

Journal of Research in Behavioral Sciences

Year 2026, Volume 1, Issue 1



روان‌شناسی و فرهنگ به‌زیستی

The Effect Of Play Therapy On Behavioral Problems, Self-Concept, And Self-Esteem In Elementary School Students With Learning Disabilities

Elahe Salehi Pour¹, Seyed Hadi Naghibi², Hassan Abdi³

1. MA, Department of General Psychology, Sha.C., Islamic Azad University, Shahrood, Iran.

2. (Corresponding author) Department of Physical Education and Sport Sciences, Sha.C., Islamic Azad University, Shahrood, Iran. Email: dishadi1359@yahoo.com

3. Department of Physical Education and Sport Sciences, Sha.C., Islamic Azad University, Shahrood, Iran

Abstract

Aim and Background: In addition to academic problems, learning disabilities in elementary school students are often accompanied by emotional and behavioral consequences such as aggression, isolation, decreased self-concept, and low self-esteem, which can affect their social adjustment and academic progress. Therefore, the aim of this study was to investigate the effect of play therapy on behavioral problems, self-concept, and self-esteem in elementary school students with learning disabilities.

Methods and Materials: Materials and Methods: The research method is a semi-experimental design with a pre-test, post-test, and control and experimental groups. The statistical population of this study included all elementary school students with learning disabilities in the Itedaei schools of Shahrood city in the academic year 1404-1405. The research sample was purposefully selected from among students who had a diagnosis of learning disability based on DSM-5 criteria. Then, 30 of them were randomly assigned to two experimental and control groups (15 people in each group). Finally, based on the exclusion criteria, 12 people remained in the experimental group and 14 in the control group. The research questionnaires included the Thomas Child Behavior Checklist (CBCL) by Akhot et al. (1991), the Rosenberg Self-Esteem Scale (1965), and the Pierre-Harris Children's Self-Concept Scale (1969). ANOVA test was used to analyze the research data. All statistical operations of the research were performed using SPSS version 25 software with a significance level of $P < 0.05$.

Findings: The results of the research showed that the difference in pre-test-post-test scores of the two groups for the variables of behavioral problems, self-esteem, and self-concept is significant ($p < 0.001$). Also, the difference in the mean post-test scores of behavioral problems, self-esteem, and self-concept in the experimental and control groups is significant ($P = 0.001$).

Conclusions: The findings showed that play therapy significantly reduced behavioral problems and improved self-concept and self-esteem of students with learning disabilities. Therefore, this intervention can be used as an effective and practical approach in schools to promote the mental health and academic adjustment of these students.

Keywords: Play Therapy, Behavioral Problems, Self-Concept, Self-Esteem, Learning Disability

Citation: Salehi Pour, E, Naghibi, SH, & Abdi, H. (2026). The effect of play therapy on behavioral problems, self-concept, and self-esteem in elementary school students with learning disabilities. *Journal of Psychology and Culture of Well-being*, 1(1), 1-17.

Introduction

Children naturally interact with their environment through play, which provides a valuable opportunity for the nonverbal expression of emotions and feelings (Lin, & Bratton, 2015). Play therapy, as a specialized therapeutic approach for children, has been employed for decades to enhance adaptive behaviors, improve social relationships, and facilitate emotional expression, particularly among

vulnerable groups such as children with HIV or those with psychological disorders (Astramovich et al., 2015; Ray, 2022). Play therapists contend that this approach enables children to experience and express their emotions and challenges through symbolic play within a safe and supportive environment, thereby improving emotional regulation and social skills (Parker et al., 2021; Garnefski et al., 2017). This method is especially effective for children who have difficulty verbally expressing their emotions and needs, as play allows emotional release, practice of social skills, and improvement in cognitive and motor functioning (Pedro-Carroll & Jones, 2005; Brusilovsky, 2024).

Learning disorders are among the most prevalent childhood conditions, affecting not only the learning process but also leading to a range of behavioral and emotional consequences, including inattention, social withdrawal, anxiety, aggression, and low self-esteem. Children with learning disorders often develop negative self-concepts and diminished self-worth, and repeated academic failures further exacerbate these challenges (Nelson & Harwood, 2011; Hallahan, Kauffman, & Pullen, 2019). In addition to academic difficulties, deficits in social skills can result in social rejection and intensification of maladaptive behaviors (Wiener, 2004).

Given the psychological and behavioral impacts of learning disorders, it is crucial to employ nonverbal interventions that align with children's developmental levels. Play therapy, as a creative and indirect approach, facilitates emotional expression, reduces psychological stress, and supports the acquisition of social skills (Landreth, 2012; Cheng & Ray, 2016). This intervention can strengthen children's self-esteem and self-concept while promoting positive emotional and behavioral competencies (Scott et al., 2003; Mahmoudi et al., 2022).

Method

The present study employed a quasi-experimental design with a pretest-posttest and control and experimental groups. The population consisted of elementary school students with learning disorders in Shahrud during the 2025–2026 academic year. The sample included 30 students diagnosed with learning disorders according to DSM-5 criteria, who were randomly assigned to the experimental group ($n = 15$) and the control group ($n = 15$). At the end of the intervention, 12 students remained in the experimental group and 14 in the control group.

Inclusion criteria were: formal diagnosis of a learning disorder, age between 10 and 12 years, an IQ above 85, scores above the cutoff point for behavioral problems, scores below the mean on self-concept and self-esteem questionnaires, parental consent, and child assent. Exclusion criteria included frequent absences, severe psychiatric disorders, recent changes in medication, lack of child cooperation, and other unforeseen circumstances.

Research Instruments

1. **Child Behavior Checklist (CBCL):** Used to assess emotional and behavioral problems as well as social and academic competencies in children aged 6 to 18 from the parents' perspective. The checklist includes 113 items rated on a 3-point Likert scale, covering subscales such as anxiety/depression, social withdrawal, social problems, attention, and aggressive behavior. Its reliability and validity have been confirmed in Iran and other countries.

2. **Rosenberg Self-Esteem Scale:** A 10-item scale with four-point Likert responses designed to measure self-worth and positive self-attitudes. Scores range from 0 to 30, indicating low, medium, and high self-esteem levels.

3. **Piers-Harris Children's Self-Concept Scale:** Consists of 80 yes/no items across six subdomains: behavior, intellectual and academic status, physical appearance and attitudes, anxiety, popularity, and happiness/satisfaction. Higher scores indicate a more positive self-concept.

Intervention Procedure

The play therapy program comprised **10 sessions of 60 minutes each**, structured as follows:

1. **Introduction and Orientation:** Building group cohesion and establishing rules.

2. **Emotion Identification:** Teaching children to recognize and express positive and negative emotions.
3. **Relaxation and Emotional Release:** Training in anger and anxiety management through creative activities.
4. **Expressing Frustration and Anger:** Practicing the expression of negative emotions via symbolic play and activities.
5. **Attention and Memory Enhancement:** Pencil-and-paper games and hands-on activities to improve concentration.
6. **Social Cooperation and Role Skills:** Group role-playing and dramatic activities.
7. **Cognitive Skill Development:** Problem-solving, memory, and visualization games.
8. **Physical Skills and Social Role-Play:** Clay modeling, pantomime, and creative performance activities.
9. **Anger Control and Collaboration:** Practicing social skills and managing negative competition.
10. **Coping with Negative Thoughts and Strengthening Positive Thinking:** Group storytelling and narrative activities to encourage positive thinking.

After confirming the normality of the data and homogeneity of variances, a one-way ANOVA was conducted to examine the effectiveness of play therapy. The significance level was set at $p < 0.01$, and data were analyzed using SPSS version 25.

Findings

The results in Table 1 indicate that the difference between the pretest–posttest scores of the two groups on behavioral problems was statistically significant ($p < .001$). The mean score of the experimental group on behavioral problems was significantly lower than that of the control group. Therefore, play therapy was significantly effective in reducing behavioral problems among elementary school students with learning disorders. Accordingly, the first hypothesis was supported.

Table 1. ANOVA Results for Experimental and Control Groups on Behavioral Problems

Source of Variation	SS	df	MS	F	p-value
Between Groups	1563.250	1	1563.250	58.930	< .001
Within Groups	97.081	24	26.527		
Total	4051.650	25			

Table 2. ANOVA Results for Experimental and Control Groups on Self-Esteem

Source of Variation	SS	df	MS	F	p-value
Between Groups	684.626	1	684.626	85.326	< .001
Within Groups	192.568	24	8.024		
Total	877.194	25			

The results in Table 2 show that the difference between the pretest–posttest scores of the two groups on self-esteem was statistically significant ($p < .001$). The mean self-esteem score of the experimental group was significantly higher than that of the control group. Therefore, play therapy was significantly effective in increasing self-esteem among elementary school students with learning disorders. Accordingly, the second hypothesis was supported.

Table 3. ANOVA Results for Experimental and Control Groups on Self-Concept

Source of Variation	SS	df	MS	F	p-value
Between Groups	3081.371	1	3081.371	113.363	< .001
Within Groups	652.356	24	27.182		
Total	3733.727	25			

The results in Table 3 indicate that the difference between the pretest–posttest scores of the two groups on self-concept was statistically significant ($p < .001$). The mean self-concept score of the experimental group was significantly higher than that of the control group. Therefore, play therapy was significantly effective in increasing self-concept among elementary school students with learning disorders. Accordingly, the third hypothesis was supported.

