



The Effectiveness of Compassion-Focused Therapy on Emotional Regulation and Mother-Adolescent Relationships among Mothers of Adolescents Aged 12–18

Sahar Zaghian¹, Manijeh Kaveh^{2*}, Mohammad Rabiei³, Mehrdad Hajihassani³

1. M.A. Graduate in Counseling, Shahrekord University, Iran

2. Assistant Professor, Department of Counseling and Psychology, Shahrekord University, Shahrekord, Iran

3. Associate Professor, Department of Counseling and Psychology, Shahrekord University, Shahrekord, Iran

Received: 10 Aug 2023

Accepted: 5 Nov 2023

Abstract

Entering adolescence challenges both adolescent and parents, and more conflicts are observed in the interaction between parents and adolescent in this period compared to previous ages. This study was conducted with the aim of determining the effect of compassion-focused therapy (CFT) on mother-adolescent relationships and emotional control of mothers referred to counseling centers in Isfahan. The research method was applied research and semi-experimental with a pre-test-post-test design with a control group and a two-month follow-up. The statistical population was made up of all the mothers who referred to counseling centers in Isfahan in 1401. From among the regions of Isfahan, one region was chosen randomly, and 30 people were selected from among the mothers who referred to the counseling centers of this region by convenience sampling method and were randomly assigned in to experimental and control groups (each group 15 people). Roger and Najarian's (1987) Emotional Control Questionnaire and Pianta's (1994) Parent-child Relationship Questionnaire were utilized to measure adolescent's emotional control and mother-adolescent relationship respectively. Experimental group was received 9 sessions of 90 minutes compassion-focused therapy. SPSS version 23 software and descriptive statistics methods such as mean and standard deviation and inferential statistics methods such as Multivariate Analysis of Covariance (MANCOVA) was used for data analysis. Findings showed that the first hypothesis of the research based on the effectiveness of compassion-focused therapy on mothers' emotional control and its components (emotional inhibition, aggression inhibition, rumination or mental review and benign inhibition) has been confirmed. ($P < 0.01$). Also, the results showed that the

* Corresponding Author email: kaveh@sku.ac.ir



second hypothesis of the research based on the effectiveness of compassion-focused therapy on mother-adolescent relationships and its components (intimacy and dependency) has been confirmed. ($P < 0.01$). The results of the two-month follow-up also showed that the effectiveness of this treatment was permanent. Based on the research, it can be concluded that compassion-focused therapy is suitable for emotional control of mothers and improvement of mother-adolescent relationships, and counselors and psychologists can use these findings to improve mother-adolescent relationships.

Keywords: Compassion-Focused Therapy, mother-adolescent relationships, emotional control.

Extended Abstract

Introduction

Adolescence is a complex developmental phase. These developmental shifts in cognition, emotion, identity, and social functioning affect family dynamics—particularly in the bond between mothers and their adolescent children. The heightened vulnerability and growing autonomy of adolescents often intensify intergenerational discord, as parents grapple with the challenge of guiding adolescents while respecting their autonomy. Mothers, as primary caregivers in many cultural contexts, play a pivotal role in this dynamic. Family psychology links poor parent-adolescent relationships to maladaptive emotional regulation in parents. Emotional regulation, or the ability to monitor, evaluate, and modulate emotional states, is essential for navigating such interactions constructively. When compromised, it may lead to escalation of conflict, reduced empathy, and weakened relational trust. In recent years, Compassion-Focused Therapy (CFT) has garnered attention for its unique approach to enhancing emotional regulation and repairing relational wounds. Rooted in evolutionary psychology, attachment theory, and affective neuroscience, CFT conceptualizes compassion as a motivational system that regulates affect through warmth, safety, and care. Paul Gilbert's theoretical framework posits that fostering compassion activates the soothing system—balancing the threat and drive systems and promoting psychological resilience. While CFT has demonstrated efficacy in clinical populations, its application in parenting—especially in culturally specific contexts such as Iranian mothers navigating adolescence—is underexplored. This study seeks to address that gap by evaluating the impact of CFT on emotional regulation and mother-adolescent relational dynamics in a sample of Iranian mothers referred to counseling centers in Isfahan.

Methodology

A semi-experimental design with pre/post-tests and two-month follow-up was used. The statistical population comprised mothers of adolescents aged 12 to 18 who had presented to counseling centers in Isfahan during 2022. From among the regions of Isfahan, one region was chosen randomly, and 30 people were selected from among the mothers who referred to the counseling centers of this region by

convenience sampling method and were randomly assigned in to experimental and control groups (each group 15 people). Inclusion criteria included willingness to participate in therapy sessions, absence of concurrent therapeutic interventions, and no diagnosis of major psychological or physical disorders. Exclusion criteria encompassed missing more than two therapy sessions or failing to complete therapeutic assignments. Participants in the experimental group underwent nine weekly 90-minute sessions of Compassion-Focused Therapy. The sessions addressed developmental characteristics of adolescence, self-compassion, empathetic parenting strategies, and regulation of emotional distress. Key therapeutic components included psychoeducation on emotional systems, mindfulness practices, compassionate imagery exercises, and reflective dialogue. Two psychometrically validated instruments were utilized for outcome assessment: - Emotional Control Questionnaire by Roger & Najarian (1987), measuring four subscales: emotional inhibition, aggression control, rumination, and benign control. Parent-Adolescent Relationship Questionnaire by Pianta (1994), evaluating relational intimacy and dependency. Statistical analyses were conducted using SPSS version 23. Descriptive statistics (mean, standard deviation) and inferential techniques, including Multivariate Analysis of Covariance (MANCOVA), were applied to examine between-group differences, controlling for baseline scores. Assumptions of normality (Kolmogorov–Smirnov test), homogeneity of variance (Levene’s test), and regression slope equality were verified before conducting the main analyses.

Result and Discussion

The findings demonstrated that CFT significantly enhanced emotional control in mothers. Post-intervention scores revealed marked improvements across all four subcomponents: emotional inhibition, aggression control, rumination, and benign control. ($P < 0.01$). This shows CFT helps mothers manage stress and stay balanced during emotional interactions with adolescents. Emotionally regulated parenting is critical during adolescence, when increased impulsivity, identity exploration, and rebellion may challenge parental boundaries. The results indicate that mothers who underwent CFT were better able to temper reactive responses, maintain composure, and model adaptive emotional behavior—fostering mutual respect and psychological safety within the relationship.

Moreover, the intervention yielded significant improvements in the quality of mother-adolescent relationships. Subscales measuring intimacy and dependency both showed statistically meaningful increases ($P < 0.01$).

These improvements reflect deeper emotional connection, responsiveness, and mutual trust. Compassionate parenting based on empathy and nonjudgment, appears to mitigate relational tensions and encourage secure attachment behaviors. From a theoretical perspective, CFT’s emphasis on activating the soothing system and cultivating emotional safety aligns well with the goals of relational healing. The therapy’s focus on reducing shame, self-criticism, and emotional suppression enhances

parents' capacity to engage openly and empathetically with their children. The two-month follow-up confirmed the durability of treatment effects, indicating that mothers continued to apply CFT principles autonomously. This sustained efficacy may stem from CFT's experiential nature and integration of cognitive, behavioral, and affective components. Practices such as compassionate letter writing, guided imagery, and emotional literacy create enduring internal resources for self-regulation and relationship navigation. Culturally, the study holds particular relevance. In Iranian society, mothers often bear primary emotional and caregiving responsibilities, with heightened expectations to maintain family harmony. CFT's alignment with values of empathy, spiritual care, and familial connectedness may contribute to its acceptability and effectiveness in this context.

Conclusion

Compassion-Focused Therapy represents a powerful and culturally congruent intervention for enhancing emotional control and relational health in mothers of adolescents. The study illustrates that CFT improves mothers' emotional control and relationships with their children.

The study contributes to a growing body of evidence supporting compassionate parenting interventions and highlights the therapeutic potential of CFT in non-clinical, community settings. It also underscores the importance of empowering mothers, not only to support their adolescents but to strengthen their own psychological resilience. Future research should expand on these findings by incorporating adolescent feedback, examining paternal roles, and exploring family-wide applications of CFT. In a developmental phase where emotional turbulence and relational strain are commonplace, CFT offers a gentle yet profound pathway to healing, connection, and growth. Based on the research, it can be concluded that compassion-focused therapy is suitable for emotional control of mothers and improvement of mother-adolescent relationships, and counselors and psychologists can use these findings to improve mother-adolescent relationships.

Author Contributions

S. Zaghian conducted this research as part of her master's thesis, including data collection, data analysis, and writing various chapters of the thesis. Dr. M. Kaveh, as the academic supervisor, guided the research design and was responsible for the critical review of the thesis and the extraction of the article from it. Dr. M. Rabeie and Dr. M. M. Hajihassani, as academic advisors, contributed to the development of the theoretical framework and provided expert feedback on the analysis and interpretation of the findings.

Conflict of Interest

The authors declare no conflicts of interest regarding this article.

