

اثربخشی آموزش مدیریت خشم بر کاهش الگوهای خسونت در روابط زوجین

در شهر همدان

بهاره رسولی^۱ - یداله خرم آبادی^۲

تاریخ پذیرش: ۱۳۹۵/۱۲/۰۵

تاریخ وصول: ۱۳۹۵/۱۰/۱۶

چکیده

پژوهش حاضر به منظور تعیین اثربخشی آموزش مدیریت خشم در کاهش الگوهای خسونت و سلامت روان زوجین در شهر همدان انجام شد. روش پژوهش نیمه آزمایشی است و برای انجام آن از بین زوجینی که به مرکز مشاوره نیروی انتظامی شهر همدان مراجعه کرده بودند، ۴۰ آزمودنی به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به‌طور تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل جایگزین شدند. گروه آزمایش طی ۸ جلسه تحت برنامه آموزشی مدیریت خشم قرار گرفتند. داده‌ها با استفاده از پرسشنامه‌های سلامت روان و خسونت خانوادگی قبل و بعد از مداخلات جمع‌آوری شدن و به وسیله تحلیل کواریانس تحلیل شد. یافته‌های پژوهش نشان داد که آموزش مهارت‌های مدیریت خشم می‌تواند خسونت خانوادگی را به‌طور معناداری کاهش داده و سلامت روان زوجین را افزایش دهد. میان گروه‌های آزمایش و کنترل از لحاظ خسونت خانگی و سلامت روان تفاوت معناداری وجود دارد. نتایج این پژوهش شواهدی را پیشنهاد می‌کند که آموزش مهارت‌های مدیریت خشم روش مناسبی برای کاهش خسونت خانوادگی و در نتیجه بهبود سلامت روان زوجین می‌باشد. آموزش مدیریت احتمالاً از طریق تقویت مهارت‌های رفتاری تنظیم و تغییر کرده و ایجاد هیجانان خوشایند به زوجین کمک می‌کند که خسونت خودشان را کاهش دهند. در اثر این تغییرات مطلوب رفتاری و هیجانی، سلامت روان زوجین بهبودیافت.

واژگان کلیدی: خسونت خانوادگی، سلامت روان، مدیریت خشم

۱- کارشناسی ارشد روانشناسی - دانشگاه آزاد همدان (نویسنده و مسئول) B.rasoli@gmail.com

۲- استادیار روانسنجی - عضو هیأت علمی دانشگاه پیام نور

مقدمه

خشم^۱ بخشی از ساختار شخصیتی انسانی و هیجانی زودگذر است که تکرار آن می‌تواند به رفتاری پرخاشگرانه مبدل شود و به سلامت روان^۲ فردی آسیب جدی وارد سازد. علاوه بر این، برون‌ریزی خشم (تخریب افراد و اشیاء) یا درون‌ریزی خشم (سرکوب خشم که خود موجب صدمات جسمانی و روانی است) هر دو مخربند که نیاز به کنترل خشم^۳ را ضروری می‌سازند (زنگنه و همکاران، ۱۳۸۹). خشم و خشونت^۴ ارتباط تنگاتنگی با یکدیگر دارند و در میان انواع خشونت، خشونت خانوادگی^۵ از مهم‌ترین آسیب‌های جدی اجتماعی تلقی می‌شود. عمده‌ترین علل تداوم سازگاری و رضایت زناشویی زوجین، میزان برخورداری آنان از مدیریت خشم^۶ و مهارت‌های مرتبط به آن است (بشکار و همکاران، ۱۳۹۱؛ تفرشی و همکاران، ۱۳۹۲). در داخل و خارج از کشور، پژوهش‌هایی در خصوص تأثیر آموزش مدیریت خشم انجام شده است؛ از جمله نوآکو^۷ (۱۹۷۵) که آموزش مدیریت خشم را برای زوجین به کار برد. نتایج این تحقیق نشان داد که آزمودنی‌ها نمره‌های خشم پایین‌تر و شاخص‌های فیزیولوژیک مرتبط با خشم را به دست آوردند. مریک^۸ و همکاران در سال ۲۰۱۳ تحقیقی را تحت عنوان خشونت خانگی و سلامت زنان انجام دادند و نتایج نشان داد که ۳۵ درصد تحت انواع خشونت خانوادگی قرار داشتند (که به تفکیک خشونت جسمی، خشونت روانی و خشونت جنسی) و از لحاظ سلامت روان نیز به اختلال روانی (اضطراب و افسردگی) مبتلا شده بودند.

