

مقاله اصلی

اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه بر علائم اختلال استرس پس از سانحه و انعطاف پذیری کنشی در دختران قربانی خشونت خانگی

تاریخ دریافت: ۹۹/۱۱/۲۲ - تاریخ پذیرش: ۱۴۰۰/۰۱/۲۳

خلاصه

مقدمه: بروز خشونت خانگی سبب ایجاد استرس و همچنین اختلال استرس پس از سانحه در افراد قربانی خشونت می شود. بر این اساس هدف این پژوهش تعیین اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه بر علائم اختلال استرس پس از سانحه و انعطاف پذیری کنشی در دختران قربانی خشونت خانگی بود. **روش کار:** پژوهش حاضر از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش آزمون-پس آزمون با گروه گواه و دوره پیگیری دو ماهه بود. جامعه آماری شامل دختران قربانی خشونت خانگی شهر اصفهان در فصل پاییز سال تحصیلی ۹۹-۱۳۹۸ بود. از بین جامعه آماری تعداد ۳۰ نفر با روش نمونه گیری هدفمند انتخاب و به صورت تصادفی در گروه های آزمایش گواه قرار گرفتند. ابزارهای پژوهش شامل پرسشنامه خشونت خانوادگی تجربه شده؛ اختلال استرس پس از سانحه و انعطاف پذیری روان شناختی بود. داده های به دست آمده با روش تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر توسط نرم افزار آماری SPSS23 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

نتایج: یافته های پژوهش نشان داد درمان فراتشخیصی یکپارچه بر علائم اختلال استرس پس از سانحه ($F=۴۶/۰۴$; $\eta^2=۰/۶۲$; $P\leq ۰/۰۰۱$) و انعطاف پذیری کنشی ($F=۵۰/۰۲$; $\eta^2=۰/۶۴$; $P\leq ۰/۰۰۱$) در دختران قربانی خشونت خانگی تاثیر گذار است.

نتیجه گیری: یافته های پژوهش حاضر بیانگر آن بودند که درمان فراتشخیصی یکپارچه با بهره گیری از فونونی همانند شناسایی هیجانها، آموزش آگاهی هیجانی، ارزیابی مجدد شناختی، شناسایی الگوهای اجتناب از هیجان و بررسی رفتارهای ناشی از هیجان می تواند به عنوان یک درمان کارآمد جهت کاهش علائم اختلال استرس پس از سانحه و بهبود انعطاف پذیری کنشی در دختران قربانی خشونت خانگی مورد استفاده قرار گیرد.

کلمات کلیدی: استرس پس از سانحه، انعطاف پذیری کنشی، خشونت خانگی، درمان فراتشخیصی یکپارچه

صدیقه گله گیریان^۱

عزت دیره*^۲

علی پولادی ریشه ری^۳

امیر قمرانی^۴

^۱ دانشجوی دکتری، گروه روان شناسی، واحد بوشهر، دانشگاه آزاد اسلامی، بوشهر، ایران.

^۲ استادیار، گروه روان شناسی، واحد بوشهر، دانشگاه آزاد اسلامی، بوشهر، ایران. (نویسنده مسئول)

^۳ استادیار، دانشگاه پیام نور، بوشهر، ایران.

^۴ گروه روان شناسی و آموزش کودکان با نیازهای خاص، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران.

Email: Ezatdeyreh@gmail.com

مقدمه

فرا سوی مرزهای فرهنگی، اجتماعی و منطقه‌ای، در دهه گذشته از خشونت در برابر زنان به عنوان یکی از جدی‌ترین چالش‌های اجتماعی یاد شده است (کراه، ۲۰۱۸). محیط خانواده و شبکه ارتباطی درون آن یکی از بسترهای خشونت است، برخی از این خشونت‌ها عبارت‌اند از خشونت بدنی، خشونت گفتاری، خشونت عاطفی و خشونت جنسی. خشونت خانگی آثار ویران‌گری بر جو روان‌شناختی و عاطفی خانواده و اعضای آن می‌گذارد و می‌تواند پیامد تباہ‌گری بر ساختار خانواده به دنبال داشته باشد که به تأثیر آن بر کارکرد خانواده و سلامت روان خانواده می‌توان اشاره نمود (بای، هوانگ و لی، ۲۰۱۸). خشونت خانگی علیه زنان و دختران پدیده‌ای است که در سراسر جهان مشاهده می‌شود و نه تنها سلامت، رفاه، حقوق و شخصیت زنان و دختران، بلکه خانواده‌ها و جوامع را نیز به طور جدی با تهدید مواجه می‌کند. اگرچه آسیب‌های جسمانی و مرگ آشکارترین و فوری‌ترین پیامدهای خشونت خانگی فیزیکی علیه زنان و دختران هستند، طیف گسترده عوارض روان‌شناختی (همچون شکایت‌های مزمن جسمانی و در پیش گرفتن رفتارهای پرخطری مانند سوء مصرف مواد و الکل) نیز در این پدیده فراوان به چشم می‌خورد (سلیک و کیرسا، ۲۰۱۸).

بروز خشونت خانگی سبب ایجاد استرس (امیرعلی اکبری، وامقی، ساجدی، سجادی، علوی‌مجد و حاجی قاسمعلی، ۱۳۹۴) و همچنین اختلال استرس پس از سانحه در افراد قربانی خشونت می‌شود (رشتی و گل‌شکوه، ۱۳۸۹). چرا که افراد قربانی خشونت بار سنگینی را به خاطر این رویداد آسیب‌زا بر دوش خود حمل می‌کنند. اختلال استرس پس از آسیب شامل مجموعه‌ای از علائم است که در پی مواجهه با حوادث و خاطرات آسیب‌زای زندگی پدیدار می‌شود. در این اختلال فرد

به صورت ترس و درماندگی به این تجربه پاسخ می‌دهد، وقوع حادثه را دائماً در ذهن خود تجسم می‌نماید و در عین حال می‌خواهد از یادآوری آن اجتناب کند (تیان، ینا، اسمیت-اسبورن، لیما، نورث و لیو، ۲۰۱۴؛ وجسیچوفسکی، ۲۰۱۹). برای اینکه بتوان تشخیص این اختلال را مطرح کرد، علائم مزبور باید لااقل یک ماه طول کشیده باشد و بر حوزه‌های مهم زندگی فرد بیمار نظیر حوزه‌های خانوادگی، ارتباطی، اجتماعی، شغلی و یا تحصیلی او تأثیر چشمگیری نهاده باشد. اختلال استرس پس از آسیب چنان فشار ناتوان‌کننده‌ای را موجب می‌شود که تقریباً می‌تواند هر کسی را از پای درآورد (ایکسائو، لیو و جیانگ، ۲۰۱۹). بیشتر افرادی که وقایع آسیب‌زا را تجربه می‌کنند، نشانگان این اختلال را به سرعت بعد از واقعه نشان می‌دهند، اما فقط ۳۰٪ از آنها این نشانگان را تا یک ماه بعد از واقعه دارا هستند (پاچلونگ، ویس، ویگور و کس و چارونیر، ۲۰۲۰). در دهه‌های اخیر در زمینه ابعاد شناختی اختلال استرس پس از سانحه پژوهش‌های فراوانی شده است. گزارش‌ها در مورد میزان و ماهیت تغییرات شناختی این بیماران متفاوت و بسیار متنوع بوده و شامل دامنه وسیعی از نواقص شناختی کلی تا مشکلات اختصاصی حافظه می‌شود (کویانکاگلو و همکاران، ۲۰۲۱).

