



The Effectiveness of Mentalization-Based Treatment for Children (MBTC) on Behavioral Problems in Children with Cancer: A Single Case Study

Zahra Sharifi Renani¹, Maryam Esmaili^{2*}, Azadeh Moghaddas³

1- Master of Clinical Child and Adolescent Psychology, Department of Psychology, Faculty of Education and Psychology, University of Isfahan, Isfahan, Iran.

2- Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Education and Psychology, University of Isfahan, Isfahan, Iran.

3- Associate Professor of Clinical Pharmacy and Pharmacy Practice, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

Corresponding Author: Maryam Esmaili, Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Education and Psychology, University of Isfahan, Isfahan, Iran.

Email: m.esmaili@edu.ui.ac.ir

Received: 27 Oct 2024

Accepted: 8 Jan 2025

Abstract

Introduction: Cancer, as a chronic physical-psychological condition, challenges the regular and continuous process of life and has numerous behavioral consequences for the child. Based on this, the present study was conducted to investigate the effect of mentalization therapy on behavioral problems in children with cancer. In this way, the subjects' baseline was determined. In the next step, mentalization therapy for children was carried out for 12 sessions of 45 minutes individually and in parallel for the child and the mother.

Methods: The method of this research was semi-experimental with a single case structure and A-B-A design. The statistical population of the research was all children aged 9 to 12 with cancer in Seyed al-Shohda Hospital in Isfahan City in 1402, from among them, four children were selected by the available sampling method. Before the intervention, the performance of the subjects was evaluated for three sessions, using the child behavior list of Achenbach et al. and during this period, no intervention was provided to improve the performance of the subjects. In this way, the subjects' baseline was determined. In the next step, mentalization-based therapy for children was carried out for 12 sessions of 45 minutes individually and in parallel for the child and the mother, and at the end of the sessions, their performance was measured using research tools. After the completion of the intervention sessions, the performance of the subjects was examined again in three separate times. Visual analysis of graphs and trend index, stability index, percentage of non-overlapping data, and percentage of overlapping data were used for data analysis utilizing SPSS and Excel software version 24.

Results: The result of the data analysis indicated the positive effect of this intervention on behavioral problems, including internalized and externalized behavioral problems in children with cancer; So, the scores of behavioral problems of the participants in the intervention phase were reduced compared to the baseline phase. The percentage of non-overlapping data was also reported as 75 to 12.5 percent and the percentage of overlapping data from 87.5 to 25 percent. Also, the effect size for these children varied from 0.09 to 1.43, which is considered a favorable effect size.

Conclusions: Based on the findings of the research, mentalization-based therapy for children was effective in reducing behavioral problems in children with cancer. Therefore, it is suggested that psychologists and counselors use this new method of psychotherapy as a useful and effective tool to reduce behavioral problems in children with cancer.

Keywords: Mentalization-based therapy for children (MBTC), Cancer, Behavioral problems.



اثربخشی درمان ذهنی‌سازی کودکان بر مشکلات رفتاری 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 علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران.

۲- دانشیار گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران.

۳- دانشیار گروه داروسازی بالینی، گروه داروسازی بالینی، دانشکده داروسازی اصفهان، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران.

نویسنده مسئول: مریم اسماعیلی، دانشیار گروه روانشناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران.

ایمیل: m.esmaili@edu.ui.ac.ir

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۱۰/۱۹

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۸/۶

چکیده

مقدمه: سرطان به عنوان یک وضعیت جسمانی-روانشناختی مزمن، روند منظم و مستمر زندگی را با چالش روبه رو می‌کند و پیامدهای رفتاری متعددی را برای کودک رغم می‌زند. بر این اساس، پژوهش حاضر با هدف بررسی تاثیر درمان ذهنی‌سازی بر مشکلات رفتاری در کودکان مبتلا به سرطان انجام شد.

روش کار: روش این پژوهش نیمه‌آزمایشی با ساختار مورد منفرد و طرح A-B-A بود. جامعه آماری پژوهش تمامی کودکان ۹ تا ۱۲ سال مبتلا به سرطان در بیمارستان سیدالشهدا شهر اصفهان در سال ۱۴۰۲ بودند که از میان آنها، چهار کودک به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. قبل از شروع مداخله، عملکرد آزمودنی‌ها به مدت سه جلسه، با استفاده از سیاهه رفتاری کودک آنباخ (CBCL) مورد بررسی قرار گرفت و در این مدت هیچ مداخله‌ای جهت بهبود عملکرد آزمودنی‌ها ارائه نشد. بدین صورت خط پایه آزمودنی‌ها مشخص گردید. در مرحله بعد، درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی کودکان به مدت ۱۲ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای به صورت انفرادی و موازی برای کودک و مادر اجرا شد و در پایان جلسات نیز عملکرد آنها با استفاده از ابزارهای پژوهش مورد سنجش قرار گرفت. پس از اتمام جلسات مداخله، مجدداً عملکرد آزمودنی‌ها طی سه مرتبه مجزا مورد بررسی واقع شد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از تحلیل دیداری نمودارها و شاخص روند، شاخص ثبات، درصد داده‌های غیر همپوش و درصد داده‌های همپوش در نسخه ۲۴ نرم‌افزار SPSS و Excel استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که این مداخله بر مشکلات رفتاری اعم از مشکلات رفتاری درونی‌سازی شده و برونی‌سازی شده در کودکان مبتلا به سرطان تاثیر مثبتی داشته است؛ بطوریکه نمرات مشکلات رفتاری آزمودنی‌ها در مرحله مداخله نسبت به مرحله خط پایه کاهش یافته بود. درصد داده‌های غیرهمپوش نیز برابر با ۷۵ تا ۱۲/۵ درصد و درصد داده‌های همپوش، از ۸۷/۵ تا ۲۵ درصد گزارش شد. همچنین، اندازه اثر برای این کودکان از ۰/۰۹ تا ۱/۴۳ متغیر بود که اندازه اثر مطلوبی تلقی می‌شود.

نتیجه‌گیری: بر اساس یافته‌های پژوهش درمان ذهنی‌سازی کودکان در کاهش مشکلات رفتاری کودکان مبتلا به سرطان موثر بود. لذا، پیشنهاد می‌شود روانشناسان و مشاوران از این روش نوین روان‌درمانی به مثابه ابزاری سودمند و اثرگذار برای کاهش مشکلات رفتاری کودکان مبتلا به سرطان بهره ببرند.

