

اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر دلزدگی زناشویی و ناگویی هیجانی در زنان آزاردیده از خشونت خانگی

Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Marital Burnout and Alexitimya in Female Victims of Domestic Violence

Marjan Sadeghi

Master of Counseling, Department Counseling Azad shahr
Branch, Islamic Azad University, Azad shahr, Iran.

Maliheh Mehdikhani (corresponding Aouthor)

PhD Department of Psychology, Sari Branch, Islamic Azad
University, Sari, Iran.

Email □ sh.payam94@gmail.com

مرجان صادقی

دانشجوی کارشناسی ارشد، گروه مشاوره، واحد آزادشهر، دانشگاه آزاد
اسلامی، آزادشهر، ایران.

ملیحه مهدیخانی (نویسنده مسئول)

دکتری تخصصی، گروه روان‌شناسی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری،
ایران .

Email : sh.payam94@gmail.com

چکیده

هدف: پژوهش حاضر باهدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر دلزدگی زناشویی و ناگویی هیجانی در زنان آزاردیده از خشونت خانگی انجام شد. روش: روش پژوهش نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل کلیه زنان آزاردیده خشونت خانگی در شهر ساری مراجعه‌کننده به اورژانس اجتماعی در سال ۱۴۰۰ بودند. نمونه شامل ۳۰ نفر بود که به شیوه نمونه‌گیری هدفمند وارد پژوهش شدند و به شکل تصادفی در دو گروه آزمایشی و یک گروه کنترل (هر گروه شامل ۱۵ نفر) گمارش شدند. گروه آزمایشی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای تحت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد قرار گرفتند. گروه کنترل آموزشی را دریافت نکرد. داده‌ها با استفاده از پرسشنامه‌های استاندارد دلزدگی زناشویی (پاینز، ۱۹۹۶) و ناگویی هیجانی (بگبی و همکاران، ۱۹۹۴) جمع‌آوری و سپس با استفاده از تحلیل کوواریانس در نرم افزار SPSS نسخه ۲۶ تحلیل شد. یافته‌ها: نتایج نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به طور معناداری باعث کاهش دلزدگی زناشویی ($F=55.6$ و $p=0.004$) و ناگویی هیجانی ($F=74.9$ و $p=0.002$) شد. نتیجه‌گیری: با توجه به نتایج پژوهش حاضر، می‌توان از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد جهت کاهش دلزدگی زناشویی و ناگویی هیجانی در زنان آزاردیده از خشونت خانگی استفاده کرد.

کلمات کلیدی: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، دلزدگی زناشویی، ناگویی هیجانی، خشونت خانگی.

Abstract

Aim: The present study was conducted with the aim of investigating the effectiveness of acceptance and commitment-based therapy on marital burnout and alexitimya in Female victims of domestic violence.

Method: The research method was a semi-experimental pre-test-post-test type with a control group. The statistical population included all women affected by domestic violence in the city of Sari who referred to the social emergency in 2021. The sample consisted of 30 people who entered the research through purposive sampling and were randomly assigned to two experimental groups and one control group (each group included 15 person). The experimental group underwent 8 90-minute sessions of therapy based on acceptance and commitment. The control group did not receive training. The data were collected using standard questionnaires of marital boredom (Pines, 1996) and alexitimya (Bagbi et al., 1994) and then analyzed using covariance analysis in SPSS26.

Results: The results showed that the treatment based on acceptance and commitment significantly reduced marital boredom ($F=55.6$, $p=0.004$) and alexitimya ($F=74.9$, $p=0.002$) became. **Conclusion:** According to the results of the present study, it is possible to use therapy based on acceptance and commitment to reduce marital burnout and alexitimya in women abused by domestic violence.

Keywords: therapy based on acceptance and commitment, marital burnout, ataxia, domestic violence.

