Journal of Clinical Psychology, Vol. 17, Issue 4, No. 68, Winter 2025, 1-10

Journal of Clinical Psychology

Print ISSN: 2008-501X **Online ISSN:** 2228-5180

Homepage: https://jcp.semnan.ac.ir

Semnan University

The Efficacy of Mentalization-Based Child Therapy on Cognitive Emotion Regulation in Children with Cancer: A Single-Case Study

Zahra Sharifi Renani[1], Maryam Esmaili[2], Azadeh Moghaddas[3]

1. Master of Clinical Child and Adolescent Psychology, Department of Psychology, Faculty of Education and Psychology, University of Isfahan, Iran. E-mail: zsharifi3399@gmail.com
2. Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Education and Psychology, University of Isfahan, Iran. E-mail: m.esmaili@edu.ui.ac.ir
3. Associate Professor of Clinical Pharmacy and Pharmacy Practice, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran. E-mail: azadeh_moghaddas@yahoo.com

ARTICLE INFO

Article type:
Research Article

Article history:
Received: 07 February 2025
Received in revised form: 07 July 2025
Accepted: 17 July 2025
Published Online: 23 September 2025

Keywords:
Cognitive Emotion Regulation,
Mentalization-based Child Therapy,
Cancer

ABSTRACT

Background: Cancer, as a chronic biopsychosocial condition, challenges children's cognitive emotion regulation. This study aimed to investigate the impact of mentalization-based child therapy on cognitive emotion regulation in children with cancer.

Method: This study employed a single-case experimental design with an A-B-A format. The population consisted of all 9-12-year-old children with cancer in Isfahan, Iran, in 2023. Four participants were selected using a convenience sampling method. Before the intervention, participants' performance was assessed over three sessions using the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire to establish a baseline. Subsequently, mentalization-based child therapy was implemented individually for both the child and the mother for 12, 45-minute sessions. Post-intervention, participants' performance was evaluated using the same questionnaire. To analyze the data, visual analysis of graphs and trend indices, stability indices, effect size, and percentage improvement were utilized in Excel software.

Results: The intervention had a positive impact on the components of cognitive emotion regulation in children with cancer. Participants' scores on positive coping strategies increased during the intervention phase compared to baseline, while scores on negative coping strategies decreased.

Conclusion: Mentalization-based child therapy was effective in improving cognitive emotion regulation in children with cancer. It is recommended that psychologists utilize this beneficial approach to address the emotional challenges faced by children with cancer.

Citation: Sharifi Renani, Z., Esmaili, M., & Moghaddas, A. (2025). The Efficacy of Mentalization-Based Child Therapy on Cognitive Emotion Regulation in Children with Cancer: A Single-Case Study. *Journal of Clinical Psychology*, 17(4), 1-18.

DOI: https://doi.org/10.22075/jcp.2025.36766.3118

© 2025 The Author(s): This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution (CC BY 4.0), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, As long as the original authors and sources are cited. No permission is required from the authors or the publishers

✉ **Corresponding Author:** Maryam Esmaili, Associate professor, Department of Psychology, Faculty of Education and Psychology, University of Isfahan, Iran.
E-mail: m.esmaili@edu.ui.ac.ir, Tel: (+98) 9138147194

UNDER PROOF

Extended Abstract

Introduction

Cancer, as a chronic physical-psychological condition, can disrupt the normal and continuous flow of life and lead to numerous behavioral and psychological consequences. One of the significant challenges faced by children with cancer is difficulty in cognitive emotion regulation. Research indicates that most emotion regulation strategies used by cancer patients are emotion-focused and fall under the category of maladaptive cognitive emotion regulation strategies. These maladaptive strategies not only fail to improve the patient's condition but also prolong symptoms and threaten psychological well-being. Furthermore, weaknesses in cognitive emotion regulation are not merely a consequence of cancer but can also be influenced by factors such as the quality of parent-child relationships and parental deficits in mentalization skills. Therefore, it is hypothesized that mentalization-based therapy for children (MBTC), by enhancing parental mentalization, can improve cognitive emotion regulation in children with cancer. The present study aimed to examine the effectiveness of MBTC in improving cognitive emotion regulation in children diagnosed with cancer.

Method

This applied research utilized a semi-experimental single-case A-B design with follow-up. The statistical population included all children aged 9 to 12 years with cancer who were receiving treatment at Seyed Al-Shohada Hospital in Isfahan in the first half of 2023. The sample consisted of four children with cancer, selected through convenience sampling, who met the inclusion criteria. Participants were assessed using the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ), and baseline scores were recorded. Subsequently, they underwent 12 educational sessions, each lasting 90 minutes, based on the MBTC protocol. Their performance was evaluated throughout the intervention period and once again one month post-intervention (follow-up phase). To ensure the stability of behaviors and reduce random errors, assessments were conducted three times during phase A (baseline), eight times during phase B (intervention), and twice in the follow-up phase. Data were analyzed using visual analysis of graphs, trend indices, stability indices, and percentage of non-overlapping and overlapping data, all performed in Excel.

Results

Visual analysis showed significant changes in both positive and negative cognitive emotion regulation strategies from baseline (phase A) to intervention (phase B) in all four participants. Positive strategies demonstrated an upward trend and improvement, while negative strategies showed a downward trend. The most notable changes were observed in participant 4. The effect sizes ranged from 0.84 to 1.46 for positive strategies and from 1.03 to 1.81 for negative strategies, indicating large and meaningful effects according to Cohen's benchmarks. Improvement percentages ranged from 6.99% to 15.93% for positive strategies and from 10.1% to 15.7% for negative strategies. Overall, the intervention was shown to have a significant and clinically relevant impact.

Conclusion

The results demonstrate that MBTC is effective in improving cognitive emotion regulation in children with cancer. Given the ambiguity and emotional fluctuations associated with cancer diagnosis and treatment, this therapeutic approach helps both children and their parents become more aware of their emotions and regulate them better. Parents learn to view their behaviors from the child's perspective, which positively influences their parenting style.

UNCORRECTED PROOF

As parents demonstrate regulated emotional responses, they become behavioral role models for their children, ultimately enhancing the children's cognitive emotion regulation abilities.

Ethical Considerations

Ethics Code: This study was approved by the Ethics Committee of the University of Isfahan (Ethics Code: IR.UI.REC.1402.046).

Financial support: This research did not receive any financial support.

Authors' Contributions: Z. Sh.: Conceptualization, methodology, software, statistical analysis, data collection, data management, manuscript writing, and visual presentation.

M. A.: Manuscript editing and revision, project management, and supervision.

A. M.: Manuscript editing and revision, project management, and supervision.

Conflict of Interest: The authors declare no conflict of interest.

Acknowledgments: The authors sincerely thank all individuals who contributed to the completion of this study.

UNCORRECTED PROOF

مجله روانشناسی بالینی سال ۱۷، شماره ۴، پیاپی ۶۸، زمستان ۱۴۰۴، ۱-۱۰

مجله روانشناسی بالینی

شاپا چاپی: 2008-501X شاپا الکترونیکی: 2228-5180

Homepage: https://jcp.semnan.ac.ir

اثربخشی درمان ذهنی‌سازی کودکان بر تنظیم شناختی هیجان کودکان مبتلا به سرطان: یک مطالعه مورد منفرد

زهرا شریفی رنانی[۱]، مریم اسماعیلی[۲]✉، آزاده مقدس[۳]

۱. کارشناس ارشد روانشناسی بالینی کودک و نوجوان، گروه روانشناسی، دانشکده علوم‌تربیتی و روانشناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران. ایمیل: zsharifi3399@gmail.com

۲. دانشیار، گروه روانشناسی، دانشکده علوم‌تربیتی و روانشناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران. ایمیل: m.esmaili@edu.ui.ac.ir

۳. دانشیار، گروه داروسازی بالینی، دانشکده داروسازی اصفهان، دانشگاه علوم‌پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران. ایمیل: azadeh_moghaddas@yahoo.com

مشخصات مقاله

نوع مقاله:
پژوهشی

تاریخچه مقاله:
دریافت: ۱۴۰۳/۱۱/۱۹
بازنگری: ۱۴۰۴/۰۴/۱۶
پذیرش: ۱۴۰۴/۰۴/۲۶
انتشار برخط: ۱۴۰۴/۰۷/۰۱

کلیدواژه‌ها:
تنظیم شناختی هیجان، درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی کودکان، سرطان

چکیده

زمینه: سرطان به عنوان یک وضعیت جسمانی-روانشناختی مزمن، فرآیند تنظیم شناختی هیجان را برای کودکان دشوار می‌سازد. پژوهش حاضر با هدف بررسی تأثیر درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی بر تنظیم شناختی هیجان کودکان مبتلا به سرطان انجام شد.

