

تأثیر بازی درمانی با رویکرد شناختی- رفتاری بر کاهش نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای در دانش آموزان

تاریخ دریافت: ۹۰/۶/۲۸

تاریخ پذیرش: ۹۱/۱۰/۲۰

سهیلا صفری*، سالار فرامرزی**، احمد عابدی***

چکیده

مقدمه: هدف از انجام پژوهش حاضر، بررسی تأثیر بازی درمانی با رویکرد شناختی- رفتاری بر کاهش نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای در دانش آموزان پسر پایه سوم دبستان در شهر اصفهان بود.

روش: روش پژوهش از نوع آزمایشی بوده و از طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل استفاده شد. جامعه مورد مطالعه پژوهش را دانش آموزان پسر پایه سوم دبستان‌های پسرانه شهر اصفهان در سال تحصیلی ۹۰-۸۹ تشکیل می‌دادند. نمونه‌گیری به روش تصادفی خوشه‌ای چند مرحله‌ای انجام شد و کودکانی که با توجه به ملاک‌های DSM-IV، اختلال نافرمانی مقابله‌ای را داشتند، شناسایی و از میان آنها ۳۰ نفر انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل گمارده شدند. ابزار اندازه‌گیری، پرسشنامه SNAP-IV بود که توسط والدین تکمیل گردید. سپس کودکان گروه آزمایش در ۱۲ جلسه یک ساعته بازی درمانی شناختی- رفتاری شرکت کردند. برای تجزیه و تحلیل آماری داده‌ها نیز از روش تحلیل کوواریانس استفاده شد.

یافته‌ها: تحلیل داده‌ها نشان داد که در مرحله پس‌آزمون و پیگیری، بین دو گروه آزمایش و کنترل، در میزان نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای تفاوت معنادار وجود دارد.

نتیجه‌گیری: بنابر یافته‌های این مطالعه، روش بازی درمانی، سبب کاهش نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای در کودکان مبتلا به این اختلال می‌شود و می‌توان از آن به عنوان یک روش مداخله‌ای مؤثر سود جست.
واژه‌های کلیدی: اختلال نافرمانی مقابله‌ای، رویکرد شناختی- رفتاری، بازی درمانی

soheila.safary@gmail.com

s.faramarzi@edu.ui.ac.ir

a.abedi44@gmail.com

* نویسنده مسئول: کارشناس ارشد روان‌شناسی کودکان با نیازهای خاص دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران

** استادیار، گروه روان‌شناسی کودکان با نیازهای خاص دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران

*** استادیار، گروه روان‌شناسی کودکان با نیازهای خاص دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران

مقدمه

برای ناکامی، خلق افسرده و حملات عصبانیت شود [۲]. به علاوه، در کودکان مبتلا به این اختلال، ممکن است قضاوت اخلاقی^۴ آسیب ببیند [۱]. پیش‌آگهی^۵ این اختلال نامطلوب بوده و کودکان مبتلا، در معرض خطر بالای بزهکاری نوجوانی^۶، رفتار ضد اجتماعی^۷، سوء مصرف مواد^۸ و ترک تحصیل^۹ [به نقل از ۱۲] و اختلالاتی همچون اختلال سلوک^{۱۰}، رفتار ضد اجتماعی^{۱۱}، اختلالات خلقی^{۱۲} و اضطراب^{۱۳} هستند [۱۳، ۱۴]. در طول سالیان متمادی روش‌های درمانی متنوعی برای مواجهه با مشکلات رفتاری، شناختی و هیجانی کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای به کار گرفته شده است. در این زمینه، بخشی از درمان‌ها بر مداخلات فردی و بخشی دیگر بر مداخلات خانوادگی، متمرکز شده‌اند؛ به نحوی که برنامه‌های آموزش والدین برای کمک به مدیریت رفتار فرزندان، روان درمانی فردی برای مدیریت خشم، خانواده درمانی برای بهبود ارتباط، آموزش مهارت‌های اجتماعی برای افزایش انعطاف‌پذیری و تحمل ناکامی در بین همسالان و درمان شناختی-رفتاری برای آموزش حل مسئله و کاهش منفی‌گرایی بوده است [۱۵]. همان‌گونه که اشاره شد درمان‌های شناختی-رفتاری از روش‌های مؤثر برای درمان اختلال بی‌اعتنایی مقابله‌ای است. درمان شناختی رفتاری می‌تواند به کودکان مبتلا به این اختلال در بهبود خلق و کنترل خشم کمک کند. این درمان آگاهی کودکان از الگوهای تفکر را که محرک و هدایت‌کننده رفتار آنهاست، افزایش می‌دهد و روش‌هایی را برای مقابله با تفکرشان، به آنها می‌آموزد [۱۶]. می‌توان درمان‌های شناختی رفتاری را برای کودکان در یک مدل بازی درمانی^{۱۴} ترکیب کرد. به گفته اوکانر^{۱۵} [به نقل از ۱۷] بازی درمانی، استفاده نظام‌دار از یک الگوی نظری به

