ISSN: 2383-3483; Journal of Police Medicine. 2024;13:e22

Journal of Police Medicine

ORIGINAL ARTICLE OPEN ACCESS

Studying the Effect of Integrative Monotheistic Therapy on Resilience, Life Expectancy, and Sexual Activity of Women Attempting Suicide

Neghar Farajpour Tabrizi[1], Yaghub Nikookar[2] *

[1] Counseling Department, Shabestar Branch, Islamic Azad University, Shabestar, Iran.
[2] Specialized Consulting Group, Shabestar Branch, Islamic Azad University, Shabestar, Iran.

ABSTRACT

AIMS: Suicide has existed in all cultures and eras and is a tragedy for the individual, family, and society. The present study aimed to investigate the effect of integrative monotheistic therapy on resilience, life expectancy, and sexual activity of women who attempted suicide.

MATERIALS AND METHODS: The research method was a quasi-experimental pre-test-post-test with a control group. The statistical population of the study was women who attempted suicide who referred to the counseling and psychotherapy center at Sina Hospital in Tabriz in the first half of 2024 to solve their problems, from which a sample of 30 people (15 people in the integrated Tohidi experimental group and 15 people in the control group) was selected through purposive sampling. The tools and data collection included the Women's Sexual Function Questionnaire by Rossen et al. (1997), Connor and Davidson's Resilience (2003), and Snyder et al.'s Life Expectancy (1991). Data analysis was performed using the univariate covariance test in SPSS 26 software.

FINDINGS: The mean age of participants in the control group was 6.57±29.80 years and in the experimental group was 7.42±31.60 years. The results showed that integrated monotheistic therapy training was effective on resilience, life expectancy, and sexual function of women who attempted suicide. The mean scores of the experimental group increased compared to the control group in resilience, life expectancy, and sexual function of women. ($p<0.05$).

CONCLUSION: The findings indicate the effect of integrative monotheistic therapy on resilience, life expectancy, and sexual activity of women who attempt suicide. Therefore, by implementing integrative monotheistic treatment in a broader context, social harms, including female suicide, will be reduced, and it is better to pay attention to these treatment methods in counseling and treatment centers.

KEYWORDS: Resilience; Life Expectancy; Sexual Behavior; Suicide; Monotheistic Therapy

How to cite this article:

Farajpour Tabrizi N, Nikookar Y. *Studying the Effect of Integrative Monotheistic Therapy on Resilience, Life Expectancy, and Sexual Activity of Women Attempting Suicide.* J Police Med . 2024;13:e22.

***Correspondence:**

Address: Shabestar Islamic Azad University Complex, next to Azadegan Park, Municipality Boulevard, Shabestar, East Azerbaijan, Iran, Postal code: 5381637181
Mail: shirihanieh6@gmail.com

Article History:

Received: 01/06/2024
Accepted: 12/09/2024
ePublished: 26/09/2024

Copyright © 2024, Journal of Police Medicine | This open access article is licensed under a *Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License*

INTRODUCTION

Suicide is a major global health problem resulting from the interaction of demographic, social, and cultural factors. Approximately one million people worldwide die by suicide each year. The rate of attempted suicide is 20 times higher than that of successful suicide. Complete suicides are three times higher in men than in women, and women report a higher rate than men over their lifetime [1]. The number of attempted suicides among women continues to increase, and according to the Centers for Disease Control, the suicide rate among women increased by 50% from 2000 to 2016 [2]. Resilience is one of the factors that helps an individual deal with and cope with suicidal thoughts, adapt to difficult and stressful life situations, and protects individuals from pathological disorders and life difficulties [3]. Resilience is one of the important psychological dimensions of human life that can have a significant impact on human mental health, especially in women, and refers to an individual's ability to endure difficult situations and overcome them while maintaining mental health, humor, and psychological well-being [4]. The concept of resilience against suicide refers to the perceived ability of an individual to cope with suicidal thoughts, the availability of external resources, and the individual's assessment of his or her ability when facing negative events. It is a kind of ability to successfully adapt to threatening situations and a dynamic process of positive adaptation to bitter and unpleasant experiences, and above all, to survive the stress and adversities of life [5]. Therefore, resilience plays a crucial role in enhancing the quality of life in stressful situations [6]. In addition to resilience, in critical and stressful situations, having hope in life also reduces suicide attempts in women. Hopelessness includes negative feelings about the future and is closely related to depression and suicidal thoughts [7]. Considering suicide as a way to escape from problems is an admission of failure. Before embarking on the journey of marriage, a person imagines the best life and has high hopes for their future life. However, the demand for dowry and domestic abuse by the husband can cut short these visions. Suicide mortality among women, especially married women, has increased in society [8]. Therefore, according to Back's formula, hopelessness is a central feature of depression and acts as a link between depression and suicide. Also, hopelessness is associated with other psychiatric disorders and predisposes the person to suicidal behavior [9].

Researchers believe that hopeful and optimistic people are confident that they will achieve their goals in the future [10]. Disappointment, neuroticism, and inability to resolve marital problems have been implicated in suicide attempts in women [11]. Adults, like children, readily turn to their close partners in times of stress and need, and a romantic partner or spouse is often a symbol of primary and mutual attachment in which both parties turn to each other for comfort and security in times of stress. They provide support and comfort in times of need, but if women become anxious, frustrated, and fearful for various reasons, including insecure and avoidant attachment, their life satisfaction and sexual desire decline [12]. Sexual dysfunction has an undeniable role in the quality of life and self-confidence in married couples' lives. The inability to establish a healthy and enjoyable relationship with a sexual partner will have physical, psychological, and even social consequences [13]. Most importantly, what makes women more hopeful about life and prevents them from attempting divorce and suicide is increasing healthy sexual activity in women [14]. Healthy sexual function in women plays an important role in their sense of health and improves their quality of life [15]. Disorders in the sexual system are the main source of communication conflicts that can cause doubts about love and affection, and increase couples' concerns about the stability of the relationship, and may lead to divorce and separation [16]. Therefore, sexual activity has emerged as one of the important aspects of an individual's life. Given the hardships and serious consequences of marital incompatibility, a significant portion of clients in counseling centers are heartbroken spouses who have attempted suicide, and counselors and psychotherapists also use different techniques, theories, and approaches to reduce tensions and improve the emotional well-being between couples. These approaches range from behavioral techniques to spiritual guidance; however, recently, integrated monotheistic therapies have been well received [17]. Therefore, integrated monotheistic therapy is one of the effective interventions that, given its alignment with the cultural dimensions of Iranian society, can be effective on women attempting suicide [18]. In this method, the combination of divine and spiritual teachings, especially the basic monotheistic components and intimate connection with God, and psychological findings has been emphasized.

Although a review of the research background indicates the effectiveness of integrated monotheistic therapy in improving distress, patience, and resilience [19] and hope for life [20], it seems that this treatment method is one of the methods that, despite having positive results, has received less attention from researchers.

Studies have been conducted sporadically on the effectiveness of integrative therapy on resilience and life expectancy, but so far, no research has been conducted on the effect of integrative therapy on the sexual activity of women who attempt suicide. Therefore, this study aimed to study the effects of integrative therapy on resilience, life expectancy, and sexual activity of women who attempt suicide.

MATERIALS & METHODS

The research design of this study was a quasi-experimental pre-test-post-test with a control group. The statistical population of this study was women who attempted suicide who were referred to the counseling and psychotherapy center at Sina Hospital in Tabriz in the first half of 2024 to solve their problems. From the selected population, a sample of 30 people (15 in the integrated monotheistic experimental group and 15 in the control group) was selected using purposive sampling. Due to the possibility of attrition, 18 people were initially selected for each group.

The initial assessment before starting treatment, as a pre-test and to check the inclusion criteria, was performed on both groups (1 sample group and 1 control group). The samples were matched based on a score below the average on the sexual activity, resilience, and life expectancy scales and were randomly assigned to the experimental group and a control group. The sample and control groups answered the Women's Resilience, Life Expectancy, and Sexual Functioning (FSFI) questionnaires before and after the intervention. The protocol for integrated monotheistic sessions was set up in 8 60-minute sessions. The research tools also include the following:

Female Sexual Function Index (FSFI). This questionnaire was developed by Rosen et al. It consisted of 19 items with 5 options (very satisfied 5, somewhat satisfied 4, about equal (neither satisfied nor dissatisfied) 3, somewhat dissatisfied 2, and very dissatisfied 1) and 6 options (not sexually active 0, almost always 1, most of the time 2, sometimes 3, a little bit 4, and almost none or none 5). This questionnaire measures female sexual function in 6 domains including: 1) desire, 2) psychological arousal, 3) wetness, 4) orgasm, 5) satisfaction, and 6) sexual pain. The maximum score for each domain is 6, and the total score for the scale is 36. A score of 0 indicates that the individual has not had sexual activity during the past 4 weeks [21]. In Iran, the Female Sexual Function Index has been standardized by Mohammadi et al. [22]. Based on Mohammadi's study, the reliability of the index was calculated for each of the 6 domains and the entire scale for the control groups and all individuals using Cronbach's alpha coefficient of 0.85 [22].

Connor and Davidson Resilience Scale. This questionnaire was developed by Connor and Davidson by reviewing research literature on resilience from 1979 to 1991. The resilience questionnaire has 25 items that are scored on a Likert scale from zero (completely false) to five (always true); therefore, the range of test scores is between 0 and 100. Scores above 50 indicate greater resilience of the subject. The results of factor analysis indicate that this test has 5 factors: self-perception of personal competence, trust in personal instincts, tolerance of negative emotion, positive acceptance of change and safe relationships, control, and spiritual influences. External reliability: Connor and Davidson reported the Cronbach's alpha coefficient of the resilience scale to be 0.89 [23]. Also, the reliability coefficient obtained from the test-retest method at a 4-week interval was 0.87. This scale has been standardized in Iran by Mohammadi [24]. To determine the reliability of the Connor and Davidson resilience scale, he used the Cronbach's alpha method and reported a reliability coefficient of 0.89.

Life Expectancy Questionnaire. This questionnaire was designed by Snyder et al. and consists of 12 items that are administered as a self-report and assess two subscales of factorial thinking and strategic thinking. The responses are designed as a four-choice question ranging from completely false to completely true, with completely false being scored (1) and completely true being scored (5), and the range of scores will be between 2 and 32 (the four deviant questions are not included in the score), and scores higher than 16 indicate higher life expectancy. The internal consistency of the entire questionnaire has been reported to be 0.74 to 0.84, and its test-retest reliability has been reported to be 0.8 [25]. In addition, this questionnaire has been used in various studies along with other scales and it has been shown that this questionnaire has a correlation of 0.5 to 0.6 with other questionnaires such as optimism, goal expectancy, and self-esteem [25].

Integrated monotheistic therapy: A summary of the content of the integrated monotheistic training sessions is presented. The content of the sessions is mainly derived from the research of Fallah et al. [26], which is presented in **Table 1**.

Ethical Permissions. In this study, all relevant ethical principles were observed, including obtaining ethical clearance from the Research Ethics Committee of Islamic Azad University (IR.IAU.TABRIZ.REC.1403.340), confidentiality of questionnaires, written and informed consent of research participants, and the right to withdraw from the study.

Statistical Analysis. In this study, all relevant ethical principles were observed, including obtaining ethical clearance from the Research Ethics Committee of Islamic Azad University (IR.IAU.TABRIZ.REC.1403.340), confidentiality of questionnaires, written and informed consent of research participants, and the right to withdraw from the study.

FINDINGS

According to Table ۲, the age of women in the control group was in the range of 20 to 45 years, and the mean age was 57.80 ± 6.29 years; in the integrative group, it was in the range of 20 to 42 years, and the mean age was 31.60 ± 7.42

years. The level of education of women in the control group was the highest level of education, which was an associate degree, 46.7%, and in the integrative monotheistic group, the highest level of education was a diploma, 46.7%.

Table 1) Summary of Integrated Tohidi Training Sessions

Sessions	Objectives	Activities	Assignments
First Session	Introducing the researcher and getting to know the group members. Creating a good relationship Positive feelings towards the spouse in order to increase marital and sexual satisfaction	Explaining the rules of the sessions, briefly explaining the unity of the monotheism, its importance to the four dimensions, examining the four dimensions of the person and providing solutions in this regard, conducting a pre-test on resilience, life expectancy, and sexual activity.	What can be the task of asking the client about the effects of monotheistic integration in marital life? What is your goal in attending the meetings? What are three of your expectations from your spouse? What is your problem in marital life? Writing down their feelings towards their spouse in different dimensions
Second Session	Mental Refinement Self-Awareness of Negative Thoughts	Reviewing the previous session's assignment and providing feedback, emotional release (empty chair), facing anger (forgiveness therapy), relaxing (abdominal breathing), expressing good and bad feelings about God (sufferings)	Writing down a few cognitive errors with negative attitudes about your spouse in your married life. Practicing abdominal breathing for 10 minutes a day. Writing down a few unpleasant events and feedback on their behavior (naming several forgiveness cases and their impact on your married life), practicing daily conversation with God
Third Session	Self-knowledge Emotional release and coping with problems	Reviewing the previous session's assignment and providing feedback, emotional release (empty chair), facing anger (forgiveness therapy), relaxing (abdominal breathing), expressing good and bad feelings about God (sufferings)	Continue to write down cognitive errors and feedback on their behavior. Express anger in a private place out loud at your spouse, practice daily conversation with God, choose an enjoyable activity and do it daily.
Fourth Session	Environmental Recognition Understanding Empathy with Spouse	Reviewing the previous session's homework and presenting the self again, identifying and finding the cause of ineffective feelings and beliefs about lack of hope for life, sexual dissatisfaction, and low resilience, teaching the skills of boldness and self-expression (characteristics of bold people, strategies for expressing boldness and expressing existential feelings), learning the correct principles of attracting forgiveness from others and discovering meaning in seeking and accepting forgiveness, one's duties and responsibilities in life (one's duties to oneself, family, society, and God), teaching problem-solving and decision-making (explaining different methods of problem-solving and decision-making stages), reciting, and relaxing	Describe the characteristics of courageous people. Suggest ways to express your courage and express your existential feelings. Write down the various ways you have done so far to strengthen your positive feelings and hope for your spouse.
Fifth Session	Self-liberation and social liberation: Methods of resolving conflict between couples	Reviewing the previous session's assignment and providing feedback, intervening in the environment and controlling stimuli, teaching assertiveness and assertiveness, mindfulness (walking meditation), surrendering to God	Write two of your mistakes and failures in your marital life in the context of the recent discussion. Express the impact of the secret and need with God in life and dealing with life's problems.
Sixth Session	Stabilizing behavior Principles and techniques of husband and wife and marital relationships, strengthening love for one's spouse and hope for a life together, strengthening self-awareness and empathy with one's spouse	Reviewing the previous session and providing feedback on participating in spiritual sessions and self-help groups, the importance of interpersonal relationships in resilience and hope for life, self-surrender to God (believing in God's ability), setting a daily planning schedule (according to the four dimensions of physical, mental, spiritual, and social) and how to satisfy them in the family, meditation, and prayer	Examining your own situation in terms of commitment, intimacy, and attention to your partner's sexual needs
Seventh Session	Strengthening spirituality Promoting religious beliefs and spiritual feelings in shared life	Reviewing the previous session's assignment and providing feedback, the role of spiritual states in improving the quality of life and life expectancy, the effect of reciting on peace and tolerance of hardships, participating in religious and devotional meetings, techniques for strengthening the relationship with God (prayer, attending mosques), the importance of having monotheistic and religious friends in increasing resilience, deep breathing techniques (progressive relaxation	Practicing religious injunctions in a pleasurable and satisfying way
Eighth Session	Helping Summary of therapeutic techniques and assessment of improvement in married women	Reviewing the previous session's assignment and providing feedback, participating in self-help groups (helping others and taking care of yourself), the importance and benefits of a supportive relationship with others for the person (increasing resilience and life expectancy), how to establish this relationship, relaxation, evaluation, and closure	-Practicing religious injunctions in a pleasurable and satisfying way

Furthermore, the mean of the resilience variable in the pre-test was lower than in the post-test, and the experimental groups increased their resilience with integrative monotheistic education compared to the control group. Also, the mean of the life expectancy variable in the pre-test was lower than in the post-test, and the experimental groups increased their life expectancy with integrative monotheistic education compared to the control group. The mean of the female sexual activity variable in the pre-test was calculated to be lower than the post-test, and the experimental groups increased their sexual activity compared to the control group with integrated monotheistic education (**Table 3**). To investigate whether integrated monotheistic therapy education is effective on resilience, life expectancy, and sexual activity of women who attempt suicide,

a univariate covariance test was used, which is presented in Table 4. Before examining the univariate covariance test, the normality of the data was examined and confirmed, and also, the results of the Levine test in Table 4 showed that the data were homogeneous in the existing groups.

Table 2) Demographics age and education level (n = 30)

Age	Number	Minimum Age	Maximum age	Mean (standard deviation)
Control group	15	20	45	57.80 ± 6.29
Monotheistic group	15	20	42	31.60 ± 7.42
Education	Number	Level	Frequency	Percentage of frequency
Control group	15	High School Diploma	6	40
		Associate's Degree	7	46.7
		Bachelor's Degree	2	13.3
Monotheistic group	15	High School Diploma	7	46.7
		Associate's Degree	6	40
		Bachelor's Degree	2	13.3

Table 3) Mean and standard deviation test of research variables

Variables	Group	Pre-test		Post-test	
		Mean	Standard Deviation	Mean	Standard Deviation
Resilience	Control group	37.52	3.23	35.32	3.50
	Monotheistic group	36.90	3.45	59.47	8.36
Life expectancy	Control group	22.34	1.41	22.47	2.84
	Monotheistic group	22.08	2.35	4.77	6.03
Female sexual activity	Control group	11.36	1.89	11.98	2.91
	Monotheistic group	12.16	3.07	20.36	9.98

Table 4) Results of the Levene test and Wilkes Lambda test

	F	Df_1	Df_2	p
Resilience	2.51	1	28	0.110
Life Expectancy	2.83	1	28	0.104
Sexual Activity	0.488	1	28	0.491

In Table 5, the results of the univariate covariance test for each variable are presented in a table. The results of Table 5 showed that there is a significant difference in the resilience variable in the post-test between the control and experimental groups (F=102.20, P=0.000, Eta=0.791). Also, there is no relationship between the pre-test auxiliary variable and resilience (F=0.09, P=0.756, Eta=0.004). Other results showed that there is a significant difference in the life expectancy variable at post-test between the control and experimental groups (F=127.69, P=0.000, Eta=0.825). Also, there is no relationship between the pre-test auxiliary variable and life expectancy (F=1.08, P=0.067, Eta=0.072). Finally, the results showed that there is no significant difference in the sexual activity variable at post-test between the control and experimental groups (F=28.052, P=0.000, Eta=0.510). Also, there is no relationship between the pre-test covariate and sexual activity (F=0.025, P=0.876, Eta=0.001).

Table 5) Univariate covariance test of the effectiveness of monotheistic integration n on resilience, life expectancy, and sexual activity of women taking action

Variables	Source	Sum of Squares	Degrees of Freedom	Mean Squares	F	Significance Level	Eta squared
Resilience	Corrected Model	4377.238	2	2188.619	51.509	0.000	0.792
	Pretest Resilience	4.169	1	4.169	0.098	0.756	0.004
	Group	4342.769	1	4342.769	102.207	0.000	0.791
	Error	1147.224	27	42.490			
Life Expectancy	Corrected Model	2621.542	2	1310.771	68.907	0.000	0.836
	Pretest. Resilience	109.906	1	109.906	1.087	0.067	0.072
	Group	2428.967	1	2428.967	127.690	0.000	0.825
	Error	33134.606	27	19.022			
Sexual Activity	Corrected Model	526.482	2	263.241	14.552	0.000	0.519
	Pretest Resilience	0.447	1	0.447	0.025	0.0876	0.001
	Group	507.452	1	507.452	28.052	0.000	0.510
	Error	488.420	27	18.090			

DISCUSSION

The present study aimed to investigate the effect of integrated monotheistic therapy on resilience, life expectancy, and sexual activity of women attempting suicide, and the results of the findings were as follows: Integrated monotheistic therapy training was effective on resilience, life expectancy, and sexual activity of women attempting suicide. This finding was consistent with the studies of Pourbarabar and Yaghoubi [27], Saadati and Mahdavi [28], Azizi Abargoui and Daroon Parvar [19], and Dehghan and Saeidinia [20]. Pourbarabar and Yaghoubi [27] have shown in a study that spiritual therapy increases resilience, improves the individual's attitude and interpretation towards illness and life. Dehghan and Saeidinia [20] have shown in a study that after the monotheistic integration treatment of self-esteem and resilience, the subjects have improved compared to before the treatment, and the effectiveness of the treatment in self-esteem, resilience, and dimensions of resilience is significant. Saadati and Mahdi's study [28] has shown that spirituality therapy with emphasis on the teachings of the Islamic religion is effective on resilience, life satisfaction, and religious orientation of divorced women. In explaining the results obtained, it can be said that women who attempt suicide are constantly facing stress due to their specific life circumstances. Due to the inappropriate living conditions, they are unstable in the face of the stresses arising from their lives and have less resilience against these mental and emotional problems. God Almighty says in verse 62 of Surah-Naml: "Who is it that responds to Him when the helpless calls upon Him and removes evil and illness?" Based on this verse that was discussed in the sessions, many women who attempted suicide have been more confident in their daily activities and have more hope for the future, and this was evident in their talks. Also, resilience is affected by stress in the short and long term; therefore, stress can regulate arousal and stimulation levels for adaptive responses through peripheral and central neuronal mechanisms. By activating arousal hormones, stress a) leads to facilitation and weakening of cognitive and emotional functions and b) can lead to behaviors and emotions that both increase stress and weaken resilience [20]. By making the unconscious self-aware, fundamentally reconstructing the personality, helping clients recover early experiences, resolving repressed conflicts, and gaining rational awareness, on the one hand, the individual's beliefs in life changed, life expectancy increased, and social relationships improved, and on the other hand, it improved resilience by creating deep meaning in the individual's life.

Other results showed that teaching integrated monotheistic therapy was effective on the life expectancy of women who attempted suicide. This finding was consistent with the studies of Dehghan and Saeidinia [20], Dominguez et al. [29], and Mooney [30]. Dominguez et al. have shown in a study that higher levels of spirituality/conditions are associated with a lower risk of mortality. Since spirituality/religion has very valuable dimensions for patients, ignoring them can lead to a feeling of neglect and lack of connection with the health system and the doctors responsible for their care. Integrating spirituality and religiosity assessment and intervention programs into clinical care can help each individual achieve better and fuller well-being and also allow individuals to achieve the highest standards of health through comprehensive and person-centered care [29]. Mooney has shown in research that participation in religious activities increases the quality of study, concentration, purpose, self-esteem, and hope in young people. In his belief, religion brings a systematic structure to people's lives and helps them on the path to success, whether in science or in other areas of life [30].

The final results showed that integrated monotheistic therapy education was effective on the sexual functioning of women who attempted suicide. This finding is consistent with the studies of Choupani Sovari et al. [31], Sharifinia and Choupani Sovari [32], Saadati and Mahdavi [28], and Geraneni [31]. Choupani Sovari et al. found in their study that monotheistic integration was effective on women's marital discontent, which is consistent with the findings of this study [31]. Sharifinia and Choupani Sovari found in a study that monotheistic integration was effective on women's positive feelings [32]. Geraneni showed in a study that religion and spirituality have a strong and significant relationship with satisfaction with sexual life while controlling for sociodemographic variables [33].

In explaining these findings, it can be said that the use of cognitive, behavioral, psychodynamic, and existential techniques, as well as Islamic teachings on marital and family etiquette and relationships, by reminding women of the sanctity of the family center in Islam, as well as by working on negative and ineffective beliefs and attitudes of spouses in married life, the need to use patience, forgiveness, and the Quran's view of marriage as a firm covenant (Surah An-Nisa, 20) and mutual friendship and mercy between husband and wife (Surah Ar-Rum, verse 21), which are emphasized in this approach, have affected reducing negative feelings and embarrassment towards women's sexual activity towards their husbands. In addition, the use of beautiful and meaningful Quranic similes and metaphors, such as the likening of men and women to each other's clothing in verse 187 of Surah Al-Baqarah, working on unrealistic and harmful expectations in married life, teaching correct sexual communication skills, as well as raising self-awareness in the four spiritual, social, psychological, and physical dimensions, and strengthening the spouses' self-esteem, has increased the feeling of self-worth

and improved interaction with the spouse in the experimental group.

Accordingly, it can be said that monotheistic integration therapy can be effective in resolving marital disputes and treating women's sexual dysfunction.

Another explanation is that some women experience violence and sexually harassing relationships with their husbands in their marital relationships. In therapy sessions, it was mentioned that regulating emotions and strengthening spiritual intelligence were mentioned, and it was suggested that from an organizational perspective, emotional responses are flexible and not stereotyped, are sensitive to situations, and change rapidly in response to circumstances, so that the constructive activity of a living organism can be regulated at a higher level, and the processes that regulate emotions can do these things. The lack of ability to regulate emotions can lead to harmful emotional arousal, incompatibility and lack of direction of emotions, thus preventing women from having the ability to perform well and appropriately, or not expressing feelings and unproductive actions of women can cause a decrease in sexual desire and their poor performance in marital life, which in both cases leads to sexual dissatisfaction, while the sessions of Integration Therapy pointed out that regulating emotions, spiritual intelligence and having healthy and constructive sexual relationships are necessary for a married life and relationships, and it was also suggested that positive expression of sexual desires indicates the degree to which the tendency to positive emotional responses such as happiness, satisfaction, interest and love is expressed in behavior, and expressing intimacy indicates having sincere behavior with others. In the religion of Islam, not only are the means of sexual needs not denied, but the expression of sexual needs to each other in marital life is considered commitment and a prerequisite for a successful life.

The present study, like other studies, faced limitations, including the fact that the present study was limited to women who attempted suicide and had been referred to the counseling and psychotherapy center at Sina Hospital in Tabriz in the first half of 2024 to solve their problems. The research questionnaires were completed in a self-report manner, and other measurement methods, such as behavioral-cognitive interviews, were not used. The lack of a follow-up period due to time constraints was another limitation of the present study.

It is suggested that the present study be examined and compared with all women who attempted suicide in Tabriz. It is suggested that a follow-up period be conducted in future studies to further examine the effectiveness of the method in question. Since this study was conducted cross-sectionally, some limitations should be considered in the interpretations and etiological attributions of the variables; therefore, it is suggested that longitudinal studies be conducted to infer the cause-and-effect relationship between the variables in this study; Finally, it is suggested that mental health experts, psychotherapists, and other health professionals pay more attention to the use of integrative monotheistic therapy and use integrative monotheistic therapy for women who attempt suicide to improve their psychological health, resilience, life expectancy, and sexual function. Also, the importance and necessity of paying more attention to the psychological problems of women who attempt suicide should be emphasized.

CONCLUSION

This study shows that integrated monotheistic therapy is effective on the resilience, life expectancy, and sexual activity of married women. The use of cognitive-behavioral, psychodynamic, existential techniques, and Islamic teachings regarding marital and family customs and relationships, by reminding the sanctity of the family center in Islam, as well as by working on the negative and ineffective beliefs and attitudes of spouses in married life, the need to apply patience, forgiveness, and remembering the Quranic view of marriage as a strong covenant and mutual friendship and mercy between husband and wife, which are emphasized in this approach, have had an effect on reducing negative feelings towards the spouse, which causes the resilience, life expectancy, and sexual activity of women who attempt suicide to increase.

Clinical & Practical Tips in POLICE MEDICINE. Given the higher prevalence of suicide attempts among married women as a vulnerable group, the results of this study can help design preventive programs and hold training workshops for ongoing training on controlling suicidal ideation by counselors, psychologists, and law enforcement personnel.

Also, given the significant protective function that monotheistic integration therapy seems to play in reducing risk factors for increased suicidal behavior, monotheistic integration-based interventions are useful for treating women who have suicidal thoughts or are involved in suicidal behaviors.

Acknowledgments: This article is an excerpt from the master's thesis of Islamic Azad University, Shabestar Branch. We would like to thank the officials of Sinai Hospital of Tabriz and the married women who referred to this hospital for psychotherapy, who helped us in this study.

Authors' Contribution: Negar Farajpour Tabrizi, data collection, data analysis; Yaqoub Nikokar, presented the idea and designed the study. All authors participated in the initial writing of the

article and its revision, and all accept responsibility for the accuracy and correctness of the contents of the article, with the final approval of this article.

Conflict of Interest: The authors of the article hereby declare that there is no conflict of interest in the present study.

Funding Sources: This article is derived from the master's thesis of Negar Tabrizi Farajpour, Family Counseling Psychologist, Faculty of Psychology, Islamic Azad University of Shabestar, and has no financial support.

ISSN: 2383-3483; Journal of Police Medicine. 2024;13:e22

نشریه طب انتظامی

مقاله اصیل

دسترسی آزاد

بررسی تأثیر درمان یکپارچه توحیدی بر تاب‌آوری، امید به زندگی و کنش‌وری جنسی زنان اقدام کننده به خودکشی

نگار فرج پور تبریزی[1]، یعقوب نیکوکار[2]*

[1] گروه مشاوره، واحد شبستر، دانشگاه آزاد اسلامی، شبستر، ایران.
[2] گروه تخصصی مشاوره، واحد شبستر، دانشگاه آزاد اسلامی ، شبستر، ایران.

چکیده

اهداف: خودکشی در تمام فرهنگ‌ها و دوره‌ها وجود داشته است و برای فرد، خانواده و جامعه مصیبت‌بار است. هدف پژوهش حاضر بررسی تأثیر درمان یکپارچه توحیدی بر تاب‌آوری، امید به زندگی و کنش‌وری جنسی زنان اقدام کننده به خودکشی بود.

مواد و روش‌ها: روش تحقیق نیمه‌آزمایشی از نوع پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعهٔ آماری پژوهش، زنان اقدام‌کننده به خودکشی بود که در نیمه اول سال ۱۴۰۳ به‌منظور حل مشکلات خود به مرکز مشاوره و روان‌درمانی در بیمارستان سینا شهر تبریز مراجعه کردند. از بین آن‌ها، نمونه‌ای به تعداد ۳۰ نفر (۱۵ نفر گروه آزمایش یکپارچه توحیدی و ۱۵ نفر گروه کنترل) به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شد. ابزار و گردآوری داده‌ها شامل پرسشنامهٔ عملکرد جنسی زنان راسن، تاب‌آوری کانر و دیویدسون امید به زندگی اسنایدر و همکاران بود. تحلیل داده‌ها با استفاده از آزمون کوواریانس تک متغیره در نرم‌افزار SPSS 26 انجام شد.

یافته‌ها: میانگین سن شرکت کنندگان در گروه کنترل ۶/۵۷±۲۹/۸۰ سال و در گروه آزمایش ۷/۴۲ ±۳۱/۶۰ سال بود. نتایج نشان داد آموزش درمان یکپارچه توحیدی بر تاب‌آوری، امید به زندگی و کنش وری جنسی زنان اقدام کننده به خودکشی مؤثر بود. میانگین نمرات گروه آزمایش نسبت به گروه کنترل در تاب‌آوری، امید به زندگی و کنش‌وری جنسی زنان افزایش یافت. (p<۰/۰۵).

نتیجه‌گیری: یافته‌ها حاکی از تأثیر درمان یکپارچگی توحیدی بر تاب‌آوری، امید به زندگی و کنش‌وری جنسی زنان اقدام‌کننده به خودکشی است. بنابراین با اجرای درمان یکپارچه توحیدی در بستری وسیع‌تر، آسیب‌های اجتماعی از جمله خودکشی زنان کاهش می‌یابد و در مراکز مشاوره‌ای و درمانی بهتر است این شیوه‌های درمانی مورد توجه قرار گیرد.

کلیدواژه‌ها: تاب‌آوری، امید به زندگی، کنش‌وری جنسی، خودکشی، درمان توحیدی.

نحوه استناد به مقاله:

Farajpour Tabrizi N, Nikookar Y. *Studying the Effect of Integrative Monotheistic Therapy on Resilience, Life Expectancy, and Sexual Activity of Women Attempting Suicide.* J Police Med . 2024;13:e22.

نویسنده مسئول*:

آدرس: آذربایجان شرقی، شبستر، بلوار شهرداری، جنب پارک آزادگان، مجتمع دانشگاه آزاد اسلامی شبستر، کدپستی: ۵۳۸۱۶۳۷۱۸۱

پست الکترونیکی: shirihanieh6@gmail.com

تاریخچه مقاله:

دریافت: ۱۴۰۳/۰۳/۱۲
پذیرش: ۱۴۰۳/۰۶/۲۲
انتشار: ۱۴۰۳/۰۷/۰۵

Copyright © 2024, Journal of Police Medicine | This open access article is licensed under a *Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License*

