

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: Shohreshiroudi@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 نویسنده‌گان

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

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

* رایانه‌نویسۀ مسئول: Shohrehshiroudi@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 پژوهش حاضر، نیمه‌آزمایشی: روش پژوهش حاضر، نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون 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 بهصورت نمونه‌گیری دردسترس 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 بهمدت شصت دقیقه بهصورت هفتگی، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (هریس و هیز، ۲۰۱۹) را دریافت کرد؛ ولی برای گروه گواه هیچ مداخله‌ای ارائه نشد. بهمنظور 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 تعديل 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؛ ازین‌رو می‌توان از آن به عنوان درمانی اثربخش درجهت 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 مراجعت 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 متعددانه است که با عنوان شش‌ضلعی پذیرش و تعهد از آن نام برده می‌شود (۱۵). مطالعات از اثربخشی 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 ادرارک‌شده و پرخاشگری زنان با ستدرم پیش از قاعدگی (۲۰) و کاهش میزان خشم دانش‌آموزان پسر (۲۱) حکایت دارد؛ از این‌رو مرور پیشینهٔ 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 خلاصهٔ پژوهشی احساس می‌شود.

خشونت خانگی به عنوان مشکلی شایع و عمده، تهدیدکننده سلامت قریب‌انیان و اپیدمی پنهان ادامه‌دار در حوزه سلامت روان است. خشونت خانگی علاوه‌بر مشکلات جسمانی می‌تواند در دیگر جنبه‌های سلامت فرد منجره به مشکلات متعددی در سلامت شخص همچون ستدرم درد مزمن، افسردگی و از سوی دیگر موجب سوءصرف مواد مخدر و بیماری‌های مقابله‌ی و ا نوع مشکلات خانوادگی و اجتماعی شود (۲۲). از سویی با توجه به شیوع نسبتاً زیاد خشونت‌های خانگی و به تبع آفرایش آمار طلاق و همچنین لزوم اجرای برنامه‌های پیشگیرانه و توانمندسازی اقدامات 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 گروه‌گواه بود. جامعه‌آماری 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. با توجه 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 ارضاء می‌کند و موجب می‌شود افراد شادتر، سالم‌تر و باشاطر زندگی کنند (۱). تجربه چنین ازدواجی فرصت‌هایی از قبیل مصاحبত، 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 پدیدهٔ 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). درواقع خشونت به عنوان عمل پویایی است که توسط زن و شوهر شکل می‌گیرد و هر دوی 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 جراحت با استفاده از دست یا ابزارهای دیگر، خشونت روانی^۵ از جمله تهدید، تحقیر، توبیخ کلامی، فحاشی، کنترل رفتار زنان، در انزوای اجتماعی^۶ فراردادن 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 بهنحوی 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؛ درحالی‌که در برخی مطالعات انجام‌شده در ایران، میزان خشونت روان‌شناختی علیه زنان ۸۲ درصد گزارش شده است (به نقل از ۱۰). خشونت علاوه‌بر صدها مستقیم به سلامت جسمی، به سلامت روانی و اعتمادبه نفس زن آسیب‌رساند 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 است که به حل مشکلات روابط انسانی می‌پردازد. این درمان در سال‌های اخیر مدنظر محققان قرار گرفته است (۱۲). درمان مبتنی بر

¹. Marital relationship

². Divorce

³. Domestic violence

⁴. Physical violence

⁵. Psychological violence

⁶. Social isolation

غایب بیش از دو جلسه در مداخله درمانی و شرکت در مداخلات روان‌شناسی دیگر به طور 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، محترمانه‌ماندن اطلاعات و نام افراد در پژوهش بود.

مشارکت در پژوهش بودند، به صورت نمونه‌گیری در دسترس وارد مطالعه شدند. سپس به طور تصادفی در گروه گواه (پانزده نفر) و گروه آزمایش (پانزده نفر) قرار گرفتند. ملاک‌های ورود شرکت‌کنندگان به پژوهش عبارت بود از: رضایت‌کتبی؛ 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

جدول ۱. خلاصه جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

جلسه	هدف	محظوظ	تکلیف
اول	برقراری رابطه درمانی، آشنایی افراد با موضوع پژوهش، اجرای پیش‌آزمون	معارفه و آشنازی، بیان اهداف خود از 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 درمان‌گری خلاق	کمک به درمان‌جویان درجهت 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 قبیل 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	بررسی تکالیف جلسه قبیل و بحث درباره ارتباط مشترک احساسات، کارکردهای شناختی و رفتار قابل مشاهده، آموزش گشایش شناختی و فاصله‌گرفتن از افکار و مشاهده‌گری افکار بدون قضایت 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	آشنازی با خود به عنوان زمینه	بررسی تکالیف جلسه قبیل 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 شترنج	تمرین آگاهی از دریافت‌های حسی مختلف و جدایی از حس‌های جزو محتوای ذهنی و بررسی تأثیر آن در زندگی شخصی و اجتماعی
ششم	تصویر ارزش‌ها	بررسی تکالیف جلسه قبیل 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 قبیل 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 قبیل و بحث درباره پیامدهای عمل براساس ارزش‌ها، بررسی تغییرات سازنده در طول دوره درمانی و چگونگی ثبت و تحکیم آن‌ها، ارائه خلاصه‌ای از جلسات درمانی و دریافت بازخورد از درمان‌جویان	مorum تکالیف جلسات قبل

پرسش‌نامه و جلسات درمانی زیر برای گردآوری داده‌ها به کار رفت: - پرسش‌نامه خشونت خانگی^۱: پرسش‌نامه ۴۵ سؤالی خشونت خانگی

1. Domestic Violence Questionnaire

کوواریانس چندمتغیری (آزمون کولموگروف اسمیرنف برای بررسی نرمال بودن داده‌ها، آزمون لون برای شرط برابری واریانس‌های بین‌گروهی و شرط همگنی ماتریس واریانس-کوواریانس، بررسی همسانی شب خطوط رگرسیون از طریق بررسی اثر متقابل پیش‌آزمون و گروه) از تحلیل کوواریانس چندمتغیری در سطح معناداری $\alpha=0.01$ استفاده شد.

۳ یافته‌ها

براساس نتایج، در گروه گواه سن ۵ نفر ($33/3$ درصد) بین ۲۰ تا ۳۰ سال، ۶ نفر (40 درصد) بین ۳۱ تا ۴۰ سال و ۴ نفر ($26/7$ درصد) بین ۴۱ تا ۵۰ سال بود. در گروه آزمایش ۳ نفر (20 درصد) بین ۲۰ تا ۳۰ سال، ۷ نفر ($46/7$ درصد) بین ۳۱ تا ۴۰ سال و ۵ نفر ($33/3$ درصد) بین ۴۱ تا ۵۰ سال سن داشتند. به‌منظور بررسی یکسان‌بودن توزیع سنی گروه‌ها، از آزمون خی دو استفاده شد که با توجه به معناداربودن مقدار آماره به‌دست آمده نتیجه گرفته شد، توزیع سنی دو گروه تفاوت معناداری نداشت ($p=0.372$). براساس آزمون کولموگروف اسمیرنف، مقدار احتمال محاسبه شده 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 شب 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-روان‌شنختی و خشونت جنسی) یکسان بود ($p>0.05$). نتایج آزمون ام‌باکس برای بررسی برابری ماتریس کوواریانس متغیرهای وابسته در بین گروه آزمایش و گروه گواه نیز نشان داد، ماتریس کوواریانس متغیرهای وابسته در دو گروه برابر بود ($p>0.05$). پس از بررسی پیش‌فرضهای تحلیل کوواریانس چندمتغیری، نتایج این آزمون مشخص کرد، بین دو گروه در مؤلفه‌های خشونت خانگی تفاوت معناداری وجود داشت ($p<0.001$), $Wilks\ Lambda=0.604$. در جدول ۲ نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری برای مؤلفه‌های خشونت خانگی گزارش شده است.

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

متغیر	گروه	پیش‌آزمون				پس‌آزمون				مقایسه پس‌آزمون	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	مقدار F	مقدار p	مقدار اتا	مجذور اتا		
خشونت جسمانی-روان‌شنختی	آزمایش	۵۳/۴۷	۱۰/۰۰۴	۴۸/۲۷	۱۱/۲۶۶	۱۳/۹۷۰	<۰/۰۰۱	۰/۳۵۰			
	گواه	۵۱/۲۰	۱۰/۸۹۷	۵۰/۶۰	۱۰/۴۲۵						
خشونت جنسی	آزمایش	۲۴/۳۰	۴/۳۸۸	۲۱/۹۹	۴/۲۱۴	۱۰/۰۰۶	۰/۰۰۴	۰/۲۷۸			
	گواه	۲۳/۸۳	۴/۵۸۰	۲۳/۲۱	۴/۲۴۵						

¹. Content validity index (CVI)

افسرده‌کننده، وسوسی، ناسازگاری‌ها) و اجتناب‌نکردن از آن‌ها و تداومشان است، تأثیر آموژش و بهکارگیری این شیوه درمانی بر کاهش علائم خشونت خانگی و رفتارهای خشونت‌آمیز دور از انتظار نیست (۱۹).

دیگر یافته‌پژوهش نشان داد، بین خشونت جنسی گروه آزمایش و گروه گواه، در پس‌آزمون تفاوت معناداری وجود داشت. باتوجه به کمترین 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 طابتایی و همکاران نشان داد، روش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود عملکرد جنسی، جرئت‌ورزی جنسی و کاهش کم‌رویی جنسی زنان مؤثر است (۱۷). در مطالعه‌ای دیگر بزرگر و همکاران دریافتند، درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش استرس ادرارکشده و پرخاشگری زنان با سندروم پیش از قاعده‌گی اثربخش است (۲۰).

