

تأثیر قصه‌درمانی بر بهبود سازگاری اجتماعی کودکان مبتلا به اختلال سلوک

فرزانه اصغرزاده سلماسی^۱

دکترحمید پورشریفی^۲

چکیده

در این پژوهش، اثربخشی قصه‌درمانی بر بهبود سازگاری اجتماعی کودکان مبتلا به اختلال سلوک، مورد بررسی قرار گرفت. با بهره‌گیری از طرح نیمه آزمایشی، نمونه‌ای، شامل ۴۵ نفر از دانش‌آموزان پسر پایه چهارم و پنجم مبتلا به اختلال سلوک از مدارس ابتدایی شهر تبریز انتخاب و پس از جایگزینی تصادفی درسه گروه (دوگروه آزمایشی) و یک گروه کنترل مورد مطالعه قرار گرفتند (در هر گروه ۱۵ نفر). ابزار جمع‌آوری اطلاعات شامل مصاحبه مبتنی بر ملاک‌های تشخیصی DSM-IV TR، پرسشنامه علائم مرضی کودکان (CSI-4) فرم معلم و مقیاس رفتار سازگارانه واینلند بود. در فرایند اجرا، گروه‌های آزمایش یعنی گروه قصه‌درمانی با زبان مادری (ترکی) و گروه قصه‌درمانی با زبان غیرمادری (فارسی)، به مدت ۱۱ جلسه طی چهار هفته تحت مداخله قرار گرفتند و گروه کنترل هیچ مداخله‌ای را دریافت نکرد. نتایج حاصل از روش تحلیل کوواریانس یک طرفه نشان داد که سازگاری اجتماعی گروه‌های آزمایشی از گروه کنترل بیشتر است. بر این اساس به نظر می‌رسد می‌توان از قصه‌درمانی به منظور بهبود سازگاری اجتماعی کودکان مبتلا به اختلال سلوک استفاده نمود.

واژگان کلیدی: اختلال سلوک، قصه‌درمانی و سازگاری اجتماعی

۱- کارشناس ارشد روان‌شناسی عمومی

۲- استادیار دانشگاه تبریز

مقدمه

اختلال سلوک یکی از رایج‌ترین اختلالات دوره کودکی هست و از عمده‌ترین دلایل ارجاع به مراکز درمانی است. این اختلال الگوی رفتاری پایدار، با مشخصه، پرخاشگری و تجاوز به حقوق دیگران است (سادوک و سادوک، ۱۳۸۲). کودکان مبتلا به اختلال سلوک به شدت در معرض طرد هم‌سالان، عملکرد ضعیف تحصیلی، افزایش رفتار پرخاشگرانه (پترسون، به نقل از باررا و همکاران) و همچنین آماده‌ی ابتلاء به اختلال‌های خلقی، مصرف مواد و بزهکاری و اختلال شخصیت ضد اجتماعی در بزرگسالی هستند (سادوک و سادوک، ۱۳۸۲). شیوع اختلال سلوک در دهه‌های گذشته افزایش یافته و ممکن است در محیط‌های شهری بیشتر از محیط‌های روستایی باشد. بررسی جمعیت معمولی، دامنه‌ی میزان شیوع آن کمتر از ۱ درصد تا بیش از ۱۰ درصد گزارش کرده‌اند. اختلال سلوک در ردیف اختلال‌هایی است که در مراکز بهداشت روانی کودکان به فراوانی زیاد تشخیص داده می‌شود (انجمن روانپزشکی آمریکا، ۲۰۰۲). در ایران بررسی‌های اندکی برای ارزیابی شیوع اختلال سلوک صورت گرفته است، که در این میان توکلی‌زاده (۱۳۷۹) نشان داده که ۱۷٪ جمعیت مورد بررسی وی (دانش‌آموزان دبستانی شهر گناباد) مبتلا به رفتار ایذایی و کمبود توجه هستند. فارسانی و شفقی (۱۳۷۷) از جوانان مورد بررسی شهر کرمان ۷٪ مبتلا به اختلال سلوک و صالح مجتهد (۱۳۷۳)، ۵/۸٪ از نوجوانان ۱۲-۸ ساله شهر تهران گزارش نموده‌اند.

