

تعیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ارتقای سلامت اجتماعی و سلامت روان زنان قربانی خشونت خانگی

نظیره حسن پور^۱، هراه جلالی^۲، مسعود نجاری^۳

۱. کارشناسی مددکاری اجتماعی، دانشگاه علوم توان‌بخشی و سلامت اجتماعی، تهران، ایران (نویسنده مسئول).
۲. کارشناسی ارشد مددکاری اجتماعی، دانشگاه علوم توان‌بخشی و سلامت اجتماعی، تهران، ایران.
۳. دکتری روانشناسی تربیتی، گروه روان‌شناسی، واحد مهاباد، دانشگاه آزاد اسلامی، مهاباد، ایران.

مجله پیشرفت‌های نوین در علوم رفتاری، دوره هفتم، شماره پنجاه‌وپنج، سال ۱۴۰۱، صفحات ۳۷۵-۳۶۵

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۰۵/۰۳

تاریخ وصول: ۱۴۰۱/۰۳/۳۱

چکیده

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر ارتقای سلامت اجتماعی و سلامت روان زنان قربانی خشونت خانگی انجام شد. روش پژوهش نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری شامل تمامی زنان قربانی خشونت خانگی شهر سقز در سال ۱۴۰۰-۱۳۹۹ بود که به مرکز مشاوره و روان‌درمانی روانکده شهرستان سقز جهت دریافت خدمات مشاوره مراجعه کرده و از طریق روش نمونه‌گیری در دسترس تعداد ۳۰ نفر وارد مطالعه شده و به صورت تصادفی در دو گروه ۱۵ نفره آزمایش و گواه جایگزین شدند. ابزار اندازه‌گیری در این پژوهش پرسشنامه سلامت اجتماعی کیز (۱۹۹۸) و سلامت عمومی کلدبرگ (GHQ) بود. گروه آزمایش ۱۰ جلسه ۱/۵ ساعته تحت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد قرار گرفت و گروه گواه هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. تجزیه و تحلیل داده‌های آماری با استفاده از روش تحلیل کوواریانس تک متغیره و با نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۳ صورت گرفت. سطح معناداری آزمون‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد. یافته‌ها نشان داد که بعد از مداخله، اثر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سلامت اجتماعی و سلامت روان زنان قربانی خشونت خانگی معنادار بود. بر اساس نتایج پژوهش می‌توان گفت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد روش مداخله‌ای مناسبی برای افزایش سلامت اجتماعی و سلامت روان زنان قربانی خشونت خانگی است.

کلیدواژه: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، سلامت اجتماعی، سلامت روان، زنان قربانی خشونت خانگی.

مقدمه

خشونت خانگی^۱ به‌عنوان یک عامل استرس‌زای محیطی در واقع می‌تواند سلامت اجتماعی^۲ و سلامت روان^۳ افراد قربانی را تحت تأثیر قرار دهد. خشونت خانگی مرگ‌ومیری به‌اندازه سرطان در بین زنان ۱۵ تا ۴۹ سال به همراه داشته است. بر اساس آمار سازمان بهداشت جهانی^۴ ۱۶ تا ۲۵ درصد زنان در کشورهای توسعه‌یافته و ۱۸ تا ۶۷ درصد از زنان در کشورهای در حال توسعه حداقل یک‌بار آزار بدنی و خشونت را تجربه کرده‌اند (فلین و گراهام، ۲۰۱۰ به نقل از پورنقاش تهرانی و همکاران، ۱۳۹۷). در این میان توجه به سلامت این گروه از افراد (زنان قربانی خشونت خانگی) در اولویت قرار می‌گیرد و اهمیتی دوچندان پیدا می‌کند. سلامت افراد یکی از بنیان‌های اصلی جامعه متعادل است و بقای هر جامعه‌ای به افراد تشکیل‌دهنده‌ی آن بستگی دارد. سلامت به‌صورت مستقیم بر کیفیت زندگی^۵ افراد تأثیرگذار است، به همین خاطر از دیرباز موضوع سلامتی مورد توجه علما بوده و تحقیقات زیادی در مورد سلامت جسمی و همچنین سلامت روانی افراد انجام شده است. در این میان سلامت اجتماعی که یکی از ابعاد مهم سلامت به شمار می‌رود به‌نوعی با غفلت مواجه شده است و محققان کمتر به بررسی آن پرداخته‌اند (رضایی، ۱۳۹۲). امروزه سلامت اجتماعی به‌عنوان یکی از ابعاد سلامت، در کنار سلامت جسمی، روانی و معنوی نقش و اهمیت ویژه‌ای پیدا کرده است. به‌گونه‌ای که سلامتی دیگر فقط عاری بودن از بیماری‌ها و مشکلات جسمی و روانی نیست، بلکه چگونگی عملکرد انسان در برقراری روابط مطلوب اجتماعی و چگونگی تفکر وی از اجتماع نیز به‌عنوان معیار ارزیابی و بررسی فرد در سطوح کلان جامعه به شمار می‌آید (سام آرام، ۱۳۸۸).

