

# اثربخشی پروتکل بازنگری شده درمان شناختی رفتاری متمرکز بر تروما بر پریشانی روان شناختی و غلظت ایمونوگلوبولین A در زنان قربانی خشونت خانگی

سیده زهرا کاظمی خوبان<sup>۱</sup>، حمید پورشریفی<sup>۲\*</sup>، علیرضا کاکاوند<sup>۳</sup>، معصومه ژیان باقری<sup>۴</sup>

<sup>۱</sup>گروه روانشناسی، واحد کرج، دانشگاه آزاد اسلامی، کرج، ایران، <sup>۲</sup>گروه روان‌شناسی بالینی، دانشگاه علوم توانبخشی و سلامت اجتماعی، تهران، ایران، <sup>۳</sup>گروه روانشناسی، دانشگاه بین‌المللی امام خمینی (ره)، قزوین، ایران، <sup>۴</sup>

تاریخ وصول: ۱۴۰۰/۱۲/۱۴ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۰۳/۰۷

## چکیده

زمینه و هدف: خشونت خانگی از آسیب‌های رایج اجتماعی در طول تاریخ بشر بوده است و به سبب گستردگی اثر آن، آسیب‌شناسی و درمان این پدیده همواره مورد توجه درمان‌گران بوده است. لذا هدف از این پژوهش تعیین اثربخشی پروتکل بازنگری شده درمان شناختی رفتاری متمرکز بر تروما بر پریشانی روان شناختی و غلظت ایمونوگلوبولین A در زنان قربانی خشونت خانگی بود.

**روش بررسی:** مطالعه حاضر از نوع نیمه تجربی با استفاده از روش پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود که در سال ۱۳۹۹ انجام شد. جامعه آماری، شامل زنان قربانی خشونت خانگی مراجعه‌کننده به دادگاه خانواده، خانه سلامت، گرم‌خانه و مراکز مشاوره در استان البرز، شهر کرج بودند که از بین این افراد به روش نمونه‌گیری در دسترس ۴۰ نفر انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و کنترل گمارده شدند. داده‌ها به وسیله پرسشنامه خشونت خانگی، پریشانی روانشناختی و آزمایش سطح غلظت ایمونوگلوبولین در سه مرحله و پیگیری یک ماهه برای هر دو گروه جمع‌آوری شد. در گروه آزمایش، پروتکل شناختی رفتاری متمرکز بر تروما طی ۸ جلسه (هفته‌ای یک جلسه ۹۰ دقیقه‌ای) اجرا شد. داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از آزمون‌های آماری تحلیل کواریانس و تحلیل اندازه‌گیری‌های مکرر تجزیه و تحلیل شدند.

**یافته‌ها:** یافته‌های پژوهش بیانگر آن بود که درمان شناختی رفتاری متمرکز بر تروما بین دو گروه برای مؤلفه‌های افسردگی  $F=۳۵/۶۲$  در سطح  $۰/۰۰۱$ ، اضطراب  $F=۳۲/۳۸$  در سطح  $۰/۰۰۱$  و استرس  $F=۲۵/۹۶$  در سطح  $۰/۰۰۱$  پریشانی روانشناختی همانند ایمونوگلوبولین A  $F=۱۱/۸۵$  در سطح  $۰/۰۰۱$  تفاوت معنی‌داری ایجاد کرده است.

**نتیجه‌گیری:** بر اساس نتایج به دست آمده از این پژوهش می‌توان اذعان کرد که پروتکل بازنگری شده درمان شناختی-رفتاری متمرکز بر تروما سبب کاهش پریشانی روانشناختی و افزایش ایمونوگلوبولین A در زنان قربانی خشونت خانگی می‌گردد.

**واژه‌های کلیدی:** درمان شناختی-رفتاری متمرکز بر تروما، پریشانی روانشناختی، ایمونوگلوبولین A، زنان قربانی خشونت

\*نویسنده مسئول: حمید پورشریفی، تهران، دانشگاه علوم بهزیستی و توانبخشی، گروه روانشناسی سلامت

Email: poursharifih@gmail.com

## مقدمه

خشونت خانگی<sup>(۱)</sup> اصطلاح گسترده‌ای است که شامل: طیف وسیعی از سوء استفاده‌ها و خشونت‌هایی است که در یک بستر داخلی و محیط خانوادگی رخ می‌دهد. ممکن است عامل خشونت، شریک زندگی یا سایر اعضای خانواده باشد (۱). خشونت و سوء استفاده می‌تواند به شکل سوء استفاده روان‌شناختی از جمله؛ کنترل زیاد بر رفتار، خشونت جسمی مانند ضرب و شتم، خشونت جنسی مانند؛ رابطه جنسی اجباری، خشونت مالی یا عاطفی باشد (۲). دانستن شیوع دقیق خشونت خانگی در هر کشور چالش برانگیز است. با این حال، گردآوری داده‌ها به دلیل توجه بیشتر به موضوع خشونت به وسیله سازمان‌های ملی و بین‌المللی در هر کشور سهل‌تر شده است (۳). جدیدترین پژوهش‌ها در این زمینه بیانگر آن است که تقریباً یک‌سوم زنان در سراسر جهان گزارش داده‌اند که به وسیله شریک زندگی خود به نوعی خشونت جسمی و یا جنسی را تجربه کرده‌اند و تقریباً ۳۸ درصد قتل‌های زنان در سطح جهان توسط شریک زندگی انجام گرفته است. از مارس ۲۰۱۷ تا مارس ۲۰۱۸، ۷/۹ درصد زنان (۱/۳ میلیون) در انگلستان خشونت خانگی را تجربه کرده‌اند و آخرین آمارها نشان می‌دهد در سال ۲۰۱۷، حدود ۱۳۹ مورد از زنان به وسیله خشونت مردان، جان خود را از دست داده‌اند و آمارهایی از این قبیل تصویری از شیوع خشونت علیه زنان را نشان می‌دهد (۱). 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 (۴).

پژوهش‌های گذشته پیامدهای گسترده روانشناختی و جسمانی خشونت خانگی علیه زنان را هم برای قربانی و هم خانواده قربانی مورد بررسی قرار داده‌اند (۵ و ۳). در همین راستا، در مطالعه که بر روی ۶۳۲۰ زن بین سنین ۲۰ تا ۷۵ سال با هدف بررسی تأثیر خشونت خانگی بر سلامتی زنان انجام گرفت، نتایج نشان داد زنانی که تجربه خشونت خانگی را داشتند، تجربه درد و بیماری بیشتر، افسردگی و مصرف داروهای آرام‌بخش بیشتری را گزارش کردند. همچنین نتایج این پژوهش بیان می‌دارد که زنان قربانی خشونت خانگی در مقایسه با زنانی که قربانی خشونت خانگی نیستند، بیشتر در معرض اختلالات جسمی و روانشناختی قرار دارند (۶).

