

اثربخشی بازی درمانی گروهی بر علائم لجبازی-نافرمانی کودکان

نرگس مرشد^۱، ایران داوودی^۲، محمد بابامیری^{۳*}

^۱ کارشناس ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات یزد، یزد، ایران.

^۲ دکتری تخصصی، گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران.

^۳ دکتری تخصصی، مرکز تحقیقات علوم بهداشتی و گروه ارگونومی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران.

نویسنده مسئول: محمد بابامیری، مرکز تحقیقات علوم بهداشتی و گروه ارگونومی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی همدان، همدان، ایران. تلفن: ۰۸۱-۳۸۳۸۰۰۹۰، ایمیل: mohammad.babamiri@yahoo.com

DOI: 10.20286/jech-02032

چکیده

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۴/۰۸/۲۵

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۴/۰۹/۲۴

واژگان کلیدی:

کودک

بازی درمانی گروهی

اختلال لجبازی-نافرمانی

تمامی حقوق نشر برای دانشگاه علوم پزشکی همدان محفوظ است.

سابقه و هدف: با توجه به شیوع اختلال لجبازی-نافرمانی در کودکان و تبدیل شدن آن به اختلال‌های دیگر در صورت برطرف نشدن آن؛ هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی بازی درمانی به روش گروهی بر علائم اختلال لجبازی-نافرمانی کودکان بود.

مواد و روش‌ها: این مطالعه مداخله‌ای و از نوع نیمه تجربی بود. در این پژوهش با روش نمونه‌گیری خوشه‌ای ۳۰ نفر انتخاب و به شیوه تصادفی در دو گروه آزمون و کنترل قرار گرفتند. ابزار اندازه‌گیری شامل سیاهه رفتاری کودک (CBCL)، ماتریس‌های پیش‌رونده ریون کودک، فرم گزارش معلم (TRF) و یک مصاحبه بالینی با والدین بود. آزمودنی‌ها طی ۸ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای که به صورت هفتگی برگزار می‌شد، در معرض مداخلات بازی درمانی قرار گرفتند. آزمودنی‌ها در سه مرحله پیش از آغاز مداخله، پس از اتمام مداخله و با فاصله دو ماه از اتمام جلسات به عنوان پیگیری مورد ارزیابی قرار گرفتند. برای تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS-18 و روش تحلیل کوواریانس چندمتغیری استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج تحلیل مانکوا نشان داد که علائم اختلال لجبازی-نافرمانی به گزارش والد و به گزارش معلم در گروه آزمون بازی درمانی گروهی در مقایسه با گروه کنترل در مرحله پس‌آزمون کاهش معنی‌داری داشت ($P < 0/001$). همچنین بعد از دو ماه پیگیری نتایج هم‌چنان پابرجا بود. نتیجه‌گیری: این یافته‌ها اثربخشی بازی درمانی گروهی را برای کاهش علائم کودکان دارای اختلال لجبازی-نافرمانی نشان می‌دهد و بر این اساس استفاده از این روش درمانی در مورد این کودکان به درمانگران توصیه می‌شود.

مقدمه

سایر بزرگسالان) شکل می‌گیرد که به طور جدی با عملکرد روزانه کودک تداخل دارد و این علائم ممکن است در خانه یا مدرسه بسیار قابل توجه تر باشد [۴]. صرف نظر از تأثیری که این اختلال بر مسائل اجتماعی و تحصیلی و ارتباط با اعضای خانواده می‌گذارد، چنان‌چه بدون درمان رها شود در بیش از ۷۵ درصد موارد به اختلال سلوک و اختلال ضد اجتماعی و دیگر آسیب‌های روانی بزرگسالان که مرتبط با پرخاشگری و خشونت هستند، تبدیل می‌شود [۵].

با توجه به آنچه که گفته شد توجه بسیاری از پژوهشگران به روش‌های درمانی این اختلال جلب شده است [۶]. درمان اختلال لجبازی-نافرمانی عمدتاً مبتنی بر دارو درمانی، مداخلات آموزش والدین، مداخله آموزشی ترکیبی شامل آموزش والدین و آموزش کودکان و مداخله آموزشی-روان‌شناختی کودک است [۷]. یکی از روش‌های مداخله روان‌شناختی کودک، بازی درمانی است که در دنیای امروز تجلی پیدا کرده و به طور روزافزون

