

اثربخشی زوج درمانی متمرکز بر خشونت خانگی بر احساس گناه، دلزدگی زناشویی و تنظیم هیجان در زنان آسیب دیده از خشونت خانگی شهر دزفول

مشخصات نویسندگان:



© ۱۴۰۵ تمامی حقوق انتشار این مقاله متعلق به نویسنده است.
انتشار این مقاله به صورت دسترسی آزاد مطابق با گواهی CC BY-NC 4.0 صورت گرفته است.

۱. محمدحسین سبزقبا: گروه روانشناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران
۲. فریبا حافظی*: گروه روانشناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران
۳. فاطمه سادات مرعشیان: گروه روانشناسی، واحد اهواز، دانشگاه آزاد اسلامی، اهواز، ایران

*پست الکترونیکی نویسنده مسئول: Dr.fariba.hafezi@iau.ac.ir

شیوه استناددهی: سبزقبا، محمدحسین، حافظی، فریبا، و مرعشیان، فاطمه سادات. (۱۴۰۵). اثربخشی زوج درمانی متمرکز بر خشونت خانگی بر احساس گناه، دلزدگی زناشویی و تنظیم هیجان در زنان آسیب دیده از خشونت خانگی شهر دزفول. *سنجش، ارزیابی و مداخلات زوج درمانی*، ۳(۲)، ۱-۲۰.

چکیده

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی زوج درمانی متمرکز بر خشونت خانگی بر احساس گناه، دلزدگی زناشویی و تنظیم هیجان در زنان آسیب دیده از خشونت خانگی شهر دزفول انجام شد. پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون-پس آزمون و گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل زنان آسیب دیده از خشونت خانگی مراجعه کننده به دو مرکز روان شناختی شهر دزفول در سال ۱۴۰۵ بود که از میان آنان ۳۰ نفر به روش نمونه گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در گروه آزمایش و کنترل، هر کدام ۱۵ نفر، گمارده شدند. گروه آزمایش زوج درمانی متمرکز بر خشونت خانگی مبتنی بر پروتکل استیس و همکاران را طی ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه ای هفتگی دریافت کرد، درحالی که گروه کنترل مداخله ای دریافت نکرد. داده ها با استفاده از پرسشنامه احساس گناه کوکلی و جونز، مقیاس دلزدگی زناشویی پاینز و پرسشنامه تنظیم هیجان گراس و جان گردآوری و با تحلیل کوواریانس چندمتغیره و تک متغیره در نرم افزار SPSS نسخه ۲۶ تحلیل شدند. نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیره نشان داد اثر کلی عضویت گروهی بر ترکیب متغیرهای وابسته معنادار بود ($F=240.55, p<0.001, \eta^2=0.95$). پس از کنترل نمرات پیش آزمون، تفاوت بین گروه آزمایش و کنترل در احساس گناه ($F=181.86, p<0.001, \eta^2=0.97$)، دلزدگی زناشویی ($F=382.12, p<0.001, \eta^2=0.93$) و تنظیم هیجان ($F=409.13, p<0.001, \eta^2=0.93$) معنادار بود. نتایج نشان داد مداخله موجب کاهش احساس گناه و دلزدگی زناشویی و بهبود تنظیم هیجان شد. زوج درمانی متمرکز بر خشونت خانگی می تواند به عنوان یک مداخله مؤثر برای کاهش احساس گناه و دلزدگی زناشویی و ارتقای تنظیم هیجان در زنان آسیب دیده از خشونت خانگی مورد استفاده قرار گیرد.

واژگان کلیدی: خشونت خانگی، زوج درمانی، احساس گناه، دلزدگی زناشویی، تنظیم هیجان.

Effectiveness of Domestic Violence-Focused Couple Therapy on Guilt, Marital Burnout, and Emotion Regulation in Women Victimized by Domestic Violence in Dezful



© 2026 the authors. This is an open access article under the terms of the CC BY-NC 4.0 License.

Authors' Information:

1. Mohammad Hossein Sabzeghaba: Department of Psychology, Ahv.C., Islamic Azad University, Ahvaz, Iran
2. Fariba Hafezi*: Department of Psychology, Ahv.C., Islamic Azad University, Ahvaz, Iran
3. Fatemeh Sadat Marashian: Department of Psychology, Ahv.C., Islamic Azad University, Ahvaz, Iran

Corresponding author's email: Dr.fariba.hafezi@iau.ac.ir

How to cite: Sabzeghaba, M. H., Hafezi, F., & Marashian, F. S. (2026). Effectiveness of Domestic Violence-Focused Couple Therapy on Guilt, Marital Burnout, and Emotion Regulation in Women Victimized by Domestic Violence in Dezful. *Couple Therapy Assessment, Evaluation, and Intervention*, 3(2), 1-20.

Abstract

This study aimed to determine the effectiveness of domestic violence-focused couple therapy on guilt, marital burnout, and emotion regulation among women victimized by domestic violence in Dezful. This quasi-experimental study employed a pretest-posttest control-group design. The statistical population consisted of women exposed to domestic violence who attended two psychological centers in Dezful in 2026. Thirty eligible participants were selected through convenience sampling and randomly assigned to an experimental group (n=15) or a control group (n=15). The experimental group received a domestic violence-focused couple therapy protocol adapted from Stith et al. in 12 weekly 90-minute sessions, whereas the control group received no intervention. Data were collected using the Kugler and Jones Guilt Inventory, Pines Marital Burnout Scale, and Gross and John Emotion Regulation Questionnaire. Multivariate and univariate analyses of covariance were conducted using SPSS version 26. Multivariate analysis of covariance demonstrated a significant overall group effect on the combined dependent variables (Wilks' $\lambda=0.031$, $F=240.55$, $p<0.001$, $\eta^2=0.95$). After controlling for pretest scores, significant between-group differences were found in guilt ($F=181.86$, $p<0.001$, $\eta^2=0.87$), marital burnout ($F=382.12$, $p<0.001$, $\eta^2=0.93$), and emotion regulation ($F=409.13$, $p<0.001$, $\eta^2=0.93$). The intervention significantly reduced guilt and marital burnout while improving emotion regulation among women in the experimental group. Domestic violence-focused couple therapy appears to be an effective intervention for reducing guilt and marital burnout and enhancing emotion regulation among women exposed to domestic violence and may therefore be incorporated into specialized psychological services for this population.

Keywords: Domestic Violence, Couple Therapy, Guilt, Marital Burnout, Emotion Regulation.

خشونت خانگی علیه زنان یکی از مهم‌ترین مسائل روان‌شناختی، خانوادگی و اجتماعی است که پیامدهای آن تنها به بروز آسیب جسمانی محدود نمی‌شود، بلکه می‌تواند ساختار هیجانی، شناختی و ارتباطی فرد را نیز به‌طور عمیق تحت تأثیر قرار دهد. زنان در معرض خشونت خانگی ممکن است در کنار تجربه مستقیم تهدید، تحقیر، کنترل‌گری، بی‌اعتمادی و تعارض مزمن، با مجموعه‌ای از پیامدهای روان‌شناختی مانند اضطراب، افسردگی، ناامیدی، احساس درماندگی، مشکلات ارتباطی، اختلال در تنظیم هیجان و کاهش کیفیت رابطه زناشویی مواجه شوند. پژوهش‌ها نشان داده‌اند که خشونت خانگی یک پدیده چندبعدی است که در بستر روابط نزدیک شکل می‌گیرد و تحت تأثیر عوامل فردی، بین‌فردی و محیطی قرار دارد؛ از این رو، پیامدهای آن نیز در سطوح مختلف عملکرد روانی و خانوادگی قابل مشاهده است. در پژوهشی که نقش طرحواره‌های هیجانی رابطه و ابعاد شخصیت در خشونت خانگی را بررسی کرده است، نشان داده شد که فرآیندهای هیجانی و ویژگی‌های فردی می‌توانند در شکل‌گیری و تداوم روابط خشونت‌آمیز نقش داشته باشند و بنابراین توجه به سازوکارهای هیجانی در مداخلات درمانی ضروری است (Masoudzadeh et al., 2021). همچنین، مطالعات انجام‌شده درباره زنان قربانی خشونت خانگی نشان داده‌اند که مواجهه مستمر با خشونت می‌تواند ظرفیت سازگاری روان‌شناختی را تضعیف کرده و الگوهای هیجانی منفی را تثبیت کند (Hervika et al., 2021). در همین راستا، خشونت علیه زنان در دوره‌های بحران‌های اجتماعی نیز می‌تواند تشدید شود و این امر ضرورت توجه نظام‌های سلامت روان به نیازهای خاص این گروه را افزایش می‌دهد (Gulati & Kelly, 2020). افزون بر این، بررسی‌های انجام‌شده در زمینه رابطه خشونت خانگی با پیامدهای سلامت زنان نشان داده‌اند که تجربه خشونت می‌تواند با ابعاد مختلف سلامت جسمی، روانی و حتی تصمیم‌های مرتبط با باروری ارتباط داشته باشد (Raifman et al., 2021). از این منظر، خشونت خانگی را باید مسئله‌ای در نظر گرفت که نه تنها ایمنی جسمانی زن، بلکه احساس امنیت، خودارزیابی، تنظیم هیجان و کیفیت پیوند زناشویی او را نیز تهدید می‌کند.

یکی از مهم‌ترین پیامدهای روان‌شناختی خشونت خانگی، شکل‌گیری یا تشدید احساس گناه است. احساس گناه از جمله هیجان‌های خودآگاه است که زمانی ایجاد می‌شود که فرد رفتار، تصمیم یا عملکرد خود را در ارتباط با یک استاندارد اخلاقی یا اجتماعی ارزیابی کند و خود را مسئول پیامد منفی بداند. در روابط خشونت‌آمیز، زنان ممکن است به تدریج مسئولیت رفتار خشونت‌آمیز همسر را به خود نسبت دهند و تصور کنند که رفتار، واکنش، سکوت یا تصمیم‌های آنان علت بروز خشونت بوده است. این فرایند می‌تواند تحت تأثیر تکرار سرزنش از سوی همسر، فشارهای خانوادگی و اجتماعی، باورهای سنتی و دشواری در خروج از رابطه تشدید شود. در چنین شرایطی، احساس گناه ممکن است از یک هیجان سازگارانه به یک الگوی پایدار خودسرزنشگری تبدیل شود. نتایج پژوهش خانی‌پور و همکاران نشان داده است که آمادگی نسبت به شرم و گناه با نحوه ابراز هیجان در خانواده ارتباط دارد و از این رو، احساس گناه را باید در بافت روابط خانوادگی و الگوهای هیجانی میان‌فردی بررسی کرد (Khanipour et al., 2019). همچنین، شهاب و همکاران نشان دادند که مداخلات روان‌شناختی می‌توانند بر خودسرزنشی و احساس گناه در افراد دارای تجارب نامطلوب زندگی اثرگذار باشند و کاهش این هیجان‌ها می‌تواند یکی از اهداف مهم درمانی باشد (Shahab

(et al., 2024). این یافته‌ها از این دیدگاه حمایت می‌کنند که احساس گناه در زنان آسیب‌دیده از خشونت خانگی صرفاً یک تجربه درونی منفرد نیست، بلکه در تعامل با ساختارهای ارتباطی و تجربه‌های بین‌فردی ایجاد و تقویت می‌شود. از همین رو، مداخله‌ای که بتواند الگوهای تعامل، مسئولیت‌پذیری، تفسیر فرد از خشونت و نحوه مواجهه با هیجان‌های منفی را اصلاح کند، ممکن است در کاهش احساس گناه این زنان نقش مهمی داشته باشد.

در کنار احساس گناه، دزدگی زناشویی یکی دیگر از پیامدهای مهم روابط آسیب‌دیده و تعارض‌آمیز است. دزدگی زناشویی معمولاً به عنوان حالتی از فرسودگی جسمی، عاطفی و روانی در رابطه زوجی در نظر گرفته می‌شود که در نتیجه تداوم فشار، ناکامی، تعارض‌های حل‌نشده، کاهش صمیمیت و ناتوانی در برآوردن انتظارات عاطفی شکل می‌گیرد. وقتی رابطه زناشویی به جای ایفای نقش حمایتی و امنیت‌بخش به منبعی از تهدید، ترس و بی‌ثباتی تبدیل شود، احتمال بروز دزدگی و کاهش پیوند عاطفی افزایش می‌یابد. نیک‌منش و امیری‌مقدم نشان داده‌اند که نگرش‌های مرتبط با خیانت با دزدگی و ناسازگاری زناشویی ارتباط دارند و این امر اهمیت نقش ارزیابی‌های شناختی و نگرشی در فرسایش رابطه را نشان می‌دهد (Nikmanesh & Amiri Moghadam, 2020). همچنین، قاسمی و همکاران در بررسی زنان آسیب‌دیده از خیانت نشان دادند که دزدگی زناشویی با وضعیت سلامت روان ارتباط دارد و می‌تواند بخشی از الگوی گسترده‌تر ناسازگاری روان‌شناختی در روابط آسیب‌دیده باشد (Ghasemi et al., 2023). در پژوهشی دیگر، مهدیقلی و همکاران مدلی برای پیش‌بینی دزدگی زناشویی بر اساس تمایز یافتگی، هوش هیجانی و سلامت روان با نقش میانجی تاب‌آوری ارائه کردند که نشان می‌دهد دزدگی پدیده‌ای چندعاملی است و با منابع تنظیم هیجانی و روان‌شناختی فرد ارتباط نزدیکی دارد (Mahdigholi et al., 2022). همچنین، بابایی و همکاران با استفاده از مدل‌سازی معادلات ساختاری و شبکه عصبی، روابط میان کارکردهای اجرایی، نظریه ذهن و دزدگی زناشویی را بررسی کردند و بر نقش فرایندهای شناختی در کیفیت رابطه زناشویی تأکید داشتند (Babaei et al., 2024). این مجموعه شواهد نشان می‌دهد که دزدگی زناشویی تنها پیامد کاهش رضایت نیست، بلکه می‌تواند نتیجه انباشته‌شدن آسیب‌های شناختی، هیجانی و ارتباطی در طول زمان باشد؛ شرایطی که در روابط همراه با خشونت خانگی احتمال وقوع آن به مراتب بیشتر است.

یکی دیگر از متغیرهای اساسی در سلامت روان زنان آسیب‌دیده از خشونت خانگی، تنظیم هیجان است. تنظیم هیجان به فرایندهایی اطلاق می‌شود که افراد از طریق آن‌ها شدت، مدت و نحوه ابراز هیجان‌های خود را مدیریت می‌کنند. در شرایطی که فرد به‌طور مکرر در معرض تهدید، تحقیر، بی‌ثباتی یا تعارض قرار دارد، ظرفیت تنظیم هیجانی ممکن است تضعیف شود و فرد بیشتر به راهبردهای ناکارآمدی مانند سرکوب، اجتناب، نشخوار ذهنی یا واکنش‌های تکانشی متوسل شود. در زنان قربانی خشونت خانگی، این فرایند اهمیت بیشتری دارد؛ زیرا محیط رابطه‌ای ناامن می‌تواند به‌طور مستمر سیستم هیجانی را فعال نگه دارد و مانع بازگشت فرد به سطح متعادل برانگیختگی شود. لشنی نشان داد که درمان هیجان‌مدار می‌تواند بر جرئت‌ورزی و نشخوار خشم در زنان قربانی خشونت خانگی مؤثر باشد و این امر اهمیت مداخلات مبتنی بر پردازش و تنظیم هیجان را در این گروه نشان می‌دهد (Leshani, 2023). همچنین، معینی و همکاران گزارش کردند که درمان هیجان‌مدار بر احساس طردشدگی، سازگاری زناشویی و تنظیم هیجان زنان آسیب‌دیده از خشونت خانگی تأثیر دارد (Moeini et al., 2022). از سوی دیگر،

همایونی و همکاران نشان دادند که ذهن‌آگاهی مثبت می‌تواند شرم درونی‌شده، اجتناب تجربه‌ای و بدتنظیمی هیجان را در زنان خشونت‌دیده کاهش دهد (Homayouni et al., 2022). این شواهد نشان می‌دهند که بدتنظیمی هیجان یکی از سازوکارهای مهم در تداوم آسیب روان‌شناختی پس از خشونت است و بهبود آن می‌تواند نقش کلیدی در بازسازی عملکرد فردی و بین‌فردی زنان داشته باشد.

علاوه بر مداخلات متمرکز بر تنظیم هیجان، پژوهش‌های دیگری نیز نشان داده‌اند که انواع مختلف درمان‌های روان‌شناختی می‌توانند در کاهش پیامدهای خشونت خانگی مؤثر باشند. تقی‌پور اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را بر ناتوانی هیجانی و ارزش‌های شخصی زنان قربانی خشونت خانگی بررسی کرده و نشان داده است که مداخلات مبتنی بر پذیرش و ارزش‌ها می‌توانند در ارتقای عملکرد روان‌شناختی این گروه نقش داشته باشند (Taghipour, 2026). همچنین، اوزکافاجی و ارن نشان دادند که روان‌درمانی هنری می‌تواند بر افسردگی، اضطراب و ناامیدی زنان بازمانده از خشونت خانگی مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه تأثیرگذار باشد (Özkafacı & Eren, 2020). این یافته‌ها نشان می‌دهند که زنان آسیب‌دیده از خشونت خانگی می‌توانند از رویکردهای درمانی متنوعی سود ببرند، اما بخش عمده این مداخلات ماهیتی فردمحور دارند و مستقیماً ساختار رابطه‌ای را که خشونت در آن رخ داده است، هدف قرار نمی‌دهند. در مواردی که ایمنی درمانی تأمین شده و شرایط مناسب برای کار زوجی وجود داشته باشد، پرداختن به الگوهای تعاملی زوجین ممکن است مزایای افزوده‌ای ایجاد کند؛ زیرا خشونت در بسیاری از موارد با چرخه‌های تکرارشونده تعامل، الگوهای ارتباطی ناکارآمد، برانگیختگی هیجانی شدید و ضعف مهارت‌های حل تعارض پیوند دارد.

بر همین اساس، زوج‌درمانی یکی از رویکردهای مهمی است که می‌تواند در شرایط منتخب و پس از ارزیابی دقیق ایمنی برای کار با زوج‌های درگیر خشونت شریک صمیمی مورد استفاده قرار گیرد. کیل‌هولتز و اسپنسر تأکید کرده‌اند که کاربرد زوج‌درمانی در زمینه خشونت شریک صمیمی مستلزم ارزیابی دقیق نوع و شدت خشونت، بررسی خطر، توجه به ایمنی و انتخاب مناسب شیوه مداخله است (Keilholtz & Spencer, 2022). این نکته از آن جهت اهمیت دارد که همه اشکال خشونت خانگی برای مداخله زوجی مناسب نیستند و تصمیم‌گیری درباره اجرای درمان باید بر اساس ارزیابی خطر و شرایط رابطه صورت گیرد. با این حال، در مواردی که شرایط لازم فراهم باشد، مداخلات زوج‌محور می‌توانند با هدف قرار دادن الگوهای تعامل، مسئولیت‌پذیری، مهارت‌های ارتباطی و کاهش تشدید تعارض به بازسازی رابطه کمک کنند. در همین زمینه، اسلوت‌میکرز و میگرود با تمرکز بر درمان هیجان‌مدار زوجی، نقشه‌ای برای کاهش الگوهای خشونت‌آمیز در روابط صمیمی ارائه کرده‌اند و بر اهمیت کاهش تنش، تنظیم هیجان و بازسازی چرخه تعامل تأکید داشته‌اند (Slootmaeckers & Migerode, 2020). همچنین، استیس و همکاران در مطالعه‌ای درباره سازگارسازی بین‌المللی یک برنامه درمانی برای خشونت موقعیتی زوجین نشان دادند که مداخلات ساختاریافته زوج‌محور می‌توانند در بافت‌های فرهنگی مختلف مورد استفاده قرار گیرند، مشروط بر آنکه ویژگی‌های فرهنگی، ایمنی و ساختار روابط زوجی در طراحی و اجرای مداخله لحاظ شود (Stith et al., 2019).

در درمان زوج‌های درگیر خشونت، یکی از اهداف اساسی کاهش چرخه‌های تعارض و افزایش ظرفیت گفت‌وگوی غیر خصمانه است. پژوهش بوستانی‌کاشانی و همکاران نشان داده است که درمان‌های زوج‌محور می‌توانند مهارت‌های ارتباطی، ابراز هیجان و همدلی را بهبود دهند

(Boostani-Kashani et al., 2021). هرچند این پژوهش مستقیماً بر زنان قربانی خشونت خانگی متمرکز نبوده است، نتایج آن اهمیت مؤلفه‌های ارتباطی را در کیفیت رابطه نشان می‌دهد. همچنین، بهشتی‌نژاد و همکاران در مقایسه اثربخشی ذهن‌آگاهی و ایماگوتراپی بر صمیمیت و تعهد زوجها نشان دادند که مداخلات رابطه‌ای می‌توانند ابعاد مهم پیوند زناشویی را تحت تأثیر قرار دهند (Beheshtinejad et al., 2022). چنین یافته‌هایی از این دیدگاه حمایت می‌کنند که در کنار کاهش علائم فردی، بازسازی فرایندهای رابطه‌ای نیز می‌تواند برای درمان مشکلات زناشویی اهمیت داشته باشد. از سوی دیگر، در روابط همراه با سابقه خشونت، مداخلات مشترک باید بتوانند علاوه بر بهبود ارتباط، به تنظیم هیجان، مسئولیت‌پذیری و ایمنی نیز پردازند تا خطر بازتولید چرخه خشونت کاهش یابد.

در این میان، زوج‌درمانی متمرکز بر خشونت خانگی رویکردی است که با تلفیق ارزیابی ایمنی، شناسایی محرک‌های خشونت، آموزش مسئولیت‌پذیری، تنظیم هیجان، کنترل تکانه، بازسازی ارتباط و پیشگیری از عود، تلاش می‌کند چرخه‌های ناسازگار رابطه را کاهش دهد. چنین رویکردی با تمرکز صرف بر نشانه‌های فردی تفاوت دارد و سعی می‌کند شرایطی ایجاد کند که هر یک از طرفین بتوانند نقش خود را در الگوهای تعاملی شناسایی کرده و مهارت‌های مؤثرتری برای مدیریت تعارض بیاموزند. در همین زمینه، فدینچ و همکاران در یک مطالعه موردی از درمان شناختی - رفتاری مشترک برای اختلال استرس پس از سانحه در زمینه‌ای مرتبط با سابقه خشونت خانگی استفاده کردند و نشان دادند که کار هم‌زمان بر تروما و فرایندهای رابطه‌ای می‌تواند در برخی شرایط بالینی قابل اجرا باشد (Fedynich et al., 2021). اهمیت این موضوع زمانی بیشتر می‌شود که توجه کنیم پیامدهای خشونت خانگی مانند احساس گناه، دلزدگی زناشویی و بدتنظیمی هیجان به‌صورت جداگانه عمل نمی‌کنند، بلکه احتمالاً در یک چرخه متقابل یکدیگر را تقویت می‌کنند. احساس گناه می‌تواند خودسرزنشگری و انفعال را افزایش دهد، دلزدگی زناشویی می‌تواند فاصله عاطفی را تشدید کند و ضعف تنظیم هیجان نیز می‌تواند زمینه تشدید تعارض و واکنش‌های هیجانی را فراهم سازد. بنابراین، مداخله‌ای که به‌طور هم‌زمان بر این سطوح کار کند، از نظر نظری می‌تواند اثر جامع‌تری داشته باشد.

با وجود گسترش مطالعات مربوط به پیامدهای خشونت خانگی و مداخلات روان‌شناختی مرتبط، هنوز در زمینه بررسی هم‌زمان احساس گناه، دلزدگی زناشویی و تنظیم هیجان در قالب یک مداخله زوج‌محور شواهد محدودی وجود دارد. بسیاری از مطالعات پیشین یا بر یک پیامد خاص، مانند بدتنظیمی هیجان، تمرکز کرده‌اند یا از درمان‌های فردی استفاده کرده‌اند؛ در حالی که ساختار رابطه‌ای و پویایی‌های میان‌فردی در خشونت خانگی می‌توانند نقش مهمی در تداوم علائم داشته باشند. افزون بر این، ویژگی‌های فرهنگی و اجتماعی خانواده‌های ایرانی ممکن است بر نحوه تجربه خشونت، احساس مسئولیت، خودسرزنشگری، نگرش نسبت به تداوم رابطه و شیوه ابراز هیجان اثر بگذارند و از این رو بررسی اثربخشی مداخلات زوج‌محور در بافت بومی اهمیت ویژه‌ای دارد. از سوی دیگر، نتایج مطالعات موجود نشان می‌دهد که مداخلات بر محور تنظیم هیجان (Moeini et al., 2022; Homayouni et al., 2022)، درمان‌های فردی برای پیامدهای خشونت (Leshani, 2023; Taghipour, 2026) و مداخلات زوجی برای کاهش الگوهای تعارض‌آمیز (Sloutmaeckers & Migerode, 2020; Stith et al., 2019) هر یک ظرفیت‌های درمانی مهمی دارند، اما ادغام این مؤلفه‌ها در یک برنامه متمرکز بر خشونت خانگی و بررسی اثر آن بر سه پیامد مهم شناختی، عاطفی و رابطه‌ای می‌تواند خلأ پژوهشی موجود را تا حدی پوشش دهد.

بر این اساس، هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی زوج‌درمانی متمرکز بر خشونت خانگی بر احساس گناه، دزدگی زناشویی و تنظیم هیجان در زنان آسیب‌دیده از خشونت خانگی شهر دزفول بود.

روش‌شناسی

پژوهش حاضر از نظر روش، نیمه‌آزمایشی و با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون همراه با گروه کنترل انجام شد. جامعه آماری پژوهش شامل تمامی زنان آسیب‌دیده از خشونت خانگی مراجعه‌کننده به دو مرکز روان‌شناختی شهر دزفول در سال ۱۴۰۵ بود. از میان افراد واجد شرایط، ۳۰ نفر به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند و سپس با استفاده از روش تصادفی ساده در دو گروه آزمایش و کنترل، هر کدام شامل ۱۵ نفر، گمارده شدند. گروه آزمایش تحت زوج‌درمانی متمرکز بر خشونت خانگی قرار گرفت و گروه کنترل طی دوره اجرای پژوهش هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. معیارهای ورود به پژوهش شامل تجربه خشونت خانگی در شش ماه گذشته یا کمتر، شرکت نکردن هم‌زمان در سایر کلاس‌ها یا برنامه‌های آموزشی و درمانی مرتبط، اطلاع کامل از ماهیت مداخله شامل شیوه اجرای جلسات، مدت جلسات و اهداف درمان و ارائه رضایت‌نامه آگاهانه کتبی بود. همچنین، شرکت‌کنندگان لازم بود براساس نمرات ابزارهای پژوهش، دارای سطح بالای احساس گناه و دزدگی زناشویی و سطح پایین تنظیم هیجان باشند. معیارهای خروج نیز شامل عدم تمایل شرکت‌کننده به ادامه حضور در پژوهش و غیبت در بیش از دو جلسه مداخله بود. در اجرای پژوهش اصول اخلاقی شامل احترام به اختیار و کرامت شرکت‌کنندگان، توجه به رفاه آنان، پرهیز از ایجاد آسیب جسمانی و روان‌شناختی، اجتناب از فریب پژوهشی، اخذ رضایت آگاهانه، حفظ محرمانگی نام و اطلاعات شخصی، حق خروج آزادانه از مطالعه و پرهیز پژوهشگر از سوگیری و پیش‌داوری رعایت شد. پژوهش پس از بررسی و تأیید کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد اهواز با کد اخلاق IR.IAU.D.REC.1404.069 اجرا شد.

پرسشنامه احساس گناه کوکالر و جونز بین سال‌های ۱۹۸۸ تا ۱۹۹۲ تدوین، تکمیل و اصلاح شد و دارای ۴۵ گویه و سه خرده‌مقیاس شامل خصیصه گناه، حالت گناه و معیارهای اخلاقی است. پاسخ‌گویی به گویه‌ها براساس طیف پنج‌درجه‌ای لیکرت از «کاملاً مخالفم» با نمره ۱ تا «کاملاً موافقم» با نمره ۵ انجام می‌شود. گویه‌های ۳، ۴، ۶، ۷، ۱۱، ۱۳، ۱۸، ۱۹، ۲۳، ۲۸، ۳۰، ۳۲، ۳۳، ۳۵، ۳۹، ۴۰، ۴۱، ۴۲ و ۴۳ به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. دامنه نمره کل پرسشنامه از ۴۵ تا ۲۲۵ است؛ نمرات ۴۵ تا ۹۰ نشان‌دهنده احساس گناه پایین، نمرات ۹۰ تا ۱۳۵ بیانگر احساس گناه متوسط و نمرات بالاتر از ۱۳۵ نشان‌دهنده احساس گناه بالا هستند. روایی محتوایی و صوری نسخه فارسی ابزار توسط نظیری در سال ۱۳۷۴ تأیید شده است. پایایی بازآزمایی در فاصله ۱۰ هفته‌ای برای خرده‌مقیاس معیارهای اخلاقی ۰.۸۱، برای خصیصه گناه ۰.۷۲ و برای حالت گناه ۰.۵۶ گزارش شده است. در پژوهش حاضر نیز ضریب آلفای کرونباخ برای این پرسشنامه ۰.۸۲ به دست آمد.

مقیاس دزدگی زناشویی توسط پاینز در سال ۱۹۹۶ طراحی شده و شامل ۲۰ گویه است که برای سنجش میزان سرخوردگی و کاهش یا فقدان عواطف مثبت نسبت به همسر به کار می‌رود. این ابزار سه مؤلفه از پافتادگی جسمی شامل خستگی، سستی و اختلال خواب، از پافتادگی عاطفی شامل افسردگی، ناامیدی و احساس گرفتار شدن، و از پافتادگی روانی شامل احساس بی‌ارزشی، سرخوردگی و خشم نسبت به همسر را ارزیابی

می‌کند. از ۲۰ گویه پرسشنامه، ۱۶ گویه دارای محتوای منفی و ۴ گویه دارای محتوای مثبت هستند. پاسخ‌ها براساس طیف هفت‌درجه‌ای لیکرت از ۱ به معنای «هرگز» تا ۷ به معنای «همیشه» نمره‌گذاری می‌شوند و چهار گویه مثبت به‌صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند. دامنه نمره کل بین ۲۰ تا ۱۴۰ است و نمرات بالاتر از ۶۰ نشان‌دهنده دلزدگی زناشویی بیشتر هستند. ضریب پایایی بازآزمایی ابزار در فاصله یک‌ماهه ۰.۷۶ و ضرایب آلفای کرونباخ آن در مطالعات مختلف بین ۰.۹۱ تا ۰.۹۳ گزارش شده است. در ایران، ساداتی و همکاران در سال ۱۳۹۳ ضریب آلفای ۰.۷۹ و ضریب روایی همگرا ۰.۵۴ را گزارش کردند و نعیم در سال ۱۳۸۷ پایایی ابزار را به روش آلفای کرونباخ و تنصیف به‌ترتیب ۰.۸۵ و ۰.۸۲ به دست آورد. در مطالعه حاضر نیز پایایی پرسشنامه براساس آلفای کرونباخ ۰.۸۲ محاسبه شد.

پرسشنامه تنظیم هیجان توسط گراس و جان در سال ۲۰۰۳ با هدف سنجش شیوه‌های تنظیم هیجانی طراحی شد. این ابزار دارای ۱۰ گویه و دو مؤلفه سرکوبی هیجانی و ارزیابی مجدد شناختی است و پاسخ‌ها براساس طیف هفت‌درجه‌ای لیکرت نمره‌گذاری می‌شوند. برای به دست آوردن نمره هر مؤلفه، نمرات گویه‌های مربوط به همان مؤلفه با یکدیگر جمع می‌شوند و نمره کل نیز از مجموع نمرات همه گویه‌ها حاصل می‌شود. دامنه نمره کلی این پرسشنامه بین ۱۰ تا ۷۰ است و نمره بالاتر نشان‌دهنده سطح بالاتر تنظیم هیجان است؛ نمره ۳۵ نیز به‌عنوان نقطه میانی مقیاس در نظر گرفته می‌شود. در پژوهش فرج‌پور نیری در سال ۱۳۹۷، روایی محتوایی، صوری و ملاکی پرسشنامه مناسب ارزیابی شد و ضریب آلفای کرونباخ آن بیش از ۰.۷۷ گزارش شد. در پژوهش حاضر نیز ضریب آلفای کرونباخ برای این پرسشنامه ۰.۸۲ به دست آمد. مداخله برای گروه آزمایش براساس پروتکل زوج‌درمانی متمرکز بر خشونت خانگی برگرفته از استیس و همکاران در سال ۲۰۰۷ اجرا شد و شامل ۱۲ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به‌صورت هفتگی بود. جلسات اول و دوم بر ارزیابی ایمنی و ایجاد تعهد درمانی متمرکز بود و در آن ارزیابی خطر، تدوین قرارداد ایمنی و آغاز اتحاد درمانی انجام شد و شرکت‌کنندگان پرسشنامه سبک‌های حل تعارض و قرارداد ایمنی را تکمیل کردند. جلسات سوم و چهارم به آموزش مسئولیت‌پذیری اختصاص داشت و طی آن الگوهای خشونت شناسایی شد، پذیرش مسئولیت توسط فرد آزارگر مورد تأکید قرار گرفت و محرک‌های خشونت در قالب نقشه راه خشم شناسایی شدند. جلسات پنجم و ششم بر تنظیم هیجان و کنترل تکانه تمرکز داشت و مهارت‌های آرام‌سازی، شناسایی چرخه خشونت و استفاده از تکنیک «تایم‌اوت» هنگام تعارض آموزش داده شد. در جلسات هفتم و هشتم، بازسازی ارتباط و کاهش شرم مورد توجه قرار گرفت و شرایطی امن و بدون سرزنش برای ابراز احساس شرم و گناه فراهم شد و مهارت گوش‌دادن انعکاسی بدون قضاوت تمرین شد. جلسات نهم و دهم با هدف پردازش دلزدگی زناشویی اجرا شد و طی آن نیازهای برآورده‌نشده، الگوهای دوری‌گزینی و شیوه‌های گفت‌وگوی غیر خصمانه درباره نیازهای عاطفی بررسی و تمرین شدند. جلسات یازدهم و دوازدهم نیز به تثبیت دستاوردهای درمان و پیشگیری از عود اختصاص یافت و در آن پیشرفت زوجین مرور شد، موقعیت‌های احتمالی لغزش پیش‌بینی شد، پیوند زناشویی تقویت گردید و برنامه‌ای برای پیشگیری از عود و بازسازی رابطه تدوین شد. گروه کنترل در طول این دوره هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد و در فهرست انتظار قرار داشت تا پس از پایان پژوهش امکان برخورداری از جلسات مداخله برای آنان نیز فراهم شود.

داده‌های پژوهش در دو سطح آمار توصیفی و استنباطی تحلیل شدند. در بخش توصیفی از میانگین و انحراف معیار برای توصیف نمرات متغیرهای احساس گناه، دلزدگی زناشویی و تنظیم هیجان استفاده شد. پیش از اجرای تحلیل‌های اصلی، مفروضه‌های لازم برای تحلیل

کوواریانس شامل نرمال بودن توزیع داده‌ها، همگنی واریانس‌های خطا، همگنی ماتریس‌های واریانس-کوواریانس و همگنی شیب‌های رگرسیون بررسی شد. برای آزمون نرمال بودن از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف، برای بررسی همگنی واریانس‌ها از آزمون لوین و برای بررسی همگنی ماتریس‌های واریانس-کوواریانس از آزمون Box's M استفاده شد. پس از تأیید مفروضه‌ها، برای بررسی اثر کلی مداخله بر مجموعه متغیرهای وابسته و کنترل اثر نمرات پیش‌آزمون، از تحلیل کوواریانس چندمتغیره استفاده شد و سپس برای تعیین اثر مداخله بر هر یک از متغیرهای احساس گناه، دلزدگی زناشویی و تنظیم هیجان، تحلیل کوواریانس تک‌متغیره انجام گرفت. کلیه تحلیل‌های آماری با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶ انجام شد و سطح معناداری آزمون‌ها ۰.۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

یافته‌های جمعیت‌شناختی نشان داد که میانگین سنی شرکت‌کنندگان گروه آزمایش دریافت‌کننده زوج‌درمانی متمرکز بر خشونت خانگی ۳۳.۷۳ سال با انحراف معیار ۲.۲۱ بود. از نظر سطح تحصیلات، ۳۳.۳ درصد از شرکت‌کنندگان این گروه دارای مدرک دیپلم و ۵۳.۳ درصد دارای مدرک کاردانی بودند. در گروه کنترل نیز میانگین سنی شرکت‌کنندگان ۳۴.۳۷ سال با انحراف معیار ۳.۳۹ بود و از نظر تحصیلات، ۵۳.۴ درصد دارای مدرک دیپلم و ۴۰ درصد دارای مدرک کاردانی بودند. بنابراین، دو گروه از نظر شاخص‌های جمعیت‌شناختی اصلی در وضعیت نسبتاً مشابهی قرار داشتند. در ادامه، شاخص‌های توصیفی متغیرهای احساس گناه، دلزدگی زناشویی و تنظیم هیجان در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون برای دو گروه آزمایش و کنترل ارائه شده است.

جدول ۱. شاخص‌های توصیفی متغیرهای احساس گناه، دلزدگی زناشویی و تنظیم هیجان در گروه‌های آزمایش و کنترل

متغیر	گروه	مرحله	میانگین	انحراف معیار
احساس گناه	زوج‌درمانی متمرکز بر خشونت خانگی	پیش‌آزمون	۱۳۹.۰۰	۱.۲۷۶
احساس گناه	زوج‌درمانی متمرکز بر خشونت خانگی	پس‌آزمون	۱۳۳.۲۱	۱.۲۳۴
احساس گناه	کنترل	پیش‌آزمون	۱۳۹.۴۹	۲.۲۵۶
احساس گناه	کنترل	پس‌آزمون	۱۴۰.۵۴	۲.۲۶۷
دلزدگی زناشویی	زوج‌درمانی متمرکز بر خشونت خانگی	پیش‌آزمون	۶۹.۳۷	۱.۳۴
دلزدگی زناشویی	زوج‌درمانی متمرکز بر خشونت خانگی	پس‌آزمون	۵۷.۳۱	۰.۷۶۸
دلزدگی زناشویی	کنترل	پیش‌آزمون	۶۹.۳۶	۱.۳۴
دلزدگی زناشویی	کنترل	پس‌آزمون	۶۹.۴۳	۱.۴۵
تنظیم هیجان	زوج‌درمانی متمرکز بر خشونت خانگی	پیش‌آزمون	۳۲.۵۲	۱.۳۸
تنظیم هیجان	زوج‌درمانی متمرکز بر خشونت خانگی	پس‌آزمون	۳۷.۶۰	۱.۵۶
تنظیم هیجان	کنترل	پیش‌آزمون	۳۳.۴۲	۱.۴۰
تنظیم هیجان	کنترل	پس‌آزمون	۳۴.۶۸	۰.۵۶۹

همان‌گونه که در جدول ۱ مشاهده می‌شود، میانگین احساس گناه در گروه آزمایش از ۱۳۹.۰۰ در پیش‌آزمون به ۱۳۳.۲۱ در پس‌آزمون کاهش یافت، در حالی که در گروه کنترل از ۱۳۹.۴۹ به ۱۴۰.۵۴ افزایش پیدا کرد. میانگین دلزدگی زناشویی نیز در گروه آزمایش از ۶۹.۳۷ به ۵۷.۳۱ کاهش یافت، در حالی که در گروه کنترل تغییر محسوسی مشاهده نشد و میانگین آن از ۶۹.۳۶ به ۶۹.۴۳ رسید. همچنین، میانگین تنظیم

هیجان در گروه آزمایش از ۳۲.۵۲ در پیش‌آزمون به ۳۷.۶۰ در پس‌آزمون افزایش یافت، در حالی که در گروه کنترل این مقدار از ۳۳.۴۲ به ۳۴.۶۸ رسید. در مجموع، الگوی تغییرات توصیفی نشان‌دهنده کاهش احساس گناه و دلزدگی زناشویی و افزایش تنظیم هیجان در گروه دریافت‌کننده مداخله در مقایسه با گروه کنترل بود.

پیش از اجرای تحلیل کوواریانس چندمتغیره، مفروضه‌های آماری مربوط به این آزمون بررسی شد. نتایج آزمون کولموگروف-اسمیرنوف نشان داد که توزیع نمرات تمامی متغیرهای پژوهش از توزیع نرمال انحراف معناداری نداشت و شرط نرمال بودن داده‌ها برقرار بود ($p>0.05$). برای بررسی همگنی واریانس خطا از آزمون لوین استفاده شد که نتایج آن برای احساس گناه ($p=0.057$)، دلزدگی زناشویی ($p=0.259$) و تنظیم هیجان ($p=0.541$) معنادار نبود؛ بنابراین، فرض همگنی واریانس‌ها تأیید شد. همچنین، آزمون Box's M برای بررسی همگنی ماتریس‌های واریانس-کوواریانس معنادار نبود ($p=0.552$, $F=0.894$, Box's $M=11.98$) و در نتیجه این مفروضه نیز برقرار بود. افزون بر این، همگنی شیب‌های رگرسیون از طریق بررسی تعامل بین متغیر مستقل و نمرات پیش‌آزمون بررسی شد و نتایج نشان داد این تعامل معنادار نیست؛ ازاین‌رو، فرض همگنی شیب‌های رگرسیون نیز تأیید شد. در مجموع، نتایج بررسی مفروضه‌ها نشان داد شرایط لازم برای اجرای تحلیل کوواریانس چندمتغیره فراهم است.

برای بررسی اثر کلی زوج‌درمانی متمرکز بر خشونت خانگی بر ترکیب خطی متغیرهای احساس گناه، دلزدگی زناشویی و تنظیم هیجان، پس از کنترل اثر نمرات پیش‌آزمون، از تحلیل کوواریانس چندمتغیره استفاده شد. نتایج آزمون‌های چندمتغیره در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲. نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیره برای نمرات پس‌آزمون احساس گناه، دلزدگی زناشویی و تنظیم هیجان

نام آزمون	مقدار	F	سطح معناداری	مجذور اتا	توان آماری
اثر پیلایی	۰.۹۶۹	۲۴۰.۵۵	<۰.۰۰۱	۰.۹۵	۱.۰۰
لامبدای ویلکز	۰.۰۳۱	۲۴۰.۵۵	<۰.۰۰۱	۰.۹۵	۱.۰۰
اثر هتلینگ	۳۱.۳۷	۲۴۰.۵۵	<۰.۰۰۱	۰.۹۵	۱.۰۰
بزرگ‌ترین ریشه روی	۳۱.۳۷	۲۴۰.۵۵	<۰.۰۰۱	۰.۹۵	۱.۰۰

نتایج جدول ۲ نشان داد که اثر عضویت گروهی بر ترکیب خطی متغیرهای وابسته پس از کنترل نمرات پیش‌آزمون از نظر آماری معنادار بود. به‌طور مشخص، مقدار لامبدای ویلکز برابر با ۰.۰۳۱ و مقدار F برابر با ۲۴۰.۵۵ به دست آمد که در سطح کمتر از ۰.۰۰۱ معنادار بود. همچنین، مقدار مجذور اتا برابر با ۰.۹۵ نشان داد که بخش قابل‌توجهی از واریانس ترکیبی متغیرهای وابسته با عضویت در گروه آزمایش و کنترل مرتبط بود. نتایج آزمون اثر پیلایی، اثر هتلینگ و بزرگ‌ترین ریشه روی نیز همگی در سطح کمتر از ۰.۰۰۱ معنادار بودند و یافته لامبدای ویلکز را تأیید کردند. بر این اساس، می‌توان گفت که زوج‌درمانی متمرکز بر خشونت خانگی در مجموع اثر معناداری بر احساس گناه، دلزدگی زناشویی و تنظیم هیجان زنان آسیب‌دیده از خشونت خانگی داشته است. برای تعیین اینکه این اثر کلی در کدامیک از متغیرهای وابسته معنادار بوده است، تحلیل کوواریانس تک‌متغیره اجرا شد که نتایج آن در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۳. نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیره برای احساس گناه، دلزدگی زناشویی و تنظیم هیجان

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	سطح معناداری	اندازه اثر
احساس گناه	پیش‌آزمون	۰.۰۱۲	۱	۰.۰۱۲	۰.۰۰۷	۰.۹۳۲	۰.۰۱
	گروه	۲۸۷.۳۰	۱	۲۸۷.۳۰	۱۸۱.۸۶	<۰.۰۰۱	۰.۸۷
	خطا	۴۲.۶۵	۲۷	۱.۵۸	—	—	—
دلزدگی زناشویی	پیش‌آزمون	۱۰.۷۳	۱	۱۰.۷۳	۵.۸۶	۰.۰۵۵	۰.۱۷
	گروه	۶۹۹.۰۹	۱	۶۹۹.۰۹	۳۸۲.۱۲	<۰.۰۰۱	۰.۹۳
	خطا	۴۹.۳۹	۲۷	۱.۸۲	—	—	—
تنظیم هیجان	پیش‌آزمون	۰.۵۵۰	۱	۰.۵۵۰	۰.۴۴۶	۰.۵۱۰	۰.۰۱
	گروه	۵۰۴.۸۴	۱	۵۰۴.۸۴	۴۰۹.۱۳	<۰.۰۰۱	۰.۹۳
	خطا	۳۳.۳۱	۲۷	۱.۲۳	—	—	—

نتایج جدول ۳ نشان داد که پس از کنترل اثر نمرات پیش‌آزمون، تفاوت بین گروه آزمایش و کنترل در هر سه متغیر وابسته از نظر آماری معنادار بود. در متغیر احساس گناه، اثر گروه معنادار بود ($\eta^2=0.87$, $p<0.001$, $F=181.86$) و با توجه به کاهش میانگین نمره پس‌آزمون در گروه آزمایش، زوج درمانی متمرکز بر خشونت خانگی موجب کاهش معنادار احساس گناه شد. در متغیر دلزدگی زناشویی نیز اثر گروه معنادار به دست آمد ($\eta^2=0.93$, $p<0.001$, $F=382.12$) و کاهش میانگین پس‌آزمون در گروه آزمایش نشان‌دهنده اثربخشی مداخله در کاهش دلزدگی زناشویی بود. همچنین، در تنظیم هیجان تفاوت بین دو گروه معنادار بود ($\eta^2=0.93$, $p<0.001$, $F=409.13$) و افزایش نمرات گروه آزمایش بیانگر بهبود تنظیم هیجان پس از مداخله بود. اندازه اثرهای به‌دست‌آمده نشان داد که ۸۷ درصد از واریانس نمرات احساس گناه و ۹۳ درصد از واریانس نمرات دلزدگی زناشویی و تنظیم هیجان در پس‌آزمون با اثر گروه و مداخله مرتبط بود. در مجموع، نتایج نشان داد که زوج درمانی متمرکز بر خشونت خانگی به‌طور معناداری موجب کاهش احساس گناه و دلزدگی زناشویی و افزایش تنظیم هیجان در زنان آسیب‌دیده از خشونت خانگی شده است.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی زوج درمانی متمرکز بر خشونت خانگی بر احساس گناه، دلزدگی زناشویی و تنظیم هیجان در زنان آسیب‌دیده از خشونت خانگی شهر دزفول انجام شد. نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیره نشان داد که پس از کنترل اثر نمرات پیش‌آزمون، بین گروه آزمایش و کنترل از نظر ترکیب متغیرهای وابسته تفاوت معناداری وجود داشت و زوج درمانی متمرکز بر خشونت خانگی توانست به‌طور کلی بر وضعیت روان‌شناختی و رابطه‌ای زنان گروه آزمایش اثرگذار باشد. همچنین، نتایج تحلیل‌های تک‌متغیره نشان داد که مداخله به‌طور معناداری موجب کاهش احساس گناه و دلزدگی زناشویی و افزایش تنظیم هیجان شد. اندازه اثر برای احساس گناه ۰.۸۷ و برای دلزدگی زناشویی و تنظیم هیجان هر یک ۰.۹۳ بود که نشان می‌دهد مداخله سهم قابل توجهی در تبیین تغییرات پس‌آزمون این متغیرها داشته است. این یافته کلی با ادبیات پژوهشی موجود درباره نقش مداخلات روان‌شناختی و زوج‌محور در کاهش پیامدهای خشونت خانگی همسو است؛ به‌ویژه پژوهش‌هایی که نشان داده‌اند کار درمانی بر تنظیم هیجان، الگوهای تعاملی و ساختار رابطه می‌تواند به کاهش پیامدهای منفی خشونت

و بهبود سازگاری زوجی منجر شود (Keilholtz & Spencer, 2022; Slootmaeckers & Migerode, 2020; Stith et al., 2019).

نخستین یافته پژوهش نشان داد که زوج‌درمانی متمرکز بر خشونت خانگی موجب کاهش معنادار احساس گناه در زنان آسیب‌دیده شد. این نتیجه با یافته‌های شهاب و همکاران همسو است که نشان دادند درمان متمرکز بر شفقت می‌تواند خودسرزنشگری و احساس گناه را در افراد دارای تجربه‌های نامطلوب زندگی کاهش دهد (Shahab et al., 2024). همچنین، خانی‌پور و همکاران نشان دادند که گرایش به احساس گناه و شرم با الگوهای هیجانی و نحوه ابراز هیجان در بافت خانواده مرتبط است (Khanipour et al., 2019). این همسویی را می‌توان از این منظر تبیین کرد که احساس گناه در زنان قربانی خشونت خانگی غالباً تنها نتیجه یک ارزیابی فردی نیست، بلکه در بستر ارتباطی و درون چرخه‌های تعاملی رابطه شکل می‌گیرد. زن ممکن است به تدریج این باور را درونی کند که رفتار یا واکنش‌های او علت وقوع خشونت بوده است، یا ممکن است در نتیجه سرزنش‌های مداوم، مسئولیت رفتار آزارگر را به خود نسبت دهد. چنین فرایندی می‌تواند احساس گناه را تثبیت کرده و زمینه خودسرزنشگری مزمن را فراهم سازد.

زوج‌درمانی متمرکز بر خشونت خانگی از طریق بازتعریف مسئولیت‌ها در رابطه، شناسایی الگوهای خشونت‌آمیز و تأکید بر مسئولیت‌پذیری فرد آزارگر می‌تواند به کاهش این نوع خوداسنادی ناسازگار کمک کند. در جلساتی که بر مسئولیت‌پذیری، بازسازی ارتباط و کاهش شرم تمرکز دارند، زن فرصت پیدا می‌کند تجارب خود را در بستری ایمن‌تر بازنگری کرده و میان «مسئولیت فردی» و «مسئولیت ناشی از رفتار خشونت‌آمیز همسر» تمایز قائل شود. از این رو، می‌توان گفت که بخشی از کاهش احساس گناه احتمالاً ناشی از اصلاح روایت فرد درباره علت خشونت و کاهش خودسرزنشگری است. این تبیین با نتایج تقی‌پور نیز سازگار است که نشان داد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند فرایندهای هیجانی ناسازگار را در زنان قربانی خشونت خانگی تحت تأثیر قرار دهد (Taghipour, 2026). همچنین، یافته‌های اوزکافاجی و ارن نشان داده‌اند که مداخلات روان‌شناختی می‌توانند در کاهش علائم منفی عاطفی مانند اضطراب، افسردگی و ناامیدی در زنان بازمانده از خشونت خانگی مؤثر باشند (Özkafacı & Eren, 2020). در مجموع، به نظر می‌رسد کاهش احساس گناه در این مطالعه بخشی از یک فرایند گسترده‌تر بازسازی شناختی و هیجانی بوده است که طی آن شرکت‌کنندگان توانسته‌اند تفسیرهای آسیب‌زا از نقش خود در خشونت را تعدیل کنند.

دومین یافته پژوهش نشان داد که زوج‌درمانی متمرکز بر خشونت خانگی موجب کاهش معنادار دلزدگی زناشویی شد. این یافته با مطالعاتی همسو است که نقش عوامل هیجانی، ارتباطی و شناختی را در شکل‌گیری و کاهش دلزدگی زناشویی برجسته کرده‌اند. قاسمی و همکاران نشان دادند که دلزدگی زناشویی با سلامت روان زنان در روابط آسیب‌دیده مرتبط است (Ghasemi et al., 2023). مهدیقلی و همکاران نیز نشان دادند که تمایزیافتگی، هوش هیجانی، سلامت روان و تاب‌آوری می‌توانند در تبیین دلزدگی زناشویی نقش داشته باشند (Mahdigholi et al., 2022). علاوه بر این، بابایی و همکاران بر نقش فرایندهای شناختی و کارکردهای اجرایی در دلزدگی زناشویی تأکید کرده‌اند (Babaei et al., 2024). نتایج نیک‌منش و امیری‌مقدم نیز نشان داده است که نگرش‌های منفی در روابط زوجی با دلزدگی و ناسازگاری زناشویی همراه

هستند (Nikmanesh & Amiri Moghadam, 2020). بنابراین، کاهش دلزدگی مشاهده‌شده در مطالعه حاضر را می‌توان حاصل تغییر هم‌زمان در مؤلفه‌های عاطفی، شناختی و تعاملی دانست.

در تبیین این یافته می‌توان گفت که دلزدگی زناشویی در روابط همراه با خشونت خانگی معمولاً در نتیجه تکرار تعارض، احساس ناامنی، کاهش صمیمیت، سرخوردگی و فقدان تجربه‌های مثبت مشترک شکل می‌گیرد. در چنین شرایطی، فرد به تدریج نسبت به رابطه احساس فرسودگی پیدا می‌کند و فاصله عاطفی میان زوجین افزایش می‌یابد. زوج‌درمانی متمرکز بر خشونت خانگی با تأکید بر شناسایی نیازهای برآورده‌نشده، اصلاح الگوهای دوری‌گزینی، آموزش گفت‌وگوی غیر خصمانه و ایجاد تعاملات ایمن‌تر می‌تواند زمینه بازسازی تدریجی رابطه را فراهم کند. این تبیین با یافته‌های بوستانی‌کاشانی و همکاران همخوان است که نشان دادند درمان‌های رابطه‌محور می‌توانند مهارت‌های ارتباطی، ابراز هیجان و همدلی را ارتقا دهند (Boostani-Kashani et al., 2021). همچنین، بهشتی‌نژاد و همکاران نشان دادند مداخلات زوجی می‌توانند بر صمیمیت و تعهد اثرگذار باشند (Beheshtinejad et al., 2022). در نتیجه، زمانی که زوجها یاد می‌گیرند تعارضات را با روش‌های سازنده‌تری مدیریت کنند و محیط رابطه از حالت تهدیدآمیز به سمت تعامل قابل پیش‌بینی‌تر و محترمانه‌تر حرکت کند، احساس فرسودگی و بی‌معنایی در رابطه می‌تواند کاهش یابد.

یافته مربوط به کاهش دلزدگی زناشویی همچنین با نتایج مطالعات مستقیم‌تر در حوزه خشونت شریک صمیمی همسو است. استیس و همکاران نشان دادند که برنامه‌های درمانی طراحی‌شده برای خشونت موقعیتی زوجین، در صورت اجرای دقیق و متناسب با شرایط فرهنگی، می‌توانند به اصلاح الگوهای تعاملی کمک کنند (Stith et al., 2019). اسلوت‌میکرز و میگرود نیز بر این نکته تأکید کردند که کاهش خشونت در روابط صمیمی مستلزم شکستن چرخه‌های تشدید تعارض و ایجاد الگوهای جدید تعامل است (Slootmaeckers & Migerode, 2020). از سوی دیگر، کیل‌هولتز و اسپنسر تأکید کرده‌اند که زوج‌درمانی در زمینه خشونت شریک صمیمی، در صورت ارزیابی دقیق ایمنی و انتخاب مناسب موارد، می‌تواند بخشی از راهبرد درمانی باشد (Keilholtz & Spencer, 2022). بنابراین، کاهش دلزدگی در پژوهش حاضر را می‌توان در چارچوب کاهش تعارض، افزایش امنیت نسبی، اصلاح ارتباط و بازسازی تدریجی پیوند عاطفی تفسیر کرد.

سومین یافته پژوهش نشان داد که زوج‌درمانی متمرکز بر خشونت خانگی موجب بهبود معنادار تنظیم هیجان در زنان آسیب‌دیده شد. این یافته با نتایج چندین مطالعه قبلی همسو است. معینی و همکاران نشان دادند درمان هیجان‌مدار می‌تواند تنظیم هیجان زنان آسیب‌دیده از خشونت خانگی را بهبود بخشد (Moeini et al., 2022). همایونی و همکاران نیز گزارش کردند که مداخلات مبتنی بر ذهن‌آگاهی می‌توانند بدتنظیمی هیجانی و اجتناب تجربه‌ای را در زنان خشونت‌دیده کاهش دهند (Homayouni et al., 2022). همچنین، لشنی نشان داد درمان هیجان‌مدار در کاهش نشخوار خشم و بهبود جرئت‌ورزی زنان قربانی خشونت خانگی مؤثر است (Leshani, 2023). این مجموعه یافته‌ها نشان می‌دهد که تنظیم هیجان یکی از مؤلفه‌های اصلی در بازتوانی روان‌شناختی زنان آسیب‌دیده از خشونت خانگی است و می‌تواند از طریق مداخلات ساختاریافته بهبود یابد.

بهبود تنظیم هیجان در پژوهش حاضر را می‌توان بر اساس محتوای جلسات مداخله تبیین کرد. در بخش‌هایی از پروتکل، مهارت‌های آرام‌سازی، شناسایی چرخه خشونت، استفاده از تکنیک تایم‌اوت، کنترل تکانه و گفت‌وگوی بدون قضاوت آموزش داده شد. این مهارت‌ها می‌توانند به شرکت‌کنندگان کمک کنند تا در موقعیت‌های تعارض‌آمیز به‌جای واکنش‌های تکانشی یا سرکوب کامل هیجان، از راهبردهای تنظیمی سازگارانه‌تر استفاده کنند. همچنین، کاهش احساس تهدید در رابطه می‌تواند شدت فعال‌شدن هیجانی را کاهش دهد و امکان پردازش شناختی بهتر را فراهم سازد. نتایج پژوهش هرویکا و همکاران نیز نشان می‌دهد که هوش هیجانی و ابراز هیجان با وضعیت روان‌شناختی زنان تجربه‌کننده خشونت ارتباط دارند (Hervika et al., 2021). علاوه بر این، ماسعودزاده و همکاران بر نقش طرحواره‌های هیجانی در روابط خشونت‌آمیز تأکید کرده‌اند (Masoudzadeh et al., 2021). بنابراین، هر مداخله‌ای که بتواند نحوه ادراک، تفسیر و ابراز هیجان را اصلاح کند، احتمالاً می‌تواند بخشی از سازوکار تداوم خشونت و پیامدهای آن را نیز تحت تأثیر قرار دهد.

از منظر نظری، می‌توان گفت احساس گناه، دلزدگی زناشویی و تنظیم هیجان در این گروه از زنان سه متغیر جدا از هم نیستند، بلکه در یک شبکه تعاملی به یکدیگر مرتبط‌اند. احساس گناه می‌تواند موجب خودسرزنشگری، کاهش جرئت‌ورزی و افزایش تحمل روابط آسیب‌زا شود؛ دلزدگی زناشویی می‌تواند با فاصله عاطفی، کاهش امید و فرسودگی روانی همراه گردد؛ و ضعف تنظیم هیجان نیز می‌تواند احتمال واکنش‌های شدید، اجتناب، نشخوار یا خاموشی عاطفی را افزایش دهد. از این رو، مداخله‌ای که به‌طور هم‌زمان بر مسئولیت‌پذیری، تنظیم هیجان، ارتباط، ایمنی و پیشگیری از عود کار می‌کند، می‌تواند اثرات هم‌افزایی ایجاد کند. این دیدگاه با نتایج فدینیک و همکاران نیز سازگار است که نشان دادند کار مشترک بر تروما و فرایندهای رابطه‌ای در برخی موقعیت‌های بالینی می‌تواند مفید باشد (Fedynich et al., 2021). همچنین، یافته‌های گولاتی و کلی درباره پیامدهای گسترده خشونت خانگی نشان می‌دهد که مداخلات سلامت روان باید فراتر از درمان یک نشانه منفرد عمل کنند و مجموعه‌ای از پیامدهای روان‌شناختی و ارتباطی را در نظر گیرند (Gulati & Kelly, 2020). نتایج رایفمن و همکاران نیز بر گستردگی پیامدهای خشونت خانگی در ابعاد مختلف زندگی زنان تأکید دارد (Raifman et al., 2021). بنابراین، یافته‌های پژوهش حاضر از رویکردی حمایت می‌کند که خشونت خانگی و پیامدهای آن را در سطح فردی و تعاملی به‌طور هم‌زمان مورد توجه قرار می‌دهد.

پژوهش حاضر با محدودیت‌هایی همراه بود که در تفسیر و تعمیم یافته‌ها باید مورد توجه قرار گیرند. نخست، حجم نمونه محدود بود و تنها ۳۰ زن آسیب‌دیده از خشونت خانگی در دو گروه ۱۵ نفری مورد بررسی قرار گرفتند؛ بنابراین، تعمیم نتایج به همه زنان دارای تجربه خشونت خانگی باید با احتیاط انجام شود. دوم، نمونه از میان زنان مراجعه‌کننده به دو مرکز روان‌شناختی شهر دزفول انتخاب شد و افرادی که به خدمات روان‌شناختی مراجعه نمی‌کردند در مطالعه حضور نداشتند؛ از این رو، احتمال تفاوت میان این گروه و زنان خشونت‌دیده در جامعه عمومی وجود دارد. سوم، استفاده از نمونه‌گیری در دسترس می‌تواند قابلیت تعمیم نتایج را کاهش دهد. چهارم، متغیرهای پژوهش با ابزارهای خودگزارشی سنجیده شدند و پاسخ‌ها ممکن است تحت تأثیر مطلوبیت اجتماعی، حافظه یا نگرانی از افشای اطلاعات قرار گرفته باشند. پنجم، پژوهش فاقد مرحله پیگیری بود و در نتیجه نمی‌توان درباره پایداری اثرات درمان در میان‌مدت و بلندمدت نتیجه‌گیری کرد. همچنین،

تفاوت‌های فرهنگی، اقتصادی، اجتماعی، شدت و مدت خشونت و سایر ویژگی‌های رابطه‌ای زوجین به‌طور کامل کنترل نشدند و ممکن است بر نتایج اثر گذاشته باشند.

پیشنهاد می‌شود پژوهش‌های آینده با حجم نمونه بزرگ‌تر و در مناطق جغرافیایی و فرهنگی متفاوت انجام شوند تا امکان بررسی پایداری و تعمیم‌پذیری یافته‌ها فراهم شود. استفاده از نمونه‌گیری احتمالی در صورت امکان می‌تواند اعتبار بیرونی نتایج را افزایش دهد. همچنین، پیشنهاد می‌شود مطالعات بعدی دوره‌های پیگیری سه‌ماهه، شش‌ماهه و یک‌ساله در نظر بگیرند تا دوام اثرات درمانی مشخص شود. استفاده از طرح‌های چندگروهی برای مقایسه زوج درمانی متمرکز بر خشونت خانگی با درمان‌های فردی، درمان هیجان‌مدار، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد یا مداخلات مبتنی بر ذهن‌آگاهی نیز می‌تواند به شناسایی اثربخشی نسبی این رویکرد کمک کند. علاوه بر این، بررسی نقش میانجی متغیرهایی مانند خودسرزنشگری، تاب‌آوری، حمایت اجتماعی، صمیمیت زناشویی و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و نیز نقش تعدیل‌گر شدت خشونت، مدت رابطه و وضعیت اجتماعی-اقتصادی می‌تواند سازوکارهای اثرگذاری مداخله را روشن‌تر سازد. استفاده هم‌زمان از خودگزارش‌دهی، مصاحبه بالینی، ارزیابی مشاهده‌ای و گزارش درمانگر نیز می‌تواند دقت سنجش را افزایش دهد.

با توجه به نتایج پژوهش، پیشنهاد می‌شود مراکز روان‌شناختی و مشاوره خانواده در مواردی که ارزیابی تخصصی نشان می‌دهد مداخله زوجی از نظر ایمنی مناسب است، از مؤلفه‌های زوج درمانی متمرکز بر خشونت خانگی در برنامه‌های درمانی استفاده کنند. درمانگران می‌توانند در کنار توجه به کاهش خشونت، بر بازسازی مسئولیت‌پذیری، کاهش خودسرزنشگری، آموزش تنظیم هیجان، مدیریت تکانه، افزایش مهارت‌های گفت‌وگوی غیر خصمانه و پیشگیری از عود تمرکز کنند. همچنین، طراحی برنامه‌های آموزشی تخصصی برای روان‌شناسان، مشاوران خانواده و درمانگران زوج در زمینه ارزیابی خطر، برنامه‌ریزی ایمنی و مداخلات مناسب برای خشونت شریک صمیمی می‌تواند کیفیت خدمات را افزایش دهد. پیشنهاد می‌شود غربالگری منظم خشونت خانگی در مراکز مشاوره انجام شود و پیش از شروع هرگونه مداخله زوجی، شدت خشونت، خطر آسیب، الگوهای کنترل‌گری و امکان اجرای امن جلسات به‌طور دقیق بررسی شود. در نهایت، همکاری میان مراکز روان‌شناختی، خدمات اجتماعی و نهادهای حمایتی می‌تواند زمینه ارائه خدمات جامع‌تر و ایمن‌تر برای زنان آسیب‌دیده از خشونت خانگی را فراهم سازد.

مشارکت نویسندگان

در نگارش این مقاله تمامی نویسندگان نقش یکسانی ایفا کردند.

تعارض منافع

در انجام مطالعه حاضر، هیچ‌گونه تضاد منافی وجود ندارد.

موازین اخلاقی

در تمامی مراحل پژوهش حاضر اصول اخلاقی مرتبط با نشر و انجام پژوهش رعایت گردیده است.

تشکر و قدردانی

از تمامی کسانی که در انجام این پژوهش ما را همراهی کردند تشکر و قدردانی به عمل می‌آید.

چکیده گسترش یافته انگلیسی

Introduction

Domestic violence against women is a multidimensional psychological, relational, and social problem that can profoundly affect women's mental health, emotional functioning, and marital relationships. Exposure to recurrent violence may create a persistent environment of threat, insecurity, humiliation, coercion, and interpersonal stress, thereby impairing the victim's ability to maintain emotional stability and adaptive interpersonal functioning. Previous evidence has shown that domestic violence is associated with a wide range of psychological and relational consequences and should therefore be understood beyond its immediate physical manifestations (Gulati & Kelly, 2020). Domestic violence may also be intertwined with broader dimensions of women's health and life decisions, suggesting that its consequences extend to multiple domains of functioning (Raifman et al., 2021). Emotional processes are particularly important in this context because women exposed to domestic violence frequently experience difficulties in emotional expression, hopelessness, and the management of intense negative affect (Hervika et al., 2021). Relationship-related emotional schemas and individual psychological characteristics may additionally contribute to the development and persistence of violent interpersonal patterns (Masoudzadeh et al., 2021). One important psychological consequence of repeated interpersonal violence is guilt. Women exposed to violence may gradually internalize blame and perceive themselves as responsible for their partner's aggressive behavior, the continuation of the relationship, or their inability to prevent episodes of violence. Guilt and shame proneness are closely related to emotional processes within family relationships (Khanipour et al., 2019), and psychological interventions targeting self-blame have been shown to reduce guilt among individuals with adverse interpersonal experiences (Shahab et al., 2024). Another important consequence is marital burnout, which refers to the progressive physical, emotional, and psychological exhaustion resulting from prolonged relational stress, disappointment, unresolved conflict, and erosion of intimacy. Marital burnout is associated with broader indicators of compromised mental health (Ghasemi et al., 2023) and is influenced by emotional intelligence, differentiation of self, resilience, and psychological functioning (Mahdigholi et al., 2022). Cognitive processes and executive functioning have likewise been implicated in marital burnout (Babaei et al., 2024), while dysfunctional attitudes within intimate relationships may be associated with both burnout and marital maladjustment (Nikmanesh & Amiri Moghadam, 2020). Emotion regulation constitutes another central mechanism through which domestic violence may affect psychological adjustment. Repeated exposure to threat and conflict can impair individuals' ability to identify, tolerate, modify, and appropriately express emotions. Evidence indicates that emotion-focused interventions can improve emotion regulation and marital adjustment among women affected by domestic violence (Moeini et al., 2022), while positive mindfulness interventions may reduce internalized shame, experiential avoidance, and emotion dysregulation in women exposed to violence (Homayouni et al., 2022). Emotion-focused

therapy has also demonstrated beneficial effects on assertiveness and anger rumination in women victimized by domestic violence (Leshani, 2023). Other therapeutic approaches, including acceptance and commitment therapy, have been applied to emotional difficulties and personal values in women exposed to domestic violence (Taghipour, 2026), and art psychotherapy has been associated with reductions in depression, anxiety, and hopelessness among female survivors of domestic violence with posttraumatic stress symptoms (Özkafacı & Eren, 2020). Although individual interventions can reduce psychological symptoms, domestic violence frequently occurs within recurring interactional cycles, suggesting that relationally focused approaches may also be necessary. Couple-based interventions may improve communication skills, emotional expression, empathy, intimacy, and commitment (Beheshtinejad et al., 2022; Boostani-Kashani et al., 2021). In cases in which couple therapy is clinically appropriate and safety has been carefully assessed, interventions specifically addressing intimate partner violence may help modify destructive interactional patterns (Keilholtz & Spencer, 2022). Emotionally focused approaches have provided frameworks for de-escalating violent couple interactions (Slootmaeckers & Migerode, 2020), and structured treatment programs for situational couple violence have been adapted across cultural contexts (Stith et al., 2019). Conjoint interventions have also demonstrated the potential value of simultaneously addressing trauma-related symptoms and relationship processes in complex cases involving previous domestic violence (Fedynich et al., 2021). Accordingly, the simultaneous consideration of guilt, marital burnout, and emotion regulation may provide a more comprehensive understanding of treatment outcomes among women affected by domestic violence. Therefore, the present study aimed to determine the effectiveness of domestic violence-focused couple therapy on guilt, marital burnout, and emotion regulation among women victimized by domestic violence in Dezful.

Methods and Materials

The present study employed a quasi-experimental pretest–posttest design with an experimental and a control group. The statistical population consisted of women affected by domestic violence who had attended two psychological centers in Dezful in 2026. Thirty eligible women were selected through convenience sampling and subsequently assigned by simple random allocation to an experimental group receiving domestic violence-focused couple therapy and a control group, with 15 participants in each group. Eligibility criteria included having experienced domestic violence within the preceding six months or less, not participating simultaneously in other educational or therapeutic programs related to the study intervention, receiving complete information about the nature, duration, and objectives of the intervention, and providing written informed consent. Participants were also screened on the basis of elevated guilt and marital burnout and relatively low emotion regulation scores. Withdrawal from the study and absence from more than two intervention sessions were considered exclusion criteria. Guilt was assessed using the 45-item Kugler and Jones Guilt Inventory, which evaluates guilt trait, guilt state, and moral standards. Marital burnout was assessed using the 20-item Pines Marital Burnout Scale, which measures physical, emotional, and psychological exhaustion in the marital relationship. Emotion regulation was measured using the 10-item Gross and John Emotion Regulation Questionnaire, comprising cognitive reappraisal and expressive suppression dimensions. The experimental group participated in a domestic violence-focused couple therapy protocol administered in 12 weekly

90-minute sessions. The intervention progressively addressed safety assessment and therapeutic commitment, responsibility for violent behavior, recognition of violence triggers, emotion regulation, impulse control, relaxation skills, timeout strategies, reconstruction of communication, expression of shame and guilt in a non-blaming environment, reflective listening, identification of unmet marital needs, reduction of withdrawal patterns, non-hostile dialogue, consolidation of therapeutic gains, and relapse prevention. The control group received no intervention during the study period and was placed on a waiting list. Data were analyzed using SPSS version 26. Descriptive statistics included means and standard deviations. Before inferential analyses, normality, homogeneity of error variances, homogeneity of variance–covariance matrices, and homogeneity of regression slopes were assessed. Multivariate analysis of covariance was used to examine the overall intervention effect while controlling for pretest scores, followed by univariate analyses of covariance for each dependent variable. The significance level was set at 0.05.

Findings

Descriptive results indicated a clear pattern of improvement in the experimental group compared with the control group. For guilt, the mean score in the experimental group decreased from 139.00 at pretest to 133.21 at posttest, whereas the control group increased from 139.49 to 140.54. Marital burnout in the experimental group declined from a pretest mean of 69.37 to a posttest mean of 57.31, while the corresponding scores in the control group remained almost unchanged, increasing slightly from 69.36 to 69.43. Emotion regulation scores in the experimental group increased from 32.52 at pretest to 37.60 at posttest, compared with an increase from 33.42 to 34.68 in the control group. Preliminary assumption testing supported the use of covariance analyses. The Kolmogorov–Smirnov test indicated no significant deviation from normality for the study variables. Levene’s test was nonsignificant for guilt ($p=0.057$), marital burnout ($p=0.259$), and emotion regulation ($p=0.541$), supporting the assumption of homogeneity of error variances. Box’s M test was also nonsignificant (Box’s $M=11.98$, $F=0.894$, $p=0.552$), indicating equality of variance–covariance matrices, and the homogeneity of regression slopes assumption was satisfied. Multivariate analysis of covariance revealed a statistically significant overall effect of group membership on the combined dependent variables after controlling for pretest scores. Wilks’ lambda was 0.031, with $F=240.55$ and $p<0.001$. The effect size was $\eta^2=0.95$, and statistical power was 1.00. Consistent results were obtained for Pillai’s trace (0.969), Hotelling’s trace (31.37), and Roy’s largest root (31.37), all with $F=240.55$ and $p<0.001$. Subsequent univariate analyses of covariance demonstrated a significant intervention effect on guilt ($F=181.86$, $p<0.001$, $\eta^2=0.87$), indicating a substantial reduction in guilt scores in the experimental group after adjustment for pretest values. A significant intervention effect was also observed for marital burnout ($F=382.12$, $p<0.001$, $\eta^2=0.93$), demonstrating markedly lower posttest burnout in the intervention group. Finally, emotion regulation differed significantly between groups after controlling for baseline scores ($F=409.13$, $p<0.001$, $\eta^2=0.93$), with higher adjusted posttest emotion regulation in the experimental group. Overall, the inferential findings indicated that domestic violence-focused couple therapy significantly reduced guilt and marital burnout while substantially improving emotion regulation.

Discussion and Conclusion

The findings indicate that domestic violence-focused couple therapy was effective across cognitive-emotional, relational, and regulatory domains. The reduction in guilt may be explained by the intervention's emphasis on differentiating responsibility for violent behavior from the victim's internalized self-blame. Women exposed to repeated violence may come to interpret their partner's aggression as a consequence of their own behavior, perceived inadequacy, inability to maintain the relationship, or failure to prevent conflict. By explicitly identifying violent interaction patterns, assigning responsibility for abusive behavior, and providing opportunities to discuss guilt and shame within a structured and non-blaming therapeutic context, the intervention may have enabled participants to revise maladaptive interpretations of responsibility. The observed decrease in marital burnout may similarly be related to modification of chronic dysfunctional interaction patterns. Repeated violence and hostile conflict can gradually erode emotional intimacy, mutual responsiveness, hope, and investment in the marital relationship, producing emotional withdrawal and exhaustion. The intervention addressed unmet emotional needs, withdrawal patterns, non-hostile communication, reflective listening, and relationship reconstruction. These components may have reduced relational tension and provided participants with more adaptive ways of expressing needs and responding to conflict, thereby decreasing emotional and psychological exhaustion. The substantial improvement in emotion regulation is also consistent with the mechanisms directly targeted by the intervention. Participants were trained in relaxation, impulse control, recognition of the violence cycle, identification of emotional triggers, use of timeout strategies, and regulation of emotional reactions during conflict. Such skills may increase the ability to delay impulsive responses, tolerate distress, reinterpret emotionally charged situations, and respond to conflict with greater behavioral control. Improvement in emotion regulation may, in turn, reinforce reductions in guilt and marital burnout by decreasing escalation during interpersonal stress and allowing more deliberate processing of relationship experiences. The three outcomes therefore appear to be interrelated rather than independent therapeutic targets. Better emotion regulation may facilitate more constructive communication; improved communication may reduce chronic marital exhaustion; and a safer, more accountable interactional environment may diminish self-blame and guilt. The very large effect sizes observed in the present study suggest a strong intervention effect within this sample, although these estimates should be interpreted cautiously because of the relatively small sample size and the absence of long-term follow-up. Overall, the findings support the potential usefulness of domestic violence-focused couple therapy as a structured intervention for selected couples in which conjoint treatment is considered clinically appropriate and safety conditions have been established. The intervention appears capable of addressing not only relational conflict but also important psychological consequences experienced by women affected by domestic violence. It can therefore be concluded that domestic violence-focused couple therapy significantly reduces guilt and marital burnout and improves emotion regulation among women victimized by domestic violence, highlighting the value of integrated interventions that simultaneously address safety, emotional processes, responsibility, communication, and maladaptive couple interaction patterns.

References

- Babaei, F., Abdollahi, M., Amini Gilvani, M., & Masoomifard, M. (2024). The Mediating Role of Theory of Mind in the Relationship between Executive Functions and Marital Burnout Using Structural Equation Modeling and Artificial Neural Networks (SEM-ANN). *International Journal of Education and Cognitive Sciences*, 5(4), 62-73. <https://doi.org/10.61838/kman.ijecs.5.4.7>

- Beheshtinejad, S., Khayatan, F., & Manshaei, G. R. (2022). A Comparison between the Effectiveness of Mindfulness and Imagotherapy on Intimacy and Commitment among Couples Having Spouses with Attention Deficit Hyperactivity Disorder.
- Boostani-Kashani, A. A., Khodabakhshi-Koolaei, A., Davoodi, H., & Heidari, H. (2021). The Effect of Narrative Therapy on Communication Skills, Emotional Expression and Empathy among Couples Intending to Marry. *SALĀMAT-I JTIMĀ'Ī (Community Health)*, 8(2), 232-246. <http://journals.sbm.ac.ir/ch>
- Fedynich, A. L., Birkley, E. L., & Chard, K. M. (2021). Cognitive-Behavioral Conjoint Therapy for PTSD: A Case Study of a Transgender Male Co-Parenting with Former Spouse and Perpetrator of Domestic Violence. *Cognitive and Behavioral Practice*, 28(3), 435-443. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2020.06.005>
- Ghasemi, H., Damehri, F., & Abooei, A. (2023). Predicting Mental Health Based on Alexithymia and Marital Burnout in Women Affected by Infidelity. *Applied Family Therapy Quarterly*, 4(4).
- Gulati, G., & Kelly, B. D. (2020). Domestic Violence against Women and the COVID-19 Pandemic: What Is the Role of Psychiatry? *International journal of law and psychiatry*, 71(101594). <https://doi.org/10.1016/j.ijlp.2020.101594>
- Hervika, L., Satiadarma, M. P., & Soetikno, N. (2021). The Relationship between Trait Emotional Intelligence, Emotional Expressiveness, and Hopelessness among Women Who Experience Domestic Violence. <https://doi.org/10.2991/assehr.k.210805.193>
- Homayouni, M., Keykhosravani, M., & Pouladi Reshehri, A. (2022). Effectiveness of Positive Mindfulness on Internalized Shame, Experiential Avoidance, and Emotion Dysregulation in Women Exposed to Violence. *Rooyesh-e Ravanshenasi*, 11(7), 33-44. <http://frooyesh.ir/article-1-3776-fa.html>
- Keilholtz, B. M., & Spencer, C. M. (2022). Couples Therapy and Intimate Partner Violence: Considerations, Assessment, and Treatment Modalities. *Practice Innovations*, 7(2), 124-137. <https://doi.org/10.1037/pri0000176>
- Khanipour, H., Tarasi, H., Hatami, A., & Akbari, M. (2019). The Relationship of Religious Coping Styles and Shame- and Guilt-Proneness with Expressed Emotion in Family Members of Individuals with Chronic Mental Disorders. *Family Research Quarterly*, 15(1), 89-104. <https://search.isc.ac/dl/search/defaultta.aspx?DTC=8&DC=1087327>
- Leshani, S. (2023). Effectiveness of Emotion-Focused Therapy on Assertiveness and Anger Rumination in Women Victims of Domestic Violence. *PWJ*, 4(3), 117-123. <https://doi.org/10.61838/kman.pwj.4.3.15>
- Mahdigholi, M. R., Dokanayi Fard, F., & Jahangir, P. (2022). Presenting a Predictive Model of Marital Burnout Based on Differentiation of Self, Emotional Intelligence, and Mental Health with the Mediating Role of Resilience in Couples. *Applied Family Therapy*, 3(4), 347-365.
- Masoudzadeh, A., Alami, S., Rajeh, Y. N., Taheri, E., & Sadeghi, H. (2021). The Role of Relationship Emotional Schemas and Personality Dimensions on Domestic Violence in People Referred to a Forensics Center in Iran. *Iranian Journal of Psychiatry*. <https://doi.org/10.18502/ijps.v17i1.8048>
- Moeini, F., Hosseini, A. N., Karbasi, T., Toozandehjani, H., Rahnejat, A. M., & Danavi, V. (2022). Effectiveness of Emotion-Focused Therapy on Feelings of Rejection, Marital Adjustment, and Emotion Regulation in Women Affected by Domestic Violence. *Nurse and Physician Within War*, 10(36), 6-15. <http://npwj.m.ajums.ac.ir/article-1-899-fa.html>
- Nikmanesh, Z., & Amiri Moghadam, D. M. (2020). Examining and Evaluating Attitudes toward Infidelity and Their Relationship with Marital Burnout and Marital Maladjustment. *New Achievements in Humanities Studies*, 3(24), 53-60.
- Özkafacı, A. A., & Eren, N. (2020). Effect of Art Psychotherapy Using Marbling Art on Depression, Anxiety, and Hopelessness in Female Survivors of Domestic Violence with PTSD. *The Arts in Psychotherapy*, 71, 101703. <https://doi.org/10.1016/j.aip.2020.101703>
- Raifman, S., Puri, M., & Arcara, J. (2021). Is There an Association between Fertility and Domestic Violence in Nepal? *AJOG Global Reports*, 1(2), 100011. <https://doi.org/10.1016/j.xagr.2021.100011>
- Shahab, M., Taklavi, S., & Pourmohseni Kalvari, F. (2024). Effectiveness of Compassion-Focused Therapy on Self-Blame, Guilt, and Impulsive Behaviors in Adolescents with Adverse Childhood Experiences. *Rooyesh-e Ravanshenasi*, 13(7), 171-180. <http://frooyesh.ir/article-1-5252-fa.html>
- Slootmaeckers, J., & Migerode, L. (2020). EFT and Intimate Partner Violence: A Roadmap to De-Escalating Violent Patterns. *Journal of Couple & Relationship Therapy*, 59(4), 328-345. <https://doi.org/10.1111/famp.12468>
- Stith, S. M., Spencer, C., Ripoll-Núñez, K. J., Jaramillo-Sierra, A. L., Khodadadi, F., Nikparvar, F., Oksman, R., & Metelinen, J. (2019). International Adaptation of a Treatment Program for Situational Couple Violence. *Journal of marital and family therapy*, 11(89), 101. <https://doi.org/10.1111/jmft.12397>
- Taghipour, S. (2026). *Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Alexithymia and Personal Values in Women Victims of Domestic Violence Referring to Psychological Centers in Ahvaz Islamic Azad University, Andimeshk Branch*.