از مهمترین آثار مربوط به اختلال سلوک می‌توان پرخاشگری، عدم‌سازگاری اجتماعی، روابط ضعیف میان فردی، طردشدن از گروه هم‌سالان، کمبودهای تحصیلی، کمبود در مهارت‌های حل مسأله و نقایصی در توجه و تفکر را می‌توان نام برد، که در این میان عدم‌سازگاری اجتماعی به عنوان یکی از مهمترین مسائل درگیر با کودکان مبتلا به اختلال سلوک هست. به نظر می‌رسد کودکان مبتلا به اختلال سلوک رفتارهای بین شخصی ملایم و بی‌طرفانه دیگران را به خاطر تمایل خصومت‌آمیز خود، غلط تفسیر می‌کنند. کودکان و نوجوانان دارای اختلال سلوک سوگیری‌هایی در توجه انتخابی و یادآوری دارند، آنها به جای توجه و یادآوری نشانه‌های اجتماعی مثبت در تعامل‌های بین شخصی به علایم اجتماعی خصومت‌آمیز توجه می‌کنند. (محمد اسماعیل، ۱۳۸۴).

روابط ضعیف میان فردی با رفتار ضد اجتماعی همبستگی دارد. کودکان دارای رفتارهای بسیار پرخاشگرانه یا دیگر رفتارهای ضد اجتماعی از سوی هم‌سالان خود طرد می‌شوند و دارای مهارت‌های اجتماعی ضعیف هستند (بهار و استوارت، کارسون لاهی و نیپر، به نقل از کراتوچویل و موریس، ۱۳۸۱). براین اساس لازم است که درمان‌های خاص نوجوانان دارای اختلال سلوک دربرگیرنده تلاش‌هایی باشند که معطوف به ایجاد رفتار اجتماع‌پسند و کاهش رفتار انحرافی است. کارکرد اجتماع‌پسند به رفتارهای انطباقی مثبت و تجاری نظیر شرکت در فعالیت‌های اجتماعی، تعامل اجتماعی و برقراری دوستی اطلاق

می‌شود (کازدین، به نقل از کراتوچویل و موریس، ۱۳۸۱). دلیل دیگر برای توجه کردن به رفتارهای اجتماع پسند، ارتباط احتمالی آنها با سازگاری بلند مدت است. برای مثال به نظر می‌رسد که افزایش شایستگی تحصیلی جدای از کاهش رفتارهای ضد اجتماعی به عنوان یک ویژگی اجتماع پسند از اهمیت خاصی برخوردار است. بسیاری از درمان‌ها بر کاهش نشانه‌ها یا رشد رفتار اجتماع پسند تأکید دارند (کراتوچویل و موریس، ۱۳۸۱).

هیچ روش درمانی برای تمام طیف رفتارهایی که در اختلال سلوک سهیم‌اند درمان بخش شمرده نمی‌شود، انواعی از درمان‌ها ممکن است برای اجزاء خاصی از اختلال مزمن مفید باشند (کاپلان و سادوک، ۱۳۸۲). برای رفتار ضد اجتماعی از درمان‌های گوناگون استفاده شده است که شامل اشکال مختلف درمان فردی و گروهی، رفتار درمانی، درمان آسایشگاهی، دارو درمانی، جراحی روانی و انواعی از درمان‌های ابتکاری اجتماعی است (کازدین، به نقل از کراتوچویل و موریس، ۱۳۸۱). گرچه تأثیر نسبی آموزش مهارت‌های شناختی و اجتماعی در چندین مطالعه گزارش شده است (کازدین، ۱۳۸۱). بطور کلی پژوهشگران عدم تعمیم‌پذیری مهارت‌های آموخته‌شده به محیط طبیعی را بزرگترین مشکل آموزش سنتی مهارت‌های اجتماعی (آموزش، ارائه الگو، تمرین، بازخورد و تقویت) می‌دانند، زیرا در این شیوه، آموزش یک مهارت تنها دستورالعملی مستقیم درباره یک نحوه عمل مشخص در یک موقعیت خاص است و انعطاف‌پذیری لازم را برای تطبیق با موقعیت‌های جدید ندارد (راحیل، ۲۰۰۲).

