

بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر میزان خودکارآمدی، رضایت زناشویی و تنظیم شناختی هیجانی در زنان درگیر خشونت خانوادگی

ام البنین جعفرآبادی^۱

^۱ کارشناسی ارشد، گروه روانشناسی، واحد بروجرد، دانشگاه آزاد اسلامی، بروجرد، ایران

چکیده

هدف از پژوهش حاضر تعیین بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر میزان خودکارآمدی، رضایت زناشویی و تنظیم شناختی هیجانی در زنان درگیر خشونت خانوادگی بود. روش پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل و گزینشی بود. جامعه آماری پژوهش، شامل زنان درگیر خشونت خانوادگی که مربوط به سازمان بهزیستی شهر بروجرد بودند و نمونه‌ی تحقیق به شیوه در دسترس در نظر گرفته شده است که شامل ۳۰ نفر (۱۵ نفر برای شرکت در کلاس آموزشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و ۱۵ نفر گروه کنترل) بودند که گروه کنترل هیچگونه مداخله‌ای قرار نگرفت. ابزار پژوهش شامل کلاس آموزشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از پروتکل پیترسون و همکاران (۲۰۲۰) و برای متغیر خودکارآمدی از پرسشنامه بندورا (۱۹۹۷)؛ رضایت زناشویی از پرسشنامه انریچ، اولسون (۱۹۹۸)؛ تنظیم شناختی هیجان از پرسشنامه گارنفسکی و همکاران (۲۰۰۲)، بود که افراد نمونه در دو گروه در دو مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون آن را تکمیل کردند در خاتمه داده‌های پژوهش با روش تحلیل واریانس تجزیه و تحلیل شد. یافته‌ها نشان داد: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر میزان خودکارآمدی در زنان درگیر خشونت خانوادگی تاثیرگذار می‌باشد. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر رضایت زناشویی در زنان درگیر خشونت خانوادگی تاثیرگذار می‌باشد. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تنظیم شناختی هیجانی در زنان درگیر خشونت خانوادگی تاثیرگذار می‌باشد.

واژه‌های کلیدی: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، خودکارآمدی، رضایت زناشویی، تنظیم شناختی هیجانی، خشونت خانگی

مقدمه

خانواده که یکی از بنیادی‌ترین نهادهای اجتماعی است در پی تشکیل زندگی زناشویی شکل می‌گیرد. زندگی زناشویی یک رابطه‌ی اساسی انسانی است که زوجین از طریق آن می‌توانند نیازهای زیستی، روانی و اجتماعی خود را برآورده کنند. در ازدواج-های پایدار و رضایت‌بخش، همسران معمولاً سالم‌تر هستند و عمر طولانی‌تری دارند (ژانگ و همکاران^۱، ۲۰۲۳). خشونت خانگی و خانوادگی^۲ یک مسئله بهداشت عمومی مهم است. که به طور نامتناسبی بر زنان تأثیر می‌گذارد (سازمان بهداشت جهان^۳، ۲۰۱۳؛ موسسه بهداشت و رفاه استرالیا، ۲۰۱۸؛ کری و همکاران^۴، ۲۰۲۳). خشونت خانگی یک مشکل بهداشت عمومی و اجتماعی جنسیتی است که منجر به هزینه‌های بهداشتی، اقتصادی و اجتماعی قابل توجهی می‌شود. خشونت خانگی یک زن از هر سه زن را در سراسر جهان تحت تأثیر قرار می‌دهد و یک نوع اصلی خشونت مبتنی بر جنسیت است (آنیانگو و همکاران^۵، ۲۰۲۳). زنان بار خشونت خانگی را به دوش می‌کشند. سازمان بهداشت جهانی (۲۰۲۱) تخمین می‌زند که از هر ۳ زن در سراسر جهان، ۱ نفر تحت نوعی خشونت فیزیکی یا جنسی قرار گرفته است و ۲۰ تا ۷۵ درصد از زنان حداقل یک مورد خشونت روانی را تجربه خواهند کرد. خشونت خانگی می‌تواند بر سلامت جسمی، روانی، جنسی و باروری زنان تأثیر منفی بگذارد. خشونت خانگی از طریق مسیرهای مستقیم (مانند آسیب) و مسیرهای غیرمستقیم (مثلاً شرایط سلامتی ناشی از قرار گرفتن طولانی‌مدت در معرض استرس) بر رفاه کلی زنان تأثیر می‌گذارد. این باعث عوارض درازمدت سلامتی حتی پس از پایان خشونت برای سال‌ها می‌شود. بسیاری از زنانی که از خشونت خانگی رنج می‌برند، خشونت خانگی پدیده‌ای پیچیده و چندوجهی است که با هنجارهای عمیق اجتماعی و فرهنگی پیچیده شده است. از این رو، پیچیدگی‌های خشونت خانگی پیچیده و شده را نمی‌توان صرفاً از طریق اعداد و ارقام در یک بررسی کمی سیستماتیک بررسی کرد و باید به صورت ذهنی برای کشف تفاوت‌های ظریف صداهای ناشنیده زنان موردبررسی قرار گیرد. بنابراین، نیاز به ترکیب سیستماتیک شواهد کیفی موجود برای برجسته کردن تجربیات و نیازهای زنانی که از خشونت خانگی رنج می‌برند، وجود دارد (شیفالی و همکاران^۶، ۲۰۲۳). بنابراین بررسی اینکه آیا درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر میزان خودکارآمدی، رضایت زناشویی و تنظیم شناختی هیجانی این زنان تأثیرگذار می‌باشد یا خیر و مطالعاتی از این قبیل در جوامع کنونی بسیار حائز اهمیت می‌باشد.

رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد^۷ نسبت به دیگر رویکردهای درمانی مانند رویکرد شناختی رفتاری یا روانکاوی جوان‌تر است. در مدل درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد زندگی توجه آگاهانه و همسو با ارزش‌ها پیامد مطلوب رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد است و نه کاهش علائم. با اینکه رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد علائم را کاهش می‌دهد اما هرگز هدفش این نیست (هریس، ترجمه: امین‌زاده، ۱۴۰۲). درمان پذیرش و تعهد، نوعی روان‌درمانی ذهن آگاه است که به افراد کمک می‌کند تا بر لحظه حال متمرکز و افکار و احساسات را بدون قضاوت بپذیرد. هدف این درمان، کمک کردن به افراد می‌باشد تا از طریق احساسات دشوار به جلو حرکت کنند و بتوانند به جای تمرکز بر روی احساسات منفی، انرژی خود را برای درمان بگذارند. به‌طور خلاصه، استراتژی اصلی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در مدیریت درد، بهبود عملکرد روزانه با ایجاد الگوهای موفق‌تر عملکرد رفتاری به طور صریح از طریق افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی است (مارتین و همکاران^۸، ۲۰۲۳).

^۱ Zhang, Cheng and Liang, Yanan.

^۲ Domestic and family violence (DFV)

^۳ World Health Organization.

^۴ Kerry O, Nicola Sh, Heather D.

^۵ Anyango, C., Goicolea, I. & Namatovu, F.

^۶ Shefaly Sh, Crystal Ch, Valerie Ch, Cornelia Y.

^۷ Acceptance and Commitment Therapy (ACT)

^۸ Martin, J. L., Carlson, G. C., Kelly, M. R., Song, Y., Mitchell, M. N., Josephson, K. R., McGowan, S. K., Culver, N. C., Kay, M. A., Erickson, A. J., Saldana, K. S., May, K. J., Fiorentino, L., Alessi, C. A., Washington, D. L., & Yano, E. M.

درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش، یک رفتار درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی است که قوانین اساسی اکثر روانشناسی غربی را به چالش می‌کشد. از ترکیبی التقاطی از مهارت‌های استعاره، پارادوکس و ذهن آگاهی، همراه با طیف وسیعی از تمرین‌های تجربی و مداخلات رفتاری مبتنی بر ارزش‌ها استفاده می‌کند. درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش در طیف متنوعی از شرایط بالینی موثر است: افسردگی، استرس محل کار، درد مزمن، استرس سرطان پایانی، اضطراب، خودکارآمدی، تنظیم هیجانی، بی‌اشتهایی، سوء مصرف هروئین، سوء مصرف ماری جوانا و حتی اسکیزوفرنی (دیویس^۹، ۲۰۱۹). هدف درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش ایجاد یک زندگی غنی و معنادار و در عین حال پذیرفتن دردی است که ناگزیر با آن همراه است. مزیت عمده این روش نسبت به روان درمانی‌های دیگر، در نظر گرفتن جنبه‌های انگیزشی به همراه جنبه‌های شناختی به جهت تأثیر و تداوم بیشتر اثربخشی درمان است. زمانی که رابطه درمانی طی این درمان، صحیح و منطبق با اصول آن صورت پذیرد، به صورت غیرمستقیم باعث تقویت پذیرش و انگیزه و ادامه دادن درمان و حرکت در جهت ارزش‌های فرد می‌شود، که طی آن، بافتی ایجاد می‌گردد که در آن هم رفتارهای موثر و هم غیر موثر فرا خوانده می‌شود تا مراجع مهارت لازم جهت شناسایی و اعمال رفتارهای مناسب بیابد. در واقع، هدف درمان پذیرش و تعهد ایجاد تغییر مستقیم در مراجع نیست، بلکه هدف آن، کمک به مراجع است تا بتواند به روش‌های متفاوتی با تجاربش ارتباط برقرار کند و قادر گردد تا به طور کامل با زندگی معنادار و مبتنی بر ارزش درگیر گردد (لیزی و همکاران^{۱۰}، ۲۰۲۳). درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش مخلوطی از ۴ رویکرد توجه آگاهی، پذیرش، تعهد و تغییر رفتار است (فزون و همکاران، ۱۴۰۲).

خودکارآمدی، مهارتی است که از طریق آن فرد می‌تواند بر انگیزه و رفتار و بر محیط اجتماعی خودکنترل داشته باشد. اعتقادات افراد در مورد توانایی‌های خود بر آنچه انتخاب می‌کنند، بر میزان و مدت تلاش آن‌ها در مواجهه با مشکلات و در الگوهای ذهنی خود ناتوان‌سازی^{۱۱} و خود دلگرم‌کننده^{۱۲} نقش دارد (قمری و همکاران، ۱۴۰۰). اعتقاد به کارایی، اساس اصلی عمل است. خودکارآمدی به معنی اطمینان و باور فرد نسبت به توانایی‌های خود در کنترل افکار، احساس‌ها، فعالیت‌ها و نیز عملکرد مؤثر او در موقعیت‌های استرس است (مرادی و محمدی، ۱۴۰۰؛ فرزاده و همکاران، ۱۴۰۰). علیرغم افزایش نسبت خانوارهای مجرد، روابط متعهدانه «به ویژه ازدواج» به عنوان یک ارزش اجتماعی مطلوب در نظر گرفته می‌شود که منافع افراد و جامعه را به عنوان یک کل ارتقا می‌دهد. با این حال، تحقیقات موجود نشان می‌دهد که مزایای بودن در یک رابطه به کیفیت آن بستگی دارد، که خود را در ثبات رابطه و رضایت همسران و دیگران نشان می‌دهد. کیفیت زندگی زناشویی جزء مهمی از رفاه روانی-اجتماعی و تأثیر مثبتی بر شادی کلی و رتبه‌بندی ذهنی وضعیت سلامت عمومی خود توسط یک فرد دارد. ازدواج-های بی‌کیفیت و سطوح بالای استرس زناشویی با سطوح بالاتر افسردگی و کاهش رضایت کلی از زندگی هم برای مردان و هم برای زنان مرتبط است (کوپر و همکاران^{۱۳}، ۲۰۲۰؛ باریلا-ماتیچوک و همکاران^{۱۴}، ۲۰۲۳). با توجه به نتیجه بدست آمده در تحقیقات غنی‌فر و همکاران (۱۴۰۲)، ربانی و همکاران (۱۴۰۲)، کایهان و همکاران (۲۰۲۳) که بیان کرده‌اند: مداخله روانشناختی زوج درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد برای افزایش احساس خودکارآمدی و کاهش خشونت علیه زنان مورد استفاده قرار گیرد که این مداخله می‌تواند زنان قربانی خشونت خانگی را توانمند سازد. می‌توان به بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر میزان خودکارآمدی در زنان درگیر خشونت خانوادگی پرداخت.

