

اثربخشی بازی درمانی بر مشکلات برون‌سازی شده کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌جویانه

سمانه پناهیان امیری^۱، کلتوم اکبر نتاج^{۲*}، محمد کاظم فخری^۳

۱. دانشجوی دکتری، گروه روانشناسی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران.

۲. استادیار، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد چالوس، چالوس، ایران.

۳. استادیار، گروه روانشناسی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران.

* نویسنده مسئول: کلتوم اکبر نتاج، گروه پرستاری، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد چالوس، چالوس، ایران.

Email k.akbarnataj@iausari.ac.ir

تاریخ دریافت: دی ۱۳۹۹

تاریخ پذیرش: بهمن ۱۳۹۹

چکیده

زمینه و هدف: اختلال نافرمانی مقابله‌جویانه یکی از اختلال‌های رفتاری است که مهم‌ترین آن‌گویی پایدار رفتار تکراری منفی‌گرایی، لجبازی، نافرمانی و خصومت در برابر مظاهر قدرت است که باعث اختلال قابل ملاحظه بالینی در کنش‌وری تحصیلی، اجتماعی و شغلی فرد می‌شود. هدف پژوهش حاضر، تعیین اثربخشی بازی‌درمانی بر مشکلات برون‌سازی شده کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌جویانه بود.

روش و مواد: پژوهش حاضر از نوع طرح‌های کاربردی و نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون همراه با گروه گواه بود. جامعه آماری این پژوهش شامل تمامی کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌جویانه شهر بابل در سال ۱۳۹۸ که از بین آن‌ها ۶۰ نفر به صورت هدفمند انتخاب شدند و به طور تصادفی در دو گروه بازی‌درمانی و گروه گواه، هر گروه ۳۰ نفر گماشته شدند. داده‌ها با استفاده از پرسشنامه مشکلات رفتاری کودک در سه دوره زمانی پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری به دست آمد. بازی درمانی در ده جلسه و به مدت دو ساعت به صورت هفتگی برای گروه آزمایش اجرا شد. در راستای تحلیل استنباطی از روش تحلیل کوواریانس تک‌متغیره استفاده شد که با نرم‌افزار SPSS-22 به اجرا در آمد. سطح معناداری آزمون‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: میانگین (انحراف معیار) سن در گروه آزمایش (۱/۸) و ۹/۱ و گروه گواه برابر با (۱/۹) و ۹/۸ سال بود. در گروه آزمایش میانگین (انحراف معیار) مشکلات برون‌سازی شده از (۲/۵) و ۴۰/۶ در پیش‌آزمون به (۲/۱) و ۲۴/۶ در پس‌آزمون و (۲/۵) و ۲۵/۶ در پیگیری کاهش یافت ($P < 0/001$). اما در گروه گواه آزمایش میانگین (انحراف معیار) مشکلات برون‌سازی شده از (۱/۹) و ۳۹/۴ در پیش‌آزمون به (۲/۱) و ۳۹/۳ در پس‌آزمون و (۲) و ۳۹/۴ در پیگیری رسید که تفاوتی نداشت.

نتیجه‌گیری: مطالعه نشان داد که بازی‌درمانی موجب کاهش مشکلات برون‌سازی شده کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌جویانه شد و می‌توان از این درمان در جهت بهبود مشکلات روان‌شناختی کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌جویانه استفاده کرد.

واژگان کلیدی: بازی‌درمانی، مشکلات برون‌سازی شده، کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌جویانه.

مقدمه

سلامت کودکان و نوجوانان در هر جامعه‌ای اهمیت ویژه‌ای دارد و توجه به بهداشت روانی آن‌ها، باعث می‌شود تا از نظر روانی و جسمی سالم باشند و بتوانند نقش‌های اجتماعی خود را بهتر ایفا کنند (۱). وقتی سلامت روان کودک به خطر می‌افتد، بر رشد و عملکرد کودک تأثیر منفی زیادی می‌گذارد. اختلال‌های رفتاری کودکان، اختلال‌های ناتوان کننده‌ای هستند که برای معلمان، خانواده و خود کودک مشکلات بسیاری ایجاد می‌کنند و با بسیاری از مسائل اجتماعی همراه‌اند (۲). در این راستا، شناخت صحیح ابعاد مختلف روانی کودک حائز اهمیت است. در سال‌های اخیر میزان شیوع اختلالات عاطفی-رفتاری رو به افزایش است و در ایران، مطالعات مختلف به میزان ۷/۲ تا ۱۲/۳ درصدی این اختلال اشاره نموده‌اند (۳). از آنجا که الگوهای رفتاری در بزرگسالی دشوارتر تغییر می‌کند، تشخیص هر چه زودتر مشکلات سلامت روان در کودکی یکی از موارد پیشگیری اولیه است (۴).

