

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

لیلا پورشهرابی^۱، فریبا مرادی عباس آبادی^۲، مریم بهنام مرادی^۳

چکیده

پیش‌زمینه و هدف: آنچه نگران کننده است این است که علی‌رغم 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. گرداوری 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 همدانه، اندوه شخصی، دیدگاه‌پذیری) در پس آزمون نسبت به گروه کنترل تحت تأثیر مداخله شفقت‌درمانی والدین به وجود آمده است ($p < 0.05$). **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 ورامین‌پیشو، دانشگاه آزاد اسلامی، ورامین، ایران

^۲ عضو هیئت علمی گروه روان‌شناسی، واحد ورامین‌پیشو، دانشگاه آزاد اسلامی، ورامین، ایران (نویسنده مسئول)

^۳ استادیار، عضو هیئت علمی گروه روان‌شناسی، ورامین‌پیشو، دانشگاه آزاد اسلامی، ورامین، ایران

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 به سوی رشد و تکامل چشمگیر و عمیقی پیش می‌برد که درگذر آن، زیرینای زندگی بزرگسالی و سالمندی پی‌ریزی می‌شود (براون، بلانچارد و مک گراس^۱). (۲۰۲۰).

اعتماد به نفس^۲ به عنوان یکی از نیازهای اساسی انسان بر رشد، تکامل و هویت فرد انگذار است (هاردکاستل، تای، گلاسی و هاگر^۳). اعتقاد 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^۴، 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، یلدیریم و ساین^۵، ۲۰۱۸). اعتقاد 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^۶، ۲۰۲۰)، نماد سلامت روان (اقاجاری، حسین‌زاده، مهدوی و هشت‌رودی و وحیدی، ۱۳۹۴) است و باعث بهبود عملکرد افراد در زندگی تحصیلی و اجتماعی می‌گردد (نهایی رشوانلو، کرامتی و سعادتی شامیر، ۱۳۹۱). شیوع رفتارهای ضد اجتماعی مانند سوء مصرف الکل (آیدین، ورنسل و سیلان^۷، ۲۰۱۸)، مشکلات تحصیلی (شهابی، ۱۳۹۴)، اضطراب رقابتی (سبالوس گرولا، پیندا اسپیجل، لوپر وال، تریستان رو دریگوز و مدینا ویلانوئوا^۸، ۲۰۱۳)، عدم تلاش برای بهبود وضعیت و خودکشی (اییگلایچ، مک کوتچئون، کان وی، هانا芬ین و موریسون^۹، ۲۰۲۰) با اعتقاد به نفس پایین مرتبط است. این الگوهای تداعی اهمیت بالقوه اعتقاد به نفس را در نوجوانان برجسته می‌سازد. شناسایی عواملی که ممکن است تأثیر مثبتی بر اعتقاد 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 اعتقاد به نفس تحت تأثیر عوامل درونی و بیرونی قرار دارد. عواملی هستند که در باورها و طرز فکر هر شخص وجود دارند و کاملاً قبل تغییر هستند. در حالی که عوامل بیرونی یا محیطی می‌توانند در قالب پیام‌های کلامی و غیر کلامی به فرد منتقل شوند (برندن^{۱۰}، ۲۰۰۱)، افراد ارزش خود را بر اساس قضاوت‌ها و واکنش‌های دیگران، به ویژه اعضای نزدیک خانواده خود تعیین می‌کنند، به این معنا که اعتقاد به نفس در یک محیط حمایتی و مثبت تقویت می‌شود (برک و پترسن^{۱۱}، ۲۰۰۴). نتایج پژوهش‌ها نیز حاکی از آن است که رفتارهای والدین و ارتباط آن‌ها با فرزندان با رشد اعتقاد به نفس آن‌ها مرتبط است (کار، کورنمان و فریدمن^{۱۲}، ۲۰۱۶). این نشان می‌دهد که روابط مثبت درون خانواده ممکن است به افزایش اعتقاد به نفس و در نتیجه بهبود سلامت روان نوجوانان منجر شود (کامکار، دویل و مارکیویکز^{۱۳}، ۲۰۱۲).

^۱. Brown, Blanchard and McGrath

^۲. Self Confidence

^۳. Hardcastle, Tye, Glassey & Hagger

^۴. Liu, Xu and Herrera

^۵. Pinar, Yildirim and Sayin

^۶. Reitz, Shrout, Denissen, Dufner & Bolger

^۷. Aydi, Evrensel and Ceylan

^۸. Ceballos Gurrola, Pineda Espejel, López Walle, Tristán Rodríguez & Medina Villanueva

^۹. O'Beaglaoich, McCutcheon, Conway, Hanafin & Morrison

^{۱۰}. Branden

^{۱۱}. Berk & Petersen

^{۱۲}. Carr, Corman and Freedman

^{۱۳}. (Kamkar, Doyle and Markiewicz

علاوه بر این تصور می‌شود که کیفیت روابط و همدلی^۱ 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، ۱۹۸۳،^۲ ایزنبرگ، اسپینرادر و موریس، ۲۰۰۳).^۳ بر عکس، همدلی نیز ممکن است کیفیت روابط نوجوانان 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، ۲۰۱۰).

والدین نقش مهمی در اجتماعی شدن همدلی دارند (ها芬من، 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، 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 تنبه، 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 داشتن موجود در خصوص اهمیت نحوه تعامل و تربیت نوجوانان، بسیاری از نوجوانان در سراسر جهان همچنان در محیط‌هایی بزرگ می‌شوند که با تنبه، آزار عاطفی، جسمی و بی‌توجهی مشخصی می‌شوند (پرینز، ساندرز، شاپیرو و لوتزکر، 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^۴ 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 بر نحوه 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، ۲۰۲۰).

مطالعه پیشینه پژوهشی حاکی از آن است که اثربخشی فرزندپروری متمرکز بر شفقت بر متغیرهایی چون حرمت خود (فاتحی پیکانی و صالحی، ۱۳۹۹)، خودپنداش (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 شفقت درمانی 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

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 دانش‌آموزان دختر ۱۶-۱۴ 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^۱، ۲۰۰۲)، ۳۰ دانش‌آموز واحد شرایط، برای شرکت در مطالعه انتخاب شدند.

ابزار سنجش

الف. پرسشنامه قضاوت اخلاقی و همدلی^۲: 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 ۰/۷۷ تا ۰/۷۰ 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^۳: 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 (ماکیانگاس، کینون و فلدت^۴، ۲۰۰۴). این مقیاس از روایی داخلی رضایت‌بخشی برخوردار است. در ایران ضرایب 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^۵ (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	محتوی
اول	آشنایی اعضا و درمانگر با یکدیگر، بیان انتظارات گروه و اعضا از یکدیگر، شرح قوانین گروه، ایجاد ارتباط درمانی، گوش‌سپردن به روایتهای اعضا 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 مهریانی و مهر وزریدن؛

¹. Quinn and Keough

². Moral Judgement and Empathy Questionnaire

³. Rosenberg self-esteem scale (RSE)

⁴. Makikangas, Kinnunen and Feldt

⁵. Gilbert

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

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 در گیر 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 دانش‌آموز 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 ۱۴-۱۲ سال برای دانش‌آموزان، سطح سواد سیکل و بالاتر برای والدین، دامنه سنی ۳۰-۵۵ سال، متأهل بودن و زندگی با همسر و تمايل 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 شب 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 همدلنه	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

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

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 خواهد پرداخت.

استفاده از تحلیل کوواریانس نیازمند پیش‌فرض‌هایی است که مهم‌ترین آن‌ها طبیعی یا نرمال بودن توزیع نمرات با استفاده از آزمون شاپیرو-ولک^۱، همگنی واریانس‌ها با استفاده از آزمون لون^۲ و همگنی شبیه 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-ولک، لون و همگنی شبیه خط رگرسیون

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

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 ($p < 0.05$). همچنین پیش‌فرض برابری واریانس‌ها در هر دو مرحله پژوهش مورد تأیید قرار گرفت ($p < 0.05$). 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 ($p > 0.05$).

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
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

نتایج ارائه شده در جدول (۴) نشان می دهد که تفاوت آماری معناداری بین دختران نوجوان شرکت کننده در گروههای آزمایش (مداخله شفقتدرمانی والدین) و گروه کنترل از لحاظ نمره نگرانی همدلانه ($F=4/08$ و $p<0.05$) اندوه شخصی ($F=17/57$ و $p<0.05$)، دیدگاهپذیری ($F=19/15$ و $p<0.05$) و اعتماد به نفس ($F=8/63$ و $p<0.05$) وجود دارد. لذا فرضیه پژوهش حاضر تأیید می‌گردد و می‌توان نتیجه گرفت در گروه آزمایش تغییر معناداری در بهبود متغیرهای اعتماد به نفس و همدلی (نگرانی همدلانه، اندوه شخصی و دیدگاهپذیری) در پس آزمون نسبت به گروه کنترل تحت تأثیر مداخله آموزشی شفقتدرمانی والدین به وجود آمده است. شاخص مجدور اتا در دیدگاهپذیری ($=0/75$ ، اندوه شخصی ($=0/51$)، اعتماد به نفس ($=0/46$ و نگرانی همدلانه ($=0/24$)) نشان می‌دهد که تأثیر این سه متغیر از اهمیت نسبتاً خوبی برخوردار است.

