

اثربخشی قصه درمانی بر تاب آوری و تنظیم شناختی هیجانی دانش آموزان نابینا

- **نعیمه مصطفایی پایدار**، کارشناسی ارشد روان شناسی و آموزش کودکان استثنایی، دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی دانشگاه تهران، تهران، ایران
- **سوگند قاسم زاده***، استادیار گروه روان شناسی، دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی دانشگاه تهران، تهران، ایران
- **علی اکبر ارجمند نیا**، دانشیار گروه روان شناسی، دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی دانشگاه تهران، تهران، ایران
- **شیرین مجاور**، دانشجوی دکتری روان شناسی و آموزش کودکان استثنایی، دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی دانشگاه تهران، تهران، ایران
- **عاطفه محمدی فیض آبادی**، دانشجوی دکتری روان شناسی و آموزش کودکان استثنایی، دانشکده روان شناسی و علوم تربیتی دانشگاه تهران، تهران، ایران

نوع مقاله: پژوهشی • صفحات ۹ - ۲۷

چکیده

زمینه و هدف: برای مقابله با مشکلات ناشی از آسیب های بینایی از جمله استرس، سرخوردگی و سایر مشکلات روان شناختی و سازگاری اجتماعی و فردی، نیاز به تاب آوری و تنظیم شناختی هیجانی است. بنابراین، هدف از پژوهش حاضر، تأثیر آموزش قصه درمانی بر تاب آوری و تنظیم شناختی هیجانی دانش آموزان نابینا بود.

روش: این پژوهش از نوع روش نیمه آزمایشی همراه با پیش آزمون و پس آزمون با گروه آزمایشی و گروه گواه انجام گرفت. جامعه آماری مطالعه حاضر، شامل دانش آموزان مجتمع آموزشی نابینایان نرجس شهر تهران در سال ۱۳۹۹-۱۳۹۸ بود. ۳۰ نفر از افراد واجد شرایط به روش نمونه گیری هدفمند انتخاب شدند و به صورت تصادفی در گروه کنترل (۱۵ نفر) و گروه آزمایشی (۱۵ نفر) جایگزین شدند. گروه آزمایشی ۱۰ جلسه قصه درمانی را به صورت گروهی دریافت نمودند و گروه کنترل، مداخله ای دریافت نکردند. در این پژوهش، برای جمع آوری داده ها، از مقیاس تاب آوری کانر و دیویدسون (۲۰۰۳) و تنظیم شناختی هیجانی گارنفسکی و کرایچ (۲۰۰۶) استفاده شد. برای تجزیه و تحلیل اطلاعات از نرم افزار spss 20 استفاده گردید. برای تحلیل داده های پژوهش از تحلیل کواریانس چند متغیره استفاده شد. مقادیر احتمال کمتر از ۰/۰۵ از نظر آماری معنادار در نظر گرفته شد.

یافته ها: نتایج داده های پژوهش نشان داد که قصه درمانی در افزایش تاب آوری (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 قصه درمانی در افزایش تنظیم شناختی هیجانی (کل)، توجه مثبت مجدد، متمرکز بر برنامه ریزی،

* 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، فاجعه آمیز تلقی کردن و مقصر دانستن دیگران اثربخش بود ($p < 0/05$).

نتیجه گیری: براساس یافته های به دست آمده می توان گفت، قصه درمانی روش کارآمدی در بهبود تاب آوری و بهبود تنظیم شناختی هیجانی در دانش آموزان نابینا بود.

