

## تأثیر آموزش مهارت های مدیریت هیجان از طریق بازی درمانی بر اختلال نافرمانی مقابله ای دانش آموزان

پرویز کریمی ثانی<sup>۱</sup>، نوید طاهری<sup>۲</sup>

<sup>۱</sup>دانشیار، گروه روانشناسی و مشاوره، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد شبستر، ایران (نویسنده مسئول)  
<sup>۲</sup>دانش آموخته گروه روان شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد شبستر، ایران

### چکیده

این پژوهش با هدف بررسی تأثیر آموزش مهارت های مدیریت هیجان از طریق بازی درمانی بر روی اختلال نافرمانی مقابله ای کودکان مقطع پیش دبستانی شهرستان تبریز صورت پذیرفت. این پژوهش آزمایشی نیمه تجربی با طرح ((پیش آزمون - پس آزمون با گروه کنترل)) بود. جامعه ی آماری، دختران پیش دبستانی شهرستان تبریز بود. روش نمونه گیری، غیر تصادفی در دسترس بود. از میان نمونه های در دسترس ۲۰ نفر را که شرایط ورود، جهت شرکت در جلسه های آموزشی داشتند انتخاب و در مرحله ی بعد این ۲۰ نفر به صورت تصادفی به ۲ گروه کنترل و آزمایش تقسیم شدند. جهت جمع آوری داده ها از پرسشنامه اختلال رفتاری آشنیباخ استفاده شد. به منظور تجزیه و تحلیل داده ها در سطح آمار توصیفی از شاخص های توزیع فراوانی و میانگین و در سطح آمار استنباطی از تحلیل کوواریانس استفاده گردید. یافته ها: نشان داد که آموزش مهارت های مدیریت هیجان از طریق بازی درمانی موجب کاهش رفتارهای اختلال نافرمانی مقابله ای، پرخاشگری، قانون شکنی و مشکلات اجتماعی شده است. نتیجه گیری: آموزش مهارت های مدیریت هیجان از طریق بازی درمانی بر کاهش اختلال نافرمانی مقابله ای دانش آموزان دختر موثر است.

واژه های کلیدی: مهارت های مدیریت هیجان، بازی در مانی، اختلال نافرمانی مقابله ای

## مقدمه

همه روزه در مدارس، دانش‌آموزانی مشاهده می‌شوند که به علت دعوا و رفتارهای پرخاشگرانه تنبیه می‌شوند و با عکس‌العمل اولیای مدارس، مواجه می‌گردند. نوجوانان پرخاشگر معمولاً قدرت کنترل خود را ندارند و رسوم و اخلاق جامعه‌ای که در آن زندگی می‌کنند را زیر پا می‌گذارند و در اغلب موارد والدین و اولیای مدارس با آن‌ها درگیری پیدا می‌کنند و حرکات آن‌ها گاهی به حدی باعث آزار و اذیت اطرافیان می‌شود که به اخراج آن‌ها از مدرسه می‌انجامد (صاحبی، ۱۳۹۳). یکی از اختلال‌های دوران کودکی و نوجوانی، اختلال نافرمانی مقابله‌ای<sup>۱</sup> است که یکی از علل رایج ارجاع کودکان به کلینیک‌های روان‌شناسی و مشاوره می‌باشد (بارکلی،<sup>۲</sup> ۱۹۹۷ به نقل از فرامرزی، عابدی، قنبری، ۱۳۹۰). اختلال نافرمانی مقابله‌ای و لجبازی همیشه در روابط بین فردی و عملکرد تحصیلی کودک یا نوجوان تداخل می‌کند این کودکان و نوجوانان اغلب دوستی ندارند و روابط بین فردی را رضایت‌بخش نمی‌دانند. آنان به‌رغم هوش کافی به دلیل عدم مشارکت، مقاومت در مقابل توقعات خارجی و اصرار بر حل مشکلات بدون کمک دیگران در مدرسه پیشرفتی ندارند و ممکن است تجدید یا مردود شوند. گاهی این اختلال موجب عزت‌نفس پایین، تحمل کم برای ناکامی، خلق افسرده و حملات عصبانیت شود. نوجوانان ممکن است به سوءمصرف الکل و مواد غیرقانونی روی بیاورند. (کاپلان و سادوک،<sup>۳</sup> ۲۰۱۵ ترجمه ی: فرزین رضایی، ۱۳۹۶). اختلال لجبازی و نافرمانی که مهم‌ترین مشخصه‌ی آن الگوی خلق خشمگین، تحریک‌پذیری، رفتار جنجالی و نافرمانی، یا کینه‌جویی که حداقل ۶ ماه ادامه دارد و با حداقل چهار نشانه از هریک از طبقات زیر ثابت می‌شود و هنگام تعامل با حداقل یک نفر که همیشه نیست آشکار می‌شود. خلق خشمگین/ تحریک‌پذیری که: اغلب از کوره در می‌رود، اغلب زودرنج است یا به‌راحتی آزرده می‌شود، اغلب خشمگین و دلخور است. رفتار جنجالی و نافرمانی که اغلب با صاحبان قدرت یا، در مورد کودکان و نوجوانان، یا بزرگسالان جروبخت می‌کند، اغلب با جدیت از پیروی کردن درخواست‌های صاحبان قدرت یا مقررات سرپیچی یا امتناع می‌کند، اغلب به‌طور عمدی دیگران را آزرده می‌کند و اغلب دیگران را برای اشتباهات یا بدرفتاری خودش سرزنش می‌کند و حداقل دو بار ظرف ۶ ماه گذشته کینه‌توز بوده است. معمولاً افراد مبتلا به اختلال لجبازی و نافرمانی نشانه‌ها را فقط در خانه و در ارتباط با اعضای خانواده نشان می‌دهند. باین‌حال فراگیر بودن نشانه‌ها شاخصی است برای شدت این اختلال. (انجمن روان‌پزشکی آمریکا،<sup>۴</sup> ۲۰۱۳ ترجمه ی: یحیی سید محمدی، ۱۳۹۶) اکثر جوانانی که قبل از سن بلوغ با ملاک اختلال رفتاری مواجه شوند، در سنین پایین با ملاک اختلال نافرمانی مقابله‌ای بررسی شده‌اند. به علاوه به نظر می‌رسد هر دو اختلال مربوط به روابط یکسانی باشند (وضعیت اجتماعی و اقتصادی، فرزند پروری نامساعد، رفتار ضد اجتماعی والدین و غیره) اما اختلال رفتاری نسبت به اختلال نافرمانی مقابله‌ای ارتباط بسیار قوی با هر یک از این عوامل دارد (لاهی،<sup>۵</sup> گارفینگل،<sup>۶</sup> برکلی<sup>۷</sup> و همکاران، ۱۹۹۴).