یکی از شایع‌ترین اختلالات دوران کودکی، اختلال نافرمانی مقابله‌جویانه است که یکی از علل رایج ارجاع کودکان به کلینیک‌های روان‌شناسی می‌باشد. نافرمانی مقابله‌جویانه کودک می‌تواند باعث بروز ناسازگاری‌های روانی و اجتماعی کودک در خانواده، مدرسه و اجتماعی گردد (۵). براساس تعریف متن تجدیدنظر شده در پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، «اختلال نافرمانی مقابله‌جویانه یک الگوی پایدار خلق خشمگین، تحریک‌پذیر، رفتار جر و بحث مقابله‌ای یا تلافی‌جویانه است» (۶). این گونه رفتارها دست کم با چهار علامت و در طول بیش از شش ماه ادامه دارد و در تعامل با دست کم یک نفر غیر از خواهر و برادر فرد بروز می‌کند. این گونه رفتارها شامل: خلق خشمگین، بحث با مراجع قدرت، سرباز زدن از قواعد، ناراحتی عمدی دیگران می‌باشد (۷).

در کودکان و نوجوانان، اختلال نافرمانی مقابله‌جویانه در خانواده‌هایی شایع است که در آن‌ها مراقبت از کودک به دلیل جایگزینی پیایی مراقب‌های مختلف از هم‌گسیخته است یا در خانواده‌هایی که امور مراقبت از کودک به شیوه‌ای خشن، ناپایدار یا توأم با غفلت صورت می‌گیرد (۸). میزان اختلال نافرمانی مقابله‌جویانه ممکن است بسته به سن و جنس کودک متفاوت باشد و شیوع آن در پسرها بیشتر از دخترها است. اولین علائم اختلال نافرمانی مقابله‌جویانه غالباً در طول سال‌های پیش از دبستان و به ندرت دیرتر از اوایل نوجوانی پدیدار می‌شود و تظاهرات این اختلال در طول رشد ثابت به نظر می‌رسد. پژوهش‌های سبب‌شناسی نیز علت اختلال را ترکیبی از ویژگی‌ها و گرایش‌های ژنتیکی یا زیست‌شناسی کودکان و شیوه‌های محیط و فرزندپروری خشن، ناپایدار و توأم با غفلت عنوان می‌کنند (۹). کودکان با اختلال نافرمانی مقابله‌جویانه، معمولاً در مدرسه پیشرفت خوبی ندارند و عمدتاً فاقد مهارت‌های شناختی، اجتماعی و عاطفی هستند. پیش‌آگهی این اختلال نامطلوب بوده و اختلال نافرمانی مقابله‌جویانه اغلب مقدم بر شکل‌گیری اختلال سلوک است. و در معرض خطر بالای بزهکاری نوجوانی، رفتار ضداجتماعی و اختلالات خلقی هستند (۱۰).

یکی از مشکلاتی که دانش‌آموزان با اختلال یادگیری خاص با آن مواجه می‌شوند و می‌تواند تحت تأثیر بازی درمانی قرار بگیرد، اختلال‌های برونی‌سازی شده کودکان است که مواردی مانند پرخاشگری، نادیده گرفتن قوانین و رفتارهای مقابله و مخالفت را شامل می‌شود (۱۱). اختلال‌های برونی‌سازی شده کودکان از جمله اختلال‌های دوران کودکی است که محتوای اصلی آن‌ها را رفتارهای ضد اجتماعی و تضادورزانه تشکیل می‌دهند که بر اساس طبقه‌بندی ابعادی، با اصطلاح اختلال‌های برونی‌سازی شده نام‌گذاری شده‌اند. این نوع مشکلات در طبقه‌بندی مقوله‌ای انجمن روان‌پزشکی آمریکا به سه اختلال تضادورزی جسورانه، اختلال رفتار هنجاری و اختلال نارسایی توجه و فزون‌کنشی تقسیم می‌شوند. اختلال‌های برونی‌سازی شده، الگوهای رفتاری سازش‌نیافته کودکان در موقعیت‌های مختلف هستند که مشکلاتی برای اطرافیان ایجاد می‌کنند (۱۲). در این اختلال‌ها، که اختلال‌های رفتاری نیز نامیده می‌شوند، مشکلات رفتاری کودک که ناشی از ضعف مهارگری اوست، به تعارض بین کودک با بافت اجتماعی منجر می‌شود و شامل دو نشانگان رفتاری نادیده گرفتن قواعد و رفتار پرخاشگرانه است. این اختلال‌ها در کودکان بیش از سایر اختلال‌ها مشاهده می‌شوند. دلیل نامگذاری نشانگان برونی‌سازی

شده این است که مشکلاتی را شامل می‌شود که اساساً مستلزم تعارض با دیگران است. به بیان دیگر به مشکلات فرد با دیگران ارتباط دارد (۱۳).

