پژوهش در حیطه کودکان استثنایی۲۰/ سال ششم، شماره ۲، تابستان ۱۳۸۵/۶۰۳-۶۲۲
Research on Exceptional Children, Summer 2006, Vol.20, No. 2, 603-622

تأثیر قصه‌درمانی بر راهبردهای رویارویی کودکان با مشکلات یادگیری

*دکتر مجید یوسفی لویه*و آذر متین***

تاریخ دریافت: ۸۵/۱/۲۳ تجدید نظر: ۸۵/۳/۱۶ پذیرش نهایی: ۸۵/۵/۷

چکیده

هدف: هدف از پژوهش حاضر بررسی تأثیر قصه‌درمانی بر راهبردهای رویارویی کودکان با مشکلات یادگیری است. **روش:** در چهارچوب طرح آزمایشی، ۲۰ نفر از دانش آموزان پایه چهارم (۱۰ دختر و ۱۰ پسر) با مشکلات یادگیری در دو گروه آزمایش و کنترل شرکت داده شدند. طرح پژوهش از نوع پیش آزمون-پس آزمون با گروه کنترل بوده است. برای اندازه‌گیری راهبردهای رویارویی از سیاهه راهبردهای رویارویی کودکان (CCSC) استفاده شد. گروه آزمایش به مدت ۱۲ جلسه ۳۰ دقیقه‌ای طی ۴ هفته تحت قصه‌درمانی قرار گرفتند. برای تحلیل داده‌ها از روش تحلیل واریانس چند متغیری و تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد که قصه‌درمانی موجب بهبود راهبردهای رویارویی کودکان با مشکلات یادگیری می‌شود. **نتیجه‌گیری:** مقایسه انواع رویه‌های قصه‌درمانی در حیطه‌های متفاوت روان‌درمانی کودکان می‌تواند موضوعی چالش‌انگیز برای پژوهشگران باشد.

واژه‌های کلیدی: *قصه درمانی، راهبردهای رویارویی، مشکلات یادگیری*

---

* استادیار دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تهران مرکزی (Email: m_usefi@iauctb.ac.ir)
** دانشجوی دکتری روان شناسی عمومی- دانشگاه آزاد اسلامی

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-20]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1385.6.2.1.6]

مقدمه

افراد بر مبنای مجموعه‌ای از قصه‌ها[1] عملکردشان را در جهان و روابط خود را با دیگران تنظیم می‌کنند. قصه‌ها بازنماییهایی از خود، جهان و منشهای مختلف را در تعامل با دیگران در برمی‌گیرند. در درون قصه‌ها منشهای متنوع، معانی رویدادها را به بحث می‌گذارند (دیماجیو و همکاران، ۲۰۰۳). قصه‌گویی یکی از کارکردهای روان‌شناختی پایه است. همه ما تجربه‌های خود را به شکلی از قصه سازمان می‌دهیم تا به این ترتیب به رویدادها معنی بدهیم و در خصوص موقعیتهایی که پیش خواهد آمد، پیش‌بینی و فعالیتهای خود را هدایت کنیم (سالواتور، دیماجیو و سمراری،۲۰۰۴).

رویکردهای قصه‌گویی یا داستان‌گویی[2] برای درک رفتار انسان طی سالهای اخیر در حوزه‌های مختلف روان‌شناسی، فراگیر شده است. تغییر دادن افکار انسان به مثابهٔ نمونه‌هایی از بسط داستانها، تلویحات گسترده‌ای را برای بسیاری از قلمروهای روان‌شناسی، هم در سطح نظری و هم در سطح پژوهش در برداشته است؛ برای مثال رشد هویت به صورت شاخصی از ساخت داستان زندگی قلمداد می‌شود و آسیب‌شناسی، نمونه‌ای از داستانهای زندگی است که از مسیر اصلی خارج شده است و روان‌درمانی تمرینی برای ترمیم و بازسازی داستان زندگی تلقی می‌شود (هوارد، ۱۹۹۱).

رویکردهای داستانی به روان‌درمانی برگرفته از فلسفهٔ پست‌مدرن است که بر اهمیت زبان مشترک در سازه‌های اجتماعی واقعیت تاکید دارد. از این دیدگاه، رفتارهای فرد، روابط، اشتیاقها و انتظارات از سازه‌های اجتماعی خود ناشی می‌شود که از طریق زبان مشترک شکل می‌گیرد. در واقع، دیدگاه فرد دربارهٔ خودش و واقعیت، اغلب یک بازنمایی انتخابی است؛ به این معنی که فرد همه تجربه‌های زندگی‌اش را در قصه زندگی خود وارد نمی‌کند، بلکه برخی از این تجربه‌ها را مورد توجه و تعبیر قرار می‌دهد و برخی دیگر را از آگاهی دور نگه می‌دارد. فرد بر مبنای باورهایش دربارهٔ خود و دیدگاه دیگران نسبت به او، به رویدادهای خاصی توجه می‌کند و آنها را در داستان زندگی (قصه‌های خود) به هم می‌آمیزد. برخی از این داستانها به طور جدی تواناییهای فرد را محدود، او را دلتنگ و خودتخریبی را در وی تقویت می‌کنند (دساشیو، ۲۰۰۵).

علاقهٔ درمانگران به استفاده از قصه‌گویی با کار ریچارد گاردنر[3] در سال ۱۹۷۱ شروع شد. وی از فن قصه‌گویی متقابل[4] در روان‌درمانی کودک استفاده کرد. در این فن از

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-20]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1385.6.2.1.6]

کودک خواسته می‌شود داستانی دارای آغاز، میانه و پایان بگوید. سپس درمانگر موضوعات روان‌تحلیل‌گرانه مرتبط با مسائل کودک را انتخاب می‌کند و در داستانی مشابه داستان کودک به کار می‌برد و آن را بیان می‌کند. در این داستان، درمانگر راه‌حلهای سالم‌تر و بالغانه‌تری را برای رویارویی با مشکلات ارائه می‌کند (آرد، ۲۰۰۴).

از سوی دیگر در سالهای اخیر اهمیت قصه‌گویی کودکان در رشد مهارتهای مباحثه و گفت و گوی آنها در سطحی گسترده آشکار شده است (رولینز، مک کاب و بلیس،۲۰۰۰). قصه‌سازی کودک، فرایندهای رشد هیجانی و شناختی او را تسهیل می‌کند و به او دیدگاه نو و خلاقی از دیگران و روابط بین افراد ارائه می‌کند (نایت، ۲۰۰۳). در همین مورد برخی پژوهشگران از توانایی قصه‌گویی کودکان برای ارزیابی و سنجش مشکلات و تواناییهای مختلف آنها استفاده کرده‌اند؛ برای نمونه گایتررز – کللن و دکورتیز (۲۰۰۱) تحلیل قصه‌های کودکان را روش مناسبی برای ارزیابی مهارتهای زبانی دانسته‌اند. همچنین نوربری و بیشاپ (۲۰۰۳) برای ارزیابی توانایی کودکان در مهارتهای ارتباطی، و کرایگ و بارن – کوهن (۲۰۰۰) برای ارزیابی توانایی خیال‌پردازی کودکان طیف درخودماندگی، از قصه‌گویی آنها استفاده کردند. لارنر (۱۹۹۶) نیز معتقد است داستانهای کودک، ما را به درک مشکلات خانوادگی آنها هدایت و مضامینی روان‌شناختی برای گفت‌وگوهای درمانی با کودک فراهم می‌کند.

مروری بر ادبیات موضوع نشان می‌دهد که رویکردهای داستانی در روان‌شناسی تا کنون بر چند محور زیر متمرکز بوده‌اند:

۱. استفاده از قصه به مثابهٔ یک فن درمانی در روان‌درمانی فردی و خانوادگی
۲. استفاده از قصه در جایگاه ابزاری تشخیصی
۳. استفاده از قصه در حکم روشی برای پرورش تواناییهای کودکان

بر همین اساس، پژوهش حاضر قصه‌گویی را به مثابهٔ یکی از روش‌های درمانی کودکان دارای مشکلات یادگیری مد نظر قرار داده است. از نظر آرد (۲۰۰۴) قصه‌گویی به صورت یکی از روشهای بازی‌درمانی در متون پژوهشی مطرح شده است، البته فریدبرگ (۱۹۹۴) اشاره کرده است که در روان‌درمانی کودکان ترکیب قصه‌گویی با روشی شناختی، با توجه به انعطاف‌پذیری و غنی بودن فنون شناخت‌درمانی می‌تواند بر اثربخشی این روش درمانی بیفزاید.

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-20]
[DOR: 20.1001.1.16826612.1385.6.2.1.6]

متغیر دیگر پژوهش حاضر، راهبردهای رویارویی کودکان دارای مشکلات یادگیری است. بیشتر پژوهشهایی که در خصوص این گروه از کودکان انجام شده بر مسائل یادگیری و شناختی آنها متمرکز بوده است (بریان ۱۹۹۱). ولی در سالهای اخیر توجه به مشکلات رفتاری، اجتماعی و هیجانی این کودکان افزایش یافته است (شلومو میریام، شاهارو شلومو، ۱۹۹۸). از جمله این مشکلات می‌توان به نبود مهارت در تصمیم‌گیری، سازمان‌دهی و برنامه‌ریزی، اعتماد به نفس پایین، مفهوم خود ضعیف، تکانشی بودن، وجود مشکلاتی در روابط اجتماعی و وابستگی به دیگران اشاره کرد (لرنر، ۱۹۹۷). پژوهشی نشان داده است کودکان دارای مشکلات یادگیری، به دلیل نقص در مهارتهای شناختی و اجتماعی نمی‌توانند به فعالیت هیجانی خود نظم بخشند و همواره درگیر تعارض درونی خواهند بود (هین،۱۹۹۶). از این نظر دستیابی به روشهایی برای بهبودبخشی مشکلات این کودکان به‌ویژه در موقعیتهای زندگی روزمره همواره مورد توجه پژوهشگران بوده است.

لرنر (۱۹۹۷) قصه گویی را به مثابهٔ رویکردی برای کمک به دانش آموزان دارای مشکلات یادگیری به منظور کمک به آنها برای درک خودشان و مشکلاتشان مطرح می‌کند. لرنر معتقد است در این فرایند، دانش‌آموزان با الگو قراردادن شخصیتهای قصه در مواجهه با مشکلات مشابه، به مهارت‌هایی دست پیدا می‌کنند؛ قصه می‌تواند به ایجاد تغییراتی در نگرش آنها نسبت به خود منجر شود؛ زیرا آگاهی نسبت به تجربه‌های خوشایند و ناخوشایند دیگران، باعث رهایی از درد و رنج و افزایش امید می‌شود. کودکان با همانندسازی با یک شخصیت داستانی که با مشکل روبه رو می‌شود، راهبردهای مؤثر را یاد می‌گیرند.

گسترش روزافزون رویکردهای داستانی در روان‌درمانی و به‌ویژه توجه به استفاده از فن قصه‌گویی برای کودکان دارای مشکلات یادگیری (لرنر، ۱۹۹۷) از یک سو و بالا بودن میزان فشارهای روانی در این کودکان (کامپاس،ملکارنی و فونداکارا، ۱۹۹۸) و نبود راهبردهای رویارویی مناسب (مونتاگو، ۱۹۹۲ و مونتاگو، اپلیگیت ومارکوارد، ۱۹۹۳) از سوی دیگر، محورهای اصلی پژوهش حاضر را تشکیل داده است .

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-20]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1385.6.2.1.6]

روش

جامعه، نمونه و روش نمونه گیری

پژوهش حاضر در چارچوب روش پژوهش نیمه‌آزمایشی و باطرح پیش‌آزمون–پس‌آزمون با گروه کنترل صورت گرفته است.

جامعه آماری این پژوهش را دانش‌آموزان دختر و پسر دارای مشکلات یادگیری پایه چهارم ابتدایی مدارس شهر تهران تشکیل می‌دهند. در انتخاب نمونه، از روش نمونه‌گیری تصادفی چندمرحله‌ای استفاده شد؛ به این ترتیب که از بین ۴ ناحیه جغرافیایی شهر تهران، ناحیه جنوب به طور تصادفی انتخاب شد؛ سپس از بین مناطق آموزشی جنوب تهران، منطقه ۱۶ به طور تصادفی برگزیده شد و از فهرست مدارس منطقه ۱۶، به طور تصادفی ۴ مدرسه (۲دخترانه و ۲ پسرانه) انتخاب شد. از میان این مدارس ۶۰ نفر از دانش‌آموزانی (نیمی دختر و نیمی‌پسر) که از نظر معلمان عملکرد تحصیلی آنها تنها در یکی از حوزه‌های خواندن، نوشتن یا حساب به طور چشمگیری پایین‌تر از حد انتظار بود و فاقد ناتوانیها و مشکلات بارز جسمانی و رفتاری بودند انتخاب شدند. پس از انجام آزمون ماتریسهای پیش‌روندهٔ ریون آزمودنیهایی که در ارزیابی بالینی مشکلات یادگیری نیز در یکی از حوزه‌های خواندن، نوشتن یا حساب مشکلات برجسته‌ای داشتند، در مرحله اول پژوهش شرکت داده شدند. ارزیابی بالینی مشکلات یادگیری بر مبنای ملاکهای مربوط به مشکلات یادگیری صورت گرفت: از جمله افت در پیشرفت در یکی از حوزه‌های خواندن، نوشتن و محاسبه که پایین‌تر از حد انتظار کلاس باشد و اشتباه و خطای برجسته در مهارتهای خواندن، نوشتن و محاسبه مانند تحریف، جانشین‌سازی و حذف در خواندن، ضعف در مهارتهای محاسباتی و کار با نمادهای ریاضی و اشتباههای متعدد املایی و دستوری انجام شد. در این مرحله سیاهه راهبردهای رویارویی اجرا شد. در پژوهش حاضر از چهار بعد اصلی این سیاهه، دو بعد راهبرد رویارویی فعال و جست‌وجوی حمایت در نظر گرفته شد و ۲۰ نفر (نیمی‌دختر و نیمی‌پسر) از آزمودنیهایی که در این دو راهبرد نمرات پایین‌تری گرفته بودند، انتخاب شدند. سپس این ۲۰ نفر به طور تصادفی به دو گروه (۱۰ نفر در گروه آزمایش، ۱۰ نفر در گروه کنترل) تقسیم شدند.

