

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

بهاره آئینی<sup>۱</sup>، کبری حاجی علیزاده\*

(۱) گروه روان شناسی، واحد بندرعباس، دانشگاه آزاد اسلامی، بندرعباس، ایران

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۰۶/۱۹

تاریخ دریافت: ۱۳۹۸/۱۰/۱۵

### 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 کودکان 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 روان شناسی، 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.

مقدمه

اختلال نافرمانی مقابله‌ای (Oppositional defiant disorder, ODD) یکی از اختلال‌های رایجی است که بسیاری از کودکان و نوجوانان را به مراکز درمانی می‌کشاند (۱). این اختلال که تقریباً شیوع ۲ تا ۱۶ درصدی دارد مشکلات زیادی را برای فرد و اطرافیان وی به وجود می‌آورد (۲). ODD یک الگوی خلق خشمگین/تحریک‌پذیر، رفتار جر و بحث/مقابله‌ای یا تلافی‌جویانه 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 می‌شود. کودکان دارای ODD عمدتاً از کوره در می‌روند، خشمگین هستند، با مراجع قدرت بحث و مخالفت می‌کنند، از درخواست‌های مراجع قدرت یا از قوانین پیروی نمی‌کنند، به راحتی دلخور می‌شوند و معمولاً به طور عمدی دیگران را ناراحت می‌کنند و برای اشتباه خودشان، دیگران را سرزنش می‌کنند (۳).

بر اساس پژوهش‌های انجام گرفته، ODD پیش‌آگهی نامطلوبی دارد و عمدتاً کودکان دارای ODD در آینده مشکلات بسیاری را تجربه می‌کنند و در معرض انواع آسیب‌ها و اختلالات روانی قرار دارند (۴). افراد دارای ODD از اضطراب و افسردگی رنج می‌برند؛ 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، خشم و عصبانیتی که این افراد آن را تجربه می‌کنند (۷) و نافرمانی که همواره نسبت به افراد پیرامون خود دارند باعث می‌شود تا مشکلات ارتباطی و اجتماعی بیشتری داشته باشند (۸). به عبارتی، کودکان مبتلا ODD به دلیل ویژگی‌هایی که دارند عمدتاً دارای روابط محدود و سطحی هستند، با دوستان و همسالان خود مشکلات زیادی را تجربه می‌کنند 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 می‌رسد 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 آنان عمدتاً خشک و بدون انعطاف‌پذیری است و برای اصلاح رفتار کودک، به جای تشویق و تقویت‌های مثبت، عمدتاً دست به پرخاشگری و تنبیه می‌زنند (۱۲). همان‌طور که مشخص است، والدین و خصوصاً مادر در شکل‌گیری شخصیت و رفتار کودکان ODD نقش برجسته‌ای دارند و به نظر می‌رسد ضروری است تا والدین کودکان دارای ODD آموزش‌هایی در زمینه نحوه والدگری دریافت کنند (۱۳)؛ چرا که رفتار مخرب و نامناسب والدین باعث شدت گرفتن رفتارهای مخرب کودک می‌شود و این حالت دور باطلی را ایجاد می‌کند که در آن رفتارهای کودک نیز، باعث شدت گرفتن رفتارهای نامناسب والدین می‌شود (۱۴).

یکی از برنامه‌هایی 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 روش‌هایی را یاد می‌گیرند تا رفتارهای اختلال‌گرانه 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 می‌دهد و والدین چنین کودکانی قواعد خشک و انعطاف‌ناپذیر و مبتنی بر خشونت دارند که باعث می‌شود کودک بیشتر دست به نافرمانی بزند (۱۷).

PMT به والدین یاد می‌دهد که چگونه بر رفتار خود نظارت داشته باشند و سعی کنند در مقابل کودک به صورت هماهنگ رفتار کنند. هم‌چنین PMT به والدین یاد می‌دهد 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 کنترل رفتارهای منفی کودکان ارائه می‌دهد، بلکه اعتماد به نفس والدگری را نیز به والدین می‌بخشد (۱۶). پژوهش‌ها نشان داده‌اند که PMT در بهبود مشکلات کودکان و هم‌چنین رفتارهای والدگری

بهبود رفتارهای نامناسب و تعاملات اجتماعی ضعیف کودکان مفید واقع شود (۲۶).