Discussion and Conclusion

The results indicated that play therapy significantly reduced behavioral problems in children with learning disorders and enhanced their self-esteem and self-concept. These findings are consistent with previous studies (Piran Kashani & Haji-Ghasemi, 2022; Salehi et al., 2022). Learning disorders are often associated with repeated academic failures, low self-esteem, and difficulties in emotional expression. Children with learning disorders typically exhibit deficits in verbal and cognitive skills, which limit their ability to process emotions directly; therefore, nonverbal interventions such as play therapy are essential (Kavale & Forness, 1996). Play therapy is considered the natural language of children, providing a safe and supportive environment in which they can express emotions, conflicts, and concerns. By offering opportunities for successful experiences, mastery, and empowerment through play, this approach promotes self-esteem and positive self-concept (Landreth, 2012; Ray, 2011). Moreover, play therapy enhances the therapeutic relationship, improves social skills and emotional self-regulation, and reduces maladaptive behaviors (Drewes & Schaefer, 2015; Geraci, 2024). Overall, play therapy, as an engaging, effective, and developmentally appropriate intervention, contributes to the reduction of behavioral problems and the promotion of positive psychological constructs, such as self-esteem and self-concept, in elementary school students with learning disorders. These results support the implementation of school-based and clinical interventions aimed at fostering adaptive emotional and behavioral outcomes.

تأثیر بازی درمانی بر مشکلات رفتاری، خودپنداره و عزت نفس در دانش‌آموزان ابتدایی دارای اختلال یادگیری

الهه صالحی پور^۱، سید هادی نقیبی^۲، حسن عبدی^۳

۱- کارشناسی ارشد، گروه روان‌شناسی عمومی، واحد شاهرود، دانشگاه آزاد اسلامی، شاهرود، ایران.

۲- (نویسنده مسئول) گروه تربیت‌بدنی و علوم ورزشی، واحد شاهرود، دانشگاه آزاد اسلامی، شاهرود، ایران. dishadi1359@yahoo.com

۳- گروه تربیت‌بدنی و علوم ورزشی، واحد شاهرود، دانشگاه آزاد اسلامی، شاهرود، ایران.

habdi1978@gmail.com

چکیده

زمینه و هدف: اختلال یادگیری در دانش‌آموزان ابتدایی علاوه بر مشکلات تحصیلی، اغلب با پیامدهای هیجانی و رفتاری همچون پرخاشگری، گوشه‌گیری، کاهش خودپنداره و افت عزت‌نفس همراه است که می‌تواند سازگاری اجتماعی و پیشرفت تحصیلی آنان را تحت تأثیر قرار دهد. ازاین‌رو هدف از این پژوهش بررسی تأثیر بازی درمانی بر مشکلات رفتاری، خودپنداره و عزت نفس در دانش‌آموزان ابتدایی دارای اختلال یادگیری بود.

مواد و روش‌ها: روش پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و گروه‌های کنترل و آزمایشی می‌باشد. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه دانش‌آموزان دوره ابتدایی دارای اختلال یادگیری در مدارس ابتدایی شهرستان شاهرود در سال تحصیلی ۱۴۰۴-۱۴۰۵ بود. نمونه پژوهش به صورت هدفمند از میان دانش‌آموزانی که دارای تشخیص اختلال یادگیری بر اساس ملاک‌های DSM-5 بودند انتخاب شدند. سپس ۳۰ نفر از آنان به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل (هر گروه ۱۵ نفر) جایگزین شدند. در انتها براساس ملاک‌های خروج از پژوهش ۱۲ نفر در گروه آزمایش و ۱۴ نفر در گروه کنترل باقی ماندند. پرسشنامه‌های تحقیق شامل چک‌لیست رفتار کودک توماس (CBCL) آکهورت و همکاران (۱۹۹۱)، مقیاس عزت‌نفس روزنبرگ (۱۹۶۵) و مقیاس خود پنداره کودکان پی‌یر - هریس (۱۹۶۹) بود. جهت تجزیه و تحلیل داده‌های تحقیق از آزمون آنوا استفاده شد. تمام عملیات آماری پژوهش با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۵ با سطح معنی‌داری $P < 0.05$ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: نتایج پژوهش نشان داد که تفاوت نمره‌های پیش‌آزمون - پس‌آزمون دو گروه برای متغیرهای مشکلات رفتاری، عزت نفس و خودپنداره معنادار است ($P < 0.01$). هم چنین تفاوت میانگین نمره‌های پس‌آزمون مشکلات رفتاری، عزت نفس و خودپنداره در دو گروه آزمایش و کنترل معنادار است ($P = 0.01$).

نتیجه‌گیری: یافته‌ها نشان داد بازی‌درمانی به‌طور معناداری موجب کاهش مشکلات رفتاری و بهبود خودپنداره و عزت‌نفس دانش‌آموزان دارای اختلال یادگیری شد. بنابراین، می‌توان از این مداخله به‌عنوان رویکردی مؤثر و کاربردی در مدارس برای ارتقای سلامت روان و سازگاری تحصیلی این دانش‌آموزان بهره‌گرفت.

واژه‌های کلیدی: بازی درمانی، مشکلات رفتاری، خودپنداره، عزت نفس، اختلال یادگیری

ارجاع: صالحی پور، ا.، نقیبی، س. ه. و عبدی، ح. (۱۴۰۴). تأثیر بازی درمانی بر مشکلات رفتاری، خودپنداره و عزت نفس در دانش‌آموزان ابتدایی دارای اختلال یادگیری. *مجله روان‌شناسی و فرهنگ به‌زیستی*، ۱(۱)، ۱۷-۱.

مقدمه

کودکان به‌طور طبیعی ازطریق بازی ارتباط برقرار می‌کنند. آنها حق دارند خودشان را به‌صورت غیرکلامی ابراز کنند (لین و براتون^۱، ۲۰۱۵). چند دهه است که بازی درمانی به عنوان مداخله‌ای برای کمک به کودکان مبتلا به ایدز برای تقویت رفتارهای سازگارانه و ایجاد روابط اجتماعی قوی تر پیشنهاد شده است (آستراموویچ و همکاران^۲، ۲۰۱۵). بازی درمانی کودک محور ممکن است فرصتی برای کودکان فراهم

¹ Lin & Bratton

² Astramovich et al.,

کند تا رابطه درمانی را تجربه کنند که رشد و کشف افکار، احساسات و عواطف کودک را در یک محیط باز و پذیرنده تقویت می‌کند (ری^۱، ۲۰۲۲). متخصصان بازی درمانی اعتقاد دارند این روش کودکان را قادر می‌سازد تا مشکلاتی را که نمی‌تواند در زندگی روزمره خود بیان کند، به صورت بازی به نمایش درآورد و هیجان‌های پنهان با هدایت درمانگر آشکار سازد (پارکر و همکاران^۲، ۲۰۲۱)، زیرا تنظیم هیجان در زندگی همه انسان‌ها از اهمیت چشمگیری برخوردار است (گارنفسکی و همکاران^۳، ۲۰۱۷). رویکردهای مختلف معتقدند که استفاده از بازی یا محیط بازی، ویژگی اجتناب‌ناپذیر تشخیص و درمان کودکانی است که مشکلات رفتاری و روانشناختی دارند؛ زیرا کودکان اغلب در بیان شفاهی احساساتشان با مشکل روبرو هستند. آنها می‌توانند از طریق بازی موانع را کاهش دهند و احساساتشان را بهتر نشان دهند (پدرو-کارول و جونز^۴، ۲۰۰۵). بازی درمانی در درمان انواع اختلالات کودکان مثل افسردگی، اضطراب و مشکلات رفتاری استفاده شده و در بسیاری از موارد موثر ارزیابی شده است (هانسن و همکاران^۵، ۲۰۰۰). بازی با تحریک قشر حسی و حرکتی ارتباطهای بسیاری بین منطقه لیمبیک و بخشهای بینایی، شنوایی و گفتاری برقرار نموده و با اثر گذاری متقابل مغز و دستگاه عصبی، کمیت و کیفیت پاسخ دهی رفتاری و عملکرد یادگیری و عصبی را افزایش می‌دهد (بروسیلوفسکی^۶، ۲۰۲۴). بخصوص وقتی مداخلات درمانی مانند بازی درمانی و ترکیب آن با تمرینهای توانبخشی ارائه شود، بر این فرض استوار است که این دسته از درمان‌ها موجب بهبود مشکلات رفتاری و عاطفی کودک گردیده و سلامت روان کودک را در آینده و بازگشت به زندگی عادی تضمین می‌کند (براتون و همکاران^۷، ۲۰۰۵).

اختلال یادگیری^۸ در کودکان دبستانی نه تنها بر فرآیند یادگیری تأثیرات منفی دارد، بلکه باعث بروز رفتارهای ناخواسته مانند بی‌توجهی، انزوا و پرخاشگری نیز می‌شود. مطالعات نشان داده‌اند که این کودکان عزت‌نفس پایین‌تری نسبت به همسالانشان دارند و خودپنداره آن‌ها به‌واسطه شکست‌های مکرر در محیط آموزشی آسیب می‌بیند (نلسون و هاروارد، ۲۰۱۱). دانش‌آموزان دارای اختلال یادگیری، اغلب با چالش‌هایی فراتر از مشکلات تحصیلی روبرو هستند؛ این کودکان معمولاً از مشکلات رفتاری همچون پرخاشگری، گوشه‌گیری، اضطراب و کاهش عزت‌نفس رنج می‌برند (هالاها، کافمن و پالتر، ۲۰۱۹). به‌ویژه در سنین ابتدایی، تجربه شکست‌های مکرر تحصیلی می‌تواند به ایجاد نگرش منفی نسبت به خود و کاهش خودپنداره مثبت منجر شود (پیکسوتو و آلمیدا، ۲۰۱۰). از سوی دیگر، توانایی‌های محدود در مهارت‌های اجتماعی، این کودکان را در معرض طرد اجتماعی قرار می‌دهد که این موضوع خود موجب تشدید رفتارهای ناسازگارانه و کاهش عزت‌نفس می‌شود (وینر، ۲۰۰۴).

