

Comparing Life Skills Training Through Sandplay Therapy and Cognitive-Behavioral Play Therapy on Perceived Competence and Self-Regulation in Students with Dyslexia

1. Pegah Nafariyeh: Educational and Psychological Services, Se.C., Islamic Azad University, Semnan, Iran
2. Ameneh Moazedian*: Department of Psychology, Se.C., Islamic Azad University, Semnan, Iran
3. Mohammadagha Delavarpour: Department of Educational Psychology, Faculty of Psychology and Education, Semnan University, Semnan, Iran
4. Shahab Moradi: Department of Psychology, Se.C., Islamic Azad University, Semnan, Iran

*Corresponding Author's Email: moazedian@iau.ac.ir

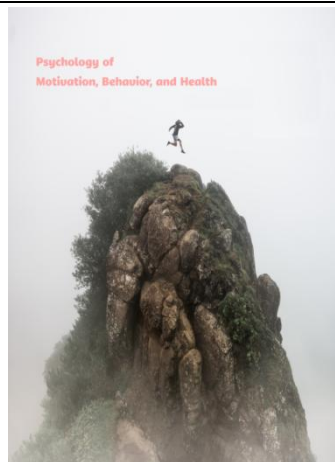
Received: 2026-03-08

Revised: 2026-06-28

Accepted: 2026-07-06

Initial Publish: 2026-07-08

Final Publish: 2027-04-21



Abstract

Introduction and Aim: Dyslexia is not limited to reading difficulties and may also be associated with reduced perceived competence, impaired self-regulation, and weaknesses in cognitive and language-related processing. This study aimed to compare the effectiveness of life skills training through sandplay therapy and cognitive-behavioral play therapy on perceived competence and self-regulation among 10- to 12-year-old students with dyslexia.

Methodology: This quasi-experimental study used a pretest–posttest design with a control group. The statistical population consisted of 10- to 12-year-old elementary school students with dyslexia in Karaj, Iran. Participants were selected through purposive and convenience sampling and assigned to three groups: sandplay therapy, cognitive-behavioral play therapy, and control. The two experimental groups received 10 sessions of life skills training through sandplay therapy or cognitive-behavioral play therapy, whereas the control group continued routine classroom instruction. Data were collected using Harter's Perceived Competence Scale and the parent form of the Behavior Rating Inventory of Executive Function. Data were analyzed through analysis of covariance and multivariate analysis of covariance.

Findings: The ANCOVA results showed that sandplay therapy had a significant effect on perceived competence, $F=119.897$, $p<.001$, $\eta^2=.764$, and self-regulation, $F=291.432$, $p<.001$, $\eta^2=.887$. Cognitive-behavioral play therapy also had significant effects on perceived competence, $F=419.890$, $p<.001$, $\eta^2=.919$, and self-regulation, $F=620.332$, $p<.001$, $\eta^2=.944$. In the direct comparison of the two interventions, the group effect was significant for perceived competence, $F=89.935$, $p<.001$, $\eta^2=.726$, but not for self-regulation, $F=2.842$, $p=.101$, $\eta^2=.077$.

Conclusion: Both interventions were effective in improving perceived competence and self-regulation among students with dyslexia. However, cognitive-behavioral play therapy showed a stronger comparative effect on perceived competence, while the two interventions did not differ significantly in improving self-regulation.

Keywords: Life skills, Sandplay therapy, Cognitive-behavioral play therapy, Perceived competence, Self-regulation, Dyslexia.

How to Cite: Nafariyeh, P., Moazedian, A., Delavarpour, M., & Moradi, S. (2027). Comparing Life Skills Training Through Sandplay Therapy and Cognitive-Behavioral Play Therapy on Perceived Competence and Self-Regulation in Students with Dyslexia. *Psychology of Motivation, Behavior, and Health*, 5(1), 1-18.



Copyright: © 2027 by the authors. Published under the terms and conditions of Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International (CC BY-NC 4.0) License.

Extended Abstract

Introduction and Aim

Dyslexia is one of the most common specific learning disorders in school-age children and is primarily manifested through persistent difficulties in accurate and fluent word recognition, decoding, spelling, and reading comprehension. Although dyslexia is generally identified through academic and language-based symptoms, its consequences are not limited to reading performance. Repeated failure in reading tasks, negative comparison with peers, reduced classroom participation, and persistent academic frustration may gradually affect children's emotional, motivational, and behavioral functioning. Students with dyslexia often experience a weakened sense of competence, reduced confidence in their academic abilities, difficulty maintaining effort in challenging learning situations, and problems in emotional and behavioral self-regulation. Therefore, interventions for students with dyslexia should not be restricted to remedial reading instruction, but should also target psychological capacities that support learning, including perceived competence, emotion regulation, problem-solving, and self-regulation.

Perceived competence is a central motivational construct in students with learning difficulties. It refers to the child's subjective judgment of his or her ability to act effectively, complete tasks successfully, and manage educational demands. In students with dyslexia, recurrent academic failure may lead to negative self-evaluations and avoidance of learning tasks. When children believe that they are unable to succeed, they may become less willing to engage in reading activities, less persistent in the face of difficulty, and more vulnerable to helplessness. In this regard, intervention approaches that create successful experiences, enhance self-expression, and reconstruct negative self-beliefs may strengthen perceived competence and indirectly support academic adaptation. Cognitive-behavioral play therapy has recently received attention in this field because it combines developmentally appropriate play techniques with cognitive restructuring, emotional awareness, and problem-solving training, which may be particularly relevant for students with dyslexia (Rezaei et al., 2023; Shamshiri et al., 2025; Vosoughi Kalantari et al., 2025).

Self-regulation is another key variable in the psychological and educational functioning of children with dyslexia. It includes the ability to manage emotions, control impulses, plan actions, monitor

behavior, sustain attention, and adapt responses to task demands. Since reading is a complex cognitive activity that requires attention, working memory, persistence, and error monitoring, weaknesses in self-regulation may intensify the academic difficulties of students with dyslexia. Play-based interventions can provide children with an emotionally safe and developmentally appropriate context in which they can practice self-control, tolerate frustration, express emotions, and learn alternative behavioral responses. Previous studies have shown that play-based and relationship-oriented interventions can improve emotional regulation, social adjustment, distress tolerance, and adaptive behavior in children with developmental, emotional, and educational difficulties (Hosseini & Ashori, 2024; Kutsal et al., 2025; Sadeghi et al., 2025; Shamsabadi et al., 2024).

Sandplay therapy is one of the most important symbolic and expressive forms of play therapy. In this approach, the child uses sand trays, miniatures, figures, and symbolic objects to construct scenes that represent internal experiences, conflicts, emotions, and relational patterns. Unlike highly verbal interventions, sandplay therapy allows children to communicate through symbols and sensory experience, which is especially useful for children who have difficulties with direct verbal expression. Systematic and meta-analytic evidence has supported the effectiveness of sandplay therapy for improving psychological outcomes among children and adolescents (Ttofa, 2026; Wiersma et al., 2022). School-based studies have also suggested that sandplay therapy can enhance school adaptation and reduce emotional and behavioral problems in elementary students (Kim & Seong, 2023; Rong-shuang & Zhou, 2023). Moreover, sandplay group therapy has been reported as beneficial for children exposed to stressful experiences such as cyberbullying, indicating its potential role in emotional processing and resilience-building within educational settings (Lee et al., 2023).

The usefulness of sandplay therapy has also been examined in children with autism spectrum disorder and other special needs. Although autism and dyslexia are different conditions, findings from this area are relevant because they demonstrate that sand-based and symbolic interventions can support social communication, emotional regulation, and adaptive behavior in children with developmental vulnerabilities. Studies have reported the effectiveness of sandplay therapy in improving social behavior, reducing social communication deficits, and supporting parent-child interaction in children with autism spectrum disorder (Turner, 2023; Yuxi et al.,

2024; Zelcek & Pouya, 2024). Expert-based evidence has also emphasized the potential of sandplay therapy for emotional regulation among students with autism (Khalid et al., 2024). These findings suggest that sandplay therapy may be a suitable intervention for children whose difficulties involve not only cognition and learning, but also emotional expression, behavioral regulation, and social adjustment.

Cognitive-behavioral play therapy, by contrast, is a more structured and educational intervention. It integrates the principles of cognitive-behavioral therapy with play-based techniques such as drawing, role-play, storytelling, games, cards, and group activities. Through these methods, children learn to recognize negative thoughts, distinguish between thoughts, feelings, and behaviors, develop problem-solving strategies, replace maladaptive self-statements, and practice adaptive responses in emotionally meaningful situations. Comparative evidence suggests that sandplay therapy and cognitive-behavioral therapy may both produce therapeutic change, but through different mechanisms: sandplay therapy mainly works through symbolic, sensory, and emotional expression, whereas cognitive-behavioral approaches focus more directly on cognition, skills, and behavior change (Matta & Ramos, 2023). Therefore, comparing life skills training through sandplay therapy and cognitive-behavioral play therapy in students with dyslexia can clarify which intervention is more effective for perceived competence and self-regulation. The present study aimed to compare the effectiveness of life skills training through sandplay therapy and cognitive-behavioral play therapy on perceived competence and self-regulation in students with dyslexia.

Methodology

This study was applied in purpose and quasi-experimental in method, using a pretest-posttest design with a control group. The statistical population consisted of 10- to 12-year-old students with dyslexia studying in elementary schools in Karaj, Iran. Participants were selected through purposive and convenience sampling from learning disorder centers, public and private elementary schools with supportive classes, child psychology clinics, and dyslexia screening centers affiliated with the educational system. After identifying eligible students and obtaining the necessary permissions, participants were assigned to three groups: a sandplay therapy group, a cognitive-behavioral play therapy group, and a control group.

Before the intervention, all three groups completed the pretest measures. The first experimental group received life skills training through sandplay therapy, while the second experimental group received life skills training through cognitive-behavioral play therapy. The control group did not receive any specialized psychological or play-based intervention during the study period and continued routine classroom instruction. After the completion of the intervention sessions, all three groups completed the posttest measures.

The instruments used in this study included Harter's Perceived Competence Scale and the parent form of the Behavior Rating Inventory of Executive Function. Harter's Perceived Competence Scale was used to assess students' perceived competence across behavioral, social, academic, and physical domains. The Behavior Rating Inventory of Executive Function was used to assess self-regulation, particularly emotional and behavioral regulation, based on parent reports. The sandplay therapy intervention was implemented in 10 sessions of 60 minutes. The sessions included familiarization with the playroom, emotional expression, personal storytelling, problem-solving, representation of personal change, social skills practice, expression of complex emotions, group storytelling, reflection on achievements, and transfer of learned skills to school and home. The cognitive-behavioral play therapy intervention was also implemented in 10 sessions of 90 minutes. The sessions included group introduction, emotional recognition through drawing, challenging negative statements, learning the ABC model, creative pleasurable experiences, role-play, relationship-building activities, metaphorical processing of life events, friendship review, and future-oriented goal planning. Data were analyzed using descriptive statistics, analysis of covariance, and Bonferroni post-hoc tests. The significance level was set at 0.05.

