



مقاله اصلی

اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر بر کنترل خشم و فراهیجان در زنان قربانی خشونت خانگی

تاریخ دریافت: ۱۴۰۳/۱۱/۲۴ - تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۰۶/۱۵

خلاصه

مقدمه: خشونت خانگی زنان قربانی را با آسیب‌های روان‌شناختی، هیجانی و شناختی مختلفی مواجه می‌سازد. بر این اساس پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر بر کنترل خشم و فراهیجان زنان قربانی خشونت خانگی انجام شد.

روش کار: پژوهش حاضر از نظر هدف کاربردی، از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه گواه و دوره پیگیری دوماهه بود. جامعه آماری پژوهش حاضر را زنان قربانی خشونت خانگی مراجعه کننده به اداره بهزیستی شهر اصفهان در فصل زمستان سال ۱۴۰۲ تشکیل دادند. در این پژوهش تعداد ۳۶ زن قربانی خشونت خانگی با روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و با شیوه تصادفی در گروه‌های آزمایش و گواه جایدهی شدند (۱۸ زن در گروه آزمایش و ۱۸ زن در گروه گواه). زنان حاضر در گروه آزمایش درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر را طی ده هفته در ده جلسه ۹۰ دقیقه‌ای دریافت نمودند. در این پژوهش از پرسشنامه خشونت خانوادگی تجربه شده (EDVQ)، پرسشنامه کنترل خشم (ACQ) و پرسشنامه فراهیجان (MEQ) استفاده شد. داده‌های با تحلیل واریانس آمیخته با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS23 تجزیه و تحلیل شد.

نتایج: نتایج نشان داد که درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر بر کنترل خشم ($P < 0/0001$) و فراهیجان ($P < 0/0001$) زنان قربانی خشونت خانگی تأثیر معنادار دارد.

نتیجه‌گیری: بر اساس یافته‌های پژوهش می‌توان چنین نتیجه گرفت که درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر با تأکید بر ماهیت سازگاران و کارکردی هیجان‌ها، افزایش آگاهی بیمار از نقش شناخت‌ها و هیجان‌ها و احساسات بدنی و رفتاری، بررسی نقش برانگیزاننده‌ها در ایجاد تجربه‌های هیجانی و شناخت رفتارهای نشأت گرفته از هیجان‌ها می‌تواند به عنوان یک روش کارآمد جهت بهبود کنترل خشم و فراهیجان زنان قربانی خشونت خانگی مورد استفاده قرار گیرد.

کلمات کلیدی: درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر، کنترل خشم، فراهیجان، قربانی خشونت

سمیه صباغی زانی^۱

علی مهداد*^۲

هاجر ترکان^۳

^۱ دانشجوی دکترای تخصصی روان‌شناسی، دانشکده تعلیم و تربیت اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران.

^۲ دانشیار، گروه روان‌شناسی، دانشکده تعلیم و تربیت اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران.

^۳ استادیار، گروه روان‌شناسی، دانشکده تعلیم و تربیت اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران.

Email: a.mahdad@khuisf.ac.ir

مقدمه

خشونت خانگی^۱ معمولاً از خطر چندگانه و پیچیده نشئت می‌گیرد که از جمله عمده‌ترین این عوامل می‌توان به آسیب‌های روان‌شناختی افراد و زمینه‌های اجتماعی و فرهنگی اشاره نمود (بیلریم و ترامان^۲، ۲۰۲۳). زنان با تجربه خشونت خانگی طیف گسترده‌ای از نشانه‌های آسیب‌شناسی روانی و مشکلات بدنی درازمدت را تجربه می‌کنند (ارباس^۳، ۲۰۲۱) که افسردگی، تنیدگی پس‌ضربه‌ای، بدنی کردن و سوء مصرف مواد، احساس بی‌کفایتی و کمبود حرمت خود، خشونت خصمانه، ترس و گوشه‌گیری، نگرش منفی نسبت به فرد دارای خشونت و رابطه صمیمی از آن جمله‌اند (کاندیا^۴ و همکاران، ۲۰۲۳). از سوی دیگر شاید برخی از مشکلات زنان با تجربه خشونت خانگی در روابط آنها بروز کند که خصومت، حسادت، آشفتگی و وابستگی عاطفی از جمله این مشکلات هستند (میار^۵، ۲۰۱۸). هر نوع اقدام خشونت‌آمیز جنسیتی که منجر به آسیب بدنی جنسی یا روانی زنان شود یا احتمال بروز آن زیاد باشد، برای زنان رنج آور بوده یا به محرومیت اجباری از آزادی فردی یا اجتماعی آنان منجر گردد، خشونت علیه زنان محسوب می‌شود (کراه^۶، ۲۰۱۸). از انواع خشونت علیه از زنان می‌توان به خشونت فیزیکی^۷، خشونت روانی^۸، خشونت جنسی^۹ و خشونت اقتصادی^{۱۰} اشاره کرد (بوگیما، رازینه، بنیاج و امرابت^{۱۱}، ۲۰۱۸). پژوهش انجام شده توسط سازمان بهداشت جهانی^{۱۲} بر روی سلامت و خشونت در برابر زنان که داده‌ها، یافته‌های خود را از بررسی بیش از ۲۴ هزار زن از ۱۵ منطقه از ۱۰ کشور جهان

جمع‌آوری کرد، نشان می‌دهد که فراوانی خشونت بدنی، از سوی یکی از اعضای خانواده در طول زندگی، ۱۵ تا ۷۱ درصد و در بیشتر مناطق میان ۲۹ تا ۶۲ درصد بوده است (سلیک و کیرسا^{۱۳}، ۲۰۱۸).

بروز خشونت خانگی در زنان و پدیدآیی تدریجی اضطراب سبب می‌شود تا به مرور پدیده خشم^{۱۴} نیز در این زنان مشاهده شود (رادل، پینا و واسکاز^{۱۵}، ۲۰۱۷). خشم هیجان طبیعی با اشکال تطابقی متعدد است، اگر دفعات، شدت و طول مدت خشم فراتر از شکل‌های تطابقی آن رفت گفته می‌شود که یک اختلال عملکردی است (تیک^{۱۶} و همکاران، ۲۰۱۹). خشم یکی از هیجان‌های طبیعی افراد و واکنشی مرتبط با تنیدگی و خصومت است. این هیجان با قرار گرفتن فرد در موقعیت‌های گوناگون از ناکامی‌های واقعی یا خیالی، آسیب‌ها، تحقیرها، تهدیدها و یا بی‌عدالتی‌ها برانگیخته می‌شود و معمولاً با پاسخ‌های غیرارادی همانند اعمال تکانشی و کنترل نشده همراه است (سیرویس، برینیر و لملین^{۱۷}، ۲۰۱۸). عده‌ای خشم را مستقیماً ابزار می‌کنند، عده‌ای آن را نادیده می‌گیرند، کم‌اهمیت جلوه می‌دهند و توجه خود را از خشم منحرف می‌کنند. اما عده‌ای خشم خود را در مسیری سازنده سوق می‌دهند (گامبتی و گایسبرتی^{۱۸}، ۲۰۱۶). بر این اساس کنترل خشم به عنوان مجموعه‌ای از راهبردها برای کمک به افرادی که به علت پرخاشگری در معرض خطر هستند آشکار شده است (بلوک، پاپتا و لی^{۱۹}، ۲۰۲۲). برنامه‌های کنترل خشم در تلاشند با بالا بردن پاسخ‌های متناسب اجتماعی و غیرپرخاشگرانه، رفتارهای پرخاشگرانه و خشونت‌آمیز افراد را کاهش دهند (نیکولایدو، توزی و آنتونیادس^{۲۰}، ۲۰۲۲).