بازی درمانی^۹ به‌عنوان روش روان‌درمانی ویژه کودکان، فرصتی برای بیان هیجانات و پردازش تجربیات فراهم می‌کند؛ چرا که کودکان از طریق بازی احساس ایمنی یافته و قادر می‌شوند مشکلات خود را به‌صورتی نمادین بروز دهند (البتاجی و همکاران، ۲۰۲۳). بازی درمانی به عنوان رویکردی خلاقانه و غیرمستقیم، می‌تواند به کودکان در بیان احساسات، کاهش فشار روانی و یادگیری مهارت‌های اجتماعی کمک کند (لندرس، ۲۰۱۲). پژوهش‌ها نشان می‌دهند که مداخلات بازی درمانی، در بهبود تنظیم هیجانی و کاهش مشکلات رفتاری کودکان با نیازهای ویژه مؤثر بوده‌اند (چنگ و همکاران، ۲۰۱۶). همچنین، استفاده از بازی درمانی می‌تواند موجب تقویت احساس ارزشمندی، افزایش خودپنداره تحصیلی و اجتماعی و ارتقاء عزت‌نفس در کودکان شود (اسکات و همکاران، ۲۰۰۳). تحقیقات نشان داده است که بازی درمانی تأثیر متوسط تا بالایی در بهبود مشکلات رفتاری، اضطراب و عزت‌نفس کودکان دارد، به‌ویژه زمانی که والدین نیز مشارکت داشته باشند (محمودی و همکاران، ۱۴۰۱؛ حسنی و همکاران، ۳۹۲). با توجه به اینکه اختلال یادگیری می‌تواند زمینه‌ساز کاهش اعتمادبه‌نفس و ایجاد الگوهای رفتاری ناسازگارانه باشد، استفاده از روش‌های درمانی مؤثر و متناسب با سطح رشدی کودکان ضروری است. بنابراین، بررسی اثربخشی بازی درمانی به عنوان مداخله‌ای قابل‌دسترس و جذاب، برای کاهش مشکلات رفتاری و افزایش مؤلفه‌های مثبت روانی نظیر خودپنداره و عزت‌نفس در دانش‌آموزان ابتدایی دارای اختلال یادگیری، حائز اهمیت پژوهشی و کاربردی است. با توجه به مطالب ذکر شده

¹ Ray² Parker et al.,³ Garnefski et al.,⁴ Pedro-Carroll & Jones⁵ Hansen et al.,⁶ Brusilovsky⁷ Bratton et al.,⁸ Learning Disabilities⁹ Play Therapy

پژوهشگر به دنبال جواب این سوال است که آیا بازی درمانی بر مشکلات رفتاری، خودپنداره و عزت نفس در دانش‌آموزان ابتدایی دارای اختلال یادگیری تاثیر دارد؟

مواد و روش‌ها

طرح پژوهش

این پژوهش یک مطالعه نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون، پس آزمون و گروه‌های کنترل و آزمایشی می‌باشد. جامعه آماری این پژوهش شامل کلیه دانش‌آموزان دوره ابتدایی دارای اختلال یادگیری در مدارس شهرستان شاهرود در سال تحصیلی ۱۴۰۵-۱۴۰۴ بود. نمونه پژوهش به صورت هدفمند ۳۰ نفر از میان دانش‌آموزانی که دارای تشخیص اختلال یادگیری بر اساس ملاک‌های DSM-5 بودند انتخاب شدند. سپس به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل (تجربی ۱۵ نفر، کنترل ۱۵ نفر) جایگزین شدند. در انتها براساس ملاک‌های خروج از پژوهش ۱۲ نفر در گروه آزمایش و ۱۴ نفر در گروه کنترل باقی ماندند. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل داشتن تشخیص رسمی اختلال یادگیری خاص بر اساس معیارهای DSM-5 یا تأیید متخصص مربوطه بود. شرکت‌کنندگان در مقطع ابتدایی (حدود ۱۰ تا ۱۲ سال) تحصیل می‌کردند، نمره‌ای بالاتر از نقطه برش در مقیاس مشکلات رفتاری و نمره‌ای پایین‌تر از میانگین در پرسشنامه‌های خودپنداره یا عزت نفس کسب کرده بودند. همچنین دانش‌آموزان دارای بهره هوشی بالاتر از ۸۵ بودند، رضایت آگاهانه والدین و موافقت کودک اخذ شد و افراد هم‌زمان در مداخلات روان‌شناختی مشابه شرکت نداشتند. ملاک‌های خروج شامل غیبت مکرر در جلسات مداخله، بروز اختلالات روان‌پزشکی شدید، آغاز مصرف داروهای روان‌پزشکی جدید در طول پژوهش و عدم همکاری مؤثر کودک در جلسات بود. همچنین در صورت انصراف والدین یا کودک و یا وقوع شرایط پیش‌بینی‌نشده مانند انتقال مدرسه یا بیماری طولانی‌مدت که ادامه حضور را ناممکن می‌ساخت، شرکت‌کننده از مطالعه خارج شد. در مجموع، ۴ نفر بر اساس ملاک‌های خروج از پژوهش کنار گذاشته شدند.

اطلاعات شرکت‌کنندگان

داده‌های جمعیت‌شناختی نشان داد که میانگین سن شرکت‌کنندگان در گروه آزمایش ۱۴/۱۱ سال و در گروه کنترل ۷/۱۰ سال بود که انحراف معیار آن‌ها به ترتیب ۶۸۹/۰ و ۵۶۴/۰ گزارش شد و اختلاف بین گروه‌ها از نظر سن از نظر آماری معنی‌دار نبود ($P=۰/۰۵۵$). در مورد پایه تحصیلی، در گروه آزمایش ۷ نفر (۳/۵۸ درصد) در پایه پنجم و ۵ نفر (۷/۴۱ درصد) در پایه ششم بودند. در گروه کنترل نیز ۶ نفر (۹/۴۲ درصد) در پایه پنجم و ۸ نفر (۱/۵۷ درصد) در پایه ششم حضور داشتند. مقایسه بین گروه‌ها از نظر توزیع پایه تحصیلی تفاوت معناداری نشان نداد ($P=۰/۴۶۶$).

ابزار تحقیق

چک‌لیست رفتار کودک (CBCL): چک‌لیست رفتار کودک (CBCL) یکی از فرم‌های مجموعه نظام ارزیابی مبتنی بر تجربه آخنباخ (ASEBA) است که به منظور سنجش مشکلات عاطفی-رفتاری و نیز توانمندی‌های تحصیلی و اجتماعی کودکان ۶ تا ۱۸ سال از دیدگاه والدین طراحی شده و معمولاً در مدت ۲۰ تا ۲۵ دقیقه تکمیل می‌شود. این پرسشنامه شامل ۱۱۳ گویه با مقیاس لیکرت سه‌درجه‌ای (۰= هرگز، ۱= گاهی اوقات، ۲= اغلب یا همیشه) است و هشت نشانگان عاطفی-رفتاری شامل اضطراب/افسردگی، گوشه‌گیری/افسردگی، شکایات جسمانی، مشکلات اجتماعی، مشکلات تفکر، مشکلات توجه، رفتار قانون‌شکنی و رفتار پرخاشگرانه را ارزیابی می‌کند. علاوه بر خرده‌مقیاس‌ها، سه شاخص پهن‌بند مشکلات درونی‌سازی‌شده (شامل اضطراب/افسردگی، گوشه‌گیری/افسردگی و شکایات جسمانی)، برونی‌سازی‌شده (شامل قانون‌شکنی و پرخاشگری) و مشکلات کلی نیز محاسبه می‌شود. تفسیر نمرات بر اساس نمره T صورت می‌گیرد؛ به‌گونه‌ای که در مقیاس‌های پهن‌بند، نمرات کمتر از ۶۰ در محدوده غیربالینی، ۶۰ تا ۶۳ مرزی و بالاتر از ۶۳ بالینی تلقی می‌شود و در خرده‌مقیاس‌ها نمرات کمتر از ۶۵ غیربالینی، ۶۵ تا ۶۹ مرزی و بالاتر از ۶۹ بالینی در نظر گرفته می‌شود. این ابزار می‌تواند به صورت پرسشنامه یا مصاحبه اجرا شده و برای ارزیابی تغییرات رفتاری در طول زمان یا پس از مداخله درمانی به کار رود.

بررسی‌های روان‌سنجی نشان داده‌اند که CBCL از پایایی و روایی مطلوبی برخوردار است؛ به‌طوری‌که ضرایب آلفای کرونباخ کلی ۰/۹۷ و پایایی بازآزمایی ۰/۹۴ گزارش شده و شواهد مناسبی از روایی محتوای ملاکی و سازه ارائه گردیده است (آخنباخ و رسکولا، ۲۰۰۷). این ابزار در ایران توسط تهرانی‌دوست و همکاران (۱۳۸۱) ترجمه و هنجاریابی شد و یافته‌های مینایی (۱۳۸۵) دامنه همسانی درونی ۰/۶۳

تا ۹۵/۰ را نشان داد. همچنین یزدخواستی و عریضی (۱۳۹۰) ضرایب آلفای ۰/۹۰، ۰/۹۳ و ۰/۸۲ را به‌ترتیب برای فرم‌های والد، معلم و کودک گزارش کردند که بیانگر اعتبار مناسب این پرسشنامه در سنجش مشکلات عاطفی-رفتاری کودکان و نوجوانان ایرانی است.

مقیاس عزت‌نفس روزنبرگ: یکی از رایج‌ترین ابزارهای استاندارد برای سنجش عزت‌نفس عمومی است که توسط موريس روزنبرگ در سال ۱۹۶۵ طراحی شد. این ابزار توانایی فرد را در ارزیابی خودارزشمندی و نگرش مثبت یا منفی نسبت به خود اندازه‌گیری می‌کند و در زمینه‌های روان‌شناختی، اجتماعی و آموزشی کاربرد گسترده دارد. مقیاس شامل ۱۰ جمله است که والدین یا فرد پاسخ‌دهنده میزان موافقت یا مخالفت خود را با هر جمله در مقیاس لیکرت ۴ گزینه‌ای (کاملاً موافقم = ۳، موافقم = ۲، مخالفم = ۱، کاملاً مخالفم = ۰) مشخص می‌کنند. پنج آیتم مثبت و پنج آیتم منفی برای کنترل جهت پاسخ‌ها طراحی شده‌اند. برای نمره‌گذاری، آیتم‌های منفی معکوس شده و جمع کل نمرات بین ۰ تا ۳۰ محاسبه می‌شود، به‌طوری که ۰-۱۴ نشان‌دهنده عزت‌نفس پایین، ۱۵-۲۵ عزت‌نفس متوسط و ۲۶-۳۰ عزت‌نفس بالا است. این مقیاس در سنجش عزت‌نفس کودکان، نوجوانان و بزرگسالان کاربرد دارد و در مطالعات بالینی و پژوهشی روان‌شناسی و روان‌درمانی برای بررسی تأثیر مداخلات آموزشی، درمانی یا اجتماعی بر عزت‌نفس مورد استفاده قرار می‌گیرد. مطالعات نشان داده‌اند که پایایی داخلی این ابزار (Cronbach's alpha) بین ۰/۷۷ تا ۰/۸۸ است و روایی سازه و همگرایی آن با ابزارهای مشابه تأیید شده است. مقیاس روزنبرگ در فرهنگ‌ها و کشورهای مختلف ترجمه و اعتبارسنجی شده است (اورث و رابینز^۱، ۲۰۱۴).

مقیاس خود پنداره کودکان پی - هریس: مقیاس خودپنداره کودکان پی - هریس (۱۹۶۹) ابزاری مداد-کاغذی و خودگزارشی است که برای سنجش خودپنداره کودکان و نوجوانان طراحی شده و شامل ۸۰ سؤال با پاسخ‌های «بلی» یا «خیر» است که ۱۴ سؤال اضافی نیز دارد. این مقیاس شش حوزه فرعی مهم روان‌شناسی کودک و نوجوان را مورد ارزیابی قرار می‌دهد: رفتار، وضعیت عقلانی و تحصیلی، ظاهر جسمانی و نگرش‌ها، اضطراب، شهرت و شادی و رضایت. برخی از سؤالات در بیش از یک حوزه فرعی ظاهر می‌شوند و در محاسبه نمرات آن حوزه لحاظ می‌گردند. نمرات بالا نشان‌دهنده خودپنداره مطلوب و مثبت است و با مفاهیمی مانند عزت نفس یا حرمت نفس هم‌ارز در نظر گرفته می‌شود. روش نمره‌گذاری مقیاس ساده است و پاسخ‌های «بلی» یا «خیر» بر اساس جهت مثبت یا منفی هر سؤال نمره داده می‌شود. حداکثر نمره کل مقیاس ۷۸ و حداقل صفر است، و تحلیل نمرات هر حوزه فرعی بر اساس جدول مربوط به خرده‌مقیاس‌ها صورت می‌گیرد: رفتار (۰-۱۶)، وضعیت عقلانی و تحصیلی (۰-۱۸)، ظاهر جسمانی و نگرش‌ها (۰-۱۲)، اضطراب (۰-۱۲)، شهرت (۰-۱۲) و شادی و رضایت (۰-۸). نمرات هر کودک از مجموع خرده‌مقیاس‌ها به‌دست می‌آید و امکان تحلیل تفصیلی هر بعد خودپنداره به منظور پژوهش‌های علمی و بالینی فراهم می‌کند.

شیوه اجرا

پروتکل جلسات شناخت درمانی:

جلسه اول: آشنایی و معارفه

در جلسه اول، تمرکز بر آشنایی دانش‌آموزان با یکدیگر، محیط بازی و درمانگر بود. هدف اصلی ایجاد دوستی، انسجام گروهی و غنی‌سازی روابط بین اعضای گروه بود. همچنین قوانین گروه توضیح داده شد و خط پایه قابلیت‌ها و توانایی‌های کلامی و عملی کودکان ارزیابی گردید. فعالیت اصلی جلسه، انجام کاردستی گروهی بود که هم باعث تعامل و همکاری کودکان شد و هم به ارزیابی مهارت‌های اولیه آنان کمک کرد.

جلسه دوم: آموزش شناسایی هیجانات

جلسه دوم به آموزش شناسایی هیجانات مثبت و منفی اختصاص یافت. حالات مختلف چهره شامل شادی، ناراحتی، خشم، ترس، تعجب و هیجان معرفی شد و کودکان با فعالیت‌هایی مانند پاکن کلمات احساسی نیمه‌تمام در مقابل آینه و کارت‌های آموزشی، مهارت شناسایی و بیان هیجانات خود را تمرین کردند. هدف این جلسه توانمندسازی کودکان در درک و بیان هیجانات و افزایش آگاهی هیجانی بود.

جلسه سوم: آموزش مهارت‌های آرام‌سازی و تخلیه هیجانی

¹ Orth & Robins

در این جلسه، مهارت‌های آرام‌سازی، تخلیه هیجانی و فاصله گرفتن از موقعیت‌های اضطراب‌زا، خشم و پرخاشگری آموزش داده شد. فعالیت‌هایی مانند حباب‌سازی، کار با گل و رنگ‌آمیزی با انگشت، به کودکان کمک کرد تا احساسات خود را به‌صورت سالم ابراز کنند و قدرت همدلی و درک دیگران تقویت شود.

جلسه چهارم: بیان ناکامی‌ها و عصبانیت

این جلسه فرصتی برای بیان ناکامی‌ها، مشکلات و عصبانیت در محیطی امن و لذت‌بخش فراهم کرد. کودکان از طریق بازی‌هایی مانند کریکت (بازی احساسی ضربه به توپ)، قوطی نگرانی، ترسیم منظره زیبا و زشت زندگی و جعبه خشم، توانستند هیجانات منفی خود را تخلیه و مدیریت کنند.

جلسه پنجم: تقویت توجه، دقت و حافظه

در جلسه پنجم، مهارت‌های توجه، دقت و حافظه کودکان تقویت شد. بازی‌های مداد-کاغذی مانند پیدا کردن تفاوت‌ها، مازها، دنبال کردن الگوها و فعالیت‌هایی با توپ و سبد یا نخ کردن مهره، به افزایش تمرکز و حافظه فعال کودکان کمک کرد.

جلسه ششم: آموزش مشارکت، همکاری و نقش‌های اجتماعی

این جلسه بر تقویت مهارت‌های همکاری، برنامه‌ریزی، تطابق با گروه و دفاع از خود تمرکز داشت. کودکان با خلق و اجرای نمایشنامه با استفاده از عروسک‌های خیمه‌شب‌بازی و عروسک‌های پارچه‌ای، نقش‌های اجتماعی را تجربه کردند و مهارت‌های گروهی و تعامل با همسالان را تمرین کردند.

جلسه هفتم: تقویت مهارت‌های شناختی

در جلسه هفتم، مهارت‌های شناختی شامل تصور، تجسم، خلاقیت، دقت، حافظه، حل مساله و برنامه‌ریزی تقویت شد. کودکان با بازی‌هایی مانند تغییر جایگاه اشیاء، کپی اشکال هندسی و پازل گروهی، توانایی‌های شناختی خود را ارتقا دادند.

جلسه هشتم: تقویت مهارت‌های جسمانی و ایفای نقش اجتماعی

این جلسه تمرکز بر مهارت‌های جسمانی، دفاع از خود در مواجهه با دیگران، همکاری و آشنایی با مشاغل و نقش‌های خانوادگی در محیط‌های اجتماعی داشت. فعالیت‌های خمیربازی گروهی، پانتومیم و نمایش خلاق، ضمن تقویت جسمانی، مهارت‌های اجتماعی کودکان را نیز توسعه داد.

جلسه نهم: کنترل خشم و افزایش همکاری

در جلسه نهم، کودکان با هدف کنترل خشم و پرخاشگری و کاهش رقابت‌های منفی، مهارت‌های اجتماعی و حس همکاری را تمرین کردند. بازی‌هایی مانند بادکنک‌های خشم و بازی صندلی‌ها به کودکان کمک کرد تا خشم خود را مدیریت کرده و همکاری گروهی را تجربه کنند.

جلسه دهم: مقابله با افکار منفی و تقویت افکار مثبت

در آخرین جلسه، مهارت مقابله با افکار ناراحت‌کننده و جایگزینی آن با افکار مثبت آموزش داده شد. کودکان از طریق قصه‌گویی و داستان‌سازی گروهی از روی تصاویر، توانستند تفکر مثبت و مدیریت هیجانات خود را تمرین کنند و پایان مداخلات با ایجاد تجربه‌های موفق و رضایت‌بخش برای هر کودک همراه شد.

روش تجزیه و تحلیل داده‌ها

پس از کسب اطمینان از طبیعی بودن توزیع داده‌های وزنی با آزمون کولموگروف-اسمیرنوف، برای بررسی تجانس واریانس‌ها از آزمون لون استفاده شد. سپس از آزمون آنوا برای تغییرات بین گروهی در داده‌های کمی استفاده شد. تمام عملیات آماری پژوهش با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۵ و سطح معنی داری $P < 0.001$ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

میانگین و انحراف معیار متغیرهای مورد مطالعه در دو گروه آزمایش و کنترل به شرح زیر است. برای متغیر مشکلات رفتاری، میانگین گروه آزمایش در پیش‌آزمون برابر با ۱۰۰/۲۹ با انحراف معیار ۶/۴۶ و در گروه کنترل برابر با ۱۰۲/۶۱ با انحراف معیار ۴/۷۳ بود. پس از مداخله،

میانگین مشکلات رفتاری در گروه آزمایش به ۸۵/۷۹ با انحراف معیار ۴/۷۴۴ کاهش یافت، در حالی که در گروه کنترل میانگین ۱۰۱/۳۵ با انحراف معیار ۵/۴۷ گزارش شد.

برای متغیر عزت‌نفس، میانگین گروه آزمایش در پیش‌آزمون برابر با ۱۸/۵۲ با انحراف معیار ۱/۸۴ و در گروه کنترل ۱۸/۱۷ با انحراف معیار ۱/۶۹ بود. پس از مداخله، میانگین عزت‌نفس گروه آزمایش به ۲۸/۷۹ با انحراف معیار ۳/۲۵ افزایش یافت، در حالی که گروه کنترل میانگین ۱۸/۵۰ با انحراف معیار ۲/۴۲ را نشان داد.

در مورد متغیر خودپنداره، میانگین پیش‌آزمون گروه آزمایش ۳۹/۶۲ با انحراف معیار ۶/۴۶ و در گروه کنترل ۳۸/۶۳ با انحراف معیار ۶/۰۴ بود. پس از مداخله، میانگین خودپنداره در گروه آزمایش به ۵۹/۱۴ با انحراف معیار ۶/۱۴ رسید، در حالی که گروه کنترل میانگین ۳۷/۳۰ با انحراف معیار ۴/۲۶ را نشان داد.

نتایج آزمون شاپیروویلک برای هیچ‌یک از متغیرهای پژوهش معنادار نشده است ($P > 0.05$)، بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که همه متغیرهای پژوهش دارای توزیع نرمال هستند. لذا برای نرمال کردن این متغیر بدون تغییر در میانگین نمرات، از روش رتبه بندی استفاده شد. همچنین نتایج آزمون لون نشان می‌دهد که واریانس تمامی متغیرها بین دو گروه برابر بوده و با یکدیگر تفاوت معنادار ندارند ($P > 0.05$). لذا فرضیه همسانی واریانس‌های بین دو گروه نیز رعایت شده است. نتایج نمودار پراکندگی و خط برازش شده نشان داد که رابطه خطی بین متغیر کمکی و نمرات پس‌آزمون ضعیف است، به‌طوری که مقدار ضریب تعیین ($R^2 = 0.036$) بیانگر تبیین تنها ۳/۶ درصد از واریانس نمرات پس‌آزمون توسط متغیر کمکی می‌باشد.

همچنین نمودارهای خطی نشان دادند که در متغیر عزت نفس همخطی رگسیون وجود دارد و رابطه خطی بین متغیر کمکی و پس‌آزمون به صورت ضعیف در هر سه متغیر برقرار است. لذا با توجه به نرمال بودن توزیع داده‌ها و ضعیف بودن رابطه خطی بین پیش‌آزمون و پس‌آزمون، به‌منظور بررسی اثربخشی بازی درمانی بر مشکلات رفتاری، خودپنداره و عزت‌نفس دانش‌آموزان دارای اختلال یادگیری، از آزمون آنوا استفاده شد. نتایج آزمون یکسانی شیب خط رگرسیون نشان داد که اثر تعاملی گروه و پیش‌آزمون برای متغیر مشکلات رفتاری معنادار است ($P \leq 0.021$). بنابراین فرض یکسانی شیب‌ها برای این متغیر نقض شد. در مقابل، این اثر تعاملی برای متغیرهای عزت‌نفس ($P > 0.651$) و خودپنداره ($P > 0.113$) معنادار نبود و فرض یکسانی شیب خط رگرسیون برای این دو متغیر برقرار بود.

جدول ۱. نتایج آزمون آنوا مربوط به دو گروه آزمایش و کنترل در متغیر مشکلات رفتاری

منبع تغییرات	SS	df	MS	F	p-value
بین گروهی	۱۵۶۳/۲۵۰	۱	۱۵۶۳/۲۵۰	۵۸/۹۳۰	< ۰/۰۰۱
درون گروهی	۹۷/۸۱	۲۴	۲۶/۵۲۷		
کل	۱۶۵۴۰۵	۲۵			

نتایج جدول ۱ نشان می‌دهد که تفاوت نمره‌های پیش‌آزمون-پس‌آزمون دو گروه برای متغیر مشکلات رفتاری معنادار است و میانگین نمره‌های گروه آزمایش در متغیر مشکلات رفتاری نیز به‌طور معناداری کمتر از گروه کنترل است ($P < 0.001$). بنابراین می‌توان گفت که اثر بازی درمانی به طور معناداری در کاهش مشکلات رفتاری دانش‌آموزان ابتدایی دارای اختلال یادگیری اثربخش بوده است. از این‌رو، فرضیه اول معنادار است.

جدول ۲. نتایج آزمون آنوا مربوط به دو گروه آزمایش و کنترل در متغیر عزت نفس

منبع تغییرات	SS	df	MS	F	p-value
بین گروهی	۶۸۴/۶۲۶	۱	۶۸۴/۶۲۶	۸۵/۳۲۶	< ۰/۰۰۱
درون گروهی	۱۹۲/۵۶۸	۲۴	۸/۰۳۴		
کل	۸۷۷/۱۹۴	۲۵			

نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد تفاوت نمره‌های پیش‌آزمون- پس‌آزمون دو گروه برای متغیر عزت نفس معنادار است و میانگین نمره‌های گروه آزمایش در متغیر عزت نفس نیز به‌طور معناداری کمتر از گروه کنترل است ($p < 0/001$). بنابراین می‌توان گفت که اثر بازی درمانی به‌طور معناداری در افزایش عزت نفس دانش‌آموزان ابتدایی دارای اختلال یادگیری اثربخش بوده است. از این‌رو، فرضیه اول معنادار است.

جدول ۳. نتایج آزمون آنوا مربوط به دو گروه آزمایش و کنترل در متغیر خودپنداره

منبع تغییرات	SS	df	MS	F	p-value
بین گروهی	۳۰۸۱/۳۷۱	۱	۳۰۸۱/۳۷۱	۱۱۳/۳۶۳	<0/001
درون گروهی	۶۵۲/۳۵۶	۲۴	۲۷/۱۸۲		
کل	۳۷۳۳/۷۲۷	۲۵			

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که تفاوت نمره‌های پیش‌آزمون- پس‌آزمون دو گروه برای متغیر خودپنداره معنادار است و میانگین نمره‌های گروه آزمایش در متغیر خودپنداره نیز به‌طور معناداری کمتر از گروه کنترل است ($p < 0/001$). بنابراین می‌توان گفت که اثر بازی درمانی به‌طور معناداری در افزایش خودپنداره دانش‌آموزان ابتدایی دارای اختلال یادگیری اثربخش بوده است. از این‌رو، فرضیه سوم معنادار است.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف اصلی پژوهش حاضر بررسی تأثیر بازی درمانی بر مشکلات رفتاری، خودپنداره و عزت نفس در دانش‌آموزان ابتدایی دارای اختلال یادگیری بود. نتایج نشان داد که تفاوت نمره‌های پیش‌آزمون- پس‌آزمون دو گروه برای متغیر مشکلات رفتاری معنادار است. بنابراین می‌توان گفت که اثر بازی درمانی به‌طور معناداری در کاهش مشکلات رفتاری دانش‌آموزان ابتدایی دارای اختلال یادگیری اثربخش بوده است.

نتایج این فرضیه با نتایج پژوهش‌های پیران کاشانی و حاجی قاسمی (۱۴۰۱)، طاهری و همکاران (۱۴۰۲)، حسینی و عاشوری (۱۴۰۱)، همراستا بود.

اختلال یادگیری یکی از شایع‌ترین اختلالات دوران کودکی است که علاوه بر مشکلات تحصیلی، با پیامدهای هیجانی و رفتاری متعددی همراه است. کودکان دارای اختلال یادگیری معمولاً سطوح بالاتری از مشکلات رفتاری مانند پرخاشگری، اضطراب، گوشه‌گیری اجتماعی، نافرمانی و نقص در مهارت‌های خودتنظیمی را تجربه می‌کنند. این مشکلات رفتاری نه‌تنها فرآیند یادگیری را مختل می‌کند، بلکه تعاملات اجتماعی کودک با همسالان، معلمان و خانواده را نیز تحت تأثیر قرار می‌دهد (لرنر و جانز، ۲۰۱۵).

پژوهش‌ها نشان می‌دهند که مشکلات رفتاری در دانش‌آموزان دارای اختلال یادگیری اغلب ناشی از شکست‌های تحصیلی مکرر، عزت‌نفس پایین و ناتوانی در بیان هیجان‌ها به شیوه‌ای سازگارانه است. این کودکان معمولاً در مهارت‌های کلامی و شناختی ضعف دارند و در نتیجه، قادر به پردازش و بیان هیجان‌های خود به‌صورت مستقیم نیستند. همین مسئله ضرورت استفاده از مداخلات غیرکلامی و متناسب با سطح رشدی کودک را برجسته می‌سازد (کاوال و فورنس، ۱۹۹۶).

بازی درمانی به‌عنوان یکی از مؤثرترین رویکردهای مداخله‌ای در حوزه کودک، بر این اصل استوار است که بازی زبان طبیعی کودک محسوب می‌شود. در بازی درمانی، کودک از طریق بازی می‌تواند تعارض‌ها، هیجان‌ها و مشکلات رفتاری خود را به‌صورت نمادین ابراز کند. این رویکرد به‌ویژه برای کودکانی که در بیان کلامی احساسات ناتوان هستند، از جمله دانش‌آموزان دارای اختلال یادگیری، بسیار مناسب و اثربخش است (لنדרث، ۲۰۱۲).

از دیدگاه نظری، بازی درمانی ریشه در نظریه‌های روان‌تحلیلی، انسان‌گرایانه و شناختی-رفتاری دارد. در این چارچوب، بازی به کودک کمک می‌کند تا هیجان‌های سرکوب‌شده خود را تخلیه کرده، احساس کنترل بر محیط را تجربه کند و الگوهای رفتاری ناکارآمد را اصلاح نماید. این فرآیند می‌تواند به کاهش رفتارهای برون‌ریز مانند پرخاشگری و نافرمانی و نیز رفتارهای درون‌ریز مانند اضطراب و کناره‌گیری منجر شود (گراسی، ۲۰۲۴).

مطالعات تجربی متعددی اثربخشی بازی‌درمانی بر کاهش مشکلات رفتاری کودکان را تأیید کرده‌اند. نتایج فراتحلیل‌ها نشان می‌دهد که بازی‌درمانی تأثیر معناداری بر کاهش مشکلات رفتاری، افزایش مهارت‌های اجتماعی و بهبود سازگاری هیجانی کودکان دارد. این اثربخشی در کودکان دارای نیازهای ویژه، از جمله اختلال یادگیری، بارزتر گزارش شده است (براتن و همکاران، ۲۰۰۵).

در کودکان دارای اختلال یادگیری، بازی‌درمانی می‌تواند نقش مهمی در بهبود خودتنظیمی هیجانی ایفا کند. طی جلسات بازی‌درمانی، کودک فرصت می‌یابد هیجان‌های منفی خود را در محیطی امن و حمایتگر تجربه و پردازش کند. این فرآیند به تدریج منجر به افزایش تحمل ناکامی، کاهش رفتارهای تکانشی و ارتقای مهارت‌های حل مسئله می‌شود که همگی در کاهش مشکلات رفتاری نقش اساسی دارند (ری، ۲۰۲۲).

پژوهش‌های انجام‌شده در محیط‌های آموزشی نشان داده‌اند که اجرای بازی‌درمانی در مدارس ابتدایی می‌تواند به بهبود رفتارهای کلاسی دانش‌آموزان دارای اختلال یادگیری منجر شود. کودکانی که در برنامه‌های بازی‌درمانی شرکت می‌کنند، کاهش معناداری در رفتارهای مخرب، بی‌توجهی و تعارض با همسالان نشان می‌دهند و در مقابل، مشارکت فعال‌تری در فعالیت‌های آموزشی دارند (ویس، ۲۰۲۰).

یکی دیگر از مکانیسم‌های اثرگذاری بازی‌درمانی، تقویت رابطه درمانی و احساس امنیت روانی کودک است. رابطه درمانی مثبت به کودک کمک می‌کند تا الگوهای ارتباطی سالم را تجربه کرده و رفتارهای سازگارانه‌تری را جایگزین رفتارهای مشکل‌ساز نماید. این عامل به‌ویژه برای دانش‌آموزان دارای اختلال یادگیری که اغلب تجربه طردشدگی یا شکست دارند، اهمیت ویژه‌ای دارد (درویز و شافر، ۲۰۱۵). شواهد پژوهشی همچنین نشان می‌دهد که بازی‌درمانی می‌تواند به بهبود عزت‌نفس و خودپنداره کودکان دارای اختلال یادگیری کمک کند. افزایش عزت‌نفس به‌عنوان یک عامل محافظتی، نقش مهمی در کاهش بروز مشکلات رفتاری دارد. زمانی که کودک خود را توانمندتر ادراک می‌کند، احتمال بروز رفتارهای ناسازگارانه کاهش می‌یابد (دومان و همکاران، ۲۰۱۸).

در مجموع، با توجه به ماهیت تحولی، غیرکلامی و انعطاف‌پذیر بازی‌درمانی و شواهد پژوهشی موجود، می‌توان نتیجه گرفت که این رویکرد مداخله‌ای اثر معناداری بر کاهش مشکلات رفتاری دانش‌آموزان ابتدایی دارای اختلال یادگیری دارد. بنابراین، فرضیه پژوهش مبنی بر اثربخشی بازی‌درمانی بر مشکلات رفتاری این دانش‌آموزان از پشتوانه نظری و تجربی قوی برخوردار است و می‌تواند مبنای مناسبی برای مداخلات مدرسه‌محور و بالینی باشد.

نتایج نشان داد که تفاوت نمره‌های پیش‌آزمون - پس‌آزمون دو گروه برای متغیر عزت‌نفس معنادار است. بنابراین می‌توان گفت که اثر بازی‌درمانی به‌طور معناداری در افزایش عزت‌نفس دانش‌آموزان ابتدایی دارای اختلال یادگیری اثربخش بوده است. نتایج این فرضیه با نتایج پژوهش‌های صالحی و همکاران (۱۴۰۱)، همراستا می‌باشد.

در تبیین یافته‌های این فرضیه می‌توان گفت که عزت‌نفس به‌عنوان یکی از مؤلفه‌های بنیادین سلامت روان، نقش مهمی در رشد هیجانی، اجتماعی و تحصیلی کودکان ایفا می‌کند. دانش‌آموزان ابتدایی دارای اختلال یادگیری به دلیل تجربه مکرر شکست‌های تحصیلی، دریافت بازخوردهای منفی از محیط مدرسه و مقایسه شدن با همسالان، معمولاً با کاهش عزت‌نفس مواجه‌اند. این وضعیت می‌تواند منجر به نگرش منفی نسبت به خود، کاهش انگیزش تحصیلی و افزایش مشکلات هیجانی و رفتاری شود؛ امری که در پژوهش‌های هارتر (۲۰۱۵) به‌طور گسترده مورد تأکید قرار گرفته است.

در این میان، بازی‌درمانی به‌عنوان رویکردی متناسب با ویژگی‌های رشدی کودکان، از ظرفیت بالایی برای مداخله در مشکلات هیجانی برخوردار است. بازی زبان طبیعی کودک محسوب می‌شود و امکان بیان هیجان‌ها، تعارض‌ها و نگرانی‌ها را در فضایی امن و غیرتهدیدکننده فراهم می‌سازد. لندرث (۲۰۱۲) معتقد است که بازی‌درمانی از طریق ایجاد تجربه‌های هیجانی اصلاح‌کننده، به کودک کمک می‌کند تصویر مثبت‌تری از خود شکل دهد که این امر مستقیماً با افزایش عزت‌نفس مرتبط است.

یکی از مهم‌ترین سازوکارهای تأثیرگذاری بازی‌درمانی بر عزت‌نفس، فراهم کردن تجربه‌های موفقیت‌آمیز است. کودک در جریان بازی احساس کنترل، انتخاب و توانمندی را تجربه می‌کند و این تجربه‌ها به‌ویژه برای کودکانی که در محیط تحصیلی احساس ناتوانی دارند، بسیار ارزشمند است. ری (۲۰۱۱) بیان می‌کند که تجربه احساس شایستگی در بازی می‌تواند به تعمیم باور «من می‌توانم» به سایر موقعیت‌های زندگی کودک منجر شود.

دانش‌آموزان دارای اختلال یادگیری اغلب خود را صرفاً از دریچه ضعف‌های تحصیلی تعریف می‌کنند و این امر موجب شکل‌گیری خودپنداره منفی می‌شود. بازی‌درمانی با فاصله گرفتن از فضای ارزشیابی‌محور مدرسه، به کودک فرصت می‌دهد توانمندی‌های خود را در حوزه‌های غیرتحصیلی تجربه کند. سیلورمن (۲۰۰۵) تأکید می‌کند که این تجربه‌ها به کودک کمک می‌کند میان «ناتوانی یادگیری» و «ارزشمندی شخصی» تمایز قائل شود و همین امر موجب ارتقای عزت‌نفس کلی می‌گردد.

از منظر نظریه دلبستگی، رابطه درمانی ایمن و حمایتگرانه در بازی‌درمانی نقش مهمی در افزایش عزت‌نفس دارد. پذیرش بی‌قیدوشرط، همدلی و احترام به احساسات و انتخاب‌های کودک در جریان بازی، پیام ضمنی ارزشمندی را به کودک منتقل می‌کند. براتن و همکاران (۲۰۰۵) نشان دادند که کیفیت رابطه درمانی یکی از قوی‌ترین پیش‌بین‌های بهبود عزت‌نفس در کودکان است.

شواهد پژوهشی متعددی اثربخشی بازی‌درمانی بر عزت‌نفس کودکان دارای اختلال یادگیری را تأیید کرده‌اند. نتایج فراتحلیل براتن، ری، راین و جونز (۲۰۰۶) نشان داد که بازی‌درمانی تأثیر معناداری بر متغیرهای هیجانی-شناختی کودکان، از جمله عزت‌نفس، دارد. این یافته‌ها بیانگر آن است که بازی‌درمانی می‌تواند به‌عنوان مداخله‌ای مبتنی بر شواهد برای این گروه از دانش‌آموزان مورد استفاده قرار گیرد. علاوه بر این، بازی‌درمانی از طریق بهبود مهارت‌های اجتماعی، به ارتقای عزت‌نفس کمک می‌کند. بسیاری از کودکان دارای اختلال یادگیری در تعامل با همسالان دچار مشکل‌اند و این امر احساس طردشدگی و بی‌ارزشی را در آنان تشدید می‌کند. کاتمن (۲۰۲۴) بیان می‌کند که بازی‌های گروهی درمانی با فراهم کردن فرصت تعامل مثبت، همکاری و پذیرش اجتماعی، به بهبود عزت‌نفس اجتماعی کودکان منجر می‌شود.