1_ Anger

2_ Mental Health

3_ Controlling anger

4-Violence

5_ Family Violence

6-Anger Management

7_ Novaco

8-Merrick

در ایران، روستایی و همکارانش (۱۳۹۰) در پژوهشی نشان دادند که آموزش مدیریت خشم به همراه دارودرمانی در کاهش پرخاشگری مؤثر و کارآمد بوده است. با این وجود، مدیریت خشم در قیاس با دارودرمانی نقش مؤثرتری در کاهش پرخاشگری داشت. تفرشی و همکارانش (۱۳۹۲) در تحقیقی به این نتیجه رسیدند که آموزش مهارت‌های مدیریت خشم روش مناسبی برای کاهش خشونت خانوادگی و رضایت زناشویی است. امروزه علی‌رغم ایجاد تغییرات عمیق فرهنگی و تغییر در شیوه‌های زندگی بسیاری از افراد در رویارویی با مسائل زندگی فاقد توانایی‌های لازم و اساسی هستند و همین امر آنان را در مواجهه با مسائل و مشکلات زندگی روزمره و مقتضیات آن آسیب‌پذیر نموده است. پژوهش‌های بی‌شماری نشان داده‌اند که بسیاری از مشکلات بهداشتی و اختلالات روانی و عاطفی ریشه‌های اجتماعی دارند. بنابراین، مسأله اساسی در این پژوهش، بررسی اثربخشی آموزش مدیریت خشم بر کاهش الگوهای خشونت در روابط زوجین در شهر همدان است و اینکه آیا این آموزش می‌تواند خشونت زوجین را کاهش دهد یا این کاهش ناشی از متغیرهای دیگر است.

پژوهش حاضر از لحاظ هدف پژوهشی، کاربردی و از نظر نحوه گردآوری داده‌ها آزمایشی، از نوع نیمه آزمایشی است. در این پژوهش، جامعه آماری عبارت بود از همه زوجینی که برای مشاوره به مرکز مشاوره نیروی انتظامی شهر همدان مراجعه کرده بودند و در آزمون خشونت خانوادگی بالاترین نمره را داشتند. روش نمونه‌گیری در دسترس و جایگزینی تصادفی آزمودنی‌ها در دو گروه آزمایش و کنترل مورد استفاده قرار گرفت. نمونه، از بین زوجینی که به مرکز مراجعه کرده و طی فراخوانی حاضر به همکاری در این پژوهش بودند، تعداد ۲۰ زوج در نظر گرفته شد و از بین آنها به صورت تصادفی ۱۰ زوج در گروه آزمایش ۱۰ زوج در

گروه کنترل جایگزین شد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از آمار توصیفی مانند میانگین و انحراف استاندارد و هم‌چنین از آمار استنباطی از جمله تحلیل واریانس و تحلیل کواریانس جهت تحلیل داده از نرم افزار SPSS20 استفاده شد.

پرسشنامه سلامت روانی (مقیاس سلامت روانی GHQ)^۱ شناخته شده‌ترین ابزار غربالگری در روانپزشکی است که تأثیر شگرفی در پیشرفت پژوهش‌ها داشته است. این پرسشنامه به صورت فرم‌های ۶۰ و ۳۰ و ۲۸ و ۱۲ سؤالی می‌باشد (هندرسون^۲ به نقل از مایلی، ۱۳۸۲).