نگرانی در مورد سلامت روان کودکان و تأثیر آن بر رشد عملکرد کودک، همزمان با افزایش میزان شیوع اختلالات روانی قابل تشخیص، در سال‌های اخیر به طور چشمگیری افزایش یافته است و بر همین اساس متخصصان بر اهمیت ارزیابی و درمان به موقع اختلالات روان‌شناختی تأکید می‌کنند. از آنجا که الگوهای هیجانی و رفتاری در بزرگسالی دشوارتر تغییر می‌کنند، تشخیص هر چه زودتر مشکلات سلامت روان در کودکی یکی از مسائل پیشگیرانه بهداشت همگانی است [به نقل از ۱]. از جمله رایج‌ترین تشخیص‌های اختلالات سلامت روان در دوران کودکی اختلال نافرمانی مقابله‌ای^۱ است. بر اساس تعریف متن تجدید نظر شده در چهارمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی^۱، «اختلال نافرمانی مقابله‌ای، الگوی پایدار منفی کاری، نافرمانی، لجبازی، خصومت و سرکشی در برابر مراجع قدرت است». کودکان مبتلا به این اختلال، معمولاً با بزرگترها جر و بحث می‌کنند، از کوره در می‌روند و خشمگین، رنجیده خاطر و زودرنج هستند. آنان مکرراً و فعالانه در مقابل درخواست‌های بزرگسالان نافرمانی می‌کنند و عمدتاً باعث ناراحتی دیگران می‌شوند و برای اشتباهات و سوء رفتار خود، دیگران را سرزنش می‌کنند. اختلال نافرمانی مقابله‌ای معمولاً بین ۸ تا ۱۲ سالگی نمایان می‌شود و شیوع آن در پسرها بیشتر از دخترها است [۲]. پژوهش‌های سبب‌شناسی نیز، علت اختلال را ترکیبی از ویژگی‌ها و گرایش‌های ژنتیکی یا زیست‌شناختی کودکان، شیوه‌های فرزند پروری ناکارآمد و شرایط محیطی عنوان کرده‌اند [۳، ۴]. پژوهش‌های مختلف بیان داشته‌اند که کودکان با نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای، عمدتاً فاقد مهارت‌های شناختی، اجتماعی و عاطفی مورد نیاز برای انجام تقاضاهای بزرگترها هستند [۵، ۶]. آنها معمولاً در مدرسه پیشرفت خوبی ندارند [۸]، در روابط بین فردی ضعیف بوده [۹] و مشکلات توجهی و نقص در کارکردهای اجرایی^۳ دارند [۱۰، ۱۱] و این مشکلات ممکن است باعث عزت نفس پایین، تحمل کم

- 4- moral judgment
- 5- prognosis
- 6- juvenile delinquency
- 7- antisocial behavior
- 8- substance abuse
- 9- school dropout
- 10- conduct disorder
- 11- antisocial behavior
- 12- mood disorders
- 13- anxiety
- 14- play therapy
- 15- O'Connor

- 1- oppositional defiant disorder
- 2- diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM)
- 3- executive functions

مقابله‌ای مورد مطالعه قرار داد. او ۲۰ خانواده را که دارای حداقل یک کودک ۴ تا ۹ ساله مبتلا به این اختلال بودند، انتخاب کرد و آنها را به تصادف در سه گروه قرار داد: الف: گروهی که تحت بازی درمانی و مشاوره والدین قرار می‌گرفتند؛ ب: گروهی که در آن از جلسات بازی کودک فیلم ویدئویی تهیه شده و سپس این فیلم توسط درمانگر و والدین مرور می‌شد و ج: گروه کنترل. در این راستا نتایج نشان داد که رفتارهای نامناسب در هر دو گروه آزمایش، در مرحله پس‌آزمون و پیگیری، به‌طور معناداری کاهش داشت. این امر بیانگر این است که احتمالاً شرکت والدین در فرآیند درمان، نقش مهمی در اثربخشی این راهبرد درمانی داشته است. همچنین به نظر می‌رسد که بازی درمانی به ویژه اگر به صورت گروهی انجام شود می‌تواند به بهبود مشکلات رفتاری در کودکان دارای اختلالات رفتار ایذایی^۴ کمک کند. در این زمینه بلک و بلک^۵ [به نقل از ۱۸] در پژوهش خود، کودکان پایه سوم دارای رفتارهای ایذایی را مورد مطالعه قرار دادند. آنها کودکان گروه آزمایش را به مدت ۵ هفته و هفته‌ای دو بار در جلسات بازی درمانی گروهی ساخت یافته شرکت دادند و دریافتند که بازی درمانی ساخت یافته گروهی تأثیرات مثبتی بر رفتارهای مخرب کودکان داشته و موجب افزایش خود پنداره^۶ آنها نیز شده است. بازی درمانی، برای درمان دامنه گسترده‌ای از اختلالات رفتاری و عاطفی در کودکان به کار گرفته شده است. به عنوان نمونه، در پژوهشی، تأثیر بازی درمانی کودک محور^۷ بر روی ۲۳ کودک دبستانی‌ای که معلم، آنها را به خاطر مشکلات رفتاری و هیجانی ارجاع داده بودند، مورد بررسی قرار گرفت. نتایج پژوهش نشان داد که بر اساس مقیاس فرم گزارش معلم^۸، بهبودی در همه مشکلات، از نظر آماری معنادار و دارای اندازه اثر^{۱۰} بالایی بوده است [۲۰]. همچنین در پژوهش مشابهی [به نقل از ۲۱]، ۱۰ دانش آموز دارای مشکلات رفتاری به طور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار دادند. کودکان

