

Autumn 2021, Volume 8, Issue 1

The Effectiveness of Narrative therapy on Behavioral Maladaptation and Psychological Health of Children with ADHD in Kerman

Sajjad Panahifar ¹, Jila Maheri Nouriani ^{2*}

1- PhD student in psychology, lecturer at Imam Ali University, Tehran, Iran.

2- MSc. of Family Counseling, Tadbir Counseling Center, Urmia, Iran.

Corresponding Author: Jila Maheri Nouriani, MSc. of Family Counseling, Tadbir Counseling Center, Urmia, Iran.

Email: zhila.maheri@gmail.com

Received: 1 Dec 2019

Accepted: 7 Jan 2020

Abstract

Introduction: ADHD has a relatively high prevalence and causes many problems for children, parents, teachers and the community. This study was conducted to investigate the effectiveness of narrative therapy on behavioral maladaptation and psychological health of children with ADHD in Kerman.

Methods: This study was a quasi-experimental with pre-test and post-test with control group. The statistical population included all the active students (7-12 years) in Kerman city in 1398. Using purposive sampling, 30 individuals (15 experimental and 15 control) were selected. The experimental group received 10 sessions of 90-minute intervention. The control group received no training. Subjects responded to the Connors Parent Questionnaire, the Ashbach Children Behavior Inventory, and Goldberg and Hiller General Health Questionnaire before and after the intervention. Subjects' scores were analyzed using covariance analysis.

Results: The results showed that of narrative therapy reduced behavioral maladaptation and increased psychological health of children with ADHD ($P < 0.01$).

Conclusions: Narrative therapy was effective in reducing behavioral maladaptation and increasing the psychological health of overactive children. Therefore, this type of treatment can be used to modify behavior and improve the mental health of children with ADHD.

Keywords: Narrative therapy, Behavioral Maladaptation, Mental Health, ADHD Children.

اثربخشی قصه درمانی بر ناسازگاری رفتاری و سلامت روانشناختی کودکان بیش فعال

سجاد پناهی فر^۱، ژایلا ماهری نوریانی^{۲*}

۱- دانشجوی دکترای روانشناسی، مدرس دانشگاه امام علی، تهران، ایران.

۲- کارشناس ارشد مشاوره خانواده، مرکز مشاوره تدبیر، ارومیه، ایران.

نویسنده مسئول: ژایلا ماهری نوریانی، کارشناس ارشد مشاوره خانواده، مرکز مشاوره تدبیر، ارومیه، ایران.
ایمیل: zhila.maheri@gmail.com

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۹/۱۰/۱۷

تاریخ دریافت: ۱۳۹۸/۹/۱۰

چکیده

مقدمه: اختلال بیش فعالی شیوع نسبتاً بالایی دارد و مشکلات زیادی را برای کودک، والدین، معلمان و جامعه به وجود می آورد. این تحقیق به منظور اثربخشی قصه درمانی بر ناسازگاری رفتاری و سلامت روانشناختی کودکان بیش فعال شهر کرمان انجام شد.

روش کار: روش این تحقیق، نیمه تجربی و به روش پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری شامل کلیه دانش آموزان بیش فعال (۷-۱۲ سال) شهر کرمان در سال ۱۳۹۸ بودند. با استفاده از روش هدفمند، تعداد ۳۰ نفر (۱۵ نفر گروه آزمون و ۱۵ نفر گروه گواه) انتخاب شدند. ۱۰ جلسه آموزش ۹۰ دقیقه‌ای مداخله بر روی گروه آزمون انجام شد. گروه گواه هیچ‌گونه آموزشی دریافت نکردند. آزمودنی‌ها به پرسشنامه‌های کانزر والدین، فهرست رفتاری کودکان آشناباخ و سلامت عمومی گلدبرگ و هیلبر، قبل و بعد از مداخله پاسخ دادند. نمرات آزمودنی‌ها با استفاده از تحلیل کوواریانس تحلیل شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که قصه درمانی باعث کاهش ناسازگاری رفتاری و افزایش سلامت روانشناختی کودکان بیش فعال می‌شود ($P < 0.01$).

نتیجه گیری: قصه درمانی در کاهش ناسازگاری رفتاری و افزایش سلامت روانشناختی کودکان بیش فعال موثر بود. بنابراین از این نوع درمان می‌توان برای تغییر و اصلاح رفتاری و بهبود سلامت روان کودکان بیش فعال در مراکز درمانی استفاده کرد.

کلیدواژه‌ها: قصه درمانی، ناسازگاری رفتاری، سلامت روانشناختی، کودکان بیش فعال.

مقدمه

فرد به وجود می‌آورند و دست کم ۶ تا ۱۲ علامت رفتاری در فرد تعیین و شناسایی می‌گردد (۲). اختلال بیش فعالی از شایع‌ترین اختلال‌های عصبی-رفتاری دوره کودکی است (۳) و حدود ۵۰ درصد از مراجعان به درمانگاه‌های روانپزشکی اطفال را تشکیل می‌دهد. بر این اساس در تاریخچه روانشناسی بالینی، هیچ اختلالی به اندازه‌ی اختلال بیش فعالی بحث‌انگیز نبوده است (۴). اختلال بیش فعالی با مشکلات زیادی در زمینه‌های مختلف آموزشی و سلامت روانی از جمله عملکرد ضعیف تحصیلی، تکرار پایه، ترک مدرسه، روابط خانوادگی و دوستانه ضعیف، اضطراب، افسردگی، تخلف، سوء مصرف مواد مخدر در