ISSN: 2383-3483; Journal of Police Medicine. 2024;13:e22

مقدمه

خودکشی یکی از مشکلات مهم بهداشت جهانی است که ناشی از تعامل بین عوامل جمعیتی، اجتماعی و فرهنگی است. سالانه حدود یک میلیون نفر در جهان از طریق خودکشی جان خود را از دست می‌دهند. میزان اقدام به خودکشی در مقایسه با خودکشی موفق ۲۰ برابر است. خودکشی‌های کامل در مردان سه برابر زنان است و زنان میزان بالاتری را نسبت به مردان در طول زندگی گزارش می‌کنند [۱]. شمارش‌ها در خصوص اقدام به خودکشی زنان، همچنان رو به افزایش است و بر اساس گزارش مرکز کنترل بیماری‌ها، میزان خودکشی در میان زنان از سال ۲۰۰۰ تا ۲۰۱۶ به میزان ۵۰ درصد افزایش داشته است [۲]. از عواملی که به فرد در برخورد و مقابله با افکار خودکشی و سازگاری با موقعیت‌های دشوار و تنش‌زای زندگی کمک کرده و افراد را در برابر اختلالات آسیب‌شناختی و دشواری‌های زندگی در امان نگاه می‌دارد، تاب‌آوری است [۳]. تاب‌آوری، از جمله ابعاد مهم روان‌شناختی زندگی بشری است که می‌تواند تأثیرات زیادی در بهداشت روانی انسان، بخصوص زنان داشته باشد و به توانایی استقامت فرد در برابر شرایط دشوار و غلبه بر آن با حفظ سلامت روانی، شوخ‌طبعی و بهزیستی روانی اشاره دارد [۴]. مفهوم تاب‌آوری در برابر خودکشی، به توانایی ادراک‌شده فرد برای مقابله با افکار خودکشی، در دسترس بودن منابع خارجی و ارزیابی فرد از توانایی‌اش در هنگام مواجه با وقایع منفی اطلاق می‌شود و در واقع نوعی توانایی سازگاری موفقیت‌آمیز با شرایط تهدیدکننده و فرآیند پویای انطباق مثبت با تجربه‌های تلخ و ناگوار و فراتر از همه جان سالم به‌در بردن از تنش و ناملایمات زندگی است [۵]. بنابراین، تاب‌آوری نقش مهمی در افزایش کیفیت زندگی در شرایط تنش‌زا و تحت فشار دارد [۶]. علاوه بر تاب‌آوری، در شرایط بحرانی و تحت فشار، داشتن امید به زندگی در زنان نیز از اقدام به خودکشی می‌کاهد، ناامیدی، شامل احساس منفی درباره آینده است و ارتباط بسیار نزدیکی با افسردگی و افکار خودکشی دارد [۷]. در نظر گرفتن مرگ با خودکشی به عنوان روشی برای فرار از مشکلات، پذیرش شکست است. قبل از شروع سفر ازدواج، انسان بهترین زندگی را تصور می‌کند و امید زیادی به زندگی آینده خود دارد. با این حال، مطالبه مهریه و آزار خانگی از سوی شوهر می‌تواند این دیدگاه‌ها را کوتاه کند. مرگ و میر خودکشی در میان زنان، به ویژه زنان متأهل در جامعه افزایش یافته است [۸]. بنابراین، بر اساس فرمول Back، ناامیدی یک شاخصه مرکزی از افسردگی است و به‌عنوان رابط بین افسردگی و خودکشی عمل می‌کند. همچنین، ناامیدی با سایر اختلال‌های روان‌پزشکی مرتبط است و فرد را به رفتار خودکشی مستعد می‌کند [۹].

پژوهشگران معتقدند که افراد امیدوار و خوش‌بین، اطمینان کامل دارند که به اهداف خود در آینده خواهند رسید [۱۰]. ناامیدی، روان‌رنجوری و ناتوانی در حل مسائل زناشویی سبب اقدام به خودکشی در زنان شده است [۱۱]. بزرگسالان مانند کودکان، در هنگام تنش و نیاز به‌راحتی به شریکان نزدیک خود روی می‌آورند و یک شریک عشقی و یا همسر اغلب یک نماد دل‌بستگی اولیه و دوجانبه است که در آن، هر دو طرف برای کسب راحتی و امنیت در زمان‌های استرس به هم‌روی می‌آورند و در هنگام نیاز، حمایت و راحتی برای هم فراهم می‌کنند که اگر زنان به دلایل مختلفی از جمله دل‌بستگی ناایمن و اجتنابی دچار اضطراب، ناامیدی و ترس بشوند، رضایت از زندگی و میل جنسی و در آنان فروکش می‌کند [۱۲]. اختلال کنش‌وری جنسی، نقش غیرقابل‌انکاری بر کیفیت زندگی و اعتمادبه‌نفس در زندگی زناشویی زوج‌ها دارد. ناتوانی در برقراری یک ارتباط سالم و لذت‌بخش با شریک جنسی، تبعات جسمی و روانی و حتی اجتماعی به دنبال خواهد داشت [۱۳]. مهم‌تر از همه، آنچه زنان را به زندگی امیدوارتر و از اقدام به طلاق و خودکشی جلوگیری می‌کند، بالا بردن کنش‌وری جنسی سالم در زنان است [۱۴]. عملکرد جنسی سالم در زنان، نقش مهمی در احساس سلامتی و بالابردن کیفیت زندگی آنان دارد [۱۵]. اختلال در سیستم جنسی، منبع اصلی تعارض‌های ارتباطی است که می‌تواند موجب تردید در مورد عشق و علاقه و افزایش نگرانی زوجین نسبت به پایداری ارتباط شود و ممکن است موجب طلاق و جدایی زن و شوهر گردد [۱۶]. از این‌رو، فعالیت جنسی به‌عنوان یکی از ابعاد مهم زندگی فرد نمود کرده است. با توجه به مصائب و پیامدهای وخیم ناسازگاری زناشویی، بخش قابل‌توجهی از مراجعان به مراکز مشاوره را همسران دل‌زده و اقدام به خودکشی تشکیل می‌دهند و مشاوران و روان‌درمانگران نیز برای کاهش تنش‌ها و بهبود عاطفی بین زوجین از فنون، نظریات و رویکردهای متفاوتی استفاده می‌کنند. این رویکردها از فنون رفتاری تا راهنمایی معنوی گسترده‌اند؛ اما اخیراً درمان‌های یکپارچه توجیدی از استقبال خوبی برخوردار شده‌اند[۱۷]. ازاین‌رو، درمان یکپارچه توحیدی یکی از مداخله‌های مؤثری است که با توجه به همسوبودن با ابعاد فرهنگی جامعه ایران، می‌تواند کارآمدی مؤثری بر زنان اقدام‌کننده به خودکشی داشته باشد [۱۸]. در این روش، بر ترکیب آموزه‌های الهی و معنوی به ویژه مؤلفه‌های اساسی توحیدی و ارتباط صمیمانه با خداوند و یافته‌های روانشناسی تأکید شده است.

اگرچه بررسی پیشینه پژوهش حاکی از کارآمدی درمانی یکپارچه توحیدی در بهبود پریشانی صبر و تاب آوری [۱۹] و امید به زندگی [۲۰] مؤثر بوده است به نظر می‌رسد این روش درمانی، یکی از روش‌هایی است که علیرغم داشتن نتایج مثبت، کمتر مورد توجه محققان قرار گرفته است.

مطالعات به‌صورت پراکنده در رابطه با اثربخشی یکپارچگی توحیدی بر تاب‌آوری و امید به زندگی انجام شده است، ولی تاکنون، در رابطه با تأثیر یکپارچگی توحیدی بر کنش‌وری جنسی زنان اقدام‌کننده به خودکشی، پژوهشی انجام نیافته است، لذا این پژوهش، با هدف مطالعه

ISSN: 2383-3483; Journal of Police Medicine. 2024;13:e22

درمـان یکپارچـه توحیـدی بـر تـاب‌آوری، امیـد بـه زندگـی و کنش‌وری جنسـی زنـان اقدام‌کننـده بـه خودکشـی انجـام شـد.

مواد و روش‌ها

طرح تحقیـق ایـن پژوهـش، نیمه‌آزمایشـي از نـوع پیش‌آزمـون-پس‌آزمـون بـا گـروه کنتـرل بـود. جامعـهٔ آمـاری ایـن پژوهـش، زنـان اقدام‌کننـده بـه خودکشـی بـود کـه در نیمـه اول سـال ۱۴۰۳، به‌منظـور حـل مشـکلات خـود بـه مرکـز مشـاوره و روان‌درمانـی در بیمارسـتان سـینا شـهر تبریـز مراجعـه کردنـد. از بیـن جامعـه انتخاب‌شـده، نمونـه‌ای بـه تعـداد ۳۰ نفـر (۱۵ نفـر گـروه آزمایـش یکپارچـه توحیـدی و ۱۵ نفـر گـروه کنتـرل) بـه روش نمونه‌گیـری هدفمنـد انتخـاب شـد کـه بـه دلیـل احتمـال ریـزش، نمونه‌هـا در ابتـدا بـرای هـر گـروه ۱۸ نفـر انتخـاب شـد.

ارزیابـی اولیـه قبـل از شـروع درمـان، به‌عنـوان پیش‌آزمـون و بررسـی معیارهـای ورود، در مـورد هـر دو گـروه (۱ گـروه نمونـه و ۱ گـروه کنتـرل) اجـراء شـد. نمونه‌هـا بـر اسـاس نمـرهٔ پایین‌تـر از میانگیـن در مقیاس‌هـای کنـش‌وری جنسـی، تـاب‌آوری و امیـد بـه زندگـی همتـا شـدند و به‌صـورت تصادفـی در گـروه آزمایشـی و یـک گـروه کنتـرل جایگزیـن شـدند. گـروه نمونـه و کنتـرل قبـل از شـروع و بعـد از اتمـام مداخـلات بـه پرسشـنامه‌های تـاب‌آوری، امیـد بـه زندگـی و کنـش‌وری جنسـی زنـان (FSFI)، در مرحلـهٔ پیش‌آزمـون و پس‌آزمـون جـواب دادنـد. سـپس، گـروه شـامل ۱۸ زن اقدام‌کننـده بـه خودکشـی بـه مـدت ۸ جلسـه، تحـت درمـان یکپارچـه توحیـدی آمـوزش دیدنـد؛ درحالی‌کـه گـروه کنتـرل در لیسـت انتظـار بودنـد.

بعـد از ارائـه مجـوز گرفتـه شـده از سـوی دانشـگاه و ارائه آن به مسـئولین بیمارسـتان سـینای تبریز، در مورد مسـائل اخلاقـی پژوهـش بـه زنـان متأهـل توضیحاتـی داده شـد و بـه آن‌هـا اطمینـان داده شـد کـه گمنامـی در تکمیـل پرسشـنامه‌ها لحـاظ گردیـده و رازداری و محرمانه‌بـودن اطلاعـات حفـظ می‌گـردد. شـرایط ورود بـه گـروه نمونـه شـامل: ۱) تکمیـل فـرم تعهداخلاقـی و مشـارکت در تمـام جلسـات، ۲) حداقـل یک سـال زندگـی مشـترک، ۳) دامنـه سـنی ۲۰ تـا ۴۵ سـال، ۴) میـزان تحصیـلات دیپلـم تـا دکتـری ۵) عـدم سـوءمصرف مـواد مخـدر و ۶) مشـروبات الکلـی و داروهـای روان‌گـردان و ملاک‌هـای خـروج از مطالعـه نیـز عبـارت بـود از: ۱) عـدم پاسـخ‌دهی بـه ۵ سـؤال یـا بیشـتر از پرسشـنامه‌های پژوهـش، ۲) عـدم حضـور در دو جلسـه یـا بیشـتر از جلسـات درمانـی. همچنیـن در ایـن پژوهـش، سـقط‌جنین طـی ۷ مـاه گذشـته، مـرگ فرزنـدان، از دسـت دادن یـا بیمـاری حـاد والدیـن، بیمـاری حـاد هـر یـک از همسـران، بیـکاری همسـر و حـوادث غیرمنتظـره، به‌عنـوان رویدادهـای اسـترس‌زا در نظـر گرفتـه شـدند. پروتـکل جلسـات یکپارچـه توحیـدی در ۸ جلسـه ۶۰ دقیقـه‌ای تنظیـم شـد. ابـزار پژوهـش نیـز شـامل مـوارد زیـر اسـت؛