1. Domestic Violence

2. Yildirim, Toraman

3. Erbaş

4. Candia

5. [Miyar](#)

6. Krahé

7. Physical violence

8. psychological violence

9. sexual violence

10. economic violence

11. Boughima, Razine, Benyaich, Mrabet

12. World Health Organization

13. Çelik, Kirca

14. anger

15. Ruddle, Pina, Vasquez

16. Theeke

17. Sirois, Bernier, Lemelin

18. Gambetti, Giusberti

19. Block, Gupta, Li

20. Nicolaidou, Tozzi, Antoniadis

برای بهبود مولفه‌های روان‌شناختی، هیجانی، شناختی و اجتماعی زنان قربانی خشونت خانگی مداخلات گسترده‌ای بکار گرفته نشده است. با توجه به کارآیی مداخلات روان‌شناختی می‌توان از روش‌های درمانی پرکاربرد و موثر بهره برد. درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر^۸ یکی از درمان‌های پرکاربرد است که به منظور کاهش اختلال‌ها و آسیب‌های هیجانی، شناختی و روان‌شناختی مورد استفاده قرار می‌گیرد. نتایج پژوهش‌های مختلفی همچون پژوهش شرفی، جعفری و بهرامی (۱۴۰۲)؛ شهریاری و همکاران (۱۴۰۱)؛ گله‌گیران و همکاران (۱۴۰۱)؛ هلاکویی، قاسم‌زاده و ارجمندنیا (۱۴۰۱)؛ پالاز^۹ و همکاران (۲۰۲۴)؛ پان^{۱۰} و همکاران (۲۰۲۴)؛ لائو^{۱۱} و همکاران (۲۰۲۳)؛ پریس-باکترو^{۱۲} و همکاران (۲۰۲۳)؛ کاسترو-کاماچو، دیاز و باربوسا^{۱۳} (۲۰۲۲)؛ کاسیلو-رابینس، روزنتال و آمیراتی^{۱۴} (۲۰۲۱) و کارلاسی، ساجینو و بالسامو^{۱۵} (۲۰۲۱) نشان داده است که درمان فراتشخیصی یکپارچه در بهبود مولفه‌های روان‌شناختی، هیجانی و ارتباطی افراد مختلف دارای کارآیی است. درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر با آن که 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 (شور-زاوالا^{۱۶} و همکاران، ۲۰۲۰). هدف اصلی در درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر این است که مراجعان مهارت‌هایی را کسب کنند که بتوانند به شیوه موثر هیجان‌های منفی را مدیریت نمایند (پریس-باکترو و همکاران، ۲۰۲۳). این رویکرد درمانی مکانیسم‌های سبب‌ساز مشترک اختلالات هیجانی را مورد هدف قرار می‌دهد و به افراد می‌آموزد چگونه با هیجان‌ها ناخوشایندشان مواجه شوند و به شیوه‌ای مناسب به آنها پاسخ

بروز خشونت خانگی سبب می‌شود تا زنان علاوه بر تجربه اضطراب، افسردگی و استرس مزمن، در مدیریت، پردازش و بیان هیجان‌ها نیز دچار ضعف شده و در فرایند تنظیم هیجانی نیز به مشکل برخوردند (ویس^۱ و همکاران، ۲۰۱۸) که این روند آنان را با مشکلات در فرایند هیجان^۲ نیز مواجه سازد. فرایند جهت توصیف هیجان‌های فرد توسط خودش و برانگیختگی وی نسبت به آن مورد استفاده قرار می‌گیرد (نورمن و فورنس^۳، ۲۰۱۶). این سازه لغت به معنای آگاهی از هیجان و در اصطلاح به معنای سازماندهی مجموعه‌ای از افکار، احساس‌ها و هیجان‌ها درباره هیجان‌ها می‌باشد (میسلی و کاستنفرانچی^۴، ۲۰۱۹). این سازه هیجان‌هایی را در بر می‌گیرد که در پاسخ به هیجان‌های دیگر رخ می‌دهند، مثل احساس شرم درباره خشم یا احساس خشم درباره اضطراب. بر این اساس فرایند می‌تواند به عنوان زیر مجموعه‌ای از هیجان‌ها ثانویه درک شود یک هیجان ثانویه مثل اضطراب که به دنبال یک هیجان اولیه مانند خشم می‌آید (بیلن، وو و تامپسون^۵، ۲۰۱۹). فرایند به دو بخش فرایند مثبت و فرایند منفی تقسیم می‌شوند و همان‌طور که هیجان به طور مستقیم و غیرمستقیم بر شناخت تاثیر می‌گذارد، فرایند نیز به طور مستقیم و غیرمستقیم بر فرایند شناخت^۶ تاثیر می‌گذارد (دکرت^۷ و همکاران، ۲۰۲۰). فرایند مثبت (مانند فرایند یا فرادلسوزی) به معنای آگاهی، شناخت و پذیرش هیجان‌های مثبت و نحوه ابراز مناسب آنها و فرایند منفی (مانند فرایند یا فرانگرانی) به معنای آگاهی شناخت و پذیرش هیجان‌های منفی و نحوه جلوگیری از وقوع آنها است (اعلم‌الهدی و زینالی، ۱۴۰۰). پس، فرایند مثبت برخلاف فرایند منفی با تمایل به سرکوبی کمتر، پذیرش بیشتر هیجان‌ها، قدرت تصمیم‌گیری مناسب‌تر و استفاده بهتر از راهبردهای مقابله‌ای مرتبط است (میسلی و کاستنفرانچی، ۲۰۱۹).

8. unified protocol for transdiagnostic treatment

9. Peláez

10. Pan

11. Lau

12. Peris-Baquero

13. Castro-Camacho, Díaz, Barbosa

14. Cassiello-Robbins, Rosenthal, Ammirati

15. Carlucci, Saggino, Balsamo

16. Sauer-Zavala

1. Weiss

2. Meta-emotion

3. Norman, Furnes

4. Miceli, Castelfranchi

5. Bailen, Wu, Thompson

6. metacognition

7. Deckert

دهند (گروسمن و ارزنریچ- مای^۱، ۲۰۲۰). بدین ترتیب به افراد کمک می‌کند تا درک بهتر و مناسب‌تری از تعامل افکار، احساسات و رفتارهای خود و نقش برانگیزاننده‌ها در ایجاد تجربه‌های هیجانی داشته باشند، بتوانند پیامدهای تجربه‌های هیجانی خود را پیش‌بینی نمایند، رفتارهای نشأت گرفته از هیجان‌ها را تشخیص دهند و در صورت لزوم اصلاح کنند و در موقعیت‌های اجتماعی تجربه‌های هیجانی مناسبی از خود نشان دهند (ساکیریس و برل^۲، ۲۰۱۹) و درمان فراتشخیصی یکپارچه تأکید بارزی بر ماهیت سازگارانه و کارکردی هیجان‌ها، افزایش آگاهی بیمار از نقش شناخت‌ها و هیجان‌ها و احساسات بدنی و رفتاری دارد و به جای اینکه فقط روی یک اختلال خاص تمرکز کند، با ارائه روش‌ها و فونونی جامع و کارآمد در تلاش است تمام مسائل مراجع، صرف‌نظر از تشخیص مطرح شده بپردازد (استیل^۳ و همکاران، ۲۰۱۸).

در خصوص ضرورت پژوهش حاضر می‌توان گفت خشونت در برابر زنان و دختران در حال حاضر یکی از مهم‌ترین و مشخص‌ترین شکل خشونت در برابر حقوق انسانی است که با پیامدهای منفی سلامتی روان‌شناختی و بدنی همراه است و استمرار خشونت باعث سازش‌نا یافتگی خانوادگی شده و علاوه بر تأثیر بر قربانی، انسجام خانوادگی را نیز به خطر می‌اندازد (کاندیا و همکاران، ۲۰۲۳). از آنجایی که خشونت خانگی علیه زنان و دختران عامل بسیاری از صدمات جسمی، ناخوشی‌های روانی و پیامدهای نامطلوب محسوب می‌شود، نه تنها از خشونت خانگی به عنوان یک مشکل عمده سلامت زنان، بلکه به عنوان یک اپیدمی پنهان ادامه‌دار یاد می‌شود (سلیک و کیرسا، 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 که ضرورت توجه بالینی و بکارگیری مداخلات روان‌شناختی برای این گروه از افراد جامعه را برجسته می‌سازد. علاوه بر پدیدآیی آسیب‌های ارتباطی و اجتماعی برای زنان در معرض خشونت خانگی، بروز این پدیده و عدم توجه به مولفه‌های روان‌شناختی، هیجانی و اجتماعی زنان قربانی، باعث می‌شود که آنها با پردازش طرحواره‌های ناسازگار درباره خانواده و والد، نتوانند زندگی مشترک بهنجاری را آغاز کرده و مهم‌تر آن، اینکه نتوانند از پس نقش مادری برآیند. بر همین اساس به کارگیری درمان‌های مناسب در زنان در معرض خشونت خانگی امری ضروری و اجتناب‌ناپذیر است. بنابراین با توجه به موضوعات و تحقیقات بیان شده در مورد اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر در جهت کاستن مشکلات رفتاری، شناختی، هیجانی و روانی افراد و از سوی دیگر با توجه به خلاء پژوهشی موجود به علت عدم وجود تحقیقات مشابه، هدف این پژوهش بررسی اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر بر کنترل خشم و فراهیجان زنان قربانی خشونت خانگی است.

روش کار

پژوهش حاضر از نظر هدف کاربردی، از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه گواه و دوره پیگیری دو ماهه بود. جامعه آماری پژوهش حاضر را زنان قربانی خشونت خانگی مراجعه کننده به اداره بهزیستی شهر اصفهان در فصل زمستان سال ۱۴۰۲ تشکیل دادند. از جامعه آماری به شیوه نمونه‌گیری هدفمند تعداد ۴۰ نفر از زنان قربانی خشونت خانگی انتخاب شدند. بدین صورت که به منظور شناسایی زنان قربانی خشونت خانگی به اداره بهزیستی شهر اصفهان مراجعه شد. سپس با شناسایی زنانی که به دلیل خشونت خانوادگی به اداره بهزیستی این شهر مراجعه کرده بودند، پرسشنامه خشونت خانگی بین آنها توزیع شد. پس از جمع‌آوری و نمره‌گذاری پرسشنامه‌ها، زنانی که نمرات بالاتر از میانگین در پرسشنامه

1. Grossman, Ehrenreich-May
2. Sakiris, Berle
3. Steele

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 مرتبط با تهدید مورد استفاده قرار گرفت (مجموعاً ۱۷ سوال). نمره گذاری 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 ۰/۷۵ محاسبه شد.

پرسشنامه کنترل خشم (ACQ): پرسشنامه کنترل خشم توسط نوآکو^۳ در سال ۱۹۹۸ گسترش داده شد. پرسشنامه کنترل خشم عبارت است از ۲۵ آیتم است که هر کدام موقعیت‌هایی را توصیف می‌کند. این موقعیت‌ها فرد را در حالت‌های مختلف خشم قرار می‌دهند. همچنین این پرسشنامه به پنج بخش فرعی تقسیم می‌شود که اندازه تحریک فرد را نشان می‌دهد و گزینه‌های آن به ترتیب از صفر تا چهار نمره گذاری می‌گردد. نمره هر آزمودنی بین صفر تا ۱۰۰ قرار می‌گیرد. کسب نمرات بالاتر نشان دهنده توانایی بیشتر فرد در کنترل خشم است. این پرسشنامه در شهر لس‌آنجلس در گروه‌های سنی مختلف از ۹ تا ۸۴ ساله بر روی ۱۵۴۶ نفر بدون در نظر گرفتن جنسیت اجرایی شده پایایی آن برابر با ۰/۹۶ و روایی سازه آن برابر با ۰/۸۶ به

خشونت خانگی به دست آوردند، مورد شناسایی قرار گرفتند (نمرات بالاتر از ۵۱: نمره برش پرسشنامه). سپس این زنان 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 ۴۰ نفر از این زنان که بالاترین نمرات را در پرسشنامه خشونت خانگی به دست آورده بودند (نمرات بالاتر از میانگین و به صورت ترتیب‌بندی شده)، انتخاب و به صورت تصادفی در گروه‌های آزمایش و گواه جایدهی شدند (۲۰ زن در گروه آزمایش و ۲۰ زن در گروه گواه). پس از شروع مداخله تعداد ۲ نفر در گروه آزمایش و ۲ نفر در گروه گواه از ادامه حضور در پژوهش انصراف دادند. بر این اساس تعداد ۳۶ زن در پژوهش باقی ماندند (۱۸ زن در گروه آزمایش و ۱۸ زن 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 مشاوره‌ای و پزشکی آنها (نداشتن معلولیت جسمی)، داشتن سن ۲۵ تا ۴۰ سال و حداقل سطح تحصیلات سیکل بود. ملاک‌های خروج از پژوهش نیز شامل غیبت بیش از دو جلسه، حضور نامنظم در جلسات درمان، عدم همکاری با پژوهشگر، عدم تمایل به ادامه حضور در فرایند انجام پژوهش و وقوع حادثه پیش‌بینی نشده موثر بود.

ابزارهای سنجش

پرسشنامه خشونت خانوادگی تجربه شده (EDVQ): پرسشنامه خشونت خانوادگی تجربه شده توسط آقاخانی 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)؛

2. Anger Control Questionnaire

3. Novaco

1. Experienced Domestic Violence Questionnaire

دست آمد (نواکو، ۱۹۹۸). ملک‌پور، زنگنه و آقابابایی (۱۳۹۱) ویژگی روان‌سنجی پرسشنامه کنترل خشم را با نمونه ۱۰۰ نفر از دانشجویان دانشگاه اصفهان مورد بررسی قرار دادند. پایایی این پرسشنامه با استفاده از دو روش آلفای کرونباخ و بازآزمایی به دست آمد. نتایج نشان داد که پایایی این آزمون با روش آلفا برابر با ۰/۸۶ و با روش بازآزمایی برابر با ۰/۷۳ و روایی آزمون (همبستگی با پرسشنامه باس و پری)؛ برابر با ۰/۷۸ است؛ ضمن اینکه روایی محتوایی مورد تأیید پنج متخصص روان‌شناس، مشاور و جامعه‌شناس قرار گرفت و با تحلیل عوامل نیز تأیید شد. در پژوهش حاضر نیز میزان پایایی پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۷ محاسبه شد.

پرسشنامه فراهیجان (MEQ): پرسشنامه فراهیجان توسط میتمانسگروبر^۲ و همکاران (۲۰۰۹) با ۲۸ گویه و دو بعد فراهیجان مثبت (۱۵) گویه و فراهیجان منفی (۱۳) گویه ساخته شد. گویه‌ها با استفاده از مقیاس پنج درجه‌ای لیکرت (۱) کاملاً مخالفم تا (۴) کاملاً مخالفم نمره‌گذاری می‌شود. نمره ابزار با مجموع نمره گویه‌ها محاسبه می‌گردند. دامنه نمرات فراهیجان مثبت بین ۷۵-۱۵ و فراهیجان منفی بین ۶۵-۱۳ و نمره بالاتر نشان دهنده بیشتر داشتن آن ویژگی است. میتمانسگروبر و همکاران (۲۰۰۹) روایی سازه ابزار را با روش تحلیل عاملی تأیید و پایایی را با روش آلفای کرونباخ برای ابعاد فراهیجان مثبت ۰/۹۱ و فراهیجان منفی ۰/۸۵ گزارش کردند. در ایران، رضایی و همکاران (۱۳۹۳) پایایی را با روش آلفای کرونباخ برای ابعاد فراهیجان مثبت ۰/۸۷ و فراهیجان منفی ۰/۷۰ گزارش کردند. همچنین آنان میزان روایی سازه پرسشنامه را مطلوب و برای دو بعد فراهیجان مثبت و فراهیجان منفی به ترتیب ۰/۸۸ و ۰/۸۶ به دست آمد. در پژوهش حاضر نیز میزان پایایی پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای دو بعد فراهیجان مثبت و فراهیجان منفی به ترتیب ۰/۸۵ و ۰/۸۳ محاسبه خواهد شد.

روند اجرای پژوهش

جهت انجام پژوهش ابتدا هماهنگی‌های لازم با مسئولان مربوطه بهزیستی شهر اصفهان انجام و مجوز انجام پژوهش حاضر دریافت شد. سپس با توزیع پرسشنامه خشونت خانگی جهت شناسایی زنان قربانی خشونت خانگی، حجم نمونه برای پژوهش حاضر انتخاب شد (۴۰ زن قربانی خشونت خانگی). سپس با رضایت کتبی و گمارش زنان قربانی خشونت خانگی در گروه‌های آزمایش و گواه (۲۰ زن در گروه و ۲۰ زن در گروه گواه)، پرسشنامه‌های پژوهش به صورت گروهی بر روی افراد حاضر در پژوهش اجرا شد. در نهایت، بر روی زنان حاضر در گروه آزمایش مداخله ۱۰ جلسه‌ای درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر در طی ۱۰ هفته در جلسات ۹۰ دقیقه‌ای انجام شد، در حالی که زنان حاضر در گروه گواه مداخلات درمانی حاضر را دریافت نکردند. مرحله پس‌آزمون بلافاصله بعد از اتمام مداخلات اجرا شد. پس از دوره‌ای دو ماهه، مرحله پیگیری نیز اجرا شد. پس از شروع مداخله تعداد ۲ نفر در گروه آزمایش و ۲ نفر در گروه گواه از ادامه حضور در پژوهش انصراف دادند. بر این اساس تعداد ۳۶ زن در پژوهش باقی ماندند (۱۸ زن در گروه آزمایش درمان و ۱۸ زن در گروه گواه). جهت ایجاد انگیزه برای زنان قربانی خشونت خانگی 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 فرایندهای اجرایی مداخله نیز به شکل رایگان برای آنها ارائه داده شد. جلسات مداخله‌ای درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر برگرفته از پروتکل بارلو، آلن و چوات^۳ (۲۰۱۶) است که در پژوهش گله‌گیران و همکاران (۱۴۰۰) برای دختران قربانی خشونت خانگی مورد استفاده و کارآیی آن تأیید شده است. به منظور رعایت اخلاق تحقیق، رضایت زنان قربانی خشونت خانگی برای شرکت در مداخله درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر دریافت شد. همچنین آنان از تمامی مراحل انجام پژوهش اطلاع یافتند. علاوه بر این، به زنان حاضر در گروه گواه اطمینان داده شد که پس از تکمیل فرآیند تحقیق، مداخله درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر را دریافت خواهند کرد. همچنین به

1. Meta- Emotion Questionnaire

2. Mitmansgruber

3. Barlow, Allen, Choate

زنان حاضر در هر دو گروه اطمینان داده شد که اطلاعات آنها به شکل محرمانه در نزد پژوهشگر باقی خواهد ماند و نیاز نیست در پرسشنامه‌ها مشخصات فردی خود را درج نمایند. پژوهش حاضر

با کد اخلاق IR.IAU.KHUISF.REC.1403.391 در دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان ثبت گردیده است.

جدول ۱. خلاصه جلسات درمان فراتشخیصی یکپارچه (بارلو و همکاران، ۲۰۱۶؛ به نقل از گله‌گیریان و همکاران، ۱۴۰۰)

جلسه	هدف	محتوا
اول	افزایش انگیزه زنان قربانی خشونت خانگی	مصاحبه انگیزشی برای مشارکت و مشارکت زنان قربانی خشونت خانگی در طول درمان، ارائه منطق درمان و تعیین اهداف درمانی.
دوم	ارائه آموزش روانی و هیجانی	بازشناسی هیجان‌های اولیه و ثانویه و ردیابی تجارب هیجانی و آموزش مدل سه مولفه‌ای تجارب هیجان و مدل مربوط به درک هیجانات و رفتارهای برخاسته از آنها.
سوم	آموزش آگاهی هیجانی	مشاهده تجارب هیجانی (هیجانات و واکنش به هیجانات) به ویژه با استفاده از تکنیک‌های ذهن آگاهی و استفاده از استعاره‌های متناسب با سطح شناختی نوجوان
چهارم	ارزیابی مجدد شناختی و هیجانی	ایجاد آگاهی از تأثیر و روابط متقابل افکار و هیجان‌ها، شناسایی ارزیابی‌های ناسازگارانه اتوماتیک‌های و زمینه‌های مشترک تفکر و ارزیابی مجدد شناختی، و افزایش انعطاف‌پذیری تفکر با استفاده از تکنیک‌های بازی فکری و گروهی و استفاده از استعاره‌های خاص.
پنجم	شناسایی الگوهای اجتناب از هیجان	آشنایی با راهبردهای مختلف پرهیز از هیجان و تأثیر آنها بر تجربیات عاطفی و تأثیرات متناقض اجتناب از هیجان. آشنایی با تأثیر انکار هیجانی بر کاهش سلامت روانی، شناختی و هیجانی.
ششم	بررسی رفتارهای ناشی از هیجان	آشنایی، شناسایی رفتارهای ناشی از عواطف در تعامل با دیگران و درک تأثیر آنها بر تجارب هیجانی، شناسایی هیجان‌های ناسازگارانه و ایجاد زمینه برای بروز هیجانات و رفتارهای مثبت در تعامل با دیگران.
هفتم	آگاهی و تحمل احساس‌های جسمانی	افزایش آگاهی از نقش احساسات بدنی در تجارب عاطفی و تمرینات مقابله‌ای عمیق برای آگاهی از احساسات بدنی و افزایش تحمل نسبت به این علائم.
هشتم	رویارویی احساسی و رویارویی با هیجان مبتنی بر موقعیت	آگاهی یافتن از منطق رویارویی‌های هیجانی، آموزش نحوه تهیه سلسله مراتب ترس و اجتناب‌های مقابله‌ای هیجانی تکراری و موثر به صورت بصری و عینی و ممانعت از اجتناب. آموزش مقابله و پذیرش احساسات و عواطف مخرب.
نهم	ارزیابی پردازش شناختی مجدد	معناسازی، شناسایی و ارزیابی افکار خودآیند و تله‌های فکری و شناختی، عدم قضاوت و اهمیت تفاسیر جدید و تغییر ارزیابی شناختی و تمرین تصاویر مبهم.
دهم	پیشگیری از عود	مروری بر مفاهیم درمان و بحث در مورد بهبودی و پیشرفت‌های درمانی. پایان جلسات.

موجلی^۳ (حد بهینه بیشتر از ۰/۰۵) و برای آزمون فرضیه‌ها از تحلیل واریانس آمیخته^۴ و آزمون تعقیبی بونفرونی^۵ استفاده شد. نتایج آماری با بهره‌گیری از نرم افزار آماری SPSS-23 مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

نتایج

یافته‌های حاصل از داده‌های دموگرافیک نشان داد که افراد حاضر در پژوهش دارای دامنه سنی ۲۵ تا ۴۰ سال بودند که در

در این تحقیق برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از دو سطح آمار توصیفی و استنباطی استفاده شده است. در سطح آمار توصیفی، میانگین و انحراف معیار و در سطح آمار استنباطی از آزمون شاپیرو ویلک^۱ برای بررسی نرمال بودن توزیع متغیرها (حد بهینه بیشتر از ۰/۰۵)، آزمون لوین^۲ برای بررسی برابری واریانس‌ها (بهینه) برای بررسی فرضیه کرویت داده‌های تحقیق از آنالیز

3. Mauchly's Test

4. Mixed variance analysis

5. Bonferroni follow-up test

1. Shapiro-Wilk test

2. Levine test

گروه آزمایش میانگین و انحراف استاندارد سن زنان $34/26 \pm$ و در گروه گواه $5/12 \pm$ سال بود. نتایج آزمون واریانس در این رابطه نشان داد که در دو گروه پژوهش از نظر میانگین سنی تفاوت معناداری وجود ندارد. همچنین در گروه آزمایش (۸ نفر معادل ۴۴/۴۴ درصد) و گروه گواه (۹ نفر معادل ۵۰ درصد) بیشترین فراوانی سطح تحصیلات مربوط به دیپلم بود. میانگین و انحراف استاندارد کنترل خشم، فراهیجان مثبت و فراهیجان منفی در جدول ۲ ارائه شده است.

