اثربخشی قصه‌درمانی بر تاب‌آوری و تنظیم شناختی هیجانی دانش‌آموزان نابینا

▫ **نعیمه مصطفایی پایدار**، کارشناسی ارشد روان‌شناسی و آموزش کودکان استثنایی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی دانشگاه تهران، تهران، ایران
▫ **سوگند قاسم‌زاده***، استادیار گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی دانشگاه تهران، تهران، ایران
▫ **علی‌اکبر ارجمندنیا**، دانشیار گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی دانشگاه تهران، تهران، ایران
▫ **شیرین مجاور**، دانشجوی دکتری روان‌شناسی و آموزش کودکان استثنایی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی دانشگاه تهران، تهران، ایران
▫ **عاطفه محمدی فیض آبادی**، دانشجوی دکتری روان‌شناسی و آموزش کودکان استثنایی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی دانشگاه تهران، تهران، ایران

نوع مقاله: پژوهشی ● صفحات ۹ - ۲۷

چکیده

زمینه و هدف: برای مقابله با مشکلات ناشی از آسیب‌های بینایی از جمله استرس، سرخوردگی و سایر مشکلات روان‌شناختی و سازگاری اجتماعی و فردی، نیاز به تاب‌آوری و تنظیم شناختی هیجانی است. بنابراین، هدف از پژوهش حاضر، تأثیر آموزش قصه‌درمانی بر تاب‌آوری و تنظیم شناختی هیجانی دانش‌آموزان نابینا بود.

روش: این پژوهش از نوع روش نیمه‌آزمایشی همراه با پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه آزمایشی و گروه گواه انجام گرفت. جامعه آماری مطالعه حاضر، شامل دانش‌آموزان مجتمع آموزشی نابینایان نرجس شهر تهران در سال ۱۳۹۹-۱۳۹۸ بود. ۳۰ نفر از افراد واجد شرایط به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند و به‌صورت تصادفی در گروه کنترل (۱۵ نفر) و گروه آزمایشی (۱۵نفر) جایگزین شدند. گروه آزمایشی ۱۰ جلسه قصه‌درمانی را به‌صورت گروهی دریافت نمودند و گروه کنترل، مداخله‌ای دریافت نکردند. در این پژوهش، برای جمع‌آوری داده‌ها، از مقیاس تاب‌آوری کانر و دیویدسون (۲۰۰۳) و تنظیم شناختی هیجانی گارنفسکی و کرایج (۲۰۰۶) استفاده شد. برای تجزیه و تحلیل اطلاعات از نرم‌افزار spss 20 استفاده گردید. برای تحلیل داده‌های پژوهش از تحلیل کواریانس چندمتغیره استفاده شد. مقادیر احتمال کمتر از ۰/۰۵ از نظر آماری معنادار در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: نتایج داده‌های پژوهش نشان داد که قصه‌درمانی در افزایش تاب‌آوری (کل)، شایستگی فردی، اعتماد به غرایز فردی و تحمل عاطفه منفی، پذیرش و تغییر در روابط، کنترل، تأثیرات معنوی مؤثر است ($p<0/05$). همچنین، نتایج پژوهش بیانگر آن بود که قصه‌درمانی در افزایش تنظیم شناختی هیجانی (کل)، توجه مثبت مجدد، متمرکز بر برنامه‌ریزی،

* Email: s.ghasemzadeh@ut.ac.ir

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-01-30]

بازنگری و ارزیابی مجدد به‌صورت مثبت و در کاهش ابعادی چون خود را مقصر دانستن، نشخوار فکری، تحت نظر قرار دادن، فاجعه‌آمیز تلقی کردن و مقصر دانستن دیگران اثربخش بود (p< ۰/۰۵).

نتیجه‌گیری: براساس یافته‌های به‌دست آمده می‌توان گفت، قصه‌درمانی روش کارآمدی در بهبود تاب‌آوری و بهبود تنظیم شناختی هیجانی در دانش‌آموزان نابینا بود.

واژه‌های کلیدی: تاب‌آوری، تنظیم شناختی هیجانی، دانش‌آموزان نابینا، قصه درمانی

مقدمه

انسان موجودی است که کاملاً متکی به حواس خود است و از طریق آنها به دریافت‌های حسی مختلف که پایه تجربیاتش را تشکیل می‌دهد، دست می‌یابد و براساس اطلاعاتی که از حواس خود دریافت می‌کند، بنای ادراک و فهم، حافظه، تخیل و منطق را می‌سازد. بنابراین، نقص حسی در افراد، به‌ویژه در حواس شنوایی و بینایی منجر به نقص در کارکردهای عالی مغز مانند توجه و تمرکز می‌شود و پیامدهای روانی ناشی از نقص در حس بینایی بیشتر از اختلالات حسی دیگر است، زیرا بینایی دروازه کسب دانش است و با عنایت به حس بینایی است که انسان از حوادث و وقایع محیط اطراف خود آگاه می‌شود و از خطرات احتمالی مصون می‌ماند (۱). آسیب بینایی نیز به دو دسته نابینا و کم بینا تقسیم می‌شود. یکی از آسیب‌های بینایی، نابینایی مطلق است. به لحاظ قانونی فرد نابینا[1] کسی هست که با وجود برخورداری از وسائل کمک دیداری، تیزبینی وی در چشم برتر ۲۰/۲۰۰ یا کمتر باشد و یا میدان دید وی آنقدر کم باشد که وسیع‌ترین قطر آن نتواند فاصله زاویه‌ای که بیشتر از ۲۰ درجه است را فراگیرد (۲). همچنین، دانش‌آموزی بر اساس تعریف آموزشی نابینا تلقی می‌شود که آسیب بینایی‌اش به اندازه‌ای باشد که برای خواندن نیاز به ابزار ویژه مانند بریل یا روش‌های شنیداری داشته باشد (۳). شیوع آسیب بینایی یکی از مسائل مهم نگرانی بهداشت عمومی محسوب می‌شود و سازمان جهانی بهداشت تخمین می‌زند که ۱ میلیارد نفر در سراسر جهان با آسیب بینایی هستند (۴) و در ایران طبق آخرین آمار در سال ۱۳۹۸ حدود ۱۸۰ هزار نفر است. امروزه تلاش بر این است که کودکان با آسیب‌های بینایی اعم از نابینا و کم بینا در مدارس عادی آموزش ویژه دریافت کنند (۵).

علم روان‌شناسی، دیدگاه‌های مختلفی در مورد ماهیت انسان دارد که یکی از آنها، دیدگاه روان‌شناسی انسان‌گرایانه است که معتقد به آزادی، تغییرپذیری و عقلانیت انسان است (۶). در سال‌های اخیر، رویکرد جدیدی در روان‌شناسی تحت عنوان روان‌شناسی مثبت مورد توجه روان‌شناسان قرار گرفته است که با الهام از تمرکز بر ظرفیت‌ها و اراده انسان در نظر گرفته می‌شود که ناشی از استعداد انسانی است (۷). این رویکرد، به‌جای پرداختن به بیماری‌ها و اختلالات، توانایی‌ها، نقاط قوت انسان‌ها و ظرفیت‌هایی مانند تاب‌آوری، تنظیم هیجانی و بهزیستی روان‌شناختی و سایر موضوعاتی که منجر به بهزیستی فرد می‌شود را بررسی می‌کند (۸).

از سوی دیگر، آسیب بینایی می‌تواند موجب مشکلاتی در ارتباط و تعاملات روزمره فرد مبتلا شود و او را بیشتر در معرض فشارهای عصبی، احساس ناایمنی و اضطراب قرار دهد (۹). در واقع، آسیب‌های بینایی می‌توانند بر روند زندگی‌شان تأثیر منفی بگذارد (۱۰). کودکان خردسال با آسیب‌های بینایی، مشکلات مختلفی را تجربه می‌کنند که این مشکلات موجب بروز انزوای عاطفی، بیگانگی، سرخوردگی و مشکلات جسمی در زندگی روزمره آنان می‌شود (۱۱). نتایج پژوهش‌ها مبین این هستند که عاملی که می‌تواند بر کاهش انزوای عاطفی، بیگانگی و سرخوردگی و رشد همه‌جانبه فرد نابینا تأثیر مثبت بگذارد، تاب‌آوری[2] است (۱۰). علی‌رغم نتایج این پژوهش‌ها، پژوهش رونویسک -کول و گودلی بیانگر این بود که نوجوانان با نیازهای ویژه اغلب به‌دلیل معلولیت تاب‌آوری پایینی دارند (۱۲). در پژوهش رستم اوغلی، طالبی جویباری و پرزور نشان داده شد که تاب‌آوری افراد نابینا در مقایسه با افراد بینا پایین است (۱۳) اما برخی از پژوهش‌ها نشان داده‌اند که در میزان تاب‌آوری بین افراد نابینا و افراد عادی تفاوت معناداری وجود ندارد (۱۴ و ۱۵). با این وجود، رونی، هادیری، مکلیستر، رونی،

1. Blind

2. Resilience

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-01-30]

فیس و همکاران در پژوهشی نشان دادند که یکی از راه‌های کمک به افراد نابینا برای مقابله با مشکلات ناشی از آسیب بینایی‌شان، تقویت تاب‌آوری و سازگاری است (۱۶). همسو با نتایج این پژوهش، تاب‌آوری از عواقب منفی ناتوانی در زندگی روزمره فرد محافظت می‌کند (۱۰). تاب‌آوری به‌عنوان ظرفیت یا توانایی فردی برای زنده ماندن و به‌دست آوردن تعادل پس از تجربه برخی از وقایع آسیب‌زا است (۱۷). ماتسن و رایت اذعان داشتند که تاب‌آوری از طریق نیروی محرک درونی یا بیرونی برای غلبه بر شرایط تنش‌زا به‌دست می‌آید (۱۸). کانر و دیویدسون معتقد بودند که تاب‌آوری مجموعه‌ای از خصوصیات شخصی است که در مواقع سختی به‌دست می‌آید (۱۹). در مطالعات دیگر، تاب‌آوری را مترادف کاهش آسیب‌پذیری، توانایی تحمل تجربیات تغییر و آسیب، توانایی انطباق با مصیبت و مقابله مؤثر تعریف کرده‌اند (۲۰). در حالت کلی، تاب‌آوری، بازگشت به حالت اولیه در مواجه با شرایط ناگوار زندگی و سازگاری مثبت فرد در واکنش به شرایط ناگوار است (۲۱).

علاوه بر متغیر تاب‌آوری، یکی از مشکلاتی که کودکان نابینا در مقایسه با کودکان عادی مشکلات بیشتری به‌واسطه نارسایی بینایی دارند، تنظیم شناختی هیجانی[1] است (۲۲). افراد با آسیب بینایی کمتر قادر به شناسایی و بازشناسی و پذیرش هیجانات خود هستند و در موقعیت‌های هیجانی مبهم، تمایل بیشتری به بروز هیجان منفی دارند (۲۳). مطالعات قبلی نقش تنظیم شناختی هیجانی را در انواع اختلالات خلقی مانند افسردگی (۲۴، ۲۵، ۲۶ و ۲۷) و اضطراب (۲۸، ۲۹ و ۳۰) نشان داده است. شواهد پژوهشی بیانگر آن است که عملکرد ناموفق در تعاملات اجتماعی، پرخاشگری، احساس شرم و گناه نتیجه عدم تنظیم شناختی هیجانی است (۲۶). از این‌رو، به‌دلیل کاهش توانایی استفاده از راه‌بُرد تنظیم شناختی هیجانی، نابینایان بیشتر از افراد بینا دچار اختلالات خلقی می‌شوند (۲۲). بر اساس تعریف ورنر، گلدین، بال، هیمبرگ و گراس تنظیم شناختی هیجانی فرآیندی است که توسط آن، افراد هیجانات خود و چگونگی تجربه یا ابراز آنها را تحت نفوذ خود قرار می‌دهند. در واقع، تنظیم شناختی هیجانی به‌عنوان فرآیند آغاز، حفظ، تعدیل یا تغییر در بروز، شدت یا استمرار احساس درونی و هیجانی مرتبط با فرآیندهای اجتماعی-روانی- فیزیکی در به انجام رساندن اهداف فرد تعریف می‌شود (۳۱). در واقع، هیجانات مجموعه‌ای اکتسابی از مهارت‌ها و توانایی‌ها هستند که در سال‌های اول زندگی رشد می‌کنند. خودتنظیمی یکی از مهارت‌های مهم تنظیم شناختی هیجانی است. هیجانات می‌توانند هم سازمان‌دهنده توجه و هم مانعی برای سازماندهی توجه باشند، هم می‌توانند حل مسئله را تسهیل و هم مختل کنند و همچنین باعث ایجاد روابط و هم تخریب آن شوند. این تعاملات دوسویه، ضرورت کمک به کودکان برای یادگیری تنظیم هیجانات‌شان را تشدید می‌کند (۳۲). تنظیم شناختی هیجانی اساساً با رفتار مرتبط است، به کودکان اجازه می‌دهد تا رفتارهایشان را کنترل نمایند به‌صورتی که به وقایعی که در اطراف‌شان در حال رخ دادن است، واکنش انعطاف‌پذیر نشان دهند (۳۳).

