

تأثیر مشاوره معنوی بر میزان خشونت خانگی در زنان باردار: کارآزمایی بالینی

افسانه اختری^۱، فاطمه رنجکش^۲، مینو اسد زندی^۳، فروزان الفتی^۴*

تاریخ دریافت ۱۳۹۸/۰۱/۲۰ تاریخ پذیرش ۱۳۹۸/۰۴/۱۸

چکیده

پیش‌زمینه و هدف: با توجه با شیوع بالای خشونت خانگی در زنان باردار و تأثیر باورهای دینی بر درک افراد از زندگی و شیوه زندگی آن‌ها در بحران‌های زندگی مانند خشم و پرخاشگری، مطالعه حاضر باهدف تعیین تأثیر مشاوره معنوی بر میزان خشونت خانگی در زنان باردار انجام شد.

مواد و روش‌ها: این مطالعه از نوع کارآزمایی است که بر زنان باردار مراجعه‌کننده به چهار مرکز خدمات جامع سلامت تهران در سال ۱۳۹۷ انجام شد. افراد به روش تخصیص تصادفی به دو گروه مداخله (۳۰ نفر) و کنترل (۳۰ نفر) تقسیم شدند. مداخله به صورت ۸ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای بود. خشونت با پرسشنامه سنجش خشونت ارزیابی شد. جهت تحلیل داده‌ها از آزمون‌های کای اسکور و آزمون اندازه‌های مکرر با سطح معنی‌داری ($P > 0/05$) استفاده شد.

یافته‌ها: ابتدا نرمال بودن نمرات سنجش خشونت واحدهای موردپژوهش با استفاده از آزمون کلموگروف اسمیرنوف و شاپیرو بررسی و تأیید شد ($P > 0/05$). دو گروه از نظر متغیرهای سن، تحصیلات مادران و همسران آن‌ها، شغل مادران و همسران آن‌ها، وضعیت مالی، تعداد بارداری، خواسته بودن بارداری، تفاوت آماری معنی‌داری نداشتند و همگن بودند. بعد از مداخله مقایسه میانگین نمرات میزان خشونت در مادران بین دو گروه اختلاف آماری معنی‌دار نشان داد ($P > 0/03$).

بحث و نتیجه‌گیری: مشاوره معنوی بر میزان خشونت خانگی در زنان باردار مؤثر است. بنابراین استفاده از این فن مشاوره‌ای می‌تواند نتایج مثبتی بر میزان خشونت خانگی و سلامت معنوی در زنان باردار داشته باشد

کلیدواژه‌ها: مشاوره معنوی، خشونت خانگی، زنان باردار

مجله دانشکده پرستاری و مامایی ارومیه، دوره هفدهم، شماره ششم، پی‌درپی ۱۱۹، شهریور ۱۳۹۸، ص ۴۲۰-۴۱۱

آدرس مکاتبه: دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی قزوین، قزوین، ایران، تلفن: ۰۹۱۲۱۸۲۶۰۸۲
Email: Papoy6olfati@yahoo.com, f.olfati@qums.ac.ir

مقدمه

تعالیم و باورهای دینی قادر است ما را به‌سوی کمال و رشد هدایت کند و بر امیدمان بیفزاید و یک نیروی ملکوتی به وجود آورد که این نیرو، تکیه‌گاه روانی مهمی برای ما به‌ویژه در لحظات و هنگامه‌های بحرانی روحی تلقی می‌شود. یکی از این هنگامه‌ها وقتی است که با خشم و پرخاشگری از سوی دیگران مواجه می‌شویم (۱). نقش حساس زن در امور خانواده به لحاظ تربیتی، موجب پیوند اخلاقی و عاطفی اعضای خانواده می‌شود. این هدف در حالی میسر می‌شود که زنان در محیطی آرام، مطمئن و دور از خشونت بسر برند. گاهی افراد خشونت را توسط اعضای خانواده یعنی افرادی که به سبب صمیمیت، ارتباط خونی یا قانونی با یکدیگر پیوند دارند، تجربه

می‌کنند (۲). خشونت تأثیر منفی زیادی بر جنبه‌های مختلف سلامت زنان ازجمله کیفیت زندگی، عملکرد اجتماعی و سلامت جسمی دارد. زنان خشونت دیده مشکلات زیادی مانند افسردگی، استرس پس از سانحه و اضطراب را نشان می‌دهند (۳). قرارگرفتن در معرض خشونت خانگی حتی به شرایط عاطفی و شناختی کودکان نیز لطمه می‌زند (۴). کودکانی که رفتارهای خشونت‌آمیز را مشاهده می‌کنند تهاجمی، ضداجتماعی، ترسو، مضطرب و افسرده می‌شوند و بعضی حتی دچار استرس پس از سانحه می‌شوند (۵). اهمیت این موضوع تا بدان جاست که در سال ۱۹۹۳ بیانیه حذف خشونت علیه زنان در مجمع عمومی سازمان ملل به تصویب رسید (۶). شیوع خشونت خانگی علیه زنان در کشورها و فرهنگ‌های مختلف، نشانگر فراگیری

^۱دانش آموخته ارشد مشاوره در مامایی، کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی قزوین، قزوین، ایران

^۲کارشناسی ارشد مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی قزوین، قزوین، ایران

^۳دکتری تخصصی مدیریت تحقیقات علوم پزشکی، استادیار، گروه هوشبری، دانشکده پرستاری، دانشگاه بقیه ا.....، تهران، ایران

^۴دکترای سلامت باروری، استادیار، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی مؤثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی قزوین، قزوین، ایران (نویسنده مسئول)

بودن آن است. در گزارش‌هایی از آمریکا، کانادا و کشورهای اروپایی میزان خشونت خانگی ۴۶-۱۶ درصد گزارش شده است (۷)، همچنین میزان خشونت خانگی در شهرهای مختلف ایران ۴۲/۴-۱۴/۶ درصد گزارش شده است (۸).

خشونت خانگی در بارداری پدیده شایعی است و شیوع آن از پره اکلامپسی و دیابت بارداری بیشتر است. در مطالعه‌ای شیوع خشونت خانگی علیه زنان باردار ۶۰ درصد اعلام شد. خشونت در بارداری به‌طور مستقیم و غیرمستقیم بر سلامت مادر و جنین مؤثر است. پیامد نامطلوب خشونت در بارداری از طریق آسیب جسمی و روانی وابسته به استرس شامل، سقط، زایمان زودرس دکولمان جفت و کوریوآمینیوتیت، سزارین، خونریزی واژینال و بستری در بیمارستان است (۹).

خشونت علیه زنان در خانواده‌ها، به‌قدری مهم است که سبب شده کشورهای مختلف، متناسب با ویژگی‌های فرهنگی خود، با بسیج تمام امکانات به کنترل و مهار و کاهش عواقب جسمی و روانی آن بپردازند (۱۰). مطالعات، مداخلات مختلفی را در جهت کاهش پیامدهای آن برشمردند ازجمله، درمان شناختی و رفتاری مذهب محور، آموزش مدیریت استرس با رویکرد معنویت درمانی، درمان گروهی با رویکرد هیجان مدار (۱۱). یکی از راهکارهای پیشنهادی، تقویت بعد چهارم سلامت که همان سلامت معنویست، می‌باشد (۱). سلامت معنوی که حاصل ارتباط با خدا و قدرت برتر و متأثر بر سایر ابعاد سلامت (جسمی، روانی و اجتماعی) افراد می‌باشد، از مباحث روز دنیا است و تحقیقات بسیاری نشان داده‌اند که معنویت و ارتباط با خدا، با ایجاد آرامش، مانع بیماری‌های مختلف می‌شود (۱۲). سلامت معنوی همچنین می‌تواند موجب بهبود کیفیت زندگی و تسهیل در توانمندسازی افراد شود که از ملزومات روش‌های مقابله با خشونت در افراد و به‌ویژه زنان باردار در معرض آن، می‌باشد (۱۳). در مطالعه‌ای که توسط کمری و همکاران (۱۳۹۳) انجام شد، نشان داد که معنویت درمانی نه‌تنها در درمان انواع بیماری‌های روحی بلکه بر افزایش امید به زندگی و رضایت از زندگی افراد مؤثر است (۱۴). صاحب‌نظران حوزه سلامت معنوی، کم‌رنگ بودن اعتقادات مذهبی و معنوی را یکی از مهم‌ترین دلایل شیوع و رشد انواع آسیب‌های اجتماعی نظیر پرخاشگری، افسردگی، خشونت فیزیکی و کلامی، طلاق و غیره در جامعه امروزی ما، برمی‌شمارند و لازم می‌دانند آموزش‌های صحیح و اصولی در این خصوص صورت گیرد (۱۵). طبق مطالعه‌ی دلاروزا و همکاران (۲۰۱۵)، افزایش سطح معنویت با تعداد کمتری از تجربه انواع خشونت همراه بوده است (۱۶). در بسیاری از زنان، بارداری دوره بحرانی تأثیرگذار بر سلامت (جسمی و روانی) آنان می‌باشد (۱۷). در این موقعیت، مشاوره و حمایت از مادران بارداری که تشنه و نیازمند آرامش و

حس امنیت هستند، باعث سازگاری بهتر با محیط زندگی‌شان می‌شود (۱۸). توانایی انجام مراقبت معنوی زنان باردار از خود و همسر و فرزندان در شرایط فوران هیجان خشم بسیار حائز اهمیت می‌باشد (۱۹). بالا بردن سطح سلامت معنوی با انجام مشاوره، می‌تواند راهکارهای مدیریت کردن این هیجان را آموزش دهد (۱۴). طبق مطالعه پرزور و همکاران (۱۳۹۷) آموزش باورهای مذهبی از طریق مداخله معنوی می‌تواند باعث افزایش تاب‌آوری فردی و اجتماعی زنان در معرض خشونت شود (۱۱). بنابراین توجه به ارتقاء سلامت معنوی و تلاش در جهت تقویت آن با انجام مشاوره مبتنی بر آموزش، می‌تواند بر مقابله زنان با این معضل اجتماعی مؤثر باشد. لذا این مطالعه باهدف تعیین تأثیر مشاوره معنوی بر خشونت خانگی در زنان باردار انجام شد.

مواد و روش کار

این مطالعه از نوع کارآزمایی شاهد دار تصادفی شده بود که در چهار مرکز جامع سلامت تهران در سال ۱۳۹۷ انجام شد. جامعه آماری کلیه زنان باردار مراجعه‌کننده به ۴ مرکز جامع سلامت در ۴ منطقه تهران بودند (مراکز جامع سلامت کن، فرمانفرمایان، یافت‌آباد و والفجر). ۶۰ نفر از زنان باردار مراجعه‌کننده به این مراکز که واجد شرایط ورود به مطالعه بودند به‌صورت تصادفی انتخاب شدند. معیارهای ورود به مطالعه شامل: زنان باردار در معرض خشونت خانگی بر اساس پرسشنامه، سن بین ۱۵ تا ۴۹ سال، عدم ابتلا به بیماری‌های شناخته‌شده روحی (بنا به خوداظهاری)، عدم ابتلا به بیماری‌های زمینه‌ای و معیارهای خروج از مطالعه شامل: عدم تمایل به ادامه مشارکت، از دست دادن بارداری و عدم تکمیل پرسشنامه بودند. برای انتخاب مراکزی که نمونه‌گیری در آن انجام شد از روش نمونه‌گیری تصادفی خوشه‌ای دومرحله‌ای استفاده شد، بدین طریق که از نواحی مختلف شهر مراکزی انتخاب شد که از نظر اقتصادی و اجتماعی نماینده آن منطقه باشند. بدین معنی که شهر به ۴ منطقه تقسیم شد و از هر منطقه یک مرکز جامع سلامت انتخاب شد. سپس افراد نمونه به روش تصادفی از این مراکز انتخاب شدند.

برای محاسبه حجم نمونه، با استفاده از مطالعه خدیوزاده و همکاران (۲۰) شیوع خشونت خانگی ($p = 1/14$)، احتمال خطای نوع اول ($\alpha = 1/96$)، احتمال خطای دوم ($\beta = 0/84$) و دقت ($d = 0/14$) در نظر گرفته شد. تعداد نمونه ۵۰ نفر محاسبه شد که با احتساب ۲۰ درصد احتمال ریزش، تعداد کل نمونه‌ها به ۶۰ نفر افزایش یافت که تعداد افراد در هر گروه ۳۰ نفر در نظر گرفته شد. نمونه‌ها پس از انجام مصاحبه و تکمیل فرم رضایت‌نامه کتبی و اطلاع از اهداف پژوهش و اطمینان از محرمانه بودن اطلاعات،

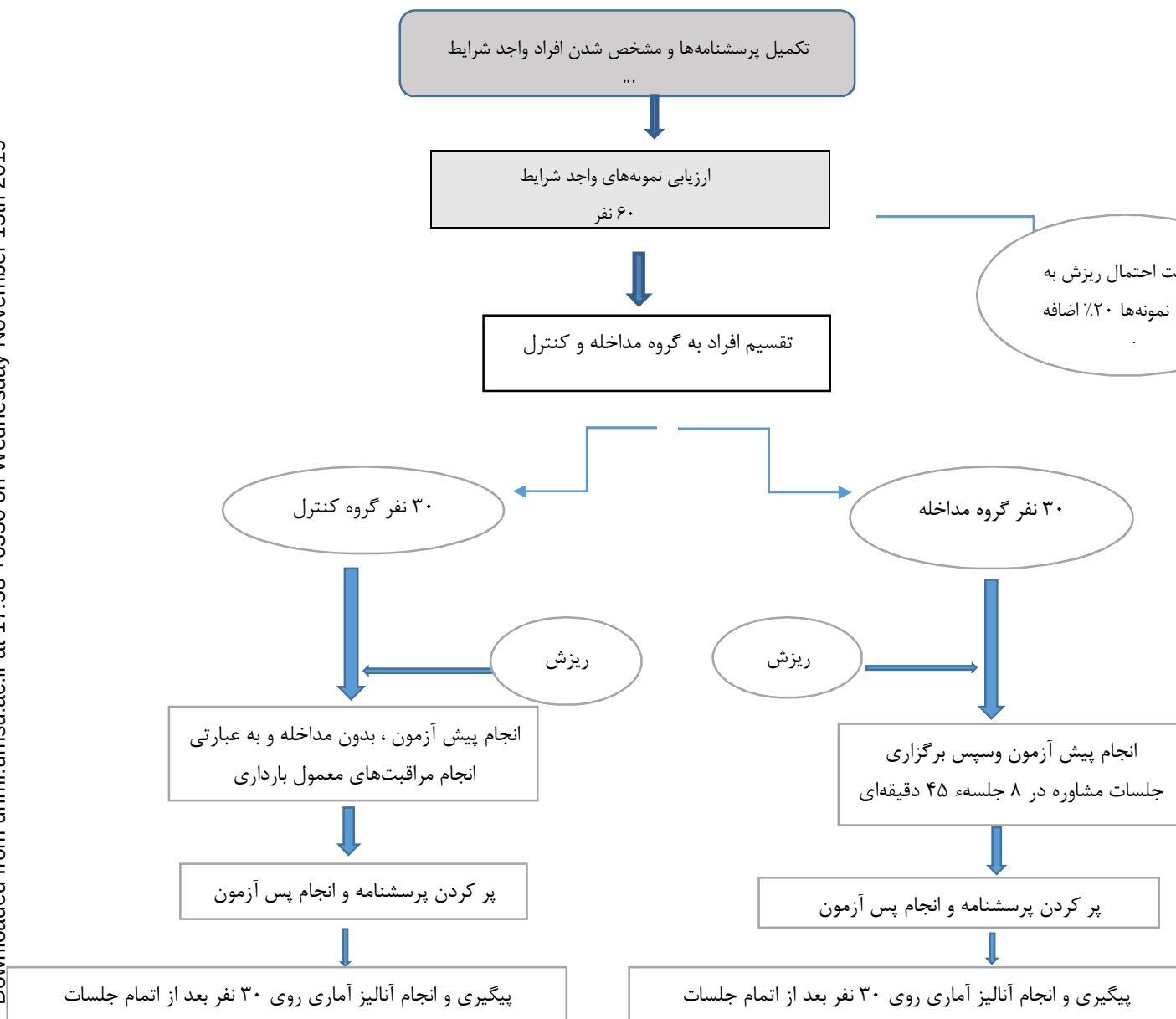
پرسشنامه اطلاعات دموگرافیکی و بارداری را تکمیل کردند. سپس پرسشنامه مصادیق خشونت تکمیل و نمونه‌ها به‌طور تصادفی به دو گروه مداخله و کنترل تقسیم شدند. جهت تقسیم زنان باردار در معرض خطر خشونت خانگی به دو گروه مداخله و کنترل، از روش قانون تخصیص تصادفی استفاده شد. بدین معنی که از قبل برای دو گروه اسامی A, B در نظر گرفته شد. حروف به تعداد شرکت‌کنندگان روی تکه‌های کاغذ یک شکل و تکرارده نوشته شد و از مادران واجد شرایط خواسته شد بدون جایگزینی، کاغذها را بردارند. سپس توالی ایجاد شده ثبت شد. بدین طریق زنان مبتلا به دو گروه مداخله (گروهی که مشاوره دریافت کردند) و گروه کنترل (گروهی که مشاوره دریافت نکردند و فقط مراقبت‌های معمول بارداری را دریافت کردند) تقسیم شدند. سپس در گروه مداخله پس از پیش‌آزمون، مشاوره معنوی انجام شد و گروه کنترل پس از پیش‌آزمون فقط مراقبت روتین بارداری را دریافت کرد. جهت ارزیابی نتایج، یک ماه بعد از مداخله (آخرین جلسه مشاوره)، در جلسه پیگیری پرسشنامه‌های مذکور توسط دو گروه به‌عنوان پس‌آزمون تکمیل شد.