جدول ۲. میانگین و انحراف استاندارد کنترل خشم و فراهیجان در دو گروه آزمایش و گواه

گروه ها	مرحله پیش آزمون		مرحله پس آزمون		مرحله پیگیری	
	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
کنترل خشم	گروه آزمایش	۶۱/۱۱	۹/۰۱	۵۱/۲۲	۱۳/۶۵	۵۲/۳۸
	گروه گواه	۵۹/۱۱	۸/۸۷	۶۰/۲۲	۸/۹۶	۶۰/۳۳
فراهیجان مثبت	گروه آزمایش	۳۸/۲۲	۵/۹۸	۴۷/۲۲	۹/۶۱	۴۶/۶۶
	گروه گواه	۳۷/۵۰	۶/۱۵	۳۶/۷۲	۵/۸۹	۳۶/۸۳
فراهیجان منفی	گروه آزمایش	۴۳/۸۳	۴/۹۶	۳۴/۶۱	۹/۵۵	۳۵/۶۱
	گروه گواه	۴۵/۱۶	۴/۱۷	۴۵/۸۸	۵/۵۰	۴۵/۷۲

فراهیجان منفی ($F=0/18$; $P=0/18$) برقرار است. همچنین پیش فرض همگنی واریانس نیز توسط آزمون لوین مورد سنجش قرار گرفت که یافته مربوط به آن نشان می‌داد پیش فرض همگنی واریانس‌ها در کنترل خشم ($F=0/22$; $P=0/51$)، فراهیجان مثبت ($F=0/46$; $P=0/36$) و فراهیجان منفی ($P=0/24$) رعایت شده است. این در حالی بود که نتایج آزمون موجلی بیانگر آن بود که پیش فرض کرویت داده‌ها در کنترل خشم ($Mauchly's W=0/94$; $P=0/14$)، فراهیجان مثبت ($Mauchly's W=0/91$; $P=0/11$) و فراهیجان منفی ($P=0/45$) رعایت شده است.

نتایج جدول توصیفی در جدول شماره ۲ حاکی از آن است که میزان کنترل خشم و فراهیجان مثبت و منفی زنان قربانی خشونت خانگی که در گروه آزمایش حضور داشته، در اثر دریافت درمان فرانتشخیصی یکپارچه‌نگر نسبت به گروه گواه تغییر یافته است که در ادامه، معناداری آن با استفاده از آمار استنباطی مورد بررسی قرار می‌گیرد. قبل از ارائه نتایج تحلیل واریانس آمیخته، پیش فرض‌های آزمون‌های پارامتریک مورد سنجش قرار گرفت. بر همین اساس نتایج آزمون شاپیرو ویلک بیانگر آن بود که پیش فرض نرمال بودن توزیع نمونه‌ای داده‌ها در کنترل خشم ($F=0/14$; $P=0/20$)، فراهیجان مثبت ($F=0/12$; $P=0/20$) و

جدول ۳. تحلیل واریانس آمیخته جهت بررسی تاثیرات درون و بین گروهی

توان آزمون	اندازه اثر	مقدار p	مقدار f	میانگین مجذورات	درجه آزادی	مجموع مجذورات	
۱	۰/۴۷	۰/۰۰۰۱	۳۰/۳۰	۲۰۲/۳۹	۲	۴۰۴/۷۹	زمان
۱	۰/۴۵	۰/۰۰۰۱	۲۶/۳۳	۰/۶۷	۱	۶۷۰	عضویت گروهی
۱	۰/۵۹	۰/۰۰۰۱	۴۹/۶۳	۳۳۱/۵۱	۲	۶۶۳/۰۲	تعامل زمان و گروه
				۶/۶۸	۶۸	۴۵۴/۱۸	خطا
۱	۰/۴۶	۰/۰۰۰۱	۲۹/۳۹	۱۹۲/۴۴	۲	۳۸۴/۸۹	زمان
۱	۰/۴۴	۰/۰۰۰۱	۲۵/۴۵	۱۳۳۰	۱	۱۳۳۰	عضویت گروهی
۱	۰/۵۵	۰/۰۰۰۱	۴۱/۰۲	۲۶۸/۵۹	۲	۵۳۷/۱۸	تعامل زمان و گروه
				۶/۵۴	۶۸	۴۴۵/۲۶	خطا

۱	۰/۴۷	۰/۰۰۰۱	۳۰/۱۹	۱۹۷/۵۸	۲	۳۹۵/۱۶	زمان	
۱	۰/۴۶	۰/۰۰۰۱	۲۸/۵۵	۱۵۴۸/۸۹	۱	۱۵۴۸/۸۹	عضویت گروهی	فراهیجان
۱	۰/۵۴	۰/۰۰۰۱	۴۰/۶۴	۲۶۵/۹۵	۲	۵۳۱/۹۰	تعامل زمان و گروه	منفی
			۶/۵۴		۶۸	۴۴۴/۹۲	خطا	

فراثشخیصی یکپارچه‌نگر) در مراحل مختلف ارزیابی هم بر کنترل خشم، فراهیجان مثبت و فراهیجان منفی زنان قربانی خشونت خانگی تاثیر معنادار داشته و به ترتیب ۵۹، ۵۵ و ۵۴ درصد از تفاوت در نمرات این متغیرها را تبیین می‌کند. جهت بررسی کفایت حجم نمونه نیز توان آماری ۱۰۰ درصدی نشانگر آن بود که دقت آماری و کافی بودن حجم نمونه در این پژوهش و نتایج وجود دارد. جدول ۴ نشان دهنده تفاوت زوجی نمرات متغیرهای وابسته بر اساس مراحل ارزیابی (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) با بهره‌گیری از آزمون تعقیبی بونفرنی است.

نتایج حاصل جدول شماره ۳ بیانگر آن بود که عامل زمان یا مراحل ارزیابی (پیش‌آزمون- پس‌آزمون و پیگیری) توانسته اثر معناداری بر نمرات کنترل خشم، فراهیجان مثبت و فراهیجان منفی زنان قربانی خشونت خانگی داشته و به ترتیب ۴۷، ۴۶ و ۴۷ درصد از تفاوت در واریانس‌های نمرات کنترل خشم، فراهیجان مثبت و فراهیجان منفی را تبیین می‌کند. علاوه بر این، عامل عضویت گروهی (درمان فراثشخیصی یکپارچه‌نگر) یا نوع درمان دریافتی هم بر کنترل خشم، فراهیجان مثبت و فراهیجان منفی زنان قربانی خشونت خانگی تاثیر معنادار داشته و به ترتیب ۴۴، ۴۵ و ۴۶ درصد از تفاوت در نمرات این متغیرها را تبیین می‌کند. از طرفی نتایج نشان داد که نوع درمان دریافتی (درمان

جدول ۴. تفاوت زوجی نمرات متغیرهای وابسته بر اساس مراحل ارزیابی

متغیر	مرحله مبنا (میانگین)	مرحله مورد مقایسه (میانگین)	تفاوت میانگین‌ها	خطای انحراف معیار	معناداری
کنترل خشم	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۴/۳۹	۰/۷۷	۰/۰۰۰۱
	پس‌آزمون	پیگیری	۳/۷۵	۰/۷۰	۰/۰۰۰۱
	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	-۴/۳۹	۰/۷۷	۰/۰۰۰۱
فراهیجان مثبت	پیش‌آزمون	پیگیری	-۰/۶۴	۰/۱۶	۰/۱۲
	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	-۴/۱۱	۰/۷۷	۰/۰۰۰۱
	پس‌آزمون	پیگیری	-۳/۸۹	۰/۶۷	۰/۰۰۰۱
فراهیجان منفی	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	۴/۱۱	۰/۷۷	۰/۰۰۰۱
	پس‌آزمون	پیگیری	۰/۲۲	۰/۱۹	۰/۷۸
	پس‌آزمون	پس‌آزمون	۴/۲۵	۰/۷۸	۰/۰۰۰۱
فراهیجان منفی	پس‌آزمون	پیگیری	۳/۸۳	۰/۶۶	۰/۰۰۰۱
	پس‌آزمون	پیش‌آزمون	-۴/۲۵	۰/۷۸	۰/۰۰۰۱
	پس‌آزمون	پیگیری	-۰/۴۱	۰/۲۱	۰/۱۸

پیگیری در مقایسه با ابتدای پژوهش (مرحله پیش‌آزمون) تفاوت دارد. بدان معنا که مداخله به کار گرفته شده در این پژوهش (درمان فراثشخیصی یکپارچه‌نگر) میانگین نمرات متغیرهای

نتایج حاصل از آزمون تعقیبی بونفرنی در جدول ۴ حاکی از آن است که نمرات متغیرهای وابسته پژوهش (کنترل خشم، فراهیجان مثبت و فراهیجان منفی) در مرحله پس‌آزمون و

وابسته پژوهش (کنترل خشم، فراهیجان مثبت و فراهیجان منفی) را در دو مرحله پس از مداخله (پس‌آزمون و پیگیری) نسبت به مرحله پیش‌آزمون تغییر معنادار داده است. اما این تغییرات در مقایسه مراحل پس‌آزمون با پیگیری وجود ندارد. چرا که اثر مداخله توانسته ماندگار باشد.

