

تأثیر بازی درمانی کودک محور بر احساس خودکارآمدپنداری در تعاملات بین فردی دانش آموزان مبتلا به نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای

عباسعلی حسین‌خانزاده^۱

۱. دانشیار گروه روان‌شناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه گیلان، رشت، ایران

تاریخ دریافت: ۹۶/۰۱/۲۵

تاریخ پذیرش: ۹۶/۰۶/۲۸

چکیده

زمینه و هدف: با توجه به اهمیت تعاملات بین فردی در تحول اجتماعی دوران کودکی، هدف پژوهش حاضر بررسی تأثیر بازی درمانی کودک محور بر احساس خودکارآمدپنداری در تعاملات بین فردی دانش آموزان مبتلا به نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای بود.

روش: روش پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل تمامی کودکان ۸ تا ۱۲ ساله مبتلا به نافرمانی مقابله‌ای مراجع‌کننده به مراکز روان‌پزشکی و روان‌شناختی شهر رشت در بازه زمانی شش ماه اول سال ۱۳۹۶ بود که از میان آنها ۳۰ کودک از طریق نمونه‌گیری در دسترس و بر حسب شرایط ورود به پژوهش انتخاب و به تصادف در دو گروه آزمایش و گواه جایدهی شدند. جهت جمع‌آوری داده‌ها از مقیاس درجه‌بندی اختلال نافرمانی مقابله‌ای (هومرسن و همکاران، ۲۰۰۶)، مصاحبه بالینی ساختاریافته (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳)، و مقیاس خودکارآمدی کودکان در روابط بین فردی با همسالان (ویلر و لد، ۱۹۸۲) استفاده شد. مداخله آموزشی بازی درمانی برای گروه آزمایش در ۱۰ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای با فاصله ۳ روز بین جلسات ارائه شد، در حالی که گروه کنترل چنین آموزشی را دریافت نکردند.

یافته‌ها: نتایج آزمون تحلیل کوواریانس تک‌متغیری یکره‌ه نشان داد که بازی درمانی کودک محور موجب افزایش خودکارآمدپنداری کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای در سطح کل و در موقعیت با تعارض در تعاملات بین فردی شد.

نتیجه‌گیری: بازی درمانی با شیوه‌ای متناسب با سطح تحول کودکان به‌طور عینی و ملموس، تجربه مهارت آموزی را برای آنها فراهم می‌کند و این تمرین عملی به‌طور مستقیم و غیرمستقیم منجر به بهبود خودکارآمدپنداری در تعاملات بین فردی این کودکان می‌شود.

کلیدواژه‌ها: بازی درمانی کودک محور، خودکارآمدپنداری، تعاملات بین فردی، اختلال نافرمانی مقابله‌ای

مقدمه

تشخیص اختلال نافرمانی مقابله‌ای^۱ ابتدا در سال ۱۹۶۶ انجام شد اما در سال ۱۹۸۰ به رسمیت شناخته شد و در این سال برای اولین بار در سومین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی مطرح شد (۱). ابتدا تشخیص اولیه این اختلال به عنوان یک اختلال رفتار در کودکان در تعامل با والدین و دیگر شخصیت‌های بزرگسال شناخته شد که طی آن فرد مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای اغلب دیگران را به خاطر اشتباهات و سوء رفتارهای خود مقصر می‌داند (۲). در پنجمین ویرایش این راهنما، اختلال نافرمانی مقابله‌ای، به صورت الگویی از خلق تحریک‌پذیر/عصبانی^۲، رفتار نافرمانی/جدلی^۳، و کینه‌جویی^۴ با حداقل چهار علامت اختصاصی که به مدت حداقل ۶ ماه طول می‌کشد ظاهر می‌شود؛ ضمن این که، این رفتارها فراوان‌تر از آن چیزی است که با سن، جنس، و فرهنگ فرد متناسب باشد و پریشانی قابل ملاحظه‌ای در زمینه اجتماعی، تحصیلی، و شغلی ایجاد می‌کند. این اختلال از لحاظ شدت به سه دسته خفیف، متوسط، و شدید تقسیم می‌شود (۳). نتایج تحلیل عاملی پژوهش کریگر و گودمن (۴) مؤید سه بعد ساختاری اختلال نافرمانی مقابله‌ای شامل خلق تحریک‌پذیر/عصبانی، رفتار بی‌اعتنایی/جدلی و کینه‌جویی است.

کودکانی که مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای هستند در مقایسه با کودکان مبتلا به سایر اختلال‌های روان‌پزشکی، مشکلات اجتماعی فراگیرتری را با والدین و همسالان دارند (۵). رفتارهای مقابله‌ای می‌تواند پیامدهای منفی قانونی و ارتباطی جدی را برای کودک در پی داشته باشد و اثرات منفی آن محدود به خود کودک نیست و می‌تواند به دیگران نیز آسیب برساند (۶). کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای، ادراک‌های نادرست و یک‌طرفه از همسالان خود

دارند؛ همچنین توانایی‌های دیدگاه‌گیری^۵ محدود و مشکلات در همدلی در آنها مشاهده می‌شود و آنها در مقایسه با کودکان بهنجار همانند کودکان خردسال، به همسالان خود از دیدگاه خودمیان‌بینانه می‌نگرند و توجه کمی به دنیای درونی همسالان نشان می‌دهند و در تعاملات بین‌فردی ضعف دارند (۷).

رفتارهای منفی گرایانه و لجبازی به شکل یک‌دنگی مستمر، مقاومت در برابر دستورالعمل‌ها و عدم تمایل به مصالحه و سلطه‌پذیری یا جر و بحث و مشکلات در تعاملات بین‌فردی با بزرگسالان و همسالان ظاهر می‌شود (۵ و ۸). علائم اختلال به طور اخص در تعامل با بزرگسالان یا همسالانی که شخص به خوبی آنها را می‌شناسد بیشتر آشکار می‌شود (۹). گستره مشکلات اجتماعی این کودکان را می‌توان در ضعف در تعاملات بین‌فردی، ناتوانی در استفاده از مهارت‌های زندگی، پایین بودن سطح توانایی ابراز وجود، ناتوانی در بیان احساسات و فقدان رفتارهای مؤدبانه در تعاملات اجتماعی خلاصه کرد که اشکال در رفتارهای اجتماعی و عدم استقرار تعاملات بین‌فردی دوستانه، احساس طردشدگی را در پی دارد. وقتی این احساس با رفتارهای پرخاشگرانه توأم می‌شود شکل‌گیری رفتارهای مقابله‌ای و بی‌اعتنایی در کودک حتمی خواهد بود (تگلاسی و راسمن^۶، ۲۰۰۱؛ به نقل از ۱۰).

