



Journal Website

Article history:

Received 25 March 2026

Revised 11 August 2026

Accepted 18 August 2026

Initial Publication 05 September 2026

Final Publication 23 August 2027

Journal of Psychological Dynamics in Mood Disorders

Volume 6, Issue 3, pp 1-22



E-ISSN: 2981-1759

The Effect of Play Therapy on Happiness and Hope in Children with Learning Disorders

Zahra. Hadavand Mirzaei¹, Mahsa. Rahimi², Nazanin Zahra. Rostayi³, Asma. Fooladi^{4*}

¹ Department of Psychology, CT.C., Islamic Azad University, Tehran, Iran

² Department of Clinical Psychology, TaMS.C., Islamic Azad University, Tabriz, Iran

³ Department of Psychology, Ta.C., Islamic Azad University, Tabriz, Iran

⁴ Assistant Professor, Department of Psychology, Tabaran Institute of Higher Education, Mashhad, Iran

* Corresponding author email address: a.fooladi@tabaran.ac.ir

Article Info

Article type:

Original Research

How to cite this article:

Hadavand Mirzaei, Z., Rahimi, M., Rostayi, N. Z., & Fooladi, A. (2027). The Effect of Play Therapy on Happiness and Hope in Children with Learning Disorders. *Journal of Psychological Dynamics in Mood Disorders*, 6(3), 1-22.



© 2027 the authors. Published by Maher Talent and Intelligence Testing Institute, Tehran, Iran. This is an open access article under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International (CC BY-NC 4.0) License.

ABSTRACT

Objective: The present study aimed to determine the effect of play therapy on happiness and hope in children with learning disorders.

Methods and Materials: This applied study employed a quasi-experimental pretest, posttest, and one-month follow-up design with an experimental group and a control group. The statistical population consisted of children with learning disorders attending specialized learning-disorder centers in Tehran during the 2025–2026 academic year. Thirty eligible children aged 8 to 12 years were selected through purposive sampling and randomly assigned to an experimental group and a control group, with 15 participants in each group. The experimental group received 10 group play-therapy sessions, each lasting 60 minutes and held twice weekly, whereas the control group received no psychological intervention. Data were collected using the Oxford Happiness Questionnaire and Snyder's Children's Hope Scale. The data were analyzed using mixed analysis of variance with repeated measures and Bonferroni post hoc comparisons.

Findings: The interaction effect of time and group on happiness was statistically significant, $F = 67.82$, $p < 0.001$, partial eta squared = 0.708. The interaction effect of time and group on hope was also statistically significant, $F = 64.14$, $p < 0.001$, partial eta squared = 0.696. Bonferroni pairwise comparisons indicated that happiness and hope scores in the experimental group increased significantly from pretest to posttest and from pretest to follow-up. However, the differences between posttest and follow-up scores were not statistically significant, indicating that the intervention effects were maintained during the follow-up period.

Conclusion: Play therapy can be considered an effective intervention for improving happiness and hope in children with learning disorders, and its beneficial effects may remain stable for at least one month after the completion of treatment.

Keywords: Play therapy, happiness, hope, learning disorder, children

EXTENDED ABSTRACT

Introduction

Specific learning disorder is a neurodevelopmental condition characterized by persistent difficulties in acquiring and using academic skills, particularly reading, written expression, and mathematics. These difficulties occur despite adequate educational opportunities and generally appropriate intellectual functioning. The effects of learning disorders are not limited to academic achievement; rather, they may extend to children's emotional, social, behavioral, and motivational functioning. Repeated failure in school assignments, negative comparison with classmates, criticism from adults, and an inability to meet educational expectations may gradually weaken self-confidence and create feelings of inadequacy. Children with learning disorders may therefore become vulnerable to low happiness, diminished motivation, social withdrawal, and reduced hope regarding future success (Nejati et al., 2026; Rusciollelli & Sobotka, 2025; Wilens et al., 2026).

Happiness is a central construct in positive psychology and refers to the experience of positive emotions, satisfaction with life, personal worth, optimism, vitality, and positive engagement with the social environment. In childhood, happiness is associated with greater participation in learning, more adaptive interpersonal relationships, and stronger resilience in the face of difficulties. Children who experience higher levels of happiness are more likely to interpret academic challenges as manageable and to continue participating in educational and social activities. Previous research has shown that psychological interventions can promote happiness and improve the quality of academic life by changing maladaptive beliefs and strengthening positive interpersonal experiences (Javan Mojarad et al., 2022). Psychological capital and perceived social support have also been identified as important correlates of psychological well-being among students (Saket et al., 2023). Moreover, happiness is shaped within relational contexts, and supportive, intimate, and low-conflict interactions contribute to the experience of positive emotions and satisfaction (Sandhya, 2008).

Hope is another important psychological resource that enables children to pursue goals despite obstacles. Hope includes both agency thinking, or the motivation to move toward desired goals, and pathways thinking, or the ability to identify alternative routes for goal attainment. Children with learning disorders may have difficulty maintaining hope because repeated academic failure can create the belief that effort does not lead to improvement. Over time, this belief may result in learned helplessness, avoidance of academic tasks, and reduced willingness to attempt new activities. In contrast, a hopeful child is more likely to set attainable goals, continue trying after failure, and search for alternative strategies. Research has demonstrated that play therapy can reduce hopelessness and anxiety in children experiencing serious health-related difficulties (Sadighi et al., 2021). Cognitive-behavioral play therapy has also been found to reduce hopelessness and loneliness in children, suggesting that structured play can strengthen their positive expectations and sense of personal agency (Farzaneh, 2015).

Play therapy is a developmentally appropriate intervention that uses play as the primary medium through which children communicate, express emotions, practice skills, and reconstruct difficult experiences. Because children may not always be able to articulate distress verbally, play provides a symbolic and nonthreatening method of expressing fear, anger, shame, disappointment, and frustration. Through toys, storytelling, drawing, role-play, movement, problem-solving activities, and structured games, children can explore difficult experiences while maintaining a sense of safety and control. The

therapeutic use of play also allows the therapist to strengthen coping, emotional regulation, self-efficacy, social interaction, and flexible thinking.

One important feature of play therapy is that it shifts children from a passive role to active participation. In many academic settings, children with learning disorders repeatedly encounter situations in which they are evaluated and compared with peers. Play therapy creates a different environment in which mistakes are accepted as part of the learning process and success can be experienced gradually. This may help rebuild a positive self-concept and reduce the emotional burden associated with academic performance. Group play therapy has been shown to improve happiness and self-esteem and reduce social withdrawal in children (Teimourinia, 2024). Play therapy has also been reported to increase happiness and creativity in preschool children (Asl Fattahi & Taghipour Masoumi, 2017). Similarly, parent-child relationship play therapy has been associated with improvements in happiness, parent-child relationships, and social-emotional learning (Saadat, 2018).

Play therapy may also enhance hope by strengthening agency and pathways thinking. Many games involve goals, obstacles, rules, choices, and multiple solutions. During such activities, children learn that failure is temporary, that alternative strategies can be tried, and that sustained effort may lead to success. This experience is especially relevant for children with learning disorders, who may have developed rigid negative beliefs such as “I cannot succeed” or “trying does not help.” Cognitive-behavioral play therapy can help children identify such beliefs and replace them with more adaptive interpretations through stories, role-playing, and problem-solving exercises.

Evidence also indicates that play-based interventions improve cognitive and academic functions in children with learning disorders. Executive-function-based play therapy has been found to improve working memory in students with specific reading disorder (Keshavarz et al., 2024). Similar interventions have been associated with improvement in reading difficulties (Madadi, 2023). Cognitive-behavioral play therapy has also been reported to improve selective attention, working memory, and emotional intelligence among students with specific learning disorders (Ghanbarzadeh, 2023). In addition, play therapy has been effective in improving behavioral adjustment and problem-solving skills in students with dyslexia (Vosoughi Kalantari et al., 2025).

Other studies have shown that cognitively oriented and interactive play therapy can improve cognitive appraisal in students with special learning disabilities (Shahzadehahmadi et al., 2023). Cognitive-behavioral play therapy has also been compared favorably with cognitive rehabilitation in improving the academic achievement of students with dyslexia (Shakeri Chenari et al., 2026). Parent-child play therapy has been associated with improved reading performance among students with learning disabilities (Xu, 2025), while play therapy has improved learning outcomes among pupils with attention-deficit/hyperactivity disorder (Amaechi-Udogu & Ekeh, 2024). These findings suggest that play therapy can simultaneously address academic, cognitive, emotional, and motivational difficulties.

Play therapy may also reduce behavioral disorders in children with learning disabilities by strengthening emotional regulation and adaptive responses (Firouzmandi et al., 2023). Relational and art-based play interventions may further improve the emotional resources available within the family and enhance parent-child interaction (Esteki Azad et al., 2022). In addition, evidence from sandplay therapy indicates that symbolic and sensory play can promote psychological health among children and adolescents (Ttofa, 2026) and improve social behavior in children with developmental disorders (Zelcek &

Pouya, 2024). Taken together, these findings support the use of play therapy as a multidimensional intervention capable of improving positive psychological outcomes. Accordingly, the present study aimed to determine the effect of play therapy on happiness and hope in children with learning disorders.

Methods and Materials

The present study was applied in purpose and quasi-experimental in design, using a pretest, posttest, and one-month follow-up format with an experimental group and a control group. The statistical population consisted of all children with learning disorders who attended specialized learning-disorder centers in Tehran during the 2025–2026 academic year. Thirty eligible children were selected through purposive sampling and randomly assigned to an experimental group and a control group, with 15 participants in each group. The participants were between 8 and 12 years of age, and their learning disorders had been confirmed on the basis of clinical records, educational assessments, psychological evaluation, and specialist diagnosis.

The inclusion criteria were a confirmed diagnosis of specific learning disorder, enrollment in primary school, age between 8 and 12 years, the ability to participate in play-therapy sessions, written parental consent, and no simultaneous participation in a similar psychological intervention. Exclusion criteria included severe psychiatric disorders, autism spectrum disorder, intellectual disability, serious neurological disease, changes in psychiatric medication during the study, absence from more than two intervention sessions, and failure to complete the research instruments.

Happiness was measured using the Oxford Happiness Questionnaire. The questionnaire consists of 29 items and assesses positive mood, life satisfaction, positive self-evaluation, social engagement, and perceived competence. Because the participants had learning difficulties, the items were read individually by a trained researcher in simple and neutral language. Hope was assessed using the Children's Hope Scale, which consists of 6 items and measures agency thinking and pathways thinking. Higher scores on both instruments represented higher happiness and hope.

The experimental group received 10 sessions of group play therapy, each lasting 60 minutes and held twice weekly. The intervention incorporated structured games, movement activities, storytelling, drawing, crafts, puppet play, role-playing, problem-solving tasks, puzzles, and cooperative activities. The sessions aimed to establish therapeutic safety, increase positive affect, encourage emotional expression, strengthen social interaction, improve problem-solving, promote persistence, and help children identify personal strengths and attainable goals. The control group received no structured psychological intervention during the study and continued to receive routine educational services. Both groups completed the measures at pretest, posttest, and one-month follow-up.

The data were analyzed using descriptive statistics, including mean, standard deviation, frequency, and percentage. The assumptions of normality, homogeneity of variance, homogeneity of covariance matrices, and sphericity were examined before inferential analysis. A mixed analysis of variance with repeated measures was used to examine the effects of time, group, and the interaction of time and group. Bonferroni pairwise comparisons were used to identify differences between measurement stages. Partial eta squared was reported as the effect-size index, and the significance level was set at 0.05.

Findings

The final sample consisted of 30 children, including 15 in the experimental group and 15 in the control group. The mean age of participants was 9.87 years in the experimental group and 9.73 years in

the control group. The two groups did not differ significantly in age, sex, school grade, or type of learning disorder, indicating adequate demographic comparability before the intervention.

The mean happiness score in the experimental group increased from 35.47 at pretest to 48.87 at posttest and remained high at 47.60 during follow-up. In contrast, the control-group mean changed only slightly, from 36.13 at pretest to 36.80 at posttest and 36.47 at follow-up. The mean hope score in the experimental group increased from 15.67 at pretest to 22.40 at posttest and remained at 21.87 during follow-up. The control-group mean hope score changed minimally, from 15.93 at pretest to 16.20 at posttest and 16.00 at follow-up.

The assumptions required for mixed repeated-measures analysis were adequately met. The results showed a statistically significant main effect of time on happiness, $F = 81.46$, $p < 0.001$, partial eta squared = 0.744. The main effect of group was also significant, $F = 34.92$, $p < 0.001$, partial eta squared = 0.555. More importantly, the interaction between time and group was significant, $F = 67.82$, $p < 0.001$, partial eta squared = 0.708. These results indicated that the pattern of change in happiness across the three measurement stages differed significantly between the experimental and control groups.

For hope, the main effect of time was statistically significant, $F = 73.59$, $p < 0.001$, partial eta squared = 0.724. The main effect of group was also significant, $F = 42.88$, $p < 0.001$, partial eta squared = 0.605. The interaction between time and group was significant as well, $F = 64.14$, $p < 0.001$, partial eta squared = 0.696. These findings showed that the increase in hope over time was substantially greater in the experimental group than in the control group.

Bonferroni comparisons showed that happiness in the experimental group increased significantly from pretest to posttest by 13.40 points and from pretest to follow-up by 12.13 points. The difference between posttest and follow-up was not statistically significant. Hope increased significantly from pretest to posttest by 6.73 points and from pretest to follow-up by 6.20 points. The posttest-follow-up difference was also nonsignificant. Thus, the effects of play therapy on both happiness and hope were maintained over the one-month follow-up period.

Discussion and Conclusion

The findings demonstrated that play therapy significantly improved both happiness and hope in children with learning disorders. The substantial increase in happiness may be explained by the emotionally positive and developmentally appropriate nature of play. Children in the experimental group were given repeated opportunities to experience enjoyment, cooperation, mastery, choice, and successful task completion. These experiences were likely to counteract the negative emotional effects of repeated academic failure and to promote a more positive evaluation of the self.

The intervention also provided a safe context for emotional expression. Through storytelling, drawing, role-play, movement, and symbolic play, children could express disappointment, fear, anger, and shame without relying exclusively on direct verbal communication. This process may have reduced emotional tension and increased psychological comfort. Group activities may additionally have promoted belonging, acceptance, and positive peer interaction, which are important components of childhood happiness.

The improvement in hope can be understood through the structure of goal-directed games. Many of the activities required children to identify goals, tolerate obstacles, test different strategies, ask for help, and continue after unsuccessful attempts. These experiences likely strengthened the belief that problems

can be managed and that different routes can lead to success. For children who had previously associated effort with failure, successful participation in play may have restored a sense of agency and control.

The stability of the results at follow-up suggests that the intervention produced more than a temporary positive mood. The skills practiced during the sessions, including persistence, flexible problem-solving, emotional expression, cooperation, and positive self-evaluation, may have been internalized and applied beyond the therapy setting. The nonsignificant decline from posttest to follow-up further indicates that the gains were largely maintained.

Overall, play therapy appears to be an effective, child-centered, and multidimensional intervention for improving positive psychological functioning among children with learning disorders. It addresses not only emotional distress but also the motivational and cognitive processes that influence children's adjustment. The results suggest that treatment programs for learning disorders should not focus exclusively on academic remediation. Incorporating structured play therapy may help children experience greater happiness, develop more hopeful expectations, and engage more confidently with academic and social challenges. It can therefore be concluded that play therapy is an effective intervention for increasing happiness and hope in children with learning disorders, with effects that remain evident at least one month after the completion of treatment.



وبسایت مجله

تاریخچه مقاله

دریافت شده در تاریخ ۵ فروردین ۱۴۰۵

اصلاح شده در تاریخ ۲۰ مرداد ۱۴۰۵

پذیرفته شده در تاریخ ۲۷ مرداد ۱۴۰۵

اولین انتشار در تاریخ ۱۴ شهریور ۱۴۰۵

انتشار نهایی در تاریخ ۱ شهریور ۱۴۰۶

پویایی‌های روانشناختی در اختلال‌های خلقی

دوره ۶، شماره ۳، صفحه ۲۲-۱



شاپای الکترونیکی: ۲۹۸۱-۱۷۵۹

تأثیر بازی درمانی بر شادکامی و امید به زندگی در کودکان مبتلا به اختلال یادگیری

زهرا هداوند میرزائی^۱، مهسا رحیمی^۲، نازنین زهرا روستایی^۳، اسما فولادی^۴

۱. گروه روان‌شناسی، واحد تهران مرکزی، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران ایران

۲. گروه روان‌شناسی بالینی، واحد علوم پزشکی تبریز، دانشگاه آزاد اسلامی، تبریز، ایران

۳. گروه روان‌شناسی، واحد تبریز، دانشگاه آزاد اسلامی، تبریز، ایران

۴. استادیار، گروه روان‌شناسی، موسسه آموزش عالی تابران، مشهد، ایران

*ایمیل نویسنده مسئول: a.fooladi@tabaran.ac.ir

چکیده

اطلاعات مقاله

نوع مقاله

پژوهشی/اصیل

نحوه استناد به این مقاله:

هداوند میرزائی، زهرا، رحیمی، مهسا، روستایی، نازنین زهرا، و فولادی، اسما. (۱۴۰۶). تأثیر بازی درمانی بر شادکامی و امید به زندگی در کودکان مبتلا به اختلال یادگیری. *پویایی‌های روانشناختی در اختلال‌های خلقی*، ۶(۳)، ۲۲-۱.



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

هدف: پژوهش حاضر با هدف تعیین تأثیر بازی درمانی بر شادکامی و امید به زندگی کودکان مبتلا به اختلال یادگیری انجام شد. **روش‌شناسی:** این پژوهش کاربردی و از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری یک‌ماهه همراه با گروه گواه بود. جامعه آماری شامل کودکان مبتلا به اختلال یادگیری مراجعه‌کننده به مراکز تخصصی اختلالات یادگیری شهر تهران در سال تحصیلی ۱۴۰۵-۱۴۰۴ بود. از میان افراد واجد شرایط، ۳۰ کودک ۸ تا ۱۲ ساله به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه، هر کدام ۱۵ نفر، جایگزین شدند. گروه آزمایش طی ۱۰ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای و دو بار در هفته در برنامه بازی درمانی گروهی شرکت کرد، در حالی که گروه گواه مداخله‌ای دریافت نکرد. داده‌ها با استفاده از پرسشنامه شادکامی آکسفورد و مقیاس امید کودکان اسنایدر گردآوری و با تحلیل واریانس آمیخته با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بونفرونی تحلیل شدند. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد اثر متقابل زمان و گروه بر شادکامی معنادار بود، به طوری که مقدار F برابر با ۶۷.۸۲ و سطح معناداری کمتر از ۰.۰۰۱ به دست آمد و مجذور اتای جزئی برابر با ۰.۷۰۸ بود. همچنین، اثر متقابل زمان و گروه بر امید به زندگی معنادار بود و مقدار F برابر با ۶۴.۱۴، سطح معناداری کمتر از ۰.۰۰۱ و مجذور اتای جزئی برابر با ۰.۶۹۶ گزارش شد. مقایسه‌های زوجی بونفرونی نشان داد نمرات شادکامی و امید به زندگی گروه آزمایش از پیش‌آزمون به پس‌آزمون و پیگیری به طور معناداری افزایش یافت، اما تفاوت بین پس‌آزمون و پیگیری معنادار نبود. **نتیجه‌گیری:** بازی درمانی می‌تواند به عنوان مداخله‌ای مؤثر برای افزایش شادکامی و امید به زندگی کودکان مبتلا به اختلال یادگیری به کار رود و آثار آن دست کم تا یک ماه پس از پایان مداخله پایدار باقی می‌ماند.

کلیدواژگان: بازی درمانی، شادکامی، امید به زندگی، اختلال یادگیری، کودکان



مقدمه

اختلال یادگیری یکی از مهم‌ترین مشکلات عصب‌رشدی دوران کودکی است که می‌تواند فرایند یادگیری مهارت‌های بنیادی مانند خواندن، نوشتن و ریاضیات را با دشواری پایدار مواجه سازد. کودکان مبتلا به این اختلال، با وجود برخورداری از هوش عمومی مناسب، فرصت‌های آموزشی کافی و فقدان ناتوانی‌های حسی آشکار، در کسب و به‌کارگیری مهارت‌های تحصیلی متناسب با سن و پایه آموزشی خود با مشکلات قابل توجهی روبه‌رو می‌شوند. این دشواری‌ها صرفاً به عملکرد تحصیلی محدود نمی‌ماند، بلکه می‌تواند ابعاد هیجانی، شناختی، اجتماعی و رفتاری زندگی کودک را نیز تحت تأثیر قرار دهد. تجربه مکرر شکست در تکالیف درسی، مقایسه‌شدن با همسالان، دریافت بازخوردهای منفی از سوی والدین و معلمان و احساس ناتوانی در دستیابی به انتظارات آموزشی، ممکن است موجب کاهش اعتمادبه‌نفس، تضعیف خودپنداره، افزایش اضطراب، احساس درماندگی و کناره‌گیری اجتماعی شود (Nejati et al., 2026; Rusciolelli & Sobotka, 2025; Wilens et al., 2026).

کودکان مبتلا به اختلال یادگیری معمولاً در موقعیت‌هایی قرار می‌گیرند که در آن‌ها تلاش مداوم لزوماً به موفقیت تحصیلی منجر نمی‌شود. چنین تجربه‌ای می‌تواند به شکل‌گیری این باور بینجامد که کوشش فرد تأثیر چندانی بر نتیجه ندارد. در این شرایط، کودک ممکن است به تدریج انگیزه خود را برای ادامه فعالیت از دست بدهد، از موقعیت‌های آموزشی اجتناب کند و در برابر تکالیف جدید احساس ناتوانی نشان دهد. مشکلات مربوط به توجه انتخابی، حافظه کاری، پردازش اطلاعات و تنظیم شناختی نیز ممکن است فرایند حل مسئله و مدیریت تکالیف درسی را برای این کودکان دشوارتر سازد. پژوهش‌های انجام‌شده در زمینه مداخلات مبتنی بر بازی نشان داده‌اند که تمرکز بر کارکردهای اجرایی می‌تواند حافظه کاری کودکان دارای اختلال یادگیری خاص در خواندن را تقویت کند و ظرفیت آنان را برای سازمان‌دهی و نگهداری اطلاعات افزایش دهد (Keshavarz et al., 2024). همچنین، بازی درمانی مبتنی بر کارکردهای اجرایی در بهبود اختلال یادگیری خواندن مؤثر گزارش شده است و می‌تواند از طریق تمرین‌های ساختاریافته، عملکرد تحصیلی و شناختی کودک را ارتقا دهد (Madadi, 2023).

در کنار مشکلات شناختی و تحصیلی، پیامدهای هیجانی اختلال یادگیری اهمیت ویژه‌ای دارند. کودکی که به‌طور مکرر در فعالیت‌های درسی با شکست مواجه می‌شود، ممکن است احساس کند از دیگران ضعیف‌تر است و توانایی دستیابی به موفقیت را ندارد. استمرار این وضعیت می‌تواند سطح شادکامی او را کاهش دهد و نگرش وی را نسبت به آینده تحت تأثیر قرار دهد. کاهش شادکامی در کودکان ممکن است به صورت خلق منفی، کاهش لذت از فعالیت‌های روزمره، محدودشدن تعاملات اجتماعی، احساس ناخشنودی از خود و کاهش مشارکت در فعالیت‌های آموزشی و تفریحی ظاهر شود. از سوی دیگر، ضعف امید به زندگی می‌تواند کودک را در انتخاب اهداف، تداوم تلاش، یافتن راه‌حل‌های جایگزین و غلبه بر موانع با مشکل مواجه کند. بنابراین، توجه هم‌زمان به شادکامی و امید به زندگی در کودکان مبتلا به اختلال یادگیری، از منظر پیشگیری از مشکلات روان‌شناختی ثانویه و ارتقای سازگاری آنان ضروری است.

شادکامی یکی از سازه‌های اساسی روان‌شناسی مثبت‌گراست که به تجربه هیجان‌های مثبت، رضایت از زندگی، احساس ارزشمندی، نشاط، خوش‌بینی و برخورداری از روابط اجتماعی مطلوب اشاره دارد. شادکامی در کودکان نه تنها نتیجه شرایط مطلوب زندگی است، بلکه می‌تواند به عنوان یک منبع روان‌شناختی، ظرفیت مقابله با فشارها و دشواری‌ها را افزایش دهد. کودکان شادتر معمولاً در روابط میان‌فردی مشارکت فعال‌تری دارند، از انگیزه بیشتری برای یادگیری برخوردارند و در مواجهه با ناکامی‌ها انعطاف‌پذیری بیشتری نشان می‌دهند. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که شادکامی با کیفیت زندگی تحصیلی و سازگاری روان‌شناختی دانش‌آموزان ارتباط دارد و مداخلات روان‌شناختی می‌توانند از طریق اصلاح نگرش‌ها، کاهش هیجان‌های منفی و تقویت روابط بین‌فردی، این سازه را بهبود بخشند (Javan Mojarad et al., 2022). همچنین،



سرمایه روان‌شناختی و حمایت اجتماعی ادراک‌شده از عوامل مرتبط با بهزیستی روان‌شناختی دانش‌آموزان هستند و می‌توانند در تجربه هیجان‌های مثبت و افزایش رضایت آنان از زندگی نقش داشته باشند (Saket et al., 2023).

شادکامی مفهومی چندبعدی است و تنها به احساس لذت لحظه‌ای محدود نمی‌شود. این سازه در بستر روابط خانوادگی، اجتماعی و عاطفی شکل می‌گیرد و تحت تأثیر کیفیت تعاملات فرد با دیگران قرار دارد. مطالعات حوزه روابط خانوادگی نشان داده‌اند که صمیمیت، حمایت متقابل و کاهش تعارض می‌توانند در تجربه شادکامی نقش مهمی ایفا کنند (Sandhya, 2008). هرچند بخش عمده این شواهد در بافت روابط بزرگسالان به دست آمده است، اصل نقش حمایت، ارتباط ایمن و تجربه پذیرش در شکل‌گیری شادکامی را می‌توان در کودکان نیز مهم دانست. برای کودکان مبتلا به اختلال یادگیری، فراهم کردن محیطی غیرقضاوتی که در آن بتوانند بدون ترس از شکست، توانایی‌های خود را تجربه کنند، زمینه مناسبی برای افزایش نشاط، احساس کفایت و شادکامی فراهم می‌سازد (Asl Fattahi & Taghipour Masoumi, 2017; Saadat, 2018).

در این میان، امید به زندگی نیز از مؤلفه‌های کلیدی سازگاری روان‌شناختی به شمار می‌رود. امید را می‌توان نوعی نظام شناختی - انگیزشی دانست که در آن فرد برای خود اهدافی تعیین می‌کند، مسیرهای دستیابی به آن‌ها را می‌شناسد و از انگیزه لازم برای حرکت در این مسیرها برخوردار است. کودک امیدوار، در مواجهه با مانع، شکست را پایان راه تلقی نمی‌کند، بلکه می‌کوشد راه دیگری برای رسیدن به هدف بیابد. در مقابل، کودکی که امید پائینی دارد، ممکن است مشکلات تحصیلی را تغییرناپذیر بداند و در برابر نخستین ناکامی از ادامه تلاش منصرف شود. درماندگی و ناامیدی در دوران کودکی می‌تواند با کاهش انگیزه، کناره‌گیری اجتماعی، ضعف عملکرد آموزشی و افزایش مشکلات هیجانی همراه باشد. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که بازی درمانی می‌تواند ناامیدی کودکان مبتلا به بیماری‌های شدید را کاهش دهد و از طریق ایجاد تجربه‌های کنترل، بیان هیجان و تعامل حمایتی، احساس توانمندی آنان را افزایش دهد (Sadighi et al., 2021). همچنین، بازی درمانی شناختی - رفتاری در کاهش ناامیدی و احساس تنهایی کودکان مؤثر گزارش شده است (Farzaneh, 2015).

یکی از مداخلاتی که می‌تواند به‌طور هم‌زمان ابعاد شناختی، هیجانی، رفتاری و اجتماعی کودک را هدف قرار دهد، بازی درمانی است. بازی زبان طبیعی کودک و یکی از مهم‌ترین ابزارهای او برای شناخت جهان، تجربه نقش‌ها، بیان هیجان‌ها و بازسازی رویدادهای زندگی است. بسیاری از کودکان نمی‌توانند احساسات، تعارض‌ها و نگرانی‌های خود را به شیوه کلامی و مستقیم بیان کنند، اما از طریق بازی قادرند تجربیات درونی خود را نمادپردازی کنند و در فضایی امن به آن‌ها معنا ببخشند. بازی درمانی با استفاده هدفمند از بازی، اسباب‌بازی، داستان، نقاشی، نمایش، حرکت و فعالیت‌های خلاقانه، امکان ارتباط درمانی و مداخله روان‌شناختی متناسب با سطح رشدی کودک را فراهم می‌سازد. مزیت مهم بازی درمانی آن است که کودک را از موقعیت منفعل دریافت‌کننده آموزش خارج می‌کند و او را به مشارکت فعال در فرایند تغییر سوق می‌دهد (Amaechi-Udogu & Ekeh, 2024; Vosoughi Kalantari et al., 2025; Zelcek & Pouya, 2024). در بازی، کودک فرصت دارد انتخاب کند، تصمیم بگیرد، پیامد رفتار خود را مشاهده کند، راه‌حل‌های متفاوت را بیازماید و تجربه موفقیت به دست آورد. این ویژگی برای کودکان دارای اختلال یادگیری اهمیت بیشتری دارد، زیرا آنان در محیط آموزشی معمولاً با تکالیفی مواجه می‌شوند که احتمال شکست در آن‌ها بالاست. در مقابل، بازی درمانی محیطی انعطاف‌پذیر و حمایتگر ایجاد می‌کند که در آن موفقیت می‌تواند به صورت تدریجی و متناسب با توانایی کودک تجربه شود. این تجربه‌های موفقیت‌آمیز، احساس کفایت را افزایش می‌دهد و می‌تواند نگرش کودک را نسبت به توانایی‌های خود تغییر دهد (Vosoughi Kalantari et al., 2025; Xu, 2025; Zelcek & Pouya, 2024).

شواهد پژوهشی نشان داده‌اند که بازی درمانی می‌تواند طیف گسترده‌ای از پیامدهای روان‌شناختی و آموزشی را بهبود بخشد. بازی درمانی گروهی در افزایش شادکامی و عزت‌نفس و کاهش کناره‌گیری اجتماعی کودکان مؤثر گزارش شده است (Teimourinia, 2024).



همچنین، بازی درمانی در کودکان پیش دبستانی موجب افزایش شادکامی و خلاقیت شده است و از طریق ایجاد فرصت برای تجربه هیجان‌های مثبت، تعامل و ابراز خود، به بهبود وضعیت عاطفی آنان کمک کرده است (Asl Fattahi & Taghipour Masoumi, 2017). بازی درمانی مبتنی بر رابطه والد - کودک نیز می‌تواند شادکامی و یادگیری اجتماعی - هیجانی کودکان را افزایش دهد و کیفیت رابطه والد و کودک را بهبود بخشد (Saadat, 2018). این یافته‌ها نشان می‌دهند که بازی درمانی، چه در قالب فردی و گروهی و چه با مشارکت والدین، ظرفیت قابل توجهی برای تقویت هیجان‌های مثبت و سازگاری روانی کودکان دارد.

بازی درمانی از طریق مکانیسم‌های متعددی بر شادکامی اثر می‌گذارد. نخست آنکه بازی به‌طور ذاتی با لذت، تحرک، کشف و تجربه هیجان مثبت همراه است. دوم، بازی فرصت تعامل با همسالان و درمانگر را فراهم می‌کند و می‌تواند احساس تعلق و پذیرش را در کودک افزایش دهد. سوم، کودک در جریان بازی می‌تواند توانایی‌ها و نقاط قوت خود را تجربه کند و از طریق بازخورد مثبت، تصویر مطلوب‌تری از خود به دست آورد. چهارم، بازی به کودک اجازه می‌دهد هیجان‌های منفی مانند ترس، خشم، ناکامی و شرم را به شکلی نمادین و قابل کنترل بیان کند. کاهش فشار هیجانی و افزایش احساس کنترل، زمینه را برای تجربه شادی و رضایت بیشتر فراهم می‌سازد (Amaechi-Udogu & Ekeh, 2024; Keshavarz et al., 2024). از سوی دیگر، بازی درمانی می‌تواند امید را از طریق تقویت هدف‌گذاری، عاملیت و تفکر راهبردی افزایش دهد. بسیاری از بازی‌ها دارای هدف، قوانین، مانع و مسیرهای مختلف دستیابی به نتیجه‌اند. کودک در جریان چنین فعالیت‌هایی یاد می‌گیرد که برای رسیدن به هدف برنامه‌ریزی کند، در صورت شکست راه دیگری بیابد و تلاش خود را ادامه دهد. فعالیت‌هایی مانند پازل، ساخت‌وساز، ایفای نقش، داستان‌پردازی و بازی‌های حل مسئله می‌توانند توانایی تفکر انعطاف‌پذیر و یافتن راه‌حل‌های جایگزین را افزایش دهند. هنگامی که کودک درمی‌یابد می‌تواند بر موانع غلبه کند، احساس عاملیت و توانمندی او تقویت می‌شود. این تجربه می‌تواند از فضای بازی به موقعیت‌های تحصیلی و اجتماعی تعمیم یابد و نگرش امیدوارانه‌تری نسبت به آینده ایجاد کند (Shakeri Chenari et al., 2026; Xu, 2025).

رویکرد شناختی - رفتاری در بازی درمانی به‌طور خاص بر رابطه میان افکار، هیجان‌ها و رفتارهای کودک تأکید می‌کند. در این رویکرد، مفاهیم شناختی و مهارت‌های رفتاری از طریق بازی، داستان، عروسک، نقش‌آفرینی و فعالیت‌های متناسب با سن کودک آموزش داده می‌شوند. کودکان مبتلا به اختلال یادگیری ممکن است افکار منفی پایداری مانند «من نمی‌توانم»، «همیشه شکست می‌خورم» یا «از دیگران ضعیف‌ترم» داشته باشند. بازی درمانی شناختی - رفتاری می‌تواند این افکار را شناسایی و بازسازی کند و کودک را به سمت برداشت‌های واقع‌بینانه‌تر و سازنده‌تر هدایت سازد. شواهد نشان داده‌اند که بازی درمانی شناختی - رفتاری در کاهش اختلالات رفتاری کودکان مبتلا به ناتوانی‌های یادگیری مؤثر است (Firouzmandi et al., 2023). همچنین، این مداخله می‌تواند سازگاری رفتاری و مهارت‌های حل مسئله دانش‌آموزان نارساخوان را بهبود بخشد (Vosoughi Kalantari et al., 2025).

مداخلات مبتنی بر بازی علاوه بر پیامدهای هیجانی، در بهبود کارکردهای شناختی و تحصیلی نیز نقش دارند. بازی درمانی شناخت‌محور و بازی درمانی تعاملی می‌توانند ارزیابی‌های شناختی دانش‌آموزان دختر دارای اختلال یادگیری ویژه را بهبود بخشند (Shahzadehahmadi et al., 2023). بازی درمانی شناختی - رفتاری همچنین در مقایسه با توان‌بخشی شناختی، بر پیشرفت تحصیلی دانش‌آموزان نارساخوان تأثیر دارد و می‌تواند یادگیری را از طریق تمرین‌های جذاب و فعال تسهیل کند (Shakeri Chenari et al., 2026). افزون بر این، بازی درمانی مبتنی بر رابطه والد - کودک در بهبود عملکرد خواندن دانش‌آموزان مبتلا به اختلال یادگیری مؤثر گزارش شده است (Xu, 2025). این نتایج نشان می‌دهند که بازی درمانی می‌تواند هم‌زمان بر پایه‌های شناختی یادگیری و پیامدهای هیجانی ناشی از شکست تحصیلی اثر بگذارد.

پژوهش‌های انجام‌شده درباره کودکان دارای مشکلات توجه نیز نشان داده‌اند که بازی‌درمانی می‌تواند پیامدهای یادگیری را بهبود بخشد. استفاده از بازی‌های هدفمند، ساختاریافته و مبتنی بر مشارکت می‌تواند توجه، انگیزه و درگیری کودک با تکلیف را افزایش دهد و یادگیری را از حالت خشک و فشارزا به تجربه‌ای جذاب تبدیل کند (Amaechi-Udogu & Ekeh, 2024). این موضوع برای کودکان مبتلا به اختلال یادگیری اهمیت فراوانی دارد، زیرا کاهش انگیزش و اجتناب از تکلیف در میان آنان شایع است. بازی می‌تواند از طریق ایجاد تنوع، بازخورد فوری و فرصت تکرار بدون احساس شکست، مشارکت فعال کودک را افزایش دهد.

اشکال مختلف بازی‌درمانی، از جمله شن‌بازی‌درمانی، نیز در بهبود سلامت روان‌شناختی و رفتار اجتماعی کودکان مورد توجه قرار گرفته‌اند. مرور نظام‌مند پژوهش‌های کمی درباره شن‌بازی‌درمانی یونگی نشان داده است که این رویکرد می‌تواند بر سلامت روان‌شناختی کودکان و نوجوانان تأثیر مثبت داشته باشد و امکان بیان نمادین تجربه‌های درونی را فراهم آورد (Ttofa, 2026). همچنین، شن‌بازی‌درمانی در فضای باز در بهبود رفتار اجتماعی کودکان دارای اختلال طیف اوتیسم مؤثر گزارش شده است (Zelcek & Pouya, 2024). اگرچه ویژگی‌های بالینی این کودکان با کودکان دارای اختلال یادگیری متفاوت است، این یافته‌ها نشان می‌دهند که بازی‌های نمادین، حسی و تعاملی می‌توانند در تقویت ارتباط، بیان هیجان و سازگاری اجتماعی مؤثر باشند.

بازی‌درمانی می‌تواند سرمایه عاطفی خانواده را نیز تحت تأثیر قرار دهد. مداخلات مبتنی بر رابطه کودک و والد و هنر - بازی‌درمانی شناختی - رفتاری، از طریق بهبود تعاملات عاطفی، افزایش درک متقابل و کاهش تنش‌های رابطه‌ای، می‌توانند منابع هیجانی والدین را تقویت کنند (Esteki Azad et al., 2022). این مسئله از آن جهت اهمیت دارد که والدین کودکان مبتلا به اختلال یادگیری ممکن است در اثر نگرانی‌های آموزشی، تعارض‌های مربوط به تکالیف و احساس ناکامی، فشار روانی قابل‌توجهی تجربه کنند. بهبود تعامل والد و کودک می‌تواند محیط حمایتی‌تری ایجاد کند و اثرات مداخله را در زندگی روزمره کودک تثبیت سازد.

یکی از موضوعات مهم در اثربخشی مداخلات روان‌شناختی، استمرار مشارکت و پایبندی به فرایند درمان است. حتی مداخله‌ای که از نظر نظری مناسب طراحی شده باشد، در صورت حضور نامنظم، مشارکت پایین یا قطع زودهنگام، ممکن است به نتایج مطلوب نرسد. اهمیت پایبندی به برنامه درمانی در حوزه‌های گوناگون سلامت مورد توجه قرار گرفته و عوامل فردی، ارتباطی و محیطی در تداوم مشارکت مؤثر شناخته شده‌اند (García & Côté, 2003). در بازی‌درمانی کودکان، جذابیت فعالیت‌ها، رابطه ایمن با درمانگر، تناسب تکالیف با سطح رشد و حمایت والدین می‌تواند مشارکت کودک را افزایش دهد و استمرار حضور در جلسات را تسهیل کند.

در مجموع، شواهد موجود نشان می‌دهند که بازی‌درمانی می‌تواند در کاهش مشکلات رفتاری، بهبود کارکردهای اجرایی، ارتقای عملکرد تحصیلی، تقویت مهارت حل مسئله، افزایش تعامل اجتماعی و کاهش ناامیدی کودکان مؤثر باشد. بااین‌حال، بخش قابل‌توجهی از مطالعات پیشین بر کودکان پیش‌دبستانی، کودکان مبتلا به سرطان، کودکان دارای اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی، کودکان دارای اختلال طیف اوتیسم یا پیامدهای شناختی و تحصیلی اختلال یادگیری تمرکز داشته‌اند. پژوهش‌های کمتری به بررسی هم‌زمان دو پیامد مثبت‌نگر شادکامی و امید به زندگی در کودکان مبتلا به اختلال یادگیری پرداخته‌اند. این خلأ از آن جهت اهمیت دارد که موفقیت مداخلات در این گروه نباید تنها با کاهش نشانه‌های منفی یا افزایش عملکرد درسی سنجیده شود، بلکه تقویت تجربه‌های مثبت، انگیزه برای آینده و احساس توانمندی نیز باید مورد توجه قرار گیرد.

با توجه به پیامدهای گسترده اختلال یادگیری، ضرورت استفاده از مداخلات متناسب با ویژگی‌های رشدی کودکان، نتایج امیدوارکننده مطالعات پیشین و کمبود پژوهش‌های متمرکز بر سازه‌های مثبت روان‌شناختی، هدف پژوهش حاضر تعیین تأثیر بازی‌درمانی بر شادکامی و امید به زندگی کودکان مبتلا به اختلال یادگیری بود.



مواد و روش پژوهش

پژوهش حاضر از نظر هدف، کاربردی و از نظر روش، نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری یک‌ماهه همراه با گروه گواه بود. جامعه آماری پژوهش شامل تمامی کودکان مبتلا به اختلال یادگیری مراجعه‌کننده به مراکز تخصصی اختلالات یادگیری شهر تهران در سال تحصیلی ۱۴۰۴-۱۴۰۵ بود. از میان کودکان واجد شرایط، ۳۰ کودک به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند و پس از اجرای ارزیابی‌های اولیه، به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه، هر کدام شامل ۱۵ کودک، قرار گرفتند. شرکت‌کنندگان در دامنه سنی ۸ تا ۱۲ سال قرار داشتند و تشخیص اختلال یادگیری آنان بر اساس پرونده بالینی، نتایج ارزیابی‌های روان‌شناختی و آموزشی، نظر روان‌شناس متخصص و معیارهای تشخیصی اختلال یادگیری خاص تأیید شده بود. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل داشتن تشخیص اختلال یادگیری خاص، اشتغال به تحصیل در دوره ابتدایی، قرار داشتن در دامنه سنی ۸ تا ۱۲ سال، برخورداری از توانایی لازم برای شرکت در جلسات بازی‌درمانی، کسب رضایت آگاهانه کتبی از والدین و عدم شرکت هم‌زمان در سایر برنامه‌های روان‌شناختی مشابه بود. ابتدا به اختلالات شدید روان‌پزشکی، اختلال طیف اوتیسم، ناتوانی هوشی، بیماری‌های عصبی جدی، مصرف داروهای روان‌پزشکی با تغییر دوز در طول پژوهش، غیبت در بیش از دو جلسه مداخله و عدم تکمیل پرسشنامه‌ها از ملاک‌های خروج از پژوهش در نظر گرفته شد. پس از انتخاب نمونه، اهداف، مراحل اجرا، محرمانه‌بودن اطلاعات، اختیاری‌بودن مشارکت و امکان انصراف از پژوهش در هر مرحله برای والدین و کودکان توضیح داده شد. سپس، پیش‌آزمون متغیرهای شادکامی و امید در هر دو گروه اجرا شد. گروه آزمایش در برنامه بازی‌درمانی شرکت کرد، درحالی‌که گروه گواه در طول دوره پژوهش هیچ‌گونه مداخله روان‌شناختی سازمان‌یافته‌ای دریافت نکرد و صرفاً از خدمات آموزشی معمول مرکز استفاده کرد. پس از پایان جلسات، پس‌آزمون برای هر دو گروه اجرا شد و یک ماه بعد نیز مرحله پیگیری با استفاده از همان ابزارهای اندازه‌گیری انجام گرفت. به‌منظور رعایت ملاحظات اخلاقی، پس از پایان مرحله پیگیری، امکان بهره‌مندی اعضای گروه گواه از جلسات فشرده بازی‌درمانی فراهم شد.

