Scientific Journal of Nursing, Midwifery and Paramedical Faculty, 2025; Vol 10(3), winter, pp 308 - 323

Comparing the effectiveness of emotion-focused approach and compassion-based therapy on cognitive emotion regulation and sexual functioning of women who experienced childhood sexual abuse:a quasi-experimental study

Fatemeh Talafi Nooghani[1], **Atefeh Ghanbari Nikoo**[2], **Narges Mirani Sargazi**[3], **Maryam Ghafoorinejad**[4], **MohammadReza Khodabakhsh**[5*]

1.Department of Clinical Psychology, Faculty of Psychology, Jam Education Branch, Islamic Azad University, South Khorasan, Iran
2. Department of General Psychology, Faculty of Psychology, Islamic Azad University, Research Sciences Branch, Tehran, Iran
3. Department of Educational Sciences, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Shiraz University, Iran
4. Department of General Psychology, Faculty of Psychology, Kerman Branch, Islamic Azad University, Kerman, Iran
5. Assistant Professor, Department of General Psychology, Faculty of Psychology, Neyshabur Branch, Islamic Azad University, Neyshabur, Iran

***Corresponding Author:** MohammadReza Khodabakhsh, **Email:** khodabakhsh@ut.ac.ir

Received: 2025/04/23 **Accepted: 2025/06/10**

Abstract

Background & Aim: The problems in the field of emotions of sexually abused women and the problems of sexual performance that most of these women face in life, highlight the need for research and increased attention to this field. The aim of this study was to compare the effectiveness of emotion-focused approach and compassion-based therapy on cognitive regulation of emotion and sexual performance in women with experience of child sexual abuse.

Materials & Methods: In this quasi-experimental study, the statistical population included all women with experience of child sexual abuse who referred to counseling and psychotherapy centers in Tehran in 2024. Among them, 60 women were selected through purposive sampling and randomly assigned to two intervention groups and a control group (20 people in each group). The cognitive emotion regulation questionnaire of Granievski and Kraij, 2006 and the index of women's sexual performance of Rosen et al. (1997) were used to collect data. Intervention sessions for both experimental groups were implemented in the form of 8 sessions, 2 sessions per week and each session lasted 90 minutes, and the control group was placed on the waiting list. Analysis of covariance and variance and t-test were used to analyze the research data.

Result: The results indicated that there was a significant difference between the emotion-focused therapy group and the compassion-based therapy group and the control group in the post-test of the cognitive emotion regulation variable (P=0.000, F=55.9), sexual performance (P=0.000, F=8.67). Also, the effect size for the cognitive emotion regulation variable and sexual performance in the experimental group and the control group was 83.8% and 44.5%, respectively.

Conclusion: The results of the present study showed that compassion-based therapy and emotion-focused therapy are appropriate approaches to improve sexual function and emotional regulation in women with experience of child sexual abuse and can be a suitable guideline for use in counseling and psychotherapy centers.

Keywords: Emotion-focused approach, compassion-based therapy, cognitive emotion regulation, sexual dysfunction, child sexual abuse

How to cite this article: Talafi Nooghani F, Ghanbari Nikoo A, Mirani Sargazi N, Ghafoorinejad M, Khodabakhsh MR. Comparing the effectiveness of emotion-focused approach and compassion-based therapy on cognitive emotion regulation and sexual functioning of women who experienced childhood sexual abuse:a quasi-experimental study. Scientific Journal of Nursing, Midwifery and Paramedical Faculty, 2025; Vol 10(3):308 – 323 https://sjnmp.muk.ac.ir/article-1-660-fa.html

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-23]

مقایسهٔ اثربخشی رویکرد هیجان مدار و درمان مبتنی بر شفقت بر نظم جویی شناختی هیجان و عملکرد جنسی زنان دارای تجربه آزار جنسی در کودکی:یک مطالعه نیمه تجربی

فاطمه تلافی نوغانی[۱]، عاطفه قنبری‌نیکو[۲]، نرگس میرانی‌سرگزی[۳]،مریم غفوری نژاد[۴]، محمدرضا خدابخش*[۵]

۱. گروه روانشناسی بالینی، دانشکدهٔ روان‌شناسی، واحد تربیت جام، دانشگاه آزاد اسلامی، خراسان جنوبی، ایران

۲. گروه روانشناسی عمومی، دانشکدهٔ روان‌شناسی دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم تحقیقات، تهران، ایران

۳. گروه علوم تربیتی، دانشکدهٔ روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه شیراز، ایران

۴. گروه روانشناسی عمومی، دانشکدهٔ روانشناسی، واحد کرمان، دانشگاه آزاد اسلامی، کرمان، ایران

۵. استادیار، گروه روانشناسی عمومی، دانشکدهٔ روانشناسی، واحد نیشابور، دانشگاه آزاد اسلامی، نیشابور، ایران

* **نویسنده مسئول:** محمدرضا خدابخش، **ایمیل:** khodabakhsh@ut.ac.ir

تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۲/۳ **تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۳/۲۰**

چکیده

زمینه و هدف: مشکلات موجود در حیطهٔ هیجانات زنان آسیب‌دیدهٔ جنسی و مشکلات عملکرد جنسی که اکثر این زنان در زندگی با آن روبه‌رو می‌باشند، لزوم پژوهش و افزایش توجه به این حیطه را روشن می‌کند. هدف از این پژوهش مقایسهٔ اثربخشی رویکرد هیجان مدار و درمان مبتنی بر شفقت بر نظم جویی شناختی هیجان و عملکرد جنسی در زنان دارای تجربه کودک‌آزاری جنسی بود.

مواد و روش‌ها: در این مطالعه نیمه‌تجربی جامعهٔ‌آماری شامل تمامی زنان دارای تجربه کودک‌آزاری جنسی مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره و روان‌درمانی شهر تهران در سال ۱۴۰۳ بود. از میان آن‌ها ۶۰ زن به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه مداخله و یک گروه کنترل (هر گروه ۲۰ نفر) جایگزین شدند. برای جمع آوری داده‌ها از پرسشنامه نظم‌جویی شناختی هیجان گرانیفسکی و کرایج(۲۰۰۶) و شاخص عملکرد جنسی زنان روزن و همکاران(۱۹۹۷) استفاده شد.جلسات مداخله برای هردوگروه آزمایش در قالب ۸ جلسه، هرهفته ۲ جلسه و هر جلسه ۹۰ دقیقه اجرا شد و گروه کنترل در لیست انتظار قرارگرفتند. برای تحلیل داده‌های پژوهش از تحلیل کوواریانس و واریانس و آزمون تی استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج حاکی از آن بود بین گروه درمان‌هیجان‌مدار و درمان‌مبتنی بر شفقت و گروه‌کنترل در پس‌آزمون متغیر نظم‌جویی شناختی هیجان (F=۵۵/۹ ، P= ۰/۰۰۰)، عملکرد جنسی (F=۸/۶۷ ،P= ۰/۰۰۰) تفاوت معنی‌داری وجود دارد. همچنین اندازهٔاثر برای متغیر نظم جویی شناختی و عملکرد جنسی در گروه آزمایش و گروه کنترل به ترتیب ۸۳/۸ ٪، ۴۴/۵ ٪ است.

نتیجه‌گیری: نتایج پژوهش حاضر نشان داد که درمان مبتنی بر شفقت و درمان هیجان مدار رویکرد مناسبی جهت بهبود عملکرد جنسی و نظم‌دهی هیجانی در زنان دارای تجربه کودک‌آزاری جنسی است و می‌تواند راهبری مناسب جهت استفاده در مراکز مشاوره و روان درمانی باشد.