نتایج پژوهش اسکولز و تریون (۱۱) نشان داد که دانش‌آموزان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای، مهارت اجتماعی کمتر، پیشرفت تحصیلی کمتر و مشکلات رفتاری بیشتری نشان دادند. کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای معمولاً در روابط بین‌فردی ضعیف هستند و عمدتاً فاقد مهارت‌های شناختی، اجتماعی و عاطفی مورد نیاز برای انجام تقاضاهای بزرگتر هستند (۱۲). با توجه به این که این کودکان ارتباط‌های نامتعادلی با والدین و همسالان دارند، در مقیاس سازش‌یافتگی اجتماعی دو انحراف استاندارد از حد طبیعی

1. Oppositional Defiant Disorder
2. Angry/irritable mood
3. Argumentative/defiant behavior
4. Vindictiveness

5. Perspective taking
6. Teglasy & Rusman

است به طرق گوناگون مورد استفاده قرار می‌گیرد. درمانگران از این طریق به کودکانی که مهارت‌های اجتماعی یا عاطفی‌شان ضعیف‌تر است، رفتارهای سازش‌یافته‌ای را می‌آموزند (۲۰). بازی درمانی می‌تواند به صورت فردی و گروهی انجام شود. 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. این شیوه برای درمانگر فرصتی را فراهم می‌کند تا به کودکان کمک کند که چگونه تعارضات را حل کنند (۲۱).

نتایج پژوهش بادامیان و ابراهیمی مقدم (۲۲) نشان داد که بازی درمانی می‌تواند انعطاف‌پذیری کودکان پرخاشگر را بهبود بخشد. استفاده از بازی و تعامل با کودکان، نشانه‌های درونی و بیرونی مشکلات رفتاری آنها را کاهش می‌دهد، و توانایی یادگیری آنها را تقویت می‌کند. بازی کردن برای یک کودک مساوی است با صحبت کردن برای یک فرد بزرگسال، بنابراین بازی کردن و اسباب‌بازی‌های مختلف، کلمات کودکان هستند (۲۳). بازی درمانی، درک خود، خودمهارگری، و مسئولیت کودکان را بهبود می‌بخشد (۲۴). نتایج پژوهش وین‌برن و همکاران (۲۵) نشان داد بازی درمانی در کاهش مشکلات رفتاری کودکان مؤثر است.

از یک طرف، با توجه به اینکه اختلال نافرمانی مقابله‌ای بخشی از تاریخچه تحولی اختلال‌های سنین جوانی و بزرگسالی است و هزینه‌های بسیاری بر دوش کودک، خانواده و جامعه تحمیل می‌کند (۲۶) و کمبود پژوهش‌ها در این زمینه، و از طرف دیگر، با توجه به اینکه بازی در عین حال که تبعات مصرف دارو را ندارد و نقش مهمی در تحولات دوران کودکی ایفا می‌کند، به عنوان یکی از مهمترین راه‌های ارتباطی کودکان با همسالان و بزرگسالان محسوب می‌شود که در خلال آن می‌توان بسیاری از رفتارهای مطلوب را در خزانه رفتاری کودکان ایجاد کرد یا استحکام بخشید بنابراین هدف پژوهش حاضر بررسی تأثیر بازی درمانی کودک محور

پایین تر هستند (۱۱). کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای سازش‌یافتگی اجتماعی و روان‌شناختی پایین تری دارند و روابط اجتماعی ضعیف‌تر و مشکلات بیشتری در تعاملات بین فردی نشان می‌دهند (۱۳). به طور کلی سه حالت بین فردی که در تعاملات مهم هستند شامل مشکلات بین فردی، خودکارآمدپنداری^۱ بین فردی و ارزش‌ها و اهداف بین فردی است (۱۴). پژوهش‌های مختلف از جمله گور (۱۵) و دیویس (۱۶) نیز نشان داده‌اند که خودکارآمدپنداری کودکان در مورد توانایی‌ها و مهارت‌های اجتماعی‌شان می‌تواند تعاملات بین فردی آنها را تحت تأثیر قرار دهد.

منظور از خودکارآمدپنداری، قضاوت شخصی فرد درباره توانایی‌هایش برای عملکرد موفقیت‌آمیز در تکلیف موردنظر است (بندورا، ۱۹۹۷؛ به نقل از ۱۴). خودکارآمدپنداری در سازش‌یافتگی اجتماعی و تعاملات بین فردی نقش دارد (۱۵). پژوهش‌های زیادی بر اهمیت و تأثیر تعاملات بین فردی در تعیین مسیر تحول کودکان تأکید کرده‌اند (۱۷).

خودکارآمدپنداری کودکان پیش‌بینی‌کننده قوی برای روابط دوستانه آنها در دوران نوجوانی است (۱۶)؛ بنابراین مداخلاتی که با هدف ارتقا شایستگی اجتماعی کودکان طراحی می‌شود، مثل بازی درمانی در این زمینه می‌تواند کمک‌کننده باشد.