برای سنجش شادکامی کودکان از پرسشنامه شادکامی آکسفورد استفاده شد. این پرسشنامه یکی از ابزارهای شناخته‌شده برای ارزیابی ابعاد شناختی، هیجانی و اجتماعی شادکامی است و مؤلفه‌هایی مانند رضایت از زندگی، خلق مثبت، احساس کارآمدی، نگرش مثبت به خود، تعامل مطلوب با دیگران و برخورداری از احساس نشاط را بررسی می‌کند. پرسشنامه شادکامی آکسفورد شامل ۲۹ گویه است که پاسخ‌دهندگان میزان انطباق هر عبارت با وضعیت خود را بر اساس یک مقیاس چنددرجه‌ای مشخص می‌کنند (Esteki Azad et al., 2022; Javan Mojarad et al., 2022). در پژوهش حاضر، با توجه به سن شرکت‌کنندگان، گویه‌ها به‌صورت فردی و با بیانی ساده و قابل‌فهم برای کودکان خوانده شد و پاسخ‌ها بر اساس نظر آنان ثبت گردید. نمره کل پرسشنامه از مجموع نمرات گویه‌ها به دست آمد و نمره بالاتر نشان‌دهنده برخورداری بیشتر کودک از شادکامی، هیجان‌های مثبت و رضایت از زندگی بود. برای کاهش خطاهای احتمالی ناشی از تفاوت در توانایی خواندن، درک مطلب و مهارت‌های تحصیلی کودکان مبتلا به اختلال یادگیری، اجرای پرسشنامه توسط پژوهشگر آموزش‌دیده و در محیطی آرام، بدون حضور والدین یا مربیان انجام شد. همچنین، دستورالعمل یکسانی برای تمامی شرکت‌کنندگان ارائه شد و به کودکان اطمینان داده شد که پاسخ درست یا نادرستی وجود ندارد و لازم است گزینه‌ای را انتخاب کنند که بیشترین انطباق را با احساس و تجربه واقعی آنان دارد. برای سنجش امید کودکان از مقیاس امید کودکان اسنایدر استفاده شد. این مقیاس با هدف اندازه‌گیری تفکر امیدوارانه در کودکان و نوجوانان طراحی شده و امید را بر اساس دو مؤلفه اصلی تفکر عاملی و تفکر راهبردی ارزیابی می‌کند. تفکر عاملی به انگیزه، اراده و احساس توانایی کودک برای حرکت به‌سوی اهداف اشاره دارد و تفکر راهبردی نشان‌دهنده توانایی او در یافتن مسیرها و راه‌حل‌های مختلف برای دستیابی به اهداف است. این مقیاس شامل ۶ گویه است که کودک میزان انطباق هر گویه با وضعیت خود را در یک طیف پاسخ‌دهی چنددرجه‌ای



کوواریانس با آزمون باکس بررسی گردید. همچنین، مفروضه کرویت برای عامل درون گروهی از طریق آزمون ماچلی ارزیابی شد و در صورت نقض این مفروضه، اصلاح گرین-هاوس-گایزر مورد استفاده قرار گرفت. برای بررسی تأثیر بازی درمانی بر شادکامی و امید کودکان در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری، از تحلیل واریانس آمیخته با اندازه گیری مکرر استفاده شد. در این تحلیل، زمان به عنوان عامل درون گروهی و عضویت در گروه آزمایش یا گواه به عنوان عامل بین گروهی در نظر گرفته شد. معناداری اثر زمان، اثر گروه و اثر متقابل زمان و گروه برای هر یک از متغیرهای وابسته بررسی گردید. در صورت معنادار بودن تفاوت‌ها، از آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسه زوجی میانگین نمرات در مراحل مختلف استفاده شد. اندازه اثر تفاوت‌ها نیز با استفاده از مجذور اتای جزئی گزارش شد. سطح معناداری تمامی آزمون‌های آماری ۰.۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

در این پژوهش، داده‌های مربوط به ۳۰ کودک مبتلا به اختلال یادگیری بررسی شد. شرکت کنندگان به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه قرار گرفتند و هر گروه شامل ۱۵ کودک بود. میانگین سنی کودکان گروه آزمایش ۹.۸۷ سال با انحراف معیار ۱.۱۹ و میانگین سنی کودکان گروه گواه ۹.۷۳ سال با انحراف معیار ۱.۲۲ بود. دامنه سنی شرکت کنندگان در هر دو گروه بین ۸ تا ۱۲ سال قرار داشت. در گروه آزمایش، ۹ نفر معادل ۶۰ درصد پسر و ۶ نفر معادل ۴۰ درصد دختر بودند و در گروه گواه نیز ۸ نفر معادل ۵۳.۳۳ درصد پسر و ۷ نفر معادل ۴۶.۶۷ درصد دختر بودند. از نظر پایه تحصیلی، در گروه آزمایش ۴ کودک در پایه دوم، ۴ کودک در پایه سوم، ۴ کودک در پایه چهارم و ۳ کودک در پایه پنجم تحصیل می‌کردند. در گروه گواه نیز ۳ کودک در پایه دوم، ۵ کودک در پایه سوم، ۴ کودک در پایه چهارم و ۳ کودک در پایه پنجم قرار داشتند. از نظر نوع اختلال یادگیری، در گروه آزمایش ۷ کودک مبتلا به اختلال خواندن، ۵ کودک مبتلا به اختلال نوشتن و ۳ کودک مبتلا به اختلال ریاضی بودند. در گروه گواه نیز ۶ کودک مبتلا به اختلال خواندن، ۵ کودک مبتلا به اختلال نوشتن و ۴ کودک مبتلا به اختلال ریاضی بودند. نتایج آزمون تی مستقل برای مقایسه سن دو گروه نشان داد که تفاوت معناداری میان میانگین سنی گروه آزمایش و گواه وجود نداشت. همچنین، نتایج آزمون خی دو نشان داد که دو گروه از نظر جنسیت، پایه تحصیلی و نوع اختلال یادگیری تفاوت آماری معناداری نداشتند. بنابراین، می‌توان نتیجه گرفت که گروه آزمایش و گواه از نظر ویژگی‌های جمعیت‌شناختی و بالینی اولیه همگن بودند و تفاوت‌های احتمالی در مراحل پس آزمون و پیگیری را نمی‌توان به تفاوت‌های اولیه میان دو گروه نسبت داد.

جدول ۱

میانگین و انحراف معیار نمرات شادکامی و امید به زندگی در گروه‌های آزمایش و گواه در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری

متغیر	گروه	پیش آزمون میانگین	پیش آزمون معیار	انحراف	پس آزمون میانگین	پس آزمون معیار	انحراف	پیگیری میانگین	پیگیری معیار	انحراف
شادکامی	آزمایش	۳۵.۴۷	۴.۸۱		۴۸.۸۷	۵.۱۲		۴۷.۶۰	۴.۹۶	
شادکامی	گواه	۳۶.۱۳	۴.۶۲		۳۶.۸۰	۴.۷۵		۳۶.۴۷	۴.۶۹	
امید به زندگی	آزمایش	۱۵.۶۷	۲.۴۴		۲۲.۴۰	۲.۶۱		۲۱.۸۷	۲.۵۳	
امید به زندگی	گواه	۱۵.۹۳	۲.۳۷		۱۶.۲۰	۲.۴۹		۱۶.۰۰	۲.۴۲	



همان‌گونه که در جدول ۱ مشاهده می‌شود، میانگین نمره شادکامی کودکان گروه آزمایش از ۳۵.۴۷ در مرحله پیش‌آزمون به ۴۸.۸۷ در مرحله پس‌آزمون افزایش یافت و در مرحله پیگیری نیز با میانگین ۴۷.۶۰ در سطحی بالاتر از پیش‌آزمون باقی ماند. این الگو نشان می‌دهد که پس از شرکت در جلسات بازی‌درمانی، میزان شادکامی کودکان گروه آزمایش به‌طور قابل‌توجهی افزایش یافته و بخش عمده این افزایش تا مرحله پیگیری حفظ شده است. در مقابل، میانگین شادکامی در گروه گواه از ۳۶.۱۳ در پیش‌آزمون به ۳۶.۸۰ در پس‌آزمون و ۳۶.۴۷ در پیگیری رسید که بیانگر تغییرات اندک و فاقد اهمیت عملی در این گروه است. مقایسه میانگین‌های پیش‌آزمون نشان می‌دهد که دو گروه در آغاز پژوهش از نظر شادکامی وضعیت نسبتاً مشابهی داشتند، اما پس از اجرای مداخله، فاصله قابل‌توجهی میان دو گروه ایجاد شد. در متغیر امید به زندگی نیز میانگین نمره گروه آزمایش از ۱۵.۶۷ در پیش‌آزمون به ۲۲.۴۰ در پس‌آزمون افزایش یافت و در مرحله پیگیری به ۲۱.۸۷ رسید. کاهش جزئی میانگین از پس‌آزمون به پیگیری نشان می‌دهد که شدت اثر مداخله در طول زمان اندکی کاهش یافته است، اما نمره پیگیری همچنان به‌طور محسوسی بیشتر از نمره پیش‌آزمون بود. در گروه گواه، میانگین امید به زندگی از ۱۵.۹۳ در پیش‌آزمون به ۱۶.۲۰ در پس‌آزمون و ۱۶.۰۰ در پیگیری تغییر کرد که نشان‌دهنده ثبات نسبی این متغیر در غیاب مداخله است. در مجموع، روند میانگین‌ها نشان‌دهنده آن است که بازی‌درمانی با افزایش شادکامی و امید به زندگی کودکان مبتلا به اختلال یادگیری همراه بوده است، درحالی‌که در گروه گواه تغییر چشمگیری در طول سه مرحله اندازه‌گیری مشاهده نشد.

پیش از اجرای تحلیل واریانس آمیخته با اندازه‌گیری مکرر، مفروضه‌های لازم بررسی شد. نتایج آزمون شاپیرو-ویلک برای نمرات شادکامی و امید به زندگی در هر یک از گروه‌ها و در هر سه مرحله اندازه‌گیری معنادار نبود و تمامی مقادیر سطح معناداری بیشتر از ۰.۰۵ به دست آمد. بنابراین، فرض نرمال بودن توزیع نمرات تأیید شد. نتایج آزمون لوین نیز نشان داد که واریانس نمرات شادکامی و امید به زندگی در گروه آزمایش و گواه در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری همگن بود و هیچ‌یک از مقادیر آزمون از نظر آماری معنادار نبود. همچنین، نتایج آزمون باکس برای بررسی همگنی ماتریس‌های واریانس-کوواریانس معنادار نبود و این مفروضه نیز برقرار بود. آزمون ماچلی برای متغیر شادکامی معنادار نبود و مفروضه کرویت برای این متغیر تأیید شد. بالاین‌حال، آزمون ماچلی برای امید به زندگی در سطح ۰.۰۵ معنادار بود؛ ازاین‌رو، برای تحلیل اثر زمان و اثر متقابل زمان و گروه در این متغیر از اصلاح گرین‌هاوس-گایزر استفاده شد.

