




Comparison of the Effects of Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Children and Self-Compassion Training on the Development of Mindfulness in Children

1. Shabnam Nobahar : Department of Psychology, Ro.C., Islamic Azad University, Rudehen, Iran
2. Nasrin Bagheri *: Department of Psychology, Ro.C., Islamic Azad University, Rudehen, Iran
3. Mehrdad Sabet : Department of Psychology, Ro.C., Islamic Azad University, Rudehen, Iran

*Corresponding Author's Email: arefi.2020@iau.ac.ir

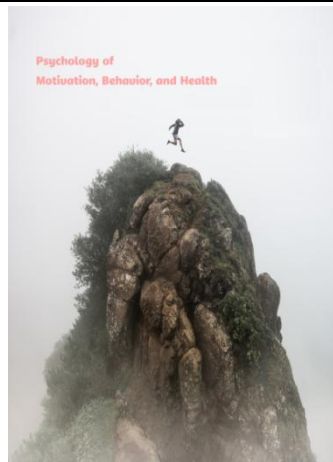
Received: 2025-10-19

Revised: 2026-02-16

Accepted: 2026-02-23

Initial Publish: 2026-05-17

Final Publish: 2026-08-23



Abstract

Introduction and Aim: Mindfulness is a fundamental psychological capacity in childhood that may enhance attention, self-awareness, emotional regulation, and adaptive responses to internal and external experiences. This study aimed to compare the effects of Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Children and self-compassion training on the development of mindfulness among 7- to 12-year-old girls.

Methodology: This applied study was conducted as a randomized clinical trial with a pretest, posttest, control group, and three-month follow-up design. The statistical population included female students aged 7 to 12 years in Tehran during the 2024–2025 academic year. After screening and applying inclusion and exclusion criteria, participants were randomly assigned to three groups: Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Children, self-compassion training, and control. The MBCT-C group received 12 group intervention sessions, and the self-compassion group received 10 group intervention sessions. Data were collected using the Child Acceptance and Mindfulness Measure at pretest, posttest, and follow-up. Data analysis was performed in SPSS using repeated-measures analysis of variance and Bonferroni post hoc test.

Findings: Repeated-measures analysis of variance showed a significant main effect of time on mindfulness ($F=31.985$, $p<0.001$, $\eta^2=0.432$). The time \times group interaction effect was also significant ($F=8.600$, $p<0.001$, $\eta^2=0.291$), indicating that changes in mindfulness differed across the study groups. In addition, the main effect of group was significant ($F=8.239$, $p=0.001$, $\eta^2=0.282$). Bonferroni post hoc comparisons showed that both intervention groups had significantly higher mindfulness scores than the control group; however, no significant difference was found between the two intervention groups ($p=1.00$).

Conclusion: Both Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Children and self-compassion training significantly increased mindfulness in children, and the effects were maintained at the follow-up stage. Since no significant difference was observed between the two interventions, both approaches may be considered effective group-based programs for use in schools and child counseling settings.

Keywords: mindfulness, mindfulness-based cognitive therapy, self-compassion, children, school-based intervention

How to Cite: Nobahar, S., Bagheri, N., & Sabet, M. (2026). Comparison of the Effects of Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Children and Self-Compassion Training on the Development of Mindfulness in Children. *Psychology of Motivation, Behavior, and Health*, 4(3), 1-16.



Copyright: © 2026 by the authors. Published under the terms and conditions of Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International (CC BY-NC 4.0) License.

Extended Abstract

Introduction and Aim

Childhood is a critical developmental period for the formation of attention regulation, emotional awareness, self-observation, and adaptive responses to internal and external experiences. During primary school years, children gradually acquire the capacity to notice their thoughts, bodily sensations, emotions, and behavioral impulses; however, these capacities remain developmentally vulnerable and highly dependent on structured learning environments, family support, and school-based psychological education. In this context, mindfulness has become an important construct in contemporary child psychology because it refers to the child's ability to attend to present-moment experiences with openness, awareness, and reduced automatic reactivity. Mindfulness-based approaches are especially relevant for children because they do not merely target symptom reduction; rather, they cultivate foundational psychological skills such as attention control, self-regulation, nonjudgmental awareness, and flexible responding. The growing literature on third-wave cognitive and behavioral therapies has emphasized the importance of process-based interventions that focus on awareness, acceptance, attentional flexibility, and the individual's relationship with inner experiences rather than only the direct modification of thought content (Hayat, 2024; Hayes & Hofmann, 2021). Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Children (MBCT-C) is one of the child-adapted approaches within this broader framework. It translates mindfulness and cognitive awareness principles into developmentally appropriate exercises, including mindful breathing, mindful movement, awareness of the body, mindful listening, mindful eating, and observation of thoughts and feelings as temporary mental events. Semple and Lee developed MBCT-C as a structured intervention for children, emphasizing experiential exercises, child-friendly metaphors, and repeated practice to strengthen mindful attention and socio-emotional resilience (Semple & Lee, 2007; Semple et al., 2010). Subsequent studies have also supported the feasibility and potential value of MBCT-C for primary school children and adolescents, particularly in relation to mindful attention, emotional awareness, and internal self-regulatory skills (Ames et al., 2014; Madni et al., 2020; Shetty et al., 2020; Wright et al., 2019). In parallel, self-compassion training has emerged as another important intervention model for cultivating a healthier relationship with the self. Self-compassion is generally conceptualized as a kind,

balanced, and supportive orientation toward oneself, especially when facing mistakes, distressing experiences, or perceived inadequacy. It includes self-kindness, common humanity, and mindfulness as interrelated components (Neff, 2023). Compassion-based approaches, particularly those influenced by Gilbert's model, emphasize soothing, self-reassurance, reduction of self-critical responding, and the development of a caring internal stance (Gilbert, 2009, 2010, 2014; Gilbert & Procter, 2006). Since mindfulness is one of the core components of self-compassion, it is theoretically plausible that self-compassion training may also enhance mindfulness in children by teaching them to notice internal experiences, relate to themselves with kindness, and respond to difficult feelings in a less reactive manner. Empirical work on mindful self-compassion programs and compassion-focused interventions has shown that such approaches can improve self-awareness, self-kindness, emotional regulation, and adaptive psychological functioning (Bluth et al., 2016; Braehler et al., 2013; Longe et al., 2010; Neff & Germer, 2013). Studies conducted in educational and clinical contexts have further suggested that mindfulness- and compassion-based interventions may share common mechanisms, including present-moment awareness, acceptance, emotional regulation, and reduced over-identification with thoughts and feelings (Frostadottir & Dorjee, 2019; Heidari et al., 2023; Salari et al., 2024). However, despite the conceptual overlap between MBCT-C and self-compassion training, fewer studies have directly compared their effects on the development of mindfulness in children. Therefore, the present study aimed to compare the effects of Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Children and self-compassion training on the development of mindfulness among 7- to 12-year-old girls.

Methodology

This applied quantitative study was conducted using a randomized clinical trial design with a pretest, posttest, control group, and three-month follow-up. The statistical population consisted of female primary school children aged 7 to 12 years in Tehran during the 2024–2025 academic year. After obtaining the necessary institutional coordination and parental informed consent, eligible students were screened and selected for participation. Inclusion criteria included being a female student aged 7 to 12 years, willingness of the child and consent of the parents to participate, lower scores on the child acceptance and mindfulness measure, and not participating in other simultaneous psychological interventions. Students with diagnosed

learning disorders, neurological or sleep-related conditions confirmed by a specialist, or use of psychiatric medications affecting attention, concentration, or psychological functioning were not included. Exclusion criteria included absence from more than three intervention sessions, insufficient cooperation with group activities, or withdrawal from the study. Based on sample size estimation for repeated-measures analysis of variance with three groups and three measurement occasions, 48 participants were initially selected and randomly assigned to three groups: MBCT-C, self-compassion training, and control. After attrition, data from 45 participants, 15 in each group, were analyzed. Random allocation was performed using block randomization, and allocation concealment was maintained through sequentially numbered, opaque, sealed envelopes. The study was implemented as a single-blind trial, in which the outcome assessor and data analyst were unaware of group assignments. The MBCT-C group received 12 weekly group sessions, each lasting 90 minutes, based on child-appropriate mindfulness-based cognitive therapy principles. The sessions included mindful breathing, body awareness, mindful eating, mindful listening, mindful movement, recognition of thoughts and feelings, nonjudgmental observation, and application of mindfulness in daily life. The self-compassion group received 10 weekly group sessions, each lasting 90 minutes. This intervention focused on relaxation, breathing, awareness of thoughts and feelings, kindness toward oneself, body awareness, mindful sensory experiences, self-soothing, gratitude, empathy, and continuation of compassionate practices at home and school. The control group received no intervention during the main study period and was offered a compensatory educational session after completion of the main assessments. The primary data collection tool was the Child Acceptance and Mindfulness Measure developed by Greco and colleagues. The 10-item version is scored on a five-point Likert scale from 0 to 4, with total scores ranging from 0 to 40; higher scores indicate greater acceptance and mindfulness. The questionnaire was administered at pretest, posttest, and three-month follow-up.

Findings

The final sample included 45 female students distributed equally across the control, self-compassion, and MBCT-C groups. The mean age was 10.13 ± 1.46 in the control group, 9.93 ± 1.39 in the self-compassion group, and 10.07 ± 1.44 in the MBCT-C group. There was no statistically significant difference

between the groups in terms of age ($p=0.927$), mother's employment status ($p=0.765$), number of children in the family ($p=0.964$), or history of physical illness ($p=0.760$). These findings indicated that the groups were demographically comparable before the intervention. Descriptive results showed that the mean mindfulness score at pretest was 27.73 ± 3.13 in the control group, 27.53 ± 4.26 in the self-compassion group, and 28.13 ± 3.60 in the MBCT-C group, with no significant between-group difference at baseline ($p=0.903$). At posttest, the mean score was 27.80 ± 3.36 in the control group, 32.80 ± 2.57 in the self-compassion group, and 33.73 ± 1.58 in the MBCT-C group, and the between-group difference was statistically significant ($p<0.001$). At follow-up, the mean score was 27.40 ± 6.06 in the control group, 33.40 ± 1.45 in the self-compassion group, and 33.40 ± 1.45 in the MBCT-C group, again showing a significant difference between groups ($p<0.001$). Before conducting the main repeated-measures analysis, statistical assumptions were examined. Mauchly's test of sphericity was significant ($W=0.731$, $\chi^2=12.826$, $df=2$, $p=0.002$), indicating violation of the sphericity assumption; therefore, Greenhouse-Geisser correction was applied. The repeated-measures ANOVA showed a significant main effect of time on mindfulness scores ($F=31.985$, $p<0.001$, partial $\eta^2=0.432$), indicating that mindfulness changed significantly across the three measurement occasions. The time \times group interaction was also significant ($F=8.600$, $p<0.001$, partial $\eta^2=0.291$), showing that the pattern of change differed across the three groups. The main effect of group was significant as well ($F=8.239$, $p=0.001$, partial $\eta^2=0.282$). Bonferroni post hoc comparisons indicated that both the self-compassion group and the MBCT-C group differed significantly from the control group. However, the difference between the two intervention groups was not statistically significant ($p=1.00$). Overall, the findings showed that both interventions significantly increased mindfulness in children compared with the control group, and the improvement was maintained at the three-month follow-up.

Discussion and Conclusion

The findings of this study demonstrated that both Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Children and self-compassion training were effective in increasing mindfulness among 7- to 12-year-old girls. The significant time effect showed that mindfulness scores changed across the study phases, while the significant time \times group interaction indicated that

these changes were meaningfully associated with participation in the intervention groups. The descriptive pattern further clarified this result: the control group showed almost no meaningful improvement from pretest to posttest or follow-up, whereas both intervention groups showed clear increases after the sessions, and these gains were maintained three months later. The effectiveness of MBCT-C can be explained by its direct focus on present-moment awareness, attentional training, recognition of thoughts and feelings, body awareness, and nonjudgmental observation. Through repeated practice, children likely learned to recognize internal experiences without immediately reacting to them, which strengthened their mindful awareness. The effectiveness of self-compassion training can be explained by its emphasis on self-kindness, emotional recognition, self-soothing, body awareness, and a more accepting relationship with internal experiences. Although self-compassion training is not identical to MBCT-C, it includes mindfulness as a central component and may therefore promote mindful awareness through a compassionate and supportive pathway. The absence of a statistically significant difference between the two intervention groups

suggests that both approaches may activate overlapping psychological processes, including awareness, acceptance, emotional regulation, and reduced automaticity. This finding is practically important because it suggests that schools and child mental health professionals may use either MBCT-C or self-compassion training to enhance mindfulness, depending on available resources, practitioner expertise, and the developmental needs of children. The maintenance of intervention effects at follow-up also suggests that the skills learned during the sessions were not limited to the intervention setting but may have transferred to daily life contexts such as school, home, and peer interactions. In conclusion, both MBCT-C and self-compassion training appear to be effective group-based interventions for developing mindfulness in primary school girls. Since no significant difference was found between the two approaches, both can be considered valuable options for school-based psychological education and child-focused preventive programs. Future implementation of such interventions may help children develop greater self-awareness, more adaptive attention regulation, and a kinder, more balanced relationship with their inner experiences.

مقایسه تأثیر درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی برای کودکان و آموزش شفقت بر خود بر توسعه ذهن آگاهی در کودکان

۱. شبنم نوبهار¹: گروه روان‌شناسی، واحد روده‌ن، دانشگاه آزاد اسلامی، روده‌ن، ایران
۲. نسرین باقری^{2*}: گروه روان‌شناسی، واحد روده‌ن، دانشگاه آزاد اسلامی، روده‌ن، ایران
۲. مهرداد ثابت²: گروه روان‌شناسی، واحد روده‌ن، دانشگاه آزاد اسلامی، روده‌ن، ایران

*ایمیل نویسنده مسئول: arefi.2020@iau.ac.ir

دریافت: ۱۴۰۴/۰۷/۲۷ بازنگری: ۱۴۰۴/۱۱/۲۷ پذیرش: ۱۴۰۴/۱۲/۰۳ انتشار اولیه: ۱۴۰۵/۰۲/۲۷ انتشار نهایی: ۱۴۰۵/۰۶/۰۱

چکیده

مقدمه و هدف: ذهن آگاهی یکی از ظرفیت‌های بنیادین روان‌شناختی در دوره کودکی است که می‌تواند به افزایش توجه، خودآگاهی، تنظیم هیجان و پاسخ‌دهی سازگارانه‌تر به تجربه‌های درونی و بیرونی کمک کند. پژوهش حاضر با هدف مقایسه تأثیر درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی برای کودکان و آموزش شفقت بر خود بر توسعه ذهن آگاهی در کودکان دختر ۷ تا ۱۲ ساله انجام شد.

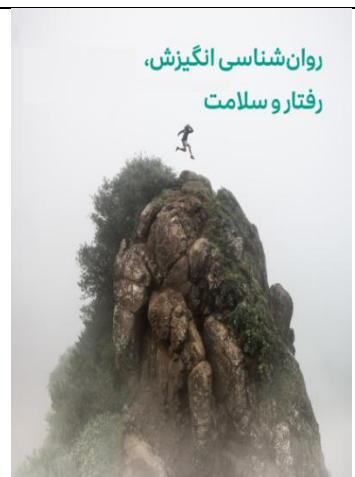
روش‌شناسی: این پژوهش از نظر هدف کاربردی و از نظر روش، کارآزمایی بالینی تصادفی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون، گروه کنترل و پیگیری سه‌ماهه بود. جامعه آماری شامل دانش‌آموزان دختر ۷ تا ۱۲ ساله شهر تهران در سال تحصیلی ۱۴۰۳-۱۴۰۴ بود. پس از غربالگری و اعمال معیارهای ورود و خروج، شرکت‌کنندگان به صورت تصادفی در سه گروه درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی برای کودکان، آموزش شفقت بر خود و کنترل قرار گرفتند. گروه درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی ۱۲ جلسه و گروه شفقت بر خود ۱۰ جلسه مداخله گروهی دریافت کردند. داده‌ها با پرسشنامه پذیرش و ذهن آگاهی کودکان در سه مرحله گردآوری و با تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بنفرونی در نرم‌افزار SPSS تحلیل شد.

یافته‌ها: نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر نشان داد اثر اصلی زمان بر ذهن آگاهی معنادار بود ($F=31.985, p<0.001$). همچنین، اثر تعاملی زمان و گروه معنادار بود ($\eta^2=0.291, p<0.001, F=8.600$). اثر اصلی گروه نیز معنادار گزارش شد ($\eta^2=0.282, p=0.001, F=8.239$). نتایج آزمون بنفرونی نشان داد هر دو گروه مداخله در مقایسه با گروه کنترل افزایش معناداری در ذهن آگاهی داشتند، اما تفاوت بین دو گروه مداخله معنادار نبود ($p=1.00$).

نتیجه‌گیری: درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی برای کودکان و آموزش شفقت بر خود هر دو موجب افزایش معنادار ذهن آگاهی در کودکان شدند و اثرات آن‌ها تا مرحله پیگیری پایدار ماند. با توجه به نبود تفاوت معنادار میان دو مداخله، هر دو رویکرد می‌توانند به‌عنوان برنامه‌های گروهی مؤثر در مدارس و مراکز مشاوره کودک به کار گرفته شوند.

کلیدواژه‌گان: ذهن آگاهی، درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی، شفقت بر خود، کودکان، مداخله مدرسه‌محور

روان‌شناسی انگیزش،
رفتار و سلامت



نحوه استناددهی: نوبهار، شبنم، باقری، نسرین، و ثابت، مهرداد. (۱۴۰۵). مقایسه تأثیر درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی برای کودکان و آموزش شفقت بر خود بر توسعه ذهن آگاهی در کودکان. *روان‌شناسی انگیزش، رفتار و سلامت*، ۴(۳)، ۱۶-۱.



مجوز و حق نشر: © ۱۴۰۵ تمامی حقوق انتشار این مقاله متعلق به نویسنده است. انتشار این مقاله به صورت دسترسی آزاد مطابق با گواهی (CC BY-NC) صورت گرفته است. (4.0)

مقدمه

کودکان دارند و مداخلاتی که این ظرفیت‌ها را تقویت می‌کنند، می‌توانند پیامدهای رشدی مهمی داشته باشند (Kazemi & Mohammadi, 2019). بر همین اساس، ذهن آگاهی در سال‌های اخیر به‌عنوان یکی از سازه‌های کلیدی در مداخلات روان‌شناختی کودک محور مورد توجه قرار گرفته است.

درمان‌های شناختی و رفتاری در طول چند دهه گذشته نقش مهمی در تحول مداخلات روان‌شناختی داشته‌اند و با تأکید بر رابطه میان افکار، هیجان‌ها و رفتارها، چارچوبی منظم برای اصلاح الگوهای ناکارآمد فراهم کرده‌اند. با این حال، موج سوم درمان‌های شناختی و رفتاری، به‌جای تمرکز صرف بر تغییر محتوای افکار، بر تغییر رابطه فرد با تجربه‌های درونی، افزایش پذیرش، آگاهی، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و ارزش‌محوری تأکید دارد (Hayat, 2024; Hayes & Hofmann, 2021). درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی یکی از شاخص‌ترین رویکردهای موج سوم است که عناصر شناخت‌درمانی را با تمرین‌های رسمی و غیررسمی ذهن آگاهی تلفیق می‌کند. این رویکرد ابتدا برای بزرگسالان توسعه یافت و پژوهش‌های اولیه نشان دادند که می‌تواند در کاهش بازگشت الگوهای ناسازگار و افزایش آگاهی نسبت به افکار و احساسات مؤثر باشد (Kuyken et al., 2008). با گسترش پژوهش‌ها، کاربردهای MBCT در گروه‌های مختلف سنی و بالینی توسعه یافت و مرورهای نظام‌مند جدید نیز بر پیامدهای شناختی، عصب‌روان‌شناختی و بهزیستی آن تأکید کرده‌اند (Gkintoni et al., 2025; Sverre et al., 2023; Ye et al., 2024).

درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی برای کودکان یا MBCT-C بر اساس نیازهای رشدی کودکان طراحی شده و تلاش می‌کند مفاهیم انتزاعی ذهن آگاهی را از طریق فعالیت‌های ساده، بازی‌محور، حسی و قابل فهم برای کودک آموزش دهد. در این رویکرد، کودک با تمرین‌هایی مانند تنفس آگاهانه، خوردن آگاهانه، گوش دادن آگاهانه، حرکت آگاهانه، توجه به بدن، تشخیص افکار به‌عنوان رویدادهای ذهنی و مشاهده غیرقضاوتی تجربه‌ها آشنا می‌شود. Lee و Semple یکی از چارچوب‌های اصلی MBCT-C را برای کودکان تدوین کردند و بر این نکته تأکید داشتند که کودکان از طریق تجربه مستقیم و تمرین مکرر می‌توانند به مهارت‌های توجه آگاهانه و پاسخ‌دهی منعطف‌تر دست یابند (Semple & Lee, 2007).