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-20]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1385.6.2.1.6]

ابزار

در همتا کردن بهره هوشی دو گروه آزمایش و کنترل از آزمون هوش ریون (فرم کودکان) استفاده شد. برای ارزیابی راهبردهای رویارویی کودکان، در هنگام رویارویی با موقعیتهای فشارزا از سیاهه راهبردهای رویارویی[۵] (CCSC) استفاده شد. ایرز و سندلر این پرسشنامه را در مرکز پیشگیری از فشار روانی کودک و خانواده در چهارچوب برنامه‌ای برای پژوهش در پیشگیری تهیه کرده‌اند (به نقل از اسکندری،۱۳۸۱) و بر مبنای این پرسشنامه پژوهشهای متعددی از جمله آیرز، سندلر، وست و روسا (۱۹۹۶) و سندلر، تین و وست (۱۹۹۴) صورت گرفته است. این سیاهه یک پرسشنامه خودسنجی ۳۸ سؤالی است که در آن کودکان با انتخاب گزینه‌ها، شیوه‌های رویارویی خود را با موقعیتهای فشارزا تعیین می‌کنند. این سیاهه شامل چهار بعد اصلی (فعال، حمایتی، اجتنابی و حواس‌پرتی) و ده بعد فرعی است. خرده‌مقیاسهای رویارویی فعال عبارتند از: تصمیم‌گیری شناختی (نقشه کشیدن یا اندیشیدن درباره شیوهٔ رویارویی با موضوع)، حل مسئله به طور مستقیم (تمرکز بر حل مسئله و تغییر رویداد که به بهبود موقعیت فشارزا منجر می‌شود)، در پی درک مسئله بودن (کوششهایی برای درک و فهمیدن موضوع) و بازسازی شناختی مثبت (تفکر در مورد موقعیت فشارزا به شیوه مثبت و خوش‌بینانه). خرده مقیاسهای رویارویی حمایتی عبارت‌اند از: حمایت مسئله محور (فرد برای حل مشکلش از دیگران کمک می‌گیرد) و حمایت هیجان‌محور (فرد برای کاهش احساسات دردناک خود، احساساتش را با دیگران در میان می‌گذارد). خرده مقیاسهای رویارویی اجتنابی عبارتند از: اجتناب رفتاری (فرد با ترک کردن موقعیت فشارزای روانی از آن دوری می‌کند) و اجتناب شناختی (فرد با واکنش‌هایی مانند خیال‌پردازی از تفکر دربارهٔ حواس‌پرتی موقعیت فشارزا خودداری می‌کند). خرده مقیاسهای رویارویی حواس‌پرتی عبارتند از: تخلیه هیجانی با فعالیت جسمانی (بیرون راندن فکر از ذهن با پرداختن به فعالیتهای جسمی) و اعمال حواس‌پرتی (اجتناب از تفکر در مورد موضوع فشارزا با پرداختن به محرکهای سرگرم کننده). اسکندری (۱۳۸۱) طی مطالعه‌ای روایی و پایایی سیاهه مذکور را گزارش کرده است. روایی سیاهه از طریق محاسبه همبستگی هر سؤال با کل هر خرده‌آزمون محاسبه شده که نتایج نشان داده از ۴۵ سؤال نسخه اصلی به جز ۴ سؤال، سایر سؤالها همبستگی مثبت و معنی‌داری با کل خرده‌مقیاسهای

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-20]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1385.6.2.1.6]

مربوط نشان داده‌اند. پایایی سیاهه با استفاده از روش همسانی درونی برای ۴ بعد فعال، حمایتی، اجتنابی و حواس‌پرتی به ترتیب برابر۰/۷۶، ۰/۶۱، ۰/۷۲و ۰/۷۵ به دست آمده است.

ابزار دیگر قصه است. ۱۲ قصهٔ کوتاه تصویری محقق‌ساخته بر مبنای شاخصهای رویارویی مؤثر در سیاهه راهبردهای رویارویی (دو بعد فعال و حمایتی) مورد استفاده قرار گرفت. این قصه‌ها متناسب با شرایط سنی کودکان و شرایط فرهنگی و اجتماعی ایران تنظیم شد. قصه‌ها بیانگر موقعیتهای فشارزای روزمره در زمینه‌های اجتماعی، خانوادگی، آموزشی و مدرسه‌ای و چگونگی رویارویی مؤثر شخصیت اصلی داستان با این موقعیتها بود. برای اطمینان از روایی محتوایی آنها، قصه‌ها به تأیید ۵ نفر از روان‌شناسان و نویسندگان قصه‌های کودک رسید. شایان ذکر است که ابتدا تعداد ۵۰ قصه تدوین شد که از بین آنها فقط ۱۲ قصه مورد تأیید قرار گرفت. این قصه‌ها، ابزار درمانی محتوای جلسات گروه آزمایشی را تشکیل می‌دادند که چگونگی استفاده از آنها در بخش شیوهٔ اجرا آمده است. در ذیل یکی از این قصه‌ها می‌آید:

قصه نیما (راهبرد رویارویی فعال) : وقتی نیما از مدرسه به خانه آمد متوجه شد که برای فردا تکالیف زیادی دارد که باید انجام دهد. او تصمیم گرفت که از همان موقع، شروع به نوشتن کند تا بتواند شب همراه پدر و مادرش به منزل خاله‌اش بروند، چون تقریباً اکثر بچه‌های فامیل آنجا جمع هستند و او می‌تواند با آنها خیلی بازی کند. در همان لحظه زنگ در به صدا در آمد و دوستش از او خواست تا باهم بازی کنند. نیما نمی‌توانست تصمیم بگیرد که تکالیفش را انجام دهد یا به بازی برود. تصمیم گرفت راه‌حلهای مختلف را برای خود بنویسد:

* اگر الآن بروم بازی کنم، تکالیفم می‌ماند و ممکن است نتوانم شب به منزل خاله بروم.
* اگر الآن تکالیفم را انجام دهم، خیالم راحت می‌شود و می‌توانم شب به منزل خاله بروم.
* اگر هم الآن بروم بازی و هم شب به منزل خاله بروم تکالیفم می‌ماند و فردا در مدرسه معلم مرا دعوا خواهد کرد.

