

Comparing the Effectiveness of Play Therapy Training Based on Parent-Child Relationship and Parent Management Program Training in Reducing the Symptoms of Oppositional Defiant Disorder and Improving the Resilience of These Children in Elementary School

Tatlari F¹, *Hakimirad E², Kashani Vahid L³, Ebrahimipoor M³, Nosrati F⁴, Mojaver SH⁵

Author Address

1. Master in Psychology and Education of Exceptional Children, School of Literature, Social Science and Humanities, Science & Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran;
2. Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Shahid Beheshti University, Tehran, Iran;
3. Assistant Professor, Department of Psychology and Education of Exceptional Children, School of Literature, Social Science and Humanities, Science & Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran;
4. Associate Professor, Department of Psychology and Education of Exceptional Children, Faculty of Psychology and Educational Sciences, University of Tehran, Tehran, Iran;
5. PhD Student in Psychology and Exceptional Child Education, Faculty of Psychology and Educational Sciences, University of Tehran, Tehran, Iran.

*Corresponding author Email: e.hakimirad@sbu.ac.ir

Received: 2023 June 17; Accepted: 2023 July 8

Abstract

Background & Objectives: Some children may show internalizing and externalizing behavior problems in the family or school environment. Among the externalizing behavioral problems of children, oppositional defiant disorder is one of the most common psychological problems. Some researchers emphasize the role of environmental factors in children's psychopathology, including the occurrence of symptoms of oppositional defiant disorder. In other words, the family provides structural and internal dynamics that may result in behavioral problems in children and the behavioral functioning of families. In this research, we explored which family-oriented interventions are more effective in improving the symptoms of stubborn disobedience disorder and increasing resilience. As a result, the present study aimed to compare the effectiveness of play therapy training based on parent-child relationship and parent management program training on reducing the symptoms of oppositional defiant disorder and improving the resilience of these children in elementary school.

Methods: The current research method was quasi-experimental with a pretest-posttest design with a control group. The study's statistical population included all the mothers of first- to third-grade children with oppositional defiant disorder studying in the boys' primary school in the 18th district of Tehran City, Iran, in the academic year of 2021-2022. The research sample consisted of 36 mothers. They were selected by available sampling and assigned to three groups: play therapy based on the parent-child relationship, parent management program, and control (12 mothers in each group). The inclusion criteria were as follows: diagnosing symptoms of the oppositional defiant disorder in their children, lacking other severe psychiatric disorders such as schizophrenia and obsession or psychological disorders, not receiving medicine in students, lacking a history of physical diseases in students, providing consent of mothers to participate in the research, and participating in all sessions. The exclusion criteria were non-cooperation and the absence of more than two group training sessions. The study data in the pretest and posttest were gathered via Child Symptom Inventory-4 (Gadow & Sprafkin, 1994) and Social-Emotional Assets and Resilience Scales (SEARS) (Merrell et al., 2011). The subjects of the experimental groups (mothers) received play therapy sessions based on the parent-child relationship and parent management program, and no action was taken in the control group. The analysis of research data was done through descriptive (mean and standard deviation) and inferential statistics (multivariate and univariate analysis of covariance tests and Tukey's post hoc test) in SPSS version 24 software. *P* values less than 0.05 were considered statistically significant.

Results: Findings showed that play therapy based on parent-child relationship and parent management program were effective in reducing symptoms of oppositional defiant disorder ($p < 0.001$) and in increasing resilience components, including self-regulation ($p < 0.001$), social competence ($p < 0.001$), empathy ($p < 0.001$), responsibility ($p < 0.001$), and total resilience ($p < 0.001$). A pairwise comparison showed no significant difference between the two intervention groups in reducing the variables of oppositional defiant disorder syndrome ($p = 0.510$) and improving resilience components, including self-regulation ($p = 0.741$), social competence ($p = 0.981$), empathy ($p = 0.427$), responsibility ($p = 0.974$), and total resilience ($p = 0.887$).

Conclusion: Play therapy based on parent-child relationships and parent management program effectively improves the children's oppositional defiant disorder symptoms and resilience. Furthermore, there were no significant differences between the effectiveness of the two interventions. Therefore, it is recommended that both interventions be conducted in schools and health centers by psychologists and counselors.

Keywords: Play therapy based on parent-child relationship, Parent management program, Oppositional defiant disorder syndrome, Resilience.

مقایسه اثربخشی آموزش بازی درمانی مبتنی بر رابطه والد- کودک و آموزش برنامه مدیریت والدین در کاهش نشانگان اختلال نافرمانی مقابله‌ای و ارتقای تاب‌آوری این کودکان در مقطع ابتدایی

فاطمه تاتلاری^۱، *الهام حکیمی راد^۲، لیلا کاشانی وحید^۳، مجید ابراهیم‌پور^۴، فاطمه نصرتی^۵، شیرین مجاور^۵

توضیحات نویسندگان

۱. کارشناس ارشد روان‌شناسی، گروه روان‌شناسی و آموزش کودکان استثنایی، دانشکده ادبیات، علوم اجتماعی و انسانی، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران؛

۲. استادیار، گروه روان‌شناسی، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه شهید بهشتی، تهران، ایران؛

۳. استادیار، گروه روان‌شناسی و آموزش کودکان استثنایی، دانشکده ادبیات، علوم اجتماعی و انسانی، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران؛

۴. دانشیار، گروه روان‌شناسی و آموزش کودکان استثنایی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، تهران، ایران؛

۵. دانشجوی دکتری روان‌شناسی و آموزش کودکان استثنایی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه تهران، تهران، ایران.

*رایانامه نویسنده مسئول: e_hakimirad@sbu.ac.ir

تاریخ دریافت: ۲۷ خرداد ۱۴۰۲؛ تاریخ پذیرش: ۱۷ تیر ۱۴۰۲

چکیده

زمینه و هدف: از میان مشکلات رفتاری برونی‌سازی کودکان، نشانگان اختلال نافرمانی مقابله‌ای، یکی از رایج‌ترین مشکلات روان‌شناختی کودکان است؛ هدف پژوهش حاضر، مقایسه آموزش بازی درمانی مبتنی بر رابطه والد- کودک و آموزش برنامه مدیریت والدین در کاهش نشانگان اختلال نافرمانی مقابله‌ای و ارتقای تاب‌آوری این کودکان در مقطع ابتدایی بود.

روش بررسی: روش پژوهش حاضر، نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون همراه با گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش را مادران منطقه هیجده شهر تهران دارای کودک با نشانگان اختلال نافرمانی مقابله‌ای در سال تحصیلی ۱۴۰۱-۱۴۰۰ تشکیل دادند. از این جامعه ۳۶ نفر از افراد داوطلب واجد شرایط به‌شیوه نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. داده‌ها در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون از طریق پرسش‌نامه علائم مرضی کودکان (گادو و اسپرافکین، ۱۹۹۴) و مقیاس‌های توانمندی اجتماعی-هیجانی و تاب‌آوری (مرل و همکاران، ۲۰۱۱) جمع‌آوری شد. مادران به‌طور تصادفی در سه گروه بازی درمانی مبتنی بر رابطه والد- کودک، برنامه مدیریت والدین و گواه (هر گروه دوازده نفر) قرار گرفتند. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از آزمون‌های تحلیل کوواریانس چندمتغیره و تک‌متغیره و آزمون تعقیبی توکی در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۴ صورت گرفت. مقادیر احتمال کمتر از ۰/۰۵ از نظر آماری معنادار بود.

یافته‌ها: بازی درمانی مبتنی بر رابطه والد- کودک و برنامه مدیریت والدین در کاهش نشانگان اختلال نافرمانی مقابله‌ای ($p < ۰/۰۰۱$) و افزایش مؤلفه‌های تاب‌آوری شامل خودتنظیمی، توانمندی اجتماعی، همدلی، مسئولیت‌پذیری و کل تاب‌آوری مؤثر بودند ($p < ۰/۰۰۱$). براساس نتایج مقایسه زوجی گروه‌ها، میان دو گروه دریافت‌کننده آموزش، در کاهش نشانگان اختلال نافرمانی مقابله‌ای و ارتقای تاب‌آوری و مؤلفه‌های آن در دانش‌آموزان تفاوت معناداری مشاهده نشد ($p > ۰/۰۵$).

نتیجه‌گیری: براساس یافته‌ها، بازی درمانی مبتنی بر رابطه والد- کودک و برنامه مدیریت والدین در بهبود نشانگان اختلال نافرمانی مقابله‌ای و تاب‌آوری این کودکان اثربخش‌اند و تفاوت معناداری بین اثربخشی دو مداخله وجود ندارد.

کلیدواژه‌ها: بازی درمانی مبتنی بر رابطه والد- کودک، برنامه مدیریت والدین، نشانگان اختلال نافرمانی مقابله‌ای، تاب‌آوری.

رفتار کودکان در دوره ابتدایی، شاخص مهمی برای سازگاری^۱ در این مرحله از رشد است؛ با این حال، برخی از کودکان ممکن است مشکلات رفتاری برونی سازی^۲ یا درونی سازی^۳ در محیط خانواده یا مدرسه نشان دهند (۱). از میان مشکلات رفتاری برونی سازی کودکان، نشانگان اختلال نافرمانی مقابله ای^۴، از مشکلات بسیار رایج است (۲). در نشانگان اختلال نافرمانی مقابله ای، رفتارهای تضادورزانه، از کوره در رفتن، زودرنجی، رعایت نکردن دستورات و مقررات و رفتارهای قانون شکنانه در مقایسه با کودکان همسن بسیار بیشتر است؛ اما الگوهای رفتاری پر خاشگرایانه^۵ شدید و نقض جدی قوانین و مقررات اجتماعی مشاهده نمی شود (۳). تونگ و لی در پژوهشی دریافتند، کودکانی که معیارهای تشخیصی نشانگان اختلال نافرمانی مقابله ای دارند، در داشتن تعاملات اجتماعی و رفتارهای سازشی با مشکلاتی مواجه می شوند و به نوبه خود احتمال طرد شدن از سوی همسالان و اعضای خانواده را خواهند داشت (۴). همسو با نتایج این پژوهش، لئون-دل-بارکو و همکاران اذعان داشتند، این کودکان چالش های فراوانی را برای خانواده های خود ایجاد می کنند و رفتارهایی از خود نشان می دهند که تأثیر منفی بر اطرافیان می گذارد و واکنش های ناخوشایند این افراد در پاسخ به رفتار آن ها، متقابلاً به خودشان بازمی گردد (۲)؛ از این رو، این رفتارهای چالش برانگیز، پیامدهای جدی در عملکرد انطباقی کودکان در خانه و مدرسه دارد. به عبارت دیگر، کودکان با نشانگان اختلال نافرمانی مقابله ای، فاقد مهارت های ارتباط با دیگران هستند و فرصت های کمتری برای بهبود این مهارت ها دریافت می کنند (۵).

