

The effectiveness of domestic violence–focused couple therapy on violence against women: Intervention in maladjusted couple relationships living in Ahvaz

Received: 29 - 12 - 2018

Accepted: 19 - 2 - 2020

Khaled Aslani kh.aslani@scu.ac.ir	Associate Professor, Department of Counseling, Faculty of Psychology and Educational Science, Shahid Chamran University of Ahvaz, Ahvaz, Iran. (Corresponding Author)
Farideh Khodadadi andariyeh	PhD. Candidate in Family counseling, Faculty of Psychology and Educational Science, Shahid Chamran University of Ahvaz, Ahvaz, Iran.
Abbas Amanelahi	Associate Professor, Department of Counseling, Faculty of Psychology and Educational Science, Shahid Chamran University of Ahvaz, Ahvaz, Iran
Gholam reza Rajabi	Professor, Department of Counseling, Faculty of Psychology and Educational Science, Shahid Chamran University of Ahvaz, Ahvaz, Iran.
Sanra. M. Stith	PhD. Family therapy, University Distinguished Professor, Kansas State University, Manhattan, America

Abstract

Considering that violence is a global issue that affects all family members and somehow affects family functioning, it is important to focus on effective therapeutic strategies that can be applied not only to the family but also to the community. Also help, focused. The purpose of this study was to determine The Effectiveness of Domestic violence–focused couple therapy on violence against women: intervention in maladjusted couples' relationship living in Ahvaz. The research community includes all couples are referred to private and public counseling centers in Ahvaz in 1397. The sample consisted of 4 couples (8) of the persons referred to these centers have been fitted with regard to violence against women questionnaire Haj Yahya), the scale of adjustment test and the confession to physical violence to enter the course of treatment. Sampling method in this research, a purposeful sampling was used. A single-case experimental design of a non-concurrent multiple baseline designs was used. The treatment protocol was applied to the two phases of the 18 sessions of intervention and the 5 stages of the baseline and the first follow-up of 45 days and the second follow-up of 3 months for all participants. The subjects were evaluated before and after the treatment, at section 4, 8, 12, 14, 18 treatment and follow up of 45 days and 3 months the questionnaires were analyzed. Data were analyzed using visual inspection, the improvement percentage formula and the reliable change index (RCI) strategies. Subjects scored with total recovery (55.54) at the end of treatment and overall improvement (56.88) and significant level ($P < 0.01$). At the end of the follow-up, the results showed that: the domestic violence couple therapy has been effective in reducing violence against women.

Key words: *couple therapy; domestic violence; marital violence*

citation

Aslani, Kh., Khodadadi andariyeh, F., Amanelahi, A., Rajabi, Gh. & Stith S., M. (2020). The Effectiveness of Domestic violence–focused couple therapy on violence against women: Intervention in maladjusted couple's relationship living in Ahvaz. *Family Counseling and Psychotherapy*, 2, 213-232

اثربخشی زوج‌درمانی متمرکز بر خشونت خانگی در خشونت علیه زنان؛ مداخله در رابطه زوجین ناسازگار ساکن شهر اهواز

پذیرش: ۱۳۹۸-۱۱-۳۰

دریافت: ۱۳۹۷-۱۰-۰۸

دکتری مشاوره، دانشیار گروه مشاوره، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران. (نویسنده مسئول)	خالد اصلانی Kh.aslani@scu.ac.ir
دانشجو دکتری مشاوره خانواده، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران.	فریده خدادادی اندریه
دکتری مشاوره، دانشیار گروه مشاوره، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران.	عباس امان الهی
دکتری روان‌شناسی، استاد گروه مشاوره، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه شهید چمران اهواز، اهواز، ایران.	غلامرضا رجبی
دکتری خانواده‌درمانی، استاد برجسته دانشگاه ایالتی کانزاس، منهن، امریکا.	سندرا ام استیس

چکیده

با توجه به اینکه خشونت یک مسئله جهانی است و همه اعضای خانواده را درگیر می‌کند و به‌نوعی بر کارکرد خانواده تأثیر می‌گذارد بسیار مهم است که بر روی راهبردهای درمانی مؤثر که می‌توانند نه‌تنها به خانواده بلکه به جامعه نیز کمک کند متمرکز شد. هدف از پژوهش حاضر تعیین اثربخشی زوج‌درمانی متمرکز بر خشونت خانگی در خشونت علیه زنان؛ مداخله در رابطه زوجین ناسازگار شهر اهواز است. جامعه‌ی پژوهش شامل کلیه‌ی زوج‌های مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره خصوصی و دولتی شهر اهواز سال ۱۳۹۷ است. نمونه‌ی پژوهش شامل ۴ زوج (۸ نفر) از افراد مراجعه‌کننده به این مراکز بوده که با توجه به پرسشنامه‌ی خشونت علیه زنان - حاج یحیی، مقیاس سازگاری زوجی و اقرار به خشونت فیزیکی وارد دوره درمان شدند. روش نمونه‌گیری در این پژوهش نمونه‌گیری هدفمند بوده است از طرح آزمایشی تک موردی از نوع خط پایه‌ی چندگانه‌ی ناهم‌زمان استفاده شده است. پروتکل درمان در دو فاز ۱۸ جلسه مداخله و ۵ مرحله خط پایه و پیگیری اول ۴۵ روزه و پیگیری دوم ۳ ماهه در مورد تمام شرکت‌کننده‌ها اعمال شد. آزمودنی‌ها قبل از درمان و در جلسات ۴-۸-۱۲-۱۶-۱۸ و پیگیری ۴۵ روزه و ۳ ماهه توسط پرسشنامه‌های مذکور مورد تحلیل قرار گرفتند. پاسخ داده‌ها به روش ترسیم دیداری، شاخص تغییر پایا و فرمول درصد بهبودی تحلیل شدند. نمره‌های آزمودنی‌ها با درصد بهبودی کلی (۵۵/۵۴) در پایان درمان و درصد بهبودی کلی (۵۶/۷۸) و سطح معنی‌داری ($P < 0/01$) بود. در پایان پیگیری نتایج نشان داد که: زوج‌درمانی خشونت خانگی باعث کاهش خشونت علیه زنان شد.

واژگان کلیدی: زوج‌درمانی؛ خشونت خانگی؛ خشونت زناشویی

اصلانی، خالد؛ خدادادی اندریه، فریده؛ امان الهی، عباس؛ رجبی، غلامرضا و استیس، ام. سندرا. (۱۳۹۸).

اثربخشی زوج‌درمانی متمرکز بر خشونت خانگی در خشونت علیه زنان؛ مداخله در رابطه زوجین ناسازگار ساکن شهر اهواز. مشاوره و روان‌درمانی خانواده، ۲، ۲۳۲-۲۱۳.