کلیدواژه‌ها: درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی کودکان، سرطان، مشکلات رفتاری.

مقدمه

سرطان (Cancer) با تغییر شکل غیرطبیعی سلول ها و از دست رفتن تمایز سلولی مشخص می گردد و باعث می شود سلول ها به طور غیرطبیعی تکثیر یافته و در محیط اطراف، به رشد نامنظم خود ادامه دهند. در واقع، سرطان یک بیماری با یک علت بخصوص نیست، بلکه به گروهی از بیماری ها با نشانه ها، تظاهرات، درمان و پیش آگهی های مختلف اشاره دارد (۱). سرطان در هر سنی قابل توجه است ولی مرگ و میر ناشی از آن در کودکان ۳ تا ۱۵ ساله بیشتر از سایر بیماران است. همچنین، این بیماری در کودکان، تنوع بیشتری نسبت به بزرگسالان دارد و به عنوان شایع ترین علت مرگ و میر در سنین بین ۱۶-۱ سالگی در کشورهای غربی شناخته می شود (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 شایع ترین نوع بوده و پس از آن سرطان های مغز و سیستم عصبی، لنفوم، استخوان و همبند و بافت نرم، در ردیف شایع ترین انواع سرطان قرار داشتند (۳). ابتلا به سرطان به خودی خود می تواند جنبه های مختلف سلامت فردی بیمار از جمله سلامت جسمی، روانی و خانوادگی او را به خطر بیندازد و به عنوان یک وضعیت جسمانی-روانشناختی مزمن، روند منظم و مستمر زندگی را با چالش روبه رو کند؛ چالشی که پیامدهای رفتاری و روانشناختی متعددی را برای فرد، خانواده و اطرافیان به دنبال دارد (۴).

از جمله این پیامدها می توان به بروز مشکلات رفتاری (Behavioral problems) اشاره کرد. کودکان مبتلا به سرطان، در معرض افزایش خطر ابتلا به مشکلات رفتاری قرار دارند (۵، ۶). در واقع، عوامل مربوط به بیماری، درمان و بستری شدن پی در پی، در ایجاد ناسازگاری و مشکلات رفتاری کودکان موثرند (۷، ۸)؛ بطوریکه کودکان بیمار بیشتر از همسالان سالم خود در خطر ابتلاء به مشکلات رفتاری از جمله مشکلات اجتماعی و مشکلات با همسالان، مشکلات سلوک و رفتار مقابله ای، مشکلات توجه و بیش فعالی و مشکلات رفتاری درونی سازی شده قرار دارند (۹) و مشکلات آنها نسبت به همسالان سالم بیشتر احتمال دارد که در محدوده بالینی باشد (۱۰). در این میان، مشکلات رفتاری، به رفتارهایی اطلاق می شود که بدون پایین بودن

بهره هوشی، تعادل روانی و رفتاری، از هنجار عمومی اجتماع دور و دارای شدت، تکرار و مداومت در زمان ها و مکان های متعدد باشد؛ به طوریکه موجب درماندگی و کاهش کارایی فرد در عملکرد تحصیلی-اجتماعی وی گردد (۱۱). با این حال، عوامل گوناگونی بر کمیت ابراز این مشکلات اثرگذار است که مهمترین آن، اختلال در عملکرد عمومی خانواده است. در واقع، هرچقدر که ابتلای کودک به سرطان، بر عملکرد خانواده اثرات منفی بیشتری برجا بگذارد، مشکلات رفتاری کودک نیز، شدیدتر می شود (۱۲). علاوه بر این، والدین به عنوان نزدیک ترین افراد به کودک، بیشترین سهم را در تغییرات رفتاری او ایفا می کنند (۱۳)؛ به طوریکه کیفیت زندگی کودک در خانواده و نوع تعامل او با والدین، بر بروز و ظهور مشکلات رفتاری تأثیرگذار است (۱۴). همچنین مشخص شده است که مشکلات رفتاری کودک با ذهنی سازی پایین مادر همراه است؛ به این معنی که مادران هنگام رفتار با کودکان خود، از اظهارنظرهای روانی کمتری استفاده می کنند. این رفتارها کودک را در وضعیت نابسامان و گیج کننده ای قرار می دهد و چرخه ای معیوب از مشکلات رفتاری و پاسخ نامناسب را تشکیل می دهد که می تواند تأثیر نامناسبی بر مشکلات رفتاری داشته باشد و آن ها را از نظر شدت و حدت افزایش بدهد (۱۵).

حال، با عنایت به پیامدهایی که مشکلات رفتاری برای کودکان مبتلا به سرطان به همراه دارد و با توجه به نقش ذهنی سازی والدین در تشدید این مشکلات، به نظر می رسد که به کارگیری یک برنامه درمانی که بر ذهنی سازی هر دو طرف، یعنی هم کودک و هم والد، متمرکز باشد، از اهمیت و ضرورت برخوردار است. تاکنون برنامه های درمانی گوناگونی برای حل آسیب های روانی و رفتاری ناشی از ابتلا به سرطان در کودکان به کار گرفته شده است که از آن جمله می توان به بازی-درمانی کودک محور (CCPT «Child-Centered Play Therapy» (۱۶)، خنده درمانی (Laugh Therapy) (۱۷)، قصه درمانی (story therapy) (۱۸)، بازی درمانی گروهی (group play therapy) (۱۹) و آموزش تنظیم هیجان (Emotional Regulation Training) (۲۰) اشاره کرد که همگی اثرات مثبتی بر سلامت روان این گروه از کودکان برجای گذاشته اند. با این حال، طی سال های اخیر، رویکردها و برنامه های