اختلال بیش فعالی، برای روانشناسان و روانپزشکان، والدین و معلمان به عنوان معضلی حل‌نشده در آمده است. ویژگی‌های اصلی این اختلال، ناتوانی در مهار رفتار نارسایی توجه، ناتوانی یادگیری، پرخاشگری، مشکلات تحصیلی، بی‌قراری حرکتی و برانگیختگی می‌باشد (۱). وجود این بیماری موجب ایجاد اختلال در عملکرد یا رشد می‌شود. این علائم قبل از ۷ سالگی ظهور می‌کند و رفتارهای نشانگر این اختلال، دست کم در دو زمینه مختلف مشاهده شده، تخریب قابل توجهی در عملکرد اجتماعی، شغلی یا تحصیلی

راضی هستند، حالت یکنواختی خلقی، رفتار ملاحظه گرانه و گرایش شاد را حفظ می کنند و عدم وجود علایم ناتوان کننده، یکپارچگی کارکرد روانشناختی، سلوکی موثر در زندگی شخصی و اجتماعی، احساسات مرتبط با بهزیستی اخلاقی و معنوی و مانند آن را در بر می گیرد. تمامی تعاملات مربوط به سلامتی، به وسیله ی روان انجام می شود (۱۲). کودکان با مشکلاتی نظیر کمبود مهارت های اجتماعی و مشکلات سلامت روانی، در معرض خطر بالا برای رشد هیجانی و رفتاری هستند. کودکانی که روابط پایدار و مثبتی با اعضای خانواده خود دارند، رفتارهای مرتبط با سلامت بیشتر، عملکرد تحصیلی و رشد مهارت های اجتماعی بیشتری دارند و احساس امنیت می کنند (۱۳). امروزه قصه درمانی، نظر بسیاری از درمانگران را به خود جلب کرده است. قصه خوانی همانند یک فن درمانی ابعاد گسترده ای دارد و تنها به درمان مشکلات روان شناختی کودکان ختم نمی شود. در قصه درمانی فرض بر این است که تغییر در زبان و ادبیات قصه های زندگی خود، به تغییر در معانی زندگی فرد منجر می شود و تغییر در قصه ی زندگی، فرصت های جدیدی برای رفتار و روابط با دیگران ایجاد می کند (۱۴). استفاده از قصه درمانی در روان درمانی کودکان با کار ریچارد گاردنر در سال ۱۹۷۱ شروع شد (۱۵). او از فن قصه گویی متقابل استفاده کرد. در این فن از کودک خواسته می شود قصه ای دارای آغاز، میانه و پایان بگوید. سپس درمانگر، موضوعات روان تحلیل گرانه ی مرتبط با مسائل کودک را انتخاب می کند و در قصه ای مشابه قصه کودک به کار می برد و آن را برای کودک بیان می کند. در این قصه، درمانگر راه حل های سالم تر و کامل تری را برای رویارویی با مشکلات ارائه می کند (۱۶). در قصه درمانی، کودکان از طریق درگیر شدن در فعالیت های مفرح، سرگرم کننده و شادی بخش، می توانند شناخت بیشتری از بیماری خود داشته، با آن سازگار شوند و مقابله روانی بهتری داشته باشند (۱۷). کودکان از طریق قصه ها و افسانه ها با حقایق و تجربه های زندگی آشنا می شوند؛ تاثیرپذیری از شخصیت های قصه، تقویت قدرت فهم و بیان، پرورش خلاقیت، آموزش زبان، و افزایش گنجینه لغات کودکان نیز از دیگر تاثیرهای آموزشی و تربیتی قصه خوانی به شمار می روند. یوسفی و همکاران پژوهشی با هدف اثربخشی قصه درمانی بر کاهش علائم اختلال کمبود توجه و بیش فعالی انجام دادند. نتایج پژوهش آن ها نشان داد که قصه

سنین پایین و قانون شکنی بسیار همراه است. به علاوه این اختلال، احتمال خطر همراه شدن با سایر اختلالات رفتاری مثل پرخاشگری در نوجوانی و یا لجبازی و نافرمانی را در بر دارد (۵).

