

Effects of Acceptance and Commitment Therapy on Domestic Physical, Psychological and Sexual Violence in Women on the Verge of Divorce

Behnia L¹, *Ghorban Shirodi Sh², Khalatbari J²

Author Address

1. PhD Student, Psychology, Department of Psychology, Research and Science Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran;

2. Associate Professor, Department of Psychology, Research and Science Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran.

*Corresponding author's email: Shohreshirodi@gmail.com

Received: 2020 November 28; Accepted: 2021 January 20

Abstract

Background & Objectives: Achieving a satisfying or romantic marriage is almost a universal goal. Furthermore, engaging in a romantic relationship affects an individual's daily life and optimal sense; however, breaking down a relationship, called divorce, can adversely impact numerous couples. Given its highly negative social consequences, it is critical to identify divorce-concerned factors. Domestic violence against women is among the most common reasons for divorce. Moreover, it occurs in various forms, including physical violence (making injury the body parts with beatings strike using hands or other tools), psychological violence (threatening, humiliating, verbal blame, obscenity, control of women's behavior, social isolation, ban on contact with others), and sexual violence which happens at home, work, or public places. One of the most effective psychological theories that address the complications of human relations is Acceptance and Commitment Therapy (ACT). Thus, this study aimed to determine the effects of ACT on domestic physical, psychological, and sexual violence among women who were about to divorce.

Methods: This was a quasi-experimental study with a pretest-posttest and a control group design. The statistical population included all women on the verge of divorce referring to social emergencies in Tehran City, Iran, 2018 (N=440); 30 volunteers were selected by the convenience sampling method and randomly assigned to the control and experimental groups (n=15/group). The study's inclusion criteria were providing written informed consent forms; a minimum literacy; female gender; at least one year of living with the spouse, and the age range of 20–50 years. The exclusion criteria for the experimental group included absence from more than two therapeutic sessions and participation in other psychological interventions simultaneously. The data collection tool in pretest and posttest was the Domestic Violence Questionnaire (Nouri et al., 2012). Then, the experimental group was treated by ACT (Harris & Hyes, 2019) in eight 60-minute weekly sessions; however, the control group received no intervention. To analyze the obtained data, descriptive statistics, including mean and standard deviation and inferential statistics, including Chi-square test and Multivariate Analysis of Covariance (MANCOVA), were used at the significance level of 0.01 in SPSS.

Results: The present research results suggested that after adjusting the pretest scores, the mean scores of physical-psychological violence ($p < 0.001$) and sexual violence ($p = 0.004$) in the experimental group were significantly lower than the control group in the posttest. Also, the effect size for physical-psychological violence and sexual violence components was obtained equal to 0.350 and 0.278, respectively; thus, the effect of acceptance and commitment-based therapy on reducing the components of domestic violence in women on the verge of divorce.

Conclusion: Based on the obtained results, ACT reduces domestic violence (physical, psychological, and sexual violence) in women on the verge of divorce. Therefore, ACT can be used as an effective treatment to reduce psychological problems among women on the verge of divorce.

Keywords: Acceptance and commitment therapy, Domestic violence, Women on the verge of divorce.

تعیین اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر خشونت خانگی (خشونت جسمانی- روان‌شناختی و خشونت جنسی) در زنان در شرف طلاق

لیلا بهنیا^۱، *شهره قربان شیروودی^۲، جواد خلعتبری^۲

توضیحات نویسندگان

۱. دانشجوی دکتری روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات، تهران، ایران؛

۲. دانشیار، گروه روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم و تحقیقات، تهران، ایران.

*وابانامه نویسنده مسئول: Shohreshiroudi@gmail.com

تاریخ دریافت: ۸ آذر ۱۳۹۹؛ تاریخ پذیرش: ۱ بهمن ۱۳۹۹

چکیده

زمینه و هدف: شناسایی عوامل تأثیرگذار بر طلاق می‌تواند نقش مهمی در پیشگیری از وقوع آن بازی کند. از دلایل اصلی طلاق پدیده خشونت خانگی علیه زنان است؛ بنابراین هدف مطالعه حاضر تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خشونت خانگی (خشونت جسمانی- روان‌شناختی و خشونت جنسی) در زنان در شرف طلاق بود. **روش بررسی:** روش پژوهش حاضر، نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری را تمامی زنان در شرف طلاق مراجعه‌کننده به اورژانس‌های اجتماعی شهر تهران در شش ماه دوم سال ۱۳۹۷ به تعداد ۴۴۰ نفر تشکیل دادند. از جامعه مذکور سی نفر، داوطلب مشارکت در پژوهش به صورت نمونه‌گیری در دسترس وارد مطالعه شدند. سپس به‌طور تصادفی در گروه گواه (پانزده نفر) و گروه آزمایش (پانزده نفر) قرار گرفتند. ابزار گردآوری داده‌ها در پیش‌آزمون و پس‌آزمون برای هر دو گروه، پرسش‌نامه خشونت خانگی (نوری و همکاران، ۲۰۱۲) بود. گروه آزمایش در هشت جلسه به مدت شصت دقیقه به صورت هفتگی، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (هریس و هیز، ۲۰۱۹) را دریافت کرد؛ ولی برای گروه گواه هیچ مداخله‌ای ارائه نشد. به منظور تحلیل داده‌ها از آزمون خی دو و روش تحلیل کوواریانس چندمتغیری در سطح معناداری $\alpha = 0/01$ از طریق نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۲ استفاده شد. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد، پس از تعدیل نمرات پیش‌آزمون، میانگین نمرات خشونت جسمانی- روان‌شناختی ($p < 0/001$) و خشونت جنسی ($p = 0/004$) گروه آزمایش در مقایسه با گروه گواه در پس‌آزمون به‌طور معناداری کاهش داشت. **نتیجه‌گیری:** براساس نتایج این پژوهش نتیجه گرفته می‌شود که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد موجب کاهش خشونت خانگی (خشونت جسمانی- روان‌شناختی و خشونت جنسی) در زنان در شرف طلاق می‌شود؛ از این رو می‌توان از آن به‌عنوان درمانی اثربخش در جهت کاهش مشکلات روان‌شناختی در زنان در شرف طلاق بهره برد. **کلیدواژه‌ها:** درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، خشونت خانگی، زنان در شرف طلاق.

پذیرش و تعهد براساس سه اصل کلی بازبودن^۹، پذیرش^{۱۰} و در محور بودن ارزش‌ها^{۱۱} به وجود آمده است. هدف اصلی درمانی این رویکرد، ایجاد انعطاف‌پذیری روانی و نبود اجتناب تجربه‌ای در مراجع است (۱۳). در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد افراد یاد می‌گیرند پذیرش ذهنی خود را به شکل مساعدت در تجارب داخلی (افکار، احساسات و غیره) افزایش دهند و با مشکلات خود از طریق بودن در زمان حال، تعهد به اهداف اجتماعی، بررسی ارزش‌ها و دوری از اجتناب کنار بیایند (۱۴). فرایند درمان در این رویکرد مشتمل بر شش فرایند حضور در زمان حال، خود به عنوان زمینه، گسلش، پذیرش، ارزش‌ها و عمل متعهدانه است که با عنوان شش ضلعی پذیرش و تعهد از آن نام برده می‌شود (۱۵). مطالعات از اثربخش بودن درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش خشونت خانوادگی زنان خانه‌دار (۱۶)، بهبود عملکرد جنسی، جرئت‌ورزی جنسی و کاهش کم‌رویی جنسی زنان (۱۷)، کاهش خشونت خانوادگی مجرمان زندانی (۱۸)، کاهش نشانه‌های پرخاشگری نوجوانان (۱۹)، کاهش استرس ادراک‌شده و پرخاشگری زنان با سندرم پیش از قاعدگی (۲۰) و کاهش میزان خشم دانش‌آموزان پسر (۲۱) حکایت دارد؛ از این رو مرور پیشینه پژوهش نشان می‌دهد، در زمینه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در جامعه زنان در آستانه طلاق مطالعه‌ای به صورت مستقیم انجام نشده است؛ بنابراین در این زمینه خلأ پژوهشی احساس می‌شود.

خشونت خانگی به عنوان مشکلی شایع و عمده، تهدیدکننده سلامت قربانیان و اپیدمی پنهان ادامه‌دار در حوزه سلامت روان است. خشونت خانگی علاوه بر مشکلات جسمانی می‌تواند در دیگر جنبه‌های سلامت فرد منجر به مشکلات متعددی در سلامت شخص همچون سندرم درد مزمن، افسردگی و از سوی دیگر موجب سوء مصرف مواد مخدر و بیماری‌های مقاربتی و انواع مشکلات خانوادگی و اجتماعی شود (۲۲). از سویی باتوجه به شیوع نسبتاً زیاد خشونت‌های خانگی و به تبع افزایش آمار طلاق و همچنین لزوم اجرای برنامه‌های پیشگیرانه و توانمندسازی اقشار جامعه در راستای کاهش خشونت‌های خانگی، هدف مطالعه حاضر تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خشونت خانگی (خشونت جسمانی- روان‌شناختی و خشونت جنسی) در زنان در شرف طلاق بود.

۲ روش بررسی

روش پژوهش حاضر، نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری را تمامی زنان در شرف طلاق مراجعه‌کننده به اورژانس‌های اجتماعی شهر تهران (زیر نظر سازمان بهزیستی تهران) در شش ماه دوم سال ۱۳۹۷ به تعداد ۴۴۰ نفر تشکیل دادند. باتوجه به اینکه حداقل نمونه در طرح‌های آزمایشی برای هر گروه پانزده نفر پیشنهاد شده است (۲۳)، تعداد سی نفر از جامعه مذکور که داوطلب

رابطه زناشویی^۱ سنگ بنای اولیه ارتباطات خانوادگی است. در این رابطه احترام و همکاری متقابل نیازهای همسران را ارضا می‌کند و موجب می‌شود افراد شادتر، سالم‌تر و بانشاط‌تر زندگی کنند (۱). تجربه چنین ازدواجی فرصت‌هایی از قبیل مصاحبت، تعامل باز و حمایت را در اختیار اشخاص قرار می‌دهد؛ اما به نظر می‌رسد همواره این چنین نیست؛ زیرا گاهی ازدواج توسط برخی از عوامل بیرونی و درونی تهدید می‌شود و افراد به طور اجتناب‌ناپذیری به سمت طلاق^۲ پیش می‌روند (۲). طلاق، دوره‌ای تحولی است که مسیر زندگی افراد را تغییر می‌دهد (۳). افزایش نرخ طلاق در جامعه ایران طی سال‌های اخیر نگرانی‌های اجتماعی فراوانی را به وجود آورده است؛ بنابراین شناسایی عوامل تأثیرگذار بر طلاق باتوجه به تبعات بسیار سوء مشکل اجتماعی، می‌تواند نقش مهمی را در پیشگیری از وقوع آن بازی کند. در همین راستا یکی از دلایل اصلی طلاق پدیده خشونت خانگی^۳ علیه زنان است (۴). خشونت خانگی خشونتی است که در محیط خصوصی رخ می‌دهد و معمولاً در میان افرادی اتفاق می‌افتد که از طریق صمیمیت یا خون یا پیوندهای حقوقی باهم ارتباط دارند (۵). در واقع خشونت به عنوان عمل پویایی است که توسط زن و شوهر شکل می‌گیرد و هر دو آن‌ها در شکل‌گیری این عملکرد زناشویی تأثیرگذار هستند (۶). خشونت خانگی، به اشکال مختلف از جمله خشونت فیزیکی^۴، یعنی آسیب‌رساندن به اعضای بدن با ضرب و شتم و جراحی با استفاده از دست یا ابزارهای دیگر، خشونت روانی^۵ از جمله تهدید، تحقیر، توبیخ کلامی، فحاشی، کنترل رفتار زنان، در انزوای اجتماعی^۶ قرار دادن و ممنوعیت ارتباط با دیگران و خشونت جنسی^۷ در خانه، محل کار یا محل عمومی اتفاق می‌افتد (۷). پیمایش‌های انجام‌شده در نقاط مختلف جهان نشان می‌دهد، ۱۰ تا بیش از ۵۰ درصد از زنان به نحوی مورد بدرفتاری همسرانشان واقع شده‌اند و نزدیک به یک‌سوم تا نیمی از بدرفتاری‌ها، بدرفتاری فیزیکی با خشونت روانی همراه بوده است (۸،۹). طبق گزارش سازمان بهداشت جهانی، شیوع خشونت علیه زنان جهانی است و حدود ۳۵ درصد از زنان در سرتاسر جهان خشونت فیزیکی یا جنسی را تجربه کرده‌اند؛ در حالی که در برخی مطالعات انجام‌شده در ایران، میزان خشونت روان‌شناختی علیه زنان ۸۲ درصد گزارش شده است (به نقل از ۱۰). خشونت علاوه بر صدمه مستقیم به سلامت جسمی، به سلامت روانی و اعتماد به نفس زن آسیب می‌رساند و آسیب‌پذیری زنان در برابر بیماری، ناتوانی و میزان مشارکت آن‌ها در توسعه اقتصادی- اجتماعی جامعه و خطر مرگ و زندگی را افزایش می‌دهد (۱۱).

از درمان‌های بسیار مؤثر روان‌شناختی، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد^۸ است که به حل مشکلات روابط انسانی می‌پردازد. این درمان در سال‌های اخیر مدنظر محققان قرار گرفته است (۱۲). درمان مبتنی بر

7. Sexual violence

8. Acceptance and Commitment Therapy (ACT)

9. Openness

10. Acceptance

11. Value-oriented

1. Marital relationship

2. Divorce

3. Domestic violence

4. Physical violence

5. Psychological violence

6. Social isolation

مشارکت در پژوهش بودند، به صورت نمونه‌گیری دردسترس وارد مطالعه شدند. سپس به‌طور تصادفی در گروه گواه (پانزده نفر) و گروه آزمایش (پانزده نفر) قرار گرفتند. ملاک‌های ورود شرکت‌کنندگان به پژوهش عبارت بود از: رضایت کتبی؛ داشتن حداقل سواد خواندن و نوشتن؛ زن بودن؛ حداقل یک سال سابقه زندگی مشترک؛ سن بین ۲۰ تا ۵۰ سال. ملاک‌های خروج شرکت‌کنندگان گروه آزمایش شامل

غیبت بیش از دو جلسه در مداخله درمانی و شرکت در مداخلات روان‌شناختی دیگر به‌طور هم‌زمان بود. ملاحظات اخلاقی در این پژوهش شامل حضور داوطلبانه اعضا در جلسات برنامه مشاوره‌ای گروهی، تکمیل‌کردن پرسش‌نامه‌ها با میل و رغبت توسط اعضا، برنامه‌ریزی مناسب برای اجرای جلسات، محرمانه‌ماندن اطلاعات و نام افراد در پژوهش بود.

جدول ۱. خلاصه جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

| جلسه | هدف | محتوا | تکلیف |
|-------|--|--|--|
| اول | برقراری رابطه درمانی، آشناکردن افراد با موضوع پژوهش، اجرای پیش‌آزمون | معارفه و آشنایی، بیان اهداف پژوهشی و چگونگی روند پژوهش، تعداد جلسات و قوانین و مقررات گروه آموزشی، اجرای پیش‌آزمون | مشخص کردن اهداف خود از شرکت در طرح پژوهشی توسط درمانجویان |
| دوم | بررسی راهبردهای کنترلی ناکارآمد و ایجاد درماندگی خلاق | کمک به درمانجویان در جهت پی‌بردن به نقش راهبردهای کنترلی با استفاده از استعاره شخصی در چاه | مشخص کردن راهبردهای کنترلی و تأثیر آن‌ها در زندگی شخصی و اجتماعی |
| سوم | آموزش ذهن‌آگاهی و پذیرش | بررسی تکالیف جلسه قبل و بحث درباره اجرای تمرینات ذهن‌آگاهی، راهبردهای کنترلی، توضیح درباره اجتناب از تجارب دردناک و پیامدهای آن، معرفی ذهن‌آگاهی و پذیرش، آموزش گام‌های پذیرش، تمرین پذیرش افکار و احساسات | اجرای تمرینات ذهن‌آگاهی در طول هفته و بررسی تأثیر آن‌ها در زندگی شخصی و اجتماعی |
| چهارم | آموزش گسلش شناختی | توضیح آمیختگی شناختی و بیان ارتباط مشترک احساسات، کارکردهای شناختی و رفتار قابل مشاهده، آموزش گسلش شناختی و فاصله‌گرفتن از افکار و مشاهده‌گری افکار بدون قضاوت و عمل مستقل از تجارب ذهنی با استفاده از استعاره قطار | تمرین گسلش شناختی در طول هفته و بررسی تأثیر آن در زندگی شخصی و اجتماعی |
| پنجم | آشنایی با خود به‌عنوان زمینه | بررسی تکالیف جلسه قبل و بررسی تأثیر تمرین گسلش شناختی در زندگی درمانجویان، توضیح مفاهیم نقش، زمینه و انواع خود و حرکت به سمت زندگی ارزشمند با یک خودپذیرا و مشاهده‌گر با استفاده از استعاره صفحه شطرنج | تمرین آگاهی از دریافت‌های حسی مختلف و جدایی از حس‌های جزو محتوای ذهنی و بررسی تأثیر آن در زندگی شخصی و اجتماعی |
| ششم | تصریح ارزش‌ها | بررسی تکالیف جلسه قبل و بحث درباره تأثیر مشاهده‌گری افکار در زندگی درمانجویان، توضیح مفهوم ارزش‌ها، ایجاد انگیزه برای تغییر و توانمندکردن مراجع برای زندگی بهتر | مشخص کردن ارزش‌ها و اولویت‌بندی آن‌ها در ده حیطه خانواده، ازدواج، روابط دوستانه، شغل و حرفه، تحصیلات، معنویت، زندگی اجتماعی، محیط زیست، طبیعت و سلامتی |
| هفتم | ایجاد تعهد برای عمل در راستای ارزش‌ها | بررسی تکالیف جلسه قبل و بحث درباره شناسایی و اجرای ارزش‌ها و موانع عمل برطبق آن‌ها، ایجاد الگوهای منعطف رفتاری منطبق با ارزش‌ها و ایجاد تعهد به عمل در راستای اهداف و ارزش‌ها و گذر از موانع با استفاده از استعاره مسافران در اتوبوس | شناسایی و اجرای طرح‌های رفتاری مطابق با ارزش‌ها و بررسی تأثیر آن در زندگی شخصی و اجتماعی |
| هشتم | جمع‌بندی جلسات و اجرای پس‌آزمون | بررسی تکالیف جلسه قبل و بحث درباره پیامدهای عمل براساس ارزش‌ها، بررسی تغییرات سازنده در طول دوره درمانی و چگونگی تثبیت و تحکیم آن‌ها، ارائه خلاصه‌ای از جلسات درمانی و دریافت بازخورد از درمانجویان | مرور تکالیف جلسات قبل |

