

## بررسی تأثیر آموزش ایمن سازی در برابر استرس بر افسردگی، کیفیت زندگی و دلزدگی زناشویی در زنان خشونت دیده شهر کرمانشاه

شهلا بزگداری<sup>۱</sup>، شیما پرندین<sup>۲\*</sup>

<sup>۱</sup> دانشجوی کارشناسی ارشد، گروه روانشناسی، واحد اسلام آباد غرب، دانشگاه آزاد اسلامی، اسلام آباد غرب، ایران.

<sup>۲</sup> استادیار، گروه روانشناسی، واحد اسلام آباد غرب، دانشگاه آزاد اسلامی، اسلام آباد غرب، ایران (نویسنده مسئول)

### چکیده

پژوهش حاضر بمنظور بررسی تأثیر آموزش ایمن سازی در برابر استرس بر کیفیت زندگی و دلزدگی زناشویی در زنان خشونت دیده شهر کرمانشاه انجام شد. این مطالعه کاربردی بصورت نیمه تجربی با دو گروه آزمایش و گواه با پیش آزمون و پس آزمون اجراء شد. جامعه آماری پژوهش را کلیه زنان خشونت دیده مراجعه کننده به مرکز مشاوره اکسیر شهر کرمانشاه در سال ۱۴۰۱ تشکیل داد که پس از فراخوان و آگهی مراجعه کرده بودند که با استفاده از روش نمونه گیری در دسترس، ۳۰ نفر انتخاب شدند. در این مطالعه ۳۰ نفر بعنوان نمونه نهایی انتخاب شدند که به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و گواه گروه (۱۵ نفر) قرار گرفتند. در این مطالعه از پرسشنامه های استاندارد افسردگی بک (۱۹۹۴)، دلزدگی زناشویی پاینز (۲۰۰۲) و کیفیت زندگی والتون (۲۰۰۱) استفاده شد. در این مطالعه، در گروه آزمایش برای مدت هفت جلسه و در هر جلسه برای مدت ۹۰ دقیقه، آموزش ایمن سازی در برابر استرس را دریافت کردند. برای تحلیل داده ها از روش تحلیل واریانس با کمک نرم افزار SPSS 23 بهره گرفته شد. نتایج حاکی از آن بود که آموزش ایمن سازی در برابر استرس باعث افزایش کیفیت زندگی و کاهش افسردگی و دلزدگی زناشویی در زنان خشونت دیده شهر کرمانشاه شد. بنابراین، پیشنهاد می شود که آموزش های ایمن سازی در برابر استرس آموزش داده شود تا میزان افسردگی و دلزدگی کاهش و کیفیت زندگی در زنان افزایش یابد.

**واژه های کلیدی:** آموزش ایمن سازی، استرس، کیفیت زندگی، دلزدگی زناشویی

## ۱. مقدمه

خانواده، مهم ترین نهادی است که می تواند به به اعضای خود احساس امنیت و آرامش را دهد، با این حال، تعارضات در خانواده، باعث ایجاد اضطراب و ناامنی می شود که پیامد آن افزایش شیوع بیماری های روانی، قتل های خانوادگی، کودک آزاری و خشونت مخصوصا علیه زنان می باشد (اکستروم<sup>۱</sup>، ۲۰۱۷). هر رفتاری که باعث آسیب جنسی، جسمی، روانی و رنج زنان شود را خشونت علیه زنان می گویند (پترمن<sup>۲</sup> و همکاران، ۲۰۲۰). خشونت های خانوادگی معمولا در حریم خانواده ها اتفاق می افتد ولی می تواند تمامی بخش های زندگی را در برگیرد. در حقیقت، خشونت علیه زنان باعث کاهش قابل توجه کیفیت زندگی زنان و فرزندان شان، کاهش توانایی استقلال و مولد بودن زندگی عادی را تهدید می کند و آن ها را به چالش می کشاند (نیومن<sup>۳</sup>، ۲۰۱۹). خشونت نسبت به زن توسط همسر می تواند شامل بدرفتاری جسمی، جنسی، اقتصادی مالی و روانی است که ناشی از عواملی همانند اختلالات روانی، داشتن شریک جنسی، تحصیلات پایین زوجین، تجربه خشونت در کودکی، مصرف الکل و سوء مصرف مواد، هنجارها و نگرش های جنسیتی و .... می تواند باشد (ساردینها<sup>۴</sup> و همکاران، ۲۰۲۲: ییتبارک، وولدی و آبراهام<sup>۵</sup>، ۲۰۱۹: وارگاس-فرناندز<sup>۶</sup> و همکاران، ۲۰۲۲). خشونت خانگی باعث آسیب های جبران ناپذیری روی خانواده و جامعه می شود که از آن جمله می توان به اختلالات روانی همانند افسردگی، پایین بودن عزت نفس، اضطراب و کاهش سلامت اجتماعی، اختلال عملکرد اجتماعی و خودکشی اشاره کرد (باچوس<sup>۷</sup> و همکاران، ۲۰۱۸: اسی<sup>۸</sup> و همکاران، ۲۰۱۹: کاکو و گاردی<sup>۹</sup>، ۲۰۱۹). چندین مطالعه به اثرات خشونت علیه زنان روی افزایش افسردگی اشاره کرده اند (گیس<sup>۱۰</sup> و همکاران، ۲۰۲۰: چاندان<sup>۱۱</sup> و همکاران، ۲۰۲۰). افسردگی یک بیماری روانی شایع است که با خلق و خوی کم، کاهش علاقه و کاهش احساس لذت، با بروز ۶/۴۰ تا ۱۰/۴۰ درصد مشخص می شود. افسردگی به شدت کیفیت زندگی بیماران را کاهش می دهد و امید به زندگی آن ها را تا ۱۰ سال کاهش می دهد. بار جهانی بیماری ناشی از افسردگی در دهه های اخیر افزایش یافته است و افسردگی به یکی از علل اصلی ناتوانی در سراسر جهان تبدیل شده است (پو<sup>۱۲</sup> و همکاران، ۲۰۲۲).