Findings

The descriptive findings showed that the three groups were relatively similar at pretest in both perceived competence and self-regulation. In perceived competence, the pretest means were close across the control, sandplay therapy, and cognitive-behavioral play therapy groups. However, at posttest, the control group showed no meaningful improvement, whereas both experimental groups showed increased scores. The sandplay therapy group improved from a pretest mean of 49.60 to a posttest mean of 63.18, while the cognitive-behavioral play therapy group improved from a pretest mean of 49.95 to a posttest mean of

84.62. This pattern indicated a stronger improvement in perceived competence in the cognitive-behavioral play therapy group.

A similar pattern was observed for self-regulation. The three groups had close pretest means, with scores around 20. At posttest, the control group remained low, while both experimental groups improved considerably. The sandplay therapy group reached a posttest mean of 39.26, and the cognitive-behavioral play therapy group reached a posttest mean of 41.99. Therefore, both interventions were associated with substantial improvement in self-regulation, although the difference between the two experimental groups was smaller than in perceived competence.

The assumptions for analysis of covariance were examined before hypothesis testing. The values of skewness and kurtosis were within the acceptable range, indicating that the distribution of scores was approximately normal. Levene's test confirmed the homogeneity of variances for perceived competence and self-regulation. The assumption of homogeneity of regression slopes was also supported, because the interaction between group and pretest scores was not statistically significant for either dependent variable.

The ANCOVA results showed that, after controlling for pretest scores, the effect of group on perceived competence was statistically significant, $F(2,56) = 280.454$, $p < 0.001$, $\eta^2 = 0.909$. This indicates that the type of group membership explained a substantial proportion of variance in posttest perceived competence. The covariate effect of perceived competence pretest was not statistically significant, $F(1,56) = 1.041$, $p = 0.312$, $\eta^2 = 0.018$. The effect of group on self-regulation was also statistically significant, $F(2,56) = 342.512$, $p < 0.001$, $\eta^2 = 0.925$, while the covariate effect of self-regulation pretest was not significant, $F(1,56) = 2.458$, $p = 0.123$, $\eta^2 = 0.042$.

Bonferroni post-hoc comparisons showed that both experimental groups differed significantly from the control group in perceived competence. The adjusted mean difference between sandplay therapy and control was 14.73, $p < 0.001$, and the adjusted mean difference between cognitive-behavioral play therapy and control was 36.17, $p < 0.001$. The difference between cognitive-behavioral play therapy and sandplay therapy was also significant, with an adjusted mean difference of 21.44, $p < 0.001$, indicating the greater effectiveness of cognitive-behavioral play therapy in improving perceived competence. For self-regulation, both sandplay therapy and cognitive-behavioral play therapy

differed significantly from the control group, with adjusted mean differences of 20.40 and 23.13 respectively, both $p < 0.001$. However, the difference between cognitive-behavioral play therapy and sandplay therapy was not statistically significant, with an adjusted mean difference of 2.73, $p = 0.101$.

Discussion and Conclusion

The results of the present study demonstrated that both life skills training through sandplay therapy and life skills training through cognitive-behavioral play therapy were effective in improving perceived competence and self-regulation among students with dyslexia. These findings indicate that play-based interventions can address not only emotional and behavioral needs, but also motivational and self-regulatory capacities that are central to the educational functioning of students with learning disorders.

The significant effect of sandplay therapy on perceived competence may be explained by the safe, symbolic, and non-threatening nature of this intervention. Through sandplay, children can construct scenes, express internal experiences, solve symbolic problems, and experience a sense of control and mastery. For students who often experience failure in reading-related tasks, such opportunities may help rebuild confidence and create positive experiences of competence. Sandplay therapy also improved self-regulation, likely because the intervention encouraged emotional expression, patience, planning, symbolic problem-solving, and controlled interaction with materials and peers.

Cognitive-behavioral play therapy was also effective in improving both dependent variables and was superior to sandplay therapy in enhancing perceived competence. This stronger effect may be due to the direct focus of cognitive-behavioral play therapy on maladaptive thoughts, negative self-statements, problem-solving, goal-directed behavior, and successful task engagement. Since perceived competence is closely related to children's beliefs about their abilities, an intervention that directly challenges negative beliefs and replaces them with more adaptive self-perceptions may produce greater improvement in this domain.

The absence of a significant difference between the two experimental groups in self-regulation suggests that both interventions can improve this variable through different but equally effective mechanisms. Sandplay therapy may strengthen self-regulation through symbolic emotional processing and sensory-

based experience, whereas cognitive-behavioral play therapy may enhance self-regulation through direct skill training and cognitive restructuring. Thus, both methods can be considered useful for strengthening self-regulation in students with dyslexia.

Overall, the findings support the use of play-based psychological interventions as complementary approaches in educational and clinical programs for students with dyslexia. Cognitive-behavioral play therapy appears especially useful when the main goal is to improve perceived competence and correct

negative self-beliefs. Sandplay therapy may be particularly suitable for students who need a less verbal, more symbolic, and emotionally safe method for self-expression and regulation. The study concludes that both interventions can improve important psychological capacities in students with dyslexia, but cognitive-behavioral play therapy has a stronger comparative effect on perceived competence, while both approaches are similarly effective in improving self-regulation.

مقایسه آموزش مهارت‌های زندگی از طریق شن‌درمانی و بازی‌درمانی شناختی رفتاری بر ادراک شایستگی و خودتنظیمی در دانش‌آموزان با اختلال نارساخوانی

۱. پگاه نفریه^{ID}: گروه خدمات تربیتی و روانشناختی، واحد سمنان، دانشگاه آزاد اسلامی، سمنان، ایران
۲. آمنه معاضدیان^{ID}: گروه روانشناسی، واحد سمنان، دانشگاه آزاد اسلامی، سمنان، ایران
۳. محمدآقا دلاورپور^{ID}: گروه روانشناسی تربیتی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی سمنان، سمنان، ایران
۴. شهاب مرادی^{ID}: گروه روانشناسی، واحد سمنان، دانشگاه آزاد اسلامی، سمنان، ایران

*ایمیل نویسنده مسئول: moazedian@iau.ac.ir

دریافت: ۱۴۰۴/۱۲/۱۷ بازنگری: ۱۴۰۵/۰۴/۰۷ پذیرش: ۱۴۰۵/۰۴/۱۵ انتشار اولیه: ۱۴۰۵/۰۴/۱۷ انتشار نهایی: ۱۴۰۶/۰۲/۰۱

چکیده

مقدمه و هدف: اختلال نارساخوانی افزون بر دشواری‌های خواندن، می‌تواند با کاهش ادراک شایستگی، ضعف خودتنظیمی و مشکلات پردازش شناختی و زبانی همراه باشد. هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی آموزش مهارت‌های زندگی از طریق شن‌درمانی و بازی‌درمانی شناختی رفتاری بر ادراک شایستگی و خودتنظیمی در دانش‌آموزان ۱۰ تا ۱۲ ساله مبتلا به اختلال نارساخوانی بود.

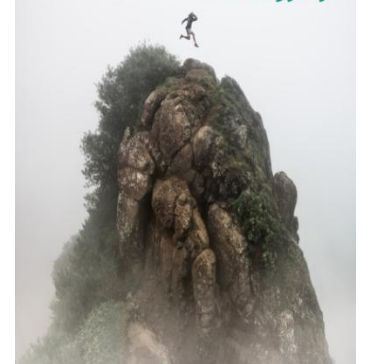
روش‌شناسی: پژوهش حاضر از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون و گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل دانش‌آموزان ۱۰ تا ۱۲ ساله مبتلا به اختلال نارساخوانی در مدارس ابتدایی شهر کرج بود. نمونه به روش هدفمند و در دسترس انتخاب شد و شرکت‌کنندگان در سه گروه شن‌درمانی، بازی‌درمانی شناختی رفتاری و کنترل قرار گرفتند. گروه‌های آزمایشی به ترتیب پروتکل آموزش مهارت‌های زندگی از طریق شن‌درمانی و پروتکل بازی‌درمانی شناختی رفتاری را طی ۱۰ جلسه دریافت کردند، در حالی که گروه کنترل فقط آموزش‌های معمول کلاسی را ادامه داد. ابزارهای پژوهش شامل پرسشنامه ادراک شایستگی هارتر و فرم والدین پرسشنامه کارکردهای اجرایی بریف بود. داده‌ها با استفاده از تحلیل کوواریانس و تحلیل کوواریانس چندمتغیره تحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد که شن‌درمانی اثر معناداری بر ادراک شایستگی داشت، $F=119.897, p<.001, \eta^2=.764$ ، و اثر آن بر خودتنظیمی نیز معنادار بود، $F=291.432, p<.001, \eta^2=.887$. همچنین، بازی‌درمانی شناختی رفتاری بر ادراک شایستگی، $F=419.890, p<.001, \eta^2=.919$ ، و خودتنظیمی، $F=620.332, p<.001, \eta^2=.944$ ، اثر معنادار نشان داد. در مقایسه مستقیم دو مداخله، اثر گروه بر ادراک شایستگی معنادار بود، $F=89.935, p<.001, \eta^2=.726$ ، اما تفاوت دو گروه در خودتنظیمی معنادار نبود، $F=2.842, p=.101, \eta^2=.077$.

نتیجه‌گیری: هر دو مداخله آموزشی در بهبود ادراک شایستگی و خودتنظیمی دانش‌آموزان مبتلا به نارساخوانی مؤثر بودند. با این حال، بازی‌درمانی شناختی رفتاری در مقایسه با شن‌درمانی اثر قوی‌تری بر ادراک شایستگی نشان داد، در حالی که دو روش در بهبود خودتنظیمی تفاوت معناداری نداشتند.

کلیدواژه‌گان: مهارت‌های زندگی، شن‌درمانی، بازی‌درمانی شناختی رفتاری، ادراک شایستگی، خودتنظیمی، نارساخوانی.

روان‌شناسی انگیزش، رفتار و سلامت



نحوه استناددهی: نفریه، پگاه، معاضدیان، آمنه، دلاورپور، محمدآقا، و مرادی، شهاب. (۱۴۰۶). مقایسه آموزش مهارت‌های زندگی از طریق شن‌درمانی و بازی‌درمانی شناختی رفتاری بر ادراک شایستگی و خودتنظیمی در دانش‌آموزان با اختلال نارساخوانی. *روان‌شناسی انگیزش، رفتار و سلامت*، ۱۸(۱)، ۱-۱۸.