یکی از مداخلات روان‌شناختی کودک محور که می‌تواند در کاهش علائم کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای تأثیر بگذارد، بازی درمانی است (۱۸). بازی درمانی یک اصطلاح چترگونه برای روش‌های مختلف درمان است که می‌تواند به طور مستقیم (درمانگر، بازی را به سمت هدفی مشخص یا ارائه موضوعی خاص هدایت می‌کند) و غیرمستقیم (کودک، بازی را به سمت هدفی خاص هدایت می‌کند، درحالی‌که درمانگر احساسات را بازتاب می‌دهد، رفتارها را مشاهده می‌کند، و پذیرش مثبت نامشروط را پیشنهاد می‌دهد) طبقه‌بندی شود (۱۹). قدرت درمانی که در بازی درمانی نهفته

1. self-efficacy

۵ تا ۱۵ ساله استفاده می‌شود. سازندگان مقیاس ضریب پایایی آن به روش آلفای کرونباخ را ۰/۹۲ و ضریب پایایی آن به روش بازآزمایی را ۰/۹۵ گزارش کرده‌اند (۲۷). این مقیاس توسط عابدی (۱۳۸۷) بر روی دانش‌آموزان ایرانی روایی سنجی و اعتباریابی شده است و ضریب همسانی درونی این مقیاس به روش آلفای کرونباخ ۰/۹۳ و ضریب پایایی آن به روش بازآزمایی ۰/۹۴ گزارش شده است (۲۸). در پژوهش فرامرزی، عابدی و قنبری (۲۸) نیز، ضریب آلفای کرونباخ مقیاس درجه‌بندی اختلال نافرمانی مقابله‌ای برابر با ۰/۶۳ و ضریب بازآزمایی آن برابر با ۰/۶۱ به دست آمد. همچنین این مقیاس به روش دیگر گزارش‌دهی است و والدین یا مربیان به این مقیاس پاسخ می‌دهند

۲. *مصاحبه بالینی ساختاریافته*: مصاحبه بالینی ساختاریافته نوعی مصاحبه تشخیصی است که در آن مصاحبه‌کننده پرسش‌هایی را طراحی می‌کند تا او را به هدف درمانی نزدیک کند. در این نوع مصاحبه برخلاف مصاحبه ساختاریافته، موضوعات مورد بحث طبق برنامه از پیش تنظیم‌شده‌ای ارائه می‌شود و مصاحبه‌کننده به چگونگی بحث جهت می‌دهد (۲۹). در این پژوهش به منظور تشخیص وجود نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای، بر اساس ویرایش پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی، مصاحبه تشخیصی ساختاریافته توسط روان‌پزشک یا روان‌شناس متخصص کودک و نوجوان از یکی از والدین کودک به عمل آمد.

۳. *مقیاس خودکارآمدپنداری کودکان در روابط بین‌فردی با همسالان*: مقیاس خودکارآمدپنداری کودکان در روابط بین‌فردی با همسالان توسط ویلر و لد^۱ (۱۹۸۲) با هدف سنجش خودکارآمدپنداری کودکان در روابط بین‌فردی در مقطع سوم تا پنجم ابتدایی ساخته شد و دارای ۲۲ گویه است. هر گویه این مقیاس به صورت یک جمله ناتمام نوشته شده است که کودک باید درباره جمله ارائه داده‌شده، یکی از چهار گزینه "خیلی آسان، آسان، سخت، و خیلی سخت" را با

بر احساس خودکارآمدپنداری در تعاملات بین‌فردی دانش‌آموزان مبتلا به نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای است.

روش

الف) طرح پژوهش و شرکت‌کنندگان: نوع مطالعه نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل تمامی کودکان ۸ تا ۱۲ ساله مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای مراجع‌کننده به مراکز روان‌پزشکی و روان‌شناختی شهر رشت در بازه زمانی شش ماه اول سال ۱۳۹۶ بود که از میان آنها ۳۰ کودک از طریق نمونه‌گیری در دسترس و بر حسب شرایط ورود به پژوهش انتخاب و به تصادف در دو گروه آزمایش و گواه جایدهی شدند. تشخیص بر اساس نظر روان‌پزشک اطفال یا روان‌شناس متخصص کودک و همچنین مصاحبه ساختاریافته با والدین کودک صورت گرفت. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل دامنه سنی بین ۸ تا ۱۲ سال، نداشتن معلولیت یا اختلال اضافی و داشتن رضایت کودک و والدین جهت همکاری و شرکت در آزمون‌ها بود و ملاک‌های خروج از پژوهش شامل غیبت بیش از دو جلسه در جلسات، ابتلا به مشکلات شدید جسمانی و سلامتی، و قرار گرفتن تحت سایر درمان‌های خاص مانند دارودرمانی بود.

ب) ابزار

۱. *مقیاس درجه‌بندی اختلال نافرمانی مقابله‌ای کودکان*: این مقیاس توسط هومرسن و همکاران (۱۲) و بر اساس ملاک‌های نسخه تجدیدنظر شده ویرایش چهارم راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی برای تشخیص کودکان با اختلال نافرمانی مقابله‌ای ساخته شده است (لازم به یادآوری است که ملاک‌های این مقیاس با ملاک‌های تشخیصی ویرایش پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی نیز منطبق است. این مقیاس دارای ۸ گویه است و در یک طیف لیکرت ۴ درجه‌ای (از ۰ = اصلاً تا ۳ = خیلی زیاد) به ارزیابی نظر پاسخ‌گویان می‌پردازد. این مقیاس برای کودکان

1. Wheeler & Ladd

کارتن تخم مرغ و چوب‌هایی که حتی امکان شکسته شدن دارند.

اسباب‌بازی‌های مربوط به ابراز خلاقیت: این دسته شامل اسباب‌بازی‌هایی است که زمینه بروز خلاقیت را فراهم می‌کنند. رنگ، مداد رنگی، شن و ماسه، آب و ابزارآلات مختلف که جایگزین یکدیگر می‌شوند.

د) روش اجرا: جهت اجرای پژوهش پس از هماهنگی‌های لازم با مراکز روان‌پزشکی و روان‌شناختی کودکان شهر رشت، نمونه با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس برحسب شرایط ورود به پژوهش انتخاب شدند و به تصادف در دو گروه آزمایش و کنترل جایدهی شدند. قبل از جمع‌آوری داده‌ها به کمک ابزارهای مورد استفاده در پژوهش و اجرای مداخله، رضایت والدین کودکان و خود کودکان برای شرکت در پژوهش جلب شد و به آنها گفته شد هر زمانی که خواستند می‌توانند کودکان خود را از طرح پژوهشی خارج کرده و از ادامه دریافت مداخله صرف نظر کنند، برای گروه آزمایش، بازی درمانی طی ۱۰ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای، هفته‌ای دو جلسه، به مدت ۱۰ هفته به شکل گروهی برگزار شد. این برنامه آموزشی توسط فردی که دوره‌های آموزشی لازم در این زمینه را گذرانده است با کمک یک دستیار اجرا گردید.