بحث و نتیجه‌گیری

نتایج حاصل از تحلیل آماری نشان داد، مداخله شفقتدرمانی والدین باعث ایجاد تغییرات آماری معناداری در بهبود اعتماد به نفس و ابعاد همدلی (نگرانی همدلانه، اندوه شخصی و دیدگاهپذیری) دختران نوجوانان گروه آزمایش شده است. با توجه به فقدان پیشینه پژوهشی در خصوص اثربخشی برنامه فرزندپروری متمنکز بر شفقت در بهبود اعتماد به نفس و همدلی فرزندان، امکان مقایسه نتایج با سایر مطالعات و تحقیقات انجام شده پیشین و بحث پیرامون علل احتمالی تفاوت یا تشابه در نتایج به دست آمده با سایر تحقیقات انجام شده امکان پذیر نمی‌باشد.

در تبیین نتایج به دست آمده می‌توان بیان داشت، یکی از مهم‌ترین وظایف والدین به ویژه در سنین نوجوانی ایجاد محیطی امن و حمایت‌کننده، حساس بودن به نیازها و ناراحتی‌های فرزندانشان و پاسخ‌گویی مناسب است. 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^۱، ۲۰۱۳) از این رو از بسیاری جهات، انگیزه‌ها و شایستگی‌های مختلفی که زیربنای شفقت هستند، برای فراهم کردن محیط‌های ایمن و قابل پیش‌بینی برای کودکان و نوجوانان حیاتی به شمار می‌رودند.

هدف شفقتدرمانی والدین، پرورش یک خود دلسوز است که به فرد کمک می‌کند تا از تکانشگری غیر مفید دوری کند و رفتارهای همدلانه، عاقلانه و مراقبتی را پرورش دهد (گیلبرت، ۲۰۱۷). در مطالعه حاضر، والدین گزارش کرند 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 احساسات خود را بیشتر بیان کنند. وقتی والدین بتوانند به طور مؤثری ارتباط برقرار کنند و در لحظه حضور داشته باشند، می‌توانند به عنوان پایگاهی امن برای فرزندانشان حتی در شرایط سخت باشند. بر اساس نظر سیگل^۲ (۲۰۱۵) این نشانه دلستگی ایمن است. مشخص شده است که رفتارهای والدین و ارتباط آن‌ها با فرزندان با رشد اعتماد به نفس و همدلی در آن‌ها مرتبط است (وانگ، ون، فو و زنگ^۳، 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 شفقت دیگران به ما کمک می‌کند احساس 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، اسچال،

¹ . Maternal and Child Nutrition Study Group

² . Siegel

³ . Wang, Wen, Fu & Zheng,

کارلو و میلر^۱، ۱۹۹۱). از سوی دیگر مشخص شده است زمانی که افراد نسبت به دیگران همدلی نشان می‌دهند و به جای آسیب رساندن به یاری یکدیگر می‌پردازنند (کروکر و کانولو، 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، 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 تعیین نتایج به سایر جوامع باید جانب اختیاط 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 کاربرست 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 بی 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 شفقت‌درمانی والدین با سایر مداخلات موجود به پژوهشگران آتی پیشنهاد می‌گردد.

منابع

- آقاجری، پروانه؛ حسین‌زاده، مینا؛ مهدوی، نادر؛ هشت‌رودی‌زاده، محمد؛ حیدری، مریم. (۱۳۹۴). تأثیر آموزش مهارت‌های زندگی بر انگیزه یادگیری (درونی و بیرونی)، عزت نفس و پیشرفت تحصیلی دانشجویان پرستاری. *آموزش پرستاری*. ۴(۲)، ۲۷-۱۸.
- بنی‌اسدی، ابراهیم؛ برجاعی، احمد؛ مفیدی، فرخنده؛ بنی‌اسدی، فاطمه. (۱۳۹۴). اثربخشی آموزش همدلی بر روزگوبی کودکان ۴-۶ سال در مراکز پیش از دبستان. *فصلنامه مطالعات پیش دبستان و دبستان*. ۱(۱).
- نهایی رشوانلو، فرهاد؛ کرامتی، راضیه؛ سعادتی شامیر، ابوطالب. (۱۳۹۱). خوش‌بینی و عزت نفس در نوجوانان دختر: نقش سبک هوبیت. *روان‌شناسی کاربردی*. ۶(۲)، ۹۰-۷۳.
- خدابخش، محمدرضا؛ منصوری، پروین. (۱۳۹۱). بررسی رابطه عفو با همدلی در دانشجویان پزشکی و پرستاری. *افق دانش*. ۲(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.

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

فاتحی پیکانی، فرزانه؛ صالحی، اعظم. (۱۳۹۶). 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).

مدھی، محمد؛ قمرانی، امیر. (۱۳۹۹). اثربخشی آموزش فرزندپروری مبتنی بر شفقت به خود بر مشکلات رفتاری و خودپنداش کودکان با نارسایی‌های ذهنی و تحولی. *پژوهش‌های کاربردی روان‌شناسی*. ۱۱(۳)، ۱۸-۱۱.

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

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

- 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.

- 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.