بر همین اساس بکارگیری شیوه‌های غیرمستقیم، مثل بازی و قصه در آموزش مهارت یک ضرورت به حساب می‌آید. به نظر می‌رسد از آنجا که آموزه‌ها و پندها در خلال قصه به خوبی برای کودک قابل فهم و معنادار است، احتمال بکارگیری و تعمیم آنها توسط کودک در زمینه‌های مشابه افزایش می‌یابد (اتو، به نقل از هفتر، ۲۰۰۳). پژوهش حاضر نیز با توجه به ضرورت درمان زود هنگام اختلال سلوک در کودکان و اهمیت اتخاذ شیوه‌ای جهت مداخله برای بازگرداندن کودکان به فضای اجتماعی، تعامل با هم‌سالان و جلوگیری از ورود آنها به گروه‌های ضداجتماعی و همچنین کاربری شیوه‌ای مؤثر و در عین حال جذاب و انعطاف‌پذیر برای مداخله در این اختلال انجام گرفته است. از طرف دیگر، پژوهش‌های انجام گرفته در کشور، در رابطه با قصه درمانی بسیار محدود بوده و مطالعات انجام شده هم بیشتر در ارتباط با اثربخشی قصه درمانی بر نشانه‌های مرضی و اختلالات اضطرابی بوده است.

تغییر دادن افکار انسان به مثابه نمونه‌هایی از بسط قصه‌ها، تلویحات گسترده‌ای را برای بسیاری از قلمروهای روانشناسی هم در سطح نظری و هم سطح پژوهشی دربرداشته است (هوارد، ۱۹۹۱). در خصوص کارایی و اثر بخشی قصه‌درمانی در مشکلات روانشناختی کودکان پژوهش‌های متعددی انجام شده است، که از آن جمله می‌توان به استفاده از قصه‌درمانی برای کاهش اضطراب و افزایش احساس مسلط بودن و شایستگی و امیدواری کودکان (هنی و کوزلوفسکا، ۲۰۰۲)، درمان اختلال سلوک (آراد، ۲۰۰۴)، درکاربا کودکان ناشنوا و نیمه‌شنوا (فارلانگر، ۱۹۹۹)، پژوهش‌های فرید برگ (۱۹۹۴) برای

درمان دو مورد اضطراب جدایی و ترس، وب وبرت (۱۹۹۵) در مراقبت از خردسالان دارای اختلال رفتاری و هیجانی، هرمن (۱۹۹۷) در کمک به کودکانی که مورد آزار و اذیت جنسی قرار گرفته‌اند. سرانجام اینکه مونتر ورنی (۲۰۰۲) نیز به این نتیجه رسیدند که فن قصه‌درمانی و کتاب‌درمانی برای اصلاح اعمال کودکان و ترغیب آنها به انجام کارهای صحیح تأثیر زیادی داشته است.

در این زمینه، از سالیان پیش در ایران نیز قصه‌درمانی به نتایج مثبتی در برخی از اختلالات از جمله مشکلات رفتاری، عاطفی و پرخاشگری (سیدی، ۱۳۸۲) اختلال‌های یادگیری (یوسفی لویه و متین، ۱۳۸۷) و اختلال‌های رفتاری آشکار (چهارمچالی، ۱۳۸۵) منتهی شده است. از این رو انتظار می‌رود که آموزه‌های این روش، برای مداخلات درمانی در کودکان مبتلا به اختلال سلوک نیز قابل تسری باشد؛ بنابراین در کل هدف این پژوهش دستیابی به پاسخ فرضیه‌های زیر است:

۱- قصه‌هایی با زبان مادری (ترکی) موجب بهبود سازگاری اجتماعی کودکان مبتلا به اختلال سلوک می‌شود.

۲- قصه‌هایی با زبان غیرمادری (فارسی) موجب بهبود سازگاری اجتماعی کودکان مبتلا به اختلال سلوک می‌شود.

روش

روش تحقیق مورد استفاده، روش نیمه تجربی است که در آن اثربخشی یک متغیر مستقل (قصه‌درمانی، با دو رویه؛ قصه‌هایی با زبان مادری و قصه‌هایی با زبان غیرمادری) بر متغیر وابسته (سازگاری اجتماعی) مورد بررسی قرار گرفته است. بر همین اساس از طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل استفاده شده است. در این پژوهش، جامعه مورد مطالعه عبارت بود از کلیه دانش‌آموزان پسران ۱۰-۱۱ ساله مبتلا به اختلال سلوک که در کلاس‌های چهارم و پنجم ابتدایی شهر تبریز تحصیل می‌کردند. با توجه به گستردگی طرح و محدودیت‌های موجود در انجام مداخله‌های مورد نظر تلاش بر این شد که از مدارس ابتدایی ناحیه ۱ تبریز ۴۵ نفر دانش‌آموز توسط روان‌شناس و بر اساس ملاک‌های تشخیصی DSM-IVTR و پرسشنامه علائم مرضی کودکان CSI-4 (فرم معلم) به عنوان دانش‌آموزان مبتلا به اختلال سلوک غربال شدند و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل قرار گرفتند (در هر گروه ۱۵ نفر). سپس پیش‌آزمون (مقیاس رفتار سازگاران و اینلند) در مورد هر سه گروه اجرا و به دنبال آن متغیر مستقل (قصه‌درمانی، که در یک گروه آزمایشی، قصه‌هایی با زبان مادری (ترکی) و در گروه آزمایشی دیگر قصه‌هایی با زبان غیرمادری (فارسی) انجام شد و بر روی گروه کنترل هیچ مداخله‌ای صورت نگرفت و در نهایت، اندازه‌های متغیر وابسته (مقیاس رفتار سازگاران و اینلند) در هر گروه به دست آمد و به مثابه معیاری برای مقایسه‌های لازم مورد استفاده قرار گرفت).

