

## تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تاب‌آوری زنان قربانی همسر آزاری

فاطمه خاکشور محمد آبادی<sup>۱</sup>، سکینه طاهرخانی<sup>۲\*</sup>، عابد مجیدی<sup>۳</sup>، اعظم مسلمی<sup>۴</sup>

نوع مقاله:  
مقاله اصیل

### چکیده

زمینه و هدف: در قربانیان خشونت شریک جنسی نزدیک، تاب‌آوری می‌تواند عامل محافظتی در مقابل تشدید مشکلات روانی باشد. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد جهت افزایش تاب‌آوری پیشنهاد شده است. لذا مطالعه حاضر با هدف تعیین تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تاب‌آوری زنان قربانی همسر آزاری انجام گرفته است.

روش بررسی: پژوهش حاضر از نوع نیمه تجربی است. ۸۰ زن قربانی همسر آزاری با استفاده از نمونه‌گیری سهمیه‌ای از بین زنان مراجعه‌کننده به ۳ خانه بهداشت وابسته به مرکز بهداشتی درمانی مشهدالکویه شهر اراک در سال ۱۴۰۰-۱۳۹۹، انتخاب و با روش تصادفی‌سازی بلوکی در گروه مداخله و کنترل قرار گرفتند. درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای، هفته‌ای یک بار برای گروه مداخله انجام یافت. ابزارهای مورد استفاده شامل پرسشنامه ویژگی‌های فردی و سلامتی، مقیاس تجدیدنظر شده تاکتیک‌های حل تعارض و مقیاس تاب‌آوری Connor و Davidson بود. یک هفته و پنج هفته پس از پایان مداخله، مقیاس تاب‌آوری مجدداً برای هر دو گروه تکمیل شد. تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۳ و با استفاده از آمار توصیفی، آزمون تی مستقل، آزمون کای اسکوئر، آزمون دقیق فیشر و تحلیل واریانس دوطرفه با اندازه‌گیری‌های مکرر انجام یافت.  $p < 0/05$  معنادار در نظر گرفته شد.

یافته‌ها: میانگین و انحراف معیار نمره تاب‌آوری در گروه مداخله از  $59/21 \pm 13/29$  در قبل از مداخله به  $72/34 \pm 10/49$  و  $76/31 \pm 11/27$  در زمان‌های پس‌آزمون و پیگیری رسید. این مقادیر برای گروه کنترل به ترتیب  $52/47 \pm 17/2$ ،  $51/94 \pm 14/72$  و  $52/47 \pm 15/3$  بود. براساس نتایج تحلیل واریانس دوطرفه با اندازه‌گیری‌های مکرر، میانگین نمره تاب‌آوری در دو گروه و در سه مقطع زمانی بررسی شده، تفاوت آماری معناداری داشت ( $p < 0/001$ ).

نتیجه‌گیری: اجرای درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند تاب‌آوری زنان قربانی همسر آزاری را ارتقا دهد. لذا می‌توان از این مداخله در برنامه‌های ارتقای سلامت روان زنان قربانی همسر آزاری استفاده کرد.

واژه‌های کلیدی: درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، تاب‌آوری، خشونت شریک جنسی نزدیک، همسر آزاری

نویسنده مسئول:  
سکینه طاهرخانی؛  
دانشکده پزشکی،  
دانشگاه علوم پزشکی  
اراک، اراک، ایران  
e-mail:  
sakinehtaherkhani@  
yahoo.com

- دریافت مقاله: اسفند ماه ۱۴۰۱ - پذیرش مقاله: اردیبهشت ماه ۱۴۰۲ - انتشار مقاله: ۱۴۰۲/۶/۲۱

### مقدمه

خشونت شریک جنسی نزدیک (Intimate Partner Violence: IPV) یک مشکل جدی بهداشت همگانی است که بر زندگی میلیون‌ها

انسان در سراسر جهان تأثیر می‌گذارد (۲۰۱). سازمان جهانی بهداشت (۲۰۱۰)، IPV را وقوع رفتارهایی در یک رابطه نزدیک تعریف می‌کند که منجر به آسیب جسمی، جنسی یا روانی می‌شود و شامل حملات جسمی، زورگویی جنسی، خشونت روانی و رفتارهای کنترلی است و می‌تواند از سوی همسر یا شریک

۱- کمیته تحقیقات دانشجویی، دانشگاه علوم پزشکی اراک، اراک، ایران  
۲- گروه آموزشی مامایی، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اراک، اراک، ایران  
۳- گروه آموزشی مشاوره، دانشکده علوم تربیتی و روان‌شناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران  
۴- گروه آموزشی آمار، دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی اراک، اراک، ایران

جنسی فعلی یا سابق اعمال شود (۳). براساس تخمین سازمان جهانی بهداشت در سراسر جهان، ۳۰٪ زنان در طول زندگی، خشونت جسمی و یا جنسی را از شریک جنسی صمیمی‌شان تجربه کرده‌اند (۴).

IPV یک استرسور منحصر به فرد است و به نظر می‌رسد زنان، این استرسور را به صورتی متفاوت از دیگر استرسورهای زندگی، درک و اداره کنند. IPV در یک رابطه صمیمی رخ می‌دهد رابطه‌ای که فرض می‌شود بر مبنای اعتماد و امنیت باشد. IPV توسط نزدیک‌ترین فرد به زن اعمال می‌شود شخصی که انتظار می‌رود در هر شرایطی حامی او باشد. IPV در یک رابطه، مدام تکرار می‌شود و قربانی با استرس مداوم ناشی از تهدیدها و پیش‌بینی رخدادهای بعدی خشونت دست و پنجه نرم می‌کند. این در حالی است که زنان نمی‌توانند همیشه به راحتی از IPV فرار کنند. منابع محدود، هنجارها و ارزش‌های محیط فرهنگی-اجتماعی و داشتن فرزند مانع از ترک شریک جنسی می‌شود. حتی ترک شریک جنسی ممکن است زنان را در معرض خطرات بیش‌تر قرار دهد نظیر افزایش تکرار و شدت خشونت، از دست دادن سلامت جسمی و روانی خود و افراد مورد علاقه، از دست دادن حمایت مالی و اجتماعی، از دست دادن خانه، فرزندان و آزادی و حتی کشته شدن به دست شریک جنسی (۴).

برخی از پیامدهای جسمی و روانی IPV شامل اختلالات سیستم عصبی مرکزی، مشکلات قلبی، اختلالات گوارشی (۳ و ۵)، درد مزمن، اختلال خواب، اختلال استرس پس از تروما (۱ و ۶)، افسردگی، عزت نفس پایین

(۱ و ۷)، اضطراب، تفکرات خودکشی یا مبادرت به خودکشی و استفاده بیش‌تر از خدمات پزشکی (۸) است. با این حال برخی از زنان خشونت‌دیده قادرند سلامت جسمی و روانی خود را در ارتباطات خشن حفظ کنند و پیامدهای منفی کم‌تری را نسبت به سایرین تجربه کنند (۲). رفتار تطابقی که زنان در مواجهه با خشونت نشان می‌دهند می‌تواند باعث افزایش یا کاهش خشونت تجربه شده و استرس مرتبط با آن شود، علاوه بر آن بر سلامت روان زنان خشونت‌دیده نیز مؤثر است (۹). مطالعات نشان داده‌اند که تاب‌آوری روانی ممکن است در رویارویی با موقعیت‌های پراسترس، عاملی حمایت‌کننده باشد (۱۰).

تاب‌آوری یک ظرفیت نسبی جهت سازگاری سالم و مثبت با ناملایمات زندگی است (۱۱-۱۴). تاب‌آوری یک منبع روانی است که هم به صورت یک ویژگی شخصیتی و هم به صورت یک فرآیند، توصیف شده است. از یک سو می‌توان گفت تاب‌آوری مجموعه‌ای از ویژگی‌های شخصیتی مثل مهارت‌ها و شایستگی‌هایی است که در تطابق مناسب با استرس، مشکلات و ناملایمات زندگی، مؤثر است. از سوی دیگر می‌توان تاب‌آوری را به عنوان فرآیندی پویا در نظر گرفت که در طی آن تعامل عوامل روانی، اجتماعی، محیطی و زیستی، فرد را قادر می‌سازد در هر مرحله‌ای از زندگی علی‌رغم مواجهه با ناملایمات، سلامت روانی خود را به دست بیاورد، حفظ کند و آن را ارتقا دهد. نتایج یک مطالعه نشان داد، زنانی که IPV را تجربه کرده‌اند در مقایسه با زنانی که آن را تجربه نکرده‌اند، تاب‌آوری کم‌تری

متعهدانه، عمل مؤثر مبتنی بر ارزش‌ها است (۱۷). ارتقای انعطاف‌پذیری روانی که به دنبال مداخله ACT رخ می‌دهد احتمالاً قادر است تاب‌آوری را افزایش دهد (۱۷).

مطالعات نشان داده‌اند ACT می‌تواند تاب‌آوری را در جمعیت‌هایی که استرس‌سورهای مختلفی را تجربه کرده‌اند، افزایش دهد نظیر زنان مبتلا به سرطان پستان (۱۰)، افراد مبتلا به دیابت (۱۷) و زنان جدا شده (۱۸). تأثیر ACT بر افزایش تاب‌آوری زنان قربانی خشونت خانگی (۲۰) و زنان دارای تعارض با همسر (۲۱ و ۲۲) که به مراکز مشاوره ارجاع شده بودند در مطالعات ایرانی بررسی و تأیید شده است، لیکن در مطالعات یاد شده از ابزار مناسب جهت شناسایی تجربه خشونت‌دیدگی مشارکت‌کنندگان استفاده نشده است و مطالعه در مورد زنانی صورت گرفته است که اقدام به جستجوی کمک از مراکز مشاوره کرده‌اند. از آن‌جا که زنان خشونت‌دیده با موانع متعددی جهت جستجوی کمک مواجه هستند، بسیاری از آن‌ها جهت رهایی از خشونت، اقدام به جستجوی کمک نمی‌کنند (۵). بنابراین بررسی این گروه بزرگ از زنان خشونت‌دیده‌ای که اقدام به جستجوی کمک نمی‌کنند، اهمیت فراوانی دارد. با توجه به ویژگی‌های منحصر به فرد استرسور IPV که پیش‌تر اشاره شد، شیوع بالای آن و پیامدهای نامطلوب آن بر سلامت زنان، نقش محافظتی تاب‌آوری در مقابل ابتلا به مشکلات روانی و لزوم اجرای مداخلات مؤثر برای ارتقای تاب‌آوری زنان خشونت‌دیده و در نهایت با عنایت به لزوم فراهم‌آوری شواهد علمی در خصوص

داشته‌اند (۱۴). این در حالی است که تاب‌آوری عاملی محافظتی در مقابل ابتلا به مشکلات روانی در قربانیان IPV است (۱۵) و اهمیت اساسی در فرآیند بهبودی از تروما دارد (۱۴). بنابراین در برنامه‌های کمک به زنان خشونت‌دیده، مداخله جهت ارتقای تاب‌آوری اهمیت فراوان دارد (۱۴).

یک عامل دخیل در تاب‌آوری، انعطاف‌پذیری روانی است (۱۶). انعطاف‌پذیری روانی، سنگ زیربنای سلامت روانی است و مستلزم رفتار کردن در راستای ارزش‌های فردی حتی با وجود تجارب درونی مزاحم و ناخواسته مانند ناراحتی روانی یا تفکرات خودانتقادی است (۱۷). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (Acceptance and Commitment Therapy: ACT) با استفاده از فرآیندهای اصلی‌اش شامل پذیرش، گسلش شناختی (Cognitive defusion)، بودن در زمان حال، خود به عنوان زمینه، ارزش‌ها و عمل متعهدانه قادر است انعطاف‌پذیری روانی را ارتقا دهد (۱۷، ۱۸ و ۱۹). پذیرش، پذیرفتن آگاهانه و فعال وقایع خصوصی بدون تغییر در تکرار یا شکلشان می‌باشد (۱۹). گسلش شناختی، درگیر نشدن در تجارب روانی (مانند تفکرات)، واکنش نشان ندادن بر اساس آن‌ها و عدم تلاش جهت کنترل آن‌ها است. بودن در زمان حال، (مشابه با ذهن آگاهی) آگاهی غیرقضاوتی، مداوم و پاسخگو از لحظه حال می‌باشد. خود به عنوان زمینه، داشتن دیدگاه انعطاف‌پذیر که آگاهی از جریان تجارب فردی را امکان‌پذیر سازد، است (۱۷). ارزش‌ها به عنوان فعالیت‌هایی که به زندگی معنا می‌دهند، تعریف می‌شود (۱). عمل

اثر بخشی ACT بر تاب‌آوری زنان قربانی همسرآزاری که اقدام به جستجوی کمک نمی‌کنند، مطالعه حاضر با هدف تعیین تأثیر ACT بر تاب‌آوری زنان قربانی همسرآزاری طراحی و اجرا شد.

### روش بررسی

این یک مطالعه نیمه تجربی با گروه کنترل و با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری است. نمونه‌گیری غیراحتمالی از نوع سهمیه‌ای از زنان مراجعه‌کننده به سه خانه بهداشت وابسته به مرکز بهداشتی درمانی مشهدالکوبه در شهر اراک در بازه زمانی دی ماه ۱۳۹۹ تا اردیبهشت ماه ۱۴۰۰ انجام گرفت. با توجه به نتایج مطالعه سیدجعفری و همکاران (۲۳) که میانگین و انحراف معیار نمره تاب‌آوری بعد از مداخله را در گروه مداخله  $71/80 \pm 7/19$  و در گروه کنترل  $66/31 \pm 8/30$  گزارش نمودند و با در نظر گرفتن سطح اطمینان  $95\%$  ( $\alpha=0/05$ ) و توان آزمون  $80\%$  ( $\beta=0/02$ ) و با استفاده از فرمول زیر، حجم نمونه در هر گروه ۳۶ نفر به دست آمد که با احتساب  $10\%$  ریزش، ۴۰ نفر در هر گروه در نظر گرفته شد.

$$n_1 = n_2 = \frac{(Z_{1-\frac{\alpha}{2}} + Z_{1-\beta})^2 \times (\sigma_1^2 + \sigma_2^2)}{(\mu_1 - \mu_2)^2}$$

ابتدا با استفاده از سامانه سیب، تعداد کل زنان همسردار ۱۸-۴۵ ساله در هر سه خانه بهداشت، مشخص شد (در مجموع ۴۸۴ نفر) سپس تعداد افرادی که در هر خانه بهداشت باید در مطالعه شرکت می‌کردند (سهم هر خانه

بهداشت) با توجه به جمعیت تحت پوشش هر مرکز به دست آمد. جهت نمونه‌گیری، محقق اول در سه خانه بهداشت وابسته به مرکز بهداشتی درمانی مشهدالکوبه، حضور می‌یافت و پس از معرفی خود و شرح اهداف پژوهش به مراجعه‌کنندگان، آن‌ها را از نظر دارا بودن معیارهای ورود به مطالعه بررسی می‌کرد. از ۳۰۰ نفر بررسی شده، ۸۰ نفر واجد شرایط شرکت در مطالعه بودند. شایان ذکر است که مراجعه‌کنندگان جهت دریافت مراقبت‌های بهداشتی مانند آزمایش‌های غربالگری (پاپ اسمیر، معاینه پستان)، درمان عفونت‌های واژینال و سایر بیماری‌های زنان و انجام ویزیت‌های مراقبتی فرزندان مانند پایش رشد و واکسیناسیون به خانه‌های بهداشت مراجعه می‌کردند. علت مراجعه هیچ‌کدام از مشارکت‌کنندگان به خانه بهداشت، دریافت کمک به خاطر تجربه خشونت نبود و مداخله‌ای هم به خاطر خشونت‌دیدگی از خانه‌های بهداشت دریافت نکردند.

معیارهای ورود شامل داشتن تجربه خشونت شوهر در طول سال گذشته (پاسخ مثبت به حداقل یک گویه از گویه‌های مرتبط با چهار زیرمقیاس (حمله جسمی، پرخاشگری روانی، صدمه و اجبار جنسی) مقیاس تجدیدنظر شده تاکتیک‌های حل تعارض ((Revised Conflict Tactics Scale; CTS2)، سن ۱۸-۴۵ سال، دادن رضایت آگاهانه کتبی، توانایی تکلم به زبان فارسی، داشتن حداقل مدرک تحصیلی سوم راهنمایی (جهت درک مفاهیم مرتبط با رویکرد ACT و انجام تکالیف خانگی)، داشتن ملیت ایرانی، متأهل بودن،

گذشت بیش از شش ماه از آخرین زایمان، معیارهای عدم ورود شامل باردار بودن، اختلال هوشیاری، سابقه بستری در بخش اعصاب و روان، مصرف داروهای روانگردان مثل داروهای ضد اضطراب (نظیر آلپرازولام، کلونازپام، لورازپام)، داروهای ضد افسردگی (نظیر فلوکستین، سیتالوپرام، آمی‌تریپتیلین)، داروهای ضد روان‌پریشی (نظیر رسپریدون، هالوپریدول، کلرپرورمازین)، داروهای تثبیت‌کننده خلق و خو (نظیر کاربامازپین، لاموتریژین) و محرک‌ها (نظیر آمفتامین، دکستروآمفتامین) در فاصله شش ماه قبل از شرکت در مطالعه و در دوره انجام مطالعه، شرکت در مداخلات مشابه با مداخله حاضر در دوره انجام مطالعه، ابتلا به بیماری جسمی صعب‌العلاج مانند سرطان یا تومورهای بدخیم و تجربه هر نوع استرسور شدید در شش ماه گذشته نظیر طلاق، تصادف و سوگ بستگان بود. معیارهای خروج از مطالعه نیز شامل عدم شرکت در دو جلسه مداخله یا بیش‌تر، وقوع بارداری، ابتلا به بیماری جسمی صعب‌العلاج و تجربه هر نوع استرسور شدید در طول دوره انجام مطالعه، بود.

پرسشنامه‌های استفاده شده جهت جمع‌آوری داده‌ها شامل پرسشنامه ویژگی‌های فردی و سلامتی (شامل سن، طول مدت ازدواج، سطح تحصیلات، شغل، تعداد فرزند، وضعیت اقتصادی، ابتلا به بیماری‌های جسمی و مشکلات روانی)، مقیاس تجدیدنظر شده تاکتیک‌های حل تعارض ( Revised Conflict Tactics Scale: CTS2) و مقیاس تاب‌آوری (Connor-Davidson) Davidson و Connor (Resilience Scale; CD-RISC) بود.

CTS2 توسط Straus و همکاران جهت سنجش استفاده از تاکتیک‌های ویژه شامل خشونت جسمی بین شرکای جنسی که در رابطه ازدواج، هم‌خانگی یا رابطه موقت هستند، طراحی شد (۲۴). این مقیاس دارای ۷۸ گویه و پنج زیرمقیاس شامل حمله جسمی (۲۴ گویه)، پرخاشگری روانی (۱۶ گویه)، صدمه (۱۲ گویه)، اجبار جنسی (۱۴ گویه) و مذاکره (۱۲ گویه) است. چهار زیرمقیاس اول، به طور هم‌زمان تجربه و ارتکاب خشونت را می‌سنجد. نیمی از گویه‌های این چهار زیرمقیاس، تجربه خشونت و نیم دیگر، ارتکاب خشونت را می‌سنجد. این مقیاس قادر است خشونت را در فواصل زمانی مختلف بسنجد، اگرچه به طور معمول برای مقطع زمانی سال گذشته به کار می‌رود. گویه‌ها در طبقات ۰ تا ۷ پاسخ داده می‌شوند (طبقه ۰ = هرگز اتفاق نیفتاده است، طبقه ۱ = یک بار در سال گذشته اتفاق افتاده است، طبقه ۲ = دو بار در سال گذشته اتفاق افتاده است، طبقه ۳ = سه تا پنج بار در سال گذشته اتفاق افتاده است، طبقه ۴ = شش تا ده بار در سال گذشته اتفاق افتاده است، طبقه ۵ = یازده تا بیست بار در سال گذشته اتفاق افتاده است، طبقه ۶ = بیش از بیست بار در سال گذشته اتفاق افتاده است و طبقه ۷ = در سال گذشته اتفاق نیفتاده است ولی قبل از سال گذشته اتفاق افتاده است. در صورتی که سنجش خشونت در سال گذشته مدنظر باشد، برای طبقه ۷ عدد صفر در نظر گرفته می‌شود. نمره‌دهی با استفاده از نقطه وسط طبقات پاسخ‌دهی می‌باشد؛ بدین ترتیب که برای طبقات پاسخ‌دهی ۰، ۱ و ۲ به ترتیب نمره ۰، ۱ و ۲،

گذشت بیش از شش ماه از آخرین زایمان، معیارهای عدم ورود شامل باردار بودن، اختلال هوشیاری، سابقه بستری در بخش اعصاب و روان، مصرف داروهای روانگردان مثل داروهای ضد اضطراب (نظیر آلپرازولام، کلونازپام، لورازپام)، داروهای ضد افسردگی (نظیر فلوکستین، سیتالوپرام، آمی‌تریپتیلین)، داروهای ضد روان‌پریشی (نظیر رسپریدون، هالوپریدول، کلرپرورمازین)، داروهای تثبیت‌کننده خلق و خو (نظیر کاربامازپین، لاموتریژین) و محرک‌ها (نظیر آمفتامین، دکستروآمفتامین) در فاصله شش ماه قبل از شرکت در مطالعه و در دوره انجام مطالعه، شرکت در مداخلات مشابه با مداخله حاضر در دوره انجام مطالعه، ابتلا به بیماری جسمی صعب‌العلاج مانند سرطان یا تومورهای بدخیم و تجربه هر نوع استرسور شدید در شش ماه گذشته نظیر طلاق، تصادف و سوگ بستگان بود. معیارهای خروج از مطالعه نیز شامل عدم شرکت در دو جلسه مداخله یا بیش‌تر، وقوع بارداری، ابتلا به بیماری جسمی صعب‌العلاج و تجربه هر نوع استرسور شدید در طول دوره انجام مطالعه، بود.

پرسشنامه‌های استفاده شده جهت جمع‌آوری داده‌ها شامل پرسشنامه ویژگی‌های فردی و سلامتی (شامل سن، طول مدت ازدواج، سطح تحصیلات، شغل، تعداد فرزند، وضعیت اقتصادی، ابتلا به بیماری‌های جسمی و مشکلات روانی)، مقیاس تجدیدنظر شده تاکتیک‌های حل تعارض ( Revised Conflict Tactics Scale: CTS2) و مقیاس تاب‌آوری (Connor-Davidson) Davidson و Connor (Resilience Scale; CD-RISC) بود.

برای طبقه پاسخ‌دهی ۳، نمره ۴، برای طبقه پاسخ‌دهی ۴، نمره ۸، برای طبقه پاسخ‌دهی ۵، نمره ۱۵ و برای طبقه پاسخ‌دهی ۶، نمره ۲۵ در نظر گرفته می‌شود. نمره بالاتر در هر زیرمقیاس بیانگر افزایش دفعات تجربه یا ارتکاب عمل می‌باشد. Straus و همکاران توصیه می‌کنند برای تعیین میزان شیوع، متغیر شیوع به صورت دو حالتی (۱-۰) در نظر گرفته شود (۱= وقوع یک عمل یا بیش‌تر و ۰= عدم وقوع هیچ عملی) (۲۴).

در مطالعه حاضر با توجه به این که هدف، تنها شناسایی زنان خشونت‌دیده بود و سنجش دفعات تجربه خشونت مدنظر نبود، در صورتی که فرد حداقل به یک گویه از گویه‌های مربوط به تجربه خشونت در چهار زیرمقیاس حمله جسمی، پرخاشگری روانی، صدمه و اجبار جنسی، پاسخ مثبت می‌داد (یعنی کسب حداقل یک نمره) به عنوان زن خشونت‌دیده تلقی می‌شد و می‌توانست وارد پژوهش شود. Straus و همکاران روایی سازه (با تأیید وجود ارتباط قوی بین زیرمقیاس‌های مرتبط) و روایی تمایزی (Discriminant validity) (با تأیید وجود ارتباط ضعیف یا غیرمعنادار بین زیرمقیاس‌های غیرمرتبط) CTS2 را تأیید نمودند و ضریب آلفای کرونباخ را برای زیرمقیاس‌های حمله جسمی، پرخاشگری روانی، صدمه، اجبار جنسی و مذاکره به ترتیب ۰/۸۶، ۰/۷۹، ۰/۹۵، ۰/۸۷ و ۰/۸۶ گزارش کردند (۲۴).

در ایران، روایی CTS2 با روش روایی محتوی تأیید شده است (۲۵) و میزان پایایی آن با روش آزمون-بازآزمون، ۰/۹ گزارش شده

است. در نسخه ایرانی، شش گویه مرتبط با زیرمقیاس خشونت جنسی حذف شد و ۷۲ گویه باقی ماند (۲۶). از آنجا که در مطالعه حاضر چهار زیرمقیاس استفاده شده، به صورت مجزا در نظر گرفته نشدند بلکه یافته‌های این چهار زیرمقیاس با هم جهت شناسایی زنان خشونت‌دیده مورد استفاده قرار گرفتند، لذا در مطالعه حاضر ضریب آلفای کرونباخ کل چهار زیرمقیاس استفاده شده ۰/۹۱ محاسبه شد.

مقیاس تاب‌آوری Davidson و Connor (Connor-Davidson Resilience Scale: ) (CD-RISC) برای کمک به سنجش تاب‌آوری و به عنوان یک شاخص بالینی جهت ارزیابی پاسخ به درمان طراحی شده است (۲۷). این مقیاس دارای ۲۵ گویه و پنج زیرمقیاس شامل شایستگی فردی (۸ گویه)، اعتماد به غرایز شخصی/ تحمل عواطف منفی (۷ گویه)، پذیرش مثبت تغییر و روابط ایمن (۵ گویه)، کنترل (۳ گویه) و تأثیرات معنوی (۲ گویه) است. گویه‌ها در طیف لیکرت پنج قسمتی پاسخ داده می‌شوند: اصلاً درست نیست (نمره ۰)، به‌ندرت درست است (نمره ۱)، گاهی اوقات درست است (نمره ۲)، اغلب درست است (نمره ۳) و تقریباً همیشه درست است (نمره ۴). این مقیاس، احساسات را در ماه گذشته می‌سنجد، حداقل و حداکثر نمره در این مقیاس صفر و ۱۰۰ است و نمره بالاتر به معنی تاب‌آوری بیش‌تر است. Davidson و Connor روایی همگرا، روایی واگرا و روایی سازه (با روش تحلیل عاملی اکتشافی) این مقیاس را تأیید نمودند. آن‌ها ضریب آلفای کرونباخ را برای کل مقیاس ۰/۹۳

و میزان پایایی آزمون- بازآزمون را با استفاده از ضریب همبستگی درون گروهی ۰/۸۷ گزارش کردند (۲۷). روایی و پایایی این مقیاس در ایران توسط جوکار تأیید شده است. روایی سازه آن با استفاده از تحلیل عاملی تأیید شده به طوری که نتایج تحلیل عاملی بیانگر وجود یک عامل بود و ضریب آلفای کرونباخ مقیاس ۰/۹۳ گزارش شد (۲۸). با توجه به تک عاملی بودن CD-RISC در جمعیت ایرانی، در مطالعه حاضر ضریب آلفای کرونباخ کل مقیاس قبل از مداخله، در مرحله پس آزمون و پیگیری به ترتیب ۰/۸۵، ۰/۸۷ و ۰/۹۱ محاسبه شد.

مشارکت‌کنندگان با روش تصادفی‌سازی بلوکی (بلوک‌های با سایز چهار) در گروه مداخله و کنترل قرار گرفتند (هر گروه ۴۰ نفر). تولید توالی تصادفی با استفاده از روش تصادفی‌سازی آنلاین و پنهان‌سازی توالی نیز به روش مرکزی بود (۲۹). در گروه مداخله، مشارکت‌کنندگان در گروه‌های ۱۰ نفره در هشت جلسه ۹۰ دقیقه‌ای که به صورت هفتگی برگزار می‌شد، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را که براساس رویکرد Hayes و همکاران (۱۹) طراحی شده بود، دریافت کردند (جدول شماره ۱). روایی پروتکل مداخله توسط سه تن از اعضای هیأت علمی روان‌شناسی، مورد تأیید قرار گرفت.

نویسنده اول که آموزش‌های لازم در خصوص رویکرد ACT را گذرانده بود، زیرنظر نویسنده سوم که دکتری تخصصی مشاوره دارد، جلسات را برگزار می‌کردند. گروه کنترل، هیچ مداخله فعالی جهت ارتقای تاب‌آوری دریافت نکرد، اما در راستای کورسازی

مشارکت‌کنندگان، نویسنده اول، هشت جلسه آموزش گروهی (در گروه‌های ۱۰ نفره) پیرامون مباحث مرتبط با زنان به صورت هفتگی به شرح زیر برای افراد گروه کنترل برگزار کرد. جلسه اول: شناخت دستگاه تناسلی داخلی و خارجی و بهداشت بلوغ. جلسه دوم: فیزیولوژی قاعدگی، دیسمنوره، بهداشت قاعدگی. جلسه سوم: اهمیت مراقبت‌های پیش از بارداری، بارداری و پس از زایمان. جلسه چهارم: کیست تخمدان، علایم، عوارض، تشخیص و درمان. جلسه پنجم: بیماری‌های التهابی لگن، عفونت‌های مقاربتی، زگیل تناسلی، علایم، پیشگیری و درمان. جلسه ششم: خون‌ریزی‌های غیرطبیعی رحمی و اهمیت پاپ اسمیر. جلسه هفتم: بیماری‌های پستان و اهمیت خودآزمایی و غربالگری پستان. جلسه هشتم: بهداشت دوران یائسگی. در این جلسات هیچ مهارت مرتبط با ACT به گروه کنترل، آموزش داده نشد، هیچ مهارت مرتبط با ACT را تمرین نکردند و تکالیف خانگی نیز نداشتند. جهت ممانعت از دیدار حضوری مشارکت‌کنندگان در دو گروه، جلسات گروه مداخله و کنترل در روزهای متفاوت هفته برگزار شد. روند اجرای پژوهش در نمودار شماره ۱ نشان داده شده است.

یک هفته پس از پایان مداخله (پس آزمون) و پنج هفته پس از پایان مداخله (پیگیری)، یک مصاحبه‌گر آموزش‌دیده که از نحوه قرارگیری افراد در گروه‌های مداخله و کنترل اطلاعی نداشت، CD-RISC را برای همه مشارکت‌کنندگان تکمیل کرد. فردی که تجزیه و تحلیل داده‌ها را به عهده داشت نیز از کدهای مشارکت‌کنندگان بی‌اطلاع بود.

تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۳ انجام یافت. داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی و استنباطی تحلیل شد. نرمال بودن داده‌ها با استفاده از آزمون Shapiro-Wilk بررسی شد. آزمون تی مستقل برای مقایسه متغیرهای پیوسته با توزیع نرمال و آزمون کای اسکوئر و آزمون دقیق فیشر برای مقایسه متغیرهای اسمی استفاده شد. مقایسه میانگین نمره تاب‌آوری در دو گروه و در سه مقطع زمانی با استفاده از آنالیز واریانس دوطرفه با اندازه‌گیری‌های مکرر (Two-way repeated measures ANOVA) انجام یافت. برای شناسایی تفاوت‌های زوجی میان سه مقطع زمانی از آزمون تعقیبی حداقل اختلاف معنادار (Least Significant Difference: LSD) استفاده شد. سطح معناداری در آزمون‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

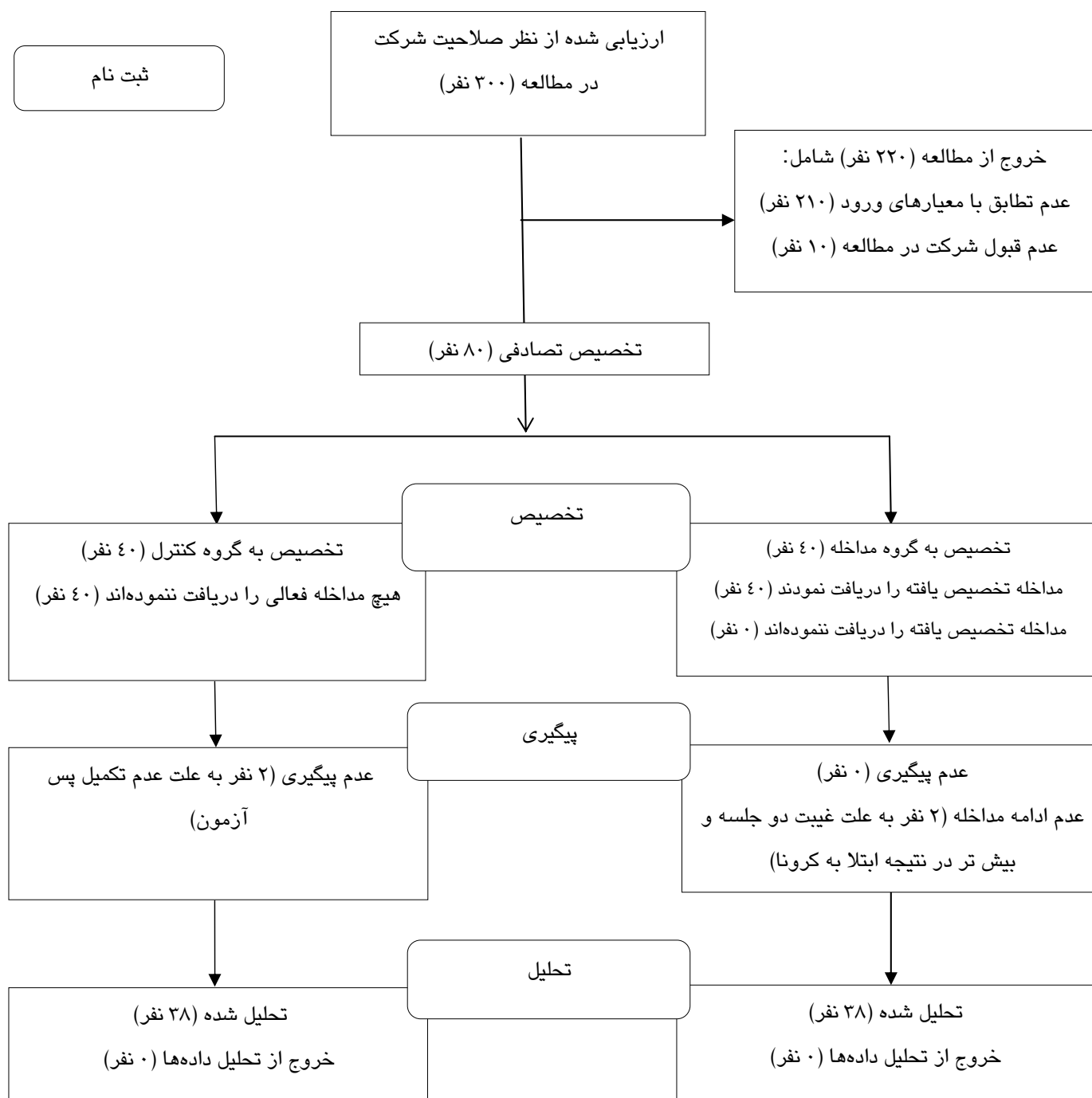
مطالعه حاضر در کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی اراک با کد IR.ARAKMU.REC.1399.226 تأیید شد. توضیحاتی در خصوص هدف و ماهیت تحقیق، ماهیت داوطلبانه شرکت، حق کناره‌گیری از تحقیق در هر زمان، حفظ محرمانگی و بی‌نامی به مشارکت‌کنندگان داده شد. پرسشنامه‌ها با رعایت خلوت کامل برای مشارکت‌کنندگان تکمیل گردید. با توجه به برگزاری جلسات در زمان همه‌گیری کووید-۱۹، جهت پیشگیری از ابتلا به کرونا، ماسک، دستکش و محلول ضدعفونی دست در اختیار مشارکت‌کنندگان قرار گرفت. جلسات با رعایت فاصله‌گذاری اجتماعی و در فضایی با تهویه مطلوب تشکیل گردید. پس از پایان مطالعه، برای گروه کنترل نیز رویکرد ACT در چهار جلسه اجرا شد.

#### جدول ۱- پروتکل درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

جلسه*	محتوا
اول	معرفی و آشنایی اعضا با هم و با محقق، توضیح کلی در مورد پروتکل مداخله و موضوع پژوهش، بیان دستورالعمل‌های شرکت در گروه، استفاده از درماندگی خلاق.
دوم	معرفی مفهوم کنترل به عنوان یک مشکل نه راه حل، آشنایی با مفهوم تمایل/پذیرش به عنوان جایگزینی برای کنترل.
سوم	آشنایی با مفهوم پذیرش افکار، احساسات و عواطف منفی بدون تلاش برای اجتناب از آن‌ها، آموزش مهارت‌های «ذهن آگاهی».
چهارم	آشنایی با مفهوم گسلش از تجارب شخصی، افکار ناامیدکننده و احساسات ناخوشایند. نشان دادن راه‌های عملی برای گسلش.
پنجم	معرفی «خود مفهوم‌سازی شده» در برابر «خود به عنوان زمینه». معرفی خود به عنوان زمینه به عنوان راهی برای رسیدن به گسلش و ذهن آگاهی.
ششم	نشان دادن اهمیت ارزش‌ها، تعیین اهداف ارزشمند، بررسی موانع رسیدن به آن‌ها، ارایه راه‌حل‌های مفید جهت مقابله با این موانع.
هفتم	کمک به مشارکت‌کنندگان جهت تعیین حیطه‌های ارزشمند زندگی، کمک به آن‌ها در عمل کردن در مسیر ارزش‌ها.
هشتم	آشنایی مشارکت‌کنندگان با مفهوم تعهد به انجام فعالیت در راستای ارزش‌ها حتی در صورت مواجهه با موانع، مرور مطالب گذشته و جمع‌بندی مطالب، قدردانی از مشارکت‌کنندگان جهت شرکت، تشویق مشارکت‌کنندگان به تداوم انجام تمرینات.

\* در هر جلسه، مرور مطالب عنوان شده در جلسه قبل، دادن تکالیف و بررسی تکالیف جلسه قبل، صورت می‌گرفت.





### نمودار ۱- روند انتخاب، ارزیابی و پیگیری مشارکت‌کنندگان

## یافته‌ها

پژوهش در مورد ۸۰ نفر از زنان قربانی همسرآزاری آغاز شد. دو نفر در هر دو گروه مداخله و کنترل از پژوهش خارج شدند و مطالعه با ۳۸ نفر در هر گروه خاتمه یافت. هیچ‌کدام از مشارکت‌کنندگان سیگار و الکل مصرف نمی‌کردند. دو گروه از نظر ویژگی‌های فردی و سلامتی مقایسه شدند و تفاوت آماری معناداری با یکدیگر نداشتند ( $p > 0.05$ ) (جدول شماره ۲).

میانگین نمره تاب‌آوری در گروه مداخله و کنترل در مقاطع زمانی بررسی و در جدول شماره ۳ نشان داده شده است. در گروه مداخله در مقایسه با گروه کنترل، در زمان‌های پس‌آزمون و پیگیری، افزایش قابل توجه میانگین نمره تاب‌آوری نسبت به قبل از مداخله رخ داده است.

قبل از اجرای آنالیز واریانس دوطرفه با اندازه‌گیری‌های مکرر، جهت مقایسه نمره تاب‌آوری در دو گروه و در سه مقطع زمانی، پیش فرض نرمال بودن توزیع نمرات تاب‌آوری در دو گروه، در سه بار سنجش با استفاده از آزمون Shapiro-Wilk تأیید شد ( $p > 0.05$ ). در آنالیز واریانس دوطرفه با اندازه‌گیری‌های مکرر، گروه به عنوان عامل بین گروهی و مقاطع زمانی سنجش تاب‌آوری به عنوان عامل درون گروهی در نظر گرفته شد. از آنجا که آزمون کرویت Mauchly معنادار شد

( $p < 0.001$ )، یعنی پذیره تقارن مرکب احراز نشد، آزمون تأثیرات درون گروهی با تصحیح اسپیلون Greenhouse-Geisser گزارش شد که نتایج برای عامل زمان و تعامل زمان×گروه معنادار بود (جدول شماره ۴).

معنادار شدن عامل زمان به این معنی است که صرف‌نظر از گروه مورد بررسی، میانگین نمره تاب‌آوری در طول مقاطع زمانی بررسی شده، تغییرات معنادار آماری داشته است. همچنین معنادار شدن اثر متقابل زمان و گروه نیز نشان می‌دهد میانگین نمره تاب‌آوری در زمان‌های مختلف سنجش با توجه به سطوح گروه، متفاوت است و نشان‌دهنده معنادار بودن تأثیر مداخله است. قبل از بررسی تأثیرات بین گروهی، آزمون برابری واریانس‌های خطای Levene، پذیره همگنی واریانس‌ها برای عامل بین گروهی را تأیید کرد ( $p > 0.05$ ) و نشان داد واریانس‌ها در سه بار اندازه‌گیری، در دو گروه همگن هستند. نتایج آزمون تأثیرات بین گروهی نشان داد دو گروه با هم تفاوت معنادار دارند (جدول شماره ۴) به عبارت دیگر دو گروه از نظر میانگین نمره تاب‌آوری با هم تفاوت معنادار دارند. مقایسه‌های زوجی مقاطع زمانی نیز نشان داد تفاوت میانگین نمره تاب‌آوری بین همه مقاطع زمانی بررسی شده، معنادار است و بیش‌ترین تفاوت میانگین بین زمان پیش‌آزمون و پیگیری است (جدول شماره ۵).

**جدول ۲- مقایسه ویژگی‌های فردی و سلامتی در زنان قربانی همسرآزاری مراجعه‌کننده به خانه‌های بهداشت وابسته به مرکز بهداشتی درمانی مشهدالکوبه شهر اراک در سال ۱۴۰۰-۱۳۹۹ برحسب گروه‌های مورد بررسی**

p-value	گروه کنترل (۳۸ نفر)	گروه مداخله (۳۸ نفر)	متغیرها
<sup>a</sup> ./۰۵۸۳	۳۴/۲۱ ± ۶/۹۹	۳۳/۳۲ ± ۷/۱۰	سن (سال): انحراف معیار ± میانگین
<sup>a</sup> ./۰۸۶۲	۳۹/۸۴ ± ۷/۶۷	۳۹/۰۵ ± ۶/۸۰	سن همسر (سال): انحراف معیار ± میانگین
<sup>a</sup> ./۰۹۱۸	۱۴/۰۶ ± ۸/۲۱	۱۳/۸۵ ± ۸/۸۹	طول مدت ازدواج (سال): انحراف معیار ± میانگین
<sup>b</sup> <sub>۱</sub>	۳۳ (۸۶/۸)	۳۳ (۸۶/۸)	خانه‌دار
	۵ (۱۳/۲)	۵ (۱۳/۲)	شاغل
<sup>b</sup> ./۰۴۰۹	۱۰ (۲۶/۳)	۷ (۱۸/۴)	بیکار
	۲۸ (۷۳/۷)	۳۱ (۸۱/۶)	شاغل
<sup>c</sup> ./۰۷۰۲	۲۵ (۶۵/۸)	۲۳ (۶۰/۵)	کم‌تر از دیپلم
	۱۰ (۲۶/۳)	۱۳ (۳۴/۲)	دیپلم
	۳ (۷/۹)	۲ (۵/۳)	لیسانس و بالاتر
<sup>c</sup> ./۰۶۱۲	۲۹ (۷۶/۳)	۲۶ (۶۸/۴)	کم‌تر از دیپلم
	۶ (۱۵/۸)	۱۰ (۲۶/۳)	دیپلم
	۳ (۷/۹)	۲ (۵/۳)	لیسانس و بالاتر
<sup>c</sup> ./۰۱۲۹	۱ (۲/۶)	۴ (۱۰/۵)	بدون فرزند
	۳۰ (۷۹)	۲۲ (۵۷/۹)	۱-۲
	۷ (۱۸/۴)	۱۲ (۳۱/۶)	۳-۴
<sup>c</sup> ./۰۳۷۲	۱۰ (۲۶/۳)	۹ (۲۳/۷)	نامطلوب
	۲۶ (۶۸/۴)	۲۳ (۶۰/۵)	تاحدی نامطلوب
	۲ (۵/۳)	۶ (۱۵/۸)	مطلوب
<sup>b</sup> ./۰۳۰۰	۳۰ (۷۸/۹)	۲۵ (۶۵/۸)	ندارد
	۸ (۲۱/۱)	۱۳ (۳۴/۲)	دارد
<sup>b</sup> ./۰۸۰۷	۲۶ (۶۸/۴)	۲۵ (۶۵/۸)	ندارد
	۱۲ (۳۱/۶)	۱۳ (۳۴/۲)	دارد
<sup>c</sup> <sub>۱</sub>	۳۸ (۱۰۰)	۳۷ (۹۷/۴)	ندارد
	۰	۱ (۲/۶)	دارد
<sup>b</sup> ./۰۸۱۸	۲۰ (۵۲/۶)	۱۹ (۵۰)	ندارد
	۱۸ (۴۷/۴)	۱۹ (۵۰)	دارد
<sup>c</sup> <sub>۱</sub>	۳۷ (۹۷/۴)	۳۷ (۹۷/۴)	ندارد
	۱ (۲/۶)	۱ (۲/۶)	دارد
<sup>b</sup> ./۰۳۲۸	۳۴ (۸۹/۵)	۳۱ (۸۱/۶)	ندارد
	۴ (۱۰/۵)	۷ (۱۸/۴)	دارد

<sup>a</sup> آزمون تی مستقل، <sup>b</sup> آزمون کای اسکوئر، <sup>c</sup> آزمون دقیق فیشر

**جدول ۳-** میانگین و انحراف معیار نمره تاب‌آوری در زنان قربانی همسرآزاری مراجعه‌کننده به خانه‌های بهداشت وابسته به مرکز بهداشتی درمانی مشهدالکوبه شهر اراک در سال ۱۴۰۰-۱۳۹۹ برحسب گروه‌های مورد بررسی در زمان‌های مختلف اندازه‌گیری

گروه	مداخله	کنترل
زمان	انحراف معیار $\pm$ میانگین	انحراف معیار $\pm$ میانگین
قبل از مداخله	۵۹/۲۱ $\pm$ ۱۳/۲۹	۵۲/۴۷ $\pm$ ۱۷/۲
پس از آزمون (یک هفته پس از پایان مداخله)	۶۴/۳۱ $\pm$ ۱۱/۲۷	۵۱/۹۴ $\pm$ ۱۴/۷۲
پیگیری (پنج هفته پس از پایان مداخله)	۷۲/۳۴ $\pm$ ۱۰/۴۹	۵۲/۴۷ $\pm$ ۱۵/۳۰

**جدول ۴-** نتایج آنالیز واریانس دوطرفه با اندازه‌گیری‌های مکرر برای نمره تاب‌آوری در زنان قربانی همسرآزاری مراجعه‌کننده به خانه‌های بهداشت وابسته به مرکز بهداشتی درمانی مشهدالکوبه شهر اراک در سال ۱۴۰۰-۱۳۹۹

منبع تغییر	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	مقدار F	p-value
گروه	۹۶۲۰/۰۰۴	۱	۹۶۲۰/۰۰۴	۱۸/۰۶۴	< ۰/۰۰۱
زمان	۱۶۸۸/۱۶	۱/۴۶۳	۱۱۵۳/۵۳	۳۵/۱۳۱	< ۰/۰۰۱
گروه $\times$ زمان	۱۶۴۹/۲۱۹	۱/۴۶۳	۱۱۲۶/۹۱۷	۲۴/۳۲۱	< ۰/۰۰۱

**جدول ۵-** مقایسات زوجی میانگین نمره تاب‌آوری در زمان‌های مختلف اندازه‌گیری در زنان قربانی همسرآزاری مراجعه‌کننده به خانه‌های بهداشت وابسته به مرکز بهداشتی درمانی مشهدالکوبه شهر اراک در سال ۱۴۰۰-۱۳۹۹

سطح معناداری*	خطای استاندارد	تفاوت میانگین (I-J)	مقطع زمانی مورد مقایسه	
			زمان (I)	زمان (J)
۰/۰۰۴	۰/۷۷	-۲/۲۸	پس‌آزمون	پیش‌آزمون
< ۰/۰۰۱	۰/۹۹	-۶/۵۶	پیگیری	پیش‌آزمون
< ۰/۰۰۱	۰/۵۶	-۴/۲۷	پیگیری	پس‌آزمون

\*آزمون تعقیبی LSD

## بحث و نتیجه‌گیری

این مطالعه با هدف تعیین تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تاب‌آوری زنان قربانی همسرآزاری انجام گرفت. براساس نتایج، میانگین نمره تاب‌آوری در زمان پس‌آزمون، در گروه مداخله افزایش معنادار داشت، این افزایش حتی در زمان پیگیری نیز ادامه داشت، اما در گروه کنترل تقریباً بدون تغییر بود. نتایج سایر مطالعات نشان داد که ACT منجر به افزایش تاب‌آوری در جمعیت‌های

مختلف از جمله پرستاران (۳۰)، زنان مبتلا به سرطان پستان (۱۰)، زنان جدا شده (۱۸) و زنانی که سقط جنین مکرر داشته‌اند (۳۱) شده است. به نظر می‌رسد که ACT قادر است تاب‌آوری را در افراد مواجهه یافته با انواع استرسورها، افزایش دهد.

Ryan و همکاران معتقدند پذیرش، عمل مبتنی بر ارزش و ذهن‌آگاهی، فرآیندهای اصلی در ACT هستند که قادر به افزایش تاب‌آوری می‌باشند (۱۷). رویکرد ACT به جای آن که بر

حذف عوامل آسیب‌رسان تمرکز نماید به مراجعان کمک می‌کند تا هیجان‌ات، افکار و احساسات آزاردهنده و ناخوشایند را بپذیرند و از کشمکش و منازعه با آن‌ها دست بردارند (۳۱). در واقع تشویق فرد به پذیرش تجارب روانی، جهت مقابله با مشکلاتی است که قابل حل شدن نیستند (۱۰). پذیرش، اهمیت فراوانی در تاب‌آوری زنان خشونت‌دیده دارد، به عنوان مثال در مطالعه کیفی Crann و Barata که به توصیف تجربه تاب‌آوری در زنان خشونت‌دیده می‌پردازد، زنان، پذیرش این موضوع را که آن‌ها نمی‌توانند نگرش و رفتارهای شریک جنسی خشن خود را کنترل نمایند، یک تغییر هیجانی و شناختی مهم در فرآیند تاب‌آوریشان توصیف کردند (۳۲).

در رویکرد ACT، مراجعان تشویق می‌شوند به جای پاسخ به هیجان‌ات ناخوشایند یا کنترل کردن آن‌ها، به انجام آنچه در زندگی برایشان مهم و در راستای ارزش‌هایشان است، بپردازند (۳۰). در مطالعه Crann و Barata نیز زنان خشونت‌دیده، تمرکز مجدد انرژی، زمان و تفکراتشان را به عنوان یک قسمت مهم در تاب‌آوریشان توصیف کردند. نظیر تمرکز مجدد انرژی و توجهشان روی خود و فرزندان‌شان، تمرکز بر زمان حال، لذت بردن از زندگی روزانه و در نظر گرفتن و عملی کردن اهدافی نظیر بازگشت به تحصیل (۳۲). بنابراین به نظر می‌رسد رویکرد ACT به خصوص جهت افزایش تاب‌آوری زنان خشونت‌دیده‌ای که به دلایل مختلف قادر به ترک رابطه نیستند، اهمیت فراوان داشته باشد.

ذهن آگاهی در افزایش تاب‌آوری زنان خشونت‌دیده، جایگاه ویژه‌ای دارد چرا که زنان خشونت‌دیده، دائماً یا به مرور وقایع خشونت‌آمیز رخ داده می‌پردازند (۲۰) یا با استرس مداوم ناشی از تهدیدها و پیش‌بینی رخدادهای بعدی خشونت دست و پنجه نرم می‌کنند (۴). بنابراین بیش‌تر از آن که در زمان حال باشند، به آسیب‌های زمان گذشته یا تهدیدهای آینده ناشی از خشونت می‌پردازند. این امر آن‌ها را مضطرب نموده و سلامت روان شناختی آن‌ها از جمله تاب‌آوری را تحت تأثیر قرار می‌دهد. این در حالی است که ذهن آگاهی به آن‌ها کمک می‌کند از تمام حالات روانی و افکار و رفتار خود در لحظه حال آگاهی یابند (۲۰) تغییرات و تجربیات را همان‌گونه که در لحظه حال در جریان هستند، تجربه کنند، نه آن‌گونه که ذهن پیش از تجربه واقعی، مفهوم‌سازی کرده است در نتیجه بتوانند پاسخ‌های سازگارانه توأم با تاب‌آوری به تجارب و رویدادها دهند (۳۳).

در مطالعه حاضر میانگین نمره تاب‌آوری در گروه مداخله در زمان پیگیری نسبت به پس‌آزمون، افزایش داشت. در حالی که در مطالعه صادقی و همکاران که پیگیری دو ماهه داشتند، میانگین نمره تاب‌آوری در گروه مداخله در زمان پیگیری نسبت به پس‌آزمون، کاهش داشت (۱۰). تفاوت نتایج در مرحله پیگیری، می‌تواند به علت کوتاه‌تر بودن طول مدت پیگیری در مطالعه حاضر (که یک ماه پس از پس‌آزمون بود) و احتمالاً استفاده مداوم مشارکت‌کنندگان در مطالعه حاضر از مهارت‌های آموخته شده باشد.

نتایج مطالعه حاضر باید با توجه به محدودیت‌ها تفسیر شود. این پژوهش در مورد جمعیت خاصی از زنان خشونت‌دیده، زنانی با مشخصات نمونه‌های مورد پژوهش (به عنوان مثال زنان ۴۵-۱۸ سال، باردار نبودن و ...)، انجام یافت. بنابراین نتایج قابل تعمیم به سایر جمعیت‌های زنان خشونت‌دیده‌ای که مشخصات نمونه‌های مورد پژوهش در مطالعه حاضر را ندارند، نیست. لذا توصیه می‌شود پژوهش‌های مشابه در مورد زنان خشونت‌دیده‌ای با ویژگی‌هایی متفاوت از مشارکت‌کنندگان مطالعه حاضر انجام گیرد (مثلاً زنان باردار، سن کم‌تر از ۱۸ سال یا بیش‌تر از ۴۵ سال و ...).

در مطالعه حاضر در راستای کورسازی مشارکت‌کنندگان و کنترل سایر عوامل تأثیرگذار مثل تأثیر شرکت در جلسات و دیدار گروهی، جلسات آموزش ساختگی غیرمرتبط با ACT برای گروه کنترل برگزار شد و جهت به حداقل رساندن احتمال ملاقات افراد دو گروه، مقرر شد جلسات دو گروه در روزهای متفاوت هفته برگزار شود. با توجه به این که محیط پژوهش یک محیط روستایی بود، افراد در این محیط‌ها، خشونت را یک موضوع شخصی و خصوصی می‌دانند و تمایلی به آگاهی دیگران از این موضوع ندارند، حتی سعی در پنهان‌سازی آن از سایرین نیز دارند، بنابراین به نظر می‌رسد احتمال نشست مداخله ناچیز باشد، اما با این حال نمی‌توان عدم نشست مداخله را به طور کامل تضمین کرد که از محدودیت‌های مطالعه حاضر است.

در این مطالعه سعی شد تا جایی که ممکن است متغیرهای مخدوش‌کننده‌ای که ممکن

بر تاب‌آوری تأثیر داشته باشند در نظر گرفته شوند. برخی از آن‌ها در معیارهای ورود به مطالعه لحاظ شدند، مثل حذف افراد مبتلا به بیماری‌های جسمی صعب‌العلاج. سایر متغیرهای بررسی شده نیز در دو گروه همگن بودند و اختلاف معنادار بین دو گروه از نظر متغیرهای فردی و سلامتی بررسی شده، وجود نداشت. به هر حال ممکن است عوامل دیگری هم باشند که روی تاب‌آوری تأثیر بگذارند و در مطالعه حاضر بررسی نشده باشند که می‌تواند از محدودیت‌های مطالعه حاضر باشد. ضمن این که استفاده از تخصیص تصادفی در قرارگیری مشارکت‌کنندگان در گروه مداخله و کنترل ضمن تصادفی کردن توزیع متغیر مخدوش‌کننده بین دو گروه و کنترل نسبی مخدوش‌کنندگی، احتمال قابل مقایسه بودن گروه‌ها از نظر متغیر مخدوشگر را افزایش می‌دهد.

توصیه می‌شود جهت بررسی تأثیر طولانی مدت رویکرد ACT، در مطالعات آینده، پیگیری در مدت زمان طولانی‌تری صورت گیرد. همچنین تأثیر ACT با دیگر مداخلات ارتقادهنده تاب‌آوری، مقایسه شود و این مداخله برای مردان خشونت‌گر و سایر جمعیت‌های زنان خشونت‌دیده نظیر زنان خشونت‌دیده‌ای که جهت جستجوی کمک به پزشکی قانونی یا دادگاه‌ها مراجعه می‌کنند نیز اجرا شود، تا در صورت تأیید تأثیر آن در برنامه‌های ارتقای سلامت روان زنان خشونت‌دیده از این مداخله استفاده شود. براساس نتایج، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد منجر به افزایش تاب‌آوری در زنان قربانی

همسرآزاری شد، لذا می‌توان از این مداخله جهت ارتقای تاب‌آوری زنان قربانی همسرآزاری استفاده کرد. هرچند نیاز به مطالعات بیشتری در این زمینه است.

### تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل پایان‌نامه دانشجویی خانم فاطمه خاکشور محمدآبادی جهت اخذ

درجه کارشناسی ارشد مشاوره در مامایی از دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی اراک است. بدین‌وسیله نویسندگان از معاونت محترم تحقیقات و فناوری دانشگاه علوم پزشکی اراک که حمایت مالی این طرح (شماره ۶۲۱۰) را به عهده گرفتند و کلیه مشارکت‌کنندگانی که انجام مطالعه را ممکن ساختند، تشکر می‌کنند.

### References

- 1 - Snead AL, Bennett VE, Babcock JC. Treatments that work for intimate partner violence: beyond the duluth model. In: Jeglic EL, Calkins C. New frontiers in offender treatment. Cham, Switzerland: Springer; 2018. P. 269-285. doi: 10.1007/978-3-030-01030-0\_14.
- 2 - Taherkhani S. The development and psychometric assessment of a coping inventory for intimate partner violence among abused Iranian women. J Interpers Violence. 2022 Sep; 37(17-18): NP16670-NP16699. doi: 10.1177/08862605211023488.
- 3 - Taherkhani S, Negarandeh R, Simbar M, Ahmadi F. [Effect of contextual factors on women coping strategies against domestic violence: a qualitative study]. Koomesh, Journal of Semnan University of Medical Sciences. 2015; 16(4): 581-594. (Persian)
- 4 - Taherkhani S. The factor structure of the ways of coping questionnaire among abused Iranian women. The Journal of Adult Protection. 2023; 25(1): 33-47. doi: 10.1108/JAP-07-2022-0015.
- 5 - Taherkhani S, Negarandeh R, Simbar M, Ahmadi F. Barriers to seeking help among abused Iranian women. The Journal of Adult Protection. 2017; 19(5): 261-273. doi: 10.1108/JAP-03-2017-0007.
- 6 - Taherkhani S, Negarandeh R, Simbar M, Ahmadi F. Iranian women's experiences with intimate partner violence: a qualitative study. Health Promot Perspect. 2014 Dec 30; 4(2): 230-9. doi: 10.5681/hpp.2014.030.
- 7 - Shahriary T, Salmani Barough N, Babaie G, Amir Moradi F. [Survey on physical and psychic complications of wife abuse on women]. Hayat, Journal of School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences. 2003; 9(1,2): 63-70. (Persian)
- 8 - Taherkhani S, Negarandeh R, Farshadpour F. Barriers to leaving a relationship from the perspective of married abused Iranian women: secondary analysis of the interviews with abused women. J Interpers Violence. 2020 Oct; 35(19-20): 4162-4184. doi: 10.1177/0886260519844777.
- 9 - Taherkhani S, Negarandeh R, Simbar M, Ahmadi F. Iranian women's strategies for coping with domestic violence. Nurs Midwifery Stud. 2016 Dec; 5(4): e33124. doi: 10.17795/nmsjournal33124.
- 10 - Sadeghi F, Hassani F, Emamipour S, Mirzaei H. Effect of acceptance and commitment group therapy on quality of life and resilience of women with breast cancer. Arch Breast Cancer. 2018; 5(3): 111-117. doi: 10.19187/abc.201853111-117.
- 11 - Mohamadi Sadegh M, Navidian A, Ghaljeh M, Rezaee N. [The effect of psycho-education on resilience and anger control among pre-hospital emergency staff: a quasi-experimental study]. Hayat, Journal of School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences. 2021; 27(3): 336-347. (Persian)
- 12 - Norouzinia R, Ebadi A, Yarmohammadian MH, Chian S, Aghabarary M. [Relationship between resilience and self-efficacy with professional quality of life in EMS personnel]. Hayat, Journal of School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences. 2021; 27(2): 176-189. (Persian)
- 13 - Pourafzal F, Seyedfatemi N, Inanloo M, Haghani H. [Relationship between Perceived Stress with Resilience among Undergraduate Nursing Students]. Hayat, Journal of School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences. 2013; 19(1): 41-52. (Persian)

- 14 - Tsigotis K, Luczak J. Resilience in women who experience domestic violence. *Psychiatric Quarterly*. 2018; 89(1): 201-211. doi: 10.1007/s11126-017-9529-4.
- 15 - Kuijpers KF, van der Knaap LM, Lodewijks IA. Victims' influence on intimate partner violence revictimization: a systematic review of prospective evidence. *Trauma Violence Abuse*. 2011 Oct; 12(4): 198-219. doi: 10.1177/1524838011416378.
- 16 - Bryan CJ, Ray-Sannerud B, Heron EA. Psychological flexibility as a dimension of resilience for posttraumatic stress, depression, and risk for suicidal ideation among Air Force personnel. *Journal of Contextual Behavioral Science*. 2015 Oct; 4(4): 263-268. doi: 10.1016/j.jcbs.2015.10.002.
- 17 - Ryan AK, Pakenham KI, Burton NW. A pilot evaluation of a group acceptance and commitment therapy-informed resilience training program for people with diabetes. *Australian Psychologist*. 2020; 55(3): 196-207. doi: 10.1111/ap.12429.
- 18 - Ghorbani Amir HA, Moradi O, Arefi M, Ahmadian H. The effectiveness of acceptance and commitment therapy on cognitive-emotional regulation, resilience, and self-control strategies in divorced women. *Avicenna Journal of Neuro psycho physiology*. 2019; 6(4): 195-202. doi: 10.32598/ajpp.6.4.5.
- 19 - Hayes SC, Luoma JB, Bond FW, Masuda A, Lillis J. Acceptance and commitment therapy: model, processes and outcomes. *Behav Res Ther*. 2006 Jan; 44(1): 1-25. doi: 10.1016/j.brat.2005.06.006.
- 20 - Valizadeh H, Ahmadi V. [Comparison of the effectiveness of cognitive-behavioral therapy and acceptance and commitment treatment on resilience and quality of life of women victims of domestic violence]. *Journal of Family Psychology*. 2022 Feb; 8(2): 12-25. doi: 10.52547/ijfp.2022.549042.1088. (Persian)
- 21 - Bayat H, Zarei MA, Farhadi M. [Investigating the effectiveness of acceptance and commitment therapy (ACT) on forgiveness and resilience of women with conflicts with their spouses who refer to counseling centers in Shiraz]. *The Journal of New Advances In Behavioral Sciences*. 2021; 5(50): 40-50. (Persian)
- 22 - Nikkhah S, Behboodi M, Vakili P. [The comparison of the effectiveness of acceptance and commitment therapy (ACT) and imagotherapy on the resilience of married women referring to consulting centers in the city of Tehran]. *Journal of Psychological Science*. 2019; 18(77): 597-607. (Persian)
- 23 - Seyyedjafari J, Motamedi A, Mehradsadr M, Olamaie Kopaei M, Hashemian S. [The effectiveness of acceptance and commitment therapy (ACT) on resilience in elderlies]. *Aging Psychology*. 2017 Jun; 3(1): 21-29. (Persian)
- 24 - Straus MA, Hamby SL, Boney-McCoy S, Sugarman DB. The revised conflict tactics scales (CTS2) development and preliminary psychometric data. *Journal of Family Issues*. 1996; 17(3): 283-316. doi: 10.1177/019251396017003001.
- 25 - Behbodi Moghadam Z. [Domestic violence in infertile women, analysis of factors affecting it and providing appropriate prevention strategies]. Ph.D Thesis, Nursing and Midwifery Faculty of Tehran University of Medical Sciences, 2010. (Persian)
- 26 - Ardabili HE, Moghadam ZB, Salsali M, Ramezanzadeh F, Nedjat S. Prevalence and risk factors for domestic violence against infertile women in an Iranian setting. *Int J Gynaecol Obstet*. 2011 Jan; 112(1): 15-7. doi: 10.1016/j.ijgo.2010.07.030.
- 27 - Connor KM, Davidson JR. Development of a new resilience scale: the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depress Anxiety*. 2003; 18(2): 76-82. doi: 10.1002/da.10113.
- 28 - Jowkar B. [The mediating role of resilience in the relationship between general and emotional intelligence and life satisfaction]. *Contemporary Psychology*. 2008; 2(2): 3-12. (Persian)
- 29 - Mohammady M, Janani L. [Randomization in randomized clinical trials: from theory to practice]. *Hayat, Journal of School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences*. 2016; 22(2): 102-114. (Persian)
- 30 - Khanjani S, Donyavi V, Asmari Y, Rajabi M. [The effectiveness of group training acceptance and commitment therapy on moral distress and resiliency in nurses]. *Journal of Nurse and Physician Within War*. 2018, 5(16): 50-58. (Persian)
- 31 - Afshari A. [Comparison of the efficacy of acceptance and commitment therapy and mind-fulness therapy on women's resilience in repeated abortions]. *Iranian Journal of Psychiatric Nursing (IJPn)*. 2018; 6(4): 11-18. doi: 10.21859/ijpn-06042. (Persian)
- 32 - Crann SE, Barata PC. The experience of resilience for adult female survivors of intimate partner violence: a phenomenological inquiry. *Violence Against Women*. 2016 Jun; 22(7): 853-75. doi: 10.1177/1077801215612598.
- 33 - Valizadeh Sh, Makvandi B, Bakhtiarpour S, Hafezi F. [The effectiveness of "acceptance and commitment therapy" (ACT) on resilience and cognitive flexibility in prisoners]. *Journal of Health Promotion Management (JHPM)*. 2020; 9(4): 78-89. (Persian)



# The effect of acceptance and commitment therapy on the resilience of women experiencing spousal abuse

Fatemeh Khakshoor Mohammad Abadi<sup>1</sup>, Sakineh Taherkhani<sup>2\*</sup>, Abed Majidi<sup>3</sup>, Azam Moslemi<sup>4</sup>

**Article type:**  
**Original Article**

Received: Mar. 2023  
Accepted: May 2023  
Published: 12 Sep. 2023

Corresponding author:  
Sakineh Taherkhani  
e-mail:  
sakinehtaherkhani@  
yahoo.com

## **Abstract**

**Background & Aim:** In women experiencing intimate partner violence, resilience can serve as a protective factor against the worsening of psychological problems. Acceptance and Commitment Therapy has emerged as a potential means to enhance resilience in these individuals. The aim of this study is to determine the effect of Acceptance and Commitment Therapy on the resilience of women experiencing spousal abuse.

**Methods & Materials:** This is a quasi-experimental study. A total of 80 women experiencing spousal abuse were selected through quota sampling from the women referring to the health houses affiliated to the Mashhad ol-Kube health center in Arak, Iran between 2020 and 2021. The participants were then divided into intervention and control groups using the block randomization method. The intervention group received the Acceptance and Commitment Therapy in eight sessions, lasting 90 minutes each, once a week. The data collection tools included a questionnaire on personal and health characteristics, the Revised Conflict Tactics Scale, and the Connor-Davidson Resilience Scale. The Resilience Scale was completed by both groups one week and five weeks after the intervention. The data were analyzed through the SPSS software version 23 using descriptive statistics, independent *t*-test, Chi-square test, Fisher's exact test, and two-way repeated measures ANOVA. A significance level of  $P < 0.05$  was used to determine statistical significance.

**Results:** The mean and standard deviation of the resilience score for the intervention group increased from  $59.21 \pm 13.29$  before the intervention to  $64.31 \pm 11.27$  and  $72.34 \pm 10.49$  in the post-test and follow-up periods. For the control group, these figures were  $52.47 \pm 17.2$ ,  $51.94 \pm 14.72$ , and  $52.47 \pm 15.3$ , respectively. Based on the results of the two-way repeated measures ANOVA, there was a statistically significant difference in the mean score of resilience between the intervention and control groups at the three time points examined ( $P < 0.001$ ).

**Conclusion:** The implementation of Acceptance and Commitment Therapy can significantly improve the resilience of women experiencing spousal abuse. This intervention holds great potential for being incorporated into mental health improvement programs specifically designed for women who have experienced spousal abuse.

**Key words:** acceptance and commitment therapy, resilience, intimate partner violence, spouse abuse

## **Please cite this article as:**

Khakshoor Mohammad Abadi F, Taherkhani S, Majidi A, Moslemi A. [The effect of acceptance and commitment therapy on the resilience of women experiencing spousal abuse]. *Hayat, Journal of School of Nursing and Midwifery, Tehran University of Medical Sciences.* 2023; 29(2): 186-202. (Persian)

- 1 - Students Research Committee, Arak University of Medical Sciences, Arak, Iran
- 2 - Dept. of Midwifery, School of Medicine, Arak University of Medical Sciences, Arak, Iran
- 3 - Dept. of Counseling, School of Education and Psychology, University of Isfahan, Isfahan, Iran
- 4 - Dept. of Biostatistics, School of Medicine, Arak University of Medical Sciences, Arak, Iran

