



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

Zeinab Salakhpour¹, Mansour Sodani², Rezvan Homaei³, Masoud Shahbazi³

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

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 می‌باشد.

مواد و روش‌ها: روش پژوهش، نیمه آزمایشی بوده و از طرح پیش-آزمون-پس-آزمون با گروه کنترل استفاده شد. جامعه 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 همسان‌سازی بر اساس ویژگی‌های جمعیت‌شناختی 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 شفقت‌محور (۱۵ نفر) و گروه کنترل (۱۵ نفر) گمارده شدند. در ابتدا همه شرکت‌کنندگان مقیاس افسردگی-اضطراب-تنیدگی (لاویوند و لاویوند، 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، درحالی‌که آزمودنی‌های گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکردند. پس از اجرای مداخله‌ها 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 شفقت‌محور بر نشانگان روان‌شناختی و رفتار خطرپذیر مؤثر می‌باشد ($p \leq 0/05$) و در نتیجه این مداخله‌ها می‌تواند باعث کاهش نشانگان روان‌شناختی و رفتار خطرپذیر در کودکان کار گردند. به علاوه نتایج آزمون‌های تعقیبی نشان داد که آموزش تنظیم هیجان در مقایسه با درمان شفقت‌محور بر کاهش رفتار خطرپذیر در کودکان کار اثرگذارتری داشته است ($p \leq 0/05$).

نتیجه‌گیری: به نظر می‌رسد که هر دو 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؛ ۳۱(۳): ۴۸۵-۵۰۰.

* منصور سودانی،

رایانامه: sodani_m@scu.ac.ir

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^۲ (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 بین‌المللی 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 وادار 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 روان‌شناختی 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 پژوهش‌هایی 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 به نظر 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 محقق 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 به نظر 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)

تا بتواند از مسیر پر پیچ و خم زندگی، که واقعیت غیرقابل انکار زندگی است، عبور کند (۲۶). بر این اساس به نظر 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 افرافی 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

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 تأثیر آن در مشکلات مرتبط با سلامت مانند افسردگی، اضطراب و توانایی انعطاف-پذیری هیجانی حاکی از فقدان توانایی تنظیم هیجانات و در واقع فقدان یک منبع درونی خاص است (۱۵). از آنجایی که بر خورداری از مهارت‌های 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 مدل‌ها 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 راه‌هایی جهت افزایش تجربه‌های مثبت، آموزش راه‌های 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 سازگاری 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

معیارهای ورود به پژوهش شامل رضایت آگاهانه، علاقه و رغبت افراد جهت شرکت در پژوهش، کودک کار بودن، قرار گرفتن در فاصله سنی ۱۲ الی ۱۷ سال، توانایی خواندن، نوشتن و تکمیل فرم رضایت آگاهانه و عدم وجود نقص در کارکردهای عصب شناختی، عدم بستری به خاطر مشکلات روان شناختی در ۶ ماه اخیر، و معیارهای خروج از پژوهش شامل غیبت بیش از ۲ جلسه، دارا بودن اختلال حاد سایکوتیک، مانند اختلالات اسکیزوفرنی، اختلال افسردگی عمده، اختلالات دو قطبی و ... بنا به تشخیص متخصص مشاوره و مصاحبه بالینی به عمل آمده، شرکت همزمان در درمان‌های دیگر، اعلام عدم تمایل به همراهی در حین اجرای پژوهش و دارا بودن اختلالات جسمانی مزمن و ممکن نبودن پیگیری فرد طی مرحله مداخله بودند. ملاحظات اخلاقی در نظر گرفته شده در این پژوهش نیز شامل کسب رضایت آگاهانه از شرکت کنندگان، محرمانه ماندن نام و مشخصات شرکت کنندگان و نیز خروج داوطلبانه شرکت کنندگان از پژوهش بود. ابزارهای پژوهش شامل مقیاس افسردگی اضطراب تنیدگی و مقیاس خطرپذیری نوجوانان ایرانی بود.

