Journal of Research in Behavioral Sciences

Year 2023, Volume 21, Issue 2

Comparison of the Effectiveness of Emotion Regulation Training and Compassion-Based Therapy on Psychological Symptoms and Risky Behavior in Children Labor

Zeinab Salakhpour[1], Mansour Sodani[2], Rezvan Homaei[3], Masoud Shahbazi[3]

1. Ph.D Student, Department of Counseling, Ahvaz Branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran.
2. (Corresponding author) * Professor, Department of Counseling, Shahid Chamran University of Ahvaz, Ahvaz, Iran.
3. Department of Psychology, Ahvaz branch, Islamic Azad University, Ahvaz, Iran.
4. Department of Counseling, Masjed Soleiman Branch, Islamic Azad University, Masjed Soleiman, Iran.

Abstract

Aim and Background: The purpose of this research is to compare the effectiveness of emotion regulation training and compassion-based therapy on psychological symptoms and risky behavior in working children.

Materials and Methods: The research method was semi-experimental with a pre-test, post-test design and control group. The statistical population of this research consisted of all the working children of Ahvaz city in 1400, and to collect data, 45 of the children were selected using a screening interview. They were selected in a purposeful way and after matching based on demographic characteristics in pairs and individuals and randomly assigned to 3 groups of 15 people, (experimental group with emotion regulation training (15 people), experimental group with compassion-based therapy) (15 people) and a control group (15 people) were assigned. At first, all participants completed the depression-anxiety-tension scale (Lavibond and Lavibond, 1995) and the risk-taking scale of Iranian adolescents (Zademohammadi et al., 2019), then the subjects The experimental groups were trained in emotion regulation and compassion-based therapy, while the subjects in the control group did not receive any intervention. After the interventions, all subjects completed the research questionnaires. To analyze the data, multivariate analysis of covariance and univariate analysis were used.

Findings: The results showed that emotion regulation training and compassion-based therapy are effective on psychological symptoms and risky behavior ($p \geq 0.05$) and as a result of these interventions can reduce psychological symptoms and behavior. Risky work in children. In addition, the results of follow-up tests showed that emotion regulation training had a greater effect on reducing risky behavior in working children compared to compassion-based treatment ($p \geq 0.05$).

Conclusion: It seems that both have the same effect on research variables; Although it has had a more lasting effect in the follow-up phase of emotion regulation training.

Keywords: Emotion Regulation Training, Compassion-Based Therapy, Psychological Symptoms, Risky Behavior, Working Children.

Citation: Salakhpour Z, Sodani M, Homaei R, Shahbazi M. **Comparison of the Effectiveness of Emotion Regulation Training and Compassion-Based Therapy on Psychological Symptoms and Risky Behavior in Children Labor**. Res Behav Sci 2023; 21(3): 485-500.

* **Mansour Sodani,**
Email: sodani_m@scu.ac.ir

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-12]

[DOI: 10.48305/21.3.485]

مقایسه اثربخشی آموزش تنظیم هیجان و درمان شفقت‌محور بر نشانگان روانشناختی و رفتار خطرپذیر در کودکان کار

زینب سلاخ‌پور[۱]، منصور سودانی[۲]، رضوان همائی[۳]، مسعود شهبازی[۳]

۱- دانشجوی دکتری، گروه مشاوره، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران.

۲- (نویسنده مسئول)* استاد، گروه مشاوره، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران.

۳- استادیار، گروه روان‌شناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران.

۴- استادیار، گروه مشاوره، واحد مسجدسلیمان، دانشگاه آزاد اسلامی، مسجدسلیمان، ایران.

چکیده

مقدمه و هدف: هدف از پژوهش حاضر، مقایسه اثربخشی آموزش تنظیم هیجان و درمان شفقت‌محور بر نشانگان روانشناختی و رفتار خطرپذیر در کودکان کار می باشد.

مواد و روش‌ها: روش پژوهش، نیمه آزمایشی بوده و از طرح پیش- آزمون- پس- آزمون با گروه کنترل استفاده شد. جامعه‌ی آماری این پژوهش را کلیه کودکان کار شهر اهواز در سال ۱۴۰۰ تشکیل داد که برای گردآوری اطلاعات از این جامعه، ۴۵ نفر از این کودکان (در فاصله سنی ۱۲ الی ۱۷) با استفاده از مصاحبه تشخیصی و شفاهی غربال‌گری و به صورت هدفمند انتخاب شدند و بعد از همسان سازی بر اساس ویژگی‌های جمعیت شناختی به روش زوج و فرد و به صورت گمارش تصادفی در ۳ گروه ۱۵ نفره، (گروه آزمایش با آموزش تنظیم هیجان (۱۵ نفر)، گروه آزمایش با درمان شفقت محور (۱۵ نفر) و گروه کنترل (۱۵ نفر) گمارده شدند. در ابتدا همه شرکت‌کنندگان مقیاس افسردگی-اضطراب- تنیدگی (لاویبوند و لاویبوند، ۱۹۹۵) و مقیاس خطرپذیری نوجوانان ایرانی (زاده‌محمدی و همکاران، ۱۳۹۰) را تکمیل نمودند سپس آزمودنی‌های گروه‌های آزمایش تحت آموزش تنظیم هیجان و درمان شفقت‌محور قرار گرفتند، درحالی آزمودنی‌های گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکردند. پس از اجرای مداخله ها بار دیگر همه آزمودنی‌ها پرسشنامه‌های پژوهش را تکمیل کردند. جهت تجزیه و تحلیل اطلاعات از روش تحلیل کوواریانس چندمتغیر و تک متغیری استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که آموزش تنظیم هیجان و درمان شفقت محور بر نشانگان روان‌شناختی و رفتار خطرپذیر مؤثر می باشد ($p\leq ۰/۰۵$) و در نتیجه این مداخله ها می‌تواند باعث کاهش نشانگان روان‌شناختی و رفتار خطرپذیر در کودکان کار گردند. به علاوه نتایج آزمون های تعقیبی نشان داد که آموزش تنظیم هیجان در مقایسه با درمان شفقت محور بر کاهش رفتار خطرپذیر در کودکان کار اثرگذاری بیشتری داشته است ($p\leq ۰/۰۵$).

نتیجه‌گیری: به نظر می‌رسد که هردو به یک اندازه بر متغیرهای پژوهش اثرگذار هستند؛ هرچند که در مرحله پیگیری آموزش تنظیم هیجان اثر ماندگارتری داشته است.

واژگان کلیدی: آموزش تنظیم هیجان، درمان شفقت‌محور، نشانگان روانشناختی، رفتار خطرپذیر، کودکان کار.

ارجاع: سلاخ‌پور زینب، سودانی منصور، همائی رضوان، شهبازی مسعود. **مقایسه اثربخشی آموزش تنظیم هیجان و درمان شفقت‌محور بر نشانگان روانشناختی و رفتار خطرپذیر در کودکان کار.** مجله تحقیقات علوم رفتاری ۱۴۰۲؛ ۲۱(۳): ۵۰۰-۴۸۵.

* **منصور سودانی،**

رایانامه: sodani_m@scu.ac.ir

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-12]

[DOI: 10.48305/21.3.485]

مقدمه

کار کودکان به عنوان یک پدیده همه‌گیر اقتصادی- اجتماعی در سطح جهانی مورد توجه است. امروزه بنا بر آمار بین‌المللی، میلیون‌ها کودک در سرتاسر جهان به خصوص در کشورهای توسعه نیافته و در حال توسعه به جای فراگیری علم و دانش، کودکی خود را فدای کار می‌کنند (۱). سازمان بین‌المللی کار[2] (۲) تخمین زده است که ۷۳ میلیون کودک در حال حاضر کودک کار هستند و به نظر می‌رسد این تعداد روز به روز در حال افزایش است. از نظر برنامه اطلاعات آماری و نظارت بر کار کودک سازمان بین المللی که مسئول پیگیری و بررسی کار کودک در سرتاسر جهان است، کودکان کار عبارتند از کودکان بین ۵ تا ۱۱ ساله که در هرگونه فعالیت اقتصادی شرکت می‌کنند، کودکان ۱۲ تا ۱۴ ساله‌ای که در کارهای خطرناک شرکت می‌کنند و کودکان ۱۵ تا ۱۸ ساله‌ای که در بدترین اشکال کار کودک شرکت می‌کنند (۳). کار کودکان در سنین پایین، پتانسیل، ارزش و جایگاه انسانی آن‌ها را محروم می‌کند، برای رشد جسمی و روانی آن‌ها مضر است و آن‌ها را ملزم به تلاش برای ترکیب حضور در مدرسه با کار بیش از حد طولانی و سنگین می‌کند. آنچه کودکان کار را از سایر کودکان متمایز می‌کند این است که به جای حضور در مکان‌های امن خانه یا مدرسه، وقت بیشتری را در محل کار خود در محیط ناامن و پرتنش می‌گذرانند (۴). به علاوه، کار طولانی‌مدت کودکان، تأثیر نامطلوبی بر تحصیل آن‌ها دارد و آن‌ها را از ادامه تحصیل وا می‌دارد (۵).

بررسی مطالعات پیشین دلالت بر این دارد که کار کودکان می‌تواند بر سلامت روان آن‌ها تأثیر بگذارد (۶) و از آن‌جا که سلامتی در بزرگ‌سالی به شدت تحت تأثیر شرایط کودکی است، کار کودکان ممکن است سلامت آن‌ها را به خطر بیندازد و اثرات مداوم آن را برای مدت طولانی برجای بگذارد. در طی دوران کودکی، مواجهه کودکان کار با تنش‌های محیط اجتماعی همچون تجربه احساس حقارت و ناکامی منجر به شکل‌گیری نشانگان روان‌شناختی همچون اضطراب، افسردگی و استرس در آن‌ها می‌شود و در نتیجه می‌تواند سلامت روان‌شناختی آن‌ها را تحت تأثیر قرار دهد (۷). مطالعات پیشین نشان داده‌اند که تجربه نشانگان روان شناختی تأثیر منفی بر عملکرد کودکان می‌گذارد و نیز موجب تجربه نتایج منفی از جمله کاهش عملکرد تحصیلی، پذیرش پایین و افزایش پرخاشگری می‌شود (۸). در سبب‌شناسی می‌توان گفت، تجربه ناکامی و احساس حقارت همراه دائمی کودکان کار است و خشم آن‌ها را نسبت به جامعه و افراد افزایش می‌دهد، بنابراین کودکان کار بیشتر از کودکان دیگر مستعد نشانگان تنش هستند (۹). بر این اساس به نظر می‌رسد که کودکان کار به دلیل تجارب دردناکی که در محیط کاری نامتناسب با سن خود دارند، هیجانات ناخوشایندی را تجربه می‌کنند که تأثیر ناخوشایندی بر سلامت روان‌شناختی آن‌ها دارد و آن‌ها را مستعد نشانگان روان‌شناختی می‌کند.

علاوه بر این، با توجه به اینکه کودکان کار در محیط‌های نامناسبی حضور دارند و عمدتاً زمان زیادی را با همسالان می‌گذرانند، بیشتر مستعد انجام رفتارهای هنجارشکن و بزهکارانه هستند (۱۰)، این مسئله می‌تواند تحت‌تأثیر مسائل بلوغ شدت یابد و کودک و نوجوانان را به انجام رفتار خطرپذیر تحریک کند، به طوری که اکثر پژوهش هایی که در این زمینه انجام شده، نشان داده‌اند که گرایش به رفتارهای بزهکارانه و خطرپذیر در کودکان کار در اوایل نوجوانی شدت می‌یابد (۱۱). رفتار خطرپذیر به رفتارهایی اطلاق می‌شود که احتمال پیامدهای منفی و مخرب جسمانی، روان‌شناختی و اجتماعی را برای فرد افزایش می‌دهد (۱۲). مطالعات گویای این است که بیشتر نوجوانان بزهکار از خانواده‌های سطح پایین اجتماعی- اقتصادی می‌باشند (۱۰)؛ بر این اساس به‌نظر می‌رسد که کودکان و نوجوانان کار که بیشتر در محیط بیرون از خانه هستند و حمایت کمتری از جانب والدین دریافت می‌کنند بیشتر در معرض آسیب‌های اجتماعی قرار گیرند. علاوه بر این برخی از دیدگاه‌ها (نظریه فشار اجتماعی) در زمینه جامعه‌شناسی اعتقاد بر این دارند که نوجوانان خانواده‌ها با طبقه اجتماعی و اقتصادی پایین خود را مُحّق می‌دانند و اعتقاد دارند که از سمت جامعه و مردم مورد ظلم و ستم قرار گرفته‌اند و برای انتقام‌جویی دست به بزهکاری می‌زنند. برخی از دیدگاه‌ها مثل نظریه یادگیری اجتماعی اعتقاد بر این دارند که تمایل به خطرپذیری و رفتارهای بزهکارانه در کودکان کار به دلیل الگوبرداری آن‌ها از یکدیگر جهت دست‌یابی به یک موقعیت بهتر در بین هم‌سالان است (۱۳)؛ بر این اساس به‌نظر می‌رسد که گرایش کودکان و نوجوانان به رفتارهای بزهکارانه و خطرپذیر تحت‌تأثیر عوامل متنوعی همچون فقدان حمایت و مراقبت والدین، فشار اجتماعی، الگوبرداری اجتماعی از همسالان منحرف و... می‌باشد.

2. international labor organization (ILO)

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-12]

[DOI: 10.48305/21.3.485]

با توجه به اهمیت آسیب‌های جسمانی و روان‌شناختی اشاره شده، لازم است تا روش‌هایی کارآمد و مطلوب برای مداخله و حل مشکلات آن‌ها بکار رود. از جمله درمان‌های روان‌شناختی که به‌طور معمول برای کودکان و نوجوانان استفاده می‌شود، آموزش تنظیم هیجان است (۱۴). مطالعات در مورد تأثیر تنظیم هیجان در بهزیستی افراد در دهه گذشته و تاثیر آن در مشکلات مرتبط با سلامت مانند افسردگی، اضطراب و توانایی انعطاف‌پذیری هیجانی حاکی از فقدان توانایی تنظیم هیجانات و در واقع فقدان یک منبع درونی خاص است (۱۵). از آن‌جایی که برخورداری از مهارت های تنظیم هیجان به منظور ادراکات هیجانی و برای کمک به دست‌یابی اهداف می‌تواند سلامت روان افراد را ارتقا بخشد (۱۶) و با توجه به این‌که می‌توان مدیریت هیجانات را به افراد آموخت (۱۷) و از بروز مشکلات مرتبط با آن جلوگیری کرد و نیز با توجه به پایداری تأثیرات آن در طول زمان (۱۸)، بنابراین آموزش تنظیم هیجان در قالب پروتکل‌های درمانی می‌تواند به عنوان یک منبع مهم مطرح شود. یکی از این مدل ها آموزش تنظیم هیجان مبتنی بر مدل فرآیندی گراس می‌باشد (۱۹). پروتکل آموزش تنظیم هیجان مبتنی بر مدل فرآیندی گراس (۲۰) توسط الن و همکاران (۲۱) تدوین شده و به شیوه گروهی اجرا می‌شود. در طول این جلسات مفاهیمی همچون: توضیح در مورد فرایند بیولوژیکی ایجاد هیجان و اثرگذاری هیجان بر کارکرد روزانه، آموزش راه هایی جهت افزایش تجربه های مثبت، آموزش راه های کاهش هیجانات منفی، توجه آگاهانه به هیجان فعلی، آموزش ارزیابی مجدد و ابراز هیجانات مثبت و منفی و آموزش تغییر هیجانات منفی از طریق عمل بر خلاف هیجان تجربه شده ارائه می‌شود. پژوهش‌هایی که در این زمینه صورت گرفته نشان داده اند که از طریق آموزش‌های تنظیم هیجان می‌توان مشکلات و نشانگان روان‌شناختی از جمله اضطراب و افسردگی (۲۲) سطح فشار عصبی و مشکلات روانشناختی (۱۹) و استرس (۲۳) را در افراد کاهش داد و فهم افراد را از مدیریت و بازشناسی هیجان‌ها (۲۴) و سازگای مثبت بالا برد، و پرخاش‌گری (۲۵) و رفتارهای خطرپذیر (۱۸) را در آنان کاهش داد.

از سوی دیگر، بررسی‌های اخیر نشان داده است که درمان‌های موج سوم رفتار درمانی تأثیرات قابل توجه‌ای بر انعطاف‌پذیری روان‌شناختی در شرایط غیرقابل تغییر دارند. اساس این درمان‌ها بر پذیرش، ذهن‌آگاهی، شفقت به خود و زندگی متعهدانه در مسیر ارزش‌هاست که به انسان معنا می‌دهد تا بتواند از مسیر پر پیچ و خم زندگی، که واقعیت غیرقابل انکار زندگی است، عبور کند (۲۶). بر این اساس به‌نظر می‌رسد، با توجه به شرایطی که کودکان و نوجوانان کار تجربه می‌کنند، این مدل‌های درمانی به ویژه درمان شفقت محور بتواند به آن‌ها در پذیرش شرایط و بالا بردن حس شفقت به خود کمک کند. درمان شفقت محور بر مفهوم اصلی خودشفقتی استوار است. نف (۲۷) خودشفقتی را به عنوان سازه‌ای سه مؤلفه‌ای شامل مهربانی به خود در مقابل قضاوت‌گری، اشتراک انسانی در مقابل انزوا و ذهن‌آگاهی در مقابل هم‌جوشی افراطی تعریف می‌کند. درمان شفقت‌محور درمانی چندوجهی می‌باشد که بر پایه طیف وسیعی از درمان‌های شناختی-رفتاری و سایر درمان‌ها و مداخلات بنا شده است. بنابراین بر توجه، استدلال، نشخوار ذهنی، رفتار، هیجان‌ها، انگیزه‌ها و تصویرسازی ذهنی تمرکز دارد (۲۸). اساس آموزش درمان شفقت محور (CFT) شامل مهربانی بنیادین همراه با آگاهی عمیق از رنج بردن خود و دیگر موجودات به همراه آرزو و تلاش برای تسکین آن است (۲۹). اصول پایه این درمان به موضوعاتی اشاره می‌کند که افکار، عوامل، تصاویر و رفتارهای تسکین بخش بیرونی باید درونی شوند و در این صورت، ذهن انسان همان‌گونه که نسبت به عوامل بیرونی واکنش نشان می‌دهد، در مواجهه با درونیات نیز آرام شود. افزون بر این در درمان شفقت محور، افراد می‌آموزند که از احساسات دردناک خود اجتناب نکرده و آن‌ها را سرکوب نکنند، بنابراین می‌توان در گام اول، تجربه خود را بشناسند و نسبت به آن احساس شفقت داشته باشند. در تمرین‌های خودشفقتی بر تن آرامی، ذهن آرام، شفقت به خود و ذهن آگاهی توجه می‌شود که نقش مؤثری در آرامش ذهن فرد، کاهش استرس و افکار خودآیند خواهد داشت (۳۰).

به طور کلی باید گفت رویکرد تنظیم هیجان گراس (۲۰) یک مدل آموزشی مبتنی بر این مفروضه می‌باشد که هیجانات قابل شناسایی و کنترل هستند. اما پیچیدگی‌ها و شرایط خاص کودکان و نوجوانان کار ایجاب می‌کند تا در انتخاب یک روش مداخله‌ای کارآمد، توجه به الگوهای علمی متفاوت و ملاحظات اجتماعی-فرهنگی مورد توجه قرار گیرد. اما در مقابل مداخلات روان‌شناختی موج سوم رفتار-درمانی همچون درمان شفقت محور اعتقاد بر این دارند که اساساً تفکر کنترل‌پذیری منبع همه اجتناب‌های هیجانی و رفتاری است و بر خلاف مداخلات درمانی پیشین، فرد را به سوی پذیرش، تجربه اینجا و اکنون و درک معنا و ارزش‌ها سوق می‌دهد. بر این اساس به نظر می‌رسد

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-12]

[DOI: 10.48305/21.3.485]

که با توجه به پیچیدگی‌هایی کـه در ایـن کودکـان و نوجوانـان وجود دارد، ارائه درمـان شـفقت‌محـور در کنـار آمـوزش تنظـیم هیجان، اثرات متفاوتی در طول زمان به دنبـال داشـته باشـد. از سوی دیگر پیشینه پژوهشی و دیگر مطالعات مرتبط نشان مـی-دهد که درمان شفقت محور و بخصوص آموزش تنظیم هیجـان بر مؤلفـه هـای مختلـف روان‌شـناختی در جامعـه هـای آمـاری گوناگون تأثیر معنادار دارد، اما نکته ای که در ایـن بـین مطـرح است، هیچ پژوهشی در ایران به بررسی مقایسه اثربخشی درمان شفقت محور و آموزش تنظیم هیجان بـر مؤلفـه‌هـای نشـانگان روانشناختی و رفتار خطرپذیر در جامعـه کودکـان کـار نپرداختـه است و خلاء مطالعاتی و فقر پژوهشی بزرگی در این حوزه وجود دارد. از این رو این پژوهش از این جهـت کـه بـه بررسـی ایـن موضوع می پردازد که از بین این دو رویکرد به عنـوان دو منبـع درونی و فردی کدام یک بهتر می‌توانند کودکان کار شهر اهـواز را به عنوان یک شـهر صـنعتی و مهـاجر پـذیر قـادر سـازند تـا نشانگان روان‌شناختی و رفتار خطرپذیر کمتری را تجربه نماینـد اهمیت بـالایی دارد. بنـابراین هـدف از ایـن پـژوهش، مقایسـه اثربخشی آمـوزش تنظـیم هیجـان و درمـان شـفقت محـور بـر نشانگان روان‌شناختی و رفتار خطرپذیر کودکان کار شـهر اهـواز می باشد.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر به روش آزمایشی با طرح پـیش‌آزمـون و پـس-آزمون با گروه کنترل می باشد. جامعـه آمـاری پـژوهش حاضـر شامل کلیه کودکان کار شهر اهواز می باشد کـه در سـال ۱۴۰۰ تحت نظر دو مرکز حمایتی-آموزشی کودک و خانواده گلشن آل طاها و مهرآفرینان بودند. برای گردآوری اطلاعات از این جامعـه آماری، ۴۵ نفر از این کودکان کار (در فاصله سـنی ۱۲ الـی ۱۷) که متقاضی و داوطلب شرکت در پـژوهش بودنـد بـا اسـتفاده از مصاحبه تشخیصی، مصاحبه شفاهی و بر اساس ملاک‌های ورود و خروج ذکر شده غربال‌گری و به صورت هدفمند انتخاب شدند و بعد از همسان سازی بر اساس ویژگی‌هـای جمعیـت شـناختی مانند سن، جنس به روش زوج و فرد به صورت گمارش تصادفی در ۳ گروه ۱۵ نفره، (گروه آزمایش با آموزش تنظیم هیجان (۱۵ نفر)، گروه آزمایش بـا درمـان شـفقت محـور (۱۵ نفـر) و گـروه کنترل (۱۵ نفر) گمارده شدند.

معیارهای ورود به پژوهش شامل رضایت آگاهانـه، علاقـه و رغبت افراد جهت شرکت در پژوهش، کـودک کـار بـودن، قـرار گرفتن در فاصله سنی ۱۲ الی ۱۷ سال، توانایی خواندن، نوشـتن و تکمیل فرم رضایت آگاهانه و عدم وجود نقص در کارکردهـای عصب شناختی، عدم بستری به خاطر مشکلات روان شناختی در ۶ ماه اخیر، و معیارهای خروج از پژوهش شامل غیبت بیش از ۲ جلسـه، دارا بـودن اخـتلال حـاد سـایکوتیک، ماننـد اخـتلالات اسکیزوفرنی، اختلال افسردگی عمده، اخـتلالات دو قطبـی و ... بنا به تشخیص متخصص مشاوره و مصـاحبه بـالینی بـه عمـل آمده، شرکت همزمان در درمان‌های دیگر، اعلام عدم تمایل بـه همراهی در حین اجرای پژوهش و دارا بودن اختلالات جسمانی مزمن و ممکن نبودن پیگیری فرد طـی مرحلـه مداخلـه بودنـد. ملاحظات اخلاقی در نظر گرفته شده در این پژوهش نیز شـامل کسب رضایت آگاهانه از شرکت کنندگان، محرمانه ماندن نـام و مشخصـات شـرکت کننـدگان و نیـز خـروج داوطلبانـه شـرکت کننـدگان از پـژوهش بـود. ابزارهـای پـژوهش شـامل مقیـاس افسردگی اضطراب تنیدگی و مقیاس خطرپذیری نوجوانان ایرانی بود.

الف: مقیاس افسردگی اضطراب تنیدگی: (DASS-21)

در پژوهش حاضر به‌منظور اندازه‌گیری نشانگان روانشناختی از مقیاس افسردگی، اضطراب و تنیدگی که توسط لاویبوند و لاویبوند (۱۹۹۵) تهیه شده است، استفاده گردید . این مقیاس ۲۱ ماده دارد و سه مؤلفه افسردگی، اضطراب و استرس را مورد سنجش قرار می‌دهد. هر یک از مولفه‌های این مقیاس از ۷ گویه تشکیل‌شده که در یک طیف لیکرت چهار درجه‌ای از صفر تا ۳ نمره‌گذاری می‌شود و نمره‌ی کل آن از ۰ تا ۲۱، متغیر است. لاویبوند و لاویبوند (۱۹۹۵) در پژوهش خود به منظور بررسی پایایی این مقیاس با روش بازآزمایی (آزمون-بازآزمون) و با فاصله زمانی دو ماهه، ضریب همبستگی بین نمرات دوبار اجرا را برای مؤلفه‌های افسردگی (۰/۸۵)، اضطراب (۰/۸۴)، استرس (۰/۸۷) و نمره کل مقیاس (۰/۸۵) به دست آوردند (۳۱). همچنین سازندگان این مقیاس به منظور بررسی روایی، همبستگی‌های بین هریک از مولفه های این مقیاس را با نمره کل مقیاس محاسبه کردند و نتایج نشان داد که مولفه های این مقیاس دارای همبستگی معنادار با نمره کل مقیاس دارند (۰/۵۴ تا ۰/۸۸). در ایران اصغری و همکاران (۳۲) این مقیاس را در میان یک نمونه غیربالینی (۳۷۸ نفر) بررسی کرده اند. بررسی

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-12]

[DOI: 10.48305/21.3.485]

روایی این مقیاس از طریق تحلیل عاملی نشان داد که در تحلیل عاملی اکتشافی، ۳ عامل (افسردگی، اضطراب و استرس) برای مقیاس نشانگان روان شناختی قابل استخراج است که تبیین-کننده حدود ۴۷ درصد از کل واریانس بود. هم‌چنین در این پژوهش تحلیل عامل تأییدی درستی عوامل استخراج شده را تأیید کرد. به علاوه، در پژوهش آن‌ها برای بررسی پایایی خرده مقیاس های این ابزار نیز از ضریب آلفای کرونباخ استفاده گردید و ضرایب آلفا برای خرده مقیاس‌های افسردگی، اضطراب و استرس به ترتیب ۰/۷۷، ۰/۷۴، ۰/۸۱ به دست آمد. در پژوهش حاضر برای بررسی پایایی نمره کل این مقیاس از روش آلفای کرونباخ استفاده شد و برای مؤلفه های افسردگی، اضطراب و استرس به ترتیب ضرایب ۰/۷۹ به دست آمد. که با توجه به ضرایب به دست آمده می توان نتیجه گرفت که این مقیاس از پایایی بالایی در پژوهش حاضر برخوردار است.

ب: مقیاس خطرپذیری نوجوانان ایرانی (IARS) :

در پژوهش حاضر جهت سنجش رفتار خطرپذیر از مقیاس مقیاس خطرپذیری نوجوانان ایرانی که توسط زاده‌محمدی، احمدآبادی و حیدری (۳۳) تهیه شده است، استفاده شد. این مقیاس ۳۸ سؤال دارد که به سوالات آن بر اساس طیف لیکرت ۵ درجه ای از (کاملاً مخالفم نمره: ۱ تا کاملاً موافقم نمره: ۵) پاسخ داده می‌شود. هدف از این مقیاس سنجش میزان خطرپذیری در نوجوانان از هفت بعد مختلف است؛ از جمله ۱- گرایش به مواد مخدر، ۲-گرایش به الکل، ۳-گرایش به سیگار، ۴-گرایش به خشونت، ۵- گرایش به رابطه و رفتار جنسی، ۶- گرایش به رابطه با جنس مخالف و ۷-گرایش به رانندگی خطرناک. حداقل امتیاز ممکن برای این پرسش‌نامه ۳۸ و حداکثر ۱۹۰ خواهد بود. در این مقیاس، نمره کسب شده بین ۳۸ تا ۷۶ نشان دهنده میزان خطرپذیری کم، نمره کسب شده بین ۷۶ تا ۱۱۴ نشان دهنده میزان خطرپذیری متوسط و نمره بیشتر از ۱۱۴، نشان دهنده میزان خطرپذیری زیاد از سوی فرد است (۳۴). زاده محمدی و همکاران (۱۳۹۰) به‌منظور بررسی روایی سازه و تأیید ساختار عاملی این مقیاس از روش تحلیل عامل به روش مؤلفه‌های اصلی با چرخش قائم استفاده کردند. تحلیل عاملی اکتشافی با مؤلفه‌های اصلی درستی عوامل استخراج شده را تأیید کرد و نتایج نشان داد که این ابزار، مقیاسی ۷ بعدی است که ۶۴/۸۴ درصد واریانس خطرپذیری را در نوجوانان تبیین می‌کند. هم‌چنین روایی محتوایی این مقیاس و مولفه های آن نیز مورد تأیید متخصصان قرار گرفت. به‌علاوه، در پژوهش این محققان برای بررسی پایایی هر یک از خرده‌مقیاس ها از ضریب آلفای کرونباخ استفاده گردید و ضرایب آلفا برای نمره کل این مقیاس ۸۴٪ و برای خرده مقیاس‌های آن در دامنه ۰/۷۴ تا ۰/۹۳ قرار داشت (۳۴). در تحقیقی دیگر نیز رمضان‌زاده و همکاران (۱۳۹۳) ضریب پایایی این مقیاس را ۰/۷۸ گزارش نموده‌اند (۳۵). در پژوهش حاضر نیز برای بررسی پایایی نمره کل این مقیاس از روش آلفای کرونباخ استفاده شد و با توجه به ضریب به دست آمده (۰/۷۵) می توان نتیجه گرفت که این مقیاس از پایایی مطلوبی در پژوهش حاضر برخوردار است.

آموزش تنظیم هیجان: جلسات آموزش تنظیم هیجان، در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای به صورت هفتگی بر مبنای مراحل ارائه شده توسط گراس (۲۰) به صورت گروهی ارائه شد.

خلاصه بسته آموزشی تنظیم هیجان بر اساس مدل گراس (۲۰۰۲).

جلسه اول. آشنایی. ۱) آشنایی اعضای گروه با یکدیگر و شروع رابطه متقابل رهبر گروه مشاوره و اعضا ۲) هداف اصلی و فرعی گروه و گفتگوی اعضا راجع به اهداف شخصی و جمعی ۳) بیان منطق و مراحل مداخله ۴) بیان چارچوب و قواعد شرکت در گروه

جلسه دوم. ارائه آموزش هیجانی. شناخت هیجان و موقعیت های برانگیزاننده از طریق آموزش تفاوت عملکرد انواع هیجان ها اطلاعات راجع به ابعاد مختلف هیجان و اثرات کوتاه مدت و دراز مدت هیجان ها

جلسه سوم. ارزیابی میزان آسیب پذیری و مهارت های هیجانی اعضا ۱) خود- ارزیابی با هدف شناخت تجربه های هیجانی خود ۲) خود- ارزیابی با هدف شناسایی میزان آسیب پذیری هیجانی در فرد ۳) خود- ارزیابی با هدف شناسایی راهبردهای تنظیمی

جلسه چهارم. ایجاد تغییر در موقعیت برانگیزاننده ی هیجان. ۱) جلوگیری از انزوای اجتماعی و اجتناب ۲) آموزش راهبرد حل مسئله ۳) آموزش مهارت های بین فردی (گفتگو، اظهار وجود و حل تعارض)

جلسه پنجم. تغییر توجه. ۱) متوقف کردن نشخوار فکری و نگرانی ۲) آموزش توجه

جلسه ششم. تغییر ارزیابی های شناختی. ۱) شناسایی ارزیابی های غلط و اثرات آن‌ها روی حالت های هیجانی ۲) آموزش راهبرد بازارزیابی

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-12]

[DOI: 10.48305/21.3.485]

تکلیف: تکمیل لیست ارزیابی های غلط، شناسایی این ارزیابی ها و پیامدهای هیجانی آن و تمرین راهبرد در ارزیابی "

جلسه هفتم. تغییر پیامدهای رفتاری و فیزیولوژیکی هیجان ۱) شناسایی میزان و نحوه ی استفاده از راهبرد بازداری و بررسی پیامدهای هیجانی آن ۲) مواجهه ۳) آموزش ابراز هیجان ۴) اصلاح رفتار از طریق تغییر تقویت کننده های محیطی ۵) آموزش تخلیه هیجان آرمیدگی و عمل معکوس

جلسه هشتم. ارزیابی مجدد و رفع موانع کاربرد. ۱) ارزیابی میزان نیل به اهداف فردی و گروهی ۲) کاربرد مهارت های آموخته شده در محیط های طبیعی خارج از جلسه ۳) بررسی و رفع موانع انجام تکالیف

درمان شفقت محور: جلسات درمان شفقت محور، در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای به صورت هفتگی بر مبنای مراحل ارائه شده توسط مدل گیلبرت (۲۸) به صورت گروهی ارائه شد.

خلاصه بسته درمان شفقت محور گیلبرت (۲۰۰۹).

جلسه اول. آشنایی و بیان قواعد جلسات و مشکل فعلی معرفی و برقراری ارتباط و ایجاد رابطه حسنه و اتحاد درمانی و شرح قوانین گروه. ۱) تعیین هدف و فرمول بندی مراجع ۲) گوش سپردن به روایت های افراد و همدلی اعضا با یکدیگر (آموزش همدلی) ۳) توضیح در خصوص شفقت به خود و عناصر آن ۴) توصیف مختصری در خصوص کمرویی و خودناتوان سازی – تحصیلی. تکلیف: تمرین تنفس آرام بخش به کودکان

جلسه دوم. معرفی شفقت به خود و خود انتقادی. مرور جلسه قبل و بررسی نوع برخورد اعضا با خود (سبک انتقادگر و با شفقت گرا) ۱) تعریف خود انتقادی و علل و پیامدهای آن ۲) تعریف شفقت. تکلیف: پاسخ به این سؤال که چقدر به خودتان شفقت ورز هستید؟

جلسه سوم. معرفی ویژگی‌ها و مهارت های شفقت به خود و چگونگی تأثیرگذاری آن بر حالات روانی فرد ۱) بررسی تکلیف و مرور جلسه قبل؛ شفقت به خود چیست؟ ۲) بررسی ویژگی‌ها و مهارت‌های آن و چگونگی تأثیرگذاری بر حالات روانی فرد ۳) معرفی سه سیستم تنظیم هیجانی و نحوه تعامل با آن‌ها. تکلیف: شناسایی افکار و رفتار خودانتقادگر

جلسه چهارم. معرفی تصویر سازی ذهنی ۱) بررسی تکلیف و مرور جلسه قبل معرفی تصویرپردازی ذهنی و منطق آن ۲) آموزش تمرین تصویر پردازی و اجرای آن در گروه (تصور رنگ، مکان و ویژگی‌های شفقت گر). تکلیف: تمرین تصویر سازی ذهنی

جلسه پنجم. پرورش خود شفقت ورز و معرفی مفاهیم خرد، توانایی، گرمی و مسئولیت پذیری ۱) بررسی تکلیف و مرور جلسه ی قبل؛ ۲) پرورش خودشفقت ورز و معرفی مفاهیم: خرد، توانایی، گرمی و مسئولیت –پذیری در ایجاد شفقت ۳) آموزش نحوه ی تصویر پردازی در مورد خودشفقت ورز. تکلیف: تصویر پردازی ذهنی خود شفقت ورز

جلسه ششم. آموزش نامه نگاری شفقت‌ورز ۱) بررسی تکلیف و مرور جلسه ی قبل ۲) آموزش نامه نگاری شفقت ورز. تکلیف: تصور کنید خود شفقت ورزتان به شما نامه ای می نویسد، مکالمه را تجسم کرده و آن را یادداشت کنید

جلسه هفتم. توضیح ترس از شفقت به خود و شناسایی افکار ممانعت کننده از پرورش شفقت به خود ۱) بررسی تکلیف و مرور جلسه ی قبل ۲) ترس از شفقت به خود ۳) شناسایی افکار ممانعت از پرورش شفقت به خود و کاربر روی آنها. تکلیف: تمرکز بر موانع موجود در پرورش شفقت به خود و تمرین شفقت نسبت به آنها

جلسه هشتم. جمع بندی مفاهیم بررسی شده در جلسات ۱) بررسی تکلیف و مرور جلسه قبل ۲) جمع بندی مفاهیم بررسی شده در جلسات ۳) درخواست از اعضا برای توضیح دست آوردهایشان از گروه. تکلیف: ادامه به تمرین های تصویرپردازی

روش‌های آماری.

پس از کسب اطمینان از طبیعی بودن توزیع داده‌های وزنی با آزمون شاپیرو ویلک، برای بررسی تجانس واریانس‌ها از آزمون لِون استفاده شد. سپس از تحلیل کوواریانس چندمتغیر و تک متغیری استفاده شد. تمام عملیات آماری پژوهش با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۵ و سطح معنی‌داری P<۰/۰۵ در نظر گرفته خواهد شد.

یافته‌ها

میانگین و انحراف معیار نمره متغیرهای پژوهش در گروه آموزش تنظیم هیجان، گروه درمان شفقت محور و گروه کنترل در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون در جدول ۱ درج شده‌اند.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-12]

[DOI: 10.48305/21.3.485]

جدول ۱. یافته‌های توصیفی متغیرهای پژوهش

متغیر	آماره	گروه					
		گروه آموزش تنظیم هیجان		گروه درمان شفقت محور		گروه کنترل	
		پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	پس‌آزمون
نشانگان روانشناختی	میانگین	۵۰/۴۶	۳۴/۳۱	۵۰/۰۸	۳۳/۶۹	۴۹/۵۴	۴۵/۹۲
	انحراف معیار	۴/۸۲	۳/۹۹	۳/۹۷	۲/۹۳	۳/۷۸	۳/۸۶
رفتار خطرپذیر	میانگین	۱۳۱/۲۱	۱۱۳/۶۴	۱۲۹/۴۶	۱۱۷/۰۰	۱۲۸/۴۳	۱۲۷/۰۰
	انحراف معیار	۶/۲۲	۵/۹۳	۳/۸۶	۶/۳۳	۴/۵۰	۵/۸۲

همان‌طور که در جدول ۱ مشاهده می‌شود، میانگین نمره‌های نشانگان روانشناختی در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون در گروه آموزش تنظیم هیجان به ترتیب (۵۰/۴۶ و ۳۴/۳۱)، در گروه درمان شفقت محور (۵۰/۰۸ و ۳۳/۶۹) و در گروه کنترل (۴۹/۵۴ و ۴۵/۹۲)، و رفتار خطرپذیر در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون در گروه آموزش تنظیم هیجان به ترتیب (۱۳۱/۲۱ و ۱۱۳/۶۴)، در گروه درمان شفقت محور (۱۲۹/۴۶ و ۱۱۷/۰۰) و در گروه کنترل (۱۲۸/۴۳ و ۱۲۷/۰۰) است. برای بررسی و مقایسه اثربخشی آموزش تنظیم هیجان و درمان شفقت محور بر نشانگان روان‌شناختی و رفتار خطرپذیر کودکان کار شهر اهواز، ابتدا یک تحلیل کوواریانس چندمتغیری (مانکووا) روی داده‌ها انجام گرفت. نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری در جدول ۲ آمده است.

جدول ۲. نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری برای مقایسه پس‌آزمون متغیرهای وابسته در دو گروه

اثر	آزمون	ارزش	F	df فرضیه	df خطا	سطح معنی‌داری	اندازه اثر
گروه	اثر پیلایی	۱/۱۵۵	۲۳/۲۳۵	۴	۶۸	۰/۰۰۱	۰/۵۷۷
	لمبدای ویلکز	۰/۰۶۵	۴۸/۱۴۸	۴	۶۶	۰/۰۰۱	۰/۷۴۵
	اثر هتلینگ	۱۰/۹۷۲	۸۷/۷۷۹	۴	۶۴	۰/۰۰۱	۰/۸۴۶
	بزرگترین ریشه روی	۱۰/۶۵۵	۱۸۱/۱۴۰	۲	۳۴	۰/۰۰۱	۰/۹۱۴

همان‌طور که نتایج مندرج در جدول ۲ نشان می‌دهد، در مرحله پس‌آزمون بین گروه آموزش تنظیم هیجان، گروه درمان شفقت محور و گروه کنترل از لحاظ حداقل یکی از متغیرهای وابسته (نشانگان روان‌شناختی و رفتار خطرپذیر)، تفاوت معنی‌داری وجود دارد (F=۴۸/۱۴۸ و P<۰/۰۰۱). به منظور بررسی نقطه این تفاوت، تحلیل کوواریانس تک متغیری در متن مانکووا روی نمره‌های نشانگان روان‌شناختی و رفتار خطرپذیر انجام شد که نتایج آن در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳. نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیره برای بررسی تفاوت پس‌آزمون متغیرهای وابسته در گروه‌های آزمایش و کنترل

منبع شاخص‌ها	SS	df	MS	F	*p*	اندازه اثر
نشانگان روانشناختی	۱۳۰۱/۸۶۸	۲	۶۵۰/۹۳۴	۱۵۰/۶۷۲	۰/۰۰۱	۰/۸۹۹
رفتار خطرپذیر	۱۷۳۵/۷۷۸	۲	۸۶۷/۸۸۹	۵۲/۸۹۸	۰/۰۰۱	۰/۷۵۷

همان‌طور که نتایج مندرج در جدول ۳ نشان می‌دهد، نسبت F تحلیل کوواریانس تک متغیری برای متغیر نشانگان روانشناختی (F=۱۵۰/۶۷۲ و P<۰/۰۰۱) به دست آمد. این یافته نشان می‌دهد که بین گروه آموزش تنظیم هیجان، گروه درمان شفقت محور و گروه کنترل از لحاظ نشانگان روان‌شناختی تفاوت وجود دارد. به منظور بررسی دقیق‌تر این تفاوت در گروه‌های آزمایش و گروه کنترل از آزمون تعقیبی بن‌فرونی استفاده گردید. جدول ۴ نتایج آزمون تعقیبی بن فرونی برای

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-12]

[DOI: 10.48305/21.3.485]

مقایسه میانگین‌های تعدیل یافته متغیر نشانگان روان‌شناختی در گروه آموزش تنظیم هیجان، گروه درمان شفقت محور و گروه کنترل را نشان می‌دهد.

جدول ٤. نتایج آزمون تعقیبی بن فرونی برای مقایسه میانگین تعدیل یافته نشانگان روانشناختی گروه‌های آزمایش و گروه کنترل

متغیر	گروه‌های مورد مقایسه	میانگین‌های تعدیل یافته	تفاوت میاگین‌ها	خطای معیار	p
نشانگان روانشناختی	آموزش تنظیم هیجان - کنترل	۳۴/۰۴۸–۴۶/۲۳۱	-۱۲/۱۸۳	۰/۸۳۰	۰/۰۰۱
	درمان شفقت محور– کنترل	۳۳/۶۴۴–۴۶/۲۳۱	-۱۲/۵۸۸	۰/۸۱۷	۰/۰۰۱
	آموزش تنظیم هیجان - درمان شفقت محور	۳۴/۰۴۸–۳۳/۶۴۴	۰/۴۰۴	۰/۸۲۲	۰/۹۹۹

همان‌طور که نتایج مندرج در جدول ۴ نشان می‌دهد، تفاوت بین میانگین تعدیل یافته گروه درمان آموزش تنظیم هیجان و گروه کنترل از لحاظ نشانگان روانشناختی برابر با ۱۲/۱۸۳- می‌باشد که در سطح ۰/۰۰۱ قرار دارد و از لحاظ آماری معنی‌دار است. همچنین تفاوت بین میانگین تعدیل یافته گروه درمان شفقت محور و گروه کنترل از لحاظ نشانگان روانشناختی برابر با ۱۲/۵۸۸- می‌باشد که در سطح ۰/۰۰۱ قرار دارد و از لحاظ آماری معنی‌دار است. علاوه بر این، تفاوت بین میانگین تعدیل یافته گروه آموزش تنظیم هیجان و گروه درمان شفقت محور از لحاظ نشانگان روانشناختی برابر با ۰/۴۰۴ می‌باشد که در سطح ۰/۹۹۹ قرار دارد و از لحاظ آماری غیرمعنی‌دار است. بنابراین بین گروه آموزش تنظیم هیجان و گروه درمان شفقت محور از لحاظ اثرگذاری بر نشانگان روانشناختی تفاوت معنی‌داری وجود ندارد. همچنین همان‌طور که نتایج مندرج در جدول ۵ نشان می‌دهد، نسبت F تحلیل کوواریانس تک متغیری برای متغیر رفتار خطرپذیر (F=۵۲/۸۹۸ و P<۰/۰۰۱) به دست آمد. این یافته نشان می‌دهد که بین گروه آموزش تنظیم هیجان، گروه درمان شفقت محور و گروه کنترل از لحاظ رفتار خطرپذیر تفاوت وجود دارد. به منظور بررسی دقیق‌تر این تفاوت در گروه‌های آزمایش و گروه کنترل از آزمون تعقیبی بن‌فرونی استفاده گردید. جدول ۵ نتایج آزمون تعقیبی بن فرونی برای مقایسه میانگین‌های تعدیل یافته متغیر رفتار خطرپذیر در گروه آموزش تنظیم هیجان، گروه درمان شفقت محور و گروه کنترل را نشان می‌دهد.

جدول ۵. نتایج آزمون تعقیبی بن فرونی برای مقایسه میانگین تعدیل یافته رفتار خطرپذیر گروه‌های آزمایش و گروه کنترل

متغیر	گروه‌های مورد مقایسه	میانگین‌های تعدیل یافته	تفاوت میاگین‌ها	خطای معیار	p
رفتار خطرپذیر	آموزش تنظیم هیجان - کنترل	۱۱۱/۸۸۷–۱۲۸/۱۷۱	-۱۶/۲۸۳	۱/۶۱۸	۰/۰۰۱
	درمان شفقت محور – کنترل	۱۱۷/۱۷۳–۱۲۸/۱۷۱	-۱۰/۹۹۸	۱/۵۹۳	۰/۰۰۱
	آموزش تنظیم هیجان - درمان شفقت محور	۱۱۱/۸۸۷–۱۱۷/۱۷۳	-۵/۲۸۵	۱/۶۰۱	۰/۰۰۷

همان‌طور که نتایج مندرج در جدول ۵ نشان می‌دهد، تفاوت بین میانگین تعدیل یافته گروه درمان آموزش تنظیم هیجان و گروه کنترل از لحاظ رفتار خطرپذیر برابر با ۱۶/۲۸۳- می‌باشد که در سطح ۰/۰۰۱ قرار دارد و از لحاظ آماری معنی‌دار است. همچنین تفاوت بین میانگین تعدیل یافته گروه درمان شفقت محور و گروه کنترل از لحاظ رفتار خطرپذیر برابر با ۱۰/۹۹۸- می‌باشد که در سطح ۰/۰۰۱ قرار دارد و از لحاظ آماری معنی‌دار است. علاوه بر این، تفاوت بین میانگین تعدیل یافته گروه آموزش تنظیم هیجان و گروه درمان شفقت محور از لحاظ رفتار خطرپذیر برابر با ۵/۲۸۵- می‌باشد که در سطح ۰/۰۰۷ قرار دارد و از لحاظ آماری معنی‌دار است و نشان دهنده این می‌باشد که آموزش تنظیم هیجان در مقایسه با درمان شفقت محور بر رفتار خطرپذیر تأثیر بیشتری داشته است

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی آموزش تنظیم هیجان و درمان شفقت‌محور بر نشانگان روانشناختی و رفتار خطرپذیر در کودکان کار انجام گردید. همان‌طور که نتایج نشان داد، تفاوت بین میانگین تعدیل یافته گروه درمان آموزش تنظیم هیجان و گروه کنترل از لحاظ نشانگان روان شناختی (افسردگی–

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-12]

[DOI: 10.48305/21.3.485]

اضطراب–افسردگی) معنی‌دار است و نشان دهنده این است که آموزش تنظیم هیجان اثرگذار بوده و موجب کاهش نشانگان روان شناختی در کودکان کار شده است. نتایج حاصل از این یافته به طور کلی با نتایج به دست آمده از پژوهش‌های برهیل و همکاران (۳۶)، هیکی و همکاران (۳۷) گولدین و گروس (۳۸) مطابقت و همسویی دارد. در تبیین این یافته باید گفت که افراد مبتلا به نشانگان روان شناختی در بیشتر مواقع راهبردهایی از قبیل سرزنش خود، نشخوار فکری و فاجعه‌انگاری که بیشتر با مشکلات هیجانی مربوط هستند را به کار می گیرند (۳۹) که در آموزش های تنظیم هیجان روی کاهش و تعدیل این هیجانات منفی و تغییر راهبردهای اشتباه تمرکز و تلاش می شود. آموزش های تنظیم هیجان می‌تواند با آگاه نمودن فرد از هیجانات مثبت و منفی، پذیرش هیجان ها، ابراز به موقع آن‌ها و نیز ارزیابی مجدد مثبت، نقش مهمی در قضاوت و ادراک مثبت از خویش و شرایط و در ادامه کاهش نشانگان جسمانی و هیجانی و نیز اختلال در عملکرد اجتماعی که با نشانگان روان از جمله افسردگی مرتبط هستند، داشته باشد (۴۰). همچنین یکی از مهم ترین مهارت هایی که در این رویکرد آموزش داده می شود این است که فرد ترغیب شود به ارتقای فعالیت‌های رفتاری گذشته تمرکز داشته باشد و شیوه صحیح برخورد با مشکلات رفتاری و هیجانی را فرا گیرد (۴۱). به علاوه در خصوص اثربخشی این متد آموزشی روی کاهش اضطراب به عنوان یکی دیگر از مهم ترین نشانگان روان شناختی می‌توان اظهار داشت که در روش های آموزش تنظیم هیجان و جلسات درمانی این رویکرد، موضوعاتی مانند ابراز هیجان، تنظیم و ارزیابی مجدد هیجان ها مدنظر قرار می‌گیرد و به افراد آموزش داده می شود. فراگیری مهارت های این شیوه آموزشی زمینه تولید پاسخ‌های منعطف نسبت به تجربه‌های هیجانی شدید مثل اضطراب، تشویش، خشم و غم را فراهم می کند. از آنجا که تنظیم هیجان تأثیر بسزایی در فرایندهای هیجانی فرد دارد، به افرادی که از لحاظ هیجانی آسیب‌پذیر هستند مانند کودکان کار، اجازه می دهد که در زمان و مکان کنونی باشند و در نتیجه به جای آن‌که واکنشی بیش از حد و اضطرابی به موقعیت نشان دهند، درک عینی‌تری از میزان تهدید به دست آورند (۴۱). به علاوه آموزش تنظیم هیجان باعث می‌شود که کودکان کار به واسطه کاهش اضطراب‌های روزمره بتوانند با دیگران رابطه سالم‌تری برقرار سازند؛ چرا که توانایی برقراری یک رابطه خوب توأم با کنترل عواطف، باعث می‌شود که این کودکان بتوانند به شیوه‌ی مطلوب‌تری نیازهای خود و دیگران را درک نموده و به همین نسبت به شیوه‌ی مطلوب‌تری نیز پاسخ‌گوی نیازهای ویژه اطرافیان خود باشند. از سوی دیگر باید گفت کودکان و نوجوانانی که در توجه به داده‌های هیجانی، ادراک صحیح آن‌ها، پردازش درست و مدیریت مطلوب هیجان‌ها در بطن رویارویی با موقعیت‌ها و مشکلات روزمره‌ی زندگی با دشواری‌هایی روبه‌رو هستند، در رویارویی با موقعیت‌های استرس‌زای زندگی، توانایی تحلیل، تصمیم‌گیری و انتخاب رفتار صحیح را از دست داده و دچار استرس می‌شوند و چنانچه با انجام مداخلات روی تنظیم هیجان بتوان به این افراد کمک کرد این هیجانات را در رویارویی با مشکلات و موقعیت‌ها به نحو صحیح مدیریت کنند، استرس آن‌ها کاهش پیدا کرده و در نتیجه از عهده‌ی مدیریت صحیح موقعیت برخواهند آمد (۴۲). با مدیریت هیجان ها و یادگیری فنون مدیریت و تنظیم هیجان ها می توان سازگاری بیشتر و پاسخ های بهتری به رویدادهای استرس زای زندگی داد. سازوکارهای تنظیم هیجانی و یادگیری فنون آن در رویکردهای تنظیم هیجان از جمله رویکرد گراس سبب می‌گردد کودکان افکار خودکار و ناخوداگاه خود را شناسایی کرده و آن‌ها را مدیریت کند که این موضوع سبب فهم بیشتر و کاهش فشار و استرس آن ها می‌گردد. در واقع آگاهی هیجانی و وقوف بر تعارض‌ها، افزایش مهارت مدیریت و کنترل استرس را به همراه خواهد داشت. استرس دارای بعد شناختی و فیزیولوژیک است و تمریناتی که در طول جلسات آموزش تنظیم هیجان داده می شود، نظیر بررسی، تعدیل و تجدیدنظر در پاسخ های انجام شده، می‌تواند توجیه‌کننده کاهش علایم فیزیولوژیک استرس شرکت–کنندگان باشد. همین‌طور تمرینات شناختی نظیر شناسایی ارزیابی‌های غلط و اثرات آن‌ها روی حالت‌های هیجانی و آموزش راهبردهای باز ارزیابی که در جریان آموزش تنظیم هیجان به شرکت‌کنندگان آموزش و ارائه می شود، می‌تواند بر بعد شناختی استرس تأثیر داشته باشد و موجب کاهش آن شود. به همین دلیل می توان گفت تکنیک ها و مهارت های آموزش داده شده در این رویکرد می تواند در کاهش استرس کودکان کار به عنوان یکی دیگر از مهم ترین نشانگان روان شناختی اثر بسزایی داشته باشد.

همچنین همان‌طور که نتایج نشان داد، تفاوت بین میانگین تعدیل یافته گروه درمان شفقت‌محور و گروه کنترل از لحاظ نشانگان روان شناختی معنی‌دار است و این نتیجه نشان دهنده این است که این درمان در کاهش نشانگان روان شناختی در

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-12]

[DOI: 10.48305/21.3.485]

کودکان کار اثر معناداری داشته است. این یافته با نتایج پژوهش‌های انجام شده توسط ناواروجیل و همکاران (۲۹)، آلبرتسون و همکاران (۴۳) و یارنل و نف (۴۴) مطابقت و همسویی دارد. در تبیین این یافته باید گفت فرایندهای اصلی درمان شفقت محور به این موضوع اشاره می‌کند که افکار، عوامل، تصاویر و رفتارهای تسکین‌بخش بیرونی باید درونی شوند و در این صورت، ذهن انسان همان‌گونه که نسبت به عوامل بیرونی واکنش نشان می‌دهد، در مواجهه با این درونیات نیز، آرام شود و کمتر هیجانات، افکار منفی را نشان دهد (۴۵). افزون بر آن، در درمان متمرکز بر شفقت افراد می‌آموزند که از احساسات دردناک خود اجتناب نکرده و آن‌ها را سرکوب نکنند، بنابراین می‌توانند در گام اول، تجربه خود را بشناسند و نسبت به آن احساس خوددوستی داشته باشند (۴۶). همچنین این مدل درمانی بر حساسیت به وجود رنج در خود و دیگران، مهربان بودن با خود و داشتن توجه مهربانانه با خود، استدلال مهربانانه به جای استدلال منطقی و صحبت با خود با جملات مثبت و نه انتقادی و در کل پذیرفتن رنجی که فرد می‌برد و ارتباط برقرار کردن با آن بدون داشتن احساس شرمندگی و ضعف، تاکید دارد. درمان شفقت‌محور در پی این است که فرد راهبرهای مثل حساسیت توأم با توجه، انگیزه مراقبت، همدردی، همدلی، تحمل پریشانی و داشتن دیدگاه غیرقضاوتی را فرا گیرد و این روش درمانی بر آزادسازی افراد از تله‌های ذهنی تأکید می‌کند. در این رویکرد افراد پس از سپری کردن جلسات یاد می گیرند با تقویت خود مهربانی به شجاعت و خرد لازم جهت کار با جنبه‌های دشوار ذهن مثل خشم، نگرانی، تشویش و اضطراب دست یابند. این مهربانی و دلسوزی کردن با خود سبب ترشح هورمون اکسی توسین می‌شود که این هورمون از میزان ترس و اضطراب می‌کاهد و می‌تواند از فشار خون کم کند و کورتیزول را که با استرس رابطه دارد را کاهش دهد (۴۷). به علاوه درمان شفقت–محور بسیاری از تکنیک‌ها و فنون کاربردی را آموزش می‌دهد که می تواند در کاهش استرس افراد موثر واقع شود از جمله آموزش تنفس، ذهن‌آگاهی و تصویرسازی. دیگر این که در این درمان خودمهربانی به منظور تقویت شجاعت افراد جهت مواجهه با جنبه‌های دشوار و تاریک ذهن پرورش می‌یابد که این خود به کاهش فشار و کمک به افراد در جهت کاهش فشار روانی در موقعیت های مختلف کمک زیادی می کند. پس از سپری کردن جلسات درمان شفقت محور، کودکان و نوجوانان، از مهارت‌های مقابله‌ای و هیجانی بیشتری برخوردار می شوند و در بازسازی خلقی حالات هیجانی منفی و ایجاد تمایز میان احساساتشان توان‌مندتر عمل می کنند (۴۴). به طور کلی با آموزش ها و مهارت هایی که کودکان و نوجوانان در جلسات مدل درمانی شفقت محور فرا می گیرند از جمله یادگیری واکنش‌های دقیق‌تر بر پایه‌ی عملکرد واقعی خود، مقایسه های اجتماعی بهتر، پذیرش مسئولیت و در نظر گرفتن احتمال بروز اشتباه و خطا برای همه افراد و سایر راهبردها، به مرور در شرایط و موقعیت های مختلف و در رویارویی با وقایع چالش برانگیز، منفی و دشوار، رفتار سهل گیرانه تری نسبت به خود پیدا می کنند، همچنین خودتخریبی، خودانتقادی و نشخوار فکری کمتری را از خود نشان می دهند که این توانایی ها و مهارت ها در نتیجه منجر به تجربه کمتر هیجانات منفی، استرس، اضطراب، ناامیدی، افسردگی و در کل نشانگان روان شناختی می شوند.

از سوی دیگر در خصوص مقایسه نتایج رویکرد آموزش هیجان مدار و درمان شفقت محور نتایج نشان داد، تفاوت بین میانگین تعدیل یافته گروه آموزش تنظیم هیجان و گروه درمان شفقت‌محور از لحاظ نشانگان روان شناختی غیرمعنی‌دار است.

در تبیین این یافته با توجه به نتایج حاصل شده و مشاهده عدم وجود تفاوت معنادار این دو درمان (آموزش تنظیم هیجان و درمان شفقت محور) از لحاظ اثربخشی روی نشانگان روان شناختی می‌توان این‌گونه بیان نمود که هر دو درمان ساختار روشنی دارند و از تکنیک‌های رفتاری استفاده می‌کنند. در جلسات هر دو درمان تلاش می‌شود مراجع متوجه هیجانات مثبت و منفی خود شود و همچنین تشویق می‌شود که هیجانات منفی را کاهش و هیجانات مثبت را تقویت نماید. به طور کلی، تنظیم هیجان سازه‌ای است که تصور می‌شود تأثیر زیادی بر سلامت روانی و جسمانی دارد و در یادگیری راهبردهایی که در این درمان آموزش داده می شود نقش پرنگ و بسزایی در سازگاری بیشتر با رویدادهای استرس زا و اضطراب زای زندگی و بخصوص تعدیل هیجانات منفی در موقعیت های اجتماعی دارد. تحقیقاتی هم که در این زمینه صورت گرفته نیز به وضوح نشان داده اند که موفقیت در مدیریت تنظیم هیجان با افزایش پیامدهای سلامتی و کاهش مشکلات خلقی و اضطرابی و استرسی مرتبط است (۴۸). از سوی دیگر درمان شفقت محور نیز با از جهاتی با سبک‌های مقابله و تنظیم هیجانات مرتبط است و در برخی جلسات هر دو رویکرد آموزش هایی داده می شود که از برخی جهات نقطه اشتراک دارند. راهبردهای مقابله با

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-12]

[DOI: 10.48305/21.3.485]

رویکرد هیجانی که در آن افراد تلاش مؤثری برای حفظ آگاهی، فهم و درک هیجاناتشان دارند، با سازگاری‌های مثبت روان-شناختی در ارتباط هستند (۴۹) و از بسیاری جهات شفقت به خود می‌تواند به عنوان یک راهبرد مقابله‌ای هیجان‌محور مفید در نظر گرفته شود. آموزش تکنیک های شفقت به خود همانند یک سبک تنظیم هیجانی مثبت عمل می‌کند که در نهایت هیجانات منفی فرد را کاهش می‌دهد و هیجانات مثبت را جایگزین آن می‌کند.آموزش تنظیم هیجان با کمک به شناسایی هیجان‌های مثبت و منفی، آموختن راهبردهای پذیرش هیجان-های مثبت و منفی، اصلاح باورهای نادرست در خصوص هیجان‌ها و آموزش باورهای صحیح، زمینه را برای شناسایی، ثبات و مدیریت عواطف و هیجانات کودکان کار فراهم ساخته و در نتیجه موجب می شود فرد کمتر علائم شناختی، رفتاری و جسمانی افسردگی را نشان دهد. شفقت به خود نیز مؤلفه شناختی نیرومندی دارد و از نگرش‌های فرد به خود و دیگران تأثیر می‌پذیرد. از این‌رو با در نظر گرفتن این نظر شناختی که افسردگی با افکار و شناخت‌های مربوط به فقدان و ناکامی و نگرش‌های منفی به خود، دیگران، گذشته و آینده همراه است (۵۰)، می‌توان فرض کرد که ارتباطی بین این ویژگی‌ها و افسردگی وجود داشته باشد (۵۱، ۵۲). از سوی دیگر اثربخشی این دو درمان به کاربرد اعتباربخشی مربوط است و این اعتباربخشی منجر به پذیرش مشکلات هیجانی شده و این پذیرش در نهایت به تسهیل تغییرات منجر می‌گردد. همچنین این دو رویکرد شامل اصول و تکنیک‌های دیالکتیک (مانند خودمشاهده‌گری) هستند که این تکنیک‌ها منجر به ثبات تغییرات می‌گردد. از سویی استفاده هر دو رویکرد از تمرینات عمل‌گرا نظیر ابراز هیجان، اصلاح رفتار، تخلیه هیجانی، تغییر دادن پیامدهای هیجانی از طریق عمل معکول و آرمیدگی جسمانی نیز می‌توانند بر ابعاد مختلف شناختی، رفتاری و فیزیولوژیک استرس تأثیر گذاشته و منجر به کاهش آن گردد با تغییر شناخت خود از رویدادهای استرس‌زا و پدید آورنده افسردگی، واکنش‌های خود را نسبت به آن رویداد تغییر دهد و از تشدید نشانگان روان شناختی جلوگیری نمایند. لذا طبق مطالب فوق طبیعی است که بین آموزش تنظیم هیجان و گروه درمان شفقت‌محور از لحاظ اثرگذاری برنشانگان روان شناختی تفاوت معنی‌داری وجود نداشته باشد و تا حدود زیادی اثرات مشابهی داشته باشند.

از سوی دیگر نتایج نشان داد، تفاوت بین میانگین تعدیل یافته گروه درمان آموزش تنظیم هیجان و گروه کنترل از لحاظ رفتار خطرپذیر معنی‌دار است و به عبارت دیگر طبق نتایج آموزش تنظیم هیجان موجب کاهش نشانگان روان شناختی در کودکان کار شده است. نتایج حاصل از این یافته با نتایج پژوهش‌های انجام شده توسط فرهنگیان و همکاران (۵۳) مطابقت دارد. در تبیین این یافته می‌توان بیان داشت که یکی از علل مهم در ایجاد و بروز رفتارهای خطرپذیر، وجود نوعی اختلال در نظم هیجانی است. اختلال در نظم هیجانی از دید متخصصان، پیش‌بینی‌کننده‌ی آسیب روانی فرد در آینده، بروز حساسیت‌های بین فردی و انزوای اجتماعی، بزهکاری و خشونت و رفتارهای پرخطر است. افرادی که فاقد مهارت‌های لازم برای کنار آمدن با تجارب هیجانی خود هستند، به احتمال بیشتر، هنگامی که می‌خواهند عواطف منفی خود را مدیریت کنند، درگیر رفتارهای پرخطر می‌شوند یا احساسات خود را سرکوب کرده و نادیده می‌گیرند. از سوی دیگر، این افراد با درک کمتری که از هیجانات خود دارند، مشکلات خود را بیشتر درونی می-کنند، به علاوه، افرادی که با هیجانات خود سازگار نیستند یا راهی برای ابراز آن ندارند، احتمالاً منابع محدودتری برای غلبه بر احساسات منفی خود دارند و برای تسکین هیجانات شدید خود، اقدام به رفتارهای پرخطر می‌کنند (۵۴). این در حالی است که آموزش راهبردهای تنظیم هیجان می‌تواند به صورت هشیار یا ناهشیار منجر به تنظیم نظام هیجانی افراد بخصوص کودکان و نوجوانان و لذا کاهش رفتارهای خطرپذیر در آن ها شود (۲۵). در این زمینه کوشه و گرینبرگ (۵۵) در مطالعه‌ای دریافتند که آموزش مهارت‌های هیجانی نه تنها سبب سازش‌یافتگی افراد می‌شود، بلکه مشکلات میان فردی، افسردگی و هیجانات منفی را کاهش می‌دهد و میزان صمیمیت، مردم‌آمیزی و مسئولیت-پذیری را افزایش می‌دهد. از این‌رو، برای افراد با مشکلات تنظیم هیجانی آموزش در زمینه‌ی تکنیک‌های گوناگون تنظیم هیجانی متمرکز بر به کارگیری آگاهانه هیجانات و اصلاح و تعدیل پاسخ‌های هیجانی بسیار ضروری و اساسی است. همان-طور که در مطالعه‌ی حاضر این آموزش‌ها به اجرا درآمد، در مورد مکانیسم تأثیرگذاری تنظیم هیجان بر رفتار خطرپذیر می‌توان چنین مفهوم‌سازی کرد که توانایی تنظیم هیجانات به عنوان بخش جدایی‌ناپذیر رشد بهنجار می‌تواند تعامل میان‌فردی مؤثر، تصمیم‌گیری و رفتارهای سازگارانه را موجب شود. در ارتباط با درمان شفقت‌محور نیز نتایج نشان داد، تفاوت بین میانگین

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-12]

[DOI: 10.48305/21.3.485]

تعدیل یافته گروه درمان شفقت‌محور و گروه کنترل از لحاظ رفتار خطرپذیر معنی‌دار است و به عبارت دیگر این درمان به طور معناداری موجب کاهش رفتار خطرپذیر در کودکان کار می شود. نتایج حاصل از این یافته با نتایج پژوهش‌های انجام شده توسط احمدی و همکاران (۳۳) همسویی دارد. در تبیین این یافته می‌توان گفت درمان شفقت‌محور به افراد کمک می‌کند تا از انعطاف‌پذیری روان‌شناختی بالاتری برخوردار شوند و از چنگ افکار و رفتارهای ناکارآمد و نابهنجار رهایی یابند؛ به عبارتی، وجود نگرش مشفقانه در افراد، به آن‌ها کمک می‌کند میان خود و دیگران پیوند احساس کنند و به واسطه این احساس بر ترس از طرد غلبه کنند و رفتار اجتماعی بهتری داشته باشند (۵۶). از آنجا که کودکان دارای رفتار خطرپذیر به دلیل پیامدهای سازش نایافته‌ای که رفتار آنان خواهد داشت ممکن است مورد طرد توسط همسالان خود قرار گیرند، انتظار می‌رود که احساس خودکارآمدی خود را از دست داده و انگیزه‌ی های لازم از آن‌ها سلب شود. اما درمان شفقت‌محور به آن ها می‌آموزد که چگونه به درک مفهوم خودسرزنش‌گری پرداخته و بین شرم، احساس گناه و تحقیر تفاوت قائل شوند و با مقایسه پیامدهای مسئولیت‌پذیری در مقابل تقصیرجویی خودانتقادگرانه و به جای رفتار اجتنابی و فرار از روابط اجتماعی به پرورش خودکارآمدی پرداخته و با استفاده از تکنیک‌های شفقت‌درمانی خود مشفق را در خود پرورش دهند و از رفتارهای انتقام جویانه، نابهنجار و مخرب دوری کنند. در خصوص مقایسه درمان شفقت محور و آموزش تنظیم هیجان نیز طبق نتایج به دست آمده آموزش تنظیم هیجان در مقایسه با درمان شفقت محور بر رفتار خطرپذیر تأثیر بیشتری را نشان می دهد. در تبیین این یافته می‌توان گفت که درمان شفقت محور و راهبردهای آموزش داده شده شرایطی را فراهم می سازد که در آن افراد خود را بدون قید و شرط بپذیرند و تمام ابعاد وجودی خود را با وجود نقاط قوت و ضعف پذیرا باشند و دست از تلاش برای فاصله گرفتن از ویژگی‌ها و تجارب ناخوشایند خود بردارند. همچنین با تأکید بر بعد اشتراکات انسانی در درمان شفقت‌محور افراد به این نکته پی می‌برند که تمام انسان‌ها ویژگی‌های فردی یا خانوادگی دارند که به سبب آن‌ها در رنج هستند و خود را با مشکلاتشان تنها نمی‌بینند که این آموزش ها در کاهش بروز رفتارهای نامناسب و نابهنجار در موقعیت های مختلف اثرگذار است. اما از سوی دیگر طبق پژوهش‌ها یکی از دلایل عمده و اصلی در بروز رفتارهای پرخطر بخصوص در سنین کودکی و نوجوانی وجود نقص و اختلال تنظیم هیجانات است. در واقع اختلال در نظم هیجانی از دید پژوهش ها و متخصصان، از دلایل اصلی بزهکاری و خشونت و رفتارهای پرخطر است. به همین علت راهبردها و تکنیک های آموزش داده شده در این درمان که عمدتاً بر مدیریت، تعدیل و تنظیم هیجانات تمرکز دارد، احتمالاً موجب اثربخشی بیشتر این رویکرد نسبت به درمان شفقت محور شده است. در واقع در روش آموزش تنظیم هیجان، از تکنیک‌های بسیاری برای مدیریت و تعدیل هیجانات استفاده می شود از جمله افزایش توانایی فرد جهت آگاه شدن از هیجان‌ها مثبت و منفی خود و تفسیر درست احساسات بدنی مربوط به این هیجانات، آگاهی از برانگیختگی هیجانی، تعدیل فعالانه هیجان منفی برای رسیدن به احساس بهتر و پذیرش وقتی نمی‌توان آن را تغییر داد، مواجهه با هیجان منفی به جای اجتناب از آن در شرایط پریشانی و ارائه راه‌حل‌های مختلف که این مهارت ها در کاهش بروز رفتارهای پرخطر کودکان کار که در حقیقت یک قشر حساس و آسیب پذیر هستند، نقش بسزایی می توانند داشته باشند (۵۷). لذا طبق مطالب فوق می‌توان این‌گونه انتظار داشت که بین گروه آموزش تنظیم هیجان و گروه درمان شفقت‌محور از لحاظ اثرگذاری بر رفتار خطرپذیر تفاوت معنی‌داری وجود داشته باشد و آموزش تنظیم هیجان در مقایسه با درمان شفقت محور بر کاهش خطرپذیری تأثیر بیشتری داشته است.

در پایان باید گفت این پژوهش مانند سایر پژوهش ها با محدودیت هایی در عمل مواجه بوده است از جمله در دسترس بودن اعضای نمونه، تحت‌تاثیر قرار گرفتن آزمودنی ها به علت سن کم و کاهش دقت در پاسخ گویی به سؤالات متعدد پرسش‌نامه (پیش آزمون- پس آزمون) و نیز سوگیری تک‌روشی. به همین علت به پژوهش‌گران پیشنهاد می شود پژوهش های مشابه را بر روی کودکان کار در شهرها و استان‌های دیگر با فرهنگ‌های مختلف انجام گیرد و نیز در پژوهش‌های آتی سودمندی روش‌های درمانی به کار گرفته شده به صورت طولی و نحوه اثرگذاری آن‌ها به شکل طولی مورد ارزیابی قرار گیرند تا از صحت یافته‌ها در طول زمان اطمینان بیشتری حاصل گردد. در خصوص پیشنهادات کاربردی نیز با توجه به تأثیر مثبت مهارت‌های تنظیم‌هیجان و درمان شفقت‌محور بر کاهش نشانگان روانشناختی و رفتار پرخطر کودکان کار، این مداخله ها می‌تواند به عنوان یک برنامه پیش‌گیرانه برای سایر کودکان کار یا در قالب یک برنامه مداخله ای برای کاهش آسیب در کودکان و نوجوانان مستعد رفتار پرخطر و دارای نشانگان روان شناختی،

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-12]

[DOI: 10.48305/21.3.485]

به ویژه توسط درمان‌گران و یـا مشـاوران مـدارس مـدنظر قـرار گیرد. همچنین به دستانـدرکاران آمـوزش و پـرورش پیشـنهاد می‌شود آمـوزش راهبردهـای تنظـیم و مـدیریت هیجـان و نیـز یادگیری تکنیک هـای خوددوسـتی را بـه کودکـان و نوجوانـان همانند بسیاری از کشـورهای توسـعه یافتـه در زمـره اهـداف و برنامه‌های کاربردی خود قرار دهند و بـه برنامـه‌ریـزان آمـوزش دروس دانشگاهی نیز پیشنهاد می‌گردد در تعیین سرفصـل‌هـای برخی از دروس رشته‌های مرتبط، تربیت کارشناسان متخصـص در آموزش مدیریت و تنظیم هیجان و راهبردهای خودشـفقتی را در زمره اهداف خود قرار دهند.

تعارض منافع

نویسندگان مقاله هیچ‌گونه تعارض منافعی ندارند.

حمایت مالی

این پژوهش با هزینه شخصی انجام شده است.

ملاحظات اخلاقی

در این پژوهش از تمامی شرکت کنندگان رضایت آگاهانـه اخـذ شد، نام و مشخصات شرکت کنندگان محرمانه بود.

مشارکت نویسندگان

این مقاله مستخرج از رساله دکترای نویسنده اول است، نویسنده دوم استاد راهنما، نویسـنده سـوم اسـتاد مشـاور اول و نویسـنده چهارم استاد مشاور دوم هستند.

تقدیر و تشکر

نویسندگان این مقاله بدین‌وسیله از تمامی کسانی که در راستای اجرای این تحقیق همکاری نمودند کمـال تشـکر و قـدردانی را دارند.

References

1. Maestre-Meyer M, Oviedo-Trespalacios Ó, Palacio J. Factors impacting academic achievement in Colombian working children: A gender profile. Procedia-Social and Behavioral Sciences. 2015;174:1916-21.
2. Kuhn S, Milasi S, Yoon S. World employment social outlook: Trends 2018. Geneva: ILO. 2018.
3. Van Daalen E, Hanson K. The ILO's shifts in child labour policy: regulation and abolition. The ILO@ 100: Brill Nijhoff; 2019. p. 133-51.
4. Rad EH, Gholampoor H, Jaafaripooyan E. Child labor and the influencing factors: evidence from less developed provinces of Iran. Iranian journal of public health. 2015;44(9):1244.
5. Zapata D, Contreras D, Kruger D. Child labor and schooling in Bolivia: Who's falling behind? The roles of domestic work, gender, and ethnicity. World Development. 2011;39(4):588-99.
6. Wolff F-C. Evidence on the impact of child labor on child health in Indonesia, 1993–2000. Economics & Human Biology. 2008;6(1):143-69.
7. Vancampfort D, Koyanagi A, Hallgren M, Probst M, Stubbs B. The relationship between chronic physical conditions, multimorbidity and anxiety in the general population: a global perspective across 42 countries. General Hospital Psychiatry. 2017;45:1-6.
8. Grover RL, Ginsburg GS, Ialongo N. Psychosocial outcomes of anxious first graders: A seven-year follow-up. Depression and anxiety. 2007;24(6):410-20.
9. Khankosh M, Amini Rarani M, Nosratabadi M. The Effect of Anger Management Training on Aggression of Labor Children in Isfahan, 2017. Quarterly Journal of Social Work. 2020;9(1):24-31.
10. Horowitz AW, Trivitt JR. Does child labor reduce youth crime? Kyklos. 2007;60(4):559-73.
11. Kleinke K, Reinecke J, Weins C. The development of delinquency during adolescence: a comparison of missing data techniques revisited. Quality & Quantity. 2021;55:877-95.
12. Carr-Gregg MR, Enderby KC, Grover SR. Risk-taking behaviour of young women in Australia: screening for health-risk behaviours. Medical journal of Australia. 2003;178(12):601-6.
13. bahrami f, a h. The Application of Group Work Intervention with task-centered Model in Children Labor. Journal of Social Work Research. 2019;6(20):83-126. [Persian].
14. Garrosa E, Carmona-Cobo I, Moreno-Jiménez B. Emotional impact of workplace incivility and verbal abuse at work: Daily recovery influence. Anales de Psicología. 2015;31(1):190.
15. Burch JM. The role of emotion regulation in the cognitive behavioral treatment of youth anxiety and depression: Fairleigh Dickinson University; 2017.
16. Schneider RL, Arch JJ, Landy LN, Hankin BL. The longitudinal effect of emotion regulation strategies on anxiety levels in children and adolescents. Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology. 2018;47(6):978-91.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-12]

[DOI: 10.48305/21.3.485]

17. Gratz KL, Tull MT. Emotion regulation as a mechanism of change in acceptance-and mindfulness-based treatments. Assessing mindfulness and acceptance processes in clients: Illuminating the theory and practice of change. 2010;2:107-33.
18. Yoo SH, Matsumoto D, LeRoux JA. The influence of emotion recognition and emotion regulation on intercultural adjustment. International Journal of Intercultural Relations. 2006;30(3):345-63.
19. Buruck G, Dörfel D, Kugler J, Brom SS. Enhancing well-being at work: The role of emotion regulation skills as personal resources. Journal of occupational health psychology. 2016;21(4):480.
20. Gross JJ. Emotion regulation: Affective, cognitive, and social consequences. Psychophysiology. 2002;39(3):281-91.
21. Allen LB, McHugh RK, Barlow DH. Emotional disorders: a unified protocol. 2008.
22. Klemanski DH, Curtiss J, McLaughlin KA, Nolen-Hoeksema S. Emotion regulation and the transdiagnostic role of repetitive negative thinking in adolescents with social anxiety and depression. Cognitive therapy and research. 2017;41:206-19.
23. Miles SR, Thompson KE, Stanley MA, Kent TA. Single-session emotion regulation skills training to reduce aggression in combat veterans: A clinical innovation case study. Psychological services. 2016;13(2):170.
24. Diefendorff JM, Richard EM, Yang J. Linking emotion regulation strategies to affective events and negative emotions at work. Journal of Vocational behavior. 2008;73(3):498-508.
25. Gravand P, Manshai G. The effectiveness of teaching forgiveness based on Enright model and enriching the relationships on mental wellbeing and life quality of dissatisfied women from their marital life in the city of Khoram Abad. Middle Eastern Journal of Disability Studies. 2015;5(0):190-9.
26. Kahl KG, Winter L, Schweiger U. The third wave of cognitive behavioural therapies: what is new and what is effective? Current opinion in psychiatry. 2012;25(6):522-8.
27. Neff K. Self-compassion: An alternative conceptualization of a healthy attitude toward oneself. Self and identity. 2003;2(2):85-101.
28. Gilbert P. Introducing compassion-focused therapy. Advances in psychiatric treatment. 2009;15(3):199-208.
29. Navarro-Gil M, Lopez-del-Hoyo Y, Modrego-Alarcón M, Montero-Marin J, Van Gordon W, Shonin E, et al. Effects of attachment-based compassion therapy (ABCT) on self-compassion and attachment style in healthy people. Mindfulness. 2020;11:51-62.
30. Saadati N, Rostami M, Darbani SA. Comparing the effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) and Compassion Focused Therapy (CFT) on improving self-esteem and post-divorce adaptation in women. Journal of Family Psychology. 2021;3(2):45-58. [Persian].
31. Lovibond PF, Lovibond SH. The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. Behaviour research and therapy. 1995;33(3):335-43.
32. Asghari A, Saed F, Dibajnia P. Psychometric properties of the Depression Anxiety Stress Scales-21 (DASS-21) in a non-clinical Iranian sample. Int J psychol. 2008;2(2):82-102. [Persian].
33. Ahmadi R, Sajjadian I, Jaffari F. The effectiveness of compassion-focused therapy on anxiety, depression and suicidal thoughts in women with vitiligo. Dermatology and Cosmetic. 2019;10(1):18-29. [Persian].
34. Zadeh Mohammadi A, Ahmadabadi Z, Heidari M. Construction and Assessment of Psychometric Features of Iranian Adolescents Risk-Taking Scale. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology. 2011;17(3): 218-25. [Persian].
35. Ramezanzadeh F, Moradi A, Mohammadkhani S. Effectiveness training emotion regulation skills in executive function and emotion regulation strategies of adolescents at risk. Journal title. 2014;2(2):37-45. [Persian].
36. Brehl A-K, Schene A, Kohn N, Fernández G. Maladaptive emotion regulation strategies in a vulnerable population predict increased anxiety during the Covid-19 pandemic: A pseudo-prospective study. Journal of Affective Disorders Reports. 2021;4:100113.
37. Hickey T, Nelson B, Meadows G. Application of a mindfulness and compassion-based approach to the at-risk mental state. Clinical psychologist. 2017;21(2):104-15.
38. Goldin PR, Gross JJ. Effects of mindfulness-based stress reduction (MBSR) on emotion regulation in social anxiety disorder. Emotion. 2010;10(1):83.
39. Garnefski N, Boon S, Kraaij V. Relationships between cognitive strategies of adolescents and depressive symptomatology across different types of life event. Journal of Youth and Adolescence. 2003;32:401-8.
40. Martin RC, Dahlen ER. Cognitive emotion regulation in the prediction of depression, anxiety, stress, and anger. Personality and individual differences. 2005;39(7):1249-60.
41. Hayes AM, Feldman G. Clarifying the construct of mindfulness in the context of emotion regulation and the process of change in therapy. Clinical Psychology: science and practice. 2004;11(3):255.
42. Öngen DE. Cognitive emotion regulation in the prediction of depression and submissive behavior: Gender and grade level differences in Turkish adolescents. Procedia-Social and Behavioral Sciences. 2010;9:1516-23.

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-12]

[DOI: 10.48305/21.3.485]

43. Albertson ER, Neff KD, Dill-Shackleford KE. Self-compassion and body dissatisfaction in women: A randomized controlled trial of a brief meditation intervention. Mindfulness. 2015;6:444-54.

44. Yarnell LM, Neff KD. Self-compassion, interpersonal conflict resolutions, and well-being. Self and Identity. 2013;12(2):146-59.

45. Gilbert P. Compassion focused therapy. Spirituality and Psychiatry. 2022:262.

46. Irons C, Lad S. Using compassion focused therapy to work with shame and self-criticism in complex trauma. Australian Clinical Psychologist. 2017;3(1):1743.

47. Neff KD. Self-compassion, self-esteem, and well-being. Social and personality psychology compass. 2011;5(1):1-12.

48. Aldao A, Nolen-Hoeksema S, Schweizer S. Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. Clinical psychology review. 2010;30(2):217-37.

49. Pennebaker JW. Putting stress into words: Health, linguistic, and therapeutic implications. Behaviour research and therapy. 1993;31(6):539-48.

50. Beck AT, Steer RA, Ball R, Ranieri WF. Comparison of Beck Depression Inventories-IA and-II in psychiatric outpatients. Journal of personality assessment. 1996;67(3):588-97.

51. Bennett G, Goleman D. Emotional alchemy: How the mind can heal the heart. New york: three rivers press; 2001.

52. Gilbert P, Irons C. A pilot exploration of the use of compassionate images in a group of self-critical people. Memory. 2004;12(4):507-16.

53. Farhangian S, Mihandoost Z, Ahmadi V. The efficacy of emotion regulation therapy on aggression reduction , job stress and general health in nurses. Quarterly Journal of Nersing Management. 2020;9(4):53-63. [Persian].

54. Mohammadi L, Tanha Z, Rahmani S. Relationship between Cognitive Emotion Regulation Strategies and High-risk Behaviors by Mediating Perceived Social Support. Journal of Modern Psychological Researches. 2015;10(39):161-87. [Persian].

55. Kusche C, Greenberg M. PATHS in your classroom: Promoting emotional literacy and alleviating emotional distress. Social emotional learning and the elementary school child: A guide for educators. 2001:140-61.

56. Neff KD, McGehee P. Self-compassion and psychological resilience among adolescents and young adults. Self and identity. 2010;9(3):225-40.

57. Sheybani H, Mikaeili N, Narimani M. The effectiveness of Cognitive-behavioral Therapy and Emotion Regulation Training on Irritability, Depression, anxiety, and emotion regulation in adolescents with Disruptive Mood Dysregulation Disorder. Journal of Clinical Psychology. 2020;12(2):41-50 [Persian].

[Downloaded from rbs.mui.ac.ir on 2026-09-12]

[DOI: 10.48305/21.3.485]