روش: روش این پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح مورد منفرد و طرح A-B-A بود. جامعه آماری پژوهش تمامی کودکان ۹ تا ۱۲ سال مبتلا به سرطان شهر اصفهان در سال ۱۴۰۲ بودند که چهار نفر به روش نمونه‌گیری دردسترس انتخاب شدند. قبل شروع مداخله، عملکرد آزمودنی‌ها در سه جلسه، با استفاده از پرسشنامه راهبردهای تنظیم شناختی هیجان ارزیابی شد و خط پایه مشخص گردید. سپس، درمان ذهنی‌سازی کودکان به مدت ۱۲ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای به صورت انفرادی و موازی برای کودک و مادر اجرا و در پایان جلسات عملکرد آن‌ها با استفاده از پرسشنامه مذکور ارزیابی شد. بعد از اتمام مداخله، عملکرد آزمودنی‌ها طی سه مرتبه مجزا مورد بررسی قرار گرفت. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از تحلیل دیداری نمودارها و شاخص روند، شاخص ثبات، اندازه اثر و درصد بهبودی در نرم‌افزار Excel استفاده شد.

یافته‌ها: این مداخله بر مؤلفه‌های تنظیم شناختی هیجان کودکان مبتلا به سرطان مؤثر بوده؛ به‌گونه‌ای که نمرات راهبردهای مثبت آزمودنی‌ها در مرحله مداخله نسبت به خط پایه افزایش و در رابطه با راهبردهای منفی کاهش یافت.

نتیجه‌گیری: درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی کودکان در بهبود تنظیم شناختی هیجان کودکان مبتلا به سرطان مؤثر است. پیشنهاد می‌شود روانشناسان از این روش برای کاهش چالش‌های هیجانی این گروه از کودکان بهره ببرند.

استناد: شریفی رنانی، زهرا؛ اسماعیلی، مریم؛ و مقدس، آزاده (۱۴۰۴). اثربخشی درمان ذهنی‌سازی کودکان بر تنظیم شناختی هیجان کودکان مبتلا به سرطان: یک مطالعه مورد منفرد. مجله روانشناسی بالینی، ۱۷(۴)، ۱-۱۸.

DOI: https://doi.org/10.22075/jcp.2025.36766.3118

© 2025 The Author(s): This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution (CC BY 4.0), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, As long as the original authors and sources are cited. No permission is required from the authors or the publishers

✉ **نویسنده مسئول:** مریم اسماعیلی، دانشیار، گروه روانشناسی، دانشکده علوم‌تربیتی و روانشناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران.

رایانامه: m.esmaili@edu.ui.ac.ir تلفن: ۰۹۱۳۸۱۴۷۱۹۴

مقدمه

سرطان یکی از بیماری‌های سخت و چالش‌برانگیزی است که به تغییر شکل غیرطبیعی سلول‌ها و از دست رفتن تمایز درست سلولی منجر می‌گردد. در این بیماری، سلول‌ها به طور غیرطبیعی تکثیر یافته و در محیط اطراف، به رشد نامنظم خود ادامه می‌دهند(۱). سرطان در هر سنی قابل‌توجه است اما در میان کودکان، تنوع بیشتری نسبت به بزرگسالان دارد و شایع‌ترین علت مرگ‌ومیر در سنین بین ۱۶-۱ سالگی در کشورهای غربی است(۲). در ایران نیز، میزان شیوع سرطان دوران کودکی برابر با ۱۱۹/۵۶ در هر یک میلیون نفر گزارش شده است که در این میان، سرطان خون شایع‌ترین نوع آن بوده و پس از آن، سرطان‌های مغز و سیستم عصبی، لنفوم، استخوان و همبند و بافت نرم، در ردیف شایع‌ترین انواع سرطان قرار دارند(۳). به طور کلی، ابتلا به سرطان می‌تواند به عنوان یک وضعیت جسمانی-روانشناختی مزمن، روند منظم و مستمر زندگی را با چالش روبه‌رو کند(۴) و پیامدهای رفتاری و روانشناختی متعددی را برای فرد به همراه آورد. از جمله این پیامدها می‌توان به دشواری در تنظیم شناختی هیجان اشاره کرد(۵).

تنظیم شناختی هیجان، شامل دامنه‌ای از راهبردهای شناختی و رفتاری هشیارانه و ناهشیارانه‌ای است که برای کاهش، حفظ و افزایش یک هیجان به کار گرفته می‌شوند(۶). همه افراد، هنگام مواجهه با رویدادهای پراسترس، از راهبردهای گوناگونی برای تعدیل هیجانات خود استفاده می‌کنند. معمولاً راهبردهای سازگارانه در تنظیم شناختی هیجان، موجب ثبات هیجانی بیشتر و دوره نقاهت کوتاه‌تر می‌شود و راهبردهای ناسازگارانه ممکن است آشفتگی هیجانی و مشکلات بازتوانی را به دنبال داشته باشد(۷). با این حال، مطالعات نشان می‌دهد که اکثر راهبردهای به کار گرفته شده در افراد مبتلا به سرطان، از نوع هیجان‌مدار و در زمره‌ی راهبردهای منفی تنظیم شناختی هیجان است. این در حالی است که این قبیل راهبردها، نه تنها شرایط بیمار را بهبود نمی‌بخشند که منجر به طولانی شدن آن و تداوم نشانه‌های جسمانی و روانشناختی بیماری می‌گردند و بهزیستی روانشناختی آنان را مورد تهدید قرار می‌دهد(۸).

لازم به ذکر است که ضعف در تنظیم شناختی هیجان، صرفاً پیامد روانشناختی ابتلا به سرطان در کودکان نیست، بلکه می‌تواند از عوامل مختلفی همچون ارتباط با والدین و ضعف آنان در مهارت ذهنی‌سازی نیز تأثیر پذیرد(۹). عموماً، والدین به ویژه مادرانی که قادر به درک دنیای ذهنی فرزند خود نیستند، از اظهارنظرهای روانشناختی کمتری بهره می‌گیرند. این رفتارها کودک را در وضعیت نابسامان و گیج‌کننده‌ای قرار می‌دهد و چرخه‌ای معیوب از پاسخ‌های نامناسب هیجانی را تشکیل می‌دهد که می‌تواند بر ضعف آنان در تنظیم شناختی هیجان خود تأثیر داشته باشد و مشکلات آنان را در این حیطه تشدید نماید(۱۰). حال، با در نظر داشتن پیامدهایی که ضعف در تنظیم شناختی هیجان برای کودکان مبتلا به سرطان به همراه دارد و با توجه به نقش ذهنی‌سازی والدین در تشدید این مشکلات، به نظر می‌رسد که به کارگیری یک برنامه درمانی که بر ذهنی‌سازی هر دو طرف، یعنی هم کودک و هم والد متمرکز باشد، از اهمیت و ضرورت برخوردار است. تاکنون برنامه‌های درمانی گوناگونی برای حل آسیب‌های روانی و رفتاری ناشی از ابتلا به سرطان در کودکان به کار گرفته شد است که از آن جمله می‌توان به بازی‌درمانی کودک‌محور[1] (۱۱)، خنده‌درمانی[2] (۱۲)، قصه‌درمانی[3] (۱۳)، بازی‌درمانی گروهی[4] (۱۴) و آموزش تنظیم هیجان[5] (۱۵) اشاره کرد که همگی اثرات مثبتی بر سلامت‌روان این گروه از کودکان برجای گذاشته‌اند. با این حال، طی سال‌های اخیر، رویکردها و برنامه‌های روان‌درمانی جدیدتری معرفی شده‌اند که یکی از آن‌ها، درمان ذهنی‌سازی برای کودکان[6] است.

ذهنی‌سازی به توانایی منحصر به فرد انسان برای تفسیر معنای رفتار دیگران، از طریق توجه به حالات و اهداف ذهنی آن‌ها و توانایی درک تأثیر عواطف و رفتارهای خود بر دیگران اشاره دارد(۱۶). به زبان ساده‌تر، ذهنی‌سازی، درک خود و دیگران بر اساس آن چیزی است که در درون ما رخ می‌دهد و شامل به خاطر سپردن در ذهن، مشاهده خود از بیرون و توجه به دیگران از درون است(۱۷). درمان ذهنی‌سازی

1. Child-Centered Play Therapy (CCPT)
2. Laugh Therapy
3. story therapy
4. group play therapy
5. Emotional Regulation Training
6. Mentalization-based Treatment for Children (MBT-C)

UNCORRECTED PROOF

کودکان، یک درمان عمومی است که می‌تواند با نیازهای خاص کودکان در اواسط دوران کودکی سازگار شود. هدف کلی این مداخله ارتقای ذهنی‌سازی، تاب‌آوری[1] و انعطاف پذیری است، به شیوه‌ای که روند رشد به مسیر خود بازگردانده شود و خانواده و کودک احساس کنند اکنون بهتر می‌توانند با مشکلاتی که موجب مراجعه آن‌ها برای درمان شده است، مقابله کنند(۱۸)؛ بنابراین یکی از اثرات درمان ذهنی‌سازی کودکان، افزایش توانایی کودک برای تنظیم شناختی هیجان و حمایت از والدین است، تا بهتر بتوانند نیازهای هیجانی کودک خود را برآورده سازند(۱۹). بر اساس پژوهش‌های انجام‌شده و تجربیات بالینی به نظر می‌رسد این درمان ممکن است اساساً برای کودکان مبتلا به اختلالات اضطرابی یا عاطفی، مشکلات رفتاری خفیف یا متوسط و همچنین کودکان با اختلالات سازگاری[2] یا افرادی که در مواجهه با چالش‌های خاص زندگی مانند؛ طلاق یا از دست دادن والدین به کمک نیاز دارند، سودمند باشد(۱۸).

