

اثربخشی برنامه آموزشی قصه‌درمانی بر سلامت روانی کودکان دبستانی The effectiveness of metaphor therapy on primary school children's mental health

حمیدی، شهروز^۱مدنی، یاسر^{۲*}غلامعلی لواسانی، مسعود^۳

Hamidi, Shahroz

Madani, Yaser

Masoud Gholamali Lavasani

چکیده

Abstract

Many psychologists use story to help solve people's problems. This research aimed at analyzing the impact of metaphor-therapy on mental health of elementary school pupils.

The study uses a quasi-experimental method in the form of a pre-test and post-test with a control group. Thirty 7 year-old students were randomly put into control and experimental groups, each with 15 members. The experimental group members participated in 10 sessions of metaphor-therapy twice a week, before which all of the participants from both groups responded to the Child Behavior Checklist Questionnaire. The control group received no intervention, and the questionnaire was distributed again for both groups at the conclusion of the treatment sessions. The findings of the study show that the metaphor-therapy sessions seemed to have significantly reduced the subscale scores of problem areas in emotional, anxiety, somatic, ADHD, oppositional defiance, conduct, internalizing behaviors, externalizing behaviors, social, thought attention, and the general problems in the post-test for the experimental group.

The findings indicate that conducting metaphor-therapy sessions in form of groups can significantly increase the mental health level in the experimental group, in comparison with the control group from the pretest to the follow-up ($p < .0001$).

روان‌درمانگران بسیاری، از قصه برای کمک به حل مشکلات افراد استفاده می‌کنند. این پژوهش با هدف بررسی تأثیر برنامه آموزشی قصه‌درمانی بر سلامت روان کودکان دبستانی انجام گرفت. انجام پژوهش در چارچوب روش شبه تجربی در قالب یک طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با یک گروه آزمایش و یک گروه کنترل، صورت گرفته است که ۳۰ دانش‌آموز پسر ۶-۷ ساله به شکل تصادفی در دو گروه ۱۵ نفره آزمایش و کنترل قرار گرفتند. گروه آزمایش ۱۰ جلسه، به مدت دو بار در هفته در جلسات قصه‌درمانی گروهی شرکت داده شدند و تمامی آزمودنی‌ها به پرسشنامه سیاه رفتار کودکان پاسخ دادند ولی گروه کنترل هیچ مداخله‌ای را دریافت نکردند و در آخر به پرسشنامه دوباره پاسخ دادند. یافته‌های این پژوهش حکایت از آن دارد که جلسات قصه‌درمانی موجب کاهش چشمگیر نمرات مقیاس‌های مشکلات عاطفی، مشکلات اضطرابی، مشکلات جسمانی، مشکلات بیش‌فعالی، رفتار مقابله‌ای، سلوک، درونی‌سازی، برونی‌سازی، مشکلات اجتماعی، مشکلات تفکر، مشکلات توجه و نمره مشکلات کلی در پس‌آزمون گروه آزمایش شده است. نتایج این پژوهش نشان داد که قصه درمانی گروهی، سطح سلامت روان کودکان گروه آزمایش را نسبت به گروه کنترل از مرحله پیش‌آزمون تا پیگیری به شکل معناداری افزایش داده است ($P < .0001$).

کلید واژه‌ها: قصه درمانی، سلامت روان، سیاه رفتار کودکان، کودکان دبستانی.

Keywords: Metaphor therapy, mental health, child behavior Checklist, elementary school pupil

^۱. کارشناس ارشد روان‌شناسی بالینی

^۲. نویسنده مسئول: عضو هیئت علمی گروه روان‌شناسی تربیتی و مشاوره دانشگاه تهران - دکترای تخصصی تربیت مشاور، yaser.madani@ut.ac.ir

^۳. عضو هیئت علمی گروه روان‌شناسی تربیتی و مشاوره، دانشگاه تهران

مقدمه

امروزه سلامت روانی^۱ یکی از موضوعات و مقولاتی است که ذهن بسیاری از متخصصان حوزه‌های مختلف را به خود مشغول کرده است. علت این امر نیز ارتباط و تأثیر سلامت روانی بر کاربردهای مختلف انسانی است. سلامت روانی اصطلاحی است که برای توصیف سطوح شناختی و هیجانی رفاه، آسایش و نیز عدم وجود اختلال روانی به کار می‌رود. طبق دیدگاه کل‌نگر و روان‌شناسی مثبت‌نگر سلامت روانی دربرگیرنده توانایی فرد برای لذت بردن از زندگی، ایجاد تعادل بین فعالیت‌های زندگی و کوشش برای رسیدن به بهبودپذیری روانی است (نس، ۲۰۰۵، نقل از زهرا کار، ۱۳۸۷). سلامت روان، نیازی ضروری و اساسی برای افراد در هر زمان است (سازمان جهانی بهداشت^۲، ۲۰۰۱). از نشانه‌های سلامت روان، برخورداری از خصیصه‌ای توانمندساز درونی یا منابع درونی قدرت است. برخورداری از این منابع درون فردی، فرد را قادر می‌سازد تا علی‌رغم شرایط ناگوار و پیشامدهای منفی، رشد سازگارانه خود را ادامه دهد و سلامت روان خود را حفظ کند (Jacelon, 1997).

هنر درمانی از انواع روان‌درمانی است که کمک می‌کند افراد نسبت به افکار و هیجانهایی خود، آگاه‌تر شوند و بر چالش‌های درونی و بیرونی خود غلبه کنند (شارف^۳، ۱۳۹۰). یکی از انواع هنر درمانی قصه است. آرتور روشن در کتاب خود در مورد کاربرد تمثیل و قصه در درمان اشاره می‌کند که شمار روز افزون از روان‌درمانگران از تمثیل و داستان برای کمک به حل مشکلات مردم استفاده می‌کنند. وی برای ارائه تاریخچه‌ای مختصر، از کارل گوستاو یونگ^۴، شلدون کپ^۵، بتلهایم^۶ و میلتون اچ. اریکسون^۷ و ارنست روسی^۸، نام می‌برد (روشن، ۱۳۹۱، ص ۴۶). در قصه، معمولاً کودک با شخصیت داستان هم‌ذات‌پنداری می‌کند و با فرضیه‌سازی و ارائه راه‌حل‌های مختلف برای حل چالش شخصیت داستان، مهارت حل مسأله خود را رشد می‌دهد (اصغری نکاح، ۱۳۸۲). سرانجام کودک با درک رابطه بین موضوع قصه و موضوع زندگی خود می‌تواند مستقیماً در مورد مسائلی خود فکر کند و برای آنها راه‌حلی بیابد (گلدارد و گلدارد، ارجمندی، ۱۳۸۹). بر این اساس رویکردهای داستانی به روان‌درمانی با این ایده هم‌گرایی دارد که درمان اساساً نوع ویژه‌ای از گفتگوی خلاق توانمندی مراجع را آشکار می‌سازد و به‌او جرئت و شهامت تغییر کردن می‌دهد (Furlonger, 1999). این نکته نیز قابل توجه است که ظرفیت‌ها و قابلیت‌های افراد در معنادگی و بازسازی قصه زندگی در فرایند درمانی متفاوت است (Strand, 1997).

رابطه قصه‌گو با شنونده قصه، قسمت مهمی از قصه‌درمانی است (Huffman, 2006) که به کودک فرصتی می‌دهد تا هم به شکل هیجانی و هم شناختی داستانش را تعریف کند (Kabanyane, 2004). قصه‌درمانی ضمن تقویت رابطه والدین-فرزند، خود یک پارچه‌تری را در کودک شکل می‌دهد (Lander,

1. Mental health

2. World Health Organization (WHO)

3. Sharf Richard S.

4. Carl G. Jung

5. Sheldon Kopp

6. Bruno Bettelheim

7. Milton Erickson

8. Ernest Rossi

2008). همچنین شواهد پژوهشی نشان می‌دهد که قصه‌درمانی هم در موقعیت‌های فردی و هم در موقعیت‌های گروهی قابل اجراست (برای نمونه زیمرمن و دیکرسن، ۱۹۹۴). از نظر گروه سنی مناسب برای قصه‌درمانی، پژوهش نشان می‌دهد که هم بزرگسالان و هم کودکان می‌توانند از روش قصه‌درمانی به‌رمند شوند (برای نمونه اشنایدر و داب، ۲۰۰۵؛ دراکر، ۱۹۹۸). با وجود این، شاید بتوان گفت که به‌دلیل شرایط خاص دوره کودکی، از نظر توانایی‌های شناختی، کودکان می‌توانند از روش قصه‌درمانی استفاده بیشتری کنند. در واقع مجاورت و نزدیکی کودکان به رویدادهای مهم بین فردی در زندگی روزمره و غوطه‌ور بودن آنها در جنبه‌های حسی و عینی تجربه‌ها موجب می‌شود که این رویدادها نفوذ قوی‌تری در قصه‌های زندگی آنها داشته باشند (Trad, 1992). شستمن (۱۹۹۹) گزارش می‌کند که به شکل کلی کودکان و نوجوانان علاقه‌ای به شرکت در جلسات درمانی ندارند، اما قصه را دوست دارند و از شنیدن آن لذت می‌برند. قابل ذکر است که استفاده از قصه‌درمانی در روان‌درمانی کودکان با کار ریچارد گاردنر در ۱۹۷۱ شروع شد. وی از فن قصه‌گویی متقابل استفاده کرد. (گاردنر، ۱۹۹۳ به‌نقل از آرد، ۲۰۰۴). برخی پژوهش‌گران نیز از توانایی قصه‌گویی کودکان برای ارزیابی و سنجش مشکلات و توانایی‌های مختلف آنها استفاده کرده‌اند. برای مثال نوربری^۱ و بیشاپ^۲ (۲۰۰۳) برای ارزیابی توانایی کودکان در مهارت‌های ارتباطی، از قصه‌گویی استفاده کردند.

