



# Evaluation of the Effectiveness of Positive Cognitive-Behavioral Counseling on Domestic Violence



Zeynab Ameri<sup>1</sup> MA, Mostafa Enayatrad<sup>2</sup> MA, Arghavan Feyzmanesh<sup>3</sup> MD

<sup>1</sup> School of Nursing and Midwifery, Shahrud University of Medical Sciences, Shahrud, Iran

<sup>2</sup> Clinical Research Development Unit, Bahar Hospital, Shahroud University of Medical Sciences, Shahroud, Iran

<sup>3</sup> School of Medicine, Shahrud University of Medical Sciences, Shahrud, Iran

\*Correspondence to: Zeynab Ameri, Email: zeynabameri2014@gmail.com

## ARTICLE INFO

### Article history:

Received: May 18, 2022

Accepted: August 6, 2022

Online Published: September 13, 2022

### Keywords:

Domestic violence

Battered women

Quality of life

## HIGHLIGHTS

By studying the issue of violence against women, we discovered that the statistics of violence against women are critical and what is important is that the education and awareness of women and especially the creation of special clinics regarding women's counseling is very significant. Paying attention to this issue can reduce the statistics of violence against women.

## ABSTRACT

**Introduction:** Domestic violence is an aggressive behavior, including different dimensions of physical, psychological, harmful, economic, and sexual health and is considered to be a health priority owing to its significant side effects on women. This study aims to investigate the effect of cognitive-behavioral group counseling with a positive approach on domestic violence and quality of life in order to identify and control the negative thoughts of violent women.

**Methods:** The present study is a three-blind randomized controlled trial study conducted on women in 2017 who experienced violence referring to health and treatment centers in Shahrud city, Iran. In order to collect information, the conflict resolution tactics questionnaire (to measure the experience and acts of violence) and the quality of life questionnaire were employed in the intervention and control groups. The intervention group underwent eight sessions of positive behavioral cognitive training and the control group received eight sessions of women's health training. The level of experience and the acts of violence in two groups were evaluated in the intervals before, immediately, three and six months after the intervention. To analyze the data, independent t-analysis and repeated measurement were utilized.

**Results:** The average total score of violence before counseling in the intervention group declined from 145.9 to 14.3 after the intervention ( $P=0.001$ ), and in the control group it decreased from 102.5 to 45 in the control group ( $P=0.001$ ). This difference was observed in all subscales of violence. Meanwhile, a significant increase in quality of life scores was observed after the intervention compared to the control group.

**Conclusion:** Positive behavioral cognitive training would be influential in decreasing violence, as well as improving mental health level and quality of women's life subjected to violence and it can enhance their quality of life.

**How to cite:** Ameri Z, Enayatrad M, Feyzmanesh A. Evaluation of the effectiveness of positive cognitive-behavioral counseling on domestic violence. Iran J Forensic Med. 2022;28(2):71-82.



## بررسی اثربخشی آموزش گروهی، شناختی، رفتاری مثبت‌نگر بر کیفیت زندگی زنان خشونت‌دیده: کارآزمایی بالینی سه سوکور

زینب عامری<sup>۱\*</sup> MA، مصطفی عنایت‌راد<sup>۲</sup> MA، ارغوان فیض‌منش<sup>۳</sup> MD

<sup>۱</sup> دانشکده پرستاری و مامایی، دانشگاه علوم پزشکی شاهرود، شاهرود، ایران  
<sup>۲</sup> واحد توسعه پژوهش‌های بالینی، بیمارستان بهار، دانشگاه علوم پزشکی شاهرود، شاهرود، ایران  
<sup>۳</sup> دانشکده پزشکی، دانشگاه علوم پزشکی شاهرود، شاهرود، ایران

\*نویسنده مسئول: زینب عامری، پست الکترونیک: zeynabameri2014@gmail.com

### اطلاعات مقاله

#### تاریخچه مقاله:

۱۴۰۱/۰۲/۲۸

دریافت:

۱۴۰۱/۰۵/۱۵

پذیرش:

۱۴۰۱/۰۶/۲۲

انتشار برخط:

#### واژگان کلیدی:

خشونت خانگی  
زنان خشونت‌دیده  
کیفیت زندگی

#### نکات ویژه

با مطالعه و تحقیق در مورد موضوع خشونت علیه زنان دریافتیم که آمار خشونت در مورد زنان هشداردهنده بوده و آنچه مورد توجه است، این است که آموزش و آگاهی زنان و به‌خصوص ایجاد کلینیک‌های ویژه در خصوص مشاوره زنان بسیار حائز اهمیت است که توجه به این موضوع می‌تواند آمار خشونت علیه بانوان را کاهش دهد.

### چکیده

**مقدمه:** باتوجه به شیوع بالا و پیامدهای نامطلوب خشونت خانگی، طراحی مداخلات مؤثر در راستای کاهش یا پیشگیری از آن اهمیت فراوان دارد. هدف از این مطالعه بررسی تأثیر مشاوره گروهی شناختی- رفتاری با رویکرد مثبت‌نگر بر خشونت خانگی و کیفیت زندگی به‌منظور شناسایی و کنترل افکار منفی زنان دارای خشونت است.

**روش بررسی:** مطالعه حاضر یک مطالعه کارآزمایی تصادفی کنترل شده سه سو کور است که در سال ۱۳۹۷ بر روی زنان خشونت‌دیده مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی و درمانی شهر شاهرود انجام شد. به‌منظور جمع‌آوری اطلاعات از پرسشنامه تاکتیک‌های حل تعارض (برای سنجش تجربه و اعمال خشونت) و پرسشنامه کیفیت زندگی در گروه مداخله و کنترل استفاده شد. گروه مداخله تحت ۸ جلسه آموزش شناختی رفتاری مثبت‌نگر قرار گرفتند و گروه کنترل نیز ۸ جلسه آموزش سلامت زنان را دریافت کردند. میزان تجربه و اعمال خشونت در دو گروه در فواصل قبل، بلافاصله، سه و شش ماه بعد از مداخله ارزیابی شد. برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از آنالیزهای تی مستقل و اندازه‌گیری مکرر استفاده شد.

**یافته‌ها:** میانگین نمره کل خشونت قبل از مشاوره در گروه مداخله از ۱۴۵/۹ به ۱۴۳/۳ بعد از مداخله تغییر کرد ( $P=0/001$ )، درحالی که در گروه کنترل از ۱۰۲/۵ به ۴۵ کاهش داشت ( $P=0/001$ ). این تفاوت در همه زیرمقیاس‌های خشونت‌دیده شد. همچنین افزایش قابل توجه و معنادار نمرات کیفیت زندگی پس از مداخله نسبت به گروه کنترل مشاهده شد.

**نتیجه‌گیری:** آموزش شناختی رفتاری مثبت‌نگر، در کاهش خشونت‌دیدگی و همچنین ارتقای سطح سلامت روانی و کیفیت زندگی زنان خشونت‌دیده می‌تواند مؤثر باشد و باعث افزایش کیفیت زندگی در آنها شود.

### مقدمه

خشونت خانگی یک آسیب جدی در همه کشورهاست. به‌طوری‌که سازمان جهانی بهداشت آن را به‌عنوان یک اولویت بهداشتی معرفی کرده که با وجود پیشرفت‌های فرهنگی، اقتصادی و اجتماعی همچنان در جامعه خودنمایی می‌کند [۱]. در قطعنامه

رفع خشونت علیه زنان مجمع عمومی سازمان ملل در سال ۱۹۹۳ خشونت به‌صورت هرگونه رفتار خشونت‌آمیزی که بر مبنای جنسیت انجام شود و نتیجه آن آزار جنسی یا روانی زنان باشد، تعریف شده است [۲،۳]. خشونت انجام رفتارهای آزاردهنده مثل ایجاد ترس، تهدید، زورگویی یا محدود کردن زنان از آزادی چه

در محل‌های عمومی و چه در جمع‌های خصوصی است [۴،۵]. خشونت در همه جوامع رایج و یک اپیدمی پنهان و مداوم جهانی است [۶] و می‌تواند در هر زمانی از زندگی زنان روی داده و سلامت و سعادت آنان را تحت تأثیر قرار دهد [۷]. معمولاً [۸،۹]. اگرچه ممکن است سوءرفتار قربانیان خشونت خانگی هستند هر سنی اتفاق افتد اما زنان ۱۸ تا ۲۴ ساله بیشتر در معرض خطر خشونت و سوءرفتار قرار می‌گیرند [۱۰]. یافته‌های یک مطالعه مروری نشان داده که زنان ۵-۸ برابر بیشتر از مردان توسط همسرانشان آسیب می‌بینند [۱۱،۱۲]. بانک جهانی عنوان می‌کند تجاوز و خشونت خانگی باعث ۱۹ درصد از کل بار بیماری در زنان ۱۹-۴۴ ساله در کشورهای پیشرفته و صنعتی است [۱۳-۱۵]. بسیاری از مشکلات خانوادگی و زناشویی ناشی از سوءتفاهم‌ها، پرخاشگری، خشونت، است [۱۴، ۱۶-۱۸]. این‌گونه خشونت‌ها به‌طور روزافزون و به‌عنوان یکی از مهم‌ترین معضلات بهداشت عمومی در حال افزایش است. مطالعات نشان داده که خشونت، بدرفتاری و ضرب و شتم زنان در بسیاری از کشورهای جهان به یک مشکل اجتماعی، بسیار جدی و شایع تبدیل شده است [۱۹]. در سطح دنیا مداخلاتی که برای کاهش خشونت انجام

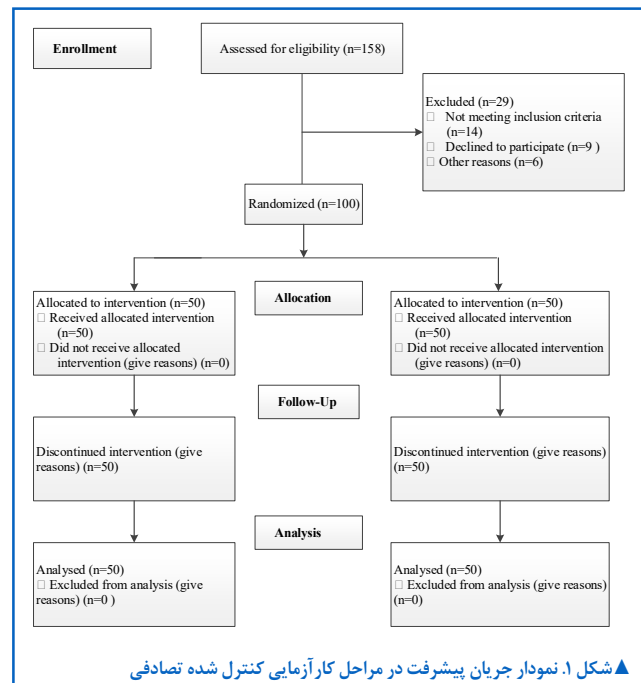
شده بیشتر بر روی همسر (فرد اعمال‌کننده خشونت)، سیستم حمایتی قربانیان و یا کارکنان بهداشتی (به‌منظور شناسایی و ارجاع آسیب‌دیده) انجام شده است. مداخلات در زمینه پیشگیری اولیه یا ثانویه از خشونت خانگی علیه زنان به دودسته کلی تقسیم می‌شوند: دسته اول، مداخلاتی که بر روی زنان و با هدف کاهش موارد خشونت خانگی علیه آنان و ارتقای وضعیت سلامت آنان انجام می‌شود. این مداخلات از طریق راهکارهایی از قبیل جلب حمایت زنان، مشاوره‌های آموزشی و روان‌درمانی روی زنان انجام می‌شود. این دسته از مداخلات به مداخلات متمرکز بر زنان معروف هستند [۲۴-۲۰]. دسته دوم که به مداخلات متمرکز بر سیستم خدمات بهداشتی درمانی معروف هستند، به‌منظور توانمندسازی کارکنان مراکز بهداشتی درمانی و سازمان‌های مرتبط با سلامت زنان در زمینه پیشگیری اولیه و یا کاهش موارد خشونت خانگی علیه زنان است. این مداخلات از طریق راهکارهایی از قبیل آموزش کارکنان در زمینه خشونت خانگی، فراهم آوردن شرایط و منابع لازم برای پیشگیری اولیه یا ثانویه از خشونت خانگی و همچنین نحوه برخورد با موارد خشونت خانگی علیه زنان، اجرا می‌شوند [۲۹-۲۵].

نخستین وظایف درمانی در درمان‌های شناختی - رفتاری، این است که به مراجعان خود کمک کنند تا به‌دقت سازگاران‌ترین و معقول‌ترین تفسیر را از یک موقعیت برداشت

▼ جدول ۱. محتوای جلسات آموزش شناختی رفتاری در گروه مداخله\*

جلسه اول	معرفه، بیان قوانین شرکت در کلاس، آموزش شناخت افکار، رفتار و تفاوت آنها، آشنایی با مثلث شناختی رفتاری و کار با روش A,B,C
جلسه دوم	توضیح در خصوص تعریف خشم، عوامل به وجود آورنده خشم و پیامدهای خشم.
جلسه سوم	آشنایی ویژگی‌های افکار خودآیند (منفی و مثبت)، چگونگی تأثیر افکار بر زندگی و آشنایی با مهارت مقابله با استرس.
جلسه چهارم	توضیح نشانه‌های جسمانی، رفتاری و هیجانی خشم، تکنیک‌های کنترل خشم، چگونگی تأثیر افکار و باورها بر رفتار.
جلسه پنجم	آشنایی با مهارت‌های ارتباطی و مفهوم ابراز وجود.
جلسه ششم	آشنایی با مهارت حل مسئله.
جلسه هفتم	آشنایی با مفهوم مثبت اندیشی و راهکارهای منطقی برای مثبت‌اندیشی.
جلسه هشتم	آشنایی با ۱۰ روش مثبت‌اندیشی و موفقیت و گام‌های عملی و کاربردی برای مثبت‌اندیشی.

\*در شروع هر جلسه مباحث قبلی مرور می‌شود و تکالیف خانگی که در جلسه قبل برای مشارکت‌کنندگان در نظر گرفته شده بود، بررسی می‌شود و پیرامون آن بحث صورت می‌گیرد. در انتهای هر جلسه نیز مباحث مطرح شده، جمع‌بندی می‌شود.



▲ شکل ۱. نمودار جریان پیشرفت در مراحل کارآزمایی کنترل شده تصادفی

استانداردها و اولویتهایشان است [۳۳-۳۶]. باتوجه به آمار بالای خشونت علیه زنان و آسیب‌پذیری این قشر از نظر روانی و اجتماعی و نظر به اینکه تاکنون مطالعه‌ای که به بررسی تأثیر مداخلات به‌صورت مشاوره شناختی رفتاری در راستای بهبود مشکلات ارتباطی، خانوادگی این گروه بپردازد صورت نگرفته، مطالعه حاضر با هدف بررسی تأثیر مشاوره گروهی شناختی- رفتاری با رویکرد مثبت‌نگر بر خشونت خانگی و کیفیت زندگی به‌منظور شناسایی و کنترل افکار منفی زنان دارای خشونت صورت گرفت.

