

Received: 2021/9/30

Accepted: 2022/4/6

How to cite:

Zadafshar B, Sharifi T, Ahmadi R, Chorami M. Comparison of the effectiveness of emotion-focused and existential group therapy on the dimension of adjustment of child sexual abuse victims in Isfahan. *EBNESINA* 2022;24(3):44-55. DOI: 10.22034/24.3.44

## Original Article

# Comparison of the effectiveness of emotion-focused and existential group therapy on the dimension of adjustment of child sexual abuse victims in Isfahan

Behrad Zadafshar<sup>1</sup>, Tayebeh Sharifi<sup>2✉</sup>, Reza Ahmadi<sup>3</sup>, Maryam Chorami<sup>3</sup>

## Abstract

**Background and aims:** According to the available evidences regarding the consequences of sexual harassment, it is necessary to provide appropriate and effective treatment measures for the victims. The purpose of this study was to evaluate and compare the effectiveness of emotion-focused and existential group therapy on the adjustment of victims of childhood sexual abuse in Isfahan.

**Methods:** This was a pre-test, post-test, and follow-up experimental research with a control group. The samples were 45 individuals with a history of being victimized by any kind of sexual abuse in childhood, referring to psychology centers in Isfahan city. They were selected based on purposeful sampling, and they were randomly allocated into three groups of 15 people (two experimental groups and one control group). One experimental group was intervened by emotion-focused therapy and the other was intervened by existential group therapy. All of them were compared with the control group after completing the intervention therapy procedure. Also, after three months, the groups were followed up.

**Results:** According to the obtained results, it can be said that existential and emotion-focused therapy effectively increased home adjustment ( $p=0.037$ ,  $p=0.021$ ,  $f=3.480$ ,  $\eta^2=0.142$ ) and health adjustment ( $p=0.023$ ,  $p=0.050$ ,  $f=3.230$ ,  $\eta^2=0.133$ ) in victims of child sexual abuse in Isfahan. The results also showed that out of the two treatment methods, only the existential therapy could have a significant effect on the overall adjustment score of victims of child sexual abuse in Isfahan ( $p=0.048$ ,  $f=3.620$ ,  $\eta^2=0.141$ ). The emotion-focused therapy could not have such an effect.

**Conclusion:** Based on the findings, it is suggested that victims of sexual harassment undergo intervention to improve their adjustment with emotion-focused or existential therapy.

**Keywords:** Emotion-Focused Therapy, Sexual Harassment, Adjustment, Child Abuse

EBNESINA - IRIAF Health Administration

(Vol. 24, No. 3, Serial 80 Autumn 2022)

1. PhD student in Psychology, Department of Psychology, Shahrekord Branch, Islamic Azad University, Shahrekord, Iran

2. Associate professor, Department of Psychology, Shahrekord Branch, Islamic Azad University, Shahrekord, Iran

3. Assistant professor, Department of Psychology, Shahrekord Branch, Islamic Azad University, Shahrekord, Iran

✉ Corresponding Author:

Tayebeh Sharifi

Address: Department of Psychology, Shahrekord Branch, Islamic Azad University, Shahrekord, Iran

Tel: +98 (38) 32227064

E-mail: sharifi\_ta@yahoo.com



Copyright© 2022. This open-access article is published under the terms of the Creative Commons Attribution-NonCommercial 4.0 International License which permits Share (copy and redistribute the material in any medium or format) and Adapt (remix, transform, and build upon the material) under the Attribution-NonCommercial terms. Downloaded from: <http://www.ebnesina.ajau.ac.ir>

# مقایسه اثربخشی گروه درمانی هیجان مدار و وجودی بر ابعاد سازگاری قربانیان آزار جنسی کودکان شهر اصفهان

بهراد زادافشار<sup>۱</sup>، طیبه شریفی<sup>۲</sup>، رضا احمدی<sup>۳</sup>، مریم چرامی<sup>۳</sup>

### چکیده

**زمینه و اهداف:** با توجه به شواهد موجود در خصوص پیامدهای ناشی از آزارهای جنسی ضروریست که اقدامات درمانی مناسب و مؤثری برای قربانیان فراهم گردد. هدف از انجام این پژوهش بررسی و مقایسه اثربخشی گروه درمانی هیجان مدار و وجودی بر سازگاری قربانیان آزار جنسی کودکان شهر اصفهان بود.

**روش بررسی:** روش انجام این پژوهش، طرح آزمایشی پیش آزمون- پس آزمون- پیگیری با گروه گواه بود که تعداد ۴۵ نفر با سابقه قربانی شدن توسط هرگونه آزار جنسی در کودکی مراجعه کننده به مراکز روانشناسی شهر اصفهان بر اساس نمونه‌گیری هدفمند انتخاب شدند و در سه گروه ۱۵ نفری (دو گروه آزمایشی و یک گروه گواه) به صورت تصادفی قرار گرفته شدند. یک گروه آزمایشی به وسیله گروه درمانی هیجان‌مدار و دیگری با گروه درمانی وجودی مورد مداخله قرار گرفتند و پس از اتمام روال مداخله درمانی با گروه گواه مقایسه شدند. همچنین، با گذشت مدت زمان ۳ ماه، گروه‌ها مورد پیگیری قرار گرفتند.

**یافته‌ها:** با توجه به نتایج به دست آمده می‌توان گفت که گروه درمانی وجودی و هیجان‌مدار به طور مؤثری سبب افزایش سازگاری در خانه ( $F=3/480, p=0/021, \eta^2=0/37$ ) و سازگاری بهداشتی ( $F=3/230, p=0/050, \eta^2=0/23$ ) در قربانیان آزار جنسی کودکان شهر اصفهان شده است. همچنین نتایج نشان داد که از بین دو شیوه درمانی تنها درمان وجودی توانسته بر نمره کل سازگاری قربانیان آزار جنسی کودکان تأثیر معناداری داشته باشد ( $F=3/620, p=0/048, \eta^2=0/41$ ) و درمان هیجان‌مدار نتوانسته چنین تأثیری را داشته باشد.

**نتیجه‌گیری:** بر اساس یافته‌های به دست آمده پیشنهاد می‌شود که قربانیان آزار جنسی جهت بهبود در سازگاری با یکی از درمان‌های هیجان‌مدار و یا وجودی تحت مداخله قرار گیرند.

**کلمات کلیدی:** گروه درمانی هیجان‌مدار، آزار جنسی، سازگاری، کودک آزاری.

۱. دانشجوی دکتری روانشناسی، گروه روانشناسی، واحد شهرکرد، دانشگاه آزاد اسلامی، شهرکرد، ایران
۲. دانشیار، گروه روانشناسی، واحد شهرکرد، دانشگاه آزاد اسلامی، شهرکرد، ایران
۳. استادیار، گروه روانشناسی، واحد شهرکرد، دانشگاه آزاد اسلامی، شهرکرد، ایران

نویسنده مسئول: طیبه شریفی

آدرس: گروه روانشناسی، واحد شهرکرد، دانشگاه آزاد اسلامی، شهرکرد، ایران  
تلفن: ۰۶۴ ۳۲۲۲۷۰۶۴ (۲۸) ۰۹۸  
ایمیل: sharifi\_ta@yahoo.com

(سال بیست و چهارم، شماره سوم، پاییز ۱۴۰۱، مسلسل ۸۰)

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۱/۱/۱۷

فصلنامه علمی پژوهشی ابن سینا / اداره بهداشت، امداد و درمان نهجا

تاریخ دریافت: ۱۴۰۰/۷/۸

## مقدمه

آزار جنسی یکی از حوادث آسیب‌زای مهم است که از لحظات اولیه زندگی تا آخرین لحظه عمر، انسان را تهدید می‌کند. آزار جنسی عبارت است از عملی که آسیب جنسی غیرتصادفی وارد کند و آزار جنسی کودک به انجام هرگونه رفتار جنسی یا کمک به عملی شدن آن یا تقلید این گونه رفتارها به منظور ایجاد تجسم دیداری رفتار جنسی تعریف می‌شود [۱]. کیتلسون<sup>۱</sup> [۲] آزار جنسی را نوعی رفتار جنسی نامطلوب می‌داند. از نظر وی آزار جنسی شامل پیشنهادات اغواگرانه، ناخواسته و تکرار شونده جنسی است که در صدد جلب رضایت جنسی طرف مقابل است. در واقع آزار جنسی تحمیل تقاضای جنسی بر فرد، بدون در نظر گرفتن رضایت اوست و این امر در بافتی رخ می‌دهد که مناسبات قدرت نابرابر است. می‌توان گفت که آزار جنسی طیف وسیعی از رفتارها، از مزاحمت‌های خیابانی تا سوءاستفاده و تجاوز جنسی را در برمی‌گیرد [۳].

وگاگه<sup>۲</sup> و همکاران [۴] به واسطه مطالعات خود بیان می‌دارند که نرخ بروز آزار جنسی<sup>۳</sup> در میان هر دو جنس بالا است؛ با این حال دختران بسیار بیشتر از پسران مورد آزار و خشونت جنسی قرار می‌گیرند. در یک پیمایش در کانادا مشخص گردید که ۴۰٪ افراد حداقل یک بار آمیزش جنسی اجباری از ۱۶ سالگی به بعد را تجربه کرده‌اند و تحقیقات در کانادا، انگلیس و نیوزلند نشان داده است که از هر ۴ تا ۵ زن یک نفر تجاوز جنسی را تجربه کرده است. نتیجه پژوهش بر روی زنان ایرانی حاکی از آن است که میزان تجربه تعرض‌های خیابانی برای آنها از نوع متلک‌های زننده ۹۲/۵٪، نگاه‌های معنی‌دار ۷۷/۵٪ و لمس اعضای بدن ۴۲/۵٪ بوده است [۵].

در مطالعه دیگری در ایران در خصوص میزان آزار جنسی در زنان نشان داده شد که آزار غیرکلامی توسط ۱۰۰٪، آزار

جسمی در بیش از ۹۵٪ و آزار کلامی توسط حدود ۹۰٪ زنان مورد مطالعه تجربه شد بود و میزان آزار جنسی به هر سه شکل کلامی، غیرکلامی و جسمانی در میان زنان با سنین کمتر بیشتر است [۶]. مطالعه‌ای در بنگلادش اعلام می‌دارد که اکثر دختران نمی‌توانند آزار جنسی را گزارش داده یا بازگو کنند؛ زیرا جامعه و حتی خانواده، آنها را به برانگیختن مردان جهت آزار جنسی متهم می‌نماید [۷].

قابل توجه است که سازگاری<sup>۴</sup> یکی از این عوامل مهمی است که می‌تواند تأثیر مستقیمی بر سلامت روانی داشته باشد [۸]. فتیل<sup>۵</sup> [۹] سازگاری را نحوه‌ای از ارتباط فرد با محیط اطرافش می‌دانند که باعث ایجاد بیشترین میزان رضایت از خواسته‌ها و نیازهای روانشناختی و اجتماعی او می‌گردد. به طور کلی، سازگاری شامل پنج بُعد سازگاری در خانه، سازگاری بهداشتی، سازگاری اجتماعی، سازگاری عاطفی و سازگاری شغلی است [۱۰]. وجود فشارهای عاطفی گوناگون به سلامت روان لطمه وارد خواهد نمود، در نتیجه فرد قادر نیست رفتار موزون و هماهنگی با جامعه داشته باشد و سازگاری روانشناختی خود را حفظ نماید [۹]. نتایج پژوهش‌ها حاکی از آن است که قربانی شدن به واسطه آزار جنسی در بلند مدت فرد را به سمت رفتار پر خطر مثل سوءمصرف مواد [۱۱]، بی‌بند و باری جنسی و فرار از خانه [۱۲] هدایت می‌کند که ممکن است نشان‌دهنده سازگاری پایین قربانی باشد. همچنین مشخص شده که آزار جنسی می‌تواند به اختلال شخصیت مرزی منجر شود و بین سوءاستفاده احساسی، جسمی و جنسی با شدت علایم اختلال شخصیت مرزی و کاهش سازگاری ارتباط وجود دارد [۱۳].

با توجه به شواهد پژوهشی در خصوص آزارهای جنسی و پیامدهای ناشی از آن، ضروریست که اقدامات درمانی مناسب و مؤثری برای قربانیان فراهم گردد. در این راستا پژوهش حاضر قصد داشت تا با اعمال گروه درمانی‌های هیجان‌مدار<sup>۶</sup> و

4. Adjustment

5. Fateel

6. Emotion Focused Therapy

1 Kittelson

2. Vega-Gea

3. Sexual Harassment

وجودی<sup>۱</sup>، باعث ایجاد تغییرات مثبت در خصوص آسیب‌های روانی آنها گردد. درمان‌های هیجان مدار و وجودی با توجه به ویژگی‌هایی که دارند، می‌توانند نویددهنده دسترسی به هدف مذکور باشند. درمان هیجان مدار، درمانی نوانسانگرا و تجربی است [۱۴] و به نقش مهم هیجان‌ات و ارتباط هیجانی در سازماندهی الگوهای ارتباطی اشاره داشته و هیجان‌ات را عامل تغییر در نظر می‌گیرد. نتایج پژوهش‌ها حاکی از آن است که درمان هیجان مدار برای اختلال استرس پس از سانحه و عملکردهای انطباقی مؤثر است [۱۵]. آسیابانی و همکاران [۱۶] در یک مطالعه بر روی قربانیان تجاوز جنسی دریافتند که درمان هیجان مدار از سه طریق تأثیر می‌گذارد: (۱) دسترسی و اصلاح معنای عاطفی غیرانطباقی در ارتباط با تجربه‌های ترس و اضطراب و شرم؛ (۲) دسترسی به هیجان‌ات انطباقی که قبلاً مهار شده‌اند، مانند خشم و اندوه، به طوری که اطلاعات مرتبط با این هیجان‌ها به سیستم