^۹ Davies, T.

^{۱۰} Lizu L, Yinong L, Lance M. Mc, Ying L, Zhihong R.

^{۱۱} Self-debilitating

^{۱۲} Self-encouraging

^{۱۳} Çopur Z, Gürel B.

^{۱۴} Baryła-Matejczuk M, Poleszak W, Filipek K, Cwynar A, Żóltak T.

^{۱۵} Kayhan F, Ghanifar M H, Ahi Q.

رضایت شامل تعاملات متقابل افراد متأهل و ارزیابی ذهنی از تمام تجربیات عاطفی و شناختی در ازدواج است (چلیک و همکاران^{۱۶}، ۲۰۲۲). رضایت زناشویی ارزیابی کلی از وضعیت رابطه زناشویی یا رابطه عاشقانه کنونی فرد محسوب شده و می‌تواند انعکاسی از میزان شادکامی و احساس مطلوب زوجین نسبت به رابطه زناشویی خود باشد. داشتن یک ازدواج رضایت بخش منجر به انعطاف‌پذیری بیشتر در مدیریت فشارها زندگی، کاهش خطر آسیب‌های روانی، سازگاری بهتر، طول عمر بیشتر (ویژمن و همکاران^{۱۷}، ۲۰۲۱) و مشکلات سلامت روان کمتر می‌شود (فضائلی و همکاران، ۱۴۰۲). همسرانی که از ازدواج خود راضی هستند ممکن است محیط خود را به گونه‌ای شکل دهند که رضایت زناشویی بیشتری ایجاد کند، که به نوبه خود باعث می‌شود که هم خود و هم شریک‌شان در طول زمان از ازدواج خود رضایت بیشتری داشته باشند (جین یو^{۱۸}، ۲۰۲۳) که خود باعث خشونت کمتر در خانواده می‌شود.

رضایت یک فرد از زندگی زناشویی به منزله‌ی رضایت وی از خانواده محسوب می‌شود و رضایت از خانواده به مفهوم رضایت از زندگی بوده و در نتیجه تسهیل در امر رشد و تعالی و پیشرفت مادی و معنوی جامعه خواهد شد. می‌توان رضایت زناشویی را به عنوان یک موقعیت روان‌شناختی در نظر گرفت که خود به خود به وجود نمی‌آید، بلکه مستلزم تلاش هر دو زوج است. به‌ویژه در سال‌های اولیه، رضایت زناشویی بسیار بی‌ثبات است و روابط در معرض بیشترین خطر قرار دارند. رضایت زناشویی یک تجربه شخصی در ازدواج است که تنها توسط خود فرد در پاسخ به میزان لذت رابطه‌ی زناشویی قابل ارزیابی است. آن‌ها باور دارند که رضایت زناشویی به انتظارات افراد بستگی دارد (سلحشوری و همکاران، ۱۴۰۰). با توجه به نتیجه بدست آمده در تحقیقات کاوسیان و همکاران (۱۳۹۶)، جاکوبسون و همکاران^{۱۹} (۲۰۲۲)، پیترسون و همکاران^{۲۰} (۲۰۲۰)، که بیان کرده‌اند: تکنیک‌های تعهد و پذیرش برای کمک به زوجها برای افزایش آگاهی از واکنش‌های خود به چرخه‌های منفی رابطه استفاده شده است. در نهایت، از اقدامات ارزش‌محور برای کمک به شریک زندگی استفاده شد تا حتی در حضور افکار و احساسات ناخواسته، به روشی سازگار با ارزش‌های رابطه عمل کنند. درمان با پذیرش و تعهد ممکن است در افزایش سازگاری و رضایت زناشویی و در کاهش پریشانی بین فردی و روانی در زوجین موثر باشد. زوج درمانی مبتنی بر تعهد و پذیرش یک درمان جدید امیدوارکننده برای رفع اختلافات زوجین و افزایش رضایت زناشویی است. بنابراین می‌توان به بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر میزان رضایت زناشویی در زنان درگیر خشونت خانوادگی پرداخت.

دو دهه اخیر پژوهشگران و روان‌شناسان بسیاری از رویکرد شناختی رفتاری بهره می‌گیرند تا به افراد یاد بدهند که چگونه با زندگی کنار بیایند. درمان شناختی-رفتاری بر مدل آموزش روانی ساختاردار استوار است (پوکای-مارتین و همکاران^{۲۱}، ۲۰۲۲). تنظیم هیجان شامل گستره‌ای از راهبردهای شناختی و رفتاری هشیار و ناهشیار است که جهت کاهش، حفظ یا افزایش یک هیجان صورت می‌گیرد. تنظیم هیجانی به عنوان فرآیند آغاز، حفظ، تعدیل یا تغییر در بروز، شدت یا استمرار احساس درونی و هیجان مرتبط با فرآیندهای اجتماعی روانی، فیزیکی در به انجام رساندن اهداف فرد تعریف می‌شود (صادقی و همکاران، ۱۴۰۱). تنظیم شناختی هیجان یکی از مهمترین تکالیف برای سلامت جسمی و روانشناختی به‌ویژه در روابط زوجین می‌باشد. استفاده از راهبردهای تنظیم هیجان به معنای کاهش و کنترل هیجانات منفی و نحوه استفاده مثبت و منطقی از هیجانات است. اطلاع داشتن و استفاده از راهبردهای تنظیم هیجان، روشی موثر برای تغییر عواطف، احساسات، تمایلات، باورها و اعمال فرد و دادن نظم و معنا به زندگی روزانه است تا فرد بتواند مهارت‌های لازم را جهت کاهش تعارضات

^{۱۶} Çelik, E., Çelik, B., Yavaş, Ş., & Stüler, M.

^{۱۷} Whisman, M. A., Gilmour, A. L., & Salinger, J. M.

^{۱۸} Jin Yu J.

^{۱۹} Jacobson N S, Christensen A, Prince S E, Cordova J, Eldridge K.

^{۲۰} Peterson B, Efert G, Feingold T, and Davidson S.

^{۲۱} Pukay-Martin

زناشویی را بیاموزد که این مهم احتمالاً با آموزش و اطلاع‌رسانی درباره راهبردهای تنظیم هیجان حاصل شده و باعث رشد فردی، اجتماعی و خانوادگی کاهش تعارضات زناشویی، افراد اجتماع می‌گردد (میرزایی و همکاران، ۱۴۰۱). تنظیم شناختی- رفتاری بر اساس این ایده که شیوه تفکر و احساس فرد بر شیوه رفتار او اثر می‌گذارد، بنا شده که تمرکز بر روی حل مشکل و هدف، تغییر الگوی فکری مراجع در جهت تغییر پاسخ او به موقعیت‌های سخت است (سیاهپوش منفرد و همکاران، ۱۴۰۰).

تنظیم شناختی هیجانی در نظریه‌های متعددی این موضوع را مطرح کرده‌اند که افرادی که نمی‌توانند به طور مؤثر پاسخ- های هیجانی خود نسبت به رویدادهای روزمره را مدیریت کنند، دوره‌های شدیدتر و طولانی‌تر رنج روانی را تجربه می‌کنند. به طور کلی، می‌توان تنظیم شناختی هیجانی را به عنوان فرایندی در نظر گرفت که از طریق آن فرد هیجانات خود را برای پاسخ متناسب به خواسته‌های محیطی به طور هشیار یا ناهشیار تعدیل و تنظیم می‌کند. با توجه به نتیجه بدست آمده در تحقیقات ولی‌زاده و همکاران (۱۴۰۱)، که بیان کرده‌اند: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نسبت به گروه کنترل به طور معنی‌داری بر تنظیم هیجان زنان قربانی خشونت خانگی اثربخش بوده‌اند. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تنظیم شناختی هیجان تأثیر دارد. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نیز بیش از درمان کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی، ارزیابی مجدد شناختی را افزایش داده و بازداری هیجانی را کاهش می‌دهد. بنابراین می‌توان به بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر میزان تنظیم شناختی هیجانی در زنان درگیر خشونت خانوادگی پرداخت. به دلیل تأثیر خودکارآمدی، رضایت زناشویی و تنظیم شناختی هیجانی بر ارتباطات زوجین لزوم تدوین و به کارگیری راهبردهای درمانی که رضایت زناشویی را افزایش دهند، ضروری است. برای افزایش خودکارآمدی، رضایت زناشویی و تنظیم شناختی هیجانی در بین زوجین تاکنون از روش‌های متعددی استفاده شده است. یکی از درمان‌های مؤثر در زمینه حل مشکلات زوجین، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد است. زیرا درمان پذیرش و تعهد نوعی روان درمان است که به افراد کمک می‌کند، تا بر لحظه حال متمرکز و افکار و احساسات را بدون قضاوت بپذیرد (مارتین و همکاران، ۲۰۲۳).

بازماندگان خشونت خانگی، که به طور نامتناسبی زن هستند، با افسانه‌ها و کلیشه‌های متعددی در مورد صحت، ماهیت و میزان خشونت که خود تجربه می‌کنند، مواجه هستند. مسلماً، چند بعدی بودن خودکارآمدی، رضایت زناشویی و تنظیم شناختی هیجانی در زنان درگیر خشونت خانوادگی به طور طبیعی برای بررسی این موضوع که چگونه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر میزان خودکارآمدی، رضایت زناشویی و تنظیم شناختی هیجانی تأثیر بگذارد بسیار حائز اهمیت می‌باشد. بنابراین هدف از انجام این تحقیق، بررسی تأثیر اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر میزان خودکارآمدی، رضایت زناشویی و تنظیم شناختی هیجانی در زنان درگیر خشونت خانگی می‌باشد.

فرضیه‌های تحقیق

- ۱- درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر میزان خودکارآمدی در زنان درگیر خشونت خانوادگی تأثیرگذار می‌باشد.
- ۲- درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر رضایت زناشویی در زنان درگیر خشونت خانوادگی تأثیرگذار می‌باشد.
- ۳- درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تنظیم شناختی هیجانی در زنان درگیر خشونت خانوادگی تأثیرگذار می‌باشد.

روش پژوهش

پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون - پس‌آزمون با گروه کنترل و گزینش تصادفی آزمودنی‌ها است. جامعه آماری این پژوهش شامل زنان درگیر خشونت خانوادگی که مربوط به سازمان بهزیستی شهر بروجرد در زمستان در سال ۱۴۰۳ می‌باشند. برای تعیین حجم نمونه ۳۰ نفر داوطلب واجد شرایط انتخاب و سپس به طور تصادفی در دو گروه ۱۵ نفره (گروه آزمایش و گروه کنترل) طبقه‌بندی شده‌اند. اول از کلیه شرکت‌کنندگان با توجه به پرسشنامه خشونت خانوادگی علیه

^{۱۱} Martin, J. L., Carlson, G. C., Kelly, M. R., Song, Y., Mitchell, M. N., Josephson, K. R., McGowan, S. K., Culver, N. C., Kay, M. A., Erickson, A. J., Saldana, K. S., May, K. J., Fiorentino, L., Alessi, C. A., Washington, D. L., & Yano, E. M.