در تبیین نتایج به دست آمده می‌توان گفت، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افزایش عمل ارزشمند تأکید دارد. مراجعت 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 (۱۳). هدف، درگیرشدن 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 مراجعت، آوردن آگاهی به لحظات که برآساس 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 (۱۴). 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 انعطاف‌نایابی روان‌شناختی به دلیل حضور اجتناب تجربه‌ای مشکلات شناختی، مفهوم‌سازی روی خود و قطع ارتباط از لحظه حال، درنتیجه منجر به شکست در نیازها و ارزش می‌شود. به همین منظور، رویکرد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، تغییر فرایند درگیر در روان درمانی این اختلال‌ها است و در حقیقت، این نوع درمان قابلیت تغییر افکار، احساسات افراد و روشی را که آن‌ها می‌خواهند دست به حل مسئله بزنند، با تکنیک‌های خاص خود دارد (۱۴). همچنین در تبیین 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 جریان نشانگر 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 (۲۷)؛ به این منظور، از استعاره شترنج استفاده شد. در این

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 نشان دهنده 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 یافته‌پژوهش نشان داد، بین خشونت جسمانی-روان‌شناختی گروه آزمایش و گروه گواه، در پس‌آزمون تفاوت معناداری وجود داشت؛ باتوجه به کمترین 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 (۱۶). زارلین و همکاران در پژوهشی دریافتند، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش رفتارهای خشونت‌آمیز زندانیان مؤثر است (۱۸). پژوهش حسینی‌کیا و همکاران مشخص کرد، آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش شانه‌های پرخاشگری (پرخاشگری جسمانی، پرخاشگری کلامی، خصوصت و خشم) نوجوانان تأثیر دارد (۱۹).

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 تنش‌زا 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 (۱۴). پر واضح است که در جلسات درمانی احساسات این زنان درخصوص خشونت و انواع آن پذیرش می‌شود و احساسات مرتبط با آن‌ها ابزار شده و در بازخورد با سایر اعضای گروه تعديل 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 خصوصت‌گرایانه کاهش می‌یابد (۲۰). به عبارتی دیگر می‌توان گفت، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به جای تمرکز روی برطرف‌سازی و حذف عوامل آسیب‌زا، به مراجعت کمک می‌کند تا هیجان‌ها و شناخت‌های کنترل شده خود را بپذیرند؛ بنابراین باتوجه به ماهیت و هدف آموزش پذیرش و تعهد که ایجاد انگیزه برای عمل معهدهای یا به عبارتی فعالیت معطوف به اهداف و ارزش‌های مشخص شده به همراه پذیرش تجارت ذهنی (همانند افکار

- ارتقا بخشدید.
- ## ۶ تشكير و قدردانی
- از تمامی افرادی که در این پژوهش یاری رساندند، تشکر می‌شود.
- ## ۷ بیانیه‌ها
- تأثیردهی 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، محرومانه ماندن اطلاعات و نام افراد و دریافت رضایت‌کتبی 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 ۱۳۹۶/۰۱/۱۰ بهمن ۱۴۰۰ داده شده است. همچنین مجوز اجرای آن بر افراد نمونه از سوی اداره بهزیستی شهر شمیرانات با شماره نامه ۹۷/۰۶/۱۷ مورخ ۱۳۹۷ اردیبهشت صادر شده است. نویسنده اعلام می‌کند که هیچ‌گونه تضاد منافعی ندارند.
- منابع مالی
- همه هزینه‌های مالی توسط نویسنده اول تأمین شده است.
- مشارکت نویسنده‌گان
- نویسنده اول در ارائه ایده پژوهشی و جمع‌آوری داده، نویسنده دوم در طراحی مطالعه و نویسنده سوم در آنالیز و تفسیر داده‌ها مشارکت داشتند.

استعاره از فرد درخواست می‌شود خود را به عنوان 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 تنفس‌هایی که زندگی به ناقص برای او ایجاد کرده است، زندگی پریار 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 به عنوان علائم مرضی درک نکنند و یاد بگیرند که آن‌ها را بی‌ضرر (حتی در صورت ناراحت‌کننده و ناخوشایندگویی) درک کنند (۱۵).

از محدودیت‌های پژوهش حاضر، بررسی نشدن متغیرهای تأثیرگذار مانند سطح تحصیلات همسر فرد، داشتن یا نداشتن بچه، مدت زمان 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، مدت زمان ازدواج، وضعیت اشتغال و دیگر متغیرهای احتمالی مرتبط و در جامعه‌های آماری وسیع‌تر و متنوع‌تر بررسی شود. توصیه می‌شود به منظور 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 نتیجه گرفته می‌شود درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد موجب کاهش خشونت خانگی (خشونت جسمانی-روان‌شناسخی و خشونت جنسی) در زنان در شرف طلاق می‌شود؛ از این‌روه انتظار می‌رود با استفاده از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به عنوان درمانی مکمل، بتوان سطح سلامت زنان در آستانه طلاق را

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. Yarinabadi 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://jspl.knu.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, Höglberg 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, Juskiewicz 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, Sajadian I, Motamed 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. Hugl-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>