

Research Paper

Effect of Problem-solving Skills Training on Domestic Violence in Infertile Women: A Quasi-experimental Study

Mahboobeh Mirahmadian^{1,2} Maryam Maadi Esfahan³ Shima Haghani¹ *Fahimeh Ranjbar^{1,2} 

Citation Mirahmadian M, Maadi M, Haghani S, Ranjbar F. [Effect of Problem-solving Skills Training on Domestic Violence in Infertile Women: A Quasi-experimental Study (Persian)]. *Iran Journal of Nursing*. 2022; 35(2):202-217. <https://doi.org/10.32598/ijn.35.2.2997>

<https://doi.org/10.32598/ijn.35.2.2997>



Received: 16 Oct 2021

Accepted: 22 May 2022

Available Online: 01 Jul 2022

ABSTRACT

Background & Aims A direct relationship between infertility in women and their exposure to domestic violence has been reported, and several interventions have been suggested to reduce the exposure to violence in infertile women. The current study aims to assess the effect of problem-solving skill training (PSST) on the exposure of Iranian infertile women to domestic violence.

Materials & Methods This is a quasi-experimental study with a pre-test/post-test/follow-up design using a control group, which was conducted in the infertility clinic of Shahid Akbarabadi Hospital affiliated to Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran. A total of 80 infertile women who had experienced domestic violence participated in this study. The samples were selected using a convenience sampling method and were divided into two groups of intervention (n=40) and control (n=40) by the block randomization method. The intervention group received PSST online at 4 sessions per week each for 2 hours. The samples were followed up two months after training. To collect data, a demographic and obstetric form and the Revised Conflict Tactics Scale (CST2) were used. Data analysis was done in SPSS v.16 software by using t-test, chi-square test, Fisher's exact test, Mann-Whitney U test, and Wilcoxon test.

Results Totally, 38 participants in the control group and 34 in the intervention group were followed up. Physical assault, psychological aggression, sexual coercion, sustained injury, and the negotiation did not show significant differences between the two groups before and after intervention ($P>0.05$). The mean of psychological aggression significantly increased after the intervention in both control ($P=0.001$) and intervention ($P=0.026$) groups.

Conclusion PSST do not cause a significant difference in exposure to domestic violence between intervention and control groups of infertile women. The increase in exposure to psychological aggression in both groups after PSST can be due to the coincidence of the study with the COVID-19 pandemic. Further studies are recommended to provide PSST by face-to-face method along with exercises and group activities and teaching other skills such as communication skills.

Keywords:

Domestic violence,
Infertility, Problem-solving skill,
Education

1. Nursing and Midwifery Care Research Center, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

2. Department of Reproductive Health and Midwifery, School of Nursing and Midwifery, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

3. Department of Counseling, Faculty of Psychology and Education, Allameh Tabataba'i University, Tehran, Iran.

* Corresponding Author:

Fahimeh Ranjbar

Address: Nursing and Midwifery Care Research Center, Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran.

Tel: +98 (21) 88671613

E-Mail: ranjbar.f@iums.ac.ir

Extended Abstract

Introduction

Infertility is associated with conflicts, aggression, anger, divorce, isolation, and hopelessness. For many couples, it is considered a big and stressful life event. There is a direct relationship between infertility and domestic conflict. Domestic conflict is more common in infertile women than fertile women. Since infertile couples face a number of problems in their marital relationship, problem-solving skills and coping with these problems are essential to avoid experiencing domestic conflict. The use of problem-solving skills training (PSST) has been used in several studies for reducing, controlling, or fighting domestic conflict in pregnant women. However, there is scant research on the effectiveness of PSST in infertile women experiencing domestic conflict. On the other hand, few interventional studies have been conducted on domestic conflict against infertile women in Iran. Therefore, the current study aims to evaluate the effect of PSST on the exposure to domestic conflict in Iranian infertile women.

Materials & Methods

This is a quasi-experimental study with a pre-test/post-test design using a control group. The study population consists of all infertile women experienced domestic conflict and referred to the infertility clinic of Shahid Akbarabadi Hospital affiliated to Iran University of Medical Sciences, Tehran, Iran. The minimum sample size for each group was determined 40. Therefore, 80 infertile women were selected and randomly assigned to intervention (n=40) and control (n=40) groups block randomization method. The intervention received four two-hour sessions of PSST weekly in Akbarabadi Hospital. To collect the data, a three-part questionnaire was used. The first part surveys demographic characteristics (Age, educational level, occupation, years of living with husband, and household income level), The second part surveys obstetric characteristics (number of pregnancies, number of abortions, having stillbirths, history of medication therapy, history of treatment with assisted reproductive techniques such as IUI and IVF, and history of failed treatment). The third part was the Revised Conflict Tactics Scale with 36 items and five subscales of physical assault (12 items), psychological aggression (8 items), sexual coercion (4 items), sustained injury (6 items), and negotiation for solving conflicts (6 items). The samples completed the questionnaires before and two months after the end of the training. Data analysis was performed in SPSS software, version 16 using t-test, chi square test, Fisher's exact test, Mann-Whitney U test, and Wilcoxon test.

Results

Of 80 participants, 38 in each group were finally participated. Their mean age was 33.94 ± 4.04 years in the intervention group and 32.6 ± 6.13 years in the control group. Twenty-three (60.5%) in the control group and 16 (47.1%) in the intervention group had diploma, and 29 (76.3%) in the control group and 23 (67.6%) in the intervention group were housewives. Regarding the years of living with husband, 19 (50%) in the control group and 13 (38.2%) in the intervention group reported 5-9 years. The household income level was mostly moderate; 28 (73.7%) in the control group and 19 people (55.9%) in the intervention group. The two groups were not significantly different in terms of demographic characteristics (age, educational level, occupation, years of living with husband, and household income level) and obstetric characteristics. The incidence of psychological aggression before training was 60.5% in the control group and 55.9% in the intervention group; after training, it was 84.2% in the control group and 79.4% in the intervention group. Mann-Whitney test results did not show a significant difference in psychological aggression between the two groups before ($P=0.774$) and after PSST ($P=0.973$). The result of Wilcoxon test showed that in the control ($P=0.001$) and intervention ($P=0.026$) groups, the mean of psychological aggression after PSST was significantly higher than that before PSST.

The incidence of physical assault and sexual coercion before training were 23.7% and 21.1% in the control group and 25.5% and 23.5% in the intervention group; after training, they were 23.7% and 15.8% in the control group and 17.6% and 14.7% in the intervention group, respectively. Based on the results of Mann-Whitney U test, there was no statistically significant difference between the two groups in physical assault and sexual coercion neither before nor after PSST ($P>0.05$). The results of Wilcoxon test showed that the means of physical assault and sexual coercion after PSST was not significantly different in any groups after PSST compared to pretest scores ($P>0.05$).

Discussion

The effectiveness of PSST in reducing physical assault and sexual coercion was not significant in any groups. The exposure to psychological aggression increased in the two groups after PSST. The women's lack of familiarity with the concepts and examples of domestic conflicts at baseline and the use of online method for providing PSST due to the COVID-19 pandemic may be the reasons for ineffectiveness of PSST regarding psychological aggression.

sion. It can also be due to the negative effect of quarantine during the COVID-19 pandemic or due to their increased awareness and sensitivity to the issue of domestic conflicts (Hawthorne effect). In some studies, problem-solving skills were taught to the couples along with other skills. it should be assessed whether PSST without teaching other educational programs can be effective or not. Further studies are recommended by providing PSST via face-to-face method and using higher sample size. Of course, various factors such as the current economic and social conditions of society can affect the incidence of conflicts between couples, the effect of which should be examined in future studies using other statistical tests.

Ethical Considerations

Compliance with ethical guidelines

This study was conducted with the permission of the Ethics Committee of [Iran University of Medical Sciences](#) with code IR.IUMS.REC.1399.1171.

Funding

This study was extracted from a master thesis, and was funded by [Iran University of Medical Sciences](#) (Grant number: 99-2-3-19047).

Authors' contributions

Fahimeh Ranjbar: study design, supervision and data analysis, Maryam Mirahmadian: data collection, holding training sessions, writing the draft of the article, Shima Haqhani: data analysis, Maryam Maadi: holding training sessions and data analysis. All authors revised the draft critically and have approved the final manuscript.

Conflict of interest

The authors declared no conflict of interest.

Acknowledgments

The authors would like to thank the [Shahid Akbarabadi Clinical Research Development Unit \(ShACRDU\)](#), [Iran University of Medical Sciences \(IUMS\)](#), Tehran, Iran for their collaboration throughout the period of study .

مقاله پژوهشی

تأثیر آموزش مهارت حل مسئله بر مواجهه زنان نابارور با خشونت خانگی: یک مطالعه نیمه تجربی

محبوبه میراحمدیان^{۱، ۲، ۳}، مریم معادی^۱، شیما حقانی^۱، فهیمه رنجبر^{۱، ۲}



Citation Mirahmadian M, Maadi M, Haghani S, Ranjbar F. [Effect of Problem-solving Skills Training on Domestic Violence in Infertile Women: A Quasi-experimental Study (Persian)]. *Iran Journal of Nursing*. 2022; 35(2):202-217. <https://doi.org/10.32598/ijn.35.2.2997>

doi <https://doi.org/10.32598/ijn.35.2.2997>

چکیده

تاریخ دریافت: ۲۴ مهر ۱۴۰۰
تاریخ پذیرش: ۰۱ خرداد ۱۴۰۱
تاریخ انتشار: ۱۰ تیر ۱۴۰۱

زمینه و هدف: رابطه مستقیمی میان ابتلا به ناباروری در زنان و مواجهه آن‌ها با خشونت خانگی گزارش شده است و روش‌های متعددی جهت کاهش میزان خشونت در زنان نابارور پیشنهاد شده است. پژوهش حاضر با هدف بررسی تأثیر آموزش مهارت حل مسئله در میزان مواجهه زنان نابارور ایرانی با خشونت خانگی انجام شد.

روش بررسی: پژوهش حاضر یک مطالعه نیمه تجربی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و گروه کنترل بود که در کلینیک ناباروری بیمارستان شهید اکبرآبادی شهر تهران وابسته به دانشگاه علوم پزشکی و خدمات درمانی ایران در سال ۱۳۹۹-۱۴۰۰ انجام شد. ۸۰ زن نابارور خشونت دیده در مطالعه شرکت کردند. تعداد ۴۰ نفر در هر دو گروه آزمایش و کنترل قرار گرفتند. مداخله به صورت برگزاری ۴ جلسه ۲ ساعته آموزش مهارت حل مسئله با تواتر هفتگی بود. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسش‌نامه جمعیت‌شناختی و مشخصات باروری و همچنین پرسش‌نامه خشونت خانگی مقیاس تجدیدنظر یافته تاکتیک‌های حل تعارض استفاده شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۶ و با استفاده از آزمون‌های کای‌دو، تست دقیق فیشر، تی تست، من ویتنی و آزمون ویلکاکسون انجام شد.

یافته‌ها: ۲۸ زن نابارور در گروه کنترل و ۳۴ نفر در گروه آزمایش بررسی شدند. مهارت حل مسئله در مواجهه زنان نابارور با خشونت فیزیکی، جنسی و خشونت منجر به صدمه و مقیاس مذاکره و توافق و عدم توافق زوجین در حل تعارضات در گروه آزمایش و کنترل تفاوت معناداری نشان نداد و تغییرات مواجهه با خشونت نیز در هیچ‌کدام از حیطه‌های مورد بررسی در ۲ گروه آزمایش و کنترل از نظر آماری معنادار نبود ($P > 0/05$). گزارش مواجهه با خشونت روانی در گروه آزمایش ($P = 0/026$) و گروه کنترل ($P = 0/001$) افزایش یافته بود.

نتیجه‌گیری: یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد آموزش مهارت حل مسئله باعث ایجاد تغییر معناداری در مواجهه با خشونت نشده است. گزارش مواجهه با خشونت روانی در هر ۲ گروه آزمایش و کنترل افزایش و کنترل افزایش یافته بود که می‌تواند به علت هم‌زمانی پژوهش با دوران قرنطینه خانگی کووید-۱۹ باشد. دشواری آموزش از طریق فضای مجازی به دلیل شرایط همه‌گیری نیز می‌تواند از دلایل عدم اثربخشی آموزش مهارت حل مسئله باشد. بهتر است آموزش‌ها حضوری و همراه با کار عملی باشد و در مطالعات بعدی در کنار مهارت حل مسئله، سایر مهارت‌های زندگی نظیر مهارت‌های ارتباطی و مدیریت خشم نیز آموزش داده شود.

کلیدواژه‌ها:

خشونت خانگی، ناباروری، مهارت حل مسئله، آموزش

۱. مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران، تهران، ایران.
۲. گروه بهداشت باروری و مامایی، دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران، تهران، ایران.
۳. گروه مشاوره، دانشکده روانشناسی و علوم تربیتی، دانشگاه علامه طباطبائی، تهران، ایران.

* نویسنده مسئول:

فهیمه رنجبر

نشانی: تهران، دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ایران، مرکز تحقیقات مراقبت‌های پرستاری و مامایی.

تلفن: ۰۲۱ ۸۸۶۷۱۶۱۳ (۹۸+)

رایانامه: ranjbar.f@iums.ac.ir

مقدمه

این مهارت جهت کنترل و کاهش مواجهه با خشونت خانگی در زنان باردار کشورهای با درآمد متوسط و کم می‌تواند اثرگذار باشد [۲۲]. خوری و همکاران نشان دادند میزان اضطراب در زنان نابارور یک روز پس از انجام مداخله آموزش مهارت حل مسئله و ۹ هفته پس از آن، به صورت معناداری کاهش یافته است [۲۳]. از آن جاکه زوج‌های نابارور در رابطه زناشویی خود با یک‌سری از مشکلات مواجه می‌شوند، مهارت حل مسئله و شیوه رویارویی با مشکلات برای اجتناب از مواجهه با خشونت خانگی امری ضروری به نظر می‌رسد [۲۴] و انجام پژوهش بیشتر در زمینه اثربخشی آموزش مهارت حل مسئله در مواجهه زنان نابارور با خشونت خانگی ضرورت دارد. پژوهش حاضر با هدف تعیین تأثیر آموزش مهارت حل مسئله در میزان مواجهه زنان نابارور ایرانی با خشونت خانگی انجام شد.

روش بررسی

پژوهش حاضر یک مطالعه نیمه‌تجربی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون و گروه کنترل بود که در سال ۱۴۰۰ و در کلینیک ناباروری بیمارستان شهید اکبرآبادی وابسته به دانشگاه علوم پزشکی و خدمات درمانی ایران انجام شد. جامعه پژوهش تمامی زنان نابارور ایرانی دارای تجربه خشونت خانگی بودند. برای تعیین حداقل حجم نمونه لازم در سطح اطمینان ۹۵ درصد و توان آزمون ۸۰ درصد و با فرض اینکه تأثیر آموزش مهارت حل مسئله بر مواجهه با خشونت خانگی علیه زنان نابارور در بعد جسمی در زنان گروه آزمایش نسبت به کنترل به اندازه ۷ واحد باشد تا از نظر آماری معنادار تلقی شود، پس از مقدارگذاری در فرمول نمونه‌گیری، حداقل حجم نمونه در هر ۲ گروه ۳۴ نفر محاسبه شد که با احتساب ۱۵ درصد ریزش ۴۰ نفر در هر گروه و در مجموع ۸۰ زن نابارور در نظر گرفته شد. انحراف‌معیاریهای برآوردشده از پژوهش تیواری و همکاران استخراج شد [۲۵]. از آنجایی که انحراف‌معیار گزارش شده در بعد جسمی در مقاله مذکور بالاتر از سایر ابعاد بود، بنابراین از این متغیر برای تعیین حجم نمونه استفاده شد.

جهت ورود نمونه‌ها به پژوهش، معیارهای ورود شامل تأیید مواجهه با خشونت، ناباروری اولیه یا ثانویه با علت زنانه (موارد ناباروری ثانویه که فرزند زنده نداشته باشد)، نداشتن فرزند یا فرزندخوانده، ملیت ایرانی، داشتن حداقل تحصیلات دیپلم، مبتلا نبودن به بیماری‌های مزمن جسمانی یا اختلالات روانی، سن ۱۸ تا ۴۵ سال، فقدان رخداد حادثه ناگوار در ۶ ماه گذشته و گذشت یک‌سال از زمان تشخیص ناباروری در نظر گرفته شد و معیارهای خروج از پژوهش نیز باردار شدن در حین مطالعه، شرکت نکردن در بیش از ۱ جلسه و رخداد حوادث تنش‌زا تعریف شد. پس از ثبت نام نمونه‌های در دسترس، آن‌ها با روش تخصیص تصادفی به شیوه بلوک‌بندی تصادفی به ۲ گروه آزمایش و کنترل با تعداد

ناباروری با مسائلی نظیر خشونت، پرخاشگری، خشم، طلاق، انزوا و ناامیدی همراه است [۱] و برای بسیاری از زوجها، بحرانی بزرگ و پرتنش تلقی می‌گردد [۲، ۳]. در ایران شیوع ناباروری ۷/۸۸ درصد، ناباروری اولیه ۳/۰۹ درصد و ناباروری ثانویه ۲/۱۸ درصد گزارش شده است [۴]. رابطه مستقیمی بین ناباروری و مواجهه با خشونت خانگی وجود دارد [۵]. شیوع مواجهه با خشونت خانگی در جهان متفاوت بوده، چنان‌که در زیمباوه ۴۲/۷ درصد [۶]، در بنگلادش ۵۷/۵ درصد [۷] و در هند ۳۵ درصد [۸] گزارش شده است. در ایران نیز، در مطالعه حاج نصیری و همکاران شیوع مواجهه با خشونت عاطفی ۵۹ درصد، خشونت جسمی ۴۵ درصد و خشونت جنسی ۳۲ درصد گزارش شده است [۹]. در مطالعه نقی‌زاده و همکاران نیز بیش از یک‌سوم زنان باردار (۳۵/۲ درصد) سابقه مواجهه با خشونت خانگی را گزارش کرده‌اند [۱۰]. از طرف دیگر، به نظر می‌رسد مواجهه با خشونت خانگی در زنان نابارور بیش از زنان باردار باشد. یافته‌های مطالعه رهنوردی و همکاران نشان داد میزان مواجهه با خشونت جنسی در زنان نابارور ۶۰ درصد و در زنان بارور، ۳۵/۵ درصد بوده است که به‌طور معناداری در گروه نابارور بیشتر است [۱۱].

