

تأثیر بازی درمانی کودک محور بر احساس خودکارآمدپنداری در تعاملات بین فردی دانش آموزان مبتلا به نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای

عباسعلی حسین‌خانزاده^۱

۱. دانشیار گروه روان‌شناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه گیلان، رشت، ایران

تاریخ دریافت: ۹۶/۰۱/۲۵

تاریخ پذیرش: ۹۶/۰۶/۲۸

چکیده

زمینه و هدف: با توجه به اهمیت تعاملات بین فردی در تحول اجتماعی دوران کودکی، هدف پژوهش حاضر بررسی تأثیر بازی درمانی کودک محور بر احساس خودکارآمدپنداری در تعاملات بین فردی دانش آموزان مبتلا به نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای بود.

روش: روش پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل تمامی کودکان ۸ تا ۱۲ ساله مبتلا به نافرمانی مقابله‌ای مراجع‌کننده به مراکز روان‌پزشکی و روان‌شناختی شهر رشت در بازه زمانی شش ماه اول سال ۱۳۹۶ بود که از میان آنها ۳۰ کودک از طریق نمونه‌گیری در دسترس و بر حسب شرایط ورود به پژوهش انتخاب و به تصادف در دو گروه آزمایش و گواه جایدهی شدند. جهت جمع‌آوری داده‌ها از مقیاس درجه‌بندی اختلال نافرمانی مقابله‌ای (هومرسن و همکاران، ۲۰۰۶)، مصاحبه بالینی ساختاریافته (انجمن روان‌پزشکی آمریکا، ۲۰۱۳)، و مقیاس خودکارآمدی کودکان در روابط بین فردی با همسالان (ویلر و لد، ۱۹۸۲) استفاده شد. مداخله آموزشی بازی درمانی برای گروه آزمایش در ۱۰ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای با فاصله ۳ روز بین جلسات ارائه شد، در حالی که گروه کنترل چنین آموزشی را دریافت نکردند.

یافته‌ها: نتایج آزمون تحلیل کوواریانس تک‌متغیری یکراهه نشان داد که بازی درمانی کودک محور موجب افزایش خودکارآمدپنداری کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای در سطح کل و در موقعیت با تعارض در تعاملات بین فردی شد. **نتیجه‌گیری:** بازی درمانی با شیوه‌ای متناسب با سطح تحول کودکان به‌طور عینی و ملموس، تجربه مهارت آموزی را برای آنها فراهم می‌کند و این تمرین عملی به‌طور مستقیم و غیرمستقیم منجر به بهبود خودکارآمدپنداری در تعاملات بین فردی این کودکان می‌شود.

کلیدواژه‌ها: بازی درمانی کودک محور، خودکارآمدپنداری، تعاملات بین فردی، اختلال نافرمانی مقابله‌ای

مقدمه

تشخیص اختلال نافرمانی مقابله‌ای^۱ ابتدا در سال ۱۹۶۶ انجام شد اما در سال ۱۹۸۰ به رسمیت شناخته شد و در این سال برای اولین بار در سومین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی مطرح شد (۱). ابتدا تشخیص اولیه این اختلال به عنوان یک اختلال رفتار در کودکان در تعامل با والدین و دیگر شخصیت‌های بزرگسال شناخته شد که طی آن فرد مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای اغلب دیگران را به خاطر اشتباهات و سوء رفتارهای خود مقصر می‌داند (۲). در پنجمین ویرایش این راهنما، اختلال نافرمانی مقابله‌ای، به صورت الگویی از خلق تحریک‌پذیر/عصبانی^۲، رفتار نافرمانی/جدلی^۳، و کینه‌جویی^۴ با حداقل چهار علامت اختصاصی که به مدت حداقل ۶ ماه طول می‌کشد ظاهر می‌شود؛ ضمن این که، این رفتارها فراوان‌تر از آن چیزی است که با سن، جنس، و فرهنگ فرد متناسب باشد و پریشانی قابل ملاحظه‌ای در زمینه اجتماعی، تحصیلی، و شغلی ایجاد می‌کند. این اختلال از لحاظ شدت به سه دسته خفیف، متوسط، و شدید تقسیم می‌شود (۳). نتایج تحلیل عاملی پژوهش کریگر و گودمن (۴) مؤید سه بعد ساختاری اختلال نافرمانی مقابله‌ای شامل خلق تحریک‌پذیر/عصبانی، رفتار بی‌اعتنایی/جدلی و کینه‌جویی است.

کودکانی که مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای هستند در مقایسه با کودکان مبتلا به سایر اختلال‌های روان‌پزشکی، مشکلات اجتماعی فراگیرتری را با والدین و همسالان دارند (۵). رفتارهای مقابله‌ای می‌تواند پیامدهای منفی قانونی و ارتباطی جدی را برای کودک در پی داشته باشد و اثرات منفی آن محدود به خود کودک نیست و می‌تواند به دیگران نیز آسیب برساند (۶). کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای، ادراک‌های نادرست و یک‌طرفه از همسالان خود

دارند؛ همچنین توانایی‌های دیدگاه‌گیری^۵ محدود و مشکلات در همدلی در آنها مشاهده می‌شود و آنها در مقایسه با کودکان بهنجار همانند کودکان خردسال، به همسالان خود از دیدگاه خودمیان‌بینانه می‌نگرند و توجه کمی به دنیای درونی همسالان نشان می‌دهند و در تعاملات بین فردی ضعف دارند (۷).

رفتارهای منفی گرایانه و لجبازی به شکل یک‌دنگی مستمر، مقاومت در برابر دستورالعمل‌ها و عدم تمایل به مصالحه و سلطه‌پذیری یا جر و بحث و مشکلات در تعاملات بین فردی با بزرگسالان و همسالان ظاهر می‌شود (۵ و ۸). علائم اختلال به طور اخص در تعامل با بزرگسالان یا همسالانی که شخص به خوبی آنها را می‌شناسد بیشتر آشکار می‌شود (۹). گستره مشکلات اجتماعی این کودکان را می‌توان در ضعف در تعاملات بین فردی، ناتوانی در استفاده از مهارت‌های زندگی، پایین بودن سطح توانایی ابراز وجود، ناتوانی در بیان احساسات و فقدان رفتارهای مؤدبانه در تعاملات اجتماعی خلاصه کرد که اشکال در رفتارهای اجتماعی و عدم استقرار تعاملات بین فردی دوستانه، احساس طردشدگی را در پی دارد. وقتی این احساس با رفتارهای پرخاشگرانه توأم می‌شود شکل‌گیری رفتارهای مقابله‌ای و بی‌اعتنایی در کودک حتمی خواهد بود (تگلاسی و راسمن^۶، ۲۰۰۱؛ به نقل از ۱۰).