پرسشنامه مذکور برای تفکیک موارد مبتلا به اختلالات روانی از جمعیت مراجعه کننده به مرکز پزشکی تاکنون به ۳۶ زبان ترجمه شده است و بسیاری از متخصصین تصریح کرده‌اند که هم استفاده بالینی داشته و هم در جامعه کاربرد دارد (چیونگ و اسپیزر، ۱۹۹۶؛ به نقل از نجاریان، ۱۳۷۴).

این پرسشنامه برای اولین بار توسط کلدبرگ^۳ در سال ۱۹۷۲ تنظیم و به‌طور وسیعی به منظور تشخیص اختلالات روانی غیرگسسته در موقعیت‌های مختلف به کار برده شده است.

فرم ۲۸ سؤالی مورد استفاده در این پژوهش توسط گلدبرگ و هیلر^۴ در اقدامی به منظور افزایش میزان واریانس، از فرم کامل GHQ ساخته شده است.

1- General Health Questionnaire (GHQ)

2- Henderson

3- Hiller

4- Koldberk

این پرسشنامه ۴ مقیاس فرعی را در برمی‌گیرند که عبارتند از:

- ۱- نشانه‌های جسمانی، ۷ ماده را به خود اختصاص می‌دهد که شامل سردرد، احساس ضعف و سستی، احساس نیاز به داروهای تقویتی، احساس داغی یا سردی در بدن می‌باشد.
- ۲- علائم اضطراب در خواب، ۷ ماده را به خود اختصاص می‌دهد که شامل اضطراب، بی‌خوابی و تحت فشار بودن، عصبانیت و دلشوره می‌باشد.
- ۳- اختلال در کارکردهای اجتماعی، ۷ ماده را به خود اختصاص می‌دهد و توانایی فرد در انجام کارهای روزمره، احساس رضایت در انجام وظایف، احساس مفید بودن، قدرت یادگیری و لذت از فعالیت‌های روزمره زندگی را بررسی می‌کند.
- ۴- علائم افسردگی، ۷ ماده را به خود اختصاص می‌دهد که شامل احساس بی‌ارزشی ناامیدی، احساس بی‌ارزشی در زندگی، افکار خودکشی، آرزوی مردن و ناتوانی در انجام کارها می‌باشد (کلدبرگ، ۱۹۸۷). هم‌چنین، پرسشنامه دارای یک نمره کل سلامت عمومی است.

پرسشنامه سلامت عمومی گلدبرگ

مقصود از روایی آزمون پاسخگویی به این سؤال اساسی است که آزمون چه چیزی را اندازه‌گیری می‌کند و تا چه حد کارایی دارد. در بررسی چن و چن ۱۹۸۳، جهت بررسی روایی همزمان، از پرسشنامه چند جنبه‌ای مینه سوتا استفاده شده و ضریب همبستگی ۰/۵۴ به دست آمده است. کالمن ویلسون^۱ ۱۹۸۳ دو پرسشنامه سلامت عمومی و مقیاس ناامیدی بک را اجرا کردند و ضریب همزمان ۰/۶۹ را گزارش نمودند.

1_ kalman.T.p Wilson P. G

2_ Beck

هودیامونت^۱ و همکاران (۱۹۸۸) در تحقیقی پرسشنامه سلامت عمومی مقیاس موازنه‌ی عاطفی و پرسشنامه شرح حال آمستردام^۲ را اجرا نمودند و در هر مورد ضریب همبستگی ۶۰٪ به دست آمد.

مقصود از اعتبار درجه ثبات نمره‌های آزمون است که بازآزمایی به افرادی خاص در موقعیت‌های مشابه و یا در شرایط متغیر به دست می‌آید به منظور ارزشیابی اعتبار پرسشنامه سلامت عمومی به اعتقاد گلدبرگ^۳ (۱۹۷۹) بررسی همسانی درونی از طریق ضریب آلفای کرونباخ اندازه‌گیری می‌شود در بررسی کلدبرگ و ویلیامز (۱۹۹۸) اعتبار تخصصی برای کل پرسشنامه ۹۵٪ گزارش شده است.

