

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

حجت الله اندیشه^۱، سید یوسف رسولی^۲، خسرو رضانی^۳

^۱گروه روانشناسی، واحد یاسوج، دانشگاه آزاد اسلامی، یاسوج، ایران، گروه آموزش روانشناسی و مشاوره، دانشگاه فرهنگیان، تهران، ایران،
^۲گروه آموزشی روانشناسی، موسسه آموزش عالی زند شیراز، شیراز، ایران،

تاریخ وصول: ۱۴۰۳/۰۴/۲۰ تاریخ پذیرش: ۱۴۰۳/۰۹/۰۸

چکیده:

زمینه و هدف: امروزه عوامل به وجود آورنده فشار عصبی در زندگی همه افراد وجود دارد و مشکلاتی برای فرزندان در خانواده‌ها ایجاد نموده است، در خانواده گاهی اوقات به دلیل درک متقابل والدین و فرزندان، خشونت خانگی ایجاد می‌شود، که این امر منجر به افکار منفی در فرزندان از قبیل خودکشی می‌شود. لذا هدف از این مطالعه تعیین و مقایسه اثربخشی آموزش توانمندسازی روان‌شناختی و طرح‌واره درمانی بر تاب‌آوری روان‌شناختی، افکار خودکشی و هم‌جوشی شناختی دختران نوجوان قربانی خشونت خانگی بود.

روش بررسی: این یک مطالعه نیمه 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؛ آزمایش آموزش توانمندسازی روان‌شناختی، طرح‌واره درمانی و گواه به عنوان نمونه به صورت تصادفی انتخاب شد، داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از آزمون‌های آماری *آنالیز واریانس* با طرح ترکیبی (آمیخته) و آزمون تعقیبی بونفرونی تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که آموزش توانمندسازی روان‌شناختی و طرح‌واره درمانی بر تاب‌آوری روان‌شناختی ($F=0/34, Eta=0/43, p>0/001$)، اندیشه‌پردازی خودکشی ($F=21/32, Eta=0/45, p>0/001$) و هم‌جوشی شناختی ($p>0/001$)، دختران نوجوان قربانی خشونت خانگی اثر معنی‌دار دارد و این اثر تداوم داشته است. همچنین نتایج آزمون تعقیبی بیان‌گر آن بود که بین میزان اثربخشی آموزش توانمندسازی روان‌شناختی و طرح‌واره درمانی بر تاب‌آوری روان‌شناختی، اندیشه‌پردازی خودکشی و هم‌جوشی شناختی دختران نوجوان قربانی خشونت خانگی تفاوت معنی‌دار وجود دارد ($p<0/05$). بدین صورت که آموزش توانمندسازی روان‌شناختی از طرح‌واره درمانی مؤثرتر بوده و تداوم داشته است.

نتیجه‌گیری: براساس یافته‌های پژوهش، با توجه به اثربخشی بیشتر آموزش توانمندسازی روان‌شناختی بر افزایش تاب‌آوری روان‌شناختی و کاهش اندیشه‌پردازی خودکشی و هم‌جوشی شناختی در دختران نوجوان قربانی خشونت خانگی پیشنهاد می‌شود که به توانمندسازی روان‌شناختی در نوجوانان قربانی خشونت توجه ویژه شود.

واژه‌های کلیدی: توانمندسازی روان‌شناختی، طرح‌واره درمانی، تاب‌آوری روان‌شناختی، اندیشه‌پردازی خودکشی، هم‌جوشی شناختی، خشونت خانگی

*نویسنده مسئول: سید یوسف رسولی، تهران، دانشگاه فرهنگیان، گروه آموزش روانشناسی و مشاوره

Email: y.rasouli@cfu.ac.ir

"نشریه علمی پژوهشی ارمغان دانش وابسته به دانشگاه علوم پزشکی یاسوج، یک نشریه با دسترسی آزاد است و تمامی مقالات منتشر شده در این نشریه به صورت دسترسی آزاد منتشر می‌شوند."

مقدمه

خشونت استفاده از زور فیزیکی به منظور قراردادن دیگران در وضعیتی بر خلاف خواسته آنها می باشد و 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). از آن جایی که خشونت خانگی علیه زنان و دختران عامل بسیاری از صدمات جسمی، ناخوشی های روانی و پیامدهای نامطلوب محسوب می شود، نه تنها از خشونت خانگی به عنوان یک مشکل عمده سلامت زنان، بلکه به عنوان یک اپیدمی پنهان ادامه دار یاد می شود (۲). یافته های پژوهشگران نشان داده است که نوجوانان بیش از دیگر گروه های سنی تحت تأثیر خشونت خانگی قرار گرفته اند در مطالعه ای که به وسیله ریان و همکاران 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)

محیط خانواده و شبکه ارتباطی درون آن یکی از بسترهای خشونت است، برخی از این خشونت ها عبارت اند از خشونت بدنی، خشونت گفتاری، خشونت عاطفی و خشونت جنسی (۴)، خشونت خانگی آثار

ویرانگری بر جو روان شناختی و عاطفی خانواده و اعضای آن می گذارد و می تواند پیامد تباہگری بر ساختار خانواده به دنبال داشته باشد که به تأثیر آن بر کارکرد خانواده و سلامت روان خانواده می توان اشاره نمود (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 آمریکا به طور چشمگیری افزایش یافته، به طوری که در طی بیست سال گذشته از ۱۵ درصد به ۲۳ درصد رسیده است (۳). کیایی راد و همکاران در پژوهشی به اثربخشی طرحواره درمانی بر روابط فرازنشویی و خشونت خانگی در زنان درگیر طلاق عاطفی پرداختند، نتایج نشان داد که طرحواره درمانی بر کاهش روابط فرازنشویی و خشونت علیه زنان مؤثر است و این نتیجه در مرحله پیگیری پایدار بود (۶).

ارجمندی در مطالعه ای دریافته است که بروز خشونت خانگی می تواند در افزایش آسیب های اجتماعی از قبیل؛ خودکشی و سرقت اثرگذار باشد (۷). درخشان پور و همکاران 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 درصد از زنان مورد خشونت خانگی قرار گرفته اند. شایع ترین نوع خشونت علیه این زنان خشونت روانی (۵۴ درصد) ارزیابی شده است و خشونت کلامی، فیزیکی و جنسی به ترتیب با مقادیر ۳۱، ۲۴/۸ و ۶/۸ درصد در رتبه های بعدی قرار

داشته‌اند. در این پژوهش دو عامل مهم اثرگذار بر خشونت خانگی، سطح تحصیلات و اعتیاد همسر در خانواده بیان شده است (۸). علی‌وردی‌نیا و همکاران در مقاله‌ای با عنوان تبیین نگرش دانشجویان دختر نسبت به خشونت علیه زنان، آزمون تجربی دیدگاه‌های یادگیری اجتماعی، نگرش دانشجویان نسبت به خشونت بر ضد زنان را بررسی کرده‌اند. نتایج گواه است که تمامی فرضیه‌های تحقیق تأیید شده‌اند و از بین ۵ متغیر مستقل موجود، تجربه خشونت (۰/۴۷) قوی‌ترین و مهم‌ترین پیش‌بینی‌کننده (مستقیم) نگرش نسبت به خشونت علیه زنان است. پس از آن به ترتیب متغیرهای جامعه‌پذیری (۰/۲۳)، مشاهده خشونت (۰/۲۲)، الگوی پاداش و تنبیه (۰/۱۴) و تقلید از والد همجنس (۰/۱۱) بیشترین تأثیر را بر نگرش نسبت به خشونت علیه زنان داشته است (۹).