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-20]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1385.6.2.1.6]

سپس نیما راه حل دوم را انتخاب کرد و به دوستش گفت که امروز نمی‌تواند با او بازی کند. تصمیم گرفت اول تکالیفش را انجام دهد و آنگاه شب با خیال راحت به منزل خاله برود.

روش اجرا

پس از گماردن تصادفی دانش‌آموزان در گروههای آزمایش و کنترل و اطمینان از همتا بودن شاخصهای آماری، دو گروه در بهرهٔ هوشی و راهبردهای رویارویی قصه‌درمانی برای گروه آزمایش اجراشد؛ به این ترتیب که در هر جلسه از جلسات آزمایشی که ۱۲ جلسه (طی ۴ هفته) برنامه‌ریزی شده بود، قصه‌ای ناتمام به صورت شفاهی و تصویری ارائه می‌شد و با طرح پرسشهایی در خصوص قصه، آزمودنیها به طور فعال در موضوع شرکت داده می‌شدند و پس از بحث اولیه در مورد راهبرد احتمالی قهرمان قصه و تصمیم‌گیری در خصوص این راهبردها بر مبنای پیامدهای احتمالی، بقیه قصه برای آنها خوانده می‌شد و در پایان جلسه، دوباره نکات اصلی قصه به بحث گذاشته می‌شد. لازم به ذکر است که هر قصه بیانگر یک موقعیت تعارض‌زا بود که شخصیت اصلی قصه باید راه‌حلهای مختلف این تعارض و پیامدهای احتمالی آنها را بررسی می‌کرد و بهترین راه‌حل را برای رویارویی با آن موقعیت برمی‌گزید. پس از آخرین جلسه برنامه قصه‌درمانی سیاهه راهبردهای رویارویی برای هر دو گروه اجرا شد.لازم به یادآوری است که در فاصله انجام قصه‌گویی برای گروه آزمایش، گروه کنترل ۱۰ جلسه گفت‌وگوی آزاد را با آزماینده تجربه کردند که محتوای آن نسبت به محتوای جلسات گروه آزمایش نامربوط بود. تا بدین ترتیب اثر حضور آزماینده و تجربه آزمودنیها از آزماینده به مثابهٔ عاملی انگیزشی در هر دو گروه کنترل شده باشد. از آنجا که هر دو جنسیت در پژوهش حاضر شرکت داده شدند، جلسات مربوط به گروه آزمایشی و کنترل به تفکیک جنسیت در مدارس آنها تشکیل می‌شد؛ بنابراین تعداد افراد هر گروه دختر و پسر آزمایش و کنترل ۵ نفر بود و مدت زمان هر جلسه ۳۰ دقیقه در نظر گرفته شد و این امر امکان گفت‌وگوی فعال همه آزمودنیها را با یکدیگر و با درمانگر فراهم ساخت. یک روز پس از ۱۲ جلسه مربوط به گروههای آزمایشی و کنترل سیاهه، راهبردهای رویارویی (پس آزمون) بر روی همه آزمودنیها اجرا شد.

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-20]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1385.6.2.1.6]

یافته‌ها

داده‌های مربوط به عملکرد آزمودنیها در سیاهه راهبردهای رویارویی (خرده مقیاس فعال و حمایتی) و تحلیل آنها با استفاده از روش تحلیل واریانس چندمتغیری در ذیل آمده است.

جدول ۱- شاخصهای آماری مربوط به نمرات دو گروه آزمایش و کنترل در دو خرده مقیاس رویارویی فعال و حمایتی در پیش‌آزمون و پس‌آزمون

شاخصهای آماری / گروهها و نوع راهبرد رویارویی		پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
		X	S	X	S
آزمایش	حمایتی	۱,۸۷	۰,۳۴۱	۲,۹۸	۰,۶۳۹
	فعال	۲,۵۶	۰,۲۴۸	۲,۸۹	۰,۵۳
کنترل	حمایتی	۲,۱۵	۰,۴۵۹	۲,۲۷	۰,۶۲۱
	فعال	۲,۶۳	۰,۳۱۳	۲,۶۳	۰,۵

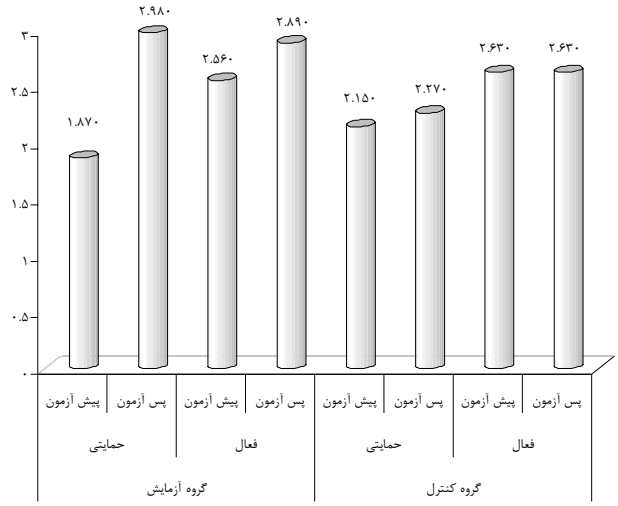
داده‌های جدول ۱ نشان می‌دهد که میانگین نمره‌های گروه آزمایشی در هر دو راهبرد رویارویی حمایتی در پس‌آزمون، افزایش قابل ملاحظه داشته است. شکل۱ نشانگر عملکرد گروه آزمایشی و گروه کنترل در پیش‌آزمون و پس‌آزمون در هر دو خرده‌مقیاس رویارویی فعال و حمایتی است و نمودار ۲ تفاضل نمره‌های دختران و پسران هر دو گروه را در خرده‌مقیاسها نشان می‌دهد و نمودار ۳ نشانگر نمره‌های هر دو گروه (بدون تفکیک جنسیت) در خرده‌مقیاسهاست.

نتایج جدول ۲ در مورد عامل A (گروهها) نشان می‌دهد که چون F محاسبه شده (۲۰,۸۴۵) در سطح ۰,۰۱ معنی‌دار است، لذا فرض صفر رد و نتیجه گرفته می‌شود که بین میانگینهای سطوح عامل A (آزمایش و کنترل) تفاوت معنی‌داری از لحاظ آماری وجود دارد ($P < ۰,۰۱$)؛ بدین معنا که میانگین نمره‌های آزمودنیهای گروه آزمایش در کل خرده مقیاس ۴ بالاتر از گروه کنترل است.

