



Comparison of Effectiveness of Self-Compassion Therapy and Emotionally Focused Therapy on Family Functions of Women Experienced Domestic Violence

Seyedeh Saeideh Ghorbanzadeh ¹; Azar Kiamarsi ^{*2}; Abas Abolghasemi ³

Abstract

The present study aimed to compare the effectiveness of self-compassion-focused therapy and emotionally focused couple therapy on family functions among women experienced domestic violence. This was a semi-experimental study with two experimental groups and one control group. The design was conducted using the pre-test, post-test and follow-up method. Based on this, 60 women with domestic violence experience, referred to the welfare centres of Tehran city in 2022, were selected on purposeful sampling and randomly assigned to three groups (20 women in each group). In order to collect information, family assessment device was used. At first, the participants were pre-tested, then experimental group1 was treated compassion-focused therapy and experimental group2 was treated emotionally focused couple therapy. After the end of the training, the post-test was conducted on all participants, with an interval of one week. Two months later, the follow-up test was completed by 3 groups.. The results of variance analysis with repeated measurements applied to data. The results showed that both methods were suitable, but the emotionally focused couple therapy had a greater and more meaningful effect.

Keywords: Domestic violence, emotionally focused couple therapy, family functions, self-compassion-focused therapy

¹ Ph.D. student Psychology, Department of Psychology, Ardabil Branch, Islamic Azad University, Ardabil, Iran

² Corresponding Author: Assistant Professor, Department of Psychology, Ardabil Branch, Islamic Azad University, Ardabil, Iran. A.Kiamarsi@iauardabil.ac.ir

³ Professor, Department of General Psychology, Faculty of Human Science, Guilan University, Iran.

مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت خود و زوج درمانی هیجان‌مدار بر عملکرد خانواده در زنان با تجربه خشونت خانگی

سیده سعیده قربانزاده^۱، آذر کیامرثی^{۲*}، عباس ابوالقاسمی^۳

چکیده

هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت خود و زوج درمانی هیجان‌مدار بر عملکرد خانواده در زنان با تجربه خشونت خانگی بود. روش این پژوهش نیمه آزمایشی با دو گروه آزمایشی و یک گروه کنترل بود که از طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری استفاده شد. ۶۰ نفر از بین زنان با تجربه خشونت خانگی مراجعه‌کننده به مراکز بهزیستی شهر تهران در سال ۱۴۰۱ به صورت هدفمند انتخاب و به صورت تصادفی در سه گروه، هر گروه ۲۰ نفر، گمارده شدند. ابزار پرسشنامه عملکرد خانواده بود که در سه مرحله استفاده شد در ابتدا از شرکت‌کنندگان پیش‌آزمون به عمل آمد. سپس، مداخله درمان شفقت خود با گروه آزمایشی ۱ و زوج درمانی هیجان‌مدار با گروه آزمایشی ۲ بصورت گروهی اجرا شد. پس از آزمون با فاصله یک هفته پس از مداخله و مرحله پیگیری ۲ ماه بعد با گروه‌ها اجرا گردید. تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای داده‌ها استفاده شد. یافته‌ها نشان داد که هر دو روش عملکرد خانواده را در زنان کاهش داده و مداخله زوج درمانی هیجان‌مدار نسبت به درمان مبتنی بر شفقت خود تأثیر بیشتر و معنادارتری دارد.

کلیدواژه‌ها: خشونت خانگی، درمان مبتنی بر شفقت خود، زوج درمانی هیجان‌مدار، عملکرد خانواده

^۱ دانشجوی دکتری روانشناسی، گروه روانشناسی، واحد اردبیل، دانشگاه آزاد اسلامی، اردبیل، ایران

^۲ نویسنده مسئول: استادیار، گروه روانشناسی، واحد اردبیل، دانشگاه آزاد اسلامی، اردبیل، ایران A.Kiamarsi@iauardabil.ac.ir

^۳ استاد، گروه روانشناسی عمومی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه گیلان، ایران

مقدمه

خانواده می‌تواند شخصیت انسان‌ها را در درون خود پرورش داده و این کانون با پیوند زناشویی بین زن و مرد و ازدواج آنها با هم شکل می‌گیرد (کاتینو^۱، و همکاران، ۲۰۲۲). به طوری که می‌توان گفت، نیاز به صمیمیت و عشق، زن و مرد را به سوی هم کشانده و پیوند زناشویی بین آنها برقرار می‌شود (لو^۲، و همکاران، ۲۰۲۲). یکی از ویژگی‌های ازدواج، تعهد هریک از همسران در قبال یکدیگر و حقوق متقابل بوده، به گونه‌ای که این تعهد شالوده زندگی مشترک است (آلن^۳، و همکاران، ۲۰۲۲)؛ در غیر این صورت اعتماد متقابل بین همسران کمتر می‌شود که در این بین عواملی مانند پیمان شکنی، نارضایتی از زندگی زناشویی و خشونت زناشویی این اعتماد و تعهد را خدشه دار کرده و زندگی زناشویی به سمت جدایی می‌کشاند (دوی^۴، و همکاران، ۲۰۲۲). بنابراین یکی از عواملی که زندگی زناشویی را تهدید می‌کند، خشونت خانگی است (پیکورو^۵، و همکاران، ۲۰۲۱)، که شامل هر نوع اقدام خشونت‌آمیز جسمی، روان شناختی و جنسی است و اگر منجر به آسیب بدنی، جنسی یا روانی زنان شود و همچنین برای آنان رنج‌آور بوده یا به محرومیت اجباری از آزادی فردی یا اجتماعی زنان منجر گردد، خشونت علیه زنان محسوب می‌شود (ولی‌زاده و احمدی، ۱۴۰۰). آنچه می‌تواند میزان خشونت خانگی را کمتر کند و روابط زناشویی زوجین را به سوی روابط صلح‌آمیز با کنشوری سالم پیش‌برد، عملکرد سالم خانواده است که تأثیرات مثبتی بر سلامت و رفاه (بهزیستی) اعضای خانواده و زندگی زوجین دارد (بلکول^۶، و همکاران، ۲۰۲۳).

بر اساس پیشینه پژوهش، زوجینی که کمتر روابط خشونت‌آمیز در زندگی زناشویی خود را تجربه می‌کنند، عملکرد خانواده سالم‌تری دارند که این عملکرد سالم خانواده خود به عنوان یک عامل بازدارنده برای بروز خشونت شریک صمیمی^۷ در زندگی زناشویی است (فالبا^۸، و همکاران، ۲۰۲۳). لذا داشتن عملکرد سالم خانواده می‌تواند به بهبود سلامت روان خانواده و ارتقا کیفیت زندگی زناشویی زوجین کمک کند (زلکowitz^۹، و همکاران، ۲۰۲۲) و از زنان در برابر آسیب‌های ناشی از خشونت خانگی محافظت می‌کند. برای زنانی که خشونت خانگی را تجربه کرده‌اند و یا در حال تجربه خشونت خانگی هستند، ارائه مداخلات روان شناختی برای کاهش مشکلات آنان از اهمیت فراوانی برخوردار است (گل محمد، و همکاران، ۱۴۰۰). یکی از مداخلاتی که می‌تواند به زنان قربانی خشونت خانگی کمک کند تا عملکرد خانواده بهتری را تجربه کنند، درمان مبتنی بر شفقت خود^{۱۰} است که در طول ۲۰ سال گذشته، به عنوان یک مداخله نوظهور محبوبیت پیدا کرده است و با تکیه بر رویکردهای مختلف از علوم اعصاب، روان‌شناسی تکاملی، رشدی و اجتماعی و سنت‌های بودایی، بخشی از موج سوم

1. Catino
2. Lu
3. Allen
4. Dew
5. Piquero
6. Blackwell
7. Intimate Partner Violence
8. Falb
9. Zelkowitz
10. Self-Compassion-Focused Therapy (SCFT)

درمان‌های شناختی و رفتاری در نظر گرفته می‌شود که بر ذهن آگاهی، پذیرش، فراشناخت، احساسات، ارزش‌ها و اهداف تأکید دارند (کاروالهو^۱، و همکاران، ۲۰۱۷).

