



Research Paper

[10.52547/IJFP.2022.549042.1088](https://doi.org/10.52547/IJFP.2022.549042.1088)

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

Hadis valizadeh¹, vahid Ahmadi²

1. PhD Student of Psychology, Ilam Branch, Islamic Azad University, Ilam, Iran
2. Assistant Professor, Department of Psychology, Ilam Branch, Islamic Azad University, Ilam, Iran

Article Info.	Abstract
<p>Received: 02.10.2021</p> <p>Accepted: 08.01.2022</p> <hr/> <p>Keywords: <i>Cognitive-behavioral therapy, Acceptance and commitment therapy, Resilience, Quality of life, Domestic violence</i></p>	<p>Abstract</p> <p>The aim of this study was to compare the effectiveness of cognitive behavioral therapy with acceptance and commitment therapy on resilience and quality of life of women victims of domestic violence in Kermanshah. The research design of this study was quasi-experimental with pre-test-post-test with a control group. The statistical population consists of women victims of domestic violence in Kermanshah who referred to counseling centers in 2021. Among those who had voluntarily registered through the call to participate in this course, 45 people were randomly selected in the experimental and control groups based on the inclusion and exclusion criteria of the study. The research tools include Resilience Questionnaire (RSA) and Quality of Life Questionnaire (WHOQOL-BREF). 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 Benferoni post hoc test with a probability value of 0.05. The results showed that cognitive-behavioral therapy and acceptance and commitment therapy the control group were significantly effective on resilience and quality of life of women victims of domestic violence ($P < 0.05$). Also, no significant difference was observed between the two treatments. According to the research results, it can be said that these treatment methods can be used in family counseling and psychotherapy environments.</p>
<p>*Corresponding author Email: vahid_ahmadi20@yahoo.com</p>	
<p>How to Cite: Valizadeh, H., Ahmadi, V. (2022). 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. <i>Journal of Family Psychology</i>. 8(2), 12-25.</p>	



مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تاب‌آوری و کیفیت زندگی زنان قربانی خشونت خانگی

حدیث ولی‌زاده^۱، وحید احمدی^{۲*}

۱. دانشجوی دکتری تخصصی روانشناسی، واحد ایلام، دانشگاه آزاد اسلامی، ایلام، ایران

۲. استادیار گروه روانشناسی، واحد ایلام، دانشگاه آزاد اسلامی، ایلام، ایران

اطلاعات مقاله	چکیده
تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۰۷/۱۰	چکیده هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری با درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تاب‌آوری و کیفیت زندگی زنان قربانی خشونت خانگی شهر کرمانشاه بود. طرح تحقیق این پژوهش از نوع نیمه آزمایشی به شیوه پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری را زنان قربانی خشونت خانگی شهر کرمانشاه که در نیمه اول سال ۱۴۰۰ به مراکز مشاوره مراجعه کرده بودند، تشکیل داده است. از بین آنان که بصورت داوطلبانه و از طریق فراخوان جهت شرکت در این دوره ثبت نام کرده بودند ۴۵ نفر به شیوه تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل بر اساس معیار ورود و خروج پژوهش انتخاب شدند. ابزار پژوهش شامل پرسشنامه تاب‌آوری (RSA) فرایبورگ و همکاران و پرسشنامه کیفیت زندگی (WHOQOL-BREF). 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 بنفرونی با مقدار احتمال ۰/۰۵ تجزیه و تحلیل شدند. نتایج نشان داد که درمان شناختی رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به طور معنی‌داری بر تاب‌آوری و کیفیت زندگی زنان قربانی خشونت خانگی اثربخش بوده‌اند ($P > 0/05$). همچنین تفاوت معناداری بین دو درمان مشاهده نشد. با توجه به نتایج پژوهش می‌توان گفت از این روش‌های درمانی می‌تواند در در محیط‌های مشاوره و روان‌درمانی خانواده استفاده کرد.
تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۱۰/۱۸	
کلیدواژه‌ها:	
درمان شناختی رفتاری، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، تاب‌آوری، کیفیت زندگی، خشونت خانگی	

*نویسنده مسئول:

پست الکترونیکی: vahid_ahmadi20@yahoo.com

استناد به این مقاله:

ولی‌زاده، حدیث، احمدی، وحید (۱۴۰۰). مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تاب‌آوری و کیفیت زندگی زنان قربانی خشونت خانگی. روانشناسی خانواده، ۸(۲)، ۱۲-۲۵.

مقدمه

یکی از مسأله‌های اجتماعی مهم که جامعه ما با آن درگیر است، مسأله خشونت خانگی^۱ علیه زنان می‌باشد. هر نوع اقدام خشونت آمیز جنسیتی که منجر به آسیب بدنی، جنسی یا روانی زنان شود و همچنین برای آنان رنج آور بوده یا به محرومیت اجباری از آزادی فردی یا اجتماعی زنان منجر گردد، خشونت علیه زنان محسوب می‌شود (Yekekar et al, 2019). 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 (Kalokhe et al, 2017). بر این اساس، منجر به پیامدهای تخریب کننده درون خانواده، جامعه و پیشرفت اقتصادی اجتماعی (Castro et al, 2017)، نظیر پیامدهای نامطلوب سلامت باروری و جنسی (Sudha & Morrison, 2011)، مشکلات دوران بارداری نظیر سقط جنین، زایمان زودرس، تولد نوزاد کم وزن و مرده‌زایی (Yoshikawa et al, 2012)، مشکلات روان‌شناختی نظیر افسردگی، اضطراب، ترس، اختلال استرس پس از سانحه، مصرف الکل و داروی غیر مجاز (Ellsberg et al, 2008)، اعتیاد به مواد مخدر و مصرف دخانیات، آسم، کم خونی و خستگی مزمن (Kalokhe et al, 2017)، اقدام به خودکشی یا همسرکشی (Devries et al, 2013) می‌شود. یک مطالعه بزرگ که در ۱۵ کشور جهان انجام شد میزان شیوع خشونت جسمی، جنسی یا هر دو را بین ۱۵ تا ۷۱ درصد اعلام کرد (Garcia-Moreno et al, 2015). در ترکیه نیز شیوع خشونت خانگی را ۳۰ درصد گزارش کردند (Sen & Bolsoy, 2017). در مطالعه ای روی زنان ۱۵ تا ۲۴ ساله هندی، خشونت خانگی را ۲۹ درصد و شایع ترین نوع خشونت را خشونت جسمی گزارش کردند (Ler et al, 2017). خشونت مالی با ۳۳ درصد بیشترین نوع خشونت و خشونت فیزیکی با ۲۷ درصد کمترین نوع خشونت اعمال شده علیه زنان در اردبیل بوده است (Talebpoor, 2018). با توجه به مطالعات پیشین زنانی قربانی خشونت خانگی از تاب آوری پایین برخوردار هستند (Porzoor et al, 2018; Sidan & Ziaei, 2019). از این رو تاب آوری^۲ می‌تواند مؤلفه‌ای ویژه برای سلامت روانی زنان قربانی خشونت خانگی به شمار آید.

تاب آوری جایگاه ویژه‌ای در حوزه‌های روان‌شناسی تحول، روان‌شناسی خانواده و بهداشت روانی پیدا کرده است (Sidan & Ziaei, 2019). تاب آوری را فرآیند یا توانایی انطباق دادن خود با چالش‌ها و تهدیدات و غلبه بر آنها می‌داند (Buckner et al, 2003). از سوی دیگر تاب آوری به عوامل و فرآیندهایی اطلاق می‌شود که رشد جسمی و روان‌شناختی را از خطر گرفتاری به رفتارهای مشکل‌زا و آسیب روان‌شناختی محافظت کرده و علی‌رغم وجود شرایط ناگوار به پیامدهای ناسازگارانه منتهی می‌شوند (Bagherinia, 2015). در تعریف دیگر تاب آوری به قابلیت تطابق انسان در مواجهه با بلا یا فشارها، غلبه یافتن و حتی تقویت شدن بوسیله آن تجارب اطلاق می‌شود (Kliwer & Murrelle, 2007). پژوهش‌های دیگر به عواملی همچون برآورده نشدن انتظارات همسر، دخالت دیگران، تفاوت‌های تحصیلی و سنی و تفاوت در عقاید زوجین و اختلالات روان‌شناختی پرداخته‌اند و این که کیفیت زندگی زنان قربانی خشونت خانگی^۳، پایین‌تر از دیگر زنان بوده است (Antunes-Alves & De Stefano, 2014). از این رو کیفیت زندگی^۴ برای این قشر از زنان آسیب دیده مهم تلقی می‌شود.

کیفیت زندگی به عنوان تعادلی در تأمین و ارضای نیازهای زیست شناختی و انسانی و یکپارچه سازی افراد در عرصه‌ها و موقعیت‌های فردی و اجتماعی در نظر گرفته می‌شود (Sidan & Ziaei, 2019). همچنین کیفیت زندگی، ارزیابی ذهنی از رضایت از زندگی است و برخی ارزیابی ذهنی فرد از بهزیستی را با نشانه‌های جسمی، عملکرد جنسی، عملکرد شغلی، وضعیت عاطفی و غیره ترکیب می‌کنند (ZabihValad Abad et al, 2017). زنانی که در دوران بارداری و پس از آن با خشونت همسر رویارو شده‌اند از کیفیت زندگی پایین‌تر در مقایسه با سایر زنان بودند (Mulubrhan et al, 2013). 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 (Setayesh et al, 2017).

1. Domestic Violence
2. Resilience
3. Women victims of domestic violence
4. Quality of Life

از میان مداخلات نوین روانشناختی، تاکنون مداخلات و درمان‌های مختلفی جهت کمک به زنان قربانی خشونت خانگی انجام شده است؛ یکی از این درمان‌ها که می‌تواند تأثیر بسزایی در آگاه نمودن این زنان نسبت به مشکلاتشان داشته باشد، درمان شناختی رفتاری^۱ است (Ghafari Shahir et al, 2021). درمان شناختی رفتاری یک سیستم روان‌درمانی است که می‌کوشد از طریق ایجاد تغییر در تفکر معیوب و باورهای ناسازگارانه‌ای افراد، به آن‌ها کمک کند که تا حد امکان مشکلات خویش را شناسایی نمایند. در درمان شناختی رفتاری بر کاهش فراوانی و شدت پاسخ‌های سازش‌نیافته درمان‌جویان و آموزش مهارت‌های نوین-شناختی و رفتاری در راستای کاهش رفتارهای ناخواسته و افزایش رفتارهای سازش‌یافته‌تر تأکید می‌شود. هدف این شیوه آموزشی اصلاح عقاید غیرمنطقی، باورهای ناکارآمد، تفسیرهای غلط و خطاهای شناختی، احساس کنترل بر زندگی، تسهیل خودگویی‌های سازنده و تقویت مهارت‌های مقابله‌ای است (ZabihiValad Abad et al, 2017). درمان شناختی رفتاری، در سلامت روان زنان قربانی خشونت خانگی (Newman, 2019) و بر کاهش خشونت خانگی زنان اثربخش بوده است (Habigzang et al, 2018).

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^۲ می‌باشد (Amirkhanloo et al, 2021). چرا که این درمان می‌تواند دیدگاه‌های زنان قربانی خشونت خانگی را نسبت به شرایط و وضعیتی که برای آنها بوجود آمده است را تغییر دهد (Hayes et al, 2013). 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؛ 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 بعدی تلاش برای کاهش تمرکز مفرط بر خودتجسمی یا داستان شخصی (مانند قربانی) بوده که فرد برای خود در ذهنش ساخته است؛ قدم پنجم، کمک به فرد است تا ارزش‌های شخصی اصلی خود را بشناسد و 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 (Lee et al, 2018). پژوهش‌های متعددی در زمینه اثر این درمان بر مشکلات زناشویی نظیر بخشش و تاب آوری زنان دارای تعارض با همسر (Bayat et al, 2020)، بخشودگی بین فردی، تنظیم هیجان و صمیمیت زناشویی (Gholizadeh et al, 2020)، صورت گرفته است. همچنین این درمان بر اضطراب ناشی از تعارضات زناشویی (Hajinia Esbo et al, 2020)، و بر بخشودگی بین فردی و تحمل پریشانی (Amirkhanloo et al, 2021)، زنان قربانی خشونت خانگی تأثیر بسزایی دارد.

هر پژوهش جهت روشن ساختن جنبه‌های مجهول یک موضوع صورت می‌پذیرد تا بتواند موجب تقویت نظام درمانی گردد؛ بر این اساس، هر چه پژوهش‌های صورت گرفته بیشتر باشد نتایج بهتری بدست خواهیم آورد. با توجه به اینکه در پژوهش‌های صورت گرفته توسط دیگر محققین تاکنون مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری با درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تاب آوری و کیفیت زندگی زنان قربانی خشونت خانگی صورت نگرفته می‌توان در نظر داشت که پژوهش حاضر از هر حیث دارای نوآوری می‌باشد. هدف از مطالعه حاضر، مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری با درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تاب آوری و کیفیت زندگی زنان قربانی خشونت خانگی شهر کرمانشاه بود.

روش

جامعه آماری، نمونه و روش اجرای پژوهش

پژوهش حاضر از لحاظ هدف، از جمله طرح‌های کاربردی محسوب می‌شود و از نوع نیمه آزمایشی با روش پیش‌آزمون-پس‌آزمون همراه با گروه گواه بود. جامعه آماری این پژوهش را تمامی زنان قربانی خشونت خانگی شهر کرمانشاه که در نیمه اول سال ۱۴۰۰ به مراکز مشاوره مراجعه کرده بودند، تشکیل داده است. از بین این زنان که بصورت داوطلبانه و از طریق فراخوان

1. Cognitive behavioral therapy

2. Acceptance and commitment treatment

جهت شرکت در این دوره ثبت نام کرده بودند و به دلیل داشتن سه گروه (دو گروه آزمایشی و گروه کنترل) ۴۵ نفر به شیوه تصادفی بر اساس معیار 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 شناختی حاد، مایل به همکاری جهت دریافت مداخلات درمانی باشند) و معیار خروج از پژوهش (دریافت درمان‌های دارویی و روانشناختی در شش ماه گذشته، سو مصرف مواد یا الکل، وجود اختلالات شخصیتی و روان‌شناختی، دریافت خدمات مشاوره‌ای و روان‌درمانی از رویکردهای دیگر به طور همزمان، انصراف از ادامه همکاری و امتناع از تکمیل کردن پرسش‌نامه‌ها) انتخاب و پژوهش روی آنها اجرا شد. پس از جایگزینی آزمودنی‌ها در گروه‌های آزمایش و کنترل، به گروه اول درمان شناختی رفتاری و به گروه دوم درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، طبق جداول ذیل 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. بعد از اتمام جلسات آموزشی، از گروه‌های آزمایشی و کنترل در شرایط یکسان پس از آزمون به عمل آمد.

به علاوه میانگین و انحراف معیار سن شرکت‌کنندگان در گروه‌های آزمایش (درمان شناختی رفتاری $37/658 \pm 2/329$ ؛ درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد $39/254 \pm 2/089$) و همچنین در گروه گواه $37/268 \pm 3/254$ بود.

داده‌های آماری، با کمک نرم افزار SPSS نسخه ۲۵، در دو سطح توصیفی و استنباطی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. برای توصیف داده‌ها از جداول و شاخص‌های آمار توصیفی مثل میانگین، انحراف استاندارد و برای استنباط داده‌ها، از آزمون تحلیل کوواریانس استفاده شد. بعد از اتمام جلسات آموزشی بر روی گروه‌های آزمایش و اجرای پس آزمون، جلسات درمانی به طور فشرده در جهت رعایت اصول اخلاقی بر روی گروه کنترل نیز اجرا گردید. خلاصه جلسات مداخلات نیز به این شرح بود.

به منظور از آموزش درمان شناختی رفتاری در این پژوهش عبارت است از ۸ جلسه درمان ۹۰ دقیقه‌ای که به شکل گروهی و به صورت هفته‌ای دو جلسه، بر اساس کتاب کار ردفور (Redfourd, 2007) که خلاصه آن در جدول ۱ آمده است برای شرکت‌کنندگان به اجرا گذاشته شد.