ابزار پژوهش شامل پرسشنامه اطلاعات فردی و اجتماعی (بارداری، فردی و اجتماعی): شامل ۱۷ سؤال از زندگی شخصی و اجتماعی و وضعیت فعلی بارداری مادران باردار بود. روایی و پایایی این پرسشنامه قبلاً توسط باقرزاده و همکاران در دانشگاه علوم پزشکی شیراز در سال ۱۳۸۶ موردبررسی قرار گرفت (۲۱).

پرسشنامه سنجش خشونت: شامل ۲۱ سؤال که از طریق مقیاس لیکرت درباره انواع مصادیق خشونت علیه زنان تنظیم گردیده است و شامل ۹ سؤال اول خشونت کلامی-عاطفی، ۹ سؤال دوم میزان خشونت فیزیکی و ۳ سؤال آخر میزان سوء رفتار جنسی است. هر سؤال دارای پنج گزینه: هرگز، کم، تا حدودی، زیاد و خیلی زیاد می‌باشد که به این گزینه‌ها به ترتیب نمرات صفر تا چهار تعلق می‌گیرد. به علت متفاوت بودن تعداد سؤالات بر حداکثر نمره‌ای که در آن حیطه امکان‌پذیر است تقسیم می‌گردد: یعنی نمره خشونت فیزیکی و عاطفی-کلامی هر فرد بر عدد ۳۶ و نمره خشونت جنسی بر ۱۲ تقسیم می‌گردد و میانگین با توجه به این نمرات محاسبه می‌شود. روایی و پایایی این پرسشنامه قبلاً توسط باقرزاده و همکاران در دانشگاه علوم پزشکی شیراز در سال ۱۳۸۶ موردبررسی قرار گرفت (۲۱). طبق این پرسشنامه زنان دارای نمره ۵ به بالا وارد پژوهش شدند.

مداخله: مشاوره برای گروه مداخله در ۸ جلسه ۴۵ تا ۶۰ دقیقه‌ای و با فاصله هفته‌ای ۱ جلسه انجام شد (۱۴). در جلسات مشاوره، پژوهشگر در ابتدای جلسه موضوع را مشخص نموده و پس از ارائه اطلاعات در مورد موضوع به زبانی ساده، از طریق سؤال کردن و نظرخواهی، مددجو را وارد بحث نموده و بدین‌وسیله نیازها و مشکلات وی مشخص شد. سپس با همکاری و مشارکت فعال مددجو، در مورد عملکرد و شیوه درست حل مشکل و انجام اصلاحات موردنیاز توضیحات لازم داده شد.

جلسه‌های درمان	عنوان جلسات
جلسه اول:	آشنایی با موضوع، تشریح اهداف مطالعه و ارائه توضیحات در مورد روش کار، مراحل انجام مطالعه، تعداد جلسات و رضایت‌نامه کتبی
جلسه دوم:	احساسات و نگرش مددجو به شرایط و رفتارهای خشونت‌آمیز همسر از طریق مهارت حل مسئله و تصمیم‌گیری
جلسه سوم:	آشنایی با مفهوم خودآگاهی معنوی از طریق آموزش خودآگاهی و ابعاد آن
جلسه چهارم:	توسعه ارتباطات اجتماعی و بهره‌گیری از خلقت از طریق: مثبت اندیشی و شیوه‌های افزایش ارتباط با دیگران. تکلیف در منزل: تمرین مهارت عفو و گذشت
جلسه پنجم:	انگیزش و ارزش‌ها از طریق: معنویت و احترام به خود، معنویت و احترام به ارزش‌های انسانی. تکالیف در منزل شامل: آموزش مهارت قصه‌خوانی و عبرت‌آموزی، هنردرمانی
جلسه ششم:	مقابله و سازگاری از طریق: آموزش مهارت مقابله احساس محور و مسئله محور، مهارت حل مسئله با رویکرد معنوی
جلسه هفتم:	توسعه ارتباط با خدا از طریق: آموزش مهارت ذکر، توکل، توسل، تفویض امور به خدا و انجام این موارد در منزل
جلسه هشتم:	خودکنترلی پس از قصد رفتاری (شناخت موقعیت‌های وسوسه کننده و سنجش پایانی)، مرور کلیات، پاسخ به سؤالات و اعلام پایان جلسات



نمودار کانسورت: روند انتخاب و انجام مداخله زنان باردار در مطالعه

یافته‌ها

ابتدا نرمال بودن نمرات سنجش میزان خشونت واحدهای موردپژوهش با استفاده از آزمون کلموگروف اسمیرنوف و شاپیرو بررسی و تأیید شد ($P > 0/05$). سپس دو گروه از نظر متغیرهای سن و شغل و تحصیلات مادران و همسران، تعداد زایمان، وضعیت مالی و خواسته بودن بارداری موردبررسی قرار گرفتند و نتایج نشان داد دو گروه از لحاظ متغیرهای فوق تفاوت آماری معنی‌داری را نشان ندادند و دو گروه همگن بودند (جدول ۱).

تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS نسخه ۲۴ انجام شد. برای ارائه نتایج متغیرهای دموگرافیک کمی از میانگین و انحراف معیار و متغیرهای کیفی از تعداد و درصد و آزمون کای اسکور استفاده شد. همچنین برای بررسی اثربخشی مداخله از آزمون‌های تحلیلی تی و تحلیل واریانس با آزمون اندازه‌های تکراری ((Repeated Measure استفاده شد و سطح معنی‌داری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

جدول (۱): مقایسه ویژگی‌های فردی - اجتماعی در دو گروه مداخله و کنترل

p-value (Chi-square)	گروه		متغیر
	کنترل	مداخله	
	فراوانی (درصد)	فراوانی (درصد)	
			تحصیلات مادر
	۰	۰	بی‌سواد + ابتدایی
۰/۴	۶/۷	۱۶/۷	راهنمایی
	۳۳/۳	۳۶/۷	دیپلم
	۶۰	۴۶/۷	دانشگاهی
			تحصیلات همسر
	۰	۶/۷	بی‌سواد + ابتدایی
۰/۱۲	۳/۳	۱۶/۷	راهنمایی
	۲۶/۷	۲۶/۷	دیپلم
	۷۰	۵۰	دانشگاهی
			شغل مادر
۰/۰۷۳	۴۰	۲۰	شاغل
	۶۰	۸۰	خانه‌دار
			شغل همسر
	۱۶	۱۴	کارمند
۰/۱۱	۳/۷	۵/۳	کارگر
	۹	۷	آزاد
	۱/۳	۳/۷	بی‌کار
			تعداد زایمان
	۵۶/۷	۷۶/۷	بدون فرزند
۰/۲۵	۳۳/۳	۱۶/۶	۱-۲ فرزند
	۱۰	۶/۷	۳ و بیشتر
			خواسته بودن بارداری
۰/۳	۸۶/۷	۹۶/۷	بلی
	۱۳/۳	۳/۳	خیر
			وضعیت مالی
	۰	۱۳/۳	بد
۰/۰۸۹	۷۶/۷	۷۳/۳	متوسط
	۲۳/۳	۱۳/۳	خوب
۰/۲۵	۳۰/۸۶ ± ۳/۹	۲۹/۲ ± ۶/۲	سن مادر (انحراف معیار ± میانگین)
۰/۲۲	۳۴/۵ ± ۴/۳۵	۳۳ ± ۴/۷	سن همسر (انحراف معیار ± میانگین)

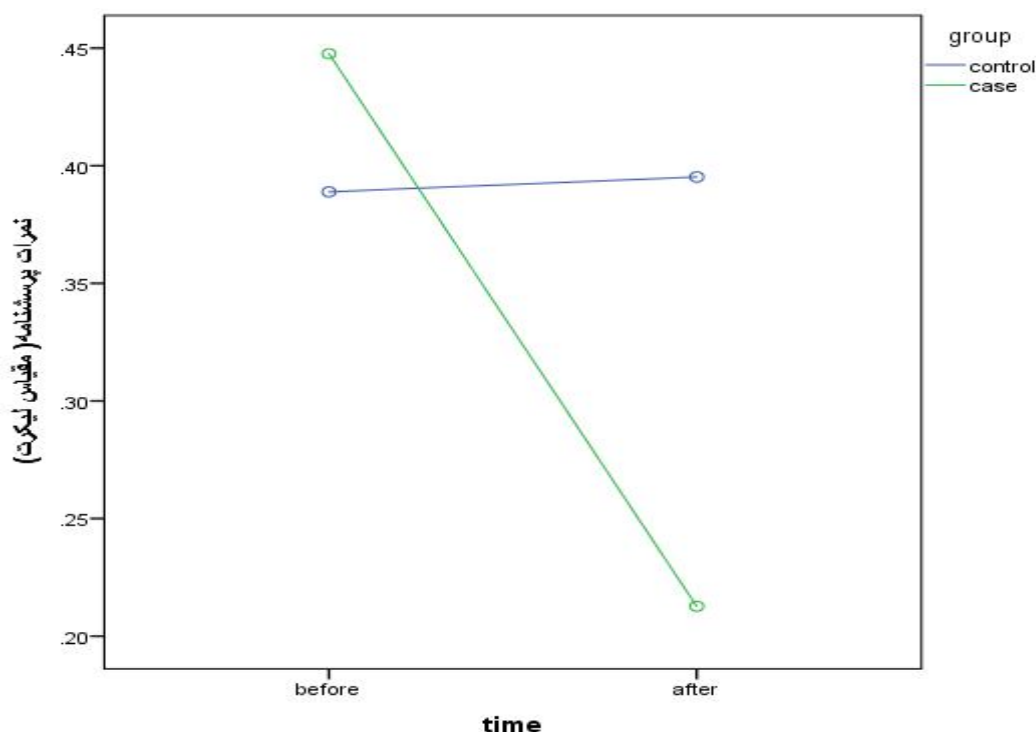
معنی‌داری وجود دارد ($P > ۰/۰۰۶$). اگر چه میانگین نمره خشونت فیزیکی در گروه مداخله نسبت به گروه کنترل پس از مداخله، کاهش داشته است اما این تفاوت از لحاظ آماری معنی‌دار نبود

با استفاده از آزمون اندازه‌های مکرر (Repeated measures)، نتایج آزمون داده‌ها نشان داد که بین دو گروه از لحاظ نمره خشونت کلامی-عاطفی زنان باردار قبل و پس از مداخله ارتباط آماری

($P > 0.032$). اگر چه میانگین نمره خشونت جنسی در گروه مداخله نسبت به گروه کنترل پس از مداخله، کاهش داشته است اما این تفاوت از لحاظ آماری معنی دار نبود ($P > 0.031$). نتایج آزمون داده‌ها نشان داد که از لحاظ کل امتیاز خشونت دو گروه قبل و بعد از مداخله تفاوت آماری معنی‌داری داشتند ($P > 0.05$). (جدول ۲).

جدول (۲): مقایسه میانگین نمره آزمون خشونت در مادران در دو گروه قبل و بعد از مداخله

گروه	خشونت کلامی و عاطفی		خشونت فیزیکی		خشونت جنسی	
	قبل مداخله	بعد مداخله	قبل مداخله	بعد مداخله	قبل مداخله	بعد مداخله
مداخله (انحراف معیار ± میانگین)	۰/۶۸±۰/۱	۰/۴۱±۰/۰۷	۰/۲۰±۰/۱۱	۰/۰۴±۰/۰۲	۰/۴۸±۰/۱۵	۰/۱۸±۰/۰۹
کنترل (انحراف معیار ± میانگین)	۰/۵۸ ±۰/۰۸	۰/۵۹±۰/۰۷	۰/۱۹±۰/۱۲	۰/۱۸±۰/۱۲	۰/۴۳±۰/۱۶	۰/۴۲±۰/۱۵
نتیجه آزمون Repeated measures برای هر بعد	۰/۰۰۶		۰/۳۲		۰/۱۰۵	
نتیجه آزمون Repeated measures برای امتیاز کل خشونت خانگی	۰/۰۳۱					



نمودار (۱): مقایسه میانگین نمره آزمون خشونت در مادران در دو گروه قبل و بعد از مداخله

بحث و نتیجه‌گیری

نمی‌دارد بلکه به دلایل مختلفی همچون کاهش روابط جنسی، تصور غلط در مورد حاملگی و احساسات غیرطبیعی همسر در خصوص بارداری می‌تواند به عنوان یک دوره پرمخاطره برای سوء استفاده جسمی و روانی شناخته شود. شواهد در حال رشدی وجود دارد که دین داری به عنوان یکی از ابعاد سلامت معنوی می‌تواند افراد را در

نتایج حاصل از پژوهش حاضر نشان داد که مشاوره معنوی بر میزان خشونت در زنان باردار در معرض خشونت مؤثر است، به طوری که میانگین امتیازات در گروه مداخله، بعد از مداخله به طور معنی‌داری بیشتر از گروه کنترل بود. خشونت‌های خانگی در زنان شیوع نسبتاً بالایی دارد و بارداری نه تنها زنان را از خشونت مصون

برابر فشارهای روانی (مانند افسردگی، اضطراب، خشم، پریشانی و ناامیدی) محافظت کند و تسهیل کننده روند بهبود باشد. 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. این موقعیت سبب ایجاد حمایت اجتماعی برای اعضای گروه می‌شود (۲۲). که این مطالعه از این نظر می‌تواند نوعی نوآوری محسوب شود.

درخشان پور و همکاران (۱۳۹۳) در مقاله‌ای با عنوان شیوع خشونت خانگی علیه زنان در بندرعباس، خشونت خانگی و انواع آن را بررسی کرده‌اند. یافته‌ها و نتایج نشان می‌دهند که ۹۲ درصد از زنان مورد خشونت خانگی قرار گرفته‌اند. شایع‌ترین نوع خشونت علیه این زنان خشونت عاطفی- کلامی (۵۴ درصد) ارزیابی شده است و خشونت فیزیکی و جنسی در به ترتیب با مقادیر ۲۴/۸ درصد و ۶/۸ درصد در رتبه‌های بعدی قرار داشته‌اند (۲۳). در تحقیق حاضر نیز با توجه به نتایج و از نظر رتبه بندی انواع خشونت، بیشترین خشونت مربوط به خشونت عاطفی- کلامی و در رده‌های بعدی به ترتیب خشونت جنسی و فیزیکی قرار داشتند مطالعه اخیر همسو با نتایج مطالعه حاضر می‌باشند که با توجه به اینکه مطالعه اخیر نیز در ایران انجام شده است می‌توان نتیجه گرفت که فرهنگ بسته به نوع جوامع می‌تواند بر الگوی خشونت خانگی مؤثر باشد.

به نظر می‌رسد همراه با تغییرات فرهنگی جامعه، اعمال خشونت جسمی کمتر شده اما خشونت عاطفی افزایش یافته است. این وضعیت می‌تواند دلایل متفاوت دیگری نیز داشته باشد. اول اینکه خشونت‌های فیزیکی نمود ظاهری بیشتری در محاکم و مراکز مشاوره دارد و مطالعات مختلف روی آن متمرکز شده است. دوم اینکه اصولاً زنان ما کمتر از خشونت فیزیکی صحبت می‌کنند. سوم اینکه واقعاً مردان جامعه خشونت فیزیکی علیه همسر خود را کاری ناپسند می‌دانند، لیکن سایر جنبه‌های خشونت به دلایل فرهنگی- اجتماعی برایشان مشخص نیست. چهارم اینکه قوانین قضایی در مورد خشونت‌های فیزیکی صراحت بیشتری دارند. شاید همه موارد فوق و همچنین دلایل دیگری خشونت‌های علیه زنان را از نوع فیزیکی به سمت کلامی- عاطفی سوق داده است (۲۴).

