



Comparison the Effectiveness of Self-Compassion-Focused Therapy and Emotionally Focused Couple Therapy on Abuse Experience among Women Victims of Domestic Violence in Interaction with Self-Injury

Seyedeh Saeideh Ghorbanzadeh¹, Azar kiamarsi^{2*}, Abas Abolghasemi³

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

2- Assistant Professor, Department of Psychology, Rasht Branch, Islamic Azad University, Rasht, Iran.

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

Corresponding Author: Azar kiamarsi, Assistant Professor, Department of Psychology, Rasht Branch, Islamic Azad University, Rasht, Iran.

Email: A.Kiamarsi@iauardabil.ac.ir

Received: 8 May 2023

Accepted: 8 Oct 2023

Abstract

Introduction: Domestic violence is one of the social issues as old as a society and, due to its extensive scope of impact, it has always drawn the attention of therapists in terms of treatment and pathology. The aim of this study was to investigate comparison the effectiveness of self-compassion-focused therapy and emotionally focused couple therapy on abuse experience among women victims of domestic violence in interaction with self-injury.

Methods: This semi-experimental study was conducted with a pretest-posttest design and follow-up 2 month. In this study, the statistical population was all married women victims of domestic violence referred to the welfare center in Tehran city in year 2022. In first, 60 people were selected and randomly divided into two group experimental and one control group. Experimental groups, the by self-compassion-focused therapy and emotionally focused couple therapy. The instruments used in this study include wife abuse questionnaire, inventory of statements about self-injury and child abuse screening tool children's version. Analysis of variance with repeated measures with SPSS software was used for data analysis.

Results: Results indicated that both interventions, significantly improvement abuse experience ($P < 0.05$). Results of Bonferroni post hoc showed that emotionally focused couple therapy is more effective ($P < 0.05$).

Conclusions: It can be concluded that that self compassion-focused therapy and emotionally focused couple therapy can be used as an effective intervention in order to improvement the abuse experience among women victims of domestic violence.

Ke Words: Spouse Abuse, -Self-Compassion, Domestic Violence, Emotionally Focused Therapy, Self-Injurious Behavior.



مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت خود و زوج درمانی هیجان مدار بر تجربیات آزار دیدگی در زنان قربانی خشونت خانگی در تعامل با خود جراحی

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

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

۲- استادیار، گروه روانشناسی، واحد رشت، دانشگاه آزاد اسلامی، رشت، ایران.

۳- استاد، گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه گیلان، ایران.

نویسنده مسئول: آذر کیامرثی، استادیار، گروه روانشناسی، واحد رشت، دانشگاه آزاد اسلامی، رشت، ایران.

ایمیل: A.Kiamarsi@iauardabil.ac.ir

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۲/۱۹

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۷/۱۷

چکیده

مقدمه: خشونت خانگی جزء مسائل اجتماعی با قدمت جامعه است و به سبب گستردگی اثر آن، آسیب‌شناسی و درمان این پدیده همواره مورد توجه درمانگران بوده است. هدف از انجام این پژوهش بررسی مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت خود و زوج درمانی هیجان مدار بر تجربیات آزار دیدگی در زنان قربانی خشونت خانگی در تعامل با خود جراحی بود. **روش کار:** روش این پژوهش از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون، پس آزمون با گروه کنترل همراه با مرحله پیگیری ۲ ماهه بود. جامعه آماری زنان متأهل قربانی خشونت خانگی مراجعه کننده به بهزیستی شهر تهران در سال ۱۴۰۱ بود. تعداد ۶۰ نفر انتخاب و سپس به شیوه تصادفی ساده در دو گروه آزمایش و یک کنترل جایگزین شدند. گروه های آزمایش تحت درمان مبتنی بر شفقت خود و درمان هیجان مدار قرار گرفتند. از پرسشنامه همسرآزاری، سیاهه خودجراحی و پرسشنامه کودک آزاری ایرانی به منظور گردآوری اطلاعات استفاده شد. برای تحلیل داده‌ها از به دست آمده از تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر با نرم افزار SPSS استفاده شد.

یافته ها: نتایج نشان داد هر دو مداخله مذکور اثربخشی معناداری بر تجربیات آزار دیدگی داشته است ($P < 0/05$). نتایج آزمون تعقیبی نشان داد که زوج درمانی هیجان مدار اثربخشی بیشتری دارد ($P < 0/05$).

نتیجه گیری: بر اساس نتایج پژوهش حاضر، می‌توان گفت که درمان مبتنی بر شفقت خود و زوج درمانی هیجان مدار می‌تواند به عنوان شیوه های درمانی مناسب برای بهبود تجربیات آزار دیدگی زنان قربانی خشونت خانگی به کار برده شود.

کلیدواژه ها: همسرآزاری، شفقت خود، خشونت خانگی، درمان هیجان مدار، رفتار خودجراحی.

مقدمه

خانواده به عنوان بخشی واحدی اجتماعی توصیف شده است که می‌تواند شخصیت انسان ها را در درون خود شکل بدهد، به طوری که می‌توان گفت که نیاز به صمیمیت و عشق زن و مرد را به سوی هم کشانده و پیوند زناشویی بین آنها شکل می‌گیرد (۱). یکی از ویژگی‌های ازدواج، تعهد هریک از همسران در قبال همدیگر و رعایت

نمودن حقوق متقابل هم بوده و این می‌تواند نشانه ای از تعهد زوجین نسبت به هم باشد که شالکه زندگی آنان را تشکیل می‌دهد (۲). لذا اگر چنین وضعیتی نباشد، اعتماد و تعهد همسران نسبت به همدیگر کم‌رنگ می‌شود که این می‌تواند شکل دهنده عواملی مانند پیمان شکنی، نارضایتی از زندگی زناشویی و خشونت زناشویی باشد و زندگی زناشویی به سمت جدایی می‌کشاند (۳). بنابراین یکی از عواملی که

های مراقبت جویانه را ببندند، اما این شکل دفاعی سیستم انگیزشی تکامل یافته اولیه را حذف نمی کند و در روان درمانی مبتنی بر شفقت، مراجعان می توانند حس جدیدی از ارتباط با سیستم های مراقبت جویانه خود را تجربه کنند (۱۲).

از سوی دیگر زوج درمانی هیجان مدار باعث کاهش مشکلات زناشویی در زوجین می شود، به طوری که زوج درمانگران هیجان مدار این درمان را برای زوج ها، خانواده ها و افراد پیشنهاد کرده اند 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 بین فردی تمرکز اصلی زوج درمانی هیجان مدار است که می تواند به بازگرداندن تعادل عاطفی آنان کمک کند و در نتیجه افراد را از انزوا و مجموعه مشکلات سلامتی که می توانند برای افراد آسیب زا باشند محافظت کند (۱۳). با توجه به آنچه گفته شد، مشخص گردید که هم درمان مبتنی بر شفقت خود بر بهبود مشکلات جسمانی (۱۴)، بهبود مشکلات جنسی زوجین (۱۵)، افزایش تاب آوری در برابر تجربیات آزار دهنده (۱۶) و هم زوج درمانی هیجان مدار در بهبود مشکلات روانشناختی همچون افسردگی (۱۷)، تغییر سبک دلبستگی زوجین (۱۸) و کاهش تجربیات آزار دیدگی ناشی از سوء رفتار والدین در دوران کودکی (۱۹) موثر بوده اند. اما آنچه در پژوهش های به آن توجه نشده است، مقایسه اثربخشی این دو درمان موردنظر بر تجربه آزار دیدگی می باشد که مشخص نکرده اند که کدام مداخله نسبت به دیگری اثربخشی بیشتری در کاهش مشکلات زناشویی دارد، که در این پژوهش به رفع این خلاء تحقیقاتی پرداخته شده است که یک درمان کارآمد، اثربخش و مهم برای درمانگران خانواده مورد شناسایی قرار گیرد. لذا بر اساس آنچه گفته شد سوال پژوهش حاضر این بود که چه تفاوتی بین اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت خود و زوج درمانی هیجان مدار بر تجربیات آزار دیدگی در زنان قربانی خشونت خانگی با و بدون خود جرحی وجود دارد؟

روش کار

این روش پژوهش از نظر هدف کاربردی و از نظر روش از نوع نیمه آزمایشی، با طرح پیش آزمون، پس آزمون با گروه کنترل و پیگیری ۲ ماهه انجام شده است. جامعه آماری کلیه زنان متاهل قربانی خشونت خانگی مراجعه کننده به

زندگی زناشویی را تهدید می کند، خشونت خانگی است (۴). خشونت خانگی تجربه شده توسط زنان از سوی شوهرانشان، ممکن است با خودجرحی از سوی خود زنان نیز همراه باشد و خودجرحی که می تواند با خودزنی به قصد یا بدون قصد خودکشی باشد می توان به عنوان روشی ناکارآمد برای تنظیم هیجان و کاهش تنیدگی زنان آسیب دیده از خشونت خانگی توصیف کرد (۵). هرچند این روش ممکن است برای برخی زنان عاملی برای کاهش تنیدگی و تنش هیجانی باشد، اما در هر صورت از نظر اجتماعی مورد قبول نیست (۶). بر اساس نتایج یک پژوهش نشان داده شده است که خودآزاری و رفتارهای خودجرحی در دوران شیوع کرونا ویروس به دلیل خشونت های خانگی در افراد افزایش یافته است که این نتایج نشان می دهد خشونت خانگی تاثیر بسزایی بر رفتارهای خودجرحی افراد در خانه دارد (۷). از سوی دیگر می توان گفت ضعف در عملکرد مناسب کانون خانواده و روابط بین فردی زوجین می تواند منجر به تجربه آزار دیدگی و همسر آزاری در کانون خانواده شود و در این میان زنان قربانیان اصلی این آزار دیدگی هستند (۸). تجربه آزار دیدگی شامل تجربه سوء استفاده جنسی، سوء استفاده جسمی، سوء استفاده عاطفی و غفلت در دوران کودکی و همچنین قرار گرفتن در معرض خشونت شریک زندگی صمیمی می شود (۹). به طوری که نتایج تحقیقات نشان داده اند که تجربه آزار دیدگی در دوران کودکی می تواند با رفتارهای خودجرحی در آینده همراه باشد (۱۰). در راستای این مشکلات که افراد دارای تجارب آزار دیدگی و خشونت خانگی که تجربه می کنند ارائه مداخلات روانشناختی و درمانی برای کاهش مشکلات آنان از اهمیت فراوانی برخوردار است. درمان مبتنی بر شفقت خود توسط گیلبرت توسعه داده شده است و آن نوعی مداخله روانشناختی موثر است، که باعث مراقبت از در برابر شرایط ناگوار می شود (۱۱). درمان شفقت به خود نقش مهمی در کاهش مشکلات روانشناختی و هیجانی افراد دارد، به طوری که بر اساس دیدگاه گیلبرت، انسان به عنوان یک گونه اجتماعی با انگیزه ها و ذهنیت های اجتماعی برای ایجاد روابط با دیگران تکامل یافته است و از بدو تولد، ما نیاز دارد و می توانند به «مراقبت محبت آمیز» پاسخ دهد، زیرا انسان ها مغزهایی دارند که به دنبال آن سیگنال ها هستند و پذیرای آن ها هستند و افرادی که از زمینه های غفلت یا سوء استفاده می آیند می توانند مجبور شوند این سیستم

بهزیستی در شهر تهران در سال ۱۴۰۱-۱۴۰۰ بود. نمونه پژوهش ۶۰ زن قربانی خشونت خانگی با و بدون خود جرحی بود که به صورت هدفمند از میان مراجعه کننده های بهزیستی شهر تهران انتخاب و در دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل جادهی شدند (هر گروه ۱۰ زن دارای خودجرحی و ۱۰ زن بدون خودجرحی). رضایت آگاهانه برای شرکت در پژوهش، دامنه سنی افراد نمونه بین ۲۵ تا ۴۰ سال، و گذشت حداقل ۲ سال از زمان ازدواج فرد از ملاک های ورود به پژوهش بود. سابقه اختلالات شناختی یا روانشناختی، سوء مصرف مواد بر اساس پرونده فرد در بهزیستی، غیبت بیش از ۲ جلسه در جلسات درمانی، شرکت همزمان در دیگر دوره ها و مداخلات درمانی همزمان با پژوهش و نقص در تکمیل پرسشنامه ها از ملاک های خروج از پژوهش بودند. اختیاری بودن پژوهش و حق خروج از مطالعه، پاسخ به سوالات و در اختیار قرار دادن نتایج در صورت تمایل به زنان، ارائه جلسات مداخله به صورت فشرده به زنان گروه کنترل بعد از اجرای پس آزمون، 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 بوده است. در این تحقیق از آمار توصیفی چون میانگین و انحراف معیار و از آمار استنباطی شامل تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر استفاده شد. همچنین برای بررسی مقایسه مراحل سنجش (پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری) و افزون بر این برای اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت خود و زوج درمانی هیجان مدار از «آزمون تعقیبی بن فرونی» و نرم افزار SPSS نسخه ۲۴ استفاده شده است. ابزار سنجش

پرسشنامه همسرآزاری (wife abuse questionnaire): این پرسشنامه توسط Ghahari و همکاران در سال ۱۳۸۴ تهیه شده است که در پژوهش حاضر برای سنجش خشونت خانگی استفاده شده است و شامل ۴۴ سوال است که نمره گذاری پرسشنامه در طیف لیکرت ۴ درجه ای (از هرگز ۱ نمره تا همیشه ۵ نمره) است (۲۰). سازندگان پرسشنامه پایایی آن را بررسی و آلفای کرونباخ ۰/۹۲ و پایایی با روش بازآزمایی ضریب ۰/۹۸ گزارش کرده اند (۲۰). در سایر مطالعات

ضرایب برای بدرفتاری روانی ۰/۹۸، بدرفتاری جسمی ۰/۹۶ و بدرفتاری جنسی ۰/۹۸ به دست آمده است (۲۱). در پژوهش آلفای کرونباخ بررسی و ضرایب پیش آزمون ۰/۸۱، پس آزمون ۰/۸۶ و پیگیری ۰/۸۰ به دست آمده است.

سیاهه خودجرحی (inventory of statements about self-injury): این سیاهه توسط Klonsky & Glenn در سال ۲۰۰۹ تهیه شده است و شامل ۳۹ سوال است و نمرات به صورت لیکرت سه گزینه ای (از کاملاً غیر مرتبط ۰ نمره تا کاملاً مرتبط ۲ نمره) است درجه بندی شده است (۲۲). روایی و پایایی این پرسشنامه مطلوب گزارش شده است به طوری که در یک پژوهش روایی صوری و محتوایی آن تایید و آلفای کرونباخ آن ۰/۷۱ به دست آورده اند (۲۳). سازندگان این سیاهه نیز آلفای کرونباخ آن برای بررسی پایایی محاسبه کرده اند و ضرایب در دامنه بین ۰/۸۰ تا ۰/۸۷ محاسبه کرده اند (۲۲). در سایر مطالعات نیز این ضرایب مطلوب گزارش شده است، به طوری که ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۱ و ضریب بازآزمایی ۰/۸۵ گزارش شده است (۲۴). در پژوهش آلفای کرونباخ بررسی و ضرایب پیش آزمون ۰/۷۰، پس آزمون ۰/۷۳ و پیگیری ۰/۷۹ محاسبه و به دست آمده است.

پرسشنامه کودک آزاری ایرانی (child abuse screening tool children's version): این پرسشنامه توسط Hosseinkhani و همکاران در سال ۱۳۹۲ تهیه شده است و در پژوهش های مختلف از جمله پژوهش Amiri Majd & Kakavand (۲۵) از پرسشنامه کودک آزاری ایرانی برای سنجش تجربیات آزار دیدگی استفاده کرده اند که شامل ۲۶ سوال و سه مولفه سوء رفتار هیجانی، سوء رفتار فیزیکی، غفلت را اندازه گیری می کند (۲۶). شیوه نمره گذاری آن به صورت سه درجه ای به این صورت که برای هیچ وقت=نمره ۰، گاهی وقت ها نمره ۱ و همیشه نمره ۲ داده می شود. پایایی این پرسشنامه در تحقیقات مطلوب گزارش شده است به طوری که آلفای کرونباخ برای سوء رفتار هیجانی ۰/۹۶، سوء رفتار فیزیکی ۰/۹۸ و غفلت ۰/۸۳ و کل سوالات ۰/۹۷ بدست آمده است (۲۶). در پژوهش آلفای کرونباخ بررسی و ضرایب پیش آزمون ۰/۸۰، پس آزمون ۰/۷۵ و پیگیری ۰/۹۰ محاسبه و به دست آمده است.

سیده سعیده قربانزاده و همکاران

جدول ۱. جلسات درمان مبتنی بر شفقت خود اقتباس Gilbert (۲۷)

جلسه	هدف جلسه	محتوای جلسات
۱	معرفی و معارفه	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 گروه آزمایش و کنترل انتخاب شدند
۲	آشنایی با اصول کلی درمان	در این جلسه هدف برقراری ارتباط اولیه، گروه بندی، مروری بر ساختار جلسات، آشنایی با اصول کلی درمان متمرکز بر شفقت خود
۳	شناخت مولفه های شفقت خود	در جلسه دوم هدف شناسایی و معرفی مولفه های شفقت، بررسی هر مولفه شفقت در اعضای گروه و شناسایی ویژگیهای آن
۴	آموزش و پرورش شفقت به خود اعضا	در این جلسه هدف مروری بر تکالیف جلسه قبل، پرورش احساس گرمی و مهربانی نسبت به خود
۵	خودشناسی و شناسایی عوامل خودانتقادی	در این جلسه هدف تمرین جلسه قبل، ترغیب آزمودنی ها به خودشناسی و بررسی شخصیت خود به عنوان فرد «دارای شفقت» با «غیر شفقت»، شناسایی و کاربرد تمرینهای «پرورش ذهن شفقت آمیز»
۶	اصلاح و گسترش شفقت	در این جلسه هدف مرور و تمرین جلسه قبل، آشنایی و کاربرد «تمرین های پرورش ذهن شفقانه»
۷	آموزش سبک ها و روش های ابراز شفقت	مرور جلسه قبل، تمرین عملی ایجاد تصاویر شفقانه، آموزش سبکها و روش های ابراز شفقت (شفقت کلامی، شفقت عملی، شفقت مقطعی و شفقت پیوسته) و به کارگیری این روش ها در زندگی روزمره
۸	فنون ابراز شفقت	در این جلسه هدف مرور جلسه قبل، آموزش نوشتن نامه های شفقت آمیز برای خود و دیگران،
۹	ارزیابی و کاربرد	در این جلسه هدف آموزش و تمرین مهارتها؛ مرور و تمرین مهارتهای ارائه شده در جلسات گذشته
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.

جدول ۲. جلسات زوج درمانی هیجان مدار اقتباس از Johnson (۲۸)

گام	جلسه	محتوای جلسه
گام اول: شناسایی	اول	- بررسی انگیزه و انتظار افراد نمونه از شرکت در جلسات درمانی
	دوم	- ارزیابی میزان تعهد نسبت به همسر، روابط فرازنشویی، ترومای دلبستگی شخصی قبلی که در روابط فعلی تاثیرگذار است
	سوم	- مشخص کردن الگوهای تعامل شامل پذیرش احساس تصدیق شده
	چهارم	- بازسازی پیوند زوجین شامل روشن کردن پاسخ های هیجانی کلیدی
گام دوم: تغییر	پنجم	- عمق بخشیدن به درگیری عاطفی زوجین بر مبنای دلبستگی شامل افزایش شناسایی نیازهای دلبستگی
	ششم	- گسترده کردن خود در ارتباط با دیگران شامل تعیین تناسب چارچوب بندی درمانگر با تجربه زوجین
	هفتم	- فعال سازی شامل بازسازی تعاملات و تغییر رویدادها
گام سوم: تثبیت	هشتم	- یافتن راه حل های جدید برای مشکلات قدیمی شامل بازسازی تعاملات، تغییر رفتار همسر آسیب رسان، ایجاد هماهنگی در حس درونی نسبت به خود و نیز رابطه، تغییر تعاملات غلبه بر موانع واکنش مثبت
	نهم	استفاده از دستاوردهای درمانی در زندگی روزانه شامل درگیری صمیمانه زوج، ماندن بر خط درمان و خارج نشدن از آن، هماهنگی وضعیت های جدید که زوج ایجاد کرده اند، شناسایی و حمایت از الگوهای سازنده تعاملی و ایجاد دلبستگی ایمن
	دهم	- اختتام شامل تسهیل اختتام جلسات - حفظ تغییر تعاملات در آینده

یافته ها

جدول ۳: میانگین و انحراف معیار سن در افراد نمونه در سه گروه

گروه	شاخص		آماره
	میانگین	انحراف معیار	F
گروه درمان مبتنی بر شفقت خود	۳۲/۸۵	۶/۰۸۹	۰/۵۱۶
گروه زوج درمانی هیجان مدار	۳۴/۳۰	۴/۹۱۱	
گروه کنترل	۳۴/۷۵	۵/۲۱۰	

میانگین های ۳ گروه در متغیر سن برابر با $F=0/670$ می باشد که این میزان به لحاظ آماری معنادار نمی باشد ($sig=0/516$) که نشان دهنده همتا بودن ۳ گروه از نظر سن می باشد.

جدول ۳ میانگین و انحراف معیار سن گروه های آزمایش و کنترل را نشان می دهد. میانگین و سن گروه درمان مبتنی بر شفقت خود $32/85$ و $6/089$ ؛ میانگین و سن گروه هیجان مدار $34/30$ و $4/911$ و میانگین و سن گروه کنترل $34/75$ و $5/210$ بود. میزان آماره F بدست آمده حاصل از مقایسه

جدول ۴: فراوانی و درصد تحصیلات افراد نمونه در سه گروه

گروه	شاخص		آماره	
	فراوانی	درصد	Chi-Square	معناداری
گروه درمان مبتنی بر شفقت	دیپلم	۹	۴۵	۰/۹۶۴
	فوق دیپلم	۳	۱۵	
	لیسانس	۳	۱۵	
	فوق لیسانس	۳	۱۵	
	دکتر	۲	۱۰	
	کل	۲۰	۱۰۰	
گروه درمان هیجان مدار	دیپلم	۶	۳۰	
	فوق دیپلم	۴	۲۰	
	لیسانس	۶	۳۰	
	فوق لیسانس	۳	۱۵	
	دکتر	۱	۵	
	کل	۲۰	۱۰۰	
گروه کنترل	دیپلم	۸	۴۰	
	فوق دیپلم	۳	۱۵	
	لیسانس	۵	۲۵	
	فوق لیسانس	۲	۱۰	
	دکتر	۲	۱۰	
	کل	۲۰	۱۰۰	

می باشد که این میزان به لحاظ آماری معنادار نمی باشد ($sig=0/964$) که نشان دهنده همتا بودن سه گروه از نظر تحصیلات می باشد.

جدول ۴ فراوانی و درصد تحصیلات گروه های آزمایش و کنترل را نشان می دهد. میزان آماره تحلیل خی دو ($Chi-Square$) آمده حاصل از مقایسه میانگین سنی ۳ گروه در متغیر تحصیلات برابر با $Chi-Square=2/459$

سیده سعیده قربانزاده و همکاران

می‌باشد که این میزان به لحاظ آماری معنادار نمی‌باشد
(sig=۰/۹۶۴) که نشان دهنده همتا بودن سه گروه از نظر
تحصیلات می باشد.

جدول ۴ فراوانی و درصد تحصیلات گروه های آزمایش
و کنترل را نشان می دهد. میزان آماره تحلیل خی دو
(Chi-Square) آمده حاصل از مقایسه میانگین سنی ۳
گروه در متغیر حسیلات برابر با $\chi^2 = 2/459$

جدول ۵. میانگین و انحراف معیار مولفه های تجربیات آزار دیدگی و نمره کل آن گروه های آزمایش و کنترل

متغیرهای وابسته	مرحله سنجشی	درمان مبتنی بر شفقت				زوج درمانی هیجان مدار				گروه کنترل	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
سوء رفتار هیجانی	پیش آزمون	۱۳/۹۰	۰/۸۱۶	۱۳/۰۰	۰/۸۱۶	۱۳/۰۰	۰/۸۱۶	۱۳/۰۰	۰/۸۱۶	۱۳/۹۰	۰/۸۱۶
	پس آزمون	۱۲/۱۰	۰/۸۱۶	۱۱/۱۰	۰/۸۱۶	۱۱/۰۰	۰/۸۱۶	۱۲/۷۰	۰/۸۱۶	۱۲/۹۰	۰/۸۱۶
	پیگیری	۱۱/۱۰	۰/۸۱۶	۱۱/۱۰	۰/۸۱۶	۱۱/۰۰	۰/۸۱۶	۱۲/۸۰	۰/۸۱۶	۱۲/۹۰	۰/۸۱۶
سوء رفتار فیزیکی	پیش آزمون	۱۴/۱۰	۰/۸۱۶	۱۳/۶۰	۰/۸۱۶	۱۳/۹۰	۰/۸۱۶	۱۳/۱۰	۰/۸۱۶	۱۳/۹۰	۰/۸۱۶
	پس آزمون	۱۲/۰۰	۰/۸۱۶	۱۰/۷۰	۰/۸۱۶	۹/۵۰	۰/۸۱۶	۱۲/۸۰	۰/۸۱۶	۱۲/۹۰	۰/۸۱۶
	پیگیری	۱۲/۱۰	۰/۸۱۶	۱۰/۷۰	۰/۸۱۶	۹/۵۰	۰/۸۱۶	۱۲/۸۰	۰/۸۱۶	۱۲/۹۰	۰/۸۱۶
غفلت	پیش آزمون	۷/۹۰	۰/۸۱۶	۷/۲۰	۰/۸۱۶	۶/۶۰	۰/۸۱۶	۶/۶۰	۰/۸۱۶	۶/۶۰	۰/۸۱۶
	پس آزمون	۴/۹۰	۰/۸۱۶	۵/۲۰	۰/۸۱۶	۴/۲۰	۰/۸۱۶	۴/۲۰	۰/۸۱۶	۴/۲۰	۰/۸۱۶
	پیگیری	۵/۰۰	۰/۸۱۶	۵/۲۰	۰/۸۱۶	۴/۲۰	۰/۸۱۶	۴/۲۰	۰/۸۱۶	۴/۲۰	۰/۸۱۶
نمره کل تجربیات آزار دیدگی	پیش آزمون	۳۵/۹۰	۱/۶۶۳	۳۴/۸۰	۱/۶۶۳	۳۳/۳۰	۱/۶۶۳	۳۳/۳۰	۱/۶۶۳	۳۳/۳۰	۱/۶۶۳
	پس آزمون	۳۹/۰۰	۲/۱۰۰۸	۳۷/۰۰	۲/۱۰۰۸	۳۶/۰۰	۲/۱۰۰۸	۳۶/۰۰	۲/۱۰۰۸	۳۶/۰۰	۲/۱۰۰۸
	پیگیری	۳۸/۲۰	۲/۱۰۰۸	۳۷/۰۰	۲/۱۰۰۸	۳۶/۰۰	۲/۱۰۰۸	۳۶/۰۰	۲/۱۰۰۸	۳۶/۰۰	۲/۱۰۰۸

جدول ۵ میانگین و انحراف معیار مولفه های تجربیات آزار دیدگی و نمره کل آن گروه های آزمایش و کنترل به تفکیک مراحل سنجش (پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری) را نشان می دهد. در ادامه نتایج تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر آمده است استفاده از این آزمون مستلزم رعایت چند پیش فرض اولیه است، این پیش فرض ها شامل نرمال بودن توزیع نمرات و همگنی واریانس ها می باشد که ابتدا پیش فرض ها بررسی شد. برای بررسی نرمال بودن از آزمون شاپیرو-ویلکز استفاده شد. از آنجایی که مقادیر آزمون شاپیرو-ویلکز در هیچ یک از مراحل معنی دار نبود ($P > 0.05$)، لذا می توان نتیجه گرفت که توزیع نمرات نرمال می باشد. جهت بررسی همگنی واریانس ها نیز از آزمون لوین استفاده شد. طبق نتایج، شاخص آماره آزمون لوین در سه مرحله ارزیابی به لحاظ آماری معنی دار نبود ($P > 0.05$) و بدین ترتیب پیش فرض برابری

واریانس ها تایید شد. داده های تحقیق فرض همگنی ماتریس های واریانس-کوواریانس (ام باکس) را زیر سؤال نبرد؛ بنابراین این پیش فرض نیز رعایت شده است ($P > 0.05$). سطح معنی داری اثر تعامل گروه و پیش آزمون بزرگتر از ۰/۰۵ بود و این نشان دهنده همگنی شیب خط رگرسیون بود. با توجه به اینکه پیش فرض های استفاده از تحلیل واریانس آمیخته رعایت شده است، می توان از این آزمون آماری استفاده نمود. از آنجایی که مقدار سطح معناداری آزمون کرویت موچلی برای تجربیات آزار دیدگی برابر ۰/۰۰۱ به دست آمده است. در نتیجه از فرض یکسان بودن واریانس ها حاصل نشد و تخطی از الگوی آماری F صورت گرفته است. در نتیجه از آزمون گرین هاوس-گیرز برای بررسی اثرات درون آزمودنی و بین آزمودنی مداخلات زوج درمانی استفاده شده است که نتایج در جدول ۶ آمده است.

جدول ۶. نتایج اثرات بین آزمودنی و درون آزمودنی تحلیل واریانس با اندازه گیری تجربیات آزار دیدگی

متغیرهای وابسته	منابع تغییر	آماره F	معنی داری	ضریب تاثیر	توان آماری
سوء رفتار هیجانی	زمان (مراحل سنجش)	۱۸۲/۴۳۰	۰/۰۰۱	۰/۷۷۲	۰/۹۹۹
	گروه (مداخله)	۲۷/۳۶۰	۰/۰۰۱	۰/۵۰۳	۰/۹۹۹
	خودجرحی	۰/۴۵۲	۰/۲۳۳	۰/۰۰۸	۰/۱۳۱
	گروه×خودجرحی	۳/۳۲۱	۰/۰۴۴	۰/۱۱۰	۰/۶۰۵
	زمان×گروه	۴۲/۲۸۵	۰/۰۰۱	۰/۶۱۰	۰/۹۹۹
	زمان×خودجرحی	۶/۲۷۸	۰/۰۱۳	۰/۱۰۴	۰/۷۱۳
	زمان×گروه×خودجرحی	۴/۹۶۸	۰/۰۰۹	۰/۱۵۵	۰/۸۱۱
	زمان (مراحل سنجش)	۲۴۸/۵۰۱	۰/۰۰۱	۰/۸۲۱	۰/۹۹۹
	گروه (مداخله)	۵۳/۷۳۲	۰/۰۰۱	۰/۶۶۶	۰/۹۹۹
	خودجرحی	۰/۴۸۶	۰/۴۸۹	۰/۰۰۹	۰/۱۰۵
سوء رفتار فیزیکی	گروه×خودجرحی	۴/۹۵۹	۰/۰۱۱	۰/۱۵۵	۰/۷۸۹
	زمان×گروه	۶۲/۷۵۶	۰/۰۰۱	۰/۶۹۹	۰/۹۹۹
	زمان×خودجرحی	۰/۱۰۷	۰/۷۶۲	۰/۰۰۲	۰/۰۶۲
	زمان×گروه×خودجرحی	۳/۲۲۴	۰/۰۴۴	۰/۱۰۷	۰/۶۱۳
	زمان (مراحل سنجش)	۱۳۸/۰۲۳	۰/۰۰۱	۰/۷۱۹	۰/۹۹۹
	گروه (مداخله)	۲۲/۲۶۵	۰/۰۰۱	۰/۴۵۲	۰/۹۹۹
غفلت	خودجرحی	۰/۰۰۵	۰/۹۴۵	۰/۰۰۱	۰/۰۵۱
	گروه×خودجرحی	۰/۰۶۲	۰/۰۶۲	۰/۰۰۲	۰/۰۵۹
	زمان×گروه	۳۱/۴۴۴	۰/۰۰۱	۰/۵۳۸	۰/۹۹۹
	زمان×خودجرحی	۴/۷۷۹	۰/۰۳۱	۰/۰۸۱	۰/۵۹۱
	زمان×گروه×خودجرحی	۰/۵۵۷	۰/۵۸۶	۰/۰۲۰	۰/۱۴۰

سیده سعیده قربانزاده و همکاران

زمان (مراحل سنجش)	۵۶۰/۶۸۰	۰/۰۰۱	۰/۷۱۲	۰/۹۹۹
گروه (مداخله)	۷۷/۵۹۴	۰/۰۰۱	۰/۷۴۲	۰/۹۹۹
خودجرحی	۰/۷۴۴	۰/۳۹۲	۰/۰۱۴	۰/۱۳۵
گروه×خودجرحی	۳/۸۸۸	۰/۰۲۶	۰/۱۲۶	۰/۶۷۹
زمان×گروه	۱۲۹/۷۲۱	۰/۰۰۱	۰/۸۲۸	۰/۹۹۹
زمان×خودجرحی	۸/۷۳۰	۰/۰۰۴	۰/۱۳۹	۰/۸۵۰
زمان×گروه×خودجرحی	۴/۴۷۹	۰/۰۱۳	۰/۱۴۲	۰/۷۷۲

شفقت و هیجان مدار بر تجربیات آزار دیدگی در زنان گروه با خودجرحی و بدون خودجرحی قربانی خشونت خانگی اثربخشی معناداری نداشته است که این به معنای آن است که زنان هر سه گروه با و بدون خودجرحی، فارغ از خودج بودن یا نبودن اثربخشی لازم را از درمان های مذکور بر کاهش تجربیات آزار دیدگی شان کسب کرده اند.

نتایج جدول ۶ نشان می دهد که درمان های مبتنی بر شفقت خود و زوج درمانی هیجان مدار بر کاهش تجربیات آزار دیدگی در زنان قربانی خشونت خانگی اثربخش بوده است، که نتایج به معنای آن است که درمان های مذکور در فارغ از اینکه تجربه خودجرحی دارند یا خیر بر کاهش تجربیات آزار دیدگی اثربخش بوده است و این اثربخشی معنادار بوده است. افزون بر این درمان های مبتنی بر

جدول ۷. نتایج آزمون تعقیبی بن فرونی تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر تجربیات آزار دیدگی برای بررسی پایداری نتایج

متغیرهای وابسته	مراحل	میانگین تعدیل شده	تفاوت مراحل	تفاوت میانگین	معناداری
سوء رفتار هیجانی	پیش آزمون	۱۳/۳۱۷	پیش آزمون-پس آزمون	۲/۰۳۳	۰/۰۰۱
	پس آزمون	۱۱/۲۸۳	پیش آزمون-پیگیری	۱/۹۶۷	۰/۰۰۱
	پیگیری	۱۱/۳۵۰	پس آزمون-پیگیری	-۰/۰۶۷	۰/۱۳۳
سوء رفتار فیزیکی	پیش آزمون	۱۳/۳۳۳	پیش آزمون-پس آزمون	۲/۱۵۰	۰/۰۰۱
	پس آزمون	۱۱/۱۸۳	پیش آزمون-پیگیری	۲/۱۰۰	۰/۰۰۱
	پیگیری	۱۱/۲۳۳	پس آزمون-پیگیری	-۰/۰۵۰	۰/۲۶۷
غفلت	پیش آزمون	۶/۹۶۷	پیش آزمون-پس آزمون	۱/۶۸۳	۰/۰۰۱
	پس آزمون	۵/۲۸۳	پیش آزمون-پیگیری	۱/۶۳۳	۰/۰۰۱
	پیگیری	۵/۳۳۳	پس آزمون-پیگیری	-۰/۰۵۰	۰/۲۶۷
نمره کل تجربیات آزار دیدگی	پیش آزمون	۳۳/۶۱۷	پیش آزمون-پس آزمون	۵/۸۶۷	۰/۰۰۱
	پس آزمون	۲۷/۷۵۰	پیش آزمون-پیگیری	۵/۷۰۰	۰/۰۰۱
	پیگیری	۲۷/۹۱۷	پس آزمون-پیگیری	-۰/۱۶۷	۰/۰۵۳

دیدگی در مرحله پس آزمون تاثیر داشته است و تداوم این تاثیر در مرحله پیگیری را نیز در برداشته است.

همان طور که جدول ۷ نشان می دهد درمان مبتنی بر شفقت و زوج درمانی هیجان مدار بر کاهش تجربیات آزار

جدول ۸. نتایج آزمون تعقیبی تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر تجربیات آزار دیدگی برای بررسی درمان اثربخش تر

متغیرهای وابسته	گروه های مداخله	گروه مقایسه	تفاوت میانگین	معناداری
سوء رفتار هیجانی	درمان شفقت خود	درمان هیجان مدار	۰/۹۳۳	۰/۰۰۱
	درمان شفقت خود	کنترل	-۰/۸۳۳	۰/۰۰۳
	درمان هیجان مدار	کنترل	-۱/۷۶۷	۰/۰۰۱
	درمان شفقت خود	درمان هیجان مدار	۱/۷۱۷	۰/۰۰۱
سوء رفتار فیزیکی	درمان شفقت خود	کنترل	-۰/۸۶۷	۰/۰۰۴
	درمان هیجان مدار	کنترل	-۲/۵۸۳	۰/۰۰۱
	درمان شفقت خود	درمان هیجان مدار	۰/۷۱۷	۰/۰۰۲
	درمان شفقت خود	کنترل	-۰/۶۰۰	۰/۰۱۱
غفلت	درمان هیجان مدار	کنترل	-۱/۳۱۷	۰/۰۰۱
	درمان شفقت خود	درمان هیجانمدار	۳/۳۶۷	۰/۰۰۱
	درمان شفقت خود	کنترل	-۲/۳۰۰	۰/۰۰۱
	درمان هیجان مدار	کنترل	-۵/۶۶۷	۰/۰۰۱
نمره کل تجربیات آزار دیدگی				

با توجه به جدول ۸ نتایج نشان دهنده آن است که هر دو درمان اثربخشی معناداری بر کاهش تجربیات آزار دیدگی زنان قربانی خشونت خانگی داشته اند. از سوی دیگر تفاوت میانگین گروه هیجان مدار با گروه کنترل بیشتر از تفاوت میانگین گروه درمان مبتنی بر شفقت خود با گروه کنترل است که این نشان دهنده آن است که زوج درمانی هیجان مدار اثربخشی بیشتری نسبت به درمان مبتنی بر شفقت خود بر کاهش تجربیات آزار دیدگی زنان قربانی خشونت خانگی دارد.

بحث و نتیجه گیری

هدف از انجام این پژوهش بررسی مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت خود و زوج درمانی هیجان مدار بر تجربیات آزار دیدگی در زنان قربانی خشونت خانگی در تعامل با خودجرمی بود. نتایج نشان داد که درمان مبتنی بر شفقت بر تجربیات آزار دیدگی در زنان قربانی خشونت خانگی با و بدون خود جرحی اثربخش است. این نتیجه به دست آمده می تواند با نتایج قبلی همسویی دارد (۱۳، ۱۸، ۱۹) و نتایج آنها با نتایج پژوهش حاضر قابل مقایسه است که اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت خود را نشان داده اند. در تبیین این نتیجه به دست آمده می توان گفت که دلسوزی و مهربانی کردن نوعی تاثیر پذیری از رنج دیگران و آگاهی یافتن از درد دیگران است به نحوی که فرد نسبت به رنج ها و مشقت های دیگران احساس همدلی می کند و با شفقت نسبت به خود و دیگران اقدام به

تسکین درد در دیگران و از این طریق احساس رنج و عذاب وجدان خود را نیز کاهش می دهد. به عبارتی دیگر شفقت به خود یک درک غیرقضاوت گونه نسبت به خود است که افراد از خطاها، ناکامی و تلخی ها زندگی خود می گذرند. از سوی دیگر می توان گفت که با درمان مبتنی بر شفقت خود، زنان قربانی خشونت خانگی یاد می گیرند که با خود مهربان بوده، نسبت به خود دلسوز باشند، از توانایی ذهن آگاهی بیشتری برخوردار باشند و کمتر خود را قضاوت کنند و خود را مورد سرزنش قرار دهند. لذا این زنان با درمان مبتنی بر شفقت خود، از میزان بیشتری از شفقت خود برخوردار می شوند. بنابراین می توان گفت که افراد دارای شفقت به خود پایین دارای خودانتقادی و قضاوت خود بالا و خود مهربانی پایین هستند. آنها اکثر ناکامی ها و شکست ها را مختص خودشان می دانند. همچنین خودانتقادی ویژگی مشترک بین افراد دارای خودجرمی و افراد دارای شفقت به خود پایین است. در واقع می توان این گونه نتیجه گرفت که به علت پایین بودن سطح شفقت به خود، این زنان ممکن است عواطف منفی مانند شرم و گناه بیشتری را تجربه کرده و از خودآسیب زنی و خودجرمی برای تنظیم این عواطف استفاده کنند. لذا منطقی است که گفته شود درمان مبتنی بر شفقت خود بر تجربیات آزار دیدگی در زنان قربانی خشونت خانگی با و بدون خود جرحی اثربخش باشد.

نتایج نشان داد که زوج درمانی هیجان مدار بر تجربیات آزار دیدگی در زنان قربانی خشونت خانگی با و بدون خود جرحی

مطرح کرد که از دیدگاه تئوری هیجان مدار، هیجان برای شکل گیری خویشتن، امری اساسی و عامل اصلی خود سازماندهی است. برای آن که افراد دارای تروما و تجربیات آزار دیدگی تغییر کنند، باید یاد بگیرند که چگونه خود را ترمیم کنند و به تنظیم عمیق ترین هسته‌های ترس، شرم، خشم و غم در خود بپردازند. درمان هیجان مدار فضای امن درمانی برای مواجهه فرد با هیجانات ایجاد می‌شود که می‌تواند منجر به افزایش تاب‌آوری شود. در درمان و گام های تسهیل راه حل های جدید برای مشکلات کهنه و قدیمی و تحکیم موقعیت های جدید و چرخه رفتار دلبستگی، درمانگر دستاوردهای مراجع را با استفاده از پر رنگ کردن چرخه تعاملات منفی اولیه و جایگزین تعاملات مثبت جدید مرور می‌کند، این مراحل می‌تواند امید و خوش بینی را در فرد افزایش دهد و فرد تجربیات آزار دیدگی کمتری را یادآوری می‌کند. لذا منطقی است که گفته شود زوج درمانی هیجان مدار بر تجربیات آزار دیدگی در زنان قربانی خشونت خانگی با و بدون خود جرحی موثرتر یا اثربخش تر باشد.

از آنجایی که این پژوهش بر روی زنان متاهل قربانی خشونت خانگی مراجعه کننده به بهزیستی در شهر تهران صورت گرفته است، در تعمیم نتایج این پژوهش به زنان مشابه در سایر شهرها به دلیل تفاوت های فرهنگی، قومی و اجتماعی اشاره باید احتیاط لازم توسط پژوهشگران و استفاده کنندگان از نتایج این پژوهش صورت گیرد. محدود بودن ابزار جمع آوری داده به پرسشنامه و عدم استفاده از سایر ابزار اندازه گیری از دیگر محدودیت‌ها و مشکلات این پژوهش است. چرا که این احتمال وجود دارد که در پاسخ زنان مورد مطالعه سوگیری وجود داشته باشد و به سوالات پاسخ های جامعه پسند داده باشند. در راستای رفع محدودیت‌های پژوهش پیشنهاد می‌شود که پژوهش های مشابه در دیگر شهرها و فرهنگ‌های دیگر بر روی زنان قربانی خشونت خانگی در سایر شهرها اجرا شود تا نتایج پژوهش‌های انجام شده با هم قابل مقایسه باشد. در سطح نظری نتایج این پژوهش می‌تواند نتایج پژوهش های پیشین را تأیید کند. در سطح عملی، یافته های پژوهش حاضر می‌تواند برای تدوین برنامه ها و مداخلات درمانی در مراکز مشاوره و درمانی مورد استفاده قرار گیرد. در این راستا پیشنهاد می‌شود که در مراکز مشاوره و خدمات روانشناختی با برگزاری کارگاه های روانشناختی مانند درمان مبتنی بر شفقت به

اثربخش است. این نتیجه به دست آمده می‌تواند با نتایج قبلی همسویی دارد (۱۲، ۱۵) و نتایج آنها با نتایج پژوهش حاضر قابل مقایسه است که اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت خود را نشان داده اند. در تبیین این نتیجه به دست آمده می‌توان گفت که درمان هیجان مدار ریشه هیجانات و رفتارهای افراد در کودکی و با افراد نزدیک همچون همسر شکل گرفته و این درمان، در ابتدا تلاش می‌کند زنان را به این بینش برسند که هیجانات و عواطف اولیه آنان که در رفتارشان بروز می‌کند ریشه در هیجانات با عواطف فرونشانی شده در دوران کودکی و سال های اولیه زندگی دارد و در اصل هیجانات اولیه ای هستند که با تداعی شرایط زندگی در دوران کودکی در بزرگسالی شکل دیگری به خود می‌گیرد و به صورت هیجانات دیگر یا ثانویه برون ریزی می‌گردد. در نتیجه، تعادل روانی به هم می‌ریزد، مضطرب می‌شود و برای برگرداندن این تعادل و آرامش خشمگین می‌شود و رفتارهای پرخاشگرانه بروز می‌دهد که این سبک رفتاری ناکارآمد یعنی، عدم شناخت هیجانات اولیه و عدم بروز آنها به شکل صحیح، باعث ایجاد چرخه تعاملی منفی می‌شود و همسرش را بیشتر از خود دور می‌کند و او بیشتر خشمگین می‌شود. این چرخه تعاملی به همین شکل تکرار و تشدید می‌شود تا در نهایت باعث ایجاد مشکلات خانوادگی، عدم رضایت از زندگی و پایین آمدن تاب آوری در برابر تجربیات آزار دیدگی می‌گردد. همچنین می‌توان گفت که درمان هیجان مدار به دلیل برخوردار بودن از تکنیک‌هایی نظیر آگاهی از هیجانات، پذیرش هیجانات و باز ارزیابی و ابراز مناسب هیجانات می‌تواند موجب تعدیل هیجانات مثبت و منفی و به دنبال آن تعدیل قضاوت و ادراک مثبت از خویش در زنان قربانی خشونت می‌شود و این امر می‌تواند در فراوانی تجربیات آزار دیدگی مؤثر باشد. لذا منطقی است که گفته شود زوج درمانی هیجان مدار بر تجربیات آزار دیدگی در زنان قربانی خشونت خانگی با و بدون خود جرحی اثربخش باشد.

در نهایت نتایج نشان داد که زوج درمانی هیجان مدار اثربخشی بیشتری نسبت به درمان مبتنی بر شفقت خود بر بهبود تجربیات آزار دیدگی زنان قربانی خشونت خانگی دارد. این نتیجه به دست آمده می‌تواند با نتایج قبلی همسویی دارد (۱۳، ۱۸، ۱۹) و نتایج آنها با نتایج پژوهش حاضر قابل مقایسه است که اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت خود را نشان داده اند. در تبیین نتایج می‌توان

حل مشکلات خانوادگی و کاهش تحریبات آزار دیدگی زنان قربانی خشونت خانگی کمک شود. نتایج نشان داد که زوج درمانی هیجان مدار نسبت به درمان مبتنی بر شفقت اثربخشی بیشتری بر کارکردهای خانوادگی و تجربیات آزار دیدگی در زنان قربانی خشونت خانگی با و بدون خود جرحی اثربخش است. این نتایج به روانشناسان، مشاوران بالینی، خانواده درمانگران و زوج درمانگران که در انتخاب یک درآمد اثربخش و کارآمدتر تردید دارند می توانند از نتایج این پژوهش استفاده کنند و با انتخاب درمان مبتنی بر هیجان که زوجین و خانواده هایی که درگیر خشونت خانگی کمک کنند که مشکلات کمتری را در زمینه کارکردهای خانوادگی و تجربیات آزار دیدگی تجربه کنند.

حل مشکلات خانوادگی و کاهش تحریبات آزار دیدگی زنان قربانی خشونت خانگی کمک شود. نتایج نشان داد که زوج درمانی هیجان مدار بر تجربیات آزار دیدگی در زنان قربانی خشونت خانگی با و بدون خود جرحی اثربخش است. در این رابطه نقش زوجین در ایجاد رفتارهای تازه و مثبت اهمیت فراوانی دارد به گونه ای که اگر بپذیرند که رفتارهای خودشان عامل خوشبختی یا ناراحتی است، می توانند رفتار خود را مهار کنند. پس کاربست مداخله درمان هیجان مدار با بالا بردن کنش همکاری و دگرگونی روش های سازش نایافته زندگی می تواند صمیمیت و تاب آوری زوجین دارای مشکلات ناشویی را افزایش دهد و در رویارویی با مشکلات ناشویی کمتر خشونت خانگی را به عنوان یک ابزار برای

