

اثر بخشی قصه درمانی گروهی بر کاهش ناامیدی و تنهایی کودکان دختر مراکز شبه خانواده

سارا صنعت نگار^{۱*}، حسین حسن آبادی^۲ و سید محسن اصغری نکاح^۲

دریافت مقاله: ۹۱/۳/۲۰؛ دریافت نسخه نهایی: ۹۱/۷/۲۶؛ پذیرش مقاله: ۹۱/۹/۱۲

چکیده

هدف: هدف پژوهش حاضر تعیین میزان تأثیر قصه درمانی گروهی بر کاهش ناامیدی و احساس تنهایی دختران مراکز شبه خانواده بود. **روش:** روش پژوهش شبه آزمایشی و جامعه آماری کلیه دختران بی-سرپرست و بدسرپرست مقطع ابتدایی به تعداد ۱۲۵ نفر در ۱۴ مرکز شبه‌خانواده مشهد بود. از میان آن‌ها از سه مرکز واجد شرایط ۲۶ نفر به روش دسترس انتخاب و به‌طور تصادفی در گروه آزمایش، گواه و شبه‌گواه جایگزین شدند و به مقیاس ناامیدی کودکان کازدین ۱۹۸۳ و مقیاس تنهایی کودکان آشر، هابمل و رنشاو (۱۹۸۴) در مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و ۱ ماه بعد در مرحله پیگیری پاسخ دادند. قصه‌درمانی گروهی در ۱۰ جلسه، هر هفته دو جلسه، هر جلسه ۱/۵ ساعت به گروه آزمایش ارائه و داده‌ها با تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر پردازش شد. **یافته‌ها:** نتایج حاکی از تفاوت معنادار میانگین ناامیدی گروه آزمایش با شبه‌گواه و گواه در مرحله پیش‌آزمون تا مرحله پس‌آزمون بود، اما این تفاوت از مرحله پس‌آزمون تا پیگیری معنادار نبود. تفاوت میانگین تنهایی گروه آزمایش با میانگین تنهایی شبه‌گواه و گواه از مرحله پیش‌آزمون تا مرحله پس‌آزمون معنادار نبود و این عدم معناداری در پیگیری نیز مشاهده شد. **نتیجه‌گیری:** قصه‌درمانی گروهی را می‌توان به‌عنوان روش مؤثری برای کاهش ناامیدی کودکان مراکز شبه‌خانواده در نظر گرفت.

کلیدواژه‌ها: تنهایی، قصه‌درمانی گروهی، مراکز شبه‌خانواده، ناامیدی

*۱. نویسنده مسئول، کارشناسی‌ارشد روان‌شناسی بالینی دانشگاه فردوسی مشهد

Email: Sara.sanatnegar@gmail.com

۲. استادیار دانشگاه فردوسی مشهد

مقدمه

کودکان بی‌سرپرست و بدسرپرست به افراد زیر هجده سالی می‌گویند که از حضور تربیتی، روان‌شناختی و حمایتی مؤثر والدین و زندگی در خانواده محروم هستند (اصغری‌نکاح، حیدری دربندی، ۱۳۸۹). فقر، فوت والدین، اعتیاد به مواد، الکلیسم، ابتلای والدین به بیماری لاعلاج جسمانی و یا اختلال روانی، زندانی‌شدن، غیبت یکی از والدین (معمولاً پدر) و مادران خیابانی^۱ از عوامل مؤثر بر بی‌سرپرستی و بدسرپرستی کودکان در جهان (تامبینی، ۲۰۱۰) است. این کودکان با معرفی مقام قضایی به سازمان بهزیستی سپرده می‌شوند (اصغری‌نکاح و حیدری دربندی، ۱۳۸۹). در واقع وقتی که تمام تلاش‌های حرفه‌ای در زمینه بازگشت کودک نزد والدین یا خانواده جایگزین، مؤثر واقع نشود، پرورش کودکان تحت سرپرستی سازمان بهزیستی در مراکز شبه‌خانواده به‌عنوان آخرین راه‌حل در نظر گرفته می‌شود (سازمان بهزیستی کشور، ۱۳۸۸). نیازهای روان‌شناختی کودکان مراکز شبه‌خانواده همواره به‌عنوان یکی از نخستین اولویت‌های این مراکز مطرح بوده است. از مسایل روان‌شناختی این کودکان در زمینه رشد اجتماعی، تنهایی^۲ است. تنهایی یک پدیده بین‌فرهنگی^۳ است و جهانی‌بودن تنهایی نشانه نیاز جهانی به تعلق است، تعلق نیاز به ایجاد یک رابطه اجتماعی^۴ پایدار با شخص مراقب است در- نتیجه، تنهایی به‌عنوان پاسخ شناختی- عاطفی به تهدیدشدن این نیاز مطرح شده است؛ مؤلفه شناختی تنهایی شکاف بین رابطه اجتماعی دلخواه و رابطه اجتماعی واقعی و مؤلفه عاطفی تنهایی هیجان‌های منفی ناشی از تنهایی مانند غم است (). کودک تنها نمی‌تواند حضور مؤثر والدین یا دیگران مهم را در دنیای اجتماعی خود داشته باشد و فکر می‌کند که در صورت بروز مشکل، دیگران حمایت‌گری نیستند تا او را در موقعیت معینی یاری دهند (لین‌شارتل، ۲۰۰۸). تنهایی اغلب با بی‌هدفی همراه است، هدف یکی از سه مؤلفه تشکیل‌دهنده امیدواری است و برای درک ناامیدی دانستن تعریف امیدواری لازم است (اشنایدر، ۲۰۰۳). امیدواری را چنین تعریف شده است: این‌که فرد بداند چه هدفی دارد، راه‌های مختلف رسیدن به هدف را بداند (تفکر راه‌یاب^۵) و خود را در رسیدن به آن هدف مؤثر بداند (تفکر عامل^۶) (اتیک، کیمر، ۲۰۰۹). در مقابل، ناامیدی، نظامی از طرح‌واره‌های منفی است که فرد هم نسبت به خود و هم نسبت به آینده‌اش دارد (آپیک، ۲۰۱۰) که به خودپنداره و کفایت اجتماعی فرد آسیب می‌رساند (دیوب،

1. prostitute mothers
2. loneliness
3. cross-cultural phenomena
4. social bond
5. pathway thinking
6. agency thinking

اثربخشی قصه‌درمانی گروهی بر کاهش ناامیدی و...

۲۰۰۵). شیوه معنابخشی به رویدادها و مهارت حل‌مسأله ناکارآمد از عوامل مؤثر بر ناامیدی است. معنابخشی منفی رویدادهای کودکی مانند سوءرفتارها و اسناد آنها به عوامل درونی (سبک اسناد درونی) افراد را در معرض ناامیدی قرار می‌دهد (کورتنی، جفری و الوی، ۲۰۰۸). همچنین افراد ناامید در موقعیت استرس‌زا راه‌حلی برای خود نمی‌یابند (زیمرمن، ۲۰۰۵). طبق پژوهش آپیک (۲۰۱۰)، سهم ناامیدی ناشی از کمبود ساز و کارهای مقابله‌ای کارآمد در خودکشی ۲۳/۵ درصد است.

