



مقاله اصلی

مقایسه اثربخشی مداخله مبتنی بر ذهن سازی و تنظیم شناختی هیجان بر مشکلات خواب و نشانه های افسردگی کودکان مبتلا به اختلال ضرب آهنگ شناختی کند

تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۰۱/۱۰ - تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۰۲/۲۷

خلاصه

مقدمه: پژوهش حاضر با هدف تعیین تفاوت بین اثربخشی مداخله مبتنی بر ذهن سازی و تنظیم شناختی هیجان بر مشکلات خواب و نشانه های افسردگی کودکان مبتلا به اختلال ضرب آهنگ شناختی کند، انجام شد.

روش کار: طرح پژوهش از نوع شبه آزمایشی با طرح پیش آزمون-پس آزمون و پی گیری با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل کلیه دانش آموزان پسر دارای نشانه های ضرب آهنگ شناختی کند سنین ۹ تا ۱۱ سال مدارس آموزش عمومی شهر ارومیه در سال تحصیلی ۱۴۰۲-۱۴۰۳ بود. بر اساس ملاک های ورود و خروج از پژوهش، ۴۵ نفر به صورت نمونه گیری هدفمند انتخاب شده و به شیوه تصادفی در دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل (۱۵ نفر گروه آزمایشی اول، ۱۵ نفر گروه آزمایشی دوم و ۱۵ نفر گروه کنترل) جایگزین شدند. ابزار استفاده شده در پژوهش پرسشنامه های استاندارد ضرب آهنگ شناختی کند پنی و همکاران، پرسشنامه عادات خواب کودک اوونز و همکاران و خرده مقیاس افسردگی مقیاس علائم مرضی کودکان بود. پس از انتخاب نمونه در مرحله پیش آزمون شرکت کنندگان گروه آزمایش و کنترل به پرسشنامه های پژوهش پاسخ دادند. در مرحله بعد، برای گروه آزمایشی اول مداخله مبتنی بر ذهن سازی طی ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه ای و برای گروه آزمایشی دوم مداخله تنظیم شناختی هیجان طی ۸ جلسه ۶۰ دقیقه ای اجرا شد و گروه کنترل در لیست انتظار ماند و تا زمان پس آزمون هیچ مداخله روان شناختی دریافت نکردند. در پایان دوره آموزشی بار دیگر شرکت کنندگان گروه های آزمایشی و گروه کنترل در مراحل پس آزمون به پرسشنامه های پژوهش پاسخ دادند و به منظور بررسی پایداری اثر مداخلات در سه ماه بعد پی گیری انجام شد. تجزیه و تحلیل داده با استفاده از روش تحلیل واریانس آمیخته انجام شد.

نتایج: نتایج نشان داد که در میانگین متغیر وابسته مشکلات خواب و نشانه های افسردگی در مراحل سه گانه پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری تفاوت معنا دار وجود دارد که میانگین در مراحل سه گانه پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری گروه های مداخله مبتنی بر ذهن سازی و تنظیم شناختی هیجان از گروه کنترل متفاوت است که نشانه تاثیر گذاری و ماندگاری اثربخشی مداخله مبتنی بر ذهن سازی در مقایسه با مداخله مبتنی بر تنظیم شناختی هیجان بر بهبود مشکلات خواب و نشانه های افسردگی است.

نتیجه گیری: نتایج نشان می دهد که احتمالاً تمرینات یوگا و معلق می تواند در بهبود حافظه کاری و عملکرد حرکتی درشت کودکان DCD مؤثر باشد. اما برنامه های تمرینی بر روی عملکرد حرکتی ظریف تاثیر ندارند.

کلمات کلیدی: مداخله مبتنی بر ذهن سازی، تنظیم شناختی هیجان، مشکلات خواب، نشانه های افسردگی، ضرب آهنگ شناختی کند

شیوا رازی^۱

مرضیه علیوندی وفا^{۲*}

بهزاد شالچی^۳

علی نقی اقدسی^۴

^۱ گروه روانشناسی، واحد تبریز، دانشگاه آزاد اسلامی، تبریز، ایران.

^{۲*} گروه روانشناسی، واحد تبریز، دانشگاه آزاد اسلامی، تبریز، ایران. (نویسنده مسئول)

^۳ گروه روانپزشکی، مرکز تحقیقات روانپزشکی و علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی تبریز، تبریز، ایران

^۴ گروه روانشناسی، واحد تبریز، دانشگاه آزاد اسلامی، تبریز، ایران.

نویسنده مسئول: مرضیه علیوندی وفا، گروه روانشناسی، واحد تبریز، دانشگاه آزاد اسلامی، تبریز، ایران.

Email: dr.vafa@iau.ac.ir

مقدمه

مقطع تحصیلی ابتدایی دوران حساسی از بعد بررسی و تشخیص اختلالات روان‌پزشکی و رفتاری کودکان به حساب می‌آید و تشخیص درست و درمان این مشکلات می‌تواند در زندگی خانوادگی، اجتماعی، تحصیلی و شغلی کودکان در آینده بسیار اثربخش باشد (۱). در دوره دبستان بنیادهای شناختی و فکری کودکان برای یادگیری مفاهیم گوناگون و پرورش ابعاد مختلف شناختی، روانی، جسمی و اجتماعی و استعدادهای مختلف پایه‌گذاری می‌شود؛ به عبارت دیگر آموزش و پرورش دبستانی پایه و اساس فعالیت‌های آموزش و پرورش کودکان برای مقاطع بعدی است (۲). داشتن برخی مشکلات شناختی و یا روان‌شناختی می‌تواند بر فرایند تحولی کودکان در این دوره سنی تاثیر منفی بگذارد. ضرب‌آهنگ شناختی کند از جمله مشکلاتی است که می‌تواند آسیب‌های فراوانی را بر پردازش کارآمد شناختی و روان‌شناختی کودکان وارد سازد (۳).

ضرب‌آهنگ شناختی کند مجموعه‌ای از علائم مانند خواب‌آلودگی، خیال‌پردازی، بی‌حالی، کندی رفتار و تفکر و آشفتگی ذهنی را در بر می‌گیرد (۴). در ابتدا ضرب‌آهنگ شناختی کند به عنوان یک زیرمجموعه نسبتاً منحصر به فرد از نشانه‌های اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی به کار برده شد (۵)؛ اما پژوهش‌های صورت گرفته بر روی کودکان در زمینه ضرب‌آهنگ شناختی کند، نشان داد که این اختلال و اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی دو اختلال مستقل و در عین حال مرتبط با هم هستند (۶). این رابطه به مانند ارتباط اختلالات اضطرابی و افسردگی و ارتباط بین دو اختلالی است که زیرمجموعه یکدیگر نیستند اما اغلب با هم دیده می‌شوند (۷). در یک پژوهش مشخص شد که ۵۹٪ از افرادی که علائم ضرب‌آهنگ شناختی کند را داشتند، علائم اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی نیز نشان دادند و نشان داده شد که این ارتباط به خصوص در نوع بی‌توجهی اختلال نقص توجه/بیش‌فعالی

رایج‌تر است (۸). نتایج تحقیقات حاکی از این است که ضرب‌آهنگ شناختی کند با اختلال در عملکرد اجتماعی و نشانه‌های درونی‌سازی (۹)، نقص کارکردهای اجرایی (۱۰)، اختلال در عملکرد تحصیلی ضعیف (۴)، اختلال خواب (۱۱)، سرگردانی ذهن^۱ و نشخوار فکری (۱۲) همراه است.

همچنین، بررسی‌ها نشان می‌دهد که افراد دارای اختلال ضرب‌آهنگ شناختی کند، از آشفتگی‌های متعدد بدنی در رنج هستند. برای مثال، گاهی این اختلال با آسیب‌های پزشکی روانی دیگر نیز همراه است، به طوری که بسیاری از افراد مبتلا، از مشکلات بیشتر در شروع و تداوم خواب، تغییر الگوی خواب و خواب‌آلودگی در طول روز شکایت می‌کنند (۱۲ و ۴). کیفیت خواب تحت تأثیر عوامل زیادی مانند فعالیت جسمی (۱۳)، رژیم غذایی (۱۴)، عوامل محیطی (۱۵) و عوامل ژنتیکی (۱۶) است. میس^۲ و همکاران (۱۷) نشان دادند که خواب بیش از حد می‌تواند ضرب‌آهنگ شناختی کند را پیش‌بینی کند، که نشان می‌دهد کم برانگیختگی فیزیولوژیکی ممکن است به توضیح ارتباط بین ضرب‌آهنگ شناختی کند و اختلالات خواب کمک کند. در همین راستا فردریک و همکاران (۱۲) نشان دادند که علائم ضرب‌آهنگ شناختی کند با کیفیت خواب پایین در نوجوانان مرتبط است. همچنین یافته‌های بکر و همکاران (۴) حاکی از این بود که ضرب‌آهنگ شناختی کند به طور خاص با مشکلات خواب و خواب‌آلودگی در طول روز رابطه دارد. در مطالعه دیگری کوریاکین^۳ و همکاران (۱۸) نشان دادند که برخی از ویژگی‌های تنبلی و بی‌حالی ضرب‌آهنگ شناختی کند احتمال دارد با مشکلات خواب مرتبط باشد.

