

اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر نستوهی و کیفیت زندگی زنان قربانی خشونت خانگی

فاطمه ذبیحی ولی آباد^۱، حسین اکبری امرغان^۲، مسعود خاکپور^{۳*}، معصومه مهرآفرید^۴ غلامرضا کاظمی^۵

تاریخ پذیرش: ۹۵/۹/۱۸

تاریخ دریافت: ۹۵/۲/۲۵

چکیده

پژوهش با هدف بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر نستوهی و کیفیت زندگی زنان قربانی خشونت خانگی انجام شد. این پژوهش شبه آزمایشی با پیش آزمون، پس آزمون با دو گروه آزمایش و کنترل بود. جامعه آماری را تمامی زوجین جوان زیر پوشش کمیته امداد شهرستان قوچان تشکیل می داد. نمونه آماری این گونه تهیه شد که پس از اعلان عمومی و فراخوان، ۹۱ خانم به صورت داوطلبانه شرکت کردند. در ابتدا پرسش نامه خشونت خانگی (Mohseni Tabrizi et al, 2013) بمنظور غربالگری اجرا و از بین زنانی که دارای بالاترین مقدار خشونت خانگی بودند (۳۷ زن انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۹ نفر) و گروه کنترل (۱۸ نفر) قرار گرفتند و همچنین، آزمودنی ها به پرسش نامه نستوهی و کیفیت زندگی (SF-36) پاسخ دادند و درمان شناختی رفتاری گروهی، برای گروه آزمایش در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه ای اجرا شد و گروه گواه هیچ گونه مداخله ای دریافت نکردند. یافته های پژوهش نشان دادند که درمان گروهی شناختی رفتاری بر نستوهی و کیفیت زندگی زنان قربانی خشونت خانگی، تأثیر دارد. از آن جا که خانواده درمانی شناختی رفتاری بر نستوهی و کیفیت زندگی زنان قربانی خشونت خانگی اثربخش و مطلوب بود، اجرای این روش مداخله را بمنظور بهبود روابط زوجین و بهبود عملکرد خانواده توصیه می شود.

واژه های کلیدی: نستوهی، کیفیت زندگی، شناختی رفتاری، خشونت، زنان.

- ۱- کارشناس ارشد مشاوره خانواده، گروه مشاوره و روان شناسی، واحد قوچان، دانشگاه آزاد اسلامی، قوچان، ایران.
- ۲- استادیار روان شناسی، گروه مشاوره و روان شناسی، واحد قوچان، دانشگاه آزاد اسلامی، قوچان، ایران.
- ۳- استادیار مشاوره، گروه مشاوره و روان شناسی، واحد قوچان، دانشگاه آزاد اسلامی، قوچان، ایران.
- ۴- کارشناس ارشد مشاوره، گروه مشاوره و روان شناسی، واحد قوچان، دانشگاه آزاد اسلامی، قوچان، ایران.
- ۵- عضو هیئت علمی، گروه ادبیات فارسی، واحد قوچان، دانشگاه آزاد اسلامی، قوچان، ایران.

*- نویسنده مسئول مقاله: khakpour54@gmail.com

پیشگفتار

جامعه سالم از خانواده سالم تشکیل می‌شود و هنگامی که کانون خانواده در برگرفته محیط سالم و سازنده و روابط گرم و تعامل بین فردی صمیمی باشد، می‌تواند موجب رشد و پیشرفت اعضای خانواده شود. از سوی دیگر، زوجین ممکن است درگیر روابط آسیب زایی نظیر تعارضات شدید و حتی خشونت خانگی شوند و روابط آن‌ها را دچار مشکلات جدی کند. در دهه‌های اخیر از خشونت علیه زنان به عنوان جدی‌ترین مشکل اجتماعی ورای مرزهای طبق تعریف فرهنگی، اجتماعی و منطقه ای یاد شده است. خشونت علیه زنان عبارت است از هر نوع اقدام خشونت آمیز جنسیتی که منجر به آسیب بدنی، جنسی یا روانی در زنان شود و یا احتمال بروز آن زیاد باشد، برای زنان رنج آور بوده یا به محرومیت اجباری از آزادی فردی یا اجتماعی منجر گردد (UN Declaration of Elimination of Violence against Women, 1993).

شایع ترین نوع خشونت علیه زنان، خشونت اعمال شده توسط شریک زندگی است که از آن با عنوان خشونت خانگی یا خشونت توسط شریک نزدیک یاد می‌شود (Garcia-IKrantz, Moreno, 2005).

کارشناسان سلامت نیز خشونت خانگی علیه زنان را یک مشکل عمده سلامت عمومی بشمار می‌آورند. زنان قربانی خشونت خانگی اغلب از جراحات فیزیکی و بسیاری از مشکلات مزمن سلامت رنج می‌برند. از آن جایی که خشونت خانگی علیه زنان عامل بسیاری از صدمات جسمی، ناخوشی‌های روانی و پیامدهای نامطلوب بشمار می‌رود، نه تنها از خشونت خانگی به عنوان یک مشکل عمده سلامت زنان، بلکه به عنوان یک اپیدمی پنهان ادامه دار یاد می‌شود (Saadati, 2010). خشونت در دوران بارداری نیز با وزن گیری ناکافی، افزایش احتمال ضربه، مراقبت‌های ناکافی دوران بارداری و تولد نوزاد کم وزن است. پیامدهای ناشی از خشونت خانگی علیه زنان بر روی فرزندان زنان خشونت دیده نیز تأثیر نامطلوب دارد (Jafarnejad, Moghadam Hoseini, Soltanifar, Ebrahimzadeh, 2009).

نتایج بررسی احمدی و همکارانش بر روی ۱۱۸۹ زن متأهل ۱۵ سال به بالای تهرانی نشان دادند که ۳۵/۷ درصد از این زنان مورد انواع خشونت خانگی قرار داشته‌اند که به تفکیک ۳۰ درصد آن‌هایی که خشونت را تجربه کرده بودند، خشونت جسمی، ۲۹ درصد خشونت روانی و ۱۰ درصد خشونت جنسی بوده‌اند (Ahmadi et al, 2008).