با توجه به اهمیت و جایگاه کودکان، بررسی مشکلات و رفع آنها شایان توجه است. یکی از مشکلاتی که دامنگیر کودکان است، طیف اختلالات موسوم به اختلالات رفتاری ایذائی می‌باشد. اختلالات رفتاری ایذائی شامل دو مجموعه علائم ایذائی مستمر است که به طبقات اختلال لجبازی-نافرمانی و اختلال سلوک تقسیم می‌شوند [۱]. اختلال لجبازی-نافرمانی اختلال نسبتاً جدید در کودکانی است که ملاک‌های کامل اختلال سلوک را ندارند. این اختلال، اولین بار به عنوان یک اختلال رفتاری پیشنهاد شد و یکی از رایج‌ترین اختلالات بالینی در کودکان و نوجوانان به شمار می‌رود [۲]. اختلال لجبازی-نافرمانی (بی‌اعتنایی مقابله‌ای) که در کودکان ۳ الی ۱۷ ساله به دفعات گزارش شده است [۳]، با یک الگوی در حال پیشرفت از عدم همکاری، مشاجره، حاضر جوابی، نافرمانی و رفتار خصمانه در مقابل مظهرهای قدرت (والدین، معلم و

همراه با گروه کنترل می‌باشد. جامعه آماری تحقیق، شامل تمامی کودکان دختر و پسر ۶ تا ۱۰ سال دارای علائم اختلال لجبازی-نافرمانی بودند که در سال ۱۳۹۱ به مراکز مشاوره و درمان شهر اهواز مراجعه کرده بودند. تعداد نمونه در این مطالعه بر اساس پژوهش‌های مشابه ۳۰ نفر تعیین گردید (۱۵ نفر در گروه آزمون و ۱۵ نفر در گروه کنترل). پژوهشگر نمونه خود را از جامعه کودکان دختر و پسر ۶ تا ۱۰ سال مراجعه کننده به مراکز مشاوره و درمان شهر اهواز انتخاب نمود. ابتدا به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای تصادفی، دو مرکز مشاوره از مراکز مشاوره و درمان شهر اهواز انتخاب شد، سپس لیستی از کودکان مراجعه کننده به این مراکز مشاوره و درمان در سال ۱۳۹۱ تهیه گردید و بعد از والدین کودکان خواسته شد که سیاهه رفتاری کودک (CBCL) را به عنوان پیش آزمون تکمیل نمایند. کودکانی که در شاخص لجبازی-نافرمانی نمره‌های بالاتر از نقطه‌ی برش (نمره مساوی یا بالاتر از ۴) کسب کردند، انتخاب شدند و جهت تعیین نرمال بودن هوش کودکان از آنها ماتریس‌های پیشرونده ریون کودک گرفته شد. به منظور تشخیص‌نهایی و دقیق از والدین دعوت شد در یک مصاحبه بالینی نیم ساعته توسط پژوهشگر شرکت کنند. سپس با والدین (اغلب مادران) هر یک از کودکان بر اساس ملاک‌های تشخیصی اختلال لجبازی-نافرمانی موجود در DSM-IV-TR بدون حضور کودکان مصاحبه‌ای انجام شد تا نتایج حاصل از پرسشنامه‌ها با مصاحبه حاضر تطبیق داده شود و همچنین از هر کدام از کودکان اطلاعات دقیق‌تری به دست آید. در نهایت ۳۰ کودک به عنوان نمونه انتخاب شده و با تخصیص تصادفی در دو گروه قرار گرفتند. معیارهای ورود کودکان در این تحقیق عبارتند بودند از: تمایل و موافقت برای مشارکت در درمان توسط والدین و کودکان، داشتن هوش حداقل نرمال و دامنه سنی بین ۶-۱۰ سال. ملاک‌های خروج نیز عبارت بودند از: مصرف داروهای روانپزشکی، داشتن اختلال روانپزشکی دیگر، وجود علائم روان‌پریشی در پدر، مادر و کودک و غیبت در بیش از یک جلسه درمانی. پس از توضیح در مورد اهداف مطالعه و تکمیل فرم رضایت‌نامه آگاهانه شرکت در مطالعه از والدین و اطمینان از اینکه اطلاعات افراد محرمانه خواهند ماند و نتایج پژوهش به صورت کلی در یک کار تحقیقاتی مورد استفاده قرار خواهد گرفت، کار نمونه‌گیری آغاز شد. در این تحقیق بازی درمانی به شیوه گروهی به عنوان متغیر مستقل اعمال

در دنیای پیشرفته از آن استفاده می‌شود. بازی درمانی رویکردی با ساختار و مبتنی بر نظریه درمان است که فرآیندهای یادگیری و ارتباط طبیعی و بهنجار کودکان را پایه‌ریزی می‌کند [۸]. قدرت درمانی که در بازی درمانی نهفته است به طرق گوناگون مورد استفاده قرار می‌گیرد. درمانگران از این طریق به کودکانی که مهارت‌های اجتماعی یا عاطفی‌شان ضعیف است، رفتارهای سازگارانه‌تری را می‌آموزند [۹].

