

اثربخشی قصه‌درمانی در کاهش اختلال رفتاری دانش‌آموزان پسر مقطع ابتدایی

* سمیه رجب‌پور فرخانی

** فاطمه جهانشاهی

چکیده

هدف از تحقیق حاضر بررسی تأثیر قصه‌درمانی در کاهش اختلال رفتاری دانش‌آموزان پسر مقطع ابتدایی است. جامعه آماری همه پسران مقطع ابتدایی شهر مشهد بودند. در این پژوهش به سبب مشکلات مربوط به اجرای طرح‌های آزمایشی، که مستلزم همکاری مسئولان مدرسه و والدین است، از روش نمونه‌گیری در دسترس استفاده شد و، پس از انتخاب مدرسه، از بین دانش‌آموزانی که بالاترین نمره را در فرم معلمان داشتند، سی نفر انتخاب و سپس به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه ($n=15$) جایگزین شدند. سپس مریبان پرسش‌نامه راتر کودکان را به منزله پیش‌آزمون برای هر دو گروه تکمیل کردند و درمان‌گران جلسات قصه‌درمانی را به مدت شش هفته و در دوازده جلسه برای گروه آزمایش برگزار کردند. پس از اتمام جلسات درمان، دوباره همان مریبان پرسش‌نامه راتر را به منزله پس‌آزمون برای هر دو گروه گواه و آزمایش تکمیل کردند و نتایج با آزمون t برای گروه‌های مستقل و تحلیل کوواریانس مقایسه شد. با توجه به نتایج، فرضیه پژوهش تأیید شد و می‌توان نتیجه گرفت که قصه‌درمانی در کاهش اختلالات رفتاری دانش‌آموزان پسر مقطع ابتدایی مؤثر است.

کلیدواژه‌ها: اثربخشی، قصه‌درمانی، مقطع ابتدایی، کاهش اختلال رفتاری، دانش‌آموزان.

* کارشناس ارشد روان‌شناسی کودکان استثنایی simarajabpour@yahoo.com

** کارشناس ارشد روان‌شناسی کودکان استثنایی fatemeh.jahanshahi@yahoo.com

تاریخ دریافت: 1390/7/24، تاریخ پذیرش: 1390/8/20

1. مقدمه

اختلالات هیجانی - رفتاری به شرایطی اطلاق می‌شود که در آن پاسخ‌های هیجانی و رفتاری در مدرسه با هیجان‌های فرهنگی، سنتی، و قومی تفاوت داشته باشد؛ به طوری که در عملکرد تحصیلی فرد، مراقبت از خود، روابط اجتماعی، سازگاری فردی، رفتار در کلاس، و سازگاری در محیط کار نیز تأثیر منفی داشته باشد. اغلب کودکان با اختلالات رفتاری احساسات منفی دارند و با دیگران بدرفتاری می‌کنند. در بیش‌تر موارد، معلمان و هم‌کلاسی‌ها آن‌ها را طرد می‌کنند، در نتیجه فرصت‌های آموزشی آنان کاهش می‌یابد (Brown and Percy, 2007: 89). به‌رغم مشکلات فراوانی که این کودکان با آن مواجه‌اند، بیش‌تر آن‌ها تا سال‌ها پس از ورود به مدرسه شناسایی نمی‌شوند مگر این‌که اختلالات رفتاری و مشکلات تحصیلی آنان تشدید شود (Hartsough, 1995: 236).

بسیاری از بزرگ‌سالان تحمل رفتارهای کودکان با اختلالات رفتاری را ندارند و به تنبیه آنان نیز متوسل می‌شوند. این کودکان در مقایسه با هم‌سالان بهنجار خود در جنبه‌های مهم زندگی محدودیت دارند و در تعاملات اجتماعی با مشکلات جدی مواجه‌اند. ناتوانایی‌های این کودکان از رفتارهای آن‌ها ناشی می‌شود (Walker et al., 1998: 19). قصه‌درمانی در سال‌های اخیر به صورت یکی از فنون بازی‌درمانی مطرح شده است (Arad, 2004: 225).

استفاده از قصه‌درمانی به‌مثابه یک فن درمانی فقط به درمان مشکلات روان‌شناختی کودکان منجر نمی‌شود. در قصه‌درمانی فرض بر این است که تغییر در زبان و ادبیات قصه‌های زندگی فرصت‌های جدیدی برای رفتار و روابط با دیگران ایجاد می‌کند (Desocio, 2005: 194).

کودکان از طریق داستان‌ها و افسانه‌ها با حقایق و تجربه‌های زندگی آشنا می‌شوند (شعاری‌نژاد، 1378: 106)؛ تأثیرپذیری از شخصیت‌های قصه، تقویت قدرت فهم و بیان، پرورش خلاقیت، آموزش زبان، و افزایش گنجینه واژگان کودکان نیز از دیگر تأثیرهای آموزشی و تربیتی داستان‌سرایی به‌شمار می‌روند (میرزاییگی، 1376: 78). در واقع داستان خلاقیت گسترده‌ای است که با آن هر فردی می‌تواند عقاید به‌ظاهر نامعقول را بازیابی و آن‌ها را جایگزین و استفاده‌سازنده از آن‌ها را مطرح کند (Dwivedi, 1997: 245). به‌همین دلیل است که رویکردهای داستانی به روان‌درمانی تأکید دارد و قصه‌ها در چگونگی رفتار و واقعیت‌های کودکان نقش مؤثری ایفا می‌کند (Strand, 1997: 308).

قصه‌ها به کودکان راه‌حل‌هایی ارائه می‌دهند که غیر منتظره و شگفت‌انگیز و در عین حال شدنی و مثبت‌اند (Pezeshkian, 1996: 58). تلاش پژوهش‌گران و درمان‌گران منجر به استفاده از ادبیات و قصه و قصه‌درمانی شده است (روشن، 1385؛ Craig, 2000; Desocio, 2005; Raymand, 2004; Dean, 1998).

2. فرضیه‌های پژوهش

با توجه به سوابق پژوهشی موجود، فرضیه‌های اصلی پژوهش حاضر عبارت‌اند از:

1. برنامه قصه‌درمانی موجب کاهش اختلال رفتاری کودکان در محیط خانه می‌شود؛
2. برنامه قصه‌درمانی موجب کاهش اختلال رفتاری کودکان در محیط مدرسه می‌شود. و فرضیه‌های فرعی عبارت‌اند از:
 1. برنامه قصه‌درمانی موجب کاهش پرخاش‌گری کودکان در محیط خانه می‌شود؛
 2. برنامه قصه‌درمانی موجب کاهش پرخاش‌گری کودکان در محیط مدرسه می‌شود؛
 3. برنامه قصه‌درمانی موجب کاهش ناسازگاری اجتماعی کودکان در محیط خانه می‌شود؛
 4. برنامه قصه‌درمانی موجب کاهش ناسازگاری اجتماعی کودکان در محیط مدرسه می‌شود.

3. روش پژوهش

پژوهش حاضر جزء دسته پژوهش‌های کاربردی و انواع نیمه‌آزمایشی، دارای طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه گواه و انتساب تصادفی است. این طرح یکی از متداول‌ترین طرح‌ها در تحقیقات علوم رفتاری است. در این طرح عواملی که می‌تواند اعتبار درونی را کاهش دهد کنترل می‌شود. در این نوع طرح‌ها پژوهش‌گر می‌تواند آزمودنی‌ها را به‌طور تصادفی در گروه‌های آزمایشی قرار دهد و تأثیر متغیر مستقل را در متغیر وابسته بررسی کند (سرمد، 1380: 95). می‌توان طرح تحقیق آزمایشی به‌کاررفته در این پژوهش را به صورت زیر نشان داد:

گروه آزمایش	O ₁	X*	O ₁
گروه گواه	O ₂	—	O ₂

در این طرح، که از دو گروه آزمودنی تشکیل شده است، هر دو گروه دو بار اندازه‌گیری می‌شوند؛ یک بار در پیش‌آزمون یعنی قبل از اعمال متغیر مستقل و یک بار در پس‌آزمون یعنی پس از اعمال متغیر مستقل (دلور، 1384: 14).

4. جامعه آماری، نمونه، و روش نمونه‌گیری

جامعه آماری مورد مطالعه را همه دانش‌آموزان پسر هشت تا سیزده سال در پایه‌های اول تا سوم ابتدایی شهرستان مشهد تشکیل می‌دهند. 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 دردسترس استفاده شد؛ از جمله این شرایط هماهنگ کردن والدین برای حضور در یک زمان خاص در یک مکان خاص بود. پس از انتخاب مدرسه هدف، سی نفر از دانش‌آموزانی که بالاترین میزان اختلال رفتاری را در پرسش‌نامه راتر (فرم والدین و معلم) داشتند، با روش جایگزینی تصادفی، در دو گروه آزمایشی و گواه جایگزین شدند. مداخله با استفاده از قصه‌درمانی برای گروه آزمایش به اجرا گذاشته شد.

5. ابزار پژوهش

ابزار اصلی گردآوری داده‌ها در پژوهش حاضر پرسش‌نامه، مصاحبه، و مشاهده است.

1.5 پرسش‌نامه اختلال رفتاری راتر

بررسی مشکلات رفتاری کودکان، با پرسش‌نامه‌ها و چک‌لیست‌های مشکلات رفتاری کودکان که والدین و معلمان تکمیل می‌کنند، به منظور پیش‌بینی تطابق و سازگاری آتی کودک و مداخله بهنگام، مورد توجه متخصصان و روان‌شناسان واقع شده است. این نوع پرسش‌نامه‌ها درباره مشکلاتی است که به سبب آن‌ها والدین یا معلمان کودک را به درمان‌گر ارجاع می‌دهند. برای بررسی اثربخشی قصه‌درمانی هم در محیط خانه و هم در مدرسه از هر دو فرم A و B پرسش‌نامه راتر در این پژوهش استفاده شد.

الف) پرسش‌نامه اختلالات رفتاری راتر A: این پرسش‌نامه شامل 31 عبارت و سؤال است که به هر کدام از آن‌ها نمره صفر تا دو تعلق می‌گیرد. والدین با خواندن سؤالات و عبارات می‌توانند یکی از سه گزینه «هرگز» (با نمره 0)، «گاهی اوقات» (با نمره 1)، و «حداقل یک بار در هفته» (با نمره 2) را در مورد کودک انتخاب کنند. زمان لازم برای تکمیل پرسش‌نامه ده دقیقه است. والدین بدون ابزار خاصی به راحتی رفتارهای کودک را در دوازده ماه گذشته در نظر می‌گیرند و موارد لازم را تکمیل می‌کنند.

نقطه برش پرسش‌نامه 13 است و کودکانی که نمره 13 و یا بیش‌تر در پرسش‌نامه داشته باشند کودکان دارای اختلال شناخته می‌شوند و همچنین برای کودکانی که دارای اختلال شناخته می‌شوند تشخیص اختلال سلوکی، اختلال هیجانی، و اختلال نامشخص مطرح می‌شود. عبارات شماره 15، 6، 7، G، و B برای تعیین اختلال هیجانی و عبارات شماره 18، 17، 13، 3، و III برای تعیین اختلال سلوکی، در پرسش‌نامه راتر A، به‌کار رفته‌اند. در مورد کودکانی که نمره آن‌ها در اختلال هیجانی بیش از نمره اختلال سلوکی باشد تشخیص اختلال هیجانی، و در مورد کودکانی که نمره آن‌ها در اختلال سلوکی بیش از نمره اختلال هیجانی باشد تشخیص اختلال سلوکی داده می‌شود. کودکانی که نمرات آن‌ها در هر دو دسته عبارت برابر شود دارای اختلال نامشخص قلمداد می‌شوند.

راتر و همکاران پایایی بازآزمایی و پایایی هم‌سانی درونی این مقیاس را بسیار بالا گزارش کرده‌اند. ضریب پایایی بازآزمایی را، با فاصله سه ماه، 74% و ضریب هم‌بستگی بین پاسخ‌های پدران و مادران را 64% به‌دست آوردند (Rutter et al., 1976: 332).

ب) پرسش‌نامه اختلالات رفتاری راتر B: این پرسش‌نامه شامل 26 عبارت است. معلم در هریک از 26 عبارت یکی از گزینه‌های «درست نیست» (با نمره 0)، «تاحدودی درست است» (با نمره 1)، و «کاملاً درست است» (با نمره 2) را انتخاب می‌کند. نمرات حاصل از پاسخ به 26 عبارت، که حداکثر 52 نمره خواهند داشت، ملاک تشخیص قرار می‌گیرند. زمان لازم برای تکمیل این پرسش‌نامه حدود هفت دقیقه است.

این مقیاس تاکنون در کشورهای گوناگون در مورد کودکان در سنین آمادگی تا دوران راهنمایی (شش تا چهارده‌سالگی) اجرا شده است. پاسخ به این پرسش‌نامه نیازمند شرایط یا ابزار خاصی نیست و معلم می‌تواند آن را به‌راحتی، در مورد رفتارهای کودکی که با او در دوازده ماه گذشته آشنایی دارد، تکمیل کند. نقطه برش مقیاس 9 است و کودکانی که نمره 9 یا بیش‌تر می‌گیرند کودکان دارای اختلال شناخته می‌شوند (ibid: 315).

همچنین در مورد کودکانی که نمره 9 یا بیش‌تر در این پرسش‌نامه می‌آورند سه تشخیص اختلال سلوکی، اختلال هیجانی، و اختلال نامشخص مطرح می‌شود که با نمره‌گذاری عبارات مربوط به آن‌ها مشخص می‌شوند. عبارات شماره 4، 5، 15، 19، 20، و 26 برای تعیین اختلال سلوکی (جنبه اجتماعی) و عبارات شماره 7، 10، 17، و 23 برای تعیین اختلال هیجانی (نوروتیک) در پرسش‌نامه به‌کار رفته‌اند. برای تشخیص نهایی اختلال در کودکانی که نمره 9 یا بیش‌تر در پرسش‌نامه می‌گیرند به نمرات آن‌ها در عبارات ذکرشده

مراجعه می‌شود. در مورد کودکانی که نمره آن‌ها در اختلال هیجانی بیش از نمره اختلال سلوکی باشد تشخیص اختلال هیجانی، و در مورد کودکانی که نمره آن‌ها در اختلال سلوکی بیش از نمره اختلال هیجانی باشد تشخیص اختلال سلوکی داده می‌شود. کودکانی که نمرات آن‌ها در هر دو دسته عبارات برابر باشد دارای اختلال نامشخص قلمداد می‌شوند.

بهنجار: کودکی که مجموع نمرات او 8 یا کم‌تر باشد.

اختلال سلوکی: کودکی که نمره کل او 9 یا بیش‌تر و نمره اختلال سلوکی او بیش‌تر از نمره اختلال هیجانی باشد.

اختلال هیجانی: کودکی که نمره کل او 9 یا بیش‌تر و نمره اختلال هیجانی او بیش‌تر از نمره اختلال سلوکی باشد.

نامشخص: کودکی که نمره کل او 9 یا بیش‌تر و نمرات اختلال سلوکی و اختلال هیجانی برابر باشد.

راتر اظهار می‌دارد که ضرایب پایایی بازآزمایی و آلفای کرونباخ این پرسش‌نامه بسیار بالاست. ضریب پایایی بازآزمایی (با فاصله دو ماه) 74% برای فرم والدین و 89% برای فرم معلم گزارش شده است. همچنین هم‌بستگی بین پاسخ‌های پدران و مادران 64% و بین نمره‌گذاری دو معلم 72% بود. نقطه برش 9 معیار خوبی برای جداکردن کودکان با اختلال‌های بالینی و کودکان بهنجار در نظر گرفته شد. این نقطه برش با تشخیص روان‌پزشک به دست آمد (ibid: 323).

در پژوهش ابوالقاسمی و نریمانی، ضرایب پایایی دونیمه‌سازی و آلفای کرونباخ این پرسش‌نامه به ترتیب 83% و 91% گزارش شده است (ابوالقاسمی و نریمانی، 1384: 12).

2.5 مصاحبه با معلم، والدین، و اولیای مدرسه به صورت انفرادی

برای بررسی روایی میزان اختلال رفتاری دانش‌آموزان پژوهش، که معلمان آنان را انتخاب کرده بودند، با معلمان مدرسه و والدین مصاحبه بالینی صورت گرفت تا به میزان دقت آن‌ها در تکمیل پرسش‌نامه‌ها پی ببریم. پس از مصاحبه با والدین و معلمان، سی نفر از دانش‌آموزان که بالاترین نمره را در آزمون راتر کسب کرده بودند برای جایگزینی در دو گروه گواه و آزمایش انتخاب شدند. در پایان درمان، همین مصاحبه برای بررسی روایی نتایج پرسش‌نامه‌ها مجدداً انجام گرفت.

3.5 مشاهده دانش آموز (در کلاس درس، حیاط مدرسه، و اتاق کاردرمانی)

دانش‌آموزان دارای اختلال در حیاط مدرسه، کلاس درس، و اتاق کاردرمانی از نظر شدت، زمان، و شمار رخ دادن اختلال‌های رفتاری مشاهده و بررسی می‌شدند و نتایج مشاهدات گزارش می‌شد.

6. روش اجرا

با توجه به پرسش‌نامه راتر و مصاحبه‌ای که با معلمان و مشاور مدرسه انجام گرفت، سی نفر از دانش‌آموزانی که بیش‌ترین نمره را در فرم راتر معلمان کسب کرده بودند انتخاب شدند و سپس فرم والدین آن‌ها نیز گرفته شد و با جایگزینی تصادفی در دو گروه آزمایش ($n=15$) و کنترل ($n=15$) جایگزین شدند. متغیر مستقل (قصه‌گویی) برای گروه آزمایش ارائه شد و متغیر وابسته (کاهش میزان اختلال رفتاری) در قبل و بعد از اعمال متغیر مستقل در هر دو گروه آزمایش و گواه اندازه‌گیری شد. درمان این کودکان دوازده جلسه طول کشید. جلسات درمانی هفته‌ای دو مرتبه و هر بار به مدت تقریباً 45 دقیقه تشکیل می‌شد.

7. روش تجزیه و تحلیل داده‌ها

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها، نخست به توصیف داده‌ها (میانگین، واریانس، و غیره) و سپس به آزمون فرضیه‌های تحقیق با آزمون تحلیل کوواریانس و آزمون t مستقل پرداخته شد. در شواهد توصیفی از شاخص‌های کجی و کشیدگی استفاده شد که به ترتیب مقادیر کم‌تر از 2 و 3 برای این دو شاخص تأیید نرمالیتی متغیرهای مورد بررسی است. با توجه به هم‌سان‌بودن متغیرها در دو گروه و همچنین به سبب وجود رابطه بین اندازه‌گیری قبل و بعد از مداخله (بررسی اثر مداخله) با تعدیل اثر موارد ذکرشده از تحلیل کوواریانس استفاده شد. مقادیر P کم‌تر از 0/05 معنی‌دار در نظر گرفته شد. کلیه تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS17 انجام شده است.

8. یافته‌های تحقیق

همه تحلیل‌ها با نرم‌افزار SPSS17 انجام شد. برای متغیرهای کیفی و کمی، داده‌ها به ترتیب با استفاده از فراوانی (درصد) و میانگین (انحراف معیار یا خطای معیار) گزارش شدند. به سبب

وجود رابطه بین اندازه‌گیری‌های قبل و بعد از مداخله، برای مقایسه دو گروه بعد از مداخله (بررسی اثر مداخله) با تعدیل اثر موارد ذکرشده از تحلیل کوواریانس استفاده شد. مقادیر P کم‌تر از 0/05 معنی‌دار در نظر گرفته شد. ابتدا به بررسی میانگین و انحراف استاندارد نمرات دانش‌آموزان می‌پردازیم که از پرسش‌نامه راتر والدین و معلمان به‌دست آمده است.

جدول 1. آماره‌های توصیفی نمرات اختلال رفتاری پیش‌آزمون و پس‌آزمون دو گروه

آزمودنی‌ها	گروه	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	کم‌ترین نمره	بیش‌ترین نمره
والدین پیش‌آزمون	آزمایش	15	23	6/34	15	37
	گواه	15	20/60	6/28	13	32
معلم پیش‌آزمون	آزمایش	15	26/20	5	18	34
	گواه	15	21/60	6/08	14	34
والدین پس‌آزمون	آزمایش	15	10/73	2/87	6	17
	گواه	15	19/47	7/15	9	30
معلم پس‌آزمون	آزمایش	15	11/73	4/77	1	18
	گواه	15	22/20	5/78	15	35

همان‌طور که در جدول 1 مشاهده کردید، میانگین نمرات پیش‌آزمون اختلالات رفتاری هر دو گروه آزمایش و گواه هم از نظر والدین (23، 20/60) و هم از نظر معلمان (26/20، 21/60) از نقطه برش 13 بالاتر است، لذا هر دو گروه آزمایش و گواه از اختلال رفتاری رنج می‌برند. پس از مداخله (قصه‌درمانی)، کاهش اختلالات رفتاری را در گروه آزمایش هم از نظر والدین (10/73) و هم از نگاه معلمان (11/73) در پس‌آزمون مشاهده می‌کنیم. این تأثیر متغیر مستقل (قصه‌درمانی) در متغیر وابسته (اختلالات رفتاری) را نشان می‌دهد. البته در مورد گروه گواه نیز کاهش نمرات اختلالات رفتاری را در پس‌آزمون مشاهده می‌کنیم ولی هنوز هم از نقطه برش بالاتر است.

در ادامه با استفاده از تحلیل کوواریانس به بررسی معنی‌داری این کاهش نمرات می‌پردازیم که در اثر مداخله صورت گرفته است. شرط بهره‌گیری از تحلیل کوواریانس همگنی واریانس‌های دو گروه است که در ابتدای هر فرضیه، نتایج آزمون Leven در مورد شرط برابری واریانس‌های دو گروه آمده است.

9. بررسی فرضیه‌های پژوهش

1.9 فرضیه‌های اصلی

فرضیه 1: برنامه قصه‌درمانی موجب کاهش اختلال رفتاری کودکان در محیط خانه می‌شود.

جدول 2. میانگین، خطای معیار و فاصله اطمینان 95 درصدی نمرات تعدیل شده

گروه	میانگین	خطای معیار	فاصله اطمینان 95%	
			حد پایین	حد بالا
آزمایشی	10/362	0/839	8/63	12/08
گواه	20/62	0/839	18/9	22/35

با توجه به آزمون Leven صورت گرفته، F معنی دار نشد ($P > 0/05$, $F = 0/728$). شرط برابری واریانس‌ها برقرار است.

جدول 3. نتایج تحلیل کوواریانس با تعدیل مقادیر قبل از مداخله و متغیر اختلال رفتاری

منبع تغییرات	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	F	P-Value
گروه	8/7	1	8/7	7/722	0/005
اختلال رفتاری	451/621	1	451/621	44/46	0/000
تعامل	119/246	1	119/246	11/74	0/002
خطا	264/08	26	10/15		
کل	8243	30			

بر اساس نتایج جدول 3، با تعدیل اثر اندازه‌گیری پایه (قبل از مداخله) و متغیر اختلال رفتاری، بین دو گروه آزمایشی و گواه اختلاف، معنی‌داری در این متغیر وجود داشت ($P < 0/05$, $F = 11/74$) و میانگین این متغیر در گروه آزمایشی در مقایسه با گروه گواه کوچک‌تر بود.

فرضیه 2: برنامه قصه‌درمانی موجب کاهش اختلال رفتاری کودکان در محیط مدرسه می‌شود.

جدول 4. میانگین، خطای معیار و فاصله اطمینان 95 درصدی نمرات تعدیل شده

گروه	میانگین	خطای معیار	فاصله اطمینان 95%	
			حد پایین	حد بالا
آزمایشی	11/124	1/12	8/82	13/42
گواه	23/96	1/08	21/73	26/2

با توجه به آزمون Leven صورت گرفته، F معنی‌دار نشد ($P < 0/05$, $F = 3/82$). شرط برابری واریانس‌ها برقرار است.

جدول 5. نتایج تحلیل کوواریانس با تعدیل مقادیر قبل از مداخله و متغیر اختلال رفتاری

منبع تغییرات	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	F	P-Value
گروه	10/6	1	10/6	0/152	0/72
اختلال رفتاری	248/25	1	248/25	16/21	0/000
تعامل	65/73	1	65/73	4/29	0/048
خطا	398/371	26	15/322		
کل	8243	30			

بر اساس نتایج جدول 5، با تعدیل اثر اندازه‌گیری پایه (قبل از مداخله) و متغیر اختلال رفتاری، بین دو گروه آزمایشی و گواه، اختلاف معنی‌داری در این متغیر وجود داشت ($P < 0/05$, $F = 4/29$) و میانگین این متغیر در گروه آزمایشی در مقایسه با گروه گواه کوچک‌تر بود.

با توجه به فرضیه 1 و 2، می‌توان نتیجه گرفت که قصه‌درمانی توانسته است در کاهش اختلالات رفتاری دانش‌آموزان مؤثر باشد.

2.9 فرضیه‌های فرعی

فرضیه 1: برنامه قصه‌درمانی موجب کاهش پرخاش‌گری در محیط خانه در کودکان می‌شود.

جدول 6. میانگین، خطای معیار و فاصله اطمینان 95 درصدی نمرات تعدیل شده

گروه	میانگین	خطای معیار	فاصله اطمینان 95%	
			حد پایین	حد بالا
آزمایشی	4/25	0/815	3/01	5/29
گواه	7/32	0/815	5/23	9/45

با توجه به آزمون Leven صورت گرفته، F معنی‌دار نشد ($P > 0/05$, $F = 1/916$). شرط برابری واریانس‌ها برقرار است.

جدول 7. نتایج تحلیل کوواریانس با تعدیل مقادیر قبل از مداخله و متغیر پرخاش‌گری

منبع تغییرات	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	F	P-Value
گروه	17/137	1	17/137	13/093	0/001
پرخاش‌گری	0/064	1	0/064	0/049	0/826
تعامل	18/428	1	18/428	14/079	0/001
خطا	43/193	26	1/309		
کل	97/975	30			

بر اساس نتایج جدول 7، با تعدیل اثر اندازه‌گیری پایه (قبل از مداخله) و متغیر پرخاش‌گری، بین دو گروه آزمایشی و گواه، اختلاف معنی‌داری در این متغیر وجود داشت ($P < 0/05$, $F = 14/079$) و میانگین این متغیر در گروه آزمایشی در مقایسه با گروه گواه کوچک‌تر بود.

فرضیه 2: برنامه قصه‌درمانی موجب کاهش پرخاش‌گری کودکان در محیط مدرسه می‌شود.

جدول 8. میانگین، خطای معیار و فاصله اطمینان 95 درصدی نمرات تعدیل شده

گروه	میانگین	خطای معیار	فاصله اطمینان 95%	
			حد بالا	حد پایین
آزمایشی	4/479	0/275	5/04	3/919
گواه	9/78	0/271	12/25	6/98

با توجه به آزمون Leven صورت‌گرفته، F معنی‌دار نشد ($P > 0/05$, $F = 2/598$). شرط برابری واریانس‌ها برقرار است.

جدول 9. نتایج تحلیل کوواریانس با تعدیل مقادیر قبل از مداخله و متغیر پرخاش‌گری

منبع تغییرات	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	F	P-Value
گروه	47/921	1	47/921	19/452	0
پرخاش‌گری	0/314	1	0/314	0/127	0/723
تعامل	40/333	1	40/333	16/372	0
خطا	81/298	26	2/464		
کل	201/5	30			

بر اساس نتایج جدول 9، با تعدیل اثر اندازه‌گیری پایه (قبل از مداخله) و متغیر پرخاش‌گری، بین دو گروه آزمایشی و گواه، اختلاف معنی‌داری در این متغیر وجود داشت ($P < 0/05$, $F = 16/372$) و میانگین این متغیر در گروه آزمایشی در مقایسه با گروه گواه کوچک‌تر بود.

با توجه به فرضیه‌های 1 و 2، می‌توان نتیجه گرفت که قصه‌درمانی توانسته است در کاهش پرخاش‌گری دانش‌آموزان مؤثر باشد.
فرضیه 3: برنامه قصه‌درمانی موجب کاهش ناسازگاری اجتماعی کودکان در محیط خانه می‌شود.

جدول 10. میانگین، خطای معیار و فاصله اطمینان 95 درصدی نمرات تعدیل شده

گروه	میانگین	خطای معیار	فاصله اطمینان 95%	
			حد پایین	حد بالا
آزمایشی	2/995	0/373	2/237	3/754
گواه	5/469	0/378	4/699	6/239

با توجه به آزمون Leven صورت گرفته، F معنی‌دار نشد ($P > 0/05$, $F = 0/978$). شرط برابری واریانس‌ها برقرار است.

جدول 11. نتایج تحلیل کوواریانس با تعدیل مقادیر قبل از مداخله و متغیر ناسازگاری اجتماعی

منبع تغییرات	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	F	P-Value
گروه	36/222	1	36/222	12/98	0/001
ناسازگاری اجتماعی	0/182	1	0/182	0/065	0/8
تعامل	30/865	1	30/865	11/06	0/002
خطا	92/092	26	2/791		
کل	241/6	30			

بر اساس نتایج جدول 11، با تعدیل اثر اندازه‌گیری پایه (قبل از مداخله) و متغیر ناسازگاری اجتماعی، بین دو گروه آزمایشی و گواه، اختلاف معنی‌داری در این متغیر وجود داشت ($P < 0/05$, $F = 11/06$) و میانگین این متغیر در گروه آزمایشی در مقایسه با گروه گواه کوچک‌تر بود.

فرضیه 4: برنامه قصه‌درمانی موجب کاهش ناسازگاری اجتماعی در محیط مدرسه در کودکان می‌شود.

جدول 12. میانگین، خطای معیار و فاصله اطمینان 95 درصدی نمرات تعدیل‌شده

گروه	میانگین	خطای معیار	فاصله اطمینان 95%	
			حد پایین	حد بالا
آزمایشی	3/284	0/397	2/476	4/093
گواه	5/453	0/406	4/626	6/279

با توجه به آزمون Leven صورت‌گرفته، F معنی‌دار نشد ($P > 0/05$, $F = 3/82$). شرط برابری واریانس‌ها برقرار است.

جدول 13. نتایج تحلیل کوواریانس با تعدیل مقادیر قبل از مداخله و متغیر ناسازگاری اجتماعی

منبع تغییرات	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	F	P-Value
گروه	95/986	1	95/986	26/521	0
ناسازگاری اجتماعی	0/245	1	0/245	0/068	0/796
تعامل	34/844	1	34/844	9/627	0/004
خطا	119/435	26	3/619		
کل	310/975	30			

بر اساس نتایج جدول 13، با تعدیل اثر اندازه‌گیری پایه (قبل از مداخله) و متغیر ناسازگاری اجتماعی، بین دو گروه آزمایشی و گواه، اختلاف معنی‌داری در این متغیر وجود داشت ($P < 0/05$, $F = 9/627$) و میانگین این متغیر در گروه آزمایشی در مقایسه با گروه گواه کوچک‌تر بود.

با توجه به فرضیه‌های 3 و 4، می‌توان نتیجه گرفت که قصه‌درمانی توانسته است در کاهش ناسازگاری اجتماعی دانش‌آموزان مؤثر باشد.

10. نتیجه‌گیری

نتیجه پژوهش، ضمن بررسی کلی‌تر فرضیه‌ها، به شرح زیر بیان می‌شود:

فرضیه اصلی 1: برنامه قصه‌درمانی موجب کاهش اختلال رفتاری کودکان در محیط خانه می‌شود.

نتایج جدول 4 فرضیه 1 را تأیید می‌کند و نشان می‌دهد که قصه‌درمانی به‌طور قابل ملاحظه‌ای توانسته است میزان اختلال رفتاری دانش‌آموزان را در محیط خانه کاهش دهد.

فرضیه اصلی 2: برنامه قصه‌درمانی موجب کاهش اختلال رفتاری کودکان در محیط مدرسه می‌شود.

نتایج جدول 5 فرضیه 2 را تأیید می‌کند و نشان می‌دهد که قصه‌درمانی به‌طور قابل ملاحظه‌ای توانسته است میزان اختلال رفتاری دانش‌آموزان را در محیط مدرسه کاهش دهد.

فرضیه فرعی 1: برنامه قصه‌درمانی موجب کاهش پرخاش‌گری کودکان در محیط خانه می‌شود.

بر اساس نتایج جدول 7، می‌توان نتیجه گرفت که قصه‌درمانی توانسته است در کاهش پرخاش‌گری دانش‌آموزان در محیط خانه مؤثر باشد.

فرضیه فرعی 2: برنامه قصه‌درمانی موجب کاهش پرخاش‌گری کودکان در محیط مدرسه می‌شود.

بر اساس نتایج جدول 9، می‌توان نتیجه گرفت که قصه‌درمانی توانسته است در کاهش پرخاش‌گری دانش‌آموزان در محیط مدرسه مؤثر باشد.

بر اساس نتایج جداول 8 و 9، با تعدیل اثر اندازه‌گیری پایه (قبل از مداخله) و متغیر پرخاش‌گری، بین دو گروه آزمایشی و گواه اختلاف معنی‌داری در این متغیر وجود داشت. در واقع قصه‌درمانی توانسته بود میزان پرخاش‌گری را در گروه آزمایش نسبت به گروه گواه کاهش دهد، در نتیجه فرضیه فرعی 2 تأیید می‌شود.

فرضیه فرعی 3: برنامه قصه‌درمانی موجب کاهش ناسازگاری اجتماعی کودکان در محیط خانه می‌شود.

بر اساس نتایج جدول 11، این فرضیه پژوهش تأیید می‌شود و می‌توان نتیجه گرفت که قصه‌درمانی توانسته است در کاهش ناسازگاری اجتماعی دانش‌آموزان در محیط خانه مؤثر باشد.

فرضیه فرعی 4: برنامه قصه‌درمانی موجب کاهش ناسازگاری اجتماعی کودکان در محیط مدرسه می‌شود.

بر اساس نتایج جدول 13، این فرضیه پژوهش تأیید می‌شود و می‌توان نتیجه گرفت که قصه‌درمانی توانسته است در کاهش ناسازگاری اجتماعی دانش‌آموزان در محیط مدرسه مؤثر باشد.

نتایج این پژوهش با نتایج تحقیقات شیبانی و همکاران (1387) و غباری‌بناب (1382) تطابق دارد و قابلیت کاربرد قصه‌درمانی را در درمان مشکلات رفتاری کودکان نشان می‌دهد. داستان‌سرایی به‌مثابه تدبیری مداخله‌ای برای آموزش می‌تواند دانش‌آموزان را به کشف معنای منحصربه‌فرد بودن خود ترغیب کند و توانایی آن‌ها را برای برقراری ارتباط واقعی بین افکار و احساسات افزایش دهد. مهارت‌های کلامی می‌تواند توانایی دانش‌آموزان را برای حل و فصل تعارض بین‌فردی به صورت آرام و توأم با بحث و گفت‌وگو افزون سازد. بیان داستان و نیز گوش‌فرآدادن به آن دانش‌آموزان را به بهره‌گیری از تخیلاتشان تشویق می‌کند. این تحلیل قوی می‌تواند اعتمادبه‌نفس و انگیزش شخصی را در دانش‌آموزان افزایش دهد، زیرا آنان خود را برای نیل به امیال و آرزوهایشان شایسته و توانا تصور می‌کنند. قصه‌ها می‌توانند از نظر تربیت اجتماعی، عاطفی، و اخلاقی نیز مؤثر واقع شوند و بسیاری از مقررات، هنجارهای اجتماعی، و دستورات عمل‌های زندگی را منتقل کنند. چگونگی روبه‌رو شدن با مشکل‌ها، حل آن‌ها، و بسیاری از الگوهای رفتاری در گروه‌ها و طبقه‌های مختلف اجتماعی و سنی در داستان‌ها بیان می‌شود. آشتیانی به نقل از دوایودی در مورد اهمیت تفسیر محتوای ناخودآگاه داستان‌ها در کار با کودکان هشدار می‌دهد. اگر والدین یا درمان‌گران قادر به فهم افکار سری کودک یا شناسایی احساس‌های پنهان او (البته قبل از اطلاع کودک از آن‌ها) باشند، هر اندازه تفسیرهای انجام‌شده نیز درست باشند، باز این فرصت از کودک گرفته می‌شود که خود از طریق شنیدن پی‌درپی داستان و تفکر درباره آن به احساس رویارویی موفقیت‌آمیز با مشکل خود دست یابد.

اختلال‌های رفتاری طبقه دیگری از رفتار کودک است. کودکانی که رفتارشان به این طبقه تعلق دارد از میزان شرارت و شیطنتی که ویژگی گروه سنی آن‌هاست پا را فراتر می‌گذارند. آن‌ها به‌طور جدی حقوق مسلم دیگران را زیر پا می‌گذارند و یا قوانین عمده اجتماعی را خدشه‌دار می‌کنند. گاهی بسیاری از کودکان از نظر هیجانی نیز با مشکل روبه‌رو می‌شوند و در معرض افسرده‌شدن قرار می‌گیرند (Rutter et al., 1976: 318).

برخی از مسائل کودکان با مشکلات عاطفی و رفتاری از ضعف آگاهی و بهره‌بردن از مهارت‌های اجتماعی، الگوی کلامی صحیح، رفتارهای جامعه‌پسندانه، مهارت‌های ارتباطی و دوست‌یابی، مسئولیت‌پذیری، و غیره ناشی می‌شود؛ پس آموزش این مهارت‌ها به این کودکان ممکن است تاحدی از بروز این مشکلات پیش‌گیری کند و، با توجه به مستندات ارائه‌شده در مقاله مذکور، آموزش این راهبردها به‌طور غیر مستقیم به این گروه کودکان می‌تواند مؤثرتر باشد.

در این جا چند نمونه از راهبردهای مهارت‌های اجتماعی را ذکر می‌کنیم که مریدان می‌توانند برای آموزش آن‌ها از داستان استفاده کنند و برای این که کودک مطالب را بهتر درک کند از سؤال‌های نیمه‌سازمان‌یافته نیز کمک بگیرند. این راهبردها به کودکان پرخاش‌گر کمک می‌کند تا تمایلات و رفتارهای پرخاش‌گرانه خود را مهار کنند.

- پیوستن به فعالیت‌های دیگر؛

- ابراز خشم با لحن آرام؛

- ترک صحنه؛

- نپذیرفتن تقاضاهای دیگران به شیوه‌ای مؤدبانه؛

- یادآوری سودمندی و مزایای رفتار مناسب؛

- نادیده‌انگاشتن رفتار نامطلوب دیگران؛

- استفاده از جمله‌های تلفیقی؛

- هم‌دلی کردن.

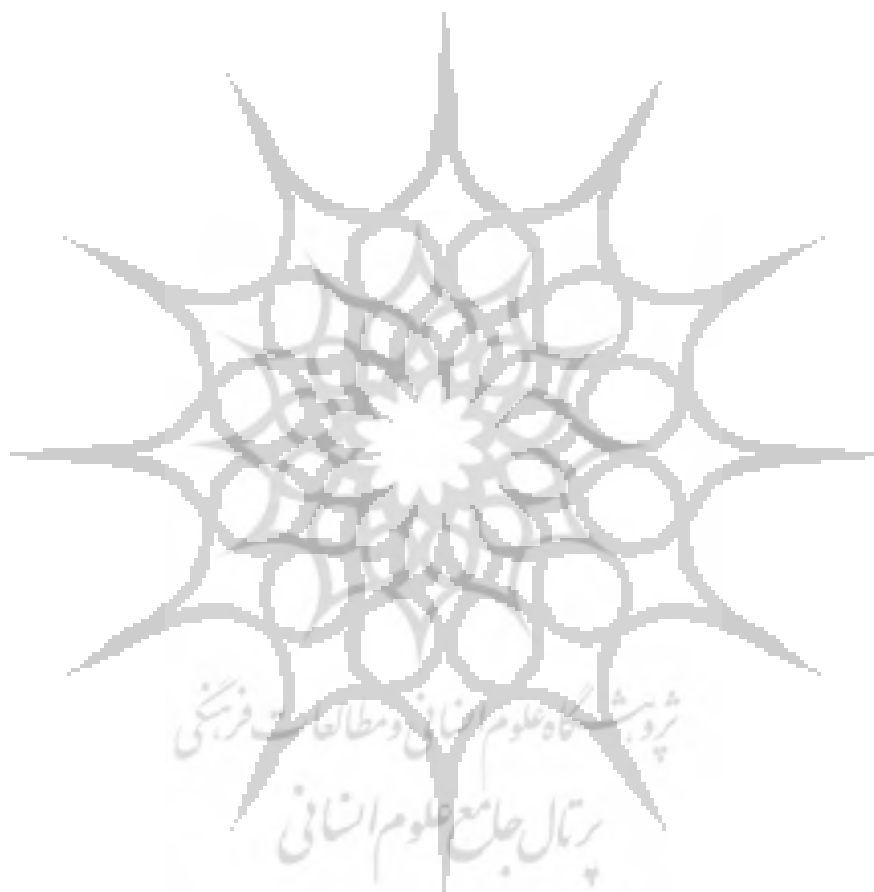
پیشنهاد می‌شود که در تحقیقات آتی، این پژوهش در مورد دانش‌آموزان هر دو جنس انجام شود، تا بتوان به نتایجی معتبرتر و عام‌تر دست یافت، و محققان به انجام‌دادن کارهای پژوهشی، پیرامون نقش و اهمیت برنامه‌های هنردرمانی (قصه‌گویی) در بهبود کیفیت آموزش و پرورش دانش‌آموزان، تشویق شوند و مسئولان آموزش و پرورش را با برنامه‌های قصه‌درمانی در تعلیم و تربیت دانش‌آموزان آشنا و در مورد اهمیت آن توجیه کنند.

منابع

- ابوالقاسمی، عباس، و محمد نریمانی (1384). «بررسی میزان شیوع و هم‌ابتلائی اختلال‌های رفتاری در دانش‌آموزان دوره ابتدایی و ارتباط آن با پیشرفت تحصیلی»، علم و فناوری، ش 4.
- دلاور، علی (1384). مبانی نظری و عملی پژوهش در علوم انسانی و اجتماعی، ج 2، تهران: رشد.

روشن، آرتور (1385). قصه‌گویی، چگونه از داستان برای کمک به کودکان در رفع مشکلات زنا-گی بهره ببریم، بهزاد یزدانی و مؤگان عمادی، ج 1، تهران: جوانه رشد.
سرمد، زهره (1380). روش‌های تحقیق در علوم رفتاری، تهران: آگاه.
شعاری‌نژاد، علی‌اکبر (1378). ادبیات کودکان، ج 5، تهران: اطلاعات.
شیبانی، شهناز، مجید یوسفی‌لویه، و علی دلاور (1387). «تأثیر قصه‌درمانی بر کاهش علائم افسردگی در کودکان افسرده»، پژوهش در حیطه کودکان استثنایی، ش 22.
غباری‌بناب، باقر (1382). «میزان شیوع مشکلات رفتاری دانش‌آموزان مقطع ابتدایی شهر اردبیل»، پژوهش در حیطه کودکان استثنایی، ش 3.
میرزاییگی، علی (1376). نقش هنر در آموزش و پرورش و بهداشت روان کودکان، ج 6، تهران: مدرسه.

- Arad, D. (۲۰۰۴). '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*, No. ۳۰.
- Brown, I. and M. Percy (۲۰۰۷). *A Comprehensive Guide to Intellectual and Developmental Disabilities*, London: Brooks.
- Craig, J. (۲۰۰۰). 'Story-Telling Ability in Children With Autism or Asperger Syndrome: a Window into the Imagination', *Psychiatry and Related Sciences*, No. ۲۷.
- Dean, R. G. (۱۹۹۸). 'A Narrative Approach to Groups', *Clinical Social Work*, No. ۲۶.
- Desocio, J. E. (۲۰۰۵). 'Accessing Self-Development Through Narrative Approaches in Child and Adolescent Psychotherapy', *Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, No. ۱۸.
- Dwivedi, K. (۱۹۹۷). *The Therapeutic Use of Stories*, London: Routledge.
- Hartsough, C. (۱۹۹۵). 'Students Identified as Seriously Emotionally Disturbed in School-Based Treatment: Cognitive, Psychiatric and Social Education Characteristic', *Behavioral Disorders*, No. ۲۰.
- Pezeshkian, N. (۱۹۹۶). *Oriental Stories as Tools in Psychotherapy*, New delhi: Sterling.
- Raymand, A. M. (۲۰۰۴). 'The Neuropsychology of Narrative: Story Comprehension, Story Production and their Interrelation', *Neuropsychologia*, No. ۴۲.
- Rutter, M., J. Tizard, W. Yule, P. Graham, and K. Whitmore (۱۹۷۶). 'Research Report: Isle of Wight Studies ۱۹۶۴-۱۹۷۴', *Psychological Medicine*, No. ۶.
- Strand, P. S. (۱۹۹۷). 'Toward a Developmentally Informed Narratives Therapy', *Family Process*, No. ۳۶.
- Walker, H. M., S. R. Forness, J. M. Kuffiman, M. H. Epstein, et al. (۱۹۹۸). 'Marco-Social Validation: Referencing Outcomes in Behavioral Disorders to Societal Issues and Problems', *Behavior Disorders*, No. ۱۲.



پروژه نگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی