

The Effectiveness of Spiritual Intervention on Personal and Social Resiliency of Women Victims of Domestic Violence

Porzoor, *P., Abbasi, M., Shojaei, A.

Abstract

Introduction: Past research have been shown strong relationship for the resiliency and extent of the violence in individual. The aim of this study then was to examine the effectiveness of a *Spiritual Intervention* on the personal and social resiliency of women victims of domestic violence.

Method: This is a semi-experimental study with pretest and post-test design that was conducted with the participation of 60 women under the coverage of a charity centre (Komite-Emdad Emam) in the Shiraz city during 2017 year. The sample of study included 40 female victims of violence who were selected using an available sampling method and assigned randomly in the experimental and control group (n= 20). To collect data, demographic questionnaire and Friborg's Resilience Scale for Adults (RSA) were used. The Spiritual Intervention was held in 8 sessions of 90 minutes with group discussion and distribution of educational pamphlets. 15 day after the intervention, the post-test was performed and data were analyzed using a Multivariate Analysis of Covariance (MANCOVA).

Results: Results showed significant increased resiliency mean scores of the women in experimental group compared to the control group after the Intervention. Mean components of Personal and Social Resiliency also increased significantly.

Conclusion: Training religious beliefs by spiritual intervention could increase the individual and social resiliency of women victims of domestic violence Personal and Social Resiliency and is recommended for them.

Keywords: Spiritual Intervention, Resiliency, Women & Domestic Violence.

اثربخشی مداخله معنوی بر تاب‌آوری فردی و اجتماعی زنان قربانی خشونت خانگی

پرویز پرزور^۱، مسلم عباسی^۲، احمد شجاعی^۳

تاریخ دریافت: ۹۶/۰۹/۰۷ تاریخ پذیرش: ۹۷/۰۷/۲۷

چکیده

مقدمه: مطالعات گذشته نشان داده است که خشونت ارتباط زیادی با تاب‌آوری در افراد دارد. لذا هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی آموزش مداخله معنوی بر تاب‌آوری فردی و اجتماعی زنان قربانی خشونت خانگی بود.

روش: مطالعه حاضر یک تحقیق نیمه آزمایشی با طرح پیش-آزمون و پس‌آزمون بود که بر روی زنان تحت پوشش کمیته امداد امام خمینی شهر شیراز در سال ۱۳۹۵ انجام شد. نمونه پژوهش شامل ۴۰ نفر از زنان قربانی خشونت خانگی بود که به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه گمارده شدند (هر گروه ۲۰ نفر). ابزار جمع‌آوری اطلاعات، پرسشنامه تاب‌آوری فرایبورگ و همکاران (RSA) بود. مداخله آموزشی در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای با روش بحث گروهی و توزیع جزوه آموزشی برگزار شد. ۱۵ روز بعد از مداخله آموزشی، پس‌آزمون برگزار گردید و داده‌ها به روش تحلیل کوواریانس چندمتغیری مورد تجزیه و تحلیل آماری قرار گرفت.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که آموزش مداخله معنوی باعث افزایش معنادار میانگین نمرات تاب‌آوری زنان گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل شده است. میانگین مؤلفه‌های تاب‌آوری فردی و اجتماعی نیز بطور معنادار افزایش یافتند.

نتیجه‌گیری: آموزش باورهای مذهبی از طریق مداخله معنوی می‌تواند تاب‌آوری فردی و اجتماعی زنان خشونت دیده را بهبود بخشد و برای آنان توصیه می‌شود.

واژه‌های کلیدی: مداخله معنوی، تاب‌آوری، زنان، خشونت خانگی.

۱- دانشجوی دکتری تخصصی روانشناسی دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران

۲- نویسنده مسئول: استادیار، گروه روانشناسی دانشگاه سلمان فارسی کازرون، فارس، ایران

۳- دانشیار، گروه معارف اسلامی دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران

مقدمه

خشونت خانوادگی مخربترین خشونت نسبت به زنان است، (۱-۲). در خانواده این خشونت از سوی فرد یا افرادی سر می‌زند که به او علاقمند هستند و او را دوست دارند (۳). خشونت رفتاری است که با قصد و نیت آشکار یا پنهان برای وارد کردن آسیب فیزیکی، روانی، اجتماعی به فرد دیگر صورت می‌گیرد (۴-۵). خشونت علیه زنان به معنای هر عمل خشونت آمیز مبتنی بر جنسیت است که سبب بروز یا احتمال بروز آسیب‌های روانی، جسمانی، رنج و آزار و محرومیت زنان از آزادی در زندگی عمومی و خصوصی می‌شود (۶). خشونت خانگی یا همان همسرآزاری شایعترین شکل خشونت علیه زنان، همراه با بیشترین احتمال تکرار، کمترین گزارش به پلیس و بیشترین عوارض اجتماعی، روانی و اقتصادی است (۷). پدیده خشونت خانگی معمولاً با هدف مهار و تسلط انجام می‌شود و ۹۰ درصد موارد نسبت به زنان، ۷ تا ۸ درصد موارد دوطرفه و فقط ۲ تا ۳ درصد نسبت به مردان است (۸). زنان در سراسر زندگی خود به شکل‌های گوناگون همسرآزاری را تجربه می‌کنند که در این راستا می‌توان به خشونت فیزیکی (آسیب‌رساندن به اعضای بدن با کتک)، خشونت عاطفی (تحقیر، تهدید و سرزنش)، خشونت اجتماعی (کنترل رفتارهای زدن، در انزوای اجتماعی قرار دادن) خشونت‌های اقتصادی و خشونت جنسی اشاره نمود (۵). اعمال این نوع خشونت‌ها، علاوه بر عواقب زود هنگام مانند آسیب یا مرگ، دارای پیامدهای بهداشتی دراز مدت از قبیل دردهای مزمن، اختلالات عصبی-گوارشی، بارداری ناخواسته، سردردهای میگرنی، افسردگی خونریزی، عفونت‌های مقاربتی، ایدز، درد لگن و... می‌باشد (۹). شیوع همسرآزاری در نقاط مختلف دنیا متفاوت است؛ برآورد می‌شود که در بیش از نیمی از خانواده‌ها خشونت وجود داشته باشد. بر اساس برخی گزارشات، از هر چهار زن، یک نفر در معرض خشونت است و تقریباً یک سوم زنان جهان دست کم یک بار خشونت را تجربه کرده‌اند (۱۰). آمار سازمان جهانی بهداشت بیانگر آن است که ۱۸ تا ۶۸ درصد زنان کشورهای در حال توسعه و ۲۸ درصد در کشورهای توسعه یافته حداقل یکبار از طرف همسر مورد خشونت قرار گرفته‌اند (۱۱). نتایج مطالعه‌ای در ۲۸ استان کشور شیوع خشونت خانگی را ۶۶ درصد گزارش

کرده بود (۱۲). در مطالعه‌ای دیگر لطیفی، تقدیسی، استبصاری، رحیمی و جوینی (۱۳) شیوع خشونت در تهران را ۳۳/۶ درصد گزارش کردند. بوچنر، مزاسپا و بیاردسیل تاب‌آوری را فرآیند یا توانایی انطباق دادن خود با چالش‌ها و تهدیدات و غلبه بر آنها می‌داند وی بیان می‌دارد که افراد و گروه‌های تاب‌آور، مجهز به مجموعه‌ای از ویژگی‌های مشترک هستند که آنها را برای غلبه بر دگرگونی‌ها و فراز و نشیب‌های زندگی آماده می‌کند (۱۴) با چنین دیدگاهی افرادی که تاب‌آوری بالایی دارند، موقعیت تنش‌زا را بررسی و سپس با اتخاذ راه‌حل‌های منطقی، آن موقعیت‌ها را در مسیری که خود می‌خواهند، هدایت می‌کنند. این افراد در چنین شرایطی احساس خشنودی، خودباوری و اعتماد به نفس می‌کنند (۱۵). از سوی دیگر تاب‌آوری به عوامل و فرآیندهایی اطلاق می‌شود که رشد جسمی و روانشناختی را از خطر گرفتاری به رفتارهای مشکل‌زا و آسیب روانشناختی محافظت کرده و علی‌رغم وجود شرایط ناگوار به پیامدهای ناسازگارانه منتهی می‌شوند. تاب‌آوری به زبان ساده عبارت است از تطابق مثبت در واکنش به شرایط ناگوار (۱۶). در تعریف دیگر تاب‌آوری به قابلیت تطابق انسان در مواجهه با بلا یا یا فشارهای جانکاه، غلبه یافتن و حتی تقویت شدن بوسیله آن تجارب اطلاق می‌شود. این خصیصه با توانایی درونی شخص و مهارت‌های اجتماعی و تعامل با محیط حمایت می‌شود، توسعه می‌یابد و به عنوان یک ویژگی مثبت متبلور می‌گردد (۱۷). از آنجا که نیک فطرت بودن، مذهبی بودن و خوشبین بودن از ویژگی‌های افراد تاب‌آور است، بنابراین افرادی که مذهبی‌ترند تاب‌آوری بیشتری دارند، زیرا اعتقادات دینی و مذهب به انسان آرامش می‌دهد، امنیت فرد را تضمین می‌کند، فرد را در برابر خلأهای اخلاقی، عاطفی و معنوی استحکام می‌دهد و پایگاه محکمی برای انسان در برابر مشکلات و محرومیت‌های زندگی ایجاد می‌کند (۱۸).

در سه دهه گذشته، تحقیق بر روی اثر متقابل معنویت و باورهای دینی و متغیرهای روانشناختی، به طور چشمگیری افزایش یافته است (۱۹). کوین (۲۰)، این مسئله را مورد توجه قرار می‌دهد که مطرح شدن مباحث مربوط به مذهب و معنویت در روان‌شناسی باعث شده است که راهبردهای

درمانی گروهی مبتنی بر رویکرد هیجان مدار و واقعیت درمانی بر رضایت مندی زناشویی زوجین قربانی خشونت نشان دادند به هم پیوسته بودن اجزای روانی انسان (هیجان، شناخت، و رفتار) در یکسان بودن تأثیر این دو رویکرد بر رضایتمندی زناشویی این زوجین تأثیر داشته است. همچنین در پژوهشی آزمایشی السعدی و بسیط (۲۷) در عمان، که هدف آن افزایش انعطاف پذیری دینی دانش-آموزان به کمک مداخلات دین محور در برابر دیگر افکار و عقاید بود، نشان داد گروه آزمایش انعطاف‌پذیری دینی بیشتری کسب کرده اند. آفی چت و همکاران (۲۸) در پژوهشی با عنوان انتقال بین نسلی از باورها و اعمال مذهبی و اثرات این اعتقادات بر کاهش رفتارهای بزهکارانه دریافتند که نوجوانانی که آموزش باورهای مذهبی را دریافت کرده بودند در مقایسه با گروه کنترل از بزهکاری و پرخاشگری کمتری در پس‌آزمون برخوردار بودند. باقرنیا (۲۹) در پژوهشی با عنوان مقایسه اثربخشی آموزش معنویت و تاب آوری بر تاب آوری، شادکامی و خودکارآمدی دانش‌آموزان دبیرستانی دریافت که آموزش معنویت درمانی و تاب آوری باعث افزایش خودکارآمدی گروه‌های آزمایش نسبت به گروه کنترل شده است نتایج آزمونهای تعقیبی نشان داد که آموزش معنویت درمانی بر شادکامی و خودکارآمدی دانش‌آموزان در مقایسه با درمان تاب آوری اثربخش‌تر است. تقدیسی، لطیفی، اسحاق افکاری، دستورپور استبصاری و جمالزاده (۱۳) در مطالعه‌ای با عنوان تأثیر مداخله آموزشی بر افزایش خودکارآمدی و آگاهی زنان برای پیشگیری از خشونت خانگی دریافتند که میانگین نمرات خودکارآمدی قبل و بعد از مداخله از نظر آماری تفاوت معناداری وجود داشت. به عبارتی، برنامه آموزشی بر ارتقاء میانگین متغیرهای مذکور مؤثر بوده است.

به این ترتیب، می‌توان یکی از نیروهای شکل دهنده تاب-آوری و نیز یکی از جنبه‌های درون فردی در امر سلامت روانی را مساله اعتقادات و پای بندی‌های دینی و مذهبی دانست که می‌تواند زمینه ارتقای سلامت روانی او را فراهم آورد. بررسی اثربخشی رشد اعتقادات مذهبی بر تاب آوری به عنوان شاخصی از سلامت روان و همچنین معیاری از توانایی مقابله با استرس می‌تواند مبین نقشی باشد که برای مذهب در روان شناسی مثبت‌نگر محتمل است. غنابخش

مرتبط با آن‌ها، به عنوان شکلی از درمان تلقی شوند. وی بیان می‌کند که انطباق معنویت با درمان‌های مذکور، با در نظر گرفتن مناسبت‌ها و حساسیت‌های فرهنگی، شیوه بالقوه نافی از مداخلات محسوب می‌شود. به‌ویژه زمانی که مراجع، فردی است مذهبی که شکلی از اختلال عملکردی، روان‌شناختی، رفتاری یا فیزیولوژیکی را تجربه می‌کند. اعمال مذهبی و آموزه‌های دینی همراه با آن‌ها، از طریق گشودن فضای ذهنی برای دست‌یابی به ارتباط عمیق با خدا یا قدرت برتر دیگر، سرچشمه‌ای از هیجان‌های مثبت را فراهم می‌کنند که اکثر آن‌ها دارای تأثیرات مثبت بر سلامت روان هستند (۲۱). برخی محققان (۲۲)، معتقدند آن‌چه که دین را در بهبود مسائل بین فردی و بهداشت عمومی، کارآمد می‌کند، افزایش حسن‌ظن و مسئولیت‌پذیرکردن افراد و افزایش حمایت اجتماعی و داشتن درکی بهتر از این حمایت است. به اعتقاد آن‌ها مهمترین جنبه دین در درمان و آموزش، تأمین منابع اجتماعی برای تغییر است. این منابع شامل شکل‌دهی روابط اجتماعی جدید، سازماندهی خانواده و ایجاد دایره جدیدی از دوستان است؛ از این رو، افرادی که دچار انزوای اجتماعی هستند، بهتر می‌توانند از رویکردهای دینی بهره‌مند شوند.

