مجله علوم پزشکی رازی دوره ۳۱، شماره پیوسته ۱۷۴، ۱۳ بهمن ۱۴۰۳ https://doi.org/10.47176/rjms.31.174

مقاله پژوهشی

هیجان و امنیت روانی: بررسی اثربخشی درمان متمرکز بر هیجان بر احساس امنیت روانی و مولفه¬های آن در زنان درگیر خشونت خانگی

طاهره یارمحمدی: دانشجوی دکتری روانشناسی عمومی، گروه روانشناسی، واحد تربت جام، دانشگاه آزاد اسلامی، تربت جام، ایران

سعید تیموری: دانشیار، گروه روانشناسی، واحد تربت جام، دانشگاه آزاد اسلامی، تربت جام، ایران (* نویسنده مسئول) s.teimoori@iautj.ac.ir

علیرضا رجایی: دانشیار گروه روانشناسی، واحد تربت جام، دانشگاه آزاد اسلامی، تربت جام، ایران

چکیده

زمینه و هدف: رویکردهای روان درمانی از قبیل رویکرد درمانی هیجان‌مدار در درمان آشفتگی¬های زناشویی مؤثر هستند؛ لذا پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان متمرکز بر هیجان بر احساس امنیت روانی و مؤلفه¬های آن در زنان درگیر خشونت خانگی انجام شد.

روش کار: روش پژوهش شبه آزمایشی با طرح پس آزمون- پیش آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش را کلیه زنان درگیر خشونت خانگی مراجعه کننده به پزشکی قانونی شهرستان کاشمر در سال نیمه اول سال۱۴۰۰ تشکیل دادند. تعداد ۴۰ نفر از زنان درگیر خشونت خانگی به روش نمونه‌گیری در دسترس به عنوان نمونه پژوهش انتخاب و به تصادف در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند (هر گروه ۲۰ نفر). گروه آزمایش به مدت ۸ جلسه (هر جلسه یک ساعت به مدت ۴ هفته) تحت درمان متمرکز بر هیجان قرار گرفتند و گروه کنترل مداخله‌ای دریافت نکردند. ابزار پژوهش پرسش‌نامه احساس امنیت روانی مازلو (۲۰۰۴) بود که در پیش‌آزمون و پس‌آزمون تو سط آزمودنی‌ها تکمیل شد. اطلاعات جمع‌اوری شده با نرم‌افزار *SPSS-24* و تحلیل کواریانس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: نتایج نشان داد درمان متمرکز بر هیجان بر احساس امنیت روانی و مولفه‌های احساس امنیت روانی زنان درگیر خشونت خانگی موثر است به طوری که در متغیر «اطمینان به خود»، بعد از تعدیل اثر پیش آزمون‌ها، میزان تأثیر آموزش بر نمره‌های پس آزمون آن ۰/۲۰۷؛ در متغیر «احساس خشنودی» ۰/۴۱۸؛ در متغیر «سازگاری محیطی» ۰/۲۵۳ و متغیر «دید مردم نسبت به فرد» ۰/۳۶۹ می‌باشد.

نتیجه‌گیری: نتایج این تحقیق نشان داد که مداخله متمرکز بر هیجان تأثیر مثبت و معناداری بر احساس امنیت روانی و خرده‌مقیاس‌های آن در زنان درگیر خشونت خانگی دارد. این یافته‌ها بیانگر آن است که تمرکز بر هیجان‌ها و تنظیم آن‌ها می‌تواند به تقویت اطمینان به خود، افزایش احساس خشنودی، بهبود سازگاری محیطی و ارتقای نگرش مثبت دیگران نسبت به فرد کمک کند.

تعارض منافع: گزارش نشده است.

منبع حمایت‌کننده: حامی مالی ندارد.

کلیدواژه‌ها

درمان متمرکز بر هیجان،

احساس امنیت روانی،

خشونت خانگی

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۰۵/۱۴

تاریخ چاپ: ۱۴۰۳/۱۱/۱۳

شیوه استناد به این مقاله:

Yarmohammadi T, Teymouri S, Rajaei A. Emotion and Psychological Security: Investigating the Effectiveness of Emotion-Focused Therapy on the Feeling of Psychological Security and Its Components in Women Involved in Domestic Violence. Razi J Med Sci. 2025(1 Feb);31.174.

Copyright: ©2024 The Author(s); Published by Iran University of Medical Sciences. This is an open-access article distributed under the terms of the CC BY-NC-SA 4.0 (https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/deed.en).

*انتشار این مقاله به‌صورت دسترسی آزاد مطابق با CC BY-NC-SA 4.0 صورت گرفته است.

Razi Journal of Medical Sciences. 2025(1 Feb);31.174. https://doi.org/10.47176/rjms.31.174

Original Article

Emotion and Psychological Security: Investigating the Effectiveness of Emotion-Focused Therapy on the Feeling of Psychological Security and Its Components in Women Involved in Domestic Violence

Tahreh Yarmohammadi: PhD Candidate in General Psychology, Department of Psychology, Torbat-e Jam Branch, Islamic Azad University, Torbat-e Jam, Iran
Saeed Teymouri: Associate Professor, Department of Psychology, Torbat-e Jam Branch, Islamic Azad University, Torbat-e Jam, Iran (* Corresponding Author) s.teimoori@iautj.ac.ir
Alireza Rajaei: Associate Professor, Department of Psychology, Torbat-e Jam Branch, Islamic Azad University, Torbat-e Jam, Iran

Abstract

Background & Aims: Violence against women causes pain and suffering to the victims and their families and puts a burden on societies all over the world, which often happens in intimate relationships or between acquaintances. According to the report of the World Bank, domestic violence causes the loss of health of women aged 15-44 more than diseases such as breast and uterine cancer. World Health Organization statistics show that 16 to 25 percent of women are abused by their partners, and 28 percent of women in developed countries and 18 to 67 percent of women in developing countries are abused at least once. They have reported a body. Violence against women means any act of violence based on gender that causes or is likely to cause psychological, physical, suffering and harassment, and deprivation of women's freedom in public and private life. Prolonged exposure to life-threatening incidents, including domestic violence, is associated with the onset, continuation, and recurrence of mental disorders, and men and women with psychiatric disorders are at greater risk for Experiences are violent. Since domestic violence has many negative consequences, including physical consequences such as injury and psychological consequences such as depression, fear, anxiety, sexual disorders, and obsession, therefore, the lack of psychological security can be one of the consequences of domestic violence against women. Psychotherapy approaches such as emotion-oriented therapy approach are effective in treating marital disturbances; therefore, the present study was conducted to investigate the effectiveness of emotion-focused therapy on the feeling of psychological security and its components in women involved in domestic violence.
Methods: The research method was quasi-experimental with a post-test-pre-test design with a control group. The statistical population of the research consisted of all women involved in domestic violence who referred to the forensic medicine of Kashmar city in the first half of 2014. Some 40 women involved in domestic violence were selected as the sample of the study by available sampling method and randomly divided into two experimental and control groups (20 people in each group). The experimental group underwent emotion-focused therapy for 8 sessions (one hour each session for 4 weeks) and the control group did not receive any intervention. The research tool was Maslow's (2004) Sense of Psychological Security questionnaire, completed by the subjects in the pre-test and post-test. The collected information was analyzed using SPSS-24 software and covariance analysis.
Results: The results showed that emotion-focused treatment is effective on the feeling of psychological security and the components of the feeling of psychological security of women involved in domestic violence, so that in the "self-confidence"

Keywords
Emotion-Focused Therapy,
Feeling of Psychological Security,
Domestic Violence

Received: 04/08/2024
Published: 01/02/2025

variable, after adjusting the effect of pre-tests, the effect of training on post-test scores Its test is 0.207; in the "feeling of satisfaction" variable, 0.418; In the variable "environmental compatibility" it is 0.253 and the variable "view of people towards the individual" is 0.369. The adjusted averages of the post-test scores of the research variables are shown in Table No. 7. According to the observable findings in the covariance analysis test (Table 6) and the table of adjusted averages (Table No. 7), it is concluded that the emotion-focused intervention on the feeling of psychological security and its subscales in the women involved Domestic violence has been effective.

Conclusion: The results of this research showed that emotion-focused intervention has a positive and significant effect on the feeling of psychological security and its subscales in women involved in domestic violence. These findings indicate that focusing on emotions and regulating them can help to strengthen self-confidence, increase the feeling of satisfaction, improve environmental adaptation, and promote the positive attitude of others towards the individual. Emotion-focused group therapy is a short-term structured approach that focuses on communication disorders and inconsistencies and encourages people to talk about their emotions and discuss them. From the point of view of treatment focused on emotion, emotional tensions of people are created and continued by pervasive states of negative emotions and attachment injuries. Also, in explaining these results, it can be said that during emotion-focused therapy, people learn to express their feelings, thoughts, and oppositions honestly, in an appropriate manner and respecting the rights of others, aware of their emotions. People with a lack of psychological security in their interpersonal relationships with their spouses tend to show more negative and vulnerable communication, and when people try to solve the problem, they express the lowest level of empathy. This type of negative relationship reduces the use of constructive problem-solving strategies, therefore emotion-focused therapy through solving emotional and emotional problems improves constructive interactions and naturally increases the use of constructive self-expression strategies in people. An emotion-focused therapy group has been created to improve and balance emotions and relationships between people. The goal of group therapy focused on emotion is to help people adapt more appropriately to current problems and learn more effective communication methods.

Conflicts of interest: None
Funding: None

Cite this article as:
Yarmohammadi T, Teymouri S, Rajaei A. Emotion and Psychological Security: Investigating the Effectiveness of Emotion-Focused Therapy on the Feeling of Psychological Security and Its Components in Women Involved in Domestic Violence. Razi J Med Sci. 2025(1 Feb);31.174.

Copyright: ©2024 The Author(s); Published by Iran University of Medical Sciences. This is an open-access article distributed under the terms of the CC BY-NC-SA 4.0 (https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/deed.en).

*This work is published under CC BY-NC-SA 4.0 licence.

مقدمه

زنان درگیر خشونت خانگی به لحاظ مولفه‌های روان شناختی، هیجانی، زناشویی و به طور کلی کیفیت زندگی در وضعیت مطلوبی قرار ندارند (۱). خشونت علیه زنان باعث درد و رنج قربانیان و خانواده‌هایشان می‌شود و در سراسر جهان بارسنگینی بر جوامع می‌گذارد که اغلب در روابط صمیمی یا بین افراد شناخته‌شده با یکدیگر اتفاق می‌افتد (۲). بر اساس گزارش بانک جهانی، خشونت خانگی بیش از بیماری-هایی نظیر سرطان سینه و رحم و تصادف سبب از بین رفتن سلامتی زنان ۴۴-۱۵ ساله می‌شود (۳). آمار سازمان جهانی بهداشت بیانگر آن است که ۱۶ تا ۲۵ درصد زنان توسط شریک زندگی خود مورد خشونت واقع می‌شوند و ۲۸ درصد زنان در کشورهای توسعه یافته و ۱۸ تا ۶۷ درصد زنان کشورهای در حال توسعه حداقل یک بار آزار بدنی را گزارش کرده‌اند. خشونت علیه زنان به معنای هر عمل خشونت آمیز مبتنی بر جنسیت است که سبب بروز یا احتمال بروز آسیب‌های روانی، جسمانی، رنج و آزار و محرومیت زنان از آزادی در زندگی عمومی و خصوصی می‌شود (۴). قرار گرفتن طولانی مدت در معرض حوادث تهدیدکننده زندگی، از جمله خشونت خانگی، با شروع، تداوم و عود اختلال‌های روانی مرتبط است و مردان و زنان با اختلال‌های روانپزشکی در معرض خطر بیشتری برای تجربه خشونت هستند (۵). از آنجا که خشونت خانگی دارای پیامدهای منفی زیادی از جمله عواقب جسمانی مانند جراحت و عواقب روانی مانند افسردگی، ترس، اضطراب، اختلالات جنسی و وسواس می‌باشد. بنابراین، عدم احساس امنیت روانی می‌تواند یکی از پیامدهای خشونت خانگی علیه زنان باشد (۶). امنیت از نیازها و انگیزه‌های اساسی انسان است؛ به طوری که با زوال آن، آرامش‌خاطر انسان از بین می‌رود و تشویش، اضطراب و ناآرامی جای آن را می‌گیرد و مرتفع شدن بسیاری از نیازهای آدمی در گرو تأمین امنیت است؛ چنانکه مازلو (Mazlow) نیز در سلسله مراتب نیازها، احساس امنیت را بلافاصله پس از ارضای نیازهای اولیه قرار می‌دهد (۷). امنیت، پدیده‌ای چندبعدی است؛ اما خشونت خانگی واقعیت تلخی است که اغلب زنان آن را تجربه کرده‌اند و این امر همواره در طول تاریخ وجود داشته و سبب کاهش احساس امنیت زنان شده است. امروزه زنان در این زمینه حمایت‌های قانونی بیشتری دارند؛ اما هنوز خشونت خانگی بسیار رایج است؛ زیرا با وجود بهبود در وضعیت قانونی توسل به قانون برای زنان (که دچار خشونت خانگی می شوند) بسیار دشوار است و در بیشتر موارد، پلیس مداخله نکردن را ترجیح می دهد و به آرام کردن مشاجره اکتفا می کند (۸). در واقع، امنیت یعنی رفع خطر و رفع خطر یعنی استفاده بهینه از فرصت؛ بنابراین، باید چنین نتیجه گرفت که امنیت دو عنصر اساسی تهدید و فرصت دارد و برقراری امنیت منوط‌هایی نسبی از تهدید و بهره‌گیری بهینه از فرصت-هاست (۹). بر این اساس احساس امنیت روانی زنان، عبارت است از میزان آرامش خاطر ذهنی و روانی زنان دربارهٔ اینکه در زندگی روزمرهٔ خود چقدر در برابر خطرات احتمالی و خشونت علیه آنها در خانواده مصونیت دارند (۱۰).

با توجه به روند رشد خشونت در خانواده و تسری آن به تمام جنبه‌های زندگی اجتماعی، نقش محوری زنان در کلیهٔ ابعاد زندگی و اینکه پزشکان قانونی همه روزه با تعداد زیادی از زنان مصدوم شده و حتی در مواردی با اجساد آنان در تالار تشریح روبه‌رو می‌شوند بررسی این پدیده و علل آن به نظر اجتناب ناپذیر می‌رسد (۱۱). تأثیر خشونت، تنها به فردِ قربانی محدود نمی‌شود و بر افراد دیگر سازمان‌ها، نهادها و در نهایت کل جامعه تأثیر می‌گذارد. لذا ارائه راهکارهای درمانی جدید و مناسب مانند درمان متمرکز بر هیجان بر احساس امنیت روانی زنان درگیر خشونت خانگی ضروری است. شواهد پژوهشی نشان داده است که درمان متمرکز بر هیجان به واسطه این که به هر بعد هیجانی می‌پردازد، دارای اثربخشی بالایی برای درمان برخی اختلالات است (۱۲). در مان متمرکز بر هیجان توسط جانسون (Johnson) و گرینبرگ (Greenberg) (۱۹۸۵) ا بداع شده است (۱۳). رویکردی ساختار یافته کوتاه مدت (تقریباً بین ۸ تا ۲۰ جلسه) در زوج درمانی و خانواده درمانی است که بر پایه مفاهیم واضح و روشن از ناراحتی‌های زناشویی و عشق بزرگسالی بنا شده است. فرضیه اصلی درمان هیجان مدار این بوده که هیجان در ابتدای ساختن خود، پایه و اساس و عامل تعیین کننده‌ای برای خودسازماندهی است (۱۴). بنابراین

هدف درمان هیجان مدار این است که از طریق کمک به همسران برای دسترسی پیدا کردن به هیجانات اصلی و نیازهای زیربنایی واکنش‌های خودحمایتی در روابطشان، آنها تعاملات را بازسازی کرده و در نتیجه چرخه‌های جدیدی از درگیری رابطه‌ای را خلق کنند. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که رویکرد درمانی هیجان‌مدار در درمان آشفتگی‌های زناشویی مؤثر است. لذا در این تحقیق محققین بر آن شدند تا به این سوال پاسخ دهند که آیا درمان متمرکز بر هیجان بر احساس امنیت روانی و مؤلفه‌های آن در زنان درگیر خشونت خانگی تاثیر دارد؟

روش کار

پژوهش حاضر یک پژوهش شبه آزمایشی با طرح پس آزمون- پیش آزمون با گروه کنترل بود که در کمیسیون کد اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد تربت جام با کد اخلاق IR.IAU.TJ.REC.1400.001 به تصویب رسید. جامعه آماری پژوهش حاضر را از همه زنان متاهلی که در شش ماه اول سال ۱۴۰۰ به علت قرار گرفتن در معرض خشونت خانگی به پزشکی قانونی شهرستان کاشمر مراجعه کرده بودند، تشکیل می شد. بدین ترتیب پس از بررسی جامعه و روش‌های نمونه گیری، ۴۰ نفر از زنان اهل کاشمر که تجربه خشونت خانگی را داشتند، بر اساس معیارهای ورود و خروج و به روش نمونه‌گیری دردسترس انتخاب و به تصادف در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند (هر گروه ۲۰ نفر). در این مطالعه معیار های ورود عبارند بودند از: تمایل و رضایت آگاهانه به شرکت در پژوهش، سابقه تاهل بیش از ۵ سال، داشتن حداقل سواد پنجم ابتدایی، نداشتن سابقه بیماری روانی و جسمانی حاد، دامنه سنی بین ۲۰ تا ۴۰ بود و معیارهای خروج از تحقیق نیز شامل غیبت بیش از دو جلسه از حضور در جلسات، ابتلا به بیماری جسمانی و روانی حاد، عدم تمایل به ادامه درمان، شرکت در گروه‌های آموزشی دیگر به طور همزمان بود. ابزار سنجش و گردآوری داده‌ها در این مطالعه شامل موارد زیر بود:

پرسشنامه احساس امنیت روانی: پرسشنامه احساس امنیت روانی (فرم کوتاه) توسط مازلو (Maslow) (۲۰۰۴) طراحی و اعتباریابی شده است، پرسشنامه احساس امنیت روانی از ۱۸ گویه و ۴ خرده مقیاس اطمینان به خود، احساس ناخشنودی، ناسازگاری محیطی و دید مردم نسبت به فرد تشکیل شده است. این پرسشنامه توسط شمس و خلیجیان (۱۳۹۲) اعتباریابی شده است و ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۹ به دست آمده است. روش اجرای پژوهش بدین

جدول ۱- ساختار جلسات درمان متمرکز

جلسات	ساختار جلسات
اول	مصاحبه اولیه، گرفتن پیش آزمون، بیان قواعد و اهداف و تعداد جلسات و بستن قرارداد درمانی، تبیین و ارائه رویکرد هیجان مدار، ایجاد رابطه درمانی و ایجاد احساس امنیت، حمایت و درک شدن و پذیرفتن توسط درمانگر.
دوم	خلاصه سازی و بررسی تکلیف جلسه قبل، بحث و گفت و گو درباره رویداد اتفاق افتاده، تشویق شخص آسیب دیده برای توصیف رویداد رخ داده و بیان احساسات خود درباره این رویداد.
سوم	بحث تأثیر خیانت زناشویی بر دل بستگی ایمن توسط درمانگر، تشویق برای ابراز یکپارچه و کامل جراحت و آسیب ایجادشده توسط شخص آسیب دیده از خیانت.
چهارم	دسترسی به هیجانات دل بستگی، خلاصه سازی جلسه قبل، قاب بندی مجدد مشکل، افزایش آشنایی با نیازهای دلبستگی و جنبه هایی از خود طرد و انکارشده، بررسی عوامل مربوط به رابطه زناشویی در خیانت زناشویی.
پنجم	افزایش پذیرش شخص درقبال حادثه، ارتقای احساس نزدیکی با هیجانات طردشده.
ششم	تسهیل ابراز نیازها و خواسته ها، خلق رویدادهای پیونددهنده.
هفتم	ایجاد راه حل های جدید برای مشکلات قدیمی
هشتم	تحکیم جایگاه ها و چرخه های جدید رفتار دل بستگی، بررسی اظهارات شخص در میزان دستیابی به اهداف تعیین شده، مروری بر مداخلات صورت گرفته و جمع بندی و خاتمه درمان، ارائه بازخورد، اجرای پس آزمون.

صورت بود که بعد از کسب اجازه از ریاست پزشکی قانونی شهرستان کاشمر از بین کلیه زنان درگیر خشونت خانگی مراجعه کننده به این سازمان، تعداد ۴۰ زن به روش نمونه گیری دردسترس و داوطلبانه انتخاب و به تصادف در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند.

ابتدا هر دو گروه به ابزارهای پژوهش پاسخ دادند (پیش‌آزمون). سپس گروه آزمایش به مدت ۸ جلسه (هر جلسه یک ساعت به مدت ۴ هفته) تحت درمان متمرکز بر هیجان قرار گرفت و گروه کنترل مداخله‌ای دریافت نکرد. در پایان مجددا از هر دو گروه پس‌آزمون گرفته شد. از آزمون تحلیل کواریانس جهت تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS-24 استفاده شد.

یافته‌ها

یافته‌های حاصل از آزمون‌های آمار توصیفی نشان داد از میان ۴۰ نفر شرکت کننده تعداد ۶ آزمودنی بین ۲ تا ۲۵، ۱۴ نفر بین ۲۶ تا۳۰، ۹ نفر ۳۱ تا ۳۵، ۷ نفر ۳۶ تا۴۰ و ۴ نفر ۴۱ تا ۴۵ سال سن داشتند، بیشترین

جدول ۲- شاخص‌های توصیفی- نمرات پیش آزمون و پس آزمون امنیت روانی و خرده مقیاس آن

متغیرها	مرحله آزمون	آزمایش		کنترل	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
اطمینان به خود	پیش‌آزمون	۳/۳۶	۱/۶۱	۳/۴۰	۱/۵۹
	پس‌آزمون	۳/۷۲	۱/۳۰	۳/۳۷	۱/۵۸
احساس‌ناخشنودی	پیش‌آزمون	۱/۹۳	۰/۷۰	۱/۹۵	۰/۷۰
	پس‌آزمون	۱/۴۵	۰/۲۴	۱/۹۱	۰/۷۷
ناسازگاری محیطی	پیش‌آزمون	۲/۶۵	۱/۱۶	۲/۶۷	۱/۱۴
	پس‌آزمون	۲/۱۰	۱/۴۱	۲/۶۶	۱/۱۶
دید مردم نسبت به فرد	پیش‌آزمون	۱/۵۳	۱/۱۳	۱/۵۷	۱/۰۳
	پس‌آزمون	۰/۹۰	۰/۵۰	۱/۶۲	۱/۰۲
نمره کلی امنیت روانی	پیش‌آزمون	۹/۵۰	۱/۷۲	۹/۵۰	۱/۷۴
	پس‌آزمون	۸/۱۷	۱/۷۰	۹/۵۱	۱/۷۳

جدول ۳- آزمون شاپیرو-ویلک امنیت روانی و خرده مقیاس آن

متغیرها	مرحله آزمون	آزمایش		کنترل	
		آماره	سطح معنی‌داری	آماره	سطح معنی‌داری
اطمینان به خود	پیش‌آزمون	۰/۹۶۷	۰/۶۸۹	۰/۹۶۶	۰/۶۶۱
	پس‌آزمون	۰/۹۸۳	/۹۷۰	۰/۹۶۹	۰/۷۲۵
احساس‌ناخشنودی	پیش‌آزمون	۰/۹۶۱	۰/۵۶۲	۰/۹۶۴	۰/۶۲۹
	پس‌آزمون	۰/۹۹۰	۰/۹۹۸	۰/۹۵۶	۰/۴۵۸
ناسازگاری محیطی	پیش‌آزمون	۰/۸۷۸	۰/۰۱۷	۰/۸۶۵	۰/۰۱۰
	پس‌آزمون	۰/۹۵۸	۰/۵۱۰	۰/۸۷۸	۰/۰۱۶
دید مردم نسبت به فرد	پیش‌آزمون	۰/۹۸۷	۰/۹۹۳	۰/۹۶۶	۰/۶۶۳
	پس‌آزمون	۰/۹۰۸	۰/۰۶۰	۰/۹۶۷	۰/۶۸۲
نمره کلی امنیت روانی	پیش‌آزمون	۰/۹۵۸	۰/۵۰۳	۰/۹۵۱	۰/۳۸۴
	پس‌آزمون	۰/۹۴۵	۰/۳۰۱	۰/۹۵۵	۰/۴۴۲

افراد شـــرکت کننده در این پژوهش متعلق به افراد با محدوده سنی بین ۲۶ تا ۳۰ سال با ۳۵ درصد فراوانی است. همچنین مدت ازدواج شرکت کنندگان تعداد ۱۸ نفر بین ۵ تا ۱۰ ســال، ۸ نفر ۱۱ تا ۱۵ ســال، ۱۰ نفر ۱۶ تا ۲۰، ۴ نفر بین ۲۱ تا ۲۶ ســال بود که محدوده ســنی بین ۴۱ تا ۴۵ ســال دارای کمترین فراوانی با ۴ درصد است. بیشترین فراوانی مدت ازدواج افراد شرکت کننده متعلق به ۵ تا ۱۰ سال است. همچنین کمترین فراوانی مدت ازدواج متعلق به افراد بین ســنین ۲۱ تا ۲۵ سال است. بیشترین فراوانی میزان تحصیلات افراد شـرکت کننده پنجم ابتدایی اســت. همچنین کمترین فراوانی میزان تحصــیلات متعلق بالاتر از دیپلم اســت. جدول شـماره ۲، شـاخص‌های توصـیفی- نمرات پیش آزمون و پس آزمون متغیر امنیـت روانی و خرده مقیاس‌های را نشان می‌دهد. داده‌های جدول شماره ۲ نشـــان می‌دهد، میانگین نمره کلی امنیت روانی گروه آزمایش، در مرحله پس آزمون، به اندازه ۱/۳۳ نمره کاهش یافته اســـت. در مقابل در گروه کنترل تغییر چندانی نداشته است.

نتایج آزمون شاپیروویلک در جدول شماره ۳ نشان داد که ســـطوح معنی‌داری به دســـت آمده در مورد متغیرهای پژوهش به تفکیک گروه آزمایش و کنترل بیشـــتر از ۰/۰۵ می‌باشـــد. بنابراین پیش فرض برقرار است و اجرای آزمون‌های پارامتریک بلامانع می‌باشد.

در گام بعدی پیش‌شرط تساوی واریانس‌ها با استفاده از آزمون لوین بررســی شــد (جدول شــماره ۴). نتایج آزمون لوین در جدول شــماره ۴ نشــان می‌دهد که در مورد متغیرهای پژوهش سطح معنی‌داری به دست‌آمده بیشتر از ۰/۰۵ می‌باشد، بنابراین پیش شرط همگنی واریانس‌ها برقرار است.

علاوه بر مفروضـــه‌های نرمال بودن توزیع داده‌ها و همســـانی واریانس‌ها، یکی از مفروضـــه‌های ویژه برای اســـتفاده از تحلیل کوواریانس چند متغیره، همگنی ماتریس های واریانس- کوواریانس می باشـــد. این مفروضـه توسـط آزمون باکس بررسـی شـد. بر اسـاس نتایج آزمون باکس که در جدول ۵ آمده اسـت، سـطح معنی‌داری ام باکس بیشـتر از ۰/۰۵ می‌باشـد؛ بنابراین ماتریس کوواریانس‌ها همگن هستند؛ بنابراین از آزمون لامبدای ویلکس استفاده می‌شود.

داده‌های جدول شـماره ۶ نتایج آزمون چند متغیری را گزارش می‌کند. همانطور که مشـاهده می‌شـود، بعد تبدیل مقدار لامبدای ویلکس به شـــاخص F چند

جدول ۴- آزمون لوین امنیت روانی و خرده مقیاس آن

متغیرها	مرحله آزمون	آماره	درجه ۱	درجه ۲	سطح معنی‌داری
اطمینان به خود	پیش‌آزمون	۰/۰۰۴	۱	۳۸	۰/۹۵۱
	پس‌آزمون	۲/۱۶۷	۱	۳۸	۰/۱۴۹
احساس‌ناخشنودی	پیش‌آزمون	۰/۰۰۲	۱	۳۸	۰/۹۶۷
	پس‌آزمون	۰/۷۶۹	۱	۳۸	۰/۳۸۶
ناسازگاری محیطی	پیش‌آزمون	۰/۰۰۱	۱	۳۸	۰/۹۷۲
	پس‌آزمون	۵/۰۰۹	۱	۳۸	۰/۰۳۱
دید مردم نسبت به فرد	پیش‌آزمون	۰/۰۰۲	۱	۳۸	۰/۹۶۲
	پس‌آزمون	۲/۳۸۶	۱	۳۸	۰/۱۳۱
نمره کلی امنیت روانی	پیش‌آزمون	۰/۰۰۱	۱	۳۸	۰/۹۷۶
	پس‌آزمون	۴/۱۱۳	۱	۳۸	۰/۰۵۰

جدول ۵- آزمون باکس برای فرض همگنی ماتریس‌های واریانس ـ کوواریانس

ام باکس	F	درجه ۱	درجه ۲	سطح معنی‌داری
۴۵/۸۵۸	۴/۰۶۰	۱۰	۶۹۰۳/۵۸۶	۰/۱۴۰

متغیری، سطح معناداری F کمتر از ۰/۰۵ می‌باشد (P<۰/۰۵؛ ۵/۲۶۷ =(۳۱ و f(۴)، بنابراین مقدار F بدست آمده معنادار است که نشان می‌دهد اثر کلی گروه معنی‌دار است. از این‌رو، بین دو گروه آزمایش و کنترل حداقل در یکی از خرده مقیاس‌های احساس امنیت روانی تفاوت معنی‌دار وجود دارد.

در ادامه جهت تعیین اینکه این تاثیر کلی در کدام متغیر ها وجود دارد، نتایج تحلیل کووار یانس چند

جدول ۶- تحلیل کوواریانس چند متغیری مربوط به درمان متمرکز بر هیجان بر احساس امنیت روانی و خرده مقیاس‌های آن

نوع آزمون	منبع تغییرات	آماره	F	درجه آزادی مفروض	درجه آزادی خطا	مجذور اتا
اثر پیلایی	گروه	۰/۴۰۵	۵/۲۶۷	۴	۳۱	۰/۴۰۵
لامبدای ویکلز	گروه	۰/۵۹۵	۵/۲۶۷	۴	۳۱	۰/۴۰۵
اثر هاتلینگ	گروه	۰/۶۸۰	۵/۲۶۷	۴	۳۱	۰/۴۰۵
بزرگترین ریشه روی		۰/۶۸۰	۵/۲۶۷	۴	۳۱	۰/۴۰۵

جدول ۷- خلاصه نتایج تحلیل کوواریانس تأثیر درمان متمرکز بر خرده مقیاس‌های احساس امنیت روانی

متغیر	منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مربعات	آماره f	سطح معنی‌داری	مجذور اتا
اطمینان به خود	پیش‌آزمون	۱/۵۵۹	۱	۱/۵۵۹	۸/۸۷۲	۰/۰۰۵	۰/۲۰۷
	گروه	۱/۲۲۹	۱	۱/۲۲۹	۶/۹۹۵	۰/۰۱۲	۰/۱۷۱
	خطا	۵/۹۷۵	۳۴	۰/۱۷۶			
	کل	۹/۴۵۴	۳۹				
احساس خشنودی	پیش‌آزمون	۴/۷۹۷	۱	۴/۷۹۷	۲۴/۴۰۶	۰/۰۰۰	۰/۴۱۸
	گروه	۱/۲۲۹	۱	۱/۲۲۹	۹/۸۴۶	۰/۰۰۴	۰/۱۳۰
	خطا	۶/۶۸۳	۳۴	۰/۱۹۷			
	کل	۱۴/۶۴۹	۳۹				
سازگاری محیطی	پیش‌آزمون	۱۳/۸۴۳	۱	۱۳/۸۴۳	۱۱/۵۲۷	۰/۰۰۲	۰/۲۵۳
	گروه	۳/۳۷۶	۱	۳/۳۷۶	۲/۸۱۱	۰/۱۰۳	۰/۰۷۶
	خطا	۴۰/۸۳۱	۳۴	۱/۲۰۱			
	کل	۶۷/۳۹۴	۳۹				
دید مردم نسبت به فرد	پیش‌آزمون	۸/۳۵۵	۱	۸/۳۵۵	۱۹/۸۸۴	۰/۰۰۰	۰/۳۶۹
	گروه	۴/۹۶۳	۱	۴/۹۶۳	۱۱/۸۱۰	۰/۰۰۲	۰/۲۵۸
	خطا	۱۴/۲۸۷	۳۴	۰/۴۲۰			
	کل	۳۰/۰۳۷	۳۹				

جدول ۸- میانگین تعدیل شده متغیر امنیت روانی و خرده مقیاس‌های آن

متغیر	منبع	میانگین	انحراف استاندارد
اطمینان به خود	آزمایش	۳/۷۲۰	۰/۳۰۰
	کنترل	۳/۳۷۸	۰/۵۸۷
احساس خشنودی	آزمایش	۱/۴۵۹	۰/۲۴۰
	کنترل	۱/۹۱۶	۰/۷۷۶
سازگاری محیطی	آزمایش	۲/۱۰۲	۱/۴۱۹
	کنترل	۲/۶۶۶	۱/۱۶۸
دید مردم نسبت به فرد	آزمایش	۰/۸۹۳	۰/۴۹۱
	کنترل	۱/۶۲۵	۱/۰۲۸

متغیره و همچنین نتایج مربوط به میانگین نمره‌های تعدیل‌شده پس‌آزمون به ترتیب در جداول ۷ و ۸ ارایه شده است. همانطور که نتایج تحلیل کوواریانس در جدول شماره ۷ نشان داد، در متغیر «اطمینان به خود»، بعد از تعدیل اثر پیش آزمون‌ها، اثر آموزش بر نمره های پس آزمون ها معنی‌دار است (P<۰/۰۵ و f(۱و۳۴)= ۸/۸۷۲) میزان تأثیر آن نیز ۰/۲۰۷ می‌باشد. در متغیر «احساس خشنودی»، تأثیر آموزش بر نمره های پس‌آزمون ها معنی‌دار است (P<۰/۰۵ و f(۱و۳۴)= ۲۴/۴۰۶) میزان تأثیر آن نیز ۰/۴۱۸ می‌باشد. در متغیر « سازگاری محیطی»، تأثیر آموزش بر نمره‌های پس آزمون‌ها معنی‌دار است (P<۰/۰۵ و f(۱و۳۴)=۱۱/۵۲۷) میزان تأثیر آن نیز ۰/۲۵۳ می‌باشد. در متغیر «دید مردم نسبت به فرد»، تأثیر آموزش بر نمره های پس آزمون ها معنی‌دار است (P<۰/۰۵ و f(۱و۳۴)=۱۹/۸۸۴) میزان تأثیر آن نیز ۰/۳۶۹ می‌باشد.