ارجاع

مقدمه

خشونت علیه زنان و دختران یک تهدید جدی برای سلامتی و حقوق انسانی محسوب می‌شود، همچنین مشکلی جهانی است که به وسعت مرزهای کشورها، طبقات اجتماعی، اقتصادی، فرهنگی، نژادی و قومی گسترده شده است ولی این مسئله اغلب ناشناخته باقی‌مانده و به‌عنوان بخشی از امور عادی تلقی می‌شود و مشروعیت خود را از طریق هنجارهای فرهنگی پیدا می‌کند. خشونت‌کننده‌ها معمولاً شوهران، خانواده و دوستان می‌باشند. ممکن است خشونت خانگی^۱، به شکل‌های مختلفی در خانه، محل کار و یا محل عمومی اتفاق بیفتد (Chhabra, 2018). خشونت می‌تواند به‌صورت فیزیکی، سوءاستفاده جنسی، سوءاستفاده عاطفی، کنترل کردن، ارباب، تعقیب کردن، محرومیت‌های اقتصادی باشد. تمامی اشکال سوءاستفاده خانگی دارای یک هدف است و آن‌هم کنترل قربانی، حفظ و تداوم این کنترل است (Ekta, Rakesh, Kumar, 2016). درواقع خشونت به‌عنوان یک عمل پویایی است که توسط زن و شوهر شکل می‌گیرد و هر دو آن‌ها در شکل‌گیری این عملکرد زناشویی تأثیرگذار هستند (Falcke, & Féres-Carneiro, 2011). عدم حل اختلافات و درگیری‌های زناشویی، باعث می‌شود که در دوره‌های بازگشت این اختلافات زناشویی، مشکلات حل‌نشده خود را با شدت بیشتری نشان دهند و بسیاری از زوج‌ها حتی نمی‌دانند اکثر راهبردهایی که برای مقابله با تعارضات زناشویی استفاده می‌کنند، به‌نوعی همراه با خشونت فیزیکی و به‌خصوص خشونت عاطفی است (Smith, & et all, 2017). تقریباً ۳۲٪ از زنان و ۲۸٪ از مردان در ایالات متحده خشونت فیزیکی را همراه با نشانه‌های آن شامل آسیب، درد مزمن، افسردگی، اختلال استرس پس از سانحه و سوءمصرف مواد در طول زندگی گزارش دادند (Breiding, Chen, & Black, 2014). با توجه به اینکه هم زنان و هم مردان قربانی خشونت خانگی هستند اما شواهد حاکی از شیوع نامتناسب این پدیده در بین زنان است. خشونت شریک صمیمی^۲ یکی از شایع‌ترین شکل خشونت علیه زنان در سراسر جهان است (سازمان جهانی بهداشت^۳، ۲۰۱۳). درحالی‌که رابطه هیجانی بنیادی‌ترین عامل پیوند زناشویی است و مخرب‌ترین رابطه، ارتباط نزدیکی است که تهی از صمیمیت و مهرورزی باشد. در عصر حاضر بروز و رشد طلاق هیجانی، اصلی‌ترین کارکرد خانواده را مختل کرده است (زهره کار، هزاروسی محسن زاده و تاجیک اسمعیلی، ۱۳۹۸). تداوم خشونت به شکل جدی خانواده را در معرض نابودی قرار می‌دهد و زنان بیشتر از مردان احساس ترس، درد، حقارت و عصبانیت را در واکنش به خشونت نشان می‌دهند (Romito, Beltramini, and Escribà-Agüir, 2013). این تفاوت جنسیتی واضح در واکنش به خشونت نمی‌تواند تنها نتیجه‌ی تفاوت در میزان شدت خشونت باشد، یعنی این‌گونه تصور شود که مردان نسبت به زنان با قدرت و شدت بیشتری

-
1. domestic violence
 2. Intimate Partner Violence
 3. World Health Organization

خشونت را اعمال می‌کنند بلکه می‌تواند نتیجه‌ی پیام‌هایی باشد که مردان و زنان از مفهوم "مردسالار" و تناسب کمک خواهی برای هر جنسیت در جامعه آموخته‌اند. علاوه بر این در اغلب جوامع مردان نسبت به زنان قدرت بیشتری دارند، درآمد آن‌ها از زنان بیشتر است و به‌طور کلی قدرت بالاتری در جامعه دارند. طبق نظریه‌ی فمینیست به نابرابری‌های قدرت مبتنی بر جنسیت به‌عنوان دلیل خشونت مردان متمرکز است. این نظریه حاکی از آن است که مردان به‌عنوان یک تکنیک حل مسئله و به‌عنوان روشی برای حفظ برتری در جامعه‌ی جنسیت‌گرا، با خشونت عجین شده‌اند. نظریه‌های اجتماعی-فرهنگی مربوط به بهره‌کشی بیان‌گر نیاز به تغییر ساختارهای اجتماعی، هنجارهای فرهنگی و ایدئولوژی‌ها هستند تا رفتار بهره‌کشانه متوقف شود (Stith, McCollum, & Rosen, 2011). به علاوه Spencer, Stith, Cafferky (2019) در یک فرا تحلیل، مروری جامع بر عوامل خطر ساز خشونت شریک صمیمی انجام دادند. داده‌های این تحقیق از بررسی ۳۹۱ مطالعه و با حجم ۱۷۳۱ نفر، تجزیه و تحلیل شدند. با استفاده از نظریه‌ی زیست‌محیطی (Duthon, 1995) ۵۰ عامل خطر ساز برای قربانیان زن و ۲۸ عامل خطر ساز برای قربانیان مرد در نظر گرفته شد. ابتدا قدرت و بعد جنسیت مهم‌ترین عامل خشونت در زنان و مردان معرفی شد البته تفاوت‌هایی در دو جنس مشاهده شده است. مردان خشونت بیشتری نسبت به زنان نشان دادند. همچنین ۵ تا از قوی‌ترین عامل خطر در بین مردان و زنان (استفاده از الکل، سوءاستفاده از کودکان در خانواده مبدأ، افسردگی، بالا رفتن سن، قربانی خشونت جنسی) است؛ که بیان‌گر اهمیت مسئله خشونت برای کارشناسان خانواده و پزشکان و درمانگران است. (Stith, McCollum, Amanor-Baodu, & Smith, 2012) زوج‌درمانی متمرکز بر خشونت خانگی^۲ را بر روی شرکت‌کننده‌ها به دو صورت زوج‌درمانی گروهی و زوج‌درمانی انفرادی و یک گروه مقایسه غیر تصادفی اجرا کردند. ۸۳ زوج به‌صورت تصادفی در گروه زوج‌درمانی انفرادی و گروهی قرار گرفتند و ۵۵ زوج دوره درمان را با پیگیری ۶ ماهه کامل کردند ۹ زوج گروه مقایسه بدون درمان بودند. دو حوزه مورد بررسی قرار گرفت اول تأثیر درمان بر خشونت فیزیکی و عاطفی و حوزه دوم تأثیر این درمان بر مسائل فردی و ارتباطی که نتایج نشان داد تکمیل ۱۸ جلسه‌ی درمان هم به‌صورت انفرادی و هم به‌صورت گروهی هم بر زنان و هم بر مردان تأثیر مثبت داشته است و باعث کاهش قابل توجه خشونت علیه شریک صمیمی شده است.

در Stith, Spencer, C., Ripoll-Núñez, Jaramillo-Sierra, Khodadadi, Nikparvar, Oksman, & Metelinen (2019)

تحقیقی با عنوان انطباق بین‌المللی برنامه‌ی درمان خشونت موقعیتی زوج‌ها، مدل زوج‌درمانی متمرکز بر خشونت خانگی را در کشور کلمبیا، ایران و فنلاند مورد بررسی قرار دادند و نتایج حاکی از تأثیر این روش درمان در کاهش خشونت زوج‌ها بوده است. تحقیق (Nikparvar, Stith, Anderson, and Panaghi (2018) به دنبال نشانگرهای خطر برای جرائم فیزیکی در بین مردان و زنان در تهران بوده است. داده‌ها از ۲۵۰

1. patriarchal

2. Domestic violence-focused couple therapy

شرکت کننده‌ای (۱۱۱ مرد و ۱۳۹ زن) در تهران جمع آوری شد که حداقل یک بار در سال گذشته گزارش دادند که رفتار خشونت آمیز داشته‌اند یا قربانی خشونت شریک صمیمی بوده‌اند. این تحقیق به دنبال شناخت عوامل خطر هم برای قربانی خشونت و هم خشونت کننده بوده است و آیا این نشانگرهای خطر بر اساس جنسیت متفاوت است یا خیر؟ نتایج روی مردان نشان داده که خشونت فیزیکی در عامل خشونت پیش‌بینی کننده معنی داری برای خشونت فیزیکی قربانی بوده است و خشونت روان‌شناختی خشونت کننده پیش‌بینی کننده قوی خشونت فیزیکی وی بوده است. برای زنان، اعمال خشونت روان‌شناختی و اعمال خشونت فیزیکی، پیشگویی کننده‌های جرم و جنایات فاجعه‌آمیز بودند، اعمال خشونت روان‌شناختی، پیش‌بینی کننده‌های پر خاشگیری فیزیکی بود. این نتایج می‌تواند در تلاش برای ایجاد مداخلات مؤثر برای افرادی که در معرض خطر خشونت شریک صمیمی در ایران هستند مفید باشد. به‌عنوان یک مدل درمان اولیه برای زوج‌های درگیر خشونت می‌توان زوج درمانی متمرکز بر خشونت خانگی را استفاده کرد و یا آن را به‌عنوان یک برنامه‌ی مداخله‌ی زودهنگام برای زوج‌های پرخطر به کاربرد که سطح کشمکش آن‌ها تاکنون در سیستم قضایی مطرح نشده است و در واقع این زوج‌ها به دنبال بهبود و ادامه‌ی رابطه‌ی خود هستند. این روش درمان برخلاف درمان‌های موجود با رعایت احتیاط‌های لازم فاز دوم درمان را با حضور هر دو زوج در جلسات درمان ادامه می‌دهد که دیگر روش‌های درمان به خاطر امنیت جان قربانی برنامه خاصی برای حضور هر دو زوج ندارند. این روش درمان ضمن آموزش مهارت‌های فردی در زوج‌ها بستری را برای آموزش حل تعارضات که می‌تواند ریشه‌ی اصلی خشونت در روابط آنان باشد را فراهم می‌کند (Stith, McCollum, & Rosen, 2011).

Stith, McCollum, & Rosen (2011) این برنامه درمانی را مبتنی بر رویکرد راه‌حل - محور^۱ کوتاه‌مدت De Shazer (1991) گسترش دادند. چارچوب این درمان یک مدل درمان یکپارچه‌نگر است که شامل روش‌های روایتی است و دو هدف عمده دارد. اول کاهش همه نوع خشونت و دوم کمک به زوج‌ها برای افزایش کیفیت رابطه زناشویی. در فاز اول تمرکز درمان بر آموزش مهارت‌هایی برای افزایش ایمنی، روش‌های آرام‌سازی و یادگیری سبک مذاکره است و فاز دوم روش‌های حل مسئله به‌صورت درمان مشترک بر اساس رویکرد راه‌حل محور کوتاه‌مدت است. این درمان برای اولین بار در قالب همین پژوهش در ایران انجام شده است و بررسی متون خشونت خانگی در ایران نشان می‌دهد که پژوهشی که به‌صورت زوج درمانی خشونت خانگی باشد تاکنون در ایران انجام نگرفته و این پژوهش به‌عنوان معرف زوج درمانی متمرکز بر خشونت خانگی می‌تواند آغاز پژوهش‌های بعدی در ایران باشد.

در نهایت این تحقیق به دنبال پاسخ‌گویی به این سؤال است که آیا زوج درمانی متمرکز بر خشونت خانگی در کاهش خشونت علیه زنان تأثیر دارد؟

روش

روش پژوهش حاضر آزمایشی تک موردی^۱ از نوع طرح‌های خط پایه چندگانه ناهم‌زمان^۲ است. طرح خط پایه چندگانه شامل کاربرد یک موقعیت مداخله در دو یا چند خط پایه مختلف در یک مدل زمانی پلکانی است. در واقع در این طرح ابتدا داده‌های خط پایه برای هر تعداد شرکت‌کننده پژوهش گردآوری و سپس مداخله برای شرکت‌کننده اول آغاز می‌شود، در صورتی که شرکت‌کننده‌های دیگر همچنان در موقعیت خط پایه قرار دارند.

جدول ۱. طرح خط پایه چندگانه ناهم‌زمان آزمودنی‌ها

آزمودنی‌ها	مرحله ۱ (هفته اول و دوم)	مرحله ۲ (هفته سوم)	مرحله ۳	مرحله ۴	مرحله ۵	پیگیری ۱	پیگیری ۲
زوج اول	خط پایه ۱،۲،۳	شروع درمان				۴۵ روزه	۳ ماهه
زوج دوم	خط پایه ۱،۲،۳	خط پایه ۴	شروع درمان			۴۵ روزه	۳ ماهه
زوج سوم	خط پایه ۱،۲،۳	خط پایه ۴	خط پایه ۵	شروع درمان		۴۵ روزه	۳ ماهه
زوج چهارم	خط پایه ۱،۲،۳	خط پایه ۴	خط پایه ۵	خط پایه ۶	شروع درمان	۴۵ روزه	۳ ماهه

جامعه‌ی آماری این پژوهش، شامل کلیه‌ی زوج‌های داوطلب دارای ناسازگاری زناشویی مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره خصوصی و دولتی شهر اهواز در سال ۱۳۹۷ بوده است؛ که در نهایت ۴ زوج به روش نمونه‌گیری هدفمند جهت ورود به درمان انتخاب شدند. ویژگی‌های توصیفی مراجعین به شرح زیر است:

آزمودنی اول زن ۳۶ ساله با تحصیلات دیپلم، ۳ فرزند و مدت ازدواج ۲۰ سال و همسر وی ۴۲ ساله با تحصیلات فوق‌دیپلم بوده است.

آزمودنی دوم زن ۳۷ ساله با تحصیلات لیسانس، ۲ فرزند و مدت ازدواج ۱۲ سال و همسرش ۴۳ ساله با تحصیلات لیسانس بوده است.

آزمودنی سوم زن ۲۳ ساله دانشجوی لیسانس، ۱ فرزند و مدت ازدواج ۲ سال و همسرش ۲۴ ساله و تحصیلات فوق‌دیپلم بوده است.

آزمودنی چهارم زن ۲۵ ساله با تحصیلات لیسانس، ۱ فرزند و مدت ازدواج ۴ سال و همسرش ۲۸ ساله با تحصیلات دیپلم بوده است.

ابزار

در این پژوهش جهت سنجش متغیرهای مورد مطالعه از ابزارهای زیر استفاده شده است.

1. Single case
2. non concurrent multiple baseline designs

پرسشنامه خشونت علیه زنان^۱: برای سنجش خشونت به زن‌ها، از پرسشنامه خشونت نسبت به زن‌ها که توسط حاج یحیی (۱۹۹۹) ساخته شده است، استفاده شده است. این پرسشنامه از چند پرسشنامه دیگر اقتباس شده است؛ پرسشنامه مقیاس تکنیک تعارض^۲ Straus (1979)، پرسشنامه خشونت روان‌شناختی زن‌ها ساخته Tolman (1999)، سنجش آزارگری Radenberg و Fantozo (1993)، شاخص همسر آزاری Hudsens, & MC, intuse (1981) و پرسشنامه‌ی رفتارهای خشونت‌ی Shepart, & Kampebl (1992). پرسشنامه‌ی مذکور شامل ۳۲ ماده است و چهار عامل خشونت روانی، خشونت فیزیکی، خشونت جنسی و خشونت اقتصادی را مورد سنجش قرار می‌دهد. عامل اول خشونت روانی است که سؤال‌های ۱ تا ۱۶ را دربر می‌گیرد، عامل دوم خشونت فیزیکی است که سؤال‌های ۱۷ تا ۲۷ را دربر می‌گیرد، عامل سوم خشونت جنسی است که سؤال‌های ۲۸ تا ۳۰ را دربر می‌گیرد و عامل چهارم خشونت اقتصادی است که سؤال‌های ۳۱ تا ۳۲ را دربر می‌گیرد. روش نمره‌گذاری این پرسشنامه به این صورت است که به گزینه‌های «هرگز» «یک‌بار» و «دو بار بیشتر» به ترتیب نمرات ۱، ۲ و ۳ اختصاص داده می‌شود. دامنه‌ی نمره‌های این پرسشنامه بین ۳۲ تا ۹۶ است. نمره‌های خشونت روانی بین ۱۶ تا ۴۸، خشونت فیزیکی بین ۱۱ تا ۳۳، خشونت جنسی بین ۳ تا ۹ و خشونت اقتصادی بین ۲ تا ۶ است. جهت اعتباریابی این پرسشنامه آلفای کرونباخ ۰/۷۱ برای خشونت روانی، ۰/۸۶ برای خشونت فیزیکی، ۰/۹۳ برای خشونت جنسی و ۰/۹۲ برای خشونت اقتصادی به دست آمد. اعتبار پرسشنامه با استفاده از روش آلفای کرونباخ در تحقیق اعتصامی (۱۳۹۱)، ضریب پایایی ۰/۹۷ و غضنفری (۱۳۸۹)، ضریب ۰/۸۹ و دهقانی (۱۳۹۲)، ضریب پایایی ۰/۸۶ به دست آمد (اعتصامی پور، ۱۳۹۱) و آلفای کرونباخ در این تحقیق ۰/۷۶ به دست آمد.