در ادامه باید اشاره کرد که خشونت خانگی سلامت روان افراد قربانی را آسیب‌پذیر نموده و از این طریق، سبب بروز آسیب‌های روانی همچون اضطراب، استرس و افسردگی در افراد می‌شود (گروس، روف، سمینزا، لروکس و یانت، ۲۰۱۹). از طرفی بر اساس نتایج پژوهش‌های پیشین می‌توان بیان کرد که آسیب‌های روان‌شناختی و هیجانی، انعطاف‌پذیری کنشی فرد را متأثر

7. Wojciechowski

8. Xiao, Liu, Liu, Jiang

9. Puechlong, Weiss, Vigouroux, Charbonnier

1. Koyuncuoğlu

1. Grose, Roof, Semenza, Lerdux, Yount

1. Psychological flexibility

1. Krahé

2. Bui, Hoang, Le

3. Çelik, Kirca

4. stress

5. Post traumatic stress disorder

6. Tian, Yennu, Smith-Osborne, Lima, North, Liu

داودی و اشرفی (۱۳۹۸)؛ کامرانی، بهرامی، گودرزی و فرخی (۱۳۹۸)؛ حسن‌پور، آقاییوسفی، ضمیر و علی‌پور (۱۳۹۸)؛ عظیمی، امیدی، شفیعی و نادمی (۱۳۹۶)؛ عطارد، میکائیلی، مهاجری و وجودی (۱۳۹۵)؛ شور-زاولا^۱ و همکاران (۲۰۲۰)؛ گروسمان و ارنریچ-مای^۲ (۲۰۲۰)؛ ساکیس و برل^۳ (۲۰۱۹)؛ استیل^۴ و همکاران (۲۰۱۸)؛ تالکوسکی، گرین، اسگادا و نورتون^۵ (۲۰۱۷)؛ اورلناس مایا، ناردی و کاردوسو^۶ (۲۰۱۵)؛ فارکیونه^۷ و همکاران (۲۰۱۲) نشان داده است که درمان فراتشخیصی یکپارچه در بهبود مولفه‌های روان‌شناختی، هیجانی و ارتباطی افراد مختلف دارای کارآیی است. با این که درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر ریشه در درمان شناختی-رفتاری دارد، ولی بر هیجان‌ها و راهبردهای ناسازگارانه تنظیم هیجان‌ها تاکید می‌کند. تجربه هیجانی و پاسخ به هیجان‌ها پایه اصلی در رویکرد فراتشخیصی است (لیو، کائو و ژیو^۸؛ ۲۰۱۹). هدف اصلی در درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر این است که مراجعان مهارت‌هایی را کسب کنند که بتوانند به شیوه موثر هیجان‌ها منفی را مدیریت نمایند (عطارد، میکائیلی، مهاجری و وجودی، ۱۳۹۵). در مان فراتشخیصی به افراد می‌آموزد چگونه با هیجان‌ها نامناسب خود روبرو شوند و به شیوه سازگارانه‌تری به محرک‌های محیطی پاسخ دهند. این رویکرد با تغییر عادت‌های خودنظم‌جویی هیجانی، فراوانی و شدت استفاده از عادت‌های هیجانی ناسازگارانه را کاهش داده و میزان آسیب را کم می‌کند و کارکرد اجتماعی، ارتباطی، رفتاری و روان‌شناختی را افزایش می‌دهد (بارلو و همکاران، ۲۰۱۱).

می‌سازد (شپرد، ریلونس، ترنر، ایبل و تامسون^۱؛ ۲۰۱۸؛ کینونن، کیلونن، آستیکاینن و لاپالاینن^۲؛ ۲۰۱۸؛ المذپرزوقی، چیکوت و مک کراکن^۳؛ ۲۰۱۷). در نهایت می‌توان چنین نتیجه‌ای را استنتاج نمود که خشونت خانگی انعطاف‌پذیری کنشی افراد قربانی را با بکارگیری آسیب‌های روان‌شناختی و هیجانی کاهش می‌دهد. انعطاف‌پذیری کنشی به معنای مجموعه رفتارهایی است که فرد در راستای ارزش‌هایش انجام می‌دهد (ریچاردسون و جوست^۴؛ ۲۰۱۹؛ بنوی، نیتز، نولوف، دورینگ، کلوتزچ و گلاستر^۵؛ ۲۰۱۹). بر این اساس شواهدی وجود دارد که نشان می‌دهد انعطاف‌پذیری کنشی با بهزیستی روانی و آسیب‌پذیری در طیف گسترده‌ای از ناراحتی که شامل افسردگی، اضطراب و ناراحتی‌های روانی عمومی می‌شود، رابطه دارد (والدک، تاینندال، ریما و چیمبل^۶؛ ۲۰۱۷؛ دنکلا^۷ و همکاران، ۲۰۱۸).

جهت بهبود مولفه‌های روان‌شناختی، هیجانی و ارتباطی زنان و دختران قربانی خشونت خانگی روش‌های درمانی و آموزشی مختلفی بکار گرفته شده است. از روش‌های آموزشی جدید می‌توان به فراتشخیصی یکپارچه^۸ گروه بارلو (آلن، مک‌هیوا و بارلو^۹؛ ۲۰۰۸) و نسخه نهایی آن یعنی در مان فراتشخیصی یکپارچه بارلو، الارد، فایر هولمه، فارکیونه، بویسه، آلن و اهرنریش - مایه^{۱۰} (۲۰۱۱) اشاره کرد که به منظور آماج قرار دادن عوامل مشترک و فراتشخیصی سبب ساز طراحی شده و برای افراد دارای اختلال‌های اضطرابی و خلقی یک‌قطبی با قابلیت کاربردپذیری بالقوه برای سایر اختلال‌های هیجانی و روان‌شناختی ارائه گردید (بویسیو و راسماسن^{۱۱}؛ ۲۰۱۸). نتایج پژوهش‌های مختلفی همچون پژوهش نرگسی، فتحی آشتیانی،

¹ . Barlow, Ellard, Fairholme, Farchione, Boisseau, Allen, Ehrenreich-May

¹ . Boisseau, Rasmussen

¹ . Sauer-Zavala

¹ . Grossman, Ehrenreich-May³

¹ . Sakiris, Berle

¹ . Steele

¹ . Talkovsky, Green, Oseguedá, Norton

¹ . Ornelas Maia, Nardi, Cardofo

¹ . Farchione

¹ . Liu, Cao, Xie

¹ . Shepherd, Reynolds, Turner, O'Boyle, Thompson

² . Keinonen, Kyllönen, Astikainen, Lappalainen

³ . Almarzooqi, Chilcot, McCracken

⁴ . Richardson, Jost

⁵ . Benoy, Knitter, Knellwolf, Doering, Klotsche, Gloster

⁶ . Waldeck, Tyndall, Riva, Chmiel

⁷ . Denckla

⁸ . unified protocol

⁹ . Allen, McHugh & Barlow

خشونت خانگی به دست آورده بودند، مورد شناسایی قرار گرفت (نمرات بالاتر از ۵۱). تعداد ۶۳ دختر در این مرحله شناسایی شدند. سپس این افراد با استفاده از مصاحبه بالینی مورد بررسی مجدد قرار گرفتند که از تجربه خشونت خانگی در نزد آنها اطمینان حاصل شود. در مرحله آخر تعداد ۳۰ نفر از این افراد که بالاترین نمرات را در پرسشنامه خشونت خانگی به دست آورده بودند (نمرات بالاتر از میانگین و به صورت ترتیب بندی شده)، انتخاب و به صورت تصادفی در گروه‌های آزمایش و گواه گمارده شدند (۱۵ دختر در گروه آزمایش و ۱۵ در گروه گواه). ملاک‌های ورود به پژوهش شامل: کسب نمره بالاتر از میانگین (نمره ۵۱) در پرسشنامه خشونت خانگی، داشتن علائم و تجارب خشونت خانگی با توجه به مصاحبه بالینی، برخورداری از سلامت جسمی با بررسی پرونده تحصیلی، داشتن سن ۱۳ تا ۱۸ سال بود. ملاک‌های خروج از پژوهش شامل: غیبت بیش از دو جلسه، حضور نامنظم در جلسات درمان و عدم همکاری با پژوهشگر بود.

