

Comparison of the Effectiveness of Compassion-Focused and Emotion-Oriented Treatments on Psychological Marital Problems of Veterans' Wives

Mohammad Mohammadi¹ | Ali Rezaeisharif² | Ali Sheykholeslami³ | Hossein Qamari Gavi⁴

Abstract

The present study was conducted in order to compare the effectiveness of compassion-focused and emotion-oriented therapy on the marital psychological problems of veterans' wives. The statistical population included all the wives of veterans in the 13th and 14th districts of Tehran. Sampling was done in a targeted manner among women who had referred to Shahid Foundation in Tehran's 13th and 14th districts in 2019. After identifying women who had marital psychological problems; 45 participants were randomly assigned to two experiments and one control group (15 people in each group). The presentation of treatment sessions was carried out in the health center of district 13 of Tehran municipality. The research method was semi-experimental with pre-test, post-test with control group and follow-up phase. To collect data, the questionnaire of psychological marital problems of spouses of veterans was used. Then the data were analyzed using univariate analysis of covariance (ANCOVA) and Bonferroni's post hoc test. The findings showed that both treatments were effective in reducing the marital psychological problems of veterans' wives; But the effectiveness of compassion-focused therapy was significantly higher than emotion-focused therapy. Therefore, it is possible to benefit from treatment focused on compassion and emotion-oriented treatment or a combination of these two treatments to improve the marital psychological problems of veterans' wives.

Keywords: Spouses of Veterans, Compassion-Focused Therapy, Emotion-Oriented Therapy, Marital Psychological Problems.

61

Vol. 17
Winter 2022

Research Paper

Received:
9 February 2022

Accepted:
19 June 2022

P.P: 35-58



DOR: 20.1001.1.26454955.1401.17.61.2.7

1. Ph.D. Candidate in Counseling, Mohagheh Ardabili University, Ardabil, Iran.
2. Corresponding Author: Associate Professor of Counseling Education Department, Mohagheh Ardabili University, Ardabil, Iran. Rezaeisharif@uma.ac.ir
3. Associate Professor of Counseling Education Department, Mohagheh Ardabili University, Ardabil, Iran.
4. full professor of counseling education department, Mohagheh Ardabili University, Ardabil, Iran.

مقایسه اثربخشی درمان‌های متمرکز بر شفقت و هیجان‌مدار بر مشکلات روانشناختی-زناشویی همسر جانبازان

محمد محمدی^۱ | علی رضایی شریف^۲ | علی شیخ‌الاسلامی^۳ | حسین قمری گیوی^۴

۶۱

سال هفدهم
زمستان ۱۴۰۱

مقاله پژوهشی

تاریخ دریافت:

۱۴۰۰/۱۱/۲۰

تاریخ پذیرش:

۱۴۰۱/۸/۱۰

صص: ۵۸-۳۵



چکیده

پژوهش حاضر به منظور مقایسه‌ی اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت و هیجان‌مدار بر مشکلات روانشناختی-زناشویی همسر جانبازان انجام گرفت. جامعه آماری شامل تمام همسر جانبازان در مناطق ۱۳ و ۱۴ تهران بودند. نمونه‌گیری به صورت هدفمند از بین زنانی انجام گرفت که در سال ۱۳۹۹ به بنیاد شهید مناطق ۱۳ و ۱۴ تهران مراجعه کرده بودند. پس از شناسایی زنانی که مشکلات روانشناختی-زناشویی داشتند؛ ۴۵ نفر از شرکت‌کنندگان به صورت تصادفی در دو آزمایش و یک گروه کنترل قرار گرفتند (هر گروه ۱۵ نفر). ارائه‌ی جلسات درمان، در سرای سلامت منطقه ۱۳ شهرداری تهران انجام گرفت. روش پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون با گروه کنترل و مرحله پیگیری بود. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه مشکلات روانشناختی-زناشویی همسران جانبازان استفاده شد. سپس داده‌ها با استفاده از تحلیل کوواریانس تک‌متغیری (ANCOVA) و آزمون تعقیبی بونفرونی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. یافته‌ها نشان داد که هر دو درمان در کاهش مشکلات روانشناختی-زناشویی همسران جانبازان اثربخش بودند؛ اما اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت نسبت به درمان هیجان‌مدار به‌طور معناداری بیشتر بود. بنابراین، می‌توان از درمان متمرکز بر شفقت و درمان هیجان‌مدار یا تلفیقی از این دو درمان جهت بهبود مشکلات روانشناختی-زناشویی همسران جانبازان بهره برد.

واژگان کلیدی: همسر جانبازان؛ درمان متمرکز بر شفقت؛ درمان هیجان‌مدار؛ مشکلات روانشناختی-زناشویی.

DOR: 20.1001.1.26454955.1401.17.61.2.7

۱. دانشجوی دکتری، رشته مشاوره، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران

۲. نویسنده مسئول: دانشیار، گروه آموزشی مشاوره، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران
Rezaeisharif@uma.ac.ir

۳. دانشیار، گروه آموزشی مشاوره، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران

۴. استاد، گروه آموزشی مشاوره، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران

مقدمه

جانباز شدن یک عضو خانواده موجب بحران شده و بحران‌های خانوادگی، مهارت‌های بقاء یک خانواده را مورد آزمایش قرار می‌دهد. در چنین شرایطی نه تنها فرد بیمار دچار مشکل شده، بلکه اعضای خانواده او نیز به درجات متفاوت و از جهات مختلف گرفتار بحران می‌شوند (استراوس و اسمیت^۱، ۲۰۱۷). رابطه‌ی جانباز با پدر، مادر، همسر و سایر اعضای خانواده و دوستان، جزء انفکاک‌ناپذیر از زندگی وی می‌باشد. معلولیت در اکثر موارد کل خانواده را نیز متأثر می‌سازد و بر افراد خانواده که تشکیل دهنده‌ی آن هستند مؤثر واقع می‌شود. این امر می‌تواند بر انسجام خانواده اثر سوء داشته باشد (میرشکاری، ثناگوی محرز و شیرازی، ۱۳۹۹). وجود فرد بیمار در خانواده و درگیر شدن خانواده و عضو بیمار می‌تواند یکی از مشکلات و موانع جدی در راه پیشرفت و توسعه خانواده و نیز سلامت و کیفیت زندگی باشد و خانواده را از مسیر رشد طبیعی خود باز دارد. بنابراین بر اثر بیماری یکی از اعضای خانواده پیوند میان بیمار و دیگر اعضای خانواده تضعیف و در نتیجه خانواده دچار بحران می‌شود و در نتیجه نمی‌توان از تأثیر این نتایج بر افراد خانواده جلوگیری کرد (والک، چاندراسکاران و مایا^۲، ۲۰۱۸).

یکی از این افراد همسر بیمار می‌باشد، امروزه ۷۲٪ از مراقبت‌کنندگان رایگان را زنان تشکیل می‌دهند و علاوه بر زندگی با فردی که مبتلا به بیماری مزمن است سایر جنبه‌های مختلف زندگی آن‌ها نیز دستخوش تغییر می‌گردد؛ از سوی دیگر این زنان با فردی زندگی می‌کنند که گاهی رفتارهای آنان غیرقابل پیش‌بینی است که این موضوع باعث افزایش بار مسئولیت آن‌ها شده و آن‌ها را در معرض تنیدگی قرار می‌دهد (کوربان، متیو و بیوین^۳، ۲۰۱۷). فردی که تحت عامل تنش‌زا قرار می‌گیرد، احساس درماندگی، اضطراب و هراس می‌کند، اتکاء به نفس او تهدید شده و نمی‌تواند دلایل منطقی برای کارهای خود بیاورد و موقعیت موجود را درک نمی‌کند (واتر^۴ و همکاران، ۲۰۲۰). زنانی که با یک بیمار زندگی می‌کنند به‌عنوان شخصی که در یک موقعیت

1. Straus, M. A., & Smith, C
2. Walke, S. C., Chandrasekaran, V., & Mayya, S. S
3. Kurian, B., Mathew, P., & Bivin, J. B
4. Vatter, S., & et.al

بحرانی قرار گرفته است معمولاً نارسایی‌هایی را در زندگی خود از جنبه‌های مختلف تجربه می‌کنند و غالباً نیازهای این افراد برآورده نمی‌شود (سولومی و کاسیدی^۱، ۲۰۱۷). برطرف شدن نیازها، برای حفظ تعادل ضروری است. برای بقاء و رشد و نمو افراد بشر، باید نیازهای اساسی آن‌ها رفع شود. به‌طور کلی ارضای این نیازها در فرد موجب ایجاد احساس اتکای به نفس، اعتماد، قدرت و تسلط شده و فرد احساس مفید بودن می‌نماید (گروس و جزایری^۲، ۲۰۱۴).

از سوی دیگر، جانبازان به دلیل علائم جسمی و روانی، دچار ناراحتی و آشفتگی روانی و جسمی شده و ممکن است رفتار پرتحرک، بی‌قرار و یا بی‌هدف داشته باشند، بدون دلیل همسر و یا دیگر بستگان خود را کتک زده و یا اذیت و آزار نمایند؛ بنابراین در اثر مراقبت از همسری که مبتلابه اختلال جسمانی و یا روانی است، همسران جانبازان ممکن است دچار مشکلات و بیماری‌های جسمانی شده و افت سلامت و وضعیت بهداشتی در آن‌ها مشاهده شود (جوهانسون، کوانکارووا و رولاند^۳، ۲۰۱۸). این زنان از بیماری مراقبت می‌کنند که به‌طور مداوم نگران عود مجدد بیماری و بدتر شدن حال او می‌باشند، و در اثر این نگرانی در معرض یک اندوه مزمن و افسردگی قرار می‌گیرند. مشکلات دیگری که در این افراد بروز می‌کند شامل: تغییرات شخصیتی، مشکلات ارتباطی و بی‌ثباتی هیجانی است، گاهی اوقات این افراد احساس بیچارگی می‌کنند و ممکن است قدرت رویارویی با مشکلات را نداشته باشند (پانزری، روسی فراریو و ویدوتو^۴، ۲۰۱۹). مشکلات دیگر شامل مشکلات اجتماعی جانبازان هستند. آن‌ها گاهی ارتباط خود را با واقعیت از دست داده و در دنیای خود زندگی می‌کنند و قادر نیستند ضروریات و خواسته‌های روزمره‌ی یک زندگی معمولی را به‌صورت رضایت‌بخش پاسخ‌گو باشند؛ یعنی رفتار، تفکر، و صحبت‌های غیرعادی این بیماران اغلب باعث می‌شود که نتوانند با شرایط محیطی خودسازگاری پیدا کنند (پالاسیو، کیر کوریان و لیمونرو^۵، ۲۰۱۸). مورد دیگر، مشکلات مربوط به زندگی زناشویی همسران جانبازان است. وجود مشکلات جسمانی و روان‌شناختی یک یا هر دو نفر از همسران می‌تواند متغیر قابل توجهی باشد که رضایت زناشویی را به نحوی تحت تأثیر قرار دهد.

1. Solomi, V. L., & Casiday, R. E
2. Gross, J.J. and Jazaeiri, H
3. Johansen, S., Cvancarova, M., & Ruland, C
4. Panzeri, A., Rossi Ferrario, S., & Vidotto, G
5. Palacio, C., Krikorian, A., & Limonero, J. T

چرا که این افراد از افسردگی و کشمکش‌های بین فردی رنج می‌برند و نسبت به سایر زوجین اضطراب بیشتری را تجربه می‌کنند (رشیدی، موسوی و گل محمدیان، ۱۳۹۵).

درم آن‌های مختلفی در حوزه‌ی درمان مشکلات روانشناختی-زناشویی زنان دارای همسر جانباز به کار رفته است. از جمله رویکردهایی که می‌تواند در کاهش مشکلات روانشناختی-زناشویی زنان دارای همسر جانباز مؤثر باشد، درمان متمرکز بر شفقت^۱ است. از مشکلاتی که در یک موقعیت بحرانی فرد را درگیر می‌کند این است که برداشت از خود، در او تغییر می‌یابد و باعث می‌شود ارزش کمی برای خود قائل شود (اولریچ^۲ و همکاران، ۲۰۱۷). درمان متمرکز بر شفقت در آغاز به وسیله‌ی پُل گیلبرت^۳ برای کمک به افرادی با سطوح بالای شرم و خود-انتقادگری مطرح شد و توجه ویژه‌ای به آگاهی درمانگر و درمانجو، استدلال و نشخوار ذهنی، رفتارها، هیچ آن‌ها، انگیزه‌ها و تصویرسازی دارد و دیدگاهی جدید را در روند درمان ارائه داده است (سعیدی، خلعتبری، قربان‌شیرودی و ابوالقاسمی، ۱۳۹۹). درمان مبتنی بر شفقت یکی از مفاهیم مرتبط با دلسوزی است که پایه‌ای برای دلسوزی نسبت به دیگران و یک تجربه قلبی از سهیم شدن در درد دیگران و آرزوی تسکین درد، رنجش و عذاب آن‌ها است. اما ویژگی متمایز خود-شفقتی^۴ آن است که به سمت درد و رنج شخصی فرد جهت داده می‌شود (شاپیرو، آستین، بی‌شاپ و کوردوا^۵، ۲۰۰۵). لیری و همکاران^۶ (۲۰۰۷) شفقت به خود را یک سازه مهم در تعدیل واکنش افراد به موقعیت‌های ناراحت‌کننده معرفی کرده‌اند. نف^۷ (۲۰۱۳) آموزش شفقت به خود را به عنوان سازه‌ای دارای سه مؤلفه می‌داند که شامل مهربانی با خود در مقابل قضاوت کردن خود، اشتراکات انسانی در مقابل انزوا، و ذهن آگاهی در مقابل همانندسازی افراطی است؛ ترکیب این سه مؤلفه مرتبط، مشخصه فردی است که به خود، شفقت می‌ورزد. مهربانی با خود، درک خود به جای قضاوت خود و نوعی حمایت از کاستی‌ها و بی‌کفایتی‌های خود است. اشتراکات انسانی به این موضوع اشاره دارد که همه انس آن‌ها دارای نقص هستند و اشتباه می‌کنند و درگیر رفتارهای

1. Compassion-focused therapy
2. Ullrich, A
3. Paul Gilbert
4. Self-compassion
5. Shapiro, S. L., Astin, J. A., Bishop, S. R., & Cordova, M
6. Leary, S. W., & et.al
7. Neff, K. D

ناسالم می‌شوند. ذهن آگاهی در مقابل همانندسازی افراطی در شفقت به خود به یک آگاهی متعادل و روشن از تجارب زمان حال می‌انجامد. بنابراین شفقت به خود باعث یک زندگی باکیفیت شده و پیش‌بینی کننده شادمانی زناشویی است (شفیعی و جزایری، ۱۳۹۶).

از دیگر درم آن‌هایی که تأثیر خود را بر سطح سلامت روانشناختی همسران جانبازان نشان داده، درمان هیجان‌مدار^۱ است. بررسی هیچ آن‌ها نیز از موارد بسیار مهم هستند که باید در کار با همسران جانبازان مورد توجه قرار بگیرند. هوانگ و ایوم^۲ (۲۰۱۶) معتقد است تنظیم هیجان عبارت است از فرایند منحصر به فردی که تجربه‌ی هیجان را جهت رسیدن به پذیرش اجتماعی تعدیل می‌کند و به حالات فیزیکی و روانشناختی در پاسخ به تقاضاهای درونی یا بیرونی مربوط می‌شود. فرایندهای تنظیم هیجان با تغییر و تحول در سراسر دوره‌ی بزرگسالی تغییر می‌یابند و تغییرات تحولی در تنظیم هیجان با تغییرات در عوامل زمینه‌ای آن همراه است. به‌عنوان مثال، با افزایش تجربیات زندگی و رشد عقلی، ارزش‌ها و فواید نسبی تنظیم هیجان، همراه با سن تغییر می‌کنند (کامرون و اوراول^۳، ۲۰۱۸) و اگر باز ارزیابی شناختی نسبت به بازداری هیجان پیامدهای بهتری داشته باشد، افراد از نظر تحولی رشد یافته هستند، و از راهبردهای سالم تنظیم هیجان (مثل ارزیابی مجدد مثبت و دیدگاه‌پذیری) استفاده می‌کنند و کمتر از راهبردهای ناسالم تنظیم هیجان (بازداری هیجانی) بهره می‌برند (هوانگ و ایوم، ۲۰۱۶). بیانگری هیجان نیز یک فرآیند ارتباطی است که بر اساس آن شخص اطلاعاتی را درباره‌ی خود به دیگری می‌دهد. این اطلاعات می‌توانند توصیفی یا ارزیابی کننده باشند، و افکار، احساسات، اهداف، شکست‌ها، موفقیت‌ها، ترس‌ها، و موارد مطلوب وی را شامل شوند (اوری و گروس^۴، ۲۰۱۰). در این زمینه پژوهش‌ها نشان داده‌اند که افرادی که افشاسازی خود را در سطح بالایی می‌دانند توانایی بیشتری در دریافت اطلاعات شخصی دیگران خواهند داشت (اسپرچر و همکاران^۵، ۲۰۱۳).

1. Emotional-Focused Therapy
2. Hwang, D., & Eom, S
3. Cameron, L. D., & Overall, N. C
4. Urry, H. L., & Gross, J. J
5. Sprecher, S., & et.al

نتایج پژوهش‌ها حاکی از این است که، بیانگری هیجان توسط درمانگر نیز اغلب سبب افزایش بیانگری هیجان در شخص تحت درمان می‌شود (اوری و گروس، ۲۰۱۰)؛ درمان هیجان‌مدار به شیوه گروهی موجب کاهش علائم افسردگی و استرس در زنان می‌گردد (جودکی، ۱۴۰۰)؛ زوج‌درمانی هیجان‌مدار سبب می‌شود تا زوج‌ها تمرکز را از رفتار همسر خود برداشته و بر رفتار خود متمرکز شوند و در نتیجه کاربرد موانع ارتباطی مذکور را متوقف ساخته و ضمن افزایش تحمل، با یادگیری برنامه ارتباط درست روابط خویش را بهبود ببخشند (حسین‌زاده و همکاران، ۱۳۹۹)؛ همچنین در پژوهشی میانگین نمرات اجتنابی در گروه درمان هیجان‌مدار پایین‌تر از گروه کنترل بود (عطادخت و همکاران، ۱۳۹۸). در زمینهٔ درمان متمرکز بر شفقت نیز تحقیقاتی انجام یافته است. نامنی و باقری (۱۳۹۸) نشان دادند که بین احساس امنیت با خوش‌بینی و خودشفقت‌ورزی، همچنین بین خوش‌بینی، خودشفقت‌ورزی و احساس امنیت با بهزیستی روان‌شناختی در همسران جانباز همستگی مثبت و معنی‌داری وجود داشت. عباسی، دوک آن‌های و شفیع‌آبادی (۱۳۹۷) نشان دادند که در مرحله پس‌آزمون و پیگیری میانگین نمرات انسجام خانوادگی همسران جانبازان در گروه روایت‌درمانی و درمان هیجان‌محور در مقایسه با گروه کنترل تفاوت معنی‌داری داشت. رشیدی، گل محمدیان و موسوی (۱۳۹۵) به این نتیجه رسیدند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برافزایش رضایت زناشویی در همسران جانباز و آزاده مؤثر است. کاستا، یتر و دیسومر^۱ (۲۰۲۰)، در مطالعه‌ی خود به این نتیجه رسیدند که در زندگی خانوادگی جانبازان جنگی و خانواده‌های ایشان مشکلات زیادی وجود دارد و این افراد از نظر زندگی با همسران و فرزندان خود دچار مشکل می‌شوند. هی^۲ و همکاران (۲۰۱۹) نیز به این نتیجه رسیدند که مراقبت‌کنندگان از افراد معلول و ناتوان نشانگان بیشتری از مشکلات روانی و به‌خصوص افسردگی را نشان می‌دهند. جاکوسون، ویلسون، کورز و کیلوم^۳ (۲۰۱۸) بر این نتیجه تأکید می‌کنند که سطوح بالای خود-شفقت‌ورزی می‌تواند نقش حمایت‌کننده برای افرادی که در خطر اختلال روانی هستند فراهم آورد. لزلی و کویلینسکی^۴ (۲۰۱۷)، در پژوهش خود به بررسی

1. Costa, D. L., Yetter, N., & DeSomer, H

2. He, M., & et.al

3. Jacobson, E. H. K., Wilson, K. G., Kurz, A. S., & Kellum, K. K

4. Leslie, L. A., & Koblinsky, S. A

وضعیت همسران جانبازان جنگی پرداخته و به این نتیجه رسیدند که این زنان مشکلات بسیاری را در حوزه‌های مختلف جسمی، روانی و خانوادگی تجربه می‌کنند.

با توجه مطالب عنوان شده می‌توان گفت، خطر ابتلا به بیماری‌های روانی و جسمانی بنا بر دلایل مختلف از جمله وقوع جنگ در افراد و خانواده‌ها وجود دارد و هدف اصلی بهداشت روانی این است که مکمل زندگی سالم و طبیعی بوده و هدف از درمان اختلالات، جلوگیری از تشدید بیماری‌ها می‌باشد (میلر، هیس، بایبی و گودکایند^۱، ۲۰۱۸). امروزه روانشناسان و مشاورانی که در ارتباط با بهداشت روانی افراد خانواده فعالیت دارند، به خانواده به‌عنوان پایگاهی مهم در حفظ و تداوم بهداشت روانی نگریسته و اعتقاد دارند برای بهبود رفتار فرد ضروری است که ابتدا روابط او در خانواده مورد بررسی قرار بگیرد. جانبازانی که به علت مجروحیت ناشی از جنگ تحمیلی دچار اختلالات روانی و جسمانی گشته‌اند، تأثیرات زیادی را در اعضاء خانواده خود به ویژه بر همسرانشان خواهند داشت. تأثیراتی که می‌تواند خانواده را دچار بحر آن‌های شدید و مشکل‌ساز جهت ادامه و بقای آن نماید. غالباً مؤسسات و سازم آن‌های مربوطه در زمینه مشکلات خانواده‌های جانبازان به ارائه کمک‌های مالی و دارودرمانی اکتفا می‌کنند و به ابعاد روانشناختی و سلامت روانی توجه کافی نمی‌شود. بنابراین از ضروریات انجام پژوهش حاضر این بوده است که درم آن‌های روانشناختی مناسبی برای همسران جانبازان که متناسب با حل مشکلات آن‌ها باشد به اجرا گذاشته شود. از ضرورت‌های دیگر انجام پژوهش تحقیق حاضر که می‌تواند خلاءهای پژوهشی را در این زمینه پر کند این است که در غالب تحقیقات صورت گرفته در زمینه همسران جانبازان ابزاری که مختص همسران جانبازان باشد در جلسات درمانی به اجرا گذاشته نشده است و غالباً از ابزارهای آماده در کنار جلسات درمان استفاده شده است. در تحقیق حاضر از پرسشنامه مشکلات روانشناختی-زناشویی همسران جانبازان استفاده شده است که توسط محققان پژوهش حاضر ساخته شده و مختص جامعه‌ای بوده که این نمونه‌ها از آن‌ها انتخاب شده‌اند. به‌طور کلی هدف پژوهش حاضر مقایسه‌ی اثربخشی درمان‌های متمرکز بر شفقت و هیجان‌مدار بر مشکلات روانشناختی-زناشویی در همسر جانبازان می‌باشد.

1. Miller, A., Hess, J. M., Bybee, D., & Goodkind, J. R

روش‌شناسی

جامعه آماری این پژوهش شامل تمام زنان دارای همسر جانباز در مناطق ۱۳ و ۱۴ شهر تهران در سال ۱۳۹۹ بودند. نمونه‌گیری به صورت در دسترس از بین زنانی انجام گرفت که در سال ۱۳۹۹ به بنیاد شهید مناطق ۱۳ و ۱۴ مراجعه کرده بودند و دارای مشکلاتی در زندگی با فرد جانباز بودند. بعد از اعلام فراخوان در مناطق مذکور ۹۰ نفر از زنان دارای همسر جانباز به پرسشنامه مشکلات روانشناختی-زناشویی همسران جانبازان پاسخ دادند و آن‌هایی که نمرات بالا کسب کردند شناسایی شدند. پس از شناسایی، ۴۵ نفر از افرادی که تمایل به شرکت در جلسات درمان داشتند به صورت نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند. ملاک‌های ورود شامل تمایل شرکت‌کنندگان برای حضور در جلسات درمان، داشتن همسر جانباز، داشتن مشکلاتی در مؤلفه‌های روانشناختی-زناشویی مانند اضطراب، افسردگی، خستگی و ناتوانی، تحریک‌پذیری و پرخاشگری، احساس تنهایی، نارضایتندی از زندگی و تعارض زناشویی بود. ملاک‌های خروج نیز شامل این موارد بود: داشتن سوابق ابتلای همسر به بیماری‌های خاصی که ارتباطی با جانبازی ندارد، ابتلا به بیماری کرونا در حین درمان، عدم تمایل به شرکت و یا حضور نامنظم در جلسات درمان، داشتن مشکلات زناشویی مانند اختلاف خانواده‌های زوجین که ارتباطی با مشکلات همسر جانباز نداشت.

پس از کسب رضایت‌نامه‌ی آگاهانه و آگاه نمودن شرکت‌کنندگان از اهداف پژوهش و تأکید بر محرمانه ماندن مشخصات شرکت‌کنندگان و ترغیب شرکت‌کنندگان جهت مشارکت برای برخورداری از جلسات رایگان درمان، مداخلات درمانیبر روی شرکت‌کنندگان اجرا شد. بدین صورت که، ۴۵ نفر از شرکت‌کنندگان که به صورت نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شده بودند به صورت تصادفی ساده در دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل قرار گرفتند (هر گروه ۱۵ نفر)، و در هشت جلسه‌ی ۹۰ دقیقه‌ای، یک‌بار در هفته، در جلسات هر درمان شرکت کردند. روش پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون با گروه کنترل و دارای مرحله پیگیری بود. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه مشکلات روانشناختی-زناشویی همسران جانبازان استفاده شد. سپس داده‌ها با استفاده نرم‌افزار SPSS-۲۲ و با تحلیل کوواریانس تک‌متغیری (ANCOVA) و

آزمون تعقیبی بونفرونی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. شایان ذکر است که پژوهش حاضر دارای کد اخلاقی به شناسه‌ی (IR.UMA.REC.1400.041) از دانشگاه محقق اردبیلی می‌باشد.

ابزار سنجش

پرسشنامه مشکلات روانشناختی-زناشویی زنان دارای همسر جانباز: این پرسشنامه توسط محققان پژوهش حاضر در سال ۱۳۹۹ ساخته شده است و مختص بررسی مشکلات روانشناختی-زناشویی زنان دارای همسر جانباز می‌باشد. جهت تعیین مؤلفه‌های این پرسشنامه، با استفاده از روش تحقیق کیفی و تحلیل مضمون ابتدا مصاحبه‌هایی به شیوه‌ی مصاحبه با گروه‌های کانونی تا اشباع نظری داده‌ها بر روی ۱۹ نفر از زنان دارای همسر جانباز انجام شده و پس از طی فرایندها و مراحل تحلیل مضمون و حذف مؤلفه‌های غیر روانشناختی در نهایت ۷ مؤلفه‌ی روانشناختی مرتبط شناسایی شدند که عبارت بودند از: اضطراب، افسردگی، خستگی و ناتوانی، تحریک‌پذیری و پرخاشگری، احساس تنهایی، نارضایتندی از زندگی، و تعارض زناشویی. پس از تأیید روایی سازه، محتوایی و صورتی، این پرسشنامه بر روی ۱۵۰ نفر از زنان دارای همسر جانباز که به صورت نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شده بودند، اجرا شد. تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS انجام گرفت و نتایج تحلیل عاملی تأییدی نشان داد که گویه‌های پرسشنامه‌ی مشکلات روانشناختی-زناشویی زنان دارای همسر جانباز، به خوبی می‌توانند عامل مورد نظر را اندازه‌گیری کنند و از این رو دارای همسانی بیرونی بودند. تمامی عوامل پرسشنامه با ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۸ تا ۰/۸۵ و نمره‌ی کل پرسشنامه با ۰/۹۴ دارای همسانی درونی قابل قبول بودند همچنین برای تعیین روایی پرسشنامه مشکلات روانشناختی-زناشویی زنان دارای همسر جانباز، از پرسشنامه‌ی سلامت عمومی (GHQ-۱۲) و مقیاس خرسندی زناشویی (MHS) استفاده شد. نتایج نشان داد که بین نشانه‌های سلامت روانی مثبت، نشانه‌های اختلال روانی و خرسندی زناشویی با نمره کل و مؤلفه‌های پرسشنامه‌ی مشکلات زنان دارای همسر جانباز همبستگی معناداری وجود دارد. این پرسشنامه دارای هفت مؤلفه و ۲۸ سؤال است که بر روی یک مقیاس پنج‌درجه‌ای لیکرت (اصلاً اینطور نیست = ۰، گاهی اینطور است = ۱، نظری ندارم = ۲، اغلب اینطور است = ۳، همیشه

این طور است (= ۴) نمره گذاری می‌شود. امتیاز کل پرسشنامه حداقل بین صفر تا حداکثر ۱۱۲ است که نمرات بالاتر نشان‌دهنده مشکلات روانشناختی و زناشویی بیشتر است.

درمان متمرکز بر شفقت (CFT): این رویکرد از معروف‌ترین روان‌درمانی‌های موسوم به

موج سوم رفتاردرمانی است که روش‌هایی را از رفتاردرمانی شناختی به همراه ایده‌هایی از روان‌شناسی تکاملی، روان‌شناسی اجتماعی، روان‌شناسی رشد، روان‌شناسی بودیستی و علوم اعصاب یکپارچه کرده است. (گیلبرت، ۲۰۱۰) این رویکرد را می‌توان از جمله‌ها روان‌درمانی‌هایی یکپارچه‌نگری دانست که سعی کرده است تا پلی بر شکاف سنتی مابین هیجان و شناخت در حوزه رفتاردرمانی شناختی بزند. یکی از موضوعات کانونی این رویکرد استفاده از آموزش ذهن‌مشفق برای یاری‌رساندن به افراد و ایجاد ملایمت درونی، امنیت و تسکین از طریق شفقت به خود و دیگران است. روش اصلی درمانی CFT آموزش ذهن‌مشفق است. در این روش به درمانجو مهارت‌ها و خصوصیات شفقت آموخته می‌شود. آموزش ذهن‌مشفق به درمانجویان کمک می‌کند تا الگوهای شناختی و هیجانی مشکل‌ساز مرتبط با اضطراب، خشم، خودانتقادگری و ... خود را تغییر دهند. در این رویکرد از طریق استفاده از روش‌هایی نظیر آموزش ذهن‌مشفق و روش‌های رفتاردرمانی شناختی به درمانجویان آموخته می‌شود که به‌طور مؤثری هرکدام از این سامانه‌ها را به‌طور مؤثری مدیریت کرده و به‌طور مناسب‌تری به موقعیت‌ها و شرایط پاسخ بدهند. درمان متمرکز بر شفقت مخصوصاً برای درمان افرادی که شرم و خودانتقادگری زیادی دارند و نیز کسانی که در احساس ملایمت و مهربانی با خود یا دیگران مشکل دارند مناسب است. با توجه به اینکه همسران جانبازان مشکلاتی را در ابعاد روانشناختی همچون آزاردیدگی، نادیده گرفته شدن، خودانتقادگری، شرم و افسردگی، اضطراب و ... غیره تجربه می‌کنند درمان مبتنی بر شفقت می‌تواند در این زمینه به کمک این افراد بیاید. با استفاده از درمان متمرکز بر شفقت می‌توان به چنین افرادی آموخت تا در تعامل با خود و دیگران احساس امنیت و ملایمت بیشتری داشته باشند. در ادامه محتوای جلسات درمان مبتنی بر شفقت برگرفته از کار گیلبرت (۲۰۱۰) در جدول ۱ ارائه می‌شود.

نشریه علمی فرهنگی تربیتی زنان و خانواده

جدول ۱: شرح جلسات درمان متمرکز بر شفقت برگرفته از کار گیلبرت (۲۰۱۰)

جلسه	اهداف جلسه	محتوای جلسه	تکلیف جلسه
اول	اجرای پیش‌آزمون، آشنایی اعضا و درمانگر با یکدیگر، بیان انتظارات گروه و اعضا از یکدیگر، شرح قوانین گروه، ایجاد ارتباط درمانی	گوش سپردن به روایت‌های اعضای گروه و همدلی اعضا با یکدیگر آموزش همدلی، درک فرایندها و عوامل به وجود آورنده اهمال‌کاری و اثرات آن، توضیح مختصری از مدل درمانی شفقت	آموزش تمرین تنفس آرام‌بخش ریتمیک و اجرای آن در گروه
دوم	بررسی تکلیف و مرور جلسه قبل؛ بررسی نوع برخورد اعضا با خود (سبک انتقادگر یا شفقت‌گر)	تعریف خود انتقادی، شرم، گناه و عذر و پیامدهای آن، تعریف شفقت و مشاهداتی که باعث شد این درمان به وجود بیاید	تمرین مهربانی و مهر ورزیدن
سوم	بررسی تکلیف و مرور جلسه قبل؛ شفقت به خود و ویژگی‌ها و مهارت‌های آن، چیست؟	معرفی چگونگی تأثیرگذاری شفقت به خود بر حالات روانی فرد، معرفی سه سیستم تنظیم هیجانی و نحوه تعامل آن‌ها	تمرین نحوه شفقت به خود
چهارم	بررسی تکلیف و مرور جلسه قبل آموزش مفهوم ذهن آگاهی	معرفی منطق ذهن آگاهی و نحوه اجرای آن	تمرین تمرکز بر تنفس و ردیابی احساسات و افکار و مشاهده صرف آن‌ها بدون هیچ واکنشی
پنجم	بررسی تکلیف و مرور جلسه قبل، مدیریت احساسات و عواطف دشوار	آموزش نحوه مدیریت احساسات و عواطف دشوار	تمرین مدیریت احساسات و عواطف، تمرکز بر تنفس و ردیابی افکار
ششم	معرفی تصویرپردازی ذهنی و منطق آن	آموزش تصویرپردازی و برخورد با چالش‌ها و روابط بین فردی	تمرین تصویرپردازی و اجرای آن در گروه (تصور رنگ، مکان و ویژگی‌های شفقت‌گر)
هفتم	مرور مطالب جلسات قبل، توجه آگاهانه و مرور تصاویر مشفقانه‌ی آزمودنی‌ها.	بحث در مورد اجزاء مختلف خود و تلاش برای بخش کردن خود.	تمرین خود خشمگین و خود مشفق و صندلی‌های خشمگین و مشفق به صورت بازی نقش
هشتم	تحکیم و تثبیت آموخته‌های جلسات درمانی،	مرور و تلخیص مطالب و تمرینات جلسات قبل	بررسی نقاط قوت و ضعف و دستاوردهای جلسات درمان، اجرای پس‌آزمون، جمع‌بندی و نتیجه‌گیری

درمان هیجان‌مدار (EFT) درمان هیجان‌مدار یک رویکرد کوتاه مدت و ساختارمند است که در دهه هشتاد میلادی توسط سو جانسون و لزی گرینبرگ تدوین شد. مداخلات درمان هیجان‌مدار، از رویکرد انسان‌گرایانه تجربی در جهت بازسازی تجارب عاطفی و از رویکرد سامانه‌ای ساختاری برای بازسازی تعاملات استفاده می‌کند. مطالعات قابل توجهی در زمینه تأثیر مثبت EFT در ادبیات تحقیق موجود است که نشان‌دهنده اندازه اثر زیاد این نوع درمان در طول زمان می‌باشد (جانسون، ۲۰۱۳). رویکرد هیجان‌مدار با میزان اثربخشی ۷۰ تا ۷۵ درصد جزو موفق‌ترین درمانی‌ها در زمینه مسائل و مشکلات زوجین بوده است (جانسون، ۲۰۱۳؛ ترجمه سیفی قوزلو و همکاران، ۱۳۹۷). درمان هیجان‌مدار برای زوج‌های متفاوت و در موقعیت‌های بالینی مختلف از قبیل کلینیک‌های خصوصی، بیمارستان‌ها و مراکز آموزشی با موفقیت به کار رفته است. تحقیقات مقدماتی در مورد کاربرد درمان هیجان‌مدار در مورد درمان زوج‌هایی که با افسردگی، اضطراب ناشی از روان زخم، بیماری‌های صعب‌العلاج و تردید در مورد بخشش دست‌وپنجه نرم می‌کردند، به انجام رسیده است. همچنین این درمان در فرهنگ‌های مختلف، سطوح تحصیلی متفاوت، در سراسر آمریکای شمالی، استرالیا، نیوزلند، اروپا، آفریقا و آسیا، برای درمان مشکلات زوج‌ها با موفقیت به کار رفته است (جانسون، ۲۰۱۳). با توجه به اینکه هیجان بخش مهمی از زندگی افراد را تشکیل می‌دهد و همسران جانبازان مشکلاتی را در زمینه کنترل هیجان و ابراز صحیح آن تجربه می‌کنند درمان هیجان‌مدار می‌تواند از گزینه‌های مناسب برای کار با این قشر از زنان جامعه باشد. در ادامه و در جدول ۲ جلسات درمان هیجان‌مدار که برگرفته از کارهای گرینبرگ و گلر (۲۰۱۲) می‌باشد ارائه شده است.

نشریه علمی فرهنگی تربیتی زنان و خانواده

جدول ۲: جلسات درمان هیجان‌مدار برگرفته از گرینبرگ و گلر (۲۰۱۲)

جلسه	هدف از جلسه	محتوای جلسه	تکلیف جلسه
اول	ارزیابی و ایجاد پیوستگی	معارفه و برقراری ارتباط، ارزیابی ماهیت مشکل، ارزیابی انتظارات و نگرانی‌های مراجعان، مفهوم‌سازی مشکل و ارائه منطق درمان و آشنایی با قوانین درمان، اجرای پیش‌آزمون	تمرین مهارت‌های کلیدی و ارتباطی، ارزیابی خود، ارائه و دریافت بازخورد، توجه به حالات هیجانی خوشایند
دوم	ادامه ارزیابی و شناسایی چرخه تعاملات منفی و تعیین اهداف کلی	کشف تعاملات مشکل‌دار و تشخیص چرخه تعاملات منفی، ارزیابی مشکل و موانع دل‌بستگی، ایجاد توافق درمانی	شناسایی چرخه تعامل‌های خود در موقعیت‌های مختلف
سوم	تقویت پیوستگی و تحلیل و تغییر هیجان‌ات	باز کردن تجربه‌های برجسته مربوط به دل‌بستگی، پذیرش احساسات تصدیق نشده بنیادی، روشن کردن پاسخ‌های هیجانی کلیدی	تمرین درزمینه یافتن تکیه‌گاه ایمن و توسعه پیوند ایمن، ابراز هیجان‌ات و احساسات
چهارم	تشدید تجربه هیجانی	ابراز و پذیرش هیچ آن‌ها، ارتقای روش‌های تعامل	تشویق مراجع به درمیان گذاشتن هیچ آن‌های خود در منزل با همسر
پنجم	پذیرش احساسات و شناسایی نیازهای دل‌بستگی، تقویت تعامل اعضای گروه	بازسازی تعاملات، نمادگذاری و کشف راه‌حل‌های جدید برای مشکلات قدیمی	اختصاص دادن زمان مناسب برای درمیان گذاشتن افکار و هیجان‌ات خود با همسر در منزل
ششم	ایجاد الگوهای تعاملی جدید، تملک هیچ آن‌ها	پذیرش وضعیت‌های جدید، ساختن داستان شاد از رابطه.	کامل کردن جدول چگونگی تأثیر هیجان‌ات و رفتارها بر فرد
هفتم	ایجاد درگیری هیجانی، افزایش شناسایی نیازهای دل‌بستگی، تسهیل در بیان نیازها و خواسته‌ها	تأکید بر اهمیت بیان خواسته‌ها و نیازها، مواجهه اعضا با سبک‌های دل‌بستگی اختصاصی	تشویق به تمرین تغییر الگوهای تعاملی و پاسخ‌گویی همدلانه‌تر به همسر در منزل
هشتم	تحکیم وضعیت، حمایت از الگوهای سازنده جلسات، اختتامیه	مرور و تلخیص مطالب و تمرینات جلسات قبل	بررسی نقاط قوت و ضعف درمان، بررسی دستاوردهای درمانی، اجرای پس‌آزمون

یافته‌ها

بر اساس نتایج به دست آمده میانگین و انحراف استاندارد سن شرکت کنندگان در گروه شفقت درمانی $43/80 \pm 5/26$ ، گروه درمان هیجان‌مدار $38/80 \pm 5/60$ و گروه کنترل $37/40 \pm 3/85$ بود. همچنین بر اساس نتایج به دست آمده، میانگین و انحراف استاندارد مدت ازدواج شرکت کنندگان در گروه شفقت درمانی $9/80 \pm 4/97$ ، گروه درمان هیجان‌مدار $11/46 \pm 3/46$ و گروه کنترل $10/93 \pm 3/99$ بود. در ادامه به نتایج حاصل از آمار استنباطی و بررسی فرضیه‌ها می‌پردازیم. استفاده از آزمون‌های پارامتریک مستلزم رعایت چند پیش فرض اولیه است که با رعایت پیش فرض‌ها و تأیید آن‌ها می‌توان از این آزمون‌ها استفاده کرد. با توجه به این که روش‌های به کار برده شده در این پژوهش تحلیل کوواریانس تک‌متغیری (ANCOVA) است، این پیش فرض‌ها شامل قرار گرفتن متغیر وابسته حداقل در سطح فاصله‌ای/نسبی، نرمال بودن توزیع نمرات متغیر وابسته و همگنی واریانس‌ها است که در ابتدای بررسی هر فرضیه به بررسی این پیش فرض‌ها پرداخته می‌شود. از آنجایی که نوع پرسشنامه به کار رفته در این پژوهش از نوع طیف لیکرت است، بنابراین تمام متغیرهای وابسته حداقل در سطح مقیاس فاصله‌ای هستند و از این رو پیش فرض اول تأیید می‌شود. در جدول ۳، نتایج آزمون کولموگروف-اسمیرنوف برای بررسی نرمال بودن توزیع نمرات متغیرهای پژوهش ارائه شده است.

جدول ۳: نتایج آزمون کولموگروف-اسمیرنوف برای بررسی نرمال بودن توزیع نمرات متغیرهای پژوهش

متغیر		مرحله	کولموگروف-اسمیرنوف
پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی	آماره		
مشکلات زنان دارای همسر جانباز	پیش آزمون	۰/۱۰۴	۰/۲۰۰
	پس آزمون	۰/۰۹۹	۰/۲۰۰
	پیگیری	۰/۰۵۹	۰/۲۰۰

همان‌طور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، از آنجایی که مقادیر آزمون برای مشکلات همسران جانبازان در هر سه مرحله معنادار نیست ($P > 0/05$) لذا می‌توان نتیجه گرفت که توزیع نمرات در این متغیر نرمال است.

در جدول ۴، نتایج آزمون لون در مورد همگنی واریانس‌ها ارائه شده است.

جدول ۴: نتایج آزمون لون در مورد همگنی واریانس‌ها

متغیر	مرحله	F	Df1	Df2	Sig.
مشکلات زنان دارای همسر جانباز	پس آزمون	۲/۵۰	۲	۴۲	۰/۰۹۴
	پیگیری	۰/۵۶۱	۲	۴۲	۰/۵۷۵

همان‌طور که در جدول ۴ مشاهده می‌گردد، مقدار آماره‌ی F برای متغیر مشکلات همسران جانبازان در هر دو مرحله‌ی پس آزمون و پیگیری معنادار نیست ($P > ۰/۰۵$)، از این رو پیش فرض برابری واریانس‌ها در این متغیر تأیید می‌شود. بنابراین با توجه به تأیید شدن پیش فرض‌ها می‌توان از آزمون کوواریانس تک‌متغیری استفاده کرد.

در جدول ۵ نتایج آزمون کوواریانس به منظور بررسی اثرات بین گروهی در متغیر مشکلات همسران جانبازان ارائه شده است.

جدول ۵: نتایج آزمون کوواریانس به منظور بررسی اثرات بین گروهی در متغیر مشکلات همسران جانبازان

مرحله	منبع	SS	df	MS	F	Sig.	Eta	Power
پس آزمون	عرض از مبدأ	۳۴/۱۱	۱	۳۴/۱۱	۱/۸۳	۰/۱۸۳	۰/۰۴۳	۰/۲۶۲
	پیش آزمون	۲۲۴۶/۱۸	۱	۲۲۴۶/۱۸	۱۲۰/۶۳	۰/۰۰۱	۰/۷۴۶	۱
	گروه	۱۰۴۰/۷۸	۲	۵۲۰/۳۹	۲۷/۹۴	۰/۰۰۱	۰/۵۷۷	۱
	خطا	۷۶۳/۴۱	۴۱	۱۸/۶۲				
	مجموع	۳۰۱۹۳۱	۴۵					
پیگیری	عرض از مبدأ	۴۳/۴۱	۱	۴۳/۴۱	۲/۳۴	۰/۱۳۴	۰/۰۵۴	۰/۳۲۱
	پیش آزمون	۲۲۳۸/۴۷	۱	۲۲۳۸/۴۷	۱۲۰/۷۹	۰/۰۰۱	۰/۷۴۷	۱
	گروه	۷۴۲/۷۶	۲	۳۷۱/۳۸	۲۰/۰۴	۰/۰۰۱	۰/۴۹۴	۱
	خطا	۷۵۹/۷۹	۴۱	۱۸/۵۳				
	مجموع	۳۰۸۹۹۹	۴۵					

بر اساس نتایج به دست آمده از جدول ۵ مشاهده می‌شود که آماره‌ی F در مرحله پس‌آزمون با مقدار ۲۷/۹۴ و در مرحله پیگیری با مقدار ۲۰/۰۴ معنادار است ($P < ۰/۰۵$). این نتیجه نشان می‌دهد که بین گروه‌های مورد پژوهش تفاوت معناداری در متغیر مشکلات همسران جانبازان در هر دو مرحله‌ی پس‌آزمون و پیگیری وجود دارد. همچنین به منظور مقایسه جفتی گروه‌ها از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد که نتایج آن جدول ۶ ارائه شده است:

جدول ۶: نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی به منظور مقایسه جفتی گروه‌ها در مرحله پس‌آزمون و پیگیری مشکلات همسران جانبازان

مرحله	گروه‌های درمان	Mean Difference	Std. Error	Sig.	Eta
پس‌آزمون	شفقت درمانی	-۴/۷۳	۱/۵۸	۰/۰۱۴	۰/۲۰۹
	هیجان‌مدار	-۱۲/۰۶	۱/۶۲	۰/۰۰۱	۰/۶۷۵
	شفقت درمانی	۴/۷۳	۱/۵۸	۰/۰۱۴	-
	هیجان‌مدار	-۷/۳۲	۱/۵۹	۰/۰۰۱	۰/۴۹۵
پیگیری	کنترل	۱۲/۰۶	۱/۶۲	۰/۰۰۱	-
	هیجان‌مدار	۷/۳۲	۱/۵۹	۰/۰۰۱	-
	شفقت درمانی	-۵/۰۰۳	۱/۵۸	۰/۰۰۹	۰/۲۴۵
	هیجان‌مدار	-۱۰/۲۶	۱/۶۲	۰/۰۰۱	۰/۵۷۹
کنترل	شفقت درمانی	۵/۰۰۳	۱/۵۸	۰/۰۰۹	-
	هیجان‌مدار	-۵/۲۶	۱/۵۸	۰/۰۰۶	۰/۳۲۵
	شفقت درمانی	۱۰/۲۶	۱/۶۲	۰/۰۰۱	-
	هیجان‌مدار	۵/۲۶	۱/۵۸	۰/۰۰۶	-

بر اساس نتایج به دست آمده از جدول ۶، در هر دو مرحله‌ی پس‌آزمون و پیگیری بین گروه‌های آزمایش شفقت درمانی و درمان هیجان‌مدار با گروه کنترل تفاوت معناداری وجود دارد ($P < ۰/۰۵$). همچنین نتایج نشان می‌دهد که در هر دو مرحله‌ی پس‌آزمون و پیگیری بین گروه شفقت درمانی با گروه درمان هیجان‌مدار تفاوت معناداری وجود دارد ($P < ۰/۰۵$). همچنین با توجه به میزان ضریب اتا مشاهده می‌شود که شفقت درمانی در پس‌آزمون و پیگیری به ترتیب با

میزان ۰/۶۷۵ و ۰/۵۷۹ در مقابل ضریب اتای درمان هیجان‌مدار به ترتیب با میزان ۰/۴۹۵ و ۰/۳۲۵ اثر قابل توجهی در بهبود مشکلات همسران جانبازان دارد. بنابراین با توجه به نتایج به دست آمده هر سه فرضیه‌ی پژوهش تأیید می‌شود و نتیجه گرفته می‌شود که: درمان هیجان‌مدار بر مشکلات زنان دارای همسر جانباز مؤثر است؛ درمان مبتنی بر شفقت بر مشکلات زنان دارای همسر جانباز مؤثر است؛ و اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت بر مشکلات همسران جانبازان از درمان هیجان‌مدار بیشتر است.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف مقایسه‌ی اثربخشی درمان مبتنی بر شفقت و هیجان‌مدار بر مشکلات روانشناختی-زناشویی همسران جانبازان انجام گرفت. در مورد فرضیه‌ی اول پژوهش مبنی بر اینکه درمان هیجان‌مدار بر مشکلات زنان دارای همسر جانباز مؤثر است، نتایج حاصل از تحلیل یافته‌ها در خصوص فرضیه اول نشان داد که درمان هیجان‌مدار بر مشکلات همسران جانبازان تا دوره پیگیری مؤثر است. در این راستا پژوهش‌های مختلف از تأثیر درمان هیجان‌مدار بر گروه‌های مختلف حمایت کرده‌اند (تیمولاک و کوئگک^۱، ۲۰۲۰؛ گلیسنتی، استرودل و کینگ^۲، ۲۰۱۸؛ گرینبرگ^۳، ۲۰۱۷؛ ملوتک و پایویو^۴، ۲۰۱۷؛ و حسین‌زاده و همکاران، ۱۳۹۹). در این زمینه می‌توان گفت به‌طور کلی درمان هیجان‌مدار شیوه‌ای درمانی است که تأکید اصلی آن بر مشارکت هیجان‌ها در الگوهای دائمی رفتار بین افراد است. در جلسات درمان با همسران جانبازان، تلاش این درمان آشکار ساختن هیجان‌ها آسیب‌پذیر در هر کدام از افراد و تسهیل توانایی آن‌ها در ایجاد این هیجان‌ها به شیوه‌های ایمن و محبت‌آمیز بود. اعتقاد بر این بود که پردازش این هیجان‌ها در بافتی ایمن، الگوهای تعاملی سالم‌تر و جدیدتر را به وجود می‌آورد که سبب آرام شدن سطح آشفتگی و افزایش دوست داشتن، صمیمیت و در پایان ارتباطی رضایت‌بخش‌تر می‌شود (تیمولاک و کوئگک، ۲۰۲۰). همچنین مهارت‌های تنظیم هیجان از جمله مهارت‌هایی است که در

1. Timulak, L., & Keogh, D
2. Glisenti, K., Strodl, E., & King, R
3. Greenberg, L. S
4. Mlotek, A. E., & Paivio, S. C

درمان هیجان‌مدار به همسران جانبازان آموزش داده شد و به توانایی فهم هیجان‌ها و تعدیل تجربه و ابراز هیجان‌ها کمک کرد. توانایی مقابله با هیج آن‌ها همسران جانبازان را قادر می‌ساخت تا هیجان‌ها آن‌ها را در خود و دیگران تشخیص دهند؛ بنابراین درمان هیجان‌مدار باعث می‌شود تا افراد نحوه تأثیر هیجان‌ها را بر رفتارها بدانند و بتوانند واکنش مناسب به هیجان‌هایشان نشان داده و سازگاری بهتری به‌ویژه در محیط‌های نامطلوب داشته باشند (گرینبرگ، ۲۰۱۷).

در مورد فرضیه دوم مبنی بر این که درمان مبتنی بر شفقت بر مشکلات همسران جانبازان مؤثر است، نتایج حاصل از تحلیل یافته‌ها نشان داد که درمان مبتنی بر شفقت تا دوره‌ی پیگیری بر کاهش مشکلات همسران جانبازان مؤثر است. مطالعات مختلف از اثربخشی این درمان بر جوامع مختلف به‌ویژه مراقبان افراد ناتوان حمایت کرده‌اند (آوستین و همکاران^۱، ۲۰۲۱؛ کولز، راندل-فیلیپز و مدلی^۲، ۲۰۲۰؛ استانتز^۳، ۲۰۱۷؛ و قدم‌پور و همکاران، ۱۳۹۹). در تبیین این مطلب می‌توان گفت در جلسات درمان با همسران جانبازان آموزش شفقت به خود آن‌ها را به مسؤل بودن در برابر خود وامی‌داشت که با ارزش‌گذاری برای خویش می‌تواند معنای تازه‌ای به زندگی خود ببخشند، در واقع نتیجه آموختن شفقت به خود در این زنان با افزایش کنترل تکانه‌های هیجانی و کاهش آشفتگی‌های عاطفی و تسهیل پذیرش خود و همسر جانبازشان همراه می‌شود و با نگرشی نو و معنادار ادامه‌ی زندگی می‌دهند (استانتز^۳، ۲۰۱۷). در جلسات درمان با همسران جانبازان سعی بر آن بود که درجه مهربانی این افراد با خودشان افزایش یابد، نف و برت‌واس^۴ (۲۰۱۳) نشان دادند که درجه‌ی مهربانی افراد با خودشان با میزانی که آن‌ها چگونه با شریک زندگی‌شان مهربان هستند در ارتباط است و افراد خودشفقت‌ورز سطح ارتباطی مطلوبی را با شریک زندگی خود برقرار می‌کنند و پذیرش بالایی نسبت به همسر خود و همچنین رضایت بیشتری از زندگی دارند. مجموع این عوامل باعث می‌شد تا از میزان مشکلات روانشناختی-زناشویی همسران جانبازان به نحو مطلوبی کاسته شود و آن‌ها سازگاری بهتری با مشکلات خود داشته باشند.

1. Austin, J., & et.al
2. Cowles, M., Randle-Phillips, C., & Medley, A
3. Stuntzner, S.
4. Beretvas, S. N

در مورد فرضیه‌ی سوم پژوهش مبنی بر این که، اثربخشی درمان هیجان‌مدار و درمان مبتنی بر شفقت بر مشکلات همسران جانبازان متفاوت است، می‌توان گفت که، نتایج حاصل از تحلیل داده‌ها نشان داد که بین اثربخشی دو درمان هیجان‌مدار و درمان مبتنی بر شفقت بر مشکلات همسران جانبازان تفاوت وجود دارد و در هر دو مرحله‌ی پس‌آزمون و پیگیری شفقت-درمانی تأثیر بیشتر و قابل توجه‌تری در بهبود مشکلات همسران جانبازان داشته است. مطالعه تاجدین و همکاران (۱۳۹۹) نشان داد که در مقایسه دو مداخله شفقت‌درمانی و واقعیت‌درمانی، رویکرد شفقت‌درمانی مؤثرتر بوده است. همچنین تبریزی، قمری و بزازیان (۱۳۹۹) نیز نشان دادند که در مقایسه دو رویکرد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان شفقت‌محور، رویکرد مبتنی بر شفقت مؤثرتر می‌باشد. قدرتی تربتی و همکاران (۱۳۹۸)، نیز نشان دادند که درمان شفقت‌محور مؤثرتر از رفتاردرمانی دیالکتیک می‌باشد. در تبیین این تفاوت می‌توان گفت مطالعات نشان داده است که شفقت نسبت به خود و دیگران، در زنان بیشتر از مردان بوده و همچنین شفقت در زنان علاوه بر اینکه با انگیزه بالا همراه است موجب اصلاح اشتباهات بین فردی شده و با بسیاری از پیامدهای روان‌شناختی مثبت مانند انگیزه بیشتر برای حل تعارض ارتباط دارد (باکر و مک‌نالتی، ۲۰۱۱) بر این اساس در مطالعاتی که به بررسی مشکلات زنان پرداخته‌اند، درمان خود-شفقتی قوی‌تر ظاهر شده است. افرادی که خود-شفقتی بالایی دارند تلاش می‌کنند نسبت به همه جنبه‌های منفی زندگی خود از جمله زندگی با فرد جانباز و مشکلات آن، آگاه بوده و به وجود آن‌ها اعتراف کنند. درمان خود-شفقتی با آموزش مفاهیمی چون توجه به سلامتی خود، اطرافیان و آموزش رشد احساسات ارزشمند، توانسته با تغییر احساسات و هیجانات در خصوص زندگی با همسر جانباز، آشنا کردن افراد با مشکلات مختلف در این زمینه و در جهت ارج نهادن به ارزش‌های انسانی و متعالی در این افراد گام برمی‌دارد. این روش درمانی توانسته است با تغییر افکار همسران جانبازان در مورد توانایی‌های خود جهت تغییر امور در پرهیز از افکار منفی باعث شود تا این افراد زندگی خود را صرف فعالیت‌های مناسب و تفریحات سالم کرده و از تمرکز بر مشکلات دست کشیده و

باعث توجه به سایر امور مثبت شوند (قدرتی تربیتی و همکاران، ۱۳۹۸)، بنابراین درمان مبتنی بر شفقت مؤثرتر از درمان هیجان‌مدار ظاهر شده است.

در مورد محدودیت‌های پژوهش می‌توان گفت که این مطالعه تنها بر روی همسران جانبازان در منطقه ۱۳ و ۱۴ تهران اجرا شده و بنابراین برای تعمیم نتایج به نمونه‌های دیگر جمعیتی و قومیتی با محدودیت مواجه هستیم. همچنین درمان‌های به کار رفته در این پژوهش مربوط به مشکلات روانشناختی-زناشویی هستند و قابلیت اجرا بر روی سایر مشکلات همسران جانبازان را ندارند (مانند مشکلات مالی که می‌توانند از موارد تشدید مشکلات روانشناختی باشند). پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های مشابهی در سایر مناطق کشور در مورد همسران جانبازان انجام بگیرد تا به‌توان در مورد تعمیم یافته‌های این پژوهش تصمیم‌گیری بهتری نمود. استفاده از دیگر رویکردهای روان‌درمانی به‌جای دو رویکرد مورد استفاده در این پژوهش و مقایسه‌ی نتایج آن‌ها با نتایج پژوهش حاضر از پیشنهادات این پژوهش است. همچنین پیشنهاد می‌شود تا در پژوهش‌های بعدی از مداخلاتی که دقیقاً براساس مشکلات همسران جانبازان ساخته شده است استفاده گردد و برنامه‌های مختلفی از سوی سازمان‌ها و نهادهای ذی‌ربط برای همسران جانبازان تدارک دیده شود.

تشکر و قدردانی: از تمامی شرکت‌کنندگان در پژوهش حاضر، از دانشگاه محقق اردبیلی و بنیاد شهید شهر تهران که در انجام این پژوهش همکاری داشتند، کمال تشکر و قدردانی را داریم.

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی

فهرست منابع

- تاجدین، احمدعلی؛ آل یاسین، علی؛ حیدری، حسن و داودی، حسین (۱۳۹۹). مقایسه اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت و واقعیت‌درمانی بر ناگویی هیجانی در مددجویان مرد زندانی. *مجله علوم روانشناختی*. ۱۹(۹۵). ۱۵۳۲-۱۵۱۹
- تبریزی، فاطمه؛ قمری، محمد و بزازیان، سعیده (۱۳۹۹). مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با تلفیق درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان شفقت محور بر بهزیستی روانشناختی زنان مطلقه. ۱۹(۷۵). ۶۵-۸۷. جانسون، سوزان. (۲۰۱۳). معنای عشق، تحولی در علم جدید روابط عاشقانه. ترجمه سیفی فوزلو و همکاران (۱۳۹۷). تهران، انتشارات ارتباطات اجتماعی.
- جوذکی، اعظم (۱۴۰۰). اثربخشی درمان هیجان‌مدار به شیوه گروهی بر کاهش علائم افسردگی و استرس ادراک‌شده در زنان مواجه شده با خیانت همسر. *فصلنامه ایده‌های نوین روانشناسی*. ۹(۱۳). ۱-۱۱.
- حسین‌زاده، زهرا؛ قربان‌شیرودی، شهره؛ خلعتبری، جواد و رحمانی، محمدعلی (۱۳۹۹). اثربخشی زوج‌درمانی هیجان‌مدار بر انعطاف‌پذیری کنشی و تحمل پریشانی زوج‌ها. *خانواده‌درمانی کاربردی*. ۱(۳). ۲۳-۳۸.
- خلعتبری، جواد؛ همتی ثابت، وحید؛ محمدی، حبیبه (۱۳۹۷). اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر تصویر بدنی و رضایت زناشویی زنان مبتلا به سرطان پستان: یک مطالعه کارآزمایی. *فصلنامه بیماری‌های پستان ایران*. ۱۱(۳). ۷-۲۰.
- رشیدی، علیرضا؛ گل محمدیان، محسن و موسوی، مریم‌السادات. (۱۳۹۴). بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش رضایت زناشویی همسران جانباز و آزاده. *دوفصلنامه مشاوره کاربردی*. ۵(۲). ۷۹-۹۸.
- سعیدی، مژده، خلعتبری، جواد، قربان‌شیرودی، شهره، و ابوالقاسمی، شهنام. (۱۳۹۹). مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری و درمان متمرکز بر شفقت بر تکانشگری زنان در شرف طلاق. *فصلنامه سلامت جامعه*. ۱۴(۱). ۷۳-۸۳.
- شفیعی، زهرا، و جزایری، رضوان‌السادات. (۱۳۹۶). پیش‌بینی شادمانی زناشویی بر اساس شفقت به خود و شکفتگی در زنان متأهل. *فصلنامه دانش و پژوهش در روانشناسی کاربردی*. ۱۸(۲). ۵۶-۶۴.
- عباسی، سمیه؛ دوکانه‌ای، فریده و شفیع‌آبادی، عبدالله. (۱۳۹۷). مقایسه اثربخشی روایت‌درمانی و درمان هیجان محور بر انسجام خانوادگی همسران جانباز؛ مطالعه موردی شهرستان خرم‌آباد. *نشریه طب جانباز*. ۴۱(۱). ۱۷۳-۱۷۹.

عطادخت، اکبر؛ قریب، معصومه؛ میکائیلی، نیلوفر و صمدی فر، حمیدرضا. (۱۳۹۸). اثربخشی درمان شناختی-رفتاری هیجان‌مدار بر سازگاری اجتماعی و اجتناب تجربی در جانبازان دارای نقص عضو. *مجله علوم مراقبتی نظامی*، ۶(۳)، ۱۸۲-۱۹۲.

قدرتی تربتی، عباس؛ نجات، حمید؛ توننده جانی، حسن؛ ثمری، علی‌اکبر و اکبری امرغان، حسین (۱۳۹۸). مقایسه اثربخشی رفتاردرمانی دیالکتیک و درمان متمرکز بر شفقت بر سطح کورتیزول خون و خودکنترلی در سوء مصرف مواد مخدر. *مجله دانشگاه علوم پزشکی تربت حیدریه*. ۷(۴)، ۳۵-۴۷.

قدم‌پور، عزت‌الله؛ نصرت‌آبادی، مطهره؛ پورآبادی، پرینا و میردردی‌کوند، فضل‌الله (۱۳۹۹). اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر بهبود کیفیت زندگی و افزایش تاب‌آوری مراقبان بیماران دمانس. *پیشرفت‌های نوین در علوم رفتاری*، ۴۳، ۴۳-۵۵.

میرشکاری، حمیدرضا؛ ثناگوی محرز، غلامرضا و شیرازی، محمود (۱۳۹۹). اثربخشی آموزش خانواده درمانی ساختاری به شیوه گروهی بر عملکرد خانواده و رضایت زناشویی زنان دارای همسر جانباز. ۱۱(۴۳)، ۶۱-۷۳.

نامنی، ابراهیم و باقریان، مریم. (۱۳۹۸). نقش میانجی گرانه احساس امنیت روانی در رابطه خوش‌بینی و خودشفقت ورزی با بهزیستی روان‌شناختی در همسران جانباز. *نشریه طب جانباز*، ۴۳(۴)، ۱۰۱-۱۰۸.

- Austin, J., Drossaert, C. H. C., Schroevers, M. J., Sanderman, R., Kirby, J. N., & Bohlmeijer, E. T. (2021). Compassion-based interventions for people with long-term physical conditions: a mixed methods systematic review. *Psychology & health*, 36(1), 16-42.
- Baker, L. R., & McNulty, J. K. (2011). Self-compassion and relationship maintenance: the moderating roles of conscientiousness and gender. *Journal of personality and social psychology*, 100(5), 853-860.
- Cameron, L. D., & Overall, N. C. (2018). Suppression and expression as distinct emotion-regulation processes in daily interactions: Longitudinal and meta-analyses. *Emotion*, 18(4), 465.
- Costa, D. L., Yetter, N., & DeSomer, H. (2020). Wartime health shocks and the postwar socioeconomic status and mortality of union army veterans and their children. *Journal of health economics*, 70, 102281.
- Cowles, M., Randle-Phillips, C., & Medley, A. (2020). Compassion-focused therapy for trauma in people with intellectual disabilities: A conceptual review. *Journal of Intellectual Disabilities*, 24(2), 212-232.
- Gilbert, P. (2010). *Compassion focused therapy: The CBT distinctive features series*. London, UK: Routledge.
- Glisenti, K., Strodl, E., & King, R. (2018). Emotion- focused therapy for binge- eating disorder: A review of six cases. *Clinical psychology & psychotherapy*, 25(6), 842-855.
- Greenberg, L. S. (2017). Emotion-focused therapy of depression. *Person-Centered & Experiential Psychotherapies*, 16(2), 106-117.
- Greenberg, S., & Geller, S.M (2012). *Therapeutic presence: A mindful approach to effective therapy*. Washington: American Psychological Association.
- Gross, J.J. and Jazaيري, H. (2014). Emotion, emotion regulation, and psychopathology: an affective science perspective, *Clinical psychological science*, 2 (4): 387-401.

- He, M., Ma, J., Ren, Z., Zhou, G., Gong, P., Liu, M., ... & Zhang, X. (2019). Association between activities of daily living disability and depression symptoms of middle-aged and older Chinese adults and their spouses: A community-based study. **Journal of affective disorders**, 242, 135-142.
- Hwang, D., & Eom, S. (2016). The Convergence Influence of Emotional Labor of Clinical dental hygienist working on job stress. -Focused on Mediating Effects of self Esteem. **Journal of the Korea Convergence Society**, 7(6), 67-74.
- Jacobson, E. H. K., Wilson, K. G., Kurz, A. S., & Kellum, K. K. (2018). Examining self-compassion in romantic relationships. *J Context Behav Sci*. 8:69-73.
- Johansen, S., Cvancarova, M., & Ruland, C. (2018). The effect of cancer patients' and their family caregivers' physical and emotional symptoms on caregiver burden. **Cancer nursing**, 41(2), 91-99.
- Kurian, B., Mathew, P., & Bivin, J. B. (2017). Impact of Having a Family Member with Major Mental Illness: Do there exists Differences perceived among Spouse-and non-spouse family members **Asian Journal of Nursing Education and Research**, 7(2), 163-167.
- Leary, S. W., Kerr, C., Wasserman, R.J., Gary, J. R., Greve, D., & Treadway, M.T. (2007). Mediation experience is associated with increased cortical thickness. **Neurorepair**, 16 (17), 1893-1897.
- Leslie, L. A., & Koblinsky, S. A. (2017). Returning to civilian life: Family reintegration challenges and resilience of women veterans of the Iraq and Afghanistan wars. **Journal of Family Social Work**, 20(2), 106-123.
- Miller, A., Hess, J. M., Bybee, D., & Goodkind, J. R. (2018). Understanding the mental health consequences of family separation for refugees: Implications for policy and practice. **American journal of orthopsychiatry**, 88(1), 26.
- Mlotek, A. E., & Paivio, S. C. (2017). Emotion-focused therapy for complex trauma. **Person-Centered & Experiential Psychotherapies**, 16(3), 198-214.
- Neff, K. D. & McGehee, P. (2010) 'Self-compassion and Psychological Resilience Among Adolescents and Young Adults', *Self and Identity*, 9: 3, 225 — 240URL: <http://dx.doi.org/>. DOI: 10.1080/15298860902979307
- Neff, K. D. (2013). Self-compassion and psychological resilience. Talk given at the Seton Cove Spirituality Center, Austin, TX.
- Neff, K. D., & Beretvas, S. N. (2013). The role of self-compassion in romantic relationships. **Self and Identity**, 12(1), 78-98.
- Palacio, C., Krikorian, A., & Limonero, J. T. (2018). The influence of psychological factors on the burden of caregivers of patients with advanced cancer: Resiliency and caregiver burden. **Palliative & supportive care**, 16(3), 269-277.
- Panzeri, A., Rossi Ferrario, S., & Vidotto, G. (2019). Interventions for psychological health of stroke caregivers: a systematic review. **Frontiers in psychology**, 10, 2045.
- Shapiro, S. L., Astin, J. A., Bishop, S. R., & Cordova, M. (2005). Mindfulness-based stress reduction for health care professional: Result from a randomized trial. **International Journal of stress management**, 12, 164-176 .
- Solomi, V. L., & Casiday, R. E. (2017). In sickness and in health: the strains and gains of caring for a chronically ill or disabled spouse. **Chronic illness**, 13(2), 75-87.
- Sprecher, S., Treger, S., Wondra, J. D., Hilaire, N., & Wallpe, K. (2013). Taking turns: Reciprocal self-disclosure promotes liking in initial interactions. **Journal of Experimental Social Psychology**, 49(5), 860-866.

- Straus, M. A., & Smith, C. (2017). Family patterns and primary prevention of family violence. In **Physical violence in American families** (pp. 507-526). Routledge.
- Stuntzner, S. (2017). Compassion and self-compassion: Conceptualization of and application to adjustment to disability. **Journal of Applied Rehabilitation Counseling**, 48(2), 15-25.
- Timulak, L., & Keogh, D. (2020). Emotion-focused therapy: A transdiagnostic formulation. **Journal of Contemporary Psychotherapy**, 50(1), 1-13.
- Ullrich, A., Ascherfeld, L., Marx, G., Bokemeyer, C., Bergelt, C., & Oechsle, K. (2017). Quality of life, psychological burden, needs, and satisfaction during specialized inpatient palliative care in family caregivers of advanced cancer patients. **BMC palliative care**, 16(1), 1-10.
- Urry, H. L., & Gross, J. J. (2010). Emotion regulation in older age. **Current Directions in Psychological Science**, 19(6), 352-357.
- Vatter, S., Stanmore, E., Clare, L., McDonald, K. R., McCormick, S. A., & Leroi, I. (2020). Care burden and mental ill health in spouses of people with Parkinson disease dementia and Lewy body dementia. **Journal of geriatric psychiatry and neurology**, 33(1), 3-14.
- Walke, S. C., Chandrasekaran, V., & Mayya, S. S. (2018). Caregiver burden among caregivers of mentally ill individuals and their coping mechanisms. **Journal of neurosciences in rural practice**, 9(02), 180-185.