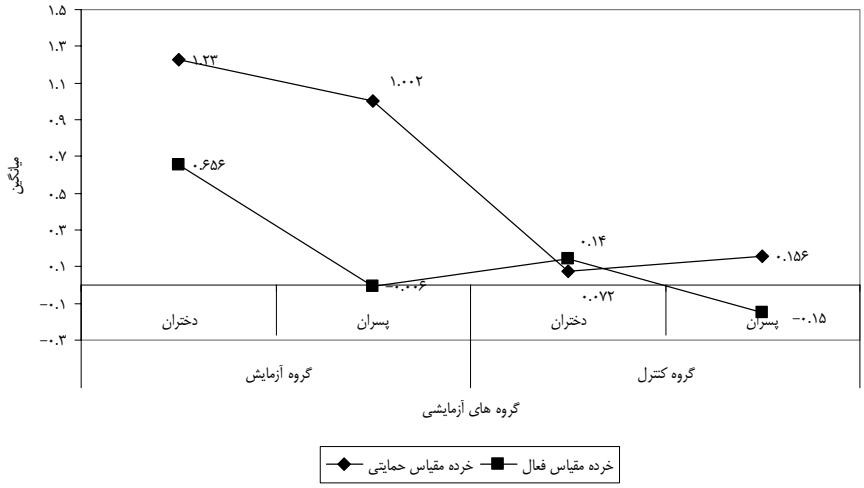
در مورد عامل B (جنس)، چون F محاسبه شده (۳,۵۱۳) در سطح ۰,۰۵ معنی‌دار نیست، لذا فرض صفر رد نمی‌شود و نتیجه گرفته می‌شود که بین میانگینهای سطوح عامل B (دختر و پسر) تفاوت معنی‌داری از لحاظ آماری وجود ندارد.

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-20]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1385.6.2.1.6]



نمودار ۱- نمایش نمره‌های دو گروه آزمایش و کنترل در هر یک از خرده‌مقیاسهای رویارویی فعال و حمایتی در پیش‌آزمون و پس‌آزمون



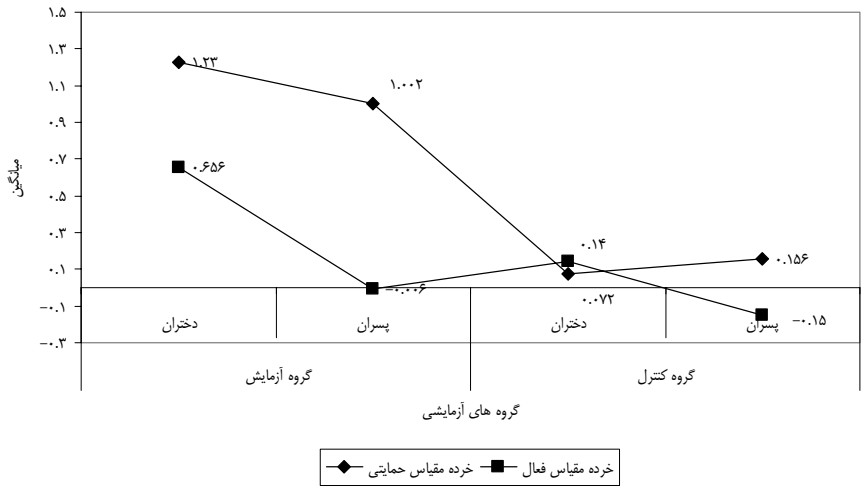
نمودار ۲- نمایش میانگین تفاضل نمره‌های دختران و پسران گروههای آزمایش و کنترل در خرده‌مقیاسهای حمایتی و فعال در پیش‌آزمون و پس‌آزمون

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-20]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1385.6.2.1.6]

درباره اثر تعاملی AB (گروه × جنس) چون F محاسبه شده (۱،۳۹۵)در سطح ۰،۰۵ معنی‌دار نیست، لذا فرض صفر رد نمی‌شود و می‌توان چنین نتیجه‌گیری کرد که بین سطوح عاملهای A (آزمایش و کنترل) و B (دختر و پسر) تعامل وجود ندارد؛ بنابراین اثر سطوح عامل A بر سطوح عامل B یکسان است.

اما در مورد عامل C (خرده‌مقیاسها) چون F محاسبه شده (۸،۹۲۹) در سطح ۰،۰۱ معنی‌دار است، لذا فرض صفر رد و نتیجه گرفته می‌شود که بین میانگینهای سطوح عامل C (خرده‌مقیاسهای حمایتی و فعال) تفاوت معنی‌داری از لحاظ آماری وجود دارد (P < ۰،۰۱)؛ به عبارت دیگر نمره‌های آزمودنیها در خرده‌مقیاس حمایتی بالاتر از خرده‌مقیاس فعال است.



نمودار ۳ - نمایش میانگین تفاضل نمره‌های دو گروه آزمایش و کنترل در خرده‌مقیاسهای حمایتی و فعال سیاهه راهبردهای رویارویی در پیش‌آزمون و پس‌آزمون

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-20]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1385.6.2.1.6]

جدول ۲- خلاصه تحلیل واریانس سه‌متغیری با اندازه‌گیری‌های مکرر مربوط به مقایسه میانگین تفاضل نمرهای دو گروه آزمایش و کنترل در هر یک از خرده مقیاسهای فعال و حمایتی سیاهه راهبردهای رویارویی در پیش آزمون و پس آزمون با توجه به عامل جنسیت

منبع تغییرات	SS	df	MS	F	سطح معنا داری
بین آزمودنی‌ها					
A (گروهها)	۴,۴۲۲	۱	۴,۴۲۲	۲۰,۸۴۵ **	۰,۰۰۱
B (جنس)	۰,۷۴۵	۱	۰,۷۴۵	۳,۵۱۳	۰,۰۷۹
AB	۰,۲۹۶	۱	۰,۲۹۶	۱,۳۹۵	۰,۲۵۵
درون گروهها (خطا)	۳,۳۹۴	۱۶	۰,۲۱۲		
درون آزمودنی‌ها					
C (خرده آزمونها)	۲,۰۶۱	۱	۲,۰۶۱	۸,۹۲۹ **	۰,۰۰۹
AC(تعامل گروههاوخرده مقیاسها)	۱,۱۳۶	۱	۱,۱۳۶	۴,۹۲ *	۰,۰۴۱
BC تعامل جنسیت وخرده مقیاسها)	۴,۴۰۴	۱	۰,۴۰۴	۱,۷۵	۰,۲۰۴
ABC(تعامل گروهها،خرده مقیاسهاوجنسیت)	۰,۰۰۲۶	۱	۰,۰۰۲۶	۰,۰۱۱	۰,۹۱۷
درون گروهها (خطا)	۳,۶۹۳	۱۶	۰,۲۳۱		

* (P < ۰,۰۵)

** (P < ۰,۰۱)

در مورد اثر تعاملی AC (گروه × خرده‌مقیاس) نیز چون F محاسبه شده (۴,۹۲) در سطح ۰,۰۵ معنی‌دار است. لذا فرض صفر رد و نتیجه گرفته می‌شود که بین سطوح عامل A (آزمایش و کنترل) و C (خرده مقیاس فعال و حمایتی) تعامل وجود دارد (P < ۰,۰۵)؛ بنابراین اثر سطوح عامل A بر سطوح عامل C یکسان نیست.