با توجه به سبب‌شناسی و نقش عوامل محیطی و خانواده در بروز اختلالات نافرمانی مقابله‌جویانه، ناسازگاری اجتماعی کودک می‌تواند ناشی از شرایط موجود در محیط خانه، فرزندپروری خشن یا توأم با غفلت باشد که در این میان روش‌های درمانی برای مواجهه با مشکلات رفتاری، شناختی و هیجانی کودکان مبتلا به اختلالات مذکور به کار گرفته شده است و روش بازی درمانی به منزله آنکه خانواده نخستین مکان شکل‌گیری رابطه‌های رفتاری و هیجانی کودک می‌باشد، اهمیت بسزایی دارد (۱۴). اغلب درمان‌هایی که در مورد کودکان و نوجوانان با اختلال رفتاری صورت می‌گیرد، در چارچوب رویکردهای گوناگونی قرار دارند: دارودرمانی، رفتاردرمانی، روان‌درمانی، خانواده‌درمانی، گروه‌درمانی و بازی درمانی (۱۵). بازی درمانی به عنوان یک ارتباط بین فردی پویا بین کودک و یک درمانگر آموزش‌دیده در فرایند بازی درمانی توصیف می‌شود که رشد یک ارتباط امن را برای کودک تسهیل می‌کند تا کودک از طریق بازی، در جست‌وجوی راه‌هایی برای کاهش آشفتگی‌های هیجانی خود باشد به طوری که کودک در طی تعامل با درمانگر، پذیرش، تخلیه هیجانی، کاهش اثرات رنج‌آور، جهت‌دهی مجدد تکانه‌ها و تجربه هیجانی تصحیح شده را تجربه می‌کند. بازی وسیله بیان و ارتباط کودک است و به عقیده‌ی برخی از پژوهشگران بخش مهمی از هر فرایند درمانگری را تشکیل می‌دهد. بازی، افکار درونی کودک را با دنیای خارجی او ارتباط می‌دهد و باعث می‌شود که کودک بتواند اشیای خارجی را تحت کنترل خود درآورد. بازی به کودک اجازه می‌دهد تا تجربیات، افکار، احساسات و تمایلاتی را که برای وی تهدیدکننده هستند، نشان دهد (۱۶).

بازی درمانی می‌تواند در بهبود مشکلات برون‌سازی شده کودکان مؤثر باشد. Stulmaker & Ray در پژوهش خود به این نتیجه دست یافتند که بازی‌درمانی کودک‌محور بر اضطراب و پرخاشگری تأثیر به‌سزایی دارد (۱۷). Ray و همکاران در پژوهش خود به این نتیجه دست یافتند که بازی‌درمانی بر مشکلات عاطفی و رفتاری مؤثر بود (۱۸). نتایج پژوهش آریاپوران و اسکندری نشان داد بازی درمانی گروهی بر علائم نافرمانی مقابله‌ای و اختلال رفتار در کودکان ۶ تا ۳ ساله دارای علائم بیش‌فعالی-کاستی توجه مؤثر بود (۱۹). همچنین نتایج پژوهش صفری و همکاران نشان داد بازی درمانی با رویکرد شناختی-رفتاری بر کاهش نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای در دانش‌آموزان مؤثر بود (۲۰).

از آنجایی که اختلال نافرمانی مقابله‌جویانه در کودکان یکی از اختلالات شایع روانپزشکی در دوران کودکی به‌شمار می‌رود و با الگوی رفتاری تکراری منفی‌گرایی، خصومت و نافرمانی همراه است، توجه به مشکلات رفتاری در کودکان دارای مشکلات برون‌سازی شده بسیار حایز اهمیت است. این اختلال باعث ایجاد موانع و مشکلاتی در آموزش، زندگی خانوادگی، بلوغ و شرایط اجتماعی کودکان در آینده می‌شود، بنابراین توجه به مشکلات رفتاری در این کودکان می‌تواند راهنمای پژوهش‌گران و درمان‌گران در این زمینه باشد. انجام مداخلات روانشناختی از جمله بازی درمانی در کاهش علائم این اختلال و مشکلات رفتاری مرتبط با آن جهت جلوگیری از اثرات منفی‌ای که این نوع از بیماری در بزرگسالی به‌ارمغان می‌آورد، می‌تواند مهم و مؤثر واقع شود. با توجه به ناتوان‌کننده بودن اختلال نافرمانی مقابله‌جویانه و مشکلات رفتاری مرتبط با آن و کمبود پژوهش در زمینه تأثیر بازی درمانی بر مشکلات رفتاری مرتبط با اختلال نافرمانی مقابله‌جویانه پژوهش در این خصوص موجب افزایش دانش موجود خواهد شد. هدف از انجام این پژوهش تعیین اثربخشی بازی‌درمانی بر مشکلات برون‌سازی شده کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌جویانه بود.

روش و مواد

پژوهش حاضر از نوع کاربردی و نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری دو ماهه با گروه گواه بود. جامعه آماری این پژوهش شامل تمامی کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌جویانه شهر بابل در سال ۱۳۹۸ بود که از بین آن‌ها ۶۰ نفر به صورت هدفمند انتخاب شدند و با استفاده از روش تصادفی در دو گروه بازی درمانی و گروه گواه، هر گروه ۳۰ نفر گماشته شدند. ملاک انتخاب تعداد افراد نمونه بر اساس اندازه اثر ۰/۲۵، آلفای ۰/۰۵ و توان ۰/۸۰ در دو گروه، حداقل تعداد نمونه برای دستیابی به توان مورد نظر، ۳۰ نفر در هر گروه جمعاً ۶۰ نفر به دست آمد. در این پژوهش، شرکت‌کنندگان از

بین کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌جویانه که همراه با والدین شان به مراکز مشاوره شهر بابل مراجعه کرده بود، انتخاب شدند و جلسات بازی درمانی نیز در مراکز مشاوره شهر بابل انجام شده است. ملاک های ورود به پژوهش شامل: دامنه سنی ۶ تا ۱۲ سال، کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌جویانه که براساس مصاحبه بالینی و پرسشنامه تشخیص داده شده‌اند، رضایت و علاقه‌مندی افراد انتخاب شده به شرکت در مطالعه و نداشتن سابقه نقص جسمی بود. ملاک‌های خروج شامل غیبت بیش از دو جلسه، اعلام عدم رضایت جهت ادامه همکاری توسط کودک یا والدین، پاسخ ناقص به پرسشنامه‌ها و نداشتن سابقه یکی از بیماری‌های اسکلتی-عضلانی، بینایی، شنوایی بود.

