

The Effectiveness of Compassion-Focused Therapy on Intolerance of Uncertainty, Social Competence, and Hope for Life in Maltreated Adolescents

1. Mehdi Alizadeh^{*}: Master's Degree, Department of General Psychology, Eslamabad-E Gharb Branch, Islamic Azad University, Eslamabad-E Gharb, Iran.

^{*}Corresponding Author's Email Address: alizadehmehdi594@gmail.com



Received: 23 March 2026

Revised: 01 July 2026

Accepted: 07 July 2026

Published: 23 August 2026



Copyright: © 2026 by the authors.

Published under the terms and conditions of Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International (CC BY-NC 4.0) License.

Abstract:

Objective: This study aimed to determine the effectiveness of Compassion-Focused Therapy (CFT) on intolerance of uncertainty, social competence, and hope for life among maltreated adolescents.

Methods and Materials: This study employed a quasi-experimental pretest-posttest design with a control group. The study population consisted of maltreated adolescents receiving services from Welfare Organization centers in Kermanshah Province, Iran. Thirty adolescents aged 13–18 years were selected through convenience sampling and randomly assigned to an experimental group ($n = 15$) and a control group ($n = 15$). The experimental group received eight 90-minute group sessions of Compassion-Focused Therapy over one month, with two sessions per week, whereas the control group received no psychological intervention during the study period. Data were collected using the Snyder Hope Scale, the Intolerance of Uncertainty Scale, and the Felner Social Competence Questionnaire. Data were analyzed using multivariate analysis of covariance (MANCOVA) and univariate analyses of covariance (ANCOVAs) in SPSS version 27.

Findings: MANCOVA revealed a statistically significant overall group effect on the combined dependent variables after controlling for pretest scores (Wilks' $\lambda = 0.42$, $F(2,25) = 20.67$, $p = 0.003$, $\eta^2 = 0.69$). Univariate analyses further indicated significant improvements in tolerance of uncertainty ($F = 31.27$, $p = 0.003$, $\eta^2 = 0.79$), social competence ($F = 13.54$, $p = 0.013$, $\eta^2 = 0.17$), and hope for life ($F = 6.09$, $p = 0.019$, $\eta^2 = 0.27$) in the experimental group compared with the control group.

Conclusion: Compassion-Focused Therapy may enhance maltreated adolescents' capacity to tolerate uncertainty, function more effectively in social relationships, and maintain a more hopeful orientation toward the future. By strengthening emotional regulation, perceived safety, and compassionate responses toward the self, CFT may provide a potentially useful psychological intervention within supportive and rehabilitative programs for maltreated adolescents.

Keywords: *Compassion-Focused Therapy, intolerance of uncertainty, social competence, hope for life, maltreated adolescents*

How to Cite: Alizadeh, M. (2026). The Effectiveness of Compassion-Focused Therapy on Intolerance of Uncertainty, Social Competence, and Hope for Life in Maltreated Adolescents. *Journal of Experimental and Cognitive Psychology*, 3(2), 1-20.

اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر تحمل بلا تکلیفی، شایستگی اجتماعی و امید به زندگی در نوجوانان بدسرپرست

۱. مهدی علیزاده*؛ کارشناسی ارشد، گروه روانشناسی عمومی، واحد اسلام آباد غرب، دانشگاه آزاد اسلامی، اسلام آباد غرب، ایران. (نویسنده مسئول)

*پست الکترونیک نویسنده مسئول: alizadehmehdi594@gmail.com

چکیده

هدف: پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر تحمل بلا تکلیفی، شایستگی اجتماعی و امید به زندگی در نوجوانان بدسرپرست انجام شد.

مواد و روش: این پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون-پس آزمون و گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل نوجوانان بدسرپرست تحت پوشش مراکز سازمان بهزیستی استان کرمانشاه بود که از میان آنان ۳۰ نوجوان ۱۳ تا ۱۸ ساله به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل، هر گروه ۱۵ نفر، گمارده شدند. گروه آزمایش طی یک ماه، هشت جلسه ۹۰ دقیقه ای درمان متمرکز بر شفقت، با تواتر دو جلسه در هفته، دریافت کرد؛ در حالی که گروه کنترل در این مدت مداخله روان شناختی دریافت نکرد. داده ها با استفاده از مقیاس امید اسنایدر، مقیاس عدم تحمل بلا تکلیفی و پرسشنامه شایستگی اجتماعی فلنر جمع آوری شدند. داده ها با استفاده از تحلیل کوواریانس چندمتغیری و تحلیل کوواریانس تک متغیری در نرم افزار SPSS نسخه ۲۷ تحلیل شدند.

یافته ها: نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری نشان داد که پس از کنترل نمرات پیش آزمون، اثر کلی عضویت گروهی بر ترکیب متغیرهای وابسته معنادار بود ($F(2,25) = 20.67, p = 0.003, \eta^2 = 0.69$). نتایج تحلیل های تک متغیری نیز نشان داد که درمان متمرکز بر شفقت موجب افزایش معنادار تحمل بلا تکلیفی ($F = 31.27, p = 0.003, \eta^2 = 0.79$)، شایستگی اجتماعی ($F = 13.54, p = 0.013, \eta^2 = 0.17$) و امید به زندگی ($F = 6.09, p = 0.019, \eta^2 = 0.27$) در گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل شد.

نتیجه گیری: درمان متمرکز بر شفقت می تواند با تقویت تنظیم هیجان، احساس ایمنی و نگرش مشفقانه نسبت به خود، ظرفیت نوجوانان بدسرپرست را برای تحمل شرایط نامطمئن، تعامل اجتماعی سازگارانه و حفظ نگرش امیدوارانه نسبت به آینده افزایش دهد و به عنوان یک مداخله روان شناختی بالقوه در برنامه های حمایتی این گروه مورد توجه قرار گیرد.

کلیدواژگان: درمان متمرکز بر شفقت، تحمل بلا تکلیفی، شایستگی اجتماعی، امید به زندگی، نوجوانان بدسرپرست

نحوه استناددهی: علیزاده، مهدی. (۱۴۰۵). اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر تحمل بلا تکلیفی، شایستگی اجتماعی و امید به زندگی در

نوجوانان بدسرپرست. *روانشناسی تجربی و شناختی*، ۳(۲)، ۱-۲۰.



تاریخ دریافت: ۳ فروردین ۱۴۰۵

تاریخ بازنگری: ۱۰ تیر ۱۴۰۵

تاریخ پذیرش: ۱۶ تیر ۱۴۰۵

تاریخ انتشار: ۱ شهریور ۱۴۰۵



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

Extended Abstract

Introduction

Adolescence is a critical developmental period characterized by substantial cognitive, emotional, interpersonal, and social changes. During this stage, individuals are expected to establish a more coherent identity, develop greater autonomy, expand peer relationships, and form increasingly stable expectations about their future. These developmental tasks may become considerably more difficult for adolescents who have experienced maltreatment, neglect, inadequate caregiving, or dysfunctional family relationships. Childhood maltreatment can disrupt emotional security and interpersonal trust and may contribute to psychological distress through deterioration in supportive social relationships (Wang & Chen, 2023). Adolescents with histories of maltreatment may therefore experience difficulties not only in regulating emotional reactions but also in managing uncertainty, developing effective social relationships, and maintaining positive expectations regarding their future.

One psychological process that may be particularly relevant to maltreated adolescents is intolerance of uncertainty. Intolerance of uncertainty refers to a tendency to perceive ambiguous, unpredictable, or uncertain situations as threatening and difficult to tolerate. Recent evidence indicates that intolerance of uncertainty is meaningfully associated with emotional difficulties during childhood and adolescence, including depressive symptoms (Mares & Fuller, 2026). It is also closely related to emotion-regulation processes, with greater intolerance of uncertainty being associated with greater use of maladaptive emotion-regulation strategies and reduced use of adaptive strategies (Sahib et al., 2023). Research has further suggested that self-compassion may be associated with more adaptive emotion regulation through reduced experiential avoidance and intolerance of uncertainty (Salarhaji et al., 2021). Intervention studies have similarly demonstrated that

compassion-focused approaches may improve ambiguity tolerance (Baharvandi et al., 2020) and reduce intolerance of uncertainty and worry (Ghatour et al., 2019).

Social competence represents another essential dimension of adolescent adjustment. It includes the cognitive, emotional, behavioral, and motivational capacities required to establish and maintain constructive interpersonal relationships and respond effectively to social demands. Adolescents exposed to maltreatment may have fewer opportunities to learn secure interpersonal patterns and may become more sensitive to rejection, criticism, or interpersonal threat. Psychological abuse and neglect have been associated with impairment in adolescent social-emotional competence (Liu et al., 2025), while childhood maltreatment has also been linked to poorer peer relationship quality (Yoon et al., 2024) and greater withdrawal, avoidance, and fragmentation within adolescent peer networks (Kamis & Copeland, 2024). Compassion-based interventions may be relevant to these difficulties because they seek to reduce self-criticism and threat sensitivity while strengthening emotional safety, empathy, and adaptive interpersonal functioning. Previous studies have reported beneficial effects of compassion-focused interventions on adjustment (Akbari et al., 2018), interpersonal relationship quality (Araghian et al., 2020), and personal-social adjustment (Eftekhari et al., 2020).

Hope is also an important psychological resource during adolescence because it contributes to goal-directed behavior, motivation, and positive future orientation. Hope has been recognized as an important component of positive youth development across diverse sociocultural contexts (Bowers & Bowers, 2023), although its conceptualization and assessment in adolescence require sensitivity to developmental and cultural characteristics (Chongwo et al., 2023). For adolescents in residential care, supportive affective relationships with caregivers have been positively associated with self-efficacy and hope (Babo et al., 2024). In contrast, negative future-related thinking has been

longitudinally associated with subsequent symptoms of depression and anxiety during adolescence (Tang et al., 2024). Compassion-focused interventions may contribute to hope by helping individuals interpret previous failures and painful experiences without global self-condemnation. Consistent with this proposition, compassion-focused therapy has been associated with greater hope and a more positive life orientation (Dehrouyeh & Tavakoli, 2020), as well as increased hope and reduced bleak future outlook (Zamani, 2021).