درواقع اهمیت سلامت اجتماعی امروزه تا حدی است که افراد برخوردار از سلامت اجتماعی بالا با موفقیت بیشتری می‌توانند بر مشکلات ناشی از ایفای نقش‌های اصلی اجتماعی فائق آیند (فتحی، عجم نژاد و خاک رنگین، ۱۳۹۱). در کنار سلامت اجتماعی، سلامت روان نیز نقش پررنگی در زندگی زنان قربانی خشونت خانگی ایفا می‌کند. منظور از سلامت روان، سلامت ابعاد خاصی از انسان مثل هوش، ذهن، حالت و فکر می‌باشد، باین‌وجود هنوز یک تعریف کلی که مورد قبول همه باشد از سلامت روان به دست نیامده است و هر فرد و یا گروهی یک تصور خاصی از سلامت روان دارد. سلامت روانی نقش مهمی در تضمین پویایی و کارآمدی هر جامعه ایفا می‌کند. از آنجایی که در فرایند رشد و توسعه فرهنگی، اجتماعی و اقتصادی جوامع، نیروی انسانی نقش اساسی و تعیین‌کننده‌ای دارد (موری^۶، ۲۰۰۰). مفهوم سلامت روان شامل احساس درونی خوب بودن و اطمینان از کارآمدی خود، اتکا به خود، ظرفیت رقابت، وابستگی بین نسلی و خود شکوفایی توانایی‌های بالقوه فکری و هیجانی و غیره می‌باشد. البته با در نظر گرفتن تفاوت‌های بین فرهنگ‌ها، ارائه تعریف جامع از سلامت روان غیرممکن می‌نماید. با وجود این، بر سر این امر اتفاق نظر وجود دارد که سلامت روان چیزی فراتر از نبود اختلالات روانی است و آنچه مسلم است این است که حفظ سلامت روان نیز مانند سلامت

1. Domestic violence

2. Social health

3. mental health

4. The World Health Organization

5. Quality of Life

6. Mori

جسم حائز اهمیت است (سلیمی و همکاران، ۱۳۸۹). ارتباط سلامت روان با بهبود و ارتقای عملکرد فردی و اجتماعی، اهمیت آن را دوچندان کرده است. بر اساس شواهد موجود، بهبود سطح سلامت روان می‌تواند ارتقای سطح کارایی را هم در زمینه های فردی و هم در زمینه های اجتماعی به همراه داشته باشد (میراندا، ۲۰۲۰). در زمینه ی اثربخشی پروتکل های درمانی بر سلامت اجتماعی و سلامت روان زنان قربانی خشونت خانگی پژوهش های بسیار اندک در داخل و خارج از کشور کار شده و در زمینه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد^۱ مطالعه ای که بتواند تأثیر این درمان را بر سلامت اجتماعی و روان زنان قربانی خشونت خانگی بررسی کند یافت نشد، لذا سایر مطالعاتی که در زمینه پروتکل درمانی پذیرش و تعهد بر روی متغیرهای متعدد صورت گرفته است، اشاره می‌شود.

عثمانی و نجاری (۱۴۰۱) در پژوهشی تحت عنوان اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر کیفیت زندگی و رضایت زناشویی مادران کودکان کم‌شنوا و ناشنوا نشان دادند که بعد از مداخله، اثر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی و رضایت زناشویی مادران کودکان کم‌شنوا و ناشنوا معنادار بود. کوه نشین طارمی، افشاری نیا و کاکابرایی (۱۴۰۰) در پژوهش خود با عنوان مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) و درمان فرا تشخیصی در افزایش رضایت از زندگی در پرستاران شاغل در بیمارستان‌های تأمین اجتماعی شهر کرمانشاه دریافتند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) و درمان فرا تشخیصی در افزایش رضایت از زندگی در بین پرستاران مؤثر است. همچنین درمان فراتشخیصی نسبت به درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برافزایش رضایت از زندگی در بین پرستاران از تأثیر بیشتری برخوردار است. ولی زاده و احمدی (۱۴۰۰) در مطالعه ای با عنوان اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی و اضطراب مرگ سالمندان دریافتند که گروه آزمایش از نظر هر دو متغیر کیفیت زندگی و اضطراب مرگ تفاوت معنی داری با گروه کنترل داشتند. به عبارت دیگر، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث بهبود کیفیت زندگی و کاهش اضطراب مرگ در سالمندان شد. با توجه به نتایج پژوهش حاضر، درمانگران و متخصصان مرتبط با سلامت می‌توانند از روش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برای مداخله‌های مرتبط با سلامت به ویژه برای بهبود کیفیت زندگی و کاهش اضطراب مرگ در سالمندان استفاده نمایند. استرآبادی، امیر فخرایی، کرامتی و سماوی (۱۳۹۹) در تحقیقی تحت عنوان اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر استرس ناباروری و افسردگی زوجین نابارور دریافتند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر استرس ناباروری و افسردگی زوجین نابارور مؤثر بوده است. چنانکه این درمان توانسته منجر به کاهش استرس ناباروری و افسردگی این زوجین شود. تبریزی، قمری و بزازیان (۱۳۹۹) در پژوهشی با عنوان مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با تلفیق درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان شفقت محور بر بهزیستی روان‌شناختی زنان مطلقه به این نتیجه رسیدند که هر دو روش درمانی در افزایش بهزیستی روان‌شناختی زنان مطلقه تأثیر معناداری داشت. باین وجود، روش تلفیقی در مقایسه با پذیرش و تعهد مؤثرتر بود. نتایج پیگیری نیز نشان داد روش های درمان اثر ماندگاری داشته‌اند؛ و بر همین اساس می‌توان از طریق آموزش مداخلات مبتنی بر پذیرش و تعهد و تلفیق آن با شفقت به افزایش بهزیستی روان‌شناختی زنان مطلقه کمک نمود. امینی فسخودی، محمدیان و فتحی

