

بررسی میزان اثربخشی روایت درمانی بر کاهش اضطراب کودکان دارای اختلال نقص توجه/بیش فعالی (ADHD)

مارال مهنی نژاد^۱

^۱ کارشناسی ارشد، گروه روانشناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد بندرعباس، بندرعباس

چکیده

هدف مطالعه ی حاضر بررسی اثربخشی روایت درمانی بر کاهش اضطراب کودکان مبتلا به اختلال بیش فعالی بود. این پژوهش در چهارچوب طرح های تجربی تک آزمودنی با استفاده از طرح خطوط پایه A-B اجرا شد. بر اساس شاخصه های آمادگی برای شرکت در مطالعه که مبتلا به اختلال ADHD و میزان اضطراب کودکان بودند، با موافقت اولیا با حضور کودکان در مطالعه و ملاک های ورودی از میان کودکان پسر دارای اختلال بیش فعالی/ نقص توجه چهار نفر با بالاترین سطح اضطراب انتخاب شدند. آزمودنی ها در خلال ده جلسه تحت روایت درمانی قرار گرفتند. به منظور سنجش اضطراب از نسخه ی فارسی سیاهه STAI (اسپیلبرگر و همکاران، ۱۹۸۳) استفاده شد. جلسات روایت درمانی انجام شده با آزمودنی ها موجب کاهش نمرات اضطراب سیاهه اضطراب STAI شد، بدین گونه که نمرات در طی جلسه های مداخله ی روایتی انجام شده ؛ نسبت به نمرات خط پایه کاهش داشتند. بازبینی دیداری نمودارهای اثربخشی و اندازه ی ضریب اثر نشانگر تغییر قابل توجه اضطراب آزمودنی ها بود، هر چند شاخص درصد بهبودی نتایج پژوهش را به لحاظ بالینی معنی دار تلقی نکرد.

واژه های کلیدی: روایت درمانی، اضطراب کودکان، اضطراب حالت - صفت، بیش فعالی، نقص توجه، ADHD

۱. مقدمه

اختلال کم توجهی/ بیش فعالی (ADHD) یکی از شایع ترین اختلالات نوروسایکولوژیکی دوران کودکی است که با علائمی همچون کمبود توجه، بیش فعالی و رفتارهای تکانشی مشخص می شود [۱]. پسران سه برابر بیشتر از دختران با احتمال ابتلا به اختلال نقص توجه/ بیش فعالی رو به رو هستند و بنابراین بیشتر از دختران در این خصوص به مشاور ارجاع داده میشوند. اختلال نقص توجه/ بیش فعالی در سنین کودکی شیوع ۳ تا ۸ درصدی دارد و کودکان مبتلا به بیش فعالی و بی توجهی در معرض انواع آسیب ها از جمله مشکلات تحصیلی، اختلالات رفتاری و همچنین خطر همراه شدن با سایر اختلالات قرار دارند [۲].

اضطراب یکی از اختلالات شایع همراه با اختلال نقص توجه/ بیش فعالی در کودکان است که غالباً با عملکرد مؤثر فرد در حوزه های دیگر تداخل دارد و در موارد زیادی با افسردگی و یا اختلالات رفتاری مهارگسیخته نمایان می شود [۳]. اضطراب حالتی از انگیختگی هیجانی منفی تعریف شده است که به واسطه احساس ترس و عدم کنترل نگرانی مرتبط با رویداد تهدیدزا آینده همراهی می شود [۴، ۵، ۶]. پژوهشها نشان می دهند کودکان دارای اختلال بیش فعالی بیش از کودکان عادی اضطراب را تجربه میکنند و سطوح بالای اضطراب در این کودکان ممکن است خود را به صورت تکانش گری در رفتار و ضعف عملکرد تحصیلی نشان دهد [۷، ۸].

از این رو، ADHD به دلیل اختلالات عملکردی و عوارضی که ایجاد می کند جز مشکلات بالینی مهم است. بدون درمان تنها ۱/۲ تا ۱/۳ درصد مبتلایان با شرایط محیط زندگی تطابق می یابند و درصد باقی مانده مستعد بروز مشکلات بعدی هستند [۹، ۱۰]. علائمی مثل فعالیت زیاد، نقص توجه و رفتارهای تکانشی به دارو پاسخ می دهند اما درمان دارویی به تنهایی برای برای مرتفع ساختن مشکلات بیمار کافی نمی باشد، بنابراین استفاده از درمان های غیر دارویی مانند رفتار درمانی، روان درمانی گروهی و فردی و آموزش والدین ضرورت پیدا می کند [۱۱].

مطهر (۱۴۰۲) معتقد است که در جامعه امروزی زیاندن افرادی که در بزرگسالی به سر می برند ولی هنوز از اضطرابی که در کودکی دچار آن شده اند رنج می برند. بنا به گفته ایشان یکی از راههای درمان اضطراب، تخلیه ی فکر و پرهیز از تجسم اعمال خود و دیگران است بطور مثال کودک یا نوجوان جدلی داشته است اگر بخواهد این برخورد ها را در ذهن خود ترسیم کند و آنها را مرتب در ذهن خود مرور نماید مشکلات روانی در او شدت می یابد. پس با کودک رابطه ای دوستانه برقرار کنید تا در زمان آشفتگی و اضطراب با گفتگو کردن تخلیه شده و عقده گشایی کند، با این کار ذهن او نیز از افکار منفی و هیجانات تخلیه می شود [۱۲].

روایت درمانی یکی از روش های روان درمانی است که بر اساس بیان وقایع و روایت داستانی از زندگی فردی می باشد. افراد مایلند تا زندگی خود را همچون داستانی که ابتدا و انتها دارد، روایت نمایند. اینگونه براساس روایتی که از خویش بیان می کنند نسبت به احساسات خود آگاه می گردند و تجربیات جدیدی کسب می کنند. روایت درمانی روشی است که افراد رخدادهای زندگی خود را در قالب روایت و داستان می گذارند و با نگاهی نو به آن، روایتی جدید می سازند [۱۳]. منشا روایت درمانی به میشل وایت باز می گردد اگرچه افرادی مانند دیوید اپستون نقش مهمی در توسعه آن ایفا کرده اند. محور اصلی روایت درمانی شامل تعبیر یا تفسیرها و معانی می باشد که افراد به رخدادهای پیشامدهای زندگی خود نسبت می دهند. روایت درمانگرها به مراجعین کمک می کنند تا به تفسیر گسترده تر و منحصر به فردتری در مورد خودشان و موقعیت ها دست پیدا کنند. چهار مولفه اصلی روایت درمانی عبارتند از: ۱- تاکید بر نقاط قوت مراجعین، ۲- نگرستن به مراجعین و درمانگرها به عنوان شریک، ۳- پذیرفتن یک رویکرد ساختگرا در معنا، ۴- تاکید بر قالب روایت یا داستانی معنا. روایت درمانی بر پایه این درک استوار است که شکل زبانی که افراد از طریق آن زندگی شان را درک می کنند، شکل داستانی و

روایت گونه می باشد. روایت درمانی سعی دارد تا چهار چوب ذهنی افراد را که در مسیر تفکر خود مدام به آن رجوع می نمایند تغییر دهد. در روایت درمانی مشکل را به عنوان اختلال عملکرد افراد تلقی نمی کنیم. مشکل داستانی است که نیازمند تالیف مجدد از راه گفتگوی درمانی است. روایت درمانی تلاش می کند تا روشی ملایم، منعطف و به دور از سرزنش برای مشاوره باشد. در این روش مرکز خود فرد است و فرد به عنوان متخصص زندگی خودش تلقی می شود. این دیدگاه مشکل را جدا از فرد در نظر می گیرد و می پندارد که فرد توانایی ها، استعدادها، مهارت ها، قدرتها، باور ها و ارزش هایی دارد که می تواند به ایشان در روابطشان به مشکلات و موانع زندگی یاری رساند [۱۴].