Compassion-Focused Therapy (CFT) is a process-oriented therapeutic approach that emphasizes reducing shame and self-criticism, improving emotion regulation, and developing a sense of safety through compassionate engagement with oneself and others. A systematic review of self-compassion in children and adolescents has indicated that self-compassion may function as an adaptive psychological resource during development (Neuenschwander & von Gunten, 2025). Although empirical evidence regarding CFT in younger populations remains developing, a systematic review of compassion-focused group interventions in child and adolescent clinical populations has identified promising psychological outcomes while also emphasizing the limited number and methodological heterogeneity of existing studies (Roberts et al., 2026). A pilot randomized controlled trial of Internet-based group CFT among young people experiencing stress, anxiety, and depression has likewise provided preliminary support for the feasibility and potential benefits of this approach (Vestin et al., 2025). Accordingly, examining CFT among maltreated adolescents is particularly important because their psychological difficulties may involve interconnected problems in threat regulation, interpersonal functioning, and future orientation. The present study therefore aimed to investigate the effectiveness of Compassion-Focused Therapy on tolerance of uncertainty, social competence, and hope for life among maltreated adolescents.

Methods and Materials

The study employed a quasi-experimental pretest-posttest design with a control group. The statistical population consisted of maltreated adolescents receiving services from Welfare Organization centers in Kermanshah Province, Iran. Thirty adolescents aged 13–18 years were selected through convenience sampling according to the study eligibility criteria and were subsequently randomly assigned to an experimental group and a control group, with 15 participants in each group. Eligibility criteria included being within the specified age range, receiving services from the Welfare Organization, having a history of inadequate parental care or maltreatment, willingness to participate, and ability to attend the intervention sessions regularly. Severe physical illness, psychiatric disorder, and use of psychiatric medications were considered exclusion criteria. Participation was voluntary, confidentiality was maintained throughout the study, and participants were informed that they could discontinue participation at any stage. Prior to the intervention, both groups completed the pretest measures. The experimental group subsequently received CFT, whereas the control group did not receive a specific psychological intervention and continued to receive routine services. At the end of the intervention period, both groups completed the same measures as posttests.

Data were collected using the Snyder Hope Scale, the Intolerance of Uncertainty Scale, and the Felner Social Competence Questionnaire. The Snyder Hope Scale contains 12 items, eight of which assess agency thinking and pathways thinking, while four function as filler items. Higher scores represent greater levels of hope. The Intolerance of Uncertainty Scale consists of 27 items rated on a five-point Likert scale and was used in the present study to assess participants' ability to tolerate ambiguous and unpredictable situations. Social competence was measured using the 47-item Felner Social Competence Questionnaire, which evaluates cognitive skills and abilities, behavioral skills, emotional competence, and motivational sets and expectations.

The CFT intervention was implemented in eight 90-minute group sessions delivered twice weekly over one month. The protocol emphasized psychoeducation about compassion, understanding the threat, drive, and soothing emotion-regulation systems, mindfulness, soothing-rhythm breathing, compassionate attention and reasoning, recognition of self-critical patterns, compassionate imagery, development of the compassionate self, creation of a sense of safety, management of fear of compassion, compassionate behavior, and application of acquired skills to stressful and interpersonal situations. The final session included compassionate letter writing, review of previously learned skills, consolidation of treatment gains, and strategies for continuing compassionate practices in everyday life.

Data were analyzed using SPSS version 27. Means and standard deviations were calculated for descriptive purposes. Statistical assumptions were evaluated using the Shapiro-Wilk test, Box's M test, Levene's test, and assessment of homogeneity of regression slopes. Multivariate analysis of covariance was used to examine the overall intervention effect across the dependent variables after controlling for pretest scores, followed by univariate analyses of covariance for each outcome. Statistical significance was set at 0.05.

Findings

Thirty participants completed the study, with 15 adolescents in each group. The mean age was 13.80 ± 3.22 years in the experimental group and 13.11 ± 2.69 years in the control group, with no statistically significant between-group difference in age. Descriptively, tolerance of uncertainty in the experimental group increased from 81.36 ± 7.63 at pretest to 96.47 ± 9.31 at posttest, whereas the corresponding scores in the control group changed only from 81.64 ± 6.25 to 83.61 ± 6.78 . Social competence in the experimental group increased from 84.25 ± 4.77 to 91.44 ± 3.56 , while the control group showed virtually no change, from 86.37 ± 6.27 to 86.34 ± 5.79 . Hope for life increased from 67.34 ± 7.40 to 74.33 ± 7.48 in the experimental group, compared with a smaller change from 65.27 ± 5.77 to 66.42 ± 7.44 in the control group.

All relevant statistical assumptions were satisfied. The multivariate analysis of covariance indicated a statistically significant overall group effect on the combined dependent variables after controlling for pretest scores (Wilks' $\lambda = 0.42$, $F(2, 25) = 20.67$, $p = 0.003$, $\eta^2 = 0.69$). Thus, group membership accounted for a substantial proportion of the combined variance in the dependent variables. Subsequent univariate analyses demonstrated a significant group effect for tolerance of uncertainty ($F = 31.27$, $p = 0.003$, $\eta^2 = 0.79$), social competence ($F = 13.54$, $p = 0.013$, $\eta^2 = 0.17$), and hope for life ($F = 6.09$, $p = 0.019$, $\eta^2 = 0.27$). Taken together, these findings indicated that CFT significantly improved all three psychological outcomes among adolescents in the experimental group compared with the control group.

Discussion and Conclusion

The findings demonstrated that Compassion-Focused Therapy was effective in increasing tolerance of uncertainty, social competence, and hope for life among maltreated adolescents. The strongest effect was observed for tolerance of uncertainty, suggesting that the intervention may be particularly relevant to adolescents who experience heightened threat reactions when confronted with ambiguous or unpredictable circumstances. Techniques such as mindfulness, soothing breathing, compassionate imagery, and the cultivation of a compassionate internal stance may have enabled participants to respond to uncertainty with less emotional arousal and self-criticism. Rather than attempting to eliminate uncomfortable emotions or immediately resolve uncertain situations, participants may have developed a greater capacity to remain psychologically engaged with ambiguity without interpreting it as an intolerable threat.

The improvement in social competence may similarly be explained by changes in emotional security and self-evaluation. Maltreated adolescents may enter interpersonal situations with heightened expectations of rejection, criticism, or conflict. Reducing self-criticism and strengthening a sense of internal safety may therefore make interpersonal engagement less threatening. Moreover, the intervention directly incorporated compassion toward

others, empathy, nonjudgmental awareness, and compassionate behavior. These elements may have enhanced participants' ability to regulate emotional reactions during social interactions, consider others' perspectives, respond less defensively to interpersonal difficulties, and participate more effectively in relationships.

CFT also significantly increased hope for life. This improvement may reflect a change in how participants interpreted past adversity and anticipated future experiences. Compassionate self-responding does not require denying hardship; rather, it allows individuals to acknowledge suffering without defining themselves entirely by previous failures, rejection, or adverse experiences. For maltreated adolescents, this distinction may be particularly important. When difficult experiences are no longer interpreted as evidence of permanent personal inadequacy or an inevitably negative future, adolescents may become more capable of establishing goals, identifying alternative pathways, and maintaining motivation toward desired outcomes.

The simultaneous improvement in the three outcomes suggests that CFT may influence broader underlying psychological processes rather than isolated symptoms. Tolerance of uncertainty reflects adaptation to ambiguity,

social competence reflects functioning in interpersonal contexts, and hope reflects orientation toward future goals. All three may be influenced by the extent to which adolescents feel safe, can regulate distress, and respond to themselves without excessive criticism. By strengthening these foundational capacities, CFT may produce effects across multiple areas of adjustment.

In conclusion, an eight-session Compassion-Focused Therapy intervention was associated with significant improvements in tolerance of uncertainty, social competence, and hope for life among maltreated adolescents. The findings suggest that CFT may represent a useful psychological approach for adolescents receiving institutional or welfare-related care, particularly when their difficulties involve heightened threat sensitivity, interpersonal insecurity, self-criticism, and negative expectations about the future. Nevertheless, the findings should be interpreted in light of the relatively small sample, the use of a non-active control group, reliance on self-report measures, and absence of follow-up assessment. Larger controlled studies with longer follow-up periods and direct assessment of proposed mechanisms are needed to determine the durability and pathways of these effects.

مقدمه

دوره نوجوانی یکی از حساس‌ترین و پیچیده‌ترین مراحل تحول انسان است که در آن تغییرات هم‌زمان شناختی، هیجانی، رفتاری و اجتماعی، فرد را با مجموعه‌ای از تکالیف رشدی جدید مواجه می‌کند. شکل‌گیری هویت، گسترش استقلال، بازتعریف رابطه با خانواده، افزایش اهمیت روابط همسالان و ایجاد چشم‌انداز نسبت به آینده از مهم‌ترین فرایندهایی هستند که در این مرحله رخ می‌دهند. کیفیت تجارب بین‌فردی و محیط مراقبتی در این دوره می‌تواند نقش تعیین‌کننده‌ای در مسیر سازگاری روان‌شناختی نوجوان داشته باشد. نوجوانانی که در محیط‌های خانوادگی باثبات، حمایتگر و قابل پیش‌بینی رشد می‌کنند، معمولاً فرصت بیشتری برای رشد احساس امنیت، اعتماد بین‌فردی، تنظیم هیجان و شکل‌گیری انتظارات مثبت نسبت به آینده دارند؛ در مقابل، تجربه بدرفتاری، غفلت، مراقبت ناکافی و روابط خانوادگی مختل می‌تواند این فرایندهای تحولی را با دشواری مواجه کند. شواهد نشان داده‌اند که بدرفتاری دوران کودکی صرفاً یک رویداد منفرد نیست، بلکه می‌تواند از طریق تضعیف روابط اجتماعی و کاهش منابع حمایتی، زمینه‌ساز پریشانی روان‌شناختی بیشتر در نوجوانی شود (Wang & Chen, 2023). همچنین، نوجوانان دارای تجربه بدسرپرستی ممکن است به دلیل تداوم ناایمنی، پیش‌بینی‌ناپذیری و بی‌ثباتی در محیط اولیه زندگی، در مواجهه با موقعیت‌های مبهم، روابط اجتماعی و آینده خود آسیب‌پذیری بیشتری نشان دهند؛ از این رو توجه هم‌زمان به ابعاد شناختی، هیجانی و اجتماعی سازگاری در این گروه اهمیت ویژه‌ای دارد.