با درمان دارویی اثربخش بوده است. علاوه بر این، کریمی و همکاران (۲۷) در پژوهش خود نشان دادند که تغییر مثبت در ذهنی سازی و بهبود در روابط خانوادگی موجب کاهش آسیب به خود در نوجوانان دختر می شود. در مطالعات انجام شده در خارج از کشور نیز، آکسیدی (۲۸) در بخشی از پژوهش خود، کاربرد درمان ذهنی سازی کودکان را در مورد پیچیده ای به نام «پاتریک» که مبتلا به اختلال نقص توجه بود، توضیح داد. در این پژوهش، ۱۳ جلسه درمان مبتنی بر ذهنی سازی اجرا شد و در طول درمان، والدین و کودک تشویق شدند تا فراتر از رفتار، به حالت های روانی یکدیگر توجه بیشتری نشان بدهند. در نتیجه کودک در درمان پیشرفت کرد و علائم نقص توجه او برطرف شد و به طور قابل توجهی مهارت ذهنی سازی وی بهبود یافت. اوهلمن فوربز و همکاران (۲۹) نیز در مطالعه که بر کودکان آسیب دیده و کودکانی که تروما را تجربه کرده بودند، انجام شد، درمان ذهنی سازی را بکار بردند. از جمله نتایج این مطالعه می توان به کاهش مشکلات درونی سازی شده و بیرونی سازی شده در این افراد و همچنین، افزایش ظرفیت عملکرد بازتابی (Reflective Functioning)، تنظیم هیجانی (Emotional Regulation) و بهبود دلبستگی (Attachment) اشاره کرد. همچنین، مالبرگ (۳۰) در پژوهش خود با عنوان «کار با کودکان اوتیسم (Autism) و خانواده هایشان از طریق درمان ذهنی سازی برای کودکان»، اجرای این روش را بر عملکرد روانی- اجتماعی (Psycho-Social Function) 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 (۲۴)، مشکلات رفتاری (۲۵، ۲۹)، کیفیت زندگی (۲۶)، ذهنی سازی، آسیب به خود و بهبود روابط خانوادگی (۲۷)، نشانگان نقص توجه (۲۸)، عملکرد بازتابی و دلبستگی (۲۹)، عملکرد روانی- اجتماعی (۳۰) و تنظیم هیجانی (۲۹، ۳۰) در گروه های مختلف کودکان و والدین آنها، به نظر می رسد این برنامه می تواند برای بهبود مشکلات رفتاری در کودکان مبتلا به سرطان نیز موثر واقع شود و در صورت تایید اثرگذاری آن، جهت بهبود سلامت روان این گروه از کودکان، در محیط های بیمارستانی و آموزشی مورد استفاده قرار گیرد. همچنین، از

روان درمانی جدیدتری معرفی شده اند که یکی از آنها، درمان ذهنی سازی برای کودکان (Mentalization-based Treatment for Children «MBT-C») است. ذهنی سازی به توانایی منحصر به فرد انسان برای تفسیر معنای رفتار دیگران، از طریق توجه به حالات و اهداف ذهنی آن ها و توانایی درک تاثیر عواطف و رفتارهای خود بر دیگران اشاره دارد (۲۱). به زبان ساده تر، ذهنی سازی، درک خود و دیگران بر اساس آن چیزی است که در درون ما رخ می دهد و شامل به خاطر سپردن در ذهن، مشاهده خود از بیرون و توجه به دیگران از درون است (۲۲).

درمان ذهنی سازی کودکان، یک درمان عمومی است که می تواند با نیازهای خاص کودکان مانند نیاز به امنیت، حمایت و دلبستگی در اواسط دوران کودکی سازگار شود. هدف کلی این مداخله ارتقای ذهنی سازی (Mentalization)، تاب آوری (Resilience) و انعطاف پذیری (Flexibility) است، به شیوه ای که روند رشد به مسیر خود بازگردانده شود و خانواده و کودک احساس کنند اکنون بهتر می توانند با مشکلاتی که موجب مراجعه آنها برای درمان شده است، مقابله کنند. این برنامه درمانی به طور همزمان کودکان و والدین آنان را مورد هدف قرار می دهد، به این صورت که در اتاق بازی برای کودکان، از بازی های ساختار و آزاد بهره می گیرد و به موازات این عمل، به والدین نیز آموزش هایی با هدف تقویت ذهنی سازی آنان ارائه می کند (۲۳). تاکنون پژوهش های گوناگونی برای بررسی اثربخشی درمان ذهنی سازی کودکان انجام شده است. در این راستا، خواجهوند و همکاران (۲۴) به این نتیجه دست یافتند که برنامه درمانی مبتنی بر ذهنی سازی موجب بهبود کارکردهای اجرایی (Executive Functions) و کاهش علائم اضطراب (Anxiety) در کودکان مضطرب می شود. دارابی و همکاران (۲۵) در پژوهش خود نشان داد که درمان مبتنی بر ذهنی سازی بر کاهش مشکلات رفتاری کودکان به عنوان یک شیوه درمانی موثر است و می توان از آن در جهت کاهش مشکلات رفتاری کودکان استفاده کرد. نتایج پژوهش قنبری و همکاران (۲۶) نیز نشان داد که این درمان بر کیفیت زندگی کودکان مبتلا به نقص توجه/ بیش فعالی (Attention Deficit Hyperactivity Disorder «ADHD») به خصوص در ترکیب

آنجا که این برنامه درمانی، رویکردی نسبتاً جدید به شمار می رود، ضروری است که پژوهشگران، در مطالعه اثرات آن بر گروه های مختلف کودکان اهتمام ورزند. بنابراین، هدف اصلی پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان ذهنی سازی کودکان بر مشکلات رفتاری کودکان مبتلا به سرطان بود.

روش کار

روش تحقیق در پژوهش حاضر از نظر هدف کاربردی و از نظر روش جمع آوری داده ها، نیمه آزمایشی از نوع مورد منفرد با طرح A-B همراه با پیگیری بود. یک پژوهش مورد منفرد که تک آزمودنی یا سری های زمانی (Time-Series Experiment) نیز نامیده می شود، گونه ای از پژوهش فشرده بر تعداد محدودی از آزمودنی ها است که به شکل انفرادی یا به عنوان یک گروه واحد مورد آزمایش قرار می گیرند. لذا، از آنجا که هنگام انجام این پژوهش، پژوهشگر به تعداد زیادی از افراد جامعه آماری دسترسی نداشت و از میان افراد حاضر نیز، تعداد زیادی به دلیل وضعیت سلامت جسمانی خود قادر به همکاری نبودند، از این طرح استفاده شد. 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 تحت درمان قرار گرفتند. از آنجا که حجم نمونه در پژوهش های مورد منفرد از یک آزمودنی یا گروه کوچکی از آزمودنی ها تشکیل می شود 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 بود که به روش نمونه گیری غیرتصادفی از نوع در دسترس انتخاب شده بودند و ملاک های ورود به پژوهش را داشتند. لازم به ذکر است که ملاک های ورود آزمودنی ها به این پژوهش عبارت بود از: ابتلا به سرطان بر اساس پرونده پزشکی موجود در بیمارستان، تمایل آزمودنی ها (کودک و مادر) به شرکت در پژوهش، عدم ابتلا به بیماری های جسمانی مزمن دیگر، دامنه سنی ۹ تا ۱۲ سال، عدم شرکت در سایر برنامه های روانشناختی به صورت همزمان.

همچنین، ملاک های خروج آزمودنی ها از پژوهش نیز شامل عدم تمایل مادر یا کودک به ادامه جلسات درمان یا داشتن بیش از دو جلسه غیبت بود. به منظور گردآوری داده ها ابزار زیر مورد استفاده قرار گرفت:

سیاهه رفتاری کودک ((Child Behavior Checklist (CBCL): این سیاهه که برای سنجش مشکلات عاطفی و رفتاری به کار می رود، توسط اخنباخ و رسکولار در سال ۲۰۰۱، برای کودکان و نوجوانان ۸ تا ۱۶ ساله طراحی گردید و در پژوهش حاضر، توسط والدین پاسخ داده شد. همچنین، دارای ۱۱۳ گویه و ۸ خرده مقیاس یا سندرم رفتاری است که عبارتند از: اضطراب/ افسردگی (۱۴ گویه)، گوشه گیری/ افسردگی (۸ گویه)، شکایات جسمانی (۱۲ گویه)، مشکلات اجتماعی (۱۱ گویه)، مشکلات تفکر (۱۶ گویه)، مشکلات توجه (۱۰ گویه)، رفتار قانون شکنی (۱۷ گویه) و رفتار پرخاشگری (۱۹ گویه). گویه ها با یک مقیاس سه درجه ای (نادرست= صفر، تاحدودی درست= ۱، کاملاً درست= ۲) نمره گذاری می شود. هرچقدر نمرات آزمودنی در این پرسشنامه بالاتر باشد، نشانه مشکلات رفتاری بیشتر است و بالعکس، هرچقدر نمرات آزمودنی کمتر باشد، میزان مشکلات رفتاری او نیز کمتر است. لازم به ذکر است که روایی محتوایی، روایی ملاکی (با استفاده از مصاحبه روان پزشکی با کودک و نیز همبستگی با مقیاس CSI-4) و روایی سازه این سیاهه مطلوب گزارش شده است و اعتبار آن نیز، از طریق روش بازآزمایی برابر با ۰/۹۴ و با ضریب آلفای کرونباخ بین ۰/۶۳ تا ۰/۹۵ گزارش شده است (۳۱). در ایران نیز، این پرسشنامه توسط مینایی (۳۲) هنجاریابی شده و روایی محتوا، ملاک و سازه ای آن مورد تأیید قرار گرفته است. همچنین، نتایج نشان دهنده ضریب همسانی درونی بین ۰/۶۳ تا ۰/۹۵ و در نتیجه، پایایی مطلوب این ابزار است.

مداخله درمان ذهنی سازی کودکان برگرفته از رویکرد میدگلی و همکاران (۲۳) بود که طی ۱۲ جلسه ۴۵ دقیقه ای، به صورت یک بار در هفته و موازی برای کودکان و والدین اجرا گردید. در ادامه، شرح مختصری از درمان ذهنی سازی کودکان در جدول ۱ آمده است:

جدول ۱. خلاصه جلسات درمان ذهنی سازی 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 تاملی	توضیحات کلی در رابطه با روش و برنامه درمانی و والدگری تاملی	
جلسه ۲	کودک: بررسی توانایی کودک برای بازی در یک فرمول بندی متمرکز	بررسی اینکه آیا کودک میتواند در یک فرمول بند متمرکز بازی کند یا خیر. انجام بازی های ساختار و آزاد	
	والدین: آموزش روانشناختی	صحبت در رابطه با عوامل موثر بر تعامل آموزش روانشناختی در رابطه با دلبستگی، ذهنی سازی و...	
جلسه ۳	کودک: ذهنی سازی روایت بازی	توصیف و تفسیر فرایند بازی بیان، وضوح بخشیدن و بررسی داستان هایی که کودک ارائه می کند. تسهیل بیان جزئیات افکار و ایده های مربوط به آن تفکر از لحاظ ذهنی بر شخصیت ها و روابط در بازی	تکمیل داستان نیمه تمام که درمانگر به کودک ارائه می دهد.
	والدین: توضیح چرخه معیوب ذهنی سازی	بررسی چرخه معیوب ذهنی سازی و به کار بردن مثالهای عینی از تعارض های خانواده برای تسهیل در فهم آن	بررسی موارد افت ذهنی سازی 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 تایید حالات ذهنی مانند افکار، آرزو ها 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 رابطه ها تشویق می شود. والدین به مشاهده دقیق رفتار تشویق میشوند. تشویق والدین به بازی با کودک	بررسی و یادداشت نقاط قوت ثر رابطه با فرزند و خانواده
جلسه ۵	کودک: توضیح ذهن و تمرین دیدگاه گیری	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 ذهنی سازی و کار بر روی تنظیم هیجانات	بررسی دماسنج هیجانی در طول یک هفته و یادداشت نقاط داغی که اخیرا تجربه کرده اند.
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 نامگذاری احساسات خود و احساسات احتمالی دیگران در رابطه با آنها.
	والدین: تمرین دیدگاه گیری	تمرین برای در نظر گرفتن دیدگاه های متفاوت و تعادل در ذهنی سازی 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 ذهنی سازی در روابط همدلی و حمایت در مواجهه با اختلالات ذهنی سازی	نوشتن داستان وقت هایی که ذهنی سازیش 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 بهانه گیر 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 می شود تصمیم در رابطه با ادامه درمان	

جلسه ۹	کودک: ذهنی سازی رشد نیافته	کار بر نقاطی از ذهنی سازی 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 راه حل آن فکر کند.
	والدین: نگاه به خود از بیرون	آگاه شدن از عواطف رفتار در بافت تعارض و هنگام افت ذهنی سازی (نگاه به خود از بیرون)	بررسی دفعات افت ذهنی سازی و یادداشت علت آن
جلسه ۱۰	کودک: ذهنی سازی رویداد های آسیب زا	خلق روایت ذهنی سازی (تسهیل تعریف اتفاق) در رابطه با رویداد های آسیب زا	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 از آن و بررسی پله پله و جزء به جزء لحظات تعارض	انجام تمرین توقف و بازگشت در رابطه با کودک
جلسه ۱۱	کودک: ذهنی سازی روابط	تقویت ذهنی سازی 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 راهبردها 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	

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) می باشد. در نهایت، داده های به دست آمده با استفاده از تحلیل دیداری نمودارها و شاخص روند، شاخص ثبات، درصد داده های غیرهمپوش و همپوش در نسخه ۲۴ نرم افزار SPSS و Excel مورد تحلیل قرار گرفت.