اما در مورد اثرهای تعاملی BC(جنس×خرده‌مقیاس)، ABC(گروه×جنس×خرده مقیاس) چون F محاسبه شده (به ترتیب ۱,۷۵، ۰,۰۱۱) در سطح ۰,۰۵ معنی‌دار نیست، لذا فرض صفر رد نمی‌شود و می‌توان چنین نتیجه‌گیری کرد که بین سطوح عامل B (دختر و پسر) و C (خرده‌مقیاس فعال و حمایتی) و سطوح عامل A (آزمایش و کنترل) B (دختر و پسر) و C (خرده‌مقیاسهای فعال و حمایتی) تعاملی وجود ندارد.

در تعیین اینکه تفاوت بین کدام یک از میانگینهای سطوح عامل AC معنی‌دار است، از آزمون HSD توکی استفاده شده است که نتایج آن در جدول ۳ آمده است.

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-20]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1385.6.2.1.6]

جدول ۳- نتایج آزمون HSD توکی مربوط به مقایسه میانگین نمره‌های دو گروه آزمایش و کنترل در خرده مقیاس‌های فعال و حمایتی

گروه	میانگین	۱	۲	۳	۴
		۱,۱۲	۰,۳۲۵	۰,۱۱۴	۰,۰۰۳-
آزمایش حمایتی(۱)	۱,۱۲	-	۰,۷۹۵ *	۱,۰۰۶ *	۱,۱۲۳ *
آزمایش فعال (۲)	۰,۳۲۵	-	-	۰,۲۱۱	۰,۳۲۸
کنترل حمایتی (۳)	۰,۱۱۴	-	-	-	۰,۱۱۷
کنترل فعال (۴)	۰,۰۰۳-	-	-	-	-

*P < ۰,۰۵: HSD = ۰,۴۵۶

*P < ۰,۰۵: HSD = ۰,۴۵۶

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که از بین مقایسه‌های انجام شده، تنها مقادیر ۰,۷۹۵، ۱,۰۰۶، ۱,۱۲۳ از مقدار بحرانی ۰,۴۵۶ بزرگ‌تر است؛ به عبارت دیگر تنها تفاوت بین میانگینهای (۲ و ۱)، (۳ و۱) و (۴ و۱) معنی‌دار است (P < ۰,۰۵). بنابراین می‌توان چنین نتیجه‌گیری کرد که میانگین نمره‌های آزمودنیهای گروه آزمایش در خرده‌مقیاس حمایتی، بالاتر از میانگین نمره‌های آزمودنیهای گروه آزمایش در خرده‌مقیاس فعال و نیز بالاتر از میانگین نمره‌های آزمودنیهای گروه کنترل در خرده‌مقیاسهای حمایتی و فعال است.

بحث و نتیجه گیری

علاقه روزافزون به مطالعه فرایندهای زبانی در روان‌درمانی وجود دارد. در سالهای اخیر صورت‌بندیهای نظری و پژوهشی از فرآیند درمان نشان می‌دهد که ما باید از مطالعه ذره‌بینی[۶] اسلوبهای کلامی به سوی رویکرد کلان‌نگر[۷] حرکت کنیم. این اسلوبها در قالب قصه سازمان یافته‌اند. قصه‌ها ابزار بنیادین معنادهی[۸] محسوب می‌شوند (گانکالوز و ماچادو، ۱۹۹۹) و الگویی طبیعی از تفکر هستند که ما پیش از مدرسه از طریق افسانه‌ها، داستانهای کودکانه و تاریخچه خانوادگی خود آنها را فرا می‌گیریم (شنگ و آبلسون، ۱۹۹۵). رویکردهای داستانی با این فکر همگرایی دارند که درمان، اساساً نوع ویژه‌ای از گفت‌وگوست که قابلیتها، شایستگیها و راه حلها را از خود مراجع

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-20]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1385.6.2.1.6]

فرامی‌خواند؛ به گونه‌ای که درمانگر در یک گفت و گوی خلاق، توانمندی مراجع را آشکار می‌سازد و به او جرئت و شهامت تغییر کردن می‌دهد. در این فرایند درمانگر و مراجع موضوعات پیچیده را در فرایند حل مسئله کشف و تفسیر می‌کنند و به این ترتیب کودک بهتر می‌تواند مشکلاتش را مدیریت کند (فارلانگر، ۱۹۹۹).

در فرایند قصه‌گویی رویدادهای روزمره زندگی در قالب قصهٔ با معنایی طرح می‌شود که به مراجع کمک می‌کند درک بهتری از خودش و دیگران به دست آورد (آنگوس، لویت وهاردک، ۱۹۹۹)؛ زیرا قصه‌ها ترکیب قدرتمندی برای سازمان‌دهی و انتقال اطلاعات و معنادهی به زندگی دارند. در واقع در جریان یک قصه ممکن است شخصیتهای آن با بحرانی مواجه شوند و در صدد حل آن برآیند. ارائه این روشها به طور مستقیم به افراد، به‌ویژه کودکان همواره آسان نیست ولی می‌توان از طریق قصه‌گویی به این هدف دست یافت (ملانی، ۲۰۰۴). این موضوع نه تنها در مورد کودکان بهنجار، بلکه به‌ویژه در مورد کودکان دارای مشکلات عاطفی و یادگیری که افرادی غیرفعال و فاقد روشها و راهبردهای لازم برای حل مسائل خود هستند، اهمیت بیشتری پیدا می‌کند (کراییک و کرمیس، ۱۹۹۵ ؛ فوچ و بردسلی، ۱۹۹۶).

پژوهش حاضر کوشیده است تا طی فرایند قصه‌گویی راهبردهای رویارویی کودکان دارای مشکلات یادگیری را بهبود بخشد. در این فرایند نقش فعال درمانگر در گفت‌وگوی هدایت‌کننده و پرسشگری هدفمند برای تبیین موقعیت شخصیتهای قصه‌ها در رویارویی با یک بحران حائز اهمیت بود؛ بدین ترتیب درمانگر و کودکان طی یک گفت‌وگوی خلاق، راهبردهای رویارویی را در فرایند حل مسئله کشف و بررسی می‌کردند. در این زمینه شاپیرو و راس (۲۰۰۲) نیز نقش خاص پرسش کردن در فرایند قصه‌گویی، درک داستانهای مشکل مدار مراجعان و کمک به آنها برای تغییر این داستانها و نامگذاری مجدد مشکل آنها را از جنبه‌های مهم قصه‌درمانی دانسته‌اند.