جایوب کیم و همکاران 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 به‌ترتیب: ۲۶/۴، ۲۹/۵ و ۳/۷ است. همچنین رابطه معنی‌داری 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 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 صورتی که تحت تأثیر خشونت قرار بگیرند مقاوم بوده و از خودکشی دوری می‌جویند (۶).^۱

تاب‌آوری توانایی مناسبی است که به افراد اجازه می‌دهد که بر بدبختی‌ها و سختی‌ها غلبه کنند (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 فرآیند پویای روان‌شناختی به شمار می‌رود، در موقعیت‌های مختلف زندگی به ویژه مواقع بحرانی، پاسخ‌های افراد را تحت تأثیر قرار داده و با کنترل احساسات، عواطف و هیجان‌ها، موجبات عملکرد بهتر آنها را در این موقعیت‌ها موجب می‌گردد. این فرآیند سازگاری موفق^(۱) با شرایط ناگوار را در افراد افزایش داده و باعث می‌شود فرد با گذر از شرایط تنش‌زا، پیامدهای سالم روان‌شناختی و محیطی را تجربه نماید (۱۳).

1-Successful Adaptation

بروز آسیب‌های روان‌شناختی، هیجانی و جسمی در خانواده هم‌چون خشونت خانگی، افکار خودکشی^(۱) 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 تأثیر 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^(۲)، مؤثر بودن^(۳)، خودمختاری^(۴)، معنی‌دار بودن^(۵) و اعتماد^(۶) خلاصه کرد (۲۲).

دیگر روش درمانی مورد استفاده در پژوهش حاضر، طرح‌واره درمانی^(۷) است، طرح‌واره درمانی، درمان یکپارچه و جدیدی است که عمدتاً بر اساس گسترش مفاهیم و روش‌های درمان شناختی - رفتاری بنا شده است (۱۹). طرح‌واره درمانی 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 طرح‌واره درمانی در قالب جنبش "سازنده‌گرایی" می‌گنجد. در جنبش سازنده‌گرایی بر نقش عواطف در فرآیند تغییر، به کارگیری تکنیک‌های تجربی، دلبستگی‌های اولیه و رفتارهای بین‌فردی تأکید می‌شود. در واقع طرح‌واره‌ها حاصل گفتگوی والدین با کودک هستند که به تدریج در ذهن او جای گرفته‌اند و هم اکنون به گونه‌ای نظام‌مند، اما ناکارآمد، زندگی وی را زیر سیطره خود گرفته‌اند، طرح‌واره درمانی حاصل تلاشی ماهرانه برای غنی ساختن تکنیک‌های درمانی است. این رویکرد بر پایه شناخت درمانی بنا شده و برای بسیاری از مشکلاتی

1-Suicidal Thoughts
2-Competence
3-Impact
4-Self-Determination
5-Meaning
6-Confidence
7-Schema Therapy

که افراد در زندگی روزمره خود با آنها دست به گریبان هستند، راه حل می‌آفریند (۲۳).

در محیط خانواده گاه‌آگاه 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 تأثیر خشونت‌های خانگی والدین قرار می‌گیرند، این خشونت می‌تواند بر سلامت روحی و روانی آنها تأثیر منفی داشته باشد، به طوری که افسردگی، روان‌پریشی و استرس را در آنها افزایش می‌دهد، به کارگیری شیوه‌های درمانی روانشناختی از قبیل طرح‌واره درمانی و توانمندسازی روان‌شناختی می‌تواند در شناسایی مشکلات این گروه اثرگذار باشد، مهم‌ترین ضرورت انجام مطالعه حاضر شناسایی عوامل مؤثر بر بازآفرینی وضعیت روحی و روانی دخترانی است که تحت تأثیر خشونت قرار می‌گیرند، این خلاء با به کارگیری راه‌های درمانی از قبیل آموزش توانمندسازی روان‌شناختی و طرح‌واره درمانی می‌تواند با بهبود وضعیت تاب‌آوری آنها مرتفع گردد. در این مطالعه ترکیبی از دو روش درمانی آموزش توانمندسازی روان‌شناختی و طرح‌واره درمانی استفاده شده که نسبت به دیگر پژوهش‌های به نظر نتایج جامع‌تری ارایه می‌نماید و از طرفی اثرگذاری این روش‌ها بر مؤلفه‌های تاب‌آوری روان‌شناختی و همجوشی شناختی دختران نوجوان قربانی خشونت خانگی مورد سنجش قرار می‌گیرند که می‌تواند در نوع خود جدید باشد، لذا هدف از این

مطالعه تعیین و مقایسه اثربخشی آموزش توانمندسازی روان‌شناختی و طرح‌واره درمانی بر تاب‌آوری روانشناختی، افکار خودکشی و همجوشی شناختی دختران نوجوان قربانی خشونت خانگی بود.

روش بررسی

این یک مطالعه نیمه آزمایشی با طرح سه مرحله‌ای (پیش‌آزمون - پس‌آزمون- پیگیری) و سه گروهی؛ آزمایش آموزش توانمندسازی روان‌شناختی، گروه طرح‌واره درمانی و گروه گواه با دوره پیگیری دو ماهه است.

جامعه آماری پژوهش شامل ۲۲۸ دختر نوجوان قربانی خشونت خانگی شهرستان دهدشت در شش ماهه دوم سال ۱۴۰۰ بوده اند 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 مورد بررسی مجدد قرار گرفتند که از تجربه خشونت خانگی در نزد آنها اطمینان 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 ترتیب‌بندی 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).

معیارهای ورود به مطالعه شامل: علاقه به شرکت در پژوهش، دارا بودن کارت واکسیناسیون (تزریق واکسن کووید ۱۹)، کسب نمره بالاتر از میانگین (نمره ۵۱) در پرسشنامه خشونت خانگی، داشتن علایم و تجارب خشونت خانگی با توجه به مصاحبه بالینی، داشتن سن ۱۳ تا ۱۸ سال، داشتن حداقل سواد لازم برای خواندن و نوشتن و تکمیل کامل سوالات ابزارهای خود گزارش دهی، عدم ابتلا به هر نوع بیماری جسمی و اختلال روان پزشکی بودند.

معیارهای خروج نیز شامل: انصراف از ادامه همکاری در حین برگزاری جلسات، غیبت بیشتر از دو جلسه، عدم انجام تکالیف محوله، بروز حوادث غیرقابل پیش بینی، عدم توجه به مقررات و نظم جلسات پژوهش و عدم توجه به محتوای جلسات و آموزش‌ها بودند.

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، رضایت کتبی

گرفته شد و گمارش دختران دارای تجربه خشونت خانگی در گروه‌های آزمایش و گواه انجام شد، 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 و جهت ایجاد انگیزه برای دختران شرکت کننده در پژوهش حاضر، قبل از شروع مداخله، جوانب درمانی و آموزشی مداخلات برای شرکت‌کنندگان توضیح داده شد.

اولین اقدام پژوهشگر تدوین فرم‌های مربوط به رضایت آگاهانه شرکت در طرح تحقیقاتی جهت ارایه به شرکت‌کنندگان (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 به وسیله پژوهشگر، وجود حق انصراف شرکت کنندگان و روش‌های جایگزین برای آنها مورد توجه بود، لذا شرط گمنامی برای تک شرکت کنندگان به منظور جلوگیری از تبعات احتمالی منفی برای آن‌ها رعایت شده بود، هیچ گونه 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 و پژوهشگر این مطالعه، متعهد به رعایت اصول اخلاقی و انسانی می‌باشد و از هر نوع استفاده ناشایست به ضرر شرکت کنندگان خودداری می‌کند.

در این پژوهش برای جمع‌آوری اطلاعات از پرسشنامه‌های مربوطه استفاده شد. پرسشنامه تاب‌آوری به وسیله کانر و دیویدسون در سال ۲۰۰۳ جهت سنجش میزان تاب‌آوری افراد طراحی شد. این مقیاس دارای ۲۵ گویه و ۵ مقیاس می‌باشد که شامل؛ مقیاس تصبور از شایستگی فردی (۱۰-۱۱-۱۲-۱۶-۱۷-۲۳-۲۴-۲۵)، مقیاس اعتماد به غرایز فردی/تحمل عاطفه منفی (۶-۷-۱۴-۱۵-۱۸-۱۹-۲۰)، مقیاس پذیرش مثبت تغییر و روابط ایمن (۱-۲-۴-۵-۸)، مقیاس کنترل (۱۳-۲۱-۲۲)، مقیاس تأثیرات معنوی (۳-۹) می‌باشد. مقیاس ۴ درجه‌ای لیکرت از کاملاً نادرست (صفر) تا همیشه درست (۴) است. امتیاز کل در این آزمون از ۰ تا ۱۰۰ است، در این مقیاس نمرات بالاتر نشان دهنده تاب‌آوری بیشتر در شخص می‌باشد.

