

تأثیر هنر رزمی ترکیبی بر اصلاح رفتار نابهنجار و سازگاری اجتماعی کودکان بدسرپرست و بی سرپرست

سید محمد موسوی^۱
نادر پور اصغریان^۲
محمد تقی دلیر نقی^۳

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۷/۸/۵

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۷/۱۱/۱۳

این پژوهش با هدف تأثیر هنر رزمی ترکیبی بر اصلاح رفتار نابهنجار و سازگاری اجتماعی در کودکان بدسرپرست و بی سرپرست ۸ تا ۱۸ سال شهر تهران جهت توانمندسازی آن‌ها به صورت مطالعه موردی (مرکز نوباوگان محمدعلی مظفری) انجام شد. روش پژوهش، شبه آزمایشی با طرح پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل بود. نمونه آماری شامل کودکان ۸ تا ۱۸ سال بود که تعداد ۲۰ نفر از آن‌ها به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به دو گروه کنترل ($n=10$) و گروه آزمایش ($n=10$) تقسیم شدند. چهار پرسشنامه خشم، افسردگی اضطراب استرس، اعتماد به نفس و خودپنداره‌ها طی سه مرحله با فاصله زمانی یک ماه بعد از هر مرحله آموزش به کودکان جهت بررسی مولفه‌های مختلف ارائه شد. نتایج با استفاده از نرم افزار SPSS تجزیه و تحلیل گردید. نتایج به دست آمده کاهش خشم و پرخاشگری، افسردگی، اضطراب و استرس و همچنین افزایش اعتماد به نفس را در کودکان گروه آزمایش نشان داد که تفاوت معنی‌داری با گروه شاهد داشت. نتایج این پژوهش نشان

۱. لیسانس مددکاری اجتماعی، استاد رزمی ترکیبی (کونگفو بروس لی)، تهران، ایران (نویسنده مسئول)

E-mail: Mohamad.mousavi71212@gmail.com

۲. استادیار، جامعه‌شناسی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران
۳. کارشناس ارشد، علوم اجتماعی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

● تاثیر هنر رزمی ترکیبی بر اصلاح رفتار نابهنجار و سازگاری اجتماعی کودکان بدسرپرست و بی سرپرست

داد استفاده از روش مداخله‌های مانند هنر رزمی ترکیبی در کودکانی که به دلایل مختلف در معرض آسیب‌های اجتماعی قرار گرفته‌اند می‌تواند تاثیر چشمگیری در تغییر رفتارهای نابهنجار این کودکان و همچنین سازگاری اجتماعی بهتر داشته باشد و موجب توانمندسازی این کودکان برای حضور فعال در اجتماع و دریافت سهم خود از زندگی سالم و عاری از مشکلات رفتاری شود.

واژگان کلیدی: رزمی، رفتار نابهنجار، سازگاری اجتماعی و توانمندسازی

مقدمه

دوران کودکی از مهم‌ترین مراحل زندگی است که در آن شخصیت فرد پایه ریزی می‌شود و شکل می‌گیرد. اغلب اختلالات و ناسازگاری‌های رفتاری پس از این دوران ناشی از کمبود توجه به دوران حساس کودکی و عدم هدایت صحیح در روند رشد و تکامل است. این بی‌توجهی منجر به عدم سازش و انطباق با محیط و بروز انحرافات گوناگون در ابعاد مختلف برای کودک می‌باشد (گنا^۱ و همکاران، ۲۰۱۰). پس از چندین دهه پژوهش در زمینه روان‌شناسی مرضی و برخلاف باور ابتدایی، نشان داده شد که کودکان و نوجوانان نیز در معرض خطر ابتلا به اختلال‌های روانی^۲ قرار دارند و در مجموع بین ۱۴ تا ۲۴ درصد از کودکان و نوجوانان با انواع مشکلات و اختلال‌های رفتاری و هیجانی دست به‌گریبانند (زنگ^۳، ۲۰۰۷). پژوهش‌های انجام شده در فرهنگ‌های مختلف نشان داده است که درصد قابل توجهی از کودکان سنین مدرسه دچار اختلال‌های رفتاری^۴ و روانی هستند (هارلند و همکاران^۵، ۲۰۰۲). این اختلالات، مشکلات رفتاری و پرخاشگری (کسلر و همکاران^۶، ۲۰۰۵)، خودپنداشت ضعیف^۷ (ماتسورا و همکاران^۸، ۲۰۰۹)، طرد از سوی همسالان (کریک و گروت‌پیتر^۹، ۱۹۹۵)، عملکرد تحصیلی ضعیف، برانگیختگی^{۱۰}، و فزون‌کنشی^{۱۱} (اسمیت و هارت^{۱۲}، ۲۰۱۱)، افسردگی، اضطراب، احساس تنهایی^{۱۳} و حرمت خود پایین (وندروال^{۱۴}، ۲۰۰۵) برجای می‌گذارند. در سراسر جهان خشونت و پرخاشگری، یکی از متداول‌ترین رفتارهای ضداجتماعی است (مایلز^{۱۵} و همکاران، ۲۰۱۵). نتایج مطالعات در زمینه کودکان و نوجوانان بی‌سرپرست نشان می‌دهد که این گروه مشکلات شناختی، روانی و اجتماعی بیشتری دارند که علاوه بر مشکلات هویتی یا عدم شکل‌گیری دلبستگی می‌تواند ریشه در امکانات محدودتر و شرایط سخت زندگی آن‌ها داشته باشد (پاشا و همکاران، ۱۳۷۹). مطالعه صدیق (۱۳۸۴) روی کودکان مراکز شبانه روزی نشان داد که این کودکان به نسبت کودکان عادی سازگاری اجتماعی پایین‌تر، اضطراب اجتماعی حادتر و افسردگی بالاتری دارند. در واقع این کودکان علاوه بر مشکلات جسمی، با مشکلات هیجانی متعدد مانند علائم اضطرابی، افسردگی، ضعف ارتباطی اجتماعی، عدم امنیت و ناهنجاری‌های رفتاری نیز روبه‌رو هستند.

-
1. Genna
 2. mental disorders
 3. Zeng
 4. behavioral disorders
 5. Harland et al.
 6. Kessler et al.
 7. low self-concept
 8. Matsuura et al.
 9. Crick & Grotppeter
 10. impulsivity
 11. hyperactivity
 12. Smith, & Hart
 13. loneliness
 14. Van der Wal
 15. Miles

بر این اساس از جمله ضعف های قابل مشاهده در این گروه از کودکان آسیب دیده، سازگاری اجتماعی است. سازگاری اجتماعی، به معنای کنار آمدن، مصالحه و هماهنگ شدن با دیگران و محیط اجتماعی است که با ایجاد تغییراتی در خود یا محیط اجتماعی، حاصل می گردد. این مفهوم یکی از توانمندی ها و مهارت های اساسی روانشناختی است که نیازمند سطوح مناسبی از تنظیم هیجانی و رفتاری با در نظر گرفتن استانداردها و معیارهای اجتماعی است و همواره به عنوان یکی از مولفه های اساسی در مباحث سلامت و آسیب شناسی روانی به شمار می رود (سرتی و همکاران^۱، ۲۰۱۳). سازگاری اجتماعی مکانیزمی است که فرد به موجب آن ثبات عاطفی، سلامت عاطفی- روانی خوب، رضایت از زندگی شخصی، هماهنگی میان احساسات و فعالیت ها و افکار پیدا می کند و با توجه به اینکه بخش مهمی از حوزه رشد فردی است، کمبود آن در دراز مدت ضربه شدیدی به کودکان وارد می کند (صفوی، ۲۰۱۰). عدم سازگاری اجتماعی با اضطراب، افسردگی، درماندگی و مشکلات رفتاری مشخص می شود و سازگاری با بیماری به عنوان فرایندی برای حفظ دیدگاه مثبت در مورد خود و جهان، در مواجهه با مشکل سلامت در نظر گرفته می شود (شارپ و کوران^۲، ۲۰۰۶).

ورزش و بازی، یک از روش هایی است که به یاری کودکان می شتابد تا بتوانند مسائل خود را به دست خویش حل کنند. در این نوع درمان، به کودک فرصت داده می شود تا احساسات آزاددهنده و مشکلات درون خود را از طریق بازی بروز دهد و آن را به نمایش بگذارد (محمدی، ۲۰۱۰). یافته های پژوهشگران در زمینه مداخلات مبتنی بر ورزش نشان می دهد که فعالیت های شدید و متوسط بدنی، فوائد جسمی و روانی زیادی در بردارند و به طور واضح فعالیت های رزمی- ورزشی در ارتباط با سلامت روان است و به عنوان یک الگوی رفتاری در طول زندگی می تواند از بیماری های مختلف پیشگیری و یا آن ها را کنترل کند و باعث کاهش علائم افسردگی و اضطراب شود (پارکر و همکاران^۳، ۲۰۱۱). ادلمن^۴ (۱۹۹۴) در پژوهشی برای بررسی تأثیر ورزش رزمی بر کاهش پرخاشگری با ۱۵ دانش آموز دارای اختلال های عاطفی شدید پس از ۱۲ جلسه انجام فعالیت تمرینی، کاهش شدید رفتارهای نابهنجار مانند اخلال در کلاس، ناسازگویی به همدیگر، حملات فیزیکی به یکدیگر و رفتارهای بزهکارانه و پرخاشگرانه را گزارش کرد. در بررسی دیگر مشخص گردید تمرینات هوازی در ورزش های رزمی، بر میزان آمادگی جسمی و روحی و کاهش شکایات جسمانی و افسردگی گروه تجربی تأثیر مثبتی گذاشته و باعث کاهش میزان این اختلالات گردیده است (ترجستام و همکاران^۵، ۲۰۱۰).