ثبات درونی با روش آلفای کرونباخ در مطالعه چان (۱۹۸۵) و کی‌یس (۱۹۸۴)، ۹۳٪ گزارش شده است. یعقوبی (۱۳۸۴) ضریب اعتبار این پرسشنامه را ۸۵٪ و ضریب اعتبار خرده آزمون‌ها را بین ۵۰٪ تا ۸۱٪ گزارش کرده است.

روش نمره‌گذاری پرسشنامه سلامت عمومی کلدبرگ

نمره‌گذاری پرسش‌ها که به صورت درجه بندی لیکرت تنظیم شده است، به دو صورت معمول است، یک روش نمره‌گذاری سنتی کلدبرگ که به صورت (۰ و ۱۰ و ۲۰ و ۳۰) می‌باشد؛ یعنی گزینه‌های الف و ب، نمره صفر و گزینه‌های ج و د نمره ۱ می‌گیرند. در این صورت حداکثر نمره آزمودنی در پرسشنامه برابر با ۳۲ خواهد بود.

روش نمره‌گذاری که در این پژوهش از آن استفاده خواهد شد، گزینه‌ها به ترتیب ۰ و ۱ و ۲ و ۳ نمره‌گذاری می‌شوند و بدین ترتیب حداقل نمره صفر و حداکثر آن ۹۶ خواهد بود. علاوه بر نمره هر یک از مقیاس‌ها، یک نمره کلی نیز برای آن وجود دارد از سؤال ۱ تا ۸ مربوط به بعد جسمانی، سؤال ۸ تا ۱۴ مربوط به بعد

1_ Hodimont P

2_ Amesterdam

3_ Golddbery.pp

اختلال خواب و اضطراب، سؤال ۱۴ تا ۲۰ مربوط به کارکردهای اجتماعی و ۲۰ تا ۲۸ مربوط به بعد افسردگی می‌باشد.

پرسشنامه مقیاس تجدید نظر شده تاکنیک‌های تعارضی (CTS-2):

CTS-2 پر کاربردترین ابزار جمع‌آوری داده‌های مربوط به همسر آزاری و تنها پرسشنامه‌ای است که بین پرخاشگری خفیف و شدید در زوج‌ها تمایز قائل می‌شود. این پرسشنامه ۵ مقیاس دارد. مذاکره، پرخاشگری روانشناختی، حمله جسمانی، زورگویی جنسی و آسیب و صدمه همه مقیاس‌ها به جز مقیاس مذاکره شامل خرده مقیاس‌های خفیف و شدید هستند. مقیاس مذاکره به دو خرده مقیاس شناختی و عاطفی تقسیم می‌شود.

- **مذاکره:** اصلاح مذاکره عبارت است از اعمالی که هدف آن حل و فصل عدم توافقات از طریق گفتگو است سؤالات و عباراتی که در خرده مقیاس شناختی جا دارد از جمله توصیه‌های مذاکره محسوب می‌شود.

خرده مقیاس عاطفی درصدد پخش میزان عاطفه مثبت در روابط است و این کار را از طریق سؤال درباره بیان احساس علاقه و احترام به همسر انجام می‌دهد.

پرخاشگری روانشناختی: این مقیاس اعمال پرخاشگری غیرکلامی را در روابط زوج‌ها مورد بررسی قرار می‌دهد. در نسخه اولیه CTS، این مقیاس خشونت کلامی نامیده می‌شود.

حمله جسمانی: این مقیاس اعمال خشونت بدنی را در روابط زوج‌ها مورد بررسی قرار می‌دهد. اصطلاح خشونت با حمله جسمانی نسبت به همسر مترادف است.

زورگویی جنسی: منظور از این اصطلاح، رفتاری یا هدف وادار کردن همسر به فعالیت جنسی ناخواسته است. مقیاس زورگویی جنسی طیف وسیعی از اعمال زورگویی از جمله اصرار کلامی یا اجبار فیزیکی را در بر می‌گیرد.