واژه‌های کلیدی: رویکرد هیجان مدار، درمان مبتنی بر شفقت، نظم جویی شناختی هیجان، اختلال عملکرد جنسی، زنان دارای تجربه کودک‌آزاری جنسی

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-23]

مقدمه

سوءاستفاده جنسی از کودکان[1] نوعی سوءاستفاده است که در آن زنان بیشتر در معرض خطر هستند. مسائل جنسی یکی از موضوع‌های مهم در زندگی انسان‌ها است و هرگونه مشکلی در آن می‌تواند زندگی زناشویی آنها را دچار مشکل سازد (۱) در پژوهش‌های مختلف(۲)؛ عملکرد جنسی و اختلالات جنسی در زنان در زمینه آسیب‌های جنسی، به ویژه سوءاستفاده جنسی در دوران کودکی مورد مطالعه قرار گرفته است. احتمال افزایش مشکلات جنسی در زنان با سابقه سوءاستفاده جنسی در دوران کودکی مشاهده شده است. با این حال، اضطراب پس از سانحهٔ ناشی از آزار جنسی؛ دارای یک اثر افزایشی است که باعث می‌شود فرد بیشتر احتمال دارد به اختلالات جنسی مبتلا شوند (۳).

بنابراین؛ سوءاستفاده جنسی از کودکان به عنوان یک عامل خطر برای اختلال عملکرد جنسی شناخته شده است و توجه روزافزونی را به خود جلب کرده است. با این حال، مناقشات در مورد تحقیقات مرتبط باقی می‌ماند(۴). اختلالات عملکرد جنسی زنان (FSD) با مناطق علاقه/برانگیختگی، ارگاسم و درد مشخص می‌شود. قابل ذکر است که مدت زمان حداقل شش ماه و همچنین ناراحتی قابل‌توجه بالینی ناشی از علائم جنسی پیش نیازهای تشخیص اختلالات عملکرد جنسی زنان هستند(۵). براساس نتایج پژوهش‌های مختلف (۶،۴،۷) آزاردیدگی جنسی عامل عملکرد جنسی نامناسب در زنان و بزرگسالان است. اختلال عملکرد جنسی زنان[2] بر سلامت عاطفی، عزت نفس، سلامت جسمانی و کیفیت زندگی آن‌ها تأثیر می‌گذارد. این اختلال ارتباط تنگاتنگی با مشکلات اجتماعی از قبیل جرائم و تجاوزات جنسی، بیماری‌های روان و طلاق دارد(۸، ۹). زنان دارای سابقه‌ی سواستفاده جنسی در دوران کودکی بیشتر از زنان هم سن خود از اختلالات جنسی رنج می‌برد نگرانی‌های جنسی اغلب گزارش شده توسط زنان با تاریخ سواستفاده شامل مشکلات با میل جنسی و تحریک جنسی است(۱۰).

از طرفی؛ تجربه آزار بین فردی در دوران کودکی با خطر بالای ابتلا به اختلالات روان‌پزشکی در زندگی بعدی همراه است (۱۱). علاوه بر این، پس از آزار بین فردی دوران کودکی، تظاهرات اختلالات پس از سانحه[3] اغلب پیچیده‌تر است و ممکن است شامل علائم دیگری مانند مشکلات تنظیم هیجان باشد (۱۲). نظم‌جویی شناختی هیجان روشی برای بهبود تعاملات اجتماعی و عاطفی است(۱۳). استفاده از راهبردهای شناختی خاصی مثل نشخوارگری، فاجعه سازی و ملامت خود نسبت به دیگر راهبردها، آسیب پذیری فرد اختلال‌های درونی سازی را بیشتر می‌کند در حالی‌که استفاده از راهبردهایی مانند ارزیابی مجدد مثبت آسیب پذیری کمتری به دنبال دارد(۱۴). توانایی تنظیم هیجان منجر به

1 Child Sexual Abuse (CSA)

2 Female Sexual Dysfunction

3 Post-Traumatic Anxiety Disorder

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-23]

بهبود روابط بین‌فردی و بهزیستی روانی می‌شود(۱۵) با این حال، مطالعات قبلی عمدتاً بر نقش کلی استراتژی‌های تنظیم هیجان ناسازگارانه در بدرفتاری تجمعی و مشکلات درونی متمرکز بودند (۱۶) به طور کلی یافته‌های پژوهش‌های متعدد بیانگر رابطه قوی راهبردهای نظم‌جویی شناختی هیجان با اختلال‌های رفتاری و آسیب‌های روانی است(۱۷). همچنین نتایج مطالعات نشان می‌دهند که نظم‌جویی مؤثر هیجان‌ها دارای پیامدهای مطلوبی بر بهداشت روانی، بهزیستی روانشناختی، سلامت جسمانی، و روابط بین فردی،کیفیت زندگی، اضطراب هستند(۱۸،۱۹). بنابراین، پژوهش حاضر در پی این است که رابطهٔ درمان‌های مختلف را بر هیجان‌ها بررسی کند و یافته‌های پژوهش حاضر ممکن است راهنمایی هدفمندتری را برای آموزش سلامت روان و بهبود عملکرد جنسی فراهم کند تا به زنان آسیب دیدهٔ جنسی در کودکی کمک کند تا به طور مؤثرتری با مشکلات سلامت روان کنار بیایند.

یکی از پرکاربردترین رویکردها در این زمینه، آموزش مهارت‌های مبتنی بر رویکرد هیجان‌مدار[1] است(۲۰). براساس این رویکرد، افراد خانواده‌ها درون یک نظام هیجانی زندگی می‌کنند که نقش مهمی در کیفیت روابط بین فردی، نشانه‌های آسیب شناختی روانی و سلامت آنها دارد. فنون درمانی فوق‌العاده ساختارمند و متمرکز بر ایجاد و تنظیم حالات هیجانی هستند و توجه بیشتری هم به چینش سایر افراد درگیر در زندگی مراجع برای حمایت مؤثر از مهارت‌های مبتنی بر رویکرد هیجان مدار شده است(۲۱).

در راستای رویکرد هیجان مدار، مداخلات مبتنی بر درمان متمرکز بر شفقت مهارتی است که می‌توان به فرد آموخت و سپس با تمرین آن توسط شخص، سیستم‌های فیزیولوژی عصبی و ایمنی فرد تحت تاثیر قرار می‌گیرد(۲۲). این رویکرد بخشی از موج سوم درمان‌های شناختی و رفتاری در نظر گرفته می‌شود که بر ذهن آگاهی، پذیرش، فراشناخت، احساسات، ارزش‌ها و اهداف تأکید دارند. براین اساس، نتایج پژوهش‌های مختلف(۲۲،۲۳) نشان داد آموزش مهارت‌های رویکرد هیجان مدار و خود شفقت ورزی بر تعارض‌های زناشویی، تمایز یافتگی زنان دارای تجربه کودک‌آزاری جنسی، نظم‌جویی شناختی هیجانی، اختلال استرس پس از ضربه تأثیر معناداری دارد.

خلاء پژوهش حاضر ناشی از آنجاست که آسیب‌های آزاردیدگی جنسی در دوران بزرگسالی تبعات روانی و عاطفی در پی دارد که بر عملکرد جنسی و هیجان‌های فرد آسیب‌دیده اثرگذار است، پژوهش‌های گذشته اثر آزاردیدگی را بر هیجان‌ها و عملکرد جنسی در زنان و کودکان بررسی کرده‌اند اما کمتر پژوهشی تکنیک‌های درمانی موثر بر آسیب‌های هیجانی و جنسی را مورد مداخله قرار داده است، با در نظر گرفتن اهمیت این موضوع؛ براساس ادبیات پژوهش، رابطهٔ آزاردیدگی جنسی در دوران کودکی و عملکرد جنسی در زنان تایید شده است اما در کمتر پژوهشی تکنیک های درمانی مورد مقایسه قرار گرفته است از طرفی رویکردهای مختلفی

1 Emotionally Focused Therapy

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-23]

جهت درمان عواطف منفی و تنظیم هیجان وجود دارد که لازم است میزان اثرگذاری این رویکردها نیز مورد بررسی قرار گیرد.