با توجه به نتایج پژوهش‌های مطرح شده، مشخص است که کودکان مبتلا به ODD و والدین آن‌ها مشکلات را تجربه می‌کنند که با ایجاد یک دور باطل باعث رفتار نامناسب از سوی والدین و در نتیجه رفتارهای اخلاقی گرانه از سوی فرزند می‌شود و این دور به مرور موجب بدتر شدن رفتارهای هر دو طرف می‌شود. 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، گوشه‌گیری کنند و در رفتارهای اجتماعی که لازمه زندگی مولد است، ناکارآمد عمل کنند. با توجه به چنین شرایطی، ضروری است تا روش‌هایی به منظور کاستن چنین مشکلاتی تدارک دیده شود. به منظور تدارک چنین روش‌هایی 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 می‌کند؟ چرا که با توجه به تغییرات زندگی انسان، ممکن است برخی از مداخلات مثل قبل‌کارایی نداشته باشند و از این رو ضروری است تا در صورت عدم وجود پژوهش‌های جدید، پژوهش‌هایی به منظور بررسی کارایی آن‌ها صورت گیرد. هم‌چنین به دلیل کمبود منابع، ضروری است تا مداخلات مختلف مورد مقایسه قرار بگیرند و آن‌هایی 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 روش‌ها

طرح پژوهش حاضر، به صورت نیمه آزمایشی، از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با دو گروه آزمایشی PMT و بازی درمانی و هم‌چنین یک گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش شامل کلیه دانش‌آموزان

می‌تواند بسیار خوب عمل کند (۱۹). Kling و همکاران (۲۰) در پژوهش خود نشان دادند که PMT می‌تواند باعث بهبود رفتارهای مخرب فرزندان و والدین شود. پژوهش‌های داخلی نیز بر اثر مثبت PMT در بهبود مشکلات رفتاری-هیجانی کودکان و والدین در برخی حوزه‌ها اشاره کرده‌اند (۲۱). با وجود چنین شواهدی از اثربخشی PMT، Dempsey و همکاران اشاره کرده‌اند که PMT ممکن است در برخی از حوزه‌ها موثر عمل نکند (۲۲). به نظر می‌رسد با وجودی که والدین تاثیر زیادی بر رفتارهای کودکان دارای ODD دارند، اما ممکن است بخشی از رفتار مخرب کودک صرفاً متأثر 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 روان‌شناختی کودک محور که به نظر می‌رسد بتواند در کاهش علائم کودکان مبتلا به ODD موثر واقع شود بازی درمانی (Play therapy) است (۲۳). بازی درمانی تکنیکی است که توسط آن طبیعت کودکان بیان می‌شود. بازی درمانی به کودکان اجازه می‌دهد که بدون نیاز به مهارت‌های کلامی سطح بالا بتوانند مشکلات خود را ابراز کنند (۲۴). در واقع بازی درمانی، باعث می‌شود تا تجربیات، افکار، احساسات و تمایلاتی که برای کودک تهدیدکننده هستند و نمی‌تواند آن‌ها را به صورت کلامی و مستقیم ابراز کند، در قالب بازی نشان دهد (۲۵). بازی درمانی می‌تواند 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، می‌تواند مهارت‌ها و رفتارهای کارآمد و سازش یافته‌ای را به کودک بیاموزد (۲۵). پژوهش‌ها نشان می‌دهد که بازی درمانی می‌تواند در بهبود رفتارها و هیجانات مشکل‌آفرین کودکان کارآمدی داشته باشد (۲۴) Meany-Walen و Teeling در پژوهشی نشان دادند که بازی درمانی می‌تواند در

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، اطلاعاتشان مخفی 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، آموزش گروهی را در طی ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه ای بر اساس پروتکل Barkley (۲۸) و گروه آزمایش بازی درمانی نیز آموزش گروهی را در ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه ای بر اساس تلفیق پروتکل های مرشید و همکاران (۲۹) و سهرابی شگفتی (۲۴) به صورت هفته ای یک جلسه دریافت کردند. گروه کنترل هیچ نوع درمانی را دریافت نکردند. خلاصه جلسات به صورت زیر هستند:

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 های مورد پژوهش، ابتدا کودکانی که به روان پزشک ارجاع داده شده بودند و تشخیص ODD بر اساس DSM-5 دریافت کرده بودند انتخاب شدند. سپس طی جلسه 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 دریافت تشخیص ODD، عدم تشخیص اختلال سلوک و بیش فعالی، قرار گرفتن در محدوده سنی ۸ تا ۱۲ سال، داشتن جنسیت مونث و

