مقاله پژوهشی
مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان
دوره ۲۴، اردیبهشت ۱۴۰۴، ۱۸۵-۱۶۸

اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه بر ناگویی خلقی و اندیشه‌پردازی خودکشی در زنان قربانی خشونت خانگی: یک مطالعه نیمه‌تجربی

محبوبه حسین علیزاده[۱]، محمد قمری[۲]، مرضیه غلامی توران‌پشتی[۳]

دریافت مقاله: ۱۴۰۳/۰۷/۲۱ ارسال مقاله به نویسنده جهت اصلاح: ۱۴۰۳/۱۰/۱۶ دریافت اصلاحیه از نویسنده: ۱۴۰۴/۰۲/۰۱ پذیرش مقاله: ۱۴۰/۰۲/۰۳

چکیده

زمینه و هدف: با توجه به افزایش تعداد قربانیان خشونت خانگی و مشکلات آن‌ها در زمینه ناگویی خلقی و اندیشه‌پردازی خودکشی به نظر می‌رسد به‌کارگیری مداخلاتی مانند درمان فراتشخیصی یکپارچه با هدف کاهش خشونت خانگی ضروری است. لذا پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه بر ناگویی خلقی و اندیشه‌پردازی خودکشی در زنان قربانی خشونت خانگی انجام شد.

مواد و روش‌ها: مطالعه حاضر از نوع شبه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پی‌گیری دو ماهه با گروه کنترل بود. جامعه آماری شامل تمامی زنان قربانی خشونت خانگی مراجعه‌کننده به مراکز اورژانس اجتماعی و کلینیک‌های مشاور خانواده شهر تهران در نیمه دوم سال ۱۴۰۲ بود. تعداد ۳۳ نفر به روش نمونه‌گیری هدف‌مند انتخاب و به‌صورت تصادفی در گروه آزمایش (۱۸ نفر) و کنترل (۱۸ نفر) گمارش شدند. گروه آزمایش ۱۰ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای آموزش دیدند و گروه کنترل آموزشی دریافت نکردند. ابزار جمع‌آوری اطلاعات شامل پرسش‌نامه‌های خشونت نسبت به زنان Haj-Yahia (۲۰۰۱)، ناگویی خلقی Bagby (۱۹۹۴) و اندیشه‌پردازی خودکشی Beck و Steer (۱۹۹۱) بود. داده‌ها با استفاده از آنالیز واریانس دوطرفه با اندازه‌گیری‌های مکرر تجزیه و تحلیل شدند.

یافته‌ها: نتایج نشان داد بین مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پی‌گیری در ناگویی خلقی (F=۱۱۷/۲۷، P<۰/۰۰۱) و اندیشه‌پردازی خودکشی (F=۴۷/۱۹، P<۰/۰۰۱)، تفاوت معنادار وجود دارد و این تفاوت تا مرحله پی‌گیری نیز تداوم داشته است.

نتیجه‌گیری: مطالعه حاضر نشان داد که درمان فراتشخیصی یکپارچه بر ناگویی خلقی و اندیشه‌پردازی خودکشی در زنان قربانی خشونت خانگی مؤثر است. بنابراین، استفاده از این رویکرد جهت کاهش ناگویی خلقی و اندیشه‌پردازی خودکشی به روان‌شناسان و متخصصان حیطه خانواده پیشنهاد می‌گردد.

واژه‌های کلیدی: درمان فراتشخیصی یکپارچه، ناگویی خلقی، اندیشه‌پردازی خودکشی، خشونت خانگی

ارجاع: حسین علیزاده م، قمری م، غلامی توران‌پشتی م. اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه بر ناگویی خلقی و اندیشه‌پردازی خودکشی در زنان قربانی خشونت خانگی: یک مطالعه نیمه‌تجربی. *مجله دانشگاه علوم پزشکی رفسنجان*، سال ۱۴۰۴، دوره ۲۴ شماره ۲، صفحات: ۱۸۵-۱۶۸.

۱- دانشجوی دکتری مشاوره، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی ، تهران، ایران
۲- (نویسنده مسئول) استاد، گروه مشاوره، واحد علوم و تحقیقات، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران
تلفن: ۰۲۶-۳۲۵۴۸۰۶۱، پست الکترونیکی: Mo.ghamari@iau.ac.ir
۳- استادیار، گروه روانشناسی، واحد شهربابک، دانشگاه آزاد اسلامی، شهربابک، ایران

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2025-07-14]
[DOI: 10.61186/jrums.24.2.168]

مقدمه

خشونت علیه زنان (Violence against women) به هر عمل خشونت‌آمیز جنسیتی اطلاق می‌شود که علیه زنان انجام شود یا به‌طور نامتناسبی بر آن‌ها تأثیر بگذارد که می‌تواند شامل خشونت خانگی (Domestic violence)، خشونت جنسی، قاچاق انسان، ختنه زنان، و خشونت آنلاین یا دیجیتال باشد (۱). تقریباً از هر ۳ زن در گروه سنی ۱۵ تا ۴۹ سال، ۱ نفر حداقل یک‌بار از خشونت فیزیکی یا جنسی شریک جنسی خود رنج می‌برند (۲) یا کشته می‌شوند (۳).

از جمله عوامل خطر ارتکاب به خشونت خانگی به‌عنوان راهبردی برای تنظیم هیجانات، ناگویی خلقی (Alexithymia) است (۳). ناگویی خلقی متشکل از سه جنبه مرتبط به هم دشواری در شناسایی احساسات خود، دشواری در توصیف احساسات خود و سبک تفکر بیرونی شامل عدم توجه به حالات عاطفی درونی فرد است (۴). ناگویی خلقی افراد را مستعد هیجانات نامنظم نموده (۴) و یک عامل خطر برای تجربه خشونت خانگی است (۵). یافته‌ها نشان داد ناگویی خلقی نقش کلیدی در رفتارهای خشونت‌آمیز (۳) و پذیرش خشونت در میان زنان در معرض خشونت شریک جنسی دارد (۶). هم‌چنین، ناگویی خلقی بین زنان قربانی خشونت و زنان عادی متفاوت است (۷).

از سویی، خشونت علیه زنان یک عامل خطر برای سلامت روان ضعیف و افکار و اقدام به خودکشی زنان است (۸). اندیشه‌پردازی خودکشی (Suicidal ideation) به‌عنوان یک نشانه هشداردهنده، بیماران را به سمت رفتار خودکشی هدایت می‌کند (۹). خودکشی دومین علت مرگ در سنین ۱۰ تا ۳۴ سال و پنجمین علت اصلی مرگ برای سنین ۳۵ تا ۴۴ سال است (۲). رفتارهای خودکشی در ارتباط با خشونت خانگی می‌تواند یک واکنش عاطفی یا راهبرد مقابله با بحران باشد (۱۰). پژوهش‌ها نشان داد که رفتارهای خودکشی در افراد دارای خشونت خانگی رایج است (۱۱) و خشونت خانگی و خودکشی مرتبط هستند (۱۲). درواقع، جراحات جسمی شدید و فشارهای روانی ناشی از خشونت خانگی موجب خودکشی می‌شود (۱۳).

پژوهش‌های معاصر به‌دنبال ادغام مداخلات روان‌شناختی با برنامه‌های اجتماعی به منظور پیش‌گیری از خشونت و توانایی پاسخ دادن ماهرانه به هیجانات، درمان‌های فراتشخیصی را معرفی نمودند که می‌توانند با کاهش ناراحتی‌های روانی به بازماندگان خشونت خانگی کمک کنند (۱۴). هدف درمان فراتشخیصی یکپارچه (Unified trans diagnostic treatment) افزایش پذیرش هیجانات برای کاهش اتکا به راهبردهای تنظیم هیجان ناکارآمد با آموزش مهارت‌های درمان شناختی رفتاری برای مدیریت مؤثرتر هیجانات است (۱۶، ۱۵). پژوهش‌ها نشان دادند که درمان فراتشخیصی یکپارچه باعث بهبود ناگویی خلقی در کودکان (۱۷) و (۱۸)، افراد مبتلابه مصرف مواد (۱۹)، افراد مبتلابه پرفشاری خون همایند با استرس (۲۰)، بیماران مبتلابه اختلال شخصیت (۲۱) و کاهش افکار خودکشی در اختلالات شخصیتی (۲۲) و اختلال نقص توجه بیش‌فعالی (۲۴، ۲۳)، بهبود علائم خودکشی (۲۳)، خودآزاری (۲۵) و اندیشه‌پردازی خودکشی در دختران قربانی خشونت خانگی می‌شود (۲۶).

