



Effectiveness of Gestalt Group Play Therapy to Aggression and Social skills of Children Sexual Abused in the Child labor's Group

Kobra Mallahi ¹, Sima Ghodrati^{2,*}, Hamidreza vatankhah ²

¹Master student of Science in Consulting and Guidance, West Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran

² Assistant professor, West Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran

* **Corresponding author:** Sima.Ghodrati, Assistant professor, West Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran. E-mail: sima.ghodrati17@yahoo.com

Received: 18 Oct 2018

Accepted: 16 Mar 2019

Abstract

Introduction: Capitals and cities of many developing countries are the place where children live and work. Street life is accompanied by stress and dangers. One of the biggest dangers is sexual abuse. Antisocial behavior and physical aggression with fear and resentment, are the perpetual effects of child sexual abuse.

Methods: The present research is a semi-experimental and experimental research with a pre – test and post – test design with the experimental and control group. The statistical population of this study is sexual abused girls of 11-15 year old in Tehran`s child labor's group in 1397.and the sampling method, sampling available with random assignment. In this way 30 people were selected as samples and divided into two experimental and control groups. Measuring devices for variables aggression and social skills are questionnaire aggression Nielsen and questionnaire social Matson and independent variable is the ten sessions of gestalt group play therapy.

Results: Finding showed that gestalt group play therapy with at least one of the dependent variables had a significant difference in the behavioral approach. (Aggression: $P > 0.002$ $F=23.64$) (Social skills: $P > 0.002$ $F= 20.695$).

Conclusions: The results showed that considering the behavioral and psychological problems of child sexual abuse in the child labor's group, one of the most effective therapeutic interventions would be gestalt group play therapy.

Keywords: Group Play Therapy, Gestalt, Child Labor, Aggression, Social Skill, Child Sexual Abuse



اثر بخشی بازی درمانی گروهی با رویکرد گشتالتی بر پر خاشگری و مهارت‌های اجتماعی کودکان آسیب دیده جنسی در گروه کودکان کار

کبری ملاحی^۱، سیما قدرتی^{۲*}، حمیدرضا وطن خواه^۲

^۱ دانشجوی کارشناسی ارشد مشاوره و راهنمایی، گروه روانشناسی، واحد تهران غرب، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

^۲ استادیار گروه روانشناسی، واحد تهران غرب، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران

* نویسنده مسئول: سیما قدرتی، استادیار گروه روانشناسی، واحد تهران غرب، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران. ایمیل: sima.ghodrati17@yahoo.com

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۳۹۷/۱۲/۲۵

تاریخ دریافت مقاله: ۱۳۹۷/۰۷/۲۶

چکیده

مقدمه: پایتخت‌ها و شهرهای بزرگ بسیاری از کشورهای در حال توسعه محل زندگی و کار کودکان است. زندگی خیابانی با استرس‌ها و خطراتی همراه است. یکی از عمده‌ترین خطرات، سوءاستفاده جنسی است. رفتارهای ضد اجتماعی و پر خاشگری‌های جسمی به همراه ترس و خشم از آثار دائمی کودک آزاری است.

روش کار: پژوهش حاضر از نوع تحقیقات اثری و نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه آزمایش و کنترل است. جامعه آماری مورد مطالعه دختران ۱۱ تا ۱۵ ساله آسیب دیده جنسی از گروه کودکان کار شهر تهران در سال ۱۳۹۷ می‌باشد و روش نمونه‌گیری هم نمونه‌گیری در دسترس با گمارش تصادفی است. از این طریق ۳۰ نفر نمونه انتخاب و در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. ابزار اندازه‌گیری برای دو متغیر پر خاشگری و مهارت‌های اجتماعی، پرسشنامه پر خاشگری نیلسون و پرسشنامه سنجش مهارت‌های اجتماعی ماتسون می‌باشد. متغیر مستقل ده جلسه بازی درمانی گروهی گشتالتی است.

یافته‌ها: نشان داد که بازی درمانی گروهی با رویکرد گشتالتی حداقل در یکی از متغیرهای وابسته تفاوت معناداری ایجاد کرده است (پر خاشگری $F=23/64=0/002$ و مهارت‌های اجتماعی $F=20/695=0/002$ و $P<0/002$).

نتیجه‌گیری: این نتایج نشان داد که با توجه به مشکلات رفتاری و روانی کودکان آسیب دیده جنسی از گروه کودکان کار یکی از موثرترین مداخله‌های درمانی، بازی درمانی با رویکرد گشتالتی خواهد بود.

کلیدواژه‌ها: بازی درمانی گروهی، رویکرد گشتالتی، کودکان کار، پر خاشگری، مهارت‌های اجتماعی، کودک آزاری جنسی

تمامی حقوق نشر برای انجمن علمی پرستاری ایران محفوظ است.

مقدمه

الگوی کار و فعالیت‌های کودکان در خیابان تابعی از زمینه‌های خانوادگی، اجتماعی - اقتصادی و فرهنگی است که کودکان را به خیابان می‌کشاند و همزمان به رفتارهای آنها در خیابان شکل می‌دهد [۱]. کودکان کار کارگران کوچکی هستند که نیروی کارشان برای جبران فقر خانواده به فروش می‌رسد. در گذشته که خانواده یک واحد اقتصادی بود کودکان هم جزئی از نیروی کار خانواده به حساب می‌آمدند و زیر نظر والدین کار می‌کردند و پیشه‌ی آنها را دنبال می‌کردند؛ اما در جهان معاصر کار کردن کودک نقض حقوق او و از عوامل محرومیت اجتماعی‌اش به شمار می‌رود و کودکانی که مجبور به کار کردن هستند از موقعیت‌هایی مثل آموزش محروم می‌شوند و

محرومیت در کودکی، آینده آنها را هم به تباهی می‌کشاند [۲]. مطابق تعریف سازمان بهزیستی کشور کودکان خیابانی به افراد زیر ۱۸ سال اعم از دختر و پسر اطلاق می‌شود که در شهرهای بزرگ برای ادامه بقای خود مجبور به کار یا زندگی در خیابان هستند [۳]. عواملی مانند شرایط نامساعد زندگی، خشونت خانوادگی، نرخ باروری مادر، جنسیت، بیسوادی، اعتیاد والدین و فقر موجب گسترش این پدیده شده است [۴]. زندگی خیابانی با استرس‌های گوناگونی همراه است که خود موجب بروز مشکلات روانی و بهداشتی چون افسردگی و اضطراب [۵]، تأخیرهای تحولی [۶]، گرسنگی و تغذیه نامناسب [۷]، رفتارهای پرخطری نظیر خودکشی و خود آسیب رسانی می‌شود

بیان کرد که بازی درمانی یک مداخله مؤثر برای کودکان آسیب دیده و کودکانی است که مبتلا به اختلال استرس پس از ضربه هستند [۱۹]. شافر (۲۰۰۲) به نقل از تامپسون در خصوص اثرات بازی درمانی بر کودکان معتقد است که درهم شکستن مقاومت در کودک، ایجاد لیاقت و توانایی، تفکر خلاق، پالایش، تخلیه هیجانی، ایفای نقش، خیالپردازی، آموزش نمادین، ایجاد و ارتقای رابطه و دلبستگی، هیجان مثبت و غلبه بر ترسها ی مربوط به دوران رشد از فواید بازی درمانی برای کودک می‌باشد [۲۰]. بازی درمانی گروهی پیوند طبیعی دو درمان مؤثر است. بازی درمانی گروهی برای کودکان یک فرایند روانشناختی و اجتماعی بوده و بستر رشد و یادگیری را در مورد خودشان و دیگران فراهم می‌کند. بازی درمانی گروهی فرصتی را فراهم می‌کند تا به کودکان کمک کند تا یاد بگیرند که تعارضات را حل کنند [۲۱]. آکسلین (۲۰۱۳) اعتقاد دارد که بازی درمانی گروهی برای کودکانی که مشکلات و ناسازگارهای اجتماعی دارند به همان میزانی که بازی درمانی انفرادی در درمان عاطفی کودکان تأثیر دارد مناسب می‌باشد [۲۲]. از این جهت روش‌های بازی درمانی گروهی برای ایجاد مهارت‌های اجتماعی و کنترل خشم جهت بهبود آسیب‌های وارده بر آنها و ایجاد سبک زندگی بهتر در آنها مؤثر خواهد بود [۲۳]. بازی درمانی با رویکرد گشتالتی یک تکنیک روان درمانبخش تعریف می‌شود که بر پایه‌ی شماری از اصول گشتالت بنا نهاده شده است. در این دیدگاه از درمانجو انتظار می‌رود که خودش ببیند، احساس کند و تعبیر کند نه اینکه به صورت منفعل منتظر بماند تا درمانگر برای آنها بینش و پاسخ فراهم کند. فرض اساسی در درمان گشتالتی اینست که وقتی افراد از آنچه در درون و پیرامون آنها روی می‌دهد آگاه باشند، توانایی خودگردانی را دارند [۲۴]. اساس تحول شخصیت در نظریه گشتالت درمانی اصل خود تنظیمی ارگانسمی است [۲۵]. کودک آشفته به کمک نیاز دارد تا خود تنظیمی ارگانسمی سالمی را بازسازی کند و زمینه دستیابی به سلامت روانی را در خود ایجاد نماید. ضروری‌ترین جنبه‌ی بازی درمانی در رویکرد گشتالتی ارتباط درمانی است. درمان کودک به اعتماد او و ارتباط کامل با نگرش بر اساس تجربه احترام متقابل متکی است و درمانگر خودش و کودک را دارای حق برابر می‌بیند. در بازی درمانی گشتالتی، کودک بیشتر از هیجان‌ات خود آگاه می‌شود یعنی هر هیجان چطور در بدن احیا می‌شود و چه مفهومی دارد یا چطور می‌توان از آنها استفاده کرد [۲۶]. اوکلاندر (۱۹۹۷) به کاربرد تکنیک‌های گشتالتی در بازی درمانی به عنوان یک ضرورت اشاره می‌کند. او با تشویق کودکان به استفاده از رؤیا بطور معجزه آسایی به درمان آنها می‌پردازد و معتقد است که روند رؤیا پردازی معمولاً همان فرایند زندگی کودک است [۲۷]. بنابر این بطور غیر مستقیم آنچه را که کودک پنهان کرده یا اجتناب کرده را آشکار می‌سازد بنابر این تکنیک‌های مختلف فرافکنی از دیدگاه نظری بازی درمانی گشتالتی به عنوان یک مجموعه برای بیان احساسات بکار می‌رود [۲۸]. پژوهش‌های متعددی در زمینه بازی درمانی با رویکردهای مختلف از جمله رویکرد گشتالتی بر روی کودکان انجام شده از جمله پژوهش خدابخشی کولایی و همکاران (۱۳۹۷) [۲۹] که به بررسی اثربخشی بازی درمانی مبتنی بر رویکرد گشتالتی بر عزت نفس و سازگاری اجتماعی کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی

[۸]. یکی از عمده‌ترین خطراتی که کودکان کار را تهدید می‌کند سو استفاده‌ی جنسی است [۹، ۱۰]. آزار جنسی شامل هر نوع فعالیت جنسی با کودک پیش از سنی که بتواند رضایت قانونی داشته باشد می‌شود. آزار جنسی به عنوان خشونت علیه کودک در نظر گرفته می‌شود که می‌تواند شامل هر تعامل یا تماسی بین کودک و بزرگسال باشد که در آن کودک برای ارضای جنسی بزرگسال مورد استفاده قرار می‌گیرد [۱۱]. افرادی که در دوران کودکی فشارهای روانی سوء استفاده جنسی را تجربه کرده باشند در بزرگسالی مناطقی از ساختار مغزشان دچار تغییراتی شده که بر هیجان‌ها و احساسات آنها کنترل ضعیفی خواهند داشت. در این میان دختران به خاطر ویژگی‌های جسمانی خود و صدمات جبران ناپذیری که علاوه بر روح آنها، جسمشان را نیز دستخوش تغییرات فراوانی می‌کند و آنها را در معرض بیماری‌های گوناگون جسمی و روحی و اختلالات مختلف خلقی و اجتماعی قرار می‌دهد، می‌توانند بسیار مورد توجه قرار گیرند [۱۲]. بر اساس پژوهش‌های ویدوم، (۱۹۸۹) و ماسی، (۱۹۹۸) کودکان و بزرگسالان آسیب دیده در دوران کودکی در معرض خطر ارتکاب جرائم توأم با خشونت هستند و آزار دیدگی با پرخاشگری مقابل همسالان و والدین همراه است. مواجهه طولانی مدت با آزار، کودک را مستعد خشن شدن در آینده می‌کند [۱۳، ۱۴]. مطالعات اخیر در سال ۲۰۱۳ نشان داد که سوء استفاده جنسی ممکن است مخرب باشد به خصوص هنگامی که در سن پایین رخ دهد و با سطح بالایی از افسردگی مکرر در میان کودکان مورد آزار قرار گرفته همراه است [۱۵]. همچنین کودکان آزار دیده فاقد مهارت‌های اجتماعی لازم برای سازگاری با محیط دبستان، پیش دبستان و جامعه هستند و رفتار کودکان از گوشه گیری تا پرخاشگری شدید در نوسان است. مشکلات کودکان در زمینه‌ی مهارت‌های اجتماعی غالباً به این دلیل ایجاد می‌شود که نمی‌دانند در موقعیت‌های اجتماعی چه کار کنند. بنابراین ارتقای مهارت‌های اجتماعی و روش‌های کنترل خشم در این کودکان عامل مهمی در شکل دادن روابط کودک با محیط و همسالان، بالابردن کیفیت تعاملات اجتماعی و سلامت روان افراد است این مهارت‌ها می‌توانند به عنوان الگوی کامل رفتارهایی که توسط یک فرد در روابط بین فردی نشان داده می‌شود تعریف شود [۱۶]. مداخله‌های درمانی متناسب با رنج و آسیب کودک می‌تواند نقش مهمی را در کاهش آسیب‌های وارده بر کودک داشته باشد. بنابراین مداخله‌های درمانی در این قشر آسیب دیده بسیار ضرورت دارد و از آنجایی که اغلب این کودکان در بیان شفاهی احساسات با مشکل رو به رو هستند از طریق بازی درمانی می‌توانند موانع را کاهش داده و احساسات خود را بهتر نشان دهند [۱۷]. از آنجا که جهان کودک دنیایی از عمل و فعالیت است، بازی درمانی به درمانگر این امکان را می‌دهد تا به دنیای کودک راه پیدا کند. به این ترتیب کودکان محدود نمی‌شوند تا تنها به تشریح کلامی آنچه روی داده است بپردازند بلکه در لحظه بازی تجربه‌های پیشین و احساسات مرتبط با آنها را بار دیگر از سر می‌گذرانند. در نتیجه درمانگر امکان می‌یابد تا به دنیای هیجانی کودک وارد شود و آن را احساس کند. در بازی درمانی، صرف نظر از علت ارجاع کودک، درمانگر این امکان را دارد تا در لحظه‌ای که کودک مشغول بازی است مشکل او را حس کرده و آن را بدرستی دریابد [۱۸]. اوگاو (۲۰۰۴) در یافته‌های خود

آموز دختر و پسر در رده سنی ۸ تا ۱۶ سال در این مرکز مشغول تحصیل در مقطع ابتدایی و بالاتر (دوره اول دبیرستان) می‌باشند و اغلب آنان به دلیل کار در مراکز تولیدی و خدماتی و مشاغل خیابانی از درس و تحصیل عقب افتاده‌اند. و همچنین اغلب آنها از خانواده‌های مهاجر اتباع بیگانه بوده و اغلب دارای شرایط اقتصادی و اجتماعی و خانوادگی مشابه هم می‌باشند و از این لحاظ تفاوت چندانی با هم ندارند. برای کنترل متغیرهای مداخله کننده دو عامل سن و جنس تحت کنترل قرار گرفت و لذا از میان پسران و دختران آموزشگاه مذکور، فقط دختران سنین ۱۱ تا ۱۵ سال مورد بررسی و پژوهش قرار گرفتند. حدود ۹۸ نفر از این تعداد دختر می‌باشند و ۷۵ نفر در رده سنی ۱۵ - ۱۱ سال قرار دارند. ۵ نفر از این دانش آموزان با تشخیص روانپزشکی و درج در پرونده دچار آسیب‌دیدگی از نوع شدید بوده و تحت درمان‌های لازم بوده‌اند و ازین جهت شرایط شرکت در پژوهش ما را نداشتند. و بنابراین محقق ناچار به استفاده از مصاحبه بالینی برای تعیین افراد آسیب دیده جنسی در میان آنها شده است. این مصاحبه شامل سؤالات هدف دار می‌باشد که مطابق نظرات کارشناسان متخصص این حوزه در بهزیستی و پزشکی قانونی و کلانتری تنظیم شده و مورد تایید روانشناسان و روانپزشکانی که با انجمن حامی این گروه از کودکان همکاری دارند، قرار گرفته است. با مساعدت مشاوران مرکز مورد نظر با ۷۰ نفر از دختران مصاحبه بالینی انجام شد. از میان آنها ۵۳ نفر دچار آسیب دیدگی جنسی از سطح خفیف تا سطح شدید بودند (شامل لمس ناراحت کننده در خواب یا بیداری و آزارهای جنسی کلامی، بصری، نمایش اعضای جنسی، حمله و تهاجم به قصد تجاوز، تهدید یا تطمیع کودکان به قصد تجاوز تا آزار جنسی به اجبار).