بحث و نتیجه‌گیری

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر بر کنترل خشم، فراهیجان مثبت و فراهیجان منفی زنان قربانی خشونت خانگی انجام شد. نتایج نشان داد که درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر بر کنترل خشم، فراهیجان مثبت و فراهیجان منفی زنان قربانی خشونت خانگی تأثیر معنادار داشته است. اولین یافته مطالعه حاضر مبنی بر اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر بر کنترل خشم زنان قربانی خشونت خانگی با نتایج پژوهش‌های پیشین همسویی داشت. چنانکه شرفی، جعفری و بهرامی (۱۴۰۲) نشان دادند که درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر به کاهش علائم افسردگی و اضطراب افراد دارای اختلال اضطراب فراگیر می‌شود. همچنین هلاکویی، قاسم زاده و ارجمندینا (۱۴۰۱) دریافتند که برنامه یکپارچه درمان فراتشخیصی منجر به کاهش اضطراب نوجوانان و فرزندپروری مادران آنها می‌شود. علاوه بر این پالاز و همکاران (۲۰۲۴) گزارش کردند که درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر منجر به کنترل خشم و فراهیجان بیماران با ریسک فوق‌العاده بالای روان‌پریشی شده است. در نهایت کاسترو-کاماچو، دیاز و باربوسا (۲۰۲۲) در نتایج پژوهش خود نشان دادند که درمان فراتشخیصی یکپارچه‌گروهی بر کاهش اضطراب دانشجویان موثر است.

در تبیین احتمالی یافته حاضر مبنی بر تأثیر درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر بر کنترل خشم زنان قربانی خشونت خانگی می‌توان گفت در درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر توجه ویژه‌ای به بالا بردن خودآگاهی هیجانی - شناختی و شناخت روابط بین هیجان، شناخت و رفتار شده است. در این درمان به مراجعان دارای آسیب‌های روانی، هیجانی و یا شناختی آموزش داده می‌شود تا

هیجان‌های بنیادین خود را بشناسند و سپس هیجان‌های پرتکرار را ثبت کنند و چرخه تأثیر هیجان بر شناخت و رفتار را شناسایی کنند. آنها می‌آموزند که شناخت‌های ناسالم شان را بشناسند و آنها را اصلاح کنند. این آگاهی منجر به شناخت بهتر سه عامل شناخت، رفتار و هیجان می‌گردد، در واقع این درمان تأثیر زیادی در اصلاح هیجان‌های خودآیند ناسالم و نشخوارهای فکری آنها دارد (بارلو و همکاران، ۲۰۱۶). علاوه بر این درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر به درمانجویان می‌آموزد که چگونه با هیجانات ناخوشایند خود مواجه شوند و به شیوه‌ی سازگارانه - تری به آنها پاسخ دهند. هدف درمان بروز تجربه هیجانی سازگارانه و بهبود کارکرد درمانجویان، به دنبال اصلاح عادت‌های واکنشی پیرامون مشکلات هیجانی و شناختی است. اصلاح عادت‌های شناختی و هیجانی ناکارآمد سبب می‌شود تا پردازش‌های شناختی دچار اصلاح گردیده و بدین صورت کنترل خشم زنان قربانی خشونت خانگی افزایش یابد. همچنین، مداخله فراتشخیصی یکپارچه‌نگر به زنان قربانی خشونت خانگی کمک می‌کند تا بیاموزند چگونه با هیجان‌های نامناسب خود روبرو شوند و به شیوه سازگارانه‌تری به هیجان‌های خود پاسخ دهند. این روش سعی دارد تا با تنظیم عادت‌های نظم‌بخشی هیجانی و شناختی شدت و وقوع عادت‌های هیجانی را کاهش داده، میزان آسیب را کم و کارکرد را افزایش دهند. علاوه بر این، جلسات درمانی به مراجعین می‌آموزد که تجارب هیجانی را چیزی انزجاری ندانسته و نیازی به کاهش دادن آن نمی‌بینند، بلکه آن‌ها را دارای ارزش انطباقی و کارکردی می‌دانند و بر کاهش واکنش‌های عاطفی به این هیجان‌های منفی نه کاهش خود هیجان‌های منفی تأکید دارد. بنابراین، تغییرات به وجود آمده در باورهای فراهیجانی بیشتر نه با هدف کاهش یا افزایش خود این باورها بلکه بواسطه کاهش اجتناب و واکنش منفی به این عواطف بوده است. این روند سبب می‌شود تا از درآمیختگی شناختی و هیجانی زنان قربانی خشونت خانگی کاسته شده و در عوض کنترل خشم افزایش یابد. در تبیینی دیگر باید گفت در خلال جلسات درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر بر ارزیابی پردازش شناختی مجدد پرداخته می‌شود. در این جلسات تلاش

می‌شود مراجع شناسایی و ارزیابی افکار خودآیند و تله‌های فکری و شناختی را فهمیده و تلاش نماید نسبت به پردازش‌های شناختی خود قضاوت منفی نداشته باشد. این روند سبب می‌شود تا زنان قربانی خشونت خانگی از دام افکار شناختی نشخوارگونه خود رهایی یافته و در نتیجه کنترل خشم بالاتری را تجربه نمایند.

یافته دوم مبنی بر اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر بر فراهیجان مثبت و فراهیجان منفی زنان قربانی خشونت خانگی، با نتایج پژوهش‌های پیشین همسویی داشت. چنانکه شهریاری و همکاران (۱۴۰۱) نشان دادند که برنامه یکپارچه درمان فراتشخیصی منجر به کاهش استرس والدینی و افسردگی در افراد مبتلا به دیابت نوع یک می‌شود. همچنین گله‌گیریان و همکاران (۱۴۰۰) دریافتند که درمان فراتشخیصی یکپارچه بر اجتناب تجربه‌ای و اندیشه‌پردازی خودکشی در دختران قربانی خشونت خانگی موثر است. از طرفی پان و همکاران (۲۰۲۴) گزارش کردند که درمان فراتشخیصی یکپارچه بر مشکلات هیجانی افراد اثر دارد. لائو و همکاران (۲۰۲۳) نیز دریافتند که درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر بر کاهش مشکلات هیجانی و رفتاری و کنترل خشم نوجوانان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه اثربخش است. در نهایت شور-زاوالا و همکاران (۲۰۲۰) و ساکیریس و برل (۲۰۱۹) در نتایج تحقیقات خود گزارش دادند که درمان فراتشخیصی یکپارچه می‌تواند علائم اضطراب و افسردگی را کاهش و رفتار اجتماعی افراد را بهبود بخشد.