ناسازگاری های رفتاری، گروهی از رفتارها هستند که بیمار به وسیله ی آن ها به طور مکرر حقوق اساسی دیگران را نقض می کند و یا قواعد اجتماعی را زیر پا می گذارد. این اختلال در دوران کودکی یا نوجوانی شکل می گیرد و در پسران بیشتر از دختران شایع است. این نوع اختلالات روانپزشکی نه تنها خود فرد، بلکه خانواده و جامعه را نیز دچار مشکل می کند (۶). بسیاری از کودکانی که اختلالات رفتاری دارند وقتی به دوران بزرگسالی رسیدند، اختلال آن ها تا حدود زیاد و یا به طور کلی برطرف می شود. لیکن در تعدادی از موارد، اختلال در بزرگسالی نیز ادامه می یابد (۷). رفتارهای سازگاران، موجب رشد سلامت جسمی و روانی و سازگاری روانشناختی، گواه مناسب بیماری و کاهش عوارض می شود (۸). برخی عوامل در ایجاد اختلال رفتاری نقش برجسته ای دارند. این عوامل شامل تعارضات در محیط خانوادگی کودک از جمله بهره کشی، بی توجهی، مشکلات زناشویی والدین و اعتیاد آن ها می باشد. بیماران ممکن است نسبت به دیگران رفتار پرخاشگرانه یا قلدرمآبانه داشته باشند و با آن ها وارد دعوا و زد و خورد شوند. این بیماران ممکن است تمایل به دروغگویی، غیبت از کلاس های درس، فرار از خانه یا سوء مصرف مواد داشته باشند. رفتارهای پرخطر و بی پروا از مشخصه های بیمارانی است که دچار اختلال رفتاری هستند. عدم حل ناسازگاری های رفتاری در کودکی، به اختلال شخصیت جامعه ستیزی در بزرگسالی تبدیل می شود (۹). مطالعات طولی نشان می دهد که رفتارهای بی قرارانه و بی توجهی، خطری قابل گسترش است. این رفتار فقط نشانه ای از یک مجموعه مشکلات بنیادی نیست. به همین دلیل، درمان رفتارهای به شدت بیش فعالانه، هدف اصلی در خدمات سلامت روانی کودک است (۱۰). سازمان بهداشت جهانی، سلامت را چنین تعریف می کند: حالت سلامتی کامل جسمی، روانی، اجتماعی، معنوی و نه فقط فقدان بیماری یا ناتوانی، که در آن فرد به توانایی های خودش پی می برد، می تواند با استرس های معمول زندگی کنار آید، به صورت ثمربخش و مولد کار کند و قادر به کمک به جامعه باشد (۱۱). سلامت روان، شیوه سازگاری آدمی با دنیا است. انسان هایی که موثر، شاد و

دقیقه ای و سه روز در هفته قصه درمانی را دریافت کرد. در انتها پس از هر دو گروه گرفته شد. ملاک های ورود به مطالعه، شامل موارد ذیل بود: تشخیص اختلال بیش فعالی، داشتن سن ۱۲-۶ سال، نداشتن سابقه ی درمان قصه-درمانی، نداشتن اختلال نافذ رشدی نظیر اختلال اوتیسم، اسپرگر، رت و ...، نداشتن عقب ماندگی ذهنی، نداشتن اختلال ارتوپدیک، نداشتن مشکلات قلبی و نداشتن مشکلات بینایی و شنوایی تاثیرگذار. ملاحظات اخلاقی پژوهش حاضر به شرح ذیل بود: ۱. کلیه شرکت کنندگان به صورت شفاهی اطلاعاتی در مورد پژوهش دریافت کرده و در صورت تمایل، مشارکت کردند. ۲. این اطمینان به آزمودنی ها داده شد که تمامی اطلاعات آن ها محرمانه خواهد ماند و به منظور رعایت حریم خصوصی آن ها ثبت نشد. ابزار گردآوری داده ها عبارت بود از:

پرسشنامه ی کانرز والدین

برای سنجش میزان اختلال بیش فعالی در این پژوهش از مدل کانرز (۱۹۹۶) و ۵ مولفه ی: کم توجهی- مشکل حافظه، بیقراری- بیش فعالی، بی ثباتی هیجانی- تکانه ای بودن، مشکلات با تصور کلی از خود، شاخص های بیش فعالی- کم توجهی استفاده شد. والدین هر آزمودنی به سوالات با مقیاس ۴ درجه ای لیکرت (هرگز، گاه گاهی، اغلب و خیلی زیاد) پاسخ دادند. هر سوال دارای ۴ گزینه است که امتیازبندی سوالات به صورت خیلی زیاد نمره ی ۴، اغلب نمره ی ۳، گاه گاهی نمره ی ۲ و هرگز نمره ی ۱ است. فرم والدین مقیاس کانرز، دارای ۴۸ گویه است که به وسیله والدین کودک تکمیل می گردد. والدین، سوالات را در فرم هایی که بر اساس مقیاس لیکرت درجه بندی شده، با استفاده از ۴ گزینه نمره گذاری می کنند. لذا دامنه ی نمرات هر سؤال از صفر (اصلا صحیح نیست، یا هرگز، به ندرت) تا ۳ (کاملا صحیح است، یا اغلب اوقات، تقریباً همیشه) متغیر است. زیرآزمون های فرم کوتاه ویژه والدین (۲۴ گویه تحت عوامل زیر دسته بندی گردیده و سایر گویه ها در عامل مشخصی قرار نگرفته اند)، شامل مشکلات سلوک (۸ گویه)، مشکلات یادگیری (۴ گویه)، مشکلات روان تنی (۴ گویه)، بیش فعالی تکانشگری (۴ گویه) و اضطراب- انفعال (۴ گویه) می باشد. نمره کل مقیاس بین صفر تا ۱۴۴ به دست می آید. کانرز و همکاران (۱۹۹۹)، روایی مقیاس را تایید کردند. همچنین پایایی کل این مقیاس را ۰/۹۰ و برای خرده مقیاس های مشکلات سلوک، مشکلات یادگیری، مشکلات

