

اثر بخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر سازگاری زناشویی و کاهش خشونت خانگی علیه زنان

سحر علیقلی زاده مقدم^۱، مهدی نعیم^۲، علی رضایی شریف^۳

^۱ دانشجوی دکتری تخصصی روانشناسی، باشگاه پژوهشگران جوان، واحد اردبیل، اردبیل، ایران

^۲ هیات علمی، مرکز تحقیقات عوامل اجتماعی موثر بر سلامت، دانشگاه علوم پزشکی اردبیل، اردبیل، ایران

^۳ هیات علمی، گروه آموزش علوم تربیتی، دانشگاه محقق اردبیلی، اردبیل، ایران

نام و نشانی ایمیل نویسنده مسئول:

مهدی نعیم

m.naeim@arums.ac.ir

چکیده

خشونت خانگی رفتار پرخطر پرخطرانه ای است که دارای ابعاد مختلف جسمی، روانشناختی، آسیب، اقتصادی و جنسی است و با توجه به عوارض قابل توجه آن بر زنان جزء اولویتهای سلامت محسوب میشود. هدف پژوهش حاضر، بررسی تأثیر درمان پذیرش و تعهد (ACT) بر سازگاری زناشویی و کاهش خشونت خانگی علیه زنان بود. مطالعه حاضر یک تحقیق نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون بود که با حضور ۳۰ نفر از زنان تحت پوشش کمیته امداد امام خمینی شهر اردبیل در سال ۱۳۹۶ انجام شد. نمونه‌های پژوهش به صورت نمونه‌گیری تصادفی آسان انتخاب شدند. ابزار جمع‌آوری اطلاعات، پرسشنامه خشونت CTS2، پرسشنامه سازگاری زناشویی و پرسشنامه دموگرافیک بود. مداخله آموزشی در ۳ جلسه ۱۲۰ دقیقه‌ای با روش بحث گروهی و توزیع جزوه آموزشی برگزار شد. ۴۵ روز بعد از مداخله آموزشی، پس‌آزمون برگزار گردید و داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS نسخه ۲۴ و روش آمار توصیفی و استنباطی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. یافته‌های پژوهش نشان داد که درمان پذیرش و تعهد (ACT) می‌تواند خشونت خانوادگی را در زنان خانه دار به طور معنادار کاهش داده و رضایت زناشویی آنان را افزایش دهد. افزون بر این، تحلیل داده‌ها در مرحله پیگیری نشان داد که اثر مداخلات ماندگار بوده است. نتایج این پژوهش شواهدی را پیشنهاد می‌کند که درمان پذیرش و تعهد (ACT) روش مناسبی برای کاهش خشونت خانوادگی و در نتیجه بهبود رضایت زناشویی می‌باشد.

واژگان کلیدی: درمان پذیرش و تعهد (ACT)، خشونت خانگی، سازگاری زناشویی، اردبیل

مقدمه

خانواده مهم‌ترین نهاد اجتماعی در جوامع انسانی است که تکوین و پرورش شخصیت افراد در آن شکل می‌گیرد. برای این که خانواده بتواند کارکردهای اصلی خود را به خوبی ایفا نماید، لازم است امنیت و آرامش در کانون آن رخنه کند (۱). در صورتی که افراد از حقوق و تکالیف خود در روابط اجتماعی آگاهی داشته باشند، با تلاش برای حفظ حقوق خود، نسبت به رعایت حقوق دیگران و انجام

تکالیفی که جامعه بر عهده ی آن ها قرار داده است، احساس مسئولیت می کنند و به این ترتیب جامعه مسئولیت پذیر می گردد و هر فرد در هر جا و هر مقام به ایفای مسئولیت خود می پردازد (۲، ۳).

خشونت علیه زنان در تمام کشورهای جهان وجود دارد؛ به طوری که در سال ۲۰۰۰ سازمان جهانی بهداشت^۱ آن را به عنوان یک اولویت بهداشتی معرفی کرد (۴). در مطالعه ای که سازمان جهانی بهداشت در میزان خشونت خانگی در چندین کشور جهان انجام داده است، میزان شیوع آن بین ۱۳ تا ۷۱ درصد متغیر می باشد (۵). یکی از انواع خشونت ها، خشونت خانگی است. به خشونت، خشونت خانگی یا خانوادگی گفته می شود که در یک رابطه خانوادگی بین طرفین دعوا وجود داشته باشد. خشونت خانگی بیشتر اختلاف بین زن و شوهر است. به نظر می رسد درگیری بین همسران بیش از سایر مسائل درگیری خانگی را شامل می شوند (۳).

خشونت بر تمامی جنبه های گفتاری، رفتاری و حرکتی فردی که مورد خشونت قرار می گیرد، تأثیر می گذارد. مارگولین و برمن (۱۹۹۳) بر این باورند که مشکلات ارتباطی در بحث و جدل ها بیشتر دوسویه و خصومت آمیز است (۶). خشونت علیه همسر در تمام نقاط دنیا وجود دارد. نتایج مطالعات انجام شده نشان می دهد که زنان ۵ تا ۸ برابر بیشتر از همسران شان آسیب می بینند. خشونت جسمی در بین حدوداً ۳۰٪ از زوجین در ایالات متحده اتفاق می افتد و منجر به صدمات جسمی حادی در بین زوجین می شود (۷). حدود یک چهارم از زوجین حداقل در یک مقطع با تهاجم جسمی بین فردی روبه رو می شوند. هم چنین نتایج پژوهش ها نشان می دهد زنانی که شاهد خشونت بودند در مقایسه با زنانی که شاهد خشم و پرخاشگری نبودند، در معرض خطر بیشتری برای قربانی شدن قرار دارند (۸). فزون بر این نتایج پژوهش کاترین و ترکات (۲۰۱۰) نشان می دهد مدیریت خشم ضعیف چه در زنان و چه در مردان رابط مهمی در مشاهده و ارتکاب به پرخاشگری است (۹). هم چنین خشونت با آشفتگی در روابط زوجین ارتباط دارد. وجود ناراضی در روابط بین همسران میزان سلامت روانی افراد را کاهش می دهد (۱۰، ۱۱).