این آموزش، نوعی مداخله درمانی است که در آن از بازی به عنوان ابزار محوری برای درمان مشکلات کودکان استفاده می شود. به عبارتی دیگر، این مداخله فرایندی تخصصی است که در آن، یک متخصص آموزش دیده از ظرفیت های بازی برای کمک به مراجعان، به عملکردهای آنان با هدف بهبود مشکلات رفتاری- روانی و همچنین دستیابی به رشد و بالندگی استفاده می کند (جانسون و همکاران^۶، ۲۰۰۰). نتایج مطالعات پاتل و

1. Serretti et al.
2. Sharpe & Curran
3. Parker et al.
4. Edelman
5. Terjestam et al.
6. Johnson et al.

همکاران^۱ (۲۰۱۴) و جیندال و همکاران^۲ (۲۰۰۷) نشان داد که که انجام ورزش‌هایی مبتنی بر تکنیک‌های نمایشی باعث افزایش و بهبود مهارت اجتماعی هیجانی، افزایش سازگاری، کاهش اضطراب و بهبود عزت نفس در افراد با نیازهای ویژه می‌شود.

انجام تمریناتی برای جسم و ذهن به کودکان جهت یافتن نقاط قوت خود و گسترش آن‌ها کمک می‌کند تا بتوانند ضعف‌ها را شناسایی کنند و اقدامات لازم را برای برطرف کردن آن‌ها به عمل آورند و از این طریق بتوانند بر ضعف‌های خود غلبه کنند و فشارهای احساسی خویش را تحت کنترل قرار دهند (لین و براتون^۳، ۲۰۱۵). بازی درمانگران شناختی- رفتاری همواره سعی می‌کنند از طریق تسهیل کسب مهارت‌های رفتاری جدید و فراهم آوردن تجاربی که تغییر شناختی را تسهیل کند، به کودک و نوجوان کمک کنند (ورمیربرگین و همکاران^۴، ۲۰۱۲). به این ترتیب روند درمان با سنجش دقیق عواملی شروع می‌شود که مشکل رفتاری یا هیجانی کودک را ایجاد می‌کند. سپس روش‌هایی ارائه می‌شود که به منظور افزایش توانایی رفتار و تعویض تفکر ناسازگارانه با تفکر سازگارانه طراحی شده است (زارع و احمدی، ۲۰۰۷). محققان بسیاری تاکنون تأثیر مداخلات مبتنی بر ورزش و بازی را در افزایش مهارت‌های اجتماعی و ارتباطی (موللی و همکاران، ۱۳۹۴ و قرائی و فتح‌آبادی، ۱۳۹۲)، مشکلات رفتاری دانش‌آموزان (آذرنیوشان و همکاران، ۱۳۹۱)، کاهش مشکلات برونی‌سازی و مشکلات رفتاری در کودکان (برزگر و همکاران، ۱۳۹۱)، کاهش اضطراب و افزایش عزت نفس (حسینی و همکاران، ۱۳۹۲)، کاهش نشانه‌های اختلال نافرمانی مقابل‌های در دانش‌آموزان (صفری و همکاران، ۱۳۹۱ و تیگز^۵، ۲۰۱۰) و درمان کودکان آسیب‌دیده (نونتنی^۶، ۲۰۱۲) مورد بررسی قرار داده‌اند. پژوهش‌های دیگری نیز به بررسی تأثیر بازی درمانی بر کاهش رفتارهای پرخاشگرانه پرداختند و بازی درمانی را روشی مؤثر در کاهش پرخاشگری دانستند (اکبری و رحمتی، ۱۳۹۴).

از منظر روانشناسی، توانمندسازی وضعیتی است که در نتیجه آن ظرفیت و قابلیت‌های فردی و طبیعی به نوعی منجر به تصمیمگیری و حضور فرد در اجتماع و ایجاد تغییرات اجتماعی می‌شود (رپورت^۷، ۱۹۸۱، ۱۹۸۴). در حوزه آسیب‌های اجتماعی و اصلاح رفتار نابهنجار، یکی از روش‌های درمانی که می‌تواند مؤثر باشد روش توانمندسازی جسم و ذهن همگام با هم است؛ یعنی انجام تمریناتی خاص که در تندرستی و سلامت روان و روح اثر بخش باشند. نقش ذن^۸ در هنرهای رزمی، تعریف ساده از آن را غیر ممکن می‌سازد، زیرا ذن فاقد هرگونه نظریه است. از این رو ذن، دانشی است درونی که از درون شخص منشا می‌گیرد و برای آن هیچ توضیح دقیق، صریح و قطعی داده نشده است. ذن در هنرهای رزمی بر قدرت فکر و ارتقای سطح هوش فرد تأکید ندارد و تأکید آن بر عمل شهودی است. هدف نهایی ذن، آزادسازی فرد از خشم، پنداره‌های باطل و

1. Patel et al.

2. Jindal et al.

3. Lin & Bratton

4. Vermeerbergen et al.

5. Tigss

6. Nunteni

7. Raport

8. Zen

هیجان‌های عاطفی و رهایی از بعضی رفتارهای خصمانه و حالات عصبی خواهد بود (شاهوردیان، ۱۳۷۳). از آن‌جا که الگوهای هیجانی و رفتاری در بزرگسالی دشوارتر تغییر می‌کنند، تشخیص هر چه زودتر مشکلات سلامت روان در کودکی یکی از مسائل پیشگیرانه بهداشت همگانی است (تیگز^۱، ۲۰۱۰). حل مشکلات این گروه سنی نه تنها جنبه درمان دارد، بلکه نوعی پیشگیری محسوب می‌شود. از این رو، شناسایی و انجام مداخلات درمانی برای کاهش مشکلات این گروه از کودکان و نوجوانان لازم و ضروری است. هرچند تاکنون پژوهش‌های بسیاری برای اثربخشی مداخله‌های درمانی مختلف بر روی کودکان انجام گرفته است، اما اغلب این پژوهش‌ها دارای محدودیت‌های اساسی هستند (بخشایش و می‌رحسینی، ۱۳۹۳ و پکمن و براتون^۲، ۲۰۰۳). بنا بر نظر لف و کریک^۳ (۲۰۱۰) این محدودیت‌ها شامل تمرکز بیشتر بر اشکال پرخاشگری در مقایسه با اشکال ظریف‌تر و ماهرانه‌تر آن است. افزون بر آن، خانواده در مانگری نیز با وجود اثربخشی بسیار بر مشکلات رفتاری کودکان، مستلزم صرف هزینه زیاد و زمان است (کینثورتی و گارزا^۴، ۲۰۱۰). با تأملی در پژوهش‌های پیشین، به نظر می‌رسد این روش می‌تواند گزینه مداخله‌ای مناسبی برای درمان مشکلات مختلف در کودکان آسیب دیده اجتماعی باشد. حال این سوال مطرح می‌شود که آیا هنر رزمی ترکیبی می‌تواند گزینه مناسبی برای بهبود اصلاح رفتارهای نابهنجار و افزایش سازگاری اجتماعی در کودکان آسیب دیده (بی سرپرست و بدسرپرست) باشد. بر این اساس و با توجه به مطالعات بسیار محدود در این زمینه در خارج از کشور و به خصوص اینکه تا به حال مطالعه‌ای به طور خاص به بررسی کارایی این روش بر روی جمعیت ایرانی نپرداخته است، پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی هنر رزمی ترکیبی بر روی اصلاح رفتارهای نابهنجار و افزایش سازگاری اجتماعی در کودکان بدسرپرست و بی سرپرست ۸ تا ۱۸ سال جهت توانمند سازی آنان انجام شده است.

روش شناسی پژوهش

طرح پژوهش حاضر از نوع نیمه آزمایشی است. جامعه آماری این پژوهش شامل ۲۵ نفر از کودکان بد سرپرست و بی سرپرست ساکن در یکی از مراکز شبانه روزی بهزیستی شهر تهران (مرکز نوباوگان مظفری) در سال ۱۳۹۶ است که از بین آنان ۵ نفر به دلیل محدودیت سنی که زیر ۸ سال بودند از پژوهش کنار گذاشته شدند و بقیه کودکان ۸ تا ۱۸ سال به تعداد ۲۰ نفر به عنوان نمونه آماری به صورت در دسترس انتخاب شدند و به روش انتخاب تصادفی ساده در دو گروه کنترل ($n=10$) و گروه آزمایش ($n=10$) قرار گرفتند. جلسات برای گروه آزمایش در ۸ جلسه ۲ ساعته انجام گرفت. در این پژوهش، مشاوره و آموزش هنرهای رزمی ترکیبی به عنوان متغیرهای مستقل و خشم، اضطراب، افسردگی، اعتماد به نفس و خودپنداره‌ها به عنوان متغیرهای وابسته در نظر گرفته شدند.