پژوهش (Wallach & Sela, 2008) با هدف فهم و پیش‌گیری از خشونت زناشویی نشان داد نحوه اسناد مردانی که همسران‌شان را کتک می‌زنند، نقش اساسی در افزایش خشونت و خصومت و استرس دارد. بر این اساس، برنامه‌های درمانی بایستی به سبک اسناد بپردازند. نگرش‌های مردسالار، تأیید اجتماعی خشونت و نیاز به کنترل از عوامل نگرشی وقوع خشونت زناشویی گزارش

شده اند. هم‌چنین، عوامل نگرشی را در سازگاری با خشونت و ماندن در کنار فرد مهاجم نیز دخیل می‌دانند (مانند این که گاهی زنان آزاردیده عامل وقوع خشونت را به خود نسبت می‌دهند و بیان می‌کنند با تغییر رفتارهای خود، می‌توانستند از خشونت جلوگیری کنند). بویژه زنانی که مورد تهاجم قرار می‌گیرند، خود را مقصر می‌دانند. از سوی دیگر، مردان با مسئول قلمداد کردن فرد قربانی، در شکل‌گیری احساس خودتقصیری زنان کتک خورده نقش دارند (Mohammadkhani & Azadmehr, 2008).

پژوهش‌های دیگر به عواملی همچون برآورده نشدن انتظارات همسر، دخالت دیگران، تفاوت‌های تحصیلی و سنی و تفاوت در عقاید زوجین و اختلالات روان‌شناختی پرداخته اند و این که کیفیت زندگی زنان قربانی خشونت، پایین‌تر از دیگر زنان بوده است. در این پژوهش‌ها به نبود روابط مطلوب بین زوجین، برآورده نشدن خواسته‌ها و نیازها، نبود صمیمیت که به افزایش تعارضات، کاهش رضایت زناشویی و بروز مشکلات عاطفی و روانی می‌انجامد از جمله دلایلی مهم بر بروز خشونت خانگی هستند (Antunes-Alves & De Stefano, 2014).

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. پژوهش (Mulubrhan et al, 2013) نشان داد که زنانی که در دوران بارداری و پس از آن با خشونت همسر رویارو شده اند از کیفیت زندگی پایین‌تر در مقایسه با سایر زنان بودند (Amirpour, Tavoli, Hosseini, Montazeri, 2016).

نستوهی (سخت رویی) یکی از ویژگی‌های شخصیتی افراد است که ممکن است چگونگی مقابله با استرس‌زاها را تعدیل کند، یعنی آن‌ها را در تحلیل موفقیت آمیز موقعیت استرس‌زا یاری نماید و شرایطی است که می‌توانند سلامت روان‌شناختی خود را حفظ کرده و دارای سازگاری روان‌شناختی باشند و باعث افزایش کارایی و احساس رضایت فردی در آن‌ها می‌شود (Heckman & Clay, 2005).

در رابطه با ویژگی‌های روان‌شناختی زنان درگیر در خشونت خانگی چنین می‌توان اشاره کرد که آن‌ها در مقایسه با سایر زنان که درگیر این‌گونه روابط آسیب‌زا نیستند، اضطراب و افسردگی، خشم و پرخاشگری بالاتری دارند، سازگاری کم‌تری دارند و بروز خشونت فیزیکی یا روانی علیه همسر در آن‌ها بالاتر است. نستوهی و تاب‌آوری کم‌تر در موقعیت‌های درگیر در خشونت و توان کم‌تر در مدیریت استرس و تجارب ناخوشایند هیجانی دارند.

پژوهش (Razzaghi, Tadayyonfar & Akaberi) نشان داد که زنانی که در معرض انواع خشونت به وسیله همسرشان قرار دارند، چون مدام در معرض استرس هستند افزون بر این که در

مقایسه با سایر زنان، نستوهی کمتری دارند، نشانه‌های مشابه استرس پس از سانحه را نشان می‌دهند.

پژوهش‌های متعددی درمان و مداخلات شناختی رفتاری زوجین را در کاهش نشانه‌های بی‌ثباتی در روابط زناشویی و افزایش کیفیت زندگی و نستوهی زنان قربانی خشونت خانگی مؤثر گزارش شده است (Resick, Williams, Suvak, Monson & Gradus, 2012; Johnson, Zlotnick & Perez, 2011; Dutton, Bermudez, Matas, Majid, & Myers, 2011; Crespo & Arinero, 2010).

در مداخلات شناختی رفتاری، بر اهمیت شناخت باورهای افراد درباره علت بروز مشکلات تأکید کرده و به مراجعان کمک می‌شود که مهارت‌هایی را یاد بگیرند که آن‌ها را قادر سازد تا مشکلات را حل کنند. به طور خلاصه در این رویکرد مهارت‌هایی آموزش داده می‌شوند که به ارضای نیازهای اساسی خانواده مانند عشق، مهربانی، تعلق، اعتماد، وفاداری، امنیت و لذت کمک می‌کند. حساسیت دلسوزانه می‌تواند مهمترین عامل در ارتقای امنیت و اعتبار بخشیدن به رابطه زوج‌ها و ایجاد صمیمیت سازنده و جو سالم برای رشد فردی باشد برنامه درمانگر ابتدا به مراجعان کمک می‌کند تا احساس کنند درک‌شان کرده است و سپس به آن‌ها کمک می‌کند تا مشکلات‌شان را به صورت روشن‌تر بشناسند و سپس پی ببرند که یادگیری مهارت‌های خاص به آن‌ها کمک می‌کند تا با همکاری هم مشکلات را حل کنند (Resick, Williams, Suvak, Monson & Gradus, 2012).

بر اساس مفاهیم نظری می‌توان گفت که درمان رفتاری شناختی، بیش‌تر بر فرایندهای شناختی، شامل فعالیت‌های گوناگونی مانند افکار، باورها، انگاره‌ها، طرحواره‌ها، ارزش‌ها، عقاید، انتظارات و فرضیه‌ها تأکید می‌شود. فرایندهای شناختی که بیش‌تر در سبب‌شناسی و درمان مشکلات زناشویی نقش دارند، باورهای انتظاری، باورهای متمرکز بر تسکین، افکار خودآیند، باورهای تسهیل‌کننده و وسیله‌ای است. در این دیدگاه، فرایندهای شناختی مانند خودکارآمدی و مکان کنترل هدف درمان هستند. در مدل رفتاری شناختی خشونت خانگی، تجارب اولیه زندگی باعث شکل‌گیری طرحواره‌های معین، باورهای اصلی و شرطی می‌شوند که بسته به ماهیت تجارب اولیه زندگی می‌توانند مثبت، منفی، سازگار، ناسازگار یا طبیعی باشند. این باورها پس از رویارویی و تجربه، فرد را مستعد برای رفتارهای خشونت‌بار علیه همسر می‌کنند. در نتیجه تداوم این رفتارها، این باورها تثبیت شده و بیش یادگیری می‌شوند (Dattilio, 2010).

