رویش روان شناسی، سال۱۲، شماره۱۱، شماره پیاپی ۹۲، بهمن ۱۴۰۲
Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal(RRJ),12(11), 2024

مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت خود و زوج درمانی هیجان‌مدار بر خودجرحی در زنان قربانی خشونت خانگی

Comparison of Effectiveness of Self-Compassion Therapy and Emotionally Focused Therapy on Self-Injury of Women with Domestic Violence

سیده سعیده قربانزاده
دانشجوی دکتری روانشناسی، گروه روانشناسی، واحد اردبیل، دانشگاه آزاد اسلامی، اردبیل، ایران.
دکتر آذر کیامرثی (نویسنده مسئول)
استادیار، گروه روانشناسی، واحد رشت، دانشگاه آزاد اسلامی، رشت، ایران.
دکتر عباس ابوالقاسمی
استاد، گروه روانشناسی عمومی، دانشکده علوم انسانی، دانشگاه گیلان، رشت، ایران.

Seyedeh Saeideh Ghorbanzadeh
Ph.D. student Psychology, Department of Psychology, Ardabil Branch, Islamic Azad University, Ardabil, Iran.
Dr. Azar Kiamarsi*
Assistant Professor, Department of Psychology, Rasht Branch, Islamic Azad University, Rasht, Iran.
A.Kiamarsi@iauardabil.ac.ir
Dr. Abas Abolghasemi
Professor, Department of General Psychology, Faculty of Human Science, Gilan University, Rasht, Iran.

چکیده
پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت خود و زوج درمانی هیجان‌مدار بر خودجرحی در زنان قربانی خشونت خانگی انجام شد. روش پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و گروه کنترل با دوره پیگیری دو ماهه بود. بر همین اساس ۶۰ نفر از بین زنان قربانی خشونت خانگی مراجعه کننده به بهزیستی شهر تهران در سال ۱۴۰۱ به صورت هدفمند انتخاب و به صورت تصادفی در گروه‌ها گمارده شدند (هر گروه ۲۰ نفر). به منظور جمع‌آوری داده‌ها از سیاهه رفتارهای خودآسیب رسان(ISAS) کلونسکی و گلین (۲۰۰۹) استفاده شد و اطلاعات جمع‌آوری شده با استفاده از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر تحلیل گردید. نتایج نشان داد در پس‌آزمون خودجرحی بین دو مداخله تفاوت معناداری وجود دارد (P<۰/۰۵). همچنین بین مداخلات با گروه کنترل تفاوت معنادار آماری گزارش شد (P<۰/۰۵). به عبارتی هر دو روش بر کاهش خودجرحی اثر داشته‌اند و این دو مداخله تفاوت معناداری از نظر اثربخشی بر خودجرحی داشته است؛ این نتایج در پیگیری هر دو مداخله نیز دیده شد (P<۰/۰۵). نتیجه‌گیری می‌شود هر دو مداخله توانستند خودجرحی را کاهش دهند؛ اما زوج‌درمانی هیجان‌مدار در کاهش خودجرحی موثرتر عمل کرد؛ ازاین‌رو این درمان می‌تواند در درمان زنان قربانی خشونت خانگی به کار گرفته شود.

واژه‌های کلیدی: *خشونت خانگی، خودجرحی، درمان مبتنی بر شفقت خود، زوج درمانی هیجان‌مدار.*

Abstract
The present study was conducted to compare the effectiveness of self-compassion-focused therapy and emotionally-focused couple therapy on self-injury among women with domestic violence. This research was a semi-experimental type of research with a pre-test, post-test, and 2-month follow-up period with a control group. Based on this, 60 women with domestic violence referred to the welfare of Tehran city in 2022 were purposeful sampling selected and randomly assigned to groups (20 women in each group). To collect information, an inventory of statements about self-injury (ISAS) by Klonsky and Glenn (2009) was used and The research data was analyzed by mixed variance analysis (with repeated measurements). The results showed that in the post-test, there was a significant difference in self-injury between the two interventions (P<0.05). On the other hand, a statistically significant difference was reported between two interventions with the control group (P<0.05). In other words, both methods have an effect on reducing self-injury and these two interventions significantly differ in effectiveness on this variable in women; These results were also seen in the follow-up of both interventions (P<0.05). It is concluded that both two interventions were able to reduce self-injury, But emotionally focused couple therapy was more effective in reducing self-injury; Therefore, emotionally focused couple therapy can be used in the treatment of women with domestic violence.

Keywords: *Domestic Violence, Self-Injury, Self-Compassion-Focused Therapy, Emotionally Focused Couple Therapy.*

نوع مقاله : پژوهشی | **دریافت : مهر ۱۴۰۲** | **پذیرش: آبان ۱۴۰۲** | **ویرایش نهایی: بهمن ۱۴۰۲**

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-30]