Ethical considerations

This study was approved by the Ethics Committee of Shahrekord University (Code: .1401.010), and all ethical principles—including informed consent, data confidentiality, and voluntary withdrawal—were fully observed.

Acknowledgment and Funding

The researchers sincerely express their gratitude to all individuals who contributed to this study and to the respected participants who attended the educational sessions.

Publisher: Islamic Azad University, Isfahan Branch

اثر بخشی درمان متمرکز بر شفقت بر روابط مادر-نوجوان و کنترل هیجانی مادران دارای فرزند نوجوان 12 تا 18 سال

سحر زاغیان¹، منیژه کاوه^{2*}، محمد ربیعی³، مهرداد حاجی حسنی³

۱. دانشجوی کارشناسی ارشد دانشگاه شهرکرد، شهرکرد، ایران

۲. استادیار گروه مشاوره و روان‌شناسی دانشگاه شهرکرد، شهرکرد، ایران

۳. دانشیار گروه مشاوره و روان‌شناسی دانشگاه شهرکرد، شهرکرد، ایران

پذیرش: 1402/08/14

دریافت: 1402/05/19

چکیده

ورود به دوره نوجوانی، هم نوجوانان و هم والدین را به چالش می‌کشد و در تعامل بین والدین و نوجوان تعارض‌های بیشتری در این دوره نسبت به سنین قبل مشاهده می‌شود. این پژوهش با هدف تعیین اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر روابط مادر-نوجوان و کنترل هیجانی مادران انجام گرفت. پژوهش کاربردی و روش آن نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل و پیگیری دو ماهه بود. جامعه‌ی آماری پژوهش، کلیه مادران مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره شهر اصفهان در سال 1401 بود. از بین مناطق شهر اصفهان، یک منطقه به تصادف انتخاب و از بین مادران مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره این منطقه، 30 نفر به روش در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه جایگزین شدند (هر گروه 15 نفر). برای سنجش کنترل هیجانی و روابط والد نوجوان به ترتیب از پرسشنامه‌های کنترل هیجانی (Roger and Najarian, 1987) و پرسشنامه روابط والد-نوجوان (Pianta, 1994) استفاده شد. گروه آزمایش به مدت 9 جلسه 90 دقیقه‌ای تحت درمان متمرکز بر شفقت قرار گرفتند. جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها از نرم‌افزار SPSS نسخه 23 و روش‌های آمار توصیفی مانند میانگین و انحراف معیار و روش‌های آمار استنباطی مانند آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیره استفاده گردید. طبق یافته‌های پژوهش فرضیه پژوهش مبنی درمان متمرکز بر شفقت بر کنترل هیجانی مادران و مولفه‌های آنها تأیید شد ($P < 0/01$). همچنین فرضیه پژوهش مبنی درمان متمرکز بر روابط مادر-نوجوان و مولفه‌های آنها تأیید شد ($P < 0/01$). نتایج پیگیری دو ماهه نیز نشان داد اثرات درمان ماندگار بوده است. بر این اساس می‌توان نتیجه گرفت که روان‌درمانی مبتنی بر شفقت برای کنترل هیجانی مادران و بهبود روابط مادر-نوجوان مناسب است و مشاوران و روان‌شناسان می‌توانند از این یافته‌ها جهت بهبود روابط مادر-نوجوان استفاده کنند.

کلیدواژه‌ها: درمان متمرکز بر شفقت، روابط مادر-نوجوان، کنترل هیجانی

مقدمه

نوجوانی (Adolescence) بحرانی‌ترین و حساس‌ترین دوره زندگی هر انسانی است. در این دوره تغییرات جسمی، شناختی، اجتماعی، عاطفی و محیطی اتفاق می‌افتد که شامل بلوغ جسمی، بهبود توانایی تفکر، تغییر در روابط با خانواده، دوستان، مدرسه و اجتماع، انتظارات همسالان، مسئولیت، مدیریت تکالیف زندگی بدون وابستگی بیش از حد به دیگران و ایجاد جهت‌گیری برای آینده به عنوان بزرگسال مستقل است. اگر فرد نتواند این دوره را به سلامت پشت سر بگذارد، دوران بزرگسالی مناسبی نخواهد داشت (Blakemore, 2022. Rahanandeh & Naeimi, 2023). فائق آمدن فرد بر این تکالیف تحت تأثیر عوامل گوناگونی مانند خانواده قرار دارد (Ameri & Amooi, 2016) و خانواده یکی از عوامل مهم و تأثیرگذار در فرایند رشد نوجوان است (Qi, Kang & Bi, 2022).

در این میان رابطه والد - فرزند یک رابطه مهم و حیاتی برای ایجاد امنیت و عشق است و نقش محوری پدر و مادر، بویژه مادر در این زمینه غیرقابل انکار است. روابط نامناسب والدین موجب شکل‌گیری رفتارهای اجتماعی نامناسب و ناخواسته‌ای در نوجوانان می‌شود که سهم عمده‌ای در چگونگی پاسخ‌های آنان به موقعیت‌های مختلف زندگی خواهد داشت (Pellerone, Spinelloa, Sidoti & Micciche, 2015. Rahanandeh & Naeimi, 2023). (Lippold, Coffman & Greenberg, 2014).

ورود به دوره نوجوانی، هم نوجوانان و هم والدین را به چالش می‌کشد. برخی پژوهش‌ها نشان داده‌اند که در تعاملات بین والد و نوجوان چالش‌هایی به وجود می‌آید یا تعارض‌های بیشتری در این دوره نسبت به سنین قبل مشاهده می‌شود (Steinberg, 2001). نوجوان‌ها ممکن است والدین خود را سختگیرتر و کنترل‌کننده‌تر از پیش ادراک نمایند و والدین، نوجوان‌ها را بی‌مسئولیت و سرکش تلقی کنند و این مسأله نوجوان و والدین را مجبور می‌کند که مجدداً مسئولیت‌های خود را سازمان‌دهی و روابط خانوادگی‌شان را تنظیم کنند (Mohammadi Nasab, 2021). (Mazaheri Tehrani, Rezaezadeh, & Heydari, 2021). از جمله اینکه تغییراتی در میزان نفوذ والدین، تقسیم قدرت در خانه، ساختار و چگونگی تعاملات افراد خانواده در این دوران ایجاد می‌شود (Khojasteh Mehr, Fallahi, 2020). (Khoshknab, Jafari & Sodani, 2020). حتی در این دوره میزان ارتباط بین والدین و نوجوان کاهش می‌یابد. به عبارتی خانواده در فرایند رشد خود، مراحل متفاوتی را طی می‌کند و یکی از دوره‌های بسیار دشوار در مراحل رشد خانواده، زمانی است که خانواده دارای فرزند نوجوان است.

یکی از متغیرهای مهم در ارتباط با رابطه والد-نوجوان، متغیر کنترل هیجانی (Emotional regulation) است. تاکنون تعریف‌های مختلفی از کنترل هیجانی صورت گرفته است، ولی همه آنها کنترل هیجان را روشی می‌دانند که در آن افراد تجربه خود و بیان خود از هیجان را در شرایط پریشانی با به کارگیری راهبردهایی مانند سرپرستی، سرکوب و ارزیابی مجدد شناختی (Cognitive reassessment) تحت کنترل قرار می‌دهند. هنگامی که فرد با موقعیت‌های هیجانی روبه‌رو می‌شود، برای کنترل هیجان به بهترین کارکردهای شناختی احتیاج دارد و تلاش می‌کند تا هیجان‌های خود را کنترل کند (Kneeland, Dovidio, Joormann & Clark, 2016). کنترل هیجان به عنوان فرایند آغاز، حفظ، تعدیل و یا تغییر هیجان و احساس درونی مرتبط با فرایندهای روانی و اجتماعی، فیزیکی در به اتمام رساندن اهداف فرد

می‌باشد (Potthoff and et al., 2016). کنترل هیجان، یک مبحث اساسی در شروع، ارزیابی و سازماندهی رفتار سازگاران و همچنین ممانعت از هیجان‌های منفی و رفتارهای ناسازگاران است (Tan, 2017) و اینکه کنترل هیجانی ساختاری چند بعدی است که شیوه‌های تلفیقی انعطاف‌پذیری همچون مهار رفتاری (Behavioral inhibition)، آگاهی نسبت به هیجانات و تحمل آشفتگی را شامل می‌شود. (Harrison, Mitchison, Rieger, Rodgers & Mond, 2016). تاکنون شیوه‌های درمانی متعددی بر روی بهبود روابط والد-فرزند و کنترل هیجانی فرزندان صورت گرفته است؛ یکی از انواع درمان‌ها که به نظر می‌رسد بر این رابطه مؤثر باشد، درمان متمرکز بر شفقت (Compassion Focused Therapy) است. درمان متمرکز بر شفقت توسط گیلبرت (Gilbert) گسترش یافت. در ابتدا Neff (2003) شفقت را بعنوان سازه‌ای که دارای سه مؤلفه‌ی ذهن آگاهی (Mindfulness)، مهربانی با خود (Self-kindness) و حس اشتراک با انسانیت (Sense of common humanity) است، تعریف کرد (Neff, 2003). به گفته Gilbert تعریف اساسی از شفقت این است که مهربانی اساسی همراه با آگاهی عمیق از رنج خود و دیگران همراه با میل و تلاش برای التیام این رنج است (Gemer & Neff, 2013). تعریف ذکر شده دو بخش مهم مفهوم را مشخص می‌کند: اولین موضوع تحت عنوان اشتیاق (Enthusiasm) می‌باشد و اشاره به حساسیت و آگاهی از حضور رنج دارد و دومین موضوع مرسوم به التیام (Alleviation)، متشکل از انگیزه و تعهد نسبت به کاهش رنجی است که با آن مواجه می‌شویم (Gilbert, 2010). اصل مهم و اساسی درمان مبتنی بر شفقت برخاسته از سیستم‌های عمومی تنظیم هیجانات¹ (Regulation of emotions) شامل سیستم تهدید (Threat system) و حفاظت از خود و سیستم هیجانات است. هدف از این درمان، ایجاد تعادل بین این سه سیستم است (Gemer & Neff, 2013).

فرآیندهای اصلی در درمان متمرکز بر شفقت طبق گفته گیلبرت (Gilbert, 2014) شامل پنج مرحله است که لزوماً خطی نیستند. گام اول بر آموزش روانی در ذهن انسان، به ویژه در مورد سه سیستم هیجانی متمرکز است. این به افراد کمک می‌کند تا نشانه‌ها، افکار یا هیجان‌اتشان را تشخیص دهند. در گام دوم با کاهش شرمساری و سرزنش خود، افراد بینشی در مورد ریشه استراتژی‌های خود بدست می‌آورند. این فرآیند نشان می‌دهد که چگونه تجربیات و خاطرات اولیه زندگی سیستم حفاظت از تهدیدات را حساس کرده و منجر به سبک‌های ناسازگارانه ارتباط با خود می‌شود. در گام سوم افراد یاد می‌گیرند که سیستم آرام بخش خود را با استفاده از ذهن آگاهی و تصویرسازی دلسوزانه تقویت کنند. در گام چهارم، به افراد یاد داده می‌شود از ویژگی‌ها و مهارت‌های دلسوزانه برای ساختن خود دلسوز استفاده کنند و در گام آخر، افراد از خود دلسوز جدید خود برای درگیر شدن به نشانه‌های خاصی مانند انتقاد از خود، شرمساری، یا علایم افسردگی استفاده می‌کنند. مراحل فوق فرآیند اصلی را در درمان مبتنی بر شفقت نشان می‌دهد. در درمان متمرکز بر شفقت، بر خلاف سایر درمان‌ها، افراد یاد می‌گیرند که از احساسات دردناک خود اجتناب نکنند یا آن‌ها را سرکوب نکنند. (Kelly, Wisniewski, Martin-Wagar, Hoffman, 2017).

شفقت یک مداخله‌ی دلبستگی محور است و تغییر دلبستگی و التیام آن بر تنظیم هیجانات اثرگذار است. بر این اساس، تعدادی از مطالعات سودمندی درمان مبتنی بر شفقت (تمرینات) را در کاهش سطح انتقاد از خود و شرم تایید کرده‌اند (Matos & et al. 2017. Procter, 2006. Gilbert, Cuppage, Baird, Gibson, Booth, Hevey, 2017).

لازم به ذکر است که درمان متمرکز بر شفقت با وجود اینکه که به عنوان روشی برای بهبود مسائل ارتباطی یا خانوادگی و همچنین اختلالات روان‌شناختی مورد بررسی قرار گرفته است. برخی پژوهش‌ها این نوع درمان را برای والدینی که فرزندی در سنین کودکی داشته‌اند مورد استفاده قرار داده‌اند (Zamani Froushani, Sharifi, Ghazanfari, Abedi & Naghavi, 2019). با این وجود در ایران از این درمان در حیطه نوجوانان و ارتباط والد-نوجوان کمتر مورد مطالعه قرار گرفته است. پژوهش حاضر امید دارد بتواند سهم بسزایی در افزایش دانش در حیطه نوجوانی داشته باشد و با توجه به خلأ پژوهشی که در زمینه اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر روابط-مادر نوجوان و کنترل هیجانی والدین وجود دارد می‌تواند از بعد نظری کمک کننده باشد. لذا فرضیه‌های این پژوهش عبارت بودند از:

فرضیه کلی:

الف. درمان متمرکز بر شفقت بر کنترل هیجانی مادران تأثیر دارد.

فرضیه‌های مؤلفه کنترل هیجانی:

1. درمان متمرکز بر شفقت بر بازداری هیجانی مادران تأثیر دارد.
2. درمان متمرکز بر شفقت بر مهار پرخاشگری مادران تأثیر دارد.
3. درمان متمرکز بر شفقت بر نشخوارگری یا مرور ذهنی مادران تأثیر دارد.
4. درمان متمرکز بر شفقت بر مهار خوش‌خیم مادران تأثیر دارد.

فرضیه کلی:

ب. درمان متمرکز بر شفقت بر روابط مادر-نوجوان تأثیر دارد.

فرضیه‌های مؤلفه روابط مادر-نوجوان

1. درمان متمرکز بر شفقت بر صمیمیت مادران در روابط مادر-نوجوان تأثیر دارد.
2. درمان متمرکز بر شفقت بر وابستگی مادران در روابط مادر-نوجوان تأثیر دارد.

روش

روش پژوهش، جامعه آماری، نمونه و روش نمونه‌گیری: این پژوهش از نظر هدف کاربردی و روش آن نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و پیگیری دو ماهه با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل کلیه مادران دارای فرزند نوجوان 12 تا 18 سال است که در سال 1401 به مراکز مشاوره شهر اصفهان مراجعه کرده‌اند. ابتدا از بین مناطق شهر اصفهان، یک منطقه به تصادف انتخاب و از بین مادران مراجعه‌کننده (به دلیل مشکل ارتباط با نوجوان) به مراکز مشاوره در این منطقه، 36 نفر به روش در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه 18 نفره آزمایش و گواه جایگزین شدند. لازم به ذکر است که افت آزمودنی‌ها در گروه آزمایش و گروه گواه 3

نفر بوده است. در ابتدای پژوهش 18 نفر در هر گروه جایگزین گردیدند ولی به خاطر غیبت و حضور نامنظم 3 نفر از والدین در طی جلسات درمان از گروه پژوهش کنار گذاشته شدند و سپس 30 نفر در دو گروه 15 نفره قرار گرفتند. ملاک ورود افراد نمونه به پژوهش شامل پذیرش شرایط شرکت در مداخله، عدم استفاده از سایر مداخلات درمانی به صورت همزمان، عدم وجود بیماری‌های جسمی یا اختلالات روان‌شناختی بود. ملاک خروج افراد نمونه نیز غیبت بیش از دو جلسه پس از اعلام تمایل برای شرکت در پژوهش، عدم تمایل به همکاری و ادامه جلسات درمان، عدم انجام تکالیف مرتبط با درمان بود.

ابزار سنجش

پرسشنامه کنترل هیجانی (Emotional Control Questionnaire): Roger & Neshoever (1987) ساختار ابتدایی این پرسشنامه را تنظیم و Roger & Najarian (1978) این پرسشنامه را مورد تجدید نظر قرار دادند. در این پژوهش حاضر از پرسشنامه مورد تجدید نظر قرار گرفته شده استفاده شد. این پرسشنامه 4 مؤلفه و 56 سوال دارد. مؤلفه‌های این پرسشنامه شامل: بازداری هیجانی (1 تا 14)، مهار پرخاشگری (15 تا 28)، نشخوارگری یا مرور ذهنی (29 تا 42)، مهارخوش‌خیم (43 تا 56) است. روایی پرسشنامه نیز توسط متخصصان مورد تایید قرار گرفته است. Roger & Najarian (1978) ضریب آلفای کرونباخ را برای کل مقیاس 0/68 و برای زیرمقیاس‌های یاد شده را به ترتیب 0/7، 0/76، 0/77، 0/58 گزارش کردند. در پژوهش Yaghobi برای مشخص شدن پایایی از محاسبه ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد که اندازه آن برای همه مقیاس و زیرمقیاس‌های بازداری هیجانی، مهارپرخاشگری، نشخوارگری و مهارخوش‌خیم به ترتیب 0/68، 0/70، 0/76، 0/77، 58٪، به دست آمد که گویای آن است که مقیاس ذکر شده دارای همسانی درونی بالا و معنادار است (Yaghobi, 2014). در پژوهش (Namdar, Sarabian, & Zabihi Hesari, 2020) پایایی ابعاد بازداری هیجانی، کنترل پرخاشگری، نشخوارگری، مهار خوش‌خیم و کل مقیاس کنترل هیجانی با روش آلفای کرونباخ به ترتیب 0/61، 0/70، 0/68، 0/77، 0/70 به دست آمد. در این پژوهش برای مشخص شدن پایایی از محاسبه ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد. ضریب آلفای کرونباخ برای مؤلفه‌های بازداری هیجانی، مهارپرخاشگری، نشخوارگری و مهارخوش‌خیم به ترتیب 0/77، 0/72، 0/74 و 0/71 به دست آمد و این شاخص برای کل پرسشنامه برابر 0/72 بوده است. این مطلب گویای آن است که در مقیاس ذکر شده همسانی درونی برقرار است. یک نمونه سوالات این پرسشنامه عبارت است از: "تشخیص اینکه من در در برخی امور هیجان زده هستم یا نه برای دیگران دشوار است."

پرسشنامه روابط والد-نوجوان (Parent-Adolescent Relationship Questionnaire): این مقیاس توسط Pianta برای اولین بار در سال (1994) ساخته شد و شامل 25 ماده می‌باشد که ادراک والدین را در مورد رابطه آنها با فرزند می‌سنجد. مقیاس رابطه والد-نوجوان یک پرسشنامه خود گزارش‌دهی است و نمره‌گذاری آن بر اساس مقیاس 5 درجه‌ای لیکرت (نمره 5 برای قطعاً صدق می‌کند و نمره 1 برای قطعاً صدق نمی‌کند) می‌باشد و از آن برای سنجش رابطه والد-فرزند در تمامی سنین استفاده شده است. این مقیاس شامل حوزه‌های صمیمیت، وابستگی و رابطه مثبت

کلی (مجموع تمام حوزه‌ها) می‌باشد که هر کدام به ترتیب با ضرایب آلفای کرونباخ 0/77، 0/73 و 0/74 از پایایی مناسبی برخوردار بودند (Pourmohammadreza-Tajrishi, & et. Al, 2015) در پژوهش وارسته و همکاران (1395) ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه در خرده مقیاس‌های نزدیکی، وابستگی و رابطه مثبت کلی به ترتیب 0/69، 0/74 و 0/83 به دست آمد. در پژوهش حاضر برای مشخص شدن پایایی از محاسبه ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد. ضریب آلفای کرونباخ برای مؤلفه‌های صمیمیت و وابستگی به ترتیب 0/74 و 0/78 به دست آمد و این شاخص برای کل پرسشنامه برابر 0/75 بوده است. این مطلب گویای آن است که در مقیاس ذکر شده همسانی درونی بالایی برقرار است. یک نمونه سوالات این پرسشنامه عبارت است از: "اجازه می‌دهم فرزندم در امور مربوط به خودش تصمیم‌گیری کند."

روش اجرا و تحلیل داده‌ها

ابتدا اجرای این پژوهش در کمیته‌ی اخلاق پژوهش در دانشگاه شهرکرد با کد IR.SKU.REC.1401.010 مورد تأیید قرار گرفت. سپس مجوزهای لازم برای حضور در مراکز خدمات مشاوره و روان‌شناسی منطقه به تصادف انتخاب شده در شهر اصفهان اخذ شد و هماهنگی‌های لازم جهت همکاری با پرسنل مراکز جهت اجرای درمان متمرکز بر شفقت برای مادران صورت گرفت. بعد از انجام کارهای مقدماتی، پرسشنامه کنترل هیجانی و پرسشنامه روابط والد-نوجوان به عنوان پیش آزمون در میان تمامی آزمودنی‌ها اجرا شد. سپس جلسات درمانی در 9 جلسه 90 دقیقه‌ای هفته‌ای یکبار برای گروه آزمایش اجرا گردید. بعد از اتمام مراحل درمان پس آزمون در میان تمامی اعضای نمونه (هر دو گروه آزمایش و کنترل) اجرا شد. دو ماه پس از پایان جلسات درمانی در مرحله پیگیری، پرسشنامه‌ها مجدداً اجرا گردیدند. برای رعایت اصول اخلاقی در پژوهش بعد از اتمام درمان، درمان مذکور نیز برای گروه کنترل نیز اجرا شد. در ادامه خلاصه جلسات درمان متمرکز بر شفقت در جدول 1 ارائه شده است.

جدول 1: برنامه جلسات درمان متمرکز بر شفقت

جلسه	خلاصه و عناوین محتوای جلسات
1	معارفه و بیان قواعد و قوانین گروه معرفی مفهوم نوجوانی و آشنایی با ویژگی نوجوان
2	معرفی شفقت و سنجش کیفی مؤلفه‌های شفقت
3	بررسی اتفاقات افتاده برای اعضای گروه در فاصله جلسه و میزان مهربانی به خود مطرح کردن رنج انسان‌ها و رنج‌های یک نوجوان در طی دوران نوجوانی
4	شنیدن نظرات اعضا راجع به مواردی که بیشتر باعث رنج آنها شده است. - بیان نیاز به التیام با استعاره‌های چسب زخم، مجلس ترحیم و سوگواری - بیان مؤلفه ایجاد انگیزه برای مراقبت از بهزیستی (با استفاده از مهارت توجه، استدلال و رفتار شفقت‌آمیز)
5	- بیان مؤلفه‌های همدلی، همدردی و حساس بودن برای آگاهی از رنج خود
6	- سؤال از تمرین مادر مهربان در موقعیت‌های مختلف و شنیدن نظرات اعضا - توضیح مرحله تغییر نحوه برخورد با رنج (با استفاده از رفتار، توجه، تصور، تجربه حسی) - بیان 4 ویژگی افراد مهربان

7	- شنیدن صحبت اعضاء گروه راجع به ابعاد قوی یا ضعیف مهربانی شان - اجرای تمرین های تصویری (خودمهربان-مهربانی جاری شده از سوی شما به سمت دیگران- گرفتن مهربانی از دیگران- مهربانی با خود)
8	- تمرین نوشتن نامه مهربانانه به خود
9	- خواندن نامه اعضا داوطلب به افراد مورد نظر - سنجش کیفی مهربانی با خود

اطلاعات جمع آوری شده در این پژوهش با استفاده از روش های آمار توصیفی و استنباطی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. تجزیه و تحلیل داده در دو بخش آمار توصیفی شامل استفاده از شاخص هایی مانند میانگین، انحراف معیار و توزیع فراوانی و آمار استنباطی برای تجزیه و تحلیل فرضیه ها استفاده می شود. در این پژوهش برای بررسی فرضیه های پژوهش از تحلیل کوواریانس استفاده شد، البته قبل از انجام تحلیل کوواریانس پیش فرض های آن از جمله آزمون بررسی نرمال بودن داده (آزمون کلموگروف-اسمیرنف)، آزمون بررسی همگنی واریانس نمرات (آزمون لوین) و آزمون بررسی همگنی شیب رگرسیون نیز مورد بررسی قرار گرفت. تمامی محاسبات آماری با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه 23 انجام شد.

یافته ها

نتایج بدست آمده در مورد ویژگی های جمعیت شناختی گروه نمونه نشان داد، میانگین تعداد فرزندان در خانواده ها 1/73 فرزند بوده است. همچنین کمترین و بیشترین تعداد فرزند به ترتیب 1 و 3 نفر بوده است. تحصیلات مادران در 60 درصد موارد دیپلم، برای 30 درصد لیسانس و 10 درصد فوق لیسانس و بالاتر بوده است. 26/7 درصد از مادران شغل کارمند و 73/3 درصد شغل آزاد داشته اند. 60 درصد از فرزندان بین 12 تا 15 سال، 40 درصد بین 15 الی 18 سال داشته اند. سن مادران، در 23/3 درصد موارد بین 30 تا 35 سال، در 20 درصد از موارد 35 الی 40 سال، در 26/7 درصد موارد 40 الی 45 سال، در 13/3 موارد 45 الی 50 سال و 16/7 درصد از موارد بین 50 الی 55 سال، بوده است. در ادامه میانگین و انحراف معیار متغیرهای اصلی پژوهش ارائه شده است.

جدول 2: آمار توصیفی متغیرهای پژوهش

متغیر	گروه	پیش آزمون		پس آزمون		پیگیری	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
کنترل	آزمایش	6/47	2/42	10/73	1/79	11/27	1/62
	کنترل	6/53	2/39	6/93	1/87	7/13	1/92
هیجانی	آزمایش	8/33	2/41	11/80	1/82	11/53	1/82
	کنترل	8/00	2/75	7/80	2/54	7/87	2/44
مادران	آزمایش	8/60	1/68	11/47	1/96	11/40	2/03

1/72	8/40	1/84	8/60	1/81	8/53	کنترل	مه‌ار خوش خیم
1/75	11/07	1/67	11/20	1/46	8/13	آزمایش	
2/07	7/87	1/68	7/87	1/67	8/20	کنترل	
6/64	37/13	5/35	36/93	6/78	31/00	آزمایش	نمره کلی
4/44	44/47	4/79	44/53	6/46	31/27	کنترل	
2/09	38/93	3/09	38/80	4/27	33/53	آزمایش	صمیمیت
4/14	34/00	3/52	34/53	3/56	34/13	کنترل	
2/31	44/07	2/55	45/33	7/03	39/47	آزمایش	وابستگی
5/11	40/67	5/00	41/00	5/35	40/20	کنترل	
3/32	83/00	4/53	84/13	10/80	73/00	آزمایش	نمره کلی
8/49	74/67	7/98	75/53	8/33	74/33	کنترل	

همانگونه که در جدول 2 مشاهده می‌شود برای گروه آموزش، میانگین در تمامی موارد برای پس‌آزمون و پیگیری بیشتر از پیش‌آزمون بوده است. از این رو می‌توان حدس زد آموزش تأثیر مثبتی بر روی متغیرهای پژوهش داشته است. در این راستا به بررسی استنباطی فرضیه‌های پژوهش پرداخته شده است.

ابتدا مفروضه‌های تحلیل کواریانس مورد بررسی قرار گرفتند. از آزمون کلموگراف-اسمیرنف جهت بررسی نرمال بودن خطاها استفاده شد و نتایج نشان داد که مقدار P در تمامی موارد از مقدار $0/05$ بزرگ‌تر و فرض نرمال در مورد خطای تمامی مدل‌ها رد نشد. برای بررسی همگنی واریانس از آزمون لوین استفاده شد و برای تمامی موارد مقدار P بیش از $0/05$ بود. از این رو فرضیه‌ی همگنی واریانس‌ها در هر متغیر رد نشد. برای بررسی همگنی شیب خط رگرسیون از مقدار F تعادلی بین متغیر مراحل آزمایش (شامل 3 مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) و گروه (شامل 2 گروه کنترل و آزمایش)، در متغیرهای وابسته محاسبه گردید. مقدار P این آزمون برای همه موارد بیش از $0/05$ و از این رو این فرض نیز رد نشد. همگنی ماتریس واریانس-کواریانس نیز با آزمون باکس مورد بررسی قرار گرفت. مقدار P این آزمون از $0/05$ بزرگ‌تر است، لذا فرض همگنی ماتریس واریانس-کواریانس در مدل‌ها رد نشد.

با برقرار بودن پیش‌فرض‌ها، مدل‌های تحلیل کواریانس اجرا شد. پس از اجرای هریک از مدل‌ها، خطی بودن اثر گروه آموزشی، برای متغیر کنترل هیجانی مورد بررسی قرار گرفت که نتایج آن در جدول 3 ارائه شده است.

جدول 3 خطی بودن اثر گروه آموزشی برای متغیر کنترل هیجانی

مدل	اثر	نوع آزمون	مقدار آماره آزمون	F	درجه آزادی اول	درجه آزادی دوم	P-مقدار
مؤلفه‌های	اثر ثابت	آماره پیلای	0/975	825/85	4	83	0/000
کنترل		آماره ویلک	0/025	825/85	4	83	0/000
هیجانی		آماره هتلینگ	39/80	825/85	4	83	0/000
مادران		روی	39/80	825/85	4	83	0/000

0/000	83	4	12/09	0/368	آماره پیلای		(بازداری
0/000	83	4	12/09	0/632	آماره ویلک	گروه	هیجانی،
0/000	83	4	12/09	0/583	آماره هتلینگ		مهار
0/000	83	4	12/09	0/583	روی		پرخاشگری،
0/003	168	8	3/12	0/259	آماره پیلای		مهار خوش
0/002	166	8	3/32	0/743	آماره ویلک	مراحل	(خیم)
0/001	164	8	3/51	0/342	آماره هتلینگ	آزمایش	
0/000	84	4	6/99	0/333	روی		
0/000	26	2	17/749	0/577	آماره پیلای		
0/000	26	2	17/749	0/423	آماره ویلک	اثر ثابت	
0/000	26	2	17/749	1/365	آماره هتلینگ		
0/000	26	2	17/749	1/365	روی		
0/022	26	2	4/439	0/255	آماره پیلای		کنترل
0/022	26	2	4/439	0/745	آماره ویلک	پیش	هیجانی
0/022	26	2	4/439	0/341	آماره هتلینگ	آزمون	مادران (نمره
0/022	26	2	4/439	0/341	روی		کلی)
0/000	26	2	34/595	0/727	آماره پیلای		
0/000	26	2	34/595	0/273	آماره ویلک	گروه	
0/000	26	2	34/595	2/661	آماره هتلینگ		
0/000	26	2	34/595	2/661	روی		

همان‌طور که در جدول 3 ملاحظه می‌شود، در تمامی موارد P-مقدار از 0/05 کمتر بوده و همچنین مقدار آماره F در همه پیلای، ویلک، هتلینگ و روی و P-مقدار در آن‌ها حاکی از معنادار بودن متغیر مراحل آزمایش و گروه در هریک از مدل‌ها اثر دارد. از این‌رو می‌توان از تحلیل کوواریانس چند متغیره برای بررسی تأثیر مراحل آزمایش و گروه استفاده نمود.

جدول 4: تحلیل کوواریانس اثربخشی آموزش در مدل مؤلفه‌های کنترل هیجانی مادران

اثر	نوع آزمون	مجموع مربعات	F	درجه آزادی	P-مقدار	ضریب اتا	توان آماری
	بازداری هیجانی	154/71	31/25	1	0/000	0/267	1/000
گروه	مهار پرخاشگری	160/00	27/13	1	0/000	0/240	0/999
	نشخوارگری	88/01	23/15	1	0/000	0/212	0/997
	مهار خوش خیم	104/54	29/52	1	0/000	0/256	1/000

نتایج تحلیل کوواریانس طبق جدول 4 نشان می‌دهد نمرات گروه (شامل 2 گروه کنترل و آزمایش) و مراحل آزمایش (شامل 3 مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری) برای هر چهار مؤلفه تأثیر معنی‌داری داشته است. با در نظر گرفتن مجذور اتا می‌توان گفت درمان متمرکز بر شفقت، به ترتیب 26/7 درصد و 24/0 درصد، 21/2 درصد و 25/6 درصد از واریانس نمرات بازداری هیجانی، مهار پرخاشگری، نشخوارگری و مهار خوش‌خیم را تبیین می‌کنند. با توجه به سطح معنی‌داری ($P < 0/01$) فرضیه اول پژوهش مبنی درمان متمرکز بر شفقت بر مؤلفه‌های کنترل هیجانی مادران (بازداری هیجانی، مهار پرخاشگری، نشخوارگری و مهار خوش‌خیم) تأیید می‌شود.

علاوه بر مؤلفه‌های کنترل هیجانی (بازداری هیجانی، مهار پرخاشگری، نشخوارگری و مهار خوش‌خیم) نتایج بررسی این فرضیه بر اساس نمره کلی متغیر کنترل هیجانی مادران نیز مورد بررسی قرار گرفته است که نتایج آن در جدول 5 قابل مشاهده است.

جدول 5: تحلیل کوواریانس اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر مدل کنترل هیجانی مادران

اثر	نوع آزمون	مجموع مربعات	F	درجه آزادی	P-مقدار	ضریب اتا	توان آماری
گروه	پس آزمون کنترل هیجانی مادران	1432/96	59/04	1	0/000	0/686	1/000
	پیگیری کنترل هیجانی مادران	1532/75	66/11	1	0/000	0/710	1/000

جدول 5 نشان می‌دهد نمره پیش‌آزمون کنترل هیجانی مادران بر نمرات پس‌آزمون و پیگیری آن سهم معناداری دارد. با در نظر گرفتن مجذور اتا می‌توان گفت درمان مبتنی بر شفقت پس از تعدیل اثر پیشین، به ترتیب 68/6 و 71/0 درصد از واریانس نمرات پس‌آزمون و پیگیری را تبیین می‌کنند. لذا با توجه به سطح معنی‌داری ($P < 0/01$) فرضیه اول پژوهش مبنی درمان متمرکز بر شفقت بر کنترل هیجانی مادران (نمره کلی) می‌شود.

در رابطه با متغیر دوم پژوهش یعنی روابط مادر-نوجوان همچنین خطی بودن اثر گروه آموزشی مورد بررسی قرار گرفت که نتایج آن در جدول 6 ارائه شده است.

جدول 6: خطی بودن اثر گروه آموزشی برای متغیر روابط والد نوجوان و مؤلفه‌های آن

مدل	اثر	نوع آزمون	مقدار آماره آزمون	F	درجه آزادی اول	درجه آزادی دوم	P-مقدار
مؤلفه‌های روابط مادر-نوجوان (صمیمیت و وابستگی)	اثر ثابت	آماره پیلای	0/990	4410/528	2	85	0/000
		آماره ویلک	0/010	4410/528	2	85	0/000
		آماره هتلینگ	103/77	4410/528	2	85	0/000
		روی	103/777	4410/528	2	85	0/000
گروه	گروه	آماره پیلای	0/137	6/742	2	85	0/002
		آماره ویلک	0/863	6/742	2	85	0/002

0/002	85	2	6/742	0/159	آماره هتلینگ	
0/002	85	2	6/742	0/159	روی	
0/030	172	4	2/757	0/120	آماره پیلا	مراحل آزمایش
0/027	170	4	2/804	0/880	آماره ویلک	
0/026	168	4	2/850	0/136	آماره هتلینگ	
0/005	86	2	5/640	0/131	روی	
0/000	26	2	23/074	0/640	آماره پیلا	اثر ثابت
0/000	26	2	23/074	0/360	آماره ویلک	
0/000	26	2	23/074	1/775	آماره هتلینگ	
0/000	26	2	23/074	1/775	روی	
0/000	26	2	16/696	0/562	آماره پیلا	روابط مادر- نوجوان (نمره کلی)
0/000	26	2	16/696	0/438	آماره ویلک	
0/000	26	2	16/696	1/284	آماره هتلینگ	
0/000	26	2	16/696	1/284	روی	
0/000	26	2	17/195	0/569	آماره پیلا	مراحل آزمایش
0/000	26	2	17/195	0/431	آماره ویلک	
0/000	26	2	17/195	1/323	آماره هتلینگ	
0/000	26	2	17/195	1/323	روی	

همان‌طور که در جدول 6 ملاحظه می‌شود، در تمامی موارد P-مقدار از 0/05 کمتر بوده و همچنین مقدار آماره F در همه پیلا، ویلک، هتلینگ و روی و P-مقدار در آن‌ها حاکی از معنادار بودن متغیر مراحل آزمایش و گروه در هریک از مدل‌ها اثر دارد. از این رو می‌توان از تحلیل کوواریانس چند متغیره برای بررسی تأثیر مراحل آزمایش و گروه استفاده نمود.

جدول 7: تحلیل کوواریانس اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت در مدل مؤلفه‌های روابط مادر-نوجوان

اثر	نوع آزمون	مجموع مربعات	F	درجه آزادی	P-مقدار	ضریب اتا	توان آماره
گروه	صمیمیت	184/90	13/48	1	0/000	0/136	0/953
	وابستگی	122/50	5/06	1	0/027	0/056	0/604

نتایج تحلیل کوواریانس در جدول 7 نشان می‌دهد نمرات گروه (شامل 2 گروه کنترل و آزمایش) و مراحل آزمایش (شامل 3 گروه پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری) برای هر دو مؤلفه صمیمیت و وابستگی تأثیر معنی‌داری داشته است. با در نظر گرفتن مجذور اتا می‌توان گفت درمان مبتنی بر شفقت، به ترتیب 13/6 درصد و 5/6 درصد از واریانس نمرات مؤلفه‌های صمیمیت و وابستگی را تبیین می‌کنند.

با توجه به سطح معنی داری ($P < 0/01$) فرضیه دیگر پژوهش مبنی درمان متمرکز بر شفقت بر مؤلفه‌های روابط مادر-نوجوان (صمیمیت و وابستگی) تایید می‌شود.

علاوه بر مؤلفه‌های روابط مادر-نوجوان (صمیمیت و وابستگی) نتایج بررسی این فرضیه بر اساس نمره کلی متغیر روابط مادر-نوجوان نیز مورد بررسی قرار گرفته است که نتایج آن در جدول 8 قابل مشاهده است.

جدول 8: تحلیل کوواریانس اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر مدل نمره کلی روابط مادر-نوجوان

اثر	نوع آزمون	مجموع مربعات	F	درجه آزادی	P-مقدار	ضریب اتا	توان آماری
گروه	پس آزمون روابط مادر-نوجوان	663/05	34/67	1	0/000	0/562	1/000
	پیگیری روابط مادر-نوجوان	614/85	30/27	1	0/000	0/529	1/000

جدول 8 نشان می‌دهد نمره پیش‌آزمون روابط مادر-نوجوان بر نمرات پس‌آزمون و پیگیری آن سهم معناداری دارد. با در نظر گرفتن مجذور اتا می‌توان گفت آموزش پس از تعدیل اثر پیشین، به ترتیب 56/2 و 52/9 درصد از واریانس نمرات پس‌آزمون و پیگیری را تبیین می‌کنند.

با توجه به سطح معنی داری ($P < 0/01$) فرضیه دیگر پژوهش مبنی درمان متمرکز بر شفقت بر روابط مادر-نوجوان (نمره کلی) تایید می‌شود.

بحث

این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر کنترل هیجانی مادران بر روابط مادر-نوجوان انجام شد. با توجه به جدول شماره 5، نتایج پژوهش نشان داد که درمان متمرکز بر شفقت بر کنترل هیجانی مادران و مؤلفه‌های آن تأثیر دارد. این یافته‌ها با پژوهش (Guillen, 2022). Mancini, Shenaar-Golan, & Yatzkar, 2022. Kirby, 2020. 2022. (Fatehi Peykani, Salehi, 2022. Preuss, Capito, Van Eickels, Zemp, & Kolar, 2021.

مبنی بر اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر کنترل و تنظیم هیجانی والدین در یک راستا و همسو است. در تبیین این یافته می‌توان گفت کنترل هیجان، یک مبحث اساسی در شروع، ارزیابی و سازماندهی رفتار سازگاران و همچنین ممانعت از هیجان‌های منفی و رفتارهای ناسازگاران است. درمان متمرکز بر شفقت مانند یک سبک تنظیم هیجانی مثبت عمل می‌کند و هیجان‌های منفی فرد را کاهش می‌دهد و هیجان‌های مثبت را جایگزین آن می‌کند (Saeedi, 2013). (Ghorbani, Sarfaraz, Sharifian, 2013). بنابراین به نظر می‌رسد به واسطه این خودتنظیمی هیجانی، شرم و خودانتقادی فرد کاهش می‌یابد. شناخت کنترل هیجانی با موقعیت‌های سخت ناشی از مشکلات رفتاری نوجوانان، زمینه را برای تصمیم‌گیری درباره‌ی چگونگی آماده‌سازی و ارائه خدمات حرفه‌ای به آنها فراهم می‌کند.

موضوع دیگری که در این زمینه می‌توان تبیین‌کننده تأثیر درمان متمرکز بر شفقت بر کنترل هیجانی مادران باشد؛ موضوع کاهش ابرازگری هیجانی است. وقتی این درمان مادران را با ویژگی‌هایی شامل همدردی، حساسیت، مراقبت از بهزیستی، تحمل آشفتگی و عدم قضاوت و یا مهارت‌هایی مثل تصویرسازی مهربانانه، استدلال مهربانانه، رفتار مهربانانه، حس کردن مهربانانه، احساس مهربانانه و توجه مهربانانه آشنا می‌کند، ابرازگری هیجانی آنها بویژه با نوجوانانشان کاهش یافته و کنترل هیجانی در آنها افزایش می‌یابد. در ضمن از آنجا که شفقت یک مداخله دلبستگی محور است و تغییر دلبستگی و التیام آن بر تنظیم هیجانات اثرگذار است (Matin & Etemadi, 2021) می‌تواند تبیین‌کننده تأثیر درمان متمرکز بر شفقت بر کنترل هیجانی باشد.

یکی دیگر از مؤلفه‌های تبیین‌کننده تأثیر درمان متمرکز بر شفقت بر کنترل هیجانی والدین، موضوع ذهن آگاهی است. روان درمانی مبتنی بر شفقت به مادران کمک می‌کند که خود شفقتی بیشتری را تجربه کنند و خود مهرورزی، اشتراکات انسانی و ذهن آگاهی بالاتری را بدست خواهند آورد و در نتیجه در تنظیم و تعادل هیجانات کارآمدتر عمل می‌کنند (Vasconcelos, Oliveira, & Nobre, 2019).

شفقت الگوهای تنظیم هیجان‌های منفی را از طریق افزایش آگاهی بدون قضاوت به هیجانات خود و جهت دادن به این هیجان‌ها برای واکنش در برابر رویدادهای استرس آور افزایش می‌دهند (Neff, Hsieh, Dejitterat, 2005) و به این طریق ممکن است بر کنترل هیجانی والدین اثر گذار باشد.

از آنجا که درمان متمرکز بر شفقت به فرد می‌آموزد که طرز فکر و احساس‌شان در مورد خودشان و دیگران به سه نوع مختلف سیستم تنظیمی (سیستم تهدید و حفاظت از خود، سیستم انگیزه، سیستم قناعت / وابستگی و آرامش‌بخش) مرتبط است و با تنظیم و غلبه سیستم وابستگی و آرامش بر شخص در نتیجه این درمان، کنترل هیجانی افزایش می‌یابد. در تمام جوامع فقط وجود کانون‌های حمایتی، آموزشی و توانبخشی برای نوجوانان کافی نیست؛ بلکه خانواده‌های آنها و به‌ویژه مادران نیز نیازمند توجه، کمک، مشاوره و آموزش‌اند. در واقع مشکل مادر، به تمامی اعضای خانواده تعمیم داده می‌شود و این به دلیل موقعیت خاص او در چارچوب خانواده است. بدیهی است که وجود مادری قوی، آرام و اطمینان‌بخش، به دور از نگرانی و اضطراب‌های پی‌درپی، تکیه‌گاهی امن برای سایر اعضای خانواده خواهد بود. یکی از راه‌های رسیدن به این هدف، ارائه خدمات مشاوره‌ای و روان‌درمانی‌ها است؛ اما متأسفانه به وفور دیده شده است امنیت و آرامشی که درمانجویان در جلسات مشاوره و روان‌درمانی به دست می‌آورند، پس از اتمام جلسه یا مدتی بعد از بین می‌رود و فرد دوباره احساس تنش می‌کند. در حالی که درمان متمرکز بر شفقت به خود همان چیزی است که به افراد کمک می‌کند در خارج از جلسات درمانی نیز ویژگی‌هایی مانند مهربانی، ارتباط و آرامش را به درون خود تلقین کنند و در راستای کاهش مشکلات روان‌شناختی و ارتقای سلامت روان خود از طریق بروز رفتارهای سازش‌یافته در جهت حل مشکلات گام بردارند. با آموزش تمرین‌های خاص شفقت به خود می‌توان به مادران کمک کرد تا از قضاوت سرسختانه درباره‌ی خود و دیگران فاصله بگیرند و به یک بهزیستی روانی مطلوب دست یابند که به تبع آن، افزایش کنترل هیجانی و تاب‌آوری نیز مشاهده می‌شود. شفقت به خود؛ مهربانی به خود، تجربه‌پذیری و تحت تأثیر رنج دیگران قرار گرفتن است.

در درمان متمرکز بر شفقت افراد یاد می‌گیرند نسبت به خود مهربان باشند، احساس مشترکی با دیگران داشته باشند، نسبت به شرایط زندگی خود هشیار باشند و با مسائل و مشکلات با نگرش بدون قضاوت روبه‌رو شوند (Gilbert, 2014) و همین مسئله باعث بهبود سلامت روان‌شناختی در آنها خواهد شد. درواقع، داشتن احساس شفقت به خود، یعنی اینکه فرد به جای نادیده انگاشتن نواقص خود، آنها را به‌وضوح مشاهده کند و با آنها کنار بیاید. علاوه بر این، فردی که به‌درستی به خود نگرش مشفقانه دارد، از سلامتی و بهزیستی روانی بیشتری برخوردار است و این در کنترل هیجانی بهتر نمود پیدا می‌کند. این امر به این معنا است که فرد با ملایمت، خود را برای تغییرات زندگی، ترغیب و الگوهای رفتاری مضر و نامطلوب خود را اصلاح می‌کند؛ بنابراین، شفقت به خود می‌تواند از راه‌های مختلف به‌عنوان یک راهبرد تنظیم هیجان در نظر گرفته شود که در آن تجربه هیجان‌های آزاردهنده و نامطلوب نادیده گرفته نمی‌شود؛ بلکه تلاش می‌شود تا احساسات به‌صورتی مهربانانه پذیرفته شوند؛ بنابراین، با تغییر احساسات منفی به احساسات مثبت، فرد راه‌های جدیدی برای مقابله پیدا می‌کند. به عبارتی دیگر، شفقت به خود از روش افزایش آگاهی درونی، پذیرش بدون قضاوت، همدلی و توجه مداوم بر احساسات درونی موجب افزایش توانایی حل مسئله، خودگردانی و باور به آینده‌ای روشن، حفظ آرامش زیر فشار، انعطاف‌پذیری در رویارویی با موانع، اجتناب از استراتژی‌های خسته‌کننده و احساسات مثبت به هنگام دشواری‌ها می‌شود؛ زیرا شفقت به خود هیجان‌های منفی‌تر درباره خود را به هیجان‌های مثبت تبدیل می‌کند و از این طریق موجب کنترل هیجانی مادران می‌شود. با توجه به مطالب ذکر شده، می‌توان به این نتیجه رسید که درمان متمرکز بر شفقت بر کنترل هیجانی مادران و مؤلفه‌های آن (بازداری هیجانی، مهار پرخاشگری، نشخوارگری یا مرور ذهنی و مهار خوش‌خیم) تأثیر دارد.

در فرضیه دوم به این مطلب پرداخته شده است که درمان متمرکز بر شفقت بر روابط مادر-نوجوان و مؤلفه‌های آن (صمیمیت و وابستگی) تأثیر دارد.

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که درمان متمرکز بر شفقت بر روابط مادر-نوجوان و مؤلفه‌های آن تأثیر دارد. این یافته با پژوهش‌های (Mancini, 2022). Zamani Foroushani, Sharifi, Ghazanfari, Abedi, Naghavi, 2019. Bratt, Svensson, Rusner, 2019. Bagherzade Homeei, 2019) مبنی بر اثرگذاری درمان مبتنی بر شفقت خود بر تعامل والد - فرزند و تقویت این رابطه همسو است.

در تبیین این فرضیه می‌توان گفت از آنجا که درمان متمرکز بر شفقت، درمانی دلبستگی محور است، می‌تواند از طریق "سیستم تسکین دهنده" بر تعاملات والد-فرزندی اثرگذار باشد. سیستم تسکین‌دهنده که ریشه در تجربیات دلبستگی اولیه دارد بر مراقبت متمرکز است و با احساس آرامش، رضایت و آسایش همراه است و نقش مهمی در تسهیل مشارکت در روابط بین فردی نزدیک ایفا می‌کند (Craig, Hiskey, Spector, 2020). این درمان می‌تواند احساس دلبستگی، ایمنی، اعتماد متقابل و گذشت در روابط والدین با نوجوانان شان را افزایش دهد و با آموزش ذهن شفقت ورز نسبت به دیگران و خصوصاً نوجوانان خود، باعث کاهش تنش میان آنها و فرزندانشان شود و منجر به شکل‌گیری رفتار عاشقانه در والدین می‌شود. همچنین درمان متمرکز بر شفقت به مادران کمک می‌کند تا از قضاوت سرسختانه نسبت به خود فاصله بگیرند و با خود مراقبتی بیشتر و کسب بهزیستی روانشناختی مطلوب، بر مشکلات

رفتاری نوجوان و تعارضات بین خودشان و نوجوان، وابستگی و رابطه تأثیرگذار شوند. در درمان متمرکز بر شفقت انتقاد، اجتناب، آسیب و ناتوانی را با مهربانی، درک و تشویق جایگزین می‌کنند. از آن جهت که تجربه ایمنی، اطمینان خاطر و تشویق، کلید این فرآیند در رابطه درمانی است.

درمان متمرکز بر شفقت باعث می‌شود که والدین در مواجهه با موقعیت‌های مختلف با حفظ آرامش، پذیرش مسئولیت و تحمل پریشانی نسبت به رویدادها، مسائل و چالش‌های پیش آمده را در لحظه جاری متناسب با شرایط اکنون و با ذهن آگاهی بررسی و راه حل متناسب را با حساسیت به رنج و همدلی کشف کنند. در نهایت این فرآیند منجر به القای شفقت، کاهش فشار روانی و افزایش تجارب خوشایند والدگری و در نهایت بهبود رابطه مادر-نوجوان می‌شود (Zamani Foroushani, Sharifi, Ghazanfari, Abedi & Naghavi, 2019).

از تبیین‌های دیگری اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر روابط مادر نوجوان این است که شفقت راهبردهای مواجهه یا سازوکارهای بهتری را در مواجهه با چالش دوران نوجوانی در اختیار والدین قرار می‌دهد و از این طریق موجب مدیریت چالش‌های ارتباطی مؤثر در ارتباط مادر-نوجوان می‌شود. علاوه بر این درمان مبتنی بر شفقت می‌تواند بر سبک والدگری یا فرزند پروری مادران نیز اثرگذار باشد. زیرا به مادران کمک می‌کند تا سبک والدگری و فرزند پروری مبتنی بر مراقبت و گرمی، حمایت و در عین حال دارای ساختاری را در پیش بگیرند (Zamani Foroushani, Sharifi, Ghazanfari, Abedi & Naghavi, 2019). بنابراین، با توجه به یافته‌های پژوهش حاضر، درمان متمرکز بر شفقت گزینه‌ای مناسب بهبود روابط مادر-نوجوان و مؤلفه‌های این رابطه (وابستگی و صمیمیت) بشمار می‌رود. پژوهش حاضر با محدودیت‌هایی مواجه بوده است. از آنجا که رابطه والد-فرزند یک فرایند دو طرفه است ارزیابی رابطه به صورت یک طرفه و صرفاً از دیدگاه مادر، ممکن است شاخص کاملی از رابطه مادر-نوجوان نباشد. لذا به پژوهشگران آینده توصیه می‌شود در تحقیق‌های بعدی مربوط به اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر ارتباط والد-نوجوان، به سنجش ارتباط نوجوان - والد نیز از دیدگاه نوجوانان نیز پردازند و یا اینکه همزمان ارتباط را از دیدگاه نوجوان و والد مورد سنجش قرار دهند.

سپاسگذاری:

پژوهشگران از همه افرادی که در این کار علمی همکاری داشتند و در جلسات آموزشی شرکت کردند قدردانی و تشکر می‌نمایند.