با توجه به اهمیت خشونت خانگی، خطرات و اثرات منفی آن بر سلامت روان، ضرورت پژوهش‌هایی با هدف کاهش اختلالات هیجانی و مشکلات خودکشی در این افراد نشان می‌دهد، کمتر مطالعه‌ای به بررسی تأثیر درمان فراتشخیصی یکپارچه در بهبود شرایط زنان قربانی خشونت خانگی پرداخته است (۲۵). از سویی، اگرچه شواهد پژوهشی مختلفی به مزایای بالینی و عملی درمان فراتشخیصی یکپارچه در مقایسه با پروتکل‌های سنتی بر خشونت

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2025-07-14]

[DOI: 10.61186/jrums.24.2.168]

CCBY-NC.4.0 DEED

و مشکلات هیجانی پرداخته (۲۷)، اما بر طبق جستجوهای انجام شده، این‌گونه پژوهش‌ها با متغیرهای ناگویی خلقی و اندیشه‌پردازی خودکشی در زنان قربانی خشونت خانگی انجام نشده است. لذا، پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه بر ناگویی خلقی و اندیشه‌پردازی خودکشی در زنان قربانی خشونت خانگی انجام شد.

مواد و روش‌ها

پژوهش حاضر، از لحاظ هدف کاربردی و از نظر ماهیت و روش از نوع شبه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پی‌گیری ۲ ماهه با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش شامل تمامی زنان قربانی خشونت خانگی شهر تهران که در نیمه دوم سال ۱۴۰۲ به مراکز اورژانس اجتماعی و کلینیک‌های مشاور خانواده (کلینیک فرح‌بخش، نارون و دانشگاه تهران غرب) شهر تهران مراجعه نمودند، بود. جهت انتخاب زنان قربانی خشونت خانگی از روش نمونه‌گیری هدف‌مند استفاده شد. به این صورت که با مراجعه به مراکز اورژانس اجتماعی و کلینیک‌های مشاور خانواده شهر تهران زنان قربانی خشونت خانگی مراجعه‌کننده به این مراکز شناسایی شد. نمونه اولیه پژوهش ۳۰۰ نفر از زنان مراجعه‌کننده بود که بر اساس نمرات بالاتر از میانگین در پرسش‌نامه خشونت خانگی Haj-Yahia (۲۸)، افراد با نمره ۶۴ (نمره برش پرسش‌نامه خشونت خانگی است) به‌عنوان نمونه پژوهش انتخاب گردید. برای تعیین حجم نمونه از نرم‌افزار G*power نسخه 3.1.9.2 استفاده گردید. بدین‌صورت که با در نظر گرفتن آلفای ۰/۰۵ و سطح قابل قبول توان آزمون برابر با ۰/۸۰ و اندازه اثر ۰/۵۰، ۱۵ نفر در هر گروه به دست آمد (۲۹) که در پژوهش حاضر با احتمال ریزش افراد برای هر گروه ۱۸ نفر درمجموع ۳۶ نفر با توجه به ملاک ورود و خروج انتخاب شد.

ملاک‌های ورود به این پژوهش عبارت بودند از: کسب نمره میانگین بالاتر از ۶۴ در پرسش‌نامه خشونت خانگی Haj-Yahia (۲۸)، کسب نمره میانگین بالاتر از ۶۰ در پرسش‌نامه ناگویی خلقی Bagby و همکاران (۳۰)، قرار گرفتن در محدوده سنی ۲۵ تا ۵۰ سال، داشتن حداقل یک سال زندگی مشترک، نداشتن اختلالات روانی و بیماری‌های جسمی خاص (بر اساس پرونده پزشکی مراجع)، رضایت به شرکت در پژوهش (پس از توضیحات لازم در مورد اهداف پژوهش، از شرکت‌کنندگان رضایت‌نامه آگاهانه دریافت شد) و همکاری جهت دریافت مداخلات درمانی. هم‌چنین ملاک‌های خروج عبارت بودند از: انصراف از ادامه همکاری و امتناع از تکمیل کردن پرسش‌نامه‌ها، قرار داشتن تحت درمان‌های خاص، غیبت بیش از ۲ جلسه، نقص در تکمیل ابزار تحقیق.

پرسش‌نامه خشونت خانگی علیه زنان (Domestic Violence Against Women Questionnaire): جهت بررسی خشونت خانگی از پرسش‌نامه سنجش خشونت نسبت به زنان Haj-Yahia (۲۸)، استفاده شد. پرسش‌نامه سنجش خشونت علیه زنان شامل ۳۲ سؤال و چهار خرده مقیاس (خشونت روانی ۱۶-۱، خشونت فیزیکی ۲۷-۱۷، خشونت جنسی ۲۸-۳۰ و خشونت اقتصادی ۳۱-۳۲) می‌باشد. نمره‌گذاری این پرسش‌نامه شامل هرگز (نمره ۱)، یک‌بار (نمره ۲) و دو بار یا بیشتر (نمره ۳) است. دامنه نمرات خشونت روانی ۱۶ تا ۴۸، خشونت فیزیکی ۱۱ تا ۳۳، خشونت جنسی ۳ تا ۹، خشونت اقتصادی ۲ تا ۶ و نمره کل خشونت خانگی فرد در محدوده ۳۲ تا ۹۶ است. هر چقدر آزمودنی در این پرسش‌نامه امتیاز بالاتری کسب کند، نشان‌دهنده میزان خشونت خانگی بیشتر است و برعکس نمرات پایین، میزان خشونت خانگی کمتر را نشان می‌دهد.

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2025-07-14]

[DOI: 10.61186/jrums.24.2.168]

CCBY-NC.4.0 DEED

پرسش‌نامه خشونت علیه زنان توسط Khaghani-Far در دانشگاه‌الزهراء ترجمه شده است و اعتبار آن توسط چند تن از اساتید متخصص مورد تأیید قرار گرفته و ضریب همسانی درونی با آلفای کرونباخ آن نیز با استفاده از نمونه ۴۶۰ نفری ۰/۹۷ به دست آمده است (۳۱). بر پایه نتایج حاصل از اولین زمینه‌یابی فلسطینی‌ها در مورد خشونت علیه زنان که در مورد ۲۴۱۰ نفر زن انجام گرفته است، ضریب همسانی درونی یا آلفای کرونباخ برای چهار عامل تست Haj-Yahia به ترتیب ۰/۷۱، ۰/۸۶، ۰/۹۲ و ۰/۹۳ به دست آمده است. Golmohammad و همکاران در پژوهش خود پایایی کل پرسش‌نامه را با استفاده از آلفای کرونباخ ۰/۸۹ گزارش کردند (۳۲). در پژوهش حاضر پایایی پرسش‌نامه به روش آلفای کرونباخ ۰/۸۸ برآورد گردید.

پرسش‌نامه ناگویی خلقی (Alexithymia Questionnaire): مقیاس ناگویی خلقی Toronto توسط Bagby و همکاران ساخته شده است (۳۰). یک آزمون ۲۰ سؤالی دارای سه مؤلفه دشواری در شناسایی احساسات (سؤالات ۱، ۳، ۶، ۷، ۹، ۱۳ و ۱۴)، دشواری در توصیف احساسات (سؤالات ۲، ۴، ۱۱، ۱۲ و ۱۷) و تفکر عینی (سؤالات ۵، ۸، ۱۰، ۱۵، ۱۶، ۱۸، ۱۹ و ۲۰) است و در یک طیف ۵ درجه‌ای لیکرت از ۱ (کاملاً مخالف) تا ۵ (کاملاً موافق) نمره‌گذاری می‌شود. گویه‌های ۴، ۵، ۱۰، ۱۸ و ۱۹ نمره‌گذاری معکوس دارند. دامنه نمرات زیرمقیاس‌های دشواری در شناسایی احساسات ۷ تا ۳۵، دشواری در توصیف احساسات ۵ تا ۲۵ و تفکر عینی از ۸ تا ۴۰ است. حد پایین نمرات ۲۰ و حد بالای آن ۱۰۰ است. به این صورت که نمره ۲۰ تا ۴۰ نشان‌دهنده ناگویی پایین فرد بود، نمره ۴۱ تا ۶۰ بیانگر ناگویی متوسط فرد و نمره بالاتر از ۶۰ نشان‌دهنده ناگویی بالا در فرد بود (۳۰). Besharat (۳۳)، در بررسی ویژگی‌های روان‌سنجی نسخه فارسی مقیاس نارسایی خلقی Toronto، ضریب آلفای کرونباخ را برای نارسایی هیجانی کل و مقیاس‌های دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات و تفکر عینی به ترتیب ۰/۸۵، ۰/۸۲، ۰/۷۵ و ۰/۷۲ گزارش کرده است. وی هم‌چنین پایایی آزمون را به روش باز آزمایی در دو نوبت بافاصله چهار هفته ۰/۸۰ و ۰/۸۷ محاسبه کرده است (۳۳). در پژوهش حاضر پایایی پرسش‌نامه به روش آلفای کرونباخ برای کل پرسش‌نامه و زیرمقیاس‌های دشواری در شناسایی احساسات، دشواری در توصیف احساسات و تفکر عینی، ۰/۸۳، ۰/۸۵، ۰/۸۱ و ۰/۸۲ برآورد گردید.

پرسش‌نامه اندیشه‌پردازی خودکشی (Suicidal Ideation Questionnaire): این پرسش‌نامه توسط Beck و Steer تهیه شد (۳۴). یک ابزار خودسنجی ۱۹ سؤالی است که هر مقیاس براساس ۳ درجه نقطه‌ای از ۰ تا ۲ (نمره صفر یعنی هیچ، نمره یک یعنی تا حدودی و نمره دو یعنی زیاد) تنظیم شده است. نمره کلی فرد بر اساس جمع نمرات محاسبه می‌شود که از ۰ تا ۳۸ قرار دارد و در این آزمون هر چه امتیاز فرد بیشتر باشد، میزان افکار خودکشی او بیشتر است. در آزمون اندیشه‌پردازی خودکشی Beck و Steer، ۵ سؤال غربالگری وجود دارد. اگر پاسخ‌ها نشان‌دهنده تمایل به خودکشی فعال یا نافعال باشد، آزمودنی باید ۱۴ سؤال بعدی را نیز پاسخ دهد. در این مقیاس، نمره ۰-۵ نبود افکار خودکشی، نمره ۶-۹ داشتن افکار خودکشی و نمره ۲۰-۳۸ قصد اقدام به خودکشی را نشان می‌دهد. آلفای کرونباخ و پایایی هم‌زمان این مقیاس به ترتیب ۰/۸۹-۰/۹۶ و ۰/۸۳ بوده است و همبستگی معناداری با مقیاس افسردگی و ناامیدی Beck دارد (۳۴). این مقیاس در ایران اعتباریابی شده است .پایایی آن از طریق آلفای کرونباخ ۰/۹۵ و روایی هم‌زمان آن با مقیاس افسردگی پرسش‌نامه سلامت عمومی ۰/۷۶ گزارش‌شده است (۳۵). در پژوهش حاضر ضریب پایایی پرسش‌نامه با استفاده از روش آلفای کرونباخ ۰/۷۹ به دست آمد.

CCBY-NC.4.0 DEED
[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2025-07-14]
[DOI: 10.61186/jrums.24.2.168]

درمان فراتشخیصی یکپارچه ده جلسه آموزشی ۶۰ دقیقه‌ای بر طبق راهنمای عملی که توسط McKay و همکاران ارائه شده (۳۶)، برگزار شد. شرح مختصری از بسته آموزشی مورداستفاده در پژوهش در جدول ۱ ارائه شده است

جدول ۱- خلاصه جلسات مداخله فراتشخیصی یکپارچه‌نگر McKay و همکاران (۳۶)

جلسات	هدف	محتوا	تغییر رفتار	تکلیف
اول	شفاف‌سازی ارزش‌ها	توضیح مفهوم ارزش‌ها، شناسایی ارزش‌های اصلی	درک معنی و مفهوم ارزش	شناسایی و اجرای طرح‌های رفتاری مطابق با ارزش‌ها
دوم	آگاهی از هیجان‌ها بدون قضاوت نسبت به تجارب	انجام تمرینات توجه آگاهی	ماندن در زمان حال	اجرای تمرینات ذهن آگاهی در طول هفته
سوم	کاهش ارزیابی منفی و خنثی‌سازی	انجام نا هم‌آمیزی	آشنایی با مفهوم نا هم‌آمیزی	انجام تمرینات گسلش شناختی
چهارم	گسترش زمینه فکری	انجام تمرینات انعطاف‌پذیری شناختی به‌منظور انعطاف در شیوه‌ای که ذهن مراجع واقعیت را تعریف می‌کند	نگاه به جوانب مختلف یک موضوع	انجام تمرینات انعطاف‌پذیری و پیدا کردن تبیین‌های جایگزین برای واقعیات
پنجم	کمک به مراجع برای کسب راحتی و آرامش بخشی	بررسی تکلیف جلسه قبل و تهیه برنامه آرمیدگی و خود آرام بخشی	خود آرام بخشی	انجام تمرینات آرامش بخشی در طول هفته
ششم	فاصله‌گیری از اجتناب تجربه‌ای	انجام عمل متضاد با هیجان به‌منظور فاصله‌گیری از اجتناب تجربه‌ای	عدم اجتناب از تجارب و هیجانات منفی	انجام اعمال متضاد با هیجانات در طول هفته
هفتم	کمک به مراجع برای یادگیری و درک اهمیت ارتباط بین فردی مؤثر	انجام تمریناتی برای یادگیری و بهبود روابط بین فردی همچون گوش دادن توجه آگاهانه	افزایش و بهبود ارتباط بین فردی مؤثر	انجام تمرینات ارتباط مؤثر در طول هفته
هشتم	کاهش ترس از هیجانات منفی و افزایش تحمل	افزایش آگاهی از هیجانات و رویارویی مبتنی بر تصویرسازی با هیجان‌ها	رویارویی مبتنی بر تصویرسازی با هیجان‌ها	انجام تمرینات رویارویی مبتنی بر تصویرسازی
نهم	خو گرفتن با احساسات دردناک و کاهش اجتناب	رویارویی واقعی با حس‌های بدنی هیجان	رویارویی واقعی با حس‌های بدنی هیجان	انجام تمرینات رویارویی با حس‌های بدنی
دهم	حساسیت‌زدایی تجارب دردسرساز	انجام رویارویی موقعیتی با تدوین سلسله‌مراتب رویارویی	رویارویی موقعیت با هیجانات منفی	انجام رویارویی حداقل ۳ یا ۴ بار تکمیل پرسش‌نامه و اجرای پس‌آزمون

برای انجام پژوهش، ابتدا کد اخلاق به شماره IR.IAU.SRB.REC.1403.005 از کمیته اخلاق پژوهش دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم تحقیقات تهران اخذ گردید. بعد از انجام هماهنگی و کسب مجوز، از دانشگاه به اداره بهزیستی شهر تهران مراجعه گردید و با هماهنگی مدیر اداره بهزیستی به مراکز اورژانس اجتماعی و کلینیک‌های مشاور خانواده مراجعه شد. از میان زنان قربانی خشونت مراجعه‌کننده به مراکز اورژانس اجتماعی و کلینیک‌های مشاور خانواده در نیمه دوم سال ۱۴۰۲، تعداد ۳۰۰ نفر انتخاب و پرسش‌نامه برخط حاوی سؤالات جمعیت شناختی سن، مدت زمان زندگی مشترک، سطح تحصیلات و وضعیت مالی (وضعیت اقتصادی بر اساس درآمد خانواده سنجش گردید) و پرسش‌نامه‌های خشونت علیه زنان Haj-Yahia (۲۸)، ناگویی

CCBY-NC.4.0 DEED
[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2025-07-14]
[DOI: 10.61186/jrums.24.2.168]

خلقی Bagby و همکاران (۳۰) و اندیشه پردازش خودکشی Beck و Steer (۳۴) در اختیار زنان قرار داده شد. پس از جمع‌آوری اطلاعات در گام بعد بر اساس نمرات بالاتر از میانگین در پرسش‌نامه خشونت خانگی (نمره ۶۴)، ناگویی خلقی (نمره ۶۰) و نمره بالاتر از ۵ در پرسش‌نامه اندیشه‌پردازی خودکشی تعداد ۳۶ نفر به روش نمونه‌گیری هدف‌مند انتخاب و پس از کسب رضایت‌نامه به‌منظور شرکت در پژوهش اقدام به اجرای پژوهش گردید. افراد به‌صورت تصادفی (افراد کدگذاری شده و به‌صورت قرعه‌کشی) در دو گروه جای داده شدند، به‌طوری‌که در گروه آزمایش (۱۸ نفر) و کنترل (۱۸ نفر) قرار گرفتند.

پس از انتخاب افراد، ابتدا پیش‌آزمون انجام شد. سپس با کمک مسئولین مراکز اورژانس اجتماعی و کلینیک‌های مشاور خانواده شهر تهران (کلینیک فرحبخش، کلینیک نارون و کلینیک دانشگاه تهران غرب)، گروه آزمایش (۱۸ نفر) با کمک پژوهش‌گر و یکی از اعضای کلینیک ۱۰ جلسه آموزشی ۶۰ دقیقه‌ای برنامه درمان فراتشخیصی یکپارچه را در آن مراکز دریافت کردند. بعد از اتمام جلسات آموزشی، از گروه‌های آزمایشی و کنترل در شرایط یکسان پس‌آزمون (با استفاده از پرسش‌نامه‌های خودگزارشی) به عمل آمد. در نهایت مجدداً افراد نمونه تحقیق بعد از یک دوره ۲ ماهه به پرسش‌نامه‌ها جهت پی‌گیری ثبات مداخلات پاسخ دادند. در این مدت‌زمان گروه کنترل هیچ مداخله‌ای دریافت نکردند.