مقدمه

خانواده می‌تواند شخصیت انسان‌ها را در درون خود شکل دهد و این کانون با پیوند زناشویی بین زن و مرد و ازدواج آنها با هم شکل می‌گیرد (کاتینو[1] 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 شکل می‌گیرد (لو[2] و همکاران، ۲۰۲۲). یکی از ویژگی‌های ازدواج، تعهد هر یک از همسران در قبال یکدیگر و حقوق متقابل بوده، به گونه‌ای که این تعهد شالوده زندگی مشترک است (آلن[3] و همکاران، ۲۰۲۲)؛ در غیر این صورت اعتماد متقابل بین همسران کمتر می‌شود که در بین این 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[4] و همکاران، ۲۰۲۲). بنابراین یکی از عواملی که زندگی زناشویی را تهدید می‌کند، خشونت خانگی است که در برگیرنده هر نوع اقدام خشونت آمیز جسمی، روان شناختی و جنسی است که منجر به آسیب بدنی، جنسی یا روانی زنان می‌شود و همچنین برای آنان رنج‌آور بوده یا به محرومیت اجباری از آزادی فردی یا اجتماعی زنان منجر می‌گردد (ولی‌زاده و احمدی، ۱۴۰۰). آنچه می‌تواند میزان خشونت خانگی را کمتر کند و روابط زناشویی زوجین را به سوی روابط صلح‌آمیز با کنشوری سالم پیش‌ببرد، عملکرد سالم خانواده است که تاثیرات مثبتی بر سلامت و رفاه (بهزیستی) اعضای خانواده و زندگی زوجین دارد (بلکول[5] و همکاران، ۲۰۲۳).

بر اساس پژوهش‌ها، زوجینی که بیشتر روابط خشونت‌آمیز در زندگی زناشویی خود را تجربه می‌کنند، خودجرحی بیشتری دارند، به طوری بر اساس نتایج یک پژوهش می‌توان گفت که تجربه خشونت فیزیکی و روانی شوهر علیه زنان باعث می‌شود که زنان افکار خودکشی و خودکشی بیشتری را نیز تجربه کنند (احمدی و همکاران، ۱۳۹۳). خودجرحی یکی از پیچیده‌ترین پدیده‌های بالینی رفتاری است که طی آن شخص عمداً به خود آسیب می‌زند و اقداماتی از قبیل بریدن و سوزاندن قسمت‌هایی از بدن، کوبیدن محکم سر، خوردن مواد سمّی، فرو بردن اشیاء، ایجاد اختلال در فرآیند بهبودی زخم‌ها را شامل می‌شود و این رفتار بدون قصد خودکشی است ولی هدفمند بوده و از نظر اجتماعی غیرقابل قبول است (والش و روزن[6]، ۱۹۸۸؛ به نقل از قره‌داغی و همکاران، ۱۴۰۰). بر اساس نتایج یک پژوهش نشان داده شده است که خودجرحی در دوران شیوع ویروس کرونا به دلیل خشونت‌های خانگی در افراد افزایش یافته است که این نتایج نشان می‌دهد خشونت خانگی تاثیر بسزایی بر رفتارهای خودجرحی افراد در خانه دارد (اولدینگ[7] و همکاران، ۲۰۲۱). در راستای این مشکلات که زنانی که خشونت خانگی که تجربه کرده‌اند و 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 خودجرحی کمتری را تجربه کنند، درمان مبتنی بر شفقت خود[8] 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 درمان‌های شناختی و رفتاری در نظر گرفته می‌شود که بر ذهن آگاهی، پذیرش، فراشناخت، احساسات، ارزش‌ها و اهداف تأکید دارند (کاروالهو[9] و همکاران، ۲۰۱۷).

درمان مبتنی بر شفقت خود توسط گیلبرت[10] (۲۰۰۰) توسعه یافت و هدف آن ایجاد شفقت در رنج انسان از طریق رویکرد فراتشخیصی آن است (کریگ[11] و همکاران، ۲۰۲۰). شفقت به خود به حمایت از خود در هنگام تجربه رنج یا درد اشاره دارد - خواه ناشی از اشتباهات شخصی یا چالش‌های بیرونی زندگی باشد (نف[12]، ۲۰۲۳). در پژوهش گرمر[13] (۲۰۲۳) با توجه به درمان مبتنی بر شفقت خود و برنامه شفقت خود آگاهانه، راهنمایی‌هایی را در مورد چگونگی ادغام شفقت به خود در روان درمانی ارائه می‌دهد 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

1. Catino
2. Lu
3. Allen
4. Dew
5. Blackwell
6. Walsh & Rosen
7. Olding
8. Self-Compassion-Focused Therapy (SCFT)
9. Carvalho
10. Gilbert
11. Craig
12. Neff
13. Germer

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-30]

بی‌شماری برای سلامت روان و بهزیستی روان شناختی افراد همراه است و تأثیر سودمندی شفقت به خود شاید حتی در روان درمانی 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[1] و همکاران، ۲۰۱۹). تمرکز اصلی درمان مبتنی بر شفقت خود توسعه شفقت برای خود است (کیربی[2] و همکاران، ۲۰۱۷).