نتایج پژوهش اسکولز و تریون (۱۱) نشان داد که دانش‌آموزان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای، مهارت اجتماعی کمتر، پیشرفت تحصیلی کمتر و مشکلات رفتاری بیشتری نشان دادند. کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای معمولاً در روابط بین فردی ضعیف هستند و عمدتاً فاقد مهارت‌های شناختی، اجتماعی و عاطفی مورد نیاز برای انجام تقاضاهای بزرگتر هستند (۱۲). با توجه به این که این کودکان ارتباط‌های نامتعادلی با والدین و همسالان دارند، در مقیاس سازش‌یافتگی اجتماعی دو انحراف استاندارد از حد طبیعی

1. Oppositional Defiant Disorder
2. Angry/irritable mood
3. Argumentative/defiant behavior
4. Vindictiveness

5. Perspective taking
6. Teglas & Rusman

پایین تر هستند (۱۱). کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای سازش یافتگی اجتماعی و روان‌شناختی پایین تری دارند و روابط اجتماعی ضعیف‌تر و مشکلات بیشتری در تعاملات بین فردی نشان می‌دهند (۱۳). به‌طور کلی سه حالت بین فردی که در تعاملات مهم هستند شامل مشکلات بین فردی، خود کارآمد پنداری^۱ بین فردی و ارزش‌ها و اهداف بین فردی است (۱۴). پژوهش‌های مختلف از جمله گور (۱۵) و دیویس (۱۶) نیز نشان داده‌اند که خود کارآمد پنداری کودکان در مورد توانایی‌ها و مهارت‌های اجتماعی‌شان می‌تواند تعاملات بین فردی آنها را تحت تأثیر قرار دهد.

منظور از خود کارآمد پنداری، قضاوت شخصی فرد درباره توانایی‌هایش برای عملکرد موفقیت‌آمیز در تکلیف مورد نظر است (بندورا، ۱۹۹۷؛ به نقل از ۱۴). خود کارآمد پنداری در سازش یافتگی اجتماعی و تعاملات بین فردی نقش دارد (۱۵). پژوهش‌های زیادی بر اهمیت و تأثیر تعاملات بین فردی در تعیین مسیر تحول کودکان تأکید کرده‌اند (۱۷).

خود کارآمد پنداری کودکان پیش‌بینی‌کننده قوی برای روابط دوستانه آنها در دوران نوجوانی است (۱۶)؛ بنابراین مداخلاتی که با هدف ارتقا شایستگی اجتماعی کودکان طراحی می‌شود، مثل بازی درمانی در این زمینه می‌تواند کمک‌کننده باشد.

یکی از مداخلات روان‌شناختی کودک محور که می‌تواند در کاهش علائم کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای تأثیر بگذارد، بازی درمانی است (۱۸). بازی درمانی یک اصطلاح چترگونه برای روش‌های مختلف درمان است که می‌تواند به طور مستقیم (درمانگر، بازی را به سمت هدفی مشخص یا ارائه موضوعی خاص هدایت می‌کند) و غیرمستقیم (کودک، بازی را به سمت هدفی خاص هدایت می‌کند، درحالی‌که درمانگر احساسات را بازتاب می‌دهد، رفتارها را مشاهده می‌کند، و پذیرش مثبت نامشروط را پیشنهاد می‌دهد) طبقه‌بندی شود (۱۹). قدرت درمانی که در بازی درمانی نهفته

است به طرق گوناگون مورد استفاده قرار می‌گیرد. درمانگران از این طریق به کودکانی که مهارت‌های اجتماعی یا عاطفی‌شان ضعیف‌تر است، رفتارهای سازش‌یافته‌ای را می‌آموزند (۲۰). بازی درمانی می‌تواند به صورت فردی و گروهی انجام شود. بازی درمانی گروهی یک فرایند روان‌شناختی و اجتماعی است که در آن کودکان از طریق ارتباط با یکدیگر در اتاق بازی چیزهایی را در مورد خودشان یاد می‌گیرند. این شیوه برای درمانگر فرصتی را فراهم می‌کند تا به کودکان کمک کند که چگونه تعارضات را حل کنند (۲۱).

نتایج پژوهش بادامیان و ابراهیمی مقدم (۲۲) نشان داد که بازی درمانی می‌تواند انعطاف‌پذیری کودکان پرخاشگر را بهبود بخشد. استفاده از بازی و تعامل با کودکان، نشانه‌های درونی و بیرونی مشکلات رفتاری آنها را کاهش می‌دهد، و توانایی یادگیری آنها را تقویت می‌کند. بازی کردن برای یک کودک مساوی است با صحبت کردن برای یک فرد بزرگسال، بنابراین بازی کردن و اسباب‌بازی‌های مختلف، کلمات کودکان هستند (۲۳). بازی درمانی، درک خود، خودمهارگری، و مسئولیت کودکان را بهبود می‌بخشد (۲۴). نتایج پژوهش وین‌برن و همکاران (۲۵) نشان داد بازی درمانی در کاهش مشکلات رفتاری کودکان مؤثر است.

از یک طرف، با توجه به اینکه اختلال نافرمانی مقابله‌ای بخشی از تاریخچه تحولی اختلال‌های سنین جوانی و بزرگسالی است و هزینه‌های بسیاری بر دوش کودک، خانواده و جامعه تحمیل می‌کند (۲۶) و کمبود پژوهش‌ها در این زمینه، و از طرف دیگر، با توجه به اینکه بازی در عین حال که تبعات مصرف دارو را ندارد و نقش مهمی در تحولات دوران کودکی ایفا می‌کند، به عنوان یکی از مهمترین راه‌های ارتباطی کودکان با همسالان و بزرگسالان محسوب می‌شود که در خلال آن می‌توان بسیاری از رفتارهای مطلوب را در خزانه رفتاری کودکان ایجاد کرد یا استحکام بخشید بنابراین هدف پژوهش حاضر بررسی تأثیر بازی درمانی کودک محور

1. self-efficacy

بر احساس خودکارآمدپنداری در تعاملات بین فردی دانش آموزان مبتلا به نشانه های اختلال نافرمانی مقابله ای است.