تاکنون پژوهش‌های گوناگونی برای بررسی اثربخشی درمان ذهنی‌سازی کودکان انجام شده است. در این راستا، خواجه‌وند و همکاران(۲۰) به این نتیجه دست یافتند که برنامه درمانی مبتنی بر ذهنی‌سازی موجب بهبود کارکردهای اجرایی[3] و کاهش علائم اضطراب[4] در کودکان مضطرب می‌شود. دارابی و همکاران(۲۱) در پژوهش خود نشان داد که درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی بر کاهش مشکلات رفتاری کودکان به عنوان یک شیوه درمانی، مؤثر بوده و می‌توان از آن در جهت کاهش مشکلات رفتاری کودکان استفاده کرد. نتایج پژوهش قنبری و همکاران(۱۹) نیز نشان داد که این درمان بر کیفیت زندگی کودکان مبتلا به نقص‌توجه/بیش‌فعالی[5] به خصوص در ترکیب با درمان دارویی اثربخش بوده است. علاوه بر این، کریمی و همکاران(۲۲) در پژوهش خود نشان دادند که تغییر مثبت در ذهنی‌سازی و بهبود در روابط خانوادگی موجب کاهش آسیب به خود در نوجوانان دختر می‌شود. در مطالعات انجام شده در خارج از کشور نیز، آکسدی(۲۳) در بخشی از پژوهش خود، کاربرد درمان ذهنی‌سازی کودکان را در مورد پیچیده‌ای به نام «پاتریک» که مبتلا به اختلال نقص توجه بود، توضیح داد. در این پژوهش، ۱۳ جلسه درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی اجرا شد و در طول درمان، والدین و کودک تشویق شدند تا فراتر از رفتار، به حالت‌های روانی یکدیگر توجه بیشتری نشان بدهند. در نتیجه کودک در درمان پیشرفت کرد و علائم نقص توجه او برطرف شد و به طور قابل‌توجهی مهارت ذهنی‌سازی وی بهبود یافت. اوهلمن فوربز و همکاران (۲۴) نیز در مطالعه که بر کودکان آسیب‌دیده و کودکانی که تروما را تجربه کرده بودند، انجام شد، درمان ذهنی‌سازی را بکار بردند. ازجمله نتایج این مطالعه می‌توان به کاهش مشکلات درونی‌سازی شده و بیرونی‌سازی شده در این افراد و همچنین، افزایش ظرفیت عملکرد بازتابی[6]، تنظیم هیجانی[7] و بهبود دلبستگی[8] اشاره کرد. همچنین، مالبرگ(۲۵) در پژوهش خود با عنوان «کار با کودکان اوتیسم[9] و خانواده هایشان از طریق درمان ذهنی‌سازی برای کودکان»، اجرای این روش را بر عملکرد روانی–اجتماعی[10] و تنظیم هیجانی کودک اوتیستیک و مادرانشان سودمند دانست.

حال، با عنایت به اثرات مثبت و ماندگار این رویکرد درمانی بر کارکردهای اجرایی و اضطراب(۲۰)، مشکلات رفتاری(۲۱، ۲۴)، کیفیت زندگی(۱۹)، ذهنی‌سازی، آسیب به خود و بهبود روابط خانوادگی(۲۲)، نشانگان نقص‌توجه(۲۳)، عملکرد بازتابی و دلبستگی(۲۴)، عملکرد روانی–اجتماعی(۲۵) و تنظیم هیجانی(۲۴، ۲۵) در گروه‌های مختلف کودکان و والدین آن‌ها، به نظر می‌رسد این برنامه می‌تواند برای بهبود دشواری‌های تنظیم شناختی هیجان در کودکان مبتلا به سرطان نیز مؤثر واقع شود و در صورت تأیید اثرگذاری آن، جهت بهبود سلامت‌روان این گروه از کودکان، در محیط‌های بیمارستانی و آموزشی مورد استفاده قرار گیرد. همچنین، از آنجا که این برنامه درمانی، رویکردی نسبتاً جدید به شمار می‌رود، ضروری است که پژوهشگران، در مطالعه اثرات آن بر گروه‌های مختلف کودکان اهتمام ورزند. بنابراین، هدف اصلی پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان ذهنی‌سازی کودکان بر تنظیم شناختی هیجان کودکان مبتلا به سرطان بود.

1. Resilience
2. Adjustment disorder
3. Executive Functions
4. Anxiety
5. Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD)
6. Reflective Functioning
7. Emotional Regulation
8. Attachment
9. Autism
10. Psycho-Social Function

UNCORRECTED PROOF

روش

طرح پژوهش: روش تحقیق در پژوهش حاضر از نظر هدف کاربردی و از نظر روش جمع‌آوری داده‌ها، نیمه‌آزمایشی از نوع مورد منفرد با طرح A-B همراه با پیگیری بود.

آزمودنی‌ها: جامعه آماری این مطالعه شامل تمامی کودکان ۹ تا ۱۲ سال مبتلا به سرطان بودند که در نیمه اول سال ۱۴۰۲ در بیمارستان سیدالشهدا در شهر اصفهان تحت‌درمان قرار گرفتند. از آنجا که حجم نمونه در پژوهش‌های مورد منفرد از یک آزمودنی یا گروه کوچکی از آزمودنی‌ها تشکیل می‌شود و با توجه به میزان دسترسی پژوهشگر به افراد این جامعه، نمونه آماری پژوهش حاضر نیز، شامل ۴ نفر از کودکان مبتلا به سرطان در بخش اطفال بیمارستان سیدالشهدا بودند که به روش نمونه‌گیری غیرتصادفی از نوع در دسترس انتخاب شدند و ملاک‌های ورود به پژوهش را داشتند. لازم به ذکر است که ملاک‌های ورود آزمودنی‌ها به این پژوهش عبارت بود از: ابتلا به سرطان بر اساس پرونده پزشکی موجود در بیمارستان، تمایل آزمودنی‌ها (کودک و مادر) به شرکت در پژوهش، عدم ابتلا به بیماری‌های جسمانی مزمن دیگر، دامنه سنی ۹ تا ۱۲ سال، عدم شرکت در سایر برنامه‌های روانشناختی به صورت همزمان. همچنین، ملاک‌های خروج آزمودنی‌ها از پژوهش نیز شامل عدم تمایل مادر یا کودک به ادامه جلسات درمان یا داشتن بیش از دو جلسه غیبت بود.

ابزار

۱. پرسشنامه راهبردهای تنظیم شناختی هیجان: این پرسشنامه توسط گارنفسکی و همکاران در سال ۲۰۰۲، به منظور ارزیابی راهبردهای شناختی تنظیم هیجان پس از تجربه اتفاقات تلخ و تروماتیک ابداع شده است. نسخه اصلی این پرسشنامه شامل ۳۶ گویه است که بر اساس مقیاس درجه‌بندی لیکرت نمره‌گذاری می‌شود؛ به این صورت که به گزینه‌ی هرگز، نمره ۱ و به گزینه‌ی همیشه، نمره ۵ داده می‌شود. همچنین، این پرسشنامه دارای ۹ خرده‌مقیاس است که عبارتند از: سرزنش خود (گویه‌های ۱، ۲، ۴)، سرزنش دیگران (گویه‌های ۳۴، ۳۵، ۳۶)، پذیرش (گویه‌های ۵، ۶، ۷، ۸)، تمرکز مثبت مجدد و برنامه‌ریزی (گویه‌های ۱۳، ۱۴، ۱۶، ۱۷، ۱۸، ۱۹، ۲۰، ۲۱، ۲۲)، ارزیابی مثبت و دیدگاه وسیع‌تر (گویه‌های ۱۵، ۲۳، ۲۴، ۲۵، ۲۶، ۲۷) و نشخوار فکری (گویه‌های ۳، ۹، ۱۰، ۱۱، ۱۲)، فاجعه‌انگاری (گویه‌های ۲۹، ۳۰، ۳۱، ۳۲). خرده‌مقیاس‌های این پرسشنامه به دو دسته‌ی بزرگتر تقسیم شده‌اند که عبارتند از عامل‌های تنظیم شناختی مثبت و عامل‌های تنظیم شناختی منفی که این دو عامل در تحلیل‌های شناختی، به صورت جداگانه مورد ارزیابی قرار می گیرند. عامل‌های تنظیم شناختی مثبت شامل خرده‌مقیاس های پذیرش خود، توجه مجدد مثبت، توجه مجدد به برنامه ریزی، ارزیابی مجدد مثبت و دیدگاه‌گیری است. همچنین، عامل‌های تنظیم شناختی منفی نیز، عبارتند از خرده‌مقیاس های سرزنش خود، سرزنش دیگران، نشخوار ذهنی و فاجعه انگاری. این پرسشنامه نمره‌گذاری معکوس نداشته، حداقل نمره قابل دستیابی در آن نیز برابر با ۳۶ و حداکثر برابر با ۱۸۰ می‌باشد. لازم به ذکر است که دستیابی به نمره بالاتر در هر خرده‌مقیاس، نشانه شدت بیشتر استفاده فرد از آن راهبرد می‌باشد. گارنفسکی و همکاران(۲۶)، با استفاده از روش ضریب آلفای کرونباخ، پایایی این پرسشنامه را برای عامل‌های تنظیم شناختی مثبت، منفی و نمره کل، به ترتیب، برابر با ۰/۹۱، ۰/۸۷ و ۰/۹۳ گزارش نموده‌اند و روایی محتوایی و روایی سازه آن را مورد تأیید قرار دارند. در ایران نیز، یوسفی (۲۷) روایی این آزمون را از طریق همبستگی نمره کل با خرده‌مقیاس‌های آزمون بررسی کرد و دامنه‌ای از نمرات ۰/۴۰ تا ۰/۶۸ با میانگین ۰/۵۶ را گزارش نمود که همگی معنادار و مطلوب هستند. همچنین، پایایی این آزمون را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۲ محاسبه نمود.