از سوی دیگر زوج درمانی هیجان‌مدار[3] یکی از مداخلاتی است که می‌تواند زوجین را توانمند سازد و منجر به افزایش رضایتمندی زناشویی و کاهش مشکلات زنان قربانی خشونت خانگی شود، به طوری که می‌توان گفت که زوج درمانی هیجان‌مدار باعث می‌شود که زوجین پیوندهای عاطفی بین خود را محکم کنند و ارتباط بین خود را بهبود بخشند (گریمن و جانسون[4]، ۲۰۲۲). افزون بر این، زوج درمانی هیجان‌مدار زوجین را در برابر مشکلات زناشویی در کانون خانواده محافظت می‌کند و سبک دلبستگی ایمن بین آنها را به وجود می‌آورد و باعث می‌شود که زوجین نسبت به نیازهای همدیگر پاسخگوتر باشند (جانسون، ۲۰۰۸). زوج درمانی هیجان مدار به علت ساختارمند بودن و داشتن برنامه درمان مرحله به مرحله، اثربخشی بیشتری نسبت به دیگر رویکردها دارد و احتمال عود در آن به شدت کمتر است (جانسون[5]، ۲۰۱۲). بر اساس پیشینه پژوهش زوج درمانی هیجان مدار باعث کاهش مشکلات زناشویی در زوجین می‌شود (مارن[6] 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 خودجرحی زنان قربانی خشونت پرداخته شد. افزون بر این، از نظر روش‌شناختی نیز، مطالعاتی که به مقایسه اثربخشی درمان شفقت خود و درمان هیجان مدار در بهبود خودجرحی زنان قربانی خشونت خانگی پرداخته است کمتر 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 این درمان، می‌توان گفت که وقتی بتوان از بین رویکردها و مداخلات روان شناختی 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 تلویحات کاربردی در این زمینه، برای روان شناسان و زوج درمانگران برخوردار است. لذا بر اساس آنچه گفته شد هدف از انجام این پژوهش مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت خود و زوج درمانی هیجان مدار بر خودجرحی در زنان قربانی خشونت خانگی بوده است.

روش

روش پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون_پس آزمون و گروه کنترل با دوره پیگیری دو ماهه بود. جامعه آماری کلیه زنان متاهل قربانی خشونت خانگی مراجعه کننده به بهزیستی در شهر تهران در سال ۱۴۰۱ بود. نمونه پژوهش ۶۰ زن قربانی خشونت خانگی که به صورت هدفمند از میان مراجعه کننده‌های 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، 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) قرار گرفتند و گروه گواه 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

1. Wilson
2. Kirby
3. Emotionally Focused Couple Therapy (EFCT)
4. Greenman & Johnson
5. Johnson
6. Marren

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-30]

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 همکاری با 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 گواه 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 بود. در این پژوهش از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بن فرونی با نرم افزار SPSS نسخه ۲۴ استفاده شد.

ابزار سنجش

سیاهه رفتارهای خودآسیب رسان[1] (ISAS): ین سیاهه به وسیله کلونسکی و گلین (۲۰۰۹) طراحی شده است و دارای ۳۹ سوال و دو خرده مقیاس کارکردهای درون‌فردی[2] و کارکردهای بین فردی[3] را اندازه‌گیری می‌کند. نمرات به صورت لیکرت سه گزینه‌ای از کاملا غیر مرتبط صفر، تاحدی مرتبط ۱ نمره و کاملا مرتبط ۲ نمره درجه بندی شده است. دامنه نمرات بین ۰ تا ۷۸ است و نمره بالاتر در این سیاهه نشان دهنده رفتارهای خودآسیب رسان بیشتر است. سازندگان سیاهه ویژگی‌های روانسنجی شامل پایایی و روایی را بررسی و برای محاسبه پایایی از آلفای کرونباخ استفاده کرده‌اند که ضرایب برای کارکردهای درون‌فردی ۰/۸۷ و و کارکردهای بین‌فردی ۰/۸۰ گزارش کرده‌اند و روایی ملاکی(همزمان) آن را با مقیاس هیجانات منفی[4](DASS) لویباند[5] و لویباند(۱۹۹۶) بررسی و ضرایب همبستگی پیرسون کارکردهای درون‌فردی با افسردگی ۰/۲۵ و با اضطراب ۰/۳۲ و همچنین ضرایب همبستگی پیرسون کارکردهای بین‌فردی با افسردگی ۰/۴۱ و با اضطراب ۰/۳۸ و معنادار در سطح ۰/۰۱ به دست آمده است(کلونسکی و گلین، ۲۰۰۹). این مقیاس در ایران توسط لطفی و همکاران(۱۴۰۱) ترجمه و هنجاریابی شده است و پایایی آن با آلفای کرونباخ بررسی و ضریب ۰/۹۳ محاسبه و روایی ملاکی(همزمان) آن با سیاهه شخصیت مرزی[6](BPI) لیشنرنیگ[7](۱۹۹۹) و ضرایب همبستگی پیرسون با آن با مقیاس رفتارهای خودآسیب‌رسان در دامنه ۰/۱۴ تا ۰/۲۲ و معنادار در سطح ۰/۰۵ به دست آمده است(لطفی و همکاران، ۱۴۰۱). در این پژوهش برای بررسی پایایی از آلفای کرونباخ استفاده شده است که ضریب پیش‌آزمون ۰/۸۱، پس‌آزمون ۰/۹۱ و پیگیری ۰/۹۲ به دست آمده است.

جلسات درمانی: منظور از درمان مبتنی بر شفقت در این پژوهش تعداد ۱۰ جلسه درمان شفقت خود بر اساس مفاهیم گیلبرت(۲۰۱۰) بود که گروه آزمایش آموزش دیدند که هر هفته یک جلسه به صورت گروهی و هر جلسه ۹۰ دقیقه توسط پژوهشگر که به درمان شفقت خود تسلط داشتند به گروه آزمایش ارائه شد.

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 گروه آزمایش و کنترل انتخاب شدند	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

1. inventory of statements about self-injury (ISAS)
2. intrapersonal functions
3. interpersonal functions
4. Depression Anxiety Stress Scale (DASS)
5. Lovibond
6. Borderline Personality Inventory (BPI)
7. Leichsenring

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-30]

۴	آموزش و پرورش شفقت به خود اعضاء	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 تصویر سازی مکانی امن	کسب احساس عمیق زندگی کردن و تصریح اهداف ارزشمند	تصویرسازی مکانی امن
۶	آ موزش فن اگاهی از احساسات بدون قضاوت انها	تمرین کسب اگاهی کامل از افکار و احساسات و پذیرش انها بدون قضاوت	کسب احساسات مثبت بدون هیچ قضاوتی	بازنگری افکار مثبت / منفی، بدون قضاوت، در حالت آرمیدگی عضلانی
۷	آموزش سبک‌ها و روش‌های ابراز شفقت	تمرین عملی ایجاد تصویری مهربانانه از خود، آموزش سبک‌ها و روش‌های ابراز شفقت (شفقت کلامی، شفقت عملی، شفقت مقطعی و شفقت پیوسته) و به کارگیری این روش‌ها در زندگی روزمره	کسب توانایی شفقت نسبت به خود	به کارگیری این روش‌های 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	-

منظور از درمان مبتنی بر شفقت در این پژوهش تعداد ۱۰ جلسه زوج درمانی هیجان‌مدار بر اساس مفاهیم جانسون(۲۰۱۲) بود که گروه آزمایش آموزش دیدند که هر هفته یک جلسه به صورت گروهی و هر جلسه ۹۰ دقیقه توسط پژوهشگر که به زوج درمانی هیجان‌مدار تسلط داشتند به گروه آزمایش ارائه شد.

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 چرخد تعامل های خود در موقعیت‌های مختلف
۳	تقویت پیوستگی و تحلیل و تعبیر 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.
۴	تشدید تجربه هیجانی	ابراز هیجانات، پذیرش هیجانات، عمق بخشیدن به درگیری با تجربه هیجانی، ارتقای روش‌های تعامل	پذیرش هیجانات	در میان گذاشتن رفتارهای مقابله‌ای خود با همسر، تشویق مراجع به

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-30]

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

یافته ها

میانگین و انحراف معیار سن گروه درمان مبتنی بر شفقت خود ۳۲/۸۵ و ۶/۰۸۹؛ گروه زوج درمانی هیجان مدار ۳۴/۳۰ و ۴/۹۱۱ و 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 خودجرحی

متغیرهای وابسته	مرحله	میانگین			انحراف معیار		
		گروه شفقت	گروه هیجان	گروه گواه	گروه شفقت	گروه هیجان	گروه گواه
کارکردهای درون فردی	پیش‌آزمون	۱۵/۱۵	۱۴/۰۰	۱۳/۷۵	۰/۸۷۵	۰/۸۵۸	۰/۷۱۶
	پس‌آزمون	۱۱/۴۰	۱۰/۷۵	۱۳/۶۵	۰/۹۴۰	۰/۷۸۶	۰/۸۱۳
	پیگیری	۱۱/۳۰	۱۰/۸۵	۱۳/۷۰	۱/۱۷۴	۰/۸۱۳	۰/۸۰۱
کارکردهای بین فردی	پیش‌آزمون	۲۲/۰۰	۲۱/۸۵	۲۰/۸۰	۰/۸۵۸	۰/۸۱۳	۰/۵۲۳
	پس‌آزمون	۱۸/۸۰	۱۷/۸۰	۲۰/۷۰	۱/۲۴۰	۲/۰۹۳	۰/۶۵۷
	پیگیری	۱۸/۸۵	۱۷/۸۰	۲۰/۷۵	۱/۲۶۸	۲/۰۱۶	۰/۶۳۹
نمره کل خودجرحی	پیش‌آزمون	۳۷/۱۵	۳۵/۸۵	۳۴/۵۵	۱/۰۸۹	۱/۴۶۱	۰/۸۲۶
	پس‌آزمون	۳۰/۲۰	۲۸/۵۵	۳۴/۳۵	۱/۷۶۵	۲/۲۵۹	۱/۱۳۷
	پیگیری	۳۰/۱۵	۲۸/۶۵	۳۴/۴۵	۱/۹۲۷	۲/۳۴۶	۱/۱۴۶

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-30]

جدول ۳ میانگین و انحراف معیار خودجرحی و ابعاد آن را نشان می‌دهد. بعد از بررسی مفروضه‌های آماری تحلیل واریانس مکرر، از این آزمون برای تحلیل داده‌ها گردآوری شده استفاده شد. برای بررسی نرمال بودن از آزمون شاپیرو-ویلکز استفاده شد. از آنجایی که مقادیر آزمون شاپیرو-ویلکز در هیچ یک از مراحل معنی‌دار نبود (P>۰/۰۵)، لذا می‌توان نتیجه گرفت که توزیع نمرات نرمال می‌باشد. جهت بررسی همگنی واریانس‌ها نیز از آزمون لوین استفاده شد. طبق نتایج، شاخص آماره آزمون لوین در سه مرحله ارزیابی به لحاظ آماری معنی‌دار نبود (P>۰/۰۵) و بدین ترتیب پیش‌فرض برابری واریانس‌ها تایید شد. داده‌های تحقیق فرض همگنی ماتریس‌های واریانس-کوواریانس (ام‌باکس) را زیر سؤال نبرد؛ بنابراین این پیش‌فرض نیز رعایت شده است (P>۰/۰۵). از آنجایی که مقدار سطح معناداری آزمون کرویت موچلی برابر ۰/۰۰۱ به دست آمد که این یافته حاکی از آن است که پیش‌فرض تحلیل واریانس کرویت رعایت نمی‌شود. تخطی از پیش‌فرض کرویت سبب می‌شود که آماره Fتحلیل واریانس دقیق نباشد. برای رفع این مشکل و افزایش دقت آماره F، درجه آزادی را با استفاده از دو روش گرین‌هاوس-گیسر[1] و هیون-فلدت[2] تصحیح می‌کنند. اگر مقدار اپسیلون بزرگتر از ۰/۷۵ باشد از تصحیح هیون-فلت و اگر اپسیلون کوچکتر از ۰/۷۵ باشد یا هیچگونه اطلاعاتی در مورد کرویت وجود نداشته باشد از تصحیح گرین هاوس-گیسر استفاده می‌شود. در پژوهش حاضر مقدار اپسیلون برای شاخص گرین هاوس-گیسر از ۰/۷۵ کوچکتر است، لذا از اپسیلون گرین هاوس-گیسر استفاده شده است. بنابراین با در نظر گرفتن تصحیح گرین هاوس-گیسر در جدول ۴ نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای بررسی تفاوت نمونه پژوهش در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری گزارش شده است.

جدول ۴. نتایج اثرات بین آزمودنی و درون آزمودنی (تصحیح گرین هاوس-گیسر) خودجرحی

متغیرهای وابسته	منابع تغییر	آماره F	معنی‌داری	ضریب تاثیر	توان آماری
	گروه	۳۴/۱۶۱	۰/۰۰۱	۰/۵۴۵	۰/۹۹۹
کارکردهای درون فردی	زمان	۲۷۹/۹۳۹	۰/۰۰۱	۰/۷۳۱	۰/۹۹۹
	زمان×گروه	۶۷/۲۴۸	۰/۰۰۱	۰/۷۰۲	۰/۹۹۹
	گروه	۱۱/۶۰۳	۰/۰۰۱	۰/۲۸۹	۰/۹۹۲
کارکردهای بین فردی	زمان	۱۷۱/۴۱۸	۰/۰۰۱	۰/۷۵۰	۰/۹۹۹
	زمان×گروه	۴۲/۱۰۱	۰/۰۰۱	۰/۵۹۶	۰/۹۹۹
	گروه	۳۱/۴۷۶	۰/۰۰۱	۰/۵۲۵	۰/۹۹۹
نمره کل خودجرحی	زمان	۳۸۸/۸۵۸	۰/۰۰۱	۰/۷۷۲	۰/۹۹۹
	زمان×گروه	۹۱/۳۵۴	۰/۰۰۱	۰/۷۶۲	۰/۹۹۹

نتایج جدول ۴ نشان داد که درمان مبتنی بر شفقت خود و زوج درمانی هیجان‌مدار بر کاهش خودجرحی تاثیر معنادار دارد. در ادامه مقایسه‌ی دو به دوی میانگین تعدیل مراحل آزمون(پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) بر خودجرحی برای بررسی ماندگاری نتایج و شناسایی درمان موثرتر در مرحله پیگیری در جدول ۵ آمده است.

جدول ۵. نتایج آزمون تعقیبی بن‌فرونی خودجرحی برای بررسی ماندگاری نتایج و شناسایی درمان اثربخش‌تر

متغیرهای وابسته	مراحل	میانگین تعدیل شده	تفاوت مراحل	تفاوت میانگین	معناداری
	پیش آزمون	۱۴/۳۰۰	پیش آزمون-پس آزمون	۲/۳۶۷	۰/۰۰۱
کارکردهای درون فردی	پس آزمون	۱۱/۹۳۳	پیش آزمون-پیگیری	۲/۳۵۰	۰/۰۰۱
	پیگیری	۱۱/۹۵۰	پس آزمون-پیگیری	-۰/۰۱۷	۰/۹۹۹
	پیش آزمون	۲۱/۵۵۰	پیش آزمون-پس آزمون	۲/۴۵۰	۰/۰۰۱
کارکردهای بین فردی	پس آزمون	۱۹/۱۰۰	پیش آزمون-پیگیری	۲/۴۱۷	۰/۰۰۱
	پیگیری	۱۹/۱۳۳	پس آزمون-پیگیری	-۰/۰۳۳	۰/۹۸۳
نمره کل خودجرحی	پیش آزمون	۳۵/۸۵۰	پیش آزمون-پس آزمون	۴/۸۱۷	۰/۰۰۱
	پس آزمون	۳۱/۰۳۳	پیش آزمون-پیگیری	-۴/۷۶۷	۰/۰۰۱

1. Greenhouse–Geisser correction
2. Huynh–Feldt correction

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-30]

پیگیری	۳۱/۰۸۳	پس آزمون-پیگیری	-۰/۰۵۰	۰/۹۹۹
متغیرهای وابسته	گروه‌های مداخله	گروه مقایسه	تفاوت میانگین	معناداری
کارکردهای درون فردی	درمان شفقت خود	گروه کنترل	-۱/۰۸۳	۰/۰۰۱
	درمان هیجان مدار		-۱/۸۳۳	۰/۰۰۱
کارکردهای بین فردی	درمان شفقت خود	گروه کنترل	-۰/۸۶۷	۰/۰۳۵
	درمان هیجان مدار		-۱/۶۰۰	۰/۰۰۱
نمره کل خودجرحی	درمان شفقت خود	گروه کنترل	-۱/۹۵۰	۰/۰۰۱
	درمان هیجان مدار		۳/۴۳۳	۰/۰۰۱

جدول ۵ نشان داد که نتایج درمانی ماندگار است و تفاوت میانگین گروه درمان هیجان مدار 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 خودجرحی دارد.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از انجام پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت خود و زوج درمانی هیجان‌مدار بر خودجرحی در زنان قربانی خشونت خانگی بود. نتایج نشان داد که درمان مبتنی بر شفقت خود بر کاهش خودجرحی زنان قربانی خشونت خانگی موثر است. این یافته با نتایج تحقیقات ویلسون و همکاران(۲۰۱۹) و کیربی و همکاران(۲۰۱۷) همسو بود که اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت خود را نشان داده‌اند. همچنین بر اساس جستجوی در ادبیات تجربی، یافته غیرهمسو با نتایج به دست آمده از این پژوهش یافت نشد. در تبیین اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت خود بر کاهش خودجرحی در زنان قربانی خشونت خانگی می‌توان گفت شفقت نوعی تأثر از رنج دیگران و آگاهی یافتن از درد دیگران است به نحوی که فرد نسبت به خود احساس مهربانی پیدا می‌کند و مشتاق تسکین درد و رنج خود می‌شود (نف، ۲۰۲۳). همچنین شفقت خود نوعی همدلی و فهم غیر قضاوتی نسبت به دردها، رنج‌ها، اشتباهات و ناشایستگی‌های خود است، به نحوی که فرد با خودشفقت‌ورزری، تجارب تلخ خود را به عنوان بخش بزرگتری از تجارب انسانی ببیند (گرمر، ۲۰۲۳). از سوی دیگر می‌توان گفت که با درمان مبتنی بر شفقت خود، زنان قربانی خشونت خانگی یاد می‌گیرند که با خود مهربان بوده و از توانایی ذهن‌آگاهی بیشتری برخوردار باشند و کمتر خود را قضاوت کنند و کمتر خود را مورد سرزنش قرار دهند. لذا این زنان با شرکت در جلیات درمان مبتنی بر شفقت خود، از میزان بیشتری از شفقت خود برخوردار می‌شوند. اما زنانی دارای شفقت به خود پایین‌تر هستند، دارای خودانتقادی و خودقضاوتی بیشتری نسبت به خود هستند و همین امر باعث می‌شود که در برابر خودآسیب‌رسانی و انجام کارهای غیرمعقول مستعد باشند. چرا که اینگونه زنان که نسبت به خود مهربان نبوده اکثر ناکامی‌ها و شکست‌ها را مختص خودشان می‌دانند. همچنین خودانتقادی ویژگی مشترک بین زنان دارای خودجرحی و زنان دارای شفقت به خود پایین است. در واقع می‌توان اینگونه 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 خودجرحی برای تنظیم این عواطف استفاده کنند. اما با فراگرفتن فنون شفقت به خود مانند ذهن‌آگاه بودن، بهبود روابط و اشتراکات انسانی و دوری از انزوا، این خودآسیب‌رسانی در آنان کمتر می‌شود. لذا منطقی است گفته شود که درمان مبتنی بر شفقت خود بر کاهش خودجرحی در زنان قربانی خشونت خانگی موثر باشد.

نتایج نشان داد که زوج درمانی هیجان مدار بر کاهش خودجرحی زنان قربانی خشونت خانگی موثر است. این یافته با نتایج تحقیقات گریمن و جانسون (۲۰۲۲)، مارن و همکاران (۲۰۲۲)، گل محمد و همکاران (۱۴۰۰) همسو بود که اثربخشی زوج درمانی هیجان‌مدار را نشان داده‌اند. همچنین بر اساس جستجوی در ادبیات تجربی، یافته غیرهمسو با نتایج به دست آمده از این پژوهش یافت نشد. در تبیین اثربخشی زوج درمانی هیجان‌مدار بر کاهش خودجرحی در زنان قربانی خشونت خانگی می‌توان گفت در فرایند زوج درمانی هیجان‌مدار، درمانگر به از بین بردن احساس ناامنی در زنان اقدام می‌کند و در نتیجه وقتی درمانگر چرخه تعاملی منفی که نمایانگر دلبستگی ناایمن در زنان را شناسایی می‌کند و هیجان‌های همراه با این چرخه‌ها نیز توسط زنان شناسایی می‌شود و زنان توانایی خود را بهتر در زمینه روابط زناشویی بروز می‌دهند (مارن و همکاران، ۲۰۲۲) و باعث می‌شود که زنان مشکلات ناشی از خشونت خانگی تجربه شده با شوهر خود را با ایجاد دلبستگی ایمن‌تر کمتر کنند و زمانی که دلبستگی ایمن در آنان ایجاد شود نسبت به نیازهای همدیگر پاسخگوتر هستند و وقتی همسران نسبت به نیازهای همدیگر پاسخگو باشند روابط زناشویی آنها ایده‌آل‌تر شود و در مواقع بروز مشکلات کمتر خشونت‌ورزی کنند. از آنجایی که در هنگام خشونت‌ورزی زناشویی، زنان به دلیل ضعیف‌تر بودن، بیشتر مورد حملات فیزیکی از سوی شوهر قرار می‌گیرد، لذا قربانی خشونت خانگی، بیشتر زنان هستند، و وقتی نتوانند در برابر

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-30]

خشونت خانگی مقاومت کنند و بحث به دلیل نبود حمایت‌های اجتماعی به ویژه نبود حمایت‌های خانوادگی مجبور به ادامه زندگی با شوهر خود هستند، برای آرام کردن خود ممکن است آسیب‌هایی به خود بزنند. به همین دلیل این زنان با شرکت در جلسات زوج درمانی هیجان‌مدار زنان می‌توانند نیازهای خود را به راحتی ابراز کنند و نیازهای دلبستگی همسر خود را بپذیرند که این موضوع باعث کاهش مشکلات هیجانی و بهبود خشونت‌ورزی خانوادگی بین همسران می‌شود. بنابراین هدف از این شیوه درمانی، کمک به زنان قربانی خشونت خانگی برای دستیابی به هیجا-ن‌های 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 رفتارهای خودآسیب‌رسان یا خودجرحی را در خود کاهش دهند. لذا منطقی است گفته شود که زوج درمانی هیجان‌مدار بر کاهش خودجرحی در زنان قربانی خشونت خانگی موثر باشد.

در نهایت، نتایج نشان داد که زوج درمانی هیجان مدار نسبت به درمان مبتنی بر شفقت خود اثربخشی بیشتری بر کاهش خودجرحی زنان قربانی خشونت خانگی دارد. گرچه پژوهشی مبنی بر مقایسه این دو مداخله وجود ندارد که نشان داده باشد زوج درمانی هیجان‌مدار نسبت به درمان مبتنی بر شفقت خود موثرتر است. اما این یافته با نتایج تحقیقات گریمن و جانسون (۲۰۲۲)، مارن و همکاران (۲۰۲۲)، گل محمد و همکاران (۱۴۰۰) همسو است که اثربخشی زوج درمانی هیجان‌مدار را نشان داده‌اند. همچنین بر اساس جستجوی در ادبیات تجربی، یافته غیرهمسو با نتایج به دست آمده از این پژوهش یافت نشد. در تبیین موثرتر بودن زوج درمانی هیجان‌مدار نسبت به درمان مبتنی بر شفقت خود بر کاهش خودجرحی در زنان قربانی خشونت خانگی می‌توان گفت زوج‌درمانی هیجان‌مدار به بازگشت آرامش به زندگی زوجین مشکل‌دار و متعارض در جهت حفظ و تداوم رابطه زناشویی کمک می‌نماید. چرا که زوج درمانی هیجان‌مدار منجر به بهبود سبک دلبستگی ایمن بین زوجین می‌شود و آنها نسبت به نیازهای همدیگر پاسخگوتر بوده و همدم‌طلبی همسران را بهبود می‌بخشد (گریمن و جانسون، ۲۰۲۲) و همین عوامل باعث می‌شود که در کانون زندگی زناشویی خشونت زناشویی کمتری را تجربه کنند. افزون بر آن، زوج درمانی هیجان مدار به همسران درگیر مشکلات زناشویی مانند خشونت خانگی کمک می‌کند تا دوباره با یکدیگر ارتباط برقرار کنند، چرا که زنان قربانی خشونت خانگی با شرکت در جلسات درمانی یاد می‌گیرند که میزان آشفتگی در کانون خانواده را مدیریت کنند و از این طریق علاقه بیشتر و روابط صمیمانه بیشتری را در کانون خانواده ایجاد کنند که همین وضعیت سبب می‌شود که زنان کمتر خشونت خانگی را از سوی همسر خود تجربه کنند. همچنین در تبیین اثربخشی بیشتر زوج درمانی هیجان‌مدار نسبت به درمان مبتنی بر شفقت خود بر کاهش خودجرحی زنان زنان آسیب دیده از خشونت خانگی می‌توان گفت که این زنان با شرکت در جلسات زوج درمانی هیجان‌مدار میزان دلبستگی ناایمن خود را تغییر داده و سعی می‌کنند 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 زناشویی و بروز تعارضات و اختلالات زناشویی، خشونت خانگی کمتری بین زوجین رخ دهد و زمانی که میزان خشونت از سوی مردان نسبت زنان کمتر باشد، چون برخی زنان راهی برای برون‌رفت از این موقعیت را ندارند به دلیل توانمندی به وجود آمده که در جلسات زوج دمانی هیجان‌مدار تجربه کرده‌اند کمتر به خودآسیب می‌رسانند. اما درمان مبتنی بر شفقت خود از آنجایی که بیشتر بر روی جنبه‌های فردی خود زنان کار می‌کند و آنان را نسبت به رنج و دردی که دارند، با خودشان دلسوز و مهربان بار می‌آورد، زیاد برای توانمندی هر دو همسر نمی‌پردازد و تنها زنان را نسبت به خود مهربان‌تر می‌کنند. لذا به همین دلیل است که زوج درمانی هیجان مدار نسبت به درمان مبتنی بر شفقت خود موثرتر است. لذا منطقی است گفته شود که زوج درمانی هیجان‌مدار نسبت به درمان مبتنی بر شفقت خود بر کاهش خودجرحی در زنان قربانی خشونت خانگی اثربخش‌تر باشد.

