

اثربخشی قصه‌درمانی بر تاب‌آوری و تنظیم شناختی هیجانی دانش‌آموزان نایینا

▪ نیمه 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 ارجمندی، 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 فیض‌آبادی، 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 نایینا 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 نایینایان نرجس شهر تهران در سال ۱۳۹۸-۱۳۹۹ بود. ۳۰ نفر از افراد واجد شرایط به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند و به صورت تصادفی در گروه کنترل (۱۵ نفر) و گروه آزمایشی (۱۵ نفر) جایگزین شدند. گروه آزمایشی ۱۰ جلسه قصه‌درمانی را به صورت گروهی دریافت نمودند و گروه کنترل، مداخله‌ای دریافت نکردند. در این پژوهش، برای جمع‌آوری داده‌ها، از مقیاس تاب‌آوری کافر و دیویدسون (۲۰۰۳) و تنظیم شناختی هیجانی گارنفسکی و کراچ (۲۰۰۶) استفاده شد. برای تجزیه و تحلیل اطلاعات از نرم‌افزار 20 spss 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، متتمرکز بر برنامه‌ریزی،

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

بازنگری و ارزیابی مجدد به صورت 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 ($۰/۰/۵$)^(۱).

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

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

مقدمه

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، به جای 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، آسیب‌بینایی می‌تواند موجب مشکلاتی در ارتباط و تعاملات روزمره فرد مبتلا شود و او را بیشتر در معرض فشارهای عصبی، احساس نایایی 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 انزواهی عاطفی، ییگانگی، سرخوردگی و مشکلات جسمی در زندگی روزمره آنان می‌شود (۱۱). نتایج پژوهش‌ها می‌بین این هستند که عاملی که می‌تواند بر کاهش انزواهی عاطفی، ییگانگی و سرخوردگی و رشد همه‌جانبه فرد نایینا تأثیر مثبت بگذارد، تابآوری^۱ است (۱۰). علی‌رغم نتایج این پژوهش‌ها، پژوهش رونویسک-کول و گودلی بیانگر این بود که نوجوانان با نیازهای ویژه اغلب به دلیل معلولیت تابآوری پایینی دارند (۱۲). در پژوهش رستم اوغلی، طالبی جویباری و پرزو نشان داده شد که تابآوری افراد نایینا در مقایسه با افراد بینا پایین است (۱۳) اما برخی از پژوهش‌ها نشان داده‌اند که در میزان تابآوری بین افراد نایینا و افراد عادی تفاوت معناداری وجود ندارد (۱۴ و ۱۵). با این وجود، رونی، هادیری، مکلیستر، رونی،

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، به ویژه 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 واقعی محیط اطراف خود آگاه می‌شود و از خطرات احتمالی مصون می‌ماند (۱). آسیب بینایی نیز به دو دسته نایینا و کم بینا تقسیم می‌شود. یکی از آسیب‌های بینایی، نایینایی مطلق است. به لحاظ قانونی فرد نایینا^۲ کسی هست که با وجود برخورداری از وسائل کمک دیداری، تیزبینی وی در چشم بزرگتر $۲۰/۲۰۰$ 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 نایینا 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 براین است که کودکان با آسیب‌های بینایی اعم از نایینا و کم بینا در مدارس عادی آموزش ویژه دریافت کنند (۵).

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 مانع برای سازماندهی توجه باشند، هم می‌توانند حل مسئله را تسهیل و هم مختلف کنند و همچنین باعث ایجاد روابط و هم تخریب آن شوند. این تعاملات دوسویه، ضرورت کمک به کودکان برای یادگیری تنظیم هیجانات شان را تشید می‌کند (۳۲). تنظیم شناختی هیجانی اساساً با رفتار مرتبط است، به کودکان اجازه می‌دهد تا رفتارهایشان را کنترل نمایند به صورتی که به وقایعی که در اطراف شان 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 تاب آوری و تنظیم شناختی هیجانی می‌باشند و این مداخلات در گروه‌های مختلف اعم از نایینایان و سایر اختلالات انجام شده است که تأثیر مطلوبی بر متغیرهای تاب آوری و تنظیم شناختی هیجانی داشته‌اند. در میان مداخلات مختلف، یکی از مداخلات مبتنی بر شناختی-رفتاری که می‌تواند برای کودکان استفاده شود، مداخله مبتنی بر قصه درمانی^۱ است. به کارگیری شیوه‌های غیرمستقیم، مثل بازی و قصه در آموزش یک ضرورت به حساب می‌آید. به نظر می‌رسد از آنجا که آموزه‌ها و پندها در خلال قصه به خوبی برای کودک قابل فهم و معنادار است، احتمال به کارگیری و تعمیم آنها توسط کودک در زمینه‌های مشابه افزایش می‌یابد (۳۹). قصه درمانی 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 به خوبی 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. قصه درمانی شکلی از قصه‌گویی شفاهی یا نوشتاری است که از استعاره‌های خلاقانه برای بیان داستان‌های فردی استفاده می‌کند. قصه درمانی

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

علاوه بر متغیر تاب آوری، یکی از مشکلاتی که کودکان نایینا در مقایسه با کودکان عادی مشکلات بیشتری به واسطه نارسانی بینایی دارند، تنظیم شناختی هیجانی^۲ است (۲۲). افراد با آسیب بینایی کمتر قادر به شناسایی و بازشناسی و پذیرش هیجانات خود هستند و در موقعیت‌های هیجانی قبلي نقش تنظیم شناختی هیجانی را در انواع اختلالات خلقی مانند افسردگی (۲۴، ۲۵، ۲۶ و ۲۷) و اضطراب (۲۳، ۲۸ و ۳۰) مطالعات 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، به دلیل کاهش توانایی استفاده از راهبرد تنظیم شناختی هیجانی، نایینایان بیشتر از افراد بینا دچار اختلالات خلقی می‌شوند (۲۲). بر اساس تعریف ورنر، گلدين، 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 به عنوان فرآیند آغاز، حفظ، تعدل 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

1. Emotion regulation

2. Therapeutic storytelling

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 به طور 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، قبری هاشم‌آبادی و دلاور به بررسی اثربخشی قصه‌درمانی مبتنی بر کنش‌های اجرایی روزمره بر بهبود نظم‌جویی شناختی هیجانی کودکان با اختلال نارسایی توجه / پیش‌فعالی پرداختند. نتایج نشان داد که قصه‌درمانی مبتنی بر کنش‌های اجرایی روزمره بر بهبود نظم‌جویی شناختی هیجانی کودکان با اختلال نارسایی توجه / پیش‌فعالی تأثیر معنادار داشت (۵۱). براکینگتن، ماریرا، بس، سیلو، آلتسریلر، فیچر و مل در پژوهشی به بررسی قصه‌درمانی بر اکسوتین، هیجان‌های مثبت و کاهش کورتیزول و درد در کودکان بستره شده در بیمارستان بررسی کردند. یکی از نتایج بیانگر آن بود که قصه‌درمانی سبب بیان هیجانات مثبت در شرایط سخت و دشوار و با برگفتن از شخصیت‌پردازی قصه‌ها می‌شود (۵۲). در حالت کلی، بدون بینایی ادراک ما از خدمان و از افراد پیرامون مان 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 نایینی و اضطراب قرار دهد. از طرف دیگر تنظیم شناختی هیجانی نقش مهمی در جنبه‌های مختلف زندگی نظری سازگاری با تغییرات زندگی و رویدادهای تینیدگی‌زا 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 به واسطه نارسایی خود از بهدست آوردن چنین تجربیاتی محروم هستند. این تجربیات می‌توانند تأثیر بسیاری بر رشد

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 راه حلی 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 نایینا و سایر کودکان با نیازهای ویژه انجام نگرفته است. به طور 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 یینش کودک در زمینه مشکلات شخصی و درمان عاطفی می‌شود و قصه‌درمانی نیز موجب بیان احساسات و افکار و حس امنیت در کودکان می‌شود (۴۶). تبلوت، وتربی بل-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 به مدت ۵ هفته انجام گرفت و نتیجه پژوهش نشان داد که قصه‌درمانی موجب افزایش امیدواری و تابآوری در افراد مسن می‌شود (۴۷). سوری، نریمانی و بشریبور 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 به صورت 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

پایه های سوم تا چهارم با آسیب بینایی مشغول به تحصیل در مجتمع آموزشی دخترانه نایینایان نرجس شهر تهران در سال تحصیلی ۱۳۹۸-۱۳۹۹ بود. نمونه پژوهش حاضر شامل ۳۰ نفر از دانش آموزان نایینا بود. دانش آموزان واجد الشرایط به صورت نمونه گیری هدفمند از مجتمع آموزشی دخترانه نایینایان 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 پژوهش های آزمایشی، پژوهشگر از آزمودنی های داوطلب واجد شرایط استفاده می کند که حجم نمونه بین ۱۰ تا ۳۰ نفر کافی خواهد بود (۵۴). ملاک های ورود در این پژوهش، جنسیت دانش آموزان دختر، داشتن سن ۹ تا ۱۰ ساله، پایه سوم تا چهارم و ملاک های خروج شامل ترک تحصیل، غیبت بیشتر از دو جلسه در جلسات آموزشی، عدم همکاری با پژوهشگر وجود سوابق اختلالات روان پزشکی بودند. پس از پایان اجرای پژوهش، تجزیه و تحلیل داده های پژوهش، از طریق روش های آماری توصیفی شامل میانگین، انحراف معیار و روش های استنباطی شامل آزمون تحلیل کواریانس چند متغیره با نرم افزار spss 20 صورت گرفت. مقادیر احتمال کمتر از ۰/۰۵ از نظر آماری معنادار در نظر گرفته شد. همچنین، بررسی پیش فرض های آزمون تحلیل کواریانس چند متغیره با نرم افزار spss 20 شامل آزمون لوین (برای بررسی پیش فرض همگنی واریانس ها)، آزمون کولموگراف- اسمیرنف (برای بررسی پیش فرض نرمال بودن نمرات) و آزمون باکس (برای همسانی ماتریس کواریانس) انجام گرفت. تمامی ملاحظات اخلاقی از جمله رضایت آگاهانه و محترمانه ماندن اطلاعات دانش آموزان نایینا رعایت شد.

ابزار

۱) مقیاس تاب آوری کانر و دیویدسون^۱

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

هیجانی و تعامل اجتماعی کودکان با آسیب بینایی داشته باشند (۵۳). همچنین، برای دستیابی به سازگاری اجتماعی با وجود آسیب بینایی، نیاز به تاب آوری است (۱۰) با توجه به مطالعات فوق، افراد نایینا برای مقابله با مشکلات ناشی از آسیب های بینایی از جمله استرس، سرخوردگی و سایر مشکلات روان شناختی، بایستی تاب آوری و سازگاری بالایی داشته باشند. همچنین، فقدان راهبردهای تنظیم شناختی هیجانی مناسب در کودکان نایینا موجب می شود که کودکان نایینا مشکلاتی در ارتباط با سازگاری فردی و اجتماعی و رابطه با دیگران داشته باشند. بر همین اساس، به کار بردن روش های درمانی و مداخلات جدید اهمیت و ضرورت ویژه ای دارد. در این راستا، از قصه نیز برای شناخت، درمان و اصلاح رفتار کودکانی که مشکلات رفتاری و هیجانی و تاب آوری ضعیفی دارند، استفاده می شود، بنابراین، قصه درمانی موجب تشخیص مشکل، عامل درمان و اصلاح رفتار کودکان می شود. همچنین، پژوهش های اندک در زمینه تأثیر قصه درمانی بر تاب آوری و تنظیم شناختی هیجانی در کودکان انجام شده و موضوع پژوهشی مذکور در گروه نایینا انجام نشده است. بنابراین، خلاصه پژوهشی در زمینه تأثیر قصه درمانی بر تاب آوری و تنظیم شناختی هیجانی در دانش آموزان نایینا، ضرورت انجام این پژوهش را نشان می دهد. در نتیجه، هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی قصه درمانی بر تاب آوری و تنظیم شناختی هیجانی در کودکان نایینا بود.

روش پژوهش

روش پژوهش حاضر، از نوع پژوهش نیمه آزمایش با طرح پیش آزمون و پس آزمون با گروه آزمایشی و گروه گواه بود. متغیر مستقل در این پژوهش قصه درمانی و متغیرهای وابسته، تاب آوری و زیر مقیاس های آن (شاخصی فردی، اعتماد به غراییز فردی و تحمل عاطفه منفی، پذیرش و تغییر در روابط، کنترل و تأثیرات معنوی) و تنظیم شناختی هیجانی و زیر مقیاس های آن (خود را مقصراً دانستن، پذیرش، نشخوار فکری، توجه مثبت مجدد، متمرکز بر برنامه ریزی، بازنگری و ارزیابی مجدد به صورت مثبت، تحت نظر قرار دادن، فاجعه آمیز تلقی کردن و مقصراً دانستن دیگران) بودند. جامعه آماری پژوهش حاضر کلیه دانش آموزان

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

که به تارگی تجربه کرده است به وسیله پاسخ به پرسش‌ها که کنترل و تنظیم هیجانی را ارزیابی می‌کند، مشخص نماید. این پرسشنامه دارای ۱۸ سؤال و ۹ زیرمقیاس است که شامل خود را مقصراً دانستن (گویه‌های ۱ و ۲)، پذیرش (گویه‌های ۳ و ۴)، نشخوار فکری (۵ و ۶)، توجه مثبت مجدد (۷ و ۸)، متمرکز بر برنامه‌بازی (۹ و ۱۰)، بازنگری و ارزیابی مجدد به صورت مثبت (۱۱ و ۱۲)، تحت نظر قرار دادن (۱۳ و ۱۴)، فاجعه‌آمیز تلقی کردن (۱۵ و ۱۶) و مقصراً دانستن دیگران (۱۷ و ۱۸) است. دامنهٔ نمرات مقیاس از ۱ (هرگز) تا ۵ (همیشه) است و حداقل و حداکثر نمره در هر زیرمقیاس به ترتیب ۲ و ۱۰ در نظر گرفته شده و نمره بالاتر نشان دهنده 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 توسط حسنی به فارسی ترجمه شد و مورد هنجاریابی قرار گرفت. پایایی مقیاس براساس روش همسانی درونی (با دامنه آلفای کرونباخ ۰/۹۲ تا ۰/۷۶) 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 خردۀ مقیاس‌ها (با دامنه همبستگی ۰/۳۲ تا ۰/۶۷) و روایی ملکی مطلوب گزارش شده است (۵۸). در پژوهش حاضر، پایایی کل مقیاس تنظیم شناختی هیجانی از طریق آلفای کرونباخ ۰/۸۵٪ به دست آمد.

معرفی برنامه مداخله

برنامه مداخله قصه‌درمانی با بررسی پیشینه‌های پژوهشی و مرور برنامه‌های موجود، کتاب‌های قصه کودک و پرتوکل 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 نایینایان 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.

نمره‌وى 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 ($25 \times 4 = 100$) و نمره هر آزمودنی برابر مجموع نمرات یا کل ارزش‌های به دست آمده از هر یک از سوالات است. این مقیاس دارای پنج زیرمقیاس است که شامل بعد شایستگی فردی (گویه‌های ۱۰-۱۱-۱۲-۱۶-۲۳-۲۴-۲۵)، بعد اعتماد به غرایز فردی و تحمل عاطفه منفی (گویه‌های ۱۹-۲۰-۱۸-۱۹-۲۰-۱۵-۱۴-۱۳-۱۲-۱۶-۲۳-۲۱-۲۲)، بعد پذیرش و تغییر در روابط (گویه‌های ۱-۲-۴-۵-۸)، بعد کنترل (گویه‌های ۱۳-۲۱-۲۳) و بعد تأثیرات معنوی (گویه‌های ۳-۹) است (۱۹). کانر و دیویدسون پایایی کل این مقیاس را از طریق محاسبه ضرب آلفای کرانباخ ۰/۸۹٪ و پایایی بازآزمایی ۰/۸۷٪ به دست آورده‌اند (۱۹). این پرسشنامه در ایران توسط محمدی به فارسی ترجمه شده و هنجاریابی شده است. پایایی این پرسشنامه با محاسبه ضرب آلفای کرونباخ (۰/۹۳٪) و ضرب 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 بعد شایستگی فردی با نمره کل ۰/۵۳٪، همبستگی بعد پذیرش و تغییر در روابط با نمره کل ۰/۴۵٪، همبستگی بعد 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٪ به دست آمد.

۲) مقیاس تنظیم شناختی هیجانی گارنفسکی و کرایج^۱

در این پژوهش برای ارزیابی تنظیم هیجانی 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 استرس‌زا را زندگی

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

جدول ۱) محتوای جلسات قصه درمانی

جلسات آموزش	هدف	محتوای	تکلیف خانگی	زمان (دقیقه)
جلسه اول	با کمک دانش آموزان قوانینی برای جلسات تعیین شد و دانش آموزان با پژوهشگر آشنا شدند و فرآیند برقراری ارتباط شکل گرفت.			۹۰ دقیقه
جلسه دوم	آشنایی با دانش آموزان، مهارت خودآگاهی	قصه گویشند کوچولو	هر دانش آموز 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.	۹۰ دقیقه
جلسه سوم	مهارت دوست یابی	جشن جنگل دوستی	اگر در طول هفته در پارک، مهمانی یا کلاس دوست جدیدی پیدا کردند درباره آن در کلاس صحبت کنند.	۹۰ دقیقه
جلسه چهارم	مهارت شناختی هیجانی	-	تا جلسه بعد تمام موقعیت هایی که احساس شادی، خشم، نگرانی و غم داشتید را یادداشت کنید به احساس خود نمره بدھید و بنویسید بدن شما در موقعیتی که آن احساس را داشتید، چگونه بود.	۹۰ دقیقه
جلسه پنجم	مهارت جرئت ورزی	جشن آتش	تا هفته آینده بگویید در چه موقعیت هایی جرئت مند رفتار کردید.	۹۰ دقیقه
جلسه ششم	مرور مهارت ها	-	-	۹۰ دقیقه
جلسه هفتم	مهارت حل مسئله	کفش سارا	تا هفته آینده ۳ موقعیت که نیاز به حل مسئله داشت و راه حل هایی که به کار گرفتید را بنویسید	۹۰ دقیقه
جلسه هشتم	مهارت کنترل نگرانی	پرواز جسد کوچولو	جعبه آرامش درست کنید و با خود به کلاس بیاورید	۹۰ دقیقه
جلسه نهم	مهارت کنترل خشم	ابرهای سیاه	در هفته آینده حداقل در روز ۳ بار تنفس شکمی را تمرین کنید.	۹۰ دقیقه
جلسه دهم	مرور مهارت ها و تعمیم آموخته ها	ایفای نقش دسته جمعی	داستانی تلفیقی از داستان های جلسات قبل و ایفای نقش بچه ها	۹۰ دقیقه

روش اجرا

روان شناسی با بررسی پیشینه های پژوهشی و مرور برنامه های موجود، کتاب های قصه کودک و پروتکل درمانی قصه درمانی (۴۴) طراحی و تدوین شد. همچنین، کتاب هایی انتخاب شد که از نظر توجه به تاب آوری و تنظیم شناختی هیجانی به عنوان داستان های برگزیده انتخاب شدند. خلاصه جلسات قصه درمانی در جدول (۱) ارائه شده است. هدف از طراحی برنامه، آموزش مهارت های تنظیم شناختی هیجانی (شامل شناخت هیجانات و نشانه های بدنی هیجان، نحوه مدیریت هیجان منفی در موقعیت) و آموزش تاب آوری دانش آموزان هیجان منفی در موقعیت) و آموزش تاب آوری دانش آموزان

در این پژوهش، ابتدا از طریق دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی دانشگاه تهران نامه ای 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 مراجعته به مجتمع آموزشی دخترانه نایینایان 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 قصه درمانی توسط پژوهشگران با ناظرات اساتید

تابآوری و تنظیم شناختی هیجانی مربوطه پاسخ دهنده لازم به ذکر است که پرسش‌ها توسط پژوهشگر به صورت شفاهی برای دانشآموزان فرائت شد. پس از گرفتن پیشآزمون، آزمودنی‌ها به طور تصادفی به دو گروه گواه و آزمایشی تقسیم شدند. آزمودنی‌ها (دانشآموزان نایینا) جلسات قصه‌درمانی را مطابق جدول (۱) در قالب ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای و به صورت گروهی دریافت کردند. گروه گواه هیچ‌گونه آموزشی دریافت نکرد. پس از پایان جلسات قصه‌درمانی، پس‌آزمون از همه‌ی اعضا گروه آزمایشی و گروه گواه با استفاده از مقیاس‌های تابآوری و تنظیم هیجانی به عمل آمد.

یافته‌ها

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

نایینا بود. سپس، چک‌لیست روایی متخصصان جهت تأیید مناسب بودن قصه‌ها و تمرين‌ها برای دانشآموزان نایینا 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 مناسب بودن هر یک از جلسات و قصه‌ها را نمره‌گذاری کند. بنابراین، روایی محتوایی پروتکل قصه‌درمانی توسط ۴ نفر از متخصصان روان‌شناسی دارای مدرک دکتری تأیید شد و سپس در این پژوهش به کار رفت. شایان ذکر است که یکی از پژوهشگران (نویسنده دوم مقاله) با همکاری مدیر مجتمع آموزشی دخترانه نایینایان نرجس و بعد از گرفتن رضایت‌نامه از والدین این دانشآموزان و تکمیل پرسشنامه‌ها توسط دانشآموزان نایینا، جلسات قصه‌درمانی را اجرا کرد. روایت قصه به همراه مشارکت دانشآموزان نایینا انجام شد. به عبارت دیگر، فرآیند خواندن قصه از طریق پرسش توسط پژوهشگر، نیمه‌تمام گذاشتن داستان، پرسیدن نظر دانشآموزان انجام شد. در پایان، تمام افراد تمرين و بازی نقش مربوط به مهارت یادگرفته شده از طریق قصه را انجام می‌دادند و تکلیفی مناسب 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 به صورت انفرادی اجرا شد. از هر یک از آزمودنی‌ها درخواست شد که به پرسش‌های مقیاس‌های

جدول ۲) میانگین و انحراف استاندارد و آزمون کولموگراف-اسمیرنف برای متغیرهای تابآوری و تنظیم شناختی هیجانی در دو گروه آزمایشی و گواه

P	K-SZ	SD	M	گروه	وضعیت	متغیرها
۰/۸۳	۰/۶۲	۴/۸۶	۷۰/۵۳	آزمایشی	پیش‌آزمون	تابآوری (کل)
۰/۹۹	۰/۴۲	۵/۰۴	۷۱/۱۳	گواه		
۰/۹۳	۰/۰۵۳	۳/۷۴	۱۰۶/۰۰۰	آزمایشی	پس‌آزمون	شايسنگي فردي
۰/۹۴	۰/۰۵۲	۶/۰۳	۷۱/۰۰	گواه		
۰/۹۴	۰/۰۵۲	۲/۰۵۶	۲۰/۸۰	آزمایشی	پیش‌آزمون	اعتماد به غرایز فردی و تحمل عاطفه منفی
۰/۸۱	۰/۰۶۳	۲/۰۸۶	۲۱/۹۳	گواه		
۰/۹۹	۰/۰۴۳	۳/۰۲۰	۳۴/۴۶	آزمایشی	پس‌آزمون	پس‌آزمون
۰/۷۹	۰/۰۶۴	۲/۰۵۳	۲۱/۰۰	گواه		
۰/۰۵۷	۰/۰۷۸	۱/۰۹۹	۱۹/۸۶	آزمایشی	پیش‌آزمون	پس‌آزمون
۰/۰۸۵	۰/۰۶۰	۱/۰۶۱	۱۹/۸۰	گواه		
۰/۰۶۱	۰/۰۷۵	۱/۰۵۸	۳۰/۳۳	آزمایشی	پیش‌آزمون	اعتماد به غرایز فردی و تحمل عاطفه منفی
۰/۰۷۷	۰/۰۶۶	۲/۰۰۲	۲۰/۳۳	گواه		

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

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

شده است. با توجه به جدول آزمون Z کولموگراف-اسمیرنف برای متغیرها معنادار نیست. پس می‌توان توزیع هنجار متغیرها را نتیجه گرفت ($p < 0.05$).

برای ارزیابی اثربخشی آموزش قصه‌درمانی بر تابآوری و تنظیم شناختی هیجانی دانشآموزان نایینا 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 غایز فردی و تحمل عاطفه منفی، پذیرش و تغییر در روابط، کنترل و تأثیرات معنوفی به ترتیب ($p < 0.11$, $F = 2/66$), ($p < 0.09$, $F = 2/97$), ($p < 0.09$, $F = 0/93$), ($p < 0.09$, $F = 0/34$) و ($p < 0.002$, $F = 0/002$), ($p < 0.002$, $F = 0/74$) و ($p < 0.002$, $F = 0/71$) در گروه‌ها برابر است. به عبارت دیگر، سطوح معناداری آزمون لوین برای تابآوری و زیرمقیاس‌های آن بیشتر از $0/5$ است و فرض صفر برای تساوی واریانس‌های نمرات دو گروه در متغیر پژوهش تأیید شد ($p < 0.05$).

نتایج آزمون باکس برای همسانی ماتریس کواریانس متغیرهای تابآوری و زیرمقیاس‌های آن نشان داد که مفروضه همگنی ماتریس کواریانس برقرار بود ($p < 0.30$, $F = 1/15$, $BoxM = 21/51$). آماره لامبدای ویلکز به عنوان شاخص‌های آماری چندمتغیره در تحلیل کواریانس متغیرهای وابسته تابآوری و زیرمقیاس‌های آن گزارش شد. شاخص اثر لامبدای ویلکز که اثر نوع گروه بر

در جدول (۲) آمار توصیفی مربوط به میانگین و انحراف معیار نمرات تابآوری (شااستگی فردی، اعتماد به غایز فردی و تحمل عاطفه منفی، پذیرش و تغییر در روابط، کنترل و تأثیرات معنوفی) و تنظیم شناختی هیجانی و زیرمقیاس‌های آن (خود را مقصر دانستن، پذیرش، نشخوار فکری، توجه مثبت مجدد، متمرکز بر برنامه‌ریزی، بازنگری و ارزیابی مجدد و صورت 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 (شااستگی فردی، اعتماد به غایز فردی و تحمل عاطفه منفی، پذیرش و تغییر در روابط، کنترل و تأثیرات معنوفی) و تنظیم شناختی هیجانی و زیرمقیاس‌های آن (خود را مقصر دانستن، پذیرش، نشخوار فکری، توجه مثبت مجدد، متمرکز بر برنامه‌ریزی، بازنگری و ارزیابی مجدد به صورت مثبت، تحت نظر قراردادن، فاجعه‌آمیز تلقی کردن 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

در دو گروه آزمایشی و کنترل در پس آزمون تفاوت معناداری وجود دارد. به منظور بررسی تفاوت دو گروه آزمایشی و گواه در هر یک از متغیرهای پژوهش مانند تاب آوری (کل) و زیرمقیاس های تاب آوری از تحلیل کواریانس چند متغیره استفاده شد که نتایج آن در جدول (۳) ارائه شده است.

ترکیب خطی متغیرهای وابسته را نشان می دهد، معنادار است و اندازه اثر برابر با 97% بود ($F=0.001$). سطح معناداری آماره چند متغیری لامبدای ویلکز کوچکتر از 5% به دست آمد ($F=140.92, p<0.001$). بدین ترتیب، فرض صفر آماری رد و مشخص می شود که بین تاب آوری (کل) و زیرمقیاس های آن

جدول (۳) نتایج آزمون تحلیل کواریانس چند متغیره برای تاب آوری و مؤلفه های آن در دو گروه آزمایشی و گواه

Eta ²	P	F	Sm	df	Ss	متغیرهای وابسته	منبع تغییرات
0.96	0.001	662/54	9056/12	1	9056/12	تاب آوری	گروه
0.91	0.001	236/24	1403/37	1	1403/37	شاپیتگی فردی	
0.91	0.001	245/44	730/58	1	730/58	اعتماد به غرایز فردی و تحمل عاطفه منفی	
0.67	0.001	300/14	300/14	1	300/14	پذیرش و تغییر در روابط	
0.61	0.001	36/41	79/02	1	79/02	کنترل	
0.41	0.001	16/15	19/87	1	19/87	تأثیرات معنوی	

کردن و مقصودانستن دیگران به ترتیب ($F=0.02, p>0.88$)، ($F=0.05, p>0.82$)، ($F=0.06, p>0.81$)، ($F=0.08, p>0.37$)، ($F=0.06, p>0.86$)، ($F=0.03, p>0.36$)، ($F=0.03, p>0.80$)، ($F=0.03, p>0.30$)، ($F=0.03, p>0.47$)، ($F=0.03, p>0.49$)، ($F=0.03, p>0.31$) و ($F=0.05, p>0.48$) در گروه ها برابر است. به عبارت دیگر سطوح معناداری آزمون لوین برای متغیرهای تنظیم شناختی هیجانی (زیرمقیاس های آن) بیشتر از 5% است و فرض صفر برای تساوی واریانس های نمرات دو گروه در متغیر پژوهش تأیید شد ($p>0.05$). همچنین، نتایج آزمون باکس کواریانس برقرار بود ($F=1.27, p>0.10$). آماره لامبدای ویلکز به عنوان شاخص های آماری چند متغیره در تحلیل کواریانس متغیرهای وابسته تنظیم شناختی هیجانی و زیرمقیاس های آن نشان داد که مفروضه همگنی ماتریس کواریانس بازگشایی آن معتبر نبود ($BoxM=88.90, F=1.27$). آماره مثبت میانگین نمرات گروه آزمایشی در مرحله پس آزمون در مقایسه با افراد گروه کنترل نتیجه گرفته می شود که قصه درمانی مؤثر بوده و موجب بهبود تاب آوری و زیرمقیاس های آن در کودکان نایینا شده است. میزان تأثیر یا تفاوت در مؤلفه های شاپیتگی فردی (0.91)، اعتماد به غرایز فردی و تحمل عاطفه منفی (0.61)، پذیرش و تغییر در روابط (0.67)، کنترل (0.61)، تأثیرات معنوی (0.41) و تاب آوری (0.96) بود.

علاوه بر تحلیل فوق، نتایج آزمون لوین در مورد پیش فرض همگنی واریانس های نمرات متغیرهای تنظیم شناختی هیجانی و زیرمقیاس های آن نشان داد که واریانس های متغیرهای تنظیم شناختی هیجانی (کل)، خود را مقصودانستن، نشخوار فکری، توجه مثبت مجدد، متمرکز بر برنامه ریزی، بازنگری و ارزیابی مجدد به صورت مثبت، تحت نظر قرار دادن، فاجعه آمیز تلقی

تفاوت دو گروه آزمایشی و گواه در هر یک از متغیرهای تنظیم شناختی هیجانی (کل) و زیرمقیاس‌های آن از تحلیل کواریانس است.

جدول ۴) نتایج آزمون تحلیل کواریانس چندمتغیره برای تنظیم شناختی هیجانی و مؤلفه‌های آن در دو گروه آزمایشی و گواه

Eta ²	P	F	Sm	df	Ss	متغیرهای وابسته	منبع تغییرات
۰/۴۵	۰/۰۰۱	۱۵/۷۱	۱۵۲/۴۵	۱	۱۵۲/۴۵	تنظیم شناختی هیجانی (کل)	گروه
۰/۷۴	۰/۰۰۱	۵۴/۷۸	۶۰/۴۳	۱	۶۰/۴۳	خود را مقصودانست	
۰/۷۸	۰/۰۰۱	۶۸/۷۵	۶۴/۵۴	۱	۶۴/۵۴	پذیرش	
۰/۶۹	۰/۰۰۱	۴۲/۶۷	۴۴/۱۲	۱	۴۴/۱۲	نشخوار فکری	
۰/۸۸	۰/۰۰۱	۱۵۱/۴۱	۹۸/۶۵	۱	۹۸/۶۵	توجه مثبت مجدد	
۰/۷۷	۰/۰۰۱	۶۳/۷۳	۸۹/۹۹	۱	۸۹/۹۹	متمرکز بر برنامه‌ریزی	
۰/۸۴	۰/۰۰۱	۱۰۶/۲۶	۱۰۸/۰۸	۱	۱۰۸/۰۸	بازنگری و ارزیابی مجدد مثبت	
۰/۴۸	۰/۰۰۱	۱۸/۰۳	۲۶/۳۵	۱	۲۶/۳۵	تحت نظر قرار دادن	
۰/۴۴	۰/۰۰۱	۱۵/۲۱	۱۰/۵۷	۱	۱۰/۵۷	فاجعه‌آمیز تلقی کردن	
۰/۸۸	۰/۰۰۱	۱۴۸/۳۳	۸۴/۷۱	۱	۸۴/۷۱	مقصودانست دیگران	

فکری، فاجعه‌آمیزی تلقی کردن، تحت نظر قرار دادن و مقصودانست دیگران و بالا بودن میانگین نمرات متغیرهای توجه مثبت مجدد، متمرکز بر برنامه‌ریزی، بازنگری و ارزیابی مجدد به صورت 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 نایینا شده است. میزان تأثیر یا تفاوت در مؤلفه‌های تنظیم شناختی-هیجانی (کل) (۰/۴۵)، خود را مقصودانست (۰/۷۴)، نشخوار فکری (۰/۶۹)، توجه مثبت مجدد (۰/۸۸)، متمرکز بر برنامه‌ریزی (۰/۷۷)، بازنگری و ارزیابی مجدد به صورت مثبت (۰/۸۴)، تحت نظر قرار دادن (۰/۴۸)، فاجعه‌آمیز تلقی کردن (۰/۴۴) و مقصودانست دیگران (۰/۸۸) بود.

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. به عبارت دیگر، در تمام پس‌آزمون‌ها، بین میانگین‌های گروه‌های آزمایشی و گواه، تفاوت معنادار وجود داشت. این نشان دهنده‌ی تأثیر مثبت مداخله آزمایشی (قصه درمانی) بر متغیرهای تنظیم شناختی-هیجانی (کل)، خود را مقصودانست، نشخوار فکری، توجه مثبت مجدد، متمرکز بر برنامه‌ریزی، بازنگری و ارزیابی مجدد به صورت مثبت، تحت نظر قرار دادن، فاجعه‌آمیز تلقی کردن و مقصودانست دیگران بود (۰/۰۰۱). بنابراین فرض صفر و فرض پژوهش مورد تأیید قرار می‌گیرد. با توجه به پایین بودن میانگین نمرات متغیرهای خود را مقصودانست، نشخوار

جدول ۵) میانگین و انحراف معیار تعديل شده تابآوری (مؤلفه‌های آن) و تنظیم شناختی هیجانی (مؤلفه‌های آن) به همراه حدود اطمینان ۹۵ درصد

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

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

نشخوار فکری، توجه مثبت مجدد، متمرکز بر برنامه ریزی، بازنگری و ارزیابی مجدد به صورت مثبت، تحت نظر قراردادن، فاجعه آمیز تلقی کردن و مقصردانستن دیگران معنادار است. یعنی قصه درمانی با اطمینان ۹۵ درصد بر افزایش تنشیم شناختی هیجانی، پذیرش، توجه مثبت مجدد، متمرکز بر برنامه ریزی، بازنگری و ارزیابی مجدد به صورت مثبت و کاهش مؤلفه های خود را مقصردانستن، نشخوار فکری، تحت نظر قراردادن، فاجعه آمیز تلقی کردن و مقصردانستن دیگران در دانش آموزان نایینا تأثیر داشته است.

تفاضل میانگین تعدیل شده‌ی گروه‌های آزمایشی و گواه برای متغیرهای تاب آوری (کل) و مؤلفه‌های آن از قبیل شایستگی فردی، اعتقاد به غرایز فردی و تحمل عواطف منفی، پذیرش و تغییر در روابط، کنترل و تأثیرات معنوی معنادار است. یعنی قصه درمانی با اطمینان ۹۵ درصد بر افزایش تاب آوری و مؤلفه‌های آن در دانش آموزان نایینا تأثیر داشته است. همچنین، تفاضل میانگین تعدیل شده‌ی گروه‌های آزمایشی و گواه برای تنظیم شناختی هیجانی (کل) و مؤلفه‌های آن از قبیل خود را مقصردانستن، پذیرش،

بحث و نتیجه‌گیری

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 به دنبال آن، تاب‌آوری کودکان بهبود می‌یابد. به عبارت 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 نایینا 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 به دست 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 به صورت مستقل و اعمال کنترل بر محیط خود را خواهند داشت (۳۹).

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

هدف پژوهش حاضر، تعیین اثربخشی قصه‌درمانی بر تاب‌آوری و تنظیم شناختی هیجانی در کودکان نایینا بود. نتایج تحلیل کواریانس متغیره نشان داد که تاب‌آوری و تنظیم شناختی دانش‌آموزان نایینا در گروهی که مداخله قصه‌درمانی را دریافت کرده بودند، به صورت 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 نایینا 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 سوروی 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 حاضر 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، دوست‌بابی، جرئت ورزی، کنترل نگرانی و مهارت کنترل خشم از طریق داستان‌هایی که این مفاهیم را آموزش می‌دهد، موجب ارتقاء تاب‌آوری می‌شود (۳۹). مداخله

محیط و اطرافیان شان تأثیر مثبتی می‌گذارند و روابط خود با محیط و اطرافیان را کنترل و اداره می‌کنند (۴۵).

علاوه بر این، یافته دیگر پژوهش نشان داد که قصه درمانی موجب افزایش کنترل در دانش آموزان نایینا می‌شود. نتیجه این پژوهش با یافته پژوهشی تیلوت و همکاران (۳۹) همسو است. تیلوت و همکاران اذعان داشتند که قصه درمانی موجب افزایش کنترل می‌شود که نشان دهنده تاب آوری افراد در هنگام سختی‌ها و رویدادهای استرس‌زا است. در تبیین این یافته براساس یافته پژوهشی تیلوت و همکاران می‌توان بیان نمود که قصه درمانی 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 راه حل‌های 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 تاب آوری است که جهت گذراندن مشکلات زندگی، حتی زمانی که شرایط نامطلوب و سخت وجود دارد، بر تجربه منفی چیره شده و آنها را به تجربه 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 قصه درمانی موجب تأثیرات معنوی در دانش آموزان نایینا می‌شود. نتایج پژوهش مارگر و استون نشان داد که یکی دیگر از شاخص‌های تاب آوری، مؤلفه باورها و تأثیرات معنوی است و قصه درمانی موجب بهبود تأثیرات معنوی در افراد می‌شود (۴۷). براساس نتیجه مارگر و استون می‌توان اذعان داشت که هر قصه‌ای

قصه درمانی با آموزش مفاهیمی چون حل مسئله، کنترل خشم به صورت غیرمستقیم موجب افزایش اعتماد به غرایز فردی و تحمل عاطفه منفی می‌شود (۴۷). نتیجه به دست آمده را براساس نتایج پژوهشی مارگر و استون می‌توان تبیین کرد که قصه درمانی 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 قصه درمانی بر این است که زندگی افراد تا حد زیادی تحت تأثیر این قصه‌ها قرار دارد. قصه درمانگر به مراجع کمک می‌کند تا زندگی خود را طبق داستان انتخابی خود سازمان دهی کند. در واقع، افراد در موقع بروز مشکلات و شرایط استرس‌زا قادر به کنترل خشم خود شوند و برای حل مشکلات توائیی 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 به دلیل ناتوانی خود برای تحمل هیجانات منفی احساس سرافکنندگی می‌کنند و امکان بروز خشم در این افراد وجود دارد. اما قصه درمانی برای این افراد کمک می‌کند که با همزادپنداری با قهرمانان داستان در موقعیت قصه، توائیی‌های مقابله‌ای ادراک شده و توائیی مدیریت حالت هیجانی آزارنده و تحمل عواطف منفی را کسب کنند (۴۷).