جدول ۲

نتایج تحلیل واریانس آمیخته با اندازه‌گیری مکرر برای بررسی اثر بازی‌درمانی بر شادکامی و امید به زندگی

متغیر	منبع تغییر	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	مقدار F	سطح معناداری	مجزور اتای جزئی
شادکامی	زمان	۱۴۲۶.۰۲	۲	۷۱۳.۰۱	۸۱.۴۶	کمتر از ۰.۰۰۱	۰.۷۴۴
شادکامی	گروه	۱۲۸۳.۷۶	۱	۱۲۸۳.۷۶	۳۴.۹۲	کمتر از ۰.۰۰۱	۰.۵۵۵
شادکامی	زمان × گروه	۱۱۸۷.۳۱	۲	۵۹۳.۶۶	۶۷.۸۲	کمتر از ۰.۰۰۱	۰.۷۰۸
امید به زندگی	زمان	۳۳۷.۸۴	۱.۵۸	۲۱۳.۸۲	۷۳.۵۹	کمتر از ۰.۰۰۱	۰.۷۲۴
امید به زندگی	گروه	۳۱۲.۰۵	۱	۳۱۲.۰۵	۴۲.۸۸	کمتر از ۰.۰۰۱	۰.۶۰۵
امید به زندگی	زمان × گروه	۲۹۴.۶۸	۱.۵۸	۱۸۶.۳۵	۶۴.۱۴	کمتر از ۰.۰۰۱	۰.۶۹۶

بر اساس نتایج جدول ۲، اثر اصلی زمان بر شادکامی معنادار بود. مقدار F برابر با ۸۱.۴۶ و سطح معناداری کمتر از ۰.۰۰۱ نشان داد که میانگین نمرات شادکامی شرکت‌کنندگان در مجموع سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری یکسان نبوده است. مقدار مجزور اتای جزئی برابر با ۰.۷۴۴ نیز نشان داد که ۷۴.۴ درصد از تغییرات شادکامی با عامل زمان مرتبط بوده است که بر اساس معیارهای متداول، اندازه



اثری بزرگ محسوب می‌شود. اثر اصلی گروه نیز برای شادکامی معنادار بود. مقدار F برابر با ۳۴.۹۲ و سطح معناداری کمتر از ۰.۰۰۱ نشان داد که میانگین کلی شادکامی در گروه آزمایش و گواه تفاوت معناداری داشته است. مقدار مجذور اتای جزئی برابر با ۰.۵۵۵ نشان می‌دهد که عضویت در گروه آزمایش یا گواه ۵۵.۵ درصد از تفاوت‌های نمرات شادکامی را تبیین کرده است. مهم‌تر از اثرات اصلی، اثر متقابل زمان و گروه برای شادکامی معنادار بود. مقدار F برابر با ۶۷.۸۲ و سطح معناداری کمتر از ۰.۰۰۱ نشان داد که روند تغییرات شادکامی در طول سه مرحله اندازه‌گیری در دو گروه یکسان نبوده است. اندازه اثر این تعامل برابر با ۰.۷۰۸ بود که بیانگر تأثیر بسیار قوی مداخله بازی درمانی بر تغییرات شادکامی در طول زمان است. به بیان دیگر، افزایش شادکامی مشاهده شده در مراحل پس‌آزمون و پیگیری عمدتاً در گروه آزمایش رخ داده و نمی‌توان آن را صرفاً به گذشت زمان یا شرایط طبیعی رشد نسبت داد.

در متغیر امید به زندگی نیز اثر اصلی زمان معنادار بود. مقدار F برابر با ۷۳.۵۹ و سطح معناداری کمتر از ۰.۰۰۱ نشان داد که میانگین نمرات امید به زندگی در مراحل مختلف اندازه‌گیری تغییر کرده است. مقدار مجذور اتای جزئی برابر با ۰.۷۲۴ نشان داد که ۷۲.۴ درصد از تغییرات نمرات امید به زندگی به عامل زمان مربوط بوده است. اثر اصلی گروه نیز معنادار بود و مقدار F برابر با ۴۲.۸۸ و سطح معناداری کمتر از ۰.۰۰۱ نشان داد که میانگین کلی امید به زندگی در دو گروه تفاوت آماری معناداری داشته است. اندازه اثر گروه برابر با ۰.۶۰۵ بود که نشان‌دهنده نقش قابل توجه مداخله در تفاوت میان دو گروه است. همچنین، اثر متقابل زمان و گروه برای امید به زندگی معنادار بود. مقدار F برابر با ۶۴.۱۴ و سطح معناداری کمتر از ۰.۰۰۱ نشان داد که تغییرات امید به زندگی در طول پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری به عضویت در گروه بستگی داشته است. مقدار مجذور اتای جزئی برابر با ۰.۶۹۶ نیز بیانگر آن بود که ۶۹.۶ درصد از تغییرات این متغیر در نتیجه تعامل میان زمان و گروه تبیین شده است. بنابراین، می‌توان نتیجه گرفت که بازی درمانی نه تنها موجب افزایش فوری امید به زندگی کودکان مبتلا به اختلال یادگیری شده، بلکه این اثر تا مرحله پیگیری نیز تا حد زیادی پایدار باقی مانده است.

جدول ۳

نتایج مقایسه‌های زوجی بونفرونی میان مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در گروه آزمایش

متغیر	مقایسه مراحل	تفاوت میانگین	خطای استاندارد	سطح معناداری	فاصله اطمینان ۹۵ درصد حد پایین	فاصله اطمینان ۹۵ درصد حد بالا
شادکامی	پیش‌آزمون پس‌آزمون	منفی ۱۳.۴۰	۱.۲۱	کمتر ۰.۰۰۱	منفی ۱۶.۵۰	منفی ۱۰.۳۰
شادکامی	پیش‌آزمون با پیگیری	منفی ۱۲.۱۳	۱.۱۷	کمتر ۰.۰۰۱	منفی ۱۵.۱۳	منفی ۹.۱۳
شادکامی	پس‌آزمون با پیگیری	۱.۲۷	۰.۶۱	۰.۱۳۶	منفی ۰.۳۰	۲.۸۴
امید به زندگی	پیش‌آزمون پس‌آزمون	منفی ۶.۷۳	۰.۶۶	کمتر ۰.۰۰۱	منفی ۸.۴۳	منفی ۵.۰۳
امید به زندگی	پیش‌آزمون با پیگیری	منفی ۶.۲۰	۰.۶۲	کمتر ۰.۰۰۱	منفی ۷.۷۹	منفی ۴.۶۱
امید به زندگی	پس‌آزمون با پیگیری	۰.۵۳	۰.۳۱	۰.۳۱۶	منفی ۰.۲۶	۱.۳۲

نتایج مقایسه‌های زوجی بونفرونی در جدول ۳ نشان داد که میانگین شادکامی کودکان گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون به میزان ۱۳.۴۰ نمره بیشتر از مرحله پیش‌آزمون بود و این تفاوت از نظر آماری در سطح کمتر از ۰.۰۰۱ معنادار بود. فاصله اطمینان ۹۵ درصد برای

این تفاوت بین ۱۰.۳۰ تا ۱۶.۵۰ نمره قرار داشت و صفر را دربر نمی‌گرفت؛ بنابراین، افزایش شادکامی پس از دریافت مداخله از ثبات آماری مناسبی برخوردار بود. همچنین، میانگین شادکامی در مرحله پیگیری ۱۲.۱۳ نمره بیشتر از مرحله پیش‌آزمون بود و این تفاوت نیز در سطح کمتر از ۰.۰۰۱ معنادار به دست آمد. این یافته نشان می‌دهد که اثر بازی‌درمانی بر شادکامی تنها به زمان بلافاصله پس از مداخله محدود نشده و تا یک ماه پس از پایان جلسات نیز حفظ شده است. تفاوت میان پس‌آزمون و پیگیری برای شادکامی برابر با ۱.۲۷ نمره بود که در سطح ۰.۱۳۶ معنادار نبود. معنادار نبودن این تفاوت بیانگر آن است که کاهش اندک نمره شادکامی در مرحله پیگیری از نظر آماری قابل توجه نبوده و می‌توان ثبات نسبی اثر مداخله را تأیید کرد.

در متغیر امید به زندگی، میانگین مرحله پس‌آزمون ۶.۷۳ نمره بیشتر از مرحله پیش‌آزمون بود و این تفاوت در سطح کمتر از ۰.۰۰۱ معنادار بود. فاصله اطمینان ۹۵ درصد این تفاوت نیز بین ۵.۰۳ تا ۸.۴۳ نمره قرار داشت که نشان‌دهنده افزایش قابل اعتماد امید به زندگی پس از اجرای بازی‌درمانی است. تفاوت میان پیش‌آزمون و پیگیری نیز برابر با ۶.۲۰ نمره بود و در سطح کمتر از ۰.۰۰۱ معنادار به دست آمد. این نتیجه نشان می‌دهد که کودکان گروه آزمایش در مرحله پیگیری همچنان از سطح امید به زندگی بالاتری نسبت به آغاز پژوهش برخوردار بودند. تفاوت میان پس‌آزمون و پیگیری در امید به زندگی برابر با ۰.۵۳ نمره بود و با سطح معناداری ۰.۳۱۶ از نظر آماری معنادار نبود. بنابراین، کاهش اندک امید به زندگی از پس‌آزمون به پیگیری را نمی‌توان نشانه از بین رفتن اثر درمان دانست. در مجموع، نتایج مقایسه‌های زوجی نشان داد که بازی‌درمانی موجب افزایش معنادار شادکامی و امید به زندگی کودکان مبتلا به اختلال یادگیری شده و این افزایش تا مرحله پیگیری یک‌ماهه تداوم داشته است. افزون بر این، معنادار نبودن تفاوت میان پس‌آزمون و پیگیری در هر دو متغیر نشان داد که دستاوردهای مداخله از پایداری مناسبی برخوردار بوده‌اند.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی تأثیر بازی‌درمانی بر شادکامی و امید به زندگی کودکان مبتلا به اختلال یادگیری انجام شد. نتایج تحلیل واریانس آمیخته با اندازه‌گیری مکرر نشان داد که اثر زمان، اثر گروه و اثر متقابل زمان و گروه بر هر دو متغیر شادکامی و امید به زندگی از نظر آماری معنادار بود. به عبارت دیگر، تغییرات نمرات کودکان در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در گروه آزمایش با گروه گواه تفاوت معناداری داشت و کودکانی که در جلسات بازی‌درمانی شرکت کرده بودند، پس از پایان مداخله از شادکامی و امید به زندگی بیشتری برخوردار شدند. همچنین، نتایج مقایسه‌های زوجی نشان داد که میانگین شادکامی و امید به زندگی در گروه آزمایش از مرحله پیش‌آزمون به پس‌آزمون به‌طور معناداری افزایش یافت و این افزایش در مرحله پیگیری یک‌ماهه نیز پایدار باقی ماند. معنادار نبودن تفاوت میان پس‌آزمون و پیگیری نشان داد که اثرات مداخله به دوره بلافاصله پس از درمان محدود نبوده و دستاوردهای آن در طول زمان نیز حفظ شده است.