References

- Ameri, F. & Amooi, N. (2016). The Role of Family Functioning in the Extent of Experienced Identity Crisis and Differentiation Levels of Adolescents. *Quarterly Journal of Family and Research*, 13 (1), 77-92. [Persian].
- Bagherzade Homeei, N (2019). *The effectiveness of Compassion focused therapy on parent-child relationship and family functioning and parental self-efficacy in mothers with intellectually disabled children*. Unpublished M.A Thesis of Hormozgan University, Hormozgan, Iran.
- Blakemore, S. J. (2022). Adolescence and mental health. *Lancet*, 19 (31), 393-410.

- Bratt, A.S., Svensson, I., & Rusner, M. (2019). Finding confidence and inner trust as a parent: experiences of group-based compassion-focused therapy for the parents of adolescents with mental health problems. *International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being*, 14(1), 1684166. doi:10.1080/17482631.2019.1684166. PMID:31662062; PMCID:PMC6830276.
- Craig, C., Hiskey, S., & Spector, A. (2020). Compassion focused therapy: A systematic review of its effectiveness and acceptability in clinical populations. *Expert Review of Neurotherapeutics*, 20(4), 385-400.
- Cuppige, J., Baird, K., Gibson, J., Booth, R., & Hevey, D. (2017). Compassion focused therapy: Exploring the effectiveness with a transdiagnostic group and potential processes of change. *British Journal of Clinical Psychology*, 57(2), 240-254. doi: 10.1111/bjc.12162.
- Fatehi Peykani, F., Salehi, a. (2020). The Effectiveness of Parents Compassion - Based Parenting Training on the Emotion Cognitive Regulation and Self-Efficacy of Students with Social Anxiety. *Journal of Woman and Culture*, 12(45), 21-33.
- Germer, C. K., & Neff, K. D. (2013). Self-Compassion in Clinical Practice. *Journal of Clinical Psychology*, 69, 856-867. doi:10.1002/jclp.22021
- Gilbert, P. (2010). The compassionate mind. London: Constable & Robinson Ltd.
- 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.
- Guillen, K. M. (2022). *Evaluating the Impact of a Compassion Focused Therapy Group on Parent and Caregiver Psychological Flexibility* (Doctoral dissertation, The University of Western Ontario (Canada)).
- Harrison, C., Mitchison, D., Rieger, E., Rodgers, B., & Mond, J. (2016). Emotion regulation difficulties in binge eating disorder with and without the overvaluation of weight and shape. *Psychiatry Research*, 245, 436-442.
- Kelly, A.C., Wisniewski, L., Martin-Wagar, C. & Hoffman E. (2017). Group-Based Compassion-Focused Therapy as an Adjunct to Outpatient Treatment for Eating Disorders: A Pilot Randomized Controlled Trial. *Clinical Psychology Psychotherapy*, 24(2):475-487. doi: 10.1002/cpp.
- Kneeland, E.T., Dovidio, J.F., Joormann, J., Clark, M.S. (2016). Emotion malleability beliefs, emotion regulation, and psychopathology: Integrating affective and clinical science. *Clinical Psychology Review*. doi: 10.1016/j.cpr.2016.03.008.
- Khojasteh Mehr, R., Fallahi-Khoshknab, M., Jafari, N., & Sodani, M. (2020). Challenges of Parent-Adolescent Relationship: A Qualitative Study. *Journal of Qualitative Research in Health Sciences*, 8(2), 66-75. [Persian].
- Kirby, J. N. (2020). Nurturing family environments for children: Compassion-focused parenting as a form of parenting intervention. *Education Sciences*, 10(1), 1-15.
- Lippold, M. A., Coffman, D. L., Greenberg, M.T. (2014). Investigating the potential causal relationship between parental knowledge and youth risky behavior: A propensity score analysis. *Prevention Science*, 15, 869-78. doi.org/10.1007/s11121-013-0443-1.
- Matin, H., Etemadi, O. (2021). Effect of Compassion Focused Therapy (CFT) on Attachment Styles of Couples with Marital Conflict. *Journal of Clinical Psychology Studies*, 11(42), 1-22.
- Matos, M., Duarte, C., Duarte, J., Pinto-Gouveia, J., Petrocchi, N., Basran, J., & Gilbert, P. (2017). Psychological and physiological effects of compassionate mind training: A pilot randomized controlled study. *Mindfulness*, 8(6), 1699-1712. doi:10.1007/s12671-017-0745-7.
- Mancini, V. O., De Palma, M., Barker, J. L., Kharrazi, S., Izett, E., Rooney, R., & Finlay-Jones, A. L. (2022). Paternal Attachment in the First Five Years: The Role of Self-compassion, Negative Emotional Symptoms, Parenting Stress, and Parent Self-efficacy. *Mindfulness*, 1-13.
- Mohammadi Nasab, H., MazaheriTehrani, M. A., Rezaezadeh, M., & Heydari, M. (2021). The needs of adolescents in parent-child relationship, a qualitative study. *Journal of Educational Psychology Studies*, 18(42), 80-63. doi: 10.22111/jeps.2021.6386. [Persian].

- Rahanandeh, P., & Naeimi, E. (2023). Parent-Adolescent Interaction in Iranian Adolescents Born Since 2001: A Qualitative Study. *International Journal of Behavioral Sciences*, 17 (1), 1-7.
- Namdar, A., Sarabian, S., & Zabihi Hesari, N. K. (2020). Relationship between emotional control and marital satisfaction in 20 to 45 years old boy. *Medical Journal of Mashhad University of Medical Sciences*, 62 (5.1), 614-623. doi: 10.22038/mjms.2020.15524. [Persian].
- Neff, K. D., Hsieh, Y., DeJitterat, K. (2005). Self-compassion, achievement goals, and coping with academic failure. *Self-Identity*, 4 (3), 263-287.
- Pellerone, M., Spinelloa, C., Sidoti, A. & Micciche, S. (2015). Identity, perception of parent-adolescent relation and adjustment in a group of university students. *Social and Behavioral Sciences*, 190, 459-464.
- Potthoff, S., Garnefski, N., Miklósi, M., Ubbiali, A., Domínguez-Sánchez, F. J., Martins, E. C., Witthöft, M., & Kraaij, V. (2016). Cognitive emotion regulation and psychopathology across cultures: A comparison between six European countries. *Personality and Individual Differences*, 98, 218–224. Doi:/10.1016/j.paid.2016.04.022
- Pourmohammadreza-Tajrishi, M., A'shouri, M, Afrouz, G. A., Arjmand-nia A A, Ghobari-Bonab B. (2015). The Effectiveness of Positive Parenting Program (Triple-P) Training on Interaction of Mother-child with Intellectual Disability. *Journal of Rehabilitation*, 16 (2), 128-137. [Persian].
- Preuss, H., Capito, K., van Eickels, R. L., Zemp, M., & Kolar, D. R. (2021). Cognitive reappraisal and self-compassion as emotion regulation strategies for parents during COVID-19: An online randomized controlled trial. *Internet Interventions*, 24, 100388.
- Qi, H., Kang, Q. & Bi, C. (2022). How Does the Parent-Adolescent Relationship Affect Adolescent Internet Addiction? Parents' Distinctive Influences. *Frontiers Psychology*, 13, 886168.
- Roger, D., Nesshoever W. (1987). The construction and preliminary validation of a scale for measuring emotion control. *Personality and Individual Differences*, 8, 527-534.
- Saeedi, Z., Ghorbani, N., Sarfaraz, M.R., Sharifian, M. (2013). The effect of inducing self-compassion and self-esteem on the level of the experience of shame and guilt. *Contemporary Psychology*, 8 (1), 91-102. [Persian].
- Shenaar-Golan, V., Gur, A. & Yatzkar, U. (2022). Emotion regulation and subjective well-being among parents of children with behavioral and emotional problems – the role of self-compassion. *Current Psychology*. doi: 10.1007/s12144-022-03228-2.
- Steinberg, L. (2001). We know some things: Parent–adolescent relationships in retrospect and prospect. *Journal of Research on Adolescence*, 11 (1), 1-19.
- Tan. Ed. s. (2017). Media Entertainment and Emotions. Oxford Research Encyclopedia of Communication.
- Vasconcelos, P., Oliveira, C., & Nobre, P. (2019). Self-Compassion, Emotion Regulation, and Female Sexual Pain: A Comparative Exploratory Analysis. *The Journal of Sexual Medicine*, 17(2), 289-299. Doi:10.1016/j.jsxm.2019.11.266.
- Yaghobi, P. (2014). *Investigating the relationship between emotional styles and the style of control attribution in domestic violence against women with the role of sexual stereotypes*. Unpublished M.A Thesis of Tarbiyat moalem Tehran University, Tehran, Iran.
- Zamani Foroushani S., Sharifi, T., Ghazanfari A., Abedi, M., Naghavi, A. (2019). Develop of compassion-based education package on mother-child interaction and its effectiveness on mother-child relationship and parental stress improvement. *Journal of Nursing Education*, 8 (1), 1-12. [Persian].