

تاثیر قصه‌درمانی بر اضطراب، درد و خشم از دندان‌پزشکی در کودکان ۴-۸ سال تحت مراقبت از دندان‌پزشکی

فاطمه پاکدامن^۱، ایران داودی^۲، مهناز مهربانی زاده‌نرمند^۳

۱- کارشناس ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه شهید چمران اهواز

۲- استادیار، دانشگاه شهید چمران اهواز

۳- استاد، دانشگاه شهید چمران اهواز

چکیده

زمینه و هدف: هدف پژوهش حاضر، بررسی تاثیر قصه‌درمانی بر اضطراب، درد و خشم از دندانپزشکی کودکان ۴-۸ ساله تحت مراقبت دندانپزشکی است. روش اجرا: جامعه آماری کودکان مراجعه کننده به دندانپزشکی، مهدکودک‌ها، مراکز خلاقیت و مراکز بازی شهرستان‌های نکا و ساری بودند. نمونه پژوهش ۳۹ کودک مراجعه کننده به پژوهشگر به روش در دسترس بود که، به صورت تصادفی در سه گروه آزمایش، پلاسیبو و کنترل قرار گرفتند. ابزارهای پژوهش شامل مقیاس اضطراب ونهام، مقیاس درد وونگ باکر و مقیاس خشم کودکان بود. گروه آزمایش ۸ جلسه مداخله گروهی دریافت کردند. گروه‌های کنترل هیچ‌گونه مداخله‌ای دریافت نکردند و فقط گروه پلاسیبو ۸ جلسه قصه‌درمانی عامیانه دریافت کرد. داده‌ها با استفاده از SPSS 16 در سطح $p < 0/05$ تحلیل شد.

یافته‌ها: نتایج مانکوا و مقایسه‌های زوجی بونفرنی در پس‌آزمون و پیگیری نشان داد که میانگین نمره اضطراب، درد و خشم از دندانپزشکی گروه آزمایش در مقایسه با گروه پلاسیبو و گروه کنترل کاهش معنی‌داری یافته بود.

نتیجه‌گیری: این یافته‌ها نشان می‌دهد که قصه‌درمانی می‌تواند به عنوان یک شیوه روان‌درمانی انتخابی در کاهش علائم اضطراب، درد و خشم از دندان-پزشکی کودکان موثر باشد.

واژگان کلیدی: قصه‌درمانی، اضطراب از دندان‌پزشکی، دندانپزشکی کودکان

وصول مقاله: ۱۳۹۲/۱۱/۱۸ پذیرش مقاله: ۱۳۹۳/۰۵/۱۵

نویسنده مسئول: فاطمه پاکدامن p.fateme.12@gmail.com

مقدمه:

تجربه دردناکی را در سنین خردسالی درک کرده‌اند، از ریسک بالاتری برای نگران بودن و اضطراب از دندانپزشکی برخوردارند، که این دلیلی جدی برای عدم درمان دندان‌هایشان در زندگی آینده است (Versloot, Veerkamp, & Hoogstraten, ۲۰۰۶).

آسیب‌های حاد دندانی در کودکان و نوجوانان، که در نتیجه‌ی اختلال عملکردی، زیبایی و روانشناختی بوجود می‌آید، نشان دهنده‌ی یک مشکل جدی در سلامت عمومی دهان و دندان در جامعه می‌باشد (Rajab, ۲۰۰۳). از فضای چنین مسائلی این گونه استنباط می‌شود، کودکانی که

دیدگاه‌های مختلف برای مدیریت اضطراب و نگرانی از دندان‌پزشکی وجود دارد. دیدگاه‌هایی مبتنی بر نظریه یادگیری اجتماعی که شامل تهیه اطلاعات مقدماتی برای کودکان بیمار است و ادراک درد و اضطراب‌های حین فرایندهای دندان‌پزشکی را کاهش می‌دهد. دیدگاه دیگر دیدگاه شناختی است. فرایند شناختی تفکر از طریق داستان‌گویی و داستان تصویری همراه با ارائه اطلاعات، کمک به بیان و ترویج ارتباطات و شناخت‌ها و یادآوری مهارت‌ها نقش سودمندی در آگاهی کودکان همراه با رشد استراتژی‌های تقابلی در این وضعیت‌ها دارد (اصل‌امین-آبادی و همکاران ۲۰۱۱). بنابراین از طریق یک روش کودک پسند به نام قصه‌درمانی دندانپزشک و خانواده کودک می‌توانند با علایم هراس، اضطراب و خشم کودکان از دندان‌پزشکی مقابله کنند و موجبات سلامت دهان و دندان را فراهم شود.

مواد و روش

جامعه آماری پژوهش حاضر کلیه کودکان ۸-۴ ساله مراجعه کننده به مطب‌های دندان‌پزشکی، مراکز بازی، مهد کودک و مراکز خلاقیت کودکان دو شهر ساری و نکا در سال ۱۳۹۰ بود. به شیوه نمونه‌گیری در دسترس، از بین ۷۳ کودک مراجعه کننده، پس ارزیابی از طریق مصاحبه، تکمیل پرسشنامه جمعیت شناختی و مقیاس اضطراب دندانی کورا (فرم والدین)، ۳۹ کودک انتخاب شدند. ۳۹ کودک در پژوهش به صورت تصادفی، به سه گروه ۱۳ نفری؛ شامل

بچه‌هایی که دستخوش چنین فرایندهایی در دندان‌پزشکی می‌شوند اغلب رفتارهایی را بصورت گریه کردن، فریاد زدن، ناله کردن در بیان اضطراب و درد نشان می‌دهند (اصل‌امین‌آبادی، وفائی، عرفان‌پرست و اسکویی، ۲۰۱۱).

در نتیجه این نگرانی‌ها در حین معاینه به صورت رفتارهای منفی مانند اضطراب، درد و خشم ظهور می‌نماید (Skaret, Raadal, Kvale, & Berg, ۱۹۹۹). سرانجام حضور در مطب و درمان مشکلات دندانی چنان با ترس و وحشت توأم می‌شود که انجام و ارائه خدمات دندان‌پزشکی غیرممکن می‌گردد (Gelder, Lopez, & Andreason, ۲۰۰۰). بنابراین یکی از چالش‌های دندان‌پزشکی امروز برای حفظ ارتقای سلامت دهان و دندان کودکان مقابله با نگرانی و اضطراب کودکان از دندان‌پزشکی است (Vania و همکاران، ۲۰۰۶). بطور کل بیش از ۱۰٪ مردم در سرتاسر دنیا این نگرانی را دارند که بیشتر آنها را کودکان تشکیل می‌دهند (McMahon, ۲۰۰۸، به نقل از Bryant, ۲۰۱۱).

عدم آگاهی کودک از محیط، وسایل و کار دندان‌پزشک، مانند شنیدن صدای مته دندان‌پزشکی، یا دیدن دندانپزشک با ماسک بر روی صورتش تمام چیزی است که موجب آغاز حس اضطراب و نگرانی در مردم می‌شود. شرطی سازی اجتماعی، در معرض این مسائل قرار گرفتن و

جنبه‌های بسیار دیگری نقش بزرگی در نگرانی آشکار

مربوط به دندان ایفا می‌کنند (بریان، ۲۰۱۱).

گروه درمان، گروه پلاسیبو و گروه کنترل، تقسیم شدند. سپس برای کودکان هر سه گروه، سه مقیاس تصویری خود گزارشی کودک در متغیرهای اضطراب، درد و خشم از دندان پزشکی، اجرا شد. نمره این سه مقیاس به عنوان نمره پیش‌آزمون یادداشت شد. گروه آزمایش تحت قصه-درمانی قرار گرفتند. گروه پلاسیبو قصه‌های عامیانه درمانی عامیانه با اهداف درمانی روانشناسی بدون تمرکز بر اضطراب، درد و خشم از دندانپزشکی دریافت کردند و گروه کنترل که هیچ گونه مداخله‌ای دریافت نکردند. از هر سه گروه پس از پایان دوره پس آزمون و یک ماه بعد پیگیری به عمل آمد. طرح پژوهش حاضر نیمه آزمایشی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون و مرحله پیگیری ۱ ماهه با گروه پلاسیبو و کنترل می‌باشد، که در آن اثر یک متغیر مستقل (قصه گویی) بر سه متغیر وابسته (اضطراب، ترس و خشم از دندان پزشکی) مورد بررسی قرار گرفت.

روش اجرای پژوهش

در تابستان ۱۳۹۲ پس از همانگی و دریافت مجوزهای لازم، برگه‌های فراخوان شرکت در پژوهش قصه درمانی در مطب‌های دندانپزشکی، اتاق‌های بازی، مهد کودک و مراکز خلاقیت کودکان شهرستان‌های ساری و نکا پخش شد. در برگه‌های فراخوان شماره تلفن همراه درمانگر برای تماس ثبت بود. برنامه اجرا و پروسه درمانی در توضیح فردی درمانگر برای والدین، دندانپزشکان و مربیان شرح

داده شد و شرط اصلی شرکت کودکان در برنامه حضور حداقل یک بار در دندانپزشکی برای درمان بود. از طریق مصاحبه بالینی و تکمیل پرسشنامه کورا (فرم والدین)، ۴۱ کودک که در مقیاس اضطراب دندان‌دانی کورا نمره بالاتر از ۹، یعنی اضطراب متوسط به بالا را کسب نمودند و واجد ملاک‌های ورود به پژوهش بودند انتخاب شدند. دو کودک به دلیل ضعف در برقراری ارتباط با درمانگر و گروه از اجرا کنار گذاشته شدند. بنابراین ۳۹ کودک وارد پژوهش گردیدند. این ۳۹ کودک از طریق نمونه گیری تصادفی ساده به سه گروه، آزمایشی، پلاسیبو و کنترل تقسیم شدند. مرحله بعدی اجرای سه مقیاس تصویری اضطراب، درد و خشم برای سنجش احساسات کودک توسط خود آنان، به همراه جلسات قصه درمانی بود. بنابراین از تاریخ ۲۸ مهرماه تا ۲۵ آبان ماه، به مدت یک ماه هفته‌ای دوبار جلسات مداخله‌ای پژوهش اجرا شد. البته قصه‌ها با هدف درمانی مبتنی بر اثربخشی بر اضطراب، درد و خشم از دندان پزشکی تنها برای گروه آزمایش اجرا می‌شد. گروه پلاسیبو قصه‌هایی عامیانه با اهداف درمانی روانشناسی بدون تمرکز بر اضطراب، درد و خشم از دندانپزشکی دریافت می‌کردند. هدف از گروه پلاسیبو نشان دادن اثربخشی بهتر قصه‌هایی با محوریت درمان دندانپزشکی برای گروه آزمایش بود، تا نشان داده شود فقط قرار گرفتن در گروه و شنیدن هر قصه‌ای نمی‌تواند اضطراب، درد و خشم از دندانپزشکی را کاهش

هنجاریابی شد و ۴ آیتم دارد. ۴ آیتم پرسشنامه در مورد وضعیت فرد در موقعیت دندان‌پزشکی است و طبق روش لیکرت از ۱ تا ۵ نمره‌گذاری می‌شود. لازم به ذکر است که این مقیاس را والدین درمورد کودکان خود پر می‌کنند. در مجموع کمترین نمره ۴ و بیشترین نمره ۲۰ خواهد بود. نمره اضطراب این ۴ آیتم فرد بین ۲۰-۴ قرار دارد. بر اساس این نمره‌گذاری، نمرات ۸-۴ بدون اضطراب، ۹-۱۲ اضطراب متوسط، ۱۳-۱۴ اضطراب بالا و ۱۵-۲۰ اضطراب شدید درجه‌بندی می‌شوند. پایایی و روایی این پرسشنامه در نمونه خارجی Sumer, Alanoud, Eman, & Ebtehal (۲۰۱۲) مطلوب گزارش شده است. پایایی و روایی این مقیاس در نمونه ایرانی تایید شده است.

تست اضطراب ونهام

ابزار سنجش اضطراب مورد استفاده در این مطالعه تست تصویری ونهام (Venham picture test, ۱۹۷۹) می‌باشد که برای سنجش میزان اضطراب کودک به کار می‌رود. تست تصویری ونهام یک ابزار خود گزارشی برای تعیین اضطراب می‌باشد، که در آن از ۸ کارت تصویری استفاده می‌شود. بر روی هر کارت ۲ تصویر که یکی مضطرب و دیگری غیرمضطرب می‌باشد، نقاشی شده است. این ۸ کارت به نوبت به کودک نشان داده می‌شود. از او خواسته می‌شود تا بگوید کدام یک از دو تصویر به بهترین نحو بیانگر احساس درونی او می‌باشد. اگر کودک تصویر

دهد. بنابراین برای گروه پلاسیبو قصه‌هایی عامیانه تر گفته شد تا تفاوت قرار گرفتن در فضای قصه عامیانه و قصه با محوریت درمانی، فضای همدلانه گروه و مشارکت کودکان با درمانگر بخوبی نشان داده شود. کودکان گروه کنترل هیچ‌گونه مداخله‌ای را دریافت نکردند. در جلسه اول کودکان هر سه گروه به ابزارهای پژوهش پاسخ دادند. بعد از جلسه اول که اجرای کارتها بود، در جلسه دوم به مدت ۶ جلسه قصه‌گویی اجرا شد و بعد از پایان جلسه هفتم، در جلسه هشتم تست‌ها برای هر سه گروه در مرحله پس‌آزمون اجرا شد. بعد از یک ماه در تاریخ ۲۶ آذرماه هر سه مقیاس تصویری برای سنجش اضطراب، درد و خشم کودکان به منظور پیگیری اجرا و نمره‌ها ثبت شد.

