



Journal Website

Article history:

Received 27 April 2024

Revised 14 June 2024

Accepted 27 June 2024

Published online 02 July 2024

Journal of Psychological Dynamics in Mood Disorders

Volume 3, Issue 2, pp 23-36



E-ISSN: 2981-1759

The Effectiveness of Emotion-Focused Therapy on Resilience and Emotion Regulation in Women Experiencing Domestic Violence

Najmeh Vejdani¹, Hamzeh Ahmadian^{2*}, Yahya Yarahamdi², Qumarth Karimi³

¹ PhD student, Department of Psychology, Sanandaj Branch, Islamic Azad University, Sanandaj, Iran.

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

³ Assistant Professor, Department of Psychology, Mahabad Branch, Islamic Azad University, Mahabad, Iran.

* Corresponding author email address: ahmadian@iausdj.ac.ir

Article Info

Article type:

Original Research

How to cite this article:

Vejdani, N., Ahmadian, H., Yarahamdi, Y., Karimi, Q. (2024). The Effectiveness of Emotion-Focused Therapy on Resilience and Emotion Regulation in Women Experiencing Domestic Violence. *Journal of Psychological Dynamics in Mood Disorders*, 3(2), 23-36.



© 2024 the authors. Published by Maher Talent and Intelligence Testing Institute, Tehran, Iran. This is an open access article under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International (CC BY-NC 4.0) License.

ABSTRACT

Background and Objective: The present study aimed to determine the effectiveness of emotion-focused therapy on resilience and emotion regulation in women experiencing domestic violence in Tehran.

Methods and Materials: This semi-experimental study employed a pre-test and post-test design with experimental and control groups and follow-up. The statistical population comprised all women victims of domestic violence in Tehran who visited psychological clinics in the first half of 2023. Participants were selected voluntarily through convenience sampling and divided into two groups: an experimental group (15 individuals) and a control group (15 individuals). The experimental group received 12 sessions of 90-minute group emotion-focused psychotherapy, while the control group remained on a waiting list. The measurement tools used in the study were the Connor-Davidson Resilience Scale (2003) and the Emotion Regulation Questionnaire (Garnefski & Kraaij, 2006). Data analysis was conducted using SPSS version 23 in both descriptive and inferential sections (mixed ANOVA).

Findings: The results indicated that emotion-focused therapy increased resilience in women experiencing domestic violence. Additionally, the findings showed that emotion-focused therapy enhanced emotion regulation in these women.

Conclusion: Therefore, it can be concluded that group emotion-focused psychotherapy is an effective method for improving resilience and emotion regulation in women experiencing domestic violence.

Keywords: Resilience, Emotion Regulation, Emotion-Focused Therapy, Domestic Violence.



اثربخشی درمان هیجان مدار بر تاب آوری و تنظیم هیجانی زنان تحت خشونت خانگی

نجمه وجدانی^۱، حمزه احمدیان^{۲*}، یحیی باراحمدی^۳، کیومرث کریمی^۳

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

۲. استادیار، گروه روانشناسی، واحد سنندج، دانشگاه آزاد اسلامی، سنندج، ایران.

۳. استادیار، گروه روان شناسی، واحد مهاباد، دانشگاه آزاد اسلامی، مهاباد، ایران.

* ایمیل نویسنده مسئول: ahmadian@iausdj.ac.ir

اطلاعات مقاله

چکیده

نوع مقاله

پژوهشی/اصلی

نحوه استناد به این مقاله:

وجدانی ن، احمدیان ح، باراحمدی ح، کریمی ک. (۱۴۰۳). اثربخشی درمان هیجان مدار بر تاب آوری و تنظیم هیجانی زنان تحت خشونت خانگی. *پویایی های روانشناختی در اختلال های خلقی*، ۳(۲)، ۲۶-۲۳.



© ۱۴۰۳ تمامی حقوق انتشار این مقاله متعلق به نویسنده است. انتشار این مقاله به صورت دسترسی آزاد مطابق با گواهی (CC BY-NC 4.0) صورت گرفته است.

زمینه و هدف: هدف پژوهش حاضر، تعیین اثربخشی درمان هیجان مدار بر تاب آوری و تنظیم هیجانی زنان تحت خشونت خانگی شهر تهران بود. **روش و مواد:** پژوهش حاضر از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون-پس آزمون همراه با گروه آزمایش و کنترل و پیگیری بود. جامعه آماری کلیه زنان قربانی خشونت خانگی شهر تهران که در نیمه اول سال ۲۰۲۳ به کلینیک های روانشناسی شهر تهران مراجعه کرده بودند، تشکیل دادند که با روش نمونه گیری در دسترس به صورت داوطلبانه انتخاب و در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) قرار داده شدند. گروه آزمایش در ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه ای مداخله روان درمانی گروهی درمان هیجان مدار را دریافت کردند و گروه کنترل در لیست انتظار ماندند. ابزار اندازه گیری مورد استفاده در پژوهش، پرسشنامه تاب آوری (کانر و دیویدسون، ۲۰۰۳) و پرسشنامه تنظیم هیجانی (گارنفسکی و کرایج، ۲۰۰۶) بود. تجزیه و تحلیل اطلاعات به دست آمده از اجرای پرسشنامه از طریق نرم افزار SPSS نسخه ۲۳ در دو بخش توصیفی و استنباطی (تحلیل واریانس مختلط) انجام پذیرفت. **یافته ها:** نتایج نشان داد که درمان هیجان مدار باعث افزایش تاب آوری در زنان تحت خشونت خانگی شده است. همچنین نتایج نشان داد که درمان هیجان مدار باعث افزایش تنظیم هیجانی در زنان تحت خشونت خانگی شده است. **نتیجه گیری:** بنابراین می توان گفت که روان درمانی گروهی هیجان مدار روشی مؤثر به منظور بهبود تاب آوری و تنظیم هیجانی در زنان تحت خشونت خانگی است.

کلیدواژگان: تاب آوری، تنظیم هیجانی، درمان هیجان مدار، خشونت خانگی



مقدمه

خشونت خانگی علیه زنان یک مشکل عمده بهداشت روانی است (Afkhamzadeh et al., 2022). در سراسر جهان، حدود ۳۰ درصد از زنان خشونت فیزیکی یا جنسی را توسط شریک صمیمی فعلی یا قبلی خود تجربه کرده‌اند (Barez et al., 2022; Regmi et al., 2018). یکی از عوامل خطر بالقوه برای انجام خشونت خانگی علیه زنان، اختلالات روانی است و ممکن است پیوندهای علت شناختی بین اختلالات مختلف متفاوت باشد. نقایص رایج مرتبط با اختلالات روانی، مانند مهارت‌های بین فردی ضعیف و بی‌نظمی عاطفی (Ho & Cheung, 2009) و علائم اصلی خاص برخی از اختلالات مانند تکانشگری که در افراد مبتلا به اختلال نقص توجه و بیش‌فعالی و اختلالات مصرف مواد ظاهر می‌شود (Ahmad et al., 2016; Jahromi et al., 2015; Tsirigotis & Luczak, 2015). تحقیقاتی نیز پیرامون مسئله خشونت خانگی علیه زنان در ایران انجام شده است که به آمار متفاوتی از نرخ زنان خشونت‌دیده در زمینه‌های آزار جسمی و جنسی اشاره داشته است، ولی مسئله‌ای که به‌طور مشابه در اکثر پژوهش‌های انجام شده به چشم می‌خورد نرخ تقریباً بالاتر از ۶۰٪ خشونت علیه زنان توسط همسرانشان است. نتایج طرح ملی نشان می‌دهد که ۶۶٪ از زنان ایرانی از ابتدای زندگی مشترکشان تا زمان انجام پژوهش حداقل یک‌بار مورد خشونت قرار گرفته‌اند و بیشترین نوع خشونت، از نوع روانی و کلامی (۵۲٪) بوده است (Shahmoradi et al., 2019). اگرچه آمار دقیقی از این پدیده به دلایل فراوان موجود نیست، اما بروز آن و پیامدهای ناشی از آن، سبب ایجاد اختلالات روانی از قبیل اضطراب، ترس و غیره در بین زنان می‌شود و این پدیده را در ردیف مسائل و معضلات مهم جامعه قرار داده است (Lacasa et al., 2016; Leshani, 2023).

از آنجاکه خشونت خانگی دارای پیامدهای منفی زیادی از جمله عواقب جسمانی مانند جراحی و عواقب روانی مانند افسردگی، ترس و اضطراب است (Mohamadian et al., 2016)، یکی از عوامل تعیین‌کننده پاسخ‌های افراد در مقابل رویدادهای استرس‌زا همچون خشونت خانگی، تاب‌آوری است (Avdibegović & Sinanović, 2007). Voss et al. (۲۰۲۱) به این نتیجه دست یافتند که اکثر افراد در مقابل کشاکش‌ها و آسیب‌ها مقاومت نشان می‌دهند، که ممکن است به ویژگی‌های مثبت شخصیتی مانند تاب‌آوری مرتبط باشد. تاب‌آوری فرایند پویای انطباق و سازگاری مثبت با تجارب تلخ و ناگوار در زندگی است که موجب سازگاری یا عملکرد موفقیت‌آمیز در هنگام مواجهه با شرایط استرس‌زا می‌شود و در آن تعادل حیاتی به کارکرد قبلی خود بازمی‌گردد (Afkhamzadeh et al., 2022). پایین بودن تاب‌آوری باعث افزایش اضطراب و کاهش سلامت روان شناختی افرادی می‌شود که با خشونت خانگی در ارتباط هستند. تاب‌آوری یکی از مؤلفه‌های مربوط به سلامت روان است (Earvolino-Ramirez, 2007) و از شاخصه‌های بهنجار مورد توجه روان‌شناسی مثبت‌نگر است که به محرک پویا و جاری انطباق مثبت با تجارب ناگوار و تلخ اطلاق می‌گردد (Fombouchet, 2023)؛ که افراد را توانا می‌سازد تحت شرایط ناگوار پاسخ دهند و یا سازگار شوند (Ho & Cheung, 2009). تحقیقات نشان می‌دهد که سطوح بالاتر تاب‌آوری با سطوح پایین‌تر اضطراب و استرس همراه است و زنان قربانی خشونت خانگی از تاب‌آوری کمتری برخوردارند (Mohamadian et al., 2016).

از سویی خشونت خانگی یک منبع استرس‌زای بین فردی است که باعث از بین رفتن یکپارچگی در خانواده می‌شود (Hervika et al., 2021)؛ بنابراین خشونت خانگی به‌عنوان یک عامل استرس‌زای محیطی می‌تواند توانایی تنظیم هیجانی را با مشکل مواجه کند چراکه زنان آسیب‌دیده از خشونت به دلیل تجربه استرس ناشی از مواجهه با خشونت، وظایفی که نیاز به تنظیم هیجانی دارد، دارای مشکل می‌شوند (Leshani, 2023). تنظیم هیجانی به راهکارهایی اطلاق می‌شود که به‌منظور کاهش، افزایش یا تنظیم تجربه‌های هیجانی مورد استفاده قرار می‌گیرد (Masoudzadeh et al., 2021). مهارت‌های تنظیم هیجان انعکاس استفاده از چندین فرآیند شناختی یا مهارت‌های اجتماعی و غیراجتماعی مواجهه عملکردی (مانند انعطاف‌پذیری در توجه و بازداری رفتاری) برای پاسخ مناسب به هیجان‌ها و انطباق درست با محیط است



(Hervika et al., 2021; Lacasa et al., 2016). استفاده مناسب از هیجان‌ها باعث می‌شود عوامل مهمی در جهت رشد و پیشرفت روانی و جسمی و همچنین بالا بردن توانایی شایستگی و ابتکار فرد گردد؛ اما راهبردهای تنظیم هیجانی ناکارآمد که به شدت باعث کاهش شایستگی می‌شوند، می‌توانند یک نشانه‌ای برای اختلال باشند (Avdibegović & Sinanović, 2007; Leshani, 2023). ناتوانی در تنظیم هیجانات باعث می‌گردد افراد برای رشد یک اختلال یا داشتن رابطه بین‌شخصی ناتوانی و مشکل در مهارت‌های بین‌شخصی، در موقعیت‌های پرخطر قرار گیرند. برای نمونه، اختلال در تنظیم هیجانی ناکارآمد، با اختلالات درون‌روانی شده مانند افسردگی و یا اضطراب رابطه دارد (Earvolino-Ramirez, 2007).

به هر ترتیب با توجه به آنچه گفته شد، به نظر می‌رسد برای پایداری خانواده لازم است که تاب‌آوری افزایش یافته، مشکلات روان‌شناختی کاهش پیدا کند و تنظیم هیجان بهبود یابد (Leshani, 2023). تاکنون روش‌های گوناگونی برای بهبود روابط افراد و پایداری خانواده معرفی شده است. یکی از انواع درمان‌ها، درمان هیجان‌مدار است. در درمان هیجان‌مدار نظر بر این است که شیوه‌ای که افراد تجارب هیجانی را سازمان‌دهی و پردازش می‌کنند و الگوهای تعاملی که خود ایجاد کرده و تقویت می‌کنند، منجر به درماندگی زناشویی آن‌ها شده است (Shahmoradi et al., 2019). درمان هیجان‌مدار با ایجاد تعاملات سازنده بین زوجین و شناسایی الگوهای دل‌بستگی ایمن باعث رضایتمندی و کاهش مشکلات روان‌شناختی افراد می‌شود. این رویکرد بر تغییر رفتارهای دل‌بستگی به‌عنوان ابزاری برای بهبود روابط آشفته تمرکز می‌کند (Masoudzadeh et al., 2021). هدف درمان هیجان‌مدار کمک به افراد در دستیابی به هیجان‌های نهفته و تسهیل تعاملات مثبتی است که در دسترس بودن و اعتماد بین زوجین را افزایش می‌دهد. مطالعات مختلف گزارش کرده‌اند که زنانی که آموزش درمان هیجان‌مدار را دیده بودند، در مقایسه با گروه کنترل، بیشتر تمایل داشتند تا همسرانشان را ببخشند. این عامل، باعث افزایش تاب‌آوری و بهبود تنظیم هیجانی آن‌ها شده بود. همچنین Adamson (۲۰۱۳) در مطالعه‌ای با عنوان درمان هیجان‌مدار برای زوجینی که همسرشان بیماری‌های مزمن دارند، همراه با پایه تئوری و مطالعه موردی توصیفی، بیان می‌کند در افرادی که همسر بیمار دارند، زن و شوهر هر دو، مشکلات روان‌شناختی زیادی را تجربه می‌کنند. در نتیجه رابطه چنین زوجینی و همچنین سلامت بیمار به‌طور منفی تحت تأثیر قرار می‌گیرد. نتیجه این پژوهش نشان داد درمان هیجان‌مدار باعث کاهش مشکلات هیجانی و افزایش تاب‌آوری و کیفیت زندگی زناشویی در این زوجین شده است. همچنین نتایج پژوهش Wisess et al. (۲۰۲۱) نشان داد که درمان هیجان‌مدار باعث کاهش آشفتگی افراد می‌شود (Leshani, 2023).

مروری بر پیشینه نظری و پژوهشی مرتبط با موضوع پژوهش حاضر، به‌خوبی از ضرورت تمرکز بیشتر بر خشونت خانگی علیه زنان حمایت می‌کند. با این حال، به دلیل چندوجهی بودن (به معنای درگیر بودن عوامل اجتماعی، هیجانی، شناختی، خانوادگی و فرا خانوادگی) پدیده خشونت خانگی، همان‌طور که تاکنون ردپای آن در مطالعات قبلی نیز به چشم می‌خورد (Masoudzadeh et al., 2021; Shahmoradi et al., 2019)، فراتر از درمان‌های متعارف و در دسترس روان‌شناختی، ضرورت طراحی و تدوین درمان‌هایی متناسب با نیازها و مسائل وابسته به بافت و زمینه اجتماعی و فرهنگی در زنان تحت خشونت خانگی، بسیار برجسته است (Ahmad et al., 2016). انتخاب درمان هیجان‌مدار برای زنان تحت خشونت خانگی، نیز به‌صورت صریح این بوده که این درمان از زمره درمان‌هایی با قابلیت اثربخشی قابل توجه در مطالعات قبلی معرفی شده است (Afkhamzadeh et al., 2022; Avdibegović & Sinanović, 2007; Fombouchet, 2023; Hervika et al., 2021; Lacasa et al., 2019; Shahmoradi et al., 2019; Masoudzadeh et al., 2021; Leshani, 2023; et al., 2016). و درعین حال تناسب بالایی با نیازهای عاطفی و هیجانی در متن روابط زوج‌ها با یکدیگر دارد. در همین راستا مسائل مورد توجه برای پاسخگویی در این مطالعه نیز به این شرح است: آیا درمان هیجان‌مدار بر تاب‌آوری و تنظیم هیجانی زنان تحت خشونت خانگی مؤثر است؟



مواد و روش پژوهش

پژوهش حاضر یک مطالعه نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری همراه با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل زنان قربانی خشونت خانگی در شهر تهران بود که در نیمه اول سال ۱۴۰۲ به کلینیک‌های روانشناسی این شهر مراجعه کرده بودند. از بین این زنان، کسانی که در شهریورماه ۱۴۰۲ به کلینیک‌ها مراجعه کرده و با روش نمونه‌گیری در دسترس به صورت داوطلبانه و از طریق فراخوان برای شرکت در این دوره ثبت‌نام کرده بودند، انتخاب شدند. تعداد ۳۰ نفر از این زنان که پیش‌تر پرسشنامه خشونت خانگی را پر کرده و نمره خشونت خانگی آن‌ها یک انحراف معیار بیشتر از میانگین بود، انتخاب شدند. سپس به صورت تصادفی ساده، ۱۵ آزمودنی در هر گروه (آزمایش و کنترل) گمارده شد.

ملاک‌های ورود افراد به مطالعه عبارت بودند از: قرار گرفتن در محدوده سنی ۲۵ تا ۴۵ سال، داشتن حداقل دیپلم، داشتن حداقل یک سال زندگی مشترک، تمایل به همکاری برای دریافت مداخلات درمانی، عدم دریافت درمان‌های دارویی و روان‌شناختی در شش ماه گذشته، عدم سوءمصرف مواد یا الکل، عدم وجود اختلالات روانی بر اساس مصاحبه تشخیصی اولیه، زنانی که بر اساس مراجعه به کلینیک‌های روانشناسی شهر تهران مورد خشونت قرار گرفته بودند.

ملاک‌های خروج افراد عبارت بودند از: دو جلسه غیبت، عدم پاسخگویی کامل به سؤالات پرسشنامه.

الف) پرسشنامه خشونت علیه زنان (Haj-Yahia, 2001): پرسشنامه خشونت خانگی توسط حاج یحیی در سال ۲۰۰۱ تهیه گردید. این پرسشنامه از چند پرسشنامه دیگر از جمله پرسشنامه مقیاس تاکتیک تعارض اشتراوس (۱۹۸۰)، پرسشنامه خشونت روان‌شناختی زنان تولمن (۱۹۹۰)، سنجش همسرآزاری رادنبرگ و فانتوزو (۱۹۹۵) و شاخص همسرآزاری هودسون و مک بنتاش (۱۹۸۱) اقتباس گردیده است. پرسشنامه سنجش خشونت علیه زنان شامل ۳۲ سؤال و چهار خرده مقیاس (خشونت روانی ۱-۱۶، خشونت فیزیکی ۱۷-۲۷، خشونت جنسی ۲۸-۳۰ و خشونت اقتصادی ۳۱-۳۲) می‌باشد. نمره‌گذاری آن بر اساس مقیاس لیکرت از ۱ تا ۴ برای هرگز، یک‌بار، دوبار و بیش از دو بار است. این پرسشنامه توسط Khaghani Far در دانشگاه الزهرا ترجمه شده است و روایی صوری و محتوایی آن توسط چند تن از اساتید متخصص مورد تأیید قرار گرفته و ضریب همسانی درونی با آلفای کرونباخ آن نیز با استفاده از نمونه ۶۰ نفر ۰٫۹۷، به دست آمده است. بر پایه نتایج حاصل از اولین زمینه‌یابی فلسطینی‌ها در مورد خشونت علیه زنان که در مورد ۲۴۱۰ نفر زن انجام گرفته است، ضریب همسانی درونی یا آلفای کرونباخ برای چهار عامل تست (Haj-Yahia (2001) به ترتیب ۰٫۷۱، ۰٫۸۶، ۰٫۹۲ و ۰٫۹۳، به دست آمده است. آلفای کرونباخ این مقیاس در پژوهش Jafarian (2015) 0.82 به دست آمد. پایایی کل مقیاس در پژوهش (Latifian et al. (2016)، با استفاده از آلفای کرونباخ ۰٫۹۲ به دست آمد (Barez et al., 2022).

ب) پرسشنامه تاب‌آوری (Connor & Davidson, 2003): این پرسشنامه توسط دو نظریه‌پرداز مشهور این حوزه یعنی Connor و Davidson در سال ۲۰۰۳ با مرور منابع پژوهشی ۱۹۷۹-۱۹۹۱ حوزه تاب‌آوری ساخته شده است. این پرسشنامه ۲۵ گویه دارد که در مقیاس لیکرت بین کاملاً نادرست و کاملاً درست، نمره‌گذاری می‌شود. بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی این مقیاس در شش گروه، جمعیت عمومی، مراجعه‌کنندگان به بخش مراقبت‌های اولیه، بیماران سرپایی روان‌پزشکی، بیماران با مشکل اختلال اضطراب فراگیر و دو گروه از بیماران استرس پس از سانحه انجام شده است. تهیه‌کنندگان این مقیاس بر این باورند که این پرسشنامه به خوبی قادر به تفکیک افراد تاب‌آور از غیرتاب‌آور در گروه‌های بالینی و غیر بالینی بوده و می‌تواند در موقعیت‌های پژوهشی و بالینی مورد استفاده قرار گیرد. این پرسشنامه ۲۵ عبارت دارد که در یک مقیاس لیکرتی بین صفر (کاملاً نادرست) تا چهار (همیشه درست) نمره‌گذاری می‌شود. نتایج تحلیل عاملی حاکی از آن است



که این آزمون دارای ۵ عامل: تصور شایستگی فردی، اعتماد به غرایز فردی، تحمل عاطفه منفی، پذیرش مثبت تغییر و روابط ایمن، کنترل و تأثیرات معنوی است. Davidson و Connor ضریب آلفای کرونباخ مقیاس تاب‌آوری را ۰,۸۹ گزارش کرده‌اند. همچنین ضریب پایایی حاصل از روش بازآزمایی در یک فاصله ۴ هفته‌ای ۰,۸۷ بوده است. این مقیاس در ایران توسط محمدی (۲۰۰۴) هنجاریابی شده است. وی برای تعیین پایایی این مقیاس از روش آلفای کرونباخ بهره گرفته و ضریب پایایی ۰,۸۹ را گزارش کرده است. برای تعیین روایی این مقیاس، نخست همبستگی هر عبارت با نمره کل مقوله محاسبه و سپس از روش تحلیل عاملی بهره گرفته شد. محاسبه همبستگی هر نمره به نمره کل به جز عبارت ۳، ضریب‌های بین ۰,۴۱ تا ۰,۶۴ را نشان داد. سپس عبارات مقیاس به روش مؤلفه‌های اصلی مورد تحلیل عاملی قرار گرفتند. پیش از استخراج عوامل بر پایه ماتریس همبستگی عبارات، دو شاخص KMO و آزمون کرویت بارتلت محاسبه شدند. مقدار KMO برابر ۰,۸۷ و مقدار خی دو در آزمون بارتلت برابر ۲۸/۵۵۶ بود که هر دو شاخص کفایت شواهد برای انجام تحلیل عاملی را نشان دادند. در پژوهشی که توسط Samani, Jokar, & Sahragard (2007) در بین دانشجویان صورت گرفت، پایایی آن را ۰,۹۳ گزارش کردند و روایی (به روش تحلیل عوامل و روایی همگرا و واگرا) توسط سازندگان آزمون در گروه‌های مختلف عادی و در خطر احراز گردید (Karimi Dastaki & Mahmudi, 2024).

ج) پرسشنامه تنظیم هیجانی (Garnefski & Kraaij, 2006): پرسشنامه تنظیم هیجانی (Garnefski & Kraaij, 2006) یک ابزار ۱۸ گویه‌ای است که راهبردهای تنظیم شناختی هیجانی را در پاسخ به حوادث تهدیدکننده و استرس‌زای زندگی در اندازه‌های پنج‌درجه‌ای از یک (هرگز) تا پنج (همیشه) برحسب ۹ زیرمقیاس زیر می‌سنجد: سرزنش خود (۱، ۲)، سرزنش دیگران (۱۷، ۱۸)، نشخوارگری (۵، ۶)، فاجعه‌انگاری (۱۵، ۱۶)، تمرکز مجدد مثبت (۷، ۸)، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی (۹، ۱۰)، ارزیابی مجدد مثبت (۱۱، ۱۲)، دیدگاه وسیع (۱۳، ۱۴) و پذیرش (۳، ۴). نمره بیشتر، نشان‌دهنده استفاده بیشتر فرد از آن راهبرد شناختی محسوب می‌شود. ابتدا هر نمره به این صورت مشخص می‌شود: هرگز = ۱، گاهی = ۲، معمولاً = ۳، اغلب = ۴ و همیشه = ۵. سپس نمره هر یک از زیرمقیاس‌های ۹ گانه با جمع نمره‌های دو ماده هر زیرمقیاس برحسب سؤالات هر مؤلفه محاسبه می‌شود. از مجموع نمره مربوط به زیرمقیاس‌های دیدگاه وسیع، تمرکز مجدد مثبت، ارزیابی مجدد مثبت، پذیرش و تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی تقسیم‌بر ۱۰ (تعداد ماده‌ها)، نمره راهبردهای سازش یافته؛ و از مجموع نمره زیرمقیاس‌های خود سرزنشگری، دیگر سرزنشگری، تمرکز بر فکر/نشخوارگری و فاجعه‌نمایی تقسیم‌بر ۸ (تعداد ماده‌ها) نمره راهبردهای سازش نیافتاده به دست می‌آید. ضریب آلفا برای خرده‌مقیاس‌های این پرسشنامه در دامنه ۰,۷۱ تا ۰,۸۱ و ضریب اعتبار خرده‌مقیاس‌های آن به شیوه بازآزمایی به فاصله زمانی ۱۴ روز در دامنه ۰,۴۸ تا ۰,۶۱ گزارش شده است. راهبردهای خودتنظیمی را می‌توان هم در امتداد یک بعد در نظر گرفت (مقابل شناختی) و هم به دو نوع راهبرد مقابله‌ای بیشتر سازش یافته (مثبت/کارآمد) و کمتر سازش یافته (منفی/ناکارآمد) تقسیم کرد. تمرکز مجدد مثبت/تمرکز بر برنامه‌ریزی، ارزیابی مجدد مثبت/دیدگاه وسیع (کم‌اهمیت شماری) و پذیرش راهبردهای مقابله‌ای بیشتر سازش یافته هستند و خود سرزنشگری، دیگر سرزنشگری، نشخوار فکری و فاجعه‌نمایی از راهبردهای مقابله‌ای کمتر سازش یافته محسوب می‌شوند. در ایران نیز ضریب آلفا برای خرده‌مقیاس‌های این آزمون در دامنه ۰,۶۲ تا ۰,۹۱ و همچنین ضریب اعتبار این عوامل به شیوه بازآزمایی با فاصله زمانی یک هفته بین ۰,۷۵ تا ۰,۸۸ به دست آورده‌اند. نتایج تحلیل عاملی به شیوه مؤلفه‌های اصلی نشان داده است که پرسشنامه خودتنظیمی یک ساختار هفت عاملی دارد که شامل تمرکز مجدد مثبت/برنامه‌ریزی، ارزیابی مثبت/دیدگاه وسیع، پذیرش، سرزنش دیگران، سرزنش خود، نشخوار فکری و فاجعه‌انگاری است. روایی محتوایی پرسشنامه خودتنظیمی، بر اساس داوری هشت نفر از متخصصان روان‌شناسی بررسی و ضرایب توافق کندانال برای زیرمقیاس‌ها از ۰,۸۱ تا ۰,۹۲ محاسبه شد (Roghani et al., 2022).



د) شرح جلسات درمان هیجان‌مدار: در این پژوهش جهت انجام درمان مداخله درمان هیجان‌مدار Johnson و Greenman (2006) استفاده شد که به صورت هفتگی یک‌بار به مدت ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای بر روی گروه آزمایش اجرا می‌شود. روایی این جلسات در پژوهش (Ramazani et al., 2014) تأیید شده است (Leshani, 2023; Shahmoradi et al., 2019).

جلسه اول: آشنا شدن اعضا گروه با قوانین و مقررات

در این جلسه، اعضای گروه با یکدیگر و درمانگر معرفی می‌شوند. به سوالات احتمالی اعضای گروه پاسخ داده می‌شود و هدف و ضرورت جلسات تشریح می‌شود.

جلسه دوم: آشنا کردن مراجعان با مدل‌های نظری موجود در زمینه جنبه‌های روان‌شناختی زندگی زناشویی

در این جلسه، با استفاده از تجربیات شخصی، افراد با ماهیت روابط زناشویی آشنا می‌شوند و چگونگی انطباق مدل‌های نظری متغیرهای پژوهش بررسی می‌شود. تکلیف خانگی این جلسه شامل گزارش مثال‌هایی از زندگی زناشویی مطابق با مدل‌ها است.

جلسه سوم: ارزیابی و ایجاد پیوستگی

در این جلسه، معارفه و برقراری ارتباط (راپورت)، ارزیابی اولیه ماهیت مشکل، ارزیابی انتظارات و نگرانی‌های مراجعان، مفهوم‌سازی مشکل و ارائه منطق درمان و آشنایی با قوانین کلی درمان انجام می‌شود. همچنین پیش‌آزمون اجرا می‌شود. تکلیف این جلسه شامل تمرین مهارت‌های کلیدی و ارتباط، ارزیابی خود، ارائه و دریافت بازخورد و توجه به حالات هیجانی خوشایند است.

جلسه چهارم: ادامه ارزیابی و شناسایی چرخه تعاملات منفی و تعیین اهداف کلی

در این جلسه، تعاملات مشکل‌دار کشف و چرخه تعاملات منفی تشخیص داده می‌شود. همچنین، مشکل و موانع دل‌بستگی ارزیابی و توافق درمانی ایجاد می‌شود. تکلیف خانگی شامل شناسایی چرخه تعامل‌های خود در موقعیت‌های مختلف است.

جلسه پنجم: تقویت پیوستگی و تحلیل و تغییر هیجان‌ات

در این جلسه، تجربه‌های برجسته مربوط به دل‌بستگی باز می‌شود، احساسات تصدیق نشده بنیادی پذیرفته می‌شود، پاسخ‌های هیجانی کلیدی روشن می‌شود و چرخه تعامل توسط مراجعان پذیرفته می‌شود. تکلیف خانگی شامل شناسایی ترس‌های خود، انجام تمرین در زمینه تکیه‌گاه ایمن و توسعه پیوند ایمن، ابراز هیجان‌ات و احساسات خاص و تجربه دوباره تعاملات با بیان احساسات خالص است.

جلسه ششم: تشدید تجربه هیجانی

در این جلسه، هیجان‌ات ابراز و پذیرفته می‌شوند، درگیری با تجربه هیجانی عمق می‌یابد و تعامل ارتقا می‌یابد. تکلیف خانگی شامل در میان گذاشتن رفتارهای مقابله‌ای خود با همسر و تشویق به درگیری هیجانی و عاطفی در تعاملات خود در منزل است.

جلسه هفتم: پذیرش احساسات و شناسایی نیازهای دل‌بستگی، تقویت تعامل اعضای گروه

در این جلسه، تعاملات بازسازی و رویدادها تغییر می‌یابند، آرزوها نمادگذاری می‌شوند و راه‌حل‌های جدید برای مشکلات قدیمی کشف می‌شوند. تکلیف خانگی شامل اختصاص دادن زمان برای در میان گذاشتن رفتار، افکار و هیجان‌ات با شریک زندگی است.

جلسه هشتم: ایجاد الگوهای تعاملی جدید تملک هیجان‌ات

در این جلسه، مراجعان با همسرانشان درگیری صمیمانه پیدا می‌کنند، وضعیت‌های جدید پذیرفته می‌شوند و داستانی شاد از رابطه ساخته می‌شود. تکلیف خانگی شامل کشف عواطف اصلی خود و کامل کردن جدول چگونگی تأثیرگذاری هیجان‌ات و رفتارهای افراد بر یکدیگر است.

جلسه نهم: ایجاد درگیری‌های هیجانی، افزایش شناسایی نیازهای دل‌بستگی تسهیل بیان نیازها و خواسته‌ها در روابط جنسی



در این جلسه، بر اهمیت بیان خواسته‌ها و نیاز جنسی تأکید می‌شود و از تکنیک ردیابی و انعکاس مواجهه اعضا با سبک‌های دل‌بستگی‌شان استفاده می‌شود. تکلیف خانگی شامل تشویق به تغییر الگوهای تعاملی با همسران، تشویق به پاسخگویی مسئولانه‌تر به نیازهای همسران و بیان نیازها و خواسته‌های جنسی است.