از جمله ملاحظات اخلاقی که در پژوهش حاضر مدنظر قرار گرفت عبارت بودند از: رعایت و حفظ رازداری نسبت به شرایط و اطلاعات شرکت‌کنندگان، استفاده از داده‌های حاصل از اجرای پژوهش فقط در راستای اهداف پژوهش، عدم استفاده از اجبار برای شرکت یا ادامه مشارکت در پژوهش، بررسی عمیق و تخصصی محتوای جلسات مداخله به‌منظور اطمینان از آسیب‌زا نبودن مداخله‌ها، گروه کنترل که طی دوره انجام پژوهش هیچ‌گونه مداخله‌ای را دریافت نکرد، پس از پایان دوره پی‌گیری و اطمینان از اثربخشی مداخله‌ها، با استفاده از مداخله‌های درمان تحت آموزش و درمان قرار گرفت. در نهایت، پس از بررسی پرسش‌نامه های جمع‌آوری شده و به دلیل انصراف برخی از افراد مورد مطالعه، اطلاعات ۳۳ نفر از افراد، گروه کنترل (۱۶ نفر) و گروه آموزش (۱۷ نفر) مورد بررسی قرار گرفت.

داده‌های با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۷ تجزیه و تحلیل شدند. نتایج با استفاده از جداول و نمودارها و روش‌های آمار توصیفی و تحلیلی ارائه شد. یافته‌های متغیرهای کیفی به‌صورت فراوانی و درصد و متغیرهای کمی با میانگین و انحراف معیار گزارش شد. جهت آنالیز متغیرهای کیفی از آزمون دقیق فیشر استفاده شد. برای بررسی نرمال بودن نمرات دو گروه از آزمون Shapiro-Wilk، از آزمون کرویت Mauchly جهت بررسی همسانی ماتریس کوواریانس خطا استفاده شد، از آزمون Levene برای بررسی همگنی واریانس‌های متغیرهای پژوهش در دو گروه استفاده شد. جهت بررسی فرضیه‌های پژوهش از آنالیز واریانس دوطرفه با اندازه‌گیری‌های مکرر و آزمون تعقیبی Bonferroni استفاده گردید. سطح معنی‌داری در آزمون‌ها ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

نتایج

در پژوهش حاضر ۳۳ نفر از زنان قربانی خشونت خانگی شهر تهران در گروه آزمایش فراتشخیص یکپارچه (۱۷ نفر) و کنترل (۱۶ نفر) با میانگین و انحراف معیار سنی به ترتیب ۸/۱۳±۳۲/۸۳ و ۶/۱۳±۳۱/۹۴ سال، در بازه سنی ۲۵ تا ۴۷ سال شرکت کردند. اطلاعات جمعیت شناختی مربوط به افراد شرکت‌کننده در پژوهش در جدول ۲ ارائه گردیده است. برای بررسی همگن بودن گروه‌ها از نظر ویژگی‌های جمعیت شناختی، از آزمون دقیق فیشر استفاده

CCBY-NC.4.0 DEED
[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2025-07-14]
[DOI: 10.61186/jrums.24.2.168]

شد. با توجه به عدم معنی‌داری آماره به‌دست آمده نتیجه گرفته می‌شود که بین متغیرهای جمعیت شناختی گروه‌ها تفاوت معنی‌داری وجود ندارد (P>۰/۰۵).

جدول ۲- توزیع فراوانی برخی ویژگی‌های دموگرافیک زنان قربانی خشونت خانگی شهر تهران در سال ۱۴۰۲ برحسب گروه‌های مورد مطالعه

جمعیت شناختی		گروه آزمایش فراتشخیصی یکپارچه‌نگر (n=۱۷)		گروه کنترل (n=۱۶)		مقدار P
		فراوانی	درصد	فراوانی	درصد	
سن	۲۰ تا ۳۰ سال	۸	۴۷/۱	۹	۵۶/۳	۰/۹۳۴
	۳۱ تا ۴۰ سال	۵	۲۹/۴	۳	۱۸/۸	
	۴۱ تا ۵۰ سال	۴	۲۳/۵	۴	۲۵	
مدت زمان زندگی مشترک	زیر ۵ سال	۷	۴۱/۲	۷	۴۳/۸	۰/۵۸۷
	۵ تا ۱۰ سال	۶	۳۵/۳	۴	۲۵	
	۱۱ تا ۱۵ سال	۲	۱۱/۸	۲	۱۲/۵	
	۱۶ تا ۲۰ سال	۱	۵/۹	۳	۱۸/۸	
	بالاتر از ۲۰ سال	۱	۵/۹	۰	۰	
سطح تحصیلات	زیر دیپلم	۴	۲۳/۵	۲	۱۲/۵	۰/۲۳۴
	دیپلم	۲	۱۱/۸	۳	۱۸/۸	
	فوق‌دیپلم	۳	۱۷/۶	۲	۱۲/۵	
	لیسانس	۶	۳۵/۳	۵	۳۱/۳	
	فوق‌لیسانس	۱	۵/۹	۳	۱۸/۸	
	دکتری	۱	۵/۹	۱	۶/۳	
وضعیت مالی	ضعیف	۲	۱۱/۸	۴	۲۵	۰/۷۹۸
	متوسط	۹	۵۲/۹	۶	۳۷/۵	
	خوب	۶	۳۵/۳	۶	۳۷/۵	

آزمون دقیق فیشر، P<۰/۰۵ اختلاف معنی‌دار

در جدول ۳، آمار توصیفی مربوط به میانگین و انحراف معیار نمرات ناگویی خلقی و اندیشه‌پردازی خودکشی به تفکیک برای افراد گروه کنترل و گروه‌های آزمایش و در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پی‌گیری نشان داده شده است. هم‌چنین، آماره Shapiro-Wilk گروه‌های آزمایش و کنترل در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پی‌گیری ناگویی خلقی و اندیشه‌پردازی خودکشی معنادار نیست. بنابراین، توزیع متغیرهای ناگویی خلقی و اندیشه‌پردازی خودکشی در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پی گیری نرمال است (P>۰/۰۵).

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2025-07-14]

[DOI: 10.61186/jrums.24.2.168]

CCBY-NC.4.0 DEED

جدول ۳- میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش برحسب گروه‌های مورد بررسی در زنان قربانی خشونت خانگی شهر تهران در سال ۱۴۰۲

متغیر		گروه	حجم نمونه	مرحله	میانگین	انحراف معیار	آماره Shapiro–Wilk	مقدار P
ناگویی خلقی	ناتوانی در شناسایی احساسات	فراتشخیص یکپارچه	۱۷	پیش‌آزمون	۲۰/۴۷	۳/۲۴	۰/۹۲	۰/۱۲۰
				پس‌آزمون	۱۵/۴۱	۲/۴۵	۰/۹۳	۰/۱۸۹
				پی‌گیری	۱۶/۸۲	۲/۴۰	۰/۸۶	۰/۰۱۳
		کنترل	۱۶	پیش‌آزمون	۲۰/۰۰	۲/۸۰	۰/۹۴	۰/۳۰۸
				پس‌آزمون	۲۰/۱۹	۱/۸۷	۰/۹۷	۰/۸۳۲
				پی‌گیری	۱۹/۹۴	۲/۰۵	۰/۹۰	۰/۰۸۷
	ناتوانی در توصیف احساسات	فراتشخیص یکپارچه	۱۷	پیش‌آزمون	۱۶/۹۴	۳/۱۳	۰/۹۵	۰/۴۶۱
				پس‌آزمون	۱۲/۱۱	۱/۵۸	۰/۹۲	۰/۱۷۰
				پی‌گیری	۱۳/۹۴	۲/۲۸	۰/۹۳	۰/۲۳۱
		کنترل	۱۶	پیش‌آزمون	۱۷/۹۴	۲/۶۲	۰/۸۶	۰/۰۱۸
				پس‌آزمون	۱۶/۹۳	۲/۸۶	۰/۹۴	۰/۳۰۷
				پی‌گیری	۱۷/۰۰	۲/۲۵	۰/۹۷	۰/۸۴۸
	سبک تفکر عینی	فراتشخیص یکپارچه	۱۷	پیش‌آزمون	۲۶/۹۴	۳/۳۷	۰/۹۴	۰/۲۹۶
				پس‌آزمون	۱۹/۷۶	۳/۲۵	۰/۹۲	۰/۱۷۰
				پی‌گیری	۲۱/۸۸	۳/۶۰	۰/۹۳	۰/۲۳۴
		کنترل	۱۶	پیش‌آزمون	۲۸/۵۰	۳/۲۹	۰/۹۷	۰/۷۴۷
				پس‌آزمون	۲۷/۳۱	۳/۴۸	۰/۹۵	۰/۵۵۸
				پی‌گیری	۲۷/۹۴	۴/۳۳	۰/۹۴	۰/۴۰۳
	نمره کل ناگویی خلقی	فراتشخیص یکپارچه	۱۷	پیش‌آزمون	۶۷/۲۴	۹/۰۹	۰/۸۹	۰/۰۵۳
				پس‌آزمون	۴۹/۶۵	۶/۸۶	۰/۹۲	۰/۱۳۴
				پی‌گیری	۵۵/۲۹	۷/۳۶	۰/۹۰	۰/۱۰۹
		کنترل	۱۶	پیش‌آزمون	۶۹/۸۱	۷/۶۲	۰/۹۳	۰/۲۴۲
				پس‌آزمون	۶۷/۸۱	۷/۳۰	۰/۹۲	۰/۱۵۷
				پی‌گیری	۶۷/۸۱	۷/۷۳	۰/۹۰	۰/۰۹۳
اندیشه‌پردازی خودکشی		فراتشخیص یکپارچه	۱۷	پیش‌آزمون	۱۱/۵۹	۲/۳۵	۰/۹۵	۰/۴۳۰
				پس‌آزمون	۶/۶۵	۲/۴۲	۰/۹۳	۰/۲۱۷
				پی‌گیری	۷/۸۸	۲/۵۲	۰/۹۳	۰/۲۴۷
		کنترل	۱۶	پیش‌آزمون	۱۲/۷۵	۳/۲۶	۰/۹۳	۰/۲۲۷
				پس‌آزمون	۱۱/۸۱	۲/۴۶	۰/۹۵	۰/۴۱۶
				پی‌گیری	۱۲/۱۳	۱/۷۸	۰/۹۵	۰/۴۲۰

P<۰/۰۵ انحراف معنی‌دار از توزیع نرمال

به‌منظور تعیین اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه بر ناگویی خلقی و اندیشه‌پردازی خودکشی در زنان قربانی خشونت خانگی از آنالیز واریانس دوطرفه با اندازه‌گیری‌های مکرر استفاده گردید. نتایج مربوط به اجرای این آزمون‌ها به همراه پیش‌فرض‌های آن در ادامه ارائه شده است. با توجه به نتایج آزمون Shapiro–Wilk متغیرهای پژوهش دارای توزیع نرمال می‌باشند (P>۰/۰۵). آزمون Levene برای بررسی همگنی واریانس بین گروه‌ها اجرا و نتایج نشان داد آزمون Levene معنادار نمی‌باشد

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2025-07-14]

[DOI: 10.61186/jrums.24.2.168]

CCBY-NC.4.0 DEED

(P>۰/۰۵). ازاین‌رو فرض صفر مبنی بر همگنی واریانس متغیرها مورد تأیید قرار می‌گیرد. نتایج آزمون ام باکس (Box's M) جهت بررسی مفروضه همسانی ماتریس‌های کوواریانس نشان داد که متغیرهای ناگویی خلقی (Box's M=۱۳/۲۸، P=۰/۰۶۵) و اندیشه‌پردازی خودکشی (Box's M=۱۲/۹۲، P=۰/۱۰۳) در نمونه حاضر معنادار نیست و بنابراین این مفروضه برقرار می‌باشد. نتایج آزمون کرویت Mauchly برای نمرات ناگویی خلقی (۰/۶۶=آماره موچلی، P=۰/۰۰۲) و اندیشه‌پردازی خودکشی (۰/۴۵=آماره موچلی، P=۰/۰۰۱) معنی‌دار است و مبنای F بر اساس آزمون ناپارامتریک Greenhouse-Geisser گزارش شد.

در جدول ۴، نتایج آزمون اثرهای درون گروهی و بین گروهی نشان داده شده است. همان‌طور که در جدول ۴ مشخص شده است، بین میزان متغیر ناگویی خلقی و اندیشه‌پردازی خودکشی در زمان‌های پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پی‌گیری تفاوت معناداری وجود دارد (P<۰/۰۰۱). هم‌چنین، بر اساس نتایج جدول اثر متقابل (زمان و گروه) نیز معنادار است (P<۰/۰۰۱)، که نشان می‌دهد تفاوت بین مراحل (پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پی‌گیری) در سطوح گروه‌ها یکسان نیست. به عبارتی، نشان‌دهنده معنی‌داری اثر مداخله می‌باشد. مجذور سهمی اتا برای متغیر ناگویی خلقی برای اثر متقابل (زمان و گروه) برابر با ۰/۵۹۴ می‌باشد. این نتیجه نشان می‌دهد که برای اثر متقابل (زمان و گروه) ۵۹/۴ درصد تفاوت در ناگویی خلقی مربوط به اعمال متغیر مستقل (درمان فراتشخیصی یکپارچه) می‌باشد. هم‌چنین، مجذور سهمی اتا برای متغیر اندیشه‌پردازی خودکشی برای اثر متقابل (زمان و گروه) برابر با ۰/۴۱۹ می‌باشد. این نتیجه نشان می‌دهد که برای اثر متقابل (زمان و گروه) ۴۱/۹ درصد تفاوت در اندیشه‌پردازی خودکشی مربوط به اعمال متغیر مستقل (درمان فراتشخیصی یکپارچه) می باشد (جدول ۴).

جدول ٤- نتایج آنالیز واریانس دوطرفه با اندازه‌گیری‌های مکرر در متغیرهای ناگویی خلقی و اندیشه‌پردازی خودکشی در زنان قربانی خشونت خانگی شهر تهران در سال ۱٤۰۲

متغیرها		منبع تغییرات	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	مقدار F	مقدار P	اندازه اثر
ناگویی خلقی	درون گروهی	اثر زمان	۱۲۷۵/۲۵	۱/۴۹	۸۵۵/۸۷	۸۹/۴۳	<۰/۰۰۱	۰/۶۰۳
		اثر متقابل زمان و گروه	۸۸۴/۱۹	۱/۴۹	۵۹۳/۴۲	۶۲/۰۱	<۰/۰۰۱	۰/۵۹۴
		خطا	۴۴۲/۹۸	۴۶/۳۰	۹/۵۷			
	بین گروهی	اثر گروه	۳۰۳۹/۵۲	۱	۳۰۳۹/۵۲	۱۸/۵۹	<۰/۰۰۱	۰/۳۷۵
		خطا	۵۰۶۸/۸۰	۳۱	۱۶۳/۵۱			
اندیشه‌پردازی خودکشی	درون گروهی	اثر زمان	۱۵۳/۰۶	۱/۲۹	۱۱۸/۶۵	۴۷/۱۹	<۰/۰۰۱	۰/۶۰۴
		اثر متقابل زمان و گروه	۷۲/۴۶	۱/۲۹	۵۶/۱۷	۲۲/۳۴	<۰/۰۰۱	۰/۴۱۹
		خطا	۱۰۰/۵۵	۳۹/۹۹	۲/۵۱			
	بین گروهی	اثر گروه	۳۰۶/۹۵	۱	۳۰۶/۹۵	۱۹/۸۱	<۰/۰۰۱	۰/۳۹۰
		خطا	۴۸۰/۴۰	۳۱	۱۵/۵۰			

CCBY-NC.4.0 DEED
[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2025-07-14]
[DOI: 10.61186/jrums.24.2.168]

بحث

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی درمان فراتشخیصی یکپارچه بر ناگویی خلقی و اندیشه‌پردازی خودکشی در زنان قربانی خشونت خانگی انجام گرفت. یافته‌ها نشان داد که درمان فراتشخیصی یکپارچه به‌طور معناداری سبب کاهش ناگویی خلقی در زنان قربانی خشونت خانگی می‌شود. این مسئله نشان دهنده بهبود معنادار در گروه درمان فراتشخیصی یکپارچه بود. در استناد به این یافته می‌توان به مطالعه Zolhghadrnia و همکاران مبنی بر درمان فراتشخیصی یکپارچه در بهبود ناگویی خلقی در کودکان (۱۷) و پژوهش Gohari و همکاران از نظر تأثیر درمان فراتشخیصی یکپارچه در کودکان طلاق دارای مشکلات تنظیم هیجان اشاره نمود (۱۸). هم‌چنین، همسو با نتایج پژوهش حاضر می‌توان به مطالعه Kolivand و همکاران و Mohammadpour و همکاران اشاره کرد که نشان‌دهنده نقش مؤثر درمان فراتشخیصی یکپارچه بر بهبود ناگویی خلقی بود (۲۱، ۲۰).

زنان قربانی خشونت خانگی معمولاً سطوح بالایی از هیجانات منفی را تجربه می‌کنند که باعث می‌شود آن‌ها احساسات شدیدتری مانند ترس، اضطراب، غم، خشم و در پاسخ به این هیجانات شدید، اضطراب را تجربه کنند. این افراد ممکن است این پریشانی را ابراز نکنند، اما اعمال آن‌ها یا نحوه بیان هیجاناتشان نشان می‌دهد که تحمل این تجربیات هیجانی برای آن‌ها بسیار دشوار است؛ بنابراین، آن‌ها تلاش می‌کنند تا این هیجانات مزاحم را سرکوب کنند، اجتناب نمایند یا از آن‌ها بگریزند، حواسشان را پرت کنند یا به روش خاصی کنترل کنند که به‌مرور موجب اختلالات هیجانی می‌شود. در همین راستا، پروتکل یکپارچه به زنان قربانی خشونت خانگی کمک می‌کند تا بتوانند با استفاده از روش‌های خاص هیجانات خود را در زندگی تنظیم و مدیریت کنند. رویکرد فراتشخیصی یکپارچه برای مراجعان در خانواده‌های دارای خشونت خانگی، کمبودهایی را هدف قرار می‌دهد که می‌تواند مبنای اختلالات هیجانی باشد که زنان در خشونت خانگی تجربه می‌کنند (۳۷).

هدف کلی پروتکل یکپارچه این است که به زنان اجازه دهد تا هیجانات شدید را با پریشانی کمتر تجربه کنند و از راهبردهای مفیدتر و اجتنابی کمتر برای مدیریت این تجربیات استفاده کنند (۱۷). با ادامه درمان، حوزه‌های افکار، هیجانات فیزیکی و رفتارها هرکدام به تفصیل مورد بررسی قرار می‌گیرند و به‌طور خاص بر روشن کردن راهبردهای تنظیم هیجان ناکارآمدی که فرد در طول زمان در هر یک از این حوزه‌ها ایجاد کرده است، تمرکز می‌کنند و به بیماران مهارت‌های تنظیم هیجان سازگارتر را آموزش می‌دهند. لذا، چرخه هیجانی و روانی فرد مجدد ارزیابی‌شده و با رفع نقص‌های هیجانی و گره‌های عاطفی، ناگویی خلقی کمتری را ادراک خواهند نمود (۳۸).

هم‌چنین، به افراد آموزش داده می‌شود تا از هیجانات منفی و مثبت خویش آگاهی یابند. پردازش مطلوب و مدیریت و ابراز درست هیجانات در این روش درمانی باعث می‌شود تا از جمع شدن هیجانات منفی و نشخوارگونه جلوگیری شود و با بهبود مدیریت و پردازش هیجانات، ناگویی خلقی کاهش یابد. از سویی، افراد می‌آموزند که تجارب هیجانی دارای ارزش کارکردی هستند و واکنش عاطفی به هیجانات منفی و نه خود هیجانات را کاهش دهند. لذا به‌جای واکنش هیجانی به مسائل خویش، آن را پذیرفته و از درگیری بی‌نتیجه با علائم آن دست بکشند. به دنبال آن، آرامش روانی و درونی بیشتری را کسب نموده و با مدیریت هیجانی بهتر و تحمل پریشانی، ناگویی خلقی کمتری از خود ابراز می‌کنند (۱۸). در واقع، بخش عمده درمان فراتشخیصی یکپارچه، در رابطه با آگاهی از هیجان‌ها و آموزش نحوه شناسایی و ردیابی هیجان‌ها

CCBY-NC.4.0 DEED
[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2025-07-14]
[DOI: 10.61186/jrums.24.2.168]

و اثرات آن‌ها بر ما و زندگی روزمره و هم‌چنین نحوه بررسی و مدیریت هیجان‌ها است؛ بر همین مبنا، پروتکل یکپارچه درمان فراتشخیصی مؤلفه‌های ناگویی خلقی را کاهش داده است.

هم‌چنین، نتایج پژوهش حاکی از آن بود که درمان فراتشخیصی یکپارچه به‌طور معناداری سبب کاهش اندیشه‌پردازی خودکشی در زنان قربانی خشونت خانگی می‌شود. این مسئله نشان‌دهنده بهبود معنادار در گروه درمان فراتشخیصی یکپارچه بود. در استناد به این یافته می‌توان به مطالعه Durpoix و همکاران مبنی بر نقش درمان فراتشخیصی یکپارچه در بهبود افکار خودکشی در اختلالات شخصیتی و اختلال نقص توجه بیش‌فعالی اشاره نمود (۲۲). هم‌چنین، در این راستا، همسو با نتایج پژوهش حاضر می‌توان به مطالعه Batterham و همکاران و Asadi Hasanvand و همکاران، مبنی بر نقش درمان فراتشخیصی یکپارچه در کاهش افکار خودکشی (۲۴، ۲۳)، یافته Bentley و همکاران ازنظر تأثیر درمان فراتشخیصی یکپارچه در طیف وسیعی از رفتارهای خودآزاری (۲۵) و مطالعه Gallegirian و همکاران مبنی بر نقش درمان بر اندیشه‌پردازی خودکشی در دختران قربانی خشونت خانگی اشاره نمود (۲۶).

درمان فراتشخیصی یکپارچه به افراد اجازه نمی‌دهد که از آسیب‌ها اجتناب کنند، بلکه به آن‌ها می‌آموزد که با هیجانات قوی که در پاسخ به شرایط آسیب‌زا تجربه می‌کنند یا نشانه‌های مربوط به آسیب مواجه شوند. قرار گرفتن در معرض رویداد آسیب‌زا می‌تواند بر تجربه هیجانی فرد فراتر از یک رویداد واحد متمرکز شود و به انعطاف‌پذیری درمان بی‌افزاید (۳۹). استفاده از درمان فراتشخیصی یکپارچه به افراد اجازه می‌دهد تا بر هیجانات شدیدی که تجربه می‌کنند و در زندگی روزمره آن‌ها تداخل دارد، تمرکز بیشتری داشته باشد. درمانگران می‌توانند از تجربیات هیجانی قوی گذشته یا تجربیاتی که در طی جلسات ظاهر می‌شوند، برای رسیدگی به مشکلات فراگیر استفاده کنند. روش نزدیک شدن به محتوای مربوط به آسیب به‌جای اجتناب از آن از طریق قرار گرفتن در معرض هیجانات در طول دوره درمان رخ می‌دهد. علاوه بر این، روند درمان بر اساس کسب مهارت‌های هر فرد انجام می‌شود و می‌تواند به‌طور انعطاف‌پذیری متناسب با نیازهای در حال تکامل شخص تنظیم شود. این رویکرد منجر به افزایش رضایت بیمار و درمانگر، و هم‌چنین کاهش علائم و افزایش عملکرد افراد در معرض آسیب می‌شود (۴۰).

رویکرد فراتشخیصی بر راهبردهای تنظیم هیجان ناکارآمد و فرآیندهای شناختی مشترک در اختلالات روانی تمرکز می‌کند که این امر موجب شده این رویکرد برای کاهش علائم عاطفی و بهبود کیفیت زندگی مؤثر واقع شود (۴۱). از سویی، درمان فراتشخیصی با تکیه‌بر تکنیک‌های تنظیم هیجان باعث می‌شود شخص به بازیابی هیجان‌های منفی خویش بپردازد که این خود موجب می‌گردد شخص، هیجان‌ها را در درون خویش بپذیرد (۱۶). این رویکرد، شناسایی و کنترل افکار تأثیرگذار بر هیجانات منفی و رفتارهایی که مولد هیجان‌های منفی هستند، را تسهیل می‌نماید و همین‌طور، روش‌های مقابله‌ای مطلوب برای مدیریت صحیح افکار، احساسات و رفتارها را در اختیار مراجعان قرار می‌دهد. به نظر می‌رسد چنین آگاهی می‌تواند موجب پذیرش شرایط، رویارویی سازنده با مسائل و افزایش تاب‌آوری شده و از این طریق باعث کاهش افکار خودکشی شود (۲۴).

از سوی دیگر، راهبردهای درمان فراتشخیصی یکپارچه که شخص به‌منظور مدیریت هیجانات خویش استفاده می‌کند، موجب می‌گردد که شخص بیاموزد تحمل خود را نسبت به هیجان‌ها ارتقاء دهد و یادگیری‌های رفتاری جدیدی ایجاد کند که می‌تواند باعث افزایش سطح سلامت در ابعاد مختلف شود (۴۲). لذا درمان فراتشخیصی یکپارچه به علت ترغیب نمودن شخص در کاهش

CCBY-NC.4.0 DEED
[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2025-07-14]
[DOI: 10.61186/jrums.24.2.168]

الگوهای رفتاری منتج از هیجان و جایگزینی آن با رفتارهای لذت‌بخش، موجب کاهش افسردگی و اضطراب و ارتقای عملکرد شخص می‌شود که این مسیر با بهبود پردازش شناختی قادر است انعطاف‌پذیری کنشی را در زنان قربانی خشونت ارتقاء داده و موجب کاهش اندیشه‌پردازی خودکشی شود (۲۶).

بر مبنای نتایج مطالعه حاضر، پیشنهاد می‌شود درمان فراتشخیصی یکپارچه و برنامه‌های درمانی مشابه برای قربانیان خشونت خانگی طراحی و اجرا شود تا به بهبود وضعیت روانی این گروه از قربانیان کمک کند. هم‌چنین، توجه به نیازهای ویژه زنان قربانی خشونت خانگی و فراهم نمودن حمایت‌های لازم در این برنامه‌ها دارای اهمیت فراوانی است. هم‌چنین، پیشنهاد می‌شود این روش درمانی به درمان‌گران آموزش داده شود تا با به‌کارگیری این درمان در زنان قربانی خشونت خانگی جهت ارتقای سلامت روان گامی بردارند.

از محدودیت‌های پژوهش حاضر می‌توان به خودگزارشی بودن ابزارهای پژوهش و جامعه آماری که تنها شامل زنان قربانی خشونت خانگی شهر تهران بود، اشاره نمود که در تعمیم نتایج باید با احتیاط عمل نمود. هم‌چنین، عدم کنترل وضعیت اقتصادی و اجتماعی می‌تواند سوگیری در یافته‌ها را افزایش دهد، از محدودیت‌های دیگر پژوهش است. پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده از روش‌های عینی‌تر مانند مشاهده و مصاحبه در سایر گروه‌ها و در شهرهای مختلف با کنترل شرایط اجتماعی و اقتصادی استفاده شود.

نتیجه‌گیری

به‌طور کلی نتایج پژوهش حاضر نشان داد درمان فراتشخیصی یکپارچه بر بهبود ناگویی خلقی و اندیشه‌پردازی خودکشی در زنان قربانی خشونت خانگی اثربخش است. لذا نتایج پژوهش حاضر ضمن تبیین ضرورت توجه به کاهش مشکلات زنان قربانی خشونت خانگی، اهمیت به‌کارگیری درمان فراتشخیصی یکپارچه را متوجه روان‌شناسان و مشاوران می‌کند.

تشکر و قدردانی

این مقاله برگرفته از رساله دکتری نویسنده اول در رشته مشاور در دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم و تحقیقات تهران است. بدین‌وسیله از کلیه مسئولین مراکز اورژانس اجتماعی و کلینیک‌های مشاور خانواده (کلینیک فرحبخش، کلینیک نارون و کلینیک دانشگاه تهران غرب) که در جمع‌آوری داده‌ها و ارائه اطلاعات مشارکت نمودند و شرکت‌کنندگان عزیزی که ما را در اجرای این پژوهش یاری نموده‌اند، کمـال تقدیر و تشکر را داریم.

تعارض در منافع: بر اساس اظهار نویسندگان، این مقاله تعارض منافع ندارد.

حامی مالی: این پژوهش هیچ‌گونه حمایت مالی ندارد.

ملاحظات اخلاقی (کد اخلاق): این پژوهش تحت شناسه اخلاق IR.IAU.SRB.REC.1403.005 از کمیته اخلاق دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم تحقیقات تهران انجام شد.

مشارکت نویسندگان

- **طراحی ایده:** محبوبه حسین علیزاده
- **روش کار:** محبوبه حسین علیزاده
- **جمع‌آوری داده‌ها:** محبوبه حسین علیزاده
- **تجزیه‌وتحلیل داده‌ها:** محبوبه حسین علیزاده
- **نظارت:** محمد قمری، مرضیه غلامی توران پشتی
- **مدیریت پروژه:** محمد قمری، مرضیه غلامی توران پشتی
- **نگارش – پیش‌نویس اصلی:** محبوبه حسین علیزاده
- **نگارش – بررسی و ویرایش:** محبوبه حسین علیزاده

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2025-07-14]

[DOI: 10.61186/jrums.24.2.168]

CCBY-NC.4.0 DEED

References

1. Rocha F, Diaz MDM, Pereda PC, Árabe IB, Cavalcanti F, Lordemus S, et al. COVID-19 and violence against women: Current knowledge, gaps, and implications for public policy. *World Development* 2024; 174: 106461.

2. Organization WH. Violence against women prevalence estimates, 2018: global, regional and national prevalence estimates for intimate partner violence against women and global and regional prevalence estimates for non-partner sexual violence against women: World Health Organization; 2021.

3. Mannarini S, Taccini F, Rossi AA. The role of alexithymia and impulsivity in male victims and perpetrators of intimate partner violence. *Behavioral Sciences* 2023; 13(5): 402.

4. Preece DA, Gross JJ. Conceptualizing alexithymia. *Personality and Individual Differences* 2023; 215: 112375.

5. Signorelli MS, Fusar-Poli L, Arcidiacono E, Caponnetto P, Aguglia E. Depression, PTSD and alexithymia in victims of intimate partner violence: a case-control study. *Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)* 2020; 47: 45-50.

6. Aker S, Kartal YA. Examining the relationship between intimate partner violence and alexithymia and depression levels of women: Kadınların yakın partner şiddeti ile aleksitimi ve depresyon düzeyleri arasindaki ilişkinin incelenmesi. *Journal of Human Sciences* 2023; 20(4): 741-51.

7. Jamshad P, Davari R. Predicting Covert Relational Aggression based on Personality Traits and Alexithymia of Married Women in Tehran. *Social Psychology Research* 2023; 12(48): 89-102.

8. Nur N. Suicidal thoughts and attempts among married women who experience intimate partner violence in Türkiye Pensées suicidaires et tentatives de suicide chez les femmes mariées qui subissent des violences exercées par leur partenaire intime en Türkiye. *Eastern Mediterranean Health Journal* 2023; 29(9): 725-33.

9. Cai H, Jin Y, Liu S, Zhang Q, Zhang L, Cheung T, et al. Prevalence of suicidal ideation and planning in patients with major depressive disorder: a meta-

CCBY-NC.4.0 DEED

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2025-07-14]
[DOI: 10.61186/jrums.24.2.168]

analysis of observation studies. *Journal of Affective Disorders* 2021; 293: 148-58.

10. Dewar C, Heggs DA, Davies J. Exploring the relationship between domestic violence perpetration and suicidal behavior in male prisoners. *Archives of Suicide Research* 2022; 26(4): 1831-46.

11. Dalve K, Ellyson AM, Bowen D, Kafka J, Rhew IC, Rivara F, et al. Suicide-related behavior and firearm access among perpetrators of domestic violence subject to domestic violence protection orders. *Preventive Medicine Reports* 2024; 37: 102560.

12. Mohammadi F, Oshvandi K, Shamsaei F, Khodaveisi M, Khazaei S, Masoumi SZ. Child exposure to domestic violence, substance dependence and suicide resilience in child laborers. *BMC Public Health* 2023; 23(1): 467.

13. Taqizadeh N, Aghababaei H, Nazarinejad MR. Risks of Domestic Violence Against Women and Preventive Solutions of It. *Criminal Law Doctrines* 2024; 20(25): 127-52.

14. Lakin DP, García-Moreno C, Roesch E. Psychological interventions for survivors of intimate partner violence in humanitarian settings: an overview of the evidence and implementation considerations. *International journal of Environmental Research and Public Health* 2022; 19(5): 2916.

15. Bullis JR, Boettcher H, Sauer-Zavala S, Farchione TJ, Barlow DH. What is an emotional disorder? A transdiagnostic mechanistic definition with implications for assessment, treatment, and prevention. *Clinical Psychology: Science and Practice* 2019; 26(2): 20.

16. Barlow DH, Farchione TJ, Bullis JR, Gallagher MW, Murray-Latin H, Sauer-Zavala S, et al. The unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders compared with diagnosis-specific protocols for anxiety disorders: A randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry* 2017; 74(9): 875-84.

17. Zolhghadrnia L, Jahangir P, Dokaneifard F. The Effectiveness of Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders on Alexithymia of Children and their Mother's Parental Self-Efficacy in Divorced Families during the COVID-19 Pandemic. *International Journal of Behavioral Sciences* 2022; 16(3): 212-7.

18. Gohari S, Hosseini Almadani SA, Afkari F. Efficacy of Child-Oriented Unified Trans-Diagnostic Treatment for Alexithymia in Divorce-Engaged Children with Emotional Self-Regulation Difficulties. *Journal of Applied Psychological Research* 2023; 14(2): 179-94.

19. Bagheri F, Ghazanfari F, Mirdrikvand F. The Effectiveness of the Unified Transdiagnostic

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2025-07-14]

[DOI: 10.61186/jrums.24.2.168]

CCBY-NC.4.0 DEED

Treatment on Metacognitive Beliefs and Alexithymia in Individuals with Substance Use in Outpatient Centers. *Scientific Quarterly Research on Addiction* 2023; 17(67): 55-78.

20. Kolivand M, Amraei K, Rezaei F. The effectiveness of unified transdiagnostic treatment on psychological distress and alexithymia in people with hypertension comorbid with stress. *Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry* 2022; 9(5): 88-100.

21. Mohammadpour S, Goodarzi M, Hadianfard H, Taghavi M. Effects of Transdiagnostic Treatment on Body Image Avoidance and Alexithymia in Body Dysmorphic Disorder. *MEJDS* 2021; 11: 64.

22. Durpoix A, Lachaux E, Weiner L, Weibel S. Transdiagnostic skills training group of dialectical behavior therapy: a long-term naturalistic study. *Borderline Personality Disorder and Emotion Dysregulation* 2023; 10(1): 37.

23. Batterham PJ, Gulliver A, Kurz E, Farrer LM, Vis C, Schuurmans J, et al. The effect of dissemination pathways on uptake and relative costs for a transdiagnostic, self-guided internet intervention for reducing depression, anxiety, and suicidal ideation: comparative implementation study. *Journal of Medical Internet Research* 2022; 24(5): e34769.

24. Asadi Hasanvand A, Sadri Damirchi E, Ghamari Kivi H, Sheykholeslami A. Comparison the effectiveness of integrated Transdiagnostic and Solution-Focused Intervention Methods on post-traumatic stress in Sexual Assault Victims. *Advances in Cognitive Science* 2023; 25(2): 73-86.

25. Bentley KH, Maimone JS, Nock MK. Addressing self-injurious thoughts and behaviors within the context of transdiagnostic treatment for emotional disorders. In D. H. Barlow (Ed.), Clinical handbook of psychological disorders: A step-by-step treatment manual (6th ed., pp. 443-479). The Guilford Press. 2021.

26. Gallegirian S, Deireh E, Ghamarani A, Poladi Reishahri A. The Effect of Unified Trans-Diagnostic Treatment on the Experiential Avoidance and Suicidal Ideation in the Girls Victim of Domestic Violence. *Psychological Methods and Models* 2022; 12(46): 69-84.

27. Barnes GL, Ozsivadjian A, Baird G, Absoud M, Hollocks MJ. Investigating the Effects of Transdiagnostic Processes on Anxiety and Depression Symptoms in Autistic Young People: the Mediating Role of Emotion Dysregulation. *Journal of Autism and Developmental Disorders* 2024: 1-12.

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2025-07-14]

[DOI: 10.61186/jrums.24.2.168]

CCBY-NC.4.0 DEED

28. Haj-Yahia MM. Attitudes of Arab women toward different patterns of coping with wife abuse. *Journal of interpersonal violence* 2002; 17(7): 721-45.

29. Faul F, Erdfelder E, Lang A-G, Buchner A. G* Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods* 2007; 39(2): 175-91.

30. Bagby RM, Parker JD, Taylor GJ. The twenty-item Toronto Alexithymia Scale-I. Item selection and cross-validation of the factor structure. *Journal of Psychosomatic Research* 1994; 38(1): 23-32.

31. Jafarian T, Fathi M, Arshi M, Ghaderi RA. The effect of men's emotional intelligence on violence against women among married couples. *Knowl Res Appl Psychol* 2016; 16: 76-83.

32. Golmohammad R, Ghasemi Firoozabadi M, Abdoli Z, Saghiha H. The effectiveness of emotion-focused therapy on psychological distress and depression of married women victims of domestic violence. *Medical Journal of Mashhad University of Medical Sciences* 2022; 64(6): 4338-48.

33. Besharat M. Psychometric characteristics of Persian version of the Toronto alexithymia scale-20 in clinical and non-clinical samples. *Iranian Journal of Medical Sciences* 2008; 33(1): 1-6.

34. Beck AT, Steer RA. Manual for the Beck scale for suicide ideation. San Antonio, TX: Psychological Corporation 1991; 63.

35. Anisi J, FATHI AA, Soltaninezhad A, Amiri M. Prevalence of suicidal ideation in soldiers and its associated factors. *Military Medicine* 2006; 8(2): 113-8.

36. McKay M, Fanning P, Ona PZ. Mind and emotions: A universal treatment for emotional disorders: New Harbinger Publications; 2011.

37. Lenton PL. The effectiveness of a Group Theraplay and Sunshine Circles intervention on reducing behavioural difficulties resulting from early Complex Trauma. 2020: 1-113.

38. Barlow DH, Harris BA, Eustis EH, Farchione TJ. The unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders. *World Psychiatry* 2020; 19(2): 245-6.

39. Peterson R, Darnell D, Berliner L, Dorsey S, Murray L, Monroe-DeVita M. Implementing transdiagnostic cognitive behavioral psychotherapy in adult public behavioral health: a pilot evaluation of the feasibility of the common elements treatment approach (CETA). *The Journal of Behavioral Health Services & Research* 2019; 46: 249-66.

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2025-07-14]

[DOI: 10.61186/jrums.24.2.168]

CCBY-NC.4.0 DEED

40. Gutner CA, Presseau C. Dealing with complexity and comorbidity: Opportunity for transdiagnostic treatment for PTSD. *Current Treatment Options in Psychiatry* 2019; 6: 119-31.

41. Aguilera-Martín Á, Gálvez-Lara M, Cuadrado F, Moreno E, García-Torres F, Venceslá JF, et al. Cost-effectiveness and cost-utility evaluation of individual vs. group transdiagnostic psychological treatment for emotional disorders in primary care (PsicAP-Costs): a multicentre randomized controlled trial protocol. *BMC Psychiatry* 2022; 22(1): 99.

42. Grossman RA, Ehrenreich-May J. Using the unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders with youth exhibiting anger and irritability. *Cognitive and Behavioral Practice* 2020; 27(2): 184-201.

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2025-07-14]

[DOI: 10.61186/jrums.24.2.168]

CCBY-NC.4.0 DEED

The Effectiveness of Integrated Trans-Diagnostic Therapy on Alexithymia and Suicidal Ideation in Female Victims of Domestic Violence: A Quasi-Experimental Study

Mahboobeh Hossein Alizadeh[1], Mohammad Ghamari[2], Marzieh Gholami Tooranposhti[3]

Received: 12/10/24 Sent for Revision: 05/01/25 Received Revised Manuscript: 21/03/25 Accepted: 23/03/25

Background and Objectives: Considering the increase in the number of victims of domestic violence and their major problems in the field of on alexithymia and suicidal ideation, it seems necessary to use psychological intervention such as integrated trans-diagnostic therapy with the aim of reducing domestic violence. Therefore, the present study was conducted with aim of investigating integrated trans-diagnostic therapy and on alexithymia and suicidal ideation and in female victims of domestic violence.

Materials and Methods: The present study was a quasi-experimental study with a pretest-posttest design and a two-month follow-up with a control group. The statistical population of the research included all female victims of domestic violence who referred to social emergency centers and family counseling clinics in Tehran from October 2023 to March 2024. Thirty-three people were selected by purposive sampling and randomly assigned into experimental (18 people) and control groups (18 people). The experimental group was trained in 10 60-minute sessions, and the control group did not receive any training. Data collection tools included Violence Against Women (Haj-Yahia, 2001), Alexithymia (Bagby, 1994), and Suicidal Ideation (Beck & Steer, 1991) Questionnaires. Data were analyzed using two-way repeated measures ANOVA.

Results: The results showed that there was a significant difference across the three stages of pre-test, post-test, and follow-up in alexithymia ($F=117.27$, $p<0.001$) and suicidal ideation ($F=47.19$, $p<0.001$), and this difference lasted through the follow-up stage.

Conclusion: The present study showed that trans-diagnostic therapy is effective on alexithymia and suicidal ideation in female victims of domestic violence. Therefore, using this approach to reduce alexithymia and suicidal ideation is recommended to psychologists and family specialists.

Keywords: Integrated trans-diagnostic therapy, Alexithymia, Suicidal ideation, Domestic violence

Funding: This study did not have any funds.

Conflict of interest: None declared.

Ethical considerations: The Ethics Committee of Islamic Azad University of Science and Research, Tehran Branch, approved the study (IR.IAU.SRB.REC.1403.005).

Authors' Contributions:

- **Conceptualization:** Mahboobeh Hossein Alizadeh
- **Methodology:** Mahboobeh Hossein Alizadeh
- **Data collection:** Mahboobeh Hossein Alizadeh
- **Formal analysis:** Mahboobeh Hossein Alizadeh
- **Supervision:** Mohammad Ghamari, Marzieh Gholami Tooranposhti
- **Project administration:** Mohammad Ghamari, Marzieh Gholami Tooranposhti
- **Writing – original draft:** Mahboobeh Hossein Alizadeh
- **Writing – review & editing:** Mahboobeh Hossein Alizadeh

Citation: Hossein Alizadeh M, Ghamari M, Gholami Tooranposhti M. The Effectiveness of Integrated Trans-Diagnostic Therapy on Alexithymia and Suicidal Ideation in Female Victims of Domestic Violence: A Quasi-Experimental Study. *J Rafsanjan Univ Med Sci* 2025; 24 (2): 168-85. [Farsi]

1 - PhD Candidate in Counseling, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran
2 - Prof., Dept. of Counseling, Science and Research Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran, ORCID: 0000-0003-0913-5561 (Corresponding Author) Tel: (026) 32548061, E-mail: Mo.ghamari@iau.ac.ir
3 - Assistant Prof., Dept. of Psychology, Shahrbabak Branch, Islamic Azad University, Shahrbabak, Iran

CCBY-NC.4.0 DEED

[Downloaded from journal.rums.ac.ir on 2025-07-14]

[DOI: 10.61186/jrums.24.2.168]