

Comparing the Effectiveness of Cognitive-Behavioral Play Therapy and Story Therapy on Empathy and Boldness of Primary School Students

Saifollah Rahmani^{1*}, Balal Moradvisi²

پذیرش مقاله: ۱۴۰۴/۰۴/۰۷

دریافت مقاله: ۱۴۰۳/۰۹/۲۳

Accepted Date: 2025/06/28

Received Date: 2024/12/13

Abstract

Cognitive-behavioral play therapy is a method that has emerged from the integration of behavioral and cognitive techniques and recognizes play as the principle of treatment. According to Nel, a series of organized and purposeful activities follow one another in cognitive-behavioral play therapy, and at the same time, the child is allowed to act in an uncoordinated, autonomous, and spontaneous manner. In cognitive-behavioral play therapy, the therapeutic method is short-term, guided, and problem-focused. Story therapy is also not a therapeutic technique; what is assumed in story therapy is that changing the language and literature of life stories creates a new opportunity for new behavior and relationships with others. The purpose of the present study was to compare the effectiveness of cognitive-behavioral play therapy and story therapy on empathy and assertiveness in elementary school students. The present study was a quasi-experimental study with a pretest-posttest design with two experimental groups and a control group. The statistical population included all second-year primary school boys in Kamyaran city in 1401-1402. Using Sampling available method, 2 schools and one class from each school were selected as a sample and 45 people were randomly assigned to two experimental groups (cognitive behavioral play therapy = 15 people) and (story therapy = 15 people) and a control group (15 people). For the first experimental group, cognitive behavioral play therapy sessions were held for 10 sessions and for the second experimental group, story therapy sessions were held for 11 sessions weekly and in groups, and the control group did not receive any intervention. The study inclusion criteria were: age range 9-11 years, willingness to participate in educational courses. The exclusion criteria for the study included unwillingness to continue the sessions and inability to tolerate educational conditions, and simultaneous participation in similar educational and psychological courses. Information related to the aforementioned criteria was obtained from the samples in the form of self-report. Descriptive (mean and standard deviation) and inferential (Lewin test and analysis of covariance) methods were used to analyze the statistical data. SPSS 22 software was used for this purpose. The research tools were the Jolliffe and Farrington Empathy Scale (2006) and the Gambrill

¹ Assistant Professor of Psychology and Counseling Educational Department, Farhangian University of Tehran, Iran.

*Corresponding Author:

Email: Rahmaniseifola@gmail.com

² Master of General Psychology, Azad University, Sanandaj, Iran Iran.

and Ritchie Assertiveness Questionnaire (1975). The results showed that the difference in the mean of assertiveness in the post-test and in the two groups of story therapy and cognitive-emotional play was not significant at the 0.60 level, meaning that there was no significant difference in assertiveness skills between these two groups and the assertiveness skills of the two groups were at the same level in the post-test. But there is a significant difference between the courage scores of the control group and the two story therapy and cognitive-emotional game groups. This means that the scores of the control group are different from the other two groups and are not at the same level. According to the comparison of the groups' means in the courage skill in the pre- and post-test, the post-test mean of the story therapy group is 118; the cognitive-emotional game group is 119.07 and the control group is 13.90. The control group's mean is lower than the other two groups, which confirms the effect of story therapy and cognitive-emotional game on the students' courage skill. Also, the difference in the mean of empathy in the post-test and in the two story therapy and cognitive-emotional game groups is not significant at the level of 0.51, which means that there is no significant difference found between these two groups in the empathy skill and the empathy skill of the two groups in the post-test is at the same level. But there is a significant difference between the empathy scores of the control group and the two story therapy and cognitive-emotional game groups. This means that the scores of the control group are different from the other two groups and are not at the same level. According to the comparison of the groups' averages in empathy skills in the pre- and post-test, the post-test average of the story therapy group is 27.62; the cognitive-emotional game group is 20.60, and the control group is 36. The average of the control group is lower than the other two groups, which confirms the effect of story therapy and cognitive-emotional game on students' empathy skills. As a result, it can be stated that cognitive-behavioral play is effective in resolving children's behavioral and psychological problems, in which the therapist uses play to communicate with the child and, by helping with emotional release, helps the child solve problems in normal life. This treatment is derived from cognitive-behavioral therapy for adults, which is specific to preschool and elementary school children. The theoretical framework of this treatment is based on the cognitive model of emotional disorders and the interaction of cognition, emotions, and behavior. The child's chaotic behavior is a sign of irrational thinking, and the treatment emphasizes cognitive change. Interventions emphasize helping the child to classify their thoughts, which must be adapted to their situation, rather than forcing the child to think like an adult, which in turn promotes their assertiveness. The therapist can also teach the child new skills, encourage the child, and at the same time focus on the child's thoughts, feelings, fantasies, and environment, and use adaptive strategies. It uses behavioral techniques, systematic desensitization, dependency management, self-reliance, and activity planning. Cognitive techniques include thought recording, cognitive change strategies, and confrontational inner speech, and modeling, role-playing, and dependency techniques are also used, and these generally lead to the promotion of empathy in them. Despite the practical results obtained from this study, like any other study, it has faced limitations such as: lack of control over the nutritional conditions of the subjects, lack of control over the psychological conditions of the subjects, lack of implementation of follow-up periods, and its limitation to the knowledge of

elementary school boys in Kamyaran. Therefore, it is suggested that a long-term follow-up period be implemented in future studies. It should also be conducted on the community of girls in other educational levels and the psychological and nutritional status of the children should be controlled. Given the effectiveness of cognitive behavioral play therapy on children's empathy and assertiveness, it can be suggested that this treatment method be used in schools, kindergartens, and child counseling and psychology centers to improve children's skills. It is also suggested to educators and counselors to use the story therapy method to teach children assertiveness skills.



Keywords: Cognitive Behavioral Play Therapy, Story Therapy, Empathy, Courage, Experimental Method

مقایسه اثربخشی بازی درمانی شناختی - رفتاری و قصه درمانی بر همدلی و جرأت‌ورزی دانش آموزان دوره ابتدایی

سیف الله رحمانی^{۱*}، بلال مرادویسی^۲

چکیده

هدف: جرأت‌ورزی و همدلی از عواملی هستند که به افراد در توسعه روابط صمیمانه، درک متقابل با گفتگوی آگاهانه و ایجاد محیطی امن و ارضای نیازهای عاطفی کمک می‌کند که برای تقویت این مهارت‌ها در کودکی باید به روش‌هایی مؤثرتر و کارآمدتر توسل جست بنابراین هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی بازی درمانی شناختی-رفتاری و قصه درمانی بر همدلی و جرأت‌ورزی دانش آموزان دوره ابتدایی بود.

روش: روش پژوهش از نوع کمی، نیمه‌آزمایشی و با پیش‌آزمون پس‌آزمون با دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل کلیه دانش آموزان پسر دوره دوم ابتدایی شهرستان کامیاران در سال ۱۴۰۱-۱۴۰۲ بود. با روش نمونه‌گیری دردسترس تعداد ۴۵ نفر به‌عنوان نمونه در دسترس انتخاب و با گمارش تصادفی در دو گروه آزمایش (بازی درمانی شناختی-رفتاری= ۱۵ نفر) و (قصه درمانی= ۱۵ نفر) و یک گروه گواه (۱۵ نفر) جایگزین شدند. برای گروه آزمایش اول جلسات بازی درمانی شناختی-رفتاری طی ۱۰ جلسه و برای گروه دوم آزمایش جلسات قصه درمانی طی ۱۱ جلسه به‌صورت هفتگی و گروهی برگزار شد و گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکردند. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسش‌نامه همدلی جولیف و فارینگتون و پرسش‌نامه جرأت‌ورزی گمبیل و ریچی استفاده شد. جهت تجزیه و تحلیل داده‌های از تحلیل کوواریانس با نرم‌افزار SPSS-22 استفاده شد.