درمان مبتنی بر شفقت خود توسط گیلبرت^۲ (۲۰۰۰) توسعه یافت و هدف آن ایجاد شفقت در رنج انسان از طریق رویکرد فراتشخیصی آن است (کریگ^۳، و همکاران، ۲۰۲۰). شفقت به خود به حمایت از خود در هنگام تجربه رنج یا درد اشاره دارد که می‌تواند ناشی از اشتباهات شخصی یا چالش‌های بیرونی زندگی باشد (نِف^۴، ۲۰۲۳). در پژوهش گرمر^۵ (۲۰۲۳) با توجه به درمان مبتنی بر شفقت خود و برنامه شفقت خود آگاهانه، راهنمایی‌هایی در مورد چگونگی ادغام شفقت به خود در روان‌درمانی بیان می‌کند و شواهدی را ارائه می‌دهد که شفقت به خود را با فرآیندها و پیامدهای درمانی مرتبط می‌کند. به طوری که می‌توان بر این اساس گفت که شفقت به خود با فواید بی‌شماری برای سلامت روان و بهزیستی روان‌شناختی افراد همراه است و تأثیر سودمندی شفقت به خود شاید حتی در روان‌درمانی مشهودتر باشد، جایی که شفقت به خود برای مدت طولانی زیر چتر «پذیرش خود» نقش دارد می‌تواند بر بهبود بسیاری از مشکلات افراد در زندگی موثر باشد (ویلسون^۶، و همکاران، ۲۰۱۹). تمرکز اصلی درمان مبتنی بر شفقت خود توسعه شفقت برای خود است که شامل شفقت به خود یا دیگران می‌شود (کیربی^۷، و همکاران، ۲۰۱۷).

بنابراین درمان مبتنی بر شفقت خود به زنان قربانی خشونت خانگی کمک می‌کند تا شرایط آسیب‌زای جسمانی و روان‌شناختی را با شفقت نسبت به خود تسکین دهند. از سوی دیگر زوج درمانی هیجان‌مدار^۸ باعث افزایش رضایت زناشویی و کاهش مشکلات زنان آسیب دیده از خشونت خانگی می‌شود. به طوری که گریمن و جانسون^۹ (۲۰۲۲) معتقد است که زوج‌درمانی هیجان‌مدار را برای زوج‌ها، خانواده‌ها و افراد مناسب استفاده کند تا کیفیت پیوندهای عاطفی آنان با همدیگر و با افراد مهم و همچنین احساس ذهنی آنها از ارتباط اجتماعی افزایش پیدا کند، چرا که تقویت پیوندهای عاطفی و بین‌فردی تمرکز اصلی زوج‌درمانی هیجان‌مدار است که می‌تواند به بازگرداندن تعادل عاطفی آنان کمک کند و در نتیجه افراد را از انزوا و مجموعه مشکلات مربوط به سلامتی که می‌توانند برای افراد آسیب‌زا باشند محافظت کند (گریمن و جانسون، ۲۰۲۲).

زوج‌درمانی هیجان‌مدار به عنوان حاصل مشاهدات تجربی فرایندهای درمانی زوجین و تعیین‌کننده مداخلات درمانی کلیدی که به طور موفقیت‌آمیزی به بازسازی تعاملات هیجانی‌ها زوج کمک می‌کند، پدیدار شد. این مداخلات در یک پروتکل دقیق برای درمان با مراحل و گام‌های ویژه ترکیب یافت. به دلیل وجود این پروتکل ویژه، زوج‌درمانی هیجان‌مدار خودش را به عنوان مدلی پاسخگو و دارای اعتبار تجربی مطرح ساخته و یکی از معتبرترین مدل‌های تجربی زوج‌درمانی شده است (جانسون، ۲۰۰۸). زوج‌درمانی هیجان‌مدار به علت ساختارمند بودن و داشتن برنامه درمان مرحله به مرحله، اثربخشی

1. Carvalho
2. Gilbert
3. Craig
4. Neff
5. Germer
6. Wilson
7. Kirby
8. Emotionally Focused Couple Therapy (EFCT)
9. Greenman & Johnson

۴۲..... مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت خود و زوج درمانی هیجان‌مدار بر عملکرد...

بیشتری نسبت به دیگر رویکردها دارد و احتمال عود در آن به شدت کمتر است (جانسون^۱، ۲۰۱۲). بر اساس پیشینه پژوهش زوج درمانی هیجان‌مدار باعث کاهش مشکلات زناشویی در زوجین می‌شود (مارن^۲، و همکاران، ۲۰۲۲) در مجموع می‌توان گفت که خشونت خانگی در زندگی زناشویی به عنوان مسأله‌ای فراگیر که سایر ابعاد زندگی فردی و اجتماعی زنان را تحت تأثیر قرار می‌دهد مطرح است و در این زمینه، درباره افزایش عملکرد مطلوب خانواده زنان تحت خشونت خانگی، دیدگاه‌های مختلفی وجود دارد که در این پژوهش بر اساس دو رویکرد درمان مبتنی بر شفقت و زوج درمانی هیجان‌مدار انجام گرفت. در پژوهش‌های صورت گرفته در خصوص موضوع پژوهش حاضر، به صورت مجزا به بررسی اثربخشی دو روش درمان مبتنی بر شفقت و زوج درمانی مبتنی بر هیجان‌مدار (مارن، و همکاران، ۲۰۲۲؛ گل محمد، و همکاران، ۱۴۰۰) بر بهبود مشکلات زناشویی پرداخته شده است، اما در این پژوهش به صورت یک جا به بررسی و مقایسه اثربخشی دو روش درمانی بر عملکرد خانواده زنان قربانی خشونت پرداخته شد. افزون بر این، از نظر روش‌شناختی نیز، مطالعاتی که به مقایسه اثربخشی درمان شفقت خود و درمان هیجان‌مدار در بهبود عملکرد خانواده زنان قربانی خشونت خانگی پرداخته است وجود دارد و این باعث می‌شود که نتوان درمان موثر و مورد نیاز این زنان را شناسایی کرد. لذا در باب دلایل منطقی و علمی برای مقایسه این دو درمان، می‌توان گفت که وقتی بتوان از بین رویکردها و مداخلات روان‌شناختی مختلف و اثربخش از نظر مطالعات تجربی، یک درمان اثربخش‌تر را نسبت به درمان‌های دیگر را شناسایی کرد می‌توان به روان‌شناسان و زوج درمانگرانی که در زمینه کاهش مشکلات زنان قربانی خشونت خانگی فعالیت می‌کنند کمک کرد که از نتایج اینگونه تحقیقات استفاده کنند که چه نوع درمانی اثربخش‌تر است. به همین دلیل این پژوهش از تلویدات کاربردی در این زمینه، برای روان‌شناسان و زوج درمانگران برخوردار است. لذا بر اساس آنچه گفته شد سوال این پژوهش آن است که چه تفاوتی بین اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت خود و زوج درمانی هیجان‌مدار بر عملکرد خانواده در زنان قربانی خشونت خانگی وجود دارد؟

روش پژوهش

این پژوهش از نوع نیمه آزمایشی، با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون با گروه گواه همراه با پیگیری ۲ ماهه بود. جامعه آماری کلیه زنان متأهل قربانی خشونت خانگی مراجعه‌کننده به بهزیستی در شهر تهران در سال ۱۴۰۱ بود. نمونه پژوهش ۶۰ زن قربانی خشونت خانگی که به صورت هدفمند از میان مراجعه‌کننده‌های بهزیستی شهر تهران انتخاب و در دو گروه آزمایش و یک گروه گواه جایدهی شدند (هر گروه ۲۰ نفر). داشتن سلامت روانی بر اساس پرونده آنان در بهزیستی، دامنه سنی افراد نمونه بین ۲۵ تا ۴۰ سال و گذشت حداقل ۲ سال از زمان ازدواج فرد از ملاک‌های ورود به پژوهش بود. غیبت بیش از ۲ جلسه در جلسات درمانی، شرکت همزمان در دیگر دوره‌ها و مداخلات درمانی همزمان با پژوهش و نقص در تکمیل پرسشنامه‌ها از ملاک‌های خروج از پژوهش بودند. بعد از این مرحله گروه‌های آزمایش پس از اخذ موافقت اخلاقی تحت درمان شفقت