علاوه بر این، براساس پژوهش‌های انجام گرفته، تفکر آشفته و نشخوار فکری در کودکان با علائم ضرب‌آهنگ شناختی کند سبب بروز علائم افسردگی در این کودکان می‌گردد (۴). برای نمونه، بکر و همکاران (۴) مطرح کرده‌اند که نشانه‌های ضرب‌آهنگ شناختی کند از جمله انزوای

3. Koriakin

1. mind wandering

2. Mayes

اجتماعی، کمبود عزت نفس و تنهایی می تواند با گذشت زمان منجر به حمایت اجتماعی ضعیف، افسردگی و احتمال بیشتر خودکشی شود. در همین راستا اسمیت و همکاران (۱۱) و بکر و ویلکات^۱ (۱۹) نشان دادند که بین ضرب آهنگ شناختی و افسردگی، مقداری همپوشانی مفهومی در جنبه های خواب آلودگی، رفتارهای کند و بی تفاوتی وجود دارد. با این حال، نشانه های غیرمستری نیز وجود دارد، مانند بهم خوردن رشته افکار، خیره شدن و رویاپردازی بیش از حد در ضرب آهنگ شناختی کند، و احساس گناه بیش از حد، ناامیدی، افکار خودکشی، و احساس کم ارزشی برای افسردگی (۱۱). از طرف دیگر مطالعات نشان داده است که محیط ممکن است بر حضور و میزان علائم همزمان اثر بگذارد (۲۰). در حمایت از این یافته ها، یک محیط خانوادگی ناسازگار بر بروز همزمان ضرب آهنگ شناختی کند با نشانه های افسردگی تأثیر منفی می گذارد (۲۱). درواقع فضای عاطفی خانواده که با کیفیت روابط بین فردی مشخص می شود (به عنوان مثال، رابطه بین والینی و رابطه والد-کودک) و تظاهر عاطفی در یک خانواده، ممکن است به عنوان واسطه ای عمل کند که ارتباط ضرب آهنگ شناختی کند و افسردگی را تشدید کند (۱۲). از آنجا که جو عاطفی منفی ممکن است بدون ساختار و سازماندهی باشد، در نتیجه مانع از کنترل شناختی و رفتار در حین انجام تکلیف می گردد، که این امر یعنی تمایلات فرد به سرگردانی ذهن (مانند علائم ضرب آهنگ شناختی کند) ممکن است نشانه های افسردگی را تقویت کند (۱۲).

مبرهن است که سال های گذشته، شاهد کاربست انواع مداخلات در حوزه های مرتبط بوده است (برای مثال درمان شناختی رفتاری (۲۲)؛ درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (۲۳)؛ توانمندسازی شناختی (۲۴)؛ طرحواره درمانی (۲۵)، ولی، یکی از رویکردهای درمانی که در سال های اخیر برای بهبود مشکلات رفتاری کودکان به کار برده می شود، درمان مبتنی بر ذهنی سازی است (۲۶). این مداخله، بر دو مفهوم اصلی

تاکید دارد: (۱) نظریه دلبستگی بالبی و (۲) ذهنی سازی (۱۱). تفاوت این روش نسبت به دیگر درمان ها در این است که افراد در این درمان بودن در زمان حال را تجربه خواهند نمود که به آنها این اجازه را می دهد جنبه های شناختی، هیجانی و رفتاری خود را به شکل بی طرفانه ای قضاوت کنند (۲۷). کانون اصلی درمان مبتنی بر ذهنی سازی، کمک به افراد است تا تجربه های ذهنی خود را به سطح هشجاری بیاورد و حس منسجم و پایداری از عاملیت روان شناختی را تسهیل کند؛ هدف درمان نیز توسعه و تقویت ظرفیت ذهنی سازی از طریق رابطه درمانی و افزایش توانایی درمانجو جهت بازشناسی افکار و هیجاناتی است که تجربه می کند (۲۸). مطالعات نشان داده است که عملکرد شناختی (افزایش توجه پایدار و حافظه کاری) شرکت کنندگانی که درمان مبتنی بر ذهنی سازی را دریافت کردند، بهبود پیدا کرد (۲۹). نتایج بررسی^۲ و همکاران (۳۰) نیز حاکی از تأثیر درمان مبتنی بر ذهنی سازی بر علائم افسردگی بود. همچنین، وی کانن^۳ و همکاران (۳۱) نشان دادند که درمان ذهنی سازی باعث بهبود خواب آزمودنی ها شد؛ ولی قدرت اثربخشی این مداخله با کودکان دارای ضرب آهنگ شناختی در هاله ای از ابهام قرار دارد (۳۲ و ۳۳).

از طرف دیگر، با عنایت به قدرت هیجان ها در سلامت روانی، یکی دیگر از رویکردهای درمانی که در سال های اخیر جهت درمان مشکلات روان شناختی کودکان توسط پژوهشگران استفاده شده است، تنظیم هیجان است (۳۴ و ۳۵ و ۳۶). تنظیم هیجان مجموعه ای از فرایندهای ذهنی هستند که هیجانات و نحوه تظاهر و تجربه آن ها را تحت تأثیر قرار می دهد (۳۷). در واقع آموزش تنظیم هیجان از طریق آگاهی از هیجانات، تغییر هیجانی مبتنی بر سازماندهی خود، تغییر هیجانات ناسازگار اولیه، تغییر دادن روش های ناسازگاران پاسخ دهی به هیجانات منفی، یک عامل حیاتی در وضعیت سلامتی و داشتن عملکرد موفق در تعاملات اجتماعی است (۳۸).

در گسترش نظریه‌های مربوط به مداخله‌های مبتنی بر تنظیم هیجان، آلدائو^۱ و همکاران (۳۹) عنوان کردند که نقص و ناسازگاری در هیجان‌ها و مدیریت آن‌ها به جهت اهمیت درونی‌شان در زندگی، پیامدهای آسیب‌شناختی متعددی را به دنبال خواهد داشت. در راستای اثربخشی این مداخله، حسنی و شاهمرادی‌فر (۴۰) نشان دادند که آموزش نظم‌جویی فرایندی هیجان منجر به افزایش ظرفیت حافظه کاری کلامی و دیداری - فضایی شده است. نتایج صالحی و گلپور (۴۱) نیز حاکی از اثربخشی آموزش تنظیم هیجان در بهبود کیفیت خواب و بهبود عملکرد تحصیلی دانشجویان بود. یافته‌های شبانی و همکاران (۴۲) نیز نشان داد که آموزش تنظیم هیجانی باعث کاهش، استرس و اضطراب و افسردگی دانش‌آموزان مبتلا به اختلال بد تنظیمی خلق مخرب شده است. همچنین حسنی و همکاران (۴۳) دریافتند که برنامه آموزشی تنظیم هیجانی مادران بر توانایی نظریه ذهن کودکان چهار تا نه سال تاثیر دارد.

مهم‌ترین تفاوت بین این دو برنامه مداخله‌ای این است که در آموزش تنظیم هیجان اصلاح یا حذف راهبردهای ناسازگار هیجانی فرض اساسی است (۳۷). محققان با آموزش مهارت تنظیم هیجان به افراد دریافتند که راهبردهای تنظیم هیجان با کاهش هیجانات منفی، رابطه دارد و تمرکز بر راهبردهای سازگاران تنظیم هیجان، درک افراد از مدیریت هیجانات را ارتقا می‌بخشد (۴۴). اما تاکید درمان مبتنی بر ذهنی‌سازی بر درک و تفسیر رفتارهای خود و دیگران است که از حالت ذهنی عمدی (مانند نیازها، خواسته، احساسات، باورها) ناشی شده است. درواقع هدف نهایی این درمان ارتقاء ظرفیت ذهنی‌سازی از طریق رابطه‌درمانی است (۲۸). بنابراین با توجه به تفاوت این دو برنامه که تاکید یکی بر روی هیجان و تاکید دیگری بر روی تغییر رفتار و بهبود ارتباطات است؛ به نظر می‌رسد انجام مداخلات مقایسه‌ای به بهتر شناختن تفاوت‌های این دو روش می‌تواند کمک کند.

در کل، با توجه به مطالب مطرح شده و تأثیر منفی ضرب-آهنگ شناختی کند بر سلامت روانشناختی کلی و با توجه به کمبود مطالعات مرتبط در استفاده و مقایسه مداخلات درمانی در ارتقاء سطح توانمندی افراد دارای ضرب‌آهنگ شناختی کند؛ پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی مداخله مبتنی بر ذهنی‌سازی و تنظیم شناختی هیجان بر مشکلات خواب و نشانه‌های افسردگی کودکان مبتلا به اختلال ضرب‌آهنگ شناختی کند انجام گرفت.

