

مقایسه اثربخشی زوج‌درمانی روایتی و زوج‌درمانی رفتاری تلفیقی بر

تاکتیک‌های حل تعارض زنان قربانی خشونت همسر

منصور سودانی^۱، نصیر داستان^{۲*}، رضا خجسته مهر^۳، غلامرضا رجیبی^۴

چکیده

هدف از این تحقیق، بررسی تاثیر زوج‌درمانی روایتی و زوج‌درمانی رفتاری تلفیقی بر بهبود تاکتیک‌های حل تعارض زنان قربانی خشونت مراجعه کننده به مراکز مشاوره شهر اهواز بود. بدین منظور ۴۵ زوج از زوجین مراجعه کننده به مراکز مشاوره‌ی شهر اهواز با استفاده از روش نمونه گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی ساده در سه گروه گمارده شدند. برای جمع آوری داده‌ها از فرم ایرانی مقیاس شیوه‌های برخورد در تعارضات زناشویی استفاده شد. جلسات درمانی هفته ای یکبار و بر اساس پروتکل درمانی برای گروه‌های آزمایش اجرا شد. نتایج تحلیل واریانس چند متغیری نشان داد که بین زوجین گروه‌های آزمایش و کنترل در تاکتیک‌های حل تعارض تفاوت معناداری وجود دارد و فرضیه‌های پژوهش مبنی بر تاثیر زوج درمانی‌های روایتی و رفتاری تلفیقی بر بهبود تاکتیک‌های حل تعارض تایید شد. براساس یافته‌های پژوهش می توان نتیجه گرفت که مداخلات زوج درمانی باعث تغییر تاکتیک‌های حل تعارض می شود.

واژه‌های کلیدی: زوج‌درمانی روایتی، زوج‌درمانی رفتاری تلفیقی، تعارض، زنان قربانی خشونت

پژوهشگاه علوم انسانی و مطالعات فرهنگی
پرتال جامع علوم انسانی

^۱ - دانشیار دانشگاه شهید چمران اهواز

^۲ - دانش‌آموخته دکتری دانشگاه شهید چمران اهواز

^۳ - دانشیار دانشگاه شهید چمران اهواز

^۴ - دانشیار دانشگاه شهید چمران اهواز

*- نویسنده مسوول مقاله: nasir.dastan88@gmail.com

مقدمه

نوع تعاملات همسران در محیط زندگی رابطه مستقیم با احساس بدبختی یا خوشبختی آنها دارد. به گونه معمول زوجینی که روابط عاطفی عمیق، منطقی، دوستانه و صمیمی را تجربه می‌کنند، افرادی موفق، با اعتماد به نفس بالا، مثبت‌اندیش، شاد و با احساس خوشبختی هستند. برعکس، همسران پر تعارض که روابط عاطفی مناسب با هم ندارند افرادی منزوی، بدخلق، با سطح سازگاری بسیار پایین در جامعه، ناموفق، همواره نا امید و همیشه با احساس منفی بدبختی هستند (Gillpatrick, 2008). تعارضات زناشویی^۱ ناشی از واکنش نسبت به تفاوت‌های فردی بوده و زمانی که آنقدر شدت یابد که احساس خشم، خصومت، کینه، نفرت، حسادت و بدرفتاری کلامی و فیزیکی در روابط آنان حاکم شود، حالت ویرانگر به خود می‌گیرد و حالتی غیر عادی است (Callian & Siewgeok, 2009). هنگام مواجه شدن با تعارض یکی از تاکتیک‌های برخورد با این موضوع توسط اعضای خانواده خشونت خانگی^۲ است. خشونت خانگی به استفاده از هر نوع زور و اجبار و تهدید جسمی و روانی برای فرد قربانی نیز گفته می‌شود (Stewart & Robinson, 1998). (Smithy & Straus, 2004)، خشونت همسران^۳ علیه یکدیگر را به عنوان "هرگونه رفتاری اعم از پرخاشگری جسمانی، اجبار جنسی، و سو رفتار روان‌شناختی که تحقیر و اعمال قدرت علیه همسر یا شریک جنسی را در پی داشته باشد" تعریف می‌کنند. همسر آزاری به عنوان یک معضل بهداشت عمومی و روانی در سطح جهان مطرح است و انواع گوناگونی از آزارهای جسمی، عاطفی و جسمی نسبت به همسر را در بر می‌گیرد (Richardson & Petruckevitch, 2002). آسیب ناشی از همسر آزاری گاه بسیار شدید و کشنده می‌باشد. در این خصوص می‌توان اشاره کرد که خشونت علیه زنان در دوران بارداری سبب افزایش عوارض بارداری از قبیل تولد شیرخواران با وزن کم، زایمان زودرس و سقط جنین می‌گردد (Berenson, Wiemann & McCombs, 2001). در جهان امروز خشونت نسبت به زنان یکی از مسائل بزرگ بهداشت عمومی به حساب می‌آید و در طی دهه‌های اخیر به صورت پدیده‌ای همه گیر در آمده است. هم‌چنین همسر آزاری خود زمینه ساز مشکلات بهداشتی دیگری است، بطوری که زنان مورد ضرب و شتم ۴،۵ برابر بیش از زنان دیگر به درمان‌های روحی نیاز پیدا می‌کنند (Cohen & Maclean, 2002).

