

October-November 2024, Volume 12, Issue 4

The Comparison of Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy with Cognitive-Behavioral Coaching on Psychological Well-Being of Women Victims of Domestic Violence

Samira Hoseeinirad¹, Majid Safarinia², Elaheh Sadeghi³

1- M.Sc Student in General Psychology, Department of Psychology, Faculty of Humanities, Ayandegan Institute of Higher Education, Mazandaran, Iran.

2- Professor, Department of Psychology, Payame Noor University, Tehran, Iran.

3- Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Humanities, Ayandegan Institute of Higher Education, Mazandaran, Iran.

Corresponding Author: Majid Safarinia, Professor, Department of Psychology, Payame Noor University, Tehran, Iran.

Email: m.saffarinia@yahoo.com

Received: 31 Oct 2023

Accepted: 9 Sep 2024

Abstract

Introduction: Domestic violence is a special type of violence that is applied at the family level and leads to physical, mental, and sexual harm or suffering in women. The purpose of this study was to compare of effectiveness of cognitive-behavioral therapy with cognitive-behavioral coaching on the psychological well-being of women victims of domestic violence.

Methods: This semi-experimental study was conducted with a pretest-posttest design with a control group and follow-up 2 months. In this research, the statistical population was all women who were victims of domestic violence (by their husbands) who were referred to counseling centers and psychological services in Tehran in the year 2022. In the first stage, using the convenience sampling method, 75 people were selected and then randomly divided into 2 experimental groups (each group 25 people), and one control group (25 people) was replaced and experimental groups underwent cognitive-behavioral therapy and cognitive-behavioral coaching, but the control group received no training and remained in the waiting list. To collect data wife abuse questionnaire (WAQ) of Ghahari et al (2005) and the psychological well-being scale (PWBS) of Ryff (1989). Data analysis was performed using SPSS-28 software in two sections: descriptive and inferential (analysis of variance with repeated measures and Bonferroni).

Results: The results of the study showed that cognitive-behavioral therapy and cognitive-behavioral coaching in post-test and follow-up had a significant effect on the psychological well-being of women victims of domestic violence ($P < 0.05$) and cognitive-behavioral coaching is more effective in psychological well-being ($P < 0.05$).

Conclusions: Based on the results of the present study, it can be said that cognitive-behavioral therapy and cognitive-behavioral coaching can be used as a treatment method for on psychological well-being of women victims of domestic violence and the priority of use i with cognitive-behavioral coaching..

Keyword: Cognitive-behavioral therapy, Cognitive-behavioral coaching, Psychological well-being, Domestic violence.

مقایسه اثربخشی درمان شناختی-رفتاری با کوچینگ شناختی-رفتاری بر بهزیستی روانشناختی زنان قربانی خشونت خانگی

سمیرا حسینی راد^۱، مجید صفاری نیا^{۲*}، الهه صادقی^۳

۱- کارشناس ارشد روانشناسی عمومی، گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، موسسه آموزش عالی غیرانتفاعی آیندگان، مازندران، ایران.

۲- استاد، گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران.

۳- استادیار، گروه روانشناسی، دانشکده علوم انسانی، موسسه آموزش عالی غیرانتفاعی آیندگان، مازندران، ایران.

نویسنده مسئول: مجید صفاری نیا، استاد، گروه روانشناسی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران.

ایمیل: m.saffarinia@yahoo.com

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۶/۱۹

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۸/۱۰

چکیده

مقدمه: خشونت خانگی نوع خاصی از خشونت است که در سطح خانواده اعمال و منجر به آسیب یا رنج جسمی، روانی و جنسی در زنان می شود. هدف از پژوهش حاضر بررسی مقایسه اثربخشی مداخلات درمان شناختی رفتاری با مداخلات کوچینگ شناختی رفتاری بر مدیریت استرس، افکار خودآیند منفی و بهزیستی روانشناختی زنان قربانی خشونت خانگی بود. **روش کار:** روش پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون، پس آزمون با گروه کنترل همراه با مرحله پیگیری ۲ ماهه بود. در این پژوهش جامعه آماری کلیه زنان قربانی خشونت خانگی شهر تهران در سال ۱۴۰۱ بودند. در مرحله اول با استفاده از روش نمونه گیری در دسترس تعداد ۷۵ نفر انتخاب و سپس به شیوه تصادفی ساده در ۲ گروه آزمایش (هر گروه ۲۵ نفر) و یک گروه کنترل (۲۵ نفر) جایگزین شدند. سپس گروه آزمایش اول تحت درمان شناختی-رفتاری و گروه آزمایش دوم تحت درمان کوچینگ قرار گرفتند؛ اما گروه کنترل هیچ گونه مداخله ای دریافت نکرد و در لیست انتظار باقی ماند. از پرسشنامه همسرآزاری قهاری و همکاران (۱۳۸۴) و مقیاس بهزیستی روانشناختی ریف (۱۹۸۹) به منظور گردآوری اطلاعات استفاده شد. تجزیه و تحلیل اطلاعات به دست آمده از اجرای پرسشنامه ها از طریق نرم افزار SPSS نسخه ۲۸ در دو بخش توصیفی و استنباطی (تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر) انجام پذیرفت.

یافته ها: یافته ها نشان داد هر دو مداخله مذکور در مرحله پس آزمون و پیگیری نسبت به گروه کنترل اثربخشی معناداری بر بهزیستی روانشناختی زنان قربانی خشونت خانگی داشته است ($P < 0/05$) و درمان کوچینگ شناختی-رفتاری اثربخشی بیشتری بر بهزیستی روانشناختی دارد ($P < 0/05$).

نتیجه گیری: بر اساس نتایج پژوهش حاضر، می توان گفت که درمان شناختی-رفتاری و کوچینگ شناختی-رفتاری می توانند به عنوان شیوه های درمانی مناسب برای بهزیستی روانشناختی زنان قربانی خشونت خانگی به کار برده شوند و تقدم استفاده با کوچینگ شناختی و رفتاری است.

کلیدواژه ها: درمان شناختی-رفتاری، کوچینگ شناختی-رفتاری، بهزیستی روانشناختی، خشونت خانگی.

خانواده به عنوان یک واحد اجتماعی، عاطفی و شکل دهنده شخصیت آدمی با پیوند زناشویی زن و مرد و ازدواج آنها با هم شکل می‌گیرد (۱). بر این اساس، نیاز به برقراری ارتباط توأم با صمیمیت و عشق از اساسی‌ترین دلایلی است که زن و مرد را به سوی انتخاب و پیوند زناشویی با هم می‌کشاند (۲). یکی از عواملی که سلامت خانواده را با چالش مواجه می‌کند خشونت خانگی است با هدف آسیب رساندن به همسر به شکل روانی، فیزیکی، کلامی و مالی صورت می‌گیرد (۳). خشونت علیه زنان یکی از مشکلاتی است که سلامت جسمی، جنسی، روانی و اجتماعی بیش از یک سوم کل زنان و دختران در سراسر جهان را تحت تأثیر قرار می‌دهد (۴). در برخی موارد خشونت علیه زنان می‌تواند با واکنش تلافی‌جویانه از سوی زنان همراه باشد، اما در بیشتر موارد این زنان به دلیل نبود حمایت‌های اجتماعی و خانوادگی، دچار آسیب‌های روانی و جسمانی متعددی می‌شوند (۵). همچنین می‌توان گفت هک خشونت خانگی نوعی پرخاشگری است که در روابط همسران رخ می‌دهد و گاهی اوقات تحت عنوان همسرآزاری، خشونت زناشویی، زن‌آزاری، شریک‌آزاری و غیره توصیف شده است (۶).