در تبیین احتمالی یافته دوم مبنی بر اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر بر فراهیجان مثبت و فراهیجان منفی زنان قربانی خشونت خانگی، می‌توان بیان کرد یکی از تکنیک‌های درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر، ارزیابی مجدد شناختی است که از طریق آن فرد از تأثیر ارتباط متقابل بین افکار و هیجان‌ها آگاه شده و باعث شناسایی ارزیابی‌های ناسازگارانه اتوماتیک می‌شوند (شور-زاوالا و همکاران، ۲۰۲۰)؛ بنابراین می‌توان گفت که این تکنیک در درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر می‌تواند زنان قربانی خشونت خانگی را از فرآیندهای شناختی و اجتماعی ناکارآمد که منجر به اضطراب فردی، اجتماعی و پریشانی روانی

و هیجانی مضاعف می‌شود آگاه کند و در نتیجه در فرآیندهای شناختی و اجتماعی تجدیدنظر کرده و افکار نشخوارگونه خود مربوط به تعاملات اجتماعی و ادراکات محیطی را کنار گذاشته و تلاش نمایند پردازش‌های شناختی، هیجانی و اجتماعی سازگارانه‌تری را از خود به نمایش گذارند. بهبود پردازش‌های شناختی، هیجانی و اجتماعی در نزد زنان قربانی خشونت خانگی نیز باعث می‌شود تا آنان فراهیجان مثبت بالاتر و فراهیجان منفی کمتری را ادراک نمایند. علاوه بر این درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر به افراد می‌آموزد که چگونه با هیجان‌ات و شناخت‌های ناخوشایند خود کنار بیایند و با مسئولیت‌پذیری بیشتری به هیجان‌ات و شناخت‌های خود پاسخ دهند (بارلو و همکاران، ۲۰۱۶). بر این اساس این درمان به زنان قربانی خشونت خانگی کمک می‌کند تا تعامل افکار، احساسات و رفتارها را در ایجاد تجربیات هیجانی درونی بهتر درک کنند. زنان قربانی خشونت خانگی یاد می‌گیرند که از تجربیات هیجانی و شناختی خود آگاه‌تر شوند، هیجان‌ات و عواطف منفی را با ارزیابی‌های شناختی منفی به چالش بکشند، رفتارهای ناشی از هیجان را شناسایی و تصحیح کنند، آگاهی و تحمل احساس-های منفی در طی مواجهه درون‌زاد را کسب کنند و در بافت‌های موقعیتی و درون‌زاد با تجربه‌های هیجانی خود مواجه شوند. تمامی این مهارت‌ها با اصلاح عادات شناختی و عاطفی و هیجانی ناکارآمد، از شدت تجارب ناسازگار شناختی و هیجانی می‌کاهد و فرآیندهای شناختی و هیجانی را به سطح عملکردی باز می‌گرداند. این روند همچنین باعث می‌شود زنان قربانی خشونت خانگی با مدیریت افکار و هیجان‌ات منفی خود مواجهه و با تصحیح آن مهارت‌های شناختی، هیجانی و اجتماعی سازگارانه بیشتری را کسب نمایند. کسب این مهارت‌ها آنان را قادر می‌سازد تا بتوانند در تعامل با خود و دیگران پردازش‌های شناختی و روانی بهنجارتری را از خود نمایش داده و در نتیجه فراهیجان مثبت بالاتر و فراهیجان منفی کمتری را ادراک نمایند. دامنه محدود پژوهش به زنان قربانی خشونت خانگی مراجعه کننده به اداره بهزیستی شهر اصفهان، عدم کنترل متغیرهای محیطی، خانوادگی و اجتماعی مؤثر بر کنترل خشم، فراهیجان

از طریق شبکه‌های مجازی و صدا و سیما در زمینه نتایج مخرب تجربه خشونت خانگی و همچنین چگونگی پیش‌بینی قانونی از این زنان، انجام شود تا بدین صورت زنان قربانی خشونت خانگی با مراجعه به ادارات بهزیستی نسبت به پیگیری شرایط جسمانی، روانی و قانونی خود اقدام نمایند.

تشکر و قدردانی

مقاله حاضر برگرفته از رساله دوره دکتری تخصصی نویسنده اول مقاله در دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان) بود. بدین وسیله از تمام افراد حاضر در پژوهش و مسئولین اداره بهزیستی شهر اصفهان که همکاری کاملی جهت اجرای پژوهش داشتند، قدردانی به عمل می‌آید.

حمایت مالی

هیچ سازمان دولتی و خصوصی از این پژوهش حمایت مالی نکرده است.

تعارض منافع

در این پژوهش هیچ تعارض منافی توسط نویسندگان گزارش نشده است.

مثبت و فراهیجان منفی زنان قربانی خشونت خانگی و عدم استفاده از روش نمونه‌گیری تصادفی از محدودیت‌های پژوهش حاضر بود. پیشنهاد می‌شود برای افزایش قدرت تعمیم‌پذیری، در سطح پژوهشی، این پژوهش در شهرها و مناطق و جوامع با فرهنگ‌های مختلف، دیگر گروه‌های سنی، سایر جامعه زنان همانند زنان قربانی خشونت مبتلا به افسردگی و زنان دارای همسران معتاد و مهار عوامل ذکر شده اجرا گردد. با توجه به درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر بر کنترل خشم، فراهیجان مثبت و فراهیجان منفی زنان قربانی خشونت خانگی، پیشنهاد می‌شود در سطح عملی درمان فراتشخیصی یکپارچه‌نگر با تهیه برشور و کتابچه‌های علمی به مشاوران، روان‌شناسان و درمانگران مراکز مشاوره (به خصوص مراکز مشاوره اداره بهزیستی شهرستان‌ها) ارائه شود تا با استفاده از محتوای این مداخله در جهت بهبود کنترل خشم و فراهیجان مثبت و کاهش فراهیجان منفی در زنان قربانی خشونت خانگی گام‌های عملی بردارند. همچنین به منظور کاهش بار روانی و داغ اجتماعی تجربه خشونت خانگی توسط زنان، پیشنهاد می‌شود که کمپین‌های اطلاع‌رسانی عمومی

منابع

- اعلم الهدی، م.، و زینالی، ع. (۱۴۰۰). نقش فراشناخت، فراحافظه و فراهیجان در پیش‌بینی یادگیری خودراهبر دانش‌آموزان. آموزش و ارزشیابی، ۱۴(۵۳)، ۹۳-۱۰۸.
- اکبری وردنجانی، ن.، زاده باقری، ق. (۱۴۰۲). ارائه مدل آشفتنگی روان شناختی بر اساس خودمراقبتی و تاب‌آوری روانی با نقش میانجی‌گری خودشفقتی در بیماران مبتلا به مالتیپل اسکلروزیس. پژوهش‌های نوین روان‌شناختی، ۱۸(۷۱)، ۱۱-۱.
- آقاخانی، ن.، موسوی، ا.، افتخاری، 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 مراجعه‌کننده به مراکز پزشکی قانونی در شهرستان ارومیه در سال ۱۳۹۱. مجله پرستاری و مامایی ارومیه، ۱۱(۱۱)، ۹۰۷-۹۱۷.
- رضایی، ن.، پارسایی، ا.، نجاتی، ع.، نیک‌آمال، م.، هاشمی رزینی، س. (۱۳۹۳). ویژگی‌های روانسنجی مقیاس فراهیجان دانشجویان. تحقیقات روان‌شناختی، ۶(۲۳)، ۱۲-۱.
- شرفی، م.ر.، جعفری، د.، و بهرامی، م. (۱۴۰۲). مقایسه اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه و درمان شناختی رفتاری بر علائم افسردگی و اضطراب نوجوانان دارای اختلال اضطراب فراگیر. تحقیقات علوم رفتاری، ۲۱(۱)، ۱۳۸-۱۵۰.
- شهریاری، ی.، قاسم‌زاده، س.، کاشانی وحید، ل.، و وکیل‌ها، س. (۱۴۰۱). اثربخشی برنامه یکپارچه درمان فراتشخیصی بر استرس والدینی و افسردگی در نوجوانان مبتلا به دیابت نوع یک. دانشور پزشکی، ۳۰(۱۵۸)، ۷۲-۸۳.
- گله‌گیریان، ص.، دیره، ع.، قمرانی، ا.، و پولادی ریشه‌ری، ع. (۱۴۰۰). اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه بر اجتناب تجربه‌ای و اندیشه‌پردازی خودکشی در دختران قربانی خشونت خانگی. روشها و مدل‌های روان‌شناختی، ۱۲(۴۶)، ۶۹-۸۴.
- ملک‌پور، م.، زنگنه، س.، آقابابایی، س. (۱۳۹۱). ویژگی‌های روان‌سنجی فرم کوتاه پرسشنامه خشم ناکو در شهر اصفهان. پژوهش‌های علوم شناختی و رفتاری، ۲(۱)، ۸-۱.

هلاکویی، آ.، قاسم زاده، س.، و ارجمندنیا، ع. (۱۴۰۱). اثربخشی برنامه یکپارچه درمان فراتشخیصی بر اضطراب نوجوانان و فرزندپروری مادران آنها. علوم پزشکی رازی، ۲۹(۴)، ۱۵۰-۱۵۹.