معیار ورود آزمودنی‌ها به پژوهش عبارت بود از:

- ۱- آزمودنی‌ها باید از دختران رده سنی ۱۱ تا ۱۵ سال باشند که در طی مصاحبه بالینی آسیب دیدگی آنها محرز شده باشد.
- ۲- آزمودنی‌ها در حین تحصیل در این مرکز، مشغول حرفه‌ای در خانه یا خارج از خانه باشند.
- ۳- آزمودنی‌ها در طول اجرای مداخله درمانی در هیچ برنامه همزمان مشاوره‌ای یا روان درمانی شرکت نداشته باشند.

معیار خروج از پژوهش

۱- غیبت بیش از دو جلسه از جلسات مداخله‌ای بازی درمانی ۲- ترک تحصیل و خروج از مدرسه برای تبیین گروه نمونه پژوهشی همه‌ی این ۵۳ نفر که آسیب دیده جنسی شناخته شدند شانس مساوی را به عنوان آزمودنی در این پژوهش دارند. بنابر این از همه‌ی این ۵۳ نفر پیش از موعود به عمل آمد. به این ترتیب ابتدا هدف از اجرای دو آزمون (میزان پرخاشگری و میزان مهارت‌های اجتماعی) برای افراد تبیین شد و با همکاری مشاوران مرکز، پیش از موعود (پرسشنامه پرخاشگری نیلسون و پرسشنامه سنجش مهارت‌های اجتماعی ماتسون) از این ۵۳ نفر به عمل آمد. سپس از میان این آزمودنیها تعداد ۳۰ نفر که دارای نمرات بالاتری در آزمون پرخاشگری نیلسون و همچنین نمره پایینی در آزمون مهارت‌های اجتماعی ماتسون بودند، انتخاب شدند. سپس از میان ۳۰ نفر به صورت تصادفی ۱۵ نفر انتخاب و به عنوان گروه آزمایش در نظر گرفته شدند و ۱۵ نفر دیگر در گروه کنترل قرار گرفتند. قبل از شروع جلسات بازی درمانی، هدف از اجرای این

پرداختند و نتایج پژوهش نشان داد که این مداخله به ارتقای سطح عزت نفس و سازگاری اجتماعی آنها کمک کرده است. همچنین آزادی منش و همکاران (۱۳۹۶) به اثربخشی بازی درمانی عروسکی بر پرخاشگری کودکان پرداختند و نتایج حاکی از تأثیر این مداخله در کاهش میزان پرخاشگری در آنها داشت [۳۰]. بابایی کفاکی، قنادزادگان و فسیحی (۱۳۹۵) در پژوهشی به اثربخشی بازی درمانی گروهی با رویکرد گشتالتی بر بهبود مهارت‌های اجتماعی کودکان پیش دبستانی پرداختند. نتایج نشان داد که بازی درمانی گروهی با رویکرد گشتالتی بر بهبود مهارت‌های اجتماعی این گروه از کودکان مؤثر بوده است [۳۱]. ماهوتی، کشاورزی و قدسی (۱۳۹۵) در پژوهشی به اثر بخشی بازی درمانی گشتالتی بر اضطراب و کفایت ادراک شده در دانش آموزان ناشنوا پرداختند و نتایج نشان داد که اجرای بازی درمانی گشتالتی باعث کاهش معنی دار نمرات اضطراب و افزایش معنی دار نمرات در تمام حیطه‌های کفایت ادراک شده به جز حیطه فیزیکی شد [۳۲]. در بخش پژوهش‌های خارجی در مورد اثربخشی بازی درمانی هم می‌توان به پژوهش توکر اسجاد و مسرور (۲۰۱۷) اشاره کرد که به بررسی اثربخشی بازی درمانی در بالا بردن مهارت‌های اجتماعی کودکان ناتوان ذهنی پرداختند. نتایج این پژوهش ثابت کرد که بازی درمانی به عنوان یک روش مؤثر برای افزایش مهارت‌های اجتماعی در کودکان کم توان ذهنی می‌باشد [۳۳]. همچنین دیوید سان، سانچی و ونکاتیزن (۲۰۱۷) در پژوهشی به بررسی اثر بخشی بازی درمانی روی اضطراب کودکان دچار بیمارستان زدگی شدند. نتایج نشان داد که بازی درمانی در کاهش اضطراب این گروه از کودکان مؤثر بوده است [۳۴]. ولی تا کنون پژوهشی که به بررسی اثر بخشی بازی درمانی گروهی با رویکرد گشتالتی بر عوارض و پیامدهای آسیب دیدگی جنسی در این گروه از کودکان بی پناه کار و خیابان بپردازد صورت نگرفته است. لذا با توجه به مشکلات روانشناختی و اجتماعی که این پدیده‌ی آسیب دیدگی جنسی کودکان کار برای جامعه و افراد آن به دنبال دارد و همچنین لزوم بکارگیری مداخله‌های درمانی مناسب برای بهبود و پیشگیری از رنج و آسیب بیشتر و از طرفی نبود پژوهشی در راستای بررسی اثر بخشی بازی درمانی گروهی با رویکرد گشتالتی بر پیامدهای مخرب آسیب دیدگی جنسی کودکان کار که پرخاشگری و فقدان مهارت‌های اجتماعی می‌باشد، پژوهشگران در این پژوهش بر آن شدند که میزان اثر بخشی این روش درمانی را بر پرخاشگری و مهارت‌های اجتماعی در این گروه از کودکان مورد بررسی قرار دهند.

روش کار

پژوهش حاضر از نوع تحقیقات اثری و نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون-پس آزمون با گروه کنترل می‌باشد جامعه مورد بررسی دختران ۱۵-۱۱ ساله آسیب دیده جنسی از گروه کودکان کار شهر تهران هست. این پژوهش در یکی از مدارس کودکان کار در منطقه ۱۴ تهران (خاوران) در سال ۱۳۹۷ انجام شد که یکی از مجموعه آموزشگاه‌های پرتو می‌باشد و زیر نظر انجمن حمایت از کودکان کار و همکاری معاونت اجتماعی شهرداری منطقه ۱۴ تهران می‌باشد. از میان چهار مرکز آموزشی تحت نظر موسسه حمایت از کودکان کار یک مرکز به عنوان نمونه گیری در دسترس انتخاب شد که حدود ۱۵۰ دانش

تا ۸۶٪ بدست آمده است. ضریب پایایی آلفای کرونباخ در کل مقیاس ۰/۹۸ و عاملهای چهارگانه استخراج شده رضایت بخش می‌باشد. روایی چهار زیر مقیاس پرخاشگری نیز ۰/۹۳٪ و روایی کل مقیاس نیز ۰/۸۷٪ محاسبه شده است [۳۶].

