فصلنامه ایده های نوین روانشناسی
دوره ۱۱، شماره ۱۵، زمستان سال ۱۴۰۰

اثربخشی شفقت درمانی والدین بر همدلی و اعتماد به نفس نوجوانان شهر تهران

لیلا پورسهرابی[۱]، فریبا مرادی عباس آبادی[۲]، مریم بهنام مرادی[۳]

چکیده

پیش‌زمینه و هدف: آنچه نگران کننده است این است که علی رغم دانش موجود در خصوص اهمیت نحوه تعامل و تربیت نوجوانان، بسیاری از نوجوانان در سراسر جهان همچنان در محیط‌هایی بزرگ می‌شوند که با تنبیه، آزار عاطفی، جسمی و بی‌توجهی مشخصی می‌شوند؛ در همین راستا پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی شفقت‌درمانی والدین بر همدلی و اعتماد به نفس نوجوانان انجام شد. **مواد و روش کار**: روش تحقیق شبه آزمایشی با طرح پیش آزمون-پس آزمون و گروه کنترل است. جامعه آماری پژوهش شامل دانش‌آموزان دختر منطقه ۴ شهر تهران و نیز والدین (پدر و مادر) آن‌ها بود که از این میان ۳۰ دانش‌آموز به شیوه هدفمند انتخاب و بر اساس تخصیص بلوک تصادفی به دو گروه مداخله و کنترل تقسیم شدند (هر گروه شامل ۱۵ نفر). والدین گروه آزمایش ۷ جلسه شفقت‌درمانی گروهی دریافت کرد. در طی این مدت گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. گردآوری داده‌ها با استفاده از پرسشنامه همدلی و مقیاس اعتماد به نفس صورت گرفت؛ و داده‌ها بر اساس تجزیه و تحلیل کواریانس مورد بررسی قرار گرفت. **یافته‌ها**: نتایج نشان داد در دختران نوجوان گروه آزمایش تغییر معناداری در بهبود متغیرهای اعتماد به نفس و ابعاد همدلی (نگرانی همدلانه، اندوه شخصی، دیدگاه‌پذیری) در پس آزمون نسبت به گروه کنترل تحت تأثیر مداخله شفقت‌درمانی والدین به وجود آمده است ($p<۰/۰۵$). **بحث و نتیجه‌گیری**: در مجموع می‌توان بیان داشت که شفقت‌درمانی والدین این پتانسیل را دارد که بهبود اعتماد به نفس و همدلی در فرزندان را در پی داشته باشد.

کلیدواژه‌ها: اعتماد به نفس، شفقت درمانی والدین، همدلی، دختران نوجوان

[۱] کارشناس ارشد روان‌شناسی عمومی، واحد ورامین‌پیشوا، دانشگاه آزاد اسلامی، ورامین، ایران
[۲] . عضو هیئت علمی گروه روان‌شناسی، واحد ورامین-پیشوا، دانشگاه آزاد اسلامی، ورامین، ایران (نویسنده مسئول)
[۳] استادیار، عضو هیئت علمی گروه روان‌شناسی، ورامین- پیشوا، دانشگاه آزاد اسلامی، ورامین، ایران

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-16]

مقدمه

نوجوانی سرآغاز تحولات و دگرگونی‌های جسمانی، روانی و اجتماعی است؛ و نیز دوره‌ای بحرانی است که در آن بلوغ رخ می‌دهد. بلوغ، دوره‌ای برای انتقال از مرحله کودکی به بزرگسالی است. تغییرات بلوغ، نوجوان را به‌سوی رشد و تکامل چشمگیر و عمیقی پیش می‌برد که درگذر آن، زیربنای زندگی بزرگسالی و سالمندی پی‌ریزی می‌شود (براون، بلانچارد و مک گراس[1]، ۲۰۲۰).

اعتماد به نفس[2] به عنوان یکی از نیازهای اساسی انسان بر رشد، تکامل و هویت فرد اثرگذار است (هاردکاستل، تای، گلاسی و هاگر[3]، ۲۰۱۵). اعتماد به نفس اعتماد فرد به توانایی‌ها، ظرفیت‌ها و قضاوت‌ها، یا اعتقاد به اینکه فرد می‌تواند با موفقیت روز به روز با چالش‌ها و خواسته‌های خود روبرو شود، است (لیو، زو و هررا[4]، ۲۰۱۹). به طور معمول، هنگامی که فرد به توانایی‌های خود اطمینان داشته باشد، نسبت به فعالیت و رسیدن به اهداف خود انرژی و انگیزه بیشتری خواهد داشت و با سرعت بیشتری به اهداف مشخص شده در زندگی خود دست می‌یابد (پینار، یلدریم و ساین[5]، ۲۰۱۸). اعتماد به نفس در دوران اولیه زندگی سلامت جسمانی، روانی دوران بزرگسالی، رضایت از روابط فردی و شغلی، چشم‌اندازهای اقتصادی و طول عمر را پیش‌بینی می‌کند (ریتز، شروت، دنیسن، دافنر و بولگر[6]، ۲۰۲۰)؛ نماد سلامت روان (اقاجاری، حسین‌زاده، مهدوی و هشت‌رودی و وحیدی، ۱۳۹۴) است و باعث بهبود عملکرد افراد در زندگی تحصیلی و اجتماعی می‌گردد (تنهای رشوانلو، کرامتی و سعادتی شامیر، ۱۳۹۱). شیوع رفتارهای ضد اجتماعی مانند سوء مصرف الکل (آیدین، ورنسل و سیلان[7]، ۲۰۱۸)، مشکلات تحصیلی (شهابی، ۱۳۹۴) ، اضطراب رقابتی (سبالوس گرولا، پیندا اسپچل، لوپز وال، تریستان رودریگوز و مدینا ویلانوئوا[8]، ۲۰۱۳)، عدم تلاش برای بهبود وضعیت و خودکشی (ابیگلایچ، مک کوتچئون، کان وی، هانافین و موریسون[9]، ۲۰۲۰) با اعتماد به نفس پایین مرتبط است. این الگوی‌های تداعی اهمیت بالقوه اعتماد به نفس را در نوجوانان برجسته می‌سازد. شناسایی عواملی که ممکن است تأثیر مثبتی بر اعتماد به نفس نوجوانان داشته باشد، ممکن است گامی حیاتی در محافظت از سلامت روان در این دوره حساس باشد.