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

پرسشنامه خشونت خانوادگی تجربه شده به وسیله آقاخانی، موسوی، افتخاری و همکاران در سال 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. طیف نمره‌گذاری به صورت ۵ گزینه‌ای لیکرت و بدین صورت بوده که به ترتیب برای گزینه‌ها خیلی کم، کم، تاحدودی، زیاد و خیلی زیاد به ترتیب نمره‌گذاری ۱ الی ۵ درج شد، در ایران محمدی در مطالعه‌ای 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 به وسیله بک، کوواس و ویسمن در سال ۱۹۹۷ تهیه شده که شامل ۱۹ مجموعه می‌باشد. 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 می‌باشد. این پرسشنامه برای بررسی افکار خودکشی اولین بار در دانشگاه مینه سوتا به کارگرفته شد و اسمیت و همکاران ضریب پایایی آن را ۰/۷۹ محاسبه نمودند، در ایران الهی و همکاران ضریب پایایی را ۰/۷۸ محاسبه نمودند، در پژوهش حاضر نیز میزان

پایایی پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ
 ۰/۷۴ محاسبه شد.

پرسشنامه همجوشی شناختی به وسیله
 گیلاندرز و همکاران در سال ۲۰۱۰ طراحی شده است.

این پرسشنامه دارای ۱۲ سوال بوده و بر اساس طیف
 شش گزینه‌ای لیکرت کاملاً مخالف، مخالف، تاحدی
 مخالف، موافق و کاملاً موافق (نمره یک تا شش)
 است. دامنه نمرات پرسشنامه بین ۱۲ تا ۷۲ است.

کسب نمره بالاتر نشان دهنده همجوشی شناختی
 بیشتر است. پایایی ابزار پژوهش به وسیله لئو و
 همکاران در مطالعه‌ای بر روی دانشجویان ۰/۸۴ و در
 ایران علوی و همکاران میزان پایایی را ۰/۷۸ محاسبه

نمود، میزان پایایی پرسشنامه در پژوهش حاضر نیز
 میزان پایایی پرسشنامه با استفاده از ضریب آلفای
 کرونباخ محاسبه ۰/۷۳ شد.

برای اجرای طرح‌واره درمانی از پروتکل کلوگ
 و یانگ (جدول ۱) و برای اجرای توانمندسازی
 روانشناختی از پروتکل اسدی (جدول ۲) استفاده شد.

داده‌های جمع‌آوری شده با استفاده از نرم‌افزار
 SPSS و آزمون‌های آماری لوین، موجلی، تعقیبی
 بونفرونی، اسمیرنوف، کروییت و تحلیل واریانس با
 طرح ترکیبی (آمیخته) تجزیه و تحلیل شدند.

جدول ۱: خلاصه جلسات طرح‌واره درمانی (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 طرح‌واره محور 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 به وسیله 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 به وسیله 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 مؤلفه اعتماد که یکی از مؤلفه‌های توانمندسازی روان‌شناختی است، اعتماد می‌تواند شامل اعتماد به کادر درمانی، روش‌های درمانی، اعتماد به خداوند و تکیه کردن به قدرت لایزال او (توکل) باشد، ارایه 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، مؤلفه احساس شایستگی آموزش داده شد و مهارت‌هایی در مورد رفتار با سایر افراد ارایه شد. ارایه 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، مؤلفه توانمندسازی خودتعیینی آموزش داده شد و سپس در مورد اجزای آن توضیحاتی ارایه گردید. ارایه 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 مؤلفه معناداری. توضیح در مورد نشخوارهای فکری در مورد بیماری و آینده فرزند، ارایه تکنیک‌هایی در جهت کاهش نشخوار فکری، ارایه 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 مؤلفه توانمندسازی خودکارآمدی به آنان آموزش داده شد، توضیح در مورد منابع خودکارآمدی و ویژگی‌های افراد خودکارآمد، ارایه 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 مؤلفه دیگری از توانمندسازی، توضیح در مورد پیامدهای آن: تحکیم پیوندهای اجتماعی (از جمله رابطه با دیگر افراد ایمن)، ارایه تکلیف منزل.
نهم	بررسی تکلیف منزل، توضیح در خصوص مؤثر بودن، ادراک کنترل، منبع کنترل، تمرین به کارگیری توانمندی‌ها در عمل و بررسی احساس مؤثر بودن از این طریق به عنوان تکلیف منزل
دهم	بررسی تکلیف منزل، بررسی علل ناسازگاری‌ها، فقدان مهارت‌های مقابله‌ای کارآمد، توضیح در مورد مهارت‌های مقابله‌ای مسئله‌مدار، توضیح در مورد حل مسئله و گام‌های آن، ارایه تکلیف منزل.
یازدهم	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.
دوازدهم	جمع‌بندی جلسات، پاسخ گویی به سوالات و برگزاری پرس‌آزمون

یافته‌ها

نتایج تحلیل واریانس آمیخته بین میانگین سنی گروه‌ها تفاوت معنی‌داری مشاهده نشده است، بنابراین تفکیک اثر سن در بین گروه‌ها ضرورتی ندارد.

یافته‌های جدول ۴ نشان می‌دهد که در گروه آزمایش آموزش توانمندسازی روان‌شناختی بیشترین

یافته‌های جدول ۳ نشان می‌دهد که در گروه آموزش توانمندسازی روان‌شناختی میانگین سنی ۱۵/۱۲، در گروه طرح‌واره درمانی میانگین ۱۵/۸ و در گروه گواه میانگین سنی ۱۵/۵ بوده است. با توجه به

واحدهای پژوهش درآمد ماهیانه زیر یک میلیون (۴۰ درصد) داشته‌اند. در گروه آزمایش طرح‌واره درمانی بیشترین واحدهای پژوهش درآمد ماهیانه زیر یک میلیون (۳۳ درصد) داشته‌اند. در گروه گواه بیشترین واحدهای پژوهش درآمد ماهیانه ۱-۳ میلیون تومان داشته‌اند.

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

نتایج جدول ۶ نشان داد که میانگین تاب‌آوری روان‌شناختی برای گروه آزمایش آموزش توانمندسازی روان‌شناختی ۵۱/۶، آزمایش طرح‌واره درمانی ۵۲/۸ و گروه گواه ۵۱/۶ در حالت پیش‌آزمون به دست آمده است، میانگین تاب‌آوری روان‌شناختی در حالت پس از آزمون برای گروه آزمایش آموزش توانمندسازی روان‌شناختی ۶۰/۴، آزمایش طرح‌واره درمانی ۵۸/۵ و گروه گواه ۵۲/۴ و در حالت پیگیری میانگین تاب‌آوری روان‌شناختی برای گروه آزمایش آموزش توانمندسازی روان‌شناختی ۶۱/۷، آزمایش طرح‌واره درمانی ۵۷/۶ و گروه گواه ۵۳/۵ در حالت پیگیری به دست آمده است.

همان‌طوری که نتایج جدول ۷ نشان می‌دهد، بر اساس ضرایب F محاسبه شده، عامل زمان با مرحله ارزیابی

تأثیر معنی‌داری بر تاب‌آوری روان‌شناختی دختران نوجوان قربانی خشونت خانگی داشته است ($p < ۰/۰۰۱$). نتایج نشان داده است که اثر زمان ۵۸ درصد از تفاوت در واریانس‌های نمرات تاب‌آوری دختران نوجوان قربانی خشونت خانگی را تبیین می‌کند و اندازه توان ۱۰۰ درصدی حاکی از دقت بالا و کفایت حجم نمونه می‌باشد. از طرفی نتایج نشان داده است که اثر عضویت گروهی و تعامل زمان و گروه به ترتیب ۴۳ و ۴۹ درصد از تفاوت در واریانس‌های نمرات تاب‌آوری دختران نوجوان قربانی خشونت خانگی را تبیین می‌کند و اندازه توان ۱۰۰ درصدی برای اثر عضویت گروهی و تعامل زمان و گروه حاکی از دقت بالا و کفایت حجم نمونه می‌باشد. در نهایت می‌توان چنین نتیجه گرفت که که آموزش توانمندسازی روان‌شناختی و طرح‌واره درمانی بر تاب‌آوری روان‌شناختی دختران نوجوان قربانی خشونت خانگی در مراحل مختلف مورد ارزیابی تأثیر دارند.