### روش بررسی

مطالعه حاضر یک مطالعه کارآزمایی بالینی تصادفی شده از نوع موازی سه سوکور است که بر روی زنان خشونت‌دیده مراجعه‌کننده به مراکز بهداشتی، درمانی شهر شاهرود در سال ۱۳۹۷ انجام شد. معیارهای ورود شامل زنان ۱۵ تا ۴۹ سال،

کرده و رفتارهایی را پیشه کنند که با زاویه دید جدید هماهنگ باشد. در این رویکرد به مراجع کمک می‌شود تا الگوهای تفکر تخریب شده و رفتارهای ناکارآمد خود را تشخیص دهد و سپس به مدد بحث‌های منظم و تکالیف رفتاری سازمان‌یافته، افکار و رفتار خود را تغییر دهد [۳۰]. هدف از مشاوره شناختی- رفتاری، شناخت فرد و کمک به او در سازگاری بیشتر با خود و جامعه است [۳۱]. کار گروهی دارای ماهیت و مبنای روانی اجتماعی است، زیرا فرد در گروهی که همه مشکلات مشابه دارند احساس امنیت و آرامش بیشتری می‌کند و با آزادی و رغبت بیشتری به بحث و گفتگو درباره مسائل «شخصی، خانوادگی و عینی» می‌پردازد و از بحث، تبادل نظر و تجربه دیگران در یک فضای کارشناسی قابل‌اعتماد بهره می‌گیرد [۳۲]. بنا به تعریف سازمان بهداشت جهانی، کیفیت زندگی درک افراد از موقعیت خود در زندگی، از نظر فرهنگ، سیستم ارزشی که در آن زندگی می‌کنند، اهداف، انتظارات،

جدول ۲. مقایسه میانگین نمرات زیرمقیاس‌های پرسشنامه تاکتیک‌های حل تعارض، برحسب زمان‌های مختلف

P-value**	شش ماه بعد از مداخله	سه ماه بعد از مداخله	بلافاصله بعد از مداخله	قبل از مداخله	گروه	زیرمقیاس‌ها
۰/۰۰۱	۰/۶ ± ۱/۱	۰/۹ ± ۱/۹	۰/۲ ± ۰/۴	۱۷/۴ ± ۱۳/۴	مداخله	صدمه
۰/۰۲۱	۶/۸ ± ۳/۱	۵/۰ ± ۲/۳	۹/۳ ± ۴/۹	۱۱/۰ ± ۶/۶	کنترل	
۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۲۶	P-value*	
۰/۰۰۱	۰/۶ ± ۱/۳	۱/۱ ± ۲/۰	۰/۷ ± ۱/۰	۱۸/۶ ± ۱۱/۷	مداخله	اجبار جنسی
۰/۰۴۶	۹/۳ ± ۳/۷	۶/۱ ± ۳/۶	۹/۵ ± ۵/۰	۱۵/۰ ± ۱۳/۰	کنترل	
۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۵۰	P-value*	
۰/۰۰۲	۱/۱ ± ۲/۰	۱/۰ ± ۲/۱۱	۱/۰ ± ۱/۳	۵۵/۶ ± ۵۴/۲	مداخله	حمله جسمانی
۰/۰۳۱	۱۴/۲ ± ۳/۷	۱۲/۵ ± ۴/۰	۱۷/۸ ± ۹/۹	۳۴/۰ ± ۵۴/۵	کنترل	
۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۱۳۶	P-value*	
۰/۰۰۷	۰/۴ ± ۱/۰	۰/۸ ± ۱/۵۴	۰/۹ ± ۱/۳	۴۱/۳ ± ۳۱/۴	مداخله	پرخاشگری روانشناختی
۰/۰۰۵	۹/۷ ± ۳/۲	۹/۰ ± ۴/۱	۱۴/۵ ± ۶/۸	۲۹/۳ ± ۲۹/۲	کنترل	
۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۴۹	P-value*	
۰/۰۸۹	۱۱/۷ ± ۰/۸۸	۷/۷ ± ۵/۵	۹/۸ ± ۱/۹	۹/۰ ± ۱/۸	مداخله	مذاکره
۰/۰۶۱	۵/۱ ± ۲/۴	۳/۲ ± ۲/۱	۵/۴ ± ۱/۹	۸/۰ ± ۴/۴	کنترل	
۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۸۵۳	P-value*	
۰/۰۲۳	۱۴/۳ ± ۹/۳	۱۱/۵ ± ۸/۴	۱۲/۵ ± ۴/۱	۱۴۵/۹ ± ۱۰۲/۵	مداخله	نمره کل خشونت
۰/۰۰۱	۴۵/۰ ± ۸/۱	۳۵/۸ ± ۸/۷	۵۶/۶ ± ۲۱/۱	۱۰۲/۶ ± ۱۰۷/۹	کنترل	
۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۴۱	P-value*	

\* مقایسه میانگین زیرمقیاس‌ها بین گروهی با استفاده از آنالیز تی مستقل  
\*\* مقایسه میانگین زیرمقیاس‌ها درون گروهی با استفاده از آنالیز اندازه‌گیری مکرر

ویژگی‌های دموگرافیک شامل سن زن و شوهر، طول مدت ازدواج، تعداد فرزندان، تحصیلات، شغل زن و شوهر، وضعیت اقتصادی برای سنجش وضعیت اقتصادی باتوجه به اینکه تغییری که جامعه را به گروه‌های مختلف اقتصادی تقسیم کند وجود ندارد. براساس روش توصیه شده توسط بانک جهانی<sup>۲</sup> یازده دارایی منزل از شرکت کنندگان پرسیده شد و سپس با انجام آنالیز مولفه اصلی یک متغیر که نشان دهنده وضعیت اقتصادی افراد است، از جمع مولفه‌هایی که Eigenvalue بیشتر از یک داشتند و براساس وزن‌دهی مولفه‌ای که بیشترین Eigenvalue را داشت به دست آمد. سپس این متغیر به ۳ سهک، یعنی افراد با وضعیت اقتصادی پایین، متوسط و بالا تقسیم شدند. پرسشنامه تاکتیک‌های حل تعارض تجدید نظر شده، توسط اشتراوس و همکاران، در سال ۱۹۹۶ ساخته شد که همزمان تجربه و ارتکاب خشونت را به صورت دوسویه می‌سنجد. این پرسشنامه شامل ۸۲ گویه با مقیاس لیکرت ۷ قسمتی است و شامل ابعاد حمله جسمانی (۱۲ گویه) پرخاشگری روان‌شناختی (۸ گویه)، اجبار جنسی (۷ گویه)، صدمه (۸ گویه) و مذاکره (۶ گویه) است. ۵ بُعد این پرسشنامه شامل صدمه، اجبار جنسی،

سابقه تجربه خشونت خانگی حداقل در طول ۶ ماه گذشته، توانایی تکلم به زبان فارسی، ملیت ایرانی، متأهل بودن، باردار نبودن و قرار نداشتن در دوران پس از زایمان (تا ۶ ماه) بود. معیارهای خروج از مطالعه شامل غیبت در دو جلسه آموزشی و بی‌میلی برای ادامه همکاری بود. براساس شیوع خشونت خانگی در زنان که در مطالعات قبلی ۸۸/۳ درصد گزارش شده بود و با در نظر گرفتن سطح معناداری ۰/۰۵ و توان آزمون ۸۰ درصد، حجم نمونه لازم برای هر گروه ۴۵ نفر برآورد شد، همچنین با فرض ریزش ده درصدی تعداد، حجم نمونه لازم برای هر گروه ۵۰ نفر و در مجموع ۱۰۰ نفر در نظر گرفته شد. از ۱۱ مرکز بهداشتی درمانی شهر شاهرود، ۳ مرکز به‌طور تصادفی انتخاب شدند. از زنان خشونت‌دیده مراجعه‌کننده به این مراکز، ۱۰۰ نفر براساس معیارهای ورود پس از کسب رضایت آگاهانه انتخاب شدند و با روش تصادفی‌سازی بلوکی در دو گروه مداخله و کنترل قرار گرفتند. ابزار گردآوری داده‌ها شامل چک‌لیست محقق‌ساخته برای جمع‌آوری اطلاعات دموگرافیک و پرسشنامه تاکتیک‌های حل تعارض<sup>۱</sup> (CTS2) بود که به روش مصاحبه تکمیل شد.