والرستاین، لویس و بلکسلی (۲۰۰۰) در پژوهشی به این نتیجه رسیدند که بیشتر طلاق ها ناشی از خشم می باشد. پژوهش ها نشان داده اند که آموزش مهارت های کنترل خشم در ارتقای سازگاری زناشویی مؤثر است. سازگاری زناشویی، فرآیندی است که در طول زندگی زوجین به وجود می آید؛ و لازمه ی پیدایش آن، انطباق سلیقه ها، شناخت صفات طرفین، وضع قوانین رفتاری و شکل گیری الگوهای مناسب است. سازگاری زناشویی، فرآیندی تکاملی بین زن و شوهر است (۱۲). ویسمن^۲ (۲۰۰۱) سازگاری زناشویی را به میزان تفاهم و سهمیم شدن در فعالیت ها، که با خرسندی و موفقیت در زندگی همراه باشد، تعریف می کند. در دهه ی گذشته، محققان بر شناسایی عواملی که رابطه ی زناشویی و سطح رضایت مندی را بررسی می کند، متمرکز شده اند (۱۳). مروری بر تحقیقات پیشین نشان می دهد که کیفیت ارتباط زوجین، یک عامل پیش بینی کننده برای سازگاری آینده ی زناشویی است (۳).

شکوهی یکتا، زمانی، پرند، اکبری زردخانه (۱۳۸۹) معتقدند آموزش مدیریت خشم، شدت خشم را در موقعیت های فراخوان خشم به طور معناداری کاهش می دهد و در مهار خشم درونی افراد مؤثر است (۱۴). نتایج پژوهش پورنقاش تهرانی (۱۳۸۶) روی زوج های مراجعه کننده به شورای حل اختلاف نشان داد که برنامه آموزش مهارت های مدیریت خشم به طور معناداری می تواند اختلافات بین زوجین را کاهش دهد (۱۵).

از جمله مداخلات روانشناختی که می تواند بر سازگاری زناشویی و کاهش خشونت خانگی تأثیرگذار باشد، پذیرش و تعهد درمانی است (۱۶). هافمن و سیموندسون (۲۰۰۸) هدف اصلی پذیرش و تعهد درمانی را درمان اجتناب تجربی، ایجاد پاسخ و تعهد عمل به ارزش ها و حفظ تغییرات رفتاری می دانند و آنان معتقدند که انجام این فرایند درمانی منجر به اثرات قابل ملاحظه ای می شود. به نظر میرسد که با استفاده از پذیرش و تعهد درمانی، افراد می توانند مشکلات زناشویی خود را حل کنند و با افزایش پذیرش تجربیات درونی مانند افکار و احساسات در مورد همسرشان و ایجاد اهداف مطابق با ارزش ها و تعهداتشان، زندگی شادتر و بهتری را برای خود و خانواده شان فراهم آورند. مقابله فعال و مؤثر با افکار و احساسات، دوری کردن از اجتناب، تغییر نگرش آنان نسبت به خودشان و متعهد بودن به ارزش ها از عناصر اصلی این درمان هستند. مراجعه کنندگان با انجام تمرینات حسی ساده با مفهوم ذهن آگاهی و مزایای آن در زندگی روزمره آشنا می شوند (۱۷). سازگاری زناشویی اصطلاحی چند بعدی است که سطوح چندگانه ازدواج را روشن می کند. سازگاری زناشویی شیوه ای است که افراد متأهل به طور فردی یا با یکدیگر، برای تداوم ازدواج سازگار می شوند و از مهمترین فاکتورها در تعیین ثبات و تداوم زندگی زناشویی است. در واقع سازگاری زناشویی وضعیتی است که زن و شوهر، بیشتر مواقع احساس خوشبختی و رضایت از یکدیگر دارند (۱۸). سازگاری زناشویی در واقع سازگاری با وقایع مهم زندگی است. زن و شوهری که سازگاری دارند در امور مختلف زندگی با یکدیگر تفاهم دارند (۱۹). از دیدگاه پذیرش و تعهد درمانی، ایجاد و حفظ فاصله عاطفی بین زوجین به دلیل استراتژی های اجتناب تجربی و کنترل ناکارآمد و خشکی و تعصب هر یک از شرکاء است. استراتژی های اجتناب تجربی شامل اجتناب از برقراری رابطه با همسر به دلیل اینکه

رابطه قبلی منجر به تعارض و فاصله عاطفی شده است و اجتناب از بیان عاطفی یا صمیمیت جسمانی به دلیل ترس از طرد شدن و اجتناب از فعالیت هایی است که منجر به شکل گیری خاطرات مشترک می شود. این اجتناب تجربی نه تنها از افکار و احساسات ناخواسته حمایت می کند بلکه از انجام هر کاری توسط زوجین که به بهبود رابطه و ایجاد صمیمیت منجر شود نیز جلوگیری میکند. ACT تلاش می کند که چنین فرایندهایی را تضعیف کند و مشکلاتی را کاهش دهد که به دلیل اجتناب تجربی زوجین شکل گرفته است. هدف نهایی ACT کمک به زوجین است تا از رفتار و شناخت های خود به همسرشان آگاه شوند و ارزش های آنان را واضح سازد و زوجین را متعهد کند که به شیوه متناسب با ارزش ها و اهدافشان عمل کنند. مشخص شده است که ACT در درمان دسته ای از اختلالات روانی از جمله اضطراب، افسردگی، درد مزمن، اختلال خوردن و سوء مصرف مواد تأثیرات قابل توجهی دارد (۲۰).