توانایی کم در خلق دورنما، خودمحوری، فقدان خودنظم‌بخشی هیجانی و عدم پاسخ منعطفانه به رویدادهای غیرقابل پیش‌بینی، تجربه ناامیدی را برای کودکان نسبت به بزرگسالان سخت‌تر می‌کند و انجام مداخله‌های روان‌درمانی را در این زمینه ضروری می‌سازد (ویلیامز، ۲۰۰۸). هنردرمانی از انواع روان‌درمانی است که کمک می‌کند افراد نسبت به افکار و هیجان‌های خود، آگاه‌تر شوند و بر چالش‌های درونی و بیرونی خود غلبه کنند (شارف، ۱۳۹۰). مشارکت درمانگر و مراجع برای درک فرآیند هنری، محصول این فرآیند است (لیمبن، ۱۳۸۸). یکی از انواع هنردرمانی قصه است. در قصه، فکر اصلی در قالب حکایت ارائه می‌شود و قصه‌گویی^۱ بیان هنرمندانه حکایت برای انتقال پیام به مخاطب است (ملکی‌قاسم، ۱۳۸۵). ترکیب قصه با گروه‌درمانی می‌تواند باعث افزایش خودپنداره، ایجاد اعتماد و یافتن هدف، تفریح، افزایش مهارت حل‌مسأله و کاهش تنهایی کودکان شود (مالکا، ۲۰۱۰؛ مؤسسه بریستول مایرز، ۲۰۰۸).

باتوجه به ظرفیت‌ها و نیازهای ویژه کودک، روان‌درمانگر برای برقراری ارتباط و مداخله مؤثر از فعالیت‌های روزمره کودک نظیر بازی و نقاشی بهره می‌گیرد. در قصه، معمولاً، کودک با شخصیت داستان هم‌ذات‌پنداری می‌کند و با فرضیه‌سازی و ارائه راه‌حل‌های مختلف برای حل چالش شخصیت داستان، مهارت حل‌مسأله خود را رشد می‌دهد (اصغری‌نکاح، ۱۳۸۲). سرانجام کودک با درک رابطه بین موضوع قصه و موضوع زندگی خود می‌تواند مستقیماً در مورد مسایل خود فکر کند و برای آنها راه‌حلی بیابد (گلدارد و گلدارد، ارجمندی، ۱۳۸۹). رابطه قصه‌گو با شنونده قصه، قسمت مهمی از قصه‌درمانی است (هافمن، ۲۰۰۶) که به کودک فرصتی می‌دهد تا هم به‌طور هیجانی و هم شناختی داستانش را تعریف کند (کابان‌یان، ۲۰۰۴). قصه‌درمانی ضمن تقویت رابطه والدین-فرزند، خود یکپارچه‌تری را در کودک شکل می‌دهد (لاندر، ۲۰۰۸)؛ و نیز تلفیق قصه‌درمانی با رویکرد شناختی‌رفتاری می‌تواند باعث کاهش معنادار وسواس فکری-عملی کودکان شود (گریفین، ۲۰۰۳). طبق پژوهش فیشر (۲۰۰۶)، کودکان دچار

1. narration

بی‌اختیاری ادرار با کمک استعاره‌های داستان خود را جدا از ترس‌های خویش در نظر گرفتند و این بهبودی تا یک‌سال بعد از انجام مداخله همچنان ادامه داشت. لمبارد (۲۰۰۸)، در پژوهشی با بررسی اثربخشی قصه‌درمانی بر کودکان مادران مبتلا به سرطان سینه نشان داد که این کودکان توانستند از طریق قصه‌درمانی، آزادانه تجربه‌های خود را مطرح و به آن معنای تازه‌ای ببخشند که معنای هر یک از این کودکان برحسب سن رشد و زبان، منحصر به فرد و متفاوت از یکدیگر بود.

فقدان خانواده به‌عنوان یک رویداد منفی می‌تواند کودکان مراکز شبه‌خانواده را دچار تنهایی کند. زیرا به‌نظر کیامی (۲۰۰۹)، صرف انتقال کودکان بی‌سرپرست و بدسرپرست به مراکز شبه‌خانواده تنهایی آن‌ها را کاهش نمی‌دهد بلکه ادراک این کودکان از دنیای بین‌فردی اهمیت دارد. طبق پژوهش‌ها، تنهایی با طیف متنوعی از مشکلات روان‌شناختی مانند سوءمصرف مواد، خودکشی، بزه‌کاری، ناسازگاری در مدرسه، الکلیسم، اختلال‌های اضطرابی و افسردگی رابطه دارد (برگانو، لیروس، مک‌آنیش و شیخ، ۲۰۰۴)، و انجام روان‌درمانی را برای تنهایی کودکان بی‌سرپرست و بدسرپرست ضروری می‌سازد. از طرف دیگر، کودکان دارای دلبستگی ایمن، امیدوارتر و توانمندترند و می‌توانند به اهدافشان برسند (آتیک، کیمبر، ۲۰۰۹). بنابراین با توجه به اهمیت خانواده در ایجاد دلبستگی ایمن، می‌توان گفت فقدان آن در مراکز شبه‌خانواده می‌تواند کودکان این‌گونه مراکز را در معرض ناامیدی قرار دهد. فرانکسیز (۲۰۰۸)، نیز در پژوهش خود نشان داد افسردگی کودکانی که گرچه نه به‌طور کامل اما تا حدودی پیش‌بین افسردگی دوره بزرگسالی است. بنابراین با توجه به تأثیر فقدان خانواده در شکل‌گیری ناامیدی کودکان بی‌سرپرست و بدسرپرست و پیامدهای کوتاه‌مدت و بلندمدت آن در کودکان، انجام مداخله‌های روان‌درمانی در مراکز شبه‌خانواده ضروری به‌نظر می‌رسد. همچنین با توجه به پیشینه نظری و پژوهشی در زمینه کاربرد قصه و شکل لطیف و غیرمستقیم آن در درگیر نمودن این کودکان با مسائل روان‌شناختی‌شان، در این پژوهش دو فرضیه زیر تدوین و آزمون شد.

۱. قصه‌درمانی گروهی ناامیدی گروه آزمایش را نسبت به گروه گواه و شبه‌گواه کاهش می‌دهد.
۲. قصه‌درمانی گروهی احساس تنهایی گروه آزمایش را نسبت به گروه گواه و شبه‌گواه کاهش می‌دهد.

روش

طرح پژوهش حاضر، کاربردی و از نوع نیمه‌آزمایشی با سه گروه شامل گروه آزمایش، گواه و شبه‌گواه به‌صورت پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری بود. متغیر مستقل پژوهش، قصه‌درمانی و زمان و متغیر وابسته ناامیدی و تنهایی و متغیر کنترل دامنه سنی و جنس بود. جامعه آماری

اثربخشی قصه‌درمانی گروهی بر کاهش ناامیدی و...