از دیدگاه شناختی-رشدی، بازی‌درمانی بستری برای اصلاح باورهای ناکارآمد درباره خود فراهم می‌آورد. کودک در بازی نقش‌های جدید را تجربه کرده و روایت‌های تازه‌ای از خود می‌سازد که این فرایند به بازسازی شناختی تصویر خود منجر می‌شود. اوکانر (۲۰۰۰) معتقد است که این تغییرات شناختی در قالب بازی، عمیق‌تر و پایدارتر از مداخلات صرفاً کلامی هستند.

اهمیت بازی‌درمانی برای دانش‌آموزان ابتدایی دارای اختلال یادگیری از آن جهت برجسته است که این کودکان در مرحله حساس شکل‌گیری عزت‌نفس قرار دارند. مداخله زودهنگام می‌تواند از تثبیت عزت‌نفس پایین و پیامدهای منفی آن در دوره‌های بعدی رشد جلوگیری کند. فارس (۲۰۲۰) بر نقش پیشگیرانه مداخلات هیجانی در دوران کودکی تأکید کرده‌اند.

در مجموع، یافته‌ها نشان می‌دهد که بازی‌درمانی از طریق ایجاد تجربه‌های موفقیت، رابطه درمانی حمایتی، اصلاح باورهای منفی و بهبود تعاملات اجتماعی، تأثیر معناداری بر افزایش عزت‌نفس دانش‌آموزان ابتدایی دارای اختلال یادگیری دارد. بنابراین، به‌کارگیری این رویکرد در محیط‌های آموزشی و درمانی می‌تواند گامی مؤثر در ارتقای سلامت روان و سازگاری تحصیلی این دانش‌آموزان باشد (لندرث، ۲۰۱۲).

نتایج نشان داد که تفاوت نمره‌های پیش‌آزمون-پس‌آزمون دو گروه برای متغیر خودپنداره معنادار است. بنابراین می‌توان گفت که اثر بازی‌درمانی به‌طور معناداری در افزایش خودپنداره دانش‌آموزان ابتدایی دارای اختلال یادگیری اثربخش بوده است.

نتایج این فرضیه با نتایج پژوهش‌های عبدی و دیباواجاری (۱۴۰۱)، هال (۲۰۱۵)، سادای دومان و همکاران (۲۰۱۷) همراستا بود. در تبیین یافته‌ها می‌توان گفت که در تبیین یافته‌های این فرضیه می‌توان گفت خودپنداره به مجموعه باورها، ادراک‌ها و ارزیابی‌هایی گفته می‌شود که فرد درباره خود دارد و شامل جنبه‌های شناختی، هیجانی و رفتاری می‌گردد. دانش‌آموزان ابتدایی دارای اختلال یادگیری به دلیل تجربه‌های مکرر شکست، بازخورد منفی معلمان و مقایسه مداوم با همسالان، معمولاً خودپنداره ضعیفی دارند که می‌تواند بر انگیزش تحصیلی، تعاملات اجتماعی و سلامت روان آن‌ها تأثیر منفی بگذارد (هارتر، ۲۰۱۵).

بازی‌درمانی به‌عنوان رویکردی مبتنی بر زبان طبیعی کودک، امکان بیان احساسات، نیازها و نگرانی‌ها را در فضایی امن فراهم می‌کند. لندرث (۲۰۱۲) معتقد است که بازی‌درمانی با فراهم کردن تجربه‌های موفق و کنترل‌شده، به کودک کمک می‌کند تصویر ذهنی مثبت‌تری از خود بسازد و باورهای منفی درباره توانایی‌ها و شایستگی‌های خود را اصلاح کند.

یکی از مکانیسم‌های اصلی اثر بازی‌درمانی بر خودپنداره، ارائه تجربه‌های موفقیت‌آمیز است. کودک در جریان بازی می‌تواند تصمیم بگیرد، خلاقیت خود را به کار گیرد و پیامدهای رفتار خود را مشاهده کند. این تجربه‌ها موجب می‌شوند کودک خود را فردی توانمند و مؤثر بداند که نقش مهمی در ارتقای خودپنداره دارد (ری، ۲۰۱۱).

کودکان دارای اختلال یادگیری معمولاً خود را صرفاً از دریچه ضعف‌های تحصیلی تعریف می‌کنند. بازی‌درمانی با فراهم کردن فرصت‌های موفقیت در زمینه‌های غیرتحصیلی، به کودک اجازه می‌دهد تصویر واقعی و جامع‌تری از خود بسازد و خودپنداره منفی ناشی از شکست‌های تحصیلی را کاهش دهد (سیلورمن، ۲۰۰۶).

از منظر نظریه دلبستگی، رابطه حمایتی و امن میان درمانگر و کودک در بازی‌درمانی، زمینه‌ساز درونی‌سازی احساس ارزشمندی و شایستگی می‌شود. پذیرش بی‌قیدوشرط و همدلی درمانگر باعث می‌شود کودک باور کند که مستقل از ضعف‌های خود، فردی ارزشمند و قابل احترام است که این امر تقویت‌کننده خودپنداره است (براتن و همکاران، ۲۰۰۵).

تحقیقات تجربی نشان داده‌اند که بازی‌درمانی موجب افزایش معنادار خودپنداره در کودکان دارای اختلال یادگیری می‌شود. براتن و همکاران (۲۰۰۵) در فراتحلیل خود نشان دادند که بازی‌درمانی به ویژه در سنین ابتدایی تأثیر قابل توجهی بر باورهای شناختی و هیجانی کودکان دارد که خودپنداره را نیز شامل می‌شود.

بازی‌درمانی همچنین با بهبود مهارت‌های اجتماعی و کاهش احساس انزوا و طردشدگی، به ارتقای خودپنداره اجتماعی کودکان کمک می‌کند. کودکان دارای اختلال یادگیری که در تعامل با همسالان مشکل دارند، اغلب خودپنداره ضعیفی در ابعاد اجتماعی دارند؛ بازی‌های گروهی درمانی می‌تواند این جنبه را بهبود دهد (کاتمن، ۲۰۱۱).

از منظر شناختی-رشدی، بازی‌درمانی فرصت بازسازی باورهای ناکارآمد درباره خود را فراهم می‌کند. کودک در جریان بازی نقش‌ها و تجربه‌های جدیدی را تجربه کرده و به بازتعریف خود می‌پردازد. اوکانر (۲۰۰۰) معتقد است که این بازتعریف شناختی در قالب بازی، پایدارتر و طبیعی‌تر از مداخلات صرفاً کلامی صورت می‌گیرد.

اهمیت بازی‌درمانی برای دانش‌آموزان ابتدایی دارای اختلال یادگیری در آن است که این کودکان در مرحله حساس شکل‌گیری خودپنداره قرار دارند. مداخله زودهنگام می‌تواند از تثبیت خودپنداره منفی و پیامدهای بلندمدت آن، مانند کاهش انگیزش تحصیلی و مشکلات هیجانی، پیشگیری کند (بلانکو، ۲۰۱۰).

در مجموع، بازی‌درمانی از طریق ایجاد تجربه‌های موفقیت، فراهم کردن رابطه درمانی حمایتی، اصلاح باورهای ناکارآمد و بهبود تعاملات اجتماعی، تأثیر معناداری بر افزایش خودپنداره دانش‌آموزان ابتدایی دارای اختلال یادگیری دارد. این یافته‌ها اهمیت استفاده از بازی‌درمانی به‌عنوان یک مداخله رشدمحور و هدفمند در محیط‌های آموزشی و درمانی برای تقویت خودپنداره این کودکان را برجسته می‌سازد (لنדרت، ۲۰۱۲).

این پژوهش با محدودیت‌هایی همچون محدود بودن نمونه به دانش‌آموزان دارای اختلال یادگیری در چند مدرسه خاص، حجم نمونه نسبتاً کوچک، کوتاه بودن دوره مداخله و نبود پیگیری بلندمدت، استفاده از ابزارهای خودگزارش‌دهی و دشواری کنترل کامل متغیرهای فردی و محیطی مواجه بود؛ همچنین نتایج صرفاً به یک الگوی خاص بازی‌درمانی مربوط می‌شود و قابل تعمیم به سایر رویکردها نیست. بر این اساس، پیشنهاد می‌شود والدین و معلمان با بهره‌گیری از اصول بازی‌درمانی و ایجاد فرصت‌های موفقیت و بازخورد مثبت، به تقویت مهارت‌های اجتماعی، خودپنداره و عزت‌نفس کودکان کمک کنند و مدارس نیز برنامه‌های منظم مشاوره و بازی‌درمانی را اجرا نمایند. همچنین انجام پژوهش‌های آتی با نمونه‌های بزرگ‌تر و متنوع‌تر، طراحی مطالعات طولی، مقایسه بازی‌درمانی با سایر مداخلات، بررسی نقش متغیرهای فردی و خانوادگی، تحلیل ابعاد مختلف خودپنداره و استفاده از ابزارهای چندمنبعی و چندروشی برای افزایش دقت و تعمیم‌پذیری نتایج توصیه می‌شود.