مقدمه

خشونت خانگی^۱ علیه زنان از جمله موارد مهم و فراوان در مناطق شهری و روستایی در بسیاری از جوامع بشری محسوب می‌شود (آیتون، پریچارد و تساینلز^۲، ۲۰۱۹). خشونت خانگی، خشونتی است که در مکان خصوصی رخ داده و اغلب در میان افرادی است که به واسطه‌ی صمیمیت یا خون و یا سایر پیوندهای حقوقی با هم ارتباط دارند (سعیدی، معمار و کیان‌پور، ۱۳۹۹). خشونت خانگی زناشویی، یک عمل پویاست که توسط زوج انجام می‌شود (رولیم و فالکه^۳، ۲۰۱۷). این خشونت، به روشهای گوناگون از قبیل خشونت فیزیکی^۴ (آسیب رساندن به اعضای بدن با ضرب و شتم و ایجاد جراحت از طریق دست و یا سایر ابزارهای دیگر)، خشونت روانی^۵ (از جمله تهدید، سرزنش، تحقیر و توبیخ کلامی و فحاشی)، ایجاد ممنوعیت ارتباط با سایرین و خشونت جنسی^۶ در خانه انجام می‌شود (چاهابرا^۷، ۲۰۱۸). نتایج حاصل از پژوهشهای انجام شده حاکی از آن است که در سطح جهان حدود ۱۰ الی ۵۰ درصد زنان مورد بدرفتاری و خشونت همسر خود قرار می‌گیرند و حدود نیمی از بدرفتاری‌ها از نوع خشونت فیزیکی به همراه خشونت روانی است (تینگلوف^۸ و همکاران، ۲۰۱۵؛ سن و بولسوی^۹، ۲۰۱۷). بر طبق گزارش سازمان بهداشت جهانی، شیوع خشونت‌های خانگی پدیده‌ای جهانی بوده و ۳۵ درصد زنان در سراسر جهان خشونت را تجربه کرده‌اند، لیکن برخی پژوهش‌ها هم در ایران نشان داده‌اند که میزان خشونت علیه زنان ۸۲ درصد است (به نقل از بهنیا، قربان شیرودی و خلعتبری، ۱۴۰۱). خشونت خانگی به سردی و دلزدگی زنان در خانواده منجر می‌شود و دلزدگی زناشویی از جمله عواملی است که بر زندگی مشترک زوجین اثری منفی دارد، روابط بین زوجین را سرد و به طلاق عاطفی می‌انجامد (لطیفان و همکاران، ۱۳۹۵). طلاق عاطفی نیز سبب ایجاد مشکلات روحی شده که به بی‌حوصلگی، افسردگی و دلزدگی زناشویی منجر می‌شود (عسگرزاده، ۱۴۰۰). دلزدگی زوجین به صورت تدریجی و پیشرونده، سبب کاهش عشق و علاقه زوجین به یکدیگر شده و سبب ایجاد خستگی جسمانی، روانی و هیجانی در آنها می‌شود (شفیعی و قمرایی، ۱۳۹۶). در نهایت، زمانی که خواسته‌های یکدیگر در زندگی مشترک محقق نشود، موجب زوال عشق و تعهد و جایگزینی عشق با دلزدگی می‌شود (کلاهدوزان و همکاران، ۱۳۹۹).

¹ Domestic violence

² Ayton, Pritchard, Tsindos

³ Rolim, Falcke

⁴ Physical violence

⁵ Psychological violence

⁶ Sexual violence

⁷ Chhabra

⁸ Tingl6f

⁹ Sen, Bolsoy

یکی دیگر از مواردی که در خشونت‌های خانگی مطرح است، ناگویی هیجانی است (یوسفی، کریمی‌پور و عزیزی، ۱۳۹۸). اولین بار، سیفنوس^۱ واژه ناگویی هیجانی را برای توصیف مجموعه‌ای از ویژگی‌های شناختی و عاطفی که در بین افراد مبتلا به اختلالات روان‌تنی مشاهده شد، مطرح کرد (مهاجرانی، حقایق و ادیبی، ۱۳۹۶). ناگویی هیجانی به معنای دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات و جهت‌گیری فکری بیرونی است که نشان‌دهنده وجود نقص در پردازش شناختی و تنظیم هیجانات است (اسکندری، ۱۴۰۱). مطالعات نشان دادند افرادی که به ناگویی هیجانی مبتلا هستند، در شناسایی درست هیجانات از چهره دیگران، مشکل داشته و ظرفیت آنها برای همدردی با حالات هیجانی دیگران محدود است (سرافینی^۲ و همکاران، ۲۰۱۶). از سویی، برقرار کردن و حفظ نمودن یک رابطه عاشقانه و رضایتبخش نیازمند تشخیص عواطف، هیجانات و توانایی ابراز آن به شیوه مناسب است (عراقی و همکاران، ۱۳۹۹). بیان کردن عواطف و احساسات و تبادلات عاطفی و همدلی یکی از عوامل مهم در تمایز زوج‌های راضی از ناراضی بوده و نقش بسزایی در رشد صمیمیت دارد (کاترین و تیمرمن^۳، ۲۰۱۲). با توجه به موارد ذکر شده، توجه به دلزدگی زناشویی و ناگویی هیجانی در زنان تحت خشونت خانگی ضروری به نظر می‌رسد.

از جمله مداخلات روانشناختی موثر در این حوزه، می‌توان به درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد اشاره کرد که مشکلات روابط انسانی را حل و فصل می‌نماید (امیرخانلو، میرزائیان و حسن‌زاده، ۱۴۰۰). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد توسط سه اصل کلی باز بودن، پذیرش و در مسیر بودن ارزشها ایجاد شده است. هدف اصلی در این رویکرد فراهم کردن انعطاف‌پذیری روانی و عدم اجتناب تجربه‌ای در افراد است (کلاهدوزان و همکاران، ۱۳۹۹). در این درمان، افراد می‌آموزند پذیرش ذهنی خود را به صورت یاری رساندن در تجربه‌های داخلی (افکار، احساسات) افزایش داده و با بودن در زمان حال، تعهد به اهداف اجتماعی و نیز بررسی کردن ارزش‌ها و دوری کردن از اجتناب‌های تجربی، با مشکلات خود مواجه شوند (آلداو^۴ و همکاران، ۲۰۱۰). روش درمانی در این رویکرد بر شش فرآیند حضور در زمان حال، خود به عنوان زمینه، گسلش، پذیرش، ارزشها و عمل متعهدانه استوار است که از آن به نام شش ضلعی پذیرش و تعهد یاد می‌شود (لی^۵، ۲۰۱۸). تاکنون پژوهش‌هایی در خصوص اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر روی جامعه زنان انجام شده است که می‌توان به اثربخشی آن بر متغیرهایی از جمله دلزدگی و شفقت به خود در زنان بدسرپرست (امینی و کرمی‌نژاد، ۱۴۰۰)، بخشودگی بین فردی و تحمل پریشانی (امیرخانلو و همکاران، ۱۴۰۰)، اضطراب ناشی از تعارضات زناشویی (حاجی‌نیا اسبو و همکاران، ۱۳۹۹)، ناگویی هیجانی و ناامیدی زوجین متقاضی طلاق (عراقی و همکاران، ۱۳۹۹)، بخشش و تاب‌آوری زنان دارای تعارض با همسر (بیات، زارعی و فرهادی، ۱۳۹۹)، بخشودگی بین فردی و صمیمیت زناشویی (قلی‌زاده و همکاران، ۱۳۹۸) و بخشش و تنظیم هیجان و صمیمیت زناشویی (قاصدی، باقری و کیانش، ۱۳۹۷) اشاره کرد.

