

## طراحی الگوی اخلاقی خانواده امن و عاری از خشونت علیه زنان مبتنی بر نظرات نراقی

آسیه شریعتمدار<sup>۱</sup>

تاریخ دریافت: ۹۵/۱۱/۱ - تاریخ پذیرش: ۹۶/۱۱/۲۴

چکیده

**هدف:** هدف پژوهش حاضر طراحی الگوی اخلاقی خانواده امن و عاری از خشونت علیه زنان است که بر مبنای نظرات نراقی در کتاب جامع السعادات (۱۳۸۸) انجام شد. **روش:** این پژوهش از نوع کیفی و با استفاده از تحلیل و ترکیب مضامین انجام شد. مضامین درمان اخلاقی از کتب اخلاقی به ویژه جامع السعادات نراقی استخراج و الگوی درمان اخلاقی با ترکیب مضامین اخلاقی و مضامین نورکراس و پروچاسکا (۲۰۰۷) در مورد مراحل و فرایندهای تغییر تدوین شد. **یافته‌ها:** نفس انسان دارای چهار قوه عقل، غضب، شهوت و تخیل است. اگر عقل بر قوا حاکم شود، به راه اعتدال کشانده می‌شود. خشم و خشونت نتیجه افراط در قوه غضب است. طبق مطالعات پروچاسکا و نورکراس (۲۰۰۷)، تغییر فرایندی تدریجی، قابل پیش‌بینی و مرحله‌ای است. گام‌های تغییر در الگوی اخلاقی و بر مبنای مراحل تغییر طراحی شد که عبارتند از: تبیین شاکله، شناخت قوای نفس، هشیاری به اولویت انگیزش‌ها، شناخت موانع تغییر، محدود کننده‌های هشیاری، بسیج در سه بعد تعقل، توکل و تلاش، مراقبه، معاقبه، توجه به موضع لغزش‌ها، مرور و تداوم. **نتیجه‌گیری:** نراقی ماهیت انسان، آسیب شناسی، سلامت روان و تربیت عقلانی را تبیین کرده است، بنابراین برای کنترل خشونت، که افراط در قوه غضب است می‌توان از گامهای الگوی درمان اخلاقی بر مبنای نظرات نراقی سود جست. **واژه‌های کلیدی:** خشونت خانگی، اخلاق، نراقی

۱. استادیار گروه مشاوره دانشگاه علامه طباطبائی. s\_shariatmadar@yahoo.com

## مقدمه

خشونت خانگی<sup>۱</sup> شامل خشونت فیزیکی، جنسی، سوء استفاده روان شناختی یا کلامی و کنترل مالی یا اقتصادی می شود (موتز<sup>۲</sup>، ۲۰۱۴). خشونت علیه شریک زندگی<sup>۳</sup> به ویژه علیه زنان مشکل عمده‌ای است که عواقب جسمی، روانی و اجتماعی دارد که این عواقب سلامت زنان، خانواده و جامعه را به خطر می اندازد (احمدی، ناصری، علی محمدیان، شمس، رنجبر، شریعت و همکاران، ۱۳۸۷). خشونت خانگی منعکس کننده تعامل بین دو سیستم دلبستگی مختل است. این پدیده شامل نیرو و قدرتی است که در رابطه خشن به شکل عادت درآمده است. این نیرو هم از مسائل درون روانی و هم از عوامل اجتماعی نشئت می گیرد (موتز، ۲۰۱۴).

خشونت در تمام جوامع، مناطق جغرافیایی و طبقات اجتماعی وجود دارد، اما نوع و شدت آن متفاوت است (احمدی، ناصری، علی محمدیان، شمس، رنجبر، شریعت و همکاران، ۱۳۸۷). پژوهش‌ها حاکی از آن هستند که این پدیده به طبقات اجتماعی پایین مربوط نیست، بلکه چون قربانیانی که از طبقات اجتماعی بالا هستند، به مراکز خصوصی مراجعه می کنند، در آمارها ثبت نمی شوند (ساندرسون<sup>۴</sup>، ۲۰۱۳). بیش از چهل درصد خانه‌هایی که در آن خشونت وجود دارد، کودکان زیر دوازده سال را هم تحت تأثیر قرار می دهد (رانیسون و ولکینز<sup>۵</sup>، ۲۰۰۰). پژوهش‌های کونن و بالک<sup>۶</sup> (۲۰۱۶) نیز نشان می دهند که خشونت خانگی با وقفه در بهره هوشی کودکان رابطه معنادار دارد.

درصد قابل توجهی از زنانی که از خشونت خانگی رهایی یافته اند، نشانگان فشار روانی پس آسیبی (PTSD) را نشان می دهند (اندرسون، رنرو دنیس<sup>۷</sup>، ۲۰۱۲). امروزه در

1. domestic violence.
2. Motz, A.
3. Intimate Partner Violence (IPV).
4. Sanderson, C.
5. Rennison, C. M., & Welchans, S.
6. Coenen, L. & Bulck, J.
7. Anderson, K. M., Renner, L. M., & Danis, F. S.

کشورهای غربی بیشترین تأکید در کار بر خشونت‌های خانگی از طریق فراهم آوردن خدمات حمایتی ایمن برای زنان و کودکان به وسیله جنبش کمک به زنان<sup>۱</sup> صورت می‌گیرد. اما با این خدمات، ماهیت رفتار خشن مردان همچنان یک مشکل باقی می‌ماند. گرچه در حوزه درمان خشونت‌های خانوادگی، تأکید هم بر کار فردی و هم بر کار با زوج‌ها در نظر گرفته شده است که به آنان کمک می‌کند روابط امنی را ایجاد کنند (کوپر و وتری<sup>۲</sup>، ۲۰۰۸).

بر اساس نتایج مطالعات در تهران و دیگر شهرهای کشور، شیوع خشونت نسبت به زنان در خانواده، طیف گسترده‌ای از ۱۷.۵ تا ۹۳.۶ درصد را شامل می‌شود (وامقی، خدائی اردکانی و سجادی، ۱۳۹۲). همچنین طبق گزارش رئیس انجمن ایرانی مطالعات زنان، در ایران طبق آمارها کمتر از ۳۵ درصد از خشونت‌های خانگی به پلیس گزارش داده می‌شود. در یک تحقیق سه ماهه از ۱۸۰ مورد، ۱۲۸ مورد، حاضر به پیگرد قانونی مجرم نشده اند (نوابی نژاد، ۱۳۹۴). بنابراین به نظر می‌رسد در ایران راهکار قانونی هنوز راه حل منتخب مقابله با خشونت نباشد.