1. Tiggs
2. Packman & Bratton
3. Leff & Crick
4. Kinsworthy & Garza

محل انجام این طرح، مرکز شبانه روزی کودکان بی سرپرست و بدسرپرست واقع در شرق تهران بود. این مرکز دارای ۲۵ فرزند ۶ تا ۱۸ سال است. ۵ فرزند ۶ تا ۷ سال بودند که به دلیل پایین بودن سن و عدم تسلط بر پاسخدهی پرسشنامه در طرح شرکت داده نشدند. ۲۰ نفر باقیمانده که بین ۸ تا ۱۸ سال سن داشتند، به روش تصادفی ساده به دو گروه ۱۰ نفره آزمایش و گواه تقسیم شدند. پرسشنامه‌ها در اختیار مربیان شیف‌ت که دارای مدرک کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، کودکان استثنایی، مشاوره خانواده و بالینی بودند قرار گرفت و با کمک آنها- جهت رفع ابهامات و درک دقیق تر مولفه‌های پرسشنامه‌ها- فرایند پرسشگری تکمیل و پرسشنامه‌ها توسط آزمودنی‌ها پاسخ داده شد. بعد از ارزیابی چهار پرسشنامه توسط کودکان، به مدت ۱ ماه آموزش- هفت‌های ۲ جلسه (۸ جلسه) و هر جلسه نیز به مدت ۲ ساعت- برای گروه آزمایش در نظر گرفته شد و در حین آموزش بر حسب مشاهدات بازدارنده‌ها و موانع ذهنی، ترس‌ها و سطح اضطراب شناسایی گردید. هم‌روی توانمندی جسم و هم از طریق مشاوره جهت توانمندی درون با کودکان در محیط باشگاه در قالب فردی و گروهی در هر جلسه کار شد. در پایان مداخله، به هر دو گروه هر چهار نوع پرسشنامه ارائه شد و تغییرات گروه آزمایش در مرحله اول قبل از مداخله و در دو مرحله بعد یعنی مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون بررسی شد و داده‌ها مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. در طی مراحل آموزشی، تمامی ملاحظه‌های اخلاقی در نظر گرفته شد. به منظور تجزیه و تحلیل اطلاعات، داده‌های جمع‌آوری شده از طریق نرم‌افزار spss 21 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند و جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها، علاوه بر شاخص‌های آماری توصیفی، از روش تحلیل کواریانس بعد از بررسی مفروضات آن استفاده شد.

ابزار پژوهش

۱) سیاهه خشم نواکو: «پرسشنامه خشم نواکو» عبارت است از ۲۵ آیت‌م که هر کدام موقعیت‌هایی را توصیف می‌کنند. این موقعیت‌ها فرد را در حالت‌های مختلف خشم قرار می‌دهند. همچنین، این پرسشنامه به پنج بخش فرعی تقسیم می‌شود که اندازه تحریک فرد را نشان می‌دهد و گزینه‌های آن به ترتیب از صفر تا چهار نمره گذاری می‌گردد. نمره هر آزمودنی بین صفر تا ۱۰۰ قرار می‌گیرد. این پرسشنامه در گروه‌های سنی مختلف از ۹ تا ۸۴ ساله بر روی ۱۵۴۶ نفر بدون در نظر گرفتن جنسیت اجرایی شده و پایایی آن برابر با ۰/۹۶ و روایی آن برابر با ۰/۸۶ به دست آمده است (نواکو، ۱۹۹۸). در داخل کشور نیز پایایی آزمون با به کارگیری دو روش آلفای کرونباخ و باز آزمایی نشان داد که پایایی کرونباخ برابر با ۰/۸۶ و در روش باز آزمایی نیز برابر با ۰/۷۳ و روایی آن نیز برابر با ۰/۷۸ است (ملک پور، زنگنه و آقا بابایی، ۱۳۹۰).

۲) پرسشنامه افسردگی، اضطراب، استرس DASS ۲۱: به منظور سنجش استرس، اضطراب و افسردگی، از پرسشنامه استاندارد شده DASS ۲۱ استفاده شد. این پرسشنامه اولین بار توسط لایویند^۱ در سال ۱۹۹۵ ارائه گردید که شامل ۲۱ سوال با مقیاس لیکرتی می‌باشد که ۷ سوال آن مربوط به استرس، ۷ سوال مربوط به

اضطراب و ۷ سوال مربوط به افسردگی می باشد. در ایران پایایی این ابزار در يك نمونه از جمعیت عمومی شهر مشهد (۴۰۰ نفر) برای میزان افسردگی ۰/۷۰، اضطراب ۰/۶۶، و استرس ۰/۷۶ گزارش شده است (صاحبی، ۲۰۰۵). روایی و پایایی این ابزار توسط عاقبتی (۲۰۰۵) و جمشیدی (۲۰۰۹) در ایران در مطالعات مختلف آزمون شده و مورد تایید قرار گرفته است. لویباند و لویباند^۱ (۱۹۹۵) نیز همبستگی بالای این پرسشنامه را با پرسشنامه های مشابه بیان نموده اند.

۳) پرسشنامه اعتماد به نفس ورزشی ویلی و نایت: «پرسشنامه اعتماد به نفس ورزشی» متشکل از ۱۴ سؤال و سه خرده مقیاس اعتماد به نفس مهارت های بدنی و تمرینی (۵ سؤال)، اعتماد به نفس کارایی شناختی (۵ سؤال) و اعتماد به نفس بازگشت پذیری (۴ سؤال) است که توسط ویلی و نایت^۲ در سال ۲۰۰۲ ساخته شده است و ارزیابی سؤالات آن براساس مقیاس ۷ گزینه ای لیکرت انجام می گیرد. عبدالعلی زاده (۱۳۸۹) روایی محتوای این پرسشنامه را قابل قبول و عبدالعلی زاده (۱۳۸۹) و خودستان (۱۳۸۹) پایایی آن را به ترتیب ۰/۹۱ و ۰/۸۹ گزارش کرده اند.

۴) پرسشنامه خود پنداره: در این تحقیق، برای سنجش خودپنداره و ابعاد آن از پرسشنامه پی ریت و منداگلیو^۳ (۱۹۹۵) استفاده شد. این پرسشنامه در مورد مفهوم خودپنداره دارای دیدگاهی چندبعدی است و خودپنداره افراد را در چهار بعد علمی، ورزشی، اجتماعی و ارزشی می سنجد. این پرسشنامه از سه بخش تشکیل شده است: بخش اول، مشتمل بر اطلاعاتی در زمینه مشخصات عمومی افراد مانند جنس و رشته تحصیلی می باشد. در بخش دوم، درباره میزان اهمیت نظر افرادی که در زندگی آزمودنی نقش دارند (مادر، پدر، معلم، بهترین دوست) و میزان اهمیت چهار مقوله تحصیلی، اجتماعی، ورزشی و ارزشی براساس گزینه های خیلی مهم، مهم و بی اهمیت سؤال می شود.

بخش سوم پرسشنامه، شامل ۲۴ سؤال است که ابعاد مختلف خودپنداره (تحصیلی، اجتماعی، ورزشی و ارزشی) را می سنجد. هر سؤال چهار گزینه دارد (از کاملاً مخالفم تا کاملاً موافقم) که نمره های از یک تا چهار به آن تعلق می گیرد. به عنوان مثال، عبارت «احساسم این است که مادرم فکر می کند من باهوش هستم»، نشانگر بعد تحصیلی؛ «احساسم این است که پدرم فکر می کند من با مردم برخورد خوبی دارم»، نشانگر بعد اجتماعی؛ «احساسم این است که معلم محبوبم فکر می کند من دارای توانمندی های ورزشی هستم»، نشانگر بعد ورزشی و «احساسم این است که بهترین دوستم فکر می کند من آدم خوبی هستم»، نشانگر بعد ارزشی می باشد. این بخش از پرسشنامه براساس سه دیدگاه برداشت بازتابی، مقایسه اجتماعی و اسناد تدوین شده است. عباراتی از قبیل «احساسم این است که بهترین دوستم فکر می کند من باهوش هستم»، بیانگر دیدگاه برداشت بازتابی و «من از بچه های همسن و سال خودم باهوش تر هستم»، بیانگر دیدگاه مقایسه اجتماعی و «من به خودم ثابت کرده ام که فرد

1. Laviband & Laviband

2. Willy & Knight

3. Pyrite & Mandaglio

خوبی هستم»، بیانگر دیدگاه اسناد است. پایایی این پرسشنامه به وسیله البرزی و سامانی (۱۳۷۸) با استفاده از دوروش، بررسی شده است. برای بررسی همسانی درونی این پرسشنامه از ضریب آلفای کرونباخ استفاده و ۰/۸۷ گزارش شد. به منظور بررسی ثبات آن نیز از روش دوباره سنجی استفاده شد که ضریب پایایی ۰/۸۷ به دست آمد (البرزی و سامانی، ۱۳۷۸).