زنان، محسنی تبریزی و همکارانش (۱۳۹۱) آزمونی بعمل آمده و از بین پاسخ‌دهندگان آن‌هایی که کمتر از ۹۷ امتیاز کسب کرده‌اند از آمار حذف و بقیه، کسانی که بیشتر از ۹۷ نمره را کسب کرده به تعداد ۳۰ نفر بعنوان نمونه آماری مشخص شده و بعد از دو نیمه کردن تعداد نمونه آماری پرسشنامه زنان درگیر خشونت خانوادگی در شهر بروجرد پرسشنامه‌های خودکارآمدی، رضایت زناشویی، تنظیم شناختی هیجانی یک آزمون به‌عمل آمده است و بعد از انجام آزمون ۱۵ نفر به صورت گروه کنترل و هیچ کلاسی شرکت نکرده‌اند، گروه آزمایش در کلاس آموزشی مبتنی بر پذیرش و تعهد شرکت داده و از هر دو گروه قبل و بعد از کلاس پرسشنامه‌های تعبیه شده، توزیع و جمع‌آوری شده است. روش نمونه‌گیری به صورت نمونه‌گیری در دسترس می‌باشد.

ابزار پژوهش

در این پژوهش به‌منظور گردآوری اطلاعات از پروتکل و پرسشنامه‌های متغیرها استفاده شده است.

۱) ابزار اول: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

محتوای درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد^{۲۳} براساس چارچوبی از طرح درمان درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد زوج‌ها، پیترسون و همکاران (۲۰۲۰)، در طی ۱۲ جلسه در قالب ۲ جلسه در هفته به مدت ۴۵ دقیقه به صورت گروهی اجرا خواهد شد. محتوای جلسات به شرح زیر می‌باشد:

جدول ۱-۳ خلاصه جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

جلسه	مدت	عنوان	محتوا
۱	۴۵ دقیقه	ارزیابی و جهت‌گیری درمان	گرفتن جزئیات از زوجها معرفی اهداف درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش، برقراری رابطه درمانی، آشنا نمودن افراد با موضوع پژوهش
۲	۴۵ دقیقه	ارزیابی‌های فردی	مصاحبه فردی، بررسی دنیای درون و بیرون در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، ایجاد تمایل به ترک برنامه ناکارآمد تغییر و تفهیم این موضوع که کنترل مسئله است نه راه حل و معرفی جایگزینی برای کنترل، یعنی تمایل، یاددهی درباره تفکرات، هیجانات، رفتار آگاهی در مورد مفید نبودن سرکوب اجتناب آموزش تکنیک توجه آگاهی.
۳	۴۵ دقیقه	ارزیابی هزینه‌های ناامیدی خلاق	بررسی تکالیف جلسه قبل؛ صحبت درباره احساسات و افکار اعضاء گروه؛ آموزش این مطلب که اعضاء بدون قضاوت در مورد خوب یا بد بودن افکار و احساسات خود، آن‌ها را بپذیرند؛ آموزش و شناخت هیجانات و تفاوت آن‌ها با افکار و احساسات؛ ارائه تکلیف این که چقدر خود و احساسات خود و چقدر دیگران و احساسات دیگران را می‌پذیریم؟، بررسی هزینه‌های تعارض و اجتناب زوجها توسعه ناامیدی خلاق
۴	۴۵ دقیقه	تمرکز حواس و پذیرش	شناسایی ارزش‌های افراد؛ تصریح ارزش‌ها، تصریح اهداف، تصریح اعمال و تصریح موانع، معرفی پذیرش و تمرکز حواس
۵	۴۵ دقیقه	هم‌جوشی شناختی	تشریح و توضیح رابطه منفی افکار برای زوج‌ها، بررسی ارزش‌های هر یک از افراد و تعمیق مفاهیم قبلی. معرفی ارزش‌ها بر اساس اهداف، معرفی هم‌جوشی شناختی استراتژی‌های حل مسئله
۶	۴۵ دقیقه	مشاهده افکار	بررسی تکالیف؛ آموزش و ایجاد شناخت در خصوص تفاوت بین پذیرش و تسلیم آگاهی به این موضوع که آن‌چه نمی‌توانیم تغییر دهیم را بپذیریم؛ شناخت موضوع قضاوت و تشویق اعضاء به این‌که احساسات خود را قضاوت نکنند؛ ارائه این تکنیک که با ذهن آگاه بودن در هر لحظه، از وجود احساسات خود آگاهی یابند؛ فقط شاهد آن‌ها باشند، ولی قضاوت نکنند؛ ارائه تکلیف خانگی ذهن آگاهی همراه با پذیرش بدون قضاوت، توسعه دیدگاه ناظر و مقایسه واکنش‌های

^{۲۳} Acceptance and Commitment Therapy (ACT)

جلسه	مدت	عنوان	محتوا
			خود به تنهایی و خود در ارتباط با همسر
۷	۴۵ دقیقه	انتخاب جهت ارزش‌ها	کمک به مراجعان برای روشن کردن و شناسایی جهت ارزش‌های رابطه و زندگی
۸	۴۵ دقیقه	شناسایی موانع ارزش زندگی از طریق پذیرش و مشاهده خود	بازبینی کاربرگ ارزش‌ها بحث در مورد موانع ارزش‌های زندگی و کمک به مراجعان تا به جای غلبه بر آنها بر آنها حرکت کنند.
۹	۴۵ دقیقه	ایجاد الگوهای انعطاف‌پذیر رفتار در رابطه	معرفی تمایل، ارائه بازخورد و نظرسنجی کوتاه از فرآیند آموزش؛ درخواست از اعضای گروه جهت برون‌ریزی احساسات و هیجانات خود در خصوص تکالیف جلسه قبل؛ آموزش و ارائه اصل تعهد و لزوم آن در روند آموزش و درمان؛ (آموزش تعهد به عمل یا قبول هر رویدادی در زندگی، به آن عمل کنیم و خود را نسبت به انجام آن متعهد سازیم)
۱۰	۴۵ دقیقه	خود به عنوان زمینه در این رابطه	طبیعت انتخاب و توانایی پاسخ تجربه داشتن زوجها در خود به عنوان زمینه رابطه، ارائه تکنیک توجه انتخابی برای آرامش بیشتر در خصوص هجوم افکار خودآیند منفی.
۱۱	۴۵ دقیقه	پذیرش و اقدام متعهد	بازبینی تمایل عاطفی در یک زمینه عمل متعهد، ارائه بازخورد و جستجوی مسائل حل نشده در اعضای گروه؛ شناسایی طرح‌های رفتاری در خصوص امور پذیرفته شده و ایجاد تعهد برای عمل به آنها؛ ایجاد توانایی انتخاب عمل در بین گزینه‌های مختلف؛ به گونه‌ای که مناسب‌تر باشد، نه عملی‌تر.
۱۲	۴۵ دقیقه	کار در جهت پایان	بازبینی ارزش‌های رابطه و اقدام متعهد آمادگی برای اقدام متعهد در آینده، بررسی تکالیف؛ جمع‌بندی مطالب؛ اخذ تعهد از اعضای جهت انجام تکالیف پس از پایان دوره؛ ارائه بازخورد به اعضای گروه؛ قدردانی و سپاس‌گزاری از حضورشان در جلسات؛ اجرای پس‌آزمون

۲) ابزار دوم: پرسشنامه خودکارآمدی

پرسشنامه خودکارآمدی بندورا^{۲۴} (۱۹۹۷) دارای ۱۰ سوال بوده و هدف آن بررسی متغیر باورهای خودکارآمدی فردی می‌باشد. این پرسشنامه بر اساس مقیاس لیکرت تنظیم شده است که طیف آن از ۱ تا ۵ می‌باشد. این پرسشنامه بدون مؤلفه و متغیر باورهای خودکارآمدی فردی به صورت کلی ارزیابی می‌شود. پرسشنامه خودکارآمدی توسط بیورکلوند و همکاران^{۲۵} (۲۰۲۰) ضریب پایایی با استفاده از روش دونیمه کردن گاتمن (۱۳۹۵) برابر با ۰/۸۱ و پایایی با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۳ به دست آورده است.

۳) ابزار سوم: پرسشنامه رضایت زناشویی

پرسشنامه رضایت زناشویی^{۲۶} انریچ^{۲۷} که فرم ۴۷ سؤالی آن توسط اولسون^{۲۸} (۱۹۹۸)، تهیه شد شامل ۱۲ مقیاس است که عبارتند از: پاسخ قراردادی، رضایت زناشویی، مسایل شخصیتی، ارتباط زناشویی، حل تعارض، نظارت مالی، فعالیت‌های مربوط به اوقات فراغت، روابط جنسی، ازدواج و فرزندان، بستگان و دوستان، نقش‌های مساوات طلبی و جهت‌گیری عقیدتی ساخته شده است. این ابزار به صورت پنج گزینه‌ای (که در اصل یک نگرش سنج از نوع لیکرت است) در نظر گرفته شده است (کاملاً

^{۲۴} Bandura, A.

^{۲۵} Bjorklund p. Daly AJ. Ambrose R. Elizabeth A. van Es.

^{۲۶} Marital satisfaction

^{۲۷} Enrich

^{۲۸} Olson

موافق، موافق، نه موافق و نه مخالف، مخالف، کاملاً مخالف)، که به هریک از یک تا پنج امتیاز داده می‌شود. این پرسشنامه شامل ۱۰ مقیاس است که عبارتند از: رضایت زناشویی، مسایل شخصیتی، ارتباط زناشویی، حل تعارض، نظارت مالی، فعالیت‌های مربوط به اوقات فراغت، روابط جنسی، ازدواج و فرزندان، بستگان و دوستان و جهت‌گیری عقیدتی ساخته شده است. ضریب آلفای «پرسشنامه انریچ» در گزارش اولسون، فورینرو دراکمن (۱۹۹۸)، برای خرده مقیاس‌های تحریف آرمانی، رضایت زناشویی، مسایل شخصیتی، ارتباط، حل تعارض، مدیریت مالی، فعالیت‌های اوقات فراغت، رابطه جنسی، فرزندان و فرزندپروری، خانواده و دوستان، نقش‌های مساوات طلبی به ترتیب از این قرار است: ۰/۹، ۰/۸۱، ۰/۷۳، ۰/۶۸، ۰/۷۵، ۰/۷۴، ۰/۷۶، ۰/۴۸، ۰/۷۷، ۰/۷۲، و ۰/۷۱ همچنین فضائلی و همکاران (۱۴۰۲) پایایی پرسشنامه توسط آزمون آلفای کرونباخ برابر با ۰/۷۴ گزارش کرده‌اند.

۴) ابزار چهارم: پرسشنامه تنظیم شناختی هیجانی

پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان^{۲۹} توسط گارنفسکی و همکاران^{۳۰} (۲۰۰۲) تدوین شده است. این پرسشنامه، پرسشنامه-ای چند بعدی است که جهت شناسایی راهبردهای مقابله‌ای شناختی افراد پس از تجربه کردن وقایع یا موقعیت‌های منفی مورد استفاده قرار می‌گیرد. بر خلاف سایر پرسشنامه‌های مقابله‌ای که به صورت آشکار بین افکار فرد و اعمال واقعی وی تمایز قائل نمی‌شوند، این پرسشنامه افکار فرد را پس از یک تجربه منفی یا وقایع آسیب‌زا ارزیابی می‌کند. این پرسشنامه یک ابزار خودگزارشی است و دارای ۹ زیر مقیاس (ملامت‌خویش، پذیرش، نشخوارگری، تمرکز مجدد مثبت، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی، ارزیابی مجدد مثبت، دیدگاه‌پذیری، فاجعه‌انگاری و ملامت دیگران) و ۳۶ ماده می‌باشد. پاسخ‌های این پرسشنامه در یک پیوستار ۵ درجه‌ای (همیشه، اغلب اوقات، معمولاً، گاهی، هرگز) جمع‌آوری می‌شود. گارنفسکی و همکاران (۲۰۰۲) پایایی پرسشنامه را از طریق آلفای کرونباخ برای راهبردهای مثبت ۰/۹۱، راهبردهای منفی ۰/۸۷ و کل پرسشنامه ۰/۹۳ گزارش کرده‌اند. همچنین ولی‌زاده و همکاران (۱۴۰۱) پایایی پرسشنامه توسط آزمون آلفای کرونباخ برابر با ۰/۸۲ گزارش کرده‌اند.

۵) ابزار پنجم: پرسشنامه خشونت خانوادگی

پرسشنامه خشونت خانگی^{۳۱} علیه زنان دارای ۷۱ سوال بوده که توسط محسنی تبریزی و همکارانش (۱۳۹۱) طراحی و تنظیم شده است که سوالات دارای چهار بخش (سنجش انواع همسر آزاری، باورهای مردسالارانه، سنتها و تربیت خانوادگی و یادگیری خشونت) می‌باشد و بر اساس طیف لیکرت ۴ نقطه‌ای نمره‌گذاری شده است. حداقل امتیاز ممکن ۷۱ و حداکثر ۲۸۴ خواهد بود. نمره بین ۰ تا ۹۴: خشونت خانگی علیه زنان کم است. نمره بین ۹۴ تا ۱۸۸: خشونت خانگی علیه زنان متوسط است. نمره بالاتر از ۱۸۸: خشونت خانگی علیه زنان زیاد است. در پژوهش محسنی تبریزی و همکارانش (۱۳۹۱) برای سنجش اعتبار صوری مقیاس، اولاً سعی شد گویه‌ها یا سوالاتی که متغیرهای تحقیق را می‌سنجد از گویه‌ها و سوالات تحقیقات پیشین که زیر نظر افراد مجرب اجرا شده است به کار گرفته شود، همچنین از تحقیقات موجود نیز تعدادی از گویه‌ها و سوالات مرتبط با بحث گرفته شده و مواردی نیز شخصاً اضافه گردیده است. آنگاه با مراجعه به اساتید و کارشناسان علوم اجتماعی و با استفاده از راهنمایی‌های آن‌ها برخی از گویه‌ها و سوالات که صحت آن‌ها تایید شد نهایتاً در تحقیق مورد استفاده قرار گرفت؛ پس از محاسبه، اندازه ضریب آلفای کرونباخ کل ۰/۸۳ بدست آمد، که نشان می‌دهد پایایی سوالات و گویه‌های پرسشنامه و مقیاس-های مختلف آن در حد کافی می‌باشد. همچنین امیرخانلو و همکاران (۱۴۰۲) پایایی پرسشنامه توسط آزمون آلفای کرونباخ برابر با ۰/۷۸ گزارش کرده‌اند.

^{۲۹} Cognitive Emotion Regulation Questionnaire

^{۳۰} Garnefski, N., Van-Der-Kommer, T., Kraaij, V., Teerds, J., Legerstee, J., Tein, E. O.

^{۳۱} Domestic Violence

روایی و پایایی پرسش‌نامه

برای بررسی روایی پرسشنامه تحقیق از روایی صوری و برای تعیین پایایی از ضریب آلفای کرونباخ متغیرهای خودکارآمدی، رضایت زناشویی، تنظیم شناختی هیجانی و خشونت خانوادگی به ترتیب برابر با ۰/۷۶، ۰/۷۹، ۰/۸۱ و ۰/۷۸ به دست آمده و از آنجا که ضریب آلفای به دست آمده بیشتر از ۰/۷ می‌باشد در نتیجه پرسشنامه از پایایی قابل قبولی برخوردار می‌باشد.

تجزیه و تحلیل داده‌ها و آزمون فرضیه‌ها

در این پژوهش، برای پاسخ به فرضیات پژوهش از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶ استفاده شده است.

مفروضه‌های اجرای آزمون فرضیه‌ها

(۱) آزمون نرمال بودن داده‌ها

جدول ۱ توزیع نرمال بودن توزیع داده‌های متغیرها

متغیر وابسته	شاخص‌های توصیفی	گروه آزمایش		کنترل
		چولگی	کشدگی	
خودکارآمدی	پیش آزمون	۰/۰۲	۱/۳۶	کشدگی ۰/۳۵
	پس آزمون	۰/۰۷	۰/۴۵	-۰/۱۱
رضایت زناشویی	پیش آزمون	-۰/۴۰	-۰/۹۹	۰/۷۴
	پس آزمون	-۰/۰۹	۰/۱۱	۰/۹۱
تنظیم شناختی هیجانی	پیش آزمون	۰/۳۵	-۰/۴۹	-۰/۶۲
	پس آزمون	۰/۳۹	۰/۴۶	-۰/۵۹

همان‌طور که در جدول (۱) قابل مشاهده است، چولگی متغیرهای تحقیق یعنی خودکارآمدی، رضایت زناشویی و تنظیم شناختی هیجانی در دو گروه کنترل و آزمایش، قبل و بعد آموزش بین ۱ و -۱ و همچنین مقادیری کشدگی متغیرهای تحقیق یعنی خودکارآمدی، رضایت زناشویی و تنظیم شناختی هیجانی در دو گروه کنترل و آزمایش، قبل و بعد آموزش از مقدار ۳ کمتر می‌باشد بنابراین داده‌ها دارای توزیع نرمال می‌باشند. همچنانکه در جدول بالا مشخص است تمامی متغیرها در بازه‌ی مورد نظر قرار دارند در نتیجه متغیرها نرمال هستند. در نتیجه برای بررسی فرضیه‌های مربوط به این متغیرها باید از آزمون‌های پارامتریک استفاده کرد.

(۲) آزمون لون، پیش فرض برابری و یکسانی واریانس‌ها را در گروه‌ها می‌سنجد.

جدول ۲ نتایج آزمون لوین برای آزمودن همگنی واریانس بین گروهی

متغیر	F	df _۱	df _۲	سطح معنی‌داری
خودکارآمدی	۴/۹۹	۱	۲۷	۰/۰۹
رضایت زناشویی	۱/۰۹	۱	۲۳	۰/۱۰
تنظیم شناختی هیجانی	۵/۷۳	۱	۲۵	۰/۰۷

با توجه به جدول (۲) چون سطح معناداری برای ابعاد بیشتر از خطای ۰/۰۵ است لذا واریانس آن‌ها یکسان است. همچنین نتایج آزمون لوین برای همگنی واریانس بین گروهی در زمان‌های مختلف اندازه‌گیری متغیر پژوهش نشان داد که فرض مورد نظر در گروه‌های پیش‌آزمون، پس‌آزمون و کنترل برقرار است.

(۳) آزمون همگنی واریانس‌ها

جهت آزمودن همگنی واریانس‌ها از آزمون کرویت موچلی^{۳۲} استفاده شده است.

^{۳۲}.Mauchlys test of sphericity

جدول ۳ نتایج آزمون کرویت ماچلی در ماتریس کوواریانس

متغیر وابسته	عامل درون گروهی	آماره کرویت ماچلی	تقریب مجذور خی	درجه آزادی	سطح معنی داری	اپسیلن
						گرین هاوس- گیسر
						هین- فلت
						لوئر- باووند
خودکارآمدی	زمان	۰/۶۸۱	۳/۹۷۸	۲	۰/۱۶۷	۰/۸۷۲
رضایت زناشویی	زمان	۰/۸۲۱	۳/۰۱۶	۲	۰/۲۰۳	۰/۸۹۱
تنظیم شناختی هیجانی	زمان	۰/۸۶۴	۲/۹۸۴	۲	۰/۲۱۴	۰/۸۹۷

با توجه جدول (۳) و معنی دار نبودن کرویت ماچلی برای متغیر تحقیق این فرض تأیید شده است بنابراین با توجه به توضیحاتی که بیان شد استفاده از تحلیل واریانس با تکرار سنجش منطقی و صحیح می باشد.

آزمون فرضیه ها

فرضیه اول: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر میزان خودکارآمدی در زنان درگیر خشونت خانوادگی تاثیر گذار می باشد.

جدول ۴ آزمون کولموگروف اسمیرنوف برای بررسی مفروضه نرمال بودن در متغیر خودکارآمدی

متغیر	گروهها	آزمون	آماره	درجه آزادی	سطح معنی داری
خودکارآمدی	آزمایش	پیش آزمون	۰/۱۵۹	۱۵	۰/۰۹۱
		پس آزمون	۰/۱۶۱	۱۵	۰/۱۰۳
	کنترل	پیش آزمون	۰/۱۶۲	۱۵	۰/۱۰۱
		پس آزمون	۰/۱۷۶	۱۵	۰/۱۲۱

همان طور که در جدول (۴) قابل مشاهده است، مفروضه نرمال بودن در متغیر خودکارآمدی در ۲ گروه و در هر دو مرحله اندازه گیری (قبل و بعد از برگزاری کلاس آموزشی) با سطح معناداری بزرگتر از ۰/۰۵ تأیید شد ($p > 0.05$).

جدول ۵ نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیره (MANCOVA) متغیر خودکارآمدی

آزمودنیها	مقدار	F	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	سطح معناداری	مجذور ایتمی سهمی
اثر پیلایی	۰/۹۴۳	۹۷۳/۸۳۰	۱	۵۹	۰/۰۰۰	۰/۹۴۳
لامبدای ویلکز	۰/۰۵۷	۹۷۳/۸۳۰	۱	۵۹	۰/۰۰۰	۰/۹۴۳
اثر هاتلینگ	۱۶/۵۰	۹۷۳/۸۳۰	۱	۵۹	۰/۰۰۰	۰/۹۴۳
بزرگترین ریشه روی	۱۶/۵۰	۹۷۳/۸۳۰	۱	۵۹	۰/۰۰۰	۰/۹۴۳

همان طور که در جدول (۵) قابل مشاهده است، در تحلیلی کوواریانس چندمتغیره، چهار آزمون "اثر پیلایی، لامبدای ویلکز، اثر هاتلینگ و بزرگترین ریشه" بررسی می شود. همان گونه که مشخص می شود، سطح معناداری تمامی آزمون های چندمتغیره کمتر از ۰/۰۵ می باشد که نشان می دهد حداقل بین یک متغیر وابسته (خودکارآمدی) در گروه های آزمایش و کنترل تفاوت معناداری وجود دارد. چون دو گروه با یکدیگر مقایسه می شوند، مقدار F و سطح معناداری تمام آزمون ها برابر می باشد.