روش‌های مختلف روان‌درمانی مانند درمان شناختی-رفتاری (۳۴ و ۳۵) درمان پذیرش و تعهد (۳۶)، درمان مبتنی بر ذهن‌آگاهی (۳۷)، درمان توجه و تفسیر (۳۸) پایه و اساس مداخلات تاب‌آوری و تنظیم شناختی هیجانی می‌باشند و این مداخلات در گروه‌های مختلف اعم از نابینایان و سایر اختلالات انجام شده است که تأثیر مطلوبی بر متغیرهای تاب‌آوری و تنظیم شناختی هیجانی داشتند. در میان مداخلات مختلف، یکی از مداخلات مبتنی بر شناختی-رفتاری که می‌تواند برای کودکان استفاده شود، مداخله مبتنی بر قصه‌درمانی[2] است. به‌کارگیری شیوه‌های غیرمستقیم، مثل بازی و قصه در آموزش یک ضرورت به‌حساب می‌آید. به‌نظر می‌رسد از آنجا که آموزه‌ها و پندها در خلال قصه به‌خوبی برای کودک قابل فهم و معنادار است، احتمال به‌کارگیری و تعمیم آنها توسط کودک در زمینه‌های مشابه افزایش می‌یابد (۳۹). قصه‌درمانی یکی از فنون روان‌درمانی است که در کنار رویکردهای روان‌شناسی مانند رویکرد تحلیلی، شناختی و رفتاری، کودکان را با فقدان‌ها، هراس‌ها و اضطراب‌ها آشنا می‌سازد و به‌گونه‌ای غیرمستقیم و جذاب نیرو و امید می‌دهد و در افکار و احساسات آنها تغییر ایجاد می‌کند (۴۰). آموزه‌ها و پندهای قصه به‌خوبی برای کودک قابل فهم و معنادار است و می‌تواند برای تأثیرگذاری آموزشی بیشتر بر کودکان مفید باشد (۴۱). به همین دلیل، امکان بهره‌گیری از آنها برای تأثیرگذاری آموزشی بیشتر بر کودکان لازم است. قصه‌درمانی شکلی از قصه‌گویی شفاهی یا نوشتاری است که از استعاره‌های خلاقانه برای بیان داستان‌های فردی استفاده می‌کند. قصه‌درمانی

1. Emotion regulation

2. Therapeutic storytelling

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-01-30]

به کودک کمک می‌کند تا در احساسات و تجربیات سخت و چالش‌برانگیز زندگی خود کنکاش کند (۴۲). کودک با درک رابطه بین موضوع قصه و موضوع زندگی خود می‌تواند مستقیماً در مورد مسائل خود فکر کند و برای آنها راه‌حلی بیابد (۴۳). از قصه برای شناخت، درمان و اصلاح رفتار کودکانی که مشکلات رفتاری و هیجانی دارند، استفاده می‌شود، بنابراین قصه‌درمانی هم سبب تشخیص مشکل و هم عامل درمان و اصلاح رفتار کودکان است (۴۴).

ادبیات پژوهش نشان می‌دهد که روش قصه‌درمانی یکی از مداخلات روان‌شناختی است که بر تاب‌آوری مؤثر است اما پژوهش‌های انجام شده در زمینه تأثیر قصه‌درمانی بر تاب‌آوری در بین کودکان عادی و بزرگسال انجام گرفته است و در بین کودکان نابینا و سایر کودکان با نیازهای ویژه انجام نگرفته است. به‌طور مثال، پژوهش کیهیل، بدلی، فرلی، فورستر و اسمیت نشان داد که قصه‌درمانی موجب افزایش تاب‌آوری و کاهش استرس در کودکان می‌شود (۴۵). نتایج پژوهشی بوچارد و همکاران بیانگر آن بود که قصه‌درمانی موجب رشد بینش کودک در زمینه مشکلات شخصی و درمان عاطفی می‌شود و قصه‌درمانی نیز موجب بیان احساسات و افکار و حس امنیت در کودکان می‌شود (۴۶). تیلوت، وتربی‌بل-فل و نیومن در پژوهشی به بررسی اثربخشی قصه‌درمانی بر تاب‌آوری پرداختند. گروه نمونه مشتمل بر ۶۰ نفر از کودکان ۴ تا ۸ ساله بود. نتیجه پژوهش بیانگر آن بود که این مداخله موجب افزایش تاب‌آوری می‌شود (۳۹). مارگر و استون در پژوهشی به بررسی تأثیر قصه‌درمانی بر امیدواری و تاب‌آوری در میان افراد مسن پرداختند. این مداخله به‌مدت ۵ هفته انجام گرفت و نتیجه پژوهش نشان داد که قصه‌درمانی موجب افزایش امیدواری و تاب‌آوری در افراد مسن می‌شود (۴۷). سوری، نریمانی و بشرپور در پژوهشی به بررسی اثربخشی قصه‌درمانی بر تاب‌آوری و کاهش تکانش‌وری کودکان کار پرداختند. نمونه آماری شامل ۳۰ نفر از کودکان کار بودند که به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و در مرحله بعد به‌صورت گمارش تصادفی در دو گروه آزمایشی و کنترل گمارده شدند. نتایج پژوهش نشان داد که قصه‌درمانی بر افزایش تاب‌آوری و کاهش تکانش‌وری کودکان کار مؤثر است (۴۸). خسروی در پژوهشی به بررسی اثربخشی قصه‌درمانی بر ارتقاء تاب‌آوری و کاهش اضطراب کودکان پرداخت. گروه نمونه مشتمل بر ۴۰ نفر بود که به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. یافته‌ها نشان داد که برنامه قصه‌درمانی موجب کاهش ترس از فضای باز، اضطراب جدایی، ترس از آسیب بدنی، ترس اجتماعی، وسواس فکری-عملی و اضطراب فراگیر و افزایش تاب‌آوری می‌شود (۴۹). مشجری صنعتی و اصغری نکاح به بررسی اثربخشی قصه‌درمانی بر تاب‌آوری و خودپنداره فرزندان طلاق پرداختند. یافته‌ها نشان داد که تاب‌آوری و خودپنداره در کودکان مشارکت‌کننده در برنامه قصه‌درمانی گروهی نسبت به گروه کنترل از مرحله پیش‌آزمون تا پس‌آزمون به‌طور معناداری افزایش یافته است. افزون بر مطالعات فوق، با بررسی ادبیات پژوهش، پژوهش‌های محدودی در زمینه اثربخشی قصه‌درمانی بر تنظیم هیجانی در میان کودکان با گروه‌های مختلف انجام گرفته است (۵۰). درویش دماوندی، درتاج، قنبری هاشم‌آبادی و دلاور به بررسی اثربخشی قصه‌درمانی مبتنی بر کنش‌های اجرایی روزمره بر بهبود نظم‌جویی شناختی هیجانی کودکان با اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی پرداختند. نتایج نشان داد که قصه‌درمانی مبتنی بر کنش‌های اجرایی روزمره بر بهبود نظم‌جویی شناختی هیجانی کودکان با اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی تأثیر معنادار داشت (۵۱). براکینگتن، ماریرا، بس، سیلوا، آلتسزیلر، فیچر و مل در پژوهشی به بررسی قصه‌درمانی بر اکسوتین، هیجان‌های مثبت و کاهش کورتیزول و درد در کودکان بستری شده در بیمارستان بررسی کردند. یکی از نتایج بیانگر آن بود که قصه‌درمانی سبب بیان هیجانات مثبت در شرایط سخت و دشوار و با برگرفتن از شخصیت‌پردازی قصه‌ها می‌شود (۵۲).

در حالت کلی، بدون بینایی ادراک ما از خودمان و از افراد پیرامون‌مان بسیار متفاوت خواهد بود. این ادراک متفاوت ممکن است در افراد با آسیب بینایی سبب بروز مشکلات عاطفی و اجتماعی شود. همچنین آسیب بینایی می‌تواند موجب مشکلاتی در ارتباط و تعاملات روزمره فرد مبتلا شود و او را بیشتر در معرض فشارهای عصبی، احساس ناایمنی و اضطراب قرار دهد. از طرف دیگر تنظیم شناختی هیجانی نقش مهمی در جنبه‌های مختلف زندگی نظیر سازگاری با تغییرات زندگی و رویدادهای تنیدگی‌زا ایفا می‌کند. در نتیجه، مهارت‌های هیجانی و اجتماعی در ارتباط با دیگران آموخته می‌شوند و لازمه کسب بسیاری از این مهارت‌ها داشتن قدرت بینایی است، در نتیجه، کودکان با آسیب بینایی به‌واسطه نارسایی خود از به‌دست آوردن چنین تجربیاتی محروم هستند. این تجربیات می‌تواند تأثیر بسیاری بر رشد

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-01-30]

هیجانی و تعامل اجتماعی کودکان با آسیب بینایی داشته باشند (۵۳). همچنین، برای دستیابی به سازگاری اجتماعی با وجود آسیب بینایی، نیاز به تاب‌آوری است (۱۰)

با توجه به مطالعات فوق، افراد نابینا برای مقابله با مشکلات ناشی از آسیب‌های بینایی از جمله استرس، سرخوردگی و سایر مشکلات روان‌شناختی، بایستی تاب‌آوری و سازگاری بالایی داشته باشند. همچنین، فقدان راهبردهای تنظیم شناختی هیجانی مناسب در کودکان نابینا موجب می‌شود که کودکان نابینا مشکلاتی در ارتباط با سازگاری فردی و اجتماعی و رابطه با دیگران داشته باشند. بر همین اساس، به‌کار بردن روش‌های درمانی و مداخلات جدید اهمیت و ضرورت ویژه‌ای دارد. در این راستا، از قصه نیز برای شناخت، درمان و اصلاح رفتار کودکانی که مشکلات رفتاری و هیجانی و تاب‌آوری ضعیفی دارند، استفاده می‌شود، بنابراین، قصه‌درمانی موجب تشخیص مشکل، عامل درمان و اصلاح رفتار کودکان می‌شود. همچنین، پژوهش‌های اندک در زمینه تأثیر قصه‌درمانی بر تاب‌آوری و تنظیم شناختی هیجانی در کودکان انجام شده و موضوع پژوهشی مذکور در گروه نابینا انجام نشده است. بنابراین، خلأ پژوهشی در زمینه تأثیر قصه‌درمانی بر تاب‌آوری و تنظیم شناختی هیجانی در دانش‌آموزان نابینا، ضرورت انجام این پژوهش را نشان می‌دهد. در نتیجه، هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی قصه‌درمانی بر تاب‌آوری و تنظیم شناختی هیجانی در کودکان نابینا بود.

روش پژوهش

روش پژوهش حاضر، از نوع پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه آزمایشی و گروه گواه بود. متغیر مستقل در این پژوهش قصه‌درمانی و متغیرهای وابسته، تاب‌آوری و زیرمقیاس‌های آن (شایستگی فردی، اعتماد به غرایز فردی و تحمل عاطفه منفی، پذیرش و تغییر در روابط، کنترل و تأثیرات معنوی) و تنظیم شناختی هیجانی و زیرمقیاس‌های آن (خود را مقصر دانستن، پذیرش، نشخوار فکری، توجه مثبت مجدد، متمرکز بر برنامه‌ریزی، بازنگری و ارزیابی مجدد به‌صورت مثبت، تحت نظر قرار دادن، فاجعه‌آمیز تلقی کردن و مقصر دانستن دیگران) بودند. جامعه آماری پژوهش حاضر کلیه دانش‌آموزان پایه‌های سوم تا چهارم با آسیب بینایی مشغول به تحصیل در مجتمع آموزشی دخترانه نابینایان نرجس شهر تهران در سال تحصیلی ۱۳۹۸-۱۳۹۹ بود. نمونه پژوهش حاضر شامل ۳۰ نفر از دانش‌آموزان نابینا بود. دانش‌آموزان واجدالشرایط به‌صورت نمونه‌گیری هدفمند از مجتمع آموزشی دخترانه نابینایان نرجس در شهر تهران وارد مطالعه شدند و سپس، در دو گروه آزمایشی و گواه، در هر گروه ۱۵ نفر، به شیوه تصادفی جایگزین شدند. شایان ذکر است در پژوهش‌های آزمایشی، پژوهشگر از آزمودنی‌های داوطلب واجد شرایط استفاده می‌کند که حجم نمونه بین ۱۰ تا ۳۰ نفر کافی خواهد بود (۵۴). ملاک‌های ورود در این پژوهش، جنسیت دانش‌آموزان دختر، داشتن سن ۹ تا ۱۰ ساله، پایه سوم تا چهارم و ملاک‌های خروج شامل ترک تحصیل، غیبت بیشتر از دو جلسه در جلسات آموزشی، عدم همکاری با پژوهشگر و وجود سوابق اختلالات روان‌پزشکی بودند. پس از پایان اجرای پژوهش، تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش، از طریق روش‌های آماری توصیفی شامل میانگین، انحراف معیار و روش‌های استنباطی شامل آزمون تحلیل کواریانس چندمتغیره با نرم‌افزار spss 20 صورت گرفت. مقادیر احتمال کمتر از ۰/۰۵ از نظر آماری معنادار در نظر گرفته شد. همچنین، بررسی پیش‌فرض‌های آزمون تحلیل کوارایانس چندمتغیره با نرم‌افزار spss 20 شامل آزمون لوین (برای بررسی پیش فرض همگنی واریانس‌ها)، آزمون کولموگراف-اسمیرنف (برای بررسی پیش‌فرض نرمال بودن نمرات) و آزمون باکس (برای همسانی ماتریس کواریانس) انجام گرفت. تمامی ملاحظات اخلاقی از جمله رضایت آگاهانه و محرمانه ماندن اطلاعات دانش‌آموزان نابینا رعایت شد.