منظور برقراری یک فرآیند میان فردی است که در آن درمانگران آموزش دیده، قدرت درمانی بازی را برای کمک به پیشگیری و یا رفع مشکلات روانی- اجتماعی مراجع و دستیابی به رشد و پرورش مطلوب وی به کار می‌گیرند. بازی می‌تواند ارتباطات کودک را تسهیل کرده و در عین حال امکان رهاسازی احساسات منفی را نیز به او بدهد و می‌تواند به کودک کمک کند تا سازگاری با محیطش را یاد بگیرد [۱۸]. بازی درمانی می‌تواند به کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای کمک کند تا شیوه‌های سازگاری با محرک‌های تنش‌زا را یاد بگیرند و راهبردهای جدیدی را برای پرورش حس تسلط و موفقیت در موقعیت‌های اجتماعی در رابطه با همسالان و خانواده بیاموزند. در بازی درمانی گروهی کودکان می‌توانند قضاوت اخلاقی را نیز پرورش داده و یاد بگیرند که چگونه با دیگران همکاری کرده و همه کودکان را یکسان بنگرند. همچنین راهبردهای حل مسئله و چگونگی برقراری روابط مناسب اجتماعی با دیگران را می‌آموزند، بنابراین مخالفت‌ها و نافرمانی‌های آنها کاهش یافته یا حذف می‌شود [۱]. بازی درمانی شناختی- رفتاری^۱ تأکید زیادی بر درگیری کودک در درمان دارد و درمانگر با ارائه اقدامات لازم از نظر رشدی به کودک کمک می‌کند تا از درمان بهرمنند شود. یک مجموعه گسترده از فنون و روش‌ها را می‌توان در بازی درمانی با رویکرد شناختی رفتاری گنجانده. بازی درمانی شناختی- رفتاری، راهبردهایی را برای رشد انطباقی‌تر افکار و رفتارها فراهم می‌آورد و راهبردهای جدیدی برای مقابله با موقعیت‌ها و احساس‌ها آموزش می‌دهد و کودک قادر می‌شود شیوه‌های ناسازگارانه مقابله را با راه‌های سازگارانه‌تر جایگزین کند [۱۹]. پژوهش‌های بسیاری اثربخشی تکنیک‌های بازی درمانی را بر کاهش مشکلات رفتاری و هیجانی کودکان تأیید کرده‌اند. در این زمینه تیگز^۲ [۱] در پژوهشی که بر روی کودکان ۵ تا ۱۰ ساله آفریقایی- آمریکایی مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای انجام داد، نشان داد که تکنیک‌های بازی درمانی در کاهش رفتارهای نامناسب این کودکان مؤثر است. همچنین بیرز^۳ [به نقل از ۱۸] تأثیر بازی درمانی را بر اختلال نافرمانی

4- disruptive behavior

5- Bleck & Bleck

6- structured group play therapy

7- self-concept

8- child-centered play therapy

9- teacher report form

10- effect size

1- cognitive behavioral play therapy

2- Tiggs

3- Beers

نافرمانی مقابله‌ای را دارا بودند. در این پژوهش، از روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای چندمرحله‌ای استفاده شد. به این صورت که از بین مناطق پنجگانه آموزش و پرورش شهر اصفهان، یک منطقه به تصادف انتخاب شده و سپس از میان مدارس موجود در این منطقه، ۵ مدرسه نیز به تصادف برگزیده شد. پس از آن، با معلمان کلاس‌های سوم این مدارس مصاحبه به عمل آمد و با توجه به ملاک‌های DSM-IV، دانش آموزان مشکوک به اختلال نافرمانی مقابله‌ای معرفی شدند که تعداد آنها در مجموع ۹۲ نفر بود. سپس برای کودکان مورد نظر، چهارمین ویرایش مقیاس درجه‌بندی سوانسون، نولان و پلهام^۴ (SNAP-IV)^۵ توسط والدین آنها تکمیل گردید. پس از نمره‌گذاری پرسشنامه‌ها، ۴۳ کودک بر اساس نتایج به دست آمده، ملاک‌های DSM-IV برای اختلال نافرمانی مقابله‌ای را داشتند که از میان آنها ۳۰ نفر به تصادف انتخاب شده و در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند (۱۵ نفر گروه آزمایش و ۱۵ نفر گروه کنترل).

ابزار:

۱- مقیاس درجه‌بندی SNAP-IV: این مقیاس توسط سوانسون، نولان و پلهام^۴ [به نقل از ۲۶] به منظور کمی کردن نشانه‌های اختلال بیش‌فعالی/ نقص توجه و نافرمانی مقابله‌ای بر اساس DSM-IV-TR ساخته شده است. فرم کوتاه این مقیاس، دارای ۳۰ آیتم بوده که ۲۰ تای نخست برای تشخیص اختلال نقصان توجه/ بیش‌فعالی و ۱۰ آیتم دیگر برای تشخیص اختلال نافرمانی مقابله‌ای به کار می‌رود و هر یک از موارد بر اساس مقیاس ۰ تا ۲ درجه‌ای (۰ = هرگز، ۱ = گاهی اوقات و ۲ = همیشه) نمره‌گذاری می‌شود و نمره هر یک از زیر مقیاس‌ها بر اساس میانگین نمرات آیتم‌های مربوط به آن محاسبه می‌شود. در مورد زیر مقیاس اختلال نافرمانی مقابله‌ای، در صورتی که میانگین نمره به دست آمده در ۱۰ آیتم مربوط به آن، ۱ و یا بیشتر باشد، فرد دارای ملاک‌های لازم برای تشخیص این اختلال است. مطالعات همسانی درونی این مقیاس را خوب تا عالی گزارش کرده‌اند. سوانسون و

گروه آزمایش در ۱۰ جلسه یک ساعته بازی درمانی بی‌رهنمود^۱ شرکت کردند. با وجودی که تعمیم‌پذیری نتایج به دلیل کوچکی حجم نمونه، محدود بود، اما نتایج کاهش معناداری را در مشکلات گروه آزمایش نشان داد. بعلاوه در پژوهش دیگری تأثیر بازی درمانی بی‌رهنمود گروهی بر روی ۳۰ کودک پایه چهارم و پنجم که دارای مشکلات یادگیری و رفتاری بودند مورد بررسی قرار گرفت. نتایج مقایسه پیش‌آزمون و پس‌آزمون، نشان دهنده تفاوت معنادار و اندازه اثر بالایی در درمان مشکلات رفتاری درونی شده و بیرونی شده بود. پژوهشگران نتیجه گرفتند که بازی درمانی بی‌رهنمود متناسب با سن، نیازهای کودکان در این دامنه سنی را برآورده کرده و تأثیر سودمندی بر رفتار، سازگاری و مهارت‌های اجتماعی آنها دارد [۲۲]. در ایران نیز بازی درمانی در پژوهش‌های گوناگون، نتایج چشمگیری به دست داده است. از جمله، تأثیر بازی درمانی با رویکرد شناختی-رفتاری، بر میزان مشکلات رفتاری کودکان ناسازگار مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای، اختلال سلوک و اختلال بیش‌فعالی و نقص توجه^۲ مورد بررسی قرار گرفته است. نتایج این پژوهش‌ها نشان داد که در مقایسه با کودکان گروه کنترل، به کارگیری بازی درمانی باعث کاهش میزان نشانه‌های اختلال در کودکان گروه آزمایش شده است [۲۳، ۲۴، ۲۵]. با توجه به یافته‌های پژوهش‌های مختلف انجام شده در این زمینه، سؤال اساسی پژوهش حاضر این است که آیا بازی درمانی بر میزان نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای در دانش‌آموزان تأثیر دارد یا خیر؟

روش

طرح پژوهش: روش در این پژوهش طرح تحقیق آزمایشی^۳ از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود که در آن اثربخشی یک متغیر مستقل یعنی بازی درمانی بر متغیر وابسته یعنی نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای مورد بررسی قرار گرفته است.