از جمله رویکردهای مؤثر بازی درمانی، رویکرد شناختی-رفتاری است. در بازی درمانی شناختی-رفتاری (Cognitive Behavior Play Therapy (CBPT) همانند درمان بزرگسالان، بر تأثیر باورها بر نگرش‌های ناسازگارانه یا ناکارآمد تأکید می‌شود [۱۰]. درمانگر، به کودک کمک می‌کند تا شناخت‌های خود را شناسایی و اصلاح کند و یا آنها را بسازد، او علاوه بر کمک کردن به کودک در شناسایی تحریف‌های شناختی خود، به او یاد می‌دهد که این تفکر ناسازگارانه را با تفکر سازگارانه تعویض نماید [۱۱]. بازی درمانی می‌تواند به صورت فردی و گروهی انجام شود. بازی درمانی گروهی پیوند طبیعی دو درمان مؤثر است. بازی درمانی گروهی یک فرایند روان‌شناختی و اجتماعی است که در آن کودکان از طریق ارتباط با یکدیگر در اتاق بازی چیزهایی را در مورد خودشان یاد می‌گیرند. بازی درمانی گروهی برای درمانگر فرصتی را فراهم می‌کند تا به کودکان کمک کند که چگونه تعارضات را حل نمایند [۱۲].

با توجه به میزان شیوع بالای این اختلال در کودکان سنین قبل از نوجوانی و پیامدهای نامطلوبی که می‌تواند در سال‌های بعد به دنبال داشته باشد [۱۳]، اهمیت مداخلات زودهنگام در اختلال لجبازی-نافرمانی کاملاً مشخص است. بنابراین طراحی مطالعه‌ای که سودمندی مداخله در سنین پایین را بررسی کند دارای اهمیت می‌باشد. همچنین با توجه به این نکته که اختلال لجبازی-نافرمانی با درجات بالایی از آسیب در مهارت‌های اجتماعی، تعاملات خانوادگی و عملکرد تحصیلی مرتبط است [۱۴] نیاز به شناسایی مداخله‌ای مؤثر که بتواند مشکلات کودکان مبتلا را به شیوه‌ای مناسب کاهش دهد ضروری است. با توجه به اینکه درمان گروهی هم از لحاظ زمان و هم از لحاظ هزینه مقرون به صرفه است، پژوهش حاضر به بررسی اثربخشی این روش درمانی بر علائم اختلال لجبازی نافرمانی در کودکان پرداخت.

مواد و روش‌ها

این مطالعه مداخله‌ای با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و

مورد تایید قرار گرفته است [۱۵]. تحلیل داده‌ها با استفاده از ویرایش ۱۸ نرم‌افزار SPSS و به روش تحلیل کوواریانس چندمتغیری انجام شد. سطح معنی‌داری در تمامی آزمون‌های آماری کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

گروه آزمون شامل ۷ پسر و ۸ دختر و گروه کنترل نیز شامل ۱۲ پسر و ۳ دختر بود. طبق یافته‌ها، میانگین سن آزمودنی‌ها در گروه آزمون $7/6 \pm 1/45$ سال و در گروه کنترل $7/4 \pm 1/54$ سال بود. در هر دو گروه حداکثر سن آزمودنی‌ها ۱۰ سال و حداقل سن ۶ سال بوده است. اثربخشی بازی درمانی گروهی با استفاده از روش تحلیل کوواریانس چند متغیره (MANCOVA) مورد بررسی قرار گرفت. لازم به ذکر است که استفاده از این آزمون، پس از محقق شدن پیش فرض‌ها صورت گرفت.

جدول ۲ حاکی از آن است که بین گروه آزمون و گروه کنترل تفاوت معنی‌داری وجود دارد. برای بررسی نقطه تفاوت، تحلیل کوواریانس‌های یک طرفه در متن مانکوا روی متغیرهای وابسته انجام گردید. استفاده از این آزمون برای ارزیابی معنی‌داری اثر گروه با کنترل پیش آزمون صورت گرفت. نتایج این تحلیل در جدول ۳ ارائه شده است که طبق یافته‌ها، تفاوت دو گروه در متغیر وابسته علائم اختلال لجبازی- نافرمانی به گزارش والد ($P < 0/001$) و علائم اختلال لجبازی- نافرمانی به گزارش معلم ($P < 0/001$) معنی‌دار می‌باشد.