ابزار پژوهش

در این پژوهش از مقیاس اضطراب دندان‌پزشکی کورا (Corah و همکاران، ۱۹۷۸)، تست اضطراب ونهام (Venham & Gaulin-Kremer، ۱۹۷۹)، مقیاس درد وونگ باکر (Wong & Hockenberry، ۱۹۹۸) و مقیاس خشم کودکان (Nelson & Finch، ۱۹۷۸) و یک پرسشنامه جمعیت شناختی استفاده شد. در پرسشنامه جمعیت شناختی به سوالاتی چون: جنس، سن، رتبه تولد، وضعیت اقتصادی، تعداد دفعات مراجعه به دندانپزشکی پاسخ داده شد.

مقیاس اضطراب دندان‌پزشکی کورا

این مقیاس توسط کورا و همکاران (۱۹۸۷) ساخته و

سمت چپ (فقدان درد و عدد صفر) تا تصویر سمت راست (بیشترین مقدار درد و عدد ۱۰) نمره گذاری می‌شوند. ۴ تصویر وسط هم به ترتیب درجات دو، چهار، شش و هشت را نشان می‌دهند (وونگ و هکنبری، ۲۰۱۱). به نقل از رزاقی و همکاران، (۱۳۹۱). نمره کل از جمع نمرات کودکان در ۶ تصویر به دست می‌آید. در پژوهش

Soetenga, Frank, & Pellino در سال ۱۹۹۹ پایایی این مقیاس از طریق آلفای کرونباخ ۰/۹۳ ذکر شد. پایایی و روایی آن در نمونه خارجی و ایرانی تایید شده است.

مقیاس خشم کودکان

مقیاس چهره‌ای خشم توسط نیلسون و فینچ (۱۹۷۸) از روی پرسشنامه خشم کودکان ساخته شد. این مقیاس شامل چهار چهره کارتونی است که هر چهره کارتونی توسط فرد مورد آزمایش با یک مقیاس چهار درجه‌ای به ترتیب حالت خشم درجه بندی می‌شود. تصاویر حالت خشم را به صورت ۱-هیچ، ۲-کمی، ۳-زیاد و ۴-بسیار زیاد درجه بندی می‌شود (نیلسون و فینچ، ۱۹۷۸). به نقل از حجاران، (۱۳۷۳). در پژوهش اولندینک و هرسن

(Ollendic & Hersen, ۱۹۸۴) پایایی مقیاس به روش کودریچاردسون، ۰/۹۶ تایید گردید. پایایی آزمون-بازآزمون در دوره سه ماه روی ۳۰ کودک بستری ۰/۸۲ ذکر شد (Montgomery و همکاران، ۱۹۷۹). به نقل از حجاران، (۱۳۷۳). در نمونه ایرانی برای تعیین پایایی دو

مضطرب را انتخاب کند نمره ی اضطراب او ۱ و اگر تصویر غیرمضطرب را انتخاب نماید نمره ی اضطراب او ۰ خواهد شد. سپس نمرات اضطراب جمع بسته خواهد شد و نمرات جمع شده بین ۰ تا ۸ قرار خواهد گرفت. اگر نمره کودک ۴ و بالاتر باشد به عنوان کودک مضطرب در نظر گرفته خواهد شد (ونهام و گولین کرمز ۱۹۷۹). ونهام و گولین کرمز در سال ۱۹۷۹ این تست را برای وضعیت اضطراب کودکان از دندان پزشکی ساختند و در پژوهش خود پایایی تست را از طریق آزمون-باز آزمون ۰/۷ گزارش کردند. همسانی درونی آزمون از طریق کوردر-ریچاردسون با ضریب ۰/۸۸ نشان از بالا بودن ثبات داخلی آزمون داشت. ونهام و گولین-کرمز (۱۹۷۹) در پژوهش خود روایی آن را از طریق همبستگی با ضربان قلب و پاسخ گالوانیکی پوست ۰/۸۸ ذکر کردند.

مقیاس درد وونگ بیکر

این ابزار توسط وونگ و هکنبری در سال ۱۹۹۸ طراحی شد. مقیاس درد وونگ بیکر (Wong-baker faces pain scale) شامل دو قسمت عددی و چهره‌ای است. قسمت عددی بیشتر برای کودکان ۷ سال به بالا و قسمت تصویری آن برای کودکانی که هنوز معنی عدد را متوجه نمی‌شوند (کودکان زیر ۷ سال) استفاده می‌شود. این مقیاس ۶ تصویر دارد که هر کدام مقادیر متفاوتی از درد را نشان می‌دهند. این تصاویر به صورت لیکرت از تصویر

از یک استراحت ۵ تا ۱۰ دقیقه ای قصه لیلی و خاله بازی با محوریت آشنایی با دندانپزشکی و وسایل آن برای کودکان اجرا شد. در آخر برگه های تکالیف منزل پخش شد.

جلسه سوم

ابتدا برگه‌های کار در منزل جمع و راجع به آنها صحبت شد، سپس داستان باغبون با هدف غلبه بر درد و اضطراب برای کودکان اجرا شد. بعد از یک استراحت ۵ دقیقه ای کارت‌های احساسات به کودکان نشان داده شده و کلمات و جملاتی که کودکان برای هر شکل بکار بردن بررسی شد. بعد از یک استراحت ده دقیقه‌ای داستان نمایشی نوک حنا با محوریت آشنایی با احساساتی چون خشم، اضطراب و دیگر تعارضات خود و غلبه بر این تعارضات اجرا شده و در آخر برگه‌های کار در منزل بین کودکان پخش شد. از کودکان خواسته شد برای جلسه بعد یک نقاشی با محوریت داستان‌های تعریف شده یا محور اضطراب از دندانپزشکی بکشند و به جلسه درمان بیاورند.

جلسه چهارم

طبق روال همیشگی تکالیف کودکان جمع آوری شده و با کودکان کمی در مورد نقاشی‌ها صحبت شد. سپس قصه جیلی با محوریت کلی غلبه بر درد و محوریت فرعی غلبه بر خشم و اضطراب برای کودکان ارائه شد. بعد از یک استراحت ده دقیقه‌ای کارت‌های احساسات بررسی و قصه

نیمه کردن، مقیاس روی ۶۰ کودک مدرسه‌ای و ۶۱ کودک مبتلا به پریشانی هیجانی اجرا گردید که همبستگی بین نیمه اول-نیمه دوم با فرمول اسپیرمن-براون ۰/۹۱ شد و حال آنکه همبستگی بین پرسش های فرد و زوج با همان فرمول ۰/۹۵ بود (حجاران، ۱۳۷۳). نمرات میزان خشم از دکتر، پرستار، والد در پیش و پس از اجرای شیوه طبی به ترتیب دارای ضرایب همبستگی ۰/۶۳ و ۰/۵۸ و ۰/۶۰ بود که در سطح ۰/۰۰۱ معنادار است (حجاران، ۱۳۷۳).