مواد و روش‌ها

این پژوهش مطالعه‌ای نیمه تجربی است. جامعهٔ در این پژوهش زنان دارای تجربه کودک‌آزاری جنسی مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره و روان‌شناسی شهر تهران بود. با بهره‌گیری از نرم‌افزار Power*G(0/05=α)، (اندازه اثر=۰/۱۵) و حجم مناسب نمونه برای مطالعات نیمه تجربی، از بین زنان واجد شرایط شرکت در پژوهش بودند و در راستای کنترل اثر، حجم نمونه مطالعه‌ی حاضر ۶۰ نفر تعیین گردید که به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به‌صورت تصادفی ساده (قرعه‌کشی) در دو گروه مداخله و یک کنترل (هر گروه ۲۰نفر) جایگزین شدند. معیارهای ورود به مطالعه شامل دارای تجربه کودک‌آزاری جنسی، جنسیت، اعلام آمادگی، توانایی حضور در تمام جلسات، رضایت به شرکت در پژوهش و دریافت نکردن برنامه مداخله‌های هم زمان بود. ملاک‌های خروج از پژوهش نیز غیبت بیش از ۲ جلسه در جلسات درمان بود. در این پژوهش ملاک‌های اخلاقی مانند رعایت اصول انسانی، محرمانه نگه‌داشتن راز افراد، توضیح کامل نحوه اجرای آزمون، پر کردن فرم رضایت‌نامه آگاهانه و اطلاع‌رسانی تعداد و مدت جلسات رعایت شد. ابزار سنجش در این پژوهش پرسشنامه نظم‌جویی شناختی هیجان گرانیفسکی و کرایج(۲۴) و شاخص عملکرد جنسی زنان روزن و همکاران (۲۵) بود.

پرسشنامه نظم‌جویی شناختی هیجان[1] یک پرسشنامه ۳۶ آیتمی است که شامل ۹ خرده مقیاس می‌باشد(۲۴). هر خرده مقیاس نیز از ۴ آیتم تشکیل شده است. هرآیتم به چگونگی تفکر هر شخص بعد از تجربه یک رویداد تهدیدآمیز یا استرس آمیز می‌پردازد. پرسشنامه نظم‌جویی شناختی هیجان برای اندازه‌گیری استراتژی های شناختی که سبک واکنش به رویدادهای استرس آمیز افراد را مشخص می‌کند، کاربرد دارد. پرسشنامه نظم‌جویی شناختی هیجان پرسشنامه خود گزارش دهی است که می‌توان در افراد ۱۲ سال به بالا انجام گیرد.هر آیتم براساس مقیاس ۵ گزینه‌ای لیکرت که عبارت است از ۱ (اغلب/هرگز) تا ۵(تقریباً همیشه/ همیشه). نمره هر خرده مقیاس با جمع کردن آیتم کردن چهار آیتم هر خرده مقیاس به دست می‌آید، بنابراین دامنه نمرات برای هر خرده مقیاس ۴ تا ۲۰ می‌باشد. هر چه نمره فرد در خرده مقیاس‌ها بیشتر باشد نشان‌دهنده استفاده بیشتر از آن استراتژی شناختی می‌باشد. مشخصات روان‌سنجی نظم‌جویی شناختی هیجان در مطالعات خوب و مناسب گزارش شده است. ضریب آلفای کرونباخ در بیشتر موارد بالای ۰/۷۰ بوده و حتی برخی مطالعات آلفای کرونباخ بالای ۰/۸۰ می‌باشد. همچنین نتایج نشان‌دهنده اعتبار سازه و اعتبار عاملی خوب و مناسب پرسشنامه نظم‌جویی شناختی هیجان بود. نتایج پژوهش گرانیفسکی و کرایج (۲۴) نیز در بررسی همسانی درونی خرده مقیاس‌ها پرسشنامه خوب گزارش شد(۰/۶۲ تا ۰/۸۵).

1 Cognitive Emotion Regulation Questionnaire

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-23]

شاخص عملکرد جنسی زنان[1]: ابزاری است که توسط روزن و همکاران(۲۵) برای اندازه‌گیری عملکرد جنسی زنان ساخته شده است. این شاخص ۱۹ ماده‌ای عملکرد جنسی زنان را در شش حوزه از جمله میل جنسی اوج لذت جنسی تهییج جنسی رطوبت مهبلی رضایتمندی و درد جنسی ارزیابی می‌کند. نمره بالاتر در این شاخص نشانگر عملکرد بهتر جنسی است. ضریب آلفای کرونباخ نمره کل و خرده مقیاس‌های آزمون ۸۹/۰ و بالاتر گزارش شده است(۲۵) در پژوهش محمدی حیدری و فقیه زاده ضریب آلفای کرونباخ نمره کل و خرده مقیاس‌های آزمون ۰/۷۰ و بالاتر بوده است. همچنین این آزمون از روایی افتراقی مناسبی برخوردار بوده است (۲۶). در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ نمره کل آزمون ۰/۸۹ بود پس از حذف خرده مقیاس درد جنسی نتایج تحلیل عاملی تأییدی CFI ۹۹/۰NFI= و =۹۹/۰GFI RFI = ۹۸/۰، =۹۶/۰IFI ۰۶۶/۰RMSEA ۹۹/۰NNFI= خوب بود.

مواد و روش‌ها

ابتدا مجوزهای لازم جهت اجرای پژوهش از مراکز ذیربط گرفته شد. پس از آن با مراجعه به مراکز مشاوره و روان‌درمانی شهر تهران و بررسی پرونده‌ها، زنان دارای تجربه کودک‌آزاری جنسی انتخاب شدند. پس از اجرای پیش آزمون مقیاس نظم‌جویی شناختی هیجان و شاخص عملکرد جنسی زنان، از هر دو گروه مداخله (هر گروه ۲۰نفر) و کنترل (۲۰نفر)؛ جلسات مداخله رویکرد هیجان مدار فردی برای گروه اول در قالب ۸ جلسه، هرهفته ۲ جلسه و هر جلسه ۹۰ دقیقه و جلسات مداخلهٔ درمان مبتنی بر شفقت در قالب ۸ جلسه، هر هفته ۲ جلسه و هر جلسه ۹۰ دقیقه به صورت گروهی اجرا شد. جلسات درمانی در مرکز سلامت در شهر تهران توسط متخصص روانشناسی با درجه دکتری و یک دانشجوی دکتری تخصصی روان‌شناسی برگزار شد. جهت جلوگیری از ریزش اعضای گروه‌ها، حین مصاحبه اولیه با زنان، از آن‌ها خواسته شد تعهد خود را نسبت به شرکت در کل جلسات حفظ کنند. این امر در طول جلسات نیز رصد می‌شد و همبستگی گروهی که بین اعضا ایجاد شده بود، مانع ریزش افراد گروه گردید. بعد از اتمام جلسات، آزمودنی‌ها پس آزمون پرسشنامه نظم‌جویی شناختی هیجان و شاخص عملکرد جنسی زنان را تکمیل کردند. در این پژوهش تمام اصول اخلاقی رعایت گردید. همچنین در پژوهش حاضر جلسات مداخله براساس رویکرد هیجان مدار فردی گرینبرگ (۲۷) و درمان مبتنی بر شفقت گیلبرت و راسل (۲۸) انجام گرفت که پروتکل درمانی مورد استفاده در پژوهش حاضر به شرح زیر است:

الف) پروتکل درمان مبتنی بر شفقت

جلسه اول: برقراری ارتباط اولیه، معارفه و برقراری رابطه حسنه، معرفی ساختار جلسات، تاکید بر رازداری، رعایت قوانین گروهی، اجتناب از قضاوت و سرزنش و یا تمسخر دیگران آشنایی با رویکرد شفقت درمانی و ماهیت شفقت. **جلسه دوم:** خلاصه جلسه قبل، تعریف شرم، درک مفهوم خودسرزنش گری، تفاوت شرم و احساس گناه و تحقیر، ارائه تکلیف خانگی. **جلسه سوم:** خلاصه

1 Women's Sexual Performance Index

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-23]

جلسه قبل، مقایسه مسئولیت‌پذیری در مقابل تقصیرجویی خود انتقادگرانه، توجه آگاهی و ریتم تنفس تسکین‌دهنده، ارائه تکلیف خانگی. **جلسه چهارم:** خلاصه جلسه قبل، تعریف همدلی، پذیرش بدون قضاوت، شناسایی افکار خود آیند منفی، معرفی تصویرسازی مشفقانه **جلسه پنجم:** خلاصه جلسه قبل، ایجاد مکانی امن؛ پرورش خود شفقت ورزی، تکنیک صندلی خالی، گرفتن بازخورد. **جلسه ششم:** خلاصه جلسه قبل، معرفی مفهوم شفقت ورزی به دیگران، شفقت ورزی از سوی دیگران. **جلسه هفتم:** شناسایی راهبردهای ایمنی‌بخش و رفتارهای سلطه پذیرانه و رابطه آن با خود انتقادگری، به چالش کشیدن خود از طریق گفتگوی سقراطی، ارائه تکلیف خانگی. **جلسه هشتم:** خلاصه جلسه قبل، نوشتن نامه مشفقانه، تصویرسازی مشفقانه، تمرین شفقت به خود و شفقت به دیگران، گرفتن بازخورد و اتمام جلسه.

ب) جلسات مداخله براساس رویکرد هیجان مدار فردی

جلسه اول: پیش آزمون از ابزار تحقیق، آشنایی با اهداف درمان با رویکرد هیجان مدار فردی، آشنایی اعضاء با قواعد و هنجارهای گروه، آشنایی اعضا با یکدیگر و آشنایی با نقش‌ها و وظایف در گروه. **جلسهٔ دوم، سوم و چهارم: مرحلهٔ توقف چرخهٔ معیوب:** مشخص کردن مسائل کلیدی مشکل‌ساز، آموزش تصدیق همدلانه آسیب‌پذیری، مشخص کردن الگوهای منفی تعامل که با بروز مسائل کلیدی افزایش می‌یابند و سبب اختلاف می‌شوند، آموزش همدلی به عنوان یک فرآیند تغییر فعال(تجربه درونی درمانگر)، شناسایی ترس‌های ناشناخته و هیجانات منفی مرتبط با دل‌بستگی که سبب شکل‌گیری الگوهای منفی تعامل می‌شوند، آموزش همدلی به عنوان یک فرآیند تغییر فعال (مسیرهای همدلی و نشانگر خرد). **جلسه پنجم، ششم و هفتم: مرحله تغییر الگوهای تعامل:** بیان متفاوت الگوهای منفی تعامل، هیجانات و ترس‌ها و نیازهای دل‌بستگی هر فرد و پی بردن به هیجانات، آموزش تصدیق نشانگر، کمک به افراد در بیان نیازهای دل‌بستگی و احساسات عمیق خود، آموزش عمق بخشی، توجه به تجربه درونی، راهنمایی در زمینه چگونگی ابراز پذیرش و دلسوزی برای نیازهای دل‌بستگی و احساسات عمیق، تجربه مجدد. **جلسه هشتم: مرحلهٔ تثبیت و یکنواختی:** تبدیل الگوهای جدید تعامل به بخش جدایی‌ناپذیر از زندگی خود، جمع بندی مطالب و پیگیری آموزش‌ها.

به منظور تجزیه و تحلیل آماری از نرم‌افزارSPSS نسخهٔ ۲۶ استفاده شد. جهت بررسی فرضیه پژوهش از تحلیل کوواریانس و واریانس و آزمون t مستقل استفاده شد. سطح معنی‌داری اختلاف ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

یافته‌های جمعیت شناختی افراد گروه‌های مورد مطالعه به تفکیک گروه آزمایش و کنترل حاکی از آن بود که در گروه رویکرد هیجان مدار ۳ نفر(۱۵درصد) زیر ۲۰ سال، ۷ نفر(۳۵درصد) ۲۰ تا ۳۰ سال، ۱۰ نفر(۵۰درصد) سن بالای ۳۰ سال داشتند و همچنین ۳ نفر

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-23]

(۱۵درصد) از افراد این گروه مدرک تحصیلی زیر دیپلم، ۵ نفر (۲۵درصد) دیپلم، ۱۰ نفر (۵۰درصد) کارشناسی و ۲ نفر (۱۰درصد) کارشناسی ارشد و بالاتر دارند. از طرفی در گروه درمان مبتنی بر شفقت ۲ نفر(۱۰درصد) زیر ۲۰ سال، ۸ نفر(۴۰درصد) ۲۰ تا ۳۰ سال، ۱۰ نفر (۵۰درصد) سن بالای ۳۰ سال داشتند و همچنین ۵ نفر (۲۵درصد) از افراد این گروه مدرک تحصیلی زیر دیپلم،۷ نفر دیپلم، ۵ نفر کارشناسی و ۳ نفر کارشناسی ارشد و بالاتر دارند و همچنین در گروه کنترل ، ۴ نفر زیر ۲۰ سال، ۴ نفر ۲۰ تا ۳۰ سال،۱۲ نفر سن بالای ۳۰ سال داشتند و همچنین۸ نفر از افراد این گروه مدرک تحصیلی زیر دیپلم، ۵ نفر دیپلم، ۵ نفر کارشناسی و ۲ نفر کارشناسی ارشد و بالاتر داشتند.

توصیف آماری مربوط به متغیر نظم جویی شناختی هیجان و عملکرد جنسی در جدول شمارهٔ ۱ ارائه شده است. میانگین و انحراف معیار نمره‌های مربوط به عملکرد جنسی و نظم جویی شناختی هیجان را برای دو گروه مداخله درمان مبتنی بر شفقت، گروه مداخله هیجان مدار و گروه کنترل نشان می‌دهد. میانگین نمره متغیرهای وابسته در پیش آزمون، پس آزمون در هر دو گروه آزمون تفاوت معناداری دارند، ولی این تفاوت در میانگین نمره پیش آزمون، پس آزمون گروه کنترل معنادار نیست.

جدول شماره ۱: توصیف آماری نمرات پیش آزمون-پس‌آزمون به تفکیک گروه‌های آزمون و گروه کنترل

مؤلفه	گروه	شاخص توصیفی	مراحل	
			پیش آزمون	پس آزمون
نظم جویی شناختی هیجان	رویکرد هیجان مدار	میانگین±انحراف معیار	۸۴/۲۵۰۰ ۳/۴۴۶۹۷	۱۲۹/۵۰۰۰ ۵/۹۱۶۰۸
		کجی-کشیدگی	۰/۱۱۶ -۰/۷۸۸	۰/۰۰۰ -۱/۲
	درمان مبتنی بر شفقت	میانگین±انحراف معیار	۶۲/۲ ۵/۹۲۵۸۶	۱۵۰/۲۰۰۰ ۶/۳۴۶۱۶
		کجی-کشیدگی	۰/۴۸ ۴/۵۲	-۰/۱۴۴ -۱/۱۴۱
	کنترل	میانگین±انحراف معیار	۲۷/۶۰۰۰ ۳/۷۶۱۳۰	۸۲/۶۵۰۰ ۸/۸۲۱۴۷
		کجی-کشیدگی	۲/۰۰۹ ۴/۷۲	۲/۴۹۸ ۵/۶۸
عملکرد جنسی	رویکرد هیجان مدار	میانگین±انحراف معیار	۲۳/۵۵۰۰ ۳/۰۳۴۴۵	۸۰/۸۵۰۰ ۵/۴۴۱۳۱
		کجی-کشیدگی	۰/۱۰۳ -۱/۰۶۰	۰/۱۸۷ -۱/۲۸۴
	درمان مبتنی بر شفقت	میانگین±انحراف معیار	۳۱/۱۵۰۰ ۵/۲۸۴۲۹	۶۲/۲۰۰۰ ۵/۹۲۵۸۶

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-23]

کنترل	کجی-کشیدگی	۰/۰۰۲	۰/۴۸۹
		-۰/۷۷۳	۴/۵۲۷
	میانگین±انحراف معیار	۲۶/۶۵۰۰	۲۷
		۱/۸۴۳۲۰	۲/۶۳۵۷۹
	کجی-کشیدگی	-۰/۱۵۳	۱/۸۷۸
		-۱/۲۳۴	۷/۱۱۱

ابتدا پیش‌فرض‌های پیوسته بودن متغیر، وابسته نرمال بودن توزیع داده‌ها، همگن بودن واریانس های دو گروه مستقل بودن افراد مورد بررسی قرار گرفت. بررسی توزیع طبیعی داده‌ها با استفاده از آزمون شاپیروویلک نشان داد که داده‌های به دست آمده دارای توزیع نرمال است. برای بررسی همگونی واریانس نمرات نظم جویی شناختی هیجان و عملکرد جنسی در سه گروه در مرحله پس آزمون از آزمون لوین استفاده شد. آزمون لوین جهت بررسی مفروضه همگنی واریانس های خطا نشان داد، سطح معناداری برای این متغیرها بزرگ تر از ۰/۰۵ همگنی واریانس های خطا برقرار می‌باشد.

جدول شماره ۲: تحلیل تفاوت بین نمرات پس آزمون نظم جویی شناختی هیجان و عملکرد جنسی دو گروه مداخله اول و دوم و گروه کنترل

متغیر	منبع پراش	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری	اندازه اثر
نظم جویی شناختی هیجان	گروه	۱۹۱۸/۲۴	۵	۳۸۳/۶۴	۵۵/۹	۰/۰۰۰	۰/۸۳۸
	خطا	۳۷۰/۶	۵۴	۶/۸۶			
	کل	۴۳۱۲۱۱	۶۰				
عملکرد جنسی	گروه	۶۰۳/۲۷	۵	۱۲۰/۶۵	۸/۶۷	۰/۰۰۰	۰/۴۴۵
	خطا	۷۵۰/۹۱	۵۴	۱۳/۹			
	کل	۴۵۴۷۳	۶۰				

نتایج جدول تحلیل کوواریانس در جدول شماره ۲ نشان می‌دهد بین گروه مداخله هیجان مدار و درمان مبتنی بر شفقت و گروه کنترل در پس آزمون متغیر نظم جویی شناختی هیجان (P= ۰/۰۰۰, F=۵۵/۹)، عملکرد جنسی (P= ۰/۰۰۰, F=۸/۶۷) تفاوت معنی‌داری وجود دارد. همچنین اندازهٔ اثر برای متغیر نظم جویی شناختی و عملکرد جنسی در دو گروه مداخله اول و دوم و گروه کنترل به ترتیب ۸۳/۸درصد، ۴۴/۵درصد است.

جدول شماره ۳: تحلیل تفاوت بین نمرات پس آزمون نظم جویی شناختی و عملکرد جنسی در گروه مداخله درمان هیجان مدار و گروه کنترل

متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داریp	تفاوت میانگین‌ها
نظم جویی شناختی هیجان	۲۱۹۴۹/۲۲	۱	۲۱۹۴۹/۲۲	۳۸۹/۱	۰/۰۰۰	۴۶/۸۵۰۰۰
عملکرد جنسی	۲۸۹۹۸/۲۲	۱	۲۸۹۹۸/۲۲	۱۵۸۶/۵۴	۰/۰۰۰	۵۳/۸۵۰۰۰

نتایج تحلیل واریانس و آزمون t ، در جدول شماره ۳ نشان می‌دهد بین نمرات نظم جویی شناختی گروه مداخله هیجان مدار و گروه کنترل در مرحله پس آزمون تفاوت معناداری وجود دارد (F=۳۸۹/۱ و P=۰/۰۰۰). همچنین براساس نتایج این جدول، بین نمرات

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-23]

عملکرد جنسی گروه مداخله هیجان مدار و گروه کنترل در مرحله پس آزمون تفاوت معناداری وجود دارد(F= ۱۵۸۶/۵۴ و P=۰/۰۰۰). همچنین تفاوت بین میانگین دو گروه (۴۶/۸۵ و ۵۳/۸۵) نشان‌دهنده اثربخشی بیشتر درمان هیجان مدار بر نظم جویی شناختی و عملکرد جنسی در مرحله پس آزمون است.

جدول شماره ۴: تحلیل تفاوت بین نمرات پس آزمون نظم جویی شناختی و عملکرد جنسی دو گروه مداخله اول و دوم

متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داریp	تفاوت میانگین‌ها
نظم جویی شناختی هیجان	۴۲۸۴/۹	۱	۴۲۸۴/۹	۱۱۳/۸۴	۰/۰۰۰	-۲۰/۷۰۰۰
عملکرد جنسی	۳۴۷۸/۲۲	۱	۳۴۷۸/۲۲	۱۰۷/۴۷	۰/۰۰۰	۱۸/۶۵۰۰۰

نتایج تحلیل واریانس و آزمون t ، در جدول شماره ۴ نشان می‌دهد بین نظم جویی شناختی گروه مداخله اول و دوم در مرحله پس آزمون تفاوت معناداری وجود دارد (F=۱۱۳/۸۴ P= ۰/۰۰۰)، همچنین براساس نتایج این جدول، بین عملکرد جنسی گروه مداخله اول و دوم در مرحله پس آزمون تفاوت معناداری وجود دارد (F=۱۰۷/۴۷ P= ۰/۰۰۰).

جدول شماره۵: تحلیل تفاوت بین نمرات پس آزمون نظم جویی شناختی و عملکرد جنسی گروه درمان مبتنی بر شفقت و گروه کنترل

متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داریp	تفاوت میانگین‌ها
نظم جویی شناختی هیجان	۴۵۶۳۰/۰۲	۱	۴۵۶۳۰/۰۲	۷۷۲/۷۸	۰/۰۰۰	۶۷/۵۵۰۰۰
عملکرد جنسی	۱۲۳۹۰/۴	۱	۱۲۳۹۰/۴	۵۸۹/۱۳	۰/۰۰۰	۳۵/۲۰۰۰۰

نتایج تحلیل واریانس و آزمون t ، در جدول شماره ۵ نشان می‌دهد بین نظم جویی شناختی گروه درمان مبتنی بر شفقت و گروه کنترل در مرحله پس آزمون تفاوت معناداری وجود دارد (F=۷۷۲/۷۸ P= ۰/۰۰۰)، همچنین براساس نتایج این جدول، بین عملکرد جنسی گروه درمان مبتنی بر شفقت و گروه کنترل در مرحله پس آزمون تفاوت معناداری وجود دارد(F=۵۸۹/۱۳P= ۰/۰۰۰). مقایسهٔ نتایج تفاوت میانگین‌های جدول‌های شماره ۳ و ۵ نشان می‌دهد که گروه درمانی مبتنی بر شفقت نسبت به درمان هیجان مدار فردی تاثیر بیشتری بر نظم جویی شناختی و عملکرد جنسی زنان آسیب دیدهٔ جنسی در دوران کودکی، دارد.