علاوه بر این، خشونت شریک‌صمیمی می‌تواند منجر به کاهش بهزیستی روانشناختی در زنان آسیب‌دیده از خشونت خانگی شود (۷). بهزیستی روانشناختی، اصطلاحی ذهنی است که معانی متفاوتی برای افراد مختلف دارد. بهزیستی روانشناختی همان سلامت روان است، فردی که سالم است قادر به مقابله و تنظیم فشارهای مکرر زندگی روزمره در یک راه قابل قبول است (۸). بهزیستی روانشناختی مثبت از انواع ساختارهای روانشناختی مثبت مانند هدف در زندگی، تاب‌آوری، عاطفه مثبت، خوش‌بینی و شادی و غیره تشکیل شده است و نکته مهم، بهزیستی روانشناختی مثبت صرفاً عدم وجود آسیب‌شناسی روانی نیست (۹). بهزیستی روانشناختی احساس عینی از خشنودی رضایت و لذت تجربه شده زن و مرد با توجه به تمام جنبه‌های رابطه زناشویی است و بهزیستی روانشناختی به عنوان یکی از مهمترین مؤلفه‌های ثبات عاطفی زوجین است (۱۰). با توجه به اهمیت بهزیستی روانشناختی در زنان قربانی خشونت، ارائه مداخلات شناختی-رفتاری برای این زنان از اهمیت فراوانی برخوردار است (۷). به طوری که بر اساس نتیجه یک

پژوهش خانواده‌درمانی شناختی رفتاری بر بهبود مشکلات زنان قربانی خشونت خانگی اثربخش و مطلوب بوده است و اجرای این روش مداخله را به منظور بهبود روابط زوجین و بهبود عملکرد خانواده توصیه شده است (۱۱).

درمان شناختی-رفتاری به فرد کمک می‌کند تا الگوهای تفکر تحریف شده و رفتارهای ناکارآمد خود را تشخیص دهد، برای اینکه بتوان افکار تحریف شده و ناکارآمد خود را تغییر دهد از بحث‌های منظم و تکالیف رفتاری سازمان‌یافته‌ای استفاده می‌شود (۱۲). در درمان شناختی-رفتاری احساسات ناکارآمد و رفتارها، فرایندها و مضامین شناختی ناسازگارانه، از طریق شماری از روش‌های نظام مند، صریح و هدف مدار نشانه گرفته می‌شود (۱۳). به بیان دیگر الگوی شناختی-رفتاری با تصحیح تفسیرهای نایجا، هدایت خودگویی‌های منفی، اصلاح الگوهای غیرمنطقی فکر و شناخت‌های ناکارآمد، پاسخ‌های مقابله‌ای کارآمد و سازگارانه و مهارگری هیجان‌های منفی با راه‌اندازی می‌کند (۱۴). از سوی دیگر، کوچینگ به عنوان هنر تسهیل عملکرد، یادگیری و رشد دیگران تعریف شده است. تسهیل رشد شخصی مراجع با پیروی از یک برنامه عمل معمولاً برای دستیابی به اهداف او کافی نیست. آنچه اغلب راه را می‌بندد، افکار و باورهای خود محدود کننده/شکست دهنده مراجع است (مثلاً «نمی‌توانم هیچ اشتباهی مرتکب شوم»)، رفتارهای معکوس (مانند ناتوانی در تصمیم‌گیری) و احساسات دردرساز (مثلاً اضطراب طولانی‌مدت). کوچینگ شناختی رفتاری به مراجع کمک می‌کند تا چنین افکار و باورهایی را شناسایی، بررسی و تغییر دهد، رفتارهای مولد را رشد دهد و در مدیریت هیجانی مهارت بیشتری پیدا کند. هدف نهایی کوچینگ شناختی و رفتاری این است که مراجع به درمانگر خود تبدیل شود تا با چالش‌های حال و آینده مقابله کند. بنابراین در تفاوت این دو روش درمانی یعنی درمان شناختی-رفتاری و کوچینگ شناختی-رفتاری می‌توان گفت که اندیشه‌ی اصلی درمان شناختی-رفتاری این است که مشکل‌ها در عادات فکری افراد نهفته‌اند تا در ماهیت مسایل (۱۵).

بر اساس نتایج یک پژوهش مداخله کوچینگ شناختی-رفتاری می‌تواند به کاهش مشکلات روانشناختی افراد کمک کند؛ به طوری که می‌توان گفت که مداخله کوچینگ شناختی و رفتاری یک مداخله امیدوارکننده است که پتانسیل گسترش چشمگیر دسترسی به مداخلات موثر

و مقرون به صرفه تر برای مراقبت از سلامت هیجانی افراد را دارد و زمانی که کوچینگ توسط متخصصان معتبر آموزش دیده در تئوری و مداخلات رفتاری شناختی و کار در محیط‌های واقعی ارائه شود، می‌تواند در افزایش بهزیستی روانشناختی مؤثر باشد (۱۶). با توجه به مطالب عنوان شده و تأثیر سوء پایین بودن بهزیستی روانشناختی در زنان قربانی خشونت خانگی بر مشکلات، نارضایتی و ناسازگاری زناشویی و در پی آن افزایش آمار جدایی و پیامدهای سوء آن در طی سال‌های اخیر اهمیت پرداختن به مشکلات زنان قربانی خشونت را برجسته ساخته است. این مسئله مایه شکل‌گیری الگوهای درمانی فراوانی شده است. لازم به ذکر است، متخصصان با استفاده از رویکردهای درمانی گوناگون به بهبود مشکلات زنان قربانی خشونت زناشویی و ارائه خدمات مطلوب به آنها بسیار توجه کرده‌اند؛ اما با وجود تحقیقات فراوان انجام شده، تاکنون درباره بررسی تفاوت اثربخشی درمان شناختی-رفتاری و کوچینگ شناختی و رفتاری بر بهزیستی روانشناختی زنان قربانی خشونت خانگی پژوهش انجام نشده است. همچنین در باب اهمیت و ضرورت پژوهش می‌توان گفت که به کارگیری مداخلات شناختی و رفتاری و کوچینگ شناختی-رفتاری برای کاهش مشکلات زنان قربانی خشونت خانگی می‌تواند اثربخش باشد و نتایج به دست آمده از این پژوهش می‌تواند در مراکز مشاوره و خدمات روانشناختی استفاده کرد و درمانگران خانواده می‌توانند از یافته‌های این پژوهش در راستای بهبود مشکلات زنان قربانی خشونت خانگی استفاده کنند. مراکز مشاوره و خدمات روانشناختی خص از بهره‌وران نتایج پژوهش می‌باشند. لذا با توجه به آنچه گفته شد سوال پژوهش آن است که چه تفاوتی بین اثربخشی درمان شناختی-رفتاری با کوچینگ شناختی-رفتاری بر بهزیستی روانشناختی زنان قربانی خشونت خانگی وجود دارد؟

روش کار

روش پژوهش بر مبنای هدف، کاربردی و از منظر گردآوری داده‌ها جزء تحقیقات کمی و از نوع نیمه‌آزمایشی، با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون با گروه کنترل همراه با پیگیری ۲ ماهه بود. در این پژوهش جامعه آماری کلیه زنان قربانی خشونت خانگی (از سوی همسر) مراجعه کننده به مراکز مشاوره و خدمات روانشناختی شهر تهران در سال ۱۴۰۱ بودند. حجم نمونه در نظر گرفته شده به

وسیله نرم افزار G*Power محاسبه شده است در این نرم افزار برای مقایسه اختلاف بین میانگین دو گروه با در نظر گرفتن آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و سطح معناداری ۰/۰۵ با توان ۰/۹۵ و اندازه اثر متوسط (۰/۲۳) و در نظر گرفتن نسبت اختصاص یک به یک در گروه‌ها حجم نمونه محاسبه شده برابر با ۶۴ به دست آمد. همچنین با در نظر گرفتن ۲۰ درصد ریزش حجم نمونه نهایی برابر با ۷۵ نفر به دست آمد. به این صورت که در گروه درمان شناختی-رفتاری ۲۵ زن، گروه کوچینگ شناختی-رفتاری ۲۵ زن و گروه کنترل ۲۵ زن جایگزین شد. کسب نمره ۸۸ بالاتر در پرسشنامه همسرآزاری (خشونت خانگی)، نداشتن بیماری‌های جسمی و روانشناختی و داشتن حداقل مدرک تحصیلی دیپلم ملاک‌های ورود به پژوهش بود. همچنین مصرف داروهای روانپزشکی و روان‌گردان، غیبت ۲ جلسه ای در جلسات درمانی، شرکت همزمان در دیگر دوره‌ها و مداخلات درمانی همزمان با پژوهش، ابتلا به سوء مصرف مواد مخدر و سیگار از ملاک‌های خروج از پژوهش بود. به منظور جمع‌آوری اطلاعات از ابزارهایی به شرح زیر استفاده شد:

پرسشنامه همسرآزاری (Wife Abuse Questionnaire): این مقیاس توسط Ghahari و همکاران در سال ۱۳۸۴ تهیه شده است و شامل ۴۴ سوال است که سه مولفه بدرفتاری روانی با سوالات ۱، ۲، ۳، ۴، ۵، ۶، ۷، ۸، ۹، ۱۰، ۱۱، ۱۲، ۱۳، ۱۴، ۱۵، ۱۶، ۱۷، ۱۸، ۱۹ و ۲۰؛ بدرفتاری جسمانی با سوالات ۲۱، ۲۲، ۲۳، ۲۴، ۲۵، ۲۶، ۲۷، ۲۸، ۲۹، ۳۰، ۳۱، ۳۲، ۳۳ و ۳۴؛ بدرفتاری جنسی با سوالات ۳۵، ۳۶، ۳۷، ۳۸، ۳۹، ۴۰، ۴۱، ۴۲، ۴۳، ۴۴ را اندازه‌گیری می‌کند (۱۷). نمره گذاری پرسشنامه در طیف لیکرت ۴ درجه ای می‌باشد به این صورت که هرگز ۱ نمره، گاهی ۲ نمره، اغلب ۳ نمره و همیشه ۴ نمره تعلق می‌گیرد. سازندگان پرسشنامه برای بررسی اعتبار پرسشنامه از آلفای کرونباخ استفاده کرده‌اند که ضریب ۰/۹۲ به دست آورده‌اند. همچنین بر اساس گزارش سازندگان پرسشنامه اعتبار پرسشنامه با روش بازآزمایی بررسی و ضریب همبستگی ۰/۹۸ محاسبه شده است (۱۷). روایی صوری و محتوایی پرسشنامه توسط اساتید روانپزشکی و روانشناسی تایید شده است و اعتبار آن با آلفای کرونباخ بررسی و ضریب کل سوالات ۰/۹۴ و ضرایب برای بدرفتاری روانی ۰/۹۸، بدرفتاری جسمی ۰/۹۶ و بدرفتاری جنسی ۰/۹۸ به دست آمده است (۱۸). در یک پژوهش دیگر ضریب آلفای

سمیرا حسینی راد و همکاران

مقیاس‌ها با مقیاس عزت نفس Rosenberg (۲۱) بررسی و ضرایب در دامنه ۰/۲۹ تا ۰/۶۲ و معنادار در سطح ۰/۰۱ گزارش شده است و همچنین برای بررسی پایایی از آلفای کرونباخ استفاده شده است که ضریب کل سوالات را ۰/۷۲ محاسبه کرده است (۲۰). این مقیاس در ایران ترجمه و هنجاریابی شده است و برای بررسی روایی مقیاس از روش تحلیل عاملی استفاده و مقادیر نسبت کای اسکور به درجه آزادی X^2/d ، شاخص نیکویی برازش (GFI) و خطای ریشه‌ی مجذور میانگین تقریب (RMSEA) در زنان به ترتیب ۱/۶۸، ۰/۹۶ و ۰/۱۴ و برای مردان به ترتیب ۱/۹۲، ۰/۹۴ و ۰/۴۵ به دست آورده‌اند و ضرایب آلفای کرونباخ برای بررسی پایایی استفاده شده است و ضرایب در دامنه ۰/۷۳ تا ۰/۷۸ به دست آمده است (۲۲). در سایر تحقیقات داخلی نیز ضریب آلفای کرونباخ کل سوالات ۰/۸۶ به دست آمده است (۲۳). در پژوهش حاضر پایایی آن بر روی بزرگسالان ایرانی محاسبه و ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۱ به دست آمد. در پژوهش حاضر برای بررسی پایایی از آلفای کرونباخ استفاده شد که ضرایب در مرحله پیش آزمون ۰/۷۰، پس آزمون ۰/۸۲ و پیگیری ۰/۸۵ به دست آمد.

جلسات درمانی

کرونباخ ۰/۹۲ و ضریب بازآزمایی ۰/۹۸ گزارش شده است (۱۹). در پژوهش حاضر برای بررسی پایایی از آلفای کرونباخ استفاده شد که ضرایب در مرحله پیش آزمون ۰/۷۱، پس آزمون ۰/۸۰ و پیگیری ۰/۹۱ به دست آمد.

مقیاس بهزیستی روانشناختی (Psychological Well-being Scale): این مقیاس توسط Ryff در سال ۱۹۸۹ تهیه شده است و شامل ۱۸ سوال است و ۶ مولفه تسلط محیطی با سوالات ۱، ۴، ۶ پذیرش خود با سوالات ۲، ۸، ۱۰، رابطه مثبت با دیگران با سوالات ۳، ۱۱، ۱۳، داشتن هدف در زندگی با سوالات ۵، ۱۴، ۱۶، رشد فردی با سوالات ۷، ۱۵، ۱۷ و استقلال با سوالات ۹، ۱۲، ۱۸ را اندازه‌گیری می‌کند (۲۰). سوالات به صورت طیف ۶ درجه‌ای از کاملاً مخالفم از تا کاملاً موافقم می‌باشد به این صورت که کاملاً مخالفم نمره ۱، تا حدودی مخالفم نمره ۲، خیلی کم مخالفم نمره ۳، خیلی کم موافقم نمره ۴، تا حدودی موافقم نمره ۵ و کاملاً موافقم نمره ۶ تعلق می‌گیرد. مفهوم نمره به این صورت است که نمره بالاتر نشان دهنده بهزیستی روان‌شناختی بیشتر در فرد پاسخ دهنده است. سازنده مقیاس برای بررسی روایی مقیاس از روایی ملاکی (همزمان) استفاده کرده است و ضریب همبستگی بین خرده

جدول ۱. جلسات درمانی

| جلسات درمان شناختی-رفتاری اقتباس از Kendall (۲۴) | | |
|---|---------------------|--|
| جلسه | هدف | محتوا |
| اول | معرفی و توضیح جلسات | آشنایی و معرفی شرکتکنندگان، ارائه اطلاعات درباره درمان شناختی-رفتاری، بیان و شرح اصول رازداری |
| دوم | آشنایی با افکار | آشنایی با مفاهیم افکار، احساسات، رفتار و تفاوت بین آنها، توضیح سبکهای ناکارآمد تفکر، بیان خطاهای شناختی معمول سوم |
| سوم | بازسازی | بازسازی افکار و نحوه ساختن مجدد افکار فرد آسیب دیده از خشونت خانگی |
| چهارم | نشانهها | نشانهها و زنجیرهها، بررسی زنجیره علت، پاسخ، پیامد، توضیح درباره چگونگی قرارگیری پیامدها در زنجیره رفتاری بزرگتر |
| پنجم | جرات ورزی | پنجم جراتورزی، تعریف رفتار جراتمندانه، تصور موقعیتی مشکل جهت داشتن رفتار جراتمندانه |
| ششم | خودکنترلی | تکانشگری، خودکنترلی و افزایش خلق، تعریف تکانه و بحث در زمینه مدیریت تکانش ها و راهکارهایی برای خودکنترلی بیشتر |
| هفتم | مدیریت استرس | مدیریت استرس و حل مسئله، توضیح درباره استرس، مدیریت استرس، راهکارهایی برای حل مسئله، آموزش آرامش عضلانی |
| هشتم | اختتامیه | حساس شدن به نشانههای عزت نفس، بیان چگونگی نداشتن عزت نفس به دلیل خود ارزیابیهای منفی |
| جلسات کوچینگ شناختی-رفتاری اقتباس از Neenan & Palmer (۲۵) | | |
| جلسه | هدف | محتوا |
| اول | معرفی و توضیح | آموزش شیوه فهم و نحوه تحت کنترل قرار دادن مشکلات زندگی، رابطه بین شناخت، هیجان و رفتار، انتخاب اهداف و ثبت رویدادهای زندگی. |
| دوم | انگیزش | مصاحبه انگیزشی و تقویت اتحاد و رابطه درمانگر-مرجع؛ صورتبندی مشکلات شرکت کنندگان در قالب مدل انگیزشی-شناختی، استفاده از فنون فعالسازی رفتاری، طرح مجدد افکار خودآیند مرتبط با زندگی زناشویی زنان. |