نتایج مندرج در جدول ۸ نشان داد که تفاوت بین میانگین نمرات متغیر تاب‌آوری روان‌شناختی دختران نوجوان قربانی خشونت خانگی گروه آموزش توانمندسازی روان‌شناختی با گروه طرح‌واره درمانی معنی‌دار بوده است که این سطح معنی‌داری نشان دهنده این است که بین اثربخشی آموزش توانمندسازی روان‌شناختی و طرح‌واره درمانی بر تاب‌آوری روان‌شناختی دختران نوجوان قربانی خشونت خانگی در مرحله پس از آزمون تفاوت معنی‌دار وجود دارد و این اثر در مرحله پیگیری ثبات خود را حفظ

نموده است. آموزش توانمندسازی روان‌شناختی باعث افزایش بیشتر شده است که با یافته‌های توصیفی این پژوهش همسویی دارد

نتایج جدول ۹ نشان داد که میانگین همجوشی شناختی برای گروه آزمایش آموزش توانمندسازی روان‌شناختی $41/5$ ، آزمایش طرح‌واره درمانی $38/7$ و گروه گواه $41/5$ در حالت پیش‌آزمون به دست آمده است، میانگین همجوشی شناختی در حالت پس از آزمون برای گروه آزمایش آموزش توانمندسازی روان‌شناختی $38/8$ ، آزمایش طرح‌واره درمانی $37/5$ و گروه گواه $41/4$ و در حالت پیگیری میانگین همجوشی شناختی برای گروه آزمایش آموزش توانمندسازی روان‌شناختی $38/7$ ، آزمایش طرح‌واره درمانی $37/3$ و گروه گواه $41/8$ در حالت پیگیری به دست آمده است.

برای بررسی تغییرات همجوشی شناختی در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری از تحلیل واریانس آمیخته استفاده شد که خلاصه نتایج در جدول گزارش شده است.

نتایج مندرج در جدول ۱۰ نشان داد که بر اساس ضرایب F محاسبه شده، عامل زمان با مرحله ارزیابی تأثیر معنی‌داری بر همجوشی شناختی دختران نوجوان قربانی خشونت خانگی داشته است ($p < 0/001$). نتایج نشان داده است که اثر زمان ۴۲ درصد از تفاوت در واریانس‌های نمرات همجوشی شناختی دختران نوجوان قربانی خشونت خانگی را تبیین می‌کند و اندازه توان ۱۰۰ درصدی حاکی از

دقت بالا و کفایت حجم نمونه می‌باشد. از طرفی نتایج نشان داده است که اثر عضویت گروهی و تعامل زمان و گروه به ترتیب ۶۲ و ۷۸ درصد از تفاوت در واریانس‌های نمرات همجوشی شناختی دختران نوجوان قربانی خشونت خانگی را تبیین می‌کند و اندازه توان ۱۰۰ درصدی برای اثر عضویت گروهی و تعامل زمان و گروه حاکی از دقت بالا و کفایت حجم نمونه می‌باشد. در مجموع می‌توان گفت که آموزش توانمندسازی روان‌شناختی و طرح‌واره درمانی بر همجوشی شناختی دختران نوجوان قربانی خشونت خانگی در مراحل مختلف ارزیابی تأثیر دارند.

طبق نتایج جدول ۱۱ یافته‌های آزمون بونفرونی نشان داد که در سه گروه گواه، آزمایش آموزش توانمندسازی روان‌شناختی و آزمایش آموزش طرح‌واره درمانی در میزان همجوشی شناختی در حالت پیش‌آزمون تفاوتی مشاهده نشده است ($p > 0/05$)، در حالت پس‌آزمون و پیگیری کاهش معنی‌داری در میزان همجوشی شناختی در دو گروه آزمایش آموزش توانمندسازی روان‌شناختی و آزمایش آموزش طرح‌واره درمانی نسبت به گروه کنترل مشاهده شده که این میزان کاهش برای گروه آزمایش آموزش توانمندسازی روان‌شناختی نسبت به گروه آزمایش آموزش طرح‌واره درمانی بیشتر مشاهده شده است ($p < 0/001$).

نتایج جدول ۱۲ نشان داد که میانگین اندیشه‌پردازی خودکشی برای گروه آزمایش آموزش توانمندسازی روان‌شناختی $31/5$ ، آزمایش طرح‌واره

درمانی ۳۰/۴ و گروه گواه ۳۰/۵ در حالت پیش‌آزمون به دست آمده است، میانگین اندیشه‌پردازی خودکشی در حالت پس از آزمون برای گروه آزمایش آموزش توانمندسازی روان‌شناختی ۲۴/۲، آزمایش طرح‌واره درمانی ۲۶/۶ و گروه گواه ۳۰/۴ و در حالت پیگیری میانگین اندیشه‌پردازی خودکشی برای گروه آزمایش آموزش توانمندسازی روان‌شناختی ۲۳/۸، آزمایش طرح‌واره درمانی ۲۵/۵ و گروه گواه ۳۱/۶ در حالت پیگیری به دست آمده است.

نتایج مندرج در جدول ۱۳ نشان داد که بر اساس ضرایب F محاسبه شده، عامل زمان با مرحله ارزیابی تأثیر معنی‌داری بر اندیشه‌پردازی خودکشی دختران نوجوان قربانی خشونت خانگی داشته است ($p < 0.001$). نتایج نشان داده است که اثر زمان ۲۹ درصد از تفاوت در واریانس‌های نمرات اندیشه‌پردازی خودکشی دختران نوجوان قربانی خشونت خانگی را تبیین می‌کند و اندازه توان ۱۰۰ درصدی حاکی از دقت بالا و کفایت حجم نمونه می‌باشد. از طرفی نتایج نشان داده است که اثر

عضویت گروهی و تعامل زمان و گروه به ترتیب ۳۶ و ۵۴ درصد از تفاوت در واریانس‌های نمرات اندیشه‌پردازی خودکشی دختران نوجوان قربانی خشونت خانگی را تبیین می‌کند و اندازه توان ۱۰۰ درصدی برای اثر عضویت گروهی و تعامل زمان و گروه حاکی از دقت بالا و کفایت حجم نمونه می‌باشد. بنابراین می‌توان گفت آموزش توانمندسازی روانشناختی و طرح‌واره درمانی در مراحل مختلف ارزیابی اندیشه‌پردازی خودکشی تأثیر داشته‌اند.