¹. Acceptance and commitment based therapy

(۱۳۹۷) در پژوهشی به بررسی اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش مشکلات روان‌شناختی مادران کودکان مبتلا به اختلال طیف اتیسم پرداختند. نتایج پژوهش آنان نشان داد که آموزش مبتنی بر تعهد و پذیرش در کاهش مشکلات روان‌شناختی گروه آزمایش در مرحله پس‌آزمون مؤثر است. همچنین درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند در بهبودی سلامت روان مادران کودکان دارای اختلال طیف اتیسم مفید باشد.

بنابراین، با توجه به نقش اساسی زنان در تربیت و سلامت روحی، روانی و جسمی فرزند، همسر و جامعه و همچنین اولین شرط داشتن جامعه‌ای سالم و پویا حفظ سلامت و پایداری خانواده است که این موضوع نیز در گرو نقش‌آفرینی سازنده زنان در خانواده است که اگر چنین نباشد بخش زیادی از هویت اجتماعی انسانی نابود می‌شود. لذا انجام پژوهش‌هایی در این زمینه برای ارتقای سلامت اجتماعی و سلامت روان زنان بیشتر ضرورت پیدا می‌کند. تاکنون مطالعه‌ای در داخل کشور به تبیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ارتقای سلامت اجتماعی و سلامت روان زنان قربانی خشونت خانگی نپرداخته است. در نهایت هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ارتقای سلامت اجتماعی و سلامت روان زنان قربانی خشونت خانگی بود.

روش پژوهش

پژوهش حاضر از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری شامل تمامی زنان قربانی خشونت خانگی شهر سقز در سال ۱۴۰۰-۱۳۹۹ بود که به مرکز مشاوره و روان‌درمانی روانکده شهرستان سقز جهت دریافت خدمات مشاوره مراجعه کرده و از طریق روش نمونه‌گیری در دسترس تعداد ۳۰ نفر وارد مطالعه شده و به‌صورت تصادفی در دو گروه ۱۵ نفره آزمایش و گواه جایگزین شدند. گروه آزمایش ۱۰ جلسه ۱/۵ ساعته تحت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد قرار گرفت و گروه گواه هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. ملاک‌های ورود آزمودنی‌ها عبارت بودند از: گذشتن حداقل ۳ سال از ازدواج، داشتن فرزند، داوطلب شرکت در پژوهش و همچنین دارای سواد خواندن و نوشتن، عدم شرکت همزمان در سایر گروه‌های مشاوره‌ای و درمانی و ملاک‌های خروج شامل غیبت بیش از دو جلسه در پروتکل درمانی و مایل نبودن به ادامه همکاری در جلسات آموزشی بود. در آخر این اطمینان به افراد داده شد که تمام اطلاعات محرمانه هستند و برای امور پژوهشی استفاده خواهند شد؛ به‌منظور رعایت حریم خصوصی، نام و نام خانوادگی شرکت‌کنندگان ثبت نشد. در این پژوهش جهت گردآوری داده‌ها از پرسشنامه سلامت اجتماعی کیز (۱۹۹۸) و سلامت عمومی کلدبرگ (GHQ) استفاده شد.

پرسشنامه‌ی سلامت اجتماعی کیز (۱۹۹۸): این پرسشنامه در سال ۱۹۹۸ توسط کیز تدوین شده است. این پرسش‌نامه دارای ۳۳ سؤال است که چهار حیطه انسجام اجتماعی (۷ گویه)، پذیرش اجتماعی (۷ گویه)، مشارکت اجتماعی (۶ گویه)، انطباق اجتماعی (۶ گویه) و شکوفایی اجتماعی (۷ گویه) را می‌سنجد. پاسخ به سؤالات به‌صورت لیکرت و ۵ گزینه‌ای می‌باشد. ۸ گویه این پرسشنامه (۵، ۱۱، ۱۲، ۱۶، ۲۴، ۲۶، ۲۹، ۳۲) به‌صورت معکوس نمره‌گذاری می‌شود. در پایان، مجموع کل نمره‌های این پرسشنامه به‌صورت ۰ تا ۱۳۲ در نظر گرفته می‌شود که برحسب امتیازهای کسب‌شده، سلامت اجتماعی آن‌ها در یکی از سه گروه پایین،

متوسط، بالا قرار می‌گیرد. در ایران هاشمی و همکاران (۱۳۹۳) این مقیاس را هنجاریابی کرده‌اند. ضریب آلفای پرسشنامه را ۰/۸۱ گزارش کرده‌اند. در پژوهش حاضر میزان پایایی کل پرسشنامه از طریق روش آلفای کرونباخ ۰/۷۷ به دست آمد.

پرسشنامه سلامت عمومی گلدبرگ (GHQ): سؤال‌های پرسشنامه سلامت عمومی، به بررسی وضعیت سلامتی فرد در یک‌ماهه اخیر می‌پردازد و از ۴ خرده مقیاس تشکیل شده است که هر کدام از خرده مقیاس‌ها شامل ۷ گویه می‌باشد. سؤال‌های هر خرده مقیاس به ترتیب و پشت سر هم آمده است. سؤالات ۱ تا ۷ مربوط به خرده مقیاس نشانه‌های جسمانی، سؤالات ۸ تا ۱۴ مربوط به اضطراب و بی‌خوابی، سؤالات ۱۵ تا ۲۱ مربوط به کارکردهای اجتماعی و سؤالات ۲۲ تا ۲۸ مربوط به افسردگی می‌باشد. نمره‌گذاری به روش لیکرت است که بر اساس این شیوه هر یک از سؤال‌های آزمون به صورت به‌هیچ‌وجه، در حد معمول، بیش از معمول و بسیار بیش از معمول از ۰ تا ۳ نمره‌گذاری می‌شود. در هر خرده مقیاس نمره از صفر تا ۲۱ متغیر می‌باشد و در کل پرسشنامه حداقل نمره صفر و حداکثر آن ۸۴ است. در این شیوه‌ی نمره‌گذاری هر چقدر فرد نمرات بالاتری کسب کند؛ به معنای وضعیت سلامت روان بدتر و پایین‌تر می‌باشد. ابراهیمی و همکاران (۱۳۸۶) پایایی پرسشنامه را با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۹۳ گزارش کرده‌اند. در پژوهش حاضر نیز ضریب پایایی بر اساس روش آلفای کرونباخ ۰/۸۳ به دست آمد.

با رعایت ملاحظات اخلاقی و بیان اهداف پژوهش و کسب اجازه از زنان قربانی خشونت خانوادگی در پژوهش، رضایت آن‌ها جهت شرکت در پژوهش اخذ گردید. در پژوهش حاضر پروتکل درمانی برگرفته از برنامه‌ی مبتنی بر پذیرش و تعهد بود که از مطالعه عثمانی و نجاری (۱۴۰۱) اقتباس شده است که در آن آزمودنی‌های گروه آزمایش به مدت ۵ هفته متوالی در هر هفته دو جلسه درمانی ۱/۵ ساعته داشتند. همزمان هر دو گروه آزمایش و گواه به پرسشنامه سلامت اجتماعی کیز (۱۹۹۸) و سلامت عمومی کلدبرگ (GHQ) جواب دادند و گروه آزمایش تحت برنامه درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد قرار گرفت و گروه گواه تحت هیچ روش درمانی قرار نگرفت. شیوه ارائه مطالب در این برنامه به صورت مشارکتی بود. رئوس و محتوای اصلی هر جلسه توسط درمانگر ارائه می‌شد و آنگاه افراد گروه آزمایش فعالانه وارد بحث می‌شدند. فرایند هر جلسه شامل مرور مباحث قبلی، آموزش مستقیم به صورت سخنرانی، بحث گروهی، بارش فکری، انجام تکالیف و ایفای نقش بود. خلاصه محتوای پروتکل درمانی مبتنی بر تعهد و پذیرش و فعالیت‌های انجام شده در گروه آزمایش در جدول ۱ ارائه شده است.

جدول ۱. خلاصه محتوای پروتکل درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد

جلسه	موضوع، هدف، و محتوا
اول	جلسه آشنایی اولیه با مراجع و برقراری رابطه مناسب با هدف پر کردن صحیح پرسشنامه‌ها و ایجاد اعتماد. اجرای پیش‌آزمون، ارزیابی، مصاحبه تشخیصی و ضابطه‌بندی درمان
دوم	آشنایی با مفاهیم درمانی پذیرش و تعهد، ایجاد بیش در مراجع نسبت به مشکل، و به چالش کشیدن مهار گری.
سوم	آموزش نامیدی خلاقانه و آشنایی با فهرست ناراحتی‌ها و مشکلاتی که مراجع برای رهایی از آن‌ها تلاش کرده است
چهارم	ایجاد پذیرش و ذهن‌آگاهی به‌واسطه رها کردن تلاش برای مهار گری و ایجاد گسلش شناختی و مرور جلسه پیشین و تکالیف.
پنجم	آموزش زندگی ارزش‌مدار، انتخاب و مرور جلسات پیشین، و ارائه تکالیف.
ششم	ارزیابی اهداف و اعمال، تصریح ارزش‌ها، اهداف و اعمال و موانع آن‌ها

هفتم	بررسی مجدد ارزش‌ها، اهداف و اعمال، و آشنایی و مشارکت با اشتیاق و تعهد
هشتم	شناسایی و رفع موانع عمل متعهدانه، ایجاد تعهد
نهم	تکرار و یادآوری موارد غیرقابل کنترل و ایجاد حس درماندگی و تنظیم و دستیابی به اهداف واقعی و ایجاد تعهد و برداشتن گام و انعطاف‌پذیری
دهم	بازنگری به تکلیف داده‌شده. بحث مجدد و انجام فن‌های آموزش داده‌شده و رسیدگی به موانع عدم موفقیت در اجرا، تأکید به پایبندی به احترام، بحث در مورد انتخاب فن‌های متناسب برای هر فرد در موارد خشم و پاسخگویی به سوالات و انجام پس‌آزمون.

در پژوهش حاضر پس از تأیید مفروضه‌های آماری نرمالیتی داده‌ها با استفاده از آزمون شاپیرو - ویلک، همچنین پس از برگزاری جلسه‌های آموزشی و اجرای پس‌آزمون‌ها به منظور آزمون فرضیه‌ها، داده‌ها با استفاده از روش‌های آمار توصیفی مانند میانگین، انحراف معیار تحلیل شد و در سطح استنباطی به منظور بررسی فرضیه‌های پژوهش بعد از برقراری پیش‌فرض‌های اساسی شامل همگنی واریانس‌ها (آزمون لوین) و همگنی شیب خط رگرسیون از روش تحلیل کوواریانس تک متغیره (ANCOVA) استفاده شد و همچنین برای تحلیل یافته‌ها و داده‌های این پژوهش تحلیلگر آماری SPSS23 مورد استفاده قرار گرفت و سطح معناداری آزمون‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

یافته‌ها

یافته‌های توصیفی نشان داد که میانگین و انحراف معیار سن برای زنان قربانی خشونت خانگی به ترتیب ۳۰/۱۴ و ۷/۰۹ بود. نتایج آزمون تی مستقل نیز نشان داد که از لحاظ سن بین دو گروه آزمایش و کنترل تفاوت معنی‌داری وجود نداشت ($p=0/062$). پیش از تحلیل داده‌ها بررسی پیش‌فرض نرمال بودن بر اساس آزمون شاپیرو- ویلک بررسی شد و فرض نرمال بودن داده‌ها برقرار بود. نتایج آزمون شاپیرو- ویلک در جدول ۳ ارائه شده است.

جدول ۲. توزیع فراوانی و درصد پاسخ‌دهندگان بر حسب سن

گروه	زیرمجموعه	تعداد	درصد
آزمایش	۲۰ تا ۲۵ ساله	۴	۲۶/۲۶
	۲۶ تا ۳۰ ساله	۶	۴۰
	۳۱ تا ۳۵ ساله	۵	۳۳/۳۳
	سن		
کنترل	۲۰ تا ۲۵ ساله	۴	۲۶/۲۶
	۲۶ تا ۳۰ ساله	۵	۳۳/۳۳
	۳۱ تا ۳۵ ساله	۶	۴۰
	جمع کل دو گروه	-	۳۰

همان‌گونه که در جدول شماره ۲ مشاهده می‌شود، داده‌های به‌دست‌آمده از اطلاعات جمعیت شناختی سن مربوط به زنان قربانی خشونت خانگی به تفکیک در دو گروه آزمایش و کنترل ارائه شده است.

جدول ۳. نتایج آزمون شاپیرو ویلک جهت بررسی نرمال بودن داده‌ها

متغیر	آماره	سطح معناداری
پیش‌آزمون سلامت اجتماعی	۰/۹۶۰	۰/۳۸۲
پس‌آزمون سلامت اجتماعی	۰/۹۳۸	۰/۰۹۲
پیش‌آزمون سلامت روان	۰/۹۲۵	۰/۰۷۶
پس‌آزمون سلامت روان	۰/۹۷۳	۰/۴۱۴

با توجه به نتایج جدول ۲ در متغیرهای سلامت اجتماعی و سلامت روان مقدار Z به دست آمده معنادار نمی باشد ($p > 0/05$)؛ بنابراین فرض نرمال بودن توزیع داده‌ها رعایت شده است.

جدول ۴. یافته‌های توصیفی مربوط به متغیرهای پژوهش در دو گروه آزمایش و گواه

متغیر	گروه	پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
		تعداد	میانگین	انحراف معیار	میانگین
سلامت اجتماعی	گواه	۱۵	۷۲/۱۴	۷/۱۲	۷۲/۶۹
	آزمایش	۱۵	۷۲/۳۰	۷/۲۹	۹۳/۲۰
سلامت روان	گواه	۱۵	۳۶/۱۹	۵/۶۲	۳۶/۴۱
	آزمایش	۱۵	۳۶/۸۱	۵/۱۵	۵۸/۰۷

همان‌طور که نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد میانگین و انحراف معیار گروه‌های آزمایش و گواه در مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون به تفکیک ارائه شده است. بر اساس نتایج جدول میانگین سلامت اجتماعی در گروه آزمایش از (۷۲/۳۰) در مرحله پیش‌آزمون به (۹۳/۲۰) در مرحله پس‌آزمون و میانگین سلامت روان در گروه آزمایش از (۳۶/۸۱) در مرحله پیش‌آزمون به (۵۸/۰۷) در مرحله پس‌آزمون بعد از مداخله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد افزایش یافته است.

جدول ۵. آزمون لوین برای همگنی واریانس متغیرهای پژوهش

متغیر	F	درجه آزادی اول	درجه آزادی دوم	سطح معناداری
سلامت اجتماعی	۳/۹۸	۱	۲۸	۰/۰۷۰
سلامت روان	۲/۶۵	۱	۲۸	۰/۱۱۴

همچنین، نتایج به دست آمده در جدول ۵ نشان می‌دهد با توجه به اینکه سطح معناداری بیش از ۰/۰۵ است، می‌توان نتیجه گرفت که همگنی واریانس‌های متغیرهای سلامت اجتماعی و سلامت روان برقرار است. آزمون لوین همگنی واریانس‌های پیش‌آزمون و پس‌آزمون را تأیید کرده است.

جدول ۶. پیش‌فرض همگنی شیب رگرسیون برای متغیرهای پژوهش

متغیر	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
سلامت اجتماعی	۱	۱۱۸/۰۲۱	۰/۶۵	۰/۴۱۸
سلامت روان	۱	۹۲۰/۸۹۰	۶/۰۳	۰/۰۶۲

در جدول ۶ مفروضه همگنی شیب رگرسیون برای متغیرهای سلامت اجتماعی و سلامت روان با سطح معناداری بزرگ‌تر از ۰/۰۵ را نشان می‌دهد. پیش‌فرض همگنی شیب رگرسیون مبنی بر معنادار نبودن تعامل گروه - پیش‌آزمون تأیید می‌شود و بنابراین، پس از تحقق پیش‌فرض‌ها از آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیره استفاده شد.

جدول ۷. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس تک متغیره مربوط به متغیرهای پژوهش

متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	f	سطح معناداری	اندازه اثر
سلامت اجتماعی	۲۱۵۲۱/۳۰	1	۲۱۵۲۱/۳۰	۱۵/۹۲	۰/۰۰۱	۰/۳۸۵
سلامت روان	۲۳۰۴۲/۸۷	۱	۲۳۰۴۲/۸۷	۱۸/۴۲	۰/۰۰۱	۰/۴۱۴

بر اساس نتایج جدول ۷ مداخله برنامه مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سلامت اجتماعی و سلامت روان زنان قربانی خشونت خانگی تأثیر مثبت و معنادار داشته است و همچنین با توجه به اندازه اثر محاسبه شده اتا و معنادار بودن آن می‌توان گفت که ۳۸ درصد از

واریانس سلامت اجتماعی و همچنین ۴۱ درصد از واریانس سلامت روان به وسیله مداخله برنامه مبتنی بر پذیرش و تعهد تبیین می‌شود.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر ارتقای سلامت اجتماعی و سلامت روان زنان قربانی خشونت خانگی انجام شد. یافته‌های پژوهش نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر ارتقای سلامت اجتماعی و سلامت روان زنان قربانی خشونت خانگی اثربخش بوده است. یافته‌های این پژوهش با نتایج تامپسون و همکاران^۱ (۲۰۲۱)، بوریان و همکاران^۲ (۲۰۲۱)، نعیم^۳ (۲۰۲۰)، بای و همکاران^۴ (۲۰۲۰)، کوتو-لسمس و همکاران^۵ (۲۰۲۰)، کارین^۶ (۲۰۱۸)، فاکس^۷ (۲۰۱۷)، والسر، گاروت، کارلین، تروکل و ریو^۸ (۲۰۱۵)، عثمانی و نجاری (۱۴۰۱)، کوه نشین طارمی، افشاری نیا و کاکابرایی (۱۴۰۰)، ولی زاده و احمدی (۱۴۰۰)، استرآبادی، امیر فخرایی، کرامتی و سماوی (۱۳۹۹)، تبریزی، قمری و بزازیان (۱۳۹۹) و امینی فسخودی، محمدیان و فتحی (۱۳۹۷) همسو می‌باشد. در تبیین یافته اول مبنی بر اثر درمان پذیرش و تعهد بر سلامت اجتماعی می‌توان اظهار کرد که در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، مراد از پذیرش، تمایل به روبرو شدن با این دردها و سختی‌هاست. تقریباً می‌توان گفت که مواجه شدن یک اصل تأکیدی در درمان‌های موج جدید است که گاه به صورت عینی و گاه به صورت ذهنی انجام می‌شود. حضور ذهن به عنوان حالت شناختی مؤثر و بدیل نگرسته می‌شود که با دارا بودن ویژگی‌هایی مانند نیت مند بودن، غیر قضاوتی بودن، برابر نبودن افکار با واقعیت‌ها و فعال کردن حالت ذهنی بودن، می‌تواند در خارج شدن فرد از چرخه اندیشناکی کمک کند؛ بنابراین فرد به جای درگیر بودن در دنیای درون روانی، بیشتر بر دنیای اجتماعی و روابط بین فردی متمرکز می‌شود و به دنبال آن سلامت اجتماعی‌اش افزایش پیدا می‌کند (نوروزی، مرادی، زمانی و حسنی، ۱۳۹۸).

همچنین در تبیین یافته دوم پژوهش مبنی بر اثر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سلامت روان می‌توان گفت که در رویکرد پذیرش و تعهد هدف از تأکید بسیار بر تمایل افراد به تجربه‌های درونی این بود که به آن‌ها کمک شود تا افکار آزاردهنده‌شان را فقط به عنوان یک فکر تجربه کنند و از ماهیت ناکارآمد فعلی‌شان آگاه شوند و به جای پاسخ به آن، انجام آنچه در زندگی برایشان مهم است و در راستای ارزش‌هایشان است بپردازند. مراجعان با جایگزین کردن خود به عنوان زمینه توانستند رویدادهای درونی ناخوشایند را در زمان حال به سادگی تجربه کنند و قادر به جدا کردن خود از واکنش‌ها، خاطرات و افکار ناخوشایند شوند در واقع هدف افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی این افراد بود که این امر منجر به بهبود سلامت روان افراد می‌گردد (پیر حیاتی و برقی ایرانی، ۱۳۹۶). از محدودیت‌های پژوهش می‌توان به روش نمونه‌گیری غیر تصادفی داوطلبانه و در دسترس، مکان اجرا و گستره‌ی

1. Thompson et al

2. Burian et al

3. Nayeem

4. Bai et al

5. Coto-Lesmes et al

6. Carin

7. Fox

8. Walser, Garevet, Karlin, Trock & Ryo

اجرای پژوهش به شهر سقز نام برد که احتیاط در تعمیم یافته‌ها را سبب می‌شود. همچنین ماهیت خود گزارشی پرسشنامه‌ها که شرکت‌کنندگان در مطالعه می‌توانند معمولاً تصویر مطلوبی با تحریف اطلاعات و افشای اطلاعات غلط از خودشان نشان دهند، سعی شد با ایجاد حس اعتماد و رابطه مثبت در این زمینه و اطمینان کامل جهت محرمانه بودن اطلاعات تا حدودی این مسئله را کنترل کرد. عدم وجود مرحله پیگیری به علت همکاری نکردن و خارج شدن تعداد زیادی از افراد نمونه مورد مطالعه در پایان پژوهش از دیگر محدودیت‌های پژوهش بود. پیشنهاد می‌گردد در مطالعات بعدی حتماً مرحله پیگیری نیز لحاظ شود تا روند درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را بتوان در طول زمان مشاهده نمود. همچنین پیشنهاد می‌شود پژوهش مشابهی در شهرها و جامعه‌های آماری متفاوت نیز انجام شود تا نتایج حاصل از آن در مقایسه با یافته‌های این پژوهش قرار گیرد. در نهایت طرح‌ریزی و اجرای برنامه‌های غربالگری جهت شناسایی زنان قربانی خشونت خانگی توسط مراکز توان‌بخشی و ارجاع آنان به کلینیک‌های روان‌شناختی، مشاوره و متخصصین مربوطه صورت پذیرد.

تشکر و قدردانی

بدین وسیله از تمامی شرکت‌کنندگان در این پژوهش (زنان قربانی خشونت خانگی)، مسئول مرکز مشاوره و روان‌درمانی روانکده جناب آقای دکتر بختیار مسلمی که ما را در انجام این پژوهش یاری کردند، صمیمانه تشکر و قدردانی می‌گردد.

تضاد منافع

این پژوهش بدون حمایت مالی سازمان خاصی صورت گرفته است و به نبود تضاد منافع نویسندگان اشاره می‌شود.

منابع

- ابراهیمی، امراله؛ مولوی، حسین؛ موسوی، سید غفور؛ برنامش، علیرضا و یعقوبی، محمد. (۱۳۸۶). ویژگی‌های روان‌سنجی، ساختار عاملی، نقطه برش بالینی، حساسیت و ویژگی پرسشنامه سلامت عمومی ۲۸ سوالی (GHQ-28) در بیماران ایرانی مبتلا به اختلالات روانپزشکی. تحقیقات علوم رفتاری، ۵(۱)، ۵-۱۲.
- استرآبادی، مریم؛ امیرفخرایی، آریتا؛ کرامتی؛ کرامت و سماوی، عبدالوهاب. (۱۳۹۹). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر استرس ناباوری و افسردگی زوجین نابارور. پژوهش‌نامه زنان، ۱۱(۳۱)، ۱-۱۸.
- امینی فسخودی، مریم؛ محمدیان، مهرداد و فتحی، ماهرخ. (۱۳۹۷). اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد در کاهش مشکلات روان‌شناختی مادران کودکان مبتلا به اختلال طیف اتیسم. خانواده پژوهی، ۱۴(۲)، ۲۷۷-۲۹۳.
- پورنقاش تهرانی، سید سعید؛ قلندرزاده، زهرا؛ فراهانی، حجت‌الله، صابری، سید مهدی و پاشایی بهرام، معصومه. (۱۳۹۷). نقش واسطه‌ای خود تنظیمی و پریشانی روان‌شناختی در رابطه بین خشونت خانگی و عملکردهای شناختی در زنان قربانی همسر آزاری. فصلنامه روانشناسی شناختی. ۶(۳)، ۵۱-۶۰.
- پیرحیاتی، زهره و برقی ایرانی، زیبا. (۱۳۹۶). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر سلامت روان و عملکرد شناختی در سالمندان مبتلا به بیماری تخریب ماکولا وابسته به سن. روان‌شناسی پیری، ۳(۲)، ۱۳۷-۱۴۶.
- تبریزی، فاطمه؛ قمری، محمد و بزازیان، سعیده. (۱۳۹۹). مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با تلفیق درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان شفقت محور بر بهزیستی روان‌شناختی زنان مطلقه. پژوهش‌های مشاوره. ۱۹(۷۵)، ۶۵-۸۷.

- رضایی، امید. (۱۳۹۲). بررسی سلامت اجتماعی شهروندان مشهد و عوامل مؤثر بر آن. پایان نامه کارشناسی ارشد، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، دانشگاه فردوسی مشهد.
- سام آرام، عزت اله. (۱۳۸۸). بررسی رابطه سلامت اجتماعی و امنیت اجتماعی با تاکید بر رهیافت پلیس جامعه محور. فصلنامه انتظام اجتماعی، ۱ (۱)، ۹-۲۹.
- سلیمی، سید حسین؛ آزاد مرزآبادی، اسفندیار و عابدی درزی، محمد. (۱۳۸۹). بررسی وضعیت سلامت روانی و رابطه آن با فرسودگی شغلی و رضایت از زندگی در کارکنان یک دانشگاه نظامی. مجله علمی ابن سینا، ۱۳ (۴)، ۴-۱۱.
- عثمانی، مسعود و نجاری، حسام. (۱۴۰۱). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) بر کیفیت زندگی و رضایت زناشویی مادران کودکان کم‌شنوا و ناشنوا. مجله پیشرفت های نوین در علوم رفتاری، ۷ (۵۵)، ۱۱۲-۱۲۱.
- فتحی، منصور؛ عجم نژاد، رضا و خاک رنگین، مریم. (۱۳۹۱). عوامل مرتبط با سلامت اجتماعی معلمان شهر مراغه. فصلنامه رفاه اجتماعی، ۱۲ (۴۷)، ۲۲۵-۲۴۳.
- کوه نشین طارمی، فریبا؛ افشاری نیا، کریم و کاکابرابی، کیوان. (۱۴۰۰). مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) و درمان فراتشخیصی در افزایش رضایت از زندگی در پرستاران شاغل در بیمارستان‌های تأمین اجتماعی شهر کرمانشاه. روش ها و مدل های روانشناختی، ۱۲ (۴۳)، ۵۵-۶۹.
- نوروزی، اصغر؛ مرادی، علیرضا؛ زمانی، کریم و حسینی، جعفر. (۱۳۹۸). مقایسه اثربخشی معادرمانی مبتنی بر اندیشه های مولانا و درمان پذیرش و تعهد بر سلامت اجتماعی سالمندان. روانشناسی بالینی، ۱۱ (۴)، ۵۳-۶۶.
- ولی زاده، حدیث و احمدی، وحید. (۱۴۰۰). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی و اضطراب مرگ سالمندان. روان شناسی پیری، ۷ (۲)، ۱۵۳-۱۶۶.
- Bai, Z., Luo, S., Zhang, L., Wu, S., & Chi, I. (2020). Acceptance and commitment therapy (ACT) to reduce depression: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 260, 728-737.
- Burian, H., Böge, K., Burian, R., Burns, A., Nguyen, M. H., Ohse, L., ... & Diefenbacher, A. (2021). Acceptance and commitment-based therapy for patients with psychiatric and physical health conditions in routine general hospital care—Development, implementation and outcomes. *Journal of Psychosomatic Research*, 143, 110374.
- Carin, I. (2017). Randomized clinical trial of cognitive behavioral therapy (CBT) versus acceptance and commitment therapy (ACT) for mixed anxiety disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 83: 321-351.
- Coto-Lesmes, R., Fernández-Rodríguez, C., & González-Fernández, S. (2020). Acceptance and Commitment Therapy in group format for anxiety and depression. A systematic review. *Journal of affective disorders*, 263, 107-120
- Fox, C. A. (2017) Religious problem-solving styles: Three styles revisited. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 93(4): 231-242.
- Hashemi, T., Hekmati, I., Vahedi, S.H., Babapour, J. (2014). Psychometric properties of short-form social well-being questionnaire. *Journal of Behavioral Sciences*, 8(1), 11-19.

- Miranda, J., Snowden, L.R., Legha, RK. (2020). Policy Effects on Mental Health Status and Mental Health Care Disparities. *The Palgrave Handbook of American Mental Health Policy*: Springer, 331-364.
- Mori, SC. (2000). Addressing the mental health concerns of international students. *Journal of Counseling & Development*, 78(2), 137- 44.
- Nayeem, A. A. (2020). A study on less explored plants with potential neuroprotective activity against neurodegenerative diseases (Doctoral dissertation, Brac University).
- Thompson, E. M., Destree, L., Albertella, L., & Fontenelle, L. F. (2021). Internet-based acceptance and commitment therapy: a transdiagnostic systematic review and meta-analysis for mental health outcomes. *Behavior Therapy*, 52(2), 492-507.

مجله پیشرفت های نوین در علوم رفتاری