الف: مقیاس افسردگی اضطراب تنیدگی: (DASS)

21: در پژوهش حاضر به منظور اندازه‌گیری نشانگان روانشناختی از مقیاس افسردگی، اضطراب و تنیدگی که توسط لایویند و لایویند (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 تشکیل شده که در یک طیف لیکرت چهار درجه‌ای از صفر تا ۳ نمره‌گذاری می‌شود و نمره‌ی کل آن از ۰ تا ۲۱، متغیر است. لایویند و لایویند (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 مولفه‌های این مقیاس را با نمره کل مقیاس محاسبه کردند و نتایج نشان داد که مولفه‌های 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

که با توجه به پیچیدگی‌هایی که در این کودکان و نوجوانان وجود دارد، ارائه درمان شفقت‌محور در کنار آموزش تنظیم هیجان، اثرات متفاوتی در طول زمان به دنبال داشته باشد. از سوی دیگر پیشینه پژوهشی و دیگر مطالعات مرتبط نشان می‌دهد که درمان شفقت‌محور و بخصوص آموزش تنظیم هیجان بر مؤلفه‌های مختلف روان‌شناختی در جامعه‌های آماری گوناگون تأثیر معنادار دارد، اما نکته ای که در این بین مطرح است، هیچ پژوهشی در ایران به بررسی مقایسه اثربخشی درمان شفقت‌محور و آموزش تنظیم هیجان بر مؤلفه‌های نشانگان روانشناختی و رفتار خطرپذیر در جامعه کودکان کار نپرداخته است و خلاء مطالعاتی و فقر پژوهشی بزرگی در این حوزه وجود دارد. از این رو این پژوهش از این جهت که به بررسی این موضوع می‌پردازد که از بین این دو رویکرد به عنوان دو منبع درونی و فردی کدام یک بهتر می‌توانند کودکان کار شهر اهواز را به عنوان یک شهر صنعتی و مهاجر پذیر قادر سازند تا نشانگان روان‌شناختی و رفتار خطرپذیر کمتری را تجربه نمایند اهمیت بالایی دارد. بنابراین هدف از این پژوهش، مقایسه اثربخشی آموزش تنظیم هیجان و درمان شفقت‌محور بر نشانگان روان‌شناختی و رفتار خطرپذیر کودکان کار شهر اهواز می‌باشد.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر به روش آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس-آزمون با گروه کنترل می‌باشد. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل کلیه کودکان کار شهر اهواز می‌باشد که در سال ۱۴۰۰ تحت نظر دو مرکز حمایتی-آموزشی کودک و خانواده گلشن آل طاها و مهرآفرینان بودند. برای گردآوری اطلاعات از این جامعه آماری، ۴۵ نفر از این کودکان کار (در فاصله سنی ۱۲ الی ۱۷) که متقاضی و داوطلب شرکت در پژوهش بودند با استفاده 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 ویژگی‌های جمعیت شناختی 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 با درمان شفقت‌محور (۱۵ نفر) و گروه کنترل (۱۵ نفر) گمارده شدند.

محققان برای بررسی پایایی هر یک از خرده‌مقیاس‌ها از ضریب آلفای کرونباخ استفاده گردید و ضرایب آلفا برای نمره کل این مقیاس ۰/۸۴٪ و برای خرده‌مقیاس‌های 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) می‌توان نتیجه گرفت که این مقیاس از پایایی مطلوبی در پژوهش حاضر برخوردار است.

آموزش تنظیم هیجان: جلسات آموزش تنظیم هیجان، در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای 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) اهداف 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 موقعیت‌های برانگیزاننده از طریق آموزش تفاوت عملکرد انواع هیجان‌ها اطلاعات راجع به ابعاد مختلف هیجان و اثرات کوتاه مدت و دراز مدت هیجان‌ها

جلسه سوم. ارزیابی میزان آسیب‌پذیری و مهارت‌های هیجانی اعضا (۱) خود-ارزیابی با هدف شناخت تجربه‌های هیجانی خود (۲) خود-ارزیابی با هدف شناسایی میزان آسیب‌پذیری هیجانی در فرد (۳) خود-ارزیابی با هدف شناسایی راهبردهای تنظیمی

جلسه چهارم. ایجاد تغییر در موقعیت برانگیزاننده‌ی هیجان. (۱) جلوگیری از انزوای اجتماعی و اجتناب (۲) آموزش راهبرد حل مسئله (۳) آموزش مهارت‌های بین‌فردی (گفتگو، اظهار وجود و حل تعارض)

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

جلسه ششم. تغییر ارزیابی‌های شناختی. (۱) شناسایی ارزیابی‌های غلط و اثرات آن‌ها روی حالت‌های هیجانی (۲) آموزش راهبرد بازارزیابی