میانگین‌های تعدیل شده نمرات پس آزمون متغیرهای پژوهش متغیرها در جدول شماره ۸ آمده است. با توجه به یافته های قابل مشاهده در آزمون تحلیل کوواریانس (جدول ۷) و جدول میانگین های تعدیل شده (جدول شماره ۸)، این گونه استنباط می‌شود که مداخله متمرکز بر هیجان بر احساس امنیت روانی در زنان درگیر خشونت خانگی است.

بحث

نتایج نشان داد که مداخله متمرکز بر هیجان بر احساس امنیت روانی و خرده مقیاس‌های آن (اطمینان به خود، احساس خشنودی، سازگاری محیطی، دید مردم نسبت به فرد) در زنان درگیر خشونت خانگی تأثیر معنی‌داری دارد. نتایج این تحقیق با نتایج تحقیقات ماینی (Mainey) و همکاران (۲۰۲۰) (۱۴) و کامات (Kamath) و همکاران (۲۰۲۲) (۴) همراستا بود. گروه درمانی متمرکز بر هیجان یک رویکرد ساختار یافته کوتاه مدت است و اختلالات و ناسازگاری‌های ارتباطی را مورد توجه قرار می‌دهد و فرد را تشویق می‌کند تا در مورد هیجانات‌شان صحبت کنند و آن را مورد بحث قرار دهند. از دیدگاه درمان متمرکز بر هجان، تنش های هیجانی افراد، توسط حالت های فراگیر از عاطفه منفی و آسیب های دلبستگی ایجاد می‌شود و ادامه پیدا می‌کند (۶). درمان متمرکز بر هیجان با افزایش عزت نفس، آشکار سازی و اصلاح ناهمخوانی در نحوه پیام‌رسانی افراد به همدیگر، اصلاح الگوهای ارتباطی و رشد انسانی باعث کاهش تنش های هیجانی و افزایش بکارگیری راهبردهای حل تعارض سازنده در افراد می‌گردد. همچنین درمان متمرکز بر هیجان، باعث افزایش توافق بین اشخاص می‌شود و با تمرکز بر رابطه عاطفی به رفع مشکل آنها می‌پردازد (۹). بنابراین می‌توان اذعان کرد که عدم احساس امنیت روانی، که بر پایه مشکلات هیجانی، ارتباط‌های نادرست و دلبستگی ناایمن در بین زوجین به وجود می‌آیند را به کمک گروه درمانی متمرکز بر هیجان می‌توان رفع کرد. همچنین در تبیین این نتایج می‌توان گفت در طی درمان متمرکز بر هیجان، افراد یاد می‌گیرند احساسات، افکار و مخالفت‌های خود را صادقانه، به‌گونه‌ای مناسب و با رعایت حقوق دیگران بیان کنند، از هیجانات خود آگاه شوند و به دور از خشم تعاملات خود را در روابط زناشویی بهبود بخشند (۱۱). افراد با عدم احساس امنیت روانی در روابط بین فردی خود با همسرشان تمایل دارند بیشتر ارتباطات منفی و آسیب‌پذیر را نشان دهند و زمانی که افراد سعی دارند مشکل را حل کنند پایین ترین سطح همدلی را ابراز می‌کنند. این نوع از روابط منفی استفاده از راهبردهای حل مسئله سازنده را کاهش می‌دهد، بنابراین درمان متمرکز بر هیجان از طریق حل مشکلات هیجانی و عاطفی باعث بهبود تعاملات سازنده و بالطبع افزایش استفاده از راهبردهای ابراز وجود سازنده در افراد می‌شود (۱۰). گروه درمانی متمرکز بر هیجان با هدف بهبود و متعادل سازی هیجانات و روابط بین افراد بوجود آمده است. هدف گروه درمانی متمرکز بر هیجان کمک به افراد برای سازگاری مناسب‌تر با مشکلات جاری و یادگیری روش‌های موثرتر ارتباط است (۱).

در تبیین کلی پژوهش حاضر، می‌توان گفت، در

گروه درمانی متمرکز بر هیجان، هیجانات دارای نقشی محوری در تعاملات افراد هستند. این رویکرد در مانی افراد را تشویق می‌کند تا در مورد هیجانات خود حرف زده، در مورد موضوع مرتبط در جلسات درمانی بحث کرده و هیجانات خود را بهتر بشناسند. این رویکرد درمانی بر بازسازی هیجانات به صورت پیوندهای دلبستگی ایمن بین افراد تأکید می‌کند (۵). پاسخ‌های هیجانی می‌توانند به برآورده شدن نیازهای فرد منجر شده و در نتیجه اساسی‌ترین هدف چنین درمانی بهبود آگاهی فرد از هیجانات می‌باشد. در جریان درمان متمرکز بر هیجان، در طول جلسات، از اعضای گروه خواسته می‌شود که در خصوص تجربه‌های قلدری خود یا دیگران صحبت کنند، احساسات‌شان را بیان کنند و مخالفت‌های خود را معقولانه نشان دهند، که در نهایت باعث کاهش رفتارهای قلدری و ابراز خشم و کنترل بیشتر هیجانات می شود (۷). از این رو می‌توان نتیجه گرفت درمان متمرکز بر هیجان بر احساس امنیت روانی و مولفه‌های آن در زنان درگیر خشونت خانگی موثر است.

محدودیت‌ها

از محدودیت‌های پژوهش می‌توان به نداشتن دوره پیگیری، محدود بودن نمونه آماری به تعداد ۴۰ نفر از زنان درگیر خشونت خانگی، مراجعه کننده به پزشکی قانونی شهرستان کاشمر و خودگزارشی بودن ابزار پژوهش اشاره کرد. لذا پیشنهاد می‌گردد در تحقیقات آتی این پژوهش ها ضمن داشتن دوره پیگیری با نمونه پژوهشی بزرگتری اجرا گردد تا به طور قوی‌تری معرف جامعه پژوهش بوده و تعمیم پذیری نتایج آسان‌تر و ممکن‌تر گردد. علاوه بر این موارد، پیشنهاد می‌شود با توجه به نتایج این تحقیقات چنین مداخلاتی در مراکز مشاوره و روان درمانی بیشتر مورد توجه و استفاده قرار گیرند.

نتیجه‌گیری

نتایج این تحقیق نشان داد که مداخله متمرکز بر هیجان تأثیر مثبت و معناداری بر احساس امنیت روانی و خرده‌مقیاس‌های آن در زنان درگیر خشونت خانگی دارد. این یافته‌ها بیانگر آن است که تمرکز بر هیجان‌ها و تنظیم آن ها می‌تواند به تقویت اطمینان به خود، افزایش احساس خشنودی، بهبود سازگاری محیطی و ارتقای نگرش مثبت دیگران نسبت به فرد کمک کند. این نتایج نشان می‌دهد که مداخلات مبتنی بر هیجان، به‌ویژه در شرایط حساس و آسیب‌زایی مانند خشونت خانگی، می‌توانند به‌عنوان یک روش مؤثر برای بهبود سلامت روانی و افزایش احساس امنیت روانی مورد استفاده قرار گیرند.

تقدیر و تشکر

این مقاله حاضر براساس پایان نامه دکتری تخصصی رشته روانشناسی عمومی مصوب در دانشگاه آزاد اسلامی تربت جام نوشته شده است. بدین سبب، پژوهشگران مراتب سپاس و قدردانی خود را از ریاست و معاونت پژوهشی محترم علمی دانشگاه آزاد اسلامی تربت جام و همچنین ریاست محترم پزشکی قانونی شهرستان کاشمر که ما را در انجام این مطالعه یاری نمودند و کلیه عزیزان محترم شرکت‌کننده در پژوهش و تمامی کسانی که ما را در اجرای این مطالعه یاری رساندند، ابراز می‌دارند.

ملاحظات اخلاقی

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه دکترا و زیر نظر کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد تربت جام و با کد اخلاقی به شناسه IR.IAU.TJ.REC.1400.001 انجام گرفته است.

مشارکت نویسندگان

سعید تیموری نگارش مقاله و علیرضا رجایی ویراستاری مقاله را برعهده داشتند و طاهره یارمحمدی داده‌ها را تجزیه، تحلیل و تفسیر کرد.

References

1. Corey J, Vallières F, Frawley T, De Brún A, Davidson S, Gilmore B. A Rapid Realist Review of Group Psychological First Aid for Humanitarian Workers and Volunteers. Int J Environ Res Public Health. 2021;18(4):1452.
2. Yang F, Oka T. The role of mindfulness and attachment security in facilitating resilience. BMC Psychol. 2022;10(1):69.
3. Daruwalla N, Kanougiya S, Gupta A, Gram L, Osrin D. Prevalence of domestic violence against women in informal settlements in Mumbai, India: a cross-sectional survey. BMJ Open. 2020;10(12):e042444.
4. Kamath A, Yadav A, Baghel J, Mundle S. Locked Down: Experiences of Domestic Violence in Central India. Glob Health Sci Pract. 2022;10(4):e2100630.
5. Johnson RD, Griffiths LJ, Cowley LE, Broadhurst K, Bailey R. Risk Factors Associated With Primary Care-Reported Domestic Violence for Women Involved in Family Law Care Proceedings: Data Linkage Observational Study. J Med Internet Res. 2023;25:e42375.
6. Laksono AD, Wulandari RD. Violence against Pregnant Women in Indonesia. Iran J Public Health. 2022;51(6):1265-1273.
7. Subhashchandra K, Selvaraj V, Jain T, Dutta R. Domestic violence and its associated factors among married women in urban Chennai: A cross-sectional study. J Family Med Prim Care. 2022;11(2):633-637.
8. Nishimura Y, Miyoshi T, Hagiya H, Otsuka F. Prevalence of psychological distress on public health officials amid COVID-19 pandemic. Asian J Psychiatr. 2022;73:103160.
9. Jeong J, Kim BJ, Lee J. The effect of job insecurity on knowledge hiding behavior: The mediation of psychological safety and the moderation of servant leadership. Front Public Health. 2023;11:1108881.
10. Eweida RS, Hamad NI, Abdo RAEH, Rashwan ZI. Cyberbullying among Adolescents in Egypt: A Call for Correlates with Sense of Emotional Security and Psychological Capital Profile. J Pediatr Nurs. 2021;61:e99-e105.
11. Zhu X, Zhu Y, Qi Z, Li R, Tan Y, Yang Z. Psychological status of medical security teams in Winter Olympic Games and Paralympics under COVID-19. Front Public Health. 2024;12:1308573.
12. Baldwin G, Beazley P. A systematic review of the efficacy of psychological treatments for people detained under the Mental Health Act. J Psychiatr Ment Health Nurs. 2023;30(4):600-619.
13. Colburn B, Johnston B. Palliative sedation: autonomy, suffering, and euthanasia. Curr Opin Support Palliat Care. 2023;17(3):214-218.
14. Mainey L, O'Mullan C, Reid-Searl K, Taylor A, Baird K. The role of nurses and midwives in the provision of abortion care: A scoping review. J Clin Nurs. 2020;29(9-10):1513-1526.