امروزه اکثر کودکان و نوجوانان، مقادیر زیادی از وقت خود را در مدارس، بصورت رسمی می‌گذرانند، بنابراین مدارس نقش و جایگاه عمده‌ای در سلامت روان کودکان بازی می‌کنند. ارتقای سلامت روان در مدارس جهت بهبود پیشرفت تحصیلی و پیامدهای رفتاری و سلامت روانی دانش‌آموزان، بسیار مهم است، زیرا مشکلات سلامت روان، اغلب به شکل متفاوتی بر روی رفتار و عملکرد تحصیلی دانش‌آموز تأثیر می‌گذارد و معلمان نیز در مرتبه‌ای هستند که به‌خوبی می‌توانند دانش‌آموزانی را که نیاز به حمایت اجتماعی دارند، شناسایی کنند (Stafford, 2007).

هدف اصلی پژوهش حاضر بررسی تأثیر قصه‌درمانی بر بهبود سلامت روان کودکان دبستانی است. با توجه به عوامل مرتبط با سلامت روان، یعنی اضطراب، افسردگی، گوشه‌گیری، شکایات جسمانی، مشکلات عاطفی، رفتار مقابله‌ای، سلوک، مشکلات اجتماعی، مشکلات تفکر، مشکلات توجه، رفتار قانون شکنی و رفتار پرخاشگری و سایر مشکلات؛ قصد داریم به‌عنوان اهداف فرعی تأثیر قصه‌درمانی را بر کاهش مشکلات عاطفی، اضطرابی، شکایات جسمانی، بیش‌فعالی، مشکلات رفتار مقابله‌ای، سلوک، درونی‌سازی، برونی‌سازی، مشکلات اجتماعی، مشکلات تفکر، مشکلات توجه و مشکلات کلی مورد بررسی قرار دهیم.

قابل ذکر است که در روان‌شناسی به‌قصه‌درمانی، تمثیل درمانی^۳ نیز می‌گویند. استعاره (Metaphor) کلمه‌ای است یونانی، مرکب از *Meta* به‌معنی فرا یا وراء، و *Pherein* به‌معنای حمل یا انتقال (قاسم‌زاده، ۱۳۷۹). در زبان انگلیسی، متافور یا تمثیل، استعاره، قصه‌های کوتاه و حکایت‌ها را نیز شامل می‌شود اما در زبان استعاره با تمثیل متفاوت است (حاجی اسماعیلی، ۱۳۹۱). در این پژوهش صرف نظر از این تفاوت‌ها، قصه در معنای عام آن به‌کار رفته است و هر کجا از این لفظ استفاده می‌شود منظور تنها قصه به‌معنای سنتی آن نیست بلکه داستان و تمثیل را هم در برمی‌گیرد.

1. Norbury

2. Bishop

3. Metaphor Therapy

در زمینه استفاده از قصه‌ها برای درمان پژوهش‌های مختلفی در ایران انجام شده است از جمله طهماسیان (۱۳۸۵) کاربرد قصه در آموزش مهارت‌های اجتماعی به کودکان را بررسی کرده و به این نتیجه رسیده است که مشکلات اجتماعی کودکان، آنان را به سوی انواع اختلالات رفتاری سوق داده، و حتی نگرش آنان را نسبت به همسالان، مدرسه و کارکرد تحصیلی تحت تأثیر قرار می‌دهد و شناخت و تشخیص به موقع و آموزش مهارت‌های اجتماعی می‌تواند از مشکلات بعدی اینگونه کودکان پیشگیری نماید و آنان را به سمت رفتارهای مثبت اجتماعی رهبری کند. یوسفی‌لوپه و متین (۱۳۸۵) تأثیر قصه‌درمانی را بر راهبردهای رویارویی کودکان با مشکلات یادگیری مورد بررسی قرار داده و به این نتیجه رسیده‌اند که قصه‌درمانی موجب بهبود راهبردهای رویارویی کودکان با مشکلات یادگیری می‌شود. این تحقیق به مدت ۱۲ جلسه ۳۰ دقیقه‌ای طی ۴ هفته برگزار شده است. آدم‌زاده، فهیمه. (۱۳۹۰) در پژوهشی با عنوان اثربخشی قصه‌گویی بر میزان سازگاری اجتماعی، حافظه و ادراک دختران عقب‌مانده ذهنی آموزش‌پذیر کلاس اول ابتدایی بر نمونه‌ای ۲۰ نفری و در ۱۰ جلسه مورد بررسی قرار داد که افزایش توانمندی‌ها و حل مشکلات آنها را نشان می‌داد. صنعت نگار، حسین آبادی و اصغری نکاح (۱۳۹۱) تأثیر قصه‌درمانی گروهی را بر خودپنداره ناامیدی و تنهایی کودکان دختر بی‌سرپرست و بدسرپرست مقیم درخانه‌های کودک مشهد را مورد بررسی قرار داد و به این نتیجه رسیدند که قصه‌درمانی گروهش باعث افزایش معنادار وضعیت ذهنی-آموزشگاهی، تصویر بدنی و محبوبیت گروه آزمایش نسبت به دو گروه شبه کنترل و کنترل شده است. غلامی (۱۳۹۳) اثربخشی قصه‌درمانی گروهی بر خودپنداره، حل مسأله اجتماعی و پرخاشگری کودکان بی‌سرپرست و بدسرپرست مقیم مراکز شبه خانواده را بر روی ۲۴ کودک پسر مقطع ابتدایی در ۱۰ جلسه، دوبار در هفته مورد بررسی قرار داد و به این نتیجه رسید که قصه‌درمانی گروهی، سطح خود پنداره و حل مسأله اجتماعی را به شکل معناداری افزایش داده است و میانگین نمرات پرخاشگری به شکل معناداری کاهش یافته است.

پژوهش‌های مختلف بر اثربخشی روی کردهای قصه‌گویی در روان‌درمانی کودکان دارای اختلال‌هایی روان‌شناختی تأکید کرده‌اند. برای نمونه می‌توان به پژوهش‌های کُن، والمن^۱ (۲۰۰۰) اشاره کرد که در این راستا کتابی با هدف کمک به کودکان سرطانی و کودکان نیازمند پیوند مغز استخوان تألیف کرده‌اند. داویس (۱۹۹۰) به نقل از دایودی، (۱۹۹۷) به‌هنگام بحران، از قصه‌ها برای آرام‌سازی کودکان پرخاشگر استفاده کرده است. مونتر و همکاران (۲۰۰۲) در گزارش مطالعه موردی خود در امر مشاوره و درمان کودکی مبتلا به‌هایپرلکسیا نتیجه گرفتند یکی از بهترین شگردهای مورد استفاده برای قصه‌هایی بود متناسب با مشکلاتی که در طی روز در مدرسه برایش به‌وجود می‌آمد و یا حتی مشکلات بالقوه‌ی احتمالی. کاریگر^۲ (۲۰۱۳) در پژوهشی با نام قصه‌درمانی تعاملی: اثربخشی تمرین و تعمیم به‌مکالمات. اثربخشی قصه‌درمانی را بر بیماران مبتلا به‌افازیا (زبان‌پریشی) مؤثر دانسته است. فُلشتینا^۳ و همکاران (۲۰۱۵) در پژوهشی با عنوان "درمان با استفاده از درام و داستان‌گویی در پیشرفت صلاحیت اجتماعی بزرگسالان مبتلا به‌معلولیت ذهنی در مراکز مسکونی معلولین" بر روی افراد ۲۰ تا ۴۲ ساله مطالعه کردند. آنها از پرسشنامه صلاحیت اجتماعی بزرگسالان با مشکلات یادگیری و یا معلولیت ذهنی (ISKIE) اینسبروک استفاده کردند و نتایج نشان‌دهنده

1. Wallman

2. Carragher

3. Ruxandra Foloshtina

افزایش مهارت‌های اجتماعی و ارتباطی آنها و کاهش رفتار آشفته بود.

در مجموع همان گونه که مشاهده می‌شود پیشینه پژوهش‌ها، جایگاه و اهمیت استفاده از قصه به مثابه تکنیک و ابزار مشاوره و روان‌درمانی کودک را مشخص می‌نماید و در این نکته اشتراک نظر دارند که قصه می‌تواند دریچه‌ای برای نفوذ به دنیای کودکانه مراجع و همراه شدن با او در سفری برای کسب سازگاری، تعادل جویی و بهبود وضعیت سلامت عاطفی روانی کودک باشد.

در این پژوهش کوشش شد به این پرسش اصلی پاسخ داده شود که آیا قصه‌درمانی بر سلامت روان کودکان دبستانی مؤثر است؟ و همچنین به این سؤالات فرعی پاسخ داده شود که آیا قصه‌درمانی بر مشکلات عاطفی، مشکلات اضطرابی، مشکلات جسمانی، مشکلات *ADHD*، مشکلات رفتار مقابله‌ای، مشکلات سلوک، مشکلات درونی‌سازی، مشکلات برون‌سازی، مشکلات اجتماعی، مشکلات تفکر، مشکلات توجه و مشکلات کلی مؤثر است؟

روش تحقیق

در این پژوهش از روش «نیمه تجربی» در قالب یک طرح تحقیق از نوع پیش‌آزمون - پس آزمون - پی‌گیری با یک گروه کنترل استفاده کردیم. بدین صورت که از گروه آزمایش و گروه کنترل پیش آزمون گرفته شد. سپس گروه آزمایش، تحت تأثیر متغیر مستقل «قصه‌گویی» قرار گرفت، اما گروه کنترل هیچ مداخله‌ای را دریافت نکرد. بعد از اتمام مداخلات از هر دو گروه پس‌آزمون به عمل آمد و بعد از تجزیه و تحلیل داده‌ها نتایج مورد نظر بررسی شد.

نمونه و روش نمونه‌گیری

به سبب مشکلات مربوط به اجرای دوره‌های آموزشی، که مستلزم همکاری مؤثر اولیای مدرسه و والدین است و شرایطی که باید فراهم می‌شد تا نمونه از کل مدارس جامعه آماری انتخاب شود از روش نمونه‌گیری در دسترس استفاده شد. ۳۰ نفر از دانش‌آموزان دو کلاس از یک مدرسه برای اجرای سیاهه رفتاری کودک برای سنین ۶-۱۸ (*CBCL*) و شرکت در جلسات قصه‌درمانی انتخاب شدند که ۱۵ نفر از آنها در یک کلاس در گروه آزمایش قرار گرفت و ۱۵ نفر هم در کلاس دیگر به عنوان گروه کنترل انتخاب گردیدند.

ابزار پژوهش

آزمون مورد استفاده، فهرست رفتاری کودکان از نظام سنجش مبتنی بر تجربه اشنباخ (آشنباخ و رسکورا، ۱۳۸۴/۲۰۰۱) است که نسخه اولیه این فهرست توسط آشنباخ و ادلبروک (۱۹۸۳) نقل از ون وگت و دیگران، (۲۰۱۲) تدوین شده است:

سیاهه رفتاری کودکان (*CBCL*): (آشنباخ و رسکورا، ۲۰۰۱) مشتمل بر ۱۱۳ سؤال که توسط والدین و یا فردی که سرپرستی کودک را به عهده دارد تکمیل می‌گردد، ابزار دیگری است که در پژوهش حاضر به کار رفته است. شاخص روان‌سنجی این سیاهه که مشکلات عاطفی، مشکلات جسمانی، مشکلات کمبود توجه - بیش‌فعالی، مشکلات رفتار مقابله‌ای و مشکلات سلوک را در کودکان شش تا ۱۸ ساله پوشش می‌دهد، در ایران توسط مینایی (۱۳۸۴)، به نقل از آشنباخ و رسکورا، (۲۰۰۱) مورد بررسی قرار گرفت. مینایی (همان‌جا) ضریب همسانی درونی این عوامل را بین ۰/۷۷ تا ۰/۸۳ گزارش کرد. ضمن آن که ضرایب مربوط به پایایی بازآزمایی در کلیه زیر مقیاس‌ها در سطح ۰/۰۵ معنادار بود. اعتبار محتوای این نظام سنجش را چهارده

پژوهش تأیید می‌کند. والدین می‌بایست در خصوص فرزندانشان به هر یک از ماده‌ها بر مبنای یک مقیاس سه درجه‌ای (۰ و ۱ و ۲) نمره دهند. اعتبار آزمون- باز آزمون و اعتبار بین مصاحبه‌گران در فهرست رفتاری کودکان برای نمره‌های به‌دست آمده از مصاحبه‌گران مختلف و گزارش‌های والدین با فاصله زمانی هفت روز بین ۰/۹۳ تا ۱ بوده است. دامنه ضرایب آلفای مقیاس‌های صلاحیت برای فهرست رفتاری کودکان از ۰/۶۵ تا ۰/۸۵ گزارش شده است، همچنین نمره‌های این فهرست بین ۱۲ تا ۲۴ ماه ثبات داشته‌اند و روایی محتوای این نظام سنجش نیز طی چهار دهه مورد حمایت قرار گرفته است (آشنباخ و رسکورلا، ۱۳۸۴/۲۰۰۱). به‌علاوه ماده‌های نظام سنجش مبتنی بر تجربه آشنباخ از توان مناسبی برای متمایز کردن گروه به‌هنگار و بالینی برخوردار است (۰/۰۱ < P) و روایی ملاکی و سازه این نظام نیز مورد تأیید قرار گرفته است (آشنباخ و رسکورلا، ۱۳۸۴/۲۰۰۱). در ایران این ابزار توسط مینایی (۱۳۸۴) هنجاریابی شده و همسانی درونی، همبستگی‌های مربوط به توافق متقابل بین پاسخ‌دهندگان، روایی ملاکی و سازه و قدرت تمایزگذاری بین گروه بالینی و به‌هنگار در حد رضایت‌بخش گزارش شده است. همچنین نقاط برش برای مشکلات درونی‌سازی شده و برونی‌سازی شده و مشکلات کلی با آنچه توسط آشنباخ و رسکورلا (۱۳۸۴/۲۰۰۱) محاسبه شده بود، برابر بوده است. ابزار دیگر قصه است. ۱۰ قصه کوتاه محقق ساخته بر مبنای شاخص‌های سیاهه رفتاری کودک (CBCL) مورد استفاده قرار گرفت. این قصه‌ها متناسب با شرایط سنی کودکان و شرایط فرهنگی و اجتماعی ایران تنظیم شد و در هر قصه به یکی از مشکلات کودکان که مرتبط با مقیاس‌های (CBCL) است (مانند مشکلات عاطفی، مشکلات جسمانی، مشکلات کمبود توجه-بیش‌فعالی، مشکلات رفتار مقابله‌ای، مشکلات اجتماعی، مشکلات تفکر، مشکلات توجه، رفتار قانون‌شکنی، رفتار پرخاشگرانه و مشکلات سلوک) پرداخته شد. برای اطمینان از روایی محتوایی آنها، قصه‌ها به تأیید ۵ نفر از روان‌شناسان و نویسندگان قصه‌های کودک رسید.

شیوه اجرا

طرح اصلی با دستور از اداره آموزش و پرورش استان تهران و مجوز رسمی آموزش و پرورش منطقه ۶ تهران برای فقط مدارس پسرانه در یکی از دبستانهای منطقه ۶ که مدیر و مشاور مربوطه راضی به همکاری شدند، برگزار شد. پیش آزمون در جلسه اولیاء و مربیان با توضیحات لازم در اختیار والدین قرار گرفت و بعد از دریافت و بررسی پیش آزمون جلسات قصه‌خوانی (شامل خواندن قصه‌ها، طرح سؤال در طول خواندن قصه، درخواست برای تعریف قصه یا خاطره‌ای مشابه به‌وسیله بچه‌ها، تکلیف دلبخواه کشیدن نقاشی مرتبط با قصه و تعریف قصه‌ها برای اعضای خانواده) در ۱۰ جلسه ۳۰ دقیقه‌ای دو جلسه در هفته اجرا شد. سپس پس آزمون در اختیار والدین قرار گرفت و بعد از جواب‌گویی نمره‌دهی شد و با پس آزمون مقایسه و نتایج مورد تحلیل قرار گرفت.

روش تجزیه و تحلیل داده‌ها

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها، نخست به توصیف داده‌ها (میانگین، واریانس و غیره) و سپس از آزمون تحلیل کواریانس چندمتغیره استفاده شد. تحلیل کواریانس (ANCOVA) روشی آماری است که اجازه

می‌دهد اثر یک متغیر وابسته مورد بررسی قرار گیرد در حالی که اثر دیگری را حذف کرده یا از بین می‌برد. به کمک تحلیل کوواریانس اثر متغیر مستقل بر متغیر وابسته بررسی می‌شود به علاوه می‌تواند اثر متغیر دیگر - یک متغیر تصادفی کمکی را نیز بررسی کند. تحلیل کوواریانس اثر متغیر تصادفی کمکی را محدود کرده یا از بین می‌برد، و این کار را با استفاده از معادله رگرسیون برای اندازه‌گیری اثر آن انجام می‌دهد. از تحلیل کوواریانس معمولاً در طرح‌های پیش آزمون - پس آزمون استفاده می‌شود. در این طرح‌ها، قبل از این که آزمودنی‌ها در شرایط آزمایشی قرار گیرند، یک آزمون بر روی آنها اجرا می‌شود و سپس بعد از قرار گرفتن آنها در معرض شرایط آزمایشی همان آزمون مجدداً بر روی آنها اجرا می‌گردد. در اینجا نمرات پیش آزمون به عنوان متغیر تصادفی کمکی به کار می‌رود (پریس^۱، کمپ^۲، سلنگار^۳، ۱۳۹۰).