ملاحظات اخلاقی پژوهش حاضر به شرح ذیل بودند: از والدین یا سرپرست کودک رضایت آگاهانه کسب شد. قبل از اجرا، هدف از انجام پژوهش و سایر شرایط برای والدین شرکت‌کنندگان تشریح شد، مانند این‌که شرکت در پژوهش کاملاً اختیاری است و عدم مشارکت، تأثیری بر روند مراقبت بهداشتی آن‌ها نخواهد داشت و اطلاعات نیز نزد پژوهشگر محرمانه باقی خواهد ماند. علاوه بر این اطلاعات در مورد تحقیق و محرمانه بودن به کودکان توضیح داده شد و حق انتخاب و ترک مداخله در هر زمان که خواستند به آنها داده شد. به منظور رعایت حریم خصوصی، نام و نام خانوادگی شرکت‌کنندگان ثبت نشد. همچنین پس از پایان پژوهش، برای افراد حاضر در گروه گواه نیز بازی درمانی به اجرا در آمد. همه پرسشنامه‌ها توسط والدین تکمیل و ثبت گردید.

پس از طی کردن مراحل اداری و دریافت مجوز و پس از اخذ رضایت مشارکت‌کنندگان یعنی والدین کودکان و انتخاب نمونه ابتدا پیش‌آزمون اجرا شد. سپس در گروه آزمایش، هر یک از کودکان به مدت ۱۰ جلسه و به مدت دو ساعت طی دو ماه، تحت آموزش بازی‌درمانی قرار گرفتند. در حالی که گروه گواه هیچ‌گونه مداخله‌ای دریافت نکرد. پس از اتمام مداخله بر روی هر دو گروه پس‌آزمون اجرا شد. پیگیری پس از دو ماه انجام شد. پاسخ‌گویی به سوالات پرسشنامه‌ها توسط والدین کودکان انجام شد. دستورالعمل جلسات بازی‌درمانی براساس کتاب‌های بازی درمانی Knell (۲۲) به صورت یک بسته منظم برنامه‌ریزی و اجرا شد. برنامه و محتوای جلسات در جدول شماره ۱ آمده است. ابزار گردآوری داده پرسشنامه مشکلات رفتاری کودک بود.

پرسشنامه مشکلات رفتاری کودک: این سیاهه را باید والدین و یا فردی که سرپرستی کودک را بر عهده دارد و از او مراقبت می‌کند و یا هر کسی که با کودک در محیط‌های شبه خانوادگی برخورد دارد و او را کاملاً می‌شناسد، تکمیل کند. پاسخ دهنده، ابتدا تعدادی سؤال را که شایستگی‌های (توانمندی‌های) کودک را می‌سنجند و همچنین تعدادی سؤال باز-پاسخ را که به بیماری‌ها و ناتوانی‌های کودک مربوط می‌شوند و عمده‌ترین نگرانی پاسخ‌دهنده را در ارتباط با کودک و همچنین نظر او را نسبت به بهترین ویژگی‌ها و خصوصیات کودک جویا می‌شوند، تکمیل می‌کند. در ادامه این فرم، پاسخ دهنده، مشکلات عاطفی، رفتاری و اجتماعی کودک را درجه‌بندی می‌کند. تعداد این سؤالات ۱۱۳ سؤال است و پاسخ‌دهنده در مقیاس سه درجه‌ای لیکرتی براساس وضعیت کودک در شش ماه گذشته، هر سؤال را به صورت ۰ = نادرست؛ ۱ = تا حدی یا گاهی درست؛ و ۲ = کاملاً یا غالباً درست، درجه‌بندی می‌کند. اگر حالت یا نشانه مورد نظر در شش ماه گذشته در فرد وجود نداشت، نمره صفر، اگر تا حدودی یا برخی از اوقات وجود داشت نمره یک و اگر کاملاً وجود داشت نمره دو تعلق می‌گیرد. مولفه‌های این ابزار عبارتند از: کل مولفه‌ها به دو دسته کلی تقسیم می‌شوند: مشکلات درونی‌سازی شده (مشکلات جسمانی، گوشه‌گیری/ افسردگی، اضطراب/ افسردگی) و مشکلات برونی‌سازی شده (رفتارهای قانون‌شکنی و رفتار پرخاشگرانه). کسب نمرات بالاتر در این پرسشنامه به معنای وجود مشکلات رفتاری بیشتر در کودک است. دامنه ضرایب همسانی درونی این پرسشنامه بین ۰/۶۳ تا ۰/۹۵ متغیر می‌باشد. ثبات زمانی این پرسشنامه نیز با استفاده از روش باز آزمایی با یک فاصله زمانی ۵ تا ۸ هفته بررسی شد و دامنه ضرایب ثبات زمانی از ۰/۳۲ تا ۰/۶۷ به دست آمد (۲۱). ضریب همسانی درونی این پرسشنامه به روش آلفای کرونباخ، ۰/۸۸ به دست آمد.