متغیر دیگری که خشونت می تواند روی آن اثرات منفی داشته باشد، کیفیت زندگی است (کلونز<sup>۱۳</sup> و همکاران، ۲۰۱۲: جک<sup>۱۴</sup> و همکاران، ۲۰۱۹). کیفیت زندگی در زنانی که تحت خشونت خانگی قرار می گیرند از اهمیت زیادی برخوردار می باشد. کیفیت زندگی شامل میزان رفاه جسمی، اجتماعی و روانی است که اشخاص آن را درک می کنند و میزان رضایت فرد از موهبت های زندگی را نشان می دهد (قهرمانی و وانگ<sup>۱۵</sup>، ۲۰۲۰). در حقیقت، کیفیت زندگی شامل درک افراد از موقعیت زندگی خود با در نظر گرفتن فرهنگ و نظام ارزشی جامعه و ارتباط دادن آن با اهداف، انتظارات، استانداردها و نیازها می باشد (آلزون و وورال<sup>۱۶</sup>، ۲۰۱۹). کیفیت زندگی، یک مفهوم ترکیبی است و شامل شادمانی، برخورداری از خاستگاهی فلسفی و با منشأ بهزیستی فاعلی

<sup>۱</sup>Ekström<sup>۲</sup>Peterman<sup>۳</sup>Newman<sup>۴</sup>Sardinha<sup>۵</sup>Yitbarek, Woldie & Abraham<sup>۶</sup>Vargas-Fernández<sup>۷</sup>Bacchus<sup>۸</sup>Esie<sup>۹</sup>Kako & Gardi<sup>۱۰</sup>Gibbs<sup>۱۱</sup>Chandan<sup>۱۲</sup>Pu<sup>۱۳</sup>Klevens<sup>۱۴</sup>Jack<sup>۱۵</sup>Ghahramani & Wang<sup>۱۶</sup>Alzboon & Vural

در حوزه روان شناسی نسبت به افراد برخوردار از سلامت جسمانی و روانی ناشی از علوم پزشکی در نظر گرفته می شود (نئوپرز<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۲۰).

علاوه بر کیفیت زندگی یکی دیگر از عوامل مؤثر در تهدید خانواده دلدگی زناشویی است. دلدگی زناشویی بعنوان حالتی دردناک برای افسردگی جسمانی، روانی و عاطفی تعریف شده است و بیشتر روی افرادی اثر می گذارد که عشق رؤیایی و ازدواج به زندگی شان معنا ببخشد (فارل و مارکمان<sup>۲</sup>، ۲۰۱۹). این نوع دلدگی باعث کاهش تدریجی دلبستگی عاطفی نسبت به همسر می شود که با احساساتی همانند بیگانگی، بی تفاوتی و بی علاقه‌گی زوجین به یکدیگر همراهی می شود و عواطف منفی بعنوان جایگزینی برای عواطف مثبت در نظر گرفته می شود (ویسمن<sup>۳</sup> و همکاران، ۲۰۲۰). عوامل مختلفی روی روابط زناشویی بین زوجها در گذر زمان اثر می گذارد و باعث ایجاد فرسودگی عشق و صمیمیت میان زوجین و در نهایت باعث دلدگی می شوند (سوبرال، ماتوس و کاستا<sup>۴</sup>، ۲۰۱۴). مطالعات نشان داده اند که خشونت روی زنان می تواند باعث افزایش قابل توجه دلدگی میان زوجین شود (ساتیسان و ساتیارینا<sup>۵</sup>، ۲۰۱۸).

با در نظر گرفتن اثرات منفی خشونت روی افسردگی، کیفیت زندگی و دلدگی، و استرس زا بودن آن، باید راهبردهایی بمنظور کاهش دادن این اثرات منفی در نظر گرفته شود (مشگانی فراهانی، ۲۰۱۷). از جمله روش های درمانی که می تواند باعث بهبود دادن کیفیت زندگی و کاهش دلدگی زناشویی شود، آموزش ایمن سازی در برابر استرس می باشد (بروکهورست<sup>۶</sup> و همکاران، ۲۰۱۵). ایمن سازی در برابر استرس همانند روش ایمن سازی پزشکی بر اساس روبرو شدن با شرایط استرس زا در فرد بمنظور تشکیل دادن پادتن های روانشناختی و ایجاد مهارت های مقابله با استرس می باشد (میچنباوم<sup>۷</sup>، ۲۰۱۷). آموزش دادن گروهی برای مدیریت کردن استرس یک مداخله درمانی دقیق و شامل چندین ابعاد و هدف است که بمنظور از بین بردن کامل استرس نمی باشد بلکه با هدف در نظر گرفتن استرس بعنوان یک مسأله حل شدن است (بروکهورست و همکاران، ۲۰۱۵). محققین نشان داده اند که در موقعیت های استرس زا، آموزش های لازم باعث می شود تا افراد با نیازها و چالش های زندگی خود به روش بهتری کنار آیند، خودکارآمدی بیشتری داشته باشند، در زندگی خود از اعتماد به نفس بالایی برخوردار باشند و تعهد و کنترل بیشتری داشته باشند (هورانی<sup>۸</sup> و همکاران، ۲۰۱۶). اثرات مثبت آموزش ایمن سازی در برابر استرس در بیماران قلبی-عروقی (اراکي<sup>۹</sup> و همکاران، ۲۰۱۸)، زنان حامله با پرولاپس (عسکری و همکاران، ۲۰۲۱)، بر بهبود کیفیت زندگی بیماران مبتلا به آرتریت روماتوئید (عیوقی راهنما، زارعی پور، موقربانعلی پور، ۱۳۹۸) و مبتلایان به سرطان پوست (هاشمی و یحیایی، ۱۳۹۷) گزارش شده است. با این حال اثرات آموزش ایمن سازی روی کاهش افسردگی و بهبود کیفیت زندگی در زنان مورد خشونت مورد بررسی قرار نگرفته است. همچنین اثرات این آموزش بر روی کاهش دلدگی در مطالعات مورد بررسی قرار نگرفته است. بنابراین این مطالعه با هدف بررسی تأثیر آموزش ایمن سازی در برابر استرس بر افسردگی، کیفیت زندگی و دلدگی زناشویی در زنان خشونت دیده شهر کرمانشاه انجام شد. نتایج این تحقیق می تواند به کاهش افسردگی و دلدگی زناشویی و همچنین افزایش کیفیت زندگی زناشویی در زنان خشونت دیده که غالبا از طبقات فقیر و حاشیه نشین هستند، کمک نماید.