یافته‌ها

میانگین و انحراف استاندارد نمرات پیش‌آزمون - پس‌آزمون خودکارآمدپنداری در تعاملات بین فردی دو گروه آزمایش و کنترل در جدول ۱ ارائه شده است. همچنین در این جدول نتایج آزمون کالموگروف - اسمیرنف برای بررسی نرمال بودن توزیع متغیرها در گروه‌ها گزارش شده است. با توجه به این جدول آماره Z آزمون کالموگروف - اسمیرنف برای تمامی متغیرها معنی دار نیست؛ بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که توزیع این متغیرها نرمال است.

توجه به وضعیت خود انتخاب کند. گزینه‌ها به صورت معکوس نمره گذاری می‌شوند و نمره هر آزمودنی در دامنه‌ای بین ۲۲ (حداقل نمره قابل کسب) تا ۸۸ (حداکثر نمره قابل کسب) قرار خواهد گرفت. هنجاریابی این آزمون در ایران توسط حسین چاری (۳۰) صورت گرفت که نتایج، بیانگر احراز خصوصیات روان‌سنجی مقیاس مورد استفاده، برای سنجش خودکارآمدپنداری در دانش‌آموزان بود. ضریب اعتبار کل مقیاس ۰/۸۷، خرده‌مقیاس تعارض، ۰/۸۳، و خرده‌مقیاس بی‌تعارضی ۰/۷۸ بود. پسران نسبت به دختران از نظر نمره کل مقیاس خودکارآمدپنداری در سطح بالاتری قرار داشتند (۳۰).

ج) برنامه مداخله‌ای: مداخله آموزشی بازی درمانی برای گروه آزمایش در ۱۰ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای با فاصله ۳ روز بین جلسات ارائه شد. هدف از این برنامه این است که کودک احساس شنیده شدن، دیده شدن، درک شدن و پذیرفته شدن کند (۲۳). بر اساس ایجاد چنین محیطی در برنامه بازی درمانی کودک محور اعتقاد بر این است که کودک منابع درونی خود را کشف می‌کند (لندرس، ۱۹۹۳). در این مطالعه از راهنمای برنامه بازی درمانی کودک محور ری (۳۱) استفاده شد. در این برنامه درمانی رابطه بین درمانگر و کودک محور اصلی است هر چند کودک از طریق بازی با درمانگر و سایر هم‌بازی‌ها ارتباط برقرار می‌کند.

برای فرایند بازی در جلسات مختلف از سه دسته وسایل استفاده شد:

اسباب‌بازی‌های دنیای واقعی: این دسته شامل اسباب‌بازی‌هایی بود که به‌طور مستقیم نمایانگر دنیای واقعی کودک بود شامل: عروسک اعضای خانواده، خانه عروسکی، ماشین، قایق، هواپیما، و پول کاغذی و ...

اسباب‌بازی‌های مربوط به آزادسازی خشم: این اسباب‌بازی‌ها اجازه می‌دهند تا هیجان‌هایی که معمولاً اجازه ابراز در موقعیت‌های دیگر داده نمی‌شوند تخلیه شوند مانند سربازان اسباب‌بازی، چاقوهای اسباب‌بازی و اسلحه‌های پلاستیکی،

جدول ۱: شاخص‌های توصیفی نمرات پیش‌آزمون - پس‌آزمون در دو گروه آزمایش و کنترل (n=30)

متغیر	وضعیت	گروه	میانگین	انحراف استاندارد	K-S Z	p
خودکارآمدپنداری	پیش‌آزمون	آزمایش	۵۰/۴۶	۹/۰۷۰	۰/۴۲	۰/۹۹
		کنترل	۴۴/۵۳	۸/۲۴۵	۰/۵۷	۰/۸۹
	پس‌آزمون	آزمایش	۵۰/۵۳	۸/۸۶۲	۰/۴۹	۰/۹۶
		کنترل	۴۷/۸۶	۷/۰۰۸	۰/۶۴	۰/۷۹

گزارش شده است. با توجه به این جدول آماره Z آزمون کالموگروف - اسمیرنف برای تمامی متغیرها معنی‌دار نیست بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که توزیع این متغیرها نرمال است.

همچنین میانگین و انحراف استاندارد نمرات پیش‌آزمون - پس‌آزمون خرده‌مقیاس‌های خودکارآمدپنداری در تعاملات بین‌فردی دو گروه آزمایش و کنترل در جدول ۲ ارائه شده است. همچنین در این جدول نتایج آزمون کالموگروف - اسمیرنف برای بررسی نرمال بودن توزیع متغیرها در گروه‌ها

جدول ۲: شاخص‌های توصیفی نمرات پیش‌آزمون - پس‌آزمون در دو گروه آزمایش و کنترل (n=30)

متغیر	وضعیت	گروه	میانگین	انحراف استاندارد	K-S Z	p
در موقعیت با تعارض	پیش‌آزمون	آزمایش	۲۲/۸۰	۴/۱۴	۰/۷۱	۰/۶۸۶
		کنترل	۲۰/۸۰	۳/۷۴	۰/۹۴	۰/۳۳۷
	پس‌آزمون	آزمایش	۲۲/۸۶	۴/۰۳	۰/۹۸	۰/۲۸۲
		کنترل	۲۴/۴۳	۳/۸۳	۰/۹۷	۰/۲۹۸
در موقعیت بی‌تعارض	پیش‌آزمون	آزمایش	۲۷/۶۶	۵/۴۸	۰/۶۵	۰/۷۸۶
		کنترل	۲۳/۷۳	۵/۰۰	۰/۵۹	۰/۸۷۳
	پس‌آزمون	آزمایش	۲۷/۶۶	۵/۴۰	۰/۸۷	۰/۴۳۵
		کنترل	۲۳/۴۰	۴/۴۰	۰/۶۰	۰/۸۶۰

گروه برابر است ($F=2/82$ و $P<0/0519$). نتایج آزمون لوین برای بررسی همگنی واریانس متغیر وابسته در گروه‌ها نشان داد که واریانس خودکارآمدپنداری در گروه‌ها برابر است ($F_{1,28}=0/052$ و $P<0/821$). در جدول ۳ نتایج تحلیل کوواریانس تک‌متغیری برای بررسی تفاوت گروه آزمایش و کنترل در پیش‌آزمون با پس‌آزمون متغیر خودکارآمدپنداری گزارش شده است.