¹ Syphenus

² Serafini

³ Kathryn, Timmerman

⁴ Aldao

⁵ Lee

با توجه به اینکه خشونت خانگی به عنوان یکی از شایع‌ترین مشکلات زوجی، می‌تواند تهدیدکننده سلامت زنان باشد و علاوه بر مشکلات جسمانی فرد، می‌تواند منجر به مشکلاتی در سلامت همچون سندرم درد مزمن و افسردگی شود و از سوی دیگر سبب سوءمصرف مواد مخدر و بیماریهای مقاربتی و انواع مشکلات خانوادگی و اجتماعی شود (هوگل^۱ و همکاران، ۲۰۱۲)، لذا توجه به شیوع بالای خشونت خانگی و به دنبال آن افزایش آمار طلاق، اجرای برنامه‌ها و مداخلاتی در جهت پیشگیری و توانمندسازی اقشار جامعه در جهت کاهش خشونت‌های خانگی را می‌طلبد. پژوهش حاضر به دنبال پاسخ به این پرسش است که آیا درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر دلزدگی زناشویی و ناگویی هیجانی در زنان آزاردیده از خشونت‌های خانگی اثربخش است؟

روش

روش پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون بود. جامعه‌ی آماری این پژوهش را کلیه‌ی زنان آزاردیده‌ی خشونت خانگی در شهر ساری بین سنین ۱۸ تا ۳۰ سال مراجعه‌کننده به اورژانس اجتماعی شهر ساری در سال ۱۴۰۰ تشکیل دادند. نمونه آماری شامل ۳۰ نفر از زنان آزاردیده خشونت خانگی بود که به‌طور هدفمند انتخاب شده و به‌صورت تصادفی ساده در دو گروه ۱۵ نفری آزمایش و کنترل گمارش شدند. ملاک ورود به پژوهش شامل کسب نمره بالاتر از میانگین در پرسشنامه دلزدگی زناشویی (نمرات بالاتر از ۷۰) و نیز کسب نمره بالاتر از میانگین در پرسشنامه ناگویی هیجانی (نمرات بالاتر از ۵۲) بود. سایر ملاک‌های ورود در پژوهش حاضر عبارت بودند از: سن بین ۱۸ الی ۳۰ سال، حداقل تحصیلات دیپلم، عدم مصرف داروهای اعصاب و روان در طول سه‌ماهه گذشته، عدم بیماری صعب‌العلاج، دریافت رضایت آگاهانه و عدم قرار گرفتن هم‌زمان تحت درمان روان‌شناختی دیگر. جهت رعایت ملاحظات اخلاقی، از افراد شرکت‌کننده در پژوهش، فرم رضایت آگاهانه به‌صورت کتبی اخذ شد، طرح پژوهش توضیح داده شد و بر محرمانه بودن اطلاعات تأکید شده و در صورت تمایل پس از اتمام پژوهش، شرکت‌کنندگان از نتایج پژوهش آگاه شدند. همچنین در صورت اثربخش بودن روش درمانی، این مداخله نیز پس از پایان پژوهش برای گروه کنترل اجرا شد.

¹ Hugel

ابزار

مقیاس دزدگی زناشویی: مقیاس دزدگی زناشویی توسط پاینز^۱ (۱۹۹۶) به منظور اندازه‌گیری درجه دزدگی زناشویی در بین زوجین طراحی شد. دارای ۲۰ ماده است که ۳ مولفه به نامهای خستگی جسمی (از جمله احساس خستگی، سستی و داشتن اختلالات خواب)، از پافتادگی عاطفی (از جمله احساس افسردگی، ناامیدی، در دام افتادن) و از پافتادگی روانی (از جمله احساس بی‌ارزشی، سرخوردگی و خشم به همسر) است. ۱۶ ماده آن شامل عبارتهای منفی مانند خستگی، ناراحتی و بی‌ارزش بودن است و ۴ ماده آن شامل عبارتهای مثبت مانند خوشحال و پرانرژی بودن است. پاسخدهی به هر یک از ماده‌های مقیاس از هفت امتیاز به صورت هرگز=۱ تا همیشه=۷ است. در این پرسشنامه دامنه نمرات دزدگی زناشویی فرد بین ۲۰ تا ۱۴۰ است و کسب نمرات بالاتر به معنای وجود میزان دزدگی زناشویی بالاتر است. پاینز با استفاده از تحلیل عاملی و تأیید سازه سه بعدی این پرسشنامه، روایی سازه آن را تأیید کرد. وی ضریب پایایی مقیاس را با روش بازآزمایی در یک دوره یک ماهه برابر ۰/۷۶ و همچنین پایایی این مقیاس با استفاده از روش آلفای کرونباخ در دامنه‌ای بین ۰/۹۱ تا ۰/۹۳ گزارش داده است. در ایران نیز در مطالعه‌ای، پایایی مقیاس دزدگی زناشویی به روش آلفای کرونباخ ۰/۷۹ به دست آمد و روایی آن به روش روایی همگرا از طریق همبستگی با مقیاس فرسودگی زناشویی ۰/۵۴ گزارش شد (سالاری و همکاران، ۱۴۰۱). در پژوهش حاضر، پایایی مقیاس دزدگی زناشویی با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۹ به دست آمده است.