یکی از حوزه‌های مهم آسیب‌پذیری در نوجوانان دارای تجربه بدسرپرستی، نحوه مواجهه آنان با عدم قطعیت و موقعیت‌های غیرقابل پیش‌بینی است. عدم تحمل بلا تکلیفی به مجموعه‌ای از باورها، ارزیابی‌ها و واکنش‌های شناختی و هیجانی اشاره دارد که فرد در برابر موقعیت‌هایی با

پیامد نامعلوم تجربه می‌کند. افراد دارای عدم تحمل بلا تکلیفی بالا، موقعیت‌های مبهم را تهدیدآمیزتر ارزیابی می‌کنند، نیاز بیشتری به پیش‌بینی و کنترل دارند و در صورت فقدان اطمینان، احتمال بیشتری دارد که نگرانی، اجتناب و پریشانی هیجانی را تجربه کنند. اهمیت این سازه در کودکان و نوجوانان در سال‌های اخیر بیشتر مورد توجه قرار گرفته است. مرور نظام‌مند و فراتحلیل انجام‌شده درباره عدم تحمل بلا تکلیفی و افسردگی در کودکان و نوجوانان نشان داده است که این سازه با نشانه‌های افسردگی رابطه معنادار و قابل توجهی دارد و می‌تواند به‌عنوان یکی از سازوکارهای فراتشخیصی در آسیب‌شناسی هیجانی این دوره در نظر گرفته شود (Mares & Fuller, 2026). این موضوع در نوجوانانی که در محیط‌های مراقبتی نامطمئن رشد کرده‌اند اهمیت دوچندانی دارد، زیرا تجربه مکرر بی‌ثباتی می‌تواند حساسیت آنان را نسبت به عدم قطعیت افزایش داده و موقعیت‌های غیرقابل پیش‌بینی را به‌عنوان نشانه‌ای از تهدید تفسیر کند.

عدم تحمل بلا تکلیفی همچنین ارتباط نزدیکی با فرایندهای تنظیم هیجان دارد. شواهد فراتحلیلی نشان داده‌اند که سطوح بالاتر عدم تحمل بلا تکلیفی با استفاده بیشتر از راهبردهای ناسازگارانه تنظیم هیجان و استفاده کمتر از راهبردهای سازگارانه همراه است (Sahib et al., 2023). به بیان دیگر، مشکل صرفاً ناشی از وجود موقعیت نامطمئن نیست، بلکه نحوه تفسیر و تنظیم پاسخ هیجانی به آن نیز در شدت واکنش فرد نقش دارد. در همین راستا، پژوهش‌های داخلی نیز نشان داده‌اند که شفقت به خود می‌تواند از طریق کاهش اجتناب تجربی و بهبود تنظیم هیجان با کاهش عدم تحمل بلا تکلیفی ارتباط داشته باشد (Salarhaji et al., 2021). چنین یافته‌هایی از این دیدگاه حمایت می‌کنند که مداخلاتی که به فرد می‌آموزند تجربه‌های دشوار را بدون سرزنش خود، واکنش تهدیدمحور شدید و تلاش افراطی برای کنترل تجربه بپذیرد، ممکن است در افزایش تحمل موقعیت‌های مبهم مؤثر باشند. یافته‌های

(Copeland, 2024). در چنین شرایطی، ترس از طرد، احساس نایمی، خودانتقادگری شدید یا دشواری در تنظیم هیجان می‌تواند مانع مشارکت مؤثر نوجوان در تعاملات اجتماعی شود. از این منظر، مداخلاتی که صرفاً رفتار اجتماعی آشکار را هدف قرار می‌دهند ممکن است کافی نباشند و توجه به فرایندهای درونی زیربنایی همچون احساس ایمنی، پذیرش خود و تنظیم پاسخ‌های هیجانی ضرورت داشته باشد. مطالعات داخلی نیز نشان داده‌اند که مداخلات مبتنی بر شفقت می‌توانند با بهبود سازگاری و عملکرد بین‌فردی همراه باشند. برای مثال، اثربخشی شفقت‌درمانی بر افزایش سازگاری در دانش‌آموزان دارای رفتارهای پرخطر گزارش شده است (Akbari et al., 2018). همچنین، درمان متمرکز بر شفقت توانسته است کیفیت روابط بین‌فردی را بهبود دهد (Araghian et al., 2020) و موجب افزایش سازگاری فردی - اجتماعی در گروه‌های آسیب‌پذیر شود (Eftekhari et al., 2020).

امید به زندگی نیز از دیگر منابع مهم سازگاری روان‌شناختی در دوره نوجوانی است. امید را می‌توان به‌عنوان یک جهت‌گیری شناختی - انگیزشی نسبت به آینده در نظر گرفت که شامل توانایی تصور اهداف مطلوب، حفظ انگیزه برای دستیابی به آن‌ها و یافتن مسیرهای ممکن برای رسیدن به اهداف است. در دوره نوجوانی، امید نقش مهمی در شکل‌گیری انگیزش، تصمیم‌گیری، برنامه‌ریزی و تداوم تلاش در برابر موانع دارد. مرور ادبیات مربوط به رشد مثبت نوجوانان نشان داده است که امید یکی از منابع روان‌شناختی مهم برای رشد مطلوب و سازگاری در زمینه‌های فرهنگی مختلف است و می‌تواند حتی در بافت‌هایی خارج از جوامع غربی، تحصیل‌کرده، صنعتی، ثروتمند و دموکراتیک نیز به‌عنوان یک عامل حمایتی عمل کند (Bowers & Bowers, 2023). در عین حال، سنجش امید در نوجوانان نیازمند توجه به زمینه فرهنگی و ویژگی‌های رشدی است و

مداخله‌ای نیز این فرض را تقویت کرده‌اند؛ به‌طوری که درمان مبتنی بر شفقت در برخی مطالعات موجب افزایش تحمل ابهام شده است (Baharvandi et al., 2020) و در مطالعه‌ای دیگر، اثربخشی شفقت‌درمانی در کاهش عدم تحمل بلا تکلیفی و نگرانی گزارش شده است (Ghatour et al., 2019). در کنار نحوه مواجهه با بلا تکلیفی، شایستگی اجتماعی نیز یکی از مؤلفه‌های اساسی سازگاری در نوجوانی است. شایستگی اجتماعی شامل مجموعه‌ای از مهارت‌های شناختی، هیجانی، رفتاری و انگیزشی است که فرد را قادر می‌سازد روابط بین‌فردی مؤثر برقرار کند، نیازهای خود و دیگران را در موقعیت‌های اجتماعی در نظر بگیرد و به شیوه‌ای سازگارانه به تعارض‌ها، فشارهای اجتماعی و انتظارات محیط پاسخ دهد. تجربه بدرفتاری و غفلت می‌تواند این توانایی را از مسیرهای مختلف مختل کند. نوجوانی که در محیط اولیه خود با طرد، بی‌ثباتی یا تعاملات ناسازگار مواجه بوده است، ممکن است فرصت کمتری برای یادگیری اعتماد، همدلی، تنظیم هیجان و مهارت‌های ارتباطی سازنده داشته باشد. پژوهش‌های جدید نشان داده‌اند که سوءاستفاده روان‌شناختی و غفلت دوران کودکی با تضعیف شایستگی اجتماعی - هیجانی نوجوانان ارتباط دارد و برخی متغیرهای هیجانی و بین‌فردی می‌توانند در این رابطه نقش میانجی ایفا کنند (Liu et al., 2025). همچنین، پیامدهای بدرفتاری می‌توانند در کیفیت روابط همسالان نیز منعکس شوند؛ به‌گونه‌ای که انواع و زمان‌بندی تجربه بدرفتاری با کیفیت پایین‌تر روابط همسالان در نوجوانی ارتباط داشته است (Yoon et al., 2024).

اختلال در روابط اجتماعی نوجوانان دارای تجربه بدرفتاری تنها به کیفیت ارتباط با یک یا چند همسال محدود نمی‌شود، بلکه ممکن است ساختار کلی شبکه روابط اجتماعی آنان را نیز تحت تأثیر قرار دهد. شواهد نشان داده‌اند که تجربه بدرفتاری دوران کودکی با کناره‌گیری، اجتناب و گسستگی بیشتر در شبکه‌های همسالان در دوره نوجوانی همراه است (Kamis &

حمایتگرانه‌تر با خود تأکید دارد. در نوجوانانی که روابط اولیه آنان با بی‌ثباتی، غفلت یا بدرفتاری همراه بوده است، نظام تهدید ممکن است به‌صورت مزمن فعال باشد و فرد حتی در موقعیت‌های نسبتاً عادی نیز خطر، طرد یا شکست را محتمل‌تر ارزیابی کند. در چنین شرایطی، تقویت نظام آرامش و ایمنی و آموزش شیوه‌های مشفقانه مواجهه با تجربه‌های دشوار می‌تواند بر حوزه‌های مختلف عملکرد روان‌شناختی اثر بگذارد. مرور نظام‌مند پژوهش‌های مربوط به شفقت به خود در کودکان و نوجوانان نشان داده است که خودشفقتی با پیامدهای سازگارانه متعددی در این گروه سنی ارتباط دارد و می‌تواند به‌عنوان یک منبع محافظتی در برابر پریشانی روان‌شناختی در نظر گرفته شود

(Neuenschwander & von Gunten, 2025).

از منظر سازوکارهای احتمالی، درمان متمرکز بر شفقت می‌تواند از چند مسیر بر متغیرهای مورد بررسی اثر بگذارد. نخست، آموزش پذیرش، ذهن‌آگاهی و پاسخ مشفقانه به پریشانی می‌تواند شدت واکنش‌های تهدیدمحور نسبت به ابهام را کاهش دهد و ظرفیت فرد را برای تحمل عدم قطعیت افزایش دهد. دوم، کاهش خودسرزنشگری و احساس شرم می‌تواند امنیت هیجانی بیشتری ایجاد کند و نوجوان را برای مشارکت در روابط اجتماعی، دریافت بازخورد و برقراری تعاملات سازگارانه‌تر آماده سازد. سوم، تغییر نحوه تفسیر شکست‌ها و تجربه‌های ناخوشایند می‌تواند از تعمیم تجارب منفی گذشته به آینده جلوگیری کند و به حفظ انگیزش و امید کمک نماید. یافته‌های موجود درباره ارتباط خودشفقتی با تنظیم هیجان، تحمل پریشانی و روابط بین‌فردی از این مسیرهای نظری حمایت می‌کنند. حتی مطالعاتی که مستقیماً بر درمان شفقت متمرکز نبوده‌اند، نشان داده‌اند که کیفیت تنظیم تعاملات و شیوه مواجهه با تجارب بین‌فردی می‌تواند در سازگاری نوجوانان نقش داشته باشد (Rasmussen et al., 2018).

بررسی‌های مروری بر ابزارهای امید و خوش‌بینی بر ضرورت دقت در مفهوم‌سازی و سنجش این سازه‌ها در جمعیت نوجوان تأکید کرده‌اند (Chongwo et al., 2023).

اهمیت امید زمانی برجسته‌تر می‌شود که نوجوان در معرض تجارب نامطلوب خانوادگی و مراقبتی قرار داشته باشد. کیفیت رابطه با مراقبان می‌تواند در شکل‌گیری احساس خودکارآمدی و امید نوجوانان ساکن مراکز مراقبتی نقش داشته باشد؛ چنان‌که یافته‌ها نشان داده‌اند روابط عاطفی حمایتگرانه‌تر با مراقبان با سطوح بالاتر خودکارآمدی و امید در نوجوانان تحت مراقبت اقامتی ارتباط دارد (Babo et al., 2024). از سوی دیگر، نگرش منفی نسبت به آینده ممکن است به‌عنوان یکی از عوامل مرتبط با تداوم مشکلات روان‌شناختی در نوجوانی عمل کند. مرور نظام‌مند و فراتحلیل مطالعات طولی نشان داده است که تفکر منفی درباره آینده و کاهش انتظارات مثبت می‌تواند با افزایش بعدی نشانه‌های افسردگی و اضطراب مرتبط باشند (Tang et al., 2024). بنابراین، تقویت امید در نوجوانان بدسرپرست تنها به معنای افزایش یک نگرش مثبت عمومی نیست، بلکه می‌تواند بخشی از فرایند بازسازی ظرفیت آنان برای تصور آینده‌ای متفاوت از تجارب منفی گذشته باشد. شواهد مداخله‌ای داخلی نیز نشان داده‌اند که درمان متمرکز بر شفقت می‌تواند امید و جهت‌گیری زندگی را در نوجوانان افزایش دهد (Dehrouyeh & Tavakoli, 2020) و در مطالعات دیگر نیز افزایش امید و کاهش نگرش تیره نسبت به آینده پس از مداخلات مبتنی بر شفقت گزارش شده است (Zamani, 2021).

در چنین چارچوبی، درمان متمرکز بر شفقت به‌عنوان رویکردی فرایندمحور می‌تواند برای نوجوانان دارای تجربه بدسرپرستی از اهمیت خاصی برخوردار باشد. این رویکرد بر کاهش خودانتقادگری و شرم، تقویت احساس ایمنی، توسعه توانایی تنظیم هیجان و ایجاد رابطه‌ای مهربانانه‌تر و

با وجود پشتوانه نظری، شواهد مداخله‌ای درباره کاربرد درمان متمرکز بر شفقت در جمعیت‌های کودک و نوجوان هنوز در حال شکل‌گیری است. مرور نظام‌مند و سنتز روایی اخیر درباره مداخلات گروهی مبتنی بر شفقت در جمعیت‌های بالینی کودک و نوجوان نشان داده است که این مداخلات در برخی مطالعات با بهبود شفقت به خود و تعدادی از پیامدهای روان‌شناختی همراه بوده‌اند، اما تعداد مطالعات، حجم نمونه‌ها و تنوع روش‌شناختی هنوز امکان نتیجه‌گیری قطعی را محدود می‌کند (Roberts et al., 2026).

همچنین، یک کارآزمایی مقدماتی درباره درمان گروهی متمرکز بر شفقت مبتنی بر اینترنت در جوانان دارای استرس، اضطراب و افسردگی، قابلیت اجرا و شواهد اولیه‌ای از اثربخشی این مداخله را نشان داده است، هرچند نویسندگان بر ضرورت انجام مطالعات گسترده‌تر و کنترل‌شده‌تر تأکید کرده‌اند (Vestin et al., 2025). این محدودیت شواهد زمانی اهمیت بیشتری پیدا می‌کند که جمعیت مورد مطالعه نوجوانان دارای تجربه بدسرپرستی باشد؛ زیرا ویژگی‌های این گروه از نظر امنیت دلبستگی، حساسیت به تهدید، اعتماد بین‌فردی و نگرش نسبت به آینده می‌تواند با جمعیت عمومی نوجوانان متفاوت باشد.

در مجموع، یافته‌های پیشین نشان می‌دهند که نوجوانان دارای تجربه بدسرپرستی ممکن است به‌طور هم‌زمان در سه حوزه مهم سازگاری با چالش‌ها مواجه باشند: تحمل موقعیت‌های نامطمئن، عملکرد اجتماعی و نگرش امیدوارانه نسبت به آینده. هر یک از این حوزه‌ها از یک سو با پیامدهای ناشی از بدرفتاری و نایمنی اولیه مرتبط است و از سوی دیگر، می‌تواند تحت تأثیر فرایندهای مشترکی مانند تنظیم هیجان، خودانتقادگری، احساس ایمنی و پذیرش خود قرار گیرد. درمان متمرکز بر شفقت با توجه به تمرکز مستقیم بر این فرایندهای زیربنایی، از نظر نظری ظرفیت آن را دارد که به‌طور هم‌زمان بر چند بعد از سازگاری نوجوانان اثر بگذارد. با این حال، پژوهش‌های اندکی

اثربخشی این مداخله را به‌طور هم‌زمان بر تحمل بلا تکلیفی، شایستگی اجتماعی و امید به زندگی در نوجوانان بدسرپرست بررسی کرده‌اند؛ در نتیجه، بررسی تجربی این موضوع می‌تواند به توسعه شواهد مربوط به کاربرد مداخلات شفقت‌محور در جمعیت‌های آسیب‌پذیر کمک کند.

بنابراین، پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر تحمل بلا تکلیفی، شایستگی اجتماعی و امید به زندگی در نوجوانان بدسرپرست انجام شد.

روش‌شناسی پژوهش

پژوهش حاضر از نظر روش، نیمه‌آزمایشی و مبتنی بر طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش را نوجوانان بدسرپرست و بی‌سرپرست تحت پوشش مراکز سازمان بهزیستی استان کرمانشاه تشکیل دادند. از میان نوجوانان ساکن مراکز شبانه‌روزی و شبه‌خانواده، ۳۰ نفر با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس و بر اساس ملاک‌های ورود و خروج انتخاب شدند و سپس به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل، هر گروه شامل ۱۵ نفر، گمارش یافتند. ملاک‌های ورود به پژوهش شامل قرار داشتن در دامنه سنی ۱۳ تا ۱۸ سال، تحت پوشش سازمان بهزیستی بودن، داشتن سابقه بدسرپرستی، تمایل به شرکت در پژوهش و برخورداری از شرایط لازم برای حضور منظم در جلسات مداخله بود. وجود بیماری جسمانی وخیم، ابتلا به اختلال روان‌پزشکی و مصرف داروهای اعصاب و روان نیز به‌عنوان ملاک‌های خروج از پژوهش در نظر گرفته شد. پس از اخذ مجوزهای لازم از دانشگاه آزاد اسلامی و انجام هماهنگی‌های مورد نیاز با مسئولان مراکز تحت پوشش سازمان بهزیستی استان کرمانشاه، نوجوانان واجد شرایط شناسایی شدند و توضیحات لازم درباره هدف کلی مطالعه، نحوه مشارکت، مراحل اجرای پژوهش و محرمانه ماندن اطلاعات در اختیار آنان قرار گرفت. شرکت در پژوهش کاملاً داوطلبانه بود و شرکت‌کنندگان از حق انصراف از

ادامه همکاری در هر مرحله آگاه شدند. پیش از اجرای مداخله، هر دو گروه در مرحله پیش‌آزمون به ابزارهای سنجش تحمل بلا تکلیفی، شایستگی اجتماعی و امید به زندگی پاسخ دادند. سپس گروه آزمایش درمان متمرکز بر شفقت را دریافت کرد، در حالی که گروه کنترل طی دوره اجرای پژوهش مداخله روان‌شناختی خاصی دریافت نکرد و از خدمات معمول مرکز بهره‌مند بود. پس از پایان مداخله، هر دو گروه مجدداً در مرحله پس‌آزمون با استفاده از همان ابزارهای مرحله پیش‌آزمون ارزیابی شدند. پرسشنامه‌ها بدون درج نام تکمیل شدند و تمامی اطلاعات جمع‌آوری شده صرفاً در چارچوب اهداف پژوهش مورد استفاده قرار گرفت.

مقیاس امید اسنایدر: برای سنجش امید به زندگی از مقیاس امید اسنایدر استفاده شد که توسط اسنایدر و همکاران در سال ۱۹۹۱ بر اساس نظریه شناختی امید تدوین شده است. این ابزار شامل ۱۲ گویه است که از میان آن‌ها، هشت گویه دو مؤلفه اصلی امید، یعنی تفکر عاملی و تفکر راهبردی، را ارزیابی می‌کنند و چهار گویه به عنوان عبارات انحرافی در نظر گرفته شده‌اند. تفکر عاملی بیانگر انگیزش، اراده و عزم فرد برای حرکت در جهت دستیابی به اهداف است، در حالی که تفکر راهبردی به ادراک فرد از توانایی خود برای یافتن مسیرهای مختلف جهت دستیابی به اهداف اشاره دارد. در نسخه مورد استفاده در پژوهش حاضر، پاسخ‌دهی به گویه‌ها بر اساس یک مقیاس لیکرت پنج‌درجه‌ای از «کاملاً موافقم» تا «کاملاً مخالفم» انجام شد و برخی گویه‌ها به صورت معکوس نمره‌گذاری شدند. نمره کل از مجموع امتیازات گویه‌های مربوط به مقیاس محاسبه می‌شود و نمره بالاتر نشان‌دهنده سطح بالاتر امید است. اسنایدر و همکاران همسانی درونی این ابزار را در دامنه ۰.۷۴ تا ۰.۸۴ گزارش کرده‌اند. در ایران نیز کرمانی و همکاران ویژگی‌های روان‌سنجی این مقیاس را بررسی کردند و ساختار دو عاملی شامل تفکر عاملی و تفکر راهبردی را مورد تأیید قرار دادند؛ همچنین، ضریب آلفای

کرونباخ کل مقیاس ۰.۸۶ و ضریب پایایی بازآزمایی آن ۰.۸۱ گزارش شده است که نشان‌دهنده پایایی مطلوب ابزار در جمعیت ایرانی است.