واژه های کلیدی: تاب آوری، تنظیم شناختی هیجانی، دانش آموزان نابینا، قصه درمانی

مقدمه

انسان موجودی است که کاملاً متکی به حواس خود است و از طریق آنها به دریافت های حسی مختلف که پایه تجربیاتش را تشکیل می دهد، دست می یابد و براساس اطلاعاتی که از حواس خود دریافت می کند، بنای ادراک و فهم، حافظه، تخیل و منطق را می سازد. بنابراین، نقص حسی در افراد، به ویژه در حواس شنوایی و بینایی منجر به نقص در کارکردهای عالی مغز مانند توجه و تمرکز می شود 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 می شود و از خطرات احتمالی مصون می ماند (۱). آسیب بینایی نیز به دو دسته نابینا و کم بینا تقسیم می شود. یکی از آسیب های بینایی، نابینایی مطلق است. به لحاظ قانونی فرد نابینا کسی هست که با وجود برخورداری از وسائل کمک دیداری، تیزی بینی وی در چشم برتر ۲۰/۲۰۰ یا کمتر باشد و یا میدان دید وی آنقدر کم باشد که وسیع ترین قطر آن نتواند فاصله زاویه ای که بیشتر از ۲۰ درجه است را فراگیرد (۲). همچنین، دانش آموزی بر اساس تعریف آموزشی نابینا تلقی می شود که آسیب بینایی اش به اندازه ای باشد که برای خواندن نیاز به ابزار ویژه مانند بریل یا روش های شنیداری داشته باشد (۳). شیوع آسیب بینایی یکی از مسائل مهم نگرانی بهداشت عمومی محسوب می شود و سازمان جهانی بهداشت تخمین می زند 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 آسیب های بینایی اعم از نابینا و کم بینا در مدارس عادی آموزش ویژه دریافت کنند (۵).

علم روان شناسی، دیدگاه های مختلفی در مورد ماهیت انسان دارد که یکی از آنها، دیدگاه روان شناسی انسان گرایانه است که معتقد به آزادی، تغییرپذیری و عقلانیت انسان است (۶). در سال های اخیر، رویکرد جدیدی در روان شناسی تحت عنوان روان شناسی مثبت مورد توجه روان شناسان قرار گرفته است که با الهام از تمرکز بر ظرفیت ها و اراده انسان در نظر گرفته می شود که ناشی از استعداد انسانی است (۷). این رویکرد، به جای پرداختن به بیماری ها و اختلالات، توانایی ها، نقاط قوت انسان ها و ظرفیت هایی مانند تاب آوری، تنظیم هیجانی و بهزیستی روان شناختی و سایر موضوعاتی که منجر به بهزیستی فرد می شود را بررسی می کند (۸). از سوی دیگر، آسیب بینایی می تواند 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، آسیب های بینایی می توانند بر روند زندگی شان تأثیر منفی بگذارد (۱۰). کودکان خردسال با آسیب های بینایی، مشکلات مختلفی را تجربه می کنند که این مشکلات موجب بروز انزوای عاطفی، بیگانگی، سرخوردگی و مشکلات جسمی در زندگی روزمره آنان می شود (۱۱). نتایج پژوهش ها مبین این هستند که عاملی که می تواند بر کاهش انزوای عاطفی، بیگانگی و سرخوردگی و رشد همه جانبه فرد نابینا تأثیر مثبت بگذارد، تاب آوری^۲ است (۱۰). علی رغم نتایج این پژوهش ها، پژوهش رونویسک - کول و گودلی بیانگر این بود که نوجوانان با نیازهای ویژه اغلب به دلیل معلولیت تاب آوری پایینی دارند (۱۲). در پژوهش رستم اوغلی، طالبی جویباری و پرزور نشان داده شد که تاب آوری افراد نابینا در مقایسه با افراد بینا پایین است (۱۳) اما برخی از پژوهش ها نشان داده اند که در میزان تاب آوری بین افراد نابینا و افراد عادی تفاوت معناداری وجود ندارد (۱۴ و ۱۵). با این وجود، رونی، هادیری، مکلیستر، رونی،

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^۱ است. به‌کارگیری 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 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 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. قصه‌درمانی شکلی از قصه‌گویی شفاهی یا نوشتاری است که از استعاره‌های خلاقانه برای بیان داستان‌های فردی استفاده می‌کند. قصه‌درمانی

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 به عنوان 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 مواجهه 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 به واسطه نارسایی بینایی دارند، تنظیم شناختی هیجانی^۱ 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 این رو، به دلیل کاهش توانایی استفاده از راه‌برد 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 به عنوان 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

به کودک کمک می‌کند تا در احساسات و تجربیات سخت و چالش برانگیز 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 قصه درمانی هم سبب تشخیص مشکل و هم عامل درمان و اصلاح رفتار کودکان است (۴۴).