شد. جلسات بازی درمانی گروهی در هشت جلسه انجام شد که اهداف و روش مربوط به هر جلسه در جدول ۱ ذکر شده است.

ابزار مورد استفاده در پژوهش شامل سیاهه رفتاری کودک (CBCL)، ماتریس‌های پیش‌رونده ریون کودک، فرم گزارش معلم (TRF) و یک مصاحبه بالینی با والدین بود.

فهرست رفتاری کودک آخنباخ: فهرست رفتاری کودک شامل ۱۲۰ سؤال است که وضعیت کودک را در شش مقیاس و در آزمودنی‌های ۴ تا ۱۸ سال می‌سنجد که توسط والدین یا فردی که سرپرستی کودک را به عهده دارد و از او مراقبت می‌کند، بر اساس وضعیت کودک در ۶ ماهه گذشته تکمیل می‌شود [۱۵]. سؤالات زیرمقیاس‌های این فرم به صورت سه‌گزینه‌ای شامل کاملاً (دو نمره)، معمولاً (یک نمره) و اصلاً (صفر) می‌باشد، که در بخش مربوط به مشکلات عاطفی- رفتاری، تعداد ۵ سؤال در ارتباط با اختلال لجبازی- نافرمانی است که نمره هر فرد در این خرده مقیاس می‌تواند از ۰ تا ۱۰ تغییر کند. نمره بالاتر و مساوی ۴ به منزله وجود اختلال در فرد می‌باشد. اعتبار و پایایی این آزمون توسط سازندگان بررسی و مورد تایید قرار گرفته است [۱۵].

فرم گزارش معلم آخنباخ: این فرم برای کودکان ۵ تا ۱۸ ساله کاربرد دارد که توسط معلم یا سایر کارکنان مدرسه تکمیل می‌شود. این فرم دو بخش دارد که بخش اول تحصیلی و بخش دوم شامل فهرست رفتاری کودک است. شیوه نمره‌گذاری دقیقاً مانند فهرست رفتاری کودک آخنباخ است. روایی و پایایی این فرم

جدول ۱: لیست، اهداف و روش‌های مورد استفاده جلسات بازی درمانی گروهی

جلسات	اهداف و روش‌های بکار رفته در هر جلسه
جلسه اول	آشنایی و ترغیب همکاری: آشنایی درمانگر و کودکان با همدیگر و فعالیت‌های جلسات گروهی، ارائه قوانین گروه، پرداختن به ابعاد نشانه‌های رفتاری و جسمانی و شناختی کودکان، ترسیم تست نقاشی خانواده، پرداختن به فعالیت انتخابی جلسه.
جلسه دوم	توجه به نشانه‌های مقاومت و مخالفت با قوانین و دیگران: بازی با حیوانات اسباب بازی، صحبت در مورد روابط خود با افراد دیگر، کشف و درمان علل مقاومت‌ها و مخالفت‌ها با دیگران و قوانین با استفاده از روش ایفای نقش برای هر حیوان.
جلسه سوم و چهارم	توجه به نشانه‌های زودرنج بودن، ناراحت کردن عمدی مردم: آموزش نحوه بروز و شناسایی هیجانات اصلی خود و دیگران، با استفاده از نقاشی، نمایش عروسکی و تصاویر احساسات. استفاده از کتاب تصویری احساس‌های تو با هدف افزایش توانمندی کودکان در بیان صحیح احساسات و هیجاناتشان. ارائه دفترچه کارهای خوب (تقویت مثبت) به عنوان تکلیف در خانه
جلسه پنجم	توجه به نشانه‌های از کوره در رفتن، آزردن خاطر بودن و عصبانی بودن: شناخت خشم و عواقب آن به ویژه خشم کلامی با استفاده از بازی بادکنک خشم. هم‌چنین مدیریت خشم با انجام حباب بازی با هدف تمرین تنفس و آرامش دهی و خودگویی مثبت
جلسه ششم	توجه به نشانه‌های عدم پذیرش اشتباهات و برخورد نادرست با دیگران: بازی با عروسک‌های خیمه‌شب بازی و اسباب بازی‌های نرم برای طرح‌ریزی راهبردهای شناختی نظیر مقابله با عقاید ناسازگار.
جلسه هفتم	بازی کیف زباله با هدف ایجاد بینش در کودکان نسبت به مشکلات محیط‌های مختلف و پیدا کردن راه‌حل مناسب برای آنها.
جلسه هشتم	توجه به نشانه‌های بگو و مگو کردن دائمی با بزرگ‌ترها و لجبازی و حرف‌نشوی: بیان داستان تصویری و ایفای نقش با هدف ایجاد شناخت و بینش نسبت به رفتارها در کودکان، با استفاده از کتاب‌های داستان تصویری.

جدول ۲: خلاصه نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری بر روی میانگین نمره‌های پس آزمون با کنترل پیش آزمون‌ها

آزمون	ارزش	آماره F	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	سطح معنی‌داری	اندازه اثر
اثر پیلایی	۰/۹۱	۱۲۸/۶۴	۲	۲۵	> ۰/۰۰۱	۰/۹۱
لامبدای ویلکز	۰/۰۸	۱۲۸/۶۴	۲	۲۵	> ۰/۰۰۱	۰/۹۱
اثر هاتلینگ	۱۰/۲۹	۱۲۸/۶۴	۲	۲۵	> ۰/۰۰۱	۰/۹۱
بزرگ‌ترین ریشه ی روی	۱۰/۲۹	۱۲۸/۶۴	۲	۲۵	> ۰/۰۰۱	۰/۹۱

جدول ۳: نتایج تحلیل کوواریانس یکراه روی میانگین نمره‌های پس آزمون با کنترل پیش آزمون‌ها

متغیر وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری	ضریب اتا
CBCL	۲۲۰/۲۸	۱	۲۲۰/۲۸	۲۵۹/۵۸	> ۰/۰۰۱	۰/۹۰
TRF	۱۵۶/۲۱	۱	۱۵۶/۲۱	۱۳۸/۴۸	> ۰/۰۰۱	۰/۸۴

جدول ۴: خلاصه نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری بر روی میانگین نمره‌های پیگیری با کنترل پیش آزمون‌ها

آزمون	ارزش	آماره F	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	سطح معنی‌داری	اندازه اثر
اثر پیلایی	۰/۷۷	۴۳/۰۰	۲	۲۵	> ۰/۰۰۱	۰/۷۷
لامبدای ویلکز	۰/۲۲	۴۳/۰۰	۲	۲۵	> ۰/۰۰۱	۰/۷۷
اثر هاتلینگ	۳/۴۴	۴۳/۰۰	۲	۲۵	> ۰/۰۰۱	۰/۷۷
بزرگ‌ترین ریشه ی روی	۳/۴۴	۴۳/۰۰	۲	۲۵	> ۰/۰۰۱	۰/۷۷

جدول ۵: نتایج تحلیل کوواریانس یکراه روی میانگین نمره‌های پیگیری با کنترل پیش آزمون‌ها

متغیر وابسته	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	سطح معنی‌داری	ضریب اتا
CBCL	۱۰۷/۶۰	۱	۱۰۷/۶۰	۷۳/۵۹	> ۰/۰۰۱	۰/۷۳
TRF	۹۱/۱۹	۱	۹۱/۱۹	۷۶/۷۵	> ۰/۰۰۱	۰/۷۴

روش گروهی بر کاهش علائم اختلال لجبازی- نافرمانی کودکان ۶ تا ۱۰ سال مراجعه کننده به مراکز مشاوره و درمان شهر اهواز، اجرا شد. نتایج حاصل از این پژوهش نشان داد که بازی درمانی به شیوه گروهی باعث کاهش علائم اختلال لجبازی- نافرمانی در مرحله پس آزمون شد و این نتیجه در مرحله پیگیری نیز حفظ گردید. این یافته‌ها با یافته‌های پژوهش‌های دیگر در این زمینه هم‌خوانی دارد [۱۶-۱۹].

یافته‌های فوق مبنی بر اثرگذاری بازی درمانی گروهی در مرحله پس آزمون به گزارش والد و معلم را این گونه می‌توان تبیین کرد که از مشکلات کودکان دارای اختلال لجبازی- نافرمانی می‌توان به ضعف آنها در روابط بین فردی اشاره کرد. کودکان مبتلا به این اختلال دارای مشکلات توجهی و نقص در کارکردهای اجرایی می‌باشند و عمدتاً فاقد مهارت‌های شناختی، اجتماعی و عاطفی

جدول ۴ نشان می‌دهد که بین دو گروه آزمون و کنترل در مرحله پیگیری تفاوت معنی‌داری وجود دارد. برای بررسی نقطه تفاوت، تحلیل کوواریانس‌های یک‌طرفه در متن مانکوا روی متغیرهای وابسته انجام شد. استفاده از این آزمون برای ارزیابی معنی‌داری اثر گروه با کنترل پیش آزمون صورت گرفت. نتایج این تحلیل در جدول ۵ ارائه شده است. نتایج ارائه شده در این جدول حاکی از آن است که تفاوت دو گروه در متغیر وابسته علائم اختلال لجبازی- نافرمانی به گزارش والد ($P < ۰/۰۰۱$) و علائم اختلال لجبازی- نافرمانی به گزارش معلم در مرحله پیگیری ($P < ۰/۰۰۱$) معنی‌دار می‌باشد. بنابراین اثر بازی درمانی به روش گروهی در مرحله پیگیری نیز حفظ شد.