درمانی بر کاهش علائم اختلال کمبود توجه اثر معناداری داشته است (۱۸). محققان در بررسی تاثیر قصه گویی مبتنی بر آموزش مهارت های اجتماعی بر بهبود مشکلات رفتاری دانش آموزان، نشان دادند که پس از پایان جلسات قصه گویی مبتنی بر آموزش مهارت های اجتماعی، بر اساس ارزیابی معلم، کاهش معنادار در نمره ی مشکلات رفتاری ایجاد شده است (۱۹). تشخیص مشکلات کودکان، مداخله به موقع و پیشگیری از بروز مشکلات رفتاری، عاطفی، اجتماعی و تحصیلی در دوران کودکی از میزان مشکلات آنان در آینده می کاهد. در واقع مداخله ی به هنگام و اصلاح رفتارهای ناسازگار کودک در این دوره ی حساس، با روش های مختلف از جمله قصه درمانی، موجب افزایش سازگاری رفتاری، سلامت روانی و محبوبیت نزد همسالان و بزرگسالان می شود و کودک را برای پذیرش مسئولیت های آتی آماده می سازد. بررسی پیشینه پژوهش نشان می دهد قصه درمانی اثرات مثبتی بر رفتارهای ناسازگار کودکان دارد، اما کمتر به تاثیر قصه درمانی بر ناسازگاری ها و افزایش سلامت روانشناختی به ویژه در کودکان بیش فعال پرداخته شده است. همچنین لازم به ذکر است که با توجه به عوارض داروها در کودکان بیش فعال و نگرانی روزافزون والدین از مصرف طولانی مدت ریتالین، نیاز به درمانی غیردارویی که با کمک آن بتوان دوز مصرف دارو را پایین تر آورد، احساس می گردد، از این رو با توجه به اهمیت آن، پرداختن به بیش فعالی و شناخت راه های درمان آن امری مهم و ضروری می باشد. بنابراین هدف این مطالعه بررسی اثربخشی قصه درمانی بر ناسازگاری رفتاری و سلامت روانشناختی کودکان بیش فعال بود.

روش کار

روش این پژوهش از نوع نیمه آزمونی (نیمه تجربی) پیش آزمون- پس آزمون با گروه گواه بود. جامعه ی آماری این پژوهش شامل کلیه کودکان بیش فعال مشغول به تحصیل در مدارس ابتدایی شهر کرمان در سال ۱۳۹۸ بودند. در این پژوهش ۳۰ نفر پس از مصاحبه با روانپزشک و اتمام پرسشنامه ی اختلال بیش فعالی- کم توجهی کانرز والدین و تایید اختلال بیش فعالی، بر اساس نمونه گیری هدفمند انتخاب و به صورت تصادفی ساده در دو گروه آموزش و گواه (هر گروه ۱۵ نفر) گمارده شدند و با اجرای پیش آزمون مورد آزمون قرار گرفتند. گروه آزمون ۱۰ جلسه ی ۹۰

داده می شود که بیشتر مواقع یا همیشه در رفتار کودک وجود دارد. ضرایب کلی اعتبار مقیاس با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۹۷ و با استفاده از اعتبار بازآزمایی ۰/۹۴ گزارش شده است. روایی محتوایی، روایی ملاکی، و روایی سازه این فرم ها مطلوب گزارش شده است. در پژوهش مینایی (۲۱) دامنه ضرایب همسانی درونی مقیاس ها با استفاده از فرمول آلفای کرونباخ از ۰/۶۳ تا ۰/۹۵ گزارش شده است و نشان داد این پرسشنامه از اعتبار و روایی مطلوب و بالایی برخوردار است. قابل ذکر است که در این پژوهش سوالات عامل مرتبه دوم استفاده شد.

پرسشنامه سلامت عمومی

این پرسشنامه توسط گلدبرگ و هیلر (۱۹۷۹) ساخته شده که در بر گیرنده ی ۲۸ سوال و چهار خرده مقیاس می باشد. سئوالات ۷-۱ مربوط به مقیاس علائم جسمانی و وضعیت سلامت عمومی می باشد. از سوال ۱۴-۸ مربوط به مقیاس اضطراب و بی خوابی، از سئوال ۱۵ تا ۲۱ مربوط به مقیاس اختلال عملکرد اجتماعی، و سئوالات ۲۸-۲۲ نیز مربوط به مقیاس افسردگی می باشند. دو نوع شیوه نمره گذاری برای این آزمون وجود دارد. حداکثر نمره آزمودنی در پرسشنامه مذکور ۸۴ خواهد بود. نقطه برش در مقیاس کلی برای تشخیص افراد، ۲۳ و بالاتر و در هر یک از زیرمقیاس های فرعی ۱۴ و بالاتر می باشد. پرسشنامه حاضر، استاندارد بوده و در جمعیت مختلفی در ایران و کشورهای مختلف هنجاریابی شده است. در یک مطالعه، این پرسشنامه همزمان با یک آزمون موازی میدلسکس سنجیده شد که ضریب همبستگی دو آزمون ۵۵ بوده و ضرایب همبستگی بین خرده آزمون های این پرسشنامه با نمره کل بین ۰/۷۲ تا ۰/۸۷ بود که بیانگر اعتبار بالای آن می باشد. این مطالعه بر روی جامعه آماری دانشجویی اجرا شده بود. هم چنین این آزمون از پایایی بالایی برخوردار است که مقدار آلفای محاسبه شده برای کل گویه های آن ۰/۹۰ می باشد (۲۲). قابل ذکر است که در این پژوهش نمره کلی مقیاس محاسبه گردیده است.

قصه درمانی برای بهبود ناسازگاری رفتاری و سلامت روانشناختی کودکان بیش فعال در ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه ای بر اساس کتاب قصه گویی به کار برده شده است (۲۳). خلاصه ی جلسات قصه درمانی در (جدول ۱) بیان شد.