مقیاس سازگاری زوجی^۳: مقیاس سازگاری زوجی یک مقیاس ۳۲ گویه‌ای برای اندازه‌گیری کیفیت سازگاری در ازدواج و روابط دوتایی شبیه آن به کار می‌رود (Spinner و Filsinger, ۱۹۸۳ به نقل از امان الهی، حیدریان فر، خجسته مهر و ایمانی ۱۳۹۳). یک نمره سازگاری کلی و همچنین نمره‌هایی در ۴ خرده مقیاس: رضایت، همبستگی^۴، توافق عمومی^۵ و بیان عواطف^۶ را به دست می‌دهد. نمرات این مقیاس از ۰ تا ۱۵۱ متغیر است. نمره‌ی بیشتر از ۱۰۰ روابط با سازگاری خوب رانشان می‌دهد درحالی‌که نمرات پایین‌تر از ۱۰۰ پریشانی بالینی قابل توجه را نشان می‌دهد. اعتبار هم‌زمان و پیش‌بین DAS نشان می‌دهد نمرات پایین‌تر با افزایش احتمال خشونت خانگی، افسردگی بیشتر و ارتباطات ضعیف ارتباط دارد Stuart (1992) به نقل از Jacobson, (Kelly, Wilson, Kurz, & Kellu, 2019). ضرایب آلفا در دامنه‌ی ۰/۹۵ به دست آمد (همچنین DAS اعتبار خوب باثبات درونی بالا برای مقیاس کل و ۰/۹۰ بالا و پایین نمرات را نشان داد. اعتبار DAS در محدوده‌ی

1. Violence Toward Women Inventory (VTWI)
2. Conflict Tactics Scale.
3. Dyadic Adjustment Scale
4. cohesion
5. consensus
6. affectional expression

۰/۵۸ تا ۰/۹۶ با میانگین ۰/۹۱ تخمین زده شد (Thompson & Spinner, 1982) به نقل از امان الهی، حیدریان فر، خجسته مهر و ایمانی (۱۳۹۳). آلفای کروناخ در این تحقیق ۰/۷۸ به دست آمد.

مداخله

صورت جلسه‌های زوج‌درمانی مبتنی بر خشونت خانگی در ۱۸ جلسه (برگرفته از پروتکل درمانی Stith, 2011) برگزار شد. در ضمن قبل از شروع هر جلسه یک جلسه بررسی به صورت جداگانه برای هر زوج برگزار شد و در این جلسه هفته‌ای که گذشت بررسی شد و چه مسائلی خوب پیش رفت و کدام خوب پیش نرفت چک شد.

نشست اول: بررسی مشکل (جلسه جداگانه - جنسیتی)

هدف: معرفی کارگاه، بیان قوانین، معرفی زوج‌درمانی مبتنی بر خشونت خانگی

نحوه اجرا: در نشست اول درمانگر ضمن خوش آمدگویی و معرفی خود از زوج می‌خواهد خود را معرفی کنند و اطلاع‌رسانی در مورد خود (مثل اینکه چه مدت در این منطقه زندگی می‌کنند، چند تا بچه دارند و سرگرمی آن‌ها چیست و ...) به درمانگر بدهند. ادامه نشست‌ها به صورت انفرادی فقط با یک زوج ادامه پیدا می‌کند. در این نشست درمانگر سعی می‌کند از درگیری‌هایی که مراجع با آن روبروست و علت آمدنشان به درمان اطلاعات به دست آورد.

نشست دوم: پی‌ریزی برای زوج‌درمانی مبتنی بر خشونت خانگی - تعریف معجزه و پرسش مقیاس‌بندی (حضور هر دو جنس هم‌زمان)

هدف: ایجاد امید برای آینده

نحوه اجرا: درمانگر از زوج‌ها می‌خواهد که از پرسش معجزه‌گر استفاده کنند. از این طریق می‌خواهند برای آینده یک منبع امید ایجاد کنند. پرسش مقیاس‌بندی هم مشخص می‌کند مراجع در حال حاضر وضعیت خود را چگونه می‌بیند.

نشست سوم: معرفی خشونت علیه شریک صمیمی (جلسه جداگانه - جنسیتی)

هدف: شناسایی اشکال مختلف خشونت (فیزیکی، روانی - عاطفی - جنسی - زبانی - ارباب، تبعیض جنسیتی، انزوای اجتماعی)

نحوه اجرا: زن و مرد هر کدام جداگانه در جلسه شرکت خواهند کرد. بحث پیرامون شناسایی انواع خشونت شروع خواهد شد. اگر تمام محتوای بحث به اتمام نرسد به جلسه بعد خواهد کشید.

نشست چهارم: ذهن آگاهی و برنامه‌ریزی امنیتی (جلسه جداگانه - جنسیتی)

هدف: آموزش مهارت‌هایی به مراجع برای مواجهه با خشونت

نحوه اجرا: این جلسه دارای دو بخش است. بخش اول: آموزش یک نوع مراقبه یا ذهن آگاهی است که به مراجع در خود آگاهی و تجارب شناختی کمک می کند. بقیه نشست، کار روی مراجع برای آموزش برنامه ایمنی برای خود و خانواده است.

نشست پنجم: تعدیل و آموزش تکنیک مذاکره (جلسه جداگانه - جنسیتی)

هدف: آموزش جهت نظارت بر علائم تشدید کننده خشونت و فرصت دادن به شریک برای بحث - آموزش مهارت حل مسئله

نحوه اجرا: ابتدا جلسه جداگانه جنسیتی اجرا می شود. تکنیک مذاکره و تکنیک وقفه زمانی^۱ هم اجرا می شود. بعد جلسات مشترک برگزار می شود. در ادامه جلسه شیوه حل تعارض به روش گاتمن اجرا می شود.

نشست ششم: سوء مصرف (در صورت نیاز مراجع)

هدف: آشنایی مراجع با اثرات مصرف مواد در زندگی

نحوه اجرا: نمودار عدم تعادل روابط در نتیجه سوء مصرف مواد را ترسیم می شود و از مراجع خواسته می شود در مورد سوء مصرف مواد و زندگی من بحث کند و تمرین پنجره‌ی آگاهی و تمرین برنامه‌ریزی برای آینده را انجام دهد.

نشست ۱۸-۷ فاز ۲: درمان مشترک

فاز دوم درمان به صورت مشترک زن و مرد است. در ابتدا قرارداد عدم خشونت را هر دو امضا می کنند. ابتدا با کنترل فردی (۲۰-۱۵) شروع می شود. هر دو زوج جداگانه با درمانگر ملاقات می کنند. در مورد موفقیت‌ها یا تکرار خشونت در هفته گذشته سؤال پرسیده می شود. اگر مشکل نبود وارد موقعیت ذهن آگاهی می شوند (۱۰ دقیقه مدیتیشن). بعد از مراجعین پرسیده می شود که روی چه مسائلی دوست دارند کار کنند. در ابتدا باید مسائل کوچک و کم اهمیت را مطرح کنند تا بتوانند آن را حل کنند. آموزش‌های لازم جهت حل این مشکل به آنان داده می شود. بعد از کسب مهارت‌های لازم مسائل مشکل‌تر مطرح می شوند. طی نشست مشترک هر عاملی (ترس، خشم، اضطراب، خشونت) که امنیت مراجع را به خطر اندازد نشست متوقف می شود و مهارت فاز یک با توجه به نوع مشکل جداگانه روی هر زوج اجرا می شود. خود نشست مشترک ۶۰ دقیقه است. بعد از اتمام آن نشست ۱۵ دقیقه‌ای با تفکیک جنسیت انجام می شود. وضعیت بررسی می شود آیا احساس امنیتی وجود دارد یا نه؟ سؤالات مربوط به برداشت آن‌ها از جلسه و حس امنیت پرسیده می شود. ادامه جلسات با استفاده از روان درمانی متمرکز بر راه حل محور کوتاه مدت پیش می رود (Stith, McCollum, & Rosen, 2011)

شیوه اجرای پژوهش

در آغاز برای شناسایی اولیه زوج‌های ناسازگار یک فراخوان برای برگزاری زوج‌درمانی متمرکز بر خشونت خانگی و بهبود رابطه زناشویی در مراکز مشاوره دولتی و خصوصی ارائه شد و سپس بر اساس این فراخوان و تمایل زوج‌ها به شرکت در این درمان و ملاک‌های ورود و خروج و مصاحبه شفاهی ساختارمند (Stith, McCollum, & Rosen, 2011) و پاسخ مثبت به حداقل یکی از سؤالات و خشونت فیزیکی، نمره‌ی زیر ۱۰۰ مقیاس سازگاری و اقرار به خشونت فیزیکی به‌عنوان نمرهٔ برش انتخاب شد و ۴ زوج به‌صورت هدفمند- داوطلب انتخاب شدند. ملاک‌های ورود عبارت‌اند از: دامنه سنی ۲۰-۴۵ سال، نداشتن اختلال‌های روان‌شناختی بر اساس مصاحبه بالینی راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی ویراست پنجم^۱، عدم اعتیاد به مواد روان‌گردان، حداقل داشتن یک سال زندگی مشترک با همسر، حداقل تحصیلات دیپلم، داشتن گویش فارسی روان، تمایل به شرکت در جلسات درمان بوده است و مصرف داروهای روان‌پزشکی، شرکت هم‌زمان در درمان‌های دیگر و یا در آستانه‌ی دوره‌ی طلاق قرار داشتن زوج‌ها، از ملاک‌های خروج از پژوهش بودند. در ضمن آزمودنی‌ها طی دوره ۴۵ روزه و سه‌ماهه مورد پیگیری قرار گرفتند. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از تحلیل دیداری (رسم نمودار)، معنی‌داری بالینی (شاخص تغییر پایا) و فرمول درصد بهبودی استفاده شد. برای محاسبه یافته‌های توصیفی و ضرایب پایایی پرسشنامه‌های پژوهش از نرم‌افزار اسپس اس اس^۲ نسخه ۲۲ استفاده شد.

اخلاق پژوهش

ملاحظات اخلاقی برای شرکت‌کنندگان در تحقیق توضیح داده شد. هم به‌صورت شفاهی و هم کتبی فرم رضایتی در قبل از آغاز جلسه‌ی اول از آن‌ها گرفته شد. در فرم رضایت هدف، روش، خطرات و منافع این مطالعه به‌صورت محرمانه توضیح داده شد و شرکت‌کنندگان از حقوق انصراف از پژوهش نیز مطلع شدند. نکات دیگر مربوط به اخلاق در پژوهش مانند رعایت ارزش‌های اخلاقی در جمع‌آوری داده‌ها، عدم سوگیری در تحلیل داده‌ها و دقت در استناددهی نیز رعایت گردید.

یافته‌ها

پژوهش حاضر به‌منظور تعیین میزان اثربخشی زوج‌درمانی متمرکز بر خشونت خانگی بر خشونت علیه زنان؛ کاهش ناسازگاری زوجین در شهر اهواز انجام گردید. آزمودنی‌ها پس از احراز شرایط لازم برای ورود در مراحل خط پایه، جلسات درمانی (۱۸ جلسه) و پیگیری (۲ نوبت) شرکت کردند. با استفاده از روش‌های آماری مناسب اطلاعات جمع‌آوری شده مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت و نتایج به‌دست آمده این چنین بوده است.

1. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*

2. *Statistical Package for the Social Sciences*

زوج درمانی متمرکز بر خشونت خانگی باعث کاهش خشونت زناشویی علیه زن‌ها می‌شود.

جدول ۲. نتایج روند تغییر مراحل درمان چهار زوج در خشونت زناشویی

مراحل درمان	زن ۱	زن ۲	زن ۳	زن ۴
خط پایه اول	۷۹	۸۰	۸۸	۷۶
خط پایه دوم	۷۸	۸۱	۸۸	۷۷
خط پایه سوم	۷۷	۸۰	۸۹	۷۶
خط پایه چهارم	-	۷۹	۸۸	۷۷
خط پایه پنجم	-	-	۸۸	۷۶
خط پایه ششم	-	-	-	۷۶
میانگین مراحل خط پایه	۷۸	۸۰	۸۸/۲۰	۷۶/۳۳
جلسه چهارم	۴۴	۴۲	۴۷	۵۶
جلسه هشتم	۴۱	۴۰	۳۹	۴۲
جلسه دوازدهم	۴۰	۳۷	۳۹	۴۲
جلسه شانزدهم	۳۸	۳۳	۳۸	۳۴
جلسه هجدهم	۳۷	۳۲	۳۸	۳۵
میانگین مراحل درمان	۴۰	۳۶/۸۰	۴۰/۲۰	۴۱/۸۰
شاخص تغییر پایا (درمان)	۹/۱۹	۱۰/۸۰	۱۱/۴۹	۹/۴۲
درصد بهبودی پس از درمان	۵۱/۹۴	۵۹/۴۹	۵۶/۸۱	۵۳/۹۴
درصد بهبودی کلی		۵۵/۵۴		
پیگیری				
پیگیری نوبت اول	۳۷	۳۴	۳۸	۳۵
پیگیری نوبت دوم	۳۵	۳۳	۳۶	۳۴
میانگین مراحل پیگیری	۳۶	۳۳/۵۰	۳۷	۳۴/۵۰
شاخص تغییر پایا (درمان)	۹/۶۵	۱۰/۵۷	۱۱/۹۵	۹/۶۵
درصد بهبودی پس از درمان	۵۴/۵۵	۵۸/۲۲	۵۹/۰۹	۵۵/۲۶
درصد بهبودی کلی			۵۶/۷۸	

جدول ۲ نشان می‌دهد که نمره‌های خشونت زناشویی ادراک شده هر ۴ آزمودنی (۴ زوج، زنان) در مراحل درمان یک سیر نزولی دارد. به این صورت که نمره آزمودنی اول (زوج اول، زن) که در خط پایه سوم ۷۷ است، با پایان درمان به ۳۷ کاهش یافته است و در مرحله آخر پیگیری با اندکی کاهش به نمره ۳۵ می‌رسد. این نمرات بیانگر بهبود خشونت زناشویی در آزمودنی است. در آزمودنی دوم (زوج دوم، زن) نیز با وجود اینکه میزان خشونت زناشویی او در مراحل خط پایه تغییر چشم‌گیری نداشته است اما در جلسه چهارم درمان ناگهان روند بهبودی خود را شروع کرده و به نمره ۴۲ می‌رسد و این روند کاهش نمره تا نمره ۳۲ در پایان جلسات درمان می‌رسد. این نمره در مرحله آخر پیگیری به مقدار بسیار کم افزایش می‌یابد و به نمره ۳۳ می‌رسد. در آزمودنی سوم (زوج سوم، زن) با شروع درمان در نمره‌ی خشونت زناشویی تغییرات سیر نزولی دارند و در پایان درمان، میزان خشونت زناشویی آزمودنی افت محسوسی می‌کند، به صورتی که نمره آزمودنی از ۸۸ مرحله پنجم خط پایه به ۳۸ در مرحله‌ی پس از درمان رسیده است. این مقدار در مرحله‌ی پیگیری نیز با اندکی کاهش به نمره ۳۶

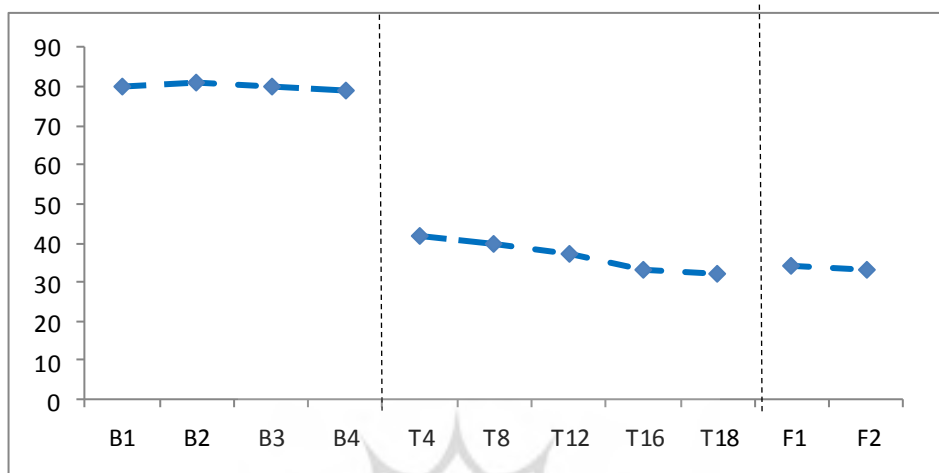
می‌رسد. در آزمودنی چهارم (زوج چهارم، زن) نیز با شروع درمان در نمره‌ی خشونت زناشویی تغییرات یک سیر نزولی پیدا می‌کنند و در پایان درمان، میزان خشونت زناشویی آزمودنی افت محسوسی می‌کند، به صورتی که نمره آزمودنی از ۷۶ مرحله ششم خط پایه به ۳۵ در مرحله‌ی پس از درمان رسیده است. این مقدار در مرحله‌ی پیگیری نیز با نمره ۳۵ باثبات می‌ماند. لذا این میزان کاهش از نظر درمانی مطلوب است.

همچنین مقدار شاخص تغییر پایا در آزمودنی اول، دوم، سوم و چهارم در پایان درمان به ترتیب ۹۰/۸۰، ۱۱/۴۹ و ۹/۴۲ به دست آمد که با توجه به سطح معناداری ($p < 0/01$) نمره‌ی تمام آزمودنی‌ها به بالاتر از $Z=2/58$ رسیده است؛ بنابراین می‌توان گفت که تغییرات، قابل قبول و بیانگر تأثیرات فرایند درمان است. مقدار شاخص تغییر پایا در آزمودنی اول، دوم و سوم در مرحله پیگیری به ترتیب ۹/۶۵، ۱۰/۵۷، ۱۱/۹۵ و ۹/۶۵ به دست آمد که با توجه به سطح معناداری ($p < 0/01$) نمره‌ی تمام آزمودنی‌ها به بالاتر از $Z=2/58$ رسیده است؛ بنابراین می‌توان گفت که تغییرات در هر سه آزمودنی در مرحله پیگیری نیز قابل قبول و بیانگر تداوم تأثیرات فرایند درمان است. علاوه بر این همان طوری که در جدول ۳ مشاهده می‌شود آزمودنی اول، دوم، سوم و چهارم در پایان درمان به ترتیب دارای درصد بهبودی ۵۱/۹۴، ۵۹/۴۹، ۵۶/۸۱ و ۵۳/۹۴ (با درصد بهبودی کلی ۵۵/۵۴) می‌باشند. این میزان بهبودی برای هر سه آزمودنی بیانگر بهبودی و اثربخش بودن فرایند درمان است. همچنین آزمودنی‌ها به ترتیب در مرحله‌ی پیگیری دارای درصد بهبودی ۵۴/۵۵، ۵۸/۲۲، ۵۹/۰۹ و ۵۵/۲۶ (با درصد بهبودی کلی ۵۶/۷۸) می‌باشند که این میزان بهبودی برای هر سه آزمودنی بیانگر تداوم بهبودی و اثربخش بودن فرایند درمان در مرحله پیگیری است.



نمودار ۱. روند تغییر نمره‌های خشونت زناشویی آزمودنی زن اول در مراحل خط پایه، مداخله و پیگیری

نمودار ۱ میانگین و سطح نمره‌های خشونت زناشویی آزمودنی زن اول را نشان می‌دهد. همان‌طور که در نمودار آزمودنی اول ملاحظه می‌شود، نمره خشونت زناشویی آزمودنی در پایان جلسات درمان افت زیادی داشته و در جلسه پیگیری نیز نسبت به مرحله درمان کمی با کاهش روبه‌رو شده است.



نمودار ۲. روند تغییر نمره‌های خشونت زناشویی آزمودنی زن دوم در مراحل خط پایه، مداخله و پیگیری

آزمودنی دوم نیز با اینکه در مراحل خط پایه تفاوت چندانی ندارد اما پس از جلسه چهارم درمان روند یک افت فاحش پیدا می‌کند. این روند تا جلسه هجدهم با یک شیب ملایم ادامه پیدا می‌کند. روند در مراحل پیگیری از ثبات مناسبی برخوردار است.



نمودار ۳. روند تغییر نمره‌های خشونت زناشویی آزمودنی زن سوم در مراحل خط پایه، مداخله و پیگیری

در آزمونی سوم، پنج نقطه ابتدایی نمودار روند ثابتی را در پیش گرفته است اما با شروع جلسات درمان افت بسیار زیادی پیدا می‌کند. روند مراحل درمان یک روند ملایم و بدون تغییر زیاد است. این روند در مراحل پیگیری نیز از ثبات مناسبی برخوردار است.



نمودار ۴. روند تغییر نمره‌های خشم زن چهارم در مراحل خط پایه، مداخله و پیگیری

در آزمودنی چهارم نیز جلسه چهارم درمان نقطه بسیار پایین تری از مراحل خط پایه را دارا است. روند درمان یک روند با شیب کاهشی را دنبال می‌کند و با رسیدن به خط پایه این روند با ثبات می‌گردد؛ بنابراین بر اساس یافته‌های به‌دست آمده می‌توان به فرضیه اول چنین پاسخ داد که نمره‌های خشم زن ناشویی هر چهار آزمودنی تا پایان مرحله‌ی درمان کاهش یافت. علاوه بر این چنانچه جدول ۳ نشان می‌دهد در مرحله-ی پیگیری میزان شاخص تغییر پایا در هر چهار آزمودنی بیانگر تداوم تأثیرات و موفقیت درمانی است؛ بنابراین می‌توان نتیجه گرفت که زوج‌درمانی متمرکز بر خشم خانگی در خشم علیه زنان مؤثر بوده است و باعث کاهش ناسازگاری زوجین شده است.

بحث و نتیجه‌گیری

طبق جدول ۲ نتایج روند تغییر مراحل درمان چهار زوج در خشم زن ناشویی نشان می‌دهد که نمره‌های خشم زن ناشویی هر ۴ آزمودنی (۴ زوج، مردان) در مراحل درمان یک سیر نزولی دارد. همان‌طور که مشاهده می‌شود خشم در هر چهار زوج به‌طور چشم‌گیری کاهش یافته و می‌توان گفت که زوج‌درمانی خشم خانگی در کاهش خشم زن ناشویی مؤثر بوده است. نتایج این تحقیق با تحقیق Stith, Spencer, Ripoll- Núñez, Jaramillo-Sierra, Khodadadi, Nikparvar, Oksman, & Metelinen, (2019). Stith,

EktaSoni, Rakesh Kumar, Haley Pettigrew, (2013), McCollum, Amanor-Boadu, & Smith, (2012) و Behmani, (2016) و Susan claus, (2009) هماهنگ بوده است و نشان می‌دهد زوج درمانی خشونت خانگی در کاهش خشونت زناشویی مؤثر است. البته برخی پژوهشگران به نقل از استیس و همکاران (۲۰۱۱) بیان داشته‌اند که زوج درمانی خشونت خانگی زن را در معرض خطر قرار می‌دهد؛ زیرا او را تشویق به ماندن می‌کند و او می‌ماند تا روی رابطه‌ای خطرناک کار کند در صورتی که می‌تواند با امنیت کامل از آن خارج شود (Jory, Anderson, & Greer, 1997). در این میان جوری و همکاران به این نگرانی اشاره کردند که وقتی قربانی در طی درمان به نقاط ضعف خود اشاره کند، ممکن است فرد مهاجم روش‌های بهره‌کشی جدیدی را بیاموزد و از پاسخگویی قانونی شانه خالی کند. درمان زوجین دارای سابقه‌ی خشونت شریک صمیمی همچنان یک موضوع بحث‌برانگیز است. با این حال اغلب شریک‌ها به دنبال مشاوره‌ی زوجی هستند. هرچند ممکن است یک درمانگر دلایل ایدئولوژیکی علیه درمان مشترک زوجین را داشته باشد و چندین مسئله‌ی امنیتی را برای افزایش ایمنی درمان در نظر بگیرد اما قطع فوری صدای قربانی خشونت که عاشق شریکش است و به دنبال پایان دادن به خشونت در رابطه است نه خود رابطه، می‌تواند چنین برداشتی ایجاد کند که او می‌خواهد در کنترل بماند و به خواسته‌های بی‌احترامی شود. در ضمن تأمین امنیت قربانی خشونت، از حقوق بنیادین وی است که با هدف حفظ سلامت جسمی روانی وی و نیز پیشگیری از تهدیدها یا اقدام‌های تلافی‌جویانه صورت می‌گیرد. در خشونت‌های خانوادگی، معمولاً خشونت‌گر و خشونت دیده در مکانی مشترک سکونت دارند و حفظ امنیت وی در این شرایط بسیار مهم است؛ اما آنچه محرز است، این نکته است که در فرایندهای غیررسمی قربانی در معرض ادامه خشونت قرار می‌گیرد و از این طریق رفتار نامناسب خشونت‌گر تداوم پیدا می‌کند (Fuchs. Anne, 2011). با این حال واقعیت این است که در بسیاری از موارد خشونت از نوع موقعیتی و دوجانبه است، یعنی زوج هرگاه در یک موقعیت تعارض برانگیز قرار بگیرند تنها راه‌حل را در اعمال خشونت می‌بینند. در تجزیه و تحلیل جدیدی روی الگوهای خشونت در ۱۲۹ زوج خواهان درمان مشترک برای تعارض و خشونت شدید مشاهده شد که اکثر آن‌ها خشونت متقابل را تجربه کردند (۷۴٪)؛ ۱۶٪ خشونت یک‌جانبه‌ی مرد را تجربه کردند؛ و ۵٪ خشونت یک‌جانبه‌ی زن را تجربه کردند (Madsen, Stith, Thomsen, & McCollum, 2010). زوج درمانی خشونت خانگی به دنبال "متوقف‌سازی انواع خشونت‌ها در رابطه" است. هرچند پایان دادن به خشونت فیزیکی ضروری است اما باید به مراجعین کمک کرد تا دیگر فرم‌های خشونت را هم شناسایی کرده و حذف کنند. روش‌های کنترل خشونت یا خشونت روانی علیه شریک‌ها را مدنظر قرار می‌گیرد و به مراجعین کمک می‌شود انواع فرم‌های خشونت را در روابط خود حذف کنند. زوج درمانی مبتنی بر خشونت خانگی به برخی از شریک‌ها فرصت می‌دهد تا امکان ادامه‌ی رابطه را مدنظر قرار دهند. اگر زوج بدون هیچ‌گونه خشونت با همدیگر بمانند یا بدون خشونت از یکدیگر جدا شوند، درمان مؤثر بوده است (Stith, McCollum, & Rosen,)