ابزار

پرسشنامه خشونت خانوادگی تجربه شده: پرسشنامه خشونت خانوادگی تجربه شده توسط آقاخان و همکاران (۱۳۹۲) ساخته شده است. این پرسشنامه دارای ۳۰ سوال در زمینه عوامل مرتبط با خشونت، ۲۷ سوال در زمینه انواع خشونت خانوادگی و ۶ سوال در زمینه عوامل مرتبط با تهدید است. انواع خشونت خانوادگی و تفکیک سوالات آن عبارتند از: خشونت روانی- کلامی (سوالات ۱ الی ۹)؛ خشونت جنسی (سوالات ۱۰ الی ۱۵)؛ خشونت اقتصادی (سوالات ۱۶ الی ۲۱)؛ خشونت: فیزیکی (سوالات ۲۲ الی ۲۷). ۶ سوال جداگانه نیز به بررسی عوامل مرتبط با تهدید می‌پردازد. در پژوهش حاضر با توجه به موضوع و جامعه آماری پژوهش، تعداد ۷ سوال مربوط به زیرمقیاس خشونت روانی- کلامی، تعداد ۶ سوال مربوط به زیرمقیاس خشونت فیزیکی و تعداد ۴ سوال زیرمقیاس عوامل

در باب ضرورت انجام پژوهش حاضر باید بیان کرد، بروز خشونت خانگی بر علیه دختران دانش‌آموز، باعث ایجاد اختلال در فرایند تحصیلی، اجتماعی شدن، عملکرد فعال در خانواده و شرکت در مدرسه در نزد دختران قربانی می‌شود. اختلال در عملکرد تحصیلی این دختران نیز می‌تواند شکست تحصیلی، ترک تحصیل و آسیب‌های شغلی آینده را در پی داشته باشد. همچنین باید اشاره کرد که عدم توجه به خشونت خانگی بر علیه دختران نوجوان می‌تواند منجر به بروز آسیب‌های بیشتر در دوره بزرگسالی و همچنین پدید آبی دیگر آسیب‌های روان‌شناختی و هیجانی در نزد این افراد گردد. بر این اساس بکارگیری روش‌های درمانی کارآمی‌تواند به عنوان راهگشایی در جهت بهبود مولفه‌های روان‌شناختی این دختران به شمار رود. حال با توجه به آسیب‌های روان‌شناختی و هیجانی در دختران قربانی خشونت خانگی و اهمیت بهره‌گیری از روش‌های درمانی و مداخله‌ای مناسب، و از سوی دیگر تأیید کارآیی درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر در بهبود مولفه‌های روان‌شناختی جامعه‌های آماری نوجوانان و بزرگسالان و سرانجام عدم انجام پژوهشی مشابه، مساله اصلی پژوهش بررسی اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه بر علائم اختلال استرس پس از سانحه و انعطاف‌پذیری کنشی دختران قربانی خشونت خانگی بود.

روش کار

روش پژوهش از نوع روش پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه گواه و مرحله پیگیری دو ماهه بود. جامعه آماری پژوهش شامل دختران قربانی خشونت خانگی شهر اصفهان در شش ماه اول سال ۱۳۹۸ بود. جهت انتخاب دختران قربانی خشونت خانگی از روش نمونه‌گیری هدفمند استفاده شد. بدین صورت که با مراجعه به مراکز مشاوره آیین، رایین و همراز نو دختران قربانی خشونت خانگی مراجعه‌کننده به این مراکز مشاوره شناسایی شدند. در گام بعد پرسشنامه خشونت خانگی بین این افراد توزیع شد. پس از جمع‌آوری و نمره‌گذاری پرسشنامه‌ها، دخترانی که نمرات بالاتر از میانگین در پرسشنامه

1. Experienced Domestic Violence Questionnaire

سوالات مربوط به علائم و نشانه‌های تجربه مجدد حادثه آسیب‌زای تروماتیک را ۰/۹۳، علائم و نشانه‌های کرحتی عاطفی و اجتناب را ۰/۸۲ و ماده‌های ملاک علائم و نشانه‌های برانگیختگی شدید را ۰/۸۳ گزارش نموده‌اند. ویدرز و همکاران (۱۹۹۳) روایی همگرایی این آزمون را بررسی نمودند. روایی همگرایی این مقیاس با مقیاس اثر حادثه (۰/۹۰) و مقیاس رویارویی با جنگ (۰/۴۶) گزارش گردید. روایی صوری این مقیاس در پژوهش گودرزی (۱۳۸۲) مورد تایید قرار گرفت. همچنین در این پژوهش ضریب آلفای کرونباخ محاسبه شده برای این پرسشنامه برابر با ۰/۸۳ گزارش شده است. میزان پایایی این پرسشنامه در پژوهش کاظمی، بنی‌جمالی، احدی و فرخی (۱۳۹۱) نیز به میزان ۰/۹۰ محاسبه شده است. در پژوهش حاضر نیز پایایی با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۷ به دست آمد.

پرسشنامه انعطاف‌پذیری روان‌شناختی^۴ پرسشنامه انعطاف‌پذیری روان‌شناختی توسط دنیس و وندروال^۵ در سال ۲۰۱۰ ساخته شده است. این پرسشنامه مشتمل بر ۲۰ سوال می‌باشد. این پرسشنامه برای ارزیابی میزان پیشرفت فرد در کار بالینی و غیربالینی و برای ارزیابی میزان پیشرفت فرد در ایجاد تفکر انعطاف‌پذیر در درمان شناختی- رفتاری افسردگی و سایر بیماری‌های روانی به کار می‌رود. در ایران و در پژوهش شاره، فرمانی و سلطانی (۲۰۱۴) سه زیر مقیاس برای این پرسشنامه بدست آمده است که عبارتند از جایگزین‌ها، مهار و جایگزین‌هایی برای رفتارهای انسانی. این پرسشنامه براساس مقیاس ۷ درجه‌ای لیکرت است که از امتیاز خیلی مخالفم ۱ تا خیلی موافقم ۷ درجه‌بندی شده است. حداقل نمره در این پرسشنامه ۲۰ و حداکثر نمره ۱۴۰ است. نمره‌های بالاتر نشان دهنده انعطاف‌پذیری روانی بیشتر است. در پژوهش دنیس و وندروال (۲۰۱۰) اعتبار همزمان این پرسشنامه را با پرسشنامه افسردگی بک برابر با ۰/۳۹- و درستی آزمایی همگرایی آن را با مقیاس انعطاف‌پذیری روان‌شناختی مازنین و رابین ۰/۷۵ بدست

مرتبط با تهدید مورد استفاده قرار گرفت (مجموعاً ۱۷ سوال). نمره‌گذاری این پرسشنامه به صورت طیف لیکرت از هیچوقت (نمره یک) تا همیشه (نمره ۵) صورت می‌پذیرد. دامنه نمرات پرسشنامه بین ۱۷ تا ۸۵ است. با توجه به تعداد سوالات، کسب نمره بالاتر از ۵۱ نشان دهنده تجربه خشونت خانگی است. اعتبار علمی پرسشنامه با استفاده از اعتبار صوری و محتوا تعیین شد. جهت بررسی از لحاظ محتوایی به ۱۰ نفر از اعضای هیات علمی دانشگاه علوم پزشکی ارومیه داده شد و پس از دریافت نظرات، اصلاحات لازم صورت گرفت و پایایی آن نیز با محاسبه ضریب سازگاری درونی تعیین شد که آلفای کرونباخ آن برابر با ۰/۷۲ گزارش شد (آقاخانی و همکاران، ۱۳۹۲). همچنین میزان پایایی این پرسشنامه بین ۰/۷۸ تا ۰/۸۴ گزارش شده است (آقاخانی و همکاران، ۱۳۹۲). در پژوهش حاضر نیز پایایی با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ، ۰/۸۳ به دست آمد.

پرسشنامه اختلال استرس پس از سانحه^۱: پرسشنامه اختلال استرس پس از ضربه یک مقیاس خودگزارش‌دهی است که به وسیله ویدرز، لیتز، هرمن، هوسکا و کین^۲ (۱۹۹۳) طراحی شد. این پرسشنامه دارای ۱۷ سوال است که پنج ماده آن مربوط به علائم و نشانه‌های تجربه مجدد حادثه آسیب‌زای تروماتیک (سوالات ۱ تا ۵)، ۷ ماده آن مربوط به علائم و نشانه‌های کرحتی عاطفی و اجتناب (سوالات ۶ تا ۱۲) و ۵ ماده این فهرست مربوط به علائم و نشانه‌های برانگیختگی شدید (سوالات ۱۳ تا ۱۷) است. این پرسشنامه براساس مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرت است که از امتیاز اصلاً نمره ۱ تا خیلی زیاد نمره ۵ درجه بندی شده است. دامنه نمرات این پرسشنامه بین ۱۷ تا ۸۵ است. نمره‌های بالاتر نشان دهنده نشانه‌های بیشتر اختلال استرس پس از ضربه در فرد است. روایی و پایایی این آزمون در پژوهش‌های مختلف مورد بررسی قرار گرفته است. بلنچارد، الکساندر، باکلی و فورنریس^۳ (۱۹۹۶) ضریب همسانی درونی (آلفای کرونباخ) کل مقیاس را ۰/۹۳،

4. Psychological Flexibility Questionnaire

5. Dennis, Vander Wal

1. PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5)

2. Weathers, Litz, Herman, Huska, Keane

3. Blanchard, Alexander, Buckley, Forneris

نهایت، بر روی گروه‌های آزمایش مداخله ۱۰ جلسه‌ای درمان فراتشخیصی یکپارچه در طی دو نیم ماه به صورت هفته‌ای یک جلسه انجام شد در حالی که گروه گواه مداخلات درمانی را دریافت نکرد. پس از دوره‌ای دو ماهه، مرحله پیگیری نیز اجرا شد. پس از شروع مداخلات تعداد ۲ نفر در گروه آزمایش و ۲ نفر در گروه گواه ریزش داشتند. جهت رعایت اخلاق در پژوهش رضایت دختران برای شرکت در برنامه مداخله کسب و از کلیه مراحل مداخله آگاه شدند. هم‌چنین به افراد گروه گواه اطمینان داده شد که آنان نیز پس از اتمام فرایند پژوهشی این مداخلات را دریافت خواهند نمود. هم‌چنین به هر دو گروه اطمینان داده شد که اطلاعات آنها محرمانه باقی می‌ماند و نیازی به درج نام نیست. جهت ایجاد انگیزه برای دختران برای شرکت در پژوهش حاضر، قبل از شروع مداخله، جوانب درمانی و آموزشی مداخلات برای شرکت‌کنندگان توضیح داده شد. این در حالی است که تمام فرایند اجرایی مداخله نیز به شکل رایگان برای آنها ارائه داده شد.

آوردند. در ایران شماره و همکاران (۲۰۱۴) ضریب بازآزمایی کل مقیاس را ۰/۸۱ و ضرایب آلفای کرونباخ کل مقیاس را ۰/۹۰ گزارش نمودند. آلفای کرونباخ داده‌های این پرسشنامه در پژوهش فاضلی و احتشام‌زاده هاشمی شیخ‌شبابی (۱۳۹۳) ۰/۷۵ به دست آمد. در پژوهش آلفای کرونباخ برای خرده مقیاس‌های جایگزین‌ها، مهار، و جایگزین‌هایی برای رفتارهای انسانی به ترتیب برابر ۰/۷۲، ۰/۷۵ و ۰/۶۷ بدست آمد. در پژوهش حاضر نیز میزان قابلیت اعتماد پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۸ محاسبه شد.

روند اجرای پژوهش

جهت انجام پژوهش ابتدا هماهنگی‌های لازم با مسئولان مراکز مشاوره آیین، رایین و همراز نو انجام شد. سپس با مراجعه به این مراکز و شناسایی دختران دارای تجربه خشونت خانگی، حجم نمونه برای پژوهش حاضر انتخاب شد. سپس با رضایت کتبی و گمارش نوجوانان دختر در گروه‌های آزمایش و گواه (۱۵ دختر در گروه آزمایش و ۱۵ در گروه گواه)، پرسشنامه‌های پژوهش به صورت گروهی بر روی افراد حاضر در پژوهش اجرا شد. در

جدول ۱. خلاصه جلسات درمان فراتشخیصی یکپارچه (بویسه و همکاران، ۲۰۱۰؛ به نقل از عطارد و همکاران، ۱۳۹۵)

جلسه	شرح جلسه
جلسه اول	افزایش انگیزه؛ مصاحبه انگیزشی برای مشارکت و درگیری بیماران در طول درمان، ارائه منطق درمان و تعیین اهداف درمان.
جلسه دوم	ارائه آموزش روانی؛ بازشناسی هیجان‌ها و ردیابی تجارب هیجانی و آموزش مدل سه مولفه‌ای تجارب هیجان و مدل ARC.
جلسه سوم	آموزش آگاهی هیجانی؛ یادگیری مشاهده تجارب هیجانی (هیجان‌ها و واکنش به هیجان‌ها خصوصاً با استفاده از تکنیک‌های ذهن آگاهی).
جلسه چهارم	ارزیابی و ارزیابی مجدد شناختی؛ ایجاد آگاهی از تاثیر و ارتباط متقابل بین افکار و هیجان‌ها، شناسایی ارزیابی‌های ناسازگارانه اتوماتیک و دام‌های شایع تفکر و ارزیابی مجدد شناختی و افزایش انعطاف‌پذیری در تفکر.
جلسه پنجم	شناسایی الگوهای اجتناب از هیجان؛ آشنایی با راهبردهای مختلف اجتناب از هیجان و تأثیر آن بر تجارب هیجانی و آگاهی یافتن از اثرات متناقض اجتناب از هیجان.
جلسه ششم	بررسی رفتارهای ناشی از هیجان EDBs؛ آشنایی و شناسایی رفتارهای ناشی از هیجان و درک تأثیر آنها روی تجارب هیجانی، شناسایی EDBs ناسازگارانه و ایجاد گرایش‌های عمل جایگزین بواسطه رویاروی شدن با رفتارها.
جلسه هفتم	آگاهی و تحمل احساس‌های جسمانی؛ افزایش آگاهی از نقش احساس‌های جسمانی در تجارب هیجانی، انجام تمرین‌های مواجهه با رویارویی احساسی به منظور آگاهی از احساس‌های جسمانی و افزایش تحمل این علائم.
جلسه هشتم و نهم	رویارویی احساسی و رویارویی با هیجان مبتنی بر موقعیت: آگاهی یافتن از منطق رویارویی‌های هیجانی، آموزش نحوه تهیه سلسله مراتب ترس و اجتناب و طراحی تمرین‌های مواجهه هیجانی مکرر و اثربخش به صورت تجسمی و عینی و ممانعت از اجتناب.
جلسه دهم	پیشگیری از عود؛ مرور کلی مفاهیم درمان و بحث در مورد بهبودی و پیشرفت‌های درمانی

نتایج

میانگین (انحراف معیار) سن مشارکت‌کنندگان گروه آزمایش (۲/۷) ۱۳/۵ سال و میانگین (انحراف معیار) سن مشارکت‌کنندگان گروه گواه، (۲/۵) ۱۴/۹ سال بود. همچنین مشارکت‌کنندگان در پایه‌های هفتم، هشتم و نهم مشغول به تحصیل بودند که در گروه آزمایش پایه هفتم (۷ نفر ۴۶/۶۶ معادل درصد) و در گروه گواه پایه هشتم (تعداد ۶ نفر معادل ۴۰ درصد) دارای بیشترین فراوانی بود.