روند اجرای پژوهش: برای اجرای پژوهش، بخش اطفال بیمارستان سیدالشهدا در شهر اصفهان انتخاب شد و جهت انجام پژوهش، با مدیریت بخش هماهنگی لازم صورت گرفت. اهمیت و ضرورت پژوهش حاضر برای مدیر مرکز و والدین کودکان مبتلا به سرطان بیان شد. سپس، آزمودنی‌ها بر اساس ملاک‌های ورود انتخاب شدند. بعد از آن، شرکت‌کنندگان با استفاده از پرسشنامه راهبردهای تنظیم شناختی هیجان مورد ارزیابی قرار گرفتند و نمرات آن، جهت پیش‌آزمون یا مرحله خط پایه ثبت گردید. پس از آن، شرکت‌کنندگان به مدت ۱۲ جلسه آموزشی ۹۰ دقیقه‌ای، تحت برنامه درمانی ذهنی‌سازی کودکان – برگرفته از رویکرد میدگلی و همکاران(۱۸) به صورت فردی و یک بار در هفته قرار گرفتند. این مداخلات به طور موازی برای کودکان و والدین اجرا شد. همچنین، عملکرد آنان در طول جلسات و در

UNCORRECTED PROOF

محل اجرای مداخله با استفاده از آزمون مذکور مورد ارزیابی قرار گرفت. مدت زمان پاسخگویی آزمودنی‌ها به سؤالات پرسشنامه به طور میانگین ۱۰ دقیقه بود. پس از یک ماه از پایان مداخله نیز، به منظور خنثی نمودن اثر تمرین بر داده‌های گردآوری شده و اطمینان از صحت یافته‌ها، بار دیگر شرکت کنندگان با استفاده از پرسشنامه نام‌برده شده، در مرحله خط پیگیری مورد ارزیابی قرار گرفتند. لازم به ذکر است که با هدف تعیین پایداری رفتار و کاهش خطای ناشی از عوامل اثرگذار تصادفی بر روند ارزیابی، شرکت‌کنندگان ۳ نوبت در مرحله A مورد ارزیابی قرار گرفتند. همچنین، آن‌ها مجددا ۸ نوبت در مرحله B و ۲ نوبت نیز در مرحله پیگیری ارزیابی شدند. به منظور رعایت ملاحظات اخلاقی، از والدین رضایت کتبی مبنی بر تمایل به مشارکت آگاهانه در اجرای پژوهش دریافت شد و بر اصل محرمانه ماندن اطلاعات نیز، تأکید شد. همچنین، این پژوهش دارای مصوبه اخلاق دانشگاه اصفهان با کد اخلاق (IR.UI.REC.1402.046) می‌باشد. در نهایت، داده‌های به دست‌آمده با استفاده از تحلیل دیداری نمودارها و شاخص روند، شاخص ثبات، اندازه اثر و درصد بهبودی در نرم‌افزار Excel مورد تحلیل قرار گرفت. در ادامه، شرح مختصری از درمان ذهنی‌سازی کودکان در جدول ۱ آمده است.

جدول ۱) خلاصه جلسات درمان ذهنی‌سازی کودکان

جلسه	موضوع	محتوا	تکلیف
جلسه ۱	کودک: معرفی روند جلسات و بسته درمانی و ایجاد اتحاد درمانی	معرفی بسته درمانی به کودک ایجاد اتحاد درمانی از طریق همدلی و کنجکاوی در رابطه با جهان کودک	
	والدین: والدگری تأملی	توضیحات کلی در رابطه با روش و برنامه درمانی و والدگری تأملی	
جلسه ۲	کودک: بررسی توانایی کودک برای بازی در یک فرمول بندی متمرکز	بررسی اینکه آیا کودک می‌تواند در یک فرمول‌بند متمرکز بازی کند یا خیر. انجام بازی های ساخت‌دار و آزاد	
	والدین: آموزش روانشناختی	صحبت درارابطه با عوامل مؤثر بر تعامل آموزش روانشناختی در رابطه با دلبستگی، ذهنی‌سازی و...	
جلسه ۳	کودک: ذهنی‌سازی روایت بازی	توصیف و تفسیر فرآیند بازی بیان، وضوح بخشیدن و بررسی داستان‌هایی که کودک ارائه می‌کند. تسهیل بیان جزئیات افکار و ایده‌های مربوط به آن تفکر از لحاظ دهنی بر شخصیت‌ها و روابط در بازی	تکمیل داستان نیمه تمام که دمانگر به کودک ارائه می‌دهد.
	والدین: توضیح چرخه معیوب ذهنی‌سازی	بررسی چرخه معیوب ذهنی‌سازی و به کار بردن مثال های عینی از تعارض‌های خانواده برای تسهیل در فهم آن	بررسی موارد افت ذهنی‌سازی و یادداشت آن‌ها برای بررسی مشترک با درمانگر.
جلسه ۴	کودک: تشویق به روایت بازی	درمانگر با پرسیدن سوال به کودک کمک می‌کند آنچه در بازی در حال وقوع است را بفهمد و بتواند با جزئیات بیشتر و توضیحات بهتر روایت را تعریف کند جستجو و تأیید حالات ذهنی مانند افکار، آرزوها و مقاصد در داستان‌ها و بازی	کشیدن نقاشی یا نوشتن داستان و توضیح آن در جلسه بعدی (برای بررسی بیرون و درون خود و دیگری)
	والدین: کار با نقاط قوت	نقاط قوت والدین در فرزندپروری و در رابطه‌ها تشویق می‌شود. والدین به مشاهده دقیق رفتار تشویق می‌شوند. تشویق والدین به بازی با کودک	بررسی و یادداشت نقاط قوت‌ئر رابطه با فرزند و خانواده