<sup>۱</sup>Neuprez

<sup>۲</sup>Farrell & Markman

<sup>۳</sup>Whisman

<sup>۴</sup>Sobral, Matos, & Costa

<sup>۵</sup>Satheesan & Satyanayana

<sup>۶</sup>Brockhurst

<sup>۷</sup>Meichenbaum

<sup>۸</sup>Hourani

<sup>۹</sup>Oraki

## ۲. روش تحقیق

روش این پژوهش از لحاظ هدف کاربردی، نیمه آزمایشی و از نوع طرح پیش آزمون و پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش حاضر شامل تمام زنان خشونت دیده شهر کرمانشاه در سال ۱۴۰۱ بود که در مناطق حاشیه نشین شهر کرمانشاه سکونت داشتند و طی ۶ ماه اول سال ۱۴۰۱ به جهت گزارش خشونت به کلانتری های محل مراجعه نموده اند که به صورت نمونه گیری در دسترس ۳۰ نفر (گروه آزمایش ۱۵ نفر، گروه کنترل ۱۵ نفر) به عنوان نمونه انتخاب شدند بعد از انتخاب افراد و توزیع تصادفی آن ها در گروه ها، مطالعه برای آن ها توصیف گردید واز آن ها درخواست شد که به پرسش نامه ها پاسخ دهند. پس از اتمام پیش آزمون مداخله آموزش ایمن سازی در برابر استرس به گروه آزمایشی که شامل ۱۵ نفر بودند، داده شد. در این مطالعه چند مرحله آموزش ایمن سازی در برابر استرس به صورت گروهی برگزار شد که به صورت خلاصه به شرح زیر می باشد. این جلسات به صورت هفتگی و هفته ای دو جلسه در مدت ۹۰ دقیقه برگزار گردید. تعداد کل جلسات ۷ جلسه می باشد. تکالیف در پایان هر جلسه ارائه شده و در جلسات بعد مورد بررسی قرار گرفتند. جدول ۱، شرح جلسات انجام شده را ارائه می دهد. بعد از اتمام جلسات، دوباره پرسش نامه ها توزیع شد و داده ها گردآوری شد. در این پژوهش برای تجزیه و تحلیل داده ها ی آماری از روش های آماری توصیفی و استنباطی استفاده شد. در این راستا در بخش توصیفی از مشخصه های آماری نظیر فراوانی، درصد فراوانی، میانگین و نمودارهای مربوطه و در سطح استنباطی از آزمون تحلیل کواریانس تک متغیری و چند متغیری استفاده شد.

جدول ۱ خلاصه جلسات آموزش مدیریت استرس

ردیف جلسات	عنوان جلسه (اهداف)
جلسه اول	آشنایی اعضای گروه با یکدیگر-ایجاد رابطه حسنه مبتنی بر همکاری-آشنایی با نحوه کار تکلیف: یادداشت یک موقعیت استرس آور با علائم و نشانه ها
جلسه دوم	مستحکم کردن رابطه مبتنی بر همکاری-آموزش ماهیت تعاملی استرس-بررسی نقش افکار دربروز استرس-تمرین فن تصویر پردازی ذهنی-ارائه تکالیف به شرح فرم های ضمیمه تکلیف: تمرین تصویر پردازی ذهنی
جلسه سوم	مورد بحث و بررسی قرار دادن مشکلات و پیامد های مرتبط با استرس-آموزش و تمرین گروهی آرمیدگی-ارائه تکالیف تکلیف: یادداشت افکار و هیجانات یک موقعیت استرس آور
جلسه چهارم	ارزیابی کارایی فن آرمیدگی- توضیح نقش افکار و شناختها در بروز استرس-آموزش مقدماتی رویکرد بک ارایه تکالیف تکلیف: تکمیل افکار خود آیند منفی
جلسه پنجم	شناسایی مشکلات زندگی ارایه حل مشکل تکلیف: جملات تشویقی و خودگوییهای مثبت
جلسه ششم	مرور تکالیف-آموزش شیوه مسئله گشایی تکلیف: استفاده از تکنیک های حل مسئله و توجه برگردانی
جلسه هفتم	آموزش فن توقف فکر-جمع بندی فنون آموزشی گذشته

## ابزارها

## الف) افسردگی

در این مطالعه برای ارزیابی کردن افسردگی از مقیاس افسردگی بک استفاده شد که ۲۱ سؤالی است و به هر سؤال نمره ای ما بین ۰ تا ۳ اختصاص می یابد. امتیاز کلی برای پرسشنامه دامنه ای از نمرات ۰ تا ۶۳ است. حد اقل نمره صفر و حداکثر نمره ۶۳ است. نمرات ۰-۱۳ بدون افسردگی، ۱۹-۱۴ افسردگی خفیف، ۲۸-۲۰ افسردگی متوسط و ۲۹ به بالا نشان دهنده افسردگی شدید است. بک و همکاران، روایی آن را با تحلیل سازه معتبر و پایایی آن را با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۸ گزارش کردند. فتی و همکاران (۱۳۸۴) اعتبار این پرسشنامه را محاسبه کردند و ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۶ و ضریب ثبات درونی ۰/۹۲

و ضریب پایایی ۰/۹۴ برای آن گزارش کردند. در این پژوهش ضریب اعتبار به روش آلفای کرونباخ محاسبه شد که این ضریب برابر ۰/۸۸ بود.

### (ب) دل زدگی زناشویی

در این مطالعه برای بررسی دل زدگی زناشویی از مقیاس پاینز استفاده شد که یک ابزار خودسنجی است و هدف آن سنجیدن درجه دل زدگی زناشویی در بین زوجین می باشد. این پرسشنامه شامل ۲۰ ماده است که ۱۷ ماده آن شامل عبارات منفی همانند خستگی، ناراحتی و احساس بی ارزشی است و ۴ ماده آن شامل عبارات مثبت می باشد. نمره گذاری این پرسش نامه در یک مقیاس ۷ درجه ای لیکرت بین ۱ تا ۷ (۱=هرگز تا ۷=همیشه) می باشد. نمره گذاری ۴ ماده آن به صورت معکوس انجام می شود و نمره ی بالاتر به معنای دل زدگی زناشویی بیشتر است. حداقل نمره ضریب پایایی این مقیاس با روش بازآزمایی در یک دوره یک ماهه برابر ۰/۷۶٪ گزارش شده است. همچنین ضریب و حداکثر نمره ۱۴۰ است. این محققین پایایی این مقیاس با استفاده از روش آلفای کرونباخ بین ۰/۹۱ تا ۰/۹۳٪ گزارش کردند و روایی آن را با استفاده از تحلیل عاملی برای تمامی گویه ها بزرگتر از ۰/۵۰٪ گزارش کردند. نادری و همکاران نیز با استفاده از دو روش آلفای کرونباخ و تصنیف، به ترتیب به ضریب پایایی ۰/۷۸ و ۰/۸۱ دست یافتند. این محققین روایی صوری و محتوایی آن را معتبر گزارش کردند.

### (ج) کیفیت زندگی

در این مطالعه از پرسشنامه کیفیت زندگی مدل والتون (۲۰۰۱) استفاده شد که نحوه امتیازدهی آن بر اساس طیف ۵ گزینه ای لیکرت بود. والتون در سال ۲۰۰۱ ضریب پایایی آزمون را ۰/۸۸٪ گزارش کرد و روایی آن را با روش تحلیل عامل تأییدی مناسب گزارش کردند. حسینی و همکاران (۱۳۸۸) در تحقیق خود ضریب پایایی ۰/۸۵ بدست آوردند که همگی اعداد بدست آمده در تحقیقات ذکر شده بیانگر ضریب پایایی مطلوب برای این پرسشنامه ای می باشند. این پرسشنامه دارای ۳۲ گویه است. حداقل نمره ۳۲ و حداکثر نمره ۱۶۰ می باشد. امتیازات بالاتر نشان دهنده ی کیفیت زندگی بزرگتر در افراد مورد مطالعه باشد.

### ۳. یافته ها

بر اساس یافته های این مطالعه، میانگین سنی افراد مورد مطالعه ۳۶/۶۳ سال با انحراف معیار ۱۴/۵۲ سال بود. از ۳۰ نفر مورد مطالعه، ۱۴ نفر تحصیلات ابتدایی (۴۶/۶۶ درصد)، ۸ نفر تحصیلات راهنمایی (۲۶/۶۶ درصد) و ۸ نفر تحصیلات دیپلم (۲۶/۶۶ درصد) داشتند. مدت زمان ازدواج در ۱۴ زن کمتر از ۵ سال (۴۶/۶۶ درصد)، در ۱۰ زن بین ۵-۱۰ سال (۳۳/۳۳ درصد) و در ۶ زن بین ۱۵-۲۰ سال (۲۰ درصد) بود. یافته های توصیفی این پژوهش شامل شاخص های آماری مانند میانگین، انحراف معیار و تعداد آزمودنی های نمونه برای کلیه متغیرهای در این پژوهش در جدول ۲ نشان داده شده است. نتایج نشان می دهد که میزان افسردگی در هر دو گروه در پیش آزمون حدود ۴۳ بود که نشان دهنده ی میزان افسردگی شدید در هر دو گروه بود. با این حال میزان افسردگی در گروه آزمایش و گواه در پس آزمون به ترتیب ۲۸/۴۰ و ۴۲/۰۰ بود. همچنین میانگین دل زدگی زناشویی در پیش آزمون به ترتیب ۸۳/۱۳ و ۸۵/۰۰ در گروه های آزمایش و گواه بود که در این گروه ها ۵۹/۰۸ و ۸۷/۰۶ به ترتیب در پس آزمون بود. نتایج برای کیفیت زندگی نیز نشان که مقادیر میانگین در گروه آزمایش و گواه در پیش آزمون به ترتیب ۷۶/۴۰ و ۷۹/۰۶ بود که در همین گروه ها به ترتیب در پس آزمون به ترتیب ۹۸/۸۶ و ۸۰/۱۵ بود.

جدول ۲- میانگین و انحراف معیار نمره افسردگی، دلزدگی زناشویی و کیفیت زندگی زنان خشونت دیده گروه های آزمایش و گواه در مراحل پیش آزمون و پس آزمون

متغیر	مرحله	گروه	میانگین	انحراف معیار	تعداد
افسردگی	پیش آزمون	آزمایش	۴۳/۵۳	۱۳/۸۳	۱۵
		گواه	۴۴/۲۰	۱۲/۲۶	۱۵
	پس آزمون	آزمایش	۲۸/۴۰	۱۴/۷۶	۱۵
		گواه	۴۲/۰۰	۱۱/۳۰	۱۵
دلزدگی زناشویی	پیش آزمون	آزمایش	۸۳/۱۳	۸/۸۱	۱۵
		گواه	۸۵/۲۰	۱۰/۵۲	۱۵
	پس آزمون	آزمایش	۵۹/۸۰	۷/۱۴	۱۵
		گواه	۸۷/۰۶	۸/۳۷	۱۵
کیفیت زندگی	پیش آزمون	آزمایش	۷۶/۴۰	۹/۰۱	۱۵
		گواه	۷۹/۰۶	۷/۲۹	۱۵
	پس آزمون	آزمایش	۹۸/۸۶	۹/۹۳	۱۵
		گواه	۸۰/۱۵	۷/۶۱	۱۵

قبل از بررسی فرضیه ها برای رعایت پیش فرض تساوی واریانس ها متغیرهای تحقیق از آزمون لوین استفاده شد و نتایج پیش فرض تساوی واریانس های نمره ها در دو گروه آزمایش و گواه تأیید گردید. از این رو، مفروضه ی همگن بودن واریانس ها در همه متغیرهای اصلی تحقیق رعایت شده و امکان استفاده از تحلیل کوواریانس وجود دارد. همچنین نتایج آزمون کلموگروف-اسمیرنف جهت پیش فرض نرمال بودن توزیع نمرات در جامعه برای افسردگی، دلزدگی زناشویی و کیفیت زندگی نیز نشان داد که ارزش معنی داری بزرگتر از ۰/۰۵ بود که تأیید کننده ی نرمالیتیه ی داده ها می باشد. بنابراین، داده ها می توانستند توسط آزمون کوواریانس تحلیل شوند.

جدول ۳ نتایج را برای تأثیر مداخله بر روی میانگین نمرات پس آزمون افسردگی، دلزدگی زناشویی و کیفیت زندگی گروه های آزمایش و گواه با کنترل پیش آزمون را نشان می دهد. نتایج نشان داد که برای یکی از متغیرهای مطالعه اختلاف معنی داری وجود دارد ( $p < ۰/۰۰۰۱$  و  $F = ۴۷/۸۶۷$ ) که برای بررسی آن از روش آنکوا استفاده شد و نتایج در جدول ۴ ارائه گردید. براساس یافته ها، ۵۶ درصد تفاوت های فردی در نمرات پس آزمون افسردگی، دلزدگی زناشویی و کیفیت زندگی مربوط به مداخله انجام شده بود.

جدول ۳- نتایج تحلیل کواریانس چند متغیری (مانکوا) بر روی میانگین نمرات پس آزمون افسردگی، دلزدگی زناشویی و کیفیت زندگی گروه های آزمایش و گواه با کنترل پیش آزمون

نام آزمون	مقدار	فرضیه df	خطا df	F	سطح معنی داری	مجذور اتا
آزمون اثر پیلایی	۰/۸۴۷	۳	۲۶	۴۷/۸۶۷	۰/۰۰۰۱	۰/۵۶
آزمون لامبدای ویلکز	۰/۱۵۳	۳	۲۶	۴۷/۸۶۷	۰/۰۰۰۱	۰/۵۶

آزمون اثر هتلینگ	۵/۵۲۳	۳	۲۶	۴۷/۸۶۷	۰/۰۰۰۱	۰/۵۶
آزمون بزرگترین ریشه روی	۵/۵۲۳	۳	۲۶	۴۷/۸۶۷	۰/۰۰۰۱	۰/۵۶

جدول ۴- نتایج تحلیل کواریانس یک راهه در متن مانکوا بر روی میانگین نمرات پس آزمون افسردگی، دلزدگی زناشویی و کیفیت زندگی زنان خشونت دیده گروه های آزمایش و گواه با کنترل پیش آزمون را نشان می دهد.

جدول ۴- نتایج تحلیل کواریانس یک راهه در متن مانکوا بر روی میانگین نمرات پس آزمون افسردگی، دلزدگی زناشویی و کیفیت زندگی زنان خشونت دیده گروه های آزمایش و گواه با کنترل پیش آزمون

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری	مجذورات
افسردگی	پیش آزمون	۶۴۳۸/۹۹	۱	۶۴۳۸/۹۹	۲۴/۲۴	۰/۰۰۰۱	۰/۴۷
	گروه	۸۵۰۰/۰۳	۱	۸۵۰۰/۰۳	۳۲/۱۰	۰/۰۰۰۱	۰/۵۴
	خطا	۷۱۷۰/۶۰	۲۷	۲۶۵/۵۷			
دلزدگی زناشویی	پیش آزمون	۹۹۹/۲۶	۱	۹۹۹/۲۶	۲۷/۳۲	۰/۰۰۰۱	۰/۵۰
	گروه	۲۷۷/۰۷	۱	۲۷۷/۰۷	۸۹/۶۱	۰/۰۰۰۱	۰/۴۴
	خطا	۹۸۷/۴۰	۲۷	۳۶/۵۷			
کیفیت زندگی	پیش آزمون	۱۴۰۸/۲۲	۱	۱۴۰۸/۲۲	۴۸/۴۲	۰/۰۰۰۱	۰/۶۴
	گروه	۷۳۷/۰۹	۱	۷۳۷/۰۹	۲۵/۱۰	۰/۰۰۰۱	۰/۴۸
	خطا	۷۸۵/۱۰	۲۷	۲۹/۰۷			

نتایج حاکی از آن بود که با کنترل کردن، پیش آزمون بین زنان خشونت دیده در هر دو گروه برای نمره افسردگی تفاوت معنی داری وجود دارد ( $p < ۰/۰۰۰۱$  و  $F = ۳۲/۱۰$ ). این نتایج نشان می دهد که مداخله ایمن سازی باعث کاهش افسردگی در زنان مورد مطالعه شده است و تأثیر ۵۴ درصدی داشته است. این نتایج نشان می دهد که، ۵۴ درصد تفاوت های فردی در نمرات پس آزمون کاهش افسردگی مربوط به تأثیر این مداخله است. با کنترل پیش آزمون برای دلزدگی زناشویی تفاوت معنی داری مشاهده شد ( $p < ۰/۰۰۰۱$  و  $F = ۸۹/۶۱$ ). به عبارت دیگر، مداخله در برابر استرس از دلزدگی زناشویی زنان خشونت دیده در مقایسه با گروه کنترل پیشگیری کرده است و تأثیر ۴۴ درصدی داشته است. به عبارت دیگر، ۴۴ درصد تفاوت های فردی در نمرات پس آزمون دلزدگی زناشویی مربوط به تأثیر مداخله در برابر استرس است. بر اساس یافته ها در جدول ۴، بین زنان خشونت دیده گروه آزمایش و گروه گواه از لحاظ کیفیت زندگی تفاوت آماری یافت شد ( $p < ۰/۰۰۰۱$  و  $F = ۲۵/۱۰$ ). این نتایج حاکی از آن بود که این مداخله باعث افزایش کیفیت زندگی زنان خشونت دیده در مقایسه با گروه گواه شد و تأثیر ۴۸ درصدی داشت.

#### ۴. بحث

این مطالعه با هدف بررسی تأثیر آموزش ایمن سازی در برابر استرس بر افسردگی، کیفیت زندگی و دلزدگی زناشویی در زنان خشونت دیده شهر کرمانشاه انجام شد. نتایج نشان داد که میزان افسردگی در زنان مورد مطالعه در پیش آزمون مقدار متوسطی بود (حدود ۴۳) که بر اساس مقیاس بندی برای این پرسشنامه بعنوان افسردگی شدید ر نظر گرفته می شود (۶۳-۲۹ افسردگی شدید). این نتایج همراستا با مطالعات قبلی است که نشان دادند اعمال خشونت باعث افزایش افسردگی می شود (گیس و همکاران، ۲۰۲۰؛ چاندان و همکاران، ۲۰۲۰). خشونت، یک عامل تنش زا است و در طی سالیان و تکرار مداوم آن

زمینه ساز افسردگی و اضطراب در افراد می باشد. با این حال، در گروه آزمایشی و دادن آموزش های ایمن سازی، میزان افسردگی بمقدار متوسط کاهش یافت (۲۹-۲۰ افسردگی متوسط). مداخله ای ایمن سازی در برابر استرس باعث کاهش افسردگی در زنان خشونت دیده شد و تأثیر ۵۴ درصدی را نشان داد. نتایج برای تأثیر ایمن سازی روی کاهش افسردگی همراستا با مطالعات قبلی است (اراکي و همکاران، ۲۰۱۸: عسکری و همکاران، ۲۰۲۱). در تبیین این یافته ها باید اشاره کرد که آموزش ایمن سازی در برابر استرس نقش اساسی را در بهداشت روانی دارد و البته زمانی که در یک مقطع رشدی مناسب ارائه شود نقش مهمی دارند. این روش تنها بر درمان استرس تأکید ندارد و روش هایی برای بالا بردن احساس بهزیستی و جلوگیری و یا لااقل کاهش ناراحتی ها ارائه می کند. در جلسات آموزشی، مورد بحث و بررسی قرار دادن مشکلات و پیامد های مرتبط با استرس-آموزش و تمرین گروهی آرمیدگی-ارائه تکالیف ارائه داده شد که می تواند به کاهش افسردگی کمک نماید. همچنین توضیح نقش افکار و شناختها در بروز استرس، شناسایی مشکلات زندگی ارایه حل مشکل و ارائه راهکارهایی برای حل مشکلات آموزش داده شد که به زنان مورد خشونت کمک می کرد تا با استرس ها بهتر مقابله نمایند و کاهش استرس ارتباط مثبتی کاهش افسردگی دارد. چندین مطالعه به ارتباط مثبت بین استرس و افسردگی اشاره کرده اند (باریقا<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۲۱). بنابراین، آموزش ایمنی در مقابل استرس باعث کاهش افسردگی می شود که این کار از طریق کاهش دادن ترشح هورمون های استرسی است که خود زمینه ساز افسردگی هستند و همچنین اثرگذاری روی سیستم عصبی-مرکزی مغز می باشد (باریقا و همکاران، ۲۰۲۱).

نتایج این مطالعه نشان داد که میانگین نمرات برای دزدگی زناشویی بین ۸۵-۸۰ بود که مقدار متوسطی بود. این نتایج نشان می دهد که خشونت می تواند عاملی برای افزایش دزدگی زناشویی باشد. این نتایج همراستا با مطالعات قبلی است که نشان دادند، خشونت باعث افزایش دزدگی زناشویی می شود (ساتیسان و ساتیارنا، ۲۰۱۸). با این حال، آموزش ایمنی سازی توانست حدود ۲۸ درصد میانگین نمره را برای دزدگی زناشویی را کاهش دهد. این نتایج نشان می دهد که آموزش ایمنی سازی علیه استرس بطور قابل توجهی میزان دزدگی را کاهش داد. در آموزش هایی که برای سلامت خانواده داده می شود، بدلیل ارتباط مستقیم با سلامتی انسان ها یکی از مهم ترین حوزه های توسعه پایدار در جوامع بشری به شمار می رود. در زنان مورد خشونت، زمانی که زندگی را شروع می کنند، عشق را تجربه می کنند و با اعمال خشونت علیه آن ها، انبوهی از مشکلات و استرس زندگی، احساس خستگی کرده و دزدگی زناشویی را تجربه می کنند که در این میان یکی از عوامل شایع می تواند دزدگی زناشویی باشد که امروزه مورد توجه پژوهشگران زیادی قرار گرفته است. براساس آموزش هایی که برای ایمن سازی به افراد داده شد، آن ها می توانستند برای اصلاح رفتارشان به گفتگو با خود و خودآموزی متوسل شوند و درمانگرها می توانند به بیماران یاد دهند تا گفتگوهای شان با خویش را عوض کنند، آموزش مدیریت در مقابل استرس را مطرح کنند. بر اساس یافته های این مطالعه باید اشاره نمود که این آموزش ها باعث می شود که افراد هیجانات منفی را کنار بگذارند، احساس آرامش بیشتری داشته باشند، به زندگی مثبت نگاه کنند که تمامی این عوامل می تواند باعث کاهش دزدگی شود.

نتایج نشان داد که میانگین کیفیت زندگی در افراد مورد مطالعه حدود ۷۶ بود که با در نظر گرفتن بالاترین امتیاز برای آن (۱۸۰) مقدار نسبتاً پایین تا متوسطی بود. این نتایج نشان می دهد که زنان مورد خشونت، کیفیت زندگی پایینی دارند که همراستا با نتایج مطالعات قبلی است (کلونز و همکاران، ۲۰۱۲: جک و همکاران، ۲۰۱۹). طبیعی است که اعمال خشونت کیفیت زندگی را کاهش می دهد. نتایج نشان داد که در پس آزمون مقدار آن در گروه آزمایشی به ۹۸ رسید که مقدار آن حدود ۲۹ درصد افزایش یافت. این نتایج نشان می دهد که آموزش ایمن سازی کیفیت زندگی را افزایش می دهد. برخورداری از کیفیت زندگی پایین می تواند بر روی عملکرد زنان خشونت دیده نیز اثر گذارد، کیفیت زندگی ضعیف می تواند موجب بکارگیری مکانیسم های مقابله و سازگاری نامؤثر در افراد شده و متعاقباً موجب افزایش تنش در آنان گردد و افزایش تنش در ارتباط مستقیم با عوامل فیزیکی و جسمی بوده و می تواند شدت بیماری در افراد را افزایش دهد. همان گونه که مقدار افسردگی در زنان بالاتر بود. در تبیین این یافته باید اشاره کرد که آموزش ایمن سازی سبب افزایش عزت نفس، بهبود مهارت های اجتماعی

<sup>۱</sup>Bareeqa



و ارتباطات بین فردی، افزایش رفتارهای مثبت اجتماعی و سازگاری اجتماعی، افزایش رضایت سیستم خانوادگی و سازگاری با خانواده، افزایش مهارت حل مسائل شخصی و بین فردی و افزایش مهارت های مقابله ای می شود که همگی باعث بهبود کیفیت زندگی می شوند. مطالعات نشان داده اند که این نوع آموزش باعث تغییر نگرش به زندگی و بهبود مهارت ها، انتظارات مثبت، کاهش استرس، می شوند که تمامی این عوامل می توانند باعث کاهش افسردگی و متعاقباً بهبود کیفیت زندگی شود. ارتباط منفی بین افسردگی و کیفیت زندگی وجود دارد (دی الیورا<sup>۱</sup> و همکاران، ۲۰۱۹). در این مطالعه نیز نتایج نشان داد که آموزش ها توانست افسردگی را کاهش دهد و این کاهش افسردگی خود زمینه ساز بهبود کیفیت زندگی می باشد.

##### ۵. نتیجه گیری

در مجموع باید نتیجه گیری کرد که آموزش ایمن سازی توانست افسردگی و دلزدگی زناشویی را کاهش و کیفیت زندگی را در زنان خشونت دیده شهر کرمانشاه بهبود بخشد. بنابراین آموزش ایمن سازی راهکاری مؤثر برای کاهش افسردگی و دلزدگی زناشویی و افزایش کیفیت زندگی می باشد. با توجه به اثرگذاری روش آموزش ایمن سازی در برابر استرس، پیشنهاد می شود تا در مراکز بهداشت روان و مشاوره در سازمان ها بعنوان یکی از اجزاء مهارت های مدیریت زندگی به کار گرفته شود. همچنین این روش در کنار خدمات در مراکز تخصصی و بیمارستان ها و نیز پزشکان، در دستور کار قرار گیرد، زیرا عامل کیفیت زندگی و بیماری جسمانی متقابلاً متأثر از یکدیگر است و کیفیت زندگی معمولاً مشخص کننده میزان توجه بیمار به وضعیت جسمانی اش است. چون جامعه آماری پژوهش، زنان خشونت دیده شهر کرمانشاه بودند و تنها یک شهر مورد بررسی قرار گرفته است که یک محدودیت است، تعمیم یافته های پژوهش به سایر جوامع می بایست با احتیاط انجام گیرد. همچنین از بین ابزارهای مختلف گردآوری داده ها، پژوهش حاضر به پرسشنامه محدود بوده است که بهره گیری از آن با محدودیت هایی روبه رو است که در این ارتباط، حداکثر تلاش برای خنثی سازی عوامل مزاحم، در حین تکمیل فرم ها به عمل آمده است. محدودیت دیگر این مطالعه، جمع آوری اطلاعات از طریق کلانتری ها بوده است و پیشنهاد می شود که در مطالعات بعدی از مراکز مشاوره نیز برای جمع آوری اطلاعات کمک گرفته شود.