روش

الف) طرح پژوهش و شرکت کنندگان: نوع مطالعه نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل تمامی کودکان ۸ تا ۱۲ ساله مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله ای مراجع کننده به مراکز روان پزشکی و روان شناختی شهر رشت در بازه زمانی شش ماه اول سال ۱۳۹۶ بود که از میان آنها ۳۰ کودک از طریق نمونه گیری در دسترس و بر حسب شرایط ورود به پژوهش انتخاب و به تصادف در دو گروه آزمایش و گواه جایدهی شدند. تشخیص بر اساس نظر روان پزشک اطفال یا روان شناس متخصص کودک و همچنین مصاحبه ساختاریافته با والدین کودک صورت گرفت. ملاک های ورود به پژوهش شامل دامنه سنی بین ۸ تا ۱۲ سال، نداشتن معلولیت یا اختلال اضافی و داشتن رضایت کودک و والدین جهت همکاری و شرکت در آزمون ها بود و ملاک های خروج از پژوهش شامل غیبت بیش از دو جلسه در جلسات، ابتلا به مشکلات شدید جسمانی و سلامتی، و قرار گرفتن تحت سایر درمان های خاص مانند دارودرمانی بود.

ب) ابزار

۱. مقیاس درجه بندی اختلال نافرمانی مقابله ای کودکان: این مقیاس توسط هومرسن و همکاران (۱۲) و بر اساس ملاک های نسخه تجدیدنظر شده ویرایش چهارم راهنمای تشخیصی و آماری اختلال های روانی برای تشخیص کودکان با اختلال نافرمانی مقابله ای ساخته شده است (لازم به یادآوری است که ملاک های این مقیاس با ملاک های تشخیصی ویرایش پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلال های روانی نیز منطبق است. این مقیاس دارای ۸ گویه است و در یک طیف لیکرت ۴ درجه ای (از ۰ = اصلاً تا ۳ = خیلی زیاد) به ارزیابی نظر پاسخ گویان می پردازد. این مقیاس برای کودکان

۵ تا ۱۵ ساله استفاده می شود. سازندگان مقیاس ضریب پایایی آن به روش آلفای کرونباخ را ۰/۹۲ و ضریب پایایی آن به روش بازآزمایی را ۰/۹۵ گزارش کرده اند (۲۷). این مقیاس توسط عابدی (۱۳۸۷) بر روی دانش آموزان ایرانی روایی سنجی و اعتباریابی شده است و ضریب همسانی درونی این مقیاس به روش آلفای کرونباخ ۰/۹۳ و ضریب پایایی آن به روش بازآزمایی ۰/۹۴ گزارش شده است (۲۸). در پژوهش فرامرزی، عابدی و قنبری (۲۸) نیز، ضریب آلفای کرونباخ مقیاس درجه بندی اختلال نافرمانی مقابله ای برابر با ۰/۶۳ و ضریب بازآزمایی آن برابر با ۰/۶۱ به دست آمد. همچنین این مقیاس به روش دیگر گزارش دهی است و والدین یا مربیان به این مقیاس پاسخ می دهند

۲. مصاحبه بالینی ساختاریافته: مصاحبه بالینی ساختاریافته نوعی مصاحبه تشخیصی است که در آن مصاحبه کننده پرسش هایی را طراحی می کند تا او را به هدف درمانی نزدیک کند. در این نوع مصاحبه برخلاف مصاحبه ساختاریافته، موضوعات مورد بحث طبق برنامه از پیش تنظیم شده ای ارائه می شود و مصاحبه کننده به چگونگی بحث جهت می دهد (۲۹). در این پژوهش به منظور تشخیص وجود نشانه های اختلال نافرمانی مقابله ای، بر اساس ویرایش پنجم راهنمای تشخیصی و آماری اختلال های روانی، مصاحبه تشخیصی ساختاریافته توسط روان پزشک یا روان شناس متخصص کودک و نوجوان از یکی از والدین کودک به عمل آمد.

۳. مقیاس خودکارآمدپنداری کودکان در روابط بین فردی با همسالان: مقیاس خودکارآمدپنداری کودکان در روابط بین فردی با همسالان توسط ویلر و لد^۱ (۱۹۸۲) با هدف سنجش خودکارآمدپنداری کودکان در روابط بین فردی در مقطع سوم تا پنجم ابتدایی ساخته شد و دارای ۲۲ گویه است. هر گویه این مقیاس به صورت یک جمله ناتمام نوشته شده است که کودک باید درباره جمله ارائه داده شده، یکی از چهار گزینه "خیلی آسان، آسان، سخت، و خیلی سخت" را با

1. Wheeler & Ladd

کارتن تخم مرغ و چوب هایی که حتی امکان شکسته شدن دارند.

اسباب بازی های مربوط به ابراز خلاقیت: این دسته شامل اسباب بازی هایی است که زمینه بروز خلاقیت را فراهم می کنند. رنگ، مداد رنگی، شن و ماسه، آب و ابزار آلات مختلف که جایگزین یکدیگر می شوند.

د) روش اجرا: جهت اجرای پژوهش پس از هماهنگی های لازم با مراکز روان پزشکی و روان شناختی کودکان شهر رشت، نمونه با استفاده از روش نمونه گیری در دسترس برحسب شرایط ورود به پژوهش انتخاب شدند و به تصادف در دو گروه آزمایش و کنترل جایدهی شدند. قبل از جمع آوری داده ها به کمک ابزارهای مورد استفاده در پژوهش و اجرای مداخله، رضایت والدین کودکان و خود کودکان برای شرکت در پژوهش جلب شد و به آنها گفته شد هر زمانی که خواستند می توانند کودکان خود را از طرح پژوهشی خارج کرده و از ادامه دریافت مداخله صرف نظر کنند، برای گروه آزمایش، بازی درمانی طی ۱۰ جلسه ۶۰ دقیقه ای، هفته ای دو جلسه، به مدت ۱۰ هفته به شکل گروهی برگزار شد. این برنامه آموزشی توسط فردی که دوره های آموزشی لازم در این زمینه را گذرانده است با کمک یک دستیار اجرا گردید.

