



Effectiveness of emotion-focused therapy on feelings of rejection, marital adjustment and emotional regulation in women affected by domestic violence

Abstract

Article Info

Introduction: The aim of this study was to evaluate the effectiveness of emotion-focused therapy on feelings of rejection, increasing marital adjustment and emotional regulation in women affected by domestic violence.

Methods: In order to conduct this study, 24 women who were victims of domestic violence and referred to psychology and counseling clinics and forensic medicine centers in Mashhad who volunteered to participate in this study were selected and randomly divided into two experimental and control groups and answered the questionnaires of rejection perception, marital adjustment and emotional regulation in pre-test and post-test. The experimental group underwent emotion-focused therapy for ten sessions and the control group remained on the waiting list.

Results: Multivariate analysis of covariance was used to analyze the relationship between variables. The results showed that emotion-focused therapy was effective in reducing the feeling of rejection and increasing marital adjustment and improving emotional regulation in the participants of the experimental group ($P < 0.01$).

Conclusion: It can be said that teaching the components of emotion-focused approach to women affected by domestic violence can improve their performance in relation to family relationships and thus improve their quality of life.

Keywords: Emotion-focused therapy, Feelings of rejection, Marital adjustment, Emotional regulation, Domestic violence

Authors:

Fatemeh Moeini ¹

Navid Hosseini Arian*²

Tina Karbasi ³

Hassan Toozandehjani ⁴

AmirMohsen Rahnejat ⁵

Vahid Donyavi ⁶

Affiliations

1 PhD Student in Clinical Psychology, Department of Clinical Psychology, AJA University of Tehran, Tehran, Research Location: Mashhad, Address: Mashhad, Faramarz Abbasi Blvd., Corner of Faramarz Abbasi 34, No. 544, Postal Code: 9197946793, Phone number: 09359699508, F.r.moeeni86@gmail.com. ORCID: 0000-0002-6936-3307

2* PhD student in psychology, Islamic Azad University, Torbat Jam branch, Khorasan Razavi, arian.navid@yahoo.com. ORCID: 0000-0002-7564-5341

3 PhD Student in Psychology, Islamic Azad University, Neishabour Research Sciences Branch, Khorasan Razavi, karbasit2017@gmail.com. ORCID: 0000-0002-5555-9376

4 Associate Professor, Department of Psychology, Islamic Azad University, Neishabour Research Sciences Branch, Khorasan Razavi, h.toozandehjani@ymail.com. ORCID: 0000-0003-1320-3643

5 Assistant Professor, Department of Clinical Psychology, AJA University of Tehran, Tehran, Iran, arahnejat@yahoo.com. ORCID: 0000-0002-2194-4698

6 Associate Professor, Department of Psychiatry, AJA University of Tehran, Tehran, Iran. donyavi_vahid@yahoo.com. ORCID: 0000-0003-3167-5812



اثربخشی درمان هیجان مدار بر احساس پردشدگی، سازگاری زناشویی و تنظیم هیجانی در زنان آسیب دیده از خشونت خانگی

اطلاعات مقاله

چکیده

مقدمه: هدف از پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی درمان هیجان مدار بر احساس پردشدگی، افزایش سازگاری زناشویی و تنظیم هیجانی در زنان آسیب دیده از خشونت خانگی بود. روش کار: به منظور انجام این پژوهش از بین زنان آسیب دیده از خشونت خانگی مراجعه کننده به کلینیک های روانشناسی و مشاوره و مراکز پزشکی قانونی شهر مشهد که داوطلب شرکت در این پژوهش بوده اند، ۲۴ نفر انتخاب و به طور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند و به پرسشنامه های ادراک پردشدگی، سازگاری زناشویی و تنظیم هیجانی در پیش آزمون و پس آزمون پاسخ دادند. گروه آزمایش به مدت ده جلسه تحت درمان هیجان مدار قرار گرفته و گروه کنترل در لیست انتظار باقی ماندند.

یافته ها: برای تحلیل رابطه بین متغیرها از آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره استفاده شد. نتایج نشان داد درمان هیجان مدار بر کاهش احساس پردشدگی و افزایش سازگاری زناشویی و بهبود تنظیم هیجانی در شرکت کنندگان گروه آزمایش موثر بوده است ($P < 0.01$).

نتیجه گیری: می توان گفت آموزش مولفه های رویکرد هیجان مدار به زنان آسیب دیده از خشونت خانگی می تواند عملکرد آنها را نسبت به روابط خانوادگی بهبود بخشیده و در نتیجه باعث بهبود کیفیت زندگی آنان گردد.

واژگان کلیدی: درمان هیجان مدار، احساس پردشدگی، سازگاری زناشویی، تنظیم هیجانی، خشونت خانگی

وابستگی سازمانی نویسندگان

۱ دانشجوی دکترای روانشناسی بالینی، گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی ارتش تهران، تهران، محل انجام پژوهش؛ مشهد، آدرس: مشهد، بلوار فرامرز عباسی، نیش فرامرز عباسی ۳۴ پلاک ۵۴۴، کد پستی: ۹۱۹۷۹۴۶۷۹۳، شماره تلفن: ۰۹۳۵۹۶۹۵۰۸

f.r.moeni86@gmail.com

*۲ دانشجوی دکترای روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تربت جام، خراسان رضوی، ایران
arian.navid@yahoo.com

۳ دانشجوی دکترای روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم تحقیقات نیشابور، خراسان رضوی،
karbasit2017@gmail.com

۴ دانشیار، گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم تحقیقات نیشابور، خراسان رضوی،
h.toozandehjani@ymail.com

۵ استادیار، گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه علوم پزشکی ارتش تهران، تهران، ایران، arahnejat@yahoo.com
۶ دانشیار، گروه روانپزشکی دانشگاه علوم پزشکی ارتش تهران، تهران، ایران. donyavi_vahid@yahoo.com

مقدمه

خشونت پدیده ای تاریخی است که در ادوار گذشته نیز وجود داشته است. اما علیرغم پیشرفت های روز افزون بشری، این پدیده هنوز هم پابرجا است و فارغ از ملیت، نژاد، طبقه ی اجتماعی و حتی میزان توسعه یافتگی کشورها همچنان خشونت جزئی از زندگی روزمره شده است. خشونت به عنوان یک پدیده ی چند بعدی هم علت و هم معلول بسیاری از آسیب های اجتماعی است [۱]. سازمان بهداشت جهانی خشونت را استفاده ی عمدی و آگاهانه از قدرت و نیروی جسمی به صورت تهدید یا عملی بر علیه خود یا فرد دیگر یا گروهی علیه گروهی از جامعه که منجر به ایجاد جراحت، مرگ، آسیب روحی و روانی، عقب ماندگی یا فقر و محرومیت شود، تعریف می کند. این تعریف که آگاهی و تعهد را ملازم با خشونت می داند، اعمالی مانند بی توجهی و آزار و اذیت روانی ناشی از روابط قدرت را نیز شامل می شود [۲].

خشونت خانگی به معنی رفتار خشونت آمیز و سلطه گرانه یک عضو خانواده علیه عضو یا اعضای دیگر همان خانواده است. بر اساس مطالعات جامعه شناسی، هدف اصلی خشونت خانگی کودکان خردسال هستند. دومین نوع خشونت معمول در خانواده، خشونت علیه زنان است. خشونت درون خانواده بازتاب الگوهای کلی تر رفتار خشن است. بسیاری از مردانی که زنان و کودکانشان را از نظر فیزیکی مورد تعرض قرار می دهند، سابقه خشونت در زمینه های دیگر را نیز دارند. پذیرش فرهنگی شکل هایی از خشونت خانگی مانند تنبیه بدنی از عواملی است که میزان خشونت خانگی را افزایش می دهد. در سطح جهانی، از هر سه زن یک زن در سرتاسر جهان خشونت جسمی یا جنسی را از طریق شریک زندگی یا خشونت جنسی توسط متجاوز را در طول زندگی خود تجربه می کند که بیشتر آن، خشونت شریک زندگی او است. در دهه های اخیر از خشونت علیه زنان به عنوان جدی ترین مشکل اجتماعی ورای مرزهای فرهنگی، اجتماعی و منطقه ای یاد شده است [۳].

خشونت در خانواده و بر علیه زنان در تمام کشورها دیده می شود و خاص کشور، قوم یا فرهنگ خاصی نیست. در مورد خشونت علیه زنان به علت تفاوت های فرهنگی و برخی هنجارهای اجتماعی، تعریف دقیقی صورت نگرفته است. به طوری که می توان پیوستاری از سیلی خوردن که یک آزار جسمی جزئی است تا کشته شدن و قتل را خشونت خانگی نامید. درست است که خشونت خانگی علیه زنان بر حسب فرهنگ ها و جوامع متفاوت می باشد؛ اما همانطور که

گفته شد، وجود آن یک واقعیت اجتماعی است و در تمامی فرهنگ ها، طبقات اجتماعی، مذهب ها و موقعیت جغرافیایی اتفاق می افتد. برآوردهای جهانی منتشر شده توسط سازمان بهداشت جهانی [۲] نشان می دهد که در حدود ۳۵ درصد از زنان در سراسر جهان خشونت های جسمی و یا جنسی را در طول عمر خود تجربه کرده اند. در ایران نیز مطالعاتی در این مورد صورت گرفته است. رضانی و همکاران [۴] شیوع ۸۴/۴ درصد خشونت جسمی، ۸۱/۲ درصد خشونت روانشناختی و ۲۵/۳ درصد خشونت جنسی را گزارش کرده اند. قهاری و همکاران [۵] نیز شیوع ۶/۸۲ درصد خشونت جسمی و ۹/۶۸ درصد خشونت عاطفی و ۵/۷ درصد خشونت جنسی را گزارش کرده اند. به گزارش سازمان پزشکی قانونی در سال ۱۳۹۷ بیشتر نزاع های خانوادگی و معاینات در پزشکی قانونی مربوط به مدعیان همسرآزاری است و بیشتر مراجعه کنندگان برای معاینات این نوع نزاع را بانوان تشکیل می دهند.

از طرفی خشونت خانگی می تواند منجر به افزایش اختلالات روانی در زنان شود؛ پیکوآلفانزو و همکاران [۶] شیوع اختلالات شخصیت مرزی و پارانوئید در زنان قربانی خشونت همسر در مقایسه با زنان گروه کنترل، بالاتر بوده است؛ همچنین شخصیت گوشه گیر، طفره رو و محکوم به شکست داشتند. دوریس و همکاران [۷] نیز گزارش کرده اند که افکار خودکشی در زنان قربانی خشونت خانگی شیوع بالاتری نسبت به جمعیت عادی دارد. همچنین این زنان به احتمال بیشتری دچار اختلالات روانی از قبیل افسردگی، اضطراب و خشم و پرخاشگری هستند، بنابراین احتیاج به مداخلات روانشناختی موثر دارند [۸].