یافته ها

در پژوهش حاضر، چهار کودک مبتلا به سرطان شرکت داشتند. میانگین سنی این کودکان 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 می دهد که ۷۵ درصد خانه دار 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. شاخص های آزمودنی ها بر حسب ویژگی های جمعیت شناختی در (جدول ۲) آمده است.

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، آزمودنی ها بر اساس ملاک های ورود انتخاب شدند. بعد از آن، شرکت کنندگان با استفاده از سیاهه رفتاری کودک آخبناخ (CBCL) مورد ارزیابی قرار گرفتند و نمرات آن، جهت پیش آزمون یا مرحله خط پایه ثبت گردید. پس از آن، شرکت کنندگان به مدت ۱۲ جلسه آموزشی ۹۰ دقیقه ای (هفته ای یک جلسه) تحت برنامه درمانی ذهنی سازی کودکان که به صورت فردی، در منزل آزمودنی ها و توسط پژوهشگر اجرا شد، قرار گرفتند. همچنین، عملکرد آنان در طول جلسات و در محل اجرای مداخله، با استفاده از آزمون مذکور مورد ارزیابی واقع شد. مدت زمان پاسخگویی آزمودنی ها به سوالات پرسشنامه به طور میانگین ۱۰ دقیقه بود. پس از یک ماه از پایان مداخله نیز، به منظور خنثی نمودن اثر تمرین بر داده های گردآوری شده و اطمینان از صحت یافته ها، بار دیگر شرکت کنندگان با استفاده از پرسشنامه نام برده 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، شرکت کنندگان ۳ نوبت در مرحله A مورد ارزیابی قرار گرفتند. همچنین، آنها مجدداً ۸ نوبت در مرحله B و ۲

جدول ۲. ویژگی‌های جمعیت شناختی گروه نمونه

مشخصات	آزمودنی اول	آزمودنی دوم	آزمودنی سوم	آزمودنی چهارم
سن	۱۰	۱۱	۱۰	۹
جنسیت	پسر	دختر	دختر	پسر
تحصیلات مادر	دیپلم	دیپلم	دیپلم	لیسانس
تحصیلات پدر	لیسانس	دیپلم	دیپلم	لیسانس
شغل مادر	خانه‌دار	خیاط	خانه‌دار	خانه‌دار
شغل پدر	کارمند	آزاد	آزاد	کارمند
درجه سرطان	۱	۱	۲	۲
طول مدت ابتلا به سرطان	۸ ماه	۱ سال	۲ سال	۲ سال

در بخش کمی، ابتدا داده‌های گردآوری شده از مشکلات رفتاری آزمودنی‌ها در سه موقعیت خط پایه، مداخله و پیگیری برای هر آزمودنی در (جدول ۳) گزارش شد. لازم به ذکر است که با توجه به شیوه امتیازدهی پرسشنامه استفاده شده برای متغیر پژوهش، کاهش در نمرات محاسبه شده به معنای بهبودی در مشکلات رفتاری است.

جدول ۳. داده‌های خام مشکلات رفتاری در موقعیت‌های خط پایه، مداخله و پیگیری

موقعیت	جلسات	آزمودنی اول	آزمودنی دوم	آزمودنی سوم	آزمودنی چهارم
خط پایه	۱	۶۲	۶۰	۶۳	۶۵
	۲	۶۰	۵۹	۶۴	۶۶
	۳	۶۱	۶۰	۶۲	۶۵
	۴	۶۲	۶۰	۶۲	۶۵
	۵	۵۹	۶۱	۶۳	۶۴
	۶	۵۳	۵۹	۶۰	۶۵
خط مداخله	۷	۵۲	۵۹	۶۰	۶۳
	۸	۵۰	۵۵	۵۹	۶۰
	۹	۴۹	۵۴	۵۵	۵۹
	۱۰	۴۹	۵۳	۵۴	۶۰
	۱۱	۴۶	۵۴	۵۴	۵۸
	۱۲	۴۵	۵۴	۵۵	۵۹
پیگیری	۱۳	۴۶	۵۴	۵۶	۵۹
	۱۴	۴۶	۵۴	۵۶	۵۹

برای هر ۴ آزمودنی نسبت به موقعیت A (خط پایه) تغییر چشمگیری داشته است. تغییر طراز نسبی و مطلق نیز، بیانگر آن است که الگوی تغییر داده‌ها روبه کاهش و بهبودی است و این امر، در رابطه با آزمودنی نفر اول محسوس تر می باشد.

در ادامه، نتایج به دست آمده از تحلیل دیداری درون موقعیتی خط پایه و مداخله در متغیر مشکلات رفتاری در (جدول ۴) نشان داده شده است. یافته‌های حاصل از تحلیل دیداری داده‌ها نشان می‌دهد که ضمن باثبات بودن روند در مراحل A و B، تغییر میانه و میانگین موقعیت B (مداخله)

جدول ۴. تحلیل دیداری درون موقعیتی آزمودنی‌ها در متغیر مشکلات رفتاری

درون موقعیتی	آزمودنی اول		آزمودنی دوم		آزمودنی سوم		آزمودنی چهارم	
	A	B	A	B	A	B	A	B
۱- توالی موقعیت								
۲-۱- میانه	۶۱	۵۱	۶۰	۵۷	۶۳	۵۹/۵	۶۵	۶۱/۵
۲-۲- میانگین	۶۱	۵۲/۵	۵۹/۶۶	۵۶/۸۷	۶۳	۵۸/۱	۶۵/۶۶	۶۱/۵
۲-۳- دامنه تغییرات میانه	۶۷/۵ - ۵۴/۹	۵۶/۱ - ۴۵/۹	۶۵/۹ - ۵۴/۱	۶۲/۶ - ۵۱/۴	۶۹/۳ - ۵۶/۷	۶۲/۹ - ۵۲/۳	۷۱/۵ - ۵۸/۵	۶۷/۶ - ۵۵/۴
۳- تغییر نسبی	۰/۵	۷	۰/۵	۷	۰/۵	۷/۵	۰	۵
۳-۲- تغییر مطلق	۱	۱۶	۰	۶	۱	۸	۰	۷

که مشاهده می‌گردد، نقاط داده‌ها برای تمامی آزمودنی‌ها در محفظه ثبات قرار دارند و موقعیت A و B باثبات هستند.