جدول ۱: ساختار محتوای جلسات درمان شناختی رفتاری

جلسه	محتوا
جلسه اول	خوش آمدگویی، مطرح کردن قوانین اصلی، آشنایی اعضای گروه با هم، بحث راجع به اهمیت سبک زندگی و عوامل کاهنده کیفیت زندگی، جهت دادن و آشنا کردن بیمار با درمان شناختی رفتاری، آموزش تن آرامی، تعیین برنامه و اهداف اولیه درمان.
جلسه دوم	یادآوری جلسه قبل، ارتباط بین افکار و احساسات، راه‌های شناخت افکار غیرمنطقی و توضیح درباره خطاهای پردازش، ارائه برگه‌های ثبت افکار ناکارآمد، شناسایی افکار برانگیزاننده و احساسات ناخوشایند. تعیین تکلیف خانگی شامل: ارزیابی نگرانی بیمار، سنجش خلق و فعالیت روزانه، تمرین فنون تن آرامی و تمرین ارتباط بین افکار و احساسات، شناسایی افکار غیرمنطقی، تکمیل برگه‌های ثبت افکار ناکارآمد.
جلسه سوم	یادآوری جلسه قبل، آموزش ارزیابی افکار و چالش‌های آنها به عنوان راهکارهایی جهت تغییر افکار غیرمنطقی، تشریح ارتباط متقابل افکار و هیجانات، معرفی انواع رایج افکار منفی و تحریفات شناختی و چگونگی شناسایی آنها، تعیین تکلیف خانگی شامل: تکمیل برگه‌های ثبت افکار ناکارآمد، دسته بندی باورها، تمرین فنون آرام سازی.
جلسه چهارم	یادآوری جلسه قبل، آموزش مدیریت خشم و اضطراب و استرس، جایگزین افکار منطقی به جای افکار غیرمنطقی و تعیین تکلیف خانگی شامل: فعال سازی رفتاری، فنون آرام سازی، ثبت مجدد افکار ناکارآمد، شناسایی رفتارهای نگران کننده و اجتنابی منفعل.
جلسه پنجم	یادآوری جلسه قبل، آموزش شیوه حل مسئله، روابط اجتماعی و میان فردی و نقش معنویت در ارتقاء کیفیت زندگی، آموزش انواع سبک‌های مقابله کارآمد و اجرای پاسخ‌های مقابله‌ای مؤثر، تعیین تکلیف خانگی شامل: فعال سازی رفتاری، فنون آرام سازی و ثبت مجدد افکار ناکارآمد، بکارگیری شیوه حل مسئله و تمرین مقابله‌ای و شناسایی باورهای نگران کننده.
جلسه ششم	یادآوری جلسه قبل، بحث در مورد اهمیت شیوه زندگی و نداشتن کیفیت زندگی مطلوب که به بیماری‌های فردی منجر می‌گردد، آموزش روش‌های مدیریت خشم، تعیین تکلیف خانگی شامل: استفاده از روش‌های مدیریت خشم، فنون آرام سازی، ثبت تفکر، شناسایی فعالیت‌های مورد غفلت واقع شده و تغییر رفتار در سبک زندگی.
جلسه هفتم	یادآوری جلسه قبل، توصیه راهکارهای برای ایجاد سبک زندگی مناسب و کیفیت زندگی مطلوب، آموزش خود ارزیابی در روابط بین فردی، توضیح فواید حمایت اجتماعی، ارزیابی شبکه حمایت اجتماعی، بحث درباره به پایان آمدن درمان و آماده سازی برای تغییرات و دریافت بازخورد.
جلسه هشتم	مرور کلی و تمرین مهارت‌های آموخته شده در جلسات قبل، توزیع پرسشنامه برای پس آزمون.

محتوای جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد برگرفته از پروتکل درمانی باخ و موران (Bach & Moran, 2014) 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.

جدول ۲: ساختار محتوای جلسات آموزش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

جلسه	محتوا
جلسه 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.
جلسه دوم	بحث درباره تجربیات و ارزیابی آنها، کارآمدی به عنوان معیار سنجش، ایجاد ناامیدی 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.
جلسه 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.
جلسه چهارم	بررسی و بازخورد تکالیف جلسه قبل، کاربرد تکنیک های گسلش شناختی، مداخله در عملکرد زنجیره های مشکل ساز زبان، تضعیف ائتلاف 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.
جلسه پنجم	بررسی و بازخورد تکالیف جلسه قبل، مشاهده خود به عنوان زمینه، تضعیف خودمفومی و بیان خود به عنوان مشاهده‌گر، نشان دادن جدایی بین خود، تجربیات درونی و رفتار، تأکید بر شناخت احساسات و افکار با نگاهی دیگر.
جلسه 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.
جلسه 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.
جلسه هشتم	درک ماهیت تمایل و تعهد، تعیین الگوهای عمل متناسب با ارزش، جمع‌بندی جلسات قبل و اجرای پس آزمون.

ابزار سنجش

پرسشنامه تاب‌آوری مقیاس تاب‌آوری بزرگسالان! به منظور اندازه‌گیری تاب‌آوری در این پژوهش از مقیاس تاب‌آوری بزرگسالان (RSA) استفاده شد. نسخه اولیه آن توسط همجیدال و همکاران تدوین شده است (Hjemdal et al, 2001). جوکار و همکاران در پژوهشی بین فرهنگی نسخه تجدید نظر شده‌ای از آن تهیه کرده‌اند (Jowkar et al, 2010). این ابزار، یک مقیاس خودگزارشی ۳۷ گویه‌ای است که پاسخ‌ها در این مقیاس بر اساس طیف ۵ درجه‌ای لیکرت تنظیم شده‌اند. که از کاملاً موافقم (۱) تا کاملاً مخالفم (۵) نمره‌گذاری می‌شود. مقیاس تاب‌آوری بزرگسالان مشتمل بر ۵ خرده مقیاس شایستگی اجتماعی (۸ سؤال)، حمایت اجتماعی (۸ سؤال)، انسجام خانوادگی (۵ سؤال)، شایستگی شخصی (۱۱ سؤال) و سبک ساختارمند (۵ سؤال) و همچنین نمره کل تاب‌آوری است. جوکار و همکاران (۲۰۱۰) خصوصیات روان سنجی این مقیاس را به صورت مبسوطی مورد بررسی قرار داده‌اند و شواهدی دایر بر پایایی و اعتبار مطلوب آن ارائه نموده‌اند. اعتبار سازه، اعتبار پیش بین و روایی همگرایی این مقیاس تأیید شده است، همچنین در مورد میزان پایایی، ضریب آلفای کرونباخ بین ۰/۷۶ تا ۰/۸۴ برای خرده مقیاس‌های مختلف و ۰/۹۰ برای کل مقیاس گزارش شده است. در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ آن ۰/۸۲ محاسبه گردید.

