

مقایسه اثربخشی شن بازی درمانی و قصه درمانی بر کمرویی و ابراز وجود کودکان دبستانی شهرستان گنبد کاووس*

♦ زهرا زمانی کله‌جایی^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 به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای تک‌مرحله‌ای انتخاب و در سه گروه 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 گمبیریل و ریچی (۱۹۷۵) و بسته‌های آموزشی شن‌بازی درمانی و قصه‌درمانی بودند. در پایان نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون سه گروه 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 دوروش 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 نویسنده اول است.

۱. کارشناس ارشد روانشناسی عمومی، گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران. zmanyzra1356@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

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 مشکل است (بات، موسا، اجمل و رحمان^۱، 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^۲، 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 سوی 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 شدت انواع پیامدهای زیستی و روانی مانند تشدید ضربان قلب، تغییر رنگ چهره، اختلال در تنفس، لرزش بدن و دست‌ان، 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 مشاهده و ارزیابی دیگران است، اجتناب می‌ورزند (اخلاقی‌نیا، ۱۳۸۹). در هر جامعه درصد قابل توجهی از کودکان، نوجوانان و بزرگسالان با این اختلال رفتاری مواجه‌اند. در بسیاری از مواقع، کمرویی اصلی‌ترین مانع شکوفایی قابلیت‌ها، خلاقیت‌ها و ایفای مسئولیت‌هاست (افروز، ۱۳۹۲).

یکی دیگر از مهارت‌هایی که در برقراری ارتباط سالم با دیگران کمک‌کننده است، 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 اعتماد به نفس، ترس از نحوه ارزیابی دیگران، ترس از طرد شدن، 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^۳، 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^۴، ۲۰۰۸). همچنین، 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 (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^۵، ۲۰۰۴).

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

در این زمینه، بازی درمانی یکی از روشهایی است که در درمان اختلالات و مشکلات کودکان مناسب بوده و در تعدیل شناختهای منفی کودکان به شناختهای مثبت اثرگذار است (غیاثی‌زاده، ۱۳۹۲). بر اساس پژوهشهای انجام‌شده بازی درمانی، برای دامن‌های وسیع از مشکلات روان‌شناختی کودکان و نوجوانان درمانی مناسب ذکر شده است، مثلاً برای کنترل رفتار پر خاشگرانه در کودکان (کوکران و کوکران^۱، ۲۰۱۷)، افسردگی، اضطراب، ترسهای شبانه و اجتماعی (هونگ^۲ و همکاران، ۲۰۱۵)، درمان کمال‌گرایی ناسازگارانه و اضطراب در کودکان (اکی و براتون^۳، ۲۰۱۷) و همچنین برای پیشگیری و درمان چاقی کودکان (پالمر، پرات و گودوی^۴، ۲۰۱۷). یکی از روشهای مؤثر بازی درمانی، شن‌بازی است. این روش 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 اشیاء مینیاتوری گوناگون در درون جعبه شن خلق کنند (بویک و گودوین^۵، ۲۰۰۰). کار با سینی شن به کودک فرصت می‌دهد تا داستان‌سرایی کند و در تحلیل خود رویدادها و موقعیتهای گذشته 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^۶، 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^۷ و همکاران، ۲۰۱۰). کوک، تیلور و سیلورمن^۸ (۲۰۰۴)، با به‌کارگیری روشهای قصه‌درمانی برای کودکان بیان می‌کنند که یافته‌های بالینی متعددی گویای این امر است که قصه‌درمانی می‌تواند به‌مانند درمانهای شناختی‌رفتاری مورد استفاده قرار گیرد و مفید واقع شود. قصه‌درمانی با فراهم کردن بستری برای تخلیه هیجانی و همانندسازی و بالابردن درک کودک می‌تواند منبعی مؤثر در درمان مشکلات و اختلالهای کودکان باشد (فریدبرگ و ویلت^۹، ۲۰۱۰). بررسی نظریه‌ها، پژوهشها و تجربه‌های بالینی نیز، کاربردهای ویژه قصه‌درمانی را تأیید می‌کند، مثلاً سبب کاهش رفتارهای بسیار پر خاشگرانه 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

