

تأثیر بازی درمانی شناختی - رفتاری بر نشانه‌های رفتاری دانش آموزان نافرمان

سهیلا صفری^{۱*}، سالار فرامرزی^۲، احمد عابدی^۳

تاریخ دریافت 1392/11/27 تاریخ پذیرش 1393/01/29

چکیده

پیش‌زمینه و هدف: هدف از انجام این پژوهش بررسی تأثیر بازی درمانی شناختی- رفتاری بر مشکلات رفتاری دانش آموزان نافرمان بود. مواد و روش‌ها: روش پژوهش از نوع آزمایشی بوده و از طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون و پیگیری با گروه کنترل استفاده شد. نمونه‌گیری به روش تصادفی چندمرحله‌ای انجام شد و کودکانی که با توجه به ملاک‌های DSM-IV اختلال نافرمانی مقابله‌ای را داشتند، شناسایی و از میان آن‌ها ۳۰ نفر به صورت تصادفی انتخاب و در دو گروه آزمایش و کنترل گمارده شدند. ابزار اندازه‌گیری، پرسشنامه SNAP-IV (فرم معلم) بود که توسط معلمان تکمیل گردید. سپس کودکان گروه آزمایش در ۱۰ جلسه یک‌ساعته بازی‌درمانی 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 مشکلات رفتاری دانش آموزان تفاوت معنی‌دار وجود دارد ($P \leq 0.001$).

نتیجه‌گیری: بنابر یافته‌های این مطالعه، روش بازی درمانی شناختی- رفتاری، سبب کاهش مشکلات رفتاری در دانش آموزان نافرمان می‌شود و می‌توان از آن به‌عنوان یک روش مداخله‌ای مؤثر سود جست.

کلیدواژه‌ها: بازی‌درمانی، رویکرد شناختی- رفتاری، دانش آموزان نافرمان

مجله پزشکی ارومیه، دوره بیست و پنجم، شماره سوم، ص ۲۶۷-۲۵۸، خرداد ۱۳۹۳

آدرس مکاتبه: اصفهان، خیابان هزار جریب، دانشگاه اصفهان، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی. تلفن: ۰۹۱۳۷۳۷۵۳۴۱

Email: soheila.safary@gmail.com

مقدمه

در چهارمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی^۵ (DSM-IV-TR)، «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 جروبحث می‌کنند، از کوره در می‌روند و خشمگین، رنجیده‌خاطر و زودرنج هستند. آنان مکرراً و فعالانه در مقابل درخواست‌های بزرگسالان نافرمانی می‌کنند و عمده‌اً 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

اختلال‌های رفتاری کودکان، اختلال‌های شایع و ناتوان‌کننده‌ای هستند که برای معلمان، خانواده و خود کودکان مشکلات بسیاری ایجاد می‌کنند و با بسیاری از معضلات اجتماعی همراه‌اند. محققان دریافته‌اند که اختلال‌های رفتاری معمولاً نخستین بار در سال‌های آغازین دبستان مشاهده می‌شوند. اختلال‌های رفتاری به‌طور چشمگیری بر عملکرد تحصیلی- اجتماعی کودکان، تأثیر منفی می‌گذارند و احتمال ابتلا به بیماری‌های روانی در دوره بزرگسالی را افزایش می‌دهند (۱). از جمله اختلال‌های رفتاری، اختلال نافرمانی مقابله‌ای^۴ است که از رایج‌ترین تشخیص‌های اختلالات سلامت روان در دوران کودکی محسوب می‌شود. بر اساس تعریف متن تجدیدنظر شده

^۱ کارشناس ارشد روانشناسی کودکان با نیازهای خاص، دانشگاه اصفهان (نویسنده مسئول)

^۲ استادیار گروه روانشناسی کودکان با نیازهای خاص، دانشگاه اصفهان

^۳ استادیار گروه روانشناسی کودکان با نیازهای خاص، دانشگاه اصفهان

^۴ Oppositional Defiant Disorder (ODD)

^۵ diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM)

آن‌هاست، افزایش می‌دهد و روش‌هایی را برای مقابله با تفکرشان، به آن‌ها می‌آموزد (۱۹).

