رویش روان شناسی، سال۱۱، شماره۷، شماره پیاپی ۷۶، مهر ۱۴۰۱
Rooyesh-e-Ravanshenasi Journal(RRJ),11(7), 2022

اثربخشی ذهن‌آگاهی مثبت‌نگر بر احساس شرم درونی‌شده، اجتناب تجربه‌ای و بدتنظیمی هیجان در زنان خشونت‌دیده

The Effectiveness of Positive Mindfulness on Feelings of Internalized Shame, Experiential Avoidance, and Emotion Dysregulation in Violent Women

مینوش همایونی
دانشجوی دکتری روانشناسی تخصصی، واحد بوشهر، دانشگاه آزاد اسلامی، بوشهر، ایران.
مولود کیخسروانی (نویسنده مسئول)
استادیار گروه روانشناسی، واحد بوشهر، دانشگاه آزاد اسلامی، بوشهر، ایران.
علی پولادی ریشهری
استادیار گروه روانشناسی، واحد بوشهر، دانشگاه آزاد اسلامی، بوشهر، ایران.
استادیار دانشگاه پیام نور، بوشهر، ایران.

Minoosh Homayooni
PhD student in specialized psychology, Bushehr Branch, Islamic Azad University, Bushehr, Iran.
Moloud Keykhosravani*
Assistant Professor, Department of Psychology, Bushehr Branch, Islamic Azad University, Bushehr, Iran. moloud.keykhosrovani@gmail.com
Ali Poulad reishehri
Assistant Professor, Department of Psychology, Bushehr Branch, Islamic Azad University, Bushehr, Iran. Assistant Professor at Payam Noor University, Bushehr, Iran.

چکیده
پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی ذهن‌آگاهی مثبت‌نگر بر احساس شرم درونی‌شده، اجتناب تجربه‌ای و بدتنظیمی هیجان در زنان خشونت‌دیده انجام پذیرفت. پژوهش حاضر به لحاظ هدف کاربردی و از نظر ماهیت از نوع طرح‌های نیمه‌آزمایشی با پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه گواه و مرحله پیگیری سه ماه بود. جامعه آماری پژوهش حاضر متشکل از تمامی زنان قربانی خشونت خانگی که در سال ۹۹-۱۳۹۸ عضو خانه‌های امن شیراز بود که به روش هدفمند ۳۰ نفر انتخاب و به روش تصادفی در گروه آزمایش و گواه قرار گرفتند. ابزارهای سنجش شامل پرسشنامه بدتنظیمی هیجان گارنفسکی و همکاران (CERQ، ۲۰۰۱)، اجتناب تجربه‌ای باوند و همکاران (AAQ-II، ۲۰۱۱) و پرسشنامه شرم درونی‌شده کوک (ISS، ۱۹۸۷) بود. گروه آزمایش مداخله ذهن‌آگاهی مثبت‌نگر هافمن و همکاران (۲۰۱۴) در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای هفته‌ای ۲ بار دریافت کرد و گروه گواه هیچ مداخله‌ای دریافت نکرد. برای تجزیه‌وتحلیل داده‌ها از روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر با نرم‌افزار spss-26 انجام شد. نتایج تحلیل واریانس یک‌طرفه نشان داد بین نمره پس‌آزمون و پیگیری احساس شرم درونی‌شده، اجتناب تجربه‌ای و بدتنظیمی هیجان در گروه گواه و آزمایش تفاوت معناداری وجود دارد (p<۰/۰۱). ۴۴٪ احساس شرم درونی شده، ۷۵٪ اجتناب تجربه‌ای و ۳۶٪ بدتنظیمی هیجانی به‌وسیله درمان ذهن‌آگاهی مثبت نگر تبیین می‌شود. درنتیجه به نظر می‌رسد درمان ذهن‌آگاهی مثبت‌نگر بر احساس شرم درونی‌شده، اجتناب تجربه‌ای و بدتنظیمی هیجان مؤثر است.
واژه‌های کلیدی: *احساس شرم درونی‌شده، اجتناب تجربه‌ای، بدتنظیمی هیجان، ذهن‌آگاهی مثبت‌نگر، زنان خشونت‌دیده.*

Abstract
The present study was conducted with the aim of determining the effectiveness of positive mindfulness on internalized shame, experiential avoidance, and emotion dysregulation in women who experienced violence. The current research was applied in terms of its purpose and in terms of its nature, it was a semi-experimental design with a pre-test and post-test with a control group and a three-month follow-up phase. The statistical population of the present study consists of all women victims of domestic violence who were members of safe houses in Shiraz in 2018-2019, 30 people were selected in a targeted way and were randomly assigned to the experimental and control groups. Measurement tools included Garnevsky et al.'s Emotion Dysregulation Questionnaire (CERQ, 2001), Bavand et al.'s Experiential Avoidance (AAQ-II, 2011), and Cook's Internalized Shame Questionnaire (ISS, 1987). The experimental group received Hoffman et al.'s (2014) positive mindfulness intervention in 8 sessions of 90 minutes twice a week, and the control group did not receive any intervention. To analyze the data, analysis of variance with repeated measurements was done with SPSS 26 software. The results of the one-way analysis of variance showed that there is a significant difference between the post-test score and follow-up of internalized shame, experiential avoidance, and emotion dysregulation in the control and experimental groups (p<0.01). 44% of internalized shame, 75% of experiential avoidance, and 36% of emotional dysregulation are explained by positive mindfulness therapy. As a result, it seems that positive mindfulness treatment is effective on internalized shame, experiential avoidance, and emotion dysregulation.
Keywords: *Emotion Dysregulation, Experiential Avoidance, Feelings of Internalized Shame, Positive Mindfulness, Violent Women.*

نوع مقاله : پژوهشی | **دریافت :** فروردین ۱۴۰۱ | **پذیرش:** تیر ۱۴۰۱ | **ویرایش نهایی:** مهر ۱۴۰۱

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-18]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.7.15.4]

مقدمه

خشونت علیه زنان سابقه‌ای به پهنای تاریخ دارد، اگرچه تابع هنجارها و ارزش‌های هر جامعه است و نوع برداشت آن بستگی به نوع فرهنگ جامعه دارد (عابدی نیا و همکاران، ۱۳۹۴). ولیکن در تمامی جوامع بشری باوجود تفاوت در میان مذاهب و دیگر تفاوت‌های فکری، فرهنگی، اقتصادی و اجتماعی وجود داشته و پدیده‌ای است جهانی، فراتاریخی و فرافرهنگی که عمری به قدمت تاریخ بشریت دارد (وزینا[1] و همکاران، ۲۰۱۵). خشونت علیه زنان به معنای اعمال هر رفتار خشن وابسته به جنسیت است که موجب آسیب شده یا با آزار جسمی، روانی، ضرر و رنج زنان همراه است. امروزه اشکال و انواع متفاوتی از خشونت وجود دارد: مردانی که همسر خود را کتک می‌زنند، به نیازهای عاطفی و روانی همسر توجه ندارند، سوءاستفاده مالی از همسر می‌کنند و او را مجبور به انجام اعمال خلاف عرف و اخلاق برای تهیه هزینه مواد مخدر می‌کنند (باندوسی[2] و همکاران، ۲۰۱۸). سازمان بهداشت جهانی در قطعنامه‌ای، خشونت علیه زنان، را چنین تعریف کرده است: «هر نوع رفتار خشن و وابسته به جنسیت که موجب آسیب جسمی، روانی یا رنج زنان می‌شود، چنین رفتاری می‌تواند با استفاده از تهدید، اجبار یا سلب مطلق اختیار و آزادی در جمع یا خفا رخ می‌دهد (ره کشای، ۱۳۹۵).

خشونت خانگی معمولاً به چهار شیوه جسمی، کلامی، عاطفی و جنسی رخ می‌دهد؛ که نوع عاطفی آن هم شایع‌تر است و هم پیامدهای آن مخرب‌تر از خشونت جسمی است (تیش و همکاران[3]، ۲۰۲۰). ازاین‌رو، آزار عاطفی هر نوع غفلت یا عدم‌حمایت در برابر غفلت را شامل می‌شود که بالقوه آسیب‌زاست؛ نسبت به رشد عاطفی فرد بی‌توجه است و با اثرات منفی طولانی‌مدت و عمیق عملکرد بدرفتاری، هیجانی و اجتماعی مرتبط است (نوروزی چهارقلعه و همکاران، ۱۳۹۴). مطالعات خودگزارشی گذشته‌نگر در زنان با سابقه آزار عاطفی نشان دادند که این نوع از آزار با عزت‌نفس پایین، اضطراب، احساس شرم و گناه یا حس قربانی مورد خشونت واقع‌شدن مرتبط است (بارلو[4] و همکاران، ۲۰۱۷؛ رستمی و همکاران، ۱۳۹۸). ازاین‌رو، به دنبال تجارب دردناک و ارزیابی که هر یک از زوجین از خودشان دارند، هیجان‌هایی در آنها برانگیخته می‌شود؛ بعضی از این هیجان‌ها مانند شرم و گناه، هیجان‌های خودآگاه هستند که به‌وسیله تأمل در خود و خودارزیابی برانگیخته می‌شوند (ایرونز و لاد[5]، ۲۰۱۷). هیجان‌های خودآگاه درواقع هیجان‌های خودتنظیم‌گر هستند و از طریق ارائه بازخوردهایی به خود درباره افکار، رفتار، انگیزه‌مند کردن فرد برای توجه به استانداردهای اخلاقی، اجتماعی و پاسخ‌دهی مناسب نقش مهمی دارند. ازاین‌رو، شرم احساس دردناکی است که با بسیاری از مشکلات روانی ازجمله پرخاشگری، افسردگی، اضطراب، اختلالات جسمی، اختلال وسواس، حساسیت بین فردی، عزت‌نفس پایین و خودانتقادی ارتباط دارد (دیدریخ[6] و همکاران، ۲۰۱۴). همچنین نتایج تحقیقات مختلف نشان می‌دهد که خودانتقادی و شرم نقش مهمی در خشم، اضطراب اجتماعی، اختلال خلقی، اختلال استرس پس از ضربه و مشکلات بین فردی دارد (ایرونز و لاد، ۲۰۱۷). ازاین‌رو، خودانتقادی به‌عنوان شکلی از آزار و اذیت درونی نگریسته می‌شود که استرس‌زا و تضعیف‌کننده خود است. به همین خاطر، روان‌شناسان به مفهوم‌سازی‌های جایگزین برای معرفی نگرش و ارتباط سالم با خود در راستای پیشگیری از خودانتقادی و شرم اقدام کردند.

علاوه بر شرم متغیر دیگری که بررسی می‌شود اجتناب[7] می‌باشد. اجتناب دارای دو بعد شناختی و رفتاری می‌باشد. اجتناب رفتاری به رهایی از یک عمل، شخص و یا یک شی اشاره دارد، که پریشانی را کاهش می‌دهد. اجتناب مانع پاسخ‌های مؤثر افراد به محرک‌های هیجانی و جایگزینی راهبردهای مدیریت هیجان می‌شود و به همین دلیل راهبرد کارآمدی نیست (قدم پور و همکاران، ۲۰۱۷). تعدادی از پژوهش‌ها نشان داده‌اند که اجتناب نقش مهم و پررنگی در تمایز بین اجتناب اجتماعی از غیراجتماعی و اجتناب رفتاری از غیر رفتاری دارد (کریگر[8] و همکاران، ۲۰۱۳). اجتناب شناختی به معنای استراتژی‌های مختلف ازجمله حواس‌پرتی، نگرانی، توقف فکر و هر راه‌حلی است که فرد را از مواجهه با افکار منفی و مشکلات ناخواسته دور کند. اجتناب بیشتر با اختلالات اضطرابی مرتبط می‌باشد چراکه اجتناب بیشتر از محرک‌های آزارنده موجب اضطراب بیشتر می‌گردد اما اخیراً پژوهش‌ها نشان داده‌اند که با افسردگی هم ارتباط دارد چراکه اجتناب منجر

1. Vézina
2. Banducci
3. Tesh
4. Barlow
5. Irons & Lad
6. Diedrich
7. avoidance
8. Krieger

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-18]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.7.15.4]

به کناره‌گیری و تنهایی می‌گردد. اجتناب در یک چرخه‌ی نابهنجار و فاسد دخالت دارد، که در آینده همراه با شرایط آزارنده فراخوانده می‌شود که با تقویت منفی نگه داشته می‌شود (شیرالی نیا و همکاران، ۱۳۹۷).

از طرفی نیز پژوهش‌ها نشان می‌دهد که زنان خشونت‌دیده در مقایسه با زنان عادی دچار بدتنظیمی هیجان هستند (اودیبگوویک[1] و همکاران، ۲۰۱۷). بررسی متون و مطالعات روان‌شناختی گویای آن است که تنظیم هیجان نقش بسیار مهمی در دامنه گسترده‌ای از پیامدهای روان‌شناختی بازی می‌کند (گراس و جان[2]، ۲۰۰۳)، و عامل مهمی در تعیین سلامتی و داشتن عملکرد موفق در تعاملات اجتماعی است (سیچتی[3] و همکاران، ۱۹۹۵). و نقص در آن با اختلالات درون‌سازی‌شده مانند افسردگی، اضطراب و انزوای اجتماعی و اختلالات برون‌سازی‌شده مانند بزهکاری، و رفتار پرخاشگرانه ارتباط دارد (منین[4] و همکاران، ۲۰۱۵). نظریه‌های هیجان تأکید می‌کنند که چگونگی تفسیر یا ارزیابی ما از یک رویداد می‌تواند کارکرد مهمی در پاسخ هیجانی ما داشته باشد (شرر[5]، ۲۰۱۵). باز ارزیابی با استفاده از هر دو مقیاس‌های خودگزارشی و فیزیولوژیکی در کاهش عاطفه منفی مؤثر شناخته شده است (اکسنر[6] و گراس، ۲۰۱۸)، و استفاده همیشگی از بازاریابی شناختی با سلامت روانی زیاد (گراس و جان، ۲۰۰۳) و سطوح پایینی از آسیب روانی همراه است (افتخاری و همکاران[7]، ۲۰۰۹).

نگاهی به نتایج پژوهش‌های گذشته در حوزه درمان‌های مثبت‌نگر (دیمیترپولو و لئونتوپولو[8]، ۲۰۱۷) درمان‌های مبتنی بر ذهن‌آگاهی (وار[9]، ۲۰۱۳، کنگ[10] و همکاران، ۲۰۱۱) حاکی از تأثیر مثبت این نوع درمان‌ها بر طیف متنوعی از مسائل مختلف زنان است. بااین‌حال، از لحاظ نظری و از لحاظ پژوهشی، طی سال‌های اخیر برخی از اندیشمندان با هدف بسط و گسترش ظرفیت‌های درمانی برای زنان و مردان، از حلقه‌های اتصال و امکان تلفیق برخی از درمان‌های روان‌شناختی و اجتماعی سخن به میان آورده‌اند. امکان تلفیق برخی درمان‌ها با یکدیگر بیشتر از این نظر مطرح شده که امکان استفاده از نقاط قوت درمان‌ها در کنار یکدیگر را فراهم می‌کند. برای نمونه سبولا[11] و همکاران (۲۰۱۷) با مروری عمیق و جامع نشان داده‌اند که ذهن‌آگاهی خود یک سازه مثبت‌نگر است که با ادغام عمیق‌تر در درمان‌ها و آموزش‌های مثبت‌نگر دیگر، امکان بهره بردن از ظرفیت دو درمان ذهن‌آگاهی و مثبت‌نگری در کنار یکدیگر را فراهم می‌کنند. این ادعا با مجموعه شواهدی که طی سال‌های اخیر از رابطه و استفاده هم‌زمان مثبت‌نگری و ذهن‌آگاهی به‌دست‌آمده همسویی قابل‌توجهی نشان می‌دهد. بررسی گارلند[12] و همکاران (۲۰۱۷) و نیمک[13] و همکاران (۲۰۱۲) بر امکان ترکیب ذهن‌آگاهی و مثبت‌نگری متمرکز بر نقاط قوت انسانی نشان داده که هم از لحاظ نظری و هم از لحاظ پژوهشی، ترکیب ذهن‌آگاهی و مثبت‌نگری می‌تواند زمینه‌ساز تأثیرات چشمگیر درمان باشد. پپینگ[14] و همکاران (۲۰۱۳) نشان دادند که ذهن‌آگاهی موجب افزایش هرچه بیشتر عزت‌نفس که در حوزه روانشناسی مثبت‌نگر از جایگاه مهمی برخوردار است، می‌شود. سبولا و همکاران (۲۰۱۷) در پژوهشی نشان دادند که درمان ذهن‌آگاهی مثبت‌نگر بر افزایش تنظیم هیجان مثبت در افراد مؤثر است. بررسی‌های واترز[15] و همکاران (۲۰۱۳)، انگ[16] (۲۰۱۳) و پژوهش ایوتزین[17] و همکاران (۲۰۱۹) نشان دادند که ترکیب ذهن‌آگاهی با مثبت‌نگری در آموزش و درمان بر کاهش علائم اجتناب شناختی و بدتنظیمی‌های هیجان مؤثر است.

با توجه به اینکه خشونت خانگی عامل بسیاری از صدمات جسمی، ناخوشی‌های روانی و پیامدهای نامطلوب همچون، اجتناب شناختی، بدتنظیمی هیجانی و خودانتقادی و شرم درونی‌شده محسوب می‌شود و این نوع از پژوهش‌ها به‌طورکلی در سطح جهان در نمونه زنان

1. Avdibegovic
2. Gross & Jhon
3. Cicchetti
4. Mennin
5. Scherer
6.Ochsner
7. Eftekhari
8. Dimitropoulou & Leontopoulou
9. Weare
10. Keng
11. Cebolla
12. Garland
13. Niemiec
14. Pepping
15. Waters
16. Ong
17. Ivtzan

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-18]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.7.15.4]

قربانی خشونت خانگی بسیار محدود است، اما زمانی که به پژوهش‌های داخلی برمی‌گردیم این محدودیت و شکاف پژوهش‌ها بسیار بیش‌تر می‌شود. بنابراین لازم است در جهت تعیین اثربخشی درمان ذهن‌آگاهی مثبت‌نگر بر احساس شرم درونی‌شده، اجتناب تجربه‌ای و بدتنظیمی هیجان در زنان خشونت‌دیده داخل کشور پژوهش حاضر صورت گیرد و به تعمیم‌پذیری نتایج پژوهش‌ها قبلی کمک کند. از طرفی طبق جستجوی پژوهشگران پژوهش حاضر، به نظر می‌رسد پژوهشی که به‌طور هم‌زمان بخواهد اثربخشی درمان ذهن‌آگاهی مثبت‌نگر بر احساس شرم درونی‌شده، اجتناب تجربه‌ای و بدتنظیمی هیجان در زنان خشونت‌دیده بررسی کند انجام نشده است. همچنین پژوهش حاضر حوزه‌ای جدید از مباحث روان‌درمانی را مدنظر قرار داده است. درنتیجه پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان ذهن‌آگاهی مثبت‌نگر بر احساس شرم درونی‌شده، اجتناب تجربه‌ای و بدتنظیمی هیجان در زنان خشونت‌دیده در سال ۱۴۰۰ بود.

روش

روش پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی با پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه گواه و پیگیری سه‌ماهه بود. جامعه آماری پژوهش حاضر متشکل از تمامی زنان قربانی خشونت خانگی که در سال ۹۹-۱۳۹۸ به عضویت خانه‌های امن زنان تحت خشونت خانگی در شهر شیراز درآمده‌اند، بود. پژوهشگر پس از مراجعه به سازمان بهزیستی شهر شیراز و دریافت مجوز از بهزیستی، از طریق فرمول کوهن (۱۹۸۱) به تعداد ۳۰ نفر و با بهره‌گیری از روش نمونه‌گیری هدفمند و با در نظر گرفتن ملاک‌های ورود و خروج به پژوهش نمونه پژوهش را از بین زنان خشونت‌دیده به عضویت درآمده‌ی خانه‌های امن خشونت خانگی بهزیستی شهر شیراز، پس از ارائه فرم رضایت آگاهانه و پر کردن آن توسط اعضا، انتخاب شدند. ملاک‌های ورود شرکت‌کننده‌ها، حداقل تحصیلات در سطح دیپلم، عدم مصرف داروهای اعصاب و روان و روان‌گردان‌ها در طول ۳ ماه گذشته، دریافت رضایت آگاهانه، عدم قرار گرفتن هم‌زمان تحت درمان روان‌شناختی دیگر، داشتن سابقه خشونت خانگی و حداقل سن ۲۰ و حداکثر ۴۰ سال. این پژوهش با کد شناسه IR.BPUMS. REC.1400.014 مصوبه اخلاق در پژوهش‌های علوم پزشکی بوشهر تصویب شده است. در این پژوهش ملاحظات اخلاقی به شرح ذیل رعایت شد: ۱- پیش از شروع مطالعه، شرکت‌کنندگان از موضوع و روش اجرای پژوهش مطلع شدند، ۲- پژوهشگر متعهد شد تا از اطلاعات خصوصی آزمودنی‌ها محافظت کند و از داده‌ها فقط در راستای اهداف پژوهش استفاده کند، ۳- پژوهشگر متعهد شد نتایج پژوهش را در صورت تمایل آزمودنی‌ها برای آنها تفسیر کند، ۴- در صورت مشاهده‌ی هرگونه ابهام، راهنمایی‌های لازم به آزمودنی‌ها ارائه شد، ۵- مشارکت در تحقیق هیچ‌گونه بار مالی برای شرکت‌کنندگان به دنبال نداشت، ۶- این پژوهش با موازین دینی و فرهنگی آزمودنی و جامعه هیچ‌گونه مغایرتی نداشت. عدم تمایل آزمودنی به ادامه‌ی شرکت در پژوهش، شرکت هم‌زمان در برنامه‌های مشاوره یا روان‌درمانی دیگر، غیبت بیش از دو جلسه و همکاری نکردن در تکمیل پرسشنامه‌ها در سه مرحله‌ی پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری نیز به‌عنوان ملاک‌های خروج در نظر گرفته شدند. سپس مداخله‌ی ذهن‌آگاهی مثبت‌نگر در ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای هفته‌ای ۲ بار برای گروه آزمایش اجرا گردید و در طول مدت اجرای مداخله گروه گواه در لیست انتظار قرار گرفت. درنهایت شرکت‌کنندگان هر ۲ گروه در مرحله‌ی پس‌آزمون به پرسشنامه‌ی موردنظر پاسخ دادند. درنهایت داده‌های پژوهش با استفاده از روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر و به کمک نرم‌افزار آماری spss-26 در سطح معناداری ۰/۰۵ مورد تجزیه‌وتحلیل قرار گرفت.

ابزار سنجش

مقیاس احساس شرم درونی‌شده[1] (ISS): مقیاس شرم درونی‌شده توسط کوک[2] در سال ۱۹۸۷ تهیه گردیده که شامل ۳۰ ماده و دو خرده‌مقیاس کمرویی با ۲۴ ماده و عزت‌نفس با ۶ ماده است. پاسخ به هر ماده این مقیاس به‌صورت ۵ رتبه‌ای از نوع لیکرتی (هرگز=۰، خیلی کم=۱، گاهی اوقات=۲، اغلب=۳، همیشه=۴) است. نمره‌های بالا در این مقیاس نشان‌دهنده بی‌ارزشی، بی‌کفایتی، احساس حقارت، پوچی و تنهایی است. نمره پایین بیانگر اعتمادبه‌نفس بالاست. کوک (۱۹۸۷) ضریب پایایی آلفای کرونباخ خرده‌مقیاس‌های کمرویی و عزت‌نفس را به ترتیب ۰/۹۴ و ۰/۹۰ گزارش کرده است. در راستای روایی ملاکی هم‌زمان کمرویی و عزت‌نفس نمره‌های حاصل از این مقیاس را با پرسشنامه شادکامی و هم‌وابستگی بررسی کرده و همبستگی ۰/۶۱ تا ۰/۷۹ به دست آورد. رجبی و عباسی (۱۳۹۰) ضرایب پایایی آلفای کرونباخ مقیاس شرم درونی‌شده در کل نمونه ۰/۹۰، در مردان ۰/۸۹ و در زنان ۰/۹۱ گزارش کرده‌اند در راستای روایی

1. Internalized shame scale
2. Cook

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-18]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.7.15.4]

محتوایی، نتایج نشان داد که شاخص روایی محتوایی پرسشنامه بالاتر از ۰/۷۰ بود. در پژوهش حاضر نیز همسانی درونی به بهره‌گیری از آلفای کرونباخ ۰/۷۹ محاسبه گردید.

پرسشنامه تنظیم هیجان[1] (CERQ): این پرسشنامه بر مبنای پرسشنامه اصلی گواه شناختی هیجان[2] و توسط گارنفسکی و همکاران[3] (۲۰۰۱) در کشور هلند تدوین شده است. این پرسشنامه یک ابزار خودگزارشی است و دارای ۱۸ ماده می‌باشد. اجرای این پرسشنامه خیلی آسان است و هم برای افراد بهنجار و هم برای جمعیت‌های بالینی قابل‌استفاده می‌باشد. این پرسشنامه از ۹ زیرمؤلفه تشکیل شده است. زیرمؤلفه‌های مذکور ۹ راهکار شناختی ملامت خود، پذیرش، نشخوارگری، تمرکز مجدد مثبت، تمرکز مجدد بر برنامه‌ریزی، ارزیابی مجدد مثبت، دیدگاه‌پذیری، فاجعه‌سازی و ملامت دیگران را ارزیابی می‌کند. دامنه‌ی نمرات از ۱ (تقریباً هرگز) تا ۵ (تقریباً همیشه) می‌باشد. هر زیرمؤلفه شامل ۴ ماده است. نمره‌ی کل هر یک از زیرمؤلفه‌ها از طریق جمع‌کردن نمره ماده‌ها به دست می‌آید بنابراین دامنه نمرات هر زیرمؤلفه بین ۴ تا ۲۰ خواهد بود. نمرات بالا در هر زیرمؤلفه بیانگر میزان استفاده بیشتر راهکار مذکور در مقابله و مواجهه با وقایع استرس‌زا و منفی می‌باشد. در پژوهش گارنفسکی و همکاران (۲۰۰۱)، ضریب آلفای کرونباخ برای نه زیرمؤلفه پرسشنامه مذکور بین ۰/۶۲ تا ۰/۸۰ گزارش شده است. در پژوهش آنان روایی سازه پرسشنامه از طریق تحلیل عاملی اکتشافی به روش مؤلفه‌های اصلی مؤید پنج عامل بود که روی‌هم‌رفته توانایی تبیین ۷۸ درصد از واریانس را داشت، ضمن اینکه روایی تشخیصی این پرسشنامه نیز از طریق برآورد همبستگی خرده‌مقیاس‌های پرسشنامه با نشانگان افسردگی و اضطراب مورد تأیید قرارگرفته است. همچنین حسنی (۱۳۹۰) در ایران ضریب آلفای کرونباخ را بین دامنه ۰/۶۸ تا ۰/۸۶ و اعتبار این پرسشنامه از طریق آلفای کرونباخ را در دامنه‌ای از ۰/۷۳ تا ۰/۸۸ گزارش کرده است. روایی همگرا و تشخیصی (افتراقی) پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان در پژوهش حسنی (۱۳۹۰) از طریق محاسبه ضرایب همبستگی زیرمقیاس‌های آن با افسردگی، اضطراب، استرس و شاخص‌های سلامت روانی در مورد شرکت‌کنندگان بررسی شد. نتایج ضرایب همبستگی پیرسون نشان داد که بین نمره شرکت‌کنندگان در زیرمقیاس‌های خودسرزنش‌گری، نشخوارگری، فاجعه‌نمایی و دیگرسرزنش‌گری با افسردگی، اضطراب، استرس و درماندگی روان‌شناختی همبستگی مثبت معنادار و با بهزیستی روان‌شناختی همبستگی منفی معنادار وجود دارد. بر اساس این نتایج، بین زیرمقیاس‌های پذیرش، تمرکز مجدد مثبت، برنامه‌ریزی، ارزیابی مجدد مثبت و کم‌اهمیت‌شماری با افسردگی، اضطراب، استرس همبستگی منفی معنادار به دست آمد. میزان آلفای کرونباخ در پژوهش حاضر نیز بین دامنه‌ی ۰/۶۶ تا ۰/۸۳ محاسبه گردید.

پرسشنامه اجتناب تجربی[4] (AAQ-II): این پرسشنامه از سوی باوند[5] و همکاران (۲۰۱۱) برای سنجش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، به‌ویژه در ارتباط با اجتناب تجربی و تمایل به درگیری در عمل باوجود افکار و احساس‌های ناخواسته تدوین شده و دارای ۷ سؤال است. سؤال‌های این پرسشنامه بر اساس میزان توافق در یک مقیاس لیکرت ۷ درجه‌ای (هرگز=۱، خیلی بندرت=۲، بندرت=۳، گاه اوقات=۴، بیشتر اوقات=۵، تقریباً همیشه=۶، همیشه=۷) نمره‌گذاری می‌شود. نمرات بالاتر در این پرسشنامه نشان‌دهنده انعطاف‌پذیری روان‌شناختی پایین‌تر و اجتناب تجربی بالاتر است. پایایی بازآزمایی این پرسشنامه در فاصله زمانی ۹ ماهه توسط باوند و همکاران (۲۰۱۱) ۰/۸۱و همسانی درونی آن با روش تحلیل عاملی تأییدی ۰/۸۴ به دست آمده است. در ایران نیز در پژوهش عباسی و همکاران (۱۳۹۱) ضریب پایایی آلفای کرونباخ پرسشنامه اجتناب تجربه‌ای ویرایش دوم ۰/۸۹، ضریب پایایی بازآزمایی در فاصله زمانی یک سال ۰/۷۶ و همسانی درونی آن با روش تحلیل عاملی تأییدی ۰/۷۳ به دست آمده است. آلفای کرونباخ در پژوهش حاضر ۰/۸۱ محاسبه شد.

جلسات ذهن‌آگاهی مثبت‌نگر: منظور از درمان ذهن‌آگاهی مثبت‌نگر در این پژوهش بر اساس راهنمای هافمن و همکاران[6] (۲۰۱۴) است که در ۸ جلسه‌ی ۹۰ دقیقه‌ای (هفته‌ای دو بار) به ترتیب زیر بر روی گروه آزمایش اجرا شد. در جدول ۱ خلاصه‌ای از اهداف جلسات درمانی ارائه شده است.

1. Emotion regulation questionnaire
2. CERQ
3. Granefski
4. experiential avoidance's Questionnaire
5. Bond
6. Hofmann

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-18]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.7.15.4]

جدول ۱. محتوای جلسات ذهن‌آگاهی مثبت‌نگر هافمن و همکاران (۲۰۱۴)

جلسات/ موضوع	محتوا
جلسه اول/ هدایت خودکار	بیان قوانین و اهداف جلسات گروهی آشنایی درون‌گروهی، آشنایی با قواعد درمان و گروه، آشنایی با خشونت و پیامدهای آن و در نهایت آشنایی با درمان ذهن‌آگاهی مثبت‌نگر و نقش آن در غلبه بر عواطف مخرب و منفی.. اجرای پیش‌آزمون، معرفی شرم و اجتناب تجربه‌ای و علائم آن، معرفی درمان ذهن‌آگاهی مثبت‌نگر و چگونگی استفاده از آن برای مقابله با شرم با تمرکز بر عواطف مخرب و منفی مرتبط با افسردگی تکلیف خانگی: انجام ذهن‌آگاه یک فعالیت عادی روزمره در هر روز (شستن، غذا خوردن، مسواک زدن و..)
جلسه دوم/ مقابله با موانع	آموزش شناسایی هیجان‌های مثبت و منفی، آموزش بازداری هیجانی جهت غلبه بر تکانشگری هیجانی، آموزش مراقبه تنفس آگاهانه با تمرکز بر فضیلت خرد و دانایی و ابعاد آن.
جلسه سوم/ حضور ذهن یا تکنیک تنفس	آموزش ذهن‌آگاهی در حوزه خودآگاهی از طریق شناخت نقاط قوت و ضعف، ویژگی‌ها، توانایی‌ها، باورها، افکار و ارزش‌های خود هم‌زمان با تلقین مثبت در زمینه توانمندی‌ها و ارتقا جنبه‌های مثبت زندگی.
جلسه چهارم/ ماندن در زمان حال	آموزش فنون ذهن‌آگاهی پذیرش بدون قضاوت، حضور ذهن از افکار، هیجانات و احساسات، آموزش مهارت مدیریت هیجان و تنظیم هیجان از طریق تمرین مراقبه مهربانی، افزایش هیجان مثبت از طریق دستورالعمل لذت‌بخشی
جلسه پنجم/ اجازه و مجوز	آموزش تفکر مثبت و تغییر نگرش نسبت به زندگی و استمرار در تمرین از طریق شناسایی الگوهای فکری، توجه آگاهانه به افکار، مورد بازخواست قرار دادن خود، جایگزینی افکار مثبت به‌جای افکار منفی، انجام آگاهانه فعالیت‌های لذت‌بخش، استفاده آگاهانه از واژه‌های مثبت در زندگی روزانه، افزایش خودباوری و اعتمادبه‌نفس .
جلسه ششم/ افکار حقایق نیستند	آموزش تفکر مثبت و تغییر نگرش نسبت به زندگی و استمرار در تمرین از طریق شناسایی الگوهای فکری، توجه آگاهانه به افکار، مورد بازخواست قرار دادن خود، جایگزینی افکار مثبت به‌جای افکار منفی.
جلسه هفتم/ مراقبت از خود	آموزش ایجاد رابطه مثبت با دیگران، آموزش آگاهانه جرأت‌مندی و مهارت ارتباط مؤثر با دیگران و نقش آن در کاهش مشکلات رفتاری و اجتماعی، معرفی جایگزین‌های مثبت جهت مقابله با عادت‌های ارتباطی منفی و تعیین روابط مثبت، معرفی شوخ‌طبعی و تکنیک‌های آن .
جلسه هشتم/ استفاده از آموخته‌ها	انجام تمرینات کششی هاتا یوگا و نقش آن در افزایش آستانه تحمل نوجوان و کاهش واکنش‌پذیری و ارتباط ذهن و بدن جهت مقابله با مشکلات جسمانی. جمع بندی و اجرای پس آزمون.

یافته‌ها

در بررسی اطلاعات جمعیت شناختیِ شرکت‌کنندگان پژوهش، دامنه‌ی سنی افراد در هر دو گروه آزمایش اول گواه از ۲۰ تا ۴۰ سال سن داشتند. ۱۷ نفر (۵۷ درصد) از شرکت‌کنندگان در تحقیق ۲۰ تا ۳۰ سال سن و ۲۰ نفر (۴۳ درصد) بین ۳۰ سال تا ۴۰ سال سن داشتند. در ضمن میانگین و انحراف استاندارد میانگین سنی افراد شرکت‌کننده در تحقیق به ترتیب ۳۱/۰۶ و ۵/۶ سال بود. ۱۷ نفر (۵۶ درصد) از افراد شرکت‌کننده در تحقیق دارای مدرک تحصیلی دیپلم، ۴ نفر (۱۳ درصد) دارای مدرک تحصیلی فوق‌دیپلم، ۴ (۱۳ درصد) دارای مدرک تحصیلی لیسانس، ۴ نفر (۱۳ درصد) دارای مدرک تحصیلی فوق‌لیسانس و ۱ نفر (۳ درصد) دارای مدرک تحصیلی دکتری می‌باشند. ۳ نفر (۱۰ درصد) از افراد شرکت‌کننده در تحقیق دارای نمره خشونت ۶۰، ۶ نفر (۲۰ درصد) دارای نمره خشونت ۶۱ تا ۶۵، ۹ نفر (۳۰ درصد) دارای نمره خشونت ۶۶-۷۰، ۳ نفر (۱۰ درصد) دارای نمره خشونت ۷۱ تا ۷۵، ۳ نفر (۱۰ درصد) دارای نمره خشونت ۷۶ تا ۸۰ و ۴ نفر (۱۷ درصد) نمره خشونت آنها بیشتر از ۸۰ بود. در ادامه میانگین و انحراف معیار احساس شرم درونی‌شده، اجتناب تجربه‌ای و بدتنظیمی هیجانی در سه مرحله در گروه آزمایش و گواه در جدول ۲ ارائه شده است.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-18]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.7.15.4]

جدول ۲. میانگین و انحراف معیار مؤلفه‌های پژوهش به تفکیک برای دو گروه گواه و درمان ذهن‌آگاهی در سه مرحله سنجش (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری)

	مرحله	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری	
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
احساس شرم	گواه	۱۰۴/۶۷	۷/۹۱	۱۰۴/۱۳	۷/۷۳	۱۰۴/۱۳	۸/۳۶
درونی‌شده	ذهن‌آگاهی	۱۰۴/۸۷	۷/۷۹	۷۰/۴۰	۵/۰۱	۷۰/۲۰	۵/۴۰
اجتناب تجربه‌ای	گواه	۳۰/۸۰	۵/۰۹	۳۸/۴۷	۵/۰۱	۳۷/۹۳	۵/۰۶
	ذهن‌آگاهی	۳۶/۴۷	۴/۷۳	۲۴/۰۷	۳/۰۸	۲۴/۰۰	۳/۰۵
بدتنظیمی هیجانی	گواه	۷۶/۶۰	۷/۴۹	۷۶/۲۰	۷/۱۹	۷۵/۴۰	۷/۴۱
	ذهن‌آگاهی	۷۴/۳۳	۶/۴۰	۵۰/۱۳	۵/۰۰	۴۹/۸۰	۵/۰۷

همان‌طور که مشاهده می‌شود میزان نمره‌ی احساس شرم درونی‌شده، اجتناب تجربه‌ای و بدتنظیمی هیجانی در پیش‌آزمون، در دو گروه مداخله‌ی ذهن‌آگاهی و گواه تقریباً به یک میزان بوده است، که نشانگر همگن بودن این دو گروه از لحاظ میزان نمره‌ی احساس شرم درونی‌شده، اجتناب تجربه‌ای و بدتنظیمی هیجانی پیش از اجرای مداخله با آزمایش است. اما میانگین نمره‌ی احساس شرم درونی‌شده، اجتناب تجربه‌ای و بدتنظیمی هیجانی پس از اجرای مداخله در گروه مداخله‌ی ذهن‌آگاهی مثبت‌نگر تغییر قابل‌توجهی نسبت به گروه گواه داشته است، که می‌توان نتیجه‌ی مؤثر بودن مداخله دانست و این میزان در مرحله‌ی پیگیری (۳ ماهه) نیز قابل‌مشاهده می‌باشد.

قبل از اجرای آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر نتیجه پیش‌فرض نرمال بودن توزیع با استفاده از آزمون کولموگروف - اسمیرنوف بقرار بود چرا که هیچ کدام از موارد در سطح ۰.۰۵ معنادار نبود. علاوه براین، کرویت ماچلی جهت همگنی ماتریس کوواریانس نمرات متغیرها ارائه شده است. شایان ذکر است زمانی این پیش‌فرض رعایت می‌گردد که سطح معناداری برای ضریب W ماچلی بیشتر از ۰/۰۵ باشد. با توجه به رعایت شدن تمام پیش‌فرض‌های موردنظر، بنابراین آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر قابل‌اجراست. نتایج کلی آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری‌های مکرر در جدول ۴ ارائه شده است.

جدول ۳. تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر گروه آزمایش و گواه

متغیرها	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معناداری	ضریب اثر
			احساس شرم درونی‌شده			
			درون آزمودنی			
زمان	۴۵/۵۱۱	۱	۴۵/۵۱۱	۲/۴	۰/۱۲	۰/۰۵
زمان * گروه	۶۳۶/۱۵۶	۱	۶۳۶/۱۵۶	۲۴/۱۸۶	۰/۰۰۱*	۰/۴۴
خطا	۷۹۶/۳۳۳	۲۸	۲۶/۳۰			
			بین گروهی			
گروه	۲۲۷/۷۴۸	۱	۱۳۸/۸۷۴	۴/۷۱۱	۰/۰۰۲*	۰/۲۵
خطا	۸۲۵/۲۴۴	۲۸	۲۹/۴۷۳			
			اجتناب تجربه‌ای			
			درون آزمودنی			
زمان	۱۵۱۲/۹	۱	۱۵۱۲/۹	۱۲۱/۶۵	۰/۰۰۱*	۰/۷۴
زمان * گروه	۶۲۳/۲۶۷	۱	۶۲۳/۲۶۷	۵۰/۱۴	۰/۰۰۱*	۰/۵۴
خطا	۵۲۲/۳۳۳	۲۸	۱۲/۴۳			
			بین گروهی			
گروه	۲۰۶۶/۹۰۴	۱	۲۰۶۶/۹۰۴	۸۴/۱۰۲	۰/۰۰۱*	۰/۷۵
خطا	۶۸۸/۱۳۳	۲۸	۲۴/۵۷۶			

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-18]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.7.15.4]

			بدتنظیمی هیجانی			
درون آزمودنی						
زمان	۵۱۲/۵۳۳	۱	۵۱۲/۵۳۳	۷/۷۹۵	٭۰/۰۰۱	۰/۲۱
زمان * گروه	۳۰۵/۱۵۶	۱	۳۰۵/۱۵۶	۱/۶۷	٭۰/۰۴	۰/۱۴
خطا	۱۸۴۰/۹۷۸	۲۸	۶۵/۷۴۹			
بین گروهی						
گروه	۹۹۰/۵۷۸	۱	۹۹۰/۵۷۸	۱۶/۲۱۲	٭۰/۰۰۱	۰/۳۶
خطا	۱۷۱۰/۷۵۶	۲۸	۶۱/۰۹۸			

نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که نتایج آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای بررسی اثرات درون آزمونی و بین آزمودنی نشان داده شده است. همان‌طور که ملاحظه می‌گردد در اثر زمان متغیرهای احساس شرم درونی‌شده، اجتناب تجربه‌ای و بدتنظیمی هیجانی معنادار شده‌اند (P<۰/۰۱). بنابراین بین سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در این متغیرها در گروه‌های آزمایشی و گواه تفاوت وجود دارد. همچنین با توجه به نتایج جدول که نشان می‌دهد بین گروه و زمان در متغیرهای احساس شرم درونی‌شده، اجتناب تجربه‌ای و بدتنظیمی هیجانی تعامل وجود دارد (P<۰/۰۵) مشخص می‌گردد بین مراحل پیش‌آزمون و پس‌آزمون و پیگیری بین دو گروه درمانی و گواه در این سه متغیر وابسته تفاوت وجود دارد. ازآنجاکه مقدار معناداری کمتر از خطای ۰/۰۵ می‌باشد می‌توان پذیرفت که نمرات متغیرهای تحقیق در بین گروه‌های آموزشی در طی مقطع پس‌آزمون و پیگیری تغییر یافته‌اند و مدل معنادار است، به‌طوری‌که در مؤلفه‌های احساس شرم درونی‌شده، اجتناب تجربه‌ای و بدتنظیمی هیجانی در سطح (P<۰/۵) در مقایسه‌ی بین‌گروهی، درون‌گروهی و زمان اثربخشی معناداری دیده شد. سطح معنی‌داری هر چهار آماره چندمتغیری مربوطه، یعنی اثر پیلایی، لامبدای ویلکز، اثر هتلینگ و بزرگ‌ترین ریشه روی، کوچک‌تر از ۰/۰۱ است. بدین ترتیب فرض صفر آماری رد و مشخص می‌گردد که حداقل بین سه متغیر تحقیق در سه گروه آزمونی در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری تفاوت وجود دارد. بررسی این تعاملات در جدول بعدی ارائه شده است.

به منظور مقایسه زوجی گروه‌ها با یکدیگر، از آزمون تحلیل واریانس استفاده شد که نتایج حاصل در جدول ۴ ارائه شده است.

جدول ۴. جدول مقایسه میانگین های زوجی برای مقایسه بین گروه گواه و آزمایش

مرحله	متغیر			تفاوت میانگین	خطای استاندارد	تفاوت معنی‌داری
پیش	احساس شرم درونی‌شده	گواه	ذهن‌آگاهی	-.۲۰۰	۲/۸۶۶	.۹۴۵
	اجتناب تجربه‌ای	گواه	ذهن‌آگاهی	۲/۳۳۳	۱/۷۹۴	.۲۰۴
	بدتنظیمی هیجانی	گواه	ذهن‌آگاهی	۲/۲۶۷	۲/۵۴۴	.۳۸۰
پس	احساس شرم درونی‌شده	گواه	ذهن‌آگاهی	۳۳/۷۳۳*	۲/۳۷۸	.۰۰۱
	اجتناب تجربه‌ای	گواه	ذهن‌آگاهی	۱۴/۴۰۰*	۱/۵۱۹	.۰۰۱
	بدتنظیمی هیجانی	گواه	ذهن‌آگاهی	۲۶/۰۶۷*	۲/۲۶۲	.۰۰۱
پیگیری	احساس شرم درونی‌شده	گواه	ذهن‌آگاهی	۳۳/۹۳۳*	۲/۵۶۹	.۰۰۱
	اجتناب تجربه‌ای	گواه	ذهن‌آگاهی	۱۳/۹۳۳*	۱/۵۲۶	.۰۰۱
	بدتنظیمی هیجانی	گواه	ذهن‌آگاهی	۲۵/۶۰۰*	۲/۳۲۰	.۰۰۱

همان‌طور که در جدول ۴ قابل‌مشاهده است، بین متغیرهای احساس شرم درونی‌شده، اجتناب تجربه‌ای و بدتنظیمی هیجانی در نمونه‌های تحت گواه و ذهن‌آگاهی در مرحله پیش‌آزمون اختلاف معنادار وجود ندارد، اما در مرحله‌های پس‌آزمون و پیگیری بین متغیرهای احساس شرم درونی‌شده، اجتناب تجربه‌ای و بدتنظیمی هیجانی اختلاف معنادار وجود دارد. همان‌طور که در جدول ۴ قابل‌مشاهده است، روش ذهن‌آگاهی باعث کاهش احساس شرم درونی‌شده، اجتناب تجربه‌ای و بدتنظیمی هیجانی در زنان خشونت‌دیده در مرحله پس‌آزمون و پیگیری نسبت به گروه گواه شده است.

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-18]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.7.15.4]

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی ذهن‌آگاهی مثبت‌نگر بر احساس شرم درونی‌شده، اجتناب تجربه‌ای و بدتنظیمی هیجان در زنان خشونت‌دیده انجام شد. نتایج پژوهش حاضر نشان داد روش ذهن‌آگاهی باعث کاهش احساس شرم درونی‌شده در زنان خشونت‌دیده در مرحله پس‌آزمون و پیگیری نسبت به گروه گواه شده است. این یافته‌ها با پژوهش صادق پور و همکاران (۱۳۹۹)، فتح الله زاده و همکاران (۱۳۹۶) همسو و همسو است. در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت که ازآنجاکه در طی آموزش ذهن‌آگاهی مثبت‌نگر توجه از افکار ناخوانده به سوی تمرکزی اختیاری جلب می‌شود، فرد توانا می‌شود تا در رویارویی با موقعیت‌های مختلف، از پردازش ثانویه‌ی افکار، احساسات و حس‌های بدنی جلوگیری کند که در جریان خشونت و هیجانات منفی برانگیخته می‌شوند و احساس شرم درونی‌شده کاهش می‌یابد (دیویس و هیس[1]، ۲۰۱۱). همچنین هدف تکنیک‌های ذهن‌آگاهی کار روی احساس‌های بدنی، عاطفی، خاطرات و تصاویر ذهنی است. زنان خشونت‌دیده به کمک تکنیک‌های ذهن‌آگاهی در سطح عاطفی با احساس شرم درونی‌شده مبارزه می‌کنند و با استفاده از تصویرسازی ذهنی شرم و گناه خود را نسبت به حوادث زمان خشونت ابراز می‌کنند. آموزش‌های ذهن‌آگاهی به زنان خشونت‌دیده کمک می‌کند تا از ظرفیت‌ها و توانمندی‌های روان‌شناختی، مخصوصاً شناختی خود برای رسیدن به آرامش و رضایت بیشتر، استفاده نمایند. این آموزش‌ها به زنان کمک می‌کند تا عوامل تعیین‌کننده رضایت از زندگی را شناسایی کنند و سپس از طریق آموزش تکنیک‌ها و فنونی چون مثبت‌نگری، خودپذیری، دیگرپذیری و زندگی‌پذیری نامشروط. اهداف و احساس رضایت و خرسندی از عملکرد شخصی، مقدمات عملکرد بهینه زنان خشونت‌دیده را در تمام جنبه‌های زندگی فراهم می‌سازد. همچنین آموزش شناختی به شخص خشونت‌دیده یاد می‌دهد تا با اصلاح ارزیابی‌های شناختی که از خود، دنیا و زندگی دارد و با تلفیق تکنیک‌های آموخته‌شده با موقعیت‌های زندگی به رضایت و خرسندی دست یابد. از طرفی نیز ذهن‌آگاهی کمک می‌کند فرد بتواند به‌جای آنکه افکار و احساس‌های منفی را بخشی از خویشتن خود بداند، آنها را به‌عنوان وقایعی تجربه کند که در حال گذر از پرده‌ی ذهن هستند. ذهن‌آگاهی می‌تواند به‌عنوان تمرکز، گشودگی، حالت عدم قضاوت، توجه و آگاهی، مفهوم ساز شود. بر این اساس ذهن‌آگاهی مهارتی است که به زنان خشونت‌دیده اجازه می‌دهد که در زمان حال حوادث را کمتر از آن میزان که ناراحت‌کننده‌اند، دریافت کنند. این فرایند باعث می‌شود تا آنها از هم‌درآمیزی با احساس شرم خود جدا شده و آنها را تنها به‌عنوان یک فکر صادرشده از سیستم شناختی خود در نظر بگیرند نه واقعیت. همچنین وقتی اشخاص نسبت به زمان حال آگاه می‌شوند، دیگر توجه خود را روی گذشته یا آینده معطوف نکرده که این امر باعث کاهش احساس شرم درونی‌شده در آنها می‌شود.

بخشی از نتایج پژوهش نشان داد که درمان ذهن‌آگاهی مثبت‌نگر بر اجتناب تجربه‌ای در زنان خشونت‌دیده مؤثر است. این یافته‌ها با پژوهش کریمی (۱۳۹۸)، فتح الله زاده و همکاران (۱۳۹۶)، احمدی و همکاران (۱۳۹۵) و اسنیت (۲۰۲۰) همسو است.

در تبیین یافته‌های فوق می‌توان مطرح ساخت که درمان ذهن‌آگاهی مثبت‌نگر به بیمار کمک می‌کند با تسهیل در شناسایی به‌موقع الگوهای افکار، احساسات و حس‌های بدنی آنها را در مرحله مناسبی پیش از توسعه و بسط یافتن خنثی کند (هلمز و وارد[2]، ۲۰۱۵). در جریان فرایند درمان آنها می‌آموزند که: ۱) تنها با فکر کردن به یک رویداد، آن رویداد به وقوع نمی‌پیوندد، ۲) فکر نگران‌کننده و گناه‌آلود به معنای انجام آن عمل نیست، ۳) افکار مزاحم را می‌توان به‌صورت ارادی متوقف کرد پیش از آن‌که پیامدهای اضطرابی آن آغاز شوند. همچنین، درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی به بازسازی شناختی، یعنی شناسایی و اصلاح ارزیابی منفی افکار مزاحم، اصلاح نگرش بیش برآوردسازی خطر و بیش‌مهم‌پنداری افکار می‌شود. طی درمان به افراد آموزش داده می‌شود که در صورت هجوم افکار مزاحم، با به‌کارگیری روش‌های درمانی مناسب با آنها مقابله کنند (مک مانوس[3] و همکاران، ۲۰۱۵).

ذهن‌آگاهی مستلزم راهبردهای رفتاری و شناختی و فراشناختی ویژه برای متمرکز کردن فرآیند توجه است که به نوبه‌ی خود باعث جلوگیری از گرایش به پاسخ‌های نگران‌کننده و رشد دیدگاه جدید و پدیدآیی افکار و هیجان‌های خوشایند می‌شود (سگال[4] و همکاران، ۲۰۰۲). بیماران در برنامه شناخت درمانی مبتنی بر ذهن‌آگاهی یاد می‌گیرند که توجه خود را از افکار و احساسات ناکارآمد منحرف کنند و در عوض به بدن و طبیعت اطرافشان بیشتر توجه کنند (هافمن و همکاران، ۲۰۱۰). بنابراین، با توجه به نتایج به‌دست‌آمده از این پژوهش می‌توان بیان داشت که توجه آگاهانه به زمان حال و قرار گرفتن در معرض احساسات و افکار ناخوشایند و عدم اجتناب از احساسات باعث

1. Davis & Hayes
2. Helmes & Ward
3. McManus
4. Segal

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-18]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.7.15.4]

تغییرات شناختی و درنتیجه کاهش و بهبود علائم روانی می‌گردد که شاید یکی از ویژگی‌ها درمان پس از آموزش ذهن‌آگاهی تغیر در راهبرد مقابله‌ای خود از اجتناب به پذیرش احساسات و افکار باشد. آموزش مشاهده‌ی افکار و هیجانات آشفته‌ساز بدون قضاوت و پذیرا بودن به‌جای اجتناب یا اشتغال ذهنی به آنها، منجر به بالا رفتن آگاهی از تجربه و ایجاد واکنش آگاهانه و سازگارانه و کنترل بهتر افکار یا هیجانات ناخوشایند در زنان خشونت‌دیده می‌شود. بر این اساس تداوم تمرین‌های ذهن‌آگاهی منجر به ایجاد تغییرات رفتاری اجتنابی بهتر می‌شود.

همچنین نتایج پژوهش نشان داد که درمان ذهن‌آگاهی مثبت‌نگر بر بدتنظیمی هیجان در زنان خشونت‌دیده مؤثر است. یافته‌های این پژوهش با پژوهش احمدی و همکاران (۱۳۹۵)، ایوتزین و همکاران (۲۰۱۹) و کریگر و همکاران (۲۰۱۳) همسو است.

در تبیین یافته می‌توان گفت یکی از جنبه‌های مهم ذهن‌آگاهی مبتنی بر شناخت این است که زنان درگیر خشونت خانگی یاد می‌گیرند با هیجانات و افکار منفی مقابله نموده و حوادث ذهنی را به‌صورت مثبت تجربه نمایند. آنها با آموزش مهارت‌های مقابله‌ای، در رویارویی با رویدادهای استرس‌زا با خوش‌بینی و اعتمادبه‌نفس برخورد می‌کنند، رویدادها را قابل‌گواه می‌بینند و به‌طورکلی سیستم پردازش اطلاعات خود را به شیوه‌ی مؤثرتری به کار می‌اندازند. درمان ذهن‌آگاهی مبتنی بر شناخت می‌تواند به این دسته از افراد کمک کند تا بدون ارزیابی هیجان‌ها به‌صورت خوب یا بد آنها را به همان صورت که رخ می‌دهند، تجربه کنند و به‌جای اجتناب، آن را پذیرفته و از راهبردهای سازگارانه‌تر استفاده نمایند. شاید یکی از دلایل کاهش استفاده از راهبردهای ناسازگارانه‌ای مثل سرزنش خود، سرزنش دیگری و نشخوار در زنان قربانی خشونت خانگی، تغییر در راهبرد مقابله‌ای خود از اجتناب به پذیرش احساسات و افکار باشد. همچنین زنان خشونت‌دیده به‌واسطه‌ی آسیبی که می‌بینند، دچار احساس عدم امنیت شده و مستعد بروز علائم نابهنجار بالینی و برانگیختگی می‌گردند، فقدان امنیت می‌تواند مقدمه‌ی ظهور اضطراب، افزایش بدتنظیمی هیجانی، کاهش خلق و عاطفه و علائم اسکیزوفرنی همچون درون‌گرایی، رفتار آشفته، واقعیت‌گریزی و آشفتگی‌های هیجانی شود. بنابراین، با توجه به این‌که آموزش ذهن‌آگاهی مبتنی بر شناخت با کمک به افراد در شناخت بهتر خود و تجربه نگرشی غیر قضاوتی، پذیرا، با اعتماد، صبور و مهربان، سبب می‌شود که افراد در ارتباط با دیگران از روابط، آگاهی پیدا کرده و میزان تماس‌های اجتماعی آنها افزایش یابد و به نحوی بر رفتارهای بین فردی نیز اثربخش باشد.

به‌طورکلی با توجه به نتایج پژوهش حاضر، ضمن اثرگذاری رویکرد ذهن‌آگاهی مثبت‌نگر می‌توان از این رویکرد جهت کاهش احساس شرم درونی‌شده، اجتناب تجربه‌ای و بدتنظیمی هیجان در زنان آسیب‌دیده از خشونت خانگی استفاده کرد. درمان ذهن‌آگاهی مثبت‌نگر که به شکل گروهی برگزار می‌شود، می‌تواند با استفاده از عناصر درمانی ویژه‌ی خود که در روابط بین‌فردی در گروه رخ می‌دهد و با فراهم کردن زمینه‌ی تجربه‌ی احساسات منفی و پذیرش آنها و انعطاف‌پذیری شناختی از طریق کارهای عملی و استعاره‌ها، منجر به کاهش احساس شرم درونی‌شده، اجتناب تجربه‌ای و بدتنظیمی هیجان می‌شود.

در بیان محدودیت‌های این پژوهش می‌توان گفت به دلیل محدودیت زمانی، محدودیت دسترسی و عدم تمایل به شرکت در پژوهش به علت ماهیت موضوع خشونت نمونه‌گیری به‌صورت هدفمند و با حجم کم و فقط از میان جامعه‌ی زنان خشونت‌دیده شهر شیراز انجام شد. بنابراین پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های آینده، برای کاهش سوگیری احتمالی، نمونه از شهرها و گروهای مختلف و با حجم بیشتر انتخاب شود تا با اطمینان بیشتری بتوان نتایج را تعمیم داد. با توجه به یافته‌ها، پیشنهاد می‌شود روان‌شناسان و روان‌درمانگران این نوع مداخلات را در جهت بهبود سلامت روان زنان آسیب‌دیده از خشونت خانگی به کار گیرند.

منابع

احمدی، س.ز.، میرزائیان، ب.، و مداح، م.ت. (۱۳۹۵). اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر نگرانی و اجتناب شناختی در دانشجویان اضطرابی. *فصلنامه ایده های نوین روانشناسی، ۱*(۱)، ۱۰-۱. http://jnip.ir/article-1-45-fa.html

حسنی، ج. (۱۳۹۰). بررسی اعتبار و روایی فرم کوتاه پرسشنامه نظم‌جویی شناختی هیجان. *تحقیقات علوم رفتاری*، ۹(۴)، ۲۲۹-۲۴۰. http://rbs.mui.ac.ir/article-1-207-fa.html

شیرالی نیا، خ.، چلداوی، ر.، و امان الهی، ع. (۱۳۹۷). اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت بر افسردگی و اضطراب زنان مطلقه. روان‌شناسی بالینی، ۱۰ (۱)، ۹-۲۰. http://doi.org/10.22075/jcp.2018.13055.1272

رجبی، غ.، عباسی، ق. (۱۳۹۰). بررسی رابطه خودانتقادی، اضطراب اجتماعی و ترس از شکست با شرم درونی‌شده در دانشجویان. *پژوهش‌های روانشناسی بالینی و مشاوره*، ۱ (۲)، ۱۷۱-۱۸۲. https://dx.doi.org/10.22067/ijap.v1i2.9837

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-18]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.7.15.4]

رستمی، م.، عبدی، م.، و حیدری، ح. (۱۳۹۸). بررسی انواع بدرفتاری در دوران کودکی با بخشش خانواده اصلی و فعلی در افراد متأهل. *فصلنامه اندیشه و رفتار در روانشناسی بالینی، ۸*(۳۲)، ۷۷-۸۹. https://jtbcp.riau.ac.ir/article_72.html?lang=en

ره کشای، ح (۱۳۹۵). نقش مداخله دولت ها در خشونت خانگی علیه زنان از منظر حقوق بشر. *پژوهشنامه حقوق بشری، ۴*، ۱۲۱-۱۵۰. http://ensani.ir/fa/article/366532/

صادق پور، آ.، خلعتبری، ج.، سیف، ع.ا، و شهریاری احمدی، ع. (۱۳۹۹). مقایسه اثربخشی درمان متمرکز بر شفقت و آموزش ذهن‌آگاهی بر نمو پس از سانحه و فرسودگی مرتبط با سرطان در افراد مبتلا به سرطان. *فصلنامه علوم روانشناختی، ۱۹*(۸۶)، ۱۹۳-۲۰۲.

عابدی نیا، ن.، بوالهری، ج.، و نقی زاده، م.م. (۱۳۹۴). مقایسه عوامل زمینه‌ساز تقاضای طلاق برحسب جنسیت. *فصلنامه مطالعات روان‌شناختی، ۱۱*(۱)، ۱۷۷-۱۴۱. https://psychologicalscience.ir/article-1-610-fa.html

عباسی، ا.، فتی، ل.، مولودی، ر.، و ضرابی، ح. (۱۳۹۱). کفایت روانسنجی نسخه فارسی پرسشنامه پذیرش و عمل- نسخه دوم. *مجله روش‌ها و مدل‌های روان‌شناختی، ۳* (۱۰)، ۶۵-۸۰. http://jpmm.miau.ac.ir/article_61.html

فتح الله زاده، ن.، مجلسی، ز.، مظاهری، ز.، رستمی، م.، و نوابی نژاد، ش. (۱۳۹۶). اثربخشی درمان متمرکز مبتنی بر شفقت بر شرم درونی‌شده و خودانتقادی زنان آزاردیده عاطفی. *مطالعات روان‌شناختی، ۱۳*(۲)، ۱۵۱-۱۶۸. https://psychstudies.alzahra.ac.ir/article_2882.html

نوروزی چهارقلعه، پ.، هاشمی آذر، ژ.، و صرامی فروشانی، غ. (۱۳۹۴). مقایسه عملکرد عصب روان‌شناختی زنان دختر آزاردیده هیجانی و عادی. *مطالعات روان‌شناختی، ۱۱*(۲)، ۷-۲۴. https://dx.doi.org/10.22051/PSY.2015.1950

Banducci, A., Felton, J.W., Bonn-Miller, MO., Lejuez CW. (2018). An examination of the impact of childhood emotional abuse and gender on cannabis use trajectories among community youth. *Translational Issues in Psychological Science*, 4(1), 85-98. https://doi.org/10.1037/tps0010142

Barlow, M. R., Goldsmith, T. R. E., & Gerhart, J. (2017). Trauma appraisals, emotion regulation difficulties, and self-compassion predict posttraumatic stress symptoms following childhood abuse. *Child Abuse & Neglect*, *65*(4), 37-47. http://doi.org/10.1016/j.chiabu.2017.01.006.

Bond, F. W., Hayes, S. C., Baer, R. A., Carpenter, K. M., Guenole, N., Orcutt, H. K., & Zettle, R. D. (2011). Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire –II: A revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance. *Behavior Therapy*, *42* (4), 676-688. https://doi.org/10.1016/j.beth.2011.03.007.

Cebolla, A., Enrique, A., Alvear, D., Soler., J., & García-Campayo, J. (2017). Contemplative positive psychology: introducing mindfulness into positive psychology. *Papeles del psicólogo*, *38*, 12-18. https://doi.org/10.23923/pap.psicol2017.2816.

Cicchetti, D., Ackerman, B. P., & Izard, C. E. (1995). Emotions and Emotion Regulation in Developmental Psychopathology. *Development and Psychopathology*, *7*, 1-10. https://doi.org/10.1017/S0954579400106301

Cook, D. R. (1987). Measuring shame: Internalized shame scale. Alcoholism Treatment Quarterly. 1987;4(2):197-215. https://doi.org/10.1300/J020v04n02_12

Avdibegovic, E., Brkic, M., Sinanovic, O. (2017). Emotional profile of women victims of domestic violence. *Mater Sociomed*, 29(2), 109-113. https://doi.org/10.5455/msm.2017.29.109-113

Davis, D., M. and Hayes, J. A. (2011). What are the benefits of mindfulness? A practice review of psychotherapy related research. *American Psychological Association*, *48*(2), 198-208. https://doi.org/10.1037/a0022062

Diedrich, A., Grant, M., Hofmann, S.J., Hiller, W., Berking, B. (2014). Self-compassion as an emotion regulation strategy in major depressive disorder. *Behavior Research and Therapy*, *58*(3), 43-51. http://doi.org/10.1016/j.brat.2014.05.006.

Dimitropoulou, C., & Leontopoulou, S. (2017). A positive psychological intervention to promote well-being in a multicultural school setting in Greece. *The European journal of counselling psychology*, *6*(1), 113-137. https://doi.org/10.23668/psycharchives.2045

Eftekhari, A., Zoellner, L. A., & Vigil, S. A. (2009). Patterns of Emotion Regulation and Psychopathology. *Anxiety, Stress & Coping*, 22, 571-586. https://doi.org/10.1080/10615800802179860

Garland, E. L., Hanley, A. W., Goldin, P. R., & Gross, J. J. (2017). Testing the mindfulness-to-meaning theory: evidence for mindful positive emotion regulation from a reanalysis of longitudinal data. *PLOS one*, *12*(12), e0187727. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0187727

Ghadampour, E., Radmehr, P., Yosefvand, L. (2017). The effectiveness of mindfulness-based cognitivebehavioral avoidance and rumination in patients with social anxiety and depression comorbid disorder. *JHK*, *23*(2), 141-148. http://imtj.gmu.ac.ir/article-1-2515-en.html

Granefski, N., Kraaij, V., & Spinhoven, P. (2002). *Manual for the use of the cognitive emotion regulation questionnaire.* Leiderorp: Datec.

Gross, J. J., & John, O. P. (2003). Individual Differences in Two Emotion Regulation Processes: Implications for Affect, Relationships, and WellBeing. *Journal of Personality and Social Psychology*, *85*, 348-362. https://doi.org/10.1037/0022-3514.85.2.348.

Helmes, E., Ward, B. G. (2014). Mindfulness-based cognitive therapy for anxiety symptoms in older adults in residential care. Aging & Mental Health 2015; 23: 1-7.of life: a meta-analysis. *Journal of consulting and clinical psychology*, 82,375. https://doi.org/10.1080/13607863.2015.1111862

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-18]
[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.7.15.4]

Hofmann, S. G., Sawyer, A. T., Witt, A. A, & Oh, D. (2010). The effect of mindfulness-based therapyon anxietyand depression: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 78*(2), 169-183. https://doi.org/10.1037/a0018555.

Hofmann, S. G., Wu, J. Q., & Boettcher. H. (2014). Effect of cognitive-behavioral therapy for anxiety disorders on quality. *Journal of consulting clinical psychology, 82*(6), 1228. https://doi.org/10.1037/a0035491.

Irons, C. & Lad, S. (2017). Using Compassion Focused Therapy to Work with Shame and Self-Criticism in Complex Trauma. *Australian Clinical Psychologist, 3*(1), 47-54. https://www.semanticscholar.org/paper/Using-Compassion-Focused-Therapy-to-Work-with-Shame-Irons-Lad/74c458d1daff8488ef91fb200d492c32d60aff2a

Ivtzan, I., Niemiec, R. M., & Briscoe, Ch. (2016). A study investigating the effects of mindfulness based strengths practice (MBSP) on wellbeing. *International journal of wellbeing, 6*(2), 1-13. https://doi.org/10.5502/ijw.v6i2.557

Keng, S. L., Smoski, M. J., & Robins, C. J. (2011). Effects of mindfulness on psychological health: a review of empirical studies. *Clinical psychology review, 31*, 1041-1056. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2011.04.006

Krieger, T., Altenstein, D., Baetting, I., Doering, N., & Grosse, M. (2013). Self compassion in depression: Associations with depressive symptoms rumination and avoidance in depressed outpatients. *JBT, 44*, 501-13. http://doi.org/10.1016/j.beth.2013.04.004.

McManus, F., Muse, K., Surawy, C., Hackmann, A., & Williams, J. M. G. (2015). Relating differently to intrusive images: The impact of mindfulness-based cognitive therapy (MBCT) on intrusive images in patients with severe health anxiety (Hypochondriasis). *Mindfulness, 6* (4): 788-796. https://www.semanticscholar.org/paper/Relating-Differently-to-Intrusive-Images%3A-the-of-on-Mcmanus-Muse/fe692f26f8ee1714f1d9c301f6c905711be28881

Mennin, D. S., Fresco, D. M., Ritter, M., & Heimberg, R. G. (2015). An open trial of emotion regulation therapy for generalized anxiety disorder and cooccurring depression. *Depression and Anxiety, 32*(8):614-23. https://doi.org/10.1002/sda.22377

Niemiec, R. M., Rashid, T., & Spinella, M. (2012). Strong mindfulness: integrating mindfulness and character strengths. *Journal of mental health counseling, 34*(3), 240-253. https://doi.org/10.17744/mehc.34.3.34p6328x2v204v21.

Ochsner, K. N., & Gross, J. J. (2008). Cognitive Emotion Regulation: Insights from Social Cognitive and Affective Neuroscience. *Current Directions in Psychological Science, 17*, 153-158. https://doi.org/10.1016/j.tics.2005.03.010

Ong, C. L. (2013). *Towards positive education: a mindful school model*. Dissertation, Philadelphia, University of Pennsylvania. https://repository.upenn.edu/mapp_capstone/44/

Pepping, C. A., O'Donovan, A., & Davis, P. J. (2013). The positive effects of mindfulness on self-esteem. *The Journal of Positive Psychology, 8*(5), 376-386. https://doi.org/10.1080/17439760.2013.807353

Scherer, K. R. (2015). What Are Emotions? And How Can They be Measured? *Soc Sci Inf, 44*, 695-729. https://doi.org/10.1177/0539018405058216

Segal, Z., Williams, J., & Teasdale, J. (2002*). Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. New York: Guilford Press.

Tesh, M., Learman, J. & Pulliam, R.M. (2015). Mindful Self-Compassion Strategies for Survivors of Intimate Partner Abuse. *Mindfulness, 6*(2), 192-201. https://doi.org/10.1007/s12671-013-0244-4

Vézina, J., Hébert, M., Poulin, F., Lavoie, F., Vitaro, F. & Tremblay, R.E. (2015). History of Family Violence, Childhood Behavior Problems, and Adolescent High-Risk Behaviors as Predictors of Girls' Repeated Patterns of Dating Victimization in Two Developmental Periods. *Violence Against Women, 21*(4), 67-93. https://doi.org/10.1177/1077801215570481

Waters, L. (2013). *Positive education and mindfulness in schools*. Melbourne graduate school of education. Shaping minds, shaping the world. https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&url=https://silo.tips/download/positive-education-and-mindfulness-in-

Weare, K. (2013). Developing mindfulness with children and young people: a review of the evidence and policy context. *Journal of children's services*, 8, 141-153. https://doi.org/10.1108/JCS-12-2012-0014

[Downloaded from frooyesh.ir on 2026-11-18]

[DOR: 20.1001.1.2383353.1401.11.7.15.4]