AUMJ Journal
Alborz University of Medical Sciences
Alborz University of Medical Sciences Journal, Winter 2026, Vol. 15, No 1: 72-84

Development of a child-centered mindfulness-based compassion therapy package and examination of Its effectiveness on emotion regulation and self-efficacy in children

Zohreh Zare Hoseinzadegan[1]
Farangis Demehri[1]*
Elham Emami Meibodi[1]
Reza Aghazadeh[1]

1.Department of Psychology, Science and Arts university, Yazd, Iran.

* Corresponding Author:
demehri@sau.ac.ir

Abstract

Introduction: This study aimed to develop a child-centered mindfulness-based compassion therapy program and evaluate its effectiveness in improving emotion regulation and self-efficacy among children.

Methods: The study employed an applied sequential exploratory mixed-methods design (qualitative–quantitative). In the qualitative phase, the intervention package was developed and its content validity was confirmed by experts in psychology and education. In the quantitative phase, a quasi-experimental pretest–posttest control group design was implemented. The study population comprised elementary school boys aged 8–10 years in Tehran during the 2024–2025 academic year. Using multistage random sampling, 30 participants were selected and randomly assigned to experimental and control groups. Data were collected using the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (CERQ) and the Self-Efficacy Questionnaire for Children (SEQ-C). The experimental group participated in eight 60-minute intervention sessions. Data were analyzed using SPSS version 26 and multivariate analysis of covariance (MANCOVA). The study was approved by the Ethics Committee of Science and Culture (IR.ACECR.USC.REC.1403.067).

Results: The findings indicated that the intervention significantly improved children's self-efficacy and emotion regulation. Eta squared statistics showed that 24% of the variance in self-efficacy and 56% of the variance in emotion regulation were attributable to the intervention.

Conclusion: The child-centered mindfulness-based compassion therapy program effectively enhanced self-efficacy and cognitive emotion regulation in children. This intervention may be recommended for implementation in educational and clinical settings.

Keywords: Mindfulness, Compassion-Focused Therapy, Emotion Regulation, Self Efficacy, Child

How to cite this article: Zare Hosseini Zadegan Z, Demehri F, Emami Meybodi E, Aghazadeh R. Development of a child-centered mindfulness-based compassion therapy package and examination of its effectiveness on emotion regulation and self-efficacy in children. Alborz University Medical Journal 2026; 15 (5): 72-84

[Downloaded from aums.abzums.ac.ir on 2026-05-28]

.Copyright © 2026 The Authors. Published by Alborz University of Medical Sciences
This work is licensed under a Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International license (https://creativecommons.org/licenses/by-.nc/4.0/). Non-commercial uses of the work are permitted, provided the original work is properly cited

AUMJ Journal
Alborz University of Medical Sciences
نشریه دانشگاه علوم‌پزشکی البرز، زمستان ۱۴۰۴، دوره ۱۵، شماره ۱، صفحه‌های ۸۴-۷۲

تدوین بسته شفقت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی کودک محور و بررسی اثربخشی آن بر تنظیم هیجانی و خودکارآمدی کودکان

زهره زارع حسین زادگان[۱]
فرنگیس دمهری[۱*]
الهام امامی میبدی[۱]
رضا آقازاده[۱]

۱.گروه روانشناسی، دانشگاه علم و هنر، یزد، ایران

* نویسنده مسئول:
farangis_demehri@yahoo.com

چکیده

مقدمه: پژوهش حاضر با هدف تدوین بسته‌ی آموزشی شفقت مبتنی بر ذهن‌آگاهی کودک محور و بررسی اثربخشی آن بر تنظیم هیجان و خودکارآمدی کودکان انجام شد.

روش کار: روش پژوهش حاضر از نظر هدف کاربردی و از لحاظ روش از نوع ترکیبی اکتشافی متوالی (کمی - کیفی) است. در بخش کیفی بسته‌ی آموزشی شفقت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی کودک محور تدوین گردید و برای اعتباربخشی محتوایی از نظرات متخصصان روان‌شناسی و آموزش استفاده شد. در بخش کمی، طرح پژوهش از نوع نیمه آزمایشی با پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل و جامعه‌ی آماری شامل دانش‌آموزان ۸ تا ۱۰ سال شهرستان تهران در سال تحصیلی ۱۴۰۴-۱۴۰۳ بودند که به روش نمونه‌گیری تصادفی چند مرحله‌ای ۳۰ نفر انتخاب شدند و در دو گروه کنترل و آزمایش قرار گرفتند. ابزارهای پژوهش عبارت بودند از پرسش‌نامه تنظیم هیجان گارنزفسکی (CERQ) و پرسش‌نامه خودکارآمدی کودکان و نوجوانان موریس (SEQ-C). برای گروه آزمایش بسته‌ی شفقت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی کودک محور در ۸ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای برگزار شد. داده‌ها با استفاده از نرم افزار SSPS-۲۶ و روش تحلیل کوواریانس چندمتغیره (MANCOVA) تجزیه و تحلیل شد.

یافته‌ها: یافته‌های پژوهش نشان داد که مداخله آموزشی شفقت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی کودک محور بر خودکارآمدی و تنظیم هیجان کودکان مؤثر است، همچنین میزان مجذور اتا نشان داد که ۲۴ درصد از واریانس خودکارآمدی و ۵۶ درصد از واریانس تنظیم هیجان ناشی از دریافت برنامه درمانی است.

نتیجه‌گیری: به‌طورکلی نتیجه این پژوهش نشان داد که برنامه‌ی آموزشی شفقتدرمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی کودک محور منجر به بهبود خودکارآمدی و نظم‌جویی شناختی هیجان در کودکان می‌شود و درمانگران از این روش می‌توانند در درمانگاه‌ها استفاده کنند.

واژه‌های کلیدی: شفقت‌درمانی، ذهن‌آگاهی، تنظیم هیجان، خودکارآمدی

[Downloaded from aums.abzums.ac.ir on 2026-05-28]

مقدمه

سال‌های شکل دهنده‌ی ابتدای زندگی انسان، از لحاظ تأثیرگذاری بر دوره‌های بعدی دارای اهمیت بسیاری است (۱). یکی از عوامل اثرگذار بر سلامت روان کودکان، توانایی آنها در تنظیم حالت‌های هیجانی و واکنش‌های هیجانی می‌باشد (۲).تنظیم هیجان (Emotion Regulation) توانایی تشخیص، ارزیابی، اصلاح و مدیریت هیجانات به روشی فردی و اجتماعی قابل قبول، به منظور حفظ کنترل ذهنی بر هیجانات قوی و رسیدن به عملکرد انطباقی است (۳). این امر با به کارگیری راهبردهای انطباقی و هدفگرا به عنوان مثال پذیرش، حل مسئله و ارزیابی مجدد حاصل می‌شود (٤).

یکی از تعریف‌های مکرر ذکر شده در زمینه تنظیم هیجانی بیان می‌کند که تنظیم هیجان شامل فرآیندهای بیرونی و درونی است که مسئول نظارت، ارزیابی و اصلاح واکنش‌های هیجانی، بخصوص ویژگی‌های فشرده و زمانی آنها، برای دستیابی به اهداف است (۳). تلاش دیگری برای تعریف تنظیم هیجان بر آگاهی، درک و پذیرش هیجانات و توانایی اجرای راهبردهایی که پاسخ‌های عاطفی را به شیوه‌های انعطاف پذیر و مناسب تعدیل می‌کنند، در عین حال که نیازهای موقعیتی را در نظر می‌گیرند، تأکید می‌کند (۵). راهبردهای شناختی تنظیم هیجانی (Cognitive Emotion Regulation Strategies) به فرد کمک کنند تا هیجانات و احساسات را تنظیم کند و در طول یا بعد از تجربه رویدادهای تهدید آمیز یا استرس زا تحت تأثیر آنها قرار نگیرد (٦). تعداد فزاینده‌ای از شواهد نشان می‌دهند افرادی که از راهبردهای تنظیم هیجانی ناسازگار مانند سرزنش خود، نشخوار فکری، فاجعه سازی و سرزنش دیگران استفاده می‌نمایند ممکن است در مقایسه با سایرین نسبت به اختلالات روانی و هیجانی آسیب پذیرتر باشند، درحالی که راهبردهای شناختی تنظیم هیجانی سازگار یعنی پذیرش، تمرکز مجدد مثبت، تمرکز مجدد در برنامه‌ریزی، ارزیابی مجدد مثبت و چشم انداز ممکن است منجر به انعطاف پذیری روانشناختی بیشتر در برابر علائم پریشانی روانی شود (۷). کارکردهای اساسی تنظیم هیجان در تحول کودکان، نقش کلیدی آن در تعامل موفقیت آمیز با محیط فیزیکی و اجتماعی است (۸). از لحاظ نظری، برای موفقیت در تنظیم هیجان،کودک باید بتواند حالت‌های هیجانی متناسب با سن خود را شناسایی کرده و هنگام تجربهٔ یک هیجان منفی یا سطوح بالای انگیختگی و هیجان، روش‌های خودآرام‌سازی را به کارگیرد و به فعالیت خود ادامه دهد. تنظیم هیجان به عنوان یکی از ابعاد سازهٔ خودتنظیمی یا توانایی برای مهار اعمال و پاسخ‌های فرد به محرک ها است (۹,۱۰). راهبردهای تنظیمی معمولا برای کاهش و فرونشانی تجربهٔ هیجانی به کار برده می‌شوند (۱۱).

ارتقای خودکارآمدی (Self-Efficacy) یکی دیگر از عوامل اصلی محافظت از سلامت جسمانی و روانی به ویژه در برابر رویدادهای آسیب‌زای کودکی است (۱۲). درواقع خودکارآمدی با تقویت توان مقابلهٔ سازگارانه، اثر محافظتی در برابر تأثیر رویداد آسیب‌زا دارد و پایه‌ی اساسی برای فعالیت انسان است (۱۳). بندورا در نظریه شناختی اجتماعی خود، مفهوم خودکارآمدی را مطرح کرد. خودکارآمدی به عنوان باور فرد نسبت به توانایی خود در سازماندهی و انجام برنامه‌ها و مسیرهای عملی لازم در جهت رسیدن به اهدف خاص یا رسیدن به انواع مشخصی از عملکرد تعریف می‌شود (١٤). براساس مطالعات انجام شده رویدادهای آسیب‌زای کودکی اثر منفی بر روی خودکارآمدی فرد دارد (۱۲). از آنجایی که روش‌های متعددی برای افزایش خودکارآمدی در کودکان وجود دارد، همچنین شکل‌گیری خودکارآمدی و یادگیری خودتنظیمی یا تنظیم هیجانی یکی از پایه‌های اساسی رشد کودک است و سنگ بنای تنظیم هیجانی در اولین سال‌های زندگی گذاشته می‌شود (۱۵). بر همین اساس پژوهش حاضر به دنبال بررسی روش‌های مداخله‌ای مناسب جهت بهبود تنظیم هیجان و خودکارآمدی در کودکان می‌باشد.

متغیر مهم دیگری که ارتقا و بهبود آن در کودکان می‌تواند در تجربه هیجان‌های منفی کمک کننده باشد، مهارت ذهن‌آگاهی (Mindfulness) است که به کودک کمک می‌کند با بهره‌گیری از تفکر اندیشمندانه بتواند نسبت به احساسات و حس‌های بدنی خود، آگاه‌تر بوده و با آنها به گونه دیگری برخورد کند و به آنها کمک کرده تا به تمام محرک‌هایی که در هر لحظه در حوزه هشیاری‌شان وارد می‌شوند، بدون قضاوت و در عین حال با بصیرت نگاه کنند (١٦). ذهن‌آگاهی شکلی از مراقبه است که ریشه در تعالیم و آئین‌های مذهبی شرقی خصوصاً بودا دارد (۱۷). در برخی منابع ذهن‌آگاهی را توجه کردن به شیوه‌ای خاص، هدفمند، در زمان کنونی و بدون قضاوت و پیش داوری تعریف کرده‌اند (۱۸). برخی پژوهش‌ها که اغلب بر روی بزرگسالان صورت گرفته است، نشان می‌دهند که ذهن‌آگاهی با سلامت روانی همبسته است و با وجود این متغیر نشانه‌های روان‌نژندی کاهش می‌یابد (۱۹). اگرچه اکثر مطالعات و مداخلات در زمینه‌ی ذهن‌آگاهی در جمعیت بزرگسال انجام گرفته‌اند اما بررسی این

[Downloaded from aums.abzums.ac.ir on 2026-05-28]

متغیر و مداخلات در این زمینه بر روی کودکان نیز در سال های اخیر رو به رشد است (۲۰). امروزه روش‌های جدیدی در حوزه روانشناسی شناختی به کار گرفته شده است. از جمله آنها می‌توان به شفقت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی (Mindfulness–Based Compassion Therapy) اشاره کرد (۱٦). شفقت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی، روشی برای کمک به افراد جهت گذر از رابطه سلطه‌گر تسلیم شده و گسترش بیشتر یک رابطهِ محبت آمیز با خود است. در حالی که درمان‌های شناختی به طرز خاصی تفکراتی که موجب حمله به کارکردهای معیوب و منشا آنها می‌شود را مورد توجه قرار داده است، این رویکرد در مدل تکاملی نظریه ذهنیت اجتماعی ریشه دارد. شفقت‌ورزی و آموزش آن به عنوان کیفیت مواجه شدن با رنج و آسیب خود و احساس کمک کردن کامل درجهت رفع مشکلات خود تعریف می‌شود و شامل مراقبت کردن و دلسوزی کردن نسبت به خود در مواجهه با سختی ها و یا نارسایی‌های ادراک شده است (۲۱). شفقت به خود (Self–Compassion) را سازه‌ای سه مولفه‌ای شامل مهربانی با خود در مقابل قضاوت کردن خود، اشتراکات انسانی در مقابل انزوا و به هوشیاری (ذهن آگاهی) در مقابل همانندسازی افراطی تعریف کرده‌اند. شفقت مبتنی بر ذهن آگاهی شامل مولفه‌هایی چون باور در فرد که زندگی‌اش هدفمند و با معناست (هدف در زندگی)، داشتن روابط با کیفیت با دیگران (روابط مثبت با دیگران)، ظرفیت فرد برای مدیریت زندگی‌اش و جهان اطراف (تسلط محیطی) و یک حس مصمم بودن (خودمختاری) است. مطالعات متعدد بر اثربخشی شفقت درمانی برعزت نفس، همدلی و بخشش کودکان کار (۱٦)، اثربخشی الگوی شفقت به خود متمرکز بر ذهن‌آگاهی و درمان دلبستگی محور بر احساس شرم نوجوانان پسر با آمادگی به اعتیاد (۲۲) اثربخشی درمان خودشفقتی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر عواطف منفی دختران نوجوان بدسرپرست و بی سرپرست (۲۳) تاکید کرده‌اند. همچنین اثربخشی شفقت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر اختلالات افسردگی، اضطرابی و سازگاری در مراکز بهداشت اسپانیا و همچنین بر افراد دارای سطح بالای خود انتقادی مورد بررسی قرار گرفت و نتایج نشان داد که افزایش خود شفقتی می تواند عزت نفس و رضایت از زندگی را افزایش دهد (۲٤, ۲۵). اما با توجه به اطلاعات در دسترس، برنامه‌ی شفقت‌درمانی همراه با ذهن‌آگاهی با تاکید بر گروه کودکان محدود است بنابراین تدوین و طراحی بسته‌ی آموزشی شفقت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی در کودکان ضرورت انجام این پژوهش را نشان می‌دهد. شفقت‌درمانی دارای مولفه‌هایی است که بهتر است با وضعیت شناختی کودکان متناسب شود. اثربخشی این بسته‌ی آموزشی بر تنظیم هیجان و خودکارآمدی درکودکان اهمیت این پژوهش است. بنابراین هدف از انجام این پژوهش تدوین بسته‌ی آموزشی شفقت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی با تمرکز بر کودکان و بررسی اثربخشی آن بر تنظیم هیجان و خودکارآمدی کودکان است.

روش کار

ساختار کلی پژوهش حاضر پژوهش ترکیبی از نوع اکتشافی متوالی (آمیخته کیفی و کمی) (Sequential Exploratory Mixed–Methods Design) و از نظر هدف از نوع کاربردی است. در بخش کیفی این طرح برای تدوین و اعتبارسنجی بسته‌ی شفقت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی کودک محور از روش تحلیل مضمون پیشینه و نظریه محور قیاسی با تکیه بر فرایند و قواعد تحلیل مضمون استفاده شد. محیط پژوهش در بخش کیفی شامل تمامی مقالات، کتاب‌ها، گزارش‌ها و پایان‌نامه‌های مرتبط با شفقت درمانی و ذهن‌آگاهی و مداخلاتی که بر روی افراد انجام شده (داخلی از سال ۱۳۹۹ تا ۱٤۰۳ و خارجی از سال ۲۰۱۵ تا ۲۰۲۳) بود که ٤۱ منبع به طور هدفمند انتخاب شد. با توجه به اینکه افراد نمونه پژوهش دانش آموزان دوره دبستانی بودند، برای شناسایی، نیاز سنجی و اولویت‌بندی مداخله درمانی کودک محور تحلیل شد. در گام بعدی کدگذاری محتوایی مطالب جمع‌آوری شده و تشکیل زیرگروه‌های اصلی و مفهومی شفقت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی کودک محور. ۸ مفهوم اصلی مشخص شده شامل، ذهن‌آگاهی، انسانیت مشترک (Common Humanity)، تنظیم هیجان، تصویر سازی شفقت‌آمیز (Compassionate Imagery)، مقابله با منتقد درونی (Coping with the Inner Critic)، شفقت نسبت به دیگران (Compassion for Others) و تداوم در نظر گرفته شد. گام بعدی، تبدیل زیرگروه‌های مفهومی –محتوایی تشکیل شده به چندین حوزه‌ی آموزش و تدوین اولیه بسته‌ی آموزشی برای کودکان. مرحله‌ی بعدی ارائه این بسته‌ی آموزشی به ٤ متخصص روان‌شناس بالینی، ۲ متخصص روان‌پزشک و ٤ متخصص روان‌شناس کودک بود. بررسی نظرات این متخصصان و اعمال اصلاحات بیان شده و در نهایت محاسبه ضریب توافق متخصصان درباره ساختار این بسته‌ی آموزشی در بخش کیفی انجام شد. روایی صوری این مجموعه با بررسی وضوح، قابل درک بودن و جذابیت محتوا و فعالیت‌ها برای کودکان و کفایت محتوای

[Downloaded from aums.abzums.ac.ir on 2026-05-28]

آموزشی (Comprehensiveness) و مربوط بودن (Relevance) انجام شد. برای بررسی روایی محتوایی نیز، اهداف نوشته برای هر جلسه و محتوای برنامه‌های بررسی شد. پس از اعمال اصلاحات، متخصصان در یک ارزیابی کمی، میزان موفقت خود را با آیتم‌ها و جلسات بر اساس مقیاس لیکرت (کاملاً نامناسب،۱ تا کاملاً مناسب،٤) اعلام کردند. ضریب توافق نهایی (CVI) ۰/۸۰ به دست آمد که نشان دهنده توافق آنها بر سر ساختار، محتوا و کفایت بسته آموزشی بود. همچنین نظر متخصصان برای ضروری بودن هر کدام از جلسات و محتوای آن، روایی محتوایی (CVR) نظر خودشان را بر روی مقیاس سه‌گزینه‌ای، ضروری، مفید اما غیر ضروری، غیر ضروری انجام شد که نتایج عدد ۰/٦۲ را نشان داد و حاکی از ضرورت و مرتبط بودن محتوای جلسات تدوین شده است. خلاصه محتوای جلسات در جدول ۱ ذکر شده است.

جدول ۱. نمای کلی از خلاصه جلسات بسته آموزشی شفقت درمانی مبتنی برذهن آگاهی برای کودکان

	عنوان	اهداف	محتوای جلسه	تکالیف
۱	آموزش سیستم دفاعی بدن، دستگاه سمپاتیک	احساسات و نشانه‌های بدنی مربوط به آن	صحبت و تبادل اطلاعات با میان درمانگر و مراجع	کارت ۱:نشانه‌های بدنی ترس کارت ۲: نشانه‌های بدنی عصبانیت
۲	معرفی تنظیم هیجانی به عنوان یکی از مؤلفه‌های درمان	متوجه ساختن آگاهی کودک روی افکار و احساسات و واکنش‌هایش	تمرین‌های مناسب برای ذهن آگاهی، فنون تنظیم هیجانی، تکنیک‌هایی برای تحمل آشفتگی	نقاشی انواع فکر و مشخص کردن نوع رنگ هر کدام
۳	مهارت اول شفقت (توجه شفقت آمیز)	معطوف کردن ذهن به سمت موارد امنیت بخش	توضیح درباره مکانیزم طبیعیِ مغز، تمرکز بر روی تهدیدات و خطرها	نقاشی ابر فکر و انتخاب رنگ برای هریک
٤	مهارت دوم شفقت (تصویر سازی شفقت آمیز)	تحریک سیستم‌های هیجانی و فیزیولوژیکی ذهن و بدن	آموزش استفاده از تصویر سازی ذهنی، برای ایجاد تغییرات روانی و فیزیولوژیکی نسبت به استفاده صرف از تبادلات زبانی	اجرای تصویرسازیِ مکان امن
۵	مهارت سوم: تفکر شفقت آمیز	آگاه بودن به افکار و به کار بردن تفکر مشفقانه نسبت به خود	توضیح مغز بالا و پایین و آموزش فکر کردن قبل از انجام کارها و تفکر مشفقانه	در زمان تجربه‌ی احساسات ناخوشایند، تمرکز بر روی روش‌های تفکر مفید
٦	مهارت چهارم و پنجم: تمرکز حسی شفقت آمیز و مهربانی شفقت آمیز	به‌کارگیری تکنیک تنفس توجه آگاهانه و مهربان بودن شفقت آمیز با خود و دیگران	با کمک تمرکز حسی شفقت آمیز یاد می‌گیریم که روی ویژگی‌های حسی تمرکز کنیم که باعث تحریک و فعال سازی سیستم پاراسمپاتیک مغز می‌شود.	استفاده از تکنیک تنفس عمیق شکمی و آگاهانه در زمان تجربه احساسات ناخوشایند
۷	مهارت ششم: همدلی و توانایی دیدن رنج خود و دیگران	به‌کارگیری توانمندی همدلی و درک احساسات ناخوشایند خود و دیگران	همدلی در دو وجه آموزش داده می‌شود: همدلی با خود و همدلی با دیگران	از دانش آموزان خواسته شد تا به دردها و رنج‌های خود و دیگران احساس باشند و بی‌تفاوت از کنار آنها نگذرند
8	مهارت هفتم: عدم قضاوت و شناسایی سرزنشگر درونی	شناسایی سرزنشگر درونی	توانایی اینکه با تجربیاتمان با دیدگاهی غیر سرزنشی، ارتباط برقرار کنیم. آموزش اینکه همه ما انسان‌ها در درون خودمان یک سرزنشگر درونی داریم که دائم در حال سرزنش، مقایسه، ایجاد احساس گناه و... در ما است.	از دانش آموزان خواسته شد که به صدای سرزنشگر درونی خود گوش کنند و آن را مورد توجه قرار دهند و هر جا که این صدا فعال می‌شد به جای سخت گیری با خود با مهربانی و شفقت با خود رفتار کنند

[Downloaded from aums.abzums.ac.ir on 2026-05-28]

در بخش کمی پژوهش، طرح از نوع نیمه آزمایش با گروه کنترل و آزمایش همراه با اجرای پیش‌آزمون و پس‌آزمون بود. جامعهٔ پژوهش تمامی دانش‌آموزان ۸ تا ۱۰ سال شهرستان تهران در سال تحصیلی ۱۴۰۴-۱۴۰۳ در نظر گرفته شد. با روش نمونه‌گیری تصادفی چندمرحله‌ای، ابتدا از بین مناطق تهران، ۳منطقه انتخاب شدند و از بین آنها ٤ مدرسه و از هر مدرسه ۱ کلاس انتخاب شد. با توجه به حجم نمونه مناسب برای طرح‌های آزمایشی ۳۰ کودک انتخاب شدند و به طور تصادفی در دو گروه کنترل و آزمایش به صورت تصادفی قرار گرفتند. ملاک‌های ورود برای انتخاب افراد نمونه شامل رضایت والدین و کودکان برای شرکت در پژوهش، قرار داشتن کودکان در محدوده سنی ۸ تا ۱۰ سال، عدم ابتلا کودکان به اختلالات روانی یا جسمانی شدید و داشتن هوش بهنجار براساس پرونده موجود در مدرسه و گزارش والدین بود. ملاک‌های خروج از پژوهش داشتن بیش از دو جلسه غیبت در جلسات در نظر گرفته شد. به جهت رعایت اصول اخلاقی از محرمانه بودن اطلاعات به نمونه های پژوهش اطمینان داده شد و بدین ترتیب داده‌های مورد نیاز جمع آوری و با استفاده از نرم افزارSPSS-۲٦ به تحلیل داده‌ها پرداخته شد.

ابزار گردآوری اطلاعات این مطالعه پرسش‌نامه بود. پرسش‌نامه‌ها دارای دو بخش، اطلاعات شخصی شرکت‌کنندگان، نظیر سن، جنس و تحصیلات بود و در بخش دوم پرسش‌نامه شامل سؤالات هر پرسش‌نامه بود.

پرسشنامه نظم جویی شناختی هیجان (Cognitive Emotion Regulation Questionnaire for Kids; CERQ) توسط گارنزفسکی در سال ۲۰۰۷ با هدف شناسایی راهبردهای مقابله‌ای شناختی افراد پس از تجربه وقایع یا موقعیت‌های منفی تدوین شد. نسخه کودکان این پرسشنامه از روی نسخه اصلی به منظور استفاده در جامعه کودکان تدوین شده است و همچنین نسخه کودکان پرسشنامه از نظر شیوه نمره‌گذاری،تعداد سوال و خرده مقیاس‌ها شبیه نسخه اصلی است ولی محتوای سوالات به گونه‌ای طراحی شده‌اند که برای کودکان قابل درک باشند. این پرسشنامه دارای۳٦ سوال و ۹ خرده مقیاس می‌باشد که هر خرده مقیاس شامل٤ماده است. خرده مقیاس‌های این پرسشنامه شامل: سلامت خویش، پذیرش، نشخوارگری، تمرکز مجدد مثبت، تمرکز مجدد بر برنامه ریزی، ارزیابی مجدد مثبت، دیدگاه پذیری، فاجعه سازی و ملامت دیگران است. نمرات مقیاس‌ها در طیف ۵درجه ای لیکرت از ۱(تقریبا هرگز) تا ۵ (تقریبا همیشه) نمره گذاری می‌شود. دامنه نمرات هر خرده مقیاس بین٤تا۲۰ می باشد و نمرات بالا در این مقیاس نشانگر استفاده بیشتر راهبرد مذکور در مقابله با وقایع استرس‌زا و منفی است. (۲۷, ۲٦). ضریب الفای کرونباخ برای مولفه سلامت خویش ۰/٦۷، پذیرش ۰/٦۲، نشخوارگری۰/۷۹، تمرکز مجدد مثبت۰/۷٤، تمرکز مجدد بر برنامه ریزی۰/۷۷، ارزیابی مجدد مثبت ۰/۷۵، دیدگاه پذیری ۰/۷۱، فاجعه‌سازی ۰/٦۸ و ملامت دیگران ۰/٦۷ است. الفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۸۰ گزارش شده است. پایایی بازازمایی نیز بین ۰/٦۰ تا ۰/۸۰ به دست آمده است. (۲۷).

پرسشنامه‌ی خودکارآمدی کودکان و نوجوانان (Self-Efficacy questioner for children-SEQ-C) توسط موریس در سال ۲۰۰۱ جهت سنجش خودکارآمدی طراحی و تدوین شده است. این پرسشنامه دارای ۲۳سوال و سه مولفه خودکارآمدی اجتماعی، خودکارآمدی تحصیلی و خودکارآمدی هیجانی می باشد وبر اساس طیف پنج گزینه‌ای لیکرت با سوالاتی مانند (چقدر خوب می‌توانی عقیده‌ات را زمانی که سایر همکلاسی‌ها مخالف توهستند بیان کنی؟) به سنجش خودکارآمدی می‌پردازد (۲۸).نتایج تحلیل عاملی برای خرده مقیاس‌های اجتماعی ۰/۷۹۰، تحصیلی ۰/۷۸ و هیجانی ۰/۸۰ شد. پژوهش طهماسیان (۲۹) روایی محتوایی و صوری این پرسشنامه مناسب ارزیابی شده است، همچنین پایایی و ثبات درونی این پرسشنامه در پژوهش وی ۰/۸۰ به دست آمد.

بعد از جمع‌آوری داده‌ها و اجرای پیش‌آزمون و پس‌آزمون، داده‌ها با نرم افزار SSPS-۲٦ تحلیل شد. در بخش آمار توصیفی میانگین و انحراف استاندارد و در قسمت استنباطی، تحلیل کوواریانس چندمتغیره استفاده شد. در تمامی تحلیل‌های آماری، سطح معناداری کمتر از ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

در مطالعهٔ حاضر ۳۰ دانش آموز با میانگین سنی ۱/۳۲±۹/٤٤ (حداقل ۸ و حداکثر ۱۱ سال) شرکت کردند. تمامی دانش آموزان پسر بودند. در ادامه میانگین و انحراف استاندارد تنظیم هیجانی و خودکارامدی دانش آموزان به تفکیک گروه آزمایش و گواه در جدول شماره ۲ ذکر شده است.

[Downloaded from aums.abzums.ac.ir on 2026-05-28]

جدول ۲: یافته‌های توصیفی متغیرهای پژوهش به تفکیک گروه‌های مداخله

متغیر	گروه	مراحل	میانگین	انحراف معیار
خودکارآمدی اجتماعی	آزمایش	پیش‌آزمون	۲۹/۶۷	۳/۳۵
		پس‌آزمون	۳۴/۲۷	۳/۱۵
	کنترل	پیش‌آزمون	۲۷/۴۰	۳/۲۶
		پس‌آزمون	۳۲/۹۳	۴/۲۵
خودکارآمدی تحصیلی	آزمایش	پیش‌آزمون	۳۱/۰۷	۳/۱۵
		پس‌آزمون	۳۷/۶۷	۲/۰۹
	کنترل	پیش‌آزمون	۲۸/۹۳	۳/۱۵
		پس‌آزمون	۳۲/۹۳	۲/۰۹
خودکارآمدی هیجانی	آزمایش	پیش‌آزمون	۲۱/۷۳	۲/۶۳
		پس‌آزمون	۲۷/۸۷	۳/۶۰
	کنترل	پیش‌آزمون	۲۰/۶۰	۳/۷۳
		پس‌آزمون	۵۲/۱۳	۳/۳۱
ملامت خویش	آزمایش	پیش‌آزمون	۵۱/۲۰	۱/۹۷
		پس‌آزمون	۱۱/۴۰	۱/۲۴
	کنترل	پیش‌آزمون	۵۱/۲۰	۱/۵۲
		پس‌آزمون	۱۴/۵۳	۲/۲۶
پذیرش	آزمایش	پیش‌آزمون	۱۶/۹۳	۱/۵۳
		پس‌آزمون	۱۲/۱۳	۱/۴۰
	کنترل	پیش‌آزمون	۱۶/۴۰	۱/۷۲
		پس‌آزمون	۱۶/۴۰	۲/۳۸
نشخوارگری	آزمایش	پیش‌آزمون	۱۲/۰۷	۰/۹۶
		پس‌آزمون	۱۶/۶۰	۲/۶۱
	کنترل	پیش‌آزمون	۱۱/۴۰	۱/۴۰
		پس‌آزمون	۱۱/۴۷	۱/۸۰

[Downloaded from aums.abzums.ac.ir on 2026-05-28]

تمرکز مجدد مثبت	آزمایش	پیش‌آزمون	۶/۴۰	۱/۱۲
		پس‌آزمون	۰۴/۶۰	۱/۷۲
	کنترل	پیش‌آزمون	۶/۷۳	۱/۱۶
		پس‌آزمون	۷/۶۰	۱/۸۴
تمرکز مجدد برنامه‌ریزی	آزمایش	پیش‌آزمون	۸/۲۷	۱/۷۱
		پس‌آزمون	۱۷/۱۳	۲/۷۴
	کنترل	پیش‌آزمون	۷/۲۷	۲/۲۵
		پس‌آزمون	۷/۸۷	۱/۷۲
ارزیابی مجدد مثبت	آزمایش	پیش‌آزمون	۶/۸۷	۱/۴۰
		پس‌آزمون	۱۵/۸۷	۲/۷۲
	کنترل	پیش‌آزمون	۷/۱۳	۱/۶۴
		پس‌آزمون	۷/۶۷	۱/۷۹
دیدگاه‌گیری	آزمایش	پیش‌آزمون	۹/۹۳	۱/۷۲
		پس‌آزمون	۲۱/۸۰	۱/۷۸
	کنترل	پیش‌آزمون	۸/۴۷	۲/۸۲
		پس‌آزمون	۸/۱۳	۲/۴۳
فاجعه سازی	آزمایش	پیش‌آزمون	۶۱/۴۰	۲/۰۲
		پس‌آزمون	۰۱/۲۰	۲/۰۴
	کنترل	پیش‌آزمون	۶۱/۸۷	۲/۱۵
		پس‌آزمون	۶۱/۷۳	۱/۴۳
ملامت دیگران	آزمایش	پیش‌آزمون	۲۱/۲۰	۳/۴۲
		پس‌آزمون	۷/۴۰	۲/۴۵
	کنترل	پیش‌آزمون	۰۱/۸۷	۲/۹۰
		پس‌آزمون	۱۱/۰۷	۲/۱۲

