

## مقاله اصلی

# مقایسه اثربخشی آموزش توانمندسازی روان‌شناختی و طرحواره درمانی بر تاب‌آوری روان‌شناختی و افکار خودکشی دختران نوجوان قربانی خشونت خانگی

تاریخ دریافت: ۱۴۰۲/۰۲/۱۲ - تاریخ پذیرش: ۱۴۰۲/۰۸/۱۷

### خلاصه

**مقدمه:** امروزه عوامل به وجود آورنده فشار عصبی در زندگی همه افراد وجود دارد و مشکلاتی برای فرزندان در خانواده‌ها ایجاد نموده است، در خانواده‌های گاهی اوقات به دلیل درک متقابل والدین و فرزندان، خشونت خانگی ایجاد می‌گردد، که این امر منجر به افکار منفی در فرزندان از قبیل خودکشی می‌شود. هدف از مطالعه حاضر مقایسه اثربخشی آموزش توانمندسازی روان‌شناختی و طرحواره درمانی بر تاب‌آوری روان‌شناختی و اندیشه‌پردازی خودکشی دختران نوجوان قربانی خشونت خانگی شهر دهدشت صورت می‌گیرد.

**روش کار:** این مطالعه از نوع روش پژوهش شبه آزمایشی با طرح سه مرحله‌ای (پیش‌آزمون - پس‌آزمون - پیگیری) و سه گروهی با دوره پیگیری دو ماهه صورت گرفته است، جامعه آماری پژوهش شامل دختران نوجوان قربانی خشونت خانگی شهرستان دهدشت در شش ماهه دوم سال ۱۴۰۰ بود که تعداد ۴۵ نفر در سه گروه ۱۵ نفری (گروه آزمایش آموزش توانمندسازی روان‌شناختی، گروه طرحواره درمانی و گروه گواه) به عنوان نمونه بصورت تصادفی - طبقه‌ای، انتخاب شد، تجزیه و تحلیل آماری به کمک نرم افزار SPSS نسخه ۲۳ و از آزمون تحلیل واریانس با طرح ترکیبی<sup>۱</sup> و اندازه‌گیری مکرر صورت گرفت.

**نتایج:** نتایج نشان داد که بین میزان اثربخشی آموزش توانمندسازی روان‌شناختی و طرحواره درمانی بر تاب‌آوری روان‌شناختی، میزان اثربخشی آموزش توانمندسازی روان‌شناختی و طرحواره درمانی بر اندیشه‌پردازی خودکشی دختران نوجوان قربانی خشونت خانگی تفاوت معنادار وجود دارد ( $p < 0.05$ ).

**نتیجه‌گیری:** نتایج نشان داد که آموزش توانمندسازی روان‌شناختی و طرحواره درمانی بر تاب‌آوری روان‌شناختی، اندیشه‌پردازی خودکشی دختران نوجوان قربانی خشونت خانگی شهر دهدشت تاثیر دارد و می‌تواند در کاهش خودکشی و دور کردن افکار منفی موثر واقع گردد، نتایج نشان داد که طرحواره درمانی بر میزان تاب‌آوری روان‌شناختی، اندیشه‌پردازی خودکشی اثرگذاری بیشتری نسبت به آموزش توانمندسازی روان‌شناختی داشته است.

**کلمات کلیدی:** توانمندسازی روان‌شناختی، طرحواره درمانی، تاب‌آوری روان‌شناختی، اندیشه‌پردازی خودکشی، خشونت خانگی

حجت الله اندیشه<sup>۱</sup>

خسرو رمضانی<sup>۲</sup>

سید یوسف رسولی<sup>۳\*</sup>

<sup>۱</sup>دانشجوی دکتری روانشناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی

واحد یاسوج، یاسوج، ایران.

<sup>۲</sup>گروه آموزشی روانشناسی، دانشکده علوم، موسسه آموزش

عالی زند شیراز، شیراز، ایران

<sup>۳</sup>گروه روانشناسی تربیتی، پردیس فرهنگیان شهید ایزدپناه

یاسوج، یاسوج، ایران

Email: rasouli302@gmail.com

<sup>۱</sup>. Mixed Design

## مقدمه

خشونت استفاده از زور فیزیکی به منظور قراردادن دیگران در وضعیتی بر خلاف خواستشان، است. در تمامی جهان خشونت به عنوان ابزاری برای کنترل استفاده می شود، خشونت خانگی به عنوان هر عمل خشونت آمیز مبتنی بر جنسیت است که سبب بروز یا احتمال بروز آسیب های روانی، جسمانی، رنج و آزار و محرومیت زنان از آزادی در زندگی عمومی و خصوصی می شود، تعریف شده است. انواع خشونت خانگی شامل؛ خشونت جسمانی، عاطفی، اجتماعی، اقتصادی و جنسی است که رایج ترین آنها خشونت جسمانی و عاطفی یا روانی است (۱). بر اساس گزارش WHO، خشونت بین فردی باعث شده، هر ماه حدود ۱۸۰ مرگ و میر بین نوجوانان در سراسر جهان رخ دهد؛ دختران نوجوان نیز به احتمال زیاد قربانی و یا ابزاری برای اعمال این خشونت یا پرخشگری خواهند شد (۲). یافته های پژوهشگران نشان داده است که نوجوانان بیش از دیگر گروه های سنی تحت تاثیر خشونت خانگی قرار گرفته اند در مطالعه ای که توسط ریان و همکاران (۲۰۱۸) صورت گرفت نتایج نشان داد که میزان خشونت خانگی میان گروه سنی ۱۲ الی ۱۸ سال بیشترین و در گروه سنی ۱ الی ۱۲ سال کمترین بوده است (۳)، مطالعه ضرابی (۱۳۹۹) نشان داد که میزان خشونت خانگی بین کودکان، نونهالان، نوجوانان و جوانان به ترتیب ۱۲، ۱۷، ۲۶ و ۱۱ درصد بوده است (۴)، خشونت علیه زنان در طول تاریخ جوامع بشری به اشکال و انواع گوناگون وجود داشته که در برخی جوامع این آسیب اجتماعی تشدید شده است. پدیده دردناک خشونت علیه زنان در ابعاد مختلف آن سلامت جسم و روان زنان را به خطر می اندازد و حقوق انسانی آنان را مورد تجاوز قرار می دهد. خشونت علیه زنان پدیده ای است که در آن زن به خاطر جنسیت خود و به علت صرفاً زن بودن مورد اعمال زور و تضییع حق از سوی جنس مخالف قرار می گیرد (۵). بر اساس آمار سازمان جهانی بهداشت از میان هر چهار دختر یک نفر در طول دوران زندگی مشترک با والدین با خشونت مواجه

می گردند (۲). خشونت علیه زنان در ایالات متحده امریکا بطور چشمگیری افزایش یافته بطوریکه در طی بیست سال گذشته از ۱۵ درصد به ۲۳ درصد رسیده است (۳). در میان دختران ایرانی خشونت بطور فزاینده ای در محیط خانواده، مدرسه و جامعه افزایش یافته و این امر موجب شده که افکار خودکشی بطور چشمگیری افزایش یابد (۵)، محمدی و همکاران (۱۳۹۸) در مطالعه ای دریافتند که مهم ترین علت بروز خشونت در میان خانواده ها عوامل اجتماعی، فرهنگی و اقتصادی می باشند، یافته ها نشان داد که دختران بیش از پسران تحت تاثیر خشونت قرار گرفته اند (۶). ارجمندی (۱۴۰۲) در مطالعه ای دریافته است که بروز خشونت خانگی می تواند در افزایش آسیب های اجتماعی از قبیل اعتیاد و خودکشی و سرعت اثرگذار باشد (۷). درخشان پور و همکاران (۱۳۹۳) در مقاله ای با عنوان شیوع خشونت خانگی علیه زنان در بندرعباس، خشونت خانگی و انواع آن را بررسی کرده اند. یافته ها و نتایج نشان می دهند که ۹۲٪ از زنان مورد خشونت خانگی قرار گرفته اند. شایع ترین نوع خشونت علیه این زنان خشونت روانی (۵۴٪) ارزیابی شده است و خشونت کلامی، فیزیکی و جنسی به ترتیب با مقادیر ۳۱٪، ۲۴/۸٪ و ۶/۸٪ در رتبه های بعدی قرار داشته اند. در این پژوهش دو عامل مهم اثرگذار بر خشونت خانگی، سطح تحصیلات و اعتیاد همسر در خانواده بیان شده است (۸). علیوردی نیا و همکاران (۱۳۸۹) در مقاله ای با عنوان تبیین نگرش دانشجویان دختر نسبت به خشونت علیه زنان، آزمون تجربی دیدگاه های یادگیری اجتماعی، نگرش دانشجویان نسبت به خشونت بر ضد زنان را بررسی کرده اند. نتایج گواه است که تمامی فرضیه های تحقیق تأیید شده اند و از بین ۵ متغیر مستقل موجود، تجربه خشونت (۰/۴۷) قوی ترین و مهم ترین پیش بینی کننده (مستقیم) نگرش نسبت به خشونت علیه زنان است. پس از آن به ترتیب متغیرهای جامعه پذیری (۰/۲۳)، مشاهده خشونت (۰/۲۲)، الگوی پاداش و تنبیه (۰/۱۴) و تقلید از والد هم جنس (۰/۱۱) بیشترین تأثیر را بر نگرش نسبت به خشونت علیه زنان داشته است (۹).

