

## The effectiveness of the revised protocol of trauma-focused cognitive-behavioral therapy (TF-CBT) on the quality of life and psychological distress in female victims of domestic violence

Seyedeh Zahra Kazemi Khooban<sup>1</sup>, Hamid Poursharifi<sup>2</sup>, Ali Reza Kakavand<sup>3</sup>, Massoumeh Geyanbagheri<sup>4</sup>

1-Ph.D Student, Department of Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran.

2- Associate Professor, Department of Clinical Psychology, University of Social Welfare and Rehabilitation Sciences, Tehran, Iran.

3- Associate Professor, Department of Psychology, Imam Khomeini International University, Qazvin, Iran (Corresponding Author). E-mail: Ar.kakavand@soc.ikiu.ac.ir

4- Assistant Professor, Department of Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran.

Received: 19/01/2022

Accepted: 29/03/2022

### Abstract

**Introduction:** Domestic violence is one of the social issues as old as a society and, due to its extensive scope of impact, it has always drawn the attention of therapists in terms of treatment and pathology.

**Aim:** This study aimed to investigate the effectiveness of the revised protocol of trauma-focused cognitive-behavioral therapy on psychological distress and the quality of life among female victims of domestic violence.

**Method:** The present study was quasi-experimental with a pretest-posttest design and a control group. The statistical population consisted of female victims of domestic violence, who were referred to the court, health centers, homeless shelters, and counseling centers in Karaj, Alborz province in 2020, of which 40 people were selected using the convenience sampling method and randomly divided into two experimental and control groups. The data collection tools included the Psychological Distress and Quality of Life questionnaire. The subjects in the experimental group received the trauma-focused cognitive-behavioral protocol in eight 90-minute sessions. The data were analyzed using multivariate analysis of covariance and SPSS-20.

**Results:** The findings indicated that the trauma-focused cognitive-behavioral therapy caused significant differences between the two groups in psychological distress ( $F=64.87$ ) at the significance level of 0.001, quality of life - mental health ( $F=121.19$ ) at the level of 0.001, and quality of life - physical health ( $F=108.27$ ) at the significance level of 0.001.

**Conclusion:** Based on the research results, it can be concluded that the revised protocol of trauma-focused cognitive-behavioral therapy can reduce psychological distress, and increase the quality of life in female victims of domestic violence. It, as a preventive program, can also be applied in support, health, and treatment centers and increase the efficiency of female victims of domestic violence.

**Keywords:** Trauma-focused cognitive-behavioral Therapy, Psychological distress, Quality of life, Female victims of domestic violence

---

**How to cite this article:** Kazemi Khooban SZ, Poursharifi H, Kakavand AR, Geyanbagheri M. The effectiveness of the revised protocol of trauma-focused cognitive-behavioral therapy (TF-CBT) on the quality of life and psychological distress in female victims of domestic violence. Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry. 2022; 9 (2): 62-75. URL: <http://shenakht.muk.ac.ir/article-1-1335-en.pdf>

Copyright © 2018 the Author (s). Published by Kurdistan University of Medical Sciences. This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-Non Commercial License 4.0 (CCBY-NC), where it is permissible to download, share, remix, transform, and buildup the work provided it is properly cited. The work cannot be used commercially without permission from the journal.

## اثربخشی پروتکل بازنگری شده درمان شناختی- رفتاری متمرکز بر تروما بر کیفیت زندگی و پریشانی روانشناختی زنان قربانی خشونت خانگی

سیده زهرا کاظمی خوبان<sup>۱</sup>، حمید پور شریفی<sup>۲</sup>، علی رضا کاکاوند<sup>۳</sup>، معصومه ژبان باقری<sup>۴</sup>

۱. دانشجوی دکتری، گروه روانشناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران.

۲. دانشیار، گروه روانشناسی بالینی، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، تهران، ایران.

۳. دانشیار، گروه روانشناسی، دانشگاه بین المللی امام خمینی (ره)، قزوین، ایران (مؤلف مسئول). ایمیل: Ar.kakavand@soc.ikiu.ac.ir

۴. استادیار، گروه روانشناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران.

تاریخ پذیرش مقاله: ۱۴۰۱/۰۱/۰۹

تاریخ دریافت مقاله: ۱۴۰۰/۱۰/۲۹

### چکیده

**مقدمه:** خشونت خانگی جزء مسائل اجتماعی با قدمت جامعه است و به سبب گستردگی اثر آن، آسیب‌شناسی و درمان این پدیده همواره مورد توجه درمانگران بوده است.

**هدف:** پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی پروتکل بازنگری شده درمان شناختی- رفتاری متمرکز بر تروما بر پریشانی روانشناختی و کیفیت زندگی در زنان قربانی خشونت خانگی انجام شد.

**روش:** پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری، شامل زنان قربانی خشونت خانگی مراجعه‌کننده به دادگاه، خانه سلامت، گرمخانه و مراکز مشاوره در استان البرز شهر کرج، در سال ۱۳۹۹ بودند که از بین این افراد به روش نمونه‌گیری در دسترس ۴۰ نفر انتخاب و به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل گمارده شدند. ابزارها شامل پرسشنامه پریشانی روانشناختی و کیفیت زندگی بود. پروتکل شناختی رفتاری متمرکز بر تروما طی ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای برای گروه آزمایش اجرا گردید. داده‌ها به شیوه تحلیل کوواریانس چند متغیره و در محیط نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۰ تحلیل شد.

**یافته‌ها:** یافته‌های پژوهش بیانگر آن بود که درمان شناختی- رفتاری متمرکز بر تروما بین دو گروه در پریشانی روانشناختی  $F=64/87$  در سطح  $0/001$ ، کیفیت زندگی- سلامت روانی  $F=121/19$  در سطح  $0/001$  و کیفیت زندگی- سلامت جسمانی  $F=108/27$  در سطح  $0/001$  تفاوت معناداری ایجاد کرده است.

**نتیجه‌گیری:** براساس نتایج بدست آمده از این پژوهش می‌توان اذعان کرد که پروتکل بازنگری شده درمان شناختی- رفتاری متمرکز بر تروما سبب کاهش پریشانی روانشناختی و افزایش کیفیت زندگی در زنان قربانی خشونت خانگی می‌گردد. همچنین می‌تواند در جهت برنامه‌های پیشگیرانه در مراکز حمایتی، بهداشتی و درمانی تزریق شده و بر کارآمدی زنان قربانی خشونت بیافزاید.

**کلیدواژه‌ها:** درمان شناختی- رفتاری متمرکز بر تروما، پریشانی روانشناختی، کیفیت زندگی، زنان قربانی خشونت

## مقدمه

زنان قربانی خشونت گردد از طرفی افسردگی و اضطراب عملکرد شناختی را مختل می‌کند (پورنقاش تهرانی، قلندر زاده، فراهانی و پاشایی بهرام، ۱۳۹۷). از این رو، خشونت تأثیر منفی زیادی بر جنبه‌های مختلف سلامت زنان از جمله کیفیت زندگی<sup>۶</sup>، عملکرد اجتماعی و سلامت جسمی دارد. زنان خشونت دیده مشکلات زیادی مانند افسردگی، استرس پس از سانحه و اضطراب نشان می‌دهند (چوو<sup>۷</sup>، ۲۰۱۲). کیفیت زندگی که به درک افراد از موقعیت خود در زندگی، از نظر فرهنگ، اهداف، انتظارات، استانداردها و اولویت‌هایشان اشاره دارد، به عنوان کنش متقابل بین شخصیت افراد و پیوستگی رویدادهای زندگی تعریف می‌شود (نادری و اکبری، ۱۳۹۶). طی چند دهه اخیر، این مفهوم به عنوان معیار مهم سلامت شناخته شده و این باور را ایجاد نموده است که نتایج خدمات سلامت، نه تنها باید موجب افزایش امید به زندگی شود که باید کیفیت زندگی را ارتقا دهد (ریسانن، برگ و هاسل برگ<sup>۸</sup>، ۲۰۱۷). در حال حاضر کیفیت زندگی یکی از نگرانی‌های عمده برای متخصصان بهداشت است و به عنوان شاخصی برای اندازه‌گیری وضعیت سلامت در تحقیقات بهداشتی شناخته شده بکار می‌رود (شیخ مطهر واحدی و وحیدی، ۱۳۹۷).

در مطالعه‌ای در ایران نشان داده شد که زنانی که سابقه خشونت خانگی داشتند از سلامت جسمی و روانی کمتر و کیفیت زندگی پایین‌تری نسبت به زنان بدون سابقه خشونت خانگی برخوردار بودند (ستایش، ازوجی، بخشی زاده و نجومی، ۱۳۹۶). شواهد پژوهشی نشان می‌دهند که خشونت خانگی علیه زنان را می‌توان به‌عنوان یک تروما<sup>۹</sup>

خشونت خانگی<sup>۱</sup> یکی از مشکلات اجتماعی جدی و پیچیده است که با استفاده از رفتار تهدیدآمیز، خشونت و سوء رفتار نسبت به فرد بالغی از خویشاوندان و یا شریک جنسی فعلی یا سابق تعریف شده است که به چهار دسته جسمانی، روانی، جنسی و اقتصادی<sup>۲</sup> تقسیم‌بندی شده است (تارکوئینو<sup>۳</sup>، ۲۰۱۲). در راستای شیوع خشونت خانگی علیه زنان، آمار سازمان جهانی بهداشت بیانگر آن است که شریک زندگی زنان ۱۶ تا ۵۲ درصد با آنان با خشونت رفتاری می‌کنند (سازمان سلامت جهانی، ۲۰۱۶). در ایران نیز خشونت علیه زنان از سوی همسران یک معضل مهم اجتماعی است که در پیمایش ملی گسترده‌ای در ۲۸ استان ایران در سال ۱۳۸۸ صورت گرفت، گزارش‌ها نشان داد که ۶۶ درصد زنان حداقل یکبار در طول زندگی مشترک خود با خشونت همسر مواجه شده‌اند (داساربند و همکاران، ۱۳۹۶). پریشانی روانشناختی<sup>۴</sup> از جمله مشکلات روانشناختی است که در افراد قربانی خشونت خانگی هویدا است. پریشانی روانشناختی ناراحتی خاص و حالت هیجانی است که توسط افراد به‌طور موقت یا همیشگی در پاسخ به تنیدگی‌های ویژه و درخواست‌های آسیب‌زا تجربه می‌شود (چوی، سالیوان، دینیتو و کتانیک<sup>۵</sup>، ۲۰۱۹). طبق تعریفی دیگر پریشانی روانشناختی حالت ذهنی ناخوشایند افسردگی و اضطراب است که هر دو علائم هیجانی و فیزیولوژیکی را دارد (تیزدل و آنتال، ۲۰۱۶). تجربه خشونت خانگی می‌تواند منجر به ایجاد پریشانی‌های روانشناختی از قبیل افسردگی و اضطراب در

<sup>۶</sup> Quality of life

<sup>۷</sup> Cho

<sup>۸</sup> Rissanen, Breg & Hasselberg

<sup>۹</sup> Trauma

<sup>۱</sup> Domestic Violence

<sup>۲</sup> Physical, psychological, sexual & economic

<sup>۳</sup> Tarquinio

<sup>۴</sup> Psychological distress

<sup>۵</sup> Choi, Sullivan, DiNitto & Kunik

تأثیرگذاری درمان شناختی- رفتاری متمرکز بر تروما بر کیفیت زندگی زنان آسیب‌دیده از خشونت خانگی بودند. اگرچه درمان شناختی- رفتاری مبتنی بر تروما در حوزه‌های مختلف استفاده شده است؛ اما در حوزه خشونت خانگی پژوهش‌های کمی را به دنبال داشته است. با توجه به آثار منفی خشونت خانگی علیه زنان، لزوم مداخلات درمانی اثربخش ضروری به نظر می‌رسد. در این راستا انتخاب یک روش درمانی متمرکز بر تروما می‌تواند یک انتخاب اثربخش باشد بدین جهت هدف پژوهش حاضر اثربخشی پروتکل بازنگری شده درمان شناختی- رفتاری متمرکز بر تروما بر کیفیت زندگی و پریشانی روانشناختی زنان قربانی خشونت خانگی بود.

## روش

پژوهش حاضر به‌عنوان یک کارآزمایی بالینی نیمه تجربی با گروه‌های کنترل و آزمایش اجرا شد. جامعه آماری این مطالعه شامل کلیه زنان قربانی خشونت خانگی مراجعه‌کننده به دادگاه، خانه سلامت بهزیستی، گرمخانه شهرداری و مراکز مشاوره در استان البرز شهر کرج، در سال ۱۳۹۹ بودند که با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس ۴۰ نفر براساس معیارهای ورود و خروج به دو گروه ۲۰ نفری کنترل و آزمایش تقسیم شدند. معیار ورود به پژوهش عبارت بودند از: زنان دارای سن ۲۴ الی ۴۵ سال، تجربه خشونت براساس مقیاس سنجش خشونت نسبت به زنان، عدم ابتلا به اختلالات شدید روانی یا ابتلا به بیماری‌های مزمن براساس گزارش پرونده فرد؛ و معیارهای خروج از پژوهش نیز عبارت بود از: غیبت بیش از سه جلسه در فرایند مداخله، تغییر شهر محل سکونت و مشارکت در مداخلات درمانی دیگر. بعد از انتخاب دو

محسوب کرد و علائم تروما (که اغلب در پاسخ به یادآورنده‌های تروما رخ می‌دهد) برای اشاره به مشکلات هیجانی، رفتاری، جسمانی و روابط بین فردی استفاده می‌شود که به‌طور مستقیم با تجارب آسیب‌زا مرتبط است (کوهن، مانارینو و دابلینگر<sup>۱</sup>، ۲۰۰۴).

درمان شناختی- رفتاری متمرکز بر تروما<sup>۲</sup>، شیوه‌ای کاملاً شناخته شده است که توسط کوهن و دابلینگر در سال ۲۰۰۳ ابداع گردید. این درمان مبتنی بر نظریه‌های یادگیری و شناختی می‌باشد که باورها و اسناد تحریف شده مرتبط با تروما را مورد شناسایی و محیطی حمایتی فراهم می‌کند که در آن افراد تشویق می‌شوند تا در مورد تجربه آسیب‌زایشان صحبت کنند. از این‌رو، درمان شناختی- رفتاری مبتنی بر تروما بر سه گروه از افراد با تجربه از دست دادن آسیب‌زا، سوءاستفاده جنسی و خشونت جسمی و دارای علائم اختلال استرس پس از سانحه<sup>۳</sup> اثربخش است (آنترهتیزبرگر و همکاران، ۲۰۱۹). همچنین پژوهش طاهری فرد و میکالیلی (۱۳۹۸) نشان داد؛ که ذهن‌آگاهی<sup>۴</sup> مبتنی بر شناخت باعث کاهش اضطراب زنان قربانی خشونت خانگی می‌شود. یافته‌های پژوهش‌های متعددی از جمله هبرت و دایگنولت<sup>۵</sup> (۲۰۱۵) (۲۰۱۵) و فورنریس<sup>۶</sup> (۲۰۱۳) نشان می‌دهد که درمان شناختی رفتاری متمرکز بر تروما بر افرادی که مورد خشونت خانگی (تروما) قرار می‌گیرند مؤثر است.

از سویی پژوهش‌های ذبیحی ولی‌آباد، اکبری امرغان، خاکپور، مهر آفرید و کاظمی (۱۳۹۶)؛ عزیزی و قاسمی (۱۳۹۶) و افندی، ایندارواتی و اروزیکی<sup>۷</sup> (۲۰۲۰) بیانگر

<sup>۱</sup>- Cohen, Mannarino & Deblinger

<sup>۲</sup>- Trauma-focused cognitive-behavioral therapy

<sup>۳</sup>- Post-traumatic stress disorder (PTSD)

<sup>۴</sup>- Mindfulness

<sup>۵</sup>- Hebert & Daignault

<sup>۶</sup>- Fournieris

<sup>۷</sup>- Efendi, Indarwati & Aurizki

استاندارد و آزمون‌های استنباطی تحلیل کوواریانس مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفتند. پروتکل درمان شناختی- رفتاری متمرکز بر تروما کوبانی (۲۰۰۲)، در جامعه هدف توسط محقق زیر نظر اساتید راهنما و مشاور با توجه به تجارب مشترک خشونت خانگی شرکت‌کنندگان در سطح تکنیک، تعاریف و مثال‌ها به صورت ۸ جلسه مورد بررسی و بازبینی قرار گرفت و همچنین برای تعیین رویی درمان شناختی- رفتاری متمرکز بر تروما از متخصصان فوق تائیدیه گرفته شد که سر فصل پروتکل در جدول ۱ آمده است.

گروه آزمایش و کنترل و کسب رضایت آگاهانه و هماهنگی با هر دو گروه، پیش‌آزمون و پس‌آزمون و همچنین پیگیری یک ماهه با استفاده از ابزارهای پژوهش شامل: مقیاس سنجش خشونت نسبت به زنان، مقیاس پریشانی روانشناختی و مقیاس کیفیت زندگی وابسته به سلامت توسط پژوهشگر اخذ گردید. همچنین آموزش درمان شناختی- رفتاری متمرکز بر تروما در گروه آزمایش به صورت ۸ جلسه اجرا گردید؛ ولی برای گروه کنترل هیچ مداخله‌ای انجام نشد. داده‌ها بعد از جمع‌آوری و وارد کردن در نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۰، با استفاده از آزمون‌های آماری توصیفی مثل میانگین و انحراف

جدول ۱ جلسات پروتکل درمان شناختی- رفتاری متمرکز بر تروما

جلسه	محتوای جلسه
اول	آشنایی آن‌ها با فرآیند درمانی، ایجاد رابطه درمانی، القای حس امید، بررسی ابعاد مختلف رویداد آسیب‌زا و آموزش اختلال پس از آسیب
دوم	شناسایی افکار و بررسی خودگویی‌های افراد قربانی خشونت
سوم	مواجهه و رویارویی در محیط زنده و تمرین آرمیدگی یا راهبردهای آرام‌سازی
چهارم	بررسی استرس، آموزش مهارت مبارزه با عزت‌نفس پایین و مقابله با استرس
پنجم	آموزش جرأت ورزی، مدیریت خشم و مهارت قاطعیت مؤثر
ششم	بررسی احساس گناه، آموزش تکنیک و کیل مدافع و مدیریت استرس
هفتم	آموزش طرح تأمین امنیت برای موقعیت‌های مختلف خطر خشونت خانگی و آماده‌سازی زنان قربانی خشونت برای پایان درمان
هشتم	جمع‌بندی و مرور جلسات، پیشگیری از عود و پایان درمان

ترتیب ۰، ۱، ۲، ۳ اختصاص داده می‌شود. لوی باند و لوی باند (۱۹۹۵)، آلفای کرونباخ سه خرده مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس را به ترتیب ۰/۹۱، ۰/۸۱ و ۰/۸۹ بدست آوردند. قلندر زاده و پورنقاش (۱۳۹۹) ضریب آلفای کرونباخ استرس، اضطراب و افسردگی را به ترتیب ۰/۷۹، ۰/۸۰ و ۰/۸۱ گزارش نمودند. شیخ، منصور جوزان و امینی (۱۳۹۹) ضریب آلفای کرونباخ را برای پرسشنامه

## ابزار

مقیاس پریشانی روانشناختی<sup>۱</sup> (DASS) این پرسشنامه توسط لاویبوند<sup>۲</sup> در سال ۱۹۹۵ تهیه شده است که دارای ۲۱ ماده است که خرده مقیاس‌های افسردگی، اضطراب و استرس را شامل می‌شود. روش نمره‌گذاری آن به این صورت است که به گزینه اصلاً، کم، متوسط و زیاد به

<sup>۱</sup>- Depression- Anxiety- Stress Scale

<sup>۲</sup>- Lovibond

خشونت قرار گرفته است نمره بدست آمده حاصل در آن مقیاس بالاتر است. در پژوهش امیری شمیلی (۱۳۹۳) ضریب آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس خشونت روانی ۰/۷۱، برای خشونت فیزیکی ۰/۶، برای خشونت جنسی ۰/۹۳ و برای خشونت اقتصادی ۰/۹۲ بدست آمده است.

### یافته‌ها

میانگین و انحراف استاندارد سن شرکت کنندگان در گروه آزمایش به ترتیب ۳۴/۳۰ و ۵/۴۷ سال و در گروه کنترل به ترتیب ۳۶/۴۵ و ۴/۹۳ سال بود. در گروه آزمایش میزان تحصیلات ۳ نفر از شرکت کنندگان زیر دیپلم، ۱۰ نفر دیپلم، ۴ نفر لیسانس و ۳ نفر دیگر فوق لیسانس و بالاتر بود. در گروه کنترل میزان تحصیلات ۵ نفر از شرکت کنندگان زیر دیپلم، ۸ نفر دیپلم، ۵ نفر لیسانس و ۲ نفر دیگر فوق لیسانس و بالاتر بود. میانگین و انحراف استاندارد مدت زمان ازدواج در گروه آزمایش به ترتیب ۱۰/۶۰ و ۵/۵۳ سال و برای گروه کنترل به ترتیب ۱۱/۷۵ و ۵/۵۱ سال بود. در گروه آزمایش ۲ نفر از شرکت کنندگان فاقد فرزند، ۷ نفر یک فرزند، ۸ نفر دو فرزند و ۳ نفر بیشتر از دو فرزند داشتند. در گروه کنترل ۳ نفر از شرکت کنندگان فاقد فرزند، ۷ نفر یک فرزند، ۷ نفر دو فرزند و ۳ نفر بیشتر از دو فرزند داشتند. جدول ۲ مقادیر میانگین و انحراف استاندارد و شاپیرو- ویلک (سطح معناداری) پریشانی روانشناختی و ابعاد سلامت روانی و سلامت جسمی کیفیت زندگی را در دو گروه و در سه مرحله اجرا نشان می دهد.

۰/۸۲ گزارش کردند. این ضریب در تحقیقات بیبی، لین، چی زانگ و مارگراف<sup>۱</sup> (۲۰۲۰) برابر با ۰/۸۹ گزارش شده است.

**مقیاس کیفیت زندگی وابسته به سلامت:** این پرسشنامه توسط وبر در سال ۱۹۹۲ ساخته شده و دارای ۳۶ آیتم است که ابعاد هشتمگانه عملکرد فیزیکی، نقش فیزیکی، درد جسمی، سلامت عمومی، سرزندگی، عملکرد اجتماعی، نقش عاطفی و سلامت روانی را شامل می شود. هر آیتم دارای دو گزینه می باشد؛ که بدترین با نمره صفر و بهترین با نمره ۱۰۰ محاسبه می شود. آلفای کرونباخ برای کل پرسشنامه توسط وبر ۰/۸۷ و در ایران توسط نجات و همکاران (۱۳۸۵) در دامنه ۰/۶۵ تا ۰/۹۰ قرار دارد که نشانگر ثبات درونی خوب این ابعاد است. ضریب آلفای کرونباخ برای آزمون پایایی آن در تمام ابعاد پرسشنامه به استثنای سرزندگی بین ۰/۷۷ تا ۰/۹۵ و برای بعد سرزندگی ۰/۶۵ بوده است (بلوتنر و همکاران<sup>۲</sup>، ۲۰۲۰). اعتبار و پایایی این پرسشنامه در جمعیت ایرانی مورد تأیید قرار گرفته است (ابراهیمی و همکاران، ۱۳۹۹).

**مقیاس سنجش خشونت نسبت به زنان:** این پرسشنامه توسط حاج یحیی در سال ۲۰۰۲ طراحی شده است که دارای ۳۲ ماده و ۴ عامل: خشونت روانی، خشونت فیزیکی، خشونت جنسی و خشونت اقتصادی است. روش نمره گذاری آن به این صورت است که به گزینه هرگز، یک بار، دو بار، بیشتر از دو بار به ترتیب ۰، ۱، ۲، ۳ اختصاص داده می شود. دامنه نمرات این پرسشنامه بین ۰ تا ۹۶ است. بدین صورت که هر چه فرد بیشتر مورد

<sup>۱</sup>- Bibi, Chi-zahng & Margraf

<sup>۲</sup>- Health-related Quality of Life

<sup>۳</sup>- Bluthner

<sup>۴</sup>- Scale of Violence Against Women

جدول ۲ شاخص‌های توصیفی میانگین و انحراف استاندارد و آزمون شاپرو-ویلک

شاخص	گروه	میانگین (انحراف استاندارد)					
		شاپرو-ویلک		شاخص		میانگین (انحراف استاندارد)	
		پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	پس‌آزمون
کیفیت زندگی - سلامت روانی	آزمایش	۹۸/۲۵ (۱۸/۰۸)	۱۷۱/۷۵ (۲۳/۳۰)	۱۷۰/۰۰ (۱۷/۳۹)	۰/۹۴۸ (۰/۳۳۵)	۰/۹۱۱ (۰/۰۶۸)	۰/۹۶۶ (۰/۶۶۸)
کیفیت زندگی - سلامت جسمانی	کنترل	۹۳/۵۰ (۱۵/۱۴)	۱۰۹/۷۵ (۱۸/۸۷)	۹۵/۸۵ (۲۱/۵۱)	۰/۹۶۳ (۰/۶۰۸)	۰/۹۲۴ (۰/۱۲۲)	۰/۹۲۹ (۰/۱۴۷)
پیشانی روانشناختی	آزمایش	۱۳۰/۵۰ (۱۶/۲۷)	۲۱۲/۵۰ (۲۱/۴۳)	۲۲۰/۲۵ (۳۱/۹۳)	۰/۹۵۵ (۰/۴۴۷)	۰/۹۵۸ (۰/۵۰۱)	۰/۹۴۶ (۰/۳۱۶)
پیشانی روانشناختی	کنترل	۱۲۷/۴۵ (۲۲/۲۷)	۱۳۹/۷۵ (۲۱/۴۹)	۱۳۲/۰۰ (۱۷/۵۷)	۰/۹۳۴ (۰/۱۸۵)	۰/۹۶۲ (۰/۵۸۸)	۰/۹۸۵ (۰/۹۸۰)
کیفیت زندگی - سلامت روانی	آزمایش	۳۸/۵۰ (۶/۸۴)	۲۵/۳۰ (۴/۳۱)	۲۳/۳۵ (۷/۰۱)	۰/۹۵۶ (۰/۴۶۸)	۰/۹۷۱ (۰/۷۷۶)	۰/۹۶۸ (۰/۷۰۳)
کیفیت زندگی - سلامت جسمانی	کنترل	۳۸/۵۵ (۶/۱۲)	۳۹/۶۵ (۳/۸۸)	۳۶/۷۵ (۵/۸۰)	۰/۹۵۵ (۰/۴۴۳)	۰/۹۳۷ (۰/۲۱۰)	۰/۹۶۵ (۰/۶۴۰)

همچنان که در جدول فوق ملاحظه می‌شود مقادیر شاپرو-ویلک هر سه متغیر در هر دو گروه آزمایش و کنترل و در هر سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری یک‌ماهه در سطح ۰/۰۵ معنادار نیست. بر این اساس می‌توان گفت توزیع داده‌های مربوط به متغیرهای پژوهش در هر سه مرحله نرمال است. در این پژوهش نتایج آن در جدول ۳ نشان داده شده است.

مفروضه‌های همگنی واریانس‌های خطا با استفاده از آزمون لون، برابری ماتریس‌های واریانس کوواریانس با استفاده از آماره ام.باکس و برابری ماتریس کوواریانس خطاها با استفاده از تست موخلی ارزیابی شده است که نتایج آن در جدول ۳ نشان داده شده است.

جدول ۳ آزمون مفروضه‌های همگنی واریانس‌های خطا، برابری ماتریس‌های واریانس کوواریانس و برابری ماتریس کوواریانس خطاها

متغیر	مراحل	همگنی واریانس		برابری ماتریس‌های واریانس کوواریانس		برابری ماتریس کوواریانس خطاها	
		سطح معناداری	F	M.Box	سطح معناداری	F	W
کیفیت زندگی - سلامت روانی	پیش‌آزمون	۰/۸۶	۰/۳۵۹	۸/۹۶	۰/۲۲۵	۱/۲۸	۰/۵۲۹
	پس‌آزمون	۰/۱۱	۰/۷۴۰	۱/۳۶	۰/۲۲۵	۱/۲۸	۰/۵۲۹
	پیگیری	۰/۳۳	۰/۵۶۸	۱/۳۶	۰/۲۲۵	۱/۲۸	۰/۵۲۹
کیفیت زندگی - سلامت جسمی	پیش‌آزمون	۳/۱۸	۰/۰۸۳	۱۱/۷۴	۰/۰۹۷	۵/۱۴	۰/۰۷۷
	پس‌آزمون	۰/۰۶	۰/۸۰۲	۱/۷۹	۰/۰۹۷	۵/۱۴	۰/۰۷۷
	پیگیری	۲/۶۰	۰/۱۱۵	۱/۷۹	۰/۰۹۷	۵/۱۴	۰/۰۷۷
پیشانی روانشناختی	پیش‌آزمون	۰/۷۳	۰/۳۹۹	۵/۶۶	۰/۵۲۲	۱/۹۷	۰/۳۷۴
	پس‌آزمون	۰/۱۴	۰/۷۰۷	۵/۶۶	۰/۵۲۲	۱/۹۷	۰/۳۷۴
	پیگیری	۰/۶۴	۰/۴۲۸	۵/۶۶	۰/۵۲۲	۱/۹۷	۰/۳۷۴

نتایج آزمون لون در جدول ۳ نشان می‌دهد که تفاوت واریانس خطای نمرات مربوط به هیچ یک از متغیرها در دو گروه و در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در سطح ۰/۰۵ معنادار نیست. این یافته نشان می‌-

دهد که تفاوت واریانس خطای نمرات مربوط به هیچ یک از متغیرها در دو گروه و در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در سطح ۰/۰۵ معنادار نیست. این یافته نشان می‌-

برای هر سه متغیر در سطح ۰/۰۵ غیر معنادار بوده و بدین ترتیب مفروضه کروییت برای هر سه متغیر در بین داده‌ها برقرار بود. جدول ۴ نتایج آزمون تحلیل چند متغیری در ارزیابی اثر متغیر مستقل بر پریشانی روانشناختی و ابعاد سلامت روانی و سلامت جسمی کیفیت زندگی را نشان می‌دهد.

دهد که مفروضه همگنی واریانس‌های خطا برای داده‌های پژوهش حاضر برقرار است. همچنین جدول فوق نشان می‌دهد که آماره ام.باکس برای هر سه متغیر در سطح ۰/۰۵ معنادار نیست؛ بنابراین مفروضه برابری ماتریس‌های واریانس کوواریانس متغیر وابسته برای متغیرهای پژوهش برقرار بود. در نهایت مجذور کای حاصل از تست موخلی

جدول ۴ نتایج آزمون تحلیل چند متغیری در ارزیابی اثر متغیر مستقل بر پریشانی روانشناختی و ابعاد سلامت روانی و سلامت جسمی کیفیت زندگی

متغیر	لامبدای ویلکز	F	درجه آزادی فرضیه و خطا	سطح معناداری	مجذور اتا
کیفیت زندگی- سلامت روانی	۰/۲۶۳	۵۱/۷۳	۲ و ۳۷	۰/۰۰۱	۰/۷۳۷
کیفیت زندگی- سلامت جسمانی	۰/۲۴۷	۵۶/۴۱	۲ و ۳۷	۰/۰۰۱	۰/۷۵۳
پریشانی روانشناختی	۰/۴۲۹	۲۴/۶۰	۲ و ۳۷	۰/۰۰۱	۰/۵۷۱

( $\eta^2=0/429$  لامبدای ویلکز،  $\eta^2=0/571$ ،  $P=0/001$ ،  $F=24/60$ ) در سطح ۰/۰۱ معنادار است. جدول ۵ نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر در تبیین اثر اجرای متغیر مستقل بر پریشانی روانشناختی و ابعاد کیفیت زندگی را نشان می‌دهد.

جدول ۴ نشان می‌دهد که اثر اجرای متغیر مستقل بر بعد سلامت روانی کیفیت زندگی ( $\eta^2=0/263$  لامبدای ویلکز،  $\eta^2=0/737$ ،  $P=0/001$ ،  $F=51/73$ )، بعد سلامت جسمانی آن ( $\eta^2=0/247$  لامبدای ویلکز،  $\eta^2=0/753$ ،  $P=0/001$ ،  $F=56/41$ ) و پریشانی روانشناختی

جدول ۵ نتایج تحلیل طرح آمیخته در تبیین اثر اجرای متغیر مستقل بر پریشانی روانشناختی و ابعاد کیفیت زندگی

مؤلفه	اثرات	مجموع مجذورات	مجموع مجذورات خطا	F	مقدار	سطح معناداری	مجذور اتا
کیفیت زندگی- سلامت روانی	اثر گروه	۶۶۱۷۶/۰۳	۲۰۷۴۵/۹۳	۱۲۱/۱۹	۰/۰۰۱	۰/۷۶۱	
	اثر زمان	۲۷۴۵۴/۰۵	۱۱۴۶۶/۱۵	۹۱/۰۴	۰/۰۰۱	۰/۷۰۵	
کیفیت زندگی- سلامت جسمانی	اثر تعاملی گروه× زمان	۲۷۴۷۱/۸۲	۲۰۷۵۴/۸۷	۵۰/۲۸	۰/۰۰۱	۰/۵۷۰	
	اثر گروه	۷۹۷۰۸/۰۰	۲۷۹۷۴/۳۲	۱۰۸/۲۷	۰/۰۰۱	۰/۷۳۳	
پریشانی روانشناختی	اثر زمان	۴۳۴۶۲/۴۵	۱۸۶۲۳/۳۵	۸۸/۵۴	۰/۰۰۱	۰/۶۹۲	
	اثر تعاملی گروه× زمان	۴۱۱۹۱/۲۷	۲۹۲۲۰/۱۳	۵۳/۵۷	۰/۰۰۱	۰/۵۸۵	
پریشانی روانشناختی	اثر گروه	۲۵۷۶/۱۳	۱۵۰۹/۱۷	۶۴/۸۷	۰/۰۰۱	۰/۶۳۱	
	اثر زمان	۱۴۳۶/۵۱	۱۲۸۳/۸۸	۴۲/۵۲	۰/۰۰۱	۰/۵۲۸	
	اثر تعاملی گروه× زمان	۱۲۷۸/۷۲	۲۳۰۵/۸۳	۲۱/۰۷	۰/۰۰۱	۰/۳۵۷	



اجرای متغیر مستقل به صورت معنادار پریشانی روانشناختی و ابعاد کیفیت زندگی را تحت تأثیر قرار داده است. در ادامه جدول ۶ نتایج آزمون بن فرونی نمرات مربوط به پریشانی روانشناختی و ابعاد کیفیت زندگی را در دو گروه و در سه مرحله اجرا نشان می دهد.

جدول ۵ نشان می دهد که اثر تعاملی گروه × زمان برای بعد سلامت روانی کیفیت زندگی ( $\eta^2=0/570$ )، بعد سلامت جسمانی آن ( $F=50/28$ ،  $P=0/001$ )، و پریشانی روانشناختی ( $F=53/57$ ،  $P=0/001$ ) و پریشانی روانشناختی ( $F=21/07$ ،  $P=0/001$ ) در سطح ۰/۰۱ معنادار است. این یافته ها بیانگر آن است که

جدول ۶ نتایج آزمون تعقیبی بن فرونی برای مقایسه های زوجی اثر گروه و زمان

مقدار احتمال	خطای معیار	تفاوت میانگین	زمان و گروه		متغیر
			پس آزمون	پیش آزمون	
۰/۰۰۱	۳/۳۴	-۴۴/۸۸	پس آزمون	پیش آزمون	کیفیت زندگی - سلامت روانی
۰/۰۰۱	۳/۸۸	-۳۷/۰۵	پیگیری	پیش آزمون	
۰/۱۴۵	۳/۸۴	۷/۸۳	پیگیری	پس آزمون	
۰/۰۰۱	۶/۵۷	-۴۷/۱۵	پس آزمون	پیش آزمون	کیفیت زندگی - سلامت جسمانی
۰/۰۰۱	۵/۹۵	-۴۵/۱۰	پیگیری	پیش آزمون	
۱/۰۰	۵/۵۱	-۲/۰۵	پیگیری	پس آزمون	
۰/۰۰۱	۱/۰۸	۶/۰۵	پس آزمون	پیش آزمون	پریشانی روانشناختی
۰/۰۰۱	۱/۳۰	۸/۴۸	پیگیری	پیش آزمون	
۰/۲۱۰	۱/۳۰	۲/۴۳	پیگیری	پس آزمون	
۰/۰۰۱	۴/۲۷	۴۶/۹۷	کنترل	آزمایش	کیفیت زندگی - سلامت روانی
۰/۰۰۱	۷/۹۵	۵۴/۶۸	کنترل	آزمایش	کیفیت زندگی - سلامت جسمانی
۰/۰۰۱	۱/۱۵	-۹/۲۷	کنترل	آزمایش	پریشانی روانشناختی

نتایج مقایسه درون گروهی میانگین ها در جدول ۶ نشان می دهد که تفاوت میانگین پیش آزمون - پس آزمون و پیش آزمون - پیگیری برای هر سه متغیر در سطح ۰/۰۱ معنادار است؛ اما تفاوت میانگین های پس آزمون - پیگیری به لحاظ آماری معنادار نیست. با رجوع به میانگین های تعدیل شده می توان گفت اجرای متغیر مستقل باعث شده تا میانگین پریشانی روانشناختی در مرحله پس آزمون کاهش و هر دو بعد کیفیت زندگی افزایش یابد و با توجه به عدم معناداری تفاوت بین میانگین ها در مرحله پس آزمون - پیگیری، می توان گفت اثر اجرای متغیر

مستقل بر پریشانی روانشناختی و ابعاد سلامت روانی و سلامت جسمانی کیفیت زندگی پس از گذشت یک ماه همچنان پابرجا مانده است. معناداری تفاوت متغیرها در بین گروه ها نیز نشان دهنده آن است که اجرای متغیر مستقل در مقایسه با گروه کنترل پریشانی روانشناختی را در زنان قربانی خشونت خانگی کاهش و کیفیت زندگی را در آنان افزایش داده است.

### بحث

پژوهش حاضر با هدف اثربخشی پروتکل بازنگری شده درمان شناختی- رفتاری متمرکز بر تروما بر کیفیت زندگی و پریشانی روانشناختی زنان قربانی خشونت خانگی انجام شد. یافته‌های پژوهش نشان داد که درمان شناختی- رفتاری متمرکز بر تروما موجب کاهش پریشانی روانشناختی در زنان قربانی خشونت خانگی شده است. این یافته‌ها با یافته‌های پژوهش افندی، ایندارواتی و اروزیکی (۲۰۲۰)؛ هیساسو و همکاران (۲۰۲۰) و پورنقاش تهرانی و همکاران (۱۳۹۷) همسو بوده است. در تائید این پژوهش می‌توان دیدگاه نظری در رابطه با تأثیر خشونت بر پریشانی‌های روانشناختی دوتن (۲۰۰۰) را مطرح کرد که خشونت مشابه با آسیب‌های فیزیکی، آسیب‌های روانشناختی مخربی را بر زنان قربانی خشونت اعمال می‌کند؛ و زنانی که خشونت را به شکل مداوم در زندگی تجربه می‌کنند علائم شدید افسردگی، اضطراب و اختلال استرس پس از ضربه را بروز می‌دهند. در همین راستا رومیتو و همکاران (۲۰۰۵) در پژوهش خود نشان دادند زنانی که بیش از دو بار تجربه خشونت را داشته‌اند بیشتر در معرض آسیب‌های روانشناختی بوده‌اند و همچنین شوری و همکاران (۲۰۱۲) در مطالعه خود نشان دادند زنانی که تجربه خشونت شریک صمیمی را داشته‌اند اختلالات پانیک و اختلالات اضطرابی را بیشتر گزارش کردند.

همچنین دیدگاه شناختی بک نشان می‌دهد، افراد بدین دلیل افسرده می‌شوند که افکارشان در رابطه خود، دیگران و دنیا منفی است؛ و این دیدگاه بیان می‌دارد افراد افسرده دارای طرحواره‌های منفی هستند و این طرحواره‌ها نافع‌اند هستند تا زمانی که افراد با موقعیت‌هایی شبیه به موقعیت‌هایی که طرحواره‌های آن‌ها فعال شده روبرو

شوند. متعاقب این طرحواره‌های منفی، سوگیری‌های منفی و یا به عبارتی پردازش اطلاعات به شکل منفی انجام می‌گیرد؛ و همچنین بک مطرح می‌کند که افراد افسرده دارای سه خطای شناختی قوی هستند از جمله استنباط دلبخواه، انتزاع‌گزینی و تعمیم بیش‌ازحد. در خصوص تأثیر خشونت بر اضطراب، دیدگاه توجه به تهدید نشان می‌دهد که افراد با اختلالات اضطرابی به نشانه‌های منفی محیط و دریافت تهدید از محیط حساسیت بیشتری نشان می‌دهند و محققان مطرح می‌کنند که این توجه به محرک‌های تهدید اغلب اوقات به صورت ناهشیار و خودکار اتفاق می‌افتد (به نقل از دیویسون و جانسون، ۲۰۰۷؛ ترجمه شمسی‌پور، ۱۳۸۸).

در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت، پریشانی روانشناختی از جمله مشکلات روانشناختی که در زنان قربانی خشونت بعد از اعمال خشونت خود را نشان می‌دهد. می‌توان گفت حالت ذهنی ناخوشایند افسردگی و اضطراب است که هر دو علائم هیجانی و فیزیولوژیکی را دارد (تیزدل و آنتال، ۲۰۱۶). پریشانی روانشناختی به بررسی و توصیف آسیب‌شناسی روانی فرد از جمله علائم و نشانه‌های افسردگی و اضطراب ادراک شده به صورت وجود تعدادی از علائم از جمله عدم اشتیاق، احساس ناامیدی نسبت به آینده و علائم اضطراب است. همچنین به عملکرد روانشناختی غیر انطباقی در مواجهه با رویدادهای تنش‌زای زندگی فرد اشاره می‌کند. این افراد اغلب از علائم جسمانی شکایت دارند و یکی از علائم تشخیصی مهم در پیش‌بینی بد عملکردی فرد در حوزه‌های جسمانی، روانشناختی و اجتماعی، شکایات متعدد جسمانی است (اوایاشیا و یامادا، ۲۰۱۲).

افزایش اعتماد به نفس، خوش بینی و خودکارآمدی می شود و دوست داشتن، جامعه پذیری، فعالیت و انرژی، رفتارهای اجتماعی، مصونیت و جسمی تندرستی، مقابله مؤثر با چالش و استرس، اصالت، انعطاف پذیری و رفتار هدفمند می شود و این ویژگی های مثبت موجب حمایت اجتماعی بیشتر، روابط اجتماعی بالاتر، درآمد و عملکرد بالاتر و سلامت جسمی و روانی بالاتر می شود (فریش، ۲۰۰۶).

در تبیین این یافته ها می توان گفت، کیفیت زندگی وابسته به سلامت به عنوان شاخص مهمی برای ارزیابی سلامت فردی، تصمیم گیری و قضاوت در مورد سلامت کلی جامعه و یافتن مشکلات اصلی در ابعاد گوناگون خشونت خصوصاً زنان قربانی خشونت خانگی بوده است. مواردی که برای دستیابی به کیفیت خوب در زندگی اهمیت دارند شامل: سلامت هیجانی، سلامت جسمانی، پرداختن به روابط میان فردی، داشتن فرصت هایی برای رشد شخصی مثلاً در زمینه های مهارت ها، برخورداری از حقوق از جمله انتخاب سبک زندگی مورد نظر خویش و مشارکت در جامعه است. (زارع کاریزی، ۱۳۹۳).

### نتیجه گیری

بر اساس یافته های پژوهش، آموزش تکنیک های شناختی- رفتاری متمرکز بر تروما به عنوان روش درمانی مؤثر در کاهش پریشانی روانشناختی و افزایش کیفیت زندگی در زنان قربانی خشونت خانگی محسوب می شود. درمانگران می توانند با یادگیری نحوه انجام تکنیک های شناختی- رفتاری متمرکز بر تروما روند بهبود را تسریع کرده و از مزمن شدن مشکلات روانشناختی جلوگیری نمایند. از جمله محدودیت های این پژوهش می توان به این مطلب اشاره نمود که در این پژوهش مخاطبان در سنین ۲۵ الی

یافته های حاصل از واری فرضیه دوم نشان داد که پروتکل شناختی- رفتاری متمرکز بر تروما موجب افزایش کیفیت زندگی وابسته به سلامت در زنان قربانی خشونت شده است. این یافته ها با یافته های پژوهش افندی، ایندراواتی و اروزیکی (۲۰۲۰)؛ ذبیحی ولی آباد و همکاران (۱۳۹۶) و عزیز و قاسمی (۱۳۹۶) همسو بوده است. در همین راستا شواهد پژوهشی نشان می دهند که خشونت خانگی علیه زنان را می توان به عنوان یک تروما محسوب کرد و علائم تروما (که اغلب در پاسخ به یادآورنده های تروما رخ می دهد) مانند مشکلات هیجانی، رفتاری، جسمانی و روابط بین فردی، به طور مستقیم با تجارب آسیب زا مرتبط است (کوهن، مانارینو و دابلینگر، ۲۰۱۷). در تائید این پژوهش ها می توان دیدگاه فریش در رابطه با کیفیت زندگی را مطرح کرد، کیفیت زندگی مفهومی است که در نقطه مقابل کمیت قرار دارد و به سال هایی از عمر انسان که رضایت بخش باشد اطلاق می شود. همچنین مفهومی ادراکی از شرایط و وضعیتی است که بر اساس آن انسان زندگی می کند و می تواند تحت تأثیر زمینه فرهنگی، ارزشی، انتظارات و علایق فرد قرار بگیرد؛ لذا با توجه به این مطلب، یک زندگی با کیفیت، سال هایی است که با رضایت و خشنودی و فائق آمدن بر مشکلات سپری شده است و همچنین با توجه به اینکه مفهومی ذهنی است، این مفهوم برای هر فردی متفاوت است (فریش، ۲۰۰۶). همچنین این تئوری فرض می کند افرادی که احساس رضایتمندی حداکثر و یا متوسط بالا دارند، از مزایای بیشتری بهره می برند؛ زیرا این رضایتمندی بیانگر عملکرد خوب آن ها در رسیدن به اهدافشان است. موفقیت باعث موفقیت بیشتر می شود؛ زیرا این تجربه درونی سعادت و رضایت پایدار باعث

- of divorced women. *Culture of Counseling and Psychotherapy*, 8(29), 207-236. (In Persian)
- Bibi A, Lin M, Chi Zhng X, Margraf J. (2020). Psychometric properties and measurement invariance of Depression, Anxiety and Stress Scales (DASS-21) across cultures *International Journal Of Psychology*, 55(6), 916-925.
- Bluthner E, Bednarsch J, Stockmann M, Karber M, Pevny S, Maasberg S, Gerlach UA, Pascher A, Wiedenmann B, Pratschke J, Pape UF. (2020). Determinants of quality of life in parenteral nutrition using the SF-36 questionnaire: a German single-center prospective observational study. *Journal of Parenteral and Enteral Nutrition*, 44(2), 291-300.
- Cho H. (2012). Use of mental health services among Asian and Latino victims of intimate partner violence. *Violence against women*, 18(4), 404-419.
- Choi NG, Sullivan J, DiNitto DM, Kunik ME. (2019). Associations between psychological distress and health-related behaviors among adults with chronic kidney disease. *Preventive Medicine*, 126, 105-111.
- Cohen JA, Deblinger E, Mannarino AP. (2004). Trauma-focused cognitive behavioral therapy for sexually abused children. *Psychiatric Times*, 21(10), 109-121.
- Dasarband B, Panaghi I, Mootabi F. (2017). Relationship between Spouse Abuse and Depressive Symptoms in Women: The Moderating Role of Personality Characteristics. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, 23(1), 38-49. (In Persian)
- Dutton MA. (2000). *Empowering and healing the battered woman: A model for assessment and intervention*: Springer Publishing Compan.
- Efendi F, Indarwati R, Aurizki GE. (2020). Effect of trauma-focused cognitive behavior therapy on depression and the quality of life of the elderly in Indonesia, *Working with Older People*.

۴۵ سال قرار دارند؛ لذا با توجه به اینکه عکس‌العمل و سازگاری افراد نسبت به خشونت خانگی در سنین مختلف متفاوت است از این منظر در تعمیم یافته‌ها به افراد جوان‌تر و مسن‌تر بهتر است جانب احتیاط رعایت شود. همچنین در راستایی تعمیم یافته‌ها، بر این اساس که ادراک افراد از خشونت خانگی تحت تأثیر بافت فرهنگی قرار می‌گیرد این امر در واکنش‌های روانشناختی افراد دخیل است. بر همین اساس بهتر است در تعمیم یافته‌های حاصل به شهرها با بافت فرهنگی کاملاً متفاوت و همچنین دیگر قومیت‌های ایرانی جانب احتیاط رعایت شود.

### سپاسگزاری

این مقاله پژوهشی مستخرج از پایان‌نامه مقطع دکتری دانشگاه آزاد اسلامی واحد کرج با کد اخلاق IR.IAU.K.REC.1399.015 است. هیچگونه تعارض منافی در این مقاله بین نویسندگان وجود ندارد. از اساتید محترم که در انجام پژوهش ما را یاری کردند، صمیمانه تشکر می‌نمایم.

### References

- Al-Ibrahimya AS, Rabea S. (2020). Evaluation of General Health Status in Diaoetic Patients Using Short Form Health Survey(SF-36). *Current Diabetes Reviews*. (In Persian)
- Amiri Shamili M. (2014). Investigating the relationship between emotional intelligence of female teachers and violence against them in Bandar Abbas. Master Thesis. Qeshm University Campus. Department of Counseling and guidance. (In Persian)
- Azizi A, Ghasemi S. (2017). Comparison of the effectiveness of three approaches of solution-oriented, cognitive-behavioral and acceptance-based therapy on depression and quality of life

- 24(3), 149-157. doi.org/10.1108/WWOP-02-2020-0004
- Fourneris L. (2013). Domestic violence and mental health. *International Review of Psychiatry*, 22(5), 525-534.
- Frisch MB. (2006). *Quality of life therapy: applying a life satisfaction approach to positive psychology and cognitive therapy*. University of British Columbia Library Catalogue, Publisher: John Wiley & Sons.
- Ghalandarzadeh Z, Pournaghash S. (2020). The Mediating Role of Psychological Distress, Reappraisal Emotion-Regulation Strategy and Suppression Emotion-Regulation Strategy in the Relationship between Domestic Violence and Cognitive Functions in Female Victims of Violence. *Journal of Applied Psychological Research*, 11(2), 1-21. (In Persian)
- Haj-Yahia MM. (1998). Beliefs about wife beating among Palestinian women: The influence of their patriarchal ideology. *Violence against women*, 4(5), 533-558.
- Hebert M, Daignault I. (2015). Challenges in treatment of sexually abused preschoolers: A pilot study of TF-CBT in Quebec. *Sexologies*, 24(1), 21-27.
- Hisasue T, Kruse M, Raitanen J. (2020). Quality of life, psychological distress and violence among women in close relationships: a population-based study in Finland. *BMC Women's Health* volume, 20(1), 1472-6874.
- Kring D, Neil J. (2007). *Psychopathology*. Translation: Shamsipoor H. (2009). Tehran: Arjmand. (In Persian)
- Kubany E. (2002). *Cognitive Trauma Therapy for Formerly Battered Women With PTSD: Conceptual Bases and Treatment Outlines*. *Cognitive and Behavioral Practice*, 9, 111-127.
- Lovibond PF, Lovibond SH. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety stress Scale (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behav Res Ther*, 33(3), 43-335.
- Naderi H, Akbari M. (2017). The relationship between emotional intelligence and quality of life among tourism students (case study: Tourism students of University of Mazandaran). *Journal of tourism planning and development*, 6(22), 144-164. (In Persian)
- Nejat S, Montazeri A, Holakouie Naieni K, Mohammad K, Majdzadeh SR. (2006). The World Health Organization quality of Life (WHOQOL-BREF) questionnaire: translation and validation study of the Iranian Version. *Journal of School of Public Health and Institute of Public Health Research*, 4(4), 1-12. (In Persian)
- Ohayashi H, Yamada S. (2012). *Psychological distress: symptoms, causes, and coping*. New York: Nova Science Publishers.
- Purnaghashe Tehrani S, Ghalandarzade Z, Farahani H, Pashayibahram M. (2018). The relationship between domestic violence and cognitive functions in the victim of spousal abuse: The mediating role of self-regulation and psychological distress. *Cognitive Psychology Quarterly*, 6(3), 58-69. (In Persian)
- Rissanen R, Berg HY, Hasselberg M. (2017). Quality of life following road traffic injury: a systematic literature review. *Accident; analysis and prevention*, 108, 308-320.
- Romito P, Turan JM, De Marchi M. (2005). The impact of current and past interpersonal violence on women's mental health. *Social science & medicine*, 60(8), 1717-1727.
- Setayesh N, Azuji Kh, Bakhshizade M, Nojumi M. (2017). Domestic violence and the psychological and physical condition of women. *Razi Journal of Medical Sciences*, 24(154), 20-26. (In Persian)
- Sheikh M, Mansourjozan Z, Amiri MM. (2020). The Effect Of physical Activity and Training of Progressive Muscle Relaxation on the Level of Anxiety and perceived Stress in Patients with Covid-19. *Sport Psychology Studies*, 9(32), 227-248. (In Persian)
- Sheikh Motahar Vahedi H, Vahidi E. (2018). How to maintain our health as healthcare staff of the emergency department? A review article. *Iranian journal of emergency medicine*, 5(1), 19. (In Persian)

- Shorey RC & et al. (2012). The prevalence of mental health problems in men arrested for domestic violence. *Journal of family violence*, 27(8), 741-748.
- Taherifard M, Mikayili N. (2019). The effectiveness of cognitive mindset in social anxiety, resilience and emotion regulation of women victims of domestic violence. *Journal of Thought and Behavior*, 13(51), 17-26. (In Persian)
- Tarquinio C. (2012). Benefits of "eye movement desensitization and reprocessing" psychotherapy in the treatment of female victims of intimate partner rape. *Sexologies*, 21(2), 60-67.
- Teasdale TW, Antal A. (2016). Psychological distress and intelligence in young men. *Personality and Individual Differences*, 99, 336-339.
- Unterhitzberger J, Wintersohl S, Lang M, Konig J, Rosner R. (2019). Providing manualized individual trauma-focused CBT to unaccompanied refugee minors with uncertain residence status: a pilot study. *Child and adolescent psychiatry and mental health*, 13(1), 22.
- World Health Organization. (2016). Violence against women; intimate partner and sexual violence against woman. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs239/en/>
- Zabihi Valiabad F, Akbari Amarghan H, Khakpur M, Mehafarid M, Kazemi Gh. (2017). The effectiveness of cognitive-behavioral therapy on the deprivation and quality of life of women victims of domestic violence. *Women and Society Quarterly*, 8(30), 15-34. (In Persian)
- Zare Karizi M. (2014). The effectiveness of hope therapy on quality of life and time horizon of patients with multiple sclerosis in Tehran. Master Thesis, Clinical Psychology, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Alborz University of Science and Research. (In Persian)