

تأثیر مشاوره گروهی مهارت‌های زندگی با رویکرد شناختی رفتاری بر تطابق زنان خشونت دیده

فائزه محمدی^۱، سکینه طاهرخانی^{۲*}، مریم زمانیان^۳، الهه الهی^۴

نوع مقاله:
مقاله اصیل

چکیده

زمینه و هدف: نحوه راهبرد تطابقی زنان در مواجهه با خشونت می‌تواند منجر به افزایش و یا کاهش خشونت و همچنین استرس مرتبط با آن شود. یکی از راهکارها جهت ارتقای تطابق، می‌تواند آموزش مهارت‌های زندگی باشد. لذا این مطالعه با هدف تعیین تأثیر مشاوره گروهی مهارت‌های زندگی با رویکرد شناختی رفتاری بر تطابق زنان خشونت دیده انجام گرفته است.

روش بررسی: در این مطالعه نیمه تجربی تعداد ۱۲۰ زن خشونت دیده از مراکز بهداشتی درمانی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی اراک در سال ۱۴۰۱ انتخاب و در دو گروه مداخله و کنترل (هر گروه ۶۰ نفر) قرار گرفتند. برای گروه مداخله ۸ جلسه مشاوره گروهی مهارت‌های زندگی با رویکرد شناختی رفتاری اجرا شد. داده‌ها با استفاده از پرسشنامه ویژگی‌های فردی و سلامتی، مقیاس تاکتیک‌های حل تعارض و پرسشنامه راه‌های تطابق جمع‌آوری شد. راهبردهای تطابقی در پایان مداخله و ۱۲ هفته پس از اتمام مداخله مجدداً سنجیده شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی و استنباطی انجام یافت.

یافته‌ها: پس از مداخله، افزایش معنادار میانگین نمره زیرمقیاس‌های فاصله گرفتن ($p < 0.001$)، برنامه‌ریزی ($p < 0.001$)، جستجوی حمایت اجتماعی ($p = 0.002$) و حل مسأله ($p < 0.001$) و کاهش معنادار میانگین نمره زیرمقیاس تفکرات آزمون‌دانه ($p < 0.001$) در گروه مداخله در مقایسه با گروه کنترل رخ داد. بیش‌ترین تأثیر مداخله بر زیرمقیاس برنامه‌ریزی و کم‌ترین تأثیر بر زیرمقیاس جستجوی حمایت اجتماعی بود. (میانگین و انحراف معیار زیرمقیاس برنامه‌ریزی در گروه مداخله در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون به ترتیب $1/95 \pm 2/61$ و $1/03 \pm 2/40$ بود. این ارقام برای زیرمقیاس جستجوی حمایت اجتماعی به ترتیب $5/21 \pm 2/21$ و $7/03 \pm 1/77$ بود).

نتیجه‌گیری: مشاوره گروهی مهارت‌های زندگی با رویکرد شناختی رفتاری منجر به افزایش استفاده از راهبردهای فاصله گرفتن، برنامه‌ریزی، جستجوی حمایت اجتماعی و حل مسأله و کاهش استفاده از تفکرات آزمون‌دانه در زنان خشونت دیده، شد. بنابراین، می‌توان از این روش جهت ارتقای تطابق زنان خشونت دیده استفاده کرد.

واژه‌های کلیدی: همسر آزاری، مهارت‌های زندگی، رویکرد شناختی رفتاری، تطابق، مشاوره گروهی، زن خشونت دیده

نویسنده مسؤول:
سکینه طاهرخانی؛
دانشکده پزشکی،
دانشگاه علوم پزشکی
اراک، اراک، ایران
e-mail:
sakinehtaherkhani@
yahoo.com

- دریافت مقاله: اردیبهشت ماه ۱۴۰۳ - پذیرش مقاله: مرداد ماه ۱۴۰۳ - انتشار مقاله: ۱۴۰۳/۱۰/۲

مقدمه

خشونت شریک صمیمی نزدیک
(Intimate Partner Violence: IPV) یک
مشکل بهداشت عمومی در سراسر جهان است

و به عنوان یک اولویت بهداشتی در نظر گرفته می‌شود (۱). سازمان جهانی بهداشت وقوع هرگونه رفتار در یک رابطه صمیمی را که منجر به آسیب جسمی، جنسی و یا عاطفی به شریک جنسی شود IPV تلقی می‌کند (۲) که به چهار نوع خشونت جسمی، جنسی، تهدید به خشونت

۱ - کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی اراک، اراک، ایران
۲ - گروه آموزشی مامایی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اراک، اراک، ایران
۳ - گروه آموزشی اپیدمیولوژی، دانشکده بهداشت، دانشگاه علوم پزشکی اراک، اراک، ایران
۴ - گروه آموزشی روان‌شناسی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اراک، اراک، ایران

جسمی یا جنسی و خشونت روانی-عاطفی تقسیم می‌شود (۳).

خشونت شریک صمیمی نزدیک شیوع بالایی دارد (۱). بررسی ۸۱۱ زن مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی شهر تهران نشان داد که شیوع خشونت در یک سال گذشته ۸۸/۳٪ و شیوع انواع خشونت جسمی، جنسی و عاطفی به ترتیب ۲۵/۴٪، ۳۹/۱٪ و ۸۷/۳٪ بوده است (۴). در مطالعه دیگری در اراک شیوع انواع خشونت کلامی، عاطفی، مالی و جسمی به ترتیب ۶۴/۶٪، ۵۷/۱٪، ۳۲/۳٪ و ۲۶/۸٪ گزارش شده است (۵).

علاوه بر شیوع بالا و پیامدهای اجتماعی، IPV پیامدهای اساسی بر بهداشت باروری و سلامت جسمی و روانی زنان دارد (۶). برآورد جهانی نشان می‌دهد که خشونت یکی از دلایل جدی ناتوانی و مرگ زنان به شمار می‌رود (۷). از جمله پیامدهای خشونت می‌توان اختلالات سیستم عصبی مرکزی، مشکلات قلب و عروق، فیبرومیالژیا، اختلالات گوارشی، سندرم روده تحریک‌پذیر، سندرم درد مزمن، ناتوانی، کوفتگی‌ها و کبود شدگی‌ها، پارگی و خراشیدگی‌ها، افسردگی، خودکشی، اختلال استرس پسا آسیب، سوء مصرف مواد و عزت نفس کم را نام برد (۱).

زنان در مواجهه با خشونت، رفتارهای مختلفی را از خود بروز می‌دهند. این رفتارها که تطابق نامیده می‌شود، تلاشی آگاهانه است که افراد برای مدیریت و یا حل مشکلات ایجاد شده که فراتر از ظرفیت آن‌ها است، به کار می‌برند (۹و۸). تطابق به طرق مختلف مفهوم پردازی شده است، اما متداول‌ترین نوع

طبقه‌بندی، تطابق مبتنی بر مسأله و مبتنی بر هیجان است (۷). در صورتی که تلاش‌های تطابقی برای اصلاح آسیب، تهدید یا چالش به کار روند، تطابق مبتنی بر مسأله یا تطابق فعال گفته می‌شود و در صورتی که تلاش‌های تطابقی برای تنظیم پاسخ فرد به تقاضاهای مختلف و با هدف تعدیل حالات هیجانی مرتبط با استرس و رسیدن به تعادل عاطفی انجام گیرند، تطابق مبتنی بر هیجان یا اجتنابی گفته می‌شود (۱۰). همه زنان خشونت دیده از راهبردهای تطابقی یکسانی استفاده نمی‌کنند؛ انتخاب راهبردهای تطابقی به زمینه، فرهنگ و ارزیابی فرد از وضعیت موجود بستگی دارد (۱۱).

راهبردهای تطابقی زنان خشونت دیده در مواجهه با خشونت بسیار گسترده هستند و می‌توانند منجر به افزایش یا کاهش خشونت و یا استرس مرتبط با آن شوند (۱۲). این موضوع به خصوص در مواقعی که زنان خشونت دیده تمایل زیادی به حفظ زندگی زناشویی خود دارند، اهمیت زیادی پیدا می‌کند (۲). برخی از راهبردهای زنان در مواجهه با خشونت شوهر شامل درخواست کمک از دیگران، پناه بردن به معنویت، سکوت یا پاسخ ندادن، ترک دایم یا موقت شوهر، تسلیم شدن، آرام کردن شوهر، انکار و ناچیز پنداشتن خشونت است (۷). بسیاری از رفتارهای نامناسب سازشی یا حالت‌های هیجانی از قبیل سوء مصرف دارو، سوء مصرف الکل، اعمال خشونت به دیگران، خودکشی، ترس بازدارنده و یا افسردگی در تلاش برای تطابق با خشونت رخ می‌دهند (۱۳). بنابراین آموزش نحوه مقابله

با استرسور IPV جهت بهبود تطابق در زنان خشونت دیده، اهمیت بسیار دارد (۲). تاکنون مداخلاتی نظیر آموزش توانمندسازی (۱۴) و ذهن آگاهی (۱۵) جهت ارتقای تطابق پیشنهاد شده است.

برنامه آموزش مهارت‌های زندگی، برنامه جامعی است که به فرد امکان مقابله مؤثر با تنش‌های ناشی از مواجهه با محرک‌های تنش‌زا را می‌دهد (۱۶). سازمان جهانی بهداشت مهارت‌های زندگی را توانایی فرد برای انجام رفتار مثبت و سازگار با دیگران می‌داند که شامل ۱۰ مهارت اصلی خودآگاهی، تصمیم‌گیری، توانایی برقراری ارتباط مؤثر اجتماعی، برقراری رابطه مؤثر بین فردی، مهارت حل مسأله، مهارت مقابله با هیجان‌ها، مهارت مقابله با استرس، تفکر نقادانه، تفکر خلاق و همدلی است (۱۷). مهارت زندگی دارای هدف پیشگیرانه، مهارت و مدیریت مشکلات است و همانند یک راهبرد آموزشی هم برای مداخله‌های گروهی و هم فردی مناسب است. پژوهش‌های زیادی نشان داده‌اند که آموزش مهارت‌های زندگی در زمینه‌های افزایش سلامت روانی و جسمانی، تقویت ارتباط بین فردی، پیشگیری از مشکلات روانی، رفتاری و اجتماعی، کاهش اضطراب، افسردگی و خشونت مؤثر بوده است (۱۸).

مهارت‌های زندگی می‌تواند در غالب رویکردهای مختلف آموزش داده شود. یکی از این رویکردها، رویکرد شناختی- رفتاری (Cognitive Behavioral Therapy: CBT) است (۱۹). در رویکرد شناختی رفتاری به مراجعان جهت رشد مهارت‌هایی برای تغییر

رفتار، ارتباط با دیگران، حل مسأله، کشف افکار و باورهای تحریف شده، به چالش کشیدن و دگرگون کردن باورها و نگرش‌های غیرمفید و بازسازی شناختی، کمک می‌شود. براساس این رویکرد، خشونت به دنبال مهارت‌های ناکارآمد زنان در برقراری ارتباط، ناتوانی در حل مؤثر مشکلات، غیرواقعی بودن انتظارات، داشتن باورهای غیرمنطقی و تبادل رفتاری منفی به وجود می‌آید (۱۷). این رویکرد می‌تواند مهارت زنان قربانی خشونت را در کنترل افکار ناکارآمد و برقراری ارتباط صمیمی و مثبت افزایش داده و از طریق تغییر عقیده و فکر و رفتار اشتباه زن خشونت دیده، روابط زوج‌ها را بهبود بخشد (۱۹).

تأثیر آموزش مهارت‌های زندگی بر ارتقای عزت نفس (۲۰)، سازگاری زناشویی (۱۷) و کاهش میزان خشونت (۲۱) در زنان خشونت دیده بررسی شده است. لیکن تأثیر آموزش مهارت‌های زندگی با رویکرد شناختی رفتاری بر نحوه تطابق زنان خشونت دیده مشخص نیست. از این رو با توجه به شیوع بالای IPV و پیامدهای مضر آن بر سلامت جسمی و روانی زنان، اهمیت تطابق با IPV در زنان خشونت دیده و لزوم اجرای مداخلات مؤثر جهت ارتقای تطابق زنان خشونت دیده در نهایت با عنایت به لزوم فراهم‌آوری شواهد علمی در خصوص تأثیر مشاوره گروهی مهارت‌های زندگی بر تطابق زنان خشونت دیده، این مطالعه با هدف تعیین تأثیر مشاوره گروهی مهارت‌های زندگی با رویکرد شناختی رفتاری بر تطابق زنان خشونت دیده، اجرا شده است.

روش بررسی

این مطالعه از نوع نیمه تجربی است که از مرداد تا بهمن سال ۱۴۰۱ به اجرا درآمد. جامعه این پژوهش کلیه زنان خشونت دیده مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهر اراک بودند. با توجه به نتایج مطالعه Bahadir-Yilmaz و Oz میانگین و انحراف معیار نمره راهبرد جستجوی حمایت اجتماعی در گروه مداخله و کنترل بعد از مداخله به ترتیب $2/05 \pm 0/53$ و $0/70 \pm 1/65$ (۱۴)، با در نظر گرفتن آلفای $0/05$ و بتای $0/10$ ، حجم نمونه با استفاده از فرمول زیر و با احتساب 10% ریزش و به منظور افزایش توان مطالعه، ۶۰ نفر در هر گروه و در کل ۱۲۰ نفر در نظر گرفته شد.

$$n_1 = n_2 = \frac{(S_1^2 + S_2^2)(Z_{1-\alpha/2} + Z_{1-\beta})^2}{(\bar{X}_1 - \bar{X}_2)^2}$$

مشارکت‌کنندگان با استفاده از نمونه‌گیری چندمرحله‌ای از مراکز بهداشتی درمانی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی شهر اراک انتخاب شدند. در مرحله اول با استفاده از نمونه‌گیری تصادفی طبقه‌ای، شهر اراک به چهار طبقه شمال، جنوب، غرب و شرق تقسیم شد و تعداد نمونه مورد نیاز به طور مساوی بین این چهار طبقه تقسیم شد (هر طبقه ۳۰ نمونه). سپس با توجه به تعداد مراکزی که در هر طبقه وجود داشت، با روش تصادفی ساده تعدادی مرکز از هر طبقه انتخاب و سهمیه آن طبقه بین مراکز انتخاب شده، تقسیم شد (منظور از روش تصادفی ساده این بود که اسامی مراکز روی

یک تکه کاغذ نوشته می‌شد و پس از انداختن کاغذها در یک کیسه، به قید قرعه تعداد مراکز لازم انتخاب می‌شد). در مرحله بعد نویسنده اول و پرسشگران با حضور در مراکز بهداشتی درمانی منتخب، افراد را با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب می‌کردند. از بین ۱۹۰ زن بررسی شده، ۱۲۰ زن با توجه به معیارهای ورود، انتخاب شدند.

معیارهای ورود شامل داشتن سن ۴۵-۱۸ سال، داشتن تجربه خشونت شوهر در طول سال گذشته (پاسخ مثبت به حداقل یک گویه از گویه‌های مرتبط با چهار زیرمقیاس (حمله جسمی، پرخاشگری روانی، صدمه و اجبار جنسی) مقیاس تجدیدنظر شده تاکتیک‌های حل تعارض، دادن رضایت آگاهانه کتبی، توانایی تکلم به زبان فارسی، داشتن ملیت ایرانی، متأهل بودن، داشتن ازدواج دائم، گذشت بیش از شش ماه از آخرین زایمان، معیارهای عدم ورود شامل باردار بودن، داشتن اختلال هوشیاری، مشکلات شنوایی و ادراک، داشتن سابقه بستری در بخش اعصاب و روان در زوج‌ها، مصرف داروهای روانگردان (مثل داروهای ضد اضطراب، ضد افسردگی، ضد روان‌پریشی، داروهای تثبیت‌کننده خلق و خو و محرک‌ها) در فاصله شش ماه قبل از شرکت در مطالعه بود. در دوره انجام مطالعه، شرکت در مداخلات مشابه با مداخله حاضر در دوره انجام مطالعه، ابتلا به بیماری جسمی صعب‌العلاج مانند سرطان یا تومورهای بدخیم و تجربه هر نوع استرسور شدید در شش ماه گذشته نظیر طلاق، تصادف و سوگ بستگان بود. معیارهای خروج از مطالعه نیز شامل عدم شرکت در یک

جلسه مداخله یا بیش‌تر، وقوع بارداری، ابتلا به بیماری جسمی صعب‌العلاج و تجربه هر نوع استرس‌سور شدید در طول دوره انجام مطالعه بود.

مشارکت‌کنندگان با روش تصادفی‌سازی بلوکی (بلوک‌های با اندازه چهار) در گروه مداخله و کنترل قرار گرفتند (هر گروه ۶۰ نفر). تولید توالی تصادفی به صورت آنلاین و پنهان‌سازی توالی نیز به صورت مرکزی بود؛ بدین صورت که لیست توالی تخصیص در اختیار فردی، خارج از تیم پژوهش قرار داشت. به محض این که فردی واجد شرایط شرکت در مطالعه می‌شد، نویسنده اول و پرسشگران که افراد را از نظر معیارهای ورود و خروج به مطالعه بررسی می‌کردند با فردی که لیست را در اختیار داشت، تماس می‌گرفتند و وی به ترتیب، مطابق لیست توالی، به شرکت‌کنندگان جهت ورود به مطالعه کد می‌داد (۲۲).

در گروه مداخله، مشارکت‌کنندگان در گروه‌های ۱۰ نفره در هشت جلسه ۱۲۰ دقیقه‌ای که به صورت هفتگی برگزار می‌شد، مشاوره گروهی مهارت‌های زندگی با رویکرد شناختی رفتاری را دریافت کردند (جدول شماره ۱). روایی پروتکل مداخله توسط سه تن از اعضای هیأت علمی روان‌شناسی که دارای سابقه کار بالینی بودند، مورد تأیید قرار گرفت. نویسنده اول که آموزش‌های لازم را در خصوص رویکرد CBT گذرانده بود، زیرنظر روان‌شناسی که دکتری تخصصی مشاوره داشت، جلسات را برگزار می‌کردند. گروه کنترل، هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. روند اجرای پژوهش در نمودار شماره ۱ نشان داده شده است.