پرسشنامه‌ی کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی! سازمان بهداشت جهانی به منظور وجود انسجام در پژوهش‌های مرتبط با سنجش کیفیت زندگی، گروهی را برای ساخت پرسشنامه کیفیت زندگی مأمور کرد. حاصل کار این گروه پرسشنامه کیفیت زندگی (WHOQOL-BREF) ۱۰۰ سوالی بود. چند سال بعد برای استفاده آسان‌تر از این پرسشنامه فرم کوتاهی از آن

1. Adult Resilience Scale Resilience Questionnaire (RSA)
2. The World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-BREF)

تهیه شد. نسخه کوتاه پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی یک پرسشنامه ۲۶ سؤالی است که کیفیت زندگی کلی و عمومی فرد را در دو هفته اخیر می‌سنجد. این مقیاس در سال ۲۰۰۴ توسط گروهی از کارشناسان سازمان بهداشت جهانی و با تعدیل گویه‌های فرم ۱۰۰ سؤالی این پرسشنامه ساخته شد (World Health Organization, 2004). در پرسشنامه کیفیت زندگی سازمان بهداشت جهانی ۲۶ سوالی، نمره هر گونه در دامنه‌ای از ۱ تا ۵ 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 روان شناختی (۶ سوال)، کیفیت زندگی اجتماعی (۳ سوال) و کیفیت زندگی محیطی (۸ سوال). ۲ سؤال اول نیز 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 و همکاران ترجمه و استانداردسازی شده است (Nejat et al, 2001). مقادیر همبستگی درون خوشه‌ای و 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. از طرفی در ۰/۸۳ موارد، همبستگی هر سوال با حیطه اصلی خود از سایر حیطه‌ها بالاتر بود. امتیازهای گروه‌های سالم و بیمار در حیطه‌های مختلف اختلاف معنی‌دار داشتند. بونومی و همکاران در بررسی پایایی درونی این آزمون، ضرایب ۰/۸۳ تا ۰/۹۵ را اعلام کردند (Bonomi et al, 2000). در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ آن ۰/۸۴ محاسبه گردید.

یافته‌ها

داده‌ها با استفاده از آزمون آماری تحلیل کوواریانس تک متغیری در متن مانکووا^۱ و با رعایت پیش فرض‌های تحلیل کوواریانس و نرم افزار SPSS نسخه ۲۵ مورد تحلیل قرار گرفت. میانگین و انحراف استاندارد داده‌های حاصل از اجرای پیش آزمون و پس آزمون تاب‌آوری و کیفیت زندگی در جدول ۳ نشان داده شده است. مطابق جدول ۳ در همه متغیرهای تاب‌آوری و کیفیت زندگی میانگین نمره‌های هر دو روش درمانی در مرحله پیش آزمون نسبت به مرحله پس آزمون افزایش یافته است، میانگین نمره‌های شرکت‌کنندگان در گروه کنترل ثابت تقریبی را در هر دو مرحله نشان می‌دهد.

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

متغیر	گروه	پیش آزمون		پس آزمون	
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
تاب‌آوری	CBT	۶۸/۵۴۸	۶/۳۸۷	۹۶/۳۸۱	۶/۲۵۴
	ACT	۷۲/۳۲۵	۷/۴۹۸	۹۸/۵۴۸	۷/۳۶۲
	گواه	۷۳/۵۴۱	۶/۹۳۶	۷۴/۶۳۲	۶/۳۶۸
کیفیت زندگی	CBT	۵۵/۳۲۵	۹/۵۴۷	۹۰/۲۵۱	۱۰/۶۸۷
	ACT	۶۲/۶۶۳	۹/۴۱۷	۹۴/۰۲۱	۹/۱۰۹
	گواه	۵۷/۳۶۲	۸/۶۵۹	۵۹/۳۲۶	۱۰/۳۶۴

در پژوهش حاضر پیش فرض‌های تحلیل کوواریانس شامل آزمون نرمال بودن، همسانی ماتریس واریانس-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 پیش فرض همگنی واریانس‌ها برای تاب‌آوری ($F = 0.34, P = 0.25$) و کیفیت زندگی ($F = 0.27, P = 0.38$) برقرار است. پیش فرض همگنی شیب خط رگرسیون برای تاب‌آوری ($F = 4.25, P = 0.48$) و کیفیت زندگی ($F = 10.46, P = 0.18$) 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 ($F=0/98, P=0/32$). با توجه به برقراری مفروضه‌های تحلیل کوواریانس، استفاده از این آزمون مجاز می‌باشد. طبق جدول ۴ با کنترل نمرات پیش آزمون، اثر گروه بر نمرات پس آزمون تاب آوری ($F=23/167, P=0/001$) و کیفیت زندگی ($F=15/255, P=0/001$) معنادار است. به طوری که بعد از انجام مداخله، نمرات تاب آوری و کیفیت زندگی افزایش معنادار داشته است. با توجه به این یافته‌ها می‌توان گفت که درمان شناختی رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث بهبود تاب آوری و کیفیت زندگی زنان قربانی خشونت خانگی شده است.

جدول ۴: نتایج تحلیل کوواریانس تک متغیری در متن مانکوا روی نمره‌های پس آزمون متغیر تاب آوری و کیفیت زندگی

متغیر	منبع	مجموع مجزورات	df	میانگین مجزورات	آماره F	سطح معنی داری	اندازه اثر
تاب آوری	پیش آزمون	۵۹۸/۲۶۷	۱	۵۹۸/۲۶۷	۲/۱۹۷	۰/۰۸۴	۰/۳۳۲
	عضویت گروهی	۱۸۹۲۱/۳۲۸	۳	۶۳۰۷/۱۰۹	۲۳/۱۶۷	۰/۰۰۱	۰/۵۳۲
	خطا	۱۱۱۶۲/۰۱۴	۴۱	۲۷۲/۲۴۴			
کیفیت زندگی	پیش آزمون	۸۵۴/۰۳۶	۱	۸۵۴/۰۳۶	۱/۳۳۴	۰/۱۵۴	۰/۱۶۵
	عضویت گروهی	۲۹۲۸۴/۵۳۱	۳	۹۷۶۱/۵۱۰	۱۵/۲۵۵	۰/۰۰۱	۰/۴۷۸
	خطا	۲۶۲۳۴/۲۰۸	۴۱	۶۳۹/۸۵۸			

به منظور بررسی دقیق این موضوع که بین کدامیک از گروه‌های سه‌گانه در متغیرهای تاب آوری و کیفیت زندگی تفاوت وجود دارد، از آزمون تعقیبی بنفرونی استفاده شد که نتایج آن در جدول ۵ مشاهده می‌شود. همان‌طور که در جدول ۵ مشاهده شد؛ با توجه به نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی، درمان شناختی رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد منجر به افزایش میانگین تاب آوری و کیفیت زندگی شدند. بین اثر درمان شناختی رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تاب آوری و کیفیت زندگی زنان قربانی خشونت خانگی تفاوت معنادار وجود نداشت ($P>0/001$).

