



The Efficacy of Mindfulness on Self-Efficacy and Maladaptive Schemas in Women with a History of Domestic Violence

Mahsa Salajegheh^{1*}, Fatemeh Shibani Tadarjzi²

1. Master of Clinical Psychology, Islamic Azad University, Sirjan Branch, Sirjan, Kerman, Iran.

E-mail: mahsa.salajegheh77@gmail.com

2. Assistant Professor, Department of Psychology, Islamic Azad University, Sirjan Branch, Sirjan, Kerman, Iran.

E-mail: Fatemeh.salajegheh77@gmail.com

ARTICLE INFO

Article type:

Research Article

Article history:

Received: 27 April 2025

Received in revised form:
15 June 2025

Accepted: 23 July 2025

Published online: 21 April
2026

Keywords:

Self-efficacy,
domestic violence,
schema therapy.

ABSTRACT

Background: Domestic violence has profound psychological effects on women, leading to decreased self-efficacy and reinforced maladaptive schemas. Although mindfulness is recognized as an effective intervention for improving mental health, limited research has examined its impact on self-efficacy and maladaptive schemas in women affected by domestic violence. This study aims to fill this research gap by exploring the relationship between mindfulness, self-efficacy, and maladaptive schemas in this specific group.

Aims: The present study aimed to examine the effectiveness of mindfulness on self-efficacy and maladaptive schemas in women with a history of domestic violence in Kerman.

Methods: This quasi-experimental study employed a pretest-posttest design with a control group. The statistical population consisted of 71 women with a history of domestic violence who visited 35 counseling centers in Kerman in 2024. Using convenience sampling, 30 participants were selected and assigned to experimental and control groups. Data were collected using the Young Schema Questionnaire (YSQ, 1999) and the Self-Efficacy Scale (Sherer & Maddux, 1982) and analyzed in SPSS-25 using multivariate analysis of variance (MANCOVA).

Results: The results indicated that mindfulness intervention significantly increased self-efficacy and reduced maladaptive schemas in women with a history of domestic violence ($P < 0.05$). Improved self-efficacy was associated with enhanced feelings of control and personal empowerment, while the reduction in maladaptive schemas (e.g., emotional deprivation, abandonment, and mistrust) reflected the positive impact of mindfulness on cognitive restructuring and emotional regulation.

Conclusion: Given the effectiveness of mindfulness in enhancing self-efficacy and mitigating maladaptive schemas, it is recommended that this intervention be incorporated into support and treatment programs for domestic violence survivors in counseling centers, shelters, and related organizations. Mindfulness training can help these women strengthen their psychological resilience and take effective steps toward mental health recovery and rebuilding their lives.

Citation: Salajegheh, M., ShibaniTadarjzi, F. (2026). The Efficacy of Mindfulness on Self-Efficacy and Maladaptive Schemas in Women with a History of Domestic Violence *Journal of Psychological Science*, 25(158), 1-18. [10.61186/jps.25.158.18](https://doi.org/10.61186/jps.25.158.18)

Journal of Psychological Science, Vol. 25, No. 158, 2026

© The Author(s). DOI: [10.61186/jps.25.158.18](https://doi.org/10.61186/jps.25.158.18)



✉ **Corresponding Author:** Mahsa Salajegheh; MSc, Department of Clinical Psychology, Sirjan Branch, Islamic Azad University, Sirjan, Iran.
E-mail: mahsa.salajegheh77@gmail.com Tel: (+98) 9138525957

Extended Abstract

Introduction

Domestic violence is a pervasive global issue with devastating psychological consequences, particularly for women who experience its chronic and traumatic effects (Bishop et al., 2022). Research consistently demonstrates that survivors of domestic violence often suffer from diminished self-efficacy—the belief in one’s ability to cope with challenges—and entrenched maladaptive schemas, which are dysfunctional cognitive patterns formed through adverse life experiences (Bandura, 1997; Young et al., 2003). These schemas, such as emotional deprivation, abandonment, and mistrust, perpetuate emotional distress and hinder recovery. Despite the well-documented efficacy of mindfulness-based interventions (MBIs) in enhancing mental health—through mechanisms like emotional regulation, attentional control, and cognitive flexibility (Kabat-Zinn, 2003)—their specific impact on self-efficacy and maladaptive schemas in domestic violence survivors remains underexplored (Bar et al., 2023). Existing literature highlights the role of mindfulness in reducing rumination and negative affect (Pilkington et al., 2023), yet few studies target the unique needs of women recovering from domestic violence, who often grapple with shattered self-beliefs and deep-seated schemas of vulnerability. This gap is critical, as improving self-efficacy and restructuring maladaptive schemas could empower survivors to break cycles of abuse and rebuild agency. The present study addresses this gap by investigating whether mindfulness training can enhance self-efficacy and reduce maladaptive schemas in Iranian women with histories of domestic violence, a population facing compounded socio-cultural barriers to seeking help. Theoretical frameworks from schema therapy (Young, 1999) and social cognitive theory (Bandura, 1986) underpin this study. Schema therapy posits that maladaptive schemas, often rooted in early trauma, can be modified through therapeutic techniques that foster cognitive and emotional awareness—a process aligned with mindfulness practices (May et al., 2023). Meanwhile, Bandura’s

theory suggests that mindfulness may bolster self-efficacy by cultivating present-moment focus and reducing avoidance behaviors, thereby enabling survivors to confront challenges more effectively. By employing a quasi-experimental design, this study evaluates the hypothesis that mindfulness training will significantly improve self-efficacy and reduce maladaptive schemas compared to a control group. Findings could inform trauma-informed interventions, offering a scalable, non-stigmatizing approach to support survivors in low-resource settings like Iran, where cultural stigma often limits access to traditional psychotherapy. This research not only advances theoretical understanding of mindfulness mechanisms but also provides practical strategies to mitigate the long-term psychological scars of domestic violence.

Method

The present study employed a quasi-experimental design with pretest-posttest and a control group. The statistical population consisted of all women with a history of domestic violence who visited 35 counseling centers in Kerman city in 2023, totaling 71 individuals. From this population, 30 participants were selected through convenience sampling and assigned to experimental and control groups.

Several key inclusion criteria were carefully examined. To verify marital status and a minimum of three years of cohabitation, participants were asked to self-report their marriage history. A history of domestic violence was assessed through structured clinical interviews. Informed consent for participation was obtained by having participants sign a researcher-made consent form after a full explanation of the study’s objectives and procedures. Commitment to regular attendance in training sessions was ensured by obtaining written pledges from participants and providing a detailed schedule of sessions.

Exclusion criteria included missing more than two training sessions (tracked via attendance records), failure to complete research questionnaires (based on a questionnaire completion checklist), and the emergence of acute psychiatric conditions (diagnosed through periodic clinical evaluations and, if

necessary, consultation with a psychiatrist). All these criteria were meticulously implemented step-by-step by the research team under the supervision of a clinical psychologist to maintain consistency in participant selection.

Results

The participants in this study consisted of 30 married women with a history of domestic violence who sought counseling services in Kerman city. The average age of participants was 34.5 years (range: 25-45 years). Regarding educational attainment, 40% held a high school diploma, 30% had an associate degree, 20% possessed a bachelor's degree, and 10% had education below high school level. In terms of employment status, 70% were homemakers, 20% worked in private sector jobs, and 10% were self-employed. Participants reported an average marital duration of 8.2 years (range: 3-15 years) and had an average of 1.8 children (range: 0-4 children). Concerning economic status, 50% reported a monthly income below 10 million Tomans, 40% between 10-15 million Tomans, and 10% above 15 million Tomans. All participants resided in urban areas of Kerman. Based on initial interviews, all participants reported experiencing various forms of domestic violence (emotional, verbal, or physical) for at least one year. The sample demonstrated relatively homogeneous demographic characteristics, with most participants being homemakers (70%) with modest incomes (90% earning ≤ 15 million Tomans monthly). The educational distribution showed adequate representation across different levels, though the majority (70%) had completed at least high school education. The marital duration and number of children suggested established family structures among participants. The universal report of at least one year's exposure to domestic violence confirms the

relevance of the sample to the study's focus on domestic violence survivors.

For data description, the mean was used as the central tendency measure and standard deviation as the dispersion index. The means and standard deviations of research variables are presented separately for each group. All variables demonstrated appropriate means and standard deviations.

Prior to conducting the main analyses, the overall data quality was examined. First, univariate outliers were checked using box plots, which revealed no outliers in any variables. The Kolmogorov-Smirnov test was used to assess data normality, confirming that all variables in both groups during pre-test and post-test phases followed normal distributions, thus satisfying the normality assumption.

Another assumption of covariance analysis, the homogeneity of regression slopes between pre-test and post-test scores, was also confirmed. The M-box test was employed to examine the equality of variance-covariance matrices, with results supporting this assumption ($M\text{-box} = 1.306$, $F = 3.402$, $p = 0.02$). Additionally, Levene's test was used to verify error variance equality, confirming that both error variance and variance-covariance assumptions were met across variables.

Consequently, the results of multivariate analysis of covariance (MANCOVA) revealed statistically significant differences between the two groups' scores ($\text{Wilks' Lambda} = 0.738$, $F = 4.429$, $p = 0.023$). These findings indicate that after controlling for covariates, the intervention had a significant effect on the dependent variables. All statistical assumptions were properly checked and met before conducting the final analysis, ensuring the validity of the obtained results. The comprehensive examination of assumptions demonstrates the methodological rigor employed in this study's data analysis process.

Table 1. Results of multivariate analysis of covariance test for self-efficacy variables and maladaptive schemas

V	Trace	Value	F	Sig
self-efficacy	Pillai	0.364	4.429	0.000
	Wilks Lambda	0.738	4.429	0.000
	Hotelling	0.354	4.429	0.000
	Largest Roy	0.237	4.429	0.000
maladaptive schemas	Pillai	0.236	4.429	0.000
	Wilks Lambda	0.538	4.429	0.000
	Hotelling	0.564	4.429	0.000
	Largest Roy	0.256	4.429	0.000

The results indicate that there is a significant difference between the experimental and control groups in the components of both variables. In order

to determine this difference, the results of the multivariate analysis of covariance are presented below.