یافته‌ها: یافته‌های حاصل از روش تحلیل کوواریانس و معنادار شدن آزمون F نشان‌دهنده اثربخشی بازی درمانی شناختی-رفتاری و قصه درمانی بر همدلی و جرأت‌ورزی بودند. همچنین نتایج نشان داد که بین نمرات همدلی و جرأت‌ورزی دانش آموزان در دو گروه قصه درمانی و بازی شناختی-رفتاری تفاوت معناداری یافت نشد، اما تفاوت نمرات دو گروه در دو متغیر با گروه گواه معنادار شد. می‌توان نتیجه گرفت که بازی درمانی می‌تواند بر توسعه مهارت جرأت‌ورزی و همدلی کودکان تأثیرگذار باشد، بنابراین مشاوران مدرسه می‌توانند از فنون رویکرد بازی درمانی شناختی-رفتاری و قصه درمانی جهت ارتقا مهارت‌های کودکان استفاده نمایند و نیز والدین را تشویق به استفاده از این روش‌ها در تربیت کودکان خود نمایند.

کلیدواژه‌ها: شناختی-رفتاری، قصه درمانی، همدلی، جرأت‌ورزی، روش آزمایشی

^۱. استادیار گروه آموزشی روانشناسی و مشاوره دانشگاه فرهنگیان تهران، ایران.

* (نویسنده مسئول):

Email: Rahmaniseifola@gmail.com

^۲. کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی، دانشگاه آزاد، سنندج، ایران.

مقدمه

دوران کودکی مهم‌ترین سال‌های حیات است و تجربیات این سال‌ها زیربنای زندگی آینده هر انسانی خواهد بود؛ لذا اگر به نیازها و حیطه‌های تکاملی کودکان در طی این دوران پاسخ مناسبی داده شود، آنها سالم‌تر بوده، از قدرت تفکر و تعقل بیشتری برخوردار می‌گردند و مهارت‌های عاطفی و اجتماعی بهتری خواهند داشت (Hamidi, Ebrahim Damavandi & Saberi Foojerdi, 2020). به مجموعه مهارت‌هایی که به ما اجازه می‌دهند تا با دیگران ارتباط برقرار کنیم، مهارت‌های اجتماعی می‌گویند. انسان موجودی اجتماعی است و شیوه‌های مختلفی را برای انتقال افکار و احساسات خود به دیگران به وجود آورده است. مهارت‌های اجتماعی، مهارت‌هایی کلامی و غیرکلامی هستند که ما برای برقراری ارتباط و تعامل با یکدیگر از آنها استفاده می‌کنیم. از این مهارت‌ها در زندگی روزمره و در تعامل‌های شخصی و جمعی استفاده می‌شود. این واقعیت که برخی از افراد "تعامل اجتماعی" بهتری نسبت به سایرین دارند، منجر به تحقیقات متعددی در مورد ماهیت و کارکرد تعامل بین‌فردی شده است. شکل‌گیری مهارت‌های اجتماعی مشتمل بر آگاهی از چگونگی تعامل با دیگران، پیام‌هایی که از سال می‌کنیم و چگونگی تعاملی کارآمدتر و مؤثرتر می‌شود. یک مهارت اجتماعی شامل هر نوع شایستگی می‌شود که تعامل و ارتباط با سایرین را در یک بافت اجتماعی تسهیل کند (Mohammadi & Hatami Marbini, 2021).

از متغیرهای تأثیرگذار در تعاملات اجتماعی می‌توان به همدلی اشاره کرد. همدلی توانایی ما برای به اشتراک گذاشتن و درک حالات عاطفی و ذهنی دیگران است (Lajante, Del Prete, Sasseville, Rouleau, Gagnon & Pelletier, 2023). همدلی یک تجربه و مفهوم بسیار دشوار است و به روش‌های مختلف توسط رشته‌های مختلف (Engelen & Rottger-Rossler, 2012, Maibom, 2014, 2017) و در دوره‌های مختلف تاریخی (Throop, 2008, Throop & Zahavi, 2020) تعریف شده است. دوران اولیه کودکی پر از نقاط عطف مهم برای رشد همدلی است (Hoffman, 1987, Ungerer, Dolby, Waters, Barnett, Kelk & Lewin, 1990, Uzeffovsky & Knafo-Noam, 2017). از دوران نوزادی تا نوپایی، کودکان بین خود و دیگران تمایز قائل می‌شوند و به این درک می‌رسند که آنچه دیگران احساس می‌کنند می‌تواند با احساسات آنها متفاوت باشد و شروع به جستجوی نشانه‌های عاطفی برای درک آنچه در یک موقعیت خاص در حال وقوع است می‌کنند (Geangu, Benga, Stahl & Striano, 2011). همین امر به عنوان نقطه عطفی در توسعه همدلی، تمایز خود - دیگری، درک احساسات و حالات ذهنی دیگران را تسهیل می‌کند و با همدلی با دیگران مرتبط است (Decety & Jackson, 2004, Rieffe, Ketelaar & Wiefferink, 2010). همدلی در دوران کودکی به سرعت رشد می‌کند و کودکان خردسال می‌توانند احساسات دیگران را به دقت استنباط کنند و کمک کنند (Takamatsu, 2022).

از مؤلفه‌های دیگری که در تعاملات و روابط انسانی مهم و ضروری می‌باشد، مهارت جرأت‌ورزی است. قاطعیت معمولاً «بر حسب بیان صادقانه و مشروع نظرات، نیازها، خواسته‌ها و احساسات شخصی بدون انکار یا نقض حقوق دیگران» تعریف می‌شود (Alberti & Emmons, 2008). جرأت‌ورزی دو وجه دارد. وجوه مثبت و منفی و هر دو وجه آن لازمه تعامل اجتماعی موفق می‌باشند و منجر به بیان افکار و

احساسات و نشان دادن پاسخ‌های مناسب در روابط بین فردی می‌شود (Ames & Wazlawek, 2014). اگرچه جرات‌ورزی پرخاشگری مفاهیمی هستند که با هم اشتباه گرفته می‌شوند؛ اما رفتار قاطعانه و جرات‌ورزانه به معنای پایمال کردن حقوق دیگران نیست. فرد جرات‌ورز هرگز حق دیگران را انکار نمی‌کند و حق و حقوق همه محترم شناخته می‌شود (Zare & Khormaei, 2016). در عین حال نشان‌دهنده سطح بالایی از رفتار سالم و مؤثر در تعامل و ارتباطات اجتماعی است. افراد قاطع با گوش دادن، ارزیابی و بحث کردن به شیوه‌ای سالم و مؤثر، میل به هماهنگی با دیگران را برمی‌انگیزند. بنا بر گفته هیمبرگ، ماننگومی، مدسون و هیمبرگ (۱۹۷۷) مفهوم حقوق بین فردی، رفتار جرات‌ورزانه را در یک چهارچوب اخلاقی و ارزش‌محور قرار می‌دهد (Heimberg, Montgomery, Madsen & Heimberg, 1977). چرا که به نظر راکوس (۱۹۷۹) هر حق و حقوقی در جامعه مستقل از وظایف و یا تکلیف نیست (Rakos, 1979). عوامل متعددی منجر به فقدان و زوال مهارت‌های اجتماعی در کودکان و نوجوانان می‌شود (Torres, González & Ullon, 2018). از جمله خانواده از طریق ساعات کاری طولانی والدین، افزایش جدایی‌های زناشویی و در محیط آموزشی، از طریق تکالیف بیش از حد، ارزیابی‌های منفی و روابط بین فردی معلمان و هم‌کلاسی‌ها، رشد مهارت‌های اجتماعی را محدود کرده‌اند. رشد اجتماعی انسان از بدو تولد آغاز می‌شود و رابطه مادر و فرزند اولین و بزرگ‌ترین پیوند عاطفی است که او از آن رابطه متقابل را می‌آموزد و بعداً جای خود را به یادگیری می‌دهد. مدرسه دومین محیط اجتماعی شدن کودک است، جایی که آنها رفتارهای روابط بین فردی را یاد می‌گیرند و در آن رشد می‌کنند که برای سازگاری آنها با زندگی الزامات ضروری محسوب می‌شود (Davila, Barba & Nieto, 2022). لین، شیا، چانگ، لای، وانگ و چو (۲۰۱۹) تأیید کردند که ارتقا مهارت جرات‌ورزی باعث برقراری ارتباط مؤثر و غنا روابط انسانی می‌شود (Lin Shiah, Chang, Lai, Wang & Chou, 2019). همچنین کاظمی، مؤمنی و ابوالقاسمی (2019) تأکید دارند که ارتقا جرات‌مندی می‌تواند منجر به ارتقا عزت‌نفس در موقعیت‌های اجتماعی مختلف شود (Kazemi R, Momeni S, & Abolghasemi, 2019)؛ بنابراین رشد صحیح مهارت‌ها در سنین پایین باعث تقویت حوزه عاطفی اجتماعی فرد می‌شود و در نتیجه بلوغ، روابط و عزت‌نفس کودک را بهبود می‌بخشد. در بزرگسالی افرادی که این مهارت‌ها را دارند در روابط بین فردی خود موفق بوده و به نوبه خود کیفیت زندگی بهتری خواهند داشت. از این رو، رشد مهارت‌های اجتماعی در سنین پایین اهمیت دارد (Caballo, 2007).

