

Research Paper



The Comparison of the Effectiveness of Mindfulness-based Cognitive Therapy with Acceptance and Commitment-based Therapy on Quality of life and Emotion Regulation of Women Victims of Domestic Violence



Hadis Valizadeh¹, Shima Parandin^{2*}

1. PhD student of General Psychology, Faculty of Humanities, Ilam branch, Islamic Azad University, Ilam, Iran.

2. Assistant Professor of Psychology, Department of Psychology, Islamabadgharb branch, Islamic Azad University, Islamabadgharb, Iran.



DOI: 10.22034/JMPR.2022.15297

DOR: [20.1001.1.27173852.1401.17.67.6.8](https://doi.org/10.22034/JMPR.2022.15297)

URL: https://psychologyj.tabrizu.ac.ir/article_15297.html



ARTICLE INFO

Keywords:
Mindfulness-Based Cognitive Therapy, Acceptance and Commitment Therapy, Quality of Life, Emotion Regulation, Domestic Violence.

Received: 2022/02/02
Accepted: 2022/03/10
Available: 2022/12/21

ABSTRACT

The aim of this study was to compare the effectiveness of mindfulness-based cognitive therapy with acceptance and commitment-based therapy on quality of life and emotion regulation of women victims of domestic violence in Kermanshah. The research design of this research was experimental by pretest-posttest with a control group. The statistical population consisted of women victims of domestic violence who referred to the Elixir Counseling Center in Kermanshah in the first half of 2021. The sample consisted of 45 women victims of domestic violence who referred to the Elixir Counseling Center in Kermanshah who were selected by random sampling method and randomly assigned to experimental and control groups. Thus, among those who wished to participate in the intervention with the inclusion criteria, 45 people were selected by random sampling method and randomly assigned to the experimental group and the control group, and for the first group, mind-based cognitive therapy. Knowledge and for the second group, treatment based on acceptance and commitment and the control group did not receive any training. The research instruments were the Quality-of-Life Questionnaire (World Health Organization, 2004) and the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire (Granefski, Kraaij & Spinhoven, 2002). The interventions of the two groups were performed in groups for 8 sessions of 90 minutes twice a week. Data were analyzed using SPSS-26 software and statistical tests of univariate analysis of covariance and Bonferroni post hoc test with a probability value of 0.05. The results showed that mindfulness-based cognitive therapy and therapy based on acceptance and commitment to the control group were significantly effective on quality of life and emotion regulation of women victims of domestic violence ($P < 0.05$). Also, no significant difference was observed between the two treatments ($P = 1$). According to the research results, it can be said that these treatment methods can be used in family counseling and psychotherapy environments.



* Corresponding Author: Hadis Valizadeh

E-mail: Parandinshima@yahoo.com

مقاله پژوهشی



مقایسه اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی با درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی و تنظیم هیجان زنان قربانی خشونت خانگی



حدیث ولی‌زاده^۱، شیما پرندین^{۲*}

۱. دانشجوی دکتری تخصصی روانشناسی، واحد ایلام، دانشگاه آزاد اسلامی، ایلام، ایران.
۲. استادیار گروه روانشناسی، واحد اسلام آباد غرب، دانشگاه آزاد اسلامی، اسلام آباد غرب، ایران.



DOI: 10.22034/JMPR.2022.15297

DOR: [20.1001.1.27173852.1401.17.67.6.8](https://doi.org/10.22034/JMPR.2022.15297)

URL: https://psychologyj.tabrizu.ac.ir/article_15297.html



چکیده

مشخصات مقاله

کلیدواژه‌ها:

شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، کیفیت زندگی، تنظیم هیجان، خشونت خانگی.

هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی با درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی و تنظیم هیجان زنان قربانی خشونت خانگی شهر کرمانشاه بود. طرح تحقیق این پژوهش از نوع آزمایشی به شیوه پیش آزمون-پس آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری را زنان قربانی خشونت خانگی که در نیمه اول سال ۱۴۰۰ به مرکز مشاوره اکسیر شهر کرمانشاه مراجعه کرده بودند، تشکیل داده بود. نمونه پژوهش شامل ۴۵ نفر از زنان قربانی خشونت خانگی مراجع کننده به مرکز مشاوره اکسیر شهر کرمانشاه بود که به روش نمونه گیری تصادفی انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل گمارده شدند. بدین صورت از بین کسانی که تمایل شرکت در مداخله به همراه ملاک‌های ورود به مطالعه را داشتند، به روش نمونه گیری تصادفی ۴۵ نفر انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایشی و گروه کنترل گمارده و برای گروه اول شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و برای گروه دوم درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و گروه کنترل هیچ نوع آموزشی دریافت نکردند. ابزار پژوهش پرسشنامه‌ی کیفیت زندگی (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۰۴) و پرسشنامه‌ی تنظیم شناختی هیجان (گرنسکی، کراچ و اسپینهوون، ۲۰۰۲) بود. مداخلات دو گروه به صورت گروهی به مدت ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای و دو بار در هفته اجرا شد. داده‌ها با نرم‌افزار SPSS-26 و آزمون‌های آماری تحلیل کواریانس تک متغیری و آزمون تعقیبی بونفرونی با مقدار احتمال ۰/۰۵ تجزیه و تحلیل شدند. نتایج نشان داد که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نسبت به گروه کنترل به طور معنی داری بر کیفیت زندگی و تنظیم هیجان زنان قربانی خشونت خانگی اثربخش بوده اند ($P < 0/05$). همچنین تفاوت معناداری بین دو درمان مشاهده نشد ($P = 1$). با توجه به نتایج پژوهش می‌توان گفت از این روش‌های درمانی می‌تواند در محیط‌های مشاوره و روان درمانی خانواده استفاده کرد.

دریافت شده: ۱۴۰۰/۱۱/۱۳

پذیرفته شده: ۱۴۰۰/۱۲/۱۹

منتشر شده: ۱۴۰۱/۰۹/۳۰

* نویسنده مسئول: حدیث ولی‌زاده

رایانامه: Parandinshima@yahoo.com

مقدمه

یکی از مسأله‌های اجتماعی مهم که جامعه ما با آن درگیر است، مسأله خشونت خانگی^۱ علیه زنان است. هر نوع اقدام خشونت‌آمیز جنسیتی که منجر به آسیب‌بدنی، جنسی یا روانی زنان شود و همچنین برای آنان رنج‌آور بوده یا به محرومیت اجباری از آزادی فردی یا اجتماعی زنان منجر گردد، خشونت علیه زنان محسوب می‌شود (یکه کار، آقابخشی و حسینی حاجی بکنده، ۱۳۹۸). این نوع خشونت‌ها، اگر چه معمولاً در حریم خانواده رخ می‌دهند، اما زندگی زنان قربانی را در همه عرصه‌های عمومی و اجتماعی تحت تأثیر قرار می‌دهند (کالوخه، دل ریو، دانکله، استفنسون، مدنی و همکاران^۲، ۲۰۱۷). بر این اساس، منجر به پیامدهای تخریب کننده درون خانواده، جامعه و پیشرفت اقتصادی اجتماعی (کاسترو، سرلینو و ریورا^۳، ۲۰۱۷)، مشکلات دوران بارداری نظیر زایمان زودرس، تولد نوزاد کم‌وزن و مرده‌زایی (یوشیکوا، آگروال، پودل و جیمبا^۴، ۲۰۱۲)، مشکلات روانشناختی نظیر افسردگی، اضطراب و اختلال استرس پس از سانحه (جاریامورنو، زمیرمان، موریس جهرینگ، هیس، امین و همکاران^۵، ۲۰۱۵)، اعتیاد به مواد مخدر و مصرف دخانیات، آسم، کم خونی و خستگی مزمن (کالوخه و همکاران^۶، ۲۰۱۷)، آسیب به سلامت روانی و لطمه به اعتماد به نفس زن (معاشری، میری، ابوالحسن نژاد، هدایتی و زنگویی، ۱۳۹۱)، اقدام به خودکشی یا همسرکشی (دوریس، چیلد، باچیوس، مک، فالدر و همکاران^۷، ۲۰۱۳) می‌شود. یک مطالعه بزرگ که در ۱۵ کشور جهان انجام شد میزان شیوع خشونت جسمی، جنسی یا هر دو را بین ۱۵ تا ۱۷ درصد اعلام کرد (جاریامورنو و همکاران^۸، ۲۰۱۵). میزان خشونت خانگی در ترکیه ۳۰ درصد (سن و بولسوی^۹، ۲۰۱۷)، کره شمالی ۵۷ درصد و کره جنوبی ۱۰ درصد (نام، کیم و روی^{۱۰}، ۲۰۱۷)، هند ۲۹ درصد (لیر، سیواکامی و مونارس^{۱۱}، ۲۰۱۷)، همچنین در ایران میزان خشونت خانگی در استان خوزستان خشونت جسمی ۲۰ درصد، خشونت روانی ۴۱ درصد، خشونت جنسی ۱۱ درصد (نوح جاه، لتیفی، حقیقی، اعتصام، فتح‌اللهی‌فر و زمان، ۱۳۹۰)، در اردبیل خشونت فیزیکی ۲۷ درصد و خشونت روانی و جنسی حدود ۲۹ درصد (طالب پور، ۱۳۹۶) گزارش کردند. پژوهش‌های دیگر به عواملی همچون پایین بودن کیفیت زندگی زنان قربانی خشونت خانگی^{۱۲} اشاره نموده‌اند (آنتونس آلوس و دی استفانو^{۱۳}، ۲۰۱۴). در گذشته اصطلاحات ضرب و شتم همسر و خشونت خانگی علیه زنان، تنها در مورد زنان متأهل وجود داشت، و خشونت اعمال شده به زنان مجرد را نادیده می‌گرفت. این مسأله زمانی اهمیتی بیشتری پیدا می‌کرد که زنان مجردی که قبل از اینکه وارد زندگی

زناشویی می‌شدند، خشونت خانگی را تجربه نموده و آسیب‌های زیادی را قبل از ازدواج تجربه می‌کردند (آدجی^{۱۴}، ۲۰۱۸). نتایج بدست آمده از تحقیقات نواز^{۱۵} (۲۰۲۱) نشان داد که آسیب‌های وارده به دختران مجرد می‌تواند کیفیت زندگی را پس از ازدواج نیز در آنها تحت الشعاع قرار دهد. از این رو کیفیت زندگی برای این قشر از زنان آسیب دیده مهم تلقی می‌شود. کیفیت زندگی^{۱۶} به عنوان تعادلی در تأمین و ارضای نیازهای زیست-شناختی و انسانی و یکپارچه‌سازی افراد در عرصه‌ها و موقعیت‌های فردی و اجتماعی در نظر گرفته می‌شود (سیدان و ضیایی، ۱۳۹۷). همچنین کیفیت زندگی ارزیابی ذهنی فرد از بهزیستی را با نشانه‌های جسمی، عملکرد جنسی، عملکرد شغلی، وضعیت عاطفی و غیره ترکیب می‌کنند (ذبیحی ولی آبادی، اکبری امرغان، خاکپور، مهرآفرید و کاظمی، ۱۳۹۶). پژوهش میولوبرهان، موگوز، ایونا، آگیوست و همکاران^{۱۷} (۲۰۱۳) نشان داد که زنانی که در دوران بارداری و پس از آن با خشونت همسر روبرو شده‌اند از کیفیت زندگی پایین‌تر در مقایسه با سایر زنان برخوردار بودند. شاما و واچهلر^{۱۸} (۲۰۱۰) در مطالعه‌ای نشان داده شد که کیفیت زندگی و سلامت روان در زنانی که تحت خشونت خانگی قرار دارند در مقایسه با زنانی که تجربه خشونت خانگی را ندارند، پایین‌تر است. همچنین ستایش، ازوجی، بخشی زاده و نجومی (۱۳۹۶) در پژوهش خود به این نتیجه دست یافتند که زنانی که سابقه خشونت خانگی داشتند، از سلامت جسمی و روانی کمتر و کیفیت زندگی پایین‌تری نسبت به زنان بدون سابقه خشونت خانگی برخوردار بودند. نتایج بدست آمده از تحقیقات تومومی، ماری، جانی و ایجا^{۱۹} (۲۰۲۰) نشان داد که ارتباط معناداری بین خشونت‌های مختلف خانگی و کیفیت زندگی زنان قربانی خشونت وجود دارد؛ از طرفی هاپستادیوس، الافسون و اسپوال^{۲۰} (۲۰۲۱) نیز نشان داد بین خشونت خانگی و کیفیت زندگی زنان در معرض خشونت رابطه معناداری وجود دارد.

تجربه‌ی خشونت‌های خانگی، می‌تواند روی توانایی تنظیم هیجان^{۲۱} افراد خشونت دیده تأثیر بگذارد (قلندرزاده و پورنقاش تهرانی، ۱۳۹۹). تنظیم هیجان، شامل استفاده از راهبردهای رفتاری و شناختی برای تغییر در مدت زمان یا شدت تجربه یک هیجان است (آلدوا، نولان هواکسما و اسپوزر^{۲۲}، ۲۰۱۰). مانتا، کوهن، شولتز و والدینگر^{۲۳} (۲۰۱۳) نتیجه گرفتند که احتمالاً افراد دارای نقص در خود تنظیمی منجر به رفتارهای خشونت‌آمیز می‌شوند و بدین ترتیب، ممکن است رفتارهای خشونت‌آمیزی را از جانب همسرانشان نیز فراخوانی کنند؛ و مشخص شده است که افراد در مواجهه با رویدادهای استرس‌زا، از راهبردهای تنظیم هیجان متفاوتی برای اصلاح یا تعدیل تجربه‌ی هیجانی خود استفاده می‌کنند (آلدوا و همکاران، ۲۰۱۰). اودیگیویک، بر

11. Antunes-Alves & De Stefano
12. Adjei
13. Nawaz
14. Quality of Life
15. Mulubrhan, Mogos, Euna, August & et al
16. Shama & Vachher
17. Tomomi, Marie, Jani & Eija
18. Hoppstadius, Olofsson, Espvall
19. Excitement regulation
20. Aldao, Nolen-Hoeksema & Schweizer
21. Maneta, Cohen, Schulz & Waldinger,

1. Domestic Violence
2. Kalokhe, del Rio, Dunkle, Stephenson, Metheny & et al
3. Castro, Cerellino & Rivera
4. Yoshikawa, Agrawal, Poudel & Jimba
5. Garcia-Moreno, Zimmerman, Morris-Gehring, Heise, Amin & et al
6. Devries, Child, Bacchus, Mak, Falder & etal
7. Sen & Bolsoy
8. Nam, Kim & Ryu
9. Ler, Sivakami & Monarrez
10. Women victims of domestic violence

آزاد، منشی و قمرانی، ۱۳۹۸). از این رو، مطالعه‌ی پیشینه تحقیقی نشان دهنده اثربخشی این روش درمانی بر روی کیفیت زندگی و بهداشت روانی زنان خشونت دیده است (خوش خطی، امیری مجد، بزازیان و یزدینژاد^{۱۱}، ۲۰۲۰؛ شالیکار، میرزائیان، پرهون و پرهون، ۱۴۰۰؛ قدم‌پور، مرادی زاده و شاه کرمی، ۱۳۹۷). از جمله نتایج تحقیق طاهری فرد و میکاییلی (۱۳۹۸) در پژوهشی به این نتیجه دست یافتند که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی تأثیر مطلوبی در کاهش مشکلات روانی و هیجانی زنان خشونت دیده دارد. در پژوهشی که توسط کاترین، جن، الیسون، کلایر، داوید^{۱۱} و همکاران (۲۰۲۰) در خصوص مداخله ذهن آگاهی برای زنانی که خشونت خانگی را تجربه نموده‌اند انجام شد، نتایج این تحقیق حاکی از آن بود که انجام جلسات درمانی، زنان در معرض خشونت خانگی توانستند از طریق باورپذیری تفکرات منطقی با رویدادهای واقعی زندگی خویش کنار آمده و تا حد امکان مشکلات روانشناختی ناشی از خشونت خانگی را کاهش دهند. همچنین نتایج بدست آمده از تحقیقات تحریرفرد و میخائیلی^{۱۲} (۲۰۱۹) نیز نشان داد زنان قربانی خشونت خانگی به لحاظ ویژگی‌های روان شناختی در وضعیت مطلوبی قرار ندارند. لذا استفاده از این درمان باعث بهبود وضعیت روانشناختی در زنان قربانی خشونت خانگی می‌شود.

یکی دیگر از درمان‌هایی که در چند سال اخیر در رابطه با این معضل اجتماعی مورد توجه درمانگران قرار گرفته است، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد^{۱۳} می‌باشد (امیرخانلو، میرزائیان و حسن زاده، ۱۴۰۰). چرا که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند دیدگاه‌های این زنان را نسبت به شرایط و وضعیتی را که برای آنها بوجود آمده است، تغییر دهد. این درمان شش فرایند مرکزی دارد که منجر به انعطاف‌پذیری روانشناختی می‌شوند. این شش فرایند عبارت است از: پذیرش^{۱۴}، گسلش^{۱۵}، خود به عنوان زمینه^{۱۶}، ارتباط با زمان حال^{۱۷}، ارزش‌ها^{۱۸} و عمل متعهد^{۱۹} (هیز، لوین، پلامب، ویلیت و پیستورلو^{۲۰}، ۲۰۱۳). در این درمان ابتدا سعی می‌شود پذیرش روانی فرد درباره تجارب ذهنی افزایش یابد و متقابلاً اعمال کنترلی نامؤثر کاهش پیدا کند. به فرد آموخته می‌شود که هرگونه عملی جهت اجتناب یا کنترل این تجارب ذهنی ناخواسته بی‌اثر بوده یا اثر معکوس دارد و موجب تشدید آنها می‌شود و باید این تجارب را بدون هیچ‌گونه واکنش درونی یا بیرونی جهت حذف آنها، به طور کامل پذیرفت؛ در قدم دوم، بر آگاهی روانی فرد در لحظه حال افزوده می‌شود و سپس به فرد آموخته می‌شود که خود را از این تجارب ذهنی جدا سازد به نحوی که بتواند مستقل از این تجارب عمل کند؛ و در قدم سوم، تلاش برای کاهش تمرکز مفرط بر داستان سازی شخصی که فرد

کیک و سینانویک^۱ (۲۰۱۷) نشان دادند که زنان قربانی خشونت خانگی نسبت به زنان بدون خشونت به طور معنادار هیجان‌های منفی بیشتری مانند احساس غمگینی، تنهایی، عصبانیت و بی‌ارزشی دارند. افزایش هیجان‌های منفی می‌تواند عامل خطری برای ابتلا به اختلالات روانشناختی و حس انتقام در زنان خشونت دیده شود. اکبری، امیرصادقی و سیروس جاهدی^۲ (۲۰۱۷) در پژوهشی به این نتیجه رسیدند که بین توانایی تنظیم هیجان در زنان خشونت دیده و زنان عادی تفاوت معناداری وجود دارد. از طرفی زنان قربانی خشونت خانگی توانایی و مهارت کمتری در به کارگیری تنظیم هیجان در خود و دیگران داشتند (تسیریگوتیس و لوکزاک^۳، ۲۰۱۶). کالدمن، رودریگز و والدرز^۴ (۲۰۲۰) نشان دادند که زنان در مقایسه با مردان سطوح بالاتری از خشونت فیزیکی را تجربه کردند؛ این مسئله منجر به آن شد که میزان هیجان‌های منفی در زنان بیشتر از مردان باشد. نتایج بدست آمده از تحقیقات آرتور، اورازو، ونبره، اولیسس و جورجینا^۵ (۲۰۲۱)، نشان داد بین خشونت خانگی که میان مردان و زنان وجود دارد، زنان سهم بیشتری از خشونت خانگی را به خود اختصاص داده‌اند. و از آنجا که اثرات خشونت خانگی منجر به بروز مشکلات روانی در زنان می‌گردد، به همان نسبت میزان تنظیم هیجان در آنها کاهش خواهد یافت؛ چرا که خشونت خانگی منجر به بروز و پدیدار شدن هیجانات منفی در زنان می‌گردد.