می‌توان درمان‌های شناختی رفتاری را برای کودکان در یک مدل بازی‌درمانی ترکیب کرد. بازی‌درمانی به‌عنوان یک رابطه میان فردی پویا بین یک کودک و یک درمانگر آموزش‌دیده تعریف می‌شود و با فراهم کردن ابزار مناسبی برای بازی کودک، ایجاد یک رابطه ایمن را به‌منظور کشف و بیان کامل خود از طریق بازی که ابزار طبیعی بیان کودک است تسهیل می‌کند (لنדרث، ۲۰۰۲؛ به نقل از ۲۰) با به‌کارگیری بازی و استفاده از اسباب‌بازی‌ها کودکان می‌توانند افکار، احساسات و نگرانی‌هایی را که نمی‌توانند به‌گونه دیگری بیان کنند، انتقال دهند. کودکان می‌توانند به‌راحتی، بدون خطر و به‌طور صمیمانه دنیای درونی خویش را از طریق بازی نمادین و عینی اسباب‌بازی‌ها بیان کنند. اسباب‌بازی‌ها فرصت ایجاد تسلط و احساس کنترل بر دنیای پیرامون را برای کودکان فراهم می‌کند به‌طوری‌که آن‌ها تجربیات خود را مستقیماً در محیط امن اتاق بازی بازنمایی می‌کنند. در بازی‌درمانی قطع نظر از دلیل ارجاع، درمانگر فرصت دارد تا به دنیای کودک وارد شده و آن را تجربه کند و فعالانه به مشکلاتی که کودک به خاطر آن‌ها برای درمان آورده شده رسیدگی نماید و به کودک کمک کند تا رفتارهای انطباقی را یاد بگیرد و بر کمبود مهارت‌های هیجانی و اجتماعی غلبه کند (۲۱). بازی‌درمانی 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 بازی‌درمانی 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 و. بنابراین مخالفت‌ها و نافرمانی‌های آن‌ها کاهش یافته یا حذف می‌شود (۱۴).

هدف اولیه بازی درمانی شناختی- رفتاری، شناسایی و تغییر افکار ناسازگار مرتبط با رفتارها و مشکلات هیجانی کودک است و نوعی درمان انعطاف‌پذیر برای کودکان خردسال است که نیاز به بیان کلامی کودک را کاهش و تکیه بر رویکردهای تجربی را افزایش می‌دهد. در این رویکرد، با استفاده از بازی، تغییرات شناختی به‌طور غیرمستقیم منتقل شده و رفتارهای سازگارانه‌تر در کودک ایجاد می‌شود (۲۱).

کودکان، شیوه‌های فرزند پروری ناکارآمد و شرایط محیطی عنوان کرده‌اند (۳، ۴). اختلال نافرمانی مقابله‌ای با درجات بالایی از آسیب در مهارت‌های اجتماعی، تعاملات خانوادگی و عملکرد تحصیلی مرتبط است (۵). کودکان با نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای معمولاً در مدرسه پیشرفت خوبی ندارند (۶)، در روابط بین فردی ضعیف هستند (۷). دارای مشکلات توجهی و نقص در کارکردهای اجرایی^۱ می‌باشند (۸، ۹). در رمزگردانی اطلاعات اجتماعی، عملکرد ضعیفی بروز می‌دهند (۱۰) و عمدتاً فاقد مهارت‌های شناختی، اجتماعی و عاطفی موردنیاز برای انجام تقاضاهای بزرگ‌ترها هستند (۱۱-۱۳). به‌علاوه در کودکان مبتلا به این اختلال، ممکن است قضاوت اخلاقی^۲ آسیب ببیند (۱۴).

پیش‌آگهی^۳ این اختلال نامطلوب است و به نقص عملکرد در مدرسه و خانواده منجر می‌شود و درنهایت ممکن است به افت تحصیلی و اخراج از مدرسه، بروز رفتارهای بزهکارانه و سوءمصرف مواد^۴ بینجامد و منشأ پیامدهای طولانی ناگواری شود (۱۵) و کودکان مبتلا به آن در معرض خطر اختلال‌هایی همچون اختلال سلوک^۵، رفتار ضداجتماعی^۶، اختلال‌های خلقی^۷ و اضطراب^۸ هستند (۱۶، ۱۷).

تاکنون، 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؛ به‌نحوی که برنامه‌های آموزش والدین برای کمک به مدیریت رفتار فرزندشان، روان‌درمانی فردی برای مدیریت خشم، خانواده‌درمانی 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 (آکادمی روان‌پزشکی کودک و نوجوان امریکا، ۲۰۰۷؛ به نقل از ۱۸).

همان‌گونه که اشاره شد درمان‌های شناختی- رفتاری از روش‌هایی است که برای درمان اختلال بی‌اعتنایی مقابله‌ای مؤثر 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

¹ Executive functions

² moral judgment

³ prognosis

⁴ substance abuse

⁵ conduct disorder

⁶ antisocial behavior

⁷ mood disorders

⁸ anxiety

پژوهشگران نتیجه گرفتند که بازی‌درمانی بی‌رهنمود متناسب با سن، نیازهای کودکان در این دامنه سنی را برآورده کرده و تأثیر سودمندی بر رفتار، سازگاری و مهارت‌های اجتماعی آن‌ها دارد (۲۶).