مقیاس عدم تحمل بلا تکلیفی: برای ارزیابی نحوه واکنش شرکت‌کنندگان به شرایط مبهم، نامطمئن و پیش‌بینی‌ناپذیر از مقیاس عدم تحمل بلا تکلیفی استفاده شد که توسط فریستون و همکاران در سال ۱۹۹۴ با هدف سنجش نگرش‌ها، باورها و واکنش‌های شناختی، هیجانی و رفتاری افراد نسبت به عدم قطعیت تدوین شده است. این مقیاس دارای ۲۷ گویه است که پاسخ‌دهندگان هر گویه را بر اساس یک طیف لیکرت پنج‌درجه‌ای از ۱، به معنای «کاملاً نادرست»، تا ۵، به معنای «کاملاً درست»، ارزیابی می‌کنند. دامنه نمرات کل ابزار از ۲۷ تا ۱۳۵ است و مطابق شیوه نمره‌گذاری مورد استفاده در پژوهش حاضر، نمرات بالاتر بیانگر توانایی بیشتر در تحمل شرایط بلا تکلیف و نامطمئن در نظر گرفته شد. در مطالعه اصلی، ضریب همسانی درونی این مقیاس ۰.۹۱ گزارش شده و شواهد مناسبی نیز برای پایایی بازآزمایی آن به دست آمده است. ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه فارسی این ابزار نیز در مطالعات داخلی تأیید شده است؛ به گونه‌ای که محمودعلیلو و همکاران ساختار چهارعاملی مقیاس را تأیید و ضریب آلفای کرونباخ آن را ۰.۸۸ گزارش کردند. همچنین، ارفعی و همکاران ضریب پایایی بازآزمایی ۰.۷۹ را برای این مقیاس گزارش کردند که حاکی از ثبات قابل قبول نمرات آن است. پرسشنامه شایستگی اجتماعی فلنر: شایستگی اجتماعی شرکت‌کنندگان با استفاده از پرسشنامه شایستگی اجتماعی فلنر و همکاران که در سال ۱۹۹۰ بر اساس الگوی چهاروجهی شایستگی اجتماعی تدوین شده است، اندازه‌گیری شد. این پرسشنامه شامل ۴۷ گویه در چهار بعد مهارت‌ها و توانایی‌های شناختی، مهارت‌های رفتاری، شایستگی هیجانی و آمایه‌های انگیزشی و انتظارات است و با هدف ارزیابی ابعاد مختلف توانایی فرد در برقراری و مدیریت روابط اجتماعی سازگارانه مورد استفاده قرار می‌گیرد. پاسخ‌دهی به

گویه‌ها بر اساس یک مقیاس لیکرت هفت‌درجه‌ای از «کاملاً مخالفم» تا «کاملاً موافقم» انجام می‌شود و تعدادی از گویه‌ها به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. نمره کل بالاتر بیانگر سطح بالاتر شایستگی اجتماعی است. نسخه ایرانی این پرسشنامه توسط پرندین بر اساس مدل چهاروجهی فلنر هنجاریابی شده است. نتایج تحلیل عاملی در نمونه ایرانی، چهار عامل اصلی ابزار را تأیید کرده و ضریب آلفای کرونباخ کل مقیاس ۰.۸۸ گزارش شده است. همچنین، ضریب پایایی بازآزمایی این ابزار با فاصله زمانی چهار هفته ۰.۸۹ به دست آمده است که بیانگر همسانی درونی و ثبات زمانی مطلوب پرسشنامه در جمعیت ایرانی است.

مداخله پژوهش حاضر بر اساس اصول و مؤلفه‌های درمان متمرکز بر شفقت و آموزش ذهن مشفقانه تدوین شده توسط گیلبرت در سال ۲۰۱۴ طراحی و در قالب هشت جلسه ۹۰ دقیقه‌ای، دو جلسه در هفته و طی یک ماه برای گروه آزمایش اجرا شد. این رویکرد با تکیه بر دیدگاه تکاملی و کارکردی، بر کاهش شرم و خودانتقادگری، بهبود تنظیم هیجان، تقویت احساس ایمنی و توسعه ظرفیت تجربه شفقت نسبت به خود و دیگران تأکید دارد و تنظیم هیجان را در قالب سه نظام اصلی تهدید و محافظت، برانگیختگی و جست‌وجوی منابع، و آرامش و ایمنی مفهوم‌سازی می‌کند. در جلسه نخست، رابطه درمانی برقرار شد، شرکت‌کنندگان با ساختار جلسات آشنا شدند، مفهوم شفقت و تفاوت آن با ترحم توضیح داده شد و مشکلات بر اساس رویکرد شفقت‌محور مفهوم‌سازی شدند. جلسه دوم به معرفی سه نظام تنظیم هیجان، شناسایی موقعیت‌های فعال‌کننده هر نظام و آشنایی با ذهن تهدیدمحور و ذهن مشفق اختصاص یافت. در جلسه سوم، کارکرد مغز و فرایندهای هیجانی توضیح داده شد و تمرین‌های ذهن‌آگاهی، تنفس آرام‌ساز، توجه به تجربه‌های درونی، نگرش مهربانانه نسبت به خود و احساس اشتراکات انسانی آموزش داده شد. در جلسه چهارم، ویژگی‌های ذهن و فرد

مشفق و مؤلفه‌های اصلی شفقت شامل حساسیت به رنج، مراقبت از بهزیستی، همدلی، همدردی، نگرش غیرقضاوتی و تحمل آشفتگی بررسی شد و شرکت‌کنندگان الگوهای خودانتقادگرانه خود را شناسایی کردند. جلسه پنجم بر آموزش توجه و استدلال مشفقانه، تنفس آرام‌ساز، تصویرسازی مشفقانه، تمرین «خود مشفق» و مقایسه ذهن مشفقانه با خودانتقادگری و نشخوار فکری تمرکز داشت. در جلسه ششم، تصویرسازی و تجربه حسی شفقت، ایجاد «مکان امن»، شفقت کلامی و عملی و استفاده از مهارت‌های مشفقانه در موقعیت‌های تنش‌زا و تعارض‌آمیز تمرین شد. جلسه هفتم به تقویت احساسات مشفقانه، ایجاد تصویر مشفق ایده‌آل، کار با موانع و ترس از شفقت، تمرین خودشفقت‌ورزی و کاربرد مهارت‌های آموخته‌شده در موقعیت‌های واقعی زندگی اختصاص یافت. در جلسه هشتم نیز رفتار مشفقانه، نوشتن نامه مشفقانه به خود، مرور و تمرین مهارت‌های جلسات پیشین و راهکارهای تداوم استفاده از مهارت‌های شفقت‌ورزی در زندگی روزمره آموزش داده شد. گروه کنترل در طول این دوره هیچ مداخله روان‌شناختی اختصاصی دریافت نکرد و تنها از خدمات معمول مراکز محل اقامت خود بهره‌مند بود.

داده‌های پژوهش با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۷ تجزیه و تحلیل شدند. در سطح آمار توصیفی، برای توصیف متغیرهای پژوهش در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون از میانگین و انحراف معیار استفاده شد. پیش از اجرای آزمون‌های استنباطی، مفروضه‌های لازم برای استفاده از تحلیل‌های پارامتریک مورد بررسی قرار گرفت؛ به‌طوری‌که نرمال بودن توزیع متغیرها با استفاده از آزمون شاپیرو-ویلک، همگنی ماتریس‌های کوواریانس با آزمون M باکس، همگنی واریانس‌ها با آزمون لوین و همگنی شیب‌های رگرسیون از طریق بررسی تعامل نمرات پیش‌آزمون و عضویت گروهی ارزیابی شد. پس از تأیید این مفروضه‌ها، برای بررسی اثر کلی درمان متمرکز بر شفقت بر مجموعه متغیرهای وابسته شامل تحمل بلا تکلیفی، شایستگی اجتماعی و امید به زندگی

یافته‌ها

در این پژوهش، ۳۰ نوجوان بدسرپرست در دو گروه آزمایش و کنترل شرکت داشتند که هر گروه شامل ۱۵ نفر بود. میانگین سنی شرکت‌کنندگان در گروه آزمایش ۱۳.۸۰ سال با انحراف معیار ۳.۲۲ و در گروه کنترل ۱۳.۱۱ سال با انحراف معیار ۲.۶۹ بود. نتایج مقایسه دو گروه از نظر سن نشان داد که تفاوت معناداری میان گروه آزمایش و کنترل وجود نداشت ($p > ۰.۰۵$)؛ بنابراین، دو گروه از نظر این ویژگی جمعیت‌شناختی همگن بودند.

جدول ۱. میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون

متغیر	گروه	پیش‌آزمون، میانگین	پیش‌آزمون، انحراف معیار	پس‌آزمون، میانگین	پس‌آزمون، انحراف معیار
تحمیل بالاتکلیفی	آزمایش	۸۱.۳۶	۷.۶۳	۹۶.۴۷	۹.۳۱
کنترل	کنترل	۸۱.۶۴	۶.۲۵	۸۳.۶۱	۶.۷۸
شایستگی اجتماعی	آزمایش	۸۴.۲۵	۴.۷۷	۹۱.۴۴	۳.۵۶
کنترل	کنترل	۸۶.۳۷	۶.۲۷	۸۶.۳۴	۵.۷۹
امید به زندگی	آزمایش	۶۷.۳۴	۷.۴۰	۷۴.۳۳	۷.۴۸
کنترل	کنترل	۶۵.۲۷	۵.۷۷	۶۶.۴۲	۷.۴۴

پیش از اجرای تحلیل کوواریانس، مفروضه‌های آماری مربوط به استفاده از آزمون‌های پارامتریک مورد بررسی قرار گرفت. نتایج آزمون شاپیرو-ویلک برای متغیرهای وابسته در دو گروه معنادار نبود ($p > ۰.۰۵$) و در نتیجه، فرض نرمال بودن توزیع داده‌ها برقرار بود. همچنین، آزمون M باکس نشان داد که تفاوت معناداری میان ماتریس‌های کوواریانس دو گروه وجود ندارد ($M = ۰.۱۱۹$, $F = ۱۸۷$, $p = ۰.۷۵۴$) و بنابراین، فرض همگنی ماتریس‌های کوواریانس تأیید شد. نتایج آزمون لوین نیز برای تحمیل بالاتکلیفی، شایستگی اجتماعی و امید به زندگی معنادار نبود ($p > ۰.۰۵$) و نشان داد که فرض همگنی واریانس‌ها برقرار است. علاوه بر این، تعامل میان نمرات پیش‌آزمون و عضویت گروهی برای هیچ‌یک از متغیرهای وابسته معنادار نبود و در نتیجه، فرض همگنی شیب‌های رگرسیون نیز تأیید شد. پس از احراز این مفروضه‌ها، تحلیل کوواریانس چندمتغیری با کنترل اثر نمرات پیش‌آزمون انجام شد. نتایج

و کنترل آماری تفاوت‌های اولیه گروه‌ها، از تحلیل کوواریانس چندمتغیری استفاده شد. در ادامه، برای تعیین اثر مداخله بر هر یک از متغیرهای وابسته به‌صورت جداگانه، تحلیل‌های کوواریانس تک‌متغیری با کنترل نمرات پیش‌آزمون انجام گرفت. اندازه اثر نیز برای ارزیابی میزان تأثیر مداخله گزارش شد. تمامی آزمون‌های آماری به‌صورت دوطرفه انجام شدند و سطح معناداری آماری ۰.۰۵ در نظر گرفته شد.