مقیاس ناگویی هیجانی: مقیاس ناگویی هیجانی توسط تایلر^۲ (۱۹۸۶) ساخته شد و توسط بگبی^۳ و همکاران (۱۹۹۴) تجدیدنظر شد. این مقیاس شامل ۲۰ ماده در سه زیرمقیاس دشواری در تشخیص احساسات (۷ ماده)، دشواری در توصیف احساسات (۵ ماده) و تفکر عینی (۸ ماده) است و به صورت لیکرت پنج درجه‌ای از کاملاً مخالف=۱ تا کاملاً موافق=۵ نمره‌گذاری می‌شود. گویه‌های ۵، ۵، ۱۰، ۱۸ و ۱۹ به صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شوند (کاملاً مخالف=۵ تا کاملاً موافق=۱). حداقل نمره ۲۰ و حداکثر آن ۱۰۰ است و هرچه نمره از ۵۲ بالاتر باشد، واجد ناگویی هیجانی بالاتر از میانگین است (بشرپور و همکاران، ۱۳۹۳). پژوهشگران پایایی مقیاس را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۱ و ضریب بازآزمایی ۰/۷۷ محاسبه کردند (پارکر، تیلور و بگبی، ۲۰۱۳) که نشان دهنده همسانی درونی خوب آزمون است. همچنین در ایران سرلک و سجادیان (۱۳۹۵) آلفای کرونباخ مقیاس را در نمونه ایرانی برای مولفه دشواری در شناسایی هیجان‌ها ۰/۷۴، برای دشواری در توصیف احساسات ۰/۶۱ و برای تفکر عینی ۰/۵۰ به دست آوردند. علاوه بر این نتایج تحلیل عوامل نیز ساختار عملی نسخه ایرانی ناگویی هیجانی را تأیید نمود. در نسخه فارسی مقیاس ناگویی هیجانی ضرایب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس ۰/۸۵ و برای خرده مقیاسهای دشواری و

¹ Pines

² Tyler

³ Bagby

⁴ Arker, Taylor, Bagby

شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات و تمرکز بر تجارب بیرونی به ترتیب ۰/۸۲، ۰/۷۵ و ۰/۷۲ محاسبه شده است (بشپور و همکاران، ۱۳۹۳). در پژوهش حاضر پایایی پرسشنامه با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۸ به دست آمد.

روش اجرا

پس از مراجعه به اورژانس اجتماعی شهرستان ساری بر اساس ملاک‌های ورود و خروج و پس از هم‌تاسازی از نظر مشخصات دموگرافیک تعداد ۳۰ آزمودنی انتخاب و در دو گروه آزمایش و کنترل گمارش شدند. گروه آزمایش در معرض ۸ جلسه هفتگی به مدت یک ساعت و نیم درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (هیز، ۲۰۰۲) قرار گرفتند (جدول ۱). ۱۵ نفر باقیمانده به‌عنوان گروه کنترل در نظر گرفته شده و هیچ آموزشی را دریافت نکردند. قبل و بعد از مداخلات، هر دو گروه (آزمایش و کنترل) به سوالات پرسشنامه دلزدگی زناشویی و ناگویی هیجانی پاسخ دادند. جهت تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش از روش آماری توصیفی شامل میانگین و انحراف استاندارد و نیز تحلیل کوواریانس استفاده شد.

جدول ۱. خلاصه جلسات درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش (هیز، ۲۰۰۲)

جلسه	محتوای جلسات
اول	آشنایی گروه با یکدیگر، ارزیابی و جهت‌گیری درمان، معرفی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد
دوم	ارزیابی هزینه‌های درمان‌دگی خلاق (توسعه درمان‌دگی خلاق، بررسی هزینه‌های تعارض و اجتناب آزمودنیها، معرفی پذیرش و تمرکز)
سوم	همجوشی شناختی و مشاهده افکار (تشریح و توضیح رابطه منفی افکار برای زوجین، توسعه دیدگاه ناظر و مقایسه واکنشهای خود)
چهارم	انتخاب جهت ارزشها (کمک به زوجین برای روشن‌سازی ارزشهای روابط انسانی و زندگی، تشریح مفهوم گسلش)
پنجم	شناسایی موانع ارزشهای زندگی از طریق پذیرش و مشاهده خود (بازبینی کاربرد ارزشها، بحث در مورد موانع ارزشهای زندگی و کمک به زوجین برای حرکت)
ششم	ایجاد الگوهای انعطاف‌پذیر رفتار در روابط، خود به‌عنوان زمینه در این رابطه (معرفی تمایل، انتخاب و توانایی پاسخ زوجین در خود به‌عنوان زمینه روابط انسانی)
هفتم	پذیرش و اقدام متعهدانه، مفهوم ذهنیت (بازبینی تمایل عاطفی در یک زمینه عمل متعهدانه)
هشتم	کار در جهت پایان (بازبینی ارزشهای زندگی و اقدام متعهدانه، آمادگی برای اقدام متعهد در آینده و پایان درمان)

یافته‌ها

میانگین (و انحراف معیار) سنی در گروه آزمایش در گروه آزمایش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ۲۸/۱۷ (۳/۴۶) و در گروه کنترل ۲۷/۶ (۳/۷) بود. میانگین و انحراف استاندارد نمرات متغیرهای پژوهش در گروه‌های آزمایش و کنترل در انتظار درمان در جدول ۲ نمایش داده شده است.