بر اساس سبب شناسی نشانگان اختلال نافرمانی مقابله ای، برخی از پژوهش ها، به گرایش ژنتیکی بیولوژیکی (۶) و علل محیطی (۷) اشاره کردند. لیو و همکاران، بر نقش عوامل محیطی در آسیب شناسی روانی کودکان از جمله بروز نشانگان اختلال نافرمانی مقابله ای تأکید داشتند. در واقع، یکی از عوامل محیطی، عملکرد خانواده بود (۸). به عبارت دیگر، خانواده دارای نقش مهمی در رشد روان شناختی^۶ کودکان است و بین عملکرد ضعیف خانواده در تربیت فرزند و کیفیت ضعیف رابطه والد-کودک و بروز مشکلات رفتاری مانند نشانگان اختلال نافرمانی مقابله ای در کودکان رابطه مستقیمی وجود دارد (۹). در پژوهش تقی زاده و همکاران، ارتباط بافت خانواده و رابطه والد-کودک با مشکلات رفتاری کودکان مشخص شد. به عبارتی، با توجه به نقش عوامل محیطی، نشانگان اختلال نافرمانی مقابله ای بر تعامل کودکان با والدین و شیوه پاسخ دهی والدین به کودکان تأثیرگذار است؛ زیرا، این کودکان بسیار پرحرف و منفی گرا و بی اعتنا هستند و کمتر مشارکت و همکاری دارند و رفتارهای برونی سازی شده مانند پر خاشگری از خود نشان می دهند (۱۰). لین و همکاران دریافتند، بدرفتاری با کودکان و تعامل نامناسب با آن ها در محیط خانواده باعث تشدید رفتارهای نافرمانی مقابله ای می شود (۱۱).

از طرف دیگر، پژوهش ساوتویک و همکاران در حوزه رشد کودک و پویایی خانواده مشخص کرد، عوامل حفاظتی در خانواده و مدرسه و محیط های اجتماعی می تواند کودک را از ناملایمات و رویدادهای منفی محافظت کند و موجب کاهش مشکلات رفتاری از جمله اختلال نافرمانی مقابله ای شود (۱۲). این عوامل حفاظتی به ویژگی هایی از محیط مانند تعامل مثبت والد-کودک اشاره دارد که کودکان را قادر می سازد تا با تاب آوری، پیامدهای رویدادها را در جهت مثبت تغییر دهند (۱۳). کاهش مشکلات رفتاری برونی سازی (مانند نشانگان اختلال نافرمانی لجبازی) و حفظ عملکرد رفتاری موفق کودک در مقابل رویدادها به میزان تاب آوری کودک در تعاملات با محیط بستگی دارد (۱۴). تاب آوری به عنوان اطمینان فرد به توانایی هایش برای غلبه بر تنش، داشتن توانایی مقابله ای، حرمت خود، ثبات عاطفی و ویژگی های فردی افزایش دهنده حمایت اجتماعی دیگران، تعریف شده است (۱۵). به بیان دیگر تاب آوری^۷، سازگاری مثبت در واکنش به شرایط دشوار است (۱۶). تاب آوری صرفاً فقدان آسیب شناسی روانی نیست؛ بلکه ساختاری است که سازگاری پویا با ناملایمات را انعکاس می دهد و می تواند در طول زمان تغییر کند (۱۷).

از مداخلات خانواده محور، مداخله بازی درمانی مبتنی بر رابطه والد-کودک^۸ است و برای کاهش نشانگان اختلالات نافرمانی مقابله ای به کار می رود (۱۸). مدل بازی درمانی مبتنی بر رابطه والد-کودک، مدلی ده جلسه ای است که در مقایسه با سایر مدل های بازی درمانی که عمدتاً کودک محور هستند، به محکم کردن ارتباط بین کودک و والد منجر می شود (۱۹). مصطفوی و همکاران اثربخشی بازی درمانی مبتنی بر رابطه والد-کودک را بر کاهش پر خاشگری و نشانگان اختلال نافرمانی مقابله ای در کودکان تأیید کردند (۲۰). جعفری و همکاران به اثربخشی بازی درمانی مبتنی بر رابطه والد-کودک بر کاهش مشکلات رفتاری درونی سازی و برونی سازی در کودکان اشاره داشتند (۲۱). اکبری و همکاران تأثیر بازی درمانی والد محور را بر کاهش نشانگان اختلال نافرمانی مقابله ای تأیید کردند (۱۸). از سویی، با بررسی پیشینه های پژوهشی مشخص شد، مطالعه ای که در ارتباط با بازی درمانی مبتنی بر رابطه والد-کودک و افزایش تاب آوری کودکان باشد، کودک محور بود (۲۲)؛ به این معنا که پژوهشی در زمینه اثربخشی بازی درمانی مبتنی بر رابطه والد-کودک بر ارتقای تاب آوری کودکان با نشانگان اختلال نافرمانی مقابله ای و بهنجار انجام نشده است.

علاوه بر مداخله بازی درمانی مبتنی بر رابطه والد-کودک، آموزش برنامه مدیریت والدین مبتنی بر دیدگاه بارکلی برای کاهش مشکلات رفتاری به کار می رود (۲۳). آموزش برنامه مدیریت والدین بارکلی به صورت گروهی (شامل ۸ تا ۱۶ خانواده) یا به صورت فردی (یک خانواده) در قالب برنامه ۱۰ تا ۱۲ جلسه آموزشی نود دقیقه ای با هدف رویارویی با مشکلات رفتاری کودکان از طریق آموزش راهبردهای کنترل مؤثر به والدین انجام می شود و این آموزش، شدت و عواقب رویدادهای رفتاری نامطلوب در خانواده را کاهش می دهد (۲۴). در توضیح

۵. Aggressive behavior patterns

۶. Psychological development

۷. Resilience

۸. Play Therapy Based on Parent-Child Relationship

۱. Adjustment

۲. Externalizing behavioral problems

۳. Internalizing behavioral problems

۴. Symptoms of Oppositional Defiant Disorder

اثربخشی آموزش برنامه مدیریت والدین می‌توان به پژوهش دوفید و پلیزکا اشاره کرد. این پژوهشگران اظهار داشتند که محیط اطراف کودکان مبتلا به مشکلات رفتاری یا عاطفی مانند نشانگان اختلال نافرمانی مقابله‌ای، تاحدامکان ساختارمند باشد؛ زیرا محیط‌های آشفته و پیش‌بینی‌نشده می‌تواند نشانگان اختلال نافرمانی مقابله‌ای را تشدید کند؛ از این رو، آموزش برنامه مدیریت والدین موجب انطباق و سازگاری این کودکان در محیط خانواده می‌شود (۲۵). کازدین و همکاران اثربخشی آموزش برنامه مدیریت والدین را بر کاهش مشکلات رفتاری کودکان از جمله نشانگان اختلال نافرمانی مقابله‌ای و پرخاشگری و رفتارهای ضداجتماعی، تأیید کردند (۲۶). نتایج مطالعه فونگارو و همکاران نشان داد، آموزش برنامه مدیریت والدین سبب کاهش تحریک‌پذیری کودکان (اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی، اختلال سلوک، نشانگان اختلال نافرمانی مقابله‌ای) می‌شود (۲۷). موریه و همکاران در پژوهشی به بررسی اثربخشی آموزش راه‌حل‌های مشارکتی و پیشگیریانه و آموزش مدیریت والدین در افراد ۱۴ تا ۷ سال با نشانگان اختلال نافرمانی مقابله‌ای پرداختند. آموزش راه‌حل‌های مشارکتی و پیشگیریانه و آموزش مدیریت والدین به مدت شانزده هفته روی ۱۶۰ نفر ۱۴ تا ۷ سال اجرا شد و هر دو آموزش نتایج مشابهی در کاهش نشانگان اختلال نافرمانی مقابله‌ای این افراد داشت (۲۸). همچنین، با بررسی پیشینه‌های پژوهشی مشخص شد، آموزش برنامه مدیریت والدین در ارتقای تاب‌آوری کودکان با نشانگان اختلال نافرمانی مقابله‌ای و سایر کودکان با مشکلات رفتاری انجام نشده است.