Table 2. Results of the multivariate covariance test for group comparison of components

V	Source	SS	Df	MS	F	Sig	Eta
self-efficacy	Pre test	1507.10	1	1507.10	6.10	0.20	0.184
	Group	14024.69	1	14024.69	56.86	0.001	0.678
	Error	6664.36	28	246.82			
maladaptive schemas	Pre test	632.58	1	632.58	9.65	0.004	0.263
	Group	5254.99	1	5254.99	80.33	0.001	0.748
	Error	1768.49	28	65.49			

As shown in Table 2, after controlling for the covariate (pre-test scores), there was a significant difference between the two groups in terms of self-efficacy ($p < 0.05$), indicating that mindfulness training significantly affected self-efficacy among women with domestic violence histories. The table presents the pre-test and post-test means for both control and experimental (mindfulness) groups, demonstrating that the mindfulness intervention effectively improved participants' self-efficacy in the experimental group. The eta squared value of 0.678 reveals that approximately 67% of the total variance in self-efficacy scores can be attributed to the group effect (mindfulness intervention versus control).

Similarly, Table 2 shows that after controlling for pre-test scores, a significant difference existed between groups regarding maladaptive schemas ($p < 0.05$), confirming mindfulness's impact on reducing these schemas. The presented means for maladaptive schemas in both control and experimental groups across testing phases indicate that mindfulness training successfully decreased maladaptive schemas

among participants in the intervention group. With an eta squared value of 0.748, about 74% of the variance in maladaptive schemas can be explained by the group effect, demonstrating the strong influence of the mindfulness intervention.

These findings collectively demonstrate that mindfulness training produced substantial effects on both outcome variables. The large effect sizes (67% and 74% of variance explained for self-efficacy and maladaptive schemas respectively) highlight the clinical significance of the intervention. The consistent pattern of results across both measures strengthens the conclusion that mindfulness represents an effective therapeutic approach for addressing psychological difficulties in domestic violence survivors, simultaneously enhancing their self-efficacy while reducing maladaptive cognitive patterns. The robust effect sizes particularly suggest that mindfulness interventions may produce meaningful, practical improvements in this population's psychological functioning.

Conclusion

The findings of this study demonstrate that mindfulness-based intervention significantly improved self-efficacy and reduced maladaptive schemas among women with a history of domestic violence in Kerman. The rigorous methodological approach, including careful screening of participants and thorough examination of statistical assumptions, lends credibility to these results. The positive outcomes align with previous research showing mindfulness as an effective therapeutic approach for trauma survivors, suggesting its potential as a valuable intervention for this vulnerable population in Iranian cultural context.

The study provides empirical evidence that mindfulness training can enhance psychological resilience by simultaneously addressing both cognitive schemas and self-perception in domestic violence survivors. The significant between-group differences in MANCOVA results, after controlling for covariates, indicate that the intervention specifically contributed to these improvements rather than external factors. These findings are particularly noteworthy given the participants' challenging circumstances, including economic constraints and prolonged exposure to abusive relationships.

This research contributes to the growing body of literature supporting mindfulness-based therapies in trauma recovery, while highlighting its cultural adaptability in non-Western settings. The results suggest that incorporating mindfulness techniques into counseling services for domestic violence survivors could be an effective strategy for mental health professionals in Iran. Future studies with larger samples and longer follow-up periods could further validate these findings and explore the long-term sustainability of these therapeutic benefits.

Ethical Considerations

Compliance with ethical guidelines: This article is taken from the Master dissertation of the first author in the field of psychology at Islamic Azad University Sirjan Branch. In order to maintain the observance of ethical principles in this study, an attempt was made to collect information after obtaining the consent of the participants. Participants were also reassured about the confidentiality of the protection of personal information and the presentation of results without mentioning the names and details of the identity of individuals

Funding: This study was conducted as a Master thesis with no financial support.

Authors' contribution: The first author was the senior author, and the second were the supervisors.

Conflict of interest: the authors declare no conflict of interest for this study.

Acknowledgments: I would like to appreciate all the participants in the study.



بررسی اثربخشی ذهن آگاهی بر خودکارآمدی و طرحواره‌های ناسازگار زنان دارای سابقه خشونت خانگی

مهسا سلاجقه^{۱*}، فاطمه شبیانی تدرجی^۲

۱. کارشناسی ارشد روانشناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی سیرجان، سیرجان، کرمان، ایران. mahsa.salajegheh77@gmail.com

۲. استادیار گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی سیرجان، سیرجان، کرمان، ایران. Fatemeh.salajegheh77@gmail.com

چکیده

مشخصات مقاله

نوع مقاله:

پژوهشی

تاریخچه مقاله:

دریافت: ۱۴۰۴/۰۲/۰۷

بازنگری: ۱۴۰۴/۰۳/۲۵

پذیرش: ۱۴۰۴/۰۵/۰۱

انتشار برخط: ۱۴۰۵/۰۲/۰۱

کلیدواژه‌ها:

خودکارآمدی، خشونت خانگی، طرحواره درمانی.

زمینه: خشونت خانگی تأثیرات عمیقی بر روان زنان دارد و می‌تواند منجر به کاهش خودکارآمدی و تقویت طرحواره‌های ناسازگار شود. اگرچه ذهن آگاهی به عنوان یک مداخله مؤثر در بهبود سلامت روان شناخته شده، اما پژوهش‌های محدودی به بررسی اثربخشی آن بر خودکارآمدی و طرحواره‌های ناسازگار در زنان آسیب‌دیده از خشونت خانگی پرداخته‌اند. این مطالعه به دنبال پر کردن این شکاف پژوهشی و بررسی روابط بین ذهن آگاهی، خودکارآمدی و طرحواره‌های ناسازگار در این گروه خاص است.

هدف: هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی ذهن آگاهی بر خودکارآمدی و طرحواره‌های ناسازگار زنان دارای سابقه خشونت خانگی شهر کرمان بود.

روش: روش پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری شامل تمامی زنان دارای سابقه خشونت خانگی مراجعه‌کننده به ۳۵ مرکز مشاوره شهر کرمان در سال ۱۴۰۳ به تعداد ۷۱ نفر بود که از میان آن‌ها با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس ۳۰ نفر انتخاب شده و در گروه‌های آزمایش و گواه گمارش شدند. داده‌ها با استفاده از پرسشنامه طرحواره‌های ناسازگار (یانگ، ۱۹۹۹) و پرسشنامه خودکارآمدی (شرر و مادوکس، ۱۹۸۲) گردآوری شد و در نرم افزار spss نسخه ۲۵ با استفاده از آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری مورد تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که مداخله مبتنی بر ذهن آگاهی به صورت معناداری منجر به افزایش خودکارآمدی و کاهش طرحواره‌های ناسازگار در زنان دارای سابقه خشونت خانگی شد ($P < 0/05$). بهبود خودکارآمدی با افزایش احساس کنترل و توانمندی فردی همراه بود، در حالی که کاهش طرحواره‌های ناسازگار (مانند محرومیت هیجانی، رهاشدگی و بی‌اعتمادی) نشان‌دهنده تأثیر مثبت ذهن آگاهی بر بازسازی شناختی و تنظیم هیجانی بود.

نتیجه‌گیری: با توجه به اثربخشی ذهن آگاهی در بهبود خودکارآمدی و تضعیف طرحواره‌های ناسازگار، پیشنهاد می‌شود این مداخله به عنوان بخشی از برنامه‌های حمایتی و درمانی برای زنان آسیب‌دیده از خشونت خانگی در مراکز مشاوره، خانه‌های امن و سازمان‌های مرتبط گنجانده شود. آموزش ذهن آگاهی می‌تواند به این زنان کمک کند تا با تقویت توانمندی‌های روان‌شناختی، گام‌های مؤثری در جهت بهبود سلامت روان و بازسازی زندگی خود بردارند.

استناد: سلاجقه، مهسا؛ شبیانی تدرجی، فاطمه (۱۴۰۵). بررسی اثربخشی ذهن آگاهی بر خودکارآمدی و طرحواره‌های ناسازگار زنان دارای سابقه خشونت خانگی. مجله علوم روانشناختی، دوره ۲۵، شماره ۱۵۸، ۱-۱۸.

مجله علوم روانشناختی، دوره ۲۵، شماره ۱۵۸، ۱۴۰۵. DOI: [10.61186/jps.25.158.18](https://doi.org/10.61186/jps.25.158.18)



✉ نویسنده مسئول: مهسا سلاجقه؛ کارشناسی ارشد، گروه روانشناسی بالینی، واحد سیرجان، دانشگاه آزاد اسلامی، سیرجان، ایران.

رایانامه: mahsa.salajegheh77@gmail.com تلفن: ۹۱۳۸۵۲۵۹۵۷ (+۹۸)

مقدمه

خشونت خانگی^۱ به عنوان یکی از شایع‌ترین و آسیب‌زننده‌ترین انواع خشونت علیه زنان، پدیده‌ای جهانی است که در تمامی فرهنگ‌ها و طبقات اجتماعی مشاهده می‌شود (مرتضوی و همکاران، ۱۴۰۳). براساس گزارش سازمان جهانی بهداشت^۲ (۲۰۲۱) از هر سه زن در جهان، یک نفر در طول زندگی خود خشونت فیزیکی یا جنسی را تجربه می‌کند. در ایران نیز مطالعات نشان می‌دهند که شیوع خشونت خانگی در میان زنان متأهل بین ۲۰ تا ۶۰ درصد متغیر است که این آمار بسته به منطقه جغرافیایی و شرایط فرهنگی-اجتماعی متفاوت می‌باشد (هدایتی‌مقدم و همکاران، ۱۴۰۴). خشونت خانگی نه تنها پیامدهای فیزیکی جدی دارد، بلکه تأثیرات عمیق روانی از جمله کاهش عزت نفس، اختلالات اضطرابی و افسردگی و تضعیف خودکارآمدی را به همراه دارد (محمدی و محمدی، ۱۴۰۳). خشونت خانگی می‌تواند در هر خانه‌ای رخ دهد و توسط هر زوجی اتفاق بیافتد و می‌تواند از کم و زیاد متغیر باشد گاهی عواقب گریزناپذیری دارد، از آسیب‌های جدی تا آسیب‌های جزئی، و این مسئله معمولاً به صورت طولانی مدت رخ می‌دهد. از عواملی که می‌تواند باعث شود زنان به این خشونت تن دهد را می‌توان در طرحواره‌های ناسازگار اولیه^۳ جستجو کرد که بر تمام جنبه‌های زندگی نقش مهمی را بازی می‌کند (روسکو و همکاران، ۲۰۲۳). طرحواره‌های ناسازگار اولیه در کودکی شکل می‌گیرد و لذا در فرد درونی شده و بر تمام جنبه‌های زندگی اثر دارد (ساکولسریپراسرت و همکاران، ۲۰۲۳). براساس نظر یانگ (۲۰۰۶) طرحواره‌های اولیه باعث جهت‌گیری در تفسیر اتفاق‌ها می‌گردد. این جهت‌گیری‌ها در آسیب‌های وارده شده به فرد به صورت سوتفاهم‌ها نشان می‌دهد و یا با نگرش‌های تحریف شده در فرد جلوه می‌نماید. فرض‌های نادرست از دیگر مشخصه‌های طرحواره‌های ناسازگار است، از سوی دیگر با هدف‌ها و انتظارات غیرواقع بینانه در فرد مشخص می‌گردد (ویرا و همکاران، ۲۰۲۳). طرحواره‌های ناسازگار اولیه در موقعیت‌های استرس‌زا

فعال می‌شود و بر نحوه تعامل فرد با دیگران، به ویژه همسر تأثیر می‌گذارند (روسکو و همکاران، ۲۰۲۳).

طرحواره‌های ناسازگار الگوهای عمیق و پایداری از تفکر و رفتار هستند که در پاسخ به تجارب منفی دوران کودکی شکل می‌گیرند و در بزرگسالی به صورت باورهای ناکارآمد درباره خود، دیگران و جهان تداوم می‌یابند (یانگ، ۱۹۹۹). در میان زنان قربانی خشونت خانگی، طرحواره‌هایی مانند محرومیت هیجانی (باور به اینکه نیازهای عاطفی فرد هرگز برآورده نخواهد شد)، رهاشدگی (ترس از طرد شدن و تنها ماندن) و بی‌اعتمادی (انتظار آسیب دیدن از دیگران) به وفور دیده می‌شود (ماهر و همکاران، ۲۰۲۲). این طرحواره‌ها نه تنها روابط بین‌فردی را مختل می‌کنند، بلکه می‌توانند مانع از جست‌وجوی کمک حرفه‌ای یا خروج از رابطه خشونت‌بار شوند.

خودکارآمدی^۴ یکی از مفاهیم محوری در روانشناسی اجتماعی است که توسط آلبرت بندورا مطرح شده و به باورهای فرد درباره توانایی‌های خود در سازماندهی و اجرای اقدامات لازم برای دستیابی به اهداف و غلبه بر چالش‌ها اشاره دارد (فیتزجرالد و همکاران، ۲۰۲۲). این سازه روانشناختی نقش تعیین‌کننده‌ای در نحوه تفکر، احساس، انگیزش و رفتار افراد ایفا می‌کند. بندورا معتقد است افرادی که از سطح خودکارآمدی بالاتری برخوردارند، تمایل بیشتری به پذیرش مسئولیت، پشتکار در مواجهه با مشکلات و انعطاف‌پذیری در برابر موانع از خود نشان می‌دهند (دوستال و همکاران، ۲۰۲۳). خودکارآمدی صرفاً به مهارت‌های واقعی فرد مربوط نمی‌شود، بلکه بیشتر به ادراک فرد از توانایی‌های خود در موقعیت‌های خاص بازمی‌گردد.

در زمینه خشونت خانگی، خودکارآمدی می‌تواند تحت تأثیر قرار گیرد (ابوسبحیه و همکاران، ۲۰۲۳). زنان در معرض خشونت خانگی اغلب به تدریج باورهای خود را درباره توانایی‌هایشان در کنترل زندگی و محیط از دست می‌دهند. این فرآیند معمولاً از طریق مکانیسم‌های مختلفی رخ می‌دهد (لومیش و همکاران، ۲۰۲۲). نخست، خشونت مکرر و سیستماتیک

3 Maladaptive Schemas

4 Self efficacy

1 domestic violence

2 World Health Organization

باعث می‌شود قربانی به تدریج احساس کند که هیچ کنترلی بر شرایط زندگی خود ندارد. دوم، رفتارهای تحقیرآمیز و توهین‌آمیز فرد خشونت‌گر می‌تواند به تدریج عزت نفس و اعتماد به نفس قربانی را تخریب کند. سوم، انزوای اجتماعی که معمولاً همراه با خشونت خانگی است، فرصت‌های قربانی را برای دریافت بازخوردهای مثبت و تقویت‌کننده از محیط محدود می‌کند (سلزور و همکاران، ۲۰۲۰).

پیامدهای کاهش خودکارآمدی در زنان قربانی خشونت خانگی می‌تواند بسیار گسترده باشد. این زنان ممکن است حتی در صورت تمایل به ترک رابطه خشونت‌آمیز، به دلیل باورهای محدودکننده درباره توانایی‌های خود در اداره زندگی مستقل، از این اقدام خودداری کنند (تورنتون و همکاران، ۲۰۲۱). همچنین، کاهش خودکارآمدی می‌تواند منجر به احساس درماندگی آموخته شده شود، به‌طوری‌که فرد باور کند هرگونه تلاش برای تغییر وضعیت بی‌فایده است. این وضعیت نه تنها باعث تداوم چرخه خشونت می‌شود، بلکه می‌تواند پیامدهای منفی دیگری مانند افسردگی، اضطراب و اختلال استرس پس از سانحه را نیز تشدید کند (بورن و همکاران، ۲۰۲۱). با این حال، پژوهش‌ها نشان داده‌اند که خودکارآمدی یک ویژگی ثابت نیست و می‌توان از طریق مداخلات روانشناختی مناسب آن را بهبود بخشید. تقویت خودکارآمدی در زنان قربانی خشونت خانگی می‌تواند به آنها کمک کند تا کنترل بیشتری بر زندگی خود احساس کنند، برای تغییر شرایط اقدام نمایند و در نهایت از چرخه خشونت خارج شوند (فارلی، ۲۰۱۹). اینجاست که مداخلاتی مانند ذهن آگاهی^۱ می‌تواند نقش مهمی ایفا کند، چرا که با افزایش آگاهی از افکار و احساسات و تقویت مهارت‌های تنظیم هیجانی، می‌تواند به بازسازی باورهای فرد درباره توانایی‌هایش کمک شایانی نماید (کلاس و همکاران، ۲۰۱۸).

ذهن آگاهی یا حضور ذهن، یک روش مداخله‌ای مبتنی بر تمرینات توجه آگاهانه و غیرقضاوتی به لحظه حال است که ریشه در سنت‌های مراقبه شرقی دارد و توسط جان کابات‌زین به صورت علمی و نظام‌مند وارد حیطه روان‌درمانی شده است (گلدبرگ و همکاران، ۲۰۱۸). این روش درمانی بر پایه سه عنصر اساسی استوار است: توجه متمرکز بر لحظه حال، پذیرش بدون قضاوت تجربیات درونی و بیرونی و آگاهی از افکار و احساسات بدون همانندسازی با آنها. ذهن آگاهی به افراد کمک می‌کند تا از حالت

خودکار و واکنشی فاصله بگیرند و به جای پاسخ‌های هیجانی تکانشی، پاسخ‌های آگاهانه و سنجیده‌تری به موقعیت‌ها بدهند (هوپرتی و همکاران، ۲۰۱۹). در بافتار خشونت خانگی، ذهن آگاهی می‌تواند با افزایش خودآگاهی و تنظیم هیجانی، به زنان کمک کند تا الگوهای فکری و هیجانی ناسازگار را شناسایی و تعدیل کنند (فارلی، ۲۰۱۹).

پژوهش‌های متعددی اثربخشی ذهن آگاهی را در جمعیت‌های مختلف بررسی کرده‌اند. مطالعه سوچتا و همکاران (۲۰۲۳) نشان داد که برنامه کاهش استرس مبتنی بر ذهن آگاهی (MBSR) منجر به افزایش فعالیت در ناحیه قشر پیش‌پیشانی چپ مغز، ناحیه‌ای که با هیجان‌های مثبت و انعطاف‌پذیری شناختی مرتبط است، می‌شود. در مطالعه بایشاپ و همکاران (۲۰۲۲) بر روی زنان قربانی خشونت خانگی، دریافتند که مداخله ذهن آگاهی به مدت ۸ هفته به طور معناداری منجر به کاهش علائم افسردگی و اضطراب و افزایش کیفیت زندگی شد. پژوهش بار و همکاران (۲۰۲۳) نشان داد که آموزش ذهن آگاهی می‌تواند خودکارآمدی را در بیماران مبتلا به درد مزمن افزایش دهد، مکانیسمی که می‌تواند برای قربانیان خشونت خانگی نیز مفید باشد. مطالعه پیلکینگتون و همکاران (۲۰۲۳) بر روی بازماندگان تروما نشان داد که ذهن آگاهی منجر به کاهش نشخوار فکری و بهبود تنظیم هیجانی می‌شود. همچنین، پژوهش ویرا و همکاران (۲۰۲۳) دریافتند که مداخله ذهن آگاهی می‌تواند طرحواره‌های ناسازگار اولیه را در افراد مبتلا به اختلالات شخصیت تعدیل کند.

این مطالعات به‌طور کلی از این ایده حمایت می‌کنند که ذهن آگاهی می‌تواند مکانیسم‌های شناختی و هیجانی که در زنان قربانی خشونت خانگی مختل شده‌اند را هدف قرار دهد. با این حال، همان‌طور که اشاره شد، پژوهش‌های محدودی به طور خاص به بررسی تأثیر ذهن آگاهی بر خودکارآمدی و طرحواره‌های ناسازگار در این جمعیت پرداخته‌اند. این در حالی است که به نظر می‌رسد ذهن آگاهی با تقویت مهارت‌های خودتنظیمی و ایجاد نگرش غیرقضاوتی نسبت به خود، پتانسیل بالایی برای بهبود این دو متغیر دارد. از این رو، مطالعه حاضر با هدف پر کردن این شکاف پژوهشی و بررسی دقیق‌تر این روابط طراحی شده است. نتایج این مطالعه می‌تواند مبنای علمی برای طراحی برنامه‌های مداخله‌ای مناسب برای

این جمعیت آسیب‌پذیر فراهم آورد و به بهبود کیفیت زندگی و عملکرد روانی اجتماعی آنان کمک کند.