پیشانی روانشناختی<sup>(۲)</sup> از جمله مشکلات روانشناختی است که در افراد قربانی خشونت خانگی هویدا است. پیشانی روانشناختی ناراحتی خاص و حالت هیجانی است که به وسیله افراد به طور موقت یا همیشگی در پاسخ به تنیدگی‌های ویژه و درخواست‌های آسیب‌زا تجربه می‌شود (۷). بر طبق

1-Domestic Violence  
2-Psychological distress

تعریفی دیگر پریشانی روانشناختی حالت ذهنی ناخوشایند افسردگی و اضطراب است که هر دو علایم هیجانی و فیزیولوژیکی را دارد (۸)، تجربه خشونت خانگی می‌تواند منجر به ایجاد پریشانی‌های روانشناختی از قبیل: افسردگی و اضطراب در زنان قربانی خشونت<sup>(۱)</sup> گردد، از طرفی افسردگی و اضطراب عملکرد شناختی را مختل می‌کند (۹).

افراد قربانی خشونت خانگی تحت استرس مستمر قرار دارند، استرس مزمن قادر هست عملکرد سیستم ایمنی را کاهش دهد و این افراد را در معرض بیماری‌ها قرار دهد. از این رو، عامل استرس‌زا بر اساس مدت زمان ماندگاری، تأثیرات متفاوت بر فیزیولوژی بدن می‌گذارد. زمانی که استرس کوتاه‌مدت و حاد است، تغییرات فیزیولوژی بدن در راستای بقا موجود زنده خواهد بود، با این حال زمانی که استرس طولانی‌مدت و مزمن می‌شود، اختلال در عملکرد سیستم ایمنی به وجود می‌آید که پیامد آن اختلالات روان‌شناختی و بیماری‌های جسمانی خواهد بود (۱۰). در همین راستا پژوهش‌های مختلف به بررسی اثرات استرس بر سیستم ایمنی پرداخته‌اند که بر اثرات استرس بر ایمونوگلوبین‌ها و بالأخص ایمونوگلوبولین A به این مطلب اشاره کرده‌اند که ایمونوگلوبین‌ها به تغییرات روان‌شناختی حساس است (۱۱-۱۳). همچنین محور هیپوتالاموس - هیپوفیز-آدرنال (HPA) که نقش مهمی در تنظیم تولید کورتیزول دارد (۱۴) و به دلیل خشونت در روابط بین فردی به شدت آسیب‌پذیر

است. در نتیجه، قرار گرفتن مداوم زنان در معرض خشونت خانگی می‌تواند اثرات طولانی مدت بر روی عملکرد محور HPA داشته باشد و خطر ابتلا به آسیب‌شناسی روانی بعدی را افزایش می‌دهد (۱۵ و ۱۶).

شواهد پژوهشی نشان می‌دهند که خشونت خانگی علیه زنان را می‌توان به‌عنوان یک تروما<sup>(۲)</sup> محسوب کرد و علایم 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 (۱۷). درمان شناختی رفتاری متمرکز بر تروما<sup>(۳)</sup>، شیوه‌ای کاملاً شناخته‌شده است که به وسیله کوهن و دبلینگر ابداع شد. این درمان مبتنی بر نظریه‌های یادگیری و شناختی می‌باشد که باورها و اسنادهای تحریف شده مرتبط با تروما را مورد شناسایی و محیطی حمایتی فراهم می‌کند که در آن افراد تشویق می‌شوند تا در مورد تجربه آسیب‌زای خود صحبت کنند. از این رو، درمان شناختی- رفتاری مبتنی بر تروما بر سه گروه از افراد با تجربه از دست دادن آسیب‌زا، سوءاستفاده جنسی و خشونت جسمی و دارای علایم اختلال استرس پس از سانحه<sup>(۴)</sup> اثر بخش می‌باشد (۱۸). همچنین پژوهش دیگر نشان داد که ذهن‌آگاهی<sup>(۵)</sup> مبتنی بر شناخت باعث کاهش اضطراب زنان قربانی خشونت خانگی

1-Victim of violence

2-Trauma

3-Trauma-Focused Cognitive-Behavioral Therapy(PTSD)

4-Post-Traumatic Stress Disorder

5-Mindfulness

می‌شود (۱۹). یافته‌های پژوهش‌های متعددی نشان می‌دهد که درمان شناختی رفتاری متمرکز بر تروما در افرادی که مورد خشونت خانگی (تروما) قرار می‌گیرند، مؤثر می‌باشد (۲۰ و ۲۱).

با توجه به نتایج پژوهش‌های ذکر شده، درمان شناختی-رفتاری متمرکز بر تروما یک شیوه درمانی مناسب برای افراد آسیب‌دیده از جمله زنان قربانی خشونت خانگی می‌باشد. اگر چه درمان شناختی - رفتاری مبتنی بر تروما در حوزه‌های مختلف استفاده شده، ولی 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. لذا هدف از این پژوهش تعیین اثربخشی پروتکل بازنگری شده درمان شناختی رفتاری متمرکز بر تروما بر پریشانی روان شناختی و غلظت ایمونوگلوبولین A در زنان قربانی خشونت خانگی بود.

### روش بررسی

مطالعه حاضر از نوع نیمه تجربی با استفاده از روش پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود که در سال ۱۳۹۹ انجام شد. جامعه آماری این مطالعه شامل کلیه زنان قربانی خشونت خانگی مراجعه کننده به مرکز مشاوره دادگاه، خانه سلامت بهزیستی، گرم‌خانه شهرداری و مراکز مشاوره خصوصی در استان البرز، شهر کرج بودند که با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس ۴۰ نفر بر اساس معیارهای

ورود و خروج به دو گروه ۲۰ نفری کنترل و آزمایش تقسیم شدند. معیار ورود به پژوهش شامل: زنان دارای سن ۲۴ الی ۴۵ سال (دوره جوانی)، تجربه خشونت بر اساس مقیاس سنجش خشونت نسبت به زنان (نمره ۳۲ حداقل نمره تجربه خشونت خانگی) و عدم ابتلا به اختلالات شدید روانی یا ابتلاء به بیماری‌های مزمن بر اساس گزارش پرونده زنان قربانی خشونت مراجعه‌کننده به مرکز مشاوره دادگاه، خانه سلامت بهزیستی، گرم‌خانه شهرداری شهر کرج، معیارهای خروج از پژوهش، غیبت بیش از سه جلسه در فرآیند مداخله و مشارکت در مداخلات روانشناختی دیگر. بعد از انتخاب دو گروه آزمایش و کنترل و کسب رضایت آگاهانه از هر دو گروه، پیش‌آزمون با استفاده از ابزارهای پژوهشی بعد از هماهنگی صورت گرفته با نمونه ذکر شده به وسیله پژوهشگر اخذ شد. سپس در گروه آزمایش ۸ جلسه آموزش برنامه درمان شناختی-رفتاری متمرکز بر تروما اجرا گردید، ولی برای گروه کنترل هیچ مداخله‌ای انجام نشد.