پذیرش، ذهن آگاهی و ارزش ها، فرایندهای قدرتمندی هستند که تأثیر قوی بر عملکرد بشر دارند و هنگامی که در درمان به کار گرفته می شوند، موجب نتایج مثبتی می شوند. تکنیکهای مختلفی در ACT به کار گرفته می شوند اما هر یک از این تکنیک ها به طور جداگانه در سایر درمان ها نیز به کار گرفته می شوند. آنچه که ACT را متفاوت می کند ادغام تحلیل های کاربردی و اساسی در یک مدل منسجم با مؤلفه های موثق و فرایند تغییر است که به مراجع اجازه می دهد تا بر مجموعه نسبتاً محدودی از فرایندهای تشخیصی تمرکز کند (۲۱). اخیراً فراتحلیلی شواهد فرایندهای از اثرمندی ACT را نشان داده است. تحقیقات از اثرمندی ACT در درمان استرس کاری، سایکوزها، افسردگی، اضطراب امتحان، مانیا، صرع، اختلال وسواس- اجباری و اختلالات اضطراب اجتماعی حمایت کرده اند. همچنین ACT در درمان درد مزمن، ترک سیگار و سوء مصرف مواد موفق بوده است (۱۶). باند و بانس (۲۰۰۰) نشان دادند که اثرات مثبت ACT در کاهش استرس، با پذیرش افکار و احساسات نامطلوب رخ می دهد. همچنین مطالعات، نقش واسطه ای گسلش روانشناختی را در درمان سایکوز نشان داده اند. ACT در زوج درمانی به گونه ای منحصر به فردی به کار برده می شود. کاملاً روشن است هنگامی که شریک زندگی احساس می کند که از نظر عاطفی صدمه دیده است، سعی می کند که فاصله ی عاطفی خود را با همسرش حفظ کند؛ زیرا این فاصله عاطفی از فرد حمایت می کند و احتمال رخداد پریشانی عاطفی در آینده را کاهش می دهد. در این میان ACT به زوجین می آموزد که افکار و احساساتی را که با فاصله عاطفی مرتبط هستند، در نظر گیرند (مانند این فکر که من نمی توانم درباره احساس واقعی ام با همسر صحبت کنم) و یاد بگیرند که این افکار را رد نکنند، پذیرش آگاهانه چنین افکاری را تمرین کنند و به شیوه ای که همسان با ارزش های آنان است و با در نظر گرفتن حفظ صمیمیت زناشویی و ارتباط، عمل کنند. ACT سعی می کند که رابطه ی زوجین را با استفاده از تغییرات رفتاری، اصلاح کند و هر یک از زوجین را ترغیب می کند که به طور آگاهانه، واکنش های درونی خود را نسبت به رفتارهای دیگری بپذیرند و یاد بگیرند که ارزیابی آنان از رفتار طرف مقابل فقط یک فکر است و لازم نیست براساس فکر خود، کاری بکنند. هنگامی که افراد از این مهارت ها و راهبردها استفاده می کنند، به تدریج خواهند توانست موقعیت های اجتنابی قبلی را از نظر بگذرانند و فرصتی به زوجین داده می شود تا به شیوه ای رفتار کنند که سازگاری آنان افزایش یابد (۲۰).

در جمع بندی پایانی از آنچه پژوهش های انجام شده نشان داده اند، می توان گفت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با سازگاری زناشویی و کاهش خشونت خانگی ارتباط دارد. به ویژه این نوع مهارت ها می توانند برای زوجهای جوان که در آغاز مسیر زندگی مشترک خود هستند بسیار مفید باشند. مستند ساختن این مسأله یکی از اهداف انجام این پژوهش بوده است. روشن شدن این مسأله می تواند برای برنامه ریزی های اجرایی در سطح مراکز آموزشی و مراکز مشاوره و راهنمایی کمک شایانی باشد. بنابراین با توجه به آنچه بیان شد، در این پژوهش هدف تعیین میزان تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سازگاری زناشویی و کاهش خشونت خانگی در نظر گرفته شد.

روش پژوهش

پژوهش حاضر از نوع مطالعات نیمه تجربی با طرح پیش آزمون-پس آزمون بود.

جامعه آماری، نمونه و روش نمونه گیری:

در این پژوهش جامعه آماری، زنان متأهل تحت پوشش کمیته امداد شهرستان اردبیل (در تابستان ۱۳۹۶) بودند که با استفاده از روش نمونه گیری در دسترس ۳۰ نفر که در پرسش نامه خشونت خانوادگی بالاترین نمره را کسب کرده بودند انتخاب شدند. معیارهای ورود به مطالعه شامل: همسر دار بودن، داشتن حداقل یک فرزند، ایرانی بودن و حداقل یک سال تحت پوشش کمیته امداد بودن و معیارهای خروج از مطالعه شامل: شرکت نکردن در ۲ جلسه آموزشی، مهاجرت از اردبیل و عدم تمایل به ادامه همکاری بود.

ابزار پژوهش

پرسشنامه ی سازگاری زناشویی^۳ (لاک - و الاس): آزمون سازگاری زناشویی بر پایه (ادراک بین فردی) از روابط زناشویی استوار است. این آزمون با ۱۵ سوال میزان موفقیت همسران را در خصوص فعالیت های دخیل در سازگاری زناشویی می سنجد. در این آزمون

نمره‌ی ۱۰۰ و بالاتر نشانه‌ی سازگاری زناشویی و نمره‌ی پایینتر از ۱۰۰ نشان دهنده‌ی تنیدگی در روابط زناشویی است. آزمون سازگاری به عنوان ابزار اندازه‌گیری معتبر سازگاری زناشویی شناخته شده است. پایایی این آزمون با استفاده از روش دو نیمه کردن برابر با $r=0.92$ به دست آمد (۲۲). آزمون سازگاری زناشویی لاک و والاس برای گروه‌های شناخته شده و با نمرات متمایز کننده برای زوج‌های سازگار و ناسازگار از روایی بالا برخوردار است. نمرات این آزمون با آزمون (پیش‌بینی زناشویی لاک و والاس) همبستگی بالایی دارد. این نتیجه، نشان دهنده‌ی روایی همزمان بالای آن است. آزمون مذکور مقیاسی برای پیش‌بینی سازگاری آینده است (۲۳). در پژوهش حاضر پایایی این آزمون به روش آلفای کراباخ محاسبه و 0.72 به دست آمد.

مقیاس تاکتیک‌های تعارض (CTS2): این مقیاس دارای ۷۸ سؤال می‌باشد که پنج زیرمقیاس مذاکره، پرخاشگری روانی، حمله جسمی، آسیب و اجبار جنسی را می‌سنجد. با استفاده از آلفای کرونباخ ضریب اعتبار زیر مقیاس‌های مذاکره (0.86)، برای پرخاشگری روانی (0.76)، حمله جنسی (0.86)، اجبار جنسی (0.87)، و آسیب (0.95) به دست آمده است.