در این پژوهش برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از دو سطح آمار توصیفی و استنباطی استفاده شده است. در سطح آمار توصیفی از میانگین و انحراف استاندارد و در سطح آمار استنباطی از آزمون شاپیرو-ویلک جهت بررسی نرمال بودن توزیع متغیرها، آزمون لوین برای بررسی برابری واریانس‌ها، آزمون موچلی جهت بررسی پیش‌فرض کرویت داده‌ها و همچنین از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای بررسی فرضیه پژوهش استفاده گردید. نتایج آماری با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS-۲۳ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

جدول ۲. میانگین و انحراف استاندارد علائم استرس پس از سانحه و انعطاف‌پذیری کنشی در دو گروه آزمایش و گواه

مولفه‌ها	گروه‌ها	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری
		میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	
علائم استرس پس از سانحه	گروه آزمایش	۴۵/۵۳	۷/۹۵	۳۹/۷۳	۷/۹۶	۸/۱۴
	گروه گواه	۴۷	۹/۲۰	۴۷/۸۶	۹/۵۴	۹/۱۹
انعطاف‌پذیری کنشی	گروه آزمایش	۷۵/۰۶	۱۱/۹۸	۸۳/۷۳	۱۴/۵۲	۱۴/۸۹
	گروه گواه	۷۳/۶۶	۱۳/۲۳	۷۲/۶۶	۱۳/۵۱	۱۳/۷۵

شده است ($p > 0.05$). از طرفی نتایج آزمون t نشان داد که تفاوت نمره‌های پیش‌آزمون گروه‌های آزمایش و گروه گواه در متغیرهای وابسته (علائم استرس پس از سانحه و انعطاف‌پذیری کنشی) معنادار نبوده است ($p > 0.05$). همچنین نتایج آزمون موچلی بیانگر آن بود که پیش‌فرض کرویت داده‌ها در متغیرهای علائم استرس پس از سانحه و انعطاف‌پذیری کنشی رعایت شده است ($p > 0.05$).

قبل از ارائه نتایج تحلیل آزمون واریانس با اندازه‌گیری مکرر، پیش‌فرض‌های آزمون‌های پارامتریک مورد سنجش قرار گرفت. بر همین اساس نتایج آزمون شاپیرو ویلک بیانگر آن بود که پیش‌فرض نرمال بودن توزیع نمونه‌ای داده‌ها در متغیرهای علائم استرس پس از سانحه و انعطاف‌پذیری کنشی در گروه‌های آزمایش و گواه در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری برقرار است ($p > 0.05$). همچنین پیش‌فرض همگنی واریانس نیز توسط آزمون لوین مورد سنجش قرار گرفت که نتایج آن معنادار نبود که این یافته می‌داد پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها رعایت

جدول ۳. تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر جهت بررسی تاثیرات درون و بین گروهی برای متغیرهای علائم استرس پس از سانحه و انعطاف‌پذیری کنشی

متغیرها	مجموع	درجه	میانگین	مقدار f	مقدار p	اندازه اثر	توان
	مجذورات	آزادی	مجذورات				آزمون
مراحل	۱۲۰/۰۶	۲	۶۰/۰۶	۳۱/۹۴	۰/۰۰۰۱	۰/۵۳	۱
گروه‌بندی	۶۷۷/۸۷	۱	۶۷۷/۸۷	۱۷/۲۲	۰/۰۰۱	۰/۳۳	۰/۹۷

۱	۰/۶۴	۰/۰۰۰۱	۵۰/۰۲	۹۴/۰۱	۲	۱۸۸/۰۲	تعامل مراحل و گروه بندی	علائم استرس
				۱/۸۸	۵۶	۱۰۲/۲۴	خطا	پس از سانحه
۱	۰/۵۱	۰/۰۰۰۱	۳۰/۱۳	۱۲۸/۴۳	۲	۲۵۶/۸۶	مراحل	انعطاف پذیری
۰/۹۶	۰/۳۱	۰/۰۰۱	۱۵/۱۵	۱۱۶۶/۴۰	۱	۱۱۶۶/۴۰	گروه بندی	کنشی
۱	۰/۶۲	۰/۰۰۰۱	۴۶/۰۴	۱۹۶/۲۳	۲	۳۹۲/۴۶	تعامل مراحل و گروه بندی	
				۴/۲۶	۵۶	۲۳۸/۶۶	خطا	

عامل زمان هم بر نمرات علائم استرس پس از سانحه و انعطاف پذیری کنشی دختران قربانی خشونت خانگی معنادار بوده و به ترتیب ۶۴ و ۶۲ درصد از تفاوت این متغیرها را تبیین می کند. توان آماری هم، حاکی از دقت آماری بالا و کفایت حجم نمونه جهت ارزیابی این فرضیه می باشد. در مجموع می توان گفت درمان فراتشخیصی یکپارچه بر علائم استرس پس از سانحه و انعطاف پذیری کنشی دختران قربانی خشونت خانگی در مراحل مختلف مورد ارزیابی تاثیر داشته است. حال در جدول ۴ مقایسه زوجی میانگین نمرات علائم استرس پس از سانحه و انعطاف پذیری کنشی آزمودنی ها بر حسب مرحله ارزیابی ارائه شده است.

نتایج آزمون واریانس با اندازه گیری مکرر نشان می دهد بر اساس ضرایب F محاسبه شده، عامل زمان یا مرحله ارزیابی تاثیر معناداری بر نمرات علائم استرس پس از سانحه و انعطاف پذیری کنشی دختران قربانی خشونت خانگی داشته و به ترتیب ۵۳ و ۵۱ درصد از تفاوت در واریانس های نمرات این متغیرها را تبیین می کند. علاوه بر این، عامل عضویت گروهی یا نوع درمان دریافتی (درمان فراتشخیصی یکپارچه) هم بر علائم استرس پس از سانحه و انعطاف پذیری کنشی دختران قربانی خشونت خانگی تاثیر معنادار داشته و به ترتیب ۳۳ و ۳۱ درصد از تفاوت در نمرات این متغیرها را تبیین می کند. در نهایت نتایج بیان گر آن است که اثر متقابل نوع درمان (درمان فراتشخیصی یکپارچه) و

جدول ۴. مقایسه زوجی میانگین نمرات علائم استرس پس از سانحه و انعطاف پذیری کنشی بر حسب مرحله ارزیابی

معناداری	خطای انحراف معیار	تفاوت میانگین ها	مرحله مورد مقایسه (میانگین)	مرحله مبنا (میانگین)	متغیرها
۰/۰۰۰۱	۰/۴۱	۲/۴۶	پس آزمون	پیش آزمون	علائم استرس پس از سانحه
۰/۰۰۰۱	۰/۳۹	۲/۴۳	پیگیری	پیش آزمون	
۰/۰۰۰۱	۰/۴۱	-۲/۴۶	پیش آزمون	پس آزمون	
۰/۸۵	۰/۲۱	-۰/۰۳	پیگیری	پس آزمون	
۰/۰۰۰۱	۰/۶۵	-۱/۸۳	پس آزمون	پیش آزمون	انعطاف پذیری کنشی
۰/۰۰۰۱	۰/۶۲	-۳/۲۶	پیگیری	پیش آزمون	
۰/۰۰۰۱	۰/۶۵	۳/۸۳	پیش آزمون	پس آزمون	
۰/۱۴	۰/۲۰	۰/۵۶	پیگیری	پس آزمون	

