مقایسه اثربخشی آموزش مدیریت والدین و بازی درمانی گروهی بر اضطراب و مشکلات اجتماعی کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله ای(ODD)

بهاره آئینی[1]، کبری حاجی علیزاده*[1]

1) گروه روان شناسی، واحد بندرعباس، دانشگاه آزاد اسلامی، بندرعباس، ایران

تاریخ دریافت: ۱۳۹۸/۱۰/۱۵ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۰۶/۱۹

چکیده

مقدمه: کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله ای(ODD) از مشکلات بی شمار درون فردی و بین فردی رنج می برند. از این رو این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی آموزش مدیریت والدین(PMT) و بازی درمانی گروهی بر اضطراب و مشکلات اجتماعی کودکان مبتلا به ODD انجام شد.

مواد و روش ها: طرح پژوهش از نوع نیمه آزمایشی و به صورت پیش آزمون–پس آزمون با دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه دانش آموزان دختر مقطع ابتدایی با تشخیص اختلال نافرمانی مقابله ای بندرعباس در سال ۱۳۹۷ بودند. نمونه مورد مطالعه شامل ۴۵ نفر از دختران بود که به صورت نمونه گیری هدفمند انتخاب و به صورت تصادفی در سه گروه PMT، بازی درمانی و یک گروه کنترل جایگزین شدند. در گروه PMT مادران کودکـــان مبتلا به ODD مورد آموزش قرار گرفتند. از سیاهه رفتاری کودک(CBCL) برای جمع آوری داده ها استفاده شد. داده ها از طریق تحلیل کوواریانس تک متغیری و آزمون تعقیبی بونفرونی و نرم افزار SPSS vol.22 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند.

یافته های پژوهش: نتایج نشان داد که بین گروه PMT و بازی درمانی با گروه کنترل در مرحله پس آزمون($P<0.05, F=6.43$) اضطراب و پس آزمون($P<0.05, F=14.14$) مشکلات اجتماعی کودکان مبتلا به ODD تفاوت معناداری وجود دارد. هم چنین نتایج نشان داد که بین گروه PMT و بازی درمانی تفاوت معناداری وجود ندارد.

بحث و نتیجه گیری: با توجه به یافته های این پژوهش، PMT و بازی درمانی می توانند به عنوان یک روش موثر در کاهش مشکلات درون فردی و بین فردی کودکان مبتلا به ODD به کار گرفته شوند.

واژه های کلیدی: آموزش والدین، بازی درمانی، اضطراب، مشکلات اجتماعی، نافرمانی مقابله ای

* نویسنده مسئول: گروه روانشناسی، واحد بندرعباس، دانشگاه آزاد اسلامی، بندرعباس، ایران

Email: ph_alizadeh@yahoo.com

Copyright © 2019 Journal of Ilam University of Medical Science. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution international 4.0 International License (https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material, in any medium or format, provided the original work is properly cited.

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-11]

[DOI: 10.29252/sjimu.28.5.64]

مقدمه

اختلال نافـــرمانی مقـــابله ای(Oppositional defiant disorder, ODD) یکی از اختلال های رایجی است که بسیاری از کودکان و نوجوانان را به مراکز درمانی می کشاند(۱). این اختلال که تقریباً شیوع ۲ تا ۱۶ درصدی دارد مشکلات زیادی را برای فرد و اطرافیان وی به وجود می آورد(۲). ODD یک الگوی خـــلق خـــشمگین/تحریک پذیر، رفتار جر و بحث/مقابله ای یا تلافی جویانه است که بیش از ۶ ماه ادامه دارد و با حداقل ۴ نشانه در تعامل با دست کم یک نفر غیر از خواهر و برادر آشکار می شود. کودکان دارای ODD عمدتاً از کوره در می روند، خشمگین هستند، با مراجع قدرت بحث و مخالفت می کنند، از درخواست های مراجع قدرت یا از قوانیـــن پیروی نمی کنند، به راحتی دلخور می شوند و معمولاً به طور عمدی دیگران را ناراحت می کنند و برای اشتباه خودشان، دیگران را سرزنش می کنند(۳).

بر اساس پژوهش های انجـــام گرفته، ODD پیش آگهی نامطلوبی دارد و عمدتاً کودکان دارای ODD در آینده مشکلات بسیاری را تجربه می کنند و در معرض انواع آسیب ها و اخـــتلالات روانی قرار دارند(۴). افراد دارای ODD از اضطراب و افسردگی رنج می برند؛ به طوری که اضطراب و افسردگی همواره با ODD همراه است(۵) و به همین دلیل زندگی این افراد چندان توأم با خوشی نیست(۶). علاوه بر این، خشـــم و عصبانیتی که این افراد آن را تجربه می کنند(۷) و نافرمانی که همواره نسبت به افراد پیرامون خود دارند باعث می شود تا مشکلات ارتباطی و اجتماعی بیشتری داشته باشند(۸). به عبارتی، کودکان مبتلا ODD به دلیل ویژگی هایی که دارند عمدتاً دارای روابط محدود و سطحی هستند، با دوستان و همسالان خود مشکلات زیادی را تجربه می کنند و حتی ممکن است به دلیل روابط مخربی که با معلمان خود دارند از مدرسه رفتن خودداری کنند و از برخورد شدن با دیگران مضطرب شوند(۹).

به نظر می رسد بخش بزرگی از علت این گونه رفتارهای کودکان محیط خانواده آنان باشد. در واقع محیط خانواده یکی از دلایل عمده بروز، حفظ و شدت یافتن ODD است(۱۰). والدین این کودکان، عمدتاً فرزندپروری خشن و همراه با غلت و بدرفتاری دارند(۱۱). روش آنـــان عمـــدتاً خشک و بدون انعطاف پذیری است و برای اصلاح رفتار کودک، به جای تشویق و تقویت های مثبت، عمدتاً دست به پرخاشگری و تنبیه می زنند(۱۲). همان طور که مشخص است، والدین و خصوصاً مادر در شکل گیری شخصیت و رفتار کودکان ODD نقش برجسته ای دارند و به نظر می رسد ضروری است تا والدین کودکان دارای ODD آموزش هایی در زمینه نحوه والدگری دریافت کنند(۱۳)؛ چرا که رفتار مخرب و نامناسب والدین باعث شدت گرفتن رفتارهای مخرب کودک می شود و این حالت دور باطلی را ایـــجاد می کند که در آن رفتارهای کودک نیز، باعث شدت گرفتن رفتارهای نامناسب والدین می شود(۱۴).