۵) برنامه مداخله: مداخلات توانمند سازی ذهن و جسم بر پایه نظری کتاب، بازی درمانی: دینامیسم مشاوره با کودکان (لندرت؛ ترجمه خدیجه آرین، ۱۳۹۳) و کتاب ذن در هنرهای رزمی (جوهایمز، ترجمه شاه وردیان، ۱۳۸۵)، طراحی و اجرا گردید و در کنار آن نیز مشاوره های انفرادی و گروهی مددکاری و همچنین هنرهای رزمی ترکیبی توسط خود محقق (مددکار و استاد هنر رزمی ترکیبی؛ گونگفو بروس لی) در جلسات آموزشی گنجانده شد. موضوع جلسات آموزش به شرح زیر می باشد:

جدول ۱: خلاصه ساختار جلسات

جلسه	خلاصه جلسات
اول	خوشامدگویی، احساس راحتی به عنوان یک عضو گروه، بررسی هیجان ها، نظم و احترام در رزمی، بیان هدف از تمرینات رزمی، مروری بر ساختار جلسات رزمی ترکیبی (بخش هایی از یوگا، ژیمناستیک، کشتی، فنون درگیری، ضربات چابکی و بدن سازی)، صحبت هایی در مورد مشارکت و کار گروهی و اهمیت و فوائد آن، آمادگی و گرم کردن بدن و تمرینات آمادگی جسمانی
دوم	آماده سازی و گرم کردن بدن، تمرینات آمادگی جسمانی (سرعتی، قدرتی، استقامتی، انعطاف پذیری، چابکی و چالاکي، آموزش گارد و ضربات ابتدایی، مشاهده و شناسایی نقاط ضعف و قوت، مشاوره و گفتگوی فردی در خصوص بازدارنده های ذهنی
سوم	آماده سازی و گرم کردن بدن، تمرینات آمادگی جسمانی، بازی و سرگرمی گروهی، تمرینات ژیمناستیک، شناسایی ترس ها و موانع ذهنی، تقویت مثبت و بازخوردهای متناسب در حین تمرین در خصوص خود باوری و افزایش اعتماد به نفس بر اساس گفتگو و مشاوره انفرادی
چهارم	گرم کردن بدن، آماده سازی و تمرینات آمادگی جسمانی، تمرینات یوگا، آموزش ضربات دست و پا و سایه کار کردن، آموزش در زمینه مدیریت خشم و خود کنترلی
پنجم	گرم کردن بدن، آماده سازی و تمرینات آمادگی جسمانی، آموزش بخش هایی از کشتی، شناسایی هیجان ها، آشنایی با مراحل کنترل خشم و عصبانیت و هیجانانگ منفی هنگام روبرو شدن با حریف تمرینی، آموزش مدیریت استرس
ششم	آماده سازی و گرم کردن بدن، تمرینات آمادگی جسمانی، آموزش ضربه زدن به میت، آموزش تمرینات تعادلی و تمرکز ذهن، آموزش بخش هایی از تایچی
هفتم	گرم کردن بدن، آماده سازی و تمرینات آمادگی جسمانی، بدن سازی از طریق متحمل شدن وزن بدن، آشنایی با مهارت حل مسئله
هشتم	آماده سازی و گرم کردن بدن، تمرینات آمادگی جسمانی، بازی و سرگرمی، فنون درگیری و دفاع شخصی، آموزش مهارت رفتار جرات مندانه، جمع بندی و اجرای پس آزمون

یافته‌های پژوهش

بر این اساس از تعداد کل ۲۰ نفر پاسخ‌دهنده، ۲ نفر کلاس سوم؛ ۲ نفر کلاس چهارم؛ ۲ نفر کلاس پنجم؛ ۴ نفر کلاس ششم؛ ۴ نفر کلاس هفتم؛ ۲ نفر کلاس هشتم و ۴ نفر کلاس نهم بودند. از لحاظ سنی نیز، ۲ نفر در سن ۹ سال؛ ۱ نفر در سن ۱۰ سال؛ ۲ نفر، در سن ۱۲ سال؛ ۵ نفر در سن ۱۳ سال؛ ۴ نفر در سن ۱۴ سال و ۶ نفر در سن ۱۵ سال قرار داشتند.

جدول ۲: شاخصه‌های توصیفی متغیرهای پژوهش

متغیر		گروه	تعداد	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
				انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین
اعتماد به نفس	کنترل	۱۰	۲۲/۱۳۳	۶۶/۶	۱۹/۹۵۵	۶۷/۸۷	۱۹/۵۱۴	۶۷/۹۷	
	آزمایش	۱۰	۲۱/۸۸۵	۶۵/۱۳	۲۲/۶۵۳	۷۴/۵۳	۱۷/۴۰۵	۸۱/۲۰	
خود پنداره	کنترل	۱۰	۷/۴۴۳	۵۷/۶	۶/۹۱۵	۵۶/۰۷	۹/۷۲۴	۵۷/۶۷	
	آزمایش	۱۰	۷/۸۲۱	۵۷/۱۳	۷/۶۵۳	۶۳/۵۳	۶/۷۰۵	۶۴/۲۷	
خشم	کنترل	۱۰	۲/۴۳۲	۳۷/۹۰	۲/۰۵۵	۳۸/۰۷	۲/۵۲	۳۷/۳۷	
	آزمایش	۱۰	۳/۱۳۲	۳۷/۸۹	۲/۹۴	۳۳/۰۴	۲/۶۰	۳۱/۲۰	
استرس	کنترل	۱۰	۲/۳۳۲	۱۴/۷۰	۱/۰۵۰	۱۵/۰۸	۲/۱۹	۱۴/۸۷	
	آزمایش	۱۰	۱/۳۲۲	۱۴/۴۴	۱/۹۳	۱۳/۳۳	۱/۶۰	۱۱/۹۲	
اضطراب	کنترل	۱۰	۲/۴۳۰	۱۳/۴۰	۱/۰۵۹	۱۳/۸۹	۱/۸۸	۱۲/۹۵	
	آزمایش	۱۰	۲/۱۶	۱۲/۸۹	۲/۰۴	۱۱/۰۹	۱/۶۹	۱۰/۵۴	
افسردگی	کنترل	۱۰	۲/۴۰	۱۴/۶۰	۲/۲۹	۱۴/۹۹	۱/۷۲	۱۳/۳۷	
	آزمایش	۱۰	۱/۱۰۳	۱۴/۵۶	۱/۲۲	۱۱/۷۳	۱/۲۱	۱۰/۵۱	

به منظور تحلیل مسئله اصلی پژوهش، از آزمون تحلیل کواریانس استفاده شد. قبل از استفاده از آزمون پارامتریک تحلیل کواریانس، جهت رعایت فرض‌های آن شامل نرمال بودن توزیع نمرات، مفروضه همگنی شیب رگرسیون و همسانی واریانس‌ها از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف استفاده شد که نتایج آن در جدول زیر آمده است:

جدول ۳: نتایج آزمون K-S برای آزمون نرمال بودن مؤلفه‌های پژوهش

مؤلفه	سطح معنی داری (P)	تأیید فرضیه	نتیجه
اعتماد به نفس	۰/۰۷۷	H0	نرمال است
خود پنداره	۰/۰۶۷	H0	نرمال است
خشم	۰/۱۲۳	H0	نرمال است
افسردگی	۰/۱۵۵	H0	نرمال است
استرس	۰/۰۹۱	H0	نرمال است
اضطراب	۰/۱۶۹	H0	نرمال است

چنان که در جدول بالا مشاهده می‌شود با غیر معنی دار شدن تمام متغیرها، توزیع متغیرهای پژوهش در جامعه نرمال است ($p < ۰/۰۵$).

جدول ۴: بررسی مفروضه‌های تحلیل کواریانس (همگنی شیب‌ها و یکسانی واریانس)

مقیاس		آزمونی همگنی شیب‌ها		یکسانی واریانس	
		سطح معنادار	F	F	سطح معناداری
خود پنداره		۰/۲۴۵	۰/۵۳۲	۰/۳۷۳	۰/۳۰۳
خشم		۰/۰۹۱	۰/۵۲۱	۰/۴۳۳	۰/۱۸۳
استرس		۰/۲۴۵	۰/۴۳۱	۰/۱۷۳	۰/۱۸۱
اضطراب		۰/۱۲۴	۰/۵۲۱	۰/۲۳۴	۰/۰۸۱
افسردگی		۰/۱۴۵	۰/۱۷۵	۰/۳۷۳	۰/۲۲۳
اعتماد به نفس		۰/۵۴۵	۰/۳۷۵	۰/۴۷۳	۰/۴۹۷

همان‌طور که در جدول ۴ مشاهده می‌شود در همه مؤلفه‌ها مفروضه همگنی شیب‌ها و یکسانی واریانس‌ها رعایت شده است.