آسیب و صدمه: این مقیاس به آسیب جسمی ناشی از رفتار واکنش‌های همسر اشاره دارد و با صدمه به استخوان یا بافت بدن فرد، ضرورت معاینه طبیی یا درد کشیدن به مدت یک تا چند روز مشخص می‌شود (استراس و همکاران، ۱۹۹۶، نقل از محمد خانی، ۱۳۸۴).

ضریب اعتبار CTS که از ۸۰ مطالعه استخراج گردیده، مطلوب و مناسب است. میانگین آلفای مقیاس در بررسی روی زوج‌های ناهمجنس‌گرایانه هستند. براساس نتایج ۷ مطالعه گزارش شد توسط استراس و همکاران (۱۹۹۶) این میزان ۰/۷۹ است. روایی محتوایی CTS-2 ۰/۷۷ تا ۰/۸۹ برای ارتکاب به رفتار اندازه‌گیری شده توسط هر مقیاس و از ۰/۶۵ تا ۰/۹۴ برای قربانی شدن توسط شریکی است که در این رفتار درگیر است (استراس و داگلاس، ۲۰۰۴).

استراس و همکاران (۱۹۹۶) اعتبار و ثبات درونی این مقیاس را از ۰/۷۹ تا ۰/۹۵ گزارش کرده‌اند. در ایران؛ محمدخانی و همکاران ضریب پایایی با آلفای کرونباخ برای CTS-2 را ۰/۷۹ اعلام کرده‌اند.

روش تجزیه و تحلیل داده

برای تجزیه و تحلیل داده‌ها، از آمار توصیفی مانند میانگین و انحراف استاندارد و همچنین از آمار استنباطی از جمله تحلیل واریانس و تحلیل کواریانس استفاده می‌شود. جهت تحلیل داده از نرم افزار SPSS20 استفاده شد.

شرح جلسات آزمایشی به شرح زیر است:

جلسه	عنوان	هدف
جلسه اول	ایجاد ارتباط محکم بین مراجع و درمانگر	ایجاد ارتباط محکم بین آموزشگر و گروه- ایجاد برداشت مثبت از عضویت در گروه
جلسه دوم	شناخت مسائل و مشکلات روزمره	شناخت صحیح واقعه مشکل ساز
جلسه سوم	باورهای خودکارآمدی	تقویت باورهای خودکارآمدی
جلسه چهارم	آشنایی با مراحل بروز خشم	استفاده از شناخت مراحل بروز خشم به منظور کنترل سلسله مراتبی خشم
جلسه پنجم	مهارت کنترل خشم	آموزش و گسترش مهارت کنترل خشم با استفاده از الگوگیری و ایفای نقش در موقعیتهای تصویری
جلسه ششم	راهکارهایی عملی برای کنترل خشم	راه حل های مناسب برای کنترل خشم و عملیاتی کردن مفهوم خشم
جلسه هفتم	مهارت کسب مرور ذهنی	راه حل های مناسب بر کنترل خشم و استفاده از روش خودآموزی شناختی برای کنترل اظهارات
جلسه هشتم	ایفای نقش سلسله مراتبی خشم	اجرای پس آزمون ونیچه گیری

یافته ها

نتایج تجزیه و تحلیل ها در چهار بخش ارائه شده است؛ بخش اول، ویژگی های جمعیت شناختی نمونه (تحصیلات، مدت ازدواج، تعداد فرزندان، شغل) بررسی شد. در بخش دوم به شناسایی و اصلاح داده های پرت، پرداخته شد. در بخش سوم با به کارگیری آمار توصیفی نمرات به دست آمده از سنجش متغیرهای اصلی تحقیق مورد بررسی قرار گرفت. در بخش چهارم، با به کارگیری برخی آزمون های آمار استنباطی (تحلیل کواریانس) معنی داری تفاوت میانگین نمرات خشونت و سلامت روان دو گروه کنترل و آزمایش بررسی شده است. همچنین، قبل از انجام تحلیل کواریانس، به بررسی پیش فرض های آن نیز پرداخته شده است.