آزمودنی‌ها: جامعه آماری این پژوهش را کلیه دانش‌آموزان پسر پایه سوم دبستان در مدارس شهر اصفهان در سال تحصیلی ۹۰-۸۹ تشکیل می‌دادند که نشانه‌های اختلال

4- Swanson, Nolan, Pelham

5- Swanson, Nolan and Pelham rating scale (forth edited) (SNAP-IV)

6- Swanson, Nolan & Pelham

1- nondirective play therapy

2- attention deficit hyperactivity disorder

3- experimental

پیشنهادی ریویر^۱ (۲۰۰۶) [۲۹] طرح‌ریزی شده بود و برخی جلسات به صورت انفرادی و برخی به شکل گروهی برگزار شد. در جلسات درمانی از تکنیک‌های متفاوتی بهره گرفته شد، از جمله شیوه‌های متفاوت تقویت مثبت، روش درمان هدایت شده برای شکل دهی رفتار، آموزش مهارت‌های اجتماعی و حل مسأله و ایجاد و افزایش عزت نفس و خود کنترلی که در قالب فعالیت‌هایی مانند نقاشی به منظور شناخت و ابراز احساسات، بازی با گِل به منظور رهاسازی پرخاشگری و تخلیه هیجان‌های منفی، بازی با عروسک‌های خیمه شب بازی و اجرای نمایش‌های عروسکی به کمک آنها به صورت انفرادی و گروهی به منظور گسترش مهارت‌های حل مسأله و تصمیم‌گیری، یادگیری رفتارهای مثبت به جای رفتارهای تکانشی و شناخت مشکلات و راه‌حل‌های آنها و تقویت حس همکاری با دیگران و ... انجام گرفت. محتوای بازی‌ها به گونه‌ای طراحی شده بود که کودک بیشترین نقش را در بازی داشته و درمانگر، بیشتر نقش راهنما را در جلسات ایفا می‌کرد. در این پژوهش تجزیه و تحلیل آماری داده‌ها با روش تحلیل کوواریانس و با استفاده از نرم افزار SPSS 17 انجام گرفت.

یافته‌ها

در این بخش، ابتدا شاخص‌های توصیفی مربوط به نمرات نافرمانی مقابله‌ای شرکت کنندگان پژوهش شامل میانگین و انحراف استاندارد نمرات نافرمانی مقابله‌ای هر دو گروه در مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری آمده و در قسمت آمار استنباطی، به منظور بررسی میزان اثربخشی مداخله صورت گرفته و تعیین معنادار بودن تفاوت میان گروه‌های آزمایش و کنترل و همچنین به منظور کنترل اثر پیش آزمون، نتایج تحلیل کوواریانس در دو مرحله پس آزمون و پیگیری آورده شده است. با توجه به جدول ۱ و مقادیر میانگین و انحراف استاندارد، تفاوت میان ارزیابی والدین از مشکل نافرمانی کودکان گروه آزمایش و کنترل، در پیش آزمون چندان چشمگیر نیست. از سوی دیگر، میانگین نمرات نافرمانی مقابله‌ای گروه آزمایش در پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری، تغییرات قابل توجهی را نشان می‌دهد، در حالی که در گروه کنترل چنین تفاوتی جزئی و

همکاران می‌تواند درجه‌بندی SNAP-IV (فرم معلم و والدین) را هنجاریابی نموده‌اند. تحلیل عاملی نشان داده است که این مقیاس از سه عامل تشکیل شده است. این سه عامل عبارت‌اند از: نقص توجه، بیش‌فعالی/ تکانشگری و اختلال نافرمانی مقابله‌ای در ایران نیز هوشیاری [به نقل از ۲۷] این مقیاس را بر روی کودکان ۱۲-۷ سال شهر تهران جهت تشخیص اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی هنجاریابی نمود. در این پژوهش فقط فرم والدین هنجاریابی گردیده است. یافته‌های این پژوهش نشان داد روایی ملاکی آزمون، ۰/۴۸ بوده و ضریب اعتبار با روش آلفای کرونباخ، ۰/۹۰ و دونیمه کردن، ۰/۷۶ است. همچنین صدر السادات و همکاران [۲۸]، فرم معلم این مقیاس را بر روی دانش آموزان شهر تهران هنجاریابی کردند و بر اساس آن ضریب روایی ملاکی آزمون، ۰/۵۵، ضریب اعتبار به روش بازآزمایی ۰/۸۸، آلفای کرونباخ، ۰/۹۵ و ضریب حاصل از دو نیمه کردن ۰/۷۳ بود، روایی محتوایی این مقیاس نیز مورد تأیید متخصصان قرار گرفت. محمدی [۲۷] نیز مقیاس درجه‌بندی SNAP-IV (فرم معلم) را بر روی کودکان ۱۰-۶ ساله شهر اصفهان جهت تشخیص اختلال نقص توجه/ بیش‌فعالی و نافرمانی مقابله‌ای، هنجاریابی نموده است. یافته‌های این پژوهش نشان داد که روایی ملاکی آزمون ۰/۵۶ بوده و ضریب اعتبار با روش آلفای کرونباخ، ۰/۸۹ و دو نیمه کردن، ۰/۸۱ گزارش شد. در پژوهش حاضر از فرم والدین این مقیاس استفاده شده است.

روند اجرای پژوهش: پس از آن که شرکت کنندگان در این پژوهش به روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای چندمرحله‌ای انتخاب شده و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند، کودکان گروه آزمایش در ۱۲ جلسه یک ساعته بازی درمانی شناختی- رفتاری شرکت کردند. پس از پایان جلسات مداخله، مجدداً پرسشنامه SNAP-IV توسط والدین کودکان تکمیل گردید (پس آزمون) و نتایج مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت. دو ماه پس از پایان جلسات نیز از والدین آزمون پیگیری به عمل آمد. همان گونه که اشاره شد گروه آزمایش در ۱۲ جلسه یک ساعته بازی درمانی شرکت کردند. برنامه درمانی بر اساس رویکرد شناختی- رفتاری و مطابق با طرح درمان

1- Riviere

تحلیل کوواریانس بهره گرفته شد که نتایج آن در جدول ۲ و ۳ آمده است.

ناچیز است. بنابراین به منظور تحلیل دقیق‌تر تفاوت موجود و اینکه آیا این تفاوت از نظر آماری نیز معنادار است یا خیر، و همچنین به منظور کنترل اثر پیش‌آزمون، از روش

جدول ۱) آماره‌های توصیفی نافرمانی مقابله‌ای در شرکت کنندگان پژوهش با توجه به ارزیابی والدین

گروه‌ها	مراحل	میانگین	انحراف معیار
آزمایش	پیش آزمون	۱/۲۲	۰/۱۱
	پس آزمون	۰/۹۶	۰/۱۲
	پیگیری	۰/۹۹	۰/۱۱
کنترل	پیش آزمون	۱/۱۷	۰/۱۱
	پس آزمون	۱/۱۸	۰/۱۲
	پیگیری	۱/۱۸	۰/۱۲

گرفته و تأیید شدند. برای بررسی اثربخشی درمان از تحلیل کوواریانس به شرح ذیل استفاده شد.

لازم است اشاره شود که پیش از اجرای این آزمون، پیش فرض‌های نرمال بودن برای توزیع نمرات و همسانی واریانس‌ها در مورد متغیرهای پژوهش مورد بررسی قرار

جدول ۲) نتیجه تحلیل کوواریانس

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	معناداری	اندازه اثر	توان آماری
پیش آزمون	۰/۲۵	۱	۰/۲۵	۴۱/۵۶	۰/۰۰۱	۰/۶۰	۱/۰۰۰
عضویت گروهی	۰/۴۵	۱	۰/۴۵	۷۴/۸۲	۰/۰۰۱	۰/۷۳	۱/۰۰۰

نشانه‌های نافرمانی مقابله‌ای در کودکان گروه آزمایش در مرحله پس آزمون است. همچنین میزان اندازه اثر در این مورد برابر ۰/۷۳ است، یعنی ۷۳ درصد تغییرات نمرات پس آزمون، مربوط به بازی درمانی بوده است. مقدار توان آماری نیز که با حجم نمونه رابطه مستقیم داشته و می‌تواند معرف بودن نمونه و امکان تعمیم نتایج را مشخص سازد، یک است که بیانگر کفایت حجم نمونه، برای نتیجه‌گیری در مورد تأیید یا رد فرضیه است.

همان گونه که مشاهده می‌شود با توجه به نتایج جدول ۲ و با فرض همراه کردن متغیر پیش آزمون بین میانگین نمرات نافرمانی مقابله‌ای دو گروه در مرحله پس آزمون تفاوت معنادار وجود دارد ($P \leq 0/001$). یعنی با توجه به ارزیابی والدین، دو گروه آزمایش و کنترل در متغیر نافرمانی مقابله‌ای، در مرحله پس آزمون، با یکدیگر متفاوت‌اند همچنین، با توجه به جدول ۱، میانگین نمرات نافرمانی مقابله‌ای گروه آزمایش در مرحله پیش آزمون و پس آزمون به ترتیب، ۱/۲۲ و ۰/۹۶ است که نشان دهنده کاهش

جدول ۳) نتایج تحلیل کوواریانس نمرات نافرمانی مقابله‌ای با توجه به گروه در مرحله پیگیری

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	ضریب F	سطح معناداری	اندازه اثر	توان آماری
پیش آزمون	۰/۲۵	۱	۰/۲۵	۴۱/۰۲	۰/۰۰۱	۰/۶۰	۱/۰۰۰
عضویت گروهی	۰/۳۰	۱	۰/۳۰	۴۸/۸۳	۰/۰۰۱	۰/۶۴	۱/۰۰۰

ناافرمانی مقابله‌ای در مرحله پیگیری نیز تفاوت معنادار وجود دارد ($P \leq 0/001$) و این نشان دهنده تداوم تأثیر بازی

با توجه به نتایج جدول ۳ و با فرض همراه کردن متغیر پیش آزمون بین دو گروه آزمایش و کنترل در متغیر