روان تنی، بیش فعالی تکانشگری و اضطراب-انفعال به ترتیب ۰/۹۴، ۰/۶۳، ۰/۹۱، ۰/۷۰ و ۰/۹۰ گزارش کرده اند. شهبایان و همکاران (۲۰) روایی سازه این پرسشنامه را با تحلیل عامل با استفاده از چرخش واریماکس انجام دادند و ۴ عامل تایید شد. ضرایب همبستگی بازآزمایی برای نمره ی کل ۰/۵۸ و ضریب آلفای کرونباخ جهت نمره ی کل ۰/۷۳ و برای زیرمقیاس های سلوک، مشکلات اجتماعی، اضطراب-خجالتی و مشکلات روان-تنی به ترتیب ۰/۷۷، ۰/۵۷، ۰/۸۶ و ۰/۷۴ بود.

فهرست مشکلات رفتاری کودکان آشنباخ

برای سنجش مشکلات رفتاری کودکان در این پژوهش از فهرست رفتاری کودکان ۶ تا ۱۸ سال آشنباخ استفاده شد. سیاهه رفتاری کودکان ابزاری است که توسط یکی از والدین یا فرد دیگری که با شایستگی ها و مشکلات رفتاری کودک به خوبی آشناست تکمیل می گردد و شامل مجموعه ای از فرم ها برای سنجش صلاحیت، کنش وری سازشی و مشکلات عاطفی- رفتاری است. این فهرست، مشکلات کودکان و نوجوانان را در ۸ عامل اضطراب/افسردگی، انزوا/افسردگی، شکایت های جسمانی، مشکلات اجتماعی، مشکلات تفکر، مشکلات توجه، نادیده گرفتن قواعد و رفتار پرخاشگرانه ارزیابی می کند دو عامل نادیده گرفتن قواعد و رفتار پرخاشگرانه، عامل مرتبه ی دوم مشکلات برون سازی شده را تشکیل می دهند. خرده مقیاس ها در قالب ۳ مقیاس دیگر تنظیم می شوند. مقیاس مشکلات رفتاری درونی سازی شده شامل گویه های خرده مقیاس های اضطراب/افسردگی، گوشه گیری/افسردگی و مقیاس شکایات جسمانی می باشد. مقیاس مشکلات رفتاری برون سازی شده شامل گویه های خرده مقیاس های رفتار قانون شکنی و رفتار پرخاشگری می باشد و مقیاس مشکلات کلی شامل همه گویه ها به جز گویه های ۲ و ۴ (آلرژی و آسم) می باشد. این پرسشنامه از ۱۱۵ سوال تشکیل شده است. پاسخ سوالات این پرسشنامه به صورت لیکرت ۳ گزینه ای از ۰ تا ۲ می باشد و نمره کل مقیاس بین صفر تا ۳۳۰ به دست می آید. بدین ترتیب که نمره "۰" به مواردی تعلق می گیرد که هرگز در رفتار کودک وجود ندارد؛ نمره ی "۱" به حالات و رفتارهایی داده می شود که گاهی اوقات در کودک مشاهده می شود و نمره ی "۲" نیز به مواردی

جدول ۱: خلاصه جلسات قصه درمانی

جلسات درمان	فرایند، فنون و تکنیکهای درمانی
جلسه ی اول	آشنایی کودکان با درمانگر و اعضای گروه و اجرای پیش آزمون
جلسه ی دوم	گفتن قصه ی مامان من کجاست؟ جهت افزایش تمرکز و دقت و کاهش اضطراب. ارائه ی تکالیف خانگی.
جلسه ی سوم	بررسی تکالیف خانگی داستان جلسه ی قبلی، افزایش تمرکز و دقت و گفتن قصه ی چه کسی تکالیف علی را انجام داد؟ ارائه ی تکالیف خانگی.
جلسه ی چهارم	بررسی تکالیف خانگی داستان جلسه ی قبلی، گفتن قصه ی سه ماهی با محور کاهش بیشفعالی. ارائه ی تکالیف خانگی.
جلسه ی پنجم	بررسی تکالیف خانگی داستان جلسه ی قبلی، گفتن قصه ی مورچه ی بازیگوش با محور کاهش بیش فعالی و افزایش دقت. ارائه تکالیف خانگی.
جلسه ی ششم	بررسی تکالیف خانگی داستان جلسه ی قبلی، داستان چتر آفتابگیر با محور پیش دآوری نکردن در مورد دیگران از روی ظاهر آنها. ارائه ی تکالیف خانگی.
جلسه ی هفتم	بررسی تکالیف خانگی داستان جلسه ی قبلی، داستان خفاش کوچولو با محور خودباوری و غلبه بر ترس. ارائه ی تکالیف خانگی.
جلسه ی هشتم	بررسی تکالیف خانگی داستان جلسه ی قبلی، داستان جغد و دارکوب با محور حل مسئله. ارائه ی تکالیف خانگی.
جلسه ی نهم	بررسی تکالیف خانگی داستان جلسه ی قبلی، تکنیک قصه گویی دوجانبه. ارائه ی تکالیف خانگی.
جلسه ی دهم	بررسی تکالیف خانگی داستان جلسه ی قبلی، جمع بندی و اجرای آزمون.

یافته ها

در بخش یافته ها به توصیف متغیرهای پژوهش توسط آماره های توصیفی میانگین و انحراف معیار و در آمار استنباطی از آزمون تحلیل کوواریانس استفاده شد. برای تجزیه و تحلیل داده ها از نرم افزار SPSS ویراست ۲۵ استفاده شد و سطح معنی داری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

داده های پژوهش حاضر، در دو بخش توصیفی و استنباطی (میانگین و انحراف استاندارد در مرحله پیش آزمون، پس آزمون) و به منظور بررسی تأثیر روش های آموزشی از روش تحلیل کوواریانس استفاده شد. ابزارهای ذیل در این مطالعه به کار رفتند.