جدول شماره ۱: نتایج تحلیل کواریانس برای بررسی تأثیر آموزش مدیریت خشم بر روی خشونت و سلامت روان زوجین

منبع تأثیرات	متغیر	SS	df	MS	F	Sig.	η^2
گروه	سلامت روان	۴۴۲/۲۲	۱	۴۴۲/۲۲	۰/۸۳۲	۰/۰۰۰	۰/۴۰۵
خشونت		۱۱۵/۶۰	۱	۱۱۵/۶۰	۴/۳۹۴	۰/۰۰۴	۰/۱۴
خطا	سلامت روان	۲۰۲۰۲/۷۵	۳۸	۵۳۱/۶۵			
خشونت		۱۰۰۰/۳۰	۳۸	۲۶/۳۲			
کل	سلامت روان	۰/۰۴۹۷۸۴۹	۴۰				
خشونت		۰/۰۰۱۵۶۳۲	۴۰				

مقدار F به دست آمده برای تفاوت میانگین نمرات خشونت بین دو گروه آزمایش و کنترل، ۴/۳۹۴ است و سطح معنی داری این مقدار پایین تر از ۰/۰۱ می باشد. بنابراین، تفاوت میانگین نمرات خشونت در بین گروه آزمایش و کنترل معنی دار است و با ۹۹٪ اطمینان می توان گفت که آموزش مدیریت خشم بر روی خشونت زوجین، تأثیر معناداری داشت. با توجه به میزان مجذور اتای محاسبه شده این مقدار ۱۴٪ است. پس، فرضیه اول پژوهش، آموزش مدیریت خشم موجب کاهش الگوهای خشونت زوجین، نیز تأیید شد. مقدار F به دست آمده برای تفاوت میانگین نمرات سلامت روان زوجین بین دو گروه آزمایش و کنترل، ۰/۸۳۲ است و سطح معنی داری این مقدار پایین تر از ۰/۰۱ می باشد. تفاوت میانگین نمرات سلامت روان در بین دو گروه معنی دار است و با ۹۹٪ اطمینان می توان گفت که آموزش مدیریت خشم بر روی سلامت روان زوجین، تأثیر معناداری دارد. با توجه به میزان مجذور اتای محاسبه

شده این مقدار ۰/۴۰۵ است. پس، فرضیه دوم پژوهش، مبنی بر اینکه مدیریت خشم برافزایش سلامت روان زوجین مؤثر است، تأیید شد.

بحث و نتیجه گیری

آموزش مدیریت خشم بر کاهش الگوهای خسونت شرکت‌کنندگان در پس‌آزمون گروه آزمایشی تأثیر داشته است. یافته‌های پژوهشی حاضر با تحقیقات، صادقی ۱۳۸۰، رافضی ۱۳۸۳، محمدخانی ۱۳۹۰، حسنوند عموزاده ۱۳۹۲، پالمر ۱۹۹۲، نواکو ۱۹۷۵، دیویس و تایلر ۱۹۷۸، مانسون و همکاران ۲۰۰۴، سندرز ۲۰۱۲، کترام ۲۰۱۴ همسو است. آموزش مدیریت خشم بر ارتقای سلامت روان زوجین شرکت‌کننده در پس‌آزمون گروه آزمایشی تأثیر داشته است. یافته پژوهش حاضر با تحقیقات ریئسی سرتشینی ۱۳۸۱، قهاری و همکاران ۱۳۸۵، احمدی و همکاران ۱۳۸۵، اللهوردیان عیدی ۱۳۸۴، اسکوماچرا ۲۰۰۱، کولن فیشر ۲۰۰۷، کیم و همکاران ۲۰۰۹، والترز ۲۰۱۳، همخوانی دارد. هدف کنترل خشم کاهش احساسات پرخاشگرانه و برانگیختگی فیزیکی است که خشم آن را به وجود می‌آورد و بر این اساس، به‌عنوان گامی کوچک کوشش شد تا اثربخشی آموزش مدیریت خشم بر کاهش الگوهای خسونت و سلامت روان در روابط زوجین مورد بررسی قرار گیرد. یافته‌های تحقیق حاضر نشان می‌دهد که آموزش مدیریت خشم بر کاهش انواع خسونت، جسمی، روانی، جنسی، صدمه و آسیب و افزایش مذاکره در تعاملات زوجین تأثیر معنا دار دارد.