UNCORRECTED PROOF

جلسه	موضوع	محتوا	تکلیف
جلسه ۵	کودک: توضیح ذهن و تمرین دیدگاه‌گیری	توضیح ذهن و متفاوت بودن نظرات دیگران در مورد مسائل و تلاش برای حدس ذهنیات دیگران از طریق بازی	کشیدن نقاشی خودش و مشخص کردن قسمت ذهن (سر آدمک) و محتوای آن (فکر ها).
	والدین: شناسایی محرک هیجانات قوی	بررسی نقاط داغ و تعارضات هنگام روابط و شناسایی محرکات آموزش دماسنج هیجانی به والدین، ارتباط آن با اتوماتیک شدن ذهنی‌سازی و کار بر روی تنظیم هیجانات	بررسی دماسنج هیجانی در طول یک هفته و یادداشت نقاط داغی که اخیرا تجربه کرده‌اند.
جلسه ۶	کودک: تمرین کردن شناسایی حالات احساسی	تمرین برای تبیین و نام‌گذاری حالات احساسی در خود فرد و در دیگران	نوشتن داستان خود درباره اتفاقات هفته و نام گذاری احساسات خود و احساسات احتمالی دیگران در رابطه با آن‌ها.
	والدین: تمرین دیدگاه‌گیری	تمرین برای درنظر گرفتن دیدگاه های متفاوت و تعادل در ذهنی‌سازی کردن خود و دیگران	یادداشت موردی که متوجه شدند که دیگران دیدگاه متفاوتی از آن‌ها در رابطه با یک موضوع واحد دارند.
جلسه ۷	کودک: پیدا کردن نقاط داغ	پیدا کردن نقاط داغ و موارد افت ذهنی‌سازی در روابط همدلی و حمایت در مواجهه با اختلالات ذهنی‌سازی	نوشتن داستان وقت‌هایی که ذهنی‌سازی افت می‌کند
	والدین: فهم ذهن کودک	کمک به والدین برای تمرین نگاه کردن به رفتار کودک بر اساس فهم ذهن او (فهم علت پشت رفتار) نگاه به درون دیگران به جای نگاه به رفتارهای بیرونی و تعادل بین این دو	یادداشت مواردی که کودک بهانه‌گیر و بد قلق است برای بررسی علت پشت رفتار کودک و بررسی تعادل والد در نگاه به درون و بیرون
جلسه ۸	جلسه بازبینی والدین همراه با کودک	بررسی پیشرفت درمانی اهداف درمانی بازبینی می‌شود تصمیم در رابطه با ادامه درمان	
جلسه ۹	کودک: ذهنی‌سازی رشد نیافته	کار بر نقاطی از ذهنی‌سازی کودک که رشد نیافته است تمرین توقف و بازگشت به عقب (بررسی تعارضات)	درمانگر داستان تعارض بین دو دوست را تعریف می‌کند و از کودک می‌خواهد که آن‌را نقاشی کند و در باره راه‌حل آن فکر کند.
	والدین: نگاه به خود از بیرون	آگاه شدن از عواطف رفتار در بافت تعارض و هنگام افت ذهنی‌سازی (نگاه به خود از بیرون)	بررسی دفعات افت ذهنی‌سازی و یادداشت علت آن
جلسه ۱۰	کودک: ذهنی‌سازی رویداد های آسیب‌زا	خلق روایت ذهنی‌سازی (تسهیل تعریف اتفاق) در رابطه با رویدادهای آسیب‌زا	نوشتن داستانی درباره زمانی که در حین یک اتفاق بسیار ترسیده یا عصبانی و ناراحت بوده.
	والدین: توقف و بازگشت به عقب	بررسی موارد تعارض و تفکر راجع به اتفاقات قبل ازآن و بررسی پله پله و جزء به جزء لحظات تعارض	انجام تمرین توقف و بازگشت در رابطه با کودک
جلسه ۱۱	کودک: ذهنی‌سازی روابط	تقویت ذهنی‌سازی آشکار و تفکر به ذهنیات دیگران در رابطه	نوشتن داستان و کشیدن نقاشی در رابطه با ذهنیات دیگران
	والدین: راهبرهای تنظیم هیجان کودک	بررسی راهبرهای تنظیم هیجان کودک (همدلی، لمس، حواس‌پرتی...)	تمرین راهبرد ها در منزل
جلسه ۱۲	کودک: حفظ دستاوردها و پایان درمان	نام بردن و بررسی دستاوردها و تلاش برای حفظ آن‌ها	
	والدین: حفظ دستاوردها و پایان درمان	نام بردن و بررسی دستاوردها و تلاش برای حفظ آن‌ها	

UNCORRECTED PROOF

یافته‌ها

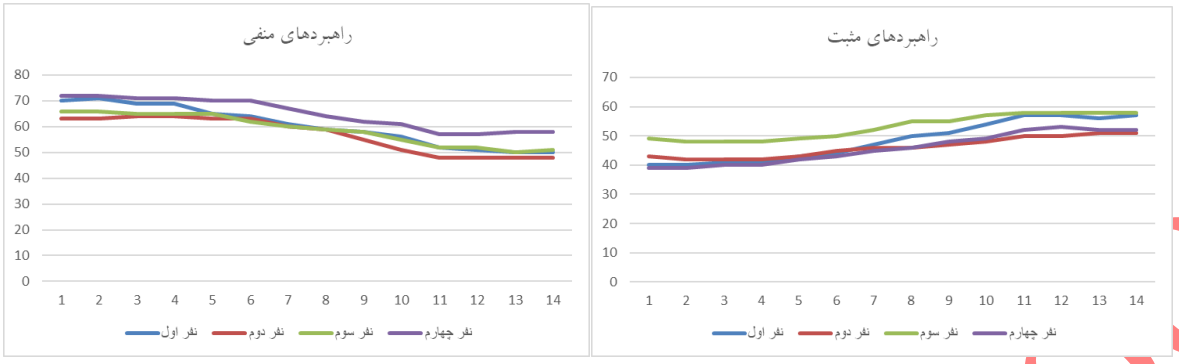
اطلاعات جمعیت‌شناختی نشان داد که میانگین سنی کودکان مبتلا به سرطان در پژوهش حاضر، برابر با ۱۰ سال بود و ۵۰ درصد آنان پسر و ۵۰ درصد نیز دختر بودند. همچنین، ۷۵ درصد از مادران این افراد دارای مدرک تحصیلی دیپلم و ۲۵ درصد دارای مدرک لیسانس بودند. در رابطه با پدران آن‌ها نیز، ۵۰ درصد دارای مدرک دیپلم و ۵۰ درصد دارای مدرک لیسانس بودند. بررسی وضعیت اشتغال مادران نیز نشان می‌دهد که ۷۵ درصد خانه‌دار و ۲۵ درصد شاغل بودند. پدران این گروه از کودکان نیز، در ۵۰ درصد موارد دارای شغل آزاد و در ۵۰ درصد دیگر نیز، کارمند بودند. همچنین، مدت زمان ابتلای این کودکان به سرطان از ۸ ماه تا ۲ سال متغیر بود. در بخش کمی پژوهش نیز، ابتدا داده‌های گردآوری‌شده از تنظیم شناختی هیجان آزمودنی‌ها در سه موقعیت خط پایه، مداخله و پیگیری برای هر آزمودنی در جدول ۲ گزارش شد.

جدول ۲) داده‌های خام تنظیم شناختی هیجان در موقعیت‌های خط پایه، مداخله و پیگیری

مؤلفه‌ها	موقعیت	جلسات	آزمودنی اول	آزمودنی دوم	آزمودنی سوم	آزمودنی چهارم
راهبردهای مثبت تنظیم شناختی هیجان	خط پایه	۱	۴۰	۴۳	۴۹	۳۹
		۲	۴۰	۴۲	۴۸	۳۹
		۳	۴۱	۴۲	۴۸	۴۰
	خط مداخله	۴	۴۱	۴۲	۴۸	۴۰
		۵	۴۳	۴۳	۴۹	۴۲
		۶	۴۴	۴۵	۵۰	۴۳
		۷	۴۷	۴۶	۵۲	۴۵
		۸	۵۰	۴۶	۵۵	۴۶
		۹	۵۱	۴۷	۵۵	۴۸
		۱۰	۵۴	۴۸	۵۷	۴۹
		۱۱	۵۷	۵۰	۵۸	۵۲
	پیگیری	۱۲	۵۷	۵۰	۵۸	۵۳
		۱۳	۵۶	۵۱	۵۸	۵۲
		۱۴	۵۷	۵۱	۵۸	۵۲
راهبردهای منفی تنظیم شناختی هیجان	خط پایه	۱	۷۰	۶۳	۶۶	۷۲
		۲	۷۱	۶۳	۶۶	۷۲
		۳	۶۹	۶۴	۶۵	۷۱
	خط مداخله	۴	۶۹	۶۴	۶۵	۷۱
		۵	۶۵	۶۳	۶۵	۷۰
		۶	۶۴	۶۳	۶۲	۷۰
		۷	۶۱	۶۰	۶۰	۶۷
		۸	۵۹	۵۹	۵۹	۶۴
		۹	۵۸	۵۵	۵۸	۶۲
		۱۰	۵۶	۵۱	۵۵	۶۱
		۱۱	۵۲	۴۸	۵۲	۵۷
	پیگیری	۱۲	۵۱	۴۸	۵۲	۵۷
		۱۳	۵۰	۴۸	۵۰	۵۸
		۱۴	۵۰	۴۸	۵۱	۵۸

به منظور درک بهتر روند تغییر در نمرات، در شکل ۱، نمودار نمرات مؤلفه‌های تنظیم شناختی هیجان ارائه شده است. لازم به ذکر است که با توجه به شیوه امتیازدهی پرسشنامه استفاده شده برای متغیر پژوهش، افزایش در نمرات راهبردهای مثبت تنظیم هیجان و کاهش در نمرات راهبردهای منفی تنظیم هیجان به معنای بهبود است.

UNCORRECTED PROOF



شکل ۱) نمودار نمرات راهبردهای مثبت و منفی تنظیم شناختی هیجان

یافته‌های حاصل از تحلیل دیداری داده‌ها برای هر دو بعد تنظیم شناختی هیجان نشان می‌دهد که تغییر میانه و میانگین موقعیت B (مداخله) برای هر ۴ آزمودنی نسبت به موقعیت A (خط پایه) چشمگیری بوده است. در ادامه، نتایج به دست‌آمده از تحلیل دیداری درون موقعیتی خط پایه و مداخله در بعد مثبت و منفی متغیر تنظیم شناختی هیجان در جدول ۳ نشان داده شده است.