جدول ۳. مقایسه میانگین نمرات زیرمقیاس‌های پرسشنامه تاکتیک‌های حل تعارض، برحسب زمان‌های مختلف

زیرمقیاس‌ها	گروه	قبل از مداخله	بلافاصله بعد از مداخله	سه ماه بعد از مداخله	شش ماه بعد از مداخله	P-value**
عملکرد جسمی	مداخله	۱۸/۱ ± ۹/۱	۲۲/۵ ± ۲۱/۴	۲۱/۷ ± ۲۲/۰	۲۲/۹ ± ۲۱/۶	۰/۰۰۱
	کنترل	۱۷/۸ ± ۹/۳	۲۵/۶ ± ۳/۷	۳۸/۸ ± ۱۲/۳	۲۵/۱ ± ۱۲/۱	۰/۰۲۳
	P-value*	۰/۸۷۰	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱
مشکلات جسمی	مداخله	۹/۴ ± ۱۲/۲	۸۷/۳ ± ۲۱/۷	۸۶/۳ ± ۲۲/۳	۸۶/۸ ± ۲۲/۳	۰/۰۰۱
	کنترل	۷/۳ ± ۱۱/۵	۴۹/۵ ± ۹/۶	۵۲/۶ ± ۱۳/۹	۵۱/۰ ± ۱۱/۵	۰/۰۰۱
	P-value*	۰/۳۶۸	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱
سلامت عمومی	مداخله	۵۴/۰ ± ۱۱/۷	۸۹/۰ ± ۱۹/۵	۸۶/۸ ± ۲۰/۲	۶۱/۲ ± ۷/۱	۰/۱۴۲
	کنترل	۵۱/۹ ± ۱۱/۴	۵۵/۷ ± ۶/۲	۵۷/۷ ± ۱۱/۱	۵۵/۲ ± ۴/۲	۰/۱۵۹
	P-value*	۰/۳۶۹	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱
درد جسمی	مداخله	۲۸/۴ ± ۶/۹	۸۹/۰ ± ۱۹/۲	۸۸/۱ ± ۲۰/۰	۸۶/۲ ± ۲۱/۰	۰/۰۰۱
	کنترل	۲۸/۴ ± ۶/۹	۵۵/۲ ± ۷/۶	۵۸/۵ ± ۱۲/۸	۵۵/۳ ± ۱۰/۳	۰/۰۰۱
	P-value*	۰/۹۶۶	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱
نمره کل بعد سلامت جسمی	مداخله	۱۱۰/۰ ± ۱۵/۰	۳۳۷/۷ ± ۸۲/۰	۳۳۲/۹ ± ۸۴/۶	۳۰۵/۹ ± ۶۸/۶	۰/۰۰۱
	کنترل	۱۰۵/۴ ± ۲۲/۰	۱۹۶/۱ ± ۲۴/۰	۲۰۷/۶ ± ۴۷/۲	۱۹۶/۷ ± ۳/۱	۰/۰۰۱
	P-value*	۰/۲۱۹	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱

\* مقایسه میانگین زیرمقیاس‌ها بین گروهی با استفاده از آنالیز تی مستقل  
 \*\* مقایسه میانگین زیرمقیاس‌ها درون گروهی با استفاده از آنالیز اندازه‌گیری مکرر

سخنرانی و پرسش و پاسخ صورت گرفت. محتوی جلسات در گروه مداخله در جدول ۱ آمده است. گروه کنترل نیز ۸ جلسه مشاوره سلامت زنان را دریافت کردند. این جلسات نوعی مداخله ساختگی بود که با هدف کورسازی مشارکت کنندگان در خصوص قرارگیری در گروه‌های مورد مطالعه صورت گرفت. به نحوی که مشارکت کنندگان متوجه نشوند در کدام گروه قرار دارند. پرسشنامه CTS 2 مجدداً در هر دو گروه بلافاصله پس از مداخله، سه و شش ماه بعد از مداخله تکمیل شد. اطلاعات به دست آمده به صورت میانگین  $\pm$  انحراف معیار ( $Mean \pm SD$ ) و نیز فراوانی و درصد بیان شد. برنامه آماری به کار رفته SPSS نسخه ۲۳ است. برای تجزیه و تحلیل آماری از آزمون‌های آماری تی مستقل و Repeated measure test استفاده شد. سطح معناداری ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

#### یافته‌ها

در مطالعه حاضر ۱۰۰ نفر مورد بررسی قرار گرفتند. میانگین سنی زنان در گروه مداخله  $33/6 \pm 6/0$  سال و میانگین سنی همسران در گروه مداخله  $36/2 \pm 7/0$  و در گروه کنترل  $37/4 \pm 8/6$  سال بود. میانگین سال‌های تحصیل زنان در گروه مداخله  $12/3 \pm 3/6$  و در گروه کنترل  $4/2 \pm 11/4$  سال بود. از نظر وضعیت شغلی زنان بین دو گروه اختلاف معناداری مشاهده نشد و اکثر آنها خانه دار بودند همچنین از نظر وضعیت شغلی مردان نیز بین دو گروه اختلاف معناداری مشاهده نشد و اکثر آنها شغل آزاد داشتند. یافته‌های به دست آمده با استفاده از پرسشنامه تاکتیک‌های حل تعارض (جدول ۲) نشان می‌دهد زیرمقیاس‌های این پرسشنامه قبل از انجام مداخله در گروه مداخله بیشتر از گروه کنترل است. در زیرمقیاس‌های صدمه ( $P = 0/036$ )، پرخاشگری روان‌شناختی ( $P = 0/049$ ) بین گروه مداخله

حمله جسمانی و پرخاشگری روان‌شناختی، تجربه و اعمال خشونت را می‌سنجد. اعتبار و پایایی این پرسشنامه در ایران تایید شده است [۳۷]. به منظور شناسایی زنان خشونت‌دیده برای ورود به مطالعه، گویه‌های CTS در محدوده زمانی ۶ ماه گذشته پرسیده شد. چنانچه شرکت کننده به یکی از گویه‌های مرتبط با زیرمقیاس‌های صدمه، اجبار جنسی، حمله جسمانی و پرخاشگری روان‌شناختی در بعد تجربه خشونت، پاسخ مثبت می‌داد، قربانی خشونت محسوب شده و وارد مطالعه می‌شد. برای سنجش تجربه و اعمال خشونت پس از مداخله، محدوده زمانی پاسخ به گویه‌ها از زمان آخرین ارزیابی صورت گرفته، در نظر گرفته می‌شد.

پرسشنامه کیفیت زندگی ۳۶ سؤالی<sup>۳</sup> (SF-۳۶) که مشهورترین و پر استفاده‌ترین ابزار برای سنجش کیفیت زندگی است، از ۸ خرده‌مقیاس تشکیل شده که هر خرده‌مقیاس متشکل از ۲ تا ۱۰ ماده است خرده‌مقیاس‌های این پرسشنامه عبارتند از:

عملکرد جسمی<sup>۴</sup> (PF)، مشکلات جسمی<sup>۵</sup> (RP)، مشکلات روحی<sup>۶</sup> (RE)، نشاط<sup>۷</sup> (V)، سلامت روان<sup>۸</sup> (EW)، عملکرد اجتماعی<sup>۹</sup> (SF)، درد بدنی<sup>۱۰</sup> (P) و سلامت عمومی<sup>۱۱</sup> (GH). همچنین از ادغام خرده‌مقیاس‌ها دو خرده‌مقیاس کلی دیگر به دست می‌آید که عبارتند از:

خرده‌مقیاس سلامت جسمی: جمع زیرمقیاس‌های عملکرد جسمی و مشکلات جسمی، درد بدنی و سلامت عمومی. خرده‌مقیاس سلامت روانی: جمع زیرمقیاس‌های مشکلات روحی، نشاط، سلامت روان و عملکرد اجتماعی.

مداخله در قالب ۸ جلسه آموزشی ۹۰ دقیقه‌ای، هفته‌ای یکبار، توسط محقق زیر نظر مشاور خانواده برگزار شد. از پاورپوینت و تخته وایت‌برد، سی‌دی آموزشی و برگه‌های کار تکالیف خانگی برای آموزش استفاده شد. آموزش به صورت

1. Conflict Tactic Scales 2 (CTS2)
2. Analyzing Health Equity Using Household Survey Data : A Guide to Techniques and Their Implementation
3. Short- form health assessment with 36 questions
4. Physical function
5. Role limitations due to physical health
6. Role limitations due to emotional problems
7. Vitality
8. Emotional well-being
9. Social functioning
10. Pain
11. General health

و کنترل اختلاف معنادار مشاهده شد. همچنین نمره کل خشونت در دو گروه مداخله و کنترل قبل از انجام مداخله اختلاف معنادار ( $P=0/046$ ) داشت. یافته‌ها نشان می‌دهد بلافاصله، سه ماه و شش ماه پس از مداخله در تمام زیرمقیاس‌های پرسشنامه تاکتیک‌های حل تعارض و نمره کل خشونت اختلاف معنادار وجود دارد. همچنین یافته‌ها نشان داد قبل از مداخله در زیرمقیاس حمله جسمانی ( $P=0/136$ ) و مذاکره ( $P=0/853$ ) اختلاف معناداری بین دو گروه کنترل و مداخله مشاهده نشد.

در زمان‌های مختلف مداخله اختلاف معناداری بین میانگین در دو گروه مداخله و کنترل وجود دارد و در تمامی زیرمقیاس‌ها به جز زیرمقیاس مذاکره، در گروه مداخله و کنترل نسبت به زمان قبل از مداخله میانگین نمره خشونت کاهش یافته و این کاهش نمره اختلاف معناداری نشان داده است. در زمینه زیرمقیاس مذاکره، اگرچه ۳ ماه بعد از مداخله نمره مذاکره کمتر از زمان قبل از مداخله بوده، با این حال می‌توان نتیجه گرفت مشاوره شناختی رفتاری مثبت‌نگر، وضعیت خشونت را کاهش داده و باعث شده زیرمقیاس‌های ۵ گانه

خشونت بهبود یابد.

یافته‌های به‌دست آمده با استفاده از پرسشنامه تعیین وضعیت کیفیت زندگی نشان داد نمرات بعد سلامت جسمی (جدول ۳) در گروه مداخله بیشتر از گروه کنترل است و این اختلاف از لحاظ آماری معنادار است ( $P=0/001$ ). همچنین در بعد سلامت روانی (جدول ۴) نیز نمرات گروه مداخله از کنترل بالاتر است و بین دو گروه، اختلاف معنادار است. در سنجش اثربخشی مداخله در زیرگروه‌های مختلف بُعد سلامت جسمی (جدول ۳) و بُعد سلامت روانی (جدول ۴) در زمان‌های مختلف مداخله صورت گرفته، اختلاف معناداری بین زیرمقیاس‌های کیفیت زندگی، هم از نظر بعد سلامت جسمی و هم از نظر بعد سلامت روانی، در گروه مداخله و کنترل دیده می‌شود و در هر دو بُعد سلامت جسمی و روانی پس از مداخله صورت گرفته و طی زمان‌های مختلف نمره کیفیت زندگی افزایش یافته و از نظر آماری نیز معنادار هستند. البته به جز زیرمقیاس سلامت عمومی و مشکلات روحی که تداوم نیافتن اثربخشی مداخله را در مرحله ۶ ماه بعد از مداخله نشان می‌دهد.

جدول ۴. مقایسه میانگین نمرات کیفیت زندگی (بعد سلامت روانی)، برحسب زمان‌های مختلف

زیرمقیاس‌ها	گروه	قبل از مداخله	بلافاصله بعد از مداخله	سه ماه بعد از مداخله	شش ماه بعد از مداخله	P-value**
عملکرد جسمی	مداخله	۳۶/۱ ± ۱۵/۶	۹۰/۱ ± ۱۶/۹	۸۹/۲ ± ۱۶/۸	۸۹/۶ ± ۱۶/۸	۰/۰۰۱
	کنترل	۳۱/۰ ± ۱۳/۱	۶۳/۰ ± ۸/۵	۶۵/۴ ± ۱۰/۱	۶۳/۰ ± ۱۰/۰	۰/۰۰۱
	P-value*	۰/۰۸۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	
مشکلات جسمی	مداخله	۳۴/۲ ± ۱۰/۰	۸۷/۶ ± ۲۱/۵	۸۴/۹ ± ۲۳/۷	۶۵/۳ ± ۱۴/۹	۰/۰۰۱
	کنترل	۳۱/۶ ± ۹/۱	۵۱/۱ ± ۴/۸	۵۲/۶ ± ۱۰/۶	۵۱/۴ ± ۷/۸	۰/۰۰۱
	P-value*	۰/۱۷۸	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	
سلامت عمومی	مداخله	۳/۱ ± ۹/۸۸	۷۵/۵ ± ۴۳/۴	۷۳/۶ ± ۴۴/۵	۷۱/۷ ± ۴۴/۵	۰/۰۶۲
	کنترل	۳/۱ ± ۸/۲	۶/۲۵ ± ۱۷/۷	۷/۶۴ ± ۲۵/۹	۵/۰ ± ۱۷/۰	۰/۰۷۱
	P-value*	۰/۵۵۹	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	
درد جسمی	مداخله	۴۲/۰ ± ۱۱/۷	۸۳/۵ ± ۱۹/۲	۸۲/۹ ± ۱۹/۷	۶۱/۰ ± ۱۳/۹	۰/۰۱۷
	کنترل	۲۹/۱ ± ۱۲/۹	۵۱/۴ ± ۴/۰	۵۴/۲ ± ۹/۰	۵۳/۰ ± ۶/۴	۰/۰۲۵
	P-value*	۰/۳۲۵	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	
نمره کل بعد سلامت جسمی	مداخله	۱۱۴/۹ ± ۲۸/۰	۳۳۶/۷ ± ۹۹/۰	۳۳۰/۶ ± ۱۰۰/۹	۲۸۷/۶ ± ۷۶/۲	۰/۰۰۱
	کنترل	۱۰۳/۷ ± ۲۵/۷	۱۷۱/۸ ± ۲۰/۹	۱۷۹/۸ ± ۱۳۵/۲	۱۷۲/۴ ± ۳۱/۹	۰/۰۰۱
	P-value*	۰/۰۴۰	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	۰/۰۰۱	

\* مقایسه میانگین زیرمقیاس‌ها بین گروهی با استفاده از آنالیز تی مستقل  
\*\* مقایسه میانگین زیرمقیاس‌ها درون گروهی با استفاده از آنالیز اندازه‌گیری مکرر

## بحث

سالم و موفق را در خود پرورش دهند [۳۸].

مطالعه Leung و Tiwari در چین [۳۹] در سال ۲۰۰۵ که با هدف توانمندسازی زنان باردار خشونت‌دیده در هنگ‌کنگ انجام شده بود نیز نشان داد هرچقدر آگاهی زنان بیشتر باشد، سلامت آنها تضمین بیشتری خواهد داشت و مداخله توانمندسازی به‌خصوص برای زنان باردار در کاهش خشونت خانگی مؤثر خواهد بود. در بررسی kim [۲۰] در سال ۲۰۰۱ در کره نویسنندگان به این نتیجه رسیدند که مداخله گروهی با زنان خشونت‌دیده در زمینه تشخیص مشکلات مهم، برخورد با احساسات، خودشناسی، تشخیص ویژگی‌های فرد اعمال‌کننده خشونت، استراتژی‌های مدیریت استرس، توانمندسازی زنان و خودآگاهی باعث کاهش معنادار خشونت می‌شود. نتایج مطالعه Parker و همکاران [۲۱] در تگزاس سال ۱۹۹۹ که از برنامه مداخلاتی McFarlane و مدل توسعه‌یافته Dutton برای توانمندسازی زنان استفاده شد و نیز مطالعه تقدیسی و همکاران [۴۰] ۱۳۹۰، تفرشی و همکاران [۴۱] در سال ۱۳۹۲، تقی‌زاده و همکاران [۴۲] در سال ۱۳۹۴ در ایران که از آموزش‌های مهارت‌های زندگی، مهارت حل مسئله و مشاوره شناختی رفتاری استفاده کردند، نشان داد که خشونت گزارش شده توسط زنان در گروه مداخله در مقایسه با زنان در گروه کنترل کاهش قابل توجهی داشته است. از دلایل همسویی این مطالعات با هم می‌تواند محتوای مداخله باشد که تقریباً مشابه است و تنها نقطه قوت این مطالعه استفاده مداخله پرمحتواتر از سایر مطالعات و همچنین تلفیق مثبت‌نگری با مشاوره شناختی رفتاری است. البته تفاوت‌های فرهنگی و اجتماعی موجود در میان جوامع، تفاوت در مصادیق خشونت از نظر فرد، همسر، قانون، تفاوت در ابزار جمع‌آوری اطلاعات، تفاوت در مشخصات واحدهای مورد پژوهش، میزان آگاهی زنان از حقوق خود در جوامع مختلف و وجود یا فقدان قوانین و مراکز حمایت‌کننده از زنان، جمعیت مورد پژوهش و همچنین مدت زمان مواجهه با خشونت و مدت زمان پیگیری‌ها می‌تواند از دلایل تفاوت در مطالعات فوق‌الذکر باشد.

مطالعه حاجتی و همکاران در سال ۱۳۸۶ که باهدف بررسی تأثیر آموزش برنامه ترکیبی درمان شناختی رفتاری با رویکرد مثبت‌گرایی بر کاهش و پیشگیری از خشونت نوجوانان شهر تهران انجام شده بود، نشان می‌دهد بین گروه مداخله و

این پژوهش با هدف بررسی اثربخشی آموزش شناختی رفتاری مثبت‌نگر بر کیفیت زندگی زنان خشونت‌دیده در شهر شاهرود انجام شد. براساس یافته‌ها، آموزش شناختی رفتاری مثبت‌نگر، باعث افزایش معنادار کیفیت زندگی شد. آموزش زنان در زمینه علل وقوع خشونت، جایگزین کردن رفتارهای مناسب در زمان مواجهه با موقعیت‌های خشن و انتخاب رفتارهای صحیح در مواجهه با فرد اعمال‌کننده خشونت، می‌تواند منجر به توانمندسازی زنان و کاهش خشونت علیه آنها شود [۳۱]. از طرف دیگر رویکرد شناختی رفتاری به عنوان امیدبخش‌ترین مداخلات روان‌درمانی، برای مقابله با معضل همسرآزاری معرفی شده است [۵۱]. در زمینه تأثیر آموزش گروهی، شناختی، رفتاری مثبت‌نگر بر افزایش کیفیت زندگی هافمن و همکاران [۱۸]، اسکات و همکاران [۱۹]، شکوهی یکتا و همکاران [۳] و مک‌منوس و همکاران [۴] به این نتیجه رسیدند که آموزش گروهی باعث افزایش معنادار کیفیت زندگی می‌شود. بررسی‌های صورت گرفته در دانمارک (۲۰۱۴)، استرالیا (۲۰۱۰) و آمریکا (۲۰۱۱) نشان داد که اثربخشی مداخله برای زن خشونت‌دیده، اختلاف معناداری در کاهش متغیرهای وابسته از جمله استرس، افسردگی، علائم PTSD در قبل و بعد درمان ایجاد می‌کند. این نتایج با مطالعه حاضر همخوانی دارد و شاید یکی از دلایل همخوانی، استفاده هر دو مطالعه از رویکرد شناختی رفتاری، محتوای جلسات مشاوره تقریباً مشابه و همین‌طور تعداد جلسات برگزار شده و اهمیت به حضور شرکت‌کنندگان در جلسات است. در تبیین تأثیر مداخله حاضر بر افزایش کیفیت زندگی و همسویی نتایج پژوهش حاضر با پژوهش‌های قبلی می‌توان گفت آموزش مهارت‌های زندگی کمک به‌سزایی به تسهیل سازگاری و پیشگیری از اثرات سوء می‌کند. همچنین افراد شناخت بیشتری درباره خود و محیط اطراف کسب می‌کنند، نقاط قوت و ضعف خود را می‌شناسند، از امکانات و محدودیت‌های خود آگاهی می‌یابند و واقعیت‌ها را بهتر می‌پذیرند. علاوه بر آن، در این روش عرضه آموزش‌های مورد نیاز و اساسی، مجموعه مهارت‌های لازم برای کامیابی در زندگی به فرد آموزش داده می‌شود و به آنان کمک می‌شود تا توانایی‌ها، اطلاعات، گرایش‌ها و مهارت‌های لازم برای زندگی



بهبود نمره کیفیت زندگی کمک می‌کند. دلیل همسویی این پژوهش‌ها استفاده از مداخلاتی چون آموزش مهارت زندگی، مهارت مقابله با استرس و مهارت حل مسئله به شیوه شناختی رفتاری است.

باتوجه به اینکه زوجین جوان از اقشار آسیب‌پذیر هستند، ضروری است زوجین مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره قبل از ازدواج از نظر مشکلات ارتباطی غربالگری شوند و پیشنهاد شرکت در دوره‌های مشاوره زوجی به آنها داده شود. با برنامه‌ریزی می‌توان اقدامات لازم به‌منظور غربالگری و ارائه دوره‌های مشاوره روابط در مراکز خدمات بهداشتی درمانی را که محل عمده مراجعه آنان است، با هدف افزایش کیفیت این زوجین عملی کرد.

این اولین مطالعه در ایران است که روی زنان خوشونت با رویکرد مشاوره شناختی رفتاری مثبت‌نگر انجام شده است. در این پژوهش علاوه بر تعیین میزان رخداد خوشونت خانگی در ابعاد مختلف در فرد خوشونت‌دیده، کیفیت زندگی نیز بررسی شد و همچنین تطبیق روی سایر متغیرهای مستقل نیز مانند سن، تحصیلات، تعداد سال‌های ازدواج، تعداد فرزند و وضعیت اقتصادی، با زیرمقیاس‌های خوشونت خانگی انجام شد.

در مطالعه حاضر جمعیت هدف از مراکز شهری بودند، حال آنکه روستاها ممکن است تعاملات متفاوتی داشته باشند. همچنین جمعیت هدف از مراکز ارائه خدمات سلامت انتخاب شدند، حال آنکه از مدارس، دانشگاه‌ها و اماکن مذهبی نیز می‌توان برای گردآوری نمونه‌های پژوهش استفاده کرد. به برخی از واحدها در درون بخش بهداشت (بیمارستان‌ها، اورژانس) و بسیاری از واحدها از بیرون بخش بهداشت (بهبودی، اورژانس اجتماعی، دادگاه‌های خانواده، شورای حل اختلاف پلیس) را به مشارکت نگرفتیم و این کار را به مرحله بعدی پژوهش محول کردیم. مداخله فقط تا ۶ ماه مورد ارزشیابی قرار گرفت. اگر بعد از یک سال نیز مورد بررسی قرار می‌گرفت تاثیر مداخله را بعد از یک سال می‌سنجیدیم.

### نتیجه‌گیری

مطالعه حاضر نشان می‌دهد که مشاوره شناختی رفتاری مثبت‌نگر علاوه بر بهبود نمره خوشونت خانگی، بر کیفیت زندگی در ابعاد مختلف در زنان خوشونت‌دیده نیز موثر است.

کنترل پسران در موقعیت پس‌آزمون در مقایسه با پیش‌آزمون و همچنین بین گروه مداخله و کنترل دختران در موقعیت پس‌آزمون در مقایسه با پیش‌آزمون تفاوت معناداری وجود دارد که این نشان‌دهنده تأثیر متغیر مستقل (آموزش مهارت‌های شناختی رفتاری) بر افزایش میزان کنترل خشم نوجوانان است. در پژوهش حاضر ارزیابی قبل و بعد از آموزش در گروه مداخله خوشونت روانی از ۴۱,۳ به ۰,۹ و خوشونت جنسی از ۱۸,۶ به ۰,۷ رسیده است. در مطالعه حاضر به گروه مداخله مهارت‌هایی چون مهارت‌های مقابله با استرس، ابراز وجود، حل مسئله، مقابله با فشار عصبی، مهارت تصمیم‌گیری و مدیریت هیجان آموزش داده شد و همین امر به‌نوعی توانسته افراد شرکت‌کننده در گروه مداخله را در برابر خوشونت، محافظت کند [۴۳].

یافته‌های حاصل نشان می‌دهد اکثریت واحدهای مورد پژوهش دارای کیفیت زندگی پایین بودند. نتایج نشان داد که نمره کیفیت زندگی در گروه مداخله دارای خوشونت خانگی نیز در طول زمان اختلاف معنادار آماری داشته و افزایش یافته است. طبق جستجوهای انجام شده مطالعات اندکی در مورد بررسی کیفیت زندگی در قربانیان زن خوشونت خانگی انجام شده است، مطالعات Hegarty و همکاران [۴۴] نشان می‌دهد که مشاوره شناختی رفتاری باعث افزایش کیفیت زندگی در زنان و آگاهی آنان می‌شود و همچنین Tiwari و همکاران [۳۹] نیز به این نتیجه رسیدند که هر چه سطح آگاهی زنان بیشتر باشد، باعث آمادگی هوشیارانه برای تغییرات داخلی، افزایش ایمنی، سلامتی و بهبود کیفیت زندگی می‌شود که این نتایج هم‌راستا با یافته‌های پژوهش حاضر است.