جلسات درمانی گروه آزمایش

جلسه اول

از بین ۳۹ کودکی که در تست اضطراب دندان‌ی کورا نمره بالاتر از گرفته بودند، بطور تصادفی ۱۳ نفر برای قصه درمانی انتخاب شده و تست های اضطراب ونهام، درد وونگ باکر و خشم را تکمیل کردند. در جلسه اول برای آشنایی بیشتر و برقراری ارتباط بهتر بین درمانگر و کودک از یک سری شعر و بازی استفاده شد. سعی شد در جلسه اول فضای شادی برای کودکان ایجاد شود و درمانگر تلاش نمود رابطه دوستانه با کودکان برقرار کند.

جلسه دوم

ابتدا یک شعر دسته جمعی برای ایجاد ارتباط بیشتر خوانده شد. سپس قصه پارچه صورتی برای کودکان توسط درمانگر خوانده شد. سپس کارت های احساسات نشان داده و احساسات درگیر کودکان بررسی شده و بعد

با موضوع آشنایی بیشتر با وسایل دندانپزشکی به کودکان داده شده و قرار گذاشته شد در جلسه بعدی تکالیف را انجام داده و به همراه بیاورند.

جلسه هفتم

ابتدا برگه‌های کار در منزل جمع آوری شد و در مورد آن با کودکان صحبت شد. بعد قصه تابلو صورتی با محوریت غلبه بر درد و خشم ارائه شد. سپس یک استراحت ۵ دقیقه ای به کودکان داده و بعد از استراحت کارتهای احساسات بررسی شد. سپس درمانگر برای کودکان قصه نمایشی خداحافظی با دندان‌ها با محوریت اتمام جلسه، تثبیت داستان‌ها در ذهن کودکان و خداحافظی با دوستان و درمانگر با محوریت غلبه بر اضطراب و خشم به صورت نمایشی اجرا شد. کودکان به کمک درمانگر راه‌های غلبه بر اضطراب را بررسی نمودند.

جلسه هشتم

تست های اضطراب ونهام، درد وونگ باکر و خشم از کودکان دوباره گرفته شد. سپس از کودکان تشکر و به عنوان یادگاری نفری یک شکلک دندان و یک ابزار دندانپزشکی که روی مقوا طراحی شده بود، داده شد. سپس پایان جلسه اعلام و همه از هم خداحافظی کردند.

جلسات اجرای گروه پلاسیبو

جلسه اول

در این جلسه قصه دایناسور ریزه میزه برای کودکان توسط درمانگر اجرا شد. سعی بر آن بود که کودکان با احساسات و نگرانی‌های خود آشنا شوند. در بیان این

لیمینو با محوریت مقابله با درد و کاهش خشم اجرا شد. در آخر طبق روال همیشگی تکالیف کار در منزل ارائه شد. جلسه پنجم

بعد از جمع آوری برگه‌های کار در منزل و صحبت در مورد آنها داستان خمیر ترشرو با محوریت غلبه بر اضطراب و درد خوانده شد. بعد از یک استراحت ۵ دقیقه‌ای، کارتهای احساسات به کودکان نشان داده شد. از آنها خواسته شد در مورد هر کلمه یک داستان با کمک هم بصورت دسته جمعی بگویند و در مورد آن بحث شد. بعد قصه نمایشی دندان تنها برای بچه‌ها نمایش داده شد. درمانگر سعی کرد افکار و احساسات کودکان را کاملاً درگیر کند. در آخر جلسه برگه‌های کار در منزل پخش و از کودکان خواسته شد خلاصه داستان خمیر ترشرو را با کمک والدین نوشته و در جلسه بعد بیاورند.

جلسه ششم

بعد از جمع آوری تکالیف کار در منزل و صحبت در مورد آن با بچه‌ها قصه جینگیلی با محوریت غلبه بر خشم و اضطراب و آموزش صحبت در مورد نگرانی کودکان از زبان خودشان ارائه شد. بعد کارتهای احساسات نشان داده شد. از کودکان خواسته شد، کلمات و جملاتی که کارتها برایشان تداعی می‌کنند را نام ببرند. سپس داستان مینلی برای کودکان به نمایش درآمد و از آنها خواسته شد در حل مشکل مینلی کمک کنند. هدف از این‌کار درگیر کردن احساسات کودکان در مورد خشم و حل تعارضات خود کودکان از طریق قصه بود. در آخر برگه کار در منزل

برآنست که به کودکان یاد داده شود از نگرانی‌های خود صحبت کنند.

جلسه ششم

در این جلسه قصه صدای عجیب برای کودکان خوانده شد.

هدف آشنایی کودکان با نگرانی‌ها و اضطراب هایشان و

آموزش مقابله با آنها است.

جلسه هفتم

در جلسه آخر دوباره تست های ونهام، وونگ باکر و خشم

برای کودکان اجرا شد. بعد از آن با کودکان صحبت و

برایشان توضیح داده شد جلسات قصه گویی به پایان

رسیده است. همگی با هم خداحافظی نمودند.

یک نمونه از قصه از قصه های درمانی

قصه نوک حنا

یکی بود یکی نبود. غیر از خدا هیچکس نبود. در یک مزرعه

بزرگ آقا خروسه و خانوم قدقدی با ۳ تا جوجه تپل و

طلایی روزهای خوبی رو می‌گذروندن. بچه جوجه ها هر

روز از صب تا شب در مزرعه برای خودشون می‌چرخیدن

و بازی می‌کردن. یکی از روزهای گرم تابستون که هوا

خیلی گرم بود. بچه جوجه ها از شدت گرما دیگه نتونستن

تو حیاط بازی کنن و رفتن تو لونهشون. هر کدوم یک طرفی

ولو شدن و مامان قدقدی رو صدا کردن که مامانی بیا برا

ما یه چی خنک درست کن بخوریم. مامان قدقدی با یه

ظرفه پر بستنی اومد. بچه جوجه‌ها خیلی خوشحال شدن و

حالا نخور کی بخور. بعد از اینکه خنک شدن خواستن

دوباره برن بیرون بازی کنن که نوک حنایی احساس درد

قصه، هدف درگیری کودکان با احساسات خود و نشان

دادن اشتباهات دایناسور بود. تلاش شد تا به کودکان

آموزش داده شود تا بتوانند بهتر با احساسات خود کنار

آمده و آن‌ها را حل نمایند.

جلسه دوم

قصه پنیرک اجرا شد. پنیرک موشی بود که دچار یک سری

اشتباهات شد و آن اشتباهات را به کمک دوستش حل

نمود. در این قصه به نگرانی‌ها و تعارضات کودکان و حل

آن‌ها پرداخته شد.