مجاز و حق نشر: © ۱۴۰۶ تمامی حقوق انتشار این مقاله متعلق به نویسنده است. انتشار این مقاله به‌صورت دسترسی آزاد مطابق با گواهی (CC BY-NC) صورت گرفته است. (4.0)

مقدمه

اختلال نارساختاری یکی از شایع‌ترین اختلالات یادگیری ویژه در دوره کودکی و نوجوانی است که به‌طور مستقیم با دشواری در دقت خواندن، روان‌خوانی، رمزگشایی واژگان، درک مطلب و پردازش زبان نوشتاری شناخته می‌شود. با وجود آنکه نشانه‌های اصلی نارساختاری در حوزه خواندن و زبان آشکار می‌شوند، پیامدهای آن محدود به عملکرد تحصیلی نیست و بسیاری از دانش‌آموزان مبتلا به این اختلال در جریان تجربه‌های مکرر شکست، مقایسه شدن با همسالان، دریافت بازخوردهای منفی و ناتوانی در انجام تکالیف خواندن، با مشکلات هیجانی، انگیزشی و رفتاری نیز روبه‌رو می‌شوند. در چنین شرایطی، نارساختاری صرفاً یک مشکل آموزشی یا زبانی نیست، بلکه وضعیتی چندبعدی است که می‌تواند خودپنداره تحصیلی، احساس شایستگی، انگیزش یادگیری، خودتنظیمی، تاب‌آوری تحصیلی و سازگاری روان‌شناختی کودک را تحت تأثیر قرار دهد. از این رو، مداخله برای دانش‌آموزان نارساختاری باید فراتر از تمرین‌های خواندن و آموزش‌های جبرانی باشد و به ابعاد عاطفی، شناختی، اجتماعی و رفتاری آنان نیز توجه کند (Shamshiri et al., 2025).

یکی از متغیرهای مهم در فهم پیامدهای روان‌شناختی نارساختاری، ادراک شایستگی است. ادراک شایستگی به ارزیابی ذهنی فرد از توانایی خود برای انجام موفقیت‌آمیز تکالیف، مواجهه با چالش‌ها و دستیابی به پیامدهای مطلوب اشاره دارد. در دانش‌آموزان مبتلا به نارساختاری، ضعف در خواندن می‌تواند به تدریج به کاهش احساس توانمندی منجر شود؛ زیرا کودک در موقعیت‌های آموزشی بارها با این تجربه مواجه می‌شود که تلاش او به نتیجه مطلوب نمی‌رسد یا عملکردش پایین‌تر از سطح مورد انتظار معلم و خانواده است. این تجربه، اگر به‌درستی مدیریت نشود، ممکن است به شکل‌گیری باورهای ناکارآمدی مانند «من نمی‌توانم»، «من از دیگران ضعیف‌ترم» یا «یادگیری برای من سخت و بی‌نتیجه است» بینجامد. چنین باورهایی نه تنها عملکرد تحصیلی را تضعیف می‌کنند، بلکه زمینه اجتناب از تکلیف، کاهش مشارکت کلاسی، اضطراب عملکرد و افت انگیزش را نیز فراهم می‌سازند. مطالعات اخیر در حوزه مداخلات بازی‌محور و شناختی‌رفتاری نشان داده‌اند که اصلاح برداشت کودک از

توانایی‌های خود و ایجاد تجربه‌های موفقیت‌آمیز در فضای امن درمانی می‌تواند در بهبود سازگاری، حل مسئله و عملکرد روان‌شناختی دانش‌آموزان دارای نیازهای ویژه نقش مؤثری داشته باشد (Shamshiri et al., 2025; Vosoughi Kalantari et al., 2025).

خودتنظیمی نیز از متغیرهای بنیادی در عملکرد تحصیلی و روان‌شناختی کودکان نارساختاری است. خودتنظیمی به توانایی فرد برای برنامه‌ریزی، نظارت، کنترل هیجان‌ها، مدیریت رفتار، حفظ توجه، بازداری پاسخ‌های نامناسب و هدایت تلاش‌ها در مسیر هدف اشاره دارد. دانش‌آموزی که در خودتنظیمی ضعف دارد، ممکن است هنگام مواجهه با دشواری‌های خواندن به‌سرعت ناکام شود، تکلیف را رها کند، از فعالیت یادگیری اجتناب نماید یا واکنش‌های هیجانی شدیدی نشان دهد. از سوی دیگر، دانش‌آموزی که از مهارت‌های خودتنظیمی بالاتری برخوردار است، بهتر می‌تواند اشتباه‌های خود را اصلاح کند، برای حل مسئله راهبرد انتخاب نماید، هیجان‌های منفی را تعدیل کند و در برابر دشواری‌های تحصیلی پایداری بیشتری نشان دهد. در همین راستا، پژوهش‌های مربوط به بازی‌درمانی، درمان‌های مبتنی بر رابطه و مداخلات شناختی‌رفتاری نشان داده‌اند که آموزش مهارت‌های تنظیم هیجان، حل مسئله و پاسخ‌دهی انعطاف‌پذیر می‌تواند به بهبود خودتنظیمی و سازگاری کودکان در موقعیت‌های رشدی و آموزشی کمک کند (Hosseini & Ashori, 2024; Sadeghi et al., 2025; Shamsabadi et al., 2024).

در سال‌های اخیر، رویکردهای بازی‌محور به دلیل تناسب با ویژگی‌های رشدی کودکان، جایگاه برجسته‌ای در مداخلات روان‌شناختی، آموزشی و توان‌بخشی یافته‌اند. کودکان، به‌ویژه در سنین دبستان، بسیاری از تجربه‌ها، ترس‌ها، تعارض‌ها، آرزوها و نیازهای خود را نه از طریق گفت‌وگوی مستقیم، بلکه از راه بازی، نمادپردازی، نقش‌آفرینی و فعالیت‌های عینی بیان می‌کنند. بنابراین، بازی می‌تواند به پلی میان دنیای درونی کودک و فرایند درمان تبدیل شود. اهمیت این موضوع در کودکان دارای اختلالات یادگیری دوچندان است؛ زیرا این کودکان ممکن است در بیان کلامی تجربه‌های خود، سازمان‌دهی افکار و گزارش هیجان‌ها با محدودیت‌هایی مواجه باشند. مداخلات بازی‌محور به کودک

پردازش تجربه‌های دشوار را فراهم سازد. مطالعات انجام‌شده درباره شن‌درمانی گروهی در مدرسه نشان داده‌اند که این روش می‌تواند بر سازگاری تحصیلی و اجتماعی دانش‌آموزان اثر بگذارد و به کودکان کمک کند تجربه‌های تنش‌زا را در قالبی نمادین و قابل مدیریت بازسازی کنند (Kim & Seong, 2023; Lee et al., 2023). همچنین پژوهش‌های موردی و مداخله‌ای درباره کاربرد شن‌درمانی در مشکلات هیجانی و رفتاری دانش‌آموزان دبستانی بیانگر آن است که این روش می‌تواند به کاهش نشانگان هیجانی، بهبود رفتار و افزایش ظرفیت کودک برای فهم و بیان تجربه‌های درونی کمک کند (Rong-shuang & Zhou, 2023).

علاوه بر کودکان دارای مشکلات یادگیری، مطالعات متعددی اثربخشی شن‌درمانی را در کودکان دارای اختلال طیف اوتیسم بررسی کرده‌اند. اگرچه اختلال طیف اوتیسم از نظر ماهیت با نارساخوانی تفاوت دارد، اما یافته‌های این حوزه نشان می‌دهد که شن‌درمانی به دلیل ماهیت حسی، نمادین، غیرمستقیم و ارتباط‌محور خود می‌تواند برای کودکانی که در ارتباط اجتماعی، تنظیم هیجان یا بیان تجربه‌های درونی دشواری دارند، مفید باشد. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که شن‌درمانی در فضای باز می‌تواند به بهبود رفتار اجتماعی کودکان دارای اختلال طیف اوتیسم کمک کند و مداخلات مبتنی بر شن در کاهش نقص‌های ارتباط اجتماعی این کودکان مورد توجه قرار گرفته‌اند (Yuxi et al., 2024; Zelcek & Pouya, 2024). همچنین، درمان شن‌بازی والد - کودک برای کودکان پیش‌دبستانی دارای اختلال طیف اوتیسم به عنوان رویکردی رابطه‌محور مطرح شده است که می‌تواند همزمان بر کودک و کیفیت تعاملات والد - کودک اثرگذار باشد (Turner, 2023). افزون بر این، مطالعات مبتنی بر روش‌های اجماع متخصصان نیز نشان داده‌اند که شن‌درمانی ظرفیت کاربرد در تنظیم هیجانی دانش‌آموزان دارای اوتیسم را دارد (Khalid et al., 2024). این شواهد، هرچند در جمعیت‌های متفاوت به دست آمده‌اند، از این ایده پشتیبانی می‌کنند که شن‌درمانی می‌تواند در کار با کودکان دارای نیازهای ویژه، به‌ویژه در حوزه‌های هیجانی، اجتماعی و خودتنظیمی، رویکردی قابل توجه باشد.

در مقابل، بازی‌درمانی شناختی‌رفتاری رویکردی ساختاریافته‌تر و آموزشی‌تر است که اصول درمان شناختی‌رفتاری را با فنون

فرصت می‌دهند بدون تجربه تهدید، سرزنش یا شکست، در یک محیط پذیرا و ساختاریافته به تمرین مهارت‌های شناختی، هیجانی و اجتماعی بپردازد. در همین زمینه، شواهد پژوهشی نشان می‌دهد که بازی‌درمانی می‌تواند در بهبود تحمل پریشانی، پردازش حسی، تنظیم هیجانی و کیفیت زندگی گروه‌های مختلف کودکان و نوجوانان دارای نیازهای ویژه اثربخش باشد (Kutsal et al., 2025; Shamsabadi et al., 2024).

یکی از رویکردهای مهم در میان مداخلات بازی‌محور، شن‌درمانی یا شن‌بازی‌درمانی است. شن‌درمانی رویکردی بیانی، نمادین و غیرمستقیم است که در آن کودک با استفاده از سینی شن، مینیاتورها، اشیا و عناصر نمادین، دنیای درونی خود را بازنمایی می‌کند. در این روش، کودک الزاماً مجبور نیست تجربه‌ها و هیجان‌های خود را به صورت مستقیم و کلامی توضیح دهد، بلکه از طریق ساخت صحنه، انتخاب نمادها و سازمان‌دهی فضای شن، احساسات، تعارض‌ها و برداشت‌های خود را به شکلی عینی و قابل مشاهده بیان می‌کند. این ویژگی برای کودکانی که در پردازش کلامی یا بیان هیجانی مشکل دارند، اهمیت زیادی دارد. شن‌درمانی از یک سو امکان تخلیه هیجانی و بازسازی تجربه‌های درونی را فراهم می‌کند و از سوی دیگر، با درگیر کردن حس لامسه، بینایی، حرکت و تخیل، به سازمان‌دهی شناختی و عاطفی کودک کمک می‌نماید. مرور نظام‌مند مطالعات کمی درباره آثار شن‌درمانی یونگی بر سلامت روان کودکان و نوجوانان نشان داده است که این رویکرد می‌تواند در بهبود شاخص‌های روان‌شناختی کودکان مؤثر باشد (Ttofa, 2026). همچنین، فراتحلیل پیامدهای درمانی شن‌درمانی نشان داده است که این مداخله در طیفی از مشکلات هیجانی، رفتاری و سازگاری اثربخش است و می‌تواند به عنوان یک روش مکمل یا مستقل در کار با کودکان به کار رود (Wiersma et al., 2022).