نتایج مطالعه‌ی زارعی پور و همکاران نشان داد که بین سلامت معنوی و اجزای آن (سلامت مذهبی و وجودی) با خودکارآمدی زنان باردار همبستگی مثبت و معنی‌دار وجود دارد (۲۲)، همچنین نتایج مطالعه آدگبولا (۲۰۱۱) نیز نشان داد خودکارآمدی رابطه مثبت با معنویت دارد (۲۵). مطالعه‌ی ریکس و همکاران (۲۰۰۴) نشان داد که اعمال معنوی از قبیل دعا می‌تواند باعث افزایش اعتماد به نفس

و افزایش خودکارآمدی و تنظیم اهداف شود (۲۶). مطالعات متعدد دیگری نشان داده‌اند که معنویت و اعتقادات مذهبی به‌عنوان یک عامل در سازگاری مؤثر با مشکلات و رویدادهای پر تنش و کاهش استرس مطرح می‌باشد (۲۷). نصیر معتقد است که معنویت به سبب بالا بردن سطح سلامت، سبب بالا رفتن خودکارآمدی و احساس توانمندی افراد در وظایف محوله می‌شود و به آن‌ها اجازه می‌دهد با موفقیت چالش‌های زندگی را پشت سر بگذارند. این افراد احساس ناامیدی، تنهایی و قربانی خشونت شدن و آزار کمتری دارند (۲۸). بررسی‌ها گویای آن هستند که مداخلات معنوی به‌عنوان یک متغیر در حیطه روانشناسی مثبت نگر با سلامت بدنی و روانی رابطه مثبت دارد و به‌عنوان یک منبع مقاومت درونی، تأثیرات منفی استرس را کاهش می‌دهد و از بروز اختلال‌های بدنی و روانی پیشگیری می‌کند (۲۹، ۳۰). مطالعات فوق همگی نشان دادند که مداخلات معنوی می‌تواند بر مدیریت خشونت خانگی از طرف فرد قربانی مؤثر باشد. چون مداخلات معنوی خود باعث افزایش سازگاری فرد، کنترل خشم در طرف مقابل، کنترل استرس در فرد قربانی، افزایش توانمندی فرد قربانی و کاهش حس ناامیدی می‌شود. در نتیجه می‌تواند هم بر درک از خشونت خانگی و به دنبال آن بر میزان خشونت خانگی مؤثر باشد. مطالعه حاضر با نتایج کلی تمامی مطالعات ذکر شده همخوانی دارد و همسو می‌باشد. ازجمله محدودیت‌های این مطالعه، عدم دسترسی به همسران زنان باردار بود. چه بسا با حضور همسران در جلسات مشاوره به نتایج بهتری دست می‌یافتیم.

به‌صورت یک نتیجه‌گیری کلی استفاده از تکنیک‌های مشاوره‌ای مانند مشاوره معنوی می‌تواند نتایج مثبتی بر میزان خشونت خانگی در زنان باردار داشته باشد. چرا که آموزش و تقویت باورهای مذهبی می‌تواند بر درک افراد از زندگی و شیوه زندگی آن‌ها مؤثر باشد.

پیشنهادهات: پیشنهاد می‌شود تحقیقاتی در جهت جلب مشارکت همسران مادران باردار در معرض خشونت خانگی، مقایسه اثر مداخلات معنوی در بافتهای فرهنگی متفاوت، استفاده از الگوهای مشاوره‌ای در مداخلات معنوی، انجام شود.

ملاحظات اخلاقی: نویسندگان اعلام می‌دارند که در این پژوهش تمامی اصول اخلاقی مرتبط ازجمله محرمانه بودن پرسشنامه‌ها، رضایت آگاهانه شرکت‌کنندگان در پژوهش و اختیار خروج از پژوهش رعایت شده است.

تعارض منافع: نویسندگان اعلام می‌نمایند که تضاد منافعی در این تحقیق وجود ندارد.

تشکر و قدردانی

جامع سلامت (کن، فرمانفرمایان، یافت آباد و والفجر) و مادران باردار که در اجرای این پژوهش ما را یاری رساندند، تشکر و قدردانی می‌شود.

این مطالعه حاصل کار پایان نامه ارشد رشته مشاوره در مامایی مصوب با کد اخلاق IR.QUMS.REC.1396.299 و با کد IRCT20171025037000N2 در مرکز ثبت کارآزمایی های بالینی ایران می‌باشد. بدین وسیله از کلیه ماماها و کارکنان مراکز

References:

1. Asadzandi M. Spiritual self-care. Tehran: Resaneh takhasosi; 2017. 137 p.
2. Aghakhani K AA, Chehrehei A. Investigation of physical violence by a spouse against women referring to the legal medicine center of Tehran. Razi Med Sci 2001;9(31): 485-90.
3. Mohamadxani P RE, Mohamadi M, Azadmehr H. The Prevalence of Family Violence Pattern, Commitment or Experience in Men and Women. Refahe Ejtemaei 2005;5(21): 205-24.
4. Cho H. Racial differences in the prevalence of intimate partner violence against women and associated factors. J Interpers Violence 2012;27(2): 344-63.
5. Vameghi M, Khodai Ardekani M, Sajadi H. Domestic violence in Iran: review of 2001-2008 literature. J Soc Welfare Q 2014;13(50): 37-70.
6. Ezazi S. Family sociology. 3rd Ed. Tehran: Women Studies Publication; 2003.
7. Organization WH. WHO multi-country study on women's health and domestic violence against women: summary report of initial results on prevalence, health outcomes and women's responses; 2005.
8. Eftekhari H, Kakouei H, Setareh F, A, Bardaran EM. Some characteristic of victims of women harassment who referred of Tehran forensic medicine. Soc Welfare 2004;3(12): 257-69.
9. Hassan M, Kashanian M, Hassan M, Roohi M, Yousefi H. Domestic violence: prevalence during pregnancy and associated maternal outcomes. Urmia Med J 2014;24(11): 894-903.
10. Asadzandi M, Sekarifard M, Ebadi A, Morovvati Sharif Abad M, Salari M. Effects of anger management training based on Health Promotion Model on soldiers engaged in risky behavior. Iran J Psychiatric Nurs 2015;2(4): 68-79.
11. Porzoor P AM, Shojaei A. Effectiveness of Spiritual Intervention on Individual and Social Restitution of Women Victims of Domestic Violence. J Clin Psychol 2018;10(2): 95-105.
12. Asadzandi M. Effect of spiritual health (Sound Heart) on the other dimensions of health at different levels of prevention. Clin J Nurs Care Practice 2018;2(1): 018-24.
13. Behrooz M FkM, Mohamadi F, Hoseini M. The Effect of Group Spiritual Care on the Quality of Life of Home Care Patients with Alzheimer's. Health Prom Manag 2016;4(3): 34-42.
14. Kamari S FM. The Effectiveness of Teaching Spirituality Therapy Based on Positive Neglegation on the Life Expectancy and Satisfaction of Teenagers' Life. J Clin Psychol Consul 2017;6(1): 5-23.
15. J B. Institutionalizing Spirituality in the Concept of Spiritual Health. J Med Ethics 2009;4: 105-12.
16. de la Rosa IA, Barnett-Queen T, Messick M, Gurrola M. Spirituality and resilience among Mexican American IPV survivors. J Interper Violence 2016;31(20): 3332-51.
17. Haghighat M, Mirghafourvand M, Mohammad-Alizadeh-Charandabi S, Malakouti J, Erfani M. The Effect of Spiritual Counseling on Stress and Anxiety in Pregnancy: A Randomized Controlled Clinical Trial. Iran Red Crescent Med J 2018;20(4).