جدول شماره ۱. خلاصه جلسات PMT

| محتوای جلسات    |  |
|-----------------|--|
| جلسه اول        | بررسی علل بد رفتاری کودکان، ویژگی کودکان، ویژگی والدین، علل زمینه ای، ارائه تکلیف در منزل و این مطلب که والدین چگونه می توانند مشکلات رفتاری کودکان را ارزیابی کنند.   |
| جلسه دوم        | آموزش به والدین در خصوص نحوه 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، آموزش 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 مطلب 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 کودکان 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 مطلب 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.   |

## 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 در رفتن، 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.   |

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 (۰/۳۰). 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  $9/1 \pm 80/52$ ، گروه بازی درمانی  $10/13 \pm 1/45$  و گروه کنترل  $9/86 \pm 1/35$  سال بود.

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

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

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

| متغیر          | گروه          | پیش آزمون        |         | پس آزمون         |         |
|----------------|---------------|------------------|---------|------------------|---------|
|                |               | انحراف استاندارد | میانگین | انحراف استاندارد | میانگین |
| 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    |

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.

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 کولموگوروف-اسمیرنوف (Kolmogorov-Smirnov test) حاکی از نرمال بودن توزیع نمرات و نتایج حاصل از آزمون لون (Levene's test) نشان دهنده همگنی واریانس

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

| منبع        | متغیر          | جمع مجزورات | درجه آزادی | میانگین مجزورات | 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            |       |          |          |

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 ( $P > 0.05$ ).

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

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        |
| کنترل        |                  | ۴/۲۰           | ۰/۰۰۷    |
| بازی درمانی  | آموزش والدین     | ۰/۲۱۲          | ۱        |
| کنترل        |                  | ۳/۹۸           | ۰/۰۱۱    |

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 گروه‌ها در مرحله پس آزمون مشکلات اجتماعی

| گروه‌ها      |              | تفاوت میانگین‌ها | 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 می‌تواند موجب بهبود اضطراب و مشکلات اجتماعی کودکان مبتلا به ODD شود. این یافته همسو با برخی از پژوهش‌های انجام شده است. Hagen و همکاران در پژوهشی بر روی والدین با کودکان دارای مشکلات رفتاری در نروژ نشان دادند که PMT می‌تواند 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 می‌تواند در بهبود برخی از نشانگان کودکان مبتلا به ODD موثر عمل کند (۱۹).

پژوهش‌هایی که به بررسی علت و هم چنین تداوم و شدت یافتن ODD پرداخته‌اند، محیط خانواده و خصوصاً نوع رفتار والدین را یکی از دلایل عمده این اختلال برشمرده‌اند (۱۰، ۱۲). PMT دقیقاً این بعد را مورد هدف قرار می‌دهد. 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 آموزش‌ها و تکنیک‌هایی از رفتار مخرب والدین جلوگیری کند (۱۵). والدینی که در PMT شرکت می‌کنند، یاد می‌گیرند 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 می‌دهد که صرفاً روی کودک متمرکز

نشوند و به نقش خود در مشکلات کودک توجه کنند. والدین یاد می‌گیرند 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 می‌کنند، به فنون بسیاری مجهز می‌شوند. آنان یاد می‌گیرند که عواطف و هیجانات خود را کنترل کنند، خیلی زود تسلیم خواسته‌های 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 می‌تواند 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 می‌یابد و می‌تواند 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 آن‌ها می‌شود (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

آن‌ها داده شود (۱۰). PMT به آنان یاد می‌دهد که در قوانین خود تجدیدنظر کنند و به جای مدنظر قرار دادن رفاه و آسایش خویش و عمل کردن بر اساس طرحواره‌ها و افکار قالبی خود، با محور قرار دادن سلامت روان کودک رفتار کنند (۱۶). این والدین یاد می‌گیرند که هنگامی که کودک مطابق با قوانین آن‌ها 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 می‌شود به والدگری خود اعتماد کنند و تشویق شوند تا این سبک والدگری را ادامه دهند. چنین حالتی به مراتب یک دور مثبتی ایجاد می‌کند و باعث بهبود رفتارهای کودک و بهبود رفتارهای والدگری می‌شود. عظیمی‌فر و همکاران نشان دادند که PMT باعث بهبود احساس خودکارآمدی والدینی در مادران با فرزندان دارای مشکلات رفتاری می‌شود (۲۲). بنا بر این PMT به والدین یاد می‌دهد 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 تکنیک‌های روان‌شناسی رفتاری مانند ژتون و محروم سازی باعث می‌شود 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 می‌تواند باعث بهبود اضطراب و مشکلات اجتماعی در کودکان مبتلا به ODD شود. در یک پژوهش خانزاده نشان داد که بازی درمانی می‌تواند باعث بهبود روابط در کودکان دارای ODD شود و می‌تواند به آن‌ها یاد دهد که چگونه تعارضات خود را حل کنند (۲۳). مرشد و همکاران نیز نشان دادند که بازی درمانی می‌تواند باعث کاهش علائم نافرمانی و لجبازی در کودکان شود (۲۹).