| | | |
|-------|--------------|--|
| سوم | پرسشگری | استفاده از پرسشگری سقراطی در فرایند کوچینگ؛ ادامه کار با افکار خودآیند، بررسی برگه‌های ثبت افکار ناکارآمد مرتبط با زندگی زناشویی و چالش با این افکار خودآیند |
| چهارم | بازشناسایی | باز شناسایی باورهای زیربنایی و چگونگی فعال شدن آنها در موقعیتهای خاص، استفاده از فن پیکان رو به پایین و بررسی مسائل آماجی شرکت کنندگان |
| پنجم | خودگویی مثبت | پرداختن به نحوه فهم و تقویت تابآوری در مقابله با خشونت خانگی؛ تقویت خودگوییهای مثبت، استفاده از فنون رفتاری جهت جایگزینی افکار مثبت به جای افکار منفی |
| ششم | حل مسئله | کوچینگ شناخت فشار روانی و ارتباط آن با عملکرد زناشویی محور مداخله کوچینگ شناختی رفتاری؛ استفاده از فنون شناختی-رفتاری در مورد جرأت آموزی، حل مسئله و آموزش مهارتهای زناشویی. |
| هفتم | حضور ذهن | کوچینگ شناختی رفتاری مبتنی بر حضور ذهن؛ شناسایی باورهای هستهای ناکارآمد در مورد روابط زناشویی، ضعیفسازی باورهای هستهای از طریق زیر سؤال بردن آنها به روش سقراطی و درجه بندی باورهای منفی بر روی یک مقیاس. |
| هشتم | اختتامیه | آموزش نحوه ایجاد و تقویت فرهنگ کوچینگ شناختی رفتاری در روند زندگی زناشویی؛ آموزش و تمرین مهارتهای حل مسئله و رفتارهای شجاعانه، آموزش فنون پیشگیری از عود و آمادگی برای به کارگیری روش‌های آموخته شده در آینده. |

روش جمع آوری داده ها

روش جمع آوری و گردآوری اطلاعات در بعد کتابخانه ای از مقالات علمی و پژوهشی استفاده خواهد شد. همچنین با توجه به اینکه روش تحقیق نیمه آزمایشی خواهد بود به روش نمونه گیری در دسترس ۷۵ زن که بر اساس گزارش خودشان قربانی خشونت خانگی از سوی همسر باشند و نمره ۸۸ و بالاتر در پرسشنامه همسرآزاری کسب کنند انتخاب و سپس این زنان به روش نمونه گیری تصادفی ساده در ۳ گروه (۲۵ زن را در گروه آزمایش درمان شناختی-رفتاری، ۲۵ زن گروه آزمایش کوچینگ شناختی-رفتاری و ۲۵ زن در گروه کنترل) گمارش شد. سپس بر روی آزمودنی‌های هر سه گروه در شرایط یکسان پرسشنامه بهزیستی روانشناختی به عنوان پیش آزمون اجرا شد. بعد از این مرحله گروه آزمایش اول پس از اخذ موافقت اخلاقی تحت درمان شناختی رفتاری به مدت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای، گروه آزمایش دوم تحت درمان کوچینگ شناختی-رفتاری به مدت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای قرار گرفت. بعد از اتمام جلسات مرحله پس آزمون و پیگیری ۲ ماهه انجام شد.

روش تجزیه و تحلیل داده ها تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر با «آزمون تعقیبی Bonferroni» بوده است. دلیل استفاده از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای بررسی اثربخشی روش های درمانی و دلیل استفاده از «آزمون تعقیبی

Bonferroni» برای مقایسه مراحل زمانی (پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری) جهت بررسی ماندگاری روش های درمانی و برای بررسی اثربخش تر بودن یک درمان نسبت به درمان دیگر بوده است. همچنین نرم افزار SPSS نسخه ۲۸ برای تحلیل داده ها استفاده شد.

یافته ها

نتایج نشان داد که میانگین و انحراف معیار سن گروه درمان شناختی-رفتاری به ترتیب ۳۳/۴۴ و ۵/۹۷۳؛ میانگین و انحراف معیار سن گروه کوچینگ درمان شناختی-رفتاری به ترتیب ۳۴/۸۸ و ۴/۸۲۵؛ میانگین و انحراف معیار سن گروه کنترل به ترتیب ۳۴/۱۲ و ۴/۴۳۱ بود. میزان آماره F بدست آمده حاصل از مقایسه میانگین های ۳ گروه در متغیر سن برابر با $F=0/409$ می‌باشد که این میزان به لحاظ آماری معنادار نمی‌باشد ($sig=0/615$) که نشان دهنده همتا بودن ۳ گروه از نظر سن می باشد. همچنین میزان آماره تحلیل خی دو (Chi-Square) آمده حاصل از مقایسه میانگین سنی ۳ گروه در متغیر سن برابر با $Chi-Square=1/754$ می‌باشد که این میزان به لحاظ آماری معنادار نمی‌باشد ($sig=0/988$) که نشان دهنده همتا بودن سه گروه از نظر تحصیلات می باشد.

سمیرا حسینی راد و همکاران

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار بهزیستی روانشناختی در گروه آزمایش و گروه کنترل