ابزار گردآوری داده‌ها

برای انتخاب نمونه و جمع‌آوری داده‌ها، از مصاحبه تشخیصی و بالینی روان‌شناس بر اساس ملاک‌های DSM-IV-TR و پرسشنامه‌ی علایم مرضی کودکان (CSI-4) استفاده شد. این پرسشنامه یک مقیاس درجه بندی رفتار است که اولین بار در سال ۱۹۸۴ توسط اسپیرافکین و گادو بر اساس طبقه‌بندی DSMIII به نام SLUG و به منظور غربال ۱۸ اختلال رفتاری و هیجانی کودکان ۱۲-۵ ساله طراحی شد. بعدها بارها مورد تجدید نظر قرار گرفت و در سال ۱۹۹۴ مطابق با چاپ چهارم DSM تغییرات اندکی در آن ایجاد شد و با نام CSI-4 منتشر شد. پرسشنامه CSI-4، دارای دو فرم والد و معلم و دو شیوه نمره‌گذاری است:

۱- نمره‌گذاری براساس غربالگری

۲- نمره‌گذاری بر اساس شدت علائم مرضی

این پرسشنامه در پژوهش‌های متعددی مورد بررسی قرار گرفته و اعتبار و روایی، حساسیت و ویژگی‌های آن محاسبه شده است. در پژوهش محمد اسماعیل (۱۳۸۰) ضریب اعتبار این پرسشنامه از طریق اجرای مجدد تست برای این اختلال محاسبه شده است که این ضریب اعتبار برای اختلال سلوک ۰/۷۶ گزارش شده است. در این پژوهش، در بررسی فرم‌های والد نمره ۵ و فرم معلم نمره ۳ به عنوان بهترین نمره معیار مشخص شده و ویژگی و حساسیت آن به ترتیب (۰/۹۷) و (۰/۵۳) برآورد شده است.

مقیاس رفتار سازگارانه و اینلند و ویژگی‌های روان‌سنجی آن

این مقیاس کفایت شخصی و اجتماعی فرد را در انجام‌دادن فعالیت‌های روزانه مورد ارزیابی قرار می‌دهد («اسپارو، بالا، سی چتی، به نقل از قامت بلند، توکلی، بقولی، ۱۳۷۶). مقیاس رفتار سازگارانه و اینلند در گروه سنی ۱۱ تا ۱۸ سال و ۱۱ ماه در ایران را قامت بلند، توکلی و بقولی (۱۳۷۶) «هنجاریابی کرده‌اند. مقیاس رفتار سازگارانه و اینلند دارای ۲۹۷ ماده است که چهار حوزه مهارت‌های ارتباطی، مهارت‌های زندگی روزمره، مهارت‌های اجتماعی شدن و مهارت‌های حرکتی را دربر می‌گیرد و یک ارزیابی از عملکرد سازگارانه را فراهم می‌کند. ضریب بازآزمایی نمره‌های هنجاریابی شده در گروه سنی ۱۱ سال و ۱۸ سال و ۱۱ ماه در هنجاریابی مقیاس رفتار سازگارانه و اینلند (قامت بلند و همکاران، ۱۳۷۶) به این صورت می‌باشد: در حوزه ارتباطی از ۰/۸ تا ۰/۸۶ با میانگین ۰/۸۴، در حوزه مهارت‌های روزمره زندگی از ۰/۷۹ تا ۰/۸۷ با میانگین ۰/۸۳، در حوزه اجتماعی شدن از ۰/۸۲ تا ۰/۸۸ با میانگین ۰/۸۵ و در حوزه مهارت‌های حرکتی از ۰/۷۹ تا ۰/۸۸ با میانگین ۰/۸۵ گزارش شده است. ضرایب پایایی و بازآزمایی نمرات استاندارد بخش مرکب رفتار سازگارانه در همان پژوهش از ۰/۸۵ تا ۰/۹۲ با میانگین ۰/۸۹ در تغییر بود. تفاوت میانگین نمرات دو گروه بهنجار و عقب مانده ذهنی در سطح ۰/۰۱ معنی‌دار بود که بیانگر روایی تفکیکی مناسب در مورد این مقیاس در ایران است (قامت بلند و همکاران، ۱۳۷۶).