در ایران، ذبیحی ولی‌آباد و همکاران [۴۵] در سال ۱۳۹۵ پژوهشی با هدف بررسی اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر نستوهی و کیفیت زنان قربانی خوشونت انجام دادند و به این نتیجه رسیدند که مشاوره شناختی رفتاری بر کیفیت زنان در گیر خوشونت تاثیر داشته است که با یافته‌های پژوهش حاضر همخوانی دارد. همچنین مطالعه کارگر و همکاران [۴۶] که سال ۱۳۹۵ انجام شده بود، نشان داد بین شرکت‌کنندگان دو گروه مداخله و کنترل در نمره‌های پس‌آزمون کیفیت زندگی تفاوت معناداری وجود دارد ( $P=0,001$ ) و افزایش یافته است. بنابراین آموزش مهارت‌های ارتباطی زناشویی در

- 6708.23.1.83.
5. Walker GN, Dekker AM, Hampton DA, Akhetuamhen A, Moore PQ. A case for risk stratification in survivors of firearm and interpersonal violence in the urban environment. *West J Emerg Med.* 2020;21(6):132. doi: [10.5811/westjem.2020.8.45041](https://doi.org/10.5811/westjem.2020.8.45041).
  6. Roelens K, Verstraelen H, Van Egmond K, Temmerman M. Disclosure and health-seeking behaviour following intimate partner violence before and during pregnancy in Flanders, Belgium: a survey surveillance study. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol X.* 2008;137(1):37-42. doi: [10.1016/j.ejogrb.2007.04.013](https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2007.04.013).
  7. Ellsberg M, Arango DJ, Morton M, Gennari F, Kiplesund S, Contreras M, et al. Prevention of violence against women and girls: what does the evidence say? *Lancet.* 2015;385(9977):1555-66. doi: [10.1016/S0140-6736\(14\)61703-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61703-7).
  8. Garcia-Moreno C, Jansen HA, Ellsberg M, Heise L, Watts CH, Health WHOM-cSoWs, et al. Prevalence of intimate partner violence: findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence. *Lancet.* 2006;368(9543):1260-9. doi: [10.1016/S0140-6736\(06\)9523-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(06)9523-8).
  9. Devries KM, Mak JY, Garcia-Moreno C, Petzold M, Child JC, Falder G, et al. The global prevalence of intimate partner violence against women. *Science.* 2013;340(6140):1527-8. doi: [10.1126/science.1240937](https://doi.org/10.1126/science.1240937).
  10. Guy J, Feinstein L, Griffiths A. Early intervention in domestic violence and abuse. 2014.
  11. Nelson HD, Nygren P, McInerney Y, Klein J. Screening women and elderly adults for family and intimate partner violence: a review of the evidence for the US Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med.* 2004;140(5):387-96. doi: [10.7326/0003-4819-140-5-200403020-00015](https://doi.org/10.7326/0003-4819-140-5-200403020-00015).
  12. Frieze IH, Newhill CE, Fusco R. Dynamics of family and intimate partner violence: Springer; 2020. doi: [10.1007/978-3-030-42608-8](https://doi.org/10.1007/978-3-030-42608-8).
  13. Videbeck S. Psychiatric-mental health nursing: Lippincott Williams & Wilkins; 2013.
  14. Clark DW. Domestic violence screening, policies, and procedures in Indian health service facilities. *J Am Board Fam Pract.* 2001;14(4):252-8.
  15. Abramsky T, Watts CH, Garcia-Moreno C, Devries K, Kiss L, Ellsberg M, et al. What factors are associated with recent intimate partner violence? Findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence. *BMC Public Health.* 2011;11(1):109. doi: [10.1186/1471-2458-11-109](https://doi.org/10.1186/1471-2458-11-109).

نکته حائز اهمیت در این پژوهش در مقایسه با پژوهش‌های پیشین، رویکرد مداخله‌ای متفاوت به کار برده شده و برنامه آموزشی ارائه شده است. شایان ذکر است که تاکنون پژوهشی با رویکرد شناختی رفتاری مثبت‌نگر برای زنان قربانی خشونت انجام نشده است. با توجه به جدید بودن شیوه به کار گرفته شده در این پژوهش و اثربخشی محتوای آن پیشنهاد می‌شود برای مشاوره‌های قبل از دواج برای زوجین مورد استفاده قرار گیرد. این رویکرد به عنوان مداخله‌ای آسان و مقرون به صرفه می‌تواند توسط مشاوران مامایی در مراکز مشاوره خانواده و مراکز خدمات بهداشتی درمانی با هدف بهبود و تقویت کیفیت زندگی زناشویی زوجین نیز ارائه شود.

**تقدیر و تشکر:** این مقاله حاصل پایان‌نامه کارشناسی ارشد مشاوره مامایی در دانشکده پرستاری و مامایی دانشگاه علوم پزشکی شاهرود است. نویسندگان لازم می‌دانند از همکاری کارکنان معاونت بهداشتی و تمامی زنان شرکت‌کننده در این پژوهش تشکر کنند. همچنین از حمایت معاونت پژوهشی دانشگاه شاهرود در اجرای این طرح پژوهشی (شماره ۹۶۰۰۲۲) قدردانی می‌شود.

**تأییدیه اخلاقی:** مطالعه حاضر دارای کد اخلاق IR.SHMU.REC.1396.77 از کمیته اخلاق دانشگاه علوم پزشکی شاهرود و کد کارآزمایی بالینی IRCT20170816035739N2 از مرکز ثبت کارآزمایی بالینی ایران است. **تضاد منافع:** نویسندگان این مقاله هیچ‌گونه تضاد منافی را اعلام نداشتند. **سهیم نویسندگان:** زینب عامری: نویسنده اول، جمع‌آوری داده‌ها و نگارش قسمت مقدمه و بحث (۵۰ درصد)؛ مصطفی عنایت‌راد: نویسنده دوم، آنالیز داده‌ها و نگارش قسمت نتایج و روش بررسی (۳۰ درصد)؛ ارغوان فیض‌منش: نویسنده سوم، نگارش مقاله و طراحی جداول (۲۰ درصد). **حمایت مالی:** مطالعه حاضر مورد حمایت مالی قرار نگرفته است.

## References

1. World Health Organization. Responding to intimate partner violence and sexual violence against women: WHO clinical and policy guidelines: World Health Organization; 2013.
2. Assembly UG. Declaration on the Elimination of Violence against Women. UN General Assembly. 1993.
3. Abramsky T, Watts CH, Garcia-Moreno C, Devries K, Kiss L, Ellsberg M, et al. What factors are associated with recent intimate partner violence? Findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence. *BMC Public Health.* 2011;11(1):1-17. doi: [10.1186/1471-2458-11-109](https://doi.org/10.1186/1471-2458-11-109).
4. Banyard VL. Measurement and correlates of prosocial bystander behavior: The case of interpersonal violence. *Violence Vict.* 2008;23(1):83-97. doi: [10.1891/0886-1186-1471-2458-11-109](https://doi.org/10.1891/0886-1186-1471-2458-11-109).