کاربرد شن‌درمانی در محیط‌های آموزشی نیز رو به گسترش است. مدرسه فقط محل آموزش رسمی نیست، بلکه یکی از مهم‌ترین بافت‌های شکل‌گیری خودپنداره، مهارت اجتماعی و سازگاری هیجانی کودک است. کودکانی که در مدرسه تجربه شکست، طرد، قلدری، انزوا یا ناکامی تحصیلی دارند، ممکن است به فضای درمانی نیاز داشته باشند که هم برای آنان قابل فهم و جذاب باشد و هم امکان

با وجود شواهد فزاینده درباره اثربخشی شن‌درمانی و بازی‌درمانی شناختی‌رفتاری، مقایسه مستقیم این دو رویکرد در زمینه دانش‌آموزان نارساخوان همچنان نیازمند بررسی بیشتری است. شن‌درمانی و بازی‌درمانی شناختی‌رفتاری هر دو از بازی به عنوان ابزار مداخله استفاده می‌کنند، اما سازوکارهای آن‌ها یکسان نیست. شن‌درمانی بیشتر بر بیان نمادین، تجربه حسی، پردازش غیرمستقیم هیجان‌ها، بازنمایی دنیای درونی و ایجاد معنا تکیه دارد؛ در حالی که بازی‌درمانی شناختی‌رفتاری بر آموزش مستقیم‌تر مهارت‌ها، شناسایی افکار ناکارآمد، اصلاح باورها، حل مسئله و تمرین پاسخ‌های رفتاری سازگارانه تأکید می‌کند. پژوهش مقایسه‌ای درباره اثربخشی شن‌درمانی در برابر درمان شناختی‌رفتاری نشان داده است که این دو رویکرد می‌توانند از مسیرهای متفاوتی به تغییرات روان‌شناختی منجر شوند (Matta & Ramos, 2023). بنابراین، بررسی اینکه کدام یک از این دو مداخله برای بهبود ادراک شایستگی و خودتنظیمی دانش‌آموزان نارساخوان مناسب‌تر است، می‌تواند از نظر نظری و کاربردی اهمیت داشته باشد.

از دیدگاه کاربردی، مدارس و مراکز اختلالات یادگیری به مداخلاتی نیاز دارند که هم برای کودک جذاب و قابل پذیرش باشند و هم بتوانند در زمان محدود، تغییرات معناداری در حوزه‌های شناختی، هیجانی و رفتاری ایجاد کنند. اگرچه آموزش‌های جبرانی خواندن ضروری‌اند، اما بدون توجه به تجربه هیجانی کودک و باور او نسبت به توانایی‌های خود، ممکن است اثرگذاری کافی نداشته باشند. کودکی که خود را ناتوان می‌داند، از تکلیف اجتناب می‌کند و در برابر ناکامی‌های تحصیلی واکنش‌های هیجانی شدید نشان می‌دهد، نیازمند مداخله‌ای است که هم مهارت‌های شناختی و رفتاری او را تقویت کند و هم فضای امنی برای بازسازی تجربه‌های منفی فراهم آورد. از این منظر، شن‌درمانی می‌تواند با فراهم‌سازی امکان بیان غیرمستقیم و نمادین، به کاهش فشار روانی و ارتقای احساس شایستگی کمک کند؛ در حالی که بازی‌درمانی شناختی‌رفتاری می‌تواند با آموزش مهارت‌های مشخص، بازسازی شناختی و تمرین خودتنظیمی، به افزایش کنترل فردی و کارآمدی رفتاری منجر شود. به همین دلیل، مقایسه این دو رویکرد می‌تواند به متخصصان کودک، روان‌شناسان مدرسه، درمانگران اختلالات یادگیری و معلمان کمک

بازی‌درمانی تلفیق می‌کند. در این روش، بازی صرفاً ابزار سرگرمی نیست، بلکه بستری برای آموزش تشخیص افکار، بازسازی شناختی، حل مسئله، تنظیم هیجان، تمرین رفتارهای جایگزین و تجربه موفقیت است. کودک از طریق نقاشی، کارت‌ها، نقش‌آفرینی، داستان‌سازی، بازی‌های گروهی و فعالیت‌های نمادین می‌آموزد میان فکر، احساس و رفتار رابطه برقرار کند و پاسخ‌های سازگارانه‌تری در موقعیت‌های دشوار نشان دهد. این ویژگی برای دانش‌آموزان نارساخوان اهمیت ویژه دارد؛ زیرا بسیاری از آنان به دلیل شکست‌های تحصیلی، باورهای منفی درباره توانایی خود پیدا می‌کنند و برای تداوم تلاش در موقعیت‌های یادگیری نیازمند بازسازی شناختی و تقویت احساس کارآمدی هستند. پژوهش‌های انجام‌شده در حوزه نارساخوانی نشان داده‌اند که بازی‌درمانی شناختی‌رفتاری می‌تواند در کاهش اهمال‌کاری تحصیلی دانش‌آموزان نارساخوان مؤثر باشد (Rezaei et al., 2023). همچنین، نتایج مطالعات جدیدتر بیانگر آن است که این رویکرد می‌تواند به بهبود سازگاری رفتاری و مهارت‌های حل مسئله در دانش‌آموزان مبتلا به نارساخوانی کمک کند (Vosoughi Kalantari et al., 2025).

در حوزه کارکردهای اجرایی نیز بازی‌درمانی شناختی‌رفتاری اهمیت ویژه‌ای دارد. کارکردهای اجرایی، مجموعه‌ای از فرایندهای شناختی سطح بالا هستند که شامل بازداری، حافظه فعال، انعطاف‌پذیری شناختی، برنامه‌ریزی، پایش و تنظیم هیجان می‌شوند. این کارکردها برای موفقیت در خواندن و یادگیری ضروری‌اند؛ زیرا خواندن یک فرایند پیچیده است که نیازمند توجه پایدار، کنترل خطا، حافظه فعال کلامی، پردازش توالی‌ها و مدیریت ناکامی است. مطالعه‌ای که اثربخشی بازی‌درمانی شناختی‌رفتاری را با توان‌بخشی شناختی رایانه‌ای بر کارکردهای اجرایی دانش‌آموزان نارساخوان مقایسه کرده، نشان داده است که بازی‌درمانی شناختی‌رفتاری می‌تواند در بهبود کارکردهای اجرایی این گروه نقش داشته باشد (Shamshiri et al., 2025). این یافته با منطق نظری بازی‌درمانی شناختی‌رفتاری هماهنگ است؛ زیرا در این رویکرد، کودک نه فقط درباره مهارت‌ها صحبت می‌کند، بلکه آن‌ها را در موقعیت‌های بازی‌محور، عینی و تکرارشونده تمرین می‌کند.

کند تا بر اساس نیازهای واقعی دانش‌آموزان، مداخله مناسب‌تری انتخاب کنند.

بررسی ادبیات پژوهش نشان می‌دهد که شن‌درمانی در طیفی از مشکلات هیجانی، رفتاری، ارتباطی و سازگاری کودکان به کار رفته و شواهد نظام‌مند و فراتحلیلی نیز از اثربخشی آن حمایت کرده‌اند (Ttofa, 2026; Wiersma et al., 2022). همچنین، بازی‌درمانی شناختی‌رفتاری در بهبود متغیرهایی مانند تنظیم هیجان، کیفیت زندگی، حل مسئله، سازگاری رفتاری، اهمال‌کاری تحصیلی و کارکردهای اجرایی کودکان و دانش‌آموزان دارای مشکلات مختلف مورد توجه قرار گرفته است (Rezaei et al., 2023; Shamsabadi et al., 2024; Shamshiri et al., 2025; Vosoughi Kalantari et al., 2025). با این حال، بخش قابل توجهی از مطالعات پیشین یا بر جمعیت‌هایی غیر از دانش‌آموزان نارساختوان متمرکز بوده‌اند یا یک رویکرد مداخله‌ای را بدون مقایسه مستقیم با رویکرد دیگر بررسی کرده‌اند. بنابراین، خلأ پژوهشی مهمی در زمینه مقایسه آموزش مهارت‌های زندگی از طریق شن‌درمانی و بازی‌درمانی شناختی‌رفتاری بر ادراک شایستگی و خودتنظیمی دانش‌آموزان مبتلا به نارساختوانی وجود دارد.

هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی آموزش مهارت‌های زندگی از طریق شن‌درمانی و بازی‌درمانی شناختی‌رفتاری بر ادراک شایستگی و خودتنظیمی در دانش‌آموزان مبتلا به اختلال نارساختوانی بود.

روش‌شناسی

پژوهش حاضر از نظر هدف کاربردی و از نظر روش گردآوری داده‌ها نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون همراه با گروه کنترل بود. در این طرح، سه گروه شامل دو گروه آزمایشی و یک گروه کنترل در نظر گرفته شدند؛ به گونه‌ای که گروه آزمایشی اول آموزش مهارت‌های زندگی از طریق شن‌درمانی، گروه آزمایشی دوم آموزش مهارت‌های زندگی از طریق بازی‌درمانی شناختی‌رفتاری و گروه کنترل آموزش‌های معمول کلاسی را دریافت کردند. پیش از آغاز مداخله، از هر سه گروه پیش‌آزمون به عمل آمد تا وضعیت اولیه شرکت‌کنندگان در متغیرهای پژوهش مشخص شود و امکان کنترل تفاوت‌های اولیه میان گروه‌ها فراهم گردد. سپس گروه‌های آزمایشی طی ۱۰ جلسه در برنامه‌های مداخله‌ای شرکت کردند و

گروه کنترل در این مدت هیچ مداخله روان‌شناختی یا آموزشی ویژه‌ای دریافت نکرد. پس از پایان جلسات، پس‌آزمون برای هر سه گروه اجرا شد. جامعه آماری پژوهش شامل دانش‌آموزان ۱۰ تا ۱۲ ساله مبتلا به اختلال نارساختوانی در مدارس ابتدایی شهر کرج بود که در بازه زمانی اجرای پژوهش در دسترس پژوهشگر قرار داشتند. نمونه‌گیری به روش هدفمند و در دسترس انجام شد و برای دسترسی به شرکت‌کنندگان، به مراکز آموزشی و درمانی اختلالات یادگیری، مدارس ابتدایی دولتی و غیردولتی دارای کلاس‌های حمایتی، کلینیک‌های روان‌شناسی کودک و مراکز غربالگری نارساختوانی وابسته به آموزش و پرورش مراجعه شد. پس از شناسایی دانش‌آموزان واجد شرایط، توضیحات لازم درباره هدف پژوهش، محرمانه‌بودن اطلاعات و نحوه اجرای جلسات به والدین و مسئولان مربوطه ارائه شد و شرکت‌کنندگان در گروه‌های پژوهش قرار گرفتند.

پرسشنامه ادراک شایستگی هارتر توسط هارتر در سال ۱۹۸۵ برای سنجش ادراک شایستگی کودکان و نوجوانان طراحی و تدوین شده است. این ابزار دارای ۲۷ سؤال و چهار مؤلفه کفایت رفتاری، کفایت اجتماعی، کفایت تحصیلی و کفایت جسمی است و ادراک فرد از توانایی‌ها و شایستگی‌های خود را در حوزه‌های مختلف ارزیابی می‌کند. پاسخ‌دهی به گویه‌های این پرسشنامه بر اساس طیف لیکرت انجام می‌شود و ساختار سؤالات به گونه‌ای است که برداشت آزمودنی از میزان کفایت، توانمندی و احساس مؤثر بودن در موقعیت‌های مختلف رفتاری، اجتماعی، تحصیلی و جسمی مشخص می‌شود. در پژوهش‌های پیشین، روایی محتوایی، صوری و ملاکی این پرسشنامه مطلوب گزارش شده و پایایی آن نیز از طریق ضریب آلفای کرونباخ بررسی شده است. در پژوهش بای و همکاران در سال ۱۳۹۶، ضریب آلفای کرونباخ این ابزار بالاتر از ۰.۷ گزارش شد که نشان‌دهنده پایایی قابل قبول پرسشنامه برای استفاده در پژوهش‌های روان‌شناختی و آموزشی است.