در نتیجه، این تحقیق یافته‌های تحقیقات قبل را تأیید می‌کند و خسونت با آشفستگی در روابط زوجین ارتباط دارد. وجود نارضایتی در روابط بین همسران میزان سلامت روانی افراد را کاهش می‌دهد. بنابراین، می‌توان گفت نتایج تحقیقات انجام شده مبین این موضوع است که آموزش و مهارت‌های مدیریت خشم در کنترل خشم

و سازگاری‌های فردی و اجتماعی افراد نقش سازنده‌ایی دارد. بنابراین، در این پژوهش تقویت شدن مهارت‌های ارتباطی برای شکل دان روابط عاطفی و دیگر زمینه‌های زندگی زناشویی موجب گردید که سلامت روان زوجین افزایش یابد. به‌طور کلی، نتایج پژوهش نشان داد که آموزش مهارت‌های مدیریت خشم، موجب کاهش رفتاری خشونت‌آمیز از طرف زوجین نسبت به یگدیگر می‌شود و از طرف دیگر سلامت روان آنها افزایش می‌یابد. این پژوهش بر روی حجم نمونه کم و در شهر همدان انجام شده و روش نمونه‌گیری در دسترس بود که تعمیم‌پذیری نتایج آن را محدود به جامعه آماری می‌نماید. بنابراین، در تعمیم نتایج آن به شهرهای دیگر می‌بایستی جانب احتیاط را رعایت نمود. با توجه به اینکه مشکل خشم و پرخاشگری در بسیاری از اختلالات شخصیت، افسردگی، اضطراب، اختلال دو قطبی وجود دارد، پیشنهاد می‌شود از این شیوه به‌عنوان بخشی از درمان مشکلات افراد مبتلا به این اختلالات در مراکز مشاوره، کلینک‌ها و بیمارستان‌ها استفاده شود. ساختن ابزارهای مناسب، معتبر و هنجار کردن آنها برای ارزیابی خشونت خانوادگی مطابق با فرهنگ ایرانی می‌تواند تأثیر مثبتی در دقت نتایج پژوهش‌های مربوط به خشونت خانوادگی داشته‌باشد.

منابع

منابع فارسی

- تفرشی، مدیا، امیری مجد، مجتبی و جعفری، اصغر (۱۳۹۲). آموزش مهارت های مدیریت خشم در کاهش خشونت خانوادگی و بهبود رضایت زناشویی، فصلنامه خانواده پژوهی، س ۹، شماره ۳۵.
- حسونند، عموزاده، م، شعیری، م و اصغری مقدم (۱۳۹۲)، الگوی پیش بینی اضطراب اجتماعی با توجه به مؤلفه های شناختی رفتاری، مجله تخصصی پژوهشی سلامت، ۳ صص ۳۷۹-۳۸۷
- کاپلان و سادوک (۱۳۷۸). خلاصه روان پزشکی، ترجمه رفیعی و رضایی، تهران: نشر ارجمند
- کلدنبرگ، ا، کلدنبرگ (۲۰۰۰). خانواده درمانی، ترجمه حمید رضا شاهی و همکاران (۱۳۸۶)، تهران نشر روان.
- کلنیکه، کریس، ال (۱۹۹۸)، مهارت های زندگی، ترجمه شهرام محمدخانی، تهران، انتشارات اسپندهنر.
- محسنی، منوچهر (۱۳۷۶). جامعه شناسی پزشکی، تهران: انتشارات طهوری.
- محمد خانی، پروانه و همکاران (۱۳۸۵). آسیب شناسی روانی و مشکلات شخصی ارتباطی زنان قربانی خشونت خانوادگی، فصلنامه علمی پژوهشی رفاه اجتماعی، شماره ۲۷.
- محمدخانی، پروانه (۱۳۸۴). خشونت خانوادگی با تأکید بر همسر آزاری جنبه های روانشناختی و آسیب شناسی روانی آن، مرکز ملی تحقیقات علوم پزشکی کشور، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی.
- محمدخانی، پروانه، آزاد مهر، هب متقی، ش (۱۳۸۹). رابطه خشونت جسمی و نگرش زناشویی و همراهی انواع خشونت در روابط زناشویی، جله روان پزشکی در روان شناسی بالینی ایران صص ۲۲-۱۹۵.