شیوه اجرا

پس از آن که آزمودنی‌ها انتخاب شدند و در دو گروه آزمایشی و یک گروه کنترل جای گرفتند، پیش‌آزمون مقیاس رفتار سازگارانه واینلند در هر سه گروه اجرا شد. سپس با هماهنگی مدیران آموزشگاه‌ها، مکان مناسبی برای آموزش فراهم شد. گروه‌های آزمایش به چهار گروه ۸ و ۷ نفری تقسیم شدند تا امکان کنترل آنان در جلسات آموزشی مهیا شود. سپس هر یک از گروه‌ها در ۱۱ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای در طی یک ماه، به صورت گروهی تحت آموزش قصه‌درمانی قرار گرفتند، پس از پایان هر مرحله، تمرین‌هایی به صورت فعالیت‌های مکمل و متناسب با اهداف هر جلسه در کلاس و تکالیف خانگی تهیه و انجام شد. با اتمام فرایند قصه‌درمانی و اطمینان از کاربندی تکالیف‌های درمانی، اندازه‌های متغیر وابسته (سازگاری اجتماعی) با استفاده از مقیاس رفتار سازگارانه واینلند به دست آمد.

روش تجزیه و تحلیل داده‌ها

دراین پژوهش برای توصیف داده‌های به دست آمده از شاخص‌های میانگین، انحراف معیار و در بخش آمار استنباطی از روش تحلیل کوواریانس یک راهه استفاده شد.

یافته‌ها

جدول (۱): شاخص‌های توصیفی پیش‌آزمون و پس‌آزمون سازگاری اجتماعی در دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل

متغیر	گروه	تعداد	میانگین	انحراف معیار	پایین‌ترین نمره	بالا‌ترین نمره
پیش‌آزمون	آزمایش ترکی	۱۵	۷۰	۲/۱۷۱	۶۸/۸۰	۷۱/۲۰
	آزمایش فارسی	۱۵	۷۱	۱/۸۵۹	۶۸/۷۷	۷۰/۸۳
	کنترل	۱۵	۶۹/۹۳	۲/۰۵۲	۶۸/۸۰	۷۱/۰۷
	کل	۴۵	۷۰/۳۱	۱/۹۸۷	۶۹/۳۱	۷۰/۵۱
پس‌آزمون	آزمایش ترکی	۱۵	۷۶/۶۷	۳/۷۳۵	۷۴/۶۰	۷۸/۷۴
	آزمایش فارسی	۱۵	۷۱/۶۷	۲/۱۲۷	۷۰/۴۹	۷۲/۸۴
	کنترل	۱۵	۶۹/۹۳	۲/۰۵۲	۶۸/۸۰	۷۱/۰۷
	کل	۴۵	۷۲/۷۶	۳/۹۴۴	۷۱/۵۷	۷۳/۹۴

جدول ۱، شاخص‌های توصیفی پیش‌آزمون و پس‌آزمون را در دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل نشان می‌دهد. مندرجات جدول نشان می‌دهد که در مرحله پیش‌آزمون میانگین گروه‌های مورد مطالعه تفاوت فاحشی با همدیگر ندارند و با این حال، در مرحله پس‌آزمون تفاوت چشمگیری وجود دارد. از این

رو تفاوت موجود نیازمند تحلیل دقیقتری می‌باشد که در این راستا از روش تحلیل کوواریانس یک راهه استفاده شد. در راستای بهره‌گیری از روش تحلیل کوواریانس یک راهه، نتایج آزمون لون برای برابری واریانس خطای گروه‌های آزمایش و کنترل در مورد متغیر وابسته، سازگاری اجتماعی نشانگر این مسأله است که با F برابر با $۱۵/۳۵۲$ و سطح معنی‌داری $۰/۰۰۱$ ، مفروضه همگنی واریانس تایید نمی‌شود، ولی به دلیل اینکه تعداد افراد گروه‌ها برابر هستند در نتیجه در چنین شرایطی عدم وجود همگنی واریانس را می‌توان نادیده گرفت. لذا از روش تحلیل کوواریانس یک راهه جهت بررسی فرضیه‌های پژوهشی استفاده شد. نتایج این تحلیل در جدول ۲ آمده‌است.