جدول شماره ۱- برنامه و محتوای جلسات بازی درمانی

جلسات	محتوا	ابزار
اول	تشخیص سطح کارکردی کودکان، آشنایی کودکان با یکدیگر، تقویت ارتباط اعضا، پیشرفت توازن و ثبات، افزایش سطح آگاهی فضایی، افزایش هماهنگی چشم و دست- چشم و پا، افزایش آگاهی جنبشی و لمسی	تخته توازن
دوم	یادگیری مهارت‌های جدید و ارتباط بهنجار، کسب اطلاعات در مورد خود و مشکلات خود، پیشرفت توانایی تعقیب چشمی، پیشرفت وضعیت جانبی و جهت‌یابی، توانایی تمیز و رمزگشایی بینایی، هماهنگی چشم و دست	بازی ردیابی تیله بر روی سطح شیب‌دار
سوم	تخلیه انرژی و کمتر شدن رفتار تکانشی، پیشرفت هماهنگی و چالاکي، هماهنگی چشم و دست- چشم و پا	بازی تایر
چهارم	تمرکز درمان بر خودکنترلی، افزایش دقت و تمرکز و تقویت انگشتان دست	بازی پیچ و مهره
پنجم	آموزش راهکارهایی در مورد شیوه‌های برخورد با مردم، آموزش مهارت‌هایی برای عملکرد روزانه دانش‌آموز، پیشرفت ادراک بینایی تصویر و زمینه، تشخیص تفاوت‌ها و شباهت‌ها، پیشرفت الگوهای نقل و انتقال در هماهنگی چشم و پا	بازی نردبان-گام زدن
ششم	کودک اهمیت میزان موفقیت در اجرای یک تکلیف را در می‌یابد، افزایش هماهنگی چشم و دست، رشد خودپنداره و کمک به کودک در پریدن از زمین	بازی پلانجر (با پریدن اشیا مورد نظر را لمس می‌کند)
هفتم	پیشرفت هماهنگی حرکات دست و تعادل، پیشرفت تصور بدنی و تن‌آگاهی، پیشرفت مهارت‌های توالی، تداعی و تمیز شنیداری	بازی خم شدن (دست و پای مورد نظر را باید بر روی اشکال هندسی گفته شده قرار دهد)
هشتم	شناخت‌های خود را شناسایی کنند، کمک به شناسایی تحریف‌های شناختی و جایگزینی تفکر سازگاران با تفکر ناسازگاران	بازی تنگ‌رام (تصویر نشان داده شده و فرد با کمک حافظه بینایی باید تصویر را تکمیل کند)
نهم	پذیرش مسئولیت، بیان تعامل بین افکار- احساسات و رفتار دانش‌آموز، افزایش خودپنداره، تخلیه انرژی و آگاهی فضایی، پیشرفت هماهنگی چشم و دست	بازی پرتاب کننده پایی
دهم	افزایش و تقویت مهارت مقابله با هیجانات منفی و مهارت حل مسئله با توجه به سن تقویمی، پیشرفت انعطاف‌پذیری، پیشرفت قدرت ماهیچه‌ها، پیشرفت عکس‌العمل اجتماعی	بازی تیوپ

به منظور توصیف داده‌ها از شاخص‌های مرکزی و پراکندگی مانند میانگین و انحراف معیار استفاده شد و برای تحلیل داده‌ها از روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بون‌فرونی استفاده شد. شایان ذکر است به منظور بررسی پیش-فرض‌های آزمون استنباطی از آزمون لوین (جهت بررسی همگنی واریانس‌ها)، آزمون کولموگروف اسمیرنوف (جهت نرمال-بودن توزیع داده‌ها)، آزمون Mbox و آزمون کرویت موجلی استفاده شد. تحلیل‌های آماری فوق با بهره‌گیری از نرم افزار SPSS-22 به اجرا درآمد. سطح معناداری آزمون‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

میانگین (انحراف معیار) سن در گروه آزمایش (۱/۸) ۹/۱ و گروه گواه برابر با (۱/۹) ۹/۸ سال بود. دو گروه تفاوت معناداری از نظر سن نداشتند. کمترین و بیشترین سن در گروه آزمایش به ترتیب ۶ و ۱۲ سال و در گروه گواه، ۷ و ۱۲ سال بود.

جدول شماره ۲- میانگین (انحراف معیار) نمرات مشکلات برون‌سازی شده در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری دو گروه

متغیر	گروه	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری	P
مشکلات برون‌سازی شده	آزمایش	(۲/۵) ۴۰/۶	(۲/۱) ۲۴/۶	(۲/۵) ۲۵/۶	۰/۰۰۱
	گواه	(۱/۹) ۳۹/۴	(۲/۱) ۳۹/۳	(۲) ۳۹/۴	۰/۷۹

قبل از انجام آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر، جهت رعایت پیش‌فرض‌ها، نتایج آزمون‌های M باکس، کرویت موچلی و لوین بررسی شد. از آنجایی که آزمون M باکس برای هیچ یک از متغیرهای پژوهش معنادار نبود، بنابراین شرط همگنی ماتریس‌های واریانس-کوواریانس رد نشد. همچنین عدم معناداری هیچ یک از متغیرها در آزمون لوین نشان داد که فرض برابری واریانس‌های بین گروهی رد نشد. در نهایت بررسی نتایج آزمون کرویت موچلی نشان داد که این آزمون نیز برای متغیرهای پژوهش معنی‌دار بود، و بنابراین فرض برابری واریانس‌های درون آزمودنی‌ها (فرض کرویت) رعایت نشد ($P < 0/001$). بنابراین از آزمون گرین‌هاوس گیزر برای بررسی نتایج آزمون تک متغیره برای اثرات درون گروهی و اثرات متقابل استفاده شد. همچنین آزمون گرین‌هاوس گیزر با مقداری برابر $0/21$ ($P < 0/001$) تفاوت معناداری را از نظر اثربخشی بازی درمانی بر مشکلات برون‌سازی شده در گروه‌های آزمایش و گواه در سطح معناداری $0/05$ نشان داد.

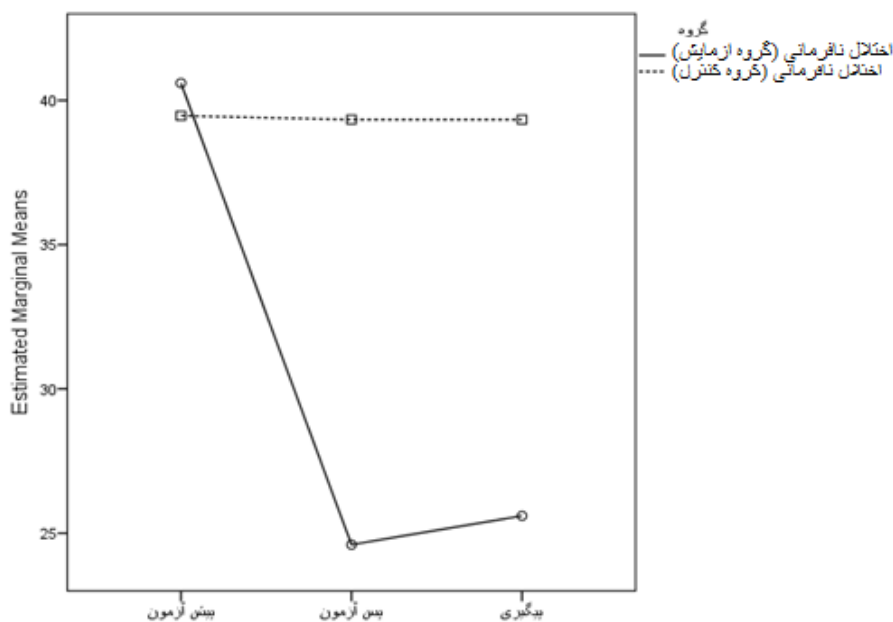
جدول شماره ۳- تحلیل اندازه‌گیری مکرر برای بررسی تأثیر زمان و گروه بر مشکلات برون‌سازی شده

مقدار احتمال	مقدار احتمال	F	منبع اثر	منبع متغیر	مقیاس
$0/22$	$<0/001$	$11/47$	زمان	درون گروهی	مشکلات
$0/65$	$<0/001$	$42/06$	زمان*گروه		برون‌سازی شده
$0/64$	$<0/001$	$40/30$	گروه	بین گروهی	

نتایج جدول شماره ۳ نشان داد که تحلیل واریانس متغیر مشکلات برون‌سازی شده برای اثر زمان ($P < 0/001$) و اثر گروه ($P < 0/001$) معنادار و اندازه اثر مداخله گروهی برای مشکلات برون‌سازی شده $0/64$ بود. این بدین معنی بود که متغیر مشکلات برون‌سازی شده بین دو گروه آزمایش و گواه در طی مراحل پژوهش اختلاف معنی‌داری وجود داشت که حاکی از تأثیر مداخله بود. جهت بررسی تفاوت در هر یک از گروه‌ها از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد که در جدول شماره ۴ ارائه شد.

جدول شماره ۴- نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسه زوجی میانگین زمان‌های اندازه‌گیری متغیرهای پژوهش

مقدار احتمال	خطای معیار برآورد	تفاوت میانگین	مراحل	متغیر
$<0/001$	$0/51$	$-2/26$	پس آزمون	مشکلات
$<0/001$	$0/51$	$-1/93$	پیگیری	برون‌سازی شده
$0/804$	$0/53$	$0/33$	پیگیری	پس آزمون



نمودار شماره ۱- میانگین نمرات دو گروه در مشکلات برون‌سازی شده در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

نتایج جدول شماره ۶ و نمودار شماره ۱ نشان داد در گروه آزمایش میانگین (انحراف معیار) مشکلات برون‌سازی شده از (۲/۵) (۴۰/۶) در پیش‌آزمون به (۲/۱) (۲۴/۶) در پس‌آزمون و (۲/۵) (۲۵/۶) در پیگیری کاهش یافت ($P < 0.001$). اما در گروه گواه آزمایش میانگین (انحراف معیار) مشکلات برون‌سازی شده از (۱/۹) (۳۹/۴) در پیش‌آزمون به (۲/۱) (۳۹/۳) در پس‌آزمون و (۲) (۳۹/۴) در پیگیری رسید که تفاوت معنی‌داری نداشت.