<sup>۱</sup>-Conflict disobedience disorder

<sup>۲</sup>-Barkley A

<sup>۳</sup>-Kaplan sadock

<sup>۴</sup>-Diagnostic and statistical manual of mental disorders(fifth edition)

<sup>۵</sup> Lahey

<sup>۶</sup> Barry Garfinkel

<sup>۷</sup> Barkley

پژوهش‌های مختلف بیان داشته‌اند که کودکان با نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله‌ای عمدتاً فاقد مهارت‌های شناختی، اجتماعی و عاطفی موردنیاز برای انجام تقاضاهای بزرگترها هستند (اوهان و جانسون؛<sup>۸</sup> ۲۰۰۵، به نقل از شاه حسینی نیا، کلانتر هرمزی و فرح بخش، ۱۳۹۴) در پژوهشی دیگر برنامه آموزشی مهارت اجتماعی در ۹۰ دانش‌آموز پایه‌های سوم، چهارم و پنجم دبستان اجرا شد. نتایج نشان داد که مشکلات دانش‌آموزان دارای اختلالات رفتاری تحت آموزش مهارت‌های اجتماعی کاهش یافت (کریمی، کیخاونی، محمدی، ۱۳۸۹). نوجوانان پرخاشگر توسط همسالان طرد می‌شوند و از پذیرش کمتری برخوردار هستند. تعاملات اندکی دارند و در نتیجه فرصت تمرین مهارت را ندارند و در تحول قابلیت اجتماعی با موانعی جدی روبرو هستند (حسین خانزاده، ۱۳۸۹، ص ۱۴۴) در طول سالیان متمادی روش‌های درمانی متنوعی برای مواجهه با مشکلات رفتاری، شناختی و هیجانی کودکان دچار اختلال رفتاری نافرمانی مقابله‌ای به کارگرفته شده است. در این زمینه بخشی از درمان‌ها متمرکز بر مداخله‌های فردی، گروه‌درمانی و بخشی دیگر بر مداخله‌های خانوادگی، متمرکز شده‌اند؛ به نحوی که برنامه‌های متنوعی هم چون آموزش والدین برای کمک به مدیریت رفتار فرزندشان، روان‌درمانی فردی برای مدیریت خشم، خانواده‌درمانی برای بهبود عملکرد و ارتباط، آموزش مهارت‌های اجتماعی برای افزایش انعطاف‌پذیری و تحمل ناکامی در بین همسالان و درمان شناختی- رفتاری برای آموزش حل مسئله و کاهش منفی‌گرایی بوده است (هاشمی، ۱۳۸۸، به نقل از: صفری، فرامرزی و عابدی، ۱۳۹۱).

همان‌گونه که اشاره شد درمان‌های شناختی - رفتاری از روش‌های مؤثر برای درمان اختلال نافرمانی مقابله‌ای است. درمان شناختی - رفتاری می‌تواند به کودکان مبتلا به این اختلال در بهبود خلق و کنترل خشم کمک کند. این درمان آگاهی کودکان از الگوهای تفکر را که محرک و هدایت‌کننده رفتار آنهاست، افزایش می‌دهد و روش‌هایی را برای مقابله با تفکرشان به آن‌ها می‌آموزد. (کلارک؛ فوبرن؛<sup>۹</sup> ۲۰۰۳، به نقل از: صفری و فرامرزی، ۱۳۹۱) می‌توان درمان‌های شناختی رفتاری را برای کودکان در یک مدل بازی‌درمانی<sup>۱۰</sup> ترکیب کرد. به گفته اوکانر<sup>۱۱</sup> (به نقل از: صفری و همکاران، ۱۳۹۱) بازی‌درمانی، استفاده نظام‌دار از یک الگوی نظری به منظور برقراری یک فرآیند میان فردی است که در آن درمانگران آموزش‌دیده، قدرت درمانی بازی را برای کمک به پیشگیری و یا رفع مشکلات روانی - اجتماعی مراجع و دستیابی به رشد و پرورش مطلوب وی به کار می‌گیرند. بازی می‌تواند ارتباطات کودک را تسهیل کرده و درعین حال امکان رهاسازی احساسات منفی را نیز به او بدهد و می‌تواند به کودک کمک کند تا سازگاری با محیطش را یاد بگیرد. (شومان؛<sup>۱۲</sup> ۲۰۰۴، به نقل از: صفری و همکاران، ۱۳۹۱).

اختلال نافرمانی مقابله‌ای پیامدهای مخربی برای فرد و جامعه دارد. چندین عامل مهم وجود دارد که باعث می‌شود اختلال نافرمانی مقابله‌ای را عنوان یک موضوع مهم سلامتی در کودکان در نظر بگیریم. پنجاه و دو درصد از کودکان که به عنوان اختلال نافرمانی مقابله‌ای تشخیص داده می‌شوند با این اختلال پیش از نوجوانی مواجه می‌شوند. نیمی از آن‌ها دچار رفتارهای

<sup>۸</sup>-Ohan J. & Jonston. C

<sup>۹</sup>-Klarck, D

<sup>۱۰</sup>-Ferbom

<sup>۱۱</sup>Play therapy

<sup>۱۲</sup>O, connor

<sup>۱۳</sup>Schumann. BR

ضداجتماعی می‌شوند. همچنین اختلال نافرمانی مقابله‌ای مشکلاتی در رابطه با پیشرفت تحصیلی بعدی، پذیرش همسالان، افسردگی، افکار خودکشی تلاش‌هایی برای خودکشی ایجاد می‌کند (مک ماهون<sup>۴</sup> و لولز<sup>۵</sup> ۱۹۹۸ به نقل از: مرادی، ۱۳۹۱)