با نگاه اجمالی به مطالعات، به نظر می‌رسد که مشکلات کیفیت زندگی و میزان نستوهی در زنان قربانی خشونت خانگی، غیرقابل چشم‌پوشی است. بنابراین، با عنایت به آنچه که بیان شد هدف اصلی انجام این پژوهش، بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر نستوهی زنان قربانی

- خشونت خانگی است. بنابراین با توجه به مطالب گفته شده این سؤال اصلی مطرح می‌گردد که آیا درمان شناختی رفتاری بر نستوهی و کیفیت زندگی زنان قربانی خشونت خانگی مؤثر است؟ و این فرضیه‌ها مطرح می‌شوند که:
- ۱- درمان شناختی رفتاری بر نستوهی زنان قربانی خشونت خانگی اثری معنی‌دار دارد.
 - ۲- درمان شناختی رفتاری بر کیفیت زندگی زنان قربانی خشونت خانگی اثری معنی‌دار دارد.

روش

طرح این پژوهش، شبه آزمایشی با پیش‌آزمون، پس‌آزمون با دو گروه آزمایش و کنترل است. جامعه آماری پژوهش را تمامی زنان جوان زیر پوشش کمیته امداد شهرستان قوچان (با سابقه کم‌تر از ۱۰ سال ازدواج) تشکیل می‌داد. این زنان بنا بر آخرین آمار موجود، مشتمل بر ۱۰۹ زن بودند. نمونه آماری مورد نیاز این پژوهش، به این صورت تهیه شد که پس از اعلان عمومی و فراخوان، ۹۱ خانم به صورت داوطلبانه شرکت کردند. در ابتدا آزمون خشونت خانگی که به عنوان پرسش‌نامه غربالگری برای تشخیص زنانی که دارای بالاترین مقدار خشونت خانگی بودند اجرا گردید و تمامی زنانی که دارای نمره بالا در پرسش‌نامه خشونت خانگی (نمره بالای ۷۶ بر اساس نقطه برش پرسش‌نامه) بودند که ۳۷ زن خشونت بالایی را از سوی همسر گزارش کردند و به گونه تصادفی در دو گروه آزمایش (۱۹ نفر) و گروه کنترل (۱۸ نفر) قرار داده شدند.

پس از انتخاب گروه‌های آزمایش و کنترل، هر دو گروه به پرسش‌نامه نستوهی و کیفیت زندگی پاسخ دادند و درمان شناختی رفتاری گروهی، برای گروه آزمایش در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای اجرا شد و گروه گواه هیچگونه مداخله‌ای دریافت نکردند. در هر دو گروه آزمایش و کنترل، پرسش‌نامه‌ها در دو مرحله پیش‌آزمون و پس‌آزمون به صورت گروهی اجرا گردید. به لحاظ رعایت اصول اخلاقی پژوهش، گروه گواه نیز پس از پایان اجرای پس‌آزمون در مداخله وارد می‌شوند. از تمامی آزمودنی‌ها رضایت آگاهانه دریافت شد. محتوای جلسه‌ها درمان شناختی رفتاری گروهی به شرح زیر بود:

جدول ۱- محتوای جلسه‌های درمان گروهی مبتنی بر شناختی رفتاری.

جلسه	محتوای آموزشی
جلسه نخست	عوامل مؤثر بر زندگی سالم، زندگی در حال و پذیرش شرایط زندگی.
جلسه دوم	نقش باورها در پیامدهای احساسی و رفتاری و آموزش جدول سه ستونی (افکار، احساسات و رفتارها). آموزش خطاهای شناختی و اثر آن در سه سطح شناخت.
جلسه سوم	تنش زدایی و مبارزه با افکار منفی از طریق ردیابی منبع افکار، چالش کشیدن افکار منفی و توقف آن‌ها. تحلیل رابطه بین رویدادهای ناگوار، باورها و تغییرات خلقی ناشی از آنها.
جلسه چهارم	اصلاح اسنادی و سبک‌های تبیین بد بینانه به سبک‌های تبیین خوش بینانه.
جلسه پنجم	مناظره با خود (شواهد تفسیر خود، تفسیرهای دیگر و بررسی سودمندی باورها)، برنامه‌ریزی آینده. آشنایی با فنون پذیرش خود، خود باوری، تمرکز بر توانمندی‌ها و محدود تلقی کردن ناتوانی‌ها.
جلسه ششم	جمع‌بندی و نتیجه‌گیری و ارزیابی جلسه‌های درمان
جلسه هفتم	
جلسه هشتم	

برای گردآوری داده‌ها از دو ابزار زیر استفاده شد:

- ۱- پرسش‌نامه خشونت خانگی علیه زنان: ۱۰ سؤال آن داده‌های دموگرافیک و ۶۰ سؤال آن که ابعاد خشونت جسمی، جنسی، روانی، اقتصادی و نگرش‌های مردسالارانه را اندازه‌گیری می‌کند. ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۱ گزارش شده است (Mohseni Tabrizi, Kaldi & Javadianzadeh, 2013).
- ۲- پرسش‌نامه نستوهی: پرسش‌نامه زمینه‌یابی دیدگاه‌های شخصی (نستوهی) به وسیله (Kobasa, 1979) ساخته شد (Kobasa, Maddi, & Zola, 1993) شامل ۵۰ آیتم است. هر خرده تست از یک مقیاس ۴ امتیازی (از ۱ صحیح نیست تا ۴ کاملاً صحیح).
- ۳- لازم، پرسش‌نامه کیفیت زندگی (SF-36): این پرسش‌نامه خودگزارشی که بیش‌تر برای بررسی کیفیت زندگی و سلامت استفاده می‌شود به وسیله (Ware & Sherbourne, 1992) ساخته شد و دارای ۳۶ عبارت است و ۸ قلمرو عملکرد جسمی، عملکرد اجتماعی، ایفای نقش جسمی، ایفای نقش هیجانی، سلامت روانی، سرزندگی، درد بدنی و سلامت عمومی را مورد ارزیابی قرار می‌دهد. گذشته از این، SF-36 دو سنجش کلی را نیز از کارکرد فراهم می‌آورد؛ نمره کلی مولفه فیزیکی (PCS) که آن نیز بعد فیزیکی سلامت را مورد سنجش قرار می‌دهد و نمره کلی مولفه روانی (MCS) که این مورد هم بعد روانی اجتماعی سلامت را ارزشیابی می‌کند. نمره آزمودنی در هر یک از این قلمروها بین ۰ تا ۱۰۰ متغیر است و نمره بالاتر به‌منزله کیفیت زندگی بهتر است. اعتبار و پایایی این پرسش‌نامه در جمعیت ایرانی مورد تایید قرار گرفته است (Montazeri A, Goshtasebi A, Vahdaninia M, Gandek B, 2005).