اهمیت این مطالعه از چند جهت حائز توجه است. نخست آنکه خشونت خانگی به عنوان یک معضل اجتماعی گسترده، تأثیرات مخربی بر سلامت روان زنان دارد و یافتن راهکارهای مؤثر برای بهبود وضعیت روانی این قشر آسیب‌پذیر ضرورتی انکارناپذیر است. با وجود اثربخشی شناخته شده ذهن آگاهی در بهبود سلامت روان، پژوهش‌های محدودی به بررسی تأثیر آن بر خودکارآمدی و طرحواره‌های ناسازگار در زنان قربانی خشونت خانگی پرداخته‌اند. این در حالی است که این دو متغیر نقش محوری در فرآیند بهبود و بازتوانی روانی این افراد ایفا می‌کنند (سوجتا و همکاران، ۲۰۲۳). شکاف پژوهشی موجود در این زمینه کاملاً مشهود است؛ بیشتر مطالعات پیشین یا بر کاهش علائم بالینی مانند افسردگی و اضطراب متمرکز بوده‌اند، یا به بررسی جمعیت‌های عمومی پرداخته‌اند، حال آنکه زنان قربانی خشونت خانگی به دلیل ماهیت خاص آسیب‌های وارده، نیازمند مداخلات تخصصی‌تری هستند.

نوآوری این پژوهش در چند بعد قابل توجه است. اولاً این مطالعه به طور همزمان دو متغیر مهم روانشناختی (خودکارآمدی و طرحواره‌های ناسازگار) را که کمتر مورد توجه قرار گرفته‌اند، مورد بررسی قرار می‌دهد. ثانیاً، این پژوهش بر جمعیت خاص زنان قربانی خشونت خانگی متمرکز است که در بافت فرهنگی ایران کمتر مورد مطالعه قرار گرفته‌اند. ثالثاً، یافته‌های این مطالعه می‌تواند مبنای علمی برای طراحی مداخلات بومی و متناسب با ویژگی‌های فرهنگی این گروه فراهم آورد. رابعاً، این پژوهش از روش نیمه‌آزمایشی با گروه گواه استفاده می‌کند که امکان استنباط علیت را تا حدی فراهم می‌سازد. در این راستا، سؤال اصلی پژوهش حاضر این است که آیا مداخله ذهن آگاهی می‌تواند به طور معناداری موجب افزایش خودکارآمدی و کاهش طرحواره‌های ناسازگار در زنان قربانی خشونت خانگی شهر کرمان شود؟

روش

الف) طرح پژوهش و شرکت‌کنندگان:

روش پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون پس‌آزمون با گروه گواه بود. جامعه آماری شامل تمامی زنان دارای سابقه خشونت خانگی مراجعه‌کننده به ۳۵ مرکز مشاوره شهر کرمان در سال ۱۴۰۳ به تعداد ۷۱ نفر بود که از میان آن‌ها با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس ۳۰ نفر انتخاب شده و در گروه‌های آزمایش و گواه گمارش شدند. شرایط ورود به مطالعه شامل چندین ملاک اساسی بود که به دقت مورد بررسی قرار گرفتند. برای احراز وضعیت تأهل و حداقل سه سال سابقه زندگی مشترک، از شرکت‌کنندگان به شیوه خوداظهاری درخواست شد تا اطلاعاتی درباره تاریخ ازدواج خود ارائه دهند. سابقه خشونت خانگی از طریق مصاحبه بالینی ساختاریافته مورد ارزیابی قرار گرفت. رضایت آگاهانه شرکت در پژوهش با امضای فرم رضایت‌نامه محقق ساخته پس از توضیح کامل اهداف و فرآیند پژوهش اخذ شد. تعهد به حضور منظم در جلسات آموزشی نیز با اخذ قول کتبی از شرکت‌کنندگان و ارائه برنامه زمانی دقیق جلسات تضمین شد. شرایط خروج شامل غیبت بیش از دو جلسه آموزشی (که از طریق ثبت حضور و غیاب پیگیری می‌شد)، عدم تکمیل پرسشنامه‌های پژوهش (براساس چک‌لیست تکمیل پرسشنامه‌ها) و بروز شرایط بحرانی روان‌پزشکی (که از طریق ارزیابی دوره‌ای بالینی و در صورت نیاز مشورت با روانپزشک تشخیص داده می‌شد) بود. تمامی این ملاک‌ها با دقت و به صورت گام به گام توسط تیم پژوهش و تحت نظارت روانشناس بالینی اجرا شدند تا وحدت رویه در انتخاب نمونه پژوهش حفظ شود.

ب) ابزار

پرسشنامه خودکارآمدی شرر^۱ (GSE): مقیاس خودکارآمدی شرر و مادوکس (۱۹۸۲)، دارای ۲۳ گویه در سه مولفه آموزشی، شغلی و اجتماعی است که به صورت ۵ گزینه‌ای از کاملاً "موافقم" تا "کاملاً مخالفم" تنظیم یافته است. سوالات شماره ۱، ۳، ۸، ۹، ۱۳، ۱۵ به صورت مستقیم و از راست به چپ امتیازشان افزایش می‌یابد و بقیه سوالات به صورت معکوس یعنی از چپ به راست امتیازشان افزایش می‌یابد. امتیاز کلی از جمع نمرات سوالات بدست می‌آید. نمرات بالا نشان‌دهنده احساس خودکارآمدی بالا در فرد است. بالاترین نمره خودکارآمدی ۱۱۵ و پایین‌ترین آن ۲۳ است (شرر و همکاران، ۱۹۸۲). روایی این ابزار

در نسخه اصلی با استفاده از روایی محتوایی ۰/۷۶ تأیید شده است و همچنین مقدار پایایی برابر با ۰/۷۴ گزارش شده است. در نسخه فارسی توسط اصغر نژاد و همکاران (۱۳۸۵) روایی سازه این آزمون را در یک گروه ۱۰۰ نفره ۰/۶۱ گزارش شده که در سطح ۰/۰۵ معنی دار بوده است. ضریب پایایی آزمون با روش اسپیرمن براون با طول نبرابر ۰/۷۶ و با روش دو نیمه کردن گاتمن نیز برابر ۰/۷۶ بدست آمده است. آلفای کرونباخ یا همسانی کلیه سوالات برابر ۰/۷۹ بدست آمده که رضایت بخش است (بختیاری، ۱۹۹۷). در پژوهش حاضر نیز مقدار پایایی برابر با ۰/۸۷ برآورد شد.

فرم کوتاه پرسشنامه یانگ^۱ (YSQ-SF): فرم کوتاه نسخه سوم (فرم کوتاه پرسشنامه یانگ)، ۹۰ سؤال دارد. در این پرسشنامه بیمار خود را بر اساس سبک مقیاس لیکرت شش درجه‌ای بر مبنای این که تا چه اندازه هر سؤال وی را توصیف می‌نماید، رتبه‌بندی می‌کند. سؤال‌ها به وسیله طرحواره‌ها گروه‌بندی شده‌اند. ۱۸ طرحواره که در ۵ حیطه طرحواره مطرح شده است. هر مقیاس (طرحواره) از ۵ سؤال تشکیل شده است. فرد بر اساس توصیف هر جمله، خودش را در یک مقیاس لیکرت شش درجه‌ای (کاملاً درست، تقریباً درست، اندکی درست، تقریباً غلط و کاملاً غلط) که به ترتیب ۱ و ۲ و ۳ و ۴ و ۵ و ۶ نمره به آن‌ها تعلق می‌گیرد، می‌سنجد. با توجه به اینکه هر سؤال دارای ۶ گزینه بوده و فرد نمرات ۱ تا ۶ را به ترتیب کسب می‌کند لذا حداقل نمره به دست آمده ۷۵ و حداکثر ۴۵۰ منظور شده است. برای هر یک از حوزه‌ها نیز حداقل و حداکثر نمره به شرح زیر محاسبه شده است. برای حوزه اول که شامل سوالات ۱ تا ۲۵ است حداکثر نمره ۱۵۰ منظور شده است. حوزه دوم که شامل سوالات

۲۶ تا ۴۵ است حداقل نمره ۲۰ و حداکثر ۱۲۰ است. حوزه سوم شامل سوالات ۴۶ تا ۷۵ است و حداقل نمره ۱۰ و حداکثر ۶۰ منظور شده است. حوزه چهارم شامل سوالات ۴۶ تا ۵۵ است و حداقل نمره ۱۰ و حداکثر ۶۰ است و برای حوزه پنجم که شامل سوالات ۵۶ تا ۶۵ می‌باشد حداقل نمره ۱۰ و حداکثر ۶۰ محاسبه شده است. همچنین اگر فردی سه یا چهار نمره بالا (۵ یا ۶) در یک طرحواره داشته باشد، معمولاً از نظر بالینی بدین معنا است که این طرحواره در ذهن وجود دارد. اولین پژوهش جامع راجع به ویژگی‌های روان سنجی پرسشنامه طرحواره یانگ، توسط اسمیت و همکاران (۱۹۹۵) انجام شد و ضریب آلفای کرونباخ در جمعیت غیر بالینی برای خرده مقیاس‌های این پرسشنامه بین ۰/۵ تا ۰/۸۲ به دست آمد. هنجاریابی این پرسشنامه در ایران توسط آهی (۱۳۸۴) بر روی ۳۸۷ نفر از دانشجویان دانشگاه‌های تهران انجام شده که ۲۵۲ نفر مونث و ۱۳۵ نفر مذکر به شیوه‌های تصادفی چند مرحله‌ای از دانشگاه‌های علامه طباطبائی، شهید بهشتی، تربیت مدرس و علوم تحقیقات انجام شد. همسانی درونی این پرسشنامه با استفاده از α کرونباخ در جمعیت مونث ۰/۹۷ و در جمعیت مذکر ۰/۹۸ به دست آمد. در پژوهش حاضر نیز مقدار ضریب پایایی برابر با ۰/۷۸ برآورد شد.