دوره کودکی یکی از حساس‌ترین مراحل رشد شناختی، هیجانی و اجتماعی است؛ زیرا در این دوره، الگوهای بنیادین توجه، خودتنظیمی، واکنش به هیجان‌ها، تعامل با دیگران و شیوه مواجهه با تجربه‌های درونی شکل می‌گیرد. کودکان در سنین دبستان به تدریج توانایی بیشتری برای تشخیص افکار، احساسات، پیام‌های بدنی و پیامدهای رفتاری خود پیدا می‌کنند، اما این توانایی هنوز در حال تحول است و به‌شدت تحت تأثیر محیط خانواده، مدرسه، شیوه‌های تربیتی، روابط همسالان و کیفیت آموزش مهارت‌های روان‌شناختی قرار دارد. افزایش مطالعات درباره سلامت روان کودکان و نوجوانان نشان داده است که دشواری‌های درونی‌سازی‌شده، مشکلات تنظیم هیجان، واکنش‌های شناختی ناکارآمد و ضعف در مهارت‌های توجهی، در این گروه سنی اهمیت روزافزونی دارد و مداخلات مدرسه‌محور و رشد‌محور می‌توانند نقش مهمی در ارتقای ظرفیت‌های روان‌شناختی کودکان ایفا کنند (Force et al., 2022; Orgiles et al., 2025; Thapar et al., 2022). از این منظر، تمرکز بر سازه‌هایی مانند ذهن آگاهی و شفقت‌برخود، صرفاً یک رویکرد درمانی محدود نیست، بلکه بخشی از حرکت گسترده‌تر روان‌شناسی معاصر به سوی آموزش مهارت‌های بنیادین برای خودآگاهی، خودتنظیمی و رشد سالم در کودکان محسوب می‌شود.

ذهن آگاهی به‌طور کلی به ظرفیت توجه هدفمند، انعطاف‌پذیر و غیرقضاوتی به تجربه لحظه حال اشاره دارد. در کودکان، ذهن آگاهی به معنای توانایی توجه به تنفس، بدن، افکار، احساسات، حواس و رویدادهای پیرامونی بدون درگیر شدن فوری با واکنش‌های خودکار است. این مهارت می‌تواند کودک را قادر سازد تا به جای غرق شدن در افکار یا هیجان‌ها، آن‌ها را به‌عنوان تجربه‌هایی گذرا مشاهده کند و میان محرک و پاسخ، فاصله‌ای آگاهانه ایجاد کند. از نظر نظری، ذهن آگاهی با کارکردهای اجرایی، کنترل توجه، انعطاف شناختی و توانایی بازداری پاسخ‌های تکانشی ارتباط دارد؛ بنابراین، آموزش آن در دوره کودکی می‌تواند زمینه‌ساز بهبود خودنظارتی، مدیریت هیجان و سازگاری اجتماعی شود. مطالعات مربوط به کارکردهای شناختی و اجرایی در کودکان نیز نشان داده‌اند که توجه، حافظه کاری و تنظیم شناختی نقش مهمی در عملکرد روزمره و یادگیری

در ادامه، کارآزمایی‌های انجام‌شده درباره MBCT-C نشان دادند که این برنامه می‌تواند توجه ذهن‌آگاهانه و تاب‌آوری اجتماعی - هیجانی کودکان را ارتقا دهد و برای پیشگیری از دشواری‌های درونی‌سازی‌شده در کودکان دبستانی سودمند باشد (Semple et al., 2010; Wright et al., 2019). همچنین مطالعاتی که MBCT را برای کودکان و نوجوانان بررسی کرده‌اند، بر انطباق محتوای جلسات با سطح تحول‌شناختی کودک، نقش تمرین‌های خانگی، اهمیت زبان ساده و استفاده از استعاره‌ها و فعالیت‌های چندحسی تأکید کرده‌اند (Ames et al., 2014; Madni et al., 2020; Shetty et al., 2020).

در محیط مدرسه، ذهن‌آگاهی می‌تواند از چند مسیر اثرگذار باشد. نخست، کودک یاد می‌گیرد توجه خود را به جای پراکندگی مداوم، به تجربه جاری بازگرداند. دوم، از طریق مشاهده افکار و احساسات، توانایی تفکیک «من» از تجربه‌های گذرا افزایش می‌یابد. سوم، کودک می‌آموزد که قضاوت‌های فوری درباره خود، دیگران و رویدادها را کاهش دهد و با پذیرش بیشتری به تجربه‌های درونی نگاه کند. چهارم، تمرین‌های ذهن‌آگاهی می‌تواند نوعی زبان مشترک برای گفت‌وگو درباره هیجان‌ها در کلاس، خانه و گروه همسالان ایجاد کنند. پژوهش‌های مدرسه‌محور جدید نیز نشان داده‌اند که برنامه‌های ذهن‌آگاهی در مدارس می‌تواند در ارتقای سازگاری روان‌شناختی و کاهش نشانه‌های تنش هیجانی در کودکان و نوجوانان نقش داشته باشد (Areskoug Sandberg et al., 2024). از آنجا که کودکان بخش مهمی از زمان روزانه خود را در مدرسه سپری می‌کنند، اجرای مداخلات گروهی و مدرسه‌محور می‌تواند دسترسی‌پذیری، پذیرش و استمرار تمرین‌ها را افزایش دهد.

در کنار ذهن‌آگاهی، شفقت‌برخود یکی از سازه‌های مهم روان‌شناسی معاصر است که به شیوه مهربانانه، پذیرنده و حمایتگرانه فرد نسبت به خود، به‌ویژه در مواجهه با ناکامی، خطا یا تجربه‌های دشوار اشاره دارد. Neff شفقت‌برخود را شامل سه مؤلفه اصلی مهربانی با خود در برابر خودانتقادی، انسانیت مشترک در برابر احساس انزوا، و ذهن‌آگاهی در برابر همانندسازی افراطی با تجربه‌های درونی معرفی کرده است (Neff, 2023). بر این اساس، شفقت‌برخود با ذهن‌آگاهی پیوند نظری مهمی دارد؛ زیرا فرد برای

مهربان بودن با خود، ابتدا باید بتواند تجربه درونی خود را تشخیص دهد، آن را بدون اجتناب یا اغراق مشاهده کند و سپس با نگرشی حمایتگرانه به آن پاسخ دهد. برنامه‌های متمرکز بر شفقت، از جمله رویکردهای مبتنی بر ذهن شفقت‌ورز، بر این فرض استوارند که بسیاری از دشواری‌های هیجانی با خودانتقادی، شرم، احساس ناکافی بودن و ضعف در خودآرام‌سازی ارتباط دارند و آموزش شفقت می‌تواند نظام آرام‌ساز و پیوندجویی را فعال کند (Gilbert, 2009, 2014, 2014).

چارچوب درمان متمرکز بر شفقت، ریشه در مدل تکاملی ذهن، نظریه دلبستگی، عصب‌روان‌شناسی هیجان و روان‌شناسی شناختی دارد. در این رویکرد، انسان دارای نظام‌های هیجانی مختلفی در ارتباط با تهدید، انگیزش و آرام‌سازی در نظر گرفته می‌شود و هدف مداخله آن است که افراد بتوانند از طریق تمرین مهربانی، تصویرسازی شفقت‌ورزانه، گفت‌وگوی درونی حمایتگرانه و توجه آگاهانه، رابطه‌ای امن‌تر و پذیرنده‌تر با خود برقرار کنند (Gilbert, 2006; Gilbert & Procter, 2010). شواهد اولیه نشان داده‌اند که آموزش ذهن شفقت‌ورز می‌تواند در کاهش خودانتقادی و تقویت خوداطمینان بخشی نقش داشته باشد (Gilbert & Procter, 2006). مطالعات عصب‌شناختی نیز نشان داده‌اند که خودانتقادی و خوداطمینان بخشی با الگوهای متفاوتی از پردازش عصبی همراه هستند و بنابراین آموزش پاسخ‌های درونی حمایتگرانه می‌تواند مبنای روان‌شناختی و زیستی قابل توجهی داشته باشد (Longe et al., 2010). همچنین پژوهش‌هایی درباره فرایندهای تغییر در درمان متمرکز بر شفقت نشان داده‌اند که افزایش شفقت می‌تواند با بهبود تنظیم هیجان و کاهش سبک‌های مقابله‌ای ناسازگار همراه باشد (Braehler et al., 2013).

برنامه‌های شفقت‌برخود در کودکان و نوجوانان معمولاً از زبان ساده، استعاره‌های کودک‌پسند، فعالیت‌های بدنی، تمرین‌های تنفسی، تصویرسازی، توجه به حواس، تمرین مهربانی با خود و دیگران، و گفت‌وگو درباره دوستی و پذیرش استفاده می‌کنند. پژوهش Bluth و همکاران درباره برنامه «دوست شدن با خود» برای نوجوانان نشان داد که آموزش شفقت‌برخود می‌تواند به صورت قابل قبول و عملیاتی برای گروه‌های سنی پایین‌تر اجرا شود و تجربه شرکت‌کنندگان از

اهمیت مطالعه حاضر از چند جهت قابل توجه است. نخست، بیشتر پژوهش‌های مربوط به MBCT و شفقت‌برخود در نمونه‌های بزرگسال یا نوجوان انجام شده‌اند و پژوهش‌های متمرکز بر کودکان دبستانی، به‌ویژه در زمینه مقایسه مستقیم دو رویکرد، همچنان محدود است. دوم، هرچند ذهن آگاهی یکی از مؤلفه‌های مشترک میان این دو رویکرد محسوب می‌شود، روشن نیست که آموزش مستقیم ذهن آگاهی از طریق MBCT-C نسبت به آموزش شفقت‌برخود تا چه اندازه اثر متفاوتی بر رشد ذهن آگاهی کودکان دارد. سوم، با توجه به اینکه کودکان در سنین دبستان در مرحله شکل‌گیری مهارت‌های شناختی، هیجانی و اجتماعی قرار دارند، انتخاب مداخله مناسب می‌تواند پیامدهای مهمی برای برنامه‌های مدرسه‌محور، مشاوره کودک و آموزش مهارت‌های زندگی داشته باشد. چهارم، انجام پژوهش در بافت فرهنگی و آموزشی ایران می‌تواند به بومی‌سازی شواهد مربوط به مداخلات موج سوم و شناسایی رویکردهای مؤثرتر برای کودکان ایرانی کمک کند. از این رو، مقایسه MBCT-C و آموزش شفقت‌برخود از نظر تأثیر بر ذهن آگاهی کودکان می‌تواند هم از منظر نظری و هم از منظر کاربردی، شکاف مهمی را در ادبیات پژوهشی موجود پوشش دهد.

هدف پژوهش حاضر مقایسه تأثیر درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی برای کودکان با آموزش شفقت‌برخود بر توسعه ذهن آگاهی در کودکان دختر ۷ تا ۱۲ ساله بود.

روش‌شناسی

پژوهش حاضر از نظر هدف، کاربردی و از نظر شیوه گردآوری داده‌ها، کمی و از نوع نیمه‌آزمایشی به صورت کارآزمایی بالینی تصادفی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون، گروه کنترل و پیگیری سه‌ماهه بود. جامعه آماری پژوهش شامل دانش‌آموزان دختر ۷ تا ۱۲ ساله شهر تهران در سال تحصیلی ۱۴۰۳-۱۴۰۴ بود. اجرای پژوهش در یکی از مدارس ابتدایی دخترانه شهر تهران انجام شد و پس از هماهنگی‌های لازم با مسئولان مدرسه و دریافت رضایت‌نامه آگاهانه از والدین، دانش‌آموزانی که واجد معیارهای ورود به مطالعه بودند وارد فرایند غربالگری و انتخاب نمونه شدند. معیارهای ورود شامل دختر بودن، قرار داشتن در دامنه سنی ۷ تا ۱۲ سال، تمایل دانش‌آموز و رضایت والدین برای شرکت در پژوهش، کسب نمره پایین‌تر در

رابطه با خود را بهبود بخشد (Bluth et al., 2016). مطالعه Neff و Germer نیز نشان داد که برنامه ذهن آگاهانه شفقت‌برخود می‌تواند به افزایش شفقت‌برخود و بهبود شاخص‌های روان‌شناختی منجر شود (Neff & Germer, 2013). در بافت ایرانی نیز پژوهش‌هایی نشان داده‌اند که آموزش شفقت‌برخود می‌تواند با بهبود تنظیم هیجان و ارتقای ویژگی‌های روان‌شناختی در گروه‌های مختلف همراه باشد (Abooei et al., 2021; Shafiei et al., 2019). همچنین در حوزه کودکان و خانواده، آموزش مبتنی بر شفقت در پیوند با تربیت، خودپنداره و مشکلات رفتاری مورد توجه قرار گرفته و بر نقش روابط حمایتی در شکل‌گیری نگرش مهربانانه نسبت به خود تأکید شده است (Madhi & Ghamarani, 2020; Saroinsong et al., 2021).

از نظر مقایسه‌ای، MBCT-C و شفقت‌برخود شباهت‌ها و تفاوت‌های مهمی دارند. هر دو رویکرد بر آگاهی، پذیرش، فاصله گرفتن از واکنش‌های خودکار و تنظیم هیجان تأکید می‌کنند، اما نقطه کانونی آن‌ها یکسان نیست. در MBCT-C، تمرکز اصلی بر پرورش توجه آگاهانه، مشاهده افکار و احساسات، بازگشت به لحظه حال و تغییر رابطه کودک با رویدادهای ذهنی است. در مقابل، در آموزش شفقت‌برخود، گرچه ذهن آگاهی یکی از مؤلفه‌های اصلی است، اما تمرکز بیشتر بر ایجاد نگرش مهربانانه، کاهش خودسرنشنگری، تقویت احساس انسانیت مشترک و پرورش پاسخ حمایت‌گرانه نسبت به خود قرار دارد. بنابراین، این پرسش مطرح می‌شود که آیا هر دو مداخله می‌توانند ذهن آگاهی کودکان را افزایش دهند و آیا میان میزان اثرگذاری آن‌ها تفاوت معناداری وجود دارد یا خیر. پژوهش‌های مقایسه‌ای و مرورهای اخیر درباره مداخلات مبتنی بر شفقت، پذیرش و ذهن آگاهی نشان داده‌اند که این رویکردها اغلب بر فرایندهای مشترکی مانند توجه، پذیرش، انعطاف‌پذیری و کاهش واکنش‌پذیری شناختی اثر می‌گذارند، اما ممکن است از مسیرهای متفاوتی به تغییر روان‌شناختی منجر شوند (Frostadottir & Dorjee, 2019; Salari et al., 2024). همچنین مقایسه درمان متمرکز بر شفقت و MBCT در برخی گروه‌ها نشان داده است که هر دو مداخله ظرفیت اثرگذاری بر متغیرهای روان‌شناختی را دارند، اما بررسی دقیق‌تر تفاوت‌ها و شباهت‌های آن‌ها در گروه‌های سنی مختلف همچنان ضروری است (Heidari et al., 2023).

احساسات بدون درگیری یا واکنش فوری در کودکان طراحی شده است. نمره‌گذاری نسخه ۱۰ سؤالی بر اساس طیف لیکرت پنج‌درجه‌ای انجام می‌شود؛ به این صورت که گزینه‌های «هرگز»، «به‌ندرت»، «گاهی»، «اغلب» و «همیشه» به‌ترتیب نمره صفر تا چهار دریافت می‌کنند. دامنه نمره کل مقیاس از صفر تا ۴۰ است و نمره بالاتر نشان‌دهنده سطح بالاتر پذیرش و ذهن‌آگاهی در کودک است. در این ابزار، برخی گویه‌ها به‌صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند تا پاسخ‌دهی یک‌جهته کنترل شود. در پژوهش‌های داخلی، پایایی این مقیاس با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ بررسی شده و مقدار ۰/۸۵ برای آن گزارش شده است که نشان‌دهنده همسانی درونی مناسب ابزار است. در پژوهش حاضر، این پرسشنامه در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری سه‌ماهه برای شرکت‌کنندگان هر سه گروه اجرا شد.

پروتکل درمان شناختی‌مبتنی بر ذهن‌آگاهی برای کودکان در قالب ۱۲ جلسه گروهی هفتگی اجرا شد. محتوای این مداخله بر آموزش تدریجی توجه آگاهانه، مشاهده تجربه‌های درونی و بیرونی، تشخیص افکار به‌عنوان رویدادهای ذهنی، کاهش واکنش‌های خودکار، افزایش حضور در لحظه و تمرین مهارت‌های ذهن‌آگاهی در زندگی روزمره متمرکز بود. در جلسه نخست، کودکان با مفهوم خلبان خودکار و تفاوت آن با حضور آگاهانه آشنا شدند و تمرین‌هایی مانند تنفس آگاهانه و توجه به تجربه‌های ساده روزمره انجام دادند. در جلسات بعدی، دشواری‌های تمرین ذهن‌آگاهی، توجه به بدن و تنفس، آگاهی از افکار، احساسات و حس‌های بدنی، و تمایز میان تجربه واقعی و قضاوت ذهنی بررسی شد. در میانه برنامه، تمرین‌هایی مانند فضای تنفس سه‌دقیقه‌ای، ذهن‌آگاهی نسبت به خوردن، شنیدن، دیدن، حرکت آگاهانه، یوگای کودک‌محور و مشاهده غیرقضاوتی تجربه‌ها به کار گرفته شد. در جلسات پایانی، کودکان یاد گرفتند که نسبت به رویدادهای خوشایند، ناخوشایند و استرس‌زا با آگاهی بیشتر پاسخ دهند، به جای واکنش فوری از حق انتخاب خود در لحظه استفاده کنند، و ذهن‌آگاهی را از طریق حواس مختلف در فعالیت‌های روزمره تمرین کنند. جلسه پایانی به مرور آموخته‌ها، تثبیت مهارت‌ها، ارزیابی تجربه کودکان از برنامه، تشویق به تمرین مستمر و پیوند دادن ذهن‌آگاهی با زندگی روزانه اختصاص یافت. برای افزایش تداوم یادگیری، تمرین‌های خانگی ساده مانند تنفس

پرسشنامه پذیرش و ذهن‌آگاهی کودکان، و عدم شرکت هم‌زمان در سایر آموزش‌ها یا مداخلات روان‌شناختی بود. دانش‌آموزانی که دارای اختلال یادگیری تشخیص داده شده، بیماری‌هایی مانند صرع، تشنج یا مشکلات خواب تأیید شده توسط متخصص بودند، یا داروهای روان‌پزشکی مؤثر بر توجه، تمرکز یا وضعیت روان‌شناختی مصرف می‌کردند، وارد مطالعه نشدند. معیارهای خروج از مطالعه نیز شامل غیبت بیش از سه جلسه در طول مداخله، عدم همکاری کافی در فعالیت‌های گروهی، یا انصراف از ادامه شرکت در پژوهش بود. برای تعیین حجم نمونه، با توجه به طرح تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر، سه گروه شامل درمان شناختی‌مبتنی بر ذهن‌آگاهی برای کودکان، آموزش شفقت‌برخود و گروه کنترل، و سه مرحله اندازه‌گیری شامل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری سه‌ماهه، حجم نمونه با استفاده از نرم‌افزار **G*Power** برآورد شد. با در نظر گرفتن سطح معناداری ۰/۰۵، توان آزمون ۰/۸۰، اندازه اثر متوسط، سه گروه، سه نوبت اندازه‌گیری و پیش‌بینی ریزش احتمالی، تعداد ۴۸ نفر به‌عنوان نمونه نهایی اولیه انتخاب شدند و به‌صورت تصادفی در سه گروه ۱۶ نفره قرار گرفتند. تخصیص شرکت‌کنندگان به گروه‌ها با استفاده از تصادفی‌سازی بلوکی با بلوک‌های سه‌تایی و شش‌تایی انجام شد تا توازن تعداد افراد در گروه‌ها حفظ شود. برای پنهان‌سازی تخصیص، از پاکت‌های غیرشفاف، مهرموم‌شده و شماره‌گذاری شده به‌ترتیب استفاده شد. پژوهش به‌صورت یک‌سوکور اجرا شد؛ به این معنا که ارزیاب پیامدها و تحلیلگر داده‌ها از عضویت شرکت‌کنندگان در گروه‌های پژوهش آگاهی نداشتند. مداخلات در ساعات خارج از برنامه رسمی مدرسه و در محل مدرسه، به‌صورت گروهی، هفتگی و در جلسات ۹۰ دقیقه‌ای توسط پژوهشگر و زیر نظر ناظر تخصصی اجرا شد. گروه کنترل در طول دوره اجرای پژوهش مداخله‌ای دریافت نکرد و پس از پایان مراحل اصلی ارزیابی، یک جلسه آموزشی جبرانی با محوریت مهارت‌های کلی ذهن‌آگاهی و شفقت‌ورزی برای آنان برگزار شد.

ابزار گردآوری داده‌ها در این پژوهش، پرسشنامه پذیرش و ذهن‌آگاهی کودکان گرکو و همکاران بود. نسخه اولیه این مقیاس در سال ۲۰۰۵ تدوین شد و نسخه کوتاه‌تر آن در سال ۲۰۱۱ به ۱۰ سؤال کاهش یافت. این ابزار برای سنجش میزان پذیرش، آگاهی از تجربه‌های درونی، توجه به لحظه حال و توانایی مشاهده افکار و

آگاهانه، توجه به بدن، مشاهده جزئیات محیط، خوردن آگاهانه، گوش دادن آگاهانه و ثبت تجربه‌های روزانه به کودکان ارائه شد.

برنامه شفقت‌برخود در قالب ۱۰ جلسه گروهی هفتگی اجرا شد و هدف آن تقویت مهربانی با خود، آگاهی از تجربه‌های درونی، پذیرش هیجان‌ها، کاهش خودسرزنشگری و افزایش رابطه دوستانه کودک با خود بود. در جلسات آغازین، کودکان با مفاهیم پایه‌ای مانند آرام‌سازی، تنفس، توجه، ذهن آگاهی، مهربانی و شناخت شیوه کار ذهن آشنا شدند. موضوعاتی مانند طبیعت، فضا و عناصر دیداری و تخیلی کودک‌پسند برای ایجاد ارتباط ساده‌تر با مفاهیم انتزاعی شفقت و آگاهی استفاده شد. در جلسات میانی، تمرکز برنامه بر شناخت افکار و احساسات، ارتباط میان افکار، بدن و رفتار، افزایش توانایی مشاهده تجربه‌های درونی، و یادگیری پاسخ‌دهی مهربانانه به خود به جای واکنش‌های فوری قرار گرفت. کودکان آموختند که افکار الزاماً واقعیت قطعی نیستند و می‌توان با آرام‌سازی ذهن، تنفس، گزارش وضعیت درونی، تصویرسازی و تمرین‌های بدنی، انتخاب‌های سازگارانه‌تری در برابر تجربه‌های دشوار داشت. در ادامه، تمرین‌هایی مانند اسکن بدن، آرام‌سازی پیشرونده عضلانی، خوردن آگاهانه، دیدن آگاهانه، گوش دادن آگاهانه، قدردانی از بدن، توجه به حواس و استفاده از تخیل برای آرام‌سازی آموزش داده شد. در جلسات پایانی، موضوعاتی مانند مهربانی با خود و دیگران، قدردانی، دوستی، درک دیدگاه دیگران، شناسایی توانمندی‌های فردی و ادامه تمرین مهارت‌ها در خانه و مدرسه مورد تأکید قرار گرفت. جلسه آخر به مرور مهارت‌های آموخته‌شده، بازشناسی نقاط قوت کودکان، تقویت تداوم تمرین‌های شفقت‌ورزانه و ذهن آگاهانه، و بحث درباره کاربرد این مهارت‌ها در موقعیت‌های روزمره اختصاص یافت.

داده‌های گردآوری‌شده پس از کدگذاری و ورود به نرم‌افزار SPSS از دو جنبه توصیفی و استنباطی تحلیل شدند. در بخش توصیفی، برای توصیف ویژگی‌های جمعیت‌شناختی و نمرات ذهن آگاهی در مراحل مختلف پژوهش از شاخص‌هایی مانند فراوانی، درصد، میانگین و انحراف معیار استفاده شد. پیش از انجام تحلیل‌های اصلی،

مفروضه‌های آماری لازم بررسی شد؛ به این صورت که نرمال بودن توزیع داده‌ها با استفاده از آزمون شاپیروویلیک ارزیابی شد و در صورت لزوم، سایر مفروضه‌های مرتبط با تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر نیز مورد توجه قرار گرفت. برای بررسی تغییرات نمرات ذهن آگاهی در طول زمان و مقایسه الگوی تغییرات میان سه گروه، از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر استفاده شد. در این تحلیل، زمان اندازه‌گیری شامل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری سه‌ماهه به‌عنوان عامل درون‌گروهی و نوع گروه شامل درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی برای کودکان، آموزش شفقت‌برخود و کنترل به‌عنوان عامل بین‌گروهی در نظر گرفته شد. اثر اصلی زمان، اثر اصلی گروه و اثر تعاملی زمان و گروه بررسی شد تا مشخص شود آیا تغییرات ذهن آگاهی در طول زمان در گروه‌های پژوهش متفاوت بوده است یا خیر. برای مقایسه‌های زوجی بین مراحل اندازه‌گیری و نیز بررسی تفاوت‌های معنادار بین گروه‌ها، از آزمون تعقیبی بنفرونی استفاده شد. سطح معناداری در تمام آزمون‌های آماری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

در پژوهش حاضر، داده‌های ۴۵ دانش‌آموز دختر ۷ تا ۱۲ ساله در سه گروه کنترل، شفقت‌برخود و درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی برای کودکان مورد تحلیل قرار گرفت؛ به گونه‌ای که در هر گروه ۱۵ نفر حضور داشتند. میانگین و انحراف معیار سن شرکت‌کنندگان در گروه کنترل 10.13 ± 1.46 ، در گروه شفقت‌برخود 9.93 ± 1.39 و در گروه درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی 10.07 ± 1.44 بود و تفاوت معناداری بین سه گروه از نظر سن مشاهده نشد ($p=0.927$). همچنین، مقایسه سه گروه از نظر شغل مادر نشان داد که توزیع مادران خانه‌دار و شاغل در گروه‌ها تفاوت معناداری نداشت ($p=0.765$). از نظر تعداد فرزندان خانواده نیز تفاوت معناداری بین گروه‌ها مشاهده نشد ($p=0.964$). افزون بر این، سه گروه از نظر سابقه بیماری فیزیکی تفاوت معناداری با یکدیگر نداشتند ($p=0.760$). بنابراین، می‌توان گفت گروه‌های پژوهش از نظر متغیرهای جمعیت‌شناختی بررسی‌شده همگن بودند و تفاوت اولیه معناداری میان آن‌ها وجود نداشت.

جدول ۱. شاخص‌های توصیفی نمرات ذهن آگاهی در سه گروه طی مراحل پژوهش

زمان اندازه‌گیری	کنترل	شفقت‌برخود	درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی	سطح معناداری
پیش‌آزمون	۲۷.۷۳±۳.۱۳	۲۷.۵۳±۴.۲۶	۲۸.۱۳±۳.۶۰	۰.۹۰۳
پس‌آزمون	۲۷.۸۰±۳.۳۶	۳۲.۸۰±۲.۵۷	۳۳.۷۳±۱.۵۸	<۰.۰۰۱
پیگیری	۲۷.۴۰±۶.۰۶	۳۳.۴۰±۱.۴۵	۳۳.۴۰±۱.۴۵	<۰.۰۰۱

همان‌گونه که در جدول ۱ مشاهده می‌شود، میانگین نمرات ذهن آگاهی در مرحله پیش‌آزمون در سه گروه نزدیک به یکدیگر بود و تفاوت معناداری بین گروه‌ها وجود نداشت ($p=0.903$). این یافته نشان می‌دهد که گروه‌ها پیش از شروع مداخله از نظر سطح ذهن آگاهی در وضعیت تقریباً مشابهی قرار داشتند. با این حال، در مرحله پس‌آزمون تفاوت معناداری بین سه گروه مشاهده شد ($p<0.001$)؛ به طوری که میانگین نمره ذهن آگاهی در گروه شفقت‌برخود و گروه درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی نسبت به گروه کنترل افزایش بیشتری نشان داد. در مرحله پیگیری نیز این تفاوت معنادار حفظ شد ($p<0.001$) و میانگین نمرات ذهن آگاهی در دو گروه مداخله همچنان بالاتر از گروه کنترل باقی ماند. بر این اساس، نتایج توصیفی نشان می‌دهد که هر دو مداخله با افزایش

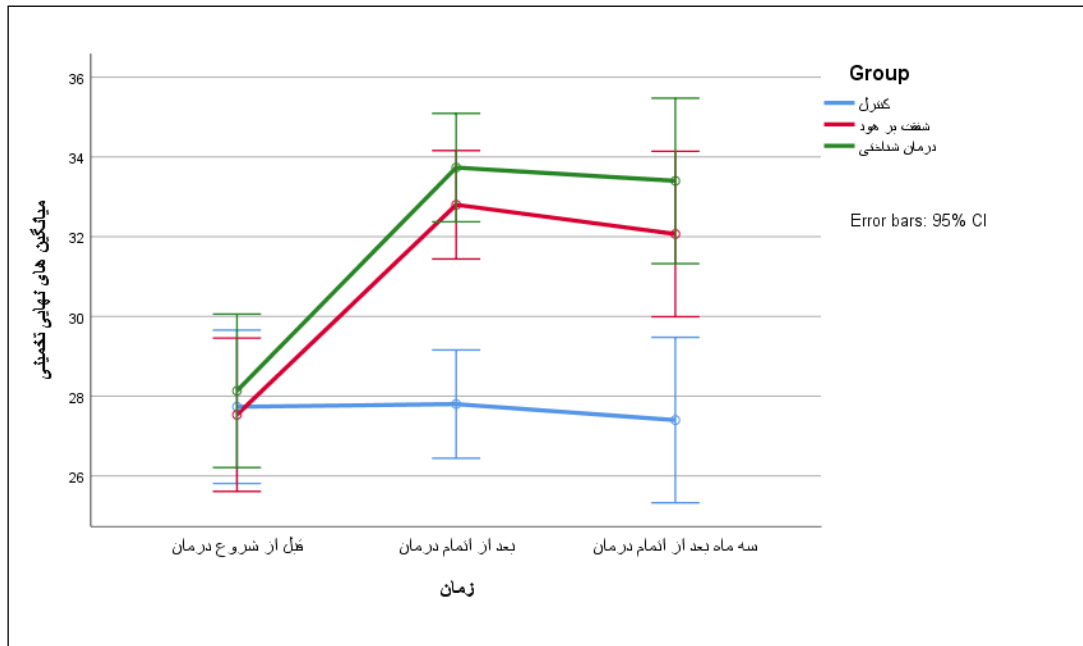
نمرات ذهن آگاهی همراه بوده‌اند و این افزایش تا مرحله پیگیری نیز تداوم داشته است. پیش از انجام تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر، مفروضه‌های آماری مورد بررسی قرار گرفت. بررسی توزیع نمرات نشان داد که داده‌ها برای اجرای آزمون‌های پارامتریک مناسب هستند. همچنین، برای بررسی مفروضه کرویت از آزمون ماچلی استفاده شد. نتیجه آزمون ماچلی برای عامل زمان نشان داد که فرض کرویت برقرار نیست ($W=0.731$, $\chi^2=12.826$, $df=2$, $p=0.002$). با توجه به رد شدن مفروضه کرویت، در تحلیل اثر زمان و اثر تعاملی زمان و گروه از تصحیح گرینهاوس-گیسر استفاده شد. مقدار اسپیلون گرینهاوس-گیسر برابر با ۰.۷۸۸، مقدار هوینه-فلدت برابر با ۰.۸۵۳ و مقدار حد پایین برابر با ۰.۵۰۰ بود؛ بنابراین، نتایج مربوط به اثرات درون‌آزمودنی بر اساس ضرایب اصلاح‌شده گزارش شدند.

جدول ۲. نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای نمرات ذهن آگاهی

منبع تغییرات	مجموع مربعات نوع سوم	درجه آزادی	میانگین مربعات	آماره F	سطح معناداری	مربع اتای جزئی
زمان	۳۵۲.۱۷۸	۱.۵۷۷	۲۲۳.۳۹۰	۳۱.۹۸۵	<۰.۰۰۱	۰.۴۳۲
زمان × گروه	۱۸۹.۳۷۸	۳.۱۵۳	۶۰.۰۶۲	۸.۶۰۰	<۰.۰۰۱	۰.۲۹۱
خطای درون‌آزمودنی	۴۶۲.۴۴۴	۶۶.۱۹۲	۶.۹۸۷	—	—	—
گروه	۴۱۶.۵۷۸	۲	۲۰۸.۲۸۹	۸.۲۳۹	۰.۰۰۱	۰.۲۸۲
خطای بین‌آزمودنی	۱۰۶۱.۸۲۲	۴۲	۲۵.۲۸۱	—	—	—

بر اساس نتایج جدول ۲، اثر اصلی زمان بر نمرات ذهن آگاهی معنادار بود ($F=31.985$, $p<0.001$, $\eta^2=0.432$). این نتیجه نشان می‌دهد که نمرات ذهن آگاهی در کل نمونه، صرف‌نظر از نوع گروه، در طول مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تغییر معناداری داشته است. همچنین، اثر تعاملی زمان و گروه نیز معنادار بود ($F=8.600$), به این معنا که الگوی تغییرات نمرات ذهن آگاهی در طول زمان در سه گروه یکسان نبوده و عضویت در گروه‌های مداخله یا کنترل بر روند تغییرات تأثیر داشته است. افزون بر این، اثر اصلی گروه نیز معنادار بود ($F=8.239$, $p=0.001$),

که نشان می‌دهد بین سه گروه از نظر میانگین کلی نمرات ذهن آگاهی تفاوت معناداری وجود داشته است. نتایج مقایسه‌های تعقیبی با آزمون بنفرونی نشان داد که تفاوت بین گروه شفقت‌برخود و گروه کنترل معنادار بود ($p=0.014$) و همچنین تفاوت بین گروه درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی و گروه کنترل نیز معنادار گزارش شد ($p=0.001$). با این حال، تفاوت بین دو گروه مداخله معنادار نبود ($p=1.00$). بنابراین، هر دو مداخله در مقایسه با گروه کنترل موجب افزایش معنادار ذهن آگاهی شدند، اما تفاوت معناداری میان اثربخشی دو مداخله مشاهده نشد.



شکل ۱. روند تغییرات میانگین ذهن آگاهی در سه گروه مطالعه طی زمان

مبتنی بر ذهن آگاهی و شفقت بر خود در مقایسه با گروه کنترل افزایش معناداری نشان داد. همچنین، نتایج مرحله پیگیری نشان داد که این افزایش در طول زمان حفظ شده است. تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر نیز نشان داد که اثر زمان، اثر گروه و اثر تعاملی زمان و گروه معنادار است؛ به این معنا که تغییرات ذهن آگاهی در طول زمان وابسته به نوع مداخله بوده و دو گروه مداخله نسبت به گروه کنترل الگوی رشدی مطلوب تری در ذهن آگاهی داشته اند. با این حال، مقایسه دو گروه مداخله نشان داد که تفاوت معناداری بین درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی و آموزش شفقت بر خود وجود ندارد. بنابراین، یافته اصلی پژوهش حاضر این است که هر دو مداخله در افزایش ذهن آگاهی کودکان اثربخش بوده اند، اما هیچ یک نسبت به دیگری برتری معنادار آماری نشان نداده است.

افزایش معنادار ذهن آگاهی در گروه درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی برای کودکان با مبانی نظری و شواهد تجربی پیشین همسو است. MBCT-C به طور مستقیم بر آموزش توجه آگاهانه، مشاهده تجربه های درونی، تشخیص افکار به عنوان رویدادهای ذهنی، بازگشت به لحظه حال و کاهش واکنش های خودکار تأکید دارد. از این رو، انتظار می رود کودکانی که در چنین برنامه ای شرکت می کنند، به تدریج توانایی بیشتری برای توجه به تنفس، بدن، احساسات، افکار و محرک های محیطی پیدا کنند. این یافته با

روند تغییرات میانگین نمرات ذهن آگاهی نشان می دهد که گروه کنترل از مرحله پیش آزمون تا پس آزمون و پیگیری تغییر قابل توجهی نداشته و میانگین نمرات آن تقریباً ثابت باقی مانده است. در مقابل، در هر دو گروه مداخله، نمرات ذهن آگاهی پس از اجرای برنامه افزایش آشکاری داشته است. این افزایش در مرحله پیگیری سه ماهه نیز حفظ شد و نشان داد که اثرات هر دو مداخله در طول زمان تداوم داشته است. همچنین، مسیر تغییرات دو گروه شفقت بر خود و درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی بسیار نزدیک به یکدیگر بود؛ به گونه ای که هر دو گروه پس از مداخله به سطح بالاتری از ذهن آگاهی رسیدند و در مرحله پیگیری نیز در سطحی بالاتر از گروه کنترل باقی ماندند.

بحث و نتیجه گیری

هدف پژوهش حاضر مقایسه تأثیر درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی برای کودکان و آموزش شفقت بر خود بر توسعه ذهن آگاهی در کودکان دختر ۷ تا ۱۲ ساله بود. نتایج نشان داد که میانگین نمرات ذهن آگاهی در مرحله پیش آزمون بین سه گروه تفاوت معناداری نداشت؛ بنابراین، گروه ها پیش از آغاز مداخله از نظر سطح ذهن آگاهی در وضعیت نسبتاً همسانی قرار داشتند. پس از اجرای مداخلات، نمرات ذهن آگاهی در هر دو گروه درمان شناختی

پژوهش Semple و Lee همخوان است که نشان دادند درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی برای کودکان می‌تواند از طریق تمرین‌های ساده و قابل فهم، ظرفیت توجه آگاهانه را در کودکان افزایش دهد (Semple & Lee, 2007). همچنین نتایج مطالعه Semple و همکاران نشان داد که MBCT-C می‌تواند توجه ذهن آگاهانه و تاب‌آوری اجتماعی - هیجانی کودکان را بهبود بخشد (Semple et al., 2010). در همین راستا، Wright و همکاران نیز در یک کارآزمایی کوچک با کودکان دبستانی نشان دادند که MBCT-C برای پیشگیری از دشواری‌های درونی‌سازی شده و تقویت ظرفیت‌های روان‌شناختی کودکان قابل استفاده است (Wright et al., 2019). بنابراین، یافته حاضر مبنی بر افزایش نمرات ذهن‌آگاهی پس از اجرای MBCT-C از پشتوانه نظری و تجربی مناسبی برخوردار است.

از نظر سازوکار اثر، به نظر می‌رسد درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی از طریق تقویت مهارت‌های توجهی و افزایش توانایی مشاهده غیرقضاوتی تجربه‌ها باعث رشد ذهن‌آگاهی کودکان شده است. کودکان در این برنامه یاد گرفتند که به جای درگیری فوری با افکار یا احساسات، آن‌ها را مشاهده کنند و میان تجربه درونی و واکنش رفتاری خود فاصله ایجاد نمایند. این فرایند با اصول موج سوم درمان‌های شناختی و رفتاری همخوان است؛ رویکردهایی که به جای تغییر مستقیم محتوای افکار، بر تغییر رابطه فرد با تجربه‌های درونی، پذیرش، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و آگاهی از لحظه حال تأکید دارند (Hayes & Hofmann, 2021). مرورهای جدید نیز نشان داده‌اند که درمان‌های مبتنی بر ذهن‌آگاهی می‌توانند بر کارکردهای شناختی، خودتنظیمی، توجه و شاخص‌های بهزیستی اثرگذار باشند (Gkintoni et al., 2025; Sverre et al., 2023). در کودکان، این سازوکارها اهمیت ویژه‌ای دارند؛ زیرا توانایی‌های اجرایی و خودتنظیمی هنوز در حال رشد هستند و آموزش‌های ساختاریافته می‌توانند به شکل‌گیری الگوهای پایدارتر توجه و آگاهی کمک کنند (Kazemi & Mohammadi, 2019). بر این اساس، می‌توان گفت که MBCT-C با فعال کردن فرایندهای توجهی، شناختی و خودنظارتی، زمینه افزایش ذهن‌آگاهی را در کودکان فراهم کرده است.