جهت بررسی تأثیر بازی درمانی کودک محور بر افزایش احساس خودکارآمدپنداری در تعاملات بین‌فردی دانش‌آموزان مبتلا به نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای از تحلیل کوواریانس تک‌متغیری یک‌راهه استفاده شد. قبل از اجرای این آزمون، پیش‌فرض‌های آن مورد بررسی و تأیید قرار گرفت. نتایج آزمون بررسی همگنی شیب رگرسیون پیش‌آزمون و پس‌آزمون خودکارآمدپنداری در گروه آزمایش و کنترل، نشان داد که شیب رگرسیون در هر دو

جدول ۳: نتایج تحلیل کوواریانس تک‌متغیری برای بررسی تفاوت گروه آزمایش و کنترل در خودکارآمدپنداری

منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	p	اندازه اثر
پیش‌آزمون	۱۵۷۰/۱۲	۱	۱۵۷۰/۱۲	۱۹۴/۰۵	۰/۰۰۱	۰/۸۷
عضویت گروهی	۴۰/۳۱	۱	۴۰/۳۱	۵/۰۰۸	۰/۰۳۴	۰/۱۴
خطا	۲۱۷/۳۴	۲۷	۲۱۷/۳۴			

که شیب رگرسیون در هر دو گروه مطالعه برابر است که شیب رگرسیون در هر دو گروه مطالعه برابر است (F_{2,25}=2.741, p≤0.812). نتایج آزمون لوین برای بررسی همگنی واریانس متغیرهای وابسته در گروه‌ها نشان داد که واریانس متغیر احساس خود کارآمدپنداری مؤلفه‌ها در موقعیت با تعارض و در موقعیت بی تعارض در گروه‌ها برابر است (P>0.05). نتایج مفروضه دیگر یعنی آزمون باکس برای بررسی برابری ماتریس کوواریانس متغیرهای وابسته در بین گروه آزمایش و کنترل نیز نشان داد که ماتریس کوواریانس متغیرهای وابسته در دو گروه مورد مطالعه برابر است (BoxM=2.107, F=0.648, p≤0.574). نتایج آزمون خی دو بارتلت برای بررسی کرویت یا معنی داری رابطه بین خرده مؤلفه‌های احساس خود کارآمدپنداری نشان داد که رابطه بین این مؤلفه‌ها معنی دار است (X²=22.8, p<0.05). پس از بررسی پیش فرض‌های تحلیل کوواریانس چندمتغیری، نتایج آزمون نشان داد که بین دو گروه در خرده مؤلفه‌های احساس خود کارآمدپنداری تفاوت معنی داری وجود دارد (Wilk's Lambda=0.61, F_{2,25}=7.37, p<0.001). نتایج بررسی این که گروه آزمایش و کنترل در کدام یک از مؤلفه‌های احساس خود کارآمدپنداری با یکدیگر تفاوت دارند در جدول ۴ گزارش شده است.

با توجه به جدول ۳ آماره F خود کارآمدپنداری در پس آزمون ۵/۰۰۸ است که در سطح ۰/۰۵ معنی دار است و این نشان می‌دهد که بین دو گروه از نظر میزان خود کارآمدپنداری تفاوت معنی دار وجود دارد. اندازه اثر ۰/۱۴ نیز نشان می‌دهد که این تفاوت در جامعه کوچک است. آماره F پیش آزمون خود کارآمدپنداری نیز (۱۹۴/۰۵۲) است که در سطح ۰/۰۰۱ معنی دار است. این یافته نشان می‌دهد که پیش آزمون تأثیر معنی داری بر نمرات پس آزمون دارد. نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد که میانگین تصحیح شده گروه آزمایش در خود کارآمدپنداری (۵۰/۴۳) و میانگین گروه کنترل (۴۷/۹۷) است که با توجه به آماره f در سطح ۰/۰۵ معنی دار است. با توجه به این یافته می‌توان گفت که بازی درمانی کودک محور موجب افزایش خود کارآمدپنداری کودکان مبتلا به نافرمانی مقابله‌ای در سطح کل می‌گردد. برای بررسی تأثیر بازی درمانی گروهی بر دو خرده مؤلفه احساس خود کارآمدپنداری در تعاملات بین فردی دانش آموزان مبتلا به نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای (در موقعیت با تعارض و در موقعیت بی تعارض) از تحلیل کوواریانس چندمتغیری استفاده شد. نتایج آزمون بررسی همگنی شیب رگرسیون پیش آزمون و پس آزمون مؤلفه‌های سازش یافتگی در دو گروه آزمایش و کنترل نشان داده است

جدول ۴: نتایج تحلیل واریانس تک متغیری تفاوت گروه آزمایش و کنترل در مؤلفه‌های احساس خود کارآمدپنداری

مؤلفه	گروه	میانگین	تفاوت میانگین	خطای استاندارد	F	p	اندازه اثر
در موقعیت با تعارض	آزمایش	۲۵/۲۵۱	۳/۱۶۹	۱/۰۴۲	۱۲/۹۵۲	۰/۰۰۱	۰/۳۳۳
	کنترل	۲۲/۰۸۲					
در موقعیت بدون تعارض	آزمایش	۵۰/۵۳۳۳	۲/۶۷	۰/۶۹	۱/۵۲۷	۰/۲۲۸	۰/۰۵۵
	کنترل	۴۷/۸۶۶۷					

در جدول بالا نشان می‌دهد که میانگین گروه آزمایش در موقعیت با تعارض (۲۵/۲۵) بیشتر از میانگین گروه کنترل در این مؤلفه با میانگین (۲۲/۰۸) است. با توجه به این یافته‌ها می‌توان گفت که بازی درمانی گروهی موجب افزایش احساس خود کارآمدپنداری در موقعیت با تعارض در تعاملات

با توجه به جدول ۴، آماره F برای مؤلفه‌های در موقعیت با تعارض (۱۲/۹۵) در سطح ۰/۰۱ معنی دار است و در موقعیت بدون تعارض (۱/۵۲) در سطح ۰/۰۵۵ معنی دار نیست. این یافته‌ها نشانگر آن است که بین گروه‌ها در مؤلفه در موقعیت با تعارض تفاوت معنی داری وجود دارد. نتایج بررسی میانگین‌ها

بین فردی دانش آموزان مبتلا به نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای می‌گردد اما تأثیری بر احساس خودکارآمدپنداری در موقعیت بدون تعارض در تعاملات بین فردی آنها ندارد. همچنین اندازه اثر در جدول شماره ۴ نشان می‌دهد که عضویت گروهی ۳۳ درصد از تغییرات مربوط به احساس خودکارآمدپنداری در موقعیت با تعارض را تبیین می‌کند.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی تأثیر بازی‌درمانی کودک محور بر احساس خودکارآمدپنداری در تعاملات بین فردی دانش آموزان مبتلا به نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای انجام شد. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس نشان داد که بازی‌درمانی گروهی موجب افزایش نمره کل احساس خودکارآمدپنداری در تعاملات بین فردی با همسالان در کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای می‌شود. این یافته با نتایج پژوهش احتشام و تیبیری (۳۲) که نشان دادند بازی‌درمانی موجب بهبود خودکارآمدپنداری و مهارت‌های ارتباطی در دانش آموزان پسر می‌شود همسو است. همچنین این یافته به‌طور ضمنی با نتایج پژوهش‌های بادامیان و ابراهیمی مقدم (۲۲) که نشان دادند استفاده از بازی‌درمانی و تعامل با کودکان، نشانه‌های درونی و بیرونی مشکلات رفتاری آنها را کاهش می‌دهد همسو است. نتایج مطالعه مرشد، داوودی، و بابامیری (۱۸) که به بررسی تأثیر بازی‌درمانی بر علائم لجاجی- نافرمانی کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای پرداختند نیز حاکی از اثربخشی بازی‌درمانی در کاهش نشانه‌های لجاجی و نافرمانی در این کودکان بود. باقری‌زاده، نصب، و گودرزوند (۳۳) و صفری، فرامرزی، و عابدی (۳۴) هم در پژوهش خود نشان دادند بازی‌درمانی می‌تواند علائم اختلال نافرمانی مقابله‌ای را در کودکان مبتلا به این اختلال کاهش دهد.

در تبیین تأثیر بازی‌درمانی کودک محور بر خودکارآمدپنداری در تعاملات بین فردی دانش آموزان مبتلا به نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای می‌توان گفت طبق نظریه بندورا (۱۹۹۵ و ۱۹۹۳؛ به نقل از بندورا، ۱۹۹۷) خودکارآمدپنداری از چهار منبع ناشی می‌شود. ۱. سابقه رفتار شخصی: در طی جلسات بازی‌درمانی فرصت تجربه تعاملات موفقیت‌آمیز با همسالان برای کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای فراهم شد؛ بنابراین تجربه تعاملات خوشایند به عنوان یک منبع مهم و شخصی دریافت اطلاعات خودکارآمدپنداری کودکان را افزایش داد. ۲. تجربه جانشینی: مشاهده همسالانی که تعاملات بین فردی موفق داشتند موجب الگوگیری کودکان گروه آزمایش شده و خودکارآمدپنداری‌شان تقویت شد. ۳. قانع‌سازی کلامی: مربی گروه آزمایش و همسالان همگروه، سعی کردند که فرد را متقاعد کنند که بیشتر روی توانمندی‌های خود تأکید کند و تشویق این منابع منجر به افزایش خودکارآمدپنداری شد. ۴. حالات فیزیولوژیکی: اگر هنگام انجام عملی، سیستم عصبی سمپاتیک غالب شود، فرد احساس تنیدگی و فشار می‌کند و این حالت حاکی از این است که ضروریات تکلیف از توانایی فرد برای کنار آمدن با آن فراتر است ولی در طی بازی‌درمانی کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای در فضایی سرشار از آرامش و حس راحتی توانستند به نحوی شایسته از پس ضروریات بازی بریابند، بنابراین حس خودکارآمدپنداری‌شان افزایش یافت.

نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری نشان داد بازی‌درمانی گروهی موجب افزایش احساس خودکارآمدپنداری در موقعیت با تعارض در تعاملات بین فردی دانش آموزان مبتلا به نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای می‌گردد، اما تأثیری بر احساس خودکارآمدپنداری در موقعیت بدون تعارض در تعاملات بین فردی آنها ندارد. طبق جستجوهای به عمل آمده پژوهش قبلی که دقیقاً تأثیر بازی‌درمانی را بر خودکارآمدپنداری در تعاملات بین فردی کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای بررسی کرده باشد یافت نشد، با این حال این یافته با پژوهش‌هایی که حاکی از اثربخشی بازی‌درمانی بر بهبود تعاملات اجتماعی و کاهش مشکلات

موقعیت بدون تعارض در تعاملات بین فردی تأثیر معناداری داشته باشد می توان گفت در موقعیت های بدون تعارض کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله ای در فعالیت ها و تکالیف مختلف به راحتی درگیر شده و می توانند قابلیت ها و توانمندی های خود را به کار گیرند بنابراین کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله ای در موقعیت های بدون تعارض بدون اینکه بازی درمانی ارائه شود از خود کارآمدپنداری بالایی برخوردار بودند.