ابزار

۱) مقیاس تاب‌آوری کانر و دیویدسون [1]

برای ارزیابی تاب‌آوری، در این پژوهش از مقیاس تاب‌آوری کانر و دیویدسون استفاده شد. این مقیاس را کانر و دیویدسون با مرور منابع پژوهشی ۱۹۹۱-۱۹۷۹ حوزه تاب‌آوری تهیه کردند (۱۹). این مقیاس، یک ابزار ۲۵سؤالی است که سازه‌ی تاب‌آوری را در اندازه‌های ۵ درجه‌ای از صفر تا ۵ می‌سنجند. حداقل نمره‌ی تاب‌آوری آزمودنی در این مقیاس صفر و حداکثر

1. Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC)

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-01-30]

نمره وی ۱۰۰ و دارای ۵ عامل می‌باشد. شیوه نمره‌گذاری مقیاس تاب‌آوری به این صورت است که مقیاس بین صفر (کاملاً نادرست) و ۵ (همیشه درست) نمره‌گذاری می‌شود. بنابراین، حداکثر نمره در این مقیاس ۱۰۰ است (۱۰۰=۴×۲۵) و نمره هر آزمودنی برابر مجموع نمرات یا کل ارزش‌های به‌دست آمده از هر یک از سئوالات است. این مقیاس دارای پنج زیرمقیاس است که شامل بُعد شایستگی فردی (گویه‌های ۲۵-۲۴-۲۳-۱۷-۱۶-۱۲-۱۱-۱۰)، بُعد اعتماد به غرایز فردی و تحمل عاطفه منفی (گویه‌های۲۰-۱۹-۱۸-۱۵-۱۴-۷-۶)، بُعد پذیرش و تغییر در روابط (گویه‌های ۸-۵-۴-۲-۱)، بُعد کنترل (گویه‌های۲۳-۲۱-۱۳) و بُعد تأثیرات معنوی (گویه‌های ۹-۳) است (۱۹). کانر و دیویدسون پایایی کل این مقیاس را از طریق محاسبه ضریب آلفای کرانباخ ۰/۸۹ و پایایی بازآزمایی ۰/۸۷ به‌دست آورده‌اند (۱۹). این پرسشنامه در ایران توسط محمدی به فارسی ترجمه شده و هنجاریابی شده است. پایایی این پرسشنامه با محاسبه ضریب آلفای کرونباخ (۰/۹۳) و ضریب همبستگی هر نمره با نمره کل در دامنه‌ای از ۰/۴۱ تا ۰/۶۴ گزارش شده است (۵۵). همچنین، در پژوهش کیهانی و همکاران همبستگی بُعد شایستگی فردی با نمره کل ۰/۵۳، همبستگی بُعد پذیرش و تغییر در روابط با نمره کل ۰/۴۵، همبستگی بُعد اعتماد به غرایز فردی و تحمل عواطف منفی با نمره کل ۰/۶۲، همبستگی نمره کنترل با نمره کل ۰/۳۳، همبستگی نمره تأثیرات معنوی با نمره کل ۰/۴۶ و ثبات درونی کل مقیاس با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۶۶ گزارش شده است (۵۶). در پژوهش حاضر، پایایی کل مقیاس تاب‌آوری از طریق آلفای کرونباخ ۰/۷۲ به‌دست آمد.

۲) مقیاس تنظیم شناختی هیجانی گارنفسکی و کرایج[1]

در این پژوهش برای ارزیابی تنظیم‌هیجانی از مقیاس تنظیم شناختی هیجانی گارنفسکی و کرایج استفاده شد. این مقیاس فرم کوتاه‌شده‌ای است که از معتبرترین ابزار ارزیابی برای اندازه‌گیری راهبردهای گوناگون شناختی است که گارنفسکی و کرایج در سال ۲۰۰۶ تنظیم کرده‌اند. در این پرسشنامه از فرد خواسته می‌شود تا واکنش خود را در مواجهه با تجارب تهدیدآمیز و رویدادهای استرس‌زای زندگی که به تازگی تجربه کرده است به‌وسیله پاسخ به پرسش‌ها که کنترل و تنظیم‌هیجانی را ارزیابی می‌کند، مشخص نماید. این پرسشنامه دارای ۱۸ سؤال و ۹ زیرمقیاس است که شامل خود را مقصر دانستن (گویه‌های ۱و۲)، پذیرش (گویه‌های ۳ و ۴)، نشخوار فکری (۵ و ۶)، توجه مثبت مجدد (۷ و ۸)، متمرکز بر برنامه‌ریزی (۹ و ۱۰)، بازنگری و ارزیابی مجدد به‌صورت مثبت (۱۱ و ۱۲)، تحت نظر قرار دادن (۱۳ و ۱۴)، فاجعه‌آمیز تلقی‌کردن (۱۵ و ۱۶) و مقصر دانستن دیگران (۱۷ و ۱۸) است. دامنه‌ی نمرات مقیاس از ۱ (هرگز) تا ۵ (همیشه) است و حداقل و حداکثر نمره در هر زیرمقیاس به ترتیب ۲ و ۱۰ در نظرگرفته شده و نمره بالاتر نشان‌دهنده استفاده بیشتر فرد از آن راهبرد شناختی محسوب می‌شود. پایایی آلفای کرانباخ توسط گارنفسکی و کرایج در دامنه ۰/۷۱ تا ۰/۸۱ گزارش شده است (۵۷). پرسشنامه تنظیم شناختی هیجانی در ایران توسط حسنی به فارسی ترجمه شد و مورد هنجاریابی قرار گرفت. پایایی مقیاس براساس روش همسانی‌درونی (با دامنه آلفای کرونباخ ۰/۷۶ تا ۰/۹۲) و بازآزمایی (با دامنه همبستگی ۰/۵۱ تا ۰/۷۷) و روایی مقیاس مذکور از طریق تحلیل مؤلفه اصلی با استفاده از چرخش واریماکس همبستگی بین خرده‌مقیاس‌ها (با دامنه همبستگی ۰/۳۲ تا ۰/۶۷) و روایی ملاکی مطلوب گزارش شده است (۵۸). در پژوهش حاضر، پایایی کل مقیاس تنظیم شناختی هیجانی از طریق آلفای کرونباخ ۰/۸۵ به‌دست آمد.

معرفی برنامه مداخله

برنامه مداخله قصه‌درمانی با بررسی پیشینه‌های پژوهشی و مرور برنامه‌های موجود، کتاب‌های قصه کودک و پروتکل قصه‌درمانی گودرزی (۴۴) تنظیم شد. جلسات مداخله قصه‌درمانی در قالب ۱۰ جلسه در طول یک ماه و نیم، ۲ بار در هفته (هر جلسه ۹۰ دقیقه) در سالن مجتمع آموزشی دخترانه نابینایان نرجس در شهر تهران توسط پژوهشگر برگزار شد. خلاصه جلسات قصه‌درمانی همراه با تعداد جلسات آموزشی، هدف، محتوای جلسات (قصه) و تکلیف خانگی در جدول (۱) آمده است.

1. Garnefski & Kraaij Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ)

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-01-30]

جدول ۱) محتوای جلسات قصه‌درمانی

جلسات آموزشی	هدف	محتوا	تکلیف خانگی	زمان (دقیقه)
جلسه اول	با کمک دانش‌آموزان قوانینی برای جلسات تعیین شد و دانش‌آموزان با پژوهشگر آشنا شدند و فرآیند برقراری ارتباط شکل گرفت.			۹۰دقیقه
جلسه دوم	آشنایی با دانش‌آموزان، مهارت خودآگاهی	قصه گوسفند کوچولو	هر دانش‌آموز یک تعریف از خودش داشته باشد که شامل: من چه کسی هستم؟ چه چیزهایی دوست دارم؟ چه کارهایی را خیلی خوب انجام می‌دهم؟ چه کارهایی را دوست دارم بهتر انجام دهم.	۹۰دقیقه
جلسه سوم	مهارت دوست‌یابی	جشن جنگل دوستی	اگر در طول هفته در پارک، مهمانی یا کلاس دوست جدیدی پیدا کردند درباره آن در کلاس صحبت کنند.	۹۰دقیقه
جلسه چهارم	مهارت شناختی هیجانی	-	تا جلسه بعد تمام موقعیت‌هایی که احساس شادی، خشم، نگرانی و غم داشتید را یادداشت کنید به احساس خود نمره بدهید و بنوسید بدن شما در موقعیتی که آن احساس را داشتید، چگونه بود.	۹۰دقیقه
جلسه پنجم	مهارت جرئت‌ورزی	جشن آتش	تا هفته آینده بگویید در چه موقعیت‌هایی جرئت‌مند رفتار کردید.	۹۰دقیقه
جلسه ششم	مرور مهارت‌ها	-	-	۹۰دقیقه
جلسه هفتم	مهارت حل مسئله	کفش سارا	تا هفته آینده ۳ موقعیت که نیاز به حل مسئله داشت و راه‌حل‌هایی که به کار گرفتید را بنویسید	۹۰دقیقه
جلسه هشتم	مهارت کنترل نگرانی	پرواز جغد کوچولو	جعبه آرامش درست کنید و با خود به کلاس بیاورید	۹۰دقیقه
جلسه نهم	مهارت کنترل خشم	ابرهای سیاه	در هفته آینده حداقل در روز ۳ بار تنفس شکمی را تمرین کنید.	۹۰دقیقه
جلسه دهم	مرور مهارت‌ها و تعمیم آموخته‌ها	ایفای نقش دسته‌جمعی	داستانی تلفیقی از داستان‌های جلسات قبل و ایفای نقش بچه‌ها	۹۰ دقیقه

روش اجرا

در این پژوهش، ابتدا از طریق دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی دانشگاه تهران نامه‌ای مبنی بر مجوز انجام فعالیت پژوهشی در مدرسه به آموزش و پرورش کل استان تهران ارائه و سپس مجوز لازم اخذ شد. در ادامه، بعد از مراجعه به مجتمع آموزشی دخترانه نابینایان نرجس، مدیر مجتمع، امکانات لازم برای شروع کار پژوهشی را در اختیار پژوهشگر قرار داد. در ابتدا، قبل از اجرای برنامه مداخله قصه درمانی، جلسات قصه‌درمانی توسط پژوهشگران با نظارت اساتید روان‌شناسی با بررسی پیشینه‌های پژوهشی و مرور برنامه‌های موجود، کتاب‌های قصه کودک و پروتکل درمانی قصه‌درمانی (۴۴) طراحی و تدوین شد. همچنین، کتاب‌هایی انتخاب شد که از نظر توجه به تاب‌آوری و تنظیم شناختی هیجانی به‌عنوان داستان‌های برگزیده انتخاب شدند. خلاصه جلسات قصه‌درمانی در جدول (۱) ارائه شده است. هدف از طراحی برنامه، آموزش مهارت‌های تنظیم شناختی هیجانی (شامل شناخت هیجانات و نشانه‌های بدنی هیجان، نحوه مدیریت هیجان منفی در موقعیت) و آموزش تاب‌آوری دانش‌آموزان

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-01-30]

نابینا بود. سپس، چک‌لیست روایی متخصصان جهت تأیید متناسب بودن قصه‌ها و تمرین‌ها برای دانش‌آموزان نابینا نیز تهیه شد و توسط متخصصان که از نزدیک با مسائل آموزش کودکان با آسیب بینایی در ارتباط بودند، بررسی و تکمیل شد. از این افراد درخواست شد تا میزان متناسب بودن هر یک از جلسات و قصه‌ها را نمره‌گذاری کنند. بنابراین، روایی محتوایی پروتکل قصه‌درمانی توسط ۴ نفر از متخصصان روان‌شناسی دارای مدرک دکتری تأیید شد و سپس در این پژوهش به‌کار رفت. شایان ذکر است که یکی از پژوهشگران (نویسنده دوم مقاله) با همکاری مدیر مجتمع آموزشی دخترانه نابینایان نرجس و بعد از گرفتن رضایت‌نامه از والدین این دانش‌آموزان و تکمیل پرسشنامه‌ها توسط دانش‌آموزان نابینا، جلسات قصه‌درمانی را اجرا کرد. روایت قصه به همراه مشارکت دانش‌آموزان نابینا انجام شد. به‌عبارت دیگر، فرآیند خواندن قصه از طریق پرسش توسط پژوهشگر، نیمه‌تمام گذاشتن داستان، پرسیدن نظر دانش‌آموزان انجام شد. در پایان، تمام افراد تمرین و بازی نقش مربوط به مهارت یادگرفته شده از طریق قصه را انجام می‌دادند و تکلیفی متناسب با آن برای جلسه بعد دریافت می‌کردند و جلسه بعد با بررسی آن تکلیف آغاز می‌شد.