حمید، دهقانی زاده و عبدی (۲۳) در پژوهشی نشان دادند که درمان شناختی رفتاری مذهب محور موجب کاهش افسردگی در زنان مطلقه شده است. کاویانی و همکاران (۱۸) در مطالعه‌ای نشان داد درمان شناختی رفتاری مذهب محور ممکن است به عنوان روشی مؤثر برای افزایش تاب‌آوری در نظر گرفته شود. یوسفی (۲۴) در پژوهشی با عنوان تدوین و ارائه مدل مداخله‌ی توکل (مذهب محور) و مقایسه اثربخشی آن با مدل فراشناخت بر بهبود عملکرد خانواده کارکنان نشان داد که دو رویکرد فراشناخت و مداخله توکل (مذهب محور) بر عملکرد خانواده اثر مثبت یکسانی دارند. کلهرنیا گلکار، بنی جمالی، بهرامی، حاتمی و احدی (۲۵) در پژوهشی نشان دادند آموزش مدیریت استرس همراه با معنویت درمانی، در پس‌آزمون باعث کاهش نمرات اضطراب، فشار خون سیستولیک و افزایش کیفیت زندگی بیماران شده است؛ اما تأثیر معناداری بر فشار خون دیاستولیک نداشته است. برنا، حسن آبادی و قنبری هاشم آبادی (۲۶) در پژوهشی با عنوان مقایسه‌ی اثر بخشی زوج

گروه) در نظر گرفته شد (۳۲). به منظور تعیین معیارهای ورود به پژوهش، مصاحبه‌ی ساختاریافته با تک تک افراد انجام شد. این معیارها عبارت بودند از ۱- دامنه سنی بین ۲۰ تا ۴۵ سال، ۲- داشتن حداقل سواد کافی برای پاسخگویی به سئوالات، ۳- عدم شرکت در سایر جلسات و یا سایر آموزش‌ها، ۴- نداشتن معلولیت جسمانی که مانع شرکت در جلسات آموزشی شود، ۵- حداقل یکسال تحت پوشش کمیته امداد بودن و حداقل یک فرزند داشته باشند و ایرانی الاصل بودن و ۶- اخذ رضایت نامه کتبی و تمایل به شرکت در پژوهش. معیارهای خروج از مطالعه نیز عبارت بودند از: ۱- نمره کمتر از ۱۱۵ در پرسشنامه خشونت خانگی، ۲- غیبت بیش از سه جلسه در برنامه درمانی، ۳- مهاجرت از شیراز، ۴- دریافت هر گونه مداخله روانشناختی یا مددکاری اجتماعی، ۵- داشتن اعتیاد، اختلالات خلقی و وسواس فکر و عملی بر اساس مصاحبه بالینی ساختاریافته و ۶- تمایل نداشتن به ادامه همکاری.

ابزار

۱- پرسشنامه‌ی اطلاعات جمعیت شناختی: این پرسشنامه-ی محقق ساخته سؤالاتی درباره‌ی سن، سطح تحصیلات، وضعیت اقتصادی، وضعیت اشتغال، تعداد فرزندان و ترتیب تولد افراد نمونه پژوهش بود.

۲- پرسشنامه خشونت خانگی: پرسشنامه خشونت خانگی توسط (۱۲) ساخته شد و در سال ۱۳۹۱ بر روی دانشجویان متأهل منطقه ۸ دانشگاه آزاد اسلامی استانداردسازی شد. این پرسشنامه دارای ۴۳ گویه است. این پرسشنامه دو بعد خشونت خانگی یعنی فیزیکی- روانی و کنترل (اقتصادی، جنسی و جبری) را می‌سنجد. این پرسشنامه بر اساس یک طیف لیکرت ۵ گزینه‌ای به صورت ۰= اصلاً، ۱= کمی، ۲= گاهی، ۳= اغلب و ۴= کاملاً تعلق می‌گیرد نمره‌گذاری می‌شود. بر اساس این مقیاس یک نمره کلی برای خشونت خانگی به دست می‌آید. پایایی نمره کل این پرسشنامه با استفاده از روش بازآزمایی بر روی نمونه دانشجویان متأهل ۰/۹۸۷ و همسانی درونی آن به روش آلفای کرونباخ ۰/۹۱۵ گزارش شده است (۱۲). همچنین ضریب پایایی هر یک از زیر مقیاس‌های این پرسشنامه به روش همسانی درونی توسط بهرامی و همکاران در حد مطلوب گزارش شده است (۱۲). در پژوهش تقدیس و همکاران اعتبار آزمون

به بدنه دانش داخلی، برای دست یافتن به تبیین متغیرهای روان‌شناختی با توجه به بافت و فرهنگ بومی، به ویژه در حوزه روان‌شناسی مثبت‌نگر، ضرورتی انکارناپذیر است. از منظر اهمیت عملی، انجام پژوهش‌هایی از این دست (اگر چه در مقیاس اندک) زمینه ساز بنیانهای نظری برای انجام اقداماتی است که آموزه‌های کارگشای مذهبی برای پرورش نسلی تاب‌آور را در چشم انداز پرورشی آینده خود مدنظر دارد. بر همین اساس، پژوهش حاضر به دنبال بررسی این فرض است که آیا مداخله‌ی معنوی دینی بر تاب‌آوری فردی و اجتماعی زنان قربانی خشونت خانگی مؤثر است؟

روش

طرح پژوهش: در این مطالعه از روش پژوهشی نیمه آزمایشی استفاده شد.

آزمودنی‌ها: جامعه آماری این پژوهش را کلیه‌ی زنان

قربانی خشونت خانگی تحت پوشش کمیته امداد شهر شیراز (در تابستان ۱۳۹۵) تشکیل می‌دادند. نمونه پژوهش شامل ۴۰ نفر از زنان قربانی خشونت خانگی بودند که از بین کل زنان دارای ملاک‌های پژوهش به روش نمونه-گیری در دسترس انتخاب و به شیوه تصادفی ساده در دو گروه آزمایش و گواه گمارده شدند. به منظور بررسی شرایط حضور افراد برای ورود به پژوهش، در مرحله اول مقیاس تاب‌آوری فرایبورگ و همکاران (۳۰) تکمیل شد و زنان دارای نمره ۱۱۵ به بالا شناسایی شدند. مرحله دوم که ۳ ماه به طول انجامید، مرحله اجرای برنامه آموزشی مداخله دینی برای گروه آزمایش (در سالن کنفرانس کمیته امداد امام خمینی شهر شیراز) بود. مرحل، سوم یک دو هفته پس از اتمام مداخله، با تکمیل مجدد مقیاس تاب‌آوری فرایبورگ و همکاران انجام شد. مطالعات مشابه نشان می‌دهد که ریزش در این نوع مطالعات تقریباً ۳۰ تا ۵۰ درصد است (۳۱). بنابراین، با توجه به پیش بینی افت و ریزش، از بین زنانی که تمایل به شرکت در پژوهش بودند با توجه به معیارهای ورود، برای ۲ گروه به منظور انجام این پژوهش از ۴۰ نفر (۲۰ نفر برای هر گروه) استفاده شد. در مورد انتخاب نمونه باید اشاره کرد که در روش آزمایشی باید هر زیر گروه حداقل ۱۵ نفر باشد و برای اینکه نمونه انتخاب شده نماینده واقعی جامعه باشد و پژوهش از اعتبار بیرونی بالایی داشته باشد، تعداد نمونه ۴۰ نفر (۲۰ نفر برای هر

ضمن قدردانی از شرکت کنندگان دو گروه پس از آزمون انجام شد.

روند اجرای پژوهش: شیوه اجرا در این پژوهش به این صورت بود که با تهیه مجوز از سوی کمیته امداد امام خمینی و با کسب اجازه از مسئولان و بیان اهداف پژوهش بعد از انجام فراخوان در این مرکز حضور یافته و سپس، از بین ۶۰ زن مراجعه کننده که نمره ۱۱۵ و بالاتر را در مقیاس خشونت خانگی گرفته بودند و توانایی شرکت در پژوهش را داشتند با توجه به ملاک‌های ورود و خروج بصورت ۴۰ نفر انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و گواه گمارده شدند. گروه آزمایش تحت آموزش باورهای مذهبی قرار گرفت مدت جلسات درمانی شامل ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای بود و به صورت گروهی و در هفته یکبار در محلی که کمیته امداد امام خمینی (ره) واقع در سالن کنفرانس فراهم کرده بود اجرا شد. در نهایت داده‌های جمع‌آوری شده و به روش تحلیل کوواریانس چندمتغیری (MANCOVA) مورد تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها

همان‌طور که در جدول ۲ مشاهده می‌شود میانگین (و انحراف معیار) نمره کلی پیش‌آزمون گروه آزمایش در تاب-آوری ۷۳/۶۳ (و ۸/۴۵) می‌باشد. همچنین نمره کلی پس-آزمون گروه آزمایش در تاب‌آوری ۹۴/۱۸ (و ۹/۳۹) می‌باشد. میانگین و انحراف معیار نمره تاب‌آوری گروه گواه در پیش‌آزمون ۷۲/۱۴ (و ۷/۱۴) می‌باشد. همچنین میانگین (و انحراف معیار) نمره پس‌آزمون تاب‌آوری گروه کنترل ۷۷/۵۴ (و ۸/۱۸) می‌باشد.

از طریق تعییت ضریب همبستگی آن با آزمون کیفیت زناشویی رضایتبخش، منفی و معنی‌دار به دست آمد. در این پژوهش برای سنجش اعتبار همزمان این مقیاس از طریق محاسبه ضریب همبستگی آن با نمره تاب‌آوری $r = -0/456$ بدست آمد. همچنین همسانی درونی آن به روش آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس فیزیکی روانی ۰/۷۴۵ و برای کنترل ۰/۶۸۸ بدست آمد که در حد قابل قبولی هستند (۱۳).
۳- مقیاس تاب‌آوری بزرگسالان^۱ (RSA): به منظور اندازه‌گیری تاب‌آوری در این پژوهش از مقیاس تاب‌آوری بزرگسالان استفاده شد. نسخه اولیه آن توسط هجمیدال فرایبورگ، مارتینوس و روزنوینگ (۳۳) تدوین شده و در پژوهش‌های بعدی در آن تجدید نظر شده است (۳۰، ۳۴). جوکار، فرایبورگ و هجمیدال (۳۵) در پژوهشی بین فرهنگی نسخه تجدید نظر شده‌ای از آن تهیه کرده‌اند. این ابزار، یک مقیاس خودگزارشی ۳۷ گویه‌ای است که پاسخ‌ها در این مقیاس بر اساس طیف ۵ درجه‌ای لیکرت تنظیم شده‌اند. که از کاملاً موافقم (۱) تا کاملاً مخالفم (۵) نمره گذاری می‌شود. مقیاس تاب‌آوری بزرگسالان مشتمل بر ۵ خرده مقیاس شایستگی اجتماعی^۲ (۸ سؤال)، حمایت اجتماعی^۳ (۸ سؤال)، انسجام خانوادگی^۴ (۵ سؤال)، شایستگی شخصی^۵ (۱۱ سؤال) و سبک ساختارمند^۶ (۵ سؤال) و همچنین نمره کل تاب‌آوری است. جوکار و همکاران (۳۵) خصوصیات روان‌سنجی این مقیاس را به صورت مبسوطی مورد بررسی قرار داده‌اند و شواهدی دایر بر پایایی و اعتبار مطلوب آن ارائه نموده‌اند. اعتبار سازه، اعتبار پیش‌بین و روایی همگرایی این مقیاس تأیید شده است، همچنین در مورد میزان پایایی، ضریب آلفای کرونباخ بین ۰/۷۶ تا ۰/۸۴ برای خرده مقیاس‌های مختلف و ۰/۹۰ برای کل مقیاس گزارش شده است (۳۵).

شیوه اجرای جلسات: برای آموزش مهارت‌های ارتباطی از بسته آموزشی معنویت فلاح (۱۳۸۹) تهیه و تنظیم گردیده است استفاده شد. بعد از اجرای پیش‌آزمون ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای آموزش معنویت بر اساس مداخلات روانی - معنوی مطرح شده توسط ریچارد و برگین (۳۶) با رویکرد اسلامی و با محوریت مباحثی چون مراقبه، نیایش، صبر، بخشش، نوع‌دوستی و احسان، توکل، شکرگذاری، برای گروه آزمایش اجرا گردید. یک هفته پس از اجرای جلسات

1- Resilience Scale for Adults (RSA)
2- social competence
3- social resources
4- family cohesion
5- personal competence
6- structured style

جلسه اول: تمرکز و مراقبه:
روش: آشنایی و معارفه اعضا، تعیین اهداف تشکیل کلاس‌ها و بیان مقررات گروهی، تعریف مفهوم مراقبه، بیان آثار مراقبه متمرکز و ارائه شیوه‌های علمی برای تمرکز و مراقبه، دادن برگه تکلیف عملکرد روزانه تمرکز من
هدف: آگاهی اعضا از نحوه مراقبه و تمرکز در مورد مسائل مختلف، آموزش شیوه‌های علمی مراقبه و تمرکز به اعضا.
جلسه دوم: نیایش و ارتباط با خدا:
روش: تعریف نیایش، بیان آثار و فواید نیایش و ارتباط با خداوند، استفاده از اشعار بزرگانی چون سعدی و مولانا و خواندن دعایی از صحیفه سجادیه، خواندن نیایش‌های هر یک از اعضا. دادن برگه تکلیف عملکرد روزانه نیایش من
هدف: کمک به اعضا برای ارتباط بهتر با خود و خداوند، رسیدن به آرامش درونی و تخلیه احساسات معنوی اعضا.
جلسه سوم: توکل:
روش: بیان خصوصیات یک انسان متوکل و تعریف درجات و انواع توکل و بررسی نظر اعضا در مورد توکل و تجارب آنها در این زمینه، گفتگو در مورد آثار توکل و نقش آن بر سلامت روان، افزایش تاب‌آوری و کاهش تعارضات و ناسازگاری زناشویی، بیان شیوه‌های توکل، دادن برگه تکلیف عملکرد روزانه توکل من
هدف: آشنایی اعضا با مفهوم واقعی توکل و نحوه و زمان استفاده از توکل، آگاهی از نقش توکل در سلامت روان و آرامش درونی.
جلسه چهارم: صبر:
روش: تعریف صبر و انواع آن، بیان آثار صبر و نقش آن بر تاب‌آوری و بیان شیوه‌های صبر، دادن برگه تکلیف عملکرد روزانه صبر من
هدف: آشنایی اعضا با مفهوم واقعی صبر و نحوه و زمان استفاده از صبر و آگاهی اعضا از نقش صبر در سلامت روان و آرامش درونی.
جلسه پنجم: توبه:
روش: بیان ارکان و شرایط توبه، بیان نقش توبه بر کاهش احساس گناه و اضطراب و تقویت امید. خواندن قصه توبه از بوستان سعدی (باب نهم) و توبه نصح مثنوی مولوی برای اعضا. دادن برگه تکلیف عملکرد روزانه توبه من
هدف: آشنایی اعضا از نقش توبه، جایگاه توبه بر کاهش احساس گناه و افزایش سلامت روان.
جلسه ششم: عفو و بخشش:
روش: بیان انواع بخشایش (بخشیدن دیگران، بخشیدن خود و پذیرش بخشایش)، یافتن ارتباط بخشیدن دیگران و خود، تمرین در جلسه با ایفای نقش دادن برگه تکلیف عملکرد روزانه عفو بخشش من.
هدف: آشنایی اعضا با مفهوم درست بخشش و تفاوت آن باگذشت غیرمنطقی، آگاهی اعضا از انواع و مراحل بخشایش، آگاهی اعضا از تأثیر بسیار مثبت بخشش بر سلامت روان و تاب‌آوری در برابر مشکلات.
جلسه هفتم: تشکر و قدردانی:
روش: تعریف شکر و انواع آن، استفاده از داستانی از تفسیر نمونه و بیان آثار شکر و قدردانی دادن برگه تکلیف عملکرد روزانه شکر و قدردانی من.
هدف: آگاهی اعضا از تأثیر بسیار مثبت شکر و قدردانی بر سلامت روان و تاب‌آوری و کاهش تعارضات زناشویی و مشکلات مرتبط با خشونت.
جلسه هشتم: نועدوستی و احسان:
روش: آشنایی با مفهوم نועدوستی و احسان و روشهای احسان، نועدوستی، استفاده از اشعار سعدی و حکایتی از بوستان و بیان تجربیات اعضا در مورد احسان و نועدوستی دادن برگه تکلیف عملکرد روزانه نועدوستی و احسان من.
هدف: آشنایی با آثار مثبت احسان و نועدوستی بر سلامت روان و آرامش درونی و کاهش تعارضات زناشویی.
جلسه پایانی: جمع‌بندی نهایی از جلسات و پرکردن پرسشنامه‌های پس‌آزمون، قدردانی از اعضا و پایان جلسه.

جدول ۲) میانگین و انحراف استاندارد نمرات تاب‌آوری فردی و اجتماعی در پیش‌آزمون-پس‌آزمون به تفکیک گروه‌ها

موقعیت متغیر		آزمایش				گواه	
		پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پس‌آزمون	
		SD	M	SD	M	SD	M
شایستگی اجتماعی		۱۶/۱۳	۱/۱۳	۱۹/۱۲	۲/۱۳	۱۷	۱/۰۵
حمایت اجتماعی		۱۵/۳۳	۱/۰۶	۱۸/۳۳	۱/۳۹	۱۶	۱
انسجام خانوادگی		۹/۳۶	۰/۹۶	۱۶/۱۴	۱/۱۰	۱۰/۱۳	۱/۳۲
شایستگی فردی		۲۴/۳۶	۲/۴۵	۲۸/۴۱	۲/۱۸	۲۴/۴۱	۲/۱۲
سبک ساختارمند		۸/۴۵	۰/۸۸	۱۲/۱۸	۱/۱۴	۱۰	۱/۰۳
تاب‌آوری کل		۷۳/۶۳	۸/۴۵	۹۴/۱۸	۹/۳۹	۷۷/۵۴	۸/۱۸

جدول ۳) نتایج آزمون باکس و لون در مورد پیش‌فرض تساوی واریانس‌های دو گروه در نمرات تاب‌آوری در گروه‌ها

مفروضه نرمال بودن			P	F	DF2	DF1	ام باکس
			۰/۳۱۸	۱/۲۳۸	۴/۷۴	۴۵	۷/۳۸
P	درجه آزادی	Z	P	F	DF2	DF1	آزمون لون
۰/۵۲	۴۰	۰/۹۳۲	۰/۱۹۲	۱/۸۹	۳۸	۱	شایستگی اجتماعی
۰/۶۳	۴۰	۰/۹۵۷	۰/۲۶۹	۱/۴۱	۳۸	۱	حمایت اجتماعی
۰/۴۷	۴۰	۰/۹۱۹	۰/۰۱۸	۳/۰۶	۳۸	۱	انسجام خانوادگی
۰/۵۱	۴۰	۰/۹۲۱	۰/۶۱۹	۰/۲۳۰	۳۸	۱	شایستگی فردی
۰/۶۳	۴۰	۰/۹۵۵	۰/۵۴۲	۰/۱۷۱	۳۸	۱	سبک ساختارمند
۰/۵۲	۴۰	۰/۹۴۷	۰/۳۰۸	۱/۰۶	۳۸	۱	تاب‌آوری کل

متغیرهای مورد نظر در دو گروه وجود ندارد. برای اثبات همگونی شیب رگرسیونی مقدار F تعامل بین متغیر همپراش و مستقل را محاسبه کردیم که معنادار نبود بنابراین پیش-فرض همگونی شیب رگرسیونی برای متغیر تاب‌آوری به درستی رعایت شده است. در این پژوهش با محاسبه ضریب همبستگی بین پیش‌آزمون مؤلفه‌های تاب‌آوری مفروضه عدم هم‌خطی چندگانه بین متغیرهای همپراش برآورده شد. از آنجا که در این پژوهش متغیرهای همپراش (تاب‌آوری فردی و اجتماعی) قبل از ارائه آموزش به گروه آزمایشی ارائه شده است. بنابراین مفروضه اجرای همپراش (پیش‌آزمون) قبل از شروع تحقیق نیز به درستی رعایت شده است. در جدول ۴ اطلاعات مربوط به شاخص‌های اعتباری آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری آمده است.

همانطور که در جدول ۴ مشاهده می‌شود، عامل بین آزمودنی‌های گروه (مداخله‌ی معنوی) بر مؤلفه‌های تاب‌آوری

قبل از استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری جهت رعایت فرض‌های آن، از آزمون‌های باکس و لون استفاده شد. براساس آزمون باکس که برای هیچ یک از متغیرها ($P=0/318$ و $F=1/238$ و $BOX=7/38$) معنی‌دار نبوده است، شرط همگنی ماتریس‌های واریانس/کوواریانس به درستی رعایت شده است. بر اساس آزمون لون و عدم معنی داری آن برای همه متغیرها، شرط برابری واریانس‌های بین گروهی نیز رعایت شده است. برای بررسی توزیع نرمال هر یک از متغیرها، نتایج آزمون کالموگراف-اسمیرنف^۱ یک بعدی مورد توجه قرار گرفت. با توجه به این که مقدار Z این آزمون در تمامی مؤلفه‌های (تاب‌آوری فردی و اجتماعی، بین $+1/96$ و $-1/96$ قرار داشت)، از این رو می‌توان گفت که توزیع نمرات کلیه متغیرها در مرحله پیش-آزمون مورد مطالعه دارای شکل نرمال بود.

بررسی مفروضه خطی بودن بین متغیرها با استفاده از روش ترسیم نمودار پراکنندگی^۲ برآورده شد، در این پژوهش، از نمودار شاخ و برگ^۳ برای شناسایی داده‌های پرت استفاده شد. نتایج نمودار شاخ و برگ نشان داد که داده پرتی در

1- Kolmogorov –Smirnov
2- scatter plot
3- Stem

فردی و اجتماعی با $(F_{(۳۳,۶)} = ۳۳/۹۱, P < ۰/۰۰۱)$ اثر معنی‌داری دارد. به عبارت دیگر این فرضیه که مداخله‌ی معنوی مؤثر است در سطح معنی‌داری $P < ۰/۰۰۱$ تأیید می‌شود.

جدول ۴) اطلاعات مربوط به شاخص‌های اعتباری آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری (MANCOVA)

آزمون	ارزش	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	F	معناداری	اِتا
لامبدای ویلکز	۰/۳۷۶	۶	۳۳	۳۳/۹۱	۰/۰۰۱	۰/۶۲۴

جدول ۵) نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چند متغیری برای مؤلفه‌های تاب‌آوری فردی و اجتماعی گروه آزمایش و گروه گواه

متغیر	مؤلفه	مجموع مجذورات	درجه آزادی			F	معناداری	اِتا
			کل	خطا	گروه			
تاب‌آوری	شایستگی اجتماعی	۳۳۱/۲۲	۴۰	۳۸	۱	۶۳/۲۶	۰/۰۰۱	۰/۵۵۵
	حمایت اجتماعی	۲۱۸/۳۶	۴۰	۳۸	۱	۶۰/۲۱	۰/۰۰۱	۰/۵۲۳
	انسجام خانوادگی	۳۸۹/۴۲۱	۴۰	۳۸	۱	۸۹/۰۲	۰/۰۰۱	۰/۶۲۵
	شایستگی فردی	۲۲۲/۶۰	۴۰	۳۸	۱	۵۷/۳۸۳	۰/۰۰۱	۰/۵۱۳
	سبک ساختارمند	۳۰۱/۰۲	۴۰	۳۸	۱	۷۱/۱۲	۰/۰۰۱	۰/۵۷۹
	تاب‌آوری کل	۴۱۲۳/۱۰	۴۰	۳۸	۱	۲۳۱/۹۰	۰/۰۰۱	۰/۶۳۱

شواهد در حال رشدی وجود دارد که دینداری می‌تواند افراد را در برابر فشارهای روانی (مانند افسردگی، اضطراب، خشم، پریشانی و ناامیدی) محافظت کند و تسهیل‌کننده‌ی روند بهبود باشد (۲۸). یکی از دلایل این تغییرات می‌تواند به دلیل قرار گرفتن فرد در گروه باشد. گروه باعث افزایش آگاهی افراد درباره خودشان، در اثر تعامل با سایر اعضا و دریافت بازخورد از آنها می‌شود همچنین، به ارتقای مهارت‌های بین فردی، اجتماعی و انطباق افراد با محیط کمک می‌کند (۲۷). این موقعیت سبب ایجاد حمایت اجتماعی برای اعضای گروه می‌شود. همچنین، این حمایت بر اساس پژوهش‌های پیشین عاملی مهم در کاهش سطح آزدگی روانی می‌باشد. دیگر اینکه آرام‌سازی که در شروع و پایان هر جلسه انجام می‌شد و کارهایی که در مدت جلسه‌های درمان از قبیل دعا، نیایش، ارتباط با خدا، توکل به خدا (۲۳). همچنین، بخشش باعث ایجاد تجربیات معنوی روزانه شده که خود اثرات کاهنده بر روی احساس درماندگی و پی‌پناهی دارند بخشودگی، بخشش مذهبی و واگذاری مشکلات به خدا (قدرت برتر) نیز در این زمینه کمک‌کننده بودند. از سوی دیگر نخستین و مهمترین عامل مربوط به تأثیر ویژه معنویت درمانی در بهبود نگرش و تفسیر فرد نسبت به زندگی و یا افسردگی، ناامیدی و قربانی‌خسونت شدن است. اهمیت عامل فشارآور از طریق ارزیابی‌های شناختی که تحت تأثیر باورها و ارزش‌های فردی، مانند کنترل فردی و باورهای وجودی و معنوی قرار

بر اساس نتایج حاصل از آزمون مانکوا، مداخله‌ی معنوی بر شایستگی اجتماعی با $(F_{(۳۸,۱)} = ۶۳/۲۶, P < ۰/۰۰۱)$ ، انسجام خانوادگی با $(F_{(۳۸,۱)} = ۶۰/۲۱, P < ۰/۰۰۱)$ ، شایستگی شخصی با $(F_{(۳۸,۱)} = ۵۷/۳۸۳, P < ۰/۰۰۱)$ ، سبک ساختارمند با $(F_{(۳۸,۱)} = ۷۱/۱۲, P < ۰/۰۰۱)$ و تاب‌آوری کل با $(F_{(۳۸,۱)} = ۲۳۱/۹۰, P < ۰/۰۰۱)$ اثر معنی‌داری دارد. نتایج جدول نشان می‌دهد که میانگین نمرات مؤلفه‌های بهزیستی تاب‌آوری فردی و اجتماعی بین گروه‌های مداخله‌ی معنوی و گروه گواه تفاوت معناداری وجود دارد به عبارت دیگر، این یافته‌ها بیانگر افزایش تاب‌آوری در گروه آزمایش نسبت به گروه گواه شده است.

بحث

نتایج نشان داد که آموزش عقاید مذهبی و مداخله معنوی باعث ارتقاء تاب‌آوری زنان قربانی‌خسونت می‌شود. در واقع مداخله معنوی در این پژوهش توانست ۰/۶۳ درصد تاب‌آوری کلی زنان قربانی‌خسونت را پس از ۸ جلسه مداخله بهبود بخشد.

نمره تاب‌آوری فردی و اجتماعی با اندازه اثر ۰/۶۳۱ در گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل شده است. این نتایج با مطالعات دیگر برای مثال (۱۳، ۱۸، ۲۲، ۲۳، ۲۷-۲۹) همخوانی دارد.

این سه مؤلفه عبارتند از تعهد، کنترل و مبارزه جویی، در واقع افراد آموزش دیده باور به تغییر، دگرگونی و پویای زندگی و این نگرش که هر رویدادی لزوماً به معنای تهدیدی برای امنیت و سلامت انسان نیست، انعطاف پذیری شناختی و بردباری در برابر رویدادهای سخت استرس‌زا (قربانی خشونت و آزار) و موقعیت‌های مبهم را به دنبال دارد. کوباسا و پوکتی (۳۹) باور دارند که افرادی که خوشبینی، امید و وظیفه شناسی بالایی دارند چون از حس کنجکاوی بالا، گرایش به داشتن تجارب جالب و معنی دار، ابراز وجود، پرنرژزی و این که تغییر در زندگی، امری طبیعی است، می‌تواند در سازش فرد با رویدادهای تنیدگی زای زندگی سودمند باشند. بررسی‌ها گویای آن هستند که تاب آوری به عنوان یک متغیر در حیطه روانشناسی مثبت نگر با سلامت بدنی و روانی رابطه مثبت دارد و به عنوان یک منبع مقاومت درونی، تأثیرات منفی استرس را کاهش می‌دهد و از بروز اختلال‌های بدنی و روانی پیشگیری می‌کند (۴۰، ۴۱).

یافته‌های پژوهش ما در ارتباط با تأثیر مداخله معنوی بر شایستگی اجتماعی، حمایت اجتماعی، انسجام خانوادگی نشان داد که آموزش عقاید مذهبی و مداخله معنوی باعث ارتقاء شایستگی اجتماعی، حمایت اجتماعی، انسجام خانوادگی زنان قربانی خشونت می‌شود. در واقع مداخله معنوی در این پژوهش توانست به ترتیب ۰/۵۵ شایستگی اجتماعی، ۰/۵۲ حمایت اجتماعی و ۰/۶۲ درصد انسجام خانوادگی زنان قربانی خشونت را پس از ۸ جلسه مداخله بهبود بخشد.

در واقع با آموزش مداخله‌ی معنوی سطح تاب‌آوری زنان قربانی خشونت خانگی بالا رفته و تاب آوری، توان افراد را برای مقابله بالا برده و به افراد در رویارویی با استرس کمک می‌کند. همچنین تاب آوری، توانایی افراد را به منظور کنترل موقعیت، تعهد به وظایف و رویارویی با پیشامدها بیشتر می‌کند. تبیین تاب‌آوری در برابر عوامل استرس‌زا را علاوه بر عوامل شخصی و خانوادگی، می‌توان در سایر عوامل ارتباطی و محیطی نیز نشان داد. عواملی مثل، لذت بردن از شغل یا رضایت شغلی، پیوستگی با همکاران سالم و غیر بزه‌کار، تعهد بالا به وظایف محوله و تسلط هیجانی، اخلاقیات، دلبستگی بالا به همکاران سالم، هنجارهای اجتماعی، و ارتباطات سالم با دیگر افراد.

دارد تعیین می‌شود. افراد بر مبنای منابع در دسترس و از راه‌های گوناگون کنار آمدن، استرس خود را مدیریت می‌کنند. از این دیدگاه می‌توان گفت که باورها، ارزیابی‌های شناختی مهم را در فرآیند مقابله تحت تأثیر قرار می‌دهند و از این رو معنویت می‌تواند به افراد کمک کند تا وقایع منفی را به شیوه متفاوتی ارزیابی نمایند. بنابراین معنویت حس قویتری از کنترل و مبارزه‌جویی را ایجاد می‌نماید که نوعی تاب‌آوری است و از این راه به سازگاری روانی زنان قربانی خشونت کمک می‌کند (۱۸).

همچنین تأثیر ارتباط، نیایش و آیین‌های معنوی در عصر حاضر نیز اهمیت برقراری رابطه تا حدی است که انسان، پیوسته در جهت ابداع و ساخت انواع وسایل، ابزارها و همچنین معنویت جستجوی قداست در زندگی است و فرد از راه ارتباط با هسته و یا منبع قداست به صورت خارق العاده ای خود نیز مقدس می‌شود و به آرامش و سلامت روان می‌رسد (۳۷).

از سوی دیگر نصیر (۳۸) معتقد است که چون تاب‌آوری به سبب بالابردن سطح سلامت سبب بالا رفتن خودکارآمدی و احساس توانمندی افراد در وظایف محوله می‌شود که به آنها اجازه می‌دهد با موفقیت چالش‌های زندگی را پشت سر بگذارند. این افراد احساس ناامیدی، تنهایی و قربانی خشونت و آزار کمتری داشته و از این مهارت برخوردارند که به یک مشکل به عنوان مسئله‌ای که می‌توانند آن را کند و کاو کنند، تغییر دهند، تحمل کنند و یا به طرق دیگر حل کنند، نگاه کنند و همین موضوع و توان تحمل آن‌ها در برابر مشکلات سبب چشم انداز مثبت و خوشبینی آن‌ها به زندگی می‌شود. خوشبینی یکی از ویژگی‌های افراد تاب‌آور است، این گونه افراد با وجود قرار گرفتن در محیط‌های پر خطر و آسیب‌زا، روان‌شان آسیبی نمی‌بیند و با مسائل و مشکلات زندگی به دید مثبت و همراه با خوشبینی نگاه می‌کنند و همین نگرش مثبت سبب افزایش میزان تحمل آنان در برابر مشکلات می‌شود، اینگونه افراد برای آینده‌شان هدف و برنامه داشته و زندگی برایشان معنادار است و به دلیل میزان بالای خوشبینی و باورهای مثبت در آنان پس از شکست، نا امید و دلسرد نشده و بر میزان تلاش‌های خود می‌افزایند. در واقع مداخله‌ی معنوی با تعریفی ترکیبی، از باورها مربوط به خود، خویشتن و جهان سه مؤلفه را در افراد آموزش می‌دهد.

- 4- García-Moreno C, Jansen HA, Ellsberg M, Heise L, Watts C. WHO multi-country study on women's health and domestic violence against women: initial results on prevalence, health outcomes and women's responses: World Health Organization. 2005.
- 5- Shahabadi A, Amimi K. The impact of ethnicity on violence against women in Tekab city. *J Order Security Police*. 2010; 1(3): 55-78.
- 6- Aghakhani N, Eftekhari A, Zare Kheirabad A, Mousavi E. Evaluation of husbands' violence against women and the impact of various factors on the incidence in women referred to forensic city of Urmia in 2011-2012. *Journal of Forensic Medicine*. 2012; 18: 69-78.
- 7- Balali Meybodi F, Hassani M. Prevalence of violence against women by their partners in Kerman. *Iranian journal of psychiatry and clinical psychology*. 2009; 15(3): 300-7.
- 8- Moasheri N, Miri M, Abolhasannejad V, Hedayati H, Zangoie M. Survey of prevalence and demographical dimensions of domestic violence against women in Birjand. *Modern Care Journal*. 2012; 9(1): 32-9.
- 9- Sheikhan Z. Domestic Violence in Iranian Infertile Women. *International Journal of Fertility & Sterility*. 2015; 9: 103.
- 10- Öyekçin DG, Yetim D, Şahin EM. Psychosocial factors affecting various types of intimate partner violence against women. *Turkish Journal of Psychiatry*. 2012; 23(2).
- 11- Taherkhani S, Negarandeh R, Simbar M, Ahmadi F. Iranian women's experiences with intimate partner violence: a qualitative study. *Health promotion perspectives*. 2014; 4(2): 230.
- 12- Bahrami G. Domestic violence on women: Evidence from Iran. *Asian Journal of Research in Social Sciences and Humanities*. 2014; 4(5): 688-94.
- 13- Taghdis MH, Latifi M, Eshaghafkari M, Dastorpour M, Stebsari F, Jamalzade F. The effect of educational intervention on increasing self-efficacy and awareness of women for preventing domestic violence. *Journal of Health Education and Promotion*. 2014; 3(1): 32-8.
- 14- Buckner JC, Mezzacappa E, Beardslee WR. Characteristics of resilient youths living in poverty: The role of self-regulatory processes. *Development and psychopathology*. 2003; 15(1): 139-62.
- 15- Sadeghi A, Agha Yousefi A, Safarian Najja M. Comparison of the Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy and Combining Drug Therapy and Cognitive-Behavioral Therapy on Resiliency and Stress of Trafficked Women Payame Noor University of Tehran. 2009.
- 16- Hossein Al-Madani SA. Resilience, identity styles and personality traits in opiate addicts and opiate addicts, individuals, and non-addicted

همچنین نتایج نشان داد که آموزش عقاید مذهبی و مداخله معنوی باعث ارتقاء شایستگی فردی و سبک ساختارمند زنان قربانی خشونت می‌شود. در واقع مداخله معنوی در این پژوهش توانست به ترتیب ۵۱٪ شایستگی فردی و ۵۸٪ درصد سبک ساختارمند زنان قربانی خشونت را بهبود بخشد. می‌توان گفت معنویت خانواده با مکانیزم‌های خاص خود به نوعی، باورهای مثبت و کارآمدی را در اعضای خانواده پرورش می‌دهد و همچنین مانع از جای گرفتن باورهای مخرب ارتباطی در سیستم شناختی آنها می‌شود و از این طریق می‌تواند کیفیت ارتباط و همچنین زندگی خانوادگی را تحت تأثیر قرار دهد.

در مجموعه با توجه به مطالب با آموزش مداخله‌ی معنوی به زنان قربانی خشونت تاب‌آوری فردی و اجتماعی آنها افزایش یافته و تاب‌آوری با تلفیق با، سه عنصر آمادگی شخصیتی، محیط خانوادگی حمایتی و سیستم حمایتی خارجی یا به تعبیری دیگر، عوامل فردی، عوامل خانوادگی و عوامل حمایتی محیطی می‌تواند باعث رشد سلامتی و تحمل سطح آزار روانی در زنان قربانی خشونت شود.

مشکلات مربوط به مختص بودن جامعه به زنان قربانی خشونت شهر شیراز، مکان آموزش برنامه و عدم استانداردهای لازم و نداشتن مرحله پیگیری به منظور بررسی ثبات مداخله از جمله محدودیت‌های هستند که در این پژوهش برجسته‌اند؛ بنابراین پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی، این موارد مورد توجه قرار گیرد تا به تعمیم پذیری نتایج کمک کند. همچنین پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده از این روش آموزشی هم در مراکز کلینیکی و هم برای اختلالات دیگر از جمله اختلالات درد، اختلال استرس‌پس از سانحه (PTSD)، زنان و کودکان مورد آزار جسمی و هیجانی، خانواده‌های آشفته و دانش‌آموزان دارای والد در معرض طلاق مورد استفاده قرار گیرد تا اثربخشی آن ثابت شود.

منابع

- 1- Azam Azadeh M, Dehghanfard R. Violence against women in Tehran. *Women's Studies*. 2006; 1(2): 159-79. [Persian].
- 2- Bakhshi Surshjany L. Violence Against Women. *Educational Research Azad University Bojnourd* 2006; 7: 50-33. [Persian].
- 3- Ezazy Sh. Perpetual victims of violence. *Women*. 2002; 93: 17-25. [Persian].

- 29- Bagherinia H. The Comparison of the Effectiveness of Teaching Spirituality and Resiliency with Efficacy among High School Students in Iran. *European Online Journal of Natural and Social Sciences*. 2015; 4(1): 153-60.
- 30- Friberg O, Hjemdal O, Rosenvinge JH, Martinussen M. A new rating scale for adult resilience: what are the central protective resources behind healthy adjustment? *International journal of methods in psychiatric research*. 2003; 12(2): 65-76.
- 31- Walach H NE, Zier C, Dietz-Waschkowski B, Kersig S, Schüpbach H. . Mindfulness-based stress reduction as a method for personnel development: A pilot evaluation. *International Journal of Stress Management*. 2007; 14(2): 188.
- 32- Delavare A. Theoretical and practical foundations of research in humanities and social sciences. Tehran: Growth Publishing, 2011.
- 33- Hjemdal O, Friberg O, Martinussen M, Rosenvinge J. Preliminary results from the development and validation of a Norwegian scale for measuring adult resilience. *Journal of the Norwegian Psychological Association*. 2001; 38(4): 310-7.
- 34- Hjemdal O, Friberg O, Stiles TC, Rosenvinge JH, Martinussen M. Resilience predicting psychiatric symptoms: A prospective study of protective factors and their role in adjustment to stressful life events. *Clinical Psychology & Psychotherapy: An International Journal of Theory & Practice*. 2006; 13(3): 194-201.
- 35- Jowkar B, Friberg O, Hjemdal O. Cross-cultural validation of the Resilience Scale for Adults (RSA) in Iran. *Scandinavian Journal of Psychology*. 2010; 51(5): 418-25.
- 36- Richards P, Bergin AE. Casebook for a spiritual strategy in counseling and psychotherapy: American Psychological Association. 2004.
- 37- Pargament KI. The psychology of religion and coping: Theory, research, practice: Guilford Press. 2001.
- 38- Nasir M. The relationship between coping styles, resiliency and optimism among high school girl students in Dezfoul. *Journal of new in psychology*. 2011: 55-68.
- 39- Kobasa SC, Puccetti MC. Personality and social resources in stress resistance. *Journal of personality and social psychology*. 1983; 45(4): 839.
- 40- Lazarus A. Relationships among indicators of child and family resilience and adjustment following the September 11, 2001 tragedy. The Emory center for myth and ritual in American life Available on: www.marila.emory.edu/faculty/Lazarus.htm. 2004.
- 41- Brooks MV. Health-Related Hardiness and Chronic Illness: A Synthesis of Current Research. *InNursing forum*. 2003; 38(2): 11-20.
- individuals. Islamic Azad University: Science and Research Branch. 2012.
- 17- Kliever W, Murrelle L. Risk and protective factors for adolescent substance use: findings from a study in selected Central American countries. *Journal of adolescent health*. 2007; 40(5): 448-55.
- 18- Kaviani Z, Hamid N, Enayati M. The Effect of Cognitive Behavioral Therapy on Resilience of Couples. *Knowledge and Research in Applied Neuroscience*. 2014; 15(2): 25-44.
- 19- Rosmarin DH, Pargament KI, Robb III HB. Introduction. *Cognitive and Behavioral Practice*. 2010; 17(4): 343-7.
- 20- Masters KS. The role of religion in therapy: Time for psychologists to have a little faith? *Cognitive and Behavioral Practice*. 2010; 17(4): 393-400.
- 21- Reza Masouleh S, Sheikhol Eslami F, Khodadadi N, Yazdani MA. Study the role of the religious beliefs on general health status of the members of pensioners association of Guilan University of Medical Sciences–Rasht. *Journal of Holistic Nursing And Midwifery*. 2010; 20(1): 22-6.
- 22- van der Meer Sanchez Z, Nappo SA. Religious treatments for drug addiction: an exploratory study in Brazil. *Social Science & Medicine*. 2008; 67(4): 638-46.
- 23- Hamid N, Dehghanizadeh Z, Abdi MTEoC-BPoDiDW. The Effectiveness of Cognitive-Behavioral Psychotherapy on Depression in Divorce Women. *Family counseling and psychotherapy*. 2011; 1(1): 54-64.
- 24- Yousefi N. Compilation and presentation of a model of trust-based (religion-based) and comparing its effectiveness with the meta-cognitive model on improving the family function of the staff. *Journal of Clinical Psychology*. 2015; 1(25): 1-13.
- 25- Clarenia Golkar M BJS, Bahrami H, Hatami H and Ahadi H. The Effectiveness of Combining Stress Management Training and Spirituality Therapy on Blood Pressure, Anxiety, and Quality of Life in Patients with High Blood Pressure. *Journal of Clinical Psychology*. 2013; 6(3): 1-11.
- 26- Borna M, Hassan Abadi H, Ghanbari H. Comparison of the efficacy of group therapy coupled with emotional-therapeutic approach and therapeutic reality on marital satisfaction of couples. *Journal of Clinical Psychology*. 2014; 4(28): 37-44.
- 27- Al Sadi FH, Basit TN. Religious tolerance in Oman: addressing religious prejudice through educational intervention. *British Educational Research Journal*. 2013; 39(3): 447-72.
- 28- Chamratrithirong A, Miller BA, Byrnes HF, Rhucharoenpornpanich O, Cupp PK, Rosati MJ, et al. Intergenerational transmission of religious beliefs and practices and the reduction of adolescent delinquency in urban Thailand. *Journal of adolescence*. 2013; 36(1): 79-89.