عدم توافق در هر رابطه زناشویی طبیعی است. پژوهش‌ها نشان داده اند که اگر زوج‌ها بتوانند به شیوه مثبتی اختلافات را مدیریت کنند و توانایی حل آنها را داشته باشند، وجود اختلاف آسیب‌زا نیست (Siffert & Schwarz, 2010). تعارضات زناشویی و عدم تفاهم، اجتناب ناپذیر و از

¹ - marital conflict

² - domestic violence

³ - violent husbands

ویژگی‌های روابط زناشویی به حساب می‌آید. پژوهش‌های متعددی در جهت تعیین اثربخشی رویکردهای مختلف در جهت کاهش این تعارضات صورت گرفته است. هدف زوجین از شرکت در درمان‌های خانوادگی و زوجی بهبود تبادلات، افزایش اعتماد، حل تعارضات و تقویت صمیمیت بین خود علی‌رغم تداوم وجود مشکلات است. بیش از نیمی از افرادی که در این درمان‌ها شرکت می‌کنند، به دنبال این هستند که ببینند آیا امیدی به ادامه زندگی مشترکشان وجود دارد یا خیر؟ (Owen, Duncan, Anker & Sparks, 2012). یکی از درمان‌های مورد استفاده در دنیای امروز زوج‌درمانی درمان روایتی^۱ است. روایت‌درمانی به عنوان رویکردی پست مدرن، معتقد است مردم از طریق روایات، زندگی و تجارب خود را معنا می‌بخشند. وجود روایت‌های سرشار از مشکل منجر به بروز مشکلات می‌شود و تغییرات روان‌شناختی و حل مشکل نیز از طریق روایت مشکل دار ممکن می‌شود. درمان روایتی به دنبال یافتن روایاتی است که ارتباط میان زوجها را در روابط زناشویی شکل می‌دهد. هم‌چنین به دنبال تسهیل فرآیند بازنویسی مشارکتی روایت‌های مشکل دار آنان است (Halford, 2004). در روایت‌درمانی به مشکلات انسان به عنوان مسایلی نگریسته می‌شود که از داستان‌های رنج‌آور تاثیر گذار بر زندگی فرد برخاسته است. فرایند درمان، بررسی چگونگی تحلیل داستان زندگی افراد توسط خود آنان است و تمرکز و تاکید کلی بر ایجاد معانی جدید در زندگی است (Pariscilla & Vandergriff, 2001).

یکی دیگر از رویکردهایی که جهت بهبود تعارضات زناشویی مورد استفاده قرار می‌گیرد زوج درمانی رفتاری تلفیقی^۲ (IBCT) است. زوج درمانی رفتاری تلفیقی توسط (Christensen & Jakobson, 1999) پایه گذاری شد. این روش درمانی از زوج درمانی سنتی^۳ (TBCT) نشأت گرفته است. IBCT نوعی رفتار درمانی مبتنی بر بافت است که به زوجها کمک می‌کند تا رضایت‌مندی و سازگاری‌شان افزایش یابد (Doss., Thum., Sevier., Atkins, & Christensen, 2005). این رویکرد به منظور رفع برخی از محدودیت‌های زوج‌درمانی رفتاری سنتی (TBCT)، مفاهیم و تکنیک‌های پذیرش هیجانی را به کار گرفت. تکنیک‌های پذیرش بیشتر از تغییر رفتار با پذیرش رفتاری هماهنگ است و تلاش می‌کند از حوزه‌های تعارض به عنوان وسیله‌ای برای ایجاد صمیمیت و نزدیکی بیش‌تر زوجین استفاده کند. در IBCT به منظور افزایش پذیرش هیجانی میان زوجین از چهار شیوه‌ی گسترده استفاده می‌شود: (۱) اتحاد همدلانه^۴ در مورد مشکل، (۲) بی‌طرفی متحدانه^۵ در بررسی مشکل، (۳) افزایش تحمل^۶ در مواجهه با یک مشکل آزارنده و (۴)

¹- narrative therapy

²- Integrative Behavioral Couple Therapy (IBCT)

³- Traditional Behavioral Couple Therapy (TBCT)

⁴- empathic joining

⁵- unified detachment

⁶- tolerance

افزایش فعالیت‌های رسیدگی به خود در برابر مشکلات لاینحل. اگرچه تأکید بر مداخلات مبتنی بر پذیرش است، IBCT بر این فرض است که مداخلات پذیرش‌مدار ضمن ایجاد پذیرش، باعث ایجاد تغییرات خودبخودی می‌شوند (Doss, Sevier, Atkins, & Christensen, 2005). (Yilmaz & Richer ° Rossler, 2008)، در پژوهشی با عنوان همسر آزاری به بررسی رابطه بین خشونت خانوادگی و ویژگی‌های اقدام‌کنندگان به خودکشی پرداخته‌اند. یافته‌های این پژوهش نشان داده‌اند که ۳۶/۶٪ از اقدام‌کنندگان به خودکشی بین سنین ۱۹-۱۵ سال بودند که ۲۴٪ از زنان نسل اول و ۱۴/۷٪ از زنان نسل دوم، خشونت در خانواده و با همسر را به عنوان یک مشکل عمده ذکر نمودند. (Dunford, 2000) پیامدهای درمان متمرکز به خشونت در ۵۱ زوج را به طور تصادفی در زوج‌درمانی انفرادی، گروه‌درمانی چند زوجی، و گروه‌کنترل فاقد درمان با هم مقایسه کرد، نتیجه گرفت که میزان خشونت زوج مذکر در ۶ ماه پیگیری در گروه کنترل بالاتر از همه (۶۶٪) در گروه‌درمانی زوجی پایین‌تر از همه (۲۵٪) و در زوج‌درمانی انفرادی (۴۳٪) بود. (Christensen, Atkins, Berns, Wheeler, Baucom, & Simpson, 2004)، ۱۳۲ زوج دارای مشکلات شدید و مزمن را انتخاب کردند و در دو گروه مشکل‌دار در سطح متوسط و شدید قرار دادند. گروه‌ها تحت درمان IBCT قرار گرفتند. بعد از دو سال ۶۷٪ زوج‌ها در IBCT در سطح معنی‌داری بالینی بهبود یافته بودند.

(Fallahchay, 2009)، در پایان نامه دکتری خود به مقایسه‌ی اثر بخشی رویکرد آموزش شناختی-رفتاری زوجین با آموزش زوجین براساس رویکرد روایت‌درمانگری در کاهش تعارضات زناشویی پرداخته است. یافته‌ها حاکی از اثربخشی زوج‌درمانی در مقایسه با عدم درمان، و بیانگر تاثیر زوج‌درمانی بوده است. همچنین نتایج نشان داد تفاوت معنی‌داری بین میزان تعارضات زناشویی زوج‌هایی که به شیوه‌ی آموزش زوج‌ها براساس رویکرد روایت‌درمانگری، روان‌درمانی شده‌اند در مقایسه با آموزش شناختی-رفتاری زوج‌ها وجود نداشت. به عبارت دیگر روایت‌درمانگری حداقل به اندازه‌ی زوج‌درمانی شناختی-رفتاری در کاهش تعارضات زناشویی مؤثر بوده است.

لذا، این تحقیق هم از جنبه نظری و هم از جنبه کاربردی حائز اهمیت است. از جنبه نظری این پژوهش در صدد بررسی اثربخشی زوج‌درمانی روایتی و رفتاردرمانی تلفیقی بر بهبود شیوه‌های برخورد با تعارضات زناشویی زوجین می‌باشد و از جنبه کاربردی نیز این پژوهش می‌تواند برای درمانگران، مشاوران و افرادی که با مسائل زناشویی زوجین سر و کار دارند، مفید و مؤثر باشد.

فرضیه‌های پژوهش

فرضیه ۱- زوج‌درمانی روایتی باعث کاهش مؤلفه‌های حمله و خشونت روانی در برخورد با تعارضات زناشویی زوج‌های مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره می‌شود.

فرضیه ۲- زوج درمانی روایتی باعث افزایش مؤلفه‌ی مذاکره در برخورد با تعارضات زناشویی زوج های مراجعه کننده به مراکز مشاوره می‌شود.

فرضیه ۳- زوج درمانی رفتاری تلفیقی باعث کاهش مؤلفه‌های حمله و خشونت روانی در برخورد با تعارضات زناشویی زوج‌های مراجعه کننده به مراکز مشاوره می‌شود.

فرضیه ۴- زوج درمانی رفتاری تلفیقی باعث افزایش مؤلفه‌ی مذاکره در برخورد با تعارضات زناشویی زوج‌های مراجعه کننده به مراکز مشاوره می‌شود.

روش پژوهش

طرح این تحقیق؛ یک طرح آزمایشی بالینی تصادفی^۱ شده است. که در آن از ۳ گروه شامل ۲ گروه آزمایش، و یک گروه کنترل استفاده شد. جامعه آماری این تحقیق، زنان مراجعه کننده به مراکز مشاوره شهر اهواز بودند و با بهره‌گیری از روش نمونه‌گیری در دسترس از بین مراجعه کنندگان، زنانی که بر اساس پرسشنامه دارای تعارضات زناشویی و واجد شرایط به عنوان نمونه پژوهشی (براساس مصاحبه و فرم کوتاه رضایت زناشویی انریچ) بودند انتخاب شدند. در مصاحبه رضایت زناشویی پایین و استفاده از خشونت و همسرآزاری به عنوان شکایت اصلی جهت مراجعه به مرکز مشاوره بررسی شد. تعداد نمونه پژوهش ۴۵ زوج بود که پس از انتخاب به سه گروه (آزمایش ۱، آزمایش ۲ و کنترل) تقسیم شده و روی دو گروه آزمایش زوج درمانی روایتی و زوج درمانی رفتاری تلفیقی و به طور جداگانه اعمال شد. در طول مدت اجرای پژوهش از زوجین انتخاب شده چهار زوج از گروه زوج درمانی روایتی و سه زوج از گروه زوج درمانی رفتاری تلفیقی و ۱۱ زوج را ادامه ندادند و در نهایت ۳۴ زوج (۱۱ زوج درمانی روایتی، ۱۲ زوج درمانی رفتاری تلفیقی و ۱۱ زوج گروه کنترل) در مرحله‌ی پس آزمون شرکت داشتند. پیگیری درمان نیز ۴۵ روز بعد انجام گرفت.

ابزارهای پژوهش

فرم ایرانی مقیاس تجدید نظر شده‌ی شیوه‌های برخورد در تعارضات زناشویی^۲ (CTS2): توسط استراس^۳ و همکاران (۱۹۹۶) تهیه شده و همسر آزاری را همزمان به صورت دو جانبه یعنی آزار گر و آزار دیده مورد سنجش قرار می‌دهد. این مقیاس پنج زیر مقیاس خشونت جسمی^۴، خشونت روانی^۵، آزار جنسی^۶، جدل^۷ و آسیب^۱ را شامل شده و مورد سنجش قرار می‌دهد. این

^۱ - The randomized control clinical trials (RCTs)

^۲ - Conflict Tactics Scales Short Form

^۳ - Straus

^۴ - physical assault

^۵ - psychological aggression

^۶ - sexual coercion

^۷ - negotiation

مقیاس دارای ۷۸ گویه است که همسر آزاری را در حیطه جسمی (با ۱۲ گویه)، روانشناختی یا عاطفی (با ۸ گویه)، زورگویی جنسی (با ۷ گویه)، آسیب و صدمه جسمی (با ۶ گویه)، و یک مقیاس برای نشان دادن استفاده از روش مذاکره به عنوان روش غیر خشن (با ۶ گویه) مورد ارزیابی قرار می‌دهد.