خود (۱۰ جلسه و هر هفته یک جلسه ۹۰ دقیقه‌ای) درمان هیجان‌مدار (۱۰ جلسه و هر هفته یک جلسه ۹۰ دقیقه‌ای) و گروه گواه هیچ‌گونه مداخله‌ای از این رویکردها ندید و در لیست انتظار باقی ماند. این مداخلات توسط خود پژوهشگر در مرکز مددکاری بهزیستی انجام شد. بعد از اتمام جلسات درمانی از هر گروه در شرایط یکسان پس‌آزمون به عمل آمد. در این مرحله هر گروه در شرایطی مشابه به سوالات پس‌آزمون پاسخ دادند و همچنین بعد از گذشت ۲ ماه مرحله پیگیری انجام شد. اختیاری بودن برای شرکت در پژوهش و حق خروج از مطالعه، پاسخ به سوالات زنان با تجربه خشونت خانگی، ارائه جلسات مداخله به صورت فشرده به زنان گروه گواه بعد از اجرای پس‌آزمون، اطمینان بخشی به زنان از بدون ضرر بودن مداخلات درمانی و اخذ کد اخلاق به شماره IR.IAU.ARDABIL.REC.1400.046 از دانشگاه آزاد اسلامی واحد اردبیل، از اصول اخلاقی رعایت شده در این پژوهش بود. در این تحقیق از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بن فرونی با نرم افزار SPSS نسخه ۲۴ استفاده شده است.

ابزار

پرسشنامه کارکردهای خانواده^۱ اپستاین^۲ و همکاران (۱۹۸۳): این پرسشنامه دارای ۶۰ سوال و ۷ مولفه حل مسئله^۳، ارتباطات^۴، نقش‌ها، پاسخدهی عاطفی^۵، آمیزش عاطفی^۶، کنترل رفتار^۷ و کارکرد کلی^۸ را اندازه‌گیری می‌کند. نمره‌گذاری به صورت ۴ درجه‌ای لیکرت می‌باشد (از کاملاً موافقم ۱ نمره تا کاملاً مخالفم ۴ نمره). سازندگان پرسشنامه روایی ملاکی آن را با مقیاس رضایت زناشویی لاک-والاس بررسی و ضریب همبستگی ۰/۷۳ گزارش کرده‌اند و ضرایب آلفای کرونباخ برای پایایی بررسی و ضرایب در دامنه ۰/۷۲ تا ۰/۹۲ گزارش کرده‌اند (اپستاین، و همکاران (۱۹۸۳)). همچنین در داخل ایران در یک پژوهش ضرایب همبستگی بین خرده مقیاس‌ها با طیفی بین ۰/۳۳ تا ۰/۶۴ و معنادار در سطح ۰/۰۰۱ به دست آمد (یوسفی، ۱۳۹۱) و در پژوهش ذوالفقاری، و همکاران (۱۳۹۷)، روایی عاملی آن نیز محاسبه و میزان روایی عاملی آن در دامنه بین ۰/۴۷ تا ۰/۶۱ گزارش شده است (ذوالفقاری، و همکاران، ۱۳۹۷). در پژوهش حاضر ضرایب همسانی درونی با روش آلفای کرونباخ برای حل مسئله ۰/۸۱، ارتباطات ۰/۸۵، نقش‌ها ۰/۸۳، پاسخدهی عاطفی ۰/۸۱، آمیزش عاطفی ۰/۸۶، کنترل رفتار ۰/۸۳، کارکرد کلی ۰/۸۰ و کل پرسشنامه ۰/۹۰ به دست آمد.

-
1. Family Assessment Device (FAD)
 2. Epstein
 3. problem solving
 4. communication
 5. roles
 6. affective responsiveness
 7. affective involvemem
 8. behavior control
 9. general functioning

جلسات درمانی

در جدول ۱ جلسات درمان مبتنی بر شفقت خود بر اساس نظریه گیلبرت (۲۰۱۰) آمده است که شامل ۱۰ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای است که این جلسات توسط پژوهشگر که دانشجوی دکترای روانشناسی بودند و در زمینه درمان مبتنی بر شفقت خود دوره لازم را گذرانده بودند به گروه آزمایش ارائه شد. همچنین هر جلسه در یک هفته در تاریخ ۱۴۰۱/۱۰/۳ تا ۱۴۰۲/۱۰/۲۴ به طول کشید و هر جلسه ۹۰ دقیقه بوده است که هدف، محتوی، تغییر رفتار موردانتظار و تمرین خانگی در جدول ۱ آمده است.

جدول ۱. جلسات درمان مبتنی بر شفقت خود بر اساس نظریه گیلبرت (۲۰۱۰)

جلسه	هدف جلسه	محتوای جلسات	تغییر رفتاری مورد انتظار	تکلیف (تمرین)
۱	معارفه، آشنایی با درمان و اهمیت آن در زندگی	در این جلسه از اعضای هر دو گروه آزمایش و کنترل در شرایط یکسان پیش آزمون به عمل آمد و آنهایی که میزان شفقت به خود پایینی داشتند به عنوان افراد منتخب گروه آزمایش و کنترل	رهایی از موانع	مشاهده عملکرد خانواده با توجه به مبانی درمان مبتنی بر شفقت خود ارائه شده
۲	آشنایی با اصول کلی درمان	در این جلسه هدف برقراری ارتباط اولیه، گروه‌بندی، مروری بر ساختار جلسات، آشنایی با اصول کلی درمان متمرکز بر شفقت خود	رهایی از عملکرد ناسازگارانه خانواده بر اساس اصول درمان مبتنی بر شفقت خود	انجام آرمیدگی عضلانی
۳	شناخت مولفه‌های شفقت خود	در جلسه دوم هدف شناسایی و معرفی مولفه‌های شفقت، بررسی هر مولفه شفقت در اعضای گروه و شناسایی ویژگی‌های آن (اهمیت تربیت ذهن مهربان)	کسب حس دلسوزانه و مهربانانه نسبت به خود	تصویرسازی شفقت نسبت به دیگران و دریافت شفقت از دیگران
۴	آموزش و پرورش شفقت به خود	در این جلسه هدف مروری بر تکالیف جلسه قبل، پرورش احساس گرمی و مهربانی نسبت به خود	پذیرش افکاری که در سطح هوشیاری قرار دارد	آگاهی در رویارویی با مشکلات
۵	خودشناسی و شناسایی عوامل خودانتقادی	ترغیب آزمودنی‌ها به خودشناسی و بررسی شخصیت خود به عنوان فرد «دارای شفقت» با «غیر شفقت»، شناسایی و کاربرد تمرین‌های «پرورش ذهن شفقت آمیز» و آموزش تصویرسازی مکانی امن	کسب احساس عمیق زندگی کردن و تصریح اهداف ارزشمند	تصویرسازی مکانی امن
۶	آموزش فن آگاهی از احساس بدون قضاوت آنها	تمرین کسب آگاهی کامل از افکار و احساسات و پذیرش آنها بدون قضاوت	کسب احساسات مثبت بدون هیچ قضاوتی	بازنگری افکار مثبت / منفی، بدون قضاوت، در حالت آرمیدگی عضلانی
۷	آموزش سبک‌ها و	تمرین عملی ایجاد تصویری مهربانانه از خود،	کسب توانایی شفقت	به کارگیری این روش‌های

روش‌های ابراز شفقت	آموزش سبک‌ها و روش‌های ابراز شفقت (شفقت کلامی، شفقت عملی، شفقت مقطعی و شفقت پیوسته) و به کارگیری این روش‌ها در زندگی روزمره	نسبت به خود	موردنظر این جلسه در زندگی روزمره
۸ فنون ابراز شفقت	آموزش نوشتن نامه‌های شفقت آمیز برای خود و دیگران،	کسب توانایی ابراز شفقت به خود و دیگران	تمرین شفقت ورزی به خود و دیگران در منزل و احساس همدلی با دیگران
۹ آموزش مورد هدف قرار دادن تعصبات منفی زندگی	تمرین تمرکز کردن بر نقاط مثبت و قوت در زندگی، تبدیل شدن به خالق اهداف و مسیرهای ارزشمند خویش	کسب حس خوشایند در محیط واقعی زندگی	جستجوی اهداف مثبت و خاتمه دادن به جنگ درونی
۱۰ جمع بندی و اجرای پس آزمون	در این جلسه مروری بر ۹ جلسه قبلی صورت گرفت و از افراد گروه قدردانی به عمل آمد و از آنها در شرایط یکسان پس آزمون به عمل آمد.	کسب ذهن شفقت ورزانه نسبت به خود	-