در خصوص بهبود مشکلات روانشناختی زنان قربانی خشونت خانگی، درمانگران، درمان‌های زیادی را آزمایش نموده‌اند؛ یکی از این درمان‌ها که می‌تواند تأثیر بسزایی در آگاه نمودن این زنان نسبت به مشکلاتشان داشته باشد، شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی^۶ است (پارسی‌نژاد و آشوری، ۱۳۹۹؛ طاهری فرد و میکاییلی، ۱۳۹۸). ذهن آگاهی به عنوان نوعی آگاهی از تجربه‌ها و رویدادهای زمان حال تعریف شده که به معنی شناخت افکار به عنوان رویداد واقعی و مراقبت هیجانی فاقد تلاش به منظور تغییر آنها با آرامش و صبر می‌باشد (لیندسی و کرسول^۷، ۲۰۱۷). تفاوت این روش نسبت به دیگر درمان‌ها در این است که افراد در این درمان بودن در زمان حال را تجربه خواهند نمود و به آنها این اجازه داده خواهد شد که جنبه‌های رفتاری، شناختی و هیجانی خود را به طور بی‌طرفانه قضاوت نمایند (روجر، میچله، سیو، گایل و جوسفین^۸، ۲۰۱۶). ذهن آگاهی افراد را توانمند می‌سازد که بتوانند افکار و رفتارهایی که قبلاً ناهشیار یا اتوماتیک بودند، را تبدیل به پدیده‌هایی قابل مشاهده کنند که در بدن یا ذهن خود آنها در حال وقوع هستند (هوفمن و گومز^۹، ۲۰۱۷). این نوع شناخت‌درمانی شامل مدیتیشن-های مختلف، یوگای کشیده، تمرین و مرور بدن و چند تمرین دیگر است که ارتباط بین خلق، افکار، احساس، و حس‌های بدنی را نشان می‌دهد (اصلی

11. Katherine, Gene, Alison, Claire, David
12. taheerifard, mikaeili
13. Acceptance and commitment-based therapy
14. Acceptance
15. Defusion
16. It self as a background
17. Communication with the present
18. Values
19. Committed action
20. Hayes, Levin, Plumb, Villatte & Pistorello

1. Avdibegovic, Brkic & Sinanovic
2. Akbari, Amir & Sirus
3. Tsirigotis & Luczak
4. Kaldman, Pérez, Rodríguez, & Valdez,
5. Arturo, Orozco, Venebra, Ulises, Georgina`
6. Mindfulness-based cognitive therapy
7. Lindsay & Creswell
8. Roger, Michele, Sue, Gail & Josephine
9. Hofmann & Gomez
10. Khoshkhatti, Amiri majd, Bazzazian & Yazdinezhad

بر بدیع بودن پژوهش حاضر می‌افزاید؛ بنابراین این پژوهش برای پاسخگویی به این سؤال که آیا شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی با درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی زنان قربانی خشونت خانگی مؤثر است.

روش

طرح تحقیق این پژوهش آزمایشی از نوع پیش آزمون- پس آزمون با گروه کنترل^۴ بود. جامعه آماری این پژوهش را کلیه زنان قربانی خشونت خانگی که در نیمه اول سال ۱۴۰۰ به مرکز مشاوره اکسیر شهر کرمانشاه مراجعه کرده بودند، تشکیل داده بود. نمونه پژوهش شامل ۴۵ نفر از افراد مراجعه کننده به مرکز مشاوره اکسیر شهر کرمانشاه بود که به روش نمونه گیری تصادفی ساده از بین مراجعین انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی (۱۵ نفر) و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (۱۵ نفر) و گروه کنترل گمارش شدند. در مورد انتخاب نمونه باید اشاره کرد که حجم نمونه بر اساس حداقل حجم نمونه در مطالعات آزمایشی (هر زیر گروه حداقل ۱۵ نفر) انتخاب شد (دلاور، ۱۳۹۸). لازم به ذکر است که، در مطالعه حاضر سعی می‌شود که بین گروه‌های آزمایش و کنترل ارتباطی وجود نداشته باشد تا از انتشار عمل آزمایشی جلوگیری شود. همچنین برای اینکه پژوهش اعتبار بیرونی بالایی داشته باشد عمل آزمایشی به طور روشن و شفاف توضیح داده می‌شود، تداخل عمل‌های آزمایشی با ایجاد ملاک ورود به پژوهش (قرار گرفتن در محدوده سنی ۲۵ تا ۴۵ سال، دارای تحصیلات حداقل دیپلم باشد، داشتن حداقل یک سال زندگی مشترک، زوجین دارای همسر با خشونت خانگی، نداشتن اختلالات شخصیتی و روانشناختی، عدم مصرف مواد یا الکل، مایل به همکاری جهت دریافت مداخلات درمانی باشند) و ملاک خروج از پژوهش (دریافت درمان‌های دارویی و روانشناختی در شش ماه گذشته، دریافت خدمات مشاوره‌ای و روان درمانی از رویکردهای دیگر به طور همزمان، انصراف از ادامه همکاری و امتناع از تکمیل کردن پرسش‌نامه‌ها) کنترل می‌شود.

ابزار اندازه گیری

پرسشنامه‌ی کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی^۵: سازمان بهداشت جهانی به منظور وجود انسجام در پژوهش‌های مرتبط با سنجش کیفیت- زندگی، پرسشنامه کیفیت زندگی ۱۰۰ سوالی را طراحی کرد. چند سال بعد برای استفاده آسانتر از این پرسشنامه فرم کوتاهی از آن تهیه شد. نسخه کوتاه این پرسشنامه یک پرسشنامه ۲۶ سوالی است که کیفیت زندگی کلی و عمومی فرد را در دو هفته اخیر می‌سنجد (سازمان بهداشت جهانی، ۲۰۰۴). در پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی ۲۶ سوالی، نمره هر گونه در دامنه ای از ۱ تا ۵ به ترتیب خیلی ناراضی‌ام، راضی نیستم، نسبتاً ناراضی‌ام، راضی‌ام و کاملاً راضی‌ام قرار می‌گیرد. این پرسشنامه دارای ۴ زیر مقیاس و یک نمره کلی است. این زیر مقیاس‌ها عبارتند از: کیفیت زندگی جسمانی (۷ سوال)، کیفیت زندگی روان‌شناختی (۶ سوال)، کیفیت زندگی اجتماعی (۳ سوال) و کیفیت زندگی محیطی (۸ سوال). ۲ سؤال اول نیز

برای خود در ذهنش ساخته است؛ قدم چهارم، کمک به فرد است تا ارزش- های اصلی زندگی خود را بشناسد و به طور واضح مشخص سازد و آنها را به اهداف رفتاری خاص تبدیل کند؛ در نهایت، ایجاد انگیزه با هدف انجام دادن عمل متعهدانه است (لی، چوی و لی^۱، ۲۰۱۸). در مجموع می‌توان یکی از نتایج اصلی این درمان را افزایش احساس زندگی کردن به همراه ارزشمندی دانست (هیز و همکاران، ۲۰۱۳). پژوهش‌های متعددی در زمینه تاثیر این درمان بر مشکلات زناشویی نظیر بخشش و تاب آوری زنان دارای تعارض با همسر (بیات، زارعی و فرهادی، ۱۳۹۹)، بخشودگی بین فردی (قلی زاده، فدایی، سلیمانی و خروشی، ۱۳۹۸) تنظیم هیجان و صمیمیت زناشویی (قاصدی، باقری و کیانش، ۱۳۹۷) صورت گرفته است. همچنین این درمان بر اضطراب ناشی از تعارضات زناشویی (حاجی‌نیا اسبو، خلعتبری، میرزمانی، قربان شیرودی و ابوالقاسمی، ۱۳۹۹) و بر بخشودگی بین فردی و تحمل پریشانی (امیرخانلو و همکاران، ۱۴۰۰) زنان قربانی خشونت خانگی تأثیر بسزایی دارد. نتایج بدست آمده از تحقیقات آتیکا، راراس و الوی^۲ (۲۰۲۰) نشان درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در بهبود توانایی تنظیم هیجان زنان قربانی خشونت خانگی تأثیر دارد. به طوری که پس از انجام جلسات درمان بر روی این افراد توانستند هیجانان خود را به میزان قابل توجهی تنظیم نمایند. همچنین تحقیقات کالی^۳ (۲۰۲۰) حاکی از آن بود که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد از طریق تقویت انعطاف پذیری روانشناختی توانسته تأثیر بسزایی در کنترل هیجان زنان قربانی خشونت خانگی داشته است.