پروتکل درمان شناختی رفتاری متمرکز بر تروما (۲۲) در جامعه هدف (زنان قربانی خشونت خانگی) به وسیله محقق زیر نظر اساتید راهنما و مشاور، با توجه به تجارب مشترک خشونت خانگی شرکت کنندگان در سطح تکنیک، تعاریف و مثال‌ها به صورت ۸ جلسه مورد بررسی و بازبینی قرار گرفت و همچنین برای تعیین روایی درمان شناختی رفتاری

متمرکز بر تروما از متخصصان فوق تأیید گرفته شد که سر فصل پروتکل در جدول ۱ آمده است.

مقیاس سنجش خشونت نسبت به زنان<sup>(۱)</sup>، این پرسشنامه به وسیله حاج یحیی (۲۰۰۲) ساخته 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 و 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 خشونت قرار گرفته است، نمره به دست آمده حاصل در آن مقیاس بالاتر است (۲۳). امیری شمیلی در ایران 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 به دست آمده است (۲۴).

مقیاس پریشانی روانشناختی (DASS)<sup>(۲)</sup>، این پرسشنامه به وسیله لایبوند (۱۹۹۵) تهیه شده است (۲۵). این پرسشنامه دارای ۲۱ عبارت می باشد که خرده مقیاس های افسردگی، اضطراب و استرس را شامل می شود. روش نمره گذاری آن به این صورت است که گزینه اصلاً، کم، متوسط و زیاد به ترتیب؛ ۰، ۱، ۲، ۳ اختصاص داده می شود. آلفای کرونباخ سه خرده مقیاس افسردگی، اضطراب و استرس را به

ترتیب؛ ۰/۹۱، ۰/۸۱ و ۰/۸۹ به دست آوردند (۲۳). قلندرزاده و پورنقاش در ایران ضریب آلفای کرونباخ استرس، اضطراب و افسردگی را به ترتیب؛ ۰/۷۹، ۰/۸۰ و ۰/۸۱ به دست آوردند (۲۶).

تعیین غلظت ایمونوگلوبولین A در بزاق به وسیله روش الیزا انجام می گیرد. از مزایای این روش سرعت، دقت و صحت نتایج آزمایش را می توان ذکر کرد. در این روش از کیت های ایمونودایوگنوستیک ای جی ساخت کشور آلمان استفاده می شود (۲۷). برای اندازه گیری غلظت ایمونوگلوبولین A در بزاق، ابتدا روش کار برای شرکت کنندگان به وسیله پژوهشگر توضیح داده شد. همچنین از شرکت کنندگان خواسته شد دهان آنها را با آب معمولی بشویند و سعی دقیقاً قبل از نمونه گیری آزمودنی ها هیچ گونه ماده ای نخورند. سپس به وسیله کارشناس آزمایشگاه در مرکز مشاوره، از بزاق شرکت کنندگان نمونه گرفته شد و به منظور آنالیز نمونه ها بلافاصله آنها به آزمایشگاه انتقال داده شد.

داده های جمع آوری شده با استفاده از نرم افزار SPSS، و آزمون های آماری تحلیل کواریانس چند متغیره تجزیه و تحلیل شدند.

1-Scale of Violence Against Women  
2-Depression- Anxiety- Stress Scale (DASS)  
3-Lovibond

جدول ۱: جلسات پروتکل شناختی - رفتاری متمرکز بر تروما

تعداد جلسه	محتوای جلسات
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 جرأت‌ورزی، مدیریت خشم و مهارت قاطعیت مؤثر
ششم	بررسی احساس گناه، آموزش تکنیک وکیل 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

## یافته‌ها

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 میانگین و انحراف استاندارد مؤلفه‌های پریشانی روانشناختی و غلظت ایمونوگلوبولین A را در دو گروه و در سه مرحله اجرا نشان می‌دهد.

نتایج جدول ۲ نشان می‌دهد که میانگین مؤلفه‌های پریشانی روان شناختی در گروه آزمایش در مراحل پس آزمون و پیگیری کاهش و میانگین نمره ایمونوگلوبولین A در آن گروه افزایش یافته است. به منظور ارزیابی معنی‌داری بر عدم معنی‌داری تغییرات ناشی از اجرای متغیر مستقل بر مؤلفه‌های پریشانی روان شناختی و ایمونوگلوبولین A روش تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر به کار گرفته شده است. پیش از آن مفروضه نرمال بودن توزیع داده‌ها با استفاده از آزمون شاپیرو-ویلک مورد بررسی قرار گرفته است که نتایج آن در جدول ۳ ارائه شده است.

در این پژوهش ویژگی‌های جمعیت شناختی شرکت کنندگان میانگین و انحراف استاندارد سن و مدت زمان ازدواج و همچنین میزان تحصیلات و تعداد فرزندان شرکت کنندگان در دو گروه آزمایش و کنترل ارزیابی شده است که نتایج آن در جدول ۱ نشان داده شده است.

نتایج جدول ۱ نشان می‌دهد که 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 فوق‌لیسانس 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

بر اساس نتایج جدول ۳ مقادیر شاپیرو- ویلک مربوط به مؤلفه‌های پریشانی روانشناختی و ایمونوگلوبولین A در هر دو گروه آزمایش و کنترل و در هر سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در سطح ۰/۰۵ غیر معنی‌دار است. براین اساس می‌توان گفت توزیع داده‌های مربوط به متغیرهای پژوهش در هر سه مرحله نرمال است. در این پژوهش مفروضه‌های همگنی و یانس‌های خطا با استفاده از آزمون لون<sup>(۱)</sup>، برابری ماتریس‌های واریانس کوواریانس با استفاده از آماره ام‌باکس و برابری ماتریس کوواریانس خطاها با استفاده از تست موخلی<sup>(۲)</sup> ارزیابی شده است که نتایج آن در جدول ۴ نشان داده شده است.

نتایج آزمون لون در جدول ۴ نشان می‌دهد که تفاوت واریانس خطای نمرات مربوط به هیچ یک از مؤلفه‌های پریشانی روانشناختی و ایمونوگلوبولین A در دو گروه و در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در سطح ۰/۰۵ معنی‌دار نیست. این یافته نشان می‌دهد که مفروضه همگنی واریانس‌های خطا برای داده‌های پژوهش حاضر برقرار است. همچنین جدول فوق نشان می‌دهد که آماره ام‌باکس برای مؤلفه اضطراب پریشانی روانشناختی $(p < 0/05)$ ، ایمونوگلوبولین A $(M.Box=13/90, F=2/12, p < 0/05)$  و ایمونوگلوبولین A $(M.Box=13/86, F=2/11)$  در سطح ۰/۰۵ معنی‌دار است. اگرچه این مطلب بیانگر آن است که مفروضه برابری ماتریس‌های واریانس کوواریانس متغیر وابسته برای آن دو متغیر برقرار نیست، با وجود این با توجه به

برابری حجم نمونه در دو گروه، سطح معنی‌داری آماره ام‌باکس و مقاومت آزمون‌های آماری خانواده تحلیل واریانس در برابر انحراف از مفروضه‌ها، می‌توان انتظار داشت که این موضوع نتایج تحلیل را تحت تأثیر قرار ندهد. در جدول ۴ نتیجه تست موخلی نشان می‌دهد که مجذور کای برای مؤلفه افسردگی پریشانی روان شناختی $(\chi^2(2)=21/36, p < 0/01, w=0/56)$  معنی‌دار است. این یافته بیانگر آن است که مفروضه کرویت برای آن مؤلفه برقرار نیست و به همین دلیل درجات آزادی مربوط به آن مؤلفه با استفاده از روش گیسر- گرینهوس اصلاح شد.

جدول ۴ نشان می‌دهد که اثر اجرای متغیر مستقل بر مؤلفه افسردگی $(F=9/74, p=0/001, \eta^2=0/345)$ ، اضطراب $(F=8/99, p=0/001, \eta^2=0/673)$  و لامبدای ویلکز، لامبدای ویلکز، $(F=8/99, p=0/001, \eta^2=0/327)$  و استرس $(F=8/07, p=0/001, \eta^2=0/696)$  معنی‌دار است. جدول ۵ نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر در تبیین اثر اجرای متغیر مستقل بر مؤلفه‌های پریشانی روانشناختی و ایمونوگلوبولین A را نشان می‌دهد.

با توجه به جدول ۶، نتایج مقایسه درون گروهی میانگین‌ها نشان می‌دهد که تفاوت میانگین

1-Levene  
2- Mauchly

پیش‌آزمون- پس‌آزمون و پیش‌آزمون - پیگیری برای هر سه مؤلفه پریشانی روانشناختی همانند ایمونوگلوبولین A در سطح ۰/۰۱ معنی‌دار است، اما تفاوت میانگین‌های پس‌آزمون - پیگیری به لحاظ آماری معنی‌دار نیست. با رجوع به میانگین‌های تعدیل شده می‌توان گفت اجرای متغیر مستقل باعث شده تا میانگین مؤلفه‌های پریشانی روانشناختی در مرحله پس‌آزمون کاهش و غلظت ایمونوگلوبولین A افزایش یابد و با توجه به عدم معنی‌داری تفاوت بین میانگین‌ها

در مرحله پس‌آزمون- پیگیری، می‌توان گفت اثر اجرای متغیر مستقل بر مؤلفه‌های پریشانی روانشناختی و غلظت ایمونوگلوبولین A یک ماه پس از اجرا همچنان پابرجا مانده است. علاوه بر این معنی‌داری تفاوت مؤلفه‌ها در بین گروه‌ها نیز نشان دهنده آن است که اجرای متغیر مستقل در مقایسه با گروه کنترل پریشانی روانشناختی را در زنان قربانی خشونت خانگی کاهش و غلظت ایمونوگلوبولین A را در آنان افزایش داده است.

جدول ۱: ویژگی‌های جمعیت شناختی شرکت‌کنندگان

متغیر	آزمایش	کنترل
سن	میانگین	۳۶/۴۵
	انحراف استاندارد	۴/۹۳
	میانگین	۱۱/۷۵
مدت زمان ازدواج	انحراف استاندارد	۵/۵۱
	میانگین	۱۰/۶۰
مدت زمان ازدواج	زن	۹۰
	مرد	۹۰
میزان تحصیلات	زیر دیپلم	۳
	دیپلم	۱۰
	لیسانس	۴
	فوق لیسانس	۳
	فاقد فرزند	۲
تعداد فرزند	یک فرزند	۷
	دو فرزند	۸
	بیشتر از دو فرزند	۳
	مجموع	۲۰
	مجموع	۲۰

جدول ۲: میانگین و انحراف استاندارد مؤلفه پریشانی روان شناختی و غلظت ایمونو گلوبولین A در سه مرحله پژوهش

متغیر	گروه	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری
پریشانی روان شناختی - افسردگی	آزمایش	$3/82 \pm 11/80$	$1/83 \pm 6/90$	$2/73 \pm 5/10$
	کنترل	$4/65 \pm 11/45$	$2/05 \pm 12/30$	$3/34 \pm 11/45$
پریشانی روان شناختی - اضطراب	آزمایش	$3/09 \pm 10/10$	$2/28 \pm 6/00$	$3/05 \pm 5/40$
	کنترل	$2/76 \pm 10/95$	$2/18 \pm 10/65$	$2/75 \pm 9/70$
پریشانی روان شناختی - استرس	آزمایش	$2/01 \pm 16/60$	$2/83 \pm 12/40$	$3/30 \pm 12/85$
	کنترل	$2/28 \pm 16/15$	$2/18 \pm 16/70$	$2/23 \pm 15/60$
غلظت ایمونو گلوبولین A	آزمایش	$50/45 \pm 217/61$	$69/30 \pm 306/43$	$49/91 \pm 299/12$
	کنترل	$62/00 \pm 226/54$	$70/78 \pm 234/26$	$45/04 \pm 217/30$



جدول ۳: مقادیر شاپیرو-ویلک (سطح معنی داری) مؤلفه های پریشانی روان شناختی و ایمونو گلوبولین A در سه مرحله پژوهش

متغیر	گروه	پیش آزمون مقدار (سطح معنی داری)	پس آزمون مقدار (سطح معنی داری)	پیگیری مقدار (سطح معنی داری)
پریشانی روان شناختی- افسردگی	آزمایش	۰/۹۴۷ (۰/۳۲۹)	۰/۹۴۸ (۰/۳۳۲)	۰/۹۵۸ (۰/۴۹۶)
	کنترل	۰/۹۵۹ (۰/۵۲۵)	۰/۹۳۴ (۰/۱۸۲)	۰/۹۰۷ (۰/۰۵۶)
پریشانی روان شناختی - اضطراب	آزمایش	۰/۹۵۸ (۰/۴۹۶)	۰/۹۱۱ (۰/۰۶۷)	۰/۹۳۸ (۰/۲۱۹)
	کنترل	۰/۹۴۵ (۰/۲۹۷)	۰/۹۵۵ (۰/۴۵۶)	۰/۹۲۹ (۰/۱۴۶)
پریشانی روان شناختی- استرس	آزمایش	۰/۹۵۴ (۰/۴۳۹)	۰/۹۵۶ (۰/۴۶۷)	۰/۹۲۲ (۰/۱۱۰)
	کنترل	۰/۹۶۲ (۰/۵۷۶)	۰/۹۴۱ (۰/۲۵۵)	۰/۹۷۰ (۰/۷۶۴)
ایمونو گلوبولین A	آزمایش	۰/۹۳۸ (۰/۲۲۳)	۰/۹۵۵ (۰/۴۴۸)	۰/۹۴۵ (۰/۳۰۲)
	کنترل	۰/۹۲۱ (۰/۱۰۶)	۰/۹۲۸ (۰/۱۴۴)	۰/۹۶۳ (۰/۶۰۱)

جدول ۴: آزمون مفروضه های همگنی و یانس های خطا، برابری ماتریس های واریانس کوواریانس و برابری ماتریس کوواریانس خطاها

متغیر	مراحل	همگنی و یانس های خطا F	برابری ماتریس های واریانس کوواریانس سطح معنی داری	برابری ماتریس کوواریانس خطاها W	برابری ماتریس کوواریانس خطاها χ <sup>۲</sup>	سطح معنی داری
پریشانی روان شناختی - افسردگی	پیش آزمون	۱/۳۴	۰/۲۵۵			
	پس آزمون	۰/۳۳	۰/۵۶۸	۳/۰۰	۰/۴۶	۰/۰۰۱
	پیگیری	۰/۴۱	۰/۵۲۹			
پریشانی روان شناختی- اضطراب	پیش آزمون	۱/۳۳	۰/۲۵۶			
	پس آزمون	۰/۱۳	۰/۷۱۹	۱۳/۹۰	۲/۱۲	۰/۲۱۵
	پیگیری	۰/۳۲	۰/۵۸۰			
پریشانی روان شناختی- استرس	پیش آزمون	۲/۱۴	۰/۱۵۹			
	پس آزمون	۲/۴۹	۰/۱۲۳	۵/۲۹	۰/۸۱	۰/۹۲۴
	پیگیری	۲/۲۰	۰/۱۴۷			
ایمونو گلوبولین A	پیش آزمون	۳/۰۲	۰/۰۵۹			
	پس آزمون	۰/۰۳	۰/۸۷۳	۱۳/۸۶	۲/۱۱	۰/۶۸۴
	پیگیری	۰/۰۱	۰/۹۵۵			

جدول ۵: نتایج آزمون تحلیل چند متغیری در ارزیابی اثر متغیر مستقل بر مؤلفه های پریشانی روان شناختی و ایمونو گلوبولین A

مؤلفه	لامبدای ویلکز	F	Df	سطح معنی داری	η <sup>۲</sup>
پریشانی روان شناختی - افسردگی	۰/۶۵۵	۹/۷۴	۳۷ و ۲	۰/۰۰۱	۰/۳۴۵
پریشانی روان شناختی - اضطراب	۰/۶۷۳	۸/۹۹	۳۷ و ۲	۰/۰۰۱	۰/۳۲۷
پریشانی روان شناختی - استرس	۰/۶۹۶	۸/۰۷	۳۷ و ۲	۰/۰۰۱	۰/۳۰۴
ایمونو گلوبولین A	۰/۶۰۱	۱۲/۲۷	۳۷ و ۲	۰/۰۰۱	۰/۳۹۹

جدول ۵: نتایج تحلیل طرح آمیخته در تبیین اثر اجرای متغیر مستقل بر مؤلفه‌های پریشانی روانشناختی و ایمونوگلوبولین A

مؤلفه	اثرات	مجموع مجذورات	مجموع مجذورات خطا	F	سطح معنی‌داری	$\eta^2$
پریشانی روانشناختی - افسردگی	اثر گروه	۴۳۳/۲۰	۴۶۲/۱۳	۳۵/۶۲	۰/۰۰۱	۰/۴۸۴
	اثر زمان	۲۲۴/۴۵	۵۹۰/۱۰	۱۴/۴۵	۰/۰۰۱	۰/۲۷۶
	اثر تعاملی گروه × زمان	۲۶۲/۸۵	۷۲۴/۷۷	۱۳/۷۸	۰/۰۰۱	۰/۲۶۶
	اثر گروه	۳۲۰/۱۳	۳۷۵/۷۳	۳۲/۳۸	۰/۰۰۱	۰/۴۶۰
پریشانی روانشناختی - اضطراب	اثر زمان	۱۷۷/۰۱	۲۶۴/۹۸	۲۵/۳۹	۰/۰۰۱	۰/۴۰۳
	اثر تعاملی گروه × زمان	۸۸/۲۲	۴۷۰/۵۷	۷/۱۲	۰/۰۰۱	۰/۱۴۸
	اثر گروه	۱۴۵/۲۰	۲۱۲/۵۰	۲۵/۹۶	۰/۰۰۱	۰/۴۰۶
	اثر زمان	۹۲/۴۵	۲۴۶/۳۵	۹/۶۴	۰/۰۰۴	۰/۲۰۲
پریشانی روانشناختی - استرس	اثر تعاملی گروه × زمان	۱۱۷/۳۵	۵۰۷/۲۰	۸/۷۹	۰/۰۰۱	۰/۱۸۸
	اثر گروه	۷۰۱۳۹/۴۱	۲۲۴۹۰۹/۸۷	۱۱/۸۵	۰/۰۰۱	۰/۲۳۸
	اثر زمان	۲۶۱۱۹/۴۶	۸۴۸۷۳/۲۰	۱۱/۶۹	۰/۰۰۱	۰/۲۳۵
	اثر تعاملی گروه × زمان	۴۹۶۸۲/۱۰	۱۶۸۸۴۶/۸۲	۱۱/۳۵	۰/۰۰۱	۰/۲۲۷

جدول ۶: نتایج آزمون تعقیبی بن فرونی برای مقایسه‌های زوجی اثر گروه‌ها و زمان‌ها

مؤلفه‌ها	زمان‌ها	تفاوت میانگین	خطای معیار	مقدار احتمال
پریشانی روانشناختی - افسردگی	پیش‌آزمون	۲/۰۳	۰/۶۴	۰/۰۱۰
	پیش‌آزمون	۳/۳۵	۰/۸۸	۰/۰۰۲
	پس‌آزمون	۱/۳۳	۰/۶۲	۰/۰۹۶
	پیش‌آزمون	۲/۲۰	۰/۴۷	۰/۰۰۱
پریشانی روانشناختی - اضطراب	پیش‌آزمون	۲/۹۸	۰/۵۹	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	۰/۷۸	۰/۶۰	۰/۶۰۹
	پیش‌آزمون	۱/۸۳	۰/۵۸	۰/۰۰۸
	پیش‌آزمون	۲/۱۵	۰/۵۷	۰/۰۰۱
پریشانی روانشناختی - استرس	پس‌آزمون	۰/۳۳	۰/۵۷	۱/۰۰
	پیش‌آزمون	-۴۸/۲۷	۰/۸۵	۰/۰۰۱
	پیش‌آزمون	-۳۶/۱۴	۱۰/۵۷	۰/۰۰۵
	پس‌آزمون	۱۲/۱۳	۱۱/۱۶	۰/۸۵۱
مؤلفه	تفاوت گروه‌ها	تفاوت میانگین	خطای معیار	مقدار احتمال
پریشانی روانشناختی - افسردگی	آزمایش	۳/۸۰	۰/۶۴	۰/۰۰۱
	کنترل	-۳/۲۷	۰/۵۸	۰/۰۰۱
پریشانی روانشناختی - اضطراب	آزمایش	-۲/۲۰	۰/۴۳	۰/۰۰۱
	کنترل	۴۸/۳۵	۱۴/۰۵	۰/۰۰۱
پریشانی روانشناختی - استرس	آزمایش	-۲/۲۰	۰/۴۳	۰/۰۰۱
	کنترل	۴۸/۳۵	۱۴/۰۵	۰/۰۰۱
ایمونو گلوبولین A	آزمایش	۴۸/۳۵	۱۴/۰۵	۰/۰۰۱

بحث

خشونت مورد استفاده قرار گرفته است درمان

یکی از مداخلات که به صورت تجربی برای

شناختی مبتنی بر تروما است. درمان شناختی مبتنی

درمان زنان در معرض خشونت و زنان قرآنی

بر تروما برای زنان قربانی خشونت، یک مداخله

شناختی رفتاری چند مؤلفه‌ای است که با هدف کاهش علائم اختلال استرس پس از ضربه، افسردگی، احساس گناه و شرم و بالا بردن عزت نفس می‌باشد (۲۲). لذا هدف از این پژوهش تعیین اثربخشی پروتکل بازنگری شده درمان شناختی رفتاری متمرکز بر تروما بر پریشانی روان شناختی و غلظت ایمونوگلوبولین A در زنان قربانی خشونت خانگی بود. یافته‌های پژوهش نشان داد که پروتکل شناختی - رفتاری متمرکز بر تروما موجب کاهش پریشانی روانشناختی در زنان قربانی خشونت خانگی شده است. این یافته‌ها با یافته‌های پژوهش (۲۹ و ۲۸، ۹)، هم‌سو و هم‌خوان بوده است. در تأیید این پژوهش می‌توان دیدگاه نظری در رابطه با تأثیر خشونت بر پریشانی‌های روان‌شناختی دوتن 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 (۳۰). در همین راستا پژوهش‌ها نشان دادند زنانی که بیش از دو بار تجربه خشونت را داشته‌اند، بیشتر در معرض آسیب‌های روان‌شناختی بوده‌اند (۳۱) و مطالعه دیگر نشان داد، زنانی که تجربه خشونت شریک صمیمی را داشته‌اند اختلالات پانیک و اختلالات اضطرابی را بیشتر گزارش کردند (۳۲). 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 نافع‌ال 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، انتزاع گزینشی و تعمیم بیش از حد. 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 به‌صورت ناهشیار و خودکار اتفاق می‌افتد (۳۳).

در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت، پریشانی روانشناختی ازجمله مشکلات روانشناختی که در زنان قربانی خشونت بعد از اعمال خشونت خود را نشان می‌دهد. پریشانی روانشناختی حالت ذهنی ناخوشایند افسردگی و اضطراب است که هر دو علائم هیجانی و فیزیولوژیکی را دارد (۸). پریشانی روان‌شناختی به بررسی و توصیف آسیب‌شناسی روانی فرد از جمله علائم و نشانه‌های افسردگی و اضطراب ادراک‌شده به‌صورت وجود تعدادی از علائم از جمله عدم اشتیاق،

احساس ناامیدی نسبت به آینده و علایم اضطراب است. همچنین به عملکرد روان‌شناختی غیر انطباقی در مواجهه با رویدادهای تنش‌زای زندگی فرد اشاره می‌کند. این افراد اغلب از علایم جسمانی شکایت دارند و یکی از علایم تشخیصی مهم در پیش‌بینی بد عملکردی فرد در حوزه‌های جسمانی، روان‌شناختی و اجتماعی، شکایات متعدد جسمانی است (۳۴).

یافته‌های حاصل از واری فرسویه دوم نشان داد که پروتکل شناختی رفتاری متمرکز بر تروما موجب افزایش سطح ایمونوگلوبین A در زنان قربانی خشونت شده است. این یافته‌ها با یافته‌های پژوهش (۳۸-۳۵ و ۱۴) هم‌سو بود. برای تبیین این یافته‌ها از دو رویکرد سایکوسوماتیک و روان‌شناختی استفاده شده و نیز برای هر رویکرد سه تبیین نظری تشریح گردیده است. در تبیین اول بر مبنای سایکوسوماتیک می‌توان از محوری موسوم به هیپوتالاموس-هیپوفیز-آدرنال (HPA) که نقش مهمی در تنظیم تولید کورتیزول دارد، الهام گرفت (۳۵). مطابق این تئوری، محور هیپوتالاموس-هیپوفیز-آدرنال (HPA) که نقش مهمی در تنظیم تولید کورتیزول دارد (۱۴) و به دلیل خشونت در روابط بین فردی به شدت آسیب پذیر است. در نتیجه قرار گرفتن مداوم زنان در معرض خشونت خانگی می‌تواند اثرات طولانی مدت بر روی عملکرد محور HPA داشته باشد و خطر ابتلا به آسیب‌شناسی روانی بعدی را افزایش می‌دهد (۱۶ و ۱۵)، اما به نظر می‌رسد

که آموزش و تمرین آرمیدگی یا راهبردهای آرام‌سازی، آموزش تکنیک وکیل مدافع و آموزش مدیریت استرس سبب می‌شود که محور هیپوتالاموس-هیپوفیز-آدرنال (HPA) در تولید و برانگیختگی کورتیزول در سطح بهینه‌ای عمل کند و این امر نیز میزان غلظت ایمونوگلوبولین A در زنان قربانی خشونت را افزایش دهد. همچنین در تبیین دیگری می‌توان به نظریه سیستم‌های مغزی و رفتاری گری و مدل شناختی سایکوسوماتیک گری یعنی کنش‌وری پردازش اطلاعات در سیستم اشاره کرد. وی بر این باور است که سیستم‌های مغزی که مسئولیت تعدیل هیجان را بر عهده دارند، با سیستم‌های تعدیل‌کننده شناخت همپوشی دارند. از این رو به نظر می‌رسد تمرین آرمیدگی یا راهبردهای آرام‌سازی و آموزش مهارت مبارزه با عزت نفس پایین سبب می‌شود رابطه بین رویداد ناگوار (تروما) با تغییرات فیزیولوژیکی سیستم خود مختار تعدیل شود. این بدان معنا می‌باشد که تروما قبل از این که با تأثیرگذاری بر سیستم سمپاتیک سبب کاهش غلظت میزان غلظت ایمونوگلوبولین A شود، ارزیابی و تفسیر جدید در اثر برنامه مداخله‌ای شناختی-رفتاری با تأثیر بر سیستم پردازش اطلاعات نه تنها میزان غلظت ایمونوگلوبولین A را کاهش نمی‌دهد، بلکه تفسیر و ارزیابی مثبت، میزان غلظت ایمونوگلوبولین A در زنان قربانی خشونت را نیز افزایش خواهد داد.

از رویکرد روانشناختی می‌توان به مدل نظری توصیفی - کنشی، در رشد پس از سانحه استناد نمود (۳۹). بر اساس این مدل زمانی که فرد بتواند افکار منفی خود را بعد از حوادث تروماتیک کنترل نماید، زمینه رشد پس از سانحه در وی فراهم می‌شود. در این درمان تمرکز بر آموزش روانشناختی برای زنان قربانی خشونت در زمینه اصلاح باورهای نادرست و خطاهای فکری است و به زنان قربانی خشونت کمک می‌شود حس غلبه و کنترل خود بر اوضاع را باز یابد و روایتی منسجم از تروما ارایه دهد و با تمرین آرمیدگی یا راهبردهای آرام سازی آموزش مهارت مبارزه با عزت نفس پایین و مقابله با استرس آموزش مدیریت خشم و همچنین آموزش تکنیک وکیل مدافع از مکانیسم‌های دفاعی مانند انکار و انزواطلبی استفاده نماید که به نظر می‌رسد مجموع این دلایل بتواند میزان میزان غلظت ایمونوگلوبولین A را افزایش دهد، زیرا پژوهش‌ها نشان دادند که بین افزایش میزان غلظت ایمونوگلوبولین A و خشونت خانگی مردان با همسران رابطه وجود دارد (۴۰).

از جمله محدودیت‌های این پژوهش می‌توان به این مطلب اشاره نمود که در این پژوهش مخاطبان در سنین ۲۵ الی ۴۵ سال قرار دارند. لذا با توجه به اینکه عکس العمل و سازگاری افراد نسبت به خشونت خانگی در سنین مختلف متفاوت است، در تعمیم یافته‌ها به افراد جوان‌تر و مسن‌تر، بهتر است جانب

احتیاط رعایت شود. همچنین در راستای 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 شهرهای دارای بافت فرهنگی متفاوت و همچنین دیگر قومیت‌های ایرانی جانب احتیاط رعایت شود. با توجه به این مساله که افشاءسازی در خصوص خشونت خانگی بخشی از درمان است، لذا به روانشناسان متخصص در این حوزه پیشنهاد می‌شود در این زمینه مکان و فضایی امنی برای زنان مورد خشونت همسر فراهم آورند. همچنین در راستای تسهیل افشاءسازی بسیار مهم هست که توجه متخصصان به موارد غیرمستقیم و یا غیرکلامی بسیار مهم است. همچنین با توجه به سطح بالای مشکلات روانشناختی و همچنین مقاومت به افشاء خشونت در زنان قربانی خشونت خانگی خصوصاً خشونت همسر توصیه می‌شود درمان‌گر با ایجاد جوء امن، قابل اعتماد، ارتباط مناسب، نشان دادن علاقه و دادن اطلاعات در این زمینه و همچنین القای حس امید به آنها، در فرآیند درمان زنان قربانی خشونت تمرکز بیشتری صورت گیرد.

### نتیجه‌گیری

بر اساس نتایج به دست آمده از این پژوهش می‌توان اذعان کرد که آموزش تکنیک‌های

شناختی-رفتاری متمرکز بر تروما به عنوان روش درمانی در کاهش پریشانی روانشناختی و افزایش سطح ایمونوگلوبین A در زنان قربانی خشونت خانگی مؤثر می‌باشد.

### تقدیر و تشکر

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه مقطع دکترای رشته روانشناسی سلامت از دانشگاه آزاد اسلامی کرج، با کد اخلاق IR.IAU.K.REC.1399.015 می‌باشد که با حمایت این دانشگاه انجام گرفت. نویسندگان اعلام می‌کنند هیچ‌گونه تعارض منافی در این مقاله وجود ندارد. از اساتید محترم که در انجام پژوهش ما را یاری کردند، صمیمانه تشکر می‌نماییم.

## REFERENCES

1. Ali P, McGarry J. Domestic violence in health contexts: a guide for healthcare professions. Springer Nature Switzerland AG 2020.
2. Sammut S, Bradbury-Jone C. A qualitative exploration of thrivership among women who have experienced domestic violence and abuse: Development of a new model. BMC Women's Health Volume 2019; 19(1): 106.
3. Office of National Statistics. Domestic abuse: findings from the Crime Survey for England and Wales , 2019.
4. Dasarband B, panaghi I, Mootabi F. Relationship between spouse abuse and depressive symptoms in women: the moderating role of personality characteristics. Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology 2017; 23(1): 38-49.
5. Riedl D, Exenberger S, Daniels JK, Böttcher B, Beck Th, et al. Domestic violence victims in a hospital setting: prevalence, health impact and patients' preferences - results from a cross-sectional study. European Journal of Psychotraumatology 2020; 10(1): 1654063.
6. Jovanović VM, Čanković S, Milijašević D, Ukropina S, Jovanović M, Čanković D. Health consequences of domestic violence against women in Serbia. Vojnosanit Pregl 2020; 77(1): 14-21.
7. Choi NG, Sullivan JE, DiNitto DM, Kunik ME. Associations between psychological distress and health-related behaviors among adults with chronic kidney disease. Preventive Medicine 2019; 126: 105-11.
8. Teasdale TW, Antal A. Psychological distress and intelligence in young men. Personality and Individual Differences 2016; 99: 336-9.
9. Purnaghashe tehrani S, Ghalandarzade Z, Farahani H, Pashayibahram M. 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 2018; 6(3): 58-69.
10. Urbinati EC, Zanuzzo FS, Biller JD. Stress and immune sys tem in fish. Baldisserotto B, Urbinati EC, Cyrino JEP. Biology and Physiology of Freshwater Neotropical Fish: Academic 2020; 93-114.
11. Ilberg Charlotte C, Saylor Kristina H, Leah C. Maternal distress across the postnatal period is associated with infant secretory immunoglobulin A. Developmental Psychobiology 2019; 62(4): 544 – 53,
12. Wang W, REN H, TIAN Q, TANG Ch, Meng W. Effects of occupational stress on blood lipids, blood sugar and immune function of doctors. Iranian Journal of Public Health 2019; 48(5): 825 – 33.
13. Jiang M, Yin Zh, Li S, Chen X, Gu J. Effect of Positive Psychological Intervention on Well-Being, 2-Week Illness Prevalence, and Salivary Immuno globulin A. Western Journal of Nursing Research 2018; 40(6): 889 – 906.
14. Garcia MA, Junglen A, Ceroni T, Johnson D, Ciesla J, Delahanty DL. The mediating impact of PTSD symptoms on cortisol awakening response in the context of intimate partner violence. Biological Psychology 2020; 152: 107873.
15. Daskalakis NP, Lehrner A, Yehuda R. Endocrine aspects of post-traumatic stress disorder and implications for diagnosis and treatment. Endocrinol .Metab Clin N 2013; 42: 503–13.
16. Essex MJ, Shirtcliff EA, Burk LR, Ruttle PL, Klein MH, Slattery MJ, Kalin NH, Armstrong JM. Influence of early life stress on later hypothalamic-pituitary-adrenal axis functioning and its covariation with mental health symptoms: a study of the allostatic process from childhood into adolescence. Dev. Psychopathol 2011; 23: 1039–58.
17. Cohen JA, Deblinger E, Mannarino AP. Trauma-focused cognitive behavioral therapy for sexually abused children. Psychiatric Times 2010; 21(10): 109– 121.
18. Unterhitzberger J, Wintersohl S, Lang M, König J, Rosner R. Providing manualized individual trauma-focused CBT to unaccompanied refugee minors with uncertain residence status: a pilot study. Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health 2019; 13(1): 22.
19. Taherifard M, Mikayili N. The effectiveness of cognitive mindset in social anxiety, resilience and emotion regulation of women victims of domestic violence. Journal of Thought and Behavior 2019; 13(51): 26-17.
20. Hébert M, Daignault I. Challenges in treatment of sexually abused preschoolers. A Pilot Study of TF-CBT in Quebec Sexologies 2019; 24(1): e21-7.