بررسی پیشینه ی تحقیق، به مطالعه ای که به طور خاص به بررسی اثربخشی روایت درمانی بر کاهش اضطراب در کودکان دارای اختلال بیش فعالی/ نقص توجه پرداخته باشد، دست نیافت بنابراین این موضوع نیاز به تحقیقات بیشتری دارد ولی در سایر گروهها، مطالعاتی صورت گرفته است. از جمله قوامی و همکاران (۱۳۹۳) که روایت درمانی را به طور معناداری بر کاهش اضطراب اجتماعی و افزایش عزت نفس گروه آزمایش مؤثر دانسته اند [۱۵]. نتایج پژوهش رجبی و همکاران (۱۴۰۱) حاکی از این است که روایت درمانی می تواند روش مناسب و مؤثری در کاهش افکار اضطرابی مادران مطلقه باشد [۱۶]. بعلاوه، مطالعات اخیر فارسی مانند عالی محمدی و همکاران (۱۴۰۱) و جزینی و همکاران (۱۴۰۳) نیز به تاثیر مثبت روایت درمانی بر کاهش اضطراب اشاره کرده اند [۱۷، ۱۸].

با توجه به شیوع بالای اضطراب در کودکان مبتلا به ADHD و پتانسیل روایت درمانی در مدیریت اضطراب و بهبود عملکرد شناختی، در این پژوهش به بررسی اثربخشی روایت درمانی بر کاهش اضطراب در کودکان مبتلا به ADHD پرداخته می شود. هدف اصلی این پژوهش، ارزیابی تاثیر روایت درمانی بر کاهش اضطراب در کودکان مبتلا به ADHD است. نتایج این پژوهش می تواند اطلاعات ارزشمندی را برای متخصصان در زمینه روانشناسی کودک و درمانگران ارائه دهد و راهبردهای مناسب تری را برای مدیریت اضطراب در کودکان مبتلا به ADHD مشخص کند.

با توجه به نظارت بر پیشرفت های علمی و نیاز به تحقیقات بیشتر در این زمینه، این مقاله به دنبال آشکار ساختن رابطه بین روایت درمانی و کاهش اضطراب در کودکان دارای ADHD می باشد و تلاش خواهد کرد تا به بررسی شواهد علمی و نتایج بالینی این نوع مداخله بپردازد.

۲. روش پژوهش

پژوهش حاضر از نظر هدف، کاربردی و از نظر روش پژوهش تک آزمودنی است. این تحقیق به بررسی یک متغیر بر متغیر دیگر پرداخته است، اما لازم به ذکر است که بررسی اثرهای متغیر بر یک یا چند آزمودنی متمرکز می باشد. از جمله مشخصه های طرح تک آزمودنی تعریف دقیق عمل آزمایشی، اندازه گیری دقیق رفتار مورد مطالعه قبل از شروع عمل آزمایشی (در حالت اولیه)، اندازه گیری های مکرر پس از اجرای عمل آزمایشی و نیز کنترل دقیق متغیرها میباشد [۱۹]. طرح های تک آزمودنی انواعی دارد که نوع A-B ساده ترین آن هاست [۲۰]. در طرح A-B باید ابتدا شرایط محیطی A به دقت اندازه گیری می شود. برای این منظور حالت اولیه شرایط محیطی و رفتار آزمودنی بررسی می شود. پس از آن عمل آزمایشی B اعمال می گردد. در مرحله ی بعدی که پیگیری نام دارد رفتار مجدداً اندازه گیری می شود [۱۹]. با توجه به مسئله تحقیق و شرایط نمونه به نظر رسید که انجام این پژوهش با این روش مناسبتر است. لازم به ذکر است که هدف از آزمایشی بودن این پژوهش تلاش برای افزودن بر یافته های جدید علمی است. در واقع یافته هایی که ارزش مداخلاتی داشته باشند. بعلاوه از میان طرح های تحقیق موجود «طرح تک آزمودنی» به دلیل ماهیت کار عمیق اما با تعداد کمتر آزمودنی، فضای کاری به وجود می آورد که در تناسب با توان پژوهشگر و ماهیت پژوهش است. جامعه آماری پژوهش حاضر دانش آموزان پسر مدارس

دولتی دوره دوم ابتدایی آموزش و پرورش ناحیه دو شهرستان بندرعباس است. به منظور انتخاب نمونه، چهار مدرسه دولتی پسرانه دوره دوم ابتدایی با توجه به در دسترس بودن انتخاب شد؛ سپس دانش آموزان پایه چهارم این پنج مدرسه به عنوان نمونه ای که قرار بود آزمودنی های نهایی از آن انتخاب شوند انگاشته شد. آزمودنی ها از نظر سنی در دامنه ۱۰الی ۱۱ سال قرار داشتند. تمام ملاحظات اخلاقی از جمله توضیحات ابتدایی برای والدین در مورد هدف و روند پژوهش و اطمینان بخشی در مورد محرمانه ماندن اطلاعات و اخذ رضایت نامه از آنها جهت مشارکت آزمودنی ها در پژوهش توسط پژوهشگر صورت گرفت. با همکاری مشاوران مدارس ، ۱۲۰ جفت پرسشنامه بین تمامی دانش آموزان مورد نظر توزیع گردید. اولین پرسشنامه، پرسشنامه "کانرز والدین" بود که از ارزش سنجشی بالایی در تشخیص اختلال نقص توجه/ بیش فعالی برخوردار است. این پرسش نامه به منظور بررسی وجود علائم اختلال بیش فعالی/نقص توجه در کودکان با همکاری والدین تکمیل شد. بعلاوه، دانش آموزان جهت تشخیص قطعی ابتلا به این اختلال مورد مصاحبه بالینی قرار گرفتند و نشانه های بیش فعالی آن ها با معیار تشخیصی DSM-IV تطبیق داده شد. لازم به ذکر است که شرکت کنندگان در این پژوهش قبلاً هیچ درمان دارویی یا غیر دارویی در رابطه با اختلال بیش فعالی/نقص توجه یا اضطراب دریافت نکرده بودند. پرسش نامه دوم، "سیاهه اضطراب حالت- صفت کودکان(STAI)" بود، که این آزمون به دلیل ساده بودن جهت کار با کودکان در رده سنی ۱۰ الی ۱۱ سال ، سهولت نمره گذاری ، تحلیل و در عین حال معتبر بودن انتخاب شد. گویه های این آزمون تقریباً برای همه کودکان قابل درک و فهم بود و این کار را آسان می نمود. بعلاوه این پرسش نامه دارای قابلیت اجرای گروهی است و در داخل کشور نیز هنجار یابی شده است .شایان ذکر است که سیاهه اضطراب حالت- صفت در فرم های کودکان و بزرگسالان طراحی شده است. سیاهه اضطراب حالت- صفت کودکان (اسپیلبرگر و دیگران، ۱۹۸۳) نخستین بار با هدف بررسی اضطراب در کودکان طراحی گردید. این ابزار شامل دو زیر مقیاس می باشد: ۱- زیرمقیاس اضطراب حالت(آشکار) و ۲- زیر مقیاس اضطراب صفت(پنهان) . STAI برای ارزیابی اضطراب کودکان ۹ تا ۱۲ ساله مناسب می باشد. این سیاهه دارای چهل سوال است که در ابتدا مقیاس حالت با ۲۰ سوال چگونگی احساس کودکان را در لحظه اندازه گیری می کند و در مقیاس صفت با ۲۰ سوال کودک احساس خود را به طور کلی توصیف می کند. مقیاس حالت با C-۱ و مقیاس صفت با C-۲ نشان داده شده است. مقیاس «اضطراب حالت» شدت، احساس تنش، تشویش و نگرانی کودکان را در لحظه ارزیابی می کند. کودک باید گزینه مدنظر خود را از بین چهار گزینه (به هیچ وجه، گاهی، عموماً، خیلی زیاد) برگزیند. در مقیاس «اضطراب صفت» کودکان باید چگونگی احساسات خود را به طور کلی در یک مقیاس چهار درجه ای (تقریباً هرگز، گاهی اوقات،بیشتر اوقات و تقریباً همیشه) مشخص کنند[۲۱]. در هر گزینه فراوانی وقوع رفتارها توصیف شده است، درواقع این پرسشنامه براساس مقیاس ۴ نمره ای به روش لیکرت نمره گذاری می شود. دامنه نمرات از ۲۰ تا ۸۰ نوسان دارد[۲۲]. در مقیاس اضطراب حالت، نمره ۲۰ تا ۳۱ اضطراب خفیف، نمره ۳۲ تا ۴۲ اضطراب متوسط به پایین، نمره ۴۳ تا ۵۳ اضطراب متوسط به بالا، نمره ۵۴ تا ۶۴ اضطراب نسبتاً شدید، نمره ۶۵ تا ۷۵ اضطراب شدید و نمره ۷۶ تا ۸۰ اضطراب بسیار شدید را نشان میدهند. در حالی که در مقیاس اضطراب صفت نمره ۲۰ تا ۳۱ اضطراب خفیف، نمره ۳۲ تا ۴۲ اضطراب متوسط به پایین، نمره ۴۳ تا ۵۲ اضطراب متوسط به بالا، نمره ۵۳ تا ۶۲ اضطراب نسبتاً شدید، نمره ۶۳ تا ۷۲ اضطراب شدید و نمره ۷۳ تا ۸۰ اضطراب بسیار شدید را نشان میدهند. همسانی درونی مقیاس اضطراب حالت-صفت نسبتاً بالا گزارش شده است [۲۳]. در پژوهش خانی پور و همکاران (۱۳۹۰)ضریب همسانی این آزمون به شیوه کرونباخ آلفا ۰/۶۶ گزارش شد. اعتبار آن به روش آزمون- باز آزمون برای دانش آموزان ۰/۷۷ به دست آمد. در ایران در هنجاریابی آزمون اعتبار آزمون- باز آزمون برای مقیاس اضطراب صفت ۰/۶۵ تا ۰/۸۶ با ضریب کرونباخ آلفا برای حالت اضطراب ۰/۹۲ به دست آمد[۲۲]. پناهی شهری (۱۳۷۲) ویژگیهای روانسنجی این پرسشنامه را روی نمونه جمعیتی ایرانی مورد بررسی قرار داده و به روش بازآزمایی، برای مقیاس اضطراب صفت همبستگی ۰/۴/۱ و برای مقیاس اضطراب حالتی همبستگی ۱۱/۱ به دست آورد. همچنین برای مقیاس حالت اضطراب و رگه اضطراب ضریب آلفای ۹۱/۱ گزارش شده است [۲۴].