خشونت در قبال زنان یک مسئله حقوق بشری و سلامت عمومی در جوامع محسوب می‌شود [۱۲] و می‌تواند منجر به تروما، آسیب‌های جسمی و روحی متعدد و در برخی موارد مرگ شود [۱۳]. افسردگی، حساسیت روانی، اختلالات اضطراب پس از حادثه^۱ و اضطراب بخشی از آسیب‌های روانی واردشده بر زنان در مواجهه با خشونت هستند [۱۴]. روش‌های متعددی از جمله مداخلات آموزشی جهت حل معضلات زنان نابارور مورد استفاده قرار گرفته است که می‌تواند مهارت‌های زوجین را ارتقا دهد [۱۵]. مهارت حل مسئله به‌عنوان زیرمجموعه مهارت‌های زندگی در نظر گرفته شده [۱۶] و از آن‌جاکه آموزش آن عوارض سوء ندارد، توصیه شده است [۱۷].

استفاده از مداخله آموزش مهارت حل مسئله در زمینه کاهش، مهارت یا مقابله با خشونت خانگی در زنان باردار در پژوهش‌های متعددی نظیر نقی‌زاده و همکاران [۱۸]، دین‌محمدی و همکاران [۱۹] و علمشاهی و همکاران [۲۰] انجام شده است. با این حال، اثربخشی این مداخله در ابعاد مختلف خشونت خانگی یکسان نبوده است. در پژوهش نقی‌زاده و همکاران، مهارت حل مسئله با کاهش مواجهه با خشونت جسمی و روانی همراه بوده است، اما در مواجهه با خشونت جنسی کاهش معناداری مشاهده نشد [۱۸]. در پژوهش باباحیدریان و همکاران نیز مهارت حل مسئله در زمینه مواجهه با خشونت روانی اثربخش نبوده است [۲۱]. باوجود اثربخش نبودن مداخله مهارت حل مسئله در برخی ابعاد،

1. Post-Traumatic Stress Disorder (PTSD)

در پژوهش حاضر، حیطة‌های خشونت جسمی، روانی و جنسی گزارش شد، زیرا ۲ حیطة مقیاس مذاکره و صدمه ناشی از خشونت، نشان‌دهنده وجود خشونت نیستند و در نمره‌دهی احتساب نمی‌شوند. مقیاس پرسش‌نامه، لیکرت ۸ گزینه‌ای از صفر تا ۷ بود که اعداد صفر و ۷ نشان‌دهنده عدم خشونت بود. نمره کدگذاری برای ارزیابی تکرار خشونت به این صورت است که برای پاسخ‌های صفر، ۱ و ۲ بار به ترتیب نمرات صفر، ۱ و ۲ و برای پاسخ ۳-۵ بار نمره ۳ و برای پاسخ ۶-۱۰ بار نمره ۴ و به همین ترتیب برای پاسخ ۱۱-۲۰ بار نمره ۵، برای پاسخ بیش از ۲۰ بار نمره ۶ و برای خشونت قبل از سال گذشته اما نه در طول سال گذشته، عدد ۷ در نظر گرفته شد. برای ارزیابی و نمره‌دهی سؤالات، عدد صفر و ۷ به‌عنوان عدم خشونت و با نمره صفر مشخص می‌شود. سایر اعداد به‌عنوان وجود خشونت در نظر گرفته می‌شود. وجود حداقل یک پاسخ بین ۱ تا ۶ نشان‌دهنده وجود خشونت است. دراتنها نمرات باهم جمع می‌شوند. در هر حیطة گویه‌های مربوط به همان حیطة باهم جمع می‌شوند و هر حیطة به‌صورت مستقل محاسبه می‌شود و هر عددی از نمرات به‌جز صفر، نشان‌دهنده وجود خشونت بوده و عدد بالاتر نشان‌دهنده خشونت بیشتر است [۲۹].

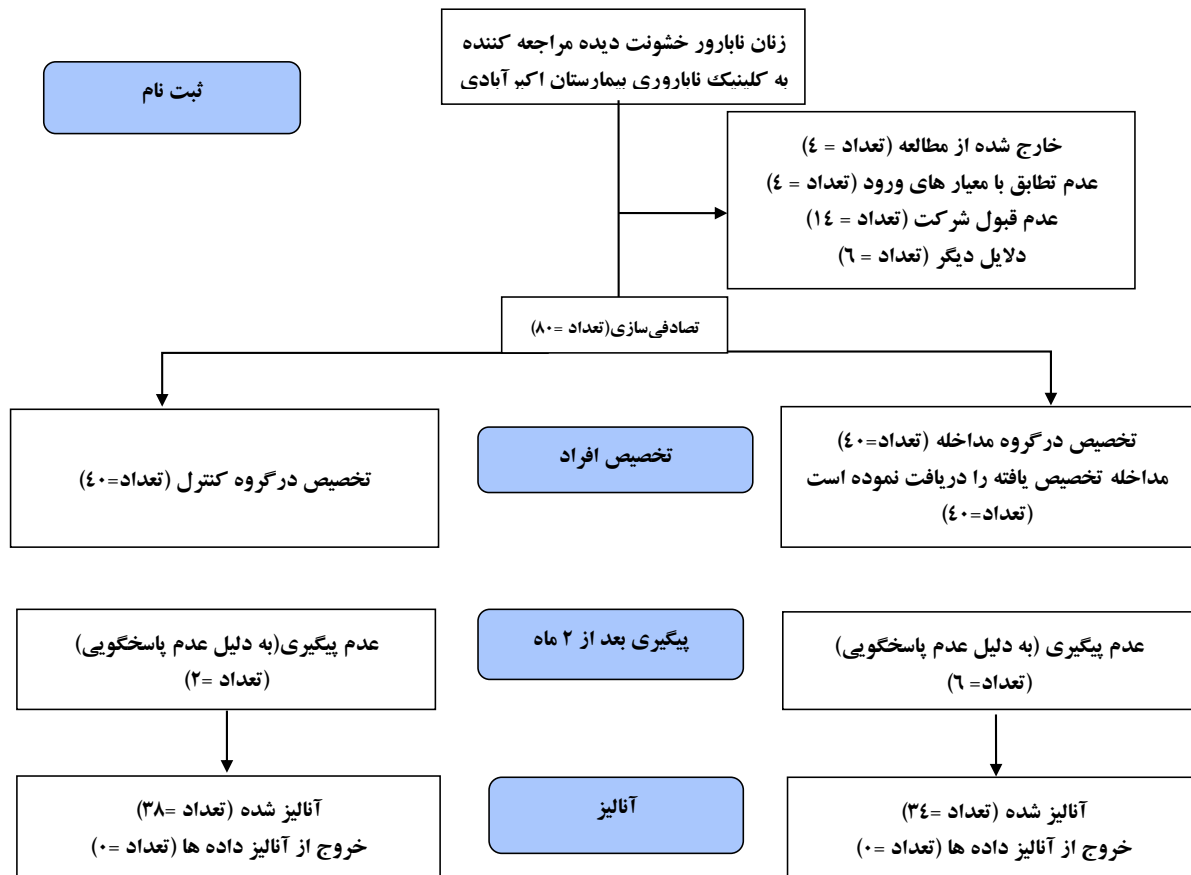
پایایی پرسش‌نامه براساس مطالعات خارجی بین ۰/۷۹ تا ۰/۹۷ درصد گزارش شده است [۳۰، ۳۱]. در پژوهش حاضر از نسخه فارسی پرسش‌نامه که در پژوهش‌های پیشین مورد استفاده قرار گرفته بود، استفاده شد [۳۲]. روایی پرسش‌نامه در مطالعه حاضر از طریق روایی محتوا و براساس دیدگاه ۵ نفر از اساتید دانشگاه‌های علوم پزشکی و خدمات درمانی ایران در حوزه مامایی، پرستاری و روان‌شناسی انجام شد. پایایی پرسش‌نامه نیز توسط ضریب آلفای کرونباخ در مقیاس مذاکره (۰/۷۹۴ درصد)، حیطة جسمی (۰/۸۴۵ درصد)، حیطة روانی (۰/۷۵۶ درصد)، حیطة جنسی (۰/۷۶۶ درصد) و حیطة صدمه ناشی از خشونت (۰/۷۵۳ درصد) تأیید شد.