Bailen, N.H., Wu, H., & Thompson, R.J. (2019). Meta-emotions in daily life: Associations with emotional awareness and depression. *Journal of Emotion*, 19(5), 776-787.

Barlow, D.H., Allen, L.B., Choate, M.L. (2016). Toward a Unified Treatment for Emotional Disorders – *Republished Article*. *Behavior Therapy*, 47(6), 838-853.

Block, C.J., Gupta, A., Li, A. (2022). Can a relationship buffer women leaders against the negative consequences of anger expression? *Journal of Vocational Behavior*, 133, 1036-1041.

Candia, D.D., Franceschetti, L., Giordano, G., Merelli, V.G., Attisano, G.L., Boracchi, M., Barbara, G., Kustermann, A., Cattaneo, C. (2023). Toxicological analysis in victims of sexual and domestic violence: A retrospective study of a 3-year period (2018–2020). *Journal of Forensic and Legal Medicine*, 99, 1025-1028.

Carlucci, L., Saggino, A., Balsamo, M. (2021). On the efficacy of the unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 87, 1019-1024.

Cassiello-Robbins, C., Rosenthal, M.Z., Ammirati, R.J. (2021). Delivering Transdiagnostic Treatment Over Telehealth During the COVID-19 Pandemic: Application of the Unified Protocol. *Cognitive and Behavioral Practice*, 28(4), 555-572.

Castro-Camacho, L., Díaz, M.M., Barbosa, S. (2022). Effect of a group prevention program based on the unified protocol for college students in Colombia: A quasi-experimental study. *Journal of Behavioral and Cognitive Therapy*, 52, 628-633.

Çelik, AS., 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.

Deckert, M., Schmoeger, M., Auff, E., Willinger, U. (2020). Subjective emotional arousal: an explorative study on the role of gender, age, intensity, emotion regulation difficulties, depression and anxiety symptoms, and meta-emotion. *Psychological Research*, 84, 1857–1876.

Erbaş, R. (2021). Effective criminal investigations for women victims of domestic violence: The approach of the ECtHR. *Women's Studies International Forum*, 86, 1024-1028.

Gambetti, E., Giusberti, F. (2016). Anger and everyday risk-taking decisions in children and adolescents. *Personality and Individual Differences*, 90, 342-346.

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.

Krahé, B. (2018). Violence against women, *Current Opinion in Psychology*, 19, 6-10.

Lau, W., Chisholm, K., Gallagher, M.W., Felmingham, K., Murray, K., Pearce, A., Doyle, N., Alexander, S., O'Brien, H., Putica, A., Khatri, J., Bockelmann, P., Hosseiny, F., Librado, A., Notarianni, M., O'Donnell, M.L. (2023). Comparing the unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders to prolonged exposure for the treatment of PTSD: Design of a non-inferiority randomized controlled trial. *Contemporary Clinical Trials Communications*, 33, 1011-1015.

Luo, Y., Zhang, Y., Sun, X., Dong, J., Wu, J., Lin, X. (2022). Mediating effect of self-control in the relationship between psychological distress and food addiction among college students. *Appetite*, 179, 1062-1068.

Miyar, J.R.B. (2018). The effect of conditional cash transfers on reporting violence against women to the police in Mexico. *International Review of Law and Economics*, 56, 73-91.

Nicolaidou, I., Tozzi, F., Antoniadou, A. (2022). A gamified app on emotion recognition and anger management for pre-school children. *International Journal of Child-Computer Interaction*, 31, 1004-1009.

Norman, E., & Furnes, B. (2016). The concept of “metaemotion”: What is there to learn from research on metacognition? *Emotion Review*, 8(2), 187-193.

Novaco, R.W. (1998). Anger and Trauma: conceptualization, Assessment and Treatment. New York: Springer-Verlag.

Pan, M., Liu, X., Gao, X., Fu, Z., Liu, L., Li, H., Wang, Y., Qian, Q. (2024). Feasibility, Acceptability, and Preliminary Efficacy of the Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders in Adolescents (UP-A) in China: A Pilot Study. *Behavior Therapy*, In Press, Journal Pre-proof.

Peláez, T., López-Carrilero, R., Espinosa, V., Balsells, S., Ochoa, S., Osmá, J. (2024). Efficacy of the unified protocol for transdiagnostic treatment of comorbid emotional disorders in patients with ultra high risk for psychosis: Results of a randomized controlled trial. *Journal of Affective Disorders*, 367, 934-943.

Peris-Baquero, O., Moreno-Pérez, J.D., Navarro-Haro, M.V., Díaz-García, A., Osmá, J. (2023). Emotion dysregulation and neuroticism as moderators of group Unified Protocol effectiveness outcomes for treating emotional disorders. *Journal of Affective Disorders*, 331, 313-321.

Ruddle, A., Pina, A., Vasquez, E. (2017). *Domestic violence offending behaviors: A review of the literature examining childhood exposure, implicit theories, trait aggression and anger rumination as predictive factors*. *Aggression and Violent Behavior*, 34, 154-165.

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.

Sirois, M., Bernier, A., Lemelin, J. (2018). *Child temperamental anger, mother-child interactions, and socio-emotional functioning at school entry*. *Early Childhood Research Quarterly*, 47, 30-38.

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.

Theeke, L., Carpenter, R.D., Mallow, J., Theeke, E. (2019). *Gender differences in loneliness, anger, depression, self-management ability and biomarkers of chronic illness in chronically ill mid-life adults in Appalachia*. *Applied Nursing Research*, 45, 55-62.

Weiss, N.H., Darosh, A.G., Contractor, A.A., Forkus, S.R., Dixon-Gordon, K.L., Sullivan, T.P. (2018). *Heterogeneity in emotion regulation difficulties among women victims of domestic violence: A latent profile analysis*. *Journal of Affective Disorders*, 239, 192-200.

Yildirim, N., Toraman, A.U. (2023). *Analysis of the descriptive characteristics of female victims of violence applying to the domestic violence office of a court of law*. *Journal of Forensic and Legal Medicine*, 96, 1025-1030.

Original Article

Effectiveness of Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment on Anger Control and meta-emotion of Women Victims of Domestic Violence

Received: 12/02/2025 - Accepted: 06/09/2025

Somayeh Sabaghi Renani¹

Ali Mahdad^{*2}

Hajar Torkan³

¹ PhD student in Psychology, Faculty of Islamic Education, Isfahan (Khorasgan) Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran.

² Associate Professor, Department of Psychology, Faculty of Islamic Education, Isfahan (Khorasgan) Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran.

³ Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Islamic Education, Isfahan (Khorasgan) Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran.

Email: a.mahdad@khuisf.ac.ir

Abstract

Introduction: Domestic violence exposes female victims to various psychological, emotional, and cognitive harms. Accordingly, the present study was conducted to investigate the effectiveness of unified protocol for transdiagnostic treatment on anger control and meta-emotion of women victims of domestic violence.

Methods: The current study was a semi-experimental application with a pre-test-post-test design with a control group and a two-month follow-up period. The statistical population of the present study was made up of women who were victims of domestic violence who referred to Isfahan Welfare Department in the winter season of 2023. In this research, 36 woman victims of domestic violence were selected by purposeful sampling and randomly assigned to experimental and control groups (18 woman in the experimental group and 18 woman in the control group). The women in the experimental group received the unified protocol for transdiagnostic treatment during ten weeks in ten 90-minute sessions. Experienced Domestic Violence Questionnaire (EDVQ), Anger Control Questionnaire (ACQ) and Meta-Emotion Questionnaire (MEQ) were used in the present study. The data were analyzed through mixed ANOVA via SPSS23 software.

Results: The results showed that unified protocol for transdiagnostic treatment has significant effect on the anger control ($p < 0.0001$) and meta-emotion ($p < 0.0001$) in women victims of domestic violence.

Conclusion: Based on the findings of the research, unified protocol for transdiagnostic treatment by emphasizing the adaptive and functional nature of emotions, increasing the patient's awareness of the role of cognitions and emotions and physical and behavioral feelings, investigating the role of stimuli in creating emotional experiences and recognizing behaviors derived from emotions can be as an efficient method to increase the anger control and meta-emotion in women victims of domestic violence.

Keywords: Anger control, Domestic Violence, Meta-Emotion, Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment