

February-March 2022, Volume 11, Issue 1

The Effectiveness of "Coping Therapy" on General Self-Efficacy, Psychological Well-Being and Resilience in Women Under Domestic Violence

Azade Darvishnia¹, Alireza Aghayousefi^{2*}, Naser Sobhi-Gharamaleki³

1- PhD Student in General Psychology, Department of Psychology, Islamic Azad University, Saveh Branch, Saveh, Iran.

2- Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Payame Noor University, Tehran, Iran.

3- Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran.

Corresponding author: Alireza Aghayousefi, Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Payame Noor University, Tehran, Iran.

Email: arayeh1100@gmail.com

Received: 7 Sep 2021

Accepted: 15 Jan 2022

Abstract

Introduction: Violence against women in developed societies as well as in developing societies has always been a concern and harm. The aim of this study was to determine the effectiveness of "Coping Therapy" on general self-efficacy, psychological well-being and resilience in women under domestic violence under domestic violence in Tehran.

Methods: The present study was a quasi-experimental study with a pretest-posttest-follow-up design and a control group. 40 abused women of Hazrat Abolfazl (AS) Comprehensive Health Center of Rey city, Kahrizak in 2020, were included in the study by considering the inclusion criteria and by purposive random sampling. Then, by simple random sampling method, they were assigned to the intervention group "Coping Therapy" (20 people) and control (20 people). The data were completed with the demographic questionnaire, "General Self-Efficacy Scale", "Psychological Welfare Scale" and "Connor-Davidson Resilience Scale" in three stages. Content validity was performed by qualitative method, face validity and reliability by internal consistency method by calculating Cronbach's alpha coefficient. Data were analyzed with SPSS. 24.

Results: The mean variables on general self-efficacy, psychological well-being and resilience in the pre-test stage did not differ significantly between the two groups, indicating the homogeneity of the two research groups in the pre-test stage, but the difference between the two groups in the post-test and follow-up stages was significant. Which can indicate the effectiveness of the "Coping Therapy" intervention on the mentioned variables and also the stability of effectiveness in the follow-up phase ($P < 0.001$).

Conclusions: "Coping Therapy" has a positive and significant effect on general self-efficacy, psychological well-being and resilience in women under domestic violence. It is suggested that "Coping Therapy" be used as a psychological intervention to increase on general self-efficacy, psychological well-being and resilience, in order to empower abused women.

Keywords: Coping Therapy, General Self-Efficacy, Psychological Well-Being, Resilience, Domestic Violence, Women.

اثربخشی «مقابله درمانی» بر خودکارآمدی عمومی، بهزیستی روانشناختی و تاب آوری در زنان تحت خشونت خانگی

آزاده درویش نیا فندری^۱، علیرضا آقاییوسفی^{۲*}، ناصر صبحی قراملکی^۳

۱- دانشجوی دکتری روانشناسی عمومی، گروه روانشناسی، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساوه، ساوه، ایران.

۲- دانشیار، گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران.

۳- دانشیار، گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران.

نویسنده مسئول: علیرضا آقاییوسفی، دانشیار، گروه روانشناسی، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه پیام نور، تهران، ایران.

ایمیل: arayeh1100@gmail.com

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۱۰/۲۵

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۶/۱۹

چکیده

مقدمه: خشونت علیه زنان در جوامع توسعه یافته و چه در جوامع در حال توسعه همواره به عنوان یک دغدغه و آسیب مطرح می‌باشد. پژوهش حاضر، با هدف تعیین اثربخشی "مقابله درمانی" بر خودکارآمدی عمومی، بهزیستی روانشناختی و تاب آوری در زنان تحت خشونت خانگی در شهر تهران انجام شده است.

روش کار: مطالعه حاضر از نوع نیمه تجربی با طرح پیش آزمون - پس آزمون - پیگیری و گروه کنترل بود. ۴۰ تن از زنان تحت خشونت مرکز سلامت جامع حضرت ابوالفضل (ع) شهرستان ری، بخش کهریزک در سال ۱۳۹۹، با در نظر گرفتن ملاک‌های ورود و به روش نمونه گیری تصادفی هدفمند وارد مطالعه شدند. سپس به طور تصادفی ساده به روش قرعه کشی به گروه مداخله "مقابله درمانی" (۲۰ تن) و کنترل (۲۰ تن) گماشته شدند. داده‌ها با پرسشنامه جمعیت شناختی، "مقیاس خودکارآمدی عمومی" (General Self-Efficacy Scale)، "مقیاس بهزیستی روانشناختی" (Psychological Welfare Scale) و "مقیاس تاب‌آوری کونور و دیویدسون" (Connor-Davidson Resilience Scale) در ۳ مرحله تکمیل شد. روایی محتوا به روش کیفی، روایی صوری و نیز پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ اندازه گیری شد. داده‌ها با نرم افزار اس پی اس نسخه ۲۴ تحلیل شد.

یافته‌ها: میانگین متغیرهای خودکارآمدی عمومی، بهزیستی روانشناختی و تاب آوری در مرحله پیش آزمون بین ۲ گروه تفاوت معناداری وجود نداشت که نشانگر همگن بودن ۲ گروه پژوهش در مرحله پیش آزمون است. اما تفاوت بین ۲ گروه در مراحل پس آزمون و پیگیری تفاوت معنا داری بود که می‌تواند حاکی از اثربخشی مداخله "مقابله درمانی" بر متغیرهای ذکر شده و نیز پایداری اثربخشی در مرحله پیگیری باشد ($P < / 0.01$).

نتیجه گیری: "مقابله درمانی" بر خودکارآمدی عمومی، بهزیستی روانشناختی و تاب آوری در زنان تحت خشونت خانگی اثربخشی مثبت و معناداری دارد. پیشنهاد می‌شود که از "مقابله درمانی" به عنوان مداخله روانشناختی در افزایش و خودکارآمدی عمومی، بهزیستی روانشناختی، تاب آوری در جهت توانمند سازی زنان تحت خشونت استفاده شود.
کلیدواژه‌ها: مقابله درمانی، خودکارآمدی عمومی، بهزیستی روانشناختی، تاب آوری، خشونت خانگی، زنان.

مقدمه

که اغلب در روابط صمیمی یا بین افراد شناخته شده با یکدیگر اتفاق می‌افتد (۲). خشونت خانگی، وارد کردن صدمه فیزیکی به شریک زندگی یک پدیده شایع در میان زنان است و هر ساله حدود ۱/۸ تا ۴ میلیون زن مورد حمله و صدمات ناشی از آن توسط همسر خود قرار می‌گیرند (۳).

خانواده (family) همیشه محل ارضای نیازهای مختلف جسمانی، عقلانی و عاطفی نیست (۱). خشونت (violence) علیه زنان باعث درد و رنج قربانیان و خانواده‌هایشان می‌شود و در سراسر جهان بار سنگینی بر جوامع می‌گذارد

فرد برای اجرای موفقیت آمیز یک رفتار می دانند. در نتیجه، خودکار آمدی یک مفهوم شناختی است و نیازهای رفتاری را با ظرفیت های فردی مقایسه می کند (۱۰). از نظر Bandura این عوامل در ایجاد خودکار آمدی (self-efficacy) مؤثر هستند؛ ۱- تجربه های موفق (successful experiences)، ۲- تجربه های جانشینی (experiences verbal)؛ ۳- ترغیب های کلامی یا اجتماعی (or social persuasions) و ۴- حالات عاطفی و فیزیولوژیک (emotional and physiological states) (۱۱).

خودکارآمدی، توانایی فرد در انجام یک عمل خاص در کنار آمدن با یک موقعیت ویژه است. به عبارتی، خودکارآمدی به قضاوت های افراد در رابطه با توانایی هایشان برای به ثمر رساندن سطوح طراحی شده عملکرد اطلاق می شود (۱۲). خودکارآمدی با درک توانایی انجام موفقیت آمیز یک وظیفه، اصل مهمی است که بین آگاهی و عمل ارتباط برقرار می کند. خودکارآمدی بر انتخاب رفتار، زمان و موقعیت انجام رفتار و میزان کوشش و پافشاری برای انجام دادن یک وظیفه خاص تأثیر می گذارد (۱۳). عقاید مربوط به خودکارآمدی، بر اهداف و آرزوهای اثر می گذارند و تشکیل دهنده پیامدهای رفتار انسان هستند. افرادی که دارای خودکارآمدی بیشتری هستند، اهداف مهم تری را در نظر می گیرند، متعهدتر و در نتیجه رفتار مطلوب تری از خود بروز می دهند. در حالی که افرادی که خودکارآمدی کمی دارند، رفتار مناسبی از خود بروز نمی دهند (۱۴).

بهبودی روانشناختی (psychological well-being) به کلیه فرایندهایی می گویند که باعث رضایت کلی فرد از زندگی می شود تا فرد روحیه بهتری داشته و با آرامش زندگی کند. بهبودی روانشناختی، به معنای قابلیت یافتن تمام استعدادهای فرد است. داشتن نگرش مثبت نسبت به خود، پذیرفتن جنبه های مختلف خود، و داشتن احساس مثبت نسبت به زندگی گذشته خود است (۱۵). رویکرد مثبت نگر به سلامت روان در سال های اخیر گسترش فراوانی یافته و بر این اساس مفهوم بهبودی روانشناختی ظهور کرده که سلامت روانشناختی را بیش از آن که نداشتن بیماری تلقی کند، به عنوان داشتن ویژگی های مثبتی مانند عزت نفس، روابط اجتماعی مناسب و رضایتمندی است (۱۶).

تابآوری (resilience) که مقاومت در برابر تنش یا رشد پس ضربه ای (post-traumatic growth) نیز نامیده شده است، در امتداد یک پیوستار با درجات متفاوت از مقاومت در

بر اساس تعریف بیانیه حذف خشونت علیه زنان مصوب سازمان ملل (United Nations) در سال ۱۹۹۳، اصطلاح خشونت علیه زنان (violence against women) به معنی هرگونه اعمال خشونت بر اساس جنسیت است که سبب رنج یا آسیب فیزیکی، جنسی یا روانشناختی در زن می شود (یا احتمالاً سبب چنین آسیبی می شود) و شامل تهدید به چنین اعمالی، فشار و تهدید یا محروم کردن مستبدانه از آزادی می شود، چه در مجامع عمومی و چه در زندگی خصوصی رخ دهد (۴). به این ترتیب، خشونت علیه زنان شامل خشونت فیزیکی، جنسی یا روانشناختی است، که در ۳ سطح خانواده، جامعه یا دولت ممکن است رخ دهد (۵). خشونت علیه زنان در ابعاد خانگی و اجتماعی آن، چه در جوامع توسعه یافته و چه در جوامع در حال توسعه همواره به عنوان یک دغدغه و آسیب مطرح بوده که طیف آن از جامعه صنعتی تا جوامع عقب مانده براساس مؤلفه های فرهنگی و بومی متغیر می باشد (۶). زنان، در طول تاریخ و در بسیاری از نقاط جهان به دلیل درک نادرست از حقوق انسانی و دلایل دیگر، همواره مورد اجحاف قرار گرفته و برای سرکوب آن ها از خشونت استفاده می شود (۷). امروزه با وجود پیشرفت های صنعتی جوامع، رشد تمدن و فرهنگ و توسعه علم و فناوری، هنوز پدیده خشونت خانگی، یک معضل جهانی به شمار می آید. تا حدود ۲ دهه قبل، گمان می رفت که خانواده به سبب وجود روابط صمیمی محبت آمیز و عواطف، بهترین مکان برای زندگی بزرگسالان است. اما، بررسی ها و پژوهش ها مربوط به خانواده مشخص کرده اند که باید میان خانواده ها دارای خشونت خانوادگی و خانواده های بدون خشونت تفاوت گذاشت (۸). احتمالاً خانواده در حالت مطلوب و آرامش بخش، بهترین مکان برای زندگی کودکان و بزرگسالان است. خانواده، غالباً به عنوان پناهگاه امنیت و خوشبختی تصور می شود، اما خشونت خانگی، بخشی از تجربه بسیاری از اعضای خانواده از جمله زنان است. خشونت خانگی، مشکل اجتماعی جدیدی نیست (۹). مطالعه تقدیسی و همکاران (۱۰) نشان داد شیوع خشونت خانگی در تهران، ۳۵ درصد می باشد، لذا زنان نیازمند توانمندی هستند.

یکی از مفاهیم الگوی توانمندسازی، خودکارآمدی است. خودکارآمدی یک متغیر کلیدی در روانشناسی بالینی، آموزشی، اجتماعی، توسعه ای، بهداشتی است. پژوهشگری بنام Bandura خودکارآمدی ظرفیت درک شده به وسیله

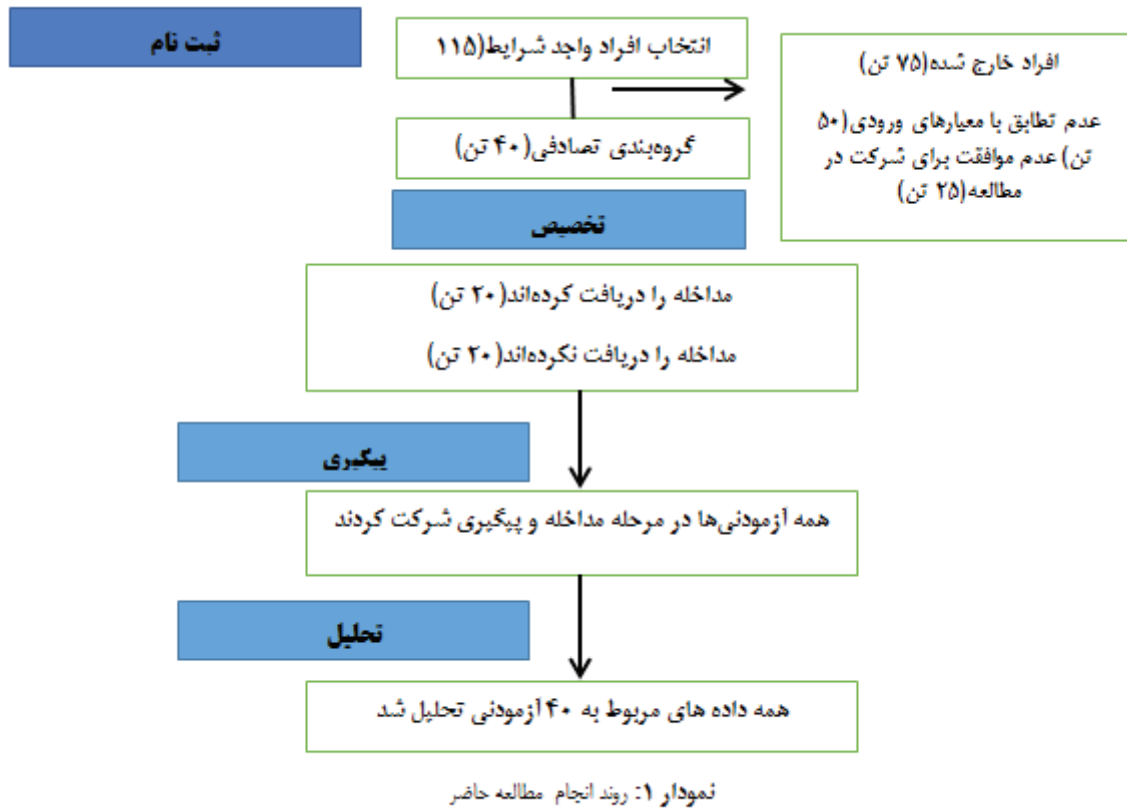
علاوه بر این، پایین بودن میزان خودکارآمدی عمومی، بهزیستی روانشناختی و تاب آوری باعث کاهش و تخریب عملکرد مناسب زنان تحت خشونت خانگی در زندگی مشترک می شود که این عامل هزینه های زیادی را برای خانواده ها به همراه دارد (۲۴). با توجه به رشد روز افزون خشونت خانگی در بافت فرهنگی ایران، تاکنون مطالعه ای به بررسی اثربخشی «مقابله درمانی» بر خودکارآمدی عمومی، بهزیستی روانشناختی و تاب آوری در زنان تحت خشونت خانگی نپرداخته است. لذا پژوهش حاضر، با هدف تعیین اثربخشی «مقابله درمانی» بر خودکارآمدی عمومی، بهزیستی روانشناختی و تاب آوری در زنان تحت خشونت خانگی در شهر تهران انجام گردید.

روش کار

پژوهش حاضر، نیمه تجربی با پیش آزمون - پس آزمون و مرحله پیگیری با گروه کنترل بود. جامعه آماری این پژوهش را کلیه زنان تحت خشونت ساکن شهرستان ری، بخش کهریزک که در طی ماه های شهریور تا مهر ۱۳۹۹ به مرکز سلامت جامع حضرت ابوالفضل (ع) شهرستان ری، بخش کهریزک مراجعه کرده اند تشکیل دادند. از بین آن ها ۴۰ تن از طریق پژوهشگران مطالعه حاضر با روش نمونه گیری هدفمند و با هدف شناسایی افرادی که ملاک ها ورودی برای شرکت در مطالعه را دارا بودند انتخاب و با روش تصادفی ساده به روش قرعه کشی در گروه های مداخله «مقابله درمانی» (۲۰تن) و کنترل (۲۰تن) جایگزین شدند. تعداد نمونه با توجه به واریانس برگرفته از مطالعه اولیه روی ۱۵ مشارکت کننده با استفاده از فرمول کوکران و با در نظر گرفتن حداکثر خطای قابل قبول ۰/۰۶ و سطح اطمینان ۹۵٪ برابر با ۴۰ تن برآورد شد. ملاک های ورود شامل: دامنه سنی ۳۰-۴۵ سال، عدم وجود سابقه بیماری عصبی و روانی با مطالعه پرونده روانشناسی آزمودنی ها و همچنین داشتن رضایت برای شرکت در جلسه های گروه درمانی، تمایل به همکاری بود. ملاک های خروج از مطالعه برای گروه مداخله «مقابله درمانی» شامل عدم حضور در جلسات مداخله بیش از ۲ جلسه، بود.

برابر آسیب های روانشناختی قرار می گیرد (۱۶). تاب آوری طبق این تعریف، فراتر از جان سالم بدر بردن از تنش ها و ناملایمات زندگی است و با رشد مثبت، انطباق پذیری و رسیدن به سطحی از تعادل پس از به وجود آمدن اختلال در وضعیت تعادلی پیشین، مطابقت می کند (۱۶). تاب آوری روانی، به عنوان یک توانایی فردی در جهت سازگاری با تنش و سختی که این تنش و سختی می تواند در خانواده با مشکلات ارتباطی، مشکلات سلامتی، شغلی و مالی، پدید آید (۱۷). تاب آوری را یک فرایند توانایی، یا پیامد سازگاری موفقیت آمیز با شرایط تهدید کننده، تعریف می شود. به بیان دیگر، تاب آوری، سازگاری مثبت در واکنش به شرایط ناگوار است (۱۷). تاب آوری ظرفیتی انسانی در همه افراد برای تغییر، صرف نظر از خطرات تهدید کننده است. اساساً نوع بشر دارای نیازهای پیچیده و متعددی برای رشد است که باعث می شود تا او را به طور طبیعی به سمت این برآمدهای تاب آور به حرکت در آورند. هنگامی که نیازهای اولیه انسانی تأمین گردد، آن گاه تاب آوری به ظهور می رسد (۱۸).