این پژوهش با کسب اجازه از دانشگاه علوم پزشکی و خدمات درمانی ایران و معاونت پژوهشی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی و خدمات درمانی ایران، دریافت موافقت کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی و خدمات درمانی ایران و همچنین دریافت معرفی‌نامه کتبی و ارائه آن به ریاست بیمارستان اکبرآبادی انجام شد. پیش از شروع کار شرکت‌کنندگان از موضوع، اهداف و روش اجرای مطالعه مطلع شدند و توضیح داده شد که شرکت در مطالعه کاملاً اختیاری بوده و از شرکت‌کنندگان رضایت‌نامه کتبی نیز دریافت شد. از اطلاعات خصوصی و شخصی پاسخگویان محافظت شد.

۴۰ نفر تقسیم‌بندی شدند. بدین ترتیب که حرف A برای گروه آزمایش و حرف B برای گروه کنترل در نظر گرفته شد. سپس کلیه ترکیبات جایگشتی را که ۶ ترکیب مختلف می‌باشد بر روی ۶ کارت نوشته و سپس از بین ارقام ۱ تا ۶، یک رقم به تصادف انتخاب شد.

مداخله به‌صورت برگزاری ۴ جلسه ۲ ساعته آموزش مهارت حل مسئله براساس روش دزوریلا و گلدفرید بود که در پژوهش‌های ایرانی متعددی مورد استفاده قرار گرفته است [۲۶، ۲۷] که هر هفته در فضای اینترنتی اسکای روم برگزار شد (یک ماه آموزش) و نمونه‌ها پس از گذشت ۲ ماه از پایان آموزش مجدداً پیگیری شدند. این مداخله پیش از این، در پژوهش زارع و همکاران در میان زنان نابارور اجرا شده بود [۲۸]. در پژوهش حاضر به زنان نابارور دارای مواجهه با خشونت خانگی آموزش داده شد. به‌دلیل شرایط ویژه همه‌گیری کرونا و ممنوعیت تجمع، امکان آموزش حضوری فراهم نبود. ۴۰ نفر گروه آزمایش، در ۵ گروه با تعداد ۸ نفر تقسیم‌بندی شدند و هر گروه در یک روز خاص در هفته، آموزش دیدند. آموزش‌دهنده مفاد آموزشی را از طریق فضای مجازی و در محیط اسکای روم در اختیار افراد گروه آزمایش آموزش داد و پرسش و پاسخ و کسب نظرات افراد در این محیط انجام شد. گروه کنترل آموزش دریافت نکردند و تنها قبل و ۲ ماه پس از پایان آموزش، مواجهه آن‌ها با خشونت خانگی سنجیده شد. برنامه مداخله در جدول شماره ۱ ارائه شده است. ۴ نفر از زنان نابارور گروه آزمایش به‌دلیل عدم دسترسی به آن‌ها برای پیگیری از پژوهش خارج شدند. فرایند انجام پژوهش در تصویر شماره ۱ آورده شده است.

جهت سنجش پیامدهای پژوهش از پرسش‌نامه ۳ قسمتی شامل ویژگی‌های جمعیت‌شناختی (سن، تحصیلات، شغل، طول مدت زندگی با همسر و وضعیت درآمد خانوار)، مشخصات مامایی (تعداد بارداری، تعداد سقط، فرزند مرده، تحریک تخمک‌گذاری با دارو، آی‌یو‌ای، آی‌وی‌اف و سابقه اقدام درمانی ناموفق) و پرسش‌نامه سنجش خشونت خانگی (پرسش‌نامه مقیاس تجدیدنظریافته تاکتیک‌های حل تعارض)^۲ استفاده شد. اشتراوس پرسش‌نامه مقیاس تجدیدنظریافته تاکتیک‌های حل تعارض را طراحی کرده است. این پرسش‌نامه دارای ۳۶ سؤال و شامل حیطة‌های خشونت جسمی (۱۲ سؤال)، خشونت روانی (۸ سؤال) و خشونت جنسی (۴ سؤال) به همراه بخش‌های مربوط به خشونت منجر به آسیب و صدمه ناشی از خشونت جسمی (۶ سؤال) و مقیاس مذاکره و توافق و عدم توافق زوجین در حل تعارضات (۶ سؤال) می‌باشد.



تصویر ۱. دیاگرام روش کار

نشریه پرستاری ایران

بود. بیشتر افراد مورد پژوهش در گروه کنترل و آزمایش دارای تحصیلات دیپلم، خانه‌دار و با وضعیت درآمد خانوار متوسط بودند. توزیع فراوانی مشخصات مامایی زنان نابارور مورد بررسی در گروه آزمایش و کنترل در **جدول شماره ۲** ارائه شده است. نتایج نشان داد ۲ گروه آزمایش و کنترل از نظر مشخصات جمعیت‌شناختی و مامایی اختلاف معنادار آماری نداشتند ($P > 0/05$).

یافته‌های **جدول شماره ۳** نشان داد در گروه کنترل قبل از آموزش ۶۰/۵ درصد و بعد از مداخله ۸۴/۲ درصد از زنان و در گروه آزمایش قبل از آموزش ۵۵/۹ درصد و بعد از آن ۷۹/۴ درصد از زنان با خشونت روانی مواجهه داشتند. نتایج آزمون من ویتنی نشان داد قبل ($P=0/774$) و بعد از آموزش مهارت حل مسئله ($P=0/973$)، ۲ گروه از نظر مواجهه با خشونت روانی اختلاف معنادار آماری نداشتند. بدین معنی که آموزش مهارت حل مسئله، تأثیر معناداری بر مواجهه با خشونت روانی نداشت. نتایج آزمون ویلکاکسون نشان داد در گروه کنترل ($P=0/01$) و همچنین در گروه آزمایش ($P=0/026$) میانگین خشونت روانی بعد از آموزش مهارت حل مسئله به‌طور معناداری بالاتر از قبل از آموزش بود.

تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۱۶ در ۲ بخش آمار توصیفی و آمار استنباطی انجام شد. در بخش آمار توصیفی از میانگین، انحراف معیار، فراوانی و درصد فراوانی استفاده شد. از ۴۰ نفر گروه آزمایش و کنترل، در نهایت تا مرحله پیگیری نهایی، ۳۸ نفر در گروه کنترل و ۳۴ نفر در گروه آزمایش مورد بررسی قرار گرفت. در بخش آمار استنباطی از آزمون‌های کای دو^۳، تست دقیق فیشر^۴، تی تست^۵، من ویتنی^۶ و آزمون ویلکاکسون^۷ استفاده شد. به دلیل عدم برقراری پیش فرض آزمون‌های پارامتریک، از آزمون‌های ناپارامتریک معادل آن‌ها استفاده شد.

یافته‌ها

میانگین سنی زنان در گروه کنترل و آزمایش به ترتیب برابر با $32/6 \pm 6/13$ و $33/94 \pm 4/04$ سال و مدت زمان زندگی مشترک با همسر در ۲ گروه به ترتیب برابر با $7/35 \pm 4/43$ و $6/97 \pm 4/8$ سال

3. Chi-Square
4. Fishers exact test
5. Test
6. Mann-Whitney U tes
7. Wilcoxon signed-rank test

جدول ۱. برنامه آموزشی مهارت حل مسئله در پژوهش حاضر

جلسات	برنامه آموزشی مهارت حل مسئله
اول	شروع - معرفی اعضاء گروه - دعوت به صحبت آزاد - آشنایی آزمودنی‌ها با پژوهشگر و فراهم کردن زمینه درک و تفاهم متقابل و بیان انتظارات پژوهشگر از آزمودنی‌ها - تکمیل پرسش‌نامه‌ها (اجرای پیش‌آزمون (انتخاب رویکرد صحیح نسبت به مسئله، اهمیت این مرحله در جایگاه اولین گام در حل مسئله در ابعاد شناختی و هیجانی قابل توجه است. استفاده از روش تفکر-توقف
دوم	تعریف دقیق مسئله یا مشکل، هدف از این آزمایش اولویت‌بندی مسائل برای مشخص شدن مسائل اصلی و کنار گذاردن مسائل کم اهمیت‌تر و غیرمرتبط است و مشخص شدن هدف یا اهدافی که قابل دسترس هستند. یافتن راه‌حل‌های متعدد بدون ارزیابی آن‌ها؛ پس از مشخص شدن مسئله اصلی با استفاده از روش بارش ذهنی.
سوم	ارزیابی و انتخاب راه‌حل‌ها و اولویت‌بندی آن‌ها (استفاده از تکنیک دو ستونی ممایب و مزایا). در این مرحله، طبق الگوی حل مسئله چند نمونه از مشکلات افراد حاضر در جلسه تشریح شده و آزمودنی‌ها تشویق به ارزیابی راه‌حل‌های پیشنهادی خود در خصوص مشکلات می‌شوند.
چهارم	اجرای راه حل و باز بینی آن، در این مرحله به آزمودنی‌ها آموزش داده می‌شود که بهترین راه حل شناسایی شده و اجرا شود. در صورت موفقیت به خودشان تقویت و پاداش و در صورت عدم موفقیت مراحل بازبینی شده تا مشخص شود اشکال در کدام مرحله بوده است. مشاهده نتایج حاصله از اجرا و ارزشیابی

نشریه پرستاری ایران

کنترل از نظر آماری معنادار نبود و مداخله آموزش حل مسئله بر میزان مواجهه زنان نابارور در پژوهش حاضر اثرگذار نبود. در پژوهش حاضر میزان مواجهه با خشونت روانی، بیش از فیزیکی و جنسی بوده است و حداقل ۶۰ درصد (در گروه کنترل قبل از مداخله) زنان نابارور در پژوهش حاضر این نوع خشونت را گزارش کردند. در مطالعه شیخان و همکاران در بررسی ۴۰۰ زن نابارور شهر تهران نشان داده شد که مواجهه با خشونت خانگی در ۳۴/۷ درصد، مواجهه با خشونت جسمی در ۵/۳ درصد، روانی در ۷۴/۳ درصد و جنسی در ۴۷/۳ درصد زنان نابارور وجود داشت [۱]. در پژوهش علیجانی و همکاران نیز در بررسی ۳۷۹ زن نابارور شهر ساری، میزان مواجهه زنان با خشونت خانگی نزدیک به ۹۰ درصد گزارش شده است که میزان بالایی است [۲۴]. در پژوهش‌های خارجی نیز لطفی و همکاران در مطالعه ۳۰۴ زن نابارور مصر نشان دادند که مواجهه کلی زنان نابارور با خشونت خانگی بالا (میانگین نمره ۷۳) بوده است [۳۳]. در حالی که در مطالعه اوزترک و همکاران در ترکیه، این میانگین پایین و نزدیک به سطح حداقل یعنی حدود ۳۸ به دست آمده است [۳۴]. به نظر می‌رسد مواجهه با خشونت روانی در ایران بیش از سایر خشونت‌ها گزارش می‌شود و زنان در درک و گزارش دهی این نوع خشونت، تجربه رویدادهای نامطلوب بیشتری دارند. در میان ۳ نوع خشونت مورد بررسی، مواجهه با خشونت جنسی نیز کمتر از سایر خشونت‌های دیگر گزارش شده است که این موضوع می‌تواند ناشی از عدم تمایل به گزارش دهی به دلیل مسائل مرتبط با شرم و حیا و آبرو باشد.

دیگر یافته‌های پژوهش نشان داد آموزش مهارت حل مسئله بر میزان مواجهه قبل و بعد از مداخله در زنان نابارور در گروه آزمایش و کنترل در مواجهه با خشونت روانی تغییر معناداری داشت و زنان نابارور در هر ۲ گروه، میزان مواجهه با خشونت روانی بیشتری را گزارش کردند. مواجهه با خشونت فیزیکی و جنسی پس از دریافت مداخله آموزش مهارت حل مسئله تفاوت معناداری را نشان ندادند. پژوهش‌های متعددی در زمینه اثر مداخله مهارت حل

یافته‌ها نشان داد در گروه کنترل قبل از آموزش در ۲۳/۷ درصد و بعد از مداخله ۲۳/۷ درصد از زنان و در گروه آزمایش قبل از آموزش در ۲۳/۵ درصد و بعد از آن ۱۷/۶ درصد از زنان با خشونت جسمی مواجهه داشتند. نتایج آزمون من ویتنی نشان داد قبل از آموزش (P=۰/۹۴۶) و بعد از آموزش مهارت حل مسئله (P=۰/۶۰۰)، ۲ گروه از نظر مواجهه با خشونت روانی اختلاف معنادار آماری نداشتند. یافته‌های آزمون ویلکاکسون نشان داد در گروه کنترل (P=۰/۹۶۸) و گروه آزمایش (P=۰/۷۶۵) بین میانگین مواجهه با خشونت جسمی بعد از آموزش مهارت حل مسئله نسبت به قبل از آن اختلاف معناداری وجود نداشت.

بررسی مواجهه خشونت جنسی نشان داد در گروه کنترل قبل از آموزش ۲۱/۱ درصد و بعد از آن ۱۵/۸ درصد از زنان و در گروه آزمایش قبل از آموزش ۲۳/۵ درصد و بعد از آن ۱۴/۷ درصد از زنان مواجهه با خشونت جنسی داشتند. نتایج آزمون من ویتنی نشان داد قبل از آموزش (P=۰/۶۳۶) و بعد از آموزش مهارت حل مسئله (P=۰/۸۷۱)، ۲ گروه از نظر مواجهه با خشونت جنسی اختلاف معنادار آماری نداشتند. یافته‌های آزمون ویلکاکسون نشان داد در گروه کنترل (P=۰/۷۹۲) و گروه آزمایش (P=۰/۰۷۸) میانگین مواجهه با خشونت جنسی بعد از آموزش مهارت حل مسئله نسبت به قبل از آن اختلاف معناداری نداشت.

تغییرات خشونت نیز بررسی شد. یافته‌ها نشان داد ابعاد خشونت روانی، مذاکره و خشونت منجر به صدمه بعد از مداخله نسبت به قبل بیشتر و خشونت فیزیکی و خشونت جنسی کمتر شده است، اما این تغییرات در هیچ‌کدام از حیطه‌ها بین ۲ گروه مورد بررسی از نظر آماری معنادار نبود (جدول شماره ۴).

بحث

براساس یافته‌های پژوهش، آموزش مهارت حل مسئله باعث ایجاد تغییر معناداری در خشونت فیزیکی، جنسی و خشونت منجر به صدمه در گروه آزمایش و کنترل نشد و تغییرات خشونت در هیچ‌کدام از حیطه‌های مورد بررسی در ۲ گروه آزمایش و

جدول ۲. توزیع فراوانی مشخصات جمعیت‌شناختی و مامایی زنان ناباور مورد پژوهش در گروه‌های کنترل و آزمایش

نتیجه آزمون	تعداد (درصد)		مشخصات جمعیت‌شناختی و مامایی
	آزمایش	کنترل	
$t=1/077$ $df=70$ $P=0/285$	۳(۸/۸)	۱۲(۳۱/۶)	زیر ۳۰
	۲۷(۷۹/۴)	۲۰(۵۲/۶)	۳۰-۴۰
	۴(۱۱/۸)	۶(۱۵/۸)	۴۰ و بالاتر
	۳۴(۱۰۰)	۳۸(۱۰۰)	جمع کل
	۳۳/۹۴±۴/۰۴ ۴۱-۲۴	۳۲/۶±۶/۳ ۲۰-۴۵	انحراف معیار± میانگین پیشینه-کمینه
$\chi^2=1/327$ $df=2$ $P=0/515$	۱۶(۴۷/۱)	۲۳(۶۰/۵)	دنیلم
	۱۰(۲۹/۴)	۸(۲۱/۱)	کارشناسی
	۸(۲۳/۵)	۷(۱۸/۴)	کارشناسی ارشد
	۳۴(۱۰۰)	۳۸(۱۰۰)	جمع کل
$P=0/112$	۲۳(۶۷/۶)	۲۹(۷۶/۳)	خانه دار
	۴(۱۱/۸)	۰(۰)	دانشجو
	۷(۲۰/۶)	۹(۲۳/۷)	کارمند
	۳۴(۱۰۰)	۳۸(۱۰۰)	جمع کل
$t=0/252$ $df=70$ $P=0/725$	۱۱(۳۲/۴)	۱۱(۲۸/۹)	زیر ۵
	۱۳(۳۸/۲)	۱۹(۵۰)	۵-۹
	۱۰(۲۹/۴)	۸(۲۱/۱)	۱۰ و بالاتر
	۳۴(۱۰۰)	۳۸(۱۰۰)	جمع کل
	۹۷/۸±۶/۴ ۲۳-۱	۳۵/۴۳±۷/۴ ۲۶-۲	انحراف معیار± میانگین پیشینه-کمینه
$\chi^2=2/525$ $df=2$ $P=0/282$	۸(۲۳/۵)	۵(۱۳/۲)	نامطلوب
	۱۹(۵۵/۹)	۲۸(۷۳/۷)	متوسط
	۷(۲۰/۶)	۵(۱۳/۲)	مطلوب
	۳۴(۱۰۰)	۳۸(۱۰۰)	جمع کل
$P=0/854$	۲۳(۶۷/۶)	۲۷(۷۱/۱)	۰
	۶(۱۷/۶)	۴(۱۰/۵)	۱
	۳(۸/۸)	۵(۱۳/۲)	۲
	۲(۵/۹)	۲(۵/۳)	۳
	۳۴(۱۰۰)	۳۸(۱۰۰)	جمع کل
$P=0/582$	۲۵(۷۳/۵)	۲۹(۷۶/۳)	۰
	۶(۱۷/۶)	۳(۷/۹)	۱
	۲(۵/۹)	۴(۱۰/۵)	۲
	۱(۲/۹)	۲(۵/۳)	۳
	۳۴(۱۰۰)	۳۸(۱۰۰)	جمع کل

نتیجه آزمون	تعداد (درصد)		مشخصات جمعیت شناختی و مامایی
	آزمایش	کنترل	
P=۰/۹۹۹	۳۳(۹۷/۱)	۳۷(۹۷/۴)	خیر
	۱(۲/۹)	۱(۲/۶)	بله
	۳۴(۱۰۰)	۳۸(۱۰۰)	جمع کل
$\chi^2=۰/۲۴۹$ $df=۱$ $P=۰/۶۱۸$	۱۹(۵۵/۹)	۱۹(۵۰)	خیر
	۱۵(۴۴/۱)	۱۹(۵۰)	بله
	۳۴(۱۰۰)	۳۸(۱۰۰)	جمع کل
$\chi^2=۰/۵۰۷$ $df=۱$ $P=۰/۴۷۷$	۲۵(۷۳/۵)	۲۵(۶۵/۸)	خیر
	۹(۲۶/۵)	۱۳(۳۴/۲)	بله
	۳۴(۱۰۰)	۳۸(۱۰۰)	جمع کل
$\chi^2=۰/۶۶۵$ $df=۱$ $P=۰/۴۱۵$	۲۲(۶۴/۷)	۲۱(۵۵/۳)	خیر
	۱۲(۳۵/۳)	۱۷(۴۴/۷)	بله
	۳۴(۱۰۰)	۳۸(۱۰۰)	جمع کل
$\chi^2=۰/۵۲۱$ $df=۱$ $P=۰/۴۷۱$	۱۹(۵۵/۹)	۱۸(۴۷/۴)	خیر
	۱۵(۴۴/۱)	۲۰(۵۲/۶)	بله
	۳۴(۱۰۰)	۳۸(۱۰۰)	جمع کل

*آزمون دقیق فیشر، **آزمون کای دو، ***آزمون تی مستقل

نشریه پرستاری ایران

در مقایسه با گروه کنترل کاهش یافته است [۱۹]. علمشاهی و همکاران [۲۰] نیز در پژوهش خود که در میان ۸۰ زن باردار در شهر بویین‌زهرا در استان قزوین انجام شد، نشان دادند مشاوره گروهی مبتنی بر مهارت حل مسئله، نمره مواجهه با خشونت خانگی پس از انجام مداخله و ۳ ماه بعد از مداخله را به طور معناداری در مقایسه با گروه کنترل کاهش داشته است. مقایسه یافته‌های پژوهش حاضر با پژوهش‌های انجام شده در ایران نشان می‌دهد که در اغلب آن‌ها مهارت حل مسئله توانسته است تا حدودی جنبه‌هایی از مواجهه با خشونت را تحت تأثیر قرار داده و آن را کاهش دهد. در تفسیر این یافته‌ها می‌توان گفت جوامع آماری متنوع و در نظر گرفتن مصادیق مختلف در مورد خشونت خانگی نیز بر موفقیت یا عدم موفقیت مداخلات اثرگذارند. مداخله آموزش مهارت حل مسئله در پژوهش حاضر در زمان شیوع ویروس کووید-۱۹ انجام شد و پژوهش‌های متعددی نشان دادند که با قرنطینه و خانه نشینی، تعارضات میان زنان و همسران‌شان بیش از قبل شده است و اختلالات روانی بیشتری را برای تمامی اعضای خانواده به وجود آورده است که می‌تواند در بیشتر شدن مواجهه با خشونت‌های روانی تأثیرگذار باشد [۳۶، ۳۵]. در یافته‌های پژوهش حاضر نیز مواجهه بیشتر زنان با خشونت روانی پس از دریافت مداخله و حتی در گروه کنترل نیز مشاهده شده است.

مسئله انجام شده است و عمدتاً نشان از تأثیر گذار بودن مداخله‌های روان‌شناختی و مشاوره‌ای مبتنی بر مهارت حل مسئله بر موضوع مواجهه با خشونت بودند. در پژوهش تقی‌زاده و همکاران در تهران در بررسی ۲۵۷ زن بارور نشان داده شد که مواجهه با خشونت جسمی و روانی در زنان پس از انجام مداخله آموزش مهارت حل مسئله کاهش معناداری داشته است و مداخله در مورد مواجهه با خشونت جنسی معنادار نبود [۱۸]. یافته‌های پژوهش تقی‌زاده و همکاران همچون پژوهش حاضر در مورد مواجهه با خشونت جنسی معنادار به دست نیامد، اما در مورد مواجهه با خشونت‌های جسمی و روانی با پژوهش حاضر هم‌خوانی نداشت. باباحیدریان و همکاران در بررسی اثر مشاوره‌های مبتنی بر خانواده در ۹۲ زن باردار شهر صحنه در استان کرمانشاه که با خشونت خانگی مواجهه داشتند، نشان داد نمره مواجهه با خشونت‌های روانی، کلامی، مالی، فیزیکی، جنسی و اجتماعی کاهش معنادار نشان داده است و تنها خشونت عاطفی تفاوت معناداری را نشان نداده است [۲۱] که می‌توان گفت با یافته‌های پژوهش حاضر هم‌خوانی نداشت.

دین‌محمدی و همکاران در بررسی اثر مشاوره‌های متمرکز بر راه‌حل در مواجهه با خشونت خانگی ۹۰ زن باردار شهر زنجان که به ۲ گروه مساوی آزمایش و کنترل تقسیم شده بودند، نشان داد نرخ مواجهه با خشونت‌های روانی، جسمی و جنسی در گروه آزمایش

جدول ۳. توزیع فراوانی مواجهه با خشونت روانی، فیزیکی و جنسی زنان نابارور قبل و بعد از آموزش مهارت حل مسئله در ۲ گروه آزمایش و کنترل و آزمون معناداری

نتیجه آزمون من ویتنی	تعداد (درصد)		زمان مداخله	ابعاد
	آزمایش	کنترل		
Z=-۰/۲۸۷ P=۰/۷۷۴	۱۵(۴۴/۱)	۱۵(۳۹/۵)	عدم خشونت	قبل
	۱۹(۵۵/۹)	۲۲(۶۰/۵)	خشونت داشته	
	۲۴(۱۰۰)	۲۸(۱۰۰)	جمع کل	
	۴/۵±۰/۲/۸۷	۶۳/۰۶±۲/۳	انحراف معیار نسیانگین	
Z=-۰/۰۳۴ P=۰/۹۷۳	۷(۲۰/۶)	۶(۱۵/۸)	عدم خشونت	مواجهه با خشونت روانی (۴۸-۰)
	۲۷(۷۹/۴)	۳۲(۸۴/۲)	خشونت داشته	
	۳۴(۱۰۰)	۳۸(۱۰۰)	جمع کل	
	۴۴/۵۸±۵/۵	۲۶/۱±۵/۵	انحراف معیار نسیانگین	
Z=-۰/۰۶۸ P=۰/۹۴۶	۲۶(۷۶/۵)	۲۹(۷۶/۳)	عدم خشونت	قبل
	۸(۲۳/۵)	۹(۲۳/۷)	خشونت داشته	
	۳۴(۱۰۰)	۳۸(۱۰۰)	جمع کل	
	۵/۹۸±۱/۳	-۲/۷۷±۱/۱۸	انحراف معیار نسیانگین	
Z=-۰/۵۲۴ P=۰/۶۰۰	۲۸(۸۲/۴)	۲۹(۷۶/۳)	عدم خشونت	مواجهه با خشونت جسمی (۷۲-۰)
	۶(۱۷/۶)	۹(۲۳/۷)	خشونت داشته	
	۳۴(۱۰۰)	۳۸(۱۰۰)	جمع کل	
	۴۱/۰۹±۱/۴	۱۳/۸۸±۱/۲	انحراف معیار نسیانگین	
Z=-۰/۴۳۳ P=۰/۶۳۶	۲۶(۷۶/۵)	۳۰(۷۸/۹)	عدم خشونت	قبل
	۸(۲۳/۵)	۸(۲۱/۱)	خشونت داشته	
	۳۴(۱۰۰)	۳۸(۱۰۰)	جمع کل	
	۱/۲±۰/۲	۵۵/۴±۰/۱	انحراف معیار نسیانگین	
Z=-۰/۱۶۲ P=۰/۸۷۱	۲۹(۸۵/۳)	۳۲(۸۴/۲)	عدم خشونت	مواجهه خشونت جنسی (۳۴-۰)
	۵(۱۴/۷)	۶(۱۵/۸)	خشونت داشته	
	۳۴(۱۰۰)	۳۸(۱۰۰)	جمع کل	
	۴۴/۳۳±۰/۱	۵۲/۵۵±۰/۱	انحراف معیار نسیانگین	
W=۰/۲۶۴ P=۰/۷۹۲	W=۱/۷۶۱ P=۰/۰۷۸	W=۰/۲۶۴ P=۰/۷۹۲	نتیجه آزمون ویلکاکسون	

جدول ۴. میانگین و انحراف معیار تغییرات خشونت در زنان نابارور قبل و بعد از آموزش مهارت حل مسئله در ۲ گروه آزمایش و کنترل و آزمون معناداری

تغییرات	میانگین \pm انحراف معیار		نتیجه آزمون من ویتنی
	کنترل	آزمایش	
خشونت روانی	۴/۲۵ \pm ۲/۶۳	۳/۸۳ \pm ۱/۴۱	P=۰/۲۹۱
خشونت فیزیکی	۲/۰۹ \pm ۰/۰۵	۴/۸۵ \pm ۰/۰۸	P=۰/۵۲۷
خشونت جنسی	۱/۶۶ \pm ۰/۰۲	۱/۹۴ \pm ۰/۰۵۵	P=۰/۳۵۲

نشریه پرستاری ایران

مداخله آموزش مهارت حل مسئله از اثربخشی کافی و لازم برخوردار نباشد. دوره پیگیری کوتاه به دلیل محدودیت زمانی پایان نامه نیز می‌تواند علت عدم گرفتن نتیجه باشد. البته گاهی مسائل فرهنگی و اجتماعی مانند خشونت آنقدر ریشه‌دار و عمیق هستند که تغییر آن‌ها با یک دوره کوتاه آموزشی میسر نیست و فرهنگ‌سازی دراز مدت از طریق رسانه‌های اجتماعی و درگیر کردن همسران در فرایند آموزش را می‌طلبد. یافته‌های پژوهش حاضر نشان داد گزارش مواجهه با خشونت روانی در گروه آزمایش و گروه کنترل افزایش یافته است. افزایش خشونت خانگی در دوران قرنطینه خانگی، فقدان آشنایی اولیه زنان نابارور در گروه آزمایش با مفاهیم و مصادیق خشونت خانگی و افزایش حساسیت گروه کنترل نسبت به موضوع خشونت، اثر هائورن^۸ می‌تواند علت افزایش گزارش خشونت روانی در هر ۲ گروه باشد.

در برخی از پژوهش‌های انجام‌شده، مهارت حل مسئله در کنار سایر مهارت‌ها به صورت هم‌زمان به مراجعین آموزش داده شده است و بایستی بررسی شود که صرفاً آموزش مهارت حل مسئله بدون در نظر گرفتن سایر مفاد آموزشی می‌تواند در جوامع مختلف آماری اثربخشی خود را نشان دهد یا خیر.

به نظر می‌رسد با وجود غیراثربخش بودن آموزش مهارت حل مسئله در پژوهش حاضر، تکرار پژوهش‌های مرتبط با مداخلات روان‌شناختی، مهارت‌های زندگی و ارتباطی و پیگیری آن‌ها با در نظر گرفتن معیارهای تدریس اثربخش در شرایط مناسب و ترجیحاً آموزش به صورت حضوری و همچنین با حجم نمونه بالاتر ضرورت داشته باشد. از آنجایی که متغیرهای دیگری نظیر وضعیت اشتغال همسر، وضعیت اقتصادی خانواده و غیره ممکن است تأثیرگذار باشند، بهتر است در مطالعات بعدی نقش آن‌ها نیز در تحلیل‌های آماری قوی‌تر نظیر رگرسیون مورد بررسی قرار گیرد.

ماهرولیان و همکاران در اندونزی نشان دادند زنان قربانی خشونت خانگی که مشاوره‌ها و آموزش‌های مرتبط با مهارت حل مسئله را گذرانده‌اند، نسبت به زنانی که این مداخلات را تجربه نکرده‌اند، توانایی بهتری در حل مشکلات خانوادگی که نقش مؤثری در مواجهه با خشونت دارند، داشتند [۳۷]. در پژوهش تیواری و همکاران در هنگ‌کنگ و در میان ۱۰۶ زن باردار که در ۲ گروه آزمایش شامل ۵۱ زن براساس پروتکل توانمندسازی زنان، میلر (امنیت، حق انتخاب و حل مسئله) و گروه کنترل که مراقبت استاندارد را دریافت می‌کردند و شامل ۵۵ زن بودند، یافته‌ها نشان داد مواجهه با خشونت روانی در زنان باردار در گروه آزمایش به‌طور معناداری کاهش داشت، در حالی که این کاهش در مورد مواجهه با خشونت جنسی معنادار نبود [۲۵]. در تفسیر علت این عدم هم‌خوانی یافته‌ها می‌توان گفت که عدم آشنایی مراجعین با مفاهیم و مصادیق خشونت به‌ویژه در مواجهه با خشونت روانی و عدم اطلاع کافی، باعث شد در ارزیابی اولیه میزان کمتر مواجهه با خشونت را گزارش کنند و در مرحله دوم و با افزایش آگاهی آنان، میزان مواجهه بیشتری گزارش شد. به‌علت شیوع و ویروس کرونا، در پژوهش حاضر جلسات آموزشی به صورت مجازی و فشرده انجام شد و به دلیل پایین بودن وضعیت اجتماعی-اقتصادی اغلب مراجعین کلینیک و عدم دسترسی به اینترنت پر سرعت، وضعیت آموزش مهارت‌ها تحت تأثیر قرار گرفته و شرایط دشوارتری را داشته است که این موضوع یکی از محدودیت‌های پژوهش حاضر بود.

نتیجه‌گیری

آموزش مهارت حل مسئله باعث ایجاد تغییر معناداری در خشونت فیزیکی، جنسی و خشونت منجر به صدمه در گروه آزمایش و کنترل نشد و تغییرات خشونت در هیچ‌کدام از حیثه‌های مورد بررسی در ۲ گروه آزمایش و کنترل از نظر آماری معنادار نبود. بدین صورت فرضیات پژوهش در مورد تأثیر آموزش مهارت حل مسئله بر کاهش خشونت خانگی زنان نابارور به‌طور کلی و در حیثه‌های خشونت روانی، فیزیکی و جنسی، منجر به صدمه و مذاکره تأیید نشد. دشواری آموزش از طریق فضای مجازی به دلیل شرایط شیوع کووید-۱۹ باعث شد که

۸. Hawthorne Effect

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش

این مطالعه با مجوز کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی ایران با کد IR.IUMS.REC.1399.1171 انجام شد.

حامی مالی

این مقاله حاصل نتایج پایان نامه کارشناسی ارشد محبوبه میراحمدیان، مشاوره در مامایی و طرح پژوهشی با کد ۹۹-۲-۳-۱۹۰۴۷ است که با حمایت مالی معاونت پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی ایران انجام شده است.

مشارکت نویسندگان

طراحی مطالعه، نظارت، تجزیه و تحلیل داده‌ها و مدیریت پروژه: فهیمه رنجبر؛ جمع‌آوری داده‌ها، برگزاری جلسات آموزشی و نگارش پیش‌نویس مقاله: مریم میراحمدیان؛ تجزیه و تحلیل داده‌ها: شیما حقانی؛ کمک در طراحی جلسات آموزشی و مشاور طرح: مریم معادی؛ همه نویسندگان پیش‌نویس را به‌طور انتقادی بازبینی کردند و نسخه نهایی را تأیید کردند.

تعارض منافع

بنابر اظهار نویسندگان، این مقاله تعارض منافع ندارد.

تشکر و قدردانی

نویسندگان از واحد توسعه تحقیقات بالینی شهید اکبرآبادی^۱ و دانشگاه علوم پزشکی و خدمات درمانی ایران برای همکاری در جمع‌آوری داده‌ها تشکر می‌کنند.

References

- [1] Sheikhan Z, Ozgoli G, Azar M, Alavimajd H. Domestic violence in Iranian infertile women. *Med J Islam Repub Iran*. 2014; 28:152. [PMID]
- [2] Bakhtiyar K, Beiranvand R, Ardalan A, Changae F, Almasian M, Badrizadeh A, et al. An investigation of the effects of infertility on Women's quality of life: A case-control study. *BMC Womens Health*. 2019; 19(1):114. [DOI:10.1186/s12905-019-0805-3] [PMID] [PMCID]
- [3] Ashraf DM, Ali D, Azadeh DM. Effect of infertility on the quality of life, a cross-sectional study. *J Clin Diagn Res*. 2014; 8(10):OC13-5. [DOI:10.7860/JCDR/2014/8481.5063] [PMID] [PMCID]
- [4] Saei Ghare Naz M, Ozgoli G, Sayehmiri K. Prevalence of infertility in Iran: A systematic review and meta-analysis. *Urol J*. 2020; 17(4):338-45. [PMID]
- [5] Rahebi SM, Rahnavardi M, Rezaie-Chamani S, Nazari M, Sabetghadam S. Relationship between domestic violence and infertility. *East Mediterr Health J*. 2019; 25(8):537-42. [DOI:10.26719/emhj.19.001] [PMID]
- [6] Lasong J, Zhang Y, Muyayalo KP, Njiri OA, Gebremedhin SA, Abaidoo CS, et al. Domestic violence among married women of reproductive age in Zimbabwe: A cross sectional study. *BMC Public Health*. 2020; 20(1):354. [DOI:10.1186/s12889-020-8447-9] [PMID] [PMCID]
- [7] Chowdhury MAK, Rahman AE, Morium S, Hasan MM, Bhuiyan A, Arifeen SE. Domestic violence against women in urban slums of Bangladesh: A cross-sectional survey. *J Interpers Violence*. 2021; 36(9-10):NP4728-NP42. [DOI:10.1177/0886260518791235] [PMID]
- [8] Daruwalla N, Kanougiya S, Gupta A, Gram L, Osrin D. Prevalence of domestic violence against women in informal settlements in Mumbai, India: A cross-sectional survey. *BMJ Open*. 2020; 10(12):e042444. [DOI:10.1136/bmjopen-2020-042444] [PMID] [PMCID]
- [9] Hajnasiri H, Ghanei Gheshlagh R, Karami M, Taherpour M, Khatooni M, SayehMiri K. [Physical, sexual and emotional violence among Iranian women: A systematic review and meta-analysis study (Persian)]. *Sci J Kurdistan Univ Med Sci*. 2017; 21(6):110-21. [Link]
- [10] Naghizadeh S, Mirghafourvand M, Mohammadirad R. Domestic violence and its relationship with quality of life in pregnant women during the outbreak of COVID-19 disease. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2021; 21(1):88. [DOI:10.1186/s12884-021-03579-x] [PMID] [PMCID]
- [11] Rahnavardi M, Shayan A, Rezaie Chamani S, Heydarifard S, Rahebi M. [The impact of infertility on sexual violence in women referring to AL-Zahra Infertility Center in Rasht (Persian)]. *J Health Care*. 2019; 21(1):44-52. [DOI:10.29252/jhc.21.1.44]
- [12] Oram S, Khalifeh H, Howard LM. Violence against women and mental health. *Lancet Psychiatry*. 2017; 4(2):159-70. [DOI:10.1016/S2215-0366(16)30261-9]
- [13] Sugg N. Intimate partner violence: Prevalence, health consequences, and intervention. *Med Clin North Am*. 2015; 99(3):629-49. [DOI:10.1016/j.mcna.2015.01.012] [PMID]
- [14] Avdibegović E, Sinanović O. Consequences of domestic violence on women's mental health in Bosnia and Herzegovina. *Croat Med J*. 2006; 47(5):730-41. [PMID]
- [15] Mansour F, Mohdy HA. Intimate partner violence among women with female infertility. *Am J Nurs Res*. 2018; 6(5):309-16. [Link]
- [16] Klynkeh K. Life skills. [SH. Mohammadkhani, GH. Abedi Gh Trans]. Tehran, Iran: Toloe Danesh. 2005. [Link]
- [17] Pahl C, Jamshidi P. Microservices: A systematic mapping study. *Proceedings of the 6th International Conference on Cloud Computing and Services Science*. 2016; 1:137-46. [DOI:10.5220/0005785501370146]
- [18] Taghizadeh Z, Pourbakhtiar M, Ghasemzadeh S, Azimi K, Mehran A. The effect of training problem-solving skills for pregnant women experiencing intimate partner violence: A randomized control trial. *Pan Afr Med J*. 2018; 30:79. [DOI:10.11604/pamj.2018.30.79.14872] [PMID] [PMCID]
- [19] Dinmohammadi S, Dadashi M, Ahmadnia E, Janani L, Khara-ghani R. The effect of solution-focused counseling on violence rate and quality of life of pregnant women at risk of domestic violence: A randomized controlled trial. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2021; 21(1):221. [DOI:10.1186/s12884-021-03674-z] [PMID] [PMCID]
- [20] Alamshahi M, Olfati F, Shahsavari S, Taherpour M. The effectiveness of group counseling based on problem-solving on experiencing domestic violence among pregnant women: A clinical trial. *Soc Health Behav*. 2020; 3(2):62-9. [DOI:10.4103/SHB.SHB_13_20]
- [21] Babaheidarian F, Masoumi SZ, Sangestani G, Roshanaei G. The effect of family-based counseling on domestic violence in pregnant women referring to health centers in Sahneh city, Iran, 2018. *Ann Gen Psychiatry*. 2021; 20(1):11. [DOI:10.1186/s12991-021-00332-8] [PMID] [PMCID]
- [22] Sapkota D, Baird K, Saito A, Anderson D. Interventions for reducing and/or controlling domestic violence among pregnant women in low-and middle-income countries: A systematic review. *Syst Rev*. 2019; 8(1):79. [DOI:10.1186/s13643-019-0998-4] [PMID] [PMCID]
- [23] Khoori E, Zarekia F, Mohammadkhani S, Ghaseminejad A, Seyedghasemi NS. The effect of problem-solving skills training on the anxiety of female candidates for intrauterine insemination treatment. *J Res Dev Nurs Midw*. 2018; 15(1):31-6. [DOI:10.29252/jgbfnm.15.1.31]
- [24] Alijani F, Khosravi A, Mousavi MS, Delarosa V. The associated factors of domestic violence against infertile women. *J Res Dev Nurs Midw*. 2019; 16(2):61-70. [DOI:10.29252/jgbfnm.16.2.61]
- [25] Tiwari A, Leung WC, Leung TW, Humphreys J, Parker B, Ho PC. A randomised controlled trial of empowerment training for Chinese abused pregnant women in Hong Kong. *BJOG*. 2005; 112(9):1249-56. [DOI:10.1111/j.1471-0528.2005.00709.x] [PMID]

- [26] Shahbazi S, Heidari M. [The impact of training by social problem-solving model of D-zurilla & gold fried on problem-solving skills of nursing students (Persin)]. *Iran J Nurs*. 2012; 25(76):1-9. [\[Link\]](#)
- [27] Darabi K, Azaditalab A. [A study of the efficacy of problem solving training skills on decreasing test anxiety among freshman high school male students in fourth district of Ahvaz (Persian)]. *J Soc Psychol*. 2015; 3(36):91-102. [\[Link\]](#)
- [28] Zare H, Abaspour P, Yousefi F. [The role of problem-solving skill training and cognitive restructuring on cognitive emotion regulation strategies, and family functioning in infertile women (Persian)]. *Shenakht J Psychol Psychiatry*. 2015; 2(1):81-93. [\[Link\]](#)
- [29] Straus MA. Scoring the CTS2 and CTSPC. Family Research Laboratory, University of New Hampshire. 2004. [\[Link\]](#)
- [30] Straus MA, Hamby SL, Boney-McCoy S, Sugarman DB. The revised conflict tactics scales (CTS2): Development and preliminary psychometric data. *J Fam Issues*. 1996; 17(3):283-316. [DOI:10.1177/019251396017003001](#)
- [31] Straus MA. The conflict tactics scales and its critics: An evaluation and new data on validity and reliability. In: Straus MA, Gelles RJ, Smith Ch, editors. *Physical violence in American families: Risk factors and adaptations to violence in 8,145 families*. London: Routledge; 1987. [\[Link\]](#)
- [32] Ardabili HE, Moghadam ZB, Salsali M, Ramezanzadeh F, Nedjat S. Prevalence and risk factors for domestic violence against infertile women in an Iranian setting. *Int J Gynaecol Obstet*. 2011; 112(1):15-7. [DOI:10.1016/j.ijgo.2010.07.030](#) [\[PMID\]](#)
- [33] Lotfy M, Hamdy MA, Mansour AFI, Gharib WF, Ghoneim HM, Abbas AM, et al. Prevalence and risk factors for domestic violence among infertile Egyptian women: A cross-sectional study. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2019; 24(5):362-7. [\[PMID\]](#)
- [34] Ozturk R, Taner A, Guneri SE, Yilmaz B. Another face of violence against women: Infertility. *Pak J Med Sci*. 2017; 33(4):909-14. [DOI:10.12669/pjms.334.12862](#)
- [35] Mousavi SF. Psychological well-being, marital satisfaction, and parental burnout in iranian parents: The effect of home quarantine during covid-19 outbreaks. *Front Psychol*. 2020; 11:553880. [DOI:10.3389/fpsyg.2020.553880](#) [\[PMID\]](#) [\[PMCID\]](#)
- [36] Pieh C, O'Rourke T, Budimir S, Probst T. Correction: Relationship quality and mental health during COVID-19 lockdown. *PLoS One*. 2021; 16(9):e0257118. [DOI:10.1371/journal.pone.0257118](#) [\[PMID\]](#) [\[PMCID\]](#)
- [37] Mahruliana NC, Hariyani H, Syahputra Y. Problem solving for women victims of domestic violence: Descriptive analysis with JASP based on demographics. *Psychocentrum Rev*. 2020; 2(2):56-68. [DOI:10.26539/pcr.22370](#)

This Page Intentionally Left Blank