بعد از تعیین جلسات مداخله قصه‌درمانی، پیش‌آزمون برای هر دو گروه به‌صورت انفرادی اجرا شد. از هر یک از آزمودنی‌ها درخواست شد که به پرسش‌های مقیاس‌های تاب‌آوری و تنظیم شناختی هیجانی مربوطه پاسخ دهند. لازم به ذکر است که پرسش‌ها توسط پژوهش‌گر به‌صورت شفاهی برای دانش‌آموزان قرائت شد. پس از گرفتن پیش‌آزمون، آزمودنی‌ها به‌طور تصادفی به دو گروه گواه و آزمایشی تقسیم شدند. آزمودنی‌ها (دانش‌آموزان نابینا) جلسات قصه‌درمانی را مطابق جدول (۱) در قالب ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای و به‌صورت گروهی دریافت کردند. گروه گواه هیچ‌گونه آموزشی دریافت نکرد. پس از پایان جلسات قصه درمانی، پس‌آزمون از همه‌ی اعضای گروه آزمایشی و گروه گواه با استفاده از مقیاس‌های تاب‌آوری و تنظیم هیجانی به‌عمل آمد.

یافته‌ها

آزمودنی‌های این پژوهش را دانش‌آموزان نابینا تشکیل دادند که در گروه آزمایشی ۶ نفر از دانش‌آموزان نابینا پایه سوم (۰/۴۰درصد) و ۹ نفر از دانش‌آموزان نابینا پایه چهارم (۶۰/۰ درصد) و در گروه گواه ۷ نفر از دانش‌آموزان نابینا پایه سوم (۴۶/۷ درصد) و ۸ نفر از دانش‌آموزان نابینا پایه چهارم (۵۳/۳ درصد) بودند. همچنین، در گروه آزمایشی ۶ نفر از دانش‌آموزان نابینا ۹ ساله (۰/۴۰ درصد) و ۹ نفر از دانش‌آموزان نابینا ۱۰ ساله (۶۰/۰ درصد) و در گروه گواه ۷ نفر از دانش‌آموزان نابینا ۹ ساله (۴۶/۷ درصد) و ۸ نفر از دانش‌آموزان نابینا ۱۰ساله (۵۳/۳ درصد) بودند.

جدول۲) میانگین و انحراف استاندارد و آزمون کولموگراف-اسمیرنف برای متغیرهای تاب‌آوری و تنظیم شناختی هیجانی در دو گروه آزمایشی و گواه

متغیرها	وضعیت	گروه	M	SD	K-SZ	P
تاب‌آوری (کل)	پیش‌آزمون	آزمایشی	۷۰/۵۳	۴/۸۶	۰/۶۲	۰/۸۳
		گواه	۷۱/۱۳	۵/۰۴	۰/۴۲	۰/۹۹
	پس‌آزمون	آزمایشی	۱۰۶/۰۰۰	۳/۷۴	۰/۵۳	۰/۹۳
		گواه	۷۱/۰۰	۶/۰۳	۰/۵۲	۰/۹۴
شایستگی فردی	پیش‌آزمون	آزمایشی	۲۰/۸۰	۲/۵۶	۰/۵۲	۰/۹۴
		گواه	۲۱/۹۳	۲/۸۶	۰/۶۳	۰/۸۱
	پس‌آزمون	آزمایشی	۳۴/۴۶	۳/۲۰	۰/۴۳	۰/۹۹
		گواه	۲۱/۰۰	۲/۵۳	۰/۶۴	۰/۷۹
اعتماد به غرایز فردی و تحمل عاطفه منفی	پیش‌آزمون	آزمایشی	۱۹/۸۶	۱/۹۹	۰/۷۸	۰/۵۷
		گواه	۱۹/۸۰	۱/۶۱	۰/۶۰	۰/۸۵
	پس‌آزمون	آزمایشی	۳۰/۳۳	۱/۵۸	۰/۷۵	۰/۶۱
		گواه	۲۰/۳۳	۲/۰۲	۰/۶۶	۰/۷۷

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-01-30]

متغیرها	وضعیت	گروه	M	SD	K-SZ	P
پذیرش و تغییر در روابط	پیش‌آزمون	آزمایشی	۱۵/۰۰	۲/۹۷	۰/۶۴	۰/۷۹
		گواه	۱۴/۶۶	۳/۱۹	۰/۷۰	۰/۷۰
	پس‌آزمون	آزمایشی	۲۰/۸۶	۲/۸۵	۰/۴۶	۰/۹۸
		گواه	۱۴/۸۶	۳/۰۶	۰/۵۷	۰/۸۹
کنترل	پیش‌آزمون	آزمایشی	۸/۴۰	۱/۹۵	۰/۸۵	۰/۴۶
		گواه	۸/۰۶	۱/۹۸	۰/۵۹	۰/۸۷
	پس‌آزمون	آزمایشی	۱۱/۸۰	۱/۴۷	۰/۷۴	۰/۶۳
		گواه	۸/۲۶	۲/۰۱	۰/۷۰	۰/۷۱
تأثیرات معنوی	پیش‌آزمون	آزمایشی	۶/۴۶	۱/۵۰	۰/۶۲	۰/۸۲
		گواه	۶/۵۳	۱/۵۰	۰/۶۶	۰/۷۶
	پس‌آزمون	آزمایشی	۸/۵۳	۰/۹۱	۱/۲۳	۰/۰۹
		گواه	۶/۶۶	۱/۶۷	۰/۷۲	۰/۶۷
تنظیم شناختی هیجانی (کل)	پیش‌آزمون	آزمایشی	۵۱/۶۰	۴/۱۱	۰/۷۲	۰/۶۷
		گواه	۵۳/۷۳	۵/۱۶	۰/۹۴	۰/۳۳
	پس‌آزمون	آزمایشی	۵۶/۴۰	۳/۴۳	۰/۵۵	۰/۹۲
		گواه	۵۱/۶۶	۳/۸۶	۰/۹۱	۰/۳۷
خود را مقصر دانستن	پیش‌آزمون	آزمایشی	۷/۲۶	۱/۹۰	۰/۸۴	۰/۴۷
		گواه	۷/۶۶	۱/۶۷	۰/۷۲	۰/۶۷
	پس‌آزمون	آزمایشی	۳/۲۰	۱/۲۰	۰/۹۰	۰/۳۹
		گواه	۷/۵۳	۱/۵۵	۰/۶۲	۰/۸۳
پذیرش	پیش‌آزمون	آزمایشی	۴/۳۳	۱/۶۳	۰/۹۵	۰/۳۱
		گواه	۴/۴۶	۱/۵۹	۰/۸۳	۰/۴۹
	پس‌آزمون	آزمایشی	۷/۸۶	۱/۲۴	۰/۷۳	۰/۶۴
		گواه	۳/۶۶	۰/۹۷	۰/۹۰	۰/۳۸
نشخوار فکری	پیش‌آزمون	آزمایشی	۶/۷۳	۱/۷۵	۰/۷۵	۰/۶۱
		گواه	۷/۶۶	۱/۶۷	۰/۷۲	۰/۶۷
	پس‌آزمون	آزمایشی	۳/۴۰	۰/۷۳	۱/۲۶	۰/۰۸
		گواه	۶/۸۰	۱/۴۷	۰/۵۹	۰/۸۶
توجه مثبت مجدد	پیش‌آزمون	آزمایشی	۳/۸۶	۰/۹۹	۰/۸۱	۰/۵۲
		گواه	۴/۴۰	۰/۷۳	۱/۲۶	۰/۰۸
	پس‌آزمون	آزمایشی	۸/۶۰	۰/۹۸	۰/۷۵	۰/۶۱
		گواه	۴/۰۶	۰/۷۹	۰/۸۱	۰/۵۱
متمرکز بر برنامه‌ریزی	پیش‌آزمون	آزمایشی	۴/۰۶	۱/۲۲	۰/۸۱	۰/۵۱
		گواه	۴/۳۳	۱/۳۴	۰/۷۶	۰/۶۰
	پس‌آزمون	آزمایشی	۸/۰۶	۱/۰۳	۰/۸۰	۰/۵۳
		گواه	۳/۷۳	۱/۲۲	۰/۷۲	۰/۶۷
بازنگری و ارزیابی مجدد به‌صورت مثبت	پیش‌آزمون	آزمایشی	۳/۵۳	۰/۹۱	۰/۸۸	۰/۴۱
		گواه	۳/۹۳	۱/۰۳	۰/۸۰	۰/۵۳
	پس‌آزمون	آزمایشی	۸/۲۰	۰/۷۷	۰/۹۶	۰/۳۰
		گواه	۳/۶۰	۱/۰۵	۰/۹۵	۰/۳۱

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-01-30]

متغیرها	وضعیت	گروه	M	SD	K-SZ	P
تحت نظر قرار دادن	پیش‌آزمون	آزمایشی	۶/۴۶	۱/۴۵	۰/۶۸	۰/۷۴
		گواه	۶/۲۶	۱/۲۷	۰/۷۱	۰/۶۹
	پس‌آزمون	آزمایشی	۳/۹۳	۰/۸۸	۱/۰۲	۰/۲۴
		گواه	۶/۶۰	۱/۴۰	۰/۸۲	۰/۵۰
فاجعه‌آمیز تلقی کردن	پیش‌آزمون	آزمایشی	۷/۴۶	۰/۷۲	۱/۲۸	۰/۰۷
		گواه	۷/۳۳	۰/۷۲	۱/۱۱	۰/۱۶
	پس‌آزمون	آزمایشی	۹/۰۶	۰/۷۹	۰/۸۲	۰/۵۱
		گواه	۷/۶۰	۱/۰۵	۰/۸۴	۰/۴۶
مقصر دانستن دیگران	پیش‌آزمون	آزمایشی	۷/۸۶	۱/۱۸	۰/۸۱	۰/۵۱
		گواه	۷/۶۶	۱/۱۷	۰/۸۲	۰/۵۱
	پس‌آزمون	آزمایشی	۴/۰۶	۱/۰۳	۰/۸۰	۰/۵۳
		گواه	۸/۰۶	۰/۸۸	۱/۰۲	۰/۲۴

در جدول (۲) آمار توصیفی مربوط به میانگین و انحراف معیار نمرات تاب‌آوری (شایستگی فردی، اعتماد به غرایز فردی و تحمل عاطفه منفی، پذیرش و تغییر در روابط، کنترل و تأثیرات معنوی) و تنظیم شناختی هیجانی و زیرمقیاس‌های آن (خود را مقصر دانستن، پذیرش، نشخوار فکری، توجه مثبت مجدد، متمرکز بر برنامه‌ریزی، بازنگری و ارزیابی مجدد به‌صورت مثبت، تحت نظر قرار دادن، فاجعه‌آمیز تلقی کردن و مقصر دانستن دیگران) به تفکیک برای افراد گروه‌های آزمایشی و گواه در دو مرحله سنجش (پیش‌آزمون و پس‌آزمون) نشان داده شده است. همان‌طور که ملاحظه می‌شود در گروه کنترل میانگین نمرات در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون تاب‌آوری (شایستگی فردی، اعتماد به غرایز فردی و تحمل عاطفه منفی، پذیرش و تغییر در روابط، کنترل و تأثیرات معنوی) و تنظیم شناختی هیجانی و زیرمقیاس‌های آن (خود را مقصر دانستن، پذیرش، نشخوار فکری، توجه مثبت مجدد، متمرکز بر برنامه‌ریزی، بازنگری و ارزیابی مجدد به‌صورت مثبت، تحت نظر قراردادن، فاجعه‌آمیز تلقی‌کردن و مقصر دانستن دیگران) تغییر چندانی را نشان نمی‌دهند ولی در گروه آزمایشی شاهد تفاوت میانگین نمرات در پس‌آزمون گروه آزمایشی نسبت به پیش‌آزمون گروه آزمایشی و گواه و پس‌آزمون گروه گواه هستیم. همچنین، بررسی پیش‌فرض نرمال بودن توزیع نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون در هر دو گروه آزمایشی و گواه برای متغیرهای تنظیم شناختی هیجانی و زیرمقیاس‌های آن از آزمون کولموگراف-اسمیرنف استفاده شد. در این جدول، نتایج آزمون کولموگراف-اسمیرنف برای بررسی هنجار بودن داده‌ها گزارش شده است. با توجه به جدول آزمون z کولموگراف-اسمیرنف برای متغیرها معنادار نیست. پس می‌توان توزیع هنجار متغیرها را نتیجه گرفت (p> ۰/۰۵).