بحث

این پژوهش با هدف مقایسهٔ اثربخشی رویکرد هیجان مدار و درمان مبتنی بر شفقت بر نظم جویی شناختی هیجان و عملکرد جنسی در زنان آسیب دیدهٔ جنسی در کودکی انجام شد. نتایج حاکی از گروه درمانی مبتنی بر شفقت نسبت به درمان هیجان مدار فردی تاثیر بیشتری بر نظم جویی شناختی و عملکرد جنسی زنان آسیب دیدهٔ جنسی در دوران کودکی، دارد.

نتایج تاثیر مداخله هیجان مدار و درمان مبتنی بر شفقت متغیر نظم جویی شناختی بر متغیر نظم جویی شناختی هیجان و عملکرد جنسی با پژوهش(۲۹،۳۰،۳۱،۳۲،۳۳،۳۴،۳۵،۳۶،۴۰،۴۱) همسو است.

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-23]

تیموری و همکاران(۱۴۰۰) در پژوهشی نشان داد که هر دو روش درمانی بر افزایش تنظیم هیجانی زوجین اثرگذار است اما بین زوج‌درمانی هیجان‌مدار و درمان مبتنی بر شفقت خود بر تنظیم هیجان تفاوت معنی‌داری وجود ندارد(۲۹). در پژوهشی دیگر؛ قادری و همکاران(۱۴۰۳) درمان هیجان مدار تروما بر کارکردهای اجرایی در افراد مبتلا به ترومای جنسی موثر است(۳۰). بهوند و همکاران(۱۴۰۰) نیز دریافتند که درمان متمرکز بر هیجان و مبتنی برشفقت، دو روش درمانی مناسب جهت افزایش کیفیت خواب و کاهش انواع باورهای غیرمنطقی بیماران مبتلا به علائم سردرد اولیه هستند(۳۱). هاشمی و همکاران(۱۴۰۰) نیز دریافتند که زوج‌درمانی هیجان مدار بر بهبود عملکرد جنسی و کاهش اضطراب حین رابطه جنسی زنان مبتلا به واژینیسموس تاثیر دارد(۳۲). نتایج پژوهش امیرشاهی و همکاران(۱۴۰۳) نشان داد اثربخشی درمان شناختی-رفتاری مبتنی بر شفقت بر عملکرد جنسی و رفتارهای ارتقادهنده سلامت بیشتر از درمان متمرکز بر هیجان است(۳۳). در مطالعه‌ای دیگر صنعتی و همکاران(۱۴۰۳) دریافتند که تمرینات شناختی-رفتاری مبتنی بر شفقت می‌تواند به عنوان یک روش مداخله‌ای موثر برای بهبود وضعیت شناختی- عاطفی زنانی که خیانت زناشویی را تجربه کرده‌اند مورد استفاده قرار گیرد(۳۴). یافته‌های پژوهش Naismith و همکاران(۲۰۲۱) نشان می‌دهد که مداخلات مبتنی بر شفقت ممکن است برای زنان آزاردیدهٔ جنسی از طرف شریک جنسی جهت بهبود احساس گناه و بی‌کفایتی مفید است(۳۵). ناهمسویی پژوهش‌های مذکور با پژوهش حاضر از آن جهت است که جامعهٔ آماری پژوهش‌های مذکور زنان آزاردیدهٔ جنسی در کودکی نیستند، از طرفی این پژوهش‌ها دو روش درمانی را بر متغیرهایی همچون هیجان، اضطراب، عملکرد جنسی،کیفیت خواب، باورهای غیرمنطقی و سایر متغیرها بررسی کرده‌اند و متغیرهای نظم‌جویی شناختی هیجان و عملکرد جنسی را همزمان مورد بررسی قرار نداده‌اند.

در تبیین یافته‌های فوق می‌توان چنین بیان کرد که آزاردیدگی جنسی زنان در کودکی منجر به احساس شرم و انتقاد در بزرگ‌سالی شده، همچنین تجارب دوران کودکی خصوصاً آزاردیدگی جنسی منجر به شکل‌گیری هیجانات منفی شده و در فرایندهای شناختی تاثیر دارد. از نظر Barlow و همکاران(۲۰۱۸) فرایندهای شناختی نقش مهمی در ایجاد و تداوم اختلال‌های جنسی دارند. برای مثال، افراد مبتلا به عملکرد جنسی انتظار بدترین حالت را دارند و شرایط را منفی و ناخوشایند ارزیابی می‌کنند. آن‌ها از آگاهی بر نشانه‌های جنسی اجتناب می‌کنند و از طریق افکار منفی حواس خود را پرت می‌کنند که این سبب کاهش برانگیختگی جنسی آنها می‌شود(۳۶). درمان مبتنی بر شفقت سبب درک و پرهیز از انتقاد نادرست نسبت به خود، مهربانی و نبود قضاوت می‌شود و کمک می‌کند افکار و رفتارهای تسکین‌بخش بیرونی، درونی شوند شفقت به خود باعث افزایش انعطاف‌پذیری عاطفی شده و می‌تواند در بهبود هیجان‌های منفی ناشی از تجارب رابطه جنسی اثربخش باشد(۳۷). از آنجایی

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-23]

که درمان مبتنی بر شفقت موجب تسهیل تغییر عاطفی به منظور مراقبت بیشتر و حمایت از خود می‌شود، قابلیت پذیرش ناراحتی و پریشانی در زنان مبتلا به عملکرد جنسی افزایش می‌یابد و آشفتگی هیجانی ناشی از عملکرد جنسی کاهش می‌یابد. از آنجا که در روابط جنسی نظام‌های شناختی، هیجانی و فیزیولوژیکی درگیر هستند درمان مبتنی بر شفقت با هدف قرار دادن این نظام‌ها از طریق کارکردن روی نظام امنیت و آرامش، زمینه را برای تعادل هیجانی و جسمانی فراهم می‌آورد و با استفاده از این روش درمانی فرد قادر می‌شود به جای کنترل دیگران، روی خود تسکینی و خودمراقبتی متمرکز شود(۳۸). رویکرد هیجان مدار نیز با آشکارسازی هیجانات آسیب‌زای زیربنایی و شکستن چرخه تعاملات منفی باعث در کنار عمیق‌تر شدن صمیمیت و پیوند دل‌بستگی می‌شود. در کنار آن مهارت‌های هیجانی مانند توانایی تشخیص و ابراز هیجانات و همچنین توانایی همدلی با دیگران که از مهارت‌های تأکیدشده این رویکرد است، با افزایش صمیمیت و احساس امنیت در روابط و حفظ و تداوم روابط آن‌ها می‌شود(۳۹). پژوهش حاضر نشان داد که درمان مبتنی بر شفقت با شناسایی افکار خودآیند منفی، از بین بردن احساس گناه و افزایش عزت نفس باعث شد زنان عملکرد جنسی مناسبی داشته باشند، از طرفی درمان هیجان مدار نیز باعث شد زنان به هیجانات درونی‌شان دست یافته؛ با این درمان شناسایی الگوهای تعامل منفی، هیجانات و ترس‌ها و الگوی دل‌بستگی زنان را تغییر داده و هیجان ترس را ترمیم کرده در نتیجه زنان نیازها و خواسته‌های خود را ابراز کرده و نگرانی و اضطراب کمتری در حین رابطه جنسی از خود نشان می‌دهند. همچنین با استفاده از آموزش‌های هیجان مدار زنان دارای تجربه کودک‌آزاری جنسی با کنترل و مدیریت هیجانات و ساماندهی احساسات خود؛ از بروز هیجانات منفی و آسیب‌رسان حین رابطهٔ جنسی جلوگیری کردند.