جدول ۳) تحلیل دیداری درون‌موقعیتی آزمودنی‌ها در متغیر تنظیم شناختی هیجان

مؤلفه‌ها	درون موقعیتی	آزمودنی اول		آزمودنی دوم		آزمودنی سوم		آزمودنی چهارم	
	۱- توالی موقعیت	A	B	A	B	A	B	A	B
	۲- سطح								
راهبردهای مثبت تنظیم شناختی هیجان	۱-۲- میانه	٤٠	٤٨/٥	٤٢	٤٦	٤٨	٥٣/٥	٣٩	٤٥/٥
	۲-۲- میانگین	٤٠/٦٦	٤٨/٣٧	٤٢/٦٦	٤٥/٨٧	٤٨/٣٣	٥٣	٣٩/٣٣	٤٥/٦٢
	۳-۲- دامنه تغییرات میانه	٣٦ - ٤٤	٤٣/٧ - ٥٣/٣	٣٧/٨ -٤٦/٢	٤١/٤ -٥٠/٦	٤٣/٥٣ - ٥٣/١٣	٤٨/٢ - ٥٨/٨	٣٥/١ - ٤٢/٩	٤١ -٥٠
	۳- تغییر سطح								
	۱-۳- تغییر نسبی	٤٠ - ٤٠/٥	٤٣/٥ - ٥٢/٥	٤٢/٥ - ٤٢	٤٤ -٤٧/٥	٤٨ - ٤٨/٥	٤٩ - ٥٦/٥	٣٩ - ٣٩/٥	٤٢/٥ - ٤٨/٥
	۲-۳- تغییر مطلق	٤٠ - ٤١	٤١ - ٥٧	٤٢- ٤٣	٥٠- ٤٢	٤٨- ٤٩	٤٨- ٥٨	٣٩ - ٤٠	٤٠ - ٥٢
	۱- توالی موقعیت	A	B	A	B	A	B	A	B
	۲- سطح								
راهبردهای منفی تنظیم شناختی هیجان	۱-۲- میانه	٧٠	٦٠	٦٣	٥٩/٥	٦٦	٥٩/٥	٧٢	٦٥/٥
	۲-۲- میانگین	٧٠	٦٠/٥	٦٣/٦٦	٥٧/٨٧	٦٥/٦٦	٥٩/٥	٧١/٦٦	٦٢/٢٥
	۳-۲- دامنه تغییرات میانه	٦٣-٧٧	٥٤-٦٦	٥٦/٧- ٦٩/٣	٥٣/٦ -٦٥/٤	٥٩/٤- ٧٢/٦	٥٣/٦- ٦٥/٤	٧٩/٢- ٦٤/٨	٧٢-٥٩
	۳- تغییر سطح								
	۱-۳- تغییر نسبی	٧٠- ٧٠/٥	٦٤/٥-٥٧	٦٣- ٦٣/٥	٥٣-٦٣	٦٦- ٦٥/٥	٦٣/٥- ٥٦/٥	٦٥/٥- ٦٥/٥	٦٤/٥- ٥٩/٥
	۲-۳- تغییر مطلق	٧٠- ٦٩	٥٢-٦٩	٦٣- ٦٤	٤٨- ٦٤	٦٦- ٦٥	٥٢- ٦٥	٧٢- ٧١	٥٧- ٧١

در جدول ۳، تغییر تراز نسبی و مطلق، بیانگر آن است که الگوی تغییر داده‌ها در مؤلفه راهبردهای مثبت تنظیم شناختی هیجان روبه افزایش و بهبودی و برای مؤلفه راهبردهای منفی تنظیم شناختی هیجان روبه کاهش و بهبودی بوده است. این امر، در رابطه با آزمودنی نفر چهارم محسوس‌تر می‌باشد. در آخر نتایج حاصل از تحلیل دیداری بین‌موقعیتی خط پایه و خط مداخله در مؤلفه‌های تنظیم شناختی هیجان و همچنین شاخص‌های همپوشی داده‌ها، اندازه اثر و درصد بهبودی در جدول ۴ نشان داده شد.

جدول ۴) تحلیل دیداری بین موقعیتی آزمودنی‌ها در متغیر تنظیم شناختی هیجان

مؤلفه‌ها	بین موقعیتی	آزمودنی اول	آزمودنی دوم	آزمودنی سوم	آزمودنی چهارم
	۱- تغییر در سطح				
راهبردهای مثبت تنظیم شناختی هیجان	۱-۱- تغییر نسبی	۴۰/۵ به ۴۳/۵	۴۲ به ۴۴	۴۸ به ۴۹/۵	۳۹/۵ به ۴۲/۵
	۱-۲- تغییر مطلق	۴۱ به ۴۱	۴۲ به ۴۲	۴۸ به ۴۸	۴۰ به ۴۰
	۱-۳- تغییر میانه	۴۰ به ۴۸/۵	۴۲ به ۴۶	۴۸ به ۵۳/۵	۳۹ به ۴۵/۵
	۱-۴- تغییر میانگین	۴۰/۶۶ به ۴۸/۳۷	۴۲/۶۶ به ۴۵/۸۷	۴۸/۳۳ به ۵۳	۳۹/۳۳ به ۴۵/۶۲

UNCORRECTED PROOF

مؤلفه‌ها	بین موقعیتی	آزمودنی اول	آزمودنی دوم	آزمودنی سوم	آزمودنی چهارم
	۲- شاخص‌ها				
	۲-۱- درصد داده‌های غیرهمپوش	٪۶۲/۵	٪۳۷/۵	٪۵۰	٪۷۵
	۲-۲- درصد داده‌های همپوش	٪۳۷/۵	٪۶۲/۵	٪۵۰	٪۲۵
	۲-۳- درصد بهبودی	٪۱۵/۹۳	٪۶/۹۹	٪۸/۸	٪۱۳/۷۸
	۲-۴- اندازه اثر	۱/۲۸	۰/۸۴	۱/۲۲	۱/۴۶
راهبردهای منفی تنظیم شناختی هیجان	۱- تغییر در سطح				
	۱-۱- تغییر نسبی	۷۰ به ۶۴/۵	۶۳/۵ به ۶۳	۶۵/۵ به ۶۳/۵	۷۱/۵ به ۷۰
	۱-۲- تغییر مطلق	۶۹ به ۶۹	۶۴ به ۶۴	۶۵ به ۶۵	۷۱ به ۷۱
	۱-۳- تغییر میانه	۷۰ به ۶۰	۶۳ به ۵۹/۵	۶۶ به ۵۹/۵	۷۲ به ۶۵/۵
	۱-۴- تغییر میانگین	۷۰ به ۶۰/۵	۶۳/۶۶ به ۵۷/۸۷	۶۵/۶۶ به ۵۹/۵	۷۱/۶۶ به ۶۲/۲۵
	۲- شاخص‌ها				
	۲-۱- درصد داده‌های غیرهمپوش	٪۶۲/۵	٪۳۷/۵	٪۵۰	٪۵۰
	۲-۲- درصد داده‌های همپوش	٪۳۷/۵	٪۶۲/۵	٪۵۰	٪۵۰
	۲-۳- درصد بهبودی	٪۱۵/۷	۱۰/۰۱	٪۱۰/۳	۱۵/۱۱
	۲-۴- اندازه اثر	۱/۴۸	۱/۰۳	۱/۲۸	۱/۸۱

در جدول ۴، تغییر سطح بین موقعیت‌های A و B در راهبردهای مثبت تنظیم شناختی هیجان نشان داد که چهار نفر از آزمودنی‌ها با شروع درمان دچار افزایش نمرات در به کارگیری راهبردهای مثبت تنظیم شناختی هیجان شدند. همچنین، نتایج حاصل از تغییر سطح میانگین داده‌ها در تنظیم شناختی هیجان نشان داد که سطح میانگین موقعیت B در جهت بهبود تغییر قابل‌توجهی نشان داده است که این بهبودی در نفرات اول و چهارم بارزتر بود. در واقع روند صعودی نمرات در طول درمان درمان نشانه بهبودی آزمودنی‌ها بود. میزان درصد بهبود آزمودنی اول و چهارم نیز، موید این امر می‌باشد. با این حال، به این دلیلی که اندازه اثر در برابر تأثیرات اندازه نمونه مقاوم است، صرفا به درصد بهبودی اکتفا نشد و اندازه اثر آزمودنی‌ها نیز مورد بررسی قرار گرفت تا اندازه‌گیری صحیح‌تری از معناداری اثر میان متغیرها فراهم آید. یافته‌های حاصل از این امر نشان داد که اندازه اثر آزمودنی‌ها از ۰/۸۴ تا ۱/۴۶ متغیر بود. از آنجا که کوهن معتقد است اندازه اثر بزرگتر از ۰/۸، اندازه اثر مناسب و قابل‌توجهی است، می‌توان نتیجه گرفت که مداخله درمان ذهنی‌سازی کودکان به طور معناداری اثربخش بوده است و اندازه اثر به دست آمده برای نفرات اول تا چهارم، حاکی از اثرگذاری مناسب درمان ذهنی‌سازی کودکان بر راهبردهای مثبت تنظیم شناختی هیجان است.