بنابراین این اختلال در صورت تبدیل به وضعیت مزمن، در روابط بین فردی و عملکرد تحصیلی تداخل ایجاد می‌کند و باعث می‌شود فرد مبتلا یا فاقد دوست باشد و یا روابط دوستانه را ارضاکننده ندارند و باوجود هوش مناسب عملکرد ضعیفی در تحصیل داشته باشد و با شکست روبرو شود (کاشانی و وزیری، ۱۳۷۶ به نقل از: مرادی و همکاران ۱۳۹۱)

با توجه به این‌که پیش‌آگهی اختلال نافرمانی مقابله‌ای نامطلوب بوده و بخشی از تاریخچه‌ی تحولی اختلال‌های سنین جوانی و بزرگسالی محسوب می‌شود و این اختلال می‌تواند هزینه‌های سنگینی را بر دوش کودک، خانواده و جامعه تحمیل کند برای پیشگیری و درمان این اختلال نباید از هیچ تلاشی فروگذار بود (استرینگریز، ولان، موگان و بارکر<sup>۶</sup> ۲۰۱۳ به نقل از طاهر، ابوالقاسمی و نریمانی، ۱۳۹۵) از آنجا که آموزش مهارت‌های مدیریت هیجان و بازی‌درمانی و اثرات آن بر درمان اختلال‌های شایع در کودکان به ویژه در شهرستان شبستر کمتر مورد پژوهش قرار گرفته است، لذا مطالعه حاضر به منظور تعیین اثربخشی آموزش مهارت‌های مدیریت هیجان از طریق بازی‌درمانی بر روی اختلال نافرمانی مقابله‌ای دانش‌آموزان پیش‌دبستان تبریز طراحی و اجرا گردید.

## روش

روش پژوهش حاضر از نوع آزمایشی نیمه تجربی با طرح ((پیش آزمون - پس آزمون با گروه کنترل)) بود. جامعه ی آماری، دختران پیش دبستانی تبریز بود. روش نمونه گیری، غیر تصادفی در دسترس بود. ۲۰ نفر را که شرایط ورود، جهت شرکت در جلسه های آموزشی داشتند انتخاب و در مرحله ی بعد این ۲۰ نفر به صورت تصادفی به ۲ گروه کنترل و آزمایش تقسیم شدند و پرسشنامه مشکلات رفتاری آشنیباخ را روی هر دو گروه اجرا گردید. ملاک های ورود جهت شرکت در جلسه ها، عدم دریافت درمان روان شناختی و دارو درومانی، محدوده سنی کودک بین ۶ تا ۱۸ سال، کسب نمره ی T بالاتر از ۶۳ در پرسشنامه مشکلات رفتاری آشنیباخ، هم چنین قرارداد داشتن نمره ی T بالاتر از ۶۹ در هر یک از زیر مقیاس های مشکلات رفتاری آشنیباخ، عدم غیبت بیش از دو جلسه به صورت مداوم، رضایت والدین کودک و خود کودک از شرکت در جلسه ها بود. سپس اعضای گروه آزمایش، طی ۱۰ جلسه، دو بار در هفته به مدت ۴۵ دقیقه آموزش مهارت های مدیریت هیجان از طریق بازی درمانی دریافت کردند. به منظور اینکه کودکان تا جلسه ی آموزشی بعدی، درگیری خود را با موضوع جلسه حفظ کنند، در پایان هر جلسه نیز تکالیفی به کودکان داده می شد و در جلسه ی بعدی، تکلیف داده شده در جلسه ی قبل مورد بررسی قرار می گرفت. پس از اجرای جلسات آموزشی، پس آزمون از هر دو گروه آزمایش و کنترل به عمل آمد. ساختار جلسات در ادامه آورده شده است. قابل ذکر است که منبع تدوین جلسات آموزشی، پژوهش محور بوده و با بررسی منابع مختلف از جمله دروز (۱۹۴۸) و کریمی ثانی (۱۳۹۶) و غیره تدوین شده است.

<sup>۴</sup>McMahon

<sup>۵</sup>Welse

<sup>۶</sup>Stringaris, Whelan, Maughan & Barker

جدول (۱): ساختار جلسات آموزش مهارت های مدیریت هیجان

جلسه	عنوان جلسه و هدف	بازی مورد استفاده
اول	آشنایی	
دوم	شناسایی احساسات- نام نهادن احساسات	بازی بشین و پاشو به صورت معکوس و مستقیم
سوم	شناسایی احساسات-مرتبط ساختن احساسات به علائم جسمانی آنها	بازی حلقه وسیم
چهارم	تکنیک تنفس-ایجاد مهارت سازش	درست کردن حباب بزرگ
پنجم	تمرین تنفس عمیق-ایجاد مهارت سازش	بازی صندلی ها
ششم	بازی خیالی(وانمود سازی) - ایجاد مهارت سازش	سناریوهای تجسمی(تجسم لاک پشت بودن، گربه بودن و....)
هفتم	شناسایی افکار آزار دهنده- توقف افکار	پرتاب توپ در حلقه یا بولینگ

جلسه	عنوان جلسه و هدف	بازی مورد استفاده
هشتم	افکار آزار دهنده متوقف شوید- توقف افکار	دویدن یا راه رفتن دور اتاق
نهم	جملات تأکیدی سازش گر- تعدیل احساسات	بازی های دلسرد کننده مانند حلقه و سیم
دهم	جمع بندی	