جدول ۶ نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیری برای مقایسه ۲ گروه مورد مطالعه در متغیر خودکارآمدی

منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری	اندازه اثر	توان آزمون
پیش آزمون	۱۲۹۵۸/۴۰۸	۱	۱۵۸/۷۰۰	۹۷۳/۸۳۰	۰/۰۰۰	۰/۹۴۳	۱
گروه	۱۳/۳۰۷	۵۹	۱۰/۴۱۴				
خطا	۱۲۹۷۱/۷۲	۶۰					

همان‌طور که در جدول (۶) قابل مشاهده است، پس از حذف اثر پیش آزمون در متغیر خودکارآمدی با گروه آزمایش برابر با $۲۹/۸۷$ و گروه کنترل برابر با $۱۹/۷۳$ بود که میانگین گروه آزمایش بعد از آموزش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بیشتر از گروه کنترل بوده است که با در نظر گرفتن محدودیت‌های پژوهش می‌توان نتیجه گرفت که آموزش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خودکارآمدی در زنان درگیر خشونت خانوادگی تاثیر مثبت دارد که سبب افزایش خودکارآمدی در بین این زنان می‌گردد. همچنین، این نتایج نشان می‌دهد اثر این مداخله یعنی کلاس آموزشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر نمره کل خودکارآمدی در زنان درگیر خشونت خانوادگی برابر $۰/۹۴۳$ است. میزان توان آزمون آماری نیز یک است، بدین معنی که میزان دقت این تحلیل در کشف تفاوت‌های معنادار در سطح کامل قرار دارد و حجم نمونه برای این آزمون کافی است. این نتایج به این معناست که $۹۴/۳$ درصد از تغییرات در گروه‌ها ناشی از اثر آموزش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد است.

فرضیه دوم: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر رضایت زناشویی در زنان درگیر خشونت خانوادگی تاثیرگذار می‌باشد.

جدول ۷ آزمون کولموگروف اسمیرنوف برای بررسی مفروضه نرمال بودن در متغیر رضایت زناشویی

متغیر	گروه‌ها	آزمون	آماره	درجه آزادی	سطح معنی‌داری
رضایت زناشویی	آزمایش	پیش آزمون	۰/۰۷۸	۱۵	۰/۰۹۴
		پس آزمون	۰/۱۲۷	۱۵	۰/۱۴۰
	کنترل	پیش آزمون	۰/۰۹۷	۱۵	۰/۱۱۷
		پس آزمون	۰/۰۹۹	۱۵	۰/۱۲۶

همان‌طور که در جدول (۷) قابل مشاهده است، مفروضه نرمال بودن در متغیر رضایت زناشویی در ۲ گروه و در هر دو مرحله اندازه‌گیری (قبل و بعد از برگزاری کلاس آموزشی) با سطح معناداری بزرگ‌تر از $۰/۰۵$ تایید شد ($p > ۰/۰۵$).

جدول ۸ نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیره (MANCOVA) متغیر صمیمیت زناشویی

آزمودنی‌ها	مقدار	F	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	سطح معناداری	مجذور ایثای سهمی
اثر پیلایی	۰/۴۴۶	۳/۵۱۸	۱۱	۴۸	۰/۰۰۱	۰/۴۴۶
لامبدای ویلکز	۰/۵۵۴	۳/۵۱۸	۱۱	۴۸	۰/۰۰۱	۰/۴۴۶
اثر هاتلینگ	۰/۸۰۶	۳/۵۱۸	۱۱	۴۸	۰/۰۰۱	۰/۴۴۶
بزرگترین ریشه روی	۰/۸۰۶	۳/۵۱۸	۱۱	۴۸	۰/۰۰۱	۰/۴۴۶

همان‌طور که در جدول (۸) قابل مشاهده است، در تحلیلی کوواریانس چندمتغیره، چهار آزمون "اثر پیلایی، لامبدای ویلکز، اثر هاتلینگ و بزرگ‌تری ریشه" بررسی می‌شود. همان‌گونه که مشخص می‌شود، سط معناداری تمامی آزمون‌های چندمتغیره $۰/۰۰۱$ و کمتر از $۰/۰۵$ می‌باشد که نشان می‌دهد حداقل بین یک متغیر وابسته (ابعاد رضایت زناشویی) در گروه‌های آزمایش و کنترل تفاوت معناداری وجود دارد. چون دو گروه با یکدیگر مقایسه می‌شوند، مقدار F و سطح معناداری تمام آزمون‌ها برابر می‌باشد.

جدول ۹ نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیره جهت بررسی معناداری تفاوت میانگین‌های متغیر رضایت زناشویی در پیش آزمون و پس-

آزمون

منبع	مجموع مجزورات	درجه آزادی	F	معناداری	اندازه اثر
رضایت زناشویی	۲۰/۴۱۷	۱	۵/۳۶	۰/۰۲۴	۰/۱۸۵
مسایل شخصیتی	۲۴/۰۶۷	۱	۲/۵۱	۰/۰۱۸	۰/۱۴۲
ارتباط زناشویی	۱۴/۸۱۷	۱	۴/۲۶	۰/۰۰۷	۰/۱۰۵

حل تعارض	۱۵/۴۰۰	۱	۲/۳۱	۰/۰۳۷	۰/۱۰۵
نظارت مالی	۲۴/۰۶۷	۱	۲/۲۱	۰/۰۲۷	۰/۱۲۱
فعالیت‌های مربوط به اوقات فراغت	۱۴/۰۱۷	۱	۲/۸۱	۰/۰۳۷	۰/۱۱۴
روابط جنسی	۸۴/۰۱۷	۱	۵/۷۳	۰/۰۲۰	۰/۰۹۰
ازدواج و فرزندان	۲/۸۱۷	۱	۲/۹۷	۰/۰۳۲	۰/۱۱۷
بستگان و دوستان	۴۱/۶۶۷	۱	۲/۸۵	۰/۰۱۸	۰/۱۳۱
جهت‌گیری عقیدتی	۹۱/۲۶۷	۱	۸/۱۴	۰/۰۰۶	۰/۱۲۳

همان‌طور که در جدول (۹) قابل مشاهده است، آموزش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ابعاد رضایت زناشویی (رضایت زناشویی، مسایل شخصیتی، ارتباط زناشویی، حل تعارض، نظارت مالی، فعالیت‌های مربوط به اوقات فراغت، روابط جنسی، ازدواج و فرزندان، بستگان و دوستان، جهت‌گیری عقیدتی) در زنان درگیر خشونت خانوادگی تاثیر دارد. حال برای بررسی اثر آموزش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر رضایت زناشویی از روش تحلیل کوواریانس تک متغیره استفاده می‌شود.

جدول ۱۰ نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیری برای مقایسه ۲ گروه مورد مطالعه در متغیر رضایت زناشویی

منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری	اندازه اثر	توان آزمون
پیش آزمون	۵۳۳۹/۲۶۷	۱	۵۳۳۹/۲۶۷	۶/۲۲۲	۰/۰۱۵	۰/۲۹۷	۱
گروه	۱۹۷۷۲/۴۶۷	۵۸	۸۵۸/۱۴۶				
خطا	۲۵۱۱۱/۷۳۴	۵۹					

همان‌طور که در جدول (۱۰) قابل مشاهده است، پس از حذف اثر پیش آزمون در متغیر رضایت زناشویی با $(F=۶/۲۲۲)$ $(p < ۰/۰۱)$ تفاوت بین ۲ گروه آزمایش و کنترل در سطح آلفای ۰/۰۵ معنی‌دار است. میانگین گروه آزمایش برابر با ۱۶۸/۶۰ و گروه کنترل برابر با ۱۱۲/۱۳ بعد از برگزاری کلاس آموزشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بود که میانگین گروه آزمایش بیشتر از گروه کنترل بوده است که با در نظر گرفتن محدودیت‌های پژوهش می‌توان نتیجه گرفت که آموزش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر رضایت زناشویی در زنان درگیر خشونت خانوادگی تاثیر مثبت دارد. همچنین، این نتایج نشان می‌دهد اثر این مداخله کلاس آموزشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر نمره کل رضایت زناشویی در زنان درگیر خشونت خانوادگی برابر ۰/۲۹۷ است. میزان توان آزمون آماری نیز یک است، بدین معنی که میزان دقت این تحلیل در کشف تفاوت‌های معنادار در سطح کامل قرار دارد و حجم نمونه برای این آزمون کافی است. این نتایج به این معناست که ۵۴/۴ درصد از تغییرات رضایت زناشویی در گروه‌ها ناشی از اثر آموزش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد است. نتایج نشان می‌دهد که اندازه اثر مداخله آموزشی بر نمره کل رضایت زناشویی و ابعاد آن در در زنان درگیر خشونت خانوادگی به صورت مثبت و مستقیم می‌باشد و این آموزش برای افزایش رضایت زناشویی در زنان درگیر خشونت خانوادگی بسیار موثر می‌باشد.

فرضیه ۳- درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تنظیم شناختی هیجانی در زنان درگیر خشونت خانوادگی تاثیرگذار می‌باشد.

جدول ۴-۱۱ آزمون کولموگروف اسمیرنوف برای بررسی مفروضه‌ی نرمال بودن در متغیر تنظیم شناختی هیجانی

متغیر	گروه‌ها	آزمون	آماره	درجه آزادی	سطح معنی‌داری
تنظیم شناختی هیجانی	آزمایش	پیش آزمون	۰/۱۶۴	۱۵	۰/۱۲۷
	کنترل	پس آزمون	۰/۱۲۴	۱۵	۰/۰۹۸
هیجانی	آزمایش	پیش آزمون	۰/۲۱۶	۱۵	۰/۰۹۶
	کنترل	پس آزمون	۰/۱۲۴	۱۵	۰/۱۰۳

همان‌طور که در جدول (۱۱) قابل مشاهده است، مفروضه نرمال بودن در متغیر تنظیم شناختی هیجانی در ۲ گروه و در هر دو مرحله اندازه‌گیری (قبل و بعد از برگزاری کلاس آموزشی) با سطح معناداری بزرگ‌تر از ۰/۰۵ تایید شد $(p > ۰/۰۵)$.

جدول ۱۲ نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیره (MANCOVA) متغیر تنظیم شناختی هیجانی

آزمودنی‌ها	مقدار	F	درجه آزادی فرضیه	درجه آزادی خطا	سطح معناداری	مجذور ایتنای سهمی
اثرپیلایی	۰/۳۹۲	۳/۵۸۰	۹	۵۰	۰/۰۰۲	۰/۳۹۲
لامبدای ویلکز	۰/۶۰۸	۳/۵۸۰	۹	۵۰	۰/۰۰۲	۰/۳۹۲
اثرهاتلینگ	۰/۶۴۴	۳/۵۸۰	۹	۵۰	۰/۰۰۲	۰/۳۹۲
بزرگترین ریشه روی	۰/۶۴۴	۳/۵۸۰	۹	۵۰	۰/۰۰۲	۰/۳۹۲

همان‌طور که در جدول (۱۲) قابل مشاهده است، در تحلیلی کوواریانس چندمتغیره، چهار آزمون "اثرپیلایی، لامبدای ویلکز، اثرهاتلینگ و بزرگ‌تری ریشه" بررسی می‌شود. همان‌گونه که مشخص می‌شود، سطح معناداری تمامی آزمون‌های چندمتغیره ۰/۰۰۲ و کمتر از ۰/۰۵ می‌باشد که نشان می‌دهد حداقل بین یک متغیر وابسته (ابعاد تنظیم شناختی هیجانی) در گروه‌های آزمایش و کنترل تفاوت معناداری وجود دارد. چون دو گروه با یکدیگر مقایسه می‌شوند، مقدار F و سطح معناداری تمام آزمون‌ها برابر می‌باشد.

جدول ۱۳ نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری جهت بررسی معناداری تفاوت میانگین‌های متغیر تنظیم شناختی هیجانی در پیش‌آزمون و پس‌آزمون

منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	F	معناداری	اندازه اثر
ملاطت خویش	۴۵/۰۶۷	۱	۴/۹۲۳	۰/۰۳۰	۰/۰۷۸
پذیرش	۱۲۳/۲۶۷	۱	۱۲/۶۴۳	۰/۰۰۱	۰/۱۷۹
نشخوار	۳۰/۸۱۷	۱	۵/۹۸۸	۰/۰۲۹	۰/۱۴۹
تمرکز مجدد مثبت	۴۶/۸۱۷	۱	۵/۶۲۰	۰/۰۲۲	۰/۱۵۹
تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی	۷۷/۰۶۷	۱	۱۰/۰۵۲	۰/۰۰۲	۰/۱۴۸
ارزیابی مجدد مثبت	۴۵/۰۶۷	۱	۴/۴۰۱	۰/۰۴۰	۰/۰۱۷۱
دیدگاه‌پذیری	۱۳۵/۰۰۰	۱	۱۶/۱۹۸	۰/۰۰۰	۰/۳۱۸
فاجعه‌سازی	۷۹/۳۵۰	۱	۱۳/۴۷۱	۰/۰۰۱	۰/۱۸۸
ملاطت دیگران	۱۱/۲۶۷	۱	۵/۴۲۶	۰/۰۲۷	۰/۱۲۴

همان‌طور که در جدول (۱۳) قابل مشاهده است، آموزش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ابعاد تنظیم شناختی هیجانی (ملاطت خویش، پذیرش، نشخوار، تمرکز مجدد مثبت، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی، ارزیابی مجدد مثبت، دیدگاه‌پذیری، فاجعه‌سازی، ملاطت دیگران) در خانواده‌های دارای کودکان کم‌توان ذهنی تاثیر دارد. حال برای بررسی اثر آموزش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تنظیم شناختی هیجانی از روش تحلیل کوواریانس تک متغیره استفاده می‌شود.

جدول ۱۴ نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیری برای مقایسه ۲ گروه مورد مطالعه در متغیر رضایت زناشویی

منبع	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری	اندازه اثر	توان آزمون
پیش‌آزمون	۴۸۴۲/۰۱۷	۱	۴۸۴۲/۰۱۷	۱۲/۹۶۱	۰/۰۰۱	۰/۲۸۳	۱
گروه	۲۱۶۶۷/۶۳۳	۵۸	۳۷۳/۵۸۰				
خطا	۷۰۳۱۹/۶۵۰	۵۹					

همان‌طور که در جدول (۱۴) قابل مشاهده است، پس از حذف اثر پیش‌آزمون در متغیر تنظیم شناختی هیجانی با $(F=1470/0, p<0/01)$ تفاوت بین ۲ گروه آزمایش و کنترل در سطح آلفای ۰/۰۵ معنی‌دار است. میانگین گروه آزمایش برابر با ۱۴۰/۸۰ و گروه کنترل برابر با ۱۰۷/۸۷ بعد از برگزاری کلاس آموزشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بود که میانگین گروه آزمایش بیشتر از گروه کنترل بوده است که با در نظر گرفتن محدودیت‌های پژوهش می‌توان نتیجه گرفت که آموزش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تنظیم شناختی هیجانی در زنان درگیر خشونت خانوادگی تاثیر مثبت دارد.

همچنین، این نتایج نشان می‌دهد اثر این مداخله کلاس آموزشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر نمره کل تنظیم شناختی هیجانی در زنان درگیر خشونت خانوادگی برابر $0/283$ است. میزان توان آزمون آماری نیز یک است، بدین معنی که میزان دقت این تحلیل در کشف تفاوت‌های معنادار در سطح کامل قرار دارد و حجم نمونه برای این آزمون کافی است. این نتایج به این معناست که $54/4$ درصد از تغییرات تنظیم شناختی هیجانی در گروه‌ها ناشی از اثر آموزش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد است. نتایج نشان می‌دهد که اندازه اثر مداخله آموزشی بر نمره کل تنظیم شناختی هیجانی و ابعاد آن در تنظیم شناختی هیجانی در زنان درگیر خشونت خانوادگی به صورت مثبت و مستقیم می‌باشد و این آموزش برای افزایش تنظیم شناختی هیجانی در زنان درگیر خشونت خانوادگی بسیار موثر می‌باشد.

بحث و نتیجه‌گیری

نتیجه ی فرضیه ۱- درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر میزان خودکارآمدی در زنان درگیر خشونت خانوادگی تاثیرگذار می‌باشد.

با توجه به نتایج بدست آمده در فصل چهارم در جدول (۶) قابل مشاهده است، پس از حذف اثر پیش آزمون در متغیر خودکارآمدی با $(F=1973/830, p<0/01)$ تفاوت بین ۲ گروه آزمایش و کنترل در سطح آلفای $0/05$ معنی‌دار است. میانگین گروه آزمایش برابر با $29/87$ و گروه کنترل برابر با $19/73$ بود که میانگین گروه آزمایش بعد از آموزش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بیشتر از گروه کنترل بوده است که با در نظر گرفتن محدودیت‌های پژوهش می‌توان نتیجه گرفت که آموزش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خودکارآمدی در زنان درگیر خشونت خانوادگی تاثیر مثبت دارد که سبب افزایش خودکارآمدی در بین این زنان می‌گردد. همچنین، این نتایج نشان می‌دهد اثر این مداخله یعنی کلاس آموزشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر نمره کل خودکارآمدی در زنان درگیر خشونت خانوادگی برابر $0/943$ است. میزان توان آزمون آماری نیز یک است، بدین معنی که میزان دقت این تحلیل در کشف تفاوت‌های معنادار در سطح کامل قرار دارد و حجم نمونه برای این آزمون کافی است. این نتایج به این معناست که $94/3$ درصد از تغییرات در گروه‌ها ناشی از اثر آموزش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد است. نتیجه‌ی بدست آمده با نتایج تحقیقات درویش‌نیا و همکاران (۱۴۰۲)، ربانی و همکاران (۱۴۰۲)، کایهان و همکاران (۲۰۲۳)، همراستا می‌باشد. در تبیین نتایج به‌دست‌آمده می‌توان گفت: از آنجایی که رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد نسبت به دیگر رویکردهای درمانی مانند رویکرد شناختی رفتاری یا روانکاوای جوانتر است، به همین خاطر تعداد افرادی که با تمام قوا وارد این حیطه درمانی می‌شوند کم است. شاید دیده باشید افرادی که برای شنا به استخر یا دریاچه می‌روند قبل از شیرجه زدن به درون آن در ابتدا انگشتان خود را وارد آب می‌کنند و سپس کم کم مابقی اعضای بدن خود را تا اینکه نهایتاً در آن شیرجه می‌زنند. رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد نیز به همین ترتیب است افراد ابتدا با شک و تردید، کمی در آن داخل می‌شوند چون هنوز نسبت به آن اطمینان ندارند اما با آشنایی بیشتر با آن، در آن غوطه‌ور خواهند شد. دلیل عمده این عدم اطمینان اولیه نیز این امر است که بر خلاف مدل‌های درمانی دیگر که فرضشان بر این است که مراجعان باید علائم‌شان کاهش یابد تا اینکه بتوانند زندگی بهتری شروع کنند، در مدل درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد زندگی توجه آگاهانه و همسو با ارزش‌ها پیامد مطلوب رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد است و نه کاهش علائم. با اینکه رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد علائم را کاهش می‌دهد اما هرگز هدفش این نیست (هریس، ترجمه: امین‌زاده، ۱۴۰۲). بنابراین درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر رضایت زناشویی در زنان درگیر خشونت خانوادگی تاثیرگذار می‌باشد.

نتیجه ی فرضیه ۲- درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر رضایت زناشویی در زنان درگیر خشونت خانوادگی تاثیرگذار می‌باشد.

همان‌طور که در جدول (۹) قابل مشاهده است، آموزش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ابعاد رضایت زناشویی (رضایت زناشویی، مسایل شخصیتی، ارتباط زناشویی، حل تعارض، نظارت مالی، فعالیت‌های مربوط به اوقات فراغت، روابط جنسی،

ازدواج و فرزندان، بستگان و دوستان، جهت‌گیری عقیدتی) در زنان درگیر خشونت خانوادگی تاثیر دارد. و همان‌طور که در جدول (۱۰) قابل مشاهده است، پس از حذف اثر پیش‌آزمون در متغیر رضایت زناشویی با $(F=6/222, p<0/01)$ تفاوت بین ۲ گروه آزمایش و کنترل در سطح آلفای ۰/۰۵ معنی‌دار است. میانگین گروه آزمایش برابر با ۱۶۸/۶۰ و گروه کنترل برابر با ۱۱۲/۱۳ بعد از برگزاری کلاس آموزشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بود که میانگین گروه آزمایش بیشتر از گروه کنترل بوده است که با در نظر گرفتن محدودیت‌های پژوهش می‌توان نتیجه گرفت که آموزش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر رضایت زناشویی در زنان درگیر خشونت خانوادگی تاثیر مثبت دارد. همچنین، این نتایج نشان می‌دهد اثر این مداخله کلاس آموزشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر نمره کل رضایت زناشویی در زنان درگیر خشونت خانوادگی برابر ۰/۲۹۷ است. میزان توان آزمون آماری نیز یک است، بدین معنی که میزان دقت این تحلیل در کشف تفاوت‌های معنادار در سطح کامل قرار دارد و حجم نمونه برای این آزمون کافی است. این نتایج به این معناست که ۵۴/۴ درصد از تغییرات رضایت زناشویی در گروه‌ها ناشی از اثر آموزش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد است. نتایج نشان می‌دهد که اندازه اثر مداخله آموزشی بر نمره کل رضایت زناشویی و ابعاد آن در در زنان درگیر خشونت خانوادگی به صورت مثبت و مستقیم می‌باشد و این آموزش برای افزایش رضایت زناشویی در زنان درگیر خشونت خانوادگی بسیار موثر می‌باشد. نتیجه‌ی بدست آمده با نتایج تحقیقات کاوسیان و همکاران (۱۳۹۶)، علیقلی‌زاده مقدم و همکاران (۱۳۹۶)، جاکوبسون و همکاران (۲۰۲۲)، پیترسون و همکاران (۲۰۲۰)، همراستا می‌باشد. در تبیین نتایج به‌دست‌آمده می‌توان گفت: درمان پذیرش و تعهد (ACT درمانی) نوعی روان‌درمانی ذهن آگاه است که به افراد کمک می‌کند تا بر لحظه حال متمرکز و افکار و احساسات را بدون قضاوت بپذیرد. تکنیک‌های ذهن آگاهی مانند اسکن بدن و تمرین‌های تنفسی، می‌توانند به افراد کمک کنند تا نسبت به احساسات بدن آگاه‌تر شوند و تأثیر درد بر بهزیستی عاطفی را کاهش. استعاره‌ها اغلب در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به کار می‌روند تا به بیماران کمک کنند تا ماهیت تجربیات درد خود را درک کنند و دیدگاهی انعطاف‌پذیرتر و سازگارتر اتخاذ کنند. یکی از این نمونه‌ها، استعاره «تعداد سوئیچ» است که به وضوح توضیح می‌دهد که چگونه تلاش برای کنترل یا اجتناب از درد ممکن است پریشانی روانی را تقویت کند. تمرین‌های شفاف‌سازی ارزش‌ها تلاش می‌کنند تا به افراد کمک کنند تا آنچه را که واقعاً برایشان مهم است شناسایی کنند و آنها را تشویق کنند تا در فعالیت‌هایی که با ارزش‌هایشان همسو هستند، شرکت کنند، حتی زمانی که درد را تجربه می‌کنند. هدف این درمان است، کمک کردن به افراد می‌باشد تا از طریق احساسات دشوار به جلو حرکت کنند و بتوانند به جای تمرکز بر روی احساسات منفی، انرژی خود را برای درمان بگذارند. به طور خلاصه، استراتژی اصلی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در مدیریت درد، بهبود عملکرد روزانه با ایجاد الگوهای موفق‌تر عملکرد رفتاری به طور صریح از طریق افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی است (مارتین و همکاران، ۲۰۲۳). تعدادی از مداخلات هسته‌ای درمان با پذیرش و تعهد برای درمان زوج‌ها در قالب مشترک اصلاح شدند. تمرین‌های دفع شناختی برای کمک به زوج‌ها برای کاهش تلفیق و باورپذیری افکار و احساسات منفی مرتبط با رابطه مورد استفاده قرار گرفت. تکنیک‌های ذهن آگاهی و پذیرش برای کمک به زوج‌ها برای افزایش آگاهی از واکنش‌های خود به چرخه‌های منفی رابطه استفاده شد. در نهایت، از اقدامات ارزش محور برای کمک به شرکا استفاده شد تا حتی در حضور افکار و احساسات ناخواسته، به روشی سازگار با ارزش‌های رابطه عمل کنند که سبب رضایت بیشتر زوجین می‌شود (پیترسون و همکاران، ۲۰۲۰). بنابراین درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر رضایت زناشویی در زنان درگیر خشونت خانوادگی تاثیرگذار می‌باشد.

