ORIGINAL ARTICLE

# *Effects of a Spousal Abuse Intervention Training Package on Emotional Regulation, Depression, Self-Efficacy, and Domestic Violence Among Women Experiencing Domestic Violence*

Parivash Shiri[1,2],
Shahrbanoo Ghahari[3],
Morteza Mansourian[4],
Pouya Farokhnezhad Afshar[5]

[1] MPH (Mental Health Orientation), School of Public Health, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
[2] MSc in Epidemiology, Department of Prevention and Control of Noncommunicable Diseases, Deputy of Health, Shahid Beheshti University of Medical Sciences, Tehran, Iran.
[3] Associate Professor of Clinical Psychology, Department of Mental Health, School of Behavioral Sciences and Mental Health (Tehran Institute of Psychiatry), Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
[4] Professor of Health Education Promotion, Research Center, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran
[5] Associate professor in Gerontology, Department of Geriatric Health, School of Behavioral Sciences and Mental Health (Tehran Institute of Psychiatry), Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran

(Received September 2, 2025; Accepted May 30, 2026)

## *Abstract*

**Background and purpose:** Domestic violence against women is a global public health concern associated with numerous adverse psychological outcomes and occurs across all socioeconomic, cultural, and religious groups. The present study aimed to investigate the effect of a spousal abuse intervention training package on domestic violence, emotional regulation, depression, and self-efficacy among women who had experienced domestic violence.

**Materials and methods:** This quasi-experimental study with a control group was conducted in 2024 among 50 women experiencing domestic violence who attended comprehensive health service centers. Data were collected using the Domestic Violence Questionnaire, the Emotional Regulation Questionnaire, the Beck Depression Inventory, and the Sherer General Self-Efficacy Scale. Participants were selected using stratified convenience sampling. The questionnaires were completed at baseline and two months after the intervention. Counseling sessions based on the spousal abuse intervention training package were delivered to the intervention group by a psychologist. Descriptive statistics included frequency, percentage, mean, and standard deviation. For inferential analyses, multiple regression, analysis of covariance (ANCOVA), independent and paired t-tests, Mann-Whitney U tests, Wilcoxon signed-rank tests, and chi-square tests were performed using STATA version 16.

**Results:** The results showed that, at the 95% confidence level, there were statistically significant differences between the intervention and control groups in emotional regulation (P = 0.04) and self-efficacy (P = 0.02) scores following the intervention. In the intervention group, the mean scores of domestic violence and depression were significantly reduced after the intervention compared with baseline.

**Conclusion:** Implementing the Ministry of Health Spousal Abuse Intervention Training Package in comprehensive health service centers may improve emotional regulation and self-efficacy among women experiencing spousal abuse. The intervention may also contribute to reducing levels of domestic violence and depressive symptoms in this population.

***Keywords:*** Domestic violence, Emotional regulation, Depression, Self-efficacy

**J Mazandaran Univ Med Sci 2026; 36 (257): 98-109 (Persian).**

**Corresponding Author: Shahrbanoo Ghahari** - School of Behavioral Sciences and Mental Health (Tehran Institute of Psychiatry), Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran (E-mail: Ghahhari.Sh@Iums.ac.ir)

[ Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-01 ]

پژوهشی

مجله دانشگاه علوم پزشکی مازندران
دوره سی و ششم شماره ۲۵۷ خرداد سال ۱۴۰۵ (۱۰۹-۹۸)

# تأثیر بسته آموزشی مداخله همسرآزاری بر خشونت، تنظیم هیجانی، افسردگی و خودکارآمدی زنان قربانی خشونت

**پریوش شیری[۱،۲]**
**شهربانو قهاری[۳]**
**مرتضی منصوریان[۴]**
**پویا فرخ نژاد افشار[۵]**

## چکیده

**سابقه و هدف:** خشونت خانگی علیه زنان یک نگرانی بهداشتی در سراسر جهان همراه با پیامدهای روانپزشکی رایج، در تمام طبقات اقتصادی اجتماعی، فرهنگی و مذهبی دیده می‌شود. مطالعه حاضر با هدف تأثیر بسته آموزشی مداخله همسرآزاری بر خشونت، تنظیم هیجانی، افسردگی و خودکارآمدی زنان قربانی خشونت، انجام پذیرفت.

**مواد و روش ها:** این مطالعه به روش نیمه تجربی با گروه کنترل، در سال ۱۴۰۳ بر روی ۵۰ نفر از زنان قربانی خشونت خانگی مراجعه‌کننده به مراکز خدمات جامع سلامت انجام گرفت. ابزار گردآوری داده‌ها پرسشنامه‌های خشونت خانگی، بهبود تنظیم هیجانی، افسردگی بک و خودکارآمدی عمومی شرر و نمونه‌گیری به روش طبقه‌بندی شده در دسترس بود. ابتدای مطالعه و دو ماه بعد پرسشنامه‌ها تکمیل و در گروه آزمون جلسات مشاوره توسط روانشناس برگزار گردید. شاخص‌های توصیفی شامل درصد، فراوانی، میانگین و انحراف استاندارد و برای شاخص تحلیل استنباطی داده‌ها رگرسیون چندگانه، کوواریانس، ttest، t زوجی، من‌ویتنی، ویلکاکسون و کای‌دو توسط نرم‌افزار STATA ویرایش ۱۶ استفاده گردید.

**یافته‌ها:** نتایج نشان داد در سطح معنی داری ۹۵ درصد، پس از اجرای مداخله، از نظر آماری تفاوت معنی‌داری در نمره تنظیم هیجانی و خودکارآمدی بین گروه آزمون و کنترل وجود دارد (Value-P به ترتیب ۰/۰۴ و ۰/۰۲). در گروه آزمون، میانگین نمره پرسشنامه خشونت خانگی و افسردگی پس از مداخله، تفاوت معنی‌داری با میانگین نمرات قبل از مداخله دارد.

**استنتاج:** اجرای بسته آموزشی مداخله در همسرآزاری وزارت بهداشت در مراکز خدمات جامع سلامت می‌تواند منجر به، بهبود تنظیم هیجانی و افزایش خودکارآمدی در زنان قربانی خشونت همسرآزاری شود و در کاهش نمره‌های خشونت خانگی و افسردگی در زنان قربانی خشونت همسرآزاری نقش داشته باشد.

**واژه های کلیدی:** خشونت خانگی، تنظیم هیجانی، افسردگی، خودکارآمدی

**مولف مسئول: شهربانو قهاری**- تهران، بزرگراه همت، دانشگاه علوم پزشکی ایران، دانشکده بهداشت روان و علوم رفتاری **E-mail:** Ghahhari.Sh@Iums.ac.ir

۱. MPH ( دوره عالی بهداشت عمومی گرایش بهداشت روان)، گروه MPH (گروه بهداشت روان)، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران
۲. کارشناسی ارشد اپیدمیولوژی، گروه پیشگیری و کنترل بیماری‌های غیرواگیر، معاونت بهداشت، دانشگاه علوم‌پزشکی شهید بهشتی، تهران، ایران
۳. دانشیار روانشناسی بالینی، گروه سلامت روان دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان (انستیتو روانپزشکی تهران )، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران
۴. استاد آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، مرکز تحقیقات ارتقاء سلامت، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران
۵. دانشیار سالمند شناسی، گروه سلامت سالمندی، دانشیار، دانشکده علوم رفتاری و سلامت روان (انستیتو روانپزشکی تهران )، دانشگاه علوم پزشکی ایران، تهران، ایران
تاریخ دریافت : ۱۴۰۴/۶/۱۱ تاریخ ارجاع جهت اصلاحات : ۱۴۰۴/۶/۱۵ تاریخ تصویب : ۱۴۰۵/۳/۹



[ Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-01 ]

## مقدمه

خشونت علیه زنان یک مسأله جهانی است و از مرزهای ملی و همچنین تمایزات اجتماعی- اقتصادی، فرهنگی، نژادی و طبقاتی فراتر می‌رود(۱، ۲). خشونت علیه زنان صرفاً مشکل خانوادگی محسوب نمی‌شود بلکه یک مشکل اجتماعی است(۳). خشونت یکی از علل اصلی مرگ‌ومیر برای افراد ۱۵ تا ۴۴ ساله است(۴). در سراسر جهان یک زن از هر ۳ زن، مورد خشونت فیزیکی و یا جنسی شریک صمیمی یا خشونت جنسی غیر شریک قرار گرفته‌اند(۵). شایع‌ترین خشونت علیه زنان در سرتاسر جهان، خشونت خانگی است و رایج‌ترین خشونت خانگی توسط همسر صورت می‌گیرد(۹ - ۶). همسر آزاری یک نگرانی بهداشتی در سراسر جهان با پیامدهای روانپزشکی و پزشکی رایج در قربانیان است(۴، ۱۰). قربانیان همسرآزاری از اختلالات اضطرابی و افسردگی رنج می‌برند(۱۱). در زنان متأهل شهر تهران خشونت غیرفیزیکی و خشونت فیزیکی در طول زندگی زناشویی به ترتیب ۷۷,۲ و ۳۵,۱ درصد گزارش شده است (۱۲). مطالعه‌ای چندین اختلال روانی را که به شدت با خشونت خانگی در بین زنان بالغ مرتبط بودند، با تأکید ویژه بر اختلال دوقطبی، سوءمصرف الکل و مواد و افسردگی شناسایی کرده است(۱۳). خشونت علیه همسر با صدمات جسمی و سلامت روان ضعیف شامل افسردگی، اضطراب، اختلال استرس پس از سانحه و افکار و اقدامات خودکشی مرتبط است(۱۷ - ۱۴). افسردگی و اقدام به خودکشی در زنان قربانی خشونت چهار برابر بیش‌تر از زنان غیرقربانی دیده می‌شود(۱۸). افسردگی اصلی‌ترین پیامد روان‌شناختی همسرآزاری است(۱۷، ۱۹). رابطه دو طرفه بین تجربه اخیر خشونت خانگی و علائم افسردگی مشاهده شده است(۱۸). خشونت علیه زنان بر خودکارآمدی آن‌ها تأثیر منفی دارد(۲۰). طبق گزارش جهانی خشونت و سلامت سازمان بهداشت جهانی، تعریف خشونت شامل، استفاده عمدی از زور یا قدرت فیزیکی، تهدید شده یا واقعی، علیه خود، شخص دیگر، یا علیه یک گروه یا جامعه که منجر به جراحت، مرگ، آسیب روانی، توسعه نادرست یا محرومیت می‌شود(۲۱). تنظیم هیجان فرآیندی است که طی آن افراد شدت و یا مدت زمان هیجانات خود را به منظور پاسخگویی به چالش های مختلف محیطی تغییر می‌دهند تا به بهترین شکل به چالش های محیطی پاسخ دهند(۱۹). افسردگی رایج‌ترین اختلال روانی و به معنای از دست دادن لذت و علاقه به فعالیت‌های جذاب، برای مدت طولانی است(۲۲). خودکارآمدی مجموعه ای خاص از باورهای یک فرد است که تعیین می کند فرد چقدر می تواند یک برنامه عمل را در موقعیت های آینده نگر اجرا کند(۲۳). وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی در راستای پیشگیری و کنترل خشونت خانگی راهنمای عملی انجام مشاوره مختصر در موارد خشونت برعلیه زنان را تهیه نموده است(۲۴). در ایران، طرح همسرآزاری در سال ۱۳۸۹ به‌طور پایلوت زیر نظر وزارت بهداشت در مراکز بهداشتی روستایی و شهری تحت پوشش نظام مراقبت بهداشتی اولیه در شهرستان ساوجبلاغ اجرا شد. این طرح از سال ۱۳۹۴ تا به حال در کل مراکز خدمات جامع سلامت تحت پوشش نظام مراقبت بهداشتی اولیه کشور در حال اجرا است. در این راستا اطمینان از مؤثر بودن بسته آموزشی مداخله همسرآزاری بر خشونت ابلاغ شده از سوی وزارت بهداشت در سطح شبکه‌های گسترده بهداشتی، درمانی در کشور از اهمیت بسزایی برخوردار است. هدف مطالعه حاضر، بررسی تأثیر بسته آموزشی مداخله در همسر آزاری بر کاهش خشونت، بهبود تنظیم هیجانی، افسردگی و خودکارآمدی زنان قربانی همسرآزاری است.

## مواد و روش‌ها

این مطالعه پس از مراحل قانونی و اخذ مجوز لازم در کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی ایران با کد اخلاق IR.IUMS.REC.1402.455 تأیید شد. پژوهش حاضر یک مطالعه نیمه تجربی با گروه کنترل،

[ Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-01 ]

نمونه‌گیری به روش طبقه‌بندی شده و در دسترس با جامعه پژوهش زنان قربانی خشونت خانگی مراجعه کننده بار اول به ۱۲ مرکز خدمات جامع سلامت بوده است. حجم نمونه بر اساس اختلاف میانگین و واریانس مطالعه‌ی آناستازیا کوکا و فرمول تعیین حجم نمونه برای مقایسه میانگین ها در سطح خطای ۰/۰۵ و با توان ۸۰ درصد با فرمول زیر برابر ۲۰ نمونه در هر گروه تعیین شد که با احتساب ۲۰ درصد ریزش، برای این مطالعه تعداد ۲۵ نمونه در هر گروه جمع آوری و بررسی شد(۲۵).

$$n = 2 \times C\,[\sqrt{(SD12 + SD22)} / (M12 - M22)]2$$

در این مطالعه شرکت کنندگان با روش اتفاقی در دو گروه مداخله یا کنترل قرار گرفتند. سپس جمع آوری اطلاعات به طور همزمان در مراکز خدمات جامع سلامت منتخب آغاز گردید. کلیه زنان متأهل مراجعه کننده با سابقه خشونت همسرآزاری از طریق خوداظهاری شناسایی و از آن ها جهت شرکت در مطالعه دعوت به عمل آمد. معیارهای ورود شامل ساکن شهر تهران بودن، رضایت آگاهانه کتبی برای شرکت در پژوهش، دارا بودن حداقل سواد برای خواندن، همچنین عدم تحت مشاوره روانشناس بودن فرد در حال حاضر و معیار خروج شامل ابتلا به اختلالات دوقطبی، روان‌پریشی و اعتیاد بود. این اختلالات از طریق خوداظهاری شرکت کنندگان و یا ارزیابی و مشاوره توسط روانشناس مرکز خدمات جامع سلامت سنجیده می‌شد.

داده ها با استفاده از پرسشنامه های استاندارد شامل تنظیم هیجان گراس، افسردگی بک، خودکارآمدی عمومی شرر، خشونت خانگی و فرم مشخصات فردی جمع آوری شد. در پرسشنامه ۲۰ سؤالی خشونت خانگی که با مقیاس لیکرت نمره دهی شده است (هرگز=۰، به‌ندرت=۱، گاهی اوقات=۲، اغلب=۳، همیشه=۴)، سؤالات ۷ - ۱، ۱۶ - ۸ و ۲۰ - ۱۷ به ترتیب معرف سؤالات خشونت روان‌شناختی، خشونت جسمانی و خشونت جنسی است. حداکثر نمره‌ی پرسشنامه ۸۰ و حداقل آن صفر است . تقی عزامکی و همکاران پایایی نسخه فارسی پرسشنامه مذکور را بر اساس ضریب آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه ۰/۸۳ و روایی محتوایی را برای هر یک از سؤالات بالاتر از ۸۰ درصد گزارش کرده‌اند(۲۶). میانگین روایی در پرسشنامه ۱۰ سؤالی تنظیم هیجانی، سؤالات با مقیاس لیکرت نمره دهی شده است (۱= کاملاً ناموافق تا ۷= کاملاً موافق). این پرسشنامه از دو قسمت، ارزیابی مجدد شناختی (۶ گویه و فرونشانی (۴ گویه) تشکیل شده است (۲۷).. پرسشنامه افسردگی، یک مقیاس خودگزارش دهی ۲۱ سؤالی است که هر سؤال آن دارای چهار گزینه با نمره صفر تا سه است. حداکثر نمره ۶۳ و حداقل آن صفر است. ضریب همسانی درونی این پرسش‌نامه در جامعه بهنجار ۰/۸۱ گزارش شده است. ضریب اعتبار کل برای هر ۲۱ سؤال ۰/۹۱۳ به دست آمده است. ضریب همبستگی میان دو نیمه ۰/۸۹ و ضریب بازآزمایی با فاصله یک هفته ۰/۹۴ بوده است(۲۸). مقیاس خودکارآمدی ۱۷ گویه دارد که هر گویه در قالب مقیاس پنج درجه‌ای طیف لیکرت اندازه‌گیری می‌شود (کاملاً مخالف:۱ تا کاملاً موافق: ۵). نمره‌های بالاتر بیانگر خودکارآمدی قوی‌تر و نمره‌های پایین‌تر بیانگر خودکارآمدی ضعیف‌تر است. شرر و مادوکس (۱۹۸۲) پایایی آن را از طریق آلفای کرونباخ ۰/۷۶ ذکر کرده‌اند (۲۹).

اطلاعات فردی شامل سن، مدت ازدواج، تعداد فرزندان، سطح تحصیلات زن، نوع ازدواج، سابقه ازدواج قبلی و وضعیت شغل زن بود. پرسشنامه ها قبل از مداخلات و دو ماه پس از مداخلات توسط روانشناس تکمیل گردید. در گروه مداخله، ارائه خدمات بهداشت روان، برگزاری جلسات آموزشی و مشاوره‌ای شامل حداقل دو جلسه مشاوره، هر جلسه حداقل ۴۵ دقیقه، طی دو ماه توسط یک روانشناس دارای مهارت کافی، طبق بسته مداخله‌ای وزارت بهداشت انجام یافت. گروه کنترل فقط اطلاعات

[ Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-01 ]

تماس خدمات پشتیبانی محلی را دریافت نمودند تا در فرصت مناسبی که متعاقباً آماده‌ی همکاری هستند در جلسات مشاوره‌ای شرکت داده شوند (اطلاعات مربوط به انجام اقدامات آموزشی و مشاوره‌ای و دیگر خدمات ارائه شده به آن ها که متعاقباً و پس از اتمام مطالعه به گروه کنترل ارائه گردید، در مطالعه وارد نشده است ). در گروه مداخله، پرسشگر، طی پیگیری‌های بعدی برای دعوت او در جلسات بعدی مشاوره، هنگام برقراری تماس تلفنی با شرکت‌کننده، اطمینان حاصل نمود که آیا شخص مناسبی گوشی را برمی‌دارد و صحبت کردن با او بی‌خطر می باشد یا خیر بی خطر نیست. این مطالعه مورد گمشده نداشت. میانگین زمان تکمیل پرسشنامه ها ۲۰ دقیقه برآورد گردید. داده‌های جمع آوری شده در نرم افزار STATA ویرایش ۱۶ وارد و ذخیره شد. نرمالیتی داده ها با آزمون شاپیرو-ویلک و بررسی چولگی و کشیدگی استفاده ارزیابی گردید. با توجه به این که متغیرهای خشونت ( روان‌شناختی، جسمی، جنسی) نرمال نبودند از طریق لگاریتمی نرمالسازی انجام گردید (خشونت جسمی نیز نرمال نگردید ). توصیف داده ها با استفاده از آمار توصیفی شامل میانگین و انحراف معیار برای متغیرهای کمی و درصد و فراوانی برای متغیرهای کیفی انجام گرفت. مقایسه فراوانی هر یک از متغیرهای فردی در گروه‌های مداخله و کنترل با آزمون کای‌دو انجام شد. سطح معنی‌داری در تمام آزمون‌ها کم‌تر از ۰/۵۰ در نظر گرفته شد. متغیرهای سطح تحصیلات و تعداد فرزندان کدگذاری گردید.

## یافته‌ها

در این مطالعه ۵۰ نفر در دو گروه (گروه مداخله ۲۵ نفر، گروه کنترل ۲۵ نفر ) با میانگین سنی ۱/۱ ± ۴۰/۳۸ و میانگین سن ازدواج ۱/۰۸ ± ۲۶/۸۸ سال بودند. اکثریت آن‌ها خانه دار و دارای ۲ فرزند، سطح تحصیلات اکثریت آن ها زیر دیپلم و دیپلم بود. ازدواج اکثریت از نوع دائم بود و سابقه ازدواج قبلی نداشتند. هیچ‌کدام از شرکت‌کنندگان اعتیاد به مواد مخدر نداشتند. نتایج بررسی مقایسه متغیرهای فردی در دو گروه مداخله و کنترل نشان داد تفاوت معناداری از نظر آماری بین توزیع متغیرهای مدت ازدواج، سطح تحصیلات زن و تعداد فرزندان در دو گروه وجود دارد. بنابراین در ادامه فرایند آنالیز داده ها به منظور مقایسه متغیرهای وابسته در دو گروه مداخله و کنترل، متغیرهای مذکورکنترل گردیدند (جدول شماره ۱).

**جدول شماره ۱:** ویژگی‌های فردی زنان قربانی خشونت همسرآزاری از نظر سن و مدت ازدواج زنان قربانی خشونت همسرآزاری در دو گروه مداخله و کنترل (N= ۵۰)

| | متغیر | مداخله تعداد ( درصد) | کنترل تعداد ( درصد) | آزمون آماری |
|---|---|---|---|---|
| تعداد فرزندان | بدون فرزند | ۱ (۴) | ۵ (۲۰) | sher's exact ۱۶/۹= P = ۰/۰۱۲ کای دو (فیشر) |
| | یک فرزند | ۲ (۸) | ۱۰ (۴۰) | |
| | دو فرزند | ۱۹ (۷۶) | ۸ (۳۲) | |
| | سه فرزند | ۱ (۴) | ۲ (۸) | |
| | چهار فرزند | ۱ (۴) | ۰ (۰) | |
| | پنج فرزند | ۱ (۴) | ۰ (۰) | |
| سطح تحصیلات زن | زیر دیپلم | ۱۳ (۵۲) | ۲ (۸) | Fisher's ۲۴/۱exact = P = ۰/۰۰۰ کای دو (فیشر) |
| | دیپلم | ۸ (۳۲) | ۶ (۲۴) | |
| | فوق دیپلم | ۲ (۸) | ۷ (۲۸) | |
| | لیسانس | ۱ (۴) | ۸ (۳۲) | |
| | کارشناسی ارشد و بالاتر | ۱ (۴) | ۲ (۸) | |
| نوع ازدواج | دائم | ۲۴ (۹۶) | ۲۵ (۱۰۰) | Fisher's ۱/۵۰exact = P = ۰/۳۱۲ کای دو (فیشر) |
| | موقت و سایر | ۱ (۴) | ۰ (۰) | |
| سابقه ازدواج قبلی | ندارد | ۲۴ (۹۶) | ۲۲ (۸۸) | Fisher's ۱/۲۲exact = P = ۰/۳۶۵ کای دو (فیشر) |
| | دارد | ۱ (۴) | ۳ (۱۲) | |
| وضعیت شغل زن | شاغل ( بیرون از منزل ) | ۷ (۲۸) | ۹ (۳۶) | $۰/۴۴\chi^2$ = P = ۰/۵۰۵ کای دو |
| | خانه‌دار | ۱۸ (۷۲) | ۱۶ (۶۴) | |
| شغل همسر | شاغل در ارگان دولتی | ۱ (۴) | ۶ (۲۴) | $۹/۸۷۶\chi^2$ = P = ۰/۰۲۰ کای دو |
| | شاغل در بخش خصوصی | ۹ (۳۶) | ۳ (۱۲) | |
| | آزاد | ۱۲ (۴۸) | ۷ (۲۸) | |
| | بیکار | ۳ (۱۲) | ۹ (۳۶) | |
| متغیر | | میانگین (انحراف‌معیار) | میانگین (انحراف‌معیار) | آزمون آماری |
| سن | | ۴۱/۹۶ (۵/۸۷) | ۳۸/۷۶ (۹/۳۶) | t = ۱/۴۴۶ P = ۰/۱۵۴ ttest |
| مدت ازدواج (سال) | | ۱۷/۰۴ (۶/۲۰) | ۹/۹۲ (۶/۴۲) | z = ۳/۹۷۵ P = ۰/۰۰۰ من‌ویتنی |

پس از بررسی مقایسه نمرات خشونت خانگی در شرکت‌کنندگان در سه حیطه روانشناختی، جسمانی و جنسی، نتایج مربوط به اطلاعات گروه آزمون نشان داد



[ Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-01 ]

میانگین نمره خشونت خانگی در سه حیطه روانشناختی، جسمانی و جنسی پس از مداخله تفاوت معنی داری با میانگین نمره خشونت خانگی در سه حیطه روانشناختی، جسمانی و جنسی در قبل از مداخله دارد. قابل توضیح است در هیچ یک از متغیرهای مستقل فردی ارتباط معنی‌داری در گروه آزمون (قبل از مداخله و پس از مداخله) در سه حیطه روانشناختی، جسمانی و جنسی دیده نشد.

پس از بررسی مقایسه نمرات خشونت خانگی در شرکت‌کنندگان در سه حیطه روانشناختی، جسمانی و جنسی، نتایج مربوط به اطلاعات گروه کنترل نشان داد میانگین نمره خشونت خانگی در حیطه‌های روانشناختی و جسمانی پس از مداخله تفاوت معناداری با میانگین نمره خشونت خانگی در حیطه‌های روانشناختی و جسمانی در قبل از مداخله دارد ولی در حیطه جنسی، ارتباط معنی دار نیست. قابل توضیح است در سه حیطه روانشناختی، جسمانی و جنسی، متغیر مخدوشگر "مدت ازدواج " کنترل گردیده است. در بقیه متغیرهای مستقل فردی ارتباط معنی‌داری در گروه کنترل ( قبل از مداخله و پس از مداخله) دیده نشد. شایان ذکر است کلیه متغیرهای مستقل از نظر نرمالیتی بررسی گردید. با توجه به این که متغیرهای خشونت نرمال نبودند از طریق لگاریتمی نرمالسازی انجام گردید (پس از نرمالسازی از طریق لگاریتم، خشونت جسمی نیز نرمال نگردید) (جدول شماره ۲).

پس از بررسی نمره پرسشنامه ۱۰ سؤالی تنظیم هیجانی در گروه آزمون نتایج نشان داد میانگین نمره تنظیم هیجانی پس از مداخله در هر دو گروه آزمون و کنترل در زنان قربانی خشونت همسرآزاری، افزایش معنی داری دارد. پس از بررسی نمره پرسشنامه ۲۱ سؤالی افسردگی در گروه آزمون نتایج نشان داد در گروه مداخله میانگین نمره افسردگی پس از مداخله در زنان قربانی خشونت همسرآزاری کاهش معنی‌دار قابل توجهی دارد ولی در گروه کنترل این تفاوت معنادار نبود. پس از بررسی نمره پرسشنامه ۱۷ سؤالی خودکارآمدی در گروه آزمون نتایج نشان داد در گروه مداخله، میانگین نمره خودکارآمدی پس از مداخله در زنان قربانی خشونت همسرآزاری، افزایش معنی داری دارد ولی در گروه کنترل این تفاوت معنادار نبود. قابل توضیح است در هیچ‌یک از متغیرهای مستقل فردی ارتباط معنی داری در گروه آزمون (قبل از مداخله و پس از مداخله) در متغیرهای پیشگفت دیده نشد (جدول شماره ۳).

**جدول شماره ۲:** مقایسه نمره خشونت خانگی در زنان قربانی خشونت همسرآزاری مراجعه کننده به مراکز خدمات جامع سلامت شهر تهران بر اساس خود اظهاری زنان قربانی خشونت همسرآزاری (رفتار در گذشته) در گروه های آزمون و کنترل

| متغیر خشونت | گروه | زمان (دوره) | انحراف معیار+ میانگین | P نوع آزمون |
|---|---|---|---|---|
| خشونت روان‌شناختی | آزمون n=۲۵ | قبل از مداخله | ۲۰/۶۴+۱/۰۱۶ | ۰/۰۰۰ t زوجی |
| | | پس از مداخله | ۱۵/۷۲+۰/۹۱۵ | |
| خشونت جسمانی | | قبل از مداخله | ۱۲/۳۶+۲/۲۹۹ | ۰/۰۰۲ ویلکاکسون |
| | | پس از مداخله | ۸/۵۶+۱/۳۴۵ | |
| خشونت جنسی | | قبل از مداخله | ۴/۶۴+۰/۵۴۴ | ۰/۰۰۰ t زوجی |
| | | پس از مداخله | ۲/۸+۰/۴۰۸ | |
| خشونت روان‌شناختی | کنترل* n=۲۵ | قبل از مداخله | ۱۶/۰۸+۰/۶۰۲ | ۰/۰۱۷ t زوجی |
| | | پس از مداخله | ۱۷/۱۶+۰/۵۹۹ | |
| خشونت جسمانی | | قبل از مداخله | ۸/۵۲+۱/۰۱ | ۰/۰۰۱ ویلکاکسون |
| | | پس از مداخله | ۱۰/۱۲+۱/۱۷ | |
| خشونت جنسی | | قبل از مداخله | ۳/۶+۰/۵۴۴ | ۰/۴۱۶ t زوجی |
| | | پس از مداخله | ۳/۷۲+۰/۴۹۱ | |

*: متغیر مخدوشگر"مدت ازدواج " کنترل شده است. در بقیه متغیرهای مستقل ارتباط معنی داری در گروه مداخله و در گروه کنترل دیده نشد

**جدول شماره ۳:** مقایسه نمره‌های تنظیم هیجانی، افسردگی و خودکارآمدی در زنان قربانی خشونت همسرآزاری مراجعه‌کننده به مراکز خدمات جامع سلامت شهر تهران در گروه‌های آزمون و کنترل

| متغیر خشونت | گروه | زمان (دوره) | انحراف معیار±میانگین | P نوع آزمون |
|---|---|---|---|---|
| تنظیم هیجانی | آزمون N=25 | قبل از مداخله | ۴۱/۷۲±۱/۴۵۷ | ۰/۰۰۰ t زوجی |
| | | پس از مداخله | ۴۷/۱۶±۱/۰۴۵ | |
| افسردگی | | قبل از مداخله | ۲۶/۴۴±۲/۱۸۹ | ۰/۰۰۰ ویلکاکسون |
| | | پس از مداخله | ۱۲/۸±/۴۲۸ | |
| خودکارآمدی | | قبل از مداخله | ۴۷/۲±۱/۱۳۵ | ۰/۰۰۰ t زوجی |
| | | پس از مداخله | ۵۲/۲۸±۱/۰۰۰ | |
| تنظیم هیجانی | کنترل N=25 | قبل از مداخله | ۴۱/۳۲±۲/۰۲۵ | ۰/۰۰۳ t زوجی |
| | | پس از مداخله | ۴۵/۰۸±۱/۶۷۴ | |
| افسردگی | | قبل از مداخله | ۱۹/۶۴±۱/۸۳ | ۰/۱۳۷ t زوجی |
| | | پس از مداخله | ۲۲/۶۴±۱/۲۹ | |
| خودکارآمدی | | قبل از مداخله | ۴۸/۴۸±۱/۱۰۰ | ۰/۸۵۳ t زوجی |
| | | پس از مداخله | ۴۸/۷۲±۱/۱۹۹ | |

*: در هیچکدام از متغیرهای مستقل ارتباط معنی داری در دو دسته‌ی قبل از مداخله و پس از مداخله دیده نشد.

به‌منظور مقایسه نمره‌های خشونت همسرآزاری در گروه‌های کنترل و آزمون (پس از مداخله) از تحلیل

[ Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-01 ]

کوواریانس (ANCOVA) استفاده گردید. نتایج نشان داد متغیرهای مدت ازدواج، سطح تحصیلات و تعداد فرزندان که هر یک از آن‌ها به عنوان یک متغیر کنترل شده‌اند، تأثیر معنی‌داری بر هر یک از متغیرهای خشونت روان‌شناختی و خشونت جنسی ندارند. هر چند اثر متغیر تعداد فرزندان نزدیک به معنی‌داری بود.

نتایج تحلیل رگرسیون چندگانه پس از نرمالسازی متغیر خشونت جسمی از طریق لگاریتم نشان داد زمانی که سایر متغیرها ثابت نگه داشته شوند، تفاوت میانگین در نمره خشونت جسمی (لگاریتم شده) بین گروه مداخله و کنترل وجود، ولی این تفاوت از نظر آماری معنی دار نیست. به‌نظر می‌رسد مداخله انجام شده تأثیر معنی داری برکاهش خشونت جسمی نداشته است. ضریب منفی B نشان می‌دهد گروه مداخله در مقایسه با گروه کنترل، میانگین خشونت جسمی کم‌تری داشته است.

ضریب متغیر مدت ازدواج نشان می‌دهد با هر یک سال افزایش در مدت ازدواج، نمره لگاریتمی خشونت جسمی به طور متوسط ۰/۱۱۱ واحد افزایش می‌یابد (با فرض ثابت بودن سایر متغیرها). با این حال این ارتباط معنی دار نیست و متغیر مدت ازدواج تأثیر معنی‌داری بر خشونت جسمی ندارد. ضریب متغیر سطح تحصیلات نشان می‌دهد با هر یک واحد افزایش در سطح تحصیلات، نمره لگاریتمی خشونت جسمی به طور متوسط ۰/۳۲۲ واحد افزایش می‌یابد. با این حال این ارتباط معنی دار نیست و متغیر سطح تحصیلات تأثیر معنی‌داری بر خشونت جسمی ندارد. ضریب متغیر تعداد فرزندان نشان می‌دهد با هر یک واحد افزایش در تعداد فرزندان، نمره لگاریتمی خشونت جسمی به طور متوسط ۰/۱۴۴ واحد افزایش می‌یابد. با این حال این ارتباط معنی دار نیست و متغیر تعداد فرزندان تأثیر معنی‌داری بر خشونت جسمی ندارد. بر اساس این داده‌ها، مداخله انجام شده بر هیچ‌کدام از متغیرهای کنترل شده پیشگفت تأثیر معنی‌داری بر خشونت جسمی (پس از نرمال‌سازی) نشان ندادند (جدول شماره ۴).

به‌منظور مقایسه نمره‌های تنظیم هیجانی، خودکارآمدی و افسردگی در گروه‌های کنترل و آزمون (پس از مداخله ) از تحلیل کوواریانس استفاده گردید. نتایج نشان داد پس از کنترل متغیرهای مستقل شامل مدت ازدواج، سطح تحصیلات و تعداد فرزندان، از نظر آماری تفاوت معنی‌داری در نمره‌های تنظیم هیجانی و خودکارآمدی بین گروه کنترل و گروه مداخله (پس از اجرای مداخله ) وجود دارد.

**جدول شماره ٤:** نتایج تحلیل رگرسیون چندگانه و تحلیل کوواریانس ( ANCOVA) برای مقایسه نمره‌های خشونت همسرآزاری در گروه‌های کنترل و آزمون (پس از مداخله)، با کنترل متغیرهای مستقل

| متغیر وابسته | متغیر مستقل | درجات آزادی | مربع میانگین | سطح معنی داری | P_Value | نوع آزمون |
|---|---|---|---|---|---|---|
| خشونت | (ثابت )گروه کنترل و مداخله | ۱ | ۰/۲۹۴ | ۰/۰۱ | ۰/۹۰۶ | |
| روان‌شناختی | مدت ازدواج (سال) | ۲۲ | ۱۱/۷۵۵ | ۰/۵۷ | ۰/۸۹۴ | تحلیل کوواریانس( ANCOVA ) |
| | سطح تحصیلات | ۴ | ۱۶/۱۱۵ | ۰/۷۸ | ۰/۵۵۴ | |
| | تعداد فرزندان | ۵ | ۱۲/۹۹۳ | ۰/۶۳ | ۰/۶۸۱ | |
| خشونت جنسی | (ثابت )گروه کنترل و مداخله | ۱ | ۶/۸۴۵ | ۱/۵۵ | ۰/۲۲۹ | |
| | مدت ازدواج (سال) | ۲۲ | ۵/۵۹۶ | ۱/۲۷ | ۰/۳۱۲ | |
| | سطح تحصیلات | ۴ | ۲/۵۹۰ | ۰/۵۹ | ۰/۶۷۶ | |
| | تعداد فرزندان | ۵ | ۹/۸۳۷ | ۲/۲۳ | ۰/۰۹۸ | |
| | | ضریب (B) | خطای استاندارد | T-Value | P_Value | |
| خشونت جسمی | (ثابت)گروه کنترل و مداخله | -۳/۹۶۶ | ۳/۳۴۹ | -۱/۱۸ | ۰/۲۴۳ | رگرسیون چندگانه پس از نرمالسازی متغیر خشونت جسمی از طریق لگاریتم |
| | مدت ازدواج (سال) | ۰/۱۱۱ | ۰/۲۲۵ | ۰/۴۹ | ۰/۶۲۵ | |
| | سطح تحصیلات | ۰/۳۲۲ | ۱/۳۷۵ | ۰/۲۳ | ۰/۸۱۶ | |
| | تعداد فرزندان | ۱/۱۴۴ | ۱/۶۷۸ | ۰/۶۸ | ۰/۴۹۹ | |

[ Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-01 ]

به نظر می‌رسد مداخله انجام شده در مطالعه بر بهبود تنظیم هیجانی و خودکارآمدی زنان قربانی خشونت همسرآزاری تأثیر مثبت داشته است. بر اساس نتایج این داده‌ها، متغیرهای مدت ازدواج و سطح تحصیلات که هر یک از آن‌ها به عنوان یک متغیر کنترل شده‌اند، تأثیر معنی‌داری بر نمره تنظیم هیجانی ندارند. نتایج تحلیل کوواریانس تعداد فرزندان تأثیر معنی‌داری بر متغیر تنظیم هیجانی دارد. این یعنی میانگین نمره تنظیم هیجانی بین افراد مورد مطالعه با تعداد فرزندان مختلف، پس از لحاظ کردن اثر گروه مداخله (مدت ازدواج و سطح تحصیلات ) متفاوت است. بر اساس نتایج این داده‌ها، متغیرهای مدت ازدواج، سطح تحصیلات و تعداد فرزندان که هر یک از آن‌ها به عنوان یک متغیر کنترل شده‌اند، تأثیر معنی‌داری بر نمره خودکارآمدی ندارند. نتایج نشان داد پس از کنترل متغیرهای مستقل شامل مدت ازدواج، سطح تحصیلات و تعداد فرزندان، از نظر آماری تفاوت معنی‌داری در نمره افسردگی بین گروه کنترل و گروه مداخله (پس از اجرای مداخله ) وجود ندارد. به نظر می‌رسد مداخله انجام شده در مطالعه نتوانسته است به طور معنی‌داری سطح افسردگی را کاهش دهد. بر اساس نتایج این داده‌ها، متغیرهای مدت ازدواج، سطح تحصیلات و تعداد فرزندان که هر یک از آن‌ها به عنوان یک متغیر کنترل شده‌اند، تأثیر معنی‌داری بر نمره افسردگی ندارند (جدول شماره ۵).

## بحث

سازمان بهداشت جهانی تخمین می‌زند که بیش از یک سوم از کل زنان در سراسر جهان تحت تأثیر همسرآزاری قرار دارند که نیاز به پاسخ فوری و مؤثر دارد(۳۰). مطالعه حاضر با هدف تعیین تأثیر بسته آموزشی مداخله همسرآزاری بر خشونت، تنظیم هیجانی، افسردگی و خودکارآمدی زنان قربانی خشونت انجام شد. نتایج حاصل از پژوهش حاضر نشان داد پس از اجرای مداخله، از نظر آماری تفاوت معنی‌داری در نمره تنظیم هیجانی و خودکارآمدی بین گروه آزمون و کنترل وجود دارد. نتایج نشان داد در گروه آزمون، پس از مداخله، نمره تنظیم هیجانی در زنان قربانی خشونت همسرآزاری، افزایش معنی داری داشته است علیرغم این که این افزایش در گروه کنترل نیز مشاهده شد. به نظر می‌رسد با ایجاد تغییر در روش تحقیق در قسمت انجام مداخله (افزایش تعداد جلسات مشاوره روان و طول انجام مطالعه) بتوان تفاوت‌ها بهتر آشکار شود و نتایج دقیق‌تری در این خصوص به دست آید.

**جدول شماره ۵:** نتایج تحلیل کوواریانس ( ANCOVA) برای مقایسه نمره‌های تنظیم هیجانی، خودکارآمدی و افسردگی گروه کنترل و آزمون (پس از مداخله)، با کنترل متغیرهای مستقل

| متغیر وابسته | متغیر مستقل | درجات آزادی | مربع میانگین | F-Value | P_Value |
|---|---|---|---|---|---|
| تنظیم هیجانی | (ثابت) گروه کنترل و مداخله | ۱ | ۲۵۲/۵۰۹ | ۴/۹۴ | ۰/۰۴۰ |
| | مدت ازدواج (سال) | ۲۲ | ۳۸/۸۳۲ | ۰/۷۶ | ۰/۷۳۱ |
| | سطح تحصیلات | ۴ | ۲۴/۴۰۲ | ۰/۴۸ | ۰/۷۵۲ |
| | تعداد فرزندان | ۵ | ۱۷۱/۱۳۵ | ۳/۳۵ | ۰/۰۲۷ |
| خودکارآمدی | (ثابت) گروه کنترل و مداخله | ۱ | ۱۴۳/۵۶۷ | ۵/۹۰ | ۰/۰۲۶ |
| | مدت ازدواج (سال) | ۲۲ | ۲۰/۷۰۱ | ۰/۸۵ | ۰/۶۴۳ |
| | سطح تحصیلات | ۴ | ۳۳/۱۸۰ | ۱/۳۶ | ۰/۲۸۷ |
| | تعداد فرزندان | ۵ | ۴۱/۲۷۶ | ۱/۷۰ | ۰/۱۸۹ |
| افسردگی | (ثابت) گروه کنترل و مداخله | ۱ | ۳۸/۹۴۶ | ۰/۴۴ | ۰/۵۱۳ |
| | مدت ازدواج (سال) | ۲۲ | ۵۳/۸۸۸ | ۰/۶۲ | ۰/۸۵۸ |
| | سطح تحصیلات | ۴ | ۲۹/۱۵۸ | ۰/۳۳ | ۰/۸۵۱ |
| | تعداد فرزندان | ۵ | ۳۱/۰۵۲ | ۰/۳۵ | ۰/۸۷۲ |

[ Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-01 ]

یافته‌های مطالعه Nilgün Onnar و همکاران او بر اهمیت پرداختن به عوامل روانشناختی فردی و زمینه‌های اجتماعی-فرهنگی گسترده‌تر هنگام تدوین مداخلات برای زنانی که خشونت خانگی را تجربه می‌کنند، تأکید می‌کنند. رویکردهای درمانی که افکار خودکار منفی و تنظیم هیجان را هدف قرار می‌دهند، ممکن است خودکارآمدی زنان را در مقابله با خشونت افزایش دهند(۳۱). بهبود مشاهده شده در تنظیم هیجانی نشان می‌دهد که مداخله ممکن است آسیب‌پذیری زنان را در برابر برخوردهای خشونت‌آمیز کاهش دهد. در مطالعه حاضر نتایج نشان داد در گروه آزمون، میانگین نمره خودکارآمدی پس از مداخله، تفاوت معنادار مثبت با میانگین نمره خودکارآمدی قبل از مداخله دارد. نتایج مطالعه‌ی تقدیس و همکاران در سال ۱۳۹۵ همسو با نتایج این پژوهش است(۲۰). یافته‌های مطالعه‌ی رضایی و همکاران در ایران نشان داده است که آموزش مهارت‌های زندگی مبتنی نظریه خودکارآمدی با کاهش خشونت خانگی همراه بوده است(۳۲). نتایج حاصل از پژوهش حاضر نشان داد در گروه آزمون، پس از مداخله، نمره افسردگی در زنان قربانی خشونت همسرآزاری، کاهش معنی دار قابل توجهی داشته است. نتایج مطالعه دکتر قهاری و همکاران در سال ۲۰۱۷ و هم‌چنین مطالعه Santos و همکاران نشان دادند بکارگیری مداخله درمان‌شناختی بر کاهش افسردگی زنان قربانی خشونت اثربخش بوده است(۳۳، ۳۴). نتایج مطالعه پیشین نشان داده است قربانیان همسرآزاری از اختلالات اضطرابی و افسردگی رنج می برند و کاهش نمره افسردگی و افزایش خودکارآمدی بیش‌تر نیز به بهبود کلی در عملکرد رفتاری زنان کمک می‌کند(۱۱). در مطالعه حاضر نتایج آزمون نشان داد در گروه آزمون، پس از مداخله، میانگین نمره پرسشنامه خشونت خانگی در حیطه‌های روانشناختی، جسمانی و جنسی تفاوت معناداری و معکوس قبل از مداخله دارد. به نظر می‌رسد با ایجاد تغییر در روش تحقیق بتوان نتایج دقیق‌تری در این خصوص به دست آید.

علیرغم این که این کاهش در گروه کنترل در حیطه های روانشناختی، جسمانی نیز مشاهده شد ولی در حیطه‌ی خشونت جنسی دیده نشد. نتایج مطالعه‌ای تقدیسی در ایران نشان داده است شیوع خشونت خانگی علیه زنان شرکت‌کننده پس از مداخله آموزشی کاهش معنی داری یافته است(۲۰). مقایسه یافته های مطالعه حاضر با سایر مطالعات موجود تبیین می‌کند بکارگیری مداخلات در راستای کاهش بروز خشونت خانگی می‌تواند به کاهش بار سلامت روان زنان قربانی خشونت همسرآزاری کمک کند. مطالعه‌ای که توسط F Taccini در خصوص طراحی و اجرای مداخلات روانشناختی مبتنی بر وب در دوران کرونا برای کاهش خشونت خانگی در زنان ایتالیایی قربانی خشونت خانگی انجام شده است حاکی از اهمیت بکارگیری مداخلات مرتبط می‌باشد(۳۵). با توجه به نتایج مطالعه حاضر، به‌کارگیری مداخلات بهداشت روان توسط کارشناسان بهداشت روان، منجر به بهبود معنی داری در دو متغیر بهبود تنظیم هیجانی و خودکارآمدی زنان قربانی خشونت همسرآزاری گردیده است. علیرغم این که خشونت خانگی پدیده‌ای پیچیده با ریشه‌های عمیق اجتماعی، فرهنگی، اقتصادی و فردی است که ممکن است به مداخلات ساده‌تر به راحتی پاسخ ندهد، می‌توان ادعا نمود ادامه و گسترش اجرای بسته آموزشی مداخله وزارت بهداشت برای زنان دچار خشونت همسرآزاری در مراکز خدمات جامع سلامت تحت پوشش وزارت بهداشت جهت افزایش سلامت زنان ضرورت دارد و نقش حیاتی سیستم مراقبت های بهداشتی در شناسایی، حمایت و مداخله در موارد خشونت خانگی پررنگ است(۳۶).

محدودیت مطالعه شامل مشکلات برقراری ارتباط‌های بعدی با قربانیان جهت دعوت در جلسات مشاوره‌ای و پنهان نمودن خشونت از سوی شرکت‌کنندگان به دلیل ترس مراجع از عواقب احتمالی دریافت حمایت و پشتیبانی از سوی مراکز بهداشتی درمانی از جمله ازهم‌پاشیدگی خانواده، مشکلات

[ Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-01 ]

اقتصادی، سردرگمی فرزندان می‌تواند مانعی برای کشف رابطه آماری دقیق بین متغیرها و محدود نمودن تعمیم یافته‌ها باشد. نقطه قوت مطالعه وجود پرسشگران باسواد که همگی دارای مدرک کارشناس روانشناسی بودند و قبل از مطالعه در جلسات آموزشی متعدد جهت انجام دقیق مطالعه و برگزاری بهتر جلسات مشاوره شرکت نمودند، می باشد. برای مطالعات آینده پیشنهاد می‌شود مطالعاتی دارای حجم نمونه بیش‌تر، بر روی جوامعی دیگر از زنان با ویژگی‌های متنوع از نظر فرهنگ و آداب و رسوم و با درنظر گرفتن عوامل دیگری مانند عوامل اجتماعی- اقتصادی، یا عوامل فرهنگی و سایر ویژگی‌های فردی و حتی الامکان مدت زمان مداخله طولانی‌تر انجام گیرد.

## سپاسگزاری

نویسندگان مقاله لازم می‌دانند مراتب قدردانی خود را از معاون بهداشت دانشگاه علوم پزشکی ایران و معاون بهداشت دانشگاه علوم پزشکی شهید بهشتی به خاطر حمایت در خصوص جمع آوری اطلاعات، ابراز نمایند. همچنین از همکاران متخصص شاغل در گروه بهداشت روان دانشگاه‌های علوم پزشکی شهید بهشتی و ایران بویژه آقایان دکتر محمدرضا غفارزاده و وحید علیمحمدی و دیگر همکاران گروه‌های مذکور خانم مهدیه احمدی زاده، خانم مونا مؤمنی، آقای هادی آصفی و خانم زهره شیری برای همکاری در برگزاری جلسات آموزشی ویژه روانشناسان شاغل در مراکز خدمات جامع سلامت در خصوص نحوه انجام مشاوره و فرایند آن و تکمیل پرسشنامه ها تشکر و قدردانی می‌شود. از همکاری کارشناسان بهداشت روان مراکز خدمات جامع سلامت تحت پوشش دانشگاه‌های علوم پزشکی ایران و شهید بهشتی به خاطر انجام مشاوره روان شرکت کنندگان و تکمیل پرسشنامه ها به‌ترتیب خانم ها نجمه شالفروشان، زهرا شریفی، فریبا حاج نصیری، نگار سید شاکری، راحله شریفی، ندا حیدردخت نظری، سهیلا صفویه، معصومه جان فزا، ندا امرالهی، فرزانه محبوبی، مهدیه رحمانی، مژگان کاظمی و آقای صمد خرم نیا، تشکر و قدردانی می‌شود.

## References

1- Cavalin C. WHO Multi country Study on Women's Health and Domestic Violence against Women. Initial results on prevalence, health outcomes and women's responses. ? 2010.
2- Shekarbeygi A, Mostame R. Meta analysis of studies on violence against women. Iran J Sociol 2013; 15(2): 153-177. (Persian).
3- Impe AM. Reporting on violence against women and girls: a handbook for journalists. UNESCO Publishing; 2019.
4- World Health Organization. Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non partner sexual violence. World Health Organization; 2013. PMID: 24303818
5- Devries KM, Mak JY, García Moreno C, Petzold M, Child JC, Falder G, et al. The global prevalence of intimate partner violence against women. Science 2013; 340(6140): 1527-1528. PMID: 23788730
6- Oram S, Khalifeh H, Howard LM. Violence against women and mental health. Lancet Psychiatry 2017; 4(2): 159-170. PMID: 27856393
7- Hegarty K, Leung TP Y. Interventions to support the identification of domestic violence, response and healing in mental health care settings. Aust Clin Psychol 2017; 3(1): 1740.

[ Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-01 ]

8- Çaha Ö. Attitudes towards the status of women in Turkish society: the case of Istanbul. Eur J Econ Polit Stud 2010; 3(2): 145-162.
9- Walby S, Allen J. Domestic violence, sexual assault and stalking: findings from the British Crime Survey. Home Office; 2004.
10- Ghasemi M. Impact of domestic violence on the psychological wellbeing of children in Iran. J Fam Stud 2009; 15(3): 284-295.
11- Ghahari S, Bolhari J, Atef VM, Ahmadkhaniha HR, Panaghi L, Yousefi H. Prevalence of spouse abuse, and evaluation of mental health status in female victims of spousal violence in Tehran. Iran J Psychiatry Behav Sci 2009; 3(1): 50-56. (Persian)
12- Ahmadzad-Asl M, Davoudi F, Zarei N, Mohammad-Sadeghi H, Rasoulian M. Domestic violence against women as a risk factor for depressive and anxiety disorders: findings from domestic violence household survey in Tehran, Iran. Archives of women's mental health. 2016;19(5):861.
13- Li MY, Wang HX, Yeh ST. Examining mental health outcomes of intimate partner violence among female survivors in Taiwan: a population based study. Womens Health Rep 2025; 6(1): 384-392. PMID: 40263299
14- Rasoulian M, Jalali AH, Habib S, Nojomi MM, Jolfaei AG, Bolhari J. Risk factors of domestic violence in Iran. Iran J Psychiatry Behav Sci 2017; 11(1): e4280.
15- Ashtiani A. Women status in Islamic Republic of Iran. Tehran: The Center for Women and Family Affairs; 2008.
16- Farhi F. Religious intellectuals, the "Woman question", and the struggle for the creation of a democratic public sphere in Iran. Int J Polit Cult Soc 2001; 15(2): 315-339.
17- Chowdhary N, Patel V. The effect of spousal violence on women's health: findings from the Stree Arogya Shodh in Goa, India. J Postgrad Med 2008; 54(4): 306-312. PMID: 18953151
18- Bacchus LJ, Ranganathan M, Watts C, Devries K. Recent intimate partner violence against women and health: a systematic review and meta analysis of cohort studies. BMJ Open 2018; 8(7): e019995. PMID: 30056378
19- Aldao A, Plate AJ. Coping and emotion regulation. In: Process based CBT: the science and core clinical competencies of cognitive behavioral therapy. 2018: 261-272.
20- Taghdisi MH, Estebsari F, Dastoorpour M, Jamshidi E, Jamalzadeh F, Latifi M. The impact of educational intervention based on empowerment model in preventing violence against women. Iran Red Crescent Med J 2014; 16(7): e17017. PMID: 25389486
21- World Health Organization. Violence prevention alliance approach. World Health Organization; 2025. Available from Accessed August 25, 2025.
22- Ercole V. Depression and its effect on health and well being. In: Good health and well being. Springer; 2020: 1-11.
23- Bandura A. Self efficacy. In: Friedman HS, editor. Encyclopedia of human behavior. Vol 4. New York: Academic Press; 1998.
24- Ministry of Health, Treatment and Medical Education. Health Transformation Service Package (Social Health): brief interventions

[ Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-01 ]

in domestic violence. Author Lavasani F. March 2016 (Persian).

25- Kokka A, Mikelatou M, Fouka G, Varvogli L, Chrousos GP, Darviri C. Stress management and health promotion in a sample of women with intimate partner violence: a randomized controlled trial. J Interpers Violence 2019; 34(10): 2034-2055. PMID: 27357197

26- Azadarmaki T, Kassani A, Menati R, Hassanzadeh J, Menati W. Psychometric properties of a screening instrument for domestic violence in a sample of Iranian women. Nursing and midwifery studies. 2016;5(1).

27- Gross JJ, John OP. Individual differences in two emotion regulation processes: implications for affect, relationships, and well-being. Journal of personality and social psychology. 2003;85(2):348.

28- Tzemos I. Standardization of BDI questionnaire for the Greek population. Dissertation. Athens: University of Athens; 1991.

29- Sherer M, Maddux JE, Mercandante B, Prentice-Dunn S, Jacobs B, Rogers RW. The self-efficacy scale: Construction and validation. Psychological reports. 1982;51(2):663-71.

30- World Health Organization. Violence against women prevalence estimates, 2018: global, regional and national prevalence estimates for intimate partner violence against women and global and regional prevalence estimates for non partner sexual violence against women. World Health Organization; 2021.

31- Onnar N, Bahçivan Saydam R. Investigating self efficacy in coping with violence, coping styles, and self perception among women exposed to domestic violence. J Interpers Violence 2025; doi: 10.1177/08862605251345452.

32- Rezaee S, Bagherzadeh R, Reisi M, Fotovat L, Vahedparast H. The effect of life skills training on reducing domestic violence and improving treatment adherence in women with diabetes experiencing intimate partner violence: a randomized clinical trial based on the theory of self efficacy. BMC Public Health 2024; 24(1): 3390. PMID: 39633350.

33- Ghahari S, Khademolreza N, Poya FS, Ghasemnejad S, Gheitarani B, Pirmoradi MR. Effectiveness of mindfulness techniques in decreasing anxiety and depression in women victims of spouse abuse. Asian J Pharm Res Health Care 2017; 9(1): 28-33. (Persian)

34- Santos A, Matos M, Machado A. Effectiveness of a group intervention program for female victims of intimate partner violence. Small Group Res 2017; 48(1): 34-61.

35- Taccini F, Rossi AA, Mannarini S. Women's EmotionS, Trauma and EmpowErMent (W ES.T.EEM) study protocol: a psychoeducational support intervention for victims of domestic violence – a randomised controlled trial. BMJ Open 2022; 12(8): e060672. PMID: 35973793

36- Machisa MT, Christofides N, Jewkes R. Mental ill health in structural pathways to women's experiences of intimate partner violence. PLoS One 2017; 12(4): e0175240. PMID: 28403146.

[ Downloaded from jmums.mazums.ac.ir on 2026-11-01 ]