بازی درمانی روشی است که درمانگر به دنیای درونی کودک وارد می‌شود و می‌تواند از طریق بازی مداخله کند (۲۴). کودک از طریق بازی مشکلات درونی خود را به معرض نمایش می‌گذارد و آن‌ها را ابراز

می‌کند. 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 می‌دهد، درمانگر در این زمینه مداخله می‌کند و سعی می‌کند 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 می‌شود (۲۵).

کودک دارای ODD که توانایی برقراری و حفظ ارتباط سالم را ندارد و عمدتاً با دیگران مشاجره دارد، از طریق بازی یاد می‌گیرد که چگونه با دیگران ارتباط برقرار کند. پژوهش انجام شده نشان می‌دهد که بازی درمانی می‌تواند باعث آموزش و یاددهی مهارت‌های اجتماعی به کودکان شود (۲۶). در واقع مهارت‌ها و بازی‌هایی که در بازی درمانی به کار گرفته می‌شود باعث می‌شود تا کودک در مورد خویشتن و دیگران آگاهی کسب کند که چنین حالتی باعث بهبود دنیای درون فردی و بین فردی کودک می‌شود.

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 می‌کند که هر دو رویکرد به کار گرفته شده می‌توانند برای این کودکان مفید واقع شوند. از آن جایی که پژوهش‌ها علت ODD را منابع متفاوتی می‌دانند (۱۰، ۱۲) پس دور از انتظار نیست که PMT و مداخله مستقیم روی کودک هر دو اثرگذار باشند. از این رو، همان‌طور که پژوهش‌ها مطرح می‌کنند 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 می‌تواند به صورت هم‌زمان باعث بهبود اضطراب و مشکلات اجتماعی کودکان مبتلا به ODD شود. مداخله والدمحور به دلیل ارائه مهارت‌های مورد نیاز به والدین در مورد چگونگی رفتار درست و چگونگی تقویت رفتارهای مثبت و حذف رفتارهای منفی می‌تواند باعث بهبود رفتارهای کودک



تا اثر ترکیبی این دو روش را در کاهش مشکلات کودکان دارای ODD و سایر اختلال‌ها مورد بررسی قرار دهند.

### سپاسگزاری

این مقاله برگرفته شده از پایان نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی در دانشگاه آزاد اسلامی واحد بندرعباس است. پژوهشگران بر خود لازم می‌دانند که از کلیه مآدران و کودکان شرکت‌کننده 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 بوده‌اند، تشکر و قدردانی نمایند.

کد/خلاق: IR.HUMS.REC.1398.128

شود. مداخله کودک محور نیز به دلیل ایجاد فضایی برای کودک در جهت برون‌ریزی خود، الگوگیری و هم‌چنین 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 می‌شود. 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 می‌شود. با این حال، به دلیل نوع نمونه‌گیری، استفاده تنها از پرسش‌نامه و البته سوگیری‌های احتمالی در پاسخ به آن و هم‌چنین عدم پیگیری اثربخشی، می‌بایست در تعمیم نتایج احتیاط صورت گیرد. امید است تا در پژوهش‌های آتی، پژوهشگران با ترکیب PMT و بازی درمانی سعی کنند

### 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 Pediatr* 2010; 31:244-54. doi.10.1097/DBP.0b013e3181d3d320
3. American psychiatric association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 1<sup>th</sup> 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 Psychiatr* 2007; 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 Dev* 2002; 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*

- 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<sup>th</sup> 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.jpenn.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.Azimidfar 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 Set* 2016; 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<sup>th</sup> ed. Tehran Roshd Publication. 2015; P. 211-220
- 28.Sajadi H. *Defiant children a clinician's manual for assessment and parent training*. 1<sup>th</sup> 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)

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

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

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

Aeini B<sup>1</sup>, Hajjalizadeh K<sup>1\*</sup>

(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