معیار ورود به پژوهش علاوه بر سن و وجود اختلال نقص توجه- بیش فعالی شامل کسب بالاترین نمره در مقیاس های ارزیابی اضطراب بود. پس از بررسی پرسشنامه های تکمیل شده، در این طرح ۴ کودک دارای اختلال بیش فعالی-نقص توجه که بالاترین نمره را در آزمون به عنوان اضطراب بالا کسب کرده بودند به عنوان آزمودنی انتخاب شدند تا در جلسات روایت درمانی شرکت کنند. جلسات شامل روش های روایت درمانی بود که در تناسب با شرایط کودکان قرار داشت. پیش از آن برای کودکان مورد نظر ۳ بار آزمونها تکرار شد تا تعداد مناسب پیش آزمون برای شروع کار گرفته شده باشد. طی ۱۰ جلسه با کودکان کار شد که شرح آن در ادامه می آید.

۳. روش تحلیل داده ها

برای تحلیل داده های حاصل از طرح های تک آزمودنی می توان از نمایش نموداری داده ها استفاده کرد. به منظور بررسی و تحلیل داده های رفتاری، علاوه بر روش تحلیل نمایش نموداری داده ها، اندازه اثر و درصد بهبودی مورد استفاده قرار می گیرد. روش تحلیل داده ها در این پژوهش از اهمیت زیادی برخوردار است.

اما علاوه بر این روش، شیوه هایی به منظور کمی سازی تفاوت ها نیز لازم است. تاکید بر روی تحلیل نمایش نموداری، به عنوان تنها روش تحلیل، می تواند به خطای نوع اول بیانجامد. بدین سبب، به طور معمول در پژوهش های تک موردی، روش اندازه اثر مورد استفاده قرار می گیرد. استفاده از این روش، توسط پژوهشگران بسیاری تایید شده است و در پنجمین راهنمای نشر انجمن روانشناسی آمریکا (APA) در سال ۲۰۰۱ چنین توصیه شده است: "برای اینکه خواننده، اهمیت داده های شما را بیشتر متوجه شود، لازم است برخی ضرایب اندازه اثر را مورد استفاده قرار دهید" [۲۵].

۴. یافته ها

روایت درمانی آن طور که از پیشینه اش به ویژه در ایران برمی آمد نسبت به روش های درمانی رایج جوان تر و در نتیجه کم سابقه تر است. همانگونه که پیشتر اشاره شد روایت درمانی یکی از متد های روان درمانی است که بر مبنای بیان وقایع و روایت داستان زندگی فردی می باشد. افراد تمایل دارند تا زندگی خود را مثل داستانی که ابتدا و انتها دارد، روایت نمایند. اینچنین براساس روایتی که از خود بیان می کنند نسبت به احساسات خود آگاه می گردند و تجربیات جدیدی کسب می کنند. روایت درمانی روشی است که افراد رخداد های زندگی خود را در قالب روایت و داستان می گذارند و با نگاهی نو به آن، روایتی جدید می سازند [۱۳]. در جدول ۱. به خلاصه ای از ۱۰ جلسه ی کار با کودکان آزمودنی اشاره شده است. شایان ذکر است که مدت زمان برگزاری این جلسات بین ۳۵ تا ۴۵ دقیقه بوده است.

جدول ۱. خلاصه جلسات

گزارش جلسات	
شماره و محتوی جلسات	اهداف جلسات
جلسه اول و دوم : روش "کلمه قصه ی مرا حدس بزن"	ارزیابی موضوعات و محتوای داستان ها ، بررسی توانایی کودک در پیوند دادن مطالب و مد نظر قرار دادن پیام های درمانی داستان
جلسه سوم و چهارم : روش بازی با کلمه های احساسی	مطرح شدن مشکل اصلی و فعلی کودک
جلسه پنجم و ششم : روش جعبه دگمه ها	بیان نظرات و بازنگری گفته ها و عقاید متفاوت
جلسه هفتم و هشتم : روش قصه گویی با اشیا	سعی شد کسانی که در قصه اش هستند، کشف شوند و کشف اینکه تعارضات درباره چیست. همچنین سعی شد بفهمیم کودک نسبت به کدام احساسات ناراحت می شود، خجالت، انتقادپذیری، ترس، یا دیگر احساسات . سپس کودک نکته اخلاقی یا درسی را که قصه می آموزد به شنونده می گوید. بعد داستان را به صورت راه حل گشایی، توسط آزمونگر بازگو می شود. اجبار در بازگویی قصه، فرد را به شنیدن مشتاقانه آن وادار می کند و اگر پایان داستان همراه با درس نبود، آزمونگر می تواند فرد را به شکلی که تهدید کننده نباشد، مورد اعتراض قرار دهد. هدف از گفتن قصه و بازگویی آن، آموزش نتایج و شناخت احساسات است. و این امر درمان کننده است چون کودک می تواند آنچه را که در زندگی اش می گذرد بدون تهدید آشکار کند."
جلسه نهم و دهم: قصه گویی به روش قصه گویی رایانه ای	آزمونگر داستان را بایک پایان متفاوت، اما سالمتر بازگو می کند تا راه های بحث سازنده و مناسب تری از مشکلات و کشمکش های زندگی ارائه کند.

۵. داده های آماری

طی این پژوهش ۳ پیش آزمون، ۵ آزمون در حین اجرای برنامه (مداخله) و ۱ آزمون به عنوان پیگیری از اکثر آزمودنی ها گرفته شد. جدول ۲. نشان دهنده ی نمرات خام اضطراب آزمودنی ها است. با این توضیح که بر اساس مفاد خود آزمون به تفکیک "اضطراب حالت" و "اضطراب صفت" ارائه شده است.

جدول ۲. نتایج خام آزمون اضطراب حالت-صفت STAI

شماره آزمودنی	نوع آزمون اضطراب	پیش آزمون			مداخله					پیگیری
		شماره ۱	شماره ۲	شماره ۳	شماره ۱	شماره ۲	شماره ۳	شماره ۴	شماره ۵	
آزمودنی ۱	حالت	۶۹	۶۶	۶۴	۶۰	۵۸	۵۳	۵۳	۴۹	۵۱
	صفت	۶۲	۶۰	۶۰	۵۹	۵۹	۵۶	۵۴	۵۱	۵۳
آزمودنی ۲	حالت	۶۸	۶۴	۶۱	۶۳	۶۰	۵۸	۵۴	۵۰	۴۸
	صفت	۶۴	۵۷	۵۸	۵۷	۵۵	۵۲	۵۳	۵۲	۵۰
آزمودنی ۳	حالت	۵۸	۵۲	۶۰	۵۴	۴۹	۴۹	۴۴	۴۵	۴۵
	صفت	۵۹	۵۷	۵۴	۵۸	۵۳	۵۱	۴۸	۴۹	۴۸
آزمودنی ۴	حالت	۵۵	۵۳	۵۱	۵۵	۵۲	۴۷	۴۴	۴۴	۴۶
	صفت	۴۹	۴۹	۴۶	۴۹	۴۷	۴۳	۴۳	۴۱	۴۱

همانطور که در جدول ۲. مشاهده می شود سیر نمرات در هر کدام از آزمودنی ها متفاوت است.