نتایج جدول ۱۴ نشان داد که تفاوت بین میانگین نمرات متغیر اندیشه‌پردازی خودکشی در گروه توانمندسازی روانشناختی با گروه‌های طرح‌واره درمانی و کنترل معنی‌دار بوده است که این سطح معنی‌داری نشان دهنده این است که بین میزان اثر بخشی آموزش توانمندسازی روانشناختی و طرح‌واره درمانی بر اندیشه‌پردازی خودکشی تفاوت معنی‌دار وجود دارد که تأثیر آموزش توانمندسازی روانشناختی بیشتر بوده است

جدول ۳: میانگین و انحراف معیار واحدهای مورد پژوهش بر حسب سن

گروه	آزمایش آموزش توانمندسازی روان‌شناختی	آزمایش طرح‌واره درمانی	گواه
میانگین $\pm$ انحراف معیار	۱۵/۱۲ $\pm$ ۱/۵	۱۵/۸ $\pm$ ۲/۴	۱۵/۵ $\pm$ ۱/۶

جدول ۴: فراوانی واحدهای مورد پژوهش بر حسب درآمد خانوار

درآمد ماهانه خانوار	گروه		سطح معنی‌داری
	آزمایش آموزش توانمندسازی روان‌شناختی	آزمایش طرح‌واره درمانی	
زیر ۱ میلیون تومان	۴۰/۶	۳۳/۵	۰/۱۳۲
۱-۳ میلیون تومان	۲۰/۳	۲۷/۴	۴۰/۶
۴-۶ میلیون تومان	۱۲/۳	۶/۷	۲۷/۴
۷-۹ میلیون تومان	۶/۷	۱۳/۳	۷/۱
بالای ۹ میلیون تومان	۱۲/۳	۲۰/۳	-
جمع کل	۱۰۰/۱۵	۱۰۰/۱۵	۱۰۰/۱۵

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

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

جدول ۶: میانگین و انحراف معیارهای مورد پژوهش در سه گروه مورد بررسی برای متغیر تاب‌آوری روان‌شناختی

متغیر	گروه	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری
تاب‌آوری	آزمایش آموزش توانمندسازی روان‌شناختی	۵۱/۶ ± ۵/۲	۶۰/۴ ± ۴/۹	۶۱/۷ ± ۵/۳
روانشناختی	آزمایش طرح‌واره درمانی	۵۲/۸ ± ۹/۳	۵۸/۵ ± ۵/۶	۵۷/۶ ± ۷/۳
	گواه	۵۱/۶ ± ۴/۹	۵۲/۴ ± ۸/۳	۵۳/۵ ± ۵/۴

جدول ۷: خلاصه نتایج تحلیل واریانس آمیخته برای تعیین تأثیر آموزش توانمندسازی روان‌شناختی و طرح‌واره درمانی بر تاب‌آوری روان‌شناختی دختران نوجوان قربانی خشونت خانگی

اثر	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	سطح معنی‌داری	اندازه اثر	توان آزمون
زمان	۷۳۰/۴۴	۲	۳۶۵/۲۲	۹۸/۶۲	۰/۰۰۱	۰/۵۸	۱
عضویت گروهی	۱۸۰۴/۸۴	۲	۹۰۲/۴۲	۳۴/۲۳	۰/۰۰۱	۰/۴۳	۱
تعامل زمان و گروه	۴۲۰/۸	۴	۱۰۵/۲	۳۹/۲۵	۰/۰۰۱	۰/۴۹	۱
خطای درون آزمودنی	۳۴۱/۲۳	۹۲	۳/۴۲				

جدول ۸: نتایج آزمون بونفرونی در خصوص تفاوت بین گروه‌ها

گروه ۱	گروه ۲	اختلاف میانگین	خطای استاندارد	سطح معنی‌داری
توانمندسازی روان‌شناختی	طرح‌واره درمانی	-۶/۴	۲/۶	۰/۰۲
	کنترل	۸	۳/۶	۰/۰۰۱
	کنترل	۵/۹	۱/۲	۰/۰۰۱
طرح‌واره درمانی	توانمندسازی روان‌شناختی	۶/۴	۲/۶	۰/۰۲

جدول ۹: میانگین و انحراف معیار نمونه‌های مورد پژوهش در سه گروه مورد بررسی برای متغیر همجوشی شناختی

متغیر	گروه	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری
همجوشی شناختی	آزمایش توانمندسازی روان‌شناختی	۴۱/۵ ± ۳/۴	۳۸/۸ ± ۴/۶	۳۸/۷ ± ۴/۵
	آزمایش طرح‌واره درمانی	۴۰/۷ ± ۲/۶	۳۷/۵ ± ۴/۵	۳۷/۳ ± ۷/۳
	گواه	۴۱/۵ ± ۴/۳	۴۱/۴ ± ۷/۵	۴۱/۸ ± ۲/۶

جدول ۱۰: خلاصه نتایج تحلیل واریانس آمیخته برای تعیین تأثیر آموزش توانمندسازی روان‌شناختی و طرح‌واره درمانی بر همجوشی شناختی دختران نوجوان قربانی خشونت خانگی

اثر	مجموع مجذورات	df	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری	اندازه اثر	توان آزمون
زمان	۴۶۸/۳	۲	۲۶۴/۱۵	۷۷/۱۲	۰/۰۰۱	۰/۴۲	۱
عضویت گروهی	۱۶۹۰/۸۶	۲	۸۴۵/۴۳	۳۲/۲۳	۰/۰۰۱	۰/۶۲	۱
تعامل زمان و گروه	۳۷۶/۸	۴	۹۴/۲	۳۴/۲۵	۰/۰۰۱	۰/۷۸	۱
خطای درون آزمودنی	۲۲۱/۷۲	۹۲	۲/۴۱				

جدول ۱۱: نتایج آزمون بونفرونی در خصوص تفاوت بین گروه‌ها

گروه ۱	گروه ۲	اختلاف میانگین	خطای استاندارد	سطح معنی داری
توانمندسازی	طرح‌واره درمانی	۱/۳	۰/۶۵	۰/۰۱۵
روان‌شناختی	کنترل	-۲/۶	۱/۲	۰/۰۰۱
طرح‌واره درمانی	کنترل	-۳/۹	۱/۳	۰/۰۰۱
	توانمندسازی روان‌شناختی	-۱/۳	۱/۲	۰/۰۰۱

جدول ۱۲: 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	۲۳/۸ ± 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	۳۱/۶ ± ۲/۴

جدول ۱۳: خلاصه نتایج تحلیل واریانس آمیخته برای تعیین تأثیر آموزش توانمندسازی روان‌شناختی و طرح‌واره درمانی بر علایم اندیشه‌پردازی خودکشی دختران نوجوان قربانی خشونت خانگی

اثر	مجموع مجذورات	Df	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری	اندازه اثر	توان آزمون
زمان	۵۹۶/۲۸	۲	۲۹۸/۱۴	۸۷/۴۳	۰/۰۰۱	۰/۲۹	۱
عضویت گروهی	۱۷۹۵/۳	۲	۸۹۷/۶۵	۳۱/۱۱	۰/۰۰۱	۰/۳۶	۱
تعامل زمان و گروه	۴۶۰/۸۸	۴	۱۱۵/۲۲	۳۶/۶۵	۰/۰۰۱	۰/۵۴	۱
خطای درون آزمودنی	۳۲۲/۹۲	۹۲	۳/۵۱				

جدول ۱۴: نتایج آزمون بونفرونی در خصوص تفاوت بین گروه‌ها

گروه ۱	گروه ۲	اختلاف میانگین	خطای استاندارد	سطح معنی داری
توانمندسازی	طرح‌واره درمانی	۲/۴	۰/۸	۰/۰۱۱
روان‌شناختی	کنترل	۵/۸	۱/۵	۰/۰۰۱
طرح‌واره درمانی	کنترل	۳/۸	۰/۷	۰/۰۰۱
	توانمندسازی روان‌شناختی	-۲/۴	۰/۸	۰/۰۱۱

بحث

خشونت خانگی به رفتارهای آزاردهنده و کنترل‌گرانه‌ای گفته می‌شود که یکی از اعضای خانواده نسبت به دیگری اعمال می‌کند. این نوع خشونت ممکن است به شکل‌های مختلفی از جمله فیزیکی، روانی، جنسی، اقتصادی و عاطفی بروز کند، لذا هدف از این مطالعه تعیین و مقایسه اثربخشی آموزش توانمندسازی روان‌شناختی و طرح‌واره درمانی بر تاب‌آوری روان‌شناختی، افکار خودکشی و همجوشی شناختی دختران نوجوان قربانی خشونت خانگی بود. بررسی نتایج پژوهش حاضر نشان داد که آموزش توانمندسازی روان‌شناختی و طرح‌واره درمانی بر بهبود تاب‌آوری روان‌شناختی دختران نوجوان قربانی خشونت خانگی مؤثر است. یافته‌های این پژوهش نشان داد، افرادی که از توانمندسازی روان‌شناختی آموزش دریافت نمودند نسبت به روش طرح‌واره درمانی میزان تاب‌آوری بیشتر بوده است، زیرا توانمندسازی روان‌شناختی بیشتر در راستای خودبآوری از طریق احساس شایستگی و مؤثر بودن، افزایش مهارت مقابله‌ای و افزایش فعالیت‌های سودمند زندگی از طریق رشد مسئولیت‌پذیری است که همگی در افزایش رشد شخصی قربانیان خشونت خانگی تأثیرگذار بود. همچنین تقویت احساس شایستگی در برنامه توانمندسازی روان‌شناختی می‌تواند نقش بسیار مؤثری در مدیریت احساسات و تکانه‌ها بازی کند و

باعث می‌شود وقتی که افراد نیاز به کمک کسی داشته باشند، در پی شکل‌دهی ارتباطات سازنده باشند، پژوهشی که به طور اختصاصی به مقایسه توانمندسازی روان‌شناختی و طرح‌واره درمانی بپردازد در پیشینه پژوهش موجود نبود. این پژوهش به صورت تلویحی با پژوهش‌های (۴۸-۱) همسویی دارد.

