

Biannual Journal of Applied Counseling (JAC)
2021, 11(2), 1-20
Received: 28 Aug 2021
Accepted: 31 Oct 2021
DOI: 10.22055/jac.2021.38375.1828
Original Article

دوفصلنامه مشاوره کاربردی
دانشگاه شهید چمران اهواز
۱۴۰۰، ۱۱(۲)، ۱-۲۰
دریافت: ۱۴۰۰/۰۶/۰۴
پذیرش: ۱۴۰۰/۰۸/۰۹
نوع مقاله: پژوهشی اصیل

Effectiveness of floor time play therapy on the oppositional defiant and hyperactivity disorders on reducing of preschool children

Bitā Erfanyfar*
Mustafa Bolghan-Abadi**

Abstract

Misbehaviors of childhood are important. Ignoring these misbehaviors and not solving them can cause serious problems in adulthood. This research to aim was conducted study the effectiveness of Floor time play therapy on the oppositional defiant disorder (ODD) and hyperactivity reducing of preschool children, in a semi- experimental design with a pretest and posttest, and control group. Thirty of the children with ODD and hyperactivity in Neyshabur were selected using purposeful sampling method from preschools of Gole Bitā, Seteregan Pooya, Parnian day cares. The experimental group participants received 13 sessions of the Floor time play therapy three days a week and the control group not participants received any therapy. The data were collected using the Child Symptoms Inventory-Fourth Edition (CSI-4), and were analyzed using analysis of covariance analysis of statistical method. The findings indicated that the Floor time play therapy is effective in reducing the oppositional defiant disorder and hyperactivity of preschooler children. According to findings, it can be concluded that the Floor time play therapy leads to improvement of the preschooler children with oppositional defiant and hyperactivity disorder.

Keywords: Floor time play therapy, oppositional, defiant, hyperactivity, preschooler children

Extended Abstract

Introduction

The oppositional defiant disorder is one of the disorders that has a negative effect on children's mental health (Burke & Romano-Verthelyi, 2018). One of the most common comorbid disorders with oppositional defiant is hyperactivity disorder. The correlation between these two disorders has been reported about 32% (Rowe et al., 2002). According to the definition of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, Attention Deficit

* M.A. in General Psychology, Neyshabur Branch, Islamic Azad University, Neyshabur, Iran

** Assistant Professor, Department of Psychology, Neyshabur Branch, Islamic Azad University, Neyshabur, Iran (Corresponding Author) mbolghan@gmail.com

Hyperactivity Disorder is characterized by an inappropriate level of inattention, hyperactivity, and impulsivity that have negative impacts on a person's performance and do not cause this inappropriate performance. Can be known due to other conditions (Association, 2013). The cause of this improper performance cannot be attributed to other conditions.

The hyperactivity disorder includes a range of symptoms such as attention span, inability to concentrate, poor impulse control, distraction, rapid mood swings, and overactivity (Boonstra et al., 2005).

The results of different researches indicate that children with symptoms of confrontational disobedience disorder are deficient in the cognitive, social and emotional skills necessary to meet the demands of adults (Coy et al., 2001; Katzmann et al., 2019). They also have problems with concentration, interpersonal relationships, academic achievement, and executive functions that can lead to low self-esteem, low tolerance for failure, depression, and aggression (Burke et al., 2010; Cruz-Alaniz et al., 2018; Kleine Deters et al., 2020; Li et al., 2018; Motavalli Pour et al., 2018; Pijper et al., 2018). Therefore, early identification and presentation of appropriate intervention programs to prevent personal, economic, educational, emotional and social harms caused by this disorder is very crucial (Matthys & Lochman, 2017).

Psychologists have developed a variety of methods to address children's behavioral problems over the years. Some methods focused on the child himself, some on the parents, and some on the learning environment. Among these methods is the Floortime model, which was founded in 1997 by Greenspan & Wieder based on relationship building. The program provides a way to enhance a child's development based on individual differences and relationships, which refers to strengthening the six basic developmental skills (emotional development) (Davis et al., 2014).

Floortime play therapy as a special strategy in verbal and non-verbal communication in children and a strategy to improve social interactions seems to be effective in reducing the problems of confrontational disobedience and hyperactivity. Therefore, the purpose of this study was to investigate the effectiveness of Floortime play therapy on confrontational disobedience and hyperactivity in preschool children.

Method

The current study was applied in terms of purpose and in terms of method was a quasi-experimental research with a pretest and posttest design with a control group. The study population included all preschool children in Neyshabur city with oppositional defiant and hyperactivity disorders. Thirty children with this disorder in a were selected using purposeful method with inclusion criteria, including the diagnosis of hyperactivity and oppositional defiant disorders with the CSI-4 Pediatric Symptoms Questionnaire, while their mother is alive, not receiving other psychological therapies at the same time, not suffering from severe illnesses physically, and the possibility of participating in play therapy sessions. Of these, 15 were on the waiting list and 15 were randomly replaced in the experimental group. The number of treatment sessions was 13 sessions, 3 times a week and each session lasted for 45 minutes. In the

present study, the statistical method of analysis of covariance was analyzed using SPSS 22-statistical software.

Instrument

The data were collected by the Child Symptom Inventory-Fourth Edition (CSI-4). The Child Symptom Inventory-4 (CSI-4) is a behavior rating scale that screens for DSM-IV emotional and behavioral disorders in children between 5 and 12 years old. The CSI-4: Parent Checklist contains 97 items that screen for 15 emotional and behavioral disorders, and the CSI-4: Teacher Checklist contains 77 items that screen for 13 emotional and behavioral disorders.

The analyses of data

The collected data were analyzed using analysis of covariance statistical method.

Findings

Table 1
ANCOVA in results on mean of oppositional defiant and hyperactivity disorders

source		SS	df	MS	F	P	effect size
oppositional defiant	Group	23.06	1	23.06	16.13	P < 0.001	.38
	Error	37.16	26	1.42			
hyperactivity	Group	17.96	1	17.96	24.6	P < 0.001	.48
	Error	19.98	26	.73			

As shown in Table 3, there are a significant differences between experimental and control groups in terms of oppositional defiant ($F = 16.13$) and hyperactivity ($F = 24.6$) variables ($p < 0.001$).

Discussion

The aim of this study was to evaluate the effectiveness of floortime play therapy on confrontational disobedience and hyperactivity in preschool children. The results of the present study showed that floortime play therapy has a significant effect on confrontational disobedience and hyperactivity in preschool children. The results of the present study were consistent with previous findings (Shahrbanoo Aali et al., 2015a; Dionne & Martini, 2011; Hess, 2013; Khoshkozari, 2018; Liao et al., 2014; Muratidis, 2009; Pajareya & Nopmaneejumrulers, 2011; Torabi Makhsoos et al., 2016; Zarabi Moghaddam & Amin Yazdi, 2020).

Play connects the child's inner thoughts with the outside world and is the right way to deal with the child's problems; since children have difficulty in expressing their feelings orally, this way can help to express their annoying feelings and inner problems (Mayer et al., 2015).

Floortime play therapy has an integrated view of human abilities including cognition, language, emotion and excitement (Dionne & Martini, 2011) and its

main purpose is to help children in self-regulation, interaction and development of the child's relationship with the world, participation in Bilateral relationships are intentional, solving complex problems, having abstract thoughts and ideas, interpreting symbols and behaviors so that the child can interact naturally with society and have spontaneous ideas and active responses to others (Rezaee Khoshkozari & Khodabakhshi Koolae, 2018).

Conclusions

Overall, the results suggest that Floor time play therapy is effective in reducing oppositional defiant and hyperactivity disorders in children. Therefore, it can be said that this method of therapy can help children to identify and deal with their problems through playing.

Ethical Consideration

The patients provided informed consent in accordance with the procedures outlined by the institutional review board; they were informed that they could withdraw from the experiment at any time. The control group received the intervention after the termination of the research.

Funding

This research did not received any specific grant.

Conflict of Interests

Authors declare that there is no conflict of interests.