بحث

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی بازی درمانی به

مورد نیاز برای انجام تقاضاهای بزرگ ترها می باشند [۲۰]. همچنین یکی از ویژگی های رایج در کودکان دارای اختلال لجبازی- نافرمانی، منزلت اجتماعی ضعیف می باشد که موجب اختلال در کارکرد اجتماعی و آموزشی در دوران کودکی می گردد [۲۱] و بروز رفتارهای نامطلوب، خشونت، خلق منفی و رفتارهای مقابله ای [۲۲] شرایط طردشدگی کودک از سوی همگنان و جامعه را فراهم می کند و با وحدت یافتن این احساس طردشدگی و دیگر نشانه های اختلال، می تواند وضعیت روانی وخیمی را برای کودک پیش-بینی کرد. همچنین اختلال لجبازی- نافرمانی با درجات بالایی از آسیب در مهارت های اجتماعی، تعاملات خانوادگی و عملکرد تحصیلی مرتبط است [۱۴] و اختلالی تدریجی و مزمن است که تقریباً همیشه در روابط بین فردی و عملکرد تحصیلی کودک تداخل ایجاد می کند. این کودکان اغلب دوست و رفیقی ندارند و روابط انسانی برای آنها رضایت بخش نیست. آنها علی رغم هوش کافی، به دلیل عدم مشارکت و مقاومت در برابر توقعات خارجی و اصرار بر حل مشکلات به کمک دیگران، در مدرسه پیشرفتی ندارند و ممکن است مردود شوند. مشکلات یاد شده موجب کاهش اعتماد به نفس، تحمل کم در ناکامی ها، خلق افسرده و حملات کج خلقی می شوند [۱]. پس از آن جایی که کودکان با اختلال لجبازی- نافرمانی در مهارت های شناختی و اجتماعی خود ضعف داشتند، با کمک از مداخله بازی درمانی گروهی با رویکرد شناختی- رفتاری سعی شد به کودکان آموخته شود که رفتارشان نوعی انتخاب است که به این وسیله می توانند عواقب رفتارشان را نیز انتخاب کنند و آگاهی به همین امر در تقویت رفتار خودکنترلی به آنها کمک می کند. قابل ذکر است که گروهی بودن درمان در موفقیت این کودکان در رابطه با همگنانشان سودمند بود، نتایج این پژوهش اثربخشی این موارد را نشان داد. همچنین در فرآیند بازی درمانی، کودکان در درمان مشارکت داده می شوند که این مسئله می تواند در کاهش علایم نقش داشته باشد. اصولاً بازی درمانی به شیوه

شناختی برای کودکان سنین پایین بکار برده می شود و نقش کودک در فرآیند درمان و توجه به مسائلی مانند نقش کودکان در کنترل، تسلط و پذیرش مسئولیت نسبت به تغییرات رفتاری مهم تلقی می شود [۱۷]. یافته های مطالعه حاضر حاکی از آن بود که نتایج بازی درمانی گروهی در مرحله پیگیری نیز تداوم داشت. در این مرحله علی رغم کاهش میزان تغییر، اما همچنان اثربخشی روش بازی درمانی گروهی پابرجا بود که این نکته مؤثر بودن بازی درمانی را در کاهش علائم اختلال لجبازی- نافرمانی نشان می دهد. با توجه به کاهش نتایج در این مرحله نسبت به مرحله پس از آزمون، این نکته حائز اهمیت است که بسیاری از مشکلات کودکان مبتلا به اختلال لجبازی- نافرمانی در محیط خانواده فرا گرفته می شود و عوامل نگهدارنده ی آنها نیز در همین محیط قرار دارند، بنابراین می توان پذیرفت که آموزش کسانی که بیشترین زمان را با کودک می گذرانند و بیشترین تأثیر را بر او دارند، احتمال کاهش رفتارهای نامناسب و تداوم این کاهش را افزایش می دهد. از جمله محدودیت های این پژوهش این بود که درمان بدون دخالت والدین صورت گرفت، در حالیکه برخی از مطالعات [۲۳] بر اثربخشی بیشتر مداخله با دخالت والدین تأکید می کنند.