جدول ۲. آماره‌های توصیفی متغیرهای دلزدگی زناشویی و ناگویی هیجانی به تفکیک گروه در مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری.

گروه تعهد و پذیرش		گروه کنترل	
میانگین (انحراف معیار)		میانگین (انحراف معیار)	
پیش‌آزمون	۶۵/۸۷ (۳/۴۶)	۶۶/۰۷ (۳/۷۱)	دلزدگی زناشویی
پس‌آزمون	۶۳/۰۹ (۳/۱۵)	۶۶/۶۷ (۳/۷۶)	
پیش‌آزمون	۵۴/۶ (۲/۱۸)	۵۵/۲۷ (۲/۷۲)	ناگویی هیجانی
پس‌آزمون	۵۲/۳۲ (۲/۱)	۵۵/۵۳ (۲/۹)	

همان‌گونه که از نتایج جدول ۲ مشاهده می‌شود، میانگین نمرات متغیر دلزدگی زناشویی در پس‌آزمون گروه آزمایش نسبت به نمرات پیش‌آزمون گروه آزمایش کاهش داشت. همچنین میانگین نمرات متغیر ناگویی هیجانی در پس‌آزمون گروه آزمایش نسبت به نمرات پیش‌آزمون گروه آزمایش روندی کاهشی را طی کرد.

پیش از آزمون کردن فرضیه پژوهش به کمک آزمون آماری تحلیل کوواریانس، ابتدا مفروضه‌های آزمون از قبیل نرمال بودن داده‌ها، همگنی واریانس‌ها و شیب خط رگرسیون بررسی شد. همچنین جهت بررسی طبیعی بودن توزیع، از آزمون کالموگروف اسمیرنوف استفاده شد که سطح معناداری در آن بزرگ‌تر از ۰/۰۵ حاصل شد. این مقدار در متغیر دلزدگی زناشویی در پیش‌آزمون گروه آزمایش و کنترل در انتظار درمان به ترتیب ۰/۶ و ۰/۱۲ و در پس‌آزمون گروه آزمایش و کنترل در انتظار درمان به ترتیب ۰/۳۱ و ۰/۱۶ حاصل شد، در متغیر ناگویی هیجانی در پیش‌آزمون گروه آزمایش و کنترل در انتظار درمان به ترتیب ۰/۲۳ و ۰/۷ و در پس‌آزمون گروه آزمایش و کنترل به ترتیب ۰/۲۸ و ۰/۶۵ حاصل شد، لذا توزیع نرمال بود. همچنین، عدم معناداری آزمون لون برای متغیرهای دلزدگی زناشویی و ناگویی هیجانی نیز بررسی شد و مقدار آن به ترتیب ۰/۰۹ و ۰/۴ به دست آمد و مشخص شد تساوی واریانس‌های بین گروهی رعایت شده است و گروه‌ها با یکدیگر متجانس هستند. در نتیجه با توجه به رعایت پیش‌فرض‌های تحلیل کوواریانس از این آزمون جهت بررسی اثربخش بودن درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر دلزدگی زناشویی و ناگویی هیجانی استفاده شد که نتایج به‌دست‌آمده در جداول ۳ و ۴ نشان داده شده است.

جدول ۳: نتایج تحلیل کوواریانس جهت اثربخش بودن درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر دلزدگی زناشویی

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره آزمون	سطح معناداری
	گروه	۴۳۳/۸۴	۱	۴۳۳/۸۴		
دلزدگی زناشویی	خطا	۲۱۲/۹۵	۲۷	۷/۸۸	۵۵/۶	۰/۰۰۴
	کل	۹۲۷/۸۶	۲۹			

مطابق جدول ۳، با توجه به اینکه در سطح اطمینان ۹۵٪ و خطای اندازه‌گیری ۰/۰۵، سطح معناداری در متغیر دلزدگی زناشویی، کوچک‌تر از ۰/۰۵ محاسبه شد ($P < ۰/۰۵$, $F = ۵۵/۶$)، بنابراین فرض صفر رد و فرضیه پژوهش تأیید شد. لذا می‌توان نتیجه گرفت که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر دلزدگی زناشویی زنان تحت خشونت خانگی اثربخش است.

