

بررسی تأثیر مشاوره گروهی مبتنی بر رویکرد درمان متمرکز بر شفقت مادران بر تعارضات والد-فرزند و مسئولیت‌پذیری دختران نوجوان دوره اول مقطع متوسطه شهر اصفهان در سال ۱۳۹۵-۱۳۹۴

محمد مسعود دیاریان^۱، محمدرضا عابدی^۲، مهنوش قنبریان^۳

^۱ هیئت‌علمی دانشگاه آزاد اسلامی واحد خمینی‌شهر

^۲ هیئت‌علمی دانشگاه اصفهان

^۳ کارشناسی ارشد مشاوره و راهنمایی دانشگاه آزاد اسلامی واحد خمینی‌شهر

چکیده

هدف این مقاله بررسی تأثیر مشاوره گروهی مبتنی بر رویکرد درمان متمرکز بر شفقت مادران بر تعارضات والد-فرزند و مسئولیت‌پذیری دختران نوجوان دوره اول مقطع متوسطه شهر اصفهان در سال ۱۳۹۴-۱۳۹۵ بود. طرح پژوهش، نیمه تجربی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با پیگیری یک‌ماهه و شامل دو گروه آزمایش و گواه بود. برای نمونه‌گیری از شیوه در دسترس استفاده شد. کلیه دانش‌آموزان مدرسه منتخب پرسشنامه‌ها را پاسخ دادند که از بین آن‌ها ۳۰ نفر به‌صورت تصادفی انتخاب و در دو گروه ۱۵ نفری آزمایش و گواه قرار گرفتند. مادران گروه آزمایش در ۸ جلسه‌ی ۲ ساعته مشاوره گروهی مبتنی بر رویکرد درمان متمرکز بر شفقت قرار گرفتند و گروه گواه هیچ مداخله‌ای دریافت نکردند. ابزار پژوهش مقیاس ۱۵ گویه‌ای موری-اشترواس (۱۹۹۰، CT) (فرم تعارض با مادر) و پرسشنامه ۵۰ سؤالی مسئولیت‌پذیری نوجوانان نعمتی (۱۳۸۷) بود. نتایج با استفاده از نرم‌افزار SPSS ویرایش ۲۰ و به روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر تحلیل شد و نشان داد که تأثیر مشاوره گروهی مبتنی بر رویکرد درمان متمرکز بر شفقت مادران بر تعارضات والد-فرزند معنادار ($p < 0/05$)، ولی بر مسئولیت‌پذیری نوجوان معنادار ($p > 0/05$) نبوده است.

واژه‌های کلیدی: درمان متمرکز بر شفقت (CFT)، تعارضات والد-فرزند، مسئولیت‌پذیری، نوجوان

مقدمه

انتقال از مرحله‌ی آخر کودکی به مرحله‌ی بالندگی و کمال در دوره‌ای از جریان زندگی را نوجوانی می‌گویند؛ که البته با تحولی عمیق در جسم و روان، قدرت تجسم و تخیل فرد همراه است (شرفی، ۱۳۹۱).

رفتارهای نوجوانان که البته در زمینه‌ی خاصی به وقوع می‌پیوندد، اغلب زمانی مشکل‌آفرین تلقی می‌شود که هنجارهای مربوط به محیط‌های خاص را نقض کنند. می‌توان به چهار عامل کلیدی در تضاد بین نوجوانان و بزرگسالان اشاره کرد. نخست آن که نوجوانان راحت‌تر و بی‌پروا تر از کودکان با بزرگسالان به بحث می‌پردازند. دوم دیدگاه کمتر آرمان‌گرایانه‌ی نوجوانان نسبت به والدینشان در مسائل است. سوم تفاوت والدین و نوجوانان در تعریف امور جاری و چهارم عدم توانایی کامل نوجوان برای پذیرش نظریه‌های دیگران است به خصوص اگر استدلال آن فرد با استدلال آن‌ها مغایر باشد (میکوچی^۱، ۱۹۹۸؛ ترجمه همتی، ۱۳۸۴).

وجود انسان‌های سرد و بی‌تفاوتی که در تمدنی بی‌بند و بار غوطه می‌خورند، ناشی از تربیتی است که در آن احساس مسئولیت مطرح نبوده است. با اندکی تعمق در وقایعی که در اطرافمان به وقوع می‌پیوندد، می‌توان دریافت علت اصلی بی‌توجهی به دردها و نابسامانی‌ها نداشتن نظارت عمومی و وجود تکیه‌گاه‌های فکری خطرناک نیست؛ بلکه ناشی از بی‌مسئولیتی یا فرار و شانه خالی کردن از آن است. بنابراین در دنیای امروز شاهد افراد بسیاری هستیم که از خود سلب مسئولیت می‌کنند تا از کشمکش‌های ذهنی رهایی یافته و از قید تلاش‌ها و فعالیت‌های خسته کننده خود را نجات دهند (گینات^۲، ترجمه سرتیپی، ۱۳۸۷). به نقل از کرمی، میرجعفری و بختیارپور، ۱۳۹۳). و البته با نگاهی عمیق‌تر به خانواده‌های امروزی می‌توان دریافت که خطر این بی‌مسئولیتی برای نسل آینده تهدیدکننده‌تر به نظر می‌رسد.

درمان مبتنی بر شفقت (CFT) یک روش درمانی به تدریج تکامل یافته است که تمرکز آن بر مغز انسان و نقش تنظیم‌کننده‌ی مغز در هیجان‌ات و زمینه ساز بودنش برای مراقبت، کمک، اشتراک و احساس ارزش است. در حالی که بسیاری از درمان‌ها بر کاهش فعالیت سیستم تهدید و دفاع و عوارض منفی آن تمرکز می‌کنند، CFT بر ضرورت افزایش ظرفیت انسان برای تجربه و تحمل هیجان‌ات و انگیزش‌های بالا آمده به واسطه‌ی آن تجربه تأکید می‌کند (گیلبرت، ۲۰۱۴). هدف این مقاله بررسی تأثیر مشاوره گروهی مبتنی بر رویکرد درمان متمرکز بر شفقت مادران بر تعارض والد-نوجوان؛ و مسئولیت‌پذیری دختران نوجوان است.

مبانی نظری

آسیب‌شناسی تعارض دوران نوجوانی از دیدگاه نظریات مختلف

روان‌پویشی^۳

ریشه‌های تعارض مادر و دختر از نظر فروید در دوران کودکی با پیدایش عقده‌ی الکترا در دختر است که به موجب این پدیده دختر می‌خواهد پدر را به تملک خود درآورد و مادر را از میان بردارد و بنابراین برای از بین بردن تعارض به همانندسازی با مادر می‌پردازد (شاملو، ۱۳۸۲؛ به نقل از قدرتی، ۱۳۹۱).

¹ Micucci² Ginott³ Psychodynamic

در صورت‌بندی‌های جدیدتر این حوزه به جای تأکید بر نقش کنترل تکانه‌ها در ایجاد تعارض، نقش پررنگ‌تری برای تلاش در رسیدن به خودمختاری و ایجاد ایگوی منسجم؛ در ایجاد تعارض قائل هستند. به طور کلی نظریه‌پردازان این حوزه بر این نظر توافق دارند که استقلال ذهنی نوجوانان و آگاهی آن‌ها از جائز الخطا بودن والدین به بروز تعارض میان آن‌ها منجر می‌شود؛ و از طرفی آشفتگی‌های روانی ناشی از تغییرات هورمونی در نوجوانان به این تعارضات دامن می‌زند (لرنر و استینبرگ^۴، ۲۰۰۹، به نقل از رضایی، ۱۳۹۴).

آکرمن^۵ (۱۹۹۶) بیان می‌کند که مشکلات خانواده تنها در زمان‌هایی که نقش‌های خانوادگی مکمل یکدیگر نباشند بروز نمی‌کند؛ بلکه در مواقعی که نوعی بن‌بست یا تعارض حل نشده وجود دارد، نیز مشکلات پدیدار می‌شوند. استواری در رفتار خانواده نیازمند انعطاف و انطباق‌پذیری است؛ با تغییر نقش‌های خانوادگی در طول زمان، می‌بایست به فرزندان رو به رشد امکان رسیدن به درجه‌ی مناسبی از خودپیروی داده شود. بحران در نقش‌های مکمل ممکن است به تعارض بین‌فردی منجر شده و نهایتاً به تعارض درون‌روانی یک یا چند عضو مبدل گردد؛ اگر این تعارضات درون‌خانوادگی به شکل مداوم و آسیب‌زا باشد، تعارضات هر شخص عمیق‌تر خواهد شد (به نقل از گلدنبرگ^۶، گلدنبرگ؛ ترجمه حسین‌شاهی، نقش‌بندی، ارجمنده، ۱۳۹۲).

واقعیت‌درمانی^۷

بزرگ‌ترین دلیل شاد نبودن خانواده‌ها، عملکرد پدر و مادر خوش‌نیتی است که فرزندان خود را مجبور می‌کنند کاری را که دوست ندارند انجام دهند؛ و کودکان و به خصوص نوجوانان برای رسیدن به آزادی در برابر تلاش‌های والدین مقاومت می‌کنند. سال‌ها بعد این اختلاف و تعارض بار دیگر نمایان می‌شود، ولی این بار نوجوانان دیروز والدین سالخورده‌ی خود را به کارهایی وامی‌دارند که دوست ندارند. آن‌چه این تعارض را شدیدتر می‌کند باقی ماندن همیشگی والدین و فرزندان در دنیای کیفی یکدیگر است. ولی گاهی به دلایلی والدین در دنیای کیفی فرزندان به عضو غیر فعال تبدیل می‌شوند، که نتیجه‌ی آن بی‌اعتمادی و سردی در رابطه است. نوجوانان یقیناً به اندازه‌ی کودکانی که کمتر مشکل‌آفرینی می‌کنند به عشق والدین نیاز دارند؛ ولی گاهی والدین این را فراموش کرده و با آن‌ها چون بزرگسال رفتار می‌کنند. حال آن‌که ماندن در دنیای کیفی فرزندان نیاز به عشق ورزیدن و خلاقیت دارد (گلاسر^۸، ترجمه فیروزبخت، ۱۳۹۲).

خانواده درمانی کارکردی^۹

خانواده‌درمانی کارکردی با ادعای یکپارچه‌سازی نظریه‌های یادگیری، سیستم‌ها و نظریه شناختی؛ در نظر دارد به افراد کمک کند تا کارکردی را که رفتار آن‌ها در تنظیم روابط دارد، درک کنند. والدینی که در خانواده‌های درگیر با دردهای فرزندان قرار دارند، سعی می‌کنند مشکلات خود را به صفات منفی فرزندان‌شان نسبت دهند (تنبلی، خودخواهی، بی‌مسئولیتی) و در نتیجه احساس می‌کنند در جهت تغییر وضعیت موجود ناتوانند؛ حال آن‌که این احساس ناتوانی دارای کارکردهای بین‌فردی است و

^۴ Lerner, Steinberg

^۵ Ackerman

^۶ Goldenberg

^۷ Reality Therapy

^۸ Glasser

^۹ Functional Family Therapy

اغلب به صورت سرزنش روانه‌ی فرزند می‌شود. و سرزنش وارد شده به فرزند نیز برای او کارکرد بین رابطه‌ای در راستای دستیابی به استقلال دارد (گلدنبرگ، گلدنبرگ، ترجمه حسین‌شاهی، نقشبندی، ارجمند، ۱۳۹۲).

وجودی^{۱۰}

وجودگرایان معتقدند تعارض‌های موجود در ارتباطات، جدای از انزوای انسان نیست. در واقع چون انسان هیچ‌گاه نمی‌تواند وارد تجربه‌ی شخص دیگری شود هرگز نمی‌تواند آن‌چه که دیگری سعی می‌کند به طور تمام و کمال انتقال دهد را بفهمد. دیدگاه ما به عنوان انسان، چیزی را که دیگری می‌گوید تحریف کرده و در نتیجه‌ی تجربه‌ی ناتوانی در بودن کامل با دیگری، احساس گناه وجودی می‌کنیم و در نهایت با کناره‌گیری از دیگری سعی می‌کنیم حداقل به او آسیب کمتری بزنیم. از دیدگاه سارتر^{۱۱} اقدام به کنترل شخص دیگر از نظر روان‌شناختی خشن‌ترین کاری است که می‌توان در حق دیگری انجام داد. چون آزادی جوهر وجود است، کنترل کردن انسان‌های دیگر ناپود کردن آن‌ها است. و نتیجه‌ی کنترل برای نوجوان در جست‌جوی آزادی بروز تعارض‌های بین‌فردی است (پروچاسکا، نورکراس^{۱۲}، ترجمه آوادیس یانس، ۱۳۹۱).

چرخه زندگی^{۱۳}

در نظر هیلی^{۱۴} (۱۹۷۳) با ورود اولین فرزند خانواده به مدرسه، خانواده با یک بحران مواجه می‌شود زیرا والدین درمی‌یابند که فرزندان‌شان نهایتاً خانه را ترک خواهند کرد. و با رسیدن کودکان به نوجوانی خانواده با چالش‌های سازمانی جدیدی به‌ویژه در موضوعاتی چون خودپیروی و استقلال، دست به گریبان می‌شود؛ در نتیجه با وجود آن‌که تمایلی ندارند اقتدارشان کاهش می‌یابد. بنابراین مواردی چون وضع قوانین، تعیین محدودیت‌ها و بازنگری در نقش‌ها که همگی ضروری هم هستند ارتباط بین والدین و فرزندان را به چالش می‌کشد. نوجوان لازم است بدون کمک دیگران به تعادل دست یابد، هویت خود را شکل دهد و مستقل گردد و اجابت این خواسته‌های نوجوان ممکن است موجب تعارض میان والدین و فرزندان گردد (محسنی، ۱۳۹۲).

رشد شناختی و استدلال اخلاقی کلبرگ

کلبرگ^{۱۵} (۱۹۸۷)، به شدت معتقد بود بین رشد شناختی و استدلال اخلاقی رابطه وجود دارد. نوجوانان پس از رسیدن به توانمندی لازم برای به‌کارگیری مهارت‌های عملیاتی صوری، توانایی رسیدن به بالاترین سطوح استدلال اخلاقی را دارند. آن‌ها متوجه دنیای عقاید و نظریات خود و دیگران می‌شوند و دیدگاه‌های اخلاقی و سیاسی را نقد می‌کنند. اما نکته‌ی قابل توجه آن است که سطح استدلال اخلاقی در نوجوانان ثابت کمی دارد. به این معنا که در ارتباط با یک موضوع استدلال اخلاقی رده بالایی دارند؛ حال آن‌که در موضوعی دیگر استدلال آن‌ها رده پایین است، که البته به موضوع بسیار وابسته است. همین عدم ثبات و وابستگی استدلال اخلاقی نوجوان به موضوع باعث تعجب والدین و در نتیجه برآورده نشدن انتظارات متقابل شده و در

¹⁰ Existential

¹¹ Sartre

¹² Prochaska, Norcross

¹³ Life Cycle

¹⁴ Haley

¹⁵ Kolberg

نهایت به بروز تعارض والد-نوجوان منتهی می‌شود (میلر^{۱۶}، ۱۹۹۳؛ کاپلان^{۱۷}، ۲۰۰۸، ترجمه فیروزبخت، ۱۳۹۳؛ به نقل از رضایی، ۱۳۹۴).

مسئولیت‌پذیری از دیدگاه نظریات مختلف

دیدگاه آدلر و روانشناسی فردی

دیدگاه آدلر در مورد شخصیت یک دیدگاه باز و گسترده بود. او که انسان را یک ارگانیسم کلی و واحد در نظر می‌گرفت، برای تعامل او با جامعه نیز اهمیت قایل بود. در نظر گرفتن انسان به عنوان یک ارگانیسم کلی با این دیدگاه آدلر که هر فردی یک موجود خلاق و هدفدار است و سرنوشتش به دست خود اوست، همسو می‌باشد (شارف، ترجمه فیروزبخت، ۱۳۹۲). یکی از مفاهیم نظریه‌ی روانکاوی آدلر، علاقه‌ی اجتماعی است. علاقه‌ی اجتماعی نوعی توان ذاتی است که هرکسی را پایبند می‌کند، اما خودبه‌خود ظاهر نمی‌شود. علاقه‌ی اجتماعی باید در محیط خانوادگی سالم که همکاری، احترام، اعتماد، حمایت و تفاهم را تشویق می‌کند، پرورش یابد. والدین می‌توانند با ایجاد ارزش‌ها و الگوهای عمل پایدار در خانواده، فرزندشان را به نپذیرفتن تمایلات خودخواهانه به نفع علایق اجتماعی والاتر همه‌ی انسان‌ها ترغیب کنند (پروچاسکا، نورکراس، ترجمه‌ی آوادیس یانس، ۱۳۹۱).

علاقه‌ی اجتماعی، ملاک آدلر برای تشخیص سلامت روانی و معیار سنجش هنجار بودن کودک است. فرد سالم یا هنجار کسی است که علاقه‌ی اجتماعی او رشد یافته و خود را به زندگی و وظایف آن بدون هر نوع بهانه و طفره‌ای متعهد می‌نماید (شیلینگ، ترجمه آراین، ۱۳۸۴).

در نظریه‌ی آدلر انسان روان‌نژند، با واقعیت بیگانه است و از ابزارهای گوناگونی برای اجتناب از خواست‌های واقعی استفاده می‌کند، و همین امر او را از هر نوع خدمت به جامعه باز می‌دارد. در دیدگاه آدلری‌ها، افراد برای رهایی از آسیب باید بتوانند فشار مضاعف مسئولیت شخصی و اجتماعی را تحمل کنند. وقتی فرد مسئولیت شکل‌دهی زندگی خود را با آگاهی از خود خلاقش می‌پذیرد، لازم است مسئولیت تأثیر سبک زندگی خود را بر جامعه نیز بپذیرد. فردی که می‌تواند امید رسیدن به تمامیت را داشته باشد، کسی است که می‌تواند به امیدهای بشریت پاسخ دهد (پروچاسکا، ترجمه سیدمحمدی، ۱۳۹۱).

دیدگاه پرلز^{۱۸}، گشتالت‌درمانی^{۱۹}

در گشتالت‌درمانی بر قایل شدن مرزی مناسب بین خود و دیگران تأکید می‌شود. انعطاف‌پذیر بودن این مرز به انسان امکان برقراری تماس معنادار با دیگران را می‌دهد، از طرفی هم، این مرز آن‌قدر استحکام دارد که در انسان احساس خودمختاری ایجاد کند. آسیب‌های روانی معمول حاصل اختلال در آگاهی و تماس است، که این اختلال خود حاصل واضح نبودن مرز بین خود و دیگران است. در گشتالت‌درمانی معضلات مربوط به گذشته و آینده در قالب زمان حال بررسی می‌شود، و هدف کلی درمان نیز خودآگاهی و آگاهی از دیگران و محیط است، که موجب کمال و یکپارچگی انسان می‌شود (شارف، ترجمه فیروزبخت، ۱۳۹۲).

¹⁶ Miller

¹⁷ Kaplan

¹⁸ Perls

¹⁹ Gestalt Therapy

هدف گشتالت‌درمانی افزایش آگاهی، تمرکز و قبول مسئولیت شخصی است، و این بدین معناست که در جریان رشد مراجع به دنبال حرکت از حمایت محیطی به حمایت خود است، و حمایت خود از طریق مسئول بودن به دست می‌آید (پروچاسکا، ترجمه سید محمدی، ۱۳۹۱).

علت این‌که اشخاص از پذیرش مسئولیت اجتناب می‌کنند یا این است که لوس بار آمده‌اند و وادار کردن دیگران به مراقبت کردن از خودشان برایشان آسان‌تر است، یا از این می‌ترسند که اگر رفتارشان با انتظار والدین‌شان تفاوت زیادی داشته باشد، با رد یا طرد آن‌ها مواجه شوند. پرلز بر خلاف وجودگرایان سنتی، اجتناب از مسئولیت را ناشی از اضطراب وجودی ذاتی نمی‌داند. پرلز معتقد است که تصمیم‌گیری درباره‌ی هدف‌های غایی موقعی که فرد به عنوان یک موجود طبیعی متمرکز شده باشد، به طور طبیعی نمایان می‌شود. مشکلات مربوط به تصمیم‌گیری تنها زمانی رخ می‌دهد که افراد تمرکز نیافته باشند (پروچاسکا، نورکراس، ترجمه آوادیس یانس، ۱۳۹۱).

واقعیت‌درمانی

واقعیت‌درمانی بر نظریه‌ی انتخاب گلاسر استوار است. واقعیت‌درمانگران معتقدند که مشکل اصلی درمان‌جویان یکسان است: آن‌ها یا در رابطه‌ی ناخوشایندی درگیرند و یا این‌که فاقد چیزی هستند که بتوان آن را رابطه نامید. نظریه انتخاب بر این مبناست که هرکاری که از تولد تا مرگ انجام می‌دهیم، رفتار است و به‌جز چند مورد استثنا، هر کاری که انجام می‌دهیم انتخاب شده است. بر این مبنای انسان مسئول آن‌چه انتخاب کرده، است. نظریه‌ی انتخاب، تمرکز مسئولیت را به انتخاب و انتخاب کردن تغییر می‌دهد (کری^{۲۰}، ترجمه سیدمحمدی، ۱۳۹۲).

در واقعیت‌درمانی تمرکز بر مسئولیت، هدف اصلی تعلیم و تربیت و روان‌درمانی است و پذیرش مسئولیت نشانه‌ی بارز سلامت روانی است. در این مکتب مفهوم بیماری روانی مورد استفاده قرار نمی‌گیرد و اختلالات روانی با رفتار غیرمسئولانه یکسان در نظر گرفته می‌شود (شفیع‌آبادی و ناصری، ۱۳۹۲؛ به نقل از طالبی طاری، ۱۳۹۴).

گلاسر، مسئولیت را به عنوان توانایی فرد برای تأمین نیازهایش تعریف می‌کند، به‌گونه‌ای که دیگران را هم از ارضای نیازهایشان محروم نمی‌کند. اگر افراد بیشتر بر تصمیمات خود متکی باشند، با احساس مسئولیت بیشتری زندگی می‌کنند و زندگی موفق‌تری خواهند داشت، چنین افرادی در نظر گلاسر از هویت موفق برخوردارند. آن‌هایی که قادر به ارضای نیازهای خود و تصمیم‌گیری مستقل و در نتیجه هدایت زندگی خود نیستند، از هویت شکست برخوردارند. هدف درمان نیز کمک به افراد برای رسیدن به عمل مسئولانه و حرکت از ضعف و بی‌مسئولیتی به قدرت و مسئولیت، از درد به لذت و از ارضا نشدن نیازها به ارضا شدن آن‌ها است (شیلینگ، ترجمه آرین، ۱۳۸۴).

نوجوانی و ویژگی‌های آن

نوجوانی دوره‌ای است همراه با بروز تغییرات زیستی، بدنی و اجتماعی که از اوایل دهه‌ی دوم زندگی انسان آغاز می‌شود، مدتی طول می‌کشد و با انتظارات، رفتارها و نگرش‌های خاصی از سوی اعضای خانواده همراه است (گانرو کولینز^{۲۱}، ۲۰۱۳). جونز، فورهند و بیچ^{۲۲} (۲۰۰۰)، معتقدند نوجوانی دوره‌ای است که والدین در ارتباط با فرزندانشان دچار مشکل می‌شوند و یا آن را

²⁰ Corey

²¹ Gunnar, Collins

²² Jones, Forehand, Beach

دشوار ارزیابی می‌کنند (وازپور، ۱۳۹۲). از جمله تغییرات مهم دوره‌ی نوجوانی، می‌توان به تغییرات جسمی، شناختی و هیجانی-اجتماعی اشاره کرد.

تغییرات جسمی

بالیدگی جسمانی معمولاً زودتر از بالیدگی اجتماعی و هیجانی پدید می‌آید و از این رو ممکن است نوجوانان را با دشواری‌هایی روبرو کند. نوجوانان همچنین از اطرافیان خود پسخوراند زیادی درباره‌ی اندامشان دریافت می‌کنند و این موجب می‌شود که آن‌ها دریابند ظاهرشان نقش زیادی در محبوبیت‌شان میان همسالانشان دارد. اگرچه این آگاهی و عکس‌العمل نسبت به آن به نوع ارزیابی نوجوانان از خودشان بستگی دارد، ولی ممکن است موجب، شگفت‌زدگی، سردرگمی و یا حتی وحشت نوجوان شود (آقامحمدیان، حسینی، ۱۳۸۶).

تغییرات شناختی

نوجوانان اندیشیدن به شیوه‌های پیچیده‌تر و دقیق‌تری را آغاز می‌کنند که دربرگیرنده‌ی توانایی رو به رشد آنان برای تفکر درباره‌ی آینده، آگاهی از گزینه‌های مختلف، تفکر انتزاعی، تفکر نسبیتی و فکر کردن درباره‌ی تفکر (فراشناخت) است. ژان پیاژه^{۲۳} این قابلیت شناختی در نوجوانان را با عنوان تفکر عملیات صوری^{۲۴} معرفی می‌کند. نوجوانان همچنین در حال گذر از شیوه‌های عینی‌تر استدلال، که ویژگی کودکی است، به شیوه‌های پیچیده‌تر استدلال هستند که با بزرگسالی مرتبط است. اما از آن‌جا که هنوز برای استفاده از این شیوه‌های تفکر مهارت‌چندانی ندارند، مستعد انواع خطاهای شناختی هستند (میکوچی، ۱۹۹۸؛ ترجمه همتی، ۱۳۸۴).

تغییرات هیجانی-اجتماعی

دربرگیرنده‌ی یک سری تغییرات فرد در هیجان‌ات، شخصیت و روابط او با دیگران و بافت‌های اجتماعی خاص است. برگرداندن خشم از والدین به سمت همسالان، جرأت‌ورزی، علاقه‌مندی به وقایع اجتماعی نظیر معاشرت باجنس مخالف و جهت‌گیری نقش جنسی، همگی انعکاس فرآیندهای هیجانی-اجتماعی است (سنتراک^{۲۵}، ۲۰۱۲). یکی از نتایج این تغییرات، انتقال در اعمال قدرت یک‌جانبه و از سوی والدین به اعمال قدرت دوجانبه و سهیم شدن نوجوان در فرآیندهای تصمیم‌گیری (یونیس و اسمالر^{۲۶}، ۱۹۸۵) و نهایتاً، تغییر در الگوی روابط نوجوان با خانواده و تعارض بین والدین و فرزندان است (به نقل از محسنی، ۱۳۹۲).

شفقت

واژه "شفقت" ریشه در کلمه لاتین *compati* دارد که به معنی "رنج بردن"^{۲۷} بوده است. همان‌طور که خواهیم دید این تعریف، تعریف چندان مناسبی نیست زیرا شفقت به شکلی که ما امروزه می‌شناسیم فقط رنج بردن یا حتی "رنج کشیدن"

²³ Jean Piaget

²⁴ Formal Operational Thought

²⁵ Santrock

²⁶ Youniss, Smaller

²⁷ To suffer with

نیست بلکه انگیزه‌ای برای رهایی از آن است و به مهارت‌هایی برای انجام آن نیاز دارد. اخیراً روانشناس آمریکایی جنیفر گوتز^{۲۸} (۲۰۱۰) و همکارانش در تلاش برای روشن ساختن معنی شفقت، بررسی کاملی بر معنی اصطلاح "شفقت" و ریشه‌ها و عملکردهای تکاملی آن داشته‌اند. شفقت بیشتر با کلماتی مانند "همدردی"، "همدلی" و "مهربانی"^{۲۹} در ارتباط است. همچنین در بعضی از فرهنگ‌های لغات انگلیسی (و همچنین در بعضی زبان‌های دیگر) آن را ترجمه^{۳۰} معنی کرده‌اند (که کاملاً اشتباه است)، اما شفقت هیچ ربطی به ترجمه به خصوص وقتی به معنای احساس تاسف برای دیگری و حقیر شمردن^{۳۱} او باشد، ندارد، بنابراین این کلمه به خودی خود کلمه‌ی پیچیده‌ای است (گیلبرت، ۲۰۱۳).

عصاره‌ی شفقت

مغز با وجود قابلیت‌های خارق‌العاده‌ای که برای رشد علم، هنر و فرهنگ دارد، بسیار پیچیده است؛ زیرا می‌تواند بین تفکر، تصور و اندیشیدن از یک طرف و هیجان‌ها و انگیزه‌ها از طرف دیگر اتصالات شگفت‌انگیزی به وجود آورد. گورخر که با دیدن یک شیر فرار می‌کند ولی به محض ندیدن شیر دوباره به غذا خوردن ادامه می‌دهد اما یک انسان نه تنها که نمی‌تواند به خوردن ادامه دهد بلکه ممکن است مدت‌ها به چنین تجربه‌ای فکر کند و حتی برای همه عمر خود دچار ضربه روحی شود. این به دلیل قابلیت ما برای تفکر، تصور و اندیشیدن دوباره و دوباره به یک موضوع است. بنابراین، مغز جدید ما می‌تواند باعث شود که هیجان‌ها ما به سمت چیزهایی که مورد نیاز نیستند بروند یا برعکس وقتی به چیزی نیاز دارند به سمت آن نروند؛ در حقیقت، تحریک، دفعات تکرار، مدت و شدت هیجان‌ها ما همگی می‌توانند تحت تأثیر مغز جدید ما قرار گیرند. در اینجاست که ذهن آگاهی^{۳۲} به وجود می‌آید زیرا ذهن آگاهی روشی برای توجه به تفسیر این اتصالات است. ما می‌توانیم به جای تحریک شدن به وسیله افکار مان - که اجازه می‌دهند هیجان‌ها ما تحریک شوند و هیجان‌ها افکار ما را تحریک کنند- از این نوع ویژه‌ی توجه هوشیارانه که ذهن آگاهی نامیده می‌شود، استفاده کنیم. لازم است که بدانیم که این ذهن آگاهی توانایی تکامل یافته‌ی مغز جدید است.

در بعضی دیدگاه‌های مربوط به آموزش ذهن، رشد آگاهی به تنهایی به عنوان روشی برای رشد شفقت در نظر گرفته شده است. قابلیت‌های مغز جدید برای تصور، پیش‌بینی، تفکر و استدلال همگی اساس شفقت هستند که ما را قادر می‌سازند که به رنج و علل آن و جلوگیری از آن فکر کرده و آن را درک کنیم.



شکل ۱. تعاملات آگاهی و شفقت با مغز جدید و قدیم (گیلبرت، ۲۰۱۳، صفحه ۸۲)

²⁸ Jennifer Goetz

²⁹ kindness

³⁰ Pity

³¹ look down on

³² mindfulness

نکته این جاست که ذهن آگاهی و شفقت با هم اما در موقعیت های متفاوتی کار می کنند. همانطور که در شکل ۲-۶ نشان داده شده است شفقت به ما کمک می کند تا ذهن خود را براساس انگیزه ها و احساساتی که به وجود می آورد بشناسیم، در حالی که ذهن آگاهی کمک می کند که یک قدم به عقب برویم و خود را از حلقه های تفکر هیجانی که ما را در خود غرق می کنند رها کنیم تا به این وسیله ثباتی به وجود آورده و دیدگاهی ارائه دهیم که پایه ای برای بینش ما باشد. اگر از سطح پایین نمودار نگاه کنیم با شفقت به عنوان یک انگیزه ی اصلی شروع شده است و ما خودمان را به شفقت متعهد کرده ایم و این کار بر تفکر ما تأثیر می گذارد و ما را به سمت تمرکز بر آگاهی حرکت می دهد. اگر از سطح بالای نمودار نگاه کنیم باید با آگاهی شروع کنیم که به ما کمک می کند تا ذهن خود را ثابت کنیم و بر مبنای پیدایش و پایه ویژگی های شفیقانه تمرکز کنیم و این نشان می دهد که آن ها با هم کار می کنند.

در درمان متمرکز بر شفقت با استفاده از مؤلفه ها و مهارت ها و تعامل بین آن ها مراجع به خرد و شجاعت دست می یابد. این دو، کلیدی برای رشد مداوم توانایی های مان برای درگیر شدن، کاستن، و جلوگیری از درد و رنج هستند. ارتباط بین مؤلفه ها، مهارت ها، شجاعت و خرد را می توانیم به صورتی که در شکل ۲-۶ آمده نشان دهیم (گیلبرت، ۲۰۱۳).

فرآیند شفقت آمیز



شکل ۲. ساختار ذهن شفقت آمیز برای آمیختگی بارنج و التیام آن (گیلبرت، ۲۰۱۳، صفحه ۱۵۴)

پیشینه تحقیق

واژپوز (۱۳۹۲) در پژوهشی نیمه تجربی از نوع پیش آزمون، پس آزمون به تعیین تأثیر آموزش خوددلگرم سازی مادران بر تعارضات مادران و دختران، پرداخته و در نتایج خود بیان می کند، آموزش خوددلگرم سازی مادران می تواند بر افزایش عملکرد مادران به شیوه ای اقتداری در برخورد با دختران نوجوان مؤثر واقع شود و در نهایت به کاهش تعارضات منجر شود. بنابراین می توان این گونه نتیجه گیری کرد که آموزش دلگرمی در خانواده منجر به اصلاح روابط در خانواده می شود. ون لیس، هاک، برنج، کوت و میوس^{۳۳} (۲۰۱۶) در پژوهش طولی (۶ سال) خود به بررسی همبستگی بین سیر رشد وضعیت همدلی و سیر رفتارهای تعارضی ۴۹۷ نوجوان (در ۱۳-۱۸ سالگی) با هر دو والد پرداختند. تشابهاتی بین هر دو بعد همدلی (همدلی عاطفی و دیدگاه شناختی) با کاهش تشدید در تعارض با مادر و افزایش حل مسأله با هر دو والد همراه بود. سطوح بالاتر انطباق با مادر در نوجوانی اولیه به طور خاص با افزایش توجه همدلانه همراه بوده است.

³³ Van Lissa, Hawk, Branje, Koot, Meeus

دی‌گاد^{۳۴}، برنج و میوس (۲۰۰۹) در پژوهشی که بر روی ۹۵۱ نفر در نوجوانی اولیه و ۳۵۰ نفر در نوجوانی میانه انجام دادند با تحلیل منحنی رشد یک متغیره و چند متغیره نشان دادند که تعارض موقتاً در طول نوجوانی میانه افزایش می‌یابد. همچنین ارتباطات والد-فرزند در طول دوره‌ی نوجوانی بیشتر تساوی‌گرا می‌شود، ضمن این‌که نوجوانانی که تعارضات زیادی را با والدینشان تجربه می‌کنند آن‌ها را همیشه به عنوان افرادی غیر حمایت‌گر می‌بینند، و این نگاه در طول دوره‌ی نوجوانی تغییری نمی‌کند.

طالبی طاری (۱۳۹۴) در پژوهشی از نوع همبستگی پیش‌بین به بررسی تأثیر ویژگی‌های شخصیتی مادران بر مسئولیت‌پذیری دختران نوجوان‌شان پرداخت، که نتایج این پژوهش نشان می‌دهد تمام ابعاد ویژگی‌های شخصیتی مادران با مسئولیت‌پذیری دختران‌شان رابطه دارد؛ که روان‌رنجوری مادران به صورت معکوس و انعطاف‌پذیری، توافق و باوجدان بودن به صورت مستقیم ارتباط دارد. برون‌گرایی مادر به تنهایی قابلیت پیش‌بینی ندارد.

مرگل و شیلد^{۳۵} (۲۰۱۶) با اشاره به این موضوع که اشتیاق جهانی سیاست‌گذاران آموزشی به افزایش دستیابی به فاکتورهای غیر شناختی مؤثر بر بهزیستی نوجوانان در سالهای مدرسه در حال افزایش است، و این مهم نیازمند ابزارهای معتبر و قابل اعتماد است؛ به ساخت مقیاس مسئولیت‌پذیری شخصی برای نوجوانان در ۳۴ گویه پرداخته و سپس آن را برای ۵۱۳ دانش‌آموز ۹ تا ۱۲ ساله هنجار نموده است. سه فاکتور مسئولیت شخصی، کنترل هیجانی- رفتاری و کنترل شناختی در این مقیاس تعریف شده است. پس از تحلیل عامل چند متغیره مقیاس ۱۵ گویه ای با همان سه فاکتور به تأیید نهایی رسید.

اوری، مانچینی و فراگری^{۳۶} (۲۰۱۵) در پژوهشی که بر روی ۳۲۰ نوجوان ایتالیایی و در دو محدوده‌ی سنی ۱۴-۱۵ (۱۸۶ نفر) و ۱۸-۱۹ سال (۱۳۳ نفر) انجام دادند به بررسی ارتباط بین عملکرد خانواده، نظارت والدینی و مسئولیت‌پذیری خانوادگی پرداختند. نتایج نشان می‌دهد که نظارت والدینی تقویت‌کننده‌ی تأثیر مثبت عملکرد خانوادگی سالم بر مسئولیت‌پذیری خانوادگی نوجوانان و سپری برای تأثیر منفی عملکرد خانوادگی مشکل‌دار بر مسئولیت‌پذیری خانوادگی نوجوانان است.

شبان (۱۳۹۳) در پژوهشی از نوع بنیادی بر اساس روش پژوهشی بر مبنای مفروضات همبستگی و غیرآزمایشی به تدوین مدلی ساختاری برای تبیین بهزیستی روانی بر اساس سبک دلبستگی به والدین با میانجی‌گری دلبستگی بزرگسالی، دلبستگی به خدا و شفقت به خود پرداخته است. نتایج این پژوهش نشان می‌دهد در کل ۳۵ درصد بهزیستی روانی توسط این الگو پوشش داده می‌شود. بر اساس یافته‌ها، دلبستگی بزرگسالی، شفقت به خود و دلبستگی به خدا می‌توانند در رابطه بین سبک های دلبستگی به والدین با بهزیستی روانی به طور پاره‌ی واسطه شوند. نتایج این پژوهش موید آن است که توجه به نقش سبک دلبستگی در مطالعه بهزیستی روانی افراد بسیار مهم است. این نتایج می‌تواند راهگشای سیاست‌گذاری‌های پیشگیرانه و ارتقاء بهزیستی مادران و زنان قرار گیرد.

روش تحقیق

روش تحقیق این پژوهش نیمه تجربی (آزمایشی) از نوع پیش‌آزمون، پس‌آزمون با گروه گواه است. پیش‌آزمون در هر دو گروه آزمایش و گواه (دختران نوجوان) اجرا خواهد شد (T₁). سپس مادران گروه آزمایش در معرض مداخله مشاوره گروهی مبتنی بر رویکرد درمان متمرکز بر شفقت (X₁) قرار خواهند گرفت. در این مرحله مادران گروه گواه هیچ‌گونه مداخله‌ای دریافت

³⁴ De Goede

³⁵ Mergle, Sheild

³⁶ Everri, Mancini, Fruggeri

نخواهند کرد. پس از گذشت ۸ جلسه ۲ ساعته برای گروه آزمایش، از هر دو گروه آزمایش و گواه پس از آزمون (T₂) به عمل خواهند آمد. به منظور بررسی دقیق تر و پی گیری پس از گذشت چهار هفته دختران نوجوان گروه آزمایش و گواه مورد آزمون مجدد قرار خواهند گرفت (T₃)

جدول ۱.

دیگرام طرح پژوهش

گروه‌ها	پیش آزمون	مداخله	پس آزمون	پی گیری
آزمایش	T ₁	X ₁	T ₂	T ₃
گواه	T ₁	—	T ₂	T ₃

یافته های توصیفی فرضیه ی ۱-۱ (عملکرد مادر)

یافته های توصیفی این فرضیه شامل شاخص های آماری مانند میانگین، انحراف معیار و تعداد آزمودنی های نمونه برای متغیر مورد مطالعه در این فرضیه در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار نمره های مهارت استدلال (عملکرد مادر) در گروه های آزمایش و گواه در مراحل

پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری

متغیر	گروه	آزمون	میانگین	انحراف معیار	تعداد نمونه
مهارت استدلال	آزمایش	پیش آزمون	۲۱/۳۴	۲/۱۷	۱۵
		پس آزمون	۲۰/۳۰	۳/۵۵	۱۵
		پیگیری	۱۶/۲۱	۳/۱۴	۱۵
	گواه	پیش آزمون	۱۶/۳۱	۲/۱۲	۱۵
		پس آزمون	۱۶/۸۷	۲/۲۵	۱۵
		پیگیری	۱۶/۳۷	۲/۱۷	۱۵

نتایج توصیفی (میانگین ها) در جدول ۲ نشان می دهد که در مؤلفه ی مهارت استدلال (عملکرد مادر)، در گروه آزمایش، میانگین نمره های پس آزمون نسبت به پیش آزمون تغییر زیادی نیافته است، ولی تغییرات مرحله ی پیگیری نسبت به پیش آزمون و پس آزمون محسوس است. در گروه کنترل، تغییرات محسوس در سه بار آزمون مشاهده نمی شود. به منظور بررسی معناداری تفاوت ها بین دو گروه از تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر استفاده گردید که نتایج در ادامه آمده است.

یافته های استنباطی فرضیه ی ۱-۱ (عملکرد مادر)

قبل از استفاده از آزمون تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر لازم است چند پیش فرض آزمون شود، نتایج بررسی این پیش فرض ها در ادامه می آید.

به منظور بررسی برابری واریانس‌ها از آزمون لوین استفاده گردید که نتایج در جدول ۳ آمده است. این نتایج نشان می‌دهد که در مؤلفه‌ی مهارت استدلال (عملکرد مادر)، سطح معنی‌داری بزرگتر از ۰/۰۵ است؛ لذا واریانس‌ها برابر هستند و استفاده از تحلیل واریانس در داده‌های پژوهش بلامانع بوده و پایایی نتایج بدست آمده از آن تأیید می‌گردد.

جدول ۳. نتایج آزمون لوین در مورد برابری واریانس‌های خطا در سه بار آزمون مهارت استدلال (عملکرد مادر)

آزمون	F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	سطح معناداری
پیش آزمون	۰/۹۵۱	۱	۲۸	۰/۴۴۵
پس آزمون	۰/۳۰۹	۱	۲۸	۰/۵۸۰
پیگیری	۰/۰۶۳	۱	۲۸	۰/۸۰۲

برای بررسی کروی بودن ماتریس واریانس- کوواریانس متغیر وابسته از آزمون کرویت ماکلی استفاده شد که نتایج آن در جدول ۴ آمده است.

جدول ۴. نتایج آزمون ماکلی برای بررسی تناسب کوواریانس‌های مهارت استدلال (عملکرد مادر)

اپسیلون‌ها			سطح معناداری	درجه آزادی	مجذور خی	Mauchly's W	متغیر
Lower-bound	هاین - فلت	گرین هوس - گایسر					
۰/۵۰۰	۱/۰۰۰	۰/۹۹۵	۰/۸۰۰	۲	۰/۰۹۰	۰/۹۴	مهارت استدلال

همان‌گونه که در جدول ۵ مشاهده می‌شود، به دلیل معنادار نشدن آزمون کرویت ماکلی در متغیر وابسته مهارت استدلال (عملکرد مادر) ($P = 0/800$) که به معنای کروی بودن ماتریس واریانس- کوواریانس متغیر وابسته می‌باشد، استفاده از آزمون F و درجات آزادی این آزمون برای تحلیل بلامانع می‌باشد.

برای بررسی نرمال بودن توزیع متغیرها از آزمون شاپیرو-ویلکز استفاده گردید که نتایج در جدول ۴ آمده است. این نتایج نشان می‌دهد که در متغیر مهارت استدلال (عملکرد مادر)، سطح معنی‌داری بزرگتر از ۰/۰۵ است؛ لذا فرض نرمال بودن توزیع برقرار است.

جدول ۵. نتایج آزمون شاپیرو-ویلکز جهت نرمال بودن توزیع متغیرهای وابسته در مهارت استدلال

(عملکردمادر)

شاپیرو-ویلکز			متغیر
سطح معناداری	درجه آزادی	آماره	
۰/۹۸۱	۱۵	۰/۹۸۹	مهارت استدلال

در اجرای تحلیل واریانس با اندازه‌های تکراری یکی از برون داده‌ها تحلیل تأثیر عضویت گروهی است. در جدول شماره ۶ نتایج این تحلیل مربوط به فرضیه ۱-۱ پژوهش آمده است.

جدول ۶. تأثیر عضویت گروهی در سه بار آزمون مهارت استدلال (عملکرد مادر) در گروه آزمایش و کنترل

آزمون	میزان	F	df فرضیه	df خطا	Sig	مجذور اتا	توان
لامبدای ویلکز	۰/۷۷۳	۷/۴۸۳	۲	۲۷	۰/۰۰۲	۰/۶۹	۰/۹۲۵

همان‌گونه که در جدول ۵ ملاحظه می‌شود آزمون مربوط به تفاضل متغیرهای پژوهش در مهارت استدلال (عملکرد مادر)، در اجرای سه بار آزمون از لحاظ آماری معنی دار می‌باشد. به عبارت دیگر مشاوره گروهی مبتنی بر درمان متمرکز بر شفقت مادران بر مهارت استدلال (عملکرد مادر)، بر میانگین گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل در مرحله پس‌آزمون و پیگیری تأثیر داشته است ($P=0/002$). میزان این تأثیر یا تفاوت در عامل مهارت استدلال (عملکرد مادر) در اجرای آزمون برابر با ۰/۶۹ می‌باشد.

برای توضیح جدول ۶ یعنی وجود تفاوت بین سه بار اجرا در دو گروه جدول شماره ۷ به مقایسه سه آزمون در دو گروه پرداخته می‌شود.

جدول ۷. مقایسه های زوجی نمرات مهارت استدلال (عملکرد مادر) دو گروه در سه بار آزمون (آزمون تعقیبی

(LSD)

گروه	آزمون	تفاوت میانگین	خطا	معناداری
آزمایش	پیش آزمون	۱/۰۴	۱/۷۱۵	۰/۳۱۲
	پس آزمون	۵/۱۳	۲/۴۱۲	۰/۰۴۱
	پیگیری	۴/۰۹	۱/۳۱۱	۰/۰۵۵
گواه	پیش آزمون	-۰/۵۶	۰/۶۱۱	۰/۷۱۱
	پس آزمون	-۰/۰۶	۱/۴۱۷	۰/۹۴۲
	پیگیری	۰/۵۰	۰/۸۹۵	۰/۷۲۰

همان‌طور که جدول نشان می‌دهد، در گروه آزمایش در پیگیری نسبت به پیش‌آزمون تفاوت‌های ایجاد شده معنادار است همچنین در پیگیری تفاوت نسبت به پس‌آزمون نزدیک به سطح معنادار می‌باشد. ولی بین پیش‌آزمون و پس‌آزمون گروه آزمایش همین‌طور در گروه گواه در سه بار آزمون تفاوت معناداری وجود ندارد.



شکل ۱. روند تغییرات میانگین نمرات دو گروه در مؤلفه مهارت استدلال (عملکرد مادر) در مراحل پیش آزمون،

پس آزمون و پیگیری

شکل ۱ روند تغییرات میانگین نمرات دو گروه در مؤلفه مهارت استدلال (عملکرد مادر) را در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری نشان می‌دهد. همان‌طور که شکل نشان می‌دهد، در گروه آزمایش در پیگیری نسبت به پیش آزمون و پس آزمون تفاوت‌های ایجاد شده محسوس است اما تفاوت پس آزمون نسبت به پیش آزمون اندک است. در گروه کنترل نیز در سه بار آزمون تفاوتی محسوس بین نمرات مشاهده نمی‌شود.

فرضیه ۱-۲ مشاوره گروهی مبتنی بر درمان متمرکز بر شفقت مادران بر پرخاشگری کلامی-روانی تأثیر دارد.

یافته‌های توصیفی فرضیه ۱-۲ (عملکرد نوجوان)

یافته‌های توصیفی این فرضیه شامل شاخص‌های آماری مانند میانگین، انحراف معیار و تعداد آزمودنی‌های نمونه برای متغیر مورد مطالعه در این فرضیه در جدول ۸ ارائه شده است.

جدول ۸. میانگین و انحراف معیار نمره‌های پرخاشگری کلامی-روانی (عملکرد نوجوان) در گروه‌های آزمایش و

گواه در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری

متغیر	گروه	آزمون	میانگین	انحراف معیار	تعداد نمونه
پر خاشگری کلامی-روانی	آزمایش	پیش آزمون	۱۸/۱۸	۴/۰۲	۱۵
		پس آزمون	۱۶/۳۲	۳/۶۹	۱۵
		پیگیری	۱۴/۴۵	۳/۳۱	۱۵
	گواه	پیش آزمون	۱۹/۲۱	۲/۵۵	۱۵
		پس آزمون	۱۹/۱۴	۱/۳۹	۱۵
		پیگیری	۲۰/۱۱	۲/۱۳۲	۱۵

نتایج توصیفی (میانگین‌ها) در جدول ۸ نشان می‌دهد که در مؤلفه‌ی پرخاشگری کلامی-روانی (عملکرد نوجوان)، در گروه آزمایش، میانگین نمره‌های پیگیری نسبت به پیش آزمون و پس آزمون تغییر یافته است، اما در گروه کنترل، تغییرات محسوس مشاهده نمی‌شود. به منظور بررسی معناداری تفاوت‌ها بین دو گروه از تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر استفاده گردید که نتایج در ادامه آمده است.

یافته های استنباطی فرضیه ۱-۲ (عملکرد نوجوان)

قبل از استفاده از آزمون تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر لازم است چند پیش فرض آزمون شود، نتایج بررسی این پیش فرض ها در ادامه می آید.

به منظور بررسی برابری واریانس ها از آزمون لوین استفاده گردید که نتایج در جدول ۸ آمده است. این نتایج نشان می دهد که در پرخاشگری کلامی-روانی (عملکرد نوجوان)، سطح معنی داری بزرگتر از ۰/۰۵ است؛ لذا واریانس ها برابر هستند و استفاده از تحلیل واریانس در داده های پژوهش بلامانع بوده و پایایی نتایج بدست آمده از آن تأیید می گردد.

برای بررسی کروی بودن ماتریس واریانس-کوواریانس متغیر وابسته از آزمون کرویت ماکلی استفاده شد که نتایج آن در جدول ۹ آمده است.

جدول ۹. نتایج آزمون لوین در مورد برابری واریانس های خطا در سه بار آزمون پرخاشگری کلامی-روانی (عملکرد

نوجوان)

آزمون	F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	سطح معناداری
پیش آزمون	۰/۳۲۱	۱	۲۸	۰/۴۰۴
پس آزمون	۰/۵۵۵	۱	۲۸	۰/۳۲۱
آزمون پیگیری	۰/۷۸۲	۱	۲۸	۰/۲۲۵

جدول ۱۰. نتایج آزمون ماکلی برای بررسی تناسب کوواریانس های پرخاشگری کلامی-روانی (عملکرد نوجوان)

متغیر	Mauchly's W	مجذور خی	درجه آزادی	سطح معناداری	اپسیلون ها		
					گرین هوس - گایسر	هاین - فلت	Lower-bound
پرخاشگری کلامی-روانی	۰/۹۰۴	۱/۳۲۵	۲	۰/۱۲۱	۰/۹۱۷	۱/۰۰۰	۰/۱۵۰۰

همان گونه که در جدول ۱۰ مشاهده می شود، به دلیل معنادار نشدن آزمون کرویت ماکلی در متغیر وابسته پرخاشگری کلامی-روانی (عملکرد نوجوان) ($P = 0/121$) که به معنای کروی بودن ماتریس واریانس-کوواریانس متغیر وابسته می باشد، استفاده از آزمون F و درجات آزادی این آزمون برای تحلیل بلامانع می باشد. برای بررسی نرمال بودن توزیع متغیرها از آزمون شاپیرو-ویلکز استفاده گردید که نتایج در جدول ۱۰ آمده است. این نتایج نشان می دهد که در متغیر پرخاشگری کلامی-روانی (عملکرد نوجوان)، سطح معنی داری بزرگتر از ۰/۰۵ است؛ لذا فرض نرمال بودن توزیع برقرار است.

جدول ۱۱. نتایج آزمون شاپیرو-ویلکز جهت نرمال بودن توزیع متغیرهای وابسته در پرخاشگری کلامی-روانی (عملکرد نوجوان)

شاپیرو-ویلکز			متغیر
سطح معناداری	درجه آزادی	آماره	
۰/۴۲۱	۱۵	۰/۹۳۸	پرخاشگری کلامی-روانی

در اجرای تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر یکی از برون داده‌ها تحلیل تأثیر عضویت گروهی است. در جدول شماره ۱۱ نتایج این تحلیل مربوط به فرضیه ۱-۲ پژوهش آمده است.

جدول ۱۲. تأثیر عضویت گروهی در سه بار آزمون پرخاشگری کلامی-روانی (عملکرد نوجوان) در گروه آزمایش و کنترل

آزمون	میزان	F	df فرضیه	df خطا	Sig	مجذور اتا	توان
لامبدای ویلکز	۰/۶۲۱	۳۲/۴۰۵	۲	۲۷	۰/۰۴۱	۰/۴۸۵	۰/۹۶

همان‌گونه که در جدول ۱۲ ملاحظه می‌شود آزمون مربوط به تفاضل متغیرهای پژوهش در پرخاشگری کلامی-روانی (عملکرد نوجوان) در اجرای سه بار آزمون از لحاظ آماری معنی‌دار می‌باشد. به عبارت دیگر مشاوره گروهی مبتنی بر درمان متمرکز بر شفقت مادران بر پرخاشگری کلامی-روانی (عملکرد نوجوان)؛ بر میانگین گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل در مرحله پس‌آزمون و پیگیری تأثیر داشته است ($P=0/041$). میزان این تأثیر یا تفاوت در عامل پرخاشگری کلامی-روانی در اجرای آزمون برابر با ۰/۴۸۵ می‌باشد. توان آماری ۰/۹۶ نمایانگر کفایت حجم نمونه است. برای توضیح جدول ۱۲ یعنی وجود تفاوت بین سه بار اجرا در دو گروه جدول شماره ۱۱ به مقایسه سه آزمون در دو گروه پرداخته می‌شود.

جدول ۱۳. مقایسه‌های زوجی نمرات پرخاشگری کلامی-روانی (عملکرد نوجوان) دو گروه در سه بار آزمون

تعقیبی (LSD)

گروه	آزمون	آزمون	تفاوت میانگین	خطا	معناداری
آزمایش	پیش آزمون	پس آزمون	۱/۸۶	۱/۱۷۷	۰/۱۲۱
	پس آزمون	پیگیری	۳/۷۳	۲/۰۸۵	۰/۰۴۹
	پس آزمون	پیگیری	۱/۸۷	۰/۴۲۵	۰/۱۲۱
گواه	پیش آزمون	پس آزمون	۰/۰۷	۰/۳۲۲	۰/۸۵۵
	پس آزمون	پیگیری	-۰/۹	۰/۵۷۷	۰/۷۲۵
	پس آزمون	پیگیری	-۰/۹۷	۰/۷۳۲	۰/۷۲۰

همان‌طور که جدول نشان می‌دهد، در گروه آزمایش در پیگیری نسبت به پیش‌آزمون تفاوت‌هایی ایجاد شده است ولی در گروه گواه تفاوت معناداری در سه بار آزمون وجود ندارد.



شکل ۲. روند تغییرات میانگین نمرات دو گروه در مؤلفه پرخاشگری کلامی-روانی (عملکرد نوجوان) در مراحل

پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

شکل ۲ روند تغییرات میانگین نمرات دو گروه در مؤلفه پرخاشگری کلامی-روانی (عملکرد نوجوان) را در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری نشان می‌دهد. همان‌طور که شکل نشان می‌دهد، در گروه آزمایش در پیگیری نسبت به پیش‌آزمون تفاوت‌هایی ایجاد شده است اما در گروه کنترل در سه بار آزمون تفاوت محسوسی بین نمرات مشاهده نمی‌شود.

بحث و نتیجه‌گیری

فرضیه‌ی اصلی اول: مشاوره گروهی مبتنی بر رویکرد درمان متمرکز بر شفقت مادران بر تعارض والد-فرزند تأثیر دارد.

نتایج آمار توصیفی و استنباطی به دست آمده از این پژوهش برای مرحله‌ی پس‌آزمون تأیید کننده‌ی این فرضیه نیست. ولی در مرحله‌ی پیگیری تحلیل نتایج تأییدکننده‌ی مؤثر بودن مشاوره گروهی مبتنی بر رویکرد درمان متمرکز بر شفقت مادران بر تعارض والد-فرزند در هر دو عملکرد مادر و نوجوان است. میزان این تأثیر برای عملکرد نوجوان ۰/۶۳ و برای عملکرد مادر ۰/۵۱ می‌باشد.

هر چند بر اساس بررسی‌های پژوهشگر تحقیقات انجام شده‌ای که دقیقاً با موضوع پژوهش حاضر مرتبط باشد، یافت نشد اما پژوهش‌هایی که به برخی از مؤلفه‌های این پژوهش از جمله کیفیت رابطه مادر-فرزندی و شیوه‌های فرزندپروری نزدیک است بررسی شد. نتایج این پژوهش با نتیجه حاصل شده با تحقیق رضایی (۱۳۹۴)، غفوری‌نسب (۱۳۹۲)، جباری (۱۳۹۲)، وازپور (۱۳۹۲)، جباری (۱۳۹۲)، کرمی (۱۳۹۲)، اعتمادی و همکاران (۱۳۹۲)، ایزدخواه (۱۳۹۰) و ابراهیمی (۱۳۸۹) همسو است. همچنین اثربخش بودن شفقت از طریق استفاده از مهارت توجه و استدلال شفقت‌آمیز و همچنین مؤلفه‌ی همدلی و قضاوتی نبودن، با نتایج پژوهش ون‌لیسا، هاک، برنج، کوت و میوس (۲۰۱۶) مبتنی بر اثربخش بودن توجه همدلانه در ابعاد عاطفی و شناختی با نوجوان از سوی مادر بر کاهش شدت تعارضات والد-نوجوان همسو می‌باشد.

طبق یافته‌های میکوچی (۱۹۹۸) شرایط تحولی خاص دوران نوجوانی زمینه‌ساز برخی تنش‌ها بین والدین و نوجوانان است. این تنش‌ها ممکن است مسبب واکنش افراطی والدین و بخصوص مادر با توجه‌ای که او را به چالش می‌کشد، باشد. نتیجه‌ی نهایی این تنش‌ها و واکنش‌های افراطی، سردی و بی‌میلی به محبت و تربیت مؤثر در رابطه مادران با دختران نوجوان است و این

سردی و بی میلی زمینه ساز تنش ها و تعارضات دیگری خواهد بود. گویی که یک دور باطل از تعارض و تنش بین مادران و دختران با شروع نوجوانی ایجاد می شود.

حال اگر بخواهیم آسیب شناسی این تعارض را از دیدگاه رویکرد منتخبمان در این پژوهش بررسی کنیم، باید به رنج نوجوانی بپردازیم که به واسطه تغییرات زیست شناختی و عاطفی در دوران بحران هویت و سردرگمی قرار دارد. دنیای مدرن و امکاناتش سیستم انگیزش و درخواست نوجوان را به شدت تحریک می کند، از طرفی سیستم آموزشی و خانواده برای کنترل نوجوان معمولاً از طریق محدودیت ها، پاداش و تنبیه ها مرتباً در حال تحریک سیستم تهدید - دفاع و انگیزش نوجوان هستند. ناگفته پیداست که بی قراری، پرخاشگری، انزوا، سردی و بی تفاوتی از جمله رفتارهایی هستند که نوجوان در خزانه خالی رفتارهای خود برای دفاع دارد. باز خورد نامهربانانه خانواده و به خصوص مادر به این رفتارها نوجوان را به سمت نامهربانی با خود و در نتیجه خانواده سوق می دهد و این سیکل معیوب در فقدان فعالیت سیستم امنیت و رضایت نوجوان در حال تکرار است.

در آن سوی تعارض والد-نوجوان، رنج مادری را باید در نظر بگیریم که رفتارهای جسورانه و متهورانه نوجوان، بازخوردهای منتقدانه مدرسه و مشکلات احتمالی روابط با همسر در زندگی خانوادگی سیستم تهدید-دفاع او را در ارتباط با نوجوان تحریک می کند؛ انگیزه های مادرانه و امکانات رفاهی موجود در دنیای مدرن برای پیشرفت و موفقیت فرزند تحریک کننده سیستم انگیزش و درخواست مادر در ارتباط با نوجوانش است. نتیجه فعالیت این دو سیستم تنظیم هیجان تلاش مادر برای استفاده از رفتارهایی چون سرزنش خود و نوجوان، تشویق و پاداش کمال گرایانه نوجوان، تنبیه و اعمال محدودیت سخت گیرانه و کورکورانه بدون در نظر گرفتن موقعیت و توانمندی خانوادگی و فردی برای نوجوان و در نهایت خالی بودن خزانه رفتاری مادر استفاده از پرخاشگری کلامی و فیزیکی برای دفاع از خود و کنترل نوجوان است. باز خورد نامهربانه نوجوان، مدرسه و گاه خانواده و همسر، مادر را به سمت نامهربانی با خود و نوجوان سوق می دهد؛ و این سیکل معیوب در فقدان فعالیت سیستم امنیت مادر در حال تکرار است.

با نگاهی اجمالی به آسیب شناسی از دیدگاه درمان متمرکز بر شفقت درمی یابیم که در هشت جلسه درمان پژوهشگر با تمرکز بر آموزش و به کارگیری مهارت های شفقت آمیز به مادر (استدلال، تصور، تجربه حسی، احساس، رفتار و توجه شفقت آمیز) و آموزش و تجربه مؤلفه های شفقت (همدلی، همدردی، حساسیت، قضاوتی نبودن، تحمل پریشانی و مراقبت از بهزیستی) در حین جلسات، سعی در فعال سازی سیستم امنیت مادر داشته است. فعال شدن سیستم امنیت مادر و تحریک ذهن خودشفقت ورز مادر با گذشت ۱۰ هفته منجر به گرمی در روابط مادر و نوجوان و در نتیجه فعال شدن سیستم امنیت نوجوان و کاهش تعارض والد-فرزند شده است.

در تبیین رد فرضیه در مرحله پس آزمون باید به ذکر این نکته درباره ی درمان متمرکز بر شفقت اشاره کرد که، جاری شدن شفقت در بستر تربیتی و رابطه ای، رسیدن به ذهن شفقت ورز و در نهایت مغز آگاه فرآیندی نیازمند گذر زمان و تمرین و تکرار مهارت هاست. طی هشت جلسه مشاوره ی گروهی تنها به مادران این فرصت را می تواند بدهد که ضمن آشنایی با مهارت ها و مؤلفه ها خودشفقت ورزی را تجربه کنند؛ و گسترش شفقت به فرزند حداقل نیازمند گذر زمان ۱۰ هفته ای است.

فرضیه فرعی اول: مشاوره گروهی مبتنی بر رویکرد درمان متمرکز بر شفقت مادران بر مهارت استدلال تأثیر دارد (عملکرد مادر)

نتایج آمار توصیفی و استنباطی به دست آمده از این پژوهش برای مرحله‌ی پس‌آزمون تأیید کننده‌ی این فرضیه نیست. ولی در مرحله‌ی پیگیری تحلیل نتایج تأییدکننده‌ی مؤثر بودن مشاوره گروهی مبتنی بر رویکرد درمان متمرکز بر شفقت مادران در به‌کارگیری مهارت استدلال در عملکرد مادر است. میزان این تأثیر برای عملکرد مادر ۰/۶۹ می‌باشد. نتایج این پژوهش با نتیجه حاصل شده با تحقیق وازپور (۱۳۹۲)، جباری (۱۳۹۲)، اعتمادی و همکاران (۱۳۹۲)، و ون‌لیسا، هاک، برنج، کوت و میوس (۲۰۱۶) همسو است.

به نظر می‌رسد که یکی از دلایل ایجاد تعارض در روابط، ناتوانی و ضعف در دیدگاه‌گیری و آگاهی از مؤثر بودن رفتارها در لحظه است. یکی از مهارت‌های مورد استفاده در درمان متمرکز بر شفقت، استدلال شفقت‌آمیز است، که به معنای توانایی برای استدلال کردن به گونه‌ای مفید با دیدگاه‌گیری و تفکر، با تمرکز بر این نکته که واقعا چه چیزی در این لحظه مفید خواهد بود، می‌باشد (گیلبرت، ۲۰۱۴). مادران شرکت کننده در جلسات مشاوره‌ی گروهی ضمن آگاهی، آموزش و تجربه‌ی استدلال شفقت‌آمیز در ارتباط با رنج‌های خود در جلسات به‌گسترش به‌کارگیری این مهارت در ارتباط با فرزندان‌شان پرداخته‌اند به گونه‌ای که توسط نوجوان و در رابطه با مادر لمس شده است. توجه شفقت‌آمیز به رنج، انعکاس احساس درک شده از رنج به واسطه‌ی احساس شفقت‌آمیز و ارائه‌ی رفتاری شفقت‌آمیز و آگاهانه برای التیام رنج نیز، قطعا توسط نوجوان به‌صورت همدلی، همدردی، تحمل پریشانی و قضاوتی نبودن درک و به‌صورت مثبت در به‌کارگیری مهارت استدلال توسط مادر قضاوت شده است.

فرضیه فرعی اول: مشاوره گروهی مبتنی بر رویکرد درمان متمرکز بر شفقت مادران بر مهارت استدلال تأثیر دارد (عملکرد نوجوان)

نتایج آمار توصیفی و استنباطی به دست آمده از این پژوهش برای مرحله‌ی پس‌آزمون و پیگیری تأیید کننده‌ی این فرضیه نیست.

نتایج این پژوهش در ارتباط با این فرضیه فرعی و در عملکرد نوجوان با پژوهش‌های رضایی (۱۳۹۴)، غفوری‌نسب (۱۳۹۲)، جباری (۱۳۹۲)، ایزدخواه (۱۳۹۰)، کرمی (۱۳۹۲) و ابراهیمی (۱۳۸۹)، ناهمسو است

اگرچه نوجوانی شروع استفاده‌ی نوجوان از تفکر انتزاعی و فرانشناخت برای استدلال کردن است، اما ناگفته پیداست که عدم مهارت و ناتوانی نوجوان در دیدگاه‌گیری نسبت به رنج دیگران و بی‌قراری ناشی از تغییرات جسمی (فیزیولوژیک) و عاطفی، فرصت به‌کارگیری به‌جا و مفید از قدرت استدلال را از نوجوان می‌گیرد. از طرفی نوجوانی که پس از گذشت ده هفته مادر خود را در به‌کارگیری مهارت استدلال مثبت ارزیابی می‌کند به احتمال زیاد به دلیل گرمی رابطه، حساسیت، همدلی و محبت دریافت شده از سوی مادر و اطمینان و اعتماد ایجاد شده در طی این زمان به رفتار مادر، ارزیابی منفی‌تری درباره‌ی خود در به‌کارگیری مهارت استدلال دارد. در واقع نوجوان سیستم امنیتش فعال شده ولی چون مداخله و آموزش مستقیمی برای استفاده از مهارت‌های شفقت‌آمیز دریافت نکرده؛ به ذهن خودش شفقت‌ورز و در نتیجه مغز آگاه نزدیک نشده است. در این جا است که نیاز به مداخله برای نوجوان با هدف آموزش و تجربه‌ی شفقت به خود احساس می‌شود.

فرضیه فرعی دوم: مشاوره گروهی مبتنی بر رویکرد درمان متمرکز بر شفقت مادران بر پرخاشگری کلامی-روانی تأثیر دارد.

نتایج آمار توصیفی و استنباطی به دست آمده از این پژوهش برای مرحله‌ی پس‌آزمون تأیید کننده‌ی این فرضیه نیست. ولی در مرحله‌ی پیگیری تحلیل نتایج تأییدکننده‌ی مؤثر بودن مشاوره گروهی مبتنی بر رویکرد درمان متمرکز بر شفقت مادران در کاهش پرخاشگری کلامی-روانی در عملکرد مادر و نوجوان است. میزان این تأثیر برای عملکرد مادر $0/590$ و برای نوجوان $0/485$ می‌باشد.

نتایج این پژوهش در ارتباط با این فرضیه فرعی و در عملکرد نوجوان با پژوهش‌های رضایی (۱۳۹۴)، غفوری‌نسب (۱۳۹۲)، جباری (۱۳۹۲)، کرمی (۱۳۹۲)، ایزدخواه (۱۳۹۰) و ابراهیمی (۱۳۸۹)، همسو است؛ و در عملکرد مادر نتایج این پژوهش با نتیجه حاصل شده با تحقیق وازپور (۱۳۹۲)، جباری (۱۳۹۲)، اعتمادی و همکاران (۱۳۹۲)، و ون‌لیسا، هاک، برنج، کوت و میوس (۲۰۱۶) همسو است.

پرخاشگری کلامی-روانی در قالب رفتارهایی چون تحقیر، سرزنش، داد و فریاد، دشنام و ناسزا گفتن و گاه سکوت و بی‌تفاوت بودن در روابط ابراز می‌گردد. آسیب‌شناسی تمامی این رفتارهای فرد را در فعال شدن سیستم تهدید-دفاع، ترشح همرون کورتیزول و آمادگی جسمی-روانی برای دفاع فرد از خودش می‌توان جست و جو کرد. البته ناگفته نماند که گاه فرد با انگیزه‌ی درخواست چیزی از دیگری ممکن است به این رفتارها متوسل شود که این خود حاصل فعال شدن سیستم انگیزش و درخواست فرد است. حال آن‌که مادری که با به‌کارگیری مهارت‌های شفقت‌آمیز و دریافت حساسیت، همدلی، همدردی، قضاوتی نبودن، تحمل پریشانی و مراقبت از بهزیستی رنج مادری خویش را التیام بخشیده و سیستم امنیت خود را تحریک و فعال نموده، به مرور زمان استفاده از این مهارت‌ها را در ارتباط با اطرافیان و از جمله فرزند نوجوان خویش آغاز کرده است که نتیجه‌ی نهایی آن تحریک و فعال‌سازی سیستم امنیت در نوجوان و ایجاد تعادل در فعالیت سیستم تهدید-دفاع و سیستم انگیزش و درخواست خویش و فرزندش و قدم‌گذاری به محدوده‌ی خردمندی است. بنابراین ما به کاهش نشانه‌های پرخاشگری کلامی-روانی در مادر و فرزند با قضاوت نوجوان رسیده‌ایم.

فرضیه فرعی سوم: مشاوره گروهی مبتنی بر رویکرد درمان متمرکز بر شفقت مادران بر پرخاشگری فیزیکی تأثیر دارد

نتایج آمار توصیفی و استنباطی به دست آمده از این پژوهش برای مرحله‌ی پس‌آزمون تأیید کننده‌ی این فرضیه نیست. ولی در مرحله‌ی پیگیری تحلیل نتایج تأییدکننده‌ی مؤثر بودن مشاوره گروهی مبتنی بر رویکرد درمان متمرکز بر شفقت مادران در کاهش پرخاشگری فیزیکی در عملکرد مادر و نوجوان است. میزان این تأثیر برای عملکرد مادر $0/81$ و برای نوجوان $0/590$ می‌باشد.

نتایج این پژوهش در ارتباط با این فرضیه فرعی و در عملکرد نوجوان با پژوهش‌های رضایی (۱۳۹۴)، غفوری‌نسب (۱۳۹۲)، جباری (۱۳۹۲)، ایزدخواه (۱۳۹۰)، کرمی (۱۳۹۲)، ابراهیمی (۱۳۸۹)، کاستلینا، پاستورلیا، اسنبرگ، کافو، فورسی و گبرینو (۲۰۱۴)، همسو است؛ و در عملکرد مادر با پژوهش‌های وازپور (۱۳۹۲)، جباری (۱۳۹۲)، اعتمادی و همکاران (۱۳۹۲)، و ون‌لیسا، هاک، برنج، کوت و میوس (۲۰۱۶) همسو است.

پرخاشگری فیزیکی در قالب رفتارهایی چون پرت کردن اشیاء، کتک کاری، هل دادن و تنبیه جسمی در روابط ابراز می‌شود. اگر نگاهی عمیق‌تر به ماهیت پرخاشگری فیزیکی بیندازیم، آن را می‌توان با تکانش‌گری که از نشانه‌های افراد روان‌رنجور است مقایسه کرد. حال در آسیب‌شناسی این افراد از دیدگاه CFT اختلال در سیستم تنظیم هیجان کاملاً مشهود است. بدین معنا که فرد روان‌رنجور احتمالاً با بیش‌فعالی سیستم تهدید-دفاع مواجه است و ذهن‌آگاهی بسیار پایینی نسبت به رنج حاصل از ذهن خویش در اکثر موقعیت‌های ارتباطی دارد. در واقع فرد روان‌رنجور که از سبک دلبستگی ناایمن رنج می‌برد (زارعی، بلداجی، حیدری، حسین‌خانزاده، بهارلو، ۱۳۹۳) قابلیت دستیابی به مغز آگاه به واسطه‌ی فعال‌سازی سیستم امنیت را در اغلب موقعیت‌های ارتباطی خویش از خود سلب نموده و فقط به ابزارهای فقیرانه و ابتدایی برای آرام کردن ذهن خویش چنگ زده است. بازخورد فرد از اطرافیان و وجدان خود نسبت به این رفتارها منجر به نامهربانی او با خود و به دنبال آن نامهربانی با اطرافیان می‌گردد که حاصل آن دست و پا زدن فرد در چرخه‌ی باطل خشونت با خود و اطرافیان است.

مادری که با شرکت در جلسات مشاوره‌ی گروهی پژوهشگر و ابراز رنج خویش به عنوان مادری که گاه‌ها خشونت فیزیکی در رابطه با دختر توجوان خویش، از سوی خود یا فرزندش را تجربه کرده است؛ فعال شدن سیستم امنیت خویش را در طی جلسات و به‌واسطه‌ی دریافت همدلی، همدردی، قضاوتی نبودن و تحمل پریشانی از سوی پژوهشگر تجربه کرده است. و این تجربه می‌تواند سیستم انگیزش و درخواست مادر را برای تجربه‌ی عاری از خشونت و حتی صمیمی‌تر تحریک و فعال کند. در این جاست که ایجاد تعادل در سیستم تنظیم هیجان مادر با گذشت زمان و به‌کارگیری مهارت‌های شفقت‌آمیز توسط او در مورد خود و فرزندش به احتمال زیاد به ایجاد تعادل در سیستم تنظیم هیجان نوجوان و قضاوت بهتر او درباره‌ی پرخاشگری فیزیکی از سوی خود و مادرش می‌شود.

فرضیه اصلی دوم: مشاوره گروهی مبتنی بر رویکرد درمان متمرکز بر شفقت مادران بر مسئولیت‌پذیری تأثیر دارد. نتایج آمار توصیفی و استنباطی به دست آمده از این پژوهش برای مرحله‌ی پس‌آزمون و پیگیری تأیید کننده‌ی این فرضیه نیست.

در ارتباط با مقایسه‌ی نتیجه‌ی به دست آمده از این پژوهش در ارتباط با این فرضیه با پژوهش‌های مرتبط دیگر، جست و جوی پژوهشگر برای پیدا کردن پژوهشی که مداخله بر روی مادر انجام شده باشد و تأثیر آن بر روی نوجوان بررسی شود نتیجه‌ای در بر نداشت. در اکثر تحقیقات انجام شده در مورد مسئولیت‌پذیری مداخله‌ی آموزش و یا مشاوره فردی یا گروهی بر روی خود دانش‌آموز انجام شده از آن جمله پژوهش کرمی، میرجعفری و بختیارپور (۱۳۹۳)، جلیلی (۱۳۸۹) و خدابخشی و عابدی (۱۳۸۸) که نتایج این پژوهش با آن‌ها ناهمسو است.

اما آن‌چه که بیان آن در ارتباط با نزدیکی محتوا و هدف رویکرد مورد استفاده در این پژوهش با سایر پژوهش‌هایی که در زمینه‌ی ویژگی‌های شخصیتی مادر، سبک فرزندپروری، نظارت والدینی و عملکرد خانواده لازم به نظر می‌رسد؛ آن است که تحقیقات داخلی از آن جمله زرین‌جوآوار (۱۳۹۴)، طالبی طاری (۱۳۹۴)، بروز (۱۳۹۳)، گلستانی (۱۳۹۳)، سلیمی (۱۳۹۰)، جلیلی (۱۳۸۹) و خارجی از جمله اوری، مانچینی و فراگری (۲۰۱۵) انجام شده است که نتایج این پژوهش با آن‌ها ناهمسو است.

توجه به پژوهش‌های بررسی شده ذکر دو نکته لازم است:

۱- اهمیت شکل‌گیری و رشد مسئولیت‌پذیری از دوران کودکی و نوجوانی در انسان.

۲- خانواده و به خصوص مادر به عنوان مهم‌ترین پایگاه رشد و منبع دلبستگی و امنیت انسان، بیشترین تأثیر را بر مسئولیت‌پذیری انسان دارد و تأثیر خود را از طریق یادگیری مشاهده‌ای، سبک فرزندپروری، نحوه‌ی نظارت بر رشد و بالندگی فرزند، ارتباطات بین‌فردی و درون‌فردی، گشودگی به تجربه و انعطاف‌پذیری، بر فرزندش اعمال می‌کند. با نگاهی اجمالی به دیدگاه نظریه پردازان مختلف می‌توان دریافت که همه‌ی آن‌ها بر سر این نکته که افراد سالم بر زندگی آگاهانه و قدرت تصمیم‌گیری خود، اشراف دارند و در اکثر موقعیت‌های زندگی می‌توانند با نیروی عقل و هوشیاری رفتارشان را در جهت مناسب هدایت کنند و مسئولیت سرنوشت خویش را بپذیرند، توافق دارند. اما در این‌جا این سؤال مطرح می‌شود که انسان سالم کیست؟! آیا انسان سالم دچار غم، اشتیاق، بی‌قراری، اضطراب، ترس و نگرانی نمی‌شود؟! پاسخ به این سؤالات از دیدگاه CFT را در قابلیت مغز قدیم و جدید انسان باید جست و جو کرد. همان‌گونه که در فصل دوم بیان شد، هر انسان سالمی از دو مغز قدیم و جدید برخوردار است که کارکرد این دو برای انسان علاوه بر رفع نیازهای فیزیولوژیک، تلاش و پیشرفت؛ رنج ذهنی است که با عمل کردن به وظیفه خود و فعال کردن سیستم‌های تهدید-دفاع و انگیزش- درخواست، ما را دچار اشتیاق، بی‌قراری، غم، ترس، نگرانی و اضطراب می‌کند. انسانی که از کودکی در بستر گرم خانواده رشد کرده و از قضای روزگار مادر یا مراقبی او را پرورانده که با پذیرش رنج مادری خود و در واقع شفقت با خود، توانسته ضمن داشتن حساسیت، تحمل پریشانی و قضاوتی نبودن در ارتباط با رنج مادری خود و کودکی فرزندش؛ همدلی، همدردی، مراقبت از بهزیستی لازم را با خود و فرزندش داشته باشد؛ این فرصت را در زندگی به دست می‌آورد که با فعال‌سازی سیستم امنیت خود، پرورش ذهن آگاه که مهم‌ترین ویژگی آن خردمندی است، را در خویش فراهم کند.

مسئولیت‌پذیری یکی از توانمندی‌هایی است که در چنین بستری ایجاد شده، توسعه می‌یابد و مهم‌ترین کارکرد آن در زندگی انسان، تعهد به زندگی و سرنوشت خویش است. ناگفته پیداست که رسیدن به مغز آگاه و در نتیجه خردمندی، فرآیندی تمام نشدنی و به وسعت عمر انسان می‌تواند باشد. در واقع از زمانی که انسان بتواند در بستر گرمی که حاصل شفقت با خود یا شفقتی است که از دیگران دریافت کرده، خردمندی را تمرین کند، مسئولیت‌پذیری در زندگی او ظهور خواهد کرد. با توجه به مطالب گفته شده رد فرضیه اصلی دوم که به معنای عدم تأثیر معنادار مشاوره‌گروهی مبتنی بر درمان متمرکز بر شفقت مادران بر مسئولیت‌پذیری نوجوان پس از گذشت هشت جلسه درمان شفقت‌آمیز با مادر و فرض گذشت حتی ده هفته از جاری شدن شفقت در بستر خانواده است، کمی دور از واقعیت توجه به نوجوان بودن آزمودنی‌ها و شرایط زندگی مادرانی است که در جلسات مشاوره‌ی گروهی با پژوهشگر شرکت می‌کردند، ضمن این‌که در درمان متمرکز بر شفقت مشاور به تحریک سیستم امنیت مراجع به خصوص در ارتباط با خودش می‌پردازد و تمرکز زیادی برای تحریک سیستم انگیزش مراجع ندارد. آن‌چه که از نظر پژوهشگر محتمل است، زمان گذشت حداقل ۶ ماه از جاری شدن شفقت در بستر خانواده و رابطه‌ی مادر-نوجوان برای شکل‌گیری مغز آگاه و ظاهر شدن نشانه‌های خردمندی در نوجوان لازم است. ضمن این‌که شاید آموزش شفقت به خود برای نوجوان تأثیرگذاری بیشتری داشته باشد.

فرضیه‌های فرعی ۴، ۷، ۸، ۹ و ۱۰: مشاوره گروهی مبتنی بر رویکرد درمان متمرکز بر شفقت مادران بر خودمدیریتی، امانت‌داری، وظیفه‌شناسی، سازمان‌یافتگی و پیشرفت‌گرایی تأثیر دارد.

نتایج آمار توصیفی و استنباطی به دست آمده از این پژوهش برای مرحله‌ی پس‌آزمون و پیگیری تأیید کننده‌ی این فرضیه‌ها نیست.

همان‌گونه که از تعریف این خرده‌مقیاس‌ها می‌توان دریافت؛ خودمدیریتی، وظیفه‌شناسی، سازمان‌یافتگی و پیشرفت‌گرایی توانمندی‌هایی هستند که در انسان‌های خردمند و مجهز به مغز آگاهی که دارای تعادل در سیستم تنظیم هیجان‌شان هستند دیده می‌شوند و بنابراین مشاهده‌ی این توانمندی‌ها از سوی نوجوانی که نه با شفقت به خود آشناست و احتمالاً هنوز شفقت مورد نیاز برای پرورش ذهن آگاه را از مادر دریافت نکرده است؛ در خود دور از انتظار به نظر می‌رسد.

فرضیه‌های فرعی ۵ و ۶: مشاوره گروهی مبتنی بر رویکرد درمان متمرکز بر شفقت مادران برنظم‌پذیری و قانونمندی تأثیر دارد.

نتایج آمار توصیفی و استنباطی به دست آمده از این پژوهش برای مرحله‌ی پس‌آزمون تأیید کننده‌ی این فرضیه نیست. ولی در مرحله‌ی پیگیری تحلیل نتایج تأییدکننده‌ی مؤثر بودن مشاوره گروهی مبتنی بر رویکرد درمان متمرکز بر شفقت مادران بر نظم‌پذیری و قانونمندی نوجوان است. میزان این تأثیر برای نظم‌پذیری ۰/۰۵۹ و برای قانونمندی ۰/۶۲۱ می‌باشد.

در فصل دوم اشاره شد که رفتار شفقت‌آمیز رفتار کردن به‌صورتی مفید و سازنده است که می‌تواند شامل قرار دادن خود یا دیگری در معرض سختی و پریشانی، انجام دادن رفتاری مفید برای خود یا دیگری به‌صورت هر روزه، یا تشکر و قدردانی کردن از خود یا دیگری، باشد (گیلبرت، ۲۰۱۴).

در واقع رفتار شفقت‌آمیز بر کاهش پریشانی و فراهم کردن زمینه‌ی رشد و تکامل تمرکز می‌کند. این به معنای اجتناب یا آمیختگی با وظایف رفتاری و واقعیت‌های دردناک و سخت نیست؛ بلکه به معنای کمک به مراجع در طی مداخله‌ی شفقت برای داشتن شجاعت مورد نیاز برای همکاری کامل با رفتارهای جدید و مؤثر، است. در معرض کار قرار گرفتن، متعهد شدن به روح شفقت است (گیلبرت، ۲۰۰۹).

به نظر می‌رسد به‌کارگیری این مهارت توسط مادری که در طی جلسات با لزوم هم‌آهنگی، ساختار، چالش و نوازش به طور همزمان در ارتباط با خود و نوجوان آشنا شده است، در کنار همدلی، همدردی، حساسیت، تحمل پریشانی مراقبت و قضاوتی نبودن؛ به نتیجه‌ای مفید و البته در طی زمان منتهی شده است. در واقع نوجوان آرام شده با نوازش و هم‌آهنگی مادر، بیشتر و راحت‌تر قوانین و ساختار وضع شده برای خود را می‌پذیرد.

باتوجه به نتایج حاصل از این پژوهش مبنی بر مؤثر بودن رویکرد CFT بر تعارضات والد-نوجوان، پیشنهاد می‌گردد مشاورانی که در مراکز مشاوره بر روی رابطه والد-فرزندی و مشکلات مربوط به فرزندپروری کار می‌کنند، از این رویکرد استفاده نمایند

منابع

۱. ابراهیمی، ف. (۱۳۸۹). *اثربخشی مشاوره گروهی با رویکرد روان‌نمایش‌گری بر بهبود تعارضات مادران و دختران دانش‌آموز سال اول دبیرستان شهرستان دلیجان در سال ۱۳۸۹*، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علامه طباطبایی.
۲. اسدی، ا.، جاویدی، ح.ا. و قاسمی، ن. (۱۳۹۴). رابطه تعارضات والد-نوجوان، تاب‌آوری با مشکلات روان‌شناختی نوجوانان مقطع دوم و سوم راهنمایی در مناطق چهارگانه آموزش و پرورش شهر شیراز، *مطالعات روان‌شناختی*، ۱۱ (۱)، ۹۶-۷۵.
۳. آقامحمدیان، ح.ر. و حسینی، س.م. (۱۳۸۶). *روانشناسی بلوغ و نوجوانی*، مشهد، انتشارات دانشگاه فردوسی مشهد.
۴. ایزدخواه، م. (۱۳۹۰). *تعیین اثربخشی مشاوره گروهی مبتنی بر رویکرد ستیر بر تعارضات والد-فرزندی*، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه تربیت معلم تهران.

۵. ایزدی، ر. و عابدی، م.ر. (۱۳۹۳). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، اصفهان، انتشارات جنگل، کاوشیار.
۶. براندن، ن. (۱۹۹۶). مسئولیت‌پذیری: اتکای به خود و زندگی پاسخگو، ترجمه مهدی قراچه‌داغی. (۱۳۸۷) تهران، انتشارات شباهنگ.
۷. بروز، ش. (۱۳۹۳). بررسی رابطه بین ابعاد فرزندپروری و مسئولیت‌پذیری در نوجوانان: نقش واسطه‌گری سبک‌های پرورش‌دهی، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه شیراز.
۸. پروچاسکا، ج.ا.، نورکراس، ج.سی. (۱۳۹۱). نظریه‌های روان‌درمانی، ترجمه سید محمدی (۱۳۹۱)، تهران، انتشارات رشد.
۹. خدابخشی، م. و عابدی، م.ر. (۱۳۸۸). بررسی روش‌های افزایش مسئولیت‌پذیری در دانش‌آموزان دوره راهنمایی شهر شهرضا در سال تحصیلی ۱۳۸۵-۱۳۸۴، مطالعات روانشناختی، ۵ (۱): ۱۱۳-۱۳۷.
۱۰. زارعان، ر. (۱۳۹۱). تعارض ارزش‌های فرهنگی بین والدین و دانش‌آموزان دختر مقطع متوسطه تحصیلی در شهرستان برخوار اصفهان در سال ۱۳۹۱، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان
۱۱. زرگر، ف.، محمدی، ا.، امید، ع. و باقریان سرارودی، ر. (۱۳۹۱). موج سوم رفتار درمانی با تأکید بر رفتاردرمانی مبتنی بر پذیرش، مجله علوم تحقیقات رفتاری، ۱۰ (۵)، ۳۹۰-۳۸۳.
۱۲. زرین جوی‌الوار، م. (۱۳۹۴). بررسی رابطه سبک‌های فرزندپروری والدین با مسئولیت‌پذیری و رشد اجتماعی دانش‌آموزان، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علامه طباطبایی.
۱۳. سعیدی، ض.، قربانی، ن.، سرافراز، م.ر. و شریفیان، م.ح. (۱۳۹۲). اثر القای شفقت خود و حرمت خود بر میزان تجربه شرم و گناه، روانشناسی معاصر، ۸ (۱) ۱۰۲-۹۱.
۱۴. شبانی، ر. (۱۳۹۳). تدوین مدل ساختاری بهزیستی روانی بر اساس سبک دلبستگی به والدین با میانجیگری دلبستگی بزرگ‌سالی، دلبستگی به خدا و شفقت به خود، پایان‌نامه دکتری، دانشگاه آزاد اسلامی واحد تهران مرکزی.
۱۵. شیلینگ، لوئیس. نظریه مشاوره (دیدگاه‌های مشاوره)، ترجمه خدیجه آرین (۱۳۸۴)، تهران، انتشارات اطلاعات.
۱۶. صیدی، ارکان. (۱۳۹۴) اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر اهمال‌کاری دانشجویان، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه کردستان.
۱۷. طالبی طاری، ف. (۱۳۹۴). نقش پیش‌بینی‌کننده ویژگی شخصیتی مادران بر کفایت اجتماعی و مسئولیت‌پذیری دانش‌آموزان دختر پایه ششم ابتدایی، کارشناسی ارشد، دانشگاه علامه طباطبایی
۱۸. طاهری قهفرخی، ف. (۱۳۹۰). تعیین رابطه‌ی سخت‌رویی و مسئولیت‌پذیری با فرسودگی تحصیلی دانش‌آموزان، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علامه طباطبایی
۱۹. قدرتی، س. (۱۳۹۱). ارزیابی اثربخشی آموزش نظریه‌ی "گسترده و ساختن" و ترکیب آن با شعردرمانی در کاهش تعارضات ارزشی والد-فرزند در بین دختران نوجوان دبیرستانی، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علامه طباطبایی
۲۰. کری، جerald. نظریه و کاربردهای مشاوره و روان‌درمانی، ترجمه یحیی سیدمحمدی (۱۳۹۲)، تهران، نشر ارسباران.
۲۱. کلمز، هریس. بین، رینولد. "آموزش مسئولیت به کودکان" ترجمه پروین علی‌پور (۱۳۸۷)، مشهد، انتشارات آستان قدس رضوی، چاپ هفتم.
۲۲. کیان‌پورقهفرخی، ف.، مروج، س.ف.، علی‌مدد، ز.، زندیان، خ. (۱۳۸۹). بررسی رابطه کمال‌گرایی و مسئولیت‌پذیری با وسواس فکری-عملی در پزشکان ساکن اهواز، مجله علمی پزشکی، ۹ (۳).

۲۳. کیهانی‌فر، پ. (۱۳۸۹). بررسی رابطه روایت زندگی و خودروایی با مسئولیت‌پذیری دختران و پسران نوجوان شهرری، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علامه طباطبایی.
۲۴. گلاسر، ویلیام. نظریه انتخاب (روانشناسی نوین آزادی شخصی)، ترجمه مهرداد فیروزبخت (۱۳۹۲)، تهران، موسسه خدمات فرهنگی رسا.
۲۵. ماجدی، ف. (۱۳۸۸). بررسی تطبیقی مفهوم مسئولیت‌پذیری از دیدگاه ویلیام گلاسر و مکارم شیرازی، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علامه طباطبایی.
۲۶. محسنی، ه. (۱۳۹۲). بررسی رابطه‌ی بین خودمتمایزسازی مادران با تعارض والد-فرزندی و مسئولیت‌پذیری دانش‌آموزان دختر دوره راهنمایی، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علامه طباطبایی.
۲۷. مؤمنی، ف، شهریار. موتابی، ف. حیدری، م. (۱۳۹۲) ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه فارسی مقیاس خود شفقت‌ورزی، روانشناسی معاصر ۸ (۲) ۴۰-۲۷.
۲۸. وازپور، ش. (۱۳۹۲). اثربخشی آموزش خوددلدگرم‌سازی مادران بر تعارض والد-فرزند و ابعاد فرزندپروری اقتداری مادران، پایان‌نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه علامه طباطبایی.

References

29. Akin, Ahmet. 2010, Self –compassion and Loneliness, International Online Journal of Educational Siences, 2 (3), 702-718.
30. Cupach, William R. Canary, Daniel J. Spitzberg, Brian H. 2010, Competence in interpersonal Conflict, 2th.
31. Castellani, Valeria. Pastorellia, Concetta. Eisenberg, Nancy. Caffo, Ernesto. Foresi, Barbara. Gerbino, Maria. (2014). The development of perceived maternal hostile, aggressive conflict from adolescence to early adulthood: Antecedents and outcomes, Journal of Adolescence, 37 ,1517-1527.
32. De Goede, H. A. Irene. J. T. Branje, Susan. H. J. Meeus. (2009) Developmental changes in Adolescents' perceptions of relationships with their parents, J Youth Adolescence 38:75–88
33. Everri, Mariana. Mancini, Tiziana. Fruggeri, Laura. (2015). Family functioning, parental monitoring and adolescent familiar responsibility in middle and late adolescence, Journal of child and family studies, 24 (10): 3058=3066.
34. Gilbert, Paul. (2010). Training our minds in with and for compassion, 1th.
35. Gilbert, Paul and Choden. (2013). Mindfull Compassion, 1th.
36. Gilbert, Paul. (2014). The origins and nature of compassion focused Therapy, British Journal of Clinical Psychology, 53, 6–41.
37. Hermanto, Nicola. Zuroff, David. C. Kopala-Sibley, Danial. C. Kelly, Allison. C. Matos, Marcela. Gilbert, Paul. Koestner, Richard. (2016). Ability to receive compassion from others buffers depresoneggic effect of self-criticism: Across cultural multi-study analysis, personality and individual deffrences, 98: 324-332.
38. Leaviss, J. Uttley, L. 2015, Psychotherapeutic benefits of compassion-focused therapy: an early systematic review, Psychological Medicine, 45, 927–945.

39. Mergler, Amanda. Shield, Paul. (2016). Development of personal responsibility scale for adolescents, *Journal of adolescenc*, 50; 50-57.
40. Rodriguez-Gutierrez, Elisa. Martin-Quintana, Juan Carlos. Cruz-Sosa, Miriam. (2016) "Living adolescence in family" parenting program: adaption and implementation in social and school contexts, *Psychological Intervention*, 25 103-110.
41. Santrock, John. (2012) *ADOLESCENCE*, 14th.
42. Sirois, Fuschia. M. (2015) A self regulation resource model of self-compassion and health behavior intentions in emerging adults, *preventive medicine reports*, 2: 218-222.
43. Smentana, Judith G. (1998) Adolescents' and parents' conceptions of parental authority, *Child Development*, 123-135.
44. Van lissa, Casper J. Hawk, Skyler. Branje, Susan. Koot, Hans M. Meeus, Wim. H. J. (2016) Common And uniqe associations of adolescents affective and cognitive empathy development with confilict behavior towards parents, *Journal of Adolescence*, 47: 60-70.