جدول ۵: نتایج آزمون تعقیبی بنفرونی برای مقایسه میانگین سه گروه در متغیرهای تاب آوری و کیفیت زندگی

متغیر	گروه‌های مورد مقایسه	تفاوت میانگین	خطای معیار	مقدار احتمال
تاب آوری	درمان شناختی رفتاری-گواه	۲۱/۷۴۹	۱/۰۶۵	<0/001
	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد-گواه	۲۳/۹۱۶	۱/۳۲۸	<0/001
	درمان شناختی رفتاری - درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	-۲/۱۶۷	۰/۶۵۸	۱
کیفیت زندگی	درمان شناختی رفتاری-گواه	۳۰/۹۲۵	۱/۲۱۴	<0/001
	درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد-گواه	۳۴/۶۹۵	۱/۳۶۲	<0/001
	درمان شناختی رفتاری - درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد	-۳/۷۷۰	۱/۰۱۹	۱

بحث

هدف از پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی درمان شناختی رفتاری با درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر کیفیت زندگی زنان قربانی خشونت خانگی بود. بر اساس نتایج پژوهش حاضر هر دو درمان شناختی رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به طور معناداری باعث بهبود تاب آوری و کیفیت زندگی زنان قربانی خشونت خانگی می‌شوند و بین این دو درمان از نظر میزان اثرگذاری تفاوت معناداری وجود نداشت. تاثیر درمان شناختی رفتاری بر تاب آوری با پژوهش‌های (Kaviani et al (2019)؛ Tabibzadeh et al (2017) و همچنین بر کیفیت زندگی با پژوهش‌های (Ghafari Shahr et al (2021)؛ Newman (2019)؛ ZabihiValad Abad et al (2017) و Habigzang et al (2018) همسو می‌باشد. در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت که فرایند درمان شناختی رفتاری با بازشناسی شناختی سبب آشنایی این زنان با خطاهای فکری نظیر اغراق کردن، شخصی‌سازی، دو

قطبی کردن و... شد، سپس ترغیب کردن آنها برای اینکه این خطاها را شناسایی کنند و بتوانند افکار سازگارتری را جایگزین افکار خودآیند منفی ریشه‌دار در نیاز به کامل بودن و احساس بی‌ارزشی کنند. بر اساس تمرینات رفتاری مانند حساسیت‌زدایی منظم از طریق مواجهه شدن با شرایط واقعی و متفاوت از ایده آل با معیارها و شناخت‌های خود مواجه شدند و سپس به اصلاح خطاهای شناختی پرداختند. همچنین از طریق آموزش آرمیدگی عضلانی و تنفس دیافراگمی به افراد آموزش داده می‌شود تا استرس روزمره خود را کنترل کنند و از طریق تفکر منفی و قدرت فکر به افراد آموزش داده می‌شود تا علایم شناختی منفی خود را بشناسند و آنها را کنترل کنند (Farahzadi et al, 2020)، از اینرو نکات مثبت زندگی خود را دریافتند در نتیجه نسبت به آن احساس ارزشمندی کردند و در نهایت منجر به بهبود تاب‌آوری و کیفیت زندگی زنان قربانی خشونت خانگی می‌شود.

تاثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تاب‌آوری با پژوهش‌های (Kaviani et al (2020)؛ mohammadinejad & Niknejadi (2020)؛ Hayes et al (2020)؛ Valizadeh et al (2020) و بر کیفیت زندگی با یافته‌های (Bayat et al (2020)؛ Gholizadeh et al (2020)؛ al (2013) همسو می‌باشد. یکی از اهداف اصلی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بحث درباره ارزش‌ها و اهداف فرد و لزوم تصریح ارزش‌هاست که تمامی آنها می‌تواند منجر به بهبود تاب‌آوری و کیفیت زندگی شود. کیفیت زندگی پایین در روابط زوجین در رویکرد مبتنی بر پذیرش و تعهد ممکن است ناشی از مشکلات افراد در آگاهی از تجارب درونی خود و نیز اجتناب از تجارب ناخوشایند درونی و رفتارهایی باشد که برای فرد مهم و با ارزش هستند. آگاهی نادرست افراد از تجارب درونی، باعث عدم پاسخ‌دهی هیجانی و عدم توانایی فرد در انجام اعمال مناسب می‌شود. در این درمان، شیوه‌های تعهد رفتاری همراه با فنون گسلش و پذیرش و همچنین مباحث جامعی در خصوص ارزش‌ها و اهداف فرد و نیاز برای تعیین اهداف شخصی که منجر به بهبود تاب‌آوری و کیفیت زندگی می‌شود، به کار گرفته می‌شود (Amirkhanloo et al, 2021). همچنین، هدف اصلی از تاکید کردن بر میل فرد نسبت به افکار درونی خویش، کمک‌رسانی به او در تجربه‌ی افکار استرس‌زا به صورت افکار، آگاه شدن از ماهیت بی‌اثر برنامه‌های کنونی فرد و اداره کردن مواردی است که در لحظه اکنون در زندگی فرد دارای اهمیت است، همسو با ارزش‌های او به جای نشان دادن واکنش به آن افکار استرس‌زاست (Bayat et al, 2020). به بیان دیگر این درمان کمک می‌کند تا افراد تشویق شوند با ارزش‌های واقعی زندگی خود پیوند خورده و مجذوب آنها شوند (Hofmann & Asmundson, 2008). 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 تاب‌آوری و کیفیت زندگی 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 تاب‌آوری و کیفیت زندگی تاثیر می‌گذارد.