عزت نفس 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 به سبب مواجه بودن درصد قابل توجهی از کودکان، نوجوانان و بزرگسالان هر جامعه با این اختلالات رفتاری و بازدارنده رشد شخصیت اجتماعی، به کارگیری انواع روش‌های بازی درمانی از جمله قصه‌درمانی و شن‌بازی در دوران کودکی اهمیت می‌یابد. با عنایت به موارد نظری و پیشینه 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 همه دانش‌آموزان ابتدایی دختر و پسر پایه‌های چهارم تا ششم مقطع ابتدایی شهرستان گنبد کاووس در سال تحصیلی ۹۷-۱۳۹۶ تشکیل می‌دادند. با توجه به طرح پژوهش ۴۵ نفر از این کودکان به منزله نمونه آماری به روش نمونه‌گیری خوشه‌ای تک‌مرحله‌ای انتخاب شدند. به منظور 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 به روش 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 سه گروه ۱۵ نفری (دو گروه آزمایش و یک گروه گواه) گمارده شدند. در این پژوهش گروه آزمایشی شن‌بازی درمانی ده جلسه (هر هفته یک جلسه ۴۵ دقیقه‌ای) را به صورت انفرادی و گروه آموزش قصه‌درمانی هشت جلسه (هر هفته یک جلسه ۶۰ دقیقه‌ای) را به صورت گروهی دریافت کردند. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS-23 تجزیه و تحلیل شدند. داده‌ها با توجه به شاخص‌های توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و شاخص‌های استنباطی (تحلیل کوواریانس چند متغیری) در سطح معناداری کمتر از ۰/۰۵ مورد تحلیل قرار گرفتند.

ابزار پژوهش

۱. پرسشنامه کمرویی استنفورد^۱: این مقیاس شامل ۴۴ سؤال چهار گزینه‌ای است که در سال ۱۹۷۷ در دانشگاه استنفورد با همکاری زیملاردو^۲ ساخته شده است. این پرسشنامه

1. Stanford Shyness Survey (SSS)

2. Zimbardo

را در ایران عبادتی (۱۳۷۶) روی دانش‌آموزان مقطع متوسطه شهر تهران هنجاریابی کرده و چهار سؤال آن حذف شده است. 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 کمروبی اند نمره ۱ و به بیشترین حالت کمروبی نمره ۴ تعلق می‌گیرد. در این آزمون امتیازات کسب‌شده از ۴۰ تا ۱۶۰ متغیر است. نمره ۴۰ نشان‌دهنده حداقل کمروبی و نمره ۱۶۰ حداکثر کمروبی است (نادی نجف‌آبادی، نظری چگنی و مهرابی‌زاده، ۱۳۹۲). نادی نجف‌آبادی و همکاران (۱۳۹۲) روایی سازه این پرسشنامه را ۰/۷۴ به‌دست آورده‌اند و همچنین پایایی پرسشنامه از طریق آلفای کرونباخ ۰/۸۷ به‌دست آمده است. 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. **پرسشنامه ابراز وجود گمبریل و ریچی:** این پرسشنامه را گمبریل و ریچی در سال ۱۹۷۵ ساخته‌اند و دارای ۴۰ سؤال ۵ گزینه‌ای است که نحوه نمره‌گذاری آن به روش لیکرت از خیلی زیاد (۵)، زیاد (۴)، متوسط (۳)، کم (۲) و خیلی کم (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 علوم تربیتی 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 اجرا شده 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 اشیای بدون کمک اشیای، 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 و تمرین (با توجه به موضوع جلسه).

1. The Gambrill and Richey Assertion Inventory

جدول ۱. (ادامه)

جلسات	شرح جلسات
جلسه چهارم	مرور جلسه قبل، پیگیری فعالیتهای خارج از کلاس، تمرین گردش در دنیا، کمک گرفتن از کودک به عنوان 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 رویاپردازی 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 و تمرین (با توجه به موضوع جلسه).
جلسه هفتم	مرور جلسه قبل، پیگیری فعالیتهای خارج از کلاس، معنا سازی، 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 به صورتی 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، 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، بازیبندی دکه‌ها و توضیح دادن علت انتخاب آنها از سوی 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

جدول ۲. (ادامه)

جلسات	شرح جلسات
جلسه سوم	مرور جلسه قبل، پیگیری فعالیتهای خارج از کلاس، اجرای قصه مرا حدس بز، 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 اشیاء، 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 از سوی کودک و ابراز آنها، ارائه تکلیف و تمرین (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

