



The Effectiveness of Sandplay Therapy on Enhancing Mental Health and Vitality in Elementary School

Ameneh Jahantigh*¹, Mahboubeh Dastani²

1. **(Corresponding Author):** Master of Science in Clinical Psychology, Department of Clinical Psychology, Qom Medical Sciences Branch, Iran. **Email:** homa.jahan00@gmail.com
2. Assistant Professor, Department of Psychology, Shahab Danesh University, Qom, Iran.

Article Info	Abstract
Article Type: Research Article Received Date: 14 October 2025 Accepted Date: 27 February 2026 Keywords: Sandplay Therapy, Mental Health, Vitality, Children	Background and Aims: This study examined the effectiveness of sandplay therapy in improving mental health and increasing vitality among elementary school boys in Tehran. Method: A quasi-experimental pretest–posttest design with a control group was employed. The sample comprised 30 students aged 7–12 years selected via multistage cluster sampling and, after matching, randomly assigned to an experimental group (n = 15) and a control group (n = 15). Instruments were the Pediatric Symptom Checklist (PSC; Jellinek et al., 1986) for children’s mental health and the Subjective Vitality Scale (SVS; Ryan & Frederick, 1997). The experimental group received the Boyk & Goodwin (2000) sandplay protocol in ten weekly 45-minute sessions, while the control group received no intervention. Data were analysed using descriptive statistics and ANCOVA after verifying assumptions (Kolmogorov–Smirnov, Levene, and Bartlett). Findings: ANCOVA indicated that, controlling for pretest scores, the experimental group showed significantly greater improvement in mental health and vitality than the control group. Conclusion: Sandplay therapy, as a school-feasible and low-cost intervention, is effective in enhancing mental health and increasing vitality in elementary school children; its systematic incorporation into school psychosocial support programmes is recommended.
Cite this article: Jahantigh, A., & Dastani, M. (2026). The Effectiveness of Sandplay Therapy on Enhancing Mental Health and Vitality in Elementary School. <i>Research Strategies in Educational Sciences</i>, 4(1), 28-39. DOI: 10.22034/jrses.2026.553281.1107 	
Extended abstract Introduction Childhood is a formative stage for socio-emotional and cognitive development; early psychological difficulties can cascade into anxiety, mood problems, behavioral dysregulation, and poorer life quality in later years. School settings are therefore a strategic venue for preventive, non-pharmacological interventions that enable safe, developmentally appropriate expression and regulation of emotion. Sandplay therapy—using a tray of sand and miniature objects to externalize inner experience—has shown promise internationally for reducing emotional/behavioral problems and enhancing school adjustment and vitality. Yet evidence from Iranian primary-school populations outside clinical subgroups remains limited. Addressing this gap, the present study investigated whether a structured sandplay protocol improves children’s mental health and increases subjective vitality among elementary school boys in Tehran. Methods We used a quasi-experimental pretest–posttest design with a control group. The target population comprised boys aged 7–12 years enrolled in Tehran primary schools in the 2024–2025 academic year. Via multistage cluster sampling, 30 students were selected, matched, and randomly assigned to an experimental group (n=15) or a control group (n=15). Inclusion criteria were primary-school status (ages 7–12), child	



and parental informed consent, no concurrent psychiatric medication during the study, minimum parental education (middle-school level), and absence of notable respiratory/dermatologic issues that could interfere with sessions; exclusion criteria were absence from more than two sessions or withdrawal of consent. No attrition occurred.

Measures were the Pediatric Symptom Checklist (PSC; Jellinek et al., 1986) for children's mental health and the Subjective Vitality Scale (SVS; Ryan & Frederick, 1997). In prior and present uses, both instruments showed acceptable reliability (e.g., $\alpha \approx 0.93$ for PSC in this sample; $\alpha \approx 0.78$ for SVS in Iranian validation). Intervention followed the Boyk & Goodwin (2000) sandplay protocol, delivered to the experimental group across ten weekly 45-minute sessions (structured progression from orientation and world-building to symbol exploration, therapeutic questioning, linking to real-life issues, documentation, and closure). The control group received no intervention during the study window. Parents completed the PSC and SVS at pretest and posttest. Data were analyzed in SPSS v22 using descriptive statistics and (M) ANCOVA. Assumptions were met (normality via Kolmogorov-Smirnov; homogeneity of variances via Levene; multivariate homogeneity/covariance checks including Bartlett). Pretest equivalence was verified.

Results

Descriptively, the experimental group showed improvement in mental health (lower PSC scores) and higher subjective vitality at posttest, whereas the control group remained comparatively stable. Multivariate tests indicated a significant overall group effect across outcomes (Wilks' $\Lambda = 0.371$, $F = 9.45$, $df = 2, 25$, $p < 0.001$; corroborated by Pillai's trace and Hotelling's trace). Univariate ANCOVAs controlling for pretest scores showed large, statistically significant advantages for the experimental group on both outcomes: mental health ($F = 158.658$, partial $\eta^2 = 0.722$, $p < 0.001$) and vitality ($F = 152.117$, partial $\eta^2 = 0.745$, $p < 0.001$). These effects align with the theory of change for sandplay (symbolic externalization, safe exploration, meaning-making, and transfer to real-life coping) and with international studies reporting benefits for emotional regulation, social adaptation, and engagement.

Conclusion

A structured, school-feasible sandplay program produced robust gains in children's mental health and subjective vitality within one term. Given its low cost, acceptability, and fit for school contexts, sandplay therapy is a strong candidate for inclusion in tiered psychosocial support systems (universal/targeted) to promote wellbeing, stress management, and learning engagement among primary-school students. Future work should examine maintenance of effects via follow-up, replication across grades and regions, and triangulation with teacher reports and classroom outcomes.

Ethical considerations

Following the ethics of research

The ethical principles, honesty, and trustworthiness have been observed in this research. Parental informed consent and child assent were obtained; confidentiality was safeguarded. In light of demonstrated efficacy, access to the intervention was offered to the control group after data collection.

Financial sponsor

This study did not have a financial sponsor and the costs were covered by the authors.

Authors' contribution

All authors contributed to study conception and design, data collection, analysis/interpretation, and manuscript drafting; all approved the final version.

Conflict of interest

There is no conflict of interest between the authors and the Quarterly Journal of Research Strategies in Educational Sciences.

اثربخشی بازی درمانی با شن بر بهبود سلامت روان و سرزندگی کودکان پسر دبستانی

آمنه جهان تیغ^{۱*}، محبوبه داستانی^۲

۱. نویسنده مسئول: کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی بالینی، واحد علوم پزشکی قم، ایران. رایانامه:

homa.jahan00@gmail.com

۲. استادیار، گروه روانشناسی، دانشگاه شهاب دانش، قم، ایران.