از تکنیک‌های ذهن آگاهی است (شور-زاوالا و همکاران، ۲۰۲۰). جلسات درمانی به مراجعین می‌آموزد که همه عواطف، چه مثبت و چه منفی مهم و ضروری هستند، هدف ما حذف نیست بلکه هدف شناسایی، تحمل و کنار آمدن با عواطف منفی می‌باشد. بنابراین با وجود عوامل استرس‌زای محیط خانواده، این روش سعی دارد تا با تنظیم عادت‌های نظم‌بخشی هیجانی شدت و وقوع عادت‌های هیجانی همچون علائم اختلال استرس پس از سانحه را کاهش داده، میزان آسیب را کم و کارکرد را افزایش دهد. در تبیین دیگر باید گفت که در رویکرد یکپارچه، افکار، رفتارها و احساس‌ها با هم تعامل پویایی دارند و هر یک از آنها در تجربه هیجانی نقش دارند و در آن تاثیر می‌گذارند. بنابراین هم‌افزایی افکار، رفتارها و احساس‌ها سبب می‌شود تا دختران قربانی خشونت خانگی توانایی بالایی را در مواجهه با افکار، احساسات و رفتارهای منفی کسب نموده و منطبق با آن، علائم استرس پس از سانحه کمتری را از خود نشان دهند.

یافته دوم پژوهش نشان داد درمان فراتشخیصی یکپارچه بر انعطاف‌پذیری کنشی در دختران قربانی خشونت خانگی تاثیر گذار است. بدین صورت که این درمان توانسته منجر به افزایش انعطاف‌پذیری کنشی در دختران قربانی خشونت خانگی شود. یافته حاضر با نتایج پژوهش عظیمی و همکاران (۱۳۹۶) مبنی بر اثربخشی درمان فراتشخیصی مبتنی بر تنظیم هیجانی بر ابعاد تنظیم هیجانی و سازگاری فردی و اجتماعی دانشجویان دختر، با یافته نرگسی و همکاران (۱۳۹۸) مبنی بر اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه بر حساسیت اضطرابی، تحمل پریشانی و علائم وسواسی-اجباری افراد؛ و با گزارشات کامرانی و همکاران (۱۳۹۸) مبنی بر اثربخشی بسته آموزشی فراتشخیصی بر الگوهای ارتباطی و پیوند ایمن افراد همسو بود. همچنین گروسمن و ارنریچ-مای (۲۰۲۰)؛ ساکیریس و برل (۲۰۱۹) و اورلناس مایا، ناردی و کاردوسو (۲۰۱۵) در نتایج پژوهش خود به این نتیجه رسیده‌اند که درمان فراتشخیصی می‌تواند منجر به بهبود تاب‌آوری، قدرت تحمل روانی و انعطاف‌پذیری روان‌شناختی و شناختی افراد شود. در تبیین این یافته می‌توان بیان

همانگونه نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد، بین میانگین نمرات مرحله پیش‌آزمون با پس‌آزمون و پیگیری در متغیرهای علائم استرس پس از سانحه و انعطاف‌پذیری کنشی تفاوت معنادار وجود دارد. این بدان معناست که درمان فراتشخیصی یکپارچه توانسته به شکل معناداری نمرات پس‌آزمون و پیگیری علائم استرس پس از سانحه و انعطاف‌پذیری کنشی دختران قربانی خشونت خانگی را نسبت به مرحله پیش‌آزمون دچار تغییر نمایند. یافته دیگر این جدول نشان داد که بین میانگین نمرات مرحله پیش‌آزمون و پیگیری تفاوت معنادار وجود ندارد. این یافته را می‌توان این چنین تبیین نمود که نمرات علائم استرس پس از سانحه و انعطاف‌پذیری کنشی دختران قربانی خشونت خانگی که در مرحله پیش‌آزمون دچار تغییر معنادار شده بود، توانسته این تغییر را در طول دوره پیگیری نیز حفظ نماید.

بحث و نتیجه‌گیری

هدف این پژوهش تعیین اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه بر علائم اختلال استرس پس از سانحه و انعطاف‌پذیری کنشی در دختران قربانی خشونت خانگی بود. یافته اول پژوهش نشان داد درمان فراتشخیصی یکپارچه بر علائم اختلال استرس پس از سانحه در دختران قربانی خشونت خانگی تاثیر گذار است. بدین صورت که این درمان توانسته منجر به کاهش علائم اختلال استرس پس از سانحه در دختران قربانی خشونت خانگی شود. یافته حاضر با نتایج پژوهش عطارد و همکاران (۱۳۹۵) مبنی بر اثر درمان فراتشخیصی یکپارچه بر اختلالات اضطرابی و افسردگی؛ با یافته حسن‌پور و همکاران (۱۳۹۸) مبنی بر اثربخشی درمان فراتشخیصی بر اجتناب تجربه‌ای و تنظیم شناختی هیجان همسو بود. علاوه بر این شور-زاوالا و همکاران (۲۰۲۰)؛ استیل و همکاران (۲۰۱۸)؛ تالکوسکی و همکاران (۲۰۱۷) و فارکیونه و همکاران (۲۰۱۲) در نتایج پژوهش خود گزارش کرده‌اند که درمان فراتشخیصی یکپارچه منجر به بهبود سلامت روان و کاهش اضطراب، استرس و افسردگی افراد می‌شود. در تبیین این یافته می‌توان بیان کرد که یکی از بخش‌های مهم درمان فراتشخیصی درک ماهیت انطباقی هیجان‌ها و افزایش آگاهی هیجانی با استفاده

کرد که راهبردهای آموزشی، خودکنترلی افکار، مواجهه، پیشگیری و مدیریت پاسخ‌ها که همگی در مطالعات قبلی نتایج خوبی را نشان داده‌اند، بخشی از تکنیک‌های به کار برده شده در پروتکل درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر بودند (ساکریس و برل، ۲۰۱۹). این تکنیک‌ها شناسایی افکار تأثیرگذار بر هیجانات و رفتارها که مولد هیجان‌های منفی هستند، را تسهیل می‌نماید. چنین آگاهی، به دختران قربانی خشونت خانگی امنیت لازم برای رویارویی سازنده با موقعیت‌ها و تصمیم‌گیری‌های موردنیاز در زندگی را اعطا نموده و منجر به بهبود انعطاف‌پذیری کنشی در آنان می‌شود. در تبیینی دیگر می‌توان بیان کرد که راهبردهایی که در درمان فراتشخیصی یکپارچه، افراد برای تنظیم عواطف خود از آنها استفاده می‌کنند، باعث می‌شود که افراد یاد بگیرند تحمل خود را نسبت به هیجان‌ها افزایش دهند و یادگیری‌های بافتاری جدیدی ایجاد کنند (گروسمن و ارنریچ-مای، ۲۰۲۰) که می‌تواند موجب ارتقای سطح سلامت آنها در ابعاد مختلف زیستی، روانی، اجتماعی شود. بر این اساس درمان فراتشخیصی یکپارچه به دلیل درگیر کردن فرد در کاهش الگوهای رفتاری ناشی از هیجان و جایگزینی آن با رفتارهای لذت بخش، منجر به کاهش اضطراب و افسردگی و افزایش عملکرد فرد می‌شود که این روند با بهبود پردازش شناختی می‌تواند انعطاف‌پذیری کنشی را در دختران قربانی خشونت خانگی در پی داشته باشد. محدود بودن دامنه تحقیق به دختران قربانی خشونت خانگی شهر اصفهان؛ عدم مهارت‌های اثرگذار بر علائم اختلال استرس

منابع

- آقاخانی، ن.، موسوی، ا.، افنخاری، ع.، اقتدار، س.، زارعی، ع.، رهبر، ن.، مسگرزاده، م.، و نیکونژاد، ع. (۱۳۹۲). بررسی مقایسه‌ای میزان خشونت خانوادگی تجربه شده در زنان دارای همسر معتاد و غیرمعتاد مراجعه کننده به مراکز پزشکی قانونی در شهرستان ارومیه در سال ۱۳۹۱. مجله پرستاری و مامایی ارومیه، ۱۱(۱۱)، ۹۰۷-۹۱۷.
- امیرعلی اکبری، ص.، وامقی، ر.، ساجدی، ف.، سجادی، ح.، علوی مجد، ح.، و حاجی قاسمعلی، س. (۱۳۹۴). ارتباط وضعیت اقتصادی-اجتماعی، استرس درک شده، حمایت اجتماعی و خشونت خانگی با افسردگی زنان در سنین باروری، به کارگیری مدل تحلیل مسیر، آموزش بهداشت و ارتقای سلامت، ۳(۴): ۳۹۱-۴۰۱.
- حسن پور، پ.، آقاییوسفی، ع.، ضمیر، م.، علی پور، ا. (۱۳۹۸). مقایسه اثربخشی درمان فراتشخیصی و مواجهه‌سازی-بازداری پاسخ بر اجتناب تجربه‌ای و تنظیم شناختی هیجان در مبتلایان به وسواس فکری-عملی، روان‌شناسی بالینی، ۱۱(۳)، ۳۷-۲۵.
- رشتی، س.، و گل شکوه، ف. (۱۳۸۹). رابطه خشونت خانگی جسمی-روانی و جنسی با اختلال استرس پس آسیمی در زنان متأهل، یافته‌های نو در روان‌شناسی، ۵(۱۵): ۱۱۴-۱۰۵.
- عطارد، ن.، میکائیلی، ن.، مهاجری، ن. و وجودی، ب. (۱۳۹۵). اثر درمان فراتشخیصی یکپارچه بر اختلالات اضطرابی و افسردگی همایند: طرح تک موردی. مجله طنین سلامت، ۴(۳): ۵۴-۶۱.

پس از سانحه و انعطاف‌پذیری کنشی در دختران قربانی خشونت خانگی و عدم تمایل بعضی از دختران قربانی خشونت خانگی جهت شرکت در پژوهش حاضر (به دلیل مشکلات فرهنگی) از محدودیت‌های پژوهش حاضر بود. پیشنهاد می‌شود برای افزایش قدرت تعمیم‌پذیری، در سطح پژوهشی، این پژوهش در سایر شهرها و مناطق و جوامع دارای فرهنگ‌های متفاوت، دیگر جنسیت و پایه‌های تحصیلی و مهارت‌های ذکر شده اجرا شود. با توجه به اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه بر علائم اختلال استرس پس از سانحه و انعطاف‌پذیری کنشی در دختران قربانی خشونت خانگی، در سطح کاربردی پیشنهاد می‌شود با تهیه برشور، کتابچه‌ای علمی و همچنین برگزاری کارگاه‌های تخصصی، درمان فراتشخیصی یکپارچه به مشاوران مدارس ارائه داده شود تا با بکارگیری محتوای این آموزش و مهارت‌ها، جهت کاهش علائم اختلال استرس پس از سانحه و افزایش انعطاف‌پذیری کنشی در دختران قربانی خشونت خانگی گامی عملی بردارند.

تقدیر و تشکر

پژوهش حاضر برگرفته از پایان نامه رساله دوره دکتری تخصصی صدیقه گلگیران در دانشگاه آزاد اسلامی واحد بوشهر است. بنابراین از تمام دختران شرکت کننده در پژوهش، و مسئولین مراکز مشاوره انتخاب شده، تشکر و قدردانی می‌گردد.

- عظیمی، ع.، امید، ع.، شفیع، ا.، نادمی، آ. (۱۳۹۶). اثربخشی درمان فرانتشخیصی مبتنی بر تنظیم هیجانی بر ابعاد تنظیم هیجانی و سازگاری فردی و اجتماعی در دانشجویان دختر، مجله دانشگاه علوم پزشکی اراک، ۲۰(۱۰)، ۴۵-۵۴.
- فاضلی، مژگان و احتشام‌زاده هاشمی شیخ‌شبان، سیداسماعیل (۱۳۹۳). اثربخشی درمان شناختی رفتاری بر انعطاف‌پذیری شناختی افراد افسرده، اندیشه و رفتار، ۹(۳۴)، ۲۷-۳۶.
- کاظمی، آ.، بنی جمال، ش.، احدی، ح.، و فرخی، ن. (۱۳۹۱). بررسی اثربخشی آموزش راهبردهای شناختی- رفتاری در کاهش علائم اختلال استرس پس از ضربه ثانویه (PTSD) و مشکلات روان شناختی همسران جانبازان مبتلا به PTSD مزمن ناشی از جنگ تحمیلی، مجله علوم پزشکی دانشگاه آزاد اسلامی، ۲۲(۲)، ۱۲۹-۱۲۲.
- کامرانی، ز.، بهرامی، ف.، گودرزی، ک.، فرخی، ن. (۱۳۹۸). اثربخشی بسته آموزشی فرانتشخیصی زوجی بر الگوهای ارتباطی و پیوند ایمن زوجین مراجعه کننده به مراکز مشاوره خانواده، مجله علوم روانشناختی، ۱۸(۸۱)، ۱۰۶۷-۱۰۵۷.
- نرگسی، ف.، فتحی آشتیانی، ع.، داودی، ا.، اشرفی، ع. (۱۳۹۸). اثربخشی درمان فرانتشخیصی یکپارچه بر حساسیت اضطرابی، تحمل پریشانی و علائم وسواسی-اجباری در افراد دچار اختلال وسواسی اجباری، مجله دستاوردهای روانشناختی، ۲۸(۲)، ۳۹-۲۶.
- Allen, L.B., McHugh, R. K., & Barlow, D. H. (2008). Emotional disorders: A unified protocol. In D. H. Barlow (Ed.), *Clinical handbook of psychological disorders: A step-by-step treatment manual* (4th ed., pp. 216-249). New York: Guilford Press.
- Almarzooqi, S., Chilcot, J., McCracken, L.M. (2017). The role of psychological flexibility in migraine headache impact and depression. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 6(2), 239-243.
- Barlow, D.H., Ellard, K.K., Fairholme, C.P., Farchione, T.J., Boisseau, C.L., Allen, L.B., Ehrenreich-May, J. (2011). *The unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: Client workbook*. New York: Oxford University Press.
- Benoy, C., Knitter, B., Knellwolf, L., Doering, S., Klotsche, J., Gloster, A.T. (2019). Assessing psychological flexibility: Validation of the Open and Engaged State Questionnaire. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 12, 253-261.
- Blanchard, E.B., Alexander, J.J., Buckley, T.C., Forneris, A. (1996). Psychometric properties of the PTSD checklist (PCL). *Behavior, Research and Therapy*, 34(8), 669-673.
- Boisseau, C.L., Rasmussen, S.A. (2018). Unified protocol for the discontinuation of long-term serotonin reuptake inhibitors in obsessive compulsive disorder: Study protocol and methods. *Contemporary Clinical Trials*, 65, 157-163.
- Bui, Q.N., Hoang, T.X., Le, N.T.V. (2018). The effect of domestic violence against women on child welfare in Vietnam. *Children and Youth Services Review*, 94, 709-719.
- Çelik, A.S., Kirca, N. (2018). Prevalence and risk factors for domestic violence against infertile women in a Turkish setting. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 231: 111-116.
- Denckla, C.A., Consedine, N.S., Chung, W.J., Stein, M., Roche, M., Blais, M. (2018). A double-edged sword? Sub-types of psychological flexibility are associated with distinct psychiatric disorders. *Journal of Research in Personality*, 77, 119-125.
- Dennis, J.P., Vander Wal, J.S. (2010). The cognitive flexibility inventory: Instrument development and estimates of reliability and validity. [Cognitive Therapy and Research](#), 34(3), 241-253.
- Farchione, T.J., Fairholme, C.P., Ellard, K.K., Boisseau, C.L., Thompson-Hollands, J., Carl, J.R., Gallagher, M.W., Barlow, D.H. (2012). Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders: A Randomized Controlled Trial. *Behavior Therapy*, 43(3), 666-678.
- Grose, R.G., Roof, K.A., Semenza, D.C., Leroux, X., Yount, K.M. (2019). Mental health, empowerment, and violence against young women in lower-income countries: A review of reviews. *Aggression and Violent Behavior*, 46, 25-36.