آموزش مبتنی بر ذهن آگاهی

جلسات درمانی در این پژوهش آموزش بر اساس فنون مبتنی بر ذهن آگاهی می‌باشد که طی ۸ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای به گروه آزمایش بر اساس کتاب «شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی» (کابات زین، ۲۰۰۳) توسط پژوهشگران آموزش داده شد که جزییات آن در جدول ۱ آمده است.

جدول ۱. آموزش مبتنی بر ذهن آگاهی برگرفته از کابات زین (۲۰۰۳)

جلسه	هدف	محتوا	تکلیف
اول	آشنایی	هدایت خودکار؛ تعیین اصول و قواعد دوره و مرزهای آن؛ شرکت کننده خود را معرفی می‌کند	در طول هفته، هر روز ۵ دقیقه در محیطی آرام بنشینید و به تنفس طبیعی خود توجه کنید. هرگاه ذهنتان منحرف شد، با ملایمت آن را به تنفس بازگردانید. همچنین دفترچه‌ای تهیه کنید و هر روز یک ویژگی مثبت درباره خودتان را در آن یادداشت نمایید.
دوم	رفع موانع	تأمل و ارسی بدنی، ده دقیقه تنفس با ذهن آگاهی، معطوف کردن توجه به یک فعالیت روزمره به شیوه ای متفاوت ثبت گزارش روزانه از تجربه یک رویداد خوشایند.	هر روز ۱۰ دقیقه به "تأمل بدنی" بپردازید - از سر تا پا، هر قسمت از بدن را با دقت بررسی کنید و به حس‌های بدنی بدون قضاوت توجه نمایید. یک فعالیت روزمره مانند ظرف شستن یا چای نوشیدن را با حضور ذهن کامل انجام دهید و تجربه خود را ثبت کنید.

سوم	آگاهی از احساسات بدنی، افکار و هیجانات	حرکت با حالت ذهن آگاهانه «تمرین تنفس و کشش» انجام حرکت کششی و تنفس با حالت حضور ذهن و به دنبال آن انجام تامل در وضعیت نشسته متمرکز بر آگاهی از تنفس و بدن. این تمرین‌ها می‌تواند با یک تمرین کوتاه ذهن آگاهی دیداری یا شنیداری آغاز شوند. سه دقیقه فضای تنفس.	روزانه ۱۰ دقیقه تمرین "کشش آگاهانه" انجام دهید - حرکات کششی ملایم همراه با توجه کامل به حس‌های بدنی. سه بار در روز مکث کنید و با سه نفس عمیق آگاهانه، خود را در لحظه حال متمرکز نمایید.
چهارم	ماندن در زمان حال	پنج دقیقه حضور ذهن دیداری یا شنیداری تامل در وضعیت نشسته (آگاهی از تنفس، بدن، اصوات، افکار و آگاهی‌های بدون جهت‌گیری خاص). فضای سه دقیقه‌ای تنفس - معرفی این روش به عنوان راهبردی مقابله‌ای برای استفاده در زمانهایی که شرایط احساسات دشواری را برمی‌انگیزاند، راه رفتن با حالت حضور ذهن.	هر روز ۵ دقیقه "راه رفتن آگاهانه" تمرین کنید - با سرعت آهسته، به تک تک حرکات پاها و تماس کف پا با زمین توجه کامل داشته باشید. در مواجهه با هیجانات شدید، از تکنیک "فضای تنفس سه دقیقه‌ای" استفاده نمایید.
پنجم	پذیرش و اجازه/مجوز حضور	تامل در وضعیت نشسته - آگاهی از تنفس و بدن؛ تاکید بر چگونگی واکنش دهی به افکار، احساسات و حس‌های بدنی ایجاد شده؛ معرفی یک حالت دشوار در تمرین و کاوش اثراتش بر روی بدن و ذهن و سه دقیقه فضای تنفس.	هنگام بروز افکار یا هیجانات دشوار، به جای مقاومت، با گفتن عبارت "این هم می‌گذرد" به خود اجازه حضور دهید. هر روز یک موقعیت چالش‌برانگیز را انتخاب کرده و واکنش‌های بدنی و ذهنی خود را بدون قضاوت مشاهده کنید.
ششم	فکرها نه حقایق	تامل در وضعیت نشسته - آگاهی از تنفس و بدن - به اضافه معرفی مشکل مربوط به تمرین و پی بردن به اثراتش بر روی بدن و ذهن سه دقیقه فضای تنفس تکالیف جلسه: تمرین خلق‌ها، افکار و دیدگاهی جایگزین مشخص کردن نشانه‌ای برای عود که ممکن است برای هر فرد متفاوت باشد و برنامه‌ای عملی برای مقابله با آن، آماده کردن شرکت کنندگان برای پایان دوره.	افکار منفی خود را روی کاغذ نوشته و در مقابل هر کدام، دیدگاه جایگزین واقع‌بینانه‌تری بنویسید. نشانه‌های هشداردهنده عود افکار منفی را شناسایی و برای هر کدام برنامه عملی مشخصی تهیه نمایید.
هفتم	مراقبت از خود به بهترین شکل ممکن	تامل در وضعیت نشسته - آگاهی از تنفس، بدن، اصوات، افکار و هیجانها، سه دقیقه فضای تنفس و طرح مشکلی که در انجام تکلیف به وجود آمده و پی بردن به اثرات آن بر بدن و ذهن.	فهرستی از فعالیت‌های مراقبت از خود (مثل دوش آب گرم، پیاده‌روی، تماس با دوست) تهیه کنید و روزانه حداقل یک مورد را انجام دهید. در مواجهه با مشکلات، به جای واکنش فوری، از تکنیک "توقف-تنفس-مشاهده-پاسخ
هشتم	استفاده از آموخته‌ها برای کنار آمدن با وضعیت‌های خلقی در آینده	تامل و ارسای بدنی به پایان رساندن تامل. بحث درباره چگونگی حفظ نیروی حرکتی که در تمرین‌های رسمی و غیر رسمی توسعه داده شد. ارائه پرسشنامه‌هایی به شرکت کنندگان برای انعکاس نظرات خود درباره دوره	برنامه‌ای شخصی برای تداوم تمرینات ذهن آگاهی پس از پایان دوره تنظیم کنید (مثلاً ۱۰ دقیقه مراقبه روزانه). سه مهارت آموخته شده که برای شما مفیدتر بوده را انتخاب کرده و نحوه استفاده از آنها در موقعیت‌های آینده

یافته‌ها

شرکت کنندگان در این مطالعه شامل ۳۰ زن متأهل با سابقه خشونت خانگی مراجعه کننده به مراکز مشاوره شهر کرمان بودند که میانگین سنی آن‌ها ۴۳ سال (با دامنه ۲۵ تا ۴۵ سال) بود. از نظر سطح تحصیلات، ۴۰ درصد دیپلم، ۳۰ درصد فوق دیپلم، ۲۰ درصد لیسانس و ۱۰ درصد زیردیپلم داشتند. از نظر وضعیت اشتغال، ۷۰ درصد خانه‌دار، ۲۰ درصد شاغل در بخش‌های خصوصی و ۱۰ درصد دارای مشاغل آزاد بودند. میانگین مدت زمان

زندگی مشترک شرکت کنندگان ۸ سال (با دامنه ۳ تا ۱۵ سال) و میانگین تعداد فرزندان ۲ (با دامنه ۰ تا ۴ فرزند) بود. از نظر وضعیت اقتصادی، ۵۰ درصد درآمد ماهیانه کمتر از ۱۰ میلیون تومان، ۴۰ درصد بین ۱۰ تا ۱۵ میلیون تومان و ۱۰ درصد بالای ۱۵ میلیون تومان گزارش کردند. تمامی شرکت کنندگان ساکن مناطق شهری کرمان بودند و براساس مصاحبه اولیه، همگی حداقل یک سال سابقه مواجهه با اشکال مختلف خشونت خانگی (عاطفی، کلامی یا فیزیکی) را گزارش نمودند.

جدول ۲. شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش

متغیرها	گروه	پیش‌آزمون (انحراف معیار ± میانگین)	پس‌آزمون (انحراف معیار ± میانگین)	چولگی	کشیدگی
خودگردانی و عملکرد مختل	گواه	۶۱/۰۷ ± ۱۱/۹۷	۶۰/۵۳ ± ۱۹/۸۲	۰/۹۶۲	۰/۷۲۸
	آزمایش	۶۰/۶۷ ± ۱۱/۱۸	۴۲/۳۳ ± ۱۱/۸۸	۰/۹۷۱	۰/۸۶۹

گواه	۵۹/۷۳±۱۶/۸۶	۵۹/۶۷±۱۱/۳۰	۰/۹۷۷	۰/۹۴۱	
حد و مرزهای مختل	آزمایش	۵۹/۶۰±۱۱/۴۰	۴۴/۳۳±۱۹/۸۳	۰/۹۶۹	۰/۸۴۰
گواه	۱۶/۸۰±۶/۶۰	۱۵/۶۷±۷/۵۸	۰/۹۷۷	۰/۹۴۱	
انفصال و طرد	آزمایش	۱۶/۳۳±۶/۶۷	۲۴/۴۰±۹/۱۲	۰/۹۶۹	۰/۸۴۰
گواه	۱۳/۶۰±۵/۸۶	۱۳/۷۳±۵/۵۲	۰/۹۷۱	۰/۸۶۹	
هدایت شدن به وسیله دیگران	آزمایش	۱۲/۵۳±۷/۳۸	۱۹/۹۳±۳/۵۹	۰/۹۶۹	۰/۸۴۰
گوش به زنگی بیش از حد و بازداری	گواه	۵۹/۷۳±۱۶/۸۶	۵۹/۶۷±۱۱/۳۰	۰/۹۷۷	۰/۹۴۱
	آزمایش	۵۹/۶۰±۱۱/۴۰	۴۴/۳۳±۱۹/۸۳	۰/۹۶۹	۰/۸۴۰
شغلی	گواه	۱۶/۸۰±۶/۶۰	۱۵/۶۷±۷/۵۸	۰/۹۷۷	۰/۹۴۱
	آزمایش	۱۶/۳۳±۶/۶۷	۲۴/۴۰±۹/۱۲	۰/۹۶۹	۰/۸۴۰
آموزشی	گواه	۱۶/۸۰±۶/۶۰	۱۵/۶۷±۷/۵۸	۰/۹۷۷	۰/۹۴۱
	آزمایش	۱۶/۳۳±۶/۶۷	۲۴/۴۰±۹/۱۲	۰/۹۶۹	۰/۸۴۰
اجتماعی	گواه	۱۶/۸۰±۶/۶۰	۱۵/۶۷±۷/۵۸	۰/۹۷۷	۰/۹۴۱
	آزمایش	۱۶/۳۳±۶/۶۷	۲۴/۴۰±۹/۱۲	۰/۹۶۹	۰/۸۴۰

آزمون کوواریانس همگنی شیب رگرسیون نمرات پیش‌آزمون و پس‌آزمون است که فرضیه همگنی شیب رگرسیون تأیید می‌شود و نتایج حاکی از برقراری این مفروضه بود. برای بررسی برابری ماتریس واریانس - کوواریانس از آزمون ام‌باکس استفاده شد که نتایج نشان داد این مفروضه برقرار است ($P=0/02$, $F=3/402$, $M=1/306$ باکس). علاوه بر آن به منظور بررسی واریانس‌های خطا از آزمون لون استفاده شده است. پیش‌شرط برابری واریانس‌های خطا و مفروضه واریانس - کوواریانس در متغیرها برقرار بود، بنابراین نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری حکایت از تفاوت معناداری در نمرات دو گروه داشت ($P=0/023$, $F=4/429$, $M=0/738$ لانداوی و یلکز).

برای توصیف داده‌ها از میانگین به عنوان شاخص گرایش مرکزی و انحراف استاندارد به عنوان شاخص پراکندگی استفاده شد. همان‌گونه که در جدول ۲ مشاهده می‌شود میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش به تفکیک گروه‌ها ارائه شده است. همه متغیرها از میانگین و انحراف استاندارد مناسبی برخوردار بودند. قبل از انجام تحلیل‌های مربوطه، وضعیت کلی داده‌ها مورد بررسی قرار گرفت. ابتدا وجود داده‌های پرت تک‌متغیری با استفاده از نمودار مستطیلی (Plot Box) بررسی و نتایج نشان داد که هیچ داده پرتی در متغیرها وجود ندارد. برای بررسی نرمال بودن داده‌ها از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف استفاده شد؛ تمامی متغیرهای پژوهش در دو گروه و در دو موقعیت پیش‌آزمون و پس‌آزمون دارای داده‌های نرمال بودند. لذا مفروضه نرمال بودن داده‌ها برقرار بوده است. مفروضه دیگر

جدول ۳. نتایج آزمون تحلیل کوواریانس چندمتغیری برای متغیرهای خودکارآمدی و طرحواره‌های ناسازگار

متغیر	اثرات	ارزش	F	df فرضیه	df خطا	معنی داری
خودکارآمدی	اثر پیلای	۰/۲۶۲	۴/۴۲۹	۲	۲۵	۰/۰۲۳
	اثر لانداوی و یلکز	۰/۷۳۸	۴/۴۲۹	۲	۲۵	۰/۰۲۳
	اثر هتلینگ	۰/۳۵۴	۴/۴۲۹	۲	۲۵	۰/۰۲۳
	بزرگ‌ترین ریشه روی	۰/۳۵۴	۴/۴۲۹	۲	۲۵	۰/۰۲۳
طرحواره‌های ناسازگار	اثر پیلای	۰/۳۶۲	۴/۴۲۹	۲	۲۵	۰/۰۰۰

متغیر	اثرات	ارزش	F	df فرضیه	df خطا	معنی داری
	اثر لاندای ویلکز	۰/۵۳۸	۴/۴۲۹	۲	۲۵	۰/۰۰۰
	اثر هتلینگ	۰/۶۵۴	۴/۴۲۹	۲	۲۵	۰/۰۰۰
	بزرگ‌ترین ریشه روی	۰/۲۵۴	۴/۴۲۹	۲	۲۵	۰/۰۰۰

نتایج حاکی از آن است که بین دو گروه آزمایش و گروه گواه در مؤلفه‌های هر دو متغیر تفاوت معنی داری وجود دارد. به منظور مشخص شدن این تفاوت نتایج تحلیل کوواریانس چندمتغیری در ادامه ارائه شده است.

جدول ۴. نتایج آزمون کوواریانس چندمتغیری برای مقایسه گروهی مولفه‌ها

متغیر	منبع تغییر	مجموع مجذورات	درجات آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری	مجذورات انا
خودکارآمدی	پیش آزمون	۱۵۰۷/۱۰	۱	۱۵۰۷/۱۰	۶/۱۰	۰/۰۲۰	۰/۱۸۴
	گروه	۱۴۰۳۴/۶۹	۱	۱۴۰۳۴/۶۹	۵۶/۸۶	۰/۰۰۱	۰/۶۷۸
	خطا	۶۶۶۴/۳۶	۲۸	۲۴۶/۸۲			
طرحواره‌های ناسازگار	پیش آزمون	۶۳۲/۵۸	۱	۶۳۲/۵۸	۹/۶۵	۰/۰۰۴	۰/۲۶۳
	گروه	۵۲۵۴/۹۹	۱	۵۲۵۴/۹۹	۸۰/۲۳	۰/۰۰۱	۰/۷۴۸
	خطا	۱۷۶۸/۳۵	۲۸	۶۵/۴۹			

همان‌طور که در جدول ۴ نشان داده شده است با کنترل تاثیر متغیر کمکی (پیش آزمون) بر روی متغیر وابسته، بین دو گروه از لحاظ طرحواره‌های ناسازگار (مقدار معناداری کمتر از ۰/۰۵) تفاوت معنادار وجود دارد یا به عبارتی ذهن آگاهی بر خودکارآمدی زنان دارای سابقه خشونت خانگی تاثیر دارد. در جدول مقادیر میانگین پس آزمون و پیش آزمون طرحواره‌های ناسازگار در گروه گواه و آزمایش (ذهن آگاهی) نشان داده شده است. این بیانگر آن است که توانسته است میزان طرحواره‌های ناسازگار زنان دارای سابقه خشونت خانگی بهبود دهد و باعث افزایش معنادار این افراد در گروه آزمایش شده است. از طرفی بدلیل اینکه مقدار مجذور انا برای گروه برابر با ۰/۷۴۸ می‌باشد، می‌توان گفت ۷۴ درصد از کل واریانس و پراکندگی متغیر طرحواره‌های ناسازگار توسط اثرات گروه تبیین شده است.

همان‌طور که در جدول ۴ نشان داده شده است با کنترل تاثیر متغیر کمکی (پیش آزمون) بر روی متغیر وابسته، بین دو گروه از لحاظ خودکارآمدی (مقدار معناداری کمتر از ۰/۰۵) تفاوت معنادار وجود دارد یا به عبارتی ذهن آگاهی بر خودکارآمدی زنان دارای سابقه خشونت خانگی تاثیر دارد. در جدول مقادیر میانگین پس آزمون و پیش آزمون خودکارآمدی در گروه گواه و آزمایش (ذهن آگاهی) نشان داده شده است. این بیانگر آن است که آموزش ذهن آگاهی توانسته است میزان خودکارآمدی زنان دارای سابقه خشونت خانگی بهبود دهد و باعث افزایش معنادار خودکارآمدی این افراد در گروه آزمایش شده است. از طرفی به دلیل اینکه مقدار مجذور انا برای گروه برابر با ۰/۶۷۸ می‌باشد، می‌توان گفت ۶۷ درصد از کل واریانس و پراکندگی متغیر خودکارآمدی توسط اثرات گروه تبیین شده است.

جدول ۵. نتایج آزمون بونفرونی جهت مقایسه میانگین‌ها در گروه آزمایش و گواه

متغیر	تفاوت میانگین	خطای استاندارد	سطح معناداری
خودگردانی و عملکرد مختل	۲/۵۱	۱/۰۸	۰/۰۰۰
حد و مرزهای مختل	-۱۱,۰۹۹°	۱/۱۱	۰/۰۰۰
انفصال و طرد	-۲,۵۱۳	۱/۰۸	۰/۰۰۰
هدایت شدن به وسیله دیگران	-۱۳,۶۱۲°	۱/۰۹	۰/۰۰۰
گوش به زنگی بیش از حد و بازداری	۱۱/۰۹	۱/۱۱	۰/۰۰۰
آموزشی	۱۳/۶۱	۱/۰۹	۰/۰۰۰

متغیر	تفاوت میانگین	خطای استاندارد	سطح معناداری
شغلی	۱,۵۵۰-	۱/۰۹	۰/۰۰۰
اجتماعی	۱۳/۹۴	۱/۱۲	۰/۰۰۰

یک ابراز بالقوه قدرتمند می‌تواند برای طیف وسیعی از نوجوانان در معرض خطر و خانواده‌های آنها مفید باشد. وجود شایستگی ذهن آگاهی به تاب‌آوری و خودتنظیمی بیشتر نوجوانان در برابر شرایط متعارض و پرتنش خانوادگی کمک می‌کند (ویرا و همکاران، ۲۰۲۳).

از منظر پژوهشگر ذهن آگاهی با آموزش حضور در لحظه و پذیرش بدون قضاوت، به زنان کمک می‌کند تا از چرخه افکار منفی و نشخوارهای ذهنی که معمولاً پس از تجربه خشونت ایجاد می‌شود، فاصله بگیرند. این فرایند منجر به افزایش خودپذیری و کاهش سرزنش خود می‌گردد که از عوامل کلیدی در تقویت خودکارآمدی محسوب می‌شوند. از سوی دیگر، تمرینات ذهن آگاهی مانند تنفس عمیق و تمرکز بر لحظه حال، به زنان می‌آموزد که چگونه هیجان‌های شدید ناشی از تجربه خشونت را مدیریت کنند (پیلکینگتون و همکاران، ۲۰۲۳). این مهارت‌های تنظیم هیجانی، احساس کنترل درونی را افزایش داده و به فرد کمک می‌کند تا در موقعیت‌های دشوار، واکنش‌های سازگارانه‌تری از خود نشان دهد. همچنین، ذهن آگاهی با تغییر طرحواره‌های شناختی ناسازگاری مانند "من بی‌ارزشم" یا "نمی‌توانم از پس مشکلات برآیم"، باورهای جدیدی درباره توانمندی‌های فردی ایجاد می‌کند (جهانی جانفرد، ۱۳۹۹). علاوه بر این، ذهن آگاهی ارتباط فرد با خود و محیط را بهبود بخشیده و تاب‌آوری روانی را افزایش می‌دهد. این تغییرات به زنان کمک می‌کند تا در مواجهه با استرس‌ها و چالش‌های زندگی، انعطاف‌پذیری بیشتری داشته باشند و به توانایی‌های خود برای مدیریت موقعیت‌های دشوار اعتماد کنند. بنابراین، می‌توان گفت که ذهن آگاهی از طریق مکانیسم‌های مختلف شناختی، هیجانی و رفتاری، خودکارآمدی زنان آسیب‌دیده از خشونت خانگی را تقویت می‌کند و ابزار مؤثری برای توانمندسازی روانی-اجتماعی این گروه به شمار می‌رود.