از سویی، فقط یک پژوهش به تأثیر آموزش برنامه مدیریت والدین بر ارتقای تاب‌آوری در کودکان اشاره داشت؛ بردن و همکاران به این نتیجه رسیدند که آموزش برنامه مدیریت والدین موجب افزایش شایستگی‌های والدین و کودک، تاب‌آوری کودکان و کاهش پیامدهای منفی ناشی از مشکلات رفتاری در کودکان می‌شود (۲۹).
باتوجه به نقش عوامل محیطی و خانواده در بروز نشانگان اختلال نافرمانی مقابله‌ای، ناسازگاری اجتماعی^۱ کودک می‌تواند ناشی از شرایط نامطلوب در محیط خانواده باشد (۳۰). همچنین، نقش کیفیت بافت‌های اجتماعی و فرهنگی و خانوادگی در میزان تاب‌آوری کودکان و سلامت روان بیشتر و بروز نکردن مشکلات روان‌شناختی در کودکان و نوجوانان تأیید شد (۳۱). براین‌مبنای نقش محیط نیز در ارتقای تاب‌آوری کودکان و نوجوانان به‌تأیید رسید. براین‌اساس، والدین می‌توانند تاب‌آوری را در کودکان و نوجوانان با حمایت و نظارت و همراهی‌شان در رشد رفتارهای مثبت و رفتارهای اطمینان‌بخش خود مبنی‌بر پذیرش بی‌چون‌وچرای فرزندان‌شان ارتقا دهند و سبب کاهش مشکلات رفتاری مانند نشانگان اختلال نافرمانی مقابله‌ای شوند (۲۹)؛ درنتیجه، روش‌های مداخله خانواده‌محور می‌تواند برای مواجهه با مشکلات رفتاری کودکان دارای نشانگان اختلال نافرمانی مقابله‌ای از جمله بی‌ثباتی هیجانی و عصبانیت و تحریک‌پذیری به‌کار رود و مداخله خانواده‌محور به‌لحاظ آنکه خانواده نخستین مکان شکل‌گیری رابطه والد-کودک به‌شمار می‌آید، حائز اهمیت است (۳۲). در پژوهش لی و همکاران، برای کاهش اثرات منفی ناشی از نشانگان

۲ روش‌بررسی

پژوهش حاضر، به‌روش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون و انتخاب گروه‌گواه انجام شد. متغیرهای مستقل در این پژوهش آموزش بازی‌درمانی مبتنی‌بر رابطه والد-کودک و آموزش برنامه مدیریت والدین و متغیرهای وابسته، نشانگان اختلال نافرمانی مقابله‌ای و تاب‌آوری و مؤلفه‌های آن (خودتنظیمی، توانمندی اجتماعی، همدلی، مسئولیت‌پذیری) بود. جامعه آماری پژوهش را تمامی مادران کودکان کلاس اول تا سوم در مدرسه ابتدایی پسرانه واقع در منطقه هیجده تهران در سال تحصیلی ۱۴۰۱-۱۴۰۰ تشکیل دادند. نمونه پژوهش، ۳۶ نفر از مادران دانش‌آموزان کلاس اول تا سوم در مدرسه ابتدایی پسرانه بودند که به‌صورت داوطلبانه و با نمونه‌گیری در دسترس از مدرسه ابتدایی وارد مطالعه شدند. سپس، در دو گروه آزمایش (گروه اول: بازی‌درمانی مبتنی‌بر رابطه والد-کودک، گروه دوم: برنامه مدیریت والدین) و یک گروه گواه، هر گروه دوازده نفر، به‌شیوه تصادفی قرار گرفتند. شایان ذکر است، تشخیص نشانگان اختلال نافرمانی مقابله‌ای در دانش‌آموزان توسط پژوهشگران این پژوهش، طبق پرسش‌نامه علائم مرضی کودکان^۲ (۳۴) انجام گرفت. ملاک‌های ورود آزمودنی‌ها به پژوهش عبارت بود از: وجود نشانگان اختلال نافرمانی در دانش‌آموزان؛ همبودی‌نداشتن با سایر اختلالات روان‌پزشکی شدید مانند اسکیزوفرنیا و وسواس و سایر اختلالات روان‌شناختی؛ دریافت نکردن دارو در دانش‌آموزان؛ نبود سابقه ابتلا به بیماری‌های جسمی در دانش‌آموزان؛ رضایت کامل مادران دانش‌آموزان برای شرکت در پژوهش و شرکت در کل جلسات. ملاک‌های خروج آزمودنی‌ها از

^۱ Social incompatibility

^۲ Child Symptom Inventory-4

پژوهش، همکاری نکردن و غیبت بیش از دو جلسه در جلسات آموزش گروهی در نظر گرفته شد. در این پژوهش رعایت تمامی ملاحظات اخلاقی مانند رضایت آگاهانه و محرمانه ماندن اطلاعات مادران دانش‌آموزان با نشانگان اختلال نافرمانی مقابله‌ای صورت گرفت.

لازم به ذکر است، یکی از پژوهشگرها (نویسنده اول مقاله) با همکاری مدیر یکی از مدارس پسرانه منطقه هیجده شهر تهران، با مادران این مدرسه هماهنگی‌های لازم را انجام داد و بعد از گرفتن رضایت‌نامه، این مادران در جلسات آموزش بازی‌درمانی مبتنی بر رابطه والد-کودک و آموزش برنامه مدیریت والدین شرکت کردند. بعد از دعوت مادران و گرفتن اطلاعات جمعیت‌شناختی از آن‌ها، از طریق پرسش‌نامه علائم مرضی کودکان (۳۴) و مقیاس‌های توانمندی اجتماعی-هیجانی و تاب‌آوری^۱ (۳۵) پیش‌آزمون برای هر دو گروه به صورت انفرادی اجرا شد. از هریک از آزمودنی‌ها درخواست شد که به سؤالات مربوط پاسخ دهند. پس از آن، آزمودنی‌ها به طور تصادفی به دو گروه آزمایش (بازی‌درمانی مبتنی بر رابطه والد-کودک و برنامه مدیریت والدین) و یک گروه گواه تقسیم شدند. آزمودنی‌ها (مادران) ده جلسه آموزش بازی‌درمانی مبتنی بر رابطه والد-کودک را در ده هفته و به مدت دو ساعت مطابق با جدول ۱ و نه جلسه آموزش برنامه مدیریت والدین را در هشت هفته به مدت دو ساعت مطابق با جدول ۲ به صورت گروهی دریافت کردند. بعد از پایان جلسات بازی‌درمانی مبتنی بر رابطه والد-کودک و برنامه مدیریت والدین، پس‌آزمون برای همه اعضای گروه‌های آزمایش و گواه با استفاده از پرسش‌نامه علائم مرضی کودکان (۳۴) و مقیاس‌های توانمندی اجتماعی-هیجانی و تاب‌آوری (۳۵) اجرا شد.

برای جمع‌آوری داده‌ها ابزارها و جلسات آموزشی زیر به کار رفت.

- پرسش‌نامه علائم مرضی کودکان: مقیاس علائم مرضی کودکان در قالب فرم والدین و فرم معلم توسط گادو و اسپرافکین در سال ۱۹۹۴ ساخته شد (۳۴). برای اندازه‌گیری علائم مرضی کودکان با نشانگان اختلال نافرمانی مقابله‌ای، پرسش‌نامه علائم مرضی کودکان به کار رفت. این پرسش‌نامه توسط گادو و اسپرافکین در دو فرم والد و معلم و براساس راهنمای تشخیص اختلالات روانی ساخته شد. در این پژوهش، فرم والد به کار رفت. فرم والد این مقیاس ۱۱۲ سؤال دارد و شامل گروه‌های عمده (اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی، اختلال نافرمانی مقابله‌ای، اختلال سلوک، اختلال اضطراب فراگیر، هراس اجتماعی، اختلال اضطراب جدایی، اختلال وسواس فکری و عملی، هراس خاص، اختلال افسردگی اساسی، اختلال افسرده‌خویی، اسکیزوفرنی، اختلال رشدی فراگیر، اختلال اسپرگر، تیک‌های صوتی و حرکتی، اختلال استرس پس از سانحه، اختلال‌های دفع) و یک گروه اضافی از اختلال‌های رفتاری است. نمره‌گذاری سؤالات این پرسش‌نامه به چهار درجه از هرگز=صفر تا بیشتر اوقات=۳ تقسیم می‌شود. سؤالات ۱۹ تا ۲۶ مربوط به نشانه‌های بالینی کودکان با نشانگان اختلال نافرمانی مقابله‌ای است. نقطه برش سؤالات نشانگان اختلال نافرمانی مقابله‌ای ۵ است. به عبارت دیگر، نمره هر کودکی بیشتر از نقطه برش نمره ۵ باشد، جزئی از دانش‌آموزان دارای نشانگان

اختلال نافرمانی مقابله‌ای شناخته می‌شود. در مطالعه گادو و اسپرافکین پایایی فرم والد این پرسش‌نامه با استفاده از روش بازآزمایی ۰/۷۵ بود (۳۴). در ایران، محمداسماعیل و علی‌پور پایایی فرم والد پرسش‌نامه را با استفاده از روش بازآزمایی ۰/۹۶ و با روش آلفای کرونباخ ۰/۹۳ به دست آوردند (۳۶). شایان ذکر است، باتوجه به یکی از ملاک‌های ورودی این پژوهش که اشاره به همبودی‌نداشتن با سایر اختلالات روان‌پزشکی شدید مانند اسکیزوفرنی و وسواس و سایر اختلالات روان‌شناختی داشت، کل فرم والد پرسش‌نامه علائم مرضی کودکان از مادران پرسش شد؛ همچنین براساس نقطه برش، دانش‌آموزانی که دارای اختلالاتی علاوه بر نشانگان اختلال نافرمانی مقابله‌ای بودند، وارد پژوهش حاضر نشدند و در قسمت تحلیل داده‌های آماری، فقط سؤالات خرده‌مقیاس نشانگان اختلال نافرمانی مقابله‌ای تحلیل شد.

- مقیاس‌های توانمندی اجتماعی-هیجانی و تاب‌آوری: این مقیاس‌ها توسط مرل و همکاران در سال ۲۰۱۱ در دو فرم کودک و نوجوان طراحی و اعتباریابی شد (۳۵). در این پژوهش، برای اندازه‌گیری تاب‌آوری دانش‌آموزان، فرم کودک مقیاس‌های توانمندی اجتماعی-هیجانی و تاب‌آوری به کار رفت. فرم کودک این مقیاس‌ها ۵۲ سؤال دارد و دارای چهار خرده‌مقیاس خودتنظیمی (۲۲ سؤال)، توانمندی اجتماعی (۱۳ سؤال)، همدلی (۶ سؤال) و مسئولیت‌پذیری (۱۱ سؤال) است. نمره‌گذاری سؤالات این مقیاس‌ها در چهار درجه از هیچ وقت=صفر تا همیشه=۳ انجام می‌گیرد. همه سؤالات درجهت تاب‌آوری بیشتر نمره‌گذاری می‌شود و نمره بیشتر نشان‌دهنده تاب‌آوری بیشتر و نمره کمتر نشان‌دهنده تاب‌آوری کمتر است (۳۵). پایایی این مقیاس‌ها توسط مرل و همکاران با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۱ بود (۳۵). همچنین پایایی این مقیاس‌ها توسط مرل و همکاران با استفاده از ضریب پایایی آزمون-پس‌آزمون (در فاصله زمانی دو هفته) برای فرم کودک ۰/۸۱ و با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۵ به دست آمد (۳۵). در ایران مشهدی و همکاران، پایایی آلفای کرونباخ این مقیاس‌ها را ۰/۷۸ گزارش کردند (۳۷).

- جلسات آموزش بازی‌درمانی مبتنی بر رابطه والد-کودک (۱۹) و آموزش برنامه مدیریت والدین (۳۸) توسط پژوهشگران تعیین شد. خلاصه جلسات آموزش بازی‌درمانی مبتنی بر رابطه والد-کودک براساس پروتکل بازی‌درمانی مبتنی بر رابطه والد-کودک براتون و همکاران (۱۹) در جدول ۱ و آموزش برنامه مدیریت والدین براساس پروتکل بارکلی (۳۸) در جدول ۲ آمده است. روایی محتوایی پروتکل‌های آموزش برنامه مدیریت والدین و آموزش بازی‌درمانی مبتنی بر رابطه والد-کودک توسط دو نفر از اساتید دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی دانشگاه تهران و چهار نفر از اساتید واحد علوم و تحقیقات شهر تهران احراز شد. لازم به ذکر است که فقط مادران، فرم والد پرسش‌نامه علائم مرضی کودکان (۳۴) و فرم کودک مقیاس‌های توانمندی اجتماعی-هیجانی و تاب‌آوری (۳۵) را تکمیل کردند و جلسات آموزش بازی‌درمانی مبتنی بر رابطه والد-کودک (۱۹) و آموزش برنامه مدیریت والدین (۳۸) برای آن‌ها برگزار شد.

¹. Social-Emotional Assets and Resilience Scales (SEARS)

جدول ۱. جلسات آموزش بازی درمانی مبتنی بر رابطه والد- کودک براساس پروتکل براتون و همکاران

جلسه	هدف	محتوا	تکلیف
اول	معرفی اعضا و درمانگر و توضیح روند کار گروه	گرفتن پیش آزمون، معرفی اعضا و درمانگر و توضیح درباره روند کار و رابطه درمانی والد- کودک، بیان اهداف و مفاهیم ضروری و نیز آموزش مهارت پاسخ‌دهی انعکاسی	انجام پاسخ‌های انعکاسی در منزل
دوم	آماده‌سازی والدین برای اجرای جلسات بازی درمانی	آماده‌سازی والدین برای اجرای جلسات بازی در منزل به وسیله مرور پاسخ‌دهی انعکاسی، آشناسازی والدین با اصول پایه جلسات بازی و اهمیت ایجاد ساختار برای جلسات بازی، انتخاب اسباب بازی و زمان و مکان مناسب برای جلسات بازی با کودک	تهیه فهرست اسباب بازی برای جلسات، انتخاب زمان و مکان مناسب
سوم	معرفی قانون «بایدها و نبایدها» در منزل	توضیح درباره بایدها و نبایدهای جلسه بازی، ایفای نقش بایدها و نبایدهای جلسه بازی و ارائه فهرست فرایند جلسه بازی به والدین همراه با رهنمودهای تکمیلی	انجام بازی با مقررات
چهارم	آموزش روش تنظیم محدودیت	بررسی گزارش والدین از جلسه بازی، نقد فیلم ویدئویی، آموزش تنظیم مهارت محدودیت، ایفای نقش مهارت محدودیت	تعیین حدود، کاربرگ تمرین محدودیت، انجام جلسه بازی
پنجم	مرور مهارت تنظیم محدودیت و ایفای نقش	بررسی گزارش والدین از جلسات بازی و نقد فیلم ویدئویی ضبط شده توسط آنها، مرور مهارت تنظیم محدودیت و تمرین آن به صورت ایفای نقش	انجام بازی، تکمیل فهرست مهارت‌های جلسه بازی
ششم	آموزش مهارت دادن حق انتخاب	بررسی گزارش والدین از جلسات بازی و نقد فیلم ویدئویی، تهیه پوستری از بایدها و نبایدهای جلسات بازی، آموزش مهارت دادن حق انتخاب	انجام بازی، تکمیل فرم‌ها، استفاده از مهارت‌های جدید
هفتم	آموزش مهارت پاسخ‌های سازنده عزت نفس و پاسخ‌دهی انعکاسی	بررسی گزارش والدین از جلسات بازی و نقد فیلم ویدئویی، حمایت و تشویق والدین در استفاده از مهارت‌ها، آموزش مهارت پاسخ‌های سازنده عزت نفس و پاسخ‌دهی انعکاسی	تمرین پاسخ‌های عزت نفس، انجام بازی، تکمیل فرم بایدها
هشتم	آموزش مهارت تشویق در برابر تحسین و ایفای نقش	بررسی گزارش والدین از جلسات بازی و نقد فیلم ویدئویی ضبط شده توسط آنها، آموزش مهارت تشویق در برابر تحسین و ایفای نقش مربوط به آن	تکمیل فرم‌ها ضمن تماشای فیلم
نهم	آموزش تنظیم محدودیت پیشرفته و ایفای نقش مربوط به آن	بررسی گزارش والدین از جلسات بازی و نقد فیلم ویدئویی، حمایت و تشویق والدین در استفاده از مهارت‌ها، آموزش تنظیم محدودیت پیشرفته و ایفای نقش مربوط به آن	انجام بازی، تکمیل فرم‌ها، تعیین حد و حدود برای خارج از جلسه بازی
دهم	مرور اصول رابطه درمانی، مهارت‌های آموخته شده، آموزش تعمیم مهارت‌ها به خارج از بازی	بررسی گزارش والدین از جلسات بازی و نقد فیلم ویدئویی، مرور اصول پایه رابطه درمانی والد- کودک و مهارت‌های آموخته شده، آموزش چگونگی تعمیم مهارت‌ها به خارج از جلسه بازی، گرفتن پس آزمون	مهارت‌های جدید در خانه

جدول ۲. جلسات آموزش برنامه مدیریت والدین براساس پروتکل بارکلی

جلسه	هدف	محتوا	تکلیف
اول	تغییر نگرش والدین به اختلال و رفتار مشکل ساز	اجرای پیش آزمون، توضیح درباره اختلال، سبب شناسی، علائم، درمان‌های رایج، شناسایی روش‌های مثبت رفتار والدین	تکنیک تحسین و توجه
دوم	کاربرد پاداش‌ها و امتیازها	توضیح تقویت مثبت و تفکیکی، شناسایی انواع تقویت کننده‌ها در مدیریت رفتار	تکمیل جدول تقویت مثبت
سوم	یادگیری فنون تحسین و تشویق	آموزش روش‌های افزایش رفتارهای مطلوب از طریق فنون ارائه تحسین القایی و کاهش رفتارهای نامطلوب از طریق وقفه انداختن در تقویت	تکنیک تحسین القایی، تکنیک وقفه انداختن در تقویت
چهارم	آموزش مدیریت رفتاری والدین و مهار رفتار، استفاده مؤثر از بی‌توجهی یا بی‌اعتنایی	آموزش تکنیک توجه مثبت به فرمان برداری از دستور والدین	تکلیف توجه کردن و نادیده گرفتن
پنجم	بهبود رفتار کودک در مدرسه و منزل و کاهش رفتارهای پر خاشگروانه	توضیح درباره شکل دهی رفتار خاص توسط والدین، استفاده از محروم کردن برای رفتارهای پرخطر و پر خاشگروانه	تکنیک جریمه و محروم سازی

ششم	جلوگیری از بدرفتاری‌های شدید	تدوین برنامه اقتصاد پته‌ای در خانه	استفاده از تکنیک حذف پاداش‌ها و امتیازها
هفتم	اصلاح نگرش والدین استفاده‌کننده از تنبیه به‌عنوان روش اولیه انضباط	کاربرد تنبیه بدنی	استفاده از تسلیم، انجام تکلیف (ارتباط خانه و مدرسه)، جمع‌بندی آموخته‌ها
هشتم	مرور مطالب آموخته‌شده و اصلاح یادگیری‌ها، چگونگی مدیریت مشکلات در آینده	جمع‌بندی آموخته‌ها، آموزش تسلیم در برابر مشکلات	انجام تکلیف (ارتباط خانه و مدرسه)
نهم	گرفتن پس‌آزمون		

داد، پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها برای نشانگان اختلال نافرمانی مقابله‌ای ($F=1/94$, $p=0/15$)، مؤلفه‌های تاب‌آوری یعنی خودتنظیمی ($F=2/04$, $p=0/14$)، توانمندی اجتماعی ($F=0/15$, $p=0/15$)، همدلی ($F=1/96$, $p=0/38$)، مسئولیت‌پذیری ($F=0/99$, $p=0/51$) و کل تاب‌آوری ($F=0/67$, $p=0/31$) برقرار بود. به‌منظور بررسی پیش‌فرض نرمال بودن توزیع نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون در هر دو گروه آزمایش و گروه گواه برای متغیرهای نشانگان اختلال نافرمانی مقابله‌ای، مؤلفه‌های تاب‌آوری یعنی خودتنظیمی، توانمندی اجتماعی، همدلی، مسئولیت‌پذیری و کل تاب‌آوری از آزمون کولموگوروف اسمیرنوف استفاده شد که نتایج بیانگر برقراری پیش‌فرض نرمال بودن توزیع نمرات بود ($p>0/05$). نتایج آزمون ام‌باکس برای همسانی ماتریس کوواریانس نشان داد، مفروضه همگنی ماتریس کوواریانس برقرار بود ($p=0/69$, Box's $M=24/80$). شاخص اثر لامبدا و ویلکز معنادار بود. این شاخص اثر نوع گروه بر ترکیب خطی متغیرهای وابسته (نشانگان اختلال نافرمانی مقابله‌ای، مؤلفه‌های تاب‌آوری از قبیل خودتنظیمی، توانمندی اجتماعی، همدلی، مسئولیت‌پذیری، کل تاب‌آوری) را مشخص می‌کند. اندازه اثر برابر با $0/83$ بود ($p<0/001$). برای بررسی معناداری تفاوت‌ها در گروه‌های آزمایش، درمقایسه با گروه گواه از لحاظ آماری از تحلیل کوواریانس تک‌متغیره استفاده شد که نتایج آن در جدول ۳ ارائه شده است.

