۴۳-۵۶

مقایسه اثربخشی شن‌بازی درمانی و قصه‌درمانی بر کمرویی و ابراز وجود کودکان دبستانی شهرستان گنبد کاووس*

◈ زهرا زمانی‌کلجاهی[۱] ◈ دکتر جعفر شعبانی[۲] ◈ دکتر سیدمجتبی عقیلی[۳]

چکیده: اصطلاح کمرویی برای توصیف دلهره، عدم آسایش و ناراحتی از حضور در کنار دیگران در شرایط جدید است. ابراز وجود در حکم توانایی که یک فرد برای دفاع از خود و نیز توانایی «نه گفتن» به تقاضاهایی که فرد نمی‌خواهد انجام بدهد، در نظر گرفته می‌شود. بازی درمانی برای دامنه‌ای وسیع از مشکلات روان‌شناختی کودکان و نوجوانان درمانی مناسب است. هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی دو روش شن‌بازی درمانی و قصه‌درمانی بر کمرویی و ابراز وجود کودکان پایه‌های چهارم تا ششم مقطع ابتدایی شهرستان گنبد کاووس در سال تحصیلی ۹۷-۱۳۹۶ بوده است. پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه کنترل است. برای دستیابی به این هدف، از میان جامعه آماری ۴۵ دانش‌آموزی که کمرویی بیشتر و ابراز وجود کمتری داشتند به‌روش نمونه‌گیری خوشه‌ای تک‌مرحله‌ای انتخاب و در سه‌گروه ۱۵ نفره - دو گروه آزمایش و یک گروه گواه- گمارده شدند. ابزارهای مورد استفاده در پژوهش حاضر شامل پرسشنامه کمرویی استنفورد(۱۹۷۷)، پرسشنامه ابراز وجود گمبریل و ریچی(۱۹۷۵) و بسته‌های آموزشی شن‌بازی درمانی و قصه‌درمانی بودند. در پایان نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون سه‌گروه با هم مقایسه و داده‌های به‌دست آمده با تحلیل کوواریانس چند متغیره (مانکوا) تحلیل شدند. نتایج نشان می‌دهد که شن‌بازی درمانی و قصه‌درمانی بر کمرویی و ابراز وجود دانش‌آموزان مؤثر است. با توجه به تفاوت میانگین کمرویی و ابراز وجود در دو روش درمانی، اثربخشی درمان شن‌بازی بر کمرویی و ابراز وجود بیشتر از قصه‌درمانی بوده است.

کلید واژگان: شن‌بازی درمانی، قصه‌درمانی، ابراز وجود، کمرویی

◉ تاریخ دریافت: ۹۷/۶/۲۲ ◉ تاریخ پذیرش: ۹۸/۵/۳۰

** این مقاله مستخرج از پایان‌نامه کارشناسی ارشد نویسندهٔ اول است.*

۱. کارشناس ارشد روانشناسی عمومی، گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران. zmanyzhra1356@gmail.com
۲. **نویسنده مسئول:** استادیار گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران. jshabani@pnu.ac.ir
۳. استادیار گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران. sm.aghili@pnu.ac.ir

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-02-17]

[DOR: 20.1001.1.26766728.1401.19.2.3.1]

مقدمه

احساس کمرویی یکی از مشکلاتی است که اغلب کودکان و نوجوانان آن را تجربه می‌کنند. کمرویی در اغلب موارد طبیعی و زودگذر است، اما برای کودکی که در روابط خود با سایر مردم، شرایط اجتماعی و دیگر جنبه‌های مهم زندگی تداخل ایجاد می‌کند، یک مشـــکل اســـت (بات، موسا، اجمل و رحمان[1]، ۲۰۱۱). کمرویی اصطلاحی است در روانشناسی اجتماعی برای توصیف دلهره، عدم آسایش و ناراحتی از حضور در کنار دیگران به‌خصوص در شرایط جدید و با افراد ناآشنا (گوشمن[2]، ۲۰۱۲). این مشکل فردی که ناشی از شرم شدید، عزت‌نفس پایین و ترس از طرد شدن در محیطهای اجتماعی ناآشناست، سبب اضطراب و ترس از ارزیابی منفی از ســـوی دیگران شده و مانع از ارتباطات مؤثر در محیطهای اجتماعی می‌شود (زرنقاش و سامانی، ۲۰۱۰). درواقع کمرویی پدیده‌ای است روان‌شناختی که با توجه به ضعف و شـــدتش انواع پیامدهای زیستی و روانی مانند تشدید ضربان قلب، تغییر رنگ چهره، اختلال در تنفس، لرزش بدن و دســـتان، لکنت زبان، خشکی دهان، انزواطلبی و مشکل دوستیابی را در پی دارد. این افراد حتی از قضاوت دیگران درباره اعمال و رفتارشان می‌پرهیزند، خود را از دید دیگران مخفی نگه می‌دارند و از انجام دادن عملی که مورد مشـــاهده و ارزیابی دیگران است، اجتناب می‌ورزند (اخلاقی‌نیا، ۱۳۸۹). در هر جامعـه درصد قابل‌توجهی از کودکـان، نـوجوانان و بزرگـسالان با این اخـتلال رفتاری مواجه‌اند. در بسیاری از مـواقع، کـمرویی اصـلی‌ترین مانـع شکوفایی قابـلیتها، خلاقیتـها و ایفای مسئولیتهاست (افروز، ۱۳۹۲).