نتیجه‌ی فرضیه ۳- درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تنظیم شناختی هیجانی در زنان درگیر خشونت خانوادگی تاثیرگذار می‌باشد.

با توجه به نتایج بدست آمده در فصل چهارم در جدول (۱۳) قابل مشاهده است، آموزش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ابعاد تنظیم شناختی هیجانی (ملامت خویش، پذیرش، نشخوار، تمرکز مجدد مثبت، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی، ارزیابی مجدد مثبت، دیدگاه‌پذیری، فاجعه‌سازی، ملامت دیگران) در خانواده‌های دارای کودکان کم‌توان ذهنی تاثیر دارد. و همان‌طور که در جدول (۱۴) قابل مشاهده است، پس از حذف اثر پیش‌آزمون در متغیر تنظیم شناختی هیجانی با

($F=12/961, p<0/01$) تفاوت بین ۲ گروه آزمایش و کنترل در سطح آلفای ۰/۰۵ معنی‌دار است. میانگین گروه آزمایش برابر با ۱۴۰/۸۰ و گروه کنترل برابر با ۱۰۷/۸۷ بعد از برگزاری کلاس آموزشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بود که میانگین گروه آزمایش بیشتر از گروه کنترل بوده است که با در نظر گرفتن محدودیت‌های پژوهش می‌توان نتیجه گرفت که آموزش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تنظیم شناختی هیجانی در زنان درگیر خشونت خانوادگی تاثیر مثبت دارد. همچنین، این نتایج نشان می‌دهد اثر این مداخله کلاس آموزشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر نمره کل تنظیم شناختی هیجانی در زنان درگیر خشونت خانوادگی برابر ۰/۲۸۳ است. میزان توان آزمون آماری نیز یک است، بدین معنی که میزان دقت این تحلیل در کشف تفاوت‌های معنادار در سطح کامل قرار دارد و حجم نمونه برای این آزمون کافی است. این نتایج به این معناست که ۵۴/۴ درصد از تغییرات تنظیم شناختی هیجانی در گروه‌ها ناشی از اثر آموزش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد است. اثر بین آزمودنی برای گروه در ابعاد تنظیم شناختی هیجانی در زنان درگیر خشونت خانوادگی معنادار است (کم‌تر از ۰/۰۵ می‌باشند)؛ این نتایج بدین معناست که آموزش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به خانواده‌های دارای زنان درگیر خشونت خانوادگی، با کنترل نمرات پیش‌آزمون، تاثیر معناداری در افزایش نمره ابعاد تنظیم شناختی هیجانی در زنان درگیر خشونت خانوادگی در مرحله پس‌آزمون نسبت به گروه کنترل داشته است و آموزش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به طور معناداری باعث افزایش ابعاد تنظیم شناختی هیجانی در گروه آزمایش شده است. نتایج نشان می‌دهد که اندازه اثر مداخله آموزشی بر نمره کل تنظیم شناختی هیجانی و ابعاد آن در تنظیم شناختی هیجانی در زنان درگیر خشونت خانوادگی به صورت مثبت و مستقیم می‌باشد و این آموزش برای افزایش تنظیم شناختی هیجانی در زنان درگیر خشونت خانوادگی بسیار موثر می‌باشد. نتیجه‌ی بدست آمده با نتایج تحقیقات غنی‌فر و همکاران (۱۴۰۲)، ولی‌زاده و همکاران (۱۴۰۱)، همراستا می‌باشد. در تبیین نتایج به‌دست آمده می‌توان گفت: یکی از درمان‌های موج سوم، که در مشکلات مربوط به سلامت جسمانی و روان-شناختی که اخیراً کاربرد زیادی یافته است، درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش می‌باشد (فزون و همکاران، ۱۴۰۲). مزیت عمده این روش نسبت به روان‌درمانی‌های دیگر، در نظر گرفتن جنبه‌ای انگیزشی به همراه جنبه‌های شناختی به جهت تأثیر و تداوم بیشتر اثربخشی درمان است. در این درمان، ایجاد رابطه همکارانه اهمیت زیادی دارد، زیرا همین رابطه است که زمینه‌ای برای درمان فراهم می‌آورد. زمانی که رابطه درمانی طی این درمان، صحیح و منطبق با اصول آن صورت پذیرد، به صورت غیرمستقیم باعث تقویت پذیرش و انگیزه و ادامه دادن درمان و حرکت در جهت ارزش‌های فرد می‌شود، که طی آن، بافتی ایجاد می‌گردد که در آن هم رفتارهای موثر و هم غیر موثر فرا خوانده می‌شود تا مراجع مهارت لازم جهت شناسایی و اعمال رفتارهای مناسب بیابد. در نهایت طی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، مراجع تشویق می‌گردد تا به تغییرات در رفتارش متعهد باشد و این تعهد، شرایط مناسبی را برای رهایی فرد از گیر کردن در جنبه‌های لفظی زبان فراهم می‌سازد. در واقع، هدف درمان پذیرش و تعهد ایجاد تغییر مستقیم در مراجع نیست، بلکه هدف آن، کمک به مراجع است تا بتواند به روش‌های متفاوتی با تجاربش ارتباط برقرار کند و قادر گردد تا به طور کامل با زندگی معنادار و مبتنی بر ارزش درگیر گردد. درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش را می‌توان ترکیبی از استراتژی‌های پذیرش و خودآگاهی برای تغییر رفتار آشکار توصیف کرد که برای بهبودی چیزی که انعطاف‌پذیری روان‌شناختی نامیده می‌شود، تلاش می‌کند. بنابراین از جمله اهداف پایه در درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش، ایجاد انعطاف‌پذیری روانی است (سیانتوری و همکاران، ۲۰۱۸). در درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش، شناخت‌ها و هیجان‌ها در بافت زمینه‌ای پدیده‌ها بررسی می‌شوند. به همین دلیل، به جای رویکردهایی مانند درمان شناختی-رفتاری که شناخت‌ها و باورهای ناکارآمد را اصلاح کرده تا هیجان‌ها و رفتارها اصلاح شود، در اینجا به افراد آموزش «اینجا و اکنون» داده می‌شود که در گام اول هیجان‌های خود را بپذیرد و در زندگی از انعطاف‌پذیری روان‌شناختی بیشتری برخوردار شود. به همین دلیل در این درمان‌ها فنون شناختی-رفتاری سنتی را با ذهن‌آگاهی ترکیب می‌کنند (باباجان‌زاده و همکاران، ۱۳۹۹) در نتیجه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تنظیم شناختی هیجانی در زنان درگیر خشونت خانوادگی تاثیرگذار می‌باشد.

منابع

۱. امیرخانلو، آذر، میرزائیان، بهرام، حسنزاده، رمضان، (۱۴۰۰)، تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش بر بخشودگی بین فردی و تحمل پریشانی در زنان آزار دیده از خشونت های خانگی، مجله مطالعات ناتوانی، شماره ۱۹۸ (۱۲)، صص ۸-۱.
۲. باباجانزاده، زبیده، عباسی، قدرت اهلل، حسن زاده، رمضان، (۱۳۹۹)، اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان شناختی رفتاری بر مولفه های هوش هیجانی مادران، پژوهشنامه تربیتی، شماره ۱۵ (۳)، صص ۱۷-۳۴.
۳. درویش نیا، آزاده، آقاییوسفی، علی رضا، صبحی قراملکی، ناصر، (۱۴۰۲)، اثربخشی مقابله درمانی بر خشونت خانگی و خودکارآمدی زنان خشونت دیده. مجله اصول بهداشت روانی، شماره ۲۵ (۴)، صص ۲۵۱-۲۴۵.
۴. ربانی، الهه و براتی، هاجر و ذاکر فرد، منیرالسادات، (۱۴۰۲)، بررسی تاثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افسردگی، خودکارآمدی و عزت نفس زنان مطلقه، دومین همایش ملی روان درمانی ایران، اردبیل، <https://civilica.com/doc/1751931>
۵. سلحشوری، نسرين، آتش پور، سیدحمید، (۱۴۰۰)، اثربخشی آموزش هوش زناشویی بر رضایت و سازگاری زناشویی زوجین، مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد، دوره ۶۴، شماره ۲، صص ۲۹۷۰-۲۹۸۲.
۶. سپاهپوش منفرد، مسلم، معتمدی، عبدالله، سهرابی، فرامرز. (۱۴۰۰). تاثیر خانواده درمانی شناختی- رفتاری بر سلامت عمومی و رضایت زناشویی خانواده های دارای کودکان کم توان ذهنی شهرستان خرم آباد، نشریه دانش و پژوهش در روان شناسی کاربردی، شماره ۲۲ (۲)، صص ۴۷-۵۸.
۷. صادقی، مریم، اکبری چرمهینی، صغری، بهرامی، علیرضا، سیدموسی، پریسا سادات، (۱۴۰۱)، اثربخشی بازی درمانی دلبستگی محور بر خودکارآمدی والدینی مادران، تنظیم هیجانی و سازگاری اجتماعی کودکان دارای اضطراب جدایی: مطالعه موردی، روان شناسی کاربردی، دوره ۱۶، شماره ۲ (۶۲)، صص ۱۳۲-۱۰۷.
۸. علیقلی زاده مقدم، سحر، نعیم، مهدی، رضایی شریف، علی، (۱۳۹۶)، اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر سازگاری زناشویی و کاهش خشونت خانگی علیه زنان، مجله علمی پژوهش در علوم انسانی و مطالعات اجتماعی، شماره ۳ (۱۱)، صص ۱۴۸-۱۵۸.
۹. غنی فر، محمدحسن، آهی، قاسم، (۱۴۰۲)، مقایسه اثربخشی زوج درمانی هیجان مدار و زوج درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر شاخص های شناختی (اجتناب تجربه ای و تنظیم هیجان) در زوجین آسیب دیده از روابط فرا زناشویی، مطالعات و تازه های روانشناختی نوجوان و جوان، دوره ۴، شماره ۳ (۱۳)، صص ۱۲-۲۴.
۱۰. فرزاده، حیدر، موسوی، سیدمحمود، جداوی، ثریا، مهرانی، عبدالرسول، (۱۴۰۰)، پیش بینی خودکارآمدی معلمان بر حسب مولفه های رضایت شغلی، پژوهشنامه اورمزد، شماره ۵۴، صص ۳۰۰-۳۱۹.
۱۱. فزونی، فرنوش، جابرائصاری، فرزانه، (۱۴۰۲)، اثربخشی آموزش رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ادراک حمایت اجتماعی و هوش هیجانی معلمان پایه پنجم مدارس ابتدایی، فصلنامه ایده های نوین روانشناسی، دوره ۱۷، شماره ۲۱، صص ۱۰-۲۲.
۱۲. فضائی، طاهره، حیدری، حسن، حمیدی پور، رحیم، (۱۴۰۲)، تدوین مدل رضایت زناشویی بر اساس کارکردهای اجرایی با نقش میانجی همدلی در زوجین شاغل، فرهنگ مشاوره و روان درمانی، سال ۱۴، شماره ۵۵، صص ۱۲۵-۱۴۹.
۱۳. قمری، سیما، کدیور، پروین، قنبری پناه، افسانه، (۱۴۰۰)، پیش بینی گرایش های اجتماعی مطلوب و خودکنترلی بر اساس حمایت اجتماعی و ویژگی های خلقی: نقش واسطه ای خودکارآمدی در تنظیم هیجان و شایستگی هیجانی - اجتماعی، دوفصلنامه راهبردهای شناختی در یادگیری، سال ۹، شماره ۱۶، صص ۳۵-۵۶.
۱۴. کاوسیان، جواد، حریفی، حسنیه، کریمی، کامبیز، (۱۳۹۶)، اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر رضایت زناشویی زوج ها، مجله سلامت و مراقبت، شماره ۱۹ (۱)، صص ۷۵-۸۷.

۱۵. گاتمن، جان، (۱۳۹۵)، هفت اصل موفقیت در ازدواج و زناشویی: راز ازدواج‌های موفق، ترجمه: مرتضی نظری، تهران: اندیشه معاصر.
۱۶. محسنی تبریزی، علیرضا؛ کلدی؛ علیرضا؛ جوادیان زاده، مهدیه، (۱۳۹۱)، بررسی وضعیت خشونت خانگی در زنان متأهل مراجعه کننده به مراکز پزشکی قانونی و بهزیستی شهرستان یزد در سال ۱۳۸۹، فصلنامه طلوع بهداشت یزد، ۱۱ (۳)، ۲۴-۱۱.
۱۷. مرادی، ماریه، محمدی، رزگار، (۱۴۰۰)، تاثیر شادکامی بر خوش‌بینی تحصیلی و خودکارآمدی تحصیلی دانش‌آموزان پایه ابتدایی شهر سقز، رویکردی نو در علوم تربیتی، شماره ۴(۱۰)، صص ۳۸-۴۸.
۱۸. میرزائی، زهرا، (۱۴۰۱)، عوامل موثر بر رضایت از ازدواج در زوجین ایرانی: مطالعه مروری نظاممند، چهارمین کنگره ملی انجمن علمی روانشناسی خانواده ایران با عنوان: ازدواج موفق و فرزندپروری سالم، <https://civilica.com/doc/۱۶۹۵۳۳۰>.
۱۹. ولی زاده، حدیث، برندین، شیما، (۱۴۰۱)، مقایسه اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی با درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی و تنظیم هیجان زنان قربانی خشونت خانگی، پژوهش‌های نوین روانشناختی، سال ۱۷، شماره ۶۷، صص ۲۹۷-۳۰۸.
۲۰. هریس، راس، (۱۴۰۲)، ACT به زبان ساده الفبای درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، ترجمه: انوشه امین زاده، تهران: ارجمند.
۲۱. Anyango, C., Goicolea, I. & Namatovu, F. (۲۰۲۳). Women with disabilities' experiences of intimate partner violence: a qualitative study from Sweden. *BMC Women's Health* ۲۳, ۳۸۱. <https://doi.org/۱۰.۱۱۸۶/s۱۲۹۰۵-۰۲۳-۰۲۵۲۴-۸>
۲۲. Bandura, A. (۱۹۹۷). *Self-efficacy: The exercise of control*. New York: W.H. Fireman.
۲۳. Baryła-Matejczuk M, Poleszak W, Filipek K, Cwynar A, Żółtak T. (۲۰۲۳) In the quest for effective factors of satisfaction with life: Insights from intra-couple interaction and financial management variables. *PLoS ONE* ۱۸(۳): e۰۲۷۹۰۷۹. <https://doi.org/۱۰.۱۳۷۱/journal.pone.۰۲۷۹۰۷۹>
۲۴. Bjorklund p. Daly AJ. Ambrose R. Elizabeth A. van Es. (۲۰۲۲). Connections and Capacity: An Exploration of Preservice Teachers' Sense of Belonging, Social Networks, and Self-Efficacy in Three Teacher Education Programs. *AERA Open* January-March ۲۰۲۰, Vol. ۶, No. ۱, pp. ۱-۱۴. DOI:<https://doi.org/۱۰.۱۱۷۷/۲۳۳۲۸۵۸۴۲۰۹۰۱۴۹۶>
۲۵. Çelik, E., Çelik, B., Yavaş, Ş., & Süler, M. (۲۰۲۲). Investigation of marital satisfaction in terms of proactive personality, meaning in life, offensespecific forgiveness. *International Journal of Psychology and Educational Studies*, ۹(۱), ۱-۱۱.
۲۶. Çopur Z, Gürel B. (۲۰۲۰). Gender Differences in Determinants of Family Life, Marital Quality and Marital Happiness. *Int J Eurasia Soc Sci / Uluslararası Avrasya Sos Bilim Derg*, ۲۰۲۰; ۱۱(۴۰): ۳۵۸-۳۷۹. <https://doi.org/۱۰.۳۵۸۲۶/ijoes.۲۷۲۰>.
۲۷. Davis SNP, Ferrar SJ, Sadikaj G. (۲۰۱۹). Female Partners of Men With Peyronie's Disease Have Impaired Sexual Function, Satisfaction, and Mood, While Degree of Sexual Interference Is Associated With Worse Outcomes. *J Sex Med*, ۱۳ (۷): ۱۰۹۵-۱۰۳. [PubMed] [Google Scholar]
۲۸. Garnefski, N., Van-Der-Kommer, T., Kraaij, V., Teerds, J., Legerstee, J., Tein, E. O. (۲۰۰۲). The Relationship between Cognitive Emotion Regulation Strategies and Emotional Problems: Comparison between a Clinical and a Non-Clinical Sample. *Eur J Pers.* (۱۶): ۴۰۳-۴۲۰.

۲۹. Jacobson N S, Christensen A, Prince S E, Cordova J, Eldridge K. (۲۰۲۲). Integrative behavioral couple therapy: an acceptance-based, promising new treatment for couple discord. *J Consult Clin Psychol*. ۶۸(۲):۳۵۱-۵. doi: ۱۰.۱۰۳۷//۰۰۲۲-۰۰۶x.۶۸,۲,۳۵۱.
۳۰. Jin Yu J. (۲۰۲۳). Marital satisfaction and parental warmth in predicting children's peer social competence. *Journal of Applied Developmental Psychology*, Volume ۸۵, <https://doi.org/۱۰.۱۰۱۶/j.appdev.۲۰۲۲.۱۰۱۴۹۹> Get rights and content.
۳۱. Kayhan F, Ghanifar M H, Ahi Q. (۲۰۲۳). Comparing the effectiveness of emotion-oriented couple therapy and acceptance and commitment-based couple therapy on cognitive indicators (experiential avoidance and emotion regulation), self-efficacy in couples affected by extramarital relationships. *Journal of Adolescent and Youth Psychological Studies*. ۴(۳), ۹-۱۹. doi: ۱۰,۵۲۵۴۷/jspnay.۴,۳,۱۲ URL: <http://jayps.iranmehr.ac.ir/article-۱-۳۲۵-en.html>
۳۲. Kerry O, Nicola Sh, Heather D. (۲۰۲۳). The psychological impact on mothers who have experienced domestic violence when navigating the family court system: a scoping review, *Psychology and Law*, Vol. ۱۰, ۱-۲۸, <https://dx.doi.org/۱۰.۱۰۸۰/۱۳۲۱۸۷۱۹,۲۰۲۳,۲۲۱۴۹۲۷>
۳۳. Lizu L, Yinong L, Lance M. Mc, Ying L, Zhihong R. (۲۰۲۳). The efficacy of acceptance and commitment therapy for chronic pain: A three-level meta-analysis and a trial sequential analysis of randomized controlled trials. *Behav Res Ther*. ۲۰۲۳ Jun: ۱۶۵:۱۰۴۳۰۸. doi: ۱۰,۱۰۱۶/j.brat.۲۰۲۳,۱۰۴۳۰۸.
۳۴. Martin, J. L., Carlson, G. C., Kelly, M. R., Song, Y., Mitchell, M. N., Josephson, K. R., McGowan, S. K., Culver, N. C., Kay, M. A., Erickson, A. J., Saldana, K. S., May, K. J., Fiorentino, L., Alessi, C. A., Washington, D. L., & Yano, E. M. (۲۰۲۳). Novel treatment based on acceptance and commitment therapy versus cognitive behavioral therapy for insomnia: A randomized comparative effectiveness trial in women veterans. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, ۹۱(۱۱), ۶۲۶-۶۳۹. <https://doi.org/۱۰.۱۰۳۷/ccp۰۰۰۸۳۶>.
۳۵. Olson, D. H., Fournier, D. G., & Druckman, J. M. (۱۹۹۸). ENRICH: Enriching & nurturing the relationship issues, communication & happiness. *Journal of Marital and Family Therapy*, ۱۵, ۶۵-۷۹.
۳۶. Peterson B, Efert G, Feingold T, and Davidson S.(۲۰۲۰). Using acceptance and commitment therapy to treat distressed couples: A case study with two couples. *Cognitive and Behavioral Practic*, ۴(۱):۴۳۰-۴۲.
۳۷. Pukay Martin, N. D., Fredman, S. J., Martin, C. E., Le, Y., Haney, A., Sullivan, C., Chard, K. M. (۲۰۲۲). Effectiveness of cognitive behavioral conjoint therapy for posttraumatic stress disorder (PTSD) in a US Veterans Affairs PTSD clinic. *Journal of traumatic stress*, ۳۵(۲), ۶۴۴-۶۵۸.
۳۸. Shefaly Sh, Crystal Ch, Valerie Ch, Cornelia Y. (۲۰۲۳). Women living with domestic violence: Ecological framework-guided qualitative systematic review. *Aggression and Violent Behavior*, Volume ۷۱, July–August ۲۰۲۳, ۱۰۱۸۳۵.
۳۹. Sianturi, R., Keliat, B. A., & Wardani, I. Y. (۲۰۱۸). The effectiveness of acceptance and commitment therapy on anxiety in clients with stroke. *Enfermeria clinica*, ۲۸, ۹۴-۹۷.
۴۰. Whisman, M. A., Sbarra, D.A., Beach, S.R. H. (۲۰۲۱). Intimate Relationships and Depression: Searching for Causation in the Sea of Association. *Annual Review of Clinical Psychology*, ۱۷: ۲۳۳-۵۸

۴۱. WHO. Violence against women. (۲۰۲۱). [Available from: <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>
۴۲. World Health Organization. (۲۰۱۳). Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85239/9789241564625_eng.pdf;jsessionid=04E7209EB22E1DF88A7C44700321A84D?sequence=1
۴۳. Zhang, Cheng and Liang, Yanan. (۲۰۲۳). The Impact of Education Level on Marital Satisfaction: Evidence from China. ۷(۱), ۱۰۰-۱۰۸.