پناغی (۱۳۹۰) نیز پایایی و روایی مقیاس تجدیدنظر شده تاکتیک‌های حل تعارض را بررسی کرد. نتایج پژوهش او نشان داد که روایی و اگرچه و همگرایی این مقیاس با استفاده از خرده‌مقیاس‌های پرسشنامه تایید شد. نتایج تحلیل عاملی اکتشافی نشان داد که در نمونه ایرانی، تحلیل سه عاملی با استفاده از سه خرده‌مقیاس حمله، خشونت روانی و مذاکره نسبت به سایر تحلیل‌ها مناسب‌تر است. هم‌چنین، این مقیاس و خرده‌مقیاس‌های آن از همسانی درونی مناسبی برخوردار هستند (آلفای کرونباخ بین 0.66 تا 0.86) (۲۴).

روش اجرا

شیوه اجرا بعد از کسب مجوز و جلب رضایت آزمودنی‌ها، ابتدا هدف تحقیق برای آنها بیان شد و از آنها خواسته شد تا در این برنامه درمانی شرکت کنند. ابتدا در مرحله پیش‌آزمون پرسشنامه‌ها در اختیار آنها قرار گرفت و از آنها خواسته شد که به دقت سؤالات را بخوانند و پاسخ‌های مورد نظر را متناسب با ویژگی‌های خود انتخاب کنند و سؤالی را تا حد امکان بی‌جواب نگذارند. سپس آزمودنی‌ها به صورت تصادفی در گروه آزمایشی و گواه گمارده شدند و گروه آزمایشی هشت جلسه یک و نیم ساعته درمان ACT را به صورت گروهی دریافت کردند. در حالی که گروه گواه هیچ درمانی از سوی روانشناس دریافت نکردند. پس از اتمام دوره آموزش از گروه تحت درمان و گروه کنترل پس از آزمون به عمل آمد.

ساختار جلسات پذیرش و تعهد درمانی

جلسه اول	معرفی اعضای گروه و اجرای پیش‌آزمون بحث در مورد حدود رفتاری و توضیح قوانین و اصول و قراردادهای حاکم بر جلسات مشاوره‌ای رضایت آگاهانه افراد گروه برای انجام فرایند درمان مطرح کردن اهداف درمان و اینکه تغییر امکانپذیر است و توضیح فلسفه مداخله بر اساس این رویکرد معرفی درماندگی خالق: که در این شرایط میتوان بر ناپدید شدن ارزشها، قطع ارتباط، واکنش، اجتناب و در ذهن بودن مطالب ارائه کرد. (عالمت اختصاری مهم در زندگی زناشویی) معرفی سیستم‌های ناکارآمد گذشته (آشنایی با تالشهای گذشته افراد برای به انجام رساندن اهداف)
جلسه دوم	نقد و بررسی تکلیف قبل: پاسخ افراد در شیوه راهبردهای کنترل خود کنترل به عنوان شکل (کنترل مسئله است نه راه حل)، (آموزش این نکته که هرگونه عملی جهت اجتناب یا کنترل تجارب ذهنی ناخواسته بی اثر است) تکالیف: یادداشت تجربه روزانه، یادداشت روزانه تمایل، یادداشت روزانه ناراحتی پاک و ناپاک رساندن به ناامیدی خلاق
جلسه سوم	ارزیابی عملکرد؛ بررسی تجربیات فرد از جلسه قبل تاکنون؛ بررسی تکالیف خانگی تکالیف: تمرین ذهن آگاهی، برگه راهنمای ذهن آگاهی چیست تأثیر بر شناسایی و آگاهی و آغاز تمرینات مربوط به شفاف سازی ارزش‌ها
جلسه چهارم	ارزیابی عملکرد. هدف جلسه: تمایز خود مفهوم سازی در برابر خود مشاهده‌گری سنجش توانایی درمانجو برای گسست از افکار و احساسات ادامه تجربیات ذهن آگاهی و ادامه شفاف سازی ارزش‌ها
جلسه پنجم	هدف در این جلسه نشان دادن اهمیت ارزش‌ها و تفهیم به افراد که چگونه ارزش‌ها و تفهیم آن "تمایل/ پذیرش" را ارزشمند جلوه می‌دهد.

ارزش به عنوان رفتار در مقابل ارزش به عنوان احساسات تمرینات آگاهی از احساسات بدنی و بحث پیرامون آن تمرینات مربوط به سازگاری و صمیمیت از رنجهای زندگی	
جلسه ششم هدف جلسه کمک به افراد گروه که پیوسته حوزه های زندگی را که مطابق با ارزش های فرد نیست، بشناسد. فرد باید پیوسته ارزش هایش را به عنوان منشأ تعهد درک کند و آنها را در عملی کردن مفهوم (تمایل) و در خدمت فعال سازی رفتاری و اهداف شخصی خود به کار ببرد. انتخاب ها در برابر قضاوت ها/ تصمیم ها، شناسایی رفتار مبتنی بر ارزش ها در یک هفته مرور شود. شناسایی ارزشها (اهداف کوچکتر در خدمت اهداف بزرگتر)	
جلسه هفتم هدف از این جلسه کشف ارتباط بین اهداف و فعالیت ها و استحکام بخشیدن به عوامل تمایل و گسلش، در خدمت دستیابی به اهداف رفتاری است و نیز تکلیف را باید با توجه به ویژگی فعالسازی رفتاری در قالب متعهد کردن به فعالیتهای خاص ادامه داد که توسط اهداف و ارزشهای بزرگتر درمانجو مشخص شده است. ادامه تنظیم اهداف مؤثر مرتبط با ارزشها، ادامه تمرینات آگاهی حتی در حین راه رفتن بحث پیرامون صمیمیت و سازگاری از داشتن رنج	
جلسه هشتم ارزیابی عمل متعهدانه آموزش درمانجو که خود یک درمانگر باشد برای به حداکثر رساندن این احتمال که درمانجو مهارتهای آموخته در درمان را ابراز کند و پس از اتمام در آن به کار ببرد. آمادگی برای مقابله با شکست های احتمالی بعد از خاتمه درمان شناسایی راهبردهای ممکن، موانع الگوریتم FEAR، عمل متعهدانه براساس الگوریتم ACT، پیام اصلی ACT. دو علامت اختصاری مهم در زندگی زناشویی براساس مد ACT، ارائه خلاصه ای از محتوای جلسات قبل و اجرای پس آزمون تکالیف پیشنهادی: ثبت اهداف مراجع به عنوان مثال ۱ ماه تا ۶ ماه -بحث و گفتگو و اصلاح برنامه بعد از درمان پایان درمان و پیشگیری از عود: ادامه جلسات می تواند ماهانه با رضایت مراجعان و نیز جلسات ۳۰ دقیقه یا کمتر به صورت تلفنی و بعد از گذشت سال به ملاقات های سه ماهه	

روش تجزیه و تحلیل داده ها

تجزیه و تحلیل داده ها با استفاده از نرمافزار آماری SPSS نسخه ۲۴، آمار توصیفی (میانگین و انحراف معیار) و آمار استنباطی (تحلیل کوواریانس و t استودنت) انجام شد.