یکی‌دیگر از مهارتهایی که در برقراری ارتباط ســـالم با دیگران کمک‌کننده اســـت، ابراز وجود است. انسان موجودی اجتماعی است و از نظر عاطفی و مادی همواره نیازمند برقراری ارتباط است، اما برقراری این ارتباط برای همه به‌راحتی ممکن نیست و عواملی مانند کمبود اعتمادبه‌نفس، ترس از نحوهٔ ارزیابی دیگران، ترس از طرد شـــدن، ترس از انتقاد و ... سبب می‌شود افراد در موقعیتهای اجتماعی در پذیرش تقاضای دیگران و بیان احساسات و نیازهای خود، احساس اضطراب و ناتوانی کنند (ویگوتسکی[3]، ۲۰۱۶). در واقع ابراز وجود، به توانایی افراد برای بیان احساسات و عقاید به‌صورت صادقانه، قاطع و بدون تعرض به حقوق دیگران اشاره دارد (بکر، کرون، ون‌بلکام و ورمی[4]، ۲۰۰۸). همچنین، در حکم توانایی که یک‌فرد بـــرای دفاع از خود و نیز توانایی «نه گفتن» به تقاضاهایی که فرد نمی‌خواهد انجام بدهد، در نظر گرفته می‌شود(بکر و همکاران ۲۰۰۸) و یکی از مهارتهای زندگی است که سبب بیان منطقی افکار و احساسات، بهبود مهارتهای ارتباطی- اجتماعی و ملاحظه حقوق دیگران و در نهایت افزایش میزان رضایت از زندگی و شادکامی است (لین، شیا، چانگ، لیا، وانگ و همکاران[5]، ۲۰۰۴).

1. Butt, Moosa, Ajmal & Rahman
2. Gocmen
3. Vygotsky
4. Bekker, Croon, Van Belkom & Vermee
5. Lin, Shiah, Chang, Lia, Wang

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-02-17]

[DOR: 20.1001.1.26766728.1401.19.2.3.1]

در این زمینه، بازی درمانی یکی از روشـــهایی اســـت که در درمان اختلالات و مشکلات کودکان مناســـب بوده و در تعدیل شناختهای منفی کودکان به شـــناختهای مثبت اثرگذار است (غیاثی‌زاده، ۱۳۹۲). بر اســـاس پژوهشهای انجام‌شده بازی درمانی، برای دامنه‌ای وسیع از مشکلات روان‌شناختی کودکان و نوجوانان درمانی مناســـب ذکر شده اســـت، مثلاً برای کنترل رفتار پرخاشگرانه در کودکان (کوکران و کوکران[1]، ۲۰۱۷)، افســـردگی، اضطراب، ترسهای شـــبانه و اجتماعی (هونگ[2] و همکاران، ۲۰۱۵)، درمان کمال‌گرایی ناسازگارانه و اضطراب در کودکان(اکی و براتون[3]، ۲۰۱۷) و همچنین برای پیشگیری و درمان چاقی کودکان (پالمر، پرات و گودوی[4]، ۲۰۱۷). یکی از روشهای مؤثر بازی درمانی، شن‌بازی است. این‌روش نوعی بازی درمانی غیرمستقیم است که در آن درمانگر نقش تسهیل‌گر دارد و مراجعان می‌توانند آزادانه هیجانها و تصویرهای ذهنی خود را با استفاده از جعبه شن و اشیا مینیاتوری گوناگون در درون جعبه شن خلق کنند (بویک و گودوین[5]، ۲۰۰۰). کار با سینی شن به کودک فرصت می‌دهد تا داستان‌ســـرایی کند و در تحلیل خود رویدادها و موقعیتهای گذشـــته و کنونی را بازآفرینی کند. او در خلال این بازی می‌تواند رویدادهای خاص گذشته و آینده را بررسی کند، نسبت به رویدادها به درک شناختی و کسب بینش برسد و برای مسائل گوناگون راه‌حل پیدا کند(بردوی[6]، ۲۰۰۶).

از دیگر مداخلات مؤثر در بازی درمانی، قصه‌درمانی است. قصه‌های کودکان معمولاً در ظاهر ساده و قابل فهم اما غنی و سرشار از نکات شناختی و عاطفی‌اند و ناخودآگاه کودک را مخاطب قرار می‌دهند و آنها را برای رویارویی با «جهان واقع و ممکن» آماده می‌کنند. قصه‌ها به کودکان می‌گویند در این جهان چگونه باشند و به آنها این فرصت را می‌دهند تا دیدگاه خود را نسبت به واقعیت تغییر دهند و بستری برای کاهش ناامیدی هستند (پراسکو، دیوکی، گرامبل، کامارادووا، لاتالووا[7] و همکاران، ۲۰۱۰). کوک، تیلور و سیلورمن[8] (۲۰۰۴)، با به‌کارگیری روشهای قصه‌درمانی برای کودکان بیان می‌کنند که یافته‌های بالینی متعددی گویای این امر اســـت که قصه‌درمانی می‌تواند به‌مانند درمانهای شناختی‌رفتاری مورد استفاده قرار گیرد و مفید واقع شـــود. قصه‌درمانی با فراهم کردن بســـتری برای تخلیه هیجانی و همانندسازی و بالابردن درک کودک می‌تواند منبعی مؤثر در درمان مشـــکلات و اختلالهای کودکان باشد (فریدبرگ و ویلت[9]، ۲۰۱۰). بررسی نظریه‌ها، پژوهشها و تجربه‌های بالینی نیز، کاربردهای ویژه قصه‌درمانی را تأیید می‌کند، مثلاً سبب کاهش رفتارهای بسیار پرخاشگرانه می‌شود (کوکران و کوکران،۲۰۱۷) و بر افزایش

1. Cochran, J. L., & Cochran, N. H.
2. Hong
3. Aky & Bratton
4. Palmer, Pratt & Goodway
5. Boik & Goodwin
6. Bradway
7. Prasko, Diveky, Grambal, Kamaradova, Latalova
8. Cook, Taylor & Silverman
9. Friedberg & Wilt

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-02-17]
[DOR: 20.1001.1.26766728.1401.19.2.3.1]

عزت‌نفس کودکان تأثیر مثبت می‌گذارد (لویمی و صفرزاده، ۱۳۹۵).

با توجه به اثرات جبران‌ناپذیر کمرویی و اهمیت ابراز وجود در شکل‌گیری بلوغ اجتماعی و نقش آن در پیشگیری از آسیبهای اجتماعی در دوران نوجوانی، همچنین به‌سبب مواجه بودن درصد قابل‌توجهی از کودکان، نوجوانان و بزرگسالان هر جامعه با این اختلالات رفتاری و بازدارنده رشد شخصیت اجتماعی، به‌کارگیری انواع روشهای بازی درمانی از جمله قصه‌درمانی و شن‌بازی در دوران کودکی اهمیت می‌یابد. با عنایت به موارد نظری و پیشـــینه تحقیقات، هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی آموزش شن‌بازی درمانی و قصه‌درمانی بر کاهش کمرویی و افزایش ابراز وجود در کودکان پایه‌های چهارم تا ششم مقطع ابتدایی شهرستان گنبد کاووس است.