یافته ها

میانگین و انحراف استاندارد نمرات پیش آزمون- پس آزمون خود کارآمدپنداری در تعاملات بین فردی دو گروه آزمایش و کنترل در جدول ۱ ارائه شده است. همچنین در این جدول نتایج آزمون کالموگروف- اسمیرنف برای بررسی نرمال بودن توزیع متغیرها در گروه ها گزارش شده است. با توجه به این جدول آماره Z آزمون کالموگروف - اسمیرنف برای تمامی متغیرها معنی دار نیست؛ بنابراین می توان نتیجه گرفت که توزیع این متغیرها نرمال است.

توجه به وضعیت خود انتخاب کند. گزینه ها به صورت معکوس نمره گذاری می شوند و نمره هر آزمودنی در دامنه ای بین ۲۲ (حداقل نمره قابل کسب) تا ۸۸ (حداکثر نمره قابل کسب) قرار خواهد گرفت. هنجاریابی این آزمون در ایران توسط حسین چاری (۳۰) صورت گرفت که نتایج، بیانگر احراز خصوصیات روان سنجی مقیاس مورد استفاده، برای سنجش خود کارآمدپنداری در دانش آموزان بود. ضریب اعتبار کل مقیاس ۰/۸۷، خرده مقیاس تعارض، ۰/۸۳، و خرده مقیاس بی تعارضی ۰/۷۸ بود. پسران نسبت به دختران از نظر نمره کل مقیاس خود کارآمدپنداری در سطح بالاتری قرار داشتند (۳۰).

ج) برنامه مداخله ای: مداخله آموزشی بازی درمانی برای گروه آزمایش در ۱۰ جلسه ۶۰ دقیقه ای با فاصله ۳ روز بین جلسات ارائه شد. هدف از این برنامه این است که کودک احساس شنیده شدن، دیده شدن، درک شدن و پذیرفته شدن کند (۲۳). بر اساس ایجاد چنین محیطی در برنامه بازی درمانی کودک محور اعتقاد بر این است که کودک منابع درونی خود را کشف می کند (لندرس، ۱۹۹۳). در این مطالعه از راهنمای برنامه بازی درمانی کودک محور ری (۳۱) استفاده شد. در این برنامه درمانی رابطه بین درمانگر و کودک محور اصلی است هر چند کودک از طریق بازی با درمانگر و سایر هم بازی ها ارتباط برقرار می کند.

برای فرایند بازی در جلسات مختلف از سه دسته وسایل استفاده شد:

اسباب بازی های دنیای واقعی: این دسته شامل اسباب بازی هایی بود که به طور مستقیم نمایانگر دنیای واقعی کودک بود شامل: عروسک اعضای خانواده، خانه عروسکی، ماشین، قایق، هواپیما، و پول کاغذی و ...

اسباب بازی های مربوط به آزادسازی خشم: این اسباب بازی ها اجازه می دهند تا هیجان هایی که معمولاً اجازه ابراز در موقعیت های دیگر داده نمی شوند تخلیه شوند مانند سربازان اسباب بازی، چاقوهای اسباب بازی و اسلحه های پلاستیکی،

جدول ۱: شاخص‌های توصیفی نمرات پیش‌آزمون - پس‌آزمون در دو گروه آزمایش و کنترل (n=30)

متغیر	وضعیت	گروه	میانگین	انحراف استاندارد	K-S Z	p
خودکارآمدپنداری	پیش‌آزمون	آزمایش	۵۰/۴۶	۹/۰۷۰	۰/۴۲	۰/۹۹
		کنترل	۴۴/۵۳	۸/۲۴۵	۰/۵۷	۰/۸۹
	پس‌آزمون	آزمایش	۵۰/۵۳	۸/۸۶۲	۰/۴۹	۰/۹۶
		کنترل	۴۷/۸۶	۷/۰۰۸	۰/۶۴	۰/۷۹

گزارش شده است. با توجه به این جدول آماره Z آزمون کالموگروف - اسمیرنف برای تمامی متغیرها معنی‌دار نیست بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که توزیع این متغیرها نرمال است.

همچنین میانگین و انحراف استاندارد نمرات پیش‌آزمون - پس‌آزمون خرده‌مقیاس‌های خودکارآمدپنداری در تعاملات بین فردی دو گروه آزمایش و کنترل در جدول ۲ ارائه شده است. همچنین در این جدول نتایج آزمون کالموگروف - اسمیرنف برای بررسی نرمال بودن توزیع متغیرها در گروه‌ها

جدول ۲: شاخص‌های توصیفی نمرات پیش‌آزمون - پس‌آزمون در دو گروه آزمایش و کنترل (n=30)

متغیر	وضعیت	گروه	میانگین	انحراف استاندارد	K-S Z	p
در موقعیت با تعارض	پیش‌آزمون	آزمایش	۲۲/۸۰	۴/۱۴	۰/۷۱	۰/۶۸۶
		کنترل	۲۰/۸۰	۳/۷۴	۰/۹۴	۰/۳۳۷
	پس‌آزمون	آزمایش	۲۲/۸۶	۴/۰۳	۰/۹۸	۰/۲۸۲
		کنترل	۲۴/۴۳	۳/۸۳	۰/۹۷	۰/۲۹۸
در موقعیت بی‌تعارض	پیش‌آزمون	آزمایش	۲۷/۶۶	۵/۴۸	۰/۶۵	۰/۷۸۶
		کنترل	۲۳/۷۳	۵/۰۰	۰/۵۹	۰/۸۷۳
	پس‌آزمون	آزمایش	۲۷/۶۶	۵/۴۰	۰/۸۷	۰/۴۳۵
		کنترل	۲۳/۴۰	۴/۴۰	۰/۶۰	۰/۸۶۰

گروه برابر است ($F=2/82$ و $P<0/0519$). نتایج آزمون لوین برای بررسی همگنی واریانس متغیر وابسته در گروه‌ها نشان داد که واریانس خودکارآمدپنداری در گروه‌ها برابر است ($F_{1,28}=0/052$ و $P<0/0521$). در جدول ۳ نتایج تحلیل کوواریانس تک‌متغیری برای بررسی تفاوت گروه آزمایش و کنترل در پیش‌آزمون با پس‌آزمون متغیر خودکارآمدپنداری گزارش شده است.