نتایج پژوهش حاضر نشانگر ترمیم و بهبود راهبردهای رویارویی کودکان دارای مشکلات یادگیری در فرایند قصه‌گویی بود و از این نظر با یافته‌های پژوهشهای بسیاری از درمانگران دیگر که برای درمان مشکلات عاطفی و رفتاری از قصه استفاده می‌کردند، همخوانی دارد؛ برای نمونه می‌توان به پژوهشهای فرید برگ (۱۹۹۴) برای درمان دو مورد اضطراب جدایی و ترس؛ وب و برت (۱۹۹۵) در مراقبت از خردسالان دارای

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-20]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1385.6.2.1.6]

اختلال رفتاری و هیجانی؛ هرمن (۱۹۹۷) در کمک به کودکی که مورد آزار و اذیت جنسی قرار گرفته بود؛ استور و استور (۱۹۹۴)، در درمان کودکان دشوار؛ آیدین و یرین (۱۹۹۴) برای کاهش میزان اضطراب امتحان؛ لوب و ترفز (۱۹۹۴) برای درمان افسردگی؛ ملانی (۲۰۰۴) برای رویارویی با مشکلات حل‌نشده؛ هیل (۱۹۹۸) برای درک بیشتر کودک با مشکلات فردی ؛ گلدارد و گلدارد (۱۹۹۷) در مشاوره کودکان و دعوت آنها به فکر کردن درباره راه حلهای مختلف اشاره کرد. همهٔ این پژوهشگران از فن قصه‌درمانی بهره گرفته‌اند. سرانجام اینکه مونتر و رنی (۲۰۰۲) نیز به این نتیجه رسیدند که فن قصه‌درمانی و کتاب‌درمانی برای اصلاح اعمال کودکان و ترغیب آنان به انجام کارهای صحیح تأثیر زیادی دارد.

همچنین این پژوهش نشان داد که دختران و پسران در استفاده از راهبرد رویارویی فعال و حمایتی عملکردی مشابه دارند. هرچند که مطالعه بیرنی (۲۰۰۰) و آیسان، تامپسون و هامارات (۲۰۰۱) و کامپاس (۱۹۸۸) نشان داده‌اند که دختران در مقایسه با پسران، از راهبردهای حمایتی، بیشتر استفاده می‌کنند. شاید بتوان وجود ناهمخوانی بین یافته پژوهش حاضر با پژوهشهای دیگران را به تفاوتهای فرهنگی و اجتماعی مربوط دانست.

نتایج پژوهش حاضر همچنین نشان داد که کودکان دارای مشکلات یادگیری از راهبردهای حمایتی، بیش از راهبردهای رویارویی فعال استفاده می‌کنند. برای تبیین این موضوع می‌توان به این مسئله اشاره کرد که پایین بودن عزت نفس (شلومو و همکاران، ۱۹۹۸)، باعث اتکای شدید به والدین و دیگر بزرگسالان می‌شود و همین مسئله آنها را به سوی استفاده از راهبردهای حمایتی بیشتر سوق می‌دهد و از سوی دیگر شواهد نشان می‌دهد که افرادی که از عزت نفس بالایی برخوردارند، از راهبردهای رویارویی فعال بیشتر استفاده می‌کنند (فلیش من[۱۰]، ۱۹۸۴،هالاهان[۱۱] و موس[۱۲]، ۱۹۸۷ هردو به نقل از تری، ۱۹۹۴). نتایج پژوهش حاضر نیز با یافته‌های فوق هماهنگی دارد؛ زیرا آزمودنیهای پژوهش حاضر نیز به استفاده از راهبردهای رویارویی حمایتی، بیش از راهبردهای رویارویی فعال گرایش داشتند.

به طور کلی نتایج پژوهش حاضر بر اثربخشی فن قصه‌درمانی برای کودکان دارای مشکلات یادگیری به‌ویژه زمانی که با فنون شناختی مانند راهبردهای حل مسئله همراه

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-20]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1385.6.2.1.6]

شود، تأکید دارد. تفکیک نکردن گروههای مختلف کودکان دارای مشکلات یادگیری و استفاده از روش درمان گروهی از محدودیتهای پژوهش حاضر بوده است. آنچه در این پژوهش به عنوان فن قصه‌درمانی به کار رفت، تنها بر یکی از رویه‌های مربوط به این فن متکی بوده است؛ مقایسه انواع رویه‌های قصه‌درمانی از جمله بازی با کلمات احساسی، قصه‌گویی با نمد، روش جعبهٔ دگمه‌ها، قصه‌گویی رایانه‌ای، استفاده از استعاره‌ها و داستان‌پردازی و قصه‌گویی با اشیاء (کداسن[۱۳] و شفر[۱۴]، ترجمه صابری و وکیلی، ۱۳۸۲) در حیطه‌های مختلف روان درمانی کودکان، می‌تواند موضوعاتی بحث‌انگیز برای پژوهشگران فراهم آورد.

یادداشتها

1) narrative
2) propositional
3) Richard Gardner
4) mutual storytelling technique
5) children's coping strategies checklist (ccsc)
6) microscopic
7) macroscopic
8) meaning – making
9) problem – saturated stories
10) Fdlishman
11) Hallahan
12) Mous
13) Kaduson
14) Schaefer

منابع

اسکندری، اعظم. (۱۳۸۱). ***مقایسه راهبردهای رویایی بین کودکان بهنجار و کودکان با مشکلات یادگیری برای مقابله با فشارهای روانی به‌ویژه عصبانیت.*** پایان‌نامه کارشناسی ارشد منتشر نشده. دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکزی.

کداسن،هایدی و شفر، چارلز. (۱۳۸۲). **برگزیده‌ای از روش‌های بازی‌درمانی،** (ترجمهٔ سوسن صابری و پریوش وکیلی). تهران. انتشارات آگاه و ارجمند.

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-20]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1385.6.2.1.6]

Angus, L., Levitt, H. & Hardtke, K. (1999). "The narrative processes coding system: research applications and implications for psychotherapy practice, *J Clin Psychol*, 55(10): 1255-7.

Aydin, G., & Yerin, O. (1994). "The effect of a story-based cognitive behavior modification procedure on reducing children's test anxiety before and after cancellation of an important examination international". *Journal for the Advancement of Counseling*. vol. 17(2), p.149-161.

Ayers,T.S.,Sandler,L.N.,West,S,G.,&Roosa,M.W.(1996)."A dispositional and situational assessment of children's coping: Testing alternative models of coping. *Journal of Personality***,** 64(4),223-958.

Aysan, F., & Thompson, D., & Hamarat, Errol. (2001). "Test anxiety, coping strategies, and perceived health in a group of high school student: A Turkish sample". *Journal of Genetic Psychology*. vol. 162, Issue 4, p 402-p412.

Bryan, T. (1991a). "Assessment of Social Cognition: review of research in learning disabilities. In H. Swanson (Ed). *Handbook on the Assessment of Learning Disabilities* ,pp. 285- 312. Austin, TX: Pro- Ed.

Byrne, B. (2000). "Relationships between anxiety, fear, self- esteem, and coping strategies", *Adolescence*. vol. 35, no. 137, p 201- 215.

Compas, B. E. & Malcarne, V., & Fonda Cara, K. M. (1998). "Coping with stressful events in older children and young adolescents". *Journal of Counseling and Clinical Psychology*. vol.56, no.3, p405-411.