یکی از روش‌های مفید برای کمک به کودکان در افزایش مهارت‌های همدلی و جرات‌ورزی روش بازی درمانی شناختی-رفتاری^۱ است که از روش‌های مستقیمی است که فنون سنتی بازی درمانی را با فنون نظریه شناختی-رفتاری مخلوط کرده است (Springer, Misurell & Hiller, 2012). در زمینه بازی درمانی شناختی با کودکان یکی از شخصیت‌های معروف، نل (nel) (۱۹۹۸)، بازی درمانی شناختی-رفتاری را روشی می‌داند که از ادغام تکنیک‌های رفتاری و شناختی به وجود آمده است و بازی را به عنوان اصل درمان می‌شناسد. به اعتقاد نل زنجیره فعالیت‌های سازمان یافته و هدفمند پشت سرهم در

^۱. Cognitive Behavioral Therapy

بازی درمانی شناختی- رفتاری می‌آیند و کودک در همان زمان اجازه می‌یابد به گونه‌ای ناسازمان یافته، خودمختار و خود به خودی به عمل اقدام کند. روش بازی درمانی شناختی- رفتاری؛ به گونه‌ای کوتاه مدت، رهنمودی و با تمرکز مشکل است (Rasmussen & Cunningham, 1995). گریست و همکارانش گزارش کردند که مداخلات مبتنی بر درمان شناختی- رفتاری نسبت به درمان‌های مبتنی بر رویکردهای دیگر در درمان مشکلات رفتاری کودکان مؤثرتر بودند و مداخلات تحت هدایت درمانگر تأثیرات بیشتری نسبت به برنامه‌های خودراهبری برای کودکان و نوجوانان نشان دادند (Mechler, Lindqvist, Carlbring, Topooco, Falkenström, Lillengren & Philips, 2022). کودکان ممکن است توانایی شناختی را برای یادگیری فنون رایج درمان شناختی- رفتاری به کار نگیرند و تمایل بیشتری به فنون عملی داشته باشند که به صورت بازی و گفتاری است. این رویکرد مناسب کودکان است و به آن‌ها کمک می‌کند که خود آن‌ها در تغییرات ایجاد شده در اثر درمان، مشارکت داشته باشند (Drewes, 2019). این درمان بر درگیری کودک در درمان تأکید دارد و با اقدامات کافی از نظر رشدی به کودکان کمک می‌کند (Springer, Misurell & Hiller, 2012).

در پژوهش سعدی‌پور، درتاج و حجتی (۱۳۹۸) بیان شد که بازی درمانی شناختی- رفتاری بر مهارت اجتماعی و سازگاری کودکان کم‌توان ذهنی اثربخش است (Saadipour, Dartaj & Hojjati, 2019). پژوهش‌های مختلفی در حوزه بررسی تأثیر آموزش بازی درمانی بر مهارت‌های اجتماعی کودکان در سنین مختلف و گروه‌های مختلف انجام شده است. در این راستا، یافته‌های پژوهش هوشینا و همکاران (۲۰۱۷) حاکی از آن بود که بازی درمانی دیجیتالی باعث افزایش توجه و مهارت‌های اجتماعی کودکان می‌شود (Hoshina, Horie, Giannopulu & Sugaya, 2017). نتایج پژوهش لندرت و همکاران (۲۰۰۹) بیانگر این بود که بازی درمانی تأثیر مثبتی بر رفتار و هیجانات کودکان دارد و یکی از مؤثرترین مداخلات در حیطه مشکلات رفتاری و عاطفی کودکان و آموزش مهارت‌های اجتماعی به آنان است (Landreth, Ray & Bratton, 2009). جیندال - اسنایپ و ویتزینو (۲۰۰۷) در پژوهشی اظهار کردند بازی‌های مبتنی بر تکنیک‌های نمایشی باعث افزایش و بهبود مهارت‌های اجتماعی و هیجانی در افراد با نیازهای خاص می‌شود. (Jindal-Snape & Vettraino, 2007). پژوهش افضل خانی (۲۰۲۲) که به بررسی دو روش بازی درمانی و قصه درمانی در بهبود مهارت‌های اجتماعی کودکان پیش دبستانی پرداخت، تأثیر این روش‌ها را بر بهبود مهارت اجتماعی مورد تأیید قرار داد (Afzalkhani, 2022). در تحقیق دیگری که توسط هاشمی و محمدی (۲۰۱۹) انجام شد بازی درمانی کودک محور تأثیر مثبت و معناداری بر افزایش مهارت‌های اجتماعی و هیجانی کودکان اتستیک داشته است (Hashemi & Mohammadi, 2019). در خصوص بازی درمانی، حسنی، علی‌پور، صفاری‌نیا و آقاییوسفی (۲۰۲۱) به مقایسه اثربخشی دو روش بازی درمانی و آموزش مهارت‌های اجتماعی بر سازگاری و پذیرش اجتماعی کودکان بیش فعال پرداختند و به این نتیجه رسیدند که با وجود اینکه هر دو روش بر رشد شناختی کودکان تأثیرگذار بوده‌اند، اما روش بازی درمانی اثربخشی بالاتری را نشان داده است (Hassani, Alipour, Safarinia & Aghayosefi, 2021). یکی از روش‌های بازی درمانی، قصه درمانی است. اهمیت این روش به خاطر محدودیت‌های شناختی و زبانی کودکان و بی‌انگیزگی آن‌ها در مشارکت در فعالیت‌های روان درمانی است. قصه درمانی یک فن

درمانی نیست؛ آنچه در قصه‌درمانی به‌عنوان پیش‌فرض در نظر گرفته شده این است که تغییر زبان و ادبیات قصه‌های زندگی فرصت تازه‌ای برای رفتار و روابط جدید با دیگران ایجاد می‌کند (Shahabizadeh & Khajeh Aminian, 2019). به این صورت که داستان موقعیتی را ایجاد می‌کند که کودک بتواند با شخصیت آن همدردی کرده از تخیل خود برای حل مشکلات استفاده کند؛ بنابراین قصه‌درمانی یکی از روش‌های مهم درمان برای کودکان در نظر گرفته شده است (Roshan, 2017) و نیز نه تنها در مورد کودکان بهنجار، بلکه در مورد کودکان با نیازهای ویژه، اهمیت بیشتری پیدا می‌کند (DeSocio, 2017). همچنین کوک، تیلور و سیلورمن (۲۰۱۴) بیان کردند که قصه‌درمانی برای کودکان مانند درمان شناختی-رفتاری در درمان مشکلات رفتاری کودکان مؤثر است (Cook, Taylor, Silverman, 2014). در پژوهش بهمنی و برزگر (۱۳۹۹) نیز عنوان شد که قصه‌درمانی بر کاهش پرخاشگری و ارتقا مهارت اجتماعی پیش‌دبستانی مؤثر بوده است (Bahmani & Barzegar, 2017).