References

1. Lu F, Huang X, Xu E, Chung CN, He X. Instrumental love: Political marriage and family firm growth. *Management and Organization Review*, 18(2): 279-318. <https://doi.org/10.1017/mor.2021.75>
2. Allen S, Hawkins AJ, Harris SM, Roberts K, Hubbard A, Doman M. Day-to-day changes and longer-term adjustments to divorce ideation: Marital commitment uncertainty processes over time. *Family Relations*, 2022; 71(2): 611-629. <https://doi.org/10.1111/fare.12599>
3. Dew J, Trujillo S, Saxey M. Predicting marital financial deception in a national sample: A person-centered approach. *Family Relations*, 2022; 1(2): 1-10. <https://doi.org/10.1111/fare.12654>
4. Piquero AR, Jennings WG, Jemison E, Kaukinen C, Knaul FM. Evidence from a systematic review and meta-analysis: Domestic Violence during the COVID-19 Pandemic. *Journal of Criminal Justice*, 2021; 2(2): 15-26. <https://doi.org/10.1016/j.jcrimjus.2021.101806>
5. Noury Ghasemabadi R, Seydavi MA. Brief review of the relationship of childhood maltreatment and non-suicidal self-injury (NSSI) in adolescence. *Rooyesh*, 2021; 10(2): 161-170. (In Persian) 20.1001.1.2383353.1400.10.2.14.6
6. Gharadaghi A, Hamrang I, Rahimi, S. The qualitative study of transmitted shame and guilt feeling from parents in male adolescents with history of Self- injury. *Knowledge & Research in Applied Psychology*, 2021; 22(2): 101-114. (In Persian).
7. Olding J, Zisman S, Olding C, Fan K. Penetrating trauma during a global pandemic: changing patterns in interpersonal violence, self-harm and domestic violence in the Covid-19 outbreak. *The Surgeon*, 2021; 19(1): 9-13. <https://doi.org/10.1016/j.surge.2020.07.004>
8. Dasarband B, Panaghi L, Mootabi F. Relationship Between Spouse Abuse and Depressive Symptoms in Women: The Moderating Role of Personality Characteristics. *IJPCP*, 2017; 23(1): 38-49. (In Persian) 10.18869/nirp.ijpcp.23.1.38 <https://doi.org/10.18869/nirp.ijpcp.23.1.38>
9. Gardner MJ, Thomas, HJ, Erskine, HE. The association between five forms of child maltreatment and depressive and anxiety disorders: A systematic review and meta-analysis. *Child abuse & neglect*, 96, 104082. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2019.104082>
10. Auerbach RP, Kim JC, Chango JM, Spiro WJ, Cha C, Gold J, Nock MK. Adolescent nonsuicidal self-injury: Examining the role of child abuse, comorbidity, and disinhibition. *Psychiatry research*, 2014; 220(1-2): 579-584. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2014.07.027>
11. Gilbert P, Simos G. (Eds.) *Compassion focused therapy: Clinical practice and applications*. Routledge. 2022. <https://doi.org/10.4324/9781003035879>
12. Gilbert P, Training CM. *Compassion-Focused Therapy. Spirituality and Psychiatry*, 262. <https://doi.org/10.1017/9781911623311.027>
13. Greenman PS, Johnson, SM. *Emotionally focused therapy: Attachment, connection,*

- and health. *Current Opinion in Psychology*, 2022; 43(1): 146-150. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2021.06.015>
14. Carvalho SA, Skvarc D, Barbosa R, Tavares T, Santos D, Trindade IA. A pilot randomized controlled trial of online acceptance and commitment therapy versus compassion-focused therapy for chronic illness. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 2022; 29(2): 524-541. <https://doi.org/10.1002/cpp.2643>
 15. Saunders F, Vosper J, Gibson S, Jamieson R, Zelin J, Barter J. Compassion Focused Psychosexual Therapy for Women Who Experience Pain during Sex. *OBM Integrative and Complementary Medicine*, 2022; 7(2): 1-10. <https://doi.org/10.21926/obm.icm.2202017>
 16. Heriot-Maitland C, Levey V. A case report of compassion-focused therapy for distressing voice-hearing experiences. *Journal of Clinical Psychology*, 2021; 77(8): 1821-1835. <https://doi.org/10.1002/jclp.23211>
 17. Wittenborn AK, Liu T, Ridenour TA, Lachmar EM, Mitchell EA, Seedall RB. Randomized controlled trial of emotionally focused couple therapy compared to treatment as usual for depression: Outcomes and mechanisms of change. *Journal of marital and family therapy*, 2019; 45(3): 395-409. <https://doi.org/10.1111/jmft.12350>
 18. Johnson SM. Attachment theory in practice: Emotionally focused therapy (EFT) with individuals, couples, and families. Guilford Publications. 2019.
 19. MacIntosh HB, Fletcher K, Ainsworth L. Measuring mentalizing in emotionally focused therapy for couples with childhood sexual abuse survivors and their partners. *Journal of Couple & Relationship Therapy*, 2019; 18(4): 303-329. <https://doi.org/10.1080/15332691.2019.1590274>
 20. Ghahari S, Âtefvahid M, Yousefi H. The prevalence of Spouse Abuse Among Married Students of Islamic Azad University of Tonekabon. *J Mazandaran Univ Med Sci*, 2006; 15(50): 83-89. (In Persian) <http://jmums.mazums.ac.ir/article-1-717-fa.html>
 21. Karami H, Khakbaz H, Sohrabi F, Barati-Sedeh F, Farhadi MH. Effectiveness of Cognitive-Behavioral Group Therapy for Anger Management in Reducing Wife Abuse and Increasing Marital Satisfaction in Patients with Substance Abuse. *jrehab*, 2014; 14 (1): 91-99. (In Persian) <http://rehabilitationj.uswr.ac.ir/article-1-1465-fa.html>
 22. Klonsky ED, Glenn CR. Assessing the functions of non-suicidal self-injury: Psychometric properties of the Inventory of Statements About Self-injury (ISAS). *Journal of psychopathology and behavioral assessment*, 2010; 31(3): 215-219. <https://doi.org/10.1007/s10862-008-9107-z>
 23. Peymannia B, Hamid N, Mhmudalilu M. The Effectiveness of ACT Matrix with compassion on self-injury behaviors and quality of life of Students with symptoms of Borderline Personality Disorders. *Psychological Achievements*, 2018; 25(1): 23-44. (In Persian)
 24. Dawkins JC, Hasking PA, Boyes ME, Greene D, Passchier C. Applying a cognitive-emotional model to nonsuicidal self-injury. *Stress and Health*, 2019; 35(1): 39-48. <https://doi.org/10.1002/smi.2837>
 25. Amiri Majd M, Kakavand S. Relationship of Abuse and Violence in Childhood with Marital Intimacy Among Discordant Couples. *Socialworkmag* 2018; 7 (1): 29-36. (In Persian) <http://socialworkmag.ir/article-۱-۳۰۵-fa.html>
 26. Hosseinkhani Z, Nedjat S, Majdzadeh R, Mahram M, Aflatoon A. Design of the child abuse Questionnaire in Iran. *sjsph*, 2014; 11(3): 29-38. (In Persian)
 27. Gilbert P. An introduction to compassion focused therapy in cognitive behavior therapy. *International Journal of Cognitive Therapy*, 2010; 3(2): 97-112. <https://doi.org/10.1521/ijct.2010.3.2.97>
 28. Johnson SM. The practice of emotionally focused couple therapy: Creating connection. Routledge. 2012. <https://doi.org/10.4324/9780203843871>