18. Danesh P SM, Tavafi P. Sociological Analysis of Domestic Violence Against Women and its Relationship with Homosexuality. Strategic research on security and social order 2018;16(1): 47-72.
19. M A. A guide to managing excitement in anger in the family. Tehran: Resaneh Takhasosi; 2018.
20. Khadivzadeh T EF. Comparison of domestic violence before and during pregnancy and its related factors. Iran J Obstet Gynecol Infert 2012;14(4): 47-56.
21. Bagherzadeh R KT, Sharif F. Study of demographic characteristics of women exposed to domestic violence during pregnancy. J Hamadan Univ Med Sci 1998;16(2): 5-12.
22. Zareeipoor M AM, Asadpoor M. Relationship between spiritual health and self-efficacy in pregnant women referring to rural health centers. Soc Health J 2017;10(2): 52-61.
23. Derakhshanpour F, Mahboobi H, Keshavarzi S. Prevalence of domestic violence against women. J Gorgan Univ Med Sci 2014;16(1).
24. Dolatian M, Zahiroddin A, Velaie N, Majd HA. Evaluation of prevalence of domestic violence and its role on mental health. Pajoohandeh J 2012;16(6): 277-83.
25. Adegbola M. Spirituality, self-efficacy, and quality of life among adults with sickle cell disease. Southern Online J Nurs Res 2011;11(1).
26. Reicks M, Mills J, Henry H. Qualitative study of spirituality in a weight loss program: Contribution to self-efficacy and locus of control. J Nutr Educ Behav 2004;36(1): 13-9.
27. Romero C, Friedman LC, Kalidas M, Elledge R, Chang J, Liscum KR. Self-forgiveness, spirituality, and psychological adjustment in women with breast cancer. J Behav Med 2006;29(1): 29-36.
28. Nasiir M. The Relationship strategies coping with stress and resilience with optimism in female high school students in Dezful city. 2010.
29. 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;36: 1-55.
30. Brooks MV, editor Health-related hardiness and chronic illness: A synthesis of current research. Nursing forum; Wiley Online Library. 2003:

THE IMPACT OF SPIRITUAL COUNSELING ON DOMESTIC VIOLENCE IN PREGNANT WOMEN: A CLINICAL TRIAL

Afsaneh Akhtari¹, Fatemeh Ranjkesh², Minoo Asadzandi³, Forozan Olfati^{4*}

Received: 09 Apr, 2019; Accepted: 13 July, 2019

Abstract

Background & Aims: Given the high prevalence of domestic violence in pregnant women and the impact of religious beliefs on people's perceptions of their lives and lifestyles in life-style crises such as anger and aggression, this study aimed to determine the effect of spiritual counseling on the degree of domestic violence in pregnant women.

Materials & Methods: This is a clinical trial that was conducted on pregnant women referred to four comprehensive health services centers in Tehran in 2018. The subjects were randomly assigned to two groups of intervention (n = 30) and control (n = 30). The intervention was conducted in eight, 60-minute individual counseling sessions. Violence was assessed with Violence Assessment. Chi-square test and repeated measures test with significant level ($p < 0.05$) were used to analyze the data.

Results: At first, the normality of the scores of violence was assessed and confirmed by the Kolmogorov-Smirnov and Shapiro tests ($P < 0.05$). At first, the normality of the scores of violence was assessed and confirmed by the Kolmogorov-Smirnov and Shapiro tests ($P < 0.05$). The two groups did not have a significant difference in terms of age, education of mothers and their spouses, the occupation of mothers and their wives, financial status, the number of pregnancies, and the desire for pregnancy were not statistically significant. After the intervention, the comparison of mean scores of violence in mothers between the two groups showed a significant difference ($p > 0.03$).

Conclusions: Spiritual counseling is effective in domestic violence in pregnant women. Therefore, the use of this counseling technique can have positive outcomes in terms of domestic violence and spiritual well-being in pregnant women.

Keywords: Spiritual counseling, Domestic Violence, Pregnant Women.

Address: Faculty of Nursing and Midwifery, Qazvin University of Medical Sciences, Qazvin, Iran

Tel: +989121826082

Email: Papoy6olfati@yahoo.com, f.olfati@qums.ac.ir

¹ M.Sc. Midwifery Counseling, Student research committee Qazvin University of Medical Sciences, Qazvin, Iran

² M.Sc. Midwifery, School of Nursing and Midwifery Medical faculty. Qazvin University of Medical Sciences, Qazvin, Iran

³ PhD, Department of Anesthesiology Faculty of Nursing, Researcher of Quran and Hadith Research Center, Baqiyatallah University of Medical Sciences, Tehran, Iran

⁴ PhD, Reproductive Health, Social Determinants of Health Research Center, Qazvin University of Medical Sciences, Qazvin, Iran (Corresponding Author)