همان‌گونه که در جدول ۱ مشاهده می‌شود، میانگین نمره تحمیل بالاتکلیفی در گروه آزمایش از ۸۱.۳۶ در پیش‌آزمون به ۹۶.۴۷ در پس‌آزمون افزایش یافت، در حالی که این مقدار در گروه کنترل تنها از ۸۱.۶۴ به ۸۳.۶۱ رسید. میانگین شایستگی اجتماعی در گروه آزمایش نیز از ۸۴.۲۵ به ۹۱.۴۴ افزایش یافت، در حالی که در گروه کنترل تقریباً بدون تغییر باقی ماند و از ۸۶.۳۷ به ۸۶.۳۴ رسید. همچنین، میانگین امید به زندگی در گروه آزمایش از ۶۷.۳۴ در مرحله پیش‌آزمون به ۷۴.۳۳ در مرحله پس‌آزمون افزایش یافت، در حالی که در گروه کنترل افزایش محدودی از ۶۵.۲۷ به ۶۶.۴۲ مشاهده شد. در مجموع، الگوی تغییرات توصیفی نشان‌دهنده افزایش نمرات هر سه متغیر در گروه آزمایش پس از دریافت درمان متمرکز بر شفقت بود، در حالی که تغییرات گروه کنترل محدود بود.

نشان داد که اثر کلی گروه بر ترکیب متغیرهای وابسته معنادار بود ($Wilks' \lambda = 0.42, F(2, 25) = 20.67, p = 0.003, \eta^2 = 0.69$). بنابراین، پس از کنترل تفاوت‌های اولیه، بین گروه آزمایش و کنترل در ترکیب تحمل بلاتکلیفی،

شایستگی اجتماعی و امید به زندگی تفاوت معناداری وجود داشت و ۶۹ درصد از واریانس ترکیبی متغیرهای وابسته با عضویت گروهی مرتبط بود.

جدول ۲. نتایج تحلیل کوواریانس تک‌متغیری برای مقایسه گروه‌های آزمایش و کنترل

متغیر	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	p	اندازه اثر (η^2)
تحمل بلاتکلیفی	۲۶۹.۳۵	۱	۲۶۹.۳۵	۳۱.۲۷	۰.۰۰۳	۰.۷۹
شایستگی اجتماعی	۱۱.۳۹	۱	۱۱.۳۹	۱۳.۵۴	۰.۰۱۳	۰.۱۷
امید به زندگی	۱۲۵.۷۷	۱	۱۲۵.۷۷	۶.۰۹	۰.۰۱۹	۰.۲۷

نتایج تحلیل کوواریانس تک‌متغیری در جدول ۲ نشان داد که پس از کنترل اثر نمرات پیش‌آزمون، تفاوت میان گروه آزمایش و کنترل در تحمل بلاتکلیفی معنادار بود ($F = 31.27, p = 0.003, \eta^2 = 0.79$). با توجه به میانگین‌های تعدیل‌نشده مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون، این یافته نشان می‌دهد که درمان متمرکز بر شفقت با افزایش تحمل بلاتکلیفی در گروه آزمایش همراه بوده است. همچنین، تفاوت دو گروه در شایستگی اجتماعی معنادار بود ($F = 13.54, p = 0.013, \eta^2 = 0.17$) و افزایش میانگین نمرات گروه آزمایش نشان داد که مداخله موجب بهبود شایستگی اجتماعی شده است. در مورد امید به زندگی نیز تفاوت معناداری میان دو گروه پس از کنترل نمرات پیش‌آزمون مشاهده شد ($F = 6.09, p = 0.019, \eta^2 = 0.27$) و میانگین نمرات امید در گروه آزمایش پس از مداخله افزایش یافت. در مجموع، نتایج نشان داد که درمان متمرکز بر شفقت بر هر سه متغیر وابسته اثر معناداری داشته و موجب افزایش تحمل بلاتکلیفی، شایستگی اجتماعی و امید به زندگی در نوجوانان بدسرپرست گروه آزمایش شده است.

بدسرپرست انجام شد. نتایج نشان داد که پس از کنترل نمرات پیش‌آزمون، اثر کلی عضویت گروهی بر ترکیب متغیرهای وابسته معنادار بود و درمان متمرکز بر شفقت توانست به‌طور هم‌زمان بر هر سه متغیر مورد بررسی اثر بگذارد. تحلیل‌های تک‌متغیری نیز نشان دادند که نوجوانان گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل، پس از دریافت مداخله، افزایش معناداری در تحمل بلاتکلیفی، شایستگی اجتماعی و امید به زندگی تجربه کردند. اندازه اثر مداخله برای تحمل بلاتکلیفی برابر با ۰.۷۹، برای شایستگی اجتماعی برابر با ۰.۱۷ و برای امید به زندگی برابر با ۰.۲۷ بود. این الگو نشان می‌دهد که درمان متمرکز بر شفقت، افزون بر تأثیر بر فرایندهای درون‌فردی مانند تنظیم هیجان و خودانتقادگری، می‌تواند با بهبود نحوه مواجهه نوجوانان با عدم قطعیت، روابط اجتماعی و نگرش آنان نسبت به آینده همراه باشد. این یافته با مبانی نظری درمان متمرکز بر شفقت همسو است؛ زیرا این رویکرد با هدف کاهش فعالیت نظام تهدید، افزایش احساس ایمنی، پرورش نگرش حمایت‌گرانه نسبت به خود و تقویت ظرفیت تنظیم هیجان طراحی شده است و از این طریق می‌تواند بر چندین حوزه مرتبط با سازگاری روان‌شناختی اثرگذار باشد.

بحث و نتیجه‌گیری

نخستین یافته پژوهش نشان داد که درمان متمرکز بر شفقت موجب افزایش معنادار تحمل بلاتکلیفی در نوجوانان بدسرپرست شد. این یافته با نتایج مطالعات پیشین همسو است. در پژوهش قطور و همکاران، درمان مبتنی بر

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر تحمل بلاتکلیفی، شایستگی اجتماعی و امید به زندگی در نوجوانان

شفقت توانست عدم تحمل بلاتکلیفی و نگرانی را در دانش‌آموزان کاهش دهد (Ghatour et al., 2019). همچنین، بهاروندی و همکاران نشان دادند که درمان متمرکز بر شفقت موجب افزایش تحمل ابهام می‌شود (Baharvandi et al., 2020). این همسویی نشان می‌دهد که یکی از پیامدهای مهم مداخلات شفقت‌محور می‌تواند تغییر نحوه ارزیابی و تحمل موقعیت‌های مبهم و غیرقابل پیش‌بینی باشد. اهمیت این یافته در نوجوانان بدسرپرست بیشتر است، زیرا این گروه ممکن است در نتیجه تجربه مراقبت ناکافی، روابط ناپایدار و محیط‌های غیرقابل پیش‌بینی، حساسیت بیشتری نسبت به نشانه‌های تهدید داشته باشند و در شرایط عدم قطعیت، نگرانی و برانگیختگی هیجانی بیشتری تجربه کنند. شواهد فراتحلیلی نیز نشان داده‌اند که عدم تحمل بلاتکلیفی با اختلالات هیجانی در کودکان و نوجوانان، به‌ویژه نشانه‌های افسردگی، رابطه معناداری دارد (Mares & Fuller, 2026). بنابراین، بهبود تحمل بلاتکلیفی می‌تواند یکی از سازوکارهای مهمی باشد که از طریق آن مداخله شفقت‌محور به سازگاری روان‌شناختی نوجوانان کمک می‌کند.

در تبیین این یافته می‌توان به نقش تنظیم هیجان در درمان متمرکز بر شفقت اشاره کرد. عدم تحمل بلاتکلیفی تنها به معنای ناتوانی شناختی در مواجهه با ناشناخته‌ها نیست، بلکه با نحوه تنظیم واکنش‌های هیجانی نیز پیوند نزدیکی دارد. مرور نظام‌مند و فراتحلیل صاحب و همکاران نشان داد که عدم تحمل بلاتکلیفی با استفاده بیشتر از راهبردهای ناسازگارانه تنظیم هیجان و استفاده کمتر از راهبردهای سازگارانه ارتباط دارد (Sahib et al., 2023). در درمان متمرکز بر شفقت، نوجوان می‌آموزد که هیجان‌های ناخوشایند را به‌عنوان تجربه‌ای قابل تحمل بپذیرد و به جای پاسخ فوری مبتنی بر خودسرزنشگری، اجتناب یا کنترل افراطی، از راهبردهایی مانند تنفس آرام‌ساز، ذهن‌آگاهی، تصویرسازی مشفقانه و گفت‌وگوی درونی حمایت‌گرانه استفاده

کند. یافته‌های سالارحاجی و همکاران نیز نشان داده است که خودشفقتی با تنظیم هیجان رابطه دارد و اجتناب تجربی و عدم تحمل بلاتکلیفی می‌تواند در این رابطه نقش داشته باشند (Salarhaji et al., 2021). بنابراین، می‌توان چنین تبیین کرد که مداخله حاضر از طریق کاهش واکنش‌های تهدیدمحور و افزایش ظرفیت پذیرش تجربه‌های دشوار، به نوجوانان کمک کرده است موقعیت‌های نامطمئن را کمتر به‌عنوان خطر فوری ارزیابی کنند و در نتیجه تحمل بیشتری در برابر بلاتکلیفی نشان دهند.

از سوی دیگر، کاهش خودانتقادگری نیز می‌تواند در بهبود تحمل بلاتکلیفی نقش داشته باشد. نوجوانانی که تجربه بدسرپرستی داشته‌اند ممکن است در شرایط شکست یا عدم اطمینان، مسئولیت مشکلات را بیش از حد به خود نسبت دهند و به ارزیابی‌های منفی درباره کفایت شخصی خود بپردازند. درمان متمرکز بر شفقت تلاش می‌کند این الگوی ارزیابی را تغییر دهد و به فرد آموزش دهد که مواجهه با دشواری، ابهام یا شکست لزوماً نشانه ضعف یا بی‌کفایتی نیست. مرور نظام‌مند پژوهش‌های مربوط به خودشفقتی در کودکان و نوجوانان نیز نشان داده است که خودشفقتی با سازگاری هیجانی

بهتر و کاهش پریشانی روان‌شناختی ارتباط دارد (Neuenschwander & von Gunten, 2025). بنابراین، افزایش تحمل بلاتکلیفی در پژوهش حاضر را می‌توان حاصل ترکیب کاهش خودانتقادگری، تنظیم بهتر برانگیختگی هیجانی و ایجاد احساس ایمنی بیشتر در مواجهه با شرایط نامطمئن دانست. یافته دوم نشان داد که درمان متمرکز بر شفقت موجب افزایش معنادار شایستگی اجتماعی نوجوانان بدسرپرست شد. این نتیجه با یافته‌های شماری از پژوهش‌های پیشین همسو است. اکبری و همکاران نشان دادند که شفقت‌درمانی می‌تواند سازگاری دانش‌آموزان دارای رفتارهای پرخطر را افزایش دهد (Akbari et al., 2018). همچنین، عراقیان و همکاران گزارش کردند که درمان متمرکز بر شفقت می‌تواند کیفیت روابط بین‌فردی را بهبود

دهد (Araghian et al., 2020). افتخاری و همکاران نیز اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت را بر سازگاری فردی - اجتماعی نشان دادند (Eftekhari et al., 2020). همسویی این یافته‌ها با نتایج پژوهش حاضر نشان می‌دهد که شفقت نسبت به خود تنها یک متغیر درون‌فردی نیست و می‌تواند به نحوه تعامل فرد با دیگران نیز تسری یابد.

این نتیجه در نوجوانان بدسرپرست از اهمیت ویژه‌ای برخوردار است، زیرا تجربه بدرفتاری و غفلت می‌تواند کیفیت رشد اجتماعی را مختل کند. پژوهش لیو و همکاران نشان داد که سوءاستفاده روان‌شناختی و غفلت دوران کودکی با تضعیف شایستگی اجتماعی - هیجانی نوجوانان ارتباط دارد (Liu et al., 2025). همچنین، یون و همکاران نشان دادند که انواع و زمان تجربه بدرفتاری می‌تواند با کیفیت پایین‌تر روابط با همسالان مرتبط باشد (Yoon et al., 2024). کامیس و کوپلند نیز گزارش کردند که بدرفتاری دوران کودکی با کناره‌گیری، اجتناب و گسستگی بیشتر در شبکه‌های همسالان نوجوانان همراه است (Kamis & Copeland, 2024). بنابراین، نوجوانان بدسرپرست ممکن است نه فقط به دلیل کمبود مهارت‌های اجتماعی، بلکه به دلیل ترس از طرد، انتظار آسیب، بی‌اعتمادی بین‌فردی، خودانتقادی و فعال بودن مداوم نظام تهدید در تعاملات اجتماعی دچار مشکل شوند. درمان متمرکز بر شفقت با کاهش حساسیت نسبت به تهدید و افزایش احساس امنیت می‌تواند زمینه‌ای فراهم کند که نوجوان با اضطراب و دفاع کمتری وارد روابط اجتماعی شود.

محتوای مداخله نیز می‌تواند بخشی از این اثر را توضیح دهد. جلسات درمان شامل آموزش همدلی، همدردی، توجه مشفقانه، نگرش غیرقضاوتی، پذیرش خود و دیگران و رفتار مشفقانه بود. چنین مؤلفه‌هایی مستقیماً با کیفیت روابط اجتماعی مرتبط است و می‌تواند به نوجوان کمک کند هنگام مواجهه با تعارض، انتقاد یا ناکامی، پاسخ‌های دفاعی کمتری نشان دهد و از شیوه‌های

سازگارانه‌تری در تعامل استفاده کند. علاوه بر این، کاهش خودانتقادی ممکن است ترس از ارزیابی منفی را کاهش دهد و آمادگی فرد برای مشارکت در تعاملات اجتماعی را افزایش دهد. پژوهش وانگ و چن نیز نشان داده است که بدرفتاری با کودک می‌تواند از طریق اختلال در روابط اجتماعی با پریشانی روان‌شناختی ارتباط پیدا کند (Wang & Chen, 2023). از این منظر، هر مداخله‌ای که هم‌زمان امنیت درونی و کیفیت تعاملات اجتماعی را هدف قرار دهد، می‌تواند برای نوجوانان دارای تجربه بدسرپرستی اهمیت ویژه‌ای داشته باشد.

یافته سوم پژوهش نشان داد که درمان متمرکز بر شفقت موجب افزایش معنادار امید به زندگی در نوجوانان بدسرپرست شد. این نتیجه نیز با مطالعات پیشین همخوانی دارد. دهرویه و توکلی نشان دادند که درمان متمرکز بر شفقت موجب افزایش امید و جهت‌گیری مثبت نسبت به زندگی در نوجوانان می‌شود (Dehrouyeh & Tavakoli, 2020). همچنین، زمانی گزارش کرد که مداخلات شفقت‌محور می‌توانند امید و تاب‌آوری را افزایش داده و نگرش تیره نسبت به آینده را کاهش دهند (Zamani, 2021). این یافته‌ها نشان می‌دهند که تأثیر شفقت به خود تنها به کاهش هیجان‌های منفی محدود نمی‌شود و می‌تواند بر نحوه تصور و ارزیابی آینده نیز اثرگذار باشد.

یکی از دلایل احتمالی افزایش امید آن است که درمان متمرکز بر شفقت نحوه معنا دادن نوجوان به تجربه‌های منفی گذشته را تغییر می‌دهد. نوجوان دارای سابقه بدسرپرستی ممکن است تجربه‌های ناکام‌کننده گذشته را به آینده تعمیم دهد و تصور کند که شرایط آینده نیز غیرقابل تغییر، ناامن یا ناکام‌کننده خواهد بود. در مقابل، خودشفقتی به فرد کمک می‌کند تجربه‌های دشوار را بدون تبدیل آن‌ها به قضاوت کلی درباره ارزشمندی یا توانایی خود بپذیرد. در این شرایط، شکست یا محرومیت گذشته کمتر به عنوان نشانه‌ای قطعی از شکست آینده تلقی می‌شود. این موضوع با یافته‌های تانگ و همکاران سازگار

است که نشان دادند تفکر منفی درباره آینده با افزایش بعدی نشانه‌های افسردگی و اضطراب در نوجوانان ارتباط دارد (Tang et al., 2024). همچنین، بورز و بورز امید را یکی از منابع اساسی رشد مثبت نوجوانان معرفی کرده‌اند که می‌تواند با حفظ انگیزش و هدف‌گرایی در شرایط دشوار همراه باشد (Bowers & Bowers, 2023). بنابراین، افزایش امید در پژوهش حاضر ممکن است نتیجه کاهش تفسیرهای منفی درباره خود و آینده و افزایش توانایی نوجوان برای تصور مسیرهای جایگزین و مطلوب باشد.

نقش روابط حمایتی نیز در این زمینه قابل توجه است. ببو و همکاران نشان دادند که در نوجوانان ساکن مراکز مراقبتی، کیفیت رابطه عاطفی با مراقبان با خودکارآمدی و امید ارتباط مثبت دارد (Babo et al., 2024). اگرچه مداخله حاضر مستقیماً کیفیت رابطه با مراقبان را تغییر نداده است، اما فضای گروهی مبتنی بر پذیرش و شفقت ممکن است تجربه‌ای متفاوت از تعامل حمایت‌گرانه برای نوجوانان ایجاد کرده باشد. همچنین، تقویت خودشفقتی می‌تواند بخشی از منبع حمایت را از محیط بیرونی به منابع درونی منتقل کند؛ به این معنا که نوجوان بیاموزد در شرایط دشوار، خود نیز بتواند پاسخ حمایت‌گرانه‌تری به نیازهای هیجانی خود بدهد. مرور ابزارها و مفاهیم امید در نوجوانان نیز بر اهمیت امید به عنوان سازه‌ای چندبعدی و مرتبط با جهت‌گیری مثبت نسبت به آینده تأکید کرده است (Chongwo et al., 2023). از این رو، بهبود امید به زندگی در پژوهش حاضر می‌تواند نشان‌دهنده تغییر در نحوه نگاه نوجوان به توانایی خود برای حرکت به سوی اهداف و تصور آینده‌ای قابل مدیریت‌تر باشد.

در سطح کلی، هم‌زمانی اثر مداخله بر سه پیامد تحمل بلا تکلیفی، شایستگی اجتماعی و امید به زندگی حائز اهمیت است. این سه متغیر ظاهراً حوزه‌های متفاوتی را نشان می‌دهند، اما می‌توان آن‌ها را پیامدهای مشترک فرایندهایی بنیادین‌تر مانند تنظیم هیجان، احساس ایمنی، خودانتقادگری و

نحوه مواجهه با تهدید دانست. نوجوانی که احساس امنیت بیشتری دارد و در برابر تجربه‌های ناخوشایند کمتر خود را سرزنش می‌کند، احتمالاً هم شرایط نامطمئن را بهتر تحمل می‌کند، هم در روابط اجتماعی با دفاع و ترس کمتری حضور می‌یابد و هم می‌تواند آینده را با امکان‌های بیشتری تصور کند. شواهد پژوهشی درباره مداخلات شفقت‌محور در کودکان و نوجوانان نیز نشان داده‌اند که این رویکردها می‌توانند در چند حوزه روان‌شناختی به‌طور هم‌زمان اثرگذار باشند (Roberts et al., 2026). همچنین، کارآزمایی مقدماتی وستین و همکاران نشان داد که درمان گروهی متمرکز بر شفقت در جوانان دارای استرس، اضطراب و افسردگی قابلیت اجرا داشته و می‌تواند با بهبود برخی شاخص‌های روان‌شناختی همراه باشد (Vestin et al., 2025). این شواهد در کنار یافته‌های مطالعه حاضر از ظرفیت کاربرد درمان متمرکز بر شفقت در جمعیت‌های نوجوان حمایت می‌کنند.

با این حال، تفسیر نتایج باید با توجه به ماهیت مقدماتی شواهد موجود انجام شود. مرور رابرتس و همکاران نشان داده است که اگرچه نتایج مداخلات شفقت‌محور در کودکان و نوجوانان امیدوارکننده است، اما تعداد مطالعات کنترل‌شده، حجم نمونه‌ها و تنوع جمعیت‌های بررسی‌شده هنوز محدود است (Roberts et al., 2026). همچنین، پژوهش وستین و همکاران نیز بر ضرورت انجام کارآزمایی‌های بزرگ‌تر برای تأیید اثرات درمان متمرکز بر شفقت در جوانان تأکید کرده است (Vestin et al., 2025). از این رو، یافته‌های پژوهش حاضر را می‌توان شواهدی اولیه درباره قابلیت استفاده از درمان متمرکز بر شفقت در نوجوانان بدسرپرست دانست، نه دلیلی قطعی بر برتری این درمان نسبت به سایر مداخلات. با وجود این، مشاهده تغییر معنادار در سه حوزه مهم سازگاری روان‌شناختی نشان می‌دهد که توجه به شفقت، امنیت هیجانی و کاهش خودانتقادگری می‌تواند مسیر ارزشمندی برای مداخلات روان‌شناختی در نوجوانان دارای تجربه مراقبت ناکافی باشد.