##### منابع و مراجع

- Alzboon, G., & Vural, G. (2019). Factors influencing the quality of life of healthy pregnant women in North Jordan. *Medicina*, 55(6), 278.
- Askari, A., Tajeri, B., Gharamaleki, N. S., & Hatami, M. (2021). Effectiveness of stress immunization on psychological well-being, depression and blood sugar in pregnant women with mitral valve prolapse. *Iranian Journal of Psychiatric Nursing (IJP)*, 8(6), 14-23.
- Bareeqa, S. B., Ahmed, S. I., Samar, S. S., Yasin, W., Zehra, S., Monese, G. M., & Gouthro, R. V. (2021). Prevalence of depression, anxiety and stress in china during COVID-19 pandemic: A systematic review with meta-analysis. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, 56(4), 210-227.
- Brockhurst, J., Cheleuitte-Nieves, C., Buckmaster, C. L., Schatzberg, A. F., & Lyons, D. (2015). Stress inoculation modeled in mice. *Translational psychiatry*, 5(3), e537-e537
- Chandan, J. S., Thomas, T., Bradbury-Jones, C., Russell, R., Bandyopadhyay, S., Nirantharakumar, K., & Taylor, J. (2020). Female survivors of intimate partner violence and risk of depression, anxiety and serious mental illness. *The British Journal of Psychiatry*, 217(4), 562-567.

<sup>۱</sup>de Oliveira

- de Oliveira, L. D. S. S. C. B., Souza, E. C., Rodrigues, R. A. S., Fett, C. A., & Piva, A. B. (2019). The effects of physical activity on anxiety, depression, and quality of life in elderly people living in the community. *Trends in psychiatry and psychotherapy*, 41, 36-42.
- Esie, P., Osypuk, T. L., Schuler, S. R., & Bates, L. M. (2019). Intimate partner violence and depression in rural Bangladesh: accounting for violence severity in a high prevalence setting. *SSM-population health*, 7, 100368.
- Farrell, J., & Markman, H. J. (2021). Individual and interpersonal factors in the etiology of marital distress: The example of remarital couples. In *The emerging field of personal relationships* (pp. 251-263). Routledge.
- Ghahramani, F., & Wang, J. (2020). Impact of smartphones on quality of life: A health information behavior perspective. *Information Systems Frontiers*, 22(6), 1275-1290.
- Gibbs, A., Corboz, J., Chirwa, E., Mann, C., Karim, F., Shafiq, M., ... & Jewkes, R. (2020). The impacts of combined social and economic empowerment training on intimate partner violence, depression, gender norms and livelihoods among women: an individually randomised controlled trial and qualitative study in Afghanistan. *BMJ global health*, 5(3), e001946.
- Hourani, L., Tueller, S., Kizakevich, P., Lewis, G., Strange, L., Weimer, B., ... & Spira, J. (2016). Toward preventing post-traumatic stress disorder: development and testing of a pilot predeployment stress inoculation training program. *Military medicine*, 181(9), 1151-1160.
- Jack, S. M., Boyle, M., McKee, C., Ford-Gilboe, M., Wathen, C. N., Scribano, P., ... & MacMillan, H. L. (2019). Effect of addition of an intimate partner violence intervention to a nurse home visitation program on maternal quality of life: a randomized clinical trial. *JAMA*, 321(16), 1576-1585.
- Kako, D. A., & Gardi, A. H. (2019). Risk of suicide among women survived domestic violence in Erbil governorate. *Erbil Journal of Nursing and Midwifery*, 2(1), 34-43.
- Klevens, J., Kee, R., Trick, W., Garcia, D., Angulo, F. R., Jones, R., & Sadowski, L. S. (2012). Effect of screening for partner violence on women's quality of life: a randomized controlled trial. *JAMA*, 308(7), 681-689.
- Moshgani Farahani, A. (2017). Effectiveness of immunization against stress group training on social anxiety symptoms and mental health of high school students. *Quarterly journal of social work*, 6(1), 13-20.
- Neuprez, A., Neuprez, A. H., Kaux, J. F., Kurth, W., Daniel, C., Thirion, T., ... & Reginster, J. Y. (2020). Total joint replacement improves pain, functional quality of life, and health utilities in patients with late-stage knee and hip osteoarthritis for up to 5 years. *Clinical rheumatology*, 39, 861-871.
- Newman, M. (2019). Violence Against Women: Group Treatment Mental Health Strategies in the Integral Women's Centers in the Autonomous City of Buenos Aires, 2017. [
- Oraki, M., Janbozorgi, M., Alipor, A., & Nequee, F. (2018). The effect of cognitive-behavioral rehabilitation based on stress immunization training on anxiety, stress and depression in people with coronary artery bypass graft surgery (CABG). *Iranian Journal of Cardiovascular Nursing*, 7(3), 12-22.
- Peterman, A., Potts, A., O'Donnell, M., Thompson, K., Shah, N., Oertelt-Prigione, S., & Van Gelder, N. (2020). Pandemics and violence against women and children (Vol. 528, pp. 1-45). Washington, DC: Center for Global Development.

- Sardinha, L., Maheu-Giroux, M., Stöckl, H., Meyer, S. R., & García-Moreno, C. (2022). Global, regional, and national prevalence estimates of physical or sexual, or both, intimate partner violence against women in 2018. *The Lancet*, 399(10327), 803-813.
- Satheesan, S. C., & Satyanarayana, V. A. (2018). Quality of marital relationship, partner violence, psychological distress, and resilience in women with primary infertility. *Int J Community Med Public Health*, 5(2), 734-739.
- Sobral, M.P., Matos, P.M., & Costa, M.E. (2014). Fear of intimacy among couples: Dyadic and mediating effects of parental inhibition of exploration and individuality and partner attachment. *Journal Family Science*, 6(1): 380-388.
- Vargas-Fernández, R., Visconti-Lopez, F. J., & Hernández-Vásquez, A. (2022). Physical abuse in childhood and intimate partner violence in Peruvian women: A population-based survey, 2019. *Preventive medicine*, 164, 107278.
- Whisman, M. A., Salinger, J. M., Labrecque, L. T Couples in arms: Marital distress, psychopathology, and suicidal ideation in active-duty Army personnel., Gilmour, A. L., & Snyder, D. K. (2020). *Journal of abnormal psychology*, 129(3), 248.
- Yitbarek, K., Woldie, M., & Abraham, G. (2019). Time for action: Intimate partner violence troubles one third of Ethiopian women. *PloS one*, 14(5), e0216962.