«مقابله درمانی» «Coping Therapy» به عنوان روشی برای اصلاح مهارت های مقابله ای ناکارآمد به کار برده می شود (۱۹). این روش بر اساس نوع و شدت تنیدگی ها و راه های مقابله ای فرد بر پایه نظریه تبدیلی تنیدگی (Stress Exchange Theory Lazarus & Folkman) (۱۹۸۴) توسط آقابوسفی (۲۰) بنا شده است. «مقابله درمانی» از راه هشیار ساختن فرد نسبت به نوع تنیدگی های زندگی، امکانات مقابله ای فرد، جستجو و یافتن راه های مقابله ای مناسب برای هر موقعیت، سودمندی خود را آشکار می سازد (۲۱،۲۲). بر پایه بسته اجرایی «مقابله درمانی»، جلسات به شیوه ای مفید تنظیم شده و مراجعان، راه های مقابله ای خود را با بحث های صورت گرفته در جلسات درمان و تکالیف مربوط به فاصله جلسات اصلاح کرده و به مقابله سازش سازنده با رویدادهای تنش زا می پردازند (۲۳). از ضرورت های پرداختن به این مطالعه آن است که پژوهشگران دریافته اند اغلب زنان تحت خشونت خانگی خودکارآمدی عمومی (۱۰)، بهزیستی روانشناختی (۲۴) و تاب آوری (۲۵) پایینی دارند، به این صورت که همواره این عوامل زندگی آن ها را تحت شعاع قرار می دهد.



محاسبه ضریب آلفا کرونباخ روی ۱۷۰ تن از دانشجویان دانشگاه مونترآل کانادا انجام و ۰/۸۱ گزارش شد (۲۶). در مطالعه Fueyo-Díaz و همکاران (۲۷) روایی صوری و محتوا به روش کیفی «مقیاس خودکارآمدی عمومی» را با استفاده از نظر ۷ تن از متخصصان حوزه سلامت روان دانشگاه بارسلونای اسپانیا مطلوب گزارش شده است. همچنین برای بررسی میزان پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ، روی ۳۵۱ تن از بیماران مبتلا به سلیاک در شهر بارسلونای اسپانیا اجرا و ۰/۹۲ و ثبات به روش بازآزمایی به فاصله یک ماه ۰/۷۵ گزارش شد.

در ایران، ساعدی (۲۸) در پژوهش خود که روی دانشجویان دانشگاه پیام نور سنندج به تعداد ۳۳۴ تن انجام داد، از «مقیاس خودکارآمدی عمومی» استفاده کرد. روایی محتوا به روش کیفی ابزار با استفاده از نظر ۷ تن از متخصصان حوزه روانشناسی تربیتی دانشگاه پیام نور سنندج مطلوب گزارش شده است. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ روی نمونه فوق، ۰/۸۹ گزارش شد. کدیور و همکاران (۲۹) در مطالعه خود که روی ۲۶۰ تن از دانش آموزان دوره راهنمایی مدارس شهرستان سلسله

برای جمع آوری از اطلاعات جمعیت شناختی شامل سن، تحصیلات، تعداد فرزندان و وضعیت اشتغال از پرسشنامه جمعیت شناختی استفاده شد.

«مقیاس خودکارآمدی عمومی» (General Self-Efficacy Scale) این مقیاس که توسط Sherer و همکاران در سال ۱۹۸۲ ساخته شده است (۲۶). مقیاس دارای ۱۷ عبارت و تک عاملی است و در طیف لیکرت ۵ درجه ای از کاملاً موافق تا کاملاً مخالف، نمره گذاری می شود (۱= کاملاً موافق، ۵= کاملاً مخالف=۱). حداقل و حداکثر نمره در این مقیاس به ترتیب ۱۷ و ۸۵ است. نمره ۱۷ به این معنا است که فرد از لحاظ خودکارآمدی عمومی در پایین ترین سطح و نمره ۸۵ به این معنا است که فرد از لحاظ خودکارآمدی عمومی در بالاترین سطح قرار دارد. نمره بین ۱۷ تا ۵۱ به صورت خودکارآمدی پایین، نمره بین ۵۱ تا ۶۸ به صورت خودکارآمدی متوسط و نمره بین ۶۸ تا ۸۵ به صورت خودکارآمدی بالا سطح بندی شده است. روایی محتوا به روش کیفی مقیاس با استفاده از نظر ۸ تن از متخصصان حوزه روانشناسی تربیتی دانشگاه مونترآل کانادا، مطلوب گزارش شد. همچنین پایایی به روش همسانی درونی با

آزاده درویش نیا فندری و همکاران

کرونباخ روی ۱۲۹ تن از دانشجویان دانشگاه کمبریج انجام و ۰/۹۳ گزارش شد (۳۰). پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ با نمونه فوق برای زیر مقیاس های پذیرش خود ۰/۷۹، هدف و جهت گیری ۰/۹۲، رشد شخصی ۰/۸۸، تسلط بر خود و دیگران ۰/۹۶ گزارش شده است (۳۰).

در ایران، زنجانی طبعی (۳۱) در پژوهش خود که روی دانشجویان دانشگاه شیراز به تعداد ۳۱۱ تن انجام داد، از «مقیاس بهزیستی روانشناختی ریف» استفاده کرد. در این مطالعه روایی محتوا به روش کیفی ابزار با استفاده از نظر ۱۱ تن از متخصصان حوزه روانشناسی بالینی و سلامت دانشگاه شیراز مطلوب گزارش شده است. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ برای کل مقیاس روی نمونه فوق ۰/۹۴ گزارش شد. بعلاوه، برای زیر مقیاس های پذیرش خود ۰/۸۸، هدف و جهت گیری ۰/۸۵، رشد شخصی ۰/۹۱، تسلط بر خود و دیگران ۰/۹۳ حاصل شد. در مطالعه دیگری، میکاییلی (۳۲) در پژوهش خود که روی ۳۷۶ تن از دانشجویان دانشگاه ارومیه انجام داد، از «مقیاس بهزیستی روانشناختی ریف» استفاده کرد. در این مطالعه روایی محتوا به روش کیفی با استفاده از نظر ۸ تن از متخصصان حوزه روانشناسی بالینی دانشگاه ارومیه مطلوب گزارش شده است. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ برای نمونه فوق انجام و ۰/۷۷ و برای زیر مقیاس های پذیرش خود ۰/۷۱، هدف و جهت گیری ۰/۶۹، رشد شخصی ۰/۸۹، تسلط بر خود و دیگران ۰/۸۳ گزارش شده است.

«مقیاس تاب‌آوری کونور و دیویدسون» (Connor-Davidson Resilience Scale) توسط Connor & Davidson در سال ۲۰۱۳ طراحی شد (۳۳). این مقیاس دارای ۲۵ عبارت و تک عاملی است و در طیف لیکرت ۵ درجه ای از کاملاً موافق تا کاملاً مخالف، نمره گذاری (۵= کاملاً موافق، ۱= کاملاً مخالف) می‌شود. حداقل و حداکثر نمره در این مقیاس به ترتیب ۲۵ و ۱۲۵ است. نمره ۲۵ به این معنا است که فرد از لحاظ تاب‌آوری در پایین‌ترین سطح و نمره ۱۲۵ به این معنا است که فرد از لحاظ تاب‌آوری در بالاترین سطح قرار دارد. نمره بین ۲۵ تا ۵۰ به صورت تاب‌آوری پایین، نمره بین ۵۰ تا ۱۰۰ به صورت تاب‌آوری متوسط و نمره بین ۱۰۰ تا ۱۲۵ به صورت تاب‌آوری بالا سطح بندی شده است. روایی محتوا به روش کیفی «پرسشنامه تاب‌آوری»

(استان لرستان) انجام دادند از «مقیاس خودکارآمدی عمومی» استفاده کرده‌اند. نتایج نشان داد که روایی صوری ابزار با استفاده از نظر ۹ تن از متخصصان حوزه روانشناسی تربیتی دانشگاه لرستان مطلوب است. همچنین پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ در نمونه فوق انجام شد، ۰/۸۲ گزارش شد.

«مقیاس بهزیستی روانشناختی ریف» (Ryff Psychological Welfare Scale) با ۸۴ عبارت توسط Ryff در سال ۲۰۰۸ و در طیف لیکرت ۵ درجه ای از کاملاً موافق تا کاملاً مخالف، نمره گذاری (۵= کاملاً موافق، ۱= کاملاً مخالف) طراحی شد (۳۰). مقیاس دارای ۴ زیر مقیاس پذیرش خود (self-acceptance) با ۲۱ عبارت (۱، ۲، ۵، ۶، ۸، ۱۰، ۱۵، ۱۷، ۱۹، ۲۱، ۲۳، ۲۵، ۲۷، ۲۹، ۳۱، ۳۳، ۳۵، ۳۷، ۳۹، ۴۱) و دامنه نمره بین ۲۱ تا ۱۰۵ (نمره ۲۱ به معنای پذیرش خود پایین و نمره ۱۰۵ به معنای پذیرش خود بالا در فرد است)، هدف و جهت گیری (purpose and orientation) با ۲۱ عبارت (۴۴، ۴۶، ۴۸، ۵۰، ۵۲، ۵۳، ۵۵، ۵۷، ۶۰، ۶۲، ۶۴، ۶۶، ۶۸، ۷۰، ۷۲، ۷۴، ۷۶، ۷۸، ۸۰، ۸۲، ۸۳) و دامنه نمره بین ۲۱ تا ۱۰۵ (نمره ۲۱ به معنای هدف و جهت گیری پایین و نمره ۱۰۵ به معنای هدف و جهت گیری بالا در فرد)، رشد شخصی (personal growth) با ۲۱ عبارت (۴۳، ۴۵، ۴۷، ۴۹، ۵۱، ۵۴، ۵۶، ۵۸، ۵۹، ۶۱، ۶۳، ۶۵، ۶۷، ۶۹، ۷۱، ۷۳، ۷۵، ۷۷، ۷۹، ۸۱، ۸۴) و دامنه نمره بین ۲۱ تا ۱۰۵ (نمره ۲۱ به معنای رشد شخصی پایین و نمره ۱۰۵ به معنای رشد شخصی بالا در فرد)، تسلط بر خود و دیگران (self-control and others) با ۲۱ عبارت (۳، ۴، ۷، ۹، ۱۱، ۱۲، ۱۴، ۱۶، ۱۸، ۲۰، ۲۲، ۲۴، ۲۶، ۲۸، ۳۰، ۳۲، ۳۴، ۳۶، ۳۸، ۴۰، ۴۲) و دامنه نمره بین ۲۱ تا ۱۰۵ (نمره ۲۱ به معنای تسلط بر خود و دیگران پایین و نمره ۱۰۵ به معنای تسلط بر خود و دیگران بالا در فرد) است.

حداقل و حداکثر نمره کلی در این پرسشنامه بدون در نظر گرفتن نمره زیر مقیاس ها، به ترتیب ۸۴ و ۴۲۰ است. نمره ۸۴ به این معنا است که فرد از لحاظ بهزیستی روانشناختی در پایین‌ترین سطح است و وضعیت بهزیستی نامناسبی را دارد و نمره ۴۲۰ به این معنا است که فرد از لحاظ بهزیستی روانشناختی در بالاترین سطح قرار دارد و از وضعیت بهزیستی روانشناختی مطلوبی برخوردار است. روایی محتوا به روش کیفی مقیاس با استفاده از نظر ۶ تن از متخصصان حوزه روانشناسی سلامت دانشگاه کمبریج، مطلوب گزارش شد. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا

درمانی» آقایوسفی و همکاران (۳۷) شامل ۸ جلسه ۱/۳۰ تا ۲ ساعت بود. روایی «مقابله درمانی» در مطالعه آقایوسفی و همکاران (۳۷) اثربخشی «مقابله درمانی» بر نشانگرهای روانشناختی با استفاده از نظر ۵ تن از متخصصان حوزه روانشناسی تربیتی دانشگاه پیام نور تهران مطلوب ارزیابی شده است. علاوه بر این، در مطالعه مطیعی و همکاران (۳۸) با عنوان اثربخشی مقابله درمانی بر احساس تنهایی زنان ناباور، کاربرد «مقابله درمانی» مثبت ارزیابی شده است.

شرح جلسات مداخله «مقابله درمانی»

جلسه اول: از اعضا خواسته شد که خود را معرفی کنند و ویژگی های مثبت و منفی که از خود می شناسند را در برابر رویدادهای تنش زا مطرح کنند. یعنی روش های مقابله ای معمول خود را توضیح دهند. این امر سبب تشخیص توانایی فرد در برابر رویداد های تنش زا می شود.

جلسه دوم: از اعضا پرسیده شد در یک سال اخیر چه چیزهایی باعث تنیدگی فرد شده است؟ چه چیزهایی ناراحتشان کرده است؟ روش های مقابله با تنش به صورت خلاصه معرفی شد. در رابطه با اثر تنش بر سلامت زیست شناختی و روانشناختی توضیح داده شد که این کار باعث انگیزه بیشتر مراجع برای همکاری بیشتر شد.

جلسه سوم: از اعضا خواسته شد که برای جلسه بعد مهم ترین عامل تنش که در حال حاضر دارند و می خواهند همین روزها حل شود را بنویسند و با خود بیاورند. برای اینکار لازم است در ابتدا رویداد را توصیف کنند و بعد درباره افکار و احساسات خود توضیح دهند. در ادامه بنویسند کدام بخش از موقعیت برایشان تنش زاست؟ و اینکه تاحالا برای مقابله با این تنش چیکار کردن و چقدر مفید بوده؟

جلسه چهارم: از اعضا خواسته شد موقعیت های تنش زای را در زندگی فعلی خود مطرح کنند. افکار و احساساتی که داشتند بیان کنند. اعضا باهم و به کمک مشاور شرایط را تحلیل می کردند.

جلسه پنجم: از اعضا خواسته شد روش های مقابله ای ناکارآمد را پیدا کنند و جنبه های مثبت را برجسته و روش های مقابله ای کارآمد را شناسایی کنند.

جلسه ششم: در این جلسه از افراد خواسته شد روش های مقابله ای ناکارآمد را تا جلسه بعد شناسایی کنند. در هر جلسه روی یکی از روش های مقابله با تنش تمرکز شد

با استفاده از نظر ۹ تن از متخصصان حوزه روانشناسی بالینی دانشگاه سوربن در فرانسه مطلوب گزارش شد. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ روی ۳۵۸ تن از دانشجویان دانشگاه سوربن در فرانسه انجام و ۰/۷۵ گزارش شد (۳۳).

در مطالعه Karanmak و همکاران (۳۴) روایی محتوا به روش کیفی «مقیاس تاب‌آوری کونور و دیویدسون» با استفاده از نظر ۷ تن از متخصصان حوزه روانشناسی بالینی دانشگاه استانبول، مطلوب گزارش شد. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ روی ۲۲۱ تن از دانشجویان دانشگاه استانبول انجام شد و ۰/۷۹ گزارش شد. در ایران، مشتاقی و همکاران (۳۵) در پژوهش خود که روی پرستاران شاغل در بیمارستان امام خمینی (ره) شهر مشهد به تعداد ۲۰۴ تن انجام داد، از «مقیاس تاب‌آوری کونور و دیویدسون» استفاده کردند. در این مطالعه روایی محتوا به روش کیفی ابزار با استفاده از نظر ۹ تن از متخصصان حوزه روانشناسی بالینی دانشگاه فردوسی مطلوب گزارش شده است. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ روی نمونه فوق ۰/۸۲ گزارش شد. کردستانی و قمری (۳۶) در پژوهش خود روایی محتوا به روش کیفی «مقیاس تاب‌آوری کونور و دیویدسون» با استفاده از نظر ۶ تن از متخصصان حوزه روانشناسی بالینی دانشگاه سمنان مطلوب گزارش کردند. پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ روی ۱۷۳ تن از بیماران قلبی و افراد عادی انجام و ۰/۷۷ گزارش شد.

در مطالعه حاضر روایی محتوا به روش کیفی و روایی صوری ابزار های مورد استفاده با نظر خواهی از ۲۰ تن از متخصصان روانشناسی بالینی (۱۲ تن) و روانشناسی سلامت (۸ تن) دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساوه و دانشگاه علامه طباطبائی مطلوب گزارش شد. همچنین پایایی به روش همسانی درونی با محاسبه ضریب آلفا کرونباخ برای ۱۸۰ تن از زنان تحت خشونت مرکز سلامت جامع حضرت ابوالفضل (ع) شهرستان ری، بخش کهریزک اندازه گیری و برای «مقیاس خودکارآمدی عمومی»، «پرسشنامه بهزیستی روانشناختی» و «مقیاس تاب‌آوری کونور و دیویدسون» به ترتیب ۰/۸۱، ۰/۷۷ و ۰/۸۸ گزارش شد.

دستورالعمل جلسات «مقابله درمانی» بر اساس روش «مقابله

آزاده درویش نیا فندری و همکاران

درمانی» یا گروه کنترل اختصاص می دادند. روش به این صورت بود که قبل از باز کردن پاکت ها و دیدن کدها، قرار بر این شد که ۲۰ تن اول که به صورت تصادفی از جعبه استخراج می شوند در گروه «مقابلہ درمانی» و ۲۰ تن دوم در گروه کنترل جایگزین شوند.

سپس از گروه «مقابلہ درمانی» خواسته شد که در فرآیند آموزش با استفاده از پروتکل «مقابلہ درمانی» شرکت کنند. بعد از انتخاب نمونه برای گروه «مقابلہ درمانی» و کنترل به صورت گروهی، با استفاده از «مقیاس بهزیستی روانشناختی ریف»، «مقیاس خودکارآمدی عمومی» و «مقیاس تابآوری کونور و دیویدسون» پیش آزمون اجرا شد. ۴ هفته پس از اجرای پیش آزمون، جلسات گروهی در سالن آمفی تئاتر مرکز سلامت جامع حضرت ابوالفضل (ع) شهرستان ری، بخش کهریزک که دارای ۶۰ صندلی بود توسط پژوهشگر. ۸ جلسه ۱/۳۰ تا ۲ ساعت به صورت هر هفته ۲ جلسه برنامه آموزش «مقابلہ درمانی» برای گروه مداخله برگزار شد. برای گروه کنترل هیچ مداخله ای انجام نشد و به آن ها اعلام شد که طی انجام پژوهش در جای دیگر نیز مداخله ای دریافت نکنند. ضمناً ۲ گروه مورد مطالعه هیچ ارتباطی را با هم در طی فرآیند مداخله نداشتند به این خاطر که پژوهشگران ضمن هماهنگی با مسئولین مرکز سلامت مربوطه و جلب رضایت شرکت کنندگان، افراد گروه کنترل را مجاب کرده که در طول فرآیند مداخله از مراجعه حضوری خودداری کنند. برای کنترل این مورد که آزمودنی ها هیچ مداخله دیگری را دریافت نکنند، با آزمودنی ها یک قرار اخلاقی گذاشته شد و به آن ها این توضیح داده شد که در صورت شرکت در مداخلات دیگر، نتایج این مطالعه غیر علمی و غیر سودمند خواهد شد و آزمودنی ها نیز با یک تعهد اخلاقی پذیرفتند که در هیچ مداخله ای شرکت نکنند.

یک هفته پس از پایان مداخله، «مقیاس خودکارآمدی عمومی»، «مقیاس بهزیستی روانشناختی ریف»، و «مقیاس تابآوری کونور و دیویدسون» مجدد در پس آزمون برای گروه مداخله و گروه کنترل اجرا شد. به جهت رعایت اصول اخلاقی پژوهش، بعد از اتمام پژوهش، برای گروه کنترل کارگاه آموزشی در همان سالن آمفی تئاتر و توسط پژوهشگر که مداخله «مقابلہ درمانی» را برای گروه

و از یادداشت های اعضا، مثال های واقعی و قابل لمس زده شد. وقتی اعضا در جلسات بعد اثر مثبت راحس کنند یاد می گیرند که روش هایشان را با رویداد تنش زا به شیوه ای کاملاً هوشیارانه تغییر دهند.

جلسه هفتم: در این جلسه، رویداد تنش زایی که فرد در جلسات قبلی، یادداشت کرده و باخود آورده را بررسی و روش مقابلہ ای فرد را ارزیابی می شود. جاهایی که فرد با مشکل مواجه شده، تغییر داده می شود آن جایی که سودمند بوده و به فرد کمک کرده تقویت می شود تا این مساله حل شود. جلسه هشتم: در این جلسه روش های مقابلہ ای فرد به روش های سودمند تغییر داده می شود. مثل جلسات قبل رویدادی که تنش زا بود نوشته و آورده شد و روی روش های مقابلہ ای ناکارآمد افراد کار شد تا قسمت هایی که مشکل داشت رفع شود و روش هایی که سودمند و خوب بود تقویت شد.

روش اجرا بدین صورت بود که در مرحله اول؛ پژوهشگر با کسب تاییدیه از دانشگاه آزاد اسلامی واحد ساوه به مرکز سلامت جامع حضرت ابوالفضل (ع)، شهرستان ری، بخش کهریزک مراجعه کرده و در محیط پژوهش حضور پیدا کرد. در مرحله بعد پس از معرفی خود به مسئولین ذیربط، اهداف پژوهش و مراحل انجام کار را برای آن ها بیان کرد. پس از کسب موافقت ریاست و مسئولین مرکز سلامت جامع حضرت ابوالفضل (ع)، شهرستان ری، بخش کهریزک کار نمونه گیری آغاز گردید. در فرآیند نمونه گیری، پژوهشگر از بین ۱۱۵ زن تحت خشونت خانگی که با هدف دریافت خدمات مشاوره ای و جلوگیری از آسیب های روانشناختی ناشی از خشونت خانگی به مراکز فوق مراجعه کرده بودند، و پس از بررسی دارا بودن ملاک های ورود، به روش نمونه-گیری مبتنی بر هدف هدفمند تعداد ۴۰ تن را انتخاب و وارد فرآیند پژوهش شدند. کل فرآیند نمونه گیری بین ۲۵ تا ۳۵ روز به طول انجامید.

در مرحله بعد برای هر آزمودنی کدی در نظر گرفته شد، هر کد درون یک پاکت مهر و موم شده قرار داده شد، همه پاکت ها درون یک جعبه بزرگ قرار داده شد، در مرحله بعد پژوهشگران مطالعه حاضر، یکی یکی پاکت ها را به صورت تصادفی از جعبه بیرون کشیده و باز کرده و کد مربوطه که شناسه آزمودنی خاصی بود را به گروه «مقابلہ

اجرا کرده بود، نیز برگزار شد.

داده های حاصل از پژوهش در ۲ بخش توصیفی و استنباطی مورد تحلیل قرار گرفت. در بخش توصیفی، از کمترین نمره، بیشترین نمره، میانگین، انحراف استاندارد و ضرایب کجی و کشیدگی و آزمون کلموگروف-اسمیرنوف و در بخش استنباطی از آزمون تحلیل کوواریانس برای بررسی سوالات و فرضیات پژوهش استفاده می شود. داده ها با نرم افزار اس پی اس اس نسخه ۲۴ تحلیل شد.

یافته ها

یافته های جمعیت شناختی نشان داد که تعداد کل شرکت کنندگان ۴۰ تن با دامنه سنی بین ۳۰ تا ۴۵ سال بودند. همچنین همه شرکت کنندگان در پژوهش مونث بودند. ۸ تن از شرکت کنندگان شاغل و ۳۲ تن دیگر غیرشاغل بودند (گروه مداخله ۴ تن شاغل و ۱۶ تن غیر شاغل و در گروه کنترل ۴ تن شاغل و ۱۶ تن غیر شاغل). همچنین ۳۷ تن تحصیلات دیپلم، ۲ تن کاردانی و ۱ تن تحصیلات کارشناسی داشتند. در گروه مداخله افراد با تحصیلات دیپلم شامل ۱۷ تن (۸۵ درصد) و در گروه کنترل افراد با تحصیلات دیپلم شامل ۱۸ تن (۹۰ درصد) بودند. در گروه مداخله پاسخگویان دارای ۳ فرزند بیشترین فراوانی (۷۵ درصد) و پاسخگویان دارای یک و دو فرزند کمترین فراوانی (۲۵ درصد) را داشتند، در گروه کنترل نیز پاسخگویان دارای ۳ فرزند بیشترین درصد فراوانی (۷۰ درصد) را در بین اعضای نمونه پژوهشی داشتند.

آماره های توصیفی مربوط به سن شرکت کنندگان در پژوهش به این صورت بود که؛ میانگین و انحراف معیار سن شرکت کنندگان در گروه مداخله «مقابله درمانی» $43/92 \pm 5/09$ ، و میانگین و انحراف معیار سن شرکت کنندگان در گروه کنترل $45/53 \pm 4/77$ با $P=0/589$ می باشد. به طور کلی نتایج آزمون t مستقل نشان داد که بین گروه های مداخله و کنترل در متغیر سن ($P=0/589$) تفاوت معناداری وجود ندارد ($P>0/01$). همچنین نتایج آزمون دقیق فیشر نشان داد که بین گروه های مداخله و کنترل از نظر وضعیت تحصیلات ($P=0/619$)، تعداد فرزندان ($P=0/703$) و وضعیت اشتغال ($P=0/391$) تفاوت معناداری وجود ندارد ($P>0/01$) و گروه ها از نظر این متغیرها همگون می باشند. نتایج آزمون تحلیل واریانس نیز جهت بررسی معناداری تفاوت میانگین در گروه های مداخله و کنترل حاکی از عدم وجود تفاوت معنادار در میانگین سن آزمودنی ها بود. قبل از بررسی فرضیه های پژوهش ابتدا داده های پژوهش به تفکیک گروه ها (کنترل - مداخله) و آزمون (پیش آزمون - پس آزمون - پیگیری) از لحاظ نرمال بودن داده ها با استفاده از آزمون توزیع نرمال کلموگروف اسمیرنوف و شاپیرو-ویلک بررسی شد. نتایج برای گروه مداخله «مقابله درمانی» و گروه کنترل در متغیرهای بهزیستی روانشناختی، تاب آوری و خودکارآمدی عمومی در (جدول ۱) ارائه شده است.

جدول ۱: آزمون کلموگروف اسمیرنوف و شاپیرو-ویلک جهت بررسی توزیع نرمال برای گروه «مقابله درمانی» و کنترل

متغیر	گروه	آماره K-S	P-value
بهزیستی روانشناختی	مقابله درمانی	۰/۳۲۷	۰/۵۸
	کنترل	۰/۲۲۰	۰/۲۴۷
تاب آوری	مقابله درمانی	۰/۲۶۲	۰/۲۶۹
	کنترل	۰/۱۸۷	۰/۱۷۷
خودکارآمدی عمومی	مقابله درمانی	۰/۱۳۳	۰/۲۰۰
	کنترل	۰/۳۱۳	۰/۳۱۷

عمومی در مرحله پیش آزمون، پس آزمون و مرحله پیگیری برقرار است ($P>0/05$). بنابراین، می توان از آماره های پارامتریک استفاده کرد.

در (جدول ۱) نتایج آزمون کلموگروف-اسمیرنوف (Kolmogorov-Smirnov) نشان داد که این مفروضه در متغیرهای بهزیستی روانشناختی، تاب آوری و خودکارآمدی

آزاده درویش نیا فندری و همکاران

جدول ۲: میانگین نتایج پیش آزمون- پس آزمون- پیگیری بهزیستی روانشناختی، تاب آوری و خودکارآمدی عمومی به تفکیک گروه و آزمون

مرحله	متغیر	زیر مقیاس ها	پیش آزمون		پس آزمون		پیگیری
			میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
مقابله درمانی	بهزیستی	پذیرش خود	۱۹/۵۰	۱/۵۳	۳۰/۲۰	۰/۷۶	۲۸/۵۰
		هدف و جهت گیری	۲۸/۸۰	۴/۵۲	۳۹/۶۰	۴/۷۸	۳۶/۰۱
	روانشناختی	رشد شخصی	۲۱/۲۵	۳/۹۵	۴۱/۲۰	۳/۶۲	۱۸/۵۰
		تسلط بر خود و دیگران	۱۲/۰۵	۱/۷۶	۱۹/۴۰	۱/۴۲	۱۷/۰۵
کنترل	بهزیستی	پذیرش خود	۱۹/۵۵	۱/۳۹	۱۸/۷۵	۱/۱۶	۱۹/۰۵
		هدف و جهت گیری	۲۸/۳۰	۳/۸۸	۲۸/۵۵	۴/۱۸	۲۸/۷۰
	روانشناختی	رشد شخصی	۲۳/۹۵	۴/۳۹	۲۹/۲۵	۴/۴۹	۲۹/۳۵
		تسلط بر خود و دیگران	۱۱/۹۵	۱/۸۲	۱۰/۷۰	۲/۸۶	۱۰/۹۰
مداخله		تاب آوری	۱۲/۵۰	۲/۷۰	۲۹/۱۵	۱/۱۴	۲۷/۲۵
کنترل		تاب آوری	۱۲/۶۰	۲/۷۰	۱۳/۰۱	۲/۶۱	۱۲/۷۵
مداخله		خودکارآمدی عمومی	۲۹/۰۱	۵/۱۲	۵۲/۵۳	۶/۵۳	۴۸/۹۳
کنترل		خودکارآمدی عمومی	۲۵/۷۳	۶/۲۵	۲۵/۴۷	۵/۲۴	۲۵/۳۷

درمانی" در مرحله پیش آزمون $۱۲/۵۰ \pm ۲/۷۰$ ، در مرحله پس آزمون $۲۷/۲۵ \pm ۱/۱۶$ و در مرحله پیگیری نیز $۲۹/۱۵ \pm ۱/۱۴$ و در مرحله پیگیری نیز $۱۲/۷۵ \pm ۲/۴۸$ نسبتاً ثابت مانده که می‌تواند حاکی از اثربخشی "مقابله درمانی" بر متغیر تاب آوری و نیز پایداری اثربخشی در مرحله پیگیری باشد. میانگین متغیر خودکارآمدی عمومی در مرحله پیش آزمون بین ۲ گروه تفاوت معناداری وجود ندارد که نشانگر همگن بودن ۲ گروه پژوهش در مرحله پیش آزمون است، اما تفاوت بین ۲ گروه در مراحل پس آزمون و پیگیری تفاوت معناداری بود که می‌تواند حاکی از اثربخشی "مقابله درمانی" بر متغیر خودکارآمدی عمومی و نیز پایداری اثربخشی در مرحله پیگیری باشد.

همان طور که در (جدول ۲) نشان داده شده است، میانگین و انحراف معیار متغیرهای بهزیستی روانشناختی ارائه شده است. همینطور که مشاهده می‌شود میانگین و انحراف معیار زیر مقیاس پذیرش خود شرکت کنندگان در گروه مداخله (مقابله درمانی) در مرحله پیش آزمون $۱۹/۵۰ \pm ۱/۵۳$ ، در مرحله پس آزمون $۳۰/۲۰ \pm ۰/۷۶$ و در مرحله پیگیری نیز $۲۸/۵۰ \pm ۰/۸۲$ نیز افزایش یافته است. در گروه کنترل در مرحله پیش آزمون $۱۹/۵۵ \pm ۱/۳۹$ ، در مرحله پس آزمون $۱۹/۷۵ \pm ۱/۱۶$ و در مرحله پیگیری نیز $۱۹/۱۵ \pm ۵/۴۳$ نسبتاً ثابت مانده است. به همین ترتیب میانگین و انحراف معیار برای زیر مقیاس های هدف و جهت گیری، رشد شخصی و تسلط بر خود و دیگران نیز به تفکیک گروه ها و مراحل مختلف مشاهده می‌شود. میانگین و انحراف معیار متغیر تاب آوری شرکت کنندگان در گروه مداخله "مقابله

جدول ۳: نتایج آزمون لوین در مورد پیش فرض تساوی واریانس های گروه های نمونه در مرحله پس آزمون

متغیر	متغیرها	F	Df1	Df2	P-value	
بهبودی روانشناختی	پیش آزمون - پذیرش خود	۵/۳۵۹	۱	۲۲	۰/۰۳۰	
	پس آزمون - پذیرش خود	۱/۲۵۳	۱	۲۲	۰/۲۷۵	
	پیگیری - پذیرش خود	۰/۴۴۰	۱	۲۲	۰/۵۱۴	
	پیش آزمون - هدف و جهت گیری در زندگی	۹/۳۱۴	۱	۲۲	۰/۰۰۶	
	پس آزمون - هدف و جهت گیری در زندگی	۰/۶۷۸	۱	۲۲	۰/۴۱۹	
	پیگیری - هدف و جهت گیری در زندگی	۰/۰۰۱	۱	۲۲	۰/۹۷۵	
	پیش آزمون - رشد شخصی	۲/۰۹۹	۱	۲۲	۰/۱۶۱	
	پس آزمون - رشد شخصی	۴/۵۲۵	۱	۲۲	۰/۰۴۵	
	پیگیری - رشد شخصی	۱/۳۱۳	۱	۲۲	۰/۲۶۴	
	پیش آزمون - تسلط بر خود و دیگران	۰/۷۴۹	۱	۲۲	۰/۳۹۶	
	پس آزمون - تسلط بر خود و دیگران	۱/۰۵۱	۱	۲۲	۰/۳۱۷	
	پیگیری - تسلط بر خود و دیگران	۰/۰۱۷	۱	۲۲	۰/۸۹۹	
	خودکارآمدی عمومی		۰/۰۰۸	۱	۲۸	۰/۹۲۸
	تاب آوری		۰/۰۵۰	۱	۲۸	۰/۸۲۴

معناداری کل الگو و نیز اثر جداگانه متغیر مستقل را بر متغیر وابسته نشان می‌دهد. همچنین همانگونه که در (جدول ۴) مشاهده می‌شود پیش فرض تساوی واریانس‌ها در هر دو مرحله در متغیر تاب آوری و خودکارآمدی عمومی تأیید شده است.

با توجه به میزان F و سطح معناداری در (جدول ۳) مشخص شد که واریانس خطای مراحل مختلف مداخله در افراد متفاوت است. بر این اساس مفروضه همگنی واریانس‌ها برقرار می‌باشد. جدول بعدی مهم‌ترین نتایج برای تفسیر نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه‌های مکرر بوده و معناداری و عدم

جدول ۴: نتایج تحلیل واریانس اندازه‌های تکراری

مجموع مجذور	Df	میانگین مجذور	F	P-value	مجذور اتا
۲/۰۴۲	۱	۲/۰۴۲	۴/۹۷۵	۰/۰۳۶	۰/۱۸۴
۱۳/۵۰۰	۱	۱۳/۵۰۰	۱۰/۳۴۰	۰/۰۰۴	۰/۳۲۰
۴/۷۴۱	۱	۴/۷۴۱	۱۶	۰/۰۰۱	۰/۴۲۱
۱/۱۸۵	۱	۱/۱۸۵	۰/۷۱۰	۰/۴۰۹	۰/۰۳۱
۳۶۱۴/۸۱۶	۱	۳۶۱۴/۸۱۶	۳۳۸/۳۷۰	۰/۰۰۱	۰/۸۷۱
۵۴۹۴/۵۲۳	۱	۵۴۹۴/۵۲۳	۱۵۶/۵۲۳	۰/۰۰۱	۰/۸۴۸

متغیرها تأیید می‌شود. بنابراین، می‌توان گفت "مقابله درمانی" در تغییر این متغیرها تأثیر معناداری دارد. بنابراین، ۰/۸۷۱ درصد تغییر در نمره متغیر تاب آوری افراد به دلیل متغیر مستقل "مقابله درمانی" است. همچنین در متغیر خودکارآمدی عمومی پایین‌تر از ۰/۰۱ می‌باشد، تفاوت بین ۲ گروه در این متغیرها تأیید می‌شود. بنابراین، ۰/۸۴ درصد تغییر در نمره متغیر خودکارآمدی عمومی افراد به دلیل متغیر مستقل "مقابله درمانی" است.

در (جدول ۴) نتایج تحلیل واریانس اندازه‌های تکراری در بررسی متغیرهای بهبود روانشناختی نشان داد که در ۳ مرحله ارزیابی در زیر مقیاس‌های پذیرش خود، هدف و جهت‌گیری در زندگی، رشد شخصی تفاوت معناداری در گروه‌ها وجود دارد و مقدار مجذور اتا میزان تأثیر گذاری اثر مداخله را بر متغیر بهبود روانشناختی نشان می‌دهد. براساس جدول بالا از آنجا که سطح معناداری در متغیر تاب آوری کمتر از ۰/۰۱ می‌باشد، تفاوت بین ۲ گروه در این

نماید. هدف خلق یک انسان خودکارآمد است که صمیمانه با دنیای تجربی خود در ارتباط باشد (۲۵). در تبیین یافته پژوهش حاضر می‌توان گفت "مقابله درمانی" از راه تمرکز بر روش های مقابله ای ناکارآمد زنان آسیب دیده راهبردهای مقابله ای آن‌ها را به شیوه های سازش یافته تغییر می‌دهد که این فرایند به نوبه خود موجب افزایش "خودکارآمدی عمومی" می‌گردد. "مقابله درمانی" یا ایجاد توانایی موثر بودن، غلبه کردن بر مشکل، توانایی برنامه ریزی، رفتار هدفمند و متناسب با مشکل گشته و در نهایت بر افزایش "خودکارآمدی عمومی" تاثیر بسزایی داشته باشد. به طور کلی "مقابله درمانی" از راه هشیار ساختن فرد نسبت به امکانات مقابله ای فرد، جستجو و یافتن راه های مقابله ای مناسب برای هر موقعیت، سودمندی خود را آشکار می‌سازد (۲۶).

یکی دیگر از یافته های مطالعه حاضر این بود که "مقابله درمانی" در گروه مداخله بر بهزیستی روانشناختی زنان تحت خشونت موثر بوده است. این یافته با نتایج مطالعات (۱۷، ۱۵، ۱۴) همسو است. در تبیین یافته حاضر می‌توان گفت، از آنجایی که "مقابله درمانی" روشی غیر رهنمودی مراجع محور می‌باشد که از طریق کشف و حل تردید مراجع، انگیزه درونی وی را در راستای تغییر افزایش می‌دهد. بنابراین، دوسوگرایی مراجع، نقش محوری در "مقابله درمانی" دارد و بر خلاف سایر درمان‌ها، مقاومت و دوسوگرایی در برابر تغییر را به طور مستقیم مطرح و آن را برطرف می‌کند. این مسئله در زنان تحت خشونت که مدت طولانی با خشونت خانگی و عوارض ناشی از آن از جمله کاهش اعتماد به نفس، افسردگی و اضطراب درگیر هستند، بسیار موثر می‌باشد. لذا "مقابله درمانی"، میزان مشارکت و موفقیت روش های درمانی عملگرایی متعاقب خود را افزایش می‌دهد و در نتیجه باعث تقویت بهزیستی روانشناختی در زنان تحت خشونت خانگی می‌شود (۲۳). آخرین یافته مطالعه حاضر این بود که "مقابله درمانی" در گروه مداخله بر تاب آوری در زنان تحت خشونت خانگی موثر بوده است و در طول زمان دارای ماندگاری اثر (پایداری) نسبت به گروه کنترل داشته است. این یافته با نتایج مطالعات (۱۲، ۱۳، ۲۰) همسو است. در تبیین این یافته می‌توان گفت "مقابله درمانی" با تکیه بر اصولی نظیر بیان همدلی، اجتناب از بحث کلامی، حمایت از کارایی شخصی مراجع، ترس زنان آسیب دیده از خشونت را در

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی "مقابله درمانی" بر خودکارآمدی عمومی، بهزیستی روانشناختی و تاب آوری در زنان تحت خشونت خانگی در شهر تهران انجام شده است. یافته مطالعه حاضر نشان داد که "مقابله درمانی" بر خودکارآمدی عمومی زنان تحت خشونت خانگی اثری مثبت و معنادار می‌گذارد. این یافته با نتایج مطالعات (۸، ۹) همسو است. در تبیین این یافته و در همسویی با مطالعات قبلی، می‌توان گفت که در فرآیند "مقابله درمانی" با ارائه تکالیف متفاوت به افراد آسیب دیده از خشونت خانگی و ایجاد احساس توانمندی در آن‌ها، زمینه افزایش خودکارآمدی عمومی فراهم می‌شود. Sherer و همکاران توجیه این رابطه بر این باورند که خودکارآمدی تحصیلی به طور مستقیم بر رفتارهای مرتبط با سلامت و دیگر تعیین کننده های شناختی اثر می‌گذارد. می‌توان این طور نیز استدلال کرد که افراد با خودکارآمدی عمومی بالا، هدف های بالا را برای خود در نظر می‌گیرند، در انتظار پیامدهای بهتری هستند و موانع و مشکلات سر راه خود مدیریتی را چالش هایی فایق آمدنی می‌بینند و لذا بیشتر به خودمدیریتی اقدام می‌کنند. این نکته در زنان تحت خشونت بسیار با اهمیت می‌باشد چرا که در طی دوره‌های سرخوردگی ناشی از خشونت دیده شده عزت نفس افراد کاهش یافته است (۲۶). به باور پژوهشگران خودکارآمدی عمومی از غنی ترین منابع درون فردی است که فرد را برای انجام کارهای فردی توانمند می‌سازد (۳۲).

می‌توان نتیجه گرفت با افزایش خودکارآمدی عمومی در زنان تحت خشونت، می‌توان آن‌ها را به خودباوری رساند. هم چنین استدلال می‌شود باور افراد بر رفتارهای آن‌ها اثر می‌گذارد و افراد هماهنگ با باورهای درونی خود عمل می‌کنند، نه بر پایه واقعیت های موجود. بعلاوه، در تبیین یافته حاضر می‌توان گفت خودکارآمدی عمومی به باورها یا قضاوت های فرد به توانایی های خود در انجام وظایف و مسئولیت ها اشاره دارد. همچنین تلاش برای کمال در جهت تحقق توانایی های بالقوه واقعی فرد است. در تبیین دیگری اینگونه مطرح می‌شود که در دیدگاه مقابله درمانی، پذیرش یک حالت طراحی شده و جرات آمیز از طرف فرد است و به او کمک می‌کند تا به طور کامل و بدون دفاع، جنبه‌هایی از تجربه‌های روان شناختی خود (بد، خوب و زشت و زیبا) را همان گونه که هست تجربه

می شود که زنان تحت خشونت خانگی شناسایی شوند و با ارجاع سریع و به موقع آن ها به روانشناس جهت پیشگیری از مشکلات روانی، با اجرای "مقابله درمانی"، میزان خودکارآمدی عمومی، بهزیستی روانشناختی و تاب آوری در آن ها افزایش داده شود. از محدودیت های پژوهش حاضر می توان ذکر کرد که نمونه پژوهش حاضر منحصر به منطقه جغرافیایی خاص، و شرکت داوطلبانه و ابزارهای خودگزارشی بوده است. لذا تعمیم به سایر مناطق و گروه ها با احتیاط صورت گیرد.

سیاسگزاری

این مقاله برگرفته موضوع رساله دکتری دانشجو آزاده درویش نیا فندری با راهنمایی آقای دکتر علیرضا آقا یوسفی می باشد که با شناسه اخلاق IR.IAU.ARAK. REC.1400.016 ۱۳۹۹/۴/۱۰ مصوب گردیده است. بدین وسیله از تمامی مسئولین مرکز سلامت جامع حضرت ابوالفضل (ع) شهرستان ری، بخش کهریزک و تمامی افرادی که در به ثمر رسیدن مطالعه حاضر، پژوهشگران را یاری نمودند، تشکر و قدردانی می گردد.

تضاد منافع

نویسندگان مقاله حاضر هیچگونه تضاد منافی را گزارش نکردند.

References

- Peterman A, Potts A, O'Donnell M, Thompson K, Shah N, Oertelt-Prigione S, Van Gelder N. Pandemics and violence against women and children. Washington, DC: Center for Global Development. 2020; 5(528):1823-6. <https://www.cgdev.org/sites/default/files/pandemics-and-vawg-april2.pdf>
- Gracia E, Lila M, Santirso FA. Attitudes toward intimate partner violence against women in the European Union: A systematic review. European Psychologist.2020. file:///C:/Users/mahdi/Downloads/Graciaetal2020AttitudetowardIPVEUEuropeanPsychologistSCNsersion.pdf <https://doi.org/10.1027/1016-9040/a000392>
- Mohtashami J, Yaghmaei F, Jafari A, Alavi Majd H, Ahmadi A. [Related factors to coping with domestic violence in women who refer to Forensic Medicine Centers in Tehran]. Journal of Health Promotion Management. 2014; 3(2): 54-64. http://jhpm.ir/browse.php?a_

مواجه شدن با موقعیت های اضطراب انگیز، کاهش داده و باعث ارتقای سطح تاب آوری آن ها می شود. یکی دیگر از تبیین های این یافته و در همسویی با نتایج مطالعه مشتاقی و همکاران (۳۵) این است که "مقابله درمانی" ترکیبی از اصول برگرفته شده از مجموعه ای از الگوهای بسیار گسترده روان درمانی و تغییر رفتار است که در تغییر در سبک زندگی و برخورد با خشونت همسر در زنان تحت خشونت مفید می باشد (۱۹). همچنین از آنجایی که یکی از اصول مهم "مقابله درمانی" تقویت نکات مثبت است؛ یعنی کمک به زنان آسیب دیده خشونت خانگی در زمینه کشف این مطلب که چه مواردی در آن ها موجب افزایش توانمندی و تاب آوری در آن ها می شود (۲۲). "مقابله درمانی" به دلیل کاهش مقاومت و تقویت اسنادها و انگیزه های درونی، به زنان کمک می کند تا بهتر بتوانند موقعیت هایی که در نهایت به خشونت کشیده می شود در روابط زناشویی شناسایی و مدیریت کنند. "مقابله درمانی" موجب افزایش تاب آوری زنان تحت خشونت می شود.

نتیجه گیری

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که "مقابله درمانی" بر خودکارآمدی عمومی، بهزیستی روانشناختی و تاب آوری در زنان تحت خشونت خانگی در شهر تهران موثر است و در طول زمان دارای ماندگاری اثر (پایداری) می باشد. پیشنهاد

id=133&sid=1&slc_lang=en

- Weeks W Gilmore K. How violence against women became an issue on the national policy agenda. In making social policy in Australia. 2010; <https://www.taylorfrancis.com/chapters/edit/10.4324/9781003136934-12/>
- Alkan O, Ozar Ş , Unver Ş. Economic violence against women: A case in Turkey. PLoS one, 2021; 16(3):758-762. file:///C:/Users/mahdi/Downloads/journal.pone.0248630.pdf <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0248630>
- Sikweyiya Y, Addo-Lartey AA, Alangea DO. Patriarchy and gender-inequitable attitudes as drivers of intimate partner violence against women in the central region of Ghana. BMC Public Health 2020; 20;682 . <https://bmcpublihealth.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12889-020-08825-z.pdf> <https://doi.org/10.1186/s12889-020-08825-z>
- Alhabib S, Nur U, Jones R. Domestic violence against women: Systematic review of

- prevalence studies. *Journal of Family Violence*. 2010;25(4):369-82. <https://doi.org/10.1007/s10896-009-9298-4>
8. Rafi A, Shameem F, Aziz Sh. Is attitudinal acceptance of violence a risk factor? An analysis of domestic violence against women in Pakistan. *Journal of Interpersonal Violence*. 2021; 36(7):1-11. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30003834/>
 9. Rai A, Choi YJ. Domestic violence victimization among south Asian immigrant men and women in the United States. *Journal of Interpersonal Violence*, 2021; 9(14):459-62. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34020564/> <https://doi.org/10.1177/08862605211015262>
 10. Taghdisi MH, Latifi M, Afkari ME, Dastoorpour M, Estebarsari F, Jamalzadeh F. [The impact of educational intervention to increase self efficacy and awareness for the prevention of domestic violence against women. *Iranian Journal of Health Education and Health Promotion*]. 2015; 3 (1) :32-38 <http://journal.ihepsa.ir/article-1-173-fa.html>
 11. Peura P, Aro T, Raikkonen E, Viholainen H, Koponen T, Usher EL, Aro M. Trajectories of change in reading self-efficacy: A longitudinal analysis of self-efficacy and its sources. *Contemporary Educational Psychology*, 2021; 64(1): 1-15. <https://reader.elsevier.com/reader/sd/pii/S0361476X21000060?token=49407180F7C11285D1231A451DADF1604A4D09EDB678A5DDD0DFE74CF7E95000853916923B26C5D9BEADDC6CE3023679&originRegion=europe-west-1&originCreation=20220109214600>
 12. Nasiri M, Yaghmaei F. [Correlation between self-efficacy and impatience with organizational commitment in faculty members of Islamic Azad University, Zanjan Branch]. *Health Promotion Management Quarterly*. 2020; 9 (1): 42-50. <http://jhpm.ir/article-1-1147-en.html>
 13. Fackler S, Malmberg LE, Sammons P. An international perspective on teacher self-efficacy: Personal, structural and environmental factors. *Teaching and Teacher Education*. 2021; 1(99): 32-38. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0742051X20314463> <https://doi.org/10.1016/j.tate.2020.103255>
 14. Hammer M, Scheiter K, Stürmer K. New technology, new role of parents: How parents' beliefs and behavior affect students' digital media self-efficacy. *Computers in Human Behavior*, 2021; 3(1): 859-55. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0747563220303897> <https://doi.org/10.1016/j.chb.2020.106642>
 15. Hogan MJ. Collaborative positive psychology: Solidarity, meaning, resilience, wellbeing, and virtue in a time of crisis. *International Review of Psychiatry*. 2020; 132(7-8):698-712. <https://doi.org/10.1080/09540261.2020.1778647>
 16. Roshan M, Aqa Yousefi AR, Alipour A, Rezaei A. [The effectiveness of mothers' Coping Therapy on emotional-behavioral problems and community-friendly behavior of children]. *Journal of Applied Psychology*. 2015; 9 (1):1-17. https://apsy.sbu.ac.ir/issue_14069_14101.html?lang=fa
 17. Zarean Q, Farahbakhsh K, Salimi Bejestani H, Motamedi A. [Investigating the conversations of resilient families facing life challenges: A phenomenological study]. *Health Promotion Management Quarterly*. 2021; 10 (3): 124-135. <https://lib.wrc.ir/scholar/view/1/41538>
 18. Ghassemloo F, Yaghmaei FA. [Comparison of resilience and quality of life of mothers of delinquent children and mothers with healthy children in Zanjan. *Journal of Psychiatry*]. 2017; 5(2): 38-32. http://ijpn.ir/browse.php?mag_id=22&slc_lang=fa&sid=1 <https://doi.org/10.21859/ijpn-05025>
 19. Bahrebar S, Ahadi H, Agha Yousefi A. [The effectiveness of emotion regulation and Coping Therapy training on mood and attitudes toward drugs in adolescents at risk of substance abuse]. *Journal of Addiction Research*. 2018; 12 (49): 71-98. http://etiadjohi.ir/browse.php?a_code=A-10-2039-1&slc_lang=fa&sid=1
 20. Agha Yousefi A. [The effect of Coping Therapy on aggression in mentally retarded children]. *Family Research Quarterly*. 2012; 8 (31):291-30. <https://www.sid.ir/fa/Journal/ViewPaper.aspx?id=175939>
 21. Tsai CL, Cho MH, Marra R, Shen D. The Self-Efficacy Questionnaire for Online Learning (SeQoL). *Distance Education*, 2020; 41(4); 472-489. <https://doi.org/10.1080/01587919.2020.1821604>
 22. Hajyahia MM. Wife abuse and its psychological consequences as revealed by the first Palestinian National Survey on Violence Against Women. *Journal of Family Psychology*. 1999; 13(4):642-662. <https://doi.org/10.1037/0893-3200.13.4.642>
 23. Amiri SM, Sadeghifara M. [Investigating the relationship between emotional intelligence of female teachers and violence against them in Bandar Abbas City]. MSc thesis. Qeshm: Qeshm Branch, Islamic Azad University; 2014. <https://civilica.com/doc/518676/>
 24. Khodadadi A. [Investigating the effectiveness

- of Miller's Family Relationship Enrichment Training in psychological well-being and marital violence from the perspective of abused women]. *Counseling Culture and Psychotherapy*. 2019; 10(38):147-76. https://qccpc.atu.ac.ir/article_9625_en.html
25. Porzoor P, Abbasi M, Shojaei A. [The effectiveness of spiritual intervention on personal and social resiliency of women victims of domestic violence]. *Journal of Clinical Psychology*. 2018; 10(2):95-105. https://jep.semnan.ac.ir/article_3428.html?lang=en
 26. 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):663-671. <file:///C:/Users/mahdi/Downloads/3.ShererMMadduxMercandanteetal.1982.pdf> <https://doi.org/10.2466/pr0.1982.51.2.663>
 27. Fueyo-Díaz R, Montoro M, Magallón-Botaya R, Gascón-Santos S, Asensio-Martínez Á, Palacios-Navarro G, Sebastián-Domingo JJ. Influence of compliance to diet and self-efficacy expectation on quality of life in patients with celiac disease in Spain. *Nutrients*. 2020;12(9):1-15. <file:///C:/Users/mahdi/Downloads/nutrients-12-02672-v2.pdf> <https://doi.org/10.3390/nu12092672>
 28. Saedi S. [The relationship between mental health and self-efficacy and self-esteem in students of Payame Noor University of Sanandaj]. *Bayhaq Quarterly*, 2019; 24 (4): 63-73. http://beyhagh.medsab.ac.ir/issue_151_161.html?lang=en
 29. Kadivar P, Yousef Vand M, Sarami K, Ashrati A. [Investigating the effect of teacher feedback on formative assessments on self-efficacy and the use of self-regulated learning strategies in third grade middle school students]. *Al-Zahra New Thoughts Quarterly*, 2014; 10 (1): 49-72. https://jontoe.alzahra.ac.ir/issue_71_72.html?lang=en
 30. Ryff CD. Challenges and opportunities at the interface of aging, personality, and well-being. 2008; <https://psycnet.apa.org/record/2008-11667-015>
 31. Zanjani Tabasi R. [Preliminary standardization of psychological well-being test], Master's thesis, unpublished, University of Tehran. 2004. <https://imrg.ir/product/psychological-welfare-questionnaire-3/>
 32. Mikaeilimane F. [Investigation of the factor structure of Reef Psychological Well-Being Scale among students of Urmia University]. *Tabriz Journal of New Psychological Research*. 2010; 5 (18): 143-165. https://psychologyj.tabrizu.ac.ir/article_4209.html
 33. Connor KM, Davidson JR. Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety*. 2003; 18(2): 76-82. <https://doi.org/10.1002/da.10113>
 34. Kararmak Ö. Establishing the psychometric qualities of the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC) using exploratory and confirmatory factor analysis in a trauma survivor sample. *Psychiatry Research*, 2010; 179(8): 350-356. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0165178109003576> <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2009.09.012>
 35. Moshtaghi M, Asghari MJ, Salayani F. [Relationship between resilience and quality of life in nurses: The mediating role of emotional expression]. *Journal of Mazandaran University of Medical Sciences*. 2020; 30 (191): 53-65. <https://www.magiran.com/paper/2205740>
 36. Kordestani D, Ghamari A. [Comparing the resilience, life style and life quality among cardiovascular patients and normal people]. *Yafte Journal*. 2018; 19(5): 71-80 https://yafte.lums.ac.ir/browse.php?a_id=2429&sid=1&slc_lang=fa
 37. AghaYousefi A, Safari Y, Ahmadi S, Abbaspour P. [Effectiveness of Coping Therapy on psychological markers (stress, quality of life and coping strategies) in type 2 diabetic patients]. *Journal of Health Psychology*. 2020; 9 (34): 25-40. http://hpj.journals.pnu.ac.ir/article_6966.html
 38. Motiei G, Aghayousefi AS, Choobsaz F, Shaghghi F. [The effectiveness of Therapeutic Coping on loneliness in infertile women]. *Applied Psychology*, 2011; 5 (3): 85-98. <https://www.sid.ir/fa/journal/ViewPaper.aspx?id=159321>