی بر رابطه والد-کودک به طور معناداری موجب بهبود کیفیت تعامل والد-کودک و کاهش معناداری در پرخاشگری کودکان پیش دبستانی شد؛ و بازی درمانی خانواده‌محور بر تعامل مادر-فرزند و میزان پرخاشگری کودکان پیش دبستانی مؤثر بود. همچنین در همین راستا مطالعه فولکرود و داوینورت نشان داد که بازی درمانی در کاهش مشکلات رفتاری و بهبود سازش پذیری کودکان پرخاشگر و نافرمان مؤثر بوده است (۲۶). در تبیین یافته فوق می‌توان گفت که فضا و بافت خشن خانواده و نیز والدگری خشن سبب بروز و افزایش رفتار پرخاشگرانه در کودکان می‌شود؛ بنابراین طبیعی به نظر می‌رسد که با تغییر سبک والدگری و بهبود بافت خانواده و شیوه تعامل اعضا با یکدیگر و به خصوص بهبود تعامل والدین با کودک، شاهد کاهش رفتارهای پرخاشگرانه باشیم؛ به طوری که بازی درمانی والد-محور اثربخشی مداومی بر کاهش پرخاشگری کودکان دارد (۲۱). در تبیین دیگر می‌توان گفت که در فرایند آموزش بازی درمانی مبتنی بر رابطه والد-کودک، والدین می‌توانند به درک و پذیرشی مطلوب از رفتار کودک دست یابند و این موضوع سبب بهبود سبک‌های والدگری و ترمیم روابط عاطفی میان والدین و کودک می‌شود (۱۹). با بهبود یافتن ساختار خانواده و بهبود تعامل والدین با کودک، حضور والدین و شناخت و پذیرش این احساس‌ها از سوی آنها، تلاش برای درک این احساس‌ها سبب درهم شکستن بازداری و چرخه‌های ارتباطی معیوب بین والد و کودک شده و در نتیجه بسیاری از رفتارها مانند تکانشگری و پرخاشگری در کودک کاهش می‌یابد (۲۳).

دیگر یافته پژوهش نشان داد که بین نمرات اختلال نافرمانی مقابله‌ای دو گروه آزمایش و گواه در پس‌آزمون، تفاوت معناداری وجود دارد. همچنین با توجه به پایین‌تر بودن میانگین نمرات گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون در مقایسه با افراد گروه گواه، نتیجه گرفته می‌شود که بازی درمانی والد-محور بر کاهش اختلال نافرمانی مقابله‌ای مؤثر بود. یافته فوق با نتایج مطالعات پیشین در این زمینه همسو است. به طور مثال مطالعات انجام شده نشان داده‌اند که آموزش بازی درمانی مبتنی بر رابطه والد-کودک به مادران به طور معناداری موجب کاهش مشکلات رفتاری دانش‌آموزان می‌شود (۲۲-۲۶). نتایج این مطالعات نشان دادند که

بازی درمانی متمرکز بر والدین، روشی اثربخش‌تر از بازی درمانی کودک‌محور در کاهش مشکلات رفتاری درون‌نمود کودکان است. در همین راستا در مطالعه‌ای دیگر تیمر، آرکوئیزا و زون دریافتند که درمان متقابل والد-کودک، روش درمانی برای کودکان ۲-۷ ساله است که هدف آن تغییر محیط اجتماعی کودک است تا باعث تقویت رفتارهای مثبت (نه منفی) شود (۲۵). در تبیین یافته به دست آمده می‌توان گفت که تمرکز بازی درمانی والد-محور بر بهبود رابطه والد-کودک، خود درونی کودک، و توانایی‌های بالقوه او برای شدن است و مهم‌ترین اهداف برای والدین عبارت‌اند از: درک و پذیرش جهان عاطفی کودک؛ کسب نگرشی واقع‌بینانه و صبورانه نسبت به خود و کودک؛ افزایش بینش و آگاهی والدین نسبت به خود در ارتباط با کودک؛ تغییر ادراکات والدین از رفتارهای کودک؛ یادگیری مهارت‌های بازی درمانی کودک -محور و چگونگی ایجاد جوّی غیرقضاوتی، پذیرنده، و همراه با درک متقابل برای کودک؛ و در پایان کمک به والدین برای لذت بردن از ایفای نقش والدینی. در نتیجه می‌توان گفت که آموزش مهارت‌های بازی، حمایت و کاستن از احساس ناتوانی و درماندگی والدین و ایجاد حس کارآمدی آنها از طریق ایجاد احساس حرمت خود و اعتماد به خود سبب تقویت تعامل و برقراری ارتباط میان مادر و کودک شده و زمینه را برای کاهش اختلال نافرمانی مقابله‌ای کودکان فراهم آورده است (۲۰، ۲۳ و ۲۴).