| مغیرهای وابسته | مرحله | گروه شناختی-رفتاری | | گروه کوچینگ | | گروه کنترل | |
|----------------------------|-----------|--------------------|---------|--------------|---------|--------------|---------|
| | | انحراف معیار | میانگین | انحراف معیار | میانگین | انحراف معیار | میانگین |
| تسلط محیطی | پیش آزمون | ۱۰/۷۶ | ۰/۷۲۳ | ۱۰/۶۸ | ۰/۷۴۸ | ۱۰/۷۲ | ۰/۷۳۷ |
| | پس آزمون | ۱۲/۸۴ | ۰/۷۴۶ | ۱۳/۸۰ | ۱/۰۰۰ | ۱۰/۸۰ | ۰/۸۶۶ |
| پذیرش خود | پیگیری | ۱۲/۸۰ | ۰/۷۶۴ | ۱۳/۷۶ | ۰/۹۷۰ | ۱۰/۸۴ | ۰/۸۹۸ |
| | پیش آزمون | ۹/۴۸ | ۰/۵۸۶ | ۹/۵۲ | ۰/۵۸۶ | ۹/۵۲ | ۰/۵۸۶ |
| رابطه مثبت با دیگران | پس آزمون | ۱۱/۱۲ | ۰/۸۸۱ | ۱۲/۹۲ | ۰/۸۱۲ | ۹/۷۲ | ۰/۸۹۱ |
| | پیگیری | ۱۱/۰۸ | ۰/۹۰۹ | ۱۲/۸۸ | ۰/۷۸۱ | ۹/۷۶ | ۰/۸۷۹ |
| داشتن هدف در زندگی | پیش آزمون | ۱۱/۳۶ | ۰/۹۵۲ | ۱۱/۳۲ | ۰/۹۴۵ | ۱۱/۴۴ | ۰/۸۲۱ |
| | پس آزمون | ۱۳/۱۲ | ۰/۷۸۱ | ۱۳/۷۲ | ۰/۷۳۷ | ۱۱/۵۲ | ۰/۸۷۲ |
| رشد فردی | پیگیری | ۱۳/۰۸ | ۰/۸۱۲ | ۱۳/۶۴ | ۰/۷۵۷ | ۱۱/۵۶ | ۰/۹۱۷ |
| | پیش آزمون | ۹/۸۸ | ۰/۶۶۶ | ۹/۹۶ | ۰/۶۷۶ | ۹/۹۶ | ۰/۶۷۶ |
| استقلال | پس آزمون | ۱۱/۶۸ | ۰/۸۰۲ | ۱۲/۶۸ | ۰/۹۰۰ | ۱۰/۰۰ | ۰/۷۶۴ |
| | پیگیری | ۱۱/۵۶ | ۰/۸۷۰ | ۱۲/۶۴ | ۰/۹۰۷ | ۱۰/۰۴ | ۰/۷۹۰ |
| نمره کل بهزیستی روانشناختی | پیش آزمون | ۱۱/۴۴ | ۰/۹۶۱ | ۱۱/۴۰ | ۰/۸۶۶ | ۱۱/۳۲ | ۰/۹۴۵ |
| | پس آزمون | ۱۲/۷۲ | ۰/۸۴۳ | ۱۳/۹۲ | ۰/۸۱۲ | ۱۱/۵۲ | ۱/۱۵۹ |
| | پیگیری | ۱۲/۶۸ | ۰/۹۰۰ | ۱۳/۸۸ | ۰/۷۸۱ | ۱۱/۵۶ | ۱/۱۹۳ |
| | پیش آزمون | ۱۱/۴۸ | ۱/۰۰۵ | ۱۱/۴۴ | ۰/۸۷۰ | ۱۱/۳۲ | ۰/۹۴۵ |
| | پس آزمون | ۱۳/۲۴ | ۰/۹۷۰ | ۱۴/۲۸ | ۱/۱۰۰ | ۱۱/۳۶ | ۰/۹۹۵ |
| | پیگیری | ۱۳/۱۶ | ۱/۰۶۸ | ۱۴/۱۶ | ۱/۰۲۸ | ۱۱/۴۰ | ۱/۰۴۱ |
| | پیش آزمون | ۶۴/۴۰ | ۲/۴۴۹ | ۶۴/۳۲ | ۲/۰۷۶ | ۶۴/۲۸ | ۲/۲۸۳ |
| | پس آزمون | ۷۴/۷۲ | ۲/۳۱۹ | ۸۱/۳۲ | ۲/۴۲۸ | ۶۴/۹۲ | ۳/۴۲۷ |
| | پیگیری | ۷۴/۳۶ | ۲/۹۹۸ | ۸۰/۹۶ | ۲/۳۰۰ | ۶۵/۱۶ | ۳/۳۳۸ |

به لحاظ آماری معنی دار نبود ($P > 0.05$) و بدین ترتیب پیش فرض برابری واریانس‌ها تایید شد. داده‌های تحقیق فرض همگنی ماتریس‌های واریانس-کوواریانس (امباکس) را زیر سؤال نبرد؛ بنابراین این پیش‌فرض نیز رعایت شده است ($P > 0.05$). سطح معنی داری اثر تعامل گروه و پیش آزمون بزرگتر از 0.05 بود و این نشان دهنده همگنی شیب خط رگرسیون بود. با توجه به اینکه پیش‌فرض‌های استفاده از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر رعایت شده است، می‌توان از این آزمون آماری استفاده نمود. از آنجایی که مقدار سطح معناداری آزمون کرویت موچلی برای بهزیستی روانشناختی برابر 0.001 به دست آمده است. در نتیجه از فرض یکسان بودن واریانس‌ها حاصل نشد و تخطی از الگوی آماری F صورت گرفته است. در نتیجه از آزمون گرین هاوز-گیسر برای بررسی اثرات درون آزمودنی و بین آزمودنی مداخلات درمانی استفاده شد که نتایج در جدول ۳ آمده است.

جدول ۲ میانگین و انحراف معیار بهزیستی روانشناختی زنان قربانی خشونت خانگی گروه آزمایش (درمان شناختی-رفتاری با کوچینگ شناختی-رفتاری) به تفکیک مراحل سنجش (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) را نشان می‌دهد. برای دانستن این مطلب که این تغییرات حاصل شده در پس‌آزمون و پیگیری به لحاظ آماری معنادار می‌باشند یا خیر، از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده گردید. استفاده از این آزمون مستلزم رعایت چند پیش‌فرض اولیه است، این پیش‌فرض‌ها شامل نرمال بودن توزیع نمرات و همگنی واریانس‌ها می‌باشد که ابتدا پیش‌فرض‌ها بررسی شد. برای بررسی نرمال بودن از آزمون شاپیرو-ویلکز استفاده شد. از آنجایی که مقادیر آزمون شاپیرو-ویلکز در هیچ یک از مراحل معنی دار نبود ($P > 0.05$)، لذا 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

جدول ۳. نتایج اثرات بین آزمودنی و درون آزمودنی بهزیستی روانشناختی

| متغیرهای وابسته | منابع تغییر | آماره F | معنی داری | ضریب تاثیر | توان آماری |
|----------------------|-------------|---------|-----------|------------|------------|
| تسلط محیطی | گروه | ۵۲/۸۱۷ | ۰/۰۰۱ | ۰/۵۹۵ | ۰/۹۹۹ |
| | زمان | ۲۳۲/۷۷۲ | ۰/۰۰۱ | ۰/۷۶۴ | ۰/۹۹۹ |
| پذیرش خود | گروه×زمان | ۵۸/۶۰۷ | ۰/۰۰۱ | ۰/۶۱۹ | ۰/۹۹۹ |
| | گروه | ۶۵/۴۱۶ | ۰/۰۰۱ | ۰/۶۴۵ | ۰/۹۹۹ |
| رابطه مثبت با دیگران | زمان | ۲۷۹/۵۷۹ | ۰/۰۰۱ | ۰/۷۹۵ | ۰/۹۹۹ |
| | گروه×زمان | ۷۷/۲۲۰ | ۰/۰۰۱ | ۰/۶۸۲ | ۰/۹۹۱ |
| داشتن هدف در زندگی | گروه | ۲۸/۹۷۶ | ۰/۰۰۱ | ۰/۴۴۶ | ۰/۹۹۹ |
| | زمان | ۱۱۹/۴۳۷ | ۰/۰۰۱ | ۰/۶۲۴ | ۰/۹۹۹ |
| رشد فردی | گروه×زمان | ۲۷/۷۴۷ | ۰/۰۰۱ | ۰/۴۳۵ | ۰/۹۹۹ |
| | گروه | ۴۵/۳۵۰ | ۰/۰۰۱ | ۰/۵۵۷ | ۰/۹۹۹ |
| استقلال | زمان | ۱۹۷/۲۱۷ | ۰/۰۰۱ | ۰/۷۳۳ | ۰/۹۹۹ |
| | گروه×زمان | ۵۲/۲۸۳ | ۰/۰۰۱ | ۰/۵۹۲ | ۰/۹۹۹ |
| بهزیستی روانشناختی | گروه | ۲۳/۳۸۷ | ۰/۰۰۱ | ۰/۳۹۴ | ۰/۹۹۹ |
| | زمان | ۱۳۴/۳۲۷ | ۰/۰۰۱ | ۰/۶۵۱ | ۰/۹۹۹ |
| | گروه×زمان | ۳۳/۱۸۵ | ۰/۰۰۱ | ۰/۴۸۰ | ۰/۹۹۱ |
| | گروه | ۳۵/۷۴۳ | ۰/۰۰۱ | ۰/۴۹۸ | ۰/۹۹۹ |
| | زمان | ۱۱۵/۲۸۵ | ۰/۰۰۱ | ۰/۶۱۶ | ۰/۹۹۹ |
| | گروه×زمان | ۳۱/۳۲۱ | ۰/۰۰۱ | ۰/۴۶۵ | ۰/۹۹۹ |
| | گروه | ۱۴۲/۳۴۰ | ۰/۰۰۱ | ۰/۷۹۸ | ۰/۹۹۹ |
| | زمان | ۷۲۰/۱۷۵ | ۰/۰۰۱ | ۰/۷۰۹ | ۰/۹۹۹ |
| | گروه×زمان | ۱۸۳/۲۲۳ | ۰/۰۰۱ | ۰/۸۲۶ | ۰/۹۹۹ |

نتایج جدول ۳ نشان داد که درمان شناختی-رفتاری و درمان کوچینگ شناختی-رفتاری بر افزایش بهزیستی روانشناختی اثربخشی معنادار دارد. در ادامه مقایسه ی دو به دوی میانگین تعدیل مراحل آزمون (پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری) در افزایش بهزیستی روانشناختی برای بررسی ماندگاری نتایج در مرحله پیگیری در جدول ۴ آمده است.

نتایج جدول ۴. نتایج آزمون تعقیبی بن فرونی بهزیستی روانشناختی برای بررسی پایداری نتایج

| متغیرهای وابسته | مراحل | میانگین تعدیل شده | تفاوت مراحل | تفاوت میانگین | معناداری |
|----------------------|-----------|-------------------|--------------------|---------------|----------|
| تسلط محیطی | پیش آزمون | ۱۰/۷۲۰ | پیش آزمون-پس آزمون | -۱/۷۶۰ | ۰/۰۰۱ |
| | پس آزمون | ۱۲/۴۸۰ | پیش آزمون-پیگیری | -۱/۷۴۷ | ۰/۰۰۱ |
| پذیرش خود | پیگیری | ۱۲/۴۶۷ | پس آزمون-پیگیری | ۰/۰۱۳ | ۰/۹۹۹ |
| | پیش آزمون | ۹/۵۰۷ | پیش آزمون-پس آزمون | -۱/۷۴۷ | ۰/۰۰۱ |
| رابطه مثبت با دیگران | پس آزمون | ۱۱/۲۵۳ | پیش آزمون-پیگیری | -۱/۷۳۳ | ۰/۰۰۱ |
| | پیگیری | ۱۱/۳۴۰ | پس آزمون-پیگیری | ۰/۰۱۳ | ۰/۹۹۹ |
| | پیش آزمون | ۱۱/۳۷۳ | پیش آزمون-پس آزمون | -۱/۴۱۳ | ۰/۰۰۱ |
| | پس آزمون | ۱۲/۷۸۷ | پیش آزمون-پیگیری | -۱/۳۸۷ | ۰/۰۰۱ |
| | پیگیری | ۱۲/۷۶۰ | پس آزمون-پیگیری | ۰/۰۲۷ | ۰/۹۴۷ |

سمیرا حسینی راد و همکاران

| | | | | | |
|-------|--------|--------------------|--------|-----------|----------------------------|
| ۰/۰۰۱ | -۱/۵۲۰ | پیش آزمون-پس آزمون | ۹/۹۳۳ | پیش آزمون | |
| ۰/۰۰۱ | -۱/۴۸۰ | پیش آزمون-پیگیری | ۱۱/۴۵۳ | پس آزمون | داشتن هدف در زندگی |
| ۰/۵۱۹ | ۰/۰۴۰ | پس آزمون-پیگیری | ۱۱/۴۱۳ | پیگیری | |
| ۰/۰۰۱ | -۱/۳۳۳ | پیش آزمون-پس آزمون | ۱۱/۳۸۷ | پیش آزمون | |
| ۰/۰۰۱ | -۱/۳۲۰ | پیش آزمون-پیگیری | ۱۲/۷۲۰ | پس آزمون | رشد فردی |
| ۰/۹۹۹ | ۰/۰۱۳ | پس آزمون-پیگیری | ۱۲/۷۰۷ | پیگیری | |
| ۰/۰۰۱ | -۱/۵۴۷ | پیش آزمون-پس آزمون | ۱۱/۴۱۳ | پیش آزمون | |
| ۰/۰۰۱ | -۱/۴۹۳ | پیش آزمون-پیگیری | ۱۲/۹۶۰ | پس آزمون | استقلال |
| ۰/۴۶۵ | ۰/۰۵۳ | پس آزمون-پیگیری | ۱۲/۹۰۷ | پیگیری | |
| ۰/۰۰۱ | -۹/۳۲۰ | پیش آزمون-پس آزمون | ۶۴/۳۳۳ | پیش آزمون | |
| ۰/۰۰۱ | -۹/۱۶۰ | پیش آزمون-پیگیری | ۷۳/۶۵۳ | پس آزمون | نمره کل بهزیستی روانشناختی |
| ۰/۳۴۳ | ۰/۱۶۰ | پس آزمون-پیگیری | ۷۳/۴۹۳ | پیگیری | |

درمانی بوده است یا اینکه کدام روش درمانی اثربخش تر بوده است. لذا در ادامه برای بررسی تفاوت اثربخشی مداخله شناختی-رفتاری و درمان کوچینگ شناختی-رفتاری بر افزایش بهزیستی روانشناختی بخشش از آزمون تعقیبی بن فرونی (برای مقایسه اثربخشی گروه‌های مداخله) استفاده شده است که نتایج در جدول ۵ آمده است.

نتایج جدول ۴ نشان داد که درمان شناختی-رفتاری و درمان کوچینگ شناختی-رفتاری بر افزایش بهزیستی روانشناختی در مرحله پس آزمون تاثیر داشته است و تداوم این تاثیر در مرحله پیگیری را نیز در برداشته است. همچنین از آنجایی که نتایج به دست آمده مشخص نکرده است که تاثیر ایجاد شده در مرحله پس آزمون و پیگیری مربوط به کدام روش

جدول ۵. نتایج آزمون تعقیبی بهزیستی روانشناختی برای بررسی درمان اثربخش تر

| متغیرهای وابسته | گروه | میانگین تعدیلی | گروه‌های مداخله | گروه مقایسه | تفاوت میانگین | معناداری |
|----------------------|---------------|----------------|-----------------|-------------|---------------|----------|
| | شناختی-رفتاری | ۱۲/۱۳۳ | شناختی-رفتاری | کوچینگ | -۰/۶۱۳ | ۰/۰۰۱ |
| تسلط محیطی | کوچینگ | ۱۲/۷۴۷ | شناختی-رفتاری | کنترل | ۱/۳۴۷ | ۰/۰۰۱ |
| | کنترل | ۱۰/۷۸۷ | کوچینگ | کنترل | ۱/۹۶۰ | ۰/۰۰۱ |
| | شناختی-رفتاری | ۱۰/۵۶۰ | شناختی-رفتاری | کوچینگ | -۱/۲۱۳ | ۰/۰۰۱ |
| پذیرش خود | کوچینگ | ۱۱/۷۷۳ | شناختی-رفتاری | کنترل | ۰/۸۹۳ | ۰/۰۰۱ |
| | کنترل | ۹/۶۶۷ | کوچینگ | کنترل | ۱/۲۱۳ | ۰/۰۰۱ |
| | شناختی-رفتاری | ۱۲/۵۲۰ | شناختی-رفتاری | کوچینگ | -۰/۳۷۳ | ۰/۱۵۴ |
| رابطه مثبت با دیگران | کوچینگ | ۱۲/۸۹۳ | شناختی-رفتاری | کنترل | ۱/۰۱۳ | ۰/۰۰۱ |
| | کنترل | ۱۱/۵۰۷ | کوچینگ | کنترل | ۱/۳۸۷ | ۰/۰۰۱ |
| | شناختی-رفتاری | ۱۱/۰۴۰ | شناختی-رفتاری | کوچینگ | -۰/۷۲۰ | ۰/۰۰۱ |
| داشتن هدف در زندگی | کوچینگ | ۱۱/۷۶۰ | شناختی-رفتاری | کنترل | ۱/۰۴۰ | ۰/۰۰۱ |
| | کنترل | ۱۰/۰۰۰ | کوچینگ | کنترل | ۱/۷۶۰ | ۰/۰۰۱ |
| | شناختی-رفتاری | ۱۰/۲۸۰ | شناختی-رفتاری | کوچینگ | -۰/۷۸۷ | ۰/۰۰۴ |
| رشد فردی | کوچینگ | ۱۳/۰۶۷ | شناختی-رفتاری | کنترل | ۰/۸۱۳ | ۰/۰۰۳ |
| | کنترل | ۱۱/۴۶۷ | کوچینگ | کنترل | ۱/۶۰۰ | ۰/۰۰۱ |
| | شناختی-رفتاری | ۱۲/۶۲۷ | شناختی-رفتاری | کوچینگ | -۰/۶۶۷ | ۰/۰۰۱ |
| استقلال | کوچینگ | ۱۳/۲۹۳ | شناختی-رفتاری | کنترل | ۱/۲۶۷ | ۰/۰۰۱ |
| | کنترل | ۱۱/۳۶۰ | کوچینگ | کنترل | ۱/۹۳۳ | ۰/۰۰۱ |