جدول ۵: نتایج آزمون تحلیل کواریانس متغیرهای پژوهش

سطح معنی داری	F	میانگین مجذورات	درجه آزادی		مجموع مجذورات	منبع واریانس	مقیاس
۰/۰۰۱	۱۱۰/۳۴۹	۷۷۴/۰۶۹	۱		۷۷۴/۰۶۹	پیش آزمون	اعتماد به نفس
۰/۰۰۰	۱۴۴/۰۸۶	۱۰۱۰/۷۲۵	۱		۱۰۱۰/۷۲۵	گروه	
		۷/۰۱۵	۱۸		۱۸۹/۳۹۸	خطا	
			۲۰		۲۶۵۳۷۵/۰۰۰	کل	
۰/۰۰۱	۲۳/۳۲	۷۳۴/۰۵۴	۱		۵۴۳/۰۴۴۳	پیش آزمون	خود پنداره
۰/۰۲۱	۱۳۱/۰۵۴	۲۳۱۰/۷۲۵	۱		۱۲۴۱/۷۳۲	گروه	
		۶/۶۵۴	۱۸		۱۳۲۱/۲۵۴	خطا	
			۲۰		۳۴۵۶۴۳/۰۰۰	کل	
۰/۰۰۰	۲۲۳/۳۴۹	۳۲۸/۰۶۹	۱		۵۸۴/۰۶۹	پیش آزمون	خشم
۰/۰۰۰	۱۷۴/۰۹۶	۹۴۲۰/۷۲۵	۱		۷۶۵۱/۷۶۲	گروه	
		۲/۰۱۵	۱۸		۱۳۲/۳۹۰	خطا	
			۲۰		۳۲۴۵۶۲/۰۰۰	کل	
۰/۰۰۱	۴۵۳/۴۳۹	۷۷۴/۰۶۹	۱		۶۴۱/۰۷۵	پیش آزمون	استرس
۰/۰۰۰	۶۵۴/۷۸۶	۱۰۱۰/۷۲۵	۱		۱۵۶۷/۹۹۵	گروه	
		۵/۱۶۷	۱۸		۲۸۹/۳۵۴	خطا	
			۲۰		۳۲۵۳۷۵/۰۰۰	کل	
۰/۰۰۱	۶۵۱/۳۴۹	۷۲۳/۶۵	۱		۷۹۴/۰۵۹	پیش آزمون	اضطراب
				۱	۱۳۱۰/۱۲۵	گروه	
۰/۰۰۰		۴۳۲/۰۸۶	۵۲۱۴/۶۱۵	۱۸	۱۸۹/۳۹۸	خطا	
			۶۵۴/۴۳۲	۲۰	۲۶۵۳۷۵/۰۰۰	کل	
۰/۰۰۱	۲۳۰/۳۴۹	۷۹۸۱/۰۶۹	۱		۷۷۴/۰۶۵	پیش آزمون	افسردگی
۰/۰۰۰	۲۳۴/۰۸۶	۳۲۱۰/۷۲۵	۱		۳۲۱۴/۲۱۵	گروه	
		۲۳/۴۳۱	۱۸		۴۳۲/۳۹۸	خطا	
			۲۰		۳۱۵۳۷۵/۰۰۰	کل	

همان طور که در جدول فوق ملاحظه می شود آموزش هنرهای رزمی ترکیبی اثربخش بوده و توانسته است اعتمادبه نفس ($F=144/086, \alpha < 0/01$)؛ خود پنداره ($F=131/056, \alpha < 0/01$)؛ خشم ($F=174/096, \alpha < 0/01$)؛ استرس ($F=654/786, \alpha < 0/01$)؛ اضطراب ($F=432/086, \alpha < 0/01$) و افسردگی ($F=234/086, \alpha < 0/01$) را در گروه آزمایش تحت تأثیر قرار دهد.

جدول ۶: بررسی تأثیر تداوم آموزش هنرهای رزمی ترکیبی مولفه های پژوهش

سطح معناداری	درجه آزادی	t	بیشترین	کم ترین	استاندارد خطای میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	پس آزمون - پیگیری
۰/۰۰۱	۱۸	۱۱/۲۱۶	۱۵/۴۷۷	۱۱/۰۵۷	۱/۰۳۰	۳/۹۹۰	۱۰/۲۶۷	اعتماد به نفس
۰/۰۰۱	۱۸	۱۴/۸۰۶	۱۹/۴۷۷	۲/۹۶	۱/۸۱۲	۱/۷۲۰	۵/۱۶۷	خود پنداره
۰/۰۴۹	۱۸	۱۲/۸۷۶	۱۵/۴۷۷	۱۱/۰۵۷	۱/۰۳۰	۲/۳۲۰	۵/۴۵	خشم
۰/۰۰۱	۱۸	۱۴/۸۷۶	۸/۴۷۵	۲/۵۲	۱/۰۳۰	۱/۹۰۰	۳/۲۶۷	استرس
۰/۰۰۱	۱۸	۱۳/۷۱۲	۸/۴۱۱	۲/۰۵۷	۱/۶۲۱	۱/۹۷۱	۴/۲۴۷	اضطراب
۰/۰۰۱	۱۸	۹/۸۵۱	۲/۴۳۲	۱/۸۴۳	۱/۱۳۹	۱/۴۳۲	۲/۲۲۳	افسردگی

همان طور که در جدول فوق مشهود است در حوزه اعتمادبه نفس ($t=11/216$ و $sig=0/001$)؛ خود پنداره ($t=14/806$ و $sig=0/001$)؛ خشم ($t=12/876$ و $sig=0/049$)؛ استرس ($t=14/876$ و $sig=0/001$)؛ اضطراب ($t=13/712$ و $sig=0/001$) و افسردگی ($t=9/851$ و $sig=0/001$) است و t بحرانی جدول نتایج اختلاف معناداری را بین نمرات پس آزمون و پیگیری مولفه های پژوهش نشان می دهد. پس می توان نتیجه گرفت که تداوم آموزش هنرهای رزمی ترکیبی اثر مثبت روی افزایش اعتماد به نفس، افزایش خود پنداره داشته و در حوزه کاهش خشم، استرس، اضطراب و افسردگی اثرگذار بوده است.

بحث و نتیجه گیری

این پژوهش با هدف تعیین اثربخشی آموزش هنرهای رزمی ترکیبی بر اصلاح رفتار نابهنجار و سازگاری اجتماعی در کودکان بدسرپرست و بی سرپرست ۸ تا ۱۸ سال شهر تهران جهت توانمندسازی آنان صورت گرفته است. یافته های این پژوهش نشان داد که آموزش هنرهای رزمی ترکیبی اثربخش می باشد و می تواند باعث توانمند سازی در حوزه های کاهش خشم، استرس، اضطراب، افسردگی و افزایش خود پنداره و اعتماد به نفس در کودکان و نوجوانان بدسرپرست و بی سرپرست در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل شود. همچنین رفتار سازشی و سازگاری اجتماعی آزمودنی های گروه آزمایش تحت تأثیر برنامه مداخله ای بهبود یافته است.

یافته های این پژوهش با نتایج پژوهش های آرکیبی و رونن^۱ (۲۰۱۵)، هاماما و همکاران^۲، (۲۰۱۳)، برزگر و همکاران، (۱۳۹۱)، ایم و همکاران^۳ (۲۰۱۳)، موسوی، (۲۰۱۲)، آشفورد و همکاران^۴، (۲۰۰۶)، می شن^۵ (۲۰۰۶)، داگرتی^۶ (۲۰۰۶)، باگرلی و پاکر^۷ (۲۰۰۵)، رای^۸ (۲۰۰۷) و لین و براتن^۹ (۲۰۱۵) همخوان است- اگرچه در روش و نوع برنامه مداخله ای ممکن است تفاوت هایی با هم داشته باشند. این پژوهش ها نشان دادند که تمرینات ورزشی، بازی های پرورشی حرکتی - کلامی دارای دستورالعمل خاص و هدایت شونده و آموزش بازی در کنار مداخلات روانی می تواند منجر به کاهش مشکلات درونی و برونی سازی شده، اختلالات رفتاری، اضطراب، استرس، کاهش افسردگی، تقویت اعتماد به نفس و اعتماد به نفس، کاهش خشم و پرخاشگری، کاهش فشارهای عاطفی، افزایش خود پنداره و ایجاد تغییرات معنادار در رفتارهای نابهنجار و باعث ایجاد سلامتی، مهارت های اجتماعی سازگاری اجتماعی و روانشناختی و خودتوانمندسازی در آنان شود.

بر اساس نتایج این پژوهش و داده های به دست آمده حاصل از این مداخله، طبق مراحل پیش آزمون و پس آزمون و آزمون تداوم تمرینات، در گروه آزمایش از لحاظ روانشناختی - رفتاری و هیجانی تغییراتی ایجاد شده است. به نوعی می توان گفت که با هر جلسه تمرین و مشاوره، سطح هیجانات منفی در کودکان و نوجوانان گروه آزمایش کاهش می یافت و آن ها آرام می شدند و شب راحت تر می خوابیدند. از لحاظ فعالیت های مشارکتی، روابط بین فردی و تعامل با یکدیگر، تغییرات مثبتی ایجاد و سطح تنش بین فردی کاهش یافت. همچنین در این روش افراد علاوه بر لذت بردن از انجام تمرینات و کسب مهارت های بدنی، بر روی تنظیم و تبدیل هیجان و مولفه های شناختی - رفتاری کار می کنند. یکی از مهم ترین مولفه های شناختی - رفتاری آموزش مهارت های مقابله ای است که برای افزایش توانایی های روانی اجتماعی افراد آموزش داده می شود تا در ارتباط با سایر انسان های جامعه و محیط خود مثبت و سازگار عمل کنند. در واقع، تمرینات رزمی ترکیبی و مشاوره همزمان و آموزش مهارت های مقابله ای در کنار مشاهده و شناسایی بازدارنده های ذهنی به افراد گروه آزمایش کمک می کند در تنظیم و تبدیل هیجان های منفی به مثبت که نقش مهمی در خود کنترلی و سازماندهی خود دارد، نقش موثری ایفا کنند.

همان گونه که انتظار می رفت، مشخص شد که پس از تجربه یک دوره آموزش مهارت های رزمی ترکیبی به همراه تداوم تمرینات از لحاظ روانشناختی - رفتاری و هیجانی در بازه زمانی تحت مداخله، کودکان و نوجوانان گروه آزمایش در مقایسه با کودکان گروه کنترل، افزایش مهارت های مقابله ای و کاهش پرخاشگری

1. Orkibi & Ronen
2. Hamama et al.
3. Eime et al.
4. Ashford et al.
5. Massion
6. Dougherty
7. Beggally & Paker
8. Ray
9. Lin & Bratton

فیزیکی، افکار خصومت آمیز، خشم و هیجانات منفی را گزارش کردند. این یافته از اهمیت زیادی برخوردار است و نشان می‌دهد که مهارت‌های خودکنترلی و مقابله‌ای می‌توانند مشکلات مربوط به افکار، هیجانات، و رفتارها را تعدیل کنند (لوفی و پاریش^۱، ۲۰۱۱). اثرات مداخله یافت شده، به طور کلی همسو با یافته‌های گذشته درباره ارتباط مثبت بین فعالیت‌های ورزشی و مهارت‌های مقابله‌ای و کاهش خشم هستند (فیندلی و کاپلان^۲، ۲۰۰۸). تبیین‌های احتمالی مربوط به تاثیر ورزش بر مهارت‌های مقابله‌ای، ممکن است شامل مکانیسم‌های شناختی زیربنایی سهیم در آنها، از قبیل تمرکز و توجه، و نیاز آن‌ها به پذیرش قوانین، حرکات بدنی متوالی، مهارت حل مسئله و تصمیم‌گیری تحت فشار باشند (مارش و کلیتمن^۳، ۲۰۰۳). مشخص شده است ورزش و مداخلات ساختار یافته باعث کاهش فشارهای عصبی و استرس، اضطراب و افسردگی می‌شود. در توجیه این پدیده می‌توان گفت افزایش سطح سروتونین و نوراپی نفرین در هنگام فعالیت‌های ورزشی موجب کاهش افسردگی می‌شود (اسمیت و همکاران^۴، ۲۰۰۳). به عبارت دیگر، تمرینات بدنی از دوره بر روح و روان انسان اثر می‌گذارد: یکی از طریق رها شدن آندرفین و دیگری کاهش سطوح کورتیزول (هورمونی که با فشار عصبی در خون ترشح می‌شود). متخصصان معتقدند کودکان در تمرین‌های ورزشی و گروهی مهارت‌ها و فعالیت‌هایی را یاد می‌گیرند که به آن‌ها کمک می‌کند ویژگی‌های فوق‌العاده ارزشمندی را کسب کنند. این ویژگی‌ها شامل خودآگاهی (نقطه مقابل کمرویی و ضعف شخصیت)، انضباط فردی (خویشتنداری)، تعادل فکری و روحی، استقلال و خوداتکایی و احترام به خود و دیگران است که باعث می‌شود کودکان و نوجوانان مهارت‌های اجتماعی همچون رعایت نوبت کار گروهی، پیروی از مقررات، خویشتنداری و مشارکت در ابراز وجود را بیاموزند (باقری و همکاران، ۱۳۸۷). با توجه به اینکه در این تحقیق برنامه فعالیت ورزشی به صورت گروهی و انفرادی انجام گرفت، در تبیینی دیگر می‌توان گفت اگر رفتار کودک ضمن فعالیت‌های ورزشی توأم با حس همکاری و مشارکت باشد، سبب ایجاد مهارت‌هایی همچون دوست‌یابی، سازش با دیگران، یادگیری نحوه مشارکت، رقابت، همکاری، رعایت نوبت و در مجموع توفیق بیشتر و تعادل اجتماعی و بهبود مهارت‌ها و رفتارهای سازشی می‌شود (قنبری هاشم‌آبادی، ۱۳۸۹). در پژوهش دیگری تاثیر حرکات ریتمیک بر اختلالات اضطرابی مورد بررسی قرار گرفت و نتایج نشان داد که این نوع درمان بر اختلال وسواس اجباری، حساسیت‌های بین فردی، استرس، اضطراب، افسردگی، افکار توهمی تاثیر دارد (صانعی و همکاران، ۲۰۱۴). همچنین حرکات ریتمیک به عنوان درمان نگهدارنده در کاهش پرخاشگری کودکان مورد استفاده قرار گرفته است (لاندی و مگ گافین^۵، ۲۰۰۵). عمده مشکل این دسته از افراد آسیب دیده، عدم تنظیم هیجان و ناتوانی در خودکنترلی می‌باشد و سبک زندگی و عدم آگاهی در مهارت‌های زندگی و عبور از گذرهای سخت باعث شکل‌گیری رفتارها و هیجان‌های معینی در این گروه از افراد آسیب دیده مانند ترس و اضطراب، خشم و

1. Lufi & Parish
2. Findlay & Coplan
3. Marsh & Kleitman
4. Smith
5. Lundy & McGuffin

شرم، غم و ناامیدی، احساس تنهایی و پوچی می باشد. تاثیر مثبت تمرین مستمر و مشاوره همزمان و آموزش مهارت های مقابله ای کمک می کند تغییراتی در مولفه های شناختی-رفتاری و هیجانی ایجاد شود و تبدیل به هیجان های مثبت مانند احساس خود ارزشمندی و اعتماد به نفس، تایید شدن و پذیرفته شدن، خود باوری و اعتماد به نفس و عشق و ارتباطات و امید گردد که هر کدام یک نیاز روانشناختی در ما می باشند که از این طریق به آن ها پاسخ داده می شود و فرد احساس خوشایندی را تجربه می کند. همچنین تمرینات کمک می کند که سطح فشارهای روانی کاهش یابد و ذهن از حالت پراکنده در لحظه متمرکز و در حال زندگی کند. یک فرد مبارز در حین مبارزه به گذشته یا آینده فکر نمی کند. مجبور است که در لحظه کنونی باشد و در لحظه عمل کند. زندگی در لحظه جریان دارد، در لحظه زیستن کمک می کند که فرد با خود، دیگران، محیط و اجتماع خود ارتباط خوبی برقرار کند.

مطالعات نشان داده است که بازی درمانی با دستورالعمل های هدایت شونده مانند بازی های پرورشی باعث تغییرات معنی داری در رفتارهای نابهنجار در کودکان و نوجوانان می گردد و قدرت سازگاری آنان را تقویت می کند؛ چنان که تمرینات بدنی و بازی، رشد مغز را بالا می برد و باعث کاهش اختلالات رفتاری می شود (راسل^۱، ۲۰۱۵). همچنین تیتر و همکاران^۲ (۲۰۰۰) بیان کردند که باید تجربیات واقعی در قالب بازی برای کودکان فراهم گردد تا آنان را با تصورات خودشان مواجه نماید و باعث شود موقعیت خود را درک کنند و از هر امکان برای بهبود بهره ببرند. لذا برای پیشگیری از مسائل بعدی بسیار اهمیت دارد که به موقع با این مسئله مواجهه منطقی جهت درمان صورت بگیرد. در صورتی که این مشکلات از طریق مقتضی حل شوند، می توانند در زندگی فرد گشایش ایجاد کنند. ورزش و بازی، رفتاری است که انسان برای کشف و شناخت محیط خود به آن می پردازد. از آنجایی که نتایج تحقیق نشان داد بازی های ساختار یافته باعث تغییرات معنی دار در رفتارهای ناهنجار کودکان و باعث ایجاد سلامتی آنان می شود، پس می توان بهبود اختلالات رفتاری و افزایش مهارت های مقابله ای و توانمندسازها در کودکان را تحت تاثیر این نوع مداخله دانست.

مطالعه حاضر از جنبه عملی، به امکان اجرای برنامه های ورزشی ترکیبی به همراه آموزش های روانشناختی به طور منظم، به عنوان یک ابزار موثر در کاهش مشکلات رفتاری و ارتقای سلامت روانی در راستای توانمند سازی و بهبود و تقویت سازگاری اجتماعی اشاره می کند. به کارگیری این برنامه می تواند اقتصادی تر از به کارگیری مداخلات فردی یا گروهی توسط متخصصان حرفه ای باشد. برنامه فعالیت های آموزش فنون رزمی ترکیبی بر اساس آموزش های روانشناختی در عین دستیابی به هدف افزایش مهارت های خودکنترلی در کودکان در معرض خطر، می تواند جالب، لذت بخش، چالش برانگیز و با ارزش باشد. در نظر گرفتن تفاوت های جنسیتی در فعالیت های ورزشی به هنگام طراحی یک مداخله یکپارچه و بررسی تفاوت های موجود در تظاهرات مربوط به مهارت های مقابله ای بین دخترها و پسرها، از اهمیت زیادی برخوردار است. به نظر می رسد که استفاده از طیف گسترده ای از ابزارهای سنجشی برای درک بهتر اثرات فعالیت های ورزشی بر مهارت های خودکنترلی در

1. Russell
2. Teeter et al.

دختر و پسر، هیجانان (مثبت و منفی) و رفتارهای نابهنجار ضروری باشد.