روش

روش پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه کنترل است. جامعه آماری پژوهش حاضر را همهٔ دانش‌آموزان ابتدایی دختر و پسر پایه‌های چهارم تا ششم مقطع ابتدایی شهرستان گنبد کاووس در ســـال تحصیلی ۹۷-۱۳۹۶ تشـــکیل می‌دادند. با توجه به طـــرح پژوهش ۴۵ نفر از این کودکان به‌منزلهٔ نمونه آماری به‌روش نمونه‌گیری خوشه‌ای تک‌مرحله‌ای انتخاب شدند. به‌منظور گردآوری اطلاعات برای اجرای پژوهش حاضر، با مراجعه به اداره آموزش و پرورش شهرستان گنبد کاووس فهرست کلیه مدارس دخترانه و پسرانه دارای پایه چهارم تا ششم دریافت و از میان این مدارس، دو مدرسه به‌روش تصادفی انتخاب شدند. سپس برای مشخص کردن گروههای هدف، علاوه بر مصاحبه با والدین و معلمان آنها، آزمون کمرویی و ابراز وجود (با کمک والدین) انجام گرفت، از میان آنها ۴۵ دانش‌آموزی که کمرویی بیشتر و ابراز وجود کمتر داشتند، در سه‌گروه ۱۵ نفری (دو گروه آزمایش و یک گروه گواه) گمارده شدند. در این پژوهش گروه آزمایشی شن‌بازی درمانی ده جلسه (هر هفتـه یـک جلسه ۴۵ دقیقه‌ای) را به‌صورت انفرادی و گروه آموزش قصه‌درمانی هشت جلسه (هر هفتـه یـک جلسه ۶۰ دقیقه‌ای) را به‌صورت گروهی دریافت کردند. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آمـــاری SPSS-23 تجزیـه و تحلیـل شدند. داده‌ها با توجه به شاخصهای توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و شاخصهای استنباطی (تحلیل کوواریانس چند متغیری) در سـطح معناداری کمتر از ۰/۰۵ مورد تحلیل قرارگرفتند.

ابزار پژوهش

۱. پرسشنامه کمرویی استنفورد[1]: ایـــن مقیـــاس شامل ۴۴ سـؤال چهـار گزینه‌ای است کـه در سـال ۱۹۷۷ در دانشـگاه اسـتنفورد بـا همـکاری زیمبـاردو[2] سـاخته شـده اسـت. این پرسشنامه

1. Stanford Shynesss Survey (SSS)
2. Zimbardo

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-02-17]
[DOR: 20.1001.1.26766728.1401.19.2.3.1]

را در ایـران عبادتـی (۱۳۷۶) روی دانش‌آموزان مقطع متوسطه شهر تهران هنجاریابی کرده و چهار سـؤال آن حذف شده اسـت. نحوه نمره‌گذاری آن به روش لیکرت از هرگز (۱)، گاهی (۲)، بیشتر (۳) و همیشه (۴) است. در واقع به گزینه‌هایی که نشان‌دهنده کمترین حالت کمرویی‌اند نمرهٔ ۱ و به بیشـترین حالت کمرویی نمره ۴ تعلق می‌گیرد. در این آزمون امتیازات کسب‌شـده از ۴۰ تا ۱۶۰ متغیر است. نمره ۴۰ نشان‌دهندهٔ حداقل کمرویی و نمره ۱۶۰ حداکثر کمرویی است (نادی نجف‌آبادی، نظری‌چگنی و مهرابی‌زاده، ۱۳۹۲). نادی نجف‌آبادی و همکاران (۱۳۹۲) روایی سـازه این پرسشنامه را ۷۴٪ به‌دست آورده‌اند و همچنین پایایی پرسشنامه از طریق آلفای کرونباخ ۰/۸۷ به‌دسـت آمده اسـت. ضریب اعتبار این مقیاس از طریق آلفای کرونباخ در پژوهش عبادتی برای دختران ۰/۸۶ و برای پسران ۰/۸۴ به‌دست آمده است. در پژوهش حاضر ضریب اعتبار این مقیاس از طریق آلفای کرونباخ به‌ترتیب ۰/۷۲ و ۰/۷۶ به‌دست آمده است.

۲. پرسشـــنامه ابراز وجود گمبریل و ریچی[1]: این پرسشنامه را گمبریل و ریچی در سال ۱۹۷۵ ساخته‌اند و دارای ۴۰ سؤال ۵ گزینه‌ای است که نحوه نمره‌گذاری آن به‌روش لیکرت از خیلی‌زیاد (۵)، زیاد(۴)، متوسط(۳)، کم (۲) و خیلی‌کم (۱) است. در این آزمون امتیازات کسب‌شده از ۴۰ تا ۲۰۰ است. نمره ۴۰ نشان‌دهنده جرأت‌ورزی پایین و نمره ۲۰۰ جرأت‌ورزی بالاست. ضریب پایایی آزمون از سوی گمبریل و ریچی ۰/۸۱ گزارش شده است. روایی محتوایی این آزمون را متخصصان دانشگاه علوم‌تربیتی و روانشناسی دانشگاه علامه طباطبائی و دانشگاه اصفهان در سالهای ۱۳۷۴ و ۱۳۷۵ بررسی و تأیید کرده‌اند. ضرایب اعتبار این مقیاس از طریق آلفای کرونباخ در پژوهش حاضر به‌ترتیب ۰/۸۴ و ۰/۸۰ به‌دست آمده است.

جدول ۱. شرح جلسات اجراشده روش شن‌بازی درمانی (براساس کتاب راهنمای گام‌به‌گام شن‌بازی درمانی، بویک و گودوین، ۲۰۰۰)

جلسات	شرح جلسات
جلسه اول	معرفی اعضا و به‌وجود آوردن حس اعتماد در میان آنها، توضیح دادن پیرامون جلسات و عناوین آنها و روند کار، بیان قواعد گروهی و تعهدات لازم، اجرای پیش‌آزمون و طرح دید کلی از مداخله، معرفی شن‌بازی، تمرین شن‌بازی با اشیای گوناگون، ارائه تکلیف
جلسه دوم	مرور جلسه قبل، پیگیری فعالیتهای خارج از کلاس، ساختن دنیای بیرون به‌دست اعضا، ساختن صحنه‌های متفاوت از سوی کودک با کمک اشیا یا بدون کمک اشیا، ساختن دنیاهای متفاوت و کوچک با شن و اشیای دیگر
جلسه سوم	مرور جلسه قبل، پیگیری فعالیتهای خارج از کلاس، تجربه کردن و آرایش دوباره دنیا، تغییر دادن یک صحنه از دنیای ساخته‌شده به‌دست کودک، ارائه تکلیف وتمرین (با توجه به موضوع جلسه).

1. The Gambrill and Richey Assertion Inventory

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-02-17]
[DOR: 20.1001.1.26766728.1401.19.2.3.1]

جدول ۱. (ادامه)

جلسات	شرح جلسات
جلسه چهارم	مرور جلسه قبل، پیگیری فعالیتهای خارج از کلاس، تمرین گردش در دنیا، کمک گرفتن از کودک به‌عنوان معلم یا راهنما و پرسیدن در مورد دنیایش و توجه به زبان و نشانه‌های غیر کلامی وی، تقویت فن بیان، ارائه تکلیف و تمرین (با توجه به موضوع جلسه).
جلسه پنجم	مرور جلسه قبل، پیگیری فعالیتهای خارج از کلاس، بحث در مورد دنیای کودک و اجازه دادن به او برای وارد کردن یک شخصیت یا شی دیگر در دنیا، ساختن داستانی کوتاه در مورد دنیا با هدف تقویت روباپردازی و برقراری ارتباط کلامی، ارائه تکلیف و تمرین (با توجه به موضوع جلسه).
جلسه ششم	مرور جلسه قبل، پیگیری فعالیتهای خارج از کلاس، توضیح سندبرداری با استفاده از تصویربرداری و عکس‌برداری کودک، تقویت برقراری ارتباط با اعضای خانواده و دوستان، ارائه تکلیف وتمرین (با توجه به موضوع جلسه).
جلسه هفتم	مرور جلسه قبل، پیگیری فعالیتهای خارج از کلاس، معناسازی، توضیح دادن کودک درباره چگونگی ساختن دنیایش، گزارش مختصر از چگونگی ساختن دنیا، ارائه تکلیف و تمرین (با توجه به موضوع جلسه).
جلسه هشتم	مرور جلسه قبل، پیگیری فعالیتهای خارج از کلاس، ارتباط دادن بازی و دنیای شنی با زندگی واقعی، کمک کردن به کودک برای تبدیل دنیا به‌صورتی بامعنا، ارائه تکلیف و تمرین (با توجه به موضوع جلسه).
جلسه نهم	مرور جلسه قبل، پیگیری فعالیتهای خارج از کلاس، درک کردن دنیا، گزارش مراحل و روند انجام کار با کودک، ارائه تکلیف و تمرین (با توجه به موضوع جلسه).
جلسه دهم	مرور جلسه قبل، پیگیری فعالیتهای خارج از کلاس، مرور اجمالی بر جلسات قبل و اجرای پس‌آزمون، جمع‌بندی و نتیجه‌گیری با کمک اعضا و تقدیر و تشکر.

جدول ۲. شرح جلسات اجرا شده روش قصه‌درمانی (براساس کتاب روشهای بازی درمانی کداسن و شفر[1]، ۲۰۰۳)

جلسات	شرح جلسات
جلسه اول	معرفی اعضا و به‌وجود آوردن حس اعتماد در میان آنها، توضیح دادن پیرامون جلسات و عناوین آنها و روند کار، بیان قواعد گروهی و تعهدات لازم، اجرای پیش‌آزمون و طرح دید کلی از مداخله، بازی با کلمات احساسی، شناسایی احساسات متفاوت و نام بردن آنها از سوی کودک، ارائه تکلیف و تمرین (با توجه به موضوع جلسه).
جلسه دوم	مرور جلسه قبل، پیگیری فعالیتهای خارج از کلاس، معرفی جعبه دکه‌ها، بازبینی دکمه‌ها و توضیح دادن علت انتخاب آنها ازسوی کودک با هدف افزایش توانایی آزمودنیها در برقراری ارتباط کلامی و ابراز احساسات و افکار خود. ارائه تکلیف و تمرین (با توجه به موضوع جلسه).

1. Kaduson & Schaefer

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-02-17]
[DOR: 20.1001.1.26766728.1401.19.2.3.1]

جدول ۲. (ادامه)

جلسات	شرح جلسات
جلسه سوم	مرور جلسه قبل، پیگیری فعالیتهای خارج از کلاس، اجرای قصه مرا حدس بزن، انتخاب کارتهای مناسب و ساختن قصه با کلمات کارت از سوی کودک و بحث و گفتگو در مورد پیام‌درمانی، ارائه تکلیف و تمرین (با توجه به موضوع جلسه).
جلسه چهارم	مرور جلسه قبل، پیگیری فعالیتهای خارج از کلاس، فن قصه‌گویی با اشیا، استفاده از اشیای روی میز برای ساختن قصه و کشاندن قصه به سوی تعارضها یا احساسات دردناک کودک از سوی درمانگر، ارائه تکلیف و تمرین (با توجه به موضوع جلسه).
جلسه پنجم	مرور جلسه قبل، پیگیری فعالیتهای خارج از کلاس، شناسایی تعارضها و احساسات دردناک ازسوی کودک و ابراز آنها، ارائه تکلیف وتمرین (با توجه به موضوع جلسه).
جلسه ششم	مرور جلسه قبل، پیگیری فعالیتهای خارج از کلاس، فن قصه‌درمانی با استفاده از استعاره‌ها، ارائه تکلیف و تمرین (با توجه به موضوع جلسه).
جلسه هفتم	مرور جلسه قبل، پیگیری فعالیتهای خارج از کلاس، تنظیم کردن قصه با توجه به شرح‌حال، نیازهای فردی، تعارضها و نگرانیها و عوامل فشارزا در هر آزمودنی از سوی درمانگر به‌گونه‌ای که پایان همه قصه‌ها مثبت باشد و روی راه‌حلهای اثربخش تأکید داشته باشد. ارائه تکلیف و تمرین (با توجه به موضوع جلسه).
جلسه هشتم	مرور جلسه قبل، پیگیری فعالیتهای خارج از کلاس، مرور اجمالی بر جلسات قبل و اجرای پس‌آزمون، جمع‌بندی و نتیجه‌گیری به کمک اعضا و تقدیر و تشکر.