در تبیین تفاوت اثرگذاری توانمندسازی روان‌شناختی و طرح‌واره درمانی بر تاب‌آوری روان‌شناختی قربانیان خشونت خانگی می‌توان به وضعیت اجتماعی و اقتصادی افراد اشاره داشت. افراد با وضعیت اقتصادی بهتر، اغلب به منابع حمایتی مانند مشاور، گروه‌های پشتیبانی یا آموزش‌های تکمیلی دسترسی بیشتری دارند. این دسترسی می‌تواند اثربخشی آموزش توانمندسازی را افزایش دهد (۴۷).

طرح‌واره درمانی به عنوان رویکرد درمانی جدید به تلفیق عناصر موجود در *درمان شناختی رفتاری (CBT)*، *روان تحلیل‌گری*، *نظریه دلبستگی* و *درمان مبتنی بر هیجان* می‌پردازد، نتایج پژوهش‌های برادسکی و همکاران (۲۴) و بوی و همکاران (۲۵) که از اثربخشی طرح‌واره 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 (۲۹-۲۶). پژوهش‌ها نشان دادند راهبردهای منفی در تاب‌آوری مانند ملامت خود، نشخوارگری و ملامت دیگران با افسردگی رابطه مثبتی دارند (۳۰)، همچنین شایع‌ترین ناراحتی شناختی که به وسیله 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 (۳۲ و ۳۱). تاب‌آوری روان شناختی، 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 ارایه برنامه شناختی - رفتاری که مستلزم شناسایی و قصد مقابله فرد با طرح‌واره‌هاست، به هشیار کردن فرد و ترغیب به مقابله فعال با شرایطی منجر شده که او قصد تغییر آنها را دارد، که این خود باعث افزایش تاب‌آوری می‌شود، چرا که تاب‌آوری شرکت فعال و سازنده فرد در محیط خود نیز محسوب می‌شود (۳۸).

نتایج نشان داد که استفاده از توانمندسازی روانشناختی و طرح‌واره درمانی می‌تواند بر کاهش خودکشی مؤثر باشد، در این میان به نظر توانمندسازی روانشناختی در کنترل افکار خودکشی نسبت به طرح‌واره درمانی اثرگذاری بیشتری دارد (۴۹).

طرح‌واره درمانی با تأکید بر تغییر شبکه‌های مقابله‌ای ناسازگار و طرح‌واره‌های ناسازگار شکل گرفته در دوران کودکی، به ارایه تکنیک‌های شناختی - رفتاری برای جایگزین کردن الگوهای سازگارتر و جدیدتر به جای شبکه‌ها و راهبردهای ناکارآمد، اقدام می‌کند (۳۵ و ۳۴).

نظریه طرح‌واره یک رابطه صمیمی زمینه‌ای را ایجاد می‌کند که در آن احتمال تکرار الگوهای رابطه اولیه در هر دو قسمت افزایش می‌یابد. چگونه سوابق ترومایی (طرح‌واره‌ای) زوجین می‌تواند به درک عواملی که منجر به خشونت می‌شود، کمک کند. کاوش در زمینه بین فردی می‌تواند بینش بیشتری در مورد دلایل بروز خشونت ارایه دهد (۳۶).

همچنین طرح‌واره درمانی با توجه به ارایه برنامه شناختی - رفتاری که مستلزم شناسایی و قصد مقابله فرد با طرح‌واره‌هاست، به هشیار کردن فرد و ترغیب به مقابله فعال با شرایطی منجر شده که او قصد تغییر آنها را دارد، که این خود باعث افزایش تاب‌آوری می‌شود، چرا که تاب‌آوری شرکت فعال و سازنده فرد در محیط خود نیز محسوب می‌شود (۳۸).

نتایج نشان داد که استفاده از توانمندسازی روانشناختی و طرح‌واره درمانی می‌تواند بر کاهش خودکشی مؤثر باشد، در این میان به نظر توانمندسازی روانشناختی در کنترل افکار خودکشی نسبت به طرح‌واره درمانی اثرگذاری بیشتری دارد (۴۹).

در تبیین تفاوت اثرگذاری توانمندسازی روان‌شناختی و طرح‌واره درمانی بر اندیشه‌پردازی خودکشی می‌توان به این نکات اشاره داشت که افراد با وضعیت اجتماعی و اقتصادی پایین‌تر بیشتر در معرض استرس‌های مزمن ناشی از بیکاری، بدهی، دسترسی محدود به منابع و تبعیض قرار دارند. این عوامل ممکن است توانمندسازی روان‌شناختی را محدود کرده و اثربخشی آن را کاهش دهند. افرادی که در وضعیت اجتماعی و اقتصادی مطلوب‌تری قرار دارند، معمولاً دسترسی بهتری به خدمات بهداشت روانی، شبکه‌های حمایتی و فرصت‌های آموزشی دارند. این دسترسی‌ها می‌تواند اثرات مثبت توانمندسازی روان‌شناختی را تقویت کرده و اندیشه‌پردازی خودکشی را کاهش دهد. وضعیت اجتماعی و اقتصادی تأثیر زیادی بر خودپنداره افراد دارد. کسانی که احساس می‌کنند از نظر اجتماعی و اقتصادی جایگاه پایینی دارند، ممکن است دچار احساس ناکافی بودن و کاهش عزت‌نفس شوند، که می‌تواند توانمندسازی روان‌شناختی را تضعیف کند (۵۰).

وجود عامل گروهی نیز در طرح‌واره 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 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 (۴۰ و ۳۹).

نتایج نشان داد که در سه گروه گواه، آزمایش آموزش توانمندسازی روان‌شناختی و آزمایش آموزش طرح‌واره درمانی در میزان همجوشی شناختی در حالت پیش آزمون تفاوتی مشاهده نشده است ($p < 0.05$)، در حالت پس‌آزمون و پیگیری کاهش معنی‌داری در میزان همجوشی شناختی در دو گروه آزمایش آموزش توانمندسازی روان‌شناختی و آزمایش آموزش طرح‌واره درمانی نسبت به گروه کنترل مشاهده شده که این میزان کاهش برای گروه آزمایش آموزش توانمندسازی روان‌شناختی نسبت به گروه آزمایش آموزش طرح‌واره درمانی مشاهده شده است ($p < 0.001$). با مقایسه دو روش طرح‌واره درمانی و توانمندسازی روان‌شناختی یافته‌ها بیانگر تأثیر بیشتر توانمندسازی روان‌شناختی بوده، دلیل این است که توانمندسازی روان‌شناختی از طریق کاهش تنیدگی‌های روان‌شناختی در افراد بر کاهش همجوشی شناختی در آن‌ها اثر می‌گذارد. در واقع توانمندسازی روان‌شناختی می‌تواند عامل تسهیل‌کننده‌ای در پاسخ‌گویی به چالش‌های محیطی و خانوادگی باشد. توانمندسازی روانی سبب

آماده‌سازی افراد با درجه بالایی از انعطاف‌پذیری و آزادی در تصمیم‌گیری‌ها می‌شود (۵۱).

در تبیین این یافته می‌توان گفت توانمندسازی روان‌شناختی سبب ایجاد ادراک شایستگی در افراد می‌شود. شایستگی به درجه‌ای که یک فرد می‌تواند وظایف خود را با مهارت انجام دهد، اشاره دارد. این بعد زمانی که فرد دانش، توانایی، مهارت و تعلیم لازم را داشته باشد، نمایان‌تر است (۵۱).

طرح‌واره درمانی به رابطه بین درمان‌گر و بیمار، بسیار اهمیت می‌دهد و در پی آن است که در چهارچوب این رابطه، هیجانات سالم تجربه شوند و همچنین مواجهه همدلانه و بازوالدینی حد و مرزدار نیازهای هیجانی مراجع، صورت پذیرد. از طرفی طرح‌واره درمانی توجه بسیار زیادی به نیازهای هیجانی اصلی دارد که در همه افراد نوع بشر مشترک است و بر این باور است که طرح‌واره‌های ناسازگار، زمانی به وجود می‌آیند که به هر دلیلی این نیازها، برطرف نشوند (۴۱).

در تبیین این یافته می‌توان گفت افرادی که هم‌جوشی شناختی در آنها بالاتر است بیش‌تر احتمال دارد، دچار استرس و اضطراب گردند در هم‌جوشی شناختی فرد طوری تحت تأثیر افکارش قرار می‌گیرد که گویی کاملاً واقعی هستند و موجب می‌شوند، رفتار و تجربه بر دیگر منابع تنظیم رفتاری حاکم شوند و فرد نسبت به نتایج مستقیم، حساسیت کمتری پیدا می‌کند (۴۲).

نتایج این مطالعه با یافته‌های احمدی و همکاران (۴۳)، فلاحتی و احمدی (۴۴) با هدف بررسی نقش هم‌جوشی شناختی و هوش اجتماعی در پیش‌بینی سلامت عمومی پرستاران شاغل در بیمارستان‌های شهرستان پارس‌آباد در سال ۱۳۹۶، سعیدپور و همکاران (۴۵) با هدف نقش تشخیصی راهبردهای تنظیم شناختی هیجان، هم‌جوشی شناختی و راهبردهای کنترل فکر در اختلال وسواسی - اجباری، همسو است، هم‌جوشی شناختی سبب می‌شود فرد طوری تحت تأثیر افکارش قرار گیرد که گویی واقعی هستند و موجب می‌شوند رفتار و تجربه فرد بر دیگر منابع تنظیم رفتاری حاکم شوند و فرد نسبت به نتایج مستقیم، حساسیت کمتری پیدا می‌کند (۴۶).

محدودیت‌های پژوهش شامل؛ این پژوهش فقط در حیطه قربانیان خشونت خانگی صورت گرفته است. در تعمیم نتایج به دیگر گروه‌ها باید احتیاط لازم صورت پذیرد، جامعه آماری پژوهش شامل دختران نوجوان قربانی خشونت خانگی شهر دهدشت و مراجعه آنها به مرکز بهزیستی آن شهر بوده است. بنابراین در تعمیم نتایج این پژوهش به دیگر شهرها، لازم است نقش تفاوت‌های فرهنگی و همچنین تأثیر آن بر حمایت اجتماعی دریافت شده نوجوان قربانی خشونت خانگی مورد بررسی قرار گیرد، عدم شناسایی و کنترل متغیرهای فردی، شخصیتی، اجتماعی و خانوادگی تأثیرگذار بر تاب‌آوری روان

شناختی و ایجاد اندیشه‌های خودکشی در قربانیان خشونت خانگی دیگر محدودیت پژوهش حاضر بود، عدم اجرای مرحله پیگیری طولانی‌تر در طول یک سال دیگر محدودیت پژوهش حاضر بود، عدم بررسی عوامل مداخله‌کننده‌ای است که می‌تواند بر نتایج پژوهش حاضر تأثیرگذار باشد. برای مثال می‌توان به اثرات وضعیت اشتغال مادر و حمایت سایر اعضای خانواده بر این گروه از افراد اشاره کرد، اثربخشی هر دو روش به مهارت‌ها و تجربه درمان‌گران بستگی دارد و درمان‌گرانی با سطوح مختلف تجربه ممکن است نتایج متفاوتی ایجاد کنند. لذا پیشنهادات میشود؛ با توجه به این که نتایج پژوهش حاضر نشان داد بسته توانمندسازی روان‌شناختی بر افزایش تاب‌آوری و کاهش اندیشه‌پردازی خودکشی و همجوشی شناختی قربانیان خشونت خانگی اثربخش است، پیشنهاد می‌شود مشاوران و روان‌درمان‌گران فعال در مراکز بهداشت و بهزیستی، بسته توانمندسازی روان‌شناختی را در فرآیندهای مشاوره خود برای ارتقاء تاب‌آوری روان‌شناختی و کاهش اندیشه‌پردازی خودکشی و همجوشی شناختی در این افراد و خانواده‌های آنها مدنظر قرار دهند. با توجه به نتایج حاصل از این پژوهش که بین میزان اثربخشی آموزش توانمندسازی روان‌شناختی و طرح‌واره درمانی بر اندیشه‌پردازی خودکشی دختران نوجوان قربانی خشونت خانگی تفاوت معنی‌دار وجود دارد، پیشنهاد می‌شود در راستای بهبود وضعیت روحی و

روانی قربانیان خشونت خانگی از شیوه‌های مثبت روانی در راستای مقابله با خودکشی و خروج افکار خودکشی از روان شخص استفاده کرد که این امر در کاهش میزان خودکشی و جلوگیری از اتفاقات ناگوار اثرگذار است. با توجه به این که بین میزان اثربخشی آموزش توانمندسازی روان‌شناختی و طرح‌واره درمانی بر همجوشی شناختی قربانیان خشونت خانگی تفاوت معنی‌دار وجود دارد، در راستای بهبود وضعیت روحی و روانی قربانیان خشونت خانگی از شیوه‌های آموزشی توانمندسازی در راستای کنترل همجوشی شناختی استفاده نمود. به دلیل این که همجوشی شناختی با رفتارهای اجتنابی، استرس، اختلالات روانی و فیزیکی، پریشانی روانشناختی سطوح پایین سلامت روان در ارتباط می‌باشد. با توجه به نتایج حاصل از این پژوهش که آموزش توانمندسازی روان‌شناختی و طرح‌واره درمانی بر افزایش تاب‌آوری و کاهش اندیشه‌پردازی خودکشی و همجوشی شناختی دختران نوجوان قربانی خشونت خانگی مؤثر بودند، به همکاران عزیز درمان‌گر و مشاور پیشنهاد می‌شود، از روش‌های درمانی ذکر شده در کلینیک‌های روان‌شناختی و مشاوره، استفاده نمایند. با توجه به نتایج پژوهش حاضر لازم است مراکز بهزیستی نسبت به پایش سلامت روانی، هیجانی و شناختی قربانیان خشونت خانگی مبادرت ورزیده تا با استفاده از نتایج آن، تلاش نمایند با به کارگیری متخصصان روان‌شناسی مجرب در جهت ارتقاء تاب‌آوری روان‌شناختی و همچنین کاهش

اندیشه‌پردازی خودکشی و همجویشی شناختی آنان اقدام نماید، تا بدین طریق این قربانیان از سلامت روانشناختی بالاتری برخوردار شوند.

تقدیر و تشکر

نویسندگان این پژوهش از کلیه کسانی در جمع‌آوری داده‌های این مطالعه نقش داشتند و همکاری نمودند کمال تشکر و قدردانی را به عمل می‌آورند.

تعارض منافع

نویسندگان اعلام می‌دارند که هیچ‌گونه تعارض منافعی در خصوص این مقاله وجود ندارد.

حمایت مالی

این پژوهش به وسیله دانشجوی و بدون از هرگونه حمایت مالی از طرف دیگران انجام شد.

ملاحظات اخلاقی

این مقاله برگرفته از پایان‌نامه دکترای رشته روانشناسی از دانشگاه آزاد اسلامی واحد یاسوج با کد اخلاق IR.IAU.YASOOJ.REC.1401.003 می‌باشد.

مشارکت نویسندگان

تمامی مراحل این پژوهش به وسیله دانشجوی و زیر نظر استاد راهنما دکتر سید یوسف رسولی و استاد مشاور خسرو رضائی انجام شد.

REFERENCES

1. Akkermans J, Tims M. Crafting your career: How career competencies relate to career success via job crafting. *Applied Psychology* 2017; 66(1): 168-95.
2. Alesina A, Brioschi B, Ferrara EL. *Violence Against Women: A Cross-cultural Analysis for Africa*. National Bureau of Economic Research, 2016.
3. Reuman L, Buchholz J, Abramowitz JS. Obsessive beliefs, experiential avoidance, and cognitive fusion as predictors of obsessive-compulsive disorder symptom dimensions. *Journal of Contextual Behavioral Science* 2018; 9: 15-20.
4. Fall KA. *Alternatives to Domestic Violence*. Printed in the United States of America. Printed in the United States of America. 3rd ed. New York: Behavioral Sciences, Health and Social Care; 2011; 264.
5. 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: 709-19.
6. Kiai Rad H, Pasha R, Askari P, Makundi B. The effectiveness of schema therapy on extramarital relationships and domestic violence in women involved in emotional divorce. *Journal of knowledge and research in applied psychology* 2023; 3(23): 188-204.
7. Arajmandi T. Investigation of structures affecting suicide among Iranian youths, a review article. *Rawan Quarterly* 2022; 7(2): 41-3.
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): 126-31.
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): 103-31.
10. Kim JY, Sehun OH, Nam SI. The incidence and impact of family violence on mental health among south korean women. *Korean Journal of Social Welfare* 2009; 24:193-202.
11. Ran H, Fang D, Che Y, Donald AR, Peng J, Chen L, Wang S, Xiao Y. Resilience mediates the association between impulsivity and self-Harm in Chinese Adolescents. *Journal of Affective Disorders* 2021; 300: 34-40.
12. Reuman L, Buchholz J, Abramowitz JS. 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: 437-44.
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: 60-4.
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* 2015; 39: 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): 326-30.
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* 2021; 2(6): 11-23.
22. Amichai-Hamburger Y, McKenna KYA, Tal S. Empowerment: Empowerment by the internet. *Computer Human Behavior* 2008; 24: 1776-89.
23. Alaminia M. Review and analysis of researches in the field of schema therapy. *Clinical Psychology Studies* 2008; 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: 709-19.
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; 7: 72.
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): 220-3.
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): 22-8.
29. Poole JC, Dobson KS, 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; 217: 144-152.
30. Cappelletti S, Tondo I, Pietrafusa N, Renzetti T, Pannacci I, Gentile S, et al. Improvement of quality of life in adolescents with epilepsy after an empowerment and sailing experience. *Epilepsy & Behavior* 2020; 106: 106-110.
31. 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.
32. 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.
33. 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.
34. 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): 233-9.
35. Cappelletti S, Tondo I, Pietrafusa N, Renzetti T, Pannacci I, Gentile S, et al. Improvement of quality of life in adolescents with epilepsy after an empowerment and sailing experience. *Epilepsy & Behavior* 2020; 106: 106-10.
36. Beckley K. Schema chemistry: An interpersonal framework for making sense of intimate partner violence. *Journal of Clinical Psychology* 2022; 78(1): 38-49.
37. Tarkhan M. The effectiveness of acceptance and commitment therapy (ACT) on emotion regulation and life. *Journal of Psychological Studies* 2017; 13(3): 147-64.
38. 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.
39. 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): 150-3.
40. 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: 111-16.

41. 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.
42. 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): 201-9.
43. 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): 1067-76.
44. Saeedpour S, Kazemi Rezaei SA, Karbalaee 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.
45. Hayes SC, Strosahl KD, Wilson KG. Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change ed. The Guilford Press 2012; 6(5): 47-52.
46. 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.
47. Farahani MN, Amin-Esmaeili M, Baheshmat Juybari S. The mediating role of self efficacy in the relationship between impulsivity and avoidant coping with relapse in opioid dependence. *Scientific Quarterly Research on Addiction* 2019; 13(51): 143-66.
48. Sarkar K, Dasgupta A, Sinha M, Shahbabu B. Effects of health empowerment intervention on resilience of adolescents in a tribal area: A study using the Solomon four-groups design. *Social Science & Medicine* 2017; 190: 265-74.
49. Ballard PJ, Cohen AK, Duarte CP. Can a school-based civic empowerment intervention support adolescent health? *Preventive Medicine Reports* 2019; 16: 1009-15.
50. Miyar JRB. The effect of conditional cash transfers on reporting violence against women to the police in Mexico. *International Review of Law and Economics* 2018; 56: 73-91.
51. Shams Z, Sederpushan N, Fallah M, Dehghan M, Nazari A. Compilation of a training package for psychological-Emotional empowerment based on the lived experiences of single-parent male teenagers and investigating its effectiveness on cognitive fusion. *Sadra Journal of Medical Sciences* 2024; 12(3): 391-404.

Comparing the Effectiveness of Psychological Empowerment Training and Schema Therapy on Psychological Resilience, Suicidal Ideation and Cognitive Fusion of Adolescent Girls Who Were Victims of Domestic Violence

Andisheh H¹, Rasouli SY^{2*}, Ramezani K³

¹Department of Psychology, Islamic Azad University, Yasuj Branch, Yasuj, Iran, ²Department of Psychology Education and Counseling, Farhangian University, Tehran, Iran, ³Department of Psychology, Zand Institute of Higher Education, Shiraz, Shiraz, Iran

Received: 11Jul 2023 Accepted: 29 Nov 2024

Abstract

Background & aim: 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 the present study was to compare the effectiveness of psychological empowerment training and schema therapy on psychological resilience and suicidal ideation of teenage girls who were victims of domestic violence in Dehdasht, Iran.

Methods: The present quasi-experimental study consisted of a three-stage design (pre-test-post-test-follow-up) and three groups with a two-month follow-up period. The statistical population of the study included teenage girls who were victims of domestic violence in Dehdasht, Iran, in the second half of 2022. A total of 45 participants were randomly selected in three groups of 15 people each; psychological empowerment training experiment, schema therapy, and control. The collected data were analyzed using statistical tests of analysis of variance with a mixed design and Bonferroni post hoc test.

Results: The results indicated that psychological empowerment training and schema therapy on psychological resilience ($\text{Eta}=0.43$, $p>0.00123$ $F=34$), suicidal ideation ($\text{Eta}=0.45$ $p>0.001$, $F=21.32$) and cognitive fusion ($\text{Eta}=0.44$, $p>0.00112$ $F=19$) of adolescent girls who were victims of violence. Home had a significant effect and this effect has continued. Moreover, the results of the follow-up test indicated that there was a significant difference between the effectiveness of psychological empowerment training and schema therapy on psychological resilience, suicidal ideation, and cognitive fusion of adolescent girls who are victims of domestic violence ($p<0.05$). In this manner, psychological empowerment training was more effective than schema therapy and has continued.

Conclusion: Based on the findings of the present study, considering the greater effectiveness of psychological empowerment training on increasing psychological resilience and reducing suicidal thoughts and cognitive fusion in adolescent girls who were victims of domestic violence, it is suggested that special attention be paid to psychological empowerment in adolescents who are victims of violence.

Keywords: Psychological empowerment, Schema therapy, Psychological resilience, Suicidal ideation, Cognitive fusion and domestic violence

***Corresponding author:** Rasouli SY, Department of Psychology Education and Counseling, Farhangian University, Tehran, Iran.

Email: y.rasouli@cfu.ac.ir

Please cite this article as follows: Andisheh H, Rasouli SY, Ramezani K. Comparing the Effectiveness of Psychological Empowerment Training and Schema Therapy on Psychological Resilience, Suicidal Ideation and Cognitive Fusion of Adolescent Girls Who Were Victims of Domestic Violence. Armaghane-danesh 2025; 29(6):849-872.

The scientific research journal Armaghan Danesh, affiliated with Yasuj University of Medical Sciences, is an open-access publication. All articles published in this journal