پرسش‌نامه و جلسات درمانی زیر برای گردآوری داده‌ها به‌کار رفت: - پرسش‌نامه خوشونت خانگی^۱: پرسش‌نامه ۴۵ سؤالی خوشونت خانگی

^۱. Domestic Violence Questionnaire

کواریانس چندمتغیری (آزمون کولموگروف اسمیرنوف برای بررسی نرمال بودن داده‌ها، آزمون لون برای شرط برابری واریانس‌های بین‌گروهی و شرط همگنی ماتریس واریانس-کواریانس، بررسی همسانی شیب خطوط رگرسیون از طریق بررسی اثر متقابل پیش‌آزمون و گروه) از تحلیل کواریانس چندمتغیری در سطح معناداری $\alpha=0/01$ استفاده شد.

۳ یافته‌ها

براساس نتایج، در گروه گواه سن ۵ نفر (۳۳/۳ درصد) بین ۲۰ تا ۳۰ سال، ۶ نفر (۴۰ درصد) بین ۳۱ تا ۴۰ سال و ۴ نفر (۲۶/۷ درصد) بین ۴۱ تا ۵۰ سال بود. در گروه آزمایش ۳ نفر (۲۰ درصد) بین ۲۰ تا ۳۰ سال، ۷ نفر (۴۶/۷ درصد) بین ۳۱ تا ۴۰ سال و ۵ نفر (۳۳/۳ درصد) بین ۴۱ تا ۵۰ سال سن داشتند. به‌منظور بررسی یکسان بودن توزیع سنی گروه‌ها، از آزمون خی‌دو استفاده شد که باتوجه به معنادار نبودن مقدار آماره به‌دست‌آمده نتیجه گرفته شد، توزیع سنی دو گروه تفاوت معناداری نداشت ($p=0/372$). براساس آزمون کولموگروف اسمیرنوف، مقدار احتمال محاسبه‌شده برای مؤلفه‌های متغیر خشونت خانگی در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون برای گروه گواه و گروه آزمایش فرض نرمالیتی رد نشد ($p>0/05$). نتایج آزمون اثر متقابل پیش‌آزمون و گروه بر نمرات پس‌آزمون خشونت خانگی در گروه آزمایش و گروه گواه نشان داد، فرض همسانی شیب رگرسیونی رد نشد ($p>0/05$). نتایج آزمون لون برای بررسی همگنی واریانس متغیر وابسته در پس‌آزمون گروه‌ها مشخص کرد، واریانس متغیر وابسته (مؤلفه‌های خشونت جسمانی-روان‌شناختی و خشونت جنسی) یکسان بود ($p>0/05$). نتایج آزمون ام‌باکس برای بررسی برابری ماتریس کواریانس متغیرهای وابسته در بین گروه آزمایش و گروه گواه نیز نشان داد، ماتریس کواریانس متغیرهای وابسته در دو گروه برابر بود ($p>0/05$). پس از بررسی پیش‌فرض‌های تحلیل کواریانس چندمتغیری، نتایج این آزمون مشخص کرد، بین دو گروه در مؤلفه‌های خشونت خانگی تفاوت معناداری وجود داشت ($Wilks\ Lambda=0/604, p<0/001$). در جدول ۲ نتایج تحلیل کواریانس چندمتغیری برای مؤلفه‌های خشونت خانگی گزارش شده است.

توسط نوری و همکاران در سال ۲۰۱۲ تهیه شد (۲۴). این پرسش‌نامه شامل هیجده سؤال مربوط به اطلاعات جمعیت‌شناختی و منابع حمایتی، هیجده سؤال مربوط به خشونت جسمانی-روان‌شناختی، هفت سؤال مربوط به خشونت جنسی و دو سؤال پایانی پرسش‌های کلی مربوط به خشونت جسمانی-روان‌شناختی و خشونت جنسی می‌شود که به‌منظور تعیین روایی کل پرسش‌نامه طراحی شده است. پرسش‌نامه روی مقیاس پنج‌درجه‌ای لیکرت (خیلی زیاد=۵، زیاد=۴، گاهی اوقات=۳، به‌ندرت=۲، هیچ‌وقت=۱) نمره‌گذاری می‌شود. حداکثر نمره خشونت خانگی کلی ۱۲۵ و حداقل نمره ۲۵، حداکثر نمره خشونت خانگی جسمانی-روان‌شناختی ۹۰ و حداقل نمره ۱۸ و حداکثر نمره خشونت خانگی جنسی ۳۵ و حداقل آن نمره ۷ است (۲۴). در مطالعه نوری و همکاران ضریب روایی محتوایی^۱ به‌دست‌آمده با استفاده از نظر متخصصان در بخش خشونت خانگی جسمانی-روان‌شناختی ۰/۸۴ و برای خشونت جنسی ۰/۸۲ بود. پایایی این آزمون به‌روش همسانی درونی (آلفای کرونباخ) ۰/۸۵ به‌دست آمد (۲۴).

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد: پیش از شروع مداخله درمانی، هر دو گروه (آزمایش و گواه) به پیش‌آزمون پاسخ دادند. سپس، گروه آزمایش در هشت جلسه به‌مدت شصت دقیقه به‌صورت هفتگی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را دریافت کرد؛ ولی برای گروه گواه هیچ مداخله‌ای ارائه نشد. پس از اتمام جلسات، هر دو گروه (آزمایش و گواه) به پس‌آزمون پاسخ دادند. پروتکل جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد براساس راهنمای درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نوشته هریس و هیز (۲۵) تنظیم شد و شامل هشت جلسه شصت دقیقه‌ای بود که محقق آن را برگزار کرد. در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به مراجع کمک می‌شود به زندگی ارزشمندتر و رضایت‌بخش‌تر از طریق افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی دست یابد (۲۶)؛ درضمن روایی جلسات مداخله پذیرش و تعهد در مطالعه عزیزی و قاسمی به تأیید رسید (۲۷). خلاصه جلسات مطابق جدول ۱ است.

برای تحلیل داده‌ها، نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۲ و در بخش توصیفی، میانگین و انحراف معیار به‌کار رفت؛ همچنین در بخش استنباطی از آزمون خی‌دو و پس از تأیید پیش‌فرض‌های آماری روش تحلیل

جدول ۲. شاخص‌های توصیفی مؤلفه‌های خشونت خانگی در مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون به‌تفکیک گروه آزمایش و گروه گواه به‌همراه نتایج تحلیل کواریانس با تعدیل اثر پیش‌آزمون

| متغیر | گروه | پیش‌آزمون | | پس‌آزمون | | مقایسه پس‌آزمون | |
|--------------------------|--------|-----------|--------------|----------|--------------|-----------------|---------|
| | | میانگین | انحراف معیار | میانگین | انحراف معیار | مقدار F | مقدار p |
| خشونت جسمانی-روان‌شناختی | آزمایش | ۵۳/۴۷ | ۱۰/۵۰۴ | ۴۸/۲۷ | ۱۱/۲۶۶ | ۱۳/۹۷۰ | <0/001 |
| | گواه | ۵۱/۲۰ | ۱۰/۸۹۷ | ۵۰/۶۰ | ۱۰/۴۲۵ | | |
| خشونت جنسی | آزمایش | ۲۴/۳۰ | ۴/۳۸۸ | ۲۱/۹۹ | ۴/۲۱۴ | ۱۰/۰۰۶ | 0/004 |
| | گواه | ۲۳/۸۳ | ۴/۵۸۰ | ۲۳/۲۱ | ۴/۲۴۵ | | |

^۱ . Content validity index (CVI)

باتوجه به جدول ۲، آماره F برای مؤلفه خشونت جسمانی- روان‌شناختی ($p < 0/001$) و برای مؤلفه خشونت جنسی ($p = 0/004$) معنادار بود. بر این اساس نتیجه گرفته می‌شود که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش مؤلفه‌های خشونت خانگی زنان در شرف طلاق مؤثر بوده است. مقدار ضریب اتا برای مؤلفه‌های خشونت جسمانی- روان‌شناختی ($0/350$) و خشونت جنسی ($0/278$) به دست آمد که نشان‌دهنده میزان تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش مؤلفه‌های خشونت خانگی در زنان در شرف طلاق بود.

۴ بحث

هدف پژوهش حاضر تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خشونت خانگی (خشونت جسمانی- روان‌شناختی و خشونت جنسی) در زنان در شرف طلاق بود. اولین یافته پژوهش نشان داد، بین خشونت جسمانی- روان‌شناختی گروه آزمایش و گروه گواه، در پس‌آزمون تفاوت معناداری وجود داشت؛ باتوجه به کم‌تر بودن میانگین نمرات گروه آزمایش در پس‌آزمون، می‌توان نتیجه گرفت که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد مؤثر است و موجب کاهش خشونت جسمانی- روان‌شناختی زنان در شرف طلاق می‌شود. نتیجه به دست آمده با یافته‌های مطالعات پیشین در این زمینه همسوست؛ برای مثال یافته‌های پژوهش علیقلی‌زاده مقدم و همکاران مشخص کرد، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند خشونت خانوادگی را در زنان خانه‌دار به طور معنادار کم کند و رضایت زناشویی آنان را افزایش دهد. افزون‌براین، تحلیل داده‌ها در مرحله پیگیری نشان داد، اثر مداخلات ماندگار بوده است (16). زارلین و همکاران در پژوهشی دریافتند، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش رفتارهای خشونت‌آمیز زندانیان مؤثر است (18). پژوهش حسینی‌کیا و همکاران مشخص کرد، آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش نشانه‌های پرخاشگری (پرخاشگری جسمانی، پرخاشگری کلامی، خصومت و خشم) نوجوانان تأثیر دارد (19).