چکیده

اطلاعات مقاله



زمینه و هدف: این پژوهش با هدف سنجش اثربخشی بازی درمانی با شن بر بهبود سلامت روان و افزایش سرزندگی در کودکان پسر دبستانی شهر تهران انجام شد. روش: روش پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون-پس آزمون با گروه کنترل بود. نمونه شامل ۳۰ دانش آموز ۷ تا ۱۲ سال بود که با نمونه گیری خوشه ای چندمرحله ای انتخاب و پس از همتاسازی به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) گمارش شدند. ابزارهای پژوهش شامل پرسش نامه سلامت روان کودکان جلینگ و همکاران (۱۹۸۶) و مقیاس سرزندگی ذهنی رایان و فردریک (۱۹۹۷) بودند؛ پروتکل بازی درمانی با شن بویک و گودوین (۲۰۰۰) در ۱۰ جلسه هفتگی ۴۵ دقیقه ای برای گروه آزمایش اجرا شد و گروه کنترل مداخله ای دریافت نکرد. داده ها با آمار توصیفی و تحلیل های کوواریانس تجزیه و تحلیل شدند و مفروضه ها (کولموگروف-اسمیرنوف، لوین، بارتلت) برقرار بود. یافته ها: نتایج تحلیل کوواریانس نشان داد که پس از تعدیل پیش آزمون در گروه آزمایش نسبت به کنترل بهبود معناداری در سلامت روان و سرزندگی مشاهده شد. نتیجه گیری: بازی درمانی با شن به عنوان مداخله ای مدرسه پذیر و کم هزینه، در بهبود سلامت روان و افزایش سرزندگی کودکان دبستانی اثربخش است و توصیه می شود در برنامه های حمایت روانی-آموزشی مدارس به صورت نظام مند به کار گرفته شود.	نوع مقاله: علمی پژوهشی تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۰۷/۲۲ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۱۲/۰۸ کلیدواژه ها: بازی درمانی با شن، سلامت روان، سرزندگی، کودکان
استناد به این مقاله: جهان تیغ، آ؛ داستانی، م. (۱۴۰۵). اثربخشی بازی درمانی با شن بر بهبود سلامت روان و سرزندگی کودکان پسر دبستانی، راهنمای پژوهش در علوم تربیتی، ۴(۱)، ۳۹-۲۸. DOI: 10.22034/jrses.2026.553281.1107	



مقدمه

کودکی به عنوان یکی از اساسی ترین دوره های تحول انسان، نقش تعیین کننده ای در شکل گیری شخصیت، مهارت های اجتماعی، هیجانی و شناختی دارد؛ در این دوران، هر تجربه ای می تواند تأثیرات عمیقی بر مسیر زندگی فرد به ویژه سلامت روان فرد در بزرگسالی داشته باشد (علی محمدی و همکاران، ۱۴۰۴). به عبارت دیگر، کودکی دوره ای است که در آن پایه های توانمندی های ذهنی، عاطفی و اجتماعی فرد شکل می گیرد (مالک و مارواها^۱، ۲۰۲۲). کودکانی که در سنین پایین با چالش های روان شناختی روبه رو می شوند، ممکن است در دوران بزرگسالی با مشکلاتی نظیر اضطراب، افسردگی، اختلالات رفتاری و کاهش کیفیت زندگی مواجه شوند (شلاک و همکاران^۲، ۲۰۲۱). در این راستا، مداخلات روان شناختی به ویژه در دوران کودکی از اهمیت بالایی برخوردار هستند؛ به طور خاص، مداخلاتی که توانایی تأثیرگذاری بر سلامت روان در محیط های آموزشی و مدارس را دارند، می توانند به عنوان راه حل های عملی برای پیشگیری و درمان مشکلات روان شناختی کودکان در نظر گرفته شوند (براون و همکاران^۳، ۲۰۲۴).

سلامت روان^۴ به عنوان یکی از مفاهیم کلیدی در علوم روان شناسی، به توانایی فرد در سازگاری با شرایط محیطی و مقابله با چالش های زندگی اشاره دارد؛ این مفهوم شامل ویژگی هایی همچون تاب آوری، تنظیم هیجانات، تفکر مثبت و ارتباط مؤثر با دیگران است (گوتام و همکاران^۵، ۲۰۲۴). کودکان با سلامت روان بیش تر، معمولاً توانایی بیشتری در مدیریت استرس ها، مشکلات اجتماعی و فشارهای تحصیلی دارند (سازمان جهانی بهداشت^۶، ۲۰۲۵). مرورهای اخیر نشان می دهند که تبیین های مفهومی نو، سلامت روان را بر پیوستاری از «توانمندسازی» تعریف می کنند و نقش عوامل فردی (مهارت های تنظیم هیجان، سبک های مقابله)، بین فردی (حمایت خانواده و مدرسه) و

¹ Malik & Marwaha

² Schlack et al

³ Brown et al

⁴ mental health

⁵ Gautam et al

⁶ World Health Organization (WHO)

ساختاری (محیط‌های یادگیری امن و عادلانه) را هم‌افزا می‌دانند (کیم و همکاران^۱، ۲۰۲۵). بر همین اساس، اسناد به‌روز سلامت عمومی می‌کوشند مدارس را به‌مثابه بسترهای ارتقای سلامت روان معرفی کنند؛ جایی که رصد نشانه‌ها، حمایت چندلایه، و مداخلات ارتقایی/پیشگیرانه می‌تواند بار مشکلات هیجانی و رفتاری را در سال‌های بعد کاهش دهد (ویدرمن^۲، ۲۰۲۳). این چارچوب کارکردی با تعریف‌های رسمی امروزی هم‌راستا است که «سلامت روان» را توان کنارآمدن با استرس‌ها، یادگیری و کار مؤثر و مشارکت اجتماعی می‌دانند و آن را هم حق ذاتی انسان و هم پیش‌نیاز شکوفایی تحصیلی و اجتماعی تلقی می‌کنند (گوتام و همکاران، ۲۰۲۴).

سرزندگی^۳ نیز به‌عنوان یک سازه روان‌شناختی مرتبط با سلامت روان مورد توجه قرار می‌گیرد؛ سرزندگی به معنی احساس انرژی، شادابی و انگیزه است که به‌طور مستقیم با احساس کنترل فرد بر زندگی و توانایی‌اش در مواجهه با چالش‌ها ارتباط دارد (لوگان و همکاران^۴، ۲۰۲۳). کودکان دارای سرزندگی بالا نه تنها در محیط‌های اجتماعی عملکرد بهتری دارند بلکه انگیزه تحصیلی و عملکرد تحصیلی آنها نیز به‌طور چشمگیری افزایش می‌یابد (جیمز و همکاران^۵، ۲۰۲۳). وقتی محیط‌های آموزشی به نیازهای روان‌شناختی یادگیرندگان پاسخ می‌دهند (فضای حمایتگر خودمختاری، بازخورد شایستگی، پیوندپذیری امن)، سرزندگی افزایش می‌یابد و بهبود تمرکز، پشتکار، لذت از یادگیری و مشارکت اجتماعی را به‌دنبال دارد (نوفلد^۶، ۲۰۲۳).