بحث

مطالعه نشان داد در گروه آزمایش میانگین (انحراف معیار) مشکلات برون‌سازی شده از (۲/۵) (۴۰/۶) در پیش‌آزمون به (۲/۱) (۲۴/۶) در پس‌آزمون و (۲/۵) (۲۵/۶) در پیگیری کاهش یافت. اما در گروه گواه تفاوت معنی‌داری نداشت.

نتایج این پژوهش با پژوهش Stulmaker & Ray مبنی بر اثربخشی بازی‌درمانی کودک‌محور بر اضطراب، پرخاشگری، و بی‌اختیاری ادرار و مدفوع (۱۷) و همچنین با نتایج پژوهش Ray و همکاران مبنی بر اثربخشی بازی‌درمانی بر مشکلات عاطفی و رفتاری (۱۸) همسو بود. در همین راستا، این یافته با نتایج پژوهش آریاپوران و اسکندری مبنی بر تأثیر بازی درمانی گروهی بر علایم نافرمانی مقابله‌ای و اختلال رفتار در کودکان ۳ تا ۶ ساله دارای علائم بیش‌فعالی-کاستی توجه (۱۹) و همچنین نتایج پژوهش صفری و همکاران مبنی بر تأثیر بازی درمانی با رویکرد شناختی-رفتاری بر کاهش نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای در دانش‌آموزان (۲۰) همسو بود.

در تبیین یافته فوق می‌توان گفت که اختلال نافرمانی مقابله‌ای یکی از مشکلات رفتاری برونی‌سازی‌شده دوران کودکی است. از مهم‌ترین علائم تشخیصی این اختلال می‌توان به لجبازی و تبعیت‌نکردن عمدی از دستورات والدین و دیگر بزرگسالان اشاره کرد (۸). در این اختلال الگوی بارزی از رفتارهای خصومت‌آمیز و مخالفت‌جویانه در برابر مراجع قدرت وجود دارد که با سطح رشدی کودک متناسب نیست و در عملکرد تحصیلی و اجتماعی کودک اختلال ایجاد می‌کند. در اختلال نافرمانی مقابله‌ای رفتارهای تضادورزانه، از کوره دررفتن، زودرنجی، رعایت‌نکردن دستورات و مقررات و رفتارهای قانون‌شکنانه در مقایسه با کودکان همسن بسیار بیشتر است، اما الگوهای رفتاری پرخاشگرانه شدید و نقض جدی قوانین و مقررات اجتماعی دیده نمی‌شود (۶). شیوع این اختلال قبل از بلوغ در پسران بیشتر است، ولی بعد از بلوغ در هر دو جنس مساوی می‌شود.

در تبیین تأثیر روش بازی درمانی بر کاهش اختلال نافرمانی مقابله‌جویانه می‌توان گفت کودکان دارای این اختلال در فرایند بازی درمانی با مواجه شدن با قوانین گروهی و پرداختن به فعالیت‌های انتخابی، دیدگاه و شناخت غلط آن‌ها اصلاح گردیده و در نتیجه در فرایند درمان با بازی به اصلاح رفتارهای خود می‌پردازند. همچنین در فضای بازی درمانی با اقدامات درمانی که در مورد روابط کودک با افراد دیگر و بخصوص با اعضای خانواده به عمل می‌آید، کودک به وسیله بازخوردهای این شیوه درمانی پی به نادرست بودن رفتار خود برده و فرایند درمان به صورت غیر مستقیم به اصلاح رفتار نامطلوب کودکان کمک می‌کند (۹). این کودکان در این روش از طریق ایفا نقش ریشه مقاومت‌هایی که در واقع علت اصلی رفتار مقابله‌ای آنها است را متوجه شده و در نتیجه این مقاومت‌ها شکسته می‌شود و درمان حاصل می‌گردد.

پژوهش حاضر، همانند هر پژوهش دیگر محدودیت‌هایی داشته است که بیان آنها می‌تواند یافته‌ها و پیشنهادها را پژوهش را تصریح کرده و پژوهشگران بعدی را در اتخاذ تدابیر مؤثر برای مقابله با تهدید روانی و بیرونی طرح‌های پژوهشی یاری دهد. محدودیت‌های اساسی پژوهش حاضر به قرار زیر می‌باشد. این نتایج ممکن است در بافت‌های فرهنگی، قومیتی، جنسیتی و گروه‌های سنی متفاوت تغییر یابند. کودکان شرکت‌کننده در این پژوهش دارای خانواده بودند لذا نتایج پژوهش قابل تعمیم به کودکان بی‌سرپرست نمی‌باشد. پیشنهاد می‌شود به منظور اثربخشی و جذابیت هر چه بیشتر بازی درمانی، از بازی‌های محلی استفاده شود. پیشنهاد می‌شود به منظور اثربخشی و جذابیت هر چه بیشتر بازی‌درمانی از بازی‌های نرم افزاری (رایانه و موبایل) استفاده شود. پیشنهاد می‌شود اثربخشی بازی‌درمانی با رویکردهای دیگر نیز مورد استفاده قرار گیرد. پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های بین فرهنگی برای بررسی اثربخشی بازی‌درمانی انجام گیرد.