یافته دیگر پژوهش حاضر نشان داد که آموزش شفقت‌برخود نیز موجب افزایش معنادار ذهن‌آگاهی در کودکان شده است. این نتیجه از نظر نظری قابل تبیین است؛ زیرا شفقت‌برخود یکی از سازه‌هایی است که به‌طور درونی با ذهن‌آگاهی پیوند دارد. در مدل Neff، ذهن‌آگاهی یکی از مؤلفه‌های اصلی شفقت‌برخود است و به فرد کمک می‌کند تجربه‌های دشوار را نه با اجتناب و نه با همانندسازی افراطی، بلکه با آگاهی متعادل مشاهده کند (Neff, 2023). بنابراین، هرچند آموزش شفقت‌برخود مستقیماً فقط بر توجه آگاهانه متمرکز نیست، اما از مسیرهایی مانند مهربانی با خود، پذیرش تجربه‌های درونی، کاهش خودسرزنشگری، و مشاهده متعادل افکار و احساسات می‌تواند ذهن‌آگاهی را تقویت کند. یافته حاضر با پژوهش Neff و Germer همسو است که نشان دادند برنامه ذهن‌آگاهانه شفقت‌برخود می‌تواند موجب رشد شفقت‌برخود و مؤلفه‌های مرتبط با آگاهی شود (Neff & Germer, 2013). همچنین مطالعه Bluth و همکاران درباره برنامه شفقت‌برخود برای نوجوانان نشان داد که آموزش مهربانی با خود و توجه آگاهانه می‌تواند تجربه روان‌شناختی شرکت‌کنندگان را بهبود بخشد و رابطه آنان با خود را سازگارتر کند (Bluth et al., 2016).

افزایش ذهن‌آگاهی در گروه شفقت‌برخود را می‌توان با چارچوب درمان متمرکز بر شفقت نیز توضیح داد. در این رویکرد، یکی از اهداف اصلی آن است که فرد یاد بگیرد هنگام مواجهه با تجربه‌های دشوار، به جای واکنش‌های مبتنی بر تهدید، شرم یا خودانتقادی، نظام آرام‌ساز و حمایت‌گرانه را فعال کند (Gilbert, 2009, 2010). چنین فرایندی مستلزم آن است که کودک ابتدا بتواند تجربه درونی خود را تشخیص دهد؛ یعنی متوجه شود چه احساسی دارد، چه فکری از ذهن او می‌گذرد، بدن او چه پیامی ارسال می‌کند و چگونه می‌تواند با خود مهربان‌تر برخورد کند. بنابراین، آموزش شفقت‌برخود عملاً کودک را به سمت نوعی خودآگاهی هیجانی و بدنی هدایت می‌کند. Gilbert بر این باور است که شفقت نه تنها یک هیجان مثبت ساده، بلکه یک نظام انگیزشی و تنظیمی است که به فرد امکان می‌دهد با رنج، تهدید یا دشواری به شکلی حمایت‌گرانه مواجه شود (Gilbert, 2014). از این منظر، رشد ذهن‌آگاهی در گروه شفقت‌برخود احتمالاً نتیجه ترکیب توجه به تجربه درونی، پذیرش

هیجان‌ها، تمرین مهربانی با خود، و ایجاد رابطه‌ای ایمن‌تر با حالات ذهنی و بدنی بوده است.

نبود تفاوت معنادار بین دو گروه مداخله نیز یافته‌ای مهم است. این نتیجه نشان می‌دهد که هر دو رویکرد، اگرچه از مسیرهای تا حدی متفاوتی عمل می‌کنند، در نهایت می‌توانند به افزایش ذهن آگاهی کودکان منجر شوند. MBCT-C به صورت مستقیم‌تر بر تمرین‌های ذهن آگاهی و مشاهده غیرقضاوتی تأکید دارد، در حالی که آموزش شفقت‌برخود با تأکید بر مهربانی با خود، خودآرام‌سازی، توجه به بدن، پذیرش احساسات و کاهش خودانتقادی، زمینه ذهن آگاهی را تقویت می‌کند. این همپوشانی نظری با دیدگاه رویکردهای موج سوم درمان‌های شناختی و رفتاری سازگار است که بسیاری از مداخلات معاصر را دارای فرایندهای مشترک مانند پذیرش، آگاهی، انعطاف‌پذیری، توجه به لحظه حال و کاهش واکنش‌پذیری می‌دانند (Hayes & Hofmann, 2021). همچنین Dorjee و Frostadottir نشان دادند که درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان متمرکز بر شفقت هر دو می‌توانند بر ذهن آگاهی، شفقت‌برخود و نشخوار فکری اثرگذار باشند، اگرچه سازوکارهای تأکیدی آن‌ها دقیقاً یکسان نیست (Frostadottir & Dorjee, 2019). بنابراین، نبود تفاوت معنادار بین دو مداخله در پژوهش حاضر می‌تواند ناشی از اشتراک فرایندهای بنیادی آن‌ها در افزایش آگاهی، پذیرش و خودتنظیمی باشد.

پایداری اثرات در مرحله پیگیری نیز اهمیت بالینی و آموزشی دارد. در هر دو گروه مداخله، افزایش نمرات ذهن آگاهی پس از پایان جلسات حفظ شد و میانگین نمرات در مرحله پیگیری همچنان بالاتر از گروه کنترل باقی ماند. این یافته نشان می‌دهد که مهارت‌های آموخته‌شده در جلسات، محدود به فضای مداخله نبوده و احتمالاً به زندگی روزمره کودکان انتقال یافته است. تمرین‌هایی مانند تنفس آگاهانه، اسکن بدن، توجه به حواس، خوردن آگاهانه، مشاهده افکار، خودآرام‌سازی و گفت‌وگوی مهربانانه با خود می‌توانند در خانه، مدرسه و روابط همسالان نیز به کار گرفته شوند. چنین انتقالی با ماهیت مداخلات مدرسه‌محور سازگار است؛ زیرا این مداخلات زمانی اثربخش‌تر خواهند بود که کودک بتواند مهارت‌ها را در موقعیت‌های واقعی زندگی تمرین کند. پژوهش‌های مدرسه‌محور

درباره ذهن آگاهی نیز نشان داده‌اند که اجرای برنامه‌های منظم در محیط آموزشی می‌تواند به رشد مهارت‌های خودتنظیمی و بهبود سازگاری روان‌شناختی کودکان و نوجوانان کمک کند (Areskoug Sandberg et al., 2024). بنابراین، تداوم اثرات در پیگیری سه‌ماهه نشان می‌دهد که هر دو برنامه از ظرفیت آموزشی و رشدی مناسبی برخوردار بوده‌اند.

از منظر فرهنگی و کاربردی، نتایج پژوهش حاضر نشان می‌دهد که مداخلات مبتنی بر ذهن آگاهی و شفقت‌برخود را می‌توان در قالب جلسات گروهی برای کودکان دبستانی اجرا کرد و انتظار داشت که این مداخلات به رشد مهارت‌های ذهن آگاهانه منجر شوند. این موضوع به‌ویژه برای نظام آموزشی اهمیت دارد؛ زیرا بسیاری از کودکان فرصت کافی برای یادگیری مهارت‌های خود آگاهی، تنظیم هیجان و توجه هدفمند را در برنامه‌های درسی معمول دریافت نمی‌کنند. آموزش چنین مهارت‌هایی می‌تواند مکمل آموزش رسمی باشد و به کودکان کمک کند با تجربه‌های درونی و اجتماعی خود آگاهانه‌تر برخورد کنند. یافته‌های پژوهش حاضر با مطالعاتی که بر نقش آموزش شفقت‌برخود در بهبود تنظیم هیجان و ویژگی‌های روان‌شناختی دانش‌آموزان تأکید کرده‌اند همخوان است (Abooei et al., 2021; Saroinsong et al., 2021). همچنین با پژوهش‌هایی همسو است که نشان داده‌اند مداخلات مبتنی بر شفقت و ذهن آگاهی می‌توانند در گروه‌های مختلف، اثرات مطلوبی بر فرایندهای روان‌شناختی داشته باشند (Heidari et al., 2023; Salari et al., 2024). به‌طور کلی، نتایج نشان می‌دهد که هم MBCT-C و هم آموزش شفقت‌برخود، گزینه‌هایی معتبر برای ارتقای ذهن آگاهی در کودکان هستند.

پژوهش حاضر با وجود برخورداری از طرح مداخله‌ای، گروه کنترل و پیگیری سه‌ماهه، با محدودیت‌هایی همراه بود. نخست، نمونه پژوهش فقط شامل دانش‌آموزان دختر ۷ تا ۱۲ ساله یک محدودده آموزشی بود؛ بنابراین، تعمیم نتایج به پسران، کودکان در سنین دیگر یا دانش‌آموزان مناطق مختلف باید با احتیاط انجام شود. دوم، حجم نمونه نسبتاً محدود بود و اگرچه برای تحلیل‌های آماری مطالعه مناسب در نظر گرفته شد، اما حجم نمونه‌های بزرگ‌تر می‌توانند برآورد دقیق‌تری از اندازه اثر و تفاوت میان مداخلات فراهم کنند.

می‌تواند به تداوم اثرات کمک کند. مدارس می‌توانند این مهارت‌ها را در قالب کارگاه‌های کوتاه‌مدت، جلسات هفتگی مشاوره گروهی یا برنامه‌های مهارت‌آموزی تلفیق کنند. با توجه به اینکه دو مداخله در این پژوهش اثربخشی مشابهی نشان دادند، انتخاب میان آن‌ها می‌تواند بر اساس نیازهای مدرسه، تخصص درمانگر، ویژگی‌های کودکان و امکانات اجرایی انجام شود.

تعارض منافع

بین نویسندگان هیچ تعارض منافی وجود نداشت.

حامی مالی

این پژوهش بدون هیچ حمایت مالی و با هزینه شخصی انجام شد.

ملاحظات اخلاقی

در این مطالعه، اهمیت و ضرورت پژوهش برای نمونه‌ها تشریح و درباره رعایت ملاحظات اخلاقی مانند رازداری، محرمانگی، حفظ حریم نمونه‌ها، آزادی جهت شرکت در پژوهش و انصراف از آن و غیره به آنان اطمینان داده شد.

مشارکت نویسندگان

نویسندگان این مقاله با یکدیگر مشارکت داشتند.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از تمامی افرادی که در مراحل پژوهش همکاری و یاری نمودند تقدیر و تشکر می‌شود.