از مهم‌ترین محدودیت‌های این پژوهش، عدم برگزاری دوره پیگیری، عدم استفاده از ابزارهای کیفی برای سنجش متغیرهای وابسته پرخاشگری و اختلال نافرمانی مقابله‌ای کودکان، و عدم بررسی تفاوت‌های جنسیتی در یافته‌ها بود. همچنین اکتفا کردن به تشخیص اختلال نافرمانی مقابله‌ای در کودکان فقط بر اساس تشخیص روان‌شناس و یا روانپزشک کودک و عدم ارزیابی مستقل از دیگر محدودیت‌های این مطالعه به حساب می‌آید. با توجه به نتایج این پژوهش پیشنهاد می‌شود که جلسات و کلاس‌هایی منظم برای مادران و کودکان در مهدکودک‌ها و مدارس با تأکید بر فرایند بازی درمانی متمرکز بر والدین-کودک برگزار شود و بر اساس این روی‌آورد اتاق‌های بازی با وسایل و ابزارهای استاندارد در مدارس دایر شوند. در ضمن ارائه آموزش بازی درمانی والد-محور به والدین و مربیانی که با کودکان در

ارتباط هستند در جهت گسترش سلامت روانی والد-کودک و کاهش مشکلات رفتاری کودکان با اختلالات مختلف درون‌نمود و برون‌نمود پیشنهاد می‌شود. به کارگیری الگوی یاد شده در مراکز درمانی و مشاوره‌ای خانواده و یا کودک، به منظور ارائه خدمات روان‌شناختی به جامعه و امکان مقایسه نتایج برای رسیدن به الگوهای گسترش یافته بالینی و بومی همراه با دوره پیگیری از دیگر پیشنهادها مطالعه حاضر است. همچنین، هم‌تاسازی جنسیت در مطالعات می‌تواند شفاف‌سازی بیشتری نسبت به نتایج ایجاد کند، زیرا معیارهای مشکلات رفتاری با توجه به نوع جنسیت می‌تواند متفاوت باشد.

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش: این پژوهش برگرفته از رساله دکترای خانم اکرم اکبری در رشته روان‌شناسی عمومی دانشگاه آزاد واحد قم بوده که در تاریخ ۱۳۹۵/۱۱/۱۳ با شماره ۱۰/۹۷۸ به تصویب رسیده است. همچنین مجوز اجرای آن بر روی افراد نمونه از سوی مهد کودک و پیش‌دبستانی ستاره شهر منطقه ۱۴ شهر تهران با شماره نامه ۱۰/۱۵۲ مورخ ۱۳۹۹/۱۰/۲۰ صادر شده است.

حامی مالی: این پژوهش هیچ کمک مالی خاصی از سازمان‌های تأمین مالی در بخش‌های دولتی، تجاری یا غیرانتفاعی دریافت نکرده است.

نقش هر یک از نویسندگان: نویسنده نخست این مقاله مسئول نگارش پروپوزال، جمع‌آوری داده‌ها، اجرای آموزش‌ها، و نگارش اولیه مقاله بوده است. همچنین نویسنده دوم در نقش استاد راهنما و نویسنده سوم در نقش استاد مشاور در این مقاله نقش ایفا کردند.

