Journal of Nurse and Physician within War/Autumn 2022/ Tenth Year

ISSN: 2645-3940 DOI: 10.29252/npwjm.10.36.6

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

Abstract

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

Article Info

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

[Downloaded from npwjm.ajaums.ac.ir on 2026-11-10]

[DOI: 10.29252/npwjm.10.36.6]

فصلنامه پرستار و پزشک در رزم/ پاییز ۱۴۰۱ / سال دهم

سخن آغازین DOI: 10.29252/npwjm.10.36.6 ISSN: 2645-3940

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

چکیده **اطلاعات مقاله**

مقدمه: هدف از پژوهش حاضر، بررسی اثربخشی درمان هیجان مدار بر احساس طردشدگی، 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 طردشدگی، 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 طردشدگی و افزایش سازگاری زناشویی و بهبود تنظیم هیجانی در شرکت کنندگان گروه ازمایش موثر بوده است ($P<۰/۰۱$).

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 طردشدگی، سازگاری زناشویی، تنظیم هیجانی، خشونت خانگی

فاطمه معینی[۱]
نوید حسینی آرین[*۲]
تینا کرباسی[۳]
حسن توزنده جانی[۴]
امیرمحسن راه نجات[۵]
وحید دنیوی[۶]

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، نبش فرامرز عباسی ۳۴پلاک ۵۴۴، کد پستی: ۹۱۹۷۹۴۶۷۹۳، شماره تلفن: ۰۹۳۵۹۶۹۹۵۰۸،
f.r.moeeni86@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

[Downloaded from npwjm.ajaums.ac.ir on 2026-11-10]

[DOI: 10.29252/npwjm.10.36.6]

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 اگاهانه 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 خشونت‌آمیز و سلطه گرانه یک عضو خانواده علیه عضو یا اعضای دیگر همان خانواده است. بر اساس مطالعات جامعه‌شناسی، هدف اصلی خشونت خانگی کودکان خردسال هستند. دومین نوع خشونت معمول در خانواده، خشونت علیه زنان است. خشونت درون خانواده بازتاب الگوهای کلی‌تر رفتار خشن است. بسیاری از مردانی که زنان و کودکانشان را از نظر فیزیکی مورد تعرض قرار می‌دهند، سابقه خشونت در زمینه‌های دیگر را نیز دارند. پذیرش فرهنگی شکل‌هایی از خشونت خانگی مانند تنبیه بدنی از عواملی است که میزان خشونت خانگی را افزایش می‌دهد. 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 می‌کند 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. رمضانی 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 بین‌فردی و نحوه تبدیل آن‌ها به الگوها و چرخه‌های 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 می‌شد، اما از مفاهیم آن در خانواده‌درمانی یا به صورت فردی نیز استفاده می‌شود. به طور کلی، هدف درمان هیجان مدار، هدایت افراد به سوی آن چیزی است

[Downloaded from npwjm.ajaums.ac.ir on 2026-11-10]

[DOI: 10.29252/npwjm.10.36.6]

کـه «دلبسـتگی ایمـن» خوانـده می‌شـود [۹].
فرضیـه ی اساسـی ایـن رویکـرد ایـن اسـت کـه تـا زمانـی کـه هـر یـک از همسـران نتواننـد نیازهـای دلبسـتگی خـود را در حیطـه هـای رضایتمنـدی و امنیـت بـا یکدیگـر در میـان بگذارنـد، تعارضات زناشـویی آشـکار مـی شـود. در ایـن روش، تـلاش می‌شـود تـا فـرد توانایـی تنظیـم هیجـان خـود را بـه دسـت آورد تـا از ایـن طریـق بتوانـد احسـاس امنیـت، حمایـت و آسـایش را در دیگـری ایجـاد کنـد. بـه بیـان دیگـر، فـرد بـا آموختـن خودتنظیمـی هیجـان، راه‌هـای جدیـد تعامـل بـا دیگـری را می‌آمـوزد کـه بـه نوبـه خـود سـبب برانگیختـه شـدن واکنش‌هـای جدیـد در طـرف مقابلـش می‌گـردد. درمـان هیجـان مـدار شـامل نُـه مرحلـه اسـت؛ در جلسـات ابتدایـی درمـان (چهـار مرحلـه اول)، روان‌درمانگـر نحـوه تعامـل افـراد بـا یکدیگـر را ارزیابـی می‌کنـد و بـه کاهـش اختـلاف نظرهـای موجـود میـان آن‌هـا کمـک می‌کنـد. در مراحـل میانـی درمـان (مراحـل پنـج، شـش و هفـت)، درمانگـر و زوج بـا یکدیگـر همـکاری می‌کننـد تـا راه‌هایـی را بـرای ایجـاد روابـط جدیـد و مسـتحکم‌تر پیـدا کننـد. در ادامـه، تغییراتـی کـه در رابطـه زوج ایجـاد شـده‌اند، تثبیـت می‌شـوند [۱۰ و ۱۱].
مطالعـات بسـیاری در زمینـه ی تاثیـر درمـان هیجـان مـدار بـر متغیرهـای گوناگـون صـورت گرفتـه اسـت. یافتـه هـای زاکارینـی و همـکاران [۱۲] نشـان مـی دهـد زوج درمانـی هیجـان مـدار بـر بخشـش و آشـتی همسـران و ایجـاد همبسـتگی عاطفـی بیـن آنـان مؤثـر اسـت. همچنیـن منسـس و گرینبـرگ [۱۳] در پژوهشـی اثربخشـی زوج درمانـی هیجـان مـدار را در تسـهیل بخشـودگی و حـل آسـیب هـای هیجانـی همسـران، ازجملـه خشـم و رنجـش ناشـی از خیانـت، تـرک یـا توهیـن بررسـی کـرده انـد. برخـی از پژوهـش هـا نیـز بـه بررسـی اثربخشـی درمـان هیجـان مـدار بـر تنظیـم هیجانـی پرداختـه انـد، بـرای مثـال پژوهـش هـای داوودی، منشـئی و گلپـرور [۱۴]، یعقوبـی، بیاضـی، بابائـی و اسـدی [۱۵] و شـاملی، مهرابـی زاده هنرمنـد، نعامـی و داودی [۱۶] حاکـی از اثربخشـی درمـان هیجـان مـدار بـر تنظیـم هیجانـی بـوده اسـت، حسـن آبـادی، مجـرد و سـلطانی فـر [۱۷] نیـز در بررسـی اثربخشـی درمـان هیجـان مـدار بـر سـازگاری زناشـویی دریافتنـد کـه ایـن درمـان بـر بهبـود سـازگاری زناشـویی اثـر مطلوبـی داشـته اسـت. بـر ایـن اسـاس پژوهـش حاضـر بـه دنبال پاسـخ این پرسـش است کـه آیـا درمـان هیجـان مـدار بـر کاهـش احسـاس طردشـدگی و بهبـود تنظیـم هیجانـی و سـازگاری در زنـان آسـیب دیده از خشـونت خانگـی موثـر اسـت؟

روش کار

ایـن مطالعـه یـک مطالعـه ی شـبه آزمایشـی بـا پیـش آزمـون و پـس آزمـون و گـروه کنتـرل بـود. جامعهـی هـدف مطالعهـی حاضـر تمامـی زنـان ۲۰ تـا ۴۰ سـال آسـیب دیـده از خشـونت خانگـی مراجعـه کننـده بـه کلینیـک هـای روانشناسـی و مشـاوره و مراکـز پزشـکی قانونـی در شـهر مشـهد بودنـد. ۲۴ نفـر بـه شـیوه ی نمونـه گیـری داوطلبانـه انتخـاب شـده و بـه صـورت تصادفـی بـه دو گـروه آزمایـش و کنتـرل تقسـیم شـدند. ملاکهـای ورود افـراد بـه پژوهـش عبـارت بودنـد از: سـن بیـن ۲۰ تـا ۴۰ سـال، متاهـل بـودن، سـابقه ی آسـیب از طریـق خشـونت از طـرف همسـر، حداقـل تحصیـلات سـیکل، شـرکت نکـردن در جلسـات فـردی و گروهـی درمانهـای روانشـناختی بـه صـورت همزمـان، سـکونت در شـهر مشـهد، داشـتن علاقـه و توانایـی بـرای شـرکت در برنامـه ی آموزشـی، رضایـت داشـتن بـرای شـرکت در گـروه. همچنیـن مـلاک خـروج شـامل غیبـت بیـش از یـک جلسـه در جلسـات گـروه، مصـرف مـواد مخـدر یـا داروهـای روانپزشـکی و ابتـلاء بـه بیمـاری هـای مزمـن جسـمانی دیگـر یـا اختـلالات روانشـناختی مزمـن دیگـر بـود.

ابزار پژوهش:

بـرای جمـع آوری داده‌هـا از پرسـش‌نامه‌های زیـر اسـتفاده شـده اسـت:
۱. پرسشـنامه سـازگاری زناشـویی (DAS): ایـن مقیـاس در سـال ۱۹۷۶ توسـط اسـپاینر [۱۸] سـاخته شـد؛ دارای ۳۲ سـال اسـت و بـه کیفیـت رابطـه زناشـویی یـا روابـط دونفـری مشـابه مـی پـردازد. بـا اسـتفاده از نتایـج ایـن مقیـاس امـکان تمایـز زوج هـای سـازگار و ناسـازگار از جملـه کسـانی کـه احتمـال اقـدام بـه طـلاق در آنهـا بیشـتر اسـت فراهـم مـی شـود. نمـره کلـی ایـن مقیـاس از صفـر

جدول۱. دیاگرام پژوهش

گروه‌ها	انتخاب نمونه	پیش‌آزمون	متغیر مستقل	پس‌آزمون
آزمایش	داوطلبانه (گمارش تصادفی)	T_1	X_1	T_2
کنترل	داوطلبانه (گمارش تصادفی)	T_2	-	T_2

[Downloaded from npwjm.ajaums.ac.ir on 2026-11-10]
[DOI: 10.29252/npwjm.10.36.6]

جدول ۲. خلاصه جلسات درمان هیجان مدار

جلسات	محتوا
۱	آشنایی کلی با اعضا، معرفی درمانگر، آشمایی 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 انها 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 هیجانات: تسهیل تعامل اعضا با یکدیگر و درمانگر، تاکید بر هیجانات و احساسات آسیب دیده، دسترسی به هیجانات ناشناخته و نهفته در موقعیت های تعاملی هیجانات، درک اعضا از هیجانات ثانویه خود در الگوهای تعاملی منفی
۴	تغییر درک و چارچوب بندی مجدد از هیجانات: برجسته سازی تجربه هیجانی، افزایش پذیرش و پاسخگویی اعضا، چارچوب بندی مجدد مشکلات بر اساس چرخه ی تعاملات هیجانات ناشناخته، چارچوب بندی مشکلات بر اساس نیازهای دلبستگی- دستیابی به معنای جدیدی از تجربیات.
۵	درک عمیق هیجانات: 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 هیجانات، 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

تـا ۱۵۱ و بـا جمـع نمـرات سـوالات بـه دسـت مـی آیـد. افـرادی کـه نمـره ی آنهـا ۱۰۱ و یـا کمتـر باشـد از نظـر اسـپاینر دارای مشـکل سـازگاری تلقـی مـی شـوند. اسـپاینر پایایـی کل مقیـاس را بـا الفـای کرونبـاخ برابـر بـا ۰/۹۶ گـزارش کـرد. در ایـران نیـز همسـانی درونـی ایـن پرسشـنامه از طریـق الفـای کرونبـاخ برابـر بـا ۰/۹۵ بـه دسـت آمـد [۱۹].

۲. مقیـاس ادراک طردشـدگی: ایـن مقیـاس توسـط مـک دونالـد و لیـری سـاخته شـده اسـت [۲۰]. دارای ۴ گویـه اسـت و بـر اسـاس طیـف لیکرتـی هفـت درجـه ای از هرگـز (۱امتیـاز) تـا اغلـب اوقـات (۷امتیـاز) درجـه بنـدی مـی شـود و نمـرات بالاتـر بـه معنـای احسـاس طردشـدگی بیشـتر اسـت. ضریـب پایایـی ایـن مقیـاس در یـک پژوهـش خارجـی ۰/۸۵ گـزارش شـده اسـت [۲۱]. در پژوهـش رجبـی و همـکاران، عـلاوه بـر تأییـد روایـی محتوایـی ایـن مقیـاس، اعتبـار آن بـا روش ضریـب آلفـای کرونبـاخ ۰/۸۳ گـزارش شـده اسـت [۲۲].

۳. مقیـاس دشـواری در تنظیـم هیجـان: ایـن پرسشـنامه در سـال ۲۰۰۴ توسـط گراتـز و روئمـر [۲۳] سـاخته شـده اسـت کـه یـک پرسشـنامه ی ۳۶ آیتمـی چندبعـدی خودگزارشـی اسـت کـه الگوهـای تنظیـم هیجانـی افـراد را مـورد ارزیابـی قـرار مـی دهـد. پاسـخ هـر آزمودنـی بـر اسـاس طیـف لیکـرت ۵ درجـه ای اسـت (تقریبـاً هرگـز= ۱ و تقریبـا همیشـه=۵) در ایـن پرسشـنامه نمـرات بالاتـر، نشـان دهنـده دشـواری هـای بیشـتر در مقولـه هـای تنظیـم

[Downloaded from npwjm.ajaums.ac.ir on 2026-11-10]
[DOI: 10.29252/npwjm.10.36.6]

جدول۳. شاخص‌های توصیفی متغیرها

متغیر / زمان		گروه آزمایش (n=۱۲)	گروه کنترل (n= ۱۲)
		میانگین (انحراف معیار)	میانگین (انحراف معیار)
ادراک طردشدگی	پیش‌آزمون	۲۲/۴۵ (۲/۳۴)	۲۱/۸۰ (۱/۹۷)
	پس‌آزمون	۱۵/۶۷ (۲/۰۸)	۲۲/۵۶ (۲/۰۲)
سازگاری زناشویی	پیش‌آزمون	۹۵/۷۸ (۲/۳۳)	۹۴/۴۵ (۲/۱۰)
	پس‌آزمون	۱۰۸/۶۶ (۳/۶۶)	۹۶/۳۳ (۲/۸۱)
تنظیم هیجانی	پیش‌آزمون	۹۷/۴۳ (۳/۱۹)	۹۳/۶۱ (۳/۱۱)
	پس‌آزمون	۷۱/۵۱ (۳/۷۵)	۹۵/۰۶ (۳/۴۳)

هیجان ها است. این پرسشنامه از شش خرده مقیاس تشکیل شده است. این خرده مقیاس ها عبارتند از: عدم پذیرش پاسخ های هیجان، دشواری ها در انجام رفتار هدفمند، دشواری کنترل تکانه، فقدان آگاهی هیجانی، دسترسی محدود به راهبرهای تنظیم هیجانی و فقدان شفافیت هیجانی. طبق نتایج منتشر شده توسط سازندگان هر شش خرده مقیاس پرسشنامه، آلفای کرونباخ بالای ۰/۸۰ داشتند و همچنین همبستگی معناداری با پرسشنامه پذیرش و عمل در دامنه ۰/۳۱ تا ۰/۷۳ داشتند. ویژگی های روانسنجی این پرسشنامه در ایران توسط بشارت [۲۴] موردبررسی قرار گرفت. ضریب آلفای کرونباخ به دستآمده برای نمره کل پرسشنامه و خرده مقیاسهای آن بین ۰/۶۸ تا ۰/۷۸ بود. همچنین روایی همگرایی پرسشنامه با اجرای همزمان آن با پرسشنامه های 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 مداخلهای اعمال نشد. در پایان اجرای طرح، مجددا 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 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 درنهایت به تجزیهوتحلیل اطلاعات پرداخته شد تا مشخص شود متغیر مستقل بر متغیرهای وابسته تأثیرگذار بوده است.

محتوای جلسات:

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

یافته ها

میانگین سن و انحراف معیار شرکت کنندگان 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، ۴۱/۷درصد 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 طردشدگی، 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)

[Downloaded from npwjm.ajaums.ac.ir on 2026-11-10]
[DOI: 10.29252/npwjm.10.36.6]

جدول ۴ آزمون مفروضه‌ی برقراری همگنی ماتریس‌های واریانس-کوواریانس

نام آزمون	Df۱	Df۲	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

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 وابسته ی ترکیبی، به‌عنوان متغیر وابسته حاصل شده، تفاوت معناداری وجود دارد، (اثر پیلایی= ۰/۶۰، $F(۳,۲۱ \ ۱۴/۲۳, p<۰/۰۰۱)$=).

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

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 یافته ها

[Downloaded from npwjm.ajaums.ac.ir on 2026-11-10]

[DOI: 10.29252/npwjm.10.36.6]

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 کنندهٔ 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 دربارهٔ 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 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 درنهایت 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 آزمودنی‌ها، نگرش آزمودنی‌ها به آزمون مورد استفاده، میزان همکاری آن‌ها با پژوهشگر و میزان صداقت و علاقه‌ی آن‌ها به پایبندی و اجرای کامل موارد آموزشی از مواردی است که تقریباً از اراده و کنترل پژوهشگر خارج است و می‌تواند 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 منافعی در مطالعه ی حاضر وجود ندارد.

[Downloaded from npwjm.ajaums.ac.ir on 2026-11-10]

[DOI: 10.29252/npwjm.10.36.6]

منابع

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. Clinical 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, Dalgleish 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-Compul-

[Downloaded from npwjm.ajaums.ac.ir on 2026-11-10]

[DOI: 10.29252/npwjm.10.36.6]

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, Esmaeli 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. Psychometri properties of the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire in a sample of Iranian population. Advances in 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.

[Downloaded from npwjm.ajaums.ac.ir on 2026-11-10]

[DOI: 10.29252/npwjm.10.36.6]