جلسه سوم

در این جلسه قصه حنایی و مهد کودک تعریف شد. سعی

شد تا بطور غیر مستقیم و در پناه شرایط کودکان

احساسات اضطراب و خشم بررسی و اشتباه بودن آنها و

راه درست به کودکان آموزش داده شود.

جلسه چهارم

قصه موشی که حرف گوش نمی داد برای کودکان خوانده

خواهد شد. در این قصه به کودکان آموزش داده شد، به

حرف بزرگترها گوش داده و از کارهایی که برایمان مضرر

است دوری شود. هدف از این قصه آموزش سلامت از بدن

بوده است.

جلسه پنجم

در این جلسه قصه دوقلوا و بیمارستان تعریف شد. هدف

از بیان این قصه قرار دادن کودکان در فضای پزشکی و

نشان دادن نگرانی‌های کودکان، به خودشان است. سعی

جدول ۱- شاخص‌های آماری مربوط به نمرات سه گروه آزمایش، کنترل و پلاسیبو در پیش‌آزمون و پس‌آزمون پیگیری

گروه درمان		گروه پلاسیبو		گروه آزمایش		گروه	
انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	متغییر	
۰/۳۲	۲/۳	۰/۲۷	۲	۰/۳۴	۶/۲	اضطراب	درمان
۰/۳۲	۴	۰/۳۳	۳/۵	۰/۴۱	۸/۶	درد	
۰/۱۴	۱/۶۱	۰/۱۴	۱/۳۸	۰/۲	۳/۲	خشم	
۰/۳۵	۴/۱	۰/۲۸	۳/۶۹	۰/۴۱	۵/۵۳	اضطراب	پلاسیبو
۰/۴۹	۶/۳	۰/۵۹	۵/۶۸	۰/۴۶	۸/۴۶	درد	
۰/۱۴	۲/۳۸	۰/۱۲	۱/۲۳	۰/۱۸	۳/۳۸	خشم	
۰/۳۳	۴/۱	۰/۳۳	۴/۱	۰/۲۸	۴/۹۲	اضطراب	کنترل
۰/۶۳	۷/۶۹	۰/۵۷	۷/۳۸	۰/۶۴	۸	درد	
۰/۲۶	۲/۹۲	۰/۲۶	۳/۰۷	۰/۲	۳/۳	خشم	

جدول ۲- خلاصه نتایج تحلیل کوواریانس چند متغییری بر روی میانگین نمره‌های پس‌آزمون متغیرهای پژوهش در سه گروه با کنترل پیش‌آزمون‌ها

آزمون	ارزش	F	Df فرضیه	Df خطا	اندازه اثر	سطح معنی داری
اثر پیلاپی	۰/۸	۷/۱	۶	۶۴	۰/۴	$p \leq ۰/۰۰۱$
لمب‌دای و یلکز	۰/۲۵	۹/۹۵	۶	۶۲	۰/۴۹	$p \leq ۰/۰۰۱$
اثر هتلینگ	۲/۶۲	۱۳/۱۲	۶	۶۰	۰/۵۶	$p \leq ۰/۰۰۱$
بزرگترین ریشه روی	۲/۵۳	۲۷/۰۳	۳	۳۲	۰/۷۱	$p \leq ۰/۰۰۱$

تفاوت معنی داری وجود دارد. برای بررسی نقطه تفاوت، تحلیل کوواریانس‌های یک‌راهه در متن مانکوا روی متغیرهای وابسته انجام شد. نتایج این تحلیل در جدول ۳ ارائه شده است.

نتایج مندرجات در جدول ۳ نشان می‌دهد که تفاوت حداقل دو گروه از سه گروه در متغیر اضطراب

مندرجات جدول ۲ نشان می‌دهد که بین گروه‌های آزمایش، پلاسیبو و کنترل از لحاظ حداقل یکی از متغیرهای وابسته شامل اضطراب، درد و خشم از دندانپزشکی تفاوت معنی داری وجود دارد. بنابراین فرضیه اصلی پژوهش تایید گردید. بر این اساس می‌توان بیان داشت که دست کم در یکی از متغیرهای وابسته حداقل بین دو گروه از سه گروه

در ارتباط با متغیر درد از دندانپزشکی نتایج مندرج در جدول ۴، مقایسه‌ها نشان می‌دهد که در زمینه متغیر درد از دندانپزشکی بین میانگین‌های برآورد شده گروه آزمایش و گروه پلاسیبو (۲و۱)، گروه آزمایش و گروه کنترل (۳و۱) و گروه پلاسیبو و کنترل (۳و۲) در مرحله پس‌آزمون در سطح مورد نظر $p < 0.05$ تفاوت معنی‌داری وجود دارد. به علاوه ضریب اندازه اثر نشان می‌دهد که ۰/۵۷ درصد از تفاوت سه گروه در مرحله پس‌آزمون از نظر متغیر درد از دندانپزشکی، مربوط به مداخله آزمایشی است، لذا می‌توان نتیجه گرفت که روش مداخله قصه‌درمانی باعث کاهش معنی‌دار درد از دندانپزشکی در کودکان شده است.

در ارتباط با متغیر خشم از دندانپزشکی نتایج مندرج در جدول ۴، مقایسه‌ها نشان می‌دهد که در زمینه متغیر خشم از دندانپزشکی بین میانگین‌های برآورد شده گروه آزمایش و گروه پلاسیبو (۲و۱)، گروه آزمایش و کنترل (۳و۱) و گروه پلاسیبو و کنترل (۳و۲) در مرحله پس‌آزمون تفاوت معنی‌داری در سطح مورد نظر $p < 0.05$ وجود دارد. به علاوه ضریب اندازه اثر نشان می‌دهد که ۰/۵۹ درصد از تفاوت سه گروه در مرحله پس‌آزمون از نظر متغیر خشم از دندانپزشکی، مربوط به مداخله آزمایشی است لذا می‌توان نتیجه گرفت که روش مداخله

($F = 24/37, p < 0.001$)، درد ($F = 22/46, p < 0.001$) و خشم ($F = 23/92, p < 0.001$) از دندانپزشکی معنی‌دار می‌باشد. همان‌طور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، نسبت F در مورد هم‌ی متغیرهای مورد بررسی معنی‌دار می‌باشد. اما با توجه به این که در این پژوهش سه گروه مختلف وجود دارد و نتایج تحلیل کواریانس انجام شده مشخص نمی‌کند که بین کدام گروه‌ها تفاوت معنی‌دار وجود دارد، لذا از آزمون پیگیری مقایسه‌های تعدیل یافته بونفرنی استفاده گردید که نتایج آن در جدول ۴ آمده است.

با توجه به نتایج مندرج در جدول ۴، مقایسه‌ها نشان می‌دهد که در زمینه متغیر اضطراب از دندانپزشکی بین میانگین‌های برآورد شده گروه آزمایش و گروه پلاسیبو (۲و۱) و گروه آزمایش و گروه کنترل (۳و۱) در مرحله پس‌آزمون تفاوت معنی‌داری وجود دارد ($p < 0.001$). اما بین میانگین‌های برآورد شده گروه پلاسیبو و کنترل (۳و۲) در مرحله پس‌آزمون تفاوت معنی‌داری وجود ندارد ($p = 0.2$). به علاوه ضریب اندازه اثر نشان می‌دهد که ۰/۵۹ درصد از تفاوت سه گروه در مرحله پس‌آزمون از نظر متغیر اضطراب از دندانپزشکی، مربوط به مداخله آزمایشی است لذا می‌توان نتیجه گرفت که روش مداخله قصه‌درمانی باعث کاهش معنی‌دار اضطراب از دندانپزشکی در کودکان شده است.

با کنترل پیش‌آزمون‌های متغیرهای وابسته‌ی پژوهش نشان می‌دهد.

مندرجات جدول ۵ نشان می‌دهد بین گروه‌های آزمایش، پلاسیبو و کنترل، از لحاظ حداقل یکی از متغیرهای اضطراب، درد و خشم از دندان‌پزشکی تفاوت معنی‌داری وجود دارد. بنابراین می‌توان بیان داشت که حداقل در یکی از متغیرهای وابسته، بین سه گروه تفاوت معنی‌داری وجود دارد. برای بررسی نقطه تفاوت، تحلیل کوواریانسهای

قصه‌درمانی باعث کاهش معنی‌دارخشم از دندان‌پزشکی در کودکان شده است.

جهت بررسی تاثیر قصه‌درمانی بر اضطراب، درد و خشم از دندان‌پزشکی در دوره یک ماهه پیگیری تحلیل کوواریانس چند متغیری روی نمره‌های پیگیری، با کنترل پیش‌آزمون‌های متغیرهای وابسته پژوهش شامل اضطراب، درد و خشم از دندان‌پزشکی انجام گرفت. جدول ۵، نتایج کوواریانس چند متغیری را روی نمره‌های پیگیری

جدول ۳. نتایج تحلیل کوواریانس یک‌راهه روی میانگین نمره‌های پس‌آزمون متغیرهای پژوهش در سه گروه با کنترل پیش‌آزمون‌ها

نام آزمون	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	اندازه اثر	سطح معنی داری
اضطراب	۴۴/۶۳	۲	۲۲/۳۱	۲۴/۳۷	۰/۵۹	$p \leq ۰/۰۰۱$
درد	۱۰۲/۷۵	۲	۵۱/۳۷	۲۲/۴۶	۰/۵۷	$p \leq ۰/۰۰۱$
خشم	۱۷/۹۹	۲	۸/۹۹	۲۳/۹۲	۰/۵۹	$p \leq ۰/۰۰۱$

جدول ۴. نتایج آزمون بونفرونی برای مقایسه میانگین‌های گروه‌ها در مرحله پس‌آزمون

مقیاس	مقایسه	میانگین برآورد شده	تفاضل میانگین	خطای معیار	معنی داری	اندازه اثر
اضطراب	گروه ۱ و ۲	۳/۷۲۱ و ۱/۶۷۹	-۲/۰۴	۰/۳۸	$p \leq ۰/۰۰۱$	۰/۵۹
	گروه ۱ و ۳	۴/۴۴۶ و ۱/۶۷۹	-۲/۷۶	۰/۴۱	$p \leq ۰/۰۰۱$	
	گروه ۲ و ۳	۴/۴۴۶ و ۳/۷۲۱	-۰/۷۲	۰/۳۸	۰/۲	
درد	گروه ۱ و ۲	۵/۶۸۸ و ۳/۲۸۴	-۲/۴	۰/۶۱	$p \leq ۰/۰۰۱$	۰/۵۷
	گروه ۱ و ۳	۷/۶۴۴ و ۳/۲۸۴	-۴/۳۶	۰/۶۵	$p \leq ۰/۰۰۱$	
	گروه ۲ و ۳	۷/۶۴۴ و ۵/۶۸۸	-۱/۹۵	۰/۶۰	۰/۰۰۸	
خشم	گروه ۱ و ۲	۲/۲۰۸ و ۱/۳۳۰	-۰/۸۷	۰/۲۴	۰/۰۰۴	۰/۵۹
	گروه ۱ و ۳	۳/۱۵۵ و ۱/۳۳۰	-۱/۸۲	۰/۲۶	$p \leq ۰/۰۰۰۱$	
	گروه ۲ و ۳	۳/۱۵۵ و ۲/۲۰۸	-۰/۹۴	۰/۲۴	۰/۰۰۲	

جدول ۵. خلاصه نتایج تحلیل کوواریانس چند متغییری بر روی میانگین نمره‌های پیگیری متغیرهای پژوهش در سه گروه با کنترل پیش‌آزمون‌ها

آزمون	ارزش	F	df فرضیه	df خطا	اندازه اثر	سطح معنی داری
اثر پیلائی	۰/۶۹	۵/۶۳	۶	۶۰	۰/۳۴	$p \leq ۰/۰۰۱$
لمبدای ویلکز	۰/۳۵	۶/۹۸	۶	۵۸	۰/۴	$p \leq ۰/۰۰۱$
اثر هتلینگ	۱/۶۷	۸/۳۷	۶	۵۶	۰/۴۵	$p \leq ۰/۰۰۱$
بزرگترین ریشه روی	۱/۵۹	۱۶/۹۶	۳	۳۰	۰/۶۱	$p \leq ۰/۰۰۱$

گروه آزمایش و گروه کنترل (۳و۱) در مرحله پیگیری تفاوت معنی داری وجود دارد ($p \leq ۰/۰۰۱$). اما بین میانگین‌های برآورد شده گروه پلاسیبو و گروه کنترل (۳و۲) در مرحله پیگیری تفاوت معنی داری وجود ندارد. به علاوه ضریب اندازه اثر ۰/۵ درصد نشان می‌دهد که از تفاوت سه گروه در مرحله پیگیری از نظر متغیر اضطراب از دندان‌پزشکی، مربوط به مداخله آزمایشی است، لذا می‌توان نتیجه گرفت که روش مداخله قصه‌درمانی باعث کاهش معنی‌دار اضطراب از دندان‌پزشکی در کودکان در مرحله پیگیری شده است.

در ارتباط با متغیر درد از دندان‌پزشکی نتایج مندرج در جدول ۸، مقایسه‌ها نشان می‌دهد که در زمینه متغیر درد از دندان‌پزشکی بین میانگین‌های برآورد شده گروه

آزمایش و گروه پلاسیبو (۲و۱)، گروه آزمایش و کنترل (۳و۱) و گروه پلاسیبو و گروه کنترل (۳و۲) در مرحله پیگیری تفاوت معنی داری وجود دارد ($p \leq ۰/۰۰۱$). به

یکراه در متن مانکوا روی متغیرهای وابسته انجام شد. نتایج این تحلیل در جدول ۶ ارائه شده است. نتایج مندرجات در جدول ۶، نشان می‌دهد که تفاوت بین سه گروه در متغیر اضطراب ($F = ۱۶/۸۱$ ، $p \leq ۰/۰۰۱$)، درد ($F = ۱۷/۸۹$ ، $p \leq ۰/۰۰۱$) و خشم ($F = ۹/۹۸$ ، $p \leq ۰/۰۰۱$) از دندان‌پزشکی معنی دار می‌باشد. همان طور که در جدول ۶ مشاهده می‌شود. نسبت F در مورد همه‌ی متغیرهای مورد بررسی معنی دار می‌باشد. اما با توجه به این که در این پژوهش سه گروه مختلف وجود دارد و نتایج تحلیل کواریانس انجام شده مشخص نمی‌کند که بین کدام گروه‌ها تفاوت معنی‌دار وجود دارد، لذا از آزمون پیگیری مقایسه‌های تعدیل یافته بونفرنی استفاده گردید که نتایج آن در جدول ۷ آمده است.

با توجه به نتایج مندرج در جدول ۷، مقایسه‌ها نشان می‌دهد که در زمینه متغیر اضطراب از دندان‌پزشکی بین میانگین‌های برآورد شده گروه آزمایش و گروه پلاسیبو (۲و۱) و

علاوه ضریب اندازه اثر نشان می‌دهد که ۰/۵۲ درصد از تفاوت سه گروه در مرحله پیگیری از نظر متغیر درد از دندان‌پزشکی، مربوط به مداخله آزمایشی است لذا می‌توان نتیجه گرفت که روش مداخله قصه‌درمانی باعث کاهش معنادار درد از دندان‌پزشکی در کودکان در مرحله پیگیری شده است.

در ارتباط با متغیر خشم از دندان‌پزشکی نتایج مندرج در جدول ۸، مقایسه‌ها نشان می‌دهد که در زمینه متغیر خشم از دندان‌پزشکی بین میانگین‌های برآورد شده گروه آزمایش و گروه پلاسبو (۲و۱) و گروه آزمایش و گروه کنترل (۳و۱) در مرحله پیگیری تفاوت معنی داری در سطح مورد نظر ۰/۰۵ $p <$ وجود دارد. اما بین میانگین‌های برآورد شده گروه پلاسبو و کنترل (۳و۲) در مرحله پیگیری تفاوت معنی داری وجود ندارد. به علاوه ضریب اندازه اثر نشان می‌دهد که ۰/۳۷ درصد از تفاوت سه گروه در مرحله پیگیری از نظر متغیر خشم از دندان‌پزشکی، مربوط به مداخله آزمایشی است لذا می‌توان نتیجه گرفت که روش مداخله قصه‌درمانی باعث کاهش معنادار خشم از دندان‌پزشکی در کودکان شده است.

بحث

نتایج این بررسی نشانگر وجود تفاوت معنی دار از لحاظ نشانه‌ها و میزان اضطراب، درد و خشم از دندان‌پزشکی بین آزمودنی‌های گروه‌های آزمایشی با گروه پلاسبو و پروه کنترل بود که این تفاوت‌ها بیانگر کاهش اضطراب، درد و خشم از دندان‌پزشکی کودکان گروه آزمایش پس از مداخله ۸ جلسه‌ای با استفاده از قصه است.

این نتایج با یافته‌های پژوهش‌هایی که در زمینه قصه‌درمانی در زمینه اضطراب و نگرانی‌های کودکان از دندان‌پزشکی، محیط‌های پزشکی یا هر علت دیگری انجام شده همخوان است، ویلسون و همکاران (۲۰۱۰) از قصه‌درمانی برای کاهش نگرانی‌های کودکان بستری در بیمارستان استفاده نمودند و نشان دادند چگونه قصه‌درمانی بر کاهش احساس ترس و غمگینی کودکان بستری در بیمارستان اثربخش بوده است. پژوهش حاضر با پژوهش شفیع‌ی و همکاران (زیر چاپ) اثربخشی قصه‌گویی بر اضطراب کودکان بستری در بیمارستان و یوسفی‌لویه و همکاران (۱۳۸۷) تأثیر قصه‌درمانی بر کاهش نشانه‌های اضطرابی کودکان نیز همسو است.

جدول ۶. نتایج تحلیل کوواریانس یکراهه روی میانگین نمره‌های پیگیری متغیرهای پژوهش در سه گروه با کنترل پیش‌آزمون‌ها

متغیر	آزمون	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	اندازه اثر	سطح معنی داری
اضطراب	۴۱/۲۸	۲	۲۰/۶۴	۱۶/۸۱	۰/۵	$p \leq 0.001$	
درد	۸۵/۱	۲	۴۲/۵۵	۱۷/۸۹	۰/۵۲	$p \leq 0.001$	
خشم	۸/۴۲	۲	۴/۲۱	۹/۹۸	۰/۳۷	$p \leq 0.001$	

جدول ۷. نتایج آزمون بونفرنی برای مقایسه میانگین‌های گروه‌ها در مرحله پیگیری

مقیاس	مقایسه	میانگین برآورد شده	تفاضل میانگین	خطای معیار	معنی داری	اندازه اثر
اضطراب	گروه ۱ و ۲	۴/۱۷۴ و ۱/۹۹۳	-۲/۱۸	۰/۴۵	$p \leq 0.001$	۰/۵
	گروه ۱ و ۳	۴/۵۲۶ و ۱/۹۹۳	-۲/۵۳	۰/۴۷	$p \leq 0.001$	
	گروه ۲ و ۳	۴/۵۲۶ و ۴/۱۷۴	-۰/۳۵	۰/۴۴	۱	
درد	گروه ۱ و ۲	۶/۲۷۶ و ۳/۸۸۹	-۲/۳۸	۰/۶۲	۰/۰۰۲	۰/۵۲
	گروه ۱ و ۳	۷/۸۳۵ و ۳/۸۸۹	-۳/۹۴	۰/۶۶	$p \leq 0.001$	
	گروه ۲ و ۳	۷/۸۳۵ و ۶/۲۷۶	-۱/۵۶	۰/۶۱	۰/۰۵	
خشم	گروه ۱ و ۲	۲/۳۵۲ و ۱/۶۶۱	-۰/۶۹	۰/۲۶	۰/۰۴	۰/۳۷
	گروه ۱ و ۳	۲/۹۱۰ و ۱/۶۶۱	-۱/۲۴	۰/۲۸	$p \leq 0.001$	
	گروه ۲ و ۳	۲/۹۱۰ و ۲/۳۵۲	-۰/۵۵	۰/۲۶	۰/۱۱۹	

قصه گویی استفاده کرد، همخوان است. یونستینس دوتیر نشان داد که چگونه قصه موجب کاهش مشکلات رفتاری و هیجانی و تسهیل رشد عاطفی و رفتاری کودکان می‌شود. Arad (۲۰۰۴) نیز از قصه درمانی برای کودکان دچار

این فرضیه با پژوهش کانتور (Cantor ، ۲۰۱۲) که برای تسهیل درمان‌های پزشکی از قصه استفاده نمود همخوان است. این فرضیه با پژوهش Unnsteinsdottir (۲۰۱۲) که برای حل مشکلات رفتاری و هیجانی کودکان از روش

نتیجه‌گیری
بر اساس این پژوهش، زمانی قصه برای مشکلات و نگرانی‌های کودکان مفید و موثر واقع می‌شود که قهرمان قصه بطور غیر مستقیم یا مستقیم نگرانی‌های مربوط به مشکلات کودکان را داشته و از بیان آنها واهمه نداشته باشد. وقتی قهرمان قصه نگرانی‌هایش را در داستان بیان می‌کند و در مسیر قصه به او کمک می‌شود مشکلاتش حل شود. کودکان می‌آموزند افراد دیگری هم این مشکلات را دارند و آنها در این مسیر تنها نیستند. سپس راه حل مشکلاتشان را از طریق قصه که برایشان هم جذاب و هم قابل درک است، می‌آموزند.

تقدیر و تشکر

با تشکر و قدردانی از والدین کودکان که همکاری لازم را با درمانگر در این پژوهش به عمل آوردند. این مطالعه پس از تایید در دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی دانشگاه شهید چمران اهواز در قالب یک پایان نامه انجام شده است و با منافع نویسندگان ارتباطی نداشته است. از همکاری شرکت‌کنندگان در این طرح سپاسگذاری می‌شود.

ناراحتی‌های اختلالات سلوک و بیش‌فعالی استفاده نمودند. قصه‌درمانی موجبات رشد مثبت کودک را فراهم می‌کند. این اثربخش بودن زمانی مناسب تشخیص داده شده و تایید می‌شود که با هدف درمانی همراه باشد. تفاوت نمره-های کودکان گروه آزمایش و پلاسیبو و کنترل در تایید اثربخشی قصه‌درمانی است.
بنابراین به نظر می‌رسد در طول قصه‌درمانی کودک با مشاهده شخصیت‌های داستان که مشکلات اضطرابی دارند، نشانه‌های اضطراب را در خود شناسایی کرده و می‌آموزد کودکان دیگری هم هستند که مشکلات او را دارند. کودک با درگیر شدن در داستان و صحبت در مورد مشکل قهرمان داستان و مشکلات اضطرابی خود شیوه-های برخورد با مشکل را می‌آموزد. سپس کودک مضطرب سعی می‌کند از طریقی که قهرمان داستان با اضطراب خود مقابله کرد، مشکلات و نگرانی‌هایش را حل نموده و با اضطراب خود مقابله کند. فرایند شناختی که در کودک به کمک قصه آغاز شده است، از طریق یادگیری راه‌های فائق آمدن بر مشکل پایان می‌پذیرد.

Reference

- ۱- شفیع، سیده مینا، حکیم، اشرف السادات، بساک‌نژاد، سودابه (زیر چاپ). اثربخشی قصه‌گویی بر اضطراب کودکان بستری در بیمارستان.
- ۲- یوسفی لویه، معصومه، دلاور، علی، یوسفی لویه، مجید (۱۳۸۷). تاثیر قصه‌درمانی بر کاهش نشانه‌های اختلال اضطرابی دانش‌آموزان مضطرب پایه چهارم ابتدایی. مجله علوم تربیتی کودکان استثنایی، دوره ۳، شماره ۲۹، ۲۹۴-۲۸۱.
- 3- Arad. M. (2004). If your mother were on animal, what animal would she be? Creating play stories in family therapy: the animal attribution story-telling technique . *Familyprocess*, 43(4), 413-423.
- 4- Asl aminabadi. N., vafaei, a., erfانparast, l., ghertasi oskouei, s., & jamali, z. (2011). Impact of pictorial story on pain perception, situational anxiety and behavior in children: a cognitive-behavioral schema. *Journal clinical pediatric dentistry*, 36(2), 127-132.
- 5- Bryant, k. (2011). Catalysts and treatments for dental anxiety in children: <http://www.ecu.edu/cs-lib/reference/instruction/upload/first-place-2011-kristy-bryant.pdf>.
- 6- Cantor, M. D. (2012). The use of storytelling in therapy with children. *Journalofdisabilityandoralhealth*, 13(1), 3-10.
- 7- Corah, N. L., Gale, E. N., & Illig, S. J. (. 1978). Assessment of a dental anxiety scale. *Journal of am dent assoc*, 97(5), 816-9.
- 8- Gelder, M. G., Lopez, I. J. J., & Andreason, N. (2000). *New oxford textbook of psychiatry*. Oxford:oxford, 1139-1225.
- 9- Ollendic, T. H., & Hersen, M. (1984). *Child behavioral assessment: principles and procedures*. New york: pergamon.

- 10- Rajab, L. D. (2003). Traumatic dental injuries in children presenting for treatment at the department of pediatric dentistry, faculty of dentistry, university of Jordan, 1997-2000. Journal of dent traumatol, 19(1), 6-11.
- 11- Skaret, E., Raadal, M., Kvale, G., & Berg, E. (1999). Dental anxiety and dental avoidance among 12-18 year olds in Norway. European journal of oral science, 107(6), 422-8.
- 12- Soetenga, D., Frank, J., & Pellino, T. A. (1999). Assessment of the validity and reliability of the university of Wisconsin children's hospital pain scale for preverbal and nonverbal children. Pediatrnurs, 25(6), 670-6.
- 13- Unnsteinsdottir, K. (2012). The influence of sandplay and imaginative storytelling on children's learning and emotional-behavioral development in an Icelandic primary school. The arts in psychotherapy, 39(4), 328-332.
- 14- Vania, J., Oleveria, Vania, C., Marcelo, Alsandra, R., & Lima, A. (2006). Mother's perceptions of children's refusal to undergo dental treatment: an exploratory qualitative study. European journal of oral sciences, 114(6), 471-477.
- 15- Venham, L. L., & Gaulin-Kremer, E. (1979). A self-report measure of situational anxiety for young children. Academy of Pedodontics, 1(2), 91-96.
- 16- Wilson, M. E., Megel, M. E., Enebach, L., & Carlson, K. L. (2010). The voices of children: stories about hospitalization. Journal of pediatric healthcare, 24(2), 95-102.
- 17- Wong, D. L., Hockenberry, M. J., Wilson, D., Winkelstein, M. L., & Kline, N. E. (2003). Wong's nursing care of infants and children. Louis: mosby, 1055