جهت بررسی تأثیر بازی درمانی کودک محور بر افزایش احساس خودکارآمدپنداری در تعاملات بین فردی دانش‌آموزان مبتلا به نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای از تحلیل کوواریانس تک‌متغیری یک‌راهه استفاده شد. قبل از اجرای این آزمون، پیش‌فرض‌های آن مورد بررسی و تأیید قرار گرفت. نتایج آزمون بررسی همگنی شیب رگرسیون پیش‌آزمون و پس‌آزمون خودکارآمدپنداری در گروه آزمایش و کنترل، نشان داد که شیب رگرسیون در هر دو

جدول ۳: نتایج تحلیل کوواریانس تک‌متغیری برای بررسی تفاوت گروه آزمایش و کنترل در خودکارآمدپنداری

منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره F	p	اندازه اثر
پیش‌آزمون	۱۵۷۰/۱۲	۱	۱۵۷۰/۱۲	۱۹۴/۰۵	۰/۰۰۱	۰/۸۷
عضویت گروهی	۴۰/۳۱	۱	۴۰/۳۱	۵/۰۰۸	۰/۰۳۴	۰/۱۴
خطا	۲۱۷/۳۴	۲۷	۲۱۷/۳۴			

با توجه به جدول ۳ آماره F خود کارآمدپنداری در پس آزمون ۵/۰۸ است که در سطح ۰/۰۵ معنی دار است و این نشان می دهد که بین دو گروه از نظر میزان خود کارآمدپنداری تفاوت معنی دار وجود دارد. اندازه اثر ۰/۱۴ نیز نشان می دهد که این تفاوت در جامعه کوچک است. آماره F پیش آزمون خود کارآمدپنداری نیز (۱۹۴/۰۵۲) است که در سطح ۰/۰۰۱ معنی دار است. این یافته نشان می دهد که پیش آزمون تأثیر معنی داری بر نمرات پس آزمون دارد. نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد که میانگین تصحیح شده گروه آزمایش در خود کارآمدپنداری (۵۰/۴۳) و میانگین گروه کنترل (۴۷/۹۷) است که با توجه به آماره f در سطح ۰/۰۵ معنی دار است. با توجه به این یافته می توان گفت که بازی درمانی کودک محور موجب افزایش خود کارآمدپنداری کودکان مبتلا به نافرمانی مقابله ای در سطح کل می گردد.

برای بررسی تأثیر بازی درمانی گروهی بر دو خرده مؤلفه احساس خود کارآمدپنداری در تعاملات بین فردی دانش آموزان مبتلا به نشانه های اختلال نافرمانی مقابله ای (در موقعیت با تعارض و در موقعیت بی تعارض) از تحلیل کوواریانس چندمتغیری استفاده شد. نتایج آزمون بررسی همگنی شیب رگرسیون پیش آزمون و پس آزمون مؤلفه های سازش یافتگی در دو گروه آزمایش و کنترل نشان داده است

که شیب رگرسیون در هر دو گروه مطالعه برابر است ($F_{2,25}=2.741, p \leq 0.812$). نتایج آزمون لوین برای بررسی همگنی واریانس متغیرهای وابسته در گروه ها نشان داد که واریانس متغیر احساس خود کارآمدپنداری مؤلفه ها در موقعیت با تعارض و در موقعیت بی تعارض در گروه ها برابر است ($P > 0.05$). نتایج مفروضه دیگر یعنی آزمون باکس برای بررسی برابری ماتریس کوواریانس متغیرهای وابسته در بین گروه آزمایش و کنترل نیز نشان داد که ماتریس کوواریانس متغیرهای وابسته در دو گروه مورد مطالعه برابر است ($\text{BoxM}=2.107, F=0.648, p \leq 0.574$). نتایج آزمون خی دو بارتلت برای بررسی کرویت یا معنی داری رابطه بین خرده مؤلفه های احساس خود کارآمدپنداری نشان داد که رابطه بین این مؤلفه ها معنی دار است ($X^2=22.8, p < 0.05$). پس از بررسی پیش فرض های تحلیل کوواریانس چندمتغیری، نتایج آزمون نشان داد که بین دو گروه در خرده مؤلفه های احساس خود کارآمدپنداری تفاوت معنی داری وجود دارد ($\text{Wilk's Lambda}=0.61, F_{2,25}=7.37, p < 0.001$). نتایج بررسی این که گروه آزمایش و کنترل در کدام یک از مؤلفه های احساس خود کارآمدپنداری با یکدیگر تفاوت دارند در جدول ۴ گزارش شده است.

جدول ۴: نتایج تحلیل واریانس تک متغیری تفاوت گروه آزمایش و کنترل در مؤلفه های احساس خود کارآمدپنداری

مؤلفه	گروه	میانگین	تفاوت میانگین	خطای استاندارد	F	p	اندازه اثر
در موقعیت با تعارض	آزمایش	۲۵/۲۵۱	۳/۱۶۹	۱/۰۴۲	۱۲/۹۵۲	۰/۰۰۱	۰/۳۳۳
	کنترل	۲۲/۰۸۲					
در موقعیت بدون تعارض	آزمایش	۵۰/۵۳۳۳	۲/۶۷	۰/۶۹	۱/۵۲۷	۰/۲۲۸	۰/۰۵۵
	کنترل	۴۷/۸۶۶۷					

با توجه به جدول ۴، آماره F برای مؤلفه های در موقعیت با تعارض (۱۲/۹۵) در سطح ۰/۰۱ معنی دار است و در موقعیت بدون تعارض (۱/۵۲) در سطح ۰/۰۵۵ معنی دار نیست. این یافته ها نشانگر آن است که بین گروه ها در مؤلفه در موقعیت با تعارض تفاوت معنی داری وجود دارد. نتایج بررسی میانگین ها

در جدول بالا نشان می دهد که میانگین گروه آزمایش در موقعیت با تعارض (۲۵/۲۵) بیشتر از میانگین گروه کنترل در این مؤلفه با میانگین (۲۲/۰۸) است. با توجه به این یافته ها می توان گفت که بازی درمانی گروهی موجب افزایش احساس خود کارآمدپنداری در موقعیت با تعارض در تعاملات

بین فردی دانش آموزان مبتلا به نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای می‌گردد اما تأثیری بر احساس خودکارآمدپنداری در موقعیت بدون تعارض در تعاملات بین فردی آنها ندارد. همچنین اندازه اثر در جدول شماره ۴ نشان می‌دهد که عضویت گروهی ۳۳ درصد از تغییرات مربوط به احساس خودکارآمدپنداری در موقعیت با تعارض را تبیین می‌کند.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی تأثیر بازی درمانی کودک محور بر احساس خودکارآمدپنداری در تعاملات بین فردی دانش آموزان مبتلا به نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای انجام شد. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس نشان داد که بازی درمانی گروهی موجب افزایش نمره کل احساس خودکارآمدپنداری در تعاملات بین فردی با همسالان در کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای می‌شود. این یافته با نتایج پژوهش احتشام و تیباری (۳۲) که نشان دادند بازی درمانی موجب بهبود خودکارآمدپنداری و مهارت‌های ارتباطی در دانش آموزان پسر می‌شود همسو است. همچنین این یافته به‌طور ضمنی با نتایج پژوهش‌های بادامیان و ابراهیمی مقدم (۲۲) که نشان دادند استفاده از بازی درمانی و تعامل با کودکان، نشانه‌های درونی و بیرونی مشکلات رفتاری آنها را کاهش می‌دهد همسو است. نتایج مطالعه مرشد، داوودی، و بابامیری (۱۸) که به بررسی تأثیر بازی درمانی بر علائم لجبازی - نافرمانی کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای پرداختند نیز حاکی از اثربخشی بازی درمانی در کاهش نشانه‌های لجبازی و نافرمانی در این کودکان بود. باقری زاده، نصب، و گودرزوند (۳۳) و صفری، فرامرزی، و عابدی (۳۴) هم در پژوهش خود نشان دادند بازی درمانی می‌تواند علائم اختلال نافرمانی مقابله‌ای را در کودکان مبتلا به این اختلال کاهش دهد.

در تبیین تأثیر بازی درمانی کودک محور بر خودکارآمد پنداری در تعاملات بین فردی دانش آموزان مبتلا به نشانه‌های

اختلال نافرمانی مقابله‌ای می‌توان گفت طبق نظریه بندورا (۱۹۹۵ و ۱۹۹۳؛ به نقل از بندورا، ۱۹۹۷) خودکارآمدپنداری از چهار منبع ناشی می‌شود. ۱. سابقه رفتار شخصی: در طی جلسات بازی درمانی فرصت تجربه تعاملات موفقیت آمیز با همسالان برای کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای فراهم شد؛ بنابراین تجربه تعاملات خوشایند به عنوان یک منبع مهم و شخصی دریافت اطلاعات خودکارآمدپنداری کودکان را افزایش داد. ۲. تجربه جانشینی: مشاهده همسالانی که تعاملات بین فردی موفق داشتند موجب الگوگیری کودکان گروه آزمایش شده و خودکارآمدپنداری شان تقویت شد. ۳. قانع سازی کلامی: مربی گروه آزمایش و همسالان همگروه، سعی کردند که فرد را متقاعد کنند که بیشتر روی توانمندی‌های خود تأکید کند و تشویق این منابع منجر به افزایش خودکارآمدپنداری شد. ۴. حالات فیزیولوژیکی: اگر هنگام انجام عملی، سیستم عصبی سمپاتیک غالب شود، فرد احساس تنیدگی و فشار می‌کند و این حالت حاکی از این است که ضروریات تکلیف از توانایی فرد برای کنار آمدن با آن فراتر است ولی در طی بازی درمانی کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای در فضایی سرشار از آرامش و حس راحتی توانستند به نحوی شایسته از پس ضروریات بازی بریایند، بنابراین حس خودکارآمدپنداری شان افزایش یافت.

نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری نشان داد بازی درمانی گروهی موجب افزایش احساس خودکارآمدپنداری در موقعیت با تعارض در تعاملات بین فردی دانش آموزان مبتلا به نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای می‌گردد، اما تأثیری بر احساس خودکارآمدپنداری در موقعیت بدون تعارض در تعاملات بین فردی آنها ندارد. طبق جستجوهای به عمل آمده پژوهش قبلی که دقیقاً تأثیر بازی درمانی را بر خودکارآمدپنداری در تعاملات بین فردی کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله‌ای بررسی کرده باشد یافت نشد، با این حال این یافته با پژوهش‌هایی که حاکی از اثربخشی بازی درمانی بر بهبود تعاملات اجتماعی و کاهش مشکلات

موقعیت بدون تعارض در تعاملات بین فردی تأثیر معناداری داشته باشد می توان گفت در موقعیت های بدون تعارض کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله ای در فعالیت ها و تکالیف مختلف به راحتی درگیر شده و می توانند قابلیت ها و توانمندی های خود را به کار گیرند بنابراین کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله ای در موقعیت های بدون تعارض بدون اینکه بازی درمانی ارائه شود از خودکارآمدپنداری بالایی برخوردار بودند.

تمام شرایط انتخاب و انتساب تصادفی و کنترل تمامی متغیرهای مزاحم در این پژوهش فراهم نشد و بنابراین طرح پژوهش تمام آزمایشی نبوده است و محدودیت های طرح نیمه آزمایشی را دارد. به علت فقدان دسترسی طولانی مدت به کودکان مبتلا به اختلال، امکان اجرای مرحله پیگیری نتایج فراهم نشد. پیشنهاد می شود در صورت امکان در پژوهش های آینده از روش تمام آزمایشی جهت کنترل تمامی متغیرهای مؤثر استفاده شود. تأثیر بازی درمانی روی خودکارآمدپنداری دو جنس پسر و دختر به طور مجزا بررسی شود و نتایج مقایسه گردد و مورد پیگیری قرار گیرد تا ماندگاری شیوه بازی درمانی در بلندمدت مشخص شود. از روش بازی درمانی می توان برای کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله ای که همزمان به اختلال نارسایی توجه/ فزون کنشی هم مبتلا هستند استفاده گردد و تأثیر این شیوه مورد بررسی قرار گیرد.