شامل تمامی دختران بی‌سرپرست و بدسرپرست مقطع ابتدایی به تعداد ۱۲۵ نفر، مقیم در کلیه مراکز شبه‌خانواده مشهد به تعداد ۱۴ مرکز بود. با توجه به محدودیت‌هایی که برای ورود به مراکز شبه‌خانواده بهزیستی وجود داشت مراکزی که هم داوطلب همکاری در این پژوهش بودند و هم از شرایط عمومی حضور در پژوهش مانند مقطع تحصیلی فرزندان برخوردار بودند به‌عنوان نمونه‌های دردسترس انتخاب گردید. ابتدا ۳۰ نفر با استفاده از شیوه در دسترس از سه مرکز شبه‌خانواده، به نام خانه فرشتگان، ارفع رحیمیان، طلیعه هدایت رضوی انتخاب شد که بعد از مرحله پیش‌آزمون این تعداد به ۲۶ نفر کاهش یافت. سپس به‌صورت تصادفی در گروه آزمایش، شبه‌گواه و گواه انتصاب یافت. ملاک انتخاب اعضا جنس، مقطع تحصیلی و اقامت در مراکز شبه‌خانواده و برخورداری از حدی از سواد خواندن و نوشتن برای درک داستان‌ها و انجام تکالیف بود. فقدان مشکلات روان‌شناختی که مانع از برقراری ارتباط و مشارکت در گروه بود، نیز بررسی شد. این اطلاعات از طریق مشاهده، مصاحبه نیم‌ساختاریافته در مرحله پیش‌آزمون و مصاحبه با مربیان این کودکان در مراکز شبه‌خانواده گردآوری شد. این فرآیند توسط مؤلف اول که دارای مدرک کارشناسی ارشد در روان‌شناس بالینی است و با نظارت اساتید ناظر با تخصص دکتری مشاوره خانواده و دکتری روان‌شناسی کودکان با نیازهای ویژه انجام شد.

ابزار پژوهش

۱. **مقیاس ناامیدی کودکان کازدین:** این مقیاس توسط کازدین، رادجرز و کولباس در سال (۱۹۸۳) براساس مقیاس ناامیدی بک^۱ تهیه و در سال ۱۹۸۶ بازنگری شد و دارای ۱۷ سؤال بله یا خیر است. بالاترین نمره در این مقیاس نمره ۱۷ است که نشانگر بالاترین حد ناامیدی در کودک و پایین‌ترین نمره صفر است، که نشانگر پایین‌ترین سطح ناامیدی در کودک است. از نظر اعتبار پیش‌بین، مایر (۱۹۹۱) مقیاس ناامیدی کودکان را برای پیش‌بینی رفتارهای خودکشی‌گرایانه آینده در مورد گروهی از کودکان و نوجوانان ۷ تا ۱۷ ساله بهنجار و دچار اختلال‌های روانی بررسی کرد. ۱۰۰ نفر از این گروه دچار افسردگی حاد و ۳۸ نفر فاقد افسردگی بودند. طبق نتایج این مطالعه، نمره‌های مقیاس ناامیدی کودکان در یک دوره پیگیری ۳ ساله رابطه‌ای با رفتارهای خودکشی‌گرایانه نداشت. میزان پایایی از بازآزمایی مقیاس ناامیدی کودکان در نمونه کودکان دچار اختلال‌های روانی در فاصله ۶ هفته ($r=0/57$) و در نمونه کودکان بهنجار در فاصله ۱۰ هفته ($r=0/49$) گزارش شده است که این میزان بیانگر ثبات متوسط آزمون است. همچنین این آزمون از همسانی درونی مطلوب $0/97$ برخوردار است و پایایی

1. Beck hopelessness scale (BHS)

حاصل از روش دونیمه‌کردن اسپیرمن- براون را نیز ۰/۹۷ گزارش کردند (فرانکسیز، ۲۰۰۸). در پژوهش حاضر نیز، آلفای کرونباخ مقیاس مورد نظر ۰/۵۰ شد.

۲. مقیاس تنهایی آشر: این مقیاس ۲۴ سؤالی توسط آشر، هایمل و رنشاو (۱۹۸۴) برای ارزیابی و تنهایی و نارضایتی اجتماعی کودکان بین ۸ تا ۱۵ سال طراحی شده است. ۸ ماده ۲، ۴، ۵، ۱۱، ۱۳، ۱۵، ۱۹ و ۲۳ برای سرگرمی‌ها و علایق کودک است تا کودک در حین انجام آزمون احساس آرامش کند و نمره‌ای به آن تعلق نمی‌گیرد. و ۱۶ ماده باقی‌مانده بر اساس مقیاس رتبه‌بندی لیکرت بین ۱ تا ۵ نمره می‌گیرد و دامنه نمره این آزمون بین ۱۶ تا ۸۰ است که نمره بالاتر نشانه تنهایی و نارضایتی اجتماعی بیشتر است. سازندگان مقیاس (۱۹۸۴) ۵۲۲ کودک به‌نجار ۱۲ ساله را با این مقیاس مطالعه کردند و دریافتند نمره‌های این مقیاس همبستگی معناداری با نمره‌های ارزیابی همسالان کودک نسبت به وی و سایر روش‌های گروه-سنجی دارد. ضریب پایایی این آزمون با استفاده از روش دونیمه‌کردن ۰/۸۳ با روش اسپیرمن-براون ۰/۹۱ و با روش دونیمه‌کردن گاتمن ۰/۹۱ بود (کاسیدی و آشر، ۱۹۹۲). در این پژوهش آلفای کرونباخ این مقیاس ۰/۷۹ به دست آمد.

۳. برنامه قصه‌درمانی گروهی: این مداخله توسط اصغری‌نکاح متخصص روان‌شناسی کودکان با نیازهای ویژه طراحی و با نظارت او طی ده جلسه ۱/۵ ساعته هفته‌ای دوبار برگزار گردید. محتوا و روش‌های جلسه‌های مداخله از تجارب بالینی و مستندات پژوهشی-درمانی طراح و ناظر مداخله (اصغری‌نکاح، افروز، بازرگان و شکوهی، ۱۳۹۰ و اصغری‌نکاح، ۱۳۸۲) و از منابع تخصصی (الیسون و گری، ۱۳۸۳؛ گلدارد، گلدارد و ارجمندی، ۱۳۸۹ و پریخ و مجدی، ۱۳۸۸) اخذ گردیده است. موضوع مشترک تمام داستان‌ها بهبود خودپنداره، غلبه بر ناامیدی، راه‌های دوست‌یابی و حفظ دوستی برای کاهش تنهایی و حتی لذت‌بردن از آن بود. نام و محور اصلی داستان‌ها که مرتبط با مقیاس خودپنداره کودکان پیرز-هربس، ۱۹۸۶ است به شرح زیر بود.

جلسه اول. ابتدا یک بازی گروهی برای ایجاد ارتباط بیشتر میان اعضای گروه انجام و بعد از استراحت ۱۵ دقیقه‌ای، داستان سنگ ماهی مهربان (ر.ک. پیوست) با محور خودشناسی و خود-ارزشمندی ارائه شد سپس تکالیف خانگی توزیع و بازی دسته‌جمعی انجام شد.

جلسه دوم. بعد از بررسی تکالیف خانگی داستان جلسه پیش و استراحت ۱۵ دقیقه‌ای، داستان گوسفندی که خیلی کوچک بود با محور پذیرش خود ارائه و سپس تکالیف خانگی توزیع و بازی دسته‌جمعی انجام شد.

جلسه سوم. بعد از بررسی تکالیف خانگی و استراحت ۱۵ دقیقه‌ای، داستان دانه قهوه‌ای زشت با محور بهبود تصویر بدنی ارائه و با توزیع تکالیف خانگی، بازی دسته‌جمعی انجام شد.

اثربخشی قصه‌درمانی گروهی بر کاهش ناامیدی و...

جلسه چهارم. بعد از بررسی تکالیف خانگی و استراحت ۱۵ دقیقه‌ای، داستان جغد کوچک ترسو با محور غلبه بر ترس‌ها ارائه و با توزیع تکالیف خانگی، بازی دسته‌جمعی انجام شد.
جلسه پنجم. بعد از بررسی تکالیف خانگی و استراحت ۱۵ دقیقه‌ای داستان خفاش کوچولو با محور خودباوری و غلبه بر ترس‌ها ارائه و با توزیع تکالیف خانگی، بازی دسته‌جمعی انجام شد.
جلسه ششم. بعد از بررسی تکالیف خانگی و استراحت ۱۵ دقیقه‌ای داستان سویی می با محور امیدواری و غلبه بر تنهایی، ارائه گردید و با توزیع تکالیف خانگی، یک بازی دسته‌جمعی انجام شد.