از آنجا که نمرات پرداخت شده به صورت میانگین و انحراف استاندارد نمایانگر بهتری برای سیر نتایج آزمونها است، جدول شماره ۳. میانگین و انحراف استاندارد اضطراب آزمودنی ها را نشان می دهد.

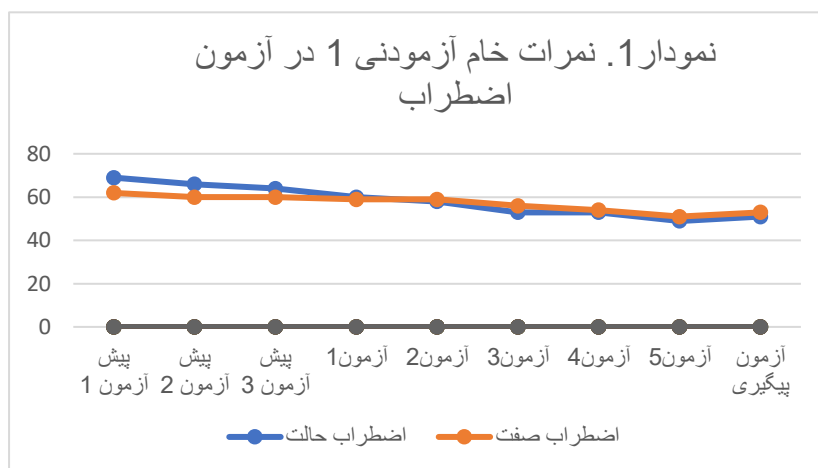
جدول ۳. میانگین و انحراف استاندارد آزمون اضطراب حالت-صفت

شماره آزمودنی	نوع آزمون اضطراب	پیش آزمون		آزمون مداخله		پیگیری
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	
آزمودنی ۱	حالت	۶۶.۳۳	۲.۰۵	۵۴.۶	۳.۹۲	۵۱
	صفت	۶۰.۶۶	۰.۹۴	۵۵.۸	۳.۰۵	۵۳
آزمودنی ۲	حالت	۶۴.۳۳	۲.۸۶	۵۷	۴.۵۶	۴۸

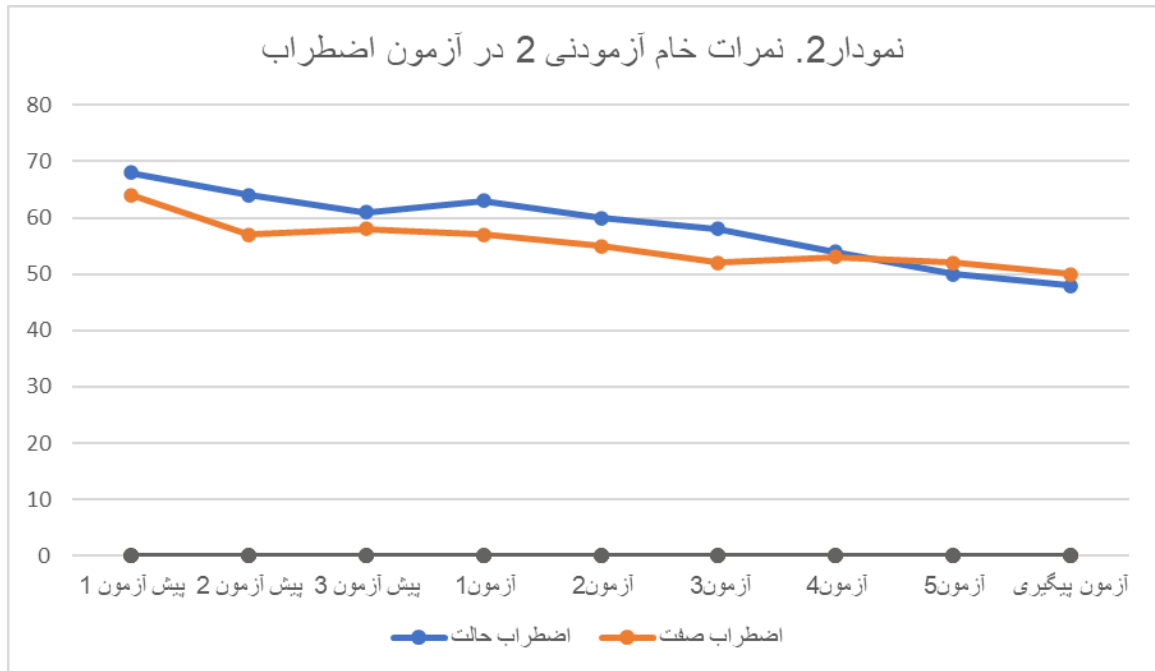
۵۰	۱.۹۳	۵۳.۸	۳.۰۹	۵۹.۶۶	صفت	
۴۵	۳.۵۴	۴۸.۲	۳.۳۹	۵۶.۶۶	حالت	آزمودنی ۳
۴۸	۳.۵	۵۱.۸	۲.۰۵	۵۶.۶۶	صفت	
۴۶	۴.۴۰	۴۸.۴	۱.۶۳	۵۳	حالت	آزمودنی ۴
۴۱	۲.۹۳	۴۴.۶	۱.۴۱	۴۸	صفت	

جدول ۳. نتایج سنجش اضطراب آزمودنی ها را متغیر نشان می دهد. طبق نمرات درج شده در جدول، میزان اضطراب در مرحله پیگیری نسبت به پیش آزمون کاهش نسبی یافته است.

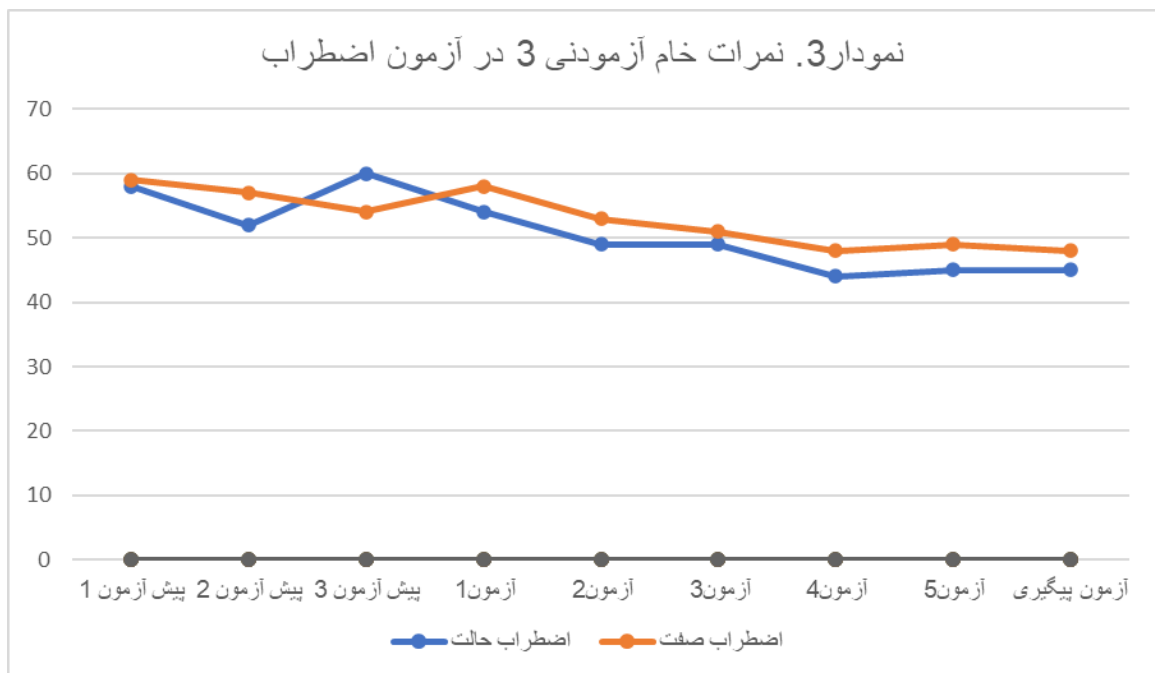
نمودارهای شماره ۱ تا ۴ نمرات خام اضطراب آزمودنی ها را یک به یک به تفکیک حالت و صفت نشان می دهند. در این نمودارها خط پایه، نمرات پیش آزمون، نمرات مرحله مداخله (میان آزمون) و نمره ی آزمون پیگیری مشخص است.



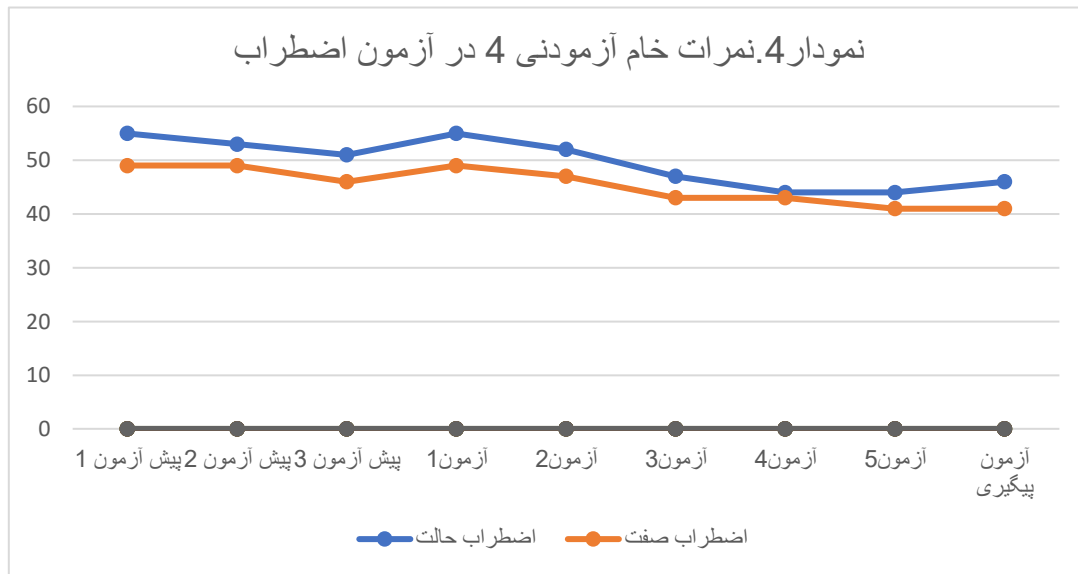
نمودار ۱. نمرات خام آزمودنی ۱ در آزمون اضطراب



نمودار ۲. نمرات خام آزمودنی ۲ در آزمون اضطراب



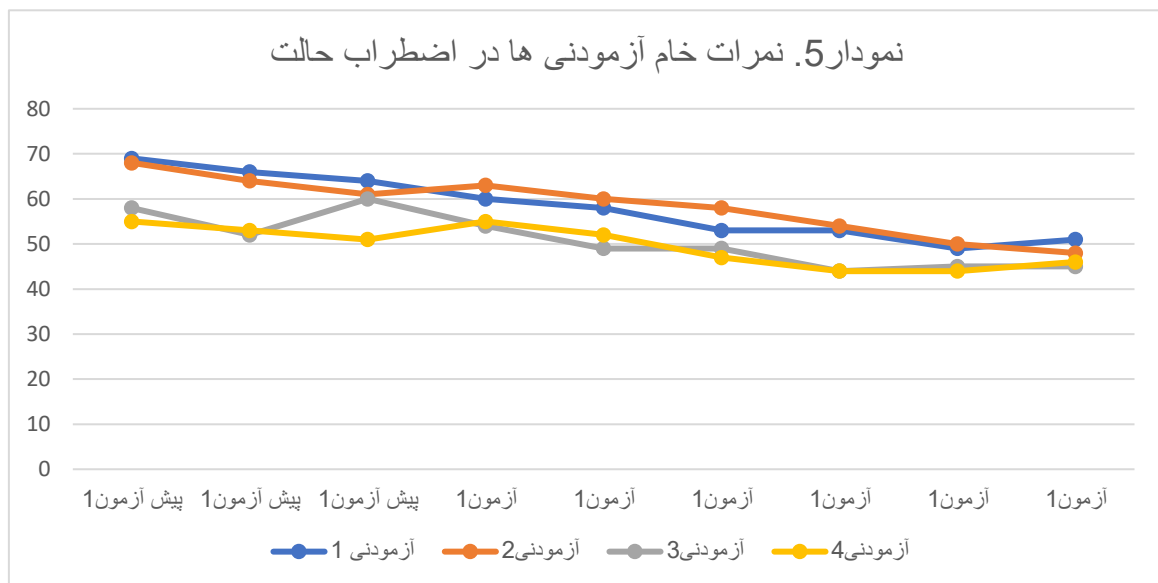
نمودار ۳. نمرات خام آزمودنی ۳ در آزمون اضطراب



نمودار ۴. نمرات خام آزمودنی ۴ در آزمون اضطراب

همانطور که با مشاهده ی نمودارهای شماره ۱ تا ۴ به چشم می آید آزمودنی ها نسبت به خط پایه در نمره ی اضطراب حالت و اضطراب صفت خود در مراحل پژوهش تفاوت نشان داده اند و براساس نمودارها اضطراب آنها کاهش یافته است.

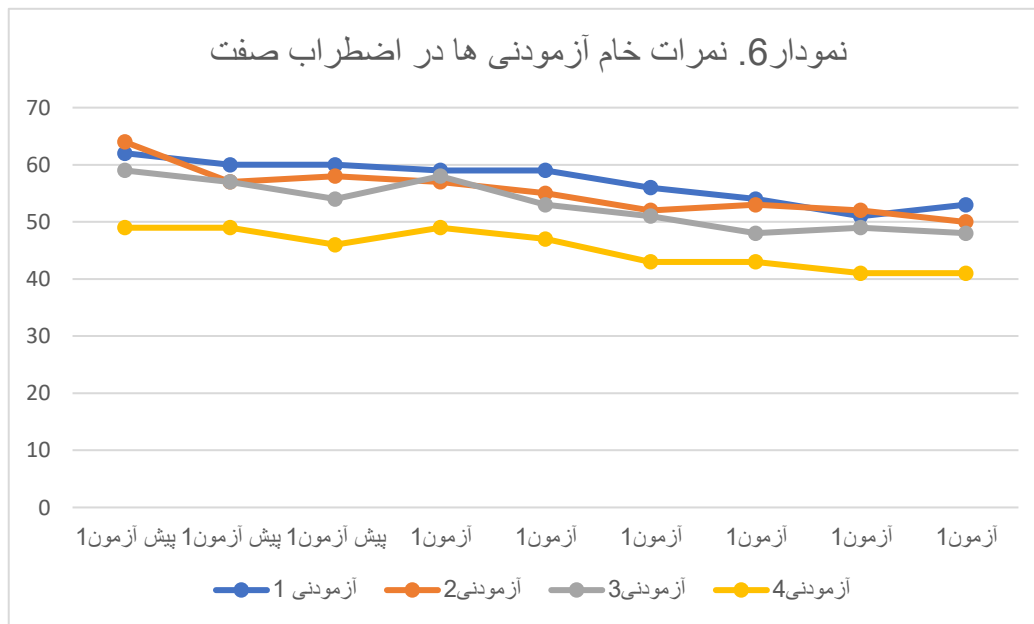
نمودار ۵ و ۶ نگاهی کلی به نمرات اضطراب آزمودنی ها به تفکیک اضطراب حالت و صفت در مراحل پژوهش است که فرصت مقایسه آزمودنی ها را نیز فراهم می آورد.



نمودار ۵. نمرات خام آزمودنی ها در اضطراب حالت

همانطور که در نمودار ۵. مشهود است نمرات اضطراب حالت آزمودنی ها پس از مداخلات سیر نزولی دارد.

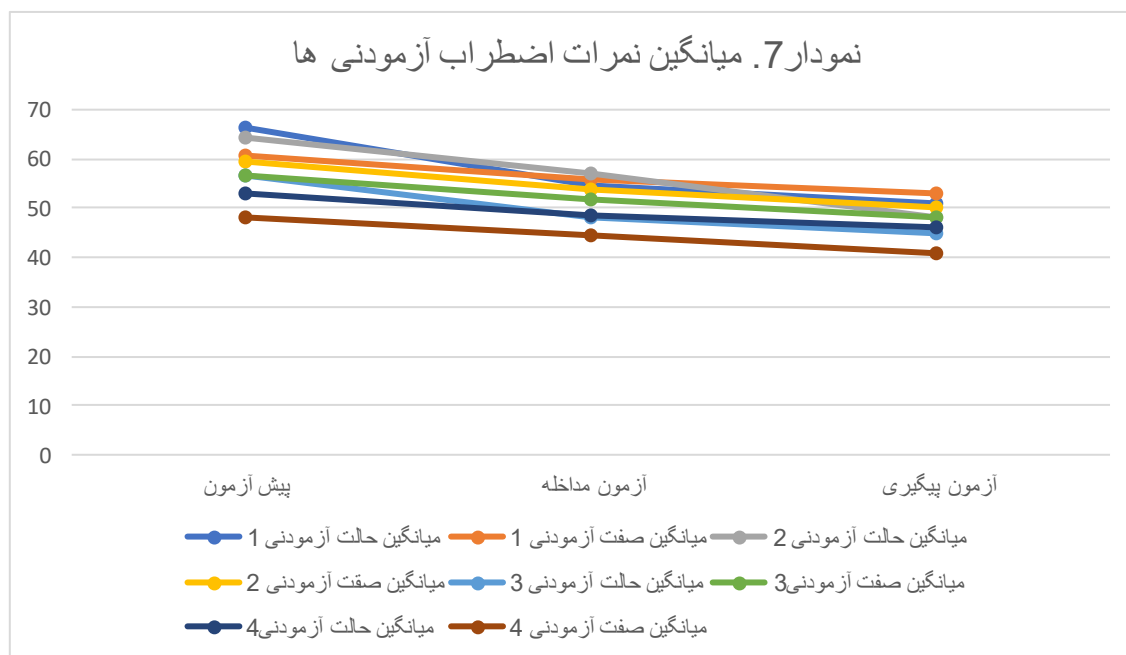
در زیر نمودار شماره ۶. نمرات خام آزمودنی ها در مولفه ی اضطراب صفت را نشان می دهد.



نمودار ۶. نمرات خام آزمودنی ها در اضطراب صفت

همانگونه که در نمودار ۶. پیداست نمرات اضطراب صفت آزمودنی ها نسبت به خط پایه روند نزولی یافته است. بدین ترتیب می توان نتیجه گرفت که با توجه به آنچه از مشاهده ی نمودار ۵ و ۶ بر می آید سیر نمرات اضطراب حالت و صفت آزمودنی ها متغیر بوده و نسبت به خط پایه نسبتاً کاهش یافته است. با این وجود به طور کلی نتایجی که این نمودار نشان می دهد بیانگر تفاوتی جدی در نمرات اضطراب آزمودنی ها نیست.

برای مشاهده هرچه بهتر نمرات نمودار ۷. نگاهی کلی به میانگین نمرات اضطراب آزمودنی ها به تفکیک اضطراب صفت و اضطراب حالت در طی پژوهش است که فرصت مقایسه آزمودنی ها را به شکل بهتری فراهم می آورد.



نمودار ۷. میانگین نمرات اضطراب آزمودنی ها

همانطور که در نمودار ۷. نمایان است علی رغم کاهش نسبی نمرات در طی فرآیند مداخلات، میانگین ها تغییری جدی در اضطراب آزمودنی ها را نشان نمی دهد.

همانگونه که در فوق مشاهده می گردد متناسب با پژوهش انجام شده، برای بررسی اثربخشی مداخلات صورت گرفته، از تحلیل های نموداری استفاده شد. در ادامه برای تحلیل دقیق تر نتایج، فرمول درصد بهبودی به کار می رود. فرمول درصد بهبودی یکی از راه های سنجش میزان پیشرفت مراجعین در کاهش مشکلات هدف است. این فرمول را اولین بار بلانچارد و اسکوارز استفاده نمود. در فرمول درصد بهبودی نمره فرد در پیش آزمون از آخرین نمره فرد در پس آزمون کم شده و حاصل بر نمره پیش آزمون تقسیم و در صد ضرب می شود. اگر درصد بهبودی حداقل ۵۰ باشد می توان نتایج را از نظر بالینی معنی دار تلقی کرد [۲۶].

$$\text{درصد بهبودی} = \frac{\text{نمره پس آزمون} - \text{نمره پیش آزمون}}{\text{نمره پیش آزمون}} \times 100$$

در جدول ۴. درصد بهبودی آزمودنی ها در آزمون اضطراب به تفکیک حالت و صفت آورده شده است.

جدول ۴. درصد بهبودی آزمودنی ها در آزمون اضطراب (پیش آزمون و آزمون مداخله)

شماره آزمودنی	نوع آزمون اضطراب	شاخص درصد بهبودی
آزمودنی ۱	حالت	۱۷.۶۸

۸.۰۱	صفت	
۱۱.۳۹	حالت	آزمودنی ۲
۹.۸۲	صفت	
۱۴.۹۳	حالت	آزمودنی ۳
۸.۵۷	صفت	
۸.۶۷	حالت	آزمودنی ۴
۷.۰۸	صفت	

با توجه جدول ۴. شاخص درصد بهبودی نمایانگر بهبود اضطراب آزمودنی ها است هر چند این شاخصه نتایج را از نظر بالینی معنی دار تلقی نمی کند.

در ادامه در تحلیل نمرات از اندازه اثر استفاده شد. رایج ترین شاخص به کار رفته مقیاس D کوهن است. کوهن اندازه اثر را به سه بخش کم ($0/2$)، متوسط ($0/5$) و زیاد ($0/8$ و بیشتر) تقسیم کرده است [۲۷].

جدول ۵. نشان دهنده ی اندازه اثر آزمودنی ها در پیش آزمون و آزمون مداخله اضطراب به تفکیک حالت و صفت می باشد.

جدول ۵. اندازه اثر آزمودنی ها در پیش آزمون و آزمون مداخله اضطراب

شماره آزمودنی	نوع آزمون اضطراب	Cohen's d
آزمودنی ۱	حالت	۳.۷۴
	صفت	۲.۱۵
آزمودنی ۲	حالت	۱.۹۲
	صفت	۲.۲۷
آزمودنی ۳	حالت	۲.۴۴
	صفت	۱.۶۹
آزمودنی ۴	حالت	۱.۳۸
	صفت	۱.۴۷

همانطور که در جدول ۵. پیداست تغییرپذیری کوهن به عنوان شاخص تعیین کننده میزان تغییر از اثر بخشی برنامه اجرا شده حمایت می کند و میزان تغییر را بزرگ می داند.

در جدول شماره ۶. تمام داده های آماری مربوط به آزمودنی ها به صورت یکپارچه گزارش شده است.

جدول ۶. شاخصهای تغییرات روند و میزان تغییر پذیری نمرات آزمودنیها در اضطراب

شماره آزمودنی	آزمون اضطراب	میانگین خط پایه	انحراف استاندارد	میانگین مداخله	انحراف استاندارد	تغییر پذیری کوهن	درصد بهبودی
آزمودنی ۱	حالت	۶۶.۳۳	۲.۰۵	۵۴.۶	۳.۹۲	۳.۷۴	۱۷.۶۸
	صفت	۶۰.۶۶	۰.۹۴	۵۵.۸	۳.۰۵	۲.۱۵	۸.۰۱
آزمودنی ۲	حالت	۶۴.۳۳	۲.۸۶	۵۷	۴.۵۶	۱.۹۲	۱۱.۳۹
	صفت	۵۹.۶۶	۳.۰۹	۵۳.۸	۱.۹۳	۲.۲۷	۹.۸۲
آزمودنی ۳	حالت	۵۶.۶۶	۳.۳۹	۴۸.۲	۳.۵۴	۲.۴۴	۱۴.۹۳
	صفت	۵۶.۶۶	۲.۰۵	۵۱.۸	۳.۵	۱.۶۹	۸.۵۷
آزمودنی ۴	حالت	۵۳	۱.۶۳	۴۸.۴	۴.۴۰	۱.۳۸	۸.۶۷
	صفت	۴۸	۱.۴۱	۴۴.۶	۲.۹۳	۱.۴۷	۷.۰۸

با توجه به جدول شماره ۶. شاخص تغییرپذیری کوهن به عنوان شاخص تعیین کننده میزان تغییر ، از اثربخشی برنامه اجراشده حمایت کرده و مقدار تغییر را بزرگ (بیشتر از ۰/۸) می داند. شاخص درصد بهبودی نیز نشان می دهند که برنامه اجرا شده، اضطراب کودکان را کاهش داده است، هر چند براساس شاخص درصد بهبودی نتایج حاصله معنادار قلمداد نمی شود.

۶. بحث و نتیجه گیری

این مطالعه با هدف بررسی اثربخشی روایت درمانی بر کاهش اضطراب در کودکان مبتلا به ADHD انجام پذیرفت. براساس فرضیه ی پژوهش، روایت درمانی باعث بهبود اضطراب کودکان مبتلا به بیش فعالی- نقص توجه می شود، به طور کلی یافته های این پژوهش نشان داد که روایت درمانی منجر به کاهش اضطراب در کودکان دارای اختلال بیش فعالی-نقص توجه

شده است، در این پژوهش شاخص کوهن نشان دهنده میزان تغییر بزرگی است؛ هرچند که براساس شاخص درصد بهبودی تغییر معناداری در اضطراب کودکان ایجاد نشده است. در پژوهش های قبلی بررسی شده توسط پژوهشگر که بر روی اضطراب کودکان انجام شده است، اثربخشی روایت درمانی بر بهبود اضطراب تایید شده است، از جمله این پژوهش ها می توان به مواردی چون اثربخشی «تمایش درمانی» با «روایت درمانی» بر اضطراب جدایی و خشم کودکان ۵ تا ۱۰ ساله مبتلا به سوگ [۱۸]، تأثیر روایت درمانی گروهی بر اضطراب اجتماعی کودکان [۲۸ و ۲۹] و اثربخشی روایت درمانی و گل درمانی بر اضطراب کودکان پیش دبستانی: یک مطالعه مقایسه ای [۳۰] اشاره کرد. بنابراین نتایج مطالعه حاضر با مطالعات مذکور همخوانی داشته و در یک راستا میباشند و توافق دارند که روایت درمانی میتواند اضطراب کودکان مبتلا به اختلال بیش فعالی را کاهش دهد. با این وجود بررسی دلیل تفاوت در یافته های این پژوهش از نظر معناداری آماری با پژوهش های ماقبل آن محل بحث است.

دلایل این ناهمخوانی را می توان در چند مورد مشخص بررسی کرد. اولین تفاوت می تواند تعداد کم آزمودنی ها در پژوهش حاضر باشد که منجر به نزدیک نبودن میزان شاخص کوهن و شاخص درصد بهبودی شود. گاهی به دلیل در دسترس نبودن نمونه های بزرگ یا سختی در فرآیند نمونه گیری یا مواردی از این قبیل، معناداری آماری برای قبول یک فرضیه آماری حاصل نمی شود. با این حال، پژوهشگر شهوداً حدس میزند که اختلاف معناداری وجود داشته که آزمون آماری به تنهایی نتوانسته آن را نشان دهد و با نگاهی به مقدار اندازه اثر به دست آمده مشخص میگردد که عدم معناداری آماری تنها به دلیل کوچک بودن نمونه ها است [۳۱]. بنابراین اگر تعداد نمونه بزرگتر بود این احتمال می رفت که براساس شاخص درصد بهبودی نیز نتایج بالینی معناداری را شاهد باشیم. یکی دیگر از دلایل می تواند کیفیت برنامه ی مداخله ای باشد. این برنامه شامل ۱۰ جلسه روایت درمانی بود، ۸ جلسه از این جلسات با بهره گیری از روش هایی که توسط کداسن و شفر (۱۹۹۸ ترجمه صابر و وکیلی، ۱۳۸۹) به عنوان قصه درمانی معرفی شده بودند اجرا شد [۳۲]، که این شیوه ها در کارهای پژوهشی دیگری که روی اختلالات مربوط به کودکان کار می کرده اند، همچون تأثیر روایت درمانی گروهی بر اضطراب اجتماعی کودکان [۲۹]، اثربخشی روایت درمانی گروهی در رفتار مدرسه ای دختران مبتلا به شبانگان بیش فعالی/ کمبود توجه [۲۸]، اثربخشی روایت درمانی و گل درمانی بر اضطراب کودکان پیش دبستانی: یک مطالعه مقایسه ای [۳۰] و تأثیر قصه درمانی بر کاهش علائم افسردگی در کودکان افسرده [۳۳] به کار رفته است و نتایج حاکی از موفقیت بوده است. با این حال در جزئیات تفاوت هایی ممکن است وجود داشته باشد. مسئله بعدی تعداد جلساتی است که کار انجام شده است. در پژوهش های انجام شده تعداد جلسات انجام شده به ترتیب ۱۴، ۱۴ و ۲۴ جلسه بوده اند. در حالی که این پژوهش ۱۰ جلسه درمانی داشت. تفاوت دیگر در گروهی یا انفرادی بودن است. به طوری که در ۲ پژوهش از پژوهش های فوق الذکر کار به صورت گروهی انجام شده بودند. مدت زمان برگزاری جلسات پژوهش حاضر بین ۳۵ تا ۴۵ دقیقه بود این درحالیست که مدت جلسات برگزار شده در سایر مطالعات ذکر شده ۶۰، ۹۰ و ۶۰ دقیقه بوده است.

بعلاوه فاصله ی زمانی بین جلسات، میزان آشنایی آزمودنی ها با آزمونگر و نزدیکی به ساعت کلاسی نیز می تواند از نکات قابل توجه باشند. البته در پایان باید به این نکته نیز اذعان داشت که پژوهش ها در زمینه تأثیر روایت درمانی بر اضطراب کودکان مبتلا به اختلال بیش فعالی در ایران انگشت شمار می باشد و نیاز به بررسی های بیشتر وجود دارد و نمی توان به گونه ای سخن گفت که این تأثیرگذاری دارای پشتوانه های پرتعداد پژوهشی قلمداد شود. به هر حال این مطالعه توانست با به کار بستن روایت درمانی به شرحی که گذشت یک زمینه ی نسبتاً جدید را به عرصه کار با کودکان نزدیکتر کند. با این حال نیاز به پژوهش های بیشتر و دقیق تر احساس می شود. پژوهش هایی که با حوصله بیشتر، محدوده ی زمانی آزادتر و دقت بیشتری انجام شوند. در پایان بیان این نکته مهم نظر می رسد که کودکان شرکت کننده در جلسات در پایان جلسات مداخله ای، ابراز تمایل زیادی به تکرار و ادامه ی این جلسات داشتند.

از جمله محدودیتهای این پژوهش می توان به موارد زیر اشاره کرد: اجرای پژوهش برخی اوقات در تداخل با ساعات درسی دانش آموزان بود که هرچند اندک اما کار را دچار اختلال می کرد، بعلاوه غیبت آزمودنی ها در حین اجرای پژوهش کار را با کندی روبرو می ساخت که سعی شد جلسات مجدداً برای آنها تنظیم گردد. همچنین لازم به ذکر است که اجرا شدن این پژوهش تنها با آزمودنی های پسر ممکن است روایی بیرونی آن را خدشه دار کند، بعلاوه آزمودنی های این پژوهش فقط از میان دانش آموزان انتخاب شده بودند، علاوه بر این جهت اجرای برخی روشهای روایت درمانی نیاز به حضور نفر یا نفراتی علاوه بر آزمودنی است که به ناچار این نیاز با حضور دیگر آزمودنی ها برطرف شد. بنابراین پیشنهاد می شود که پژوهش با نمونه ای بزرگتر و نمونه ای از آزمودنی های دختر نیز انجام شود، همچنین پژوهش با نمونه ای شامل کودکان مدرسه ای و غیرمدرسه ای انجام شود. بعلاوه پژوهش ویژه ای جهت تبیین روایت درمانی، صورت های آن، ابعاد و گستره ی آن انجام پذیرد.

منابع

۱. مصطفوی منتظری، سیده سارا. (۱۴۰۲). نقش بیش فعالی و نقص توجه (ADHD) دانش آموزان در عدم تمرکز و یادگیری در کلاس درس. سومین همایش بین المللی علوم تربیتی، مشاوره، روانشناسی و علوم اجتماعی همدان.
۲. شهیم، سیما و مهرانگیز، لیلا. (۱۳۸۶). شیوع اختلال نقص توجه/ بیش فعالی در کودکان دبستانی. مجله بیماریهای کودکان ایران، دوره ۱۷ (ویژه نامه ۲)، پائیز: ۱۳۸۶- صفحه ۲۱۱-۲۱۶.
۳. Barkley, R. A. (Ed.). (۲۰۱۴). Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment. Guilford Publications.
۴. Barlow, D. (۲۰۰۲). Fear, anxiety, and theories of emotion. In D. Barlow (Ed.), Anxiety and its disorders (pp. ۳۷-۶۳). New York: Guildford Pre
۵. Barlow, D. H. (۲۰۰۰). Unraveling the mysteries of anxiety and its disorders from the perspective of emotion theory. American Psychologist, ۵۵, ۱۲۴۷-۱۲۶۳.
۶. Weems, C., & Silverman, W. (۲۰۰۸). Anxiety disorders. In T. P. Beauchaine, & S. P. Hinshaw (Eds.), Child and adolescent psychopathology (۴۷- ۴۷۶). Hoboken, NJ: John Wiley&Sons Inc.
۷. Johnson, L. E. (۲۰۰۷). Treating test anxiety in students with learning difficulties: an exploratory study. Doctoral Dissertation, The Florida State University.
۸. نریمانی، محمد و شربتی، انوشیروان. (۱۳۹۴). مقایسه ی حساسیت اضطرابی و عملکرد شناختی در دانش آموزان با و بدون نارسا نویسی. مجله ناتوانیهای یادگیری، ۴(۴)، ۸۵-۱۰۰.
۹. Barkley, R. A. (۱۹۹۳). "Hyperactive girls and boys: stimulant drug effects on mother-child interactions": Erratum. Child Psychology & Psychiatry & Allied Disciplines, ۳۴(۳). ۴۳۷.
۱۰. Weiss G & Hechtman LT (۱۹۹۳). Effect of stimulant medication on children attention deficit disorder. A" review of reviews" Exceptional Children. ۶۰، ۱۵۴-۱۶۲.
۱۱. Hechtman L (۱۹۹۳). Aim and methodological problems in multimodal treatment studies. Canadian journals of psychiatry ۳۸، ۴۵۸-۴۶۴.

۱۲. مطهر، زینب. (۱۴۰۲). درمان اضطراب در کودکان و نوجوانان. پژوهش های مطالعات اسلامی معاصر، آذر ۱۴۰۲، دوره اول، شماره ۶ (جلد ۳) صفحات ۵۰-۷۷.
۱۳. مشاور، مریم و لطیفی، زهره. (۱۳۹۷). اثربخشی روایت درمانی بر اضطراب فراگیر و مهارت مقابله با استرس همسران معتادان تحت درمان کلینیک های ترک اعتیاد. نشریه اعتیادپژوهی، سال دوازدهم، شماره ۴۸، ویژه نامه ۱.
۱۴. ربیعی، سولماز؛ فاتحی زاده، مریم و بهرامی، فاطمه. (۱۳۸۷). روایت درمانی. تازه های روان درمانی سال سیزدهم شماره ۴۸ و ۴۷.
۱۵. قوامی، مرجان؛ فاتحی زاده، مریم؛ فرامرزی، سالار، و نوری امام زاده ای، اصغر. (۱۳۹۳). اثربخشی رویکرد روایت درمانی بر اضطراب اجتماعی و عزت نفس دانش آموزان دختر دوره راهنمایی. روانشناسی مدرسه، ۳(۳)، ۶۱-۷۳.
۱۶. رجبی، مینا؛ محقق، حسین؛ ذوقی پایدار، محمدرضا و کرد نوغایی، رسول. (۱۴۰۲). تأثیر روایت درمانی بر افکار اضطرابی مادران مطلقة. مطالعات زن و خانواده، ۱۱(۳)، ۶۵-۹۳.
۱۷. عالی محمدی، اشکان؛ کردی بروجن، لیلا؛ اسکندری، پروین؛ مهری قرایی، نجمه؛ موزرمی لپری؛ پریا و صادقی کیا، فریده. (۱۴۰۱). اثربخشی رویکرد روایت درمانی بر مدیریت استرس مادران دارای کودکان معلول جسمی. مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد، ۶۵(۶)، ۲۵۷۴-۲۵۸۴.
۱۸. جزینی، شیوا؛ گل پرور، محسن و سجادیان، ایلنار. (۱۴۰۳). مقایسه اثربخشی «نمایش درمانی» با «روایت درمانی» بر اضطراب جدایی و خشم کودکان ۵ تا ۱۰ ساله مبتلا به سوگ. فصلنامه مدیریت ارتقای سلامت، ۱۳ (۴)، ۸۴-۹۸.
۱۹. سرمد، زهره؛ بازرگان، عباس و حجازی، الهه. (۱۳۸۴). روشهای تحقیق در علوم رفتاری. تهران: نشر آگه.
۲۰. سیف، علی اکبر. (۱۳۸۹). تغییر رفتار و رفتاردرمانی نظریه ها و روش ها. تهران: انتشارات دوران.
۲۱. Spielberger, C.D. (۱۹۸۳). Manual for the State-Trait Inventory: STAI (form y). Palo Alto, CA: Consulting Psychologist Press.
۲۲. خانی پور، حمید؛ محمدخانی، پروانه و طباطبایی، سعید. (۱۳۹۰). راهبردهای کنترل فکر و رگه اضطراب: پیش بینی کننده های نگرانی بیمارگون در نمونه غیربالینی. مجله علوم رفتاری، دوره ۵، شماره ۲، ص ۱۷۸-۱۷۳.
۲۳. امیری، سهراب و میکائیلی، فرزانه. (۱۳۹۰). ارزیابی اضطراب حالت-صفت و دشواری در تنظیم هیجان: بر اساس ابعاد شخصیتی حساسیت به تنبیه و حساسیت به پاداش. دست آوردهای روان شناختی، ۲۳(۱)، ۱۱۵-۱۳۶.
۲۴. پناهی شهری، محمود. (۱۳۷۲). بررسی مقدماتی روایی، اعتبار و نرم یابی فهرست حالت-رگه اضطراب اسپیلبرگر. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه تربیت مدرس.
۲۵. Beeson, M. pelagie, Roby., R (۲۰۰۸). Randall. Evaluating Single-Subject Treatment Research: Lessons Learned from the Aphasia Literature. Neuropsychol Rev. ۲۰۰۶ Dec; ۱۶(۴): ۱۶۱-۱۶۹.
۲۶. نجفی، ندا. (۱۳۹۳). تعیین میزان اثر بخشی آموزش مدیریت استرس به شیوه ی شناختی-رفتاری بر کاهش نگرش های ناکارآمد و میزان استرس در نوجوانان مبتلا به بیماری کرونری قلبی. مجله علوم پزشکی رازی، ۲۱(۱۱)، شماره ۱۲۸، ص ۷-۱۸.
۲۷. Cohen, J. (۱۹۸۸). Statistical power analysis for the behavioral sciences. Abingdon: United Kingdom: Routledge.

۲۸. Looyeh, M. Y., Kamali, K., & Shafieian, R., Tonawanic (۲۰۱۲). An exploratory study of the effectiveness of group narrative therapy on the school behavior of girls with attention-deficit/hyperactivity symptoms. *Psychiatric Nursing*, ۲۶, ۴۰۴-۴۱۰.

۲۹. Looyeh, M. Y., Kamali, K., & Ghasemi, A. (۲۰۱۴). Treating social phobia in children through group narrative therapy. *The Arts in Psychotherapy*, ۴۱, ۱۶-۲۰.

۳۰. Rahmani, P., & Moheb, N. (۲۰۱۰). The effectiveness of clay therapy and narrative therapy on anxiety of pre-school children: a comparative study. *Procedia Social and Behavioral Sciences*, ۵, ۲۳-۲۷.

۳۱. سعید اکبری زردخانه و محمد عطاری. (۱۳۹۵). لزوم سنجش و گزارش شاخص های اندازه اثر در پژوهش های روان شناختی. *رویش روان شناسی*، بهار ۱۳۹۵ - شماره ۱۴، ص ۲۹-۴۶.

۳۲. کداسن، هایدی و شفر، چارلز. (۱۳۸۹). برگزیده ی روش های بازی درمانی. ترجمه صابر و وکیلی، تهران: نشر ارجمند.

۳۳. شیبانی، شهناز؛ یوسفی لویه، مجید و دلاور، علی. (۱۳۸۵). تأثیر قصه درمانی بر کاهش علائم افسردگی در کودکان افسرده. *پژوهش در حیطه کودکان استثنایی*، ۴، ۸۹۳-۹۱۶.