پژوهش حاضر با محدودیت‌هایی همراه بود که باید در تفسیر یافته‌ها مورد توجه قرار گیرند. نخست، حجم نمونه محدود و انتخاب شرکت‌کنندگان از مراکز تحت پوشش سازمان بهزیستی یک استان، تعمیم نتایج به همه نوجوانان بدسرپرست را محدود می‌کند. دوم، نمونه‌گیری به صورت در دسترس انجام شد و این امر می‌تواند با سوگیری انتخاب همراه باشد. سوم، ابزارهای پژوهش عمدتاً بر خودگزارش‌دهی نوجوانان متکی بودند و از گزارش مراقبان، ارزیابی بالینی یا شاخص‌های رفتاری استفاده نشد. چهارم، گروه کنترل مداخله فعال دریافت نکرد؛ بنابراین، نمی‌توان اثرات اختصاصی درمان متمرکز بر شفقت را به طور کامل از اثرات عمومی ناشی از توجه درمانگر، تعامل گروهی و انتظار بهبودی تفکیک کرد. همچنین، نبود مرحله پیگیری امکان بررسی پایداری تغییرات ایجادشده در طول زمان را فراهم نکرد و متغیرهای احتمالی واسطه‌ای مانند خودشفقتی، خودانتقادگری، تنظیم هیجان، احساس ایمنی یا شرم نیز مستقیماً اندازه‌گیری نشدند.

پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آینده با استفاده از نمونه‌های بزرگ‌تر، چندمرکزی و متنوع‌تر از نظر ویژگی‌های جمعیت‌شناختی و فرهنگی انجام شوند تا قابلیت تعمیم یافته‌ها افزایش یابد. استفاده از گروه‌های کنترل فعال و مقایسه درمان متمرکز بر شفقت با مداخلات معتبر دیگر می‌تواند به تعیین مؤلفه‌های اختصاصی اثربخشی این رویکرد کمک کند. همچنین، اجرای دوره‌های پیگیری در فواصل سه‌ماهه، شش‌ماهه و طولانی‌تر برای بررسی پایداری اثرات ضروری است. به کارگیری روش‌های ارزیابی چندمنبعی، شامل گزارش نوجوان، مراقب، مربی و ارزیابی‌های رفتاری، می‌تواند اعتبار نتایج را افزایش دهد. بررسی نقش میانجی متغیرهایی مانند خودشفقتی، تنظیم هیجان، کاهش خودانتقادگری، احساس ایمنی، شرم و اجتناب تجربی نیز می‌تواند سازوکار اثرگذاری مداخله را روشن‌تر کند. علاوه بر این، بررسی تفاوت اثربخشی بر اساس جنسیت، شدت تجربه بدسرپرستی، نوع مراقبت سازمانی

و مدت اقامت در مراکز می‌تواند به شناسایی گروه‌هایی که بیشترین بهره را از این مداخله می‌برند کمک کند.

با توجه به یافته‌های پژوهش، می‌توان از درمان متمرکز بر شفقت به عنوان یکی از گزینه‌های مداخله‌ای در برنامه‌های روان‌شناختی مراکز نگهداری و حمایت از نوجوانان بدسرپرست استفاده کرد. توصیه می‌شود روان‌شناسان و مشاوران این مراکز آموزش‌های تخصصی لازم در زمینه درمان متمرکز بر شفقت را دریافت کنند و مؤلفه‌هایی مانند ذهن‌آگاهی، تنفس آرام‌ساز، تصویرسازی مشفقانه، کاهش خودانتقادگری، ایجاد احساس ایمنی و رفتار مشفقانه را در برنامه‌های گروهی نوجوانان بگنجانند. همچنین، طراحی برنامه‌هایی برای آموزش مراقبان و کارکنان مراکز درباره شیوه‌های ارتباطی حمایت‌گرانه و غیرقضاوتی می‌تواند به تعمیم اصول شفقت از فضای درمان به محیط روزمره زندگی نوجوانان کمک کند. ترکیب این مداخله با برنامه‌های ارتقای مهارت‌های اجتماعی، هدف‌گذاری و برنامه‌ریزی برای آینده نیز می‌تواند به تقویت هم‌زمان سازگاری هیجانی، روابط بین‌فردی و امید در این گروه آسیب‌پذیر کمک کند.

تعارض منافع

در انجام مطالعه حاضر، هیچ‌گونه تضاد منافی وجود ندارد.

حمایت مالی

این پژوهش حامی مالی نداشته است.

موازین اخلاقی

در انجام این پژوهش تمامی موازین و اصول اخلاقی رعایت گردیده است.

مشارکت نویسندگان

در نگارش این مقاله تمامی نویسندگان نقش یکسانی ایفا کردند.

تشکر و قدردانی

از تمامی کسانی که در طی مراحل این پژوهش یاری رساندند تشکر و

قدردانی می‌گردد.

References

- Kamis, C., & Copeland, M. (2024). Childhood maltreatment associated with adolescent peer networks: Withdrawal, avoidance, and fragmentation. *Child abuse & neglect*, 158, 107125. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2024.107125>
- Liu, L., Ning, B., & Yang, L. (2025). Childhood psychological abuse and neglect impair adolescent social-emotional competence: A network analysis with mediation. *BMC psychology*, 13(1), 1279. <https://doi.org/10.1186/s40359-025-03615-x>
- Mares, L., & Fuller, M. (2026). Intolerance of uncertainty and depression in children and adolescents: Systematic review and meta-analysis. *Journal of affective disorders*, 121288. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2026.121288>
- Neuenschwander, R., & von Gunten, F. O. (2025). Self-compassion in children and adolescents: A systematic review of empirical studies through a developmental lens. *Current Psychology*, 44(2), 755-783. <https://doi.org/10.1007/s12144-024-07053-7>
- Rasmussen, E. E., Coyne, S. M., Martins, N., & Densley, R. L. (2018). Parental mediation of US youths' exposure to televised relational aggression. *Journal of Children and Media*, 12(2), 192-210. <https://doi.org/10.1080/17482798.2017.1405829>
- Roberts, G., Parish, N., & Samuel, V. (2026). The Use and Outcomes of Compassion-Focused Group Interventions With Children and Adolescent Clinical Populations: A Systematic Review and Narrative Synthesis. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 33(2), e70259. <https://doi.org/10.1002/cpp.70259>
- Sahib, A., Chen, J., Cárdenas, D., & Caelear, A. L. (2023). Intolerance of uncertainty and emotion regulation: A meta-analytic and systematic review. *Clinical psychology review*, 101, 102270. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2023.102270>
- Salarhaji, N., Goodarzi, M. A., & Taghavi, M. R. (2021). The relationship between self-compassion and emotion regulation mediated by experiential avoidance and intolerance of uncertainty. *Journal of Psychology*, 25(3), 412-427.
- Tang, P., Kostyrka-Allchorne, K., Butura, A. M., Phillips-Owen, J., & Sonuga-Barke, E. (2024). Reciprocal developmental pathways between future-related thinking and symptoms of adolescent depression and anxiety: A systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Clinical psychology review*, 112, 102465. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2024.102465>
- Vestin, M., Wallin, L., Naesström, M., Blomqvist, I., Svedin, C. G., Beaumont, E., & Denhag, I. (2025). Internet-based group compassion-focused therapy for Swedish young people with stress, anxiety and depression: A pilot waitlist randomized controlled trial. *Frontiers in psychology*, 16, 1547046. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2025.1547046>
- Wang, Z., & Chen, J. K. (2023). Child maltreatment, social relationships and psychological distress: A multiple mediational analysis. *Children and Youth Services Review*, 145, 106802. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2022.106802>
- Yoon, D., Munshi, A., Park, J., Adams, M., Yoon, S., Osei, F. O., & Poplawski, A. (2024). Child maltreatment and peer relationship quality: Types and timing of maltreatment and gender differences. *Journal of adolescence*, 96(8), 1871-1883. <https://doi.org/10.1002/jad.12388>
- Zamani, F. (2021). *Comparing the effectiveness of mindfulness-based stress reduction training and compassion-focused therapy in increasing hope and resilience and reducing a*
- Akbari, B., Barghandan, S., Khalatbari, J., & Varasteh, A. (2018). The effect of compassion therapy on adjustment and happiness in students with high-risk behaviors. *Child Mental Health*, 5(2), 142-153.
- Araghian, S., Nejat, H., Touzandehjani, H., & Bagherzadeh Golmakani, Z. (2020). Comparing the effectiveness of quality-of-life improvement skills therapy and compassion-focused therapy on interpersonal relationship quality and distress tolerance in women experiencing conflict. *Journal of Fundamentals of Mental Health*, 21(3), 145-154.
- Babo, F., Carvalho, H., Santos, B., Matos, P. M., & Mota, C. P. (2024). Affective relationships with caregivers, self-efficacy, and hope of adolescents in residential care. *Children and Youth Services Review*, 157, 107438. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2024.107438>
- Baharvandi, B., Kazemian Moghaddam, K., & Haroun Rashidi, H. (2020). The effectiveness of compassion-focused therapy on ambiguity tolerance and death anxiety in older adults. *Aging Psychology*, 6(1), 13-26.
- Bowers, R. M., & Bowers, E. P. (2023). A literature review on the role of hope in promoting positive youth development across non-WEIRD contexts. *Children*, 10(2), 346. <https://doi.org/10.3390/children10020346>
- Chongwo, E. J., Too, E. K., Mabrouk, A. A., & Abubakar, A. (2023). Adolescent hope and optimism: A scoping review of measures and their psychometric properties. *African Journal of Psychological Assessment*, 5, 137. <https://doi.org/10.4102/ajopa.v5i0.137>
- Dehrouyeh, S., & Tavakoli, N. (2020). *The effectiveness of compassion-focused therapy on hope and life orientation in adolescents who procrastinate* First National Conference on Child and Adolescent Clinical Psychology,
- Eftekhari, R., Heydari, H., & Davoudi, H. (2020). The effectiveness of compassion-focused therapy on alexithymia, personal-social adjustment, and resilience in women at risk of divorce. *Medical journal of mashhad university of medical sciences*, 63(3), 24-36.
- Ghatour, Z., Akbari Kalour, S. M., Azimi Raviz, F., & Habibi, M. (2019). The effectiveness of compassion therapy on intolerance of uncertainty and worry in female students with generalized anxiety disorder. *Women and Culture*, 40(10), 22-36.

bleak future outlook in single women over 35 Second National
Conference on Child and Adolescent Clinical Psychology,