براساس یافته‌های جدول ۳، میانگین نمره‌های نهایی گروه‌های آزمایش و گروه گواه در پیش‌آزمون تفاوت درخور توجهی نداشت؛ درحالی‌که میانگین نمره‌های نهایی گروه‌های آزمایش (بازی درمانی مبتنی بر رابطه والد-کودک و برنامه مدیریت والدین) در ارتقای نمرات پس‌آزمون تاب‌آوری و مؤلفه‌های آن و کاهش نشانگان اختلال نافرمانی مقابله‌ای درمقایسه با گروه گواه دارای تفاوت چشمگیری بود. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس تک‌متغیره مشخص کرد، بعد از کنترل اثر پیش‌آزمون‌ها، اثر گروه در تمام پس‌آزمون‌ها، معنادار بود؛ به عبارت دیگر، در پس‌آزمون، بین میانگین‌های گروه‌های آزمایش و گواه، تفاوت معنادار وجود داشت ($p<0/001$). این موضوع نشان‌دهنده تأثیر مثبت مداخلات بازی درمانی مبتنی بر رابطه والد-کودک و برنامه مدیریت والدین بر کاهش نشانگان اختلال نافرمانی مقابله‌ای ($p<0/001$) و افزایش مؤلفه‌های تاب‌آوری مانند خودتنظیمی، توانمندی اجتماعی، همدلی، مسئولیت‌پذیری و کل تاب‌آوری ($p<0/001$) بود. میزان تأثیر مداخلات بازی درمانی مبتنی بر رابطه والد-کودک و برنامه مدیریت والدین بر نشانگان اختلال نافرمانی مقابله‌ای ($0/90$)، خودتنظیمی

تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش، از طریق آمار توصیفی شامل میانگین و انحراف معیار و آمار استنباطی شامل آزمون‌های تحلیل کوواریانس چندمتغیره و تک‌متغیره و آزمون تعقیبی توکی در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۴ صورت گرفت. مقادیر احتمال کمتر از $0/05$ از نظر آماری معنادار در نظر گرفته شد. همچنین، بررسی پیش‌فرض‌های آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره به کمک آزمون لون (برای بررسی پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها) و آزمون کولموگوروف اسمیرنوف (برای بررسی پیش‌فرض نرمال بودن توزیع نمرات) و آزمون باکس (برای همسانی ماتریس کوواریانس) انجام گرفت.

۳ یافته‌ها

آزمودنی‌های این پژوهش را مادران کودکان با نشانگان اختلال نافرمانی مقابله‌ای تشکیل دادند. از نظر تحصیلات، در گروه آموزش بازی درمانی مبتنی بر رابطه والد-کودک، ۴ نفر (۳۳/۳ درصد) از مادران دارای تحصیلات فوق لیسانس، ۶ نفر (۵۰/۰ درصد) دارای تحصیلات لیسانس، ۲ نفر (۱۶/۷ درصد) دارای تحصیلات دیپلم و در گروه آموزش برنامه مدیریت والدین، ۶ نفر (۵۰/۰ درصد) از مادران دارای تحصیلات فوق لیسانس، ۴ نفر (۳۳/۳ درصد) دارای تحصیلات لیسانس و ۲ نفر (۱۶/۷ درصد) دارای تحصیلات دیپلم بودند. در گروه گواه، ۴ نفر (۳۳/۳ درصد) از مادران تحصیلات فوق لیسانس، ۵ نفر (۴۱/۷ درصد) تحصیلات لیسانس و ۳ نفر (۲۵/۰ درصد) تحصیلات دیپلم داشتند. میانگین و انحراف معیار سن مادران در گروه آموزش بازی درمانی مبتنی بر رابطه والد-کودک $27/66 \pm 5/28$ سال و در گروه آموزش برنامه مدیریت والدین $29/66 \pm 3/77$ سال و در گروه گواه $28/41 \pm 4/52$ سال به دست آمد. میانگین و انحراف معیار سن دانش‌آموزان با نشانگان نافرمانی مقابله‌ای در گروه آموزش بازی درمانی مبتنی بر رابطه والد-کودک $8/33 \pm 0/77$ سال، در گروه آموزش برنامه مدیریت والدین $8/08 \pm 0/79$ سال و در گروه گواه $8/50 \pm 0/67$ سال بود.

در ابتدا، برای ارزیابی اثربخشی آموزش بازی درمانی مبتنی بر رابطه والد-کودک و آموزش برنامه مدیریت والدین در کاهش نشانگان اختلال نافرمانی مقابله‌ای و ارتقای کل تاب‌آوری و مؤلفه‌های تاب‌آوری از قبیل خودتنظیمی، توانمندی اجتماعی، همدلی و مسئولیت‌پذیری این کودکان در مقطع ابتدایی، آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره به کار رفت. شایان ذکر است، برای بررسی پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها از آزمون لون استفاده شد که نتایج نشان

(۰/۷۵)، توانمندی اجتماعی (۰/۶۸)، همدلی (۰/۸۶)، نافرمانی مقابله‌ای، مؤلفه‌های تاب‌آوری مانند خودتنظیمی، توانمندی مسئولیت‌پذیری (۰/۸۶) و کل تاب‌آوری (۰/۹۱) به دست آمد. باتوجه به معنادار شدن تفاوت پس‌آزمون‌ها در گروه‌های آزمایش و گروه گواه، مقایسه زوجی گروه‌ها از لحاظ نمرات پس‌آزمون نشانگان اختلال است.

جدول ۳. شاخص‌های توصیفی متغیر نشانگان نافرمانی مقابله‌ای، تاب‌آوری و مؤلفه‌های آن در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون به تفکیک دو گروه آزمایش و گروه گواه به همراه نتایج آزمون تحلیل کوواریانس با تعدیل اثر پیش‌آزمون

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		نتایج آزمون تحلیل کوواریانس	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	مقدار F	مقدار p
نشانگان اختلال نافرمانی مقابله‌ای	بازی درمانی مبتنی بر رابطه والد-کودک	۱۸/۳۳	۱/۱۵	۱۰/۹۱	۰/۷۹	۱۳۵/۲۰	<۰/۰۰۱
	برنامه مدیریت والدین	۱۹/۱۶	۱/۳۳	۱۰/۳۳	۱/۲۳		
	گواه	۱۸/۸۳	۱/۶۴	۱۸/۷۵	۱/۶۵		
خودتنظیمی	بازی درمانی مبتنی بر رابطه والد-کودک	۳۰/۲۵	۳/۱۰	۴۴/۴۱	۴/۸۷	۴۲/۲۰	<۰/۰۰۱
	برنامه مدیریت والدین	۳۲/۵۰	۱/۶۲	۴۵/۵۸	۳/۰۸		
	گواه	۳۱/۴۱	۲/۹۳	۳۱/۵۰	۳/۳۷		
توانمندی اجتماعی	بازی درمانی مبتنی بر رابطه والد-کودک	۱۹/۹۱	۲/۴۲	۳۰/۰۰	۳/۵۴	۲۹/۰۱	<۰/۰۰۱
	برنامه مدیریت والدین	۲۰/۰۸	۳/۷۵	۲۹/۶۶	۶/۱۲		
	گواه	۱۹/۳۳	۳/۶۰	۱۸/۵۸	۲/۹۳		
همدلی	بازی درمانی مبتنی بر رابطه والد-کودک	۶/۸۳	۱/۵۸	۱۳/۵۰	۱/۷۸	۶۳/۸۹	<۰/۰۰۱
	برنامه مدیریت والدین	۷/۴۱	۱/۱۶	۱۴/۲۵	۱/۳۵		
	گواه	۶/۵۸	۱/۱۶	۷/۰۸	۱/۱۶		
مسئولیت‌پذیری	بازی درمانی مبتنی بر رابطه والد-کودک	۱۵/۴۱	۳/۱۱	۲۸/۱۶	۲/۵۸	۸۵/۷۹	<۰/۰۰۱
	برنامه مدیریت والدین	۱۵/۵۸	۳/۲۰	۲۷/۹۱	۲/۴۶		
	گواه	۱۶/۶۶	۳/۲۵	۱۶/۱۶	۳/۲۹		
کل تاب‌آوری	بازی درمانی مبتنی بر رابطه والد-کودک	۷۲/۴۱	۴/۲۵	۱۱۶/۰۸	۷/۹۵	۱۴۲/۹۲	<۰/۰۰۱
	برنامه مدیریت والدین	۷۵/۵۸	۳/۸۴	۱۱۷/۴۱	۷/۰۶		
	گواه	۷۴/۰۰	۵/۵۱	۷۳/۳۳	۵/۷۲		

جدول ۴. خلاصه نتایج آزمون تعقیبی توکی مبنی بر مقایسه زوجی گروه‌ها در متغیرهای پژوهش