در جدول ۲، جلسات زوج درمانی هیجان‌مدار بر اساس نظریه جانسون (۲۰۱۲) آمده است که شامل ۱۰ جلسه است که این جلسات توسط پژوهشگر که دانشجوی دکترای روانشناسی بودند و در زمینه درمان هیجان‌مدار دوره لازم را گذرانده بودند به گروه آزمایش ارائه شد. همچنین هر جلسه در یک هفته در تاریخ ۱۴۰۱/۱۰/۴ تا ۱۴۰۲/۱۰/۲۵ به طول کشید و هر جلسه ۹۰ دقیقه بوده است که هدف، محتوی، تغییر رفتار موردانتظار و تمرین خانگی در جدول ۲ آمده است.

جدول ۲. جلسات زوج درمانی هیجان‌مدار اقتباس از جانسون (۲۰۱۲)

جلسه	هدف جلسه	محتوای جلسات	تغییر رفتاری مورد انتظار	تکلیف (تمرین)
۱	ارزیابی و ایجاد پیوستگی و شناسایی چرخه تعاملات منفی و تعیین اهداف کلی	ارزیابی اولیه ماهیت مشکل، ارزیابی انتظارات و نگرانی‌های زنان، مفهوم‌سازی مشکل و ارائه منطق درمان و آشنایی با قوانین کلی درمان.	به دست آوردن شناخت در زمینه چرخه تعاملات منفی	مهارت‌های کلیدی و ارتباط، ارزیابی خود، ارائه و دریافت بازخورد، توجه به حالات هیجانی خوشایند.
۲	ادامه ارزیابی و شناسایی و چرخه تعاملات منفی و تعیین اهداف کلی	کشف تعاملات مشکل‌دار و تشخیص چرخه تعاملات منفی، ارزیابی مشکل و موانع دلبستگی، ایجاد توافق درمانی	به دست آوردن شناخت در زمینه چرخه تعاملات منفی	شناسایی چرخه تعامل‌های خود در موقعیت‌های مختلف
۳	تقویت پیوستگی و تحلیل و تغییر هیجان‌ات	باز کردن تجربه‌های برجسته مربوط به دلبستگی، پذیرش احساسات تصدیق نشده بنیادی، روشن کردن پاسخ‌های هیجانی کلیدی، پذیرش چرخه تعامل توسط مراجعان	تقویت پیوستگی	شناسایی ترس‌های خود، انجام تمرین در زمینه تکیه‌گاه ایمن و توسعه پیوند ایمن، ابراز هیجان‌ات و احساسات خاص، تجربه دوباره تعاملات و همراه با بیان احساسات خالص.

در میان گذاشتن رفتارهای مقابله‌ای خود با همسر، تشویق مراجع به درگیری هیجانی و عاطفی در تعاملات خود در منزل	پذیرش هیجانات	ابراز هیجانات، پذیرش هیجانات، عمق بخشیدن به درگیری با تجربه هیجانی، ارتقای روش‌های تعامل	تشدید تجربه هیجانی	۴
اختصاص دادن زمان برای در میان گذاشتن، رفتار، افکار و هیجانات با شریک زندگی	شناسایی نیازهای دلبستگی در زندگی زناشویی	بازسازی تعاملات و تغییر رویدادها، نماد گذاری آرزوها، کشف راحل‌های جدید برای مشکلات قدیمی	پذیرش احساسات و شناسایی نیازهای دلبستگی، تقویت تعامل اعضای گروه	۵
کشف عواطف اصلی خود، کامل کردن جدول چگونگی تاثیر گذاری هیجانات و رفتارهای تعاملی زوجین بر یکدیگر	کسب توانایی در زمینه الگوهای تعاملی با همسر	درگیری صمیمانه مراجعان با همسرانشان، پذیرش وضعیت‌های جدید، ساختن داستانی شاد از رابطه	ایجاد الگوهای تعاملی جدید تملک هیجانات	۶
تشویق به تغییر الگوهای تعاملی با استفاده همسرانتان، تشویق به پاسخگویی مسئولانه‌تر به نیازهای همسرانشان، تشویق به بیان نیازها و خواسته‌های جنسی	تسهیل بیان نیازها و خواسته‌ها در روابط جنسی	تاکید بر اهمیت بیان خواسته‌ها و نیاز جنسی استفاده از تکنیک ردیابی و انعکاس مواجهه اعضا با سبک‌های دلبستگی شان	ایجاد درگیری‌های هیجانی افزایش شناسایی نیازهای دلبستگی.	۷
گوش دادن همدلانه به نیازهای همسر، درک احساسات زیربنایی همسر	عمق بخشیدن به درگیری‌های جنسی زوجین.	کمک به اعضای گروه جهت تمرکز بر خود، تعیین و تشویق نیازهای اعضای گروه	تمرکز بر روی خود نه دیگری، چارچوبندی مجدد روابط جنسی،	۸
تشویق پاسخ‌های جدید سازگارانه جدید بین زوجین، حمایت از رفتارهای جدید و پاسخگویانه	ارتقاء روش‌های جدید تعامل زوجین	جهت دهی و طراحی تعاملات بین زوجین جایگزینی چرخه تعاملات مثبت به جای چرخه منفی، کشف، راه‌حل‌های جدید برای مشکلات قدیمی	بازسازی تعاملات جنسی و غیر جنسی همسر	۹
-	بحث درباره نقاط قوت/ ضعف درمان، بررسی دستاورد های هر یک از مراجعان	خلاصه و مرور مطالب جلسات توسط اعضا برقراری گفتگوهای تعاملی، صمیمی و سازنده، باز گرداندن تغییرات به اعضا	تحکیم وضعیت و پاسخ‌های جدید، حمایت از الگوهای تعاملی سازنده، اختتامیه جلسات	۱۰

یافته‌ها

میانگین و انحراف معیار سن گروه شماره ۱ (گروه درمان مبتنی بر شفقت خود) ۳۲/۸۵ و ۶/۰۸۹؛ گروه شماره ۲ (گروه زوج درمانی هیجان‌مدار ۳۴/۳۰ و ۴/۹۱۱ و گروه شماره ۳ (گروه گواه) ۳۴/۷۵ و ۵/۲۱۰ بود. میزان آماره F بدست آمده حاصل از مقایسه میانگین‌های ۳ گروه در متغیر سن برابر با $F=۰/۶۷۰$ می‌باشد که این میزان به لحاظ آماری معنادار

نمی‌باشد (Sig=۰/۵۱۶) که نشان دهنده همتا بودن ۳ گروه از نظر متغیر سن می‌باشد. جدول ۳- میانگین و انحراف معیار عملکرد خانواده را نشان می‌دهد.

جدول ۳. میانگین و انحراف معیار عملکرد خانواده

متغیرهای وابسته	مرحله	میانگین			انحراف معیار		
		گروه ۱	گروه ۲	گروه ۳	گروه ۱	گروه ۲	گروه ۳
حل مسئله	پیش‌آزمون	۱۲/۴۰	۱۲/۵۵	۱۲/۵۰	۰/۵۰	۰/۶۹	۰/۵۱
	پس‌آزمون	۱۰/۷۰	۹/۸۵	۱۲/۳۵	۰/۷۳	۱/۰۴	۰/۶۷
	پیگیری	۱۰/۷۵	۹/۹۰	۱۲/۴۰	۰/۷۲	۱/۰۷	۰/۶۹
ارتباطات	پیش‌آزمون	۱۶/۱۰	۱۵/۹۰	۱۶/۴۰	۱/۱۶	۱/۰۲	۱/۱۴
	پس‌آزمون	۱۴/۳۵	۱۲/۲۰	۱۶/۲۵	۱/۱۴	۰/۸۹	۱/۲۵
	پیگیری	۱۴/۴۰	۱۲/۲۵	۱۶/۳۰	۱/۱۴	۰/۸۵	۱/۳۱
نقش‌ها	پیش‌آزمون	۲۳/۱۰	۲۲/۰۰	۲۲/۱۰	۱/۰۲	۰/۸۶	۰/۸۵
	پس‌آزمون	۱۹/۱۵	۱۹/۴۰	۲۱/۹۵	۱/۳۹	۱/۳۹	۰/۹۴
	پیگیری	۱۹/۲۰	۱۹/۴۵	۲۱/۹۰	۱/۴۰	۱/۳۲	۰/۹۷
پاسخ‌دهی	پیش‌آزمون	۲۲/۱۰	۲۲/۶۰	۲۲/۵۵	۱/۰۲	۱/۰۵	۱/۲۳
	پس‌آزمون	۱۹/۶۰	۱۷/۹۰	۲۲/۴۵	۱/۳۹	۱/۵۵	۱/۳۶
	پیگیری	۱۹/۶۵	۱۸/۰۰	۲۲/۵۰	۱/۳۱	۱/۴۹	۱/۳۶
آمیزش	پیش‌آزمون	۲۲/۹۰	۲۱/۸۵	۲۲/۰۰	۱/۰۲	۰/۸۱	۰/۷۹
	پس‌آزمون	۱۹/۱۵	۱۹/۴۰	۲۱/۹۰	۱/۳۹	۱/۳۵	۰/۹۱
	پیگیری	۱۹/۲۰	۱۹/۴۵	۲۱/۹۵	۱/۴۰	۱/۳۲	۰/۸۹
کنترل	پیش‌آزمون	۲۲/۵۵	۲۲/۵۵	۲۲/۷۵	۱/۳۶	۰/۹۹	۱/۲۵
	پس‌آزمون	۱۹/۵۰	۱۸/۰۰	۲۲/۸۰	۱/۳۹	۱/۵۶	۱/۴۴
	پیگیری	۱۹/۵۵	۱۸/۰۵	۲۲/۸۵	۱/۳۶	۱/۵۰	۱/۳۹
عملکرد کلی	پیش‌آزمون	۳۶/۶۵	۳۶/۰۰	۳۶/۸۵	۱/۳۱	۰/۷۹	۱/۱۸
	پس‌آزمون	۳۲/۹۰	۳۱/۰۵	۳۶/۷۵	۱/۲۱	۱/۳۹	۱/۰۷
	پیگیری	۳۲/۹۵	۳۱/۱۵	۳۶/۸۰	۱/۳۲	۱/۳۹	۱/۰۶
نمره کل عملکرد	پیش‌آزمون	۱۵۳/۶۵	۱۵۵/۶۰	۱۵۵/۱۵	۲/۱۳	۳/۰۸	۲/۷۶
	پس‌آزمون	۱۳۵/۸۵	۱۲۷/۳۰	۱۵۴/۴۵	۳/۹۸	۴/۸۹	۳/۹۴
	پیگیری	۱۳۵/۷۰	۱۲۸/۲۵	۱۵۴/۷۰	۳/۶۱	۳/۲۷	۳/۹۵

برای تحلیل داده‌ها، از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد که نتایج آن در جدول شماره ۴- آمده است که بر اساس نتایج جدول درمان مبتنی بر شفقت خود و زوج درمانی هیجان‌مدار بر عملکرد خانواده اثربخشی معنادار دارد.

جدول ۴. نتایج اثرات درون‌آزمودنی و بین‌آزمودنی تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر عملکرد خانواده

متغیرهای وابسته	منابع تغییر	آماره F	معنی داری	ضریب تاثیر	توان آماری
حل مسئله	زمان	۱۴۸/۳۲	۰/۰۰۱	۰/۷۲	۱/۰۰
	گروه	۳۷/۹۶	۰/۰۰۱	۰/۵۷	۱/۰۰
	زمان×گروه	۳۶/۶۵	۰/۰۰۱	۰/۵۶	۱/۰۰
ارتباطات	زمان	۱۲۰/۹۶	۰/۰۰۱	۰/۶۸	۱/۰۰
	گروه	۴۷/۹۴	۰/۰۰۱	۰/۶۳	۱/۰۰
	زمان×گروه	۳۷/۵۵	۰/۰۰۱	۰/۵۷	۱/۰۰
نقش‌ها	زمان	۲۱۲/۸۴	۰/۰۰۱	۰/۷۹	۱/۰۰
	گروه	۱۷/۰۸	۰/۰۰۱	۰/۳۷	۱/۰۰
	زمان×گروه	۵۱/۱۷	۰/۰۰۱	۰/۶۴	۱/۰۰
پاسخ‌دهی	زمان	۱۳۲/۵۵	۰/۰۰۱	۰/۷۰	۱/۰۰
	گروه	۴۰/۷۱	۰/۰۰۱	۰/۵۹	۱/۰۰
	زمان×گروه	۴۰/۱۵	۰/۰۰۱	۰/۵۸	۱/۰۰
آمیزش	زمان	۲۰۰/۰۲	۰/۰۰۱	۰/۷۹	۱/۰۰
	گروه	۱۸/۱۴	۰/۰۰۱	۰/۳۹	۱/۰۰
	زمان×گروه	۵۲/۹۸	۰/۰۰۱	۰/۶۵	۱/۰۰
کنترل	زمان	۱۱۹/۸۳	۰/۰۰۱	۰/۶۸	۱/۰۰
	گروه	۴۷/۴۰	۰/۰۰۱	۰/۶۲	۱/۰۰
	زمان×گروه	۳۵/۳۹	۰/۰۰۱	۰/۵۵	۱/۰۰
عملکرد کلی	زمان	۳۳۸/۷۲	۰/۰۰۱	۰/۸۵	۱/۰۰
	گروه	۷۵/۹۱	۰/۰۰۱	۰/۷۳	۱/۰۰
	زمان×گروه	۸۴/۹۶	۰/۰۰۱	۰/۷۵	۱/۰۰
نمره کل عملکرد	زمان	۶۴۳/۶۹	۰/۰۰۱	۰/۶۲	۱/۰۰
	گروه	۲۱۰/۶۱	۰/۰۰۱	۰/۷۸	۱/۰۰
	زمان×گروه	۱۷۱/۶۱	۰/۰۰۱	۰/۷۶	۱/۰۰

در ادامه مقایسه دو به دوی میانگین تعدیل مراحل آزمون در عملکرد خانواده در جدول ۵ آمده است. همان‌طور که جدول ۵- نتایج درمانی پایدار بوده است و نتایج آزمون بن فرونی برای مقایسه اثربخشی درمان‌ها با گروه کنترل نشان داد که تفاوت میانگین گروه درمان هیجان‌مدار با گروه کنترل بیشتر از تفاوت میانگین درمان مبتنی بر شفقت خود با گروه کنترل است که این نشان دهنده آن است که زوج درمانی هیجان‌مدار اثربخشی بیشتری بر عملکرد خانواده دارد.

جدول ۵. نتایج آزمون تعقیبی بن فرونی عملکرد خانواده برای بررسی ماندگاری نتایج

متغیرهای وابسته	مراحل	میانگین تعدیل شده	تفاوت مراحل	تفاوت میانگین	معناداری
	پیش آزمون	۱۲/۴۸	پیش آزمون-پس آزمون	۱/۵۱۷	۰/۰۰۱
حل مسئله	پس آزمون	۱۰/۹۷	پیش آزمون-پیگیری	۱/۴۷	۰/۰۰۱
	پیگیری	۱۱/۰۲	پس آزمون-پیگیری	-۰/۰۵	۰/۲۶۶
ارتباطات	پیش آزمون	۱۶/۱۳	پیش آزمون-پس آزمون	۱/۸۷	۰/۰۰۱
	پس آزمون	۱۴/۲۷	پیش آزمون-پیگیری	۱/۸۲	۰/۰۰۱
	پیگیری	۱۴/۳۲	پس آزمون-پیگیری	-۰/۰۵	۰/۲۶۶
	پیش آزمون	۲۲/۴۰	پیش آزمون-پس آزمون	۲/۲۳	۰/۰۰۱
نقش‌ها	پس آزمون	۲۰/۱۷	پیش آزمون-پیگیری	۲/۲۲	۰/۰۰۱
	پیگیری	۲۰/۱۸	پس آزمون-پیگیری	-۰/۰۲	۰/۹۹۹
پاسخ‌دهی	پیش آزمون	۲۲/۴۲	پیش آزمون-پس آزمون	۲/۴۳	۰/۰۰۱
	پس آزمون	۱۹/۹۸	پیش آزمون-پیگیری	۲/۳۷	۰/۰۰۱
	پیگیری	۲۰/۰۵	پس آزمون-پیگیری	-۰/۰۷	۰/۳۲۴
	پیش آزمون	۲۲/۲۵	پیش آزمون-پس آزمون	۲/۱۰	۰/۰۰۱
آمیزش عاطفی	پس آزمون	۲۰/۱۵	پیش آزمون-پیگیری	۲/۰۵	۰/۰۰۱
	پیگیری	۲۰/۲۰	پس آزمون-پیگیری	-۰/۰۵	۰/۲۶۶
کنترل	پیش آزمون	۲۲/۶۲	پیش آزمون-پس آزمون	۲/۵۲	۰/۰۰۱
	پس آزمون	۲۰/۱۰	پیش آزمون-پیگیری	۲/۴۷	۰/۰۰۱
	پیگیری	۲۰/۱۵	پس آزمون-پیگیری	-۰/۰۵	۰/۲۶۶
	پیش آزمون	۳۶/۵۰	پیش آزمون-پس آزمون	۲/۹۳	۰/۰۰۱
عملکرد کلی	پس آزمون	۳۳/۵۷	پیش آزمون-پیگیری	۲/۸۷	۰/۰۰۱
	پیگیری	۳۳/۶۳	پس آزمون-پیگیری	-۰/۰۷	۰/۳۲۴
نمره کل عملکرد	پیش آزمون	۱۵۴/۸۰	پیش آزمون-پس آزمون	۱۵/۶۰	۰/۰۰۱
	پس آزمون	۱۳۹/۲۰	پیش آزمون-پیگیری	۱۵/۲۵	۰/۰۰۱
	پیگیری	۱۳۹/۵۵	پس آزمون-پیگیری	-۰/۳۵	۰/۹۹۹

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از انجام این پژوهش بررسی مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت خود و زوج درمانی هیجان‌مدار بر عملکرد خانواده در زنان قربانی خشونت خانگی بود. نتایج نشان داد که زوج درمانی هیجان‌مدار اثربخشی بیشتری نسبت به درمان مبتنی بر

۵۰..... مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت خود و زوج درمانی هیجان‌مدار بر عملکرد...

شفقت خود بر نمره کل عملکرد خانواده زنان قربانی خشونت خانگی دارد که این نتیجه به دست آمده با نتایج تحقیقات گریمن و جانسون (۲۰۲۲)، مارن، و همکاران (۲۰۲۲)، گل محمد، و همکاران (۱۴۰۰) همسویی دارد. در تبیین این نتیجه به دست آمده می‌توان گفت در زوج درمانی هیجان‌مدار، مهارت‌های هیجانی که به عنوان توانایی تشخیص و ابراز هیجانات و همچنین توانایی همدلی با دیگران تعریف شده است، باعث افزایش صمیمیت و احساس امنیت شده و انتقادپذیری (البته در بعد مثبت) را در فرد افزایش می‌دهد و به بازگشت آرامش به زندگی زوج متعارض و حفظ و تداوم رابطه زناشویی کمک می‌نماید؛ افزون بر آن، زوج درمانی هیجان‌مدار به همسران درگیر مشکلات زناشویی مانند خشونت خانگی کمک می‌کند تا دوباره با یکدیگر ارتباط برقرار کنند و بر کاهش آشفتگی از طریق مداخله در سطح هیجانی به منظور پیشرفت تعاملات نزدیکی که منجر به علاقه بیشتر و روابط صمیمانه می‌شود تلاش نمایند.

در تبیین اثربخشی بیشتر زوج درمانی هیجان‌مدار نسبت به درمان مبتنی بر شفقت خود بر بهبود مولفه "حل مسئله" می‌توان گفت که منظور از حل مسئله در این پژوهش آن است که خانواده‌های درگیر خشونت خانگی توانایی حل مشکلات در سطحی که عملکرد خانواده حفظ شود را ندارند. بر همین اساس می‌توان گفت که زوج درمانی هیجان‌مدار از این حیث نسبت به درمان مبتنی بر شفقت خود برتری دارد که درمان مبتنی بر شفقت خود بیشتر بر نحوه دلسوزی فرد آسیب دیده از خشونت خانگی نسبت به خود تاکید دارد و نمی‌تواند با خوددلسوزی مشکلات زناشویی را حل کرد. بلکه برای کاهش مشکلات و توانایی حل مسئله باید زوجین نیازهای اساسی هم را کشف کنند و با توانمند شدن در جلسات زوج درمانی هیجان‌مدار راه-حل‌های جدید و نو برای حل مشکلات به دست آورند.

در تبیین اثربخشی بیشتر زوج درمانی هیجان‌مدار نسبت به درمان مبتنی بر شفقت خود بر بهبود مولفه "ارتباطات" می‌توان گفت که ارتباطات به عنوان تغییر و تبادل اطلاعات میان همسران توصیف شده است و در مورد ارتباطات دو حیطه عمده وجود دارد که شامل ارتباطات عاطفی و غیر کلامی است (مارن، و همکاران، ۲۰۲۲). زوج درمانی هیجان‌مدار از قدرت هیجان برای به حرکت داشتن همسران و برانگیختن پاسخ‌های جدید در تعاملات و ارتباطات اساسی و مکرری استفاده می‌کند که باعث تحرک در زندگی زناشویی می‌شود. بنابراین زنان آسیب دیده از خشونت خانگی با شرکت در جلسات زوج‌درمانی هیجان‌مدار میزان دلبستگی ناایمن خود را تغییر داده و سعی می‌کنند این ایمن بودن دلبستگی را در زندگی زناشویی خود تجربه کنند و همین فرآیند به آنان کمک می‌کند در زندگی زناشویی ارتباطات بهتری را همسر خود داشته باشد و در مواقع مشکلات کمتر خشونت خانگی بین زوجین رخ دهد. اما درمان مبتنی بر شفقت خود از آنجایی که بیشتر بر روی جنبه‌های فرد زنان کار می‌کند و آنان را نسبت به رنج و دردی که دارند، با خودشان دلسوز و مهربان بار می‌آورد، به همین دلیل است که نمی‌تواند نسبت به زوج درمانی هیجان‌مدار برتری داشته باشد.

در تبیین اثربخشی بیشتر زوج درمانی هیجان‌مدار نسبت به درمان مبتنی بر شفقت خود بر بهبود مولفه "نقش‌ها" می‌توان گفت که زنانی که دارای مشکلات خانوادگی و عملکرد ناسالم خانوادگی هستند در بازشناسی، آشکارسازی، پردازش، و نظم‌دهی نقش‌های هیجانی خود با همسرانشان با مشکلاتی مواجه بوده و در تمایز نقش‌های خود با همسرشان، دچار مشکل هستند. نتیجه اینکه زنان متأهل در معرض خشونت خانگی که عملکرد ناسالم خانوادگی در زمینه نقش‌ها دارند، اغلب در جریان

آشفته‌گی‌های هیجانی خاصی وارد درمان می‌شوند و سطوح پایینی از صمیمیت و احساسی درآمیخته با منفی بودن نسبت به طرف مقابل را گزارش می‌کنند و بارها تلاش‌های آنها در احیای صمیمیت با شکست مواجه شده است و با شیوه‌های محدود شده‌ای مانند اجتناب و کناره‌گیری، سرزنش و انتقاد، دفاعی بودن و چرخه‌های دفاعی با هم ارتباط برقرار می‌کنند. بنابراین در فرایند زوج درمانی هیجان‌مدار، درمانگر به از بین بردن این احساس ناامنی اقدام می‌کند و در نتیجه وقتی درمانگر چرخه تعاملی منفی نمایانگر دلبستگی ناایمن را شناسایی می‌کند، هیجان‌های همراه با این چرخه‌ها نیز توسط همسران شناسایی می‌شوند و زنان بهتر در زمینه نقش‌ها توانایی خود را بروز می‌دهند.