پرسشـنامهٔ شـاخص عملکـرد جنسـی زنـان (FSFI): ایـن پرسشـنامه توسـط *Rosen* و همـکاران سـاخته شـده اسـت. دارای ۱۹ عبـارت ۵ گزینـه‌ای (خیلـی راضـی‌ام ۵، تاحـدی راضـی بـودم ۴، تقریبـاً مسـاوی (نـه راضـی نـه ناراضـی) ۳، تاحـدی ناراضـی بـودم ۲ و خیلـی ناراضـی بـودم ۱) و ۶ گزینـه‌ای (فعالیت جنسـی نداشـته‌ام ۰، تقریبـاً همیشـه ۱، بیشـتر اوقـات ۲، گاهـی اوقـات ۳، مقـدار کمـی ۴ و تقریبـاً هیـچ یـا هیـچ ۵) بـود. ایـن پرسشـنامه عملکـرد جنسـی زنـان را در ۶ حـوزه شـامل: ۱) میـل، ۲) تحریـک روانـی، ۳) رطوبـت، ۴) ارگاسـم، ۵) رضایتمنـدی و ۶) درد جنسـی می‌سـنجد. حداکثـر نمـره بـرای هـر حـوزه برابـر ۶ و بـرای کل مقیـاس ۳۶ خواهـد بـود. نمـره صفـر حاکـی از آن اسـت کـه فـرد در طـول ۴ هفتـه گذشـته فعالیـت جنسـی نداشـته اسـت [۲۱]. در ایـران شـاخص مقیـاس عملکـرد جنسـی زنـان توسـط محمـدی و همکارانـش هنجاریابـی شـده اسـت [۲۲]. بـر اسـاس مطالعـه محمـدی، پایایـی شـاخص، بـرای هـر یـک از ۶ حـوزه و کل مقیـاس بـرای گروه‌هـای مـورد کنتـرل و کل افـراد بـا اسـتفاده از ضریـب آلفـای کرونبـاخ ۰/۸۵ محاسـبه شـد [۲۲].

مقیـاس تـاب‌آوری کانـر و دیویدسـون: ایـن پرسشـنامه را *Connor* و *Davidson* بـا مـرور منابـع پژوهشـی ۱۹۹۱- ۱۹۷۹ در حـوزهٔ تـاب‌آوری تهیـه کردنـد. پرسشـنامه تـاب‌آوری ۲۵ عبـارت دارد کـه در یـک مقیـاس لیکرتـی بیـن صفـر (کامـلاً نادرسـت) تـا پنـج (همیشـه درسـت) نمره‌گـذاری می‌شـود؛ بنابرایـن طیـف نمـرات آزمـون بیـن ۰ تـا ۱۰۰ قـرار دارد. نمـرات بالاتـر از ۵۰ تـاب‌آوری بیشـتر آزمودنـی اسـت. نتایـج تحلیـل عاملـی حاکـی از آن‌انـد کـه ایـن آزمـون دارای ۵ عامـل: تصـور شایسـتگی فـردی، اعتمـاد بـه غرایـز فـردی، تحمـل عاطفـه منفـی، پذیـرش مثبـت تغییـر و روابـط ایمـن، کنتـرل و تأثیـرات معنـوی اسـت. پایایـی خارجـی، Connor و Davidson ضریـب آلفـای کـرون بـاخ مقیـاس تـاب‌آوری را ۰/۸۹ گـزارش کرده‌انـد [۲۳]. همچنیـن، ضریـب پایایـی حاصـل از روش بازآزمایـی در یک‌فاصلـه ۴ هفتـه‌ای ۰/۸۷ بـوده اسـت. ایـن مقیـاس در ایـران توسـط محمـدی [۲۴] هنجاریابی‌شـده اسـت. وی بـرای تعییـن پایایـی مقیـاس تـاب‌آوری *Connor* و *Davidson*، از روش آلفـای کرون‌بـاخ بهـره گرفتـه و ضریـب پایایـی ۰/۸۹ را گـزارش کـرده اسـت.

پرسشـنامه امیـد بـه زندگـی: ایـن پرسشـنامه توسـط *Snyder* و همـکاران طراحـی شـده اسـت و شـامل ۱۲ گویـه اسـت کـه به‌صـورت خودسـنجی اجـرا شـده و بـه ارزیابـی دو خـرده مقیـاس تفکـر عاملـی و تفکـر راهبـردی می‌پـردازد. پاسـخ‌ها به‌صـورت چهارگزینـه‌ای طراحـی شـده کـه از کامـلاً غلـط تـا کامـلاً درسـت بـوده و کامـلاً غلـط نمـره (۱) و کامـلاً درسـت نمـره (۵) داشـته و دامنـه نمـرات بیـن ۲ تـا ۳۲ خواهـد بـود (چهـار پرسـش انحرافـی شـامل نمـره نمی‌شـود) و نمـرات بالاتـر از ۱۶ نشـان‌دهنده امیـد بـه زندگـی بیشـتر اسـت. همسـانی درونـی کل پرسشـنامه ۰/۷۴ تـا ۰/۸۴ گزارش‌شـده و پایایـی آن بـه شـیوه آزمـون بـاز آزمـون ۰/۸ گزارش‌شـده اسـت [۲۵]. عـلاوه بـر آن، در پژوهش‌هـای مختلفـی ایـن پرسشـنامه بـه همـراه سـایر مقیاس‌هـا مـورد اسـتفاده قـرار گرفتـه و نشـان داده‌شـده اسـت کـه ایـن پرسشـنامه بـا پرسشـنامه‌های دیگـر مثـل خوش‌بینـی، انتظـار دسـتیابی بـه هـدف و عزت‌نفـس همبسـتگی ۰/۵ تـا ۰/۶ دارد [۲۵].

ISSN: 2383-3483; Journal of Police Medicine. 2024;13:e22

درمان یکپارچه توحیدی: خلاصه محتوای جلسات آموزش یکپارچه توحیدی بیان شده است. محتوای جلسات عمدتاً از پژوهش فلاح و همکاران [۲۶] برگرفته شده‌اند که در جدول ۱ ارائه شده است.

ملاحظات اخلاقی. در این پژوهش تمامی اصول اخلاقی مرتبط از جمله اخذ کداخلاق از کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه آزاد اسلامی (TABRIZ.IAU.IR.REC.۱۴۰۳/۳۴۰) محرمانه بودن پرسشنامه‌ها، رضایت کتبی و آگاهانه شرکت‌کنندگان در پژوهش و اختیار خروج از پژوهش رعایت شده است.

تجربه و تحلیل آماری داده‌ها: داده‌ها با استفاده از آمار توصیفی و آمار استنباطی تحلیل کواریانس (تک متغیره) برای فرضیه‌های پژوهش با در نظر گرفتن پیش فرض‌ها در نرم افزار SPSS 26 تحلیل شدند.

جدول ۱) خلاصه جلسات آموزش یکپارچه توحیدی

جلسات	اهداف	فعالیت‌ها	تکالیف
جلسه اول	معرفی پژوهشگر و آشنایی اعضا گروه با یکدیگر. ایجاد رابطه حسنه احساس مثبت به همسر در جهت افزایش رضایت زناشویی و جنسی	بیان قواعد جلسات، توضیح خلاصه در رابطه با یکپارچگی توحیدی، اهمیت آن به ابعاد چهارگانه، بررسی ابعاد چهارگانه شخص و ارائه راهکارهایی در این زمینه، اجرای پیش‌آزمون تاب‌آوری، امید به زندگی و کنش وری جنسی	تکلیف سؤال از مراجع در رابطه با اثرات یکپارچگی توحیدی در زندگی زناشویی چه می‌تواند باشد؟ هدف شما ازشرکت در جلسات چیست؟ سه مورد از انتظارات خود نسبت به همسر چیست؟ مشکل شما در زندگی زناشویی چیست؟ نوشتن احساس خودشان نسبت به همسرشان در ابعاد مختلف
جلسه دوم	پالایش روانی خود آگاهی به افکار منفی	بررسی تکلیف جلسه قبل و ارائه بازخورد، تخلیه هیجانی (صندلی خالی)، مواجهه با خشم (بخشش درمانی)، تن آرامی (تنفس شکمی)، بیان احساس‌های خوب و بد درباره خداوند (رنجش‌ها)	نوشتن چند مورد از خطاهای شناختی با نگرش‌های منفی در مورد همسر در زندگی زناشویی. تمرین تنفس شکمی به مدت ۱۰ دقیقه در روز. نوشتن چند مورد از اتفاقات ناخوشایند و بازخورد رفتار آن‌ها (نام بردن چندین مورد از بخشش‌ها وتأثیر آن در زندگی زناشویی)، تمرین گفتگوی روزانه با خدا..
جلسه سوم	خودشناسی تخلیه هیجانی و کنار آمدن با مشکلات	بررسی تکلیف جلسه قبل و ارائه بازخورد، خودشناسی و اهمیت آن، مواجهه با خودواقعی و پذیرش آن، تصمیم به گذشت کردن (بخشش درمانی)، ذهن آگاهی (تمرین کشمش)، دعا کردن	ادامه دادن به نوشتن خطاهای شناختی و بازخورد رفتارشان. ابراز خشم در یک مکان خلوت با صدای بلند از همسر، تمرین گفتگوی روزانه با خدا، انتخاب فعالیت لذت‌بخش و انجام روزانه آن.
جلسه چهارم	بازشناسی محیط درک همدلی با همسر	برر سی تکلیف جلسه قبل و ارائه بازخود، تشخیص و علت‌یابی احساسات و اقکارناکارآمد دربار نداشتن امید به زندگی و نارضایتی جنسی و تاب‌آوری پایین، آموزش مهارت جسارت ورزی و ابراز وجود (ویژگی‌های افراد جسور، راهکارهایی برای ابراز جرائت مندی و ابراز احساسات وجودی)، یادگیری اصول صحیح جلب نمودن بخشش دیگران و کشف معنا در طلب و پذیرقتن بخشش، وظایف و مسئولیت‌های فرد در زندگی (وظایف فرد در مقابل خود، خانواده، جامعه و خدا)، آموزش حل مسئله و تصمیم‌گیری (بیان روش‌های مختلف حل مسئله و مراحل تصمیم گیری)، ذکر گفتن، تن آرامی	ویژگی‌های افراد جسور را بیان کنید. راهکارهایی برای ابراز جرائت مندی و ابراز احساسات وجودی خود پیشنهاد دهید. نوشتن انواع روش‌های تقویت احساس مثبت و امیدواری نسبت به همسر که تاکنون انجام داده‌اید.
جلسه پنجم	خودآزادسازی و آزادسازی اجتماعی شیوه‌های حل تعارض بین روجیین	بررسی تکلیف جلسه قبل و ارائه بازخورد، مداخله در محیط و کنترل محرکها، آموزش قاطعیت و ابراز وجود، ذهن آگاهی (مراقبه راه رفتن)، خودسپاری به خداوند،	نوشتن دو مورد از قصورات وایرادهای خود در زندگی مشترک زناشویی در جرو بحث اخیر. تأثیر راز و نیاز با خداوند در زندگی و مقابله با مشکلات زندگی بیان کنید.
جلسه ششم	تثبیت رفتار اصول و فنون همسرداری و روابط زناشویی، تقویت عشق به همسر و امید به زندگی مشترک، تقویت خودآگاهی و همدلی با همسر	مرور جلسه قبل و اراه بازخورد شرکت در جلسات معنوی و گروه‌های خودیاری، اهمیت روابط میان فردی در تاب‌آوری و امید به زندگی، خودسپاری به خداوند (باور داشتن به توانایی خداوند)، تنظیم جدول برنامه‌ریزی روزانه (طبق چهار بعد جسمی، روانی، معنوی و اجتماعی) و شیوه ارضا آن‌ها در خانواده، مراقبه و نیایش.	بررسی وضعیت خود در ابعاد تعهد، صمیمیت و توجه به نیازهای جنسی همسر،
جلسه هفتم	تقویت معنویت ارتقاء باورهای دینی و احساس معنوی در زندگی مشترک.	بررسی تکلیف جلسه قبل و ارائه بازخورد، نقش حالات معنوی در بهبود کیفیت زندگی و امید به زندگی، تأثیر ذکر در آرامش و تحمل سختی‌ها، شرکت در جلسات دینی و مذهبی، فنون تقویت رابطه با خداوند (خواندن نماز، حضودر مساجد)، اهمیت داشتن دوستان یکتاپرست و مذهبی در افزایش تاب‌آوری، تکنیک تنفس عمیق (آرام سازی پیش رونده)	تمرین انجام دستورات دینی به شیوه لذت‌بخش و خشنود کننده. نقش خداباوری در بهبود کیفیت زندگی و آرامش روانی را بیان کنید
جلسه هشتم	یاری رسانی جمع بندی فنون درمانی و ارزیابی میزان بهبود زنان متأهل	بررسی تکلیف جلسه قبل و ارائه بازخورد، شرکت در گروه‌های خودیار (کمک به دیگران و مراقبت از خود)، اهمیت و فواید رابطه یاورانه با دیگران برای شخص (افزایش تاب‌آوری و امید به زندگی)، چگونگی برقراری این رابطه، تن آرامی، ارزیابی و خاتمه	-

یافته‌ها

براساس جدول ۲، سن زنان در گروه کنترل در بازه ۲۰ الی ۴۵ سال و میانگین سنی ۶/۲۹ ± ۵۷/۸۰ سال بود و در گروه یکپارچه‌نگر در بازه ۲۰ الی ۴۲ سال و میانگین سنی ۷/۴۲ ± ۳۱/۶۰ سال بود. سطح تحصیلات زنان در گروه کنترل؛ بالاترین سطح تحصیلات مقطع کاردانی ۴۶/۷ درصد بود و در گروه یکپارچه‌نگر توحیدی بالاترین سطح تحصیلات دیپلم ۴۶/۷ درصد بود.

ISSN: 2383-3483; Journal of Police Medicine. 2024;13:e22

جدول ۲) جمعیت شناختی (سن و سطح تحصیلات) (n = ۳۰)

سن	تعداد	کمترین سن	بیشترین سن	میانگین (انحراف استاندارد)
گروه کنترل	۱۵	۲۰	۴۵	۵۷/۸۰ ± ۶/۲۹
گروه یکپارچه‌نگر توحیدی	۱۵	۲۰	۴۲	۳۱/۶۰ ± ۷/۴۲
تحصیلات	تعداد	سطح	فراوانی	درصد فراوانی
گروه کنترل	۱۵	دیپلم	۶	۴۰
		کاردانی	۷	۴۶/۷
		کارشناسی	۲	۱۳/۳
گروه یکپارچه نگر توحیدی	۱۵	دیپلم	۷	۴۶/۷
		کاردانی	۶	۴۰
		کارشناسی	۲	۱۳/۳

جدول ۳) آزمون میانگین و انحراف استاندارد متغیرهای پژوهش

متغیرها	گروه‌ها	پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
		میانگین	انحراف استاندارد	میانگین	انحراف استاندارد
تاب‌آوری	گروه کنترل	۳۷/۵۲	۳/۲۳	۳۵/۳۲	۳/۵۰
	گروه یکپارچه‌نگر توحیدی	۳۶/۹۰	۳/۴۵	۵۹/۴۷	۸/۳۶
امید به زندگی	گروه کنترل	۲۲/۳۴	۱/۴۱	۲۲/۴۷	۲/۸۴
	گروه یکپارچه‌نگر توحیدی	۲۲/۰۸	۲/۳۵	۴۰/۷۷	۶/۰۳
کنش‌وری جنسی زنان	گروه کنترل	۱۱/۳۶	۱/۸۹	۱۱/۹۸	۲/۹۱
	گروه یکپارچه‌نگر توحیدی	۱۲/۱۶	۳/۰۷	۲۰/۳۶	۹/۹۸

در ادامه، میانگین متغیر تاب‌آوری در پیش‌آزمون کمتر از پس‌آزمون شد و گروه‌های آزمایش نسبت به گروه کنترل با آموزش یکپارچه‌نگر توحیدی بر تاب‌آوری زنان افزوده شد. همچنین، میانگین متغیر امید به زندگی در پیش‌آزمون کمتر از پس‌آزمون بود و گروه‌های آزمایش نسبت به گروه کنترل با آموزش یکپارچه‌نگر توحیدی بر امید به زندگی زنان افزوده شد. میانگین متغیر کنش‌وری جنسی زنان در پیش‌آزمون کمتر از پس‌آزمون محاسبه شد و گروه‌های آزمایش نسبت به گروه کنترل با آموزش یکپارچه‌نگر توحیدی بر کنش‌وری جنسی زنان افزوده شد (جدول ۳). به‌منظور بررسی اینکه آموزش درمان یکپارچه توحیدی بر تاب‌آوری، امید به زندگی و کنش‌وری جنسی زنان اقدام‌کننده به خودکشی مؤثر است، از آزمون کوواریانس تک متغیره استفاده شد که در جدول ۴ ارائه شد. قبل از بررسی آزمون کوواریانس تک متغیره، نرمال‌بودن داده‌ها بررسی و مورد تأیید قرار گرفت و همچنین، نتایج آزمون لون در جدول ۴ نشان داد که داده‌ها در گروه‌های موجود همگن بودند.

جدول ۴) نتایج آزمون لون و آزمون لامبدا ویلکز

	F	Df_1	Df_2	سطح معنی‌داری
تاب‌آوری	۲/۵۱	۱	۲۸	۰/۱۱۰
امید به زندگی	۲/۸۳	۱	۲۸	۰/۱۰۴
کنش‌وری جنسی	۰/۴۸۸	۱	۲۸	۰/۴۹۱

در جدول ۵، نتایج آزمون کوواریانس تک متغیره برای هر متغیر در یک جدول ارائه شد. نتایج جدول ۵ نشان داد که متغیر تاب‌آوری در پس‌آزمون در بین گروه کنترل و آزمایش تفاوت معناداری وجود دارد (F=۱۰۲/۲۰، P=۰/۰۰۰، Eta=۰/۷۹۱). همچنین، بین متغیر کمکی پیش‌آزمون و تاب‌آوری رابطه‌ای وجود ندارد (F=۰/۰۹، P=۰/۷۵۶، Eta=۰/۰۰۴). نتایج دیگر نشان داد که متغیر امید به زندگی در پس‌آزمون در بین گروه کنترل و آزمایش تفاوت معناداری وجود دارد (F=۱۲۷/۶۹، P=۰/۰۰۰، Eta=۰/۸۲۵). همچنین، بین متغیر کمکی پیش‌آزمون و امید به زندگی رابطه‌ای وجود ندارد (F=۱/۰۸، P=۰/۰۶۷، Eta=۰/۰۷۲). در آخر، نتایج نشان داد که متغیر کنش‌وری جنسی در پس‌آزمون در بین گروه کنترل و آزمایش تفاوت معناداری وجود ندارد (F=۲۸/۰۵۲، P=۰/۰۰۰، Eta=۰/۵۱۰). همچنین، بین متغیر کمکی پیش‌آزمون و کنش‌وری جنسی رابطه‌ای وجود ندارد (F=۰/۰۲۵، P=۰/۸۷۶، Eta=۰/۰۰۱).

جدول ۵) آزمون کوواریانس تک منغیره اثربخشی یکپارچگی توحیدی بر تاب‌آوری، امید به زندگی و کنش‌وری جنسی زنان اقدام‌کننده

متغیرها	منبع	مجموع مربعات	درجه آزادی	میانگین مربعات	F	سطح معنی داری	مجذور اتای تفکیکی
تاب‌آوری	مدل تصحیح‌شده	۴۳۷۷/۲۳۸	۲	۲۱۸۸/۶۱۹	۵۱/۵۰۹	۰/۰۰۰	۰/۷۹۲
	پیش آزمون. تاب‌آوری	۴/۱۶۹	۱	۴/۱۶۹	۰/۰۹۸	۰/۷۵۶	۰/۰۰۴
	گروه	۴۳۴۲/۷۶۹	۱	۴۳۴۲/۷۶۹	۱۰۲/۲۰۷	۰/۰۰۰	۰/۷۹۱
	خطا	۱۱۴۷/۲۲۴	۲۷	۴۲/۴۹۰			
امید به زندگی	مدل تصحیح‌شده	۲۶۲۱/۵۴۲	۲	۱۳۱۰/۷۷۱	۶۸/۹۰۷	۰/۰۰۰	۰/۸۳۶
	پیش آزمون. تاب‌آوری	۱۰۹/۹۰۶	۱	۱۰۹/۹۰۶	۱/۰۸۷	۰/۰۶۷	۰/۰۷۲
	گروه	۲۴۲۸/۹۶۷	۱	۲۴۲۸/۹۶۷	۱۲۷/۶۹۰	۰/۰۰۰	۰/۸۲۵
	خطا	۳۳۱۳۴/۶۰۶	۲۷	۱۹/۰۲۲			
کنش‌وری جنسی	مدل تصحیح‌شده	۵۲۶/۴۸۲	۲	۲۶۳/۲۴۱	۱۴/۵۵۲	۰/۰۰۰	۰/۵۱۹
	پیش آزمون. تاب‌آوری	۰/۴۴۷	۱	۰/۴۴۷	۰/۰۲۵	۰/۸۷۶	۰/۰۰۱
	گروه	۵۰۷/۴۵۲	۱	۵۰۷/۴۵۲	۲۸/۰۵۲	۰/۰۰۰	۰/۵۱۰
	خطا	۴۸۸/۴۲۰	۲۷	۱۸/۰۹۰			

ISSN: 2383-3483; Journal of Police Medicine. 2024;13:e22

بحث

پژوهش حاضر با هدف بررسی تأثیر درمان یکپارچه توحیدی بر تاب‌آوری، امید به زندگی و کنش‌وری جنسی زنان اقدام‌کننده به خودکشی انجام شد و نتایج حاصل از یافته‌ها بدین شرح بود؛ آموزش درمان یکپارچه توحیدی بر تاب‌آوری، امید به زندگی و کنش‌وری جنسی زنان اقدام‌کننده به خودکشی مؤثر بود. این یافته با مطالعات *پوربرابر* و *یعقوبی* [۲۷]، *سعادتی* و *مهدوی* [۲۸]، *عزیزی ابرقوئی* و درون پرور [۱۹]، *دهقان* و *سعیدی‌نیا* [۲۰]، همسو بود. *پوربرابر* و *یعقوبی* [۲۷] در پژوهشی نشان داده‌اند معنویت درمانی موجب افزایش تاب‌آوری، بهبود نگرش و تفسیر فرد نسبت به بیماری و زندگی می‌شود. *دهقان* و *سعیدی‌نیا* [۲۰] در پژوهشی نشان داده‌اند که پس از درمان یکپارچگی توحیدی عزت‌نفس و تاب‌آوری، آزمودنی‌ها نسبت به قبل از درمان بهبود داشته‌اند و اثربخشی درمان در عزت‌نفس، تاب‌آوری و ابعاد تاب‌آوری معنادار است. مطالعه *سعادتی* و *مهدی* [۲۸] نشان داده‌اند که معنویت درمانی با تأکید بر آموزه‌های دین مبین اسلام بر تاب‌آوری، رضایت از زندگی زنان مطلقه و جهت‌گیری مذهبی مؤثر است. در تبیین نتیجه به دست آمده می‌توان گفت که زنان اقدام‌کننده به خودکشی با توجه به شرایط خاص زندگی پیوسته با استرس مواجه هستند. آن‌ها با توجه به شرایط نامناسب زندگی در مقابل استرس‌های ناشی از زندگی‌شان، متزلزل بوده و در برابر این معضلات ذهنی و عاطفی، تاب‌آوری کمتری دارند. خداوند متعال در آیه ۶۲ از سوره نمل می‌فرماید: «کیست که هرگاه درمانده‌ای او را بخواند، اجابت کند و بدی و ناخوشی را برطرف کند». بر اساس همین آیه که در جلسات مطرح شد، بسیاری از زنان اقدام‌کننده به خودکشی با اطمینان بیشتری کارهای روزمره خود را دنبال کرده و امید بیشتری به آینده داشته‌اند و این نکته در میان صحبت‌های ایشان مشهود بود. همچنین، تاب‌آوری در کوتاه‌مدت و طولانی‌مدت تحت تأثیر استرس قرار می‌گیرد؛ بنابراین استرس می‌تواند به‌واسطهٔ مکانیزم‌های نورونی پیرامونی و مرکزی سطوح برانگیختگی و تحریک را برای پاسخ‌های سازگار تنظیم کند. استرس با فعال کردن هورمون‌های برانگیختگی؛ الف) منجر به تسهیل و تضعیف و کارکردهای شناختی و هیجانی شده و ب) می‌تواند رفتارها و هیجاناتی را در پی داشته باشد که این عوامل هم موجب افزایش استرس شده و هم تاب‌آوری را تضعیف می‌کند [۲۰]. درمان یکپارچه توحیدی با خودآگاه کردن ناخودآگاه، بازسازی اساسی شخصیت، کمک به مراجع برای بازیابی تجارب اولیه، حل تعارض‌های سرکوب‌شده و کسب آگاهی عقلانی، از یکسو باعث تغییر باورهای فرد در زندگی، افزایش امید به زندگی و بهبود روابط اجتماعی شد و از سوی دیگر با ایجاد معنای عمیق در زندگی فرد، تاب‌آوری وی را بهبود بخشید.

نتایج دیگر نشان داد آموزش درمان یکپارچه توحیدی بر امید به زندگی زنان اقدام‌کننده به خودکشی مؤثر بود. این یافته با مطالعات *دهقان* و *سعیدی‌نیا* [۲۰]، *Dominguez* و همکاران [۲۹]، *Mooney* [۳۰] همسو بوده است. *Dominguez* و همکاران در پژوهشی نشان داده‌اند سطوح بالاتر معنویت/شرایط با خطر کمتر مرگ‌ومیر مرتبط است. از آنجایی که معنویت/دین‌داری برای بیماران دارای ابعاد بسیار ارزشمندی است، نادیده گرفتن آن‌ها می‌تواند احساس غفلت و عدم ارتباط با نظام سلامت و پزشکان متولی مراقبت از آن‌ها را به همراه داشته باشد. ادغام برنامه‌های مداخله و ارزیابی معنویت و دین‌داری در مراقبت بالینی می‌تواند به هر فرد کمک کند تا بهزیستی بهتر و کامل را به دست آورد و همچنین به افراد این امکان را می‌دهد تا با مراقبت جامع و فرد محور به بالاترین استانداردهای سلامت دست یابند [۲۹]. *Mooney* در پژوهشی نشان داده‌اند که در نتیجه شرکت در فعالیت‌های مذهبی، کیفیت مطالعه، تمرکز، هدفمندی، عزت‌نفس و امید جوانان را افزایش می‌دهد. به باور او، مذهب ساختاری منظم برای زندگی افراد به ارمغان می‌آورد و آن‌ها را در مسیر رسیدن به موفقیت، چه در زمینهٔ علم و چه در سایر زمینه‌های زندگی یاری می‌رساند [۳۰].

نتایج آخر نشان داد آموزش درمان یکپارچه توحیدی بر کنش‌وری جنسی زنان اقدام‌کننده به خودکشی مؤثر بود. این یافته با مطالعات *چوپانی صوری* و همکاران [۳۱]، *شریفی نیا* و *چوپانی صوری* [۳۲]، *سعادتی* و *مهدوی* [۲۸] و *گرانِنی* [۳۳] همسو است. *چوپانی صوری* و همکاران در مطالعه خود دریافته‌اند که یکپارچگی توحیدی بر دل‌زدگی زناشویی زنان مؤثر بوده است که با یافته‌های این مطالعه همسو است [۳۱]. شریفی نیا و چوپانی صوری در مطالعه‌ای دریافته‌اند یکپارچگی توحیدی بر احساس مثبت زنان مؤثر بوده است [۳۲]. گرانِنی در نطالعه‌ای نشان داده‌اند که دین و معنویت با رضایت از زندگی جنسی در حین کنترل متغیرهای اجتماعی جمعیت شناختی ارتباط قوی و معناداری دارند [۳۳]. در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت که استفاده از فنون شناختی، رفتاری، روان‌پویشی و وجودی و همچنین، آموزه‌های اسلام در مورد آداب و روابط زوجینی و خانوادگی، با یادآوری مقدس‌بودن کانون خانواده در اسلام و نیز با کار کردن بر روی عقاید و نگرش‌های منفی و ناکارآمد همسران در زندگی زناشویی و لزوم به‌کارگیری صبر و گذشت و بخشش و یادآوری نگاه قرآن از ازدواج به‌عنوان پیمانی محکم (سوره نساء آیه ۲۰) و دوستی و رحمت متقابل بین زن و شوهر (سوره روم آیه ۲۱) که در این رویکرد بر آن‌ها تأکید شده، در کاهش احساس منفی و خجالت‌زدگی نسبت به کنش‌وری جنسی زنان نسبت به همسرانشان تأثیر داشته‌اند. علاوه بر این، استفاده از تشبیه‌ها و استعاره‌های زیبا و پرمعنای قرآنی، نظیر تشبیه زن و مرد به لباس یکدیگر در آیه ۱۸۷ سوره بقره و کارکرد روی انتظارات غیرواقع‌بینانه و آسیب‌رسان در زندگی زناشویی و آموزش مهارت‌های ارتباطی جنسی صحیح و نیز بالا بردن خودآگاهی در چهار بعد معنوی، اجتماعی، روانی و جسمانی و تقویت عزت‌نفس همسران، باعث

ISSN: 2383-3483; Journal of Police Medicine. 2024;13:e22

افزایش احساس خود ارزشمندی و بهبود تعامل با همسر، در گروه آزمایشی شده است. بر این اساس می‌توان گفت که درمان یکپارچگی توحیدی می‌تواند در حل اختلافات زناشویی و درمان کنش‌وری جنسی زنان مؤثر باشد.

در تبیین دیگر می‌توان گفت که برخی از زنان در روابط زناشویی خود از جانب همسرانشان دچار خشونت و روابط جنسی آزاردهنده می‌شوند که در جلسات درمانی به تنظیم هیجانات و تقویت هوش معنوی اشاره شد و مطرح گردید که در دیدگاه سازمانی، پاسخ‌های هیجانی قابلیت انعطاف دارند و قالبی نیستند، حساس به موقعیت‌ها هستند، با سرعت در برابر شرایط تغییر می‌کنند، به نحوی که کنشوری سازندۀ ارگانیسم زنده بتواند در سطح بالاتری تنظیم شود و فرآیندهای تنظیم‌گر هیجانات که می‌توانند این امور را انجام دهند. فقدان توانایی تنظیم هیجان می‌تواند منجر به برانگیختگی‌های هیجانی زیان‌آور، ناسازگاری و عدم هدایت هیجان‌ها شود و بدین ترتیب مانع از داشتن توانایی عملکردی سازش یافته و شایسته گردد و یا بیان نکردن احساسات و کنشوری ناسازندۀ زنان می‌تواند سبب کاهش تمایلات جنسی و عملکرد ضعیف آنان در زندگی زناشویی گردد که در هر دو صورت به نارضایتی جنسی منجر می‌گردد، درحالی‌که جلسات درمان یکپارچگی توحیدی اشاره شد که تنظیم هیجانات، هوش معنوی و داشتن روابط جنسی سالم و سازنده، لازمۀ یک زندگی و روابط زناشویی است و همچنین مطرح شد که ابرازگری مثبت خواسته‌های جنسی بیانگر درجه‌ای است که گرایش به پاسخ‌های هیجانی مثبت مثل شادمانی، خشنودی، علاقه‌مندی و دوست داشتن در رفتار ابراز شود و ابراز صمیمیت، بیانگر داشتن رفتار صمیمانه با دیگران است. در مذهب و دین اسلام نه‌تنها ابزار نیازهای جنسی نفی نشده است، بلکه ابرازگری نیازهای جنسی به همدیگر در زندگی زناشویی را پایبندی و لازمۀ یک زندگی موفق دانسته‌اند.

پژوهش حاضر نیز همانند پژوهش‌های دیگر با محدودیت‌هایی مواجه بود که از جمله آن‌ها می‌توان گفت که پژوهش حاضر محدود به زنان اقدام‌کننده به خودکشی بود که در نیمه اول سال ۱۴۰۳ به‌منظور حل مشکلات خود به مرکز مشاوره و روان‌درمانی در بیمارستان سینا شهر تبریز مراجعه کرده بودند. پرسشنامه‌های تحقیق به‌صورت خودسنجی تکمیل شد و از سایر روش‌های سنجش نظیر مصاحبه رفتاری- شناختی استفاده نشد. نداشتن دوره پیگیری به دلیل محدودیت زمانی، محدودیت دیگر تحقیق حاضر بود.

پیشنهاد می‌گردد پژوهش حاضر در تمامی زنان اقدام‌کننده به خودکشی شهر تبریز بررسی و مقایسه گردد. پیشنهاد می‌گردد در پژوهش‌های بعدی دوره پیگیری نیز انجام شود تا اثربخشی روش مورد نظر بیشتر بررسی گردد. از آنجا که این پژوهش به‌صورت مقطعی انجام شد؛ باید محدودیت‌هایی را در زمینۀ تفسیرها و اسنادهای علت شناسانه متغیرها در نظر گرفت؛ بنابراین پیشنهاد می‌شود، پژوهش‌هایی طولی جهت استنباط رابطه علت و معلولی در مورد متغیرهای این پژوهش صورت گیرد؛ و در آخر پیشنهاد می‌شود کارشناسان سلامت روان، روان‌درمانگران و سایر متخصصان حوزۀ سلامت به استفاده از درمان یکپارچه‌نگر توحیدی، توجه بیشتری داشته و از درمان یکپارچه‌نگر توحیدی برای زنان اقدام‌کننده به خودکشی برای بهبود سلامت روان‌شناختی، تاب‌آوری، امید به زندگی و کنش‌وری جنسی زنان نیز بهره گیرند. همچنین، بر اهمیت و ضرورت توجه به مشکلات روان‌شناختی زنان اقدام‌کننده به خودکشی بیشتر تأکید شود.

نتیجه‌گیری

این مطالعه نشان می‌دهد که درمان یکپارچه توحیدی بر تاب آوری، امیدبه زندگی و کنش‌وری جنسی زنان متأهل مؤثر است. استفاده از فنون‌شناختی رفتاری، روان‌پویشی، وجودی و آموزه‌های اسلام درخصوص آداب و روابط زوجینی و خانوادگی، با یادآوری مقدس‌بودن کانون خانواده در اسلام و نیز با کارکردن بر روی عقاید و نگرش‌های منفی و ناکارآمد همسران در زندگی زناشویی و لزوم بکارگیری صبر و گذشت و بخشش و یادآوری نگاه قرآن از ازدواج به عنوان پیمانی محکم و دوستی و رحمت متقابل بین زن و شوهر که در این رویکرد بر آن‌ها تأکید شده، در کاهش احساس منفی نسبت به همسر تأثیر داشته‌اند که سبب می‌شود تاب‌آوری، امید به زندگی و کنش‌ورزی جنسی زنان اقدام‌کننده به خودکشی افزایش یابد.

نکات بالینی و کاربردی در طب انتظامی: با توجه به شیوع بیشتر اقدام به خودکشی در بین زنان متأهل به عنوان یک قشر آسیب‌پذیر، نتایج این مطالعه می‌تواند در طراحی برنامه‌های پیشگیرانه و برگزاری کارگاه‌های آموزشی جهت آموزش‌های مداوم کنترل ایده‌پردازی خودکشی توسط مشاوران روان‌شناسان و کارکنان انتظامی کمک کننده باشد.

همچنین، با توجه به عملکرد محافظتی قابل توجهی که به نظر می‌رسد، درمان یکپارچگی توحیدی در کاهش عوامل خطر برای افزایش رفتار خودکشی ایفا می‌کند، مداخلات مبتنی بر یکپارچگی توحیدی برای درمان زنانی که افکار خودکشی دارند یا درگیر رفتارهای خودکشی هستند، مفید است.

تشکر و قدردانی: این مقاله مستخرج از پایان‌نامه کارشناسی ارشد دانشگاه آزاد اسلامی واحد شبستر است. از مسئولان بیمارستان سینای تبریز و نیز از زنان متأهل مراجعه‌کننده به این بیمارستان جهت روان‌درمانی که ما را در این پژوهش یاری کردند، تشکر و قدردانی می‌شود.

مشارکت نویسندگان: نگار فرج پور تبریزی، جمع‌آوری داده، تجزیه و تحلیل داده‌ها؛ یعقوب نیکوکار، ارائه ایده و طراحی مطالعه. همه نویسندگان در نگارش اولیه مقاله و بازنگری آن سهیم بودند و همه با تأیید نهایی مقاله حاضر، مسئولیت دقت و صحت مطالب مندرج در آن را می‌پذیرند.

تعارض منافع: بدین‌وسیله نویسندگان مقاله تصریح

می‌نمایند که هیچ‌گونه تعارض منافعی در قبال مطالعه حاضر وجود ندارد.

حامی مالی: این مقاله برگرفته از پایان‌نامه کارشناسی ارشد نگار تبریزی فرج‌پور روانشناس مشاوره خانواده، دانشکده روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی شبستر است و حامی مالی نداشته است.

Reference

1. Vijayakumar L. Challenges and opportunities in suicide prevention in South-East Asia. WHO South East Asia J Public Health. 2017;6(1):30-3. Available from: https://apps.who.int/iris/handle/10665/254941
2. O'Brien RW, Tomoyasu N. Women and Suicide: Moving Forward on a Troubling Problem. Med Care. 2021;59:S4-S5. https://doi.org/10.1097/MLR.0000000000001467
3. Pourhossein R, Farhoudi F, Amiri M, Janbozorgi M, Reza'i Bidakhvidi A, Nourollahi F. The relationship of suicidal thoughts, depression, anxiety, resilience, daily stress and mental health in University of Tehran students. Clin Psychol Stud. 2014;5(14):21-40. Available from: https://www.sid.ir/en/journal/ViewPaper.aspx?id=317136
4. Carlton BS, Goebert DA, Miyamoto RH, Andrade NN, Hishinuma ES, Makini GK Jr, et al. Resilience, family adversity and well-being among Hawaiian and non-Hawaiian adolescents. Int J Soc Psychiatry. 2006;52(4):291-308. https://doi.org/10.1177/0020764006062807
5. Ghasemi A, Meschi F, Salehi Omran A, Sodagar S, Tajeri B. Effectiveness of "Mindfulness Group Therapy" on resilience and quality of life of patients with hypertension. J Health Promotion Management. 2023;12(4):84-97. Available from: http://jhpm.ir/article-1-1204-en.html
6. Rahimpour S, Arefi M, Manshaii Gr. The effectiveness of mixed method of time perspective and mindfulness education on resilience and wisdom. Positive Psychol Res. 2021;7(1):35-52. Available from: http://journals.srbiau.ac.ir/article_13024.html
7. Bapiri OA, Kalantary M, Neshat Doost HT, Oreyzi HR. Developing a meaningful model in life and comparing the effectiveness of model-based education with Frankel's meaningful concepts on frustration and suicidal thoughts in second-year high school girls. J Psychol Sci. 2020;19(94):1243-56. Available from: http://psychjournal.ir/article-1-4655-en.html
8. Tonse SB, Sonawane S, R HV. Suicide in married women: an autopsy study. Cureus. 2023;15(7):e41510. https://doi.org/10.7759/cureus.41510
9. Mohabbat Bahar S, Golzari M, Akbari ME, Moradi-Joo M. Effectiveness of group logo therapy on decreasing hopelessness in women with breast cancer. Iranian J Breast Diseases. 2015;8(1):49-58. Available from: http://ijbd.ir/article-1-20-en.html
10. Hiam L, Harrison D, McKee M, Dorling D. Why is life expectancy in England and Wales 'stalling'? J Epidemiol Community Health. 2018;72(5):404-8. https://doi.org/10.1136/jech-2017-209401
11. Mousavi SV-A, Qasemi-Jobaneh R, Rezaei S, Sheikhli N. Neuroticism and problem-solving styles in women attempting chemical suicide. Clin Psychol Person. 2018;31(16):123-30. Available from: https://cipp.atu.ac.ir/article_6729.html
12. Péloquin K, Byers ES, Beaulieu N, Bergeron S, Brassard A. Sexual exchanges explain the association between attachment insecurities and sexual satisfaction in long-term couples. J Soc Person Relation. 2023;41(1):23-45. https://doi.org/10.1177/02654075221137881
13. Jaafarpour M, Maroufi M, Molaeinezhad M. Relationship between sexual self-concept and sexual performance in married women referring to Mobarakeh health centers, Iran. J Res Develop Nurs Midwifery. 2016;12(3):40-7. Available from: http://jnrums.com/article-1-1125-en.html
14. Ranjbaran M, Chizari M, Matori Pour P. Prevalence of female sexual dysfunction in Iran: systematic review and meta-analysis. J Sabzevar Univ Med Sci. 2016;22(Special Issue):1117-25. Available from: http://jsums.sbmu.ac.ir/article_13388.html
15. Khanafereh N, Safarzadeh S. Prediction of self-efficacy of sexual activity based on attachment styles, sexual satisfaction and sexual function in married female nursing students. J Nurs Education. 2019;7(5):28-35. Available from: http://jne.ssu.ac.ir/article_524.html
16. Segraves RT. Female sexual disorders: psychiatric aspects. Can J Psychiatry. 2002;47(5):419-25. https://doi.org/10.1177/070674370204700505
17. Wendel R. Lived religion and family therapy: what does spirituality have to do with it? Fam Process. 2003;42(1):165-79. https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.2003.42114.x
18. Khanghahi S, Dehghani-Firozabadi F, Behjati-Ardakani M, Pourjanebollahi-Firozabadi M. The effectiveness of integrated monotheistic therapy on self-control and social harms of female students in less privileged areas of Meybad. Educat Psychol Skills. 2022;52(13):1-11. Available from: http://journal.iranpsychology.ir/article-1-1730-en.html
19. Azizi Abarghuei M, Daroonparvar T. The effectiveness of giving meaning to suffering education with an integrated monotheistic approach on increasing the resilience of mothers with disabled children in Yazd. J Islam Psychol. 2020;6(13):27-37. Available from: http://jip.journals.sbu.ac.ir/article_13653.html
20. Dehghan M, Saeidiniya M. Effectiveness of monotheistic integrated psychotherapy on self-esteem and resilience of the wives of inmates. J Islam Psychol. 2020;4(8):63-86. Available from: http://jip.journals.sbu.ac.ir/article_12379.html
21. Rosen RC, Riley A, Wagner G, Osterloh IH, Kirkpatrick J, Mishra A. The international index of

erectile function (IIEF): a multidimensional scale for assessment of erectile dysfunction. Urology. 1997;49(6):822-30. https://doi: 10.1016/s0090-4295(97)00238-0

22. Mohammadi Kh., Heydari M., Faghihzadeh S. The Female Sexual Function Index (FSFI): validation of the Iranian version. Payesh (Health Monitor) Journal. 2008;7(3):0-. Available from: http://payesh-journal.ir/article-1-151-en.html
23. Connor KM, Davidson JR. Development of a new resilience scale: the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). Depress Anxiety. 2003;18(2):76-8. https://doi: 10.1002/da.10113
24. Masood M. Factors affecting resilience in individuals at risk of substance abuse.: Ministry of Science, Research and Technology - University of Welfare and Rehabilitation Sciences; 2005. https://elmnet.ir/doc/10708796-41961
25. Snyder C, Forsyth D. Handbook of social and clinical psychology: The health perspective1990. https://psycnet.apa.org/record/1991-97237-000
26. Fallah MH, Shayeg MR, Asi A, Tahani A. Make your life building safe: Integ Theolog Ther: The nectar of knowledge; 2018. https://www.gisoom.com/book
27. Purbarar F, Yaghubi T. Effect of Spirituality on Women's Resilience. Islam Health J. 2021;6(2):59-68. Available from: http://islamandhealth.ir/article-1-1943-en.html
28. Sadati SZ, Mahdavi F. The effectiveness of spiritual therapy with emphasis on Islamic religious teachings on resilience, religious orientation and life satisfaction of divorced women. Appl Fam Ther J. 2023;4(4):317-30. Available from: http://aftj.ir/article-1-157-en.html
29. Dominguez LJ, Veronese N, Barbagallo M. The link between spirituality and longevity. Aging Clin Exp Res. 2024;36(1):32. https://doi.org/10.1007/s40520-023-02543-8
30. Mooney M. Religion, College Grades, and Satisfaction among Students at Elite Colleges and Universities. Sociolo Religion. 2010;71:197-215. https://doi.org/10.1093/socrel/srq008
31. Chopanisoury M, Sharifinia M, Ghamari M. The Effectiveness of Monotheistic Integrated Therapy Group on Marital Boredom of Married Women. Islam lifestyle Health. 2020;4(3):34-40. Available from: http://ilfh.sbmu.ac.ir/article_20417.html
32. Sharifinia M, Sori M. The Effect of Monotheistic Integrated Group Therapy on Positive Feelings toward Spouse among Married Women. Stud Islam Psychol. 2021;15(29):39-60. Available from: http://sip.sbu.ac.ir/article_16146.html
33. 33-Cranney S. The Influence of Religiosity/Spirituality on Sex Life Satisfaction and Sexual Frequency: Insights from the Baylor Religion Survey. Rev Religious Res. 2020;62(2):289-314. https://doi.org/10.1007/s13644-020-00414-w