امروزه جایگاه زنان به دلیل افزایش روزافزون آمار خشونت خانگی علیه آنان، در مطالعات خانواده بسیار با اهمیت تشخیص داده شده است. از آنجا که کیفیت زندگی و تنظیم هیجان می‌تواند یکی از سازهای مهم در زندگی آنان محسوب شود و کارکرد مهمی در حفظ، پایداری و سلامت روان آنان دارد و فقدان آن سبب به وجود آمدن مشکلات روانشناختی می‌شود و در نهایت اتفاقات و پیامدهای ناگواری را به دنبال خواهد داشت، لذا جهت افزایش کیفیت زندگی و تنظیم هیجان، شناخت صحیح این سازه‌های مهم و عوامل مؤثر بر بهبود آن، مسأله‌ای برای انجام این پژوهش شد. از سوی دیگر با شناخت عوامل مؤثر در در بهبود کیفیت زندگی و تنظیم هیجان زنان قربانی خشونت خانگی، می‌تواند به درمانگران کمک کند تا مشکل را تشخیص دهد؛ بلکه به این زنان هم نیز یاری می‌رساند تا با آشنایی با این عوامل به ایجاد، تقویت و یا اصلاح این متغیرها بپردازد. همچنین با توجه به افزایش سالیانه آمار خشونت خانگی که وجود مشکلات رفتاری در زندگی از مهمترین عوامل آن به حساب می‌آید، تأثیر نامطلوب مشکلات رفتاری در زندگی زنان، ضرورت شناخت و یافتن راه حل‌های مؤثر در بهبود کیفیت زندگی و تنظیم هیجان و جستجوی زمینه‌های جدید برای تحقیق درباره مشکلات آنان جهت استفاده محققان و درمانگران خانواده، از دلایلی دیگر انجام این پژوهش بود. همچنین پیش بینی میزان تأثیر گذاری این شیوه‌های آموزشی (شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد) و آگاهی بخشی به خانواده درمانگران و برنامه ریزان خانواده

3. Callie
4. The pretest-posttest control group design
5. The World Health Organization Quality of Life

1. Lee, Choi & Lee
2. Atika Mentari Nataya Nasution, Raras Sutatminingsih, Elvi Andriani Yusuf

- شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی: این درمان برگرفته از پروتکل درمانی کابات زین^۵ (۲۰۰۳) می‌باشد که شامل هشت جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به شکل گروهی و به صورت هفته‌ای دو جلسه است. محتوای جلسات در جدول ۱ ارائه شده است.

جلسه	محتوا
اول	معرفی درمانگر و تعیین هدف و قوانین جلسات، ارتباط، تعریف و مفهوم سازی و لزوم استفاده از آموزش ذهن آگاهی، اهمیت حضور در لحظه حال و بودن در اینجا و اکنون، خوردن کشمش همراه با حضور ذهن، اجرای پیش‌آزمون.
دوم	ضمن آشنایی با تن آرامی، تمرین واریسی بدنی، ده دقیقه حضور ذهن بر روی جریان تنفس، تمرین افکار و احساسات، تعریف هیجان و شناسایی هیجان‌های مثبت و منفی، معطوف کردن توجه به فعالیت روزمره توام با حالت حضور ذهن.
سوم	مراقبه دیدن و شنیدن، مراقبه نشست (حضور ذهن از تنفس و بدن)، قدم زدن همراه با حضور ذهن، تمرین فضای تنفس سه دقیقه‌ای، ثبت رخدادهای نامطلوب.
چهارم	مراقبه دیدن و شنیدن، مراقبه نشست (آگاهی از تنفس، بدن، اصوات، افکار)، تعریف اصول و قوانین حاکم بر هیجان، فضای تنفس سه دقیقه‌ای به طور منظم، فضای تنفس سه دقیقه‌ای مقابل‌های.
پنجم	مراقبه نشست آگاهی از تنفس، بدن، صداها و افکار و چگونگی واکنش دهی به افکار، احساسات و حس‌های بدنی، سه دقیقه فضای تنفس منظم و مقابل‌های، خواندن داستان پادشاه و سه پرسش و معرفی مفهوم پذیرش.
ششم	کسب آگاهی کامل از افکار و احساسات و پذیرفتن آنها بدون قضاوت و دخالت مستقیم، بحث در مورد اینکه افکار واقعیت نیستند، سه دقیقه فضای تنفس منظم و مقابل‌های.
هفتم	تغییر خلق و افکار از طریق افکار به عنوان فقط فکر و نه واقعیت. اجازه دادن به ورود افکار مثبت و منفی به ذهن و به آسانی خارج کردن آنها از ذهن، تهیه فهرستی از فعالیت‌های لذت بخش، سه دقیقه فضای تنفس منظم و مقابل‌های.
هشتم	خلاصه و جمع بندی جلسات، هشیار شدن به نشانه‌های شادکامی و تحمل ابهام، تامل واریسی بدنی، مروری بر کل دوره، روش‌های حفظ دستاوردهای آموخته شده و تعمیم آن به موقعیت‌های مختلف زندگی توزیع پرسشنامه برای پس‌آزمون.

- درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد: این درمان برگرفته از پروتکل درمانی باخ و موران^۶ (۲۰۱۴) می‌باشد که شامل هشت جلسه ۹۰ دقیقه‌ای به شکل گروهی و به صورت هفته‌ای دو جلسه است. محتوای جلسات در جدول ۲ ارائه شده است.

حیطه کلی کیفیت زندگی را می‌سنجند. در ابتدا یک نمره خام برای هر زیرمقیاس به دست می‌آید که باید از طریق یک فرمول به نمره‌ای استاندارد بین ۰ تا ۱۰۰ تبدیل شود. نمره بالاتر نشان دهنده کیفیت زندگی بیشتر است. این پرسشنامه توسط نجات، منتظری، هلاکویی نایینی، محمد و مجدزاده (۱۳۸۵) ترجمه و هنجاریابی شده است. مقادیر همبستگی درونی به روش آلفای کرونباخ در تمام حیطه‌ها بالای ۰/۷۰ به دست آمد. ولی در حیطه روابط اجتماعی مقدار آلفای کرونباخ ۰/۵۵ بود، که می‌تواند به علت تعداد سوال کم در این حیطه یا سوالات حساس آن باشد. این مقادیر همبستگی درونی نشان دهنده پایایی مطلوب ابزار است. از طرفی در ۰/۸۳ موارد، همبستگی هر سوال با حیطه اصلی خود از سایر حیطه‌ها بالاتر بود. نمره‌های گروه‌های سالم و بیمار در حیطه‌های مختلف اختلاف معنادار داشتند. بونومی، پاتریک، بوشنل و مارتین^۱ در بررسی پایایی درونی این آزمون، ضرایب ۰/۸۳ تا ۰/۹۵ را گزارش کردند (بونومی و همکاران، ۲۰۰۰). پایایی این پرسشنامه در پژوهش حاضر به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۴ محاسبه گردید.

پرسشنامه‌ی تنظیم شناختی هیجان^۲: این پرسشنامه توسط گرنسفسکی، کراچ و اسپینهوون^۳ (۲۰۰۲) جهت شناسایی راهبردهای مقابل‌های شناختی افراد پس از تجربه کردن وقایع یا موقعیت‌های منفی طراحی شده و از ۳۶ سوال و ۹ خرده مقیاس شامل سرزنش خود (سوالات ۱، ۱۰، ۱۹، ۲۸)، سرزنش دیگران (سوالات ۹، ۲۶، ۲۷، ۱۸)، نشخوارگری (سوالات ۳، ۱۲، ۲۱، ۳۰)، فاجعه آمیز پنداری (سوالات ۸، ۱۷، ۲۵، ۲۶)، اتخاذ دیدگاه (سوالات ۷، ۳۴، ۲۵، ۱۶)، تمرکز مجدد مثبت سوالات (۴، ۱۳، ۲۲، ۳۱)، ارزیابی مجدد مثبت (سوالات ۶، ۱۵، ۲۴، ۳۳)، پذیرش سوالات (۲، ۱۱، ۲۰، ۲۹)، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی (سوالات ۵، ۱۴، ۲۳، ۳۲) و با روش نمره‌گذاری همیشه (۵)، اغلب (۴)، مرتباً (۳)، گاهی (۲)، هرگز (۱) تشکیل شده است. پایایی بازآزمایی و همسانی درونی به روش آلفای کرونباخ این پرسشنامه ۰/۸۰ به دست آمده است (بشارت و بزازیان، ۱۳۹۴). نسخه عربی آن در کشورهای عربستان، کویت و قطر در بررسی ساختار نه عاملی آن نشان داده شده است که بین پرسشنامه عاطفه مثبت و منفی با پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان رابطه معنی داری وجود داری که نشان دهنده روایی همگرایی پرسشنامه است (میگریا، لاترمن، العطیه و الرشیدی^۴، ۲۰۱۶). همچنین بر روی نمونه‌های ایرانی آلفای کرونباخ ۰/۸۴ گزارش شده است (نریمانی، کاظمی و نریمانی، ۱۴۰۰). پایایی این پرسشنامه در پژوهش حاضر به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۲ محاسبه گردید.

روش‌های مداخله

پس از جایگزینی آزمودنی‌ها در گروه‌های آزمایش و کنترل، به گروه اول، شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و به گروه دوم درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، طبق جداول ۱ و ۲ آموزش داده شد. لازم به ذکر است در پایان هر جلسه، تکالیف منزل به آزمودنی‌ها ارائه می‌شد و در شروع جلسه بعدی، فنون جلسه قبل مرور می‌شد.

4. Megreya, Latzman, Al-Attayah & Alrashidi
5. Kabat-Zinn
6. Bach & Moran

1. Bonomi, Patrick, Bushnell & Martin
2. Cognitive Emotion Regulation Questionnaire
3. Granefski, Kraaij & Spinhoven

جدول ۲: ساختار محتوای جلسات آموزش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (باخ و موران، ۲۰۱۴).

