MEJDS. 2020; 10:130.

Published online 2020 Aug. **Research Article**

Effects of Acceptance and Commitment Therapy on Anxiety Induced by Marital Conflict in Women Affected by Domestic Violence

Hajinia Esbo A[1], *Khalatbari J[2], Mirzamani SM[2], Ghorban Shirodi Sh[2], Abolghasemi Sh[3]

Author Address
1. PhD Candidate in Psychology, Islamic Azad University of Mazandaran, Tonekabon, Iran;
2. Associate Professor of Psychology, Islamic Azad University of Mazandaran, Tonekabon, Iran;
3. PhD in Psychology, Assistant Professor, Islamic Azad University of Mazandaran, Tonekabon, Iran.
***Corresponding Author Email:** Javadkhalatbaripsy2@gmail.com

Received: 2019 Jun 30; **Accepted:** 2019 January 16

Abstract

Background & Objectives: Violence against women, as a major social problem, has an essential impact on the health, reproduction, as well as sexual and psychological health of women. As a result, the victims of domestic violence are not only more prone to experiencing biopsychosocial consequences, but may also require more emergency and medical care. Therefore, the present study aimed to determine the effect of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on anxiety induced by marital conflicts in women with domestic violence experience.

Methods: This was an applied research in terms of purpose, and concerning implementation, it was an experimental study with a pretest–posttest and a control group design. The statistical population of this study included all women referred to government hospitals for domestic violence in Babol City, Iran, in 2017. A random sampling method was applied to select the study participants. Three hospitals were randomly selected from all medical centers in Babol; next, 30 women were selected from those who met the study inclusion criteria, including domestic violence victims who visited these three centers. The study samples were randomly assigned into two experimental groups (n=15) and one control group (n=15). Beck Anxiety Inventory (BAI) (1990) and Marital Conflict Questionnaire (MCQ) (Sanaei Zaker et al., 2008) were used to collect the required data. The obtained data were analyzed using SPSS. For analyzing the research hypotheses, Independent Samples t–test, Analysis of Covariance (ANCOVA) and Bonferroni post–hoc test were used. In the descriptive statistics section, indicators, such as frequency, mean, and standard deviation were applied. Furthermore, for the inferential statistics analysis, Analysis of Variance (ANOVA) and Multivariate Analysis of Covariance (MANCOVA) were implemented.

Results: The MANCOVA results were used to compare the anxiety scores in the control and treatment groups based on ACT in the posttest phase. The obtained F value was equal to 22.14 and the significance level was set at 0.01 (p<0.001). Therefore, the assumption was equal to zero and the assumption of the research was confirmed, consequently. Accordingly, and considering the lower mean scores of ACT groups in the posttest (44.67), it could be concluded that ACT effectively reduced anxiety in the investigated women involved in domestic violence. The mean (± standard deviation) of the anxiety score of the subjects in the experimental group was in the post–test stage (44.67±12.12) which has decreased significantly compared to the pre–test stage (50.13±13.08); However, in the control group, the mean score of anxiety in the post–test was (46.33±13.05), which did not change significantly with the mean of the pre–test (47.93±13.29).

Conclusion: ACT and Cognitive–Behavioral Therapy (CBT) impact ineffective attitudes, marital distress, and anxiety induced by the marital conflicts of women involved in domestic violence.

Keywords: Acceptance and commitment therapy, Anxiety, Marital conflicts.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-04]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.75.4]

Copyright © 2016, MEJDS. This is an open-access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License (http://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/) which permits copy and redistribute the material just in noncommercial usages, provided the original work is properly cited.

مجله مطالعات ناتوانی ۱۳۹۹؛ (۱۰):۱۳۰.

انتشار برخط مرداد ۱۳۹۹ مقاله پژوهشی اصیل

اثربخشی درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر اضطراب ناشی‌از تعارضات زناشویی زنان درگیر خشونت خانگی

آزیتا حاجی‌نیا اسبو[۱]، *جواد خلعتبری[۲]، سیدمحمود میرزمانی[۲]، شهره قربان شیرودی[۲]، شهنام ابوالقاسمی[۳]

توضیحات نویسندگان

۱. دانشجوی مقطع دکتری روان‌شناسی تخصصی، واحد تنکابن، دانشگاه آزاد اسلامی، تنکابن، ایران؛

۲. دانشیار گروه روان‌شناسی، واحد تنکابن، دانشگاه آزاد اسلامی، تنکابن، ایران؛

۳. استادیار گروه روان‌شناسی، واحد تنکابن، دانشگاه آزاد اسلامی، تنکابن، ایران.

***رایانامهٔ نویسندهٔ مسئول:** Javadkhalatbaripsy2@gmail.com

تاریخ دریافت: ۲۶ دی ۱۳۹۷؛ **تاریخ پذیرش:** ۹ تیر ۱۳۹۸

چکیده

زمینه و هدف: خشونت علیه زنان معضل مهم اجتماعی است. این پژوهش با هدف بررسی تأثیر درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر اضطراب ناشی‌از تعارضات زناشویی زنان درگیر خشونت خانگی انجام شد.