تضاد منافع: این پژوهش به صورت مستقل انجام شده است و هیچ گونه تضاد منافی وجود نداشته است.

تشکر و قدردانی: بدین وسیله از تمامی کودکانی که در این مطالعه شرکت کردند، والدین و مربیان آنها جهت همکاری در انجام این پژوهش تشکر و قدردانی می گردد.

رفتاری کودکان مبتلا به اختلال های رفتاری مخرب است از جمله باقری زاده، نصب، و گودرزوند (۳۳)؛ احتشام و تیباری (۱۳۹۵)؛ صفری، فرامرزی، و عابدی (۱۳۹۲)؛ کاتمن و منی والن (۲۴)؛ و وین برن و همکاران (۲۵) همسو است.

در تبیین تأثیر بازی درمانی بر خودکارآمدپنداری کودکان در موقعیت با تعارض می توان گفت بازی درمانی و تقویت مثبت کودکان منجر به رفتارهای جرئت مندانه در این کودکان شده و همین امر سبب افزایش خودکارآمدپنداری آنها شد. بازی درمانی به کودکان اجازه داد که در موقعیت های اجتماعی با تعارض، مهارت های اجتماعی خود را ارزیابی کنند و تعاملات اجتماعی مناسب را بیاموزند و تمرین کنند. کودکان از بازی برای بیان احساسات و افکار، کشف علایق و کسب احساس تسلط بر روی محیط استفاده می کنند. طبق نظر متخصصان (۳۵) برآورده کردن و حفظ معیارهای عملکرد، میزان خودکارآمدپنداری را افزایش و کام نایافتگی در برآوردن و حفظ آن معیارها، آن را کاهش می دهد. کودکان گروه آزمایش در طی جلسات بازی درمانی یاد گرفتند که طبق قواعد تعیین شده در تعامل با هم در موقعیت های با تعارض، به گونه ای سازش یافته بازی کنند و کسب تجربه موفقیت آمیز و مطابق با استانداردهای تعیین شده در تعامل با هم موجب افزایش خودکارآمدپنداری شان شد. چون بازی فعالیتی لذت بخش برای کودکان است به خوبی در درمان جذب شدند و همین جذب شدن و تجربه خوشایند منجر به بهبود حس خودکارآمدپنداری در تعاملات با تعارض در کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله ای شد. از طرف دیگر از آنجایی که بازی درمانی بر حرمت خود تأثیر گذاشته و سطح عملکرد و توانایی در مواجهه شدن با رفتارهای مورد پذیرش اجتماعی را افزایش می دهد (۳۶) می تواند خودکارآمدپنداری کودکان را هم متأثر سازد. در تبیین اینکه بازی درمانی نتوانست بر خودکارآمدپنداری کودکان در

References

1. American Psychiatry Association. Diagnostic and Statistical manual of mental disorder (3th Ed.). Washington, DC: Author; 1980.
2. Blumberg BM. Oppositional Defiant Disorder. *Journal of Psychiatry and Psychiatric Disorders*. 2017; 1 (4): 199-211.
3. American Psychiatry Association. Diagnostic and Statistical manual of mental disorder (5th Ed.). Washington, DC: Author; 2013.
4. Krieger FV, Goodman G. Dimensions of oppositionality in a Brazilian community sample: testing the DSM- 5 proposal and etiological links. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2013; 52: 389-400.
5. Pardini D, Fite P. Symptoms of conduct disorder, oppositional defiant disorder, attention deficit/hyperactivity disorder, and callous-unemotional traits as unique predictors of psychosocial maladjustment in boys: Advancing an evidence base for DSM-V. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2010; 49: 1134-1144.
6. Matthys W, Lochman JE. *Oppositional defiant disorder and conduct disorder in childhood*. London: Blackwell Publishing; 2010.
7. Matthys W, De Vries H, Hectors H. Differences between conduct disordered and normal control children in their tendencies to escalate or neutralize conflicts when interacting with normal peers. *Child Psychiatry Hum Dev*. 1995; 26: 29- 41.
8. Trentacosta CJ, Hyde LW, Shaw DS. Adolescent dispositions for antisocial behavior in context: The roles of neighborhood dangerousness and parental knowledge. *J Abnorm Psychol*. 2009; 118: 564-575.
9. Khodayarifard M, Sohrabi F. *Clinical psychology of children and adolescents*. Tehran: Avaynoor; 2013. [Persian].
10. Birami M, Ebadi Asayesh M. A Comparison of the rate of Oppositional Defiant Disorder(ODD) with Regard to Mothers' Child Rearing Styles. *Journal of Woman and Study of Family*. 2009; 1(4): 49-62. [Persian].
11. Skoulos V, Tryon G. Social skills of adolescents in special education who display symptoms of oppositional defiant disorder. *Journal of American Secondary Education*. 2007; 35(2): 103-115.
12. Hommersen P, Murray C, Ohan J, Johnston C. Oppositional defiant disorder rating scale: preliminary evidence of reliability and validity. *J Emot Behav Disord*. 2006; 14: 118-125.
13. Sigurdson JF, Wallander J, Sund AM. Is involvement in school bullying associated with general health and psychosocial adjustment outcomes in adulthood? *Child Abuse Negl*. 2014; 38: 1607-1617.
14. Locke N, Sayegh L, Weber Ch, Turecki G. Interpersonal self-efficacy, goals, and problems of persistently depressed outpatients: prototypical circumplex profiles and distinctive Subgroups. 2016;1-13. <https://doi.org/10.1177/1073191116672330>.
15. Gore P. Academic self-efficacy as a predictor of college outcomes: Two incremental validity students. *J Career Assess*. 2006; 14: 92-115.
16. Davis Sh. *Building self-efficacy in peer relations: Evaluation of a school-based intervention*. [Degree of Doctor of Psychology in Clinical Psychology]. Faculty of the Graduate Department of Clinical Psychology, George Fox University; 2015.
17. Durlak JA, Weissberg RP, Dymnicki AB, Taylor RD, Schellinger KB. The impact of enhancing students' social and emotional learning: A meta-analysis of school based universal interventions. *Child Dev*. 2011; 82(1): 405-432.
18. Morshed N, Davoodi I, Babamiri M. Effectiveness of group play therapy on symptoms of oppositional defiant among children. *Journal of Education and Community Health*. 2015;2(3):12-8. [Persian].
19. Palmer E, Pratt J, Goodway K. A Review of play therapy interventions for chronic illness: Applications to childhood Obesity prevention and treatment. *International Journal of Play Therapy*. 2017; 26 (3): 125-137.