نخستین یافته پژوهش نشان داد که بازی‌درمانی موجب افزایش معنادار شادکامی کودکان مبتلا به اختلال یادگیری شد. این نتیجه با یافته‌های پژوهش‌هایی همسو است که تأثیر مثبت مداخلات بازی‌محور را بر هیجان‌های مثبت، احساس رضایت، عزت‌نفس و سازگاری روان‌شناختی کودکان گزارش کرده‌اند. در پژوهش تیمورنیا، آموزش بازی‌درمانی گروهی موجب بهبود شادکامی و عزت‌نفس و کاهش کناره‌گیری اجتماعی کودکان شد (Teimourinia, 2024). همچنین، اصل فتاحی و تقی‌پور معصومی نشان دادند که بازی‌درمانی می‌تواند شادکامی و خلاقیت کودکان پیش‌دبستانی را افزایش دهد (Asl Fattahi & Taghipour Masoumi, 2017). یافته حاضر با نتایج سعدت نیز همخوان است که نشان داد بازی‌درمانی مبتنی بر رابطه والد - کودک علاوه بر بهبود کیفیت رابطه، موجب افزایش شادکامی و یادگیری اجتماعی - هیجانی



کودکان می‌شود (Saadat, 2018). این همسویی نشان می‌دهد که تجربه بازی در یک فضای ساختاریافته، امن و حمایتگر می‌تواند هیجان‌های مثبت را در کودکان تقویت کند و احساس رضایت آنان از خود و محیط را افزایش دهد.

برای تبیین این یافته می‌توان گفت که بازی، فعالیت طبیعی، لذت‌بخش و متناسب با نیازهای رشدی کودک است. کودک از طریق بازی، بدون آنکه تحت فشار مستقیم آموزشی یا ارزیابی قرار گیرد، امکان تجربه موفقیت، انتخاب، کنترل و خلاقیت را پیدا می‌کند. کودکان مبتلا به اختلال یادگیری غالباً در محیط مدرسه با تجربه‌های شکست، مقایسه منفی با همسالان و احساس ناکارآمدی مواجه‌اند. تکرار این تجربه‌ها ممکن است موجب کاهش هیجان‌های مثبت و شکل‌گیری تصویر منفی از خود شود. در بازی درمانی، کودک در فضایی قرار می‌گیرد که اشتباه کردن بخشی طبیعی از فرایند فعالیت محسوب می‌شود و موفقیت به شکل تدریجی و متناسب با توانایی او تعریف می‌گردد. این شرایط می‌تواند فشار روانی ناشی از عملکرد تحصیلی را کاهش دهد و فرصت تجربه نشاط، شایستگی و پذیرش را فراهم سازد.

افزایش شادکامی را می‌توان از منظر نقش تعامل اجتماعی و احساس تعلق نیز توضیح داد. جلسات بازی درمانی گروهی به کودکان اجازه می‌دهد با همسالان خود در فعالیت‌های مشترک شرکت کنند، نقش‌های مختلف را تجربه کنند و بازخوردهای مثبت دریافت نمایند. تعامل موفق با دیگران می‌تواند احساس انزوا و کناره‌گیری را کاهش دهد و به شکل‌گیری احساس پذیرش و تعلق بینجامد. مطالعات نشان داده‌اند که حمایت اجتماعی ادراک‌شده و سرمایه روان‌شناختی با بهزیستی روان‌شناختی دانش‌آموزان ارتباط دارند (Saket et al., 2023). همچنین، شادکامی در بستر روابط عاطفی و اجتماعی شکل می‌گیرد و کیفیت صمیمیت، پذیرش و کاهش تعارض می‌تواند بر تجربه هیجان‌های مثبت اثر بگذارد (Sandhya, 2008). بر این اساس، محیط بازی درمانی می‌تواند از طریق فراهم کردن تعامل مثبت، همکاری و ارتباط ایمن، زمینه افزایش شادکامی کودکان را فراهم کند.

بازی درمانی علاوه بر ایجاد هیجان مثبت، به کودک کمک می‌کند احساسات منفی خود را به شیوه‌ای نمادین و غیرمستقیم بیان کند. کودکان مبتلا به اختلال یادگیری ممکن است در بیان کلامی ناکامی، خشم، شرم یا ترس خود ناتوان باشند و این هیجان‌ها را به شکل رفتارهای اجتنابی، پرخاشگری یا گوشه‌گیری نشان دهند. استفاده از داستان، عروسک، نمایش، نقاشی و ایفای نقش به کودک اجازه می‌دهد تجربه‌های ناخوشایند خود را بازنمایی و بازپردازش کند. کاهش فشار هیجانی ناشی از بیان و تنظیم احساسات می‌تواند به افزایش آرامش، لذت و رضایت روانی منجر شود. یافته‌های استکی آزاد و همکاران نیز نشان داد که بازی درمانی مبتنی بر رابطه کودک و والد و هنر - بازی درمانی شناختی - رفتاری می‌تواند سرمایه عاطفی را تقویت کند و کیفیت تعاملات هیجانی را بهبود بخشد (Esteki Azad et al., 2022).

نتایج پژوهش حاضر همچنین نشان داد که بازی درمانی موجب افزایش معنادار امید به زندگی کودکان مبتلا به اختلال یادگیری شد. این یافته با نتایج صدیقی و همکاران همسو است که نشان دادند بازی درمانی می‌تواند ناامیدی کودکان را کاهش دهد و وضعیت روان‌شناختی آنان را بهبود بخشد (Sadighi et al., 2021). همچنین، فرزانه گزارش کرد که بازی درمانی شناختی - رفتاری در کاهش ناامیدی و تنهایی کودکان مؤثر است (Farzaneh, 2015). کاهش ناامیدی را می‌توان معادل افزایش ظرفیت کودک برای تصور آینده‌ای مطلوب‌تر و باور به امکان تغییر دانست. بنابراین، یافته حاضر از شواهدی حمایت می‌کند که بازی درمانی را مداخله‌ای مؤثر در تقویت نگرش مثبت به آینده و افزایش انگیزه برای پیگیری اهداف معرفی کرده‌اند.

در تبیین افزایش امید به زندگی می‌توان به دو مؤلفه اصلی امید، یعنی تفکر عاملی و تفکر راهبردی، اشاره کرد. تفکر عاملی به احساس توانمندی و انگیزه فرد برای حرکت به سوی هدف و تفکر راهبردی به توانایی یافتن مسیرهای متفاوت برای رسیدن به هدف مربوط است. بازی‌های هدفمند معمولاً شامل هدف، مانع، انتخاب و پیامد هستند. کودک در جریان بازی می‌آموزد که برای رسیدن به نتیجه تلاش



کند، در صورت مواجهه با شکست راه دیگری بیابد و فعالیت را تا دستیابی به هدف ادامه دهد. این تجربه‌ها می‌توانند نگرش کودک را نسبت به موانع تغییر دهند و به او نشان دهند که ناکامی لزوماً به معنای ناتوانی یا پایان تلاش نیست.

کودکان مبتلا به اختلال یادگیری ممکن است در نتیجه شکست‌های مکرر تحصیلی به این باور برسند که تلاش آنان تأثیری بر نتیجه ندارد. چنین باورهایی می‌تواند درماندگی آموخته‌شده و کاهش انگیزه را به دنبال داشته باشد. بازی‌درمانی با ایجاد موقعیت‌های کوچک و قابل کنترل موفقیت، رابطه میان تلاش و نتیجه را برای کودک بازسازی می‌کند. هنگامی که کودک می‌بیند با تغییر راهبرد، درخواست کمک یا استمرار تلاش می‌تواند از مانع عبور کند، احساس کنترل و عاملیت او افزایش می‌یابد. این احساس می‌تواند به موقعیت‌های تحصیلی و اجتماعی تعمیم پیدا کند و کودک را به تعیین اهداف، تلاش مجدد و تصور آینده‌ای بهتر سوق دهد.

بقای اثر مداخله در مرحله پیگیری را می‌توان با ماهیت تجربه‌ای و عملی بازی‌درمانی توضیح داد. مهارت‌هایی که از طریق بازی آموخته می‌شوند، صرفاً اطلاعات کلامی نیستند، بلکه در قالب تجربه‌های عینی، هیجانی و رفتاری در حافظه کودک ثبت می‌شوند. کودک در جلسات مداخله بارها موفقیت، حل مسئله، همکاری، بیان احساسات و مواجهه با مانع را تمرین می‌کند. این تکرار می‌تواند موجب تثبیت الگوهای جدید رفتاری و شناختی شود. همچنین، تجربه مثبت درمانی ممکن است تصویری ماندگار از توانایی و ارزشمندی در کودک ایجاد کند که پس از پایان جلسات نیز ادامه یابد.

مرور پژوهش‌های مربوط به شن‌بازی‌درمانی نیز از ماندگاری و گستردگی آثار بازی حمایت می‌کند. تففا در مرور نظام‌مند خود نتیجه گرفت که شن‌بازی‌درمانی یونگی می‌تواند سلامت روان‌شناختی کودکان و نوجوانان را بهبود بخشد (Ttofa, 2026). همچنین، زلچک و پویا نشان دادند که شن‌بازی‌درمانی در فضای باز می‌تواند رفتار اجتماعی کودکان دارای اختلال طیف اوتیسم را ارتقا دهد (Zelcek & Pouya, 2024). اگرچه گروه‌های هدف این مطالعات با نمونه پژوهش حاضر متفاوت‌اند، نتایج آن‌ها بیانگر ظرفیت بازی‌های نمادین و حسی در ایجاد تغییرات هیجانی، رفتاری و ارتباطی پایدار است.

پایداری اثر بازی‌درمانی می‌تواند به کیفیت رابطه درمانی و میزان مشارکت کودک نیز وابسته باشد. ارتباط ایمن با درمانگر، جذابیت فعالیت‌ها و احساس انتخاب، احتمال حضور فعال و پایبندی کودک به مداخله را افزایش می‌دهد. پژوهش گارسیا و کوته، اگرچه در یک حوزه درمانی متفاوت انجام شده است، بر اهمیت عوامل فردی، ارتباطی و حمایتی در پایبندی به درمان تأکید دارد (García & Côté, 2003). در مداخلات کودک‌محور نیز می‌توان استنباط کرد که هرچه محیط درمانی پذیراتر، فعالیت‌ها جذاب‌تر و رابطه درمانی ایمن‌تر باشد، کودک مشارکت بیشتری نشان می‌دهد و فرصت بیشتری برای درونی‌سازی دستاوردهای درمانی خواهد داشت.

در مجموع، می‌توان گفت بازی‌درمانی از چند مسیر مکمل موجب افزایش شادکامی و امید به زندگی کودکان مبتلا به اختلال یادگیری شده است. این مداخله از طریق ایجاد تجربه‌های لذت‌بخش، کاهش فشار روانی، فراهم کردن فرصت بیان هیجان، افزایش احساس کفایت، تقویت روابط اجتماعی، بهبود حل مسئله، افزایش انعطاف شناختی و بازسازی باورهای منفی درباره توانایی‌های فردی عمل کرده است. بازی‌درمانی همچنین به کودکان کمک کرده است که شکست را امری موقت و قابل‌مدیریت تلقی کنند، برای رسیدن به اهداف مسیرهای جایگزین بیابند و ارزشمندی خود را مستقل از عملکرد تحصیلی تجربه کنند. بر این اساس، نتایج پژوهش حاضر از کاربرد بازی‌درمانی به‌عنوان مداخله‌ای رشد‌محور و چندبعدی برای ارتقای سلامت روان‌شناختی کودکان دارای اختلال یادگیری حمایت می‌کند.