یکی از درمان های روانشناختی موثر برای مشکلاتی از این قبیل، درمان هیجان مدار است. درمان هیجان مدار رویکردی یکپارچه از تلفیق سه دیدگاه سیستماتیک، انسانگرایی و نظریه دلبستگی بزرگسالان است که اوایل دهه ۱۹۸۰ توسط جانسون و گرینبرگ ابداع شد. درمان هیجان مدار یک رویکرد رواندرمانی مبتنی بر شواهد است که بر شیوه تعاملات بین فردی و نحوه تبدیل آن ها به الگوها و چرخه های ثابت تمرکز دارد. این درمان بر پایه ی مفاهیم واضح و روشن از آشفتگی های زناشویی و عشق بزرگسالی بنا نهاده شده و معتقد است آشفتگی های زناشویی همراه حالت فراگیر از عاطفه ی منفی و آسیب های دلبستگی ایجاد می شود و ادامه پیدا می کند. اگرچه این روش در گذشته برای درمان زوجها استفاده می شد، اما از مفاهیم آن در خانواده درمانی یا به صورت فردی نیز استفاده می شود. به طور کلی، هدف درمان هیجان مدار، هدایت افراد به سوی آن چیزی است

درمان بر بهبود سازگاری زناشویی اثر مطلوبی داشته است. بر این اساس پژوهش حاضر به دنبال پاسخ این پرسش است که آیا درمان هیجان مدار بر کاهش احساس طردشدگی و بهبود تنظیم هیجانی و سازگاری در زنان آسیب دیده از خشونت خانگی موثر است؟

روش کار

این مطالعه یک مطالعه ی شبه آزمایشی با پیش آزمون و پس آزمون و گروه کنترل بود. جامعه ی هدف مطالعه ی حاضر تمامی زنان ۲۰ تا ۴۰ سال آسیب دیده از خشونت خانگی مراجعه کننده به کلینیک های روانشناسی و مشاوره و مراکز پزشکی قانونی در شهر مشهد بودند. ۲۴ نفر به شیوه ی نمونه گیری داوطلبانه انتخاب شده و به صورت تصادفی به دو گروه آزمایش و کنترل تقسیم شدند. ملاکهای ورود افراد به پژوهش عبارت بودند از: سن بین ۲۰ تا ۴۰ سال، متاهل بودن، سابقه ی آسیب از طریق خشونت از طرف همسر، حداقل تحصیلات سیکل، شرکت نکردن در جلسات فردی و گروهی درمانهای روانشناختی به صورت همزمان، سکونت در شهر مشهد، داشتن علاقه و توانایی برای شرکت در برنامه ی آموزشی، رضایت داشتن برای شرکت در گروه. همچنین ملاک خروج شامل غیبت بیش از یک جلسه در جلسات گروه، مصرف مواد مخدر یا داروهای روانپزشکی و ابتلاء به بیماری های مزمن جسمانی دیگر یا اختلالات روانشناختی مزمن دیگر بود.

ابزار پژوهش:

برای جمع آوری داده‌ها از پرسش‌نامه‌های زیر استفاده شده است:

۱. پرسشنامه سازگاری زناشویی (DAS): این مقیاس در سال ۱۹۷۶ توسط اسپاینر [۱۸] ساخته شد؛ دارای ۳۳ سوال است و به کیفیت رابطه زناشویی یا روابط دوفنری مشابه می پردازد. با استفاده از نتایج این مقیاس امکان تمایز زوج های سازگار و ناسازگار از جمله کسانی که احتمال اقدام به طلاق در آنها بیشتر است فراهم می شود. نمره کلی این مقیاس از صفر

که «دلبستگی ایمن» خوانده می شود [۹]. فرضیه ی اساسی این رویکرد این است که تا زمانی که هر یک از همسران نتوانند نیازهای دلبستگی خود را در حیطه های رضایتمندی و امنیت با یکدیگر در میان بگذارند، تعارضات زناشویی آشکار می شود. در این روش، تلاش می شود تا فرد توانایی تنظیم هیجان خود را به دست آورد تا از این طریق بتواند احساس امنیت، حمایت و آسایش را در دیگری ایجاد کند. به بیان دیگر، فرد با آموختن خودتنظیمی هیجان، راه‌های جدید تعامل با دیگری را می آموزد که به نوبه خود سبب برانگیخته شدن واکنش‌های جدید در طرف مقابلش می گردد. درمان هیجان مدار شامل نه مرحله است؛ در جلسات ابتدایی درمان (چهار مرحله اول)، روان درمانگر نحوه تعامل افراد با یکدیگر را ارزیابی می کند و به کاهش اختلاف نظرهای موجود میان آن‌ها کمک می کند. در مراحل میانی درمان (مراحل پنج، شش و هفت)، درمانگر و زوج با یکدیگر همکاری می کنند تا راه‌هایی را برای ایجاد روابط جدید و مستحکم‌تر پیدا کنند. در ادامه، تغییراتی که در رابطه زوج ایجاد شده‌اند، تثبیت می شوند [۱۰ و ۱۱].

مطالعات بسیاری در زمینه ی تاثیر درمان هیجان مدار بر متغیرهای گوناگون صورت گرفته است. یافته های زاکارینی و همکاران [۱۲] نشان می دهد زوج درمانی هیجان مدار بر بخشش و آشتی همسران و ایجاد همبستگی عاطفی بین آنان مؤثر است. همچنین منسس و گرینبرگ [۱۳] در پژوهشی اثربخشی زوج درمانی هیجان مدار را در تسهیل بخشودگی و حل آسیب های هیجانی همسران، از جمله خشم و رنجش ناشی از خیانت، ترک یا توهین بررسی کرده اند. برخی از پژوهش ها نیز به بررسی اثربخشی درمان هیجان مدار بر تنظیم هیجانی پرداخته اند، برای مثال پژوهش های داوودی، منشئی و گلپرور [۱۴]، یعقوبی، بیاضی، بابائی و اسدی [۱۵] و شاملی، مهرابی زاده هنرمند، نعامی و داودی [۱۶] حاکی از اثربخشی درمان هیجان مدار بر تنظیم هیجانی بوده است، حسن آبادی، مجرد و سلطانی فر [۱۷] نیز در بررسی اثربخشی درمان هیجان مدار بر سازگاری زناشویی دریافتند که این

جدول ۱. دیاگرام پژوهش

گروه‌ها	انتخاب نمونه	پیش آزمون	متغیر مستقل	پس آزمون
آزمایش	داوطلبانه (گمارش تصادفی)	T _۱	X _۱	T _۲
کنترل	داوطلبانه (گمارش تصادفی)	T _۲	-	T _۲

جدول ۲. خلاصه جلسات درمان هیجان مدار

جلسات	محتوا
۱	آشنایی کلی با اعضا، معرفی درمانگر، آشنایی اعضا جریان گروه و تشریح اهداف درمانی، آشنایی با مقررات جلسات و توافق بر سر زمان تشکیل جلسه، کشف علت آمدن اعضا و میزان تمایل آنها برای درمان، توجه به شکایات اعضا و تشخیص درست و درک شکوه های آنان، ارزیابی مشکلات ارتباط، صحبت مقدماتی درباره ی رویکرد هیجان مدار.
۲	ارزیابی و شناسایی سبک های دلبستگی و چرخه ی تعاملات منفی: مشخص نمودن تعاملاتی که در چرخه ی منفی روابط درون فردی و بین فردی وجود دارد. شناسایی سبک های دلبستگی در هر یک از اعضا، کشف موانع دلبستگی و درگیری های هیجانی، تعیین اهداف فردی و اهداف کلی اعضا، ایجاد یک موافقت درمانی بین اعضا و درمانگر
۳	تحلیل و درک هیجانها: تسهیل تعامل اعضا با یکدیگر و درمانگر، تاکید بر هیجانها و احساسات آسیب دیده، دسترسی به هیجانها ناشناخته و نهفته در موقعیت های تعاملی هیجانها، درک اعضا از هیجانها ثانویه خود در الگوهای تعاملی منفی
۴	تغییر درک و چارچوب بندی مجدد از هیجانها: برجسته سازی تجربه هیجانی، افزایش پذیرش و پاسخگویی اعضا، چارچوب بندی مجدد مشکلات بر اساس چرخه ی تعاملات هیجانها ناشناخته، چارچوب بندی مشکلات بر اساس نیازهای دلبستگی - دستیابی به معنای جدیدی از تجربیات.
۵	درک عمیق هیجانها: پذیرش احساسات تعریف نشده، شناسایی نیازهای دلبستگی انکار شده، تلفیق نیازها با تعاملات، کمک به خودافشایی بیشتر اعضا
۶	پذیرش هیجانی خود و همسر: گسترش تجربه های هیجانی هر یک از اعضا، افزایش پذیرش تجربه های همسر، تملک هیجانها، افزایش پذیرش پاسخ های تعاملی جدید، هماهنگ نمودن تشخیص درمانگر با زوجین
۷	تجربه هیجانی جدید از خود و همسر: ایجاد درگیری های هیجانی درون فردی و بین فردی، افزایش شناسایی نیازهای دلبستگی، تسهیل بیان نیازها و خواسته ها
۸	عمق بخشیدن به تجربه هیجانی خود: تمرکز بر روی خود و نه دیگری، چارچوب بندی مجدد نیازها و روابط، عمق بخشیدن به درگیری ها در درون هر عضو
۹	تحکیم و یکپارچه سازی هیجانی: بازسازی تعاملات و ارتباطات و تغییر رویدادها، درگیری بیشتر اعضا با خود و با یکدیگر، ارتقاء روش های جدید تعامل، کشف راه حل های جدید برای مشکلات قدیمی
۱۰	بازسازی تعاملات و ارتباطات درون فردی و بین فردی: درگیری صمیمانه اعضا به صورت درون فردی و بین فردی، حمایت از الگوهای سازنده ی تعامل، تحکیم وضعیت و پاسخ های جدید، خلاصه سازی و مرور مطالب جلسات

در یک پژوهش خارجی ۰/۸۵ گزارش شده است [۲۱]. در پژوهش رجیبی و همکاران، علاوه بر تأیید روایی محتوایی این مقیاس، اعتبار آن با روش ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۳ گزارش شده است [۲۲].

۳. مقیاس دشواری در تنظیم هیجان: این پرسشنامه در سال ۲۰۰۴ توسط گراتز و روئمر [۲۳] ساخته شده است که یک پرسشنامه ی ۳۶ آیتمی چندبعدی خودگزارشی است که الگوهای تنظیم هیجانی افراد را مورد ارزیابی قرار می دهد. پاسخ هر آزمودنی بر اساس طیف لیکرت ۵ درجه ای است (تقریباً هرگز = ۱ و تقریباً همیشه = ۵) در این پرسشنامه نمرات بالاتر، نشان دهنده دشواری های بیشتر در مقوله های تنظیم

تا ۱۵۱ و با جمع نمرات سوالات به دست می آید. افرادی که نمره ی آنها ۱۰۱ و یا کمتر باشد از نظر اسپاینر دارای مشکل سازگاری تلقی می شوند. اسپاینر پایایی کل مقیاس را با آلفای کرونباخ برابر با ۰/۹۶ گزارش کرد. در ایران نیز همسانی درونی این پرسشنامه از طریق آلفای کرونباخ برابر با ۰/۹۵ به دست آمد [۱۹].

۲. مقیاس ادراک طردشدگی: این مقیاس توسط مک دونالد و لیری ساخته شده است [۲۰]. دارای ۴ گویه است و بر اساس طیف لیکرتی هفت درجه ای از هرگز (۱ امتیاز) تا اغلب اوقات (۷ امتیاز) درجه بندی می شود و نمرات بالاتر به معنای احساس طردشدگی بیشتر است. ضریب پایایی این مقیاس

جدول ۳. شاخص‌های توصیفی متغیرها

متغیر / زمان	گروه آزمایش (N=۱۲)	گروه کنترل (n= ۱۲)
	میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)
ادراک پردشدگی	پیش‌آزمون	۲۲/۴۵ (۲/۳۴)
	پس‌آزمون	۲۲/۵۶ (۲/۰۲)
سازگاری زناشویی	پیش‌آزمون	۹۵/۷۸ (۲/۳۳)
	پس‌آزمون	۱۰۸/۶۶ (۳/۶۶)
تنظیم هیجانی	پیش‌آزمون	۹۷/۴۳ (۳/۱۹)
	پس‌آزمون	۷۱/۵۱ (۳/۷۵)

آزمایش و کنترل، گروه آزمایش با تعداد اعضای ۱۲ نفر توسط درمانگر، جهت اجرای درمان هیجان مدار، آغاز به کار کرد، پس از اتمام ۱۰ جلسه‌ی درمان، آزمون‌های مذکور از هر دو گروه مجدد گرفته شد و در نهایت به تجزیه و تحلیل اطلاعات پرداخته شد تا مشخص شود متغیر مستقل بر متغیرهای وابسته تأثیرگذار بوده است.

محتوای جلسات:

درمان هیجان مدار بر اساس پروتکل‌های موجود در کتاب مربیگری در درمان هیجان مدار گرینبرگ [۱۰] و کتاب درمان هیجان مدار گرینبرگ و گلدمن [۹] انتخاب و تنظیم شد:

یافته‌ها

میانگین سن و انحراف معیار شرکت‌کنندگان در این مطالعه در گروه آزمایش برابر با ۳۳/۶ و ۱/۶ و در گروه کنترل برابر با ۳۴/۴ و ۲/۰۴ بود. از نظر سطح تحصیلات در گروه آزمایش ۸/۳ درصد سیکل، ۳۳/۳ درصد دیپلم، ۵۰ درصد لیسانس و ۸/۳ درصد فوق لیسانس و در گروه کنترل ۱۶/۷ درصد سیکل، ۴۱/۷ درصد دیپلم، ۴۱/۶ درصد لیسانس داشتند.

قبل از اجرای آزمون تحلیل کوواریانس به بررسی پیش‌فرضهای اجرای تحلیل کوواریانس می‌پردازیم. نتایج آزمون کولموگروف-اسمیرنوف نشان می‌دهد که توزیع نمره ادراک پردشدگی، سازگاری زناشویی و تنظیم هیجانی ($P > ۰/۰۵$) نرمال می‌باشد. به‌منظور آزمون فرضیه پژوهش از تحلیل کوواریانس چند متغیری استفاده شد. در این تحلیل گروه (آزمایش و کنترل)

هیجان‌ها است. این پرسشنامه از شش خرده‌مقیاس تشکیل شده است. این خرده‌مقیاس‌ها عبارتند از: عدم پذیرش پاسخ‌های هیجان، دشواری‌ها در انجام رفتار هدفمند، دشواری کنترل تکانه، فقدان آگاهی هیجانی، دسترسی محدود به راهبردهای تنظیم هیجانی و فقدان شفافیت هیجانی. طبق نتایج منتشر شده توسط سازندگان هر شش خرده‌مقیاس پرسشنامه، آلفای کرونباخ بالای ۰/۸۰ داشتند و همچنین همبستگی معناداری با پرسشنامه پذیرش و عمل در دامنه ۰/۳۱ تا ۰/۷۳ داشتند. ویژگی‌های روانسنجی این پرسشنامه در ایران توسط بشارت [۲۴] مورد بررسی قرار گرفت. ضریب آلفای کرونباخ به دست‌آمده برای نمره کل پرسشنامه و خرده‌مقیاس‌های آن بین ۰/۶۸ تا ۰/۷۸ بود. همچنین روایی همگرایی پرسشنامه با اجرای همزمان آن با پرسشنامه‌های تنظیم شناختی هیجان، سلامت روان و فهرست عواطف مثبت و منفی مورد بررسی قرار گرفت که مقادیر همبستگی به دست آمده بین ۰/۴۳ تا ۰/۵۵ بودند و در سطح معناداری قرار داشتند. پس از اجرای پیش‌آزمون، آزمودنی‌های گروه آزمایش در معرض متغیر مستقل (درمان هیجان مدار) قرار گرفتند، اما در گروه کنترل مداخله‌های اعمال نشد. در پایان اجرای طرح، مجدداً از آزمودنی‌های هر دو گروه پس‌آزمون به عمل آمد.

روش اجرای پژوهش:

در این تحقیق، پس از انتخاب نمونه به‌صورت داوطلبانه و پر کردن پرسشنامه‌های مذکور و گمارش آن‌ها به دو گروه

جدول ۴ آزمون مفروضه‌ی برقراری همگنی ماتریس‌های واریانس-کوواریانس

نام آزمون	Df ^۱	Df ^۲	f	مقدار معناداری
ام باکس	۶	۵۰۰۸/۲۰۳	۰/۳۴۷	۰/۶۶۶

جدول ۵. نتایج تحلیل کوواریانس چند متغیره جهت مقایسه طردشدگی، سازگاری و تنظیم هیجانی دو گروه

نام آزمون	مقدار	Df فرضیه	Df خطا	مقدار f	مقدار معناداری
اثر پیلایی	۰/۶۰۷	۳	۲۱	۱۴/۲۳۳	۰/۰۰۰
لامبدای ویلکز	۰/۳۱۳	۳	۲۱	۱۴/۲۳۳	۰/۰۰۰
اثر هتلینگ	۱/۹۴۲	۳	۲۱	۱۴/۲۳۳	۰/۰۰۰
بزرگ‌ترین ریشه‌ی روی	۱/۹۴۲	۳	۲۱	۱۴/۲۳۳	۰/۰۰۰

جدول ۶. نتایج آزمون‌های اثرات بین آزمودنی‌ها جهت مقایسه طردشدگی، سازگاری و تنظیم هیجانی در دو گروه

شاخص آماری متغیر	مجموع مجذورات	درجه‌ی آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	مقدار معناداری
ادراک طردشدگی	۲۵۶/۱۳۳	۱	۲۵۶/۱۳۳	۴۵/۶۶۶	۰/۰۰۱
سازگاری زناشویی	۱۶۸/۰۳۳	۱	۱۶۸/۰۳۳	۴۰/۰۳۳	۰/۰۰۱
تنظیم هیجانی	۲۲۳/۶۶۶	۱	۲۲۳/۶۶۶	۴۲/۰۷۱	۰/۰۰۱

۶ نشان می‌دهد که بین آزمودنی‌های دو گروه در تمام متغیرها تفاوت معناداری وجود دارد ($p < ۰/۰۰۱$). با توجه به شاخصهای توصیفی موجود در جدول ۳ این تفاوت به‌گونه‌ای است که در متغیر احساس طردشدگی و دشواری در تنظیم هیجان میانگین نمرات پس‌آزمون گروه آزمایش به‌طور معناداری از میانگین گروه کنترل کمتر و در متغیر سازگاری زناشویی میانگین نمرات پس‌آزمون گروه آزمایش به‌طور معناداری از میانگین گروه کنترل بیشتر می‌باشد.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر به منظور بررسی اثربخشی درمان هیجان مدار بر کاهش احساس طردشدگی، افزایش سازگاری زناشویی و بهبود تنظیم هیجانی در زنان آسیب دیده از خشونت خانگی انجام شد. نتایج پژوهش نشان داد که این درمان بر کاهش احساس طردشدگی، افزایش سازگاری زناشویی و بهبود تنظیم هیجانی در شرکت کنندگان موثر بوده است. این یافته‌ها

به‌عنوان عامل بین آزمودنی، نمرات آزمودنی‌ها در متغیرهای ادراک طردشدگی، سازگاری زناشویی و تنظیم هیجانی در مرحله‌ی پیش‌آزمون به‌عنوان متغیرهای کنترل و نمرات پس‌آزمون آزمودنی‌ها در این متغیرها به‌عنوان متغیر وابسته وارد مدل شدند.

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد که نتایج آزمون باکس به لحاظ بالینی معنادار نبود ($p > ۰/۰۵$) و این به معنای برقراری مفروضه‌ی همگنی ماتریس‌های واریانس-کوواریانس می‌باشد. بنابراین استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیره بلامانع است.

نتایج جدول شماره ۵ نشان می‌دهد که بین دو گروه آزمایش و کنترل در متغیر وابسته‌ی ترکیبی، به‌عنوان متغیر وابسته حاصل شده، تفاوت معناداری وجود دارد، (اثر پیلایی = $۰/۶۰$ ، $(F(۳,۲۱) ۱۴/۲۳۳, p < ۰/۰۰۱)$.)

به‌منظور مقایسه‌ی دو گروه آزمایش و کنترل از جهت کنترل تک‌تک متغیرها، نتایج آزمون اثرات بین آزمودنی‌ها در جدول

سازماندهی خود می باشد و در این راستا، اساسی ترین سطح کارکرد هیجان، یک شکل انطباقی و سازگارانه از پردازش اطلاعات و آمادگی فرد است که به رفتار وی جهت داده و موجب بهزیستی روان شناختی اش می شود [۹].

همچنین بخش عمده ای از مداخله ها و تکنیک های درمان هیجان مدار بر این پایه هستند که دسترسی به هیجان ها و نیازهای زیربنایی آن را تسهیل کنند [۱۰ و ۲۵]. بر همین اساس در مداخله صورت گرفته سعی شد با استفاده از همدلی و اعتباربخشی دسترسی به هیجان ها تسهیل گردد و بر پایه افزایش وضوح هیجان ها، شرکت کنندگان بتوانند پاسخ های هیجانی خود را که مرتبط با نیازهای آنها است، به همسران خود ارائه کنند. علاوه بر این باید توجه کرد که در مداخله صورت گرفته تلاش بر این بود که دسترسی به هیجان ها و ارائه پاسخ های هیجانی در نهایت منجر به تجربه شفقت، بخشش و ارتقاء امنیت زوجین به یکدیگر باشد؛ بنابراین این احتمال وجود دارد که تجربه این موارد (بخشش، شفقت و احساس امنیت) بر انگیزه افراد جهت دسترسی و آشکار شدن هیجان ها و همچنین ارائه پاسخ های هیجانی اثرگذار بوده باشد.

در انتها لازم به یادآوری است که پژوهش حاضر با محدودیتهایی مواجه بود که بر تعمیم پذیری نتایج اثر میگذارد. عدم امکان انتخاب تصادفی آزمودنی ها، نگرش آزمودنی ها به آزمون مورد استفاده، میزان همکاری آن ها با پژوهشگر و میزان صداقت و علاقه ی آن ها به پایبندی و اجرای کامل موارد آموزشی از مواردی است که تقریباً از اراده و کنترل پژوهشگر خارج است و می تواند نتایج تحقیق را تحت تأثیر قرار دهد.

تشکر و قدردانی

دست اندرکاران این پژوهش بر خود لازم میدانند تا از شرکت کنندگان در پژوهش تشکر و قدردانی به عمل آورند. در پژوهش حاضر کلیه موازین اخلاقی رعایت شده و گزارش این پژوهش مورد تایید دانشگاه علوم پزشکی تربت حیدریه واقع شده است و به شماره ی IR.IAU.K.REG-1400/4 قابل پیگیری میباشد.

تضاد منافع

بدین وسیله نویسندگان اظهار می نمایند که هیچ گونه تضاد منافی در مطالعه ی حاضر وجود ندارد.

با نتایج پژوهش های پیشین [۱۲-۱۷] نیز همسو بوده است. در تبیین این یافته می توان گفت که درمان هیجان مدار با ایجاد تعاملات سازنده میان همسران و شناسایی الگوهای دلبستگی ایمن باعث رضایتمندی و صمیمیت بیشتر همسران می شود. این رویکرد بر تغییر رفتارهای دلبستگی به عنوان ابزاری برای بهبود روابط آشفته تمرکز می کند [۲۵]. همچنین در این رویکرد به شناسایی الگوهای ارتباطی، هیجانات، احساسات و تبادل سبک های دلبستگی همسران پرداخته می شود. الگوهای ارتباطی و تعاملی همسران تعیین کننده میزان اعتماد و صمیمیت آنان است؛ به بیان دیگر سبک تعاملی هیجانات متعارض و منفی نسبت به همسران را بیشتر می کند. در درمان هیجان محور با تأکید بر کشف و شناخت این سبک های تعاملی و جایگزینی ادراک جدید از سبک ارتباطی همسران و تمرکز بر دلبستگی، پذیرش و انعکاس عواطف مثبت، اعتماد همسران به پذیرش همدیگر و صمیمیت و سازگاری زناشویی بیشتر می شود [۲۶].

درمان هیجان محور همسران را تشویق می نماید تا در مورد هیجانات خود سخن بگویند و درباره آن بحث کنند؛ همچنین با تحلیل روابط بین فردی و شناسایی الگوهای ارتباطی میان همسران، در راستای بهبود تعاملات آنها و افزایش رضایتمندی همسران گام بر میدارد [۱۱]. رویکرد هیجان مدار برگرفته از این باور است که، هیجان سبب می شود که افراد با دنیای خودشان ارتباط برقرار کرده و با بازخورد لحظه به لحظه درباره چیزهای با اهمیت و قابل توجه انگیزه عمل را کسب نمایند. ابراز هیجان سبب بروز ویژگی های شخصیتی مانند قدرت پذیرش بالا و احساس کارایی می شود که نشان دهنده وجود مهارت های شناختی بین فردی مطلوب می باشد. بنابراین افرادی که بیشتر به ابراز هیجانات خود می پردازند از نظر شخصیتی، سازمان یافته و از نظر ذهنی متمرکز ترند و در نتیجه خستگی روانی کمتری خواهند داشت [۲۷].

درمان متمرکز بر هیجان، به عنوان یک رویکرد تجربی فرایندی، تلفیقی است از روش های درمانی گشتالتی و دیگر روش های انسان نگری که در چارچوب روابط متمرکز بر اشخاص مطرح شده است. استفاده از تکنیک هایی مانند شناسایی احساس های متناقض، قرار دادن بیماران در موقعیت گفتگوی صندلی خالی، آرام سازی، شکستن احساس ناقص بودن، توصیف حالت صدا و میزان بروز ناراحتی و آموزش فرایند انتقال در درمان متمرکز بر هیجان نیز موجب شده که بیماران عملکرد بهتری در موضوعات مرتبط با سازگاری داشته باشند. مسأله اصلی درمان متمرکز بر هیجان این است که هیجان بخش اساسی ساختار فرد است و عامل کلیدی برای

منابع

- ical handbook of emotion-focused therapy. Washington, DC: American Psychological Association; 2019.
- 10.Greenberg LS, Coaching in emotion focused therapy. Tehran: Arasbaran Pub; 2019. Translated by Arash Ramezani et al. [Persian]
- 11.Elliott R, Watson JC, Goldman RN, Greenberg LS. Learning emotion-focused therapy: The process-experiential approach to change. Tehran: Arasbaran Pub; 2019. Translated by Arash Ramezani et al. [Persian]
- 12.Zuccarini D, Johnson SM, Dalglish TL, Makinen JA. Forgiveness and reconciliation in emotionally focused therapy for couples: The client change process and therapist interventions. *Journal of Marital and Family Therapy*. 2013 Apr;39(2):148-62.
- 13.Meneses CW, Greenberg LS. Forgiveness and letting go in emotion-focused therapy, Washington, DC: American Psychological Association; 2019.
- 14.Davoudi R, Manshaee G, Golparvar M. Comparing the effectiveness of adolescent-centered mindfulness with cognitive behavioral therapy and emotion-focused therapy on emotion regulation among adolescents girl with Nomo-Phobia. *Journal of Health Promotion Management*. 2019 Sep 10;8(4):16-25. [Persian]
- 15.Yaghoubi R, Bayazi MH, Babaei M, Asadi J. Comparison of the Effectiveness of Emotion-Focused Therapy Group and Schema Group Therapy on the Difficulties in Emotion Regulation and Health Promoting Lifestyle of Obese Women. *International Journal of Health Studies*. 2020 Nov 25;6(4). [Persian]
- 16.Shameli L, Mehrabizadeh Honarmand M, Naa'mi A, Davodi I. The Effectiveness of Emotion-Focused Therapy on Emotion Regulation Styles and Severity of Obsessive-Compulsive Symptoms in Women with Obsessive-Compulsive
1. Krahé B. Violence against women. *Current opinion in psychology*. 2018 Feb 1;19:6-10.
2. World Health Organization., Violence against women. <http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>, 2018:8.
3. World Health Organization. Coronavirus disease (COVID-19): Violence against women [Internet]. 2020 [cited 2021 Jan. 14].
- 4.Ramezani S, Keramat A, Motaghi Z, MOHABAT PZ, Khosravi A. The relationship of sexual satisfaction and marital satisfaction with domestic violence against pregnant women. *INTERNATIONAL JOURNAL OF PEDIATRICS*. 2015 OCT, 3: 2(22): 951-958.
- 5.Ghahari S, Khademolreza N, Poya FS, Ghasemnejad S, Gheitarani B, Pirmoradi MR. Effectiveness of mindfulness techniques in decreasing anxiety and depression in women victims of spouse abuse. *Asian Journal of Pharmaceutical Research and Health Care*. 2016 Dec 21;9(1):28-33.
- 6.Pico-Alfonso MA, Echeburúa E, Martinez M. Personality disorder symptoms in women as a result of chronic intimate male partner violence. *Journal of Family Violence*. 2008 Oct;23(7):577-88.
- 7.Devries K, Watts C, Yoshihama M, Kiss L, Schraiber LB, Deyessa N, Heise L, Durand J, Mbwambo J, Jansen H, Berhane Y. Violence against women is strongly associated with suicide attempts: evidence from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence against women. *Social science & medicine*. 2011 Jul 1;73(1):79-86.
- 8.Gulati G, Kelly BD. Domestic violence against women and the COVID-19 pandemic: What is the role of psychiatry?. *International Journal of Law and Psychiatry*. 2020 Jul 1;71:101594.
- 9.Greenberg LS, Goldman RN, editors. Clin-

- Nursing & Midwifery, 2014, 24 (84): 61-70.
25. Greenberg LS, Goldman RN. Emotion-focused couples therapy: The dynamics of emotion, love, and power. Tehran, Virayesh Pub, 2019. Translated by Arash Ramezani et al. [Persian]
26. Greenberg L. S. Theory of functioning in emotion-focused therapy. In L. S. Greenberg & R. N. Goldman (Eds.), Clinical handbook of emotion-focused therapy. American Psychological Association, 2019.
27. Woldarsky Meneses, C., & McKinnon, J. M. Emotion-focused therapy for couples. In L. S. Greenberg & R. N. Goldman (Eds.), Clinical handbook of emotion-focused therapy. American Psychological Association. 2019.
- sive Disorder. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology. 2019 Feb 10;24(4):356-69. [Persian]
17. Hassanabadi H, Mojarad S, Soltanifar A. Evaluation of the effectiveness of emotion-focused therapy (EFT) on marital adjustment and positive emotions of couples in extramarital relationships. Clinical Psychology and Counseling Research, 2012, 1(2):25-38. [Persian]
18. Spanier GB. Measuring dyadic adjustment: New scales for assessing the quality of marriage and similar dyads. Journal of Marriage and the Family. 1976 Feb 1:15-28.
19. Molazadeh j, Mansour M, Ejei J, Kiamanesh A. Coping styles and marital adjustment in Shahed children. Journal of Psychology, 2002, 6: 255-275. [Persian]
20. MacDonald G, Leary MR. Why does social exclusion hurt? The relationship between social and physical pain. Psychological bulletin. 2005; 131(2):202-223.
21. Penhaligon NL, Louis WR, Restubog SL. Emotional anguish at work: The mediating role of perceived rejection on workgroup mistreatment and affective outcomes. Journal of Occupational Health Psychology. 2009; 14(1):34-45.
22. Rajabi A, Kazemian S, Esmali M. Prediction of perceived rejection based on early maladaptive schema at active and inactive elderly. Iranian Journal of Geriatric Nursing. 2016; 2(2):71-83. [Persian]
23. Gratz KL, Roemer L. Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. Journal of psychopathology and behavioral assessment. 2004 Mar;26(1):41-54.
24. Ma B. Psychometric properties of the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire in a sample of Iranian population. Advances in