## روش شناسی

سیاهه‌ی رفتاری کودک از مجموعه فرم‌های موازی آخنباخ ASEBA بوده و مشکلات کودکان و نوجوانان را در ۸ عامل اضطراب/ افسردگی، انزوا/ افسردگی، شکایت‌های جسمانی، مشکلات اجتماعی، مشکلات تفکر، مشکلات توجه، نادیده گرفتن قواعد و رفتار پرخاشگرانه ارزیابی می‌کند. دو عامل نادیده گرفتن قواعد و رفتار پرخاشگرانه عامل مرتبه دوم مشکلات برون سازی شده را تشکیل می‌دهند. این پرسشنامه مشکلات عاطفی- رفتاری و همچنین توانمندی‌ها و شایستگی‌های تحصیلی و اجتماعی کودکان ۶-۱۸ سال را از دیدگاه والدین مورد سنجش قرار می‌دهد و نوعاً در ۲۰ الی ۲۵ دقیقه تکمیل می‌شود (مینائی، ۱۳۸۴). پرسشنامه سیاهه رفتاری آخنباخ (cbcl) از ۱۱۵ سوال در رابطه با انواع حالات رفتاری کودکان تشکیل شده است. پاسخ به سوالات این پرسشنامه به صورت لیکرت ۳ گزینه‌ای از ۰ تا ۲ می‌باشد. بدین ترتیب که نمره "۰" به مواردی تعلق می‌گیرد که هرگز در رفتار کودک وجود ندارد؛ نمره "۱" به حالات و رفتارهایی داده می‌شود که گاهی اوقات در کودک مشاهده می‌شود و نمره "۲" نیز به مواردی داده می‌شود که بیشتر مواقع یا همیشه در رفتار کودک وجود دارد. در مورد تفسیر نمرات آزمون چنانکه آخنباخ (۱۹۹۱) اذعان می‌دارد در مقیاس‌های مشکلات رفتاری درونی‌سازی شده و برونی‌سازی شده و مشکلات کلی اگر نمره‌ی T (T score) فرد کمتر از ۶۰ باشد در محدوده‌ی نرمال یا غیربالینی و اگر نمره‌ی T بین ۶۰-۶۳ باشد در محدوده‌ی مرزی-بالینی و اگر نمره‌ی T بزرگتر از ۶۳ باشد در محدوده‌ی بالینی قرار دارد. همچنین در مقیاس‌های ۸ مشکل یا سندرم عاطفی- رفتاری اگر نمره‌ی T (T score) فرد کمتر از ۶۵ باشد در محدوده‌ی نرمال یا غیربالینی و اگر نمره- ی T بین ۶۵-۶۹ باشد در محدوده‌ی مرزی-بالینی و اگر نمره‌ی T بزرگتر از ۶۹ باشد در محدوده‌ی بالینی قرار دارد. (طریقه محاسبه نمره‌ی T در ذیل ارائه شده است. ضرایب کلی اعتبار فرم‌های CBCL با استفاده از آلفای کرانباخ ۰/۹۷ و با استفاده از اعتبار بازآزمایی ۰/۹۴ گزارش شده است. روایی محتوایی (انتخاب منطق سوالات و استفاده از تحلیل کلاسیک سوالات)، روایی ملاکی (با استفاده از مصاحبه روانپزشکی با کودکان نیز همبستگی با مقیاس CSI-4) و روایی سازه (روابط درونی مقیاس‌ها و تمایزگذاری گروهی) این فرم‌ها مطلوب گزارش شده است (آخنباخ و رسکورلا، ۲۰۰۷). در پژوهش مینائی (۱۳۸۵) دامنه ضرایب همسانی درونی مقیاس‌ها با استفاده از فرمول آلفای کرونباخ از ۰/۶۳ تا ۰/۹۵ گزارش شده است.

## نتایج

در راستای تحلیل‌های استنباطی و آزمون فرضیه‌های تحقیق با توجه به رعایت مفروضه‌های اساسی مانند فاصله‌ای بودن داده‌ها، همگنی واریانس‌ها و نرمال بودن توزیع طبیعی نمرات آزمودنی‌ها، یکسانی شیب خط رگرسیون و خطی بودن رابطه‌ی متغیر وابسته‌ی مورد بررسی و متغیر کمکی و با توجه به اینکه متغیرهای مستقل به صورت مجزا و جداگانه بررسی شدند، از تحلیل کوواریانس استفاده شد. نتایج در جداول آمده است:

جدول ۱. نتایج تجزیه تحلیل کوواریانس جهت مقایسه میانگین نمرات پس آزمون اختلال نا فرمانی مقابله‌ای گروه‌ها

منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری	مجذور ای‌تا
مدل اصلاح شده	۴۹۸۴,۵۴۱	۱۳	۳۸۳,۴۲۶	۴۱,۳۳۳	۰,۰۰۰	۰,۹۸۹
ثابت	۲۸۲,۰۱۴	۱	۲۸۲,۰۱۴	۳۰,۴۰۱	۰,۰۰۱	۰,۸۳۵

پیش آزمون	۳۰۲,۷۴۱	۱۲	۲۵,۲۲۸	۲,۷۲۰	۰,۱۱۴	۰,۸۴۵
گروه	۲۶۷۴,۰۴۱	۱	۲۶۷۴,۰۴۱	۲۸۸,۲۵۹	۰,۰۰۰	۰,۹۸۰
خطا	۵۵,۶۵۹	۶	۹,۲۷۷			
جمع	۹۶۷۰۶,۰۰۰	۲۰				
جمع اصلاح شده	۵۰۴۰,۲۰۰					

چنانچه در جدول شماره ۱ مشاهده می شود خروجی اصلی تحلیل کوواریانس در سطر چهارم نشان می دهد که مقدار  $F$  تأثیر متغیر مستقل (۲۸۸,۲۵۹) معنادار است (۰,۰۰)، یعنی پس از خارج کردن تأثیر پیش آزمون، اختلاف معنی داری بین میانگین نمرات گروه آزمایش و کنترل در پس آزمون وجود دارد، بنابراین فرضیه صفر معنا دار نبودن اختلاف میانگین دو گروه در پس آزمون و پس از حذف اثر احتمالی پیش آزمون رد می شود. همچنین مقدار مجذوراتا نشان دهنده این است که ۹۸ درصد تغییرات نمرات گروهها در متغیر اختلال نافرمانی (تفاوت گروهها در پس آزمون) ناشی از اجرای متغیر مستقل (آموزش مهارت های مدیریت هیجان) می باشد. در نهایت با توجه به بررسی جداول نمرات میانگین، شیب خط رگرسیون، آزمون لون و تحلیل کوواریانس میتوان نتیجه گرفت که فرض صفر رد و فرضیه اول این پژوهش مبنی بر این که (آموزش مهارت های مدیریت هیجان از طریق بازی درمانی موجب کاهش اختلال نافرمانی می شود) تأیید می شود.