رشد خود، پختگی و رشد ارتباط دسته‌بندی کرده‌اند. در زمینه رشد خود کودکان از بازی برای بیان احساسات و افکارشان، کشف علایق خود و کسب احساس کنترل بر روی محیط استفاده می‌کنند. در مورد فرآیند پختگی یا رشد، بازی می‌تواند به منظور رشد و توسعه مهارت‌های حرکتی، شناختی، زبانی و حل مسئله به کار برده شود که فرصت آگاهی یافتن از محیط خود را به کودک می‌دهد. سرانجام اینکه بازی با دیگران و بازی با وسایل بازی متنوع می‌تواند مهارت‌های اجتماعی کودکان و توانایی آنها را در همدلی کردن با دیگران افزایش دهد [۲۱]. هدف اولیه بازی درمانی شناختی- رفتاری نیز، شناسایی و تغییر افکار ناسازگار مرتبط با رفتارها و مشکلات هیجانی کودک است. در این رویکرد، با استفاده از بازی، تغییرات شناختی به طور غیر مستقیم منتقل شده و رفتارهای سازگارانه‌تر در کودک ایجاد می‌شود [به نقل از ۳۱]. درمانگران شناختی- رفتاری، فعالیت‌های بازی را به عنوان وسیله‌ای که نمایانگر احساسات ناهشیار است، تفسیر نمی‌کنند. بلکه در هنگام بازی کودکان، از راهبردهای تغییر و اصلاح رفتار بهره می‌گیرند تا رفتارهای سازگارانه آنها را تقویت نمایند یا از موقعیت‌های بازی استفاده کنند تا مهارت‌های حل مسئله و سازگاری را آموزش دهند. همچنین موقعیت‌هایی را برای بازی تدارک می‌بینند تا فعالیت‌هایی را برای کودک فراهم نمایند که هماهنگ با رفتارهای اجتماعی باشد همانند مشارکت و رعایت نوبت [۱۹]. بازی درمانی به کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای کمک می‌کند تا شیوه‌های سازگاری با محرک‌های تنش‌زا را یاد بگیرند و بنابراین مخالفت‌ها و نافرمانی‌های آنها کاهش یافته یا حذف می‌شود. یکی از نشانه‌های نافرمانی مقابله‌ای مانند مخالفت با مراجع قدرت هدایت و اداره می‌شود، زیرا کودکان در جریان بازی درمانی آنقدر سرگرمی دارند که از هر ساختاری که توسط بازی درمانگر به کار گرفته شود پیروی می‌کنند. برای نشانه دیگری همچون از کوره در رفتن و فوران خشم، بازی درمانگر از طریق فعالیت‌های مختلف بازی، به فهم این مسئله کمک می‌کند که هیجان‌ها طبیعی هستند و اسباب بازی‌ها می‌توانند به عنوان روشی برای هدایت این هیجان‌های قوی به کار روند [۱]. نشانه دیگر این اختلال یعنی آزار دیگران، در

درمانی بر کاهش نشانه‌های نافرمانی مقابله‌ای در کودکان گروه آزمایش است. به علاوه، میزان اندازه اثر نیز در این مورد برابر ۰/۶۴ است، یعنی ۶۴ درصد تغییرات نمرات مرحله پیگیری، مربوط به بازی درمانی بوده است. مقدار توان آماری نیز، یک است.

بحث

پژوهش حاضر نشان داد که، بازی درمانی با رویکرد شناختی- رفتاری، میزان نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای در کودکان پسر پایه سوم دبستان را در مرحله پس آزمون و پیگیری، به طور معناداری کاهش داده است. بنابراین، یافته‌های حاصل از این پژوهش، با یافته‌های پژوهش‌های انجام شده [۱، بیرز و همکاران به نقل از ۱۸، ۲۰، ۲۳] در زمینه تأثیر بازی درمانی در کاهش نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای، هماهنگ است و یافته‌های آنها را مورد تأیید قرار می‌دهد. در تبیین اثربخشی بازی درمانی بر نشانه‌های مرضی اختلال نافرمانی مقابله‌ای ابتدا باید به چند ویژگی اساسی این اختلال اشاره کرد. پژوهش‌هایی که در سال‌های اخیر درباره این کودکان انجام شده وجود نقص‌هایی را در مهارت‌های شناختی و اجتماعی این کودکان نشان داده است. این نقایص اغلب در حوزه کارکردهای اجرایی، تنظیم هیجان، پردازش زبانی، پردازش اطلاعات اجتماعی، حل مسئله و سازگاری دیده می‌شود [۱۵]. کودکان مبتلا به این اختلال، اساساً در روابط اجتماعی با والدین، معلمان و همسالان دارای مشکل هستند. مطالعات نشان داده است که بسیاری از آنها فاقد مهارت‌های اجتماعی مناسب هستند و بسیار کم از سوی همسالان نشان پذیرفته می‌شوند. به علاوه، این کودکان در شناخت مشکلات و به کارگیری راهبردهای حل مسئله برای برطرف کردن آنها دارای نقص هستند و در مقایسه با همسالان خود، راه‌حل‌های مثبت کمتری را به کار می‌برند. این نقایص می‌تواند باعث ایجاد مشکلاتی در مدرسه، ایجاد و حفظ روابط مثبت با همسالان و جلب محبوبیت کودکان دیگر شده و پیش بینی کننده رفتارهای ضد اجتماعی در نوجوانی و بزرگسالی باشد [۳۰]. یکی از شیوه‌های درمانی که می‌تواند موجب کاهش نشانه‌های این اختلال و در نتیجه کاهش تأثیرات منفی آن بر زندگی کودک شود، بازی درمانی است. بازی درمانگران، اهداف بازی را به صورت

اینکه کودکان در مقایسه با مهارت‌های زبان بیانی، مهارت‌های زبان دریافتی بیشتر و گسترده‌تری دارند و از آنجا که بازی، ابزار طبیعی ارتباط برای آنهاست، بازی درمانی این فرصت را برای آنها فراهم می‌آورد که با عقاید و پیام‌های پیچیده‌ای که نمی‌توانند به گونه‌ای دیگر بیان کنند، بدون نیاز به مهارت‌های کلامی رشد یافته، ارتباط برقرار کنند و از طریق بازی، افکار، احساسات، تعارضات و ترس‌های خود را بیان کنند و همزمان خود آگاهی، عزت نفس و مهارت‌های سازگاری آنها افزایش یافته و نگرش آنها انعطاف پذیرتر می‌شود. به همین دلیل است که بازی درمانی یک شیوه مداخله مؤثر در روان درمانی همه کودکان از تمام فرهنگ‌هاست و به کودکانی که دامنه گسترده‌ای از مشکلات هیجانی، اجتماعی، رفتاری، یادگیری و مشکلات ناشی از محرک‌های تنش‌زای زندگی داشته‌اند، کمک کرده است [۳۲]. البته این شیوه مداخله بدون شرکت والدین کودکان در درمان طراحی شده بود و با توجه به مطالعات پیشین می‌دانیم که چشمگیرترین نتایج با دخالت والدین در درمان حاصل شده است [۳۳، ۳۴، ۳۵]. بنابراین در صورت وجود شرایطی مبنی بر شرکت دادن والدین در درمان، نتایج بهتری هم قابل دسترس بود. به علاوه به باور لاجمن^۱ و همکاران [به نقل از ۳۶] درمان شناختی- رفتاری طولانی‌تر (۱۲ تا ۱۸ جلسه) باعث کاهش مشکلات رفتاری می‌شود و نتایج ثابت‌تر می‌ماند. بنابراین در صورت بیشتر بودن تعداد جلسات می‌توان نتایج بهتری به دست آورد. محدود بودن ابزار اندازه‌گیری به مقیاس SNAP-IV و عدم استفاده از سایر ابزارها و ناتوانی در تعمیم نتایج این پژوهش به جامعه دختران و همچنین پسران در سنین دیگر از محدودیت‌های این پژوهش بود. با این وجود، یافته‌های حاصل از این پژوهش در راستای نتایج اکثر پژوهش‌هایی است که در زمینه درمان و کاهش نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای انجام شده است. یافته‌های این پژوهش می‌تواند راهنمایی برای دست‌اندرکاران آموزش و پرورش، والدین و درمانگران بوده و در جهت کاهش و درمان مشکلات رفتاری این کودکان و در نتیجه حل مشکلات خانوادگی، تحصیلی و اجتماعی آنان کمک کننده باشد. لذا پیشنهاد می‌شود علاوه بر به

جریان بازی‌های مشارکتی اداره و هدایت می‌شود. در جریان بازی درمانی گروهی، کودک ناچار است در اسباب بازی‌ها، ابزارها و زمان بازی درمانگر با دیگران شریک شود. هر کودک فرصت دارد طرحتی را که ایجاد کرده، توضیح دهد. این بدان معنی است که هر کودک باید برای زمان کودکان دیگر احترام قائل شود. البته بازی درمانگر نیز به کودک کمک می‌کند تا به دیگران احترام بگذارد و آنها را اذیت نکند. کودک می‌فهمد که جر و بحث کردن، اذیت کردن دیگران و سرکش بودن زمان بر است و از فرصت او برای توضیح آنچه انجام داده است می‌کاهد. همچنین از آنجا که هر کودک فرصت دارد که در بازی گروهی شرکت کند، به فایده‌هایی که بازی برای خود او و دیگران دارد توجه می‌کند. به علاوه، در بازی درمانی گروهی کودکان می‌توانند قضاوت اخلاقی را پرورش دهند. تجربه بازی درمانی به کودک کمک می‌کند تا بتواند این باور را که قوانین به طور قراردادی و تنها توسط بزرگسالان تعیین می‌شود را به عقب براند. در عوض کودکان معمولاً یاد می‌گیرند که چگونه با دیگران همکاری کنند و همه کودکان را یکسان بنگرند [۱]. بنابراین بازی درمانی، با مورد هدف قرار دادن عوامل بروز نافرمانی و لجبازی در کودکان، در کاهش این مشکلات در آنان مؤثر واقع می‌شود. کودکان در جریان بازی درمانی شناختی- رفتاری قادر می‌شوند تا شیوه‌های ناسازگارانه مقابله را با شیوه‌های سازگارانه‌تر جایگزین کنند و مهارت‌های مقابله‌ای مثبت‌تر را از طریق الگوسازی و خودگویی مثبت، به وسیله اسباب بازی‌های گوناگون، یاد بگیرد و بیان کلامی احساسات را مدل‌سازی کنند. همچنین مهارت‌های متنوع و سودمندی را در زمینه‌های مختلف شناختی، عاطفی و اجتماعی به منظور برقراری ارتباط مناسب با دیگران و حل مشکلات به شیوه‌ای مؤثر فرا می‌گیرند و در طول جلسات درمان با انجام فعالیت‌های مختلف در ارتباط با سایر کودکان به تمرین این مهارت‌ها پرداخته و بر آنها تسلط می‌یابند. بنابراین قادر خواهند شد این مهارت‌ها را به موقعیت‌های مشابه زندگی واقعی تعمیم داده و با به کارگیری آنها به حل مشکلات هیجانی و اجتماعی خود بپردازند و رفتارهای نابهنجار ناشی از فقدان یا کمبود این مهارت‌ها به تدریج در آنها کاهش یافته و یا حذف می‌شود. همچنین با توجه به

1- Lochman

13- Loeber R, Burke JD, Pardini DA. Perspectives on oppositional defiant disorder, conduct disorder and psychopathic features. *J Child Psychol psychiatry*. 2009; 50(1-2): 133-142.

14- Nock MK, Kazdin AE, Hiripi E, Kessler RC. Lifetime prevalence, correlates and persistence of oppositional defiant disorder: Results from the national comorbidity survey replication. *J Child Psychol and psychiatry*. 2007; 48(7): 703-713.

15- Hashemi T, Beirami M, Eghbali A, Vahedi H, Rezaee R. Effectiveness of verbal self-instruction on improvement the symptoms of oppositional defiant disorder in children. *Res Except Child*. 2009; 9(3): 203-210. [Persian].

16- Klarck D, Ferborn K. Cognitive behavioral therapy. Tehran: Fars Publication; 2002. [persian].

17- McGee LV. The efficacy of child-centered play therapy with hispanic spanish-speaking children when conducted by a monolingual english-speaking counselor. [Dissertation]. Texas: A&M University; 2010.

18- Schumann BR. Effects of child-centered play therapy and curriculum-based small-group guidance on the behaviors of children referred for aggression in an elementary school setting. [Dissertation]. University of North Texas; 2004.

19- Mohammadesmael E. Play therap. Tehran: Danje Publication; 2004. [Persian].

20- Muro J, Ray D, Schottelkorb A, Smith MR, Blanco PJ. Quantitative analysis of long-term child-centered play therapy. *Int J play Ther*. 2006; 15(2): 35-58.

21- Meany-Walen KK. Adlerian play therapy: Effectiveness on disruptive behaviors of early elementary aged children. [Dissertation]. University of North Texas; 2011.

22- Packman J, Bratton S. A school-based group play/activity therapy intervention with learning disabled preadolescents exhibiting behavior problems. *Int J play Ther*. 2003; 12(2): 7-29.

23- Jafari N, Mohammadi M, Khanbani M, Farid S, Chiti P. Effect of play therapy on behavioral problems of maladjusted pre-school children. *Iranian J psychiatry*. 2011; 6(1): 37-42.

24- Ghaderi N, Asghari Moghadam M, Shaeeri M. Investigating the effect of cognitive behavioral play therapy on aggression of children with conduct disorder. *Behav Sch*. 2006; 19: 75-84. [Persian].

25- Janatian S, Nouri A, Shafti A, Molavi H, Samavatyan H. Effectiveness of play therapy on the bases of cognitive behavior approach on severity of symptoms of attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD) among primary school male students aged 9-11. *J Res Behav Sci*. 2008; 6(2): 109-118. [Persian].

26- Bathiche M. The prevalence of ADHD symptoms in a culturally diverse and developing country, lebanon. [Dissertation]. McGill University; 2007.

کارگیری این شیوه مداخله‌ای در پژوهش‌های آینده، از برنامه‌های آموزش والدین نیز به منظور تغییر شیوه‌های تربیتی و بهبود ارتباط استفاده گردد.

منابع

1- Tiggs PL. Play therapy techniques for African American elementary school-aged children diagnosed with oppositional defiant disorders. [Dissertation]. Capella University; 2010.

2- Kaplan H, Sadocks B. Synopsis of psychiatry. Tehran: Arjmand Publication; 2005. [Persian].

3- Sutton Hamilton S, Armando J. Oppositional defiant disorder. *Am Acad Fam physicians*. 2008; 78(7): 861-868.

4- Dick M, Viken J, Kaprio J. Understanding the covariation among childhood externalizing symptoms: Genetic and environmental influences on conduct disorder, attention deficit hyperactivity disorder and oppositional defiant disorder symptoms. *J Abnorm Child Psychol*. 2005; 33(2): 219-233.

5- Ohan JL, Johnston C. Gender appropriateness of symptom criteria for attention deficit hyperactivity disorder, oppositional defiant disorder, and conduct disorder. *Child psychiatry Hum Dev*. 2005; 35: 359-381.

6- 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(2): 118-125.

7- Skoulos V, Tryon GS. Social skills of adolescents in special education who display symptoms of oppositional defiant disorder. *Am Second Educ*. 2007; 35(2): 103-114.

8- Burt SA, Krueger RF, McGue M, Iacono WG. Sources of covariation among attention-deficit hyperactivity disorder, oppositional defiant disorder, and conduct disorder: The importance of shared environment. *J Abnorm Psychol*. 2001; 110: 516-525.

9- Greene RW, Biederman J, Zerwas S, Monteaux MC, Goring JC, Faraone SV. Psychiatric comorbidity, family dysfunction, and social impairment in referred youth with oppositional defiant disorder. *Am J psychiatry*. 2002; 15(9): 1214-1224.

10- Loeber R, Burke JD, Lahey BB, Winters A, Zera M. Oppositional defiant and conduct disorder: A review of the past 10 years, part 1. *J Am Acad Child Adolesc psychiatry*. 2000; 39: 1468-1484.

11- Gadow KD, Nolan EE. Differences between preschool children with ODD, ADHD, and ODD+ADHD symptoms. *J Child Psychol psychiatry*. 2002; 43: 191-2001.

12- Bradley MC, Mandell D. Oppositional defiant disorder: A systematic review of evidence of intervention effectiveness. *J Exp Criminol*. 2005; 1: 343-365.

- 27- Mohammadi E. Standardization of SNAP IV Rating Scale (Teacher Form) in primary school children in Isfahan. [M. A. Dissertation]. Isfahan; Khorasgan Branch, Islamic Azad University; 2010. [Persian].
- 28- Sadrossadat L, Hooshyari Z, Sadrossadat S, Mohammadi M, Rouzbehani A, Shirmardi A. Determination of psychometrics indices of SNAP-IV Rating Scale in teachers execution. *J Isfahan Med Sch.* 2010; 28(110): 484-494. [Persian].
- 29- Riviere S. Short term play therapy for children with disruptive behavior disorders. In: Kaduson HG, Schaefer CE, editor. *Short-term play therapy for children.* New York: Guilford Publication; 2006. p. 51-70.
- 30- Schaefer CE. *Play therapy for preschool children.* American Psychological Association's Publication; 2009.
- 31- Kiritsis AP. *Cognitive behavioral play therapy for children with depression: A manual for individual treatment.* [Dissertation]. University of Hartford; 2010.
- 32- McClintock C. *Play therapy behaviors and themes in physically abused, sexually abused, and no abused children.* [Dissertation]. Baylor University; 2009.
- 33- Watson DL. *An early intervention approach for students displaying negative externalizing behaviors associated with childhood depression: A study of the efficacy of play therapy in the school.* [Dissertation]. Capella University; 2007.
- 34- Bratton S, Ray D, Rhine T, Jones L. The efficacy of play therapy with children. *Prof Psychol: Res Pract.* 2005; 36(4): 376-390.
- 35- Miller G, Prinz R. Engagement of families in treatment for childhood conduct problems. *Behav Ther.* 2003; 34(4): 512-534.
- 36- Kutcher S, Aman M, Brooks S, Baltelaar J. International consensus statement on attention deficit and hyperactivity disorder (ADHD) and disruptive behavior disorders. *Eur Neropsychopharmacol.* 2004; 14: 11-28.

Archive