۴- و ضرایب همسانی درونی خرده مقیاس‌های ۸ گانه آن بین ۰/۷۰ تا ۰/۸۵ و ضرایب بازآزمایی آنها با فاصله زمانی یک هفته بین ۰/۴۳ تا ۰/۷۹ گزارش شده است. همچنین، این پرسش‌نامه می‌تواند در تمام شاخص‌ها، افراد سالم را از افراد بیمار تفکیک نماید (Asghari & Faghehi, 2003).

یافته‌ها

در بخش آمار توصیفی جدول‌های مربوط به شاخص‌های گوناگون ارایه می‌شود.

جدول ۲- جدول شاخص‌های توصیفی نمره‌های کیفیت زندگی و نستوهی در پیش‌آزمون و پس‌آزمون دو گروه آزمایش و کنترل.

گروه	متغیر	مرحله	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	واریانس	بیش‌ترین	کم‌ترین
آزمایش	کیفیت زندگی	پیش آزمون	۱۹	۱۲/۷	۱۹/۴	۳۷۸/۸	۶۵	۱
		پس آزمون	۱۹	۱۶/۹	۲۲/۸	۵۲۰/۷	۷۵	۱
کنترل	نستوهی	پیش آزمون	۱۹	۱۲۱/۶	۷۴/۰۶	۵۴۸۵/۵	۴۲۱	۶۹
		پس آزمون	۱۹	۱۲۵/۳	۱۶/۶	۲۷۷/۷	۱۵۵	۸۶
کنترل	کیفیت زندگی	پیش آزمون	۱۸	۷/۶	۸/۳	۷۰/۳	۳۲	۱
		پس آزمون	۱۸	۷/۶	۸/۰۸	۶۵/۳	۳۰	۱
	نستوهی	پیش آزمون	۱۸	۱۰۷/۲	۱۹/۱۶	۳۶۷/۳	۱۳۲	۶۴
		پس آزمون	۱۸	۱۰۹/۵	۱۸/۹	۳۵۹/۹	۱۳۵	۶۸

در جدول ۲: ملاحظه می‌شود که میانگین نمره‌های کیفیت زندگی و نستوهی در پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون افزایش داشته است که می‌تواند مبین تاثیر گروه درمانی شناختی رفتاری بر کیفیت زندگی و نستوهی زنان درگیر خشونت خانگی باشد که میانگین نمره‌های پس‌آزمون نسبت به پیش‌آزمون تغییر چندانی نداشته است.

جدول ۳- جدول شاخص‌های آماری مربوط به نمره‌های مولفه‌های نستوهی و کیفیت زندگی گروه آزمایش و کنترل در پیش آزمون و پس آزمون.

گروه	متغیر	مولفه‌ها	مرحله	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	واریانس
آزمایش زندگی کیفیت	سلامت عاطفی	پیش آزمون	۱۹	۲۳/۷	۱۰/۷	۱۱۶/۲	
	سلامت عمومی	پیش آزمون	۱۹	۲۹/۵	۱۲/۲	۱۴۹/۷	
	عملکرد جسمانی	پیش آزمون	۱۹	۲۸/۷	۲۵/۹	۶۷۱/۷	
	دردبدنی	پیش آزمون	۱۹	۱۷/۹	۲۱/۹	۴۷۸/۶	
	محدودیت ایفای نقش به	پیش آزمون	۱۹	۵۱/۳	۲۱/۲	۴۴۹/۵	
	دلیل جسمی عملکرد اجتماعی	پیش آزمون	۱۹	۳۰/۷	۲۷/۳	۷۴۵/۲	
	محدودیت‌های ایفای نقش به دلایل روانی	پیش آزمون	۱۹	۴۲/۱	۳۰/۱	۹۰۶/۴	
	خستگی یا نشاط	پیش آزمون	۱۹	۴۲/۹	۲۷/۷	۷۷۰/۳	
	نمره کل	پیش آزمون	۱۹	۱۲/۸	۱۹/۵	۳۷۸/۸	
سلامت عاطفی	پیش آزمون	۱۸	۲۳/۶	۱۱/۰۸	۱۲۲/۹		
							پس آزمون

۱۵۲/۹	۱۲/۳	۳۰/۰۰	۱۸	پیش آزمون	سلامت عمومی	کنترل
۱۴۳/۷	۱۱/۹	۳۰/۵	۱۸	پس آزمون		
۲۹۹/۴	۱۷/۳	۲۶/۳	۱۸	پیش آزمون	عملکرد جسمانی	کیفیت زندگی
۲۹۹/۴	۱۷/۳	۲۶/۳	۱۸	پس آزمون		
۱۶۵/۴	۱۲/۸	۱۷/۵	۱۸	پیش آزمون	دردبدنی	
۱۷۶/۳	۱۳/۲	۱۹/۳	۱۸	پس آزمون		
۳۵۳/۳	۱۸/۸	۴۳/۰۵	۱۸	پیش آزمون	محدودیت ایفای نقش به	
۴۲۹/۰۸	۲۰/۷	۴۰/۵	۱۸	پس آزمون	دلیل جسمی	
۳۴۷/۸	۱۸/۶	۲۴/۱	۱۸	پیش آزمون	عملکرد اجتماعی	
۳۴۷/۷	۱۸/۶	۲۴/۱	۱۸	پس آزمون		
۴۷۵/۹	۲۱/۸	۵۱/۳	۱۸	پیش آزمون	محدودیت‌های ایفای نقش به	
۴۷۵/۸	۲۱/۸	۵۱/۳	۱۸	پس آزمون	دلایل روانی	
۱۰۶/۱	۳۲/۵	۴۰/۵	۱۸	پیش آزمون	خستگی یا نشاط	
۷۳۰/۱	۲۷/۰۲	۳۰/۸	۱۸	پس آزمون		
۷۰/۳	۸/۴	۷/۶	۱۸	پیش آزمون	نمره کل	
۶۵/۳	۸/۰۸	۷/۶	۱۸	پس آزمون		
۳۴/۶	۵/۸	۳۵/۶	۱۹	پیش آزمون	تعهد	
۲۷/۸	۵/۳	۴۰/۹	۱۹	پس آزمون		آزمایش نستوهی
۳۴/۶	۵/۸	۳۴/۹	۱۹	پیش آزمون	کنترل	
۳۰/۱	۵/۵	۴۱/۵	۱۹	پس آزمون		
۴۹/۸	۷/۰۶	۳۶/۳	۱۹	پیش آزمون	چالش	
۳۷/۳	۶/۱	۴۲/۷	۱۹	پس آزمون		
۳۶/۲	۶/۰۲	۳۵/۵	۱۸	پیش آزمون	تعهد	
۳۶/۵	۶/۰۴	۳۶/۲	۱۸	پس آزمون		کنترل نستوهی

۴۴/۶	۶/۶	۳۵/۵	۱۸	پیش آزمون	کنترل
۴۴/۶	۶/۷	۳۶/۲	۱۸	پس آزمون	
۵۲/۳	۷/۲	۳۶/۱	۱۸	پیش آزمون	چالش
۵۱/۷	۷/۲	۳۷/۰۰	۱۸	پس آزمون	

همان گونه که در جدول بالا مشاهده می‌شود، میانگین نمره‌های مولفه‌های متغیر نستوهی در گروه آزمایش در تمامی مولفه‌ها در پس آزمون تفاوت‌نمایی نسبت به پیش آزمون دارد، ولی در گروه کنترل تفاوت‌چندانی بین نمره پیش آزمون و پس آزمون در هیچ کدام از مولفه‌ها دیده نمی‌شود. همچنین، در مولفه‌های کیفیت زندگی نیز تفاوت محسوسی را برای گروه آزمایش در مقایسه با گروه کنترل در پیش آزمون و پس آزمون نشان می‌دهد.

جدول ۴- جدول شاخص‌های آماری مربوط به نمره‌های خشونت و خرده‌مقیاس‌های آن در گروه آزمایش و گروه کنترل.

گروه	مولفه‌ها	تعداد	میانگین	انحراف استاندارد	واریانس
آزمایش	کلامی	۱۹	۱۰/۷	۱/۴	۲/۰۹
	عاطفی	۱۹	۱۲/۶	۱/۹	۳/۹
	جسمی	۱۹	۵۲/۶	۵/۱	۲۶/۵
	جنسی	۱۹	۱۱/۸	۱/۷	۳/۱
کنترل	کلامی	۱۸	۱۰/۲	۲/۹	۸/۸
	عاطفی	۱۸	۱۲/۶	۲/۸	۸/۳
	جسمی	۱۸	۵۱/۴	۶/۲	۳۸/۹
	جنسی	۱۸	۱۲/۵	۵/۶	۵/۶

جدول بالا، شاخص‌های آمار توصیفی را برای خرده‌مقیاس‌های خشونت در گروه کنترل و آزمایش نشان می‌دهد.

برای بررسی نرمال بودن توزیع متغیرها در جامعه، از آزمون کالموگروف-اسمیرنوف یک راهه^۱ استفاده شد. نتایج این تحلیل در جدول ۵ ارائه شده است.

جدول ۵- نتایج آزمون کالموگروف-اسمیرنوف جهت بررسی فرض نرمال بودن توزیع متغیرها.

متغیر	گروه	تعداد	Z کالموگروف-اسمیرنوف	سطح معناداری
نستوهی	آزمایش	۱۹	۰/۸۷	۰/۴۱
	کنترل	۱۸	۰/۸۱	۰/۴۳
کیفیت زندگی	آزمایش	۱۹	۰/۸۳	۰/۴۲
	کنترل	۱۸	۰/۸۷	۰/۴۱

با توجه به این که سطح معنی داری آزمون کالموگروف - اسمیرنوف بیش تر از ۰/۰۵ می باشد، لذا با ۹۵ درصد اطمینان می توان گفت توزیع نمره های مورد بررسی نرمال می باشد. بررسی فرض همگنی واریانس های مربوط به فرضیه نخست در جدول ۶ ارایه شده است.

جدول ۶- آزمون همگنی واریانس ها.

مقدار F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	سطح معناداری
۰/۳۵	۱	۳۵	۰/۵۶

بر اساس یافته های جدول ۶ ملاحظه می شود، آزمون لوین معنادار نبوده است (مقدار P بیش تر از ۰/۰۵ می باشد) بنابراین، همگنی واریانس ها تأیید می شود. نتایج بررسی فرض همگنی رگرسیون متغیرهای پژوهشی در جدول ۷ ارایه شده است.

جدول ۷- نتایج آزمون همگنی رگرسیون.

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
نستوهی	گروه	۵۹۷۹/۷	۱	۵۹۷۹/۷	۵۳/۴	۰/۰۰۱
	پیش آزمون	۷۳۷۷/۶	۱	۷۳۷۷/۶	۷۴/۶	۰/۰۰۱
	تقابل پیش آزمون و گروه	۴۲۶۶/۸	۱	۴۲۶۶/۸	۲/۲۶	۰/۰۶

نتایج درج شده در جدول بالا نشان می دهد که مفروضه همگنی رگرسیون در اثر تعاملی گروه و نمره پیش آزمون ($F=۲/۲۶$ ، $P=۰/۰۶$) محقق شده است.

جدول ۸ - تحلیل کوواریانس نمره‌های پس آزمون نستوهی.

منبع تغییرات	مجموع	درجه	میانگین	F	سطح	ضریب اتا
	مجدورات	آزادی	مجدورات		معناداری	
پیش آزمون	۳۵۸۹/۶	۱	۳۵۸۹/۶	۱۶/۲	۰/۰۰۱	۰/۳۲۳
اثر اصلی	۱۵۶۹/۹	۱	۱۵۶۹/۹	۷/۰۹	۰/۰۱۲	۰/۱۷۳
خطای باقی مانده	۷۵۲۹/۰۱	۳۴	۲۲۱/۴			

همان گونه که در جدول ۸ نشان داده شده است اثر اصلی معنادار است ($P < ۰/۰۵$ ، $F = ۷/۰۹$). از این رو، فرضیه نخست تأیید می‌شود. بدین معنی که درمان گروهی شناختی رفتاری بر نستوهی زنان قربانی خشونت خانگی، تأثیر دارد. مقدار تفاوت نمره‌های گروه آزمایش و کنترل یا اندازه تأثیر دوره آموزشی نیز ($\eta^2 = ۰/۱۷$) است؛ یعنی ۱۷ درصد واریانس نمره‌های کل باقی مانده متأثر از درمان گروهی شناختی رفتاری می‌باشد. در جدول زیر میانگین‌های تعدیل شده دو گروه آزمایش و کنترل نشان داده شده است:

جدول ۹ - جدول میانگین‌های تعدیل شده نمره‌های نستوهی دو گروه آزمایش و کنترل.

گروه	میانگین	خطای استاندارد
آزمایش	۱۲۴/۰۲	۳/۵
کنترل	۱۱۰/۹	۳/۵

همان گونه که در جدول بالا مشاهده می‌شود، میانگین تعدیل شده گروه آزمایش از گروه کنترل بیش تر است.

بررسی اثر درمان گروهی شناختی رفتاری بر کیفیت زندگی زنان قربانی خشونت خانگی در جدول های زیر ارایه شده است.

جدول ۱۰ - آزمون همگنی واریانس‌ها.