سپس، نتایج خط میانه و محفظه ثبات برای مشکلات رفتاری هر ۴ آزمودنی در (نمودار ۱) گزارش شد. همانطور



نمودار ۱: ترسیم خط میانه و محفظه ثبات مشکلات رفتاری آزمودنی‌های پژوهش

نزولی درمان نشانه بهبودی آزمودنی‌ها بود. میزان درصد بهبودی آزمودنی اول نیز، موید این امر می‌باشد. این مسئله می‌تواند ریشه در مدت زمان کوتاه‌تر ابتدای آزمودنی اول و درجه پایین آزمودنی‌های اول و دوم نسبت به سایر افراد نمونه آماری داشته باشد. با این حال، به این دلیلی که اندازه اثر در برابر تاثیرات اندازه نمونه مقاوم است، صرفاً به درصد بهبودی اکتفا نشد و اندازه اثر آزمودنی‌ها نیز مورد بررسی قرار گرفت تا اندازه گیری صحیح تری از معناداری اثر میان متغیرها فراهم آید. یافته‌های حاصل از این امر نشان داد که اندازه اثر آزمودنی‌ها از ۰/۰۹ تا ۱/۴۳ متغیر بود. از آنجا که کوهن معتقد است اندازه اثر بزرگتر از ۰/۸، اندازه

در آخر نتایج حاصل از تحلیل دیداری بین موقعیتی خط پایه و خط مداخله در متغیر مشکلات رفتاری و همچنین شاخص‌های همپوشی داده‌ها، اندازه اثر و درصد بهبودی در (جدول ۵) نشان داده شد. تغییر سطح بین موقعیت‌های A و B در مشکلات رفتاری نشان داد که چهار نفر از آزمودنی‌ها با شروع درمان دچار کاهش نمرات در مشکلات رفتاری شدند که این تغییر در آزمودنی نفر اول محسوس‌تر بوده است. همچنین، نتایج حاصل از تغییر سطح میانگین داده‌ها در مشکلات رفتاری نشان داد که سطح میانگین موقعیت B در جهت بهبود تغییر قابل توجهی نشان داده است که این بهبودی در نفرات اول و دوم بارزتر بود. در واقع روند

اول تا چهارم، حاکی از اثرگذاری مناسب درمان ذهنی سازی کودکان بر مشکلات رفتاری است.

اثر مناسب و قابل توجهی است، می توان نتیجه گرفت که مداخله درمان ذهنی سازی کودکان به طور معناداری اثربخش بوده است و اندازه اثر به دست آمده برای نفرات

جدول ۵. تحلیل دیداری بین موقعیتی آزمودنی ها در متغیر مشکلات رفتاری

بین موقعیتی	آزمودنی اول	آزمودنی دوم	آزمودنی سوم	آزمودنی چهارم
۱- تغییر در سطح				
۱-۱- تغییر نسبی	-۴/۵	-۴/۵	-۲	-۱
۱-۲- تغییر مطلق	۱	۰	۰	۰
۱-۳- تغییر میانه	-۱۰	-۱۰	-۳/۵	-۳/۵
۱-۴- تغییر میانگین	-۸/۵	-۸/۵	-۴/۸	-۴/۱
۲- شاخص ها				
۲-۱- درصد داده های غیرهمپوش	۷۵٪	۳۷/۵٪	۳۷/۵٪	۱۲/۵٪
۲-۲- درصد داده های همپوش	۲۵٪	۶۲/۵٪	۶۲/۵٪	۸۷/۵٪
۲-۳- درصد بهبودی	۱۶/۱۹٪	۴/۹۱٪	۶/۷٪	۶/۷٪
۲-۴- اندازه اثر	۱/۴۱	۰/۰۹٪	۱/۱۶٪	۱/۴۳٪

است، چنین می توان گفت که در طی جلسات درمان ذهنی سازی تلاش شد تا برای کودکان مبتلا به سرطان و مادران آنها، فرصتی برای تامل و در نظر گرفتن تأثیرات رفتار خود قبل از بروز آن، توجه به شرایط و موقعیت و همچنین، بررسی جنبه های مختلف فردی و بین فردی رفتار فراهم آید و به طور همزمان، احساسات خود و دیگری را مورد توجه قرار دهند. این امر، به دو نتیجه منتهی گردید؛ اول آنکه به مادران آموخت پیش از واکنش نشان دادن به مشکلات رفتاری کودک، لحظه ای درنگ کنند و از دریچه ذهن کودک خود به موقعیت بنگرند و در نتیجه، رفتار همدلانه تری را ابراز نمایند. از طرف دیگر، ابراز این رفتارهای همدلانه از سوی والد، فضای امنی را برای کودک فراهم می کند تا نیازهای خود را به گونه ی مطلوب تری بیان نماید و برای دستیابی به نیازهای روانی خود همچون نیاز به توجه، به رفتارهای نامطلوب متوسل نشود.

افزون بر این تأثیر غیرمستقیم که از طریق تغییر بازخوردهای مادر به مشکلات رفتاری کودک حاصل می گردد، درمان ذهنی سازی به طور مستقیم هم بر مشکلات رفتاری کودکان تأثیر داشته است؛ به این صورت که به کودک نیز، همچون مادر یاد داده می شود که پیش از نشان دادن واکنش های تکانشی یا پرخاشگرانه در موقعیت های گوناگون بین فردی، لحظاتی صبر کند و ابتدا به شفاف سازی ذهنیت خود و سپس تلاش برای

بحث

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان ذهنی سازی کودکان بر مشکلات رفتاری کودکان مبتلا به سرطان انجام شد. یافته های پژوهش نشان داد که مشکلات رفتاری در هر ۴ شرکت کننده در مرحله مداخله نسبت به مرحله پایه کاهش داشته است و میزان بهبود آنها از ۴/۹۱ تا ۱۶/۱۹ درصد متغیر بوده است. این امر، نشانه اثربخشی درمان ذهنی سازی کودکان بر مشکلات رفتاری این گروه از کودکان می باشد. اگرچه در میان پیشینه های داخلی و خارجی موجود، مطالعه ای که دقیقاً موضوع پژوهش فعلی را مورد بررسی قرار داده باشد، یافت نشد. با این حال، به نظر می رسد که نتایج این پژوهش با نتایج پژوهش خواجهوند و همکاران (۱۷)، دارابی و همکاران (۱۸)، قنبری و همکاران (۱۹)، کریمی و همکاران (۲۰) و همچنین، آکسیدی (۲۱) و اوهلمن فوربز و همکاران (۲۲) همسو است؛ چراکه در تمامی پژوهش های نام برده شده، از برنامه درمان ذهنی سازی کودکان به عنوان مداخله ای درمانی جهت بهبود مشکلات رفتاری اعم از درونی سازی شده مانند اضطراب و برونی سازی شده مانند رفتارهای آسیب به خود و نشانه های اختلال نقص توجه/ بیش فعالی در گروه های مختلف افراد استفاده شده است.