۲- پرسشنامه مهارت اجتماعی ماتسون و روتاتوری (۱۹۸۳) [۳۷]
مقیاس سنجش مهارت‌های اجتماعی ماتسون (فرم کودکان) توسط ماتسون و روتاتوری در سال ۱۹۸۳ برای سنجش مهارت‌های اجتماعی افراد ۴ تا ۱۸ ساله تدوین گردیده است. این مقیاس دارای ۶۲ عبارت است که مهارت‌های اجتماعی کودکان را توصیف می‌کند [۳۸]. این پرسشنامه دارای ۵۶ سؤال بوده و هدف آن سنجش مهارت‌های اجتماعی از ابعاد مختلف (مهارت‌های اجتماعی مناسب، رفتارهای غیر اجتماعی، پرخاشگری و رفتارهای تکانشی، برتری طلبی، اطمینان زیاد به خود داشتن، رابطه با همسالان) است. طیف پاسخگویی از نوع لیکرت و امتیاز هر گزینه "هرگز ۱"، "بندرت ۲"، "برخی اوقات ۳"، "اغلب اوقات ۴" و "همیشه ۵" می‌باشد و البته شیوه نمره گذاری در برخی سوالهای (۱۹) الی (۴۷) ۴۹ و ۵۰ و ۵۲ و ۵۴ و ۵۵) معکوس است. این پرسشنامه دارای ۵ بعد هست و برای بدست آوردن امتیاز هر بعد مجموع امتیازات سوالهای مربوط به آن بعد را با هم جمع می‌کنیم. و برای بدست آوردن امتیاز کلی پرسشنامه مجموع امتیازات همه سوالها را با هم جمع می‌کنیم. نمرات بالاتر در هر بعد نشان دهنده مهارت‌های اجتماعی بالاتر خواهد بود و برعکس.

مقیاس مهارت‌های اجتماعی ماتسون از ثبات روان سنجی، پایایی بالای بازآزمایی و روایی افتراقی قابل قبولی برخوردار است. برای بررسی پایایی مقیاس مهارت‌های اجتماعی، از ضرایب آلفای کرونباخ و تنصیف استفاده شد. مقدار ضرایب آلفای کرونباخ و تنصیف برای کل مقیاس، یکسان و برابر با ۰/۸۶ بود. همچنین در تعیین روایی سازه مقیاس مهارت‌های اجتماعی، مقدار ضریب KMO برابر با ۰/۸۶ بود و بیانگر کفایت نمونه بوده است. همچنین مقدار آزمون کرویت بارلت برابر با ۱۰۴۳۳/۲۹۸ و در سطح $P=0/00001$ معنی دار بود [۳۸].

در اینجا مجموعه برنامه جلسات بازی درمانی با رویکرد گشتالتی که طی ده جلسه ۷۰ دقیقه‌ای انجام شد بطور خلاصه و با ذکر هدف هر فعالیت در هر جلسه و توضیح مختصر نوع فعالیت ارائه شده است. لازم به ذکر است که هر بازی قاعده و توضیح خاص خود را دارد و پژوهشگر قبل از هر فعالیت، نوع بازی و قوانین خاص آن را برای آزمودنیها بطور شگاهی و عملی تشریح نموده و برای کنترل بهتر آزمودنیها از لیست اسامی و کدهای اختصاصی آنها برای قرعه کشی استفاده کرده است. همچنین در موارد بازیهای جمعی، از گروه بندی افراد در سه دسته ۵ نفره استفاده نموده است که هر گروه به نوبت برنامه خود را اجرا می‌کردند. برای تشویق افراد به مشارکت در جلسات بعدی بطور تصادفی در پایان هر دو یا سه جلسه بازی درمانی جوایزی که مطلوب آنها بود به آنها داده می‌شد. در هر جلسه بازی درمانی هم از فعالیتها و تکنیکهای خاص در جهت تعدیل و کاهش پرخاشگری استفاده شد و هم از بازیها و تکنیکهایی در جهت افزایش مهارتهای اجتماعی.

گروه کنترل در طی این مدت هیچ برنامه‌ی درمانی دریافت نکردند و چون تمایل به شرکت در جلسات بازی درمانی را داشتند به آنها وعده

جلسات برای شرکت کنندگان گروه آزمایش تبیین شد. پس از آن ده جلسه ۷۰ دقیقه‌ای مداخله درمانی (بازی درمانی گروهی با رویکرد گشتالتی) به صورت دو جلسه در هفته و در کل طی ۵ هفته روی گروه آزمایش انجام شد و گروه کنترل هیچ برنامه مداخله‌ای دریافت نکردند. در پایان جلسه دهم از دو گروه آزمایش و کنترل پس آزمون نیز به عمل آمد. محل تشکیل جلسات بازی درمانی در اکثر مواقع در محل کتابخانه که فضایی نسبتاً بزرگ بود تشکیل می‌شد و در مواردی هم به دلیل شرایط برخی از بازیها در محل نمازخانه مرکز بر گزار شد. (لازم به یادآوریست که در طول انجام مصاحبه بالینی و اجرای پرسشنامه‌های پیش آزمون و پس آزمون و همچنین در طی اجرای جلسات بازی درمانی از همکاری و مساعدت مشاورین مرکز در جهت انجام بهتر این پژوهش بهره گرفته شد و البته انتخاب انواع فعالیتها و نحوه‌ی اجرای آنها و مدیریت جلسات بازی درمانی بر عهده‌ی پژوهشگر بوده است).

ملاحظات اخلاقی

۱- کلیه شرکت کنندگان در پژوهش با اختیار و تمایل خود در پژوهش شرکت کردند.

۲- اطلاعات مصاحبه‌ای و پرسشنامه‌ای بصورت محرمانه و بدون ذکر نام و نام خانوادگی و تنها با کدهای خاصی ثبت گردید.

۳- قبل از اجرای پژوهش حس اعتماد به پرشگر در پاسخگویان به مصاحبه‌ها و پرسشنامه‌ها ایجاد گردید چرا که این کودکان به دلیل شرایط خاص خود و خانواده هایشان به سختی به افراد و دانشجویان اعتماد می‌کنند.

۴- از شرکت کنندگان در هر مرحله از پژوهش تشکر و تقدیر به عمل می‌آمد و جوایزی در پایان هر مرحله برایشان تدارک دیده شد.

۵- در صورت درخواست شرکت کنندگان نتایج پژوهش با رعایت احتیاط جوانب در اختیار آنها داده خواهد شد.

ابزار گردآوری داده‌ها عبارتند از:

۱- پرسشنامه پرخاشگری نیلسون وهمکاران (۲۰۰۰) [۳۵]

این پرسشنامه یک ابزار خودگزارشی است برای بررسی موقعیتهای مختلفی که موجب بروز خشم و همچنین میزان شدت خشم و مهارتهای اجتماعی در کودکان می‌شود، توسط نیلسون و همکاران (۲۰۰۰) ساخته شده است و برای سنین ۶ تا ۱۶ سال تهیه شده و سطوح ابتدایی و دبیرستان را شامل می‌شود [۳۵]. این پرسشنامه در سال ۱۳۸۷ در ایران توسط محمد مجدیان ترجمه و تدوین شده است. این پرسشنامه شامل ۳۹ گویه و چهار مؤلفه ناکامی، پرخاشگری بدنی، روابط با همسالان و روابط با مراجع قدرت است. این گویه‌ها دارای طیف لیکرت چهارتایی است که اینگونه نمره گذاری می‌شوند: گزینه "توجه نمی‌کنم" با نمره ۱ و گزینه "مرا آزار می‌دهد" با نمره ۲ و گزینه "واقعاً ناراحت می‌شوم" با نمره ۳ و گزینه "عصبانی می‌شوم" با نمره ۴ می‌باشد. دامنه نمرات از ۳۹ تا ۱۵۶ است. نمرات بالا نشان دهنده پرخاشگری بالاتر است. به عبارتی دیگر کودکانی که نمره پرخاشگریشان دو انحراف معیار بالاتر از میانگین (دختران ۱۱۷/۴۸ و پسران ۱۲۵/۷۷) قرار می‌گیرند پرخاشگر شناخته می‌شوند. برای بررسی روایی و اعتبار پرسشنامه، این آزمون بر روی ۱۶۰۴ نفر از دانش آموزان اجرا شد، نتایج ضریب بازآزمایی ۰/۶۵ تا ۰/۵۷٪ ثبات درونی ۰/۸۵٪

- استفاده از شاخص‌های آمار توصیفی میانگین و انحراف معیار برای توصیف متغیرهای پژوهش؛
 - آزمون کلموگروف - اسمیرنوف (جهت رعایت پیش فرض نرمال بودن توزیع نمرات)؛ آزمون لوین و همگنی شیب از رگرسیون؛
 - آزمون t مستقل و آنالیز کوواریانس ANCOVA برای آزمون فرضیات پژوهش