جدول (۲): نتایج تحلیل کوواریانس یک طرفه آثار قصه‌درمانی در بهبود سازگاری اجتماعی کودکان مبتلا به اختلال سلوک

منبع تغییرات	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	سطح معناداری	مجزوراتا
عرض از مبدأ	۲/۹۳۱	۱	۲/۹۳۱	۱/۵۰۲	۰/۲۲۷	۰/۲۵
پیش آزمون	۲۳۷/۵۸۸	۱	۲۳۷/۵۸۸	۱۲۱/۷۴۶	۰/۰۰۱	۰/۷۴
گروه	۳۵۲/۶۹۷	۲	۱۷۶/۳۴۶	۹۰/۳۶۴	۰/۰۰۱	۰/۸۱
خطا	۸۰/۰۱۲	۴۱	۱/۹۵۲	-	-	-
کل	۲۳۸۸۶/۰۰	۴۵	-	-	-	-

برطبق داده‌های بدست آمده از تحلیل کوواریانس یک طرفه آثار قصه‌درمانی بر بهبود سازگاری اجتماعی در کودکان مبتلا به اختلال سلوک، در واقع با حذف اثر نمرات پیش‌آزمون مقدار F برابر با $۹۰/۳۶۴$ بوده و این مقدار در $P < 0/001$ معنی‌دار است. لذا می‌توان نتیجه گرفت که، بین سه گروه (دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل) از نظر میزان بهبود سازگاری اجتماعی بعد از مداخله تفاوت معنی‌داری وجود دارد. همچنین مقدار مجزوراتا برابر با $۰/۸۱۵$ است که نشانگر اندازه اثر قوی هست. همان گونه که در جدول ۲ آمده گروه‌های پژوهشی سه گانه در سطح $P < 0/001$ با هم تفاوت معناداری دارند. در ادامه تحلیل کوواریانس برای مقایسه دودویی گروه‌ها هم از روش L matrix و هم آزمون تعقیبی توکی (در جدول ۴) استفاده کردیم، که نتایج روش L matrix در جدول ۳ آمده است. همانطوری که در جدول ۳ آمده است، شرایطی را که در مورد گروه‌ها (دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل) مورد مقایسه قرار داده‌ایم (قصه‌درمانی با زبان مادری و غیرمادری) به طور معناداری متفاوت هستند.

جدول (۳): ضریب مقابله‌ای (L matrix)

متغیر	گروه‌ها	
	آزمایش ترکی	آزمایش فارسی
عرض از مبدا	۱	۱
گروه=۱	۱	۰
گروه=۲	۰	۱
گروه=۳	۰	۰

نتایج جدول ۲ (تحلیل کواریانس) اثرات قصه‌درمانی بر بهبود مهارت سازگاری اجتماعی دانش‌آموزان مبتلا به اختلال سلوک نشان دهنده این است که میانگین سه گروه از نظر مهارت سازگاری اجتماعی معنی‌داری دارد. همچنین برای بررسی محل عدم برابری لازم است که آزمون تعقیبی توکی برای مقایسه دودویی میانگین گروه‌ها انجام شود. نتایج در جدول ۴ ارائه شده است.

جدول (۴): مقایسه دوتایی گروه‌ها در مهارت سازگاری اجتماعی

گروه (I)	گروه (j)	تفاوت میانگین	سطح معناداری
آزمایش ترکی	آزمایش فارسی	۴/۲۰	۰/۰۰۱
کنترل	آزمایش فارسی	۶/۹۳	۰/۰۰۱
آزمایش فارسی	آزمایش ترکی	-۴/۲۰	۰/۰۰۱
کنترل	آزمایش ترکی	۲/۷۳	۰/۰۰۱
کنترل	آزمایش فارسی	-۶/۹۳	۰/۰۰۱
آزمایش فارسی	کنترل	-۲/۷۳	۰/۰۰۱