2011). نتایج این تحقیق نشان داده که زوجها بعد از ورود به درمان به خصوص در فاز یک که مهارت‌ها آموزش داده می‌شود از جمله تکنیک وقفه‌ی زمانی، تکنیک‌های گفتگوی سالم، حل تعارضات و حل مسئله، خشونت فیزیکی اولین نوع خشونت بود که از رابطه حذف شد و به دنبال آن انواع خشونت‌ها کم کم، کم‌رنگ‌تر شدند. در برخی از زوجها که خشونت مالی هم مشاهده می‌شد زمان بیشتری صرف حل تعارضات و حتی خشونت در این بعد می‌شد که جلسات جداگانه برای مردها برگزار شد و در آن جلسه بر روی اهمیت تأمین مالی همسر و فواید آن بحث می‌شد و در جلسه مشترک زوجها به راه‌حلی مناسب و مسالمت‌آمیز جهت مدیریت مالی صحیح دست می‌یافتند. منتهی این بخش از درمان زمان بیشتری را به خود اختصاص داده بود و گاهی در فاز دوم لزوم تکرار و مرور مهارت‌ها مشاهده می‌شد. این درمان معتقد است که هر فردی مسئول رفتار خود است و رفتار فرد بر دیگران بعد از ورود به درمان تأثیر گذاشته و از آن‌ها تأثیر می‌گیرد. Minochin & Nichols (1999) می‌نویسند: آنچه مردم را گستاخ نگه می‌دارد این است که نقش خود را در مشکل نادیده می‌گیرند. آنچه آن‌ها را رها و آزاد می‌کند دیدن نقش خود در الگوهای است که آن‌ها را کنار یکدیگر نگه می‌دارند (Stith, McCollum, & Rosen, 2011). ایده‌ی وابستگی متقابل مفهوم زیادی برای ما دارد مبنی بر اینکه هرچند فرد خشن مسئول اقدامات خود است مختل کردن الگوهای تکراری رفتاری در سیستم زوجی که همچنان توهین‌آمیز است، یک ابزار قوی برای مدیریت مشکل است. زوجها ناسازگار در ابتدای درمان با پذیرش مسئولیت مشکل اساسی داشته‌اند به خصوص زن قربانی خشونت به خاطر اینکه مورد ضرب و شتم قرار گرفته همسر خود را مسئول مشکلات پیش‌آمده می‌داند و وقتی در جلسات درمان تکالیفی از وی خواسته می‌شود ممکن است مقاومت کند مراجع اگر متوجه شود که شرکت در جلسات به معنی مقصر بودن وی در این مشکل نیست و صرفاً جهت بهبود رابطه است کمتر مقاومت کرده و با رضایت و اطمینان خاطر بیشتر راغب به شرکت در جلسات درمان خواهد شد. هدف ثانویه این روش درمان ارتقای تجربه و حس مثبت بین شریک‌ها است. اگر زوجی تصمیم به ادامه‌ی رابطه داشته باشند به آن‌ها کمک می‌شود تا تجربه و حس مثبت بین خود را ارتقا دهند. قابل ذکر است که به خصوص حس قربانی ممکن است بیش از حد منفی باشد و وقتی از آن‌ها خواسته می‌شود که نکات مثبت همسر خود را یادداشت کنند ممکن است تعجب کنند. اگر زوجین با هم ماندند باید به آن‌ها کمک شود تا اضطراب را کاهش دهند و رضایت ارتباطی را افزایش دهند. این مسئله بسیار حیاتی است. کمک به زوجین برای تشخیص موفقیت‌ها و آنچه در رابطه‌شان خوب پیش می‌رود "کانون تمرکز" آن بخش درمانی است که توسط مراجعه‌کننده پیش می‌رود. هدف سوم این برنامه افزایش مسئولیت‌پذیری هر کدام از طرفین به خاطر رفتار خود است. در تمام برنامه‌ی درمانی به مراجعین کمک می‌شود تا مسئولیت رفتار خود را بپذیرند. هرچند به‌طور سیستماتیک به نوع خشونت توجه می‌شود که باید در این برنامه درمان شود (خشونت موقعیتی زوج)؛ اما به هر کدام از افراد کمک می‌شود تا نقش خود را در پایان دادن به خشونت و بهبود رابطه بپذیرند

(Stith, McCollum, & Rosen, 2011). این هدف به‌خوبی در این تحقیق محقق شد و آزمودنی‌ها در طی جلسات مدام درگیر بررسی نقش خود در بهبود رابطه ایجاد تعارض به وجود آمده بودند. در واقع درمانگر متوجه تغییر موضع مراجع شد و در جلسات پایانی مراجع مدام درگیر نقش خود در تعارض به وجود آمده می‌شد و تلاش می‌کرد نقطه‌ضعف خود را پیدا کند و آن را حل کند پس درمان موفق شده که مراجع را نسبت به رفتارهایش مسئول کند. در اواخر هم دغدغه مراجع به خاطر حذف خشونت به‌سوی بهبود و غنی‌سازی رابطه رفت و این یعنی موفقیت این درمان در بهبود روابط زوجین که از اهداف این درمان نیز بوده است.

پیشنهادها و محدودیت‌ها. زوج‌ها بعد از اتمام دوره درمان به خاطر تغییراتی که در نوع روابطشان به وجود می‌آید به‌خصوص بعد از حذف خشونت اکثراً به دنبال غنی‌سازی رابطه و بهبود کیفیت روابط خواهند بود توصیه می‌شود که بعد از اتمام جلسات و اطمینان از حذف خشونت حتماً وارد دوره‌های درمان جدید شوند. این درمان برای زوج‌هایی که قصد طلاق دارند یا خشونت بسیار شدید است و یا یکی از زوجین دچار اختلالات روانی باشد توصیه نمی‌شود و در دوره غربال‌گری اولیه باید حتماً بررسی شود تا به درمان‌های دیگر ارجاع داده شوند. زوج‌درمانی خشونت خانگی در دو نوع تک زوجی و گروهی است که در این تحقیق از نسخه تک زوجی استفاده شد و توصیه می‌شود محققان بعدی نسخه گروهی آن را نیز اجرا کنند. با توجه به نوع مشکلات زوج‌ها و نوع درگیری‌های بین آنان مشخص شده اکثر این زوج‌ها با مهارت‌های زندگی آشنایی نداشته‌اند. به نظر می‌رسد به‌خصوص آموزش مهارت‌هایی از جمله شیوه‌های مذاکره (تکنیک‌های گفتگوی سالم)، شیوه‌های حل تعارض، شیوه‌های انتقاد و مهارت‌های حل مسأله و ... قبل از ازدواج می‌تواند تا حدود زیادی از اختلافات زناشویی بکاهد. ایجاد خانه‌های امن برای زنان در معرض خشونت می‌تواند از آسیب‌های جسمی و روانی وارد به آنان بکاهد. در ضمن الزامات قانونی جهت شرکت در درمان خشونت زناشویی می‌تواند برای ثبات کانون خانواده کمک‌کننده باشد، به‌ویژه زمانی که فرد مهاجم متوجه شود که خشونت وی تحت هیچ شرایطی موردپذیرش نیست و حتی پیگیری قانونی نیز دارد ملزم به درمان خود می‌شود. از آنجایی که این روش درمان برای اولین بار در ایران به کار گرفته شده لذا امکان مقایسه‌ای نتایج حاصل از تحقیق حاضر با تحقیقات دیگر وجود ندارد. این روش درمان در دو ساختار فردی و گروهی ارائه شده که بنابر مشکلات قومی و مسائل فرهنگی تنها فرم فردی آن اجرا شد. زوجین با سابقه سوء‌مصرف مواد در این پژوهش قرار نگرفتند و بخشی از کارآمدی این روش درمان موردبررسی قرار نگرفت.

تصریح درباره تعارض منافع. نویسندگان پژوهش حاضر متعهد می‌شوند که این پژوهش هیچ‌گونه ناهمسانی منافی ندارد و نتایج آن فاقد هرگونه منفعت اقتصادی برای نویسندگان بوده است. همچنین،

انجام این پژوهش تحت تأثیر ارتباطات خاص با اشخام یا مراکزی که پژوهش در آن انجام شده است، نبوده است.

سپاسگزاری: این تحقیق از رساله دکتری تحت عنوان «اثر بخشی زوج‌درمانی خشونت خانگی بر کاهش خشونت زناشویی، پریشانی زناشویی، افزایش رضایت زناشویی و بهزیستی روان‌شناختی» اخذ شده است. نویسندگان از همه شرکت‌کنندگان در این پژوهش و معاونت اجتماعی ناجا اهواز (مرکز مشاوره آرامش) کمال تشکر را دارند.

منابع

امان الهی، عباس؛ حیدریان فر، نرگس؛ خجسته مهر، رضا و ایمانی، مهدی. (۱۳۹۳). اثر بخشی زوج‌درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) در درمان پریشانی زوج‌ها، مجله مشاوره کاربردی، 4(۱)، 103-

[link].119

اعتصامی پور، راضیه. (۱۳۹۱). مقیاس همسر آزاری، عزت‌نفس و اختلالات جنسی در زنان متأهل شهر و روستا، مجله تخصصی پژوهش و سلامت، ۲(۲)، ۱۹۹-۱۹۱. [link]

خسروی، زهره و خاقانی فرد، میترا. (۱۳۸۹). بررسی همسر آزاری با تمایل به افکار خودکشی و آسیب‌رسانی به همسر در زنان شهر تهران. مجله‌ی مطالعات زنان، ۶۱۲، ۱۱۳-۹۹. [link]

زهره کار، کیانوش؛ تاجیک اسمعیلی، عزیز الله؛ محسن زاده، فرشاد و هزاروسی، بهرام. (۱۳۹۸) شناسایی عوامل زمینه‌ساز طلاق هیجانی در بافت فرهنگی اجتماعی شهر کرج. مشاوره و روان‌درمانی خانواده، 1: 142-125. [link]

References

- Breiding, M. J., Chen, J., & Black, M. C. (2014). Intimate partner violence in the United States— 2010. Atlanta, GA: National Center for Injury Prevention and Control, Centers for Disease Control and Prevention. Retrieved from https://www.cdc.gov/violenceprevention/pdf/cdc_nisvs_ipv_report_2013_v17_single_a.pdf. [link]
- Chhabra, S. (2018) Effects of Societal/Domestic Violence on Health of Women. J Women's Health Reprod Med. Vol.2 No.1:6 [link]
- Ekta, S., & Rakesh Kumar, B. (2016). Domestic violent, *The International Journal of Indian Psychology Volume 4, Issue 1, No. 74.* (p)2349-3429. [link]
- Falcke, D., & Féres-Carneiro, T. (2011). Reflexões sobre a violência conjugal: Diferentes contextos, múltiplas expressões [Reflections on intimate partner violence:

- Different contexts and multiple expressions]. In A. Wagner (Ed.), *Desafios psicossociais da família contemporânea: Pesquisas e reflexões* [Psychosocial challenges of contemporary family: Research and reflections] (pp.72-85). Porto Alegre, RS: Artmed. [[link](#)]
- EktaSoni, R., & Kumar, B. (2016), Domestic violent, *The International Journal of Indian Psychology Volume 4, Issue 1, No. 74.* (p)2349-3429. [[link](#)]
- Haley Pettigrew, B. S. (2013). Couples perceptions of a Brief Intimate partner violence Intervention: A Qualitative Analysis, *A thesis in Marriage and familyTherapyTexas Tech university.* [[link](#)]
- Fuchs.Ane. (2011). The Exceptions to Minnesotas Alterenative Dispute Resolution Rule 14, The Battered Women’s Justice Project, 1801 Nicollet Ave S. Suite 102 Minneapolis, MN 55403,2, P 4. [[link](#)]
- Jacobson, E.H.K., Kelly, G., Wilson, A., Kurz, S., & Kellu, K. (2018). Examining self-compassion in romantic relationships *Journal of Contextual Behavioral Science.* [[link](#)]
- Nikparvar, F., Stith, S., Anderson, J., Panaghi, L. (2018). Intimate Partner Violence in Iran: Factors Associated With Physical Aggression Victimization and Perpetration. *J Interpers Violence:886260518759060.* [[link](#)]
- Romito,P., Beltramini,L., and Escribà-Agüir,V.,(2013). *Intimate Partner Violence and Mental Health Among Italian Adolescents: Gender Similarities and Differences. Journal of Violence Against Women 19(1) 89–106.* [[link](#)]
- Stith, S. M., McCollum, E. E., & Rosen, K. H. (2011). *Couples treatment for domestic violence: Finding safe solutions.* Washington, DC: *American Psychological Association.* [[link](#)]
- Stith, S. M., Spencer, C., Ripoll-Núñez, K. J., Jaramillo-Sierra, A. L., Khodadadi, F., Nikparvar, F., Oksman, R., & Metelinen, J. (2019). International adaptation of a treatment program for situational couple violence. *Journal of Marital and Family Therapy.* [[link](#)]
- Stith, S. M., McCollum, E. E., Amanor-Baodu, Y., & Smith, D. B. (2012).Systemic perspectives on intimate partner violence treatment.*Journal of Marital and Family Therapy, 38(1), 220-240.* [[link](#)]
- Spencer.M, Stith, S., Cafferky, B. (2019) Risk markers for physical intimate partner violence victimization: A meta-analysis, *journal Aggression and Violent Behavior,44(8-17).* [[link](#)]
- Susan L. claus. (2009); *Mindfulness Meditation for Intimate partner violence.* Master thesis, April 29, 2009, Falls church Virginia. [[link](#)]
- Smith, S. G., Chen, J., Basile, K. C., Gilbert, L. K., Merrick, M. T., Patel, N., ... Jain, A. (2017). *The National Intimate Partner and Sexual Violence Survey*

(NISVS): 2010–2012state report. Atlanta, GA: *National Center for Injury Prevention and Control, Centersfor Disease Control and Prevention*. [[link](#)]

World Health Organization. Violence against women: a 'global health problem of epidemic proportions' [- News release]. Geneva: World Health Organization; 2013.. [[link](#)]

References (In Persian)

- Amanelahi, A., Heydarianfar, N., Khojastehmehr, R., & Imani, M. (2014). Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) in theTreatment of Distressed Couples, *Biannual Journal of Applied Counseling*, 4 (1), 10۳-1۱۹. [[link](#)]
- Etesamipour, Razieh. (۲۰۱۲). Spouse abuse, self-esteem and sexual dysfunctions in married and rural women, *Journal of Research and Health* 2 (2), 199-191. [[link](#)]
- Khosravi, Zohreh., and Khaghani Fard, Mitra. (۲۰۱۰). Investigation of spouse abuse with tendency to suicidal ideation and spouse harm in Tehran women. *Journal of Women Studies*, 612, 113-99. [[link](#)]
- Zahrakar, K., Hezarosi, H., Mohsenzade F., & Tajikesmaili A. (1398). Underlying factors of emotional divorce in socio_ cultural context of Karaj. *Journal of Family Counseling and Psychotherapy* Vol. 9, No. 1 (27), 2019. [[link](#)].