تضاد منافع: هیچ گونه تضاد منافع برای نویسندگان در این مطالعه وجود ندارد.

تشکر و قدردانی: بدین وسیله از تمامی افراد و مؤسساتی که ما را در اجرای این پژوهش یاری دادند، کمال تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

References

1. Sharifi Esfahani M, Farahbakhsh K, Esmaeili M, Salimi Bajestani H, Asgari M. Exploring of moderating factors of oppositional defiant disorder: A Qualitative Research. *Journal of Research in Behavioural Sciences*. 2020; 18(3):336-348. [Persian]. [Link]
2. 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. *J Child Ment Health*. 2020; 7(2):79-95. [Persian]. [Link]
3. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders 5th ed.* Arlington, VA: American Psychiatric Association. 2013. [Link]
4. Kimonis ER, Frick PJ. Oppositional defiant disorder and conduct disorder grown-up. *JDBP*. 2010; 31(3):244-254. [Link]
5. Demmer DH, Hooley M, Sheen J, McGillivray JA, Lum JA. Sex differences in the prevalence of oppositional defiant disorder during middle childhood: a meta-analysis. *Journal of abnormal child psychology*. 2017; 45(2):313-325. [Link]
6. López-Villalobos JA, Andrés-De Llano JM, Rodríguez-Molinero L, Garrido-Redondo M, Sacristán-Martín AM, Martínez-Rivera MT, et al. Prevalence of oppositional defiant disorder in Spain. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental (English Edition)*. 2014; 7(2):80-87. [Link]
7. Vahia VN. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders 5: A quick glance.* *Indian J Psychiatry*. 2013; 55(3):220-223. [Link]
8. McKinney C, Renk K. Emerging research and theory in the etiology of oppositional defiant disorder: Current concerns and future directions. *IJBCT*. 2007; 3(3):349-371. [Link]
9. Christensen LL, Baker BL. The Etiology of Oppositional Defiant Disorder for Children with and without Intellectual Disabilities: A Preliminary Analysis. *J Ment Health Res Intellect Disabil*. 2021:1-20. [Link]
10. Jahanbakhsh M. Effect of attachment-based therapy on mental health in girls with attachment problems. *Journal of Fundamentals of Mental Health*. 2012; 14(54):51-140. [Persian]. [Link]
11. Sharifi-Daramady P, Bagean-Kulemarez MJ, Padervand H, Gravand F. The effect of impulse control training on impulsiveness and reduce the symptoms of students with oppositional deficit disorder. *Journal of Clinical Psychology*. 2014; 5(4):29-42. [Persian]. [Link]
12. Khaneh Keshi A, Khanmohammadi Otahsara A, Malekian S. The relationship of emotional instability, pro-social behavior and aggression with addiction readiness of secondary high school boy students. *Quarterly Social Psychology Research*. 2018; 7(28):123-145. [Persian]. [Link]
13. Saeedi E, Sabourimoghadam H, Hashemi T. Predicting the relationship between emotional intelligence and anger rumination with the aggression of Tabriz university students. *Quarterly Social Psychology Research*. 2020; 10(38):65-82. [Persian]. [Link]
14. Kawabata Y, Tseng W-L, Gau SS-F. Symptoms of attention-deficit/hyperactivity disorder and social and school adjustment: The moderating roles of age and parenting. *J Abnorm Child Psychol*. 2012; 40(2):177-188. [Link]
15. Brinkmeyer MY, Eyberg SM. Parent-child interaction therapy for oppositional children. 2003. [Link]
16. Amiri M, Movallali G, Nesaiyan A, Hejazi M, Assady Gandomani R. Effect of behavior management training for mothers with children having ODD Symptoms. *Archives of Rehabilitation*. 2017; 18(2):84-97. [Persian]. [Link]
17. HosseinKhanzadeh AA. The Effect of child-centered play therapy on the self-efficacy in peer relations among students with oppositional defiant disorder symptoms. *J Child Ment Health*. 2017; 4(3):49-59. [Persian]. [link]
18. Azizi A, Fatehizade M, Ahmadi A, Jazayeri R. Effect of child-parent relationship therapy on parenting stress and empowerment of parents with children with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder. *Fam Couns Psychother*. 2018; 8(1):27-46. [Persian]. [link]
19. Edwards NA, Sullivan JM, Meany-Walen K, Kantor KR. Child parent relationship training: Parents' perceptions of process and outcome. *International Journal of Play Therapy*. 2010; 19(3):159-173. [Link]
20. Adili S, Mirzaie Ranjbar R, Abedi A. The effectiveness of filial therapy on the quality of parent-child Interactions and health-related quality of life in children with behavioral/emotional problems. *Journal of Exceptional Children*. 2019; 19(1):59-70. [Persian]. [Link]