Acknowledgement

We deeply appreciate all the mothers and their children who participated in this study. Also, we are thankful for helps of Seteregan Pooya's and Parnian's principles.

بررسی اثربخشی بازی درمانی فلورتایم بر کاهش نافرمانی مقابله‌ای و فزون‌کنشی کودکان پیش‌دبستانی^۱

بیبا عرفانی‌فر*

مصطفی بلقان‌آبادی**

چکیده

مشکلات و بدرفتاری‌های دوران کودکی اهمیت زیادی دارند. توجه نکردن به این بدرفتاری‌ها و عدم رفع مشکلات دوران کودکی می‌تواند مشکلات جدی در بزرگسالی داشته باشد. این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی بازی درمانی فلورتایم بر کاهش نافرمانی مقابله‌ای و فزون‌کنشی کودکان پیش‌دبستانی در یک طرح نیمه آزمایشی با پیش‌آزمون و پس‌آزمون، و گروه کنترل انجام گرفت. ۳۰ کودک پیش‌دبستانی مبتلا به نافرمانی مقابله‌ای و فزون‌کنشی شهر نیشابور با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند از بین پیش‌دبستانی‌های گل بیبا، ستارگان پویا و پرنیان انتخاب شدند. کودکان شرکت‌کننده‌ی گروه آزمایش سیزده جلسه‌ی مداخله مبتنی بر بازی درمانی فلورتایم به صورت سه روز در هفته دریافت کردند و شرکت‌کنندگان گروه کنترل درمانی را دریافت نکردند. داده‌ها با استفاده از پرسش‌نامه‌ی علایم مرضی کودکان-نسخه چهارم (CSI-4) جمع‌آوری و با استفاده از روش آماری تحلیل کوواریانس تحلیل شدند. یافته‌ها نشان دادند که بازی درمانی فلورتایم باعث کاهش نافرمانی مقابله‌ای و فزون‌کنشی در کودکان پیش‌دبستانی گروه آزمایش شده است. بر این اساس می‌توان نتیجه گرفت که این روش درمانی باعث بهبود و کاهش نافرمانی مقابله‌ای و فزون‌کنشی کودکان می‌شود.

واژه‌های کلیدی: بازی درمانی فلورتایم، نافرمانی مقابله‌ای، فزون‌کنشی، کودکان پیش‌دبستانی

مقدمه

با افزایش شیوع اختلالات روانی، نگرانی در مورد سلامت روان کودکان و اثر آن بر عملکرد آنان رو به افزایش است. از این رو، متخصصین بر تشخیص به موقع اختلالات تأکید زیادی دارند. با توجه به اینکه الگوهای هیجانی و رفتاری در بزرگسالی سخت‌تر تغییر می‌کنند، تشخیص زودهنگام اختلالات اهمیت فراوانی دارند و بهتر می‌توان از بروز اختلالات شدیدتر پیشگیری کرد (Koegel et al., 2014). اختلال نافرمانی مقابله‌ای، یکی از اختلالاتی است که تأثیری منفی بر سلامت روان کودکان دارد (Burke & Romano-Verthelyi, 2018). وقتی ملاک‌های مربوط به اختلال سلوک در مورد یک اختلال صادق نباشد، اختلال نافرمانی مقابله‌ای تشخیص داده می‌شود. اختلال سلوک شدت بیشتری از اختلال نافرمانی مقابله‌ای داشته و طولانی‌تر از آن است (Szentiványi & Balázs, 2018). در

۱. این مقاله برگرفته از پایان‌نامه‌ی کارشناسی ارشد روان‌شناسی عمومی با شماره مجوز ۱۸۰۳۵۱ مورخ ۹۹/۲/۱۴ می‌باشد.

* کارشناس ارشد روان‌شناسی عمومی، واحد نیشابور، دانشگاه آزاد اسلامی، نیشابور، ایران

mbolghan@gmail.com

** استادیار گروه روان‌شناسی، واحد نیشابور، دانشگاه آزاد اسلامی، نیشابور، ایران

راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی اختلال نافرمانی مقابله‌ای جزء اختلال‌های طبقه اختلال سلوک، کنترل تکانه و اغتشاش‌گر (disorder disruptive, impulse control and conduct) طبقه‌بندی شده است. بر اساس ملاک‌های پنجمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی، مهم‌ترین مشخصه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای وجود دو دسته نشانه‌های هیجانی و رفتاری از قبیل: الگوهایی از رفتارهای خصمانه، نافرمانی، منفی‌گرایی و عدم اطاعت‌پذیری، خلق و خوی عصبی، مشاجره با بزرگسالان، رفتارهای انحرافی و رد درخواست‌ها و قواعد بزرگسالان و والدین، انجام کارهایی بدون تفکر که موجب رنجش دیگران می‌شود، سرزنش دیگران به دلیل اشتباه‌ها با رفتارهای نابجای خود، زودرنج و حساس بودن، پرخاشگر و کینه‌توز و مغرضانه رفتار کردن است که دست‌کم چهار مورد از نشانه‌ها به مدت شش ماه تداوم داشته باشد (Association, 2013).

شایع‌ترین اختلال‌های کمبود با نافرمانی مقابله‌ای به ترتیب شامل اختلال نارسایی توجه بیش‌فعالی، اختلال یادگیری و اختلال‌های ارتباطی است (Zare Bahramabadi & Ganji, 2014). اگرچه اختلال سلوک در پسران سه تا چهار برابر شیوع بیشتری نسبت به دختران دارد، اما در میان پسران، اختلال نافرمانی مقابله‌ای خیلی بیشتر از دختران نیست و گاهی پژوهش‌ها تفاوت جنسیتی چندانی نشان نداده‌اند (Kring & Johnson, 2018). شیوع این اختلال ۱ تا ۱۱ درصد با میانگین ۳/۳ درصد تخمین زده می‌شود (Essau, 2003).

از دیگر اختلالاتی که با اختلال نافرمانی مقابله‌ای همبودی دارد، اختلال فزون‌کنشی است. به طوری که میزان همبودی بین این دو اختلال را ۳۲ درصد گزارش داده‌اند (Rowe et al., 2002). بر اساس تعریف راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی ویرایش پنجم اختلال نارسایی توجه فزون‌کنشی توسط سطح نامناسبی از بی‌توجهی، فزون‌کنشی و تکانش‌گری شناخته می‌شود که تأثیرات منفی بر عملکرد فرد می‌گذارند و علت این عملکرد نامناسب را نمی‌توان به دلیل شرایط دیگری دانست (Association, 2013). اختلال فزون‌کنشی شامل دسته‌ای از نشانگان مانند کوتاهی دامنه توجه، ناتوانی در تمرکز، کنترل ضعیف تکانه، حواس‌پرتی، تغییر سریع خلیات و فعالیت بیش از اندازه است (Boonstra et al., 2005). کودکان مبتلا به اختلال فزون‌کنشی غالباً تا پیش از ورود به مدرسه و آشکار شدن مشکلات تحصیلی یا پیچیده‌تر شدن سایر پیامدهای اختلال، شناسایی نمی‌شوند، در حالی که این اختلال با شیوع ۲ تا ۷ درصد در گروه سنی پیش‌دبستانی، بسیار رایج است و ابتلا به آن در سال‌های نخستین زندگی، می‌تواند به مشکلات تحولی و عملکردی در سراسر عمر، منجر شود (Carlson et al., 2000). کودکان دارای اختلال فزون‌کنشی به طور معمول حرف دیگران را قطع می‌کنند و نمی‌توانند منتظر نوبت بمانند. در بیشتر موارد، والدین و معلمان که قادر به کنترل این کودکان نیستند، فزون‌کنشی آن‌ها را گزارش می‌کنند. این کودکان به عنوان کودکان بی‌قرار و ناراحت که قادر به نشستن در یک جا نیستند، توصیف می‌شوند (Ošlejškova et al., 2018). فزون‌کنشی مانند بسیاری از اختلالات دیگر تعریف جامعی ندارد که همه افراد متخصص بر سر آن به توافق رسیده باشند (Döpfner et al., 2020).