در تبیین یافته مذکور می‌توان گفت، تمرین‌های تمرکزی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به زنان در آستانه طلاق کمک می‌کند تا به طور مستقیم با وقایع استرس‌زا و تنش‌زای خود در تماس باشند و افکار و هیجانات نامطلوب را به جای کنترل با کشمکش با آن‌ها، تجربه نمایند و احساسات مطلوب را جایگزین احساسات نامطلوب کنند (14). پرواضح است که در جلسات درمانی احساسات این زنان درخصوص خشونت و انواع آن پذیرش می‌شود و احساسات مرتبط با آن‌ها ابراز شده و در بازخورد با سایر اعضای گروه تعدیل می‌شود. بدیهی است در صورتی که احساسات نامطلوب این زنان در جلسات درمانی تلطیف شود و نیز ارزش‌های شخصی خود را بشناسند و آن‌ها را به اهداف رفتاری مطلوب تبدیل کنند، حالتی از آرامش روانی حاصل می‌شود که رفتارهای خشونت‌آمیز و خصومت‌گرایانه کاهش می‌یابد (20). به عبارتی دیگر می‌توان گفت، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به جای تمرکز روی برطرف‌سازی و حذف عوامل آسیب‌زا، به مراجعان کمک می‌کند تا هیجان‌ها و شناخت‌های کنترل‌شده خود را بپذیرند؛ بنابراین باتوجه به ماهیت و هدف آموزش پذیرش و تعهد که ایجاد انگیزه برای عمل متعهدانه یا به عبارتی فعالیت معطوف به اهداف و ارزش‌های مشخص شده به همراه پذیرش تجارب ذهنی (همانند افکار

افسرده‌کننده، وسواسی، ناسازگاری‌ها) و اجتناب‌نکردن از آن‌ها و تداومشان است، تأثیر آموزش و به‌کارگیری این شیوه درمانی بر کاهش علائم خشونت خانگی و رفتارهای خشونت‌آمیز دور از انتظار نیست (19).

دیگر یافته پژوهش نشان داد، بین خشونت جنسی گروه آزمایش و گروه گواه، در پس‌آزمون تفاوت معناداری وجود داشت. باتوجه به کم‌تر بودن میانگین نمرات گروه آزمایش در پس‌آزمون، می‌توان نتیجه گرفت که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد مؤثر است و موجب کاهش خشونت جنسی زنان در شرف طلاق می‌شود. در زمینه همسویی نتیجه به دست آمده با یافته‌های مطالعات پیشین، پژوهشی به صورت مستقیم انجام نشده است؛ اما با نتایج مطالعات مشابه و نزدیک در این زمینه همسوست؛ به طور مثال نتایج پژوهش طباطبایی و همکاران نشان داد، روش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود عملکرد جنسی، جرئت‌ورزی جنسی و کاهش کم‌رویی جنسی زنان مؤثر است (17). در مطالعه‌ای دیگر برزگر و همکاران دریافتند، درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش استرس ادراک‌شده و پرخاشگری زنان با سندرم پیش از قاعدگی اثربخش است (20).

در تبیین نتایج به دست آمده می‌توان گفت، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش عمل ارزشمند تأکید دارد. مراجعان آن دسته از اهداف رفتاری را انتخاب می‌کنند که بیشترین اهمیت و ارزش را برای آنان دارد. در این درمان‌ها، ارزش بیش از اینکه نوعی قضاوت اخلاقی باشد، اهمیت شخصی عملی خاص را برای فرد نشان می‌دهد. این ارزش‌ها می‌تواند شامل بهبود روابط بین فردی، تحصیل مراقبت از خود و روابط زناشویی باشد (13). هدف، درگیر شدن فرد در اعمالی است که برای او اهمیت دارد؛ اما وی از آن اجتناب می‌کند. مؤلفه مهم این هدف شامل شناسایی و تصریح موضوعات مهم برای مراجع، آوردن آگاهی به لحظات که براساس این ارزش‌ها اتفاق می‌افتد و اقدام به انجام این ارزش‌ها است. همه روش‌هایی که دو هدف را تحقق می‌بخشند، رسیدن به این هدف را نیز عملی می‌کنند و به نظر می‌رسد این مسئله خود باعث می‌شود خشونت جنسی زنان بعد از درمان بهبود یابد (14). از آنجاکه هدف اصلی در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، تغییر درونی افکار مربوط به خود و تغییر بیرونی (عملکرد) در رفتار کلامی است، در صورت حضور انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی به دلیل حضور اجتناب تجربه‌ای مشکلات شناختی، مفهوم‌سازی روی خود و قطع ارتباط از لحظه حال، در نتیجه منجر به شکست در نیازها و ارزش می‌شود. به همین منظور، رویکرد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، تغییر فرایند درگیر در روان‌درمانی این اختلال‌ها است و درحقیقت، این نوع درمان قابلیت تغییر افکار، احساسات افراد و روشی را که آن‌ها می‌خواهند دست به حل مسئله بزنند، با تکنیک‌های خاص خود دارد (14). همچنین در تبیینی دیگر می‌توان گفت، ویژگی مهم‌تر روش پذیرش و تعهد، استفاده از استعاره‌ها است و استعاره فقط موضوعی تزئینی مختص ادبیات به‌شمار نمی‌آید؛ بلکه در اندیشه و عمل روزانه افراد جریان‌سازنده ساختار تفکر فرد است و تفکر وی را تحت تأثیر قرار می‌دهد و این موضوع به‌نوبه خود نه تنها بر زبان، بلکه بر عملکرد فرد نیز تأثیر می‌گذارد (27)؛ به این منظور، از استعاره شطرنج استفاده شد. در این