یافته‌های پژوهش

وجود همگنی شیب رگرسیون در جدول ۱ بررسی شده است.

جدول ۱. جدول همگنی رگرسیون

سطح معنی داری	F	میانگین	درجه آزادی df	مدل اصلاح شده
۰۰۱	۱۳,۵۸۸	۱۹,۱۵۵	۱	گروه+پیش آزمون مشکلات عاطفی
۰۰۵۰	۰,۳۶۷	۰,۱۱۲	۱	گروه+پیش آزمون مشکلات اضطرابی
۰۰۱	۴۰,۷۸۴	۱۳,۳۸۵	۱	گروه+پیش آزمون مشکلات جسمانی
۰۰۳۰	۵,۲۵۴	۱۰,۶۲۷	۱	گروه+پیش آزمون مشکلات ADHD
۰,۲۱۵	۱,۶۱۹	۱,۴۰۶	۱	گروه+پیش آزمون مشکلات رفتار مقابله‌ای
۰,۰۳۵	۴,۹۶۸	۱۳,۸۰۱	۱	گروه+پیش آزمون مشکلات سلوک
۰,۰۵۷	۳,۹۸۱	۱۴,۸۲۵	۱	گروه+پیش آزمون مشکلات درونی سازی
۰,۰۰۲	۱۱,۳۲۹	۱۲۵,۷۰۷	۱	گروه+پیش آزمون مشکلات برونی سازی
۰,۵۵۰	۰,۳۶۷	۰,۱۱۲	۱	گروه+پیش آزمون مشکلات اجتماعی
۰۰۰	۲۳,۸۰۲	۱۴,۸۷۲	۱	گروه+پیش آزمون مشکلات تفکر
۰۰۰	۱۷,۲۱۲	۱۱,۱۱۹	۱	گروه+پیش آزمون مشکلات توجه
۰,۰۳۶	۴,۹۰۴	۳۰۵,۷۶۸	۱	گروه+پیش آزمون مشکلات کلی

همان‌طور که در جدول ۱ مشاهده می‌شود در مشکلات اضطرابی، مشکلات رفتار مقابله‌ای، مشکلات درونی سازی و مشکلات اجتماعی تعامل از نظر آماری معنادار نیست و داده‌ها از فرضیه همگنی شیب‌های رگرسیون پشتیبانی می‌کند. بنابراین فرضیه تأیید می‌شود و تحلیل کوواریانس گرفته می‌شود اما در مقیاس‌های مشکلات عاطفی، مشکلات جسمانی، مشکلات ADHD، مشکلات سلوک، مشکلات برونی سازی، مشکلات تفکر، مشکلات توجه و مشکلات کلی به دلیل این که تعامل از نظر آماری معنی دار بود، داده‌ها از فرضیه رگرسیون پشتیبانی نمی‌کرد. بنابراین به جای تحلیل کوواریانس، از پیش آزمون و پس آزمون تفاضل گرفته شد و سپس آزمون *t* مستقل انجام شد.

در جدول ۲ تفاضل پیش آزمون و پس آزمون مشکلات عاطفی، مشکلات جسمانی، مشکلات ADHD، مشکلات سلوک، مشکلات برونی سازی، مشکلات تفکر، مشکلات توجه و مشکلات کلی بررسی شده است.

جدول ۲. تفاضل پیش آزمون و پس آزمون ها

1. Nicola Brace

2. Richard Kemp

انحراف معیار	میانگین تفاوت	تعداد	گروه	
۲,۶۵	۲,۲۰۰	۱۵	آزمایش	تفاضل پیش‌آزمون و پس‌آزمون
۱,۰۷	۰,۰۰۰	۱۵	کنترل	مشکلات عاطفی
۱,۴۴	۰,۹۳۳۳	۱۵	آزمایش	تفاضل پیش‌آزمون و پس‌آزمون
۰,۶۴	-۱,۳۳۳	۱۵	کنترل	مشکلات جسمانی
۰,۳۷	۰,۹۳۳۳	۱۵	آزمایش	تفاضل پیش‌آزمون و پس‌آزمون
۰,۱۷	-۰,۱۳۳۳	۱۵	کنترل	مشکلات ADHD
۲,۴۱	۱,۸۷	۱۵	آزمایش	تفاضل پیش‌آزمون و پس‌آزمون
۰,۹۶	-۰,۲۷	۱۵	کنترل	مشکلات سلوک
۱,۵۸	۵,۵۳	۱۵	آزمایش	تفاضل پیش‌آزمون و پس‌آزمون
۰,۴۱	-۰,۵۳	۱۵	کنترل	برونی‌سازی
۱,۸۹	۱,۴۷	۱۵	آزمایش	تفاضل پیش‌آزمون و پس‌آزمون
۰,۶۴	۰,۱۳	۱۵	کنترل	مشکلات تفکر
۱,۱۲	۲,۶۰	۱۵	آزمایش	تفاضل پیش‌آزمون و پس‌آزمون
۰,۸۶	-۰,۲۰	۱۵	کنترل	مشکلات توجه
۱۲,۱۴	۱۵,۰۰	۱۵	آزمایش	تفاضل پیش‌آزمون و پس‌آزمون
۰,۵۱	-۱,۲۰	۱۵	کنترل	مشکلات کلی

بعد از محاسبه انحراف استاندارد مقیاس‌ها از جدول ۲ اندازه اثر آنها محاسبه شد که به ترتیب اندازه اثر مشکلات عاطفی ۱/۱۸، مشکلات جسمانی ۲/۱۴، مشکلات ADHD ۳/۹۷، مشکلات سلوک ۱/۲۷، مشکلات برونی‌سازی ۶/۱۲ مشکلات تفکر ۱/۰۶، مشکلات توجه ۲/۸ و مشکلات کلی ۲/۵۶ بدست آمد که این اندازه اثرها، قابل توجه در نظر گرفته می‌شود.

در جدول ۳ نیز آزمون t مستقل نشان داده شده است.

جدول ۳. جدول t مستقل

آزمون t برای معناداری				
میانگین تفاوت	Sig. (2 tailed)	df درجه آزادی	t	
۲,۲	۰,۰۰۶	۲۸	۲,۹۸۱	تفاضل مشکلات عاطفی
۱,۶۷	۰,۰۱۴	۲۸	۲,۶۲۵	تفاضل مشکلات جسمانی
۲,۲	۰,۰۰۱	۲۸	۳,۷۸۲	تفاضل مشکلات ADHD
۲,۱۳۳	۰,۰۰۴	۲۸	۳,۱۷۷	تفاضل مشکلات سلوک
۶,۰۶۷	۰,۰۰۱	۲۸	۳,۷۲۳	تفاضل برونی‌سازی
۱,۳۳۳	۰,۰۱۵	۲۸	۲,۵۹۴	تفاضل مشکلات تفکر
۲,۸۰۰	۰,۰۰۰	۲۸	۷,۶۶۸	تفاضل مشکلات توجه
۲,۲	۰,۰۰۶	۲۸	۲,۹۸۱	تفاضل مشکلات کلی

در مقایسه با شرایط عدم ارائه قصه درمانی در گروه کنترل ($1/1 =$ میانگین) در وضعیت اجرای قصه‌درمانی، بهبود بیشتری در مشکلات عاطفی کودکان مشاهده شد ($2/2 =$ میانگین). میانگین تفاوت بین شرایط $2/2$ و سطح اطمینان ۹۵٪ برای تخمین میانگین تفاوت برای جامعه، بین $0/68$ و $3/71$ بود. اندازه اثر بزرگ بود ($d=1/9$). آزمون t مستقل نشان داد که تفاوت میان شرایط معنی‌دار است: (آزمون دو دامنه $t=2/981$, $df=28$, $p=0/006$)

در مقایسه با شرایط عدم ارائه قصه درمانی در گروه کنترل ($1/33 =$ میانگین) در وضعیت اجرای

قصه درمانی، بهبود بیشتری در مشکلات جسمانی کودکان مشاهده شد (۰/۹۳=میانگین). میانگین تفاوت بین شرایط ۱/۰۷ و سطح اطمینان ۹۵٪ برای تخمین میانگین تفاوت برای جامعه، بین ۰/۲۴ و ۱/۹ بود. اندازه اثر بزرگ بود ($d=۲/۱۴$). آزمون t مستقل نشان داد که تفاوت میان شرایط معنی دار است: (آزمون دو دامنه $t=۲/۶۲۵$, $df=۲۸$, $p=۰/۰۱۴$)

در مقایسه با شرایط عدم ارائه قصه درمانی در گروه کنترل (۰/۱۳=میانگین) در وضعیت اجرای قصه درمانی، بهبود بیشتری در مشکلات ADHD کودکان مشاهده شد (۰/۹۳=میانگین). میانگین تفاوت بین شرایط ۲/۲ و سطح اطمینان ۹۵٪ برای تخمین میانگین تفاوت برای جامعه، بین ۱/۰۱ و ۳/۴ بود. اندازه اثر بزرگ بود ($d=۳/۹۷$). آزمون t مستقل نشان داد که تفاوت میان شرایط معنی دار است: (آزمون دو دامنه $t=۳/۷۸۲$, $df=۲۸$, $p=۰/۰۰۱$)

در مقایسه با شرایط عدم ارائه قصه درمانی در گروه کنترل (۰/۲۷=میانگین) در وضعیت اجرای قصه درمانی، بهبود بیشتری در مشکلات سلوک کودکان مشاهده شد (۱/۸۷=میانگین). میانگین تفاوت بین شرایط ۲/۱۳ و سطح اطمینان ۹۵٪ برای تخمین میانگین تفاوت برای جامعه، بین ۰/۷۵۸ و ۳/۵ بود. اندازه اثر بزرگ بود ($d=۱/۵۳$). آزمون t مستقل نشان داد که تفاوت میان شرایط معنی دار است: (آزمون دو دامنه $t=۳/۱۷۷$, $df=۲۸$, $p=۰/۰۰۴$)

در مقایسه با شرایط عدم ارائه قصه درمانی در گروه کنترل (۰/۵۳=میانگین) در وضعیت اجرای قصه درمانی، بهبود بیشتری در مشکلات برونی‌سازی کودکان مشاهده شد (۵/۵۳=میانگین). میانگین تفاوت بین شرایط ۶/۰۷ و سطح اطمینان ۹۵٪ برای تخمین میانگین تفاوت برای جامعه، بین ۲/۷۳ و ۹/۴ بود. اندازه اثر بزرگ بود ($d=۱/۵۷$). آزمون t مستقل نشان داد که تفاوت میان شرایط معنی دار است: (آزمون دو دامنه $t=۳/۷۲۳$, $df=۲۸$, $p=۰/۰۰۱$)

در مقایسه با شرایط عدم ارائه قصه درمانی در گروه کنترل (۰/۱۳=میانگین) در وضعیت اجرای قصه درمانی، بهبود بیشتری در مشکلات تفکر کودکان مشاهده شد (۱/۴۷=میانگین). میانگین تفاوت بین شرایط ۱/۳۳ و سطح اطمینان ۹۵٪ برای تخمین میانگین تفاوت برای جامعه، بین ۰/۲۸ و ۲/۳۹ بود. اندازه اثر بزرگ بود ($d=۱/۳۴$). آزمون t مستقل نشان داد که تفاوت میان شرایط معنی دار است: (آزمون دو دامنه $t=۲/۵۹۴$, $df=۲۸$, $p=۰/۰۱۵$)

در مقایسه با شرایط عدم ارائه قصه درمانی در گروه کنترل (۰/۲=میانگین) در وضعیت اجرای قصه درمانی، بهبود بیشتری در مشکلات توجه کودکان مشاهده شد (۲/۶=میانگین). میانگین تفاوت بین شرایط ۲/۸ و سطح اطمینان ۹۵٪ برای تخمین میانگین تفاوت برای جامعه، بین ۲/۰۵ و ۳/۵۴۸ بود. اندازه اثر بزرگ بود ($d=۲/۸$). آزمون t مستقل نشان داد که تفاوت میان شرایط معنی دار است: (آزمون دو دامنه $p=۰/۰۰۱$, $t=۷/۶۶۸$, $df=۲۸$)

در مقایسه با شرایط عدم ارائه قصه درمانی در گروه کنترل (۱/۲=میانگین) در وضعیت اجرای قصه درمانی، بهبود بیشتری در مشکلات کلی کودکان مشاهده شد (۱۵=میانگین). میانگین تفاوت بین شرایط ۱۶/۲ و سطح اطمینان ۹۵٪ برای تخمین میانگین تفاوت برای جامعه، بین ۰/۶۹ و ۳/۷۱ بود. اندازه اثر بزرگ بود ($d=۲/۲$). آزمون t مستقل نشان داد که تفاوت میان شرایط معنی دار است: (آزمون دو دامنه $p=۰/۰۰۶$, $t=۲/۹۸۱$, $df=۲۸$)

جدول (۵) شاخص توصیفی مربوط به متغیرهای مشکلات اضطرابی، مشکلات رفتار مقابله‌ای، مشکلات درونی‌سازی و مشکلات اجتماعی را نشان می‌دهد.

جدول ۵. شاخص‌های توصیفی مربوط به مشکلات اضطرابی، رفتار مقابله‌ای، درونی‌سازی و مشکلات اجتماعی کودکان

گروه	تعداد	میانگین	خطای استاندارد	فاصله استاندارد ۹۵٪	محدوده پایین‌تر	محدوده بالاتر
مشکلات	۱۵	۱,۰۱۶	۰,۱۴۱	$\sqrt{۱۵}=۰/۵۶۴$	۰,۷۲۷	۱,۳۰۶
اضطرابی	۱۵	۲,۶۵۰	۰,۱۴۱	$\sqrt{۱۵}=۰/۵۶۴$	۲,۳۶۱	۲,۹۴۰
رفتار	۱۵	۱,۶۶۷	۰,۲۴۳	$\sqrt{۱۵}=۰/۳۴۳$	۱,۱۶۷	۲,۱۶۶
مقابله ای	۱۵	۲,۵۳۳	۰,۲۴۳	$\sqrt{۱۵}=۰/۳۴۳$	۲,۰۳۴	۳,۰۳۳
درونی	۱۵	۴,۸۵۸	۰,۵۲۵	$\sqrt{۱۵}=۰/۴۹۱$	۳,۷۸	۵,۹۳۶
سازی	۱۵	۷,۰۷۵	۰,۵۲۵	$\sqrt{۱۵}=۰/۴۹۱$	۲,۳۶۱	۸,۱۵۳
مشکلات	۱۵	۲,۹۷۵	۰,۳۱۸	$\sqrt{۱۵}=۰/۳۱۸$	۲,۳۲۳	۳,۶۲۷
اجتماعی	۱۵	۴,۴۹۲	۰,۳۱۸	$\sqrt{۱۵}=۰/۳۱۸$	۳,۸۳۹	۵,۱۴۴

میانگین گروه آزمایش مشکلات اضطرابی ۱/۰۱۶ و انحراف معیار آن $\sqrt{۱۵}=۰/۵۶۴$ * $s=۰/۱۴۱$ و میانگین گروه کنترل ۲/۶۵ و انحراف معیار آن ۰/۵۶۴ است. همان‌گونه که مشاهده می‌شود میانگین نمرات گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل تفاوت داشته است.

مطابق آزمون لوین ($f=۰/۶۷۸$ ، $\eta^2=۰/۱۷۶$)، درجه آزادی=۱ و درجه آزادی=۲ (۲۸) بنابراین مفروضه همگنی واریانس‌ها برقرار است.

میانگین گروه آزمایش مشکلات رفتار مقابله‌ای ۱/۶۶۷ و انحراف معیار آن $\sqrt{۱۵}=۰/۴۹۱$ * $s=۰/۳۴۳$ و میانگین گروه کنترل ۲/۵۳ و انحراف معیار آن ۰/۴۹۱ است. همان‌گونه که مشاهده می‌شود میانگین نمرات گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل تفاوت داشته است.

مطابق آزمون لوین ($f=۱/۹۶۹$ ، $\eta^2=۰/۱۷۲$)، درجه آزادی=۱ و درجه آزادی=۲ (۲۸) بنابراین مفروضه همگنی واریانس‌ها برقرار است.

میانگین گروه آزمایش مشکلات درونی‌سازی ۴/۸۵۸ و انحراف معیار آن $\sqrt{۱۵}=۲/۰۳$ * $s=۰/۵۲۵$ و میانگین گروه کنترل ۷/۰۷۵ و انحراف معیار آن ۲/۰۳ است. همان‌گونه که مشاهده می‌شود میانگین نمرات گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل تفاوت داشته است.

مطابق آزمون لوین ($f=۳/۴۴۵$ ، $\eta^2=۰/۰۷۴$)، درجه آزادی=۱ و درجه آزادی=۲ (۲۸) بنابراین مفروضه همگنی واریانس‌ها برقرار است.

میانگین گروه آزمایش مشکلات اجتماعی ۲/۹۷۵ و انحراف معیار آن $\sqrt{۱۵}=۱/۲۳$ * $s=۰/۳۱۸$ و میانگین گروه کنترل ۴/۴۹۲ و انحراف معیار آن ۱/۲۳ است. همان‌گونه که مشاهده می‌شود میانگین نمرات گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل تفاوت داشته است.

مطابق آزمون لوین ($f=۰/۰۶۶$ ، $\eta^2=۰/۷۹۹$)، درجه آزادی=۱ و درجه آزادی=۲ (۲۸) بنابراین مفروضه همگنی واریانس‌ها برقرار است.