افراد افزایش داده و باعث می‌شود فرد با گذر از شرایط تنش‌زا، پیامدهای سالم روان‌شناختی و محیطی را تجربه نماید (۱۳).

بروز آسیب‌های روان‌شناختی، هیجانی و جسمی در خانواده همچون خشونت خانگی، افکار خودکشی<sup>۲</sup> را در قربانیان افزایش می‌دهد که این فرایند ریسک خودکشی را در پی دارد (۱۴). خودکشی به عنوان سومین علت مرگ و میر در میان جوانان و نوجوانان به حساب می‌آید (۱۵). اختلالات روان‌شناختی و عوامل اجتماعی - زیستی عوامل خطر ساز مرتبط با این مشکل را تشکیل می‌دهند (۱۶). از جمله عوامل خطر ساز در خودکشی می‌توان به استرس و فشار روانی ناشی از شکست‌های تحصیلی، مشکلات مالی، شکست در روابط عاطفی و مشکلات درون خانوادگی شدید اشاره کرد (۱۷). پژوهش‌های انجام شده در داخل کشور نشان‌دهنده این موضوع است که بالاترین میزان خودکشی در گروه سنی ۱۵ تا ۲۵ سال اتفاق افتاده است (۱۸).

همجوشی شناختی چنان شخص را تحت تاثیر منفی قرار می‌دهد که پس از مدتی به عنوان تفسیر درست از تجارب شخصی تلقی شده و دیگر قابل تشخیص از تجارب واقعی فرد نیستند (۱۹). همچنین همجوشی شناختی زمانی رخ می‌دهد که افکار فرد روی رفتار اثر گذارند و باعث شوند فرد به جای توجه به فرآیند فکر (زمینه) به تولیدات فکر (محتوا) توجه کنند (۲۰). به عبارتی، فرد طوری تحت تأثیر افکارش قرار می‌گیرد که گویی کاملاً واقعی‌اند و موجب می‌شود رفتار و تجربه بر دیگر منابع تنظیم رفتار او حاکم شوند و فرد نسبت به نتایج مستقیم حساسیت کمتری پیدا کند (۲۱).

بر اساس پژوهش‌های گذشته می‌توان توانمندسازی روان‌شناختی افراد را در پنج بعد شایستگی<sup>۳</sup>، مؤثر بودن<sup>۴</sup>، خودمختاری<sup>۵</sup>، معنی‌دار بودن<sup>۶</sup> و اعتماد<sup>۷</sup> خلاصه کرد (۲۲).

جایوب کیم و همکاران (۲۰۰۹) در مقاله‌ای با عنوان وقوع خشونت خانوادگی و اثرات آن بر روی سلامت روانی و اجتماعی زنان در کره جنوبی، نقش خشونت علیه زنان بر سلامت روانی و اجتماعی آنها را بررسی کرده‌اند. نتایج نشان می‌دهد میزان وقوع خشونت‌های روانی، فیزیکی، جنسی از جانب شوهر در بین زنان کره جنوبی به ترتیب ۲۶/۴٪، ۲۹/۵٪، ۳/۷٪ است. همچنین رابطه معناداری بین مشاهده و تجربه خشونت در خانواده پدری با خشونت علیه زنان به دست آمده است. نتایج نشان می‌دهد زنانی که شوهرانشان با آنها رفتار خشونت‌آمیز دارند، نسبت به زنانی که چنین تجربه‌ای را نداشته‌اند افسردگی، اختلال عملکردهای اجتماعی و عزت‌نفس پایین‌تری داشته‌اند (۱۰).

خشونت خانگی به طور فزاینده افکار خودکشی را میان جوانان و نوجوانان تسریع می‌بخشد و بر اساس مطالعه ریان و همکاران (۲۰۱۸) این شاخص در میان نوجوانان بیش از جوانان افزایش داشته است (۴)، خشونت خانگی بر کنترل هیجانات نیز اثرگذار است و میزان هیجان را افزایش می‌دهد (۸)، افرادی که تاب‌آوری بالاتری دارند در صورتیکه تحت تاثیر خشونت قرار بگیرند مقاوم بوده و از خودکشی دوری می‌جویند (۶).

تاب‌آوری به فرایند پویای انطباق مثبت با تجربه‌های تلخ و ناگوار زندگی اطلاق می‌شود (۱۱). تاب‌آوری صرفاً مقاومت منفعل در برابر آسیب‌ها یا شرایط تهدید کننده نیست، بلکه فرد تاب‌آور مشارکت کننده فعال و سازنده محیط پیرامونی خود است (۱۲). تاب‌آوری که یک فرایند پویای روان‌شناختی به شمار می‌رود، در موقعیت‌های مختلف زندگی به ویژه مواقع بحرانی، پاسخ‌های افراد را تحت تاثیر قرار داده و با کنترل احساسات، عواطف و هیجان‌ها، موجبات عملکرد بهتر آنها را در این موقعیت‌ها موجب می‌گردد. این فرایند سازگاری موفق<sup>۱</sup> با شرایط ناگوار را در

5. self-determination

6. meaning

7. confidence

1. Successful adaptation

2. Suicidal thoughts

3. competence

4. impact

توانمندسازی روان‌شناختی و طرحواره درمانی می‌تواند با بهبود وضعیت تاب‌آوری آنها مرتفع گردد. در این مطالعه بصورت ترکیبی از دو روش درمانی آموزش توانمندسازی روان‌شناختی و طرحواره درمانی استفاده شده که نسبت به دیگر مطالعات به نظر نتایج جامع‌تری ارائه نماید و از طرفی اثرگذاری این روش‌ها بر مولفه‌های تاب‌آوری روان‌شناختی و همجوشی شناختی دختران نوجوان قربانی خشونت خانگی مورد سنجش قرار می‌گیرند که می‌تواند در نوع خود جدید باشد، هدف از انجام مطالعه حاضر مقایسه اثربخشی آموزش توانمندسازی روان‌شناختی و طرحواره درمانی بر تاب‌آوری روان‌شناختی، اندیشه‌پردازی خودکشی و همجوشی شناختی دختران نوجوان قربانی خشونت خانگی شهر دهدشت می‌باشد.

### روش تحقیق

روش پژوهش از نوع روش پژوهش نیمه‌آزمایشی با طرح سه مرحله‌ای (پیش‌آزمون- پس‌آزمون- پیگیری) و سه گروهی (گروه آزمایش آموزش توانمندسازی روان‌شناختی، گروه طرحواره درمانی و گروه گواه) با دوره پیگیری دو ماهه است. جامعه آماری پژوهش شامل دختران نوجوان قربانی خشونت خانگی شهرستان دهدشت در شش ماهه دوم سال ۱۴۰۰ بوده‌اند که با مراجعه به اداره بهزیستی تحت مراقبت قرار گرفته‌اند. جهت انتخاب دختران نوجوان قربانی خشونت خانگی از روش نمونه‌گیری هدفمند استفاده شد. بدین صورت که به منظور شناسایی دختران قربانی خشونت خانگی به بهزیستی شهرستان دهدشت مراجعه شد. سپس با شناسایی دخترانی که به دلیل خشونت خانوادگی به بهزیستی معرفی شده‌اند، پرسشنامه خشونت خانگی بین آنها توزیع شد. پس از جمع‌آوری و نمره‌گذاری پرسشنامه‌ها، دخترانی که نمرات بالاتر از میانگین در پرسشنامه خشونت خانگی به دست آورده بودند، مورد شناسایی قرار گرفتند (نمرات بالاتر از ۵۱). سپس این دختران با استفاده از مصاحبه بالینی مورد بررسی مجدد قرار گرفتند که از تجربه خشونت خانگی در نزد آنها اطمینان

دیگر روش درمانی مورد استفاده در پژوهش حاضر، طرحواره‌درمانی<sup>۱</sup> است، طرحواره‌درمانی، درمان یکپارچه و جدیدی است که عمدتاً بر اساس گسترش مفاهیم و روش‌های درمان شناختی - رفتاری بنا شده است (۱۹). طرحواره‌درمانی را نباید به عنوان رقیب و یا شکل موفق‌تر درمان شناختی رفتاری در نظر گرفت، بلکه درمان مکملی در مواردی است که به نظر می‌رسد درمان شناختی رفتاری موفقیتی نخواهد داشت (۱۸). رویکرد طرحواره‌درمانی در قالب جنبش "سازنده‌گرایی" می‌گنجد. در جنبش سازنده‌گرایی بر نقش عواطف در فرآیند تغییر، به کارگیری تکنیک‌های تجربی، دلبستگی‌های اولیه و رفتارهای بین‌فردی تاکید می‌شود. در واقع طرحواره‌ها حاصل گفتگوی والدین با کودک هستند که به تدریج در ذهن او جای گرفته‌اند و هم‌اکنون به گونه‌ای نظام‌مند، اما ناکارآمد، زندگی وی را زیر سیطره خود گرفته‌اند، طرحواره‌درمانی حاصل تلاشی ماهرانه برای غنی‌ساختن تکنیک‌های درمانی است. این رویکرد بر پایه شناخت درمانی بنا شده و برای بسیاری از مشکلاتی که افراد در زندگی روزمره خود با آنها دست به‌گریبان هستند، راه حل می‌آفریند (۲۳).