پرسشنامه‌های استفاده شده جهت جمع‌آوری داده‌ها شامل: پرسشنامه ویژگی‌های فردی و سلامتی زن و همسر شامل سن، وضعیت اشتغال، سطح تحصیلات، طول مدت ازدواج، سابقه ابتلا به بیماری جسمی و مشکلات روانی، مصرف دارو در ماه گذشته، مصرف سیگار، سوء مصرف مواد و الکل، تعداد فرزندان و وضعیت اقتصادی، مقیاس تجدیدنظر شده تاکتیک‌های حل تعارض (CTS-2: Revised Conflict Tactics Scale) و پرسشنامه راه‌های تطابق (Way of Coping Questionnaire: WCQ) بود که قبل از شروع مداخله با روش مصاحبه برای شرکت‌کنندگان تکمیل شد.

CTS2 توسط Straus و همکاران جهت سنجش استفاده از تاکتیک‌های ویژه شامل خشونت جسمی بین شرکای جنسی که در رابطه ازدواج، هم‌خانگی یا رابطه موقت هستند، طراحی شد. این مقیاس دارای ۷۸ گویه و پنج زیرمقیاس شامل حمله جسمی (۲۴ گویه)، پرخاشگری روانی (۱۶ گویه)، صدمه (۱۲ گویه)، اجبار جنسی (۱۴ گویه) و مذاکره (۱۲ گویه) است. چهار زیرمقیاس اول، به طور هم‌زمان تجربه و ارتکاب خشونت را می‌سنجد. نیمی از گویه‌های این چهار زیرمقیاس، تجربه خشونت و نیم دیگر، ارتکاب خشونت را می‌سنجد. این مقیاس قادر است خشونت را در فواصل زمانی مختلف بسنجد، اگرچه به طور معمول برای مقطع زمانی سال گذشته به کار می‌رود. گویه‌ها در طبقات ۰ تا ۷ پاسخ داده می‌شوند (طبقه ۰ = هرگز اتفاق نیفتاده است، طبقه ۱ = یک بار در سال گذشته اتفاق افتاده

۰/۸۶، ۰/۷۹، ۰/۹۵، ۰/۸۷ و ۰/۸۶ گزارش کردند (۲۳).

در ایران، روایی CTS2 با روش روایی محتوا تأیید (۲۵) و میزان پایایی آن با روش آزمون-بازآزمون، ۰/۹ گزارش شده است. در نسخه ایرانی، شش گویه مرتبط با زیرمقیاس خشونت جنسی حذف شد و ۷۲ گویه باقی ماند (۲۶). از آنجا که در مطالعه حاضر چهار زیرمقیاس استفاده شده، به صورت مجزا در نظر گرفته نشدند بلکه یافته‌های این چهار زیرمقیاس با هم جهت شناسایی زنان خشونت دیده مورد استفاده قرار گرفتند، لذا در مطالعه حاضر ضریب آلفای کرونباخ کل چهار زیرمقیاس استفاده شده ۰/۸۴ محاسبه شد.

پرسشنامه WCQ توسط Folkman و همکاران ساخته شد. این پرسشنامه دامنه وسیعی از افکار و اعمالی را که افراد هنگام مواجهه با شرایط استرس‌زای درونی و بیرونی تجربه می‌کنند، مورد ارزیابی قرار می‌دهد و دارای ۶۶ گویه است این پرسشنامه در مقیاس لیکرت ۴ قسمتی نمره‌گذاری می‌شود. (صفر: استفاده نکردم، یک: تاحدی به کار بردم، دو: بیش‌تر مواقع به کار بردم، سه: همیشه به کار بردم). براساس تحلیل عاملی انجام گرفته این پرسشنامه دارای ۸ زیرمقیاس جستجوی حمایت اجتماعی، مسؤلیت‌پذیری، حل مسأله برنامه‌ریزی شده، ارزیابی مجدد مثبت، تطابق رویارویانه (Confrontive Coping)، فاصله گرفتن، فرار-اجتناب و کنترل خود است. میزان آلفای کرونباخ برای این زیرمقیاس‌ها از ۰/۶۱ تا ۰/۷۹ می‌باشد (۲۷).

است، طبقه ۲= دو بار در سال گذشته اتفاق افتاده است، طبقه ۳= سه تا پنج بار در سال گذشته اتفاق افتاده است، طبقه ۴= شش تا ده بار در سال گذشته اتفاق افتاده است، طبقه ۵= یازده تا بیست بار در سال گذشته اتفاق افتاده است، طبقه ۶= بیش از بیست بار در سال گذشته اتفاق افتاده است و طبقه ۷= در سال گذشته اتفاق نیفتاده است ولی قبل از سال گذشته اتفاق افتاده است). در صورتی که سنجش خشونت در سال گذشته مدنظر باشد، برای طبقه ۷، عدد صفر در نظر گرفته می‌شود. نمره‌دهی با استفاده از نقطه وسط طبقات پاسخ‌دهی می‌باشد؛ بدین ترتیب که برای طبقات پاسخ‌دهی ۰، ۱ و ۲ به ترتیب نمره ۰، ۱ و ۲، برای طبقه پاسخ‌دهی ۳ نمره ۴، برای طبقه پاسخ‌دهی ۴، نمره ۸، برای طبقه پاسخ‌دهی ۵، نمره ۱۵ و برای طبقه پاسخ‌دهی ۶، نمره ۲۵ در نظر گرفته می‌شود. نمره بالاتر در هر زیرمقیاس بیانگر افزایش دفعات تجربه یا ارتکاب عمل است (۲۳) Straus و همکاران توصیه می‌کنند برای تعیین میزان شیوع، متغیر شیوع به صورت دو حالتی (۰-۱) در نظر گرفته شود (۱= وقوع یک عمل یا بیش‌تر و ۰= عدم وقوع هیچ عملی) (۲۴).

Straus و همکاران روایی سازه (با تأیید وجود ارتباط قوی بین زیرمقیاس‌های مرتبط) و روایی تمایزی (Discriminant validity) (با تأیید وجود ارتباط ضعیف یا غیرمعنادار بین زیرمقیاس‌های غیرمرتبط) CTS2 را تأیید نمودند و ضریب آلفای کرونباخ را برای زیرمقیاس‌های حمله جسمی، پرخاشگری روانی، صدمه، اجبار جنسی و مذاکره به ترتیب

نحوه قرارگیری افراد در گروه‌های مداخله و کنترل اطلاعاتی نداشت، WCQ را برای همه مشارکت‌کنندگان تکمیل کرد. فردی که تجزیه و تحلیل داده‌ها را به عهده داشت نیز از کدهای مشارکت‌کنندگان بی‌اطلاع بود.

مطالعه حاضر در کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی اراک با کد IR.ARAKMU.REC.1401.072 تأیید شده است. توضیحاتی در خصوص هدف و ماهیت تحقیق، ماهیت داوطلبانه شرکت، حق کناره‌گیری از تحقیق در هر زمان، حفظ محرمانگی و بی‌نامی به مشارکت‌کنندگان داده شد. پرسشنامه‌ها با رعایت خلوت کامل برای مشارکت‌کنندگان تکمیل شد. با توجه به برگزاری جلسات در زمان همه‌گیری کووید-۱۹، جهت پیشگیری از ابتلا به کرونا، ماسک، دست‌کش و محلول ضدعفونی دست در اختیار مشارکت‌کنندگان قرار گرفت. جلسات با رعایت فاصله‌گذاری فیزیکی و در فضایی با تهویه مطلوب تشکیل شد. پس از پایان مطالعه، سه جلسه مشاوره مهارت‌های زندگی (به همراه جزوه مهارت‌های زندگی) برای گروه کنترل اجرا شد.

تجزیه و تحلیل داده‌ها در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶ انجام گرفت. داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی و استنباطی تحلیل شدند. نرمال بودن داده‌ها با استفاده از آزمون Kolmogorov-Smirnov بررسی شد. آزمون تی مستقل برای مقایسه متغیرهای پیوسته با توزیع نرمال و آزمون کای اسکور و آزمون دقیق فیشر برای مقایسه متغیرهای اسمی استفاده شد. مقایسه میانگین نمره راهبردهای

روایی و پایایی این پرسشنامه در ایران در مطالعه‌ای درباره زنان خشونت دیده بررسی شده است. در تحلیل عاملی انجام گرفته این پرسشنامه دارای ۳۶ گویه و ۵ زیرمقیاس شامل جستجوی حمایت اجتماعی (۴ گویه)، حل مسأله (۶ گویه)، تفکر آرزومندانه (۴ گویه)، برنامه‌ریزی (۸ گویه) و فاصله گرفتن (۱۴ گویه) بود. حداقل و حداکثر نمره در زیرمقیاس فاصله گرفتن ۰-۴۲، برنامه‌ریزی ۰-۲۴، تفکرات آرزومندانه ۰-۱۲، جستجوی حمایت اجتماعی ۰-۱۲ و حل مسأله ۰-۱۸ است. نمره بیش‌تر در هر زیرمقیاس نشانگر استفاده بیش‌تر از راهبردهای آن زیرمقیاس است. پایایی زیرمقیاس‌های فاصله گرفتن، برنامه‌ریزی، تفکرات آرزومندانه، جستجوی حمایت اجتماعی، حل مسأله و کل پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۸۴، ۰/۷۶، ۰/۸۰، ۰/۷۶، ۰/۷۳ و ۰/۹۱ برآورد شد (۲۸). در مطالعه حاضر ضریب آلفای کرونباخ زیرمقیاس‌های فاصله گرفتن، حل مسأله، جستجوی حمایت اجتماعی، برنامه‌ریزی، تفکرات آرزومندانه و کل پرسشنامه در مرحله پیش آزمون به ترتیب ۰/۸۰، ۰/۷۱، ۰/۷۰، ۰/۷۱، ۰/۸۵ و ۰/۹۱ بود. مقادیر یاد شده بالا در مرحله پس آزمون به ترتیب ۰/۷۴، ۰/۷۶، ۰/۸۹، ۰/۷۶، ۰/۹۲ و ۰/۷۴ و ۰/۹۱ و در مرحله پیگیری به ترتیب ۰/۷۴، ۰/۷۸، ۰/۷۹، ۰/۹۴، ۰/۷۷ و ۰/۸۹ بود.

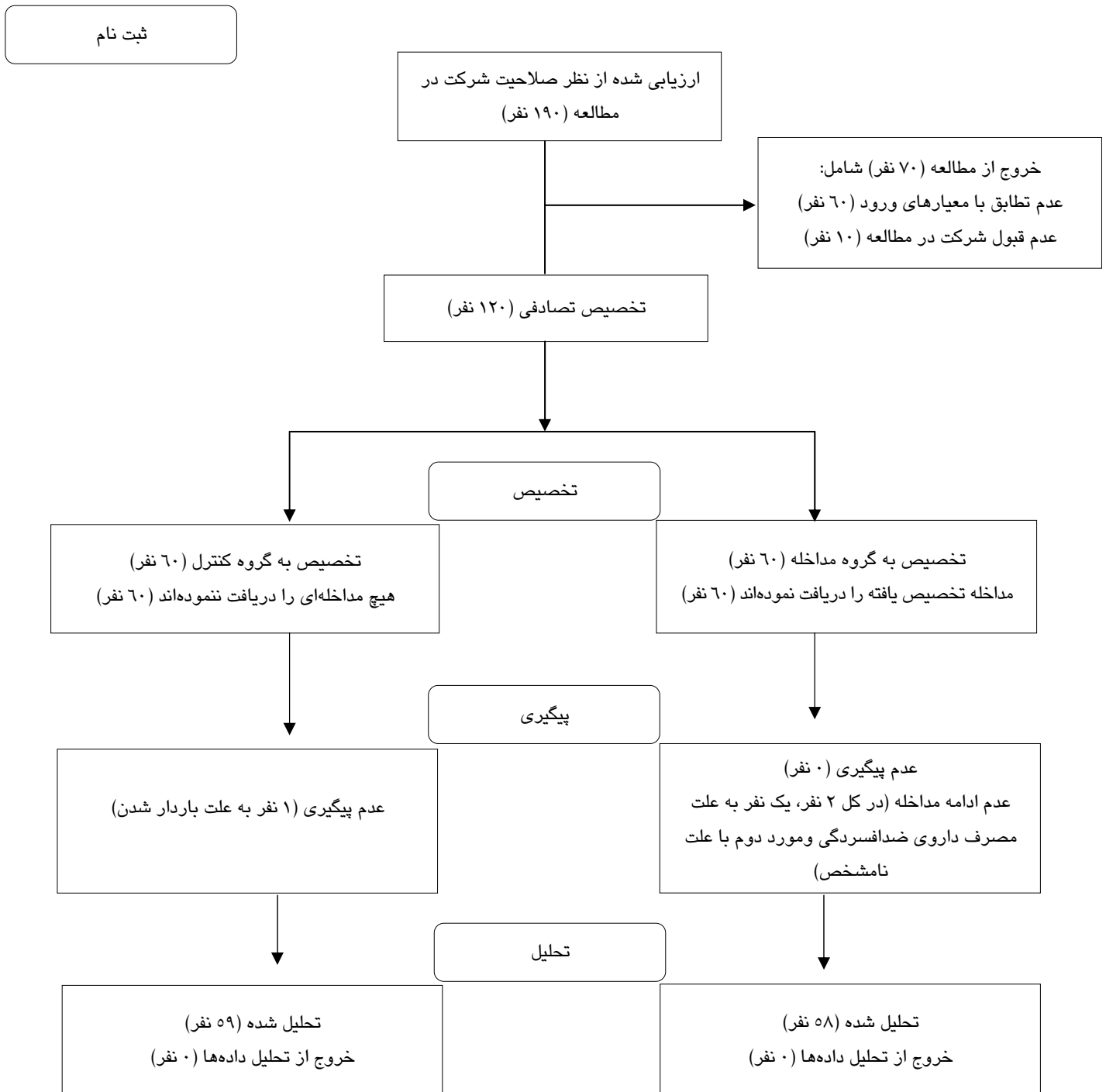
بالافاصله بعد از اتمام مداخله (پس آزمون) و ۱۲ هفته بعد از پایان مداخله (پیگیری)، یک مصاحبه‌گر آموزش دیده که از

تطابقی در دو گروه و در سه مقطع زمانی با استفاده از آنالیز واریانس دوطرفه با اندازه‌گیری‌های مکرر انجام گرفت. برای شناسایی تفاوت‌های زوجی میان سه مقطع زمانی از آزمون تعقیبی حداقل اختلاف معنادار (Least Significant Difference; LSD) استفاده شد. سطح معناداری در آزمون‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

جدول ۱- ساختار و محتوای جلسات مداخله مهارت‌های زندگی با رویکرد شناختی- رفتاری بر تطابق زنان خشونت دیده

جلسه*	محتوا
جلسه اول	معرفه، بیان اهداف تحقیق، آشنایی شرکت‌کنندگان با مفهوم خشونت و مهارت‌های زندگی
جلسه دوم	مهارت مدیریت خشم: آشنایی با خشم و علایم بروز خشم، شیوه‌های مدیریت خشم
جلسه سوم	مهارت ارتباط مؤثر و همدلی کردن: تعریف ارتباط و هدف از برقراری ارتباط، آشنایی با مهارت‌های روابط بین فردی و موانع ایجاد ارتباط، آشنایی با مهارت همدلی کردن و راه‌های ایجاد آن
جلسه چهارم	مهارت خودآگاهی: توضیح در مورد خودآگاهی و فواید آن، آشنایی با مؤلفه‌های خودآگاهی، ویژگی افرادی که خود را می‌شناسند
جلسه پنجم	مهارت حل مسأله و تصمیم‌گیری: آشنایی با مهارت حل مسأله با روش ایفای نقش، موانع شناختی مهارت حل مسأله، آشنایی با انواع تصمیم‌گیری و نحوه اجرای آن
جلسه ششم	مهارت مقابله با خلق منفی: تعریف خلق منفی و افسردگی، آشنایی با چگونگی تغییر افکار منفی مهارت مدیریت استرس: آشنایی با استرس و اثرات آن، آموزش راهکارهای کنترل استرس
جلسه هفتم	مهارت تفکر نقاد: آشنایی با تفکر نقادانه، کاربرد تفکر نقادانه، فرایند شکل‌دهنده تفکر نقاد و نقش تفکر نقاد بر تطابق زنان خشونت دیده مهارت تفکر خلاق: آشنایی با تفکر خلاق، ویژگی افراد خلاق و آموزش تکنیک برای داشتن تفکر خلاق
جلسه هشتم	ارایه خلاصه‌ای از جلسات، دریافت بازخورد از مشارکت‌کنندگان، برگزاری پس آزمون، تشکر و قدردانی از مشارکت‌کنندگان جهت شرکت در جلسات

* در هر جلسه، مرور مطالب عنوان شده در جلسه قبل، دادن تکالیف و بررسی تکالیف جلسه قبل، صورت می‌گرفت.



نمودار ۱- روند انتخاب، ارزیابی و پیگیری مشارکت‌کنندگان

یافته‌ها

پژوهش حاضر در مورد ۱۲۰ نفر از زنان خوشونت دیده انجام گرفت. دو نفر از گروه مداخله و یک نفر از گروه کنترل خارج شدند و مطالعه با ۵۸ نفر در گروه مداخله و ۵۹ نفر در گروه کنترل خاتمه یافت. مشارکت‌کنندگان سابقه ابتلا به مشکلات روانی (به صورت خودگزارش‌دهی از ابتلا به استرس، افسردگی، اضطراب و وسواس)، استعمال سیگار و سوء مصرف مواد و الکل را ذکر نکردند. دو گروه از نظر مشخصات بررسی شده، تفاوت آماری معنادار با یکدیگر نداشتند ($p > 0/05$) (جدول شماره ۲).

در مرحله پس از آزمون و پیگیری، میانگین نمره زیرمقیاس‌های فاصله گرفتن، برنامه‌ریزی، جستجوی حمایت اجتماعی و حل مسأله در گروه مداخله نسبت به قبل از مداخله، افزایش داشت اما مقادیر یاد شده در گروه کنترل، کاهش داشت و دو گروه با هم اختلاف معنادار داشتند. در مرحله پس از آزمون و پیگیری در گروه مداخله، میانگین نمره زیرمقیاس تفکرات آرزومندانه نسبت به قبل از مداخله با کاهش همراه بود اما مقادیر مذکور در گروه کنترل، افزایش داشت و دو گروه با هم اختلاف معنادار داشتند ($p < 0/001$) (جدول شماره ۳).

قبل از اجرای آنالیز واریانس دوطرفه با اندازه‌گیری‌های مکرر، پیش فرض نرمال بودن نمرات زیرمقیاس‌ها با استفاده از آزمون Kolmogorov-Smirnov تأیید شد ($p > 0/05$). در آنالیز واریانس دوطرفه با اندازه‌گیری‌های مکرر، گروه به عنوان عامل بین گروهی و مقاطع زمانی سنجش به عنوان عامل درون گروهی در نظر گرفته شد. از آنجا که

آزمون کرویت Mauchly معنادار شد ($p < 0/001$)، یعنی پذیره تقارن مرکب احراز نشد، آزمون تأثیرات درون گروهی با تصحیح اپسیلون Greenhouse-Geisser گزارش شد که نتایج برای عامل زمان و تعامل زمان×گروه معنادار بود (جدول شماره ۳).

معنادار شدن عامل زمان به این معنی است که صرف‌نظر از گروه مورد بررسی، میانگین نمره زیرمقیاس‌های تطابق در طول مقاطع زمانی بررسی شده، تغییرات معنادار آماری داشته است ($p < 0/001$). همچنین، معنادار شدن اثر متقابل زمان و گروه نیز نشان می‌دهد میانگین این زیرمقیاس‌ها در زمان‌های مختلف سنجش با توجه به سطوح گروه، متفاوت است ($p < 0/001$). قبل از بررسی تأثیرات بین گروهی، آزمون برابری واریانس Levene پذیره همگنی واریانس‌ها برای عامل بین گروهی را تأیید کرد ($p > 0/05$) و نشان داد واریانس‌ها در سه بار اندازه‌گیری، در دو گروه همگن می‌باشند. نتایج آزمون تأثیرات بین گروهی نشان داد دو گروه با هم تفاوت معنادار دارند ($p < 0/05$) (جدول شماره ۳).

مقایسه‌های زوجی مقاطع زمانی نیز نشان داد تفاوت میانگین نمره زیرمقیاس‌های تطابق بین همه مقاطع زمانی بررسی شده (بین پیش آزمون با پس آزمون، پیش آزمون با پیگیری و پس آزمون با پیگیری) معنادار می‌باشد ($p < 0/05$). با توجه به معنادار شدن تعامل زمان و گروه، جهت تخمین میزان تأثیر مداخله در زمان‌های پس از آزمون و پیگیری از تفاوت میانگین استفاده شد. تفاوت میانگین تعدیل شده (میزان اثرگذاری مداخله) زیرمقیاس‌های تطابق بین دو گروه همراه با فاصله اطمینان ۹۵٪ در جدول شماره ۴ نشان داده شده

است. در زمان‌های پس آزمون و پیگیری بیش‌ترین تأثیر مداخله بر زیرمقیاس‌های برنامه‌ریزی، فاصله گرفتن و حل مسأله بود و کم‌ترین تأثیر مداخله نیز بر زیرمقیاس جستجوی حمایت اجتماعی بود.

جدول ۲- مقایسه ویژگی‌های فردی و سلامتی زنان خشونت دیده مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی درمانی دانشگاه علوم پزشکی اراک در سال ۱۴۰۱ برحسب گروه‌های مورد بررسی

p-value	گروه کنترل (۵۹ نفر)	گروه مداخله (۵۸ نفر)	متغیرها	
	انحراف معیار ± میانگین	انحراف معیار ± میانگین		
۰/۰۶۲۴ ^a	۳۵/۲۴ ± ۶/۶۸	۳۳/۵۲ ± ۶/۹۸	سن (سال)	
۰/۰۶۴۱ ^a	۴۰/۳۱ ± ۶/۸۷	۳۹/۵۳ ± ۷/۱۶	سن همسر (سال)	
۰/۰۶۹۸ ^a	۱۴/۷۹ ± ۷/۲۲	۱۴/۱۸ ± ۷/۸۷	طول مدت ازدواج (سال)	
۰/۰۵۴۵ ^a	۶/۷۵ ± ۶/۷۴	۷/۰۵ ± ۱۰/۷۶	تجربه صدمه در مرحله پیش آزمون	
۰/۰۲۹۸ ^a	۱۰/۱۶ ± ۹/۸۶	۱۱/۱۰ ± ۱۰/۷۶	تجربه اجبار جنسی در مرحله پیش آزمون	
۰/۰۷۱۵ ^a	۹/۲۲ ± ۸/۹۷	۹/۸۴ ± ۹/۴۷	تجربه حمله فیزیکی در مرحله پیش آزمون	
۰/۰۳۳۷ ^a	۱۰/۷۵ ± ۱۱/۷۹	۹/۵۸ ± ۱۲/۵۰	تجربه پرخشگری روانی در مرحله پیش آزمون	
۰/۰۱۱۳ ^a	۴۰/۲۳ ± ۲۳/۲۶	۳۴/۲۶ ± ۲۶/۵۲	نمره کل خشونت در مرحله پیش آزمون	
	(درصد) تعداد	(درصد) تعداد		
۰/۰۳۳۷ ^b	۱۰ (۱۵/۷)	۱۰ (۱۵/۹)	کمتر از دیپلم	سطح تحصیلات
	۲۵ (۴۴/۴)	۲۷ (۴۲/۱)	دیپلم و فوق دیپلم	
	۲۴ (۳۹/۹)	۲۱ (۴۲/۰)	لیسانس و بالاتر	
۰/۰۲۴۶ ^b	۱۵ (۲۵/۲)	۱۸ (۳۰/۵)	کمتر از دیپلم	سطح تحصیلات همسر
	۱۶ (۲۶/۴)	۱۹ (۳۳/۳)	دیپلم و فوق دیپلم	
	۲۸ (۴۸/۴)	۲۱ (۳۶/۲)	لیسانس و بالاتر	
۰/۰۶۴۶ ^b	۱۸ (۳۲/۵)	۲۰ (۳۴/۵)	شاغل	وضعیت اشتغال
	۴۱ (۶۸/۵)	۳۸ (۶۵/۵)	خانه‌دار	
۰/۰۴۹۲ ^c	۵۷ (۹۷/۱)	۵۵ (۹۴/۹)	شاغل	وضعیت اشتغال
	۲ (۲/۹)	۳ (۵/۱)	بیکار	
۰/۰۳۹۵ ^b	۱۱ (۲۰/۰)	۶ (۱۰/۰)	بدون فرزند	تعداد فرزند
	۳۶ (۶۰/۰)	۴۲ (۷۳/۰)	۱-۲ فرزند	
	۱۲ (۲۰/۰)	۱۰ (۱۷/۰)	۳-۴ فرزند	
۰/۰۶۷۷ ^c	۲۰ (۳۴/۲)	۲۳ (۳۹/۲)	مطلوب	خود گزارش‌دهی از وضعیت اقتصادی
	۳۶ (۶۰/۶)	۳۳ (۵۷/۵)	تاحدی مطلوب	
	۳ (۵/۲)	۲ (۳/۳)	نامطلوب	
۰/۰۹۷۷ ^b	۵ (۸/۸)	۵ (۸/۸)	دارد	خود گزارش‌دهی از ابتلا به بیماری جسمی
	۵۴ (۹۱/۲)	۵۳ (۹۱/۲)	ندارد	
۰/۰۶۱۴ ^b	۱۱ (۱۹)	۱۳ (۲۲/۵)	دارد	استعمال سیگار در همسر
	۴۸ (۸۱)	۴۵ (۷۷/۵)	ندارد	
۰/۰۳۸۲ ^c	۶ (۱۰/۱)	۴ (۶/۶)	دارد	سوء مصرف مواد مخدر در همسر
	۵۳ (۸۹/۹)	۵۴ (۹۳/۴)	ندارد	
۰/۰۴۹۶ ^c	۰ (۰)	۱ (۱/۹)	دارد	سوء مصرف الکل در همسر
	۵۹ (۱۰۰)	۵۷ (۹۸/۱)	ندارد	

^a آزمون تی مستقل. ^b آزمون کای اسکور. ^c آزمون دقیق فیشر

جدول ۳- میانگین و انحراف معیار نمرات زیرمقیاس‌های تطابق در زنان خشونت دیده مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی دانشگاه علوم پزشکی اراک در سال ۱۴۰۱ برحسب گروه‌های مورد بررسی در زمان‌های مختلف اندازه‌گیری

اثر متقابل گروه و زمان	اثر زمان	اثر گروه	پیگیری	پس آزمون	پیش آزمون	گروه‌ها*	زیرمقیاس‌های تطابق (محدوده نمره)
<i>p-value</i>			انحراف معیار \pm میانگین (محدوده نمره)				
<./۰۰۱	<./۰۰۱	<./۰۰۱	۲۲/۹۴ \pm ۳/۱۵ (۱۷-۲۹)	۲۲/۲۷ \pm ۳/۴۷ (۱۵-۳۵)	۱۶/۶۶ \pm ۷/۰۷ (۳-۳۴)	مداخله	فاصله گرفتن (۰-۴۲)
			۱۲/۲۸ \pm ۲/۲۵ (۷-۱۸)	۱۲/۲۳ \pm ۳/۱۴ (۶-۱۹)	۱۳/۵۱ \pm ۳/۵۰ (۵-۲۳)	کنترل	
<./۰۰۱	<./۰۰۱	<./۰۰۱	۱۶/۴۶ \pm ۱/۸۳ (۵-۱۱)	۱۴/۸۲ \pm ۲/۴۰ (۵-۱۲)	۸/۹۵ \pm ۳/۶۱ (۰-۱۰)	مداخله	برنامه‌ریزی (۰-۲۴)
			۳/۲۰ \pm ۱/۶۸ (۰-۵)	۳/۸۴ \pm ۲/۰۵ (۰-۶)	۵/۵۰ \pm ۲/۲۵ (۰-۸)	کنترل	
<./۰۰۱	<./۰۰۱	<./۰۰۱	۱/۸۶ \pm ۱/۳۸ (۰-۵)	۳/۰۶ \pm ۳/۱۹ (۰-۸)	۵/۷۱ \pm ۳/۵۲ (۰-۱۱)	مداخله	تفکرات آرزومندانه (۰-۱۲)
			۶/۶۲ \pm ۱/۱۸ (۳-۱۰)	۶/۵۲ \pm ۱/۸۸ (۳-۱۱)	۶/۱۳ \pm ۲/۸۷ (۱-۱۲)	کنترل	
<./۰۰۱	<./۰۰۱	./۰۰۲	۶/۲۹ \pm ۱/۷۵ (۳-۱۰)	۷/۰۳ \pm ۱/۷۷ (۴-۱۲)	۵/۲۸ \pm ۳/۲۱ (۰-۱۲)	مداخله	جستجوی حمایت اجتماعی (۰-۱۲)
			۴/۷۰ \pm ۱/۲۹ (۲-۶)	۴/۶۷ \pm ۱/۳۳ (۲-۷)	۴/۹۰ \pm ۲/۲۳ (۱-۹)	کنترل	
<./۰۰۱	<./۰۰۱	<./۰۰۱	۷/۵۵ \pm ۱/۲۴ (۵-۱۱)	۸/۲۴ \pm ۱/۲۴ (۵-۱۲)	۵/۰۸ \pm ۲/۴۰ (۰-۱۰)	مداخله	حل مسأله (۰-۱۸)
			۲/۵۰ \pm ۱/۴۷ (۰-۵)	۲/۶۰ \pm ۱/۸۸ (۰-۶)	۲/۳۳ \pm ۱/۶۱ (۰-۸)	کنترل	

* گروه مداخله (۵۸ نفر)، گروه کنترل (۵۹ نفر)

جدول ۴- تفاوت میانگین تعدیل شده زیرمقیاس‌های تطابق بین گروه مداخله و کنترل در زمان‌های پس آزمون و پیگیری در زنان خشونت دیده مراجعه کننده به مراکز بهداشتی درمانی دانشگاه علوم پزشکی اراک در سال ۱۴۰۱

تفاوت میانگین تعدیل شده (فاصله اطمینان ۹۵٪) در زمان پیگیری	تفاوت میانگین تعدیل شده (فاصله اطمینان ۹۵٪) در زمان پس آزمون	زیرمقیاس‌های تطابق
۹/۷۵ (۱/۸۸ - ۱۰/۶۲)	۸/۷۶ (۷/۷۹ - ۹/۷۲)	فاصله گرفتن
۴/۷۰ (۴/۱۷ - ۵/۲۲)	۴/۸۶ (۴/۲۴ - ۵/۴۸)	حل مسأله
۱/۳۱ (۰/۸۷۵ - ۱/۷۵)	۲/۱۹ (۱/۷۱ - ۲/۶۷)	جستجوی حمایت اجتماعی
۱۲/۵۲ (۱۱/۸۲ - ۱۳/۲۲)	۹/۷۵ (۸/۹۲ - ۱۰/۵۸)	برنامه‌ریزی
-۴/۶۶ (-۵/۰۳ - -۴/۳۰)	-۲/۲۴ (-۲/۶۱ - -۲/۸۷)	تفکرات آرزومندانه

بحث و نتیجه‌گیری

این مطالعه با هدف تعیین تأثیر مشاوره گروهی مهارت‌های زندگی با رویکرد شناختی- رفتاری بر تطابق زنان خشونت دیده انجام گرفته است. براساس نتایج، مشاوره گروهی مهارت‌های زندگی با رویکرد شناختی رفتاری منجر به افزایش معنادار میانگین نمره راهبردهای فاصله گرفتن، برنامه‌ریزی، جستجوی حمایت اجتماعی و حل مسأله و همچنین کاهش معنادار میانگین نمره راهبرد تفکرات آرزومندانه در مرحله پس آزمون و پیگیری در گروه مداخله شد.

بررسی مطالعات انجام یافته نشان داد که آموزش یک مهارت زندگی یا بیش‌تر از یک مهارت منجر به افزایش استفاده از راهبرد برنامه‌ریزی، جستجوی حمایت اجتماعی و حل مسأله برنامه‌ریزی شده و کاهش استفاده از راهبرد تفکرات آرزومندانه در زنان نازا (۲۸)، زنان خشونت دیده (۱۴)، زنان مبتلا به سرطان پستان (۲۹)، دانشجویان پرستاری (۳۰)، مادران دارای فرزند نوجوان (۳۱)، مادران دارای فرزند مبتلا به اختلال بی‌اعتنایی مقابله‌ای (۱۸) و معتادان به متانفتامین (۳۲) شده است. به نظر می‌رسد تأثیر مشاوره مهارت‌های زندگی بر استفاده از استراتژی‌های یاد شده بالا در زنان خشونت دیده مشابه با افراد مواجه شده با سایر استرسورها باشد. قابل یادآوری است که در برخی مطالعات از اسامی مختلفی برای توصیف زیرمقیاس‌ها استفاده شده بود که با توجه به تشابه گویه‌های آن زیرمقیاس‌ها با گویه‌های زیرمقیاس‌های مطالعه حاضر از نتایج آن مطالعات جهت مقایسه با یافته‌های مطالعه حاضر استفاده شد.

برنامه آموزشی مهارت‌های زندگی، توانایی‌های متعددی را به افراد می‌آموزد؛ مهارت کنترل خشم که یکی از انواع مهارت‌های زندگی است، فرد را توانمند می‌سازد تا در موقعیت‌های استرس‌زا (نظیر بدرفتاری همسر) از شیوه‌های مقابله‌ای مسأله‌مدار (نظیر برنامه‌ریزی و حل مسأله) استفاده نماید، مهارت تنظیم هیجان به افراد کمک می‌نماید تا در شرایط پرسترس، ارزیابی شناختی مطلوبی از شرایط داشته باشند و هیجانات متناسب با موقعیت را بروز دهند و توانمندی خود را در حل مسایل بالا ببرند (۱۸).

مهارت خودآگاهی از دیگر انواع مهارت‌های زندگی است که با افزایش خودشناسی باعث می‌شود افراد به جنبه‌های مثبت و منفی شخصیت خود آگاه شوند، مسئولیت رشد خود را برعهده گرفته، در تنظیم هیجانات خود فعال شوند و با به کارگیری راهبردهای برنامه‌ریزی و ارزیابی مجدد مثبت منجر به بهبود روابط شوند. افراد با یادگیری مهارت حل مسأله و تصمیم‌گیری می‌آموزند که با جمع‌آوری اطلاعات مناسب، علت چالش‌ها را پیدا کرده و با برنامه‌ریزی درست، تصمیم مناسب را اتخاذ کنند (۳۱). مهارت برقراری رابطه مؤثر بین فردی، روش‌های مختلف ارتباطی را به افراد می‌آموزد و آن‌ها را قادر می‌سازد تا هیجانات نامطلوب خود را کنترل نموده و به جستجوی محرک‌های ارتباطی مناسب بپردازند. از سوی دیگر فراگیری مهارت‌های ارتباطی تأثیر معنادار در بهبود روابط بین فردی و استفاده از روش‌های مسأله‌مدار به جای هیجان‌مدار (نظیر تفکرات

آرزومندان (دارد (۱۸). زنان با کسب مهارت‌های ارتباطی می‌توانند از سیستم‌های حمایتی موجود در اطراف خود (خانواده، دوستان) و جامعه (مشاور و مراکز حمایتی) بهره ببرند (۳۳). همچنین آموزش مهارت تصمیم‌گیری، حل مسأله، تفکر نقاد، خودآگاهی، شیوه مقابله با استرس و مهارت‌های ارتباطی مؤثر موجب بازتر شدن دید افراد نسبت به مشکل می‌شود و زنان می‌توانند از جنبه‌های مختلف، عامل تنش‌زا را بررسی کرده و با کاهش تفکرات آرزومندان و اتخاذ راهبردهای مناسب مانند حل مسأله، برنامه‌ریزی، فاصله گرفتن و جستجوی حمایت‌های مناسب در جهت بهبود اوضاع قدم بردارند (۳۴).

در مطالعه حاضر مشاوره مهارت‌های زندگی با رویکرد شناختی رفتاری منجر به افزایش استفاده از راهبرد فاصله گرفتن شد. در سایر مطالعات که در مورد زنان نازا (۳۵)، زنان مبتلا به سرطان پستان (۲۹)، مادران دارای فرزند نوجوان (۳۱) و مادران دارای فرزند مبتلا به اختلال بی‌اعتنایی مقابله‌ای (۱۸) انجام گرفته بود، آموزش یک مهارت زندگی یا بیشتر منجر به کاهش استفاده از راهبرد فاصله گرفتن شد. در تبیین علت تفاوت در نتایج باید به این نکته اشاره کرد که تطابق را نباید معادل غلبه بر محیط فرض کرد زیرا نمی‌توان بر بسیاری از منابع استرس چیره شد. در مواقعی که نمی‌توان بر منابع استرس چیره شد؛ تحمل کردن، پذیرش، نادیده گرفتن یا به حداقل رساندن چیزی که غلبه بر آن دشوار است یک تطابق مؤثر به شمار می‌رود. در زمینه خشونت همسر، فاصله گرفتن برای زنان خشونت دیده،

می‌تواند اقدامی مناسب و سازگارانه باشد. همان‌طور که نتایج یک مطالعه کیفی نشان داد که زنان خشونت دیده ایرانی ممکن است به دلیل اعتقاد به بیهودگی تلاش‌شان برای کنترل خشونت همسر، ناامید شدن از اصلاح رفتار وی و مهم‌تر از همه ترس از تشدید خشونت و طلاق، به فاصله گرفتن روی بیاورند. به نظر می‌رسد فاصله گرفتن، تحمل این زنان را بهبود بخشیده و باعث تداوم زندگی زناشویی آن‌ها می‌شود (۲۸).

مهارت مدیریت خشم و استرس، ارتباط مؤثر، حل مسأله و تصمیم‌گیری به طور ویژه به مشارکت‌کنندگان مطالعه حاضر کمک کرد که در مواقع ضروری و در موقعیت‌های خشن از فاصله گرفتن استفاده کنند و تداوم زندگی زناشویی‌شان را تضمین نمایند. البته این بدین معنا نیست که زنان، قربانیان خاموش خشونت هستند، آن‌ها تلاش‌های فراوانی برای فرار از خشونت می‌کنند؛ بدون توجه به عوامل زمینه‌ای، برخی از راهبردهای آن‌ها ممکن است در ظاهر ضد و نقیض به نظر برسد، همان‌طور که نتایج مطالعه کیفی طاهرخانی و همکاران نشان داد عواملی نظیر منابع در دسترس، ترس و نگرانی، رابطه زوج‌ها و تأثیرپذیری از عوامل درونی و بیرونی، بر رفتارهای تطابقی زنان ایرانی در مواجهه با خشونت شوهر تأثیر می‌گذارد (۱۰).

نتایج مطالعه حاضر باید با توجه به محدودیت‌ها تفسیر شود. با توجه به این که در این مطالعه امکان کورسازی مشارکت‌کننده و اجراکننده مداخله وجود نداشت، احتمال سوگیری اجرا (performance bias) و تاحدی

پزشکی قانونی یا دادگاه‌ها مراجعه می‌کنند نیز بررسی شود تا در صورت تأیید تأثیر آن، در برنامه‌های ارتقای سلامت روان زنان خشونت دیده از این مداخله استفاده شود.

به طور کلی براساس نتایج، مشاوره گروهی مهارت‌های زندگی با رویکرد شناختی رفتاری منجر به افزایش استفاده از راهبردهای فاصله گرفتن، برنامه‌ریزی، جستجوی حمایت اجتماعی و حل مسأله و کاهش استفاده از راهبرد تفکرات آرزومندانه در زنان خشونت دیده شد. بنابراین این مشاوره می‌تواند جهت ارتقای تطابق زنان خشونت دیده به کار گرفته شود. هرچند نیاز به انجام مطالعات بیشتری در این زمینه احساس می‌شود.

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل پایان‌نامه دانشجویی خانم فائزه محمدی جهت اخذ درجه کارشناسی ارشد مشاوره در مامایی از دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی اراک است. بدین وسیله نویسندگان از معاونت محترم تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی اراک که حمایت مالی این طرح (شماره ۱۷۰۵) را به عهده گرفتند و کلیه مشارکت‌کنندگانی که انجام مطالعه را ممکن ساختند، تشکر می‌کنند.

سوگیری شناسایی (detection bias) را باید در نظر گرفت اما سعی شد تا ارزیابی پیامد توسط فردی که نسبت به مداخله کور بود، صورت گیرد تا سوگیری شناسایی تا حد امکان رخ ندهد. این پژوهش روی جمعیت خاصی از زنان خشونت دیده، زنانی با مشخصات نمونه‌های مورد پژوهش (به عنوان مثال زنان ۱۸-۴۵ سال، باردار نبودن و ...)، انجام گرفت. بنابراین نتایج قابل تعمیم به سایر جمعیت‌های زنان خشونت دیده‌ای که مشخصات نمونه‌های مورد پژوهش در مطالعه حاضر را ندارند، نخواهد بود. لذا توصیه می‌شود پژوهش‌های مشابه در مورد زنان خشونت دیده‌ای با ویژگی‌هایی متفاوت از ویژگی‌های مشارکت‌کنندگان مطالعه حاضر انجام گیرد (مثلاً زنان باردار، سن کمتر از ۱۸ سال یا بیش‌تر از ۴۵ سال و ...).

توصیه می‌شود در مطالعات آینده، پیگیری در مدت زمان طولانی‌تری صورت گیرد و تأثیر مشاوره مهارت‌های زندگی با رویکرد شناختی رفتاری با دیگر مداخلات ارتقاءدهنده تطابق، مقایسه گردد همچنین تأثیر این مداخله بر روی مردان خشن و خشونت دیده و سایر جمعیت‌های زنان خشونت دیده نظیر زنان خشونت دیده‌ای که جهت جستجوی کمک به

References

- 1 - Taherkhani S, Negarandeh R, Simbar M, Ahmadi F. Iranian women's experiences with intimate partner violence: a qualitative study. *Health Promot Perspect*. 2014 Dec 30; 4(2): 230-9. doi: 10.5681/hpp.2014.030.
- 2 - Taherkhani S. The development and psychometric assessment of a coping inventory for intimate partner violence among abused Iranian women. *J Interpers Violence*. 2022 Sep; 37(17-18): NP16670-NP16699. doi: 10.1177/08862605211023488.
- 3 - Breiding MJ, Basile KC, Smith SG, Black MC, Mahendra R. Intimate partner violence surveillance: uniform definitions and recommended data elements, Version 2.0. Atlanta (GA): National Center for Injury Prevention and Control, Centers for Disease Control and Prevention; 2015.

- 4 - Taherkhani S, Mirmohammadali M, Kazemnejad A, Arbabi M. [Association experience time and fear of domestic violence with the occurrence of depression in women]. *Iranian Journal of Forensic Medicine*. 2010; 16(2): 95-106. (Persian)
- 5 - Shamsi M, Bayati A. [Frequency and severity of domestic violence in pregnant women]. *Journal of Gorgan University of Medical Sciences*. 2011; 13(4): 67-75. (Persian)
- 6 - Mahmoudian SA, Golshiri P, Javanmard SM, Geramian N, Akhavan-Taheri Sh. [The effect of anger management skills training program on women exposed to domestic violence: an interventional study]. *Journal of Isfahan Medical School*. 2019; 37(516): 119-124. doi: 10.22122/JIMS.V37I516.11200. (Persian)
- 7 - Taherkhani S, Negarandeh R, Simbar M, Ahmadi F. Iranian women's strategies for coping with domestic violence. *Nursing and Midwifery Studies*. 2016; 5(4): e33124. doi: 10.17795/nmsjournal33124.
- 8 - Mirhashemi M, Sabori S. [Prediction of violence dimensions upon coping strategies in women of domestic violence victim]. *Family Pathology Journal*. 2015; 1(2): 1-13. (Persian)
- 9 - Mahdavi Neysiani Z, Asadi A, Asgari M, Ghale Noei F. Relationship of religious orientation and spiritual intelligence with emotional self-regulation in women subject to violence. *Journal of Research on Religion & Health*. 2019; 5(2): 101-114. doi: 10.22037/jrrh.v5i2.17466.
- 10 - Taherkhani S, Negarandeh R, Simbar M, Ahmadi F. [Effect of contextual factors on women coping strategies against domestic violence: a qualitative study]. *Koomesh, Journal of Semnan University of Medical Sciences*. 2015; 16(4): 581-594. (Persian)
- 11 - Bhandari S. South Asian women's coping strategies in the face of domestic violence in the United States. *Health Care Women Int*. 2018 Feb; 39(2): 220-242. doi: 10.1080/07399332.2017.1385615.
- 12 - Aklimunnessa K, Khan MMH, Kabir M, Mori M. Prevalence and correlates of domestic violence by husbands against wives in Bangladesh: evidence from a national survey. *The Journal of Men's Health & Gender*. 2007 Mar; 4(1): 52-63. doi: 10.1016/j.jmhg.2006.10.016.
- 13 - Carlson BE. A stress and coping approach to intervention with abused women. *Family Relations*. 1997 Jul; 46(3): 291-298. doi: 10.2307/585127.
- 14 - Bahadir-Yilmaz E, Oz F. The effectiveness of empowerment program on increasing self-esteem, learned resourcefulness, and coping ways in women exposed to domestic violence. *Issues Ment Health Nurs*. 2018 Feb; 39(2): 135-141. doi: 10.1080/01612840.2017.1368750.
- 15 - Karimi S, Karami S, Azimi Raviz F, Ghator Z. [The effect of mindfulness therapy group that is based on reducing stress on coping styles and resilience of women who are effected by domestic violence]. *Journal of Clinical Psychology Achievements*. 2017 Jul; 3(4): 393-410. doi: 10.22055/jacp.2020.31915.1130. (Persian)
- 16 - Sohrabi R, Mohammadi A, Arfaee A. [The effectiveness of life skills training on girl adolescents' coping styles]. *Journal of Woman & Study of Family*. 2011; 4(13): 45-59. (Persian)
- 17 - Naeim M, Rezaei Sharif A. [The efficacy of life skills training on marital adjustment of women for the prevention of domestic violence]. *Shenakht Journal of Psychology & Psychiatry*. 2016; 3(2): 21-32. (Persian)
- 18 - Zeinali Sh, Rostami H. [The efficacy of life skill training on mother,s coping skill and children,s oppositional defiant disorder symptoms in military family]. *Iranian Journal of Health Education and Health Promotion*. 2020; 8(2): 118-128. doi: 10.29252/ijhehp.8.2.118. (Persian)
- 19 - Ahmadi Tabar SM, Makvandi B, Sodani M. [The effectiveness of family education in cognitive-behavioral approach on marital adjustment, resilience and quality of life in couples]. *Journal of Woman & Study of Family*. 2018; 11(41): 23-41. (Persian)
- 20 - Latifi M, Taghdisi MH, Afkari ME, Azam K. [Effect of life skills training on self-esteem and decreasing violence against women]. *Journal of Health System Research*. 2013; 8(6): 1040-1049. (Persian)

- 21 - Mohammadbeigi A, Seyedi SS, Behdari M, Brojerdi R, Rezakhoo AA. [The effect of life skills training on decreasing of domestic violence and general health promotion of women]. *Nursing and Midwifery Journal*. 2016; 13(10): 903-911. (Persian)
- 22 - Mohammady M, Janani L. [Randomization in randomized clinical trials: from theory to practice]. *Hayat, Journal of School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences*. 2016; 22(2): 102-114. (Persian)
- 23 - Straus MA, Hamby SL, Boney-McCoy S, Sugarman DB. The revised conflict tactics scales (CTS2) development and preliminary psychometric data. *Journal of Family Issues*. 1996 May; 17(3): 283-316. doi: 10.1177/019251396017003001.
- 24 - Khakshoor Mohammad Abadi F, Taherkhani S, Majidi A, Moslemi A. [The effect of acceptance and commitment therapy on the resilience of women experiencing spousal abuse]. *Hayat, Journal of School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences*. 2023; 29(2): 186-202. (Persian)
- 25 - Behboodi Moghadam Z. [Domestic violence in infertile women, it analyzes factors and prevention strategies]. Ph.D Thesis, Nursing and Midwifery Faculty of Tehran University of Medical Sciences, 2010. (Persian)
- 26 - Ardabily HE, Moghadam ZB, Salsali M, Ramezanzadeh F, Nedjat S. Prevalence and risk factors for domestic violence against infertile women in an Iranian setting. *Int J Gynaecol Obstet*. 2011 Jan; 112(1): 15-7. doi: 10.1016/j.ijgo.2010.07.030.
- 27 - Folkman S, Lazarus RS, Dunkel-Schetter C, DeLongis A, Gruen RJ. Dynamics of a stressful encounter: cognitive appraisal, coping, and encounter outcomes. *J Pers Soc Psychol*. 1986 May; 50(5): 992-1003. doi: 10.1037//0022-3514.50.5.992.
- 28 - Taherkhani S. The factor structure of the ways of coping questionnaire among abused Iranian women. *The Journal of Adult Protection*. 2023; 25(1): 33-47. doi: 10.1108/JAP-07-2022-0015.
- 29 - Behzadipour S, Sepahmansour M, Keshavarzi F, Farzad V, Naziri Gh, Zamanian S. [Effectiveness of stress management based on cognitive-behavioral intervention on quality of life and coping styles for female with breast cancer]. *Journal of Psychological Models and Methods*. 2013; 3(12): 29-46. (Persian)
- 30 - Gunaydin N. Effect of group psychoeducation on depression, anxiety, stress and coping with stress of nursing students: a randomized controlled study. *Perspect Psychiatr Care*. 2022 Apr; 58(2): 640-650. doi: 10.1111/ppc.12828.
- 31 - Menbari M, Ataiefar R, Kalhornia Golkar M. [The effectiveness of life skills training on mothers' stress coping strategies and emotional self-regulation]. *Family and Health*. 2021; 11(1): 123-141. (Persian)
- 32 - Makvandi L, Forouhar F, Tajeri B, Asiri Sorkhei S, Nazari P, Shater Jalali R. Effectiveness of problem solving training on happiness and rational coping style of addicts to methamphetamine. *Iranian Journal of Health Psychology*. 2022; 5(2): 27-36. doi: 10.30473/ijohp.2022.59960.1199.
- 33 - Khosravi F, Aghajani T. The effectiveness of life skills training on adolescents' coping with stress and psychological capital. *Iranian Journal of Educational Sociology*. 2019; 2(2): 71-77. doi: 10.29252/ijes.2.2.71.
- 34 - Javidi Kh, Garmaroudi Gh. The effect of life skills training on social and coping skills, and aggression in high school students. *Novelty in Biomedicine*. 2019; 7(3): 121-129. doi: 10.22037/nbm.v7i2.21256.
- 35 - Agha-Yousefi A, Choubsaz F, Shaghghi F, Motiei G. [The effect of coping techniques training on coping strategies of infertile women in Kermanshah]. *Journal of Kermanshah University of Medical Sciences*. 2012; 16(2): 155-164. (Persian)

The effect of life skills group counseling with a cognitive-behavioral approach on coping strategies among abused women

Faeze Mohammadi¹, Sakineh Taherkhani^{2*}, Maryam Zamanian³, Elaheh Elahy⁴

Article type:
Original Article

Received: May 2024
Accepted: Aug. 2024
Published: 23 Dec. 2024

Abstract

Background & Aim: The coping strategies employed by women in facing violence can influence the frequency and intensity of violence or related stress. Life skills training may serve as a way for improving these coping strategies. This study aims to determine the effect of life skills group counseling, using a cognitive-behavioral approach, on the coping strategies of abused women.

Methods & Materials: This quasi-experimental study involved 120 abused women who attended health centers affiliated to Arak University of Medical Sciences in 2022. Participants were assigned to an intervention group or a control group (60 people each). The intervention group participated in eight group counseling sessions focused on life skills training through a cognitive-behavioral approach. Data were collected using a demographic questionnaire, the Conflict Tactics Scale, and the Ways of Coping Questionnaire. Coping strategies were assessed at the end of the intervention and again 12 weeks later. Descriptive and inferential statistical analyses were conducted to analyze the data.

Results: The intervention led to a significant increase in mean scores for the subscales “distancing” ($P<0.001$), “planning” ($P<0.001$), “seeking social support” ($P=0.002$), and “problem-solving” ($P<0.001$) in the intervention group compared to the control group. Conversely, there was a significant reduction in the mean score for the “wishful thinking” subscale ($P<0.001$). The most substantial effect of the intervention was observed in the “planning” subscale, while the “seeking social support” subscale exhibited the least effect. Specifically, the mean±standard deviation scores for the “planning” subscale in the intervention group were 8.95±3.61 pre-test and 14.82±2.40 post-test. For the “seeking social support” subscale, the scores were 5.28±3.21 pre-test and 7.03±1.77 post-test.

Conclusion: Life skills group counseling, utilizing a cognitive-behavioral approach, significantly increased the adoption of coping strategies, such as distancing, planning, seeking social support, and problem-solving, while reducing reliance on wishful thinking among abused women. Therefore, this method can serve as a means to promote coping strategies for abused women.

Corresponding author:
Sakineh Taherkhani
e-mail:
sakinehtaherkhani@
yahoo.com

Key words: spouse abuse, social skills, cognitive behavioral therapy, coping, counseling, abused women

Please cite this article as:

Mohammadi F, Taherkhani S, Zamanian M, Elahy E. [The effect of life skills group counseling with a cognitive-behavioral approach on coping strategies among abused women]. *Hayat, Journal of School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences.* 2024; 30(3): 307-324. (Persian)

- 1 - Students Research Committee, Arak University of Medical Sciences, Arak, Iran
- 2 - Dept. of Midwifery, School of Medicine, Arak University of Medical Sciences, Arak, Iran
- 3 - Dept. of Epidemiology, School of Health, Arak University of Medical Sciences, Arak, Iran
- 4 - Dept. of Psychology, School of Medicine, Arak University of Medical Sciences, Arak, Iran