ادبیات پژوهش نشان می‌دهد که روش قصه درمانی یکی از مداخلات روان‌شناختی است که بر تاب آوری مؤثر است اما پژوهش‌های انجام شده در زمینه تأثیر قصه درمانی بر تاب آوری در بین کودکان عادی و بزرگسال انجام گرفته است و در بین کودکان نابینا و سایر کودکان با نیازهای ویژه انجام نگرفته است. به طور مثال، پژوهش کیهیل، بدلی، فرلی، فورستر و اسمیت نشان داد که قصه درمانی موجب افزایش تاب آوری و کاهش استرس در کودکان می‌شود (۴۵). نتایج پژوهشی بوچارد و همکاران بیانگر آن بود که قصه درمانی موجب رشد بینش کودک در زمینه مشکلات شخصی و درمان عاطفی می‌شود و قصه درمانی نیز موجب بیان احساسات و افکار و حس امنیت در کودکان می‌شود (۴۶). تیلوت، وتربی بل-فل و نیومن در پژوهشی به بررسی اثربخشی قصه درمانی بر تاب آوری پرداختند. گروه نمونه مشتمل بر ۶۰ نفر از کودکان ۴ تا ۸ ساله بود. نتیجه پژوهش بیانگر آن بود که این مداخله موجب افزایش تاب آوری می‌شود (۳۹). مارگر و استون در پژوهشی به بررسی تأثیر قصه درمانی بر امیدواری و تاب آوری در میان افراد مسن پرداختند. این مداخله به مدت ۵ هفته انجام گرفت و نتیجه پژوهش نشان داد که قصه درمانی موجب افزایش امیدواری و تاب آوری در افراد مسن می‌شود (۴۷). سوری، نریمانی و بشرپور در پژوهشی به بررسی اثربخشی قصه درمانی بر تاب آوری 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 قصه درمانی بر افزایش تاب آوری و کاهش تکانش‌وری کودکان کار مؤثر است (۴۸). خسروی در پژوهشی به بررسی اثربخشی قصه درمانی بر ارتقاء تاب آوری و کاهش اضطراب کودکان پرداخت. گروه نمونه مشتمل بر ۴۰ نفر بود که به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب

شدند. یافته‌ها نشان داد که برنامه قصه درمانی موجب کاهش ترس از فضای باز، اضطراب جدایی، ترس از آسیب بدنی، ترس اجتماعی، وسواس فکری-عملی و اضطراب فراگیر و افزایش تاب آوری می‌شود (۴۹). مشجری صنعتی و اصغری نکاح به بررسی اثربخشی قصه درمانی بر تاب آوری و خودپنداره فرزندان طلاق پرداختند. یافته‌ها نشان داد که تاب آوری و خودپنداره در کودکان مشارکت‌کننده در برنامه قصه درمانی 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 قصه درمانی بر تنظیم هیجانی در میان کودکان با گروه‌های مختلف انجام گرفته است (۵۰). درویش دماوندی، درتاج، قنبری هاشم‌آبادی و دلاور به بررسی اثربخشی قصه درمانی مبتنی بر کنش‌های اجرایی روزمره بر بهبود نظم‌جویی شناختی هیجانی کودکان با اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی پرداختند. نتایج نشان داد که قصه درمانی مبتنی بر کنش‌های اجرایی روزمره بر بهبود نظم‌جویی شناختی هیجانی کودکان با اختلال نارسایی توجه / بیش‌فعالی تأثیر معنادار داشت (۵۱). براکینگتن، ماریرا، بس، سیلوا، آلتسزپلر، فیچر و مل در پژوهشی به بررسی قصه درمانی بر اکسوتین، هیجان‌های مثبت و کاهش کورتیزول و درد در کودکان بستری شده در بیمارستان بررسی کردند. یکی از نتایج بیانگر آن بود که قصه درمانی 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 به واسطه نارسایی خود از به دست آوردن چنین تجربیاتی محروم هستند. این تجربیات می‌تواند تأثیر بسیاری بر رشد

پایه‌های 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 دانش‌آموزان نایینا بود. دانش‌آموزان واجد شرایط به صورت نمونه‌گیری 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 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 کواریانس چندمتغیره با نرم‌افزار spss 20 شامل آزمون لوین (برای بررسی پیش‌فرض 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 نایینا رعایت شد.