در محیط خانواده گاهی شاهد بروز رفتارهای ناهنجار از جانب افرادی هستیم که می‌تواند در محیط خانواده مشکلات روحی و روانی برای اعضا را ایجاد نماید، دختران بیشتر از پسران در خانواده تحت تاثیر خشونت‌های خانگی والدین قرار می‌گیرند، این خشونت می‌تواند بر سلامت روحی و روانی آنها تاثیر منفی داشته باشد، بطوریکه افسردگی، روان‌پریشی و استرس را در آنها افزایش می‌دهد، بکارگیری شیوه‌های درمانی روان‌شناختی از قبیل طرحواره‌درمانی و توانمندسازی روان‌شناختی می‌تواند در شناسایی مشکلات این گروه اثرگذار باشد، مهمترین ضرورت انجام مطالعه حاضر شناسایی عوامل موثر بر بازآفرینی وضعیت روحی و روانی دخترانی است که تحت تاثیر خشونت قرار می‌گیرند، این خلا با بکارگیری راه‌های درمانی از قبیل آموزش

1. Schema Therapy

دختر در گروه آزمایش آموزش توانمندسازی روان‌شناختی، ۱۵ دختر در گروه طرحواره درمانی و ۱۵ دختر در گروه گواه، پرسشنامه‌های پژوهش به صورت گروهی بر روی افراد حاضر در پژوهش اجرا شد. در نهایت، بر روی گروه‌های آزمایش مداخلات آموزش توانمندسازی روان‌شناختی (۱۲ جلسه) و طرحواره درمانی (۱۰ جلسه) هفته‌ای یک جلسه ۹۰ دقیقه‌ای، به شکل جداگانه در طی سه ماه انجام شد، در حالی که گروه گواه مداخلات درمانی را دریافت نکردند. پس از دوره‌ای دو ماهه، مرحله پیگیری نیز اجرا شد. جهت ایجاد انگیزه برای دختران برای شرکت در پژوهش حاضر، قبل از شروع مداخله، جوانب درمانی و آموزشی مداخلات برای شرکت‌کنندگان توضیح داده شد.

حاصل شود. در مرحله آخر تعداد ۴۵ نفر از این دختران 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 آموزش توانمندسازی روان‌شناختی، ۱۵ دختر در گروه آزمایش طرحواره درمانی و ۱۵ دختر در گروه گواه).

جهت انجام پژوهش ابتدا هماهنگی‌های لازم با مسئولان مربوطه بهزیستی شهرستان دهدشت انجام شد. سپس با توزیع پرسشنامه خشونت خانگی جهت شناسایی دختران دارای تجربه خشونت خانگی، حجم نمونه برای پژوهش حاضر انتخاب شد. سپس با رضایت کتبی و گمارش دختران دارای تجربه خشونت خانگی در گروه‌های آزمایش و گواه (۱۵)

#### جدول ۱. خلاصه جلسات طرحواره‌درمانی (کلوگ و یانگ، ۲۰۰۶؛ به نقل از احمدزاده، ۱۳۹۹)

جلسات	شرح جلسه
اول	توضیح مدل طرحواره به زبان ساده و شفاف، چگونگی شکل‌گیری طرحواره‌های ناسازگار اولیه، ویژگی‌های طرحواره ناسازگار اولیه، ریشه‌های تحولی و حوزه‌های آن، سبک‌ها و پاسخ‌های مقابله‌ای ناسازگار.
دوم	آموزش به بیمار در خصوص طرحواره‌ها، مفهوم سازی مشکل بیمار طبق رویکرد طرحواره‌محور و شناسایی حوزه‌های مختل طرحواره مربوط به بیماران، بررسی شواهد عینی تأیید کننده و طرد کننده طرحواره‌ها بر اساس شواهد زندگی گذشته و فعلی بیمار.
سوم	آموزش تکنیک‌های شناختی طرحواره درمانی شامل آزمون اعتبار طرحواره و تعریف جدید از شواهد تأیید کننده طرحواره.
چهارم	آموزش و تمرین دو تکنیک شناختی دیگر شامل ارزیابی مزایا و معایب سبک‌های مقابله‌ای بیمار و برقراری گفتگو بین جنبه طرحواره و جنبه سالم، و یادگیری پاسخ‌های جنبه سالم توسط بیمار
پنجم	آموزش تکنیک‌های تهیه و تدوین کارت‌های آموزشی طرحواره هنگام مواجهه با موقعیت برانگیزاننده طرحواره، نوشتن فرم ثبت طرحواره در طی زندگی روزمره و زمان برانگیخته شدن طرحواره‌ها.
ششم	ارایه منطق استفاده از تکنیک‌های تجربی، تصویرسازی ذهنی، مفهوم‌سازی تصویر ذهنی در قالب طرحواره و شناسایی نیازهای هیجانی ارضاء نشده و جنگیدن علیه طرحواره‌ها در سطح عاطفی.
هفتم	ایجاد فرصت برای بیمار جهت شناسایی احساساتش نسبت به والدین و نیازهای برآورده نشده‌اش توسط آنها، کمک به بیماری برای بیرون ریختن عواطف بلوکه شده با حادثه آسیب‌زا و فراهم نمودن زمینه حمایت برای بیمار.

هشتم	پیدا کردن راه‌های جدید برای برقراری ارتباط و دست برداشتن از سبک‌های مقابله‌ای اجتناب و جبران افراطی، تهیه فهرست جامعی از رفتارهای مشکل‌ساز و تعیین اولویت‌های تغییر و مشخص نمودن آماج‌های درمانی.
نهم	تصویرسازی ذهنی موقعیت‌های مشکل‌آفرین و رویارویی با مشکل‌سازترین رفتار، تمرین رفتارهای سالم از طریق تصویرسازی ذهنی و ایفای نقش و انجام تکالیف مرتبط با الگوهای رفتاری جدید، بازنگری مزایا و معایب رفتارهای ناسالم و سالم.
دهم	غلبه بر موانع تغییر رفتار، جمع‌بندی و نتیجه‌گیری.

## جدول ۲. خلاصه جلسات آموزش توانمندسازی روان‌شناختی

جلسه	موضوع و شرح جلسه
اول	آشنایی و معارفه، بیان مقررات و اهداف جلسه، توضیح مختصری در مورد توانمندسازی روان‌شناختی، اصول و پیامدها.
دوم	توضیح در مورد استرس و عوامل استرس‌زا، درخواست بیان تجربیات، از آنجایی که یکی از منابع استرس‌زا کمبود اطلاعات در مورد راه‌های مقابله با خشونت می‌باشد، دادن آگاهی و اطلاعات به توانمندسازی آنها کمک می‌نماید. آموزش برنامه تن‌آرامی و کسب آرامش روانی جهت کاهش تنش‌ها، دادن تکلیف منزل.
سوم	بررسی تکلیف منزل، صحبت پیرامون اضطراب و نگرانی‌های دختران در مورد تجارب خشونت، توضیح در مورد مولفه اعتماد که یکی از مولفه‌های توانمندسازی روان‌شناختی است، اعتماد می‌تواند شامل اعتماد به کادر درمانی، روش‌های درمانی، اعتماد به خداوند و تکیه کردن به قدرت لایزال او (توکل) باشد، ارائه تکلیف منزل.
چهارم	بررسی تکلیف منزل، توضیح در مورد کاهش کیفیت زندگی و حیطه‌های مختلف آن به دلیل تجربه خشونت، یکی از حیطه‌هایی که شدیداً به خطر می‌افتد، روابط خانوادگی و اجتماعی است. از آنجایی که احساس شایستگی با کیفیت زندگی ارتباط دارد، مولفه احساس شایستگی آموزش داده شد و مهارت‌هایی در مورد رفتار با سایر افراد ارائه شد. ارائه تکلیف منزل
پنجم	بررسی تکلیف منزل، توضیح در مورد نقش تاب‌آوری روان‌شناختی در کاهش آسیب‌های روانی خشونت و اینکه این نوع تاب‌آوری می‌تواند قدرت مقابله‌ای افراد را افزایش دهد، به دلیل ارتباط خودتعیین‌گری با تاب‌آوری روان‌شناختی، مولفه توانمندسازی خودتعیینی آموزش داده شد و سپس در مورد اجزای آن توضیحاتی ارائه گردید. ارائه تکلیف.
ششم	بررسی تکلیف منزل، توضیح در مورد تصور این که فعالیت‌های والدین در جهت رفاه فرزند بیمار چندان سودی ندارد و پیامدهای آن: افسردگی و ناامیدی است، توضیح در خصوص مولفه معناداری. توضیح در مورد نشخوارهای فکری در مورد بیماری و آینده فرزند، ارائه تکنیک‌هایی در جهت کاهش نشخوار فکری، ارائه تکلیف منزل.
هفتم	بررسی تکلیف منزل، از آنجایی که دختران دارای تجربه خشونت خانگی، ممکن است به دلیل بار مضاعف روانی حاصل از خشونت، احساس ناکارآمدی در مقابل مشکلات داشته باشند، بنابراین مولفه توانمندسازی خودکارآمدی به آنان آموزش داده شد، توضیح در مورد منابع خودکارآمدی و ویژگی‌های افراد خودکارآمد، ارائه تکلیف منزل.
هشتم	بررسی تکلیف منزل، بررسی علل غمگینی دختران دارای تجارب خشونت و کاهش شادمانی در آنها، توضیح در مورد شادکامی، سپاسگزاری و قدردانی عاملی برای شادکامی. توضیح در مورد قدردانی مولفه دیگری از