یکی دیگر از یافته‌های پژوهش حاضر این بود که ذهن آگاهی بر کاهش طرحواره‌های ناسازگار تأثیر دارد. نتایج پژوهش با نتایج پژوهش سوچتا و همکاران (۲۰۲۳)؛ بایشاپ و همکاران (۲۰۲۲)؛ بار و همکاران (۲۰۲۳)؛

نتایج جدول شماره ۵، نشان می‌دهد که تفاوت میانگین مؤلفه‌های هر دو متغیر طرحواره‌های ناسازگار و خودکارآمدی مربوط به پس‌آزمون در گروه‌های آزمایش، نسبت به گروه گواه در فاصله اطمینان ۰/۹۵ معنادار بوده است. همچنین با توجه به تفاوت میانگین‌ها در مقایسه‌های دو به دو، می‌توان گفت که اثربخشی آموزش مبتنی بر ذهن آگاهی بر مؤلفه‌های هر دو متغیر در زنان آسیب‌دیده از خشونت خانگی تفاوت معناداری وجود دارد.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف پژوهش حاضر بررسی اثربخشی ذهن آگاهی بر خودکارآمدی و طرحواره‌های ناسازگار زنان دارای سابقه خشونت خانگی شهر کرمان بود. یکی از یافته‌های مطالعه حاضر این بود که ذهن آگاهی بر افزایش خودکارآمدی زنان دارای سابقه خشونت خانگی تأثیر دارد. نتایج پژوهش با نتایج پژوهش سوچتا و همکاران (۲۰۲۳)؛ بایشاپ و همکاران (۲۰۲۲)؛ بار و همکاران (۲۰۲۳)؛ پیلکینگتون و همکاران (۲۰۲۳)؛ ویرا و همکاران (۲۰۲۳) همسو است. در تبیین نتایج پژوهش می‌توان گفت درمان ذهن-آگاهی، یک روش متمرکز بر تمرین است که از مبانی مدیتیشن برای افزایش آگاهی و حضور ذهنی استفاده می‌کند. این فرآیند شامل تمرکز بر تجربیات حال حاضر، قبول کردن افکار و احساسات بدون اندازه‌گیری یا داوری و بهبود ارتباط با محیط و خودآگاهی است (بایشاپ و همکاران، ۲۰۲۳). تمرینات تنفس عمیق، تمرکز بر حالت حاضر و ادراک محیط از جمله ابزارهای مورد استفاده در این روش هستند (سوچتا و همکاران، ۲۰۲۳). درمان ذهن آگاهی هدف دارد ذهن را به واقعیت حاضر هدایت کرده و از طریق توجه به تجربیات فوری، افزایش ایجاد آگاهی نسبت به عواطف، افکار و واکنش‌های جسمی باشد. این فرآیند ممکن است به بهبود مهارت‌های استرس مدیریت، افزایش تمرکز و تعامل بهتر با محیط کمک کند. افرادی که از این روش بهره‌مند می‌شوند، معمولاً بهبود در کیفیت زندگی، کاهش اضطراب و افزایش خودآگاهی تجربه می‌کنند (بار و همکاران، ۲۰۲۳). پژوهش‌های نشان داده‌اند ذهن آگاهی به عنوان

پیلکینگتون و همکاران (۲۰۲۳)؛ ویرا و همکاران (۲۰۲۳) همسو است. در تبیین نتایج پژوهش می‌توان گفت ذهن آگاهی حالتی از توجه فعال و باز به زمان حال است. ذهن آگاهی به صورت مشاهده افکار و احساسات فرد بدون قضاوت خوب یا بد توصیف می‌شود. ذهن ابزاری عالی برای حل مسئله است، اما در آرام گرفتن و تمرکز بر چیزی که هست عالی نیست (ویرا و همکاران، ۲۰۲۳). بیشتر اوقات، ذهن در حال سرگردانی در گذشته یا آینده است تا در حال. این بدان معناست که پر از افکار، داستان‌ها و روایت‌هایی است که لزوماً ربطی به آنچه در آن لحظه در حال وقوع است ندارند (پیلکینگتون و همکاران، ۲۰۲۳). در برخی موارد، ذهن ممکن است درگیر داستان‌هایی شود که حتی مبتنی بر واقعیت نیستند. ذهن آگاهی می‌تواند فرصتی برای یک ذهن شلوغ ایجاد کند، اگرچه نیاز به قصد آگاهانه و تمرین منظم دارد بر همین اساس است که زنان دارای سابقه خشونت خانگی با تکرار تجربیات تجربه شده به طرحواره‌های ناسازگار دامن می‌زنند در صورتی که با تمرینات ذهن آگاهی توجه فرد به زمان حال باز می‌گردد و لذا از تکرار این افکار جلوگیری می‌نماید و با تکنیک‌های آرام‌سازی از اضطراب پس از آن جلوگیری می‌نماید و به همین سبب موجب کاهش طرحواره‌های ناسازگار می‌گردد.

براساس نظریه طرحواره درمانی یانگ، طرحواره‌های ناسازگار اولیه در نتیجه نیازهای هیجانی برآورده نشده در دوران کودکی شکل می‌گیرند و در مواجهه با موقعیت‌های استرس‌زا در بزرگسالی فعال می‌شوند. ذهن آگاهی با مکانیسم افزایش آگاهی لحظه‌به‌لحظه و پذیرش بدون قضاوت، به فرد کمک می‌کند تا الگوهای فکری و هیجانی خودکار را شناسایی کند. این آگاهی، فضای روانی لازم برای بازنگری و تعدیل طرحواره‌های ناسازگار را فراهم می‌سازد. از منظر نظریه‌های شناختی-رفتاری، ذهن آگاهی با ایجاد فاصله روانی از افکار و باورهای منفی، اثربخشی طرحواره‌ها را کاهش می‌دهد و امکان بازسازی شناختی را افزایش می‌دهد. همچنین، براساس نظریه خودتنظیمی، ذهن آگاهی با تقویت توانایی تنظیم هیجان‌ها، وابستگی فرد به پاسخ‌های طرحواره محور را کاهش می‌دهد.

این مطالعه با برخی محدودیت‌های خارج از کنترل پژوهشگر مواجه بود که از جمله می‌توان به عدم امکان کنترل کامل شرایط محیطی

شرکت کنندگان (مانند فضای خانه و تعاملات خانوادگی) که می‌توانست بر انجام تکالیف تأثیر بگذارد اشاره کرد. همچنین، ماهیت حساس موضوع خشونت خانگی و تمایل برخی زنان به عدم افشای کامل تجربیات خود به دلایل فرهنگی یا ترس از عواقب، ممکن است بر صداقت پاسخ‌ها تأثیر گذاشته باشد. محدودیت دیگر، دشواری در پیگیری بلندمدت شرکت کنندگان به دلیل شرایط ناپایدار زندگی برخی از آنان بود که امکان ارزیابی ماندگاری اثرات مداخله را کاهش داد. علاوه بر این، شرایط همه‌گیری کرونا و محدودیت‌های اجتماعی موجود در زمان اجرای پژوهش، ممکن است بر روند مشارکت و حالات روانی شرکت کنندگان تأثیر گذاشته باشد.

برای مطالعات آینده پیشنهاد می‌شود پژوهش‌هایی با دوره پیگیری طولانی‌تر (مثلاً ۶ ماهه یا یک‌ساله) طراحی شود تا ماندگاری اثرات مداخله ذهن آگاهی بررسی شود. همچنین مطالعه تأثیر ترکیب آگاهی با سایر مداخلات (مثل درمان شناختی-رفتاری یا طرحواره درمانی) بر این جمعیت پیشنهاد می‌شود. از منظر کاربردی، پیشنهاد می‌شود مراکز مشاوره و خانه‌های امن، کارگاه‌های منظم ذهن آگاهی را در برنامه‌های حمایتی خود بگنجانند. آموزش متخصصان سلامت روان در زمینه کاربردهای بالینی ذهن آگاهی برای قربانیان خشونت خانگی و تهیه بسته‌های آموزشی خودیاری مبتنی بر ذهن آگاهی به زبان ساده نیز می‌تواند گام مؤثری در جهت گسترش دسترسی به این مداخله باشد. همچنین پیشنهاد می‌شود سازمان‌های مرتبط، برنامه‌های آگاه‌سازی عمومی درباره فواید ذهن آگاهی برای زنان آسیب‌دیده را در دستور کار قرار دهند.

ملاحظات اخلاقی

پیروی از اصول اخلاق پژوهش: این مقاله برگرفته از پایان نامه نویسنده اول در رشته روانشناسی بالینی در دانشگاه آزاد اسلامی واحد سیرجان است. به جهت حفظ رعایت اصول اخلاقی در این پژوهش سعی شد تا جمع‌آوری اطلاعات پس از جلب رضایت شرکت کنندگان انجام شود. همچنین به شرکت کنندگان درباره رازداری در حفظ اطلاعات شخصی و ارائه نتایج بدون قید نام و مشخصات شناسنامه افراد، اطمینان داده شد.

حامی مالی: این پژوهش در قالب پایان نامه و بدون حمایت مالی می‌باشد.

نقش هر یک از نویسندگان: این مقاله از پایان نامه نویسنده اول و به راهنمایی نویسنده دوم استخراج شده است.

تضاد منافع: نویسندگان همچنین اعلام می‌دارند که در نتایج این پژوهش هیچ گونه تضاد منافی وجود ندارد.

تشکر و قدردانی: بدین وسیله از تمامی مشارکت‌کنندگان که در این پژوهش شرکت کردند، تشکر و قدردانی می‌گردد.

منابع فارسی

اصغر نژاد، طاهره، احمدی ده قطب الدینی، محمد، فرزاد، ولی اله، و خداپناهی، محمد کریم. (۱۳۸۵). مطالعه ویژگی‌های روانسنجی مقیاس خودکارآمدی عمومی شرر. *مجله روانشناسی*، ۱۰(۳) (پیاپی ۳۹)، ۲۶۲-۲۷۴. <https://sid.ir/paper/54517/fa>

احمدی، محبوبه، رهنوردی، منا، کیانی، مهرزاد، پورحسینقلی، اسما، معافی، فرنوش، و اسدزاده، فیروزه. (۱۳۹۴). عوامل مساعدکننده خشونت خانگی در زنان. *سلامت و مراقبت*، ۱۷(۱)، ۷۰-۸۱. <https://sid.ir/paper/252033/fa>

جهانی جنافرد، میلاد. (۱۳۹۹). خشونت خانگی علیه زنان در ایران. *قانون یار*، ۴(۱۵)، ۸۹۷-۹۰۹. <https://sid.ir/paper/525401/fa>

محمدی، عباس و محمدی، اسرا. (۱۴۰۳). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر خشونت خانگی، پرخاشگری و اعتیاد به تلفن همراه نوجوانان. *مجله علوم روانشناختی*، ۲۳ (۱۴۴)، ۳۱۲-۲۹۳. <http://dx.doi.org/10.61186/jps.23.144.16>

مرتضوی، سیما؛ سهرابی، فرامرز؛ اسکندری، حسین؛ برجعلی، احمد و خانجانی، مهدی. (۱۴۰۳). شناسایی عوامل مؤثر بر خشونت خانگی علیه زنان ایرانی دارای همسر مهاجر افغانستانی. *مجله علوم روانشناختی*، ۲۳ (۱۴۴)، ۱۹-۱. <http://dx.doi.org/10.61186/jps.23.144.1>

هدایتی مقدم، سهیلا؛ اکبری، حمزه و جاجرمی، محمود. (۱۴۰۴). طراحی مدل گرایش به خشونت خانگی بر اساس محرومیت هیجانی با میانجی-گری ناگویی خلقی در زنان آسیب دیده از خیانت زناشویی. *مجله علوم روانشناختی*، ۲۴(۱۴۵)، ۱۵۵-۱۳۹. <http://dx.doi.org/10.52547/JPS.24.145.139>

References

Abusubhiah, M., Walshe, N., Creedon, R., Noonan, B., & Hegarty, J. (2023). Self-efficacy in the context of nursing education and transition to practice as a registered practitioner: A systematic review. *Nursing open*, 10(10), 6650-6667. <https://doi.org/10.1002/nop2.1931>

Ahmadi, M., Rahnavardi, M., Kiani, M., Pourhosseingholi, A., Maafi, F., & Asadzadeh, F. (2015). Contributing factors to domestic violence in women. *Health and Care*, 17(1), 70-81. <https://sid.ir/paper/252033/fa> (In Persian)

Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. Freeman.

Bär, A., Bär, H. E., Rijkeboer, M. M., & Lobbestael, J. (2023). Early Maladaptive Schemas and Schema Modes in clinical disorders: A systematic review. *Psychology and*

psychotherapy, 96(3), 716-747. <https://doi.org/10.1111/papt.12465>

Bishop, A., Younan, R., Low, J., & Pilkington, P. D. (2022). Early maladaptive schemas and depression in adulthood: A systematic review and meta-analysis. *Clinical psychology & psychotherapy*, 29(1), 111-130. <https://doi.org/10.1002/cpp.2630>

Bourne, M. J., Smeltzer, S. C., & Kelly, M. M. (2021). Clinical teacher self-efficacy: A concept analysis. *Nurse education in practice*, 52, 103029. <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2021.103029>

Dostal, A. L., & Pilkington, P. D. (2023). Early maladaptive schemas and obsessive-compulsive disorder: A systematic review and meta-analysis. *Journal of affective disorders*, 336, 42-51. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2023.05.053>

- Farley H. (2019). Promoting self-efficacy in patients with chronic disease beyond traditional education: A literature review. *Nursing open*, 7(1), 30–41. <https://doi.org/10.1002/nop2.382>
- FitzGerald, J., Wells, Y. D., & Ellis, J. M. (2022). Psychosocial modification of general self-efficacy in older adults: A restricted review. *Australasian journal on ageing*, 41(3), e210–e226. <https://doi.org/10.1111/ajag.13052>
- Goldberg, S. B., Tucker, R. P., Greene, P. A., Davidson, R. J., Wampold, B. E., Kearney, D. J., & Simpson, T. L. (2018). Mindfulness-based interventions for psychiatric disorders: A systematic review and meta-analysis. *Clinical psychology review*, 59, 52–60. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.10.011>
- Hedayati Moghaddam, S., Akbari, H., & Jajarmi, M. (2025). Designing a model of domestic violence tendency based on emotional deprivation with mediating role of alexithymia in women affected by marital infidelity. *Journal of Psychological Science*, 24(145), 139–155. <http://dx.doi.org/10.52547/JPS.24.145.139> (In Persian)
- Huberty, J., Green, J., Glissmann, C., Larkey, L., Puzia, M., & Lee, C. (2019). Efficacy of the Mindfulness Meditation Mobile App "Calm" to Reduce Stress Among College Students: Randomized Controlled Trial. *JMIR mHealth and uHealth*, 7(6), e14273. <https://doi.org/10.2196/14273>
- Jahani Jenaghard, M. (2020). Domestic violence against women in Iran. *Law Yar*, 4(15), 897–909. <https://sid.ir/paper/525401/fa> (In Persian)
- Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(2), 144–156.
- Klassen, R. M., & Klassen, J. R. L. (2018). Self-efficacy beliefs of medical students: a critical review. *Perspectives on medical education*, 7(2), 76–82. <https://doi.org/10.1007/s40037-018-0411-3>
- Lumish, R., Simpkins, S., Black, J., & Whittaker, C. F. (2022). Fostering empathy and self-efficacy in pharmacy students through service learning. *Currents in pharmacy teaching & learning*, 14(4), 536–546. <https://doi.org/10.1016/j.cptl.2022.03.002>
- Maher, A., Cason, L., Huckstepp, T., Stallman, H., Kannis-Dymand, L., Millea, P., Mason, J., Wood, A., & Allen, A. (2022). Early maladaptive schemas in eating disorders: A systematic review. *European eating disorders review: the journal of the Eating Disorders Association*, 30(1), 3–22. <https://doi.org/10.1002/erv.2866>
- May, T., Younan, R., & Pilkington, P. D. (2022). Adolescent maladaptive schemas and childhood abuse and neglect: A systematic review and meta-analysis. *Clinical psychology & psychotherapy*, 29(4), 1159–1171. <https://doi.org/10.1002/cpp.2712>
- Mohammadi, A., & Mohammadi, E. (2024). The effectiveness of acceptance and commitment therapy on domestic violence, aggression and mobile phone addiction in adolescents. *Journal of Psychological Science*, 23(144), 293–312. <http://dx.doi.org/10.61186/jps.23.144.16> (In Persian)
- Mortazavi, S., Sohrabi, F., Eskandari, H., Borjali, A., & Khanjani, M. (2024). Identifying factors affecting domestic violence against Iranian women with Afghan immigrant husbands. *Journal of Psychological Science*, 23(144), 1–19. <http://dx.doi.org/10.61186/jps.23.144.1> (In Persian)
- Pilkington, P. D., Karantzas, G. C., Faustino, B., & Pizarro-Campagna, E. (2023). Early maladaptive schemas, emotion regulation difficulties and alexithymia: A systematic review and meta-analysis. *Clinical psychology & psychotherapy*, 10.1002/cpp.2914. Advance online publication. <https://doi.org/10.1002/cpp.2914>
- Roscoe, J., & Taylor, J. (2023). Maladaptive therapist schemas in CBT practice, training and supervision: A scoping review. *Clinical psychology & psychotherapy*, 30(3), 510–527. <https://doi.org/10.1002/cpp.2802>
- Sakulsriprasert, C., Thawornwutichat, R., Phukao, D., & Guadamuz, T. E. (2023). Early

- maladaptive schemas and addictive behaviours: A systematic review and meta-analysis. *Clinical psychology & psychotherapy*, 30(6), 1416–1432. <https://doi.org/10.1002/cpp.2882>
- Selzler, A. M., Habash, R., Robson, L., Lenton, E., Goldstein, R., & Brooks, D. (2020). Self-efficacy and health-related quality of life in chronic obstructive pulmonary disease: A meta-analysis. *Patient education and counseling*, 103(4), 682–692. <https://doi.org/10.1016/j.pec.2019.12.003>
- Sherer, M., Maddux, J. E., Mercandante, B., Prentice-Dunn, S., Jacobs, B., & Rogers, R. W. (1982). The Self-Efficacy Scale: Construction and validation. *Psychological Reports*, 51(2), 663–671.
- Sójtá, K., & Strzelecki, D. (2023). Early Maladaptive Schemas and Their Impact on Parenting: Do Dysfunctional Schemas Pass Generationally?—A Systematic Review. *Journal of clinical medicine*, 12(4), 1263. <https://doi.org/10.3390/jcm12041263>
- Thornton, C. P., Li, M., Yeh, C. H., & Ruble, K. (2021). Self-efficacy in symptom management for adolescents and young adults with cancer: a systematic review. *Supportive care in cancer: official journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*, 29(6), 2851–2862. <https://doi.org/10.1007/s00520-020-05960-6>
- Vieira, C., Kuss, D. J., & Griffiths, M. D. (2023). Early maladaptive schemas and behavioural addictions: A systematic literature review. *Clinical psychology review*, 105, 102340. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2023.102340>
- Young, J. E., Klosko, J. S., & Weishaar, M. E. (2003). *Schema Therapy: A Practitioner's Guide*. Guilford Press.