از نظر قاسمی و همکاران(۱۳۹۸) افرادی که شفقت خود بالایی دارند تمایل بیش‌تری برای پذیرش نقش و مسئولیت خود در حوادث منفی دارند، می‌توانند اتفاقات منفی را با آنچه که هستند در ارتباط ببینند، اما همین حوادث منفی را کم تر نشخوار می‌کنند و در نتیجه در مواجهه با اشتباهاتشان کم تر هیجان‌های منفی را تجربه می‌کنند. افرادی که شفقت خود بالاتری دارند، در تجربه وقایع ناخوشایند با در نظر گرفتن این که انسان ممکن است خطا کند و همه انسان‌ها مرتکب اشتباه و تصمیم اشتباه می‌شوند، احساسات منفی کم‌تری را تجربه می‌کنند(مؤلفه اشتراکات انسانی) و در نتیجه کم‌تر از راهبردهای ناسازگارانه سرزنش خود و سرزنش دیگران استفاده می‌کنند(۴۰). به طور خلاصه می‌توان گفت که شفقت به خود یک سازه مهم در تعدیل واکنش افراد به موقعیت‌های ناراحت کننده است، لذا برای تنظیم هیجان می‌توان از این رویکرد نوین استفاده کرد. از نظر اورنگ و همکاران(۱۴۰۲)(۴۱) درمان مبتنی بر هیجان از علائم ظاهری فراتر می رود. هیجان‌های اصیل‌تر پنهان را نمایان کرده و آنها را تعدیل

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-23]

می‌کند. درمان مبتنی بر هیجان بر روی بعد هیجانی اضطراب تمرکز کرده و با حل و فصل آن، هیجان اضطراب کاهش می‌یابد. درمان مبتنی بر هیجان به بهبود راهبردهای منفی تنظیم شناختی هیجان انجامید. درمان مبتنی بر هیجان با کمک به کم کردن هیجان و عینی کردن استفاده از نتایج هر راهبرد، امکان شناخت و آگاهی از هر راهبرد و پیامد آن را ایجاد می‌نماید. لذا آگاهی ایجادشده نسبت به هیجان تجربه‌شده به اصلاح راهبردهای تنظیم هیجان می‌انجامد. از منظر دیگر راهبردهای تنظیم شناختی هیجان از تجربه سلسله تروماها و تجارب گذشته شکل‌گرفته در موقعیت‌های مختلف تکرار می‌شوند. بنابراین درمان مبتنی بر هیجان با بازآفرینی تجارب معنادار گذشته و تغییر معناهای اکتساب شده از هر تجربه، حالتی آموزشی اصلاحی برای راهبردهای هیجانی تثبیت شده دارد که با درهم شکستن راهبرد ناکارآمد امکان استفاده از راهبردهای کارآمد و مثبت را افزایش دهد. از طرفی؛ پژوهش حاضر نشان داد که درمان مبتنی بر شفقت به زنان آسیب دیدهٔ جنسی در کودکی نشان داد که احساسات منفی‌شان را سرکوب نکنند، و نسبت به خود مهرورزی داشته باشند و براساس عملکرد واقعی‌شان خودشان را قضاوت کنند. از طرفی؛ درمان هیجان مدار با نظم‌دهی به هیجانات و ایجاد تعادل هیجانی و درمان مبتنی بر شفقت با افزایش انعطاف‌پذیری عاطفی در زنان باعث شد آن‌ها هنگام رویارویی با هیجانات منفی از راهبردهای شناختی مناسب استفاده کنند و اطلاعات برانگیزانندهٔ هیجانی‌شان را مدیریت کنند از طرفی این دو رویکرد درمانی باعث شدند زنان تجربهٔ تلخ دوران کودکی‌شان را بپذیرند و سرزنش خود و دیگران را کنار بگذارند در نتیجه با بازیابی هیجانات مثبت و برنامه‌ریزی از نشخوار فکری جلوگیری کنند.

از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر استفاده از نمونهٔ محدود به زنان دارای تجربه کودک‌آزاری جنسی بوده و در تعمیم نتایج باید جوانب احتیاط را رعایت نمود. از دیگر محدودیت‌های پژوهش عدم اجرای دورهٔ پیگیری است که به دلیل محدودیت زمانی این امکان میسر نگردید. بنابراین در همین راستا به مشاوران، درمان گران و متخصصان حوزهٔ اختلالات روانی و جنسی پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های آتی ضمن مرتفع ساختن محدودیت‌های ذکر شده، پژوهش با تعداد نمونه بیشتر و در سایر نقاط کشور و سایر دامنه‌های سنی تکرار شود. همچنین محققین آینده الگویی جهت به کارگیری درمان مبتنی بر شفقت و رویکرد هیجان مدار جهت افزایش ذهن آگاهی افراد آسیب دیدهٔ جنسی در سنین مختلف با جنسیت متفاوت ارائه دهند.

نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که درمان مبتنی بر شفقت و درمان هیجان مدار رویکرد مناسبی جهت بهبود عملکرد جنسی و نظم‌دهی هیجانی در زنان دارای تجربه کودک‌آزاری جنسی است و می‌تواند راهبری مناسب جهت استفاده در مراکز مشاوره و روان‌درمانی باشد.

تشکر و قدردانی

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-23]

محققان بر خود لازم می‌دانند از تمامی آزمودنی‌ها که در اجرای برنامه ما را یاری کردند تشکر نمایند. جمع‌آوری اطلاعات پس از تأیید کمیته اخلاق و پژوهش دانشگاه و دریافت شناسه۴/۲۷۳/۱۴۰۳ انجام شد. باتوجه به محرمانه بودن اطلاعات ثبت شده در پرونده‌های مراجعه‌کنندگان، دسترسی به پرونده پزشکی مراجعه‌کنندگان تنها به محققین محدود بود و انتشار نتایج بدون ذکر نام افراد بوده است.

تعارض منافع

نویسندگان هیچ‌گونه تضاد منافعی نداشتند.

References

1. Soumali H, Amiri H, Kakaberaei K, & Arefi M. Predictions of sexual satisfaction and marital adjustment family cohesion and secure attachment style in couples. Biannual Journal of Applied Counseling. 2021;11(1):59-78.
2. Pulverman CS, Kilimnik CD, Meston CM. The impact of childhood sexual abuse on women's sexual health: A comprehensive review. Sexual medicine reviews. 2018;6(2):188-200.
3. Bornefeld-Ettmann P, Steil R, Lieberz KA, Bohus M, Rausch S, Herzog J, Priebe K, Fydrich T, Müller-Engelmann M. Sexual functioning after childhood abuse: The influence of post-traumatic stress disorder and trauma exposure. The journal of sexual medicine. 2018;15(4):529-38.
4. Wang SJ, Chang JJ, Cao LL, Li YH, Yuan MY, Wang GF, Su PY. The relationship between child sexual abuse and sexual dysfunction in adults: a meta-analysis. Trauma, Violence, & Abuse. 2023;24(4):2772-88.
5. Weiss J, Steil R, Priebe K, Lindauer P, Kleindienst N, Fydrich T, Müller-Engelmann M. Sexual dysfunctions in women with posttraumatic stress disorder following childhood sexual abuse: Prevalence rates according to DSM-5 and clinical correlates. Archives of Sexual Behavior. 2023;52(8):3365-78.
6. Ahmadi F, Tahmasebi R, Noroozi A, Akbarizade F. Prevalence of and Factors Affecting Sexual Dysfunction in Women of Reproductive Age. Iran South Med J 2022; 25(2):114-29. [Persian]
7. Saadedine M, Faubion S, Kingsberg S, Enders F, Kuhle C, Kling JM, Mara K, Kapoor E. Adverse childhood experiences and sexual dysfunction in midlife women: Is there a link?. The Journal of Sexual Medicine. 2023;20(6):792-9.
8. Roshanaei S. An approach to sexual dysfunction in women, Second National Conference on Applied Ideas in Educational Sciences, Psychology and Cultural Studies, Bushehr. 2022. https://civilica.com/doc/1552499/. [Persian]
9. Erdős C, Kelemen O, Pócs D, Horváth E, Dudás N, Papp A, Paulik E. Female sexual dysfunction in association with sexual history, sexual abuse and satisfaction: A cross-sectional study in Hungary. Journal of Clinical Medicine. 2023;12(3):1112.
10. Darabian P, Baraz Sh, Ramezani Z, Raisifar Z. Investigation of the relationship between childhood sexual abuse and sexual health in women: a systematic review, 7th International Seminar on Women's Health, Shiraz. 2018; https://civilica.com/doc/875028. [Persian]
11. Steil R, Weiss J, Bornefeld-Ettmann P, Priebe K, Kleindienst N, Müller-Engelmann M. A preliminary study on the effect of trauma-focused therapies on sexual dysfunctions in women with PTSD after childhood abuse. Journal of psychiatric research. 2024;170:340-7.
12. Messman-Moore TL, Bhuptani PH. A review of the long-term impact of child maltreatment on posttraumatic stress disorder and its comorbidities: An emotion dysregulation perspective. Clinical psychology: science and practice. 2017;24(2):154.