درمانی، ۴ نفر در گروه آزمایش قصه‌درمانی و ۳ نفر در گروه 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 به ترتیب برابر با ۳/۱۹۰ و ۳/۴۱ به دست آمد که در سطح (۳/۰۱) معنادار نیست. یعنی توزیع متغیرها در نمونه نرمال است. از آزمون باکس به عنوان پیش‌فرض تحلیل کوواریانس استفاده شد. برای متغیر کمرویی ($F=0/21$ ، $p=0/297$ ، $M=8/80$) و برای متغیر ابراز وجود ($F=0/78$ ، $p=0/585$ ، $M=6/38$) آزمون باکس معنادار نبود که به معنای برقراری پیش‌فرض همگنی ماتریسهای واریانس-کوواریانس است. همچنین برای بررسی همگنی واریانسها آزمون لون به کار 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 ($F=23/32$ ، $p<0/01$ ، $\lambda=0/153$) 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 سه گروه

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

با توجه به یافته‌های جدول شماره ۳، میانگین نمره‌های کمرویی و ابراز وجود در هر دو گروه آزمایش شن‌بازی درمانی و قصه‌درمانی در پس‌آزمون در مقایسه 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

با توجه به یافته‌های جدول شماره ۴، نتایج حاصل از تحلیل کوواریانس بر میانگینهای پس‌آزمون، با حذف اثر پیش‌آزمون نشان داد که میان سه‌گروه شن‌بازی درمانی، قصه‌درمانی و کنترل در متغیرهای کمرویی و ابراز وجود تفاوت معنادار وجود دارد ($p < 0/001$). مقدار مجذور اتا نشان می‌دهد که در حدود ۷۴ درصد از واریانس نمره کمرویی و در حدود ۸۴ درصد از واریانس نمره ابراز وجود از طریق تفاوت دو روش تبیین می‌شود. باتوجه به معنادارشدن تفاوت پس‌آزمون در گروههای آزمایشی و گواه، بررسی دویه دو تفاوت معنادار میان سه نمره پس‌آزمون کمرویی و ابراز وجود، از طریق مقایسه‌های زوجی (تفاوت میانگینها) با آزمون تعقیبی بونفرونی صورت گرفت.

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	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 نشان داد که میان اثربخشی شن‌بازی درمانی و قصه‌درمانی بر میزان کمرویی و ابراز وجود در مرحله پس‌آزمون تفاوت معنادار دیده می‌شود ($p < 0/001$). 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.

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 بود. این امر بیانگر این است که آموزش این روشها به کودکان سبب کاهش کمرویی و افزایش ابراز وجود می‌شود. نتایج پژوهش حاضر، با یافته‌های کیم و هان^۱ (۲۰۱۶)، رابینسون، سیمپسون و هات^۲ (۲۰۱۷)، عسگری و شفیع‌ی (۱۳۹۷) و عبداللهی بقرآبادی، شریفی درآمدی و دولت‌آبادی (۱۳۸۹) همسوست. 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

زمان 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. احساس رضایت ناشی از ساختن بسیار پراهمیت است زیرا سبب بالارفتن اعتمادبه‌نفس کودک و در پی آن افزایش جرأت‌ورزی و ابراز وجود وی می‌شود.

همچنین آموزش قصه‌درمانی با توجه به میانگین نمرات گروه آزمایش نسبت به میانگین گروه گواه، موجب کاهش کمروبی و افزایش ابراز وجود کودکان آزمایش شده است. نتایج حاصل از فرضیات حاکی از آن است که میان نمرات پس‌آزمون قصه‌درمانی در کودکان گروه آزمایش و گواه، تفاوت معنادار وجود دارد. این امر بیانگر این است که آموزش این روش نیز به کودکان همانند شن‌بازی، سبب کاهش کمروبی و افزایش ابراز وجود می‌شود. نتایج به‌دست آمده از پژوهش حاضر، با یافته‌های پالمرو و همکاران (۲۰۱۷)، کوکران و کوکران (۲۰۱۷)، اوکی و براتون (۲۰۱۷)، لویمی و صفرزاده (۱۳۹۵)، آجرلو، ایرانی و علی‌اکبری دهکردی (۱۳۹۵) و حسین‌خانزاده، قلی‌زاده، روشن‌دل‌راد و سیدنوری (۱۳۹۶) همسوست. در تبیین این یافته می‌توان گفت که از آنجایی که کودکان در زمینه مشکلات خود بینش چندانی ندارند و نمی‌توانند ابراز وجود کنند و مشکل اصلی خود را بیان کنند، از این‌رو آموزش‌های مستقیم و روان‌درمانی‌های معمول در مورد آنها کارایی کمتری دارد و قصه‌درمانی می‌تواند روشی مناسب برای حل این مشکلات باشد. قصه‌درمانی می‌تواند به‌مانند درمان‌های شناختی‌رفتاری 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 تسهیل‌گر دارد و مراجعان می‌توانند آزادانه هیجان‌ها و تصویرهای ذهنی خود را با استفاده از وسایل به‌کار برده شده و داستان‌گویی برون‌ریزی کنند و مشکلات و تعارضات خود را کاهش دهند (بویک و گودوین، ۲۰۰۰).