روایی این مقیاس از طریق تحلیل عاملی نشان داد که در تحلیل عاملی اکتشافی، ۳ عامل (افسردگی، اضطراب و استرس) برای مقیاس نشانگان روان‌شناختی قابل استخراج است که تبیین‌کننده حدود ۴۷ درصد از کل واریانس بود. همچنین در این پژوهش تحلیل عاملی تأییدی درستی عوامل استخراج شده را تأیید کرد. به علاوه، در پژوهش‌های آن‌ها برای بررسی پایایی خرده‌مقیاس‌های این ابزار نیز از ضریب آلفای کرونباخ استفاده گردید و ضرایب آلفا برای خرده‌مقیاس‌های 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 مؤلفه‌های افسردگی، اضطراب و استرس به ترتیب ضرایب ۰/۷۹ به دست آمد. که با توجه به ضرایب به دست آمده می‌توان 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 درجه‌ای 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) به منظور بررسی روایی سازه و تأیید ساختار عاملی این مقیاس از روش تحلیل عاملی 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 مولفه‌های آن نیز مورد تأیید متخصصان قرار گرفت. به علاوه، در پژوهش این

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 شفقت ورز (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 لون 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 $P < 0.05$ 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.

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)

جدول ۱. یافته‌های توصیفی متغیرهای پژوهش

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

در گروه کنترل (۱۲۸/۴۳ و ۱۲۷/۰۰) است. برای بررسی و مقایسه اثربخشی آموزش تنظیم هیجان و درمان شفقت محور بر نشانگان روان شناختی 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.

همان‌طور که در جدول ۱ مشاهده می‌شود، میانگین نمره-های 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 (۴۵/۹۲ و ۴۹/۵۴) 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

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	۲۲/۲۳۵	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

معنی‌داری وجود دارد ($F=48/148$ و $P<0/001$). به منظور بررسی نقطه این تفاوت، تحلیل کوواریانس تک متغیری در متن مانکووا روی نمره‌های نشانگان روان شناختی و رفتار خطرپذیر انجام شد که نتایج آن در جدول ۳ ارائه شده است.

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 روان شناختی و رفتار خطرپذیر)، تفاوت

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

شفقت محور و گروه کنترل از لحاظ نشانگان روان شناختی 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 بن‌فرونی برای

همان‌طور که نتایج مندرج در جدول ۳ نشان می‌دهد، نسبت F تحلیل کوواریانس تک متغیری برای متغیر نشانگان روانشناختی ($F=150/672$ و $P<0/001$) به دست آمد. این یافته نشان می‌دهد که بین گروه آموزش تنظیم هیجان، گروه درمان

مقایسه میانگین‌های تعدیل یافته متغیر نشانگان روان‌شناختی در گروه آموزش تنظیم هیجان، گروه درمان شفقت محور و گروه

کنترل را نشان می‌دهد.

جدول ۴. 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 میانگین‌ها	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 $-12/183$ می‌باشد که در سطح $0/001$ 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 $-12/588$ می‌باشد که در سطح $0/001$ 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 $0/404$ می‌باشد که در سطح $0/999$ 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 ($F=52/898$ و $P<0/001$) 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 بن فرونی 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 میانگین‌ها	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 $-16/283$ می‌باشد که در سطح $0/001$ 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 $-10/998$ می‌باشد که در سطح $0/001$ 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 $-5/285$ می‌باشد که در سطح $0/007$ 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 شفقت محور 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 روان‌شناختی (افسردگی -

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 هیجان‌ها 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 برخوردار می‌شوند (۴۲). با مدیریت هیجان‌ها و یادگیری فنون مدیریت و تنظیم هیجان‌ها می‌توان سازگاری بیشتر و پاسخ‌های بهتری به رویدادهای استرس‌زای زندگی داد. سازوکارهای تنظیم هیجانی و یادگیری فنون آن در رویکردهای تنظیم هیجان از جمله رویکرد گراس سبب می‌گردد کودکان افکار خودکار و ناخودآگاه خود را شناسایی کرده و آن‌ها را مدیریت کند که این موضوع سبب فهم بیشتر و کاهش فشار و استرس آن‌ها 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 می‌شود، نظیر بررسی، تعدیل و تجدیدنظر در پاسخ‌های انجام شده، می‌تواند توجه‌کننده کاهش علائم فیزیولوژیک استرس شرکت‌کنندگان 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 می‌شود، می‌تواند بر بعد شناختی استرس تأثیر داشته باشد و موجب کاهش آن شود. به همین دلیل می‌توان گفت تکنیک‌ها و مهارت‌های آموزش داده شده در این رویکرد می‌تواند در کاهش استرس کودکان کار به عنوان یکی دیگر از مهم‌ترین 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