روش پژوهش

طرح پژوهش با توجه به اهداف و فرضیات از نوع شبه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پی‌گیری با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل کلیه دانش‌آموزان پسر دارای نشانه‌های ضرب‌آهنگ شناختی کند سنین ۹ تا ۱۱ سال مدارس آموزش عمومی شهر ارومیه در سال تحصیلی ۱۴۰۲-۱۴۰۳ بود. برای انتخاب افراد نمونه از روش نمونه‌گیری در دسترس استفاده شد. بدین ترتیب که ابتدا با هماهنگی اداره آموزش و پرورش شهر ارومیه از ۱۶ مدرسه ابتدایی پسرانه به ۸ مدرسه در دسترس مراجعه شد. بر اساس ارزیابی‌های به عمل آمده ۱۰۵ دانش‌آموز توسط معلمان واجد شرایط تشخیص ضرب‌آهنگ شناختی کند، شناخته شدند. در مرحله بعد برای والدین این تعداد از دانش‌آموزان پرسشنامه تشخیصی ضرب‌آهنگ شناختی کند، ارسال شد. از این تعداد ۶۴ دانش‌آموز، نمره بالاتر از نمره برش کسب نمودند، انتخاب شدند و جهت اطمینان از تشخیص نهایی، مصاحبه بالینی نیمه ساختار یافته با کودکان صورت گرفت و برای انجام پژوهش انتخاب شدند ولی در نهایت بر اساس ملاک‌های ورود و خروج از پژوهش، ۴۵ نفر به صورت نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شده و به شیوه تصادفی در دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل (۱۵ نفر گروه آزمایشی اول، ۱۵ نفر گروه آزمایشی دوم و ۱۵ نفر گروه کنترل) جایدهی شدند (۴۵). معیارهای ورود به پژوهش عبارت بودند از: بازه سنی ۹ تا ۱۱ سال، ابتلا به اختلال ضرب‌آهنگ شناختی کند، نداشتن

عقب ماندگی ذهنی، نداشتن اختلال یادگیری، عدم مشکلات بنیایی، شنوایی یا حرکتی و عدم وجود بیماری های پزشکی مانند دیابت، صرع یا بیماری های قلبی و تکمیل فرم رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش و معیارهای خروج از پژوهش شامل غیبت بیش از یک جلسه، تکمیل نکردن پرسشنامه ها، شرکت در جلسات درمانگری مشابه و کودکانی که به دلیل تشخیص اختلال نقص توجه/بیش فعالی دارو مصرف می کنند، بود.

پس از انتخاب نمونه پرسشنامه عادات خواب کودک و خرده مقیاس افسردگی مقیاس علائم مرضی کودکان در مرحله پیش آزمون از شرکت کنندگان گروه آزمایش و کنترل گرفته شد. در مرحله بعد، برای گروه آزمایشی اول مداخله مبتنی بر ذهن سازی و برای گروه آزمایشی دوم مداخله تنظیم شناختی هیجان اجرا شد و گروه کنترل در لیست انتظار ماند و تا زمان پس آزمون هیچ مداخله روان شناختی دریافت نکردند. در پایان دوره آموزشی بار دیگر پرسشنامه عادات خواب کودک و خرده مقیاس افسردگی مقیاس علائم مرضی کودکان توسط شرکت کنندگان گروه های آزمایشی و گروه کنترل در مراحل پس آزمون انجام شد و به منظور بررسی پایداری اثر مداخلات در سه ماه بعد پی گیری انجام شد. ابزار استفاده شده در پژوهش پرسشنامه های استاندارد به صورت زیر بود:

- پرسشنامه ضرب آهنگ شناختی کند^۱: این مقیاس توسط پنی^۲ و همکاران (۴۶) طراحی شده است. این مقیاس شامل ۱۴ مورد می باشد که هر کدام براساس مقیاس لیکرت پنج درجه ای (هرگز = صفر تا همیشه = ۴) جواب داده می شوند. این پرسشنامه از سه زیرمقیاس: کندی، خواب آلودگی و خیال پردازی تشکیل شده است. نمونه ای از سوالات پرسشنامه عبارت اند از: تکالیف را آهسته یا با تأخیر انجام می دهد؛ برای توجه به یادآوری نیاز دارد. روایی محتوایی، همسانی درونی و اعتبار بازآزمایی مقیاس مطلوب و ضریب اعتبار مقیاس با

استفاده از روش آلفای کرونباخ را برای کل مقیاس ۰/۸۷ و برای زیرمقیاس های کندی، خواب آلودگی و خیال پردازی به ترتیب ۰/۸۷، ۰/۸۳ و ۰/۷۰ بدست آمده است (۴۶). در ایران نیز خانجانی، محمدی و شادبافی (۴۷) روایی محتوایی و ملاکی آن را مطلوب و ضریب اعتبار مقیاس با استفاده از روش آلفای کرونباخ را برای کل مقیاس ۰/۸۲ بدست آوردند.

پرسشنامه عادات خواب کودک^۳ (CSHQ): پرسشنامه عادات خواب کودک توسط اوونز^۴ و همکاران (۴۸) در ۴۵ ماده برای سنجش مشکلات و عادات خواب کودکان ساخت شده است. این پرسشنامه برای کودکان ۴ تا ۱۲ سال طراحی شده است. پرسشنامه در قالب طیف سه درجه ای لیکرت (۱ = به ندرت تا ۳ = معمولاً) نمره گذاری می شود. گویه های ۱، ۲، ۳، ۱۰، ۱۱ و ۲۶ به صورت معکوس نمره گذاری می شود. برخی از سؤالات این آن تنها ارزش تشخیصی و درمانی دارد و نه پژوهشی. بنابراین در نمره گذاری آن تنها ۳۳ مورد از سؤالات منظور می گردد. محدوده امتیاز بین ۳۳ تا ۹۹ است و کسب نمرات بالاتر نشان دهنده عادات مناسب خواب کودک است. اوونز و همکاران (۴۸) همسانی درونی پرسشنامه به روش ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۰ و برآورد اعتبار به روش بازآزمایی با فاصله دوهفته ای در محدوده ۰/۶۲ تا ۰/۷۹ قرارداد داشت. در ایران نیز، شوقیو همکاران (۴۹) برآورد اعتبار به روش بازآزمایی با فاصله دوهفته ای را ۰/۷۹ و همسانی درونی پرسشنامه به روش ضریب آلفای کرونباخ را ۰/۷۷ بدست آوردند.

- **مقیاس علائم مرضی کودکان^۵ (CSI-۴):** جهت سنجش افسردگی کودکان از خرده مقیاس افسردگی مقیاس علائم مرضی کودکان استفاده خواهد شد. این ابزار یک مقیاس درجه بندی رفتار است که نخستین بار در سال ۱۹۸۴ توسط گادو و اسپرافکین^۶ بر اساس طبقه بندی سومین راهنمای آماری اختلال های روانی به منظور غربال کردن ۱۸ اختلال رفتاری و هیجانی در کودکان ۵ تا ۱۲ ساله طراحی شده و در سال ۱۹۹۴ با چاپ چهارم راهنمای آماری اختلال های روانی

4. Owens, Spirito & McGuinn

5. Children Symptom Inventory-4 (CSI-4)

6. Gadow, Sprafkin

1. Sluggish Cognitive Tempo Questioner

2. Penny

3. Child Sleep Habits Questionnaire

کودکان ماریاکواکس ۰/۳۰ گزارش کردند که در سطح ۰/۰۵ معنادار بود.

- درمان مبتنی بر ذهن سازی: برای گروه آزمایش اول مداخله مبتنی بر ذهن سازی طی ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه ای انجام شد. درمان مبتنی بر ذهن سازی مورد استفاده در این پژوهش براساس کتاب درمان مبتنی بر ذهنی سازی برای کودکان میجلی و همکاران (۵۲) تدوین و روایی صوری کیفی و روایی محتوایی کمی، مورد بررسی قرار گرفت تایید شد. نتایج به دست آمده نسبت روایی محتوا در پژوهش حاضر برای جلسات درمان ذهنی سازی بین ۰/۷۰ تا ۰/۸۵ به دست آمد که باتوجه به روایی محتوای حداقلی (۰/۶۲) محتوای همه جلسات مورد پذیرش قرار گرفت. همچنین شاخص روایی محتوا CVI برای هریک از جلسات محاسبه و بین ۰/۸۶ تا ۱ محاسبه شد که نشان می دهد مفاهیم همه جلسات قابل قبول می باشد. شرح جلسات مداخله مبتنی بر ذهن سازی در جدول زیر آمده است.

مورد تجدیدنظر قرار گرفت و منتشر شد. مقیاس مرضی کودکان دارای دو فرم والد و معلم است که برای ۱۱ گروه عمده و یک گروه اضافی از اختلال های رفتاری تنظیم شده است. فرم والد دارای ۱۱۲ سؤال که در مقیاس چهاردرجه ای هرگز (۰) تا بیشتر اوقات (۳) پاسخ داده می شود است. اسپرافکین^۱ و همکاران (۵۰) ضریب پایایی آزمون با استفاده از آلفای کرونباخ را برای کل مقیاس را ۰/۹۶ و برای خرده مقیاس افسرگی ۰/۶۹ گزارش کرده اند و همچنین روایی همزمان مقیاس را از طریق همبستگی خرده مقیاس افسرگی با مصاحبه تشخیصی کودکان و نوجوانان- فرم والدین ۰/۴۱ گزارش کردند که در سطح ۰/۰۰۱ معنادار بود. فرزند و همکاران (۵۱) پایایی آزمون با استفاده از روش آلفای کرونباخ برای کل مقیاس را ۰/۹۴ و برای خرده مقیاس افسرگی ۰/۷۱ گزارش کرده اند و همچنین روایی همزمان خرده مقیاس افسرگی مقیاس را از طریق همبستگی با مقیاس افسردگی

جدول خلاصه جلسات مداخله مبتنی بر ذهنی سازی اقتباس شده از میجلی و همکاران ترجمه سید موسوی و همکاران (۵۲)