References

- Abooei, A., Barzegar Bafrooe, K., & Rahimi, M. (2021). The Effectiveness of Self-Compassion Training on Emotion Regulation of Female Students with Specific Learning Disorder. *Journal of Educational Psychology Studies*, 18(43), 101-121.
- Ames, C. S., Richardson, J., Payne, S., Smith, P., & Leigh, E. (2014). Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Depression in Adolescents. *Child and Adolescent Mental Health*, 19(1), 74-78.
- Areskoug Sandberg, E., Stenman, E., Palmer, K., Duberg, A., Sundquist, J., & Sundquist, K. (2024). A 10-Week School-Based Mindfulness Intervention and Symptoms of Depression and Anxiety among School Children and Adolescents: A Controlled Study. *School Mental Health*, 16(3), 936-947.
- Bluth, K., Gaylord, S. A., Campo, R. A., Mullarkey, M. C., & Hobbs, L. (2016). Making Friends with Yourself: A Mixed Methods Pilot Study of a Mindful Self-Compassion Program for Adolescents. *Mindfulness*, 7(2), 479-492.
- Braehler, C., Gumley, A., Harper, J., Wallace, S., Norrie, J., & Gilbert, P. (2013). Exploring Change Processes in

سوم، سنجش ذهن‌آگاهی بر اساس ابزار خودگزارشی انجام شد و با توجه به سن شرکت‌کنندگان، امکان تأثیرپذیری پاسخ‌ها از درک کودک، تمایل به پاسخ‌دهی مطلوب یا شرایط اجرای پرسشنامه وجود دارد. چهارم، پیگیری پژوهش به سه ماه محدود بود و مشخص نیست که اثرات مداخله در دوره‌های طولانی‌تر نیز با همین شدت باقی می‌ماند یا خیر. پنجم، با وجود اجرای مداخله تحت نظارت، تفاوت‌های فردی در میزان مشارکت، تمرین خانگی و حمایت خانواده ممکن است بر میزان بهره‌مندی کودکان از برنامه اثر گذاشته باشد.

پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های بعدی این مطالعه را با نمونه‌های بزرگ‌تر، در مدارس مختلف، در مناطق فرهنگی و اجتماعی متنوع‌تر و با مشارکت هر دو جنس انجام دهند تا قابلیت تعمیم نتایج افزایش یابد. همچنین، بررسی اثربخشی این دو مداخله در گروه‌های سنی متفاوت می‌تواند نشان دهد که کدام دوره رشدی برای آموزش ذهن‌آگاهی یا شفقت‌برخود مناسب‌تر است. استفاده از روش‌های چندمنبعی مانند گزارش والدین، گزارش معلمان، مشاهده رفتاری و تکالیف عملکردی در کنار پرسشنامه‌های خودگزارشی نیز می‌تواند تصویر کامل‌تری از تغییرات ایجادشده ارائه دهد. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده، نقش متغیرهایی مانند میزان انجام تمرین‌های خانگی، مشارکت والدین، کیفیت رابطه معلم و دانش‌آموز، آمادگی شناختی کودک و ویژگی‌های شخصیتی در اثربخشی مداخلات بررسی شود. همچنین، انجام پیگیری‌های شش‌ماهه و یک‌ساله می‌تواند به روشن شدن پایداری اثرات و نیاز احتمالی به جلسات تقویتی کمک کند.

بر اساس یافته‌های پژوهش حاضر، مشاوران مدرسه، روان‌شناسان کودک و مربیان آموزشی می‌توانند از برنامه‌های ساختاریافته ذهن‌آگاهی و شفقت‌برخود به‌عنوان مداخلات گروهی برای ارتقای آگاهی، توجه، پذیرش و خودتنظیمی کودکان استفاده کنند. اجرای این برنامه‌ها بهتر است با زبان ساده، فعالیت‌های بازی‌محور، تمرین‌های حسی، داستان، حرکت، تصویرسازی و تکالیف کوتاه خانگی همراه باشد تا با سطح رشد شناختی و هیجانی کودکان تناسب داشته باشد. همچنین، آموزش کوتاه والدین و معلمان درباره نحوه تقویت تمرین‌های ذهن‌آگاهانه و شفقت‌ورزانه در خانه و کلاس

- Neff, K. D. (2023). Self-Compassion: Theory, Method, Research, and Intervention. *Annual review of psychology*, 74(1), 193-218.
- Neff, K. D., & Germer, C. K. (2013). A Pilot Study and Randomized Controlled Trial of the Mindful Self-Compassion Program. *Journal of Clinical Psychology*, 69(1), 28-44.
- Orgiles, M., Amoros-Reche, V., Morales, A., Marzo, J. C., Piqueras, J. A., & Espada, J. P. (2025). Depression, Anxiety, and Internalizing Symptoms in Spanish Children and Adolescents: Estimated Rates and Comorbidity Patterns. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 1-12.
- Salari, N., Heidarian, P., Hassani, R., Babajani, F., Abdolmaleki, A., & Mohammadi, M. (2024). Comparison of the Effectiveness of Treatments Based on Compassion, Acceptance and Commitment, and Mindfulness on Anxiety Disorders and Depression: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Affective Disorders Reports*, 18, 100847.
- Saroinsong, W. P., Boonroungrut, C., Sidiq, B. A., Meylinda, C. A., Fauziyah, D. L., & Wulandari, L. (2021). *Cultivating the Value of Empathy in the Family Develops a Self-Compassion Attitude in Children*
- Semple, R. J., & Lee, J. (2007). *Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Anxious Children: A Manual for Treating Childhood Anxiety*. New Harbinger Publications.
- Semple, R. J., Lee, J., Rosa, D., & Miller, L. F. (2010). A Randomized Trial of Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Children: Promoting Mindful Attention to Enhance Social-Emotional Resiliency in Children. *Journal of Child and Family Studies*, 19(2), 218-229.
- Shafiei, M., Akbari, S., & Heidarirad, H. (2019). The Effectiveness of Self-Compassion Training on Loneliness and Resilience of Destitute Women. *Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry*, 5, 71-84.
- Shetty, R., Kongasseri, S., & Rai, S. (2020). Efficacy of Mindfulness Based Cognitive Therapy on Children with Anxiety. *Journal of Cognitive Psychotherapy*, 34(4), 306-318.
- Sverre, K. T., Nissen, E. R., Farver-Vestergaard, I., Johannsen, M., & Zachariae, R. (2023). Comparing the Efficacy of Mindfulness-Based Therapy and Cognitive-Behavioral Therapy for Depression in Head-to-Head Randomized Controlled Trials: A Systematic Review and Meta-Analysis of Equivalence. *Clinical psychology review*, 100, 102234.
- Thapar, A., Eyre, O., Patel, V., & Brent, D. (2022). Depression in Young People. *The lancet*, 400(10352), 617-631.
- Wright, K. M., Roberts, R., & Proeve, M. J. (2019). Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Children (MBCT-C) for Prevention of Internalizing Difficulties: A Small Randomized Controlled Trial with Australian Primary School Children. *Mindfulness*, 10(11), 2277-2293.
- Ye, J., Pan, Y., Wu, C., Hu, Z., Wu, S., Wang, W., & Xiao, A. (2024). Effects of Mindfulness-Based Cognitive Therapy on Depression and Anxiety in Late Life: A Meta-Analysis. *Alpha Psychiatry*, 25(1), 1.
- Compassion Focused Therapy in Psychosis: Results of a Feasibility Randomized Controlled Trial. *British Journal of Clinical Psychology*, 52(2), 199-214.
- Force, U. S. P. S. T., Mangione, C. M., Barry, M. J., Nicholson, W. K., Cabana, M., Chelmow, D., & Wong, J. B. (2022). Screening for Depression and Suicide Risk in Children and Adolescents: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *JAMA*, 328(15), 1534-1542.
- Frostadottir, A. D., & Dorjee, D. (2019). Effects of Mindfulness Based Cognitive Therapy (MBCT) and Compassion Focused Therapy (CFT) on Symptom Change, Mindfulness, Self-Compassion, and Rumination in Clients with Depression, Anxiety, and Stress. *Frontiers in psychology*, 10, 1099.
- Gilbert, P. (2009). Introducing Compassion-Focused Therapy. *Advances in psychiatric treatment*, 15(3), 199-208.
- Gilbert, P. (2010). *Compassion Focused Therapy: Distinctive Features*. Routledge.
- Gilbert, P. (2014). The Origins and Nature of Compassion Focused Therapy. *British Journal of Clinical Psychology*, 53(1), 6-41.
- Gilbert, P., & Procter, S. (2006). Compassionate Mind Training for People with High Shame and Self-Criticism: Overview and Pilot Study of a Group Therapy Approach. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 13(6), 353-379.
- Gkintoni, E., Vassilopoulos, S. P., & Nikolaou, G. (2025). Mindfulness-Based Cognitive Therapy in Clinical Practice: A Systematic Review of Neurocognitive Outcomes and Applications for Mental Health and Well-Being. *Journal of clinical medicine*, 14(5), 1703.
- Hayat, M. (2024). Cognitive Behavioral Therapy: Transforming Negative Thinking and Promoting Mental Health. *Spectrum of Research and Reviews*, 2(01), 34-50.
- Hayes, S. C., & Hofmann, S. G. (2021). Third-Wave Cognitive and Behavioral Therapies and the Emergence of a Process-Based Approach to Intervention in Psychiatry. *World Psychiatry*, 20(3), 363-375.
- Heidari, F., Ahadi, H., & Tajeri, B. (2023). Comparing the Effectiveness of Compassion Focused Therapy and Mindfulness-Based Cognitive Therapy on the Anxiety of Infertile Women. *Journal of Applied Family Therapy*, 4(2), 227-240.
- Kazemi, A. S., & Mohammadi, Z. (2019). The Effect of Working Memory Training on Executive Function of Children with Attention Deficit/Hyperactivity Disorder. *BRAIN: Broad Research in Artificial Intelligence and Neuroscience*, 10(3), 134-141.
- Kuyken, W., Byford, S., Taylor, R. S., Watkins, E., Holden, E., White, K., & Teasdale, J. D. (2008). Mindfulness-Based Cognitive Therapy to Prevent Relapse in Recurrent Depression. *Journal of consulting and clinical psychology*, 76(6), 966.
- Longe, O., Maratos, F. A., Gilbert, P., Evans, G., Volker, F., Rockliff, H., & Rippon, G. (2010). Having a Word with Yourself: Neural Correlates of Self-Criticism and Self-Reassurance. *NeuroImage*, 49(2), 1849-1856.
- Madhi, M., & Ghamarani, A. (2020). The Effectiveness of Self-Compassion-Based Parenting Training on Behavioral Problems and Self-Concept in Children with Intellectual and Developmental Disability. *Journal of Applied Psychological Research*, 11(3), 1-18.
- Madni, L. A., Giambone, C. N., & Semple, R. J. (2020). Mindfulness-Based Cognitive Therapy for Children. In *Cognitive Behavioral Therapy in Youth: Tradition and Innovation* (pp. 189-210). Springer US.