نتایج پژوهش‌های مختلف بیانگر این است که کودکان با نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای، در زمینه مهارت‌های شناختی، اجتماعی و عاطفی مورد نیاز برای انجام تقاضا از بزرگ‌ترها دچار ضعف هستند (Coy et al., 2001; Katzmann et al., 2019). همچنین در تمرکز، روابط بین فردی، پیشرفت تحصیلی و کارکردهای اجرایی مشکلاتی دارند که می‌تواند منجر به کاهش عزت‌نفس، تحمل پایین ناکامی، افسردگی و پرخاشگری شود (Burke et al., 2010; Cruz-Alaniz et al., 2018; Kleine Deters et al., 2018; Motavalli Pour et al., 2018; Pijper et al., 2018; Li et al., 2020). بنابراین شناسایی اولیه و ارائه برنامه‌های مداخله‌ای مناسب به منظور جلوگیری از آسیب‌های فردی، اقتصادی، تحصیلی، عاطفی و اجتماعی ناشی از این اختلال بسیار مهم می‌باشد (Matthys & Lochman, 2017).

روان‌شناسان برای رفع مشکلات رفتاری کودکان، شیوه‌های گوناگونی را در طول سالیان متعدد طراحی کرده‌اند. برخی از روش‌ها بر خود کودک، برخی بر والدین و برخی بر محیط آموزشی متمرکز بوده است. از جمله این روش‌ها، مدل فلورتایم که در سال ۱۹۹۷، گرینسپن و وایدنر (Greenspan & Wieder) بر اساس ایجاد رابطه، آن را پایه‌گذاری کردند. این برنامه، راهکاری را برای بهبود رشد کودک بر مبنای تفاوت‌های فردی و روابط فراهم می‌آورد که به تقویت شش مهارت اساسی رشد (development milestone) (رشد هیجانی) اشاره دارد (Davis et al., 2014).

از محورهای مهم درمان در روش بازی درمانی فلورتایم که در رویکردهای رفتاری کمتر مورد توجه است، توجه به تفاوت‌های فردی حسی و حرکتی کودکان است (Dionne & Martini, 2011). این رویکرد نقشه راه جدیدی از تحول تدریجی ذهن انسان ارائه می‌دهد و نگاهی یکپارچه به توانمندی‌های انسان شامل شناخت، زبان، عاطفه و هیجان دارد (Davis et al., 2014). هدف اصلی روش درمانی فلورتایم کمک به کودکان در خودتنظیمی، تعامل و توسعه روابط کودک با جهان، مشارکت در روابط دو طرفه عمدی، حل مشکلات پیچیده، داشتن افکار و تفکرات انتزاعی، تفسیر نمادها و رفتارها است. به عبارت دیگر هدف آن آموزش این مهارت‌ها به کودکان پیش دبستانی است تا کودک بتواند به طور طبیعی با جامعه در تعامل باشد و ایده‌های خودجوش و پاسخ‌های فعال نسبت به دیگران داشته باشد (McStay et al., 2014). بازی درمانی به شیوه فلورتایم یک دوره بی‌ساختار، بازی و گفت و گوی خودجوش است که در آن بزرگسال میل کودک را دنبال می‌کند (Nee, 2013)، والدین به عنوان عوامل درمانی در جلسات درمانی می‌آموزند که چگونه تعاملات رفت و برگشتی با کودک خود داشته باشند تا هیجانات و تعارضات در ارتباط با کودکشان تعدیل شود (Mercer, 2017).

فعالیت‌های فلورتایم می‌تواند به ساختن ارتباطات در مغز یک کودک کمک کند تا مهارت‌های ذهنی، عاطفی و اجتماعی‌اش سریع‌تر شود. یک درمان کودک محور، ذاتاً ارتباطات اجتماعی را با والدین، درمانگران و دیگر افرادی که با کودک در ارتباط‌اند، قوی‌تر می‌سازد. والدین در این رویکرد بر خلاف رویکرد دیگر درمان‌ها که بیشتر به وسیله درمانگران متخصص انجام می‌پذیرد یک نقش اساسی برای درمان کودک‌شان ایفا می‌کنند (Liao et al., 2014). به خاطر داشته باشید که فعالیت‌های فلور تایم به صورتی است که کودک آن‌ها را رهبری می‌کند و شما در آن‌ها مشارکت می‌کنید. تمامی تمرینات تا حد

امکان بر روی زمین انجام می‌پذیرد و همین روی زمین بودن نشان‌دهنده عدم محدودیت برای عملکرد کودک پیش دبستانی است و اینکه کودک بدون محدود شدن به یک میز در تمام اتاق به فعالیت بپردازد. والدین در این رویکرد می‌توانند کودکانشان را برای دستیابی به جنبه‌های متفاوت از بازی و یادگیری درباره کارهای نوبتی و تقابل اجتماعی ترغیب کنند (Solomon et al., 2007). فعالیت‌های فلور تایم از طریق فعالیت‌های مشارکتی به آرامی ارتباطات اجتماعی را در کودکان نهادینه می‌کند. بزرگسالان وارد دنیای کودکان می‌شوند و آن‌ها را ترغیب می‌کنند که بیشتر کنترل جلسات فلور تایم را به عهده بگیرند. این امر می‌تواند مقدمه‌ای بسیار مهم در فعالیت‌ها و بازی‌های خود انگیزه باشد که یکی از حلقه‌های گمشده اساسی در کودکان می‌تواند باشد (Carpente, 2017).

با توجه به مطالعات اخیر در زمینه بهبود مشکلات رفتاری کودکان، می‌توان دریافت که مداخلات به کار برده شده عبارتند از روان‌درمانی، مداخلات دارویی و پزشکی، تقویت مهارت‌های زندگی و آموزش فرزندپروری. اما مداخلات مبتنی بر بازی درمانی برای کاهش مشکلات نافرمانی مقابله‌ای و فزون کنشی کودکان کمتر انجام شده و مورد توجه قرار گرفته است. بازی درمانی به شیوه فلور تایم به‌عنوان یک راهبرد ویژه در ارتباطات کلامی و غیر کلامی در کودکان و راهبردی جهت بهبود تعاملات اجتماعی به نظر می‌رسد در کاهش مشکلات نافرمانی مقابله‌ای و فزون کنشی مؤثر باشد. بر این اساس هدف این تحقیق بررسی اثربخشی بازی درمانی فلور تایم بر کاهش نافرمانی مقابله‌ای و فزون کنشی کودکان پیش دبستانی بود.

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه‌گیری

تحقیق حاضر به لحاظ هدف کاربردی و از منظر روش از نوع پژوهش‌های نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه‌ی مورد مطالعه شامل کلیه کودکان دوره‌ی پیش دبستانی شهر نیشابور با اختلال نافرمانی مقابله‌ای و فزون کنشی بود. ۳۰ کودک با این اختلال به روش هدفمند و با ملاک‌های ورود از جمله تشخیص اختلال نافرمانی با پرسش‌نامه علائم مرضی کودکان CSI-4، در قید حیات بودن مادر، عدم دریافت درمان‌های روان‌شناختی دیگر به صورت هم‌زمان، عدم ابتلا به بیماری‌های شدید جسمی، و امکان شرکت در جلسات بازی درمانی و ملاک‌های خروج از جمله غیبت در جلسات درمانی بیش از دو جلسه و عدم رضایت جهت شرکت در پژوهش به روش تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند.

ابزار اندازه‌گیری

پرسش‌نامه‌ی علائم مرضی کودکان - CSI-4: نسخه‌ی اولیه‌ی پرسش‌نامه توسط اسپرافکین، لانی، یونیتات و گادو در سال ۱۹۸۴ بر اساس طبقه‌بندی سومین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی تهیه شد. نسخه چهارم این پرسش‌نامه در سال ۱۹۹۴ با تغییرات اندکی نسبت به نسخه‌های قبلی از سوی گادو و اسپرافکین تجدیدنظر شد. آخرین ویرایش پرسش‌نامه

علایم مرضی کودکان دارای دو فرم والد و معلم است. فرم والدین دارای ۱۱۲ سؤال است و هر یک از عبارات مذکور، در مقیاس چهار درجه‌ای هرگز، گاهی، اغلب اوقات، و بیشتر اوقات پاسخ داده می‌شود (Gadow & Sprafkin, 1997). دو شیوه‌ی نمره‌گذاری برای پرسش‌نامه طراحی شده است. شیوه‌ی نمره برش غربال‌کننده و شیوه‌ی نمره برحسب شدت نشانه‌های مرضی. پایایی این پرسش‌نامه به شیوه‌ی هم‌سانی درونی سؤالات برای خرده‌مقیاس‌های فزون‌کنشی/نقص توجه بین ۰/۸۶ تا ۰/۹۱ و نافرمانی مقابله‌ای از ۰/۸۷ تا ۰/۹۱ و روایی افتراقی پرسش‌نامه بین افراد دارای اختلال و افراد بدون اختلال تفاوت معناداری گزارش شده است (Sprafkin, Gadow, Salisbury, Schneider, & Loney, 2002). محمداسماعیلی (Mohammad Esmaeel, 2007) ضرایب پایایی آلفای کرونباخ خرده‌مقیاس‌های فزون‌کنشی/نقص توجه از ۰/۷۶ تا ۰/۸۱ و نافرمانی مقابله‌ای نیز از ۰/۶۷ تا ۰/۷۱ و روایی افتراقی آن را در بین دو گروه کودکان جمعیت عادی معنادار گزارش کرده است. در تحقیق حاضر، ضرایب پایایی آلفای کرونباخ خرده‌مقیاس‌های فزون‌کنشی/نقص توجه از ۰/۷۵ تا ۰/۷۹ و نافرمانی مقابله‌ای از ۰/۷۱ تا ۰/۸۵ به دست آمد.

روند اجرای پژوهش

ابتدا از تمام مادران مهدکودک‌ها و پیش‌بستانی‌های گل بیتا، ستارگان پویا، و پرینان درخواست شد تا پرسش‌نامه‌ی علایم مرضی کودکان CSI-4 را پاسخ دهند. از تعداد ۲۶۰ پرسش‌نامه تکمیل شده توسط مادران، ۳۹ کودک که در شاخص نافرمانی مقابله‌ای و فزون‌کنشی پرسش‌نامه‌ی علایم مرضی کودکان نمره بالاتر از نقطه برش (به ترتیب ۵ و ۷) کسب کردند، انتخاب شدند. بعد از انتخاب افراد نمونه از طریق پرسش‌نامه مذکور، برای تشخیص نهایی و دقیق از والدین دعوت شد که در مصاحبه‌ای نیم ساعته، شرکت کنند. در ادامه با مادران هر یک از کودکان بر اساس ملاک‌های تشخیص اختلال نافرمانی مقابله‌ای و فزون‌کنشی موجود در DSM-5 مصاحبه‌ای انجام شد، تا نتایج حاصل از پرسش‌نامه، با مصاحبه حاضر تطبیق داده شود. از این میان تعداد از ۳۰ کودک به همراه مادرشان دعوت شدند تا در این پژوهش شرکت کنند. تعداد پانزده نفر در لیست انتظار و پانزده نفر نیز در گروه آزمایش به صورت تصادفی جایگزین شدند. تعداد جلسات درمان سیزده جلسه، سه بار در هفته و هر جلسه به مدت چهل و پنج دقیقه بود. البته پانزده دقیقه پایانی شامل بحث و گفت‌گو با مادر کودک، در مورد تکنیک‌های مداخله بازی درمانی فلورتایم و روند پیگیری و انجام آن با کودک در منزل بود. از مادر خواسته شد که تکنیک‌های هر جلسه از مداخله را هر روز ۳۰ دقیقه با کودک در منزل اجرا کنند. ملاحظات اخلاقی در پژوهش حاضر به این شکل انجام شد. ابتدا رضایت افراد جهت شرکت در پژوهش جلب و پس از توضیح اهداف پژوهش، پرسش‌نامه در اختیار شرکت‌کنندگان در پژوهش قرار داده شد و به آن‌ها اطمینان داده شد که در صورت عدم تمایل به ادامه‌ی همکاری می‌توانند از پژوهش انصراف دهند و در این مورد کاملاً مختار و آزاد هستند. همچنین به منظور رعایت اصل رازداری، ضمن اطمینان‌دهی در خصوص محرمانه بودن اطلاعات پژوهش به آنان اطمینان داده شد که نتایج به صورت کلی منتشر خواهد شد.

جدول ۱

خلاصه جلسات بازی درمانی فلورتایم (Hess, 2015)

جلسات	هدف	فرآیند
جلسه اول	خوشامدگویی و معارفه	توضیح روش اجرای پژوهش، اهداف پژوهش و بیان قوانین جلسات، بررسی نگرش آن‌ها نسبت به این دوره.
جلسه دوم	آموزش فلورتایم	آموزش اصول و روش‌های این نوع بازی درمانی به مادران.
جلسه سوم	توجه به قابلیت‌های فرزند خود	بررسی ویژگی‌های فردی کودکان با تأکید بر مدنظر قرار دادن تفاوت‌های فردی و راهنمایی مادران در زمینه چگونگی واکنش نسبت به این تفاوت‌ها.
جلسه چهارم	برقراری ارتباط با کودک و افزایش آستانه‌ی تحمل، پایداری بر تکلیف، توجه به جزئیات و انجام فعالیت‌ها با سروصدای کمتر	به هر کودک یک مقوای رنگی داده می‌شود و از آن‌ها خواسته می‌شود خطوطی را بر روی این مقوا رسم کنند. سپس داخل هر یک از این خطوط اشکال مختلف به دلخواه خود رسم کنند و یا داخل خطوط را با رنگ‌های مختلف رنگ‌آمیزی کنند. سپس از کودکان خواسته می‌شود که این خطوط را با قیچی بریده و به یک پازل تبدیل کنند. بار اول به کمک درمان‌گر این کار صورت می‌گیرد به گونه‌ای که درمان‌گر با صحبت کردن با خود با صدای بلند به گونه‌ای که کودک نیز بشنود می‌گوید اول از قطعات بزرگ و گوشه شروع می‌کنیم تا هم راحت‌تر بتوانیم پازل را درست کنیم و هم جای کوچکترها مشخص شود. با این راهبرد کودک نیز در نوبت خود از این تکنیک استفاده می‌کند. سپس بار دوم از کودک خواسته می‌شود با دقت و با به کارگیری راهبردهای داده شده خود پازل را به تنهایی درست کند. ساخت پازل چندین بار صورت می‌گیرد تا سرانجام کودک به تنهایی و در مدت زمان کوتاه‌تر بتواند آن را بسازد.
جلسه پنجم	تمرین عملی بازی	تمرین عملی بازی درمانی فلورتایم بین مادر و کودک به صورت حضوری، توصیه انجام بازی‌های خاصی به هر کدام از والدین و پیگیری چگونگی کیفیت آن‌ها در برنامه‌های مربوط به جلسات آینده
جلسه ششم	ایجاد تداخل در فعالیت‌های کودکان و افزایش بازداری پاسخ رفتاری، شناختی، هیجانی، نگهداری رویدادها در ذهن، جلوگیری از فراموش‌کاری و کاهش میزان فعالیت‌های حرکتی کودک	یک سری سؤالات از کودکان پرسیده می‌شود و از آن‌ها خواسته می‌شود دقت کنند و برعکس پاسخ دهند برای مثال: آیا جمعه‌ها تعطیل است؟ کودک باید پاسخ منفی داده و بگوید نه تعطیل نیست. و یا در فعالیتی دیگر از کودکان خواسته می‌شود انگشتان خود را روی میز بگذارند و از بین کلماتی که توسط درمان‌گر بیان می‌شود آن‌هایی را که اسم پسر هستند را انگشت خود را بالا ببرند. سپس فعالیت را کمی سخت کرده و از کودکان خواسته می‌شود روی یک کاغذ شکل هندسی رسم (گردی، سه گوشه و ..) کنند در عین حال از بین کلماتی که بیان می‌شود آن‌هایی که اسم حیوان‌اند مداد خود را بالا ببرند.

جلسات	هدف	فرآیند
جلسه‌ی هفتم	پیروی از دستور کار و اتمام آن، سازمان‌دهی رفتارها در عرض زمان و احساس زمان و افزایش دقت و توجه به جزئیات.	از کودکان خواسته می‌شود بر روی رنگ‌های مختلف کاغذهای رنگی اشکال هندسی (گردی، سه گوشه و ..) را رسم کرده و آن‌ها را قیچی کنند سپس بر روی کاغذهای رنگی دیگر با رنگ‌های متفاوت بچسباند و آن‌ها را به صورت کارتهایی درآورند. بعد از اتمام از کودکان خواسته می‌شود هم‌همی کارتهایشان را بچینند و درمانگر تا ۱۲ بشمارد و کودک از بین کارتها مثلاً مربع آبی در زمینه‌ی سبز را بیابد. این کار را چندین بار با کودکان تکرار می‌کنیم تا بتوانند در زمان کمتری کارت مورد نظر را بیابند. در فعالیتی دیگر ۷ عدد از کارتها را رو به پشت برگردانده و از کودک خواسته می‌شود مثلاً دایره قرمز در زمینه‌ی زرد را بیابد.
جلسه‌ی هشتم	ارزیابی و رفع اشکال	بررسی تأثیر اجرای بازی درمانی فلورتایم از نظر مادران و پاسخ‌گویی به سؤالات آن‌ها در این زمینه
جلسه‌ی نهم	کنترل خشم و افزایش مهارت‌های اجتماعی	بازی با صندلی‌ها روش جذابی است که کودک را به سمت گروه و مشارکت در فعالیت‌های گروهی متمایل می‌کند. ویژگی عمده این بازی اجرای گروهی آن است. این تکنیک بسیار مناسب برای کنترل خشم و پرخاشگری، کاهش رقابت‌های منفی و موجب افزایش مهارت‌های اجتماعی از جمله حس همکاری در کودکان می‌گردد. برخی از کودکان تمایل شدیدی به رقابت دارند و به شکل افراطی تمایل به پیروز شدن در رقابت‌هایشان دارند. افراط در این میل باعث ایجاد احساس خشم و حسادت شده و در صورت ناکامی منجر به بروز پرخاشگری شدید در این کودکان می‌گردد. از این تکنیک همچنین می‌توان در مورد کودکانی که تمایل به تکروی و بازی‌های انفرادی دارند استفاده نمود تا این دو نوع رفتار در آن‌ها کاهش یابد و تمایل به مشارکت و همکاری در آن‌ها افزایش یابد. در واقع به این دلیل که تکروی و تمایل به بازی‌های انفرادی موجب کاهش رشد مهارت‌های اجتماعی می‌گردد این تکنیک در اصلاح رفتار آن‌ها اهمیت پیدا می‌کند.
جلسه‌ی دهم	در این جلسه کودکان باید ضمن حفظ توجه بر شیء معین فعالیت‌های خاصی را بدون عجله و به آرامی انجام دهند. همچنین ضمن حفظ توجه هماهنگ با یکدیگر عمل کنند درواقع رابطه‌ی متقابل دوطرفه کار تیمی ایجاد می‌شود و از میزان فعالیت‌های حرکتی اضافی کاسته می‌شود.	به ازای هر کودک یک بادکنک داده می‌شود. ابتدا اجازه داده می‌شود کمی با بادکنک بازی کنند سپس از یکی از کودکان خواسته می‌شود بادکنک را کف دست و با فاصله از خود بگیرند و در راستای خطی معین آرام جلو بیابند به گونه‌ای که بادکنک از دستش نیافتد در همین وضعیت از کودک خواسته می‌شود آرام بنشیند، بلند شود، عقب برود و...
جلسه‌ی یازدهم	بازی حباب‌ساز	این بازی تکنیک بسیار مهمی جهت آموزش مهارت‌های تن آرامی (ریلکسیشن) به کودکان است و به کودک کمک می‌کند تا به صورت ذهنی بر بدن خود آگاهی یابد و در مواقع عصبانیت بتواند با استفاده از این تکنیک به کنترل خشم خود پرداخته و آرامش را به خود بازگرداند. این بازی به صورت فردی و گروهی قابل اجرا است و برای کاهش اضطراب، خشم و تنش در کودکان بسیار مهم است.

جلسات	هدف	فرآیند
جلسه‌ی دوازدهم	کمک به تمرکز کودکان	بازی ساعت زنگ‌دار با استفاده از تعدادی ژتون و تعدادی مکعب، هدف از انجام این بازی کمک به کودکان است. به این منظور که برای مدت زمان مشخصی قادر به تمرکز بر روی انجام کاری شوند. این بازی می‌تواند به صورت گروهی انجام شود. و برای کودکان تکانش یا کودکانی که مشکل کنترل دارند و همچنین کودکان مبتلا به بیش فعالی مناسب است و موفقیت در این بازی نوعی احساس کفایت در بچه‌ها ایجاد می‌کند.
جلسه‌ی سیزدهم	خاتمه جلسات	آماده‌سازی برای خاتمه جلسات، پاسخ به سؤالات احتمالی مادران، سپاسگزاری از همکاری، اجرای پس‌آزمون

روش تجزیه و تحلیل داده‌ها

در پژوهش حاضر برای تحلیل داده‌ها از روش آماری تحلیل کوواریانس با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS-۲۲ استفاده گردید.

یافته‌ها

۳۳/۳ درصد از شرکت‌کنندگان در گروه آزمایش دختر و ۶۶/۷ درصد پسر و در گروه کنترل ۲۰ درصد دختر و ۸۰ درصد پسر؛ میزان تحصیلات ۴/۷ درصد از مادران شرکت‌کننده در گروه آزمایش فوق‌لیسانس، ۴۰ درصد لیسانس، ۲۶/۷ درصد فوق‌دیپلم و ۲۶/۷ درصد دیپلم و در گروه کنترل ۴۰ درصد از مادران دارای تحصیلات لیسانس، ۴۰ درصد فوق‌دیپلم و ۲۰ درصد دیپلم؛ در گروه آزمایش ۱۳/۳ درصد پدران دارای تحصیلات فوق‌لیسانس، ۲۶/۷ درصد لیسانس، ۴۰ درصد فوق‌دیپلم و ۲۰ درصد دیپلم و در گروه کنترل ۶/۷ درصد از پدران فوق‌لیسانس، ۴۶/۷ درصد لیسانس، ۴۰ درصد فوق‌دیپلم و ۶/۷ درصد دیپلم؛ و وضعیت اقتصادی ۲۰ درصد از شرکت‌کنندگان در گروه کنترل خوب، ۶۰ درصد متوسط و ۲۰ درصد وضعیت اقتصادی ۱۳/۴ درصد از شرکت‌کنندگان در گروه کنترل خوب، ۵۳/۳ درصد متوسط و ۳۳/۳ درصد ضعیف بود. همچنین، نتایج آزمون‌های دو بین گروه‌های آزمایش و کنترل در متغیرهایی از جمله میزان تحصیلات مادر، پدر، جنس و وضعیت اقتصادی نشان داد که بین این دو گروه در این متغیرها تفاوت دیده نمی‌شود ($P > 0/05$).

جدول ۲

میانگین و انحراف معیار متغیرهای نافرمانی مقابله‌ای و فزون‌کنشی در دو گروه‌های آزمایش (n=۱۵) و کنترل (n=۱۵)

متغیر	مرحله	گروه	میانگین	انحراف معیار
نافرمانی مقابله‌ای	پیش‌آزمون	آزمایش	۵/۷۳	۰/۷۹
		کنترل	۵/۸۶	۰/۷۴
	پس‌آزمون	آزمایش	۴/۴۶	۱/۱۲
		کنترل	۶/۴	۱/۴
فزون‌کنشی	پیش‌آزمون	آزمایش	۹/۲۶	۲/۴۳
		کنترل	۱۰/۳۳	۱/۷۱
	پس‌آزمون	آزمایش	۸/۳۳	۱/۹۱
		کنترل	۱۰/۵۳	۱/۲۴

همان‌طور که در جدول ۲ نشان داده شده است، میانگین متغیر نافرمانی مقابله‌ای در گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون ۱/۲۷ نمره و متغیر میانگین فزون‌کنشی در گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون ۰/۹۳ نمره کاهش داشته‌اند.

بررسی پیش فرض‌های تحلیل کوواریانس همگنی شیب خط رگرسیون برای متغیر نافرمانی مقابله‌ای ($p = ۰/۴۱۱$) و فزون‌کنشی ($p = ۰/۵۱۸$) رعایت شده است. همچنین، مفروضه‌ی نرمال بودن توزیع متغیرها با استفاده از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف نشان داد که توزیع متغیر نافرمانی مقابله‌ای در پیش‌آزمون گروه آزمایش ($p = ۰/۱۴۰$) و پیش‌آزمون گروه کنترل ($p = ۰/۰۹۱$) و پس‌آزمون گروه آزمایش ($p = ۰/۱۹۹$) و پس‌آزمون گروه کنترل ($p = ۰/۲۰۰$) و در متغیر فزون‌کنشی در پیش‌آزمون گروه آزمایش ($p = ۰/۲۰۱$) و پس‌آزمون گروه کنترل ($p = ۰/۲۰۰$) و پس‌آزمون گروه آزمایش ($p = ۰/۲۰۰$) و پس‌آزمون گروه کنترل ($p = ۰/۱۶۸$) نرمال هستند. آزمون لون برای بررسی همگنی واریانس‌ها نشان داد که واریانس‌های گروه‌های آزمایش و کنترل در متغیرهای نافرمانی مقابله‌ای ($p = ۰/۴۵۳$) و فزون‌کنشی ($p = ۰/۰۵۹$) برابر هستند. نتایج آزمون آم باکس برای بررسی مفروضه‌ی همگنی ماتریس واریانس-کوواریانس نافرمانی مقابله‌ای و فزون‌کنشی نشان داد که این پیش فرض نیز رعایت شده است ($p = ۰/۱۴۶$).

جدول ۳

نتایج تحلیل کوواریانس میانگین نمرات پس‌آزمون نافرمانی مقابله‌ای و فزون‌کنشی

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	p	ضریب اثر
گروه نافرمانی مقابله‌ای	۲۳/۰۶	۱	۲۳/۰۶	۱۶/۱۳	۰/۰۰۱	۰/۳۸
خطا	۳۷/۱۶	۲۶	۱/۴۲			
گروه فزون‌کنشی	۱۷/۹۶	۱	۱۷/۹۶	۲۴/۶	۰/۰۰۱	۰/۴۸
خطا	۱۸/۹۸	۲۶	۰/۷۳۰			

همان‌طور که در جدول ۳ نشان داده شده است، بین دو گروه از نظر نافرمانی مقابله‌ای ($F = ۱۶/۱۳$) و فزون‌کنشی ($F = ۲۴/۶$) تفاوت معناداری در سطح $p < ۰/۰۰۱$ وجود دارد؛ یعنی، بازی درمانی باعث کاهش نافرمانی مقابله‌ای و فزون‌کنشی در شرکت‌کنندگان گروه آزمایش شده است.

بحث

پژوهش حاضر با هدف اثربخشی بازی درمانی فلورتایم بر کاهش نافرمانی مقابله‌ای و فزون‌کنشی کودکان پیش دبستانی انجام گردید. نتایج پژوهش حاضر نشان داد که بازی درمانی فلورتایم اثر معناداری بر نافرمانی مقابله‌ای و فزون‌کنشی کودکان پیش دبستانی داشت. نتایج پژوهش حاضر با یافته‌های مطالعات

دیگر همخوان بود (Aali et al., 2015_{a-b}; Dionne & Martini, 2011; Hess, 2013; Khoshkozari, 2018; Liao et al., 2014; Muratidis, 2009; Pajareya & Nopmaneejumrulers, 2011; Torabi & Amin Yazdi, 2020; Maksoos et al. 2016; Zarabi Moghaddam & Amin Yazdi, 2020).

بازی درمانی به شیوهی فلور تایم با درگیر کردن کودک در توانمندی‌های اجتماعی، شناختی و زبانی در رشد کارکردهای هیجانی کودکان مبتلا به اُتسیم (Aali et al., 2015_a)، کاهش اضطراب کودکان مبتلا به اسپرگر و کاهش فشار و مشکلات روانی مادران آن‌ها (Khoshkozari & Khodabakhshi Koolae, 2018; Aali et al., 2015_b)، کاهش کمروبی کودکان (Zarabi Moghaddam & Amin Yazdi, 2020)، بهبود علائم بیش فعالی و نقص توجه کودکان (Torabi Maksoos et al., 2016)، پیشرفت رشدی کودکان دارای اختلال رشد فراگیر (Muratidis, 2009)، بهبود تأخیر رشدی کودکان اُتستیک (Dionne & Mercier, 2017; Hess, 2013, 2015, 2020; Martini, 2011) و بهبود مهارت‌های ارتباطی این کودکان (Firmady & Boediman, 2020; Liao et al., 2014; Pajareya & Nopmaneejumrulers, 2011) اثربخش بوده است.

در پژوهش حاضر بازی درمانی توسط کودک رهبری شد و مراقب علائق کودک را دنبال می‌کرد و ارتباطات را با به کارگیری اشارات هیجانی که کودک را آرام و مجذوب می‌کند ارتقا بخشید. در این پژوهش هدف ایجاد ارتباط گرم و صمیمانه بود و ساختار تحمیلی و از پیش تعیین شده وجود نداشت. در بازی درمانی فلور تایم سعی شد سطح توجه و فعالیت کودک مسیر بازی را تعیین کند و بازی به نوعی ادامه پیدا کند که در آن هیچ‌گونه منع و بازداری رخ ندهد و کودک بتواند آزادانه فعالیت کند. با این شیوه در واقع کاهش میزان کنترل والدین و مراقبین و آموزش این روش در خانه به نظر می‌رسد توانسته باشد در کاهش نافرمانی مقابله‌ای کودکان مؤثر باشد.

همچنین با آزاد گذاشتن کودکان در انتخاب اسباب‌بازی، ابتکار عمل در اختیار کودکان قرار گرفت تا اهداف مختلفی را در بازی دنبال کند. این چارچوب زدایی از فعالیت‌ها و بازی‌های کودک در کاهش علائم فزون کنشی به نظر می‌رسد مؤثر بوده است. همچنین بایستی کودک تجربیات بسیاری را یک جا در آن تجربه کند تا کاربرد صحیح و کشف کردن را از طریق آن بیاموزد. کودکی که از ابتدا در یک فضای بسته زندگی کند و با نسخه‌های کلیشه‌ای عوام تربیت شود، آینده‌ای جز افسردگی و پرخاشگری نخواهد داشت. همان‌گونه که گیاه به نور، آب و خاک قوی و مناسب برای رشد نیاز دارد، کودک نیز به آزادی، احترام و استقلال نسبی احتیاج مبرم دارد تا از این رهگذر به حقوق حقیقی خود دست یابد و به کمال برسد (Aali, Amin Yazdi et al., 2015). ابتکار عمل و آزادی انتخاب در نوع بازی برای کودکان دارای فزون کنشی می‌تواند روشی برای کاهش فزون کنشی آن‌ها باشد. در این پژوهش به خوبی این عمل تمرین شد و آموزش داده شد.

همچنین در این روش سعی شد که بنیادهای اصلی برقراری ارتباط، نحوه تعامل و نحوه برخورد مؤثر با دیگران و همچنین تفکر در کودکان پایه‌ریزی شوند. در واقع، این روش نوعی درمان از

طریق بازی است و در آن در قالب کارهایی که کودک دوست دارد (مانند بازی کردن) مهارت‌های اجتماعی دیگر را به او آموزش داده می‌شود (Gegan, 2020). این روش درمانی به این نکته توجه دارد که ارتباط بین کودکان با خانواده‌شان نیاز به زمان و مکان خاصی ندارد و در هر زمانی می‌تواند، رخ دهد و حتی در مکان‌هایی هم که محرک کم است این روش درمانی را می‌توان به کاربرد. این روش بر روی کودک متمرکز است و پدر و مادر یا درمانگر را به پیروی کردن به وسیله‌ی توجه مثبت سوق می‌دهد و علاقه و منافع کودک را تنظیم می‌کند در این روش سعی بر این است که ارتباط کودک با یک فرد دیگر از طریق برنامه‌های دقیق بازی بیشتر و مؤثرتر شود. این روش شامل شش مرحله می‌باشد که کودک در مراحل طی آن‌ها تقلید و چگونه یاد گرفتن را از یک بزرگتر فرا می‌گیرد و به عبارتی کودک باید نرده بام شش پله‌ای را طی کند. ممکن است کودکان در این روش با مشکلاتی نیز روبرو شوند، مثلاً قادر به انجام برخی از تمرینات بدنی موجود در برنامه نشوند. در این برنامه والدین و درمانگران سعی می‌کنند تا پیشرفت کودک را از طریق مسیرهایی که کودک دوست دارد و با جهت دادن به این مسیرها، فراهم کنند تا کودک بتواند شش مرحله پیشرفت موجود در این روش درمانی را طی کند (Hess, 2020).

بازی، افکار درونی کودک را با دنیای بیرون ارتباط می‌دهد و یک روش صحیح برای درمان کودک است؛ زیرا کودکان در بیان شفاهی احساسشان با مشکل روبه‌رو بوده و از این طریق کودک می‌تواند احساسات آزردهنده و مشکلات درونی خود را به نمایش بگذارد (Mayer et al., 2015). بازی درمانی به شیوه فلورتایم، نگاهی یکپارچه به توانمندی‌های انسان شامل شناخت، زبان، عاطفه و هیجان دارد (Dionne & Martini, 2011) و هدف اصلی آن کمک به کودکان در خود تنظیمی، تعامل و توسعه روابط کودک با جهان، مشارکت در روابط دو طرفه عمدی، حل مشکلات پیچیده، داشتن افکار و تفکرات انتزاعی، تفسیر نمادها و رفتارها می‌باشد تا کودک بتواند به طور طبیعی با جامعه در تعامل باشد و ایده‌های خودجوش و پاسخ‌های فعال نسبت به دیگران داشته باشد (Rezaee Khoshkzari & Khodabakhshi Koolaee, 2018).

نتیجه‌گیری

در مجموع نتایج حاکی از این است که بازی درمانی به روش فلورتایم در کاهش نافرمانی مقابله‌ای و فزون‌کنشی کودکان اثربخش است. لذا می‌توان گفت این شیوه از درمان می‌تواند به کودکان جهت تشخیص و ارتباط برقرار کردن با مشکلاتشان از طریق بازی کمک نماید. با توجه به اینکه پژوهش حاضر محدود به جامعه‌ی کودکان نیشابور است و در تعمیم نتایج به سایر جوامع باید احتیاط بیشتری به خرج داد و عدم انتخاب تصادفی و نداشتن مرحله‌ی پیگیری از دیگر محدودیت‌های پژوهش هستند. پیشنهاد می‌شود در تحقیقات آتی مرحله پیگیری برای بررسی ثبات نتایج اجرا گردد و از روش تصادفی جهت انتخاب نمونه‌ها استفاده شود.

حمایت مالی

این پژوهش هیچ کمک هزینه خاصی دریافت نکرده است.

سهام نویسندگان

نویسنده اول کارهای اجرایی درمانی و نویسنده دوم (نویسنده مسئول) طراحی چارچوب کلی و تدوین محتوا، و راهنمایی پژوهش را به عهده داشته‌اند.

تعارض منافع

هیچ‌گونه تعارض منافی بین نویسندگان پژوهش حاضر وجود ندارد.

سپاسگزاری

مقاله حاضر برگرفته از پایان‌نامه‌ی مقطع کارشناسی ارشد نویسنده اول می‌باشد. با سپاس و قدردانی از تمام مادران شرکت‌کننده در تحقیق حاضر و کودکانشان که ما را در انجام پژوهش حاضر یاری کردند. همچنین از همکاران محترم مهد و پیش‌دبستانی‌های ستارگان پویا و پرنیان تشکر می‌کنیم.

References

- Aali, S., Amin Yazdi, S. A., Abdekhodaei, M. S., Ghanaei Chamanabad, A., & Moharreri, F. (2015_a). Developing a mixed family-focused therapy based on integrated human development model and comparing its effectiveness with Floortime play-therapy on the developmental family functioning and the functional-emotional development of children with autism spectrum disorder. *Journal of Fundamentals of Mental Health*, 17(2), 87-97. (Persian)
- Aali, S., Amin Yazdi, S. A., Abdekhodaei, M. S., Ghanaei Chamanabad, A., & Moharreri, F. (2015_b). Designing family-centered combined treatment based on the human integrated development model and comparing its effectiveness with floor time play therapy on behavioral symptoms of children with autism spectrum disorder and the parenting stress of their mothers. *Journal of Psychological Achievements*, 22(1), 25-46. (Persian)
- Association, A. P. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*. Philadelphia: American Psychiatric Pub.
- Boonstra, A. M., Kooij, J. S., Oosterlaan, J., Sergeant, J. A., & Buitelaar, J. K. (2005). Does methylphenidate improve inhibition and other cognitive

- abilities in adults with childhood-onset ADHD? *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 27(3), 278-298.
- Burke, J. D., Hipwell, A. E., & Loeber, R. (2010). Dimensions of oppositional defiant disorder as predictors of depression and conduct disorder in preadolescent girls. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 49(5), 484-492.
- Burke, J. D., & Romano-Verthelyi, A. M. (2018). Oppositional defiant disorder. In M. M. Martel (Ed.), *Developmental Pathways to Disruptive, Impulse-Control and Conduct Disorders* (pp. 21-52). Massachusetts, United States: Academic Press.
- Carlson, C. L., Mann, M., & Alexander, D. K. (2000). Effects of reward and response cost on the performance and motivation of children with ADHD. *Cognitive Therapy and Research*, 24(1), 87-98.
- Carpente, J. A. (2017). Investigating the effectiveness of a developmental, individual difference, relationship-based (DIR) improvisational music therapy program on social communication for children with autism spectrum disorder. *Music Therapy Perspectives*, 35(2), 160-174.
- Coy, K., Speltz, M. L., DeKlyen, M., & Jones, K. (2001). Social-cognitive processes in preschool boys with and without oppositional defiant disorder. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 29(2), 107-119.
- Cruz-Alaniz, Y., Bonillo Martin, A., & Jané Ballabriga, M. C. (2018). Parents' executive functions, parenting styles, and oppositional defiant disorder symptoms: a relational model. *Universitas Psychologica*, 17(2), 39-48.
- Danhofer, P., Pejčochová, J., Dušek, L., Rektor, I., & Ošlejšková, H. (2018). The influence of EEG-detected nocturnal centrotemporal discharges on the expression of core symptoms of ADHD in children with benign childhood epilepsy with centrotemporal spikes (BCECTS): A prospective study in a tertiary referral center. *Epilepsy & Behavior*, 79, 75-81.
- Davis, A., Davis, A. L., Isaacson, L., & Harwell, M. (2014). *Floortime Strategies: Applying DIR Principles with Children*. New York: Paul H. Brookes Publishing Company.
- Dionne, M., & Martini, R. (2011). Floor time play with a child with autism: A single-subject study. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 78(3), 196-203.
- Döpfner, M., Mandler, J., Breuer, D., Schürmann, S., Dose, C., Walter, D., & von Wirth, E. (2020). Children with attention-deficit/hyperactivity disorder grown up: An 18-year follow-up after multimodal treatment. *Journal of Attention Disorders*, 25(13), 1801-1817.
- Essau, C. A. (2003). *Conduct and oppositional defiant disorders: Epidemiology, risk factors, and treatment*. New York: Routledge.

- Gadow, K. D., & Sprafkin, J. (1997). *Child Symptom Inventory 4, CSI*. New York: Checkmate Plus.
- Gregan, A. (2020). Play therapy/therapeutic play with children with autism: The journey: wait, watch and wonder. In *Routledge International Handbook of Play, Therapeutic Play and Play Therapy* (pp. 319-326). New York: Routledge.
- Hess, E. (2020). A developmental/relational play therapy model in the treatment of infants and toddlers exhibiting the early signs of autism spectrum disorder. In *Infant Play Therapy* (pp. 141-156). New York: Routledge.
- Hess, E. B. (2013). Evidence based practice towards the treatment of autism and sensory processing disorder in children and adolescents. *International Journal of Child Health and Human Development*, 6(3), 267-274.
- Hess, E. B. (2015). A developmental/relational play therapy approach toward the treatment of children with developmental delays, including autism spectrum disorder (ASD) and sensory processing challenges. In K. J. O'Connor, C. E. Schaefer, & L. D. Braverman (Eds.), *Handbook of play therapy* (pp. 357-379). New York: John Wiley & Sons.
- Katzmann, J., Goertz-Dorten, A., Hautmann, C., & Doepfner, M. (2019). Social skills training and play group intervention for children with oppositional-defiant disorders/conduct disorder: mediating mechanisms in a head-to-head comparison. *Psychotherapy Research*, 29(6), 784-798.
- Khoshkozari, R. (2018). Effectiveness of Floor time Play on Anxiety in children with Asperger disorder and burden among their mothers (a single case study). *Journal of Pediatric Nursing*, 4(4), 50-59. (Persian)
- Kleine Deters, R., Naaijen, J., Rosa, M., Aggensteiner, P. M., Banaschewski, T., Saam, M. C., . . . Sagar-Ouriaghli, I. (2020). Executive functioning and emotion recognition in youth with oppositional defiant disorder and/or conduct disorder. *The World Journal of Biological Psychiatry*, 1-13.
- Koegel, L. K., Koegel, R. L., Ashbaugh, K., & Bradshaw, J. (2014). The importance of early identification and intervention for children with or at risk for autism spectrum disorders. *International Journal of Speech-language Pathology*, 16(1), 50-56.
- Kring, A. M., & Johnson, S. L. (2018). *Abnormal psychology: The science and treatment of psychological disorders*. New York: John Wiley & Sons.
- Li, L., Lin, X., Hinshaw, S. P., Du, H., Qin, S., & Fang, X. (2018). Longitudinal associations between oppositional defiant symptoms and interpersonal relationships among Chinese children. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 46(6), 1267-1281.
- Liao, S.-T., Hwang, Y.-S., Chen, Y.-J., Lee, P., Chen, S.-J., & Lin, L.-Y. (2014). Home-based DIR/Floortime™ intervention program for

- preschool children with autism spectrum disorders: Preliminary findings. *Physical & Occupational Therapy in Pediatrics*, 34(4), 356-367.
- Matthys, W., & Lochman, J. E. (2017). *Oppositional defiant disorder and conduct disorder in childhood*. New York: John Wiley & Sons.
- Mayer, K., Wyckoff, S. N., Fallgatter, A. J., Ehlis, A.-C., & Strehl, U. (2015). Neurofeedback as a nonpharmacological treatment for adults with attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD): Study protocol for a randomized controlled trial. *Trials*, 16(1), 174-182.
- McStay, R. L., Trembath, D., & Dissanayake, C. (2014). Stress and family quality of life in parents of children with autism spectrum disorder: Parent gender and the double ABCX model. *Journal of autism and developmental disorders*, 44(12), 3101-3118.
- Mercer, J. (2017). Examining DIR/Floortime™ as a treatment for children with autism spectrum disorders: A review of research and theory. *Research on Social Work Practice*, 27(5), 625-635.
- Mohammad Esmaeel, E. (2007). Adaptation and standardization of child symptom Inventory-4 (CSI-4). *Journal of Exceptional Children*, 7(1), 79-96. (Persian)
- Motavalli Pour, A., Beh-Pajooh, A., Shokoohi-Yekta, M., Sorbi, M. H., & Farahzadi, M. H. (2018). The relationship between cognitive-behavioral skills and mother-child interaction with conduct disorder symptoms and oppositional defiant disorder in children with ADHD. *Journal of Community Health Research*, 7(4), 231-241. (Persian)
- Muratidis, H. (2009). *Developmental progress of children with pervasive developmental disorder and/or sensory processing disorder enrolled in a DIR/Floortime therapy group*. (Ph.D. Thesis), Adler School of Professional Psychology, Chicago, Illinois.
- Nee, J. E. (2013). *Behavior and developmental treatment models for autism spectrum disorders: factors guiding clinician preference and perceptions*. (Master dissertation), University of St. Thomas, Minnesota.
- Pajareya, K., & Nopmaneejumrulers, K. (2011). A pilot randomized controlled trial of DIR/Floortime™ parent training intervention for pre-school children with autistic spectrum disorders. *Autism*, 15(5), 563-577.
- Pijper, J., De Wied, M., Van Rijn, S., Van Goozen, S., Swaab, H., & Meeus, W. (2018). Executive attention and empathy-related responses in boys with oppositional defiant disorder or conduct disorder, with and without comorbid anxiety disorder. *Child Psychiatry & Human Development*, 49(6), 956-965.
- Rezaee Khoshkozari, G., & Khodabakhshi Koolae, A. (2018). The Effectiveness of Floor time Play on Anxiety in children with Asperger disorder and burden among their mothers (a single case study). *Iranian Journal of Pediatric Nursing*, 4(4), 50-59. (Persian)

- Rowe, R., Maughan, B., Pickles, A., Costello, E. J., & Angold, A. (2002). The relationship between DSM-IV oppositional defiant disorder and conduct disorder: findings from the Great Smoky Mountains Study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 43(3), 365-373.
- Solomon, R., Necheles, J., Ferch, C., & Bruckman, D. (2007). Pilot study of a parent training program for young children with autism: The PLAY Project Home Consultation program. *Autism*, 11(3), 205-224.
- Sprafkin, J., Gadow, K. D., Salisbury, H., Schneider, J., & Loney, J. (2002). Further evidence of reliability and validity of the Child Symptom Inventory-4: Parent checklist in clinically referred boys. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 31(4), 513-524.
- Szentiványi, D., & Balázs, J. (2018). Quality of life in children and adolescents with symptoms or diagnosis of conduct disorder or oppositional defiant disorder. *Mental Health & Prevention*, 10, 1-8.
- Torabi Makhsoos, S., Rahmanian, M., Farahzad, P., & Alibazi, H. (2016). Comparison of effectiveness of individual play therapy and play therapy with family therapy on behavioral problems' reduction in children with attention deficit hyperactivity disorder. *Biannual Journal of Applied Counseling*, 5(2), 23-36. (Persian)
- Zarabi Moghaddam, Z., & Amin Yazdi, S. A. (2020). Evaluation of the effectiveness of floortime play therapy based on developmental individual relationship on improvement of preschool children's shyness. *EBNESINA*, 22(3), 47-55. (Persian)
- Zare Bahramabadi, M., & Ganji, K. (2014). The study of prevalence of attention deficit / hyperactivity disorder (ADHD) and it's comorbidity with learning disorder (Rowe et al.) in primary school's students. *Journal of Learning Disabilities*, 3(4), 25-43. (Persian)