جلسه	محتوا
اول	برقراری رابطه درمانی، بستن قرارداد درمانی (از جمله: به موقع آمدن، عدم غیبت، وقت شناسی)، آموزش روانی، معارفه، انتظارات از یکدیگر در طول دوره، بیان تجربیات مشابه قبلی در صورت وجود، اجرای پیش آزمون.
دوم	بحث درباره تجربیات و ارزیابی آنها، کارآمدی به عنوان معیار سنجش، ایجاد نامیدی خلاقانه، ایجاد امید و انتظار در کاهش از فشارهای خشونت خانگی، شناخت احساسات و بیان اصل پذیرش، ارائه تکلیف در زمینه احساسات ناشی از خشونت خانگی.
سوم	بررسی و بازخورد تکالیف جلسه قبل، صحبت درباره احساسات و افکار، پذیرش بدون قضاوت، شناخت هیجانات، بیان کنترل به عنوان مشکل، درگیر شدن با اعمال هدفمند، ارائه تکلیف اینکه چقدر احساسات خود و دیگران را می‌پذیریم.
چهارم	بررسی و بازخورد تکالیف جلسه قبل، کاربرد تکنیک های گسلش شناختی، مداخله در عملکرد زنجیره های مشکل ساز زبان، تضعیف اثتلاف خود با افکار و عواطف، بیان تفاوت بین پذیرش و تسلیم، پذیرش آنچه نمی‌توانیم تغییر دهیم، شناخت موضوع قضاوت و تشویق اعضا به اینکه احساسات خود را قضاوت نکنند.
پنجم	بررسی و بازخورد تکالیف جلسه قبل، مشاهده خود به عنوان زمینه، تضعیف خودمفهومی و بیان خود به عنوان مشاهده گر، نشان دادن جدایی بین خود، تجربیات درونی و رفتار، تأکید بر شناخت احساسات و افکار با نگاهی دیگر.
ششم	بررسی و بازخورد تکالیف جلسه قبل، الگوسازی خروج از ذهن، آموزش دیدن تجربیات درونی به عنوان فرایند، تأکید دوباره بر اصل پذیرش در شناخت احساسات و افکار، تکالیف رویدادهای زندگی (آزاددهنده) را به نوعی دیگر نگاه کنیم و خشونت خانگی را پایان زندگی نبینیم و آن را فقط به عنوان یک شرایط و موقعیت تصور کنیم نه بیشتر.
هفتم	بررسی و بازخورد تکالیف، معرفی ارزش، نشان دادن خطرات تمرکز بر نتایج، کشف ارزش‌های عملی زندگی، دریافت نظرسنجی از دوره تاکنون، بیان اصل تعهد و لزوم آن در روند آموزش و درمان، ارائه تکنیک توجه انتخابی برای آرامش بیشتر در خصوص هجوم افکار خود آیند منفی.
هشتم	درک ماهیت تمایل و تعهد، تعیین الگوهای عمل متناسب با ارزش، جمع بندی جلسات قبل و اجرای پس آزمون.

نتایج

بر اساس یافته‌های توصیفی پژوهش، میانگین و انحراف معیار سن شرکت کنندگان در گروه‌های آزمایش (شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی ۳۶/۳±۸۴/۶۷؛ درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ۳۷/۴±۲/۳۲) و در گروه کنترل ۳۶/۲۴±۳/۰۶ بود. شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش در مرحله پیش آزمون، پس آزمون در جدول ۳ آورده شده است.

جدول ۳: میانگین و انحراف استاندارد کیفیت زندگی و تنظیم هیجان در پیش آزمون و پس آزمون گروه‌های مورد مطالعه

متغیر	گروه	پیش آزمون		پس آزمون	
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
کیفیت زندگی	شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی	۵۶/۲۴	۱۲/۵۴	۸۹/۶۹	۱۱/۶۸
	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	۶۱/۳۲	۱۱/۴۱	۹۳/۵۴	۱۱/۱۰
تنظیم هیجان	شناخت درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد	۵۸/۵۴	۱۱/۶۵	۶۵/۲۵	۱۰/۳۶
	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	۵۴/۵۴	۸/۵۱	۹۱/۳۴	۶/۹۵
کنترل	شناخت درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد	۵۶/۳۲	۷/۶۵	۹۷/۹۲	۶/۳۵
	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	۵۲/۹۲	۷/۶۹	۵۹/۳۲	۶/۲۱

همان‌طور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود، میانگین و انحراف معیار نمره کلی پیش آزمون کیفیت زندگی زنان قربانی خشونت خانگی در گروه آموزشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی (۵۶/۲۴) و (۱۲/۵۴)، گروه آموزشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (۶۱/۳۲) و (۱۱/۴۱) و گروه کنترل (۵۸/۵۴) و (۱۱/۶۵) می‌باشد، و اینکه میانگین و انحراف معیار نمره کلی این متغیر در مرحله پس آزمون در گروه آموزشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی (۸۹/۶۹) و (۱۱/۶۸)، گروه آموزشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (۹۳/۵۴) و (۱۱/۱۰) و گروه کنترل (۶۵/۲۵) و (۱۰/۳۶) می‌باشد. همچنین میانگین و انحراف معیار نمره کلی پیش آزمون تنظیم هیجان زنان قربانی خشونت خانگی در گروه آموزشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی (۵۴/۵۴) و (۸/۵۱)، گروه آموزشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (۹۱/۳۴) و (۶/۹۵) و گروه کنترل (۵۶/۳۲) و (۷/۶۵) می‌باشد، از طرفی هم میانگین و انحراف معیار نمره کلی این متغیر در مرحله پس آزمون در گروه آموزشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی (۹۱/۳۴) و (۶/۹۵)، گروه آموزشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (۹۷/۹۲) و (۶/۳۵) و گروه کنترل (۵۹/۳۲) و (۶/۲۱) می‌باشد؛ به عبارت دیگر گروه‌های آزمایشی پس از دریافت مداخله از کیفیت زندگی و تنظیم هیجان بالاتری برخوردار هستند. در پژوهش حاضر پیش فرض‌های تحلیل کوواریانس شامل آزمون نرمال بودن، همسانی ماتریس واریانس-

روند اجرای پژوهش

بعد از نمونه‌گیری و جایگزینی تصادفی افراد مطالعه شده در گروه‌های آزمایش و کنترل ابتدا سه گروه تحت پیش آزمون قرار گرفتند. سپس طرح درمانی- آموزشی تهیه شده، در هشت جلسه به صورت دو بار در هفته به مدت ۹۰ دقیقه به شکل گروهی برای گروه‌های آزمایش اجرا شد. گروه کنترل هیچ آموزشی دریافت نکرد و در آخر از هر سه گروه پس آزمون گرفته شد. برای تجزیه و تحلیل داده‌های پژوهش از شاخص‌های توصیفی (میانگین و انحراف استاندارد) در سطح استنباطی از تحلیل کوواریانس تک‌متغیری و آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد. همچنین داده‌ها توسط نرم افزار SPSS نسخه ۲۶ تحلیل شدند. تمامی آزمون‌ها با مقدار احتمال ۰/۰۵ بررسی گردیدند.

جدول ۵: نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسه میانگین سه گروه در متغیر

کیفیت زندگی و تنظیم هیجان

متغیر	گروه‌های مورد مقایسه	تفاوت میانگین	خطای معیار	مقدار احتمال
کیفیت زندگی	شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی - کنترل	۲۴/۴۳	۱/۳۲	<۰/۰۰۱
	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد - کنترل	۲۸/۲۹	۰/۷۴	<۰/۰۰۱
	شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی - درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	-۳/۸۵	۰/۵۷	۱
تنظیم هیجان	شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی - کنترل	۳۲/۰۱	۰/۷۴	<۰/۰۰۱
	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد - کنترل	۳۸/۶۰	۰/۱۴	<۰/۰۰۱
	شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی - درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	-۶/۵۸	۱/۶۰	۱

همان‌طور که در جدول ۵ مشاهده می‌شود؛ با توجه به نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی، شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد منجر به افزایش میانگین کیفیت زندگی و تنظیم هیجان شدند. بین اثر شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی و تنظیم هیجان زنان قربانی خشونت خانگی تفاوت معنادار وجود نداشت ($P > 0.001$).

بحث و نتیجه‌گیری

هدف از پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی با درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی و تنظیم هیجان زنان قربانی خشونت خانگی بود. بر اساس نتایج پژوهش حاضر هر دو درمان شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و پذیرش و تعهد به طور معناداری باعث بهبود کیفیت زندگی و تنظیم هیجان زنان قربانی خشونت خانگی شدند و بین این دو درمان از نظر میزان اثربخشی تفاوت معناداری وجود نداشت. اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کیفیت زندگی با یافته‌های شالیکار و همکاران (۱۴۰۰)، قدم‌پور و همکاران (۱۳۹۷)، خوش خطی و همکاران (۲۰۲۰) همسو می‌باشد. در تبیین این فرضیه باید گفت کاری که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی انجام می‌دهد این است که یک قدم از همه افکار چه مثبت و چه منفی فاصله می‌گیرد و به زنان قربانی خشونت خانگی آموزش داده می‌شود که افکار، افکار هستند و واقعیت نیستند. فرد نمی‌تواند افکار را به طور کامل کنترل کند. همه کاری که از دستش برمی‌آید این است که افکار را نگاه کنید از آنها فاصله بگیرید و واکنش خود به خودی نسبت به افکارش را متوقف کند. هر چه بتواند این کار را بیشتر انجام دهد احساس تحت کنترل بودن بیشتری پیدا می‌کند. وقتی فرد احساس آرامش عمیق حاصل از این درمان را در عمق وجود خویش درک کند دیگر از خود نمی‌پرسد که معنا و هدف زندگی چیست؟ به وضوح خواهد

کوواریانس، همگنی واریانس گروه‌ها، همگنی واریانس‌ها و همگنی ضرایب رگرسیون اجرا و مورد بررسی قرار گرفت. نتایج آزمون شاپیرو-ویلک حاکی از نرمال بودن توزیع داده‌ها ($P > 0.05$) برای انجام تحلیل کوواریانس بود. نتایج آزمون لوین نشان داد که پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها برای کیفیت زندگی ($F = 0.39, P = 0.68$) و تنظیم هیجان ($F = 0.29, P = 0.87$) برقرار است. پیش‌فرض همگنی شیب خط رگرسیون برای کیفیت زندگی ($P = 0.74$)، $F = 10.16$ و تنظیم هیجان ($F = 3.46, P = 0.16$) و رابطه خطی بین متغیر همپراش و وابسته مورد تأیید قرار گرفتند. همچنین نتایج آزمون ام-باکس نشانه همگنی ماتریس واریانس-کوواریانس برای تمامی متغیرهای وابسته بود ($F = 0.95, P = 0.26$). با توجه به برقراری مفروضه‌های تحلیل کوواریانس، استفاده از این آزمون مجاز می‌باشد.

جدول ۴: آزمون اثرات بین آزمودنی برای مقایسه کیفیت زندگی و تنظیم هیجان

بین گروه‌های درمانی در پس آزمون

متغیر	منبع	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	آماره F	سطح معنی داری	اندازه اثر
کیفیت زندگی	پیش آزمون	۸۵۳/۲۸	۱	۸۵۳/۲۸	۱/۵۱	۰/۲۵	۰/۱۳
عضویت گروهی	خطا	۲۸۲۷۴/۵۶	۳	۹۴۲۴/۸۵	۱۶/۰۳	۰/۰۰	۰/۵۶
	تنظیم هیجان	۲۴۱۰۴/۲۹	۴۱	۵۸۷/۹۰			
	پیش آزمون	۵۳۲/۵۶	۱	۵۳۲/۵۶	۲۰/۴۱	۰/۰۸	۰/۳۳
عضویت گروهی	خطا	۱۸۹۲/۰۶	۳	۶۳۰/۶۸	۳۶/۹۱	۰/۰۰	۰/۶۳
		۱۱۳۶/۳۴	۴۱	۲۷/۷۱			

طبق جدول ۴ با کنترل نمرات پیش آزمون، اثر گروه بر نمرات پس آزمون کیفیت زندگی ($F = 16.03, P = 0.00$) و تنظیم هیجان ($F = 36.91, P = 0.00$) معنادار است. به طوری که بعد از انجام مداخله، نمرات کیفیت زندگی و تنظیم هیجان افزایش معنادار داشته است. با توجه به این یافته‌ها می‌توان گفت که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث بهبود کیفیت زندگی و تنظیم هیجان زنان قربانی خشونت خانگی شده است. به منظور بررسی دقیق این موضوع که بین کدامیک از گروه‌های سه‌گانه در متغیرهای کیفیت زندگی و تنظیم هیجان تفاوت وجود دارد، از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد که نتایج آن در جدول ۵ مشاهده می‌شود.

دیگر این است که این روش درمانی به اصول از پیش طراحی شده و خشک اکتفا نمی‌کند؛ بلکه به پژوهشگر اجازه می‌دهد که هر زمان فضای جلسه اجازه داد، روش درمانی خود را متناسب با موقعیت انعطاف دهد. به همین دلیل انعطاف‌پذیری در کارکردن با جلسات، اجازه راحت‌تر بودن بیشتر را به زنان داده و زنان توانسته‌اند تمامی افکار منفی خود را در فضایی منعطف با هم گروهی‌های خود و درمانگر در میان بگذارند.

اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تنظیم هیجان با یافته‌های آتیکا و همکاران (۲۰۲۰)، کالی و همکاران (۲۰۲۰)، قاصدی و همکاران (۱۳۹۷) همسو می‌باشد. زاوالنسکی، بمستین و ووجانویک^۳ (۲۰۱۱) بیان می‌کنند افراد با تمرین‌های گسلس تلاش می‌کنند به جای گرفتار شدن در افکار، به آنها اجازه دهند که بیایند و بروند و با جایگزین کردن خود به عنوان زمینه، می‌آموزند که زمینه‌ای برای تجربه هیجانات و افکار و احساسات دردناک باشند بدون اینکه در آنها درگیر شوند (فروزان فر، لواسانی و شعاع کاظمی، ۱۳۹۶). در تبیین نتایج به دست آمده می‌توان به این موضوع اشاره کرد که در جلسات صورت گرفته توسط پژوهشگر (درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد)، تمرکز بر این بود که میزان آگاهی روانی فرد برای بودن در لحظه حال و اکنون زندگی به جای تمرکز بر گذشته و آینده، بیشتر شود؛ یعنی فرد از تمام حالات روانی و افکار و رفتار خود در لحظه حال آگاهی یابد. همین مسئله در بهبود تنظیم هیجان زنان مؤثر بوده است؛ چراکه زنان قربانی خشونت خانگی به دلیل اینکه دائماً افکارشان در محور تجارب ناخوشایند مانند تجربه خشونت و آسیب‌های متحمل شده ناشی از آن دور می‌زند و دائماً به مرور اتفاق‌های رخ داده در حوزه پدیده خشونت می‌پردازند، بیشتر از اینکه در زمان حال باشند به آسیب‌های زمان گذشته تمرکز می‌کنند. این تمرکز بر گذشته، آنها را مضطرب نموده و حتی نشانه‌های جسمانی مانند تپش قلب و افزایش تعریق ناشی از مرور تجارب تلخ خشونت خانگی، به اضطراب آنها دامن می‌زند و بر روی سلامت روانشناختی آنان نظیر تنظیم هیجان تاثیر می‌گذارد.

در نهایت باید به این مسئله توجه داشت که از آنجایی که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در مؤلفه‌های زیادی از جمله آگاهی از افکار، احساسات و رفتار خود، پذیرش، عدم اجتناب، عدم همجوئی، و تمییز فکر از واقعیت، اشتراک دارند، و همچنین این دو روش درمانی با تأکید بر ارزش‌های زندگی، تمرین دیدگاه مشاهده‌گر و نیز تمرینات پذیرش و ذهن آگاهی به واسطه رها کردن و تلاش برای کنترل هیجانات؛ باعث گردید که تفاوتی میان این دو درمان در راستای بهبود کیفیت زندگی و تنظیم هیجان زنان قربانی خشونت خانگی وجود نداشته باشد، و اینکه در هر دو رویکرد با توجه به تعامل بین اعضای گروه، دیدار گروهی و به اشتراک گذاشتن تجربیات مشکلات بین فردی در جلسات درمانی سبب افزایش کیفیت زندگی و تنظیم هیجان گردید.

از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به محدودیت قلمرو زمانی و مکانی این پژوهش اشاره داشت. باتوجه به اینکه پژوهش حاضر در مرکز

فهمید که آرامش، عشق و لذت همگی در درون خودش است. در خواهد یافت که همه رنج‌ها و دردها و اندوه موجود در دنیا به خاطر آن است که بشر در درک و استفاده از این منبع درونی آرامش و عشق و شادی خود را محروم ساخته است. خواهد فهمید که احساسات بد و ناخوشایندی که بعضی اوقات وجودش را فرا می‌گیرند به خاطر دیدن دنیا از پنجره‌های اشتباه است. وقتی درک کند که هدفش دسترسی عمیق‌تر به منابع درون وجود خودش است و این نه تنها به خاطر خودش بلکه به خاطر همه انسان‌هایی که اطرافش هستند. آن زمان زندگی برایش معنایی زیبا و عمیق خواهد یافت و در نتیجه منجر به بهبود کیفیت زندگی در میان این افراد خواهد شد.

اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر تنظیم هیجان با یافته‌های کاترین و همکاران (۲۰۲۰)، تحریرفرد و همکاران (۲۰۱۹)، قلندرزاده و پورنقاش تهرانی (۱۳۹۹)، اکبری و همکاران (۲۰۱۷) همسو می‌باشد. در تبیین نتایج به دست آمده می‌توان به این موضوع اشاره کرد که تمرین‌های شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی به زنان قربانی خشونت خانگی کمک می‌کند تا از افکار خود آیند، عادات و الگوهای رفتاری نامؤثر رها شوند (ندری، هادی، حسنی و ثنایی^۱، ۲۰۱۵)، همچنین این روش درمانی با ترغیب افراد به انجام تمرین‌های تمرکز مکرر به هوشیاری درونی نسبت به بدن و ذهن، از آنها در مقابل نشخوارهای ذهنی مراقبت می‌کند و باعث کاهش هیجانات منفی می‌شود (یوسفی، خسروی، حیرانی، قیاسوند و نایب پور^۲، ۲۰۱۶). بر این اساس، یکی از جنبه‌های مهم این روش درمانی، این است که زنان قربانی خشونت خانگی یاد می‌گیرند با هیجانات و افکار منفی مقابله نموده و حوادث ذهنی را به صورت مثبت تجربه نمایند. آنها با آموزش مهارت‌های مقابله‌ای، در رویارویی با رویدادهای استرس‌زا با خوش‌بینی و اعتماد به نفس برخورد می‌کنند، رویدادها را قابل کنترل می‌بینند و به طور کلی سیستم پردازش اطلاعات خود را به شیوه‌ی موثرتری به کار می‌اندازند. این درمان می‌تواند به این دسته از افراد کمک کند تا بدون ارزیابی هیجان‌ها به صورت خوب یا بد آنها را به همان صورت که رخ می‌دهند، تجربه کنند و به جای اجتناب، آن را بپذیرفته و از راهبردهای سازگارانه‌تر استفاده نمایند، که این امر منجر به بهبود تنظیم هیجان در زنان قربانی خشونت خانگی می‌شود.

اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی با یافته‌های هاپستادیوس و همکاران (۲۰۲۱)، حاجی نیا و همکاران (۱۳۹۹)، لی و همکاران (۲۰۱۸)، هیز و همکاران (۲۰۱۳) همسو می‌باشد. در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت که زنان قربانی خشونت خانگی نیازمند راهبردهایی هستند تا بتوانند قدرت سازگاری و توان مقابله خود با این معضل اجتماعی را حفظ نمایند. در همین راستا، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به این زنان کمک می‌کند تا خود را به عنوان شکست خورده، آسیب دیده و یا بدون امید تصور نکرده و زندگی دارای معنا و ارزش شود. لذا این رویکرد با ایجاد انعطاف‌پذیری روانشناختی از یکسو و ترغیب فرد به اقدام و عمل در زمینه ارزش‌های فردی موجب افزایش کیفیت زندگی این افراد شده است. تبیین

1. Naderi, Hadi, Hassani & Sanaei

2. Yousefi, Khosravi, Heyari, Ghiasvand & Nayebpour

3. Zvolensky, Bemstein & Vujanovic

مشاوره اکسیر شهر کرمانشاه انجام شد، در تعمیم نتایج آن باید جوانب احتیاط رعایت شود. از محدودیت‌های دیگر می‌توان به محدود بودن تعداد نمونه، نداشتن مرحله پیگیری طولانی مدت و گردآوری داده‌ها، تنها بر اساس ابزارهای خود گزارشی اشاره کرد. از آنجا که شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد توانسته است بهبود کیفیت زندگی و تنظیم هیجان این قشر از افراد آسیب دیده خشونت خانگی فراهم آورد، پیشنهاد می‌شود، در مداخلات طراحی شده برای این اشخاص، درمان‌های مذکور مدنظر قرار گیرد. علاوه بر آن در مراکز درمانی و انجمن‌های حمایت از این اقشار کارگاه‌هایی تحت مداخله بیان شده برای این افراد طراحی شود. تا با آموزش مداخله‌های شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در میان این زنان موجب تنظیم عواطف و هیجان‌های افراطی گردند و در نتیجه باعث بهبود کیفیت زندگی و تنظیم شناختی شود. همچنین پیشنهاد می‌گردد انجام پژوهش مشابه پژوهش حاضر بر روی زنان قربانی خشونت خانگی ساکن شهرهای دیگر نیز انجام شود. پیشنهاد می‌شود به منظور بررسی بهتر نتایج استفاده از دوره‌های پیگیری طولانی‌تر توصیه می‌شود، و اینکه پیشنهاد می‌شود این پژوهش با جامعه آماری بالا انجام شود. آخرین پیشنهاد مقایسه این روش‌های درمانی با روش‌های فراشناخت درمانی، طرحواره درمانی، رفتاردرمانی دیالکتیکی، و غیره می‌تواند نتایج مفیدی داشته باشد.

تقدیر و تشکر

از تمام شرکت کنندگان محترم در این پژوهش که با صبر و حوصله، ما را در این پژوهش همراهی کردند تشکر و قدردانی می‌نماییم.

منابع

- اصلی آزاد، مسلم؛ منشی، غلامرضا؛ قمرانی، امیر. (۱۳۹۸). تأثیر درمان ذهن آگاهی بر تحمل ایهام و درآمیختگی فکر و عمل مبتلایان به اختلال وسواس بی‌اختیاری. *فصلنامه سلامت روان کودک*، ۱(۱) ۶-۸۳.
- امیرخانلو، آذرخش؛ میرزائیان، بهرام؛ حسن‌زاده، رمضان. (۱۴۰۰). مقایسه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و رفتاردرمانی دیالکتیکی بر بخشودگی بین فردی و تحمل پریشانی در زنان آزاردیده از خشونت‌های خانگی. *رویش روان‌شناسی*، ۱۰(۴) ۱-۱۲.
- بشارت، محمدعلی؛ بزازیان، سعیده. (۱۳۹۶). بررسی ویژگی‌های روانسنجی پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان در نمونه‌ای از جامعه ایرانی. *مجله دانشکده پرستاری و مامایی*، ۲۴(۸۴)، ۶۱-۸۰.
- بیات، حسین؛ زارعی، محمدعلی؛ فرهادی، مژگان. (۱۳۹۹). بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بخشش و تاب آوری زنان دارای تعارض با همسر مراجع کننده به مراکز مشاوره شهر شیراز. *مجله پیشرفت‌های نوین در علوم رفتاری*، ۵(۵۰)، ۴۰-۵۰.
- پارسی نژاد، زهرا؛ عاشوری، اعظم. (۱۳۹۹). اثربخشی روان‌درمانی شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی روی کیفیت عشق و ناگویی طبیعی زنان با آشفتگی زناشویی. *آسیب‌شناسی، مشاوره و غنی‌سازی خانواده*، ۱(۱) ۶-۱۴۹.
- حاجینیا اسبو، آریتا؛ خلعتبری، جواد؛ میرزمانی، سیدمحمود؛ قربان شیرودی، شهره؛ ابوالقاسمی، شهنام. (۱۳۹۹). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اضطراب ناشی از تعارضات زناشویی زنان درگیر خشونت خانگی. *مطالعات ناتوانی*، ۱۰(۳۰) ۱-۶.
- ذبیحی ولی آباد، فاطمه؛ اکبری امرغان، حسین؛ خاکپور، مسعود؛ مهرآفرید، معصومه؛ کاظمی، غلامرضا. (۱۳۹۶). اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر نوستوی و کیفیت زندگی زنان قربانی خشونت خانگی. *فصلنامه علمی-پژوهشی زن و جامعه*، ۸(۳۰) ۳-۱۵.

ستایش، ناهید؛ ازوجی، خدیجه؛ بخشی زاده، مجید؛ نجومی، مرضیه. (۱۳۹۶). خشونت خانگی و وضعیت روانی و جسمی زنان. *مجله علوم پزشکی رازی*، ۲۴(۱۵۴)، ۲۶-۲۰.

سیدان، سید ابوالقاسم؛ ضیایی، سارا. (۱۳۹۷). اثربخشی آموزش مدیریت استرس بر کیفیت زندگی و تاب آوری زنان قربانی خشونت خانگی. *مجله دانشکده پزشکی دانشگاه علوم پزشکی مشهد*، ۱۹-۱۲.

شالیکار، مرضیه؛ میرزائیان، بهرام؛ پرهون، هادی؛ پرهون، کمال. (۱۴۰۰). تأثیر شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر کیفیت زندگی، فعال‌سازی رفتاری و تنظیم شناختی هیجان زنان دارای اختلال افسردگی با علائم ناکافی. *پژوهش پرستاری*، ۱۶(۲)، ۳۷-۲۳.

طالب پور، اکبر. (۱۳۹۶). بررسی عوامل مؤثر بر خشونت خانگی با تأکید بر همسر آزاری در مناطق شهری و روستایی استان اردبیل. *دو فصلنامه پژوهش‌های جامعه‌شناسی معاصر*، ۱۱(۱) ۶-۲۷.

طاهری فرد، مینا؛ میکائیلی، نیلوفر. (۱۳۹۸). اثربخشی ذهن آگاهی مبتنی بر شناخت در اضطراب اجتماعی، تاب آوری و تنظیم هیجان زنان قربانی خشونت خانگی. *اندیشه و رفتار در روان‌شناسی بالینی*، ۱۴(۵۱)، ۲۶-۱۷.

قاصدی، مسعود؛ باقری، فریبرز؛ کیامنش، علیرضا. (۱۳۹۷). مقایسه اثربخشی دو روش درمان گروهی مبتنی بر ذهن آگاهی و مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بخشش، تنظیم هیجان و صمیمیت زناشویی. *مجله اخلاق زیستی*، ۸(۲۹)، ۸۷-۹۸.

قدم پور، عزت اله؛ مرادی زاده، سیروس؛ شاه کرمی، محمدشاه. (۱۳۹۷). اثربخشی آموزش ذهن آگاهی بر افزایش شادکامی و بهبود کیفیت زندگی سالمندان. *مجله روان‌شناسی پیروی*، ۴(۱)، ۳۸-۲۷.

قلندرزاده، زهرا؛ پورنقاش تهرانی، سید سعید. (۱۳۹۹). نقش واسطه‌ای پریشانی روان‌شناختی، راهبرد ارزیابی مجدد تنظیم هیجان و راهبرد سرکوبگری تنظیم هیجان در رابطه خشونت خانگی و عملکردهای شناختی در زنان قربانی خشونت. *فصلنامه پژوهش‌های کاربردی روانشناختی*، ۱۱(۲)، ۲۱-۱.

قلی زاده، فاطمه؛ سلیمانی زاده، نگین؛ خروشی، مریم؛ فدایی، مونا. (۱۳۹۸). اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر بخشودگی بین فردی و صمیمیت زناشویی زنان آسیب دیده از خیانت زناشویی. *مجله دانشکده علوم پزشکی مشهد*، ۶۲(۵)، ۱۸۳۳-۱۸۲۵.

معاشری، نورگس؛ میری، محمدرضا؛ ابوالحسن نژاد، وحیده؛ هدایتی، هایده؛ زنگویی، محبوبه. (۱۳۹۱). شیوع و ابعاد جمعیت شناختی خشونت‌های خانگی علیه زنان در شهر بیرجند مراقبت‌های نوین. *فصلنامه علمی دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی بیرجند*، ۹(۱)، ۲۲-۳۹.

نجات، سحرناز؛ منتظری، علی؛ هلاکویی نایینی، کورش؛ محمد، کاظم؛ مجدزاده، سیدرضا. (۱۳۸۵). استاندارد سازی پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان جهانی بهداشت ترجمه و روان‌سنجی گونه ایرانی. *مجله دانشکده بهداشت و انستیتو تحقیقات بهداشتی*، ۴(۴)، ۱-۱۲.

نیرمانی، آذین؛ کاظمی، رضا؛ نیرمانی، محمد. (۱۴۰۰). رابطه‌ی تنظیم شناختی هیجان و هوش شخصی با فرسودگی تحصیلی. *فصلنامه پژوهش‌های نوین روانشناختی*، ۱۶(۶۱)، ۶۵-۷۴.

نوح جاه، صدیقه؛ لثیفی، سید محمود؛ حقیقی، مریم؛ اعتصام، حمیده؛ فتح‌الهی فر، افسانه؛ زمان، ندا. (۱۳۹۰). شیوع خشونت خانگی علیه زنان و برخی عوامل مرتبط با آن در استان خوزستان، سال ۸۷-۱۳۸۶. *بهبود - دومانه علمی پژوهشی دانشگاه علوم پزشکی کرمانشاه*، ۱۵(۴)، ۲۷۸-۲۸۶.

یکه کار، شیرین؛ آقابخشی، حبیب؛ حسینی حاجی بکنده، سید احمد. (۱۳۸۸). زمینه‌های اجتماعی خشونت خانگی علیه زنان. *فصلنامه مددکاری اجتماعی*، ۸(۳)، ۵۹-۹.

- Adjei, S. B. (2018). Correcting an erring wife is normal: Moral discourses of spousal violence in Ghana. *Journal of interpersonal violence*, 33(12), 1871-1892
- Akbari, B., Amir, S. S., & Sirus, J. Z. (2017). Comparing Levels of Domestic Abuse and Emotional Regulation of Normal Women and Women Exposed to Violence. *Razavi International Journal of Medicine*, 5(3), 602-614.
- Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., & Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 30, 217-237.
- Antunes-Alves, S., & De Stefano, J. (2014). Domestic violence and mental health. *Psychology of Women Quarterly*, 38 (1), 1-30.
- Arturo Enrique, O., Arturo, V., Ulises, A., Georgina, I., & García, L. (2020). The mediating role of emotion regulation strategies in the relationship between family of origin violence and intimate partner violence, Orozco-Vargas et al. *Psicología: Reflexão e Crítica*, 34(23), 1-15.
- Atika, M., Raras, S., & Elvi, A. (2020). Effectiveness of Acceptance-Commitment Therapy for Improving the Emotion Regulation Ability of Adolescent Victims of Violence. *International Research Journal of Advanced Engineering and Science*, 5(1), 19-21.
- Avdibegovic, E., Brkic, M., & Sinanovic, O. (2017). Emotional profile of women victims of domestic violence. *Mater Sociomed*, 29(2), 109-113.
- Bach, PA., Moran, DJ. (2014). ACT in Practice: Case Conceptualization in Acceptance & Commitment Therapy. Kamali S, Kian Rad N. (Persian translator). Tehran: *Arjmand Publication*.
- Bonomi, A., Patrick, D., Bushnell, D., Martin, M. (2000). Validation of the United States' version of the World Health Organization Quality of Life (WHOQOL) instrument. *J Clin Epidemiol*, 53(1), 1-12.
- Callie, M. (2020). Adapting Acceptance and Commitment Therapy to Target Intimate Partner Violence. *Partner Abuse*, 11(4), 447-465.
- Castro, R. J., Cerellino, L. P., & Rivera, R. (2017). Risk Factors of Violence against Women in Peru. *Journal of Family Violence*, 32, 807-815.
- Devries, K. M., Child, J.C., Bacchus, L. J., Mak, J., Falder, G., Graham, K., & et al (2013). Intimate partner violence victimization and alcohol consumption in women: a systematic review and meta-analysis. *Addiction*, 109, 379-391
- Garcia-Moreno, C., Zimmerman, C., Morris-Gehring, A., Heise, L., Amin, A., Abrahams, & et al (2015). Addressing violence against women: a call to action. *Lancet*, 38(5), 1685-95
- Granefski, N., Kraaij, V., & Spinhoven, P. (2002). Manual for the use of the cognitive emotion regulation questionnaire Leiderorp: *Datec*.
- Hayes, S., Levin, M., Plumb, J., Villatte, J., & Pistorello, J. (2013). Acceptance and commitment therapy and contextual behavioral science: Examining the progress of a distinctive model of behavioral and cognitive therapy. *Behav Ther*, 44(2), 180-98.
- Hofmann, S.G., & Asmundson, G.J. (2008). Acceptance and mindfulness-based therapy: new wave or old hat? *Clinical psychology review*, 28(1), 1-6.
- Hofmann, SG., & Gomez, AF. (2017). Mindfulness-based interventions for anxiety and depression. *Psychiatr Clin North Am*, 40(4), 739-749.
- Hoppstadius, H., Olofsson, N., & Espvall, M. (2021). Professional knowledge on violence in close relationship in Swedish social services. *Journal of Social Service Research*, 47(12), 131-142.
- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: past present and future. *Journal of Clinical Psychology Science and Practice*, 10(1), 144-56.
- Kaldman, C. A., Pérez, R. R., Rodríguez, M. J. C., & Valdez, E. A. (2020). Violencia de pareja recibida y ejercida por estudiantes de una universidad pública del Noroeste de México. *Emerging Trends in Education*, 2(4), 27-48.
- Kalokhe, A., del Rio, C., Dunkle, K., Stephenson, R., Metheny, N., Paranjape, A., & Sahay, S. (2017). Domestic violence against women in India: A systematic review of a decade of quantitative studies. *Global Public Health*, 12(4), 498-513.
- Katherine, P., Gene, S., Alison, G., Claire, H., David, K., Alice, M., Sarah, M., Richard, M., Stan, Z., & Natalia, V. (2020). The coMforT study of a trauma-informed mindfulness intervention for women who have experienced domestic violence and abuse: a protocol for an intervention refinement and individually randomized parallel feasibility trial. *Pilot and Feasibility Studies*, 6(33), 2-14.
- Khoshkhatti, N., Amiri majd, M., Bazzazian, S., & Yazdinezhad, A. (2020). The Effectiveness of Mindfulness-Based Cognitive Therapy on Symptoms of Anxiety, Depression and Stress in Renal Patients under Hemodialysis. *IJNR*, 14(6), 9-17.
- Lee, H., Choi, J., & Lee, MS. (2018). Necessity of Reorganization of Mental Health Welfare Act to Decrease in Social Anxiety Related to Patients with Schizophrenia and to Ensure Proper Human Rights for Mentally Ill Persons. *Psychiatry Investig*, 15(8), 745-6.
- Ler, P., Sivakami, M., & Monárrez-Espino, J. (2017). Prevalence and factors associated with intimate partner violence among young women aged 15 to 24 years in India: a social-ecological approach. *Journal of interpersonal violence*, 1, 104-8.
- Lindsay, E., & Creswell, J. (2017). Mechanisms of mindfulness training: monitor and acceptance theory (MAT). *J Clin Psychol Rev*, 51, 48-59.
- Maneta, E. K., Cohen, S., Schulz, S., & Waldinger, R. J. (2013). Two to tango: A dyadic analysis of links between borderline personality traits & intimate partner violence. *Journal of Personality Disorders*, 27, 233-43.
- Megreya, A. M., Latzman, R. D., Al-Attayah, A. A., & Alrashidi, M. (2016). The Robustness of the Nine-Factor Structure of the Cognitive Emotion Regulation Questionnaire across Four Arabic-Speaking Middle Eastern Countries. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 47(6), 875-890.
- Mulubrhan, F., Mogos Euna, M., August, A., Salinas-Miranda, H., & Hamisu, M., (2013). A Systematic Review of Quality-of-Life Measures in Pregnant and Postpartum Mothers. *Appl Res Qual Life*, 8(2), 219-250.
- Naderi, Y., Hadi, P., Hassani, J., & Sanaei, H. (2015). The effectiveness of mindfulness-based stress reduction therapy (MBSR) on cognitive emotion regulation strategies and anxiety and depression rate in patients with major depressive disorder. *Thought & Behavior in Clinical Psychology*, 9(35), 17-26.

- Nam, B., Kim, J.Y., & Ryu, W. (2017). Intimate partner violence against women among North Korean refugees: a comparison with South Koreans, *Journal of interpersonal violence*, 1, 1-20.
- Nawaz, D. (2021). Impact of Domestic Violence on Quality of Life among Housewives, *Journal of Contemporary Issues in Business and Government*, 27(3), 963-969.
- Roger, J.S., Michele, Y., Sue, R., Gail, J., & Josephine, MC. (2016). Knowing, planning for and fearing death: Do adults with intellectual disability and disability staff differ. *Journal of Research in Developmental Disabilities*, 49(12), 47-59.
- Sen, S., & Bolsoy, N. (2017). Violence against women: prevalence and risk factors in Turkish sample. *BMC Women's Health*, 10, 1-9.
- Shama, AK., & Vachher, AS. (2010). Domestic violence against women and their mental health status in a colony in Delhi. *Ind J community Med*, 35, 403-405.
- Taherifard, M. & mikaeili, N. (2019). The Effectiveness of Cognition-based Mindfulness Therapy on Social Anxiety, Resilience and Emotion Regulation in Women Victims of Domestic Violence. *Thought & Behavior in Clinical Psychology*, 13(51), 17-26.
- Tomomi., H. Marie., K. Jani., R. & Eija., p. (2020). Quality of life, psychological distress and violence among women in close relationships: a population-based study in Finland. *BMC Womens Health*, 20(85), 1-10.
- Tsirigotis, K., & Luczak, J. (2016). Emotional intelligence of women who experience domestic violence. *Psychiatric Quarterly*, 87(1), 165-176.
- World Health Organization. (2004). The world health organization quality of life (WHOQOL)-BREF. World Health Organization.
- World Health Organization. (2018). Life skills education in schools. Geneva: World Health Organization.
- Yoshikawa, K., Agrawal, N. R., Poudel, K.C., & Jimba, M. (2012). A lifetime experience of violence and adverse reproductive outcomes: Findings from population surveys in India. *BioScience Trends*, 6(3), 115-121.
- Yousefi, E., Khosravi, E., Heyari, F., Ghiasvand, M., & Nayebpour, S. (2016). The Effectiveness of the Intervention of Mindfulness Based Cognitive Therapy (MBCT) on Reducing Irrational Beliefs, Cognitive Emotion Regulation, Coping Styles in Patients with Tension Headaches and Migraines in Najaf Abad Township. *International journal of humanities and social sciences*, 19, 67-77.