جلسات	اهداف درمانی
جلسه اول	آموزش احساسات (بازی، داستانی در مورد احساسات، فلش کارت احساسات، تشویق به بیان روشن احساسات)
جلسه دوم	تنظیم هیجانات، بازی نمادین، کار با گل،
جلسه سوم	آشنایی با ذهن دیگران (معرفی جعبه ذهن، روشن سازی مرز خود و دیگران، آشنایی با بیرون و درون ذهن، تکنیک اسکن مغز)
جلسه چهارم	تنظیم هیجانات (بازی، توقف و بازگشت، توجه به احساسات درونی دیگران)
جلسه پنجم	شنایی با درون دیگران (نقاشی کشیدن شکل هر یک از اعضای خانواده و بحث درباره ویژگیهای خوب و بد آنها)
جلسه ششم	ذهنی سازی روابط (بازی، آینه سازی، توجه به ذهن دیگران)
جلسه هفتم	آماده کردن کودک برای پایان کار (بازی، بررسی تقویم کودک و پیشرفت وی، صحبت درباره حرکت به سمت پایان و نظر خواهی از کودک، ارائه پیشنهاد فعالیت های جایگزین درمان و تشویق پیشنهادات کودک)
جلسه هشتم	بررسی پیشرفت کار و روشن کردن اهداف باقیمانده (بحث آزاد، بررسی آموخته های اعضا، آیا مشکلات کاهش یافته؟ بررسی تغییرات کودک در خانه و مدرسه، ارزیابی مجدد اهداف درمانی، آیا کودک توان تعدیل و تنظیم احساسات خود را دارد؟)
جلسات درمانی با حضور کودک و والد	جلسه نهم: خداحافظی (ایجاد جعبه خاطرات درمان، آموزش مراقبان در مورد رفتارهای احتمالی کودک پس از پایان درمان، تلاش در جهت پررنگ کردن نقش مراقبان در کنترل اوضاع)
جلسه دهم	درک اهمیت ذهنی سازی (درک موضع ذهنی سازی و اثر ارتقاء آن در روابط)
جلسه یازدهم	رتقاء بازی (توضیح اهمیت بازی والدین با کودکان، برنامه ریزی جهت ارتقاء بازی و قانع کردن مراقبان به صرف زمان برای بازی با کودکشان، نظارت دلگرم کننده)

اهداف درمانی	جلسات
شناسایی نحوه و زمان از دست رفتن ذهنیت (دریافت گزارش کالمی و یا فیلمهای ضبط شده مراقبان، آموزش تکنیک توقف و بازگشت، درک چرخه های مکرر آسیب زا در خانواده).	جلسه دوازدهم
ذهنی سازی روابط (پرداختن به درگیریهای درون خانواده، تشویق به استفاده از تکنیک توقف و بازگشت، آشنایی با ذهن و احساس یکدیگر).	

- مداخله تنظیم شناختی هیجان

استفاده در این پژوهش بر اساس برنامه تنظیم شناختی هیجان برای گروه آزمایش دوم مداخله تنظیم شناختی هیجان طی ۸ جلسه ۶۰ دقیقه ای انجام شد. مداخله تنظیم شناختی هیجان مورد

گروس و تامسون (۵۳) تعیین شده است. شرح جلسات مداخله تنظیم شناختی هیجان در جدول زیر آمده است.

خلاصه جلسات تنظیم شناختی هیجان گروس و تامسون (۵۳)

جلسات	محتوا
اول	تعریف تنظیم هیجان، دلیل آموختن مهارتهای تنظیم هیجان، بیان دیدگاههای درست درباره هیجانها، مرور هیجانهای اولیه و ثانویه و بیان اهداف آموزش تنظیم هیجان (درک هیجانهای تجربه شده، کاهش آسیب پذیری هیجانی و رنج هیجانی)
دوم	توصیف هیجانها (رویداد ایجاد کننده، تفسیر رویداد، تغییرات بدنی، پاسخ بدنی به هیجانها، برانگیزاننده های عمل، بیان و ارتباط) و آشنایی با انواع حالت های هیجانی
سوم	بیان نحوه توصیف هیجانها و آموزش روشهایی برای توصیف مناسب هیجانها (مثلا برای واژه دوست داشتن، شرح رویدادهای برانگیزاننده برای احساس دوست داشتن، تفسیر فعال کننده احساسات دوست داشتن، تجربه هیجان دوست داشتن، بیان و عمل براساس دوست داشتن و اثرات آن)
چهارم	آموزش کارکرد هیجانها شامل وجود هیجانها برای برقراری ارتباط و نفوذ بر دیگران، هیجانهای ایجاد کننده سازماندهی و انگیزش عمل و توانایی هیجانها برای تأیید کننده بودن آنها
پنجم	آموزش کاهش آسیب پذیری ناشی از تجربه هیجانهای منفی و آموزش چارت تنظیم هیجان لینهان (درمان بیماری جسمی، تعادل خوردن، اجتناب از داروهای تغییر دهنده خلق، تعادل خواب، انجام تمرین و مسلط شدن)
ششم	آموزش گامهای کوتاه مدت و بلند مدت برای افزایش هیجانهای مثبت، ذهن آگاه بودن درباره تجارب مثبت و ذهن آگاه نبودن درباره تجارب منفی و نگرانیها، بحث درباره فهرست رویدادهای خوشایند
هفتم	رهایی از رنج هیجانی، تغییر هیجانها از طریق عمل متضاد، آشنایی با انواع اعمال و رفتارهای متضاد
هشتم	جمع بندی و مرور جلسات قبل و تمرین مهارتهای آموزش تنظیم هیجان

یافته ها

دوم ۲ نفر با ۱۳/۳۳ درصد کم ترین تعداد افراد را تشکیل می دهد. از ۱۵ نفر گروه کنترل برحسب ترتیب تولد دانش آموزان فرزندان اول ۸ نفر با ۵۳/۳۳ درصد بیش ترین افراد، دانش آموزان فرزندان سوم ۲ نفر با ۱۳/۳۳ درصد کم ترین تعداد افراد را تشکیل می دهد. مشخصه های آماری متغیر مشکلات خواب و نشانه های افسردگی در جدول ۱ نمایش داده شده است.

در بررسی جمعیت شناختی نشان داده شد که از ۱۵ نفر گروه مداخله مبتنی بر ذهن سازی برحسب سطح ترتیب تولد دانش آموزان تک فرزندان ۱۰ نفر با ۶۶/۶۷ درصد بیش ترین افراد، دانش آموزان فرزندان سوم ۲ نفر با ۱۳/۳۳ درصد کم ترین تعداد افراد را تشکیل می دهد. از ۱۵ نفر گروه تنظیم شناختی هیجان برحسب ترتیب تولد دانش آموزان فرزندان اول ۹ نفر با ۶۰ درصد بیش ترین افراد، دانش آموزان فرزندان

جدول ۱. مشخصه‌های آماری متغیرهای وابسته مشکلات خواب و نشانه‌های افسردگی گروه‌های مداخله مبتنی بر ذهن سازی و تنظیم شناختی هیجان و گروه کنترل

مؤلفه‌ها	گروه مداخله مبتنی بر ذهن سازی						گروه مداخله مبتنی بر تنظیم شناختی هیجان					
	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	پس‌آزمون
	میانگین	انحراف	میانگین	انحراف	میانگین	انحراف	میانگین	انحراف	میانگین	انحراف	میانگین	انحراف
	استاندارد	استاندارد	استاندارد	استاندارد	استاندارد	استاندارد	استاندارد	استاندارد	استاندارد	استاندارد	استاندارد	استاندارد
مشکلات خواب	۸۲/۴۰	۲/۶۱	۴۲/۹۳	۳/۴۹	۷۷/۴۰	۲/۵۰	۵۸/۶۰	۲/۷۷	۷۷/۵۳	۴/۱۲	۷۲/۲۷	۴/۱۱
نشانه‌های افسردگی	۲۱/۲۷	۱/۸۳	۱۲/۳۳	۱/۸۰	۲۰/۷۴	۱/۹۱	۱۹/۷۳	۱/۷۱	۲۰/۷۳	۱/۷۱	۱۹/۷۳	۱/۷۱

از ملاحظه ارقام جدول فوق مشخص می‌شود که بین میانگین متغیرهای مشکلات خواب و نشانه‌های افسردگی در گروه‌های مداخله مبتنی بر ذهن سازی و تنظیم شناختی هیجان و گروه کنترل تفاوت وجود دارد این تفاوت‌ها در متغیرهای مشکلات خواب و نشانه‌های افسردگی اثربخشی در گروه‌های آزمایش است.

جدول ۲. مشخصه‌های آماری متغیر وابسته مشکلات خواب و نشانه‌های افسردگی در گروه‌های مداخله مبتنی بر ذهن سازی و تنظیم شناختی هیجان و گروه کنترل در مرحله پیگیری (n=۴۵)

مؤلفه‌ها	گروه مداخله مبتنی بر ذهن سازی						گروه مداخله مبتنی بر تنظیم شناختی هیجان					
	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	پس‌آزمون
	میانگین	انحراف	میانگین	انحراف	میانگین	انحراف	میانگین	انحراف	میانگین	انحراف	میانگین	انحراف
	استاندارد	استاندارد	استاندارد	استاندارد	استاندارد	استاندارد	استاندارد	استاندارد	استاندارد	استاندارد	استاندارد	استاندارد
مشکلات خواب	۳۲/۷۳	۱/۹۴	۴۷/۱۳	۲/۸۲	۶۲/۸۷	۴/۳۱	۱۵/۸۷	۱/۸۷	۱۹/۳۳	۱/۷۲	۱۹/۳۳	۱/۷۲
نشانه‌های افسردگی	۸/۶۷	۱/۸۸	۱۵/۸۷	۱/۸۷	۱۹/۳۳	۱/۷۲	۱۵/۸۷	۱/۸۷	۱۹/۳۳	۱/۷۲	۱۹/۳۳	۱/۷۲

قابل ذکر است که برای گزارش تحلیل واریانس اندازه گیری مکرر از دو شیوه می‌توان استفاده کرد یا از راه آزمون‌های چند متغیری و یا از راه آماره‌های یک متغیری. در این گزارش از شیوه اول استفاده شده است که مستلزم بکارگیری مفروضه کرویت است و آزمون‌های چند متغیری نیز ارایه می‌گردد. منظور بررسی تفاوت معنی دار بین میانگین متغیرهای تحقیق در سه گروه، ابتدا مفروضه‌های همگنی واریانس‌ها، لوین و کرویت بررسی شد. نتایج آزمونهای M باکس، لوین و کرویت بررسی شد. در این بخش ابتدا نتایج آزمون تحلیل واریانس آمیخته تک متغیره نمرات متغیرهای وابسته ارائه می‌شود.