مقدار F	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	سطح معناداری
۰/۰۲	۱	۳۵	۰/۸۸۶

بر اساس یافته‌های جدول ۱۰ ملاحظه می‌شود، آزمون لوین معنادار نبوده است (مقدار P بیش تر از ۰/۰۵ می‌باشد) بنابراین، همگنی واریانس‌ها تأیید می‌شود.

نتایج بررسی بررسی فرض همگنی رگرسیون متغیرهای پژوهشی در جدول ۱۱ ارایه شده است.

جدول ۱۱- نتایج آزمون همگنی رگرسیون.

متغیر	منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری
کیفیت	گروه	۹۵۰/۰۸	۱	۹۵۰/۰۸	۴/۶	۰/۰۴
زندگی	پیش آزمون	۳۹/۳	۱	۳۹/۳	۰/۱۹	۰/۶۶
	تقابل پیش آزمون و گروه	۴۵۶/۴	۱	۴۵۶/۴	۲/۲	۰/۱۴

نتایج درج شده در جدول بالا نشان می‌دهد که مفروضه همگنی رگرسیون در اثر تعاملی گروه و نمره پیش آزمون ($F=۲/۲, P=۰/۱۴$) محقق شده است.

جدول ۱۲- تحلیل کوواریانس نمره‌های پس آزمون کیفیت زندگی.

منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	ضریب اتا
پیش آزمون	۱۴۱/۶	۱	۱۴۱/۶	۰/۶۶	۰/۴۲	۰/۰۲۱
اثر اصلی	۵۰۴/۱۵	۱	۵۰۴/۱۵	۹/۳۵	۰/۰۴۱	۰/۲۱۱
خطای باقی مانده	۶۶۳۸/۴۲	۳۱	۲۱۴/۱۴			

همان گونه که در جدول ۱۲ نشان داده شده است، اثر اصلی معنادار است ($F = ۹/۳۵, P < ۰/۰۵$). از این رو، فرضیه دوم تأیید می‌شود. بدین معنی درمان گروهی شناختی رفتاری بر کیفیت زندگی زنان قربانی خشونت خانگی، تأثیر دارد. میزان تفاوت نمره‌های گروه آزمایش و کنترل یا اندازه تأثیر دوره آموزشی نیز ($\eta^2 = ۰/۲۱$) است؛ یعنی ۲۱ درصد واریانس نمره‌های کل باقی مانده متأثر از درمان گروهی شناختی رفتاری می‌باشد.

جدول ۱۳- جدول میانگین‌های تعدیل شده نمره‌های کیفیت زندگی دو گروه آزمایش و کنترل.

گروه	میانگین	خطای استاندارد
آزمایش	۱۵/۰۸	۳/۴۵
کنترل	۷/۲	۳/۴۵

همان گونه که در جدول بالا مشاهده می‌شود، میانگین تعدیل شده گروه آزمایش از گروه کنترل بیشتر است.

بحث و نتیجه گیری

بر اساس آنچه در مقدمه بیان گردید، خشونت خانگی از سوی همسر و در کانون خانواده، اختلال و آسیب‌های جدی به روابط گرم و تعامل بین فردی صمیمانه زوجین و حتی فرزندان وارد می‌کند. زنان آسیب دیده از این نوع رفتار غیرانسانی، تعارضات شدید و مشکلات جدی روانی و اجتماعی دارند (Krantz1 Garcia-Moreno, 2005). بنابراین T مداخلات روانشناختی گوناگون و با هدف تغییر باورها و نگرش‌های زوجین نسبت به همدیگر و یا مداخلاتی که در آن فقط زنان شرکت‌کننده باشند (به دلیل عدم حضور مردان) می‌تواند در اصلاح اسنادها، بالا بردن سطح سازگاری و سخت رویی و تاب آوری آن‌ها مؤثر واقع شود (Mohammadkhani & Azadmehr, 2008).

از یافته‌های مهم این پژوهش این بود که درمان گروهی شناختی رفتاری بر نستوهی زنان قربانی خشونت خانگی، تأثیر دارد. از آنجا که مقدار تفاوت نمره‌های گروه آزمایش و کنترل یا اندازه تأثیر دوره آموزشی نیز ($\eta^2=0/17$) بود؛ یعنی ۱۷ درصد واریانس نمره‌های کل باقیمانده متأثر از درمان گروهی شناختی رفتاری بوده است. از سوی دیگر، یافته دیگر این پژوهش این بود که درمان گروهی شناختی رفتاری بر کیفیت زندگی زنان قربانی خشونت خانگی، تأثیر دارد. مقدار تفاوت نمره‌های گروه آزمایش و کنترل یا اندازه تأثیر دوره آموزشی اجرا شده نیز ($\eta^2=0/21$) بود، یعنی ۲۱ درصد واریانس نمره‌های کل باقی‌مانده متأثر از درمان گروهی شناختی رفتاری بوده است. پژوهش‌های داخلی مانند (Shaker dolagh, Narimani, Afrooz, Hasani & Baghdasarias, 2014; Javidi, Soleimani, Ahmady & Samadzadeh, 2012; Etemadi, Navvabinezhad, Ahmadi & Resick, Williams, Suvak, Monson & Farzad, 2006) و همچنین، پژوهش‌های خارجی نظیر (Gradus, 2012; Johnson, Zlotnick & Perez, 2011; Dutton, Bermudez, Matas, Majid, & Myers, 2011; Crespo & Arinero, 2010; Dattilio, 2010; Hannson & Lundbland, 2011; Atkins, Doss, thum, sevier & Christensen, 2005) با این یافته‌های این پژوهش همسو و هماهنگ بود و از یافته‌های پژوهش مبنی بر اثر درمان شناختی رفتاری بر نستوهی و کیفیت زندگی زنان قربانی خشونت خانگی حمایت می‌کنند.