برای سنجش خودتنظیمی از زیرمقیاس‌های مرتبط با تنظیم هیجانی و رفتاری در پرسشنامه کارکردهای اجرایی بریف، فرم والدین، استفاده شد. پرسشنامه کارکردهای اجرایی بریف یک ابزار کاغذ - مدادی معتبر برای ارزیابی کارکردهای اجرایی، کنترل افکار، تنظیم هیجان‌ها

و رفتارهای مرتبط با خودتنظیمی در کودکان و نوجوانان است و در این پژوهش از ۱۰ سؤال مرتبط با مؤلفه خودتنظیمی هیجانی استفاده شد. فرم والدین این پرسشنامه توسط جرارد، جیویا، ایسکوئیس، استیون، گای و کنورسی در سال ۲۰۰۰ تدوین شده است. نسخه اصلی این ابزار دارای دو فرم والدین و معلمان و شامل ۸۶ سؤال است و برای ارزیابی رفتاری عملکرد اجرایی کودکان و نوجوانان ۵ تا ۱۸ ساله طراحی شده است. والدین بر اساس فراوانی وقوع رفتارهای کودک در خانه یا مدرسه، پاسخ‌ها را در قالب گزینه‌های «هیچ‌وقت»، «گاهی اوقات» و «همیشه» نمره‌گذاری می‌کنند که به ترتیب نمره‌های ۱ تا ۳ به آن‌ها اختصاص می‌یابد. مدت زمان لازم برای تکمیل این فرم معمولاً بین ۱۰ تا ۱۵ دقیقه است. این ابزار برای گروه‌های دارای اختلالات رشدی و عصبی، از جمله اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی، اختلال طیف اوتیسم، اختلال خواندن، سندرم تور، ناتوانی ذهنی و آسیب‌های مغزی کاربرد دارد و در پژوهش حاضر برای ارزیابی خودتنظیمی هیجانی دانش‌آموزان مبتلا به نارساخوانی مورد استفاده قرار گرفت.

پروتکل آموزش مهارت‌های زندگی از طریق شن‌درمانی بر اساس الگوی شن‌بازی‌درمانی ملک‌پور و نسایی‌مقدم و نیز قدرتی و قدرتی طراحی و اجرا شد. این مداخله در ۱۰ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای برگزار شد و هدف اصلی آن ایجاد فضای ایمن، تسهیل بیان نمادین هیجان‌ها، تقویت خودبیانگری، افزایش ادراک شایستگی، بهبود خودتنظیمی، تقویت مهارت‌های اجتماعی و کمک به انتقال آموخته‌ها به محیط مدرسه و خانه بود. در جلسه نخست، کودک با اتاق بازی، قوانین درمان، سینی‌های شن خشک و خیس، مینیاتورها و وسایل بازی آشنا شد و درمانگر با خوشامدگویی، معرفی محیط و بازی مشترک اولیه، زمینه ایجاد اعتماد و اتحاد درمانی را فراهم کرد. در جلسه دوم، شناسایی و بیان احساسات با استفاده از کارت‌های هیجانی و نمایش هیجان‌ها در سینی شن تمرین شد. جلسه سوم به داستان‌سازی شخصی اختصاص داشت و کودک با کمک مینیاتورها و شخصیت‌های نمادین، داستانی شخصی خلق کرد تا پردازش زبانی، ادراک معنایی و خودبیانگری تقویت شود. در جلسه چهارم، حل مسئله و تصمیم‌گیری از طریق موقعیت‌های چالش‌زا و اجرای راه‌حل‌ها در فضای شن تمرین شد. جلسه پنجم بر بازنمایی تغییرات شخصی، مشاهده پیشرفت‌ها و تقویت اعتماد به نفس متمرکز بود. در جلسه

ششم، مهارت‌های اجتماعی، همکاری و ارتباط از طریق ساخت صحنه گروهی و بازی گروهی تقویت شد. جلسه هفتم به بیان هیجان‌های پیچیده و نام‌گذاری آن‌ها اختصاص یافت. در جلسه هشتم، کودکان با خلق داستان گروهی، همکاری، تفکر خلاق، رعایت حقوق دیگران و پردازش زبانی را تمرین کردند. جلسه نهم برای بازتاب تجربه‌ها و دستاوردها، نمایش توانمندی‌ها و تثبیت مهارت‌ها طراحی شد. در جلسه دهم، جمع‌بندی کل فرایند، ساخت جعبه شن شخصی با نمادهای موفقیت، گفت‌وگو درباره آموخته‌ها و انتقال مهارت‌ها به موقعیت‌های واقعی زندگی انجام شد.

پروتکل بازی‌درمانی شناختی رفتاری نیز در ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای اجرا شد و با هدف اصلاح افکار ناکارآمد، تقویت خودگویی مثبت، افزایش آگاهی هیجانی، بهبود روابط، تقویت تاب‌آوری، ارتقای امید و برنامه‌ریزی برای آینده طراحی گردید. در جلسه نخست، معارفه، ایجاد فضای امن، تشریح قوانین گروه، افزایش انسجام گروهی و برقراری رابطه اولیه میان اعضا و درمانگر انجام شد و از بازی‌های عمومی برای گرم کردن گروه استفاده گردید. جلسه دوم بر فعالیت‌های ترسیمی، بررسی تکلیف جلسه قبل، شناخت هیجان‌ها و بحث درباره افکار و احساسات مرتبط با نقاشی‌ها متمرکز بود. در جلسه سوم، با استفاده از «کیف جادویی» و کارت‌های دوطرفه مثبت و منفی، عبارات منفی رایج شناسایی و به چالش کشیده شد و کودکان تمرین کردند با خود مهربان‌تر باشند. در جلسه چهارم، مدل شناختی ABC شامل فکر، احساس و رفتار آموزش داده شد و کودکان آموختند چگونه رویدادها، برداشت‌ها، احساس‌ها و رفتارهای خود را از یکدیگر تفکیک کنند و برای تغییر پاسخ‌های ناکارآمد برنامه‌ریزی نمایند. جلسه پنجم به تجربه‌های لذت‌بخش و شکل‌سازی خلاق اختصاص داشت و در آن خلاقیت، نشاط، دوست‌یابی و کشف استعدادها از طریق فعالیت‌های هنری و گروهی تقویت شد. در جلسه ششم، با نقش‌بازی افراد مشکل‌آفرین و بررسی حرف‌های منفی، کودکان یاد گرفتند منطق افکار منفی را شناسایی و پاسخ‌های مثبت و منطقی جایگزین کنند. جلسه هفتم بر ساخت هدیه برای افراد مهم زندگی، بهبود روابط و تقویت احساس ارزشمندی متمرکز بود. در جلسه هشتم، رویدادهای زندگی با استعاره فصل‌ها بررسی شد و کودکان با کمک نقاشی و گفت‌وگو، مواجهه مناسب با رویدادهای دشوار را تمرین کردند. در جلسه نهم، خاطرات دوستی

از تحلیل کوواریانس چندمتغیره استفاده گردید تا اثر نوع مداخله بر متغیرهای پس‌آزمون با کنترل اثر پیش‌آزمون‌ها بررسی شود. سطح معناداری آزمون‌ها ۰.۰۵ در نظر گرفته شد و برای گزارش شدت اثر، شاخص اتای مربع جزئی مورد استفاده قرار گرفت. تحلیل‌های آماری با هدف تعیین معناداری تفاوت میان گروه‌ها، کنترل اثر نمرات اولیه و ارزیابی سهم هر مداخله در تغییرات متغیرهای وابسته انجام شد.

یافته‌ها

پیش از آزمون فرضیه‌ها، شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش بر حسب گروه و زمان اندازه‌گیری محاسبه شد تا وضعیت اولیه گروه‌ها و جهت تغییرات پس از مداخله مشخص شود. جدول ۱ میانگین و انحراف معیار ادراک شایستگی و خودتنظیمی را در سه گروه کنترل، شن‌درمانی و بازی‌درمانی شناختی‌رفتاری در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون نشان می‌دهد.

و روابط همسالان از طریق نمایشگاه دوستی و تخیل فیلم‌سازی مرور شد و کودکان برای روابط پایدارتر برنامه‌ریزی کردند. جلسه دهم با عنوان «بر قالیچه رؤیا» به ترکیب آرزوها با واقعیت، معرفی الگوهای موفق، برنامه‌ریزی برای اهداف آینده، جمع‌بندی دستاوردها و پایان مداخله اختصاص داشت.

برای تحلیل داده‌ها ابتدا شاخص‌های توصیفی شامل میانگین، انحراف معیار، حداقل، حداکثر، چولگی و کشیدگی برای متغیرهای پژوهش محاسبه شد تا وضعیت توزیع نمرات و ویژگی‌های کلی داده‌ها مشخص شود. سپس برای بررسی نرمال بودن توزیع داده‌ها از شاخص‌های چولگی و کشیدگی استفاده شد و قرار گرفتن مقادیر در دامنه قابل قبول، امکان استفاده از آزمون‌های پارامتریک را فراهم کرد. در مرحله بعد، برای بررسی اثربخشی هر یک از مداخله‌ها بر ادراک شایستگی و خودتنظیمی، با کنترل نمرات پیش‌آزمون، از تحلیل کوواریانس استفاده شد. همچنین برای مقایسه مستقیم دو رویکرد مداخله‌ای، یعنی شن‌درمانی و بازی‌درمانی شناختی‌رفتاری، جدول ۱. شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش به تفکیک گروه و زمان

متغیر	زمان	گروه	تعداد	میانگین	انحراف معیار
ادراک شایستگی	پیش‌آزمون	کنترل	۲۰	۴۹.۶۵	۴.۱۰
ادراک شایستگی	پیش‌آزمون	شن‌درمانی	۲۰	۴۹.۶۰	۴.۲۲
ادراک شایستگی	پیش‌آزمون	بازی‌درمانی شناختی‌رفتاری	۲۰	۴۹.۹۵	۴.۴۴
ادراک شایستگی	پس‌آزمون	کنترل	۲۰	۴۸.۴۵	۴.۳۲
ادراک شایستگی	پس‌آزمون	شن‌درمانی	۲۰	۶۳.۱۸	۵.۷۲
ادراک شایستگی	پس‌آزمون	بازی‌درمانی شناختی‌رفتاری	۲۰	۸۴.۶۲	۶.۴۸
خودتنظیمی	پیش‌آزمون	کنترل	۲۰	۲۰.۲۰	۱.۵۵
خودتنظیمی	پیش‌آزمون	شن‌درمانی	۲۰	۲۰.۳۱	۱.۶۲
خودتنظیمی	پیش‌آزمون	بازی‌درمانی شناختی‌رفتاری	۲۰	۲۰.۴۸	۱.۶۵
خودتنظیمی	پس‌آزمون	کنترل	۲۰	۱۸.۸۶	۳.۰۵
خودتنظیمی	پس‌آزمون	شن‌درمانی	۲۰	۳۹.۲۶	۳.۶۱
خودتنظیمی	پس‌آزمون	بازی‌درمانی شناختی‌رفتاری	۲۰	۴۱.۹۹	۳.۴۵

ادراک شایستگی، میانگین گروه کنترل تغییر محسوسی نشان نداد، اما میانگین گروه شن‌درمانی افزایش یافت و بیشترین افزایش مربوط به گروه بازی‌درمانی شناختی‌رفتاری بود. در متغیر خودتنظیمی نیز هر دو گروه آزمایشی در مقایسه با گروه کنترل افزایش قابل توجهی نشان دادند؛ با این تفاوت که میانگین گروه بازی‌درمانی

بر اساس نتایج جدول ۱، میانگین‌های پیش‌آزمون در هر دو متغیر ادراک شایستگی و خودتنظیمی در سه گروه به یکدیگر نزدیک بود و این موضوع نشان می‌دهد که گروه‌ها پیش از اجرای مداخله از وضعیت نسبتاً مشابهی برخوردار بودند. با این حال، در مرحله پس‌آزمون، الگوی تغییرات میان گروه‌ها متفاوت شد. در متغیر

واریانس‌ها برای ادراک شایستگی، $F(2,57) = 1.42, p = 0.250$ ، و خودتنظیمی، $F(2,57) = 1.09, p = 0.344$ ، برقرار است. همگنی شیب‌های رگرسیون نیز از طریق بررسی تعامل پیش‌آزمون و گروه ارزیابی شد و نتایج نشان داد که این تعامل برای ادراک شایستگی، $F(2,54) = 0.83, p = 0.442$ ، و خودتنظیمی، $F(2,54) = 0.472, p = 0.76$ ، معنادار نیست. بنابراین، پیش‌فرض‌های اصلی استفاده از تحلیل کوواریانس برقرار بود و امکان مقایسه گروه‌ها پس از کنترل اثر پیش‌آزمون فراهم شد.

شناختی رفتاری اندکی بالاتر از گروه شن‌درمانی بود. این یافته‌های توصیفی نشان می‌دهد که هر دو مداخله با بهبود متغیرهای پژوهش همراه بوده‌اند، اما شدت تغییرات در ادراک شایستگی در گروه بازی‌درمانی شناختی رفتاری برجسته‌تر بوده است.

پیش از اجرای تحلیل کوواریانس، مفروضه‌های آماری بررسی شد. مقادیر چولگی و کشیدگی متغیرها در دامنه قابل قبول ۲- تا ۲ قرار داشت؛ بنابراین، توزیع نمرات از نظر نرمال بودن وضعیت مناسبی داشت. همچنین، نتایج آزمون لون نشان داد که مفروضه همگنی

جدول ۲. نتایج تحلیل کوواریانس برای مقایسه گروه‌ها در متغیرهای پژوهش

متغیر وابسته	منبع تغییرات	مجموع مجزورات نوع سوم	df میانگین مجزورات	F	معناداری اتای مربع جزئی
ادراک شایستگی پس‌آزمون	گروه	۱۳۲۵۴.۲۴۸	۲	۲۸۰.۴۵۴	$0.909 < 0.001$
ادراک شایستگی پس‌آزمون	ادراک شایستگی پیش‌آزمون	۲۴.۵۹۸	۱	۱.۰۴۱	$0.018 < 0.312$
ادراک شایستگی پس‌آزمون	خطا	۱۳۲۳۰.۲۸۰	۵۶		
ادراک شایستگی پس‌آزمون	جمع اصلاح‌شده	۱۴۶۰۲.۱۲۶	۵۹		
خودتنظیمی پس‌آزمون	گروه	۶۳۸۹.۲۷۱	۲	۳۴۲.۵۱۲	$0.925 < 0.001$
خودتنظیمی پس‌آزمون	خودتنظیمی پیش‌آزمون	۲۲.۹۲۷	۱	۲.۴۵۸	$0.042 < 0.123$
خودتنظیمی پس‌آزمون	خطا	۵۲۲.۳۳۶	۵۶		
خودتنظیمی پس‌آزمون	جمع اصلاح‌شده	۶۹۳۴.۵۳۴	۵۹		

همچنین، اثر گروه بر خودتنظیمی پس‌آزمون نیز معنادار بود، $F(2,56) = 342.512, p < 0.001, \eta^2 = 0.925$. بنابراین، بین گروه‌های پژوهش از نظر خودتنظیمی پس از اجرای مداخله تفاوت معنادار وجود داشت. در این متغیر نیز اثر پیش‌آزمون معنادار نبود، $F(1,56) = 2.458, p = 0.123, \eta^2 = 0.042$ ، می‌توان نتیجه گرفت که تغییرات مشاهده‌شده در پس‌آزمون عمدتاً ناشی از نوع مداخله بوده است، نه تفاوت‌های اولیه شرکت‌کنندگان.

نتایج جدول ۲ نشان داد که پس از کنترل اثر پیش‌آزمون، اثر گروه بر ادراک شایستگی پس‌آزمون معنادار است، $F(2,56) = 280.454, p < 0.001, \eta^2 = 0.909$. این یافته نشان می‌دهد که نوع مداخله توانسته است تفاوت معناداری در سطح ادراک شایستگی دانش‌آموزان ایجاد کند و مقدار اتای مربع جزئی بیانگر اندازه اثر بسیار قوی است. اثر پیش‌آزمون ادراک شایستگی بر پس‌آزمون معنادار نبود، $F(1,56) = 1.041, p = 0.312, \eta^2 = 0.018$ ، که نشان می‌دهد تفاوت‌های اولیه دانش‌آموزان نقش تعیین‌کننده‌ای در نمرات پس‌آزمون نداشته است.

جدول ۳. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسه زوجی گروه‌ها

متغیر	مقایسه گروه‌ها	اختلاف میانگین تعدیل‌شده	خطای استاندارد	معناداری حد پایین ۹۵٪ / حد بالا ۹۵٪
ادراک شایستگی	شن‌درمانی - کنترل	۱۴.۷۳	۱.۵۴	$0.001 < 0.909$
ادراک شایستگی	بازی‌درمانی شناختی رفتاری - کنترل	۳۶.۱۷	۱.۵۴	$0.001 < 0.001$
ادراک شایستگی	بازی‌درمانی شناختی رفتاری - شن‌درمانی	۲۱.۴۴	۱.۵۴	$0.001 < 0.001$
خودتنظیمی	شن‌درمانی - کنترل	۲۰.۴۰	۱.۳۶	$0.001 < 0.001$
خودتنظیمی	بازی‌درمانی شناختی رفتاری - کنترل	۲۳.۱۳	۱.۳۶	$0.001 < 0.001$

متغیر	مقایسه گروه‌ها	اختلاف میانگین تعدیل‌شده	خطای استاندارد	معداری حد پایین ۹۵٪	حد بالا ۹۵٪
خودتنظیمی	بازی‌درمانی شناختی‌رفتاری - شن‌درمانی	۲.۷۳	۱.۶۲	۰.۱۰۱	۶.۰۷

نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی در جدول ۳ نشان داد که در متغیر ادراک شایستگی، هر دو گروه آزمایشی در مقایسه با گروه کنترل نمرات بالاتری کسب کردند و این تفاوت‌ها از نظر آماری معنادار بود. همچنین، تفاوت میان گروه بازی‌درمانی شناختی‌رفتاری و گروه شن‌درمانی نیز معنادار بود؛ به این معنا که بازی‌درمانی شناختی‌رفتاری در مقایسه با شن‌درمانی تأثیر بیشتری بر افزایش ادراک شایستگی دانش‌آموزان مبتلا به نارساخوانی داشته است. در متغیر خودتنظیمی، هر دو گروه شن‌درمانی و بازی‌درمانی شناختی‌رفتاری در مقایسه با گروه کنترل بهبود معناداری نشان دادند، اما تفاوت میان دو گروه آزمایشی معنادار نبود، $p = 0.101$. بنابراین، می‌توان گفت هر دو مداخله در ارتقای خودتنظیمی مؤثر بوده‌اند، اما هیچ‌یک از دو روش در این متغیر برتری آماری معناداری نسبت به دیگری نداشته است.

بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد که آموزش مهارت‌های زندگی از طریق شن‌درمانی و بازی‌درمانی شناختی‌رفتاری هر دو توانسته‌اند موجب بهبود معنادار ادراک شایستگی و خودتنظیمی در دانش‌آموزان مبتلا به اختلال نارساخوانی شوند. نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد که در مقایسه با گروه کنترل، گروه شن‌درمانی در هر دو متغیر ادراک شایستگی و خودتنظیمی افزایش معناداری داشته است. همچنین، گروه بازی‌درمانی شناختی‌رفتاری نیز در مقایسه با گروه کنترل در هر دو متغیر بهبود معنادار نشان داد. با این حال، در مقایسه مستقیم دو مداخله، بازی‌درمانی شناختی‌رفتاری در ارتقای ادراک شایستگی اثربخشی بیشتری نسبت به شن‌درمانی داشت، اما تفاوت میان دو گروه آزمایشی در متغیر خودتنظیمی معنادار نبود. به بیان دیگر، هر دو روش در بهبود خودتنظیمی مؤثر بودند، اما هیچ‌یک از آن‌ها در این متغیر برتری آماری معناداری نسبت به دیگری نشان ندادند. این الگوی یافته‌ها نشان می‌دهد که مداخلات بازی‌محور، به‌ویژه هنگامی که با آموزش مهارت‌های زندگی همراه می‌شوند، می‌توانند همزمان بر ابعاد شناختی، هیجانی، انگیزشی و رفتاری دانش‌آموزان نارساخوان اثر بگذارند.

نخستین یافته مهم پژوهش، اثربخشی شن‌درمانی بر ادراک شایستگی دانش‌آموزان مبتلا به نارساخوانی بود. این نتیجه را می‌توان بر اساس ماهیت نمادین، غیرمستقیم و تجربه‌محور شن‌درمانی تبیین کرد. دانش‌آموزان نارساخوان معمولاً در محیط‌های آموزشی با تجربه‌های مکرر ناکامی مواجه می‌شوند و این تجربه‌ها به تدریج می‌تواند احساس توانمندی آنان را تضعیف کند. در شن‌درمانی، کودک بدون فشار مستقیم برای عملکرد تحصیلی، وارد فضایی می‌شود که در آن می‌تواند انتخاب کند، بسازد، داستان خلق کند، مسئله حل کند و تجربه‌های درونی خود را به شکل عینی و نمادین بازنمایی نماید. همین فرایند می‌تواند زمینه‌ای برای تجربه کنترل، مالکیت، خلاقیت و موفقیت فراهم سازد و در نتیجه ادراک کودک از شایستگی خود را ارتقا دهد. این تبیین با شواهد پژوهشی همسو است که نشان داده‌اند شن‌درمانی می‌تواند بر سلامت روان، سازگاری مدرسه‌ای و کاهش مشکلات هیجانی و رفتاری کودکان اثرگذار باشد (Kim & Seong, 2023; Rong-shuang & Zhou, 2023; Tfofa, 2026). همچنین، نتایج فراتحلیلی درباره پیامدهای درمانی شن‌درمانی نشان می‌دهد که این رویکرد در طیفی از مشکلات روان‌شناختی کودکان و نوجوانان اثربخش است و می‌تواند به عنوان مداخله‌ای مناسب برای بهبود کارکردهای عاطفی و رفتاری مورد استفاده قرار گیرد (Wiersma et al., 2022).

اثربخشی شن‌درمانی بر خودتنظیمی نیز از یافته‌های قابل توجه پژوهش حاضر بود. خودتنظیمی در دانش‌آموزان نارساخوان اهمیت ویژه‌ای دارد، زیرا این دانش‌آموزان در مواجهه با تکالیف خواندن، اغلب با ناکامی، اضطراب، کاهش تمرکز و اجتناب روبه‌رو می‌شوند. شن‌درمانی از طریق ایجاد فضای امن، درگیر کردن حواس، کاهش فشار کلامی، تقویت بازی نمادین و فراهم ساختن فرصت بازنمایی هیجان‌ها می‌تواند به کودک کمک کند هیجان‌های خود را شناسایی، بیان و مدیریت کند. زمانی که کودک موقعیت‌های چالش‌زا را در سینی شن بازسازی می‌کند و با هدایت غیرمستقیم درمانگر راه‌حل‌های مختلف را تجربه می‌نماید، در واقع مهارت‌هایی مانند

اثربخشی بازی‌درمانی شناختی‌رفتاری بر خودتنظیمی نیز با مبانی نظری این رویکرد هماهنگ است. در این روش، کودک یاد می‌گیرد رابطه میان فکر، احساس و رفتار را تشخیص دهد، موقعیت‌های دشوار را تحلیل کند، هیجان‌های منفی را نام‌گذاری نماید، پاسخ‌های جایگزین را تمرین کند و برای حل مسئله برنامه‌ریزی داشته باشد. این مؤلفه‌ها مستقیماً با خودتنظیمی ارتباط دارند. به‌ویژه در دانش‌آموزان نارساخوان که ممکن است هنگام مواجهه با تکالیف تحصیلی دچار اضطراب، ناامیدی یا اجتناب شوند، آموزش مهارت‌های شناختی‌رفتاری می‌تواند به آنان کمک کند قبل از واکنش هیجانی شدید، افکار خود را بررسی کنند و رفتارهای سازگارانه‌تری نشان دهند. مطالعات پیشین نیز نشان داده‌اند که مداخلات بازی‌محور و شناختی‌رفتاری می‌توانند در بهبود تنظیم هیجان و کیفیت زندگی کودکان با مشکلات اضطرابی، افزایش خودکارآمدی والدینی و بهبود سازگاری اجتماعی کودکان مؤثر باشند (Sadeghi et al., 2025; Shamsabadi et al., 2024). همچنین، نتایج پژوهش‌های مرتبط با درمان رابطه کودک - والد نیز نشان داده است که مداخلات مبتنی بر بازی و رابطه می‌توانند بر تنظیم هیجان و کاهش تنش روان‌شناختی اثرگذار باشند (Hosseini & Ashori, 2024). این شواهد از این برداشت حمایت می‌کنند که بازی‌درمانی شناختی‌رفتاری از طریق ترکیب آموزش مهارت، تجربه هیجانی اصلاحی و تمرین رفتاری می‌تواند خودتنظیمی را در کودکان تقویت کند.

با وجود اثربخشی هر دو مداخله بر خودتنظیمی، نتایج مقایسه تعقیبی نشان داد که تفاوت میان‌شن‌درمانی و بازی‌درمانی شناختی‌رفتاری در این متغیر معنادار نیست. این یافته نشان می‌دهد که اگرچه سازوکارهای دو رویکرد متفاوت است، هر دو می‌توانند از مسیرهای متمایز به بهبود خودتنظیمی منجر شوند. در شن‌درمانی، خودتنظیمی بیشتر از طریق بیان نمادین، پردازش غیرمستقیم هیجان، کاهش تنش، تجربه کنترل در محیط درمانی و بازسازی موقعیت‌های چالش‌زا شکل می‌گیرد. در مقابل، در بازی‌درمانی شناختی‌رفتاری، خودتنظیمی از طریق آموزش مستقیم مهارت‌های شناختی، تمرین حل مسئله، شناسایی افکار و اصلاح پاسخ‌های رفتاری تقویت می‌شود. بنابراین، ممکن است هر دو مسیر برای ارتقای خودتنظیمی کارآمد باشند، اما برتری آماری یکی بر دیگری آشکار نشود. این

مکتب، انتخاب، بازداری پاسخ، تحمل ناکامی و حل مسئله را تمرین می‌کند. این فرایند می‌تواند مبنایی برای تقویت خودتنظیمی باشد. همسویی این یافته با مطالعات مربوط به کاربرد شن‌درمانی در تنظیم هیجان کودکان دارای نیازهای ویژه نیز قابل مشاهده است؛ برای مثال، پژوهش‌های انجام‌شده درباره دانش‌آموزان دارای اختلال طیف اوتیسم نشان داده‌اند که شن‌درمانی می‌تواند در بهبود تنظیم هیجانی، رفتار اجتماعی و ارتباط اجتماعی نقش داشته باشد (Khalid et al., 2024; Yuxi et al., 2024; Zelcek & Pouya, 2024). همچنین، درمان شن‌بازی والد - کودک در کودکان دارای اختلال طیف اوتیسم نشان داده است که این نوع مداخله می‌تواند از طریق تقویت تعامل، تجربه مشترک و بازی نمادین، زمینه بهبود کارکردهای هیجانی و رفتاری را فراهم کند (Turner, 2023).

یافته دیگر پژوهش حاضر نشان داد که بازی‌درمانی شناختی‌رفتاری تأثیر معناداری بر ادراک شایستگی دانش‌آموزان نارساخوان دارد و در مقایسه با شن‌درمانی اثر قوی‌تری بر این متغیر نشان می‌دهد. این نتیجه از نظر نظری قابل انتظار است، زیرا بازی‌درمانی شناختی‌رفتاری به طور مستقیم بر شناسایی افکار ناکارآمد، بازسازی شناختی، اصلاح خودگویی منفی، آموزش حل مسئله، تمرین پاسخ‌های سازگارانه و ایجاد تجربه‌های موفقیت‌آمیز تمرکز دارد. دانش‌آموز نارساخوان ممکن است در اثر شکست‌های تحصیلی مکرر، باورهای منفی درباره توانایی‌های خود داشته باشد. در بازی‌درمانی شناختی‌رفتاری، این باورها از طریق بازی، نقش‌آفرینی، داستان‌سازی، کارت‌های شناختی و تمرین‌های گروهی به چالش کشیده می‌شوند و کودک فرصت می‌یابد برداشت تازه‌ای از توانایی‌های خود شکل دهد. بنابراین، این رویکرد به صورت مستقیم‌تر بر سازه ادراک شایستگی اثر می‌گذارد. این یافته با مطالعاتی همسو است که اثربخشی بازی‌درمانی شناختی‌رفتاری را در کاهش اهمال‌کاری، بهبود سازگاری رفتاری، ارتقای مهارت‌های حل مسئله و تقویت کارکردهای اجرایی دانش‌آموزان نارساخوان گزارش کرده‌اند (Rezaei et al., 2023; Vosoughi Kalantari et al., 2025; Shamshiri et al., 2025). از آنجا که ادراک شایستگی به شدت با باورهای شناختی کودک درباره توانایی خود پیوند دارد، مداخله‌ای که مستقیماً افکار، احساس‌ها و رفتارهای ناکارآمد را هدف می‌گیرد، می‌تواند اثر برجسته‌تری بر این متغیر داشته باشد.

شوند. از منظر کاربردی نیز نتایج پژوهش می‌تواند برای مدارس، مراکز اختلالات یادگیری، کلینیک‌های کودک و درمانگران آموزشی سودمند باشد. بر اساس یافته‌ها، بازی‌درمانی شناختی رفتاری می‌تواند گزینه مناسبی برای کودکانی باشد که باورهای منفی شدید درباره توانایی خود دارند یا به مداخله‌ای ساختاریافته‌تر برای اصلاح افکار و رفتارها نیازمندند. در عین حال، شن‌درمانی می‌تواند برای کودکانی که بیان کلامی ضعیف‌تر، تنش هیجانی بیشتر یا نیاز به فضای غیرمستقیم و نمادین دارند، بسیار مفید باشد. این نتیجه با مجموعه‌ای از پژوهش‌های مربوط به شن‌درمانی مدرسه‌ای، درمان قربانیان قلدری سایبری، مداخلات ارتباطی و درمان‌های بازی‌محور همسو است که بر اهمیت بازی به عنوان زبان طبیعی کودک و ابزار تغییر روان‌شناختی تأکید دارند (Kim & Seong, 2023; Lee et al., 2023; Ttofa, 2026; Wiersma et al., 2022).

پژوهش حاضر با وجود برخورداری از طرح نیمه‌آزمایشی و مقایسه دو مداخله، با چند محدودیت همراه بود. نخست آنکه نمونه پژوهش از میان دانش‌آموزان ۱۰ تا ۱۲ ساله مبتلا به نارساخوانی در شهر کرج و به روش هدفمند و در دسترس انتخاب شد؛ بنابراین، تعمیم نتایج به سایر گروه‌های سنی، شهرها، بافت‌های فرهنگی و دانش‌آموزان دارای شدت‌های متفاوت نارساخوانی باید با احتیاط انجام شود. دوم آنکه اندازه نمونه محدود بود و اگرچه برای تحلیل‌های آماری پژوهش کفایت داشت، اما مطالعات با نمونه‌های بزرگ‌تر می‌توانند برآورد دقیق‌تری از اندازه اثر مداخلات ارائه دهند. سوم آنکه پژوهش حاضر بر داده‌های پرسشنامه‌ای و گزارش والدین تکیه داشت و استفاده همزمان از ارزیابی معلمان، مشاهده رفتاری، آزمون‌های عملکردی و شاخص‌های عینی‌تر می‌توانست تصویر جامع‌تری از تغییرات خودتنظیمی و ادراک شایستگی فراهم کند. همچنین، دوره پیگیری بلندمدت در طرح حاضر مورد توجه قرار نگرفت و مشخص نیست که اثرات مداخله در فاصله‌های زمانی طولانی‌تر تا چه اندازه پایدار می‌مانند.

پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آینده با استفاده از طرح‌های آزمایشی تصادفی‌شده، نمونه‌های بزرگ‌تر و دوره‌های پیگیری چندماهه، پایداری اثرات شن‌درمانی و بازی‌درمانی شناختی رفتاری را در دانش‌آموزان نارساخوان بررسی کنند. همچنین، بهتر است در

تبیین با پژوهش‌های مقایسه‌ای همخوان است که نشان داده‌اند شن‌درمانی و درمان شناختی رفتاری می‌توانند هر دو بر پیامدهای روان‌شناختی اثرگذار باشند، هرچند از مسیرهای متفاوتی تغییر ایجاد می‌کنند (Matta & Ramos, 2023). همچنین، پژوهش‌های مربوط به بازی‌درمانی در گروه‌های دارای نیازهای ویژه نشان داده‌اند که بازی، چه در قالب ساختاریافته شناختی رفتاری و چه در قالب تجربه‌محور، می‌تواند تحمل پریشانی، پردازش حسی و سازگاری هیجانی را بهبود بخشد (Kutsal et al., 2025).

در مجموع، یافته‌های پژوهش حاضر بیانگر آن است که مداخلات بازی‌محور برای دانش‌آموزان نارساخوان باید تنها به عنوان فعالیت‌های سرگرم‌کننده تلقی نشوند، بلکه می‌توانند ابزارهای جدی و هدفمند برای تغییر روان‌شناختی، شناختی و رفتاری باشند. شن‌درمانی با فراهم کردن فضای نمادین، حسی و غیرتهدیدکننده، به کودک امکان می‌دهد تجربه‌های شکست، ناکامی و اضطراب را به شکلی ایمن بازسازی کند و از این مسیر به احساس کنترل و شایستگی برسد. بازی‌درمانی شناختی رفتاری نیز با ساختار آموزشی‌تر خود، به کودک کمک می‌کند افکار ناکارآمد را شناسایی کند، باورهای منفی درباره توانایی خود را تغییر دهد و مهارت‌های لازم برای تنظیم هیجان و رفتار را تمرین نماید. برتری بازی‌درمانی شناختی رفتاری در ادراک شایستگی نشان می‌دهد که برای تغییر باورهای خودارزیابانه و احساس توانمندی، مداخله‌ای که به صورت مستقیم‌تر با شناخت‌ها، خودگویی‌ها و تجربه موفقیت کار می‌کند، ممکن است اثربخش‌تر باشد. در مقابل، نبود تفاوت معنادار میان دو روش در خودتنظیمی نشان می‌دهد که هر دو مداخله می‌توانند برای تقویت مهارت‌های تنظیمی دانش‌آموزان نارساخوان مناسب باشند. بنابراین، انتخاب میان این دو روش باید بر اساس هدف درمان، ویژگی‌های کودک، امکانات مرکز، مهارت درمانگر و نوع مشکل غالب دانش‌آموز انجام شود.

از منظر نظری، پژوهش حاضر به گسترش ادبیات مداخلات روان‌شناختی در اختلالات یادگیری کمک می‌کند، زیرا نشان می‌دهد که مشکلات دانش‌آموزان نارساخوان صرفاً به مهارت خواندن محدود نیست و متغیرهایی مانند ادراک شایستگی و خودتنظیمی نیز باید به عنوان اهداف اصلی مداخله در نظر گرفته

مطالعات بعدی شدت نارساخوانی، جنسیت، وضعیت اقتصادی - اجتماعی خانواده، سطح اضطراب تحصیلی، سبک فرزندپروری و کیفیت رابطه والد - کودک به عنوان متغیرهای تعدیل‌گر یا میانجی بررسی شوند. استفاده از روش‌های ترکیبی نیز می‌تواند ارزشمند باشد؛ به این معنا که علاوه بر تحلیل‌های کمی، تجربه زیسته دانش‌آموزان، والدین، معلمان و درمانگران از فرایند مداخله به صورت کیفی مطالعه شود. همچنین، مقایسه این دو رویکرد با مداخلات دیگری مانند توان‌بخشی شناختی، آموزش راهبردهای خواندن، مداخلات مبتنی بر ذهن‌آگاهی یا برنامه‌های ترکیبی مدرسه‌محور می‌تواند روشن کند که کدام مداخله برای کدام زیرگروه از دانش‌آموزان نارساخوان اثربخش‌تر است.

بر اساس نتایج پژوهش حاضر، پیشنهاد می‌شود مراکز اختلالات یادگیری و مدارس ابتدایی از مداخلات بازی‌محور به عنوان مکمل آموزش‌های جبرانی خواندن استفاده کنند. برای دانش‌آموزانی که احساس ناتوانی، خودگویی منفی، اجتناب از تکلیف و ضعف آشکار در باور به توانایی خود دارند، بازی‌درمانی شناختی‌رفتاری می‌تواند انتخاب مناسبی باشد، زیرا ساختار آن امکان آموزش مستقیم مهارت‌های شناختی، هیجانی و رفتاری را فراهم می‌کند. در مقابل، برای کودکانی که در بیان هیجان‌ها دشواری دارند، به محیطی غیرتهدیدکننده نیازمندند یا از فعالیت‌های نمادین و حسی بهتر پاسخ می‌گیرند، شن‌درمانی می‌تواند گزینه‌ای کارآمد باشد. همچنین، توصیه می‌شود روان‌شناسان مدرسه، درمانگران کودک و معلمان آموزش‌های لازم را درباره کاربرد اصول اولیه شن‌درمانی، بازی‌درمانی شناختی‌رفتاری، تقویت ادراک شایستگی و آموزش خودتنظیمی دریافت کنند تا بتوانند برنامه‌های مداخله‌ای را متناسب با نیازهای فردی دانش‌آموزان طراحی و اجرا نمایند.

تعارض منافع

بین نویسندگان هیچ تعارض منافی وجود نداشت.

حامی مالی

این پژوهش بدون هیچ حمایت مالی و با هزینه شخصی انجام شد.

ملاحظات اخلاقی

در این مطالعه، اهمیت و ضرورت پژوهش برای نمونه‌ها تشریح و درباره رعایت ملاحظات اخلاقی مانند رازداری، محرمانگی، حفظ حریم نمونه‌ها، آزادی جهت شرکت در پژوهش و انصراف از آن و غیره به آنان اطمینان داده شد.

مشارکت نویسندگان

نویسندگان این مقاله با یکدیگر مشارکت داشتند.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از تمامی افرادی که در مراحل پژوهش همکاری و یاری نمودند تقدیر و تشکر می‌شود.

References

- Hosseini, M., & Ashori, M. (2024). Effect of Child-parent Relationship Therapy on Emotion Regulation and Stress in Mothers of Deaf Children. *International Journal of Play Therapy*, 33(3), 117-128. <https://doi.org/10.1037/pla0000219>
- Khalid, N. F., Ramli, M., & Zaharudin, R. (2024). Exploring the Effectiveness of Sand Play Therapy on Emotional Regulation Among Autism Students Using the Fuzzy Delphi Method. *International Journal of Education Psychology and Counseling*, 9(56), 1141-1152. <https://doi.org/10.35631/ijepc.956072>
- Kim, J., & Seong, N. (2023). An Exploratory Study on Sandplay Therapy for Enhancing School Adaptation of Elementary School Students: A Focus on Domestic Research Since 2010. *Journal of Symbols & Sandplay Therapy*, 14(3), 21-42. <https://doi.org/10.12964/jsst.23009>
- Kutsal, A., Nasrin, S., & Turan, S. (2025). The Effect of Play Therapy on Sensory Processing and Distress Tolerance in Adolescents with Mild Intellectual Disabilities. *Psychological Research in Individuals with Exceptional Needs*, 3(1), 27-35. <https://doi.org/10.61838/kman.prien.3.1.4>
- Lee, M.-B., Yeom, Y. O., Kim, M. S., Lee, Y., Kim, K. M., Kim, D. H., Lee, C. M., & Lee, J. E. (2023). Effects of School Sandplay Group Therapy on Children Victims of Cyberbullying. *Medicine*, 102(14), e33469. <https://doi.org/10.1097/md.00000000000033469>
- Matta, R. M. d., & Ramos, D. G. (2023). The Effectiveness of Sandplay Therapy Versus Cognitive Behavioral Therapy: A Comparative Study. *Estudos De Psicologia (Campinas)*, 40. <https://doi.org/10.1590/1982-0275202340e210099>
- Rezaei, O. L., Sadeghi, M., & Mehdikhani, M. (2023). The Effectiveness of Cognitive-Behavioral Play Therapy in Reducing Procrastination Among Students with Dyslexia. Second Conference on Psychology, Educational Sciences, Social Sciences, and Humanities,
- Rong-shuang, Z., & Zhou, Y. (2023). Research on the Therapeutic Effect of Sandplay Intervention on Emotional and Behavioral Problems of a Primary School Student. *Journal of Contemporary Educational Research*, 7(10), 173-178. <https://doi.org/10.26689/jcer.v7i10.5474>
- Sadeghi, M., Akbari Charmahini, S., Bahrami, A., & Seyed Mousavi, P. S. (2025). Effectiveness of Attachment-Based Play Therapy on Mothers' Parental Self-Efficacy, Emotion Regulation, and Social Adjustment of Children with

- Separation Anxiety: A Case Study. *Applied Psychology Quarterly, Shahid Beheshti University*, 16(2), 107-132.
- Shamsabadi, F., Mirzaian, B., & Abbasi, G. (2024). Comparison of the Effectiveness of Attachment-Based Play Therapy and Cognitive-Behavioral Therapy on Emotional Regulation and Quality of Life in Children with Separation Anxiety Disorder. *KMAN Counseling & Psychology Nexus*, 2(2), 220-229.
<https://journals.kmanpub.com/index.php/psychnexus/article/view/3488>
- Shamshiri, M., Amiri, S., & Farrahi, A. (2025). Comparing the Effectiveness of Cognitive-Behavioral Play Therapy and Computerized Cognitive Rehabilitation on Executive Functions in Students with Dyslexia. *Journal of Learning Disabilities*, 14(2), 45-62.
- Ttofa, J. (2026). The Effects of Jungian Sandplay Therapy on the Psychological Health of Children and Adolescents: A Systematic Review of Quantitative Studies. *Counselling and Psychotherapy Research*, 26(2).
<https://doi.org/10.1002/capr.70163>
- Turner, C. A. (2023). Effects of Parent-Child Sandplay Therapy for Preschool Children with ASD. *Research in Developmental Disabilities*, 135, 104678.
- Vosoughi Kalantari, A., Marashian, F. S., Dasht Bozorgi, Z., & Hafezi, F. (2025). Effectiveness of Cognitive-Behavioral Play Therapy on Behavioral Adjustment and Problem-Solving Skills in Students with Dyslexia. *International Journal of School Health*, 12(1), 53-62.
- Wiersma, J. K., Freedle, L. R., McRoberts, R., & Solberg, K. B. (2022). A Meta-Analysis of Sandplay Therapy Treatment Outcomes. *International Journal of Play Therapy*, 31(4), 197-215. <https://doi.org/10.1037/pla0000180>
- Yuxi, R., Shuqi, J., Cong, L., Li, S., & Yueyu, L. (2024). A Systematic Review of the Effect of Sandplay Therapy on Social Communication Deficits in Children With Autism Spectrum Disorder. *Frontiers in Pediatrics*, 12. <https://doi.org/10.3389/fped.2024.1454710>
- Zelcek, B., & Pouya, S. (2024). Investigation of the Effect of the Sandplay Therapy in the Open Area to Improve the Social Behaviour of Children With Autism Spectrum Disorder. *Support for Learning*, 39(3), 149-164. <https://doi.org/10.1111/1467-9604.12486>