جدول ۲. نتایج تجزیه تحلیل کوواریانس جهت مقایسه میانگین نمرات پس آزمون پرخاشگری گروهها

منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری	مجذوراتا
مدل اصلاح شده	۹۶۰,۶۸۸	۸	۱۲۰,۰۸۶	۲۶,۲۸۱	۰,۰۰۰	۰,۹۵۰
ثابت	۱۱۴,۹۶۱	۱	۱۱۴,۹۶۱	۲۵,۱۶۰	۰,۰۰۰	۰,۶۹۶
پیش آزمون	۱۰۲,۶۳۸	۷	۱۴,۶۶۳	۳,۲۰۹	۰,۴۱	۰,۶۷۱
گروه	۷۹۲,۶۸۸	۱	۷۹۲,۶۸۸	۱۷۳,۴۸۳	۰,۰۰۰	۰,۹۴۰
خطا	۵۰,۲۶۲	۱۱	۴,۵۶۹			
جمع	۱۶۰۸۱,۰۰۰	۲۰				
جمع اصلاح شده	۱۰۱۰,۹۵۰	۱۹				

چنانچه در جدول شماره ۲ مشاهده می شود خروجی اصلی تحلیل کوواریانس در سطر چهارم نشان می دهد که مقدار  $F$  تأثیر متغیر مستقل (۱۷۳,۴۸۳) معنادار است (۰,۰۰)، یعنی پس از خارج کردن تأثیر پیش آزمون، اختلاف معنی داری بین میانگین نمرات گروه آزمایش و کنترل در پس آزمون وجود دارد، بنابراین فرضیه صفر معنا دار نبودن اختلاف میانگین دو گروه در پس آزمون و پس از حذف اثر احتمالی پیش آزمون رد می شود. همچنین مقدار مجذوراتا نشان دهنده این

است که ۹۴ درصد تغییرات نمرات گروهها در متغیر پرخاشگری (تفاوت گروهها در پس آزمون) ناشی از اجرای متغیر مستقل (آموزش مهارت های مدیریت هیجان) می باشد. در نهایت با توجه به بررسی جداول نمرات میانگین، شیب خط رگرسیون، آزمون لون و تحلیل کوواریانس میتوان نتیجه گرفت که فرض صفر رد و فرضیه دوم این پژوهش مبنی بر این که (آموزش مهارت های مدیریت هیجان از طریق بازی درمانی موجب کاهش پرخاشگری می شود) تأیید می شود.

جدول ۳. نتایج تجزیه تحلیل کوواریانس جهت مقایسه میانگین نمرات پس آزمون قانون شکنی گروهها

منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری	مجذورایتا
مدل اصلاح شده	۷۵۵,۲۶۰	۹	۸۳,۹۱۸	۲۴,۰۱۸	۰,۰۰۰	۰,۹۵۶
ثابت	۳۴,۶۱۲	۱	۳۴,۶۱۲	۹,۹۰۶	۰,۰۱۰	۰,۴۹۸
پیش آزمون	۵۹,۰۶۰	۸	۷,۳۸۳	۲,۱۱۳	۰,۱۱۳	۰,۶۲۸
گروه	۳۲۲,۸۱۰	۱	۳۲۲,۸۱۰	۹۲,۳۹۰	۰,۰۰۰	۰,۹۴۰
خطا	۳۴,۹۴۰	۱۰	۳,۴۹۴			
جمع	۱۲۶۰۰,۰۰۰	۲۰				
جمع اصلاح شده	۷۹۰,۲۰۰	۱۹				

چنانچه در جدول شماره ۳ مشاهده می شود خروجی اصلی تحلیل کوواریانس در سطر چهارم نشان می دهد که مقدار F تأثیر متغیر مستقل (۹۲,۳۹۰) معنادار است (۰,۰۰)، یعنی پس از خارج کردن تأثیر پیش آزمون، اختلاف معنی داری بین میانگین نمرات گروه آزمایش و کنترل در پس آزمون وجود دارد، بنابراین فرضیه صفر معنا دار نبودن اختلاف میانگین دو گروه در پس آزمون و پس از حذف اثر احتمالی پیش آزمون رد می شود. همچنین مقدار مجذورایتا نشان دهنده این است که ۹۰,۲ درصد تغییرات نمرات گروهها در متغیر قانون شکنی (تفاوت گروهها در پس آزمون) ناشی از اجرای متغیر مستقل (آموزش مهارت های مدیریت هیجان) می باشد. در نهایت با توجه به بررسی جداول نمرات میانگین، شیب خط رگرسیون، آزمون لون و تحلیل کوواریانس میتوان نتیجه گرفت که فرض صفر رد و فرضیه سوم این پژوهش مبنی بر این که (آموزش مهارت های مدیریت هیجان از طریق بازی درمانی موجب کاهش قانون شکنی می شود) تأیید می شود.



جدول ۴. نتایج تجزیه تحلیل کوواریانس جهت مقایسه میانگین نمرات پس آزمون مشکلات اجتماعی گروهها

منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری	مجذورات
مدل اصلاح شده	۱۹۳,۵۳۲	۸	۲۴,۱۹۲	۱۳,۷۰۴	۰,۰۰۰	۰,۹۰۹
ثابت	۸۲,۸۴۵	۱	۸۲,۸۴۵	۴۶,۹۳۰	۰,۰۰۰	۰,۸۱۰
پیش آزمون	۳۱,۰۸۲	۷	۴,۴۴۰	۲,۵۱۵	۰,۰۸۳	۰,۶۱۵
گروه	۱۶۶,۷۸۲	۱	۱۶۶,۷۸۲	۹۴,۴۸۰	۰,۰۰۰	۰,۸۹۶
خطا	۱۹,۴۱۸	۱۱	۱,۷۶۵			
جمع	۵۳۰۱,۰۰۰	۲۰				
جمع اصلاح شده	۲۱۲,۹۵۰	۱۹				

چنانچه در جدول شماره ۴ مشاهده می شود خروجی اصلی تحلیل کوواریانس در سطر چهارم نشان می دهد که مقدار F تأثیر متغیر مستقل (۹۴,۴۸۰) معنادار است (۰,۰۰)، یعنی پس از خارج کردن تأثیر پیش آزمون، اختلاف معنی داری بین میانگین نمرات گروه آزمایش و کنترل در پس آزمون وجود دارد، بنابراین فرضیه صفر معنا دار نبودن اختلاف میانگین دو گروه در پس آزمون و پس از حذف اثر احتمالی پیش آزمون رد می شود. همچنین مقدار مجذورات نشان دهنده این است که ۸۹,۶ درصد تغییرات نمرات گروهها در متغیر مشکلات اجتماعی (تفاوت گروهها در پس آزمون) ناشی از اجرای متغیر مستقل (آموزش مهارت های مدیریت هیجان) می باشد. در نهایت با توجه به بررسی جداول نمرات میانگین، شیب خط رگرسیون، آزمون لون و تحلیل کوواریانس میتوان نتیجه گرفت که فرض صفر رد و فرضیه چهارم این پژوهش مبنی بر این که (آموزش مهارت های مدیریت هیجان از طریق بازی درمانی موجب کاهش مشکلات اجتماعی می شود) تأیید می شود.