یافته‌ها

نمونه پژوهش دانش‌آموزان پایه‌های چهارم تا ششم مقطع ابتدایی شهرستان گنبد کاووس در سال تحصیلی ۹۷-۱۳۹۶ بودند. نمونه‌ها (گروههای مداخله و کنترل) از نظر متغیرهای دموگرافیک جنسیت، مقطع تحصیلی و پایه تحصیلی همسان بودند. آمار توصیفی نشان داد که تعداد دانش‌آموزان پسر در گروههای مداخله و کنترل ۲۲ نفر (۷ نفر در گروه آزمایش شن‌بازی درمانی، ۸ نفر در گروه آزمایش قصه‌درمانی و ۷ نفر در گروه کنترل) و تعداد دانش‌آموزان دختر ۲۳ نفر (۸ نفر در گروه آزمایش شن‌بازی درمانی، ۷ نفر در گروه آزمایش قصه‌درمانی و ۸ نفر در گروه کنترل) بود. همچنین از نظر سنی، ۱۰ نفر از نمونه‌های پژوهش نه سال (۳ نفر در گروه آزمایش شن‌بازی درمانی، ۳ نفر در گروه آزمایش قصه‌درمانی و ۴ نفر در گروه کنترل)، ۱۳ نفر ده سال (۵ نفر در گروه آزمایش شن‌بازی درمانی، ۴ نفر در گروه آزمایش قصه‌درمانی و ۴ نفر در گروه کنترل)، ۱۲ نفر ۱۱ سال (۴ نفر در گروه آزمایش شن‌بازی درمانی، ۴ نفر در گروه آزمایش قصه‌درمانی و ۳ نفر در گروه کنترل) و ۱۰ نفر ۱۲ سال (۳ نفر در گروه آزمایش شن‌بازی

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-02-17]
[DOR: 20.1001.1.26766728.1401.19.2.3.1]

درمانی، ۴ نفر در گروه آزمایش قصه‌درمانی و ۳ نفردرگروه کنترل) داشتند. شاخصهای آمار توصیفی مورد استفاده عبارت‌اند از: جدول فراوانی، درصد، میانگین و انحراف استاندارد.

در ادامه برای بررسی اثر شن‌بازی درمانی و قصه‌درمانی بر کمرویی و ابراز وجود دانش‌آموزان از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره استفاده شد. استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره مستلزم رعایت پیش‌فرضهای آماری است که مورد تحلیل قرار گرفت. پیش‌فرض نرمال بودن توزیع نمرات متغیرهای کمرویی و ابراز وجود با استفاده از آزمون کولموگروف- اسمیرنف بررسی شد و آماره z کولموگروف- اسمیرنف برای متغیرهای کمرویی و ابراز وجود به‌ترتیب برابر با ۳/۱۹۰ و ۳/۴۱ به‌دست آمد که در سطح (۳/۰۱) معنادار نیست. یعنی توزیع متغیرها در نمونه نرمال است. از آزمون باکس به‌عنوان پیش‌فرض تحلیل کوواریانس استفاده شد. برای متغیر کمرویی (F=۰/۲۱ ، p=۰/۲۹۷ ، Box's M= ۸/۸۰) و برای متغیر ابراز وجود (F=۰/۷۸ ، p=۰/۵۸۵ ، Box's M = ۶/۳۸) آزمون باکس معنادار نبود که به‌معنای برقراری پیش‌فرض همگنی ماتریسهای واریانس- کوواریانس است. همچنین برای بررسی همگنی واریانسها آزمون لون به‌کار رفت. مشاهده شد که مقدار p برای متغیرهای وابسته در مراحل مختلف اندازه‌گیری بزرگ‌تر از ۰/۰۵ است و معنادار نیست؛ بنابراین از فرض همگنی واریانسها تخطی صورت نگرفته است. نتایج آزمون لامبدای ویلکز نشان داد که اثر گروه بر کنترل کمرویی و ابراز وجود معنادار است (p<۰/۰۰۱ ، F = ۲۳/۳۲ ، ۰/۱۵۳= لامبدای ویلکز). آزمون فوق قابلیت استفاده از تحلیل کوواریانس چند متغیره (مانکوا) را مجاز شمرد. باتوجه به نتایج آزمون همگنی رگرسیون، چون F محاسبه شده برای تعامل گروه و پیش‌آزمون در سطح کمتر از ۳/۳۱ معنادار نیست، لذا داده‌ها از فرض همگنی رگرسیون پشتیبانی می‌کنند.

جدول ۳. میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش در سه‌گروه

متغیر	مرحله	گروه کنترل		گروه شن‌بازی		گروه قصه‌درمانی	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
کمرویی	پیش‌آزمون	۷۳/۴۰	۹/۷۶	۷۴/۷۳	۹/۴۶	۷۵/۷۳	۷/۴۶
	پس‌آزمون	۷۲/۵۶	۹/۷۳	۶۱/۱۳	۹/۲۱	۶۷/۶۰	۷/۳۱
ابراز وجود	پیش‌آزمون	۱۲۸/۹۳	۹/۳۰	۱۲۸/۸۶	۸/۳۳	۱۳۰/۸۰	۹/۰۸
	پس‌آزمون	۱۲۷/۹۸	۹/۳۵	۱۴۲/۸۲	۷/۷۸	۱۳۸/۰۰	۹/۰۹

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-02-17]
[DOR: 20.1001.1.26766728.1401.19.2.3.1]

با توجه به یافته‌های جدول شماره ۳، میانگین نمره‌های کمرویی و ابراز وجود در هر دو گروه آزمایش شـــن‌بازی درمانی و قصه‌درمانی در پس‌آزمون در مقایســـه با پیش‌آزمون افزایش معناداری یافته است، درحالی‌که این نمرات در گروه کنترل در پیش‌آزمون و پس‌آزمون تغییر چندانی نداشته است. معناداری این تفاوت، با آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره بررسی شد.

