

اثربخشی بازی‌های کنترل خشم بر علایم رفتاری و خشم کودکان بیش‌فعال / نقص توجه

اکرم کاظمی^۱، حمیدرضا نیک‌یار^۲، مصطفی نجفی^۳

مقاله پژوهشی

چکیده

مقدمه: اختلال بیش‌فعالی / نقص توجه، شایع‌ترین اختلال عصبی- رفتاری دوران کودکی است که در سنین قبل از ۷ سالگی تشخیص داده می‌شود و از آن جایی که خشم، بخشی از زندگی افراد است و باید به کودکان آموخت که چگونه با خشم خود کنار بیایند، این پژوهش با هدف تعیین اثربخشی بازی‌های کنترل خشم بر علایم رفتاری و خشم کودکان بیش‌فعال / نقص توجه اجرا گردید.

روش‌ها: مطالعه‌ی حاضر از نوع مورد-شاهدی و نیمه تجربی بود که به صورت پیش‌آزمون- پس‌آزمون انجام شد. جامعه‌ی آماری شامل ۴۰ نفر دانش‌آموز ۷-۱۳ ساله‌ی بیش‌فعال / نقص توجه مراجعه کننده به کلینیک روان‌پزشکی کودک و نوجوان شهر اصفهان ساکن نجف‌آباد بود که به صورت در دسترس انتخاب شدند و بعد از تأیید تشخیص توسط فوق تخصص روان‌پزشکی کودک و نوجوان به طور تصادفی در دو گروه مورد و شاهد قرار گرفتند. روش مداخله، شامل مجموعه بازی‌های کنترل خشم بود. ابزار پژوهش، شامل مجموعه‌ی پرسش‌نامه‌ی خشم در کودکان و پرسش‌نامه‌های توانایی‌ها و مشکلات والد و معلم بود. داده‌ها با استفاده از روش تحلیل آماری ANCOVA و نرم‌افزار SPSS مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: بین آزمودنی‌ها در گروه‌های مورد و شاهد از لحاظ نمره‌ی خشم، تفاوت معنی‌داری وجود داشت ($F = 6/990$ و $P = 0/001$). میزان تأثیر یا تفاوت برابر با ۰/۱۵۹ بود. همچنین، بین آزمودنی‌ها در گروه مورد و شاهد از لحاظ نمرات هیجانی، مشکلات رفتاری، بیش‌فعالی، مشکل با همتایان و مشکلات اجتماعی بر اساس نظر والدین یا معلمان تفاوت معنی‌داری وجود داشت.

نتیجه‌گیری: بازی‌های کنترل خشم، بر خشم و علایم رفتاری، هیجانی و ارتباطی کودکان بیش‌فعال / نقص توجه اثر داشت. استفاده از این بازی‌ها، به دلیل سهولت استفاده‌ی کودکان و هزینه‌ی پایین، به عنوان روش‌های کمکی نوین توصیه می‌گردد.

واژگان کلیدی: اختلال بیش‌فعالی / نقص توجه، بازی‌های کنترل خشم، علایم رفتاری

ارجاع: کاظمی اکرم، نیک‌یار حمیدرضا، نجفی مصطفی. اثربخشی بازی‌های کنترل خشم بر علایم رفتاری و خشم کودکان بیش‌فعال / نقص توجه.

مجله دانشکده پزشکی اصفهان ۱۳۹۵؛ ۳۴ (۳۸۱): ۴۶۹-۴۶۱

مقدمه

توجه کردن به مشکلات دوران کودکی هم برای فرد و هم برای اجتماع حایز اهمیت است. این مشکلات اگر درمان نشوند، نه تنها کودکان از آن‌ها رهایی نمی‌یابند، بلکه به اختلالات روانی بزرگ‌سالی تبدیل می‌شوند. اختلالات روانی مهم در کودکی، حتی اگر موقتی و گذرا باشند، احتمال دارد که پیامدهای جدی در بر داشته باشند؛ چرا که ممکن است یادگیری و رشد کودک را مختل کنند. کودکان دارای نقص روان‌شناختی، ممکن است موفق نشوند بر وظایف کلیدی مراحل مختلف رشد مانند عزت نفس، برقراری رابطه با همسالان،

حل تضادهای بین فردی و کسب مهارت‌های تحصیلی مسلط شوند. این نارسایی‌ها، به نوبه‌ی خود، ممکن است به احساس ناکامی و طرد منجر شوند. به طور تقریبی، همه‌ی متخصصین بهداشت روانی در همه‌ی الگوها و نظریه‌های تبیین رفتار، در یک مورد متفق‌القول هستند که سال‌های شکل‌گیری اولیه، در سازگاری بعدی اهمیت دارند و وجود مشکلات در خلال این سال‌ها، زمینه‌ی ناسازگاری در سال‌های بعدی است (۱).

اختلال بیش‌فعالی / نقص توجه (ADHD یا Attention deficit hyperactivity disorder) یک الگوی ثابت

۱- کارشناس ارشد، گروه روان‌شناسی بالینی، دانشکده‌ی علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد نجف‌آباد، نجف‌آباد، ایران

۲- استادیار، گروه روان‌پزشکی، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد نجف‌آباد، نجف‌آباد، ایران

۳- دانشیار، گروه روان‌پزشکی، دانشکده‌ی پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

نویسنده‌ی مسؤؤل: حمیدرضا نیک‌یار

در این پژوهش، استفاده از بازی‌های کنترل خشم بر این هدف بود که اگر کودک در این تمرینات آزمایشی موفق عمل کند، در موقعیت‌های واقعی نیز موفق خواهد بود. این پژوهش، با هدف بررسی اثربخشی بازی‌های کنترل خشم بر علایم رفتاری و خشم کودکان بیش‌فعال/ نقص توجه انجام شد.