توجه به دوران کودکی به‌عنوان مهم‌ترین دوران شکل‌گیری شخصیت به‌منظور رشد و پرورش مهارت‌های مورد نیاز برای زندگی بزرگسالی به‌ویژه در حیطه اجتماعی به سبب ذاتی اجتماعی که در نهاد انسان قرار دارد، موجب می‌شود تا پژوهشگران پژوهش‌های متعددی در این راستا انجام دهند؛ اما انتخاب روشی متناسب با سن و نیازهای عقلی و عاطفی کودکان خود می‌تواند چالشی بزرگ پیش روی مربیان و معلمان و به‌ویژه والدین قرار ده؛ بنابراین لازم است تا از روش‌هایی استفاده شود که در عین آموزش مهارت‌های مورد نیاز به‌صورت مستقیم کودک را مورد خطاب قرار نداده و آموزش لازم هم ارائه شده باشد. یکی از این روش‌ها مهم و تأثیرگذار روش قصه‌درمانی و بازی‌درمانی می‌باشد که آموزش را همراه با لذت، تخیل، هیجان و توجه همراه می‌کند. اجرای شدن این روش‌ها توسط والدین و مربیان و معلمان مستلزم وجود تحقیقاتی است که بتواند اثربخشی این روش‌ها را مورد تأیید قرار داده و راهکارهای مناسب را ارائه نماید به همین منظور در این پژوهش پژوهشگر سعی دارد تا اثربخشی بازی‌درمانی شناختی-رفتاری و قصه‌درمانی را بر همدلی و جرات‌ورزی دانش‌آموزان دوره ابتدایی بررسی و نیز مورد مقایسه قرار دهد.

روش شناسی پژوهش

پژوهش حاضر کمی از نوع نیمه‌آزمایشی و طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل بود، به‌منظور برقراری شرایطی که بتوان اثربخشی این روش‌ها را مورد بررسی قرار داده و نیز امکان مقایسه نیز فراهم شود. جامعه آماری شامل کلیه دانش‌آموزان دوره دوم ابتدایی پسر در شهرستان کامیاران در سال ۱۴۰۲-۱۴۰۱ بود. با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس از بین ۴ مدرسه دوره اول ابتدایی پسرانه تعداد ۲ مدرسه و از هر مدرسه یک کلاس در نظر گرفته و تعداد ۴۵ نفر به‌عنوان نمونه انتخاب و با استفاده از گمارش تصادفی در دو گروه آزمایش (بازی‌درمانی شناختی رفتاری = ۱۵ نفر) و (قصه‌درمانی = ۱۵ نفر) و یک گروه گواه (۱۵ نفر) جایگزین شدند. برای گروه آزمایش اول جلسات بازی‌درمانی شناختی-رفتاری طی ۱۰ جلسه و برای گروه دوم آزمایش جلسات قصه‌درمانی طی ۱۱ جلسه

به صورت هفتگی و گروهی برگزار شد و گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکردند. معیار ورود پژوهش: بازه سنی ۹-۱۱ سال، تمایل به شرکت در دوره‌های آموزشی، بود. معیار خروج پژوهش شامل عدم تمایل به ادامه‌دادن جلسات و عدم توانایی تحمل شرایط آموزشی، شرکت هم‌زمان در دوره‌های آموزشی و روانی مشابه. اطلاعات مربوط به ملاک‌های مذکور به‌صورت خودگزارشی از نمونه‌ها دریافت شد. برای تجزیه و تحلیل داده‌های آماری از روش توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و استنباطی (آزمون لوین و تحلیل کوواریانس) استفاده شده است. برای این امر از نرم‌افزار SPSS ۲۲ استفاده شد. ابزارهای پژوهش مقیاس همدلی جولیف و فارینگتون (۲۰۰۶) و پرسشنامه جرات ورزی گمبیریل و ریچی (۱۹۷۵) بود.

پرسش‌نامه همدلی: مقیاس همدلی یک مقیاس ۲۰ سؤالی است که در طیف ۵ درجه ای لیکرت از (کاملاً مخالفم=۱ تا کاملاً موافقم=۵) تنظیم شده است. ۷ ماده این مقیاس به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شود. حداقل نمره آن ۲۰ و حداکثر نمره آن ۱۰۰ است. این مقیاس دو عامل همدلی شناختی و همدلی عاطفی دارد. رجبی، کریمی وردجانی و تقی‌پور (۱۳۹۷) در پژوهش خود آلفای کرونباخ مقیاس را ۰/۹۰ و ضریب روایی همگرای این ابزار را با پرسش‌نامه ۸ ماده‌ای همدلی باستون^۱ (Batson, O'Quin,) (Fultz, Vandeplas & Isen, 1983) $r=0/65$ ($P < 0/001$) بدست آوردند.

پرسش‌نامه جرأت‌ورزی: این مقیاس توسط گمبیریل و ریچی (۱۹۷۵) ساخته شد و دارای ۴۰ گویه ۵ گزینه‌ای از خیلی کم=۱ تا خیلی زیاد=۵ است. این مقیاس مؤلفه ندارد. دامنه نمرات بین ۴۰ تا ۲۰۰ است. حد پایین نمره=۴۰، حد متوسط نمره=۱۲۰، حد بالای نمرات=۲۰۰. روایی و پایایی این مقیاس را گمبیریل و ریچی (۱۹۷۵) به ترتیب ۰/۳۹ تا ۰/۷۰ و ۰/۸۷ به دست آوردند (Gambrill & Richey, 1975). همچنین بهرامی (۱۳۷۵) ضریب اعتبار این مقیاس را ۰/۸۸ گزارش کرد (Bahrami, 1996).

پروتکل‌های درمانی

در انجام این پژوهش از دو پروتکل قصه‌درمانی و بازی‌درمانی مبتنی بر رویکرد شناختی-رفتاری استفاده شد. برای گروه آزمایش اول جلسات بازی‌درمانی شناختی-رفتاری طی ۱۰ جلسه و برای گروه دوم آزمایش جلسات قصه‌درمانی طی ۱۱ جلسه به‌صورت هفتگی و گروهی برگزار شد. پروتکل بازی‌درمانی که برای گروه اول آزمایش اجرایی شد، شامل ۱۰ جلسه ۳۰ دقیقه‌ای است که به‌صورت گروهی و هفتگی است که بر اساس پروتکل اسپرینگر و همکاران (۲۰۱۲) و اسماعیلی (۱۳۸۷) تدوین شده است. گروه دوم آزمایش در معرض ۱۱ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای قصه‌درمانی، بر اساس بسته آموزشی پژوهش ذبیح قاسمی، طهرانی زاده و مردوخ (۱۳۹۷) قرار گرفت و گروه کنترل هیچ‌گونه مداخله‌ای دریافت نکرد.

¹. Baston Empathy Adjectives (BEA)

جدول ۱: شرح جلسات بازی درمانی شناختی رفتاری اسپرینگر و همکاران (۲۰۱۲) و محمد اسماعیل (۱۳۸۷)

جلسات	محتوای جلسات
اول	معارفه کودکان و ایجاد رابطه دوستانه و ایجاد احساس امنیت با انجام بازی‌های پیشنهادی خود کودکان.
دوم	کار با لوگو برای ایجاد همکاری گروهی و کاهش رفتارهای غیراجتماعی و ارائه پیشنهاد از طرف کودکان.
سوم	کار با خمیر و ساختن اشکال مورد علاقه و توضیح دادن درباره آن‌ها و مورد تشویق قرار گرفتن توسط سایرین.
چهارم	انجام بازی موزیکال چرخش دور صندلی
پنجم	کاردستی و اجرای مسابقه و نظرسنجی درباره بهترین کاردستی و گرفتن تشویق
ششم	نمایش با عروسک و آموزش رفتار پسندیده اجتماعی
هفتم	ساختمان‌سازی با الگو و تصویرسازی ذهنی به صورت گروهی، بازی پانتومیم
هشتم	بازی ایفای نقش و یادگیری رفتارهای اجتماعی مطلوب و ارائه ارزش‌ها و ایده‌های کودکان در قالب نقش به عهده گرفته شده.
نهم	ارتقا خودآگاهی با تقویت توانایی‌ها و نقاط قوت کودکان و مقایسه با گذشته خود و تقویت حس ارزشمندی.
دهم	مرور بازی‌های کلی و اجرای پس‌آزمون.