| | | | | | |
|-------------------------------|--------|---------------|---------------|-------|--------|
| شناختی-رفتاری | ۷۱/۱۶۰ | شناختی-رفتاری | کوچینگ | ۴/۳۷۳ | ۰/۰۰۱ |
| نمره کل بهزیستی روانشناختی | کوچینگ | ۷۵/۵۳۳ | شناختی-رفتاری | کنترل | ۶/۳۷۳ |
| | کنترل | ۶۴/۷۸۷ | کوچینگ | کنترل | ۱۰/۷۴۷ |

که ممکن است منجر به وسواس های فکری و عملی شده و در نهایت مانع رسیدن به هدف می شود، اعمال کنند و تلاشش برای بهبود عملکرد و دستیابی به هدف، به نتیجه مثبت و سازنده ای منتهی شود و سلامت روان مثبت و به تبع آن بهزیستی روانشناختی مثبت بیشتری را در پی داشته باشد. لذا منطقی است که بین اثربخشی درمان شناختی-رفتاری با کوچینگ شناختی-رفتاری بر افزایش بهزیستی روانشناختی زنان قربانی خشونت خانگی تفاوت معنادار وجود داشته باشد.

در این مطالعه جامعه آماری زنان قربانی خشونت خانگی (از سوی همسر) مراجعه کننده به مراکز مشاوره و خدمات روانشناختی شهر تهران بودند، لذا با در تعمیم نتایج به جوامع مشابه در دیگر شهرها و سایر فرهنگ ها باید احتیاط کرد. این پژوهش به دلیل محدودیت زمانی قادر به اجرای مرحله پیگیری بلندمدت تر برای بررسی تداوم و ماندگاری اثرات درمان شناختی-رفتاری و کوچینگ شناختی-رفتاری نبود و تنها به یک مرحله سنجش پیگیری دو ماهه اکتفا شد. پیشنهاد می شود این پژوهش در نمونه ای دیگر از جمله زنان تحت خشونت خانگی در دیگر شهرها تکرار شود. مرحله پیگیری در این پژوهش دو ماهه بود، بر این اساس پیشنهاد می شود در پژوهش های بعد با لحاظ کردن مرحله پیگیری بلندمدت تر و طولانی تر (بیش از شش ماه یا حتی یک سال) به بررسی تداوم درمان شناختی-رفتاری و کوچینگ شناختی-رفتاری بر روی بهزیستی روانشناختی زنان قربانی خشونت خانگی در راستای کاهش مشکلات آنان پرداخته شود. از آنجایی که این پژوهش محدود به زنان قربانی خشونت خانگی بوده است، در راستای رفع این محدودیت، پیشنهاد می شود این پژوهش بر روی مردان نیز انجام شود، چرا که عامل جنسیت ممکن است در نتیجه پژوهش تعیین کننده باشد. انجام پژوهش های در مورد مقایسه اثربخشی درمان شناختی-رفتاری و کوچینگ شناختی-رفتاری با سایر روش های درمانی می تواند نتایج اثربخشی را بر بهبود مشکلات زنان تحت خشونت خانگی و همسرآزاری در پی داشته باشد. از آنجا که کوچینگ شناختی-رفتاری منجر به افزایش بهزیستی روانشناختی در زنان قربانی

با توجه به جدول ۵ نتایج نشان داد که تفاوت میانگین درمان کوچینگ شناختی-رفتاری با گروه کنترل بیشتر از تفاوت میانگین درمان شناختی-رفتاری با گروه کنترل است که این نشان دهنده آن است که درمان کوچینگ شناختی-رفتاری اثربخشی بیشتری نسبت به درمان شناختی-رفتاری بر افزایش بهزیستی روانشناختی دارد.

بحث

هدف از انجام این پژوهش مقایسه میزان اثربخشی درمان شناختی-رفتاری با کوچینگ شناختی-رفتاری بر بهزیستی روانشناختی زنان قربانی خشونت خانگی بود. نتایج نشان داد که درمان شناختی-رفتاری و درمان کوچینگ بر افزایش ابعاد بهزیستی روانشناختی اثربخشی معنادار دارد و تداوم این تاثیر در مرحله پیگیری را نیز در برداشته است. همچنین نتایج نشان داد که تفاوت میانگین مداخله کوچینگ با گروه کنترل بیشتر از تفاوت میانگین مداخله شناختی-رفتاری با گروه کنترل است که این نشان دهنده آن است که مداخله کوچینگ اثربخشی بیشتری نسبت به مداخله شناختی-رفتاری بر افزایش بهزیستی روانشناختی دارد. این نتیجه به دست آمده می تواند با نتایج جونز و همکاران (۱۶) همسویی و همخوانی دارد. همچنین یافته غیرهمسو برای نتیجه به دست آمده از این فرضیه یافت نشد. در تبیین این نتیجه به دست آمده می توان گفت که کوچینگ شناختی-رفتاری برانگیخته از نظریه شناختی رفتاری و نظریه یک و الیس است که می گوید رفتار، افکار و احساسات ما نتیجه باورها و نگرش ما از خودمان، دیگران و کل هستی است. هرچه باورهای ما سختگیرانه تر باشد روشی که ما برای حل مشکلات در نظر می آوریم سخت تر و پیچیده تر خواهد بود و در نتیجه گذشت ما از اشتباهات دیگران (مانند خشونت ورزی همسر در خانواده) و همچنین اشتباهات خودمان نیز کمتر خواهد شد. همچنین می توان گفت که کوچینگ شناختی-رفتاری با کمک به زنان قربانی خشونت خانگی جهت شناخت آگاهانه و منطقی نسبت به موقعیت های بیرونی و همچنین شناخت به توانایی ها و قابلیت های خود و احساساتش بتوانند مدیریت بهتری بر رفتارها و احساساتی

نتایج پژوهش حاضر، می‌توان گفت که درمان شناختی-رفتاری و کوچینگ شناختی-رفتاری می‌توانند به عنوان شیوه‌های درمانی مناسب برای بهزیستی روانشناختی زنان قربانی خشونت خانگی به کار برده شوند و تقدم استفاده با کوچینگ شناختی و رفتاری است.

سیاسگزاری

از همه شرکت کنندگان (زنان قربانی خشونت خانگی) که در جلسات شرکت کردند و به سوالات پژوهش پاسخ دادند و در اجرای پژوهش حاضر مشارکت و یاری داشتند، تشکر و قدردانی می‌شود. لازم به ذکر این پژوهش دارای کد اخلاق به شماره IR.UMZ.REC.1401.032 از کارگروه/کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه مازندران می‌باشد.

تضاد منافع

بنابر اظهار نویسندگان، این مقاله حامی مالی و تعارض منافع ندارد.