جدول ۵: نتایج تحلیل کوواریانس جهت اثربخش بودن درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ناگویی هیجانی

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	آماره آزمون	سطح معناداری
	گروه	۱۴۲/۵۲	۱	۱۴۲/۵۲		
ناگویی هیجانی	خطا	۵۱/۴۱	۲۷	۱/۹۰۴	۷۴/۹	۰/۰۰۲
	کل	۴۶۷/۸۶	۲۹			

مطابق جدول ۵، با توجه به اینکه در سطح اطمینان ۹۵٪ و خطای اندازه‌گیری ۰/۰۵، سطح معناداری در متغیر ناگویی هیجانی، کوچک‌تر از ۰/۰۵ محاسبه شد ($F=۷۴/۹$ ، $P<۰/۰۵$)، بنابراین فرض صفر رد و فرضیه پژوهش تأیید شد. لذا می‌توان نتیجه گرفت که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ناگویی هیجانی در زنان تحت خشونت خانگی اثربخش است.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر دلزدگی زناشویی و ناگویی هیجانی در زنان آزاردیده از خشونت خانگی بود.

اولین یافته‌ی پژوهش حاضر نشان داد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد توانست بر دلزدگی زناشویی زنان آزاردیده از خشونت خانگی موثر واقع شود. یافته‌ی پژوهش حاضر با نتایج حاصل از پژوهش‌های امینی و کرمی‌نژاد (۱۴۰۰)، امیرخانلو و همکاران (۱۴۰۰)، قلی‌زاده و همکاران (۱۳۹۸) و قاصدی و همکاران (۱۳۹۷) همخوان بود. در تبیین نتیجه پژوهش باید بیان کرد؛ زنان آزاردیده از خشونت خانگی از طریق فعالیتهای موثر در راستای ارزش‌های خود و مهار محیط زندگی خود قادرند انگیزه خود را افزایش دهند و با پرداختن به مهار رفتار خود در کنار پذیرش جنبه‌های غیرقابل تغییر زندگی، به رفتار اثربخش متعهد بمانند. گاهی به جهت داشتن شرایط سخت و غیرقابل تغییر زندگی مانند آنچه که در زنان تحت خشونت خانگی مشاهده می‌شود، افراد خود را ناگزیر به انجام رفتارهای ناکارآمد دیده و با انجام رفتارهای ناسالم، خود را در دام انعطاف‌ناپذیری روانشناختی اسیر می‌کنند. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد توانست به زنان نمونه پژوهش حاضر آموزش دهد تا به جای هم‌جوشی با افکار خود و انجام کارهای ناکارآمد، به ارزشهای خود متعهد مانده و به رفتار موثر روی آورند. پذیرش جنبه‌های غیرقابل تغییر زندگی، متعهد بودن به ارزشها و انجام کارهای موثر، می‌تواند در افزایش تاب‌آوری روانشناختی کمک کند و با گسلش شناختی، تناسب بهتری را بین واقعیت و انتظارات ایجاد نماید. در نهایت، با کاهش ناامیدی، خشم، بی‌ارزش بودن، افسردگی و ناکامی و نیز افزایش شناخت بهتر از نیازها و تمایلات دیگران، به کاهش تنش، سرخوردگی و دلزدگی زناشویی زنان آزاردیده از خشونت خانگی کمک کند.

همچنین یافته‌ی دیگر پژوهش حاضر نشان داد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد منجر به کاهش ناگویی هیجانی در زنان آزاردیده از خشونت خانگی شد. نتیجه حاصل از پژوهش حاضر با یافته‌های پژوهشی حاجی‌نیا اسبو و همکاران (۱۳۹۹) و عراقی و همکاران (۱۳۹۹) همسو بود. در تبیین این یافته می‌توان بیان کرد؛ تعارضات و خشونت بین زوجین، بر روی شناسایی هیجان‌های زوجین تأثیرات منفی دارد و در دراز مدت سازماندهی هیجانی در فرد با مشکل مواجه می‌شود. در بسیاری از موارد زنان تحت خشونت خانگی، به دلیل عدم آگاهی هیجانی و ناتوانی در پردازش شناختی احساسات خود، قادر به شناسایی، درک و توصیف هیجان‌ات خود نبوده و در سازگاری با شرایط تنش‌زا

توانایی محدودی دارند. از آن جا که خانواده، اولین محیطی است که فرد در آن توانایی تنظیم هیجان خود را تمرین می کند و زنان تحت خشونت خانگی از محیط مناسبی در خانه برخوردار نیستند، این شرایط سبب بروز ناگویی هیجانی می شود. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد کمک کرد تا زنان تحت خشونت خانگی به توانایی های خود در زمینه شناسایی و توصیف هیجان های پی برده و انگیزه آنها برای بیان مناسب هیجان های افزایش یابد، لذا افرادی که توانایی شناخت احساسات و هیجان های خود را دارند و حالات هیجانی خود را به شکلی موثرتر ابراز می کنند، بهتر خواهند توانست تا با مشکلات زندگی روبرو شوند و در سازگاری با محیط و دیگران موفق تر عمل می کنند که در نهایت از سلامت روان بهتری نیز برخوردار خواهند بود. نتایج نشان داد که زنان تحت خشونت خانگی از وجود هیجان های مثبت و منفی خود در ابتدای پژوهش و قبل از مداخله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از وجود هیجان های مثبت و منفی خود آگاهی لازم را نداشته و هنگام قرار گرفتن در موقعیتهای زندگی قادر نیستند به طور موثر از هیجان های خود در زندگی زناشویی استفاده نمایند، زیرا مشکلات آنها سبب می شود که خود را به صورت منفی ارزیابی کرده و کمتر خود را در مسائل و مشکلات خانوادگی مقصر بدانند. اما درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و آگاهی هیجانی و خردمندانه باعث می شود تا از وجود هیجان های منفی و تاثیر منفی آنها بر خودشان آگاهی پیدا کرده و با ارزیابی مجدد هیجان های موقعیتهای متفاوت نسبت به سالم نگه داشتن هیجانی خود تلاش کنند. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به دلیل ساز و کارهای پذیرش، افزایش آگاهی، حضور در لحظه حال، مشاهده گری بدون داوری، عمل متعهدانه بر اساس ارزش ها و خودداری از اجتناب تجربی توانست نمونه های پژوهش حاضر را مجهز به باورها، رفتارها و ارزش هایی کند که در هنگام بروز هیجان های ناخوشایند و تهدیدکننده بهزیستی هیجانی، از هیجان های خود آگاه شده و بر آنها مدیریت و کنترل بیشتری داشته باشند و به تنظیم سازنده آنها بپردازند.