روش‌ها

این پژوهش، از نوع نیمه تجربی و طرح آن به صورت مورد-شاهدی در دو مرحله‌ی پیش‌آزمون و پس‌آزمون بود. از بین دانش‌آموزان مبتلا به ADHD مراجعه‌کننده به کلینیک روان‌پزشکی کودک و نوجوان شهر اصفهان، ۴۰ دانش‌آموز ۷-۱۳ ساله ساکن شهرستان نجف‌آباد به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و سپس به صورت تصادفی به دو گروه ۲۰ نفری مورد و شاهد تقسیم شدند. ورود افراد به مطالعه، پس از توجیه والدین درمورد طرح و اخذ موافقت آن‌ها صورت گرفت. در این پژوهش، نمرات پیش‌آزمون از طریق پاسخ‌دهی والدین و معلمین دانش‌آموزان به پرسش‌نامه‌ی Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ) و پاسخ‌دهی والدین به پرسش‌نامه‌ی خشم کسب شد. سپس، گروه مورد به مدت ۸ هفته و در هر هفته ۲ جلسه‌ی ۱/۵ ساعته به صورت گروهی از بازی‌های کنترل خشم استفاده نمودند. معیارهای ورود شامل کودکان ۷-۱۳ ساله‌ی مبتلا به ADHD، احراز تشخیص ADHD توسط روان‌پزشک و نداشتن مشکلات روانی طبی دیگر در نه ماه گذشته بود. ملاک‌های خروج شامل داشتن هر گونه اختلالات بارز جسمی، حسی و حرکتی، دارا بودن علایم روان‌پریشی، عقب‌ماندگی ذهنی و سابقه‌ی تشنج و حضور نامنظم در جلسات بود.

روش مداخله

مجموعه‌ی بازی‌های کنترل خشم: مجموعه‌ای شامل شش بازی است که برای آموزش راه‌های جدید درک و کنترل خشم به کودکان طراحی شده است. انجام این بازی‌ها، تنها ۲۰-۱۵ دقیقه طول می‌کشد، اما آن قدر جذاب هستند که کودکان دوست دارند دوباره و دوباره بازی کنند. هر بازی، مهارت خاصی در کنترل خشم را به کودکان یاد می‌دهد. این بازی‌ها، شامل چند بازی برنامه‌ریزی شده به شرح زیر می‌باشند:

- ۱- کلیدهای خشم که به کودکان کمک می‌کند از چیزهایی که باعث خشم و انفجار آن‌ها می‌شود، آگاه شوند؛
- ۲- ایست دادن به خود که به کودکان روش‌هایی را یاد می‌دهد که خشم خود را مهار کنند؛
- ۳- آرام‌باش، به بچه‌ها روش ریلکسیشن (آرام‌باش) را

بی‌توجهی و یا بیش‌فعالی تکانش‌وری است که در کودکان مبتلا به این اختلال نسبت به همسالان عادی آن‌ها از شدت و فراوانی بیشتری برخوردار است. در *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-5 (DSM-5)* زیر نوع‌ها با سه مشخصه تعریف شده‌اند: نمود و نشان ترکیبی، نمود و نشان بی‌توجهی غالب و نمود و نشان بیش‌فعالی/ تکانشی غالب (۲). نرخ‌هایی برای ADHD گزارش شده است که شامل ۷-۸ درصد در کودکان مدارس ابتدایی در سنین پیش از بلوغ است. بررسی‌های همه‌گیر شناسی نشان می‌دهد که ADHD در حدود ۵ درصد از کودکان و نوجوانان رخ می‌دهد (۳). در حالی که شیوع ۳-۷ درصد، در کودکان نیز گزارش شده است (۴-۶). در پسرها، ۲-۹ برابر شایع‌تر از دختران است (۳). ADHD، یک اختلال چندعاملی با اتیولوژی ناشناخته است (۷)، اما می‌توان به نقش عوامل روانی-اجتماعی، بیولوژیک، ژنتیک، عوامل محیطی (۸-۱۲)، تغذیه، وزن کم زمان تولد، عوامل خانوادگی، مصرف تنباکو در طی حاملگی مادر، سابقه‌ی فامیلی، استرس روانی در دوران حاملگی اشاره نمود (۸-۱۲). کودکان و نوجوانان مبتلا به ADHD، اغلب اختلال قابل توجهی در کارکرد تحصیلی، وضعیت‌های اجتماعی و درون فردی دارند. ADHD به طور مکرر مرتبط با اختلالات توأم شامل اختلال یادگیری، اختلالات اضطراب، اختلالات خلقی و اختلالات رفتار مخرب است (۳).

در حال حاضر، درمان‌های مهم و برجسته‌ای برای ADHD شامل داروها و برنامه‌های روانی-اجتماعی با استفاده از راهبردهای شناختی-رفتاری می‌باشد (۱). بازی‌درمانی، روشی است که به یاری کودکان دارای مشکل می‌شتابد تا بتوانند مسایلشان را حل کنند و در عین حال، نشان‌دهنده‌ی این واقعیت است که بازی برای کودک، همانند یک وسیله‌ی طبیعی است، با این هدف که او بتواند، خویشتن و همچنین ویژگی‌های درون خود را بشناسد و به آن عمل کند. بازی کردن، راهی برای بیان احساسات است؛ چرا که به کودک این فرصت را می‌دهد تا هیجانات منفی چون خشم و عصبانیت را خالی کند (۱۳).

زمانی که کودکان، پرخاشگری غیر اجتماعی را یاد می‌گیرند، بخش قابل توجهی از آن‌ها، پرخاشگر باقی می‌مانند. پرخاشگری اگر درمان نشود، به جنبه‌ی باثباتی از رفتار تبدیل می‌گردد (۱). از این رو، هر گاه بازی به عنوان وسیله‌ای جهت کسب لذت و انجام فعالیت از طرف کودک به قصد فراهم آوردن امکاناتی جهت تعامل با محیط صورت گیرد، به آن بازی آموزشی می‌گوییم. بازی آموزشی، به قصد و هدفی خاص، باید از پیش طرح‌ریزی شده باشد. بر این اساس، فراگیر موظف است تمامی مراحل طی شده را به صورت گام به گام طی کند (۱۳).

یاد می‌دهد؛

۴- چرخه‌ی احساسات، به کودکان یاد می‌دهد که احساسات خود را زبانی ابراز کنند نه عملی؛

۵- مسابقه‌ی مسؤولیت که برای آموزش اهمیت نگرش‌ها و رفتارهای مسؤولانه به کودکان طراحی شده است؛

۶- سازش کردن که چگونگی حل مشکلات بین فردی و پیدا کردن راه حل‌های برد-برد در مشکلات مشترک را به کودکان یاد می‌دهد.

محتویات بسته‌ی کنترل خشم، شامل کتابچه‌ی بازی شش صفحه‌ای، دفترچه‌ی دستورالعمل بازی، ۱۳ صفحه کارت بازی شامل کلید خشم (کارت‌های کلید روشن و کارت‌های کلید خاموش)، ایست دادن به خود (کارت‌های ایست، کارت‌های احتیاط و کارت‌های حرکت)، آرام‌باش، چرخه‌ی احساسات، مسابقه‌ی مسؤولیت (کارت‌های رفتار مسؤولانه و کارت‌های رفتار غیر مسؤولانه) و سازش کردن به همراه ۴ عدد مهره، ۴ عدد ماشینک، ۱ عدد تاس و ۱۰۰ عدد ژتون می‌باشد (۱۴).

ابزار سنجش

۱- پرسش‌نامه‌ی توانایی‌ها و مشکلات (SDQ): این پرسش‌نامه، شامل دو پرسش‌نامه‌ی والد و معلم و شامل ۲۵ سؤال در ۵ مقیاس می‌باشد. هر مقیاس، ۱۰-۰ و هر یک از سؤالات ۲-۰ نمره می‌گیرد. گزینه‌های موجود برای هر سؤال، درست نیست، کمی درست است و حتما درست است می‌باشد. در سؤالات ۷، ۱۱، ۱۴، ۲۱ و ۲۵ نمره‌دهی بر عکس می‌باشد. هر مقیاس، حاوی ۵ سؤال و شامل مقیاس علائم هیجانی، مشکلات رفتاری، مقیاس بیش‌فعالی، مقیاس مشکلات با همتایان، مقیاس اجتماعی می‌باشد. از مجموع ۴ مقیاس نخست مشکلات کلی به دست می‌آید. Goodman در یک مطالعه، پرسش‌نامه را به عنوان یک روش مهم برای کشف بهتر اختلالات روان‌پزشکی کودکان در جامعه، مورد ارزیابی قرار داد. وی قدرت پیش‌بینی SDQ و تشخیص‌های غیر وابسته‌ی روان‌پزشکی را در نمونه‌ی ۷۹۸۴ نفری از کودکان ۵-۱۵ سال انگلیسی، مورد مقایسه قرار داد. نتایج نشان داد که پرسش‌نامه‌های چند گزارش دهنده‌ی SDQ (والدین، معلمین و خود کودکان)، برای تشخیص افراد با مشکلات روان‌پزشکی، ویژگی ۹۴ درصد و حساسیت ۶۳ درصد داشت (۱۵).

۲- پرسش‌نامه‌ی خشم در کودکان (Anger in Children Questionnaire): سه تعریف متفاوت از خشم ارائه شده است:

۱- خشم یک عاطفه و نوعی هیجان و یک احساس درونی است که اغلب بر اثر انتظار شخصی از رفتار دیگران به وجود می‌آید و

پرخاشگری، وسیله‌ی ابراز آن است.

۲- خشم، واکنشی غریزی و احساسی در برابر تهدیدها و نومیده‌ی‌ها از رسیدن به اهداف و آرزوها می‌باشد.

۳- خشم، پاسخی طبیعی و متداول انسان به ناکامی‌ها و بدرفتاری‌ها می‌باشد. خشمی که به صورت نادرست ابراز شود، چنان به روابط اجتماعی افراد لطمه می‌زند که ترمیم آن نیازمند طی شدن زمان و تلاش و کوشش بسیار است. پرسش‌نامه‌ی خشم کودکان با اقتباس از سیاهه‌ی خشم Novaco ساخته شده و شامل ۱۶ ماده است که خشم، تهاجم و کینه‌توزی را می‌سنجد. این پرسش‌نامه توسط محمدکریمی هنجاریابی شده است. نتایج به دست آمده، نشان می‌دهد که پایایی آزمون بر اساس Cronbach's alpha ۰/۷۲ است. همچنین، روایی صوری آن نیز به تأیید استادان این رشته رسیده است. به منظور نمره‌گذاری این مقیاس برای هر یک از چهار گزینه (هرگز، به ندرت، گاهی اوقات و همیشه) به ترتیب مقادیر ۰، ۱، ۲ و ۳ در نظر گرفته شده است. افرادی که در این مقیاس، نمره‌ی بالاتر از میانگین کسب می‌کنند، پرخاشگری زیاد و افرادی که نمره‌های آنان کمتر از میانگین است، پرخاشگری کمی خواهند داشت. این پرسش‌نامه، شامل سه بعد رفتار پرخاشگرانه (سؤالات ۸-۱)، فکر پرخاشگرانه (سؤالات ۱۲-۹) و احساس پرخاشگرانه (سؤالات ۱۶-۱۳) می‌باشد. این پرسش‌نامه، توسط والدین، معلم و یا پرستار کودکان دبستانی و راهنمایی (که شناخت خوبی از کودک دارند)، تکمیل می‌شود (۱۶).

در این پژوهش، جهت تجزیه و تحلیل اطلاعات به دست آمده در بین گروه‌های مورد مطالعه، از آمار توصیفی، استنباطی و آزمون ANCOVA استفاده شد. از آزمون Levene's و آزمون Kolmogorov-Smirnov (به ترتیب آزمون تجانس واریانس‌ها و پیش فرض طبیعی بودن توزیع متغیرهای وابسته در سطوح مختلف عامل) استفاده شد. $P < 0/05$ به عنوان سطح معنی‌داری در آزمون فرض‌های تحقیق در نظر گرفته شد. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها، از نرم‌افزار آماری SPSS نسخه‌ی ۱۸ (version 18, SPSS Inc., Chicago, IL) استفاده شد.

یافته‌ها

در این پژوهش، ۴۰ دانش‌آموز ۷-۱۳ ساله‌ی بیش‌فعال/نقص توجه، به دو گروه مورد و شاهد تقسیم شدند. از این ۴۰ دانش‌آموز، ۱۵ نفر دختر و ۲۵ نفر پسر بودند. نتایج مربوط به خصوصیات دموگرافیک شرکت‌کنندگان در جدول ۱ آمده است.

جدول ۱. خصوصیات دموگرافیک شرکت کنندگان (گروه‌های مورد و شاهد)

مشخصات	تعداد	مورد	شاهد
سن (سال)			
۷-۸	۱۲	۶	۶
۸-۹	۱۰	۶	۴
۹-۱۰	۸	۴	۴
۱۰-۱۱	۴	۲	۲
۱۱-۱۲	۴	۱	۳
۱۲-۱۳	۲	۱	۱
جنس			
دختر	۱۵	۸	۷
پسر	۲۵	۱۲	۱۳
ترتیب تولد			
اول	۲۸	۱۶	۱۲
دوم	۱۰	۳	۷
سوم	۱	۱	۰
چهارم	۱	۰	۱
تحصیلات			
سیکل	۱۰	۵	۵
مادر			
دیپلم	۱۲	۶	۶
فوق دیپلم	۵	۳	۲
کارشناسی	۹	۴	۵
کارشناسی ارشد	۴	۲	۲
تحصیلات			
سیکل	۷	۳	۴
پدر			
دیپلم	۹	۵	۴
فوق دیپلم	۱۲	۶	۶
کارشناسی	۴	۲	۲
کارشناسی ارشد	۸	۴	۴

با توجه به نتایج، نمره‌ی میانگین و انحراف معیار پس‌آزمون گروه مورد در مقیاس خشم و زیر مقیاس‌های SDQ، نسبت به پیش‌آزمون کاهش یافت. نتایج مربوط به انحراف معیار و میانگین در جدول ۲ آمده است.

با توجه به نظر والدین با کنترل پیش‌آزمون، بین آزمودنی‌ها در گروه‌های مورد و شاهد از لحاظ نمره‌ی خشم، علائم هیجانی، مشکلات رفتاری، مشکل با همتایان و مقیاس اجتماعی تفاوت معنی‌داری وجود داشت ($P = 0/001$). در این موارد، میزان تأثیر بازی‌های کنترل خشم ۳۰-۱۵ درصد بود. از لحاظ نمره‌ی مقیاس پیش‌فعالی نیز تفاوت معنی‌داری وجود داشت ($P = 0/001$). میزان تأثیر یا تفاوت برابر با ۶۹/۰ و بیشترین میزان اثر بود. از لحاظ نمره‌ی مشکلات کلی، تفاوت معنی‌داری وجود نداشت ($P = 0/490$). نتایج مربوط به آزمون One-way ANCOVA در جدول ۳ آمده است.

با توجه به نظر معلمان با کنترل پیش‌آزمون، بین آزمودنی‌ها در گروه‌های مورد و شاهد از لحاظ نمره‌ی علائم هیجانی، بیش‌فعالی، مشکل با همتایان و مقیاس اجتماعی، تفاوت معنی‌داری وجود داشت ($P = 0/001$). در این موارد، میزان تأثیر بازی‌های کنترل خشم بین ۳۱-۲۰ درصد بود. از لحاظ نمره‌ی مشکلات رفتاری ($P = 0/355$) و مشکلات کلی ($P = 0/494$) تفاوت معنی‌داری وجود نداشت. نتایج مربوط به آزمون One-way ANCOVA در جدول ۴ آمده است.

جدول ۲. مقایسه‌ی میانگین و انحراف معیار پیش‌آزمون مقیاس خشم و زیر مقیاس‌ها در دو گروه

متغیر	گروه	پیش‌آزمون میانگین ± انحراف معیار	پس‌آزمون میانگین ± انحراف معیار
خشم	شاهد	۴۹/۸۵ ± ۴/۴۳	۴۴/۵۰ ± ۴/۳۸
	مورد	۴۷/۳۰ ± ۷/۱۷	۳۹/۵۵ ± ۸/۶۱
علائم هیجانی	شاهد	۴/۲۰ ± ۲/۳۹	۳/۹۵ ± ۲/۳۵
	مورد	۴/۴۰ ± ۲/۰۶	۲/۱۵ ± ۱/۸۴
مشکلات رفتاری	شاهد	۳/۶۵ ± ۱/۴۹	۳/۶۷ ± ۱/۴۷
	مورد	۴/۲۵ ± ۱/۶۸	۲/۶۰ ± ۰/۵۹۸
بیش‌فعالی	شاهد	۶/۳۰ ± ۰/۹۲۳	۶/۳۱ ± ۰/۹۲۰
	مورد	۵/۹۵ ± ۱/۴۳	۳/۴۰ ± ۱/۱۴
مشکلات با همتایان	شاهد	۴/۸۰ ± ۱/۶۲	۴/۷۵ ± ۱/۶۰
	مورد	۴/۳۵ ± ۱/۴۹	۳/۳۰ ± ۱/۱۷
مقیاس اجتماعی	شاهد	۷/۰۵ ± ۲/۲۹	۷/۰۱ ± ۲/۲۵
	مورد	۸/۰۵ ± ۱/۷۹	۲/۴۳ ± ۲/۴۳

جدول ۳. نتایج آزمون One-way ANOVA روی میانگین نمرات پس‌آزمون مقیاس خشم و زیر مقیاس‌ها در دو گروه با کنترل پیش‌آزمون (با توجه به Strengths and Difficulties Questionnaire فرم والدین)

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه‌ی آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری	مجذورات
خشم	پیش‌آزمون	۶۷۸/۷۲۶	۱	۶۷۸/۷۲۶	۲۲/۸۸۰	۰/۰۰۱	۰/۳۸۲
	گروه	۲۰۷/۵۱۰	۱	۲۰۷/۵۱۰	۶/۹۹۰	۰/۰۱۲	۰/۱۵۹
	خطا	۱۰۹۷/۲۲۴	۳۷	۲۹/۶۵۵			
	کل	۷۲۶۶۵/۰۰۰	۴۰				
علایم هیجانی	پیش‌آزمون	۴۶/۵۰۵	۱	۴۶/۵۰۵	۱۳/۹۹۰	۰/۰۰۱	۰/۲۷۴
	گروه	۳۵/۹۸۴	۱	۳۵/۹۸۴	۱۰/۸۲۰	۰/۰۰۲	۰/۲۲۶
	خطا	۱۲۲/۹۹۵	۳۷	۳/۳۲۴			
	کل	۵۷۴/۰۰۰	۴۰				
مشکلات رفتاری	پیش‌آزمون	۱۳/۸۷۲	۱	۱۳/۸۷۲	۱۴/۴۶۰	۰/۰۰۱	۰/۲۸۱
	گروه	۱۵/۷۳۸	۱	۱۵/۷۳۸	۱۶/۴۱۰	۰/۰۰۱	۰/۳۰۷
	خطا	۳۵/۴۷۸	۳۷	۰/۹۵۹			
	کل	۴۵۱/۰۰۰	۴۰				
مقیاس بیش‌فعالی	پیش‌آزمون	۶/۲۷۳	۱	۶/۲۷۳	۶/۶۸۰	۰/۰۱۴	۰/۱۵۳
	گروه	۷۵/۷۱۱	۱	۷۵/۷۱۱	۸۰/۶۶۰	۰/۰۰۱	۰/۶۸۶
	خطا	۳۴/۲۷۲	۳۷	۰/۹۳۹			
	کل	۱۰۶۶/۰۰۰	۴۰				
مشکلات همتایان	پیش‌آزمون	۱۵/۸۲۱	۱	۱۵/۸۲۱	۹/۸۲۶	۰/۰۰۳	۰/۲۱۰
	گروه	۱۶/۸۷۱	۱	۱۶/۸۷۱	۱۰/۴۷۰	۰/۰۰۳	۰/۲۲۱
	خطا	۵۹/۵۷۹	۳۷	۱/۶۱۰			
	کل	۷۵۴/۰۰۰	۴۰				
مقیاس اجتماعی	پیش‌آزمون	۳۱/۸۷۵	۱	۳۱/۸۷۵	۹/۳۵۸	۰/۰۰۴	۰/۲۰۲
	گروه	۳۱/۵۷۹	۱	۳۱/۵۷۹	۹/۲۷۱	۰/۰۰۴	۰/۲۰۰
	خطا	۱۲۶/۰۲۵	۳۷	۳/۴۰۶			
	کل	۲۴۴۸/۰۰۰	۴۰				
مشکلات کلی	پیش‌آزمون	۴۱۹/۹۷۱	۱	۴۱۹/۸۷۹	۲۵/۷۷۰	۰/۰۰۱	۰/۴۱۰
	گروه	۷/۷۵۶	۱	۷/۷۵۶	۰/۴۶۸	۰/۴۹۰	۰/۰۱۰
	خطا	۶۰۰/۵۷۰	۳۷	۱۶/۲۲۳			
	کل	۹۰۶۵۲/۰	۴۰				

پرخاشگر، کم‌اثرتر و پرخاشگرانه‌تر است. در واقع، کنترل خشم به این معنی نیست که فرد به هیچ وجه خشم خود را نشان ندهد؛ بلکه شامل ابراز خشم به شیوه‌ای سازگارانه است. از این رو، با توجه به نتایج، هدف درمان، افزایش آگاهی افراد نسبت به خشم و آموزش اصول و شیوه‌های مؤثر به منظور کسب مهارت کنترل خشم مؤثر بوده است. بر اساس نتایج تحقیق (باتوجه به نظر والدین و معلمان)، بازی‌های کنترل خشم بر علایم هیجانی اثربخش بود. این یافته با یافته‌های Landreth (۱۸) همسو بود.

بحث

هدف از این پژوهش، بررسی اثربخشی بازی‌های کنترل خشم بر علایم رفتاری و خشم کودکان بیش‌فعال/ نقص توجه بود. یافته‌های حاصل، حاکی از اثرگذاری بازی‌های کنترل خشم بر خشم و علایم رفتاری کودکان بود. این یافته، با یافته‌های مطالعه‌ی دادستان و همکاران (۱۷) همسو بود. در حقیقت، یکی از دلایل پرخاشگری این است که افراد پرخاشگر، راه حل‌های کمتری برای وضعیت‌های دشوار اجتماع اتخاذ می‌کنند و راه حل‌هایشان نسبت به سایر افراد غیر

جدول ۴. نتایج آزمون One-way ANOVA روی میانگین نمرات پس‌آزمون زیر مقیاس‌ها در دو گروه با کنترل پیش‌آزمون (باتوجه به Strengths and Difficulties Questionnaire فرم معلمین)

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه‌ی آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری	مجذورات
علایم هیجانی	پیش‌آزمون	۰/۵۷۰	۱	۰/۵۷۰	۰/۰۱۴	۰/۹۰۶	۰۰۰
	گروه	۶۹/۵۶۰	۱	۶۹/۵۶۰	۱۷/۲۱۶	< ۰/۰۰۱	۰/۳۱۸
	خطا	۱۴۹/۴۹۳	۳۷	۴/۰۴۰			
مشکلات رفتاری	کل	۲۵۱۵/۰۰۰	۴۰				
	پیش‌آزمون	۲۵/۱۵۱	۱	۲۵/۱۵۱	۶/۵۱۷	۰/۰۱۵	۰/۱۵۰
	گروه	۳/۳۸۳	۱	۳/۳۸۳	۰/۸۷۶	۰/۳۵۵	۰/۰۲۳
بیش‌فعالی	خطا	۱۴۲/۷۹۹	۳۷	۳/۸۵۹			
	کل	۲۴۳۵/۰۰۰	۴۰				
	پیش‌آزمون	۳۶/۴۴۴	۱	۳۶/۴۴۴	۵/۹۱۷	۰/۰۲۰	۰/۱۳۸
مشکلات همتایان	گروه	۵۸/۳۵۸	۱	۵۸/۳۵۸	۹/۴۷۴	۰/۰۰۴	۰/۲۰۴
	خطا	۲۲۷/۹۰۶	۳۷	۶/۱۶۰			
	کل	۴۸۴۵/۰۰۰	۴۰				
مقیاس اجتماعی	پیش‌آزمون	۸/۶۶۴	۱	۸/۶۶۴	۲/۲۷۵	۰/۱۴۰	۰/۰۵۸
	گروه	۶۳/۳۷۲	۱	۶۳/۳۷۲	۱۶/۶۴۳	< ۰/۰۰۱	۰/۳۱۰
	خطا	۱۴۰/۸۸۶	۳۷	۳/۸۰۸			
مشکلات کلی	کل	۲۵۱۵/۰۰۰	۴۰				
	پیش‌آزمون	۰/۱۷۲	۱	۰/۱۷۲	۰/۰۳۲	۰/۸۵۹	۰/۰۰۱
	گروه	۶۷/۶۷۰	۱	۶۷/۶۷۰	۱۲/۶۰۵	< ۰/۰۰۱	۰/۲۵۴
مشکلات کلی	خطا	۱۹۸/۶۲۸	۳۷	۵/۳۶۸			
	کل	۴۹۳۲/۰۰۰	۴۰				
	پیش‌آزمون	۴۱۹/۹۷۹	۱	۴۱۹/۹۷۹	۲۵/۸۷	< ۰/۰۰۱	۰/۴۱۲
مشکلات کلی	گروه	۷/۷۵۸	۱	۷/۷۵۸	۰/۴۷۸	۰/۴۹۴	۰/۰۱۳
	خطا	۶۰۰/۵۷۱	۳۷	۱۶/۲۳۲			
	کل	۹۰۶۵۳/۰	۴۰				

یکی از روش‌های مورد استفاده در بهبود اختلالات رفتاری کودکان، بازی درمانی است. بازی به کودک اجازه می‌دهد تا تجربیات، افکار، احساسات و تمایلاتی را که برای او تهدید کننده هستند، نشان دهد (۲۲). طراحی بازی‌ها به گونه‌ای است که در بعضی مواقع، بدون هیچ دلیلی باید چند خانه به عقب برگشت؛ این خود یک چالش برای کنترل رفتار کودکان بود که طی این بازی‌ها به این مهارت دست یافتند، اما نتایج حاصل از نظر معلمین نشان داد که بازی‌های درمانی، بر علایم رفتاری دانش‌آموزان اثر معنی‌داری نداشته است. این یافته، بر خلاف یافته‌های Landreth (۱۸)، Ray (۲۰) و نیز Rennie (۲۱) بود. در تبیین این موضوع، می‌توان گفت اگر چه بازی‌ها از نظر والدین بر علایم رفتاری کودکان بیش‌فعال مؤثر بود، اما شاید به خاطر این که کنترل کودکان در محیط مدرسه مشکل‌تر است، به جلسات

بازی، یک روش صحیح و درست برای درمان کودک است؛ چرا که کودکان اغلب در بیان شفاهی احساسات خود با مشکل روبه‌رو هستند. از طریق بازی، کودکان می‌توانند موانع را کاهش دهند و احساساتشان را بهتر نشان دهند. از طریق بازی درمانی، کودک می‌تواند مهارت‌های کنترل خود را بهتر فرا گیرد (۱۹). انداختن تاس به نوعی منجر به ایجاد هیجان در کودکان می‌شد، اما بعضی از قوانین موجود در کارت‌ها، نیاز به ترمز و کنترل هیجان داشت. این فراز و فرود، خود منجر به یادگیری کنترل هیجان در طول بازی و در نتیجه، منجر به پایه‌ریزی این مهارت در زندگی واقعی کودکان می‌شود. با توجه به نظر والدین، بازی‌های کنترل خشم بر علایم رفتاری اثربخش بود. این یافته، با یافته‌های Landreth (۱۸)، Ray (۲۰) و نیز Rennie (۲۱) همسو بود.

آموزشی بیشتر نظیر ۳-۴ بار در هفته نیاز است.

بازی‌های کنترل خشم، در بیش‌فعالی اثربخش بود. این یافته، با یافته‌های برزگر و زمینی (۲۳) و نادری و همکاران (۲۴) همسو بود. هدف نهایی درمان ADHD، توانا ساختن کودکانی است که بتوانند بر مشکلاتی که در طول زندگی با آن‌ها مواجه می‌شوند، فایز آیند. این هدف را نمی‌توان تنها با دارودرمانی یا وادار کردن کودکان به رعایت قواعد به دست آورد؛ بلکه تنها راه رسیدن به آن، آموزش راه‌کارهایی در مورد شیوه‌ی برخورد با مردم و وظایفی است که در نحوه‌ی عملکرد روزانه‌ی کودک مفید است (۲۵). کودکان بیش‌فعال، در موقعیت‌هایی که نیاز به آرام بودن می‌باشد، مثل کلاس درس یا مهمانی و یا در تحمل صف دچار مشکل می‌باشند. از این رو، بازی‌ها به ویژه بازی «آرام باش»، مهارت ایجاد و حفظ آرامش در موقعیت‌های گوناگون را به کودکان آموزش می‌دهد.

بازی‌های کنترل خشم، بر مشکل با همتایان کودکان نیز اثربخش بود؛ این یافته با یافته‌های مطالعه‌ی دادستان و همکاران (۱۷) همسو بود. اغلب کودکان و نوجوانان دارای اختلالات رفتاری، احساسات منفی دارند و با دیگران بدرفتاری می‌کنند. در بیشتر موارد، معلمان و همکلاسی‌ها، آنان را طرد می‌کنند و در نتیجه، فرصت‌های آموزشی آنان، کاهش می‌یابد (۲۶). از این رو، این بازی‌ها به خصوص مسابقی مسؤولیت با ارایه‌ی الگوهای فکری سازنده و آموزش رفتارهای مسؤولانه به جای رفتار غیر مسؤولانه، در کاهش مشکلات

کودکان با همسالان، در خانه و محیط‌های آموزشی مؤثر بود. بازی‌های کنترل خشم بر اجتماعی بودن کودکان، تأثیر داشت؛ این یافته، با یافته‌های مطالعه‌ی نادری و همکاران (۲۴) همسو بود. درمانگران از طریق بازی درمانی به کودکانی که مهارت‌های اجتماعی یا عاطفی شان ضعیف است رفتارهای سازگارانه‌تری را می‌آموزند (۲۷). تأکید پژوهش حاضر بر انجام بازی‌ها و فعالیت‌ها به صورت گروهی بود. از این رو، همکاری کودکان با یکدیگر لازم بود. این موضوع، یکی از جنبه‌های تأثیرگذار این مداخله بر اجتماعی شدن کودکان، محسوب می‌شود. بازی‌های کنترل خشم بر مشکلات کلی کودکان، اثر معنی‌داری نداشت. این یافته، بر خلاف یافته‌های برزگر و زمینی (۲۳) بود. بنا بر این، در زمینه‌ی مشکلات کلی، نیاز به زمان و مطالعه‌ی بیشتری می‌باشد. در نهایت، به دلیل جدید، آسان، ارزان و در دسترس بودن بازی‌ها، می‌توان آن‌ها را به شکل یک برنامه‌ی مدون جهت استفاده در همه‌ی مراکز درمانی و آموزشی کودکان توصیه نمود.

تشکر و قدردانی

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه‌ی دوره‌ی کارشناسی ارشد اکرم کاظمی در دانشگاه آزاد اسلامی واحد نجف‌آباد می‌باشد. از دانش‌آموزان شرکت کننده و اولیا و معلمین محترم آن‌ها، که در انجام این پژوهش همکاری لازم را ابراز داشتند، سپاسگزاری می‌گردد.

References

- Kendall FC. Childhood disorders. Trans. Kalantary M, Gohary M. 1sted. Isfahan, Iran: Jahad-e Daneshgahi Publications; 2003. p.45-6. [In Persian].
- American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th ed. Washington, DC: APA; 2013. p. 59-61.
- Sadock BJ, Sadock VA, Ruiz P. Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: behavioral sciences/clinical psychiatry. Philadelphia, PA: Lippincott Williams and Wilkins; 2014. p. 1169-81.
- Fabiano GA, Pelham WE, Jr., Coles EK, Gnagy EM, Chronis-Tuscano A, O'Connor BC. A meta-analysis of behavioral treatments for attention-deficit/hyperactivity disorder. Clin Psychol Rev 2009; 29(2): 129-40.
- Woodard R. The diagnosis and medical treatment of ADHD in children and adolescents in primary care: a practical guide. Pediatr Nurs 2006; 32(4): 363-70.
- Gupta R, Kar BR. Development of attentional processes in ADHD and normal children. Prog Brain Res 2009; 176: 259-76.
- Daley D. Attention deficit hyperactivity disorder: a review of the essential facts. Child Care Health Dev 2006; 32(2): 193-204.
- Bird HR, Gould MS, Staghezza-Jaramillo BM. The comorbidity of ADHD in a community sample of children aged 6 through 16 years. J Child Fam Stud 1994; 3(4): 365-78.
- Hultman CM, Torrang A, Tuvblad C, Cnattingius S, Larsson JO, Lichtenstein P. Birth weight and attention-deficit/hyperactivity symptoms in childhood and early adolescence: a prospective Swedish twin study. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 2007; 46(3): 370-7.
- Sasaluxnanon C, Kaewpornsawan T. Risk factor of birth weight below 2,500 grams and attention deficit hyperactivity disorder in Thai children. J Med Assoc Thai 2005; 88(11): 1514-8.
- Braun JM, Kahn RS, Froehlich T, Auinger P, Lanphear BP. Exposures to environmental toxicants and attention deficit hyperactivity disorder in U.S. children. Environ Health Perspect 2006; 114(12): 1904-9.
- Yoshimasu K, Yamashita H, Kiyohara C, Miyashita K. Epidemiology, treatment and prevention of attention deficit/hyperactivity disorder: a review. Nihon Koshu Eisei Zasshi 2006; 53(6): 398-410. [In Japanese].

13. Mahjor SR. Psychology of game. 8thed. Shiraz, Iran: Rahgosha Publications; 2011. p. 13-4. [In Persian].
14. Shadram Site. The collection anger management games [Online]. [cited 2016]; Available from: URL: http://shadram.com/portfolio/anger_control/ [In Persian].
15. Goodman R. The extended version of the Strengths and Difficulties Questionnaire as a guide to child psychiatric caseness and consequent burden. *J Child Psychol Psychiatry* 1999; 40(5): 791-9.
16. Mohammad Karimi GH. Study and comparison of anger beetwin children in common and gavermental school in Khoy city [Thesis]. Khoy, Iran: Department of Educational Sciences, Payame Noor University of Khoy; 2012. [In Persian].
17. Dadsetan P, Bayat M, Asgari A. Effectiveness of child-centered play therapy on children's externalizing problems reduction. *J Behav Sci* 2010; 3(4): 257-64. [In Persian].
18. Landreth GL. Play therapy: the art of the relationship. 2nd ed. New York, NY: Routledge; 2002.
19. Landreth GL, Dee C, Ray DC, Bratton SC. Play therapy in elementary schools. *Psychology in the Schools* 2009; 46(3): 281-9.
20. Ray DC. Impact of play therapy on parent-child relationship stress at a mental health training setting. *Br J Guid Counc* 2008; 36(2): 165-87.
21. Rennie RL. A comparison study of the effectiveness of individual and group therapy in treating kindergarten children with adjustment problems [PhD Thesis]. Denton, TX: University of North Texas; 2000.
22. Wethington HR, Hahn RA, Fuqua-Whitley DS, Sipe TA, Crosby AE, Johnson RL, et al. The effectiveness of interventions to reduce psychological harm from traumatic events among children and adolescents: a systematic review. *Am J Prev Med* 2008; 35(3): 287-313.
23. Barzegary L, Zamini S. The effect of play therapy on children with ADHD. *Procedia Soc Behav Sci* 2011; 3(2216): 2218.
24. Naderi F, Heidari L, Bouroun P, Asgari A. The effect of play on ADHD, anxiety and social maturity in 8-12 years aged client children of Ahvaz metropolitan counseling clinics. *J Appl Sci* 2010; (3): 191-4. [In Persian].
25. Graham P. Cognitive-behaviour therapy for children and families. Cambridge, UK: Cambridge University Press; 1998.
26. Brown I, Percy M. A comprehensive guide to intellectual and developmental disabilities. Baltimore, MD: Brookes Publishing; 2007.
27. Pedro-Carroll JL, Jones SH. A Preventive play intervention to foster children's resilience in the aftermath of divorce. In: Reddy LA, Files-Hall TM, Schaefer CE, editors. Empirically based play interventions for children. Washington, DC: American Psychological Association; 2005. p. 51-75.

Effectiveness of Anger Management Games on Behavioral and Anger Symptoms of Children with Hyperactivity/Attention Deficit Disorder

Akram Kazemi¹, Hamidreza Nikyar², Mostafa Najafi³

Original Article

Abstract

Background: Hyperactivity/attention deficit disorder is the most common neurobehavioral disorders in childhood usually diagnosed before the age of seven. Since anger is a part of the people's life, the children need to learn how to deal with their anger. This project was performed aiming to determine the effectiveness of anger management games on behavioral and anger symptoms of the children with hyperactivity/attention deficit disorder.

Methods: This study is a semi-experimental research with a pre-test and post-test design conducted by using a control group. The statistical population includes 40 students aged between 7 and 13 with hyperactivity/attention deficit disorder in Najafabad, Iran referred to child and adolescent psychiatric clinic in Isfahan city (Iran). They were selected as in-available and after verifying the diagnosis by a child and adolescent subspecialist psychiatrist and placed in two test and control groups, randomly. The intervention method included a collection of Anger Management Games. The research tool included Children's Inventory of Anger Questionnaire as well as Parent and Teacher Strengths and Difficulties Questionnaire. The data was analyzed through the statistical analysis method of covariance using SPSS software.

Findings: The results showed that there is a significant difference between the subjects in test and control groups in terms of anger scores ($F = 6.99$, $P = 0.001$). The value of impact or difference was 0.159. Moreover based on the parents' or teachers' views, there is a significant difference between subjects in test and control groups regarding emotional scores, behavioral problems, hyperactivity, problems with their peers, and social problems.

Conclusion: Anger management games were effective on anger, behavioral, emotional and relational symptoms of children with hyperactivity/attention deficit disorder; utilizing these games as a novel supplementary method by the children is recommended due to the ease of use and low cost.

Keywords: Hyperactivity/Attention deficit disorder (ADHD), Anger management games, Behavioral symptoms

Citation: Kazemi A, Nikyar H, Najafi M. **Effectiveness of Anger Management Games on Behavioral and Anger Symptoms of Children with Hyperactivity/Attention Deficit Disorder.** J Isfahan Med Sch 2016; 34(381): 461-9.

1- Department of Clinical Psychology, School of Humanities, Islamic Azad University, Najafabad Branch, Najafabad, Iran
2- Assistant Professor, Department of Psychiatry, School of Medicine, Islamic Azad University, Najafabad Branch, Najafabad, Iran
3- Assistant Professor, Department of Psychiatry, School of Medicine, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran
Corresponding Author: Hamidreza Nikyar, Email: hr_nikyar@iaun.ac.ir