ابزار

۱) مقیاس تاب‌آوری کانر و دیویدسون^۱

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 ۲۵ سؤالی است که سازه‌ی تاب‌آوری را در اندازه‌های ۵ درجه‌ای از صفر تا ۵ می‌سنجد. حداقل نمره‌ی تاب‌آوری 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 تاب‌آوری است (۱۰). با توجه به مطالعات فوق، افراد نایینا 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 نایینا موجب می‌شود که کودکان نایینا مشکلاتی در ارتباط با سازگاری فردی و اجتماعی و رابطه با دیگران داشته باشند. بر همین اساس، به کار 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 نایینا انجام نشده است. بنابراین، خلأ پژوهشی در زمینه تأثیر قصه‌درمانی بر تاب‌آوری و تنظیم شناختی هیجانی در دانش‌آموزان نایینا، ضرورت انجام این پژوهش را نشان می‌دهد. در نتیجه، هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی قصه‌درمانی بر تاب‌آوری و تنظیم شناختی هیجانی در کودکان نایینا 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 به صورت مثبت، تحت نظر قرار دادن، فاجعه‌آمیز تلقی کردن و مقصر دانستن دیگران) بودند. جامعه آماری پژوهش حاضر کلیه دانش‌آموزان

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

که به تازگی 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 مقصر دانستن (گویه‌های ۱ و ۲)، 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 به صورت مثبت (۱۱ و ۱۲)، تحت نظر قرار دادن (۱۳ و ۱۴)، فاجعه‌آمیز تلقی کردن (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 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 حسنی به فارسی ترجمه شد و مورد هنجاریابی قرار گرفت. پایایی مقیاس براساس روش همسانی درونی (با دامنه آلفای کرانباخ 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 کرانباخ ۰/۸۵ به دست آمد.

معرفی برنامه مداخله

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

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 ($25 \times 4 = 100$) و نمره هر آزمودنی برابر مجموع نمرات یا کل ارزش‌های به دست آمده از هر یک از سؤالات 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 (گویه‌های ۲۰-۱۹-۱۸-۱۵-۱۴-۷-۶)، بُعد پذیرش و تغییر در روابط (گویه‌های ۸-۵-۴-۲-۱)، بُعد کنترل (گویه‌های ۲۳-۲۱-۱۳) 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 به دست آورده‌اند (۱۹). این پرسشنامه در ایران توسط محمدی به فارسی ترجمه شده و هنجاریابی شده است. پایایی این پرسشنامه با محاسبه ضریب آلفای کرانباخ (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 کرانباخ ۰/۶۶ گزارش شده است (۵۶). در پژوهش حاضر، پایایی کل مقیاس تاب‌آوری از طریق آلفای کرانباخ 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 استرس‌زای زندگی

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

جدول ۱) محتوای جلسات قصه درمانی

جلسات آموزشی	هدف	محتوا	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 گوسفند 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 می دهم؟ 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 بدهید 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 جغد کوچولو	جعبه آرامش درست کنید و با خود به کلاس بیاورید	۹۰ دقیقه
جلسه نهم	مهارت کنترل خشم	ابره های 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

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 مراجعه به مجتمع آموزشی دخترانه ناینیان 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 نظارت اساتید

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

تاب آوری و تنظیم شناختی هیجانی مربوطه پاسخ دهند. لازم به ذکر است که پرسش ها توسط پژوهش گر به صورت شفاهی برای دانش آموزان قرائت شد. پس از گرفتن پیش آزمون، آزمودنی ها به طور تصادفی به دو گروه گواه و آزمایشی تقسیم شدند. آزمودنی ها (دانش آموزان نابینا) جلسات قصه درمانی را مطابق جدول (۱) در قالب ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه ای و به صورت گروهی دریافت کردند. گروه گواه هیچ گونه آموزشی دریافت نکرد. پس از پایان جلسات قصه درمانی، پس آزمون از همه ی اعضای گروه آزمایشی و گروه گواه با استفاده از مقیاس های تاب آوری و تنظیم هیجانی به عمل آمد.