Compas, B. E. (1988). "Stress and life events during childhood and adolescence". *Clinical Psychology Review*, vol. 7, p. 275-302.

Craig, G & Kermis, M. (1995). *Children Today*. New Jersey: Prentice Hall.

Craig, J. & Barron-Cohen,S. (2000). "Story-telling ability in children with autism or asperger syndrome: a window into the imagination. *Isr I Psychiatry Relat Sci*, 37(1): pp. 64-70.

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-20]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1385.6.2.1.6]

Desocio, Janiece E. (2005). "Accessing self-development through narrative approaches in child and adolescent psychotherapy". *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*. Apr-Jun, 18(2): 53-61.

Dimmaggio, G., Salvatore, G. Azzaro, C., Cattania, D. Semerari, A. & Hermans, Hj. (2003). Dialogical relationships in impoverished narratives: from theory to clinical practice. *Psychol Psychother Dec*, 76(Pt4): pp.385-409.

Focht, L. & Beardslee, W.R. (1996). "Speech aftr long silence: the use of narrative therapy in a preventive intervention for children of parents with affective disorder. *Fam Process.* 35(4): pp.407-22.

Friedberg, R. D. (1994). "Story telling and cognitivetherapy with children. *Journal of Cognitive Psychotherapy*. An International Quarterly. vol. 8(3), p. 209.

Furlonger, B.F. (1999). "Narrative therapy and children with hearing impairment",. *Am Ann Deaf*, 144(4): pp.325-33.

Geldard, K., and D. Geldard. (1997). *Counseling Children: A Practical Introduction*. London: Sage Publications.

Goncalves, O.F. & Machado, P.P (1999). "Cognitive narrative psychotherapy: research foundations**,** *J Olin Psychol*, 55(10): pp.1179-91.

Gutierrez-Clellen, V.F. & De Curtis L. (2001). Examining the quality of children's stories: clinical applications. *Semin Speech Lang*. 22 (1): pp.79-89.

Hein, S. (1996). *EQ For Every Body*. Florida: Aristotle Press.

Herman. Lisa. (1997). good enough fairytales for resolving sexual abuse thrauma. *Arts In Psychotherapy*. vol 24(5), pp.439-445.

Howard, G.S. (1991). "Culture toles: a narrative approach to thinking, cross – cultural psychology, and psychotherapy". *Am Psychol*. 46(3): pp.187 -97.

Knight,R. (2003). Margo and Me.II. "The role of narrative building in child analytic technique". *Psychoanal Study Child*. no58: pp.133-64.

Larner, G. (1996). "Narrative child family therapy". *Fam Process*. no. 35(4): pp.432-40.

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-20]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1385.6.2.1.6]

Laube, J., & Threfz, S. (1994). "Group therapy using a narrative theory frame work: application to treatment of depression". *Journal of Systemic Therapies*. vol. no. 13(2), P. 29- 37.

Learner, J. (1997). *Learning Disabilities*. Houghton: Mifflin Company Northerstorn. Ellinols University.

Melanie C. G. (2004). "Storytelling in teaching". *American Psychological Society*. vol. 17, Number. 4.

Montague, M. (1992). "The effect of cognitive and metacognitive strategy instruction of the mathematical problem solving of middle school student with learning disabilities". *Learning Disabilities*. vol. 25. pp. 230. 248.

Montague, M., & Applegate, B., Marquard, K. (1993). "Cognitive strategy instruction and mathematical problem solving performance of students with learning disabilities". *Research And Practice*. vol. 8, pp. 223-232.

Montero K., & Renee. (2002). *Bridging Communication with The Story Technique*. West Wing Publishing. Ccm/Hype Lexia

Norbury, C.F. & Bishop, D.V. (2003). Narrative skills of children with communication impairment. *Int I Lang Commun Disord*. no.38(3): pp.287-313.

Reptti, R. (1999). *Handbook In Childhood & Adolescence*. Boston: Allyn and Bacon.

Rollins, P.R, Mccabe, A. & Bliss,L. (2002). "Culturally sensitive assessment of narrative skills in children". *Semin Speech Lang*. no.21(3): pp.223-33.

Salvatore, G. Dimaggio, G. & Semerari, A. (2004). "A model of narrative development: implications for understanding psychopathology and guiding therap. *Psychol Psychother*. no.77(Pt2): pp.231-254.

Sandler,I.N.,Tein,J.Y.,& West,s.g.(1994). "Coping stress, and the psychological symptoms of children of divorce:A cross- sectional and longitudinal study". *Child Development*, no.65(6), pp.1744-1763.

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-20]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1385.6.2.1.6]

Schang, R. C., & Abelscon. R. P. (1995). Knowledge and memory: the real story. In R. S. Wyer. Jr. (Ed.) *Advances in Social Cognition*. vol. Vlll, pp. 1-85. Hillsdale, NJ: Erlbaum.

Shapiro, J. & Ross, V. (2002). "Applications of narrative theory and therapy to the practice of family". *Fam Med*. no.34(2): pp.96-100.

Shlomo, K., & Miriam, F., & Shahar, L., and Shlomo, Sh. (1998). "LD. interpersonal understanding and social behavior in the classroom". *Journal of Learning Disabilities*. vol. 32, No. 3, pp. 248- P255.

Stover, E. D., and Stover, M. (1994). "Biblical storytelling as a form of child therapy. *Journal of Psychology Christiany*. vol. 13(1), pp.28-36.

Terry, D. J. (1994). "Determinates of coping: the role of state and situational factors". *Journal of Personality and Social Psychology*. vol.66, pp.895-91

Webb, M., and Bertt. (1995). "The importance of stories in the act of caring"**.** *Pastoral Psychology*. vol. 43(3), pp. 215-225.

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-20]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1385.6.2.1.6]

The effect of narrative therapy on coping strategies of children with learning difficulties

Yoosefi looyeh, M., PhD* & Matin, A., M.A**

Received: 12. 4. 06 Revised: 6. 6. 06 Accepted :29. 7. 06

The purpose of this research was to study the effect of narrative therapy on coping strategies of children with learning difficulties. For this purpose, by use of experimental method 20 children (10 girls, 10 boys) with learning difficulties (forth grade) participated and randomly assigned to experimental and control group. The research design was pretest-postest with control group. All children evaluated by Children Coping Strategies Checklist (CCSC). Then narrative therapy was used for experimental group in 12 sessions (30 minutes for 4 weeks) the data were analysed by repeated measures MANOVA. The result showed narrative therapy caused improvement of coping strategies in children with learning difficulties. Comparison of narrative therapy techniques in the fields of child psychotherapy could be challenging for investigations.

Keywords: *narrative therapy, coping strategies, Learning difficulties*

*Assistant professor, Islamic Azad University, Thehran branch (Email: m_usefi@iauctb.ac.ir)

** MA in Exceptional Children, Aramesh Counseling Services Center

[Downloaded from mail.joec.ir on 2026-10-20]

[DOR: 20.1001.1.16826612.1385.6.2.1.6]