توانمندسازی، توضیح در مورد پیامدهای آن: تحکیم پیوندهای اجتماعی (از جمله رابطه با دیگر افراد ایمن)، ارائه تکلیف منزل.	
بررسی تکلیف منزل، توضیح در خصوص موثر بودن، ادراک کنترل، منبع کنترل، تمرین به کارگیری توانمندی‌ها در عمل و بررسی احساس موثر بودن از این طریق به عنوان تکلیف منزل	نهم
بررسی تکلیف منزل، بررسی علل ناسازگاری‌ها، فقدان مهارت‌های مقابله‌ای کارآمد، توضیح در مورد مهارت‌های مقابله‌ای مسئله‌مدار، توضیح در مورد حل مسئله و گام‌های آن، ارائه تکلیف منزل.	دهم
بررسی تکلیف منزل، در این جلسه بررسی علل خشم در دختران دارای تجربه خشونت (احساس ناکامی و بدبختی)، واکنش‌های انجام یافته در بدن به هنگام خشم، مراحل خشم، علل خشم، اثرات خشم، روش مقابله با خشم که نوعی توانمندی روان‌شناختی محسوب می‌گردد، تکلیف منزل.	یازدهم
جمع‌بندی جلسات، پاسخ‌گویی به سوالات و برگزاری پس‌آزمون	دوازدهم

- دریافت گواهی‌های کسب و اعلام موافقت از مسئولان بهزیستی شهرستان دهدشت.

- شرط گمنامی برای تک تک شرکت کنندگان به منظور جلوگیری از تبعات احتمالی منفی برای آن‌ها رعایت شده بود.

- هیچ‌گونه اجباری برای افراد شرکت کننده از سوی محقق نبوده است.

- نتایج به دست آمده به صورت کاملاً محرمانه و فقط در راستای پژوهش بوده است.

- مباحث داخل جلسات فقط در راستای محتوای درمان بوده است.

- تمامی شرکت کنندگان از هدف برگزاری این جلسات و پاسخگویی به آزمون‌ها آگاه بودند.

- دختران نوجوان قربانی خشونت خانگی حاضر در گروه گواه نیز پس از اتمام پژوهش به محتوای مداخلات استفاده شده در این پژوهش دسترسی پیدا کردند. پس از دعوت از این دانش‌آموزان تعداد ۴ دانش‌آموز یکی از مداخلات پژوهش حاضر را به دلخواه دریافت کردند.

در این پژوهش برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از آزمون لوین برای بررسی برابری واریانس‌ها و از آزمون موجلی برای بررسی پیش فرض کرویت داده‌ها استفاده شد. در نهایت جهت مقایسه اثربخشی آموزش توانمندسازی روان‌شناختی و طرمواره درمانی بر تاب‌آوری روان‌شناختی، اندیشه‌پردازی خودکشی دختران نوجوان قربانی خشونت خانگی از آزمون تحلیل واریانس با طرح ترکیبی<sup>۱</sup> و اندازه‌گیری مکرر استفاده گردید. نتایج آماری با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS-۲۴ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

### ملاحظات اخلاقی

اولین اقدام پژوهشگر تدوین فرم‌های مربوط به رضایت آگاهانه شرکت در طرح تحقیقاتی جهت ارائه به شرکت کنندگان (دختران نوجوان قربانی خشونت خانگی) بود. در این فرم‌ها مواردی مانند: محرمانه بودن اسم و مشخصات شرکت کنندگان در پژوهش در تمام مراحل، مطلع شدن از نتایج تمام ارزیابی‌های فردی توسط پژوهشگر، وجود حق انصراف شرکت کنندگان و روش‌های جایگزین برای آنها مورد توجه بود.

<sup>۱</sup>. Mixed Design

زمینه عوامل مرتبط با تهدید است. طیف نمره گذاری بصورت ۵ گزینه ای لیکرت و بدین صورت بوده که بترتیب برای گزینه ها خیلی کم، کم، تاحدودی، زیاد و خیلی زیاد به ترتیب نمره گذاری ۱ الی ۵ درج شد، در ایران محمدی (۱۳۹۵) در مطالعه ای ضریب پایایی ۰/۸۴ را برای پرسشنامه محاسبه نمود، در پژوهش حاضر نیز پایایی با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۳ محاسبه شد.

#### پرسشنامه افکار خودکشی (STQ)<sup>۴</sup>

پرسشنامه افکار خودکشی توسط بک، کوواس و ویسمن<sup>۵</sup> در سال ۱۹۹۷ تهیه شده که شامل ۱۹ مجموعه می باشد. مانند میل به مردن با سه گزینه صفر (به هیچ وجه)، ۱ (ضعیف)، ۲ (متوسط تا زیاد) و نیز دو عامل میل به خودکشی فعال (۱۰ گزینه)، میل به خودکشی منفعل (۴ گزینه) با دامنه نمرات از ۰ تا ۳۸ می باشد. این پرسشنامه برای بررسی افکار خودکشی اولین بار در دانشگاه مینه سوتا بکار گرفته شد و اسمیت و همکاران (۱۹۹۵) ضریب پایایی آن را ۰/۷۹ محاسبه نمودند، در ایران الهی و همکاران (۱۴۰۱) ضریب پایایی را ۰/۷۸ محاسبه نمودند، در پژوهش حاضر نیز میزان پایایی پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ ۰/۷۴ محاسبه شد.

#### نتایج

##### یافته های توصیفی

یافته های جدول ۳ نشان می دهد که در گروه آزمایش آموزش توانمندسازی روان شناختی بیشترین واحدهای پژوهش (در محدوده سنی زیر ۱۲ سال) قرار داشته اند. در گروه آزمایش طرحواره درمانی بیشترین واحدهای پژوهش (در محدوده سنی ۲۴-۲۱ سال) قرار داشته اند. در گروه گواه بیشترین واحدهای پژوهش (در محدوده سنی ۱۸-۱۶ سال) قرار داشته اند.

- پژوهشگر این مطالعه، متعهد به اصول اخلاقی و انسانی در راستای دوری از هرگونه ابزار غیراخلاقی جهت رسیدن به اهداف موردنظر خویش در پژوهش می باشد و از هر نوع استفاده ناشایسته به ضرر شرکت کنندگان خودداری می کند.

#### ابزارهای پژوهش

##### مقیاس تاب آوری (RC)<sup>۱</sup>

مقیاس تاب آوری توسط کانر و دیویدسون<sup>۲</sup> در سال ۲۰۰۳ جهت سنجش میزان تاب آوری افراد طراحی شد. این مقیاس دارای ۲۵ گویه و ۵ مقیاس می باشد که جواب هر سال به صورت طیف لیکرت پنج درجه ای از کاملاً نادرست تا همیشه درست می باشد.

مقیاس تاب آوری کانر- دیویدسون میزان تاب آوری افراد را در مولفه های زیر اندازه گیری می کند:

- شایستگی / استحکام شخصی (۲۴-۱۲-۱۱-۲۵-۱۰-۲۳-۱۷-۱۶)
- اعتماد به غرایز شخصی (۲۰-۱۸-۱۵-۶-۷-۱۹-۱۴)
- تحمل عواطف منفی (۱-۴-۵-۲-۸)
- مهار (۲۲-۱۳-۲۱)
- معنویت در افراد (۳-۹)

در پژوهش حاضر نیز میزان پایایی پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ محاسبه ۰/۸۷ شد.