یافته ها

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

نابینا بود. سپس، چک لیست روایی متخصصان جهت تأیید متناسب بودن قصه ها و تمرین ها برای دانش آموزان 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 قصه ها را نمره گذاری کنند. بنابراین، روایی محتوایی پروتکل قصه درمانی توسط ۴ نفر از متخصصان روان شناسی 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 نابینایان نرجس و بعد از گرفتن رضایت نامه از والدین این دانش آموزان و تکمیل پرسشنامه ها توسط دانش آموزان نابینا، جلسات قصه درمانی را اجرا کرد. روایت قصه به همراه مشارکت دانش آموزان نابینا انجام شد. به عبارت دیگر، فرآیند خواندن قصه از طریق پرسش توسط پژوهشگر، نیمه تمام گذاشتن داستان، پرسیدن نظر دانش آموزان انجام شد. در پایان، تمام افراد تمرین و بازی نقش مربوط به مهارت یادگرفته شده از طریق قصه را انجام می دادند و تکلیفی متناسب با آن برای جلسه بعد دریافت می کردند و جلسه بعد با بررسی آن تکلیف آغاز می شد.

بعد از تعیین جلسات مداخله قصه درمانی، پیش آزمون برای هر دو گروه به صورت انفرادی اجرا شد. از هر یک از آزمودنی ها درخواست شد که به پرسش های مقیاس های

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

متغیرها	وضعیت	گروه	M	SD	K-SZ	P
تاب آوری (کل)	پیش آزمون	آزمایشی	۷۰/۵۳	۴/۸۶	۰/۶۲	۰/۸۳
		گواه	۷۱/۱۳	۵/۰۴	۰/۴۲	۰/۹۹
	پس آزمون	آزمایشی	۱۰۶/۰۰۰	۳/۷۴	۰/۵۳	۰/۹۳
		گواه	۷۱/۰۰	۶/۰۳	۰/۵۲	۰/۹۴
شایستگی فردی	پیش آزمون	آزمایشی	۲۰/۸۰	۲/۵۶	۰/۵۲	۰/۹۴
		گواه	۲۱/۹۳	۲/۸۶	۰/۶۳	۰/۸۱
	پس آزمون	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	پیش آزمون	آزمایشی	۱۹/۸۶	۱/۹۹	۰/۷۸	۰/۵۷
		گواه	۱۹/۸۰	۱/۶۱	۰/۶۰	۰/۸۵
	پس آزمون	آزمایشی	۳۰/۳۳	۱/۵۸	۰/۷۵	۰/۶۱
		گواه	۲۰/۳۳	۲/۰۲	۰/۶۶	۰/۷۷

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

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

شده است. با توجه به جدول آزمون z کولموگراف-اسمیرنف برای متغیرها معنادار نیست. پس می توان توزیع هنجار متغیرها را نتیجه گرفت ($p > 0.05$).