مسئله خشونت فقط مشکل فرد پرخاشگر نیست. ظهور خشونت با اقدام به رفتارهای پرخاشگرانه پس از تجربه احساس خشم در فرد خشن از یک طرف و احساس ترس و واکنش انفعالی در فرد قربانی از طرف دیگر همراه است. بنابراین مدیریت خشونت از یک طرف مستلزم کسب مهارت‌هایی برای مدیریت احساس ترس و واکنش‌های انفعالی قربانی و مدیریت احساس خشم و نحوه درست ابراز آن در فرد خشن است. نوابی نژاد (۱۳۹۴) بیان می‌کند که در واقع ترس، مانع بزرگی برای مستقل زندگی کردن زنان به شمار می‌آید. این ترس موجب می‌شود تا زنان پیوسته در صدد برخورداری از پشتیبانی مردان باشند، اما این پشتیبانی در بسیاری از موارد، آسیب‌پذیری و وابستگی بیشتر زنان را به

1. Women's Aid Movement  
2. Cooper, J. & Vetere, A.

دنبال دارد و مانع اصلی توانمندشدن زنان است. احمدی و همکاران (۱۳۸۷) نیز اظهار می‌کنند تأکید بر برنامه‌های آموزشی مهارت‌های زندگی، از جمله مهارت مواجهه با خشم همسر در زمان‌های بحرانی و اجتناب از زمینه خشونت برای مدیریت خشونت لازم است.

خشونت در بسیاری از افراد، پاسخ مادام‌العمری به ناشادی و الگوهای روانی ریشه دار بوده است. برنامه‌های درمانی مبتنی بر مراحل تغییر، سفری با هدف تغییرات در این الگوهای روانی را شروع می‌کند. در این صورت درمان فردی یا زوجی برای خشونت مفید واقع می‌شود (بوئن<sup>۱</sup>، ۲۰۱۱). الگوهای مداخلات درمانی خشونت خانگی، معمولاً برنامه‌های گسترده‌ای را در برمی‌گیرند که مستلزم ۲۵ تا ۷۸ جلسه درمانی است. این مداخلات عواملی را در سطوح مختلف مورد توجه قرار می‌دهد. در مراحل اولیه انگیزش فرد مهاجم را نشانه می‌گیرد. واحدهای بعدی برنامه، آموزشی است که شامل بازسازی شناخت، نگرش و باور افراد پرخاشگر می‌شود. واحدهای بعدی برنامه، آموزش مهارت‌هایی برای مدیریت هیجانات، حسادت، خشم و ترس از فقدان در رابطه را که به سوء استفاده منجر می‌شود، در برمی‌گیرد (استیوارت، گابورا، کراپ و لی<sup>۲</sup>، ۲۰۱۴).

میزان وقوع مسأله خشونت خانگی علیه زنان تابع هنجارها و ارزش‌های اجتماعی هر جامعه است (احمدی و همکاران، ۱۳۸۷). مسأله فرهنگی و مذهبی هر ملت در مشاوره و روان‌درمانی یک ضرورت تلقی می‌شود. از آخرین دهه‌ی هزاره‌ی دوم شواهد پژوهشی حاکی از آن است درمانی که مبتنی بر متغیرهای مذهبی باشد به همان اندازه مؤثر (مک کولاف<sup>۳</sup>، ۱۹۹۹) و حتی مؤثرتر از رویکردهای استاندارد (پراپست، استرام، والکینز، دین و مشبرن<sup>۴</sup>، ۱۹۹۲) است. همچنین در برابر رویکردهای لذت‌گرا، رویکرد سعادت‌گرا که ریشه در دیدگاه ارسطو دارد، بیش از پیش مورد توجه قرار گرفته است. با

1. Bowen, E. L.

2. Stewart, L. A., Gabora, N., Kropp, P. R., & Lee, Z.

3. McCullough, M. F.

4. Propst, L. R., Ostrom, R., Watkins, P., Dean, T., & Mashburn, D.

توجه به این پژوهش‌ها می‌توان در درمان خشونت خانگی هم به عوامل فرهنگی، مذهبی و رویکرد سعادت‌گرا توجه کرد. بنابراین تغییر نگرش در زندگی مبتنی بر ارضای امیال و از جمله میل به پرخاشگری و خشونت به سمت زندگی سعادت‌مندانانه، رویکردی است که در جامعه مذهبی ما می‌تواند رویکرد منتخب باشد.

از نظر دیدگاه سعادت‌گرا، شادمانی حقیقی نه از ارضای امیال بلکه از تجلی فضیلت حاصل می‌شود (کار<sup>۱</sup>، ۲۰۰۴، ترجمه پاشا شریفی و نجفی زند، ۱۳۸۷). این رویکرد پاسخی است به سؤال مهم بشر در مورد چگونگی زیستن. در این دیدگاه تأکید بر این است که اخلاق و نه ارضای امیال، زندگی رضایت‌مندانانه را میسر می‌سازد. اما لازم است افراد در عمل کردن به هنجارهای اخلاقی شناخته شده، مهارت پیدا کنند (تنرو کریستن<sup>۲</sup>، ۲۰۱۴). این مهارت‌ها مستلزم تدوین برنامه‌ی آموزشی منسجم است.

ارسطو در مورد اخلاق، نظامی منسجم ارائه می‌کند که بعدها علمای اخلاق اسلامی و روان‌شناسانی که به اهمیت اخلاق باور دارند، پیوسته از افکار او سود جسته‌اند. وی بحث خود را با این گزاره آغاز می‌کند که آنچه هر یک از ما به تمام معنا می‌خواهد، خوشی و نیک بختی است. چیزی که به این خواسته تحقق می‌بخشد، به زعم او، رشد و کاربرد کامل آن قابلیت‌هایی وجودی است که با زیستن در جامعه سازگار باشد. بدین ترتیب وی آموزه مشهور "میانه روی" خود را پروراند که به موجب آن فضیلت نقطه میانی بین افراط و تفریط است که این هر دو ردیلتند (مگی<sup>۳</sup>، ۱۹۹۸، ترجمه کامشاد، ۱۳۸۶).