حال در تبیین این یافته که درمان ذهنی سازی کودکان بر مشکلات رفتاری کودکان مبتلا به سرطان موثر بوده

درک آنچه در ذهن دیگری می‌گذرد، بپردازد. در واقع، در این روش درمانی به کودک آموخته می‌شود که دیگران نیز همچون او، افکار و احساساتی دارند که لازم است در نظر گرفته شود. بکارگیری و تمرین مکرر همین مسئله در طول زمانی می‌تواند به کاهش شیوه‌های ابراز پرخاشگرانه یا تکانشی رفتار منجر گردد و از سطوح مشکلات رفتاری کودک بکاهد.

افزون بر این، در درمان ذهنی‌سازی کودکان، علاوه بر این که برای کودک به طور خاص و جداگانه جلسات درمانی اجرا می‌شود، در عین حال جلساتی نیز به صورت موازی با خانواده به بخصوص مادر، اجرا می‌شود. در جلسات اختصاصی با کودک، مفاهیم ذهنی‌سازی و توانایی در نظر گرفتن و تامل کردن با کودک تمرین می‌شود. از آنجایی که در این درمان، آزمودنی با مشکلات رفتاری با درمانگری همراه می‌شود که کنجکاو است، یعنی به جای دادن بازخوردهای آبی و تنبیه‌گرانه در رابطه با رفتار، دلایل و ریشه آن را جستجو می‌کند، و غیر قضاوت‌گراست، به این صورت که پس از فهم دلایل و نیازهای پشت رفتار صرف، سعی در همدلی و برقراری ارتباط همدلانه با فرد دارد، می‌تواند به کودک با مشکلات رفتاری کمک کند تا فرصت شنیده شدن را بدست بیاورد و همین امر منجر به برقراری رابطه درمانی با درمانگر می‌شود که خود باعث تاثیرگذاری درمان و مسائلی می‌شود که در حین درمان ذکر می‌گردد. (۲۴) در ادامه نیز، توانایی تامل کردن و در نظر گرفتن دیگر اذهان، به فرد کمک می‌کند که نتایج احتمالی رفتارهای خود بر دیگران و احساسات و افکار دیگران در رابطه با آن‌ها را ذهنی‌سازی کند و با این تامل، از ادامه دادن به آن رفتارها خودداری کند.

از طرفی، درمان ذهنی‌سازی کودکان، مداخله‌ای است که کودک و والدین را هم‌زمان درگیر فرایند درمان می‌سازد و در کنار آن، جلسات خانوادگی نیز برگزار می‌شود. در جلساتی که به صورت موازی با والدین و خانواده برگزار می‌شود، والدین و افراد خانواده تشویق می‌شوند به اینکه فراتر از رفتار را ببینند و در رابطه با ریشه و دلایل احتمالی رفتار به تامل بپردازند و از انجام رفتارهای اتوماتیک و بدون تامل و آبی خودداری کنند که خود باعث بهبود و فهم چرخه صحیح رفتار و همچنین فهم درست افراد خانواده از نیت و افکار یکدیگر می‌شود و نتیجتاً، مشکلات رفتاری و درگیری‌ها در خانواده کمتر 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 مشکل بود. از این رو، اندک بودن تعداد آزمودنی‌ها، استفاده از روش نمونه‌گیری غیر تصادفی 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. همچنین، جامعه آماری این پژوهش محدود به شهر اصفهان بود که جامعه آماری کوچکی به شمار می‌رود. 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 مشکلات رفتاری کودکان مبتلا به سرطان، پیشنهاد می‌شود که روانشناسان، مشاوران و کلیه فعالان حوزه روان‌درمانی کودک، از این روش درمانی در بهبود مشکلات رفتاری این گروه از کودکان در مراکز سلامت روان و به عنوان یک برنامه درمانی مکمل در بیمارستان‌ها بهره‌جویند.

نتیجه‌گیری

نتایج حاصل از تحلیل دیداری داده‌ها حاکی از آن بود که درمان ذهنی‌سازی کودکان تاثیرات مثبتی بر متغیر مورد سنجش در این پژوهش داشته است؛ به این صورت که پس از انجام مداخلات، نتایج ارزیابی‌ها حاکی از تاثیرات مثبت این درمان بر کاهش مشکلات رفتاری در آزمودنی‌ها بود. به طور کلی، ابتلا به بیماری‌ها در دوران کودکی به خصوص بیماری‌های صعب‌العلاج و مزمن، کودکان را در زمینه تجربه کردن مشکلات رفتاری مستعد می‌کند. این در حالی است که در این درمان، برخورداری از نگاه

سیاسگزاری

این مقاله از پایان نامه کارشناسی ارشد نویسنده اول در گروه روانشناسی دانشگاه اصفهان، با کد اخلاق IR.UI.REC.1402.046 استخراج شده است. نویسندگان این مقاله بر خود ضروری می‌دانند که از زحمات تمامی افرادی که در پیشبرد این پژوهش یاری رساندند، تشکر و قدردانی نمایند.

تضاد منافع

پژوهش حاضر هیچگونه تعارض منافعی با هیچ سازمانی ندارد.