جدول ۴. آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری برای مقایسه میانگین متغیرهای پژوهش در سه گروه

متغیر	منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری	مجذور اتا	توان آزمون
کمرویی	پیش‌آزمون	۲۱۱۱۸۲/۹۰	۱۱	۲۵۲۶۳۳/۱	۱۵/۰۷	۰/۰۰۱	۰/۲۵۱	۰/۹۶
	گروه	۵۲۲۲۸۱/۸۱	۲۷	۹۷۲۹/۴۵	۶۶/۹۶	۰/۰۰۱	۰/۷۴۹	۱
ابراز وجود	پیش‌آزمون	۱۹۴۵۹/۵	۱	۹۷۲۹/۷۵	۲۰/۲۸	۰/۰۰۱	۰/۳۱۱	۰/۹۹
	گروه	۴۵۷۷۶/۸۹	۲۷	۲۲۸۸۸/۴۴	۱۲۵/۱۴	۰/۰۰۱	۰/۸۴۸	۱

بـا توجـه بـه یافته‌هـای جـدول شـمارۀ ٤، نتایـج حاصـل از تحلیـل کوواریانـس بـر میانگینهـای پس‌آزمـون، بـا حـذف اثـر پیش‌آزمـون نشـان داد که میـان سـه‌گروه شـن‌بازی درمانـی، قصه‌درمانی و کنتـرل در متغیرهـای کمرویـی و ابـراز وجود تفـاوت معنـادار وجـود دارد ($p < ۰/۰۰۱$). مقدار مجذور اتـا نشـان می‌دهـد که در حـدود ۷۴ درصد از واریانس نمـرۀ کمرویی و در حـدود ۸۴ درصد از واریانس نمـرۀ ابـراز وجـود از طریق تفـاوت دو روش تبیین می‌شـود. باتوجه به معنادارشـدن تفـاوت پس‌آزمون در گروههـای آزمایشـی و گـواه، بررسـی دوبـه دو تفـاوت معنـادار میان سـه نمرۀ پس‌آزمـون کمرویی و ابـراز وجـود، ازطریـق مقایسـه‌های زوجـی (تفـاوت میانگینهـا) بـا آزمـون تعقیبـی بونفرونـی صورت گرفت.

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-02-17]
[DOR: 20.1001.1.26766728.1401.19.2.3.1]

جدول ۵. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسه دو به دو متغیرهای پژوهش در سه گروه

گروه	در مقایسه با گروه	متغیر	تفاوت میانگین	معناداری
	قصه‌درمانی	کمرویی	۵/۴۷	۰/۰۰۱
شن‌بازی		ابراز وجود	۶/۷۶	۰/۰۰۱
	کنترل	کمرویی	۱۲/۷۶	۰/۰۰۱
		ابراز وجود	۱۳/۰۱	۰/۰۰۱
قصه‌درمانی	کنترل	کمرویی	۷/۲۹	۰/۰۰۱
		ابراز وجود	۶/۲۵	۰/۰۰۱

با توجه به نتایج جدول شماره ۵، تفاوت میانگینهای نمرات کمرویی و ابراز وجود در دو گروه شن‌بازی درمانی و قصه‌درمانی نشـــان داد که میان اثربخشـــی شن‌بازی‌درمانی و قصه‌درمانی بر میزان کمرویی و ابراز وجود در مرحلهٔ پس‌آزمون تفاوت معنادار دیده می‌شـود ($p<۰/۰۰۱$). با توجـه به تفاوت میانگین کمرویی و ابراز وجود در دو روش درمانی، اثربخشـــی درمان شـــن‌بازی بر کمرویی و ابراز وجود بیشتر از قصه‌درمانی بوده است.

بحث

با توجه به نتایج این پژوهش هر دو روش شن‌بازی و قصه‌درمانی در مقایسه با گروه کنترل بر ابراز وجود و کمرویی کودکان پایه‌های چهارم تا ششم مقطع ابتدایی شهرستان گنبد کاووس اثرگذار بـــود. این امر بیانگر این است که آموزش این روشها به کودکان سبب کاهش کمرویی و افزایش ابراز وجود می‌شـــود. نتایج پژوهش حاضر، با یافته‌های کیم و هان[1] (۲۰۱۶)، رابینسون، سیمپسون و هات[2] (۲۰۱۷)، عسگری و شـــفیعی(۱۳۹۷) و عبداللهی‌بقرآبادی، شریفی‌درآمدی و دولت‌آبادی (۱۳۸۹) همسوســـت. در تبیین این یافته می‌توان گفت که شن‌بازی درمانی سبب توجه به دنیای درونی و نیازهای عاطفی می‌شود و به ذهن اجازه می‌دهد خاطرات سرکوب‌شده گذشته خود را در

1. Kim & Han
2. Robinson, Simpson & Hott

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-02-17]
[DOR: 20.1001.1.26766728.1401.19.2.3.1]

زمـــان کنونی بازیابی کند. این روش درمانی به کودک کمک می‌کند که تصمیم بگیرد و به کمک قوه تخیل و تصورش چیزی بیافریند و در پایان احساس رضایت کند و درباره ساخته‌هایش صحبت کند. احســـاس رضایت ناشی از ساختن بسیار پراهمیت اســـت زیرا سبب بالارفتن اعتمادبه‌نفس کودک و در پی آن افزایش جرأت‌ورزی و ابراز وجود وی می‌شود.