بر اساس نتایج جدول ۲ میانگین نمرات ملامت خویش، پذیرش، ملامت دیگران و فاجعه‌سازی در گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون نسبت به مرحله پیش‌آزمون کاهش یافته است اما میانگین بقیه نمرات گروه آزمایش در مرحله‌ی پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون افزایش داشته است. البته معنی داری این تفاوت‌ها نیاز به تحلیل آماری تحلیل کوواریانس دارد که در ادامه مورد بررسی قرار می‌گیرد. ابتدا پیش‌فرض‌های تحلیل کوواریانس نرمال بودن داده‌ها از آزمون ناپارامتریک Kolmogorov–Smirnov ، برای خودکارآمدی ۰/۰۸۷، و برای تنظیم هیجان ۹/۰۹۲ تأیید

[Downloaded from aums.abzums.ac.ir on 2026-05-28]

شد. همچنین، بر طبق آزمون لوین (Levene) همگنی واریانس‌ها بررسی شد. برای متغیر خودکارآمدی ۰/۲۷۳ و تنظیم هیجان ۰/۳۲٤ نشان داد که واریانس ها همگن هستند. همگنی شیب رگرسیون از طریق ازمون تعامل بین کوواریانت و گروه ها نشان داد که شیب در گروه ها یکسان هستند p=۰/۳۵۸. با توجه به برآورده بودن تمامی پیش‌فرض‌ها از روش تحلیل کوواریانس برای تحلیل استنباطی داده ها استفاده شد که در جدول شماره ۳ گزارش شده است.

جدول ۳: نتایج آزمون‌های تحلیل واریانس چند متغیره (مانکوا) متغیرهای خودکارآمدی و تنظیم هیجانی

نام آزمون	مقدار	F	فرضیه df	خطا df	P	مجذور اتا
آزمون اثر پیلایی	۰/٦۳	۲۰/۹٦	۲	۵۲	۰/۰۰۱	۰/٦۷
آزمون لامبدای ویلکز	۰/۳۷	۲۰/۹٦	۲	۵۲	۰/۰۰۱	۰/٦۷
آزمون اثر هتلینگ	۱/٦۷	۲۰/۹٦	۲	۵۲	۰/۰۰۱	۰/٦۷
آزمون بزرگ‌ترین ریشه روی	۱/٦۷	۲۰/۹٦	۲	۵۲	۰۰۱/۰	۰/٦۷

نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیره نشان داد که بین گروه‌های آزمایش و کنترل از نظر ترکیب متغیرهای وابسته (خودکارآمدی و تنظیم هیجانی) تفاوت معناداری وجود دارد. برای بررسی بیشتر اثربخشی درمان شفقت‌درمانی همراه با ذهن‌آگاهی کودک محور بر خودکارآمدی و تنظیم هیجان کودکان از تحلیل کوواریانس یک‌راهه استفاده شد که نتایج در جدول ٤ ذکر شده است.

جدول ٤. نتایج تحلیل کواریانس یک متغیره بر روی میانگین نمرات خودکارآمدی و تنظیم هیجان

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	P	مجذور اتا
خودکارامدی	پیش‌آزمون	۰/۳۳	۱	۰/۳۳	۰/۰۰۶	۰/۳۹	۰/۰۰۰
	گروه	۴۷۳/۰۲	۱	۴۷۳/۰۲	۸/۸۸	۰/۰۰۶	۰/۲۴
	خطا	۱۴۳/۰۶	۷۲	۵۳/۲۶			
	کل	۲۷۵۰۵۴					
تنظیم هیجان	پیش‌آزمون	۲۳۵/۹	۱	۲۳۵/۹	۵/۲۷	۰/۰۳	۰/۱۶
	گروه	۱۵۸۲/۳۵	۱	۱۵۸۲/۳۵	۳۵/۳۸	۰/۰۰۱	۰/۵۶
	خطا	۱۲۰۷/۵۶	۷۲	۴۲/۷۲			
	کل	۳۶۵۲۰۸					

با توجه به نتایج جدول ٤ می‌توان گفت که برنامه‌ی آموزشی شفقت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر خودکارآمدی و تنظیم هیجان کودکان مؤثر است. میزان مجذور اتا نشان می‌دهد که ۲٤ درصد از واریانس خودکارآمدی و ٥٦ درصد از واریانس نظم‌جویی شناختی هیجان ناشی از شرایط آزمایشی است.

[Downloaded from aums.abzums.ac.ir on 2026-05-28]

بحث

پژوهش حاضر با هدف ساخت و تدوین بسته‌ی آموزشی شفقت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی کودک محور و تعیین میزان اثر بخشی آن بر تنظیم هیجانی و خودکارآمدی دانش آموزان پسر دبستانی ۸ تا ۱۰ سال انجام شد. یافته‌های پژوهش حاضر نشان می‌دهد که بسته‌ی آموزشی شفقت‌درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی کودک محور، توان بهبود تنظیم هیجانی و ارتقا خودکارآمدی در دانش‌آموزان دبستانی را دارا می‌باشد. این یافته با پژوهش‌های که اثربخشی شفقت بر عزت نفس کودکان (۱۶)، احساس شرم نوجوانان (۲۲) و اضطراب و افسردگی در بزرگسالان (۲۴،۲۵) را گزارش کردند همسو است. بنابراین می‌توان این یافته را این‌گونه تبیین کرد که شفقت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی کودک محور از چند مسیر منجر به ارتقای خودکارآمدی کودکان می‌شود. نخست آنکه، این رویکرد با آموزش مهارت‌های خودمهربانی، پذیرش خطاها و کاهش انتقادگری درونی، به کودکان کمک می‌کند تا دیدگاه مثبت‌تر و واقع‌بینانه‌تری نسبت به توانایی‌های خود داشته باشند. این امر موجب شکل‌گیری باورهای کارآمد درباره توانایی مقابله با مشکلات تحصیلی و اجتماعی می‌شود. در واقع، وقتی کودک می‌آموزد که حتی در شرایط شکست یا اشتباه، ارزشمندی و قابلیت او خدشه‌دار نمی‌شود، اعتماد به توانایی‌های خویش افزایش یافته و خودکارآمدی تقویت می‌گردد (۱۶). همچنین در جلسات خود شفقتی همراه با ذهن‌آگاهی بر تن‌آرامی تأکید می‌شود که نقش بسزایی در آرامش ذهن فرد در کاهش استرس و افکار خود آیند منفی خواهد داشت (۳۰).