21. Kinsworthy S, Garza Y. Filial therapy with victims of family violence: A phenomenological study. *JOFV*. 2010; 25(4):423-429. [\[Link\]](#)
22. Yosefishahir N, Azmodeh M, Vahedi S, Livarjani S. The effectiveness of parent-child play therapy on aggression, anxiety and social fear in children with oppositional defiant disorder. *Cultural Psychology*. 2020; 4(1):139-156. [Persian]. [\[Link\]](#)
23. Kiafar MS, Aminyazdi SA, Karshki H. The effectiveness of family-based play therapy on the improvement of mother-child interaction and decreasing aggression in preschool Mashhad city. *Research in Clinical Psychology and Counseling*. 2014; 4(2):4-18. [Persian]. [\[Link\]](#)
24. Dabir M, Asadzadeh PD, H. Hatami PD, H. R. The Effectiveness of Administering Child Parent Relationship Therapy (based on Landreth Model) to Mothers in Reducing the Behavioral Problems of their School Children. *Quarterly Journal of Family and Research*. 2020; 17(1):83-102. [Persian]. [\[Link\]](#)
25. Timmer SG, Urquiza AJ, Zone SR. Play therapy for oppositional/defiant children: Parent—child interaction therapy. 2015. [\[Link\]](#)
26. Foulkrod K, Davenport BR. An examination of empirically informed practice within case reports of play therapy with aggressive and oppositional children. *International Journal of play therapy*. 2010; 19(3):144-158. [\[Link\]](#)
27. Stringaris A, Zavos H, Leibenluft E, Maughan B, Eley TC. Adolescent irritability: Phenotypic associations and genetic links with depressed mood. *The American Journal of Psychiatry*, 170(7), 810-820. [\[Link\]](#)
28. Delavar A. Research methodology in psychology and education. Tehran: Virayesh; 2015. [Persian]. [\[Link\]](#)
29. Gadow KD, Sprafkin JN. Child symptom inventory 4: Screening and norms manual: Checkmate Plus; 2002. [\[Link\]](#)
30. Mohamadesmaiel E, Alipour A. A preliminary study on the reliability, validity and cut off points of the disorders of children symptom inventory-4 (CSI-4). *Journal of Exceptional Children*. 2002; 2(3):239-254. [Persian]. [\[Link\]](#)
31. Achenbach TM, Rescorla L. Manual for the ASEBA school-age forms & profiles: An integrated system of multi-informant assessment: Aseba Burlington, VT: 2001. [\[Link\]](#)
32. Minaee A. Adaptation and standardization of child behavior checklist, Youth Self-report, and Teacher's Report Forms. *Journal of Exceptional Children*. 2006; 6(1):529-558. [Persian]. [\[Link\]](#)
33. Bratton SC, Landreth GL. Child parent relationship therapy (CPRT) treatment manual: A 10-session filial therapy model for training parents: Routledge; 2006. [\[Link\]](#)
34. Azizi A, Karimipoor BA, Rahmani S, Veisi F. Comparing the eEfficacy of child-parent relationship therapy (CPRT) and family-focused therapy (FFT) on function of families with children with oppositional defiant disorder (ODD). *J Child Ment Health*. 2016; 3(2):9-20. [Persian]. [\[Link\]](#)