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-23]

13. Dryman MT, Heimberg RG. Emotion regulation in social anxiety and depression: A systematic review of expressive suppression and cognitive reappraisal. Clinical psychology review. 2018 ;65:17-42.
14. Yu T, Hu J, Zhang W, Zhang L, Zhao J. Psychological maltreatment and depression symptoms among Chinese adolescents: a multiple mediation model. Child Abuse & Neglect. 2022 ;134:105940.
15. MacCann C, Jiang Y, Brown LE, Double KS, Bucich M, Minbashian A. Emotional intelligence predicts academic performance: A meta-analysis. Psychological bulletin. 2020;146(2):150.
16. Hébert M, Langevin R, Oussaïd E. Cumulative childhood trauma, emotion regulation, dissociation, and behavior problems in school-aged sexual abuse victims. Journal of affective disorders. 2018;225:306-12.
17. Malesza M. Stress and delay discounting: The mediating role of difficulties in emotion regulation. Pers Individ Dif. 2019;144:56–60.
18. Kirwan M, Pickett SM, Jarrett NL. Emotion regulation as a moderator between anxiety symptoms and insomnia symptom severity. Psychiatry Res. 2017; 254:40–47.
19. Motahari Nasab Z, Mirhoseini F A, Asli Azad M. Effectiveness of Cognitive Emotional Regulation Training on Emotional Knowledge and Emotional Control of Poorly Supervised Students. J Child Ment Health. 2020;6(4):97-107. [Persian]
20. Wiebe SA, Johnson SM. A review of the research in emotionally focused therapy for couples. Fam Process. 2016;55(3):390-407.
21. Greenberg L, Goldman R. Emotion-focused couple therapy. Translated by Ramezani MA, Ghaemmaghami A, Jannesari Z, Jamshidnejad N, Dayani N, Faghih S. Tehran: Virayesh Publishing.2018. [Persian]
22. Valipour M, Mobayeni M. Comparison of the effectiveness of solution-based approach and compassion-focused therapy on emotional cognitive regulation and post-traumatic stress disorder in female-headed households. Journal of Counseling Research. 2023;22(85):162-91. [Persian]
23. Farshchiyan Yazdi, M., Bagherzadeh Golmakani, Z., Mansouri, A. Comparison of the Effectiveness of Emotionally Focused Therapy and Self-Compassion Skills Training on Marital Conflicts and Differentiation of Self of Women Affected by Marital Infidelity. medical journal of mashhad university of medical sciences. 2021;64(4): 3517-31. [Persian]
24. Garnefski N, Kraaij V. Relationships between cognitive emotion regulation strategies and depressive symptoms: A comparative study of five specific samples. Pers Individ Differ. 2006;(40):1659-1669.
25. Rosen C, Brown J, Heiman S, Leiblum C, Meston R, Shabsigh D, Ferguson R, D'Agostino R. The Female Sexual Function Index (FSFI): a multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. Journal of sex & marital therapy. 2000;26(2):191-208.
26. Mohammadi Kh, Heydari M, Faghihzadeh S. The Female Sexual Function Index (FSFI): Validation of the Iranian version. Payesh. 2008;7(3):269-78. [Persian]
27. Greenberg LS, & Safran JD. Emotion in psychotherapy. American psychologist. 1989;44(1):19.
28. Gilbert W. Class in Compassion-Focused Therapy, translated by Mehrnoush Aqbati, Tehran: Ibn Sina Publications. 2016.
29. Teymori Z, Mojtabaei M, Rezazadeh S M R. Comparison of the Effectiveness of Emotionally Focused Couple Therapy and Self-compassion-based Therapy On Emotion Regulation In Women Affected by Infidelity. JGUMS. 2021; 30(2):130-143. [Persian]
30. Ghaderi H, Arjmandnia AA, Dehestani M, Afrooz GA. The Effectiveness of Emotion-Focused Therapy for Trauma on Executive Functions in individuals with Sexual Trauma (Case Report). Journal of Applied Psychological Research. 2024;15(2): 235-251. [Persian]
31. Behvandi N, Khayatan F, Golparvar M. Comparing the Effectiveness of emotion focused therapy with compassion Focused therapy on sleep quality and irrational beliefs in patients with early headache symptoms. Yafte. 2021;23(4):31-44. [Persian]

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-23]

32. Hashemi M, Ghahremani M. The effectiveness of emotion-focused couple therapy on improving sexual dysfunction and anxiety during intercourse in women with vaginismus. Disability Studies (Internet). 2021;11(1(serial 19)):0-0. [Persian]
33. Amirshahi M, Saremi A, Nouri R, Karbalaei M, Hosseini-Sadat R. Comparing the Effectiveness of Emotionally Focused Therapy and Cognitive-Behavioral Therapy on Sexual Function and Health-Promoting Behaviors in Women with PCOS. International Journal of Behavioral Sciences. 2024;18(1):29-36. [Persian]
34. Sanati Y, Hosseini S, & Abbasi F. Investigating the Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy on Self-Compassion and Experiential Avoidance in Women Who Have Experienced Marital Infidelity. Applied Family Therapy Journal (AFTJ). 2024; 5(2): 112-120. [Persian]
35. Naismith I, Ripoll K, Pardo VM. Group compassion-based therapy for female survivors of intimate-partner violence and gender-based violence: A pilot study. Journal of Family Violence. 2021;36:175-82.
36. Barlow DHV, Durand M, & Hofmann SG. Abnormal Psychology: An integrative approach. Cengage Learning.2018.
37. 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. 2021;7(2):2-14.
38. Mirzaei A, & Sharifi T. Comparison of the Effectiveness of Emotion-Focused Therapy and Intensive Short-Term Psychodynamic Therapy on Sexual Dysfunction and Quality of Sexual Life in Women. Applied Family Therapy Journal (AFTJ). 2024;5(2): 171-181. [Persian]
39. Johnson SM. Attachment theory and emotionally focused therapy for individuals and couples. In: Obegi JH, Berant E, editors. Attachment theory and research in clinical work with adults. New York: Guilford Press; 2009; 410-433.
40. Ghasemi N, Goodarzi M, Ghazanfari F. The effectiveness of compassion-based therapy on cognitive emotion regulation, mindfulness skills, and readiness to experience shame and guilt in individuals with mixed anxiety-depressive disorder. Clinical Psychology Studies. 2019;10(34):145-166. [Persian]
41. Orang S, Saberi H, Taheri A. Development and effectiveness of emotion-based therapy on cognitive regulation of emotion and death anxiety in elderly women with cancer. Quarterly Cultural-Educational Journal of Women and Family. 2023;18(63): 133-152. [Persian]

[Downloaded from sjnmp.muk.ac.ir on 2026-11-23]