با توجه به نتایج پژوهش حاضر، می توان از درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، به صورت موثر در زنان آزار دیده از خشونت خانگی استفاده کرد و از تکنیک های موجود در این درمان برای کاهش دلزدگی زناشویی و ناگویی هیجانی بهره برد.

از جمله محدودیت های پژوهش می توان به عدم تعمیم پذیری یافته های پژوهش حاضر به جامعه دیگر به دلیل انتخاب هدفمند زنان آزار دیده از خشونت خانگی در اورژانس اجتماعی شهر ساری، روش نمونه گیری که به صورت در دسترس انجام شد، حجم کم نمونه و نیز عدم در نظر گرفتن مدت خشونت خانگی در هر شرکت کننده اشاره کرد. پیشنهاد می شود در پژوهش های آتی از حجم نمونه بیشتری و بررسی سایر مشکلات روان شناختی شرکت کنندگان در نظر گرفته شود. همچنین در صورت امکان، جلسات پیگیری مرتباً انجام گردد تا مشخص شود آیا درمان روان شناختی بر روی نمونه های پژوهش، اثر خود را حفظ کرده یا خیر.

تشکر و قدردانی

نویسندگان پژوهش حاضر بر خود لازم دانستند که از کلیه شرکت‌کنندگان در پژوهش و همچنین از عوامل اورژانس اجتماعی شهر ساری که همکاری لازم را جهت اجرای پژوهش نمودند، کمال تشکر و سپاس خود را ابراز نماید.

منابع

- اسکندری، م. (۱۴۰۱). بررسی رابطه بین ناگویی هیجانی با تصور از خود، رضایت از زندگی و تحمل پریشانی در بین دانش‌آموزان متوسطه دوم شهرستان قائم‌شهر، پایان نامه کارشناسی ارشد، موسسه آموزش عالی فروردین، قائمشهر.
- امیرخانلو، ا.، میرزائیان، ب.، حسن زاده، ر. (۱۴۰۰). مقایسه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و رفتاردرمانی دیالتیکی بر بخشودگی بین فردی و تحمل پریشانی در زنان آزاردیده از خشونت‌های خانگی. *رویش روان‌شناسی*. ۱۰ (۴)، ۱-۱۲.
- امینی، پ.، کرمی‌نژاد، ر. (۱۴۰۰). بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر دزدگی زناشویی و شفقت به خود در زنان تحت پوشش سازمانهای مردم نهاد شهر تهران. *طلوع بهداشت*، ۲۰ (۱)، ۲۶-۳۷.
- بشرپور، س.، علمردانی صومعه، س.، شاه محمدزاده، ی. (۱۳۹۳). نقش ناگویی خلقی و ابرازگری هیجانی در پیش بینی علائم جسمانی سازی در دانشجویان دانشگاه محقق اردبیلی، *مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان*، ۱۳ (۱۰)، ۹۷۲-۹۶۱.
- بهینا، ل.، قربان شیرودی، ش.، خلعتبری، ج. (۱۴۰۱). تعیین اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر خشونت خانگی در زنان در شرف طلاق. *مطالعات ناتوانی*، ۶ (۱۲)، ۱-۱۰.
- بیات، ح.، زارعی، م.، و فرهادی، م. (۱۳۹۹). بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بخشش و تاب آوری زنان دارای تعارض با همسر مراجع کننده به مراکز مشاوره شهر شیراز، *پیشرفت‌های نوین در علوم رفتاری*، ۵ (۵۰)، ۴۰-۵۰.
- حاجی‌نیا اسبو، آ.، خلعتبری، ج.، میرزمانی، م.، قربان شیرودی، ش.، و ابوالقاسمی، ش. (۱۳۹۹). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اضطراب ناشی از تعارضات زناشویی زنان درگیر خشونت خانگی، *مطالعات ناتوانی*، ۱۰ (۱۳۰)، ۱-۶.
- سالاری، ط.، نصراللهی، ب.، قربان جهرمی، ر. (۱۴۰۱). اثربخشی برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی بر دزدگی زناشویی و رضایت جنسی افراد متاهل مراجعه کننده به مراکز روانشناختی شهر تهران. *نشریه پژوهش پرستاری*، ۱۷ (۳)، ۲۸-۳۵.
- سرلک، ف.، سجادیان، ا. (۱۳۹۵). مقایسه ناگویی هیجانی، مهارتهای ارتباطی اضطراب و افسردگی در افراد هم وابسته و عادی. *مجله روانشناسی اجتماعی*، ۴ (۴۰)، ۷۵-۸۸.
- سعیدی، ا.، معمار، ث.، کیان پور، م. (۱۳۹۹). تجربه زیسته زنان از خشونت خانگی. *مسائل اجتماعی ایران*، ۱۱ (۱)، ۱۲۳-۱۴۲.
- شفیعی، ز.، قمرانی، ا. (۱۳۹۶). نقش شخصیت تاریک و شکفتگی در دزدگی زناشویی زوجین. *فصلنامه زن و جامعه*، ۸ (۲۹)، ۷۷-۹۴.
- عراقی، ی.، بزازیان، س.، امیری مجد، م.، قمری، م. (۱۳۹۹). اثر بخشی رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کاهش ناگویی هیجانی و ناامیدی زوجین متقاضی طلاق. *فصلنامه روان‌شناسی تحلیلی شناختی*، ۱۱ (۴۲)، ۸۳-۹۷.
- عسگرزاده، ن. (۱۴۰۰). *بررسی میزان تعهد زناشویی با تمایز یافتگی خود، صمیمیت و سازگاری زوجین شهر گرمه*. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد آزادشهر
- قاصدی، م.، باقری، ف.، و کیامنش، ع. (۱۳۹۷). مقایسه اثربخشی دو روش درمان گروهی مبتنی بر ذهن آگاهی و مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بخشش، تنظیم هیجان و صمیمیت زناشویی، *اخلاق زیستی*، ۸ (۲۹)، ۸۷-۹۸.