- Grossman, R.A., Ehrenreich-May, J.(2020). Using the Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders With Youth Exhibiting Anger and Irritability. **Cognitive and Behavioral Practice**, 27(2), 184-201.
- Keinonen, K., Kyllönen, H., Astikainen, P., Lappalainen, R.(2018). Early sudden gains in an acceptance and values-based intervention: Effects on treatment outcome for depression and psychological flexibility. **Journal of Contextual Behavioral Science**, 10, 24- 30.
- Koyuncuoğlu, T., Sevim, H., Çetrez, N., Meral, Z., Gönenç, B., Dertsiz, E.K., Akakın, D., Yüksel, M., Çakır, O.K. (2021). High intensity interval training protects from Post Traumatic Stress Disorder induced cognitive impairment. **Behavioural Brain Research**, 397, 112-117.
- Krahé, B.(2018). Violence against women, **Current Opinion in Psychology**, 19: 6-10.
- Liu, X., Cao, J., Xie, C. (2019). Finite-time and fixed-time bipartite consensus of multi-agent systems under a unified discontinuous control protocol. **Journal of the Franklin Institute**, 356(2), 734-751.
- Ornelas Maia, A.C.C., Nardi, A.E., Cardoso, A.(2015). The utilization of unified protocols in behavioral cognitive therapy in transdiagnostic group subjects: A clinical trial. **Journal of Affective Disorders**, 172: 179-183.
- Puechlong, C., Weiss, K., Vigouroux, S., Charbonnier, E. (2020). Role of personality traits and cognitive emotion regulation strategies in symptoms of post-traumatic stress disorder among flood victims. **International Journal of Disaster Risk Reduction**, 50, 101-106.
- Sakiris, N., Berle, D.(2019). A systematic review and meta-analysis of the Unified Protocol as a transdiagnostic emotion regulation based intervention. **Clinical Psychology Review**, 72, 101-107.
- Sauer-Zavala, S., Bentley, K.H., Steele, S.J., Tirpak, J.W., Ametaj, A.A., Nauphal, M., Cardona, N., Wang, M., Farchione, T.J., Barlow, D.H. (2020). Treating depressive disorders with the Unified Protocol: A preliminary randomized evaluation. **Journal of Affective Disorders**, 264, 438-445.
- Shareh, H., Farmani, A., Soltani, E. (2014). Investigating the Reliability and Validity of the Cognitive Flexibility Inventory (CFI-I) among Iranian University Students. **Journal of Practice in Clinical Psychology**, 2(1), 43-50.
- Shepherd, L. Wild, J. (2014). Emotion regulation, physiological arousal and PTSD symptoms in trauma-exposed individuals, **Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry**, 45, 360-367
- Steele, S.J., Farchione, T.D., Cassiello-Robbins, C., Ametaj, A., Sbi, S., Sauer-Zavala, S., Barlow, D.H. (2018). Efficacy of the Unified Protocol for transdiagnostic treatment of comorbid psychopathology accompanying emotional disorders compared to treatments targeting single disorders. **Journal of Psychiatric Research**, 104, 211-216.
- Talkovsky, A.M., Green, K.L., Osegueda, A., Norton, P.J.(2017). Secondary depression in transdiagnostic group cognitive behavioral therapy among individuals diagnosed with anxiety disorders. **Journal of Anxiety Disorders**, 46, 56-64.
- Tian, F., Yennu, A., Smith-Osborne, A., Lima, F.G., North, C., Liu, L.(2014). Prefrontal responses to digit span memory phases in patients with post-traumatic stress disorder (PTSD): A functional near infrared spectroscopy study, **NeuroImage Clinical**, 4, 808-819.
- Waldeck, D., Tyndall, I., Riva, P., Chmiel, N. (2017). How do we cope with ostracism? Psychological flexibility moderates the relationship between everyday ostracism experiences and psychological distress. **Journal of Contextual Behavioral Science**, 6(4), 425-432.
- Weathers, F.W., Litz, B.T., Herman, D.S., Huska, J.A., Keane, T. (1993). The PTSD Checklist (PCL).Reliability. Validity & diagnostic utility. Presented at the 9 Th Annual Meeting of the International Society for Traumatic Stress Studies.
- Wojciechowski T.W.(2019). Post-traumatic stress disorder and having antisocial peers in adolescence are risk factors for the development of antisocial personality disorder. **Psychiatry Research**, 274, 263-268.
- Xiao, Y., Liu, D., Liu, K., Jiang, X.(2019). Post-traumatic stress disorder and its risk factors in bereaved Tibetan adolescents 3 years after the 2010 Yushu earthquake, a cross-sectional study in China. **Archives of Psychiatric Nursing**, 33(2), 149-154.

Original Article

The Effect of Unified Trans-Diagnostic Treatment on the Signs of Post-Traumatic Stress Disorder and Action Resilience in the Girls Victim of Domestic Violence

Received: 10/02/2021 - Accepted: 25/04/2021

Sadigheh Galle girian
Ezzat Deireh*
Ali Poladi reishahri
Amir Ghamarani

¹ PhD student, Department of Psychology, Bushehr Branch, Islamic Azad University, Bushehr, Iran.

² Assistant Professor, Department of Psychology, Bushehr Branch, Islamic Azad University, Bushehr, Iran. (Author)

³ Assistant Professor, Payam Noor University, Bushehr, Iran.

⁴ Department of Psychology and Education of Children with Special Needs, Isfahan University, Isfahan, Iran.

Email: Ezatdeyreh@gmail.com

Abstract

Introduction and purpose: Domestic violence causes stress and post-traumatic stress disorder in the people victim of violence. Therefore, the present study was conducted to determine the effect of unified trans-diagnostic treatment on the signs of post-traumatic stress and action resilience in the girls victim of domestic violence.

Methodology: The present study was quasi-experimental with pretest, posttest, control group and two-month follow-up design. The statistical population included the girls victim of domestic violence in the autumn of academic year 2019-20. 30 people were selected through purposive sampling method and they were randomly accommodated into experimental and control groups. The research instruments included the questionnaire of experienced domestic violence, post-traumatic stress disorder questionnaire, psychological resilience questionnaire. The data were analyzed through repeated measurement ANOVA By SPSS statistical software 23.

Findings: The results of the study showed that the unified trans-diagnostic treatment is effective on the signs of post-traumatic stress disorder ($F=50.02$, $\eta^2=0.64$, $p<001$) and action resilience ($F=46.04$, $\eta^2=0.62$, $P<0001$) in the girls victim of domestic violence.

Conclusion: The findings of the present study prove that the unified trans-diagnostic treatment can be used as an efficient treatment to decrease the signs of posttraumatic stress disorder and improve action resilience in the girls victim of domestic violence through employing techniques such as diagnosing emotions, training emotional awareness, cognitive reevaluation, diagnosing emotion avoidance models and investigating the behaviors which are the result of emotion.

Key words: Posttraumatic stress, action resilience, domestic violence, unified trans-diagnostic treatment

Keywords: Entrepreneurship, Health, Tourism