یافته ها

۴ نفر از افراد مورد پژوهش به دلیل داشتن معیارهای خروج، از مطالعه خارج شدند و نتایج بر طبق ۲۶ نفر تجزیه و تحلیل گردید.

جدول ۱: میانگین و انحراف معیار خشونت خانوادگی و رضایت زناشویی در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری

متغیر	گروه	مراحل آزمون	تعداد آزمودنی	میانگین	انحراف معیار	حداقل نمره	حداکثر نمره
خشونت خانگی	آزمایش	پیش آزمون	۱۳	۱۱۷/۹۸	۴۳/۴۹	۵۱	۲۰۳
		پس آزمون	۱۳	۷۰/۳۶	۲۹/۸۷	۳۶	۱۱۹
		پیگیری	۱۳	۷۲/۱۱	۳۰/۲۲	۳۸	۱۲۳
رضایت زناشویی	کنترل	پیش آزمون	۱۳	۱۰۵/۶۲	۵۶/۱۱	۴۹	۲۸۹
		پس آزمون	۱۳	۱۰۹/۷۸	۵۵/۸۷	۵۰	۲۹۰
		پیگیری	۱۳	۱۰۹/۸۵	۵۶/۱۱	۵۱	۲۹۰
رضایت زناشویی	آزمایش	پیش آزمون	۱۳	۱۲۰/۳۲	۱۸/۹۸	۸۸	۱۶۸
		پس آزمون	۱۳	۱۴۷/۳۲	۱۹/۷۷	۱۲۹	۲۱۰

۲۰۹	۱۳۰	۱۹/۱۷	۱۴۶/۶۵	۱۳	پیگیری	
۱۵۳	۶۶	۱۳/۸۸	۱۱۸/۶۲	۱۳	پیش آزمون	کنترل
۱۴۸	۷۷	۱۰/۶۷	۱۱۶/۲۱	۱۳	پس آزمون	
۱۴۴	۸۰	۹/۴۴	۱۱۶/۷۲	۱۳	پیگیری	

در جدول ۱ تغییرات مربوط به نمرات خشونت خانوادگی و سازگاری زناشویی آزمودنی ها در مراحل پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری ارائه شده است. با توجه به مفروضه های آزمون تحلیل کوواریانس، مفروضه های خطی بودن رگرسیون و همگنی شیب خط رگرسیون مورد بررسی قرار گرفتند که نتایج نشان داد این مفروضه ها برقرار می باشند. برای بررسی تغییرات ناشی از انجام مداخلات در گروه های آزمایش و کنترل تحلیل کوواریانس انجام شد که خلاصه نتایج در جداول ۱ آمده است.

جدول ۲: نتایج تحلیل کوواریانس نمرات خشونت خانوادگی گروههای آزمایش و کنترل

منابع تغییرات	مجموع مجذورها	درجه آزادی	میانگین مجذورها	F	سطح معناداری	ضریب آتا
متغیر همپراش	۶۷/۹۸	۱	۶۷/۹۸	۱۸/۸۷	۰/۰۱	۰/۴۲
نمره پیش آزمون	۵۰۴۷۲/۸۷	۱	۵۰۴۷۲/۸۷			
گروه	۱۰۵۲۱/۹۲	۱	۱۰۵۲۱/۹۲			
خطا	۱۵۹۶۲/۸۶	۲۷	۵۹۸/۸۲			

نتایج جدول ۲ نشان می دهد آموزش مهارت های مدیریت خشم توانسته است خشونت خانگی زنان خانه دار را به طور معناداری کاهش دهد ($P < 0.001$).

جدول ۳: خلاصه نتایج آزمون t برای تعیین اثر ماندگاری مداخلات در خشونت خانوادگی

منابع تغییرات	تفاوت میانگین ها	تعداد	انحراف معیار	درجه آزادی	T	سطح معناداری
مرحله پیش آزمون و پیگیری	۱۸/۹۱	۲۶	۳۹/۲۰	۳۳	۲/۶۲	۰/۰۱۰

یافته های جدول ۳ نشان می دهد که اثر درمان پذیرش و تعهد (ACT) در کاهش خشونت خانوادگی ماندگار بوده است.

جدول ۴: نتایج تحلیل کوواریانس نمرات سازگاری زناشویی گروههای آزمایش و کنترل

منابع تغییرات	مجموع مجذورها	درجه آزادی	میانگین مجذورها	F	سطح معناداری	ضریب آتا
متغیر همپراش	۵۹/۲۸۹	۱	۵۹/۲۸۹			
نمره پیش آزمون	۹۹۸/۵۸	۱	۹۹۸/۵۸	۷۰/۸۸	۰/۰۰۱	۰/۶۸
گروه	۳۱۴۵/۹۸	۱	۳۱۴۵/۹۸			
خطا	۱۰۱۹/۱۶	۲۷	۳۸/۳۲			

همانطور که مندرجات جدول ۴ نشان می دهد، آموزش مهارت های مدیریت خشم توانسته است رضایت زناشویی زنان خانه دار را به طور معناداری بهبود دهد ($P < 0.001$).

جدول ۵: نتایج آزمون t برای تعیین اثر ماندگاری مداخلات در سازگاری زناشویی

منابع تغییرات	تفاوت میانگین	تعداد	انحراف معیار	درجه آزادی	T	سطح معناداری
---------------	---------------	-------	--------------	------------	---	--------------

					ها	
۰/۰۰۱	۳/۷۷	۳۳	۱۳/۸۸	۲۶	۹/۸۸	مرحله پیش آزمون و پیگیری

یافته های جدول ۵ نشان می دهد که اثر درمان پذیرش و تعهد (ACT) در بهبود سازگاری زناشویی ماندگار بوده است.

