

بررسی تأثیر درمان دیالکتیک- رفتاری با رویکرد مذهبی جهت درمان خشونت علیه شریک جنسی در مردان، ارومیه، ۱۳۸۷-۱۳۸۶ (کار آزمایشی بالینی)

دکتر حسین موسی زاده^{۱*}، دکتر عفت السادات مرقاتی خویی^۲، دکتر علی اصغر اصغر نژاد فرید^۳،
دکتر طاها مرقاتی خویی^۴، دکتر علی صدقیانی فر^۵، دکتر عباس متولیان^۶

تاریخ دریافت: ۱۳۹۰/۰۸/۳۰ تاریخ پذیرش: ۱۳۹۱/۰۱/۲۵

چکیده

پیش زمینه و هدف: خشونت علیه شریک جنسی تهدید کننده جدی سلامت عمومی است و اکثر درمان‌ها بر روی قربانی انجام شده‌اند لذا لازم است درمان‌های دیگری بر روی مرتکبین خشونت بررسی شوند.

مواد و روش: برای بررسی تأثیر درمان دیالکتیک رفتاری با رویکرد مذهبی بر روی خشونت علیه شریک جنسی ۳۸ مرد مرتکب خشونت فیزیکی در یک مطالعه کار آزمایشی کنترل شده تصادفی شده ارزیابی شدند. تخصیص تصادفی بلوک بندی شده برای تقسیم مراجعین به گروه مداخله و مقایسه بکار برده شد. در گروه مداخله از درمان دیالکتیک رفتاری با رویکرد مذهبی و در گروه مقایسه از درمان شناختی استفاده شد. خشونت علیه شریک جنسی و مذهبیت دو ماه قبل و بعد از مداخله توسط پرسش‌نامه‌های استاندارد خشونت علیه شریک جنسی دانشگاه علوم پزشکی ایران و مقیاس تعدیل شده طرح مذهبیت دانشگاه بوستون اندازه گیری شدند.

یافته‌ها: ۱- روان‌درمانی دیالکتیک رفتاری با رویکرد مذهبی در کاهش خشونت علیه شریک جنسی مؤثرتر از روان‌درمانی شناختی است ($p=0/018$ برای خشونت فیزیکی و $p=0/011$ برای خشونت روانی). ۲- مذهبیت با خشونت علیه شریک جنسی همبستگی منفی دارد ($TS=0/711$).

بحث و نتیجه گیری: نتایج نشان داد که مذهبیت همبستگی معکوسی با همسر آزاری دارد و خشونت علیه همسر را در مردان مرتکب به آن می‌توان به نحو مؤثرتری با روان‌درمانی جامع و دیالکتیک رفتاری رفتاری با رویکرد مذهبی درمان نمود.

کلید واژه‌ها: خشونت علیه همسر، مذهبیت، درمان دیالکتیک- رفتاری، درمان شناختی

دو ماهنامه دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، دوره دهم، شماره سوم، پی در پی ۳۸، مرداد و شهریور ۱۳۹۱، ص ۴۳۹-۴۲۹

آدرس مکاتبه: ارومیه، مرکز تحقیقات توسعه اجتماعی و ارتقاء سلامت ارومیه، تلفن: ۰۹۱۴۳۴۵۹۴۰۸

Email: Hoseinmosazadeh@Gmail.com

^۱ دبیر مرکز تحقیقات توسعه اجتماعی و ارتقاء سلامت ارومیه دکتری پزشکی و دوره عالی بهداشت روان (نویسنده مسئول)

^۲ استادیار ارتقاء بهداشت دانشگاه علوم پزشکی تهران

^۳ استادیار روانشناسی بالینی دانشگاه علوم پزشکی تهران

^۴ استادیار هیات سازمان سمت تهران

^۵ رئیس مرکز بهداشت ارومیه (پزشک عمومی)

^۶ استادیار اپیدمیولوژی بالینی دانشگاه علوم پزشکی تهران

مقدمه

آمار مربوط به خشونت علیه شریک جنسی^۱ متفاوت است. مطالعه‌ای در شهر ساری نشان می‌دهد که ۷۳/۵ درصد زنان، خشونت فیزیکی و ۹۲/۲ درصد ایشان خشونت روانی یعنی فحاشی یا لحن تند و ۴۶/۶ درصد نیز خشونت جنسی را تجربه کرده‌اند، (۱) این آمار تأسف بار بوده و مداخله جدی را می‌طلبد. شیوع سنجی دیگری نشان می‌دهد که اکثر زنان ایرانی قربانی خشونت علیه همسر بوده‌اند (۲) و فرزندان این زنان عوارض آسیب‌های متعددی را تحمل می‌کنند (۳) محقق ایرانی دیگری تأثیر زندانی کردن مهاجم را بر روی ادراکات زنان قربانی بررسی کرده و نتیجه گرفته است که زنان قربانی بعد از زندانی شدن مهاجم درک بهتری از حقوق خود دارند (۴).

خشونت علیه همسر در فرهنگ و ادبیات ما تا حدی توجیه شده (۵) و وضعیت نامتعادل زوجین در برخورداری از حقوق مختلف بر شیوع آن می‌افزاید (۶). قدرت زنان امروزی به عللی افزایش یافته است (۷) و رسانه‌های جمعی همچنان به نوعی کلیشه‌های جنسیتی را تشدید می‌کنند (۸) این عوامل بر شیوع خشونت علیه شریک جنسی می‌افزایند. بررسی نگرش زنان و مردان ایرانی نشان می‌دهد که زنان بیشتر از مردان جهان را ناعادلانه می‌دانند (۹) لذا ممکن است رفتار همسر را خشونت آمیز تلقی کنند. مطالعه دیگری نشان می‌دهد که ابعاد شکاف جنسیتی در ایران زیاد است (۱۰) و این عامل می‌تواند بر شیوع خشونت علیه همسر اضافه کند. در ایران مطالعه‌ای که بر روی درمان مرتکبین خشونت علیه همسر انجام شده باشد یافت نشد. در دنیا برای پیشگیری و درمان خشونت علیه همسر تلاش‌های زیادی انجام شده است که اکثراً بر روی قربانی بوده و مداخلات صورت گرفته کمتر روی افراد مرتکب بوده است و به همین دلیل چندان موثر نبوده‌اند لذا ما به دلیل اهمیت عوارض خشونت علیه شریک

^۱ Intimate Partner Violence

جنسی مصمم شدیم راهی مؤثرتر برای درمان و پیشگیری از آن بیابیم تا راه برای تحقیق در خصوص پیشگیری از انواع دیگر خشونت در ایران هموارتر گردد. برای خاتمه دادن به چرخه خشونت علیه همسر متولیان بهداشت روانی می‌بایست خدمات خود را در سه حیطه گسترش دهند:

۱- تشخیص و مستند کردن موارد آن. ۲- ارجاع قربانی و مهاجم به مراکز درمانی. ۳- حفاظت از قربانی در مقابل خشونت بعدی (۱۱). از طرفی توجه به مذهبیت^۲ و روان سنجی‌های مربوط به آن علم جدیدی است که انتظار می‌رود در آینده توسعه بیشتری یابد. مراد ما از مذهب چارچوب پنداشتی، احساسی و رفتاری خاصی است که در اثر اعتقاد به توحید، معاد و نبوت به وجود آمده است، در این مطالعه منظور ما از رویکرد مذهبی صرفاً تقویت ایمان به توحید، معاد، نبوت و تقویت عمل به واجبات و مستحبات و پرهیز از محرّماتی بود که مورد توافق ادیان آسمانی است و تأثیر انواع مذهب مانند مسیحیت، اسلام، شیعه یا سنی را بررسی نکردیم. تعدادی از دانشمندان معتقدند که مذهب عامل پیشگیری کننده مهمی از بروز و شیوع بیماری‌های روانی است (۱۳) و می‌تواند باعث ارتقاء بهداشت روانی گردد. مذهب علاوه بر بهداشت روانی بر روی بهداشت عمومی نیز موثر است (۱۴) به همین دلیل از رویکرد مذهبی در درمان استفاده کردیم. یکی از مؤثرترین روش‌ها برای تغییر دادن رفتار انسان مداخلات شناختی رفتاری است. انواع درمان شناختی رفتاری^۳ عبارتند از:

۱- درمان منطقی، احساسی، رفتاری^۴ ۲- درمان منطقی، رفتاری^۵ ۳- درمان منطقی، زندگی^۶ ۴- درمان شناختی^۷ ۵- درمان دیالکتیک- رفتاری^۸ (۱۵). در این تحقیق از روش دیالکتیک- رفتاری با رویکرد مذهبی در گروه مداخله و از روش

^۲Religiosity

^۳Cognitive- Behavioral Therapy (CBT)

^۴Rational-Emotive- Behavior

^۵Rational-Behavior

^۶Rational living

^۷Cognitive

^۸Dialectic-Behavioral

در این روش اعتقاد بر آن است که تحریف‌های شناختی موجب افکار منفی می‌گردند، تحریف‌های شناختی عبارتند از: ۱- استنباط‌های دل‌بخوایی^{۱۷} ۲- جدا سازی گزینشی^{۱۸} ۳- تعمیم مفرط^{۱۹} ۴- بزرگ‌نمایی یا کوچک‌نمایی^{۲۰} ۵- شخصی کردن^{۲۱} ۶- برچسب زدن^{۲۲} ۷- تفکر قطبی شده^{۲۳}. در روش شناختی ابتدا مراجع آگاه می‌شود که چگونه افکار منفی که نتیجه تحریف‌های شناختی هستند بر رفتار وی تأثیر می‌گذارند. سپس درمانگر مراجع را تشویق می‌کند تا این افکار را در برابر واقعیت آزمایش کند این آزمایش با گفتگوی سقراطی، انجام دادن تکالیف، گردآوری اطلاعات، یادداشت کردن فعالیت‌ها و تعبیر کردن به شکل دیگر است. از این روش در درمان افسردگی، اضطراب، خشم، خودکشی، سوء مصرف مواد استفاده شده است (۲۰). به دلیل موثر بودن این روش در درمان خشم در گروه مقایسه از درمان شناختی استفاده کردیم.

مواد و روش کار

برای بررسی تأثیر درمان دیالکتیک- رفتاری با رویکرد مذهبی بر روی خشونت علیه همسر ابتدا یک مطالعه کار آزمایشی بالینی^{۲۴} طراحی شد در گروه مداخله از روان‌درمانی جامع از نوع دیالکتیک- رفتاری با رویکرد مذهبی و در گروه مقایسه از روان‌درمانی شناختی استفاده شد.

ما در هر دو گروه مداخله درمانی انجام دادیم تا اولاً درمان پیشنهادی ما با درمان موثر قبلی یعنی درمان شناختی مقایسه شود و ثانیاً به دلیل بی بهره ماندن گروه مقایسه از درمان مشکل اخلاقی ایجاد نگردد و نیز با استفاده از روان‌درمانی با طول مدت

شناختی در گروه مقایسه استفاده شد؛ لذا این دو روش را مختصراً توضیح می‌دهیم. روش دیالکتیک- رفتاری پیچیده‌تر و پیشرفته‌تر از سایر روش‌هاست و موفقیت آن در درمان اختلالات شخصیت خصوصاً اختلال شخصیت مرزی (۱۶) و صفات ناشی از آن (۱۷) کاملاً ثابت شده است این روش در درمان افسردگی و اضطراب نیز موثر بوده است. این روش در سال ۱۹۹۳ توسط مارشال لینهان ابداع شد (۱۸) در این روش شناخت^۱ و هیجان^۲ و رفتار^۳، سیستمی را می‌سازند که در آن سنتز در حال انجام است و نتیجه آن شناخت و هیجان و رفتارهای جدید است. در درمان دیالکتیک- رفتاری تعادل بین پذیرش^۴ و تغییر^۵ و نیز بین ذهن منطقی^۶ و ذهن احساسی^۷ ایجاد می‌شود. مهارت‌هایی که آموخته آموخته می‌شوند عبارتند از: ۱- تفکر نظاره‌ای^۸ ۲- موثر بودن بین فردی^۹ ۳- تحمل ناراحتی^{۱۰} ۴- تنظیم هیجان^{۱۱}. روش‌های درمان درمان عبارتند از: ۱- درمان فردی^{۱۲} ۲- تمرین گروهی مهارت‌ها^{۱۳} ۳- تماس تلفنی. ۴- مشاوره درمانی^{۱۴}. تکنیک‌های درمان: ۱- درمان احتمال وقوع^{۱۵} ۲- درمان شناختی ۳- درمان‌های مبتنی بر مواجهه سازی^{۱۶} ۴- دارو درمانی (۱۸). در روش شناختی که توسط آبرون بک به سال ۱۹۶۳ ارائه شد روی عواطف و مهارت‌ها مداخله‌ای صورت نمی‌گیرد و تمرکز بر روی شناسایی و حذف افکار منفی است. مبتکران این روش معتقدند رفتارهای نابهنجار نتیجه افکار نابهنجار است و اگر فرایند تفکر اصلاح شده و افکار منفی حذف گردند رفتار نیز اصلاح می‌گردد (۱۹).

- ¹Cognition
- ²Emotion
- ³Behavior
- ⁴Acceptance
- ⁵Change
- ⁶Rational Mind
- ⁷Emotional Mind
- ⁸Mindfulness
- ⁹Interpersonal Effectiveness
- ¹⁰Distress Tolerance
- ¹¹Emotion Regulation
- ¹²Individual Therapy
- ¹³Skills Training in Groups
- ¹⁴Counseling
- ¹⁵Contingency Management
- ¹⁶Exposure Based therapies

- ¹⁷Arbitrary Inferences
- ¹⁸Selective Abstractions
- ¹⁹Overgeneralization
- ²⁰Magnification or Minimization
- ²¹Personalization
- ²²Labeling
- ²³Polarized Thinking
- ²⁴Randomized controlled trial(RCT)

مشابه در هر دو گروه تأثیر شخصیت^۱ درمانگر به حداقل برسد زیرا زیرا هدف بررسی تأثیر روش درمانی بود نه تأثیر درمانگر. معیارهای ورود به مطالعه عبارت بودند از:

۱- مردی که شریک جنسی خود را در دو ماه گذشته مورد ضرب و شتم قرار داده است ۲- مراجع نباید به جز اختلال شخصیت بیماری روانی دیگری بر اساس DSM-IV داشته باشد ۳- عدم بیماری جسمی که مانع روان درمانی گردد. معیار خروج از مطالعه عبارت بود از غیبت در دو جلسه از جلسات درمان. بعد از اطلاع رسانی ۱۰۵ نفر برای درمان و شرکت در مطالعه مراجعه کردند ولی فقط ۳۸ نفر شرایط ورود به مطالعه را داشتند ویژگی‌های فردی- اجتماعی افراد در جدول (۱) موجود است. از این تعداد رضایت نامه کتبی دریافت شد.

مراجعه‌ین بعد از ورود به مطالعه و دادن توضیحات لازم بر اساس قرعه کشی به روش بلوک بندی تصادفی شده به دو گروه مداخله و مقایسه تقسیم شدند. در بلوک بندی فردی که به شکل تصادفی انتخاب شده است و قرار است یکی از گروه‌ها گردد کنترل می‌گردد تا ورود او باعث نگردد دو گروه ناهمگن گردند و اگر ورود به مطالعه باعث ناهمگن شدن گروه‌ها گردد فرد دیگری به جای وی به شکل تصادفی انتخاب می‌گردد. قرعه کشی توسط منشی درمانگاه انجام شد. بلوک بندی باعث می‌شد دو گروه شباهت بیشتری از لحاظ متغیرهای مداخله‌گر به همدیگر داشته باشند. جهت تشخیص مذهبیت از پرسش‌نامه تعدیل شده و برای تعیین شدت و کیفیت خشونت از پرسش‌نامه استاندارد استفاده شد. پرسش‌نامه تعیین محتوی مذهبیت پرسش‌نامه استاندارد دانشگاه بوستون (۲۱) است که توسط محقق و استاد مشاور جهت

انطباق با فرهنگ ایرانی - اسلامی تغییرات لازم در آن داده شد این پرسش‌نامه از نوع لیکرت چهار مرحله‌ای بوده و عوامل سازنده آن عبارتند از: ۱- اعتقاد به توحید ۲- اعتقاد به نبوت ۳- اعتقاد به معاد ۴- عمل به واجبات ۵- عمل به مستحبات ۶- دوری از محرّمات؛ و پرسش‌نامه تعیین خشونت علیه همسر از مرکز مطالعات بهداشت روانی دانشگاه علوم پزشکی ایران اخذ شد این پرسش‌نامه توسط دکتر بوالهروی و همکاران طراحی و معتبر گردیده بود. نمره حاصل از پرسش‌نامه مذهبیت ۲۲۴-۰ و نمره حاصل از پرسش‌نامه خشونت علیه شریک جنسی ۸۴-۰ است. پرسشگری توسط کسی انجام شد که در فرایند مداخله حضور نداشت. پرسش‌نامه‌ها یک بار قبل از مداخله و دو ماه بعد از آن تکمیل شدند، در پر کردن پرسش‌نامه‌ها درمانگر مداخله‌ای نداشت یعنی مطالعه دو سو کور بود.

روش تجزیه و تحلیل داده‌ها:

به دلیل آنکه معلوم نبود متغیرهای مورد مطالعه از توزیع نرمال برخوردار هستند یا نه، لذا برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از روش‌های غیر پارامتریک استفاده شد. از آزمون من ویتنی برای مقایسه نتایج درمان در گروه مداخله با گروه مقایسه و از آزمون ویلکاکسون برای بررسی تأثیر درمان در گروه مداخله و از ضریب همبستگی اسپیرمن برای بررسی رابطه بین نمره مذهبیت و خشونت علیه شریک جنسی استفاده شد. ضمناً میزان بروز خطر مطلق و خطر نسبی بروز خشونت فیزیکی و روانی و تعداد بیماران مورد نیاز برای درمان حداقل یک نفر محاسبه گردید.

درمان مورد استفاده در این تحقیق:

^۱Charismatic effect

جدول شماره (۱): برنامه درمانی در گروه مداخله

ردیف	موضوع جلسه	محتوی برنامه	نوع هدف	اهداف برنامه
۱	معرفی برنامه و آشنایی	آشنایی، ایجاد ارتباط، توضیح مقررات و اهداف و منطق درمان، تکالیف بیماران و تکالیف منزل	شناختی	آشنایی با مفاهیم، ساختار، روش اجرا و تکالیف
۲	خشونت با شریک جنسی	تعریف، علل، عوارض، مکانیسم‌های دفاعی، فرایند خشونت، نظر قرآن	شناختی	کسب آگاهی لازم در مورد خشونت با شریک جنسی
۳	تفکر نظاره‌ای	مشاهده، توصیف، مشارکت، عدم قضاوت، با آگاهی، به طور موثر	رفتاری	یادگیری مهارت‌های تفکر نظاره‌ای
۴	تحمل ناراحتی در روابط فردی	شناسایی حقوق انسانی، احترام مشورت، گذشت، صبر، نظر قرآن	شناختی رفتاری	یادگیری مهارت تحمل ناراحتی و روابط بین فردی
۵	تنظیم هیجان	تعریف، مکانیسم، منشأ، انواع، آثار	عاطفی	کنترل هیجان منفی و تعدیل هیجان
۶	کنترل وابستگی	فلسفه احتمالی، عوارض جزمیت، مدیریت احتمالی، معاد و زندگی احتمالی	شناختی	خروج از جزمیت و آشنایی با زندگی احتمالی
۷	درمان شناختی	شناسایی افکار منفی، حذف افکار منفی، آشنایی با معیارهای شخصیت	شناختی	حذف افکار منفی و تعدیل معیارهای شخصیت
۸	کنترل خشم	شرایط خشم برانگیز، فرایند خشم، آرام سازی، حساسیت زدایی، نظر قرآن	رفتاری	استفاده از مذاکره به خشونت با همسر
۹	آشنایی با حقوق زن	از نظر انسانی، با تفسیر درست از قرآن	شناختی عاطفی	ایجاد عاطفه مثبت به زن و رعایت حقوق زن
۱۰	رویکرد مذهبی	انحرافات مذهبی، فلسفه ماوراء ماده، فواید مذهب	شناختی	افزایش تقوی و کاهش انگیزه برای خشونت
۱۱	تعدیل ماتریالیسم	فلسفه مادی، فواید و عوارض انحرافات مادی	شناختی	تقویت مذهبیت
۱۲	جمع بندی و پرسش و پاسخ	مرور بر مطالب، پرسش و پاسخ	شناختی رفتاری عاطفی	یادآوری مطالب و پاسخ به سؤالات باقی مانده

جدول شماره (۲): برنامه درمانی در گروه مقایسه

ردیف	موضوع برنامه	محتوی برنامه	نوع هدف	اهداف برنامه
۱	آشنایی	آشنایی، ایجاد ارتباط مقررات کار، هدف و منطق درمان	شناختی	ایجاد ارتباط موثر با مراجع
۲	معرفی برنامه	آشنایی با مفاهیم، ساختار، روش اجرا برنامه	شناختی	آشنایی با برنامه و تکالیف بیماران
۳	خشونت	تعریف، علل و عوارض خشونت	شناختی	کسب آگاهی لازم در مورد خشونت
۴	خشونت با شریک جنسی	تعریف، علل، عوارض	شناختی	کسب آگاهی لازم در مورد IPV
۵	کنترل خشم - ۱	شرایط خشم بر انگیز	شناختی	کسب اطلاعات لازم در مورد شرایط
۶	کنترل خشم - ۲	شرایط خشم بر انگیز روش‌های کنترل خشم	شناختی	آشنایی با شرایط خشم بر انگیز و روش‌های کنترل خشم
۷	حقوق زن	حقوق شرعی، قانونی، عرفی، اخلاقی	شناختی	دانستن حقوق شرعی، قانونی، عرفی و اخلاقی زن
۸	شناسایی و حذف افکار منفی - ۱	بحث آزاد و تخلیه افکار	شناختی	شناسایی و حذف افکار منفی مولد خشونت
۹	شناسایی و حذف افکار منفی - ۲	بحث آزاد و تخلیه افکار	شناختی	شناسایی و حذف افکار منفی مولد خشونت
۱۰	رفتارهای جایگزین خشونت با همسر	ذکر مواردی که غیرت یا قاطعیت با همسر مفید است و مواردی که می‌توان همسر را مجازات کرد	شناختی	دانستن مواردی که غیرت یا قاطعیت با همسر مفید است و مواردی که می‌توان همسر را مجازات کرد
۱۱	مرور بر مطالب	یادآوری مطالب و جمع بندی	شناختی	یادآوری مطالب گفته شده
۱۲	پرسش و پاسخ	پاسخ به سؤالات	شناختی	پاسخ به پرسش‌های مراجعین

یافته‌ها

از روش شناختی است ($P=0/011$). ۳- روش دیالکتیک- رفتاری با رویکرد مذهبی در کاهش تعداد کل خشونت علیه همسر مؤثرتر از روش شناختی نیست ولی اختلاف حاصله در مرز معنی دار شدن است ($P=0/055$).

با توجه به جدول ۳: ۱- روش دیالکتیک- رفتاری با رویکرد مذهبی در کاهش تعداد خشونت فیزیکی علیه همسر مؤثر تر از روش شناختی است ($P=0/018$). ۲- روش دیالکتیک- رفتاری با رویکرد مذهبی در کاهش تعداد خشونت روانی علیه همسر مؤثرتر

جدول شماره (۳): آزمون Mann-Whitney برای بررسی تفاوت ناشی از تأثیر مداخله بین دو گروه

P-Value	گروه مقایسه	گروه مداخله	متوسط تفاوت
0/186	0/71±1/49	1/43±1/09	متوسط تفاوت تعداد خشونت فیزیکی قبل و بعد از مداخله
0/111	2/64±4/25	5/29±4/18	متوسط تفاوت تعداد خشونت روانی قبل و بعد از مداخله
0/055	3/36±3	6/71±4/94	متوسط تفاوت تعداد کل خشونت قبل و بعد از مداخله
0/000	6/56±26/32	60/93±31/43	متوسط تفاوت نتیجه آزمون تعیین محتوی مذهبی قبل و بعد از مداخله
0/112	17/07±11/66	25/50±14/88	متوسط تفاوت نتیجه آزمون سنجش خشونت قبل و بعد از مداخله
0/001	23/64±34/82	86/43±45/35	متوسط تفاوت نتیجه مجموع هر دو آزمون قبل و بعد از مداخله

جدول شماره (۴): نتایج حاصل از آزمون Wilcoxon برای بررسی تأثیر مداخله در گروه مداخله

P-value	بعد از مداخله	قبل از مداخله	متغیر
002/0	93/0±57/0	73/0±07/2	متوسط تعداد خشونت فیزیکی
003/0	4/2±93/1	9/2±21/7	متوسط تعداد خشونت روانی
002/0	15/3±57/2	58/2±29/9	متوسط تعداد کل خشونت
001/0	98/21±07/190	73/38±14/129	متوسط نتیجه آزمون سنجش محتوی مذهبی
001/0	30/9±57/70	36/9±07/45	متوسط نتیجه آزمون سنجش میزان خشونت
001/0	86/26±64/260	04/46±21/174	متوسط نتیجه هر دو آزمون

۳- درمان دیالکتیک- رفتاری با رویکرد مذهبی، تعداد کل

خشونت علیه همسر را در مردان مرتکب به آن کاهش می‌دهد ($p=0/002$).

۴- درمان دیالکتیک- رفتاری با رویکرد مذهبی، محتوی مذهبی را در مردان مرتکب خشونت علیه همسر افزایش می‌دهد ($p=0/001$).

با توجه به جدول شماره ۴:

۱- درمان دیالکتیک- رفتاری با رویکرد مذهبی، تعداد خشونت فیزیکی علیه همسر را در مردان مرتکب به آن کاهش می‌دهد ($p=0/002$).

۲- درمان دیالکتیک- رفتاری با رویکرد مذهبی، تعداد خشونت روانی علیه همسر را در مردان مرتکب به آن کاهش می‌دهد ($p=0/003$).

۵- درمان دیالکتیک- رفتاری با رویکرد مذهبی باعث کاهش خشونت علیه همسر در مردان مرتکب خشونت علیه همسر می شود
 محاسبه همبستگی بین تغییرات مذهبی و تغییرات خشونت علیه همسر:
 (p=۰/۰۰۱).

جدول شماره (۶): ضریب همبستگی اسپیرمن بین تغییرات محتوی

مذهبی و تغییرات تعداد کل خشونت علیه همسر

ردیف	نام گروه	ضریب همبستگی
۱	هر دو گروه	-۰/۷۱۱
۲	گروه مداخله	-۰/۸۷۴
۳	گروه مقایسه	-۰/۵۸۳

با توجه به جدول ۶ بین مذهبیت و خشونت علیه همسر همبستگی معکوس وجود دارد یعنی با افزایش مذهبیت خشونت علیه همسر کاهش می یابد و این همبستگی در گروه مداخله بیشتر است (IS=-۰/۸۷۴).

جدول شماره (۷): محاسبه میزان بروز خشونت در گروه مقایسه، میزان بروز خشونت در گروه مداخله و کاهش خطر

نسبی بروز خشونت کاهش خطر مطلق بروز خشونت تعداد بیماران مورد نیاز برای درمان حداقل یک نفر

روانی	فیزیکی	
٪۸۵/۷۱	٪۶۴/۲۹	CER
٪۵۰	٪۲۸/۵۷	EER
٪۷۱/۳۵	٪۳۵/۷۲	ARR
۰/۴۲	۰/۵۵	RRR
۲/۸	۲/۸	NNT

با توجه به جدول ۷ برای آنکه تأثیر درمان مشاهده شود حداقل باید ۲/۸ یعنی سه نفر درمان شوند و در کسانی که درمان دیالکتیک رفتاری را دریافت می کنند بروز خشونت فیزیکی ۳۵/۷۲ درصد کاهش می یابد، اگر از درمان دیالکتیک رفتاری به جای درمان شناختی استفاده شود خشونت فیزیکی ۰/۵۵ و خشونت روانی ۰/۴۲ کاهش می یابد.

بحث و نتیجه گیری

مداخلات انجام شده برای درمان و پیشگیری از خشونت علیه شریک جنسی را می توان در پنج نوع زیر خلاصه کرد:

- ۱- مداخله در بحران ۲- مداخله بر روی قربانی ۳- مداخله بر روی مرتکب ۴- مداخله بر روی بچه هایی که شاهد خشونت علیه شریک جنسی هستند ۵- مداخله بر روی زوجها یا خانواده.
- مداخلات اساسی بر روی مرتکب خشونت عبارتند از: ۱- کنترل اجتماعی ۲- برنامه های روانی- آموزشی ۳- روان درمانی. مداخلات کنترل اجتماعی مسائل کیفی- مدنی است (۲۲). مداخلات روانی- آموزشی برای اصلاح عوامل نگرشی و عوامل روانی وابسته به آن که اجازه بروز و دائمی شدن خشونت را می دهند طراحی می شوند در روش های مربوط به این مداخلات تلاش می کنند درک مرتکب را از علل و نتایج خشونت با شریک جنسی ارتقاء دهند و

نقایص مهارتی و نگرشی را که باعث انتخاب خشونت می‌گردد اصلاح کنند. روش‌های روانی-آموزشی می‌تواند به شکل فردی یا گروهی انجام شود. تمرکز می‌تواند بر روی جلسات نیرو و کنترل در روابط بین فردی یا مدیریت رفتار یا ابراز و مدیریت خشم و یا آموزش حقوق زن و سایر مهارت‌ها باشد (۲۳). روش‌های روان‌درمانی می‌تواند به شکل فردی یا گروهی باشد در شکل گروهی زوجین و سایر قربانیان خشونت علیه شریک جنسی می‌توانند حضور داشته باشند. مداخلات روان‌درمانی روش‌های متعددی را بکار می‌گیرند که اصرار زیادی برای ارتقاء پذیرش مسئولیت و ارتکاب دارند تا از خشونت آتی جلوگیری شود. در این روش‌ها تمرکز بر روی تغییر نگرش‌ها و رفتارها است. سایر مداخلات بر روی مرتکب عبارتند از: زندانی کردن، درمان شناختی-رفتاری، داستان‌سرایی، روان‌درمانی زن‌گرایانه^۱، میچل و همکاران دریافته‌اند که در شخصیت مرتکب خشونت علیه شریک جنسی، پذیرش و ارتقاء مهارت‌ها نقش مهمی دارند اما ایشان که یکی از معتبرترین مراکز بررسی خشونت علیه شریک جنسی را اداره می‌کنند درمان شناختی-رفتاری را جزء درمان‌های فرعی تلقی کرده و نوع روان‌درمانی شناختی-رفتاری را برای درمان خشونت علیه شریک جنسی معرفی نکرده‌اند لذا معلوم است که به شکل موردی از نوع درمان شناختی-رفتاری استفاده می‌کنند که این روش گروه درمانی را بسیار مشکل می‌کند. باور ما نیز آن است که عدم تعادل بین پذیرش مسئولیت و داشتن مهارت‌های لازم برای کنترل خشونت از عوامل اصلی مولد خشونت علیه شریک جنسی است لذا از روش درمانی دیالکتیک-رفتاری برای درمان استفاده کردیم که به کشف عدم تعادل بین اجزاء شخصیت و اصلاح آن اهمیت زیادی می‌دهد از طرفی در درمان دیالکتیک-رفتاری در صورت لزوم دارو نیز تجویز می‌شود و تجویز دارو باعث جامع‌تر شدن روش می‌گردد ما برخلاف محققین قبلی متوجه

شدیم درمان شناختی-رفتاری یک درمان اساسی و نه فرعی در درمان خشونت علیه شریک جنسی است. به نظر ما چون خشونت و خشونت علیه همسر یک رفتار مخرب و استرس‌زا است و علل جسمی-روانی-اجتماعی دارد لذا برای درمان می‌بایست از روان‌درمانی جامع استفاده نمود، در روان‌درمانی دیالکتیک-رفتاری با افزایش محتوی مذهبیت افکار و احساسات و رفتار بیمار اصلاح می‌شود و در صورت لزوم دارو تجویز می‌گردد.

مطالعات زیادی نشان می‌دهند که مذهبیت می‌تواند برخی از اختلالات روانی را درمان کند ولی مطالعه‌ای که تأثیر مذهبیت بر روی خشونت و یا خشونت علیه شریک جنسی را بررسی کرده باشد یافت نشد لذا لازم دیدیم تأثیر مذهبیت را نیز بر روی خشونت علیه همسر بررسی کنیم. تقویت محتوی مذهبیت، تحمل در مقابل ناراحتی و امید به حل مسئله را افزایش می‌دهد و نتیجه نهایی آنکه تغییرات لازم جهت کنترل خشونت در شخصیت ایجاد می‌گردد (۲۴). مرورهای سیستماتیک نشان می‌دهد که مدارک افزایش یابنده‌ای در دست است که مذهبیت و معنویت^۲ مثبت با بهداشت روانی در جمعیت بزرگسال دارد (۲۵)، تحقیقی در ایران نشان داد افرادی که خودکشی می‌کنند نگرش‌های مذهبی ضعیف‌تری در مقایسه با جمعیت عمومی دارند (۲۶). عبادت و اطاعت از خدا به فرد قدرت بزرگ و باور نکردنی و منبع دائمی انرژی اخلاقی و هیجان معنوی می‌دهد که باعث می‌شود فرد در مقابل حملات مخرب و مطیع‌کننده محیط و تمایلات ماده‌گرایانه و مصرف‌کننده مقاومت کند (۲۷)، مذهبیت پرخاشگری را کاهش داده و انرژی منفی روانی در مذهبیین کمتر است (۱۴). ۸۴ درصد مطالعات نشان می‌دهند که مذهب رفتارهای بهداشتی را تقویت می‌کند و بقیه مطالعات بی‌اثر بودن مذهب روی بهداشت روانی را نشان می‌دهند (۲۸) و مطالعه‌ای که نشان دهد مذهب تأثیر منفی روی بهداشت روانی دارد یافت نشد البته طبیعی است

² Spirituality

¹Feministic Psychotherapy

مراجع رویکرد خنثی داشته باشیم و می‌توانیم متناسب با نیازهای معنوی و وجودی مراجع رویکرد مذهبی را با درمان‌های مختلف ترکیب کنیم. معلوم شد اگر از درمان دیالکتیک- رفتاری با رویکرد مذهبی به جای درمان شناختی در درمان خشونت علیه همسر استفاده شود خطر نسبی بروز خشونت فیزیکی ۵۵ درصد و خطر نسبی بروز خشونت روانی ۴۲ درصد کاهش می‌یابد؛ و اگر ۲/۸ یعنی حدود ۳ نفر به این روش درمان شوند یک نفر آن‌ها بهبودی کامل را در دو ماه آینده نشان خواهند داد لذا درمان دیالکتیک- رفتاری با رویکرد مذهبی برای درمان خشونت علیه همسر در مردان مرتکب به آن توصیه می‌شود.

لذا پیشنهادات زیر را برای عملی شدن این ایده به شرح زیر اعلام می‌کنیم:

۱- تعدادی از پزشکان شاغل در مراکز بهداشتی درمانی در مورد روش درمانی دیالکتیک- رفتاری با رویکرد مذهبی آموزش ببینند.

۲- مردان مرتکب خشونت علیه همسر جهت درمان به این پزشکان ارجاع گردند. ارجاع توسط دادگاه‌ها، و سایر مراکز درمانی و خانواده و یا توسط خود بیمار می‌تواند صورت گیرد.

۳- لازم است جهت اقبال عمومی هزینه درمان مراجعین رایگان باشد.

۴- پرستاران اورژانس و بهروزان که اولین ویزیت زنان قربانی خشونت علیه همسر را انجام می‌دهند تا حد نیاز آموزش ببینند تا بتوانند اطلاعات لازم را به زنان قربانی در مورد مراکز درمانی مذکور در بند ۳ ارائه دهند.

۵- آموزش عموم مردم از طریق رسانه‌های جمعی در مورد قابل درمان بودن خشونت علیه همسر و وجود مراکز درمانی مربوط به آن.

که در بعضی مذاهب برخی رفتارهای غیر بهداشتی مانند خشونت تبلیغ شود. انسان برای مقابله با بیماری‌ها از مذهبیت و معنویت استفاده می‌کند (۲۹)؛ لذا لازم است ابعاد معنوی و مذهبی انسان در روان‌پزشکی مورد توجه بیشتری قرار گیرد (۳۰). در تحقیقی جالب توسط روبینسون و همکاران ۱۲۳ معتاد به الکل به مدت شش ماه روان‌درمانی با افزایش مذهبیت شدند، ۶۶ درصد آن‌ها با سن متوسط ۴۰ سال و سفید پوست بودند. با ده اندازه‌گیری مختلف مذهبیت- معنویت سنجیده شد و بعد از شش ماه افزایش واضح در مذهبیت- معنویت مشاهده گردید. معیار تجارب روزانه^۱، معیار هدف در زندگی^۲ معیار عملکرد معنوی- مذهبی^۳، معیار بخشش، معیار مقابله مثبت معنوی^۴ افزایش واضحی نشان دادند و کاهش واضح در مصرف الکل نیز مشاهده شد. آنالیز رگرسیون لوجستیک نشان داد که افزایش در تجارب معنوی- مذهبی روزانه و نمرات هدف در زندگی با افزایش شانس کاهش مصرف الکل همراه است (۳۱). مطالعات متعددی نشان می‌دهند که روان‌درمانی از نوع درمان شناختی- رفتاری^۵ در درمان بیماری‌های جسمی و روانی موثر است:

با توجه به یافته‌های این تحقیق می‌توان نتیجه‌گیری کرد که اولاً با افزایش مذهبیت خشونت علیه همسر کاهش می‌یابد لذا می‌توان با افزایش مذهبیتی که مورد قبول مراجع است این خشونت را کاهش داد ثانیاً از آنجایی که معلوم شد درمان دیالکتیک رفتاری مؤثرتر از درمان شناختی است لذا برای کاهش خشونت علیه همسر لازم است از درمان‌های چند بعدی مانند درمان دیالکتیک رفتاری که روی تمامی یا اکثر ابعاد شخصیت مانند بعد شناختی، بعد عاطفی و مهارت‌ها موثر است استفاده نمود ثالثاً الزامی نیست مانند اکثر روان‌درمانگران در مورد مذهبیت

¹ Daily spiritual Experiments scale

² Purpose in life scale

³ Religious-spiritual practice scale

⁴ Positive spiritual coping scale

⁵ Cognitive-Behavioral therapy(CBT)

- ۶- انجام طرح کنترل خشونت علیه همسر به شکل پایلوت در یکی از شهرهای استان آذربایجان غربی با محوریت درمان دیالکتیک رفتاری با رویکرد مذهبی.
- ۷- فرهنگ سازی در مورد لزوم مراجعه به متخصصین بهداشت روانی جهت پیشگیری از خشونت.
- ۸- بررسی مجدد تأثیر درمان دیالکتیک- رفتاری با رویکرد مذهبی جهت کنترل خشونت با حجم نمونه چند صد نفری به شکل کار آز مایی تصادفی شده بالینی.

References:

1. Ghahhari SH, Mazdarani SH. Spouse Abuse in Sari-Iran. Iran J PBS 2008; 12(1): 31-5.(Persian)
2. Aliei M, Valizdeh M, home violation in iran. Family health congress. Tehran. 2008. P. 152. (Persian)
3. Gasemi F, Valizadeh F. Parents violation and child aggression in school. Family health congress. Tehran. 2008. P. 151. (Persian)
4. Rahmatian AA. Victim's Perceptions of Injunctions in Domestic Violence Cases. Iran J 2008; 12(1): 36-42.
5. Vasefi S, Zolfagari H. Violation against women in effects of mahmoodolatabadi. Iran J Women 2009. 7(1):47.
6. Alavi A. Analysis of the 1123 factor of iranian social rules about imbalance spouse situation. Iran J Women 2005; 3(1):1.
7. Sarokhani B. Woman, Power and Family, Research about inwomen situation in power hierarchy . Iran J Women 2005; 3(2):3.
8. Sadegi FS, Karimi S. Gender styles in TV serials in iran. Iran J Women 2004; 3(3):59
9. Arizi SH, Golparvar M. Comparison of men and women about square world. Iran J Women 1385; 4(4) L: 95.
10. Sadegi FS, Colhar S. Dimentions of gender gap and reduction of that in third development program. . Iran J Women. 5(2):5.
11. Osattin A, Short L. A guide to training materials and programs for health care providers. J nurs eth. 1998; 2(6): 40-4
12. Ahmadi M. Human expectation of religion. 132.1-130.
13. Moreira-Almeida A, Neto FL, Koenig HG. Religiousness and mental health: a review. Rev Bras Psiquiatr. 2006 Sep;28(3):242-50.
14. Coruh B, Ayele A. Does religious activity improve health outcomes; a critical review of recent literature. Electronic pdf 2005;1(3):186-91.
15. Florence W. Comprehensive Textbook of Psychotherapy. New Jersey; 2001.
16. Kiehn B, Swales M. An Overview of Dialectical Behavior Therapy in the Treatment of Borderline Personality Disorder; 2002.
17. Stepp SD, Epler AJ, Jahng S, Trull TJ. The effect of dialectical behavioral therapy skills use on borderline personality disorder features. J persdiscor 2009. 22(6):549-63.
18. Linhan M. Two year randomized controllrd trial and follow up of DBT vs therapy by experts for suicidal behaviors and bordrerline personality disorder. J ge psy 2006; 63(1): 757-66.
19. Seiedmohamadi Y. Theories of psychotherapy. Tehran. P. 423
20. Seiedmohamadi Y. Theory and Practice of Counseling and Psychotherapy. Tehran. P. 318
21. Cutting M. Religiosity Project Scales. Boston University; 2005.
22. Scott K, Wolfe DA. What works in the treatment of male batterers. Washington. 2000.
23. Geffner R, Mantooth C. Ending spouse/partner abuse: Apsychoeducational approach for individuals and couples. Electronic art. New York. 2000. P 63.

24. Mosazadeh H. Religious Motivation. Tehran. 2006. P. 6.
25. Wink P, Scott J. Does Religiosity Buffer Against the Fear of Death and Dying in the Adulthood. *J ger* 2005; 60(4): 207-14.
26. Shakeri J, Parvizi A. Personality traits, stress, coping and religious visions in suicide. *Iran J psy*. 251:244-46.
27. Tivary L. Adaptational theology. 1(3)8:80.
28. Rew L, Wong J. A Systematic Review of association among religiosity and spirituality and adolescent health attitudes and behaviors. *J Ado H* 2006; 38(4): 433-42.
29. Cotton S, Puchalski C. Spirituality in patients with hiv/aids. *J Gen Intern Med* 2006; 21(S5): S5-S13.
30. D'sonza R, George K. Spirituality, religous and psychiatry: its application to clinical practice. *J AusPsy* 2006; 14(4): 408-12.
31. Robinson EA, Cranford JA. Six -month changes in spirituality, religiousness, and heavy drinking in a treatment seeking sample. *J Stud Alcohol Drugs* 2007;68(2):282-90.