### بحث و نتیجه گیری

یافته های پژوهش حاضر نشان داد که آموزش مهارت های مدیریت هیجان از طریق بازی درمانی بر روی اختلال نافرمانی مقابله ای، قانون شکنی، پرخاشگری و مشکلات اجتماعی تأثیر معناداری دارد. نتیجه این تحقیق با نتایج تحقیقات هابنر و پرلمن (۲۰۲۰) و ویلیام شولتز (۲۰۱۸) و صفری، فرامرزی و عابدی (۱۳۹۱) و صریحی، پورنسایی، مکنزی (۱۹۰۷) و آقایی، عسگری و بیات (۱۳۹۵)، کبیری، حقانی زمیدانی، خزان و شفیعی سیف آبادی (۱۳۹۶) و نیک اخلاق (۱۳۹۴) همخوانی دارد. و نتایج بدست آمده از این تحقیقات نشان داد که آموزش مهارت های مدیریت هیجان از طریق بازی درمانی بر روی پرخاشگری و مشکلات اجتماعی کودکان تأثیر معناداری دارد.

در تبیین نقش آموزش مهارت های مدیریت هیجان از طریق بازی درمانی بر روی اختلال نافرمانی مقابله ای می توان گفت که بی گمان کودکان دارای اختلالات رفتاری نه تنها نمی توانند ظرفیت های خود را در بستر جامعه به سطح مهارت

<sup>۱</sup>Huebner.p & Pearlman.F

<sup>۲</sup>William Schultz

<sup>۳</sup>Elizabet Mackenzi

و خودشکوفایی برسانند، بلکه با بروز رفتارهای ناپخته و سازمان نیافته، پیش بینی رفتارهای ضد اجتماعی در دوره ی جوانی را امکان پذیر خواهند کرد. در حالی که اکتساب مهارت هایی که بیان افکار و احساساتی را امکان پذیر می سازند، سبب غنای روابط بین فردی با دیگران در موقعیت های خانواده مدرسه و اجتماع خواهد شد (کریمی، کیخاونی و محمدی، ۱۳۸۹) کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله ای فاقد مهارت های عاطفی و شناختی مورد نیاز برای انجام تقاضای بزرگتر ها هستند و اینکه دیگران را به خاطر بد رفتاری خود مقصر دانسته و سرزنش می کنند نشان دهنده ی نقص در مهارت های اجتماعی هیجانی و مهارت های شناختی آنها می باشد، در نتیجه با کار بر روی این مهارت ها از طریق افزایش خود آگاهی، شناسایی هیجانات، مدیریت هیجانات و درک هیجانات دیگران، آشنایی با افکار و هیجانات، آموزش روش های کنترل احساس و هیجان از طریق بازی می توان کاهش معنادار نشانه های اختلال نافرمانی مقابله ای را در کودکان گروه آزمایش تبیین کرد. (جمالی پاقعه و همکاران، ۱۳۹۲) استفاده از بازی درمانی همراه با گستره ای از هنرهای بیانی می تواند به کودکان کمک کند تا دوباره به اطلاعات مرتبط با حادثه دسترسی پیدا کنند. در این صورت پردازش کامل تاثیرات آن منجر به یکپارچگی بیشتری در تفکر آن ها می شود. پس از اینکه این رویداد یا ابعاد آن در یک محیط امن باز آفرینی شد، کودک این فرصت را دارد واکنش رفتاری منطقی تر و یکپارچه تری نسبت به تجربه نشان دهد. (دروز، ۱۹۴۸ ترجمه ی: رضانی، ۱۳۸۹). کودکان از طریق بازی در مورد خود و دیگران چیزهایی را یاد می گیرند و از این طریق در سنین پایین با جهان اطراف خود تعامل می کنند. بازی درمانی نیز یک مداخله پیشرفته و تکامل یافته برای کودکان است. بازی و بازی درمانی از زمره روش هایی است که نتایج مفید و قابل توجهی به بار می آورد و به شیوه مثبتی به رفتارهای هیجانی و تکانشی تعادل می بخشد. بازی درمانی شناختی موجب رشد افکار و رفتار سازگارانه می شود. درمان شناختی رفتاری از طریق بازی درمانی به دنبال شناسایی افکار ناسازگارانه، درک مفروضه های فکری به منظور اصلاح باورهای غیر منطقی است. (نجفی و همکاران، ۱۳۹۵). کودکان در بازی درمانی می آموزند که رفتارشان یک انتخاب است و بدین وسیله پیامد رفتارشان را نیز انتخاب می کنند، آگاهی از این امر در تقویت رفتار خود کنترلی به آنها کمک می کند. بازی یک فعالیت طبیعی و لذت بخش است که اساسا به منزله ی رشد شناختی، عاطفی- اجتماعی و روانی - حرکتی کودک است. عملکرد عمده ی بازی درمانی حل کردن هر گونه تعارضی در کودک است که با عملکرد موثر او در محیط تداخل می کند. بازی درمانی محیط امنی را برای کودکان فراهم می کند که در آن کودکان به تدریج هیجانات، تنش ها، احساس نا امنی، پرخاشگری و ترس های سرکوب شده ی خود را ابراز کنند. (نجفی و همکاران، ۱۳۹۵)

بسیاری از دردها و نابسامانی های رفتاری کودکان از راه بازی تسکین می یابد و خود طفل بر اثر آن آرامش پیدا می کند. او برای احساسات خود از راه بازی فرصتی می طلبد، مثلا خشم خود را از راه کوبیدن عروسک اعلام می دارد. همچنین در هنگام بازی درمانی به طور مثال در تکنیک حباب سازی، کودک به صورت ذهنی بر بدن خود آگاهی می یابد و در مواقع عصبانیت با استفاده از این تکنیک بر کنترل خشم خود پرداخته و آرامش را به خود باز می گرداند. استفاده از بازی های گروهی به کودکانی که تمایل به بازی های انفرادی و تکروی دارند موجب می شود تا برای شرکت در فعالیت های گروهی بدون ارزیابی منفی از خود تشویق شوند. و همچنین والدین پس از اجرای جلسات بازی درمانی بازخوردهای مثبتی در خصوص تعاملات با کودک خود مشاهده کردند که به نظر می رسد همین بهبود تعاملات در کاهش مشکلات اجتماعی کودکان نقش داشته باشد.