از ملاحظه ارقام جدول فوق مشخص می‌شود که بین میانگین متغیرهای وابسته حافظه کاری، نظریه ذهن، مشکلات خواب و نشانه‌های افسردگی گروه‌های مداخله مبتنی بر ذهن سازی و تنظیم شناختی هیجان و گروه کنترل در مرحله پیگیری تفاوت وجود دارد، که نشان دهنده ماندگاری روشهای گروه‌های مداخله مبتنی بر ذهن سازی و تنظیم شناختی هیجان است.

برای بررسی فرضیه پژوهش در شرایط پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری از روش تحلیل واریانس آمیخته استفاده شد. مراحل سه گانه پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری به عنوان عامل درون آزمودنی و گروه بندی آزمودنی‌ها در سه گروه به عنوان یک عامل بین آزمودنی در نظر گرفته شدند.

جدول ۳. آزمون تحلیل واریانس آمیخته تک متغیره نمرات متغیرهای وابسته

منبع پراش	مجموع مجدورات SS	df درجه آزادی	MS میانگین مجدورات	F	P سطح معناداری	اندازه اثر η^2
مشکلات خواب						
زمان	۴۷۸/۴۰۰	۲	۲۸۸/۴۵۰	۲۱۹/۴۳۱	۰/۰۰۰۵	۰/۷۹۸
گروه * زمان	۳۵۴/۲۰۰	۳/۰۸۶	۵۹/۳۹۳	۳۳/۶۷۳	۰/۰۰۰۵	۰/۵۲۷
گروه	۲۳۱/۱۵۲	۲	۱۱۹/۴۷۶	۱۳۹/۶۶۵	۰/۰۰۰۵	۰/۷۹۰
نشانه‌های افسردگی						
زمان	۷۹۲/۴۰۰	۲	۲۴۸/۲۵۰	۲۱۹/۸۳۲	۰/۰۰۰۵	۰/۷۹۰
گروه * زمان	۱۶۵/۳۰۷	۴/۰۵۶	۶۶/۱۹۳	۳۷/۸۷۳	۰/۰۰۰۵	۰/۵۲۰
گروه	۲۴۱/۵۴۱	۲	۱۱۹/۶۷۴	۱۴۱/۷۶۵	۰/۰۰۰۵	۰/۷۹۴

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد در رابطه با عامل درون گروهی (زمان) مقدار F محاسبه شده برای اثر مراحل زمانی (پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری) در سطح ۰/۰۵ برای متغیر وابسته مشکلات خواب و نشانه‌های افسردگی معنا دار است. در نتیجه بین میانگین نمرات پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری نمرات متغیر وابسته مشکلات خواب و نشانه‌های افسردگی در مراحل سه گانه پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری تفاوت معنا دار وجود دارد. همچنین، با توجه به نتایج

جدول ۳ در رابطه با تعامل زمان و گروه مقدار F محاسبه شده برای اثر مراحل (پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری)، بین سه گروه مداخله مبتنی بر ذهن‌سازی و تنظیم شناختی هیجان و گروه کنترل در متغیر وابسته مشکلات خواب و نشانه‌های افسردگی در سطح ۰/۰۱ معنا دار است. در نتیجه بین میانگین نمرات پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری متغیرهای وابسته در سه گروه تفاوت معنا دار وجود دارد.

جدول ۴. آزمون تعقیبی بن فرونی برای بررسی تفاوت بین میانگین‌ها متغیرهای وابسته در سه گروه

گروه	گروه ها	تفاوت میانگین ها	انحراف استاندارد	سطح معناداری
مشکلات خواب	تنظیم شناختی هیجان	۸/۳۵۶*	۱/۰۳۹	۰/۰۰۰۵
	مداخله مبتنی بر ذهن سازی	۱۸/۲۰۰*	۱/۰۳۹	۰/۰۰۰۵
	تنظیم شناختی هیجان	۸/۳۵۶*	۱/۰۳۹	۰/۰۰۰۵
مشکلات خواب	کنترل	۹/۸۴۴*	۰/۵۸۳	۰/۰۰۰۵
	مداخله مبتنی بر ذهن سازی	۴/۰۶۷*	۰/۵۸۳	۰/۰۰۰۵
	تنظیم شناختی هیجان	۵/۸۴۴*	۰/۵۸۳	۰/۰۰۰۵
نشانه‌های افسردگی	کنترل	۴/۰۶۷*	۰/۵۸۳	۰/۰۰۰۵
	مداخله مبتنی بر ذهن سازی	۱/۷۷۸*	۰/۵۸۳	۰/۰۰۰۵
	کنترل			

جدول ۵. آزمون تعقیبی بن فرونی برای بررسی تفاوت بین میانگین ها متغیرهای وابسته در سه زمان

گروه	گروه ها	تفاوت میانگین ها	انحراف استاندارد	سطح معناداری
مشکلات خواب	پیش آزمون	۵/۸۸۹*	۰/۲۷۱	۰/۰۰۰۵
	پس آزمون	۱/۶۰۰*	۰/۰۷۵	۰/۰۰۰۵
	پیش آزمون	-۲۱/۱۷۸*	۰/۴۷۶	۰/۰۰۰۵
مشکلات خواب	پیگیری	۱۰/۳۵۶*	۰/۳۴۷	۰/۰۰۰۵
	پیش آزمون	-۳۱/۵۳۳*	۰/۴۴۰	۰/۰۰۰۵
	پیگیری	-۱۰/۳۵۶*	۰/۳۴۷	۰/۰۰۰۵
نشانه های افسردگی	پس آزمون	-۴/۲۶۷*	۰/۲۵۳	۰/۰۰۰۵
	پیگیری	۲/۰۲۲*	۰/۱۰۰	۰/۰۰۰۵
	پیش آزمون	-۶/۲۸۹*	۰/۲۷۵	۰/۰۰۰۵
نشانه های افسردگی	پیگیری	-۲/۰۲۲*	۰/۱۰۰	۰/۰۰۰۵
	پس آزمون			

در بررسی فرضیه پژوهش مبنی بر اینکه بین مقایسه اثربخشی مداخله مبتنی بر ذهن سازی و تنظیم شناختی هیجان بر مشکلات خواب و نشانه های افسردگی کودکان مبتلا به اختلال ضرب آهنگ شناختی کند در سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری تفاوت وجود دارد، نتایج نشان داد در میانگین متغیر وابسته مشکلات خواب و نشانه های افسردگی در مراحل سه گانه پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری تفاوت معنادار وجود دارد که میانگین در مراحل سه گانه پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری گروه های مداخله مبتنی بر ذهن سازی و تنظیم شناختی هیجان از گروه کنترل متفاوت است که نشان دهنده تاثیر گذاری و ماندگاری اثربخشی مداخله مبتنی بر ذهن سازی در مقایسه با مداخله مبتنی بر تنظیم شناختی هیجان بر بهبود مشکلات خواب و نشانه های افسردگی است.

در تبیین نتایج که نشان دهنده تاثیر گذاری و ماندگاری اثربخشی مداخله مبتنی بر ذهن سازی در مقایسه با مداخله مبتنی بر تنظیم شناختی هیجان بر بهبود مشکلات خواب و نشانه های افسردگی است، می توان بیان نمود که ضرب-آهنگ شناختی کند یک مشکل توجه است که با مجموعه ای از علائم از جمله مشکلات در هوشیاری پایدار (مانند رؤیاپردازی) و کندی در افکار و اعمال (مانند خواب آلودگی و تأخیر در پاسخگویی) مشخص می گردد (۵۴). همچنین از

نتایج آزمون تعقیبی بونفرنی به منظور بررسی تفاوت بین میانگین ها در مراحل مداخله مبتنی بر ذهن سازی و تنظیم شناختی هیجان از گروه کنترل محاسبه شد. نتایج نشان داد تفاوت بین نمرات متغیر وابسته مشکلات خواب و نشانه های افسردگی در مراحل پیش آزمون با پس آزمون، پیش آزمون با پیگیری تفاوت معنی دار وجود دارد. همچنین، بین نمرات متغیر وابسته، مشکلات خواب و نشانه های افسردگی در مرحله پس آزمون نسبت به مرحله پیگیری تفاوت معنی دار وجود دارد، بطوری که نمرات متغیر وابسته مشکلات خواب و نشانه های افسردگی در مرحله پیگیری نسبت به مرحله پس آزمون تغییر معنی دار داشته است. در میانگین متغیر وابسته مشکلات خواب و نشانه های افسردگی در مراحل سه گانه پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری تفاوت معنی دار وجود دارد که میانگین در مراحل سه گانه پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری گروه های مداخله مبتنی بر ذهن سازی و تنظیم شناختی هیجان از گروه کنترل متفاوت است که نشانه تاثیر گذاری و ماندگاری اثربخشی مداخله مبتنی بر ذهن سازی در مقایسه با مداخله مبتنی بر تنظیم شناختی هیجان بر بهبود مشکلات خواب و نشانه های افسردگی است.