نتیجه گیری

با توجه به نتایج پژوهش حاضر که حاکی از اثرگذاری بازی درمانی به شیوه گروهی بر علایم اختلال لجبازی نافرمانی بود، به درمانگران کودکان توصیه می گردد که از روش بازی درمانی به شیوه شناختی رفتاری در درمان اختلالات کودکان استفاده شود.

تشکر و قدردانی

از مشارکت و همراهی کلیه کودکان و والدین شرکت کننده در مطالعه حاضر قدردانی بعمل می آید.

REFERENCES

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing; 2013.
2. Steiner H, Remsing L, Work Group on Quality I. Practice parameter for the assessment and treatment of children and adolescents with oppositional defiant disorder. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2007;46(1):126-41. DOI: 10.1097/01.chi.0000246060.62706.af PMID: 17195736
3. Heflinger CA, Humphreys KL. Identification and treatment of children with oppositional defiant disorder: A case study of one state's public service system. *Psychological Services*. 2008;5(2):139-52. DOI: 10.1037/1541-1559.5.2.139
4. American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. Children with oppositional defiant: Facts for families, No.72 2011 [updated 2016; cited 2015]. Available from: <http://www.aacap.org>.
5. Harada Y, Saitoh K, Iida J, Sakuma A, Iwasaka H, Imai J, et al. The reliability and validity of the Oppositional Defiant Behavior Inventory. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2004;13(3):185-90. DOI: 10.1007/s00787-004-0376-0 PMID: 15254847
6. Turner KM, Sanders MR. Help when it's needed first: a controlled evaluation of brief, preventive behavioral family intervention in a primary care setting. *Behav Ther*. 2006;37(2):131-42. DOI: 10.1016/j.beth.2005.05.004 PMID: 16942967

7. Faramarzi S, Abedi A, Ghanbari A. Effectiveness of mothers relationship style on reduce of oppositional defiant behavior. *Med J Tabriz Uni Med Sci Health Serv.* 2001;**34**(2):90-6.
8. Carmichael KD. Play therapy: An introduction: Prentice Hall; 2006.
9. Pedro-Carroll J, Reddy L. A preventive play intervention to foster children resilience in the after of divorce. In: Reddy LA, Files-Hall TM, Schaefer CE, editors. Empirically Based Play Interventions for Children. Washington, DC: American Psychological Association; 2015.
10. Spence SH, Donovan C, Brechman-Toussaint M. The treatment of childhood social phobia: the effectiveness of a social skills training-based, cognitive-behavioural intervention, with and without parental involvement. *J Child Psychol Psychiatry.* 2000;**41**(6):713-26. [PMID: 11039684](#)
11. Wergeland GJ, Fjermestad KW, Marin CE, Bjelland I, Haugland BS, Silverman WK, et al. Predictors of treatment outcome in an effectiveness trial of cognitive behavioral therapy for children with anxiety disorders. *Behav Res Ther.* 2016;**76**:1-12. [DOI: 10.1016/j.brat.2015.11.001](#) [PMID: 26583954](#)
12. Ray D. Supervision of basic and advanced skills in play therapy. *J Profes Couns Pract Theo Res.* 2004;**32**(2):28.
13. Romer D, McIntosh M. The roles and perspectives of school mental health professionals in promoting adolescent mental health. In: Evans LD, Raquel E, Charles PO, Walsh BT, William MD, Ruane J, editors. Treating and Preventing Adolescent Mental Health Disorders : What We Know and What We Don't Know. New York: Oxford University Press, USA; 2005.
14. Spencer TJ, Abikoff HB, Connor DF, Biederman J, Pliszka SR, Boellner S, et al. Efficacy and safety of mixed amphetamine salts extended release (adderall XR) in the management of oppositional defiant disorder with or without comorbid attention-deficit/hyperactivity disorder in school-aged children and adolescents: A 4-week, multicenter, randomized, double-blind, parallel-group, placebo-controlled, forced-dose-escalation study. *Clin Ther.* 2006;**28**(3):402-18. [DOI: 10.1016/j.clinthera.2006.03.006](#) [PMID: 16750455](#)
15. Achenbach TM, Rescorla L. Multicultural Supplement to the Manual for the ASEBA School-age Forms & Profiles: Child Behavior Checklist for Ages 6-18, Teacher's Report Form, Youth Self-report : an Integrated System Fo Multi-informant Assessment. Burlington: ASEBA; 2007.
16. Khadivzand S, Aghamohamadian HR, Asghari Nekah M, editors. Effectiveness of group play therapy on reduce of aggression at preschool children. National Congrecre of Research and Therapy in Clinical Psychology; 2011; Torbat Jam Islamic Azad University.
17. Bagherizadeh H, Nasab HM, Goudarzvand R. The Effect of Play Therapy on Symptoms of Oppositional Defiant Disorder in Boys Aged 5 to 10 Years Old. *Int J Learn Develop.* 2015;**5**(2):48-55.
18. Safary S, Faramarzi S, Abedi A. Effectiveness of Cognitive Behavioral Play Therapy on Reducing Symptoms of Students with Oppositional Defiant Disorder. *J Clin Psychol.* 2013;**4**(4):1-11.
19. Cordier R, Bundy A, Hocking C, Einfeld S. Comparison of the play of children with attention deficit hyperactivity disorder by subtypes. *Aust Occup Ther J.* 2010;**57**(2):137-45. [DOI: 10.1111/j.1440-1630.2009.00821.x](#) [PMID: 20854579](#)
20. Hommersen P, Murray C, Ohan JL, Johnston C. Oppositional Defiant Disorder Rating Scale: Preliminary Evidence of Reliability and Validity. *J Emot Behav Dis.* 2006;**14**(2):118-25. [DOI: 10.1177/10634266060140020201](#)
21. Samara M, Wolke D, Waylen A, Goodman R, Ford T, Beverage M, editors. Attention-Deficit Hyperactive Disorder and conduct disorders and involvement in different bullying roles in a British community sample. International Conference on Child Cohort Studies; 2006; Oxford.
22. Pringsheim T, Hirsch L, Gardner D, Gorman DA. The pharmacological management of oppositional behaviour, conduct problems, and aggression in children and adolescents with attention-deficit hyperactivity disorder, oppositional defiant disorder, and conduct disorder: a systematic review and meta-analysis. Part 1: psychostimulants, alpha-2 agonists, and atomoxetine. *Can J Psychiatry.* 2015;**60**(2):42-51. [PMID: 25886655](#)
23. Bratton SC, Ray D, Rhine T, Jones L. The Efficacy of Play Therapy With Children: A Meta-Analytic Review of Treatment Outcomes. *Profes Psychol Res Pract.* 2005;**36**(4):376-90. [DOI: 10.1037/0735-7028.36.4.376](#)