References

- 1- Finley LW. What is cancer metabolism? Cell. 2023;186(8):1670-88. <https://doi.org/10.1016/j.cell.2023.01.038>
- 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. <https://doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2018.01.021>
- 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;93:102685. <https://doi.org/10.1016/j.canep.2024.102685>
- 4- Michel G, Brinkman TM, Wakefield CE, Grootenhuis M. Psychological outcomes, health-related quality of life, and neurocognitive functioning in survivors of childhood cancer and their parents. Pediatric Clinics. 2020;67(6):1103-34. <https://doi.org/10.1016/j.pcl.2020.07.005>
- 5- Bates CR, Staggs VS, Dean KM, August KJ, Befort CA, Covitz LM, Dreyer Gillette ML. Family rules and routines during the early phases of pediatric cancer treatment: associations with child emotional and behavioral health. Journal of pediatric psychology. 2024 Jan 1;49(1):66-76. <https://doi.org/10.1093/jpepsy/jsad079>
- 6- Koyu HO, Kilicarslan E. Psychometric properties of the Turkish Version Scale general self-efficacy scale in children and adolescents with cancer. Journal of Pediatric Nursing. 2024; 77:21-7. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2024.03.001>
- 7- Şenol FB, Şenol Y. The effect of drama on

عمیق‌تر به رفتار دیگران و داشتن دید تاملی یا به اصلاح ذهنی‌سازی کردن، باعث کاهش مشکلات رفتاری کودک می‌شود؛ به این شکل که توجه فرد به تاثیرات رفتار خود بر دیگران و تاثیرات رفتار دیگران بر خود و همچنین ذهنیات افراد در رابطه با اعمال، جلب می‌شود و فرد به نوعی متوجه تاثیرات مختلفی که اعمال می‌توانند بر افراد داشته باشند می‌شود و سعی می‌کند تا ذهنیت دیگران هنگام مواجه شدن با بد رفتاری در نظر بگیرد، موقعیت را با ذهن باز و آگاه بسنجد و سپس با آگاهی بر همه جوانب نسبت به خود و دیگری، پاسخ بدهد. مجموع این عوامل توانست به کاهش مشکلات رفتاری در کودکان مبتلا به سرطان منجر گردد.

- psychosocial problems and emotional states of hospitalized children with cancer. Journal of Pediatric Nursing. 2024 Apr 25. <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2024.04.041>
- 8- Purrezaian H, Besharat MA, Koochakzadeh L, Farahani H. Development and evaluation of the effectiveness of family-based art therapy on children's coping with cancer. Empowering Exceptional Children. 2020;10(4):89-102. <https://doi.org/10.22034/ceciranj.2020.206550.1293>
 - 9- Greenzang KA, Fasciano KM, Block SD, Mack JW. Early information needs of adolescents and young adults about late effects of cancer treatment. Cancer. 2020;126(14):3281-8. <https://doi.org/10.1002/cncr.32932>
 - 10- Achenbach TM, Ivanova MY, Rescorla LA, Turner LV, Althoff RR. Internalizing/externalizing problems: Review and recommendations for clinical and research applications. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry. 2016;55(8):647-56. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2016.05.012>
 - 11- Liu Q, Zhou Y, Xie X, Xue Q, Zhu K, Wan Z, Wu H, Zhang J, Song R. The prevalence of behavioral problems among school-aged children in home quarantine during the COVID-19 pandemic in china. Journal of affective disorders. 2021;279:412-6. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.10.008>
 - 12- Faith MA, Smith ND, Boone DM, Sobalvarro S, Dedrick RF, Healy A, Schimmel-Bristow A. Parents' emotion socialization beliefs over the first four months of children's cancer treatment: a pilot longitudinal study. Children's Health Care. 2024 Jan 4:1-8. <https://doi.org/10.1080/02739615.2023.2294779>
 - 13- Isazadegan A, Ebrahimzade K, Sepas L, Zeynalpour F. A Meta-Analysis of the Effect of

- Parental Management Training on Behavioral and Emotional Problems in Iranian Children. *J Child Ment Health*, 2019; 6(3): 78-88. <https://doi.org/10.29252/jcmh.6.3.8>
- 14- Zarra-Nezhad M, Aunola K, Kiuru N, Mullola S, Moazami-Goodarzi A. Parenting styles and children's emotional development during the first grade: The moderating role of child temperament. *Journal of Psychology and Psychotherapy*. 2015; 5(5). <https://doi.org/10.4172/2161-0487.1000206>
- 15- Fonagy P, Bateman AW. Adversity, attachment, and mentalizing. *Comprehensive psychiatry*. 2016;64:59-66. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2015.11.006>
- 16- 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. (Persian) <https://doi.org/10.22034/JPEN.8.3.47>
- 17- 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) <http://ijca.ir/article-1-138-en.html>
- 18- AlaeiFard N, Ahadi H, Mehrvarz A, Jomehri F, Doulatbadi 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) <https://doi.org/10.22038/mjms.2021.20198>
- 19- Sanatgar R, Esmaceli 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. <https://doi.org/10.22034/aftj.2020.114814>
- 20- 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. <https://doi.org/10.29252/jcmh.6.4.20>
- 21- Fonagy P, Target M. Playing with reality I. *The International journal of psycho-analysis*. 1996;77(2):217. <https://www.proquest.com/openview/d99ccaec4259f913134e212e8325cde>
- 22- Arabadzhiev Z, Paunova R. Complexity of mentalization. *Frontiers in Psychology*. 2024;15:1353804. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2024.1353804>
- 23- Midgley N, Ensink K, Lindqvist K, Malberg N, Muller N. Mentalization-based treatment for children. A time-limited approach. *American Psychological Association*. 2017. <https://psycnet.apa.org/fulltext/2017-14407-000-FRM.pdf>
- 24- 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. <http://jcp.khu.ac.ir/article-1-3797-fa.html>
- 25- Darabi, M., Manavipour, D., Mohammadi, A. The effectiveness of the program based on mentalization and mindfulness (mother and child) in behavioral and emotional problems of primary school children. *Journal of Applied Family Therapy*, 2023; 4(1): 115-133. <https://doi.org/10.22034/aftj.2023.336257.1511>
- 26- 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. https://jpmm.marvdasht.iau.ir/article_4398.html
- 27- Karimi, F., Farahbakhsh, K., Salimi baještani, 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. https://jsums.medsab.ac.ir/article_1295.html?lang=en
- 28- Acsadi L. A two-article examination of mentalization based treatment for children with attentional disorders (Doctoral dissertation, University of Pennsylvania), 2022. <https://repository.upenn.edu/items/ca58837d-2ee2-4e64-b67e-307e81a88f1d>
- 29- 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. <https://psycnet.apa.org/buy/2020-65098-001>
- 30- 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. <https://doi.org/10.1080/1551806X.2021.1845033>
- 31- Achenbach, T.M., & Rescorla, L.A. *Manual for the ASEBA school-age forms & profiles*. University of Vermont, Research Center for Children, Youth, and Families, 2001. <https://cir.nii.ac.jp/crid/1571698599245104896>
- 32- Minaee AA. Confirmatory Factor Analysis of Teacher's Report Form (TRF). *Journal of Exceptional Children*. 2006; 6(3): 769-786. <http://joec.ir/article-1-402-fa.html>