منابع انگلیسی

- American Psychiatric Association (2000). Diagnostic and statistical manual of mental disorder. (3rd edn revised). washingtonDC. :Author.
- Arderey, R. (1966). The territorial imperative. New york: Dell .

- Bachman .R.& Saltzman,L.E.,(1996)Vilence against women:Estimates from the redesigned survey(Bureau of Justice Statistics special report)Rockville, MD;US Department of Justice. (NCJ No.154348). Frustration and aggression. New Haven, CT:Yale University press.
- Fisher,C.,& et al. (2007). Health a difficult beast: The interrelation ships between domestic vilence , womens health and health sector an Australin case stady. *Social Science & Medicine* .65.1742-1750.
- Hawton,k. , Fagg, J.(1988).Suiciude and other cases of death following attempted11 suiciude.Br J Psychiatry 152-259.
- Kim,J.,et al (2009). The Incidence and Impact of Family Violence on Mental Health among South Korean Women. *Korean Journal of Social Wel fare*, 24.193-202.
- Merrick, D(2013) family violence in a cross-cultural perspective.In V.B Van Hasselt, R.L.Morrison and A.s Bellack M.Hersen(Eds), Hanndbook of family violence New York: plenum. (pp.435-456)
- Merrick ,P.C.,(2014). Social anxiety and anger identification, bubbles reveal differential use of facial in formation with low spatial psychological science, 20(0) ,666 .
- Schehcter,A & Ganley.D.(2nd ed). (1995) Women and Male Vioencel The visions and Struggle of the Battered women's movement. Boston: South End.
- Solomon, R.C.(2000).The philosophy of emotion,In lewis, M.& et al. (eds). handbook of Emotion(3-15).new york,Gilford Press.
- Soubrié, P. (1986). Reconciling the role of central serotonin eurons in human and enimal behavior. *Behavioral Brain Science*, 9, 319-364.
- Spielberger, C. D., Barker, L. R., Russell, S. F., Crane, R. S., West berry, L. G., Knight,J., &Marks, E. (1999). *The preliminary*
- Straus,M.A., & Dutton (1989) Societal change and change in family violence from 1975 to 1985 was revealed by two national surveys,J. of Marr.and Fami.,Vol 48:465-479.
- Straus,M.A. (1980)Victims and Aggressors in Marital Violence. *Am. Behav.Sci.*,Vol 23:681-704.

- Studer, M. (1989) Wife- beating as a social problem: The process of definition , Int .J. of Wom. Stu, Vol.7:412-422
- Verger, P., Brabis, P., kovess, V., Lovell, A., Villani, P., & Rouillon, F. (2007). Determinats of early identification of suicidal idration in patient: treated with antidepressants or analysis. *Journal of Affective Disorder*. 99: 253-257.
- Weiss, M., Zelkowitz, p., Fledman, R.B., Vogel, J., Heyman, M.,& paris, J. (1996).Psychopathology off spring of mothers with borderline personality disorder: A \ pilot study. *Canadian Journal of Psychiatry*. V. 41:285-29