بر اساس نتایج پژوهش‌های صورت گرفته اعتماد به نفس تحت تأثیر عوامل درونی و بیرونی قرار دارد. عوامل درونی، عواملی هستند که در باورها و طرز فکر هر شخص وجود دارند و کاملاً قابل تغییر هستند. در حالی که عوامل بیرونی یا محیطی می‌توانند در قالب پیام‌های کلامی و غیر کلامی به فرد منتقل شوند (برندن[10]، ۲۰۰۱). افراد ارزش خود را بر اساس قضاوت‌ها و واکنش‌های دیگران، به ویژه اعضای نزدیک خانواده خود تعیین می‌کنند، به این معنا که اعتماد به نفس در یک محیط حمایتی و مثبت تقویت می‌شود (برک و پترسن[11]، ۲۰۰۴). نتایج پژوهش‌ها نیز حاکی از آن است که رفتارهای والدین و ارتباط آن‌ها با فرزندان با رشد اعتماد به نفس آن‌ها مرتبط است (کار ، کورنمان و فریدمن[12]، ۲۰۱۶). این نشان می‌دهد که روابط مثبت درون خانواده ممکن است به افزایش اعتماد به نفس و در نتیجه بهبود سلامت روان نوجوانان منجر شود (کامکار، دویل و مارکیویکز[13]، ۲۰۱۲).

---

1 . Brown, Blanchard and McGrath
2 . Self Confidence
3 . Hardcastle, Tye, Glassey & Hagger
4 . Liu, Xu and Herrera
5 . Pinar, Yildirim and Sayin
6 . Reitz, Shrout, Denissen, Dufner & Bolger
7 . Aydi, Evrensel andCeylan
8 . Ceballos Gurrola, Pineda Espejel, López Walle, Tristán Rodríguez & Medina Villanueva
9 . O'Beaglaoich, McCutcheon, Conway, Hanafin & Morrison
10 . Branden
11 . Berk & Petersen
12 . Carr, Cornman and Freedman
13 . (Kamkar, Doyle and Markiewicz

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-16]

علاوه بر این تصور می‌شود که کیفیت روابط و همدلی[1] در نوجوانان ارتباط نزدیکی با هم دارند. همدلی یک سازه چند بعدی شامل پاسخ‌های عاطفی و شناختی به احساسات دیگران است. همدلی عاطفی شامل به اشتراک گذاری احساسات مشابه یا احساس غم، اندوه یا نگرانی نسبت به دیگران است. همدلی شناختی به درک احساسات دیگران از طریق فرایندهای ذهنی اشاره دارد (داویس[2]، ۱۹۸۳). کیفیت روابط بالا برای همدلی ضروری است که می‌تواند از طریق مدل‌سازی رفتار گرم و حمایتی رخ دهد (ایزنبرگ، اسپینراد و موریس[3]، ۲۰۰۳). بر عکس، همدلی نیز ممکن است کیفیت روابط نوجولنان را تقویت کند، زیرا توانایی بالاتر برای به اشتراک گذاری و درک عواطف دیگران با رفتار اجتماعی‌تر و کمتر پرخاشگرانه نسبت به دیگران مرتبط است (ایزنبرگ، ایگون و دی گیونتا[4]، ۲۰۱۰).

والدین نقش مهمی در اجتماعی شدن همدلی دارند (هافمن[5]، ۲۰۰۰). بر اساس دیدگاه یادگیری اجتماعی، والدین صمیمی و حمایت‌گر، همدلی را الگوبرداری می‌کنند، زیرا دیدگاه فرزند خود را در نظر می‌گیرند و نسبت به عواطف او توجه نشان می‌دهند (بارنت[6]، ۱۹۸۷). برخورد صمیمی و دلگرم کننده والدین نسبت به فرزند خود، به پرورش فرزندانی منجر می‌شود که به پریشانی دیگران به مانند والدینشان پاسخ دهند (وزیری و لطفی عظیمی، ۱۳۹۰). در مقابل فرزندپروری مبتنی بر خشم و تنبیه، موجب اختلال در همدلی می‌شود. این نکته آشکار شده است که رفتارهای والدین با فرزندشان در ۵ سالگی، رفتارهای مبتنی بر همدلی فرزندان را در ۳۱ سالگی پیش‌بینی می‌کند و حمایت‌های خانوادگی مانند ارائه عواطف مثبت، تشویق، تحسین، دلگرمی با رفتارهای همدلی در جوانی مرتبط است (بنی اسدی، ۱۳۹۴).

آنچه نگران کننده است این است که علی رغم دانش موجود در خصوص اهمیت نحوه تعامل و تربیت نوجوانان، بسیاری از نوجوانان در سراسر جهان همچنان در محیط‌هایی بزرگ می‌شوند که با تنبیه، آزار عاطفی، جسمی و بی‌توجهی مشخصی می‌شوند (پرینز، ساندرز، شاپیرو و لوتزکر[7]، ۲۰۰۹)؛ و آنچه که باید مورد توجه قرار گیرد این است که چگونه می‌توان تغییراتی در محیط‌های خانوادگی ایجاد کرد؟

یکی از راه‌های کمک به ترویج فرزندپروری مثبت، استفاده از مداخله فرزندپروری متمرکز بر شفقت[8] است. درمان متمرکز بر شفقت رویکردی برای درمان است که به این نکته تأکید می‌کند که چگونه مغز تکامل یافته «به طور کامل» رشد نکرده است و در عوض دارای مجموعه‌ای از پیچیدگی‌ها است که می‌تواند باعث رنج شود (به عنوان مثال شرم، انتقاد، اضطراب و افسردگی). تأکید درمان مبتنی بر شفقت برنحوه ارائه درمان، تمرکز بر ترس‌ها، موانع و مقاومت‌های مختلف افراد در برابر شفقت و استفاده از فرایندهای فیزیولوژیکی برای کمک به افراد برای تجسم تغییر است (مانند وضعیت بدن، لحن و صدا). هدف فرزندپروری متمرکز بر شفقت نه تنها کاهش رنج و تهدید در محیط رشد کودک است، بلکه فرصتی برای کاوش و رشد اجتماعی، عاطفی و رفتاری را فراهم می‌کند. این‌ها زمانی تسهیل می‌شوند که والدین خود احساس امنیت کنند. زمانی که والدین احساس خطر و عدم اطمینان کنند، احتمال بیشتری دارد که به صورت تدافعی درگیر شوند و به صورت بالقوه تکانشی پاسخ دهند (کیربی[9]، ۲۰۲۰).

مطالعه پیشینه پژوهشی حاکی از آن است که اثربخشی فرزندپروری متمرکز بر شفقت بر متغیرهایی چون حرمت خود (فاتحی پیکانی و صالحی، ۱۳۹۹)، خودپنداره (مدحی و قمرانی، ۱۳۹۹) مورد تأیید قرار گرفته است، اما کاربردهای بالینی آن در بهبود اعتماد به نفس و همدلی بررسی نشده است. بر همین اساس پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی شفقت‌درمانی والدین بر همدلی و اعتماد به نفس نوجوان انجام گرفت و فرضیه اصلی پژوهش به این صورت قابل طرح است:

---

[1] . empathy
[2] . Davis
[3] . Eisenberg, Spinrad and Morris
[4] . Eisenberg, Eggum and Di Giunta
[5] . Hoffman
[6] . Barnet
[7] . Prinz, Sanders, Shapiro & Lutzker
[8] . Compassion Focused Therapy
[9] . Kirby

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-16]

فرضیه پژوهش: شفقت درمانی والدین بر همدلی و اعتماد به نفس نوجوانان شهر تهران اثرگذار است.

مواد و روش کار

روش پژوهش

پژوهش حاضر از نوع مطالعات شبه آزمایشی با گروه آزمایش و کنترل به همراه پیش‌آزمون –پس آزمون بود.

جامعه آماری، روش نمونه‌گیری و حجم نمونه

جامعه آماری این پژوهش شامل تمام دانش-آموزان دختر ۱۴-۱۶ سال منطقه ۴ شهر تهران و نیز والدین (پدر و مادر) آن دانش‌آموزان بود. بر اساس حداقل حجم نمونه در مطالعات آزمایشی (کوئین و کئوگ[1]، ۲۰۰۲)، ۳۰ دانش‌آموز واجد شرایط، برای شرکت در مطالعه انتخاب شدند.

ابزار سنجش

الف. پرسشنامه قضاوت اخلاقی و همدلی[2]: این پرسشنامه توسط داویس (۱۹۸۳) ساخته شد. ۱۹ ماده این آزمون شامل سه خرده مقیاس اندوه شخصی، دیدگاه‌پذیری و نگرانی همدلانه است. نمره‌گذاری آن در طیف ۵ درجه‌ای لیکرت و از کاملاً موافق تا کاملاً مخالف صورت می‌گیرد. لذا کمترین نمره‌ای که شخص در این آزمون می‌تواند کسب کند ۱۹ و بیشترین نمره ۹۵ است. در پژوهش داویس (۱۹۸۳) اعتبار داخلی پرسشنامه بین ۰/۷۱ تا ۰/۷۷ گزارش شد. اعتبار بازآزمایی این ابزار در جمعیت ایرانی ۰/۷۱ گزارش شده است و روایی آن نیز مطلوب برآورد شده است (خدابخش و منصوری، ۱۳۹۱). در پژوهش حاضر پایایی مقیاس با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۷۵ به دست آمد.

ب. مقیاس اعتماد به نفس روزنبرگ[3]: این مقیاس توسط روزنبرگ (۱۹۶۵) ساخته شد و متشکل از ده ماده است که احساسات مثبت و منفی فرد درباره خودش را می‌سنجد. برای نمره‌گذاری در پنج سوال اول به پاسخ بلی نمره یک و به پاسخ خیر نمره صفر داده می‌شود ولی پنج سوال بعدی به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شود. جمع نمرات در این پرسشنامه ۱۰ می‌باشد. ضرایب آلفای کرونباخ برای این مقیاس در نوبت اول ۰/۸۷ برای مردان و ۰/۸۶ برای زنان و در نوبت دوم، ۰/۸۸ برای مردان و ۰/۸۷ برای زنان محاسبه شد (ماکیکانگاس، کینون و فلدت[4]، ۲۰۰۴). این مقیاس از روایی داخلی رضایت‌بخشی برخوردار است. در ایران ضریب پایایی این مقیاس به روش کودر ریچاردسون ۰/۷۶ گزارش شد (صادقی، ۱۳۹۴). در پژوهش حاضر نیز پایایی مقیاس با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۷۷ به دست آمد.

ج. بسته آموزشی شفقت‌درمانی والدین: مداخله فرزندپروری مبتنی بر شفقت‌درمانی بر اساس فعالیت‌های پژوهشی گیلبرت[5] (۲۰۱۰) تدوین و در ۷ نشست ۹۰ دقیقه‌ای با توالی هر هفته یک جلسه به صورت گروهی به شرح زیر اجرا شد:

جدول (۱) شرح جلسات آموزش شفقت‌درمانی به والدین

جلسه	محتوا
اول	آشنایی اعضا و درمانگر با یکدیگر، بیان انتظارات گروه و اعضا از یکدیگر، شرح قوانین گروه، ایجاد ارتباط درمانی، گوش سپردن به روایت‌های اعضای گروه و همدلی اعضا با یکدیگر آموزش همدلی)، درک فرایندها و عوامل به وجود آورنده کاهنده اعتماد به نفس در فرزندان و اثرات آن، توضیح مختصری از مدل درمانی شفقت آموزش تمرین تنفس آرام بخش ریتمیک و اجرای آن در گروه؛
دوم	بررسی تکلیف و مرور جلسه قبل؛ بررسی نوع برخورد اعضا با خود (سبک انتقادگر یا شفقت‌گر)، تعریف خود انتقادی، شرم و گناه و علل و پیامدهای آن، تعریف شفقت و مشاهداتی که باعث شد این درمان به وجود آید و تمرین مهربانی و مهر ورزیدن؛

[1] . Quinn and Keough
[2] . Moral Judgement and Empathy Questionnaire
[3] . Rosenberg self-esteem scale (RSE)
[4] . Makikangas, Kinnunen and Feldt
[5] . Gilbert

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-16]

سوم	بررسی تکلیف و مرور جلسه قبل؛ شفقت به خود چیست؟ ویژگی‌ها و مهارت‌های آن، چگونگی تأثیرگذاری آن بر حالات روانی فرد، معرفی سه سیستم تنظیم هیجانی و نحوه تعامل آن‌ها؛
چهارم	بررسی تکلیف و مرور جلسه قبل آموزش مفهوم ذهن‌آگاهی (بهشیاری)، منطق آن و نحوه اجرای تمرین‌های آن تمرکز بر تنفس و ردیابی احساسات و افکار و مشاهده صرف آن‌ها بدون هیچ واکنشی)؛
پنجم	عنوان و محتوای کلی جلسه بررسی تکلیف و مرور جلسه قبل؛ مدیریت احساسات و عواطف دشوار؛
ششم	بررسی تکلیف و مرور جلسه قبل؛ معرفی تصویرپردازی ذهنی و منطق آن، آموزش تمرین تصویرپردازی و اجرای آن در گروه (تصور رنگ، مکان و ویژگی‌های شفقت گر)، برخورد با چالش‌ها و روابط بین فردی؛
هفتم	خلاصه، جمع بندی، نتیجه گیری.

روش اجرا و تحلیل داده‌ها

انتخاب نمونه‌ها به صورت هدفمند و از میان کسانی صورت گرفت که در فراخوان عمومی جهت شرکت در پژوهش (فراخوان عمومی از طریق مدیران مدارس دخترانه در منطقه ۴ شهر تهران انجام شد) اعلام آمادگی کرده بودند و با توجه به معیارهای پژوهش غربال شدند. نکته قابل ذکر این است که در این پژوهش، هم دانش‌آموزان دختر و هم والدین آن‌ها درگیر پژوهش بودند. بدین صورت که سبک فرزندپروری مبتنی بر شفقت‌ورزی به والدین (پدر و مادر) دانش‌آموزان آموزش داده شد، سپس اثرات برنامه آموزشی بر همدلی و اعتماد به نفس فرزندانشان مورد بررسی قرار گرفت. بر این اساس، ابتدا دانش‌آموزان انتخاب شده بر اساس تخصیص بلوک تصادفی به دو گروه مداخله و کنترل تقسیم شدند که هر گروه شامل ۱۵ دانش آموز و ۳۰ والد بود. سپس دانش‌آموزان به عنوان پیش‌آزمون پرسشنامه‌های پژوهش را تکمیل کردند. در ادامه والدین دانش‌آموزان گروه آزمایش بسته آموزشی سبک فرزندپروری مبتنی بر شفقت‌درمانی را در ۷ جلسه دریافت کردند. در نهایت پس از اتمام آموزش، پرسشنامه‌های پژوهش برای دانش‌آموزان هر دو گروه آزمایش و کنترل (پس آزمون) اجرا گردید.

معیارهای ورود به پژوهش شامل دامنه سنی ۱۲-۱۴ سال برای دانش‌آموزان، سطح سواد سیکل و بالاتر برای والدین، دامنه سنی ۳۰-۵۵ سال، متأهل بودن و زندگی با همسر و تمایل و رضایت آگاهانه برای شرکت در طرح پژوهش؛ و معیارهای خروج شامل دریافت مداخلات روان‌شناختی در یک سال گذشته، مصرف داروهای روان‌پزشکی، سابقه سوء مصرف مواد و غیبت بیش از دو جلسه در جلسات آموزشی. برای تحلیل داده‌های جمع‌آوری شده از شاخص‌های آماری توصیفی شامل میانگین و انحراف معیار و آمار استنباطی استفاده شد. آمار استنباطی شامل روش تحلیل کوواریانس با بررسی پیش‌فرض‌های آن (نرمالیتی، همگنی واریانس‌ها و همگنی شیب خط رگرسیون) با بهره‌گیری از نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۲۴ در سطح معنادای ۰/۰۱ به کار گرفته شد.

یافته‌ها

نتایج بخش تحلیل توصیفی نشان داد میانگین و انحراف معیار سن دانش‌آموزان در گروه آزمایش به ترتیب ۱۵/۱۶ و ۲/۶۷ و در گروه کنترل به ترتیب ۱۵/۵۰ و ۲/۹۷ است. جدول (۲) میانگین و انحراف استاندارد گروه‌های کنترل و آزمایش در متغیرهای مورد مطالعه را به تفکیک مراحل آزمون نشان می‌دهد.

جدول (۲): شاخص‌های توصیفی همدلی و اعتماد به نفس به تفکیک دو گروه و دو مرحله پژوهش

متغیر	گروه	پیش آزمون		پس آزمون	
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
نگرانی همدلانه	آزمایش	۱۴/۲۳	۲/۴۷	۱۸/۲۰	۳/۱۶
	کنترل	۱۴/۱۹	۱/۲۷	۱۴/۰۵	۲/۵۴
دیدگاه پذیری	آزمایش	۱۴/۸۴	۲/۵۸	۱۸/۴۴	۲/۸۹
	کنترل	۱۴/۳۲	۱/۲۳	۱۴/۳۱	۲/۲۹
اندوه شخصی	آزمایش	۱۳/۴۹	۲/۷۴	۱۶/۴۱	۲/۶۷
	کنترل	۱۳/۵۱	۱/۶۵	۱۳/۶۹	۲/۴۸

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-16]

نمره همدلی	آزمایش	۴۲/۵۴	۷/۷۷	۵۳/۰۴	۸/۷۰
	کنترل	۴۲/۷۲	۴/۱۴	۴۲/۰۳	۵/۹۳
اعتماد به نفس	آزمایش	۵/۴۸	۲/۴۱	۶/۲۶	۴/۵۱
	کنترل	۵/۴۳	۳/۱۹	۵/۱۰	۳/۳۴

با توجه به نتایج جدول (۲) می‌توان فهمید که در قسمت پیش‌آزمون، میانگین نمره همدلی و ابعاد آن (نگرانی همدلانه، دیدگاه‌پذیری، اندوه شخصی) در دو گروه کنترل و آزمایش بالاتر از حد متوسط است. در حالی که در قسمت پس آزمون و پس از مداخله آموزشی شفقت‌درمانی والدین، در گروه آزمایش به طور قابل توجهی نسبت به گروه کنترل افزایش پیدا کرده است. میانگین نمره اعتماد به نفس نیز، در قسمت پس آزمون و پس از مداخله آموزشی شفقت‌درمانی والدین، در گروه آزمایش به طور قابل توجهی نسبت به گروه کنترل افزایش پیدا کرده است. آزمون‌های آماری در قسمت تحلیل داده‌ها به بررسی معناداری این تفاوت‌ها خواهند پرداخت.

استفاده از تحلیل کوواریانس نیازمند پیش‌فرض‌هایی است که مهم‌ترین آن‌ها طبیعی یا نرمال بودن توزیع نمرات با استفاده از آزمون شاپیرو-ویلک[1]، همگنی واریانس‌ها با استفاده از آزمون لون[2] و همگنی شیب خط رگرسیون به وسیله تعامل متغیر همپراش (کنترل) و متغیر مستقل است. نتایج این پیش‌فرض‌ها در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول (۳): نتایج آزمون شاپیرو-ویلک، لون و همگنی شیب خط رگرسیون

متغیر	شاپیرو-ویلک		آزمون لون		همگنی شیب خط رگرسیون	
	آماره	معناداری	آماره لون	معناداری	F	معناداری
همدلی (پس آزمون)	۰/۹۸	۰/۸۵	۳/۰۲	۰/۰۹	۴/۱۴	۰/۲۹
همدلی (پیش آزمون)	۰/۹۵	۰/۲۱	۳/۴۳	۰/۱۱	-	-
اعتماد به نفس (پس آزمون)	۰/۹۳	۰/۰۷	۲/۳۴	۰/۱۴	۰/۷۳	۰/۴۸
اعتماد به نفس (پیش آزمون)	۰/۹۳	۰/۰۷	۲/۷۷	۰/۱۵	-	-

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که فرض صفر مبنی بر نرمال بودن توزیع نمرات در متغیرهای پژوهش در هر دو مرحله پیش‌آزمون و پس آزمون در هر دو گروه تأیید شده است ($p>۰/۰۵$). همچنین پیش‌فرض برابری واریانس‌ها در هر دو مرحله پژوهش مورد تأیید قرار گرفت ($p>۰/۰۵$). علاوه بر این نشان داده شده است که مقدار F تعامل بین متغیر همپراش و متغیر مستقل معنادار نیست و لذا این پیش‌فرض نیز تأیید شد ($p>۰/۰۵$).

نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره نمرات همدلی و اعتماد به نفس در مرحله پس آزمون در جدول ۴ ارائه شده است.

جدول (۴): تحلیل کوواریانس چند متغیره برای بررسی اثربخشی شفقت‌درمانی والدین بر متغیرهای همدلی و اعتماد به نفس نوجوانان

منبع	متغیر	مجموع	درجه آزادی	میانگین مربعات	F	سطح معناداری	مجذور اتا
گروه	نگرانی همدلانه	۴۰۶/۸۶	۴۱	۴۰/۶۸	۴/۰۸	۰/۰۲۳	۰/۲۴
	اندوه شخصی	۸۹/۴۷	۴۱	۸/۹۴	۸/۶۳	۰/۰۰۲	۰/۵۱
	دیدگاه‌پذیری	۹۶/۸۴	۴۱	۹/۶۸	۱۷/۵۷	۰/۰۰۰	۰/۷۵
	اعتماد به نفس	۵۸/۱۸	۴۱	۱۱/۲۸	۱۹/۱۵	۰/۰۰۰	۰/۴۶

[1] . Shapiro-Wilk Test
[2] . Levene's test

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-16]

نتایج ارائه شـــده در جدول (۴) نشـــان می دهد که تفاوت آماری معناداری بین دختران نوجوان شـــرکت کننده در گروه‌های آزمایش (مداخله شـــفقت‌درمانی والدین) و گروه کنترل از لحاظ نمره نگرانی همدلانه (p<۰/۰۵ و F=۴/۰۸) اندوه شـــخصـــی (p<۰/۰۵ و F=۸/۶۳)، دیدگاه‌پذیری (p<۰/۰۵ و F=۱۷/۵۷) و اعتماد به نفس (p<۰/۰۵ و F=۱۹/۱۵) وجود دارد. لذا فرضیه پژوهش حاضـــر تأیید می‌گردد و می‌توان نتیجه گرفت در گروه آزمایش تغییر معناداری در بهبود متغیرهای اعتماد به نفس و همدلی (نگرانی همدلانه، اندوه شـخصـی و دیدگاه‌پذیری) در پس آزمون نسـبت به گروه کنترل تحت تأثیر مداخله آموزشـی شفقت‌درمانی والدین به وجود آمده است. شاخص مجذور اتا در دیدگاه‌پذیری (η^2 =۰/۷۵)، اندوه شخصی (η^2 =۰/۵۱)، اعتماد به نفس (η^2 =۰/۴۶) و نگرانی همدلانه (η^2 =۰/۲۴) نشـان می‌دهد که تأثیر این سـه متغیر از اهمیت نسـبتاً خوبی برخوردار است.

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج حاصـل از تحلیل آماری نشـان داد، مداخله شـفقت‌درمانی والدین باعث ایجاد تغییرات آماری معناداری در بهبود اعتماد به نفس و ابعاد همدلی (نگرانی همدلانه، اندوه شـخصـی و دیدگاه‌پذیری) دختران نوجوانان گروه آزمایش شـده اسـت. با توجه به فقدان پیشـینه پژوهشـی در خصـوص اثربخشـی برنامه فرزندپروری متمرکز بر شـفقت در بهبود اعتماد به نفس و همدلی فرزندان، امکان مقایسـه نتایج با سـایر مطالعات و تحقیقات انجام شـده پیشـین و بحث پیرامون علل احتمالی تفاوت یا تشـابه در نتایج به دست آمده با سایر تحقیقات انجام شده امکان پذیر نمی‌باشد.

در تبیین نتایج به دسـت آمده می‌توان بیان داشـت، یکی از مهم‌ترین وظایف والدین به ویژه در سـنین نوجوانی ایجاد محیطی امن و حمایت‌کننده، حسـاس بودن به نیازها و ناراحتی‌های فرزندانشـان و پاسخ‌گویی مناسـب اسـت. در واقع در دوران کودکی و اوایل دوران نوجوانی، والدین به طور معمول تنها منبع تأمین نیازها و تنظیم هیجانات و پریشانی هستند، زیرا نوجوانان به شدت آسیب‌پذیر و فاقد صلاحیت‌های لازم برای برآوردن این نیازها هستند (گروه مطالعاتی تغذیه مادر و کودک[1]، ۲۰۱۳) از این رو از بســیاری جهات، انگیزه‌ها و شــایســتگی‌های مختلفی که زیربنای شــفقت هســتند، برای فراهم کردن محیط‌های ایمن و قابل پیش‌بینی برای کودکان و نوجوانان حیاتی به شمار می‌روند.

هدف شـفقت‌درمانی والدین، پرورش یک خود دلسـوز اسـت که به فرد کمک می‌کند تا از تکانشـگری غیر مفید دوری کند و رفتارهای همدلانه، عاقلانه و مراقبتی را پرورش دهد (گیلبرت، ۲۰۱۷). در مطالعه حاضـــر، وللدین گزارش کردند که افزایش خودمراقبتی به آن‌ها کمک کرده تا مراقب بهتری برای دختران نوجوان خود باشند. علاوه بر این مداخله شفقت درمانی، والدین را برای به اشتراک‌گذاری احساسات خود با فرزندانشان افزایش داد. همچنین به آن‌ها کمک کرد تا بهتر با یکدیگر ارتباط برقرار کنند و احسـاسـات خود را بیشـتر بیان کنند. وقتی والدین بتوانند به طور مؤثری ارتباط برقرار کنند و در لحظه حضـور داشـته باشند، می‌توانند به عنوان پایگاهی امن برای فرزندانشان حتی در شرایط سخت باشند. بر اساس نظر سیگل[2] (۲۰۱۵) این نشانه دلبسـتگی ایمن است. مشـخص شـده است که ر رفتارهای والدین و ارتباط آن‌ها با فرزندان با رشـد اعتماد به نفس و همدلی در آن‌ها مرتبط است (وانگ، ون، فو و زنگ[3]، ۲۰۱۷)

برگزاری جلسات مداخله به صورت گروهی، شرکت‌کنندگان را قادر می‌سازد تا با سایر اعضای گروه همدلی و همدردی متقابل داشته باشند. بر اساس نظر گیلبرت (۲۰۱۷) سه نوع شفقت وجود دارد: شفقتی که نسبت به دیگران احساس می‌کنیم، شفقتی که از دیگران دریافت می‌کنیم و شفقتی که نسبت به خود نشان می‌دهیم (شفقت به خود). به اعتقاد گیلبرت (۲۰۱۷) باز بودن در برابر شـفقت دیگران به ما کمک می‌کند احسـاس امنیت کنیم و دیگران را به عنوان منبع امنیت به جای عاملی برای تهدید درک کنیم. احساس ارزشمند بودن و درک شدن توسط سایر اعضای گروه، یکی از نتایج مثبت شفقت‌درمانی والدین در تقویت همدلی بود. تحقیقات نشان داده است که فرزندان با والدین همدل، همدلی بیشتری را نشان می‌دهند (ایزنبرگ، فابس، اسچالر،

[1] . Maternal and Child Nutrition Study Group
[2] . Siegel
[3] . Wang, Wen, Fu & Zheng,

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-16]

کارلو و میلر[1]، ۱۹۹۱). از سوی دیگر مشخص شده است زمانی که افراد نسبت به دیگران همدلی نشان می‌دهند و به جای آسیب رساندن به یاری یکدیگر می‌پردازند (کروکر و کانولو[2]، ۲۰۰۸) .این اهداف همدلانه با افزایش اعتماد به نفس و توجه دیگران همراه است (کانولو و کروکر، ۲۰۱۱) و احساسات مثبتی مانند احساس آرامش و ارتباط با دیگران را تقویت می‌کند (کانولو و کروکر، ۲۰۱۷).

پیشنهادها و محدودیت‌ها

یافته‌های پژوهش حاضر اگرچه تأثیر مثبت شفقت‌درمانی والدین را بر همدلی و اعتماد به نفس دختران نوجوان نشان داد، با این حال برخی محدودیت‌ها نیز در مطالعه وجود داشت؛ اول، مشارکت‌کنندگان پژوهش دختران نوجوان ۱۴-۱۶ سال منطقه ۴ شهر بودند، از این رو در تعمیم نتایج به سایر جوامع باید جانب احتیاط رعایت شود؛ دوم، نتایج پژوهش را می‌توان تا حدودی به برخی از عوامل غیر قابل کنترل مانند توجه و حمایت درمانگر و شرایط محیطی، فرهنگی و اجتماعی نسبت داد.

در مجموع می‌توان بیان داشت که شفقت‌درمانی والدین این پتانسیل را دارد که به بهبود اعتماد به نفس و همدلی در فرزندان کمک کند. این امر اهمیت کاربست برنامه‌های مداخله‌ای را در سنین نوجوانانی آشکار می‌سازد. این برنامه‌ها اثرات مثبت و قابل توجهی را در پیشگیری از مشکلات سلامت روان در بزرگسالی در پی خواهند داشت.

از سویی دیگر انجام پژوهش‌های مشابه در سایر جوامع و گروه‌ها (به عنوان مثال کودکان و نوجوانان دارای بیماری‌های مزمن و یا شرایط بالینی مانند اوتیسم، اختلال نقص توجه و ...) می‌تواند نتایج درخور توجهی را در پی داشته باشد. همچنین مقایسه میزان کارایی و اثربخشی شفقت درمانی والدین با سایر مداخلات موجود به پژوهشگران آتی پیشنهاد می‌گردد.

منابع

آقاجری، پروانه؛ حسین زاده، مینا؛ مهدوی، نادر؛ هشترودی زاده، محمد؛ وحیدی، مریم. (۱۳۹۴). تأثیر آموزش مهارت های زندگی بر انگیزه یادگیری (درونی و بیرونی)، عزت نفس و پیشرفت تحصیلی دانشجویان پرستاری. *آموزش پرستاری*. ۴ (۲)، ۲۷-۱۸.

بنی اسدی، ابراهیم؛ برجعلی، احمد؛ مفیدی، فرخنده؛ بنی اسدی، فاطمه. (۱۳۹۴). اثربخشی آموزش همدلی بر روزگویی کودکان ۴-۶ سال در مراکز پیش از دبستان. *فصلنامه مطالعات پیش دبستان و دبستان*، ۱ (۱).

تنهای رشوانلو، فرهاد؛ کرامتی، راضیه؛ سعادتی شامیر، ابوطالب. (۱۳۹۱). خوش‌بینی و عزت نفس در نوجوانان دختر: نقش سبک هویت. *روان‌شناسی کاربردی*، ۶ (۲)، ۹۰-۷۳.

خدابخش، محمدرضا؛ منصوری، پروین. (۱۳۹۱). بررسی رابطه عفو با همدلی در دانشجویان پزشکی و پرستاری. *افق دانش*، ۱۸ (۲)، ۵۴-۴۵.

شهابی، منوره. (۱۳۹۴). رابطه اعتماد به نفس و یادگیری دانش آموزان دارای اختلال یادگیری شهرستان جاسک در سال تحصیلی ۹۴ – ۱۳۹۳. *دومین کنفرانس ملی روانشناسی و علوم تربیتی*، شادگان. https://civilica.com/doc/463294.

صادقی، احمد. (۱۳۹۴). بررسی رابطه حمایت خانواده، خودکارآمدی مسیرشغلی و عزت نفس با خودکارآمدی تصمیم‌گیری مسیر شغلی دانش‌آموزان. *مجله دستاوردهای روان‌شناختی*، ۲۲ (۱)، ۲۴۴-۲۲۷.

فاتحی پیکانی، فرزانه؛ صالحی، اعظم. (۱۳۹۹). اثربخشی آموزش فرزندپروری مبتنی بر شفقت به والدین بر تنظیم شناختی هیجان و خودکارآمدی دانش آموزان مبتلا به اضطراب اجتماعی. *زن و فرهنگ*، ۱۲ (۴۵).

مدحی، محمد؛ قمرانی، امیر. (۱۳۹۹). اثربخشی آموزش فرزندپروری مبتنی بر شفقت به خود بر مشکلات رفتاری و خودپنداره کودکان با نارسایی‌های ذهنی و تحولی. پژوهش های کاربردی روان‌شناختی، ۱۱ (۳)، ۱۸-۱.

وزیری، شهرام؛ لطفی عظیمی، افسانه. (۱۳۹۰). تأثیر آموزش همدلی در کاهش پرخاشگری نوجوانان. *روانشناسی تحولی*، ۸ (۳)، ۱۷۵-۱۶۷.

Aydin, Y., Evrensel, A., & Ceylan, M. E. (2018). Body image, self-esteem and social anxiety levels in individuals with alcohol and substance abuse. *Medicine Science*, 7(2), 260-264.

[1] . Eisenberg, Fabes, Schaller, Carlo & Miller

[2] . Crocker and Canevello

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-16]

Barnett M. A. (1987). *Empathy and related responses in children*. In N. Eisenberg & J. Strayer Eds., Empathy and its development. New York, NY: Cambridge University Press.