مقایسه میانگین نمرات کمروبی و ابراز وجود در دو گروه مداخله نیز از نظر آماری تفاوتی معنادار را نشان می‌دهد ($p < 0/05$) و با توجه به میانگین‌های دو گروه می‌توان نتیجه گرفت که روش شن‌بازی درمانی اثری بیشتر از قصه‌درمانی بر متغیرهای کمروبی 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 شن‌بازی سبب بهبود می‌شود فضای آزاد و درعین حال 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 کم بودن حجم نمونه و اجرای پژوهش

در یک دبستان اشاره کرد. در این مطالعه گروه نمونه را دانش‌آموزان یکی از دبستانهای شهرستان گنبد کاووس استان گلستان تشکیل دادند، لذا در تعمیم نتایج آن، لازم است احتیاط رعایت شود.

نتیجه‌گیری.....

نتایج این پژوهش نشان داد که هر دو روش درمانی شن‌بازی و قصه‌درمانی بر ابراز وجود و کمرویی کودکان مؤثرند. لذا پیشنهاد می‌شود کارگاههای آموزشی مهارتهای کلامی و داستان‌خوانی و شن‌بازی درمانی برای والدین و مربیان مهدکودک برای به‌کارگیری صحیح داستانها و شن برگزار شود. همچنین همکاری مستقیم متخصصان در زمینه تولید قصه‌های مناسب برای قصه‌درمانی و فراهم کردن سازوکار لازم برای توزیع وسیع آنها صورت بگیرد.

- آجرلو، مریم؛ ایرانی، زیبا و علی اکبری دهکری، مهناز. (۱۳۹۵). تأثیر قصه‌درمانی بر کاهش 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.
- حسین خانزاده، عباسعلی؛ قلی‌زاده، ربابه؛ روشن‌دل‌راد، محبوبه و سیدنوری، سیده‌زهر. (۱۳۹۶). تأثیر بازی درمانی گروهی بر کاهش کمرویی دانش‌آموزان با آسیب شنوایی. *تعلیم و تربیت استثنایی*، ۱۷ (۶)، ۵-۱۴.
- عبداللهی‌بقرآبادی، قاسم؛ شریفی‌درآمدی، پرویز و دولت‌آبادی، شیوا. (۱۳۸۹). بررسی تأثیر شن‌بازی 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). اثربخشی بازی درمانی به شیوه شناختی-رفتاری مایکنیام در کاهش کمرویی و گوشه‌گیری اجتماعی دانش‌آموزان دبستانی. *مجله علمی دانشگاه علوم پزشکی ایلام*، ۲۱ (۶)، ۹۶-۱۰۵.
- کداسن، هایدی و شفر، چارلز. (۲۰۰۳). *برگزیده‌های روش‌های بازی درمانی*، ترجمه سوسن صابری و پرویش وکیلی. تهران: انتشارات آگاه و ارجمند.
- لویمی، فاطمه و صفرزاده، سحر. (۱۳۹۵). اثربخشی قصه‌درمانی بر کمرویی، افسردگی و عزت‌نفس کودکان پیش‌دبستانی شهرستان اهواز. *پژوهش‌های روانشناسی بالینی و مشاوره*، ۶ (۲)، ۳۲-۴۷.
- نصادی 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 الزهراء، 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., & Vermees, J. B. G. (2008). Predicting individual differences in autonomy connectedness: The role 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.

- 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.