افزون بر این، تغییر سطح بین موقعیت‌های A و B در راهبردهای منفی تنظیم شناختی هیجان نشان داد که چهار نفر از آزمودنی‌ها با شروع درمان دچار کاهش نمرات در به کارگیری راهبردهای منفی تنظیم شناختی هیجان شدند. همچنین، نتایج حاصل از تغییر سطح میانگین داده‌ها در تنظیم شناختی هیجان نشان داد که سطح میانگین موقعیت B در جهت بهبود تغییر قابل‌توجهی نشان داده است. در واقع روند نزولی نمرات در طول درمان درمان نشانه بهبودی آزمودنی‌ها بود. میزان درصد بهبود آزمودنی اول و چهارم نیز، مید این امر می‌باشد. با این حال، به این دلیلی که اندازه اثر در برابر تأثیرات اندازه نمونه مقاوم است، صرفا به درصد بهبودی اکتفا نشد و اندازه اثر آزمودنی‌ها نیز مورد بررسی قرار گرفت تا اندازه‌گیری صحیح‌تری از معناداری اثر میان متغیرها فراهم آید. یافته‌های حاصل از این امر نشان داد که اندازه اثر آزمودنی‌ها از ۱/۰۳ تا ۱/۸۱ متغیر بود. از آنجا که کوهن معتقد است اندازه اثر بزرگتر از ۰/۸، اندازه اثر مناسب و قابل‌توجهی است، می‌توان نتیجه گرفت که مداخله درمان ذهنی‌سازی کودکان به طور معناداری اثربخش بوده است و اندازه اثر به دست آمده برای نفرات اول تا چهارم، حاکی از اثرگذاری مناسب درمان ذهنی‌سازی کودکان بر راهبردهای منفی تنظیم شناختی هیجان است.

بحث

یافته‌های پژوهش نشان داد که راهبردهای مثبت تنظیم شناختی هیجان در هر ۴ شرکت‌کننده در مرحله مداخله نسبت به مرحله پایه افزایش داشته است و اندازه اثر آن‌ها از ۰/۸۴ تا ۱/۴۶ برای مؤلفه راهبردهای مثبت تنظیم شناختی هیجانی

UNCORRECTED PROOF

متغیر بوده است. همچنین، راهبردهای منفی تنظیم شناختی هیجان در هر ۴ شرکت‌کننده در مرحله مداخله نسبت به مرحله پایه کاهش داشته است و اندازه اثر آن‌ها از ۱/۰۳ تا ۱/۸۱ درصد متغیر بوده است. این امر، نشانه اثربخشی درمان ذهنی‌سازی کودکان بر تنظیم شناختی هیجان این گروه می‌باشد. اگرچه در میان پیشینه‌های داخلی و خارجی موجود، مطالعه‌ای که دقیقاً موضوع پژوهش فعلی را مورد بررسی قرار داده باشد، یافت نشد. با این حال، به نظر می‌رسد که نتایج این پژوهش با نتایج پژوهش قنبری و همکاران(۱۹)، خواجه‌وند و همکاران(۲۰)، دارابی و همکاران(۲۱)، کریمی و همکاران(۲۲) و همچنین، آکسدی(۲۳) و اوهلمن فوربز و همکاران(۲۴) و مالبرگ(۲۵) همسو است؛ چراکه در تمامی پژوهش‌های نام‌برده شده، از برنامه درمان ذهنی‌سازی کودکان به عنوان مداخله‌ای درمانی جهت بهبود وضعیت روانشناختی گروه‌های مختلف افراد استفاده شده است.

در تبیین این یافته که درمان ذهنی‌سازی کودکان بر تنظیم شناختی هیجان کودکان مبتلا به سرطان مؤثر بوده است، چنین می‌توان گفت که سرطان به دلیل ماهیت چالش‌برانگیز و پیامدهای نامشخص آن، از ابتدای تشخیص و در طول درمان، همواره با سطح بالای ابهام و با تغییرات حالات هیجانی و روانشناختی برای کودک و خانواده همراه است(۱۰) و تشخیص سرطان، اغلب موجب بروز مشکلات شدید هیجانی در بیمار و اطرافیان وی می‌شود. این آشفتگی‌ها عمدتاً ناشی از علائم واقعی بیماری و نیز تصویر ذهنی بیمار و خانواده‌ی او از این بیماری می‌باشد(۴). در این شرایط، درمان ذهنی‌سازی کودکان می‌کوشد تا با رشد ظرفیت‌های ذهنی سازی در کودک و والدین، آن‌ها را نسبت به هیجانات خود آگاه نموده و در تنظیم هیجانی به آن‌ها کمک کند. این درمان به والدین کمک می‌کند تا رفتار و اعمال خود را از نگاه کودک مشاهده کنند. این مسئله به طور ویژه‌ای بر شیوه فرزندپروری آن‌ها نیز تأثیر می‌گذارد؛ به این صورت که وقتی آن‌ها بتوانند به طور آشکار و کنترل‌شده خود و کودکشان را ذهنی‌سازی کنند، متوجه می‌شوند چگونه هیجاناتشان بر رفتار آن‌ها نسبت به کودک تأثیرگذار است و همین امر، چه تأثیری بر هیجانات کودکشان دارد. به عنوان مثال ایجاد آگاهی همدلانه در مورد اینکه چه زمانی عصبانیت آن‌ها ممکن است شدید، ترسناک و مختل‌کننده باشد یا چگونه ترس و اضطراب باعث می‌شود عقب‌نشینی کنند یا عملکردشان مختل گردد یا کنترل‌گر شوند، ممکن است پیامدهای مهمی برای محدود ساختن بالقوه تعاملات مضر با کودکشان داشته باشد و در نتیجه، کودک شاهد واکنش‌های هیجان مثبت از سوی والدین خود است. مشاهده این قبیل واکنش‌های تنظیم‌شده هیجانی از سوی والدین، به مثابه یک الگوی رفتاری برای کودکان عمل می‌کند و بر شیوه تنظیم شناختی هیجانی آنان تأثیر مثبت می‌گذارد.

افزون بر این، درمان ذهنی‌سازی می‌تواند به مادران این امکان را بدهد که دنیا از چشمان فرزند خود نظاره کنند. زمانی که مادران خود را به جای فرزند مبتلا به سرطان بنشانند و به اطراف بنگرند، بهتر متوجه هیجانات، رنج‌ها، نیازها و همچنین، ریشه‌های رفتار هیجانی تنظیم‌نشده‌ی فرزند خود می‌گردند. این امر، می‌تواند به والدین در درک و ارائه واکنش همدلانه به او یاری رساند و رابطه میان آن‌ها را صمیمانه و مبنی بر همدلی سازد. در این میان، وقتی کیفیت رابطه فرزند با مادر تغییر می‌کند و متوجه می‌شود که در برخورد با چالش‌های زندگی تنها نیست، اضطراب او فروکش کرده و می‌تواند از نظر هیجانی واکنش‌های سازگارانه‌تری نشان دهد. علاوه بر این، تغییر مادر در برخوردهای هیجانی با فرزند سبب دستیابی کودک به یک الگوی مثبت برای تغییر رفتار خود و به کارگیری بیشتر راهبردهای مثبت تنظیم شناختی هیجانی و استفاده کمتر از راهبردهای منفی تنظیم شناختی هیجان می‌شود.

در کار انفرادی با کودک نیز، تلاش این رویکرد بر رشد توانایی تشخیص، تحمل و تنظیم هیجانات است. این توانایی در ایجاد هماهنگی با دیگران و درک شرایط اجتماعی پیچیده و همچنین تجربه خودمهارگری، حس خود و عاملیت بسیار سودمند است. استعاره‌ای می‌تواند برای والدین در این مورد مفید باشد، صحبت درمورد تنظیم هیجانات به شکل «کنترل حجم صدا» است. گاهی اوقات حجم صدا (هیجانات) بسیار پایین است؛ به طوری‌که احساسات آن‌ها توسط خودشان و افراد پیرامونشان شنیده نمی‌شود و گاهی این صدا به حدی بلند است که احساسات غلبه می‌کند و شنیدن چیز دیگری مانند صدای افکار خودشان غیرممکن به نظر می‌رسد. برای کنترل حجم صدا و احساسات، آن‌ها نیاز دارند بدانند که ممکن است چیزی نیاز به تغییر داشته باشد. گام دوم، یافتن کنترل

UNCORRECTED PROOF

حجم صدا است و گام سوم، در واقع استفاده از کنترل صدا و تنظیم و تعدیل است.