##### پرسشنامه خشونت خانوادگی تجربه شده

##### (EDVQ)<sup>۳</sup>

پرسشنامه خشونت خانوادگی تجربه شده توسط آقاخانی، موسوی، افتخاری 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

4. Suicide Thought Questionnaire

5. Beck, Kovac & Weissman

1. Resilience Scale

2. Conner, Davidson

3. Experienced Domestic Violence Questionnaire



## جدول ۳. فراوانی واحدهای مورد پژوهش بر حسب سن

p-value	گروه			سن
	گواه	آزمایش طرحواره درمانی	آزمایش آموزش توانمندسازی روان‌شناختی	
۰/۱۵۶	(۱۳/۳)۲	(۱۳/۳)۲	(۳۳/۴)۵	زیر ۱۲ سال
	(۲۶/۷)۴	(۱۳/۳)۲	(۱۳/۳)۲	۱۵-۱۲ سال
	(۳۳/۴)۵	(۱۳/۳)۲	(۲۶/۷)۴	۱۸-۱۶ سال
	(۱۳/۳)۲	(۲۶/۷)۴	(۱۳/۳)۲	۲۱-۱۹ سال
	(۱۳/۳)۲	(۳۳/۴)۵	(۱۳/۳)۲	۲۴-۲۱ سال
	(۱۰۰)۱۵	(۱۰۰)۱۵	(۱۰۰)۱۵	جمع کل

پژوهش درآمد ماهیانه زیر یک میلیون (۳۳ درصد) داشته‌اند. در گروه گواه بیشترین واحدهای پژوهش درآمد ماهیانه ۳-۱ میلیون تومان داشته‌اند.

یافته‌های جدول ۴ نشان می‌دهد که در گروه آزمایش آموزش توانمندسازی روان‌شناختی بیشترین واحدهای پژوهش درآمد ماهیانه زیر یک میلیون (۴۰ درصد) داشته‌اند. در گروه آزمایش طرحواره درمانی بیشترین واحدهای

## جدول ۴. فراوانی واحدهای مورد پژوهش بر حسب درآمد خانوار

p-value	گروه			درآمد ماهانه خانوار
	گواه	آزمایش طرحواره درمانی	آزمایش آموزش توانمندسازی روان‌شناختی	
۰/۱۳۲	(۲۷)۴	(۳۳)۵	(۴۰)۶	زیر ۱ میلیون تومان
	(۴۰)۶	(۲۷)۴	(۲۰)۳	۳-۱ میلیون تومان
	(۲۷)۴	(۶/۷)۱	(۱۳/۳)۲	۶-۴ میلیون تومان
	(۷)۱	(۱۳/۳)۲	(۶/۷)۱	۹-۷ میلیون تومان
	-	(۲۰)۳	(۱۳/۳)۳	بالای ۹ میلیون تومان
	(۱۰۰)۱۵	(۱۰۰)۱۵	(۱۰۰)۱۵	جمع کل

گروه گواه بیشترین واحدهای پژوهش (۴۰ درصد) شغلی نداشته‌اند.

یافته‌های جدول ۵ نشان می‌دهد که در گروه آزمایش توانمندسازی روان‌شناختی بیشترین واحدهای پژوهش (۳۳ درصد) شغلی نداشته‌اند. در گروه آزمایش طرحواره درمانی بیشترین واحدهای پژوهش (۴۰ درصد) شغلی نداشته‌اند. در

## جدول ۵: فراوانی واحدهای مورد پژوهش بر حسب نوع شغل پدر

p-value	گروه			شغل
	گواه	آزمایش طرحواره درمانی	آزمایش آموزش توانمندسازی روان‌شناختی	
۰/۱۶۵	(۲۷)۴	(۲۰)۳	(۲۷)۴	آزاد
	(۲۰)۳	(۱۳/۳)۲	(۱۳/۳)۲	کارمند
	(۱۳)۲	(۲۷)۴	(۲۷)۴	کشاورز
	(۴۰)۶	(۴۰)۶	(۳۳)۵	بیکار
	(۱۰۰)۱۵	(۱۰۰)۱۵	(۱۰۰)۱۵	جمع کل

آموزش توانمندسازی روان‌شناختی ۶۰/۴، آزمایش طرحواره درمانی ۵۸/۵ و گروه گواه ۵۲/۴ و در حالت پیگیری میانگین تاب آوری روان‌شناختی برای گروه آزمایش آموزش توانمندسازی روان‌شناختی ۶۰/۹، آزمایش طرحواره درمانی ۵۹/۶ و گروه گواه ۵۰/۵ در حالت پیگیری بدست آمده است.

آزمون، پس از پیگیری از تحلیل واریانس با اندازه گیری تکراری استفاده شد که خلاصه نتایج در جدول زیر گزارش شده است.

## جدول ۷. نتایج تجزیه و تحلیل آزمون مداخلی

اثر درون آزمودنی‌ها	مداخلی	خی دو	درجه	سطح
اثر زمان	۰/۹۱	۰/۲۹۸	۱	۰/۸۰۵

نتایج مندرج در جدول ۹ نشان داد که در سه مرحله ارزیابی در تاب آوری روان‌شناختی دختران نوجوان قربانی خشونت خانگی تفاوت معنی داری بین گروه آزمایش آموزش توانمندسازی روان‌شناختی، آزمایش طرحواره درمانی و گواه وجود دارد. مقدار مجذور اتا، میزان تأثیرگذاری تأثیر آموزش توانمندسازی روان‌شناختی و طرحواره درمانی بر تاب آوری روان‌شناختی دختران نوجوان قربانی خشونت

نتایج جدول ۶ نشان داد که میانگین تاب آوری روان‌شناختی برای گروه آزمایش آموزش توانمندسازی روان‌شناختی ۵۱/۶، آزمایش طرحواره درمانی ۵۲/۸ و گروه گواه ۵۱/۶ در حالت پیش آزمون بدست آمده است، میانگین تاب آوری روان‌شناختی در حالت پس از آزمون برای گروه آزمایش

## جدول ۶. میانگین و انحراف معیارهای مورد پژوهش در سه گروه مورد بررسی برای متغیر تاب آوری روان‌شناختی

متغیر	گروه	پیش آزمون	پس از آزمون	پیگیری
تاب آوری روان‌شناختی	آزمایش	۵۱/۶	۵۲/۸	۵۹/۶ ± ۷/۳
توانمندسازی روان‌شناختی	آزمایش	۵۱/۶	۵۲/۸	۵۹/۶ ± ۷/۳
طرحواره درمانی	گواه	۵۱/۶	۵۲/۸	۵۹/۶ ± ۷/۳
گواه	گواه	۵۱/۶	۵۲/۸	۵۹/۶ ± ۷/۳

همانطوری که نتایج آزمون مداخلی در جدول ۸ نشان می‌دهد چون سطح معنی داری بالاتر از ۰/۰۵ بوده و پیش فرض کروییت که حاکی از کفایت نمونه‌ها می‌باشد، برقرار است. برای بررسی تغییرات تاب آوری روان‌شناختی در مراحل پیش

است. اثر متقابل گروه×زمان نیز حاکی از این است که در طی زمان بین گروه‌ها، تفاوت معناداری در افزایش تاب‌آوری روان‌شناختی ایجاد شده است ( $F=48.64$ ,  $P<0.001$ ) و مجدور ا تا =  $0/55$ ).

خانگی را نشان می‌دهد ( $F=501.91$ ,  $P<0.001$ ) و مجدور ا تا =  $0/63$ ). اثر درون آزمودنی ( $F=81.46$ ,  $P<0.001$ ) نشان داد که بین اندازه‌های پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در طی زمان تفاوت معناداری ایجاد شده

**جدول ۹.** خلاصه نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای تعیین تأثیر آموزش توانمندسازی روان‌شناختی و طرحواره درمانی بر تاب‌آوری روان‌شناختی دختران نوجوان قربانی خشونت خانگی

اثر	مجموع مجدورات	df	میانگین مجدورات	F	سطح معنی داری	مجدور ا تا
بین آزمودنی (گروه)	۵۰۱/۹۱	۲	۵۰۱/۹۱	۵۰۱/۹۱	۰/۰۰۱	۰/۶۳
خطای بین آزمودنی (گروه)	۱۰۱۲/۲۱	۴۲	۳۴/۰۳			
درون آزمودنی (زمان)	۷۱۲/۴	۱/۰۳	۶۹۱/۶۵	۸۱/۴۶	۰/۰۰۱	۰/۵۷
درون آزمودنی (گروه*زمان)	۶۸۹/۶۷	۱/۶۷	۴۱۲/۹۷	۴۸/۶۴	۰/۰۰۱	۰/۵۵
خطای درون آزمودنی	۳۵۴/۳۸	۴۱/۷۱	۸/۴۹			

آموزش توانمندسازی روان‌شناختی و آزمایش آموزش طرحواره درمانی نسبت به گروه کنترل مشاهده شده که این میزان افزایش برای گروه آزمایش آموزش توانمندسازی روان‌شناختی نسبت به گروه آزمایش آموزش طرحواره درمانی مشاهده شده است ( $P<0.001$ ).