جدول ۲: شاخص های توصیفی ناسازگاری رفتاری و سلامت روانشناختی کودکان بیش فعال در گروه های گواه و آزمون در پیش آزمون و پس آزمون

متغیر	زمان گروه	پیش آزمون	
		(M(SD)	(M(SD)
ناسازگاری رفتاری	گواه	۵۴/۸۸(۶/۲۵)	۵۵/۲۱(۶/۸۲)
	آزمون	۳۹/۵۶(۵/۷۹)	۵۶/۶۷(۷/۱۵)
سلامت روانشناختی	گواه	۴۱/۸۲(۵/۵۹)	۴۲/۲۳(۵/۱۲)
	آزمون	۶۰/۷۵(۶/۱۵)	۴۳/۵۵(۵/۵۴)

آزمون در هر دو متغیر وابسته تقریباً با هم برابر هستند. برای آزمون نرمال بودن توزیع نمرات از آزمون شاپیرو-ویلک استفاده شده است و چون معنی داری ناسازگاری رفتاری ($Z=۰/۴۶۳, P>۰/۰۵$) و سلامت روانشناختی ($Z=۰/۶۲۸, P>۰/۰۵$) بزرگتر از سطح معنی داری $\alpha=۰/۰۵$ هستند، در نتیجه می توان گفت توزیع نمرات در هر دو متغیر دارای توزیع نرمال می باشد. به منظور بررسی تفاوت از تحلیل کوواریانس استفاده شد که نتایج در (جدول ۲) ملاحظه می شود.

جهت بررسی همگنی ماتریس واریانس و کوواریانس از آزمون Box's M استفاده شده است. با توجه به این که سطح معنی داری ۰/۱۲ و بزرگتر از $\alpha=۰/۰۵$ هست و در نتیجه می توان گفت فرض همگنی ماتریس واریانس و کوواریانس متغیرها برقرار است. بنابراین مفروضه همگنی ماتریس واریانس و کوواریانس هم برقرار است. برای آزمون برابری واریانس ها از آزمون لون (Leven) استفاده شده است و چون معنی داری ناسازگاری رفتاری و سلامت روانشناختی ($P>۰/۰۵$) هر دو بزرگتر از سطح معنی داری $\alpha=۰/۰۵$ هستند؛ در نتیجه می توان گفت واریانس بین گروه های گواه و

جدول ۳: نتایج آزمون تحلیل کوواریانس برای تاثیر قصه درمانی بر ناسازگاری رفتاری و سلامت روانشناختی کودکان بیش فعال

متغیر	منابع	SS	Df	MS	F	P	مجذور اتا
ناسازگاری رفتاری	بین گروهها	۵۱۴/۵۲	۱	۵۱۴/۵۲	۱۷/۰۸	۰/۰۱	۰/۶۱
	خطا	۸۱۳/۲۴	۲۷	۳۰/۱۲			
سلامت روانشناختی	بین گروهها	۳۱۲/۶۶	۱	۳۱۲/۶۶	۱۱/۴۱	۰/۰۱	۰/۴۷
	خطا	۷۳۹/۵۲	۲۷	۲۷/۳۸			

آن جایی که در قصه، کودکان مجبور به فکر کردن در مورد شخصیت ها و اتفاقات داستان ها می شوند، به نوعی آمادگی بیشتری برای تفکر کسب می کنند و با توجه به این که در طی قصه گویی باید بعد از شنیدن داستان، سوالات مربوط به آن را جواب دهند، بنابراین یاد می گیرند که باید توجه کافی بر روی کار داشته باشند و در ابتدا برای رسیدن به پاداش، این کار را انجام می دهند اما بعد از مدتی یاد می گیرند این عمل در واقع جدای از تشویق و پاداش مستقیم، به سازگاری آن ها و حضور مثبت در محیط کودک، کمک کننده است که این خود نتایج خوشایندی را برای خود آن هادر بر دارد و آن را به صورت رفتار باثباتی در می آورد (۲۷). داستان سرایی به عنوان مداخله ای برای آموزش می تواند دانش آموزان را به کشف معنای منحصر به فرد بودن خود ترغیب کند و توانایی آن ها را برای برقراری ارتباط بین افکار و احساسات افزایش دهد. قصه می تواند از نظر تربیت اجتماعی، اخلاقی و عاطفی نیز موثر شود و بسیاری از مقررات، هنجارهای اجتماعی و دستورالعمل های زندگی را منتقل کند. چگونگی مواجه شدن با مشکلات و حل تعارض در داستان ها بیان می شود. از آنجا که سلامت روانی با عواطف، تفکر و رفتار آدمی ارتباط دارد و در قصه درمانی برقراری رابطه بین دهان و قصه گو و قوهی شنوایی شنوندگان مهم است، و در واقع قصه گویی، هنر برقراری رابطه میان قلبهاست، بی هیچ ابزار غیر انسانی و تنها با کلمات، زبان، چشم و بدن و به کمک روح و قلبی که درهائش را برای پذیرش ارتباط باز کرده است (۲۸)؛ سلامت روانشناختی کودکان بیش فعال را افزایش می دهد. کودکی که از سلامت روانی خوبی برخوردار است معمولاً می تواند با حوادث روزافزون و مشکلات روزمره مقابله کند؛ اهداف خود را در زندگی دنبال کند و عملکرد مؤثری در جامعه داشته باشد و وقتی که هدفمند شد انرژی کودک صرف رسیدن به اهدافش می گردد (۲۹). مانند هر پژوهشی، مطالعه حاضر خالی از محدودیت نبود. جامعه آماری در پژوهش حاضر