- domestic violence in primary care practices. *BMC Fam Pract.* 2006;7(1):63. doi: [10.1186/1471-2296-7-63](https://doi.org/10.1186/1471-2296-7-63).
27. Berger RP, Bogen D, Dulani T, Broussard E. Implementation of a program to teach pediatric residents and faculty about domestic violence. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2002;156(8):804-10. doi: [10.1001/archpedi.156.8.804](https://doi.org/10.1001/archpedi.156.8.804).
  28. O'Campo P, Kirst M, Tsamis C, Chambers C, Ahmad F. Implementing successful intimate partner violence screening programs in health care settings: evidence generated from a realist-informed systematic review. *Soc Sci Med.* 2011;72(6):855-66. doi: [10.1016/j.socscimed.2010.12.019](https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2010.12.019).
  29. Feigelman S, Dubowitz H, Lane W, Grube L, Kim J. Training pediatric residents in a primary care clinic to help address psychosocial problems and prevent child maltreatment. *Acad Pediatr.* 2011;11(6):474-80. doi: [10.1016/j.acap.2011.07.005](https://doi.org/10.1016/j.acap.2011.07.005).
  30. Scott MJ, Stradling SG, Dryden W. *Developing cognitive-behavioural counselling*: Sage; 1995.
  31. Baer RA. *Mindfulness-based treatment approaches: Clinician's guide to evidence base and applications*: Elsevier; 2015.
  32. Soltani Ramezan Zadeh M, Rasoulia M, Mohammadsadeghi H, Ahmadzad-asl M, Nohesara S, Soraya S, et al. The effect of communication skills training and conflict resolution tactics on marital satisfaction of married women in Kermanshah. *Journal of Iranian Medical Council.* 2020;3(2):79-88. [Persian]
  33. WHOQOLW. WHOQOL-Brief introduction, administration, scoring and generic version of the assessment. World Health Organization, December 1996.
  34. Group W. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med.* 1995;41(10):1403-9. doi: [10.1016/0277-9536\(95\)00112-K](https://doi.org/10.1016/0277-9536(95)00112-K).
  35. Hawker GA, Mian S, Kendzerska T, French M. Measures of adult pain: Visual analog scale for pain (vas pain), numeric rating scale for pain (nrs pain), mcgill pain questionnaire (mpq), short-form mcgill pain questionnaire (sf-mpq), chronic pain grade scale (cpgs), short form-36 bodily pain scale (sf-36 bps), and measure of intermittent and constant osteoarthritis pain (icoap). *Arthritis Care Res.* 2011;63(S11):S240-S52. doi: [10.1002/acr.20543](https://doi.org/10.1002/acr.20543).
  36. Kim S. World Health Organization quality of life (WHOQOL) assessment. *Encyclopedia of quality of life and well-being research.* 2020:1-2. doi: [10.1007/978-3-319-69909-7\\_3282-2](https://doi.org/10.1007/978-3-319-69909-7_3282-2).
  37. Behbodi Moghadam M. Domestic violence in infertile women, analysis of factors affecting it and providing [2458-11-109](https://doi.org/10.1007/978-3-319-69909-7_3282-2).
  16. García-Moreno C, Jansen HA, Ellsberg M, Heise L, Watts C. WHO multi-country study on women's health and domestic violence against women: initial results on prevalence, health outcomes and women's responses: World Health Organization; 2005.
  17. Adjognon OL, Brady JE, Gerber MR, Dichter ME, Grillo AR, Hamilton AB, et al. Getting routine intimate partner violence screening right: implementation strategies used in Veterans Health Administration (VHA) primary care. *J Am Board Fam Med.* 2021;34(2):346-56. doi: [10.3122/jabfm.2021.02.200311](https://doi.org/10.3122/jabfm.2021.02.200311).
  18. Pallitto CC, García-Moreno C, Jansen HA, Heise L, Ellsberg M, Watts C. Intimate partner violence, abortion, and unintended pregnancy: results from the WHO Multi-country Study on Women's Health and Domestic Violence. *Int J Gynecol Obstet.* 2013;120(1):3-9. doi: [10.1016/j.ijgo.2012.07.003](https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2012.07.003).
  19. Fantuzzo JW, Fusco RA. Children's direct exposure to types of domestic violence crime: A population-based investigation. *J Fam Violence.* 2007;22(7):543-52. doi: [10.1007/s10896-007-9105-z](https://doi.org/10.1007/s10896-007-9105-z).
  20. Kim S, Kim J. The effects of group intervention for battered women in Korea. *Arch Psychiatr Nurs.* 2001;15(6):257-64. doi: [10.1053/apnu.2001.28682](https://doi.org/10.1053/apnu.2001.28682).
  21. Parker B, McFarlane J, Soeken K, Silva C, Reel S. Testing an intervention to prevent further abuse to pregnant women. *Res Nurs Health.* 1999;22(1):59-66. doi: [10.1002/\(SICI\)1098-240X\(199902\)22:1<59::AID-NUR7>3.0.CO;2-B](https://doi.org/10.1002/(SICI)1098-240X(199902)22:1<59::AID-NUR7>3.0.CO;2-B).
  22. McFarlane J, Parker B, Soeken K, Silva C, Reel S. Testing an intervention to prevent further abuse to pregnant women. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs.* 1998;27(1):64-9. doi: [10.1111/j.1552-6909.1998.tb02592.x](https://doi.org/10.1111/j.1552-6909.1998.tb02592.x).
  23. Santos A, Matos M, Machado A. Effectiveness of a group intervention program for female victims of intimate partner violence. *Small Group Research.* 2017;48(1):34-61. doi: [10.1177/1046496416675226](https://doi.org/10.1177/1046496416675226).
  24. Hatcher AM, Romito P, Odero M, Bukusi EA, Onono M, Turan JM. Social context and drivers of intimate partner violence in rural Kenya: implications for the health of pregnant women. *Cult Health Sex.* 2013;15(4):404-19. doi: [10.1080/13691058.2012.760205](https://doi.org/10.1080/13691058.2012.760205).
  25. Ramsden C, Bonner M. A realistic view of domestic violence screening in an emergency department. *Accident and Emergency Nursing.* 2002;10(1):31-9. doi: [10.1054/aaen.2001.0312](https://doi.org/10.1054/aaen.2001.0312).
  26. Bonds DE, Ellis SD, Weeks E, Palla SL, Lichstein P. A practice-centered intervention to increase screening for

- women with and without violence in Tehran. Iran J Forensic Med. 2015;21(2):91-8. [Persian]
43. Hajati F, Akbarzadeh N, Khosravi Z. The effect of combined cognitive-behavioral therapy training program with positive approach on prevention of violence in teenagers in Tehran. Journal of Psychological Studies. 2008;4(3):35-56. [Persian]
44. Hegarty K, O'Doherty L, Taft A, Chondros P, Brown S, Valpied J, et al. Screening and counselling in the primary care setting for women who have experienced intimate partner violence (WEAVE): a cluster randomised controlled trial. Lancet. 2013;382(9888):249-58. doi: [10.1016/S0140-6736\(13\)60052-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)60052-5).
45. Zabihi Valiabad FA, Khakpour M, Mehr Afrid M, Kazemi G. The effectiveness of cognitive-behavioral therapy on the distress and quality of life of women victims of domestic violence. Women Soc. 2017;30:15-34. [Persian]
46. Kargar M, GHased F, Kimiyai A. The Effectiveness of Teaching Communication Skills on Quality of Life Marital satisfaction of conflicting couples. Cultural-Educational Quarterly Women and Family. 2016;11(36):123-41. [Persian]
- appropriate prevention strategies. [Masters Thesis] Tehran: Tehran University, 2010. [Persian]
38. Chenarani H, Khammari M, Shirkavand N, Ashoori J. Survey on the Effects of Group Training of Life Skills on Nursesâ General Health and Quality of life. Community Health Journal. 2016;10(3):19-27.
39. Tiwari A, Leung W-C, Leung T, Humphreys J, Parker B, Ho P. A randomised controlled trial of empowerment training for Chinese abused pregnant women in Hong Kong. BJOG. 2005;112(9):1249-56. doi: [10.1111/j.1471-0528.2005.00709.x](https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2005.00709.x)
40. Latifi M, Taghdisi MH, Afkari ME, K. A. Effect of Life Skills Training on Self-Esteem and Decreasing Violence against Women. J Health Syst Res. 2013;8(6):1040-9.
41. Tafreshi M, Amiri Majd M, Jafari A. The effectiveness of anger management skills training on reduction family violence and recovery marital satisfaction. J Fam Res. 2013;9(3):299-310. [Persian]
42. Taghizadeh Z, Purbakhtyar M, Daneshparvar H, Ghasemzadeh S, Mehran A. Comparison the frequency of domestic violence and problem-solving skill among pregnant