متغیر	گروه‌ها (I-J)	گروه‌ها (J)	تفاوت میانگین‌ها	خطای معیار	مقدار p
نشانگان اختلال نافرمانی مقابله‌ای	بازی درمانی مبتنی بر رابطه والد-کودک	برنامه مدیریت والدین	۰/۵۸	۰/۵۲	۰/۵۱۰
	برنامه مدیریت والدین	گواه	-۷/۸۳	۰/۵۲	<۰/۰۰۱
		گواه	-۸/۴۱	۰/۵۲	<۰/۰۰۱
خودتنظیمی	بازی درمانی مبتنی بر رابطه والد-کودک	برنامه مدیریت والدین	-۱/۱۶	۱/۵۷	۰/۷۴۱
	برنامه مدیریت والدین	گواه	۱۲/۹۱	۱/۵۷	<۰/۰۰۱
		گواه	۱۴/۰۸	۱/۵۷	<۰/۰۰۱
توانمندی اجتماعی	بازی درمانی مبتنی بر رابطه والد-کودک	برنامه مدیریت والدین	۰/۳۳	۱/۸۰	۰/۹۸۱
	برنامه مدیریت والدین	گواه	۱۱/۴۱	۱/۸۰	<۰/۰۰۱
		گواه	۱۱/۰۸	۱/۸۰	<۰/۰۰۱
همدلی	بازی درمانی مبتنی بر رابطه والد-کودک	برنامه مدیریت والدین	-۰/۷۵	۰/۵۹	۰/۴۲۷
	برنامه مدیریت والدین	گواه	۶/۴۱	۰/۵۹	<۰/۰۰۱
		گواه	۷/۱۶	۰/۵۹	<۰/۰۰۱
مسئولیت‌پذیری	بازی درمانی مبتنی بر رابطه والد-کودک	برنامه مدیریت والدین	۲۵/۰۰	۱/۱۴	۰/۹۷۴
	برنامه مدیریت والدین	گواه	۱۲/۰۰	۱/۱۴	<۰/۰۰۱
		گواه	۱۱/۷۵	۱/۱۴	<۰/۰۰۱
کل تاب‌آوری	بازی درمانی مبتنی بر رابطه والد-کودک	برنامه مدیریت والدین	۱/۳۳	۲/۸۴	۰/۸۸۷
	برنامه مدیریت والدین	گواه	۴۴/۰۸	۲/۸۴	<۰/۰۰۱
		گواه	۴۲/۷۵	۲/۸۴	<۰/۰۰۱

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد، در متغیر نشانگان اختلال نافرمانی مقابله‌ای و مؤلفه‌های تاب‌آوری و متغیر کل تاب‌آوری، بین گروه‌های آزمایش بازی‌درمانی مبتنی بر رابطه والد-کودک و برنامه مدیریت والدین با گروه گواه تفاوت معناداری وجود داشت ($p < 0.001$)؛ به این معنا که بازی‌درمانی مبتنی بر رابطه والد-کودک و برنامه مدیریت والدین در کاهش نشانگان اختلال نافرمانی مقابله‌ای و افزایش مؤلفه‌های تاب‌آوری شامل خودتنظیمی، توانمندی اجتماعی، همدلی، مسئولیت‌پذیری و کل تاب‌آوری مؤثر بودند. همچنین نتایج مشخص کرد، میانگین نمرات متغیر نشانگان اختلال نافرمانی مقابله‌ای و مؤلفه‌های تاب‌آوری و متغیر کل تاب‌آوری در پس‌آزمون، بین دو گروه بازی‌درمانی مبتنی بر رابطه والد-کودک و برنامه مدیریت والدین تفاوت معناداری نداشت ($p > 0.05$).

۴ بحث

این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی آموزش بازی‌درمانی مبتنی بر رابطه والد-کودک و آموزش برنامه مدیریت والدین در کاهش نشانگان اختلال نافرمانی مقابله‌ای و ارتقای تاب‌آوری این کودکان در مقطع ابتدایی انجام گرفت. یکی از نتایج پژوهش حاضر بیانگر آن بود که نشانگان اختلال نافرمانی مقابله‌ای این دانش‌آموزان در گروهی از مادران دریافت‌کننده بازی‌درمانی مبتنی بر رابطه والد-کودک، به صورت معناداری کمتر از گروه بدون آموزش بود. یافته این پژوهش با نتایج مطالعات اکبری و همکاران (۱۸) و مصطفوی و همکاران (۲۰) و جعفری و همکاران (۲۱)، در زمینه کاهش نشانگان اختلال نافرمانی مقابله‌ای، همسوست. اکبری و همکاران دریافتند، بازی‌درمانی مبتنی بر والد محور در کاهش نشانگان اختلال نافرمانی مقابله‌ای اثربخش است (۱۸). یافته پژوهشی مصطفوی و همکاران به تأثیر بازی‌درمانی مبتنی بر رابطه والد-کودک بر کاهش مشکلات رفتاری درونی‌سازی و برونی‌سازی در کودکان منتج شد (۲۰). جعفری و همکاران به این نتیجه رسیدند که بازی‌درمانی مبتنی بر رابطه والد-کودک، مشکلات رفتاری در کودکان را اصلاح می‌کند (۲۱).

در تبیین نتایج پژوهش می‌توان اذعان داشت، بازی‌درمانی مبتنی بر رابطه والد-کودک موجب استحکام رابطه بین والد و کودک می‌شود. درواقع، یادگیری مهارت‌های والدگری و گذراندن والدین در کنار فرزندان خود و آموزش مهارت‌هایی به آن‌ها از طریق بازی، نه تنها نگرش منفی والدین درباره فرزندان را کاهش می‌دهد، بلکه کودکان نیز حس ناکافی و نالایق بودن نخواهند داشت؛ براین اساس، بازی‌درمانی مبتنی بر رابطه والد-کودک سبب ارتقای محیط مناسب و انطباق بیشتر کودک با تغییرات محیطی می‌شود؛ در نتیجه، نشانگان اختلال نافرمانی مقابله‌ای در کودکان کاهش می‌یابد (۱۸).

نتایج دیگر پژوهش حاضر مشخص کرد، نشانگان اختلال نافرمانی مقابله‌ای این دانش‌آموزان در گروهی از مادران دریافت‌کننده برنامه مدیریت والدین، به صورت معناداری کمتر از گروه بدون آموزش بود. این یافته با نتایج مطالعات کازدین و همکاران (۲۶) و فونگارو و همکاران (۲۷) و موریه و همکاران (۲۸) همسوست. کازدین و همکاران در پژوهشی اثربخشی آموزش برنامه مدیریت والدین را بر کاهش مشکلات رفتاری کودکان از جمله نشانگان اختلال نافرمانی

مقابله‌ای و پرخاشگری و رفتارهای ضداجتماعی نشان دادند (۲۶). فونگارو و همکاران دریافتند، آموزش برنامه مدیریت والدین در کاهش تحریک‌پذیری کودکان (اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی، اختلال سلوک، نشانگان اختلال نافرمانی مقابله‌ای) مؤثر است (۲۷). از نتایج پژوهش موریه و همکاران، اثربخشی مداخله مدیریت والدین در کاهش نشانگان اختلال نافرمانی مقابله‌ای بود (۲۸).

در تبیین یافته‌های مذکور این پژوهش می‌توان بیان کرد، برنامه مدیریت والدین، متمرکز بر اصلاح رفتارهای والدین و توجه به مشکلات رفتاری کودکان و کاهش آن، یادگیری و اجرای اصول رفتارهای یادگیری اجتماعی مانند تشویق کردن برای انجام کارهای مثبت و درست توسط والدین و استفاده از روش محروم کردن به جای تنبیه کردن است؛ در نتیجه، موجب کاهش رفتارهای ناهنجار در کودکان، شیوه‌های فرزندپروری ناکارآمد والدین و بهبود رابطه بین والد و کودک می‌شود؛ به این ترتیب، برنامه مدیریت والدین به عنوان مداخله‌ای با هدف کمک به والدین برای سازگاری بیشتر در شیوه‌های مدیریت رفتارشان مانند استفاده از دستورات واضح و مستقیم، تقویت مثبت، استفاده از جریمه و حذف پاداش است و به دنبال آن، کاهش اختلال نافرمانی مقابله‌ای و افزایش رفتارهای سازشی در کودکان را در پی دارد (۲۶). بارکلی اعتقاد داشت، برنامه مدیریت والدین زمینه شناخت والدین را درباره ماهیت اختلال و شیوه‌های فرزندپروری فراهم می‌آورد و موجب کنترل رفتارهای نامناسب در کودکان با اختلال نافرمانی مقابله‌ای می‌شود (به نقل از ۲۷). مدیریت رفتار والدین به نوعی مرکز توجه را از کودک به والدین معطوف می‌کند و سبب توجه والدین به رفتار خود در قبال رفتارهای نامناسب فرزندشان می‌شود. نظر به این امر، برنامه مدیریت والدین، افزایش دانش و مهارت و کارآمدی رفتاری، هوشی، عاطفی و اجتماعی را در والدین در پی دارد و به دنبال آن والدین نیز شاهد کاهش پرخاشگری و رفتارهای مخرب در کودکان مبتلا با نشانگان اختلال نافرمانی مقابله‌ای خواهند بود. به نظر می‌رسد، والدین دارای کودک با نشانگان اختلال نافرمانی مقابله‌ای درصدد آن هستند که فرزندشان رفتارهای مغایر با اصول آن‌ها نشان ندهد و سعی دارند در تعاملاتشان با کودک دچار مشکل نشوند و از این وضعیت بسیار اجتناب می‌کنند؛ این حالت باعث پرخاشگری آنان و روش‌های تنبیهی و خشک می‌شود؛ اما آموزش برنامه مدیریت والدین، به این والدین کمک می‌کند که از چنین وضعیت‌هایی گریزان نشوند و سعی کنند چنین حالت‌هایی را بپذیرند؛ این موضوع سبب می‌شود الگوهای رفتاری اشتباهی را در پیش نگیرند و متناسب با موقعیت، از خود انعطاف نشان دهند و رفتار کودک را اصلاح کنند (۲۷).

نتایج دیگر پژوهش حاضر مشخص کرد، تاب‌آوری و مؤلفه‌های آن از قبیل خودتنظیمی، توانمندی اجتماعی، همدلی و مسئولیت‌پذیری این دانش‌آموزان در گروهی از مادران دریافت‌کننده برنامه مدیریت والدین، به صورت معناداری بیشتر از گروه بدون آموزش بود. همچنین با بررسی پیشینه‌های پژوهشی مشخص شد، مطالعه‌ای درباره آموزش برنامه مدیریت والدین در ارتقای تاب‌آوری کودکان با نشانگان اختلال نافرمانی مقابله‌ای و سایر کودکان با مشکلات رفتاری انجام نشده است. ازسویی، فقط پژوهش بردن و همکاران به تأثیر آموزش برنامه

مداخله‌ها در کودکان با نشانگان اختلال نافرمانی مقابله‌ای وجود ندارد و با حمایت و نظارت مستقیم والدین در زمینه یادگیری مهارت‌های سازشی و تقویت رفتارهای مثبت و کاهش رفتارهای ناهنجار، صبر و تاب‌آوری در این کودکان فراهم می‌شود.