دیلی و گریگر^۸ در یک مطالعه موردی فرایند درمان یک کودک ۴ ساله مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای را مورد بررسی قرار دادند. آن‌ها گزارش کردند که رفتار کودک پس از جلسات معمول درمان که در آن زمانی برای بازی کودک با مادرش برنامه‌ریزی شده بود، بهبودی فراوانی داشت. آن‌ها بر این باورند که برخی از کودکان به جلسات درمانی بدون ساختار که در آن می‌توانند هیجانانشان را ابراز کرده و بر تعامل خود با والدین تا حدی کنترل داشته باشند، بهتر پاسخ می‌دهند (۲۷).

در ایران نیز پژوهش‌های گوناگونی تأثیر بازی‌درمانی با رویکرد شناختی- رفتاری را بر میزان مشکلات رفتاری کودکان ناسازگار مورد بررسی قرار گرفته است. برای نمونه، جعفری و همکاران (۲۸) در پژوهشی تأثیر بازی‌درمانی را بر کاهش مشکلات رفتاری کودکان ناسازگار مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای مورد بررسی قرار دادند و دریافتند که به‌کارگیری بازی‌درمانی باعث کاهش میزان نافرمانی در کودکان گروه آزمایش در مقایسه با کودکان گروه کنترل شده است.

همچنین، پژوهش‌هایی نیز در زمینه تأثیر بازی درمانی بر اختلالات سلوک و بیش‌فعالی و نقص توجه^۹ انجام شده و نتایج آن‌ها حاکی از تأثیر این روش درمانی و کاهش مشکلات رفتاری کودکان مبتلا به اختلالات است (۲۹ و ۳۰).

با توجه به یافته‌های پژوهش‌های مختلف انجام شده در این زمینه، مسئله اساسی پژوهش حاضر بررسی این امر است که آیا بازی درمانی شناختی- رفتاری بر میزان مشکلات رفتاری در دانش‌آموزان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای موثر است یا خیر؟

مواد و روش‌ها

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

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 نافرمانی مقابله‌ای را دارا

در زمینه تأثیر بازی‌درمانی بر میزان نشانه‌های اختلالات رفتاری، تیگز^۱ در پژوهشی که بر روی کودکان ۵ تا ۱۰ ساله آفریقایی- آمریکایی مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای انجام داد، نشان داد که فن‌های بازی‌درمانی در کاهش رفتارهای نامناسب این کودکان مؤثر است (۱۴).

بیرز^۲ (۱۹۸۵؛ به نقل از ۲۲) نیز تأثیر بازی‌درمانی را بر اختلال نافرمانی مقابله‌ای مورد مطالعه قرارداد. 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 بازی‌درمانی 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. نتایج نشان داد که رفتارهای نامناسب در هر دو گروه آزمایش، در مرحله پس‌آزمون و پیگیری، به‌طور معنی‌داری کاهش داشت.

در زمینه تأثیر به‌کارگیری بازی‌درمانی گروهی، بلک و بلک^۳ در پژوهش خود کودکان پایه سوم دارای رفتارهای ایدایی^۴ را مورد مطالعه قرار دادند. آن‌ها کودکان گروه آزمایش را به مدت ۵ هفته و هفته‌ای دو بار در جلسات بازی‌درمانی گروهی ساخت‌یافته شرکت دادند و دریافتند که در مقایسه با گروه کنترل، رفتارهای ایدایی در آن‌ها کاهش و خود پنداره آن‌ها افزایش یافته است (۲۳).

در پژوهشی دیگر تأثیر بازی‌درمانی کودک محور^۵ بر روی ۲۳ کودک دبستانی‌ای که معلمان، آن‌ها را به خاطر مشکلات رفتاری و هیچ‌انجانی ارجاع داده بودند، مورد بررسی قرار گرفت. نتایج پژوهش نشان داد که بر اساس مقیاس فرم گزارش معلم (TRF)^۶، بهبودی در همه مشکلات، از نظر آماری معنی‌دار و دارای اندازه اثر بالایی بوده است (۲۴). اکنر و براورمن (۱۹۹۷) نیز تأثیر بازی‌درمانی را بر اختلالات رفتاری کودکان مورد بررسی قرار دادند و در ارزیابی نهایی بعد از درمان، کاهش معنی‌دار اختلالات را مشاهده کردند (۲۵).

همچنین در پژوهش دیگری تأثیر بازی‌درمانی 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، نشان‌دهنده تفاوت معنی‌دار و اندازه اثر^۷ بالایی در درمان مشکلات رفتاری درونی شده و بیرونی شده بود.

¹ Tiggs

² Beers

³ Bleck & Bleck

⁴ disruptive behaviors

⁵ child- centered play therapy

⁶ Teacher Report Form (TRF)

⁷ effect size

⁸ Daly & Grieger

⁹ attention deficit and hyperactivity disorder

محمدی (۳۲) نیز مقیاس درجه بندی SNAP-IV (فرم معلم) را بر روی کودکان ۱۰-۶ ساله شهر اصفهان جهت تشخیص اختلال نقص توجه/ بیش فعالی و نافرمانی مقابله‌ای، هنجاریابی نموده است. یافته‌های این پژوهش نشان داد روایی ملاکی آزمون ۰/۵۶ است و ضریب پایایی با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۹ و دو نیمه کردن ۰/۸۱ می‌باشد.

در پژوهش حاضر از فرم معلم این مقیاس استفاده شده است.

روش اجرا:

پس از آن که شرکت کنندگان در این پژوهش به روش نمونه‌گیری تصادفی چندمرحله‌ای انتخاب شده و به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند کودکان گروه آزمایش در ۱۰ جلسه یک ساعته بازی درمانی شرکت کردند. پس از پایان جلسات مداخله، مجدداً پرسشنامه SNAP-IV توسط معلمان کودکان تکمیل گردید (پس‌آزمون) و نتایج مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت. دو ماه پس از پایان جلسات نیز از معلمان آزمون پیگیری به عمل آمد.

همان‌گونه که اشاره شد گروه آزمایش در ۱۰ جلسه یک‌ساعته بازی درمانی شرکت کردند. برنامه درمانی بر اساس رویکرد شناختی- رفتاری و مطابق با طرح درمان پیشنهادی ریوبر^۲ (۳۴) طرح‌ریزی شده بود. برخی جلسات به‌صورت انفرادی و برخی به شکل گروهی برگزار شد. در جلسات بازی 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 مسئله که در قالب فعالیت‌هایی مانند نقاشی به‌منظور شناخت و ابزار احساسات، بازی با گل به‌منظور رهاسازی پرخاشگری و تخلیه هیجان‌های منفی، بازی با عروسک‌های خیمه شب بازی و اجرای نمایش‌های عروسکی به کمک آن‌ها به‌صورت انفرادی و گروهی به‌منظور گسترش مهارت‌های حل مسئله و تصمیم‌گیری، یادگیری رفتارهای مثبت به جای رفتارهای تکانشی و شناخت مشکلات و راه‌حل‌های آن‌ها و تقویت حس همکاری با دیگران و مانند آن 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 به‌منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش تحلیل کوواریانس استفاده شد و برای دقت و سرعت، بیشتر کلیه عملیات آماری با استفاده از نرم افزار SPSS 17 انجام گرفت.

بودند در این پژوهش. از روش نمونه‌گیری تصادفی 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. سپس برای کودکان مورد نظر، پرسشنامه SNAP-IV توسط معلمان آن‌ها تکمیل گردید. پس از نمره گذاری پرسشنامه، کودکانی که بر اساس نتایج بدست آمده، ملاک‌های DSM-IV برای اختلال نافرمانی مقابله‌ای را داشتند، شناسایی شده و از بین 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 اندازه‌گیری:

مقیاس درجه بندی SNAP-IV: این مقیاس توسط سوانسون، نولان و پلهام^۱ و برای کمی کردن نشانه‌های اختلال بیش فعالی/ نقص توجه و نافرمانی مقابله‌ای بر اساس DSM-IV-TR ساخته شده است. فرم کوتاه این مقیاس دارای ۳۰ عبارت بوده که ۲۰ تای نخست برای تشخیص اختلال ADHD و ۱۰ عبارت دیگر برای تشخیص اختلال نافرمانی مقابله‌ای به کار می‌رود. مطالعات همسانی درونی این مقیاس را خوب تا عالی گزارش کرده‌اند. سوانسون و همکاران (۲۰۰۱؛ به نقل از ۳۱) مقیاس درجه بندی 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 عبارت از نقص توجه، بیش فعالی/ تکانشگری و اختلال نافرمانی مقابله‌ای است.

در ایران نیز هوشیاری (۱۳۸۴؛ به نقل از ۳۲) این مقیاس را بر روی کودکان ۷-۱۲ سال شهر تهران جهت تشخیص اختلال نقص توجه و بیش فعالی هنجاریابی نمود. در این پژوهش فقط فرم والدین هنجاریابی گردیده است. یافته‌های این پژوهش نشان داد روایی ملاکی آزمون ۰/۴۸ است و ضریب پایایی با روش آلفای کرونباخ ۰/۹۰ و دو نیمه کردن ۰/۷۶ می‌باشد. همچنین صدر السادات و همکاران (۳۳)، فرم معلم این مقیاس را بر روی دانش آموزان شهر تهران هنجاریابی کردند و بر اساس آن ضریب روایی ملاکی آزمون ۵۵ درصد، ضریب پایایی به روش بازآزمون برابر با ۸۸ درصد، آلفای کرونباخ ۰/۹۵ و ضریب حاصل از دو نیمه کردن ۷۳ درصد بود. روایی محتوا نیز مورد تأیید متخصصان قرار گرفت.

² Riviere

¹ Swanson, Nolan & Pelham

یافته‌ها

پس‌آزمون و پیگیری آمده و در قسمت آمار استنباطی به‌منظور بررسی میزان اثربخشی مداخله صورت گرفته و تعیین معنی‌دار بودن تفاوت میان گروه‌ها نتایج تحلیل کوواریانس نمرات دو گروه در هر دو مرحله پس‌آزمون و پیگیری آورده شده است.

در این بخش ابتدا شاخص‌های توصیفی نمرات نافرمانی مقابله‌ای آزمودنی‌های پژوهش شامل میانگین و انحراف استاندارد نمرات نافرمانی مقابله‌ای هر دو گروه در مرحله پیش‌آزمون،

جدول (۱): شاخص‌های توصیفی مربوط به پیش‌آزمون و پس‌آزمون نمرات نافرمانی مقابله‌ای در آزمودنی‌های پژوهش با توجه به ارزیابی

معلمان		مراحل	گروه‌ها
انحراف معیار	میانگین	پیش‌آزمون	آزمایش
۰/۱۱	۱/۲۶	پس‌آزمون	
۰/۱۲	۱/۰۰	پیگیری	
انحراف معیار	میانگین	پیش‌آزمون	کنترل
۰/۱۱	۱/۱۹	پس‌آزمون	
۰/۱۲	۱/۱۷	پیگیری	

گروه کنترل چنین تفاوتی جزئی و ناچیز است. بنابراین به‌منظور تحلیل دقیق‌تر تفاوت موجود و اینکه آیا این تفاوت از نظر آماری نیز معنی‌دار است یا خیر، از روش تحلیل کوواریانس بهره گرفته شد که نتایج آن در جدول‌های ۲ و ۳ آمده است.

با توجه به جدول ۱ و مقادیر میانگین و انحراف استاندارد، تفاوت میان ارزیابی معلمان از مشکل نافرمانی کودکان گروه آزمایش و کنترل چندان چشمگیر نیست. از سوی دیگر میانگین نمرات نافرمانی مقابله‌ای گروه آزمایش در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تغییرات قابل توجهی را نشان می‌دهد در حالی که در

جدول (۲): نتایج تحلیل کوواریانس: مقایسه میانگین نمرات نافرمانی مقابله‌ای گروه آزمایش و کنترل بر اساس ارزیابی معلمان در مرحله

پس‌آزمون و پس از در نظر گرفتن متغیر پیش‌آزمون							
منبع تغییرات	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	ضریب F	سطح معنی‌داری	اندازه اثر	توان آماری
پیش‌آزمون	۰/۲۶	۱	۰/۲۶	۳۸/۹۶	۰/۰۰۱	۰/۵۹	۱/۰۰۰
عضویت گروهی	۰/۳۰	۱	۰/۳۰	۴۴/۸۵	۰/۰۰۱	۰/۶۲	۱/۰۰۰

آماري تفاوت معنی‌دار وجود دارد. همچنین با توجه به جدول ۱ میانگین نمرات نافرمانی مقابله‌ای در مرحله پس‌آزمون در گروه آزمایش پایین‌تر از میانگین در گروه کنترل است و این موارد نشان دهنده این است که بازی درمانی باعث کاهش نشانه‌های نافرمانی مقابله‌ای در کودکان گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون شده است.

همان‌گونه که مشاهده می‌شود با توجه به نتایج جدول ۲ و با فرض همراه کردن متغیر پیش‌آزمون بین دو گروه آزمایش و کنترل در متغیر نافرمانی مقابله‌ای در مرحله پس‌آزمون تفاوت معنی‌دار وجود دارد. یعنی با توجه به ارزیابی معلمان، بین میانگین نمرات نافرمانی مقابله‌ای دو گروه در مرحله پس‌آزمون از نظر

جدول (۳): نتایج تحلیل کوواریانس: مقایسه میانگین نمرات نافرمانی مقابله‌ای گروه آزمایش و کنترل بر اساس ارزیابی معلمان در مرحله

پیگیری و پس از در نظر گرفتن متغیر پیش‌آزمون							
منبع تغییرات	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	ضریب F	سطح معنی‌داری	اندازه اثر	توان آماری
پیش‌آزمون	۰/۲۵	۱	۰/۲۵	۴۱/۲۴	۰/۰۰۱	۰/۵۸	۱/۰۰۰
عضویت گروهی	۰/۳۵	۱	۰/۳۵	۴۷/۳۲	۰/۰۰۱	۰/۶۰	۱/۰۰۰

با توجه به نتایج جدول ۳ و با فرض همراه کردن متغیر پیش‌آزمون بین دو گروه آزمایش و کنترل در متغیر نافرمانی مقابله‌ای در مرحله پیگیری تفاوت معنی‌دار وجود دارد و این نشان دهنده تداوم تأثیر بازی درمانی بر کاهش نشانه‌های نافرمانی مقابله‌ای در کودکان گروه آزمایش است.

بحث و نتیجه‌گیری

همان‌گونه که در بخش نتایج اشاره شد، بازی درمانی با رویکرد شناختی- رفتاری میزان مشکلات رفتاری را در کودکان پسر پایه سوم دبستان که به اختلال نافرمانی مقابله‌ای مبتلا بودند به‌طور معنی‌داری کاهش داده است. یافته‌های حاصل از این پژوهش با یافته‌های پژوهش‌های انجام شده دیگر از جمله پژوهش تیگز (۱۴)، بیرز (به نقل از ۲۲)، بلک و بلک (۲۳)، مورو^۱ و همکاران (۲۴)، اکائر و براورمن (۲۵)، دیلی و گریگر (۲۷) و جعفری و همکاران (۲۸) در زمینه تأثیر بازی درمانی در کاهش مشکلات رفتاری، هماهنگ است و یافته‌های آن‌ها را مورد تأیید قرار می‌دهد.

در تبیین اثربخشی این شیوه درمانی بر کاهش مشکلات رفتاری کودکان باید گفت که بنابر نظر متیس و لاکمن^۲ (۳۵) بسیاری از کودکان دارای اختلالات رفتاری فاقد مهارت‌های اجتماعی مناسب هستند و بسیار کم از سوی همسالانشان پذیرفته می‌شوند. همچنین، دارای درک نادرست و مغرضانه‌ای از همسالان، توانایی محدود در دیدگاه‌گیری و همدلی ضعیف با دیگران هستند و توانایی‌های رشد نیافته‌ای در پی بردن به افکار، نیت و احساسات دیگران دارند. به‌علاوه آن‌ها در کمیت و کیفیت راهبردهای حل مسئله دارای نقص‌اند و حل مشکلات اجتماعی، راه‌حل‌های مثبت کمتری 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 پیش‌بینی کننده رفتارهای ضد اجتماعی در نوجوانی و بزرگسالی باشد.

یکی از شیوه‌های درمانی که می‌تواند باعث کاهش نشانه‌های این اختلال و در نتیجه کاهش تأثیرات منفی آن بر زندگی کودک شود بازی درمانی است. بازی درمانی روشی است برای مقابله با استرس‌های اجتماعی و هیجانی و به کودکان اجازه می‌دهد تا مسائلی را که نمی‌توانند در محیط واقعی‌شان مطرح کنند، در قالب بازی ارائه دهند و به کشف علایق خود و کسب احساس کنترل بر روی محیط بپردازند و با هدایت درمانگر، هیجانات مخفی خود را نمایان کنند. به‌علاوه، بازی می‌تواند به‌منظور رشد و توسعه

مهارت‌های حرکتی، شناختی، زبانی و حل مسئله به کار برده شود و مهارت‌های اجتماعی کودکان و توانایی آن‌ها را در همدلی کردن با دیگران افزایش دهد. در بازی درمانی، درمانگر رفتار کودکان را بدون قید و شرط می‌پذیرد. بدون اینکه آن‌ها را غافلگیر کند، با آن‌ها بحث کند و یا نادرستی کار آن‌ها را به آنان گوشزد کند. (۳۶)

همانند پژوهش حاضر که نشان دهنده اثر بخش بودن این شیوه درمانی در کاهش مشکلات رفتاری کودکان بود، پژوهش‌های گذشته نیز این شیوه درمانی را در کاهش اختلالات رفتاری و هیجانی کودکان سودمند یافتند (۱۴، ۲۷-۲۲). اگرچه در مطالعه بیرز (به نقل از ۲۲) والدین نیز در درمان مشارکت داشتند و پژوهش دیلی و گریگر (۲۷) به‌صورت مطالعه موردی انجام شد.

در توجیه این یافته‌ها می‌توان گفت که 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 به فهم این مسئله کمک می‌کند که هیجان‌ها طبیعی هستند و اسباب‌بازی‌ها می‌توانند به‌عنوان روشی برای هدایت این هیجان‌های قوی به کار روند.

همان‌گونه که در مطالعات پیشین نیز نشان داده شده است (۲۳، ۲۶)، بازی درمانی گروهی بر کاهش نشانه‌های اختلالات ایذایی و مشکلات رفتاری اثربخش بوده است. به ویژه، یکی از نشانه‌های این اختلالات یعنی آزار دیگران، در جریان بازی‌های مشارکتی اداره و هدایت می‌شود. در جریان بازی درمانی گروهی، کودک ناچار است در اسباب‌بازی‌ها، ابزارها و زمان بازی درمانگر با دیگران شریک شود. هر کودک فرصت دارد طرحی 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 جروب‌بحث 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.

بنابراین بازی درمانی با مورد هدف قرار دادن عوامل بروز نافرمانی و لجبازی در کودکان، در کاهش این مشکلات در آنان

¹ Muro

² Matthys & Lochman

می‌شود و نتایج ثابت تر می‌ماند. بنابراین در صورت بیشتر بودن تعداد جلسات می‌توانستیم نتایج بهتری بدست آوریم.

به‌طور کلی یافته‌های پژوهش حاضر نشان دهنده این است که بازی درمانی شناختی-رفتاری در کاهش مشکلات رفتاری کودکان، راهبردی مؤثر است.

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 سایر پژوهش‌هایی است که در زمینه درمان و کاهش نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای انجام شده است. یافته‌های این پژوهش می‌تواند راهنمایی برای دست اندرکاران 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. پیشنهاد می‌شود که این پژوهش بر روی جامعه دختران و همچنین پسران در سنین مختلف انجام گیرد و علاوه بر به‌کارگیری این شیوه‌ی مداخله‌ای در پژوهش‌های آینده، از برنامه‌های آموزش والدین نیز به‌منظور تغییر شیوه‌های تربیتی و بهبود ارتباط استفاده گردد.

مؤثر واقع می‌شود. کودکان در جریان بازی درمانی مهارت‌های متنوع و سودمندی را در زمینه‌های مختلف شناختی، عاطفی و اجتماعی به‌منظور 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 در زندگی واقعی تعمیم داده و با به‌کارگیری 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.

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 (۳۶، ۳۷، ۳۸). بنابراین در صورت وجود شرایطی مبنی بر شرکت دادن والدین در درمان، نتایج بهتری هم قابل دسترس بود. به‌علاوه به باور لاجمن و همکاران (به نقل از ۳۹) درمان شناختی-رفتاری طولانی‌تر (۱۲ تا ۱۸ جلسه) باعث کاهش مشکلات رفتاری

References:

1. Najafi M, Fooladchang M, Alizade H, Mohammadifar M. Prevalence of attention deficit hyperactivity disorder, conduct disorder and oppositional defiant disorder in primary school students. *Res Exc Child*. 2009; 9(3): 239-54. (Persian)
2. Kaplan H, Sadocks B. *Synopsis of psychiatry*. Tehran: Arjmand Publication; 2005. (Persian)
3. Behan J, Carr A. Oppositional defiant disorder. In A.Carr (Ed), *What works for children and adolescent? A critical review of psychological, intervention with children, adolescents and their families*. London: Routledge; 2000.
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): 219-33.
5. Spencer TJ, Abikoff HB, Connor DF, Biederman J, Pliszka SR, Boellner S, et al. Efficacy and safety of mixed amphetamine salts extended release (adderall XR) in the management of oppositional defiant disorder with or without comorbid attention- deficit/hyperactivity disorder in school aged children and adolescents. *Clin Ther* 2006; 28(3): 402-18.
6. 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: 516-25.
7. 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): 1214-24.
8. 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: 1468-84.
 9. Gadow KD, Nolan EE. Differences between preschool children with ODD, ADHD, and ODD+ADHD symptoms. *J Child Psychol Psychiatry* 2002;43(2):191-201.
 10. Coy K, Speltz ML, DeKlen M. Social-cognitive processes in preschool boys with and without oppositional defiant disorder- statistical data included. *J Abnorm Child psychol.* 2001; 29(2):107-19.
 11. 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: 359-81.
 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(2):118-25.
 13. Skoulos V, Tryon GS. Social skills of adolescents in Special Education who Display Symptoms of oppositional defiant disorder. *Am Second Educ* 2007; 35(2): 103-14.
 14. Tiggs PL. Play therapy techniques for african american elementary dchool-aged children diagnosed with oppositional defiant disorders (Dissertation). Minneapolis: Capella University; 2010.
 15. Evans SW, Mullett E, Weist MD, Franz K. Feasibility of the mind matters' school mental health promotion program in American schools. *J Youth Adolesc* 2005; 34: 51-8.
 16. Loeber R, Burke JD, Pardini DA. Perspectives on oppositional defiant disorder, conduct disorder, and psychopathic features. *J Child Psychol psychiatry* 2009; 50(1-2): 133-42.
 17. 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 psychiatry* 2007; 48(7): 703-13.
 18. 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): 203-10. (Persian)
 19. Klarck D, Ferborn K. Cognitive Behavioral Therapy. Tehran: Fars Publication; 2002. (Persian)
 20. 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.
 21. Ray D. Supervision of basic and advanced skills in play therapy. *J Prof Couns: Pract Theory Res* 2004; 32 (2), 28 41.
 22. 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). Texas: University of North Texas; 2004.
 23. Bleck R, Bleck B. The disruptive child's play group. *Elem Sch Guid Couns* 1982; 17(2): 137-41.
 24. 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.
 25. Oconnor K, Braverman L. Play therapy theory and practice: A comparative Presentation. New York: Wiley; 2005.
 26. 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.
27. Daly CM, Grieger TM. A 4-year-old with oppositional defiant disorder. *J Abnorm Child psycho* 2002; 167: 442-4.
28. Jafari N, Mohammadi M, Khanbani M, Farid S, Chiti P. Effect of play therapy on behavioral problems of maladjusted pre-school children. *Iran J Psychiatry* 2011; 6(1):37-42.
29. 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)
30. Ganji K, Zabihi R, Khodabakhsh R, Kraskian A. Effectiveness of child- centered play therapy on reduction of behavioral symptoms of children with Attention Deficit/ Hyperactivity Disorder (ADHD). *J Clin Psychol* 2012; 3(4): 15-25. (Persian)
31. Bathiche M. The prevalence of ADHD symptoms in a culturally diverse and developing country, Lebanon (Dissertation). Montréal: McGill University; 2007.
32. Mohammadi E. Standardization of SNAP IV rating scale (teacher form) in primary school children in Isfahan. (Dissertation). Isfahan; Khorasgan Branch, Islamic Azad University; 2010. (Persian)
33. 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): 484-94. (Persian)
34. 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.
35. Matthys W, Lochman J E. Oppositional defiant disorder and conduct Disorder in Childhood. London: John Wiley & Sons; 2010.
36. Bratton S, Ray D, Rhine T, Jones, L. The efficacy of play therapy with children. *Prof Psychol: Res Pract* 2005; 36(4): 376-90.
37. 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). Minneapolis: Capella University; 2007.
38. Miller G, Prinz R. Engagement of families in treatment for childhood conducts problems. *Behav Ther* 2003; 34(4): 512-34.
39. 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.

EFFECTIVENESS OF COGNITIVE- BEHAVIORAL PLAY THERAPY ON BEHAVIORAL SYMPTOMS OF DISOBEDIENT STUDENTS

Soheila Safary^{1*}, Salar Faramarzi², Ahmad Abedi³

Received: 15 Feb , 2014; Accepted: 18 Apr , 2014

Abstract

Background & Aims: The present research was conducted to study the effect of cognitive- behavioral play therapy on Behavioral Problems of disobedient students.

Materials & Methods: This research was experimental, and a pre-test, post-test, follow-up with control group design were applied. By using multistage sampling, 30 third-grade students who met DSM-IV criteria for oppositional defiant disorder were selected and randomly divided into control and experimental groups. SNAP- IV Rating Scale (Teacher Form) was used to measure of behavior problems of children's and was completed by their teachers. Then, the experimental group received play therapy for 10 one-hour sessions. For statistical data analysis, covariance analysis is used.

Results: Results indicated that there is a meaningful difference between the rate of behavioral problems of students in both control and experimental group in post-test and follow up stage ($p \leq 0/001$).

Conclusion: Results of this research shows that cognitive- behavioral play therapy have an effect on reducing symptoms of behavioral problems in disobedient students and can be used as an effective intervention to eliminate or decrease these problems.

Keywords: Play therapy, Cognitive- behavioral approach, Disobedient students

Address: Department of Psychology of Children with Special Needs, Faculty of Educational Sciences & Psychology, University of Isfahan, Isfahan, Iran, **Tel:** +989137375341

Email: soheila.safary@gmail.com

SOURCE: URMIA MED J 2014; 25(3): 267 ISSN: 1027-3727

¹ Department of Psychology of Children with Special Needs, Faculty of Educational Sciences & Psychology, University of Isfahan, Isfahan, Iran (Corresponding Author)

² Assistant Professor, Department of Psychology of Children with Special Needs, University of Isfahan, Isfahan, Iran

³ Assistant Professor, Department of Psychology of Children with Special Needs, University of Isfahan, Isfahan, Iran