در تبیین این یافته‌ها که درمان شناختی رفتاری در نستوهی و کیفیت زندگی زنان قربانی خشونت اثر مطلوب داشته است، باید گفت که درمان شناختی رفتاری، رویکردی کوتاه‌مدت و متمرکز برای کمک به افراد با مشکلات متفاوت است. فرض بنیادی درمان شناختی رفتاری این است که فرآیندهای یادگیری، نقش مهمی در ایجاد و تداوم درگیری‌های خانوادگی و در رویارویی با خشونت از سوی همسر ایفا می‌کنند. لذا، از همین اصول می‌توان برای کمک به افراد در افزایش سخت رویی آن‌ها استفاده کرد. به بیان ساده‌تر، درمان شناختی - رفتاری در شناسایی، اجتناب و مقابله به بیماران کمک می‌کند. یعنی در شناسایی موقعیت‌هایی که احتمال درگیری و خشونت در

آن‌ها زیاد است و پرهیز از این موقعیت‌ها در زمان مناسب و مقابله موثر با مسایل و رفتارهای مشکل‌آفرین است. درمان شناختی رفتاری ویژگی‌هایی دارد که آن را به درمانی مناسب برای بالا بردن سطح توانمندی در برابر خشونت از سوی همسر مبدل می‌نماید. از جمله این ویژگی‌ها به نکته‌های زیر اشاره می‌شود: (۱) رویکردی کوتاه‌مدت و محدود است که در بسیاری از برنامه‌های درمانی می‌توان از آن استفاده نمود. (۲) در آزمایش‌های بالینی دقیق مورد آزمون قرار گرفته است و به عنوان درمان اعتیاد به موادمخدر از پشتوانه تجربی برخوردار بوده است. (۳) رویکردی سازمان‌یافته، هدفمند و متمرکز بر مسایلی است که مصرف‌کنندگان موادمخدر با آن‌ها دست و پنجه نرم می‌کنند. (۴) بسیار انعطاف‌پذیر است و در مورد طیف وسیعی از بیماران، موقعیت‌ها (بستری و سرپایی) و در اشکال گوناگون (گروهی و فردی) قابل استفاده است. (۵) رویکرد جامعی است که در آن از همه عناصر و تکالیف مشترک درمان‌های موفقیت‌آمیز اعتیاد استفاده می‌شود. درمان شناختی رفتاری دو مولفه اساسی دارد که عبارتند از: تحلیل کارکردی و مهارت‌آموزی. در درمان شناختی - رفتاری، درمانگر و بیمار برای هر مورد مصرف مواد یک تحلیل کارکردی ارائه می‌دهند. بدین صورت که افکار، احساسات و شرایط فرد را پیش و پس از خشونت خانگی شناسایی می‌کنند. در مراحل اولیه درمان، تحلیل کارکردی به بیمار کمک می‌کند تا تعیین‌کننده‌ها یا موقعیت‌های خطرآفرینی را که احتمال خشونت خانگی را افزایش می‌دهند و نیز دلایل بروز آن را شناسایی کنند. در مراحل بعدی درمان، تحلیل کارکردی خشونت خانگی می‌تواند به شناسایی موقعیت‌ها یا شرایطی که رویارویی با آن‌ها برای فرد دشوار است، کمک کند. در تحلیل کارکردی، بسیاری از کارشناسان در جلسه‌های درمان مسایل و موارد زیر را مورد بازبینی و تحلیل قرار می‌دهند:

- انگیزاننده‌ها و محرک‌های موردنظر در خشونت خانگی: چه چیزی همسر را به خشونت خانگی سوق می‌دهد؟
- افکار و احساسات: چه فکری به ذهنم خطور کرد که وقتی همسر با من خشونت نشان داد؟ چه احساساتی داشتم؟
- رفتار: چه کاری انجام دادم؟ چه زنجیره‌های رفتاری را برای خشونت خانگی همسر طی نمودم؟
- پیامدهای مثبت: پس از خشونت همسر، در رفتار من چه چیز مثبتی رخ داد؟ (اقدام من فایده‌ای داشت؟)

- پیامدهای منفی: چه چیز منفی رخ داد؟ چه حالت‌های جانبی برایم رخ داد؟
 در برنامه‌های درمانی شناختی رفتاری، افراد مهارت‌هایی نوین یاد می‌گیرند که پاسخ‌هایی بهتر برای مسایل و مشکلات آنان دارد و عادات یکنواخت قبلی (درگیری، گریه، نفرین و شکایت) را با مهارت‌های موثر مورد مقایسه و مقابله قرار می‌دهند و می‌توانند جانشین خوبی برای عادات مضر

خود پیدا کنند و در نتیجه در هنگام مشکلات به جای پناه بردن به موارد بالا از روش‌های مقابله‌ای موثر استفاده کنند. بمنظور تقویت و توسعه دامنه سبک مقابله‌ای فرد، آموزش مهارت‌های درون فردی (مانند مقابله با شرایط برانگیزاننده خشونت همسر) و مهارت‌های بین فردی (مانند برقراری رابطه مؤثرتر) به افراد آموزش داده می‌شود. بیماران این مهارت‌ها را هم به منزله راهبردهای خاص (قابل استفاده در اینجا و اکنون برای کنترل خشونت خانگی از سوی همسر) و هم به منزله راهبردهای عمومی و فراگیر که در مورد طیفی گسترده از مشکلات قابل استفاده است، یاد بگیرند. بنابراین هدف درمان شناختی رفتاری، این است که مهارت‌هایی را به افراد آموزش دهد که حتی مدت‌ها پس از پایان درمان نیز برای او مفید باشند.

در این پژوهش متغیرهای جنسیت، سن و سابقه ازدواج آزمودنی‌ها، کنترل نگردید.

پیشنهادها

پیشنهادهای پژوهشی

- ۱- به دیگر پژوهشگران پیشنهاد می‌شود که در رابطه با خشونت خانگی علیه زنان در دیگر شهرها و در نمونه‌های بزرگ‌تر مطالعاتی جامع‌تر انجام دهند.
- ۲- از آن‌جا که خانواده درمانی شناختی رفتاری بر نستوهی و کیفیت زندگی زنان قربانی خشونت خانگی اثربخش و مطلوب بود، اجرای این روش مداخله آموزشی را در دیگر نمونه‌ها توصیه می‌کنم تا زمینه بهبود روابط زوجین و گسترش استراتژی‌های تازه یا به بیان دیگر، تشویق تدابیر جدید برای بهبود عملکرد خانواده را فراهم آورد.
- ۳- تصویب پژوهش‌های کاربردی جهت شناسایی پدیده خشونت خانگی علیه زنان و کودکان به وسیله ارگان‌های مهم کشور نظیر بهزیستی که در حوزه پیشگیری و درمان فعال هستند در شناسایی و کاهش این پدیده مؤثر واقع می‌شود.
- ۴- لازم است به پژوهش‌هایی با بررسی شیوع شناسی پدیده خشونت خانگی در کشور پرداخته شود.

پیشنهادهای کاربردی

- ۱- اقدام‌های لازم برای پیشگیری از مشکلات زناشویی، ارتباطی و عملکردهای گوناگون خانواده می‌تواند با هدف قرار دادن زوجین دارای مشکلات ارتباطی و استفاده از روش‌های گوناگون شناختی (تغییر باورها و نگرش) و اقدام‌های عملی نظیر آموزش‌های مهارت‌های

ارتباطی، شرایط مناسب زندگی، رضایت زناشویی و کاهش بسیاری از انحرافات و کجروی‌های اجتماعی مؤثر واقع شود.