جلسه هفتم. بعد از بررسی تکالیف خانگی و استراحت ۱۵ دقیقه‌ای، داستان میمون شیطان با محور دوست‌یابی و غلبه بر تنهایی ارائه و با توزیع تکالیف خانگی، بازی دسته‌جمعی انجام شد.
جلسه هشتم. بعد از بررسی تکالیف خانگی و استراحت ۱۵ دقیقه‌ای، داستان جغد و دارکوب با محور حل‌مسئله و غلبه بر ناامیدی و تنهایی ارائه و با توزیع تکالیف خانگی، بازی دسته‌جمعی انجام شد.

جلسه نهم. بعد از بررسی تکالیف خانگی و استراحت ۱۵ دقیقه‌ای، داستان ماهی رنگین‌کمان با محور امیدواری و شادمانی و غلبه بر ناامیدی، ارائه و با توزیع تکالیف خانگی، بازی دسته‌جمعی انجام شد.

جلسه دهم. بعد از بررسی تکالیف خانگی و استراحت ۱۵ دقیقه‌ای، داستان ببر بی‌رنگ با محور امیدواری و غلبه بر ناامیدی و تنهایی ارائه و با توزیع تکالیف خانگی، جلسات گروهی با یک جشن دسته‌جمعی و اهدای هدایا به پایان رسید.

شیوه اجرا. بعد از اخذ مجوز از سازمان بهزیستی خراسان رضوی، فهرست کلیه مراکز شبه-خانواده مشهد در اختیار پژوهشگر قرار گرفت. بعد از توضیح درباره اهداف مورد نظر پژوهش، ۳۰ آزمودنی از سه خانه از میان خانه‌هایی که دارای شرایط و آمادگی بودند انتخاب و به صورت تصادفی در گروه آزمایش، شبه‌گواه و گواه جای گرفتند؛ ولی بعداً به ۲۶ نفر کاهش یافتند. اعضای گروه آزمایش قبل از قصه‌درمانی گروهی، بلافاصله بعد از اتمام آن و نیز یک ماه پس از پایان درمان به مقیاس‌های پژوهش پاسخ دادند. در گروه شبه‌گواه نیز، به مدت ۱۰ جلسه درمانگر هفته‌ای دوبار ۱/۵ ساعت در میان اعضا حضور داشت و با آن‌ها به بازی گروهی گرگم به هوا و وسطی می‌پرداخت. گروه گواه نیز مداخله‌ای دریافت نکرد. اعضای گروه شبه‌گواه و گروه گواه نیز هم‌زمان با اعضای گروه آزمایش در سه مرحله به مقیاس‌های پژوهش پاسخ دادند. پژوهش حاضر از نوع طرح‌های مخلوط دوعاملی^۱ بود و برای آزمون فرضیه‌های پژوهش

از آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر^۱ استفاده شد. در این آزمون، زمان، یعنی نمره‌های ناامیدی آزمودنی‌ها در جلسه‌های پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری به‌عنوان عامل درون-آزمودنی و گروه یعنی آزمایش، گواه و شبه‌گواه به‌عنوان عامل بین‌آزمودنی وارد تحلیل شد.

یافته‌ها

۲۶ کودک دختر این پژوهش، ۱۰ نفر در گروه آزمایش، ۸ نفر در گروه شبه‌گواه و ۸ نفر در گروه گواه قرار داشتند. میانگین سنی و انحراف‌استاندارد به‌ترتیب در اعضای گروه‌های مذکور ۱۰ و ۱/۵۶؛ ۹/۲۵ و ۰/۸۸ و ۹/۵۰ و ۱/۶۹ بود. از این ۲۶ نفر، ۱۰ نفر (۳۳/۳ درصد)، کمتر از یک سال و ۱۶ نفر (۵۳/۳ درصد)، بیش از یک سال در خانه‌های کودک مشهد مقیم بودند. همچنین ۱۳ نفر (۴۳/۳ درصد) بدسرپرست و ۱۳ نفر (۴۳/۳ درصد) بی‌سرپرست بودند. از دلایل عمده بدسرپرستی این کودکان می‌توان به اعتیاد (۲۶/۷)، بیماری روانی (۳/۳)، زندان (۳/۳)، ازدواج مجدد (۶/۷) اشاره کرد. لازم به ذکر است که تمام دلایل مطرح‌شده طبق معیار بهزیستی، براساس وضعیت پدر بود. مهم‌ترین دلایل بی‌سرپرستی نیز فوت پدر (۱۳/۳) و نامعلوم‌بودن خانواده (۳۳/۳) بود.

جدول ۱. نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر مربوط به متغیرهای ناامیدی و تنهایی

اثر اصلی	درجه آزادی	خطای درجه آزادی	مقدار F	ضریب اتا	
زمان	۲	۴۶	۴/۲۱*	۰/۱۵	ناامیدی
زمان × گروه	۴	۴۶	۵/۳۹*	۰/۳۱	
زمان	۲	۴۶	۲/۲۳	۰/۰۸	تنهایی
زمان × گروه	۴	۴۶	۱/۷۷	۰/۱۳	

* $P < 0.05$ ** $P < 0.01$

نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر مربوط به ناامیدی و تنهایی در جدول ۱ نشان می‌دهد که مفروضه آزمون کرویت‌موخلی برای ناامیدی ($P=0.15$) است و برای تنهایی ($P=0.15$) است که معنادار نیستند بنابراین اولین آزمون، مفروضه کرویت مدنظر قرار می‌گیرد. همان‌طور که جدول ۱ نشان می‌دهد، اثر زمان اندازه‌گیری برای ناامیدی به‌لحاظ آماری معنادار است به‌عبارت‌دیگر میزان ناامیدی از جلسه پیش‌آزمون تا جلسه پیگیری کاهش معنادار داشته است. اثر تعامل زمان با گروه نیز معنادار است یعنی بین سه گروه در میزان کاهش ناامیدی از جلسه پیش‌آزمون تا جلسه پیگیری تفاوت معناداری وجود دارد. در مقابل اثر زمان اندازه‌گیری

1. repeated measures analysis of variance

اثربخشی قصه‌درمانی گروهی بر کاهش ناامیدی و...

برای متغیر تنهایی به‌لحاظ آماری معنادار نیست. به‌عبارت‌دیگر میزان تنهایی از جلسه پیش-آزمون تا جلسه پیگیری کاهش معناداری نداشته است. اثر تعامل زمان با گروه نیز معنادار نیست یعنی بین سه گروه در میزان کاهش تنهایی از جلسه پیش‌آزمون تا جلسه پیگیری تفاوت معنادار نیست.