با توجه به نتایج (جدول ۳)، در متغیر ناسازگاری رفتاری، سطح معنی داری بین گروهها محاسبه شده کمتر از ۰/۰۱ است، در نتیجه فرضیه تحقیق مبنی بر اینکه قصه درمانی بر ناسازگاری رفتاری تأثیر دارد، تأیید می شود. مجذور اتا، نشان می دهد که میزان تأثیر قصه درمانی بر ناسازگاری رفتاری ۰/۶۱ است. همچنین در متغیر سلامت روانشناختی سطح معنی داری بین گروهها محاسبه شده کمتر از ۰/۰۱ است، در نتیجه فرضیه تحقیق مبنی بر این که قصه درمانی بر سلامت روانشناختی تأثیر دارد، تأیید می شود. مجذور اتا، نشان می دهد که میزان تأثیر قصه درمانی بر سلامت روانشناختی ۰/۴۷ است.

بحث

نتایج نشان داد قصه درمانی، ناسازگاری رفتاری را کاهش می دهد. این یافته ها با نتایج سایر تحقیقات همخوان است. در پژوهش اشرف پوری و همکاران در سال ۲۰۱۰ (۲۴)، یافته ها قابلیت کاربرد قصه درمانی را در کاهش نشانه های اختلال لجبازی- نافرمانی و درمان مشکلات رفتاری کودکان نشان داد. در مطالعه ی نصیرزاده و روشن (۲۵)، معلمان و والدین گزارش کردند که قصه گویی نشانه های پرخاشگری را در کودکان کاهش داد. این کاهش در پی گیری سه ماهه نیز پایدار ماند. همچنین نتایج این تحقیق نشان داد، قصه درمانی موجب سلامت روانشناختی در کودکان بیش فعال می شود. این نتیجه با نتایج شیبانی و همکاران (۲۶)، مبنی بر این که قصه درمانی بر کاهش علایم افسردگی، اختلال های اضطرابی و لجبازی و نافرمانی کودکان موثر بود، همخوان است. همچنین شجاعی و همکاران (۱۷)، دریافتند که قصه درمانی بر ادراک درد و امیدواری کودکان موثر است. در تبیین این یافته ها می توان گفت، در قصه گویی به نوعی برون ریزی افکار و اندیشه ها صورت می گیرد. با این عمل آگاهی کودکان بالا رفته که این خود باعث بهبود کیفیت و کمیت ارتباطات موثر آن ها می شود. از

با توجه به نرخ بالای اختلالات رفتاری در دانش آموزان بیش فعال، نتایج این پژوهش نشان داد که قصه درمانی موجب کاهش ناسازگاری رفتاری و افزایش سلامت روانشناختی کودکان بیش فعال می شود. این نتایج می تواند گامی در جهت تشخیص و آموزش هایی به منظور بهبود مشکلات کودکان بیش فعال با مشکلات رفتاری و سلامت روانی باشد و جهت کاهش مشکلات این گروه از کودکان، در کنار درمان های دارویی، روانشناسان کارآموده در حوزه ی قصه درمانی مورد استفاده قرار گیرند.

سیاسگزارى

این مقاله با نامه مجوز شماره ۴۳۳۳۱ از اداره کل آموزش و پرورش کرمان انجام شد. بدین وسیله از کلیه مسئولان ذیربط و مشارکت کنندگان که ما را در انجام این پژوهش یاری رساندند، تقدیر و تشکر می شود.

دانش آموزان ۷ تا ۱۲ سال با اختلال بیش فعالی شهر کرمان بودند، لذا در تعمیم نتایج باید احتیاط کرد. ممکن است نحوه ی آموزش توسط محقق، دقیق و کامل انجام نشده باشد و بر نتایج تأثیر منفی گذاشته باشد. محدودیت دیگر این که ابزار سنجش ناسازگاری رفتاری و سلامت روانشناختی به عنوان متغیرهای وابسته، پرسشنامه به شکل خودگزارش دهی بود. این شیوه سنجش نسبت به مصاحبه، اطلاعات عمیق و جامعی را به دست نمی دهد و ممکن است افراد خود را بهتر یا بدتر جلوه داده باشند و این بر نتایج نهایی تأثیر گذاشته باشد. بنابراین پیشنهاد می شود به منظور کاهش ناسازگاری رفتاری و افزایش سلامت روانی برای دانش آموزان بیش فعال، قصه درمانی انجام شود تا با افزایش تمرکز و توانایی آن ها برای مشارکت در کلاس و فعالیت های آموزشی، عملکرد تحصیلی آن ها بهبود یابد.