برای ارزیابی اثربخشی آموزش قصه‌درمانی بر تاب‌آوری و تنظیم شناختی هیجانی دانش‌آموزان نابینا از تحلیل کواریانس چندمتغیره استفاده شد. قابل ذکر است که قبل از اجرای تحلیل کواریانس چندمتغیره برای بررسی پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها از آزمون همگنی واریانس‌های لوین استفاده شد. نتایج آزمون لوین در مورد پیش‌فرض همگنی واریانس‌های نمرات متغیرهای تاب‌آوری و زیرمقیاس‌های آن نشان داد واریانس‌های متغیرهای تاب‌آوری، شایستگی فردی، اعتماد به غرایز فردی و تحمل عاطفه منفی، پذیرش و تغییر در روابط، کنترل و تأثیرات معنوی به ترتیب (F=۲/۶۶، p>۰/۱۱)، (F=۰/۹۳، p>۰/۳۴)، (F=۲/۹۷، p>۰/۰۹)، (p>۰/۹۶، F=۰/۰۰۲)، (F=۰/۱۱، p>۰/۷۴) و (F=۰/۱۳، p>۰/۷۱) در گروه‌ها برابر است. به‌عبارت دیگر، سطوح معناداری آزمون لوین برای تاب‌آوری و زیرمقیاس‌های آن بیشتر از ۰/۵ است و فرض صفر برای تساوی واریانس‌های نمرات دو گروه در متغیر پژوهش تأیید شد (p>۰/۰۵). نتایج آزمون باکس برای همسانی ماتریس کواریانس متغیرهای تاب‌آوری و زیرمقیاس‌های آن نشان داد که مفروضه همگنی ماتریس کواریانس برقرار بود (BoxM=۲۱/۵۱، F=۱/۱۵، p>۰/۳۰). آماره لامبدای ویلکز به‌عنوان شاخص‌های آماری چندمتغیره در تحلیل کواریانس متغیرهای وابسته تاب‌آوری و زیرمقیاس‌های آن گزارش شد. شاخص اثر لامبدای ویلکز که اثر نوع گروه بر

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-01-30]

ترکیب خطی متغیرهای وابسته را نشان می‌دهد، معنادار است و اندازه اثر برابر با ۰/۹۷ بود (p <۰/۰۰۱). سطح معناداری آماره چندمتغیری لامبدای ویلکز کوچکتر از ۰/۰۵ به‌دست آمد (F=۱۴۰/۹۲، p<۰/۰۰۱). بدین ترتیب، فرض صفر آماری رد و مشخص می‌شود که بین تاب‌آوری (کل) و زیرمقیاس‌های آن در دو گروه آزمایشی و کنترل در پس‌آزمون تفاوت معناداری وجود دارد. به‌منظور بررسی تفاوت دو گروه آزمایشی و گواه در هر یک از متغیرهای پژوهش مانند تاب‌آوری (کل) و زیرمقیاس‌های تاب‌آوری از تحلیل کواریانس چندمتغیره استفاده شد که نتایج آن در جدول (۳) ارائه شده است.

جدول ۳) نتایج آزمون تحلیل کواریانس چند متغیره برای تاب‌آوری و مؤلفه‌های آن در دو گروه آزمایشی و گواه

منبع تغییرات	متغیرهای وابسته	Ss	df	Sm	F	P	Eta2
گروه	تاب‌آوری	۹۰۵۶/۱۲	۱	۹۰۵۶/۱۲	۶۶۲/۵۴	۰/۰۰۱	۰/۹۶
	شایستگی فردی	۱۴۰۳/۳۷	۱	۱۴۰۳/۳۷	۲۳۶/۲۴	۰/۰۰۱	۰/۹۱
	اعتماد به غرایز فردی و تحمل عاطفه منفی	۷۳۰/۵۸	۱	۷۳۰/۵۸	۲۴۵/۴۴	۰/۰۰۱	۰/۹۱
	پذیرش و تغییر در روابط	۳۰۰/۱۴	۱	۳۰۰/۱۴	۳۰۰/۱۴	۰/۰۰۱	۰/۶۷
	کنترل	۷۹/۰۲	۱	۷۹/۰۲	۳۶/۴۱	۰/۰۰۱	۰/۶۱
	تأثیرات معنوی	۱۹/۸۷	۱	۱۹/۸۷	۱۶/۱۵	۰/۰۰۱	۰/۴۱

نتایج تحلیل کواریانس چندمتغیره در جدول (۳) نشان داد که بعد از کنترل اثر پیش‌آزمون‌ها بر روی نمره پس‌آزمون، اثر گروهی در تمام پس‌آزمون‌ها، معنادار شد. به‌عبارت دیگر، در تمام پس‌آزمون‌ها، بین میانگین‌های گروه‌های آزمایشی و گواه، تفاوت معنادار وجود داشت. این نشان‌دهنده‌ی تأثیر مثبت مداخله آزمایشی بر متغیرهای تاب‌آوری (کل)، شایستگی فردی، اعتماد به غرایز فردی و تحمل عاطفه منفی، پذیرش و تغییر در روابط، کنترل، و تأثیرات معنوی بود (p<۰/۰۰۱). بنابراین فرض صفر رد و فرض پژوهش مورد تأیید قرار می‌گیرد. با توجه به بالا بودن میانگین نمرات گروه آزمایشی در مرحله پس‌آزمون در مقایسه با افراد گروه کنترل نتیجه گرفته می‌شود که قصه‌درمانی مؤثر بوده و موجب بهبود تاب‌آوری و زیرمقیاس‌های آن در کودکان نابینا شده است. میزان تأثیر یا تفاوت در مؤلفه‌های شایستگی فردی (۰/۹۱)، اعتماد به غرایز فردی و تحمل عاطفه منفی (۰/۹۱)، پذیرش و تغییر در روابط (۰/۶۷)، کنترل (۰/۶۱)، تأثیرات معنوی (۰/۴۱) و تاب‌آوری (۰/۹۶) بود.

علاوه بر تحلیل فوق، نتایج آزمون لوین در مورد پیش‌فرض همگنی واریانس‌های نمرات متغیرهای تنظیم شناختی هیجانی و زیرمقیاس‌های آن نشان داد که واریانس‌های متغیرهای تنظیم شناختی-هیجانی (کل)، خود را مقصر دانستن، نشخوار فکری، توجه مثبت مجدد، متمرکز بر برنامه‌ریزی، بازنگری و ارزیابی مجدد به‌صورت مثبت، تحت نظر قرار دادن، فاجعه‌آمیز تلقی کردن و مقصر دانستن دیگران به ترتیب (F=۰/۰۲ ،p>۰/۸۸)، (p>۰/۳۷ ،F=۰/۸۱)، (p>۰/۸۲ ،F=۰/۰۵)، (p>۰/۰۸، F=۳۲/۳۰)، (p>۰/۸۰ ،F=۰/۰۶)، (p>۰/۳۶ ،F=۰/۸۶)، (p>۰/۳۱ ،F=۱/۰۳)، (p>۰/۴۷ ،F=۰/۵۳)، (p>۰/۴۹ ،F=۰/۴۷) و (p>۰/۴۸ ،F=۰/۵۱) در گروه‌ها برابر است. به‌عبارت دیگر سطوح معناداری آزمون لوین برای متغیرهای تنظیم شناختی هیجانی (زیرمقیاس‌های آن) بیشتر از ۰/۵ است و فرض صفر برای تساوی واریانس‌های نمرات دو گروه در متغیر پژوهش تأیید شد (p>۰/۰۵). همچنین، نتایج آزمون باکس برای همسانی ماتریس کواریانس متغیرهای تنظیم شناختی و زیرمقیاس‌های آن نشان داد که مفروضه همگنی ماتریس کواریانس برقرار بود (p>۰/۱۰ ،F=۱/۲۷ ،BoxM=۸۸/۹۰). آماره لامبدای ویلکز به‌عنوان شاخص‌های آماری چندمتغیره در تحلیل کواریانس متغیرهای وابسته تنظیم شناختی هیجانی و زیرمقیاس‌های آن گزارش شد. شاخص اثر لامبدای ویلکز که اثر نوع گروه بر ترکیب خطی متغیرهای وابسته را نشان می‌دهد، معنادار است و اندازه اثر برابر با ۰/۹۶ بود (p<۰/۰۰۱). سطح معناداری آماره چندمتغیری لامبدای ویلکز کوچکتر از ۰/۰۵ به‌دست آمد (F=۳۵/۱۱ ،p<۰/۰۰۱). بدین ترتیب، فرض صفر آماری رد و مشخص می‌شود که بین تنظیم شناختی هیجانی (کل) و زیرمقیاس‌های آن در دو گروه آزمایشی و گواه در پس‌آزمون تفاوت معناداری وجود دارد. به‌منظور بررسی

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-01-30]

تفاوت دو گروه آزمایشی و گواه در هر یک از متغیرهای تنظیم شناختی هیجانی (کل) و زیرمقیاس‌های آن از تحلیل کواریانس چندمتغیره استفاده شد که نتایج آن در جدول (۴) ارائه شده است.

جدول۴) نتایج آزمون تحلیل کواریانس چندمتغیره برای تنظیم شناختی هیجانی و مؤلفه‌های آن در دو گروه آزمایشی و گواه

منبع تغییرات	متغیرهای وابسته	Ss	df	Sm	F	P	Eta2
گروه	تنظیم شناختی هیجانی (کل)	۱۵۲/۴۵	۱	۱۵۲/۴۵	۱۵/۷۱	۰/۰۰۱	۰/۴۵
	خود را مقصر دانستن	۶۰/۴۳	۱	۶۰/۴۳	۵۴/۷۸	۰/۰۰۱	۰/۷۴
	پذیرش	۶۴/۵۴	۱	۶۴/۵۴	۶۸/۷۵	۰/۰۰۱	۰/۷۸
	نشخوار فکری	۴۴/۱۲	۱	۴۴/۱۲	۴۲/۶۷	۰/۰۰۱	۰/۶۹
	توجه مثبت مجدد	۹۸/۶۵	۱	۹۸/۶۵	۱۵۱/۴۱	۰/۰۰۱	۰/۸۸
	متمرکز بر برنامه‌ریزی	۸۹/۹۹	۱	۸۹/۹۹	۶۳/۷۳	۰/۰۰۱	۰/۷۷
	بازنگری و ارزیابی مجدد مثبت	۱۰۸/۰۸	۱	۱۰۸/۰۸	۱۰۶/۲۶	۰/۰۰۱	۰/۸۴
	تحت نظر قرار دادن	۲۶/۳۵	۱	۲۶/۳۵	۱۸/۰۳	۰/۰۰۱	۰/۴۸
	فاجعه‌آمیز تلقی کردن	۱۰/۵۷	۱	۱۰/۵۷	۱۵/۲۱	۰/۰۰۱	۰/۴۴
	مقصر دانستن دیگران	۸۴/۷۱	۱	۸۴/۷۱	۱۴۸/۳۳	۰/۰۰۱	۰/۸۸

نتایج تحلیل کواریانس چندمتغیره در جدول (۴) نشان داد که بعد از کنترل اثر پیش‌آزمون‌ها بر روی نمره پس‌آزمون، اثر گروهی در تمام پس‌آزمون‌ها، معنادار شد. به‌عبارت دیگر، در تمام پس‌آزمون‌ها، بین میانگین‌های گروه‌های آزمایشی و گواه، تفاوت معنادار وجود داشت. این نشان‌دهنده‌ی تأثیر مثبت مداخله آزمایشی (قصه درمانی) بر متغیرهای تنظیم شناختی-هیجانی (کل)، خود را مقصر دانستن، نشخوار فکری، توجه مثبت مجدد، متمرکز بر برنامه‌ریزی، بازنگری و ارزیابی مجدد به‌صورت مثبت، تحت نظر قرار دادن، فاجعه‌آمیز تلقی کردن و مقصر دانستن دیگران بود ($p<0/001$). بنابراین فرض صفر رد و فرض پژوهش مورد تأیید قرار می‌گیرد. با توجه به پایین بودن میانگین نمرات متغیرهای خود را مقصر دانستن، نشخوار فکری، فاجعه‌آمیزی تلقی کردن، تحت نظر قرار دادن و مقصر دانستن دیگران و بالا بودن میانگین نمرات متغیرهای توجه مثبت مجدد، متمرکز بر برنامه‌ریزی، بازنگری و ارزیابی مجدد به‌صورت مثبت گروه آزمایشی در مرحله پس‌آزمون در مقایسه با افراد گروه گواه نتیجه گرفته می‌شود که قصه‌درمانی مؤثر بوده و موجب بهبود بهبود تنظیم شناختی هیجانی و زیرمقیاس‌های آن در کودکان نابینا شده است. میزان تأثیر یا تفاوت در مؤلفه‌های تنظیم شناختی-هیجانی (کل) (۰/۴۵)، خود را مقصر دانستن (۰/۷۴)، نشخوار فکری (۰/۶۹)، توجه مثبت مجدد (۰/۸۸)، متمرکز بر برنامه‌ریزی (۰/۷۷)، بازنگری و ارزیابی مجدد به‌صورت مثبت (۰/۸۴)، تحت نظر قرار دادن (۰/۴۸)، فاجعه‌آمیز تلقی کردن (۰/۴۴) و مقصر دانستن دیگران (۰/۸۸) بود.