جدول ۲: پروتکل قصه درمانی

جلسات	محتوای جلسات
اول	معارفه اعضا، پیش‌آزمون، اهدا هدایا جهت تشویق برای مشارکت فعال در جلسات و آشنایی با درمانگر.
دوم	گفتن قصه مامان من کجاست؟ با هدف ارتقا تمرکز و دقت و توجه به زمان حال
سوم	گفتن قصه دختری با موهای وزوزی باهدف ارتقا انعطاف‌پذیری و کاهش خشم
چهارم	گفتن قصه پرنده مهربان با هدف ارتقا تمرکز و دقت.
پنجم	گفتن قصه چه کسی تکالیف علی را انجام داد؟ با هدف ارتقا تمرکز و دقت و کاهش خشم.
ششم	گفتن قصه سه قدم دور شد از مادر. با هدف افزایش توجه و تمرکز.
هفتم	گفتن قصه سه ماهی با هدف افزایش توجه و تمرکز.
هشتم	گفتن قصه مورچه بازیگوش، با هدف کاهش حواس‌پرتی و افزایش دقت.
نهم	گفتن قصه چشمه سحرآمیز با هدف افزایش سازگاری و انعطاف‌پذیری.
دهم	گفتن قصه بچه غول با هدف کاهش خشم و مشکلات بی‌توجهی.
یازدهم	اجرای پس‌آزمون با هدف جمع‌بندی و اجرای پس‌آزمون.

یافته‌ها

در این بخش نتایج تجزیه و تحلیل داده‌ها ارائه شده است. در پژوهش حاضر تعداد ۴۵ نفر به عنوان نمونه انتخاب و با استفاده از گمارش تصادفی در دو گروه آزمایش (بازی درمانی شناختی- رفتاری= ۱۵ نفر) و (قصه درمانی= ۱۵ نفر) و یک گروه گواه (۱۵ نفر) جایگزین شدند.

جدول ۳: میانگین و انحراف معیار متغیرهای جرأت ورزی و همدلی در گروه های آزمایش و گواه

گروه	پیش آزمون		پس آزمون	
	M	Sd	m	sd
بازی درمانی	۳۲/۰۷	۱/۷۸	۶۰/۲۰	۳/۱۶
شناختی- رفتاری	۹۴/۴۰	۲/۳۱	۱۱۹/۰۷	۱/۸۷
قصه درمانی	۳۴/۴۷	۱/۴۸	۶۴/۲۷	۲/۵۵
	۸۹/۴۰	۲/۸۱	۱۱۸	۲/۲۷
کنترل	۳۵/۱۳	۱/۹۶	۳۶	۱/۹۷
	۸۸/۸۷	۱/۵۱	۹۰/۱۳	۱/۱۲

باتوجه به جدول ۳ میانگین نمرات متغیرها در گروه آزمایشی بازی درمانی شناختی- رفتاری در مرحله پس آزمون افزایش داشته که این امر می تواند نشان دهنده تأثیر بازی درمانی شناختی- رفتاری بر بهبود همدلی و جرأت ورزی باشد. همچنین میانگین متغیر جرأت ورزی و همدلی نیز در گروه قصه درمانی در مرحله پس آزمون افزایش یافته است. در گروه کنترل نیز میانگین نمرات در پس آزمون تغییر زیادی نداشته است.

در این قسمت نتایج تحلیل کوواریانس تأثیر بازی درمانی شناختی- رفتاری و قصه درمانی بر مهارت جرأت ورزی و همدلی آزمودنی ها گزارش شده است. ابتدا به بررسی تأثیر بازی درمانی شناختی- رفتاری و قصه درمانی بر مهارت جرأت ورزی پرداخته می شود و نتایج آن ارائه می شود.

جدول ۴: نتایج آزمون لوین در خصوص پیش فرض تساوی واریانس های نمره های جرأت ورزی در سه گروه

F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	معناداری
۴/۰۱۷	۲	۴۲	۰/۰۲۵

باتوجه به جدول بالا مقدار آزمون F برابر با ۴/۰۱۷ می باشد که در سطح ۰/۰۲۵ معنادار شده است، فرضیه صفر مبنی بر همگونی واریانس ها در دو گروه شاهد و آزمایش در سطح ۵ درصد رد می گردد. البته تفاوت چندان زیادی بین دو گروه وجود ندارد.

جدول ۵: نتایج تحلیل کوواریانس جهت مقایسه نمرات پس آزمون جرأت‌ورزی در سه گروه

منبع	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	معنادار	ضریب اتا
نمرات پیش‌آزمون جرأت‌ورزی	۶۵۵/۹۳	۱	۶۵۵/۹۳	۱۸/۷۹	۰/۰۰۱	۰/۳۱۴
اثر اصلی	۷۱۵۲/۴۹	۲	۳۵۷۶/۲۴	۱۰۲/۴۸	۰/۰۰۱	۰/۸۳۳
خطای باقی‌مانده	۱۴۳۰/۷۲	۴۱	۳۴/۸۹			

در جدول بالا نتایج تحلیل کوواریانس جهت مقایسه نمرات پس‌آزمون جرأت‌ورزی در سه گروه ارائه شده است. باتوجه به نتایج جدول بین میانگین نمرات پس‌آزمون جرأت‌ورزی بعد از حذف اثر پیش‌آزمون تفاوت معناداری وجود دارد. چراکه مقدار F برابر با ۱۸/۷۹ بوده که در سطح ۰/۰۰۱ معنادار شده است؛ بنابراین می‌توان گفت که مهارت جرأت‌ورزی در سه گروه قصه‌درمانی، بازی‌درمانی شناختی-رفتاری و گروه گواه با هم متفاوت است. جهت بررسی اینکه تفاوت بین گروه‌ها به چه صورتی است و در کدام گروه مهارت بیشتر و در کدام کمتر است از آزمون‌های تعقیبی استفاده می‌کنیم.

جدول ۶: نتایج حاصل از اجرای آزمون تعقیبی نتایج تحلیل کوواریانس

تفاوت	خطای	معناداری	فواصل اطمینان ۰/۹۵٪	
			حد پایین	حد بالا
قصه‌درمانی	۱/۱۷	۲/۲۱	۰/۶۰	۳/۳۰
شناختی-رفتاری	۲۷/۶۲	۲/۱۵	۰/۰۰۱	۲۳/۲۷
گروه گواه	۱/۱۷	۲/۲۱	۰/۶۰	۳/۳۰
شناختی-رفتاری	۲۶/۴۵	۲/۲۳	۰/۰۰۱	۲۱/۹۴
گروه گواه	۲۷/۶۲	۲/۱۵	۰/۰۰۱	۲۳/۲۷
شناختی-رفتاری	۲۶/۴۵	۲/۲۳	۰/۰۰۱	۳۰/۹۶

جدول بالا نتایج حاصل از اجرای آزمون تعقیبی نتایج تحلیل کوواریانس را نشان می‌دهد. باتوجه به نتایج جدول، اختلاف میانگین جرأت‌ورزی در پس‌آزمون و در دو گروه قصه‌درمانی و بازی شناختی-رفتاری در سطح ۰/۶۰ معنادار نشده است، به این معنا که بین این دو گروه در مهارت جرأت‌ورزی تفاوت معناداری یافت نشده و مهارت جرأت‌ورزی دو گروه در پس‌آزمون در یک سطح قرار دارد. اما بین نمرات جرأت‌ورزی گروه گواه با دو گروه قصه‌درمانی و بازی شناختی-رفتاری تفاوت معنادار وجود دارد. به این معنا که نمرات گروه گواه با دو گروه دیگر متفاوت بوده و در یک سطح قرار ندارند. باتوجه به نتایج جدول ۳ که میانگین گروه‌ها را در مهارت جرأت‌ورزی در پیش و پس‌آزمون نشان می‌دهد، میانگین پس‌آزمون گروه قصه‌درمانی ۱۱۸؛ گروه بازی شناختی-رفتاری ۱۱۹/۰۷ و گروه گواه برابر با ۹۰/۱۳ می‌باشد. میانگین گروه گواه از دو گروه دیگر کمتر بوده که این امر موید تأثیر قصه‌درمانی و بازی شناختی-رفتاری بر مهارت جرأت‌ورزی

دانش آموزان می باشد. در اینجا به بررسی تأثیر بازی درمانی شناختی- رفتاری و قصه درمانی بر مهارت همدلی پرداخته می شود و نتایج آن ارائه می شود.