جدول ۲. مقابله دو به دو متغیرهای ناامیدی و تنهایی از جلسه پیش‌آزمون تا پیگیری

اثر اصلی	مقابله دوه‌دو	درجه آزادی	خطای درجه آزادی	مقدار F	ضریب اتا
زمان	پیش‌آزمون در برابر پس‌آزمون	۱	۲۳	۶/۰۳*	۰/۲۰
	پس‌آزمون در برابر پیگیری	۱	۲۳	۰/۰۹	۰/۰۰۴
گروه × زمان	پیش‌آزمون در برابر پس‌آزمون	۲	۲۳	۵/۴۵*	۰/۳۲
	پس‌آزمون در برابر پیگیری	۲	۲۳	۰/۸۲	۰/۰۶
زمان	پیش‌آزمون در برابر پس‌آزمون	۱	۲۳	۴/۵۷*	۰/۱۶
	پس‌آزمون در برابر پیگیری	۱	۲۳	۳/۶۸	۰/۱۳
گروه × زمان	پیش‌آزمون در برابر پس‌آزمون	۲	۲۳	۲/۷۸	۰/۱۹
	پس‌آزمون در برابر پیگیری	۲	۲۳	۰/۷۱	۰/۰۵

* $P < 0.05$ ** $P < 0.01$

برای بررسی مقابله‌های چندگانه از آزمون تعقیبی بنی فرنی استفاده شد. نتایج این آزمون در جدول ۲ نشان آمده است. با توجه به این جدول و جدول شماره ۳ می‌توان چنین نتیجه گرفت که قصه‌درمانی گروهی میانگین ناامیدی گروه آزمایش را نسبت به میانگین ناامیدی گروه شبه‌گواه و گواه از مرحله پیش‌آزمون تا مرحله پس‌آزمون به‌طور معناداری کاهش داده است. اما این کاهش از مرحله پس‌آزمون تا مرحله پیگیری معنادار نیست. همچنین به نظر می‌رسد که اگرچه قصه‌درمانی گروهی توانسته است میانگین تنهایی گروه آزمایش را نسبت به میانگین تنهایی گروه شبه‌گواه و گواه از مرحله پیش‌آزمون تا مرحله پیگیری کاهش دهد اما این کاهش در آن حدی نیست که بین سه گروه تفاوت معنادار ایجاد کند.

جدول ۳. میانگین نمره‌های ناامیدی و تنهایی آزمودنی‌ها در سه مرحله

متغیروابسته	مرحله	گروه	میانگین	انحراف استاندارد
		آزمایش	۸	۲/۹۸
نامیدی	پیش آزمون	شبه کنترل	۶/۵۰	۱/۳۰
		کنترل	۶/۵۰	۲/۲۶
		آزمایش	۴	۱/۶۳
	پس آزمون	شبه کنترل	۶/۱۲	۲/۷۴
کنترل		۶/۶۲	۱/۵	
آزمایش		۳/۵۰	۱/۷۷	
	پیگیری	شبه کنترل	۶/۸۷	۱/۷۲
کنترل		۶/۷۵	۳/۴۱	
آزمایش		۴۵/۹۰	۱۶/۹۶	
تنهایی	پیش آزمون	شبه کنترل	۴۲/۲۵	۸/۸۱
		کنترل	۵۰/۷۵	۹/۰۹
		آزمایش	۳۸/۲۰	۹/۶۹
	پس آزمون	شبه کنترل	۴۴/۱۲	۸/۶۴
کنترل		۴۵/۵۰	۱۱/۲۷	
آزمایش		۳۹/۹۰	۱۱/۵۰	
	پیگیری	شبه کنترل	۴۶	۳/۵۴
کنترل		۵۱/۶۲	۱۱/۲۶	

جدول ۳ میانگین نمره‌های ناامیدی و میانگین نمره‌های تنهایی گروه آزمایش، شبه‌گواه و گواه از مرحله پیش‌آزمون، تا مرحله پیگیری نشان می‌دهد.

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج این پژوهش شواهد کافی برای اولین فرضیه پژوهش فراهم می‌کند که همسو با پژوهش‌های گذشته است. به‌عنوان مثال، پژوهش پراسکو (۲۰۱۰) نشان داد قصه درمانی شناختی‌رفتاری ناامیدی بیماران روان‌پریش حاد را کاهش می‌دهد. از طرف دیگر، کودکان دبستانی می‌توانند مفاهیم امیدواری و ناامیدی را در داستان‌ها درک کنند. طبق پژوهش فرانکسیز (۲۰۰۸)، اکثر کودکان دبستانی شرکت‌کننده در پژوهش، امیدواری و ناامیدی را موضوعاتی قابل‌تغییر و شخصیت امیدوار داستان را شادتر از همتای ناامیدش می‌دانستند. در این پژوهش نیز به‌نظر می‌رسد قصه‌درمانی گروهی فرصتی فراهم آورد تا آزمودنی‌ها با تفکر

درباره اهداف آینده خود و راه‌های رسیدن به آن، خودشناسی بیشتر، پذیرش خود و دریافت بازخورد مثبت اعضای گروه، خود را در رسیدن به اهدافشان مؤثر در نظر گیرند. به‌نظر می‌رسد آزمودنی‌ها با پیوند زندگی فعلی خود با آینده خویش، توانستند چالش‌های کنونی زندگی خود را با دید جدیدی بنگرند و آن‌ها را نوعی آمادگی برای آینده خود بدانند. در آخر به‌نظر می‌رسد انجام بازی‌های شاد گروهی و تمرکز تکالیف خانگی بر یافتن منابع شادمانی بیشتر در زندگی فعلی توانسته است بر کاهش ناامیدی و افزایش شادمانی آزمودنی‌ها مؤثر باشد.

نتایج این پژوهش شواهد کافی برای دومین فرضیه پژوهش فراهم نکرد. این قسمت از پژوهش، مؤید پژوهش پاند ۱۹۹۸ است که نشان داد هنردرمانی گروهی با هدف افزایش مهارت‌های اجتماعی، نمره‌های آزمودنی‌ها را در مقیاس تنهایی کودکان آشر افزایش می‌دهد (تیلور، کلایتون، ۲۰۰۵). نتیجه این پژوهش متفاوت با برخی از پژوهش‌های گذشته است. به‌عنوان مثال، مالکا (۲۰۱۰)، در پژوهشی نشان داد فعالیت‌های خلاق مانند قصه‌گویی باعث کاهش تنهایی کودکان آسیب‌دیده هیجانی و تسهیل سلامت روان ایشان می‌شود. در این پژوهش نیز به‌نظر می‌رسد قصه‌درمانی گروهی با کاهش انکار آزمودنی‌ها نسبت به جنبه‌های منفی تنهایی، خودآگاهی آن‌ها را نسبت به تنهایی‌شان در مقایسه با مرحله پیش‌آزمون افزایش داده است. ازیک‌سو، مفهوم تنهایی با سبک دلبستگی آمیخته است. کودک دلبستگی را نخستین‌بار در خانواده تجربه می‌کند اما بسیاری از کودکان بی‌سرپرست و بدسرپرست به‌دلیل فقدان خانواده یا زندگی در خانواده‌ای آشفته، هرگز دلبستگی ایمن را تجربه نکرده‌اند و نسبت به دنیای خود و دیگران بی‌اعتمادند درحالی‌که درجه‌ای از اعتماد، اساس بسیاری از تعاملات اجتماعی است و فقدان آن می‌تواند منجر به عقب‌نشینی افراد از تعاملات اجتماعی با وجود علاقه درونی‌شان شود و تنهایی آن‌ها را افزایش دهد (اسکافر، ۲۰۰۵). در این پژوهش نیز به‌نظر می‌رسد که تنها پس از سپری‌شدن نیمی از فرایند قصه‌درمانی گروهی، آزمودنی‌ها کم‌کم توانستند خودافشایی بیشتری کنند و به تعامل یا همدلی با سایر اعضای گروه بپردازند و رفتارهایی مانند تمسخر دیگران را کاهش دهند. ازسوی دیگر، پس از تجربه سوگ‌های متعدد، این کودکان پایان قصه‌درمانی گروهی را نیز نوعی سوگ ادراک کردند زیرا برای آن‌ها، فضای گروه، منبع رهاسازی هیجان‌ها و انجام بازی‌های شاد بود که این احتمال همسو با پژوهش نالونگوی (۲۰۰۹) است که نشان داد سوگ فقدان شیء دلخواه می‌تواند به‌عنوان یک تجربه اسفبار منجر به تنهایی بیشتر شود. در آخر لازم به ذکر است که تعمیم مهارت‌های اجتماعی فراگیری‌شده در جلسه‌های قصه‌درمانی گروهی به مدرسه و خانه می‌تواند برای آزمودنی‌ها چالشی دشوار باشد و بررسی دقیق‌تر اثربخشی مداخله را بر تنهایی این کودکان مشکل‌ساز؛ زیرا به‌نظر می‌رسد این کودکان نیاز دارند علاوه بر یادگیری مهارت‌های اجتماعی، شناخت‌های