یکی از دغدغه‌های اصلی در نظام آموزش و پرورش، مشکلات سلامت روان در کودکان دبستانی است. مطالعات مختلف نشان داده‌اند که بسیاری از کودکان در این مناطق با مشکلاتی نظیر اضطراب، افسردگی، استرس تحصیلی و مشکلات اجتماعی روبه‌رو هستند که این مسائل می‌توانند تأثیرات منفی بلندمدتی بر کیفیت زندگی و رشد اجتماعی آنها بگذارند (کاظمی و همکاران، ۲۰۲۴). از این رو، استفاده از مداخلات روان‌شناختی و درمان‌های غیردارویی در این دوران اهمیت ویژه‌ای دارد. در این راستا، بازی‌درمانی با شن^۷ به‌عنوان یک رویکرد درمانی کم‌هزینه، جذاب و اجرایی در محیط‌های آموزشی مطرح شده است. بازی‌درمانی با شن، یک مداخله درمانی غیرکلامی است که در آن کودک از سینی شن، آب و اشیاء مینیاتوری برای ساختن دنیای نمادین خود استفاده می‌کند. این درمان به کودک کمک می‌کند تا احساسات، افکار و تجربیات درونی خود را به‌طور غیرکلامی و بدون نیاز به بیان لفظی، در قالب تصاویر و نمادها تجسم کند. در این فرایند، کودک می‌تواند با چالش‌های درونی خود روبه‌رو شده و آنها را پردازش کند (یوکسی و همکاران^۸، ۲۰۲۴). این روش درمانی به‌ویژه برای کودکانی که قادر به بیان مشکلات خود به‌طور مستقیم نیستند، بسیار مؤثر است. شواهد علمی نشان داده‌اند که بازی‌درمانی با شن می‌تواند به کاهش مشکلات هیجانی، بهبود سازگاری اجتماعی و بهبود عملکرد تحصیلی در کودکان منجر شود (تان و همکاران^۹، ۲۰۲۱).

در ایران، پژوهش‌های مختلفی در زمینه کاربرد بازی‌درمانی با شن در درمان مشکلات روانی کودکان صورت گرفته است. به‌طور مثال، در تحقیقی که بر روی کودکان مبتلا به سرطان انجام شد، نشان داده شد که بازی‌درمانی با شن باعث کاهش اضطراب و بهبود کیفیت خواب این کودکان شد (نظری و همکاران، ۱۴۰۴). همچنین در مطالعه‌ای دیگر بر روی کودکان کم‌شنوا، این روش درمانی منجر به کاهش پرخاشگری و بهبود سازگاری هیجانی در این گروه از کودکان شد (سعیدمنش و همکاران، ۲۰۲۳). این یافته‌ها نشان می‌دهند که بازی‌درمانی با شن می‌تواند به‌عنوان یک مداخله مؤثر در گروه‌های مختلف کودکان، از جمله کودکان دبستانی در ایران مورد استفاده قرار گیرد. در زمینه کاربرد بازی‌درمانی با شن در مدارس، مطالعات اخیر نشان داده‌اند که این روش درمانی می‌تواند در کاهش استرس‌های تحصیلی، بهبود سلامت روان و افزایش انگیزه تحصیلی کودکان مؤثر باشد (کای و همکاران^{۱۰}، ۲۰۲۵).

با وجود شواهد موجود در زمینه اثربخشی بازی‌درمانی با شن بر سلامت روان و سرزندگی کودکان در کشورهای مختلف، در ایران هنوز مطالعات اندکی در زمینه کاربرد این روش در جمعیت‌های کودکان دبستانی انجام شده است. بیشتر پژوهش‌ها در ایران بر روی گروه‌های

¹ Kim et al

² Wiedermann et al

³ vitality

⁴ Logan et al

⁵ James et al

⁶ Neufeld

⁷ Sandplay Therapy

⁸ Yuxi et al

⁹ Tan et al

¹⁰ Cai et al

بالینی و کودکان دارای مشکلات روانی خاص تمرکز داشته‌اند و تحقیقات دربارهٔ اثرات مثبت این روش بر سلامت روان و سرزندگی کودکان عادی در محیط مدرسه بسیار محدود است (کاظمی و همکاران، ۱۴۰۳). این شکاف تحقیقاتی نشان می‌دهد که نیاز به پژوهش‌های بیشتر در این زمینه به‌ویژه در جمعیت‌های بدون مشکل روان‌شناختی خاص، برای بهبود سلامت روان و سرزندگی در کودکان دبستانی در ایران ضروری است. با توجه به پیشینه‌ی موجود و شکاف‌های موجود در تحقیقاتی که بر روی کودکان دبستانی تهران انجام شده است، این پژوهش می‌تواند گامی مهم در تکمیل ادبیات علمی موجود در زمینه بازی‌درمانی با شن و اثربخشی آن در بهبود سلامت روان و سرزندگی در کودکان باشد. در این راستا، نتایج این تحقیق می‌تواند به‌عنوان یک مرجع علمی برای سیاست‌گذاران و متخصصان حوزه آموزش و پرورش، روان‌شناسان مدرسه‌ای و والدین، جهت بهره‌برداری از این روش درمانی در محیط‌های آموزشی و کمک به کودکان در مدیریت استرس‌ها و بهبود عملکرد اجتماعی و تحصیلی‌شان، مفید واقع شود.

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی بازی‌درمانی با شن بر بهبود سلامت روان و افزایش سرزندگی در کودکان پسر دبستانی تهران طراحی شده است؛ به عبارت دیگر، هدف اصلی این تحقیق پاسخ به این پرسش است که آیا شرکت در جلسات بازی‌درمانی با شن، نسبت به شرایط مقایسه، به بهبود معنادار سلامت روان و افزایش سرزندگی در این گروه می‌انجامد؟

روش

این پژوهش این تحقیق از نظر هدف کاربردی و از لحاظ روش نیمه‌آزمایشی با پیش‌آزمون و پس‌آزمون همراه با گروه آزمایش و کنترل است؛ جامعه آماری این پژوهش شامل تمامی کودکان ۷ تا ۱۲ ساله (مقاطع ابتدایی) شهر تهران در سال تحصیلی ۱۴۰۳-۱۴۰۴ است. با توجه به اینکه حداقل نمونه برای روش‌های آزمایشی ۱۵ نفر پیشنهاد شده است (دلاور، ۱۳۹۳)؛ از میان جامعه آماری ۳۰ نفر با روش خوشه‌ای چندمرحله‌ای انتخاب شدند و پس از همتاسازی، به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و گروه کنترل (۱۵ نفر) گمارش شدند.