جدول ۷: نتایج آزمون لوین در خصوص پیش فرض تساوی واریانس های نمره های همدلی در سه گروه

F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	معناداری
۶/۷۱	۲	۴۲	۰/۰۰۳

باتوجه به جدول بالا مقدار آزمون F برابر با ۶/۷۱ می باشد که در سطح ۰/۰۰۳ معنادار شده است، فرضیه صفر مبنی بر همگونی واریانس ها در دو گروه شاهد و آزمایش در سطح ۵ درصد رد می گردد. البته تفاوت چندان زیادی بین دو گروه وجود ندارد.

جدول ۸: نتایج تحلیل کوواریانس جهت مقایسه نمرات پس آزمون جرأت ورزی در سه گروه

منبع	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	معنادار	ضریب اتا
نمرات پیش آزمون همدلی	۱۳۶۲/۷۰	۱	۱۳۶۲/۷۰	۱۹/۰۶	۰/۰۰۱	۰/۳۱۷
اثر اصلی	۷۶۴۳/۴۳	۲	۳۸۲۱/۷۱	۵۳/۴۶	۰/۰۰۱	۰/۷۲۳
خطای باقی مانده	۲۹۳۰/۶۳	۴۱	۷۱/۴۷			

در جدول بالا نتایج تحلیل کوواریانس جهت مقایسه نمرات پس آزمون همدلی در سه گروه ارائه شده است. باتوجه به نتایج جدول بین میانگین نمرات پس آزمون همدلی بعد از حذف اثر پیش آزمون تفاوت معناداری وجود دارد. چراکه مقدار F برابر با ۱۹/۰۶ بوده که در سطح ۰/۰۰۱ معنادار شده است؛ بنابراین می توان گفت که مهارت همدلی در سه گروه قصه درمانی، بازی درمانی شناختی- رفتاری و گروه گواه با هم متفاوت است. جهت بررسی اینکه تفاوت بین گروه ها به چه صورتی است و در کدام گروه مهارت بیشتر و در کدام کمتر است از آزمون های تعقیبی استفاده می کنیم.

جدول ۹: نتایج حاصل از اجرای آزمون تعقیبی نتایج تحلیل کوواریانس

	تفاوت میانگین	خطای استاندارد	معناداری	فواصل اطمینان ۹۵٪	
				حد پایین	حد بالا
قصه درمانی	۲/۰۵	۳/۱۲	۰/۵۱	-۴/۲۴	۸/۳۶
	۲۸/۸۲	۳/۰۹	۰/۰۰۱	۲۲/۵۸	۳۵/۰۶
شناختی - رفتاری	-۲/۰۵	۳/۱۲	۰/۵۱	-۸/۳۶	۴/۲۴
	۲۶/۷۶	۳/۱۴	۰/۰۰۱	۲۰/۴۲	۳۳/۱۱
گروه گواه	-۲۸/۸۲	۳/۰۹	۰/۰۰۱	-۳۵/۰۶	-۲۲/۵۸
	-۲۶/۷۶	۳/۱۴	۰/۰۰۱	-۳۳/۱۱	-۲۰/۴۲

جدول بالا نتایج حاصل از اجرای آزمون تعقیبی نتایج تحلیل کوواریانس را نشان می‌دهد. باتوجه به نتایج جدول، اختلاف میانگین همدلی در پس‌آزمون و در دو گروه قصه‌درمانی و بازی شناختی-رفتاری در سطح ۰/۵۱ معنادار نشده است به این معنا که بین این دو گروه در مهارت همدلی تفاوت معناداری یافت نشده و مهارت همدلی دو گروه در پس‌آزمون در یک سطح قرار دارد. اما بین نمرات همدلی گروه گواه با دو گروه قصه‌درمانی و بازی شناختی-رفتاری تفاوت معنادار وجود دارد. به این معنا که نمرات گروه گواه با دو گروه دیگر متفاوت بوده و در یک سطح قرار ندارند. باتوجه به نتایج جدول ۳ که میانگین گروه‌ها را در مهارت همدلی در پیش و پس‌آزمون نشان می‌دهد، میانگین پس‌آزمون گروه قصه‌درمانی ۶۲/۲۷؛ گروه بازی شناختی-رفتاری ۶۰/۲۰ و گروه گواه برابر با ۳۶ می‌باشد. میانگین گروه گواه از دو گروه دیگر کمتر بوده که این امر موید تأثیر قصه‌درمانی و بازی شناختی-رفتاری بر مهارت همدلی دانش‌آموزان می‌باشد.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی بازی‌درمانی شناختی-رفتاری و قصه‌درمانی بر همدلی و جرأت‌ورزی دانش‌آموزان دوره ابتدایی بود. نتایج نشان داد که بین دو گروه قصه‌درمانی و بازی‌درمانی شناختی-رفتاری در مهارت جرأت‌ورزی تفاوت معناداری یافت نشده و مهارت جرأت‌ورزی دو گروه در پس‌آزمون در یک سطح قرار داشت. اما بین نمرات جرأت‌ورزی گروه گواه با این دو گروه تفاوت معنادار وجود دارد. همچنین مهارت همدلی در سه گروه قصه‌درمانی، بازی‌درمانی شناختی-رفتاری و گروه گواه با هم متفاوت است که مقایسه میانگین گروه‌ها نشان داد میانگین پس‌آزمون گروه قصه‌درمانی ۶۲/۲۷؛ گروه بازی شناختی-رفتاری ۶۰/۲۰ و گروه گواه برابر با ۳۶ می‌باشد و قصه‌درمانی تأثیر بیشتری بر بهبود مهارت همدلی داشته است. باتوجه به نتایج به‌دست‌آمده در تجزیه و تحلیل داده‌ها، بازی‌درمانی شناختی-رفتاری و قصه‌درمانی بر تقویت مهارت جرأت‌ورزی و همدلی تأثیر معناداری دارد.

این یافته همسو با یافته‌های پژوهش‌های در پژوهش سعدی‌پور، درتاج و حجتی (Saadipour, Dartaj & Hojjati, 2019)، هوشینا و همکاران (Hoshina, Horie, Giannopulu & Sugaya, 2017)، لندرت و همکاران (Landreth, Ray & Bratton, 2009)، جیندال-اسنایپ و ویتزینو (Jindal-Snape & Vettraino, 2007)، افضل‌خانی (Afzalkhani, 2022)، هاشمی و محمدی (Hashemi & Mohammadi, 2019)، حسنی، علی‌پور، صفاری‌نیا و آقاییوسفی (Hassani, Alipour, Safarinia & Aghayosefi, 2021)، کوک، تیلور و سیلورمن (Cook, Taylor, Silverman, 2014) و بهمنی و برزگر (Bahmani & Barzegar, 2017) می‌باشد.