روش‌بررسی: این پژوهش از لحاظ هدف کاربردی و از لحاظ شیوهٔ اجرا، آزمایشی بود و در قالب طرح پیش‌آزمون_پس‌آزمون با گروه گواه صورت گرفت. جامعهٔ آماری تحقیق تمامی زنان درگیر خشونت خانگی مراجعه‌کننده به درمانگاه‌های دولتی شهر بابل در سال ۱۳۹۶ بودند. روش نمونه‌گیری به‌طور تصادفی ساده بود. سپس سی نفر از زنان واجد شرایط انتخاب شده و به‌صورت جایگزینی تصادفی در یک‌گروه آزمایش (پانزده نفر) و یک‌گروه گواه (پانزده نفر) جایگزین شدند. برای جمع‌آوری داده‌ها، پرسشنامه‌های اضطراب بک و همکارانش (۱۹۹۰) و تعارضات زناشویی ثنایی ذاکر و همکاران (۱۳۸۷) به‌کار رفت. تجزیه‌وتحلیل اطلاعات پژوهش با نرم‌افزار آماری SPSS انجام پذیرفت. همچنین از آزمون تحلیل کوواریانس استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد، درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد توانسته است اضطراب ناشی‌از تعارضات زناشویی را به‌طور معناداری کاهش دهد ($p<۰/۰۰۱$).

نتیجه‌گیری: باتوجه به اثربخشی درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر اضطراب ناشی‌از تعارضات زناشویی زنان درگیر خشونت خانگی، توصیه می‌شود از تمرین‌های ذهن‌آگاهی و بودن در زمان حال و ریلکسیشن برای کاهش اضطراب افراد درگیر خشونت استفاده شود.

کلیدواژه‌ها: درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد، اضطراب، تعارضات زناشویی.

حق انتشار محفوظ است © ۱۳۹۵، مجله مطالعات ناتوانی. این یک مقاله با دسترسی آزاد است که تحت مجوز اختیار_غیرتجاری ۴/۰ بین‌المللی (https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.fa) منتشر شده است که به شما اجازه می‌دهد که مواد منتشر شده در این مقاله را با شرط ارجاع مناسب به نسخهٔ اصلی، به‌طور غیرتجاری نسخه‌برداری و توزیع کنید.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-04]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.75.4]

۱ مقدمه

خشونت خانگی علیه زنان امری جهانی است. طبق آمار منتشرشده توسط سازمان بهداشت جهانی (۱) از هر سه زن یک‌زن در طول زندگی خود تحت خشونت خانگی قرار می‌گیرد (۲). براساس گزارش بانک جهانی، تجاوز و خشونت خانوادگی بیش از بیماری‌هایی نظیر سرطان سینه و رحم و تصادف سبب ازبین‌رفتن سلامتی زنان ۱۵تا۴۴ساله می‌شود. در ایران نیز خشونت علیه زنان معضل مهم اجتماعی است. بررسی‌های پزشکی قانونی نشان می‌دهد که در سال‌های ۸۰تا۸۲ بیش از نیم‌میلیون نفر از مجموع دومیلیون و ۲۵۳ هزار زن مراجعه‌کننده به پزشکی قانونی که تحت ضرب و شتم قرار گرفته، قربانی خشونت خانوادگی بوده‌اند (۳). جامعهٔ ما دیدی اغماض‌آمیز به خشونت علیه زنان در حریم خانواده دارد و شاید این اغماض از حرکت کانون خانواده نشأت می‌گیرد (۴). زنان ایرانی تمایلی به بحث دربارهٔ خشونت خانگی و گزارش آن ندارند. باتوجه به اینکه در فرهنگ و مذهب ما خانواده از اهمیت خاصی برخوردار است، در غالب زنان ایرانی این نگرش که حفظ خانواده با اهمیت‌تر از خود آن‌ها و سلامتی‌شان بوده، عمیقاً وجود دارد. آن‌ها خشونت و آزاری را که در خانه توسط همسرشان متوجه آنان شده، تحمل می‌کنند (۱). خشونت خانگی اثرات منفی گسترده‌ای بر سلامت جسمی، جنسی، روانی و تولیدمثل زنان بر جای می‌گذارد (۵)؛ درنتیجه قربانیان خشونت خانگی نه‌تنها عوارض پزشکی و روانی‌ـ اجتماعی بیشتری را تجربه می‌کنند، بلکه اغلب آنان ممکن است به خدمات مراقبتی و اورژانسی و بیمارستانی بیشتر برای درمان بیماری‌ها و پیامدهای ناشی‌از خشونت نیاز داشته باشند (۸ـ۶). علاوه‌بر آسیب فیزیکی، بسیاری از زنان از پیامدهای روانی طولانی‌مدت ناشی‌از خشونت خانگی رنج می‌برند (۹). مطالعات متعددی ارتباط بین خشونت و سلامت روانی را نشان داده‌اند (۱۰).

ازجمله مشکلات روانی ناشی‌از خشونت خانگی می‌توان به اضطراب، افسردگی، اختلال استرس پس از حادثه و خودکشی اشاره کرد (۱۴ـ ۱۱ ،۶). سلامت روان زنان به‌دلیل ایفای نقش متعدد آن‌ها در جامعه نیازمند توجه است و تأمین امنیت جسمی و عاطفی‌روانی زنان در خانواده از عوامل مهم در ثبات و پایداری خانواده و جامعه محسوب می‌شود (۵).

برای درمان چنین مشکلات روان‌شناختی، علاوه‌بر درمان‌های دارویی، درمان‌های روان‌شناختی متعددی در طول سال‌های متوالی ابداع شده است. نسل اول رویکردهای رفتاری در تقابل با رویکرد اولیهٔ روان‌تحلیلی، برپایهٔ دیدگاه‌های شرطی کلاسیک و عاملی در دهه‌های ۱۹۵۰ و ۱۹۶۰ مطرح شد. نسل دوم این درمان‌ها تحت عنوان درمان رفتاری‌ـ شناختی تا دههٔ ۱۹۹۰با تأکید بیشتر بر جنبه‌های شناختی به‌وجود آمد؛ تأکید این نوع درمان‌ها بر نقش باورها، شناخت‌ها، طرحواره‌ها و نظام پردازش اطلاعات در ایجاد اختلالات روانی بوده است و اینکه در روان‌درمانی باید با تکنیک‌های مختلف در آن‌ها تغییر یا تعدیل ایجاد شود یا آن‌ها به‌کلی حذف گردد. امروزه با نسل سوم این نوع درمان‌ها مواجه هستیم که آن‌ها را می‌توان تحت عنوان کلی مدل‌های مبتنی‌بر پذیرش امید نامید؛ مانند درمان شناختی مبتنی‌بر ذهن‌آگاهی و درمان فراشناختی و درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد[1] (ACT). در این درمان‌ها به‌جای تغییر شناخت‌ها، سعی می‌شود تا ارتباط روان‌شناختی فرد با افکار و احساساتش افزایش یابد (۱۵).

ACT ریشه در نظریه‌ای فلسفی به نام زمینه‌گرایی عملکردی دارد و مبتنی‌بر برنامه‌ای تحقیقاتی دربارهٔ زبان و شناخت است که نظریهٔ چارچوب رابطه‌های ذهنی خوانده می‌شود. ACT شش فرایند مرکزی دارد که منجربه انعطاف‌پذیری روان‌شناختی می‌شوند. این شش فرایند عبارت است از: پذیرش؛ گسلش؛ خود به‌عنوان زمینه؛ ارتباط با زمان حال؛ ارزش‌ها؛ عمل متعهد (۱۶). در این درمان ابتدا سعی می‌شود پذیرش روانی فرد دربارهٔ تجارب ذهنی (افکار، احساسات) افزایش یابد و متقابلاً اعمال کنترلی نامؤثر کاهش پیدا کند. به بیمار آموخته می‌شود که هرگونه عملی جهت اجتناب یا کنترل این تجارب ذهنی ناخواسته بی‌اثر بوده یا اثر معکوس دارد و موجب تشدید آن‌ها می‌شود؛ همچنین باید این تجارب را بدون هیچ‌گونه واکنش درونی یا بیرونی جهت حذف آن‌ها، به‌طور کامل پذیرفت؛ در قدم دوم، بر آگاهی روانی فرد در لحظهٔ حال افزوده می‌شود؛ یعنی فرد از تمام حالات روانی و افکار و رفتار خود در لحظهٔ حال آگاهی می‌یابد؛ در مرحلهٔ سوم به فرد آموخته می‌شود که خود را از این تجارب ذهنی جدا سازد (جداسازی شناختی)؛ به‌نحوی‌که بتواند مستقل از این تجارب عمل کند؛ مرحلهٔ چهارم، تلاش برای کاهش تمرکز مفرط بر خودتجسمی یا داستان شخصی (مانند قربانی) بوده که فرد برای خود در ذهنش ساخته است؛ قدم پنجم، کمک به فرد است تا ارزش‌های شخصی اصلی خود را بشناسد و به‌طور واضح مشخص سازد و آن‌ها را به اهداف رفتاری خاص تبدیل کند (روشن‌سازی ارزش‌ها)؛ در نهایت، ایجاد انگیزه با هدف انجام‌دادن عمل متعهدانه است؛ یعنی فعالیت معطوف به اهداف و ارزش‌های مشخص‌شده به‌همراه پذیرش تجارب ذهنی. این تجارب ذهنی می‌توانند افکار افسرده، وسواسی، افکار مرتبط به حوادث (تروما)، هراس‌ها یا اضطراب‌های اجتماعی باشند. تحقیقات اخیر روی ACT نتایج رضایت‌بخش و دلایل منطقی برای استفاده از ACT در کار بالینی و مخصوصاً کار با بیماران مبتلا به اختلالات خلقی و اضطرابی فراهم کرده است (۲۰ـ۱۷). آسمن و همکاران در بررسی تأثیر این روش در مبتلایان هراس اجتماعی با میانگین سنی ۴۲ سال به این نتیجه رسیدند که علائم اجتنابی و اضطرابی در گروه تحت درمان به‌طور معناداری کاهش یافته و این تأثیر در دورهٔ پیگیری سه‌ماهه همچنان تداوم داشته است؛ البته در این تحقیق از گروه کنترل برای مقایسهٔ نتایج استفاده نشد (۲۱). در مطالعهٔ دیگری توسط ایزدی و عابدی (۲۲) نیز این درمان به‌صورت فردی روی پنج بیمار مبتلا به وسواس فکری و عملی انجام گرفت؛ البته این مطالعه علاوه‌بر سنجش شدت وسواس به بررسی افسردگی و اضطراب بیماران پرداخت. نتایج حاکی‌از کاهش چشمگیر در فراوانی اعمال وسواسی، شدت علائم وسواس، میزان اعتقاد به افکار وسواسی، پریشان‌زدایی و لزوم پاسخ‌دهی به آن‌ها و نیز نمرات افسردگی و اضطراب بوده است. در پژوهش‌های دیگری پورفرج عمران (۲۳) اثربخشی درمان پذیرش و

[1]. Acceptance and commitment therapy (ACT)

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-04]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.75.4]

تعهد را در جامعه دانشجویان بررسی کردند که نتایج نشان داد این درمان باعث کاهش معنادار اضطراب اجتماعی در دانشجویان می‌شود. ستادیان خانی و فدایی‌مقدم (۲۴) نیز اثربخشی درمان گروهی پذیرش و تعهد را بر هراس اجتماعی در جامعه معلولان جسمی ارزیابی کردند. آن‌ها دریافتند که نمرات اضطراب اجتماعی گروه مداخله درمقایسه با گروه شاهد، به‌طور معناداری کاهش یافته اما در طول مدت پیگیری تغییر چشمگیری نداشته است.