۲- اجرای انواع مداخله‌های مؤثر مانند شناختی رفتاری که اثربخشی آن بارها و بارها ثابت شده است و همچنین، آموزش به مردان و زنان در رویارویی با خشونت همسر در سطح کلان جامعه و از سوی ارگان‌هایی نظیر رسانه ملی، بهزیستی، وزارت بهداشت و آموزش و پرورش برای پیشگیری از پدیده و آثار آن مؤثر واقع خواهد شد.

References

- Ahmadi, B. Nasser, S. Alimohamadian, M. Shams, M. Ranjbar, Z. Shariat, M. et al (2008). Views of Tehrani couples and experts on domestic violence against women in Iran: A qualitative research. 6 (2):67-81. [Persian]
- Antunes-Alves S, De Stefano J (2014). Domestic violence and mental health. *Psychology of Women Quarterly*. 38: 301
- Asghari, A. & Faghehi, S. (2003). Validation of the SF-36 health survey questionnaire in two Iranian samples. *Journal Daneshvar Raftar*.1:1-11. [Persian]
- Atkins, D.C., Doss, B.D., thum, Y.M., sevier, M, Christensen, A., (2005). Improving relationship: Mechanisms of change in couple therapy. *Journal of consoling and clinical Psychology*, 73:624-633.
- Bagarozzi, D. A. (2001). Enhancing intimacy in marriage: A clinician's guide. Routledge
- Crespo, M., & Arinero, M. (2010). Assessment of the Efficacy of a Psychological Treatment for Women Victims of Violence by their Intimate Male Partner. *The Spanish Journal of Psychology*, 13(2): 849-863.
- Dattilio, F.M. (2010). *Cognitive-Behavioral Therapy with Couples and Families. A Comprehensive Guide for Clinicians*. First Edition. NewYork: Gilford Press.
- Dutton, M. A., Bermudez, D., Matas, A., Majid, H., & Myers, N. L. (2011). Mindfulness-based stress reduction for low-income, predominantly African American women with PTSD and a history of intimate partner violence. *Cognitive and Behavioral Practice*. doi: 10.1016/j.cbpra.2011.08.003
- Etemadi O, Navvabinezhad S, Ahmadi SA, Farzad V (2006). A study on the Effectiveness of Cognitive-Behaviour Couple Therapy on Intimacy. *Psychological Studies*, 2(1): 69-87. [Persian]
- Hannson, K. Lundbland, A. (2011). Couple therapy Effective of treatment and long-term follow up. *Journal of family therapy*, 28:136-152.
- Heckman, C.J. & Clay, D.L. (2005). Hardiness, history of abuse and women's health. *Journal Health Psychol*, 10(6):767-77.

- Jafarnejad, F. Moghadam Hoseini, V. Soltanifar, A. Ebrahimzadeh, S. (2009). Study of the relationship between domestic violence intensity during pregnancy and mother-infant attachment. *Journal of Sabzevar University of Medical Sciences*, 16(1):35-42.
- Javidi, N. Soleimani, A.A. Ahmady, KH. Samadzadeh, M. (2012). The Effectiveness of training of emotion management strategies According to emotionally focused couple therapy (EFT) to increase sexual satisfaction in couples. *Journal Health Psychology*. 1(3): 5-18. [Persian].
- Johnson, D. M., Zlotnick, C., & Perez, S. (2011). Cognitive behavioral treatment of PTSD in residents of battered women's shelters: Results of a randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79(4): 542-551.
- Kobasa, S.C. maddi, S.R. & Zola, M.A. (1993). Type A and hardiness. *Journal of Behavioral Medicine*, 6: 4151.
- Krantzl G, & Garcia-Moreno C (2005). Violence against women. *Journal Epidemiol Community Health*.59:818-821.
- Maddi, S.R. (2012). *Hardiness: Turning Stressful Circumstances into Resilient Growth*. Springer Science & Business Media, New York.
- Mohammad khani, P. & Azadmehr, H. (2008). Psychopathology and Personal-Relationship Problems of Female Victims of Family Violence. *Social Welfare*, 7 (27):9-28.
- Mohseni Tabrizi, A. Kaldi, A. & Javadianzadeh, M. (2013). The Study of Domestic Violence in Marrid Women. *Journal of Medicine and Welfare Organization*, 11 (3) :11-24 [Persian].
- Montazeri, A. Goshtasebi, A. Vahdaninia, M. & Gandek, B. (2005). The short form Health Survey (SF-36): Translation and validation study of the Iranian version. *Qual Life Res.* (14): 875-82. [Persian].
- Mulubrhan, F. Mogos, Euna M. August, Abraham A. Salinas-Miranda, Dawood H. Sultan, & Hamisu M. Salihu (2013). A Systematic Review of Quality of Life Measures in Pregnant and Postpartum Mothers. *Appl Res Qual Life*, 1; 8(2): 219-250.
- Razzaghi, N. Tadayyonfar, M. & Akaberi, A. (2010). The prevalence of violence against wives and relevant factors in married women admitted to health and treatment clinics in Sabzevar. *Quarterly Journal of Sabzevar niversity of Medical Sciences*, 17(1):39-47
- Resick, P. A. Williams, L. F. Suvak, M. K. Monson, C. M. & Gradus, J. L. (2012). Long-term outcomes of cognitive behavioral treatments for posttraumatic stress disorder among female rape survivors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80(2), 201-210.
- Saadati, M. (2010). Domestic violence, mental health threat. *Social Security Studies*, 8(24):61-90.

- Shaker dolagh, A. Narimani, M. Afrooz, G.A. Hasani, F. & Baghdasarias, A. (2014). The Effectiveness Cognitive-Behavioral Couple Therapy on Improvement Function Family in Divorce Applicant Clients. *Journal of Health Breeze*. 2(1): 53-60.
- Tavoli, Z. Tavoli, A. Amirpour, R. Hosseini, R. & Montazeri, A. (2016). Quality of life in women who were exposed to domestic violence during pregnancy. *BMC Pregnancy Childbirth*. 16: 19. Published online 2016 Jan 26. doi: 10.1186/s12884-016-0810-6
- UN Declaration on Elimination of Violence against Women (1993). New York, General Assembly Resolution 48/104 of December 1993. (Resolution No. A/RES/48/104). <http://www.un.org/documents/ga/res/48/a48r104.htm>
- Wallach, H. S. & Sela, T. (2008). The importance of attributions in understanding and preventing domestic violence. *Journal of Family Violence*, 25: 655-660
- Ware, J.E. & Sherbourne, C.D. (1992). The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Med Care*. 30: 473-83.