همانطوری که نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد بین قصه‌درمانی با زبان مادری (ترکی) و قصه‌درمانی با زبان غیرمادری (فارسی) و قصه‌درمانی با زبان مادری و گروه کنترل ($P < 0/05$) و قصه‌درمانی با زبان غیرمادری و گروه کنترل ($P < 0/05$) تفاوت معناداری وجود دارد. از آنجایی که مطابق جدول ۱، میانگین سازگاری اجتماعی گروه‌های آزمایشی بیشتر از گروه کنترل می‌باشد، لذا می‌توان نتیجه گرفت که این مداخله موجب شده:

- ۱- سازگاری اجتماعی در گروه‌های آزمایشی نسبت به گروه کنترل بیشتر افزایش یافته است.
- ۲- سازگاری اجتماعی در گروه آزمایشی فارسی نسبت به گروه کنترل بیشتر افزایش یافته است.
- ۳- سازگاری اجتماعی در گروه آزمایشی ترکی نسبت به گروه آزمایشی فارسی بیشتر افزایش یافته است.

با توجه به این نتایج، می‌توان استدلال کرد که فرضیه پژوهشی اول و دوم مورد تأیید آماری قرار گرفته است و تفاوت گروه‌های مورد مطالعه، از نظر آماری معنی‌دار و این به نفع گروه‌های آزمایشی است. از این رو می‌توان استنباط کرد که قصه‌درمانی موجب بهبود سازگاری اجتماعی کودکان مبتلا به اختلال سلوک گردیده است. عدم حضور دختران در نمونه‌گیری و فرایند پژوهش و از آن جایی که پژوهش حاضر در دانش‌آموزان مبتلا به اختلال سلوک در شهرستان تبریز صورت می‌گیرد، می‌تواند تحت تأثیر ویژگی‌های خاص فرهنگی و منطقه‌ای قرار گرفته باشد. بنابراین این پژوهش در تعمیم نتایج به عمل آمده به مناطق دیگر محدودیت دارد.

عدم امکان استفاده از حجم بالای نمونه، عدم استفاده از کودکان پسر در سنین پایین و همچنین پسران در سنین نوجوانی و محدودیت ابزارهای پژوهش درخصوص نحوه اندازه‌گیری دقیق میزان سازگاری اجتماعی و تشخیص دقیق ابزارهای تشخیصی اختلال سلوک، محدودیت‌هایی هستند که در این تحقیق برجسته‌اند و بنابراین پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی، این موارد مورد توجه قرار گیرد.

مآخذ

- انجمن روان پزشکی آمریکا (۱۳۸۱). **راهنمای تشخیصی و آماری اختلال‌های روانی**. ترجمه: محمدرضا نیکخو و هامایاک آوادیس یانس، (۲۰۰۲). [چاپ چهارم]. تهران: سخن.
- توکلی‌زاده، جهان‌شیر؛ بواله‌ری، جعفر؛ مهریار، هوشنگ؛ دژکام، محمود (۱۳۷۹). همه‌گیر شناسی اختلال‌های رفتاری ایدایی کمبود توجه در دانش‌آموزان شهرگناباد. **فصلنامه اندیشه و رفتار، سال سوم شماره ۱ و ۲**. ص.ص ۴۰-۵۰.
- چهارم‌حالی، ف.، (۱۳۸۵). بررسی اثربخشی قصه‌گویی در کاهش اختلالات رفتاری آشکار کودکان پیش دبستانی. **پایان‌نامه کارشناسی ارشد**. دانشگاه علامه طباطبایی تهران.
- سادوک، بنیامین و سالاک، ویرجینیا (۱۳۸۲). **خلاصه روانپزشکی (جلد سوم)**. ترجمه: نصرت‌ا... پورافکاری، (۲۰۰۳). [چاپ اول]. تهران: شهرآب.
- سیدی، ط.، (۱۳۸۲). کاربرد قصه‌درمانی در درمان مشکلات رفتاری، عاطفی، پرخاشگری. **فصلنامه تعلیم و تربیت استثنایی شماره ۲۳**. ص.ص ۳۵-۴۳.
- فارسانی، رجب و شفق، ساسان (۱۳۷۷). بررسی شیوع اختلال کرداری و برخی عوامل وابسته در دانش‌آموزان مقطع راهنمایی شهر کرمان. **پایان‌نامه دکتری پزشکی**. دانشکده پزشکی کرمان.
- بلند، حمید رضا؛ توکلی، محمدعلی و بقولی، حسین (۱۳۷۶). هنجاریابی مقیاس رفتار سازگاران و اینلند در گروه سنی ۱۱ سال تا ۱۸ سال و ۱۱ ماه در ایران. **پایان‌نامه کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی**، انیستیتو روانپزشکی تهران.