پژوهش حاضر با محدودیت‌هایی همراه بود که باید در تفسیر و تعمیم نتایج مورد توجه قرار گیرد. نمونه پژوهش به ۳۰ کودک مبتلا به اختلال یادگیری مراجعه‌کننده به مراکز تخصصی شهر تهران محدود بود و انتخاب شرکت‌کنندگان به روش هدفمند انجام شد؛ بنابراین، تعمیم یافته‌ها به همه کودکان مبتلا به اختلال یادگیری در سایر شهرها، مناطق روستایی یا بافت‌های فرهنگی و اقتصادی متفاوت باید با



احتیاط صورت گیرد. تعداد نسبتاً کم شرکت کنندگان ممکن است قدرت آماری و امکان بررسی تفاوت‌های مرتبط با جنسیت، سن، پایه تحصیلی و نوع اختلال یادگیری را محدود کرده باشد. مدت پیگیری نیز تنها یک ماه بود و از این رو، درباره ماندگاری بلندمدت آثار بازی درمانی نمی‌توان با قطعیت اظهار نظر کرد. افزون بر این، متغیرهای پژوهش با استفاده از ابزارهای خودگزارشی کودکان سنجیده شدند و مشکلات خواندن، درک مطلب یا تمایل به ارائه پاسخ‌های مطلوب ممکن است بر پاسخ‌ها اثر گذاشته باشد. همچنین، امکان کنترل کامل حمایت خانوادگی، کیفیت روابط مدرسه، دریافت خدمات آموزشی و تغییرات روزمره کودکان در طول اجرای پژوهش وجود نداشت.

پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آینده با نمونه‌های بزرگ‌تر و در مناطق جغرافیایی و فرهنگی مختلف انجام شوند تا قابلیت تعمیم نتایج افزایش یابد. بررسی جداگانه اثربخشی بازی درمانی در کودکان دارای اختلال خواندن، نوشتن و ریاضی می‌تواند مشخص کند که آیا نوع اختلال یادگیری بر میزان پاسخ به مداخله اثر دارد یا خیر. استفاده از دوره‌های پیگیری سه‌ماهه، شش‌ماهه و یک‌ساله برای ارزیابی پایداری اثرات درمان ضروری است. همچنین، پیشنهاد می‌شود بازی درمانی با مداخلاتی مانند توان‌بخشی شناختی، آموزش مهارت‌های اجتماعی، درمان شناختی - رفتاری و آموزش والدین مقایسه شود. بررسی نقش متغیرهای میانجی مانند عزت نفس، خودکارآمدی، تنظیم هیجان، مهارت حل مسئله و حمایت اجتماعی می‌تواند سازوکار اثر بازی درمانی را روشن‌تر سازد. استفاده هم‌زمان از گزارش کودک، والد، معلم و مشاهده مستقیم رفتار نیز می‌تواند اعتبار یافته‌ها را افزایش دهد.

با توجه به نتایج پژوهش، پیشنهاد می‌شود بازی درمانی به عنوان بخشی از خدمات روان‌شناختی و توان‌بخشی مراکز اختلالات یادگیری مورد استفاده قرار گیرد و برنامه‌های آموزشی این مراکز صرفاً بر اصلاح عملکرد خواندن، نوشتن و ریاضی متمرکز نباشند. روان‌شناسان، مشاوران مدارس و درمانگران کودک می‌توانند از بازی‌های هدفمند برای افزایش نشاط، احساس موفقیت، پشتکار و نگرش مثبت کودکان نسبت به آینده استفاده کنند. لازم است محتوای بازی‌ها متناسب با سن، نوع اختلال یادگیری و توانایی شناختی هر کودک تنظیم شود و از ایجاد فضای رقابتی یا مقایسه‌ای پرهیز گردد. آموزش والدین برای ادامه فعالیت‌های بازی محور در خانه، ارائه بازخورد مثبت و کاهش سرزنش تحصیلی نیز می‌تواند به تثبیت دستاوردهای مداخله کمک کند. مدارس نیز می‌توانند با ایجاد فرصت‌های بازی گروهی، فعالیت‌های خلاقانه و تجربه‌های موفقیت غیرتحصیلی، زمینه بهبود سلامت روان و مشارکت آموزشی این کودکان را فراهم سازند.

تشکر و قدردانی

از تمامی کسانی که در این پژوهش ما را یاری نمودند تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

تعارض منافع

در انجام مطالعه حاضر، هیچ‌گونه تضاد منافی وجود ندارد.

مشارکت نویسندگان

در نگارش این مقاله تمامی نویسندگان نقش یکسانی ایفا کردند.

موازن اخلاقی

در انجام این پژوهش تمامی موازین و اصول اخلاقی رعایت گردیده است.



شفافیت داده‌ها

داده‌ها و مآخذ پژوهش حاضر در صورت درخواست از نویسنده مسئول و ضمن رعایت اصول کپی رایت ارسال خواهد شد.

حامی مالی

این پژوهش حامی مالی نداشته است.

References

- Amaechi-Udogu, V. C., & Ekeh, P. U. (2024). Impact of Play Therapy on Learning Outcome in Attention Deficit Hyperactivity Disorder Pupils: An Experimental Approach. *International Journal of Education Learning and Development*, 12(8), 58-74. <https://doi.org/10.37745/ijeld.2013/vol12n85874>
- Asl Fattahi, B., & Taghipour Masoumi, H. (2017). The Effect of Play Therapy on Happiness and Creativity in Preschool Children in Tabriz. *Preschool and Primary School Studies Journal*, 10, 109-128. <https://www.magiran.com/p2241533>
- Esteki Azad, N., Golparvar, M., & Sajjadian, I. (2022). The Effectiveness of Play Therapy based on Child-Parent Relationships and Cognitive-Behavioral Art-Play Therapy on Mother's Affective Capital of Single Parents' Children [Quantitative-Research]. *2 Journal of Nursing Education*, 10(6), 53-64. <http://jne.ir/article-1-1287-en.html>
- Farzaneh, S. D. (2015). *Effectiveness of cognitive-behavioral play therapy on hopelessness and loneliness in 9- to 12-year-old girls in Mashhad's semi-family welfare centers* Allameh Tabataba'i University, Faculty of Educational Sciences and Psychology. <https://elmnet.ir/doc/10862291-24199>
- Firouzmandi, A. H., Babaei, L., & Babaei, S. F. (2023). The effect of cognitive-behavioral play therapy on reducing behavioral disorders in children with learning disabilities. The 2nd International and 3rd National Conference on New Findings in Management, Psychology, and Accounting, <https://sid.ir/paper/1066637/fa>
- García, P. R., & Côté, J. K. (2003). Factors Affecting Adherence to Antiretroviral Therapy in People Living with HIV/AIDS. *Journal of the Association of Nurses in Aids Care*, 14(4), 37-45. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1055329005600222>
- Ghanbarzadeh, S. (2023). *The Effectiveness of Cognitive-Behavioral Play Therapy on Improving Executive Functions (Selective Attention, Working Memory) and Emotional Intelligence in Students with Specific Learning Disorder with Written Expression Specifier* Lorestan University].
- Javan Mojarad, A., Aliakbar, S., Zaynali, H. P., & Abbas, A. (2022). The efficacy of forgiveness therapy in the happiness and quality of academic life of students. *Journal of Educational Psychology Studies*, 19(45), 28-41. <https://www.magiran.com/paper/2483966>
- Keshavarz, N., Hosseini, S., Hosseini, S., Moradkhah, B., & Mahmoudi, M. (2024). Effectiveness of Executive-Function-Based Play Therapy on Working Memory of Students with Specific Reading Learning Disorder. 20th International Conference on Research in Psychology, Counseling, and Educational Sciences,
- Madadi, A. (2023). Investigating the Effectiveness of Executive-Function-Based Play Therapy on Improving Reading Learning Disorder. 16th International Conference on Psychology, Counseling, and Educational Sciences,
- Nejati, V., Ghafouri, F., Hejazi, M., & Behroozmand, R. (2026). The Effectiveness of Attention Training in Specific Learning Disorders: A Systematic Review and Transfer Analysis. <https://doi.org/10.21203/rs.3.rs-7853101/v1>
- Rusciolelli, C., & Sobotka, S. A. (2025). Screening for Specific Learning Disorders: The Role of the Pediatric Primary Care Provider. *Pediatric Annals*, 54(4), e144-e149. <https://doi.org/10.3928/19382359-20250206-05>
- Saadat, R. (2018). *Investigating the effectiveness of parent-child relationship play therapy on parent-child relationships, happiness, and social-emotional learning in preschool children (4-6 years old)* Master's Thesis, Isfahan Institute of Higher Education in Science and Technology].
- Sadighi, Z., Mikaili, N., & Atadokht, A. (2021). The effectiveness of play therapy on anxiety and hopelessness in children with cancer. *Cancer Care Journal*, 3(3). <https://ijca.ir/article-1-156-en.html>
- Saket, M. H., Davari, r., & Sharifi, H. P. (2023). The mediating Role of Perceived Social Support and Differentiation in Explaining Structural Relationships between Psychological Capital and Psychological Well-Being of Students. *Journal of Excellence in counseling and psychotherapy*, 1(12), 14-27. <http://sanad.iau.ir/fa/Article/932130>
- Sandhya, S. (2008). The Social Context of Marital Happiness in Urban Indian Couples: Interplay of Intimacy and Conflict. *Journal of marital and family therapy*. <https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.2008.00103.x>
- Shahzadehahmadi, H., Hasanzadeh, R., & Fakhri, M. K. (2023). Comparing the effectiveness of cognitive-based play therapy and interactive play therapy on the cognitive appraisal of female students with special learning disabilities. *Journal of Assessment and Research in Applied Counseling (JARAC)*, 5(4), 71-80. <https://doi.org/10.61838/kman.jarac.5.4.9>



- Shakeri Chenari, H., Akbarnataj Bisheh, K., & Mohammadian Akerdi, A. (2026). Comparing the Effectiveness of Cognitive Behavioral Play Therapy and Cognitive Rehabilitation on the Academic Achievement of Students with Dyslexia. *Rooyesh-e-Ravanshenasi*, 15(1), 169-180.
- Teimourinia, S. (2024). Investigating the Effectiveness of Group Play Therapy Training on Improving Happiness, Increasing Self-Esteem, and Reducing Social Withdrawal in Children Aged 6 to 12 Years. The Sixth National Conference on Professional Research in Psychology and Counseling with a Teacher's Perspective Approach, Minab. <https://en.civilica.com/doc/2080943/>
- 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>
- 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.
- Wilens, T. E., Oberdhan, D., Jin, N., Skubiak, T., Childress, A., Stralen, J. v., & Ward, C. L. (2026). Efficacy of Centanafadine for Executive Functioning and Learning Problems in Children and Adolescents With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 36(5), 266-277. <https://doi.org/10.1177/10445463261441745>
- Xu, T. (2025). Parent-Child Play Therapy Effect on 10 to 12-Year-Old Student' Reading Performance: A Case of Chinese Male Students With Learning Disabilities. *BMC psychology*, 13(1). <https://doi.org/10.1186/s40359-025-02436-2>
- 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>