20. Pedro-Carroll J, Reddy L. A preventive play intervention to foster children resilience in the after of divorce. In: Reddy LA, Files-Hall TM, Schaefer CE, editors. Empirically based play interventions for children. Washington, DC: American Psychological Association; 2015.
21. Ray D. Supervision of basic and advanced skills in play therapy. *Journal of Professional Counseling: Practice, Theory and Research*. 2004; 32 (2):28.
22. Badamian R, Ebrahimi Moghaddam N. The effectiveness of cognitive- behavioral play therapy on flexibility in aggressive children. *Journal of Fundamentals of Mental Health*. 2017; 19: 133-137.
23. Landreth GL, Ray DC, Bratton SC. Play therapy in elementary schools. *Psychology in the Schools*. 2009; 46(3): 9-281.
24. Kottman T, Meany-Walen K. Partners in play: An Adlerian approach to play therapy. Hoboken, NJ: Wiley; 2016.
25. Winburn A, Gilstrap D, Perryman M. Treating the Tiers: Play Therapy Responds to Intervention in the Schools. *International Journal of Play Therapy*. 2017; 26 (1): 1–11.
26. Stringaris A, Zavos H, Leibenluft E, Maughan B, Eley TC. Adolescent irritability: Phenotypic associations and genetic links with depressed mood. *American Journal Psychiatry*. 2012; 169: 47-54.
27. O’Laughlin EM, Hackenburg JL, Riccardi MM. Clinical usefulness of the Oppositional Defiant Disorder Rating Scale (ODDRS). *J Emot Behav Disord*. 2010; 18: 247-255.
28. Faramarza S, Abedi A, Ghanbari A. Effect of Maternal Communication Model Education On reducing the symptoms of child abuse disorder. *Medical Journal of Tabriz University of Medical Sciences*. 2012; 34(2): 90-96. [Persian].
29. Kheirie M, Shaeiri M. R, Azad Fallah P, Rasolzade Tabatabaei K. Effect of the triple P-positive parenting program on children with oppositional defiant disorder. *Journal of Behavioral Sciences*. 2009; 3(1): 53-58.
30. Chari H. Comparing perceived self-efficacy in social interaction with peers among a group of male and female students. *Quarterly Journal of Psychological Studies*. 2007; 3(4):87-103. [Persian].
31. Ray D. Child-centered play therapy treatment manual. Denton, TX: Author; 2009.
32. Ehtesham M, Tebyari F. The effectiveness of training game therapy on Improving self-efficacy beliefs and Communication skills of male students in elementary school in Yazd. *Third International Conference on Psychology, Educational Sciences and Lifestyle*; 2016. [Persian].
33. Bagherizadeh H, Nasab HM, Goudarzvand R. The Effect of Play Therapy on Symptoms of Oppositional Defiant Disorder in Boys Aged 5 to Years Old. *International Journal of Learning and Development*. 2015; 5(2):48-55.
34. Safary S, Faramarzi S, Abedi A. Effectiveness of cognitive behavioral play therapy on reducing symptoms of students with oppositional defiant disorder. *J Clin Psychol*. 2013; 4(4):1-11.
35. Bandura A. Self-Efficacy: The Exercise of Control, H.W.Freeman and Company, New York; 1997.
36. Hanser S, Meissler K, Dvevs R. Kids together: A group play therapy model for children with ADHD symptomology. *Journal of Child and Adolescent Group Therapy*. 2000; 10 (4): 391-402.

The Effect of Child-Centered Play Therapy on the Self-Efficacy in Peer Relations among Students with Oppositional Defiant Disorder Symptoms

Abbas Ali HosseinKhanzadeh

1. Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Literature and Humanities, University of Guilan, Rasht, Iran

Received: April 14, 2017

Accepted: September 19, 2017

Abstract

Background and Purpose: Considering the importance of interpersonal interactions in the social development of childhood, the purpose of the present study was to investigate the effect of child-centered play therapy on self-efficacy in peer relations among students with oppositional defiant disorder symptoms.

Method: The research method was a semi-experimental design with a pre-test post-test design with control group. The statistical population included all children aged 8 to 12 years with oppositional defiant disorder symptoms that referring to psychiatric and psychological centers of Rasht in the first six months of 2017. 30 children were selected through convenient sampling, and assigned into two experimental and control groups randomly. The *scale of rating oppositional defiant disorder symptoms* (Homerson & et al, 2006), *structured clinical interview* (American Psychiatric Association, 2013), and *self-efficacy in peer relations* (Wheeler & Led, 1982) were used to collect data. Child-centered play therapy intervention was provided to the experimental group in 10 sessions of 60 minutes with intervals of 3 days between sessions, while the control group received no training.

Results: The results of one-way covariance analysis showed that child-centered play therapy improves the self-efficacy of children with oppositional defiant disorder symptoms in the overall level and in conflict situations in the interpersonal interactions.

Conclusion: Play therapy in a manner consistent with the level of children's development, objectively and tangibly provides them skill learning experience, and this practical exercise directly and indirectly leads to improved self-efficacy in interactive interactions in children.

Keywords: Child-centered play therapy, self-efficacy, peer relations, oppositional defiant disorder

Citation: HosseinKhanzadeh AA. The effect of child-centered play therapy on the self-efficacy in peer relations among students with oppositional defiant disorder symptoms. Quarterly Journal of Child Mental Health. 2017; 4(3): 49-59.

***Corresponding author:** Abbas Ali HosseinKhanzadeh, Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Literature and Humanities, University of Guilan, Rasht, Iran.
Email: Abbaskhanzade@gmail.com Tel: (+98) 013- 33334881