جدول۵) میانگین و انحراف معیار تعدیل شده تاب‌آوری (مؤلفه‌های آن) و تنظیم شناختی هیجانی (مؤلفه‌های آن) به همراه حدود اطمینان ۹۵درصد

متغیرهای وابسته	گروه‌ها	میانگین	انحراف معیار	حدود اطمینان ۹۵ درصد	
				حد پایین	حد بالا
تاب‌آوری (کل)	آزمایشی	۱۰۶/۵۱	۰/۹۷	۱۰۴/۵۰	۱۰۸/۵۲
	گواه	۷۰/۶۱	۰/۹۷	۶۸/۶۱	۷۲/۶۲
شایستگی فردی	آزمایشی	۳۴/۷۹	۰/۶۴	۳۳/۴۷	۳۶/۱۲
	گواه	۲۰/۶۶	۰/۶۴	۱۹/۳۴	۲۱/۹۹

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-01-30]

متغیرهای وابسته	گروه‌ها	میانگین	انحراف معیار	حدود اطمینان ۹۵ درصد	
				حد پایین	حد بالا
اعتماد به غرایز فردی و تحمل عاطفه منفی	آزمایشی	۳۰/۴۳	۰/۴۵	۲۹/۴۹	۳۱/۳۶
	گواه	۲۰/۲۳	۰/۴۵	۱۹/۲۹	۲۱/۱۷
پذیرش و تغییر در روابط	آزمایشی	۲۱/۱۳	۰/۶۶	۱۹/۷۶	۲۲/۵۰
	گواه	۱۴/۵۹	۰/۶۶	۱۳/۲۳	۱۵/۹۶
کنترل	آزمایشی	۱۱/۷۱	۰/۳۸	۱۰/۹۱	۱۲/۵۱
	گواه	۸/۳۵	۰/۳۸	۷/۵۵	۹/۱۵
تأثیرات معنوی	آزمایشی	۸/۴۴	۰/۲۹	۷/۸۳	۹/۰۴
	گواه	۶/۷۵	۰/۲۹	۶/۱۵	۷/۳۶
تنظیم شناختی هیجانی (کل)	آزمایشی	۵۶/۷۵	۰/۸۹	۵۴/۸۹	۵۸/۶۲
	گواه	۵۱/۳۰	۰/۸۹	۴۹/۴۴	۵۳/۱۷
خود را مقصر دانستن	آزمایشی	۷/۰۸	۰/۳۰	۳/۰۲	۴/۲۸
	گواه	۳/۶۵	۰/۳۰	۶/۴۵	۷/۷۱
پذیرش	آزمایشی	۷/۵۴	۰/۲۷	۶/۹۵	۸/۱۲
	گواه	۳/۹۹	۰/۲۷	۳/۴۱	۴/۵۷
نشخوار فکری	آزمایشی	۳/۶۳	۰/۲۹	۳/۰۲	۴/۲۴
	گواه	۶/۵۶	۰/۲۹	۵/۹۵	۷/۱۷
توجه مثبت مجدد	آزمایشی	۸/۵۲	۰/۲۳	۸/۰۴	۹/۰۱
	گواه	۴/۱۴	۰/۲۳	۳/۶۵	۴/۶۲
متمرکز بر برنامه‌ریزی	آزمایشی	۷/۹۹	۰/۳۴	۷/۲۸	۴/۵۱
	گواه	۳/۸۰	۰/۳۴	۳/۰۹	۸/۷۰
بازنگری و ارزیابی مجدد مثبت	آزمایشی	۸/۱۹	۰/۲۸	۷/۵۹	۸/۸۰
	گواه	۳/۶۰	۰/۲۸	۳/۰۰	۴/۲۰
تحت نظر قرار دادن	آزمایشی	۴/۱۳	۰/۳۴	۳/۴۰	۷/۱۲
	گواه	۶/۴۰	۰/۳۴	۵/۶۷	۴/۸۵
فاجعه‌آمیز تلقی کردن	آزمایشی	۹/۰۵	۰/۲۳	۸/۵۵	۹/۵۵
	گواه	۷/۶۱	۰/۲۳	۷/۱۱	۸/۱۱
مقصر دانستن دیگران	آزمایشی	۴/۰۳	۰/۲۱	۷/۶۴	۸/۵۵
	گواه	۸/۰۹	۰/۲۱	۳/۵۸	۴/۴۸

تفاضل میانگین تعدیل شده‌ی گروه‌های آزمایشی و گواه برای متغیرهای تاب‌آوری (کل) و مؤلفه‌های آن از قبیل شایستگی فردی، اعتماد به غرایز فردی و تحمل عواطف منفی، پذیرش و تغییر در روابط، کنترل و تأثیرات معنوی معنادار است. یعنی قصه‌درمانی با اطمینان ۹۵ درصد بر افزایش تاب‌آوری و مؤلفه‌های آن در دانش‌آموزان نابینا تأثیر داشته است. همچنین، تفاضل میانگین تعدیل شده‌ی گروه‌های آزمایشی و گواه برای تنظیم شناختی هیجانی (کل) و مؤلفه‌های آن از قبیل خود را مقصر دانستن، پذیرش، نشخوار فکری، توجه مثبت مجدد، متمرکز بر برنامه‌ریزی، بازنگری و ارزیابی مجدد به‌صورت مثبت، تحت نظر قرار دادن، فاجعه‌آمیز تلقی‌کردن و مقصر دانستن دیگران معنادار است. یعنی قصه‌درمانی با اطمینان ۹۵ درصد بر افزایش تنظیم شناختی هیجانی، پذیرش، توجه مثبت مجدد، متمرکز بر برنامه‌ریزی، بازنگری و ارزیابی مجدد به‌صورت مثبت و کاهش مؤلفه‌های خود را مقصر دانستن، نشخوار فکری، تحت نظر قرار دادن، فاجعه‌آمیز تلقی‌کردن و مقصر دانستن دیگران در دانش‌آموزان نابینا تأثیر داشته است.

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-01-30]

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر، تعیین اثربخشی قصه‌درمانی بر تاب‌آوری و تنظیم شناختی هیجانی در کودکان نابینا بود. نتایج تحلیل کواریانس متغیره نشان داد که تاب‌آوری و تنظیم شناختی دانش‌آموزان نابینا در گروهی که مداخله قصه‌درمانی را دریافت کرده بودند، به‌صورت معناداری بالاتر از گروهی بودند که مداخله قصه‌درمانی را دریافت نکرده بودند.

یکی از نتایج پژوهش این بود که قصه‌درمانی موجب افزایش تاب‌آوری در دانش‌آموزان نابینا شده است. نتیجه این پژوهش با یافته‌های کیهیل و همکاران همسو است. کیهیل و همکاران در پژوهش خود نشان دادند که با اجرای مداخله قصه‌درمانی می‌توان تاب‌آوری افراد را افزایش داد (۴۵). همچنین، یافته این پژوهش با نتیجه‌ی پژوهشی تیلوت و همکاران همسو است. تیلوت و همکاران در پژوهش خود به تأثیر مداخله قصه‌درمانی بر افزایش تاب‌آوری در کودکان ۴ تا ۸ ساله تأکید دارند (۳۹). علاوه بر این، نتیجه‌ی این پژوهش با یافته‌ی مارگر و استون همسو است. نتایج پژوهشی مارگر و استون نشان داد که قصه‌درمانی تأثیر معناداری بر بهبود کارآمدی تاب‌آوری افراد دارد (۴۷). در این راستا، نتیجه این پژوهش با نتیجه سوری و همکاران همسو است. در پژوهش سوری و همکاران اثربخشی اجرای مداخله قصه‌درمانی در کودکانی که تاب‌آوری پایینی دارند، گزارش شده است (۴۸). در راستای نتایج این پژوهش با نتایج خسروی همسو است. نتایج خسروی بیانگر تأثیر معنادار مداخله قصه‌درمانی بر ارتقاء تاب‌آوری است (۴۹). همچنین، نتیجه این پژوهش با یافته مشجری صنعتی و اصغری نکاح همسو است. در پژوهش مشجری صنعتی و اصغری نکاح نشان داده شد که مداخله قصه‌درمانی موجب افزایش تاب‌آوری در کودکان می‌شود (۵۰). در تبیین یافته‌های پژوهش حاضر می‌توان به نتایج مطالعات کیهیل و همکاران، تیلوت و همکاران، مارگر و استون، خسروی، سوری و همکاران و مشجری صنعتی و اصغری نکاح که از قصه‌درمانی در افزایش تاب‌آوری در کودکان استفاده کرده‌اند، اشاره کرد. در واقع، یکی از مداخلات مؤثر در بهبود تاب‌آوری کودکان، مداخله قصه‌درمانی است که این مداخله با آموزش غیرمستقیم مهارت‌هایی مانند خودآگاهی نسبت به خود، حل مسئله، دوست‌یابی، جرئت‌ورزی، کنترل نگرانی و مهارت کنترل خشم از طریق داستان‌هایی که این مفاهیم را آموزش می‌دهد، موجب ارتقاء تاب‌آوری می‌شود (۳۹). مداخله قصه‌درمانی یک فرآیند شناختی رفتاری است که با قصه‌های مختلف به کودکانی که تاب‌آوری ضعیفی دارند، توانایی مقابله با موقعیت‌های مختلف مشکل‌زا را آموزش می‌دهد (۴۵). در این راستا، کودکانی که تاب‌آوری ضعیفی در مقایسه با روبه‌رو شدن با مشکلات دارند، همزادپنداری با شخصیت قصه‌ها که توانایی انطباق با مشکلات و شرایط ناگوار دارند، موجب افزایش خودآگاهی کودکان می‌شود که به‌دنبال آن، تاب‌آوری کودکان بهبود می‌یابد. به‌عبارت دیگر، کودکانی که انعطاف‌پذیری و صبر پایینی دارند، خود را با شخصیت قصه که انعطاف‌پذیری در برابر روبه‌رو شدن با سختی‌ها را دارند، منطبق داده و همانند قهرمان داستان خود را به چالش گذاشته و شجاعانه به استقبال حوادث دشوار زندگی می‌رود و در نتیجه تاب‌آوری این کودکان که تحت مداخله قصه‌درمانی بودند، افزایش می‌یابد و همانند قهرمان قصه، قادرند براساس افکار، احساسات و باورهای شخصی خود تصمیم گرفته و احساس خودکفایی و استقلال کرده و توانایی مقابله با شرایط استرس‌زای محیط را داشته باشند (۴۷).

افزون بر این، یافته دیگر پژوهش نشان داد که قصه‌درمانی بر افزایش شایستگی فردی دانش‌آموزان نابینا اثربخش بوده است. نتیجه این پژوهش با نتایج پژوهش تیلوت و همکاران همسو است. تیلوت و همکاران در پژوهشی نشان دادند که مداخله قصه‌درمانی موجب افزایش شایستگی فرد در کودکان ۴ تا ۸ ساله می‌شود (۳۹). نتیجه به‌دست آمده را براساس نتایج پژوهشی تیلوت و همکاران می‌توان تبیین کرد که قصه‌درمانی کمک می‌کند که کودکان با همزادپنداری با قهرمانان قصه، واکنش‌دهی، فعالیت انعطاف‌پذیری و سازگاری را در برابر ناملایمات زندگی فرا بگیرند. قصه‌درمانی موجب می‌شود که کودکان مهارت‌هایی از قبیل همدلی، مراقبت و مهارت‌های ارتباطی بالایی را کسب کنند. در نتیجه احساس شایستگی فردی می‌کنند که با بالا رفتن احساس شایستگی فردی، قدرت حفظ روابط اجتماعی و سازگاری با ناملایمات زندگی، احساس استقلال و توانایی ایستادگی در مقابل فشارهای اجتماعی و توانایی انجام دادن کارها به‌صورت مستقل و اعمال کنترل بر محیط خود را خواهند داشت (۳۹).

از سوی دیگر، یافته دیگر پژوهش نشان داد که قصه‌درمانی موجب اعتماد به غرایز فردی و تحمل عاطفه منفی در دانش‌آموزان نابینا می‌شود. نتیجه این پژوهش با نتایج پژوهشی مارگر و استون همسو است. مارگر و استون در پژوهشی نشان دادند که

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-01-30]

قصه‌درمانی با آموزش مفاهیمی چون حل مسئله، کنترل خشم به‌صورت غیرمستقیم موجب افزایش اعتماد به غرایز فردی و تحمل عاطفه منفی می‌شود (۴۷). نتیجه به‌دست آمده را براساس نتایج پژوهشی مارگر و استون می‌توان تبیین کرد که قصه‌درمانی براساس این عقیده است که زندگی و روابط افراد با داستان‌هایی شکل می‌گیرد که آنها برای معنا بخشی به تجربه‌های خود، آنها را روایت می‌کنند. فرض قصه‌درمانی بر این است که زندگی افراد تا حد زیادی تحت تأثیر این قصه‌ها قرار دارد. قصه‌درمانگر به مراجع کمک می‌کند تا زندگی خود را طبق داستان انتخابی خود سازمان‌دهی کند. در واقع، افراد در موقع بروز مشکلات و شرایط استرس‌زا قادر به کنترل خشم خود شوند و برای حل مشکلات توانایی حل مسئله با طی مراحلی چون تعیین مسئله موجود، پیدا کردن راه حل و اولویت‌بندی راه حل‌ها و انتخاب بهترین راه حل را داشته باشند. در نتیجه با آموزش این مفاهیم در قالب قصه، افرادی که با تحمل عاطفه منفی پایین نمی‌توانند احساس ناراحتی را تحمل نموده و احساس می‌کنند که دیگران امکانات بهتری برای مقابله با هیجانات منفی دارند، در نتیجه، آنها به‌دلیل ناتوانی خود برای تحمل هیجانات منفی احساس سرافکندگی می‌کنند و امکان بروز خشم در این افراد وجود دارد. اما قصه‌درمانی برای این افراد کمک می‌کند که با همزادپنداری با قهرمانان داستان در موقعیت قصه، توانایی‌های مقابله‌ای ادراک شده و توانایی مدیریت حالت هیجانی آزارنده و تحمل عواطف منفی را کسب کنند (۴۷).

شایان ذکر است، یافته دیگر پژوهش نشان داد که قصه‌درمانی موجب افزایش پذیرش و تغییر در روابط در دانش‌آموزان نابینا می‌شود. یافته این پژوهش با نتایج پژوهشی کیهیل و همکاران (۴۵) همسو است. نتیجه این پژوهش را با توجه به نتایج پژوهشی کیهیل و همکاران می‌توان تبیین کرد که در قصه‌درمانی به‌صورت غیرمستقیم مفاهیم خودآگاهی به کودکان آموزش داده می‌شود که نسبت به ویژگی‌های منفی و مثبت خود شناخت کافی به‌دست آورند. در این راستا، خودآگاهی موجب شکل‌گیری یکی از ویژگی‌های تاب‌آوری مانند پذیرش و تغییر در روابط می‌شود. به این معنا که نسبت به موقعیت، آگاه و هشیار می‌شوند و نسبت به احساسات و هیجانات و نقاط ضعف و قوت خود شناخت پیدا می‌کنند. بنابراین، از علت این احساسات نیز با خبر بوده و هیجانات خود را به شیوه‌ی سالم مدیریت می‌کنند. از سوی دیگر، احساسات و رفتارهای اطرافیان خود را نیز درك کرده و بر روابط خود با محیط و اطرافیان‌شان تأثیر مثبتی می‌گذارند و روابط خود با محیط و اطرفیان را کنترل و اداره می‌کنند (۴۵).

علاوه بر این، یافته دیگر پژوهش نشان داد که قصه‌درمانی موجب افزایش کنترل در دانش‌آموزان نابینا می‌شود. نتیجه این پژوهش با یافته پژوهشی تیلوت و همکاران (۳۹) همسو است. تیلوت و همکاران اذعان داشتند که قصه‌درمانی موجب افزایش کنترل می‌شود که نشان‌دهنده تاب‌آوری افراد در هنگام سختی‌ها و رویدادهای استرس‌زا است. در تبیین این یافته براساس یافته پژوهشی تیلوت و همکاران می‌توان بیان نمود که قصه‌درمانی کمک می‌کند که افراد با کنترل فعالیت‌های بیرونی و بهره‌گیری مؤثر از فرصت‌هایی به رشد و بالندگی دست یابند و با فشارهای مختلف ناشی از محیط کار، زندگی شخصی و تغییرات سریع اجتماعی که فشارهای زیادی را بر افراد تحمیل می‌کنند، روبه‌رو شوند. در واقع، با استفاده از قصه می‌توان کمک کرد تا افراد از هیجانات و افکار خود بیشتر آگاهی پیدا کنند و بر چالش‌های درونی و بیرونی خود غلبه کنند. در قصه، فکر اصلی در قالب حکایت ارائه می‌شود و قصه‌گویی بیان هنرمندانه حکایت برای انتقال پیام به مخاطب است. در قصه معمولاً کودک با شخصیت داستان همزادپنداری می‌کند و با فرضیه‌سازی و ارائه راه‌حل‌های مختلف برای حل چالش شخصیت داستان، مهارت حل مسئله خود را رشد می‌دهد. سرانجام کودک با درک رابطه بین موضوع قصه و موضوع زندگی خود می‌تواند مستقیماً در مورد مسائل خود فکر کند و برای آنها راه حلی بیابد. در نتیجه،کسب مهارت کنترل از ویژگی‌های فرد دارای تاب‌آوری است که جهت گذراندن مشکلات زندگی، حتی زمانی که شرایط نامطلوب و سخت وجود دارد، بر تجارب منفی چیره شده و آنها را به تجارب مثبت تبدیل کنند. در نتیجه افراد با کنترل و مدیریت شرایط استرس‌زا و مشکلات روزمره زندگی، قادر خواهند بود در زندگی پیشرفت مستمری را داشته باشند و بر احساسات، رفتار و شرایط زندگی خود مسلط شوند. ایجاد تغییر و اصلاح زندگی خود و جستجوی علل شکست‌ها و موفقیت‌ها از نشانه‌های کسب کنترل است (۳۹).

نتیجه دیگر پژوهش نشان داد که قصه‌درمانی موجب تأثیرات معنوی در دانش‌آموزان نابینا می‌شود. نتایج پژوهش مارگر و استون نشان داد که یکی دیگر از شاخص‌های تاب‌آوری، مؤلفه باورها و تأثیرات معنوی است و قصه‌درمانی موجب بهبود تأثیرات معنوی در افراد می‌شود (۴۷). براساس نتیجه مارگر و استون می‌توان اذعان داشت که هر قصه‌ای

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-01-30]

که انتخاب می‌شود باید هدفی را تعقیب کند که آن هدف ارزنده و در طریق سازندگی کودک مؤثر باشد و نتایج هر داستان مشخص باشد و سعی شود که این نتایج توسط کودک استخراج و بیان شود. کودکان در طول قصه متوجه این نکته می‌شوند که شخصیت‌های مختلف قصه مثل قهرمانان اصلی قصه بر معنویات متوسل می‌شوند و تا به هدف خود دست یابند و بر مشکلات فائق آیند. در این راستا، کودکانی که تحت مداخله قصه‌درمانی هستند، می‌آموزند که باورهای معنوی هدف زندگی را مشخص می‌کنند و مایه تسلی آنها در شرایط دردناک و تهدیدکننده‌اند. تأثیرات و باورهای معنوی به‌عنوان یک عامل محافظتی عمل می‌کنند و به فرد کمک می‌کنند تا احساس آرامش دورنی و قدرت داشته باشد تا در برابر شرایط استرس‌زا مقاوم و صبور باشد و به سطح قابل قبولی از سازگاری دست یابد (۴۷).

افزون بر نتایج فوق، یکی دیگر از نتایج پژوهش مبین آن بود که قصه‌درمانی در افزایش تنظیم شناختی هیجانی و مؤلفه‌های آن از جمله توجه مثبت مجدد، متمرکز بر برنامه‌ریزی، پذیرش، بازنگری و ارزیابی مجدد مثبت و کاهش تحت نظر قرار دادن، فاجعه‌آمیز تلقی کردن، خود را مقصر دانستن، نشخوار فکری و مقصر دانستن دیگران اثربخش بود. پژوهش‌های درویش دماوندی و همکاران به بررسی تأثیر قصه‌درمانی مبتنی بر کنش‌های اجرایی روزمره بر بهبود نظم‌جویی شناختی (راهبردهای ناسازگارانه و سازگارانه) کودکان با اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی پرداخته بودند (۵۱). همچنین، یکی از نتایج براکینگتن و همکاران این بود که قصه‌درمانی سبب بیان هیجانات مثبت در شرایط سخت و دشوار، با برگرفتن از شخصیت‌پردازی قصه‌ها می‌شود (۵۲). بنابراین، در زمینه بهبود تنظیم شناختی هیجانی، مداخله قصه‌درمانی انجام نگرفته است اما می‌توان برای اثربخشی مداخله قصه‌درمانی بر تنظیم هیجانی شناختی و مؤلفه‌های آن از خود را مقصر دانستن، پذیرش، نشخوار فکری، توجه مثبت مجدد، متمرکز بر برنامه‌ریزی، بازنگری و ارزیابی مجدد مثبت، تحت نظر قرار دادن، فاجعه‌آمیز تلقی کردن و مقصر دانستن دیگران اذعان داشت که با استفاده از قصه می‌توان کمک کرد تا افراد از هیجانات و افکار خود بیشتر آگاهی یابند و بر چالش‌های درونی و بیرونی خود غلبه کنند. در قصه فکر اصلی در قالب حکایت ارائه می‌شود و قصه‌گویی بیان هنرمندانه حکایت برای انتقال پیام به مخاطب است. در قصه معمولاً کودک با شخصیت داستان همزادپنداری می‌کند و با فرضیه‌سازی و ارائه راه‌حل‌های مختلف برای حل چالش شخصیت داستان، مهارت حل مسئله خود را رشد می‌دهد. سرانجام کودک با درک رابطه بین موضوع قصه و موضوع زندگی خود می‌تواند مستقیماً در مورد مسائل خود فکر کند و برای آنها راه حلی بیابد. در قصه درمانی، مفاهیمی مثل حل مسئله، کنترل خشم و به‌ویژه آموزش مهارت‌های شناخت هیجانی آموزش داده می‌شود. بنابراین، می‌توان گفت که مداخله قصه‌درمانی موجب افزایش تنظیم شناختی هیجانی در فرد می‌شود. از سوی دیگر، کاهش توانایی در استفاده از راه‌بُردهای تنظیم شناختی هیجانی در نابینایان بیشتر از افراد بینا موجب می‌شود که نابینایان بیشتر دچار اختلالات خلقی شوند. سازگاری با هر نوع ناتوانی از جمله نابینایی به‌سادگی رخ نمی‌دهد و با توجه به نقش تنظیم شناختی هیجانی در سازگاری روانی و انعطاف‌پذیری، فقدان مهارت‌های مؤثر تنظیم شناختی هیجانی می‌تواند عامل اصلی مشکلات سازگاری روانی باشد. همچنین، علاوه بر مشکلات جسمی مانند نابینایی یا نقص عضو، وجود عواملی مانند سبک فرزندپروری نادرست، محیط خانوادگی گسسته، الگوهای رفتاری نامناسب می‌تواند فرد را در مدیریت هیجانات خود دچار مشکل کندکه نتیجه آن آسیب به عملکرد فرد در محیط مدرسه، خانواده و اجتماع می‌باشد. در نتیجه، آموزش مهارت‌های شناختی هیجانی و مدیریت آن به‌وسیله قصه می‌تواند مفید واقع شود. استفاده از راهبردهای تنظیم هیجانی شناختی به کودکان کمک می‌کند تا ضمن شناخت هیجانات و علائم بدنی آن از میزان و شدت آن در مواقع مختلف نیز آگاهی پیدا کنند تا مواقع نگرانی یا خشم مغلوب هیجانات خود نشوند و بتوانند از راهبردهای مدیریت هیجانی استفاده کنند. حضور کودکان با آسیب بینایی در یک گروه و آموزش گروهی به آنان به افزایش سازگاری و کاهش فشار روانی آنان کمک می‌کند. انجام تکالیف و تمرین‌ها به‌صورت گروهی به دانش‌آموزان کمک می‌کند تا به‌صورت غیرمستقیم مهارت‌های برقراری ارتباط، گفت‌وگو و حل مسئله را فرا گرفته با حمایت گروه دست به تجربیات جدید بزنند، از چرخه شکست و ناکامی خارج شده و همچنین بتوانند در خارج از گروه نیز از این مهارت ها استفاده کنند. کودکان در این سنین دارای انرژی و هیجانی فراوان برای تحرک هستند و در حین آسیب‌های ناشی از تحرک، به‌تدریج به تفاوت‌های خود با دیگران پی برده و به محدودیت‌های خود می‌اندیشند. بنابراین احساس عدم امنیت نسبت به محیط پیرامون دارند. در این زمان باید به کودکان در سازگاری با محیط کمک کرد تا امنیت را احساس کنند. باید شرایط

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-01-30]

شرکت او را در بازی‌های گروهی با همسالانش فراهم ساخت. او را با توانمندی‌های خود آشنا کرد و مقدمات بروز استعدادها و توانایی‌ها را فراهم ساخت. اگر کودکان با آسیب بینایی رها شوند و در خود فرو روند، به‌تدریج از فرآیند رشد عقب مانده و از بستر طبیعی اجتماع منزوی می‌شوند.

در حالت کلی، یافته‌های پژوهش مؤید این است که جلسات قصه‌درمانی به‌صورت گروهی بر بهبود تاب‌آوری و تنظیم شناختی هیجانی به‌طور معناداری تأثیر داشته است. بنابراین، می‌توان نتیجه گرفت که آموزش گروهی قصه‌درمانی می‌تواند موجب ارتقاء تاب‌آوری و تنظیم شناختی هیجانی شود و حتی می‌توان به‌عنوان یک رویکرد پیشگیرانه برای سازگاری، انعطاف‌پذیری و تنظیم هیجانات به آن نگاه کرد.

محدودیت‌های پژوهش حاضر مربوط به جامعه آماری این پژوهش است که فقط دختران نابینا بودند و پسران نابینا شرکت نکرده بودند، بنابراین، تعمیم نتایج این پژوهش به پسران نابینا باید با احتیاط صورت گیرد. همچنین، از آنجا که آزمودنی‌های این پژوهش فقط دانش‌آموزان نابینا بودند، بنابراین در تعمیم آن به دانش‌آموزان با سایر ناتوانی‌ها باید با احتیاط صورت گیرد. همچنین، سن دانش‌آموزان نابینا در این پژوهش بین ۹ تا ۱۰ سال تأکیده شده بود، بنابراین تعمیم نتایج این پژوهش به سایر سنین باید با احتیاط انجام شود. با توجه به محدودیت‌های پژوهش، برای پژوهش‌های آینده پیشنهاد می‌شود که این پژوهش در گروه دانش‌آموزان پسر نابینا، گروهی از دانش‌آموزان با سایر ناتوانی‌ها مثل اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی و اختلال یادگیری خاص و گروه‌های سنی مختلف اجرا شود. همچنین، به‌عنوان پیشنهاد پژوهشی می‌توان اذعان داشت که در پژوهش‌های آتی به مقایسه روش قصه‌درمانی و روایت درمانی بر تاب‌آوری و تنظیم شناختی هیجانی در گروهی از دانش‌آموزان نابینا و تأثیر قصه‌درمانی بر خودپنداره و عزت نفس دانش‌آموزان نابینا بپردازند. همچنین، به‌عنوان پیشنهاد کاربردی پژوهش، می‌توان بیان کرد که با توجه به اثربخش بودن روش قصه‌درمانی و آشنایی دانش‌آموزان با قصه‌درمانی و جذابیت نقل قصه‌ها و اجرای آن در قالب ایفای نقش توسط دانش‌آموزان نابینا و آشنایی آنها با مهارت‌هایی برای ایجاد تاب‌آوری و تنظیم شناختی هیجانی پیشنهاد می‌شود که توسط معلم دانش‌آموزان یا مشاور مدرسه کتاب‌های قصه تهیه شوند و در قالب قصه‌گویی انواع مهارت‌هایی مانند حل مسئله، آموزش هیجانات، دوست‌یابی، کنترل خشم را آموزش دهند تا دانش‌آموزان نابینا نسبت به هیجانات خود شناخت پیدا کرده و آنها را تنظیم کنند تا به تاب‌آوری و سازگاری دست یابند. در واقع، پیشنهاد می‌شود که قصه‌درمانی در قالب برنامه آموزشی مدرسه در هر هفته اجرا شود.

تشکر و قدردانی

در پایان نویسندگان از تمامی عزیزانی که شرایط لازم جهت اجرای پژوهش را فراهم نمودند و همچنین اولیای دانش‌آموزان، نهایت تشکر و قدردانی را اعلام می‌دارند.

تضاد منافع

در این مقاله هیچ تضاد یا تعارض منافعی وجود ندارد.

References

1. Austin Ej, Saklofske DH, Egan, V. Personality, well-being and health correlates of trait emotional intelligence. Personality and Individual differences. 2013; 48 (6): 647-660.
2. Bourne RRA, Flaxman SR, Braithwaite T, et al; Vision Loss Expert Group.Magnitude, temporal trends, and projections of the global prevalence of blindness and distance and near vision impairment. Lancet Glob Health. 2017; 5(9): 888-897.
3. Bastawrous A, Mathenge W, Wing K, Rono H, Gichangi M, Weiss HA, Macleod D, Foster A, Burton MJ, Kuper H. Six-Year Incidence of Blindness and Visual Impairment in Kenya: The Nakuru Eye Disease Cohort Study. Invest Ophthalmol Vis Sci. 2016; 57(14): 5974–5983.
4. Muma SH, Obony, S. The prevalence and causes of visual impairment among children in Kenya – the Kenya eye study. BMC Ophthalmology, 2020; 20; 399. 1-5.
5. Ganji M. Psychology of Exceptional Children Based on DSM-5 Tehran. Savalan Publications; 2014. [Persian].
6. Winefield HR, Gill TK, Taylor AW, Pilkington RM. Psychological well-being and psychological distress: is it necessary to measure both? Psychol Well Being Theory Res Pract. 2012; 2(1):3-10.
7. Compton WC, Hoffman E. Positive Psychology: The Science of happiness and flourishing. International Edition edUnited Kingdom: Cengage Learning; 2012.

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-01-30]

8. Mohan R, Kulkarni M. Resilience in Parents of Children with Intellectual Disabilities, Psychology and Developing Societies. 2018; 30 (1): 19-43.
9. Bourne E, Garano L. Coping whit anxiety: Ten simple ways to relieve anxiety, fear, and worry. Paperback; 2016.
10. Sim NO. Analysis of the resilience process experienced by people living with visual impairment. Peer-reviewed version available at Int. J. Environ. Res. Public Health. 2020; 17(2819).
11. Resch JA, Benz MR, Elliott TR. Evaluating a dynamic process model of wellbeing for parents of children with disabilities: A multi-method analysis. Rehabilitation Psychology. 2012; 57(1): 61–72.
12. Runswick-Cole K, Goodley D. Resilience: A Disability Studies and Community Psychology Approach. Social and Personality Psychology Compass. 2013; 7(2), 67-78.
13. Rostamoghli Z, Talebi Joybari M, Porzoor P. A comparison of attributional and resiliency style in students with specific learning disorders, blindness and normal. Journal Learning disabilities. 2013; 4(3): 39-55. [Persian].
14. Zeeshan M, Aslam N. Resilience and psychological well- being among congenitally blind, late blind and sighted individuals. Journal of Educational Research and Studies. 2013; 1 (1):1-7.
15. Kazemi E. Comparison of self-esteem and resilience between sighted and blind people in Isfahan. Journal of Knowledge and Research in Applied Psychology. 2017; 17 (4): 103-110. [Persian].
16. Rooney C, Hadjri K, Mcallister K, Rooney M, Faith V, Craig C. Experiencing visual impairment in a lifetime home: An interpretative phenomenological inquiry. J House and Built Environ. 2018; 33 (1): 45–67.
17. Masten AS. Global Perspectives on Resilience in Children and Youth, Child developmant, 2014; 85(1): 6-20.
18. Masten AS, Wright M. Resilience over theLifespan: Developmental Perspectives on Resistance, Recovery. In: Reich JW, Zautra AJ, Hall JS.Hnadbook of adult resilience. The Guilford Press, New York, London; 2014.
19. Conner KM, Davidson J RT. Development of a new resilience scale: The Conner-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). Journal of Depression and Anexiety. 2003; 18: pp 76-82.
20. Agaibi CE, Wilson JP. Trauma PTSDand resilience: a review of the literature, Trauma Violence Abuse. 2005; 6(3):195–216.
21. Prince-Embury ED, Saklofske DWN. The Resiliency Scale for Young Adults. Journal of Psychoeducational Assessment. 2014; 35(3): 276-290.
22. Salimi S, Mohammadi S, Sadeghi A. A Comparison of Emotion Regulation Strategies of Blind Students With Sighted Students. Iranian R ehabilitation Journal. 2016; 14(2): 127-132. [Persian].
23. Rodebaugh TL, Heimberg RG. Emotion regulation and the anxiety disorders: Adopting a self-regulation perspective. In Emotion Regulation. Springer, Boston; 2008.
24. Joormann J, Quinn ME. Cognitive processes and emotion regulation in depression. Depress Anxiety. 2014; 31(4):308-15.
25. Gotlib IH, Joormann J. Cognition and Depression: Current Status and Future Directions. Annu Rev Clin Psychol. 2010; 27(6): 285–312.
26. Zilverstand A, Parvaz MA, Moeller SJ, Goldstein RZ. Cognitive interventions for addiction medicine: Understanding the underlying neurobiological mechanisms. Prog Brain Res. 2014; 224: 285-304.
27. Mcrae K, Gross JJ. Emotion regulation. Emotion.2020; 20(1):1-10.32
28. Khakpoor S, Saed O, Armani Kian A. Emotion regulation as the mediator of reductions in anxiety and depression in the Unified Protocol (UP) for transdiagnostic treatment of emotional disorders: double-blind randomized clinical trial. Trends Psychiatry Psychother. 2019; 41(3): 227-236.
29. Dehghan F, Kaboudi M, Alizadeh Z, Heidarisharaf P. The relationship between emotional intelligence and mental health with social anxiety in blind and deaf children. Cogent Psychology. 2020; 7 (1716465): 1-7.
30. Diotaiuti P, Petruccelli F, Rea L, Zona A, Verrastro V. The Role of Self-Control on Mood States and Health Anxiety in a Sample of Blind and Visually Impaired People. Psychology. 2014; 5 (19): 2218-2227.
31. Werner, K.H., Goldin, P. R., Ball, T.M., Heimberg, R.G., & Gross, J. J. Assessing Emotion Regulation in Social Anxiety Disorder, the Emotion Regulation Interview. J Psycho pathol Behav Assess. 2011; 33:346–354.
32. Macklem GL. Evidence-based school mental health services: Affect education, emotion regulation training, and cognitive behavioral therapy. Springer Science & Business Media; 2010.
33. Carreras J, Carter AS, Heberle A, Forbes D, Gray SA. Emotion regulation and parent distress: Getting at the heart of sensitive parenting among parents of preschool children experiencing high sociodemographic risk. Journal of Child and Family Studies. 2019; 28(11): 2953-2962.
34. Songprakun W, Mccann TV. Effectiveness of a self-help manual on the promotion of resilience in individuals with depression in Thailand: a randomised controlled trial. BMC Psychiatry. 2012; 12(12): 2-10.

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-01-30]

35. Strauss A Y, Kivity Y, Huppert JD. Emotion regulation strategies in cognitive behavioral therapy for panic disorder. Behavior Therapy. 2019; 50(3): 659–671.
36. Wojnarowska A, Kobylinska D, Lewczuk K. Acceptance as an emotion regulation strategy in experimental psychological research: What we know and how we can improve that knowledge. Frontiers in Psychology. 2020; 11(242): 1664-1078
37. Chiodelli R, Mello LTNDM, Jesus SNDJ, Beneton ER, Russel T, Andretta I. Mindfulness-based interventions in undergraduate students: a systematic review. J Am Coll Health. 2020; 5(20): 1-10.
38. Sood A, Sharma V, Schroeder DR, Gorman B. Stress Management and Resiliency Training (SMART) program among Department of Radiology faculty: a pilot randomized clinical trial. Randomized Controlled Trial Explore (NY). 2014; 10(6):358-63.
39. Tillott S, Weatherby-Fell N, Neumann MM. Using storytelling to unpack resilience theory in accordance with an internationally recognised resilience framework with primary school children. Journal of Psychologists and Counsellors in Schools; 2021; 1-12.
40. Poshtdar MA. Creative storytelling and educational goals, Tehran: Etemad Publications; 2007. [Persian].
41. Huffman K. 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; 2006.
42. Dickerson V. What is narrative therapy? Poststructural and narrative thinking in family therapy practice. In Poststructural and narrative thinking in family therapy (pp. 1-7). Springer, Cham; 2016.
43. Goldard K, Goldard D. A practical guide to counseling children with play therapy; 2010; Translated Arjmandi Z. Tehran: Publisher: Arjomand Publisher; 2017. [Persian].
44. Goodarzi N. Story therapy and its educational effects. Tehran: Publisher: Roshd Publisher; 2017. [Persian].
45. Cahill H, Beadle S, Forster R, Smith K, Farrelly A. Building resilience in children and young people: A literature review for the Department of Education and Early Childhood Development. The University of Melbourne; 2014.
46. Bouchard S, Gervais J, Gagnier N, Loranger C. Evaluation of a primary prevention program for anxiety disorders using story books with children aged 9-12 years. Journal of Primary Prevention. 2013; 34, 345–358.
47. Mager BJR, Stevens LAM. The Effects of Storytelling on Happiness and Resilience in Older Adults. Retrieved from Sophia, the St. Catherine University repository; 2015.
48. Souri F , Narimani M, Basharpour S., The effectiveness of story therapy on increasing resilience and reducing working and street children, the first national conference on social harms; 2017. [Persian].
49. Khosravi S. The effectiveness of storytelling in Mani on promoting emotional resilience and reducing children's anxiety, Third National Conference on New Psychology. Isfahan; 2017. [Persian].
50. Mashjari Sanati N, Asghari Nekah SM. The effectiveness of story therapy on resilience and self-concept of children with divorced parents, the first international congress and the fifth national congress on education and health of preschool children. Tehran; 2017. [Persian].
51. Darvish Damavandi Z, Dortaj F, Ghanbari Hashem Abadi B A, Delavar A. The effectiveness of narrative therapy based on daily executive functioning and on improve the cognitive emotion regulation in children with attention deficit / hyperactivity disorder. psychologicalscience. 2020; 90(19): 787-797 [Persian].
52. Brockington G, Moreira APG, Buso MS. Gomes S, Silva SGD, Altszyler E, Fischer R, Moll j. Storytelling increases oxytocin and positive emotions and decreases cortisol and pain in hospitalized children. 2021; PNAS.118 (22): 1-7.
53. Qamrani A, Jafari HR. Explaining the role of self-regulatory learning strategies on the academic performance of the blind. Exceptional education. 2004; 8 (37): 2-9. [Persian].
54. Hafeznia MR. Introduction to Research Methodology in Humanities. Organization for the Study and Compilation of University Humanities Books (Position); 2020. [Persian].
55. Mohammadi M. Investigating the factors affecting resilience in people at risk of malnutrition Substance use. PhD Thesis. Tehran University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences ;2005. [Persian].
56. Keyhani M, Taghvaei D, Rajabi A, Amirpour B. Internal Consistency and Confirmatory Factor Analysis of the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC) among Nursing Female. Iranian Journal of Medical Education. 2015; 14(10): 857- 865. [Persian].
57. Garnefski N, Kraaij V. Cognitive emotion regulation questionnaire–development of a short 18-item version (CERQ-short). Personality and individual differences. 2007; 41(6): 1045-1053.
58. Hasani J. Evaluation of validity and reliability of short form of Cognitive Emotion Regulation Questionnaire. Journal of Behavioral Science Research. 2011; 9(4): 229-240. [Persian].

[Downloaded from exceptionaleducation.ir on 2026-01-30]