نمره گذاری در طیف لیکرت ۶ گزینه ای می‌باشد که تعداد دفعات ارتکاب رفتارهای آزارگری در سال گذشته را در قالب گزینه‌های هرگز، یک مرتبه، دومرتبه، سه تا پنج مرتبه، شش تا ده مرتبه و بیش از ده مرتبه مورد ارزیابی قرار می‌دهد و دامنه نمرات برای هر گویه بین صفر تا ۵ و برای کل پرسشنامه بین صفر تا ۵۰۰ می‌باشد. روایی، پایایی و ساختار عاملی این پرسشنامه در جامعه ایرانی توسط (Panaghi & etal, 2011)، مورد بررسی قرار گرفته است. نتایج تحلیل عاملی اکتشافی نشان داد که در نمونه ایرانی تحلیل سه عاملی با استفاده از سه خرده مقیاس حمله، خشونت روانی و مذاکره نسبت به سایر تحلیل‌ها مناسب‌تر است. هم‌چنین این مقیاس و خرده مقیاس‌های آن از همسانی درونی مناسبی برخوردار هستند (آلفای کرونباخ بین ۰/۶۶ تا ۰/۸۶). روایی همزمان^۲ مقیاس‌ها بین ۰/۶۵ تا ۰/۹۴ و هم‌چنین روایی سازه^۳ بین ۰/۶۶ تا ۰/۸۳ گزارش شده است. پایایی زیر مقیاس‌های CTS2 توسط استراوس و همکاران (۱۹۹۶) مورد بررسی قرار گرفت که دامنه همسانی درونی از ۰/۷۹ تا ۰/۹۵ در نوسان است. در این پژوهش فرم قربانی (آزار دیده) مورد استفاده قرار گرفت.

یافته‌های پژوهش

یافته‌های توصیفی این پژوهش شامل شاخص‌های آماری مانند، میانگین و انحراف استاندارد برای کلیه‌ی متغیرهای مورد مطالعه در پژوهش ارائه شده است. با ملاحظه‌ی جدول ۱ می‌توان به تفاوت مجموع نمره‌ها در مرحله‌ی اصلی و پی‌گیری در تاکتیک‌های حل تعارض در گروه‌های آزمایش و کنترل پی برد.

¹ -injury

² -concurrent validity

³ -construct validity

جدول ۱. میانگین و انحراف استاندارد تاکتیک‌های برخورد با تعارضات زناشویی در زنان گروه-های زوج درمانی روایتی، زوج درمانی رفتاری تلفیقی و کنترل در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری

متغیر	مرحله گروه‌ها	پیش آزمون		پس آزمون		پیگیری	
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
تاکتیک	NCT	۲۴/۴۵	۹/۱۳	۱۳/۹	۸/۲	۱۲/۵۴	۹/۸۹
	IBCT	۲۴/۷۵	۱۰/۴۹	۷/۴۱	۳/۱۱	۶/۸۳	۲/۹۴
حمله	CO	۲۴/۴۵	۸/۴	۲۴/۶۳	۸/۵۹	۲۴/۸۱	۸/۲۳
	NCT	۱۰/۶۳	۲/۴۶	۱۶/۱۸	۱/۹۴	۱۷/۵۴	۴/۱۸
تاکتیک مذاکره	IBCT	۷/۴۱	۳/۲۳	۱۷/۸۳	۲/۸۲	۱۸/۱۶	۳/۵۱
	CO	۱۰/۴۵	۱/۴۳	۱۰/۴۵	۱/۸۶	۱۱	۲/۱۴
تاکتیک خشونت	NCT	۱۶	۳/۳۴	۸/۳۶	۳/۱۷	۸/۸۱	۶/۲۸
	IBCT	۲۰/۵	۳/۱۴	۸/۵	۱/۲۴	۸/۵۸	۱/۳۷
روانی	CO	۱۶/۹	۲/۴۶	۱۶/۸۱	۲/۴۴	۱۶/۵۴	۲/۴۲

برای مقایسه گروه‌های آزمایش و کنترل بر اساس نمرات پس‌آزمون بعد از کنترل اثر پیش-آزمون، جهت تعیین میزان اثربخشی زوج درمانی روایتی و زوج درمانی رفتاری تلفیقی بر بهبود تاکتیک‌های حل تعارضات زناشویی ابتدا یک تحلیل کواریانس چندمتغیری (مانکوا) انجام گرفت، سپس فرضیه‌های پژوهشی آزمون شدند. نتایج تحلیل کواریانس چند متغیری در جدول ۲ آمده است.

جدول ۲. نتایج تحلیل کواریانس چندمتغیری (مانکوا) روی نمره‌های پس آزمون تاکتیک‌های

حل تعارضات زناشویی در گروه‌های آزمایش و کنترل

آزمون	ارزش	f	df فرضیه	df خطا	سطح معنی‌داری
اثر پیلای ^۱	۱/۰۳	۹/۶۶	۶	۵۴	۰/۰۰۱
لامبدای ویلکز ^۲	۰/۰۹	۱۹/۷	۶	۵۲	۰/۰۰۱
اثر هتلینگ ^۳	۸/۳۳	۳۴/۷۴	۶	۵۰	۰/۰۰۱
بزرگترین ریشه روی ^۴	۸/۱۷	۷۳/۵۲	۳	۲۷	۰/۰۰۱

^۱ - Pillai's Trace

^۲ - Wilks' Lambda

^۳ - Hotelling's Trace

^۴ - Roy's Largest Root

همان‌گونه که در جدول ۲ ملاحظه می‌شود، آزمون‌های آماری تحلیل کواریانس چندمتغیری (مانکوا) در گروه‌های زوج‌درمانی روایتی، زوج‌درمانی رفتاری تلفیقی و کنترل نشان می‌دهد که این گروه‌ها حداقل در یکی از متغیرهای وابسته با یکدیگر تفاوت معنی‌داری دارند. در نتیجه استفاده از تحلیل کواریانس جایز است. جدول ۳ نتایج تحلیل کواریانس تک‌متغیری در متن مانکوا برای نمره‌های پس‌آزمون در متغیرهای وابسته را نشان می‌دهد.

جدول ۳. نتایج تحلیل کواریانس تک‌متغیری در متن مانکوا و مربوط به نمره‌ی پس‌آزمون

تاکتیک‌های حل تعارضات زناشویی

منبع	متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری	اندازه اثر
گروه	تاکتیک حمله	۱۳۱۸/۶۹	۲	۶۵۹/۳۴	۲۱/۳۸	۰/۰۰۱	۰/۶۰
	تاکتیک مذاکره	۳۲۶/۰۹	۲	۱۶۳/۰۴	۳۷/۶۸	۰/۰۰۱	۰/۷۳

همان‌گونه که در جدول ۳ ملاحظه می‌شود نسبت F تحلیل واریانس در تاکتیک حمله ($P=۰/۰۰۱$ و $F=۲۱/۳۸$)، تاکتیک مذاکره ($P=۰/۰۰۱$ و $F=۳۷/۶۸$) و تاکتیک خشونت روانی ($P=۰/۰۰۱$ و $F=۷۹/۳۴$) به دست آمدند. این یافته‌ها نشان می‌دهد که در متغیرهای وابسته (تاکتیک‌های حل تعارضات زناشویی) بین گروه‌های زوج‌درمانی روایتی، زوج‌درمانی رفتاری تلفیقی و کنترل تفاوت معنی‌دار آماری دیده می‌شود. برای اینکه دقیقاً مشخص شود که بین کدامیک از گروه‌های سه‌گانه در متغیرهای وابسته تفاوت وجود دارد از آزمون پیگیری شفه استفاده شد که نتایج آن در جدول ۴ مشاهده می‌شود.

متغیر	گروه‌های مورد مقایسه	تفاوت میانگین‌ها	خطای استاندارد	سطح معنی‌داری
تاکتیک حمله	IBCT - NCT	۶/۴۹	۲/۹۲	۰/۱۰
	CO - NCT	-۱۰/۷۲	۲/۹۸	۰/۰۰۵
	CO - IBCT	-۱۷/۲۱	۲/۹۲	۰/۰۰۱
تاکتیک مذاکره	IBCT - NCT	-۱/۶۵	۰/۶۴	۰/۲۳
	CO ° NCT	۵/۷۲	۰/۹۶	۰/۰۰۱
	CO ° IBCT	۷/۳۷	۰/۹۴	۰/۰۰۱
تاکتیک خشونت روانی	IBCT ° NCT	۰/۱۳	۰/۹۹	۰/۹۹
	CO ° NCT	-۸/۴۵	۱/۰۱	۰/۰۰۱
	CO ° IBCT	-۸/۳۱	۰/۹۹	۰/۰۰۱

همان‌گونه که در جدول ۴ ملاحظه می‌شود، تفاوت بین گروه کنترل و گروه زوج درمانی روایتی در تاکتیک‌های حل تعارض زناشویی (حمله، مذاکره و خشونت روانی) معنادار می‌باشد. هم‌چنین یافته‌ها نشان می‌دهد که تفاوت بین گروه کنترل و گروه زوج درمانی رفتاری تلفیقی در تاکتیک‌های حل تعارض زناشویی (حمله، مذاکره و خشونت روانی) معنادار می‌باشد. هم‌چنین بین گروه زوج درمانی روایتی و گروه زوج‌درمانی رفتاری تلفیقی در تاکتیک‌های حل تعارض تفاوت معنادار نمی‌باشد.

بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌های پژوهش در کل بیانگر آن است که رویکرد زوج درمانی روایتی و زوج‌درمانی رفتاری تلفیقی می‌تواند موجب بهبود تاکتیک‌های حل تعارض در روابط زوجین گردد. یافته‌های این پژوهش در کل فرضیات تحقیق را تایید می‌کند و نشان می‌دهد که می‌توان از این رویکردهای درمانی برای کاهش خشونت‌های فیزیکی و روانی و افزایش مهارت مذاکره در برخورد با تعارض‌ها در روابط زوجین استفاده عملی نمود. هم‌چنین نتایج پژوهش نشان داد که اثرات درمانی این رویکردها در مرحله پیگیری نیز همچنان حفظ شده است. نتایج این پژوهش با نتایج (Stewart, William, Kashdan, Todd, Farrel, 2002) و (Nazari, 2010) و (Stees, 2004) همسو می‌باشد. اثر بخشی IBCT موید این است که مفاهیم و تکنیک‌های مربوط به بافت، الگوهای کلان و پذیرش هیجانی همانند رضایت زناشویی و آموزش مهارت‌های ارتباطی و حل مسئله موجب کاهش خشونت می‌شود (Nazari, 2010).

در زوج‌های گروه IBCT تکنیک‌های تحمل مخصوصاً تمرین‌های وانمود رفتارهای منفی اثربخشی قابل توجهی در کاهش پرخاشگری داشتند. وانمودسازی رفتار منفی آنها را نسبت به رفتارشان آگاه می‌کند. این افزایش آگاهی، به خودی خود رفتار مشکل آفرین را کاهش می‌دهد. علاوه بر این، همین که زوجها لحظاتی را برای انجام رفتارهای منفی انتخاب می‌کنند، آن رفتارها تحت کنترل ارادی آنها در می‌آید. این تجربه به زوجها می‌آموزد که آنها خودشان می‌توانند انتخاب کنند که آیا با هم تعامل داشته باشند و یا به رفتار منفی یکدیگر واکنش نشان دهند. در نهایت زوجها وقتی که می‌بینند با رفتارهای ساختگی مواجه شده‌اند، متمایل می‌شوند که به رفتارهای منفی که طرف مقابل آنها را آزار می‌داد با شدت کمتری واکنش نشان دهند.

مکرراً نشان داده شده است که IBCT تغییرات مورد انتظار در رفتارهای مربوط به روابط و الگوهای ارتباطی ایجاد می‌کند (باکوم و ملمان ۱۹۸۴، دیدیدسون و هورواث ۱۹۹۷، اشنایدر و ویلس ۱۹۸۹) به نقل از کریستینسن و همکاران (۲۰۰۵). آموزش مهارت‌های ارتباطی و حل مسئله که در IBCT مطرح می‌شود، می‌تواند در پیشگیری و بروز خشونت موثر باشد. برای مثال آموزش گوش دادن فعال، آموزش بیان احساسات، استفاده از ضمیر من و مشخص کردن و حذف موانع

ارتباطی کمک می‌کند تا اتهام، تحقیر، بی‌احترامی و تعمیم‌های افراطی کاهش یابد و به تبع آن بروز اختلافات از طریق پرخاشگری به ابراز اختلافات از طریق مذاکره منجر شود. در روایت‌درمانی یکی از تکنیک‌های اساسی درمان، برون‌سازی است. که در این تکنیک از مراجعان درخواست می‌شود تا به مشکل به عنوان چیزی بیرون از خود بنگرند تا جزئی از آن چیزی که هستند (Polkinghorne, 2004).

در جلسات درمان با کمک به زوجین در اصلاح روایت‌هایشان در مورد رفتارها و ویژگی‌های منفی همسرانشان از ثابت بودن، درونی و قابل سرزنش بودن به موقعیتی، تغییر پذیر بودن و غیرقابل سرزنش بودن باعث می‌شود که زوجین موقعیت‌های تعارض برانگیز در روابط زناشوییشان را به گونه‌ای دیگر تعبیر کرده، میزان سرزنش و فاجعه‌سازی از رفتارهای همسر کاهش پیدا کند. در نتیجه احتمال بروز خشونت روانی و فیزیکی کاهش یافته و زوجین به لحاظ عاطفی به یکدیگر نزدیک‌تر شده و این موضوع زمینه را برای مذاکره در خصوص اختلافات فراهم می‌کند. هم‌چنین یافته‌های به دست آمده نشان داد که زوجین گروه زوج‌درمانی روایتی و زوج‌درمانی تلفیقی رفتاری از نظر افزایش سازگاری زناشویی متفاوت نیستند بدین معنا که بین دو روش درمانی بر تاکتیک‌های حل تعارض تفاوت معناداری وجود ندارد.

Refrence

Berenson AB, Wiemann CM, McCombs S(2001). Exposure to violence and associated health risk behaviors among adolescent girls. *Arch pediatr Adolesc Med*;155:1238-42.

Callian, T. & Siewgeok, L. (2009). A study of marital conflict on measures on social support and mental health. Sunway university college.

Cohen M, Maclean H(2002). Violence against Canadian women. *BMC Womens Health*;4 Suppl 1:S22.

Christensen, A. heavy, C.L (1999). Interventions for couples. *Annual reviewe of psychology*. 50: 165-90

Christensen, A; Atkins, D.C; Berns, S. Wheeler, J; Baucom, D.M; & simpson, L.E (2004). Traditional versus integrative behavioral couple therapy for significantly and chronically distressed married couples. *Journal of consulting and clinical psychology* 72.(2): 176-191.

Christensen,A; Gattis, K, & atkins, D.(2005). But how are the kids doing: 2 years follow up of the outcome of couple therapy. Symposium conducted at the meeting of 35 annual congress of European Assosiation for Behavioral Cognitive treatments.thessaloniski, Greece.

Doss, B. D Thum, y. M; sevier, M; Atkins, D.C & Christensen, A(2005). Improving relationship: mechanisms of change in couple therapy. *Journal of consulting and clinical psychology*. 73: (7). 624-633

Dunford, F.W.(2000). The san Diego Navy experiment: An assessment of interrentions for men who. Assault their wives. *Journal of consulting and clinical psychology*, 68, 468-476

Fallahchay, R(2009). The Comparison of Narrative couple Therapy and Cognitive Behavioral Couple Therapy on Marital Conflict. PhD thesis, Allameh Tabatabaee University [Persian].

Gillpatrick, S. (2008). 7ways couples add conflict to conflict. centerstone, wellness program.

Halford, W. K. (2004). The future of couple relationship education: Some suggestions on how it can make a difference. *Family Relations*, 53, 559-566.

Nazari(2010). A comparison between Enhonced Cognitive Behavioral Couple Therapy and Integrative Behavioral Couple Therapy in reducing marital distress and increasing marital satisfaction. University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences. Departman of Clnical Psychology.P.h.D Thesis[Persian].

Owen, J., Duncan, B., Anker, M., & Sparks, J. (2012). Initial relationship goal and couple therapy outcomes at post and six-month follow-up. *Journal of Family Psychology*, 26 (2), 179-186.

Panaghi, I., Dehghani, M., Abbasi, M. (2011). Investigating Reliability, Validity and Factor Structure of the Revised Conflict Tactics Scale. *Journal of Family Research* Vol.7(1);103-117[Persian].

Pariscilla, W. B., & Vandergriff, M. (2001). Marital therapy and marital Power: constructing narratives of sharing relational and positional Power. *Contem Family Therapy*, 23 (31), 259-308.

Polkinghorne, D.E (2004). Narrative and Postmodernism. The handbook of narrative and psychotherapy. London: SAGE publication.

Smithey, M., & Straus, M. A. (2004). Primary prevention of intimate partner violence. In H. Kury & J. Obergfell-Fuchs (Eds.), *Crime prevention~ New approaches* (pp. 239° 276). Mainz/Germany: Weisser Ring Gemeinnutzige Verlagsgmbh.

Richardson J, Petruckevitch A, Chung W, Moorey S, elder G (2002) Identifying domestic violence: Cross sectional study in primary care. *British Medical Journal*; 324: 244.

Siffert, A., & Schwarz, B. (2010). Spouses' demand and withdrawal during marital conflict in relation to their subjective well-being. *Journal of Social and Personal Relationships*, 28(2) 262° 277.

Stewart DE. Robinson GE (1998). A review of domestic violence and women s mental health. *Arch Wom Ment Health*.1(2):83-9.

Straus MA, Hamby SL, Boney-McCoy S, Sugarman DB (1996) The revised conflict tactics scales (CTS2): Development and preliminary psychometric data. *J Fam Issues*.;17(3):283-316.

Stewart, William; Kashdan, D. Todd; O, Farrel, J. Timothy; Birchler, R. Gary (2002). Behavioral Couples Therapy for Drug Abusing Patients: Effects On partner Violence, *Journal of Substance Abuse Treatment*, (22)87-96.

Yilmaz, T. A., & Richer° Rossler, A. (2008). Spouse Abuse. *Ethnology, Neuropsychiatry*, 22 (4), 261, 7.