در تبیین این یافته می‌توان گفت بازی شناختی-رفتاری در رفع مشکلات رفتاری و روانی کودکان مؤثر است که در آن درمانگر از بازی برای ارتباط با کودک بهره برده و با کمک به تخلیه رفتاری، باعث کمک به حل مشکلات کودک در زندگی عادی می‌شود. این درمان برگرفته از درمان شناختی-رفتاری بزرگسالان است که مختص کودکان پیش‌دبستانی و دبستان است. چارچوب نظری این درمان بر اساس مدل شناختی اختلالات هیجانی و تعامل شناخت، هیجانات و رفتار است. رفتار آشفته کودک نشانه تفکر غیرمنطقی است و درمان تأکید به تغییر شناختی دارد. مداخلات تأکید بر کمک به کودک جهت طبقه‌بندی تفکراتشان

است که باید با موقعیتشان سازگار شوند، نه این که بخواهند کودک را مجبور به اندیشیدن مثل یک بزرگسال کنند و این خود باعث ارتقا جرأت ورزی در آنان می شود. همچنین درمانگر می تواند مهارت های جدید به کودک آموزش داده، کودک را تشویق می کند و در عین حال روی افکار، احساسات، خیال پردازی ها و محیط کودک تمرکز دارد و از راهبردهای سازگاران استفاده می کند. از تکنیک های رفتاری، حساسیت زدایی منظم، مدیریت وابستگی، خودپایی و برنامه ریزی فعالیت ها استفاده می کند. تکنیک های شناختی ثبت افکار، راهبردهای تغییر شناختی، گفتارهای درونی مقابله ای است و از تکنیک های سرمشق دهی، ایفای نقش و وابستگی نیز استفاده می شود و این ها به طور کلی منجر به ارتقا همدلی در کودکان می شود.

همچنین یکی از بهترین شیوه ها در مشاوره با کودکان قصه گوئی است. چراکه قصه ها می توانند با احساسات و افکار و رفتارهایی مقابله کنند که نمی توان با مشاور به طور مستقیم درباره آن ها صحبت کنند. داستان گوئی یکی از کارکردهای روان شناختی پایه است. همه افراد تجربه های شان را به شکلی از قصه ها سازمان می دهند تا به این ترتیب به رویدادها معنی داده و در خصوص موقعیت هایی که پیش خواهد آمد، پیش بینی کرده و فعالیت های شان را هدایت کنند؛ بنابراین قصه های شخصی بخشی از قصه مشترک زندگی انسان در یک بافت فرهنگی تلقی می شوند؛ از این رو درمانگران در کارهای بالینی از قصه ها به عنوان روش مفیدی استفاده می کنند (Lambert, 2013). کودکان و نوجوانان در سرتاسر دنیا عاشق گوش دادن به قصه ها هستند. آن ها می خواهند که درباره شخصیت های مورد علاقه شان بیشتر بدانند و اغلب تلاش می کنند که خود را در نقش آن ها قرار دهند و از آن ها تقلید کنند. با گفتن قصه هایی که در آن ها مفاهیم اخلاقی و انسانی وجود دارد شما می توانید ویژگی مثبت انسانی مثل شجاعت صداقت و دانایی و در وجود او از همان سنین پایین نهادینه کنید. گوش دادن به قصه باعث می شود کودک شخصیت های داستان مکان و طرح کلی داستان را به جای اینکه به صورت فیلم و یا کارتون مشاهده کند در ذهن خود بیاورد و آن ها را تصور کند. این مسئله باعث می شود که قدرت خلاقیت و تصویرسازی آن ها افزایش پیدا کند و ذهنشان برای فکر کردن و تجسم اتفاقات با محدودیتی روبه رو نخواهد شد.

با وجود نتایج که از این پژوهش حاصل آمده است اما مانند هر پژوهش دیگری با محدودیت هایی مانند: عدم کنترل شرایط تغذیه ای آزمودنی ها، عدم کنترل شرایط روانی آزمودنی ها، عدم اجرای دوره های پیگیری و نیز محدود بودن آن به دانش آموزان پسر ابتدایی شهر کامیاران روبه رو بوده است؛ بنابراین پیشنهاد می شود، در پژوهش های بعدی دوره پیگیری طولانی یک ماهه و یا چندماهه انجام شود. همچنین بر روی جامعه کودکان دختر در سایر مقاطع تحصیلی انجام شود و وضعیت روانی و تغذیه کودکان کنترل شود. باتوجه به اثربخشی بازی درمانی شناختی- رفتاری بر همدلی و جرأت ورزی کودکان می توان پیشنهاد کرد که از این روش درمانی در مدارس، مهدکودک ها و مراکز مشاوره و روان شناسی کودک جهت ارتقای مهارت های کودکان استفاده شود، نیز به مربیان و مشاوران پیشنهاد می شود که از روش قصه درمانی جهت یاد دادن مهارت های جرأت ورزی و سایر مهارت ها به کودکان استفاده کنند. همچنین این نتایج مورد

استفاده مسئولان آموزش و پرورش به منظور برگزاری جلساتی توجیهی برای والدین و معلمان و مربیان قرار گیرد تا آنها را با نحوه اجرایی درست این متدها آشنا ساخته و مفاهیم و اصول زیربنایی آنها را یاد بگیرند.

ملاحظات اخلاقی

اصول اخلاقی در این پژوهش رعایت شده است. شرکت کنندگان اجازه داشتند هر زمان که مایل بودند از پژوهش خارج شوند. همه والدین در جریان پژوهش قرار گرفتند و اطلاعات تمامی افراد نمونه به طور محرمانه حفظ شد.

سپاسگزاری

از مسئولین، مدیران، معلمان و دانش آموزانی مدارس ابتدایی شهرستان کامیاران و نیز مسئولین محترم دانشگاه آزاد واحد سنندج که ما را در این پژوهش یاری رساندند کمال تشکر و سپاسگزاری را داریم.

حامی مالی

این تحقیق هیچ گونه کمک مالی از سازمان های تأمین مالی در بخش های عمومی، تجاری یا غیر انتفاعی دریافت نکرده است.

تعارض منافع

طبق اظهارات نویسندگان، این مقاله هیچ گونه تعارض منافی نداشته است. همچنین، این مقاله پیش از این در هیچ یک از نشریات داخلی یا خارجی منتشر نشده و تنها برای ارزیابی و امکان چاپ، به مجله تدریس پژوهی ارسال گردیده است.

References

Afzalkhani, M. (2022). The Comparison Between Tow Methods of Playing and Storytelling in pre-school Children Self-help and Social Skills. *Educational research*, 17(69). (in Persian).

Alberti RE, Emmons ML. (2008). *Your perfect right: Assertiveness and equality in your life and relationships*. 9th ed Atascadero, CA: Impact Publishers

Ames DR, & Wazlawek AS, (2014), Pushing in the Dark: Causes and Consequences of Limited Self-Awareness for Interpersonal Assertiveness, *Personality and Social Psychology Bulletin*, 28, 40(6), p: 775-790.

Bahmani, P. & Barzegar, M. (2017). The effectiveness of story therapy on reducing aggression and increasing social skills in preschool children. *Psychological Methods and Models*, 8(30), 205-218. (in Persian).

Bahrami, F. (1996). *Comparison of courage training methods for shy female high school students with group and individual counseling methods in Isfahan*, Master's thesis in Psychology, Allameh Tabatabaei University, Tehran. (in Persian).

Batson, C. D., O'Quin, K., Fultz, J., Vandeplas, M., & Isen, A. (1983). Self-reported distress and empathy and egoistic versus altruistic motivation for helping. *Journal of Personality and Social Psychology*, 45, 706-718.

Caballo V. (2007). *Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades Sociales*, Madrid: siglo 21.

Cook JW, Taylor LA, & Silverman P. (2014). The application of therapeutic storytelling techniques with preadolescent children: A clinical description with illustrative case study. *Cognitive and behavioral practice*. 11 (2):243-8.

Davila, D., Barba, C., & Nieto, K. (2022). Design opportunities from the weaknesses in the development of assertive communication and social skills in children. *Universidad Ciencia y Tecnología*, 26(115), 146-156.

Decety, J., & Jackson, P. L. (2004). The functional architecture of human empathy. *Behavioral and cognitive neuroscience reviews*, 3(2), 71-100.