در جدول (۶) نیز نتایج تحلیل کوواریانس نمایش داده شده است

جدول ۶. نتایج تحلیل کوواریانس تأثیر قصه درمانی بر مشکلات اضطرابی، مشکلات رفتار مقابله‌ای، مشکلات درونی‌سازی و مشکلات اجتماعی کودکان دبستانی

منبع تغییرات	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	سطح معناداری	مجذور سهمی اتا
مشکلات اضطرابی	۱۹,۲۶۹	۱	۱۹,۲۶۹	۶۴,۵۱۹	۰,۰۰۰	۰,۷۰۵
گروه	۲۰,۰۰۱	۱	۲۰,۰۰۱	۶۶,۹۹۷	۰,۰۰۰	۰,۷۱۳
میزان خطا	۸,۰۶۴	۲۷	۰,۲۹۹			
مشکلات رفتار مقابله‌ای	۴۱,۰۷۸	۱	۴۱,۰۷۸	۴۶,۳۳۵	۰,۰۰۰	۰,۶۳۱
گروه	۵,۶۳۳	۱	۵,۶۳۳	۶,۳۴۱	۰,۰۱۸	۰,۱۹۰
میزان خطا	۲۳,۹۸۸	۲۷	۰,۸۸۸			
درونی‌سازی	۶۸۶,۶۲۷	۱	۶۸۶,۶۲۷	۱۶۶,۰۶۱	۰,۰۰۰	۰,۸۶۸
گروه	۳۶,۸۱۹	۱	۳۶,۸۱۹	۸,۹۰۵	۰,۰۰۶	۰,۲۴۸
میزان خطا	۱۱۱,۶۳۹	۲۷	۴,۱۳۵			
پیش‌آزمون م‌اج	۱۳۱,۲۰۷	۱	۱۳۱,۲۰۷	۸۷,۱۲۸	۰,۰۰۰	۰,۷۶۳
گروه	۱۷,۰۱۹	۱	۱۷,۰۱۹	۱۱,۳۰۲	۰,۰۰۲	۰,۲۹۵
میزان خطا	۴۰,۶۶	۲۷	۱,۵۰۶			

همان گونه که در جدول ۶ آمده است، ردیف مربوط به گروه در مشکلات اضطرابی نشان می‌دهد که $F=۶۶/۹۹۷$ در این سطح معنادار است ($P<۰/۰۰۱$). همچنین مقدار اتا برابر با $۰/۷۱۳$ است که نشانگر اندازه اثر قوی است. میانگین نمرات تعدیل شده پیشنهاد می‌دهد گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل دارای مشکلات اضطرابی کمتری بودند. بنابر این می‌توان نتیجه گرفت که، بین دو گروه (گروه آزمایش و گروه کنترل) از نظر میزان بهبود مشکلات اضطرابی بعد از مداخله تفاوت معناداری وجود دارد. ردیف مربوط به گروه در مشکلات رفتار مقابله‌ای نشان می‌دهد که $F=۶/۳۴۱$ در این سطح معنادار است ($P<۰/۰۰۱$). همچنین مقدار اتا برابر با $۰/۱۹۰$ است که نشانگر اندازه اثر ضعیف است. میانگین نمرات تعدیل شده پیشنهاد می‌دهد گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل دارای مشکلات مقابله‌ای کمتری بودند. بنابر این می‌توان نتیجه گرفت که، بین دو گروه (گروه آزمایش و گروه کنترل) از نظر میزان بهبود مشکلات مقابله‌ای بعد از مداخله تفاوت معناداری وجود دارد. ردیف مربوط به گروه در مشکلات درونی‌سازی نشان می‌دهد که $F=۸/۹۰۵$ در این سطح معنادار است ($P<۰/۰۰۱$). همچنین مقدار اتا برابر با $۰/۲۴۸$ است که نشانگر اندازه اثر قوی است. میانگین نمرات تعدیل شده پیشنهاد می‌دهد گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل دارای مشکلات درونی‌سازی کمتری بودند. بنابر این می‌توان نتیجه گرفت که، بین دو گروه (گروه آزمایش و گروه کنترل) از نظر میزان بهبود مشکلات درونی‌سازی بعد از مداخله تفاوت معناداری وجود دارد. مشکلات اجتماعی نشان می‌دهد که $F=۱۱/۳۰۲$ در این سطح معنادار است ($P<۰/۰۰۲$). همچنین مقدار اتا برابر با $۰/۲۹۵$ است که نشانگر اندازه اثر قوی است. میانگین نمرات تعدیل شده پیشنهاد می‌دهد گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل دارای مشکلات اجتماعی کمتری بودند. بنابر این می‌توان نتیجه گرفت که، بین دو گروه (گروه آزمایش و گروه کنترل) از نظر میزان بهبود مشکلات اجتماعی بعد از مداخله تفاوت معناداری وجود دارد.

بحث و نتیجه گیری

در این پژوهش نتایج کل ۱۱۸ سؤال پرسشنامه سیاهه رفتاری کودکان *CBCL* تحلیل شدند. نتایج این پژوهش به سوالات فرعی پژوهشی ما اینطور پاسخ می‌دهد که به قوه‌درمانی بر مشکلات عاطفی، مشکلات اضطرابی، مشکلات جسمانی، مشکلات *ADHD*، مشکلات رفتار مقابله‌ای، مشکلات سلوک، مشکلات درونی‌سازی، مشکلات برونی‌سازی، مشکلات اجتماعی، مشکلات تفکر، مشکلات توجه و مشکلات کلی کودکان دبستانی اثر داشته و آنها را به شکل معناداری کاهش داده است.

نتایج این پژوهش همسو با برخی از پژوهش‌های گذشته است (استور و استور، ۱۹۹۴؛ سیدی، ۱۳۸۲؛ صفدری، ۱۳۹۲؛ مرادیان، مشهدی، آقا محمدیان شهرباف و اصغری نکاح، ۱۳۹۳؛ تویسرکانی، یوسفی و یوسفی لویه، ۱۳۸۷؛ مالکا^۱، ۲۰۱۰؛ شیبانی، ۱۳۸۷؛ رجب‌پور و جهانشاهی، ۱۳۹۰؛ یحیی محمودی، ناصح، صالحی، تیزدست، ۱۳۹۱؛ اصغرزاده سلماسی، پورشریفی، ۱۳۹۰؛ فلشتینا، ۲۰۱۵). به‌عنوان مثال استور و استور^۲ (۱۹۹۴) در پژوهشی فن قصه‌گویی مذهبی را برای درمان کودکان مشکل‌دار پیشنهاد می‌کنند. تمرکز آنها در این فن بر توانایی داستانهای مذهبی در سلامت هیجانی و روان‌شناختی، تأثیر مثبت زبان روحانی در رشد سلامتی کودکان و ضرورت یکپارچه کردن دیدگاه حسی در درمان کودکان بوده است. سیدی (۱۳۸۲) نیز در مقاله‌ای با نام کاربرد قصه‌گویی در درمان مشکلات رفتاری-عاطفی: پرخاشگری؛ بر تأثیر قصه‌گویی بر درمان مشکلات رفتاری-عاطفی تأکید کرده است. همچنین صفدری (۱۳۹۲) نشان داد که بازی و قصه‌درمانی باعث کاهش چشمگیر و معنادار اضطراب کودکان سرطانی گروه آزمایش می‌شود. مرادیان، و همکاران (۱۳۹۳) در پژوهش خود نشان داده‌اند که قصه‌درمانی منجر به بهبود معنادار کنش اجرایی بازداری و برنامه‌ریزی/سازماندهی دانش‌آموزان مبتلا به اختلال نارسایی توجه فزون کنشی شده است. تویسرکانی و همکاران (۱۳۸۷) در پژوهش خود نشان داده‌اند که قصه‌درمانی تأثیر معناداری بر سازگاری اجتماعی کودکان مبتلا به اختلال سلوک داشته است. مالکا (۲۰۱۰)، در پژوهشی نشان داد فعالیت‌های خلاق مانند قصه‌گویی باعث کاهش تنهایی کودکان آسیب‌دیده هیجانی و تسهیل سلامت روان ایشان می‌شود. شیبانی (۱۳۸۵) در پژوهش خود نشان داد که افسردگی تمام آزمودنی‌ها در پایان برنامه درمانی کاهش معناداری یافته است و نتیجه گرفت قصه‌درمانی علایم افسردگی، اضطراب و هراس را در کودکان افسرده کاهش می‌دهد. رجب‌پور و جهانشاهی (۱۳۹۰) نیز به این نتیجه رسیدند که قصه‌درمانی در کاهش اختلالات رفتاری دانش‌آموزان پسر مقطع ابتدایی مؤثر است. یحیی محمودی و همکاران (۱۳۹۱) نیز در پژوهشی مشابه با این سؤال پژوهشی ما، نشان دادند که آموزش گروهی مهارت‌های اجتماعی مبتنی بر قصه‌گویی موجب بهبود مشکلات رفتاری برونی‌سازی شده کودکان در آزمون آشناباخ می‌شود. به‌عنوان مثال اصغرزاده سلماسی و همکاران (۱۳۹۰) نیز نشان دادند که قصه‌درمانی سبب بهبود سازگاری اجتماعی کودکان مبتلا به سلوک می‌شود. همچنین فلشتینا (۲۰۱۵) در پژوهشی با عنوان "درمان با استفاده از درام و داستان‌گویی در پیشرفت صلاحیت اجتماعی بزرگسالان مبتلا به معلولیت ذهنی در مراکز معلولین" به این نتیجه رسیده که خواندن داستان برای آنها هم اثربخش بوده و باعث افزایش مهارت‌های اجتماعی آنها شده است.

1. Malka, M.

2. Stover & Stover

در تبیین یافته‌های فوق و تحلیل پژوهش‌های مطرح شده می‌توان عنوان کرد، عادات، طرز تفکر، عقاید، ارزش‌ها و نگرش‌هایی که فرد در کودکی کسب می‌کند، اساس موفقیت و شکست او را در مراحل بعدی زندگی مشخص می‌سازد. در زمان کودکی آمادگی بسیاری برای دریافت و اثرپذیری وجود دارد و شناخت و فکر کودک به‌آسانی تحت تأثیر قرار می‌گیرد. یادگیری موفقیت‌آمیز برخورد درست با مشکلات و چالش‌های زندگی به‌وسیله قصه‌ها، احساس کودک را در مورد خود و دیگران تحت تأثیر قرار می‌دهد و توانایی‌های روانی-اجتماعی همچون مسئولیت‌پذیری، کنترل خشم، درک حقوق خود و دیگران، کنترل هیجانات و تکانه‌های درونی و ارتباط مطلوب بین فردی را ارتقاء می‌دهد. این توانایی‌ها فرد را برای مقابله مؤثر و پرداختن به کشمکش‌های زندگی یاری می‌بخشد و زمینه سلامت روانی را تأمین می‌نماید. لذا می‌توان گفت، قصه‌درمانی به کودکان کمک می‌کند تا مهارت‌های لازم برای برقراری ارتباط مؤثر و ایجاد روابط صمیمانه با دیگران و عضویت و شرکت در گروه‌های کوچک و بزرگ جامعه و توانایی پذیرش مسئولیت در موقعیت‌های مختلف زندگی را به دست آورند. و با هم‌ذات‌پنداری با قهرمان قصه‌ها به شکل غیر مستقیم و بدون احساس گناه با مشکلات درگیر و پس از ایجاد سوال‌هایی در ذهنشان به‌راه‌کاری مؤثر در برابر آنها دست یابند و می‌توان نتیجه گرفت قصه‌درمانی در ارتقای سلامت روان کودکان مؤثر است و می‌توان از قصه‌درمانی به‌عنوان یک فن اثربخش برای بالا بردن بهداشت روان کودکان استفاده کرد. و نیاز است بیش از پیش به قصه‌درمانی توجه شود و در درمان کودکان از آن سود جست. این پژوهش با محدودیت‌هایی نیز مواجه بوده است ۱. کمبود ادبیات پژوهشی و نظری به‌زبان فارسی در زمینه قصه‌درمانی، یکی از محدودیت‌های جدی در این زمینه بود. ۲. همچنین به‌علت عدم مهارت قصه‌نویسی روان‌شناسان پیشینی که بر روی قصه‌درمانی کار کرده بودند دامنه انتخاب قصه‌ها محدود به موضوعاتی بود که به‌وسیله قصه‌نویسان نوشته شده بود به‌همین خاطر موضوعات روان‌شناختی محدودی به‌دست آمده بود که در پارهای از موارد انتخاب مسئولانه‌ای صورت نگرفته بود. ۳. از دیگر محدودیت‌های پژوهش استفاده از نمونه در دسترس (آزمودنی‌ها به‌علت محدودیتی که آموزش و پرورش قائل بود محدود به آزمودنی‌های پسر شد و آن هم به‌علت عدم همکاری مدارس به‌یک مدرسه محدود شد)، ابزار کاغذمادی بود و پیشنهاد می‌شود که تعمیم نتایج آن با احتیاط و با در نظر گرفتن همه جوانب صورت گیرد. ۴. این پژوهش فقط دانش‌آموزان تهرانی را مورد بررسی قرار داده است، لذا تعمیم نتایج به‌دانش‌آموزان در شهرهای دیگر بایستی با احتیاط صورت گیرد.

در پژوهش‌های آتی پیشنهاد می‌شود که تأثیر قصه‌درمانی بر گروه‌های سنی دیگر و مقاطع تحصیلی دیگر نیز مورد بررسی قرار گیرد. همچنین در پژوهش‌های آینده، عوامل مداخله‌گری همچون وضعیت اقتصادی، جنسیت و مقدار تحصیلات والدین مورد بررسی قرار گیرد. به‌دلیل این‌که تحقیقات اندکی در مورد قصه‌درمانی انجام پذیرفته، بنابراین ضرورت انجام پژوهش‌های بیشتری در این زمینه احساس می‌شود.

منابع

- اشرف‌پوری، زیور؛ پور ابراهیم، تقی؛ یوسف‌لویه، مجید. (۱۳۸۹). تأثیر قصه‌درمانی گروهی بر کاهش نشانه‌های اختلال لجبازی-نافرمانی کودکان. نشریه پژوهش‌های مشاوره، شماره ۳۵، صفحات ۸۳-۱۰۰.
- اصغرزاده سلماسی، فرزانه؛ پورشریفی، حمید. (۱۳۹۰). تأثیر قصه‌درمانی بر بهبود سازگاری اجتماعی کودکان مبتلا به اختلال سلوک. فصل‌نامه علوم تربیتی، دوره ۴ شماره ۱۴، صفحات ۱۳-۲۴.
- اصغری نکاح، سیدمحسن. (۱۳۸۲). گزارش اقدام‌پژوهی پیرامون کاربرد قصه به‌مثابه تکنیک و ابزار در مشاوره

- و روان‌درمانی کودک. مجله تعلیم و تربیت استثنایی، دوره ۱۹، شماره ۲۰ و ۲۱، صفحات ۲۲-۱۴.
- اکبری، احمد؛ جاویدی کلاته جعفرآبادی، طاهره؛ شعبانی ورکی، بختیار؛ تقوی، محمد. (۱۳۹۱). فلسفه برای کودکان (P4C): مضامین فلسفی در داستانه‌های متون کلاسیک ادب فارسی. نشریه تفکر و کودک، دوره ۳، شماره ۲، صفحات ۱-۱۷.
- آخنباخ، توماس؛ رسکورا، لسلو. (۱۳۹۰). کتابچه راهنمای فرم‌های سن مدرسه نظام سنجش مبتنی بر تجربه آخنباخ، مترجم: اصغر مینائی، تهران: پژوهشگاه مطالعات آموزش و پرورش.
- آدم‌زاده، فهیمه. (۱۳۹۰). اثربخشی قصه‌گویی بر میزان سازگاری اجتماعی، حافظه و ادراک دختران عقب‌مانده ذهنی آموزش‌پذیر کلاس اول ابتدایی. پایان‌نامه منتشر نشده کارشناسی ارشد، دانشگاه اصفهان.
- بریس، نیکلا؛ کمپ، ریچارد؛ سنلگارد، رزمی. (۱۳۹۰). تحلیل داده‌های روان‌شناسی با برنامه SPSS. ترجمه خدیجه علی‌آبادی و سیدعلی صمدی، تهران: نشر دوران.
- تاج‌آبادی، رضا. (۱۳۹۲). تأثیر روش قصه‌گویی و قصه‌درمانی بر کاهش افسردگی کودکان. ششمین همایش بین‌المللی روان‌پزشکی کودک و نوجوان، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، دانشکده پزشکی.
- تویسرکانی راوری، مهدیه؛ یوسفی، سیدجلال؛ یوسفی لویه، مجید. (۱۳۸۷). تأثیر آموزش مهارت‌های اجتماعی مبتنی بر قصه در کاهش نشانه‌های اختلال سلوک کودکان. فصل‌نامه خانواده‌پژوهی، دوره ۴، شماره ۱۳، صفحات ۶۳-۷۶.
- حاجی‌اسماعیلی، مهدی. (۱۳۹۱). کاربرد تمثیل و قصه در شناخت درمانی. مجله رشد مشاور مدرسه، دوره ۸، شماره ۱، صفحات ۸-۱۰.
- رجب‌پور فرخانی، سمیه؛ جهانشاهی، فاطمه. (۱۳۹۰). اثربخشی قصه‌درمانی در کاهش اختلال رفتاری دانش‌آموزان پسر مقطع ابتدایی. مجله تفکر و کودک، دوره ۲، شماره ۴، صفحات ۱۹-۳۵.
- روشن، آرتور. (۱۳۹۱). قصه‌گویی (چگونه از داستان برای کمک به کودکان در رفع مشکلات زندگی بهره ببریم). ترجمه بهزاد یزدانی و مژگان عمادی، تهران: نشر جوانه رشد.
- زهرار کار، کیانوش. (۱۳۸۷). بررسی رابطه شیوه‌های فرزند پروری والدین و سلامت روانی نوجوانان شهر اسلامشهر. فصلنامه اندیشه‌های تازه در علوم تربیتی، دوره ۳، شماره ۲، صفحات ۷۷-۹۱.
- سلیمانی اهری، هادی. (۱۳۸۷). آموزش فلسفی کودکان در نظام تعلیم و تربیت اسلامی. فصل‌نامه پژوهش‌های فلسفی-کلامی، دوره ۱۰، شماره ۳۷، صفحات ۱۹۹-۲۱۸.
- سیدی، سیده طاهره. (۱۳۸۲). کاربرد قصه‌گویی در درمان مشکلات رفتاری-عاطفی: پرخاشگری. مجله تعلیم و تربیت استثنایی، شماره ۲۲ و ۲۳، صفحات ۳۵-۴۳.
- شارف، ریچارد. اس. (۱۳۹۰). نظریه‌های روان‌درمانی و مشاوره. ترجمه مهرداد فیروزبخت، مؤسسه خدمات فرهنگی رسا. (تاریخ انتشار اثر به زبان اصلی، ۱۹۹۹).
- شیبانی، شهناز. یوسفی لویه، مجید، دلاور، علی. (۱۳۸۵). تأثیر قصه‌درمانی بر کاهش علائم افسردگی در کودکان افسرده. پژوهش در حیطه کودکان استثنایی، دوره ۶، شماره ۴، صفحات ۸۹۳-۹۱۶.
- صدفردی، زهرا. (۱۳۹۲). مقایسه اثربخشی بازی و قصه‌درمانی بر کاهش اضطراب کودکان سرطانی. پایان‌نامه منتشر نشده کارشناسی ارشد، دانشگاه فردوسی مشهد، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی.
- صنعت‌نگار، سارا؛ حسین‌آبادی، حسین؛ اصغری نکاح، محسن. (۱۳۹۱). اثربخشی قصه‌درمانی گروهی بر