اجرای بازی درمانی بعد از برنامه پژوهشی داده شد. پس از پایان جلسات مداخله‌ی درمانی، در انتهای جلسه دهم پس از آزمون از هر دو گروه آزمایش و کنترل به عمل آمد و نتایج مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت. در این پژوهش به منظور تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS 24 استفاده شد. روش‌های آماری نیز به شرح ذیل مورد استفاده قرار گرفته است:

جدول ۱: خلاصه‌ای از برنامه مداخله درمانی (بازی درمانی گروهی با رویکرد گشتالتی)

جلسات	اهداف	فعالیت‌ها	تکالیف
جلسه اول	برقراری ارتباط با یکدیگر و با درمانگر	آشنایی درمانگر و کودکان با یکدیگر، فهم شباهت‌های خود با دیگران، هدیه دادن به همدیگر (رسم نقاشی، کارت پستال و دادن به یکدیگر)	معرفی کودکان به صورت شاد و خنده دار (معرفی خود با زست خاص و تقلید زست‌های دیگران)؛ پیدا کردن شباهت‌های خود در دیگران و دست گذاشتن روی فرد مورد نظر
جلسه دوم	بیان احساسات خود، تمرین مهارت‌های اجتماعی، توجه دادن به واکنش‌های بدنی	بازی کارت احساسات، بازی زیپ - زاپ، تمرین اغراق	نشان دادن ۱۲ استیکر احساسات و بیان خاطره از هر یک از آنها؛ بازی شاد و گروهی توأم با شناخت و دوست یابی؛ توجه به واکنش‌های بدنی و انجام آنها در هنگام بروز استرس‌ها
جلسه سوم	رهاسازی خشم، تمرین مهارت‌های اجتماعی	خشم را بیرون بریز، بازی مرا بخندان	رسم نقاشی فرد منفور روی بادکنک و بیان توأم با خشم یا توأم با آرامش با آن فرد. افراد گروه بندی شده و هر گروه باید تلاش کند یک نفر از گروه دیگر را بخنداند. با انداختن تاس هر فرد در مورد آن احساس صحبت و یا ذکر داستان و خاطره می‌کند.
جلسه چهارم	افزایش آگاهی از احساسات، تقویت مهارت همدلی و صمیمیت و دوست یابی	بازی تاس احساسات، نقاشی گروهی	رسم نقاشی در یک ورقه نقاشی A3 توسط همه افراد گروه آزمایش در جلسه و پرسش از آنها در مورد آنچه که رسم کرده‌اند
جلسه پنجم	فراقتنی افکار و احساسات، کنترل خشم و احساسات	بازی تاج گذاری پادشاه و ملکه، بادکنک احساسات	کودک تاج تزئین شده را بر سر می‌گذارد و از آرزوهای خود می‌گوید. کودک بادکنک را باد کرده و ناگهان رها می‌کند و سپس مجدداً باد کرده و این بار به آرامی باد آن را خارج می‌کند.
جلسه ششم	شناخت احساسات مختلف و ساخت لایه‌های احساس، رشد مهارت‌های اجتماعی و دوست یابی	پوست کندن پیاز و کاردستی لایه احساس، بازی موزیکال چرخیدن دور صندلی	پیاز را پوست گرفته و لایه‌های آن را به کودکان نشان داده و لایه‌های احساس را بیان می‌کنیم و از کودک خواسته می‌شود با ورق کاغذ بادبزنی یا نردبان (لا به لا) درست کرده و احساسات خود را روی آنها بر اساس ذکر خاطره‌ای بنویسند. بچه‌ها گروه بندی شده (۳ گروه ۵ نفره) با صدای موزیک دور صندلی می‌چرخند و بر خلاف روال معمول بازی با قطع موسیقی باید همدیگر را تا حد امکان روی صندلی جای دهند.
جلسه هفتم	ترغیب درمانجو به برون سازی درون فکنی	تکنیک صندلی خالی، بازی مجسمه‌های احساس	دو صندلی خالی مقابل آزمودنی است. روی یک صندلی می‌نشیند و از کسی که دلخور است صحبت و گله می‌کند و سپس در صندلی دیگر نشست و نقش فرد مذکور را بازی می‌کند. کودکان با استفاده از پاستیل‌های رنگی و خلال دندان با توجه به سؤال‌هایی که درمانگر از آنها می‌پرسد پاستیل را با رنگ مورد نظر روی سر و ته خلال دندان می‌گذارند (شبه مجسمه می‌شود)
جلسه هشتم	درک تخیلات کودک، توجه به بیان احساسات و هیجانات	تکنیک عصای سحرآمیز، بازی تن صدای هیجانی	کودک با در دست گرفتن عصای تزئین شده آنچه را که دوست دارد در زندگی‌اش رخ دهد بیان می‌کند. کودک با برداشتن یکی از ۱۲ کارت احساسات جمله‌ای را که روی کاغذ نوشته شده با آن احساس مورد نظر می‌خواند.
جلسه نهم	توجه و آموزش رفتارهای پسندیده اجتماعی و بهبود مهارت‌های اجتماعی، برون سازی فشارها و آشفتگی‌های درونی کودک	تکنیک ایفای نقش (اجرای نمایش و پانتومیم)، تکنیک ترسیم رویای بد	کودکان نقش‌هایی را که از آنها خواسته می‌شود یا نقشی را که دوست دارد و یا دلش می‌خواهد آنگونه رفتار شود را اجرا می‌کند. از کودک می‌خواهیم که قسمت ترسناک خوابت را رسم کن (خاطرات یا رویاها) سپس از کودک می‌خواهیم که برای از بین بردن آن هرگونه که دوست دارند عمل کنند (تکه تکه کردن یا پاره کردن کاغذ - مجاله کردن - خط خطی کردن - پرتاب در سطح زباله - سوراخ سوراخ کردن)
جلسه دهم	تقویت مهارت همدلی و دوستی	انجام فعالیت‌های دلخواه، اجرای پس آزمون همراه با گروه کنترل، دادن جایزه به هر دو گروه به خاطر همکاری	اغلب کودکان بازی زیپ زاپ و بازی موزیکال چرخیدن دور صندلی را ترجیح دادند تا انجام دهند.

یافته‌ها

تا سوم بودند با فراوانی ۱۴ نفر و با درصد ۴۶/۶۷٪ و کمترین فراوانی مربوط به پایه تحصیلی هفتم و هشتم بوده با فراوانی ۵ و با درصد ۱۶/۶۶٪. لازم به یاد آوری است که این کودکان اغلب به دلیل مهاجرت غیر قانونی و فقدان مدارک هویتی و وضعیت معیشتی از تحصیل عقب افتاده‌اند. در میان پاسخ دهندگان بیشترین فراوانی مربوط به دخترانی است که در خانواده‌هایی با تعداد ۴ تا ۶ برادر و

نتایج به دست آمده از داده‌های جمعیت شناختی نشان داد: افراد نمونه پژوهش دارای دامنه سنی ۱۱ تا ۱۵ سال هستند که در میان شرکت کنندگان بیشترین فراوانی مربوط به رده سنی ۱۲ و ۱۳ ساله بوده است با فراوانی ۱۴ نفر و با درصد ۴۶/۶۷٪ و کمترین فراوانی مربوط به رده سنی ۱۰ و ۱۱ ساله بوده با فراوانی ۶ نفر و ۲۰٪ از حجم نمونه. همچنین بیشتر پاسخ دهندگان در پایه تحصیلی اول

جدول ۳: نتایج آزمون K-S جهت بررسی توزیع داده‌های مربوط به متغیرهای تحقیق

متغیر	شاخص‌های آماری		نتیجه توزیع
	P	K-S	
پرخاشگری	۰/۲۴۱	۰/۳۷۲	نرمال
مهارت اجتماعی	۰/۳۵۹	۰/۷۷۷	نرمال
کل	۰/۲۳۴	۰/۸۱۵	نرمال

برای بررسی تجانس واریانس گروه‌های مورد مقایسه از آزمون لوین استفاده شد. همانطور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود با توجه به مقدار P واریانس داده‌های گروه‌های مورد مقایسه در تمامی متغیرهای مورد مطالعه متجانس می‌باشد ($P > 0/05$).