در تبیین اثربخشی بیشتر زوج درمانی هیجان‌مدار نسبت به درمان مبتنی بر شفقت خود بر بهبود مولفه "پاسخ‌دهی" می‌توان گفت که در فرآیند زوج درمانی هیجان‌مدار، زنان قربانی خشونت خانگی این چرخه‌ها را مجدداً بر اساس ابراز نیازهای نهفته دلبستگی، تنظیم می‌کنند و در چرخه درمان، همسران می‌توانند با استفاده از چرخه‌های جدید، نیازهای خود را به راحتی ابراز کنند و نیازهای دلبستگی همسر خود را بپذیرند که این موضوع باعث کاهش مشکلات هیجانی و بهبود عملکرد سالم خانوادگی می‌شود. بنابراین هدف از این شیوه درمانی، کمک به زنان قربانی خشونت خانگی برای دستیابی به هیجان‌های نهفته و تسهیل تعاملات مثبتی است که در دسترس بودن و اعتماد بین همسران را افزایش می‌دهد و همین باعث می‌شود که صمیمیت بیشتری را نیز در بین خود و در زندگی زناشویی خود تجربه کنند و عملکرد ناسالم خانوادگی در زمینه پاسخ‌دهی عاطفی را بهبود بخشند.

در تبیین اثربخشی بیشتر زوج درمانی هیجان‌مدار نسبت به درمان مبتنی بر شفقت خود بر بهبود مولفه "آمیزش عاطفی" می‌توان گفت که آمیزش عاطفی را به عنوان مجموعه‌ای از فعالیت‌های زوجین توصیف کرد که آن را در علائق، ارزش‌ها و دیگر فعالیت‌ها نشان می‌دهند و دیده می‌شود که زوجین چگونه و به چه طریقی، علائق و خواسته‌هایشان را با همدیگر در میان می‌گذارند. لذا آمیزش عاطفی دارای دامنه‌ای از عدم وجود آمیزش عاطفی (هیچ علاقه یا مراودهای نشان داده نمی‌شود یا تجربه نمی‌شود) تا بی‌نهایت آمیزش عاطفی می‌باشد که سلامتی در وسط این طیف قرار دارد. لذا از آنجایی که هدف اصلی زوج درمانی هیجان تغییر سبک دلبستگی ناایمن است و سعی می‌کند با ایجاد دلبستگی ایمن، در افراد تحت درمان، آنان را در زندگی زناشویی توانمند کند. بنابراین همین فرآیند به آنان کمک می‌کند در زندگی زناشویی علائق، ارزش‌ها و خواسته‌های مشترک بیشتری داشته باشند. با کسب دلبستگی ایمن، و به کارگیری این توانمندی در زندگی زناشویی، خشونت خانگی کمتر می‌شود و عملکرد سازنده‌تری از کانون خانواده از خود نشان می‌دهند. اما در درمان مبتنی بر شفقت خود چنین تغییراتی رخ می‌دهد و صرفاً بر روی کاهش خودانتقادی و افزایش مهربانی با خود تأکید دارد.

در تبیین اثربخشی بیشتر زوج درمانی هیجان‌مدار نسبت به درمان مبتنی بر شفقت خود بر بهبود مولفه "کنترل رفتار" می‌توان گفت که با زوج درمانی هیجان‌مدار می‌توان نسبت به کنترل این امور به ویژه پرخاشگری و خشونت در کانون خانواده اقدام کرد. کاربرد زوج درمانی هیجان‌مدار در مورد زنان در زمینه ناسازگاری و مشکلات زناشویی همچون خشونت خانگی با این احساسات و آگاهی از آنها می‌تواند در ایجاد رابطه صمیمانه و نزدیک با همسرانشان مؤثر باشد و نیز کاربرد رویکرد شناختی در شکستن تابوها گذشته در روابط با شوهرانشان مؤثر است و همین فرآیند به آنان کمک می‌کند که نسبت به همدیگر

۵۲..... مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت خود و زوج درمانی هیجان‌مدار بر عملکرد...

پرخاشگری نکنند. اما در درمان مبتنی بر شفقت خود با بهبود و کاهش خودانتقادی به این زنان کمک می‌کند که با خود مهربان باشند. اما از آنجایی که خشونت خانگی یک مسئله فردی نیست که زنان بخواهند با خودمهربانی آن را کم کنند، لذا زوج درمانی هیجان‌مدار با بهبود دلبستگی ایمن به آنان کمک می‌کند که روابط بهتری با همسر خود داشته باشند و کمتر پرخاشگری کنند.

از آنجایی که این پژوهش بر روی زنان متاهل قربانی خشونت خانگی شهر تهران صورت گرفته است، در تعمیم نتایج این پژوهش به زنان مشابه در سایر شهرها باید احتیاط لازم صورت گیرد. مرحله پیگیری در این پژوهش دو ماهه بود، بر این اساس پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های بعد با لحاظ کردن مرحله پیگیری بلند مدت‌تر و طولانی‌تر (بیش از شش ماه یا حتی یک سال) به بررسی تداوم درمان شفقت و درمان هیجان‌مدار بر عملکرد خانواده پرداخته شود. در راستای رفع محدودیت‌های پژوهش پیشنهاد می‌شود که پژوهش‌های مشابه در دیگر شهرها و فرهنگ‌های دیگر بر روی زنانی که تجربه خشونت خانگی داشتند اجرا شود تا نتایج پژوهش‌های انجام شده با هم قابل مقایسه باشد. پیشنهاد می‌شود، روان‌شناسان، مشاوران بالینی و درمانگران خانواده هم در برنامه‌های پیش ازدواج و هم در مداخلات پس از ازدواج به زوجین در معرض آسیب ناشی از مشکلات خانوادگی و زناشویی به درمان مبتنی بر شفقت خود توجه ویژه‌ای کنند؛ چرا که این درمان‌ها و مداخلات روان‌شناختی دارای هزینه‌های کمی بوده و اقتصادی هستند و می‌توانند زوجین را توانمند کنند تا بهتر با مشکلات خانوادگی کنار آیند. همچنین به عنوان یک نتیجه کاربردی پیشنهاد می‌شود که مراکز مشاوره و درمانی با هدف ارتقاء تاب‌آوری زناشویی و کاهش مشکلات زوجین و همچنین افزایش روابط صمیمانه، دوره‌های درمانی هیجان‌مدار را در قالب گروهی یا فردی در نمونه‌های بالینی یا عمومی اجرا نمایند که بتواند زوجین در برابر مشکلات زناشویی تاب‌آوری داشته باشند و کمتر درگیر رفتارهای پرخاشگرانه زناشویی شوند و از این طریق عملکرد خانواده تقویت شود.

تقدیر و تشکر

از همه شرکت‌کنندگانی که به سوالات پژوهش پاسخ دادند و در اجرای پژوهش حاضر مشارکت و یاری داشتند، تشکر و قدردانی می‌شود. بنا بر اظهار نویسندگان، این مقاله حامی مالی و تعارض منافع ندارد.

منابع

ذوالفقاری، حمید؛ سیدزاده دلویی، سیدایمان؛ فرخی، حسین؛ مصطفی پور، وحید؛ علیشاهی، عارفه؛ و مافی اصل، سپیده. (۱۳۹۷). مقایسه کارکردهای خانوادگی بیماران اختلال خوردوخوراک با افراد سالم بر اساس مدل مک‌مستر. *مجله مطالعات ناتوانی*، ۱(۱)، ۵۹-۶۷.

<http://dorl.net/dor/20.1001.1.23222840.1397.8.0.107.2>

گل محمد، رکسانه؛ قاسمی فیروزآبادی، مهسا؛ عبدلی، زهرا؛ و ساقیها، هنگامه. (۱۴۰۰). اثربخشی زوج درمانی هیجان‌مدار بر پریشانی روان‌شناختی و افسردگی زنان متاهل قربانی خشونت خانگی. *مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد*، ۶۴(۶)، ۴۳۴۸-۴۳۳۸

[10.22038/MJMS.2022.20934](https://doi.org/10.22038/MJMS.2022.20934)

ولی‌زاده، حدیث؛ و احمدی، وحید. (۱۴۰۰). مقایسه شناختی/رفتاری و درمان پذیرش/تعهد بر تاب‌آوری و کیفیت زندگی زنان قربانی

خسونت. *روانشناسی خانواده*، ۸(۲)، ۱۲-۲۵. <https://doi.org/10.52547/ijfp.2022.549042.1088>

یوسفی، ناصر. (۱۳۹۱). بررسی شاخص‌های روانسنجی مقیاس‌های شیوه سنجش خانوادگی مک مستر. *فصلنامه اندازه‌گیری تربیتی*، ۲(۷)،

۱۲۰-۹۱. https://jem.atu.ac.ir/article_5626.html

- Allen, S., Hawkins, A. J., Harris, S. M., Roberts, K., Hubbard, A., & Doman, M. (2022). Day-to-day changes and longer-term adjustments to divorce ideation: Marital commitment uncertainty processes over time. *Family Relations*, 71(2), 611-629. <https://doi.org/10.1111/fare.12599>
- Blackwell, A. H., Asghar, K., de Dieu Hategekimana, J., Roth, D., O'Connor, M., & Falb, K. (2023). Family functioning in humanitarian contexts: correlates of the feminist-grounded family functioning scale among men and women in the eastern Democratic Republic of Congo. *Journal of Child and Family Studies*, 32(1), 197-210. <https://doi.org/10.1007/s10826-022-02356-4>
- Carvalho, S., Martins, C. P., Almeida, H. S., & Silva, F. (2017). The evolution of cognitive behavioural therapy—The third generation and its effectiveness. *European Psychiatry*, 41(S1), 773-774. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2017.01.1461>
- Catino, M., Rocchi, S., & Marzetti, G. V. (2022). The network of interfamily marriages in 'Ndrangheta. *Social Networks*, 68(1), 318-329. <https://doi.org/10.1016/j.socnet.2021.08.012>
- Craig, C., Hiskey, S., & Spector, A. (2020). Compassion focused therapy: A systematic review of its effectiveness and acceptability in clinical populations. *Expert Review Of Neurotherapeutics*, 20(4), 385-400. <https://doi.org/10.1080/14737175.2020.1746184>
- Dew, J., Trujillo, S., & Saxey, M. (2022). Predicting marital financial deception in a national sample: A person-centered approach. *Family Relations*, 1(2), 1-10. <https://doi.org/10.1111/fare.12654>
- Epstein, N. B., Baldwin, L. M., & Bishop, D. S. (1983). The Macmaster model of family assessment device. *Journal of Marital and Family Therapy*, 9(2), 171-180. <https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.1983.tb01497.x>
- Falb, K., Blackwell, A., Hategekimana, J. D. D., Roth, D., & O'Connor, M. (2023). Preventing co-occurring intimate partner violence and child abuse in eastern Democratic Republic of Congo: the role of family functioning and programmatic reflections. *Journal of Interpersonal Violence*, 38(1-2), 183-211. [10.1177/08862605221080152](https://doi.org/10.1177/08862605221080152)
- Germer, C. (2023). Self-Compassion in Psychotherapy: Clinical Integration, Evidence Base, and Mechanisms of Change. In *Handbook of Self-Compassion* (pp. 379-415). Cham: Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-031-22348-8_22
- Gilbert, P. (2000). Internal 'social' conflict and the role of inner warmth and compassion in cognitive therapy. *Genes on the Couch: Explorations in Evolutionary Psychotherapy*, 118-150. <https://psycnet.apa.org/record/2001-16368-006>
- Gilbert, P. (2010). An introduction to compassion focused therapy in cognitive behavior therapy. *International Journal of Cognitive Therapy*, 3(2), 97-112. [10.1521/ijct.2010.3.2.97](https://doi.org/10.1521/ijct.2010.3.2.97)
- Golmohammadi, R., Ghasemi Firoozabadi, M., Abdoli, Z., & Saghaha, H. (2022). The effectiveness of emotion-focused therapy on psychological distress and depression of married women victims of domestic violence. *Medical Journal of Mashhad University of Medical Sciences*, 64(6), 4338-4348. (Text in Persian) [10.22038/MJMS.2022.20934](https://doi.org/10.22038/MJMS.2022.20934)
- Greenman, P. S., & Johnson, S. M. (2022). Emotionally focused therapy: Attachment, connection, and health. *Current Opinion in Psychology*, 43(2), 146-150. [10.1016/j.copsyc.2021.06.015](https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2021.06.015)

- Johnson, S. M. (2008). Emotionally focused couple therapy. *Clinical Handbook of Couple Therapy*, 1-127. <https://books.google.com/books?>
- Johnson, S. M. (2012). *The practice of emotionally focused couple therapy: Creating connection*. Routledge.
- Kirby, J. N., Tellegen, C. L., & Steindl, S. R. (2017). A meta-analysis of compassion-based interventions: Current state of knowledge and future directions. *Behavior Therapy*, 48(6), 778-792. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2017.06.003>
- Lu, F., Huang, X., Xu, E., Chung, C. N., & He, X. (2022). Instrumental love: Political marriage and family firm growth. *Management and Organization Review*, 18(2), 279-318. <https://10.1017/mor.2021.75>
- Marren, C., Mikoška, P., O'Brien, S., & Timulak, L. (2022). A qualitative meta-analysis of the clients' experiences of emotion-focused therapy. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 29(5), 1611-1625. <https://doi.org/10.1002/cpp.2745>
- Neff, K. D. (2023). Self-compassion: Theory, method, research, and intervention. *Annual Review of Psychology*, 74(2), 193-218. [10.1146/annurev-psych-032420-031047](https://doi.org/10.1146/annurev-psych-032420-031047)
- Piquero, A. R., Jennings, W. G., Jemison, E., Kaukinen, C., & Knaul, F. M. (2021). Evidence from a systematic review and meta-analysis: Domestic Violence during the COVID-19 Pandemic. *Journal of Criminal Justice*, 2(2), 15-26. <https://doi.org/10.1016/j.jcrimjus.2021.101806>
- Valizadeh, H., & Ahmadi, V. (2022). Comparison of the effectiveness of cognitive-behavioral therapy and acceptance and commitment treatment on resilience and quality of life of women victims of domestic violence. *Journal of Family Psychology*, 8(2), 12-25. (Text in Persian) <https://doi.org/10.52547/ijfp.2022.549042.1088>
- Wilson, A. C., Mackintosh, K., Power, K., & Chan, S. W. (2019). Effectiveness of self-compassion related therapies: A systematic review and meta-analysis. *Mindfulness*, 10(1), 979-995. <https://doi.org/10.1007/s12671-018-1037-6>
- Yousefi, N. (2012). An Investigation of the Psychometric Properties of the McMaster Clinical Rating Scale (MCRS). *Quarterly of Educational Measurement*, 2(7), 91-120. (Text in Persian) https://jem.atu.ac.ir/article_5626.html
- Zelkowitz, R. L., Archibald, E. A., Gradus, J. L., & Street, A. E. (2022). Postdeployment mental health concerns and family functioning in veteran men and women. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 1(1), 1-10. <https://doi.org/10.1037/tra0001237>
- Zolfaghari, H., Seyedzadeh Daloooyi, S.I., Farrokhi, H., Mostafapour, V., Alishahi, A., & Mafi Asl, S. (2018). Comparison of the Family Functions of Patients Feeding and Eating Disorders with Healthy Individuals Based on the McMaster Model. *Middle Eastern Journal of Disability Studies*, 8(1), 59-67. (Text in Persian) [20.1001.1.23222840.1397.8.0.107.2](https://doi.org/10.23222840.1397.8.0.107.2)



This article is an open-access article distributed under the terms and conditions of the Creative Commons Attribution-Noncommercial 4.0 International (CC BY-NC-ND 4.0 license) (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).