Effectiveness of Group Play Therapy on Symptoms of Oppositional Defiant Among Children

Narges Morshed (MSc)¹, Iran Davoodi (PhD)², Mohammad Babamiri (PhD)^{3,*}

¹ Islamic Azad University, Yazd Science and Research Branch, Yazd, Iran

² Department of Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Shahid Chamran University, Ahwaz, Iran

³ Research Center for Health Sciences and Department of Ergonomics, School of Public Health, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran

* Corresponding author: Mohammad Babamiri, Research Center for Health Sciences and Department of Ergonomics, School of Public Health, Hamadan University of Medical Sciences, Hamadan, Iran. Tel: +98-8138380090, E-mail: mohammad.babamiri@yahoo.com

DOI: 10.20286/jech-02032

Received: 16.11.2015

Accepted: 15.12.2015

Keywords:

Child

Play Therapy

Attention Deficit AND

Disruptive Behavior Disorders

How to Cite this Article:

Morshed N, Davoodi I, Babamiri M. Effectiveness of Group Play Therapy on Symptoms of Oppositional Defiant Among Children. *J Educ Community Health*. 2016;2(3):12-8. DOI: 10.20286/jech-02032

© 2015 Journal of Education and Community Health

Abstract

Background and Objectives: With regard to the prevalence of Oppositional - Defiant Disorder in children and converting to the other disorders, if left untreated, this research aims to investigate the effectiveness of group play therapy on oppositional-defiant disorder symptoms among children.

Materials and Methods: This study is interventional and quasi-experimental research. In this study based on cluster sampling method, 30 participants were selected and randomly assigned to the experimental and control groups. The tools discussed here included Child Behavior Checklist (CBCL), Raven's Progressive Matrixes, Teacher Report Form (TRF) as well as a clinical interview with parents. Play therapy was provided weekly by group for the participants, in sixty-minute eight sessions. Participants were assessed in three stages of pre- interference, post- interference and after two month intervals from completing sessions. SPSS18 and multi-variables covariance analysis method were used for analyzing data.

Results: The results obtained by Mancova analysis showed that there was a significant decrease in oppositional defiant- disorder symptoms in comparison with control group reporting by parents and teacher ($P < 0.001$). In addition, the results indicated the same effect after two months.

Conclusions: The results indicated the efficiency of group play therapy on decrease of oppositional defiant disorder symptoms among children. Accordingly using this treatment method on children was recommended to the therapists.