یکی از برنامه هایی که در زمینه درمان مشکلات رفتاری کودکان توجه خاصی از سوی پژوهشگران و درمانگران دریافت کرده، آموزش مدیریت والدین (Parent Management Training, PMT) است(۱۵). PMT یک برنامه درمانی چندبعدی است که در آن والدین روش هایی را یاد می گیرند تا رفتارهای اخلالگرانه کودک را کاهش و رفتارهای درست را با استفاده از تقویت افزایش دهند(۱۶). PMT بر این باور است که مشکلات رفتاری کودکان به دلیل تعاملات ناسالم والد-کودک روی می دهد و والدین چنین کودکانی قواعد خشک و انعطاف ناپذیر و مبتنی بر خشونت دارند که باعث می‌شود کودک بیشتر دست به نافرمانی بزند(۱۷).

PMT به والدین یاد می دهد که چگونه بر رفتار خود نظارت داشته باشند و سعی کنند در مقابل کودک به صورت هماهنگ رفتار کنند. هم چنین PMT به والدین یاد می دهد که در مقابل کودک عواطف خود را کنترل کنند و سعی کنند قوانین درستی در خانه اعمال کنند(۱۸). PMT نه تنها دانش و فنون ارزشمندی را در جهت اصلاح و کنـــترل رفتارهای منفی کودکان ارائه می دهد، بلکه اعتماد به نفس والدگری را نیز به والدین می بخشد(۱۶). پژوهش ها نشان داده اند که PMT در بهبود مشکلات کودکان و هم چنین رفتارهای والدگری

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-11]

[DOI: 10.29252/sjimu.28.5.64]

می‌تواند بسیار خـــوب عمـــل کند(۱۹). Kling و همکاران(۲۰) در پژوهش خود نشان دادند که PMT می تواند باعث بهبود رفتارهای مخرب فرزندان و والدین شود. پژوهش های داخلی نیز بر اثر مثبت PMT در بهبود مشکلات رفتاری-هیجانی کودکان و والدین در برخی حوزه ها اشاره کرده اند(۲۱). با وجود چنین شواهدی از اثربخشی PMT، Dempsey و همکاران اشاره کرده اند که PMT ممکن است در برخی از حوزه ها موثر عمل نکند(۲۲). به نظر می رسد با وجودی که والدین تاثیر زیادی بر رفتارهای کودکان دارای ODD دارند، اما ممکن است بخشی از رفتار مخرب کودک صرفاً متاثر از رفتارهای والدین نباشد و ناشی از شرایط دیگری باشد(۱۲) و به همین دلیل PMT نتواند موثر عمل کند؛ بنا بر این، در چنین شرایطی بهتر است که مداخلات مستقیماً بر روی خود کودک مبتلا به ODD نیز صورت پذیرد(۲۱).

یکی از مداخلات روان شناختی کودک محور که به نظر می رسد بتواند در کاهش علائم کودکان مبتلابه ODD موثر واقع شود بازی درمانی(Play therapy) است(۲۳). بازی درمانی تکنیکی است که توسط آن طبیعت کودکان بیان می شود. بازی درمانی به کودکان اجازه می دهد که بدون نیاز به مهارت های کلامی سطح بالا بتوانند مشکلات خود را ابراز کنند(۲۴). در واقع بازی درمانی، باعث می شود تا تجربیات، افکار، احساسات و تمایلاتی که برای کودک تهدیدکننده هستند و نمی تواند آن ها را به صورت کلامی و مستقیم ابراز کند، در قالب بازی نشان دهد(۲۵). بازی درمانی می تواند به صورت مستقیم و توسط مداخله فعال درمانگر یا به صورت غیرمستقیم و توسط خود کودک هدایت شود(۲۳). درمانگر از طریق بازی درمانی، علاوه بر شناخت و درمان مشکلات کودکان، می تواند مهـــارت ها و رفـــتارهای کـــارآمد و سازش یافته ای را به کودک بیاموزد(۲۵). پژوهش ها نشان می دهد که بازی درمانی می تواند در بهبود رفتارها و هیجانات مشکل آفرین کودکان کارآمدی داشته باشد(۲۴) Meany-Walen و Teeling در پژوهشی نشان دادند که بازی درمانی می تواند در بهبود رفتارهای نامناسب و تعاملات اجتماعی ضعیف کودکان مفید واقع شود(۲۶).

با توجه به نتایج پژوهش های مطرح شده، مشخص است که کودکـــان مبتلا به ODD و والدین آن ها مشکلات را تجربه می کنند که با ایجاد یک دور باطل باعث رفتار نامناسب از سوی والدین و درنتیجه رفتارهای اخلال گرانه از سوی فرزند می شود و این دور به مرور موجب بدتر شدن رفتارهای هر دو طرف می شود. در چنین وضعیتی کودکان مبتلا به ODD ممکن است دچار مشکلات رفتاری و هیجانی شوند و در نتیجه از خود علائم اضطراب و افسردگی نشان دهند، گوشه گیری کنند و در رفتارهای اجتماعی که لازمه زندگی مولد است، ناکارآمد عمل کنند. با توجه به چنین شرایطی، ضروری است تا روش هایی به منظور کاستن چنین مشکلاتی تدارک دیده شود. به منظور تدارک چنین روش هایی این مسئله به وجود آمده که به راستی مداخلات والدمحور در کاهش مشکلات کودکان مبتلا به ODD موثر است یا مداخلات کودک محور؟ و کدام یک از این مداخلات در مقایسه با دیگری بهتر عمل می کند؟ چرا که با توجه به تغییرات زندگی انسان، ممکن است برخی از مداخلات مثل قبل کارایی نداشته باشند و از این رو ضروری است تا در صورت عدم وجود پژوهش های جدید، پژوهش هایی به منظور بررسی کارایی آن ها صورت گیرد. هم چنین به دلیل کمبود منابع، ضروری است تا مداخلات مختلف مورد مقایسه قرار بگیرند و آن هایی که کارایی بهتری دارند مشخص شوند. با توجه با آن چه گفته شد و به دلیل عدم پژوهش بومی در جهت مقایسه آموزش مدیریت والدین و بازی درمانی گروهی، پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی آموزش مدیریت والدین و بازی درمانی گروهی بر اضطراب و مشکلات اجتماعی کودکان دارای ODD انجام شد.