در نهایت باید به این مسئله توجه داشته باشند که، بر خلاف موج اول رفتاردرمانی که متمرکز بر رفتار بود، درمان شناختی رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد هر دو، روش‌های آشکاری را برای برخورد با افکار یا شناخت‌واره‌های مسئله‌ساز مطرح می‌کنند. از اینرو در درمان شناختی رفتاری به دلیل بازسازی شناختی، راه‌های شناخت افکار غیرمنطقی و تغییر این افکار، تشریح ارتباط متقابل میان افکار و رفتار، شناسایی تحریفات شناختی، تمرینات رفتاری نظیر آرمیدگی، حساسیت‌زدایی منظم، آموزش شیوه حل مسئله و سبک‌های مقابله‌ای کارآمد، ارائه راهکارهایی برای ایجاد سبک زندگی مناسب در نتیجه بهبود تاب‌آوری و کیفیت زندگی و نحوه مدیریت خشم، اضطراب و استرس و از طرفی دیگر در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با تأکید بر ارزش‌های زندگی، آموزش کنترل هیجان به عنوان مشکل، استفاده از استعاره‌ها در راستای آموزش ماهیت گرایش‌های هیجانی، تمرینات مربوط به گسلش شناختی، آموزش بخشش و پذیرش خود، تمرین دیدگاه مشاهده‌گر و نیز تمرینات پذیرش و ذهن آگاهی به واسطه رها کردن و تلاش برای کنترل هیجان‌ها؛ باعث گردید که تفاوتی میان این دو درمان در راستای بهبود تاب‌آوری و کیفیت زندگی 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 و حمایت اجتماعی در جلسات درمانی سبب افزایش و بهبود تاب آوری و کیفیت زندگی در میان این زنان گردید.

از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به محدودیت قلمرو زمانی و مکانی این پژوهش اشاره داشت. باتوجه به اینکه پژوهش حاضر در مراکز مشاوره 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 درمان‌های شناختی رفتاری و مبتنی بر پذیرش و تعهد توانسته است بهبود کیفیت زندگی 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 درمان شناختی رفتاری 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 شود. همچنین پیشنهاد می‌گردد انجام پژوهش مشابه پژوهش حاضر بر روی زنان قربانی خشونت خانگی ساکن شهرهای دیگر نیز انجام شود. پیشنهاد مقایسه درمان شناختی رفتاری و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با روش‌های فراشناخت درمانی^۱، طرحواره درمانی^۲، و رفتاردرمانی دیالکتیکی^۳، می‌تواند نتایج مفیدی داشته باشد.

تشکر و سپاسگزاری

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

تعارض منافع

پژوهش حاضر مستخرج از طرح تحقیقاتی مستقلی است که مجوز اجرای آن به شماره م پ/۳/۱۴۰۰ که در تاریخ ۱۴۰۰/۰۶/۱۱ در دانشگاه آزاد اسلامی واحد ایلام صادر شده است، انجام شده است و در آن هیچ گونه تعارض منافی توسط نویسندگان گزارش نشده است.

-
1. Metacognitive Therapy
 2. Schema therapy
 3. Dialectical Behavioral Therapy

References

- Amirkhanloo, A., Mirzaian, B., Hassanzadeh, R. (2021). Comparison of the efficacy of acceptance and commitment therapy and dialectical behavior therapy on interpersonal forgiveness and distress tolerance in Female victims of domestic violence. *Rooyesh*, 10 (4), 1-12. [In Persian]
- Antunes-Alves, S., De Stefano, J. (2014). Domestic violence and mental health. *Psychology of Women Quarterly*, 38 (1), 1-30.
- Bach, PA., Moran, DJ. (2014). ACT in Practice: Case Conceptualization in Acceptance & Commitment Therapy. Kamali S, Kian Rad N. (Persian translator). Tehran: *Arjmand Publication*.
- Bagherinia, H. (2015). The Comparison of the Effectiveness of Teaching Spirituality and Resiliency with Efficacy among High School Students in Iran. *European Online Journal of Natural and Social Sciences*, 4(1), 153-60. [In Persian]
- Bayat, H., Zarei, M., Farhadi, M. (2020). Evaluation of the effectiveness of acceptance and commitment-based treatment (ACT) on forgiveness and resilience of women with conflict with their spouses referring to counseling centers in Shiraz. *New advances in behavioral sciences*, 5 (50), 40-50. [In Persian]
- 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.
- Buckner, JC., Mezzacappa, E., Beardslee, WR. (2003). Characteristics of resilient youths living in poverty: The role of self-regulatory processes. *Development and psychopathology*, 15(1), 139-62.
- Castro, R. J., Cerellino, L. P., Rivera, R. (2017). Risk Factors of Violence against Women in Peru, *Journal of Family Violence*, 32(1), 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(1), 379–391
- Ellsberg, M., Jansen, H. A., Heise, L., Watts, C. H., Garcia-Moreno, C. (2008). Intimate partner violence and women's physical and mental health in the WHO multi-country study on women's health and domestic violence: an observational study. *Lancet*, 37(1), 1165–1172.
- Farahzadi, M., Maddahi, M., Khalatbari, J. (2020). Comparison The effectiveness Acceptance and Commitment group therapy and Cognitive- Behavior group therapy on Perfectionism and self-esteem women with body image dissatisfaction, *Clinical Psychology and Personality*, 17(1), 89-100. [In Persian]
- 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.
- Ghafari Shahir, M., Asadpour, E., Zaharakar, K. (2021). Comparison effect of cognitive behavioral therapy and emotion-focused therapy on loneliness in married women victims of domestic violence. *Advances in Cognitive Sciences*, 23 (1), 95-105. [In Persian]