از راهکارهای تأثیرگذار دیگر نیز می‌توان به ایجاد روایتی منسجم درباره رویدادها و همچنین بررسی افکار، احساسات و عواطف مربوط به آن باشد. هدف، تأمل در هیجانات مربوط به آن رویداد و یادگیری و درک بودن در اینجا و اکنون[1] است و اینکه چگونه هیجانات مربوط به رویدادهای پرتنش و یا آسیب‌زا، تحمل و تنظیم می‌شوند. علاوه بر این وجه، ذهنی‌سازی مشوق تقویت و عمق‌بخشی به توانایی کودک در شکل‌دهی و حفظ روابط است و این هدف را از طریق کار با تعاملات عاطفی دنبال می‌کند که موجب تنظیم هیجان در روابط می‌شود. ازجمله تمرین‌هایی که در این مورد استفاده می شود، دعوت به ذهنی‌سازی خود و دیگری از طریق فعالیت «چشم درون، چشم بیرون» است؛ به این صورت که فرد تشویق می‌شود با دو چشم خیالی سعی کند موقعیت را ذهنی‌سازی کند، یک چشم را درون ذهن طرف مقابل می گذارد و سعی در فهم و کنجکاوری درباره ذهن او دارد و یک چشم را بیرون از خود می‌گذارد تا مثل یک دوربین، بتواند خود را از بیرون بنگرد و حرکات خود را ارزیابی کند. این تمرین با فرصت تأملی که فراهم می‌کند، باعث ایجاد ظرفیت بالاتری از تنظیم هیجانات می‌شود و این امر، به نوبه خود موجب کاهش استفاده از راهبردهای تنظیم شناختی هیجان منفی و افزایش بکارگیری راهبردهای تنظیم شناختی هیجان مثبت می‌شود.

در نهایت، پژوهش حاضر با محدودیت‌هایی روبه‌رو بود، از جمله آنکه در این پژوهش، جامعه آماری کودکان مبتلا به بیماری سرطان بودند و به علت شرایط حاد بیماری آن‌ها، فراهم کردن تعداد زیادی از این افراد و جلب همکاری آنان در پژوهش بسیار دشوار بود. از این رو، اندک بودن تعداد آزمودنی‌ها، استفاده از روش نمونه‌گیری غیرتصادفی از نوع در دسترس و کاربرد روش مورد منفرد در این پژوهش امکان تعمیم‌دهی یافته‌ها به جامعه آماری را با محدودیت روبه‌رو ساخت. افزون بر این، به علت شرایط خاص بیماری این گروه از کودکان، فراهم کردن محیط مناسب و ایزوله جهت انجام پژوهش امری ضروری بود و در عین حال هیچ مکان مناسبی در مراکز بهداشتی و درمانی جهت انجام پژوهش یافت نشد.

از این رو، پژوهش در منزل کودکان و نه در اتاق بازی اجرا شد. بر این اساس، پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی، جهت اطمینان از قابلیت تعمیم نتایج در رابطه با اثربخشی برنامه درمان ذهنی‌سازی کودکان، از نمونه بزرگ‌تر استفاده شود و آزمودنی‌های پژوهش با روش نمونه‌گیری تصادفی انتخاب گردند. همچنین، اجرای این رویکرد درمانی در اتاق بازی صورت بگیرد. علاوه بر این، با توجه به اثربخشی درمان ذهنی‌سازی کودکان بر تنظیم شناختی هیجان کودکان مبتلا به سرطان، پیشنهاد می‌شود که روانشناسان، مشاوران و کلیه فعالان حوزه روان‌درمانی کودک، از این روش درمانی در بهبود مشکلات هیجانی این گروه از کودکان در مراکز سلامت‌روان و به عنوان یک برنامه درمانی مکمل در بیمارستان‌ها بهره جویند.

منابع

1. Brown JS, Amend SR, Austin RH, Gatenby RA, Hammarlund EU, Pienta KJ. Updating the definition of cancer. Molecular Cancer Research. 2023 Nov 1;21(11):1142-7.
2. Kaye EC, Jerkins J, Gushue CA, DeMarsh S, Sykes A, Lu Z, Snaman JM, Blazin L, Johnson LM, Levine DR, Morrison RR. Predictors of late palliative care referral in children with cancer. Journal of pain and symptom management. 2018;55(6):1550-6.
3. Jorjani G, Roshandel G, Taherian MR, Mirbehbahani N, Moaddabshoar L, Ahmadi A, Salavati F, Nazari SS, Vahidi M, Etemad K. Epidemiology and geographical patterns of common childhood cancers in Iran: Evidence from the National Cancer Registry. Cancer Epidemiology. 2024 Dec 1; 93:102685.
4. Podina IR, Todea D, Fodor LA. Fear of cancer recurrence and mental health: A comprehensive meta-analysis. Psycho-Oncology. 2023 Oct;32(10):1503-13.
5. Guimond AJ, Ivers H, Savard J. Is emotion regulation associated with cancer-related psychological symptoms? Psychology & health. 2019 Jan 2;34(1):44-63.
6. Gross JJ. Emotion regulation: Current status and future prospects. Psychological inquiry. 2015 Jan 2;26(1):1-26.
7. Abdi F, Sadeghi, F. The Relationship Between Cognitive Emotion Regulation and Marital Intimacy with Quality of Life in Women with Breast Cancer. Applied Psychology, 2024; 18(2): 152-172. [Persian]
8. Darabos K, Renna ME, Wang AW, Zimmermann CF, Hoyt MA. Emotional approach coping among young adults with cancer: Relationships with psychological distress, posttraumatic growth, and

1. Here and now

UNCORRECTED PROOF

emotional problems of primary school children. Journal of Applied Family Therapy, 2023; 4(1): 115-133. [Persian]
22. Karimi, F., Farahbakhsh, K., Salimi bajestani, H., Moatamedi, A. The Effectiveness of Mentalization Based Therapy (MBT-A) on Increasing the Quality of Family Relationships and Reducing Self harm in Adolescent Girls. Journal of Sabzevar University of Medical Sciences, 2020; 27(2): 257-265. [Persian]
23. Acsadi L. A two-article examination of mentalization based treatment for children with attentional disorders (Doctoral dissertation, University of Pennsylvania), 2022.
24. Oehlman Forbes D, Lee M, Lakeman R. The role of mentalization in child psychotherapy, interpersonal trauma, and recovery: A scoping review. Psychotherapy. 2021;58(1):50.
25. Malberg NT. Working with autistic children and their families from a mentalization based therapy for children (MBT-C) approach. Psychoanalytic Perspectives. 2021;18(1):22-42.
26. Garnefski N, Kraaij V, Spinhoven P. Manual for the use of the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire. Leiderdorp, The Netherlands: DATEC. 2002;23(3):141-9.
27. Yousefi F. The relationship of cognitive emotion regulation strategies with depression and anxiety in students of special middle schools for talented students in Shiraz. Journal of Exceptional Children. 2007 Feb 10;6(4):871-92.
resilience. Psycho-Oncology. 2021 May;30(5):728-35.
9. Álvarez N, Lázaro MH, Gordo L, Elejalde LI, Pampliega AM. Maternal mentalization and child emotion regulation: A comparison of different phases of early childhood. Infant Behavior and Development. 2022 Feb 1; 66:101681.
10. Zreik G, Haimov I, Szepsenwol O. Parental childhood adversity and emotional functioning: Associations with child's emotion regulation. Family Relations. 2024 Nov 29.
11. Talebi M, Ghasemzadeh S, arjmandi K, vakili S. Effectiveness of child-centered play therapy on resiliency of Children with leukemia cancer. JPEN. 2022;8(3):47-55.
12. Sadeghi Z, Mikaeili N, Atadokht A. The effectiveness of laugh therapy on anxiety and hopelessness children whit cancer. IJCA. 2023;2(2):45-53. [Persian]
13. AlaeiFard N, Ahadi H, Mehrvarz A, Jomehri F, Doulatabadi S. Comparison of the effectiveness of play therapy and story therapy on depression and anxiety separation in children with leukemia. medical journal of mashhad university of medical sciences, 2021;64(4):3796-3808. [Persian]
14. Sanatgar R, Esmaeili M. The effectiveness of group play therapy on social acceptance and hope in children with cancer. Journal of Applied Family Therapy, 2020;1(2):125-140. [Persian]
15. Ebrahimpourghavi M, Sharifidaramadi P, Pezeshk S. The Effectiveness of Emotional Regulation on Depression in Children with Cancer. J Child Ment Health 2020;6(4):220-230. [Persian]
16. Fonagy P, Target M. Playing with reality I. The International journal of psycho-analysis. 1996;77(2):217.
17. Ahmadi M, Bagherian-Sararoudi R, Mosavi SM. Mentalization and Its Multidimensional Nature. Journal of Research in Behavioural Sciences. 2021 Jan 10;18(4):616-22. [Persian]
18. Midgley N, Ensink K, Lindqvist K, Malberg N, Muller N. Mentalization-based treatment for children. A time-limites approach. American Psychological Association. 2017.
19. Ghanbari F, naziri G, Omidvar B. The effectiveness of mentalization-based treatment on quality of life among children with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD). Psychological Models and Methods, 2020; 11(40): 151-172. [Persian]
20. khajevand S, bahreinian A, nasri M, shahabizadeh F. Comparing the effectiveness of treatment based on mentalization and treatment based on parent-child relationship on executive functions and anxiety symptoms of anxious children. CPJ 2024;12(1):91-105. [Persian]
21. Darabi, M., Manavipour, D., Mohammadi, A. The effectiveness of the program based on mentalization and mindfulness (mother and child) in behavioral and

UNCORRECTED PROOF