مزیت عمدهٔ این روش درمقایسه با روان‌درمانی‌های دیگر، توجه به جنبه‌های انگیزشی به‌همراه جنبه‌های شناختی، به‌جهت تأثیر و تداوم بیشتر اثربخشی درمان است. باتوجه به جدیدبودن این روش درمانی، بررسی اثربخشی آن بر اختلالات روانی مختلف ضروری به‌نظر می‌رسد و می‌تواند در روان‌درمانی اختلالات روانی، تحولی بنیادی ایجاد کند. ازطرفی باوجود پژوهش‌های فراوان دربارهٔ انواع درمان‌های مؤثر بر بهبود مشکلات روانی ناشی‌از خشونت بر علیه زنان، هنوز جنبه‌های ناشناختهٔ زیادی وجود دارد و باتوجه به اثربخشی درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر اختلالات خلقی و اضطرابی و نیز باتوجه به آسیب سلامت روان زنانی که تحت خشونت خانگی قرار گرفته‌اند، هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر اضطراب ناشی‌از تعارضات زناشویی زنان درگیر خشونت خانگی بود.

۲ روش‌بررسی

این پژوهش از نوع آزمایشی و در قالب طرح پیش‌آزمون ـ پس‌آزمون با گروه گواه بود. ابتدا شرکت‌کنندگان در دو گروه ۱۵ نفری آزمایش و گواه گمارش شدند. قبل از مداخله از افراد گروه‌های گواه و آزمایش، پیش‌آزمون گرفته شد. پس از مداخله نیز پس‌آزمون انجام پذیرفت و اثر این روش تحت سنجش قرار گرفت. همچنین گروه گواه در لیست انتظار قرار گرفت و در پایان پژوهش، برای حذف انتظار درمانی یک جلسه درمورد سلامت روان برای آن‌ها برگزار شد که در نتیجهٔ پژوهش بی‌تأثیر بود. جامعهٔ آماری این تحقیق را تمامی زنان درگیر خشونت خانگی مراجعه‌کننده به درمانگاه‌های دولتی شهر بابل در سال ۱۳۹۶ تشکیل دادند. روش نمونه‌گیری به‌صورت تصادفی ساده بود. بدین‌ترتیب که به‌شکل تصادفی از بین مراکز درمانی مختلف، سه مرکز درمانی در نظر گرفته شد. در مرحلهٔ بعد از بین زنان درگیر خشونت خانگی و تعارضات زناشویی مراجعه‌کننده به این سه مرکز، سی نفر از زنان واجد شرایط به‌صورت دردسترس انتخاب شدند. ملاک‌های ورود به پژوهش عبارت بود از: ۱. داشتن حداقل یک‌سال سابقهٔ زندگی مشترک؛ ۲. زوجین دارای همسر با خشونت خانگی در زمان مراجعه؛ ۳. کسب نمرهٔ بیشتر در تمام مؤلفه‌های تعارضات زناشویی. برای رعایت ملاحظات اخلاقی شرکت داوطلبانهٔ زنان در پژوهش مدنظر قرار گرفت، پرسشنامه‌ها فاقد نام و نام خانوادگی بود، برای اطمینان از محرمانه‌بودن اطلاعات، پرسشنامه‌ها در پاکت توزیع شد و افراد پس از تکمیل، آن‌ها را در پاکت گذاشتند.

جهت جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامهٔ اضطراب بک[1] (۲۵) و پرسشنامهٔ تعارضات زناشویی[2] ثنایی ذاکر و همکاران (۲۶) استفاده شد. برای تحلیل داده‌ها، نرم افزار SPSS نسخهٔ ۲۲ و آزمون تحلیل کوواریانس تک‌متغیره یا آنکوا به‌کار رفت.

پرسشنامهٔ اضطراب توسط بک و همکارانش در سال ۱۹۸۸ طراحی شد که شدت علائم اضطراب بالینی را در افراد می‌سنجد. پرسشنامهٔ اضطراب بک برای اندازه‌گیری اضطراب در نوجوانان و بزرگسالان ساخته شده است و هریک از گویه‌های آن یکی از علائم شایع اضطراب یعنی علائم ذهنی و علائم بدنی و هراس را می‌سنجد. این پرسشنامه دارای ۲۱ عبارت است که دربرابر هر عبارت چهار گزینه برای انتخاب وجود دارد. هر عبارت بازتاب یکی از علائم اضطراب است که معمولاً افرادی که از نظر بالینی مضطرب هستند یا اشخاصی که در وضعیت اضطراب‌آور قرار داشتند، تجربه می‌کنند. پس از محاسبهٔ سؤالات امکان تفسیر نمرات به این ترتیب وجود دارد: فقدان اضطراب؛ اضطراب خفیف؛ اضطراب متوسط؛ اضطراب شدید. نمرهٔ کل پرسشنامه در دامنهٔ ۰تا۶۳ قرار می‌گیرد. نمرهٔ ۰تا۷ نشان‌دهندهٔ میزان کمتر اضطراب، نمرهٔ ۸تا۱۵ بیانگر اضطراب خفیف، نمرهٔ ۱۶تا۲۵ نشان‌دهندهٔ اضطراب متوسط و نمرهٔ ۲۶تا۶۳ بیانگر اضطراب شدید است (۲۵). در داخل ایران در پژوهشی روایی پرسشنامه ۰/۷۲ و پایایی ۰/۸۳ و ثبات درونی آن ۰/۹۲ گزارش شد (۱۸). در خارج از کشور ضریب همسانی درونی آن (ضریب آلفا) ۰/۹۲ و اعتبار با روش بازآزمایی به فاصلهٔ یک‌هفته ۰/۷۵ و همبستگی ماده‌های آن از ۰/۳۰تا۰/۷۶ متغیر بود (۱۷).

پرسشنامهٔ تعارضات زناشویی، ابزاری ۵۴سؤالی بوده که برای سنجیدن تعارضات زن و شوهری و برمبنای تجربیات بالینی ثنایی ذاکر و همکاران در سال ۱۳۸۷ ساخته شده است (۲۶). این پرسشنامه هشت بعد از تعارضات را می‌سنجد که عبارت است از: کاهش همکاری؛ کاهش رابطهٔ جنسی؛ افزایش واکنش‌های هیجانی؛ افزایش جلب حمایت فرزندان؛ افزایش رابطهٔ فردی با خویشاوندان خود؛ کاهش رابطهٔ خانوادگی با خویشاوندان همسر و دوستان؛ جداکردن امور مالی از یکدیگر؛ کاهش ارتباط مؤثر. آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه روی گروه ۲۷ نفری برابر با ۰/۹۶ به‌دست آمد و هشت خرده‌مقیاس آن از این قرار بوده است: کاهش همکاری ۰/۸۱؛ کاهش رابطهٔ جنسی ۰/۶۱؛ افزایش واکنش‌های هیجانی ۰/۷۰؛ افزایش جلب حمایت فرزندان ۰/۳۳؛ افزایش رابطهٔ فردی با خویشاوندان خود ۰/۸۶؛ کاهش رابطهٔ خانوادگی با خویشاوندان همسر و دوستان ۰/۸۹؛ جداکردن امور مالی از یکدیگر ۰/۷۱؛ کاهش ارتباط مؤثر ۰/۶۹. همچنین این پرسشنامه از روایی خوبی برخوردار است. در مرحلهٔ تحلیل محتوای آزمون، پس از اجرای مقدماتی و محاسبهٔ همبستگی هر سؤال با کل پرسشنامه و مقیاس‌های آن، به‌دلیل همبستگی مناسب سؤالات هیچ سؤالی حذف نشد (۲۶). در پژوهشی همسانی درونی به‌روش آلفای کرونباخ برای کل مقیاس‌های این پرسشنامه برابر با ۰/۹۰ به‌دست آمد (۲۶) و برای هشت خرده‌مقیاس به‌صورت زیر بوده است: کاهش همکاری ۰/۷۹؛ کاهش رابطهٔ جنسی ۰/۶۹؛ افزایش واکنش‌های هیجانی ۰/۷۲؛ افزایش جلب حمایت فرزندان ۰/۵۶؛ افزایش رابطهٔ فردی با خویشاوندان خود ۰/۷۸؛ کاهش رابطهٔ خانوادگی با

[1]. Beck Anxiety Inventory (BAI)

[2]. Marital Conflict Questionnaire (MCQ)

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-04]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.75.4]

خویشاوندان و دوستان ۰/۸۰؛ جداکردن امور مالی از یکدیگر ۰/۷۰؛ کاهش ارتباط مؤثر ۰/۷۵ (۲۴).

پروتکل درمانی مبتنی‌بر پذیرش و تعهد، برگرفته از پروتکل درمانی باخ و موران (۲۷): این پروتکل شامل هشت جلسه ۶۰تا۹۰دقیقه‌ای است. در هر جلسه، ابتدا هدف از تشکیل جلسه، سپس موضوعات مربوط به آن جلسه مطرح می‌شود و اعضای گروه با بحث و تبادل نظر به بررسی مطالب می‌پردازند. در پایان هر جلسه، مطالب جمع‌بندی شده و تکلیفی برای جلسهٔ بعد به‌صورت تایپ‌شده ارائه می‌شود (۲۷). محتوای جلسات در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱. پروتکل درمانی مبتنی‌بر پذیرش و تعهد، برگرفته از پروتکل درمانی باخ و موران

جلسات	محتوای جلسات
اول	برقراری رابطهٔ درمانی، بستن قرارداد درمانی، آموزش روانی.
دوم	بحث دربارهٔ تجربیات و ارزیابی آن‌ها، کارآمدی به‌عنوان معیار سنجش، ایجاد ناامیدی خلاقانه.
سوم	بیان کنترل به‌عنوان مشکل، معرفی تمایل به‌عنوان پاسخی دیگر، درگیرشدن با اعمال هدف‌مند.
چهارم	کاربرد تکنیک‌های گسلش شناختی، مداخله در عملکرد زنجیره‌های مشکل‌ساز زبان، تضعیف ائتلاف خود با افکار و عواطف.
پنجم	مشاهدهٔ خود به‌عنوان زمینه، تضعیف خودمفهومی و بیان خود به‌عنوان مشاهده‌گر، نشان‌دادن جدایی بین خود، تجربیات درونی و رفتار.
ششم	کاربرد تکنیک‌های ذهنی، الگوسازی خروج از ذهن، آموزش دیدن تجربیات درونی به‌عنوان فرایند.
هفتم	معرفی ارزش، نشان‌دادن خطرات تمرکز بر نتایج، کشف ارزش‌های عملی زندگی.
هشتم	درک ماهیت تمایل و تعهد، تعیین الگوهای عمل متناسب با ارزش‌ها.

۳ یافته‌ها

به‌منظور بررسی اثربخشی درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر کاهش اضطراب زنان درگیر خشونت خانگی، از آزمون تحلیل کوواریانس یک‌راهه استفاده شد؛ همان‌طورکه در جدول ۲ ملاحظه می‌شود میانگین ±انحراف معیار نمرهٔ اضطراب افراد گروه آزمایش در مرحلهٔ پس‌آزمون (۱۲/۱۲±۴۴/۶۷) بوده که درمقایسه با مرحلهٔ پیش‌آزمون یعنی (۱۳/۰۸±۵۰/۱۳) کاهش درخورتوجهی یافته است؛ اما در گروه کنترل میانگین نمرهٔ اضطراب در پس‌آزمون (۱۳/۰۵±۴۶/۳۳) بوده که با میانگین پیش‌آزمون یعنی (۱۳/۲۹±۴۷/۹۳) تغییر چشمگیری نکرده است.

برای بررسی معناداری این تفاوت در گروه آزمایش درمقایسه با گروه کنترل در پس‌آزمون، آنالیز کوواریانس به‌کار رفت و ابتدا به بررسی مفروضات آن پرداخته شد. نتایج آزمون لوین فرضیهٔ همگنی واریانس‌ها (df^1=۱، F=۲/۳۷، p>۰/۰۵، df^2=۲۸) را تأیید کرد. نتایج تحلیل یکسان‌بودن شیب خط رگرسیونی به‌عنوان پیش‌فرض اصلی انجام تحلیل کوواریانس (p>۰/۰۵، F=۰/۲۴۸) نیز تأیید شد.

جدول ۲. شاخص‌های توصیفی متغیر اضطراب در مرحلهٔ پیش‌آزمون و پس‌آزمون به‌تفکیک دو گروه آزمایش و کنترل به‌همراه نتایج تحلیل کوواریانس

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		مقدار F	مقدار p	مجذور اتا
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار			
اضطراب	آزمایش	۵۰/۱۳	۱۳/۰۸	۴۴/۶۷	۱۲/۱۲	۲۲/۱۴	<۰/۰۰۱	۰/۴۵۱
	کنترل	۴۷/۹۳	۱۳/۲۹	۴۶/۳۳	۱۳/۰۵			

باتوجه به اطلاعات جدول ۲ نتایج تحلیل کوواریانس نشان می‌دهد که پس از حذف اثر پیش‌آزمون، بین میانگین‌های دو گروه آزمایش و کنترل در پس‌آزمون اختلاف معناداری وجود دارد (p<۰/۰۰۱)؛ بنابراین درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد در گروه آزمایش بر کاهش نمرات اضطراب مؤثر بوده و توانسته است اضطراب زنان درگیر خشونت خانگی را به‌طور معناداری کاهش دهد.

٤ بحث

هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر اضطراب ناشی‌از تعارضات زناشویی زنان درگیر خشونت خانگی بود؛ همان‌طورکه یافته‌ها مشخص کرد درمان مبتنی‌بر تعهد و پذیرش بر کاهش اضطراب زنان درگیر خشونت خانگی تأثیر داشته و نمرات اضطراب در پس‌آزمون کاهش معناداری نشان داده است. این یافته‌ها با پژوهش‌های لی و همکاران (۱۷)، مالمیر و همکاران (۱۸)، بورک (۱۹) و سنتینی و همکاران (۲۰)، آسمن و همکاران (۲۱)، ایزدی و عابدی (۲۲)، پورفرج عمران (۲۳) و استادیان خانی و فدایی مقدم (۲۴) همخوانی دارد.

در تبیین نتایج می‌توان گفت، در جلسات صورت‌گرفته توسط پژوهشگر

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-04]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.75.4]

(درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد)، تمرکز بر این بود که میزان آگاهی روانی فرد برای بودن در لحظهٔ حال و اکنون زندگی به‌جای تمرکز بر گذشته و آینده، بیشتر شود؛ یعنی فرد از تمام حالات روانی و افکار و رفتار خود در لحظهٔ حال آگاهی یابد. به‌عبارتی در جلسه‌های این روش درمانی، پژوهشگر در تلاش بود فرد را به مفهوم زندگی در زمان حال سوق دهد. همین مسئله در کاهش میزان اضطراب زنان مؤثر بوده است؛ چراکه زنان درگیر خشونت خانگی به‌دلیل اینکه دائماً افکارشان در محور تجارب ناخوشایند مانند تجربهٔ خشونت و آسیب‌های متحمل‌شده ناشی‌از آن دور می‌زند و دائماً به مرور اتفاق‌های رخ‌داده در حوزهٔ پدیدهٔ خشونت می‌پردازند، بیشتر از اینکه در زمان حال باشند به آسیب‌های زمان گذشته تمرکز می‌کنند. این تمرکز بر گذشته، آن‌ها را مضطرب نموده و حتی نشانه‌های جسمانی مانند تپش قلب و افزایش تعریق ناشی‌از مرور تجارب تلخ خشونت خانگی، به اضطراب آن‌ها دامن می‌زند. به‌همین دلیل با ترغیب آنان به تمرکز بر زمان حال و نادیده‌گرفتن گذشته، اضطراب کاهش می‌یابد.

تبیین دیگر این است که روش درمانی مبتنی‌بر تعهد و پذیرش، به اصول از پیش طراحی‌شده و خشک روش درمانی اکتفا نمی‌کند؛ بلکه به پژوهشگر اجازه می‌دهد که هر زمان جو جلسه اجازه داد، روش درمانی خود را متناسب با موقعیت انعطاف دهد. به‌همین دلیل انعطاف‌پذیری در کارکردن با جلسات این روش درمانی، اجازهٔ راحت‌تربودن بیشتر را به زنان داده و زنان توانسته‌اند تمامی افکار اضطراب‌آفرین خود را در جوی منعطف با هم‌گروهی‌های خود و درمانگر در میان بگذارند. همین مطرح‌کردن، نوعی فرایند کاهش استرس و اضطراب روانی برای آن‌ها در پی داشته است. از طرفی دیگر، باتوجه به اینکه در درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد، تمرکز اصلی درمانگر بر توجه آگاهی بوده، به زنان آموزش داده شد که بر فرایندهای اکنون و زمان حال تمرکز کنند و بسیاری از منابع اضطرابی را که مربوط به زمان حال نبوده، به بعداً و در زمان خود بسپارند. به‌عبارتی همین بودن در زمان حال، همانند تمرین‌هایی چون ذهن‌آگاهی و ریلکسیشن بر کاهش اضطراب زنان مؤثر بوده است.

ازجمله محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به محدودیت قلمرو زمانی و مکانی این پژوهش اشاره داشت. باتوجه به اینکه پژوهش حاضر در مراکز دولتی شهر بابل انجام شد، در تعمیم نتایج آن باید جوانب احتیاط رعایت شود. ازآنجاکه درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد توانسته است کاهش معناداری در اضطراب این قشر از افراد آسیب‌دیدهٔ خشونت خانگی فراهم آورد، پیشنهاد می‌شود، در مداخلات طراحی‌شده برای این اشخاص، درمان مذکور مدنظر قرار گیرد. علاوه‌برآن در مراکز درمانی و انجمن‌های حمایت از این اقشار کارگاه‌هایی تحت مداخلهٔ بیان‌شده برای کاهش اضطراب این افراد طراحی شود.

۵ نتیجه‌گیری

نتایج این تحقیق نشان داد، درمان مبتنی‌بر پذیرش و تعهد بر اضطراب ناشی‌از تعارضات زناشویی زنان درگیر خشونت خانگی مؤثر است. در این درمان سعی می‌شود پذیرش روانی فرد دربارهٔ تجارب ذهنی و افکار و احساسات افزایش یابد و متقابلاً اعمال کنترلی نامؤثر کاهش پیدا کند. به بیمار آموخته می‌شود که هرگونه عملی جهت اجتناب یا کنترل این تجارب ذهنی ناخواسته بی‌اثر است یا اثر معکوس دارد و موجب تشدید آن‌ها می‌شود؛ همچنین باید این تجارب را بدون هیچ‌گونه واکنش درونی یا بیرونی جهت حذف آن‌ها، به‌طور کامل پذیرفت.

۶ تشکر و قدردانی

از همهٔ افرادی که در این پژوهش ما را یاری کردند، متشکریم.

۷ بیانیه

این پژوهش بخشی از پایان‌نامهٔ دکتری دانشگاه آزاد اسلامی تنکابن است. نویسندگان اعلام می‌دارند هیچ‌گونه تضاد منافعی در چاپ و انتشار مقاله با دیگر اشخاص ندارند.

References

1. World Health Organization. Strategies for the Prevention of Blindness in National Programmes: A Primary Health Care Approach. World Health Organization Publication; 1997.
2. Shams Esfandabadi N, Emamipour S. Reviewing prevalence rate of wife abuse and its affecting factors. Woman in Development and Politics. 2003;1(5):59–82. [Persian] https://jwdp.ut.ac.ir/article_17398_0f841182ef54bfb22d40f3a5f055d815.pdf
3. Saberian M, Atash Nafas E, Behnam B, Haghighat S. Survey of the causes and susceptible factors of the domestic violence and adopting contractive methods from women's views referred to the heath care centers in Semnan (2003/1382). Scientific Journal of Forensic Medicine. 2004;10(33):30–4. [Persian]
4. Sadat Asadi L. Controlling domestic violence from law to ethics. Womens Strategic Studies. 2004;6(23):220. [Persian]
5. Ahmadi B, Alimohamadian M, Golestan B, Bagheri Yazdi A, Shojaeezadeh D. Effects of domestic violence on the mental health of married women in Tehran. Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research. 2006;4(2):35–44. [Persian] https://sjsph.tums.ac.ir/article-1-206-en.pdf
6. Houry D, Kemball R, Rhodes KV, Kaslow NJ. Intimate partner violence and mental health symptoms in African American female ED patients. Am J Emerg Med. 2006;24(4):444–50. doi: 10.1016/j.ajem.2005.12.026
7. Records K. A critical review of maternal abuse and infant outcomes: implications for newborn nurses. Newborn and Infant Nursing Reviews. 2007;7(1):7–13. doi: 10.1053/j.nainr.2006.12.005

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-04]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.75.4]

8. Thompson RS, Bonomi AE, Anderson M, Reid RJ, Dimer JA, Carrell D, et al. Intimate partner violence: prevalence, types, and chronicity in adult women. Am J Prev Med. 2006;30(6):447–57. doi: 10.1016/j.amepre.2006.01.016
9. Sato-DiLorenzo A, Sharps PW. Dangerous intimate partner relationships and women's mental health and health behaviors. Issues Ment Health Nurs. 2007;28(8):837–48. doi: 10.1080/01612840701493535
10. Varma D, Chandra PS, Thomas T, Carey MP. Intimate partner violence and sexual coercion among pregnant women in India: Relationship with depression and post-traumatic stress disorder. J Affect Disord. 2007;102(1–3):227–35. doi: 10.1016/j.jad.2006.09.026
11. Garcia-Moreno C, Watts C. Violence against women: an urgent public health priority. Bulletin of The World Health Organization. 2011;89:2.
12. Kumar S, Jeyaseelan L, Suresh S, Ahuja RC. Domestic violence and its mental health correlates in Indian women. Br J Psychiatry. 2005;187:62–7. doi: 10.1192/bjp.187.1.62
13. Vachher AS, Sharma A. Domestic violence against women and their mental health status in a colony in Delhi. Indian J Community Med. 2010;35(3):403–5. doi: 10.4103/0970-0218.69266
14. Valentine JM, Rodriguez MA, Lapeyrouse LM, Zhang M. Recent intimate partner violence as a prenatal predictor of maternal depression in the first year postpartum among Latinas. Arch Womens Ment Health. 2011;14(2):135–43. doi: 10.1007/s00737-010-0191-1
15. Hayes SC, Strosahl KD, editors. A Practical Guide to Acceptance and Commitment Therapy. Boston: Springer US; 2004, p:395.
16. Hayes SC. Climbing our hills: A beginning conversation on the comparison of acceptance and commitment therapy and traditional cognitive behavioral therapy. Clinical Psychology: Science and Practice. 2008;15(4):286–95. doi: 10.1111/j.1468-2850.2008.00139.x
17. Lee H, Choi J, Lee MS, Paik J-W, Kwon JS. Necessity of Reorganization of Mental Health Welfare Act to Decrease in Social Anxiety Related to Patients with Schizophrenia and to Ensure Proper Human Rights for Mentally Ill Persons. Psychiatry Investig. 2018;15(8):745–6. doi: 10.30773/pi.2018.07.30
18. Malmir T, Jafari H, Ramezanalzadeh Z, Heydari J. Determining the Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on Life Expectancy and Anxiety Among Bereaved Patients. Mater Sociomed. 2017;29(4):242–6. doi: 10.5455/msm.2017.29.242-246
19. Burke C. The Americans With Disabilities Act and Test Anxiety: When Accommodations Are Appropriate. J Physician Assist Educ. 2017;28(3):156–7. doi: 10.1097/JPA.0000000000000142
20. Santini ZI, Koyanagi A, Tyrovolas S, Haro JM, Donovan RJ, Nielsen L, et al. The protective properties of Act-Belong-Commit indicators against incident depression, anxiety, and cognitive impairment among older Irish adults: Findings from a prospective community-based study. Exp Gerontol. 2017;91:79–87. doi: 10.1016/j.exger.2017.02.074
21. Ossman WA, Wilson KG, Storaasli RD, McNeill JW. A preliminary investigation of the use of Acceptance and Commitment Therapy in a group treatment for social phobia. International Journal of Psychology & Psychological Therapy. 2006;6(3):397–416.
22. Izadi R, Abedi M R. Alleviation of obsessive symptoms in treatment-resistant obsessive-compulsive disorder using acceptance and commitment-based therapy. Feyz Journal. 2013; 17(3):275-286. [Persian] http://feyz.kaums.ac.ir/article-1-1963-fa.html
23. Pourfaraj Omran M. The effectiveness of acceptance and commitment group therapy in social phobia of students. Journal of Knowledge & Health in Basic Medical Sciences. 2011;6(2):1–5. [Persian] doi: 10.22100/jkh.v6i2.100
24. Ostadian Khani Z, Fadie Moghadam M. Effect of acceptance and commitment group therapy on social adjustment and social phobia among physically-disabled persons. Archives of Rehabilitation. 2017;18(1):63–72. [Persian] doi: 10.21859/jrehab-180163
25. Kaviani H, Mousavi AS. Psychometric properties of the Persian version of Beck Anxiety Inventory (BAI). Tehran University Medical Journal. 2008: 65(2):136-140. [Persian]
26. Sanai Zaker B, Alaghmand S, Falahati Sh, Hooman A. Family and Marriage Scales. Tehran: Be'sat Publication; 2008. [Persian]
27. Bach PA, Moran DJ. ACT in Practice: Case Conceptualization in Acceptance & Commitment Therapy. Kamali S, Kian Rad N. (Persian translator). Tehran: Arjmand Publication; 2014.

[Downloaded from jdisabilstud.org on 2026-11-04]

[DOR: 20.1001.1.23222840.1399.10.0.75.4]