همچنین آمـــوزش قصه‌درمانی با توجه به میانگین نمرات گروه آزمایش نســـبت به میانگین گروه گواه، موجب کاهش کمرویی و افزایش ابراز وجود کودکان آزمایش شـــده است. نتایج حاصل از فرضیات حاکی از آن اســـت که میان نمرات پس‌آزمون قصه‌درمانی در کودکان گروه آزمایش و گواه، تفاوت معنادار وجود دارد. این امر بیانگر این است که آموزش این‌روش نیز به کودکان همانند شـــن‌بازی، ســـبب کاهش کمرویی و افزایش ابراز وجود می‌شـــود. نتایج به‌دست آمده از پژوهش حاضر، با یافته‌های پالمر و همکاران (۲۰۱۷)، کوکران و کوکران (۲۰۱۷)، اوکی و براتون (۲۰۱۷)، لویمی و صفرزاده (۱۳۹۵)، آجرلو، ایرانی و علی‌اکبری دهکردی (۱۳۹۵) و حسین‌خانزاده، قلی‌زاده، روشـــن‌دل‌راد و سیدنوری (۱۳۹۶) همسوست. در تبیین این یافته می‌توان گفت که از آنجایی که کودکان در زمینهٔ مشـــکلات خود بینش چندانی ندارند و نمی‌توانند ابراز وجود کنند و مشـــکل اصلی خود را بیان کنند، از این‌رو آموزشـــهای مســـتقیم و روان‌درمانیهـــای معمول در مورد آنها کارایی کمتری دارد و قصه‌درمانی می‌تواند روشی مناسب برای حل این مشکلات باشد. قصه‌درمانی می‌تواند به‌مانند درمانهای شـــناختی‌رفتاری کودکان در کنار آنها مورد استفاده قرار گیرد و مفید واقع شود. همچنین قصه‌درمانی می‌تواند با فراهم کردن فرصتها، ایجاد شرایط مناسب برای تخلیه هیجانی و همانندسازی و بالا بردن درک کودک منبعی مهم برای ایجاد تغییر و بهبود در مشکلات و اختلالهای کودکان محسوب شود. در واقع روشهای گوناگون بازی درمانی نوعی بازی غیرمستقیم است که در آن درمانگر نقش تســـهیل‌گر دارد و مراجعان می‌توانند آزادانه هیجانات و تصویرهای ذهنی خود را با اســـتفاده از وســـایل به‌کار برده شده و داستان‌گویی برون‌ریزی کنند و مشکلات و تعارضات خود را کاهش دهند (بویک و گودوین، ۲۰۰۰).

مقایســـه میـــانگین نمـــرات کمرویی و ابراز وجود در دو گـــروه مداخلـــه نیز از نظـــر آمـــاری تفاوتی معنادار را نشان می‌دهد ($p<۰/۰۵$) و با توجه به میانگینهای دو گروه می‌توان نتیجه گرفت که روش شـــن‌بازی درمانی اثری بیشـــتر از قصه‌درمانی بر متغیرهای کمرویی و ابراز وجود داشته است. در تبیین این یافته نیز می‌توان گفت، کودکان در سنین پایین از امور عینی و محسوس بیشتر تأثیر می‌پذیرند. عامل پراهمیتی که در شـــن‌بازی ســـبب بهبود می‌شود فضای آزاد و درعین‌حال محافظت شده از سوی درمانگر و نیز استفاده از عناصر آب و خاک با یکدیگر در پیشبرد تجربه‌ای است که در آن فرد به تخیلات و تجربیات درونی‌اش امکان واقعیت بخشیدن می‌دهد.

از محدودیتهای این مطالعه می‌توان به مواردی مانند کـم بـودن حجم نمونه و اجرای پژوهش

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-02-17]
[DOR: 20.1001.1.26766728.1401.19.2.3.1]

در یـک دبستان اشاره کرد. در این مطالعه گروه نمونه را دانش‌آموزان یکی از دبستانهای شهرستان گنبد کاووس استان گلستان تشکیل دادنـد، لـذا در تعمـیم نتـایج آن، لازم است احتیاط رعایت شود.

نتیجه‌گیری

نتایج ایـــن پژوهش نشـان داد کـه هـــر دو روش درمـــانی شن‌بازی و قصه‌درمانی بر ابراز وجود و کمرویی کودکان مؤثرند. لذا پیشـــنهاد می‌شـــود کارگاههای آموزشی مهارتهای کلامی و داستان‌خوانی و شن‌بازی درمانی برای والدین و مربیان مهدکودک برای به‌کارگیری صحیح داستانها و شـــن برگزار شود. همچنین همکاری مستقیم متخصصان در زمینه تولید قصه‌های مناسب برای قصه‌درمانی و فراهم کردن سازوکار لازم برای توزیع وسیع آنها صورت بگیرد.

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-02-17]

[DOR: 20.1001.1.26766728.1401.19.2.3.1]

منابع

REFERENCES

آجرلو، مریم؛ ایرانی، زیبا و علی‌اکبری دهکری، مهناز. (۱۳۹۵). تأثیر قصه‌درمـانی بر کاهـش اضطراب و بهبود عادات خواب کودکان مبتلا به سرطان تحت شیمی درمانی. *روانشناسی سلامت*، ۵ (۱۸)، ۸۷-۱۰۷.

اخلاقی‌نیا، کبری. (۱۳۸۹). *رابطه جهت‌گیری هدف پیشرفت و کمرویی با اجتناب از کمک‌طلبی*. پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه سمنان.

افروز، غلامعلی. (۱۳۹۲). *روان‌شناسی کمرویی و روشهای درمان: به ضمیمه آزمون کمرویی*. تهران: دفتر نشر فرهنگ اسلامی.

حســین خانزاده، عباسعلی؛ قلی‌زاده، ربابه؛ روشن‌دل‌راد، محبوبه و سیدنوری، سیده‌زهرا. (۱۳۹۶). تأثیر بازی درمانی گروهی بر کاهش کمرویی دانش‌آموزان با آسیب شنوایی. *تعلیم و تربیت استثنایی*، *۱۷* (۶)، ۵-۱۴.