برای ارزیابی اثربخشی آموزش قصه درمانی بر تاب آوری و تنظیم شناختی هیجانی دانش آموزان نابینا از تحلیل کواریانس چندمتغیره استفاده شد. قابل ذکر است که قبل از اجرای تحلیل کواریانس چندمتغیره برای بررسی پیش فرض همگنی واریانس ها از آزمون همگنی واریانس های لوین استفاده شد. نتایج آزمون لوین در مورد پیش فرض همگنی واریانس های نمرات متغیرهای تاب آوری و زیرمقیاس های آن نشان داد واریانس های متغیرهای تاب آوری، شایستگی فردی، اعتماد به غرایز فردی و تحمل عاطفه منفی، پذیرش و تغییر در روابط، کنترل و تأثیرات معنوی به ترتیب ($F=2.66, p>0.11$), ($F=0.93, p>0.34$), ($F=2.97, p>0.09$), ($F=0.96, p>0.48$), ($F=0.02, p>0.88$), ($F=0.74, p>0.39$) و ($F=0.13, p>0.71$) در گروه ها برابر است. به عبارت دیگر، سطوح معناداری آزمون لوین برای تاب آوری و زیرمقیاس های آن بیشتر از 0.05 است و فرض صفر برای تساوی واریانس های نمرات دو گروه در متغیر پژوهش تأیید شد ($p>0.05$). نتایج آزمون باکس برای همسانی ماتریس کواریانس متغیرهای تاب آوری و زیرمقیاس های آن نشان داد که مفروضه همگنی ماتریس کواریانس برقرار بود ($F=1.15, p>0.30$). آماره لامبدای ویلکز به عنوان شاخص های آماری چندمتغیره در تحلیل کواریانس متغیرهای وابسته تاب آوری و زیرمقیاس های آن گزارش شد. شاخص اثر لامبدای ویلکز که اثر نوع گروه بر

در جدول (۲) آمار توصیفی مربوط به میانگین و انحراف معیار نمرات تاب آوری (شایستگی فردی، اعتماد به غرایز فردی و تحمل عاطفه منفی، پذیرش و تغییر در روابط، کنترل و تأثیرات معنوی) و تنظیم شناختی هیجانی و زیرمقیاس های آن (خود را مقصر 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 مقصر دانستن دیگران) به تفکیک برای افراد گروه های آزمایشی و گواه در دو مرحله سنجش (پیش آزمون و پس آزمون) نشان داده شده است. همان طور که ملاحظه می شود در گروه کنترل میانگین نمرات در مراحل پیش آزمون و پس آزمون تاب آوری (شایستگی فردی، اعتماد به غرایز فردی و تحمل عاطفه منفی، پذیرش و تغییر در روابط، کنترل و تأثیرات معنوی) و تنظیم شناختی هیجانی و زیرمقیاس های آن (خود را مقصر 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 مقصر دانستن دیگران) تغییر چندانی را نشان نمی دهند ولی در گروه آزمایشی شاهد تفاوت میانگین نمرات در پس آزمون گروه آزمایشی نسبت به پیش آزمون گروه آزمایشی و گواه و پس آزمون گروه گواه هستیم. همچنین، بررسی پیش فرض نرمال بودن توزیع نمرات پیش آزمون و پس آزمون در هر دو گروه آزمایشی و گواه برای متغیرهای تنظیم شناختی هیجانی و زیرمقیاس های آن از آزمون کولموگراف-اسمیرنف استفاده شد. در این جدول، نتایج آزمون کولموگراف-اسمیرنف برای بررسی هنجار بودن داده ها گزارش

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.

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 به دست آمد ($F = ۱۴۰/۹۲$, $p < ۰/۰۰۱$). بدین ترتیب، فرض صفر آماری رد و مشخص می‌شود که بین تاب‌آوری (کل) و زیرمقیاس‌های آن

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

کردن و مقصر دانستن دیگران به ترتیب ($F = ۰/۰۲$, $p > ۰/۸۸$)، ($F = ۰/۳۷$, $p > ۰/۸۱$)، ($F = ۰/۸۲$, $p > ۰/۰۵$)، ($F = ۰/۰۸$, $p > ۰/۰۸$)، ($F = ۳۲/۳۰$, $p > ۰/۸۰$)، ($F = ۰/۰۶$, $p > ۰/۳۶$)، ($F = ۰/۸۶$, $p > ۰/۳۶$)، ($F = ۱/۰۳$, $p > ۰/۳۱$)، ($F = ۰/۴۷$, $p > ۰/۴۹$)، ($F = ۰/۵۳$, $p > ۰/۴۷$)، ($F = ۰/۵۱$, $p > ۰/۴۸$) و در عبارت 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 ($F = ۱/۲۷$, $p > ۰/۱۰$, $BoxM = ۸۸/۹۰$). 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 به دست 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

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. به عبارت دیگر، در تمام پس‌آزمون‌ها، بین میانگین‌های گروه‌های آزمایشی و گواه، تفاوت معنادار وجود داشت. این نشان‌دهنده 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 نایینا 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

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

جدول (۴) نتایج آزمون تحلیل کواریانس چندمتغیره برای تنظیم شناختی هیجانی و مؤلفه های 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 برنامه ریزی	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
	فاجعه آمیز 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

فکری، فاجعه آمیزی تلقی کردن، تحت نظر قرار دادن و مقصر دانستن دیگران و بالا بودن میانگین نمرات متغیرهای توجه مثبت مجدد، متمرکز بر برنامه ریزی، بازنگری و ارزیابی مجدد به صورت مثبت گروه آزمایشی در مرحله پس آزمون در مقایسه با افراد گروه گواه نتیجه گرفته می شود که قصه درمانی مؤثر بوده و موجب بهبود بهبود تنظیم شناختی هیجانی و زیرمقیاس های آن در کودکان نابینا شده است. میزان تأثیر یا تفاوت در مؤلفه های تنظیم شناختی-هیجانی (کل) (۰/۴۵)، خود را مقصر دانستن (۰/۷۴)، نشخوار فکری (۰/۶۹)، توجه مثبت مجدد (۰/۸۸)، متمرکز بر برنامه ریزی (۰/۷۷)، بازنگری و ارزیابی مجدد به صورت مثبت (۰/۸۴)، تحت نظر قرار دادن (۰/۴۸)، فاجعه آمیز تلقی کردن (۰/۴۴) و مقصر دانستن دیگران (۰/۸۸) بود.

نتایج تحلیل کواریانس چندمتغیره در جدول (۴) نشان داد که بعد از کنترل اثر پیش آزمون ها بر روی نمره پس آزمون، اثر گروهی در تمام پس آزمون ها، معنادار شد. به عبارت دیگر، در تمام پس آزمون ها، بین میانگین های گروه های آزمایشی و گواه، تفاوت معنادار وجود داشت. این نشان دهنده تأثیر مثبت مداخله آزمایشی (قصه درمانی) بر متغیرهای تنظیم شناختی-هیجانی (کل)، خود را مقصر دانستن، 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 مقصر دانستن دیگران بود ($p < 0/001$). بنابراین فرض صفر رد و فرض پژوهش مورد تأیید قرار می گیرد. با توجه به پایین بودن میانگین نمرات متغیرهای خود را مقصر دانستن، نشخوار

جدول (۵) میانگین و انحراف معیار تعدیل شده تاب آوری (مؤلفه های آن) و تنظیم شناختی هیجانی (مؤلفه های آن) به همراه حدود اطمینان ۹۵ درصد

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

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

نشخوار فکری، توجه مثبت مجدد، متمرکز بر برنامه‌ریزی، بازنگری و ارزیابی مجدد به صورت مثبت، تحت نظر قرار دادن، فاجعه‌آمیز تلقی کردن 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 به صورت مثبت و کاهش مؤلفه‌های خود را مقصر دانستن، نشخوار فکری، تحت نظر قرار دادن، فاجعه‌آمیز تلقی کردن و مقصر دانستن دیگران در دانش‌آموزان نایینا تأثیر داشته است.

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 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 مقصر دانستن، پذیرش،

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 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 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 بالارفتن 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 به‌غرایز 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

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 قصه درمانی موجب افزایش کنترل در دانش‌آموزان 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 نشان‌دهنده تاب‌آوری 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 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 راه‌حلی 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 قصه درمانی موجب تأثیرات معنوی در دانش‌آموزان نایینا می‌شود. نتایج پژوهش مارگر و استون نشان داد که یکی دیگر از شاخص‌های تاب‌آوری، 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 به‌صورت غیرمستقیم موجب افزایش اعتماد به غریز فردی و تحمل عاطفه منفی می‌شود (۴۷). نتیجه به‌دست 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. 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 مراحل 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، 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 قصه درمانی موجب افزایش پذیرش و تغییر در روابط در دانش‌آموزان 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 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 درک کرده و بر روابط خود با