نراقی (بی تا، ترجمه مجتبیوی ۱۳۸۸) که بر مبنای دیدگاه ارسطو نظامی اخلاقی ارائه می‌دهد، وجود انگیزه دفاع در برابر خطر را از انگیزه‌های اصلی انسان معرفی می‌کند. تفریط در این انگیزه موجب کاهش عزت نفس و بزدلی و افراط در آن را موجب تهور و خشونت می‌داند. میانه روی در این انگیزه موجب پرورش شجاعت می‌شود. بنابراین اگر

1. Carr, A.
2. Tanner, C., & Christen, M.
3. Magi, B.

بتوان مدیریت پرخاشگری را به صورت یک خلق در فرد پرورش داد، این آسیب روانی- اجتماعی یعنی خشونت هم مهار خواهد شد. نظام نراقی شیوه مدیریت خشم را به طور منسجم تبیین می‌کند. زیرا ابتدا انگیزش‌های انسان را از رفتارها تبیین و در موقعیت تغییر به شناخت‌ها و رفتارها نیز توجه دارد.

از طرفی طبق یافته‌های نورکراس، کربس و پروچاسکا<sup>۱</sup> (۲۰۱۲) بر اساس تحلیل ۲۴ رویکرد درمانی و مطالعات بعدی در مورد برنامه‌های رشد شخصی و تغییر، چه بر مبنای روان درمانی و چه خارج از این چارچوب (تغییرات ناشی از هدایت‌های معنوی)، تغییر تابع مراحل مشخص و قابل پیش‌بینی است. مدل فرانظری مراحل تغییر رویکردی مناسب برای درک پاسخ زنان به سوءاستفاده‌های خانگی است (آلن، ۲۰۱۱). خاو هاردستی<sup>۲</sup> (۲۰۰۷) در مطالعه کیفی خود بر نوزده زن تحت تأثیر خشونت، مدل مراحل تغییر را به کار بردند. آنان مفهوم نقاط عطف<sup>۳</sup> در تغییر را با این الگو ادغام کردند و در نمودار تغییر برخورد زنان با مسئله خشونت با توجه به نقاط عطف، سه مسیر را مشاهده کردند که مبتنی بر مراحل تغییر بود.

با توجه به اینکه دلالت‌های نظام نراقی به لحاظ روش‌شناسی کلی است، برای تغییر رفتار پرخاشگرانه و پرورش اعتدال در خشم لازم است برنامه‌ای مبتنی بر ویژگی‌های مراحل تغییر تدوین گردد. هدف از پژوهش حاضر ارائه الگویی است که فرد را در برابر وسوسه‌های انجام عمل غیر اخلاقی و به ویژه پرخاشگرانه نیرومند کند. بدین منظور محقق در پی تدوین برنامه‌ای درمانی است که بر مبنای مراحل تغییر پروچاسکا و نورکراس و نظرات نراقی در مورد درمان آسیب‌های اخلاقی طراحی شده است.

1. Norcross, J. C., Krebs, P. M., & Prochaska, J. O.  
2. Khaw, L. & Hardesty, J.L.  
3. turning point.

## روش

پژوهش حاضر پژوهشی کیفی برای طراحی الگوی درمان خشونت خانگی است. الگوها، ساختار فکری آزمایشی هستند و به عنوان نظریه پیشنهادی در حوزه عمل به شمار می‌روند که با آزمودن و پرورش آن‌ها، نظریه‌ها شکل می‌گیرند (بیتس<sup>۱</sup>، ۲۰۰۵، ترجمه حیدری، ۱۳۸۷). جامعه پژوهش کتاب جامع السعادات نراقی (بی تا، ترجمه مجتبوی، ۱۳۸۸) و یافته‌های پروچاسکا و نورکراس (پروچاسکا و پروچاسکا، به نقل از لویز، ۲۰۱۱، نورکراس، کربس و پروچاسکا، ۲۰۱۱؛ آلن، ۲۰۱۱؛ کار، ۲۰۰۴، ترجمه پاشا شریفی و نجفی زند، ۱۳۸۷، پروچاسکا و نورکراس، ۲۰۰۷، ترجمه سید محمدی، ۱۳۹۱) در مورد الگوی یکپارچه مراحل تغییر بود. نمونه مورد تحلیل در حوزه اخلاقی کل کتاب جامع السعادات (نراقی، بی تا، ترجمه مجتبوی، ۱۳۸۸) و در الگوی مراحل تغییر، کتاب‌های روان‌شناسی مثبت (کار، ۲۰۰۴، ترجمه پاشا شریفی و نجفی زند، ۱۳۸۷) و نظریه‌های مشاوره و روان‌درمانی (پروچاسکا و نورکراس، ۲۰۰۷، ترجمه سید محمدی، ۱۳۹۱) و مجموعه مقالاتی است که در این مورد به چاپ رسیده است. در این پژوهش از روش‌های تحلیل مضمون<sup>۲</sup> و تلفیق مضمونی<sup>۳</sup> استفاده شده است. با استفاده از تحلیل مضمون، مضامین مهم مراحل تغییر پروچاسکا و نورکراس و همچنین مضامین درمان اخلاقی از کتب اخلاق به ویژه جامع السعادات نراقی استخراج و سپس این دو نظام با استفاده از روش ترکیب مضامین با هم یکپارچه و گام‌های درمان براساس مضامین مراحل تغییر پروچاسکا و نورکراس طراحی شد.

## یافته‌ها

در این پژوهش ابتدا مضامین اخلاقی نراقی مورد بررسی قرار گرفت: در نظریه درمان

1. Bates, M., J.

2. Thematic Analysis.

3. Thematic Synthesis.

اخلاقی سعادت انسان در گرو شناخت نفس خویش است. نفس انسان دارای چهار قوه یا انگیزش است: قوه عقل، قوه واهمه، قوه شهوت و قوه غضب. نفس، جایگاه کشمکش و تدافع این قواست. اگر عقل بر همه قوا حاکم شود، همگی به راه اعتدال کشانده می شوند. انسان در ارضای هریک از این قوا هم ممکن است راه افراط پیش گیرد، هم راه تفریط. افراط و تفریط در هریک از این قوا به آسیب خاصی منتهی می شود. اما اگر انسان در ارضای قوا، حد وسط در پیش گیرد، صفات اخلاقی به وجود می آیند (نراقی، بی تا، ترجمه مجتبوی، ۱۳۸۸). در جدول زیر مضامین اخلاقی نظام نراقی طبقه بندی شده اند:

جدول کدگذاری مضامین مهم نظریه درمان اخلاقی نراقی

مضمون هسته‌ای	مضامین اولیه	مضامین ثانوی
نظارت مداوم عقل بر دیگر قوای نفس منجر به اعتدال آن‌ها و سلامت نفس است.	مفاهیم مقدماتی	شاکله (شخصیت) اجزای شاکله (سرشتی، محیطی و اراده) فطرت هدایت خلق (صفات خلقی)، حال (حالت خلقی) ثبات خلق حال فطری و حال طبیعی انفعال و فعالیت (لذت‌های فعال و منفعل) ویژگی مشترک موجودات و ویژگی خاص هر موجود باطن و ظاهر، روح و بدن معرفت نفس سعادت
	قوا و سهم آن‌ها در زندگی	قوه شهوت: انگیزه حفظ بقای نفس و نسل- کسب انرژی و سلامت بدن عامل لذت این قوه؛ رسیدن به غذا و دیگر نیازهای بدن عامل درد: ادراک گرسنگی و تشنگی و گرما و سرما قوه غضب: انگیزه کرامت نفس- حفظ ارزش فرد و امت، دفع خطر، دفع زیاده روی



مضمون هسته‌ای	مضامین اولیه	مضامین ثانوی																				
		<p>قوه شهوت                      عامل لذت این قوه: چیره شدن و غلبه                      عامل درد: مغلوب شدن                      قوه وهم: انگیزه حرکت نفس - تصور خود در جای فرد یا موقعیت دیگر، ادراک معانی جزئی و استنباط چاره‌ها برای رسیدن به مقاصد صحیح                      عامل لذت این قوه: ادراک معانی جزئی ملایم و هماهنگ مانند تماشای یک اثر هنری زیبا                      عامل درد: ادراک نامایمات                      قوه عقل: انگیزه صیانت نفس                      عامل لذت این قوه: کسب علم و معرفت                      عامل درد: جهل</p>																				
	سلامت و بیماری	<p>افراط، تفریط و اعتدال در قوا                      منشأ آسیب: غفلت                      فضیلت و رذیلت                      مقدمه درمان: بیداری ← تهذیب نفس ← اعتدال ← فضیلت                      فضایل و رذایل اصلی مربوط به قوا</p> <table border="1" data-bbox="422 1049 1083 1455"> <thead> <tr> <th>قوه</th> <th>تفریط</th> <th>اعتدال</th> <th>افراط</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>عقل</td> <td>بلاغت</td> <td>حکمت</td> <td>شک و حیرت (تعقل در ذات خدا، مبدأ خلقت و چرایی قوانین شرع)</td> </tr> <tr> <td>غضب</td> <td>جبن</td> <td>شجاعت</td> <td>تهور</td> </tr> <tr> <td>شهوت</td> <td>خمود (افسردگی و بی‌حسی)</td> <td>عفت (خویشتن‌داری)</td> <td>آزمندی و هرزگی</td> </tr> <tr> <td>وهم</td> <td>تعصب و ستمگری</td> <td>همدلی و عدالت</td> <td>ترحم و ستم‌پذیری</td> </tr> </tbody> </table>	قوه	تفریط	اعتدال	افراط	عقل	بلاغت	حکمت	شک و حیرت (تعقل در ذات خدا، مبدأ خلقت و چرایی قوانین شرع)	غضب	جبن	شجاعت	تهور	شهوت	خمود (افسردگی و بی‌حسی)	عفت (خویشتن‌داری)	آزمندی و هرزگی	وهم	تعصب و ستمگری	همدلی و عدالت	ترحم و ستم‌پذیری
قوه	تفریط	اعتدال	افراط																			
عقل	بلاغت	حکمت	شک و حیرت (تعقل در ذات خدا، مبدأ خلقت و چرایی قوانین شرع)																			
غضب	جبن	شجاعت	تهور																			
شهوت	خمود (افسردگی و بی‌حسی)	عفت (خویشتن‌داری)	آزمندی و هرزگی																			
وهم	تعصب و ستمگری	همدلی و عدالت	ترحم و ستم‌پذیری																			
	موانع صیانت	<p>عادت‌های فردی                      خاطرات ناخوانده (فعالیت خود به خودی قوه وهم)                      عرف، سنت‌ها و عادت‌های محیطی</p>																				

مضمون هسته‌ای	مضامین اولیه	مضامین ثانوی
		فشار اکثریت احساس ناامیدی عجله و شتاب مراقبت برگذرگاه‌های ورودی مراقبت بر اعضا و اعمال آن‌ها نظارت روزانه خود ارزیابی خود تنبیهی تلاش، توکل مداومت و ذکر پرورش صبر توجه به روابط و دوستی‌ها توجه به مواضع لغزش دعوت اطرافیان به تغییر
	مقابله با موانع	

بر اساس مضامین کد گذاری شده در جدول بالا، در درمان اخلاقی «غفلت» به عنوان مانع و «بیداری» به عنوان شرط لازم تهذیب نفس شمرده شده است. اما برای بیداری تلاش و کوشش لازم است. منشأ محرک آسیب‌زا حتی اگر از بیرون دامن گیر ما شود، غفلت درون ماست. هشیاری افزایشی اخلاقی که با کسب هشیاری نسبت به انگیزش‌های نفسانی و از طریق تلاش برای حفظ اعتدال در انگیزش‌ها قابل حصول است، موجب پرورش فضیلت‌ها می‌شود. در درمان اخلاقی تلاش بر این است که با طی سلسله‌مراحل، فرد موفق به پرورش هشیاری اخلاقی و تبدیل رذایل اخلاقی به فضیلت‌ها شود. در خشونت خانگی، فرد خشن در قوه غضب افراط می‌کند و فرد قربانی تفریط. بنابراین در درمان بر شناخت این قوه و پیش‌آیندها و پیامدهای تحریک آن تأکید می‌شود.

برای تدوین گام‌های برنامه درمانی و تسهیل تغییر رفتار خشونت آمیز و واکنش فرد قربانی، از الگوی مراحل تغییر (SOC<sup>۱</sup>) استفاده شد. نورکراس، کربس و پروچاسکا (۲۰۱۱) اظهار می‌کنند فرد در موقع مراجعه (یا ارجاع) به درمان، هنوز در مرحله‌ی پیش تأمل<sup>۲</sup> است. این محققان بر اساس تحلیل جلسات درمانی با رویکردهای مختلف، چه بر مبنای روان درمانی و چه خارج از این چارچوب (تغییرات ناشی از هدایت‌های معنوی) دریافتند که تغییر تابع‌مراحل مشخص و قابل پیش‌بینی است. این مراحل عبارتند از: پیش تأمل، تأمل، آمادگی، اقدام، نگهداشت<sup>۳</sup> و پایان. در جدول زیر مضامین مهم این مراحل کدگذاری شده است (پروچاسکا و پروچاسکا، به نقل از لویز، ۲۰۱۱، نورکراس، کربس و پروچاسکا، ۲۰۱۱؛ آلن، ۲۰۱۱؛ کار، ۱۳۸۷، پروچاسکا و نورکراس، ۱۳۹۱):

جدول کدگذاری مضامین مهم تحقیقات پروچاسکا و نورکراس در مورد مراحل تغییر

مضمون هسته‌ای	مراحل	ویژگیها	محتوا و عبارات مهم (مراجعان)
تغییر فرایندی تدریجی، قابل پیش‌بینی و مرحله‌ای است که تبعیت از این مراحل احتمال بهبود را	پیش تأمل	مشاوران: مقاومت در برابر تغییر الگوهای ذهنی بی‌انگیزگی در هماهنگ کردن نوع کمک خود با نیازهای مراجعان مراجعان: وجود احساس نارضایتی انکار مشکل به کارگیری دفاع‌های ابتدایی انکار، فرافکنی و دلیل تراشی عدم تمایل به تغییر عدم آمادگی مراجعان برای مشاوره	هیچ مسأله‌ای وجود ندارد، اصلاً ضرر ندارد. (انکار) تقصیر من نیست (فرافکنی) مشکل من کسانی هستند که در مورد مشروب خوردن من نق می‌زنند (دلیل تراشی) سیگار کشیدن برای من مسأله‌ای نیست. نمی‌خواهم آن را ترک کنم. در رابطه من مشکلی وجود ندارد (قربانی سوء استفاده).

1. stages of change modle.
2. Precontemplation (PC).
3. Precontemplation (PC), Contemplation (C), Preparation (PR), Action (A), and Maintenance (M).

مضمون هسته‌ای	مراحل	ویژگیها	محتوا و عبارات مهم (مراجعان)
افزایش می‌دهد.		<p>نا آگاهی به منبع نارضایتی خودداری از دریافت اطلاعات تخمین کمتر جنبه‌های مثبت تغییر، تخمین بیشتر جنبه‌های منفی تغییر و عدم آگاهی به این اشتباهات</p> <p><b>وظیفه درمانگر:</b> تسهیل پیشروی به مراحل بعد با ارائه کمک به مراجع</p>	
	تأمل	<p>پذیرش احتمال وجود مشکل تصمیم برای تغییر در آینده (طی دوره شش ماهه) آگاهی به جنبه‌های مثبت تغییر، تخمین بیشتر جنبه‌های منفی، تعادل ظریف بین سود و زیان تغییر فشار ناشی از تجربه محرومیت ناشی از تغییر و شکست مجدد تردید و دوسوگرایی عمیق و عدم انجام کاری</p> <p><b>بروز مشکل در اثر تأمل مزمن</b> ترس از تغییر و پی آمدهای راه‌های نا آشنا کاربرد دفاع‌ها در برابر تأمل مزمن (گیر کردن در جستجوی اطمینان مطلق برای حل مسأله، به اندیشه آرزومندانه گرفتار شدن، تصمیمات ناگهانی تکراری، انجام عمل ناپخته و اقدام به شیوه‌ای تکانشی و شکست و راسخ شدن در باور به تغییر ناپذیری</p> <p><b>وظیفه درمانگر:</b> ضرورت ارائه کمک برای خروج از گیر کردن مراجع در این مرحله</p>	<p>سیگار کشیدن من یک مشکل هست، من می‌دانم خشونت یک مسئله است، اما باید رابطه‌ام را حفظ کنم.</p> <p>گاهی نفسم تنگ می‌شود و نسبت به سلامت خود در دراز مدت نگرانم. من از سیگار لذت می‌برم. آیا تغییر می‌ارزد؟ تغییر لازم است؟ باید مسله را از سر باز کنم.</p> <p>وقتی مسأله را حل می‌کنم که از درستی راه حل آن مطمئن باشم، ای کاش درمانی برای سرطان وجود داشت. ای کاش فردا همه این مشکلات تمام شوند.</p>

مضمون هسته‌ای	مراحل	ویژگیها	محتوا و عبارات مهم (مراجعان)
	برنامه‌ریزی	<p>تعهد به تغییر در یک ماه آتی تبدیل تصمیم برای تغییر به گام‌های مشخص و طرح عملی روشن تغییر تمرکز از گردآوری اطلاعات به تفکر در مورد راه حل‌ها افزایش دیدگاه‌های له تغییر به اندازه یک انحراف معیار کاهش دیدگاه‌های علیه تغییر به اندازه یک دوم انحراف معیار ضرورت تلاش در دو جهت: تنها کاهش موارد منفی منجر به افزایش در موارد مثبت نمی‌شود</p> <p><b>وظیفه درمانگر:</b> تمرکز مضاعف بر موارد مثبت، ارزیابی مراحل، هدف‌گذاری واقع‌گرایانه</p>	<p>در نظر دارم سیگار را به زودی ترک کنم، خشونت یک مشکل است. باید برای آخرین بسته سیگارم تاریخی تعیین کنم، من برای تغییرات طرحی ریخته‌ام</p>
	اقدام	<p>اجرای طرح و تغییر رفتار در عمل بروز مشکلات در عمل (نابسنده‌گی طرح، نداشتن طرح واقعی، اراده به تغییر اما عدم تلاش و از خودگذشتگی لازم، تفکر مبتنی بر گلوله جادویی، تکرار راه حل‌های نه چندان مؤثر)</p> <p>نتیجه معکوس و وخامت اوضاع</p> <p><b>وظیفه درمانگر:</b> تقویت و تشویق پیشرفت‌ها، حرکت مرحله به مرحله، توجه به اصل عود در رفتارهای مزمن</p>	<p>من تغییراتی ایجاد می‌کنم تا خشونت را رفع کنم. تلاش سخت است، حوصله ندارم، کاش مشکل به خودی خود حل می‌شد، رژیم سختی می‌گیرم تا به سرعت تغییر کنم و راحت شوم.</p>

مضمون هسته‌ای	مراحل	ویژگیها	محتوا و عبارات مهم (مراجعان)
	نگهداشت	<p>عدم تجربه فشار برای تغییرات تعهد به عمل، احساس رهایی و باور به قدرت خود</p> <p>عود در اوقات پرفشار مثل: فشار اجتماعی (تلقین دوستان و خانواده به اینکه اندکی برگشتن به عادت‌های گذشته زیان‌بخش نیست)، چالش‌های درونی (اندیشیدن به راه‌های خیلی مطمئن و برگشت به راه‌های گذشته)، شرایط ویژه (فرصت‌ها و نشانه‌های محرک برگشت) و آزمون قدرت اراده</p> <p><b>وظیفه درمانگر:</b></p> <p>توصیه برای مراقبت در شرایط افسردگی، اضطراب، خشم، خستگی، تنهایی</p> <p>وظیفه درمانجو (به ویژه در شرایط مذکور): کنترل محرک‌ها برای جلوگیری از وسوسه، حرف زدن با دیگران، تمرینات تن آرامی (یوگا، مراقبه، عبادت، تن آرامی عمیق ماهیچه ای)،</p>	<p>من خودم را با تغییرات سازگار کرده‌ام.</p> <p>کمی سیگار در خانه نگه می‌دارم تا ببینم برای اجتناب از آن قدرت اراده کافی دارم. حالا که توانسته‌ام کار را تمام کنم، سزاوار یک پک زدن به سیگار هستم، حالا که یک پک زده‌ام، دیگر کنترل ندارم و باید بسته را تمام کنم.</p>
	پایان	<p>احساس خودکارآمدی</p> <p>اعتماد به خود نسبت به توانایی حفظ تغییرات</p> <p>عدم وجود وسوسه بازگشت</p> <p><b>وظیفه درمانجو:</b></p> <p>سعی در شرکت دادن اعضای خانواده یا دوستان نزدیک</p>	

همانطور که در جدول بالا دیده می‌شود ابتدا فرد به لزوم تغییر آگاه نیست، سپس متوجه مسأله می‌شود اما تغییر را به آینده موکول می‌کند. به تدریج ضرورت تغییر فوری تر، احساس می‌شود تا برای تغییر برنامه‌ای واقع‌گرایانه طراحی و پس از آن اجرای برنامه آغاز

شود. مدت زمانی تعهد به اجرا لازم است تا تغییرات تثبیت و پس از آن تقریباً دائمی شود.

با ترکیب مضامین دو جدول بالا برنامه درمانی به شرح زیر تدوین شد:

#### ۱- مرحلهٔ پیش از تأمل:

گام اول- تبیین شاکله: عملکرد افراد براساس ویژگی‌های خلقی است.

گام دوم- قوای نفسانی: هرم انگیزش‌ها و نیازها

گام سوم- افزایش هشیاری نسبت به اولویت انگیزش‌های خود (در مورد درمان خشونت هشیاری بر قوه غضب و محرک‌های پیش‌آیند آن در فرد خشن و سرکوبش در فرد قربانی خشونت و پیامدهای خشونت و عقب‌نشینی قربانی)

#### ۲- مرحلهٔ تأمل: الف- پیش از تغییر

گام چهارم- شناخت موانع تغییر: دفاع‌ها (دلیل تراشی، ناامیدی وانکار)

گام پنجم- محدود کننده‌های هشیاری: شبه انگیزش‌ها (روز مرگی، عادت‌ها،

سنت‌ها، شایعات، اکثریت)

ب- برانگیختن تغییر:

گام ششم- بسیج همزمان در سه بعد تعقل، توکل و تلاش

#### ۳- مرحلهٔ برنامه ریزی:

گام هفتم- مراقبه: شناسایی افکار، هیجانات و رفتارهایی که باید تغییرکنند

گام هشتم- معاقبه: برنامه ریزی برای بازداری (ذکر، پرورش صبر و اراده، توجه به

عبادت‌ها)

#### ۴- مرحلهٔ تحکیم:

گام نهم- توجه به روابط و دوستی‌ها، توجه به مواضع لغزش (با توجه به عوامل

زمانی، مکانی و روحی)

#### ۵- مرحلهٔ پایانی: پیش‌گیری از بازگشت

گام دهم - مرور جلسات، نتیجه‌گیری، تصمیمات آینده، تأکید بر تداوم دست آوردها از طریق قرار ملاقات مجدد برای پی‌گیری

### نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر به منظور تدوین الگویی برای درمان خشونت انجام شد. مداخله‌های توصیه شده برای مقابله با خشونت معمولاً بر سه بعد حقوقی، حمایتی و درمان روان‌شناختی متمرکز است. هدف محقق در این پژوهش طراحی الگویی برای درمان روان‌شناختی بود. درمان‌های گزارش شده مبتنی بر سه بعد انگیزشی، شناختی و رفتاری است (استیوارت و همکاران، ۲۰۱۴). در الگوی حاضر سعی شده است الگوی درمان خشونت با توجه به مسائل فرهنگی و مذهبی و در قالب الگوی مراحل تغییر (پروچاسکا و همکاران، به نقل از لویز، ۲۰۱۱، نورکراس و همکاران، ۲۰۱۱؛ آلن، ۲۰۱۱؛ کار، ۱۳۸۷، پروچاسکا و همکاران، ۱۳۹۱)، طراحی شود. مفاهیم اصلی الگو بر مبنای درمان اخلاقی نراقی (۱۳۸۸) تدوین شد.

باید توجه کرد که برای پرورش شخصیت سالم هریک از انگیزش‌های انسان سهمی در زندگی او ایفا می‌کنند. هریک از قوا برای انسان نوعی لذت یا درد را فراهم می‌کنند. لذت قوه غضب به مقتضای طبیعتش در چیره شدن و غلبه یافتن است، مانند خوشحالی حاصل از پیروزی و نیل به جاه و مقام و احساس دردش در مغلوب شدن. گزینه شهوت از طریق رسیدن به غذا و دیگر نیازهای بدن، به احساس لذت منجر می‌شود و درد قوه شهوت ناشی از ادراک گرسنگی و تشنگی و گرما و سرما و نظایر این هاست. لذت قوه وهم یا خیال حاصل از ادراک معانی جزئی ملایم و هماهنگ است، مانند تماشای یک اثر هنری زیبا و درد قوه واهمه، حاصل از ادراک ناملایمات است و بالاخره لذت عقل در علم و معرفت و دردش در جهل است (جوادی آملی، ۱۳۸۷). عقل می‌تواند احکامی کلی در مورد خیر و شر دهد. اما قوه ی واهمه فرد را قادر می‌کند با قرار دادن خود در جای دیگران، نتیجه ی عملش و آسیبی را که ممکن است به دیگران (و



البته حتی خود) بزند، تصور کند. در این صورت فضیلت همدلی پدید می‌آید. قوه‌ی واهمه و صفت همدلی می‌تواند قوای دیگر را هم به اعتدال دعوت کند. مثلاً در افراط در قوه غضب از فرد می‌خواهیم از جایگاه خود حرکت و خود را به جای قربانی قرار دهد. این امر مستلزم نظارتی همیشگی بر نفس است همان‌گونه که فلانگان<sup>۱</sup> (۲۰۰۷) پس از شرح دیدگاه اخلاقی ارسطو می‌گوید: پرورش منش قوی با تمرین و نائل شدن به مرحله‌ای که همیشه کار درست را انجام دهیم، ممکن می‌شود... اما اگر فرد عمداً به کار درست بی‌توجه باشد و در عوض هدف خود را رسیدن به منفعت شخصی و لذت فوری قرار دهد، امید اندکی وجود دارد که فردی اخلاقی شود. بنابراین جوامع خوب و مبتنی بر عدالت نیاز به روایتی دارند که آن‌ها را کمک می‌کند حقیقت وجود را بشناسند و با وسوسه‌ی دائم خودفریبی بجنگند.

در نظام نراقی از این جهت که هر انسانی دارای یک ماهیت فطری انسانی است که در همه انسان‌ها مشترک است، می‌توان انسان‌ها را با هم مقایسه نمود. در واقع موجود انسان دارای ویژگی خاصی است که در عین حال که او را از موجودات دیگر متمایز می‌کند، موجب شباهت و اشتراک همه انسان‌ها می‌شود. علاوه بر این ماهیت مشترک، انسان‌ها دارای هویت‌های متفاوت و منحصر به فرد هستند که بر مبنای سرشت، تربیت و رفتارهای ارادی او شکل می‌گیرد و او را از دیگر انسان‌ها متمایز می‌سازد (شریعتمدار، شریعتی، شفیع آبادی، دلاور و اسمعیلی، ۱۳۹۰).

سعادت انسان در گرو شناخت نفس خویش است. سعادت جز به اصلاح مداوم همه صفات و قوا حاصل نخواهد شد؛ بنابراین با اصلاح بعضی از آن‌ها و گاه و بیگاه حاصل نمی‌شود. پس سعادت مند کسی است که صفات و افعال خویش را به نحو ثابت و دائم اصلاح کند که دگرگونی احوال و زمان‌ها آن‌ها را تغییر ندهد (شریعتمدار، شریعتی و دلاور، ۱۳۹۰).

1. Flanagan, J. S. & Flanagan, R. S.

مدل فرانظری مراحل تغییر رویکردی مناسب برای درک پاسخ زنان به سوءاستفاده‌های خانگی است (آلن، ۲۰۱۱). بوئن (۲۰۱۱) نیز عقیده دارد برنامه‌های درمانی مبتنی بر مراحل تغییر برای خشونت، که پاسخ مادام‌العمری به ناشادی و الگوهای روانی ریشه دار بوده است، سفری است برای تغییر در این الگوهای روانی. او بیان می‌کند که هم درمان فردی و هم درمان زوجی مبتنی بر این الگو، برای خشونت مفید واقع می‌شود. کوپروتی (۲۰۰۸) نیز در حوزه درمان خشونت‌های خانوادگی، هم بر کار فردی و هم بر کار با زوج‌ها تأکید داشتند. کار زوجی به آنان کمک می‌کند روابط امنی را ایجاد کنند.

کاربرد الگوی فرانظری مراحل تغییر در مورد درمان زنان قربانی خشونت خانگی، نشان داده است، مسیر درمان تا بهبودی با تغییراتی در روند همراه بوده است و روند تغییر یک نمودار مستقیم نیست (خاو و همکاران، ۲۰۰۷). از طرفی ساندرز<sup>۱</sup> (۲۰۰۳)، اظهار می‌کنند که مدل مراحل تغییر احتمالاً برای زنانی که می‌خواهند به زندگی امنی برسند و در عین حال در رابطه باقی بمانند، مفید واقع نشود. به نظر می‌رسد این نتیجه‌گیری به خاطر آن است که درمان فقط برای زنان در نظر گرفته شده و مردان را در درمان خشونت درگیر نکرده‌اند.

در مورد الگوی درمان اخلاقی هنوز پژوهشی انجام نشده است. تنها پژوهش، کاربرد این برنامه در مقایسه با هشیاری وجودی و بررسی اثربخشی آن بر رضایت از زندگی دانشجویان دانشگاه علامه طباطبایی (شریعتمدار و همکاران، ۱۳۸۹، شریعتمدار و همکاران، ۱۳۹۰) بوده است. داده‌های این پژوهش نشان داد سطح رضایت از زندگی دانشجویان پس از اجرای برنامه هشیاری اخلاقی افزایش یافته، اما برنامه وجودی افزایش معناداری ایجاد نکرده است (شریعتمدار و همکاران، ۱۳۹۰).

این پژوهش به صورت کیفی و به منظور تدوین الگو انجام شده است. پیشنهاد

1. Anderson, C.

می‌شود در پژوهش‌های آتی جهت اعتباریابی آن، این الگوبه صورت طرح اندازه‌گیری‌های مکرر بر خانواده‌هایی که از خشونت خانگی رنج می‌برند، اجرا شود و اثربخشی آن مورد بررسی قرار گیرد.

## منابع

- احمدی، ب؛ ناصری، س؛ محمدیان، م؛ شمس، م؛ رنجبر، ز؛ شریعت، م؛ ابراهیم پور، ع؛ پور رضا، ا؛ محمودی، م و یونسین، م. (۱۳۸۷). *مجله بهداشت روان و انیستیتو تحقیقات بهداشتی*، ۲ (۶)، ۶۷-۸۱.
- بیتس، م. ج. (۲۰۰۵). مقدمه‌ای بر فرآیندها، نظریه‌ها و الگوها. (ترجمه غلام حیدری، ۱۳۸۷). *کتابداری و اطلاع‌رسانی*. سال یازدهم، شماره ۴، ۲۷۵-۲۹۷.
- پروچاسکا، ج و نورکراس، ج. (۲۰۰۷). *نظریه‌های روان‌درمانی*. (ترجمه یحیی سید محمدی، ۱۳۹۱). تهران: نشر روان.
- جوادی آملی، ع. (۱۳۸۷). *مراحل اخلاق در قرآن*. تهران: انتشارات اسراء.
- شریعتمدار، آ؛ شریعتی، س؛ دلاور، ع. (۱۳۸۹). تدوین برنامه‌ی هشپاری افزایشی وجودی و هشپاری افزایشی مبتنی بر اخلاق اسلامی و مقایسه‌ی اثربخشی آن‌ها بر رضایت از زندگی. *فصلنامه فرهنگ مشاوره و روان‌درمانی*. شماره ۵: ۹۵-۱۱۳.
- شریعتمدار، آ؛ شریعتی، س؛ شفیق آبادی، ع؛ دلاور، ع و اسمعیلی، م. (۱۳۹۰). *تدوین برنامه‌ی هشپاری افزایشی وجودی و هشپاری افزایشی مبتنی بر اخلاق اسلامی و مقایسه‌ی اثربخشی آن‌ها بر رضایت از زندگی*. پایان‌نامه دکتری دانشگاه علامه طباطبایی.
- کار، آ. (۲۰۰۴). *روان‌شناسی مثبت* (ترجمه‌ی حسن پاشا شریفی و جعفر نجفی زند، ۱۳۸۷). تهران: انتشارات سخن.
- مگی، ب. (۱۹۹۸). *سرگذشت فلسفه* (ترجمه‌ی حسن کامشاد، ۱۳۸۶). تهران: نشرنی.
- نراقی، م. (بی تا) *علم اخلاق اسلامی: گزیده‌ی ترجمه‌ی کتاب جامع السعادات* (ترجمه‌ی جلال‌الدین مجتوبی، ۱۳۸۸). تهران: مؤسسه‌ی انتشارات حکمت.
- نوابی نژاد، ش. (۱۳۹۴). *نشست تخصصی خشونت علیه زنان* (۱۶/۹/۱۳۹۴). سایت ریاست جمهوری ([www.women.gov.ir](http://www.women.gov.ir)).
- وامقی، م؛ خدائی اردکانی، م؛ سجادی، ح. (۱۳۹۲). *خشونت خانگی در ایران: مرور مطالعات*. فصلنامه علمی پژوهشی *رفاه اجتماعی*. ۵۰ (۱۳)، ۳۷-۷۰.
- Allen, M. (2011). *Narrative Therapy for Women Experiencing Domestic Violence: Supporting Women's Transitions from Abuse to Safety*. Jessica Kingsley Publishers.

- Anderson, C. (2003). Evolving out of violence: An application of the transtheoretical model of behavioral change. *Research and theory for nursing practice*, 17(3), 225.
- Anderson, K. M., Renner, L. M., & Danis, F. S. (2012). Recovery resilience and growth in the aftermath of domestic violence. *Violence against women*, 18 (11), 1279-1299.
- Bowen, E. L. (2011). *Domestic violence treatment for abusive women: A treatment manual*. Routledge.
- Coenen, L., & Van den Bulck, J. (2016). Cultivating the Opinionated: The Need to Evaluate Moderates the Relationship between Crime Drama Viewing and Scary World Evaluations. *Human Communication Research*.
- Cooper, J., & Vetere, A. (2008). *Domestic violence and family safety: A systemic approach to working with violence in families*. John Wiley & Sons.
- Flanagan, R. S. & Flanagan, J. S. (2007). *Becoming an ethical helping professional*. New Jersey: Wiley.
- Khaw, L., & Hardesty, J. L. (2007). Theorizing the Process of Leaving: Turning Points and Trajectories in the Stages of Change\*. *Family Relations*, 56 (4), 413-425.
- Lopez, S. J. (Ed.). (2011). *The encyclopedia of positive psychology*. John Wiley & Sons.
- McCullough, M. F. (1999). Research on religion-Accommodative counseling: review and meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*. 46 (1) 92-98.
- Motz, A. (2014). *Toxic couples: The psychology of domestic violence*. London: Routledge.
- Norcross, J. C., Krebs, P. M., & Prochaska, J. O. (2011). Stages of change. *Journal of clinical psychology*. 67 (2)143-154.
- Pawelski, J. O., & Moores, D. J. (Eds.). (2012). *The eudaimonic turn: Well-being in literary studies*. Fairleigh Dickinson. pp:17-18. Available at: <http://www.Googlebooks.com>.
- Rennison, C. M., & Welchans, S. (2000). Intimate partner violence. *Violence against women*, 1993, 98.
- Sanderson, C. (2013). *Counselling skills for working with trauma: Healing from child sexual abuse, sexual violence and domestic abuse*. Jessica Kingsley Publishers,
- Stewart, L. A., Gabora, N., Kropp, P. R., & Lee, Z. (2014). Effectiveness of risk-needs-responsivity-based family violence programs with male offenders. *Journal of family violence*, 29 (2), 151-164.
- Tanner, C., & Christen, M. (2014). *Moral intelligence—A framework for understanding moral competences*. In *Empirically Informed Ethics: Morality between Facts and Norms* (pp. 119-136). Springer International Publishing.