- Gholizadeh, F., Fadaei, M., Soleymani, N., Khoroshi, M. (2019). The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy on Interpersonal Forgiveness and Marital Intimacy in Women Affected by Marital Infidelity. *medical journal of mashhad university of medical sciences*, 62(5), 1825-1833. [In Persian]
- Habigzang, LF., Aimee Schneider, J., Petroli Frizzo, R., Pinto, C. (2018). Evaluation of the impact of a cognitive-behavioral intervention for women in domestic violence situations in Brazil. *Universitas Psychologica*, 17(3), 52-62.
- Hajinia Esbo, A., Khalatbari, J., Mirzamani, M., Ghorban Shirodi, S., Abolghasemi, S. (2020). Effects of Acceptance and Commitment Therapy on Anxiety Induced by Marital Conflict in Women Affected by Domestic Violence. *MEJDS*, 10(1), 130-130. [In Persian]
- 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.
- Hjemdal, O., Friborg, O., Martinussen, M., Rosenvinge, J. (2001). Preliminary results from the development and validation of a Norwegian scale for measuring adult resilience. *Journal of the Norwegian Psychological Association*, 38(4), 310-7.
- Hofmann, S.G., Asmundson, G.J. (2008). Acceptance and mindfulness-based therapy: new wave or old hat? *Clinical psychology review*, 28(1), 1-6.
- Jowkar, B., Friborg, O., Hjemdal, O. (2010). Cross-cultural validation of the Resilience Scale for Adults (RSA) in Iran. *Scandinavian Journal of Psychology*, 51(5), 418-25.
- 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.
- kaviani, Z., BakhtiarPoor, S., Heidari, A., askary, P., Eftekhar, Z. (2020). The Effect of Treatment Based on Acceptance and Commitment (ACT), on Resiliency and Dysfunctional Attitudes of MS Female Patients in Tehran. *Knowledge & Research in Applied Psychology*, 21(1), 84-92. [In Persian]
- Kaviani, Z., BakhtiarPoor, S., Heidarie, A., Askary, P., Eftekhar, Z. (2019). Effectiveness of Cognitive Behavioral Therapy Based in Religion Attitudes on Resiliency and Dysfunctional Attitudes of MS Patients in Tehran. *Journal of Modern Psychological Researches*, 14(55), 159-175. [In Persian]
- Kliewer, W., Murrelle, L. (2007). Risk and protective factors for adolescent substance use: findings from a study in selected Central American countries. *Journal of adolescent health*, 40(5), 448-55.
- 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(1), 104-8.

- Mohammadinejad, M., & Niknejadi, F. (2020). The Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) on Psychological Well-being and Resilience of Mothers with a Deaf Daughter in the City of Isfahan', *Knowledge & Research in Applied Psychology*, 21(2), 22-31. [In Persian]
- 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.
- 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), 1-20.
- Nejat, S., Montazeri, A., Holakouie, K., Mohammad, K., Majdzadeh, S. (2006). The World Health Organization quality of Life (WHOQOL-BREF) questionnaire: Translation and validation study of the Iranian version. *Sjsph*, 4 (4), 1-12. [In Persian]
- Newman, M. (2019). Violence against women: Group treatment mental health strategies in the integral women's centers in the autonomous city of Buenos Aires. *Knoxville, Tennessee: University of Tennessee*, 5(1),12-18.
- Porzoor, P., Abbasi, M., Shojaei, A. (2018). The Effectiveness of Spiritual Intervention on Personal and Social Resiliency of Women Victims of Domestic Violence. *Journal of Clinical Psychology*, 10(2), 95-105. [In Persian]
- Redfourd, M. (2007). Cognitive behavioral Therapy on quality of life in patients with blood pressure: Workbook. New York: Oxford University Press, 28-51.
- Sen, S., & Bolsoy, N. (2017). Violence against women: prevalence and risk factors in Turkish sample. *BMC Women's Health*, 10(1), 1-9.
- Setayesh, N., ezoji, K., bakhshizade, M., Nojomi, M. (2017). Domestic violence and physical and mental state of women. *RJMS*, 24 (154), 20-26. [In Persian]
- Sidan, S., & Ziaei, S. (2019). Effectiveness of Stress Management Training on Quality of Life and Resilience of Women Victims of Domestic Violence. *medical journal of Mashhad university of medical sciences*, 61(1), 12-19. [In Persian]
- Sudha, S., & Morrison, S. (2011). Marital violence and women's reproductive health care in Uttar Pradesh, India, *Women's Health Issues*, 21(3), 214-221.
- Tabibzadeh, F., & Sepehrian azar, F. (2017). The Effect of Cognitive-Behavioral Therapy on the Resilience and Obsessive Rumination among Multiple Sclerosis (MS) Patients. *MEJDS*, 7(1), 45-45. [In Persian]
- Talebpour, A. (2018). Investigating Affecting Factors on Violence against Women with Emphases on Wife Abuse (Case Study; Ardebil Province). *Two Quarterly Journal of Contemporary Sociological Research*, 6(11), 27-49. [In Persian]
- Valizadeh, S., Makvandi, B., Bakhtiarpour, S., Hafezi, F. (2020). The Effectiveness of "Acceptance and Commitment Therapy" (ACT) on resilience and cognitive flexibility in prisoners. *JHPM*, 9 (4), 78-89. [In Persian]

World Health Organization. (2004). The world health organization quality of life (WHOQOL)-BREF. World Health Organization.

Yekekar, S., Aghabakhshi, H., Hosseini Haji Bakande, S A. (2019). Social Themes of Domestic Violence against Women. *Socialworkmag*, 8 (3), 49-59. [In Persian]

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.

ZabihiValad Abad, F., AkbariAmarghan, H., Khakpour, M., Meherafarid, M., Kazemi, G. (2017). The Effects of Group Cognitive Behavioral Therapy on Hardiness among Female Victims of Domestic Violence. *Quarterly Journal of Women and Society*, 8(30), 15-34. [In Persian]

COPYRIGHTS

© 2022 by the authors. Licensee Family Psychology Association of Iran. This article is an open access article distributed under the terms and conditions of the Creative Commons Attribution 4.0 International (CC BY 4.0) (<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>)