- کاهش ناامیدی و تنهایی کودکان دختر مراکز شبه خانواده. فصلنامه روان‌شناسی کاربردی، دوره ۴، شماره ۲۴، صفحات ۷-۲۳.
- طالبزاده شوشتری، مرضیه. (۱۳۹۲). اثر بخشی قصه‌درمانی بر اختلالات رفتاری کودکان. ششمین همایش بین‌المللی روان‌پزشکی کودک و نوجوان ایران، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، دانشکده پزشکی. طهماسبیان، کارینه. (۱۳۸۵). کاربرد قصه در آموزش مهارت‌های اجتماعی به کودکان. اولین کنگره سراسری هنردرمانی در ایران، دانشگاه شهید بهشتی.
- غلامی، جواد. (۱۳۹۳). اثر بخشی قصه‌درمانی گروهی بر خودپنداره، حل مسأله اجتماعی و پرخاشگری کودکان بی‌سرپرست و بد سرپرست مقیم مراکز شبه خانواده. پایان‌نامه منتشر نشده کارشناسی ارشد، دانشگاه سمنان، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی.
- قاسم‌زاده، حبیب‌الله. (۱۳۷۹). استعاره و شناخت. تهران: انتشارات فرهنگستان.
- کداسن، هایدی‌جی؛ شفر، چارلزبی. (۱۳۸۲). برگزیده‌ای از بازی درمانی. ترجمه سوسن صابری و پریش وکیلی، تهران: انتشارات ارجمند.
- گلدارد، کاترین، و گلدارد، دیوید. (۱۳۸۹). راهنمای عملی مشاوره با کودکان با روش بازی‌درمانی. ترجمه زهرا ارجمندی، تهران: انتشارات اندیشه‌آور. (تاریخ انتشار اثر به زبان اصلی، ۲۰۰۳).
- مرادیان، زهرا؛ مشهدی، علی؛ آقا محمدیان شعرباف؛ حمیدرضا؛ اصغری نکاح، سیدمحسن. (۱۳۹۳). اثر بخشی قصه‌درمانی مبتنی بر کنش‌های اجرایی بر بهبود بازداری و برنامه ریزی/سازماندهی دانش‌آموزان مبتلا به اختلال نارسیایی توجه/افزون کنشی. مجله روان‌شناسی مدرسه، دوره ۳، شماره ۲، صفحات ۱۸۶-۲۰۴.
- یحیی محمودی، ندا. ناصح، اشکان. صالحی، سیروس. تیزدست، طاهر. (۱۳۹۱). اثر بخشی آموزش گروهی مهارت‌های مبتنی بر قصه‌گویی بر مشکلات رفتاری برون‌سازی شده کودکان. مجله روان‌شناسی تحولی: روان‌شناسان ایرانی، دوره ۹، شماره ۳۵، صفحات ۲۴۹-۲۵۷.
- یوسفی لویه، مجید؛ متین، آذر. (۱۳۸۵). تأثیر قصه‌درمانی بر راهبردهای رویارویی کودکان با مشکلات یادگیری. مجله پژوهش در حیطه کودکان استثنایی، دوره ۶، شماره ۲، شماره ۶۰۳-۶۲۲.
- Achenbach, T. M.; Dumenci, L.; Roscorla, L. A. (2001). *Ratings of relations between DSM-IV diagnostic categories and items of the CBCL/G-18, TRF, and YSR*. Online. Available in PDF Format at: WWW.ASEBA.Org/research/DSM6-18/ratings. [accessed 15 may 2004].
- Arad, D. (2004). "If your mother were an animal, what animal would she be? Creating play stories in family therapy: the Animal Attribution story-telling technique". *Family Process*.
- Carragher, M., Sage, K., Conry, P. (2013) *Interactive Storytelling Therapy: Task Effects and Generalisation to Conversation*. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*.(94)269-270. conference, Portland, OR.
- Coon-Wallman, J. (2000). *Just two rooms apart: A book on Pediatric bone marrow transplant*. Massachusetts school of professional psychology.
- Drauker, CB. (1998). "Narrative therapy for women who have lived with violence". *Arch Psychiatr Nurs*, 12, 162-8.
- Dwivedi K. N. (1997). *The therapeutic use of stories* London: Routledge. Erickson, Milton and Rossi, Ernest. (1979). *Hypnotherapy, An Exploratory Casebook*, New York: Irvington Publisher.

- Foloshtina, Ruxandra. Tudorache, Loredana. Michel, Theodora. Erzsebet, Banga. Duta, Nicoleta. (2015). "Using Drama Therapy and Storytelling in Developing Social Competences in Adults with Intellectual Disabilities of Residential Centers" *Procedia-Social and Behavioral Sciences*. (186)1268-1274.
- Furlonger, B.F. (1999). "Narrative therapy and children with hearing impairments". *Am Ann Deaf*, 144, 325-33.
- Geldard, K., and D. Grldard. (1997). *Counseling Children: A Practical Interoduction*. London: Sage Publications.
- Huffman, K. (2006). *Belief transmission through family story telling: Family therapy program school of family life. A thesis for master of family therapy, The department of marriage and family therapy, Brigham Young University.*
- Jacelon, C. S. (1997). *The trait and process of resilience. Journal of Advanced Nursing*, 25, 123-129.
- Joseph, S., Williams, R., & Yule, W. (1997). *Understanding post-Trammatic Stress: A Psychological Perspective on PTSD and Treatment*. West Sussex: Wiley.
- Kabanyane, N. (2004). *The psycho-educational use of narrative therapy among NGUNI speaking children. An un-published thesis for Master of education, The faculty of Guidance and Counseling, University of South Africa.*
- Lander, I. (2008). *Using family attachment narrative therapy to heal the wounds of twinship: A case study of an 11-year-old boy. Journal of child adolescent social*, 25(2): 367-383.
- Malka, M. (2010). *Lonely children and adolescent: Self-Preception and Social exclusion and hope, in 1st (eds). Springer: New York.*
- Montero Kovach, Renee (2002). *Bridging communication with the story technique. Westwing pabliching. Com/hyperlexia.*
- Norbury, C.F. & Bishop, D.V. (2003). *Narrative skills of children with communication impairment. Int I Lang Commun Disord. No. 38(3): pp.287-313.*
- Schechtman, Z. and Nachshol, R. (1996). *A school-based intervention toreduce aggressive behavior in maladjusted adolescent. Journal of Applied Development Psychology*. (17), 535-552.
- Schneider, P. and Dube, Rv. (2005). "Story presentation effects on children's retell content". *Am J Speech Lang Pathol*, 14, 52-60.
- Stafford, K. (2007). *Keynote speech at the National Association Poetry Therapy*
- Stover, E. D., and Stover, M. (1994). *Biblical storytelling as a form of child therapy. Journal of Psychology Christianity*. 13(1), 28-36.
- Strand, P. S. (1997). *Toward a developmentally informed narratives therapy. Family Process*, 36, 325-339.
- StrumPfer, D. (1990). *Salutogeresis: a New Paradigm. South African of Psychology*. 20(4) 265-276.
- Trad, P.V. (1992). "Use of developmental principles to decipher the narrative of preschool children". *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 31, 581-592.
- Wolter JA, Dilolloa, and Apelk. (2006). *A Narrative Therapy Approach To Counseling: A Model for working with adolescents and adults with language- literacy deficits. Lang speech hear Serv Sch*, 39 (3), 168-177.
- Zimmerman, J. L. and Dickerson, V.C. (1994). "Using a metaphor: implications for therapy and clinical practice". *Family Process*, 33, 233-45.