ناصحیح خود را در این زمینه نیز اصلاح کنند که این تبیین همسو با پژوهش ماسی، چن، هاولی و کاسیوپو (۲۰۱۱) است که طی انجام فراتحلیلی بر مداخله‌های صورت‌گرفته در زمینه تنهایی نشان دادند از میان این طرح‌های مداخله‌ای که شامل بهبود مهارت‌های اجتماعی، افزایش حمایت اجتماعی، افزایش فرصت تعاملات اجتماعی و تعدیل شناخت‌های اجتماعی ناسازگار می‌شد گروه آخر یعنی تعدیل شناخت‌های اجتماعی ناسازگار در کاهش تنهایی مؤثرترین بوده است.

پژوهش حاضر با محدودیت‌هایی روبه‌رو بوده است که از جمله می‌توان محدودیت در انتخاب مراکز شبه‌خانواده با شرایط همسان را ذکر کرد. در سطح سازمانی پیشنهاد می‌شود که در نشست‌های تخصصی مراکز آموزش عالی و سازمان بهزیستی، نقش افراد متخصص در زمینه علوم رفتاری، رشد و روان‌شناسی کودک به‌عنوان پژوهشگر و درمانگر در مراکز شبه‌خانواده تعریف شود تا این افراد با سهولت بیشتری نیازهای روان‌شناختی کودکان بی‌سرپرست و بدسرپرست را مطالعه کنند. همچنین پیشنهاد می‌شود که هم‌زمان با قصه‌درمانی گروهی برای کودکان بی‌سرپرست و بدسرپرست، مداخله آموزشی برای مربیان و معلمان صورت گیرد تا بازخوردهای محیط درمان، خانه و مدرسه هماهنگ شود. همچنین قصه‌درمانی گروهی با یکی از روش‌های دیگر هنردرمانی یا بازی‌درمانی برای کاهش ناامیدی و کاهش تنهایی مقایسه و اثربخشی قصه‌درمانی گروهی بر سلامت روان آزمودنی‌های پسر نیز بررسی شود.

منابع

- اصغری‌نکاح، سیدمحسن، افروز، غلامعلی، بازرگان، عباس، و شکوهی، یکتا. (۱۳۹۰). تأثیر مداخله بازی‌درمانی عروسکی بر مهارت‌های ارتباطی کودکان درخودمانده. *مجله اصول بهداشت روان*. بهار، ۱۳(۱): ۴۴-۵۷.
- اصغری‌نکاح، سیدمحسن. (۱۳۸۲). گزارش اقدام‌پژوهی پیرامون کاربرد قصه به مثابه تکنیک و ابزار در مشاوره و روان‌درمانی کودک. *مجله تعلیم و تربیت استثنایی*. مرداد و شهریور، ۱۹(۲۰) و ۲۱: ۲۲-۱۴.
- اصغری‌نکاح، سیدمحسن، و حیدری‌دربندی، آسیه. (۱۳۸۹). مقایسه شیوه‌های نگهداری و حمایت از کودکان بی‌سرپرست و بدسرپرست از منظر مراقبت سلامت و بهداشت روانی. *خلاصه مقالات چهارمین جشنواره علمی-تحقیقاتی کودکان سرور*: ۱۸.
- الیسون، شیلدا، و گری، جودیت. (۱۳۸۳). *بازی‌های خلاق: ۳۶۵ بازی برای کودکان ۲ سال به بالا*. ترجمه لیلا انگجی. انتشارات جوانه رشد. تهران.
- پریخ، زهره، و مجدی، زهرا. (۱۳۸۸). *داستان‌ها ابزاری برای کاهش مشکلات روان‌شناختی کودکان*. انتشارات کتابدار. تهران.

اثربخشی قصه‌درمانی گروهی بر کاهش ناامیدی و...

سازمان بهزیستی کشور، معاونت امور اجتماعی. (۱۳۸۸). *دستورالعمل تخصصی مراقبت و پرورش کودکان تحت سرپرستی سازمان بهزیستی کشور*. اداره کل روابط عمومی بهزیستی کشور. تهران.

سرمد، زهره، بازرگان، عباس، و حجازی، الهه. (۱۳۸۵). *روش‌های تحقیق در علوم رفتاری*. انتشارات آگاه. تهران.

گلدارد، کاترین، و گلدارد، دیوید. (۱۳۸۹). *راهنمای عملی مشاوره با کودکان با روش بازی‌درمانی*. ترجمه زهرا ارجمندی. انتشارات اندیشه آور. (تاریخ انتشار اثر به زبان اصلی، ۲۰۰۳).

شارف، ریچارد. اس. (۱۳۹۰). *نظریه‌های روان‌درمانی و مشاوره*. ترجمه مهرداد فیروزبخت. موسسه خدمات فرهنگی رسا. (تاریخ انتشار اثر به زبان اصلی، ۱۹۹۹).

لیمبن، ماریان. (۱۳۸۹). *هنردرمانی ویژه گروه‌ها*. ترجمه علی زاده‌محمدی و حوری توکلی. انتشارات قطره. (تاریخ انتشار اثر به زبان انگلیسی، ۱۹۸۶).

ملکی‌فاسم، حسن. (۱۳۸۵). *آشنایی با فعالیت‌های تربیتی اجتماعی فعالیت‌های فوق‌برنامه*. انتشارات آبیژ. تهران.

Atik, G., & Kemer, G. (2009). Psychometric properties of children hope scale validity and reliability study. *Journal of Elementary Education online*, 8(2):379-390.

Asher, S., Hymel, S., & Renshaw, P. D. (1984). Loneliness in children. *Journal of Child Development*, 55, 1456-1464.

Berguno, G., Lerous, p., McAnish, K., & Shaikh, S. (2004). Children Experience of Lonliness at school and its Relation to Bullying and the Quality of Teacher Intervention. *Journal of the Qualitative Report*, 9(3): 483-499.

Bristol-Myers Squibb Company. (2008). Bristol-Myers Squibb foundation case studies. South Africa, available at: www.secure the future.com

Cassidy, J., & Asher, S. (1992). Loneliness and peer relation in young children. *Journal of Child Development*, 63(2):350-365.

Courtney, E., Jeffrey, G. J., & Alloy, L. (2008). Association of Childhood Maltreatment with Hopelessness and Depression among Adolescent. *Journal of Cognitive Therapy*, 1(7): 4- 17.

Dube, J. (2005). *Sucidal Children*. An un-published thesis for Master of Education, The faculty of Education Lethbridge Alberta, B.S.W University of Calgary.