جلسه دهم: تمرکز بر روی خود نه دیگری، چارچوب‌بندی مجدد روابط جنسی، عمق بخشیدن به درگیری‌های جنسی افراد در این جلسه، به اعضا کمک می‌شود تا بر خود تمرکز کنند و نیازهای خود را تعیین و تشویق کنند. تکلیف خانگی شامل تمرین گوش دادن همدلانه به نیازهای همسر و درک احساس زیربنایی همسر است.

جلسه یازدهم: بازسازی تعاملات جنسی و غیرجنسی همسر و ارتقا روش‌های جدید تعامل افراد در این جلسه، تعاملات بین افراد جهت‌دهی و طراحی می‌شود، چرخه تعاملات مثبت جایگزین چرخه منفی می‌شود و راه‌حل‌های جدید برای مشکلات قدیمی کشف می‌شود. تکلیف خانگی شامل تشویق پاسخ‌های جدید سازگارانه بین افراد و حمایت از رفتارهای جدید پاسخگوانه است.

جلسه دوازدهم: تحکیم وضعیت و پاسخ‌های جدید، حمایت از الگوهای تعاملی سازنده، اختتامیه جلسات در این جلسه، مطالب جلسات توسط اعضا خلاصه و مرور می‌شود، گفتگوهای تعاملی، صمیمی و سازنده برقرار می‌شود و تغییرات به اعضا بازگردانده می‌شود. تکلیف خانگی شامل بحث درباره نقاط قوت و ضعف درمان، بررسی دستاوردهای هر یک از مراجعان در طول جلسات درمانی و اجرای پس‌آزمون است.

در بخش استنباطی برای پاسخ به فرضیه‌ها از آزمون تحلیل واریانس مختلط با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۳ استفاده شد.

یافته‌ها

در این بخش ابتدا توصیفی آماری از متغیرهای پژوهش به عمل آمده و تفاوت احتمالی گروه‌ها در متغیرها در مراحل مختلف سنجش مورد بررسی قرار می‌گیرد. شاخص‌های توصیفی (میانگین و انحراف استاندارد) نمرات تاب‌آوری، در گروه درمان هیجان‌مدار و گروه کنترل در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در ادامه ارائه شده است (جدول ۱).

جدول ۱

میانگین و انحراف معیار تاب‌آوری به تفکیک مرحله سنجش در گروه‌ها

گروه	متغیر	شاخص	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری
درمان هیجان‌مدار	شایستگی فردی	میانگین	۱۰.۱۳	۱۲.۴۰	۱۳.۲۰
		انحراف معیار	۳.۱۶	۲.۷۵	۲.۷۰
کنترل	شایستگی فردی	میانگین	۹.۴۷	۹.۲۰	۱۰.۱۳
		انحراف معیار	۲.۷۷	۳.۴۵	۳.۳۴
درمان هیجان‌مدار	اعتماد فردی	میانگین	۹.۷۳	۱۲.۵۳	۱۲.۸۰
		انحراف معیار	۳.۷۷	۲.۴۵	۱.۹۷
کنترل	اعتماد فردی	میانگین	۸.۰۰	۶.۹۳	۸.۱۳
		انحراف معیار	۲.۷۳	۳.۸۵	۳.۴۲
درمان هیجان‌مدار	تحمل عاطفه منفی	میانگین	۱۰.۱۳	۱۰.۹۳	۱۳.۶۷
		انحراف معیار	۱.۷۷	۱.۰۳	۱.۲۳



۱۳.۶۷	۸.۱۳	۸.۰۰	میانگین	تحمل عاطفه منفی	کنترل
۱.۴۵	۱.۷۷	۱.۳۱	انحراف معیار		
۱۱.۲۷	۱۱.۲۷	۸.۶۷	میانگین	پذیرش مثبت تغییر	درمان هیجان مدار
۱.۸۳	۱.۹۸	۱.۲۳	انحراف معیار		
۸.۸۰	۸.۵۳	۸.۶۷	میانگین	پذیرش مثبت تغییر	کنترل
۱.۸۲	۱.۶۰	۱.۴۵	انحراف معیار		
۱۱.۲۷	۱۱.۴۰	۸.۶۷	میانگین	کنترل معنوی	درمان هیجان مدار
۱.۶۷	۱.۸۸	۱.۹۵	انحراف معیار		
۸.۲۰	۸.۲۰	۸.۴۰	میانگین	کنترل معنوی	کنترل
۱.۶۱	۱.۶۱	۱.۵۵	انحراف معیار		

همچنان که ملاحظه می شود، میانگین در گروه درمان هیجان مدار در مرحله پس آزمون، نسبت به پیش آزمون افزایش نشان می دهد. بر اساس نتایج مندرج در جدول، می توان به این توصیف دست زد که درمان هیجان مدار باعث تغییر مؤلفه های تاب آوری زنان تحت خشونت خانگی شده است.

جدول ۲

میانگین و انحراف معیار تنظیم هیجانی به تفکیک مرحله سنجش در گروه ها

گروه	متغیر	شاخص	پیش آزمون	پس آزمون	پیگیری
درمان هیجان مدار	تمرکز مجدد مثبت	میانگین	۵.۹۳	۷.۰۰	۶.۹۳
		انحراف معیار	۱.۴۹	۰.۹۳	۱.۱۶
کنترل	تمرکز مجدد مثبت	میانگین	۵.۶۷	۵.۶۷	۵.۹۳
		انحراف معیار	۱.۲۹	۱.۹۲	۱.۸۷
درمان هیجان مدار	تمرکز مجدد بر برنامه ریزی	میانگین	۵.۲۷	۶.۱۳	۶.۵۳
		انحراف معیار	۱.۲۲	۰.۷۴	۱.۲۵
کنترل	تمرکز مجدد بر برنامه ریزی	میانگین	۵.۶۷	۵.۳۳	۵.۴۷
		انحراف معیار	۱.۱۸	۱.۸۰	۱.۵۱
درمان هیجان مدار	ارزیابی مجدد مثبت	میانگین	۴.۸۷	۶.۶۰	۶.۸۷
		انحراف معیار	۰.۹۲	۰.۹۹	۰.۷۴
کنترل	ارزیابی مجدد مثبت	میانگین	۴.۸۷	۴.۲۷	۴.۶۷
		انحراف معیار	۰.۸۳	۱.۳۴	۱.۵۰
درمان هیجان مدار	دیدگاه وسیع	میانگین	۵.۶۷	۷.۰۷	۷.۴۷
		انحراف معیار	۰.۷۲	۱.۰۳	۰.۸۳
کنترل	دیدگاه وسیع	میانگین	۵.۹۳	۵.۶۷	۶.۱۳
		انحراف معیار	۱.۱۶	۱.۵۴	۱.۹۶
درمان هیجان مدار	پذیرش	میانگین	۶.۲۷	۷.۰۰	۷.۰۰
		انحراف معیار	۱.۱۰	۰.۹۳	۱.۱۳
کنترل	پذیرش	میانگین	۵.۸۷	۵.۴۷	۵.۶۷
		انحراف معیار	۱.۰۶	۱.۴۶	۱.۵۰
درمان هیجان مدار	سرزنش خود	میانگین	۶.۶۰	۶.۰۷	۶.۲۰
		انحراف معیار	۱.۱۸	۱.۳۹	۱.۳۲
کنترل	سرزنش خود	میانگین	۶.۶۷	۶.۴۰	۶.۴۷
		انحراف معیار	۰.۹۸	۰.۹۹	۱.۲۵



درمان هیجان‌مدار	سرزنش دیگران	میانگین	۶.۶۷	۵.۸۷	۶.۲۰
کنترل	سرزنش دیگران	انحراف معیار	۱.۱۸	۱.۳۶	۱.۲۷
درمان هیجان‌مدار	نشخوارگری	میانگین	۶.۵۳	۵.۸۰	۶.۰۷
کنترل	نشخوارگری	انحراف معیار	۱.۳۰	۱.۱۵	۰.۹۶
درمان هیجان‌مدار	فاجعه انگاری	میانگین	۶.۴۷	۶.۴۷	۶.۱۳
کنترل	فاجعه انگاری	انحراف معیار	۰.۹۹	۱.۲۵	۱.۳۶
درمان هیجان‌مدار	فاجعه انگاری	میانگین	۶.۵۳	۵.۷۳	۵.۵۳
کنترل	فاجعه انگاری	انحراف معیار	۱.۵۱	۱.۴۹	۱.۴۱
		میانگین	۶.۵۳	۶.۶۰	۶.۶۰
		انحراف معیار	۱.۳۰	۱.۴۵	۱.۳۰

همچنان که ملاحظه می‌شود، میانگین در گروه درمان هیجان‌مدار در مرحله پس‌آزمون، نسبت به پیش‌آزمون تغییر نشان می‌دهد. بر اساس نتایج مندرج در **جدول ۲**، می‌توان به این توصیف دست زد که درمان هیجان‌مدار باعث تغییر مؤلفه‌های تنظیم هیجانی زنان تحت خشونت خانگی شده است.

جدول ۳

آزمون تحلیل واریانس مختلط نمرات مؤلفه‌های تاب‌آوری با معیار گرین هاوس گنیزر

متغیر	منبع	SS	df	MS	F	Si g	ضرب ایتا
شایستگی فردی	درون گروهی	۲۴۲.۱۹	۱.۹۳	۱۲۵.۲۹	۳۳.۹۶	۰.۰۰۱	۰.۴۵
	تعامل آزمون* گروه	۱۳۵.۵۹	۳.۸۷	۳۵.۰۷	۹.۵۱	۰.۰۰۱	۰.۳۱
	بین گروهی	۲۹۹.۴۴	۲.۰۰	۱۴۹.۷۲	۷.۱۳	۰.۰۰۱	۰.۲۵
اعتماد فردی	درون گروهی	۲۳۱.۸۸	۱.۲۱	۱۹۱.۰۴	۲۸.۵۳	۰.۰۰۱	۰.۴۱
	تعامل آزمون* گروه	۱۹۲.۱۲	۲.۴۳	۷۹.۱۴	۱۱.۸۲	۰.۰۰۱	۰.۳۶
	بین گروهی	۶۱۰.۳۷	۲.۰۰	۳۰۵.۱۹	۱۵.۱۳	۰.۰۰۱	۰.۴۲
تحمل عاطفه منفی	درون گروهی	۶۱۶.۷۳	۱.۵۸	۳۹۱.۲۳	۲۳۲.۰۱	۰.۰۰۱	۰.۸۵
	تعامل آزمون* گروه	۵۳.۶۳	۳.۱۵	۱۷.۰۱	۱۰.۰۹	۰.۰۰۱	۰.۳۲
	بین گروهی	۱۸۳.۵۳	۲.۰۰	۹۱.۷۶	۲۴.۷۸	۰.۰۰۱	۰.۵۴
پذیرش مثبت تغییر	درون گروهی	۱۶۴.۴۴	۱.۶۹	۹۷.۲۹	۵۹.۶۸	۰.۰۰۱	۰.۵۹
	تعامل آزمون* گروه	۹۸.۴۹	۳.۳۸	۲۹.۱۷	۱۷.۸۷	۰.۰۰۱	۰.۴۶
	بین گروهی	۲۱۲.۸۰	۲.۰۰	۱۰۶.۴۰	۲۰.۰۵	۰.۰۰۱	۰.۴۹
کنترل معنوی	درون گروهی	۱۶۳.۵۱	۱.۳۱	۱۲۵.۰۵	۵۰.۱۴	۰.۰۰۱	۰.۵۴
	تعامل آزمون* گروه	۱۱۴.۸۴	۲.۶۲	۴۳.۹۱	۱۷.۶۱	۰.۰۰۱	۰.۴۶
	بین گروهی	۲۵۱.۹۱	۲.۰۰	۱۲۵.۹۶	۲۳.۰۳	۰.۰۰۱	۰.۵۲

نتایج **جدول ۳** نشان می‌دهد در رابطه با عامل درون گروهی مقدار F محاسبه شده برای اثر مراحل (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) در سطح 0.05 ، برای مؤلفه‌های شایستگی فردی، اعتماد فردی، تحمل عاطفه منفی، پذیرش مثبت تغییر و کنترل معنوی معنادار است ($P < 0.05$)، در نتیجه بین میانگین نمرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری مؤلفه‌های شایستگی فردی، اعتماد فردی، تحمل عاطفه منفی، پذیرش مثبت تغییر و کنترل معنوی در مراحل سه‌گانه پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری درمانی تفاوت معنادار وجود دارد. نتایج آزمون تعقیبی



بونفرنی به منظور بررسی تفاوت بین میانگین ها در مراحل درمانی محاسبه شد. نتایج نشان داد تفاوت بین مؤلفه های شایستگی فردی، اعتماد فردی، تحمل عاطفه منفی، پذیرش مثبت تغییر و کنترل معنوی در مراحل پیش آزمون با پس آزمون، پیش آزمون با پیگیری تفاوت معنی دار وجود دارد ($P < 0.05$). همچنین بین مؤلفه های شایستگی فردی، اعتماد فردی، تحمل عاطفه منفی، پذیرش مثبت تغییر و کنترل معنوی در مرحله پس آزمون نسبت به مرحله پیگیری تفاوت معنی دار وجود ندارد، به طوری که مؤلفه های شایستگی فردی، اعتماد فردی، تحمل عاطفه منفی، پذیرش مثبت تغییر و کنترل معنوی در مرحله پیگیری نسبت به مرحله پس آزمون تغییر معنی دار نداشته است ($P > 0.05$). با توجه به نتایج جدول ۳ برای عامل بین گروهی مقدار F محاسبه شده در سطح 0.05 برای شایستگی فردی، اعتماد فردی، تحمل عاطفه منفی، پذیرش مثبت تغییر و کنترل معنوی معنادار است ($P < 0.05$)، در نتیجه بین میانگین کلی مؤلفه های شایستگی فردی، اعتماد فردی، تحمل عاطفه منفی، پذیرش مثبت تغییر و کنترل معنوی در درمان هیجان مدار و کنترل تفاوت معنادار وجود دارد.

جدول ۴

آزمون تحلیل واریانس مختلط نمرات مؤلفه های تنظیم هیجانی با معیار گرین هاوس گیزر

متغیر	منبع	SS	df	M	F	Si g	ضریب ایتا
تمرکز مجدد مثبت	درون گروهی	۳۹.۳۰	۱.۴۱	۲۷.۸۷	۲۲.۵۱	۰.۰۰۱	۰.۳۵
	تعامل آزمون * گروه	۲۴.۰۳	۲.۸۲	۸.۵۲	۶.۸۸	۰.۰۰۱	۰.۲۵
	بین گروهی	۳۲.۵۵	۲.۰۰	۱۶.۲۷	۳.۷۲	۰.۰۳	۰.۱۵
تمرکز مجدد بر برنامه ریزی	درون گروهی	۱۲.۹۳	۱.۳۹	۹.۲۸	۸.۹۹	۰.۰۰۱	۰.۱۸
	تعامل آزمون * گروه	۱۲.۶۲	۲.۷۹	۴.۵۳	۴.۳۹	۰.۰۱	۰.۱۷
	بین گروهی	۳۹.۵۱	۲.۰۰	۱۹.۷۶	۵.۸۷	۰.۰۱	۰.۲۲
ارزیابی مجدد مثبت	درون گروهی	۴۲.۰۲	۱.۴۵	۲۹.۰۴	۲۷.۰۵	۰.۰۰۱	۰.۳۹
	تعامل آزمون * گروه	۳۹.۴۱	۲.۸۹	۱۳.۶۲	۱۲.۶۸	۰.۰۰۱	۰.۳۸
	بین گروهی	۱۱۷.۸۸	۲.۰۰	۵۸.۹۴	۲۸.۶۲	۰.۰۰۱	۰.۵۸
دیدگاه وسیع	درون گروهی	۲۷.۷۳	۱.۳۷	۲۰.۲۲	۲۳.۱۵	۰.۰۰۱	۰.۳۶
	تعامل آزمون * گروه	۱۵.۹۶	۲.۷۴	۵.۸۲	۶.۶۶	۰.۰۰۱	۰.۲۴
	بین گروهی	۳۹.۵۱	۲.۰۰	۱۹.۷۶	۶.۰۹	۰.۰۱	۰.۲۳
پذیرش	درون گروهی	۹.۷۳	۱.۶۷	۵.۸۳	۷.۴۷	۰.۰۰۱	۰.۱۵
	تعامل آزمون * گروه	۱۲.۸۹	۳.۳۴	۳.۸۶	۴.۹۵	۰.۰۰۱	۰.۱۹
	بین گروهی	۳۶.۳۱	۲.۰۰	۱۸.۱۶	۶.۳۲	۰.۰۰۱	۰.۲۳
سرزنش خود	درون گروهی	۱۵.۵۷	۱.۶۵	۹.۴۵	۱۳.۳۶	۰.۰۰۱	۰.۲۴
	تعامل آزمون * گروه	۸.۱۶	۳.۳۰	۲.۴۸	۳.۵۰	۰.۰۲	۰.۱۴
	بین گروهی	۲۸.۵۰	۲.۰۰	۱۴.۲۵	۴.۸۷	۰.۰۱	۰.۱۹
سرزنش دیگران	درون گروهی	۱۹.۵۱	۱.۸۳	۱۰.۶۷	۱۶.۲۵	۰.۰۰۱	۰.۲۸
	تعامل آزمون * گروه	۱۵.۳۸	۳.۶۶	۴.۲۰	۶.۴۰	۰.۰۰۱	۰.۲۳
	بین گروهی	۲۶.۹۸	۲.۰۰	۱۳.۴۹	۴.۰۱	۰.۰۳	۰.۱۶
نشخوارگری	درون گروهی	۱۸.۶۸	۱.۳۸	۱۳.۵۱	۱۳.۲۶	۰.۰۰۱	۰.۲۴
	تعامل آزمون * گروه	۱۲.۱۶	۲.۷۷	۴.۴۰	۴.۳۲	۰.۰۱	۰.۱۷
	بین گروهی	۸.۹۵	۲.۰۰	۴.۴۷	۳.۴۴	۰.۰۲	۰.۱۵
فاجعه انگاری	درون گروهی	۲۰.۲۸	۱.۶۷	۱۲.۱۱	۱۱.۶۳	۰.۰۰۱	۰.۲۲
	تعامل آزمون * گروه	۱۵.۱۴	۳.۳۵	۴.۵۲	۴.۳۴	۰.۰۱	۰.۱۷
	بین گروهی	۲۵.۹۷	۲.۰۰	۱۲.۹۹	۳.۱۹	۰.۰۴	۰.۱۴



نتایج **جدول ۴** نشان می‌دهد در رابطه با عامل درون‌گروهی مقدار F محاسبه‌شده برای اثر مراحل (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) در سطح 0.05 برای مؤلفه‌های تنظیم هیجانی معنادار است ($P < 0.05$)، در نتیجه بین میانگین نمرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری مؤلفه‌های تنظیم هیجانی در مراحل سه‌گانه پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری درمانی تفاوت معنادار وجود دارد. نتایج آزمون تعقیبی بونفرنی به‌منظور بررسی تفاوت بین میانگین‌ها در مراحل درمانی محاسبه شد. نتایج نشان داد تفاوت بین مؤلفه‌های تنظیم هیجانی در مراحل پیش‌آزمون با پس‌آزمون، پیش‌آزمون با پیگیری تفاوت معنی‌دار وجود دارد ($P < 0.05$). همچنین بین مؤلفه‌های تنظیم هیجانی در مرحله پس‌آزمون نسبت به مرحله پیگیری تفاوت معنی‌دار وجود ندارد، به‌طوری‌که مؤلفه‌های تنظیم هیجانی در مرحله پیگیری نسبت به مرحله پس‌آزمون تغییر معنی‌دار نداشته است ($P > 0.05$). با توجه به نتایج **جدول ۴** در رابطه با تعامل عوامل مراحل و گروه مقدار F محاسبه‌شده برای اثر مراحل (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) بین درمان هیجان‌مدار و کنترل در سطح 0.05 برای مؤلفه‌های تنظیم هیجانی معنادار است ($P < 0.05$)، در نتیجه بین میانگین نمرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری مؤلفه‌های تنظیم هیجانی در دو گروه تفاوت معنادار وجود دارد.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر باهدف بررسی اثربخشی درمان هیجان‌مدار بر تاب‌آوری و تنظیم هیجانی زنان تحت خشونت خانگی انجام شد. نتایج پژوهش نشان داد که درمان هیجان‌مدار باعث افزایش تاب‌آوری در زنان تحت خشونت خانگی می‌شود که با یافته‌های پیشین (Afkhamzadeh, 2019; Leshani, 2023; Shahmoradi et al., 2019; Barez et al., 2022; Hervika et al., 2021; et al., 2022) همسو می‌باشد. در تبیین این نتایج می‌توان عنوان کرد که هیجان‌ات از نظر اجتماعی مفید هستند و می‌توانند در انتقال احساسات به دیگران، تعامل اجتماعی و ایجاد حفظ و قطع رابطه با دیگران سازنده باشند (Fombouchet, 2023). اما تعدیل و تنظیم آن‌ها از طریق آموزش تنظیم هیجان می‌تواند نقش مؤثری بر افزایش تاب‌آوری داشته باشد؛ زیرا هیجان‌ها به‌عنوان راه‌حلی برای مقابله با چالش‌ها، استرس‌ها و مشکلات زندگی عمل می‌کنند (Leshani, 2023). به‌عبارت‌دیگر، چون هیجان‌ات نقش مهمی در زندگی ایفا می‌کنند و تنظیم هیجان به‌عنوان یک روش درمانی در تعدیل هیجان‌ات، باعزت نفس و تعاملات اجتماعی مثبت در ارتباط است، باعث مراقبت مؤثر در مواجهه با موقعیت‌های استرس‌زا شده و افزایش فعالیت در پاسخ به موقعیت‌های اجتماعی را به همراه دارد (Ahmad et al., 2016). بنابراین آموزش درمان هیجان‌مدار می‌تواند با آگاه نمودن فرد از هیجان‌ات مثبت و منفی، پذیرش و ابراز به‌موقع آن‌ها نقش مهمی در کاهش علائم سلامت روان داشته باشد (Masoudzadeh et al., 2021). بنابراین می‌توان گفت که آموزش درمان هیجان‌مدار به دلیل برخوردار بودن از تکنیک‌هایی نظیر آگاهی از هیجان‌ات، پذیرش هیجان‌ات و باز ارزیابی و ابراز مناسب هیجان‌ات می‌تواند موجب تعدیل هیجان‌ات مثبت و منفی و به دنبال آن تعدیل قضاوت و ادراک مثبت از خویش در زنان تحت خشونت خانگی شود (Shahmoradi et al., 2019). این امر می‌تواند در افزایش تاب‌آوری مؤثر باشد زیرا در تحقیقات قبلی نشان داده‌شده است که سطوح بالای هیجان‌ات مثبت و کاهش هیجان‌ات منفی نقش مهمی در قضاوت زنان تحت خشونت خانگی نسبت به همسرانشان دارد (Leshani, 2023). با توجه به نتایج پژوهش، می‌توان گفت که سرکوب هیجان مانع ایجاد تکانه‌های هیجانی، سازگاری یا پاسخ‌های مقابله‌ای مؤثر می‌گردد. به‌بیان‌دیگر، افرادی که روش درمان هیجان‌مدار از نوع سرکوب ابزار هیجان را به کار می‌برند، همیشه در حال نظارت بر رفتار خود هستند تا تظاهرات رفتاری خود را در موقع بروز هیجان اصلاح کنند. این فرایند نیازمند صرف انرژی زیادی است که می‌تواند منابع شناختی را کاهش دهد.

همچنین نتایج نشان داد درمان هیجان‌مدار بر تنظیم شناختی زنان با تجربه خشونت خانگی اثربخش است. در واقع، درمان هیجان‌مدار موجب بهبود تنظیم هیجانی زنان تحت خشونت خانگی می‌گردد. این نتیجه با نتایج تحقیقات Lacasa et al. (۲۰۱۶) و Shahmoradi



et al. (۲۰۱۹) همسو می باشد (Leshani, 2023; Shahmoradi et al., 2019). در تبیین این فرضیه می توان گفت که درمان هیجان مدار در خانواده درمانی و زوج درمانی یا به صورت فردی به کار می رود و افرادی که در روابط خود دچار آشفتگی، خشونت، بی اعتمادی ناشی از خیانت، ترس و ناراحتی هستند، از این درمان سود خواهند برد. این درمان همچنین برای افرادی که نشانه های افسردگی دارند و یا دچار تروما شده اند مؤثر است. در همین راستا می توان گفت که زنان تحت خشونت خانگی طی فرایند درمان ارزیابی بهتری در مورد میزان آسیب پذیری وقایع استرس زا کسب می کنند. پس با موقعیت های مختلف بهتر سازگار می شوند و در صورت بروز مشکل، از راهکارهای مقابله ای مؤثرتری استفاده می کنند. به تدریج این توانایی را به دست می آورند تا در موقعیت های سخت و تنش زا هیجانات خود را به شیوه ای مناسب تنظیم کنند (Shahmoradi et al., 2019). همچنین درمان هیجان مدار در بهبود کیفیت روابط زنان تحت خشونت خانگی برای بهبود تنظیم هیجانی نقش به سزایی دارد. فرد قادر به تشخیص بهتر هیجان های خود و دیگران می شود و متوجه چگونگی تأثیر هیجان ها بر رفتارش می شود. طی این درمان، مراجع نسبت به احساسات عمیق تر خود که ناشی از آسیب پذیری های روابط قبلی بوده و چگونگی تأثیر این احساسات بر روابط فعلی اش آگاه می شود. در نتیجه، می فهمد چه عاملی باعث مخدوش شدن روابط فعلی اش شده است. در همین راستا می توان گفت، زنان تحت خشونت خانگی با روش درمان هیجان مدار به میزان پویایی مراجع در جلسات درمانی توجه می کنند، تعاملات خانوادگی خود را مورد بررسی قرار می دهند و سعی می کنند تا ارتباطی که مبتنی بر احساسات صادقانه است را تقویت کنند. برای رسیدن به این هدف، درمان هیجان مدار باعث می شود که زنان تحت خشونت خانگی با مسائل فعلی خود بهتر کنار آیند و کمک می کند تا فرد احساسات و عواطف خود را بهتر از پیش شناسایی کند.

از محدودیت های مهم پژوهش حاضر، می توان به استفاده از پرسشنامه های خودگزارشی اشاره کرد، لذا برای حصول اطمینان بیشتر از نتایج، پیشنهاد می شود در کنار پرسشنامه، از ابزارهای دیگر مثل مصاحبه و آزمون های روان شناختی استفاده شود تا بر غنای یافته ها افزوده گردد. از دیگر محدودیت های پژوهش حاضر می توان به محدود بودن پژوهش به زنان قربانی خشونت خانگی مراجعه کننده به مراکز مشاوره شهر تهران اشاره کرد، لذا پیشنهاد می شود پژوهش های مشابه دیگر با گروه های مختلف خشونت خانگی (علی الخصوص مردهای آسیب دیده از خشونت خانگی) در سایر شهرها و با فرهنگ های متفاوت انجام شود تا محدودیت تعمیم پذیری نتایج رفع گردد.

تعارض منافع

در انجام مطالعه حاضر، هیچ گونه تضاد منافی وجود ندارد.

مشارکت نویسندگان

در نگارش این مقاله تمامی نویسندگان نقش یکسانی ایفا کردند.

موازین اخلاقی

در انجام این پژوهش تمامی موازین و اصول اخلاقی رعایت گردیده است.

شفافیت داده ها

داده ها و مآخذ پژوهش حاضر در صورت درخواست از نویسنده مسئول و ضمن رعایت اصول کپی رایت ارسال خواهد شد.



این پژوهش حامی مالی نداشته است.

References

- Afkhamzadeh, A., Mahmoodi, H., Rahmani, K., Mohammadi, S., Haghshenas, M., & Faraji, O. (2022). The Association Between Emotional Maturity and Domestic Violence Among Infertile Women. *International Journal of Human Rights in Healthcare*, 16(2), 137-145. <https://doi.org/10.1108/ijhrh-09-2021-0173>
- Ahmad, S., Ishtiaq, S. M., & Mustafa, M. (2016). The Role of Socio-Economic Status in Adoption of Coping Strategies Among Adolescents Against Domestic Violence. *Journal of interpersonal violence*, 32(18), 2862-2881. <https://doi.org/10.1177/0886260516635321>
- Avdibegović, E., & Sinanović, O. (2007). Emotional Profile of Women Victims of Domestic Violence. *European Psychiatry*, 22, S147. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2007.01.474>
- Barez, M. A., Babazadeh, R., Roudsari, R. L., Bazaz, M. M., & Najmabadi, K. M. (2022). Women's Strategies for Managing Domestic Violence During Pregnancy: A Qualitative Study in Iran. *Reproductive Health*, 19(1). <https://doi.org/10.1186/s12978-021-01276-8>
- Earvolino-Ramirez, M. (2007). Resilience: A Concept Analysis. *Nursing Forum*, 42(2), 73-82. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6198.2007.00070.x>
- Fombouchet, Y. (2023). The Development of Emotion Regulation in Adolescence: What Do We Know and Where to Go Next? *Social Development*, 32(4), 1227-1242. <https://doi.org/10.1111/sode.12684>
- Hervika, L., Satiadarma, M. P., & Soetikno, N. (2021). The Relationship Between Trait Emotional Intelligence, Emotional Expressiveness, and Hopelessness Among Women Who Experience Domestic Violence. <https://doi.org/10.2991/assehr.k.210805.193>
- Ho, M. Y., & Cheung, F. M. (2009). The Differential Effects of Forms and Settings of Exposure to Violence on Adolescents' Adjustment. *Journal of interpersonal violence*, 25(7), 1309-1337. <https://doi.org/10.1177/0886260509340548>
- Jahromi, M. K., Jamali, S., Koshkaki, A. R., & Javadpour, S. (2015). Prevalence and Risk Factors of Domestic Violence Against Women by Their Husbands in Iran. *Global journal of health science*, 8(5), 175. <https://doi.org/10.5539/gjhs.v8n5p175>
- Karimi Dastaki, A., & Mahmudi, M. (2024). The Effectiveness of Life Meaning Workshops on Resilience, Negative Affect, and Perceived Social Support in Students. *Journal of Psychological Dynamics in Mood Disorders (PDMD)*, 3(1), 187-197. <https://doi.org/10.22034/pdmd.2024.448984.1063>
- Lacasa, F., Álvarez, M., Navarro, M. G., Richart, M.-T., San, L., & Ortiz, E.-M. (2016). Emotion Regulation and Interpersonal Group Therapy for Children and Adolescents Witnessing Domestic Violence: A Preliminary Uncontrolled Trial. *Journal of Child & Adolescent Trauma*, 11(3), 269-275. <https://doi.org/10.1007/s40653-016-0126-8>
- Leshani, S. (2023). Effectiveness of Emotion-Focused Therapy on Assertiveness and Anger Rumination in Women Victims of Domestic Violence. *PWJ*, 4(3), 117-123. <https://doi.org/10.61838/kman.pwj.4.3.15>
- Masoudzadeh, A., Alami, S., Rajeh, Y. N., Taheri, E., & Sadeghi, H. (2021). The Role of Relationship Emotional Schemas and Personality Dimensions on Domestic Violence in People Referred to a Forensics Center in Iran. *Iranian Journal of Psychiatry*. <https://doi.org/10.18502/ijps.v17i1.8048>
- Mohamadian, F., Hashemian, A., Bagheri, M., & Direkvand-Moghadam, A. (2016). Prevalence and Risk Factors of Domestic Violence Against Iranian Women: A Cross-Sectional Study. *Korean Journal of Family Medicine*, 37(4), 253. <https://doi.org/10.4082/kjfm.2016.37.4.253>
- Regmi, M. C., Subedi, L., Shrestha, R., Dixit, B., & Shrestha, N. (2018). Prevalence of Domestic Violence Among the Pregnant Women Attending BPKIHS. *Nepal Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 12(1), 32-35. <https://doi.org/10.3126/njog.v12i1.18978>
- Roghani, F., Jadidi, M., & Peymani, J. (2022). The Effectiveness of Floortime Play Therapy on Improving Executive Functions and Cognitive Emotion Regulation in Children with Attention Deficit / Hyperactivity Disorder (ADHD). *International Journal of Education and Cognitive Sciences*, 2(4), 30-44. <https://doi.org/10.22034/injoeas.2022.160686>
- Shahmoradi, S., Afshar, H., Goudarzy, M., & Lavasani, M. G. A. (2019). Effectiveness of Emotion-Focused Therapy in Reduction of Marital Violence and Improvement of Family Functioning: A Quasi-Experimental Study. *Iranian Red Crescent Medical Journal, In Press*(In Press). <https://doi.org/10.5812/ircmj.97183>
- Tsirigotis, K., & Łuczak, J. (2015). Emotional Intelligence of Women Who Experience Domestic Violence. *Psychiatric Quarterly*, 87(1), 165-176. <https://doi.org/10.1007/s11126-015-9368-0>