استعاره از فرد درخواست می‌شود خود را به‌عنوان صفحه یک شطرنج

در نظر بگیرد و برای او افکار خوب و بد که مانند مهره‌های شطرنج هستند، تفاوتی نداشته باشد. از سوی دیگر، در این درمان هدف اصلی رویکرد آن است که فرد با کنترل مؤثر دردها، رنج‌ها و تنش‌هایی که زندگی به‌ناچار برای او ایجاد کرده است، زندگی پربار و معناداری برای خود ایجاد کند (۱۷). در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، هدف درمانگر، کاهش علائم نیست، بلکه درمانگر تلاش می‌کند تا مراجع از علائم رها شود. این درمان ارتباط بین افکار و احساسات مشکل‌زا را تغییر می‌دهد تا افراد آنان را به‌عنوان علائم مرضی درک نکنند و یاد بگیرند که آن‌ها را بی‌ضرر (حتی در صورت ناراحت‌کننده و ناخوشایند بودن) درک کنند (۱۵).

از محدودیت‌های پژوهش حاضر، بررسی نشدن متغیرهای تأثیرگذار مانند سطح تحصیلات همسر فرد، داشتن یا نداشتن بچه، مدت‌زمان گذشته از ازدواج، طبقه اجتماعی-اقتصادی و اجرانشدن دوره پیگیری بود؛ بنابراین پیشنهاد می‌شود اثربخشی این رویکرد درمانی با کنترل متغیرهای مداخله‌گر نظیر سن، تحصیلات، مدت‌زمان ازدواج، وضعیت اشتغال و دیگر متغیرهای احتمالی مرتبط و در جامعه‌های آماری وسیع‌تر و متنوع‌تر بررسی شود. توصیه می‌شود به‌منظور توسعه بهداشت روانی زوجین در آستانه طلاق، راهکارها و تدابیر درمانی و مشاوره‌ای آموزش داده شود. از طرفی پیشنهاد می‌شود اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با رویکردهای درمانی دیگر مقایسه شود.

۵ نتیجه‌گیری

براساس نتایج این پژوهش نتیجه‌گرفته می‌شود درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد موجب کاهش خشونت خانگی (خشونت جسمانی- روان‌شناختی و خشونت جنسی) در زنان در شرف طلاق می‌شود؛ از این رو انتظار می‌رود با استفاده از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به‌عنوان درمانی مکمل، بتوان سطح سلامت زنان در آستانه طلاق را

ارتقا بخشید.

۶ تشکر و قدردانی

از تمامی افرادی که در این پژوهش یاری رساندند، تشکر می‌شود.

۷ بیانیه‌ها

تأییدیه اخلاقی و رضایت‌نامه از شرکت‌کنندگان

ملاحظات اخلاقی در این پژوهش شامل حضور داوطلبانه اعضا در جلسات برنامه مشاوره‌ای گروهی، تکمیل‌کردن پرسش‌نامه‌ها با میل و رغبت توسط اعضا، برنامه‌ریزی مناسب برای اجرای جلسات، محرمانه ماندن اطلاعات و نام افراد و دریافت رضایت کتبی از شرکت‌کنندگان در پژوهش بود.

رضایت برای انتشار

این امر غیر قابل اجرا است.

تضاد منافع

این پژوهش برگرفته از رساله دکتری نویسنده اول در رشته روان‌شناسی دانشگاه آزاد واحد علوم و تحقیقات شهر تهران به شماره ۱۳۹۶/۹۲۱۸۹/۸/د و به تاریخ ۱۰ بهمن ۱۳۹۶ است. همچنین مجوز اجرای آن بر افراد نمونه از سوی اداره بهزیستی شهر شمیرانات با شماره نامه ۷۱۷/۹۷۳/۶۱ مورخ ۳ اردیبهشت ۱۳۹۷ صادر شده است. نویسندگان

اعلام می‌کنند که هیچ‌گونه تضاد منافی ندارند.

منابع مالی

همه هزینه‌های مالی توسط نویسنده اول تأمین شده است.

مشارکت نویسندگان

نویسنده اول در ارائه ایده پژوهشی و جمع‌آوری داده، نویسنده دوم در طراحی مطالعه و نویسنده سوم در آنالیز و تفسیر داده‌ها مشارکت داشتند.

References

1. Britzman MJ, Sauerheber JD. Preparing couples for an enriched marriage: a model in individual psychology. *The Family Journal*. 2014;22(4):428-36. <https://doi.org/10.1177/1066480714547185>
2. Killawi A, Fathi E, Dadras I, Daneshpour M, Elmi A, Altalib H. Perceptions and experiences of marriage preparation among u.s. muslims: multiple voices from the community. *J Marital Fam Ther*. 2018;44(1):90-106. <https://doi.org/10.1111/jmft.12233>
3. Bleidorn W, Hopwood CJ, Lucas RE. Life events and personality trait change: life events and trait change. *J Pers*. 2018;86(1):83-96. <https://doi.org/10.1111/jopy.12286>
4. Yarinassab F, Amini K. Prevalence and types of violence against women seeking divorce referred to the forensic medicine organization; a case study of boyer-ahmad county. *Iran J Forensic Med*. 2020;25(4):39-44. [Persian] <http://sjfm.ir/article-1-1085-en.html>
5. Saeidi I, Memar S, Kianpour M. Women's Lived experience of domestic violence (case study: women referred to divorce reduction unit of Isfahan social emergency center. *Journal of SociL Problems of Iran*. 2020;11(1):123-42. [Persian] <http://jspi.khu.ac.ir/article-1-3257-en.html>
6. Rolim KI, Falcke D. Conjugal violence, public policies and service network: psychologists' perceptions. *Psychology: Science and Profession*. 2017;37(4):939-55. <https://doi.org/10.1590/1982-3703003332016>
7. Chhabra S. Effects of societal/domestic violence on health of women. *J Women's Health Reprod Med*. 2018;2(1):6-13.
8. Tinglöf S, Högberg U, Lundell IW, Svanberg AS. Exposure to violence among women with unwanted pregnancies and the association with post-traumatic stress disorder, symptoms of anxiety and depression. *BMJ Sex Reprod Health*. 2015;6(2):50-3. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2014.08.003>
9. Sen S, Bolsoy N. Violence against women: prevalence and risk factors in Turkish sample. *BMC Women's Health*. 2017;17(1):100.. <https://doi.org/10.1186/s12905-017-0454-3>

10. Bolhari J, Amiri T, Karimi Keisomi I, Mohseni Kabir M. Domestic Violence Prevention Advocacy Program: A Pilot Study in Tehran Urban Area. *Iranian Journal of Psychiatry & Clinical Psychology*. 2018;24(2):124–35. [Persian] <http://dx.doi.org/10.32598/ijpcp.24.2.124>
11. Seyfzadeh A, Ghanbari Barziyan A. The role of violence in the rate of divorce among women. *Woman & Society*. 2013;4(3):125–50. [Persian] http://jzvj.miau.ac.ir/article_287_4.html?lang=en
12. Baruch DE, Kanter JW, Busch AM, Juskievicz KL. Enhancing the therapy relationship in acceptance and commitment therapy for psychotic symptoms. *Clinical Case Studies*. 2009;8(3):241–57. <https://doi.org/10.1177/1534650109334818>
13. Kolahdouzan SA, Kajbaf MB, Oraizi HR, Abedi MR, Mokarian F. The effect of a death anxiety therapeutic package based on acceptance and commitment therapy on death avoidance, mental health and quality of life of cancer patients. *Iran J Psychiatr Clin Psychol*. 2020;26(1):16–31. [Persian] <http://dx.doi.org/10.32598/ijpcp.26.1.3044.2>
14. Aldao A, Nolen-Hoeksema S, Schweizer S. Emotion-regulation strategies across psychopathology: a meta-analytic review. *Clin Psychol Rev*. 2010;30(2):217–37. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.11.004>
15. Lee AC. Acceptance and commitment therapy: a mindfulness and acceptance-based, value-driven approach to human flourishing with christian spirituality considerations. California: Biola University; 2018.
16. Aligolizadeh Moghaddam S, Naeim M, Rezaei Sharif A. The effectiveness of adherence-associated treatment (ACT) on marital adjustment and the reduction of domestic violence against women. *Scientific Journal of Research in Humanities and Social Studies*. 2017;3(11):148–58. [Persian]
17. Tabatabayi AS, Sajjadian I, Motamedi M. Effectiveness of acceptance and commitment therapy on sexual function, sexual self-consciousness and sexual assertiveness among women with sexual dysfunction. *J Res Behav Sci*. 2017;15(1):84–92. [Persian] <http://rbs.mui.ac.ir/article-1-519-en.html>
18. Zarling A, Bannon S, Berta M. Evaluation of acceptance and commitment therapy for domestic violence offenders. *Psychol Violence*. 2019;9(3):257–66. <https://doi.org/10.1037/vio0000097>
19. Hosseini Kia SM, Amiri S, Nadi MA, Manshaee G. A comparative study of acceptance/ commitment training and social skills training on aggression signs in adolescents. *Middle Eastern Journal of Disability Studies*. 2018;8:13. [Persian] <http://jdisabilstud.org/article-1-850-en.html>
20. Barzegar E, Zohrei E, Bostanipoor A, Fotuhabadi K, Ebrahimi S, Hosaeinnia M. The effectiveness of acceptance and commitment group therapy on perceived stress and aggression in women with premenstrual syndrome. *Psychological Studies*. 2018;14(3):163–78. [Persian] https://psychstudies.alzahra.ac.ir/article_3660.html?lang=en
21. Hossein Mardi AA, Khalatbari J. Comparison of the effectiveness of cognitive-behavioral therapy (CBT) and acceptance and commitment therapy (ACT) on the rate of anger in high school students in Tehran. *Pajouhan Scientific Journal*. 2018;16(2):59–66. [Persian] <http://dx.doi.org/10.21859/psj.16.2.59>
22. Hugel-Wajek JA, Cairo D, Shah S, McCreary B. Detection of domestic violence by a domestic violence advocate in the ED. *J Emerg Med*. 2012;43(5):860–5. <https://doi.org/10.1016/j.jemermed.2009.07.031>
23. Gall MD, Borg WR, Gall JP. Educational research: an introduction. Boston: Longman Publishing; 1996.
24. Nouri R, Nadrian H, Yari A, Bakri G, Ansari B, Ghazizadeh A. Prevalence and determinants of intimate partner violence against women in Marivan county, Iran. *J Fam Violence*. 2012;27(5):391–99. <http://dx.doi.org/10.1007/s10896-012-9440-6>
25. Harris R, Hayes SC. ACT made simple: An easy-to-read primer on acceptance and commitment therapy. Second edition. New Harbinger Publications; 2019.
26. Hayes SC, Luoma JB, Bond FW, Masuda A, Lillis J. Acceptance and Commitment Therapy: Model, processes and outcomes. *Behav Res Ther*. 2006;44(1):1–25. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.06.006>
27. Azizi A, Ghasemi S. Comparison the effectiveness of solution-focused therapy, cognitive-behavior therapy and acceptance and commitment therapy on depression and quality of life in divorced women. *Culture Counseling*. 2017;8(29):207–36. [Persian] <https://dx.doi.org/10.22054/qccpc.2017.18777.1443>