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 می‌گیرند (۳۹) که در آموزش‌های تنظیم هیجان روی کاهش و تعدیل این هیجان‌ها منفی و تغییر راهبردهای اشتباه تمرکز و تلاش می‌شود. آموزش‌های تنظیم هیجان می‌تواند با آگاه نمودن فرد از هیجان‌ها مثبت و منفی، پذیرش هیجان‌ها، 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 مهم‌ترین مهارت‌هایی که در این رویکرد آموزش داده می‌شود 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 مهم‌ترین نشانگان روان شناختی می‌توان اظهار داشت که در روش‌های آموزش تنظیم هیجان و جلسات درمانی این رویکرد، موضوعاتی مانند ابراز هیجان، تنظیم و ارزیابی مجدد هیجان‌ها مدنظر قرار می‌گیرد و به افراد آموزش داده می‌شود. فراگیری مهارت‌های این شیوه آموزشی زمینه تولید پاسخ‌های منعطف نسبت به تجربه‌های هیجانی شدید مثل اضطراب، تشویش، خشم و غم را فراهم می‌کند. از آنجا که تنظیم هیجان تأثیر بسزایی در فرایندهای هیجانی فرد دارد، به افرادی که از لحاظ هیجانی آسیب‌پذیر هستند مانند کودکان کار، اجازه می‌دهد 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

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 واکنش های دقیق تر بر پایه 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 شفقت محور از لحاظ نشانگان روان شناختی غیرمعنی دار 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 می توان این گونه بیان نمود که هر دو درمان ساختار روشنی دارند و از تکنیک های رفتاری استفاده می کنند. در جلسات هر دو درمان تلاش می شود مراجع متوجه هیجانات مثبت و منفی خود شود و همچنین تشویق می شود که هیجانات منفی را کاهش و هیجانات مثبت را تقویت نماید. به طور کلی، تنظیم هیجان سازه ای است که تصور می شود تأثیر زیادی بر سلامت روانی و جسمانی دارد و در یادگیری راهبردهایی که در این درمان آموزش داده می شود نقش پررنگ 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 سبک های 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

کودکان کار اثر معناداری داشته است. این یافته با نتایج پژوهش های 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 می کند که افکار، عوامل، تصاویر و رفتارهای تسکین بخش بیرونی باید درونی شوند و در این صورت، ذهن انسان همان گونه که نسبت به عوامل بیرونی واکنش نشان می دهد، 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 می آموزند که از احساسات دردناک خود اجتناب نکرده و آن ها را سرکوب نکنند، بنابراین می توانند 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 می برد و ارتباط برقرار کردن با آن بدون داشتن احساس شرمندگی و ضعف، تأکید دارد. درمان شفقت محور 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 تله های ذهنی تأکید می کند. در این رویکرد افراد پس از سپری کردن جلسات یاد می گیرند با تقویت خود مهربانی به شجاعت و خرد لازم جهت کار با جنبه های دشوار ذهن مثل خشم، نگرانی، تشویش و اضطراب دست یابند. این مهربانی و دلسوزی کردن با خود سبب ترشح هورمون اکسی توسین می شود که این هورمون از میزان ترس و اضطراب می کاهد و می تواند از فشار خون کم کند و کورتیزول را که با استرس رابطه دارد را کاهش دهد (۴۷). به علاوه درمان شفقت-محور بسیاری از تکنیک ها و فنون کاربردی را آموزش می دهد که می تواند در کاهش استرس افراد موثر واقع شود از جمله آموزش تنفس، ذهن آگاهی و تصویرسازی. دیگر این که در این درمان خودمهربانی به منظور تقویت شجاعت افراد جهت مواجهه با جنبه های دشوار و تاریک ذهن پرورش می یابد 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 مهارت های مقابله ای و هیجانی بیشتری برخوردار می شوند و در

از سوی دیگر نتایج نشان داد، تفاوت بین میانگین تعدیل یافته گروه درمان آموزش تنظیم هیجان و گروه کنترل از لحاظ رفتار خطرپذیر معنی دار 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 می‌کنند، 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 آن‌ها 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 مسئولیت‌پذیری 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. همان‌طور 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 میان فردی مؤثر، تصمیم‌گیری و رفتارهای سازگارانه را موجب شود. در ارتباط با درمان شفقت‌محور نیز نتایج نشان داد، تفاوت بین میانگین

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 تکنیک‌های 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 می‌شود 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 آوردن 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 بر نشانگان روان شناختی تفاوت معنی‌داری وجود نداشته باشد و تا حدود زیادی اثرات مشابهی داشته باشند.