از سوی دیگر، این مداخله با تقویت تنظیم هیجان نیز همراه بوده است. تمرین‌های ذهن‌آگاهی و شفقت، کودکان را قادر می‌سازد هیجان‌های دشوار خود همچون خشم، ترس یا غم را بدون اجتناب یا سرکوب تجربه کنند و با رویکردی پذیرنده و غیرقضاوت‌گرایانه به آنها پاسخ دهند. این رویکرد به کودکان می‌آموزد که هیجان‌ها گذرا و قابل مدیریت هستند و می‌توان از طریق تمرکز بر لحظه اکنون، تنفس آگاهانه و بازشناسی افکار خودکار منفی، واکنش‌های هیجانی سازگارانه‌تری نشان داد. در نتیجه، به جای گرفتار شدن در چرخه‌ی نشخوارگری و اضطراب، کودکان یاد می‌گیرند هیجان‌های خود را تنظیم کرده و از راهبردهای انطباقی‌تر بهره ببرند (۲۱). در این برنامه‌ی درمانی، شفقت و ذهن‌آگاهی هر دو آموزش داده شد؛ بنابراین می‌توان این‌گونه تفسیر کرد که ذهن‌آگاهی به کودک می‌آموزد که توجه خود را بر لحظه اکنون متمرکز سازد و بدون قضاوت افکار و احساسات خود را مشاهده کند. این مهارت سبب می‌شود که کودک هنگام مواجهه با موقعیت‌های دشوار تحصیلی یا اجتماعی، کمتر دچار خودگویی‌های منفی یا پریشانی شود و در عوض، توانایی بیشتری در تمرکز بر راه‌حل‌های مؤثر بیابد. در نتیجه، احساس تسلط و کارآمدی در برابر چالش‌ها افزایش پیدا می‌کند (۱۷).

در واقع، ذهن‌آگاهی بستر آگاهی و تمرکز را فراهم می‌کند و شفقت چارچوبی از پذیرش و حمایت هیجانی در اختیار کودک می‌گذارد. هم‌افزایی این دو عامل، باعث می‌شود کودک نه تنها از توانایی‌های خود آگاه‌تر شود، بلکه در مواجهه با ناکامی‌ها و فشارها نیز اعتماد بیشتری به قابلیت‌های خود پیدا کند. شواهد پژوهشی نیز نشان می‌دهد که مداخلات مبتنی بر ذهن‌آگاهی و شفقت، با افزایش خودپنداره‌ی مثبت، خودپذیری و کاهش خودانتقادی، به شکل معناداری منجر به ارتقای خودکارآمدی در کودکان و نوجوانان می‌شوند (۳۱). از سوی دیگر، شفقت به کودک کمک می‌کند که در زمان شکست، اشتباه یا تجربه‌ی هیجان‌های ناخوشایند، خود را با مهربانی و پذیرش بنگرد، نه با انتقاد و سرزنش. این نگرش حمایتی درونی باعث می‌شود که شکست به عنوان نشانه‌ی بی‌کفایتی درونی تفسیر نشود، بلکه به عنوان بخشی طبیعی از فرایند یادگیری و رشد درک گردد. در چنین حالتی، کودک به جای اجتناب یا کناره‌گیری، انگیزه‌ی بیشتری برای تلاش مجدد و غلبه بر موانع پیدا می‌کند. این چرخه‌ی سالم موجب تقویت باورهای خودکارآمدی در حوزه‌های تحصیلی، اجتماعی و هیجانی می‌شود. (۳۲). پرورش شفقت بر خود و ذهن آگاهی و اشتراکات انسانی از مؤلفه‌هایی است که سبب افزایش خود کارآمدی می‌شود (۳۳). ایجاد ارتباطات باز و گسترده با فرزندان و فضای خانوادگی مساعد می تواند سلامت جسمی، روانی و گسترش ارتباطات اجتماعی مناسب و حتی ادراک غنی از زندگی فرزندان را در پی داشته باشد و میزان شفقت به خود را افزایش دهد (۳۵،۳۴).

این پژوهش در زمره‌ی اولین پژوهش‌هایی بود که طی آن شفقت‌درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر روی کودکان انجام شد. از این رو با محدودیت‌هایی مواجه بود. این پژوهش در مورد کودکان شهرستان تهران انجام شد که به دلیل کمبود وقت و تعطیلی مدارس، انجام آزمون پیگیری به منظور بررسی اثر ماندگاری مداخله‌ها صورت نگرفت، بنابراین در تعمیم نتایج باید احتیاط کرد. از طرفی، ارزیابی متغیرهای مطالعه شده پژوهش،

[Downloaded from aums.abzums.ac.ir on 2026-05-28]

مانند بسیاری دیگر از پژوهش‌ها به شیوه متداول سنجش پرسش‌نامه‌ای و خود گزارش‌دهی انجام شد. این نوع سنجش در مقایسه با سنجش ازطریق مصاحبه می‌تواند سوگیری در پاسخگویی ایجاد نماید و دستیابی به نتایج جامع‌تر را با محدودیت مواجه کند. پیشنهاد می‌شود اثربخشی برنامه شفقت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی در سایر گروه‌های سنی کودکان و همچنین بر روی دختران نیز بررسی شود و همچنین مدارس و متخصصان آموزشی و درمانگران می‌توانند از تکنیک‌های مطرح شده در این برنامه‌ی آموزشی، به منظور ارتقا و رشد و پیشرفت مهارت‌های کودکان استفاده نمایند.

نتیجه‌گیری

به طور کلی، بسته‌ی آموزشی تدوین‌شده در این پژوهش، با ترکیب عناصر ذهن‌آگاهی (مانند تمرکز بر تنفس و توجه به بدن) و شفقت (مانند خودمهربانی و درک مشترک انسانی)، توانسته است هم‌زمان بر دو مؤلفه اساسی رشد روان‌شناختی یعنی خودکارآمدی و تنظیم هیجان اثرگذار باشد. این نتایج بر اهمیت به‌کارگیری مداخلات مبتنی بر شفقت و ذهن‌آگاهی در مدارس ابتدایی برای ارتقای سلامت روان و مهارت‌های مقابله‌ای کودکان تأکید دارد.

اعلان‌ها

تشکر و قدردانی: پژوهشگران موجبات سپاسگزاری و قدردانی خود را از مدیران و پرسنل مدارس و مراکز آموزش و پرورش تهران و همچنین از همه شرکت کنندگان در پژوهش، به عمل می‌آورند.

تعارض منافع: نویسندگان هیچ تعارض منافعی را گزارش نمی‌کنند.

ملاحظات اخلاقی: مقاله حاضر با کد اخلاق از دانشگاه علم و فرهنگ تهران به کد IR.ACECR.USC.REC.۱۴۰۳,۰۶۷اجرا شده است.

استفاده از هوش مصنوعی: در نوشتن و گردآوری مطالب این پژوهش از هوش مصنوعی استفاده نشده است.