References

1. Bean RC, Ledermann T, Higginbotham BJ, Galliher RV. Associations between relationship maintenance behaviors and marital stability in remarriages. *Journal of divorce & remarriage*. 2020;62-82 :1)61 . <https://doi.org/10.1080/10502556.2019.1619385>
2. Vowels LM, Mark K P. Partners' Daily Love and Desire as Predictors of Engagement in and Enjoyment of Sexual Activity. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 2020; 1(1): 1-13. <https://doi.org/10.1080/0092623/X2019.1711274>.
3. Poštumus JL, Hoge GL, Breckenridge J, Sharp-Jeffs N, Chung D. Economic abuse as an invisible form of domestic violence: A multicountry review. *Trauma, Violence, & Abuse*, 2020; 21(2): 261-283. <https://doi.org/10.1177/1524838018764160>
4. Chernet AG, Cherie KT.. Prevalence of intimate partner violence against women and associated factors in Ethiopia. *BMC women's health*, 2020; 20(1): 1-7. <https://doi.org/10.1186/s12905-020-0892-1>
5. Stokes CM, Alonso J, Andrade LH, Atwoli L, Cardoso G, Chiu WT, Dinolova RV, Gureje O, Karam AN, Karam EG, Kessler RC. Pre-marital predictors of marital violence in the WHO World Mental Health (WMH) Surveys. *Social*

خشونت خانگی می‌شود، در این راستا پیشنهاد می‌شود از این روش درمانی برای بهبود بهزیستی روانشناختی زنان قربانی خشونت خانگی استفاده نمایند. به این صورت روانشناسان، مشاوران بالینی و درمانگران حوزه خانواده که در زمینه توانمند سازی و بهبود مشکلات زنان قربانی خشونت خانگی فعالیت می‌کنند و از بین درمان‌های شناختی، به دنبال درمان بهتری برای این زنان هستند از روش کوچینگ شناختی-رفتاری استفاده کنند.

نتیجه گیری

هدف از پژوهش حاضر بررسی مقایسه اثربخشی مداخلات درمان شناختی رفتاری با مداخلات کوچینگ شناختی رفتاری بر بهزیستی روانشناختی زنان قربانی خشونت خانگی بود. یافته‌ها نشان داد هر دو مداخله مذکور در مرحله پس‌آزمون و پیگیری نسبت به گروه کنترل اثربخشی معناداری بر بهزیستی روانشناختی زنان قربانی خشونت خانگی داشته است و درمان کوچینگ شناختی-رفتاری اثربخشی بیشتری بر بهزیستی روانشناختی دارد. بر اساس

psychiatry and psychiatric epidemiology. 2020; 55(1): 393-405. <https://doi.org/10.1007/s00127-019-01703-z>

6. Ali P, McGarry J, Bradbury-Jones C. Domestic Violence and Abuse: Theoretical Explanation and Perspectives. In *Domestic Violence in Health Contexts: A Guide for Healthcare Professions* (pp. 17-33). Springer, Cham. 2022. https://doi.org/10.1007/978-3-030-29361-1_2
7. Hultmann O, Broberg AG, Axberg U. A randomized controlled study of trauma focused cognitive behavioural therapy compared to enhanced treatment as usual with patients in child mental health care traumatized from family violence. *Children and Youth Services Review*, 2023; 144(2), 1-10. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2022.106716>
8. Sepahvand R, Arefnezhad M, Fathi Chgni F, Sepahvand M. The Relationship Between proactive personality and psychological well-being with the Mediating Role of job crafting. *Psychological Achievements*, 2021; 28(1): 215-240. <https://doi.org/10.22055/psy.2020.32986.2518>
9. Madva EN, Sadlonova M, Harnedy LE, Longley RM, Amonoo HL, Feig EH, Millstein RA, Zambrano J, Amaris AR, Jurayj J, Murray HB. Positive psychological well-

- being and clinical characteristics in IBS: A systematic review. *General Hospital Psychiatry*. 2023; 1(1), 1-10. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2023.01.004>
10. Galla BM, Duckworth AL. More than resisting temptation: Beneficial habits mediate the relationship between self-control and positive life outcomes. *Journal of personality and social psychology*, 2015; 109(3): 508-521. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/pspp0000026>
 11. ZabihiValad Abad F, AkbariAmarghan H., Khakpour M., Meherafarid M., Kazemi G. The Effects of Group Cognitive Behavioral Therapy on Hardiness among Female Victims of Domestic Violence. *Quarterly Journal of Woman and Society*, 2017; 8(30): 15-34. <https://dorl.net/dor/20.1001.1.20088566.1396.8.30.2.3>
 12. Doustkam M, Pour heydari S, Karimi Sadr F, Hosseini A. the effectiveness of cognitive-behavioral unit therapy on facial expression bias and fear of negative evaluation in paranoid students. *Psychological Achievements*, 2021; 28(1): 91-110. <https://doi.org/10.22055/psy.2021.31715.2448>
 13. Marcotte-Beaumier G, Bouchard S, Gosselin P, Langlois F, Belleville G, Marchand A, Dugas MJ. The role of intolerance of uncertainty and working alliance in the outcome of cognitive behavioral therapy for generalized anxiety disorder delivered by videoconference: Mediation analysis. *JMIR mental health*. 2021; 8(3): 25-36. <https://doi.org/10.2196/24541>
 14. Mayhami K, Moradi O, Dadgar M, Ezatpour E. Investigation of the educational effectiveness of cognitive-behavioral approach (CBT) coupled with relaxation on migraine pain. *Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry* 2019; 6 (2): 27-37. <http://dx.doi.org/10.29252/shenakht.6.2.27>
 15. Neenan M. From cognitive behaviour therapy (CBT) to cognitive behaviour coaching (CBC). *Journal of Rational-Emotive & Cognitive-Behavior Therapy*, 2008; 26(1): 3-15. <https://doi.org/10.1007/s10942-007-0073-2>
 16. Jones JK, Turner MJ, Barker JB. The effects of a cognitive-behavioral stress intervention on the motivation and psychological well-being of senior UK police personnel. *International Journal of Stress Management*. 2021; 28(1) :46-56. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/str0000218>
 17. Ghahari S, Âtefvahid M, Yousefi H. The prevalence of Spouse Abuse Among Married Students of Islamic Azad University of Tonekabon in 1383 . *J Mazandaran Univ Med Sci* 2006; 15 (50) :83-89. <http://jmums.mazums.ac.ir/article-1-717-fa.html>
 18. Karami H, Khakbaz H, Sohrabi F, Barati-Sedeh F, Farhadi M H. Effectiveness of Cognitive-Behavioral Group Therapy for Anger Management in Reducing Wife Abuse and Increasing Marital Satisfaction in Patients with Substance Abuse. *jrehab* 2014; 14 (1) :91-99. <http://rehabilitationj.uswr.ac.ir/article-1-1465-fa.html>
 19. Panaghi L, Pirozi D, Maleki G, Shirin Bayan M, Bagheri F. A Study on Relationship between Romantic Attachment Styles . *Journal of Family Research*, 2012; 8(1): 19-31. https://jfr.sbu.ac.ir/article_96085_f2b18214c29d99136b47ced9bac4e1f2.pdf?lang=en
 20. Ryff CD. Happiness is everything, or is it? Explorations on the meaning of psychological well-being. *Journal of personality and social psychology*, 1989; 57(6): 1-10. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0022-3514.57.6.1069>
 21. Rosenberg M. Determinants of self-esteem-a citation classic commentary on society and the adolescent self-image by Rosenberg, M. *Current Contents/Social & Behavioral Sciences*, 1989; 1(11): 16-16. <https://garfield.library.upenn.edu/classics1989/A1989T475800001.pdf>
 22. Khanjani M, Shahidi S, Fathabadi J, Mazaheri MA, Shokri O. Factor structure and psychometric properties of the Ryff's scale of Psychological well-being, short form (18-item) among male and female students. *Thoughts and Behavior in Clinical Psychology*, 2014; 9(32): 27-36. https://jtbcpriau.ac.ir/article_67.html
 23. Bagheri Zadeh Kaveri A, Mousavi SV, Naseh A, Rezaei S. Predicting Psychological Well-Being of Mothers of Mentally Retarded Children Based on Perceived Social Support, Defense Styles and Self-Compassion. *Journal of Applied Psychological Research*, 2022; 13(2): 157-174. <https://doi.org/10.22059/japr.2022.323557.643835>
 24. Kendall PC. *Child and adolescent therapy: Cognitive-behavioral procedures*. Guilford Press. 2011. <https://books.google.com/books?>
 25. Neenan M, Palmer S, editors. *Cognitive behavioural coaching in practice: An evidence based approach*. Routledge; 2021. <https://www.routledge.com>