به طور کلی نتایج نشان داد در پس‌آزمون خودجرحی بین زوج درمانی هیجان‌مدار نسبت به درمان مبتنی بر شفقت خود تفاوت معناداری وجود دارد. همچنین بین زوج درمانی هیجان‌مدار نسبت به درمان مبتنی بر شفقت خود با گروه کنترل تفاوت معنادار آماری گزارش شد. به عبارتی زوج درمانی هیجان‌مدار نسبت به درمان مبتنی بر شفقت خود بر کاهش خودجرحی اثر داشته‌اند و این دو مداخله تفاوت معناداری از نظر اثربخشی بر خودجرحی داشته است؛ این نتایج در پیگیری هر دو مداخله نیز دیده شد. بنابراین نتیجه‌گیری می‌شود زوج درمانی هیجان‌مدار نسبت به درمان مبتنی بر شفقت خود توانستند خودجرحی را کاهش دهند؛ اما زوج‌درمانی هیجان‌مدار در کاهش خودجرحی موثرتر عمل کرد؛ ازاین‌رو زوج درمانی هیجان‌مدار می‌تواند در درمان زنان قربانی خشونت خانگی تقدم داشته باشد و توسط روان درمانگران و خانواده درمانگران برای بهبود مشکلات زنان قربانی خشونت خانگی به کار گرفته شود.

از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به روش نمونه‌گیری هدفمند، عدم کنترل شدت خودجرحی و خشونت خانگی و حجم پایین نمونه اشاره کرد. پیشنهاد می‌گردد در پژوهش‌های آتی از نمونه‌گیری تصادفی و حجم بیشتر برای نمونه‌گیری استفاده شود. همچنین پیشنهاد می‌شود شدت خودجرحی مشخص شود. با توجه به نتایج پژوهش حاضر مبنی بر اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت خود و زوج درمانی هیجان‌مدار بر خودجرحی در زنان قربانی خشونت خانگی، پیشنهاد می‌شود مراکز مشاوره و درمانی با هدف ارتقاء تاب‌آوری زناشویی و کاهش مشکلات زوجین

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-30]

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 خودجرحی شوند.

منابع

احمدی، م.، رهنوردی، م.، کیانی، م.، پورحسین قلی، ا. (۱۳۹۳). بررسی ارتباط خشونت‌های خانگی و افکارخودکشی در زنان مراجعه کننده به مراکز بهداشتی - درمانی و دادگاه‌های خانواده. *مجله پزشکی قانونی*، ۲۰ (۴)، ۲۰۹-۲۰۱. http://sjfm.ir/browse.php?a_id=590&sid=1&slc_lang=fa

قره‌داغی، ع.، همرنگ، ا.، و رحیمی، س. (۱۴۰۰). مطالعهٔ کیفی احساس گناه و شرم انتقال‌یافته از والدین به نوجوانان پسرِ دارای سابقهٔ خودزنی. *دانش و پژوهش در روان شناسی کاربردی*، ۲۲ (۲)، ۱۱۴-۱۰۱. https://jsr-p.isfahan.iau.ir/article_684261.html

گل محمد، ر.، قاسمی فیروزآبادی، م.، عبدلی، ز.، و ساقی‌ها، ه. (۱۴۰۰). اثربخشی زوج درمانی هیجان مدار بر پریشانی روان شناختی و افسردگی زنان متاهل قربانی خشونت خانگی. *مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد*، ۶۴ (۶)، ۴۳۳۸-۴۳۴۸. 10.22038/MJMS.2022.20934

لطفی، س.، پیوسته‌گر، م.، خسروی، ز.، خدابخش پیرکلانی، ر.، و مهری‌نژاد، ا. (۱۴۰۱). ویژگی‌های روانسنجی نسخه فارسی مقیاس اظهارات مربوط به خودآسیبی در دانشجویان. *مجله علوم روانشناختی*، ۲۱(۱۱۰)، ۳۳۶-۳۲۱. https://doi.org/10.52547/JPS.21.110.321

ولی‌زاده، ح.، و احمدی، و. (۱۴۰۰). مقایسه شناختی/رفتاری و درمان پذیرش/تعهد بر تاب‌آوری و کیفیت زندگی زنان قربانی خشونت. *روانشناسی خانواده*، ۸ (۲)، ۱۲-۲۵. https://doi.org/10.52547/ijfp.2022.549042.1088

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

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

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

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

Klonsky, E. D., & Glenn, C. R. (2009). 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*, *31* (3), 215-219. https://doi.org/10.1007/s10862-008-9107-z

Klonsky, E. D., & Glenn, C. R. (2009). 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*, *31* (3), 215-219. https://doi.org/10.1007/s10862-008-9107-z

Leichsenring, F. (1999). Development and first results of the Borderline Personality Inventory: A self-report instrument for assessing borderline personality organization. *Journal of Personality Assessment*, *73*(1), 45-63. https://doi.org/10.1207/S15327752JPA730104

Lovibond, S. H., & Lovibond, P. F. (1995). *Depression Anxiety Stress Scales (DASS--21, DASS--42)* [Database record]. APA PsycTests. https://doi.org/10.1037/t01004-000

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

Olding, J., Zisman, S., Olding, C., & Fan, K. (2021). Penetrating trauma during a global pandemic: changing patterns in interpersonal violence, self-harm and domestic violence in the Covid-19 outbreak. *The Surgeon*, *19* (1), 9-13. https://doi.org/10.1016%2Fj.surge.2020.07.004

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

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-10-30]