پژوهش حاضر محدودیت‌های به‌همراه داشت؛ آزمودنی‌های این پژوهش فقط مادران بودند؛ بنابراین تعمیم نتایج مطالعه به پدران باید با احتیاط صورت گیرد. این پژوهش تنها برای مادران دانش‌آموزان با نشانگان اختلال نافرمانی مقابله‌ای انجام پذیرفت؛ بدین ترتیب باید در تعمیم نتایج به مادران دانش‌آموزان با سایر گروه‌های مشکلات رفتاری احتیاط شود. محدودیت مهم‌تر پژوهش آن بود که پرسش‌نامه علائم مرضی کودکان (۳۴) توسط آزمودنی‌های پژوهش (مادران) به‌صورت خودگزارشی تکمیل شد؛ در نتیجه تعمیم‌دهی نتایج پژوهش باید با احتیاط انجام شود. نتایج این پژوهش به دلیل محدودیت‌های زمانی بعد از اتمام آموزش، پیگیری نشد؛ در نتیجه، در استنباط اینکه پژوهش حاضر تأثیر بلندمدت خواهد داشت، باید احتیاط شود.

در پایان، به پژوهشگران علاقه‌مند در زمینه آموزش بازی درمانی مبتنی بر رابطه والد-کودک و آموزش برنامه مدیریت والدین، پیشنهاد می‌شود این آموزش‌ها را برای پدران دانش‌آموزان با نشانگان اختلال نافرمانی مقابله‌ای انجام دهند و با نتایج پژوهش حاضر مقایسه کنند. همچنین، تأثیر آموزش برنامه مدیریت والدین و آموزش بازی درمانی مبتنی بر والد-کودک را بر گروه‌های با سایر مشکلات رفتاری ارزیابی کنند. علاوه بر این، در پژوهش‌های آتی، پرسش‌نامه علائم مرضی کودکان توسط معلم تکمیل شود و از نظر دیدگاه معلم تأثیر این آموزش بر دانش‌آموزان بررسی شود. به علاوه، پیگیری نتایج این پژوهش در بلندمدت انجام گیرد. علاوه بر این پیشنهادها، در پژوهش‌های آتی تأثیر آموزش مدیریت والدین و آموزش بازی درمانی مبتنی بر رابطه والد-کودک بر کنترل خشم و پرخاشگری کودکان با نشانگان اختلال نافرمانی مقابله‌ای بررسی شود. باتوجه به نتایج به‌دست‌آمده، از پیشنهادها کاربردی، برگزاری جلسات آموزشی بازی درمانی مبتنی بر رابطه والد-کودک و برنامه مدیریت والدین در مدارس استثنایی توسط مشاوران و متخصصان برای والدین (مادر) و تهیه کردن بروشورهایی در زمینه روش‌های این دو مداخله توسط مشاوران مدارس استثنایی است.

۵ نتیجه‌گیری

براساس نتایج پژوهش، مادرانی که مداخلات بازی درمانی مبتنی بر رابطه والد-کودک و برنامه مدیریت والدین را دریافت می‌کنند، نشانگان اختلال نافرمانی مقابله‌ای فرزندانشان کم می‌شود و تاب‌آوری آن‌ها ارتقا می‌یابد. یافته‌های این پژوهش مشخص کرد، تفاوت معناداری بین دو مداخله بازی درمانی مبتنی بر رابطه والد-کودک و برنامه مدیریت والدین در کاهش نشانگان اختلال نافرمانی مقابله‌ای و افزایش تاب‌آوری کودکان وجود ندارد؛ بنابراین، توصیه می‌شود جلسات استفاده از بازی درمانی مبتنی بر رابطه والد-کودک و برنامه مدیریت والدین در مدارس و مراکز بهداشت و درمان توسط

مدیریت والدین بر ارتقای تاب‌آوری در کودکان اشاره داشت. این پژوهش نشان داد، آموزش برنامه مدیریت والدین موجب افزایش شایستگی‌های والدین و کودک، تاب‌آوری کودکان و کاهش پیامدهای منفی ناشی از مشکلات رفتاری در کودکان می‌شود (۲۹). در تبیین یافته‌های پژوهش می‌توان بیان کرد، در آموزش مدیریت رفتار والدین، به آن‌ها آموزش داده می‌شود که بر رفتار خود کنترل داشته باشند؛ در نتیجه افراد با بهره‌گیری از ذهن‌آگاهی و حل مسئله می‌توانند چرخه معیوب انتقاد از فرزندان خود و ترسیم انتظارات سطح بالا از آنان را مورد سؤال قرار دهند و با نگاهی جدید و دلسوزانه به خود، معیارهای واقعی و توقعات دست‌یافتنی را که مستلزم سختی و آزار نباشد، مجدد طراحی کنند. براین مبنای، این درمان کمک می‌کند تا دانش‌آموزان با اختلال نافرمانی مقابله‌ای، معیارها و انتظارات شناختی، هیجانی و ارتباطی جدیدی را برای خود تعریف کنند. این فرایند سبب می‌شود تا آن‌ها سلامت روان و آرامش درونی بیشتری را تجربه نمایند؛ در نتیجه، این دانش‌آموزان با بهبود سلامت روان و دستیابی به قدرت حل مسئله، قدرت تحمل روانی و تاب‌آوری، احساس مسئولیت در انجام کارها به‌ویژه در جریان اشتباهات خود و همدلی بیشتری را تجربه می‌کنند (۲۹).

علاوه بر نتایج مذکور، یافته‌های دیگر پژوهش حاضر بیانگر آن بود که بازی درمانی مبتنی بر رابطه والد-کودک به‌طور معناداری موجب افزایش تاب‌آوری و مؤلفه‌های آن از قبیل خودتنظیمی، توانمندی اجتماعی، همدلی و مسئولیت‌پذیری در کودکان با نشانگان اختلال نافرمانی شد؛ اما پژوهشی در زمینه اثربخشی بازی درمانی مبتنی بر رابطه والد-کودک بر ارتقای تاب‌آوری کودکان با نشانگان اختلال نافرمانی و بهنجار انجام نشده است. همچنین، نتایج پژوهش حاضر نشان داد، بین مداخلات بازی درمانی مبتنی بر رابطه والد-کودک و برنامه مدیریت والدین بر کاهش نشانگان اختلال نافرمانی مقابله‌ای و ارتقای تاب‌آوری کودکان با اختلال نافرمانی مقابله‌ای تفاوت معناداری وجود نداشت؛ اما پژوهشی در زمینه مقایسه بازی درمانی مبتنی بر رابطه والد-کودک و برنامه مدیریت والدین بر کاهش نشانگان اختلال نافرمانی مقابله‌ای و ارتقای تاب‌آوری کودکان با اختلال نافرمانی مقابله‌ای صورت نگرفته است. در تبیین نتایج مذکور می‌توان اذعان کرد، باتوجه به مطالعات (۳۳-۲۹، ۵۰) در زمینه نقش محیط در کاهش نشانگان اختلال نافرمانی مقابله‌ای و افزایش تاب‌آوری در کودکان، یکی از دلایل مشکلات رفتاری کودکان با نشانگان اختلال نافرمانی مقابله‌ای، رابطه والد و کودک است؛ براین اساس، از آنجاکه والد و کودک به‌صورت متقابل از هم تأثیر می‌پذیرند، والدین نیز با یادگیری مهارت‌هایی زمینه سازگاری و انطباق کودکان با محیط را فراهم می‌کنند. سازگاری کودکان نه تنها رابطه با والدین را بهبود می‌بخشد، بلکه کودکان در موقعیت‌های مختلف واکنش مناسبی از خود نشان می‌دهند. هر دو مداخله خانواده‌محور مانند برنامه مدیریت والدین و بازی درمانی مبتنی بر رابطه والد-کودک، مبتنی بر دیدگاه یادگیری اجتماعی بندورا^۱ با هدف بهبود مهارت‌های سازشی و کاهش رفتارهای ناسازگارانه به‌کار می‌روند؛ در نتیجه، تفاوتی در میزان اثربخشی این

^۱ Bandura

روانشناسان و مددکاران و مشاوران برگزار شود.

۶ تشکر و قدردانی

از تمامی مادران و مدیر محترم مدرسه استثنایی مدرسه ابتدایی پسرانه واقع در منطقه هیجده تهران تشکر و قدردانی می‌شود.

۷ بیانیها

تأییدیه اخلاقی و رضایت‌نامه از شرکت‌کنندگان

ملاحظات اخلاقی رعایت‌شده در پژوهش حاضر عبارت بود از: قبل از شروع پژوهش، از مادران دانش‌آموزان با نشانگان اختلال نافرمانی مقابله‌ای رضایت‌نامه کتبی دریافت شد؛ به مشارکت‌کنندگان اطمینان داده شد که از اطلاعات خصوصی آن‌ها محافظت می‌شود؛ مشارکت در تحقیق هیچ‌گونه بار مالی برای شرکت‌کنندگان نداشت؛ این پژوهش با موازین اخلاقی و دینی آزمودنی (مادران) و جامعه مغایر نبود.

رضایت برای انتشار

این امر غیرقابل اجرا است.

در دسترس بودن داده‌ها و مواد

داده‌های پشتیبان نتایج گزارش‌شده در مقاله که در طول مطالعه تحلیل شدند، به صورت فایل ورودی و اکسل داده در فضای ذخیره‌ای هارددرایو نزد نویسنده مسئول حفظ خواهد شد.

تضاد منافع

نویسندگان اظهار می‌کنند که هیچ‌گونه تضاد منافی ندارند.

منابع مالی

نویسندگان اذعان دارند که انجام این پژوهش بدون حمایت مالی از هیچ سازمانی و با هزینه شخصی انجام گرفته است.

مشارکت نویسندگان

همه نویسندگان سهم یکسانی در تهیه مبانی نظری مقاله، اجرا، جمع‌آوری داده‌ها، بازبینی و اصلاح مقاله حاضر بر عهده داشتند.