Berk, L. E., & Petersen, A. (2004*). Development through the lifespan*. Boston, MA: Allyn and Bacon.

Branden, N. (2001). *The psychology of self-esteem: A revolutionary approach to self-understanding that launched a new era in modern psychology*. Jossey-Bass.

Brown, M., Blanchard, T., & McGrath, R. E. (2020). Differences in self-reported character strengths across adolescence. *Journal of Adolescence*, 79, 1-10.

Canevello, A., & Crocker, J. (2011). Interpersonal goals, others' regard for the self, and self‐esteem: The paradoxical consequences of self‐image and compassionate goals. *European Journal of Social Psychology*, 41(4), 422-434.

Canevello, A., & Crocker, J. (2017). Compassionate goals and affect in social situations. *Motivation and emotion*, 41(2), 158-179.

Carr, D., Cornman, J. C., & Freedman, V. A. (2016). Marital quality and negative experienced well-being: An assessment of actor and partner effects among older married persons. *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 71(1), 177-187.

Ceballos Gurrola, O., Pineda Espejel, H. A., López Walle, J. M., Tristán Rodríguez, J. L., & Medina Villanueva, M. (2013). Pre-competitive anxiety and self-confidence in pan american gymnasts. *Science of Gymnastics Journal*, 5(1), 39-48.

Crocker, J., & Canevello, A. (2008). Creating and undermining social support in communal relationships: the role of compassionate and self-image goals. *Journal of personality and social psychology*, 95(3), 555.

Davis, M. H. (1983). Measuring individual differences in empathy: evidence for a multidimensional approach. *Journal of personality and social psychology*, 44(1), 113.

Davis, M. H. (1983). Measuring individual differences in empathy: evidence for a multidimensional approach. *Journal of personality and social psychology*, 44(1), 113.

Eisenberg N, Spinrad T. L, Morris A. (2003). *Empathy-related responding in children*. In M. Killen & J. G. Smetana (Eds.), Handbook of moral development. New York, NY: Psychology Press,184–207.

Eisenberg, N., Eggum, N. D., & Di Giunta, L. (2010). Empathy-related responding: Associations with prosocial behavior, aggression, and intergroup relations. *Social issues and policy review*, 4(1), 143.

Eisenberg, N., Fabes, R. A., Schaller, M., Carlo, G., & Miller, P. A. (1991). The relations of parental characteristics and practices to children's vicarious emotional responding. *Child development*, 62(6), 1393-1408.

Gilbert P. (2017). *Compassion: Concepts, research and applications*. New York, NY: Routledge.

Gilbert, P. (2010). An introduction to compassion focused therapy in cognitive behavior therapy. *International Journal of Cognitive Therapy*, 3(2), 97-112.

Hardcastle, S. J., Tye, M., Glassey, R., & Hagger, M. S. (2015). Exploring the perceived effectiveness of a life skills development program for high-performance athletes. *Psychology of sport and Exercise*, 16, 139-149.

Hoffman M. L. (2000). *Empathy and prosocial behavior*. In M. Lewis, J. M. Haviland-Jones, & L. Felman Barret (Eds.), Handbook of emotions. New York, NY: Guilford Press, 440-455.

Kamkar, K., Doyle, A. B., & Markiewicz, D. (2012). Insecure attachment to parents and depressive symptoms in early adolescence: Mediating roles of attributions and self-esteem. *International Journal of Psychological Studies*, 4(2), 3.

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-16]

Kirby, J. N. (2020). Nurturing family environments for children: Compassion-focused parenting as a form of parenting intervention. *Education Sciences*, 10(1), 3.

Liu, X., Xu, Y., & Herrera, F. (2019). Consensus model for large-scale group decision making based on fuzzy preference relation with self-confidence: Detecting and managing overconfidence behaviors. *Information Fusion*, 52, 245-256.

Mäkikangas, A., Kinnunen, U., & Feldt, T. (2004). Self-esteem, dispositional optimism, and health: Evidence from cross-lagged data on employees. *Journal of research in personality*, 38(6), 556-575.

Maternal and Child Nutrition Study Group. (2013). Maternal and child nutrition: Building momentum for impact. *Lancet*, 382, 372–375.

O'Beaglaoich, C., McCutcheon, J., Conway, P. F., Hanafin, J., & Morrison, T. G. (2020). Adolescent suicide ideation, depression and self-esteem: relationships to a new measure of gender role conflict. *Frontiers in psychology*, 111.

Pinar, S. E., Yildirim, G., & Sayin, N. (2018). Investigating the psychological resilience, self-confidence and problem-solving skills of midwife candidates. *Nurse education today*, 64, 144-149.

Prinz, R. J., Sanders, M. R., Shapiro, C. J., Whitaker, D. J., & Lutzker, J. R. (2009). Population-based prevention of child maltreatment: The US Triple P system population trial. *Prevention science*, 10(1), 1-12.

Quinn GP, Keough M. (2002). *Experimental Design and Data Analysis For Biologists*. Cambridge: Cambridge University Press.

Reitz, A. K., Shrout, P. E., Denissen, J. J., Dufner, M., & Bolger, N. (2020). Self‐esteem change during the transition from university to work. *Journal of personality*, 88(4), 689-702.

Rosenberg, M. (1965). Rosenberg self-esteem scale (RSE). Acceptance and commitment therapy. *Measures package*, 61(52), 18.

Siegel D. J. (2015*). Brainstorm: The power and purpose of the teenage brain*. New York, NY: Penguin.

Wang, Y., Wen, Z., Fu, Y., & Zheng, L. (2017). Psychometric properties of a Chinese version of the Measure of Empathy and Sympathy. *Personality and individual Differences*, 119, 168-174.

[Downloaded from jnip.ir on 2026-11-16]