که انتخاب می‌شود باید هدفی را تعقیب کند که آن هدف ارزشمند 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 قصه درمانی هستند، می‌آموزند که باورهای معنوی هدف زندگی را مشخص می‌کنند و مایه تسلی آنها در شرایط دردناک و تهدیدکننده‌اند. 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 قصه درمانی در افزایش تنظیم شناختی هیجانی و مؤلفه‌های آن از جمله توجه مثبت مجدد، متمرکز بر برنامه ریزی، پذیرش، بازنگری و ارزیابی مجدد مثبت و کاهش تحت نظر قرار دادن، فاجعه آمیز تلقی کردن، خود را مقصر دانستن، نشخوار فکری و مقصر دانستن دیگران اثربخش بود. پژوهش‌های درویش دماوندی و همکاران به بررسی تأثیر قصه درمانی مبتنی بر کنش‌های اجرایی روزمره بر بهبود نظم جویی شناختی (راهنماهای ناسازگارانه و سازگارانه) کودکان با اختلال نارسایی توجه / بیش فعالی پرداخته بودند (۵۱). همچنین، یکی از نتایج براکینگتن و همکاران این بود که قصه درمانی سبب بیان هیجانات مثبت در شرایط سخت و دشوار، با برگرفتن از شخصیت پردازی قصه‌ها می‌شود (۵۲). بنابراین، در زمینه بهبود تنظیم شناختی هیجانی، مداخله قصه درمانی انجام نگرفته است اما می‌توان برای اثربخشی مداخله قصه درمانی بر تنظیم هیجانی شناختی و مؤلفه‌های آن از خود را مقصر دانستن، پذیرش، نشخوار فکری، توجه مثبت مجدد، متمرکز بر برنامه ریزی، بازنگری و ارزیابی مجدد مثبت، تحت نظر قرار دادن، فاجعه آمیز 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 فرضیه سازی 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 قصه درمانی، مفاهیمی مثل حل مسئله، کنترل خشم و به ویژه آموزش مهارت‌های شناخت هیجانی آموزش داده می‌شود. بنابراین، می‌توان گفت که مداخله قصه درمانی موجب افزایش تنظیم شناختی هیجانی در فرد می‌شود. از سوی دیگر، کاهش توانایی در استفاده از راه‌بردهای 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 به سادگی رخ نمی‌دهد و با توجه به نقش تنظیم شناختی هیجانی در سازگاری روانی و انعطاف پذیری، 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 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 راهنماهای 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 راهنماهای 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 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 مهارت‌ها استفاده کنند. کودکان در این سنین دارای انرژی و هیجانی فراوان برای تحرک هستند و در حین آسیب‌های ناشی از تحرک، به تدریج 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

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 منافی 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 United Kingdom: Cengage Learning; 2012.

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، به تدریج از فرآیند رشد عقب مانده و از بستر طبیعی اجتماع منزوی می‌شوند.

در حالت کلی، یافته‌های پژوهش مؤید این است که جلسات قصه‌درمانی به صورت گروهی بر بهبود تاب‌آوری و تنظیم شناختی هیجانی به طور معناداری تأثیر داشته است. بنابراین، می‌توان نتیجه گرفت که آموزش گروهی قصه‌درمانی می‌تواند موجب ارتقاء تاب‌آوری و تنظیم شناختی هیجانی شود و حتی می‌توان به عنوان 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 تأکید 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، به عنوان 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 پردازند. همچنین، به عنوان 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

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 with 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 development, 2014; 85(1): 6-20.
18. Masten AS, Wright M. Resilience over the Lifespan: Developmental Perspectives on Resistance, Recovery. In: Reich JW, Zautra AJ, Hall JS. Handbook 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 PTSD and 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 Rehabilitation 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, Heidari Sharaf 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, Petrucci 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. Sourfi 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].