بحث و نتیجه گیری

انسان همواره سعی می کند تا مهارت هایی را برای تسهیل ارتباط خود با دیگران کسب کند و این باعث تکامل شخصیت او می گردد. کسب مهارت های ارتباطی سبب افزایش تعاملات زنان با دنیای خارج از منزل آنان می شود. با آموزش زنان می توان آن ها را توانمند نمود و راه را برای حضور آن ها در جامعه هموار کرد. حضور زنان در جامعه اثر مثبتی بر روند خانواده می گذارد. با توجه به مطالب ذکر شده این پژوهش با هدف تعیین اثر بخشی آموزش مهارت های مدیریت خشم در کاهش خشونت و بهبود سازگاری زناشویی در زنان شهر اردبیل انجام گرفت و بر اساس یافته های پژوهش چنین نتیجه گرفته شد که درمان پذیرش و تعهد (ACT) خشونت خانوادگی را در زنان خانه دار کاهش می دهد و نیز می توان نتیجه گرفت که درمان پذیرش و تعهد (ACT) سازگاری زناشویی را در زنان خانه دار افزایش می دهد. به عبارت دیگر سازگاری زناشویی در زنان خانه داری که تحت آموزش مهارت های مدیریت خشم قرار گرفته بودند (گروه آزمایش) بالاتر از سازگاری زناشویی در زنان خانه داری بود که آموزشی ندیده بودند (گروه کنترل)، لذا با توجه به این شواهد علمی فرضیه پژوهش تأیید گردید. نتیجه این پژوهش با پژوهشهای (۳، ۹، ۱۴، ۲۵) همسو است. همچنین یافته های این تحقیق نشان داد که توانایی زوجین در کنترل خشم با ارتباطات سالم و مطلوب بین آنان رابطه دارد. این یافته با پژوهش های (۳، ۱۵، ۲۶) همسو است. این هم خوانی، گواهی بر این مدعاست که اجرای دوره های درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، یکی از موثرترین راهکارهای افزایش سازگاری زناشویی در جامعه بوده است. مهربانی زاده هنرمند و همکاران (۱۳۸۹) در پژوهش خود دریافتند که آموزش مهارت های زندگی، بدون کنترل و با کنترل طول مدت ازدواج باعث افزایش سازگاری زناشویی زنان متأهل گروه آزمایش در مقایسه با گروه گواه می شود. آنها در آموزش مهارت های زندگی از شیوه هایی نظیر گوش فرا دادن، صحبت کردن و ارائه ی پاسخ های غیرکلامی مؤثر استفاده کردند که همین امر ممکن است کیفیت رابطه بین زوجین را ارتقا بخشد. همچنین فراگیری حل مسأله باعث ارائه ی راهکارهای مؤثر در هنگام وقوع مشکل و در نتیجه افزایش میزان رضایت افراد در زندگی زناشویی میشود (۲۷). به علاوه، هوش و ادراک هیجانی زوجین از همدیگر و آموزش ابراز صحیح هیجانات نسبت به همدیگر عامل بسیار مؤثر در بهبود سازگاری آنهاست. بسیاری از زوجهای جوان به علت تجربیات کم خود در زمینه ی برقراری ارتباط با یکدیگر و نداشتن آموزش صحیح در این مورد دچار آسیب های خانوادگی شده و نمی توانند رابطه ی مطلوبی با یکدیگر برقرار نمایند. آموزش مهارت هایی نظیر مهارت های ارتباطی، همدلی، خودباوری، مهارت های بیانی و ادراکی (گوش دادن فعال)، توانایی تصمیم گیری، توانایی حل مسأله به جای هیجان زدگی، شناخت هیجانات خود و طرف مقابل و مدیریت این هیجان ها به خوبی ممکن است با افزایش توانایی های افراد در تعامل با دیگری موجب افزایش سازگاری طرفین شود. در واقع می توان گفت که آموزش مهارت های زندگی و هوش هیجانی سازگاری فرد را با محیط و چالش های آن افزایش می دهد و باعث می شود فرد به گونه ای کارآمد و مؤثر با محیط خانوادگی، شغلی، تحصیلی و اجتماعی خود برخورد نماید (۲۸). این مهارت ها فرد را در مقابله ی مؤثر برای پرداختن به کشمکش ها و موقعیت های زندگی یاری می بخشد و سطح سازگاری را افزایش می دهد. یالسنین و کارایان (۲۰۰۶)، اثربخشی آموزش مهارت های ارتباطی زوجین بر میزان سازگاری زناشویی را بررسی کرده و به این نتیجه رسیدند که بهبود ارتباط میان فردی، تأثیر مثبتی بر سازگاری زناشویی دارد. هنگامی که زوجین، نحوه ی ارتباط صحیح و مؤثر را بیاموزند، به پیام های کلامی و غیر کلامی موجود در ارتباط توجه کنند و گوش دادن فعال را بیاموزند، روابط آنان بهبود یافته و در نتیجه سازگاری در زندگی نیز افزایش می یابد. وقتی ارتباط به شیوه ی مناسب برقرار شود، زوجین به همدیگر نزدیکتر می شوند و افکار و احساسات خود را به میزان بیشتری با هم در میان می گذارند و از بروز هر گونه سوءتفاهم احتمالی که سبب بسیاری از اختلاف ها و تعارض های زناشویی می شود، جلوگیری می کنند. این مهارت، بهترین شیوه برای ایجاد اعتماد و پیشگیری از بروز تعارضات بین فردی است. مطلب دیگری که در تبیین این فرضیه میتوان اظهار داشت، تأثیر مستقیم سایر مولفه های مهارت های زندگی بر سازگاری زوجین است. به عنوان مثال، مهارت های حل مسأله باعث می شود زوجین راهکارهای مؤثری را در مورد مسائل و مشکلات زندگی شان ارائه دهند و همین امر سبب می شود که از زندگی خود لذت بیشتری ببرند. میتوان گفت که آشنایی با مهارت های زندگی، در روابط و زندگی زناشویی باعث می شود که هر یک از زوجین، با شرایط، رویدادها و ناسازگاری هایی که اغلب در زندگی پیش می آید، به راحتی کنار آمده و تا حدودی از ایجاد این ناسازگاری ها در روابط و زندگی زناشویی کاسته شود (۲۹).

با توجه به نتایج مطالعه ی حاضر، آموزش مهارت کنترل خشم و خشونت باعث کاهش میزان خشونت بعد از مداخله ی آموزشی در میان افراد مورد پژوهش شد. نتایج مطالعه ی حاضر نشان داد که پس از مداخله تفاوت معنی داری در کاهش خشونت علیه زنان نسبت به قبل آموزش به وجود آمد و بیانگر این امر است که آموزش مهارت های کنترل خشم در افراد مورد پژوهش، به طور معنی داری باعث کاهش خشونت خانگی علیه آن ها شده است که این مؤید تأثیر آموزش بر کاهش خشونت علیه افراد مورد پژوهش می باشد. نتایج مطالعه ی کیم و کیم^۴ که بر روی ۳۳ نفر از زنان خشونت دیده در دو پناهگاه در کره انجام شد، نشان دهنده این امر بود که مداخلات آموزش گروهی، استراتژی های مدیریت استرس، تشخیص ویژگی های فرد خشونت ورز و خودشناسی باعث کاهش معنی دار خشونت علیه آن ها می شود (۳۰). در مطالعه ی مک فارلان^۵ و همکاران که بر روی ۳۲۹ نفر زن اسپانیایی باردار انجام شده بود، نشان داد که مداخلات آموزشی و جزوه های آموزشی در رابطه با خشونت خانگی علیه زنان، باعث کاهش خشونت همسران علیه زنان شده است (۳۱) که نتایج دو مطالعه فوق مؤید نتایج مطالعه حاضر مبنی بر تأثیر آموزش بر کاهش خشونت خانگی علیه زنان می باشد. در تبیین نتایج به دست آمده می توان گفت که چون در جلسات آموزشی مربوط به مدیریت خشم، مهارت های ارتباطی، حل مسئله و شیوه های صحیح مقابله با خشونت به زنان آموزش داده شد، به واسطه آموزش این مهارت ها، الگوهای شناختی - رفتاری سازنده ای مانند توانایی ایجاد ارتباط کلامی مؤثر، کنترل تکانه ها، توانایی تغییر تکانه های پرخاشگرانه به رفتارهای ملایم تر از طریق موقعیت و محیط و کمک به زنان جهت شناسایی و جایگزینی پیامدهای مثبت تر و مطلوب تر به جای رفتارهای غیرپرخاشگرانه در زانی که تحت آموزش قرار داشتند، تقویت شد. افزون بر این، نتایج به دست آمده حاصل تحلیل داده ها در مرحله پیگیری هم نشان می دهد که اثر مداخلات اعمال شده روی زنان ماندگار بوده است. به عبارتی دیگر این نتیجه بیانگر این نکته است که زنان تحت آموزش، مداخلات اعمال شده را یاد گرفته اند و تغییر در رفتار خشونت آمیز آنان ناشی از تغییر در مهارت های مدیریت خشم و توانایی کنترل تکانه هایشان می باشد. بنابراین منطقی به نظر می رسد که درمان پذیرش و تعهد (ACT) می تواند رفتارهای خشونت آمیز کلامی و غیرکلامی زنان را نسبت به اعضا کاهش دهد. هم چنین چون کاهش رفتار خشونت آمیز به مطلوب شدن الگوهای ارتباطی کمک می کند، شرایط برای ایجاد ارتباط بین همسران و بروز احساسات و عواطف بین آن ها تسهیل می شود که حتی ممکن است همسران تشویق شوند برای شکل دادن الگوهای رفتاری جدیدی با هم تصمیم گیری کنند. با توجه به این که در پژوهش حاضر «فن اصلاح بیان، مهارت حل مسئله و شکل گیری حالت پرخاشگری» در چارچوب مهارت های مدیریت خشم به زنان آموزش داده شد، احتمالاً به تقویت توانایی در کنترل خشم و بهبود سازگاری زناشویی آنان کمک خواهد کرد. بنابراین در این پژوهش تقویت شدن مهارت های ارتباطی برای شکل دادن روابط عاطفی و دیگر زمینه های زندگی زناشویی موجب گردید که رضایت زناشویی همسران افزایش یابد. به طور کلی نتایج پژوهش نشان داد که آموزش مهارت های مدیریت خشم به زنان، موجب کاهش رفتارهای خشونت آمیز از طرف زنان نسبت به همسران شان می شود و از طرف دیگر نیز مردان نسبت به این رفتارهای مناسب، واکنش بهتری نشان می دهند. در نتیجه، تعامل های زناشویی مناسب تری بین زوجها برقرار میشود و موجب افزایش سازگاری زناشویی می شود.

بنابراین پیشنهاد می گردد، با آموزش زنان و شناخت راه های افزایش سازگاری زناشویی، آگاهی از مهارت های ارتباطی و افزایش اعتماد به نفس، خشونت علیه زنان را کاهش دهیم. بنابراین هدف از آموزش مهارت های افزایش سازگاری زناشویی، آموزش و افزایش کارکردهای درون فردی و بین فردی برای اداره و حل مشکلات زندگی است. افرادی که ارتباطات و مهارت های اجتماعی کمی دارند تنها، منزوی و مضطرب با روحیه کم رویی و عزت نفس پایین هستند، بنابراین نیاز به آموزش مهارت های زندگی و کنترل خشم به زنان به عنوان یکی از ارکان اصلی خانواده ضروری به نظر می رسد. آموزش مهارت های زندگی و کنترل خشم سبب کسب تجربه، حل مسأله، ارتباط مؤثر و رفتار جرات مندانه زنان می گردد که همگی مانع از بروز رفتارهای منفی از جانب زن در منزل می شود و این خود باعث افزایش اعتماد به نفس آن ها و جلوگیری از بروز رفتارهای خشونت آمیز همسرانشان نسبت به آن ها می شود.

نظر به این که در نتایج مطالعه ی حاضر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد روش مؤثری بر افزایش سازگاری زناشویی است و افزایش سازگاری زناشویی با کاهش رفتارهای خشونت آمیز علیه زنان ارتباط دارد، بنابراین پیشنهاد می شود با صرف وقت بیشتر و پیگیری های لازم درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در هر سطحی برای زنان خانه دار که کمتر با دنیای خارج از خانه در ارتباط دارند و همچنین دانش آموزان و دانشجویان دختر در مدارس و دانشگاه ها اجرا شود. امید است در آینده با انجام تحقیقات جامع تر بتوانیم در زمینه ی توانمندسازی زنان به خصوص زنان طبقه ی پایین جامعه گام های مؤثری برداریم.

مراجع:

1. Ritzer G. Handbook of social problems: A comparative international perspective: Sage Publications; 2003.

2. Mahdavi M, Mirzapour F. Review of the sociological factors of social rights and legal awareness of women in Ahwaz city. *Social Sciences Bulletin*. (۲)۳;۲۰۰۹ .
3. Naeim M, Rezaei Sharif A. The efficacy of life skills training on marital adjustment of women for the prevention of domestic violence. *Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry*. 2016;3(2):21-32.
4. Fourozan A-S, DEZHMAN M, BARADARAN EM ,BAGHERI YS. A study on direct costs of domestic violence against women in legal medicine centers of Tehran (2002). 2007.
5. Jafarnezhad F, MOGHADAM HV, SOLTANIFAR A, EBRAHIMZADEH S. Study of the relationship between domestic violence intensity during pregnancy and mother-infant attachment. 2009.
6. Mohammadkhani P, Azadmehr H, Motaghi S. Association between the types of violence in couple relationship and marital attitudes in sexual coerced victims. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology* . ۲۰۲-۱۹۵:(۳)۱۶;۲۰۱۰ .
7. Fincham F. Relationship enhancement: skill training programs for therapy, problem prevention, and enrichment. 2003.
8. Heyman RE, Slep AMS. Do child abuse and interparental violence lead to adulthood family violence? *Journal of Marriage and Family*. 2002;64(4):864-70.
9. Turcotte-Seabury CA. Anger management and the process mediating the link between witnessing violence between parents and partner violence. *Violence and Victims*. 2010;25(3):306.
10. Amato PR, Booth A. Consequences of parental divorce and marital unhappiness for adult well-being. *Social Forces*. 1991;69(3):895-914.
11. Horwitz AV, White HR, Howell-White S. Becoming married and mental health: A longitudinal study of a cohort of young adults. *Journal of Marriage and the Family*. 1996:895-907.
12. Wallerstein JS, Lewis J, Blakeslee S. *The unexpected Legacy of Divorce*. New York: Guilford Press. : New York: Guilford Press. ; 2000.
13. FITZPATRICK MA, NOLLER P. Marital communication in the eighties. *Journal of Marriage and the Family*. 1990;52:832-43.
14. Shokoohi Yekta M, Zamani N, Parand A, Akbari Zardkhaneh S. The Effectiveness of Anger Management Training on the Expression and Control of Parents' Anger. *Evolutionary Implication: Iranian Psychologists*. 2010;7.(۱۲)
15. Poornaghash Tehrani S, Tashk A. A Survey and Comparison of Types of Family Violence in Women and Men in Tehran. *PSYCHOLOGICAL STUDIES*. 2007;3(3):7-23.
16. Twohig MP. *Acceptance and commitment therapy: Introduction*. Elsevier; 2012.
17. Lashani L, Farhoudian A ,Azkhash M, Dolatshahee B, Saadati H. Acceptance and commitment therapy in the satisfaction of veterans with spinal cord injuries spouses. *Iranian Rehabilitation Journal*. 2013;11(2):56-60.
18. Taniguchi ST, Freeman PA, Taylor S, Malcarne B. *A study of married couples' perceptions of marital satisfaction in outdoor recreation*. SAGE Publications Sage CA: Los Angeles, CA; 2006.
19. Jalil T, Muazzam A. Emotional intelligence as a predictor of marital adjustment to infertility. *International Journal of Research Studies in Psychology*. 2013;2.(۳)
20. Peterson BD, Eifert GH, Feingold T, Davidson S. Using acceptance and commitment therapy to treat distressed couples: A case study with two couples. *Cognitive and Behavioral Practice*. 2009;16(4):430-42.
21. Hayes SC ,Pistorello J, Levin ME. Acceptance and commitment therapy as a unified model of behavior change. *The Counseling Psychologist*. 2012;40(7):976-1002.
22. Momenzadeh F, Mazaheri M, Heydari M. The Relationship between Irrational Thoughts and Attachment Patterns with Marital Adjustment. *Journal of Family Research*. 2005;1.(۴)
23. Sanaei B. *Family and marriage measurement scales: Tehran: Be'sat.*; 2008.
24. Panaghi L, Deghani M, Abbasi M. Reliability and validity of the conflict resolution tactics scale, revised version: Shahid Beheshti University.; 2011.
25. khalatbari J, Ghorban Shiroodi S, Mablighi N. Comparison of the Effectiveness of Self-Assertiveness Skills Training Techniques and Students' Adjustment and Aggression. *Educational Psychology.* JOURNAL OF EDUCATIONAL PSYCHOLOGY. 2010;1.(۳)
26. Kaufhold JA, Johnson LR. The analysis of the emotional intelligence skills and potential problem areas of elementary educators. *Education*. 2005;125(4):615-27.
27. Mehrabizadeh Honarmand M, Hosseinpour M, Mehdi Zadeh L .Effectiveness of Life Skills Training on Marital Adjustment of Married Women 40 20 Years. *Journal of Education and Learning Studies*, 2 (1), 139-125. *STUDIES IN LEARNING AND INSTRUCTION (JOURNAL OF SOCIAL SCIENCES AND HUMANITIES OF SHIRAZ UNIVERSITY)*. 2010.(۱)۲;
28. Nejat h. The Effect of Life Skills Training on Couples Intimacy. Abstract Summaries of the Articles of the Second National Congress of Family Pathology in Iran. Shahid Beheshti University, May 28-25, 2006, p. 2. Abstract Summaries of the Articles of the Second National Congress of Family Pathology in Iran; Shahid Beheshti University2006.
29. Yalcin BM, Karahan TF. Effects of a couple communication program on marital adjustment. *The Journal of the American Board of Family Medicine*. 2007;20(1):3. ۴-۶

30. Kim S, Kim J. The effects of group intervention for battered women in Korea. Archives of psychiatric nursing. 2001;15(6):257-64.
31. McFarlane J, Parker B, Soeken K, Silva C, Reel S. Safety behaviors of abused women after an intervention during pregnancy. Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing. 1998;27(1):64-9.