اختلال تنظیم هیجان 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 هیجان تمرکز دارد، احتمالاً موجب اثربخشی بیشتر این رویکرد نسبت به درمان شفقت محور شده است. در واقع در روش آموزش تنظیم هیجان، از تکنیک های بسیاری برای مدیریت و تعدیل هیجان استفاده می شود از جمله افزایش توانایی فرد جهت آگاه شدن از هیجان ها مثبت و منفی خود و تفسیر درست احساسات بدنی مربوط به این هیجان ها، آگاهی از برانگیختگی هیجانی، تعدیل فعالانه هیجان منفی برای رسیدن به احساس بهتر و پذیرش وقتی نمی توان آن را تغییر داد، مواجهه با هیجان منفی به جای اجتناب از آن در شرایط پریشانی و ارائه راه حل های 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 تواند داشته باشند (۵۷). لذا طبق مطالب فوق می توان این گونه انتظار داشت که بین گروه آموزش تنظیم هیجان و گروه درمان شفقت محور از لحاظ اثرگذاری بر رفتار خطرپذیر تفاوت معنی داری 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، تحت تأثیر قرار گرفتن آزمودنی ها به علت سن کم و کاهش دقت در پاسخ گویی به سؤالات متعدد پرسش نامه (پیش آزمون - پس آزمون) و نیز سوگیری تک-روشی. به همین علت به پژوهش گران پیشنهاد می شود پژوهش های مشابه را بر روی کودکان کار در شهرها و استان های دیگر با فرهنگ های مختلف انجام گیرد و نیز در پژوهش های آتی سودمندی روش های درمانی به کار گرفته شده به صورت طولی و نحوه اثرگذاری آن ها به شکل طولی مورد ارزیابی قرار گیرند تا از صحت یافته ها در طول زمان اطمینان بیشتری حاصل گردد. در خصوص پیشنهادات کاربردی نیز با توجه به تأثیر مثبت مهارت های تنظیم هیجان و درمان شفقت محور بر کاهش نشانگان روانشناختی و رفتار پرخطر کودکان کار، این مداخله ها می تواند به عنوان یک برنامه پیش گیرانه 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،

تعدیل یافته گروه درمان شفقت محور و گروه کنترل از لحاظ رفتار خطرپذیر معنی دار 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 پژوهش های انجام شده توسط احمدی و همکاران (۳۳) همسویی دارد. در تبیین این یافته می توان گفت درمان شفقت محور به افراد کمک می کند تا از انعطاف پذیری روان شناختی بالاتری برخوردار شوند و از چنگ افکار و رفتارهای ناکارآمد و ناپهنجار رهایی یابند؛ به عبارتی، وجود نگرش مشفقانه در افراد، به آن ها کمک می کند 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 نایافته ای که رفتار آنان خواهد داشت ممکن است مورد طرد توسط همسالان خود قرار گیرند، انتظار می رود که احساس خودکارآمدی خود را از دست داده و انگیزه های لازم از آن ها سلب شود. اما درمان شفقت محور به آن ها می آموزد که چگونه به درک مفهوم خودسرزنش گری پرداخته و بین شرم، احساس گناه و تحقیر تفاوت قائل شوند و با مقایسه پیامدهای مسئولیت پذیری در مقابل تقصیرجویی خودانتقادگرانه و به جای رفتار اجتنابی و فرار از روابط اجتماعی به پرورش خودکارآمدی پرداخته و با استفاده از تکنیک های شفقت درمانی خود مشفق را در خود پرورش دهند و از رفتارهای انتقام جویانه، ناپهنجار 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 می توان 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 ویژگی ها و تجارب ناخوشایند خود بردارند. همچنین با تأکید بر بعد اشتراکات انسانی در درمان شفقت محور افراد به این نکته پی می برند که تمام انسان ها ویژگی های فردی یا خانوادگی دارند که به سبب آن ها در رنج هستند و خود را با مشکلاتشان تنها نمی بینند که این آموزش ها در کاهش بروز رفتارهای نامناسب و ناپهنجار در موقعیت های مختلف اثرگذار است. اما از سوی دیگر طبق پژوهش ها یکی از دلایل عمده و اصلی در بروز رفتارهای پرخطر بخصوص در سنین کودکی و نوجوانی وجود نقص و

ملاحظات اخلاقی

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

مشارکت نویسندگان

این مقاله مستخرج از رساله دکتری نویسنده اول است، نویسنده دوم استاد راهنما، نویسنده سوم استاد مشاور اول و نویسنده چهارم استاد مشاور دوم هستند.

تقدیر و تشکر

نویسندگان این مقاله بدین وسیله از تمامی کسانی که در راستای اجرای این تحقیق همکاری نمودند کمال تشکر و قدردانی را دارند.

تعارض منافع

نویسندگان مقاله هیچ گونه تعارض منافی ندارند.

حمایت مالی

این پژوهش با هزینه شخصی انجام شده است.

References

1. Maestre-Meyer M, Oviedo-Trespalcacios 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, Jaafari-pooyan 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.

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, Sajjadi 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.

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].