Fisher, J. (2006). *Psychological differences between left-handed and right-handed children*. Unpublished thesis for Master of Educational Psychology, The faculty of Graduate School, Wichita state university.

Francios, E. D. (2008). *Children conceptions and hopefulness and hopelessness*. An un-published thesis for Master of Psychology, Department of Psychology, Franklin and Marshal College.

- Griffin, M. (2003). Narrative behavior therapy. *Journal of ANZJFT*, 24(1):33-37.
- Huffman, K. (2006). *Belief transmission through family story telling: Family therapy program school of family life*. A thesis for master of family therapy, The department of marriage and family therapy, Brigham Young University.
- Ipek, N. (2010). The levels of anxiety and hopelessness of primary education children with speech disorders and of their parents. *Journal of Elementary Education Online*, 9(1):23-30.
- Kabanyane, N. (2004). *The psycho- educational use of narrative therapy among NGUNI speaking children*. An un-published thesis for Master of education, The faculty of Guidance and Counseling, University of South Africa.
- Kiami, G. (2009). The self-concept and academic performance of institutionalized and non-institutionalized HIV/AIDS orphaned children in Kisumu Municipality. *Journal of Educational research and review*, 4(3):106-110.
- Kazdin, A., Rodgers, A., & Colbus, Debra. (1983). The Hopelessness Scale for Children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 54 (2): 241-245
- Lander, I. (2008). using family attachment narrative therapy to heal the wounds of twinship: A case study of an 11-year-old boy. *Journal of Child adolescent social work*, 25(2): 367-383.
- Lombard, T. (2008). *Re-authoring breast cancer: Children narratives of their mother illness: An educational psychology perspective*. An un-published thesis for Master of Education, Department of Education studies, The University of Johannesburg.
- Lynn-Shortel, L. (2008). *The healthy solitary person*. An un-published thesis for Master of social work, Smith College School, Northampton University.
- Malka, M. (2010). *lonely children and adolescent: Self-perception and social exclusion and hope*, in 1st (eds). Springer: New York.
- Masi, C., Chen, H. Y., Hawkey, L., & Cacioppo, J. T. (2011). A meta-analysis of interventions to reduce loneliness. *Journal of Personality and social psychology review*, 15(3):219-266.
- Mayer, W. (1991). A case of restricted entitlement. *Journal of Clinical Social Work*, 19: 223-235.
- Nalungwe, P. (2009). *Loneliness among elderly widows and its effect on their mental well being*. An un-published thesis for bachelor of nursing, The department of applied sciences, Laurea university.
- Prasko, J. (2010). Narrative cognitive behavior therapy psychosis. *Journal of Activitas Nervosa Superior Redivivva*, 52(2):135-146.
- Schafer, M. (2005). Lonely in crowd: Recollection of bullying. *Journal of British journal of developmental psychology*, 25(1):120-135.
- Snyder, C.R. (2003). *Measuring hope in children*. Positive development conference of Lawrence, The University of Kansas, (1):1-26.

- Taylor, L. C., & Clayton, J. D. (2005). Academic socialization: Understanding parental influences on children school-related development in the early years. *Journal of Review of general psychology*, 8(3):163-178.
- Thombeni, M. (2010). *Factors in the family system causing children to live in the street: A comparative study of parents and children perspectives*. An unpublished thesis for Master degree of play therapy, The faculty of humanities, Department of social work and Criminology, University of Pretoria.
- Williams, K. (2008). Childhood disappointment and the recession holidays. *Journal of Child Study Center*, 7(4):154-160.
- Zimmerman, B. (2005). Orphans living situation in Malawi: A comparison of orphanages and foster homes. *Journal of Review of policy Research*, 22(6): 881-899.

مقیاس ناامیدی کودکان کازدین

در عبارات زیر که ممکن است با آن موافق یا مخالف باشید، در هر مورد پاسخی را انتخاب کنید که به بهترین شکل، نظر شما را نشان می‌دهد.

- | | | |
|-----|-----|--|
| بله | خیر | ۱. دوست دارم بزرگ شوم چون فکر می‌کنم زندگی‌ام بهتر خواهد شد. |
| بله | خیر | ۲. اگر بزرگ بشوم هیچ تلاشی نمی‌کنم چون می‌دانم زندگی‌ام بهتر نخواهد شد. |
| بله | خیر | ۳. هر چه زمان بگذرد، سختی‌ها هم به پایان می‌رسد و باز اوقات شاد از راه می‌رسند. |
| بله | خیر | ۴. می‌دانم وقتی بزرگ شوم زندگی‌ام چه شکلی خواهد بود و چه کارهایی انجام خواهم داد. |
| بله | خیر | ۵. من زمان کافی دارم تا کارهای مورد علاقه‌ام را تمام کنم. |
| بله | خیر | ۶. در آینده وقتی بزرگ شوم توانایی لازم را به‌دست می‌آورم تا در کار مورد علاقه‌ام موفق شوم. |
| بله | خیر | ۷. من نسبت به بچه‌های دیگر، چیزهای خوب و بیشتری در زندگی به دست خواهم آورد. |
| بله | خیر | ۸. من موفقیتی نداشته‌ام و دلیلی ندارد که فکر کنم وقتی بزرگ شوم موفق خواهم بود. |
| بله | خیر | ۹. وقتی به آینده فکر می‌کنم فقط اتفاقاتی بد به فکرم می‌رسد. |
| بله | خیر | ۱۰. وقتی بزرگ بشوم نمی‌توانم آن چیزی را که واقعاً می‌خواهم به‌دست بیاورم. |
| بله | خیر | ۱۱. فکر می‌کنم وقتی بزرگ بشوم، شادتر از الان خواهم بود. |
| بله | خیر | ۱۲. زندگی فقط طبق خواسته من پیش نمی‌رود. |
| بله | خیر | ۱۳. هیچ‌وقت چیزی را که می‌خواهم، به‌دست نمی‌آورم، پس به خودم هم اجازه آرزو کردنش را نمی‌دهم. |
| بله | خیر | ۱۴. فکر می‌کنم وقتی بزرگ شوم چیز خوبی در زندگی به‌دست نمی‌آورم. |
| بله | خیر | ۱۵. نمی‌دانم آینده من چه شکلی خواهد شد. |
| بله | خیر | ۱۶. وقتی بزرگ بشوم بیشتر شادمان خواهم بود تا غمگین. |
| بله | خیر | ۱۷. فکر می‌کنم بی‌فایده است برای چیزی که می‌خواهم تلاش کنم چون شاید به آن نرسم. |

مقیاس تنهایی کودکان آشر

در عبارات زیر که ممکن است با آن موافق یا مخالف باشید، در هر مورد پاسخی را انتخاب کنید که به بهترین شکل، نظر شما را نشان می‌دهد. چنانچه همیشه در مورد شما درست است عدد ۱، بیشتر وقت‌ها در مورد شما درست است عدد ۲، گاهی در مورد شما درست است عدد ۳، کمی در مورد شما درست است عدد ۴، اصلاً در مورد شما درست نیست عدد ۵ را انتخاب نمایید