این پژوهش در راستای اهداف خود با محدودیت‌هایی مواجه بوده است، از جمله استفاده از ابزارهای خودگزارشی برای بررسی متغیرهای پژوهش. همچنین با توجه به ماهیت مطالعه موردی و حجم نمونه کم، چنین روش پژوهشی در تعمیم یافته‌ها با مشکلاتی مواجه است. به همین دلیل لازم است در تعمیم یافته‌های این پژوهش احتیاط لازم صورت گیرد. از جمله دیگر محدودیت‌های این پژوهش، در نظر نگرفتن نقش جنسیت و سن در اثربخشی این دو مداخله بود. استفاده از پسرها در این پژوهش، لحاظ کردن احتیاط لازم را در تعمیم نتایج به دختران ضروری می‌کند.

نتایج این پژوهش این فرصت را ایجاد خواهد کرد که متخصصان حوزه روانشناسی و ورزش در به کار بستن مداخلات برای کودکان آسیب دیده اجتماعی که دارای مشکلات روانشناختی هستند به بسته‌های آموزشی خاص مسلح شوند و با بهره‌گیری از مداخله‌های روانشناختی و ورزشی مؤثر، فرایند سازگاری و اصلاح رفتارهای نابهنجار را به انجام برسانند و از این طریق به پیشگیری از مشکلات روانشناختی این گروه از کودکان کمک کنند و گامی مؤثر در جهت افزایش سطح بهداشت روانی و جسمی آنان بردارند.

بر اساس یافته‌ها و دستاوردهای پژوهش حاضر و همچنین محدودیت‌های یاد شده، پیشنهاد می‌شود که مطالعاتی با پیگیری‌های طولانی مدت و پژوهش‌های طولی انجام گیرد. همچنین پیشنهاد می‌شود که اثر برنامه مداخله‌ای به کارگرفته شده در این پژوهش به عنوان یک رویکرد درمانی کم هزینه و در دسترس بر اختلالات رفتاری و روانشناختی در پژوهش‌های آتی مدنظر قرار گیرد.

بنا بر نتایج این پژوهش، شایسته است که در مراکز آموزشی، بهزیستی و بهداشتی برای کودکانی که اختلالات روانشناختی - رفتاری دارند، این نوع مداخله به عنوان یک برنامه درمانی غیردارویی اعمال گردد. در واقع کودکان یاد می‌گیرند که چگونه رفتارهایشان را مهار کنند و بهبود ببخشند و سلامت روانی رفتاری خود را ارتقا بدهند.

پیشنهاد می‌شود این پژوهش روی جامعه وسیع تری از کودکان آسیب دیده اجتماعی با هدف فراهم شدن امکان تعمیم معتبر نتایج صورت گیرد و با فراهم آوردن امکانات بیشتر و اتخاذ روش‌های مناسب، امکان انجام برنامه‌های ورزشی برای کودکان ساکن در مراکز بهزیستی فراهم شود. باید ترتیبی اتخاذ شود تا مراکز نگهداری از کودکان بی سرپرست و بدسرپرست بر برنامه‌های ورزشی (رزمی) و اجرای آن‌ها توسط کادر مجرب تاکید و نگاه ویژه‌ای داشته باشند.

منابع

- آذرنیوشان، بهزاد؛ به پژوه، احمد و غباری بناب، باقر. (۱۳۹۱). «اثر بازی درمانی با رویکرد شناختی-رفتاری بر مشکلات رفتاری دانش آموزان کم توان ذهنی در دوره ابتدایی». فصلنامه ایرانی کودکان استثنایی. ۱۲(۲)، صص ۵-۱۶.
- اکبری، بهمن و رحمتی، فهیمه. (۱۳۹۴). «اثر بخشی بازی درمانی مبتنی بر رویکرد شناختی-رفتاری بر پرخاشگری کودکان پیش دبستانی مبتلا به اختلال نارسایی توجه / فزون کنشی». فصلنامه تحول روانشناختی کودک. ۱(۳)، صص ۱۰۱-۱۱۰.
- باقری، مرتضی و شهسواری، آذر. (۱۳۸۷). «تأثیر فعالیت های جسمانی ویژه در سازگاری اجتماعی، عملکرد ادراکی-حرکتی دانش آموز کم توان ذهنی». مجله تعلیم و تربیت استثنایی. ۸۰، صص ۳-۹.
- برزگر، زهرا؛ پورمحمد رضای تجریشی، معصومه و بهنیا، فاطمه. (۱۳۹۱). «اثر بخشی بازی بر مشکلات برونی سازی در کودکان پیش دبستانی با مشکلات رفتاری». مجله علوم رفتاری. ۶(۴)، صص ۳۴۷-۳۵۴.
- البرزی، شهلا و سامانی، سیامک. (۱۳۷۸). «مقایسه خودپنداری در میان دختران و پسران دانش آموز مقطع راهنمایی مراکز تیزهوشان شهر شیراز». مجله علوم اجتماعی و انسانی دانشگاه شیراز. ۱۴(۲۰)، صص ۳-۲۰.
- پاشا، غلام رضا؛ عارف نظری، مسعود و مظاهری، محمد علی. (۱۳۷۹). «بررسی و مقایسه نگرش دانشجوین دختر و پسر دانشگاه آزاد اسلامی نسبت به کودکان بی سرپرست». پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اهواز.
- حسینی، راحله؛ میرزائیان، بهرام و خلیلیان، علیرضا. (۱۳۹۲). «اثر بخشی بازی درمانی مبتنی بر رویکرد شناختی-رفتاری بر اضطراب و عزت نفس کودکان مبتلا به اختلال بیش فعالی / نارسایی توجه». فصلنامه پژوهش های نوین روانشناختی. ۸(۲۹)، صص ۱۶۳۰-۱۸۰.
- خودستان، حمیده. (۱۳۸۹). «مقایسه اعتماد به نفس ورزشی و منابع آن در بازیکنان نخبه مرد و زن فوتسال». پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد مشهد.
- جو، هیامز. (۱۳۷۳). «ذن در هنرهای رزمی. روین شاهوردیان. نشر علم و حرکت.
- صدیق، مریم. (۱۳۸۴). «بررسی اثر بخشی آموزش حل مسئله در کاهش افسردگی دختران فراری ساکن در مراکز بهزیستی شهر تهران». پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علامه طباطبایی.
- عبدالعلی زاده، جعفر. (۱۳۸۹). «پیش بینی اعتماد به نفس ورزشی کشتی گیران نخبه از طریق منابع اعتماد به نفس ورزشی». پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه فردوسی مشهد.
- قرانی، نفیسه و فتح آبادی، جلیل. (۱۳۹۲). «اثر بخشی بازی درمانی عروسکی بر ارتقای مهارت های اجتماعی کودکان پیش دبستانی دچار نشانگان داون». فصلنامه روان شناسی کاربردی. ۷(۲۶)، صص ۲۵-۴۰.
- قنبری هاشم آبادی، بهرام علی و سعادت، معصومه. (۱۳۸۹). «بررسی تأثیر حرکات ریتمیک یوگا بر تعاملات اجتماعی کودکان کم توان ذهنی (پسر) مقطع ابتدایی شهر سنگان-خواف». مجله مطالعات تربیتی و روانشناسی دانشگاه فردوسی مشهد. ۱۱(۱)، صص ۱۷۱-۱۸۸.
- ملک پور، مختار؛ زنگنه، ساره و آقابابایی، سارا. (۱۳۹۱). «ویژگی های روان سنجی فرم کوتاه پرسشنامه خشم ناکو در شهر اصفهان». پژوهش های علوم شناختی و رفتاری. ۱(۲)، صص ۱-۸.
- موللی، گیتا؛ جلیل آبکنار، سمیه و عاشوری، محمد. (۱۳۹۴). «بررسی اثر بخشی بازی درمانی گروهی مهارت های اجتماعی کودکان پیش دبستانی آسیب دیده شنوایی». مجله توانبخشی. ۱۶(۱)، صص ۷۶-۸۵.
- گاری. ل. لندرت. (۱۳۹۳). بازی درمانی با کودکان (دینامیسم مشاوره با کودکان). خدیجه آرین. چاپ دهم، تهران:

انتشارات اطلاعات

- Ashford, K; Lawrence, J. & Dent, P. (2006). **“Gender differences in coping strategies of undergraduate students and their impact on self-esteem and attainment”**. Learn Higher Educ, 7(3): 81-276.
- Baggerly, A. & Parker, M. (2005). **“Child- centered group play therapy with African American boys of the elementary school level”**. Journal of Counseling & development, 83: 387- 396.
- Bakhshayesh, A. & Mirhosseini, R. (2015). **“Effectiveness of play therapy on the reduction of children’s severity symptoms with Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) and promotion of their academic performance (Persian)”**. Scientific Journal of Ilam University of Medical Sciences, 22(6):1-13.
- Beggarly, J. (2009). **“The Effects of Child-Centered Group Play Therapy on Self-Concept, Depression and Anxiety of Children who are Homeless”**. Dissertation. University of South Florida.
- Crick, N. R., & Grotpeter, J. K. (1995). **“Relational aggression, gender, and social psychological adjustment”**. Child Development, 66, 710-722.
- Dougherty, J.L. (2006). **“Impact of child- Centered play therapy on children of different developmental stages [Dissertation]”**. University of North Texas.(67-04): 128
- Edelman, A.J. (1994). **“The implementation of video enhanced aikido based school violence prevention training program to reduce disruptive and assaultive behaviors”**. Among severely emotionally disturbed adolescents (ERIC Document), No. Ed. 384187.
- Eime, R. M, Young, J. A., Harvey, J. T., Charity, M. J. and Payne, W. R. (2013). **“A systematic review of the psychological and social benefits of participation in sport for children and adolescents: Informing development of a conceptual model of health through sport”**. International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity; 10(98): 10-98.
- Findlay, C. F., & Coplan, R. J. (2008). **“Come out and play: Shyness in childhood and the benefits of organized sports participation”**. Canadian Journal of Behavioural Science, 40, 153–161.
- Genna, D., Natacha, M., Dale, M. etal. (2010). **“From Risky Behavior to health Risk: Continuity across Two Generations”**. Journal of the Development Behavioral, 27(4), 297-309.
- Hamama, L., Ronen, T., Shachar, K., & Rosenbaum, M. (2013). **“Links between stress, positive and negative affect, and life satisfaction among teachers in special education schools”**. Journal of Happiness Studies, 14, 731–751.
- Harland, P., Reijneveld, S. A., Brugman, E., Verloove-Vanhorick, S. P. & Verhulst, F. C.

- (2002). **“Family Factors and life events as risk factors for behavioral and emotional problems in Children”**. Journal of the European child Adolesc psychiatry, 11(4), 179-184.
- Jindal-Snape, D. & Vetraino, E. (2007). **“Drama techniques for the enhancement of social-emotional development in people with special needs: Review of research”**. International Journal of Special Education, 22(1):107-17.
 - Johnson, B.D., Franklin, L.C., Hall, K. & Prieto, L.R. (2000). **“Parent training through play: Parent-child interaction therapy with a hyperactive child”**. The Family Journal, 8(2):180-6.
 - Kinsworthy, S., & Garza, Y. (2010). **“Filial therapy with victims of family violence: A phenomenological study”**. Family Violence, 25, 423-429.
 - Leff, S. S., & Crick, N. R. (2010). **“Interventions for relational aggression: Innovative programming and next steps in research and practice”**. School Psychology Review, 39 (4), 504-507.
 - Lin, Y.W. & Bratton, S.C. (2015). **“A meta-analytic review of child-centered play therapy approaches”**. Journal of Counseling & Development, 93(1):45-58.
 - Lovibond, S.H. & Lovibond, P.F. (1995). **Manual for the depression anxiety stress scales**. Psychology foundation. Sydney.
 - Lundy, H. & McGuffin, P. (2005). **“Using dance/movement therapy to augment the effectiveness of therapeutic holding with children”**. Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing, 18(3):135-145.
 - Lufi, D., & Parish-Plass, J. (2011). **“Sport-based group therapy program for boys with ADHD or with other behavioral disorders**. Child and Family Behavior Therapy, 33, 217–230.
 - Marsh, H. W., & Kleitman, S. (2003). **“School athletic participation: Mostly gain with little pain”**. Journal of Sport & Exercise Psychology, 25, 205–228.
 - Massion, J. (2006). **“Sport Practice in Autism”**. Science & Sports, 21: 243-248.
 - Matsumoto, D. et al. (2009). **THE CAMBRIDGE DICTIONARY OF PSYCHOLOGY**. CAMBRIDGE UNIVERSITY PRESS
 - Matsuura, N., Hashimoto, T., & Toichi, M. (2009). **“Correlations among self-esteem, aggression, adverse childhood experiences and depression in inmates of a female juvenile correctional facility in Japan”**. Psychiatry and Clinical Neurosciences, 63 (4), 478-485.
 - Miles, S.R.; Tharp, A.T.; Stanford, M.; Sharp, C.; Menefee, D. & Kent, T.A. (2015). **“Emotion dysregulation mediates the relationship between traumatic exposure and aggression in healthy young women”**. Personality and Individual Differences, 76, 222-227.
 - Mousavi, S. H. (2012). **“Evaluation and comparison of individual and group sports in the social adjustment of students”**. International Journal of Academic Research in Business and Social Sciences, 2(1): 274-7. [in Persian]

- Nick Parvar, R. (2004). **Trading with life skills training program**. Tehran: Welfare Organization. in Persian
- Novontny, C. J. (2012). **“Treating traumatized children through puppet play therapy”**. A research paper presented to the faculty of Adler graduate school. retrieved from: <http://www.alfredadler.edu/library/masters/2012/chelsey-jnovotny>
- Orkibi, H., & Ronen, T. (2015). **“High self-control protects the link between social support and positivity ratio for Israeli students exposed to contextual risk”**. Journal of School Psychology, 53(4), 283–293.
- Packman J. & Bratton, S.C. (2003). **“A school-based group play/activity therapy intervention with learning disabled preadolescents exhibiting behavior problems”**. International Journal of Play Therapy, 12(2):7-29.
- Parker, A.G., Hetrick, S.E., Jorm, A.F., Yung, A.R., McGorry, P.D., Mackinnon, A., Moller, B. & Purcell, R. (2011). **“The effectiveness of simple psychological and exercise interventions for high prevalence mental health problems in young people: a factorial randomised controlled trial”**. Parkeretd Trials, 12:76. 17.
- Patel, K., Suresh, V. & Ravindra, H. (2014). **“A study to assess the effectiveness of play therapy on anxiety among hospitalized children”**. IOSR Journal of Nursing and Health Science, 3(5):17-23.
- Ray, D.C. (2008). **“Impact of play therapy on parent-child relationship stress at a mental health training setting”**. British Journal of Guidance, 36(2): 165-187.
- Russell, D.F. (2015). **“Social behavior: can it change the brane?”** J Anim Behav, 103: 259-265. 15.
- Safavi, M., Mousavi, S.M. & Lotfi, R. (2010). **“Correlation between Emotional Intelligence and Socio-emotional Adjustment in Pre-university Girl Students in Tehran in 2008”**. Pajoohandeh Journal. 14(5):255–261.[Persian].
- Sahebi, A., Asghari, M.J. & Salari, R.S. (2005). **“Validity of Depression, Anxiety and Stress Scale (DASS-21) for an Iranian population”**. Iranian Psychologist Journal, 4: 299-312. [in Persian]
- Sanei F, Kareshki H. & GHanai A. (2014). **“Effectiveness of sports movements in improving writing and insufficient attention with spelling disorder among special students in rural areas”**. Proceedings of the second national educational psychology conference. (in Persian).
- Serretti, A., Chiesa, A., Souery, D., Calati, R., Sentissi, O. & Kasper, S. (2013). **“Social adjustment among treatment responder patients with mood disorders”**. Journal of Affective Disorders, 150, 961–966.
- Sharpe, L., & Curran, L. (2006). **“Understanding the process of adjustment to illness”**.

Social Science and Medicine, 62, 1153-1166.

- Smith, C. R., Katsiyannis, A., & Ryan, J. B. (2011). **“Challenges of serving students with emotional and behavioral disorders: legal and policy considerations”**. Journal of behavioral Disorders, 30(3), 185-194.
- Smith, E.E., Nolen-Hocksema, S. & others. (2003). **Atkinson and hilgards’s introduction to psychology**. US: Thomson
- Teeter, P.A., Ellison, A.T. & Goldstein, S. (2000). **Interventions for ADHD: Treatment in developmental context**. Guilford Press: 82-102.
- Terjestam, Y., Jouper, J. & Johanssonc, E. (2010). **“Effects of scheduled gigong exercise on pupilswell-being, self image, distress, and stress”**. Jaltern Complement, 16(9):939-440.
- Tiggs, P. L. (2010). **“Play therapy techniques for African American elementary school-aged children diagnosed with oppositional defiant disorders”**. [Dissertation]. Capella University.
- Van der Wal, M. F. (2005). **“There is bullying and bullying”**. European Journal of Pediatrics, 164, 117-118.
- Vermeerbergen, M., Herreweghe, M.V., Smessaert, I. & De Weerd, D. (2012). **“Loneliness remains: Mainstreamed Flemish deaf pupils and wellbeing at school (Dutch)”**. In: Leeson L, Vermeerbergen M, editors. *Working with the Deaf Community: Education, Mental Health and Interpreting*. Ireland: Interesource Group Publishing.
- Zang, G. (2007). **“An exploratory investigation of the internalizing problem behavior among children from kindergarten to third grade”**. Adissertation presented in partial fulfillment of the requirements for PhD degree, University of Pensilvania.
- Zare, M. & Ahmadi S. (2007). **“The Effectiveness of Cognitive Behavior Play Therapy on Decreasing Behavior Problems of Children”**. Applied Psychol,1(3):18-28. (Persian).
- Zareb, zhant. (2004). **Assessment and cognitive behavior therapy in adolescents**. Translation of Mohammad Khodayari Fard and Yacamin Abedini. Tehran in Persian.