عبدالهی‌بقرآبادی، قاســم؛ شــریفی‌درآمدی، پرویز و دولت‌آبادی، شیوا. (۱۳۸۹). بررسی تأثیر شــن‌بازی درمانی بر کاهش پرخاشگری دانش‌آموزان پسر ناشنوا. *مطالعات روان‌شناختی*، *۶* (۱)، ۱۱۱-۱۳۴.

عسگری، ریحانه و شفیعی، ناهید. (۱۳۹۷). مقایسه اثربخشی قصه‌درمانی و شن‌درمانی بر پرخاشگری کودکان پیش‌دبستانی منطقه ۶ تهران. *چهارمین کنفرانس ملی توانمندسازی جامعه در حوزه علوم انسانی و مطالعات مدیریت*، مرکز توانمندسازی مهارتهای فرهنگی و اجتماعی جامعه، تهران.

غیاثی‌زاده، مهدی. (۱۳۹۲). اثربخشــی بازی درمانی به شــیوه شناختی- رفتاری مایکنبام در کاهش کمرویی و گوشه‌گیری اجتماعی دانش‌آموزان دبستانی. *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی ایلام*، ۲۱ (۶)، ۹۶-۱۰۵.

کداسن، هایدی و شفر، چارلز. (۲۰۰۳). *برگزیده‌ای از روش‌های بازی درمانی*، ترجمه سوسن صابری و پریوش وکیلی. تهران: انتشارات آگاه و ارجمند.

لویمی، فاطمه و صفرزاده، ســحر. (۱۳۹۵). اثربخشــی قصه‌درمانی بر کمرویی، افسردگی و عزت‌نفس کودکان پیش‌دبستانی شهرستان اهواز. *پژوهش‌های روانشناسی بالینی و مشاوره*، *۶* (۲)، ۳۲-۴۷.

نــادی نجف‌آبادی، فاطمه؛ نظری‌چگنی، اکرم و مهرابی‌زاده، مهناز. (۱۳۹۲). رابطه علی بین کمرویی و تنهایی با میانجیگری سبک‌های شوخ‌طبعی (خودارزنده‌سازانه و پیوندجویانه) و عزت‌نفس در دانش‌آموزان دختر شهرستان نجف‌آباد. *اندیشه‌های نوین تربیتی*، دانشگاه الزهرا، ۹ (۲)، ۱۳۱-۱۵۰.

Akay, S., & Bratton, S. (2017). The effects of Adlerian play therapy on maladaptive perfectionism and anxiety in children: A single case design. *International Journal of Play Therapy, 26*(2), 96-110.

Bekker, M. H. I., Croon, M. A., Van Belkom, E. G. A., & Vermee, J. B. G. (2008). Predicting individual differences in autonomy connectedness: The rode of body awareness, alexithymia, and assertiveness. *Journal of Clinical Psychology*, *64*(6), 747-765.

Boik, B. L., & Goodwin, E.A. (2000). *Sand play therapy: A step by step manual for psychotherapists of diverse orientations.* New York: Norton.

Bradway, K. (2006). What is sandplay? *Journal of Sandplay Therapy, 15*(2), 1-3.

Butt, M., Moosa, S., Ajmal, M., & Rahman, F. (2011). Effects of shyness on the self-esteem of 9th grade female students. *International Journal of Business and Social Science, 2*(12), 150-156.

Cochran, J. L., & Cochran, N. H. (2017). Effects of child-centered play therapy for students with highly disruptive behavior in high-poverty schools. *International Journal of Play Therapy, 26*(2), 59-72.

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-02-17]

[DOR: 20.1001.1.26766728.1401.19.2.3.1]

Cook, J. W., Taylor, L. A., & Silverman, P. (2004). The application of therapeutic storytelling techniques with preadolescent children: A clinical description with illustrative case-study. *Cognitive and Behavioral Practice, 11*(2), 243-248.

Friedberg, R. D., & Wilt, L. H. (2010). Metaphors and stories in cognitive behavioral therapy with children. *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy, 28*(2),100-113.

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

Gocmen, P. O. (2012). Correlation between shyness and self-esteem of arts and design students. *Procedia-Social and Behavioral Sciences, 47*, 1558-1561.

Hong, G. H., Lixia, Z,. Sally, W. C. C., Piyanee, K. Y., & Wenru, W. (2015). The effectiveness of therapeutic play intervention in reducing perioperative anxiety, negative behaviors, and postoperative pain in children undergoing elective surgery: A systematic review. *Pain Management Nursing, 16*(3), 425-439.

Kim, K, & Han, S. (2016). The effects of sandplay therapy on depression and stress from child rearing in mothers with disabled children. *Journal of Symbols & Sandplay Therapy,12(7)*, 69-86.

Lin, Y. R., Shiah, I.-S., Chang, Y. C., Lia, T. J., Wang, K. Y., & Chou, K. R. (2004). Evaluation of an assertiveness training program on nursing and medical students' assertiveness, self-esteem and interpersonal communication satisfaction. *Nurse Education Today, 24*(8), 656-665.

Palmer, E. N., Pratt, K. J., & Goodway, J. (2017). A review of play there interventions for chronic illness: Applications to childhood obesity prevention and treatment. *International Journal of Play Therapy, 26*(3), 125-137.

Prasko, I., Diveky, T., Grambal, A., Kamaradova, D., Latalova, K., Mainerova, B.,Vrbova, K., & Trcova, A. (2010). Narrative cognitive behavior therapy for psychosis. *Activitas Nervosa Superior Redivia, 52*(2), 135-146.

Robinson, A., Simpson, C., & Hott, B. L. (2017). The effects of child-centered play therapy on the behavioral performance of three first grade students with ADHD. *International Journal of Play Therapy, 26*(2), 73-83.

Vygotsky, L. S. (2016). Play and its role in the mental development of the child. *International Research in Early Children Education, 7*(2), 3-25.

Zarnaghash, M., & Samani, S. (2010). Study of effect of family patterns style on shyness in Iranian students. *Procedia-Social & Behavioral Sciences*, *5*, 2304-2308.

[Downloaded from qjfr.ir on 2026-02-17]

[DOR: 20.1001.1.26766728.1401.19.2.3.1]