کراتو چوپیل، توماس آر؛ موریس، ریچارد جی (۱۳۸۱). **روان شناسی بالینی کودک در روش های درمانگری**. ترجمه: محمدرضا نائینیان (۱۹۹۸). تهران: رشد.

محمداسماعیل، الهه (۱۳۸۰). بررسی اعتبار، روایی و تعیین نقاط برش اختلال های پرسشنامه علایم مرضی کودکان بر روی دانش آموزان ۱۴-۶ ساله مدارس ابتدایی تهران. **پژوهشکده کودکان استثنایی**.

محمداسماعیل، الهه (۱۳۸۴). **درسنامه درمان رفتاری-شناختی کودکان مبتلا به بیش فعالی / کمبود توجه**. تهران: دانژه.

یوسفی لویه، م، متین، آ، (۱۳۸۷). بررسی قصه درمانی بر راهبردهای رویارویی کودکان با مشکلات یادگیری. **پژوهش در حیطه کودکان استثنایی شماره ۶**. ص.ص ۶۲۲-۶۰۳.

Arad. (2004). If your mother were on animal, what animal would She be? Creating play stories in family therapy: the Animal **Attribution Story-telling** technique. **Family process**.

Barrera, M., Biglan, A., Taylor, T.K., Gunn, B.K., Smolkowski, K., Black, C., Ary, D.V., & flower, R.C., (2002). **Aggression and antisocial Behavior in children prevention science**, 3, 83-94.

Crozier, S., & Tincain, M.J., (2005). Using a modified social story to Decrease disruptive behavior of a child with Autism. **focus On Autism and other Developmental Disabilities**, 2, 150-157.

Fridberg, R.D., (1994). Story telling and cognitive therapy with children. **Journal of cognitive psychotherapy. anternational quarterly**. 8(3), 209.

Furlonger, B.F., (1999). Narrative therapy and children with hearing Impairment **Am, Ann Deaf**. 144(4), 3-325.

Hanney, L., & Kozłowska, K., (2002). Healing trauma ionized children: Creating illustrated story books in family therapy. **family Prosses**, 41, 37-65.

Howard, G.S., (1991). Cultuertales. A narrative approach tothinking, Cross-cultural psychology and psychotherapy. **American Psycho**, 46, 97-187.

Herman, Lisa (1997). Good enough fairytales for resolving sexual abuse Thruma. **Arts in psychotherapy**. 24(5), 439-445.

Heffner (2003). Experimental support for the use of story telling to guide behavior. **unpublished doctoral dissertation, west Virginia university: (http:proquest.umi.com/-pqdweb)**.

Montero, K., & Renee (2002). Bridging communication with the story **technique west wing publishing cm/hype lexes**.

Orcutt, S.R., (2002). Assertive approach to helping children deal With anger: Developing a child book on anger management Unpublished Doctoral Dissertation Allint international University, California [on-line]. Available: (http:proquest.umi.com/pads web).

- Painter, J.T., Silverman, P.S., & Cook, J.W., (1999). The effect of therapeutic story telling and behavioral parent training on noncompliant behavior in young boys. **Child & Family Behavior Therapy**, **21**, 47-66.
- Rahill, S.A., (2002). Compression or the effectiveness or story-based and Skill-based social competence program son the developmnt of social Problem solving and peer relationship skills of children with emotion disability. **unpublished Doctoral Dissertation. Carlson Albizu university, Maryland. (<http://proquest.umi.com/PDF> web).**
- Shechtman, Z., (1999). Bilbotherapy An indirect approach to treatment Of childhood aggression. **Child psychiatry and Human Development**, **30**, 39-53.
- Sonsoti, F.J., Powel Smith, K.A., (2006). Using social stories to improve The social behaviour of children with Asperser syndrome. **Journal of Positive Behaviour Interventions**, **8**, 43-57.
- Swaggart, B., Gagon, E., Bock, S.J., & Earles, T.L., (1995). Using social Stories to teach social and behavioural skills to children with Autism. **Focus on Autism Behavior**, **10**(1).1-16.
- Webb, M., & Berrt (1995). The importance of stories in the act caring. **Pastoral psychology** **43**(3), 215-225.