تعارض منافع

هیچ گونه تعارض منافی بین نویسندگان این مقاله وجود ندارد.

حمایت مالی

نویسندگان در پژوهش حاضر هیچ گونه دریافت وجه در قبال مقاله، یا به دست آوردن سهم در یک سازمان، از طریق انتشار مقاله را نداشته‌اند.

ملاحظات اخلاقی

پژوهش حاضر با رعایت اصول اخلاقی پژوهش مبنی بر رضایت آگاهانه شرکت کنندگان و اصل رازداری و محرمانگی اطلاعات افراد صورت گرفته است.

مشارکت نویسندگان

این مقاله برگرفته از پایان نامه کارشناسی ارشد نویسنده اول است. نویسنده دوم به عنوان استاد راهنما و نویسنده سوم به عنوان استاد مشاور نقش ایفا می‌کنند.

تقدیر و تشکر

مطالعه حاضر برگرفته از نتایج پایان‌نامه خانم الهه صالحی پور دانشجوی مقطع کارشناسی ارشد روانشناسی عمومی دانشگاه آزاد اسلامی واحد شاهرود بود. بدین‌وسیله از مدیریت دانشگاه، استاد راهنما، داور و تمامی افرادی که در انجام این تحقیق مرا یاری نمودند، تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

منابع فارسی

- محمودی، ا.، مشایخ، مریم،، فاطمه، ز.، شاه نظری، م.، پیمانی ج. (۱۴۰۱). اثربخشی بازی درمانی گروهی با رویکرد شناختی-رفتاری بر اضطراب و عزت نفس دانش آموزان ناشنوا. *مجله دانشگاه علوم پزشکی سبزوار*، ۲۹ (۱)، ۱۱۵-۱۳۱.
- حسینی، ر.، میرزاییان ب.، خلیلیان، ع. (۱۳۹۲). اثربخشی بازی درمانی مبتنی بر رویکرد شناختی-رفتاری بر اضطراب و عزت نفس کودکان مبتلا به اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی (ADHD). *پژوهش‌های نوین روانشناختی (روانشناسی دانشگاه تبریز)*، ۸ (۲۹)، ۱۶۳-۱۸۰.
- پیران کاشانی، ز.، حاجی قاسمی، ع. (۱۴۰۱). اثربخشی بازی درمانی بر مشکلات رفتاری کودکان مبتلا به نقص توجه بیش‌فعالی. *مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد*، ۶۵ (۶)، ۲۳۷۲-۲۳۷۹.
- طاهری آ.، پیاده کوهسار ا.، و عبدی ح. (۱۴۰۲). اثربخشی بازی درمانی بر مشکلات رفتاری، احساس تنهایی و افسردگی کودکان ناشنوا. *تحقیقات علوم رفتاری*، ۲۱ (۳)، ۵۶۳-۵۷۴.
- مآنده، ح.، و محمد ع. (۱۴۰۲). اثربخشی آموزش بازی درمانی مبتنی بر رابطه درمانی بر مشکلات رفتاری کودکان کم شنوا و تاب‌آوری مادران آنها. *پژوهش‌های علوم شناختی و رفتاری*، ۱۲ (۲)، ۹۱-۱۰۸.
- صالحی، ل.، بدری‌گرگی، ا.، و علی، ن. (۱۴۰۱). مقایسه اثربخشی آموزش ذهن‌آگاهی و هنر-بازی درمانی بر عزت نفس دانش‌آموزان پسر دوره ابتدایی. *تعالی مشاوره و روان‌درمانی*، ۴۳ (۱۱)، ۶۷-۷۸.
- عبدی، ف.، و دیبا، و. (۱۴۰۱). اثر بخشی بازی درمانی دیالکتیکی بر خودپنداره و پرخاشگری کودکان کار. *روانشناسی و علوم رفتاری ایران*، ۳۶ (۵)، ۸۷-۹۷.

References

- Alkhasawneh, T., Al-Shaar, A. S., Khasawneh, M., Darawsheh, S., & Aburaya, N. (2022). Self-Esteem and its relationship to some demographic variables among students with learning disabilities. *Information Sciences Letters*, 11(6), 1929-1936.
- Astramovich, R. L., Lyons, C., & Hamilton, N. J. (2015). Play therapy for children with intellectual disabilities. *Journal of child and Adolescent counseling*, 1(1), 27-36.
- Blanco, P. J. (2010). Impact of School-Based Child-Centered Play Therapy on Academic Achievement, Self-Concept, and Teacher-Child Relationships. *Child-Centered Play Therapy Research: The Evidence Base for Effective Practice*, 125-144.
- Bratton, S. C., Ray, D., Rhine, T., & Jones, L. (2005). The efficacy of play therapy with children: A meta-analytic review of treatment outcomes. *Professional psychology: research and practice*, 36(4), 376.
- Brusilovsky, B. (2024). *The architecture of play, sensory and cognitive stimulation: From childhood to adolescence*. LOS LIBROS DE LA CATARATA.
- Cheng, Y. J., & Ray, D. C. (2016). Child-centered group play therapy: Impact on social-emotional assets of kindergarten children. *The Journal for Specialists in Group Work*, 41(3), 209-237.
- Drewes, A. A., & Schaefer, C. E. (2015). The therapeutic powers of play. *Handbook of play therapy*, 35-60.
- Duman, N. S., Oner, O., & Aysev, A. S. (2017). The effect of educational therapy on self-esteem and problem behaviors in children with specific learning disability. *Alpha Psychiatry*, 18(1), 85-92.

- Elbeltagi, R., Al-Beltagi, M., Saeed, N. K., & Alhawamdeh, R. (2023). Play therapy in children with autism: Its role, implications, and limitations. *World journal of clinical pediatrics*, 12(1), 1.
- Garnefski, N., van Rood, Y., De Roos, C., & Kraaij, V. (2017). Relationships between traumatic life events, cognitive emotion regulation strategies, and somatic complaints. *Journal of clinical psychology in medical settings*, 24(2), 144-151.
- Geraci, M. A. (2024). *Cognitive behavioral play therapy: evolution of the theoretical model and development perspectives*. Armando Editore.
- Hall, J. G. (2015). *Effects of child-centered play therapy on social skills, academic achievement, and self-concept of children with learning disabilities: a single-case design* (Doctoral dissertation, The University of North Carolina at Charlotte).
- Hallahan, D. E., Kauffman, J. M., & Pullen, P. C. (2013). *Exceptional Learners: An Introduction to Special Education: Pearson New International Edition*. Pearson Higher Ed
- Hansen, S., Meissler, K., & Ovens, R. (2000). Kids together: A group play therapy model for children with ADHD symptomatology. *Journal of child and adolescent group therapy*, 10(4), 191-211.
- Harter, S. (2015). *The construction of the self: Developmental and sociocultural foundations*. Guilford Publications.
- Kavale, K. A., & Forness, S. R. (1996). Social skill deficits and learning disabilities: A meta-analysis. *Journal of learning disabilities*, 29(3), 226-237.
- Kormos, J., & Nijakowska, J. (2017). Inclusive practices in teaching students with dyslexia: Second language teachers' concerns, attitudes and self-efficacy beliefs on a massive open online learning course. *Teaching and Teacher Education*, 68, 30-41.
- Kottman, T., & Ashby, J. S. (2024). *Play therapy: Basics and beyond*. John Wiley & Sons.
- Landreth, G. L. (2012). *Play therapy: The art of the relationship*. Routledge.
- Lerner, J. W., & Johns, B. H. (2015). *Learning disabilities and related disabilities: Strategies for success* (p. 544). United States of America: Cengage learning.
- Lin, Y. W., & Bratton, S. C. (2015). A meta-analytic review of child-centered play therapy approaches. *Journal of Counseling & Development*, 93(1), 45-58.
- Nelson, J. M., & Harwood, H. (2011). Learning disabilities and anxiety: A meta-analysis. *Journal of learning disabilities*, 44(1), 3-17.
- O'Connor, K. J. (2000). *The play therapy primer*. John Wiley & Sons Inc.
- Parker, M. M., Hergenrather, K., Smelser, Q., & Kelly, C. T. (2021). Exploring child-centered play therapy and trauma: A systematic review of literature. *International Journal of Play Therapy*, 30(1), 2.
- Pedro-Carroll, J. L., & Jones, S. H. (2005). *A Preventive Play Intervention to Foster Children's Resilience in the Aftermath of Divorce*. American Psychological Association.
- Peixoto, F., & Almeida, L. S. (2010). Self-concept, self-esteem and academic achievement: Strategies for maintaining self-esteem in students experiencing academic failure. *European Journal of Psychology of Education*, 25(2), 157-175.
- Wiener, J. (2004). Do peer relationships foster behavioral adjustment in children with learning disabilities?. *Learning disability quarterly*, 27(1), 21-30.
- Phares, V. (2020). *Understanding abnormal child psychology*. John Wiley & Sons.
- Ray, D. C. (2022). *Playful education: Using play therapy strategies to elevate your classroom*. Routledge.
- Scott, T. A., Burlingame, G., Starling, M., Porter, C., & Lilly, J. P. (2003). Effects of individual client-centered play therapy on sexually abused children's mood, self-concept, and social competence. *International Journal of Play Therapy*, 12(1), 7.
- Silverman, Y. E. H. U. D. I. T. (2006). Drama therapy theoretical perspectives. *Creative arts therapies manual. A guide to the history, theoretical approaches, assessment, and work with special populations of art, play, dance, music, drama, and poetry therapies*, 223-230.
- Weis, J. E. (2020). Play therapy interventions promoting intrinsic characteristics of resilience: A systematic literature review.