DeSocio JE. (2017). Accessing Self-development through narrative approaches in child and adolescent psychotherapy. *Journal of child and adolescent psychiatric nursing*. 18 (2):53-61.

Drewes A.A. (2019). *Blending play therapy with cognitive behavioral therapy: Evidence-based and other effective treatments and techniques*. John Wiley & Sons.

Engelen, Eva-Maria and Rottger-Rossler, Birgitt. (2012). Current disciplinary and interdisciplinary debates on empathy. *Emotion Review*, 4(1): 3-8.

Esmaeili, A. (2008). *Play Therapy*. Tehran: Danjeh Publications.

Gambrill, E. D., & Richey, C. A. (1975). An assertion inventory for use in assessment and research. *Behavior therapy*, 6 (4), 550-561.

Geangu, E., Benga, O., Stahl, D., & Striano, T. (2011). Individual differences in infants' emotional resonance to a peer in distress: Self-other awareness and emotion regulation. *Social Development*, 20(3), 450-470.

Hamidi F, Ebrahim Damavandi M, Saberi Foojerdi M. (2020). The Effectiveness of Cognitive-Behavioral Play Therapy on the Anxiety of Labor Children. *Socialworkmag*; 9 (2):33-23. <http://socialworkmag.ir/article-1-534-fa.html> (in Persian).

Hashemi, P. S. S., & Mohammad, K. (2019). The effectiveness of child-centered play therapy on the emotional and social skills of children with autistic disorders. *Teb Ulum [Internet]*. 5(2):1-10. <https://sid.ir/paper/261550/fa> (in Persian).

Hassani, F., Alipour, A., Safarinia, M., & Aghayosefi, A. (2021). Comparison of the effectiveness of teaching social skills and cognitive-behavioral play therapy on social adjustment and social acceptance of hyperactive children. *Social Cognition*, 10(1). doi: 10.30473/sc.2021.59362.2690 (in Persian)

Heimberg, R.G., Montgomery, D., Madsen, Ch. H., & Heimberg, J. (1977). Assertion Training" A Review of the Literature. Florida State University. *Behavior Therapy*. 8, 953-971.

Hoffman, M. L. (1987). *The contribution of empathy to justice and moral judgment*.

Hoshina, A., Horie, R., Giannopulu, I., & Sugaya, M. (2017). Measurement of the effect of digital play therapy using biological information. *Procedia Computer Science*, 112, 1570-1579. <https://doi.org/10.1016/j.procs.2017.08.104>

Jindal-Snape, D., & Vettrano, E. (2007). Drama techniques for the enhancement of social-emotional development in people with special needs: *review of research*. *International Journal of Special Education*, 22(1), 107-117.

Kazemi R, Momeni S, & Abolghasemi A. (2019). The effectiveness of life skill training on self- esteem and communication skills of students with dyscalculia. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*. 114: 863-6.

Lajante, M., Del Prete, M., Sasseville, B., Rouleau, G., Gagnon, M. P., & Pelletier, N. (2023). Empathy training for service employees: A mixed-methods systematic review. *Plos one*, 18(8), e0289793.

Lambert, J. (2013). *Digital storytelling: Capturing lives, creating community*. Routledge.

Landreth, G. L., Ray, D. C., & Bratton, S. C. (2009). Play therapy in elementary schools. *Psychology in the Schools*, 46(3), 281-289.

Lin Y.R, Shiah I.S, Chang Y.C, Lai T.J, Wang K.Y & Chou K.R. (2019). Evaluation of an assertiveness training program on nursing and medical students' assertiveness, self-esteem, and interpersonal communication satisfaction. *Nurse Education Today*. 24 (8): 656-65.

Maibom, Heidi L. (2014). *Introduction: (almost) everything you ever wanted to know about empathy*. In Heidi L. Maibom (ed.), *Empathy and Morality*, pp. 1–40. New York: Oxford University Press.

Maibom, Heidi L. (2017). *The Routledge Handbook of Philosophy of Empathy*. Ed. Heidi L. Maibom. New York: Routledge.

Mechler, J., Lindqvist, K., Carlbring, P., Topooco, N., Falkenström, F., Lilliengren, P. & Philips, B. (2022). Therapist-guided internet-based psychodynamic therapy versus cognitive behavioural therapy for adolescent depression in Sweden: a

randomised, clinical, non-inferiority trial. *The Lancet Digital Health*, 4(8), e594-e603.

Mohammadi, F., & Hatami Marbini, M. (2021). The role of play therapy in strengthening cognitive learning skills and social skills of children. *International Conference on Psychology, Educational Sciences and Lifestyle*. <https://sid.ir/paper/901057/fa> (in Persian).

Rakos, R. F. (1979). Content consideration in the distinction between assertive and aggressive behavior. *Psychological Reports*, 44(3), 767-773.

Rasmussen, L. A., & Cunningham, C. (1995). Focused play therapy and nondirective play therapy. *Journal of Child Sexual Abuse*, 4 (1), 1-20.

Rieffe, C., Ketelaar, L., & Wiefferink, C. H. (2010). Assessing empathy in young children: Construction and validation of an Empathy Questionnaire (EmQue). *Personality and individual differences*, 49(5), 362-367.

Roshan, A. (2017). *Storytelling: How to use stories to help children overcome life's problems*. (Translated by Behzad Yazdani and Mojgan Emadi). Tehran: Jawaneh R. (in Persian).

Saadipour, E, Dartaj, F. & Hojjati, M. (2019). The effect of cognitive behavioral play therapy on social skills and social adjustment of students with educable mental retardation. *Applied Research in Counseling*, 2(4)107-1. (in Persian).

Shahabizadeh, F, & Khajeh Aminian, F. (2019). The effectiveness of cognitive-behavioral storytelling on symptoms of depression and depressive mood in elementary school children. *Psychological Advances*, 26(1), 39-58. (in Persian).

Springer, C., Misurell, J. R., & Hiller, A. (2012). Game-Based Cognitive-Behavioral Therapy (GB-CBT) Group Program for Children Who Have Experienced Sexual Abuse: A Three-Month Follow-Up Investigation. *Journal of Child Sexual Abuse*, 21 (6), 646-664. <https://doi.org/10.1080/10538712.2012.722592>

Takamatsu, R. (2022). Empathy and group processes in Japanese preschool children: The odd one out among friends receives less empathic concern than out-groups. *Journal of Experimental Child Psychology*, 221, 105460.

Throop, C. J. (2008). On the problem of empathy: the case of yap, federated states of micronesia. *Ethos*, 36(4): 402–426.

Throop, C. J. and Zahavi, D. (2020). Dark and bright empathy: phenomenological and anthropological reflections. *Current Anthropology*, 61(3): 283–303.

Torres, M., Caballero González, D. F., & Ullon, E. (2018). *Habilidades Sociales: Detección en alumnos del primer curso de la carrera de Contabilidad en la Facultad de Ciencias Económicas de la Universidad Nacional del Este en Ciudad del Este, Paraguay. XXVI JJI Jornadas de jóvenes investigadores AUGM*. Universidad Nacional de Cuyo, Mendoza, Argentina.

Ungerer, J. A., Dolby, R., Waters, B., Barnett, B., Kelk, N., & Lewin, V. (1990). The early development of empathy: Self-regulation and individual differences in the first year. *Motivation and emotion*, 14, 93-106.

Uzefovsky, F., & Knafo-Noam, A. (2017). Empathy development throughout the life span. *Social cognition: Development across the life span*, 71-97.

Zabih Ghasemi, M., Tehranizadeh, M., Mardukhi, M. S. (2019). The Effectiveness of Narrative therapy on social adjustment and loneliness in children with Physical-motor disabilities. *JOEC*; 19 (2):5-16. <http://joec.ir/article-1-957-fa.html> (in Persian).

Zare, M, & Khormaei, F. (2016). Psychometric properties of the adaptive and aggressive assertiveness scale. *Psychological Methods and Models*, 7(23), 39-55. (in Persian).