بحث

نشانه‌های دیگر این اختلال می‌توان به کم برانگیختگی، گیجی، بی‌توجهی عینی، بی‌حالی، مشکل در پیروی از دستورالعملها، بی‌تفاوتی، حواس‌پرتی، کندی در تکمیل تکالیف، عدم ابتکار عمل و کاهش عملکرد پایدار اشاره نمود. کودکانی که علائم ضرب‌آهنگ شناختی کند را نشان می‌دهند به اندازه کافی نمی‌خوانند و یا به خواب شبانه بیشتری نسبت به سایر کودکان نیاز دارند، بنابراین بیدار شدن آنها صبح‌ها دشوار است و بر خلق و رفتار آنها در طول روز تاثیر می‌گذارد. این مشکلات خواب سبب افزایش شدت علائم بیماری، کاهش کیفیت زندگی و عملکرد روزانه کودک می‌شود (۵۵).

طبق مدل ارایه شده توسط رابن چلا (۲۰۰۱) بی‌خوابی شبانه کودک با تاثیر بر رفتار و احساسات او در طی روز منجر به افزایش خستگی و فشار خواب می‌شود و انجام فعالیت‌هایی که نیاز به توجه، تمرکز و خلاقیت دارد دشوار و یا غیرممکن می‌کند (۵۶) از آن جایی که این خستگی به هنگام انجام فعالیت‌هایی با سطح برانگیختگی پایین مثل گوش کردن در کلاس درس، بیشتر ظاهر می‌شود کودک سعی می‌کند این خستگی را با شیوه‌های مختلف خود تحریکی نظیر راه رفتن در کلاس، تماشای تلویزیون و یا انجام بازی کامپیوتری جبران کند. خود تحریکی، به نوبه خود بر روند خواب تاثیر منفی گذاشته و با افزایش غیرقابل کنترل سطح انگیزتگی منجر به بی‌خوابی و به عبارتی مانع آرامش و استراحت کودک در شب می‌شود. پژوهشها نشان داده است که خواب با پردازش و تنظیم اطلاعات احساسی، فرآیندهای کلیدی مورد نیاز برای عملکرد مناسب ذهنی سازی عاطفی مرتبط است. محرومیت از خواب با تغییر فعالیت مغز در هنگام مشاهده محرک های هیجانی برجسته مرتبط است (۵۷). کسانی که کم خواب هستند، با دیدن محرک های بد، میزان بیشتری از فعال شدن آمیگدال را تجربه می‌کنند. این نشان می‌دهد که کوتاه شدن مدت خواب، واکنش عاطفی را تشدید می‌کند، که توانایی تنظیم موفقیت آمیز احساسات خود را به چالش می‌کشد. همچنین، در مقایسه با افراد غیر

محروم از خواب، شرکت کنندگان محروم از خواب که محرک‌های عاطفی را روی عکس‌ها مشاهده کردند، کاهش اتصال عملکردی بین آمیگدال و قشر پیش پیشانی میانی را نشان دادند، ناحیه‌ای که مشخص شد در تعدیل از بالا به پایین پردازش هیجانی و پاسخ‌ها دخیل است (۵۸). علاوه بر این، محرومیت از خواب باعث افزایش فعال شدن قشر کمر بندی قدامی شکمی می‌شود. مدت خواب کوتاه‌تر و کیفیت کم خواب با کاهش توانایی های پردازش اطلاعات عاطفی در بزرگسالان و جوانان مرتبط است. این شامل توانایی اختلال در تطبیق احساسات با چهره ها (۵۹)، نقص ذهنی سازی است.

مطالعات تصویربرداری عصبی نشان داده‌اند که طول مدت خواب طولانی‌تر و اعتبار خواب (خوابیدن بیش از مدت زمان حداقل مورد نیاز برای جلوگیری از اختلال) با حجم ماده خاکستری بیشتر در نواحی قشر میانی فرونتال و اوربیتوفرونتال مرتبط است و همچنین با هوش هیجانی بالاتر مرتبط است (۵۸). به طور کلی، مدت زمان خواب کوتاه‌تر و کارآیی کمتر خواب با اختلال در توانایی تنظیم احساسات و پردازش اطلاعات احساسی مرتبط است که برای درک موفقیت آمیز حالات روحی عاطفی دیگران نقش اساسی دارد.

با توجه به تاثیرات خواب در تواناییهای هیجانی مداخلاتی که بر این موارد تاثیر گذار باشد می‌تواند در بهبود خواب این کودکان نقش داشته باشد دو مداخله استفاده شده در پژوهش حاضر بر هیجانات و درک متقابل تاثیر خوبی داشته و با تنظیم هیجان و شکل دهی رفتارها و واکنش های هیجانی مناسب باعث بهبود روابط کودک با دیگران شده و مشکلات رفتاری را کاهش می‌دهد. مداخلاتی که در راستای تنظیم هیجان و درک هیجانی از دیگران اجرا می‌شود با هدف افزایش هیجانات مثبت و اجتناب از هیجانات منفی برای شکل گیری احساس آرامش و مدیریت زندگی فرد است. در جلسات هر دو درمان کودکان با ضرب آهنگ شناختی کند با احساسات خود و دیگران آشنا شده ونحوه ابراز درست هیجان را آموخته و در نتیجه ارتباطات موفق تر و کم تنش تری را در

طول روز تجربه می‌کنند و همین امر می‌تواند زمینه ساز خواب آرام‌تری در شب گردد. در پژوهش حاضر هر دو مداخله ذهن‌سازی و تنظیم شناختی هیجان بر مشکلات خواب کودکان مبتلا به اختلال ضرب‌آهنگ شناختی کند موثر بودند اما اثر بخشی ذهن‌سازی بیشتر بود که این امر می‌تواند ناشی از این باشد که خواب ضعیف با اختلال کارکردهای اجرایی و توانایی پردازش اطلاعات احساسی ضعیف همراه است. هر دوی این اختلالات مربوط به نقص در ذهنی‌سازی است. شبکه‌های عصبی که به دلیل خواب ضعیف مختل می‌شوند نیز با نواحی مغز درگیر در شبکه ذهنی‌سازی عاطفی و شناختی مطابقت دارند. با توجه به اینکه کارکردهای اجرایی به شدت در توسعه ذهنی‌سازی ریشه دارد، و خواب ضعیف توانایی کارکردهای اجرایی را مختل می‌کند، به نظر می‌رسد که خواب ضعیف ممکن است با ذهنی‌سازی شناختی ضعیف مرتبط باشد. بر اساس شواهدی که نشان می‌دهد خواب ضعیف توانایی پردازش اطلاعات احساسی (مانند احساسات روی چهره) را بدتر می‌کند و نشان می‌دهد که خواب ضعیف با ذهنی‌سازی عاطفی ضعیف مرتبط است (۵۸) بنابراین مداخله مبتنی بر ذهنی‌سازی می‌تواند موجب افزایش کیفیت خواب گردد.

در بررسی فرضیه پژوهش مبنی بر اینکه بین اثربخشی مداخله مبتنی بر ذهن‌سازی و تنظیم شناختی هیجان بر نشانه‌های افسردگی کودکان مبتلا به اختلال ضرب‌آهنگ شناختی کند در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تفاوت وجود دارد، نتایج نشان درمیانگین متغیر وابسته نشانه‌های افسردگی در مراحل سه گانه پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معنا دار وجود دارد. که میانگین در مراحل سه گانه پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری گروه‌های مداخله مبتنی بر ذهن‌سازی و تنظیم شناختی هیجان با گروه کنترل متفاوت است که نشانه تاثیر گذاری و ماندگاری اثربخشی بیشتر مداخله مبتنی بر ذهن‌سازی درمقایسه با تنظیم شناختی هیجان بر نشانه‌های افسردگی است. در تبیین نتایج که نشان دهنده تاثیر گذاری و ماندگاری اثربخشی بیشتر مداخله مبتنی بر

ذهن‌سازی درمقایسه با تنظیم شناختی هیجان بر نشانه‌های افسردگی است، می‌توان بیان کرد شواهد رو به رشدی وجود دارد که اختلال ضرب‌آهنگ شناختی کند به شدت با افسردگی مرتبط است و این علائم اختلال ضرب‌آهنگ شناختی کند دوران کودکی نشانه‌های افسردگی نوجوانان را پیش‌بینی می‌کند و افسردگی به عنوان یکی از متغیرهای حایز اهمیت در اختلال ضرب‌آهنگ شناختی کند است (۶۰). به طور سنتی، تحقیقات در مورد افسردگی بر علائم اصلی عاطفی و شناختی مانند خلق و خوی ضعیف، از دست دادن علاقه، از دست دادن انرژی، کاهش تمرکز، الگوهای فکری منفی یا نشخوار فکری متمرکز شده است. با این حال، تحقیقات در زمینه روابط بین فردی و ذهنی‌سازی نیز علاقه قابل توجهی به خود جلب کرده است (۶۱). در واقع، یک متآنالیز اخیر نشان داد ذهنی‌سازی در افسردگی به طور چشمگیری کاهش می‌یابد. این کاهش هم برای ذهنی‌سازی شناختی و عاطفی، هم برای وظایف رمزگشایی (مانند تشخیص احساسات) و هم برای وظایف استدلالی (مثلاً شناسایی باورها یا مقاصد نادرست) اتفاق می‌افتد (۶۲). برای مولفه عاطفی، این کاستی‌ها ممکن است تا حدی ناشی از سوگیری ارزیابی منفی در افسردگی باشد، به طوری که بیماران مبتلا به افسردگی بیشتر احتمال دارد حالات ذهنی منفی را استنتاج کنند. کاهش ذهنی‌سازی منجر به الگویی از تعامل اجتماعی می‌شود که ممکن است افراد دیگر را از خود دور کند و انزوای اجتماعی ناشی از آن علائم افسردگی را افزایش دهد (۶۳). علاوه بر این، شواهدی وجود دارد که نشان می‌دهد نقص در ذهنی‌سازی پس از بهبودی ادامه می‌یابد. کمبودهای بیشتر در ذهنی‌سازی با خطر بالاتر عود و علائم شدیدتر در افسردگی همراه است. بنابراین، به نظر می‌رسد که کاهش ذهنی‌سازی به افسردگی کمک می‌کند و صرفاً یک پیامد نیست. البته لازم به ذکر است که مسیر عمل مخالف نیز مورد بحث قرار گرفته است. به عنوان مثال، پیشنهاد شده است که سوگیری منفی و نشخوار فکری مداوم در افسردگی منجر به اختلال در ذهن‌سازی می‌شود، زیرا منابع

سازی می تواند موجب کاهش بیشتر افسردگی نسبت به درمان نظیم هیجان گردد.