همچنین جدول ۴ مربوط به آزمون فرض همگنی واریانس هاست و نشان می‌دهد که اثر متقابل بین پیش آزمون پرخاشگری و مهارت‌های اجتماعی معنی دار نیست و معنی دار نبودن اثر متقابل نشان می‌دهد که داده‌ها از فرضیه همگنی شیب‌های رگرسیون پشتیبانی می‌کنند.

جدول ۴: نتایج آزمون لوین جهت بررسی تجانس واریانس گروه‌ها

نتیجه آزمون	شاخص	آماره لوین	پرسشنامه گروه‌های مستقل (گروه و تست)
	P	df2	df1
متجانس	۰/۶۱۹	۵۶	۳

جدول ۵: نتایج تحلیل کواریانس پرخاشگری و مهارت اجتماعی در گروه‌های آزمایش و کنترل برای آزمون اثر متقابل

منابع	SS	Df	MS	F	معنی داری
گروه					
پرخاشگری	۱۳۲۰۱/۶۶۷	۲	۱۳۲۰۱/۶۶۷	۳۰۸/۵۰۲	۰/۱۲۱
مهارت اجتماعی	۳۶۱۱۳/۰۶۷	۲	۳۶۱۱۳/۰۶۷	۳۲۷/۱۷۵	۰/۱۰۲
خطا					
پرخاشگری	۲۳۹۶/۴۰۰	۲۴	۴۲/۷۹۳		
مهارت اجتماعی	۶۱۸۱/۲۰۰	۲۴	۱۱۰/۳۷۹		
کل					
پرخاشگری	۶۱۶۴۶/۰۰۰	۳۰			
مهارت اجتماعی	۱۳۱۰۷۰۰/۰۰۰	۳۰			

بنابراین با توجه به سطح معنی داری ($P > 0/002$) و اندازه اثر ۰/۶۰۴ (پرخاشگری) و ۰/۵۹۳ (مهارت‌های اجتماعی) نشان می‌دهد که بازی درمانی گروهی با رویکرد گشتالتی بر پرخاشگری و مهارت‌های اجتماعی دختران ۱۱ تا ۱۵ ساله آسیب دیده جنسی در گروه کودکان کار شهر تهران مؤثر بوده است.

بحث

پژوهش حاضر با عنوان بررسی اثربخشی بازی درمانی گروهی با رویکرد گشتالتی بر پرخاشگری و مهارت اجتماعی دختران ۱۱ تا ۱۵ ساله آسیب دیده جنسی از گروه کودکان کار شهر تهران انجام شده است.

خواهر به سر می‌برند با فراوانی ۱۵ نفر (۵۰٪) و کمترین فراوانی مربوط به دخترانی است که در خانواده‌های ۱ تا ۳ برادر و خواهر به سر می‌برند با فراوانی ۳ نفر (۱۰٪). به علاوه در میان پاسخ دهندگان بیشترین فراوانی در مورد دخترانی است که فرزند اول تا سوم خانواده‌اند با فراوانی ۱۴ نفر از حجم نمونه ۳۰ نفری (۴۶/۴۶٪) و کمترین فراوانی مربوط به دخترانی است که فرزند چهارم تا ششم و همچنین فرزند هفتم خانواده بودند با فراوانی ۸ نفر (۲۶/۶۷٪). لازم به ذکر است که تعداد ۶ نفر از دختران فاقد پدر بدلیل مختلف در خانواده بوده‌اند.

جدول ۲: شاخص‌های آماری مربوط به پرسشنامه‌ها

انحراف معیار	کمترین	بیشترین	میانگین	واریانس
پیش آزمون				
پرخاشگری	۱۰۲	۱۱۹	۱۰۸/۰۷	۱۶/۶۳۸
کنترل	۹۷	۱۳۶	۱۱۷/۵۳	۱۰۶/۸۳۸
آزمایش	۱۰۳	۱۵۳	۱۱۳	۱۴۳/۵۷۱
مهارت اجتماعی	۱۱۰	۱۱۸	۱۱۴/۳۶	۴/۷۸۱
کنترل	۱۰۳	۱۵۳	۱۱۳	۱۴۳/۵۷۱
آزمایش	۱۱۰	۱۱۸	۱۱۴/۳۶	۴/۷۸۱
پس آزمون				
پرخاشگری	۱۰۶	۱۲۲	۱۰۹/۲۰	۱۵/۸۸۶
کنترل	۴۹	۷۰	۵۹/۳۳	۲۸/۸۱۰
آزمایش	۱۰۵	۱۲۶	۱۱۷/۹۳	۳۹/۳۵۲
مهارت اجتماعی	۱۷۵	۲۵۱	۲۱۷/۳۳	۲۵۳/۸۱۰
کنترل	۱۰۵	۱۲۶	۱۱۷/۹۳	۳۹/۳۵۲
آزمایش	۱۷۵	۲۵۱	۲۱۷/۳۳	۲۵۳/۸۱۰

جدول ۲، یافته‌های توصیفی پژوهش را مورد بررسی قرار می‌دهد. با توجه به این جدول میانگین پرخاشگری گروه آزمایش در پیش آزمون (۱۱۷/۵۳) و در پس آزمون (۵۹/۳۳) بوده است که این نشان دهنده آن است که سطح پرخاشگری گروه آزمایش پس از مراحل بازی درمانی، کاهش یافته است. همچنین میانگین سطح مهارت اجتماعی گروه آزمایش در پیش آزمون (۱۱۴/۳۶) و در پس آزمون (۲۱۷/۳۳) بوده است که نشانگر آن است که سطح مهارت اجتماعی گروه آزمایش پس از مراحل بازی درمانی، ارتقاء یافته است. سطح پرخاشگری و مهارت اجتماعی گروه کنترل در پیش آزمون و پس آزمون تفاوت چندانی نداشته است. برای بررسی نرمال بودن توزیع داده‌ها از آزمون K-S (کلموگراف-اسمیرنوف) استفاده شده همانطور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود با توجه به مقدار P توزیع داده‌های متغیر نرمال می‌باشد ($P > 0/05$). بنابراین تمام شروط برای فرضیه‌ها بصورت پارامتریک واز طریق تحلیل کواریانس برقرار است. در مورد آزمون فرضیه اصلی پژوهش که عبارتند از: بازی درمانی گروهی با رویکرد گشتالتی بر پرخاشگری و مهارت‌های اجتماعی دختران آسیب دیده جنسی در گروه کودکان کار شهر تهران تأثیر گذار است. یافته‌های جدول ۵ بیانگر آن است که بین میانگین‌های پس آزمون دو گروه پس از حذف متغیر تصادفی کمکی، تفاوت معنی داری وجود دارد. همچنین اندازه اثر (مجذور اتا) ۰/۵۹۳ است.

مثبت رفتارهای هیجانی و تکانشی خود را به تعادل برسانند. از این جهت بازی درمانی روش تاثیرگذاری است.

جدول ۶: نتایج تحلیل کواریانس چند متغیره (پرخاشگری و مهارت اجتماعی)

منابع	SS	Df	MS	F	معنی داری	مجدور تا
گروه						
پرخاشگری	۲۴۸/۶۵۹	۱	۲۴۸/۶۵۹	۲۳/۶۴۱	۰/۰۰۲	۰/۶۰۴
مهارت اجتماعی	۳۲۲/۵۷۴	۱	۳۲۲/۵۷۴	۲۰/۶۹۵	۰/۰۰۲	۰/۵۹۳
خطا						
پرخاشگری	۳۹۴/۴۹	۲۶	۱۸/۸۰۲			
مهارت اجتماعی	۱۴۵/۶۸۵	۲۶	۱۰/۰۳۶			
کل						
پرخاشگری	۱۴۵/۸۹۶	۳۰				
مهارت اجتماعی	۱۴۹/۷۶۵	۳۰				

بازی درمانی با رویکرد گشتالتی با توجه به اصول درمانی مبتنی بر گشتالت که بر گفت و شنود و رابطه‌ی بین درمانجو و درمان گر تاکید می‌کند، بر زمان حال و بر "چه چیزی" و "چگونه" تمرکز دارد و همچنین بر اصل خودپرتی، آگاهی از محیط، پذیرفتن مسئولیت انتخابها واصل خودگردانی ارگانیزم تاکید دارد از این جهت می‌تواند با ارائه تکنیک‌های مؤثر در بازی درمانی روی این گروه از کودکان تأثیر گذار باشد.

فرض اساسی درمان گشتالتی این است که وقتی افراد از آنچه در درون و پیرامون آنها روی می‌دهد آگاه باشند توانایی خودگردانی را دارند. وظیفه مهم درمانگران گشتالتی در این مطالعه توجه دادن به زبان بدن درمانجویان است. تکنیک‌هایی که در ارتباط با کنترل و کاهش خشم و پرخاشگری در جلسات مداخله مورد استفاده قرار گرفت عبارتست از: بازی‌های مرتبط با شناخت احساسات و هیجانات (مانند بازی کارت احساسات و بازی تاس احساسات و بازی خشم را بیرون بریز و تن صدای هیجانی و...)، تکنیک ایفای نقش، تمرین اغراق، تکنیک صندلی خالی و بازیهای مرتبط با تکنیک تخیل و رؤیا پردازی که از تکنیکهای خاص گشتالت درمانی می‌باشد، که در شناساندن و آگاه کردن کودکان نسبت به احساسات و هیجانات و زبان بدن و محیط اطراف نقش مؤثری داشتند زیرا احساساتی را که درمانجو از آنها آگاه نیست را آشکار می‌سازند و در نتیجه افراد وقتی به احساسات و امیال درون خود شناخت پیدا کنند بهتر می‌توانند آنها را به کنترل خود در آورند و در جهت صحیح هدایت کنند و اصل خود گردانی ارگانیزم به طریق سالم تحقق پیدا می‌کند.

در این پژوهش علت تأثیر بازی درمانی با رویکرد گشتالتی بر ارتقای مهارت اجتماعی دختران به این دلیل بود که بازی درمانی با رویکرد گشتالتی با ایجاد حس اعتماد به کودکان، ایجاد صمیمیت و ارتقاء توانایی در دوست یابی از طریق عاملی که تمام کودکان به آن عشق می‌ورزند و آن بازی است، سعی در ارتقاء سطح مهارت اجتماعی و کاهش پرخاشگری کودکان داشته است فعالیت‌هایی مانند نحوه معرفی کودکان به درمانگر و دیگر کودکان با ژستهای خاص و خنده دار، نقاشی

نتایج پژوهش نشان داد که بعد از اجرای جلسات بازی درمانی، سطح نمرات پرخاشگری در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل کاهش آشکاری داشته است و همچنین نمرات آزمون مهارتهای اجتماعی در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل افزایش قابل توجهی داشته است و این نتایج با یافته‌های پژوهش‌های پیشین که در داخل و خارج از کشور در سال‌های اخیر انجام شده همسویی دارد. در بخش پژوهشهای داخلی، پژوهش خدابخشی کولایی و همکاران (۱۳۹۷) به بررسی اثربخشی بازی درمانی گشتالتی بر عزت نفس و سازگاری اجتماعی کودکان بیش فعال پرداختند و نتایج نشان داد که بازی درمانی گشتالتی بر سطح عزت نفس و سازگاری اجتماعی تأثیر گذاشته است [۲۹]. همچنین آزادی منش و همکاران (۱۳۹۶) به بررسی اثر بخشی بازی درمانی عروسکی بر پرخاشگری کودکان مبتلا به اختلال بیش فعالی/ نارسایی توجه، در شهر کرمانشاه پرداختند [۳۰]. نتایج نشان داد که نمرات گروه آزمایش در مرحله پس آزمون نسبت به گروه کنترل در مقیاس پرخاشگری کل با پرخاشگری رابطه‌ای و پرخاشگری واکنشی کاهش یافتند اما در مقیاس جسمانی تفاوتی در دو گروه مشاهده نشد.

همچنین بابایی کفاکی و همکاران (۱۳۹۵) و ماهوتی و همکاران (۱۳۹۵) که بررسی اثربخشی بازی درمانی گروهی با رویکرد گشتالتی بر روی کودکان از گروه پیش دبستانی و کودکان ناشنوا پرداختند نیز به نتایج مشابهی از تأثیر مداخلات درمانی بر روی متغیرهای مورد مطالعه دست یافتند [۳۱، ۳۲]. در بخش پژوهشهای خارجی، توکراسجاد و همکاران (۲۰۱۷) در بررسی اثربخشی بازی درمانی چندگانه دربالا بردن مهارت‌های اجتماعی کودکان ناتوان ذهنی از مدرسه استثنایی شهر راولپندی پاکستان پرداختند و نتایج ثابت کرد که بازی درمانی به عنوان یک روش مؤثر برای افزایش مهارتهای اجتماعی در کودکان کم توان ذهنی می‌باشد [۳۳]. همچنین دیوید سان و همکاران (۲۰۱۷) در پژوهشی تحت عنوان اثربخشی بازی درمانی روی اضطراب کودکانی که دچار بیمارستان زدگی شدند پرداختند و نتایج نشان از کاهش اضطراب در کودکان بعد از مداخلات درمانی داشته است [۳۴]. لین و براتون (۲۰۱۵) در طی پژوهشی فراتحلیلی به این نتیجه رسیدند که بازی درمانی به عنوان یکی از مداخله‌های روانشناختی در کمک به ارتقای سطح کیفی سازگاری و عزت نفس کودکان با اختلالات روانپزشکی بسیار مؤثر است [۳۹]. رندال و برومفیلد (۲۰۱۵) در پژوهشی به بررسی تأثیر بازی درمانی بر سطح پرخاشگری دختران دبستانی آسیب دیده جنسی و جسمی پرداختند. نتایج حاکی از کاهش میزان پرخاشگری در آزمودنیها بعد از جلسات مداخله بازی درمانی بود [۴۰]. نتایج همه این پژوهشها با نتایج پژوهش حاضر همسو است. در طی بررسی در پایگاه داده‌های علمی و مطالعه پژوهشهای مختلف، پژوهشی ناهمسو با نتایج پژوهش حاضر یافت نشد. در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت با توجه به اینکه کودکان آزار دیده دبستانی اغلب نسبت به همسالان خود پرخاشگرترند. بنابراین مداخله‌های درمانی متناسب با رنج و آسیب کودکان می‌تواند نقش مهمی در کاهش آسیب‌های وارده بر آنها داشته باشد. در بازی درمانی محیطی امن به کودک داده می‌شود تا از طریق بازی خود را اظهار کند و با انجام دادن این کار یاد بگیرد که چگونه ظرفیت‌های خود را در راه‌های مناسب‌تره کار گیرد. همچنین بازی درمانی فرصتهایی را برای تخلیه رفتارهای پرخاشگرانه کودکان فراهم می‌کند تا با شیوه‌های

فرهنگسراها و سرای محله از فعالیتهای و تکنیکهای بازی درمانی با رویکرد گشتالتی جهت مقابله و درمان عوارض ناشی از آسیب دیدگی جنسی استفاده نمود

نتیجه گیری

نتایج حاصل از این پژوهش نشان داد که بازی درمانی گروهی با رویکرد گشتالتی بر کاهش پرخاشگری و افزایش مهارتهای اجتماعی کودکان آسیب دیده جنسی از گروه کودکان کار مؤثر بوده است چرا که بازی درمانی گروهی با رویکرد گشتالتی سعی در آگاه ساختن کودکان نسبت به حالات درونی و بیرونی خویش و بازخوردهای درونی شان دارد که موجب بروز احساساتشان می شود و جرات ورزی و شهامت بیان افکار و عقاید و احساسات و توانا شدن در کسب مهارتهای ارتباطی را در افراد سبب می شود. به همین جهت پیشنهاد می شود که ترتیبی اتخاذ شود که از بین روش درمانی در کلینیکها و مراکز مشاوره و دیگر مراکز درمانی مرتبط با کودکان آسیب دیده جنسی بهره گرفته شود. همچنین پیشنهاد می شود که در دوره های ضمن خدمت معلمان و کارگاههای آموزشی مشاوران و روانشناسان و سایر افراد متخصص در این زمینه، این تکنیکهای بازی درمانی مورد استفاده قرار گیرد. تا به این طریق عوارض ناشی از پدیده شوم آسیب دیدگی جنسی که مهم ترین آنها خشم و پرخاشگری و فقدان مهارتهای اجتماعی می باشد که هریک به نوبه خود عوارض جبران ناپذیری را با خود به دنبال دارند، بهبود یافته و در نهایت جامعه ای امن و سالم برای افراد و مخصوصاً کودکان فراهم گردد.

سپاسگزاری

مقاله حاضر حاصل کارپژوهشی پایان نامه ارشد بنده به راهنمایی استاد محترم خانم دکترسیما قدرتی می باشد. این پایان نامه با کد ۲۲۸۲۱۶۰۳۹۶۲۰۲۹ در دانشکده علوم انسانی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران غرب ثبت شده است. بدین وسیله از تمام افراد حاضر در پژوهش بخصوص از اساتید گرانقدر ومدیر محترم موسسه حمایت از کودکان کار وهمکاران زحمتکش آموزشگاه پرتو مرکز خاوران، دانش آموزان و خانواده های عزیز آنان که در اجرای پژوهش همکاری کاملی داشتند قدردانی به عمل می آید.

References

- Vamaghi M, Roshanfekar P, Dezhman M, Forouzan S. Combined Assessment and Rapid Assessment of the Status of Street Children and Their Characteristics in Tehran. Soc Issu Iran. 2016;6(2):461-391.
- Dayioğlu M. How sensitive are estimates of working children and child labour to definitions? A comparative analysis. MICS Methodological Papers; 2012.
- Rezazadeh F, Amoozadeh khalili M. Understanding the phenomenon of street children and reviewing the causes and factors that affect it. First International Conference on Social Sciences and Sociology; Shiraz: Kharazmi Institute of Science and Technology; 1394.
- Khariiri-Hassan M, Taghvaei D. Comparison between aggression and anxiety among child labor with and without sexual child abuse. J Pediatr Nurs. 2016;3(2):10-5.
- Doku P. Depression, delinquency and peer problems among children and adolescents affected by HIV/AIDS in Ghana: the mediating role of child labour. J Depress Anxiety. 2016;5(2):1-8.
- Dousti M, Pourmohammadrezatajirishi M, Ghobari BB. The effectiveness of resilience training on psychological well-being of female street children with externalizing disorders. Dev Psychol. 2014;11(41):43-54.
- Pasdar Y, Darbandi M, Nachvak SM. Nutritional status of working children as a neglected group in Kermanshah. J Commun Health Res. 2014;3:124-31.
- Ayatmehr F, Khaleghi M, Mohammadkhani S, Ghiasi H. The Efficacy of Education of Adolescent Empowerment in Prevention of Risky Behaviors in Child Labor. QJ Soc Work. 2015;4(1):16-23.

9. Audu B, Geidam A, Jarma H. Child labor and sexual assault among girls in Maiduguri, Nigeria. *Int J Gynecol Obstet.* 2009;104(1):64-7.
10. Afshani SA, Askari NA, Heidari M, Noorian NM. An Analysis of the Street-Children Phenomenon in the City of Isfahan. *J Appl Sociol.* 2013;23(4):21-5.
11. Pritchard C. *The child abusers: Research and controversy*: McGraw-Hill Education (UK); 2004.
12. MirShahi M, Qaderi A, MoeeniZadeh M. The Effectiveness of Life Skills Training on the Clinical Signs of the Personality of the Sexual Victims. *Clini Psychol Res Consult.* 2015;5(2):37-63.
13. Widom CS, White HR. Problem behaviours in abused and neglected children grown up: prevalence and co-occurrence of substance abuse, crime and violence. *Crim Behav Ment Health.* 1997;7(4):287-310.
14. Massey MS. *Early Childhood Violence Prevention.* : ERIC Digest; 1998.
15. Lopez-Castroman J, Melhem N, Birmaher B, Greenhill L, Kolko D, Stanley B, et al. Early childhood sexual abuse increases suicidal intent. *World Psychiatry.* 2013;12(2):149-54. doi: 10.1002/wps.20039 pmid: 23737424
16. Naghavi A, FatehiZadeh M, Abedi M. Cognitive Implications of Child Abuse in Adolescent girls. . *Sci J Minist Health.* 2005;6:140-5.
17. Porter ML, Hernandez-Reif M, Jessee P. Play therapy: A review. *Early Child Dev Care.* 2009;179(8):1025-40.
18. Shafie Abadi A. *Baby education techniques.* edition r, editor. Tehran: Chehr publicant; 1393. 142 p.
19. Ogawa Y. Childhood trauma and play therapy intervention for traumatized children. *J Prof Couns Pract Theory Res.* 2004;32(1).
20. Schaeffer JL, Ross RG. Childhood-onset schizophrenia: premorbid and prodromal diagnostic and treatment histories. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2002;41(5):538-45. doi: 10.1097/00004583-200205000-00011 pmid: 12014786
21. Landreth GL, Ray DC, Bratton SC. Play therapy in elementary schools. *Psychol Sch.* 2009;46(3):281-9.
22. Axline VM. *Play Therapy-The Inner Dynamics of Childhood*: Read Books Ltd; 2013.
23. Shen Y-J. Short-term group play therapy with Chinese earthquake victims: Effects on anxiety, depression and adjustment. *Int J Play Ther.* 2002;11(1):43.
24. Corey G. *Theory and practice of counseling and psychotherapy*: Nelson Education; 2015.
25. H QN. *General play therapy.* Tehran: Aeej publication; 2007.
26. Kaduson H, Schaefer C. *101 favorite play therapy techniques*: Jason Aronson; 2010.
27. Oaklander V. The therapeutic process with children and adolescents. *Gestalt Rev.* 1997;1(4):292-317.
28. Geldard K, Geldard D, Foo RY. *Counselling children: A practical introduction*: Sage; 2017.
29. KhodabakhshiKoolae A, Mokhtari A, Rastak H. The Effectiveness of play Therapy Based on the Gestalt on Self-Esteem and Social Adaptation of Children with Attention Deficit / Hyperactivity Disorder (ADHD). *Nurs QJ Vulnerable Groups.* 2018;5(14):1-13.
30. Azadimanesh P, Hossein khazadeh A, Hakim-javadi M, Vatankhah M. Effect of Puppet Play therapy on Aggression of Children with ADHD. *Urmia Univ Med Sci.* 2017;28(2):83-90.
31. Babaei Kafaki H, Ghanadzadegan H, Fasihi R. Effectiveness of group therapy game with gestalt approach on improving pre-school children's social skills. *Congress of Child and Adolescent Psychology*2015.
32. Mahooti A. *The Effectiveness of Playing Traumatic Treatments on Deaf Children's Perceived Anxiety and Sufficiency*: Islamic Azad University Tehra Markaz Brench; 2015.
33. Asjad AT, Masroor U. Effectiveness of play therapy in enhancing social skills in intellectually disabled children. *Rawal Med J.* 2017;3:42.
34. Davidson B, Satchi NS, Venkatesan L. Effectiveness of Play Therapy upon Anxiety among Hospitalised Children. *Int J Adv Res, Ideas Innov Technol.* 2017;3(5):441-4.
35. Nelson WM, Finch A. *Children's Inventory of Anger: ChIA Manual*: Western Psychological Services; 2000.
36. Zabihi A. *The Efectivness of Group Play Therapy on Reducing Aggression in Physically-Disabled Children.* Faculty of Psychology and Educational Science: Mashhad Ferdowsi University; 2013.
37. Matson JL, Rotatori AF, Helsel WJ. Development of a rating scale to measure social skills in children: the Matson Evaluation of Social Skills with Youngsters (MESSY). *Behav Res Ther.* 1983;21(4):335-40. doi: 10.1016/0005-7967(83)90001-3 pmid: 6626104
38. Yusefi F, Khayer M. The Study of the Reliability and Validity of Matson Social Skills Scale and the Comparison of the Performance of High School Girlsand Boys on this Scale. *J Educ Sci.* 2001;18(2):36.
39. Lin YW, Bratton SC. A meta-analytic review of child-centered play therapy approaches. *J Couns Dev.* 2015;93(1):45-58.
40. Randall LJ, Brumfield KA. *Girl Wars: Using Play Therapy to Address Relational Aggression With Middle School Girls.* Am Couns Assoc.