ملاک‌های ورود به پژوهش شامل پایه تحصیلی (کودکان ابتدایی هفت تا دوازده سال)، کسب رضایت آگاهانهٔ کودک و والدین جهت ورود به مداخله، عدم مصرف هم‌زمان داروهای روان‌پزشکی ضمن مداخله، سطح تحصیلات والدین حداقل سیکل، عدم ابتلای کودکان به مشکلات تنفسی و پوستی و معیارهای خروج از پژوهش نیز شامل غیبت بیش از دو جلسه در جلسات آموزشی و عدم تمایل به ادامهٔ روند آموزش بود. هر دو گروه کنترل و آزمایش تا انتهای مداخله بدون تغییر و ریزش اعضاء حضور یافتند و پیش و پس از انجام مداخله به پرسش‌نامه سلامت روان جلینک و همکاران^۱ (۱۹۸۶) و مقیاس سرزندگی ذهنی^۲ رایان و فردریک^۳ (۱۹۹۷) پاسخ دادند؛ برای گروه آزمایش بسته آموزشی شن‌بازی بویک و گودوین^۴ (۲۰۰۰) شامل ۶ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای اجرا شد و گروه کنترل هیچ مداخله‌ای را دریافت نکرد. تکمیل پرسش‌نامه‌ها در مرحله پیش و پس‌آزمون توسط والدین انجام پذیرفت، همچنین اداره جلسات مداخله بر عهده پژوهشگر و یکی از مربیان آموزشی بود. در ادامه ابزارهای پژوهش و بسته مداخله به تفصیل بررسی شدند.

ابزارهای پژوهش

پرسش‌نامه سلامت روان جلینک و همکاران (۱۹۸۶) (PSC)

این پرسش‌نامه که توسط جلینک و همکاران (۱۹۸۶) تهیه و توسط صادقی (۱۳۸۸) ترجمه شده است، به عنوان ابزار سنجش سلامت روان کودکان و نوجوانان در سنین ۳ تا ۱۸ سال به کار می‌رود. پرسش‌نامه سلامت روان کودکان (PSC) به شکل یک چک‌لیست تصویری طراحی شده که نشان‌دهنده مشکلات رفتاری و اجتماعی این گروه سنی است. این پرسش‌نامه شامل ۳۵ سؤال است که با تغییرات لازم به عنوان ابزاری معتبر و بین‌المللی برای غربالگری اختلالات رفتاری-اجتماعی منتشر شده است. مؤلفه‌های اصلی سلامت روان که توسط این پرسش‌نامه اندازه‌گیری می‌شود، شامل اختلالات تمرکز و توجه، اختلال برون‌سازی و اختلال درون‌سازی است؛ هر سؤال در این پرسش‌نامه در یک طیف سه‌گزینه‌ای لیکرت به صورت "هرگز" (امتیاز صفر)، "گاهی اوقات" (امتیاز یک) و "اغلب" (امتیاز دو) نمره‌گذاری می‌شود. نمره نهایی پرسش‌نامه احتمال ابتلای کودک به مشکلات روانی-اجتماعی را نشان می‌دهد. پژوهش‌های متعدد، اعتبار و پایایی

^۱ The Pediatric Symptom Checklist (PSC)

^۲ Subjective Vitality Scales (SVS)

^۳ Ryan & Frederick

^۴ Boik & Goodwin

این مقیاس را تایید کرده‌اند؛ به عنوان مثال، در نسخه اصلی، پایایی پرسش‌نامه بین ۰/۸۴ تا ۰/۹۱ گزارش شد. در تحقیق قائم‌پناه (۱۳۸۹)، ضرایب پایایی پرسش‌نامه با استفاده از روش آلفای کرونباخ، ۰/۸۶ بوده است. در پژوهش حاضر نیز، آلفای کرونباخ ۰/۹۳ حاصل شد که نشان‌دهنده اعتبار مطلوب این ابزار است.

مقیاس سرزندگی ذهنی رایان و فردریک (۱۹۹۷) (SVS)

مقیاس سرزندگی ذهنی توسط رایان و فردریک (۱۹۹۷) طراحی و تدوین شده است تا نشاط روانی افراد را ارزیابی کند. در ایران این ابزار توسط تنهای رشوانلو و همکاران (۱۳۹۷) برای سنجش سرزندگی ذهنی در دانشجویان اعتباریابی شده است. این مقیاس در مجموع شامل ۷ سؤال است و بر اساس طیف لیکرت هفت‌درجه‌ای، با سؤالاتی مانند "احساس سرزندگی و نشاط می‌کنم" به ارزیابی سرزندگی ذهنی می‌پردازد. این ابزار یک مقیاس تک‌عاملی است و امتیاز آن بین ۷ تا ۴۹ متغیر خواهد بود. هرچه امتیاز حاصل از آن بیشتر باشد، نشان‌دهنده میزان بیش‌تر سرزندگی ذهنی است و بالعکس. در پژوهش تنهای رشوانلو و همکاران (۱۳۹۷)، روایی محتوایی، صوری و ملاکی این مقیاس مطلوب ارزیابی شده است؛ همچنین، ضریب آلفای کرونباخ محاسبه‌شده برای این مقیاس در این پژوهش ۰/۷۸ حاصل شد که نشان‌دهنده پایایی مطلوب ابزار می‌باشد.

بسته آموزشی شن‌بازی بویک و گودوین (۲۰۰۰)

برای بازی درمانی با شن در پژوهش حاضر از پروتکل آموزش خودکارآمدی شن‌بازی بویک و گودوین (۲۰۰۰) استفاده شد؛ این مداخله توسط پژوهشگر به مدت دوماه و نیم به صورت هفتگی در ده جلسه و هر جلسه به مدت ۴۵ دقیقه اجرا شد.

جدول ۱. خلاصه جلسات پروتکل درمانی بازی با شن بویک و گودوین (۲۰۰۰)

ردیف	جلسه	هدف	محتوا
۱	مقدمه و آشنایی با شن بازی	آشنایی با بازی شن و فراهم کردن فضای ایمن برای شروع فرآیند درمان و خلاقیت	- معرفی شن بازی به مراجع - ایجاد فضای ایمن و راحت برای بازی - معرفی سینی‌ها و ظروف اشیاء - توضیح درباره نحوه استفاده از شن برای بیان احساسات و داستان‌ها
۲	آغاز فرآیند ساخت دنیای شنی	تشویق کودک به خلاقیت و ساختن دنیای خود بدون هیچ گونه محدودیتی و آشنایی با روند ساخت دنیای شنی	- تشویق کودک به ساخت هر صحنه‌ای که می‌خواهد - احترام به کار کودک و عدم دخالت در آن - مشاهده و تحسین دنیای ساخته شده توسط کودک
۳	تجربه کردن دنیای ساخته شده	تشویق کودک به تجربه کردن دنیای شنی و استفاده از آن به عنوان ابزاری برای بیان احساسات و تجربیات شخصی	- تشویق کودک به تجربه کردن دنیا به طور کامل - استفاده از موقعیت برای قدم زدن در دنیا و بررسی آن از زوایای مختلف - تشویق کودک به اعمال تغییرات در دنیای خود
۴	وارد شدن به دنیای کودک	تحلیل احساسات و تجربیات کودک در دنیای ساخته شده و ارائه سؤالات برای درک بیشتر دنیای شنی	- پیوستن به کودک در دنیای او - پرسش از کودک درباره آن دنیا و درک احساسات او - استفاده از تخیل کودک برای ایجاد داستان و توضیح دنیای ساخته شده
۵	مداخلات درمانی و سؤالات	کمک به کودک در کشف بیشتر دنیای خود و واکنش نشان دادن به جزئیات آن برای درمان مؤثرتر	- پرسش سؤالات مرتبط با دنیای کودک - استفاده از اشیاء برای کمک به درمان - تشویق کودک به تعامل با اشیاء و بازسازی دنیای خود با آن‌ها

۶	ارائه کمک به شخصیت‌ها در دنیای شنی	ایجاد موقعیت‌های حمایتی برای شخصیت‌های دنیای کودک و تقویت توانمندی‌های کودک در تعاملات اجتماعی	- درخواست از کودک برای وارد کردن شخصیت‌های جدید به دنیای خود برای کمک به دیگر شخصیت‌ها - استفاده از اشیاء برای ایجاد گردش در دنیا و معرفی تغییرات جدید
۷	سندبرداری و مستندسازی	مستندسازی فرآیند درمان و نگهداری از تصاویری که می‌تواند به بازیابی تجربیات کودک در آینده کمک کند	- اجازه دادن به کودک برای تصویر برداری از دنیای خود - نگهداری تصاویر و تهیه عکس از دنیای ساخته شده - درخواست از کودک برای بردن عکس به خانه
۸	تحلیل و معناسازی دنیا	کمک به کودک در تحلیل دنیای خود و ارتباط دادن آن به زندگی واقعی و تجربیات شخصی	- تشویق کودک به توضیح روند ساخت دنیای خود - پرسش درباره شباهت دنیای شنی به زندگی واقعی - بررسی نکات و جزئیات مهم دنیا برای کمک به تحلیل تجربه کودک
۹	ارتباط با مسائل زندگی واقعی	ارتباط دادن دنیای شنی با مسائل و موقعیت‌های زندگی واقعی کودک و کمک به حل مشکلات و چالش‌ها	- ارتباط دادن بازی شنی با مسائل و موقعیت‌های زندگی کودک - استفاده از روش‌های عملی برای کمک به کودک در مقابله با موقعیت‌های چالش برانگیز و خطرناک در زندگی واقعی
۱۰	تخریب و پاکسازی دنیا	خاتمه دادن به دنیای شنی و آماده‌سازی کودک برای بازگشت به دنیای واقعی و مستندسازی نهایی	- پس از پایان جلسه، تخریب دنیای شنی و پاکسازی اشیاء - بررسی تغییرات ایجاد شده در دنیا و یادداشت برداری از فرآیند انجام شده در طول جلسات- تنظیم مجدد اشیاء برای استفاده آینده

در پایان پس از جمع‌آوری اطلاعات به‌وسیله ابزارهای پژوهش، داده‌های حاصل در بستر نرم افزار SPSS22 با آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و استنباطی (تحلیل کوواریانس) تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها

در این پژوهش ۳۰ کودک ۷ تا ۱۲ سال شرکت کردند که میانگین سنی کودکان در گروه کنترل و آزمایش حدود ۹ سال بود؛ در رابطه با مادران این کودکان، میانگین سنی کودکان در حدود ۳۳/۳ بود. همچنین از نظر تحصیلات مادران، توزیع در هر دو گروه عمدتاً از زیر دیپلم تا کارشناسی بود (مجموعاً حدود ۸۶/۷ درصد)، و کارشناسی ارشد و بالاتر در هر گروه ۱۳/۳ درصد را شامل شد. از نظر تعداد فرزند، بیشترین سهم مربوط به یک فرزند بود (کنترل ۴۶/۷ درصد، آزمایش ۵۳/۳ درصد). از نظر وضعیت اشتغال، اکثریت خانه‌دار بودند (کنترل ۸۰ درصد، آزمایش ۷۳/۳ درصد) و سهم شاغلان کمتر بود (۲۰ درصد و ۲۶/۷ درصد). به طور کلی، الگوی جمعیت‌شناختی دو گروه نزدیک و قابل مقایسه است و برای تحلیل‌های استنباطی بعدی، ناهمگنی چشمگیری مشاهده نمی‌شود. در جدول ۲، اطلاعات توصیفی (میانگین و انحراف معیار) متغیرهای پژوهش گزارش شده است.

جدول ۲. شاخص‌های توصیفی نمرات متغیرهای پژوهش

متغیر	گروه	مرحله	میانگین	انحراف معیار
سلامت روان	آزمایش	پیش‌آزمون	۱۲/۱۰	۶/۷۱
		پس‌آزمون	۱۹/۳۵	۵/۲۳
	کنترل	پیش‌آزمون	۱۹/۷۵	۶/۰۲
		پس‌آزمون	۲۰/۰۸	۵/۳۸
سرزندگی	آزمایش	پیش‌آزمون	۲۹/۱۴	۸/۲۲
		پس‌آزمون	۳۸/۲۵	۶/۱۳
	کنترل	پیش‌آزمون	۳۰/۱۸	۹/۱۸
		پس‌آزمون	۳۰/۰۵	۹/۱۴

به منظور بررسی معناداری تفاوت میانگین بین متغیرهای پژوهش از آزمون تحلیل کوواریانس استفاده شد. از این رو ابتدا پیش فرض های تحلیل کوواریانس شامل بررسی فرض یکسانی ماتریس کوواریانس متغیرهای وابسته با آزمون لوین، بررسی فرض یکسانی ماتریس کوواریانس باقیمانده متغیرهای وابسته با آزمون بارتلت و نرمال بودن توزیع نمرات با آزمون کولموگروف-اسمیرنف انجام شد و پیش فرض های تحلیل کوواریانس یک راهه برقرار بود. با تأیید مفروضه های فوق، امکان تحلیل کوواریانس فراهم شد؛ در جدول ۳، نتایج آزمون معناداری تحلیل واریانس چندمتغیره برای تفاوت دو گروه کنترل و آزمایش در متغیرهای سلامت روان کل و سرزندگی نشان داده شده است.

جدول ۳. نتایج آزمون معناداری تحلیل واریانس چندمتغیره برای تفاوت دو گروه کنترل و آزمایش در متغیرهای سلامت روان کل و سرزندگی

نام آزمون	ارزش	F	درجه آزادی فرض شده	درجه آزادی خطا	سطح معنی داری
اثر پیلایی	۰/۳۱۴	۹/۴۵	۲	۲۵	۰/۰۰۱
لامبدا ویلکز	۰/۳۷۱	۹/۴۵	۲	۲۵	۰/۰۰۱
اثر هتیلینگ	۰/۴۵۲	۹/۴۵	۲	۲۵	۰/۰۰۱
بزرگترین ریشه خطا	۰/۴۵۲	۹/۴۵	۲	۲۵	۰/۰۰۱

جدول ۳ نشان می دهد که اندازه گیری های نمره سلامت روان و سرزندگی در دو گروه کنترل و آزمایش تفاوت معناداری باهم دارند ($P < ۰/۰۰۱$). به عبارت دیگر، بین گروه های مورد مطالعه حداقل از نظر یکی از متغیرهای وابسته تفاوت معناداری وجود دارد. نتایج تحلیل کوواریانس پس آزمون نمرات سلامت روان کل و سرزندگی پس از تعدیل پیش آزمون در جدول ۴ نشان داده شده است.

جدول ۴. نتایج تحلیل کوواریانس پس آزمون نمرات سلامت روان کل و سرزندگی پس از تعدیل پیش آزمون

منبع تغییرات	متغیر	مجموعه مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	سطح معنی داری	مجذور اتا
آزمون	سلامت روان	۱۸۲۱۱/۴۸۱	۱	۱۸۲۱۱/۴۸۱	۱۱۲۲/۱۳۱	۰/۰۰۱	۰/۷۱۰
	سرزندگی	۷۴۶۱۵/۰۳۷	۱	۷۴۶۱۵/۰۳۷	۱۴۱۸/۱۰۵	۰/۰۰۱	۰/۷۵۴
گروه	سلامت روان	۳۳۲۵/۱۱۴	۱	۳۳۲۵/۱۱۴	۱۵۸/۶۵۸	۰/۰۰۱	۰/۷۲۲
	سرزندگی	۷۴۳۲/۲۰۷	۱	۷۴۳۲/۲۰۷	۱۵۲/۱۱۷	۰/۰۰۱	۰/۷۴۵

برابر نتایج جدول فوق و با توجه به مقدار و همچنین با توجه به اینکه سطح معناداری خطای آزمون برای سطح اطمینان کمتر از ۰/۰۰۱ است، می توان گفت که آموزش بازی درمانی با شن بر سلامت روان و سرزندگی کودکان اثربخش است؛ به طوری که برابر نتایج یافته های توصیفی، ارائه این آموزش موجب افزایش سلامت روان و سرزندگی کودکان گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل شده است ($p < ۰/۰۰۱$).

بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی بازی درمانی با شن بر بهبود سلامت روان و افزایش سرزندگی در کودکان پسر دبستانی تهران انجام شد؛ نتایج حاصل از تجزیه و تحلیل داده ها نشان داد که بازی درمانی با شن تأثیر معناداری بر بهبود سلامت روان و سرزندگی کودکان داشته است. این یافته ها با نتایج بسیاری از پژوهش های پیشین مانند تان و همکاران^۱ (۲۰۲۱)، لئو و همکاران^۲ (۲۰۲۱)، لی و همکاران^۱

^۱ Tan et al

^۲ Liu et al

(۲۰۲۳)، آدیب‌سروشکی^۲ (۲۰۲۳) و یوکسی و همکاران (۲۰۲۴) هم‌سو است؛ مطالعه تان و همکاران (۲۰۲۱) نشان داد بازی‌درمانی با شن می‌تواند به کاهش اضطراب، انزوا، و مشکلات رفتاری اجتماعی در کودکان مبتلا به بیماری‌های مزمن کمک کند. پژوهش لئو و همکاران (۲۰۲۱) با بررسی کودکان طیف اوتیسم نشان داد که بازی‌درمانی با شن می‌تواند به بهبود علائم کودکان این کودکان کمک کرده و موجب افزایش سلامت روان و نشاط ذهنی آن‌ها شود. همچنین لی و همکاران (۲۰۲۳) بیان کردند که بازی‌درمانی گروهی با شن می‌تواند به بهبود مشکلات درونی مانند افسردگی و اضطراب و همچنین مشکلات بیرونی مانند ویژگی‌های بیش‌فعالی و تکانشگری در نوجوانان با رفتارهای انحرافی کمک کند. آدیب‌سروشکی و همکاران (۲۰۲۳) و یوکسی و همکاران (۲۰۲۴) نیز اثربخشی این درمان را بر بهبود رشد شناختی و عملکرد عصبی کودکان طیف اوتیسم نشان دادند.

پژوهش‌های مختلف نشان داده‌اند که بسیاری از کودکان دبستانی با مشکلاتی نظیر اضطراب، افسردگی و استرس تحصیلی روبه‌رو هستند که این مشکلات می‌توانند تأثیرات منفی بلندمدتی بر کیفیت زندگی و رشد اجتماعی آن‌ها بگذارند (کازمی و همکاران، ۲۰۲۴). از این رو، استفاده از مداخلات روان‌شناختی و درمان‌های غیردارویی در این دوران اهمیت ویژه‌ای دارد. در سال‌های اخیر، توجه بسیاری به نقش بازی در درمان کودکان و بهبود سلامت روان آن‌ها معطوف شده است. روان‌شناسان معتقدند که بازی به کودکان این امکان را می‌دهد که احساسات و مشکلات خود را در فضایی امن و غیرکلامی بیان کنند. از آنجا که بسیاری از کودکان قادر به بیان مستقیم مشکلات و احساسات خود نیستند، بازی‌درمانی با شن به‌عنوان یک روش مؤثر شناخته شده است (کیم و همکاران، ۲۰۲۵). این مداخله به‌ویژه برای کودکانی که در معرض مشکلات روان‌شناختی مانند اضطراب، افسردگی و اختلالات رفتاری قرار دارند، به‌عنوان یک ابزار درمانی کارآمد به حساب می‌آید (گوتام و همکاران، ۲۰۲۴؛ شلاک و همکاران، ۲۰۲۱). به‌طور خاص، بازی‌درمانی با شن، با ایجاد فضایی غیرکلامی و نمادین، به کودکان این فرصت را می‌دهد که احساسات و مشکلات خود را از طریق اشیاء و تصاویر بیان کنند. این فرآیند به کودکان کمک می‌کند تا چالش‌های درونی خود را پردازش کرده و در نتیجه احساسات منفی و اضطراب‌های خود را کاهش دهند (گوتام و همکاران، ۲۰۲۴؛ یوکسی و همکاران، ۲۰۲۴).

سرزندگی نیز به‌عنوان یکی از مؤلفه‌های روان‌شناختی و به‌عنوان احساس انرژی، شادابی و انگیزه، نقش اساسی در کیفیت زندگی و عملکرد تحصیلی کودکان ایفا می‌کند (لوگان و همکاران، ۲۰۲۳). کودکان با سرزندگی بالا معمولاً عملکرد بهتری در تعاملات اجتماعی و تحصیلی خود دارند (جیمز و همکاران، ۲۰۲۳). بر اساس پژوهش‌های انجام‌شده، وقتی محیط‌های آموزشی به نیازهای روان‌شناختی کودکان پاسخ می‌دهند، سرزندگی آن‌ها افزایش می‌یابد و این افزایش سرزندگی به‌بود تمرکز، پشتکار، لذت از یادگیری و مشارکت اجتماعی را به دنبال دارد (نوفلد، ۲۰۲۳). در زمینه اثربخشی بازی‌درمانی با شن بر سرزندگی، نتایج پژوهش نشان می‌دهد که این روش درمانی می‌تواند به کودکان کمک کند تا با استفاده از فضای غیرکلامی خود، بر اضطراب‌ها و ترس‌های درونی خود غلبه کنند و در نتیجه احساس سرزندگی و انگیزه بیشتری پیدا کنند (کای و همکاران، ۲۰۲۵). در این نوع درمان، کودکان در تعامل با وسایل بازی و اشیاء مختلف، فرصت‌هایی برای ابراز احساسات و کاوش در مسائل خود پیدا می‌کنند.

در تبیین این یافته‌ها، می‌توان گفت که بازی‌درمانی با شن به دلیل ایجاد فضایی امن و غیرتهدیدآمیز، به کودکان کمک می‌کند تا احساسات و مشکلات خود را پردازش کنند. این فرآیند به کودکان این فرصت را می‌دهد که خود را در قالب داستان‌ها و تصاویر بازسازی کنند و به این ترتیب، بر مکانیزم‌هایی که برانگیزاننده اضطراب هستند غلبه نمایند. همچنین، این نوع درمان به کودکان کمک می‌کند تا مهارت‌های اجتماعی خود را تقویت کرده و در تعاملات خود با دیگران مؤثرتر عمل کنند (گوتام و همکاران، ۲۰۲۴؛ نوفلد، ۲۰۲۳). از منظر نظری، بازی‌درمانی با شن به‌عنوان یک ابزار درمانی مبتنی بر نظریه‌های روان‌شناسی انسان‌گرا، نظیر نظریه گشتالت و نظریه یونگ، در نظر گرفته می‌شود. طبق نظریه گشتالت، کودک از طریق بازسازی تجربیات و احساسات خود در محیطی غیرتهدیدآمیز، قادر به شناخت و پردازش مشکلات درونی‌اش می‌شود (گرین^۳، ۲۰۲۰). همچنین بر اساس نظریه یونگ، بازی‌درمانی با شن می‌تواند به عنوان راهی برای دستیابی به ناخودآگاه کودک و پردازش مشکلات و اضطراب‌های ناشی از آن عمل کند (یونگ^۴، ۱۹۵۳). این درمان همچنین با توجه به

¹ Lee et al

² Adibsereshki

³ Green

⁴ Jung

نظریه‌های رشد اجتماعی، مانند نظریه فروید^۱ (۱۹۳۵)، فرصتی برای تقویت تعاملات اجتماعی کودک با همسالان و بزرگترها فراهم می‌آورد و به او کمک می‌کند تا درک بهتری از خود و دیگران پیدا کند.

علی‌رغم دستاوردهای حاضر، این پژوهش دارای برخی محدودیت‌ها نیز می‌باشد. نخست آنکه نمونه‌گیری محدود به کودکان دبستانی در تهران بوده است و به همین دلیل نتایج این پژوهش نمی‌تواند به طور کامل به سایر مناطق یا گروه‌های سنی تعمیم داده شوند. همچنین، نبود مرحله پیگیری در این پژوهش به معنی عدم ارزیابی تأثیرات بلندمدت مداخله است. با توجه به این محدودیت‌ها، پیشنهاد می‌شود که پژوهش‌های آینده بر گروه‌های مختلف سنی و نواحی جغرافیایی مختلف تمرکز کنند تا بتوانند تأثیرات این درمان را در سطح گسترده‌تری ارزیابی کنند. علاوه بر این، استفاده از ابزارهای مختلف ارزیابی مانند گزارش‌های معلمان و مربیان، می‌تواند اطلاعات جامع‌تری در مورد تأثیرات بازی‌درمانی با شن بر سلامت روان و سرزندگی کودکان فراهم کند. همچنین پژوهش‌های آتی می‌توانند با گنجاندن مرحله پیگیری، اطلاعات دقیق‌تری در مورد تأثیرات بلندمدت بازی‌درمانی با شن ارائه دهند. در نهایت، بر اساس نتایج پژوهش حاضر، پیشنهاد می‌شود که بازی‌درمانی با شن به‌عنوان یک مداخله مؤثر در مدارس و مراکز درمانی مورد استفاده قرار گیرد. آموزش این روش به معلمان و مربیان می‌تواند به بهبود سلامت روان و سرزندگی کودکان کمک کند و به پیشگیری از مشکلات روان‌شناختی در آینده کمک کند.

پیروی از اصول اخلاقی پژوهش

در پژوهش حاضر، تمامی شرکت‌کنندگان قبل از اجرای تحقیق در جریان اهداف قرار گرفتند و والدین ایشان نیز رضایت‌نامه شرکت در پژوهش را مشاهده و امضا کردند. از سوی دیگر، نویسندگان سعی داشتند تمامی اطلاعات مربوط به شرکت‌کنندگان در پژوهش را محرمانه نگه دارند. با توجه به اثربخش بودن آموزش نیز از گروه کنترل خواسته شد تا برای شرکت در مداخله اقدام نمایند.

حامی مالی

این پژوهش حامی مالی نداشته است.

مشارکت نویسندگان

به طور کلی نویسندگان این پژوهش در طراحی، اجرا و نگارش همه بخش‌های پژوهش حاضر مشارکت داشته‌اند.

تعارض منافع

بین نویسندگان پژوهش حاضر و دفتر فصلنامه علمی راهبردهای پژوهش در علوم تربیتی هیچ گونه تعارض منافی وجود ندارد.

منابع

- Adibsereshki, N. (2023). The impact of sandplay therapy on perceptual reasoning and neuropsychological functioning in children with autism: A randomized controlled trial. *Psychological Research in Individuals with Exceptional Needs*, 1(4), 30–38. <https://doi.org/10.61838/kman.prien.1.4.5>
- Alimohamadi, A., Abdolmohamadi, K., Ghasemzadeh, M., & Rodriguez, V. J. (2025). Emotional and psychological well-being in early adolescence: psychometric properties of the Stirling children's well-being scale in a sample of Iranian adolescents. *BMC public health*, 25(1), 1763. <https://doi.org/10.1186/s12889-025-22960-5>
- Boik, B. L., & Goodwin, E. A. (2000). *Sandplay therapy: A step-by-step manual for psychotherapists of diverse orientations*. W. W. Norton & Company.
- Brown, F. L., Lee, C., Servili, C., Willhoite, A., Van Ommeren, M., Hijazi, Z., Kieselbach, B., & Skeen, S. (2024). Psychological interventions for children with emotional and behavioral difficulties aged 5-12 years: An evidence review. *Global mental health (Cambridge, England)*, 11, e75. <https://doi.org/10.1017/gmh.2024.57>
- Cai, C., Mei, Z., Wang, Z., & Luo, S. (2025). School-based interventions for resilience in children and adolescents: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Frontiers in psychiatry*, 16, 1594658. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2025.1594658>
- Freud, S. (1935). *The ego and the id* (Vol. 19). SE.

¹ Freud

- Gautam, S., Jain, A., Chaudhary, J., Gautam, M., Gaur, M., & Grover, S. (2024). Concept of mental health and mental well-being, its determinants and coping strategies. *Indian journal of psychiatry*, 66(Suppl 2), S231–S244. https://doi.org/10.4103/indianjpsychiatry.indianjpsychiatry_707_23
- Ghaem Panah, Z. (2010). *Thesis on psychometric properties of the Child Health Questionnaire among students in Tehran* (Master's thesis). Tarbiat Modares University, Faculty of Humanities, Ministry of Science, Research, and Technology.
- Green, J. (2020). *Gestalt therapy: A guide to contemporary practice*. Wiley.
- James, J., Pringle, A., Mourton, S., & Roscoe, C. M. P. (2023). The Effects of Physical Activity on Academic Performance in School-Aged Children: A Systematic Review. *Children (Basel, Switzerland)*, 10(6), 1019. <https://doi.org/10.3390/children10061019>
- Jellinek, M. S., Murphy, J. M., Little, M., Pagano, M. E., Comer, D. M., & Kelleher, K. J. (1999). Use of the Pediatric Symptom Checklist to screen for psychosocial problems in pediatric primary care: a national feasibility study. *Archives of pediatrics & adolescent medicine*, 153(3), 254–260. <https://doi.org/10.1001/archpedi.153.3.254>
- Jung, C. G. (1953). *Psychological aspects of the self*. Princeton University Press.
- Kazemi, E., Ashrafi, M., Hosseinzadeh, M. S. H., Andalibipour, Z., Rajab Ali, S., & Mohebian Far, M. M. F. (2024). The effectiveness of sand play therapy on social skills and adaptation of children with separation anxiety. *International Journal of Educational Research*, 3(2), 145-156. <https://doi.org/10.22034/3.2.145>
- Kim, H.-A., Lee, M.-H., Lee, Y., et al. (2025). The effects of group sandplay therapy on child victims of cyberbullying: Focusing on internalizing and externalizing problems. *Psychiatry International*, 6(3), 80. <https://doi.org/10.3390/psychiatryint6030080>
- Lee, S., Lee, Y., Kim, Y., & Lee, S. (2023). Effect of group sand play therapy on psychopathologies of adolescents with deviant behaviors. *Journal of Child and Family Studies*, 32(5), 1234–1245. <https://doi.org/10.1007/s10826-023-02198-3>
- Liu, G., Zhang, X., & Li, S. (2023). Effects of Parent-Child Sandplay Therapy for preschool children with autism spectrum disorder and their mothers: A randomized controlled trial. *Journal of Pediatric Nursing*, 71, 6–13. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2023.02.006>
- Logan, A. C., Berman, B. M., & Prescott, S. L. (2023). Vitality Revisited: The Evolving Concept of Flourishing and Its Relevance to Personal and Public Health. *International journal of environmental research and public health*, 20(6), 5065. <https://doi.org/10.3390/ijerph20065065>
- Malik, F., & Marwaha, R. (2022). *Developmental Stages of Social Emotional Development in Children*. In StatPearls. StatPearls Publishing.
- Nazari, A. M., Sarmadi, S., Ghazanfari, M. J., Gholami, M., Emami Zeydi, A., & Zare-Kaseb, A. (2025). The effectiveness of play therapy on depression and anxiety in hospitalized children with cancer: a systematic review. *Supportive care in cancer : official journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*, 33(2), 88. <https://doi.org/10.1007/s00520-024-09144-4>
- Neufeld A. (2023). "Grabbing" Autonomy When the Learning Environment Doesn't Support it: An Evidence-based Guide for Medical Learners. *MedEdPublish* (2016), 12, 43. <https://doi.org/10.12688/mep.19182.2>
- Ryan, R. M., & Frederick, C. (1997). On energy, personality, and health: Subjective vitality as a dynamic reflection of well-being. *Journal of Personality*, 65(3), 529–565. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6494.1997.tb00326.x>
- Saeidmanesh, M., Demehri, F., & Alipour Esmaeili Anari, Z. (2023). Effect of sand play therapy on aggression and emotional adjustment of children with hearing impairment. *Auditory and Vestibular Research*, 32(3), 198-203. <https://doi.org/10.18502/avr.v32i3.12935>
- Schlack, R., Peerenboom, N., Neuperdt, L., Junker, S., & Beyer, A. K. (2021). The effects of mental health problems in childhood and adolescence in young adults: Results of the KiGGS cohort. *Journal of health monitoring*, 6(4), 3–19. <https://doi.org/10.25646/8863>
- Tan, J., Yin, H., Meng, T., & Guo, X. (2021). Effects of sandplay therapy in reducing emotional and behavioural problems in school-age children with chronic diseases: A randomized controlled trial. *Nursing open*, 8(6), 3099–3110. <https://doi.org/10.1002/nop2.1022>

- Tan, J., Zhang, L., & Wang, Y. (2021). Effects of sandplay therapy in reducing emotional and behavioral problems in school-age children with chronic diseases. *Nursing Open*, 8(5), 2490–2499. <https://doi.org/10.1002/nop2.1022>
- Tanhaye Reshvanloo, F., Keramati, R., Kareshki, H., & Torkamani, M. (2018). Factor structure and gender invariance of the Subjective Vitality Scale in students. *Journal of Applied Psychological Research*, 9(3), 1–14. <https://doi.org/10.22059/japr.2018.69108>
- WHO. (2025). *Adolescent mental health*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health> World Health Organization
- Wiedermann, C. J., Barbieri, V., Plagg, B., Marino, P., Piccoliori, G., & Engl, A. (2023). Fortifying the Foundations: A Comprehensive Approach to Enhancing Mental Health Support in Educational Policies Amidst Crises. *Healthcare (Basel, Switzerland)*, 11(10), 1423. <https://doi.org/10.3390/healthcare11101423>
- Yuxi, R., Shuqi, J., Cong, L., Shufan, L., & Yueyu, L. (2024). A systematic review of the effect of sandplay therapy on social communication deficits in children with autism spectrum disorder. *Frontiers in pediatrics*, 12, 1454710. <https://doi.org/10.3389/fped.2024.1454710>