مشارکت نویسندگان: زهره زارع حسین زادگان: جمع‌آوری اطلاعات به همراه بحث و نتیجه‌گیری

فرنگیس دمهری: نویسنده مسئول، بازنویسی مقاله

الهام امامی: بحث و نتیجه‌گیری

رضا آقازاده: تحلیل داده‌ها

[Downloaded from aums.abzums.ac.ir on 2026-05-28]

References

1. Sheikheh r, Safaei Moghaddam M, Pakseresht MJ, Marashi M. The social constructionism approach to childhood, and what it has for philosophy for children program(p4c). Thinking and Children. 2020;10(2):113-39.
2. Javidipour n, dehghan m. Efficiency of the Parents' Behavioral Training Model (Barkley) on the Emotional Regulation of the Children with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. Psychology of Exceptional Individuals. 2022;12(45):145-69.
3. Gross JJ. Handbook of emotion regulation: Guilford publications; 2013.
4. Aldao A, Nolen-Hoeksema S. When are adaptive strategies most predictive of psychopathology? Journal of abnormal psychology. 2012;121(1):276.
5. Gratz KL, Roemer L. Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. Journal of psychopathology and behavioral assessment. 2004;26:41-54.
6. Mink AJ, Maddox MM, Pinero AJ, Crockett EE. Gender differences in the physiological effects of emotional regulation. The Journal of Social Psychology. 2023;163(2):256-68.
7. Hassen NB, Molins F, Garrote-Petisco D, Serrano MA. Emotional regulation deficits in autism spectrum disorder: the role of alexithymia and interoception. Research in Developmental Disabilities. 2023;132:104378.
8. Berkovits L, Blacher J, Eisenhower A, Daniel S. The emotion regulation checklist with young autistic children: Data set for comparative use in intervention studies. Journal of Autism and Developmental Disorders. 2023:1-5.
9. Hetzroni OE, Shalahevich K. Structure mapping in autism spectrum disorder: levels of information processing and relations to executive functions. Journal of autism and developmental disorders. 2018;48:824-33.
10. Naragon-Gainey K, McMahon TP, Chacko TP. The structure of common emotion regulation strategies: A meta-analytic examination. Psychological bulletin. 2017;143(4):384.
11. Compas BE, Jaser SS, Bettis AH, Watson KH, Gruhn MA, Dunbar JP, et al. Coping, emotion regulation, and psychopathology in childhood and adolescence: A meta-analysis and narrative review. Psychological bulletin. 2017;143(9):939.
12. Cohrdes C, Mauz E. Self-efficacy and emotional stability buffer negative effects of adverse childhood experiences on young adult health-related quality of life. Journal of adolescent health. 2020;67(1):93-100.
13. Gallagher MW, Long LJ, Phillips CA. Hope, optimism, self-efficacy, and posttraumatic stress disorder: A meta-analytic review of the protective effects of positive expectancies. Journal of clinical psychology. 2020;76(3):329-55.
14. Bandura A. Self-efficacy mechanism in human agency. American psychologist. 1982;37(2):122.
15. Mohades N, Khanjani Z, Aqdasi AN. The Effectiveness Of Mindfulness-Based Intervention On Improving Social Skills In The Middle School Students With Conduct Disorder. Analitical-Cognitive Psycholoy. 2020;42(11):57-69.
16. Hosseinverdi M, Pourassadi Z, Keshavarz S, Kakavand A. Effectiveness of Compassion-focused Therapy on Self-esteem, Empathy, and Forgiveness in Child Labor. Quarterly Journal of Child Mental Health. 2021;7(4):181-96.
17. Husgafvel V. On the Buddhist roots of contemporary non-religious mindfulness practice: Moving beyond sectarian and essentialist approaches. Temenos-Nordic Journal for the Study of Religion. 2016;52(1):87-126.
18. Teasdale JD, Segal ZV, Williams JMG. Mindfulness training and problem formulation. 2003.

[Downloaded from aums.abzums.ac.ir on 2026-05-28]

19. Kingston T, Dooley B, Bates A, Lawlor E, Malone K. Mindfulness-based cognitive therapy for residual depressive symptoms. Psychology and Psychotherapy: Theory, research and practice. 2007;80(2):193-203.
20. Burke CA. Mindfulness-based approaches with children and adolescents: A preliminary review of current research in an emergent field. Journal of child and family studies. 2010;19(2):133-44.
21. Neff KD. The self-compassion scale is a valid and theoretically coherent measure of self-compassion. Mindfulness. 2016;7:264-74.
22. Shahbazi j, khodabakhshi-koolaee a, davoodi h, heidari h. The Comparison of the Effectivenss of Two Patterns of Self-compassion pattern focused on mindfulness and Attachment-Based Therapy on Feeling Shame in male Adolescents with Addiction Readiness. Iranian Journal of Pediatric Nursing. 2020;7(1):12-22.
23. Demehri F, Sardari Z, Saeidmanesh M. The Effectiveness of Enriched with Compassion Acceptance and Commitment therapy (ACT) on Psychological Well-Being and Suicidal Tendency in Adolescents with Parents with Chronic Psychological Illness. Quarterly Journal of Social Work. 2022 Mar 10;10(4):37-47.
24. Nooripour R, Ghanbari N, Farkhojasteh VS, Tabatabaei SH, Farsani SS, Hassani-Abharian P. Effectiveness of Mindfulness-Based Compassion - Therapy on Affective Capital in Elderly Women, Applied Research in Behavioral Sciences. 2022;50(13):22–35.
25. Eftekhar Afzali AR, Izadi F. The effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy on self-compassion, Alexithymia and cognitive distortion of students experiencing love failure. Research in Cognitive and Behavioral Sciences. 2021;11(2):61-72.
26. Hasani J. The psychometric properties of the cognitive emotion regulation questionnaire (CERQ). Journal of clinical psychology. 2010;2(3):73-84.
27. Mashhadi a, Hasani J, Mirdoraghi F. Factor structure, reliability and validity of Persian version of the cognitive emotion regulation questionnaire-children form (CERQ-K-P). Journal of Fundamentals of Mental Health. 2012;14(55):59-246.
28. Muris P. A brief questionnaire for measuring self-efficacy in youths. Journal of Psychopathology and behavioral Assessment. 2001;23:145-9.
29. Tahmassian K. Validation and standardization of children and adolescents self-efficacy questionnaire. applied psychology. 2007;2(3):373-90.
30. Rahbarian A, Sharifi T, Ghazanfari A. Comparing the effectiveness of mindfulness based compassion therapy and positive cognitive-behavioral therapy on parent-child conflict of female headed households. Women and Family Studies. 2025;66(17):0-.
31. Hossinibarzanji A, kord B. Relationships among Flourishing and Self-Compassion Iranian and Swedish Students (Cross-Cultural Study). Journal of Educational Psychology Studies. 2021;18(41):65-49.
32. Noroozi B, Ghaffari Nouran A, Abolghasemi A, Mousazadeh T. The Effects of Self-Compassion Training on Academic Stress and Academic Burnout in Students With Depression Symptoms. Middle Eastern Journal of Disability Studies. 2021;11(0):20-.
33. Derikvandi A, Esfahaniasl M. The effectiveness of compassion-focused couple therapy on marital attachment and emotional intimacy of incompatible couples. Journal of Psychological Science. 2024;23(133):233-50.
34. Sadeghi E. The Effectiveness of Compassion Focused Theory on Emotional Awareness and Interpersonal Difficulties of Aggressive Women. Social Cognition. 2023;12(23):31-40.
35. Zolfaghari AH, Demehri F. A Structural Model for Predicting Achievement Motivation Based on Family Communication Patterns in Students with Academic Anxiety with the Mediating Variable of Academic Self-Handicapping in Female Students of the Second Grade of Elementary School.2024;12(2):57-66.

[Downloaded from aums.abzums.ac.ir on 2026-05-28]