نتیجه گیری

References

1. Dineen P, Fitzgerald M. P01-192 Executive function in routine childhood ADHD assessment. *Journal of European Psychiatry*. 2010; 25:402-415. [https://doi.org/10.1016/S0924-9338\(10\)70398-9](https://doi.org/10.1016/S0924-9338(10)70398-9)
2. American Psychology Association. DSM-5. Translated by Yahya Sedmohammadi. Tehran: Ravan Press. 2013.
3. Wolraich Mark L. Disorders of Development and Learning . Hamilton; BC Decker. 2003. <https://doi.org/10.1046/j.1468-1331.2003.00636.x>
4. Pharies V. Understanding Abnormal Child Psychology. New York Wiley, 2003.
5. Davids E, Gastpar M. Attention deficit hyperactivity disorder and borderline personality disorder. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*. 2016; 29(6):865-77. <https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2005.04.033>
6. Bradford R. Quality of life in young people: rating and factor structure of the quality of life profile, adolescent version. *J Adolesc*. 2002; 25(3): 261-274. <https://doi.org/10.1006/jado.2002.0469>
7. Gershng B.S, Baer L, Wilson K. A. Connection between symptoms of obsessive-compulsive disorder and posttraumatic stress disorder: a case series. *Behav Res Ther*. 2003; 41 (9): 1029-1041. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(02\)00178-X](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(02)00178-X)
8. Bazrafshan A, Hojati H. The effect of ROY adaptation theory on the resilience of mothers of children with intellectual disability in GonbadKavos city in 1396. *JPEN*. 2019; 5(3): 1-7.
9. Seyf Naraghi M, Naderi E. Education of Exceptional Children. Tehran: Payam Noor Press. 2013. P: 327.
10. Bashiri M. European clinical guidelines for ADHD. *Exceptional Education Journal*. 2007; 66: 16-45.
11. Rosenzweig JM, Bernnan EM, Huffsutter K. Child care and employed parents of children with emotional or behavioral disorders. *J Emotio Behav Disord* 2018; 16 (2): 78-89. <https://doi.org/10.1177/1063426607312538>
12. Todur K. Improve mental health: Paradigms and programs. Translated by Morteza Khajavi. Tehran: National Welfare Organization. 2014.
13. Rajabi M, Bagiyani M J, Bakhti M, Kariminejad K. Comparison of mental health indicators in orphaned children held centers with children deposited to relatives in Lorestan province. *JPEN*. 2017; 4(1): 36-42. <https://doi.org/10.21859/jpen-04016>
14. Ardebili E. Effect of treatment of child- mother relationship on maternal stress and behavioral problems of ADHD children. M.A thesis of

- Shiraz university. 2011.
15. Desocio, J.E. Assessing self-development through narrative approaches in child and adolescent psychotherapy *J Child Adolesc Psychiatr Nurs.* 2005; 18(2):53-61. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6171.2005.00012.x>
 16. Arad D. If your mother were an animal, what animal would she be? Creating play stories in family therapy: the Animal Attribution storytelling technique». *Family Process.*2004. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.2004.04302009.x>
 17. Shojaei Z, Golparvar M, Bordbar M.R, Aghaei A. The Effect of Cognitive- Behavioral Art-Play Therapy and Cognitive-Behavioral Story Therapy on Pain Perception and Hope in Children with Cancer.*JPEN.* 2019; 6(1): 39-47.
 18. Yoosefi Looyeh M, Kamali Kh, Shafieian R. An Exploratory Study of the Effectiveness of Group Narrative Therapy on the School Behavior of Girls with Attention-Deficit/Hyperactivity Symptoms. *Archives of Psychiatric Nursing.* 2012; 26 (5): 404-410. <https://doi.org/10.1016/j.apnu.2012.01.001>
 19. Roshan Chelsi R. Effect of social competence training-based storytelling on social skills and behavioral problems of 8-10 year- old children with oppositional defiant disorder. *JCPS.* 2013; 3(10): 73-94.
 20. Shahaeian A, Shahim S, Bashash L, Yosofi F. Standardization, Factor analysis and reliability of Kanzer Scale-Parent Form for 6-11 years in Shiraz. *Journal of Psychstudies.* 2017; 3(4): 36-47.
 21. Hasanzadeh S, Minaie A. Adaptation and standardization of the Test of TOLD-P:3 for Farsi- speaking children of Tehran. *Journal of Exceptional Children* 2018; 1(2): 119-134.
 22. Taghavi MR. The Normalization of General Health Questionare for Shiraz University Student(GHQ-28). 2008; 5(4): 381-398.
 23. Roshan A. Storytelling: How use of story for help to children in fixing life problems. Translated by Behzad Yazdani, Mozghan Emadi. Tehran: Javane roshd Press. 2007.
 24. Ashrafi Pouri Z, Pour Ebrahim T, Soufi Looieh M. The effect of group narrative therapy on reduce symptoms of Oppositional Defiant Disorder *Journal of Counseling Research and Development.* 2010; 9(35): 85-100.
 25. Nasirzadeh R, Roshan R. Effect of storytelling on aggression in six to eight year old boys. *IJPCP.* 2010; 16(2): 118-126.
 26. Sheibani Tazraji F, Pakdaman S, Dadkhah A, Hasanzadeh Tavakoli M.R. The Effect of music therapy on depression and loneliness in old people. *Salmand: Iranian Journal of Ageing.* 2010; 5(16): 54-60.
 27. Bayat F, Rezaie A.M, Behnam B, Comparison of the effectiveness of play therapy and storytelling on the improvement of attention deficit/hyperactivity disorder symptoms in students. *Qom Uni Med Sci.* 2018; 12(8): 59-68. <https://doi.org/10.29252/qums.12.8.59>
 28. Daemi M. & Farnia M. The Effect of the Storytelling on Social Skills of Female Preschools' Students *J. Basic. Appl. Sci. Res.* 2017; 3(1):197-203.
 29. Rajabpour Farkhani S, Jahanshahi F. The Effect of Narrative therapy on Reduction of Behavioral Disorder of Elementary School Boys. *Journal of Think and Child.* 2011; 2(4): 19-36.