نتیجه‌گیری

مطالعه نشان داد که بازی‌درمانی موجب کاهش مشکلات برون‌سازی شده کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌جویانه شد و می‌توان از این درمان در جهت بهبود مشکلات روان‌شناختی کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌جویانه استفاده کرد.

تشکر و قدردانی

نویسندگان از تمام افرادی که در این پژوهش شرکت کردند، کمال تشکر و قدردانی را دارند. این مقاله دارای کد کمیته اخلاق IR.IAU.CHALUS.REC.1398.040 از دانشگاه آزاد اسلامی واحد چالوس می‌باشد.

تعارض در منافع

نویسندگان اظهار می‌دارند هیچ گونه تعارض منافی در مورد این مقاله وجود ندارد.

REFERENCES

1. Sellers R, Warne N, Pickles A, Maughan B, Thapar A, Collishaw S. Cross-cohort change in adolescent outcomes for children with mental health problems. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2019;60(7):813-21.
2. Eruyar S, Huemer J, Vostanis P. How should child mental health services respond to the refugee crisis?. *Child and Adolescent Mental Health*. 2018;23(4):303-12.
3. Paulus FW, Ohmann S, Popow C. Practitioner Review: School-based interventions in child mental health. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. 2016;57(12):1337-59.
4. Gopalan G, Hooley C, Winters A, Stephens T. Perceptions among child welfare staff when modifying a child mental health intervention to be implemented in child welfare services. *American journal of community psychology*. 2019;63(3-4):366-77.
5. Wolpert M, Rutter H. Using flawed, uncertain, proximate and sparse (FUPS) data in the context of complexity: learning from the case of child mental health. *BMC medicine*. 2018;16(1):82.
6. Waldman ID, Rowe R, Boylan K, Burke JD. External validation of a bifactor model of oppositional defiant disorder. *Molecular psychiatry*. 2018;1(2):1-12.
7. Masi G, Manfredi A, Nieri G, Muratori P, Pfanner C, Milone A. A naturalistic comparison of methylphenidate and risperidone monotherapy in drug-naive youth with attention-deficit/hyperactivity disorder comorbid with oppositional defiant disorder and aggression. *Journal of clinical psychopharmacology*. 2017;37(5):590-4.
8. Christenson JD, Crane DR, Malloy J, Parker S. The cost of oppositional defiant disorder and disruptive behavior: A review of the literature. *Journal of Child and Family Studies*. 2016;25(9):2649-58.
9. Schoorl J, van Rijn S, de Wied M, Van Goozen S, Swaab H. Boys with oppositional defiant disorder/conduct disorder show impaired adaptation during stress: An executive functioning study. *Child Psychiatry & Human Development*. 2018;49(2):298-307.
10. Cavanagh M, Quinn D, Duncan D, Graham T, Balbuena L. Oppositional defiant disorder is better conceptualized as a disorder of emotional regulation. *Journal of attention disorders*. 2017;21(5):381-9.
11. Guest JD, Carlson RG. Utilizing mindfulness strategies to manage negative countertransference and feelings of dislike while working with children exhibiting externalized behaviors. *Journal of Psychotherapy Integration*. 2019;29(4):426-35.
12. Mirzaaghasi R, Behbudi M, Fard FD. A comparative study on the predictive influence of family function and attachment style in foreseeing externalized behavioral problems in children. *Journal of fundamentals of mental health*. 2019;21(5):44-53.
13. Shaikh EA, Shinde VR. Gender differences in internalized and externalized behavioral problems among school going children. *Indian Journal of Health & Wellbeing*. 2018;9(4):11-22.
14. Wilson BJ, Ray D. Child-centered play therapy: Aggression, empathy, and self-regulation. *Journal of Counseling & Development*. 2018;96(4):399-409.
15. Ceballos PL, Bárcenas Jaimez G, Bratton SC. Considerations for play therapy research with Latino populations. *International Journal of Play Therapy*. 2020;29(4):213.
16. Halfon S. Play profile constructions: An empirical assessment of children's play in psychodynamic play therapy. *Journal of Infant, Child, and Adolescent Psychotherapy*. 2017;16(3):219-33.

17. Stulmaker HL, Ray DC. Child-centered play therapy with young children who are anxious: A controlled trial. *Children and Youth Services Review*. 2015;57:127-33.
18. Ray DC, Stulmaker HL, Lee KR, Silverman WK. Child-centered play therapy and impairment: Exploring relationships and constructs. *International Journal of Play Therapy*. 2013;22(1):13.
19. Ariapooran S, Eskandari A. Effectiveness of Group Play Therapy on Symptoms of Oppositional Defiant and Behavior Disorder in 6-9 Age Children with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder. *JPEN*. 2016;2(4):44-50.
20. Safary S, Faramarzi S, Abedi A. Effectiveness of cognitive-behavioral play therapy on behavioral symptoms of disobedient students. *Studies in Medical Sciences*. 2014;25(3):258-67.
21. Morshed N, Davoodi I, Babamiri M. Effectiveness of group play therapy on symptoms of oppositional defiant among children. *J Educ Community Health*. 2015;2(3):12-8.
22. Knell SM, Ruma CD. Play therapy with a sexually abused child. *Cognitive therapy with children and adolescents: A casebook for clinical practice*. 2003;1(3):338-68.