مطابق جدول ۱۰ نتایج آزمون بونفرونی نشان داد که در سه گروه گواه، آزمایش آموزش توانمندسازی روان‌شناختی و آزمایش آموزش طرحواره درمانی در میزان تاب‌آوری روان‌شناختی در حالت پیش‌آزمون تفاوتی مشاهده نشده است ( $P>0.05$ )، در حالت پس‌آزمون و پیگیری افزایش معنی‌داری در میزان تاب‌آوری در دو گروه آزمایش

**جدول ۱۰.** نتایج آزمون بونفرونی در خصوص تفاوت بین گروه‌ها

گروه ۱	گروه ۲	اختلاف میانگین	خطای استاندارد	سطح معنی داری
توانمندسازی	طرحواره	۱/۹	۲/۸	۰/۰۰۴
تاب‌آوری	درمانی کنترل	۸	۵/۶	۰/۰۰۱
روانشناختی	طرحواره درمانی	۶/۱	۴/۳	۰/۰۰۱

طرحواره درمانی ۲۶/۶ و گروه گواه ۲۲/۵ و در حالت پیگیری میانگین اندیشه‌پردازی خودکشی برای گروه آزمایش آموزش توانمندسازی روان‌شناختی ۲۴/۸، آزمایش طرحواره درمانی ۲۵/۵ و گروه گواه ۳۰/۶ در حالت پیگیری بدست آمده است.

نتایج جدول ۱۱ نشان داد که میانگین اندیشه‌پردازی خودکشی برای گروه آزمایش آموزش توانمندسازی روان‌شناختی ۳۱/۵، آزمایش طرحواره درمانی ۳۰/۴ و گروه گواه ۳۰/۵ در حالت پیش آزمون بدست آمده است، میانگین اندیشه‌پردازی خودکشی در حالت پس از آزمون برای گروه آزمایش آموزش توانمندسازی روان‌شناختی ۲۴/۲، آزمایش

#### جدول ۱۱. میانگین و انحراف معیارهای مورد پژوهش در سه گروه مورد بررسی برای متغیر اندیشه‌پردازی خودکشی

متغیر	گروه	پیش آزمون	پس آزمون	پیگیری
اندیشه‌پردازی	آزمایش آموزش توانمندسازی روان‌شناختی	۳۱/۵ ± ۴/۳	۲۴/۲ ± ۲/۹	۲۴/۸ ± ۲/۹
خودکشی	آزمایش طرحواره درمانی	۳۰/۴ ± ۶/۲	۲۶/۶ ± ۲/۳	۲۵/۵ ± ۳/۳
	گواه	۳۰/۵ ± ۳/۷	۳۰/۴ ± ۲/۵	۳۰/۶ ± ۲/۴

دهد ( $F=512.65$ ،  $P<0.001$  و مجذور اتا = ۰/۶۷). اثر درون آزمودنی ( $F=82.83$  و  $P<0.001$ ) نشان داد که بین اندازه‌های پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در طی زمان تفاوت معناداری ایجاد شده است. اثر متقابل گروه×زمان نیز حاکی از این است که در طی زمان بین گروه‌ها، تفاوت معناداری در کاهش میزان اندیشه‌پردازی خودکشی ایجاد شده است ( $F=50.53$ ،  $P<0.001$  و مجذور اتا = ۰/۶۱).

نتایج مندرج در جدول ۱۲ نشان داد که در سه مرحله ارزیابی در علائم اندیشه‌پردازی خودکشی دختران نوجوان قربانی خشونت خانگی تفاوت معنی داری بین گروه آزمایش آموزش توانمندسازی روان‌شناختی، آزمایش طرحواره درمانی و گواه وجود دارد. مقدار مجذور اتا، میزان تأثیرگذاری تأثیر آموزش توانمندسازی روان‌شناختی و طرحواره درمانی بر علائم اندیشه‌پردازی خودکشی دختران نوجوان قربانی خشونت خانگی را نشان می‌دهد.

#### جدول ۱۲. خلاصه نتایج تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای تعیین تأثیر آموزش توانمندسازی روان‌شناختی و طرحواره

درمانی بر علائم اندیشه‌پردازی خودکشی دختران نوجوان قربانی خشونت خانگی

اثر	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	سطح معنی مجذورات	مجموع مجذورات
بین آزمودنی (گروه)	۵۱۲/۶۵	۲	۵۱۲/۶۵	۵۱۲/۶۵	۰/۰۰۱	۰/۶۷
خطای درون آزمودنی (گروه)	۱۱۲۵/۴۳	۴۲	۳۵/۲۱			
درون آزمودنی (زمان)	۷۵۴/۶	۱/۰۵	۷۰۳/۴۱	۸۲/۸۳	۰/۰۰۱	۰/۶۲
درون آزمودنی (گروه)	۷۰۳/۳۲	۱/۶۵	۴۲۱/۸۵	۵۰/۵۳	۰/۰۰۱	۰/۶۱
*زمان						
خطای درون آزمودنی	۳۴۵/۲۵	۴۱/۲۳	۹/۳۵			

## بحث و نتیجه گیری

بررسی نتایج پژوهش حاضر نشان داد که آموزش توانمندسازی روان‌شناختی و طرمواره درمانی بر بهبود تاب‌آوری روان‌شناختی دختران نوجوان قربانی خشونت خانگی مؤثر است. یافته‌ها نشان داد که در میان افرادی که از روش طرمواره درمانی آموزش دریافت نمودند نسبت به روش توانمندسازی میزان تاب‌آوری بیشتر بوده است، زیرا طرمواره درمانی به عنوان رویکرد درمانی جدید به تلفیق عناصر موجود در درمان شناختی رفتاری (CBT)، روان‌تحلیل‌گری، نظریه دلبستگی و درمان مبتنی بر هیجان می‌پردازد، نتایج پژوهش‌های برادسکی و همکاران (۲۴) و بوی و همکاران (۲۵) که از اثربخشی طرمواره درمانی بر بهبود تاب‌آوری روان‌شناختی دانش‌آموزان با نشانه‌های افسردگی حمایت کرده‌اند، با نتایج پژوهش حاضر همسو است. در راستای تبیین این یافته‌ها می‌توان بیان کرد که تاب‌آوری روان‌شناختی عاملی مهم و تعیین‌کننده در بهزیستی روانی و کنش‌وری اثربخش است و در واقع تاب‌آوری روان‌شناختی معادل استفاده از راهبردهای سازگارانه برای تنظیم هیجان‌ات در تعدیل استرس‌های ادراکی، مؤثر است (۲۶، ۲۷، ۲۸ و ۲۹). مطالعات نشان دادند راهبردهای منفی در تاب‌آوری مانند ملامت خود، نشخوارگری و ملامت دیگران با افسردگی رابطه مثبتی دارند (۳۰)، همچنین شایع‌ترین ناراحتی شناختی که توسط این نوجوانان تجربه می‌شود، نشخوارگری فکری است که ناراحتی زیاد با تفکر مضطربانه را شامل می‌شود. از سویی دیگر بسیاری از نوجوانان با نشانه‌های افسردگی، مهارت‌های کمتری را در تنظیم هیجان‌ات نشان می‌دهند (۳۱) و (۳۲). تاب‌آوری روان‌شناختی، سازگاری مثبت در واکنش به شرایط ناگوار است و طرح‌واره‌های ناسازگار می‌توانند در این شرایط فعال شوند؛ بنابراین، طرح‌واره درمانی با توجه به در معرض قرار گرفتن دانش‌آموزان با نشانه‌های افسردگی در شرایط دشوار با اثر مستقیم روی طرح‌واره‌های ناسازگار قادر است در افزایش تاب‌آوری این گروه از دانش‌آموزان مؤثر باشد. همچنین طرح‌واره درمانی با توجه

به ارائه برنامه شناختی-رفتاری که مستلزم شناسایی و قصدمقابله فرد با طرح‌واره‌هاست، به هشیار کردن فرد و ترغیب به مقابله فعال با شرایطی منجر شده که او قصد تغییرشان را دارد، که این خود باعث افزایش تاب‌آوری می‌شود؛ چرا که تاب‌آوری شرکت‌فعال و سازنده فرد در محیط خود نیز محسوب می‌شود (۳۳).

طرمواره درمانی با تأکید بر تغییر سبک‌های مقابله‌ای ناسازگار و طرمواره‌های ناسازگار شکل گرفته در دوران کودکی به ارائه تکنیک‌های شناختی و رفتاری برای جایگزین کردن الگوهای سازگارتر و جدیدتر به جای سبک‌ها و راهبردهای مقابله‌ای ناکارآمد اقدام می‌کند (۳۴ و ۳۵). تاب‌آوری روان‌شناختی، سازگاری مثبت در واکنش به شرایط ناگوار است و طرمواره‌های ناسازگار می‌توانند در این شرایط فعال شوند؛ بنابراین، طرمواره درمانی با توجه به در معرض قرار گرفتن دختران با نشانه‌های افسردگی در شرایط دشوار با اثر مستقیم روی طرمواره‌های ناسازگار قادر است در افزایش تاب‌آوری این گروه از دختران مؤثر باشد. همچنین طرمواره درمانی با توجه به ارائه برنامه شناختی-رفتاری که مستلزم شناسایی و قصد مقابله فرد با طرمواره‌هاست، به هشیار کردن فرد و ترغیب به مقابله فعال با شرایطی منجر شده که او قصد تغییرشان را دارد، که این خود باعث افزایش تاب‌آوری می‌شود؛ چرا که تاب‌آوری شرکت‌فعال و سازنده فرد در محیط خود نیز محسوب می‌شود (۳۶، ۳۷ و ۳۸).

نتایج نشان داد که استفاده از توانمندسازی روان‌شناختی و طرمواره درمانی می‌تواند بر کاهش خودکشی مؤثر باشد، در این میان به نظر طرمواره درمانی در کنترل افکار خودکشی نسبت به توانمندسازی روان‌شناختی اثرگذاری بیشتری دارد، وجود عامل گروهی نیز در طرمواره درمانی، فعالسازی تکنیک‌ها را تسهیل کرده و آثار مهمی بر قضاوت اجتماعی از قبیل مسئولیت‌پذیری، جرأت‌ورزی و خویش‌تنداری دارد. در واقع به دلیل ایجاد پیوندها و تعاملات نزدیک بین اعضای گروه، امکان تجربه تکنیک‌های

در هر تحقیق محدودیت‌هایی وجود دارد که محقق سعی دارد با کنترل آنها از دخالت متغیرهای ناخواسته جلوگیری کند تا با اطمینان بیشتری بیان کند که نتایج به دست آمده فقط حاصل شرایط مورد بررسی بوده است. اما گاهی برخی متغیرهای ناخواسته نیز خارج از کنترل محقق هست و وی نمی‌تواند تأثیر آنها را برطرف نماید اما نسبت به آنها آگاهی دارد.

### محدودیت‌های در اختیار پژوهشگر

۱. مشکل عدم باور و اعتقاد به تحقیق از ناحیه برخی آزمودنی‌های محترم موجب کندی در روند تکمیل پرسشنامه و عودت آنها شد.
۲. عدم تمایل پاسخ دهندگان به سوالات پرسشنامه
۳. فقدان روحیه تحقیق پذیری پاسخ دهندگان .
۴. برخی از پرسشگران توجهی به تحقیق و نتایج و کاربرد آن ندارند و تحقیق را جدی نمی‌گیرند.

### محدودیت‌های خارج از کنترل پژوهشگر

- محدودیت ذاتی پرسشنامه
- پراکندگی جامعه آماری
- عدم تعمیم پذیری به سازمان‌های دیگر
- عدم کنترل متغیرهای تأثیرگذار بر متغیر وابسته

تقدیر و تشکر

این مقاله مستخرج از پایان‌نامه مقطع دکتری روانشناسی عمومی با کد اخلاق IR.IAU.YASOOJ.REC.1401.003 بوده که از معاونت پژوهشی دانشگاه آزاد اسلامی واحد یاسوج تقدیر و تشکر بعمل می‌آید.

### References

- 1- Akkermans J, Tims M. Crafting your career: How career competencies relate to career success via job crafting. *Applied Psychology*, 2017; 66(1), 168-195.
- 2- Shoktian M and Shoktian R , Vafadost . social damage of domestic violence; theories and factors affecting it, the first international conference on health, educational sciences and psychology, 2021.
- 3- Rian and, Jeb Dar, Dres T and Misha Ba. Study of suicidal thoughts among women and sociological analysis, *Rawan Quarterly*, 2018: 5(4): 21-36.
- 4- Zarrabi R, Investigation of the rate of suicide among adolescents and young people in Rasht city, *National Conference on Applied Psychology*, Maroodasht, Iran, 2019.

یادگیری در یک محیط حمایت‌گرانه نیز افزایش یافته و از طرف دیگر با افزایش فرصت‌های آموزش راهبردی، حس خودکارآمدی و خطرپذیری اعضاء برای انجام رفتارهای جدید نیز تقویت می‌شود؛ همچنین اعضای گروه یاد می‌گیرند که به جای کناره‌گیری از هیجانات خود، به ابراز همدلی و برآورده ساختن نیازهای عاطفی خود در گروه اقدام کنند (۳۹ و ۴۰).

### پیشنهادات

- یافته‌ها نشان داد بین میزان اثربخشی آموزش توانمندسازی روان‌شناختی و طرحواره درمانی بر تاب‌آوری روان‌شناختی دختران نوجوان قربانی خشونت خانگی تفاوت معنادار وجود دارد، پیشنهاد می‌گردد برای بهبود تاب‌آوری دختران دچار خشونت خانگی از روش‌های بازیابی وضعیت روحی و روانی دختران از قبیل توانمندسازی روانی و استفاده از روش‌های موثر درمانی در قالب درمانی استفاده گردد.

پیشنهاد می‌گردد در راستای بهبود وضعیت روحی و روانی قربانیان خشونت خانگی می‌توان از شیوه‌های آموزشی مثبت‌گرا در راستای کنترل خودکشی استفاده نمود

- برای کاهش استرس و اضطراب لازم است کارگاه‌های آموزشی در زمینه مقابله با خشونت‌های خانگی برای والدین برگزار گردد.

- با توجه به نتایج پژوهش حاضر برای بهبود وضعیت روحی و روانی دانش‌آموزان از راهکارهای کنترل خشونت استفاده گردد.

### محدودیت‌ها

- 5- Zavala E. *Non physical intimate partner violence emotional abuse and controlling behavior against women*. M.A. Dissertation. Department of Sociology, Anthropology and Social Work. College of Art and Sciences. The University of Texas at E paso, 2007: 62-78.
- 6- Mohammadi R., Fatahia A., Eshaghi T., investigation of the relationship between suicide and resilience of adolescents suffering from domestic violence, psychological development conference, Arak, 2019.
- 7- Arajmandi T., Investigation of structures affecting suicide among Iranian youths, a review article, *Rawan Quarterly*, 2022: 7(2): 43-41.
- 8- Derakhshanpour F ; Mehboobi H& Keshavarzi S. Prevalence of domestic violence against women in Bandar Abbas , *Scientific Journal of Gorgan University of Medical Sciences*, 2013: 16 (49), 126-131.
- 9- Alivardinia A, Riahi M & Esfandiari F. Explaining the attitude of female students towards violence against women, an experimental test of the social learning perspective", *Journal of Iranian Social Issues*, 2006: 1, (1) 103-131.
- 10- Kim J. Y, Sehun Oh & Nam S.I. The Incidence and Impact of Family Violence on Mental Health among South Korean Women, *Korean Journal of Social Welfare*, 2009, 24:193-202.
- 11- Diener E, Lucas R, Schimmack U & Helliwell J. *Well-being for Public Policy*. New York: Oxford University Press, 2009.
- 12- Reuman, L, Buchholz J, Abramowitz J S. Obsessive beliefs, experiential avoidance, and cognitive fusion as predictors of obsessive-compulsive disorder symptom dimensions. [Journal of Contextual Behavioral Science](#). 2009; 9: 15-20.
- 13- Tlapek SM, Auslander W, Edmond T, Gerke D, Schrag RV, Threlfall J. The moderating role of resiliency on the negative effects of childhood abuse for adolescent girls involved in child welfare. [Children and Youth Services Review](#), 2017; 73, 437-444.
- 14- Brignone E, Sorrentino AE, Roberts CB, Dichter ME. Suicidal ideation and behaviors among women veterans with recent exposure to intimate partner violence. [General Hospital Psychiatry](#), 2018; 55, 60-64.
- 15- Renner F, Lobbestael J, Peeters F, Arntz A, Huibers M. Early maladaptive schemas in depressed patients: stability and relation with depressive symptoms over the course of treatment. *Journal Affect Disorder*, 2012; 136(3): 581-90.
- 16- Pugh M. A narrative review of schemas and schema therapy outcomes in the eating disorders. [Clinical Psychology Review](#), 39, 2015; 30-41.
- 17- Ramadhan I, Keliat BA, Wardani IY. Assertiveness training and family psychoeducational therapies on adolescents mental resilience in the prevention of drug use in boarding schools. [Enfermería Clínica](#), 2019; 29(2), 326-330.
- 18- Behirouz A , Haqat SA. Comparison of suicidal thoughts and stress levels among depressed students with morning and evening time types, *Cognitive Psychology and Psychiatry*, 2018; 6(1), 64-74.
- 19- Farmer H. Normization of Gillanders cognitive fusion social scale based on Bohrenstat model. *Social Psychology Research Quarterly*, 2013; 4(15): 17-28.
- 20- Bodenlos JS, Hawes ES, Burstein SM, Arroyo KM . Association of cognitive fusion with domains of health. [Journal of Contextual Behavioral Science](#), 2010; 18, 9-15.
- 21- Zacharia M, Ioannou M, Theofanous A, Vasiliou VS, Karekla M. Does Cognitive Fusion show up similarly across two behavioral health samples? Psychometric properties and invariance of the Greek-Cognitive Fusion Questionnaire (G-CFQ). [Journal of Contextual Behavioral Science](#). In Press, [Journal Pre-proof](#), 2021; 2(6): 11-23
- 22- Amichai-Hamburger Y, McKenna KYA, Tal S. Empowerment: Empowerment by the internet. *Computer Human Behavior*, 2008; 24: 1776-1789.
- 23- Alaminia M. Review and analysis of researches in the field of schema therapy, clinical psychology studies, 5(18), 2008; 125-99.
- 24- Brodsky BS, Spruch-Feiner A, Stanley B. The zero suicide model: applying evidence-based suicide prevention practices to clinical care. *Frontiers in psychiatry*, 2018 9, 33.
- 25- Bui QN, Hoang TX, Le NTV The effect of domestic violence against women on child welfare in Vietnam. [Children and Youth Services Review](#), 2018; 94, 709-719.
- 26- Erfan A, Noorbala A A, Amel SK, Mohammadi A, Adibi P. The effectiveness of emotional schema therapy on the emotional schemas and emotional regulation in irritable bowel syndrome: Single subject design. *Advanced biomedical research*: 2018; 10.4103/abr.abr\_113\_16.

- 27- Harris K, Gooding P, Haddock G, Peters S. Psychological resilience to suicidal thoughts and behaviours: A qualitative examination of the experiences of people with mental health problems on the schizophrenia spectrum. *Schizophrenia Bulletin*.2018; 44(1): 220-223.
- 28- Hemmati Sabet A, Navabi Nejad S, Khalatbari, J. Comparison of the effect of schema therapy and cognitive group therapy on depression in women engaging in high-risk sexual behaviors who were referred to hamadan health center. *Avicenna Journal of Neuro Psych Physiology*.2016; 3(1): 22-28.
- 29- Mash E, Wolfe D. *Abnormal child psychology* (7<sup>th</sup> ed.). Australia: Cengage Learning,2018.
- 30- Poole J. C, Dobson K. S, Pusch D. Anxiety among adults with a history of childhood adversity: Psychological resilience moderates the indirect effect of emotion dysregulation. *Journal of affective disorders*: 2017;10.1016/j.jad.2017.03.047.
- 31- **Cappelletti S, Tondo I, Pietrafusa N, Renzetti T, Pannacci I, Gentile S, Perrucci M, Calabrese C, Cornag P, Ferraris L, Specchio N, Vigevano F. Improvement of quality of life in adolescents with epilepsy after an empowerment and sailing experience. [Epilepsy & Behavior](#),2020; 106-110.**
- 32- Henson KE, Brock R, Charnock J, Wickramasinghe B, Will O, Pitman A. Risk of suicide after cancer diagnosis in England. *JAMA psychiatry*,2019 ; 76(1), 51-60.
- 33- Rahim Aghaei F, Hatamipour Kh, Ashuri J. The effect of group therapy schema on reducing depressive symptoms and increasing the quality of life of nurses, *Nursing Education*,2016; 6(3), 17-23.
- 34- Brodsky BS, Spruch-Feiner A, Stanley B. The zero suicide model: applying evidence-based suicide prevention practices to clinical care. *Frontiers in psychiatry*,2018; 9, 33.
- 35- Rahbar Karbasdehi E, Abolghasemi A, Rahbar Karbasdehi F. The effectiveness of schema therapy integrated with rehabilitation on cognitive emotion regulation and existential anxiety in patients with congestive heart failure. *Journal of Contemporary Psychotherapy*. 2018; 48(4): 233-239.
- 36- Cappelletti S, Tondo I, Pietrafusa N, Renzetti T, Pannacci I, Gentile S, Perrucci M, Calabrese C, Cornag P, Ferraris L, Specchio N, Vigevano F. Improvement of quality of life in adolescents with epilepsy after an empowerment and sailing experience. [Epilepsy & Behavior](#),2020; 106, 106-110.
- 37- Renner F, DeRubeis R, Arntz A, Peeters F, Lobbestael J, Huibers M. J. Exploring mechanisms of change in schema therapy for chronic depression. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*:2018: 10.1016/j.jbtep.2017.10.002.
- 38- Tarkhan M. The effectiveness of acceptance and commitment therapy (ACT) on emotion regulation and life meaning of depressed women. *Journal of Psychological Studies*.2017: 13(3): 147-164 (Text in Persian).
- 39- Yazdanbakhsh K, Radmehr F. Evaluating the effect of memorial specialization training on cognitive disorders in patients with major depression. *Journal of Psychological Studies*.2018: 14(3): 25-44. (Text in Persian).
- 40- Nikan A, Torabi A, Mohseninasab Z, Bahadori A, Jvanmard Z, Hosinirad M. Comparing the effectiveness of schema therapy and cognitive therapy based on mindfulness on stress, resilience, emotion regulation and psychological well-being of cardiovascular patients. *Journal title* 2023; 19 (1)
- 41- Çelik AS, Kirca N Prevalence and risk factors for domestic violence against infertile women in a Turkish setting. [European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology](#),2018; 231, 111-116.
- 42- Ghovati A, Talebian sharif J, Ahvan M. Effectiveness of group schema therapy on reducing self-mutilation and suicidal behaviors of teenage girls between 14-18 years of Mashhad. *New ideas of psychology quarterly*. 2018; 2 (6): 1-12.
- 43- Ahmadi M, Rahnavardi M, Kayani M, Pourhossein Qoli AM Investigating the relationship between domestic violence and suicidal thoughts in women referring to health-treatment centers and family courts of Rasht city in 2013. *Iranian Journal of Forensic Medicine*,2014; 20(4): 201-209.
- 44- Fallahi V, Ahmadi S. The Role of Cognitive Fusion and Social Intelligence in the Prediction of General Health of Nurses in Hospitals of Parsabad City, 2017: A Short Report. *JRUMS* 2019; 17 (11) :1067-1076.
- 45- Saeedpour S, Kazemi Rezaei SA, Karbalaei I, Kazemi Rezaei A, Ahmadi F. The diagnostic role of cognitive emotion regulation strategies, cognitive fusion and thought control strategies in obsessive-compulsive disorder. *Clinical Psychology*,2016; 9(3), 1-12.
- 46- Hayes SC, Strosahl KD, Wilson KG. *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change* ed, New York, NY: The Guilford Press 2012; 6(5): 47-52.



## Original Article

# Comparing the effectiveness of psychological empowerment training and schema therapy on psychological resilience, suicidal ideation and of adolescent girls who are victims of domestic violence in Dehdasht city

Received: 02/05/2023 - Accepted: 08/11/2023

Hojatullah Andisheh<sup>1</sup>  
Khosro Ramezani<sup>2</sup>  
Seyyed Yusuf Rasouli<sup>3\*</sup>

<sup>1</sup> Doctoral student of general psychology, Islamic Azad University, Yasouj Branch, Yasouj, Iran.

<sup>2</sup> Department of Psychology, Faculty of Science, Zand Institute of Higher Education, Shiraz, Shiraz, Iran

<sup>3</sup> Department of Educational Psychology, Shahid Izadpanah Farhangian District, Yasouj, Yasouj, Iran

Email: rasouli302@gmail.com

### Abstract

**Introduction:** Nowadays, there are factors that cause nervous tension in the lives of all people and it has created problems for children in families, domestic violence sometimes occurs in families due to the mutual understanding of parents and children, which leads to thoughts It becomes negative in children such as suicide. The purpose of this study is to compare the effectiveness of psychological empowerment training and schema therapy on psychological resilience and suicidal ideation of teenage girls who are victims of domestic violence in Dehdasht city.

**Methods:** This study is a quasi-experimental research method with a three-stage design (pre-test-post-test-follow-up) and three groups with a two-month follow-up period. It was the second half of the year 1400, when 45 people were selected in three groups of 15 people (experimental group of psychological empowerment training, schema therapy group and control group) as a random-stratified sample, statistical analysis using spss software 23 and the analysis of variance test was done with a combined design and repeated measurement.

**Results:** The results showed that there is a difference between the effectiveness of psychological empowerment training and schema therapy on psychological resilience, the effectiveness of psychological empowerment training and schema therapy on suicidal ideation, and the difference between the effectiveness of psychological empowerment training and schema therapy on of adolescent girls who are victims of domestic violence. There is significant ( $p < 0.05$ ).

**Conclusion:** The results showed that psychological empowerment training and schema therapy have an effect on psychological resilience, suicidal ideation of adolescent girls who are victims of domestic violence in Dehdasht city and can be effective in reducing suicide and removing negative thoughts. Schema therapy has had a greater effect on psychological resilience, suicidal thoughts than psychological empowerment training.

**Keywords:** psychological empowerment, schema therapy, psychological resilience, suicidal ideation