این پژوهش نیز همچون سایر پژوهش‌ها با محدودیت‌هایی روبرو بود از جمله اینکه در پژوهش حاضر با توجه به محدود شدن نمونه به کودکان پیش دبستانی شهرستان شبستر در تعمیم نتایج باید جانب احتیاط را رعایت کرد. با توجه به اینکه در تحقیق حاضر مشخص گردید بین آموزش مهارت‌های مدیریت هیجان از طریق بازی درمانی و اختلال نافرمانی مقابله ای کودکان در دوران مهد کودک رابطه‌ی معنی داری وجود دارد، از این رو، پیشنهاد می‌شود تا در مهد کودک‌ها به آموزش مهارت‌های مدیریت هیجان با استفاده از اسباب بازی پرداخته شود تا از این طریق بتوان به کاهش اختلال نافرمانی مقابله ای کودکان نائل آمد. بازی کردن به کودکان اجازه می‌دهد مهارت‌های اجتماعی خودشان را ارزیابی کنند، رفتارهای اجتماعی جدید را بیاموزند و تمرین کنند و از آنجا که در تحقیق حاضر بین آموزش مهارت‌های مدیریت هیجان از طریق بازی درمانی و مشکلات اجتماعی رابطه‌ی معنی داری وجود دارد، پیشنهاد می‌شود که از طریق بازی درمانی مهارت‌های مدیریت هیجان را آموزش داده و از تأثیر آن را بر روی مشکلات اجتماعی بهره ببرند.

### منابع

۱. آقاجانی، طهمورث. جبارف، رشید. مصطفی یوف، مشفق. (۱۳۹۳). تأثیر بازی بر مهارت‌های اجتماعی (کودکان مهد کودک استان تهران). مجله‌ی مطالعات توسعه‌ی اجتماعی ایران، سال ششم، شماره سوم.
۲. صاحبی، علی. (۱۳۹۳). قصه درمانی، تهران: انتشارات ارجمند.
۳. راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات درمانی ویراست پنجم، انجمن روان پزشکی آمریکا، ترجمه: یحیی سید محمدی، ۱۳۹۶. تهران: نشر روان.
۴. حسین خانزاده، عباسعلی. (۱۳۸۹). آموزش مهارت‌های اجتماعی به کودکان و نوجوانان. گرگان: رشد فرهنگ.
۵. مافیانی، هلن. بهمن، شهناز. (۲۰۰۸). پرورش هوش هیجانی کودک. ترجمه: حسین رستگارپور، ۱۳۲۸. چاپ دوم، تهران: انتشارات بین‌المللی گاج.
۶. شاه حسینی نیا، علیرضا. کلانتر هرمزی، آتوسا. فرح بخش، کیومرث. (۱۳۹۴). تأثیر آموزش همدلی از طریق قصه گویی بر کاهش نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله ای کودکان. پژوهش‌های مشاوره، جلد ۱۴، شماره ۱، ۵۶.
۷. کریمی، مرید. کیخانی، ستار. محمدی، محمدباقر. (۱۳۸۹). تأثیر آموزش مهارت‌های اجتماعی بر اختلالات رفتاری کودکان دبستان. مجله‌ی علمی دانشگاه علوم پزشکی ایلام، دوره ۱، شماره ۳، ۳.
۸. طاهر، محبوبه. ابوالقاسمی، عباس. نریمانی، محمد. (۱۳۹۵). اثربخشی آموزش همدلی و آموزش مدیریت خشم مبتنی بر رویکرد شناختی- رفتاری بر سازگاری دانش آموزان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله ای. مجله‌ی روانشناسی مدرسه، دوره ۵، شماره ۱، ۴۷-۲۶.
۹. دروز، آتنا. (۱۹۴۸). ترکیب بازی درمانی با رفتار درمانی شناختی، ترجمه: غزال رضانی، (۱۳۸۹). چاپ اول، تهران: گرافیک جزیره.
۱۰. جمالی باقلعه، سمیه. عابدی، احمد. نظری بدیع، مرضیه. میرزایی راد، رضا. (۱۳۹۲). مقایسه اثربخشی برنامه یادگیری اجتماعی هیجانی و آموزش حل مسئله اجتماعی بر کاهش نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابله ای (ارزشیابی والدین). فصلنامه‌ی روانشناسی بالینی، سال سوم، شماره ۱، دوازدهم.
۱۱. کلارک، لین. (۱۹۳۸). SOS کمک در مورد هیجان‌ات: مدیریت اضطراب، خشم و افسردگی، ترجمه: رضا رستمی و علی نیلوفری (۱۳۸۷). تهران: تبلور.

۱۲. صفری، سهیلا. فرامرزی، سالار. عابدی، احمد. (۱۳۹۱). تاثیر بازی درمانی با رویکرد شناختی- رفتاری بر کاهش نشانه های اختلال نافرمانی مقابله ای در دانش آموزان. مجله ی روانشناسی بالینی، سال چهارم، شماره ی ۴ (پیاپی ۱۶)
۱۳. مرادی، زهرا (۱۳۹۱). بررسی اثربخشی آموزش مادران با رویکرد آدلر- درایکورس بر کاهش نشانه های اختلال نافرمانی مقابله ای.
۱۴. عدیلی، شهرزاد. کلانتری، مهرداد. عابدی، احمد. (۱۳۹۴). تاثیر بازی درمانی به شیوه فیلپال بر مهارت های اجتماعی- هیجانی دختران پیش دبستانی ۵ تا ۶ ساله شهر اصفهان. دو فصلنامه ی علمی- پژوهشی روانشناسی بالینی و شخصیت، دوره ی ۱۳، شماره ی ۲، پیاپی ۲۵، صص ۹۷-۱۰۴.
۱۵. محمدلو، هادی. قربانیان، الهام. خانبانی، مهدی. (۱۳۹۴). اثر بخشی آموزش مهارت های شناختی- اجتماعی بر کاهش نشانه های اختلال نافرمانی مقابله ای دانش آموزان. فصلنامه ی روانشناسی کاربردی، سال ۹، شماره ی ۳، صص ۹۹-۱۱۳.
۱۶. جعفری، علیرضا. (۱۳۹۳) تاثیر بازی های آموزشی بر رشد اجتماعی کودکان پیش دبستانی. فصلنامه ی روانشناسی تربیتی، سال نهم، شماره ی ۳۳.
۱۷. روشن چلسی، رسول. (۱۳۹۲). تاثیر قصه گویی مبتنی بر آموزش مهارت های اجتماعی بر بهبود مهارت های اجتماعی و مشکلات رفتاری دانش آموزان پسر ۸ تا ۱۰ ساله مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله ای و بی اعتنایی (ODD). فصلنامه ی روانشناسی بالینی، سال سوم، شماره ی ۱۰.
۱۸. سادوک، بنجامین جیمز. سادوک، ویرجینیا آلکوت. روئیز، پدرو. (۲۰۱۵). خلاصه روان پزشکی: علوم رفتاری/ روان پزشکی بالینی. ترجمه ی: فرزین رضاعی (۱۳۹۶). چاپ سوم، تهران: ارجمند.
۱۹. کریمی ثانی، پرویز. (۱۳۹۶). تمرین و تکنیک های کاهش علائم اختلال بیش فعالی/ کمبود توجه ویژه کودکان پیش دبستانی، چاپ اول، تبریز: فروزش.
۲۰. لندرث، گاری لی (۱۹۳۷). بازی درمانی (دینامیسم مشاوره با کودکان). ترجمه: خدیجه آرین (۱۳۸۱)، چاپ ششم، تهران: اطلاعات.
۲۱. احمدوند، محمدعلی. (۱۳۹۳). روانشناسی بازی، چاپ دوم، تهران: انتشارات دانشگاه پیام نور.
۲۲. صریحی، نفیسه، پورنسایی، غزل سادات و نیک اخلاق، مهناز (۱۳۹۴). اثربخشی بازی درمانی گروهی بر مشکلات رفتاری کودکان پیش دبستانی. فصلنامه روان شناسی تحلیل شناختی، سال ششم، شماره ۲۰، صص ۳۵-۴۱.
۲۳. نجفی، محمود، سرپولکی، بیتا. (۱۳۹۵). اثربخشی بازی درمانی شناختی رفتاری بر پرخاشگری و اختلال املاء در کودکان دبستانی، فصلنامه افراد استثنایی، سال ششم، شماره ۲۱.
۲۴. کبیری، میترا، حقانی زمیدانی، مجتبی، حزان، کاظم، شفیعی سیف آبادی، هادی. (۱۳۹۶). اثربخشی آموزش شناختی- رفتاری به مادران بر کاهش پرخاشگری و قانون شکنی فرزندان دختر. مجله مطالعات ناتوانی، ماه نهم، (۷).
۲۵. یگانه، طیبیه، حسین خازنده، عباسعلی. (۱۳۹۳). اثر بخشی آموزش برنامه درسی مهارت های موثر کودکان والکر به شیوه شناختی- رفتاری بر افزایش مهارت های اجتماعی دانش آموزان پرخاشگر. فصلنامه تعلیم و تربیت استثنایی، سال چهاردهم، شماره ۵، پیاپی ۱۲۷.

۲۶. آقای، الهه، عسگری، علی، بیات، مریم. (۱۳۹۵). مقایسه اثربخشی بازی درمانگری کودک محوربازی درمانگری بر کاهش نشانه های اختلال های برونی سازی شده در کودکان، فصلنامه مطالعات روان شناسی بالینی، سال ششم، شماره ۲۲.

۲۷. بهروزی، ناصر، فرزادی، فاطمه، فرامرزی، حمید (۱۳۹۵). رابطه علی خشونت فیزیکی و عاطفی والدین با مدیریت خشم و رفتارهای پرخاشگرانه کودکان مبتلا به اختلال نافرمانی مقابله ای با میانجی گری رابطه والد- فرزند و همدلی. فصلنامه سلامت روانی کودک، دوره سوم، شماره ۳.

28. Guo, Y. (2005). Filial therapy for children's behavioral and emotional problems in mainland China. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing, 18*(4), 171-180.
29. Lahey, B. B., Applegate, B., Barkley, R. A., Garfinkel, B., McBurnett, K., Kerdyk, L., ...&Biederman, J. (1994). DSM-IV field trials for oppositional defiant disorder and conduct disorder in children and adolescents. *American journal of psychiatry, 151*(8), 1163-1171.
30. Frick, P. J., Lahey, B. B., Loeber, R., Tannenbaum, L., Van Horn, Y., Christ, M. A. G., ... & Hanson, K. (1993). Oppositional defiant disorder and conduct disorder: A meta-analytic review of factor analyses and cross-validation in a clinic sample. *Clinical Psychology Review, 13*(4), 319-340.
31. Sausser, S., & Waller, R. J. (2006). A model for music therapy with students with emotional and behavioral disorders. *The Arts in Psychotherapy, 33*(1), 1-10.
32. Lowenstine, L. (2011). Creative interventions for children, youth, and families.
33. Schultz, W. (2019). Child-centered play therapy. *Reason Papers, 38*(1), 21-37.
34. MacKenzie, E. P. (2007). Improving treatment outcome for oppositional defiant disorder in young children. *Journal of Early and Intensive Behavior Intervention, 4*(2), 500.

## The Effect of Learning Excitement Management Skills through Game Therapy On disorderly coping disorder of female student's Preschool education in Shabestar city in academic year 98-97

---

### Abstract

The aim of this study was to investigate the effect of teaching emotional management skills through therapeutic games on coping disorder disorder in preschool children in TABRIZ. This experimental study was a quasi-experimental design with (pre-test-post-test with control group). The statistical population included preschool girls in TABRIZ in the academic year of 97-96. Sampling method was Non-randomized available. Among the available samples, 20 subjects were selected for inclusion in the training sessions, and in the next step, the 20 subjects were randomly assigned to control and experimental groups. Data was collected using the Steinbach Behavioral Disorders Questionnaire. In order to analyze the data at the descriptive statistics level, frequency and average distribution indices and covariance analysis were used at inferential statistics.

Results: It has been shown that training of emotional management skills through therapeutic games reduces disorderly coping disorders, aggression, law-breaking and social problems.

Conclusion: Teaching emotional management skills through therapeutic games is effective in reducing coping disorder in female students.

---