تمام شرایط انتخاب و انتساب تصادفی و کنترل تمامی متغیرهای مزاحم در این پژوهش فراهم نشد و بنابراین طرح پژوهش تمام آزمایشی نبوده است و محدودیت های طرح نیمه آزمایشی را دارد. به علت فقدان دسترسی طولانی مدت به کودکان مبتلا به اختلال، امکان اجرای مرحله پیگیری نتایج فراهم نشد. پیشنهاد می شود در صورت امکان در پژوهش های آینده از روش تمام آزمایشی جهت کنترل تمامی متغیرهای مؤثر استفاده شود. تأثیر بازی درمانی روی خود کارآمدپنداری دو جنس پسر و دختر به طور مجزا بررسی شود و نتایج مقایسه گردد و مورد پیگیری قرار گیرد تا ماندگاری شیوه بازی درمانی در بلندمدت مشخص شود. از روش بازی درمانی می توان برای کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله ای که همزمان به اختلال نارسایی توجه / فزون کنشی هم مبتلا هستند استفاده گردد و تأثیر این شیوه مورد بررسی قرار گیرد.

تضاد منافع: این پژوهش به صورت مستقل انجام شده است و هیچ گونه تضاد منافی وجود نداشته است.

تشکر و قدردانی: بدین وسیله از تمامی کودکانی که در این مطالعه شرکت کردند، والدین و مربیان آنها جهت همکاری در انجام این پژوهش تشکر و قدردانی می گردد.

رفتاری کودکان مبتلا به اختلال های رفتاری مخرب است از جمله باقری زاده، نصب، و گودرزوند (۳۳)؛ احتشام و تیباری (۱۳۹۵)؛ صفری، فرامرزی، و عابدی (۱۳۹۲)؛ کاتمن و منی والی (۲۴)؛ و وین برن و همکاران (۲۵) همسو است.

در تبیین تأثیر بازی درمانی بر خود کارآمدپنداری کودکان در موقعیت با تعارض می توان گفت بازی درمانی و تقویت مثبت کودکان منجر به رفتارهای جرئت مندانه در این کودکان شده و همین امر سبب افزایش خود کارآمدپنداری آنها شد. بازی درمانی به کودکان اجازه داد که در موقعیت های اجتماعی با تعارض، مهارت های اجتماعی خود را ارزیابی کنند و تعاملات اجتماعی مناسب را بیاموزند و تمرین کنند. کودکان از بازی برای بیان احساسات و افکار، کشف علایق و کسب احساس تسلط بر روی محیط استفاده می کنند. طبق نظر متخصصان (۳۵) برآورده کردن و حفظ معیارهای عملکرد، میزان خود کارآمدپنداری را افزایش و کام نیافتگی در برآوردن و حفظ آن معیارها، آن را کاهش می دهد. کودکان گروه آزمایش در طی جلسات بازی درمانی یاد گرفتند که طبق قواعد تعیین شده در تعامل با هم در موقعیت های با تعارض، به گونه ای سازش یافته بازی کنند و کسب تجربه موفقیت آمیز و مطابق با استانداردهای تعیین شده در تعامل با هم موجب افزایش خود کارآمدپنداری شان شد. چون بازی فعالیتی لذت بخش برای کودکان است به خوبی در درمان جذب شدند و همین جذب شدن و تجربه خوشایند منجر به بهبود حس خود کارآمدپنداری در تعاملات با تعارض در کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله ای شد. از طرف دیگر از آنجایی که بازی درمانی بر حرمت خود تأثیر گذاشته و سطح عملکرد و توانایی در مواجهه شدن با رفتارهای مورد پذیرش اجتماعی را افزایش می دهد (۳۶) می تواند خود کارآمدپنداری کودکان را هم متأثر سازد. در تبیین اینکه بازی درمانی نتوانست بر خود کارآمدپنداری کودکان در

References

1. American Psychiatry Association. Diagnostic and Statistical manual of mental disorder (3th Ed.). Washington, DC: Author; 1980.
2. Blumberg BM. Oppositional Defiant Disorder. *Journal of Psychiatry and Psychiatric Disorders*. 2017; 1 (4): 199-211.
3. American Psychiatry Association. Diagnostic and Statistical manual of mental disorder (5th Ed.). Washington, DC: Author; 2013.
4. Krieger FV, Goodman G. Dimensions of oppositionality in a Brazilian community sample: testing the DSM- 5 proposal and etiological links. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2013; 52: 389-400.
5. Pardini D, Fite P. Symptoms of conduct disorder, oppositional defiant disorder, attention deficit/hyperactivity disorder, and callous-unemotional traits as unique predictors of psychosocial maladjustment in boys: Advancing an evidence base for DSM-V. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2010; 49: 1134-1144.
6. Matthys W, Lochman JE. *Oppositional defiant disorder and conduct disorder in childhood*. London: Blackwell Publishing; 2010.
7. Matthys W, De Vries H, Hectors H. Differences between conduct disordered and normal control children in their tendencies to escalate or neutralize conflicts when interacting with normal peers. *Child Psychiatry Hum Dev*. 1995; 26: 29- 41.
8. Trentacosta CJ, Hyde LW, Shaw DS. Adolescent dispositions for antisocial behavior in context: The roles of neighborhood dangerousness and parental knowledge. *J Abnorm Psychol*. 2009; 118: 564-575.
9. Khodayarifard M, Sohrabi F. *Clinical psychology of children and adolescents*. Tehran: Avaynoor; 2013. [Persian].
10. Birami M, Ebadi Asayesh M. A Comparison of the rate of Oppositional Defiant Disorder(ODD) with Regard to Mothers' Child Rearing Styles. *Journal of Woman and Study of Family*. 2009; 1(4): 49-62. [Persian].
11. Skoulos V, Tryon G. Social skills of adolescents in special education who display symptoms of oppositional defiant disorder. *Journal of American Secondary Education*. 2007; 35(2): 103-115.
12. Hommersen P, Murray C, Ohan J, Johnston C. Oppositional defiant disorder rating scale: preliminary evidence of reliability and validity. *J Emot Behav Disord*. 2006; 14: 118-125.
13. Sigurdson JF, Wallander J, Sund AM. Is involvement in school bullying associated with general health and psychosocial adjustment outcomes in adulthood? *Child Abuse Negl*. 2014; 38: 1607-1617.
14. Locke N, Sayegh L, Weber Ch, Turecki G. Interpersonal self-efficacy, goals, and problems of persistently depressed outpatients: prototypical circumplex profiles and distinctive Subgroups. 2016;1-13. <https://doi.org/10.1177/1073191116672330>.
15. Gore P. Academic self-efficacy as a predictor of college outcomes: Two incremental validity students. *J Career Assess*. 2006; 14: 92-115.
16. Davis Sh. *Building self-efficacy in peer relations: Evaluation of a school-based intervention*. [Degree of Doctor of Psychology in Clinical Psychology]. Faculty of the Graduate Department of Clinical Psychology, George Fox University; 2015.
17. Durlak JA, Weissberg RP, Dymnicki AB, Taylor RD, Schellinger KB. The impact of enhancing students' social and emotional learning: A meta-analysis of school based universal interventions. *Child Dev*. 2011; 82(1): 405-432.
18. Morshed N, Davoodi I, Babamiri M. Effectiveness of group play therapy on symptoms of oppositional defiant among children. *Journal of Education and Community Health*. 2015;2(3):12-8. [Persian].
19. Palmer E, Pratt J, Goodway K. A Review of play therapy interventions for chronic illness: Applications to childhood Obesity prevention and treatment. *International Journal of Play Therapy*. 2017; 26 (3): 125-137.

20. 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.
21. Ray D. Supervision of basic and advanced skills in play therapy. *Journal of Professional Counseling: Practice, Theory and Research*. 2004; 32 (2):28.
22. Badamian R, Ebrahimi Moghaddam N. The effectiveness of cognitive- behavioral play therapy on flexibility in aggressive children. *Journal of Fundamentals of Mental Health*. 2017; 19: 133-137.
23. Landreth GL, Ray DC, Bratton SC. Play therapy in elementary schools. *Psychology in the Schools*. 2009; 46(3): 9-281.
24. Kottman T, Meany-Walen K. *Partners in play: An Adlerian approach to play therapy*. Hoboken, NJ: Wiley; 2016.
25. Winburn A, Gilstrap D, Perryman M. Treating the Tiers: Play Therapy Responds to Intervention in the Schools. *International Journal of Play Therapy*. 2017; 26 (1): 1–11.
26. Stringaris A, Zavos H, Leibenluft E, Maughan B, Eley TC. Adolescent irritability: Phenotypic associations and genetic links with depressed mood. *American Journal Psychiatry*. 2012; 169: 47-54.
27. O'Laughlin EM, Hackenburg JL, Riccardi MM. Clinical usefulness of the Oppositional Defiant Disorder Rating Scale (ODDRS). *J Emot Behav Disord*. 2010; 18: 247-255.
28. Faramarza S, Abedi A, Ghanbari A. Effect of Maternal Communication Model Education On reducing the symptoms of child abuse disorder. *Medical Journal of Tabriz University of Medical Sciences*. 2012; 34(2): 90-96. [Persian].
29. Kheirie M, Shaeiri M. R, Azad Fallah P, Rasulzade Tabatabaei K. Effect of the triple P-positive parenting program on children with oppositional defiant disorder. *Journal of Behavioral Sciences*. 2009; 3(1): 53-58.
30. Chari H. Comparing perceived self-efficacy in social interaction with peers among a group of male and female students. *Quarterly Journal of Psychological Studies*. 2007; 3(4):87-103. [Persian].
31. Ray D. *Child-centered play therapy treatment manual*. Denton, TX: Author; 2009.
32. Ehtesham M, Tebyari F. The effectiveness of training game therapy on Improving self-efficacy beliefs and Communication skills of male students in elementary school in Yazd. *Third International Conference on Psychology, Educational Sciences and Lifestyle*; 2016. [Persian].
33. Bagherizadeh H, Nasab HM, Goudarzvand R. The Effect of Play Therapy on Symptoms of Oppositional Defiant Disorder in Boys Aged 5 to Years Old. *International Journal of Learning and Development*. 2015; 5(2):48-55.
34. 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.
35. Bandura A. *Self-Efficacy: The Exercise of Control*, H.W.Freeman and Company, New York; 1997.
36. Hanser S, Meissler K, Dvevs R. Kids together: A group play therapy model for children with ADHD symptomology. *Journal of Child and Adolescent Group Therapy*. 2000; 10 (4): 391-402.

The Effect of Child-Centered Play Therapy on the Self-Efficacy in Peer Relations among Students with Oppositional Defiant Disorder Symptoms

Abbas Ali HosseinKhanzadeh

1. Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Literature and Humanities, University of Guilan, Rasht, Iran

Received: April 14, 2017

Accepted: September 19, 2017

Abstract

Background and Purpose: Considering the importance of interpersonal interactions in the social development of childhood, the purpose of the present study was to investigate the effect of child-centered play therapy on self-efficacy in peer relations among students with oppositional defiant disorder symptoms.

Method: The research method was a semi-experimental design with a pre-test post-test design with control group. The statistical population included all children aged 8 to 12 years with oppositional defiant disorder symptoms that referring to psychiatric and psychological centers of Rasht in the first six months of 2017. 30 children were selected through convenient sampling, and assigned into two experimental and control groups randomly. The *scale of rating oppositional defiant disorder symptoms* (Homerson & et al, 2006), *structured clinical interview* (American Psychiatric Association, 2013), and *self-efficacy in peer relations* (Wheeler & Led, 1982) were used to collect data. Child-centered play therapy intervention was provided to the experimental group in 10 sessions of 60 minutes with intervals of 3 days between sessions, while the control group received no training.

Results: The results of one-way covariance analysis showed that child-centered play therapy improves the self-efficacy of children with oppositional defiant disorder symptoms in the overall level and in conflict situations in the interpersonal interactions.

Conclusion: Play therapy in a manner consistent with the level of children's development, objectively and tangibly provides them skill learning experience, and this practical exercise directly and indirectly leads to improved self-efficacy in interactive interactions in children.

Keywords: Child-centered play therapy, self-efficacy, peer relations, oppositional defiant disorder

Citation: 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.

***Corresponding author:** Abbas Ali HosseinKhanzadeh, Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Literature and Humanities, University of Guilan, Rasht, Iran.
Email: Abbaskhanzade@gmail.com Tel: (+98) 013- 33334881