21. Fournieris L. Domestic violence and mental health. *International Review of Psychiatry* 2010; 22(5): 525-34.
22. Kubany E. Cognitive trauma therapy for formerly battered women with PTSD: conceptual bases and treatment outlines. *Cognitive and Behavioral Practice* 2002; 9: 111-27.
23. Haj-Yahia MM. Beliefs about wife beating among Palestinian women: The influence of their patriarchal ideology. *Violence Against Women* 1998; 4(5): 533-58.
24. Amiri Shamili M. 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.
25. Lovibond PF, Lovibond SH. The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety stress Scale (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behav Res Ther* 1995; 33(3): 335-43.
26. Purnaghashe tehrani S, Ghalandarzade Z, Farahani H, Pashayibahram M. 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* 2018; 6(3): 58-69.
27. Bahrami Ehsan Z, Bahrami Ehsan H, Hamzeh F. The effect of observing aggressive films on the concentration of secreted immunoglobulin A in saliva. *Journal of Contemporary Psychology*, Volume 3, Number 1: 92-84. [In Persian].
28. Efendi F, Indarwati R, Aurizki GE. Effect of trauma-focused cognitive behavior therapy on depression and the quality of life of the elderly in Indonesia. *Working with Older People* 2020; 24(3): 149-57.
29. Hisasue T, Kruse M, Raitanen J. Quality of life, psychological distress and violence among women in close relationships: a population-based study in Finland. *BMC Women's Health* 2020; 20(1): 85.
30. Dutton, M. A. Empowering and healing the battered woman: A model for assessment and intervention: Springer Publishing Company; 2000.
31. Romito P, Turan JM, De Marchi M. The impact of current and past interpersonal violence on women's mental health. *Social Science & Medicine* 2005; 60(8): 1717-27.
32. Shorey RC. The prevalence of mental health problems in men arrested for domestic violence. *Journal of Family Violence* 2012; 27(8): 741-8.
33. Davison K, Johnson, N. Psychopathology. Translation: Shamsipoor, Hamid. Tehran: Arjmand; 2009; 49.
34. Ohayashi H, Yamada S. Psychological distress: symptoms, causes, and coping. New York: Nova Science Publishers; 2012.
35. Cordero MI, Moser DA, Manini A, Suardi F, Sancho-Rossignol A, Torrisi R, Schechter DS. Effects of interpersonal violence-related post-traumatic stress disorder (PTSD) on mother and child diurnal cortisol rhythm and cortisol reactivity to a laboratory stressor involving separation. *Hormones and Behavior* 2017; 90: 15-24.
36. Satyanarayana VA, Chandra PS, Vaddiparti K. Mental health consequences of violence against women and girls. *Curr Opin Psychiatry* 2015; 28: 350-6.
37. Pan X, Wang Z, Wu X, Wen SW, Liu A. Salivary cortisol in post-traumatic stress disorder: A systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry* 2018; 18(1): 324.
38. Colvonen PJ, Glassman LH, Crocker LD, Buttner MM, Orff H, Schiehser DM, et al. Pretreatment biomarkers predicting PTSD psychotherapy outcomes : A systematic review. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews* 2017; 75: 140-156.
39. Cryder CH, Kilmer RP, Tedeschi RG, Calhoun LG. An exploratory study of posttraumatic growth in children following a natural disaster. *Am J Orthopsychiatry* 2006; 76(1): 65-9.
40. Romero-Martínez A, Lila M, Conchellb R, González-Bonoa E, Moya-Albiola L. Immunoglobulin A response to acute stress in intimate partner violence perpetrators: The role of anger expression-out and testosterone. *Biological Psychology* 2014; 96: 66- 71.



# Effectiveness of Revised Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy Protocol on Psychological Distress and Immunoglobulin A Concentration in Women Victims of Domestic Violence

Kazemi Khoban SZ<sup>1</sup>, Poursharifi H<sup>2\*</sup>, Kakavand A<sup>3</sup>, Xian Bagheri M<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Department of Psychology, Karaj Branch, Islamic Azad University, Karaj, Iran, <sup>2</sup>Department of Clinical Psychology, University of Rehabilitation Sciences and Social Health, Tehran, Iran, <sup>3</sup>Department of Psychology, Imam Khomeini International University(RA), Qazvin, Iran,

Received: 05 Mar 2022      Accepted: 28 May 2022

## Abstract

**Background & aim:** Domestic violence has been one of the most common social harms throughout human history, and due to its widespread effect, the pathology and treatment of this phenomenon has always been the focus of therapists. Therefore, the purpose of the present study was to determine the effectiveness of the revised protocol of trauma-focused cognitive behavioral therapy on psychological distress and immunoglobulin A concentration in women victims of domestic violence.

**Methods:** The present semi-experimental study conducted in 2019 used a pre-test-post-test method with a control group. The statistical population included women who were victims of domestic violence referring to the Family Court, Health House, Warm House and Counseling Centers in Alborz, Karaj Province, and 40 people were randomly selected from among these people by available sampling and divided into two experimental and control groups. Data were collected by domestic violence questionnaire, psychological distress and immunoglobulin concentration level test in three stages and one-month follow-up for both groups. In the experimental group, the cognitive-behavioral protocol focused on trauma was implemented during 8 sessions (one 90-minute session per week). The collected data were analyzed using statistical tests of analysis of covariance and repeated measures analysis.

**Results:** The findings indicated that cognitive behavioral therapy focused on trauma between the two groups for the components of depression  $F=35.62$  at the 0.001 level, anxiety  $F=32.38$  at the level of 0.001, and stress  $F=25.96$  at the 0.001 level. The level of 0.001 psychological distress has created a significant difference at the level of 0.001,  $F = 11.85$ .

**Conclusion:** Based on the results obtained from the present research, it can be acknowledged that the revised protocol of cognitive-behavioral therapy focused on trauma reduces psychological distress and increases immunoglobulin A in women who are victims of domestic violence.

**Keywords:** Trauma-focused cognitive-behavioral therapy, Psychological distress, Immunoglobulin A, Women victims of violence

---

**\*Corresponding author:** Poursharifi H, Department of Clinical Psychology, University of Rehabilitation Sciences and Social Health, Tehran, Iran  
**Email:** poursharifih@gmail.com

**Please cite this article as follows:** Kazemi Khoban SZ, Poursharifi H, Kakavand A, Xian Bagheri M. Effectiveness of Revised Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy Protocol on Psychological Distress and Immunoglobulin A Concentration in Women Victims of Domestic Violence. *Armaghane-danesh* 2022; 27(4): 455-471.