مواد و روش ها

طرح پژوهش حاضر، به صورت نیمه آزمایشی، از نوع پیش آزمون-پس آزمون با دو گروه آزمایشی PMT و بازی درمانی و هم چنین یک گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه دانـــش آموزان

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-11]

[DOI: 10.29252/sjimu.28.5.64]

دختر مقطع ابتدایی شهر بندرعباس در سال ۱۳۹۷ بودند. بیان شده است که در پژوهش های آزمایشی حجم هر گروه می تواند حداقل ۱۵ نفر باشد(۲۷)؛ از این رو، از میان جامعه آماری ۴۵ نفر بر اساس معیارهای ورود به پژوهش به روش نمونه گیری هدفمند انتخاب و به صورت تصادفی ۱۵ مادر دارای کودک مبتلا به ODD در گروه آزمایش PMT، ۱۵ کودک دارای ODD در گروه آزمایش بازی درمانی و هم چنین ۱۵ کودک دارای ODD در گروه کنترل جایگزین شدند. برای نمونه گیری و گمارش اعضاء در گروه هـــای مـورد پژوهش، ابتدا کودکانی که به روان پزشک ارجاع داده شده بودند و تشخیص ODD بر اساس DSM-5 دریافت کرده بودند انتخاب شدند. سپـــس طی جلـــسه ای از مادران این کودکان رضایت نامه ای جهت شرکت خود آن ها و هم چنین فرزندانشان در پژوهش اخذ شد. از مادران کودکانی که در گروه آزمایشی PMT بودند خواسته شد تا در دوره PMT شرکت کنند. معیارهای عمومی ورود کودکان به هر سه گروه، شامل دریافـــت تشـــخیص ODD، عدم تشخیص اختلال سلوک و بیش فعالی، قرار گرفتن در محدوده سنی ۸ تا ۱۲ سال، داشتن جنسیت مونث و سکونت در شهر بندرعباس بود. معیارهای ورود مادران گروه آزمایش PMT نیز داشتن کودک مبتلا به ODD، حداقل سواد خواندن و نوشتن و هم چنین سکونت در شهر بندرعباس بود. غیبت بیش از ۲ جلسه معیار خروج مادران و کودکان بود.

به منظور رعایت جوانب اخلاقی ابتدا مجوزهای لازم از آموزش و پرورش بندرعباس اخذ شد. هم چنین به آزمودنی ها عنوان شد که این پژوهش در واقع برای کمک و ارائه اطلاعات کاربردی به آن ها است، اطلاعاتشـــان مخـــفی می ماند و اگر تمایل ندارند می توانند در این پژوهش شرکت نکنند که سرانجام به صورت شفاهی رضایت آنان کسب شد. گروه آزمایش PMT، آمـــوزش گروهی را در طی ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه ای بر اســـاس پروتکل Barkley (۲۸) و گروه آزمایش بازی درمـــانی نیز آمـــوزش گروهی را در ۱۰ جلســـه ۹۰ دقیـــقه ای بر اساس تلفیق پروتکـــل های مرشید و همـــکاران(۲۹) و سهرابی شگفـــتی(۲۴) به صـــورت هفته ای یک جلسه دریافت کردند. گروه کنترل هیـــچ نوع درمانی را دریافت نکردند. خلاصـــه جلسات به صورت زیر هستند:

جدول شماره ۱. خلاصه جلسات PMT

	محتوای جلسات
جلسه اول	بررسی علل بدرفتاری کودکان، ویژگی کودکان، ویژگی والدین، علل زمینه ای، ارائه تکلیف در منزل و این مطلب که والدین چگونه می توانند مشکلات رفتاری کودکشان را ارزیابی کنند.
جلسه دوم	آموزش به والدین در خصوص نـــحوه توجه و محبت به کودکان نافرمان و لجباز، آموزش این مطلب که چگونه واکنش والدین به رفتار کودکان می تواند منجر به بروز رفتارهای خودسرانه و لجبازی شود؟
جلسه سوم	در این جلسه در زمینه نحوه توجه والدین به کودکان در زمان هایی که کودکان والدین خود را هنگام انجام کاری(مثل صحبت کردن با تلفن، کار در آشپزخانه و...) اذیت می کنند، آمـــوزش هایی از قبیل: آموزش دادن فرمان های اثربخش به کودکان، آموزش توجه به اطاعت فرزند از خود داده می شود.
جلسه چهارم	آموزش این مطلب که در برخی موارد تحسین و توجه برای کاهش برخی مشکلات رفتاری کافی نیست. لذا می بایست رفتارهای خوب کودکان تقویت مثبت و رفتارهای منفی کودکان تقویت منفی شود. در این جلسه به آموزش اقتصاد ژتونی پرداخته می شود. هم چنین به بررسی ضرورت برنامه پاداش دهی و واکنش های معمول والدین پرداخته می شود.
جلسه پنجم	در این جلسه پس از این که والدین از نحوه استفاده از ژتون آموزش دیدند به بررسی تقویت منفی یا محروم سازی پرداخته می شود. نحوه اجرای جریمه کردن و آموزش محروم سازی آموزش داده می شود.
جلسه ششم و هفتم	در این جلسه مـــطلب جدید آموزش داده نمی شود. بلکه به مشکلات والدین در خصوص نحوه اجرای پاداش دهی با ژتون و محروم سازی پرداخته می شود تا مهارت والدین در این زمینه افزایش یابد تا این روش ها را در خصوص سایر رفتارهای کودکشان نیز به کار ببرند.
جلسه هشتم	در این جلسه به آموزش مدیریت کودکان در مکان های عمومی و چگونگی برخورد با آنان در زمانی که در بیرون در مورد خرید چیزی قشقرق راه می اندازند، پرداخته می شود.
جلسه نهم	در این جلسه به آموزش کنترل و چگونگی بهبود رفتارهای کودکان در مدرسه پرداخته می شود.
جلسه دهم	در این جلسه به این مـــطلب پرداخته می شود که والدین برای مشکلاتی که ممکن است در زمان های آتی(یک سال) برای کودک رخ دهد چه برنامه ای دارند؟ و چگونه می توان مشکلات را پیش بینی کرد؟ هم چنین در آخر با انجام پرسش و پاسخ و رفع ابهامات، جلسه به اتمام می رسد.

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-11]

[DOI: 10.29252/sjimu.28.5.64]

جدول شماره ۲. خلاصه جلسات بازی درمانی

	محتوای جلسات
جلسه اول	آشنایی و ترغیب همکاری: آشنایی درمانگر و کودکان با همدیگر و فعالیت های جلسات گروهی، ارائه قوانین گروه، پرداختن به ابعاد نشانه های رفتاری و جسمانی و شناختی کودکان، ترسیم آزمون نقاشی خانواده، پرداختن به فعالیت انتخابی جلسه
جلسه دوم	آشنایی و شناخت کودکان با احساسات و هیجانات و آموزش نحوه بروز و شناسایی هیجانات اصلی خود و دیگران: با استفاده از نقاشی، نمایش عروسکی و تصاویر احساسات و بازی کلمات احساسی که هدف اساسی از انجام این بازی کمک به کودک برای شناخت و بیان صحیح احساسات و هیجاناتشان است.
جلسه سوم	بازشناسی نام رنگ ها، نام احساسات و ایجاد ارتباط بین این دو: با بازی زندگی خود را رنگ کن در این بازی، کودک از طریق برقراری ارتباط بین رنگ و احساس به بیان هیجانات و احساسات خود می پردازد.
جلسه چهارم	بازی بلند کردن میله های رنگی، این بازی در ادامه تکنیک قبل اجرا می شود و به منظور ترغیب کودکان به بیان احساساتشان از طریق رنگ ها به کار می رود با هدف افزایش توانمندی کودکان
جلسه پنجم	بازی صندلی با هدف کنترل خشم و پرخاشگری، کاهش رقابت منفی و اصلاح رفتار برای کودکانی که تمایل به شرکت در فعالیت گروهی ندارند و هم چنین موجب افزایش مهارت های اجتماعی از جمله حس همکاری در کودکان می گردد.
جلسه ششم	توجه به نشانه های از کوره دررفتن، آزرده خاطر بودن و عصبانی بودن: شناخت خشم و عواقب آن به ویژه خشم کلامی با استفاده از بازی بادکنک خشم و خودگویی مثبت
جلسه هفتم	توجه به نشانه های عدم پذیرش اشتباهات و برخورد نادرست با دیگران: بازی با عروسک های خیمه شب بازی و اسباب بازی های نرم برای طرح ریزی راهبردهای شناختی نظیر مقابله با عقاید ناسازگار
جلسه هشتم	شناخت مشکلات محیط های مختلف و پیدا کردن راه حل مناسب آن ها: با نمایش عروسکی و همراه با بازی کیف زباله با هدف ایجاد بینش در کودکان نسبت به مشکلات محیط های مختلف و یادگیری مسئله مدار بودن کودک
جلسه نهم	توجه به نشانه های بگو و مگو کردن دائمی با بزرگ ترها و لجبازی و حرف نشنوی: بیان داستان تصویری و ایفای نقش با هدف ایجاد شناخت و بینش نسبت به رفتارها در کودکان، با استفاده از کتاب های داستان تصویری
جلسه دهم	آموزش مهارت های تن آرامی و ریلکسیشن و خودآگاهی بر بدن و جمع بندی نهایی: بازی حباب سازی تکنیک بسیار مهمی جهت آموزش مهارت تن آرامی به کودکان است و به کودک کمک می کند تا به صورت ذهنی بر بدن خودآگاهی می یابد.

سیاهه رفتاری کودک(CBCL): این پرسش نامه توسط Achenbach به منظور سنجش اختلالات رفتاری و عاطفی کودکان و نوجوانان به کار می رود. این پرسش نامه که توسط والد یا فردی نزدیک به کودک تکمیل می شود در پژوهش های مختلف استفاده شده و نشان از دقت و هم چنین اعتبار و روایی مناسب آن است که می تواند با تعداد سوالات کم، تعداد زیادی از اختلالات کودکان و نوجوانان را اندازه گیری کند. این پرسش نامه ۱۱۳ سوال و ۸ زیرمقیاس به نام های اضطراب، گوشه گیری/افسردگی، شکایات جسمانی، مشکلات اجتماعی، مشکلات تفکر، بیش فعالی-کمبود توجه، رفتار قانون شکنی و پرخاشگری دارد که در این پژوهش از زیرمقیاس های اضطراب، گوشه گیری/افسردگی و مشکلات اجتماعی استفاده شد. از نمره گذاری این پرسش نامه به صورت نادرست(امتیاز صفر)، تا حدی درست(امتیاز ۱) و کاملاً درست(امتیاز ۲) است و نمرات بالا به معنای شدت مشکلات است. مینایی در پژوهش خود نشان داد که این پرسش نامه از ساختار عاملی مناسب و قدرت تمایزگذاری خوبی برخوردار است. وی ضمن تایید روایی محتوایی این پرسش نامه، نشان داد که ضریب آلفای کرونباخ زیرمقیاس های این پرسش نامه بین ۰/۶۳ تا ۰/۹۵ و اعتبار بازآزمایی آن بین ۰/۳۲ تا ۰/۶۷ قرار دارد(۳۰). میزان ضریب آلفای کرونباخ اضطراب و مشکلات اجتماعی در پژوهش حاضر به ترتیب ۰/۷۹ و ۰/۶۲ بود.

برای تجزیه و تحلیل داده های پژوهش از شاخص توصیفی میانگین و انحراف استاندارد و در سطح استنباطی از تحلیل کوواریانس تک متغیری و آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد. هم چنین داده ها توسط نرم افزار SPSS vol.22 و در سطح ۰/۰۵ تحلیل شدند.

یافته های پژوهش

در بخش توصیفی نمونه های پژوهش، میانگین و انحراف استاندارد سنی کودکان گروه آزمایش PMT ۸۰/۵۲±۹/۱، گروه بازی درمانی ۱/۴۵±۱۰/۱۳ و گروه کنترل ۱/۳۵±۹/۸۶ سال بود.

جدول شماره ۳ میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای اضطراب و مشکلات اجتماعی را در کودکان گروه های آزمایشی PMT، بازی‌درمانی و گروه کنترل را در مرحله پیش آزمون و پس آزمون نشان می دهد.

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-11]

[DOI: 10.29252/sjimu.28.5.64]

جدول شماره ۳. نتایج شاخص های توصیفی متغیرهای پژوهش به تفکیک گروه

متغیر	گروه	پیش آزمون		پس آزمون	
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
اضطراب	مدیریت والدین	۱۱/۴۷	۳/۹۲	۶/۲۴	۳/۲۳
	بازی درمانی	۱۱/۶۷	۳/۵۹	۶/۵۴	۳/۶۲
	کنترل	۱۴/۵۴	۳/۴۷	۱۱/۸۵	۴/۲۴
مشکلات اجتماعی	مدیریت والدین	۸/۰۸	۲/۷۱	۳/۴۳	۲/۴۲
	بازی درمانی	۸/۲۱	۱/۸۱	۳/۹۹	۲/۲۹
	کنترل	۸/۵۷	۲/۰۹	۷/۱۷	۲/۵۹

به منظور انجام کوواریانس، ابتدا لازم است دو مورد از مهم ترین پیش فرض های انجام آزمون کوواریانس، یعنی نرمال بودن توزیع نمرات و همگنی واریانس ها برقرار باشد. در بررسی پیش فرض های تحلیل کوواریانس، نتایج به دست آمده از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف(Kolmogorov–Smirnov test) حاکی از نرمال بودن توزیع نمرات و نتایج حاصل از آزمون لون (Levene's test) نشان دهنده همگنی واریانس گروه های پژوهش بود که نتایج به دست آمده نشان داد شرایط استفاده از آزمون کوواریانس برقرار است.

بر اساس نتایج به دست آمده در جدول شماره ۴ مشاهده می شود که آماره F با مقدار ۶/۴۳ برای اضطراب و با مقدار ۱۴/۱۴ برای مشکلات اجتماعی معنادار است($P<0.05$). این نتیجه نشان می دهد که بین گروه های مورد پژوهش در اضطراب و مشکلات اجتماعی تفاوت معناداری وجود دارد.

جدول شماره ۴. نتایج آزمون کوواریانس به منظور بررسی اثرات بین گروهی در اضطراب و مشکلات اجتماعی

منبع	متغیر	جمع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری	ضریب اتا
عرض از مبدأ	اضطراب	۱۹/۵۴	۱	۱۹/۵۴	۱/۷۳	۰/۱۹۶	۰/۰۴۰
	مشکلات اجتماعی	۲/۵۹	۱	۲/۵۹	۰/۷۲۵	۰/۴۰۰	۰/۰۱۷
پیش آزمون	اضطراب	۱۱۹/۹۹	۱	۱۱۹/۹۹	۱۰/۶۲	۰/۰۰۲	۰/۲۰۶
	مشکلات اجتماعی	۱۰۳/۵۶	۱	۱۰۳/۵۶	۲۸/۹۷	۰/۰۰۱	۰/۴۱۴
گروه	اضطراب	۱۴۵/۳۵	۲	۷۲/۶۷	۶/۴۳	۰/۰۰۴	۰/۲۳۹
	مشکلات اجتماعی	۱۰۱/۱۰	۲	۵۰/۵۵	۱۴/۱۴	۰/۰۰۱	۰/۴۰۸
خطا	اضطراب	۴۶۳/۲۳	۴۱	۱۱/۲۹			
	مشکلات اجتماعی	۱۴۶/۵۴	۴۱	۳/۵۷			

به منظور مقایسه جفتی گروه ها از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شده است. جدول شماره ۵ نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی به منظور مقایسه جفتی گروه ها را نشان می دهد. بر اساس نتایج به دست آمده، بین آموزش والدین و هم چنین بین بازی درمانی با گروه کنترل تفاوت معناداری وجود دارد($P<0.05$)؛ اما بین آموزش والدین و بازی درمانی تفاوت معناداری وجود ندارد($P>0.05$).

جدول شماره ۵. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی به منظور مقایسه جفتی گروه ها در مرحله پس آزمون اضطراب

گروه ها		تفاوت میانگین ها	خطای استاندارد	معناداری
آموزش والدین	بازی درمانی	-۰/۲۱۲	۱/۲۲	۱
	کنترل	-۴/۲۰	۱/۳۰	۰/۰۰۷
بازی درمانی	آموزش والدین	۰/۲۱۲	۱/۲۲	۱
	کنترل	-۳/۹۸	۱/۲۹	۰/۰۱۱

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-11]

[DOI: 10.29252/sjimu.28.5.64]

بر اساس نتایج به دست آمده در جدول شماره ۶، بین آموزش والدین و هم چنین بین بازی درمانی با گروه کنترل تفاوت معناداری وجود دارد($P<0.05$)؛ اما بین آموزش والدین و بازی درمانی تفاوت معناداری وجود ندارد($P>0.05$).

جدول شماره ۶. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی به منظور مقایسه جفتی گروه ها در مرحله پس آزمون مشکلات اجتماعی

گروه ها		تفاوت میانگین ها	خطای استاندارد	معناداری
آموزش والدین	بازی درمانی	-۰/۴۶۷	۰/۶۹۱	۱
	کنترل	-۳/۴۰	۰/۶۹۳	۰/۰۰۱
بازی‌درمانی	آموزش والدین	۰/۴۶۷	۰/۶۹۱	۱
	کنترل	-۲/۹۳	۰/۶۹۲	۰/۰۰۱

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی آموزش مدیریت والدین(PMT) و بازی درمانی گروهی در کاهش اضطراب و مشکلات اجتماعی کودکان دارای ODD انجام شد. نتایج به دست آمده نشان داد که PMT می تواند موجب بهبود اضطراب و مشکلات اجتماعی کودکان مبتلا به ODD شود. این یافته همسو با برخی از پژوهش های انجام شده است. Hagen و همکاران در پژوهشی بر روی والدین با کودکان دارای مشکلات رفتاری در نروژ نشان دادند که PMT می تواند باعث بهبود مشکلات رفتاری کودکان شود و این بهبودی تا حداقل یک سال پایدار بماند(۱۸). Ollendick و همکاران نیز به این نتیجه رسیدند که PMT می تواند در بهبود برخی از نشانگان کودکان مبتلا به ODD موثر عمل کند(۱۹).

پژوهش هایی که به بررسی علت و هم چنین تداوم و شدت یافتن ODD پرداخته اند، محیط خانواده و خصوصاً نوع رفتار والدین را یکی از دلایل عمده این اختلال برشمرده اند(۱۰،۱۲). PMT دقیقاً این بعد را مورد هدف قرار می دهد. PMT که یک نگاه سیستمی دارد بر این باور است که بسیاری از مشکلات کودکان مبتلا به ODD به خاطر رفتار والدین است و سعی دارد با ارائه آموزش ها و تکنیک هایی از رفتار مخرب والدین جلوگیری کند(۱۵). والدینی که در PMT شرکت می کنند، یاد می گیرند که به جای توجه صرف به رفتارهای منفی کودک و واکنش نشان دادن مخرب و افراطی، به رفتارهای مثبت کودکان توجه کنند و سعی کنند چنین رفتارهایی را تقویت کنند(۱۶). PMT به والدین یاد می دهد که صرفاً روی کودک متمرکز نشوند و به نقش خود در مشکلات کودک توجه کنند. والدین یاد می گیرند که بر رفتار خود نیز نظارت داشته باشند و سعی کنند با والد دیگر به صورت هماهنگ عمل کنند. والدینی که در این دوره شرکت می کنند، به فنون بسیاری مجهز می شوند. آنان یاد می گیرند که عواطف و هیجانات خود را کنترل کنند، خیلی زود تسلیم خواسته های کودک نشوند و سعی کنند راهبردهای موثری در جهت تقویت ارتباط خود با کودکان به کار بگیرند(۱۷). در این زمینه، پژوهش عیسی نژاد و خندان نشان داد که PMT نه تنها در بهبود مشکلات رفتاری-هیجانی کودکان مفید است، بلکه هم چنین در بهبود سبک فرزندپروری والدین نیز می تواند موثر واقع شود(۲۱). وقتی والدین بتوانند رفتاری مناسب و تقویت کننده با کودک داشته باشند، فضایی را ایجاد کنند که در آن کودک دارای ODD احساس پذیرش نماید و هم چنین با الگوسازی خود اصول برقراری ارتباط و حفظ و تقویت تعامل را آموزش دهند، به مرور کودک دارای ODD به آرامش و ثبات درونی دست می یابد و می تواند در تعامل با دیگران مثبت عمل کند.

والدین کودکان دارای ODD قوانین خشک و انعطاف ناپذیری دارند و این حالت باعث بروز پرخاشگری و بدرفتاری در آنان و در نتیجه باعث بروز مشکلات در کودکان آن ها می شود(۱۰،۱۱،۱۴). Latimer و همکاران در بررسی مروری خود نشان دادند که رفتار و نوع رابطه والدین یکی از علل اصلی مشکلات رفتاری کودکان دارای ODD است و این والدین عموماً از رفتار خود و نتایج آن آگاهی کافی ندارند و ضروری است تا آگاهی کافی در این زمینه به

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-11]

[DOI: 10.29252/sjimu.28.5.64]

آن ها داده شود(۱۰). PMT به آنان یاد می دهد که در قوانین خود تجدیدنظر کنند و به جای مدنظر قرار دادن رفاه و آسایش خویش و عمل کردن بر اساس طرحواره ها و افکار قالبی خود، با محور قرار دادن سلامت روان کودک رفتار کنند(۱۶). این والدین یاد می گیرند که هنگامی که کودک مطابق با قوانین آن ها رفتار نکرد، به جای پرخاشگری و خشونت، سعی کنند هیجانات خود را مدیریت کنند و رفتار مناسبی در پیش گیرند. وقتی والدین سبک فرزندپروری مناسبی اتخاذ کنند و در نتیجه شاهد نتایج مثبت باشند باعث می شود به والدگری خود اعتماد کنند و تشویق شوند تا این سبک والدگری را ادامه دهند. چنین حالتی به مراتب یک دور مثبتی ایجاد می کند و باعث بهبود رفتارهای کودک و بهبود رفتارهای والدگری می شود. عظیمی‌فر و همکاران نشان دادند که PMT باعث بهبود احساس خودکارآمدی والدینی در مادران با فرزندان دارای مشکلات رفتاری می شود(۲۲). بنا بر این PMT به والدین یاد می دهد که چگونه به شکل موثری با فرزند خود تعامل داشته باشند، چگونه رفتارهای مثبت او را تقویت کنند و سعی کنند رفتارهای منفی او را خاموش سازی کنند. استفاده از اصول و تکنیک های روان شناسی رفتاری مانند ژتون و محروم سازی باعث می شود تا رفتارهای مطلوب و مثبت کودک تقویت شود و کودک در جهت الگوهای سالم و کارآمد رفتاری حرکت کند.

نتایج دیگر این پژوهش نشان داد که بازی درمانی نیز می تواند باعث بهبود اضطراب و مشکلات اجتماعی در کودکان مبتلا به ODD شود. در یک پژوهش خانزاده نشان داد که بازی درمانی می تواند باعث بهبود روابط در کودکان دارای ODD شود و می تواند به آن ها یاد دهد که چگونه تعارضات خود را حل کنند(۲۳). مرشد و همکاران نیز نشان دادند که بازی درمانی می تواند باعث کاهش علائم نافرمانی و لجبازی در کودکان شود(۲۹).

بازی درمانی روشی است که درمانگر به دنیای درونی کودک وارد می شود و می تواند از طریق بازی مداخله کند(۲۴). کودک از طریق بازی مشکلات درونی خود را به معرض نمایش می گذارد و آن ها را ابراز می کند. ممکن است که بازی و این ابراز کردن مسائل درونی به نوعی باعث تخلیه هیجانی در کودک شود. وقتی کودک از طریق بازی مشکل خود را نشان می دهد، درمانگر در این زمینه مداخله می کند و سعی می کند از طریق بازی چگونگی مقابله با مشکل را آموزش دهد. به عبارتی، بازی نه صرفاً برای شناخت مشکل، بلکه برای درمان و آموزش مهارت نیز به کار گرفته می شود(۲۵).

کودک دارای ODD که توانایی برقراری و حفظ ارتباط سالم را ندارد و عمدتاً با دیگران مشاجره دارد، از طریق بازی یاد می گیرد که چگونه با دیگران ارتباط برقرار کند. پژوهش انجام شده نشان می دهد که بازی درمانی می تواند باعث آموزش و یاددهی مهارت های اجتماعی به کودکان شود(۲۶). در واقع مهارت ها و بازی هایی که در بازی درمانی به کار گرفته می شود باعث می شود تا کودک در مورد خویشتن و دیگران آگاهی کسب کند که چنین حالتی باعث بهبود دنیای درون فردی و بین فردی کودک می شود.

نتایج دیگر این پژوهش نشان داد که بین PMT و بازی درمانی در بهبود اضطراب و مشکلات اجتماعی کودکان دارای ODD تفاوت معناداری وجود ندارد. این نتیجه بیان می کند که هر دو رویکرد به کار گرفته شده می توانند برای این کودکان مفید واقع شوند. از آن جایی که پژوهش ها علت ODD را منابع متفاوتی می دانند(۱۰،۱۲) پس دور از انتظار نیست که PMT و مداخله مستقیم روی کودک هر دو اثرگذار باشند. از این رو، همان طور که پژوهش ها مطرح می کنند بهتر است تا برای مورد هدف قرار دادن مشکلات رفتاری کودکان، مداخلات خانواده درمانی با بازی درمانی ترکیب شود تا شاهد افزایش سلامت روان کودکان باشیم(۳۰).

به طور کلی نتایج این پژوهش نشان داد که مداخله بر روی والدین و بر روی کودک می تواند به صورت هم زمان باعث بهبود اضطراب و مشکلات اجتماعی کودکان مبتلا به ODD شود. مداخله والدمحور به دلیل ارائه مهارت های مورد نیاز به والدین در مورد چگونگی رفتار درست و چگونگی تقویت رفتارهای مثبت و حذف رفتارهای منفی می‌تواند باعث بهبود رفتارهای کودک

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-11]

[DOI: 10.29252/sjimu.28.5.64]

شود. مداخله کودک محور نیز به دلیل ایجاد فضایی برای کودک در جهت برون ریزی خود، الگوگیری و هم چنین ایجاد شرایطی برای تعاملات مثبت در جهت شناخت قوانین و رفتارها و هیجانات مختلف و چگونگی بروز رفتارهای درست باعث کاهش مشکلات رفتاری و هیجانی در آنان می شود. بنا بر این PMT و بازی درمانی به عنوان یک روش موثر در مورد هدف قرار دادن مشکلات رفتاری-هیجانی کودکان مبتلا به ODD پیشنهاد می شود. با این حال، به دلیل نوع نمونه گیری، استفاده تنها از پرسش نامه و البته سوگیری های احتمالی در پاسخ به آن و هم چنین عدم پیگیری اثربخشی، می بایست در تعمیم نتایج احتیاط صورت گیرد. امید است تا در پژوهش های آتی، پژوهشگران با ترکیب PMT و بازی درمانی سعی کنند تا اثر ترکیبی این دو روش را در کاهش مشکلات کودکان دارای ODD و سایر اختلال ها مورد بررسی قرار دهند.

سپاسگزاری

این مقاله برگرفته شده از پایان نامه کارشناسی ارشد روان شناسی بالینی در دانشگاه آزاد اسلامی واحد بندرعباس است. پژوهشگران بر خود لازم می دانند که از کلیه مادران و کودکان شرکت کننده در پژوهش، مدیران مدارس ابتدایی شهر بندرعباس و مسئولین محترم آموزش و پرورش بندرعباس و سایر اساتید و دوستانی که یاریگر ما در این پژوهش بوده اند، تشکر و قدردانی نمایند.

کد اخلاق: IR.HUMS.REC.1398.128

References

1.Strom V, Fonhus MS, Ekeland E, Jamtvedt G. Physical exercise for oppositional defiant disorder and conduct disorder in children and adolescents. Cochr Data Syst Rev 2017; 2017:1-3. doi.10.1002/14651858.CD010670.pub2

2.Kimonis ER, Frick PJ. Oppositional defiant disorder and conduct disorder grown up. J Deve Behavior Pediatri2010; 31:244-54. doi.10.1097/DBP.0b013e3181d3d320

3.American psychiatric association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 1th ed. Am Psychiatr Publication. 2013; P.201-20.

4.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 Psychiatr2007; 48:703-13. doi.10.1111/j.1469-7610.2007. 01733.x

5.Fraire MG, Ollendick TH. Anxiety and oppositional defiant disorder a transdiagnostic conceptualization. Clin Psychol Rev 2013; 33:229-40. doi.10.1016/j.cpr.2012.11.004

6.Szentivanyi D, Balazs J. Quality of life in children and adolescents with symptoms or diagnosis of conduct disorder or oppositional defiant disorder. Ment Health Preve 2018; 10:1-8. doi. 10.1016/j.mhp.2018.02.001

7.Schoorl J, Vanrijn S, Wied M, Goozen SH, Swaab H. Variability in emotional/behavioral problems in boys with oppositional defiant disorder or conduct disorder the role of arousal. European Child Adol Psychiatr 2016; 25:821-30. doi.10.1007/s00787-015-0790-5

8.Frankel F, Feinberg D. Social problems associated with ADHD vs. ODD in children referred for friendship problems. Child Psychiatr Hum Dev2002; 33:125-46. doi.10.1023/A:1020730224907

9.Harada Y, Yamazaki T, Saitoh K. Psychosocial problems in attention deficit hyperactivity disorder with oppositional defiant disorder. PCN 2002; 56:365-9. doi.10.1046/j.1440-1819.2002.01024.x

10.Latimer K, Wilson P, Kemp J, Thompson L, Sim F, Gillberg C, et al. Disruptive behavior disorders a systematic review of environmental antenatal and early years' risk factors. Child Care Health Deve 2012; 38:611-28. doi.10.1111/j.1365-2214.2012.01366.x

11.Nordahl HM, Wells A, Olsson CA, Bjerkeset O. Association between abnormal psychosocial situations in childhood, generalized anxiety disorder and oppositional defiant disorder. J Psychiatr

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-11]

[DOI: 10.29252/sjimu.28.5.64]

2010; 44:852-8. doi.10.3109/00048674.2010.489504
12.Lavigne JV, Gouze KR, Hopkins J, Bryant FB. A multidomain cascade model of early childhood risk factors associated with oppositional defiant disorder symptoms in a community sample of 6-year olds. Deve Psychol 2016; 28:1547-62. doi.10.1017/S0954579415001194
13.Dretzke J, Frew E, Davenport CA, Barlow J, Stewart S, Sandercock J, et al. The effectiveness and cost effectiveness of parent training education programmes for the treatment of conduct disorder including oppositional defiant disorder in children. NIHRJ2005; 3:17-25.
14.Burke JD, Romano AM. Oppositional defiant disorder. 1 th ed. Con Dis Acad Publication. 2018; P. 21-52. doi.10.1016/B978-0-12-811323-3.00002-X
15.Michelson D, Davenport C, Dretzke J, Barlow J, Day C. Do evidence based interventions work when tested in the real world? Clin Child Fam Psychol Rev 2013; 16:18-34. doi.10.1007/s10567-013-0128-0
16.Ebrahimzade K, Agashteh M, berenjkar A. [The effectiveness of parent management training comparing with drug therapy on reducing anxiety in preschool children]. JPEN 2017; 3:41-48. doi.jpen.ir/article-1-214-fa.html (Persian)
17.Sukhodolsky DG, Gorman BS, Scahill L, Findley D, Mcguire J. Exposure and response prevention with or without parent management training for children with obsessive compulsive disorder complicated by disruptive behavior: A multiple baseline across-responses design study. JAD 2013; 27:298-305. doi.10.1016/j.janxdis.2013.01.005
18.Hagen KA, Ogden T, Bjornebekk G. Treatment outcomes and mediators of parent management training: A one-year followup of children with conduct problems. JCCAP 2011; 40:165-78. doi.10.1080/15374416.2011.546050
19.Ollendick TH, Greene RW, Austin KE, Fraire MG, Halldorsdottir T, Allen KB, et al. Parent management training and collaborative and proactive solutions a randomized control trial for oppositional youth. JCCAP 2016; 45:591-604. doi.10.1080/15374416.2015.1004681
20.Kling A, Forster M, Sundell K, Melin L. A randomized controlled effectiveness trial of parent management training with varying degrees of therapist support. Behav Therap 2010; 41:530-42. doi.10.1016/j.beth.2010.02.004
21.Azimifar S, Jazayeri RS, Fatehizade M, Abedi A. Comparing the effects of parent management training and parenting based on acceptance and commitment therapy on externalizing behavior problems among preschool children. J Appl Psychol Res 2019; 10:1-8. doi.10.22059/japr.2019.274481.643152 (Persian)
22.Dempsey J, McQuillin S, Butler AM, Axelrad ME. Maternal depression and parent management training outcomes. J Clin Psychol Med Set2016; 23:240-6. doi.10.1007/s10880-016-9461-z
23.HosseinKhanzadeh AA. [The effect of child-centered play therapy on the self-efficacy in peer relations among students with oppositional defiant disorder symptoms]. Q J Child Mental Health 2017; 4:49-59. (Persian) doi.childmentalhealth.ir/article-1-393-en.html
24.Sohranishegefti N. [Play therapy techniques and its implication for emotional disturbances and behavioral disorders]. J Manage Syst 2011; 1: 45-63. (Persian) doi.jpmm.miau.ac.ir/article_1130.html?lang=en
25.Pedrocarroll JL, Jones SH. A preventive play intervention to foster children's resilience in the aftermath of divorce. APA 2005; 3:22-8. doi.10.1037/11086-004
26.Meanywalen KK, Teeling S. Adlerian play therapy with students with externalizing behaviors and poor social skills. IJPT 2016; 25:64. doi.10.1037/pla0000022
27.Delavar A. Theoretical and practical foundations of research in the humanities and social sciences. 2 th ed. Tehran Roshd Publication. 2015; P. 211-220
28.Sajadi H. Defiant children a clinician's manual for assessment and parent training. 1 th ed. Roshd Publication. 2017; P.34-59.
29.Morshed N, Davoodi I, Babamiri M. [Effectiveness of group play therapy on symptoms of oppositional defiant among children]. J Edu Commun Health 2015; 2:12-8. doi.jech.umsha.ac.ir/article-1-141-en.html (Persian)

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-11]

[DOI: 10.29252/sjimu.28.5.64]

JOEC2006; 6:529-58. doi.joec.ir/article-1-416-en.html (Persian)

30.Minaee A. Adaptation and standardization of child behavior checklist, youth self-report and teachers report forms.

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-11]

[DOI: 10.29252/sjimu.28.5.64]

Comparison of the Effect of Parent Management Training and Play Therapy on Anxiety and Social Problems of Children with Oppositional Defiant Disorder

Aeini B[1], Hajializadeh K[1]*

(Received: January 5, 2020 Accepted: September 7, 2020)

Abstract

Introduction: Children with the oppositional defiant disorder (ODD) suffer from numerous intrapersonal and interpersonal problems. Therefore, this study aimed to compare the effectiveness of parent management training (PMT) and play therapy on anxiety and social problems of children with ODD.

Materials & Methods: This semi-experimental study was conducted based on a pretest-posttest design with one control and two experimental groups. The statistical population consisted of all elementary female students with a diagnosis of ODD in Bandar Abbas, Iran, during 2018. This study included 45 female adolescents who were selected through the purposive sampling method and divided into three groups of PMT, play therapy, and control. Mothers of children with ODD in the PMT group were investigated in this study. The data were collected using the Child Behavior Checklist (CBCL) and analyzed in SPSS software (version 22) through ANCOVA and Bonferroni post hoc test. *Ethics code:* IR.HUMS.REC.1398.128

Findings: The results showed a significant difference between the experimental and control groups regarding anxiety ($F=6.43$, $P<0.05$) and social problems ($F=14.14$, $P<0.05$) of children with ODD at the posttest. However, no significant difference was observed between the PMT and play therapy groups.

Discussions & Conclusions: According to the findings, PMT and play therapy can be used as effective ways to reduce the intrapersonal and interpersonal problems of children with ODD.

Keywords: Anxiety, Oppositional defiant, Parent training, Play therapy, Social problems

1. Dept of Psychology, Bandar Abbas Branch, Islamic Azad University, Bandar Abbas, Iran
**Corresponding author Email: ph_alizadeh@yahoo.com*

[Downloaded from sjimu.medilam.ac.ir on 2026-11-11]

[DOI: 10.29252/sjimu.28.5.64]