۵	۴	۳	۲	۱	۱. پیدا کردن دوست در مدرسه برایم آسان است.
۵	۴	۳	۲	۱	۲. مطالعه را دوست دارم.
۵	۴	۳	۲	۱	۳. کسی را ندارم تا با او حرف بزنم.
۵	۴	۳	۲	۱	۴. در کار گروهی با بچه‌های دیگر خوب هستم.
۵	۴	۳	۲	۱	۵. زیاد تلویزیون تماشا می‌کنم.
۵	۴	۳	۲	۱	۶. دوست پیدا کردن برایم سخت است.
۵	۴	۳	۲	۱	۷. مدرسه را دوست دارم.
۵	۴	۳	۲	۱	۸. دوستان زیادی دارم.
۵	۴	۳	۲	۱	۹. احساس تنهایی می‌کنم.
۵	۴	۳	۲	۱	۱۰. هنگامی که نیاز داشته باشم می‌توانم دوستی پیدا کنم.
۵	۴	۳	۲	۱	۱۱. زیاد ورزش می‌کنم.
۵	۴	۳	۲	۱	۱۲. بچه‌های دیگر من را دوست ندارند.
۵	۴	۳	۲	۱	۱۳. درس علوم را دوست دارم.
۵	۴	۳	۲	۱	۱۴. کسی را ندارم تا با او بازی کنم.
۵	۴	۳	۲	۱	۱۵. موسیقی را دوست دارم.
۵	۴	۳	۲	۱	۱۶. می‌توانم به راحتی با بچه‌های دیگر کنار بیایم.
۵	۴	۳	۲	۱	۱۷. احساس می‌کنم دیگران من را به بازی‌شان راه نمی‌دهند.
۵	۴	۳	۲	۱	۱۸. وقتی نیاز به کمک دارم کسی نیست تا به من کمک کند.
۵	۴	۳	۲	۱	۱۹. نقاشی را دوست دارم.
۵	۴	۳	۲	۱	۲۰. با بچه‌های دیگر خوب رفتار نمی‌کنم.
۵	۴	۳	۲	۱	۲۱. تنها هستم.
۵	۴	۳	۲	۱	۲۲. در کلاس، هم‌کلاسی‌هایم مرا دوست دارند.
۵	۴	۳	۲	۱	۲۳. بازی‌هایی مثل شطرنج، منچ، نقطه بازی را دوست دارم.
۵	۴	۳	۲	۱	۲۴. من هیچ دوستی ندارم.

سنگ ماهی مهربان: نمونه‌ای از قصه‌های مطرح در جلسات درمانی

قبل از شروع قصه می‌توان درباره ماهی‌ها و زندگی آن‌ها صحبت کرد. پیام: احساس خودارزشمندی و عدم احساس حقارت. هدف درمانگر: کودک نسبت به نقاط قوت و ضعف خود شناخت پیدا کند، خود را همان‌گونه که هست بپذیرد و خودپنداره‌اش بهبود یابد. روزی روزگاری، در یک دریای بزرگ، سنگ ماهی مهربانی زندگی می‌کرد.

سؤال: کسی می‌داند سنگ ماهی چه شکلی است؟ (هدف: گرم‌کردن گروه است) بعد از جمع‌آوری جواب کودکان درمانگر می‌گوید: سنگ‌ماهی یک‌جور ماهی است که توی قصه ما زندگی می‌کند. پوستش مثل سنگ سفت و خاکستری است. برای همین به او سنگ ماهی می‌گویند. سنگ ماهی از همه ماهی‌ها مهربان‌تر بود، اما دندان‌های بزرگی داشت و همین دندان‌ها هم قیافه‌اش را ترسناک کرده بود به همین خاطر سنگ ماهی همیشه تنها بود و بیشتر وقت‌ها از تنهایی گریه می‌کرد.

سؤال: سنگ ماهی چه خصوصیتی داشت؟ جواب: سنگ‌ماهی از همه ماهی‌ها مهربان‌تر بود. دندان‌های بزرگ ترسناکی داشت. همیشه تنها بود و بیشتر وقت‌ها از تنهایی گریه می‌کرد. سنگ ماهی دنبال یک دوست خوب بود.

سؤال: سنگ‌ماهی چه کار می‌کرد؟ یک دوست خوب کیست؟ حالا برویم ببینیم سنگ ماهی قصه ما چه کار می‌کند: سنگ‌ماهی یک روز خودش را در میان علف‌های دریایی می‌پیچید اما هیچ‌یک از ماهی‌ها دلشان نمی‌خواست با یک گیاه شناور که دندان‌های تیزی هم داشت دوست شوند. یک روز دیگر سنگ ماهی خودش را باد می‌کرد و گرد می‌شد و فکر می‌کرد بامزه شده است اما هیچ‌یک از ماهی‌ها از کار او خوششان نمی‌آمد. حتی یک‌بار، سنگ ماهی به ته دریا رفت و خودش را زیر شن‌ها پنهان کرد؛ بعد وقتی ماهی‌ها نزدیک شدند با آن‌ها حرف زد و چیزهایی خنده‌دار تعریف کرد اما یک دانه شن توی سوراخ بینی‌اش رفت و عطسه‌اش گرفت و تمام شن‌های روی بدنش به اطراف پاشید. ماهی‌ها ترسیدند و پا به فرار گذاشتند. یک‌بار هم، سنگ ماهی خود را به رنگ یک ماهی زرد راه‌راه درآورد اما چون بزرگ و سنگین بود نمی‌توانست پا به پای ماهی‌های زرد راه‌راه شنا کند و دوباره تنها و غمگین شد.

تا این‌که یک روز... اگر گفتید چی شد؟ آفرین حدس‌تان درست بود (یا) حالا بگذارید ببینیم قصه به کجا می‌رسد؛ تا این‌که یک روز اتفاق جالبی افتاد. سنگ ماهی قصه ما غمگین و تنها در گوشه‌ای ایستاده بود که ناگهان یک تور بزرگ ماهیگیری داخل آب افتاد و تمام ماهی‌های کوچک را گرفتار کرد. سنگ‌ماهی شناکنان به طرف تور رفت و با دندان‌های تیز خود در حرکتی سریع تور را سوراخ کرد و ماهی‌های کوچک فرار کردند اما خود سنگ ماهی در گوشه دیگر تور گرفتار شد و بالا و بالاتر رفت تا به سطح آب رسید. ماهی‌های کوچک همگی غمگین و ناراحت بودند، اما هنوز مدتی نگذشته بود که چیز سنگینی توی آب افتاد. ماهیگیر از قیافه سنگ‌ماهی خوشش نیامد. از آن روز به بعد سنگ ماهی بزرگ و ترسناک، شاد و خوشحال بود چون هزاران دوست پیدا کرده بود.

سؤال

۱. از کدام قسمت داستان بیشتر خوش‌تان آمد؟ کدام قسمت داستان برای شما کمتر جالب بود؟
۲. سنگ‌ماهی چه مشکلی داشت؟
۳. دندان‌های سنگ‌ماهی چه فایده‌ای برای او داشتند؟
۴. بعد از ماجرای ماهیگیر، ماهی‌های دیگر متوجه چه چیزی در سنگ ماهی شدند؟
۵. سنگ ماهی بعد از ماجرای ماهیگیر چه چیز را درباره خودش فهمید؟
۶. آیا دور و برتان کسی را می‌شناسید که در ظاهر یا در رفتارش ویژگی باشد که مجبور است آن را تحمل کند و یا بچه‌های دیگر به‌خاطر آن ویژگی دوستش ندارند؟ نیازی نیست نام آن شخص را بگویید فقط در موردش توضیح بدهید. (آنچه که مهم است این است که ارزیابی کودک را درباره آن ویژگی بپرسیم: «خودت درباره این ویژگی چه فکری می‌کنی؟»)
۷. حالا فکر می‌کنید آن شخص چه ویژگی‌های مثبتی دارد؟