- قلی زاده، ف.، سلیمانی زاده، ن.، خروشی، م.، و فدایی، م. (۱۳۹۸). اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر بخشودگی بین فردی و صمیمیت زناشویی زنان آسیب دیده از خیانت زناشویی، *مجله دانشگاه علوم پزشکی مشهد*، ۶۲ (۵)، ۱۸۳۳-۱۸۲۵.
- کلاهدوزان، ع.، کجباف، م.، عریضی، ح.، عابدی، م.، مکاریان، ف. (۱۳۹۹). تدوین و بررسی اثربخشی بسته درمانی «اضطراب از مرگ» مبتنی بر درمان پذیرش و تعهد بر اجتناب از مرگ، سلامت روان و کیفیت زندگی بیماران سرطانی شهر اصفهان. *مجله روانپزشکی و روانشناسی بالینی ایران*. ۲۶ (۱)، ۳۱-۱۶.
- لطیفیان، م.، عرشی، م.، علی پور، ف.، قائد امینی هارونی، غ. (۱۳۹۵). بررسی رابطه خشونت خانگی و طلاق عاطفی در میان زنان متأهل شهر تهران در سال ۱۳۹۵. *فصلنامه مددکاری اجتماعی*. ۵ (۲)، ۱۲-۵.
- مهارجانی، س.، حقایق، ع.، ادیبی، پ. (۱۳۹۶). بررسی ناگویی هیجانی، ادراک بیماری و تاب آوری با کیفیت زندگی بیماران مبتلا به کولیت اولسراتیو، *فصلنامه گوارش*، ۲۲ (۱)، ۳۸-۲۸.
- یوسفی، ن.؛ کریمی پور، ب.؛ عزیزی، ا. (۱۳۹۶). اثربخشی دو رویکرد مشاوره گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد و مشاوره گروهی راه حل مدار بر عملکرد خانواده‌های در آستانه طلاق. *فصلنامه مطالعات روانشناختی*، ۱۳ (۳)، ۹۵-۱۱۰.
- Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: a metaanalytic review. *Clin Psychol Rev.* 30(2),217-37.
- Chhabra, S. (2018). Effects of societal/domestic violence on health of women. *J Women's Health Reprod Med.*2(1),6-13.
- Hugl-Wajek, JA., Cairo, D., Shah, S., McCreary, B. (2012). Detection of domestic violence by a domestic violence advocate in the ED. *J Emerg Med.* 43(5), 860-5
- Kathryn, D., Timmerman, L.(2012). Accomplishing romantic relationship. In: Greene JO, Burlerson BR. (editors).*Handbook of communication and social interaction skills Mahwah*: Lawrence Erlbaum Associates.14(4), 68-90.
- Lee, AC. (2018). *Acceptance and commitment therapy: a mindfulness and acceptance-based, value-driven approach to human flourishing with christian spirituality considerations*. California: Biola University.
- Parker, J. D. A., Taylor, G. J., Bagby, R. M.(2013). The 20-item Toronto alexithymia scale: III Reliability and factorial validity in a community population. *Journal of Psychosomatic Research*, 55 (3), 269-275.
- Pines, R. (2003). The relationship between career and couple burnout: Implications for career and couple counseling. *Journal of employment counseling* , 40(2), 50-64.
- Rolim, KI., Falcke, D. (2017). Conjugal violence, public policies and service network: psychologists' perceptions. *Psychology: Science and Profession.* 37(4),939-55.
- Sen, S., Bolsoy, N. (2017). Violence against women: prevalence and risk factors in Turkish sample. *BMC Women's Health.* 17(1),100-118.
- Serafini, G., Gonda, X., Pompili, M., Rihmer, Z., Amore, M., Engel-Yeger, B.(2016). The relationship

between sensory processing patterns, alexithymia, traumatic childhood experiences, and quality of life among patients with unipolar and bipolar disorders. *Child Abuse Negl.* 62(5), 39-50

Tinglöf, S., Högberg, U., Lundell, IW., Svanberg, AS. (2015). 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.* 6(2), 50-3