تقدیر و تشکر

"این مقاله مستخرج از رساله دکتری تخصصی نویسنده اول در واحد تبریز، دانشگاه آزاد اسلامی، تبریز، ایران می باشد. و دارای کد اخلاق به شناسه IR.IAU.TABRIZ.REC.1402.382 از کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه آزاد اسلامی واحد تبریز می باشد."

در پایان از تمامی شرکت کنندگان در این پژوهش کمال تشکر و قدردانی را داریم.

تعارض در منافع

نویسندگان اظهار می دارند هیچ گونه تعارض منافی در مورد این مقاله وجود ندارد.

شناختی کمتری برای تفسیر دقیق نشانه های اجتماعی در دسترس است، یا اینکه کناره گیری اجتماعی معمول برای افسردگی منجر به «تمرین» کمتر ذهن سازی و مهارت های اجتماعی می شود. به نظر می رسد شواهد واضحی وجود دارد که ذهنیت سازی در افسردگی کاهش می یابد و بیمارانی که ذهنیت سازی کاهش یافته اند در معرض خطر بیشتری برای عود هستند، که نقص های ذهنی با تغییرات آشکار در «مغز اجتماعی» مطابقت دارد و این تغییرات شناختی و عصبی می تواند حداقل تا حدی با عوامل استرس زای اولیه زندگی مطابقت داده شود. بنابراین در کودکان با ضرب آهنگ شناختی کند میزان افسردگی متناسب با توانایی ذهنی سازی آنها بوده و هر چه این توانایی کمتر احتمال افسردگی بیشتر است. لذا درمان ذهنی سازی می تواند با افزایش توانایی ذهنی

References

1. Qu G, Wang L, Tang X, Wu W, Zhang J, Sun Y. Association between caregivers' anxiety and depression symptoms and feeding difficulties of preschool children: A cross-sectional study in rural China. Archives de Pédiatrie, 2020; 27(1): 12-17.
2. Akhavan Sh, Abed A, Jabalamel Sh. The Effectiveness of Play Therapy Based on ParentOriginal Research Child Relationship with a Filial Approach on Emotional Self-Regulation of Primary School Children with Sluggish Cognitive Tempo. Psychology of Exceptional Individuals, 2022;12(45):193_220
3. Creque CA, Willcutt EG. Sluggish Cognitive Tempo and Neuropsychological Functioning. Research on Child and Adolescent Psychopathology, 2021; 49:1001-1013.
4. Becker SP, Epstein JN, Burns G L, Mossing KW, Schmitt A P, Fershtman C E, ... Tamm L. Academic functioning in children with and without sluggish cognitive tempo. Journal of School Psychology, 2022; 95:120-105.
5. Smith JN, Suhr JA. Sluggish Cognitive Tempo Factors in Emerging Adults: Symptomatic and Neuropsychological Correlates. Developmental Neuropsychology, 2021; 46(3): 169-183.
6. Hossain B, Bent S, Parenteau C, Widjaja F, Davis M, Hendren RL. The Associations Between Sluggish Cognitive Tempo, Internalizing Symptoms, and Academic Performance in Children With Reading Disorder: A Longitudinal Cohort Study. Journal of Attention Disorders, 2022;10870547221085493.
7. Kilincel S, Usta MB. Detection of Sluggish Cognitive Tempo with d-CPT in children with ADHD. Psychiatry and Behavioral Sciences, 2021; 11(1):50-56.
8. Fassbender C, Krafft CE, Schweitzer JB. Differentiating SCT and inattentive symptoms in ADHD using fMRI measures of cognitive control. Neuroimage Clin, 2015; 8:390-7.
9. Sevincok D, Ozbay HC, Ozbek MM, Aksu H. ADHD symptoms in relation to internalizing and externalizing symptoms in children: The mediating role of sluggish cognitive tempo. Nordic Journal of Psychiatry, 2020; 74(4): 265-272.
10. Tamm L, Brenner SB, Bamberger ME, Becker SP. Are sluggish cognitive tempo symptoms associated with executive functioning in preschoolers?. Child Neuropsychology, 2018; 24(1): 82-105.
11. Smith ZR, Eadeh HM, Breaux RP, Langberg JM. Sleepy, sluggish, worried, or down? The distinction between self-reported sluggish cognitive tempo, daytime sleepiness, and internalizing symptoms in youth with attention-deficit/hyperactivity disorder. Psychological Assessment, 2019; 31(3): 365.
12. Fredrick JW, Kofler MJ, Jarrett MA, Burns GL, Luebbe AM, Garner AA, Sherelle LH, Becker SP. Sluggish cognitive tempo and ADHD symptoms in relation to task-related thought: Examining unique links with mind wandering and rumination. Journal of Psychiatric Research, 2020; 123: 95-101.
13. Sejbuk M, Mironczuk -Chodakowska I, Witkowska AM. Sleep Quality: A Narrative Review on Nutrition, Stimulants, and Physical Activity as Important Factors. Nutrients, 2022; 14(9):1912.

14. Saidi O, Rochette E, Doré É, Maso F, Raoux J, Andrieux F, Duché P. Randomized double-blind controlled trial on the effect of proteins with different tryptophan/large neutral amino acid ratios on sleep in adolescents: the PROTORMPHEUS study. *Nutrients*, 2020; 12(6): 1885.
15. Ageborg Morsing J, Smith MG, Ögren M, Thorsson P, Pedersen E, Forssén J, Persson Waye, K. Wind turbine noise and sleep: Pilot studies on the influence of noise characteristics. *International journal of environmental research and public health*, 2018; 15(11): 2573.
16. Dashti HS, Jones SE, Wood AR, Lane JM, Van Hees VT, Wang H, Saxena R. Genome-wide association study identifies genetic loci for self-reported habitual sleep duration supported by accelerometer-derived estimates. *Nature communications*, 2019; 10(1): 1-12.
17. Mayes SD, Waschbusch DA, Fernandez-Mendoza J, Calhoun SL. Relationship between sluggish cognitive tempo and sleep, psychological, somatic, and cognitive problems in elementary school children. *Journal of Pediatric Neuropsychology*, 2021; 7: 182-191.
18. Koriakin TA, Mahone EM, Jacobson LA. Sleep difficulties are associated with parent report of sluggish cognitive tempo. *Journal of developmental and behavioral pediatrics: JDBP*, 2015; 36(9): 717.
19. Becker SP, Willcutt E G. Advancing the study of sluggish cognitive tempo via DSM, RDoC, and hierarchical models of psychopathology. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 2019; 28(5): 603-613.
20. Larsson H, Asherson P, Chang Z, Ljung T, Friedrichs B, Larsson JO, Lichtenstein P. Genetic and environmental influences on adult attention deficit hyperactivity disorder symptoms: a large Swedish population-based study of twins. *Psychological medicine*, 2013; 43(1): 197-207.
21. Barkley RA. Sluggish cognitive tempo (concentration deficit disorder?): Current status, future directions, and a plea to change the name. *Journal of abnormal child psychology*, 2014; 42:117-125.
22. Lee S, Oh JW, Park K, M, Lee S, Lee E. Digital cognitive behavioral therapy for insomnia on depression and anxiety: a systematic review and meta-analysis. *NPJ Digital Medicine*, 2023; 6(1): 52.
23. Zhang Y, Ding Y, Chen X, Li Y, Li J, Hu X. Effectiveness of acceptance and commitment therapy on psychological flexibility, fatigue, sleep disturbance, and quality of life of patients with cancer: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Worldviews on Evidence-Based Nursing*, 2023
24. Ludyga S, Held S, Rappelt L, Donath L, Klatt S. A network meta-analysis comparing the effects of exercise and cognitive training on executive function in young and middle-aged adults. *European Journal of Sport Science*, 2023; 23(7): 1415-1425.
25. Pilkington PD, Younan R, Karantzas GC. Identifying the research priorities for schema therapy: A Delphi consensus study. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 2023; 30(2): 344-356.
26. Darabi M, Manavipour D, Mohammadi A. The effectiveness of the Mentalization -based program (mother and child) in children's behavioral problems. *journal of Adolescent and Youth Psychological Studies*, 2022;3(1): 303 - 3 1 4.
27. Stancliffe RJ, Wiese MY, Read S, Jeltres G, Clayton JM. Knowing, planning for and fearing death: Do adults with intellectual disability and disability staff differ? *Research in developmental disabilities*, 2016; 49: 47-59.
28. Volkert J, Hauschild S, Taubner S. Mentalization-based treatment for personality disorders: efficacy, effectiveness, and new developments. *Current Psychiatry Reports*, 2019; 21: 1-12.
29. Im S, Stavas J, Lee J, Mir Z, Hazlett-Stevens H, Caplovitz G. Does mindfulness-based intervention improve cognitive function? A meta-analysis of controlled studies. *Clinical Psychology Review*, 2021; 84: 101972.
30. Bressi C, Fronza S, Minacapelli E, Nocito EP, Dipasquale E, Magri L, Barone L. Short-term psychodynamic psychotherapy with mentalization-based techniques in major depressive disorder patients: Relationship among alexithymia, reflective functioning, and outcome variables—A pilot study. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 2017; 90(3): 299-313.
31. W Kanen J, Nazir R, Sedky K, K Pradhan B. The effects of mindfulness-based interventions on sleep disturbance: a meta-analysis. *Adolescent Psychiatry*, 2015; 5(2): 105-115.
32. Malda-Castillo J, Browne C, Perez-Algorta G. Mentalization-based treatment and its evidence-base status: A systematic literature review. *Psychology and Psychotherapy: theory, research and practice*, 2019; 92(4): 465-498.
33. Byrne G, Murphy S, Connon G. Mentalization-based treatments with children and families: A systematic review of the literature. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 2020; 25(4): 1022-1048.
34. Lippert MW, Sommer K, Flasiński T, Schomberg J, Pflug V, Christiansen H, Schneider S. Bochum Assessment of Avoidance-based Emotion Regulation for Children (BAER-C): Development and evaluation of a new instrument measuring anticipatory avoidance-based emotion regulation in anxiety eliciting situations. *Plos one*, 2023; 18(1): e0279658.
35. Dell'Aversana V, Tofani M, Valente D. Emotional Regulation Interventions on Developmental Course for Preterm Children: A Systematic Review of Randomized Control Trials. *Children*, 2023;10(3): 603.

36. vahedi H, eqbali A, rezaei R, bakhshi S. the effectiveness of emotion regulation training in improving social skills of elementary school students with oppositional defiant disorder. *journal of exceptional children empowerment*. 2021;12(3 (36)):42-52.
37. Gross JJ. Emotion regulation: Current status and future prospects. *Psychol. Inq.* 2015; 26: 1–26.
38. Gratz KL, Weiss NH, Tull MT. Examining emotion regulation as an outcome, mechanism, or target of psychological treatments. *Current Opinion Psychology*, 2015; 3: 85-90.
39. Aldao A, Jazaieri H, Goldin PR, Gross JJ, Adaptive and maladaptive emotion regulation strategies: interactive effects during CBT for social anxiety disorder. *J Anxiety Disord*, 2014; 28(4): 382-9.
40. Hasani J, Shahmoradifar T. Effectiveness of Emotion Regulation Training in Visual-Spatial and Verbal Working Memory Capacity. *North Khorasan University of Medical Sciences*, 2017; 9 (3) :317-323.
41. Salehi, Mina; and Golpour, Reza. (2017). Investigating the effectiveness of emotion regulation training on sleep quality and academic performance of students with test anxiety, 9th International Conference on Psychology and Social Sciences, Tehran.
42. Sheybani H, Mikaeili N, Narimani M. The Efficacy of Emotion Regulation Training on Stress, Anxiety, Depression and Irritability of the Students With Disruptive Mood Dysregulation Disorder. *IJPN*, 2018; 5 (6) :37-44
43. Hassani M , Eskandari H , Motamedi A , Borjali A. Developing and validation of mothers' emotional regulation training program and its effectiveness on the theory of mind ability of children aged 4 to 9 years. *Journal iranian political sociology*, 2022;5(9): 361-347
44. Hulsheger UR, Lang JW, Schewe AF, Zijlstra FR. When regulating emotions at work pays off: A diary and an intervention study on emotion regulation and customer tips in service jobs. *J Appl Psychol*, 2015; 100(2): 263-77.
45. Gall MD, Gall JP, Borg WR. Educational research, an introduction. Pearson Education Inc. Boston, 2003
46. Penny AM, Waschbusch DA, Klein RM, Corkum P, Eskes G. Developing a measure of sluggish cognitive tempo for children: content validity, factor structure, and reliability. *Psychological assessment*, 2009; 21(3): 380-389.
47. Khanjani Z, Mohammadi E, Shadbafi M. The Prediction of Children's Accident Proneness Based on Attention Deficit Hyperactivity Disorder and Sluggish Cognitive Tempo Symptoms: The Mediating Role of Sensitivity to Reward and Punishment. *J Child Ment Health* 2020; 7 (1) :44-56
48. Owens JA, Spirito A, McGuinn M. The Children's Sleep Habits Questionnaire (CSHQ): Psychometric properties of a survey instrument for school-aged children. *Sleep*, 2000;23: 1178-1184.
49. Shoghy, M. Khanjari S, F. Farmany, F. Hossaini. Parasomnias in school-age children. *IJN* 2005; 18 (41 and 42) :153-159
50. Sprafkin J, Gadow KD, Salisbury H, Schneider J, Loney J. Further evidence of reliability and validity of the Child Symptom Inventory-4: parent checklist in clinically referred boys. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 2002; 31(4): 513-524.
51. Vali-Allah F, Emamipour, S and Vakil-Qahani, F. (2011). Investigating the reliability, validity, and norming of the Children's Symptom Questionnaire on working children. *Psychological Research*, 3(11):47-57.
52. Midgely N, Ensink K, Lindqvist K, Malberg Nand Muller N. Mentalization-Based Therapy for Children: A Short-Term Approach. Translator: Seyed Mousavi P, Raisi F, Ebrahimi F. Publisher: Arjomand Publications. 2023.
53. Gross JJ, Thompson RA. Emotion regulation: conceptual foundations. In: Gross JJ, editor. *Handbook of emotion regulation*. New York, NY, US: The Guilford Press: 3–24, 2007;17.
54. Yung, T. W. Lai, C. Y. Chan, J. Y. Ng, S. S. & Chan, C. C. (2021). Examining the role of attention deficits in the social problems and withdrawn behavior of children with sluggish cognitive tempo symptoms. *Frontiers in Psychiatry*, 12, 585589.
55. Mayes, S. D. Calhoun, S. L. & Waschbusch, D. A. (2021). Relationship between sluggish cognitive tempo and sleep, psychological, somatic, and cognitive problems and impairment in children with autism and children with ADHD. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 26(2): 518-530.
56. Schlarb, A.A. (2013). *Kiss- Therapeuten manual: Das training fur kinder von 5 bis 10 jahren mit schlafstorungen* (Kiss treatment manual: treatment for children aged 5 to 10 years with sleep disorders.). Stuttgart, Germany: Kohlhammer verlag.

Original Article

Comparing the effectiveness of mindfulness-based intervention and cognitive emotion regulation on sleep problems and depressive symptoms in children with slow cognitive rhythm disorder

Received: 30/03/2025 - Accepted: 17/05/2025

Shiva Razi¹
Marziyeh Alivandi Vafa^{2*}
Behzad Shalchi³
Ali Naghi Aghdasi⁴

¹Department of Psychology, Ta.C.,
Islamic Azad University, Tabriz, Iran.

^{2*} Department of Psychology , Ta.C.,
Islamic Azad University , Tabriz ,Iran.
(Corresponding author)

³Department of Psychiatry, Research
Center of Psychiatry and Behavioral
Sciences, Tabriz University of Medical
Sciences, Tabriz, Iran.

⁴Department of Psychology, Ta.C.,
Islamic Azad University, Tabriz , Iran.

Corresponding author: Marziyeh
Alivandi Vafa, Department of
Psychology, Ta.C., Islamic Azad
University , Tabriz , Iran.

Email: dr.vafa@iau.ac.ir

Abstract

Introduction: The present study was conducted with the aim of determining the difference between the effectiveness of Mentalization and cognitive emotion regulation on sleep problems and depressive symptoms in children with Sluggish cognitive tempo. The research design was quasi-experimental with a pre-test-post-test design and follow-up with a control group. The statistical population included all male students with Sluggish cognitive tempo symptoms aged 9 to 11 years in public schools in Urmia in the academic year 1402-1403. Based on the inclusion and exclusion criteria, 45 people were selected through purposive sampling and randomly assigned to two experimental groups and a control group (15 people in the first experimental group, 15 people in the second experimental group, and 15 people in the control group). The instruments used in the study were the standard questionnaires Sluggish cognitive tempo by Penny et al., the questionnaire on children's sleep habits by Owens et al., and the depression subscale of the Children's Symptom Scale. After selecting the sample in the pre-test stage, the participants in the experimental and control groups responded to the research questionnaires. In the next stage, the first experimental group received Mentalization and the second experimental group received cognitive emotion regulation intervention, while the control group remained on the waiting list and did not receive any psychological intervention until the post-test. At the end of the training period, the participants in the experimental and control groups answered the research questionnaires again in the post-test stages, and in order to examine the stability of the effect of the interventions, a follow-up was conducted in the next three months. Data analysis was performed using the mixed analysis of variance method. The results showed that there was a significant difference between the dependent variable of sleep problems and depressive symptoms in the three stages of pre-test, post-test, and follow-up, and that the mean in the three stages of pre-test, post-test, and follow-up of the Mentalization and cognitive emotion regulation groups was different from the control group, which indicates the effectiveness and durability of Mentalization compared to the cognitive emotion regulation intervention on improving sleep problems and depressive symptoms.

Keywords: Mentalization, cognitive emotion regulation, sleep problems, depression symptoms, Sluggish cognitive tempo