شایان ذکر است، یافته دیگر پژوهش نشان داد که قصه درمانی موجب افزایش پذیرش و تغییر در روابط در دانش آموزان نایینا 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 قصه درمانی به صورت غیرمستقیم مفاهیم خودآگاهی به کودکان آموزش داده می‌شود که نسبت به ویژگی‌های منفی و مثبت خود شناخت کافی به دست آورند. در این راستا، خودآگاهی موجب شکل‌گیری یکی از ویژگی‌های تاب آوری 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 درک کرده و بر روابط خود با

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 به ویژه 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 راهبردهای تنظیم شناختی هیجانی در نایینایان بیشتر از افراد بینا موجب می‌شود که نایینایان بیشتر دچار اختلالات خلقی شوند. سازگاری با هر نوع ناتوانی از جمله نایینایی به سادگی 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 نایینایی یا نقص عضو، وجود عواملی مانند سبک فرزندپروری نادرست، محیط خانوادگی گسسته، الگوهای رفتاری نامناسب می‌تواند فرد را در مدیریت هیجانات خود دچار مشکل کند که نتیجه آن آسیب به عملکرد فرد در محیط مدرسه، خانواده و اجتماع می‌باشد. در نتیجه، آموزش مهارت‌های شناختی هیجانی و مدیریت آن به وسیله قصه می‌تواند مفید واقع شود. استفاده از راهبردهای تنظیم هیجانات و علائم بدی آن از میزان و شدت آن در موقع مختلف نیز آگاهی پیدا کنند تا موقع 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 به صورت گروهی به دانش آموزان کمک می‌کند تا به صورت غیرمستقیم مهارت‌های برقراری ارتباط، گفت‌وگو و حل مسئله را فراگرفته 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 مهارت‌ها استفاده کنند. کودکان در این سنین دارای انرژی و هیجانی فراوان برای حرکت هستند و در حین آسیب‌های ناشی از تحرک، به تدریج به تفاوت‌های خود با دیگران پی برد 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

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 متول 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 دردنگ و تهدید کننده‌اند. تأثیرات و باورهای معنوی به عنوان 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 مقصود دانستن، نشخوار فکری و مقصود دانستن دیگران اثربخش بود. پژوهش‌های درویش دماوندی و همکاران به بررسی تأثیر قصه‌درمانی مبتنی بر کنش‌های اجرایی روزمره بر بهبود نظم جویی شناختی (راهبردهای ناسازگارانه و سازگارانه) کودکان با اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی 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 مقصود دانستن، پذیرش، نشخوار فکری، توجه مثبت مجدد، متمرکز بر برنامه‌ریزی، بازنگری و ارزیابی مجدد مثبت، تحت نظر قرار دادن، فاجعه‌آمیز تلقی کردن و مقصود 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 راه حل‌های مختلف برای حل چالش

مسئله، آموزش هیجانات، دوست یابی، کنترل خشم را آموزش دهنده تا دانش آموزان نایینا نسبت به هیجانات خود شناخت پیدا کرده و آنها را تنظیم کنند تا به تاب آوری و سازگاری دست یابند. در واقع، پیشنهاد می شود که قصه درمانی در قالب برنامه آموزشی مدرسه در هر هفته اجرا شود.

تشکر و قدردانی

در پایان نویسندها از تمامی عزیزانی که شرایط لازم جهت اجرای پژوهش را فراهم نمودند و همچنین اولیای دانش آموزان، نهایت تشکر و قدردانی را اعلام می دارند.

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.

شرکت او را در بازی های گروهی با همسالانش فراهم ساخت. او را با توانمندی های خود آشنا کرد و مقدمات بروز استعدادها و توانایی ها را فراهم ساخت. اگر کودکان با آسیب بینایی رها شوند و در خود فرو روند، به تدریج از فرآیند رشد عقب مانده و از بستر طبیعی اجتماع منزوی می شوند.

در حالت کلی، یافته های پژوهش مؤید این است که جلسات قصه درمانی به صورت گروهی بر بهبود تاب آوری و تنظیم شناختی هیجانی به طور معناداری تأثیر داشته است. بنابراین، می توان نتیجه گرفت که آموزش گروهی قصه درمانی می تواند موجب ارتقاء تاب آوری و تنظیم شناختی هیجانی شود و حتی می توان به عنوان یک رویکرد پیشگیرانه برای سازگاری، انعطاف پذیری و تنظیم هیجانات به آن نگاه کرد.

محدودیت های پژوهش حاضر مربوط به جامعه آماری این پژوهش است که فقط دختران نایینا بودند و پسران نایینا شرکت نکرده بودند، بنابراین، تعمیم نتایج این پژوهش به پسران نایینا باید با احتیاط صورت گیرد. همچنین، از آنجا که آزمودنی های این پژوهش فقط دانش آموزان نایینا بودند، بنابراین در تعمیم آن به دانش آموزان با سایر ناتوانی ها باید با احتیاط صورت گیرد. همچنین، سن دانش آموزان نایینا در این پژوهش بین ۹ تا ۱۰ سال تأکید شده بود، بنابراین تعمیم نتایج این پژوهش به سایر سنین باید با احتیاط انجام شود. با توجه به محدودیت های پژوهش، برای پژوهش های آینده پیشنهاد می شود که این پژوهش در گروه دانش آموزان پسر نایینا، گروهی از دانش آموزان با سایر ناتوانی ها مثل اختلال نارسایی توجه / پیش فعالی و اختلال یادگیری خاص و گروه های سنی مختلف اجرا شود. همچنین، به عنوان پیشنهاد پژوهشی می توان اذعان داشت که در پژوهش های آتی به مقایسه روش قصه درمانی و روایت درمانی بر تاب آوری و تنظیم شناختی هیجانی در گروهی از دانش آموزان نایینا و تأثیر قصه درمانی بر خود پنداره و عزت نفس دانش آموزان نایینا پردازند. همچنین، به عنوان پیشنهاد کاربردی پژوهش، می توان بیان کرد که با توجه به اثرپخش بودن روش قصه درمانی و آشنایی دانش آموزان با قصه درمانی و جذابیت نقل قصه ها و اجرای آن در قالب ایفای نقش توسط دانش آموزان نایینا و آشنایی آنها با مهارت هایی برای ایجاد تاب آوری و تنظیم شناختی هیجانی پیشنهاد می شود که توسط معلم دانش آموزان یا مشاور مدرسه کتاب های قصه تهیه شوند و در قالب قصه گویی انواع مهارت هایی مانند حل

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. Rostamoghi 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 development, 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.Hnadbok 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 Anxiety. 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-Embry 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.

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. Souris 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].