References

1. Achenbach TM, Ivanova MY, Rescorla LA, Turner LV, Althoff RR. Internalizing/externalizing problems: review and recommendations for clinical and research applications. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2016;55(8):647–56. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2016.05.012>
2. León-Del-Barco B, Mendo-Lázaro S, Polo-Del-Río MI, López-Ramos VM. Parental psychological control and emotional and behavioral disorders among Spanish adolescents. *Int J Environ Res Public Health*. 2019;16(3):507. <https://doi.org/10.3390/ijerph16030507>
3. Burke JD, Evans SC, Carlson GA. Debate: oppositional defiant disorder is a real disorder. *Child Adolesc Ment Health*. 2022;27(3):297–9. <https://doi.org/10.1111/camh.12588>
4. Tung I, Lee SS. Negative parenting behavior and childhood oppositional defiant disorder: differential moderation by positive and negative peer regard. *Aggress Behav*. 2014;40(1):79–90. <https://doi.org/10.1002/ab.21497>
5. Booker JA, Capriola-Hall NN, Greene RW, Ollendick TH. The parent–child relationship and posttreatment child outcomes across two treatments for oppositional defiant disorder. *J Clin Child Adolesc Psychol*. 2020;49(3):405–19. <https://doi.org/10.1080/15374416.2018.1555761>
6. Mawson AR. On the association between low resting heart rate and chronic aggression: retinoid toxicity hypothesis. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. 2009;33(2):205–13. <https://doi.org/10.1016/j.pnpb.2008.10.019>
7. Lavigne JV, Gouze KR, Hopkins J, Bryant FB, LeBailly SA. A multi-domain model of risk factors for ODD symptoms in a community sample of 4-year-olds. *J Abnorm Child Psychol*. 2012;40(5):741–57. <https://doi.org/10.1007/s10802-011-9603-6>
8. Liu X, Lin X, Zhou Q, Zhou N, Li Y, Lin D. Family and individual risk and protective factors of depression among Chinese migrant children with oppositional defiant disorder symptoms. *Front Psychol*. 2017;8:508. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.00508>
9. Tang Y, Lin X, Chi P, Zhou Q, Hou X. Multi-level family factors and affective and behavioral symptoms of oppositional defiant disorder in Chinese children. *Front Psychol*. 2017;8:1123. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.01123>
10. Taghizade S, Mahmoodi Z, Zandifar A, Qorbani M, Mohamadi F, Mehrafzoun N. The relationship model among parent–child relationship, coping responses and behavioral problems in children with attention deficit hyperactivity disorder. *BMC Psychiatry*. 2022;22(1):596. <https://doi.org/10.1186/s12888-022-04224-3>
11. Lin X, Li L, Heath MA, Chi P, Xu S, Fang X. Multiple levels of family factors and oppositional defiant disorder symptoms among Chinese children. *Fam Process*. 2018;57(1):195–210. <https://doi.org/10.1111/famp.12269>
12. Southwick SM, Bonanno GA, Masten AS, Panter-Brick C, Yehuda R. Resilience definitions, theory, and challenges: interdisciplinary perspectives. *Eur J Psychotraumatol*. 2014;5:25338. <https://doi.org/10.3402/ejpt.v5.25338>
13. Masten AS. Global perspectives on resilience in children and youth. *Child Dev*. 2014;85(1):6–20. <https://doi.org/10.1111/cdev.12205>
14. Wright MO, Masten AS, Narayan AJ. Resilience processes in development: four waves of research on positive adaptation in the context of adversity. In: Goldstein S, Brooks RB, editors. *Handbook of resilience in children*. Boston, MA: Springer US; 2013. pp: 15–37. https://doi.org/10.1007/978-1-4614-3661-4_2
15. Ungar M, Theron L. Resilience and mental health: how multisystemic processes contribute to positive outcomes. *Lancet Psychiatry*. 2020;7(5):441–8. [https://doi.org/10.1016/s2215-0366\(19\)30434-1](https://doi.org/10.1016/s2215-0366(19)30434-1)
16. Masten AS. Resilience in developmental systems: principles, pathways, and protective processes in research and practice. In: *Multisystemic resilience: adaptation and transformation in contexts of change*. New York, NY, US: Oxford University Press; 2021. pp: 113–34. <https://doi.org/10.1093/oso/9780190095888.003.0007>
17. Kalisch R, Baker DG, Basten U, Boks MP, Bonanno GA, Brummelman E, et al. The resilience framework as a strategy to combat stress-related disorders. *Nat Hum Behav*. 2017;1(11):784–90. <https://doi.org/10.1038/s41562-017-0200-8>

18. Akbari A, Monirpour N, Mirzahosseini H. The effectiveness of parent-based play-therapy on aggression and symptoms of oppositional defiant disorder. *Quarterly Journal of Child Mental Health*. 2021;8(1):126–40. [Persian] <http://dx.doi.org/10.52547/jcmh.8.1.10>
19. Bratton SC, Landreth GL, Kellam T, Blackard SR. *Child parent relationship therapy (CPRT) treatment manual: A 10-session filial therapy model for training parents*. New York, NY, US: Routledge/Taylor & Francis Group; 2006.
20. Mostafavi S, Shaeeri MR, Asghari Moghaddam MA, Mahmoudi Gharaie J. Effectiveness of educating play therapy based on child parent relationship Therapy (CPRT) according Landreth model to mothers on reducing child behavioral problems. *Clinical Psychology and Personality*. 2013;10(2):33–42. [Persian] https://cpap.shahed.ac.ir/article_2667_2e81142d61c42dd2098af601ba82d74d.pdf
21. Jafari N, Mohammadi MR, Khanbani M, Farid S, Chiti P. Effect of play therapy on behavioral problems of maladjusted preschool children. *Iran J Psychiatry*. 2011;6(1):37–42.
22. Garrett M. Play-based interventions and resilience in children. *International Journal of Pshychology and Counselling*. 2014;6(10):133–7.
23. Barkley RA. *Taking charge of ADHD: the complete, authoritative guide for parents*. 3rd ed. The Guilford Press; 2013.
24. Scott S, Sylva K, Doolan M, Price J, Jacobs B, Crook C, et al. Randomised controlled trial of parent groups for child antisocial behaviour targeting multiple risk factors: the SPOKES project. *J Child Psychol Psychiatry*. 2010;51(1):48–57. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2009.02127.x>
25. Dopheide JA, Pliszka SR. Attention-deficit-hyperactivity disorder: an update. *Pharmacotherapy: The Journal of Human Pharmacology and Drug Therapy*. 2009;29(6):656–79. <https://doi.org/10.1592/phco.29.6.656>
26. Kazdin AE, Glick A, Pope J, Kaptchuk TJ, Lecza B, Carrubba E, et al. Parent management training for conduct problems in children: Enhancing treatment to improve therapeutic change. *Int J Clin Health Psychol*. 2018;18(2):91–101. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2017.12.002>
27. Fongaro E, Picot MC, Stringaris A, Belloc C, Verissimo AS, Franc N, et al. Parent training for the treatment of irritability in children and adolescents: a multisite randomized controlled, 3-parallel-group, evaluator-blinded, superiority trial. *BMC Psychol*. 2022;10(1):273. <https://doi.org/10.1186/s40359-022-00984-5>
28. Murrihy RC, Drysdale SAO, Dedousis-Wallace A, Rémond L, McAloon J, Ellis DM, et al. Community-delivered collaborative and proactive solutions and parent management training for oppositional youth: a randomized trial. *Behav Ther*. 2023;54(2):400–17. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2022.10.005>
29. Borden LA, Schultz TR, Herman KC, Brooks CM. The incredible years parent training program: promoting resilience through evidence-based prevention groups. *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice*. 2010;14(3):230–41. <https://doi.org/10.1037/a0020322>
30. Lin X, He T, Heath M, Chi P, Hinshaw S. A systematic review of multiple family factors associated with oppositional defiant disorder. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(17):10866. <https://doi.org/10.3390/ijerph191710866>
31. Mesman E, Vreeker A, Hillegers M. Resilience and mental health in children and adolescents: an update of the recent literature and future directions. *Curr Opin Psychiatry*. 2021;34(6):586–92. <https://doi.org/10.1097/yco.0000000000000741>
32. Ding W, Meza J, Lin X, He T, Chen H, Wang Y, et al. Oppositional defiant disorder symptoms and children's feelings of happiness and depression: mediating roles of interpersonal relationships. *Child Ind Res*. 2020;13(1):215–35. <https://doi.org/10.1007/s12187-019-09685-9>
33. Li L, Lin X, Chi P, Heath MA, Fang X, Du H, et al. Maltreatment and emotional and behavioral problems in chinese children with and without oppositional defiant disorder: the mediating role of the parent-child relationship. *J Interpers Violence*. 2016;31(18):2915–39. <https://doi.org/10.1177/0886260515624234>
34. Gadow KD, Sprafkin J. *Child Symptom Inventories manual*. Stony Brook, NY: Checkmate Plus; 1994.
35. Merrell KW, Cohn BP, Tom KM. *Social-Emotional Assets and Resilience Scales (SEARS)*. Lutz, FL: Psychological Assessment Resources; 2011.
36. Mohamadesmaiel E, Alipour A. A preliminary study on the reliability, validity and cut off points of the Disorders of Children Symptom Inventory-4 (CSI-4). *Journal of Exceptional Children*. 2002;2(3):239–54. [Persian] <http://joec.ir/article-1-484-en.pdf>
37. Mashhadi A, Hosieni Yazdi SA, Asemi Z, Kimyaie SA. The effectiveness of CODIP on improvement of self-concept and enhancement of resilience in children of divorce. *Journal of Educational Psychology*. 2015;6(2):48–58. [Persian] https://psyedu.tonekabon.iau.ir/article_561439_f54fe00016e79a172626d741c4f518f2.pdf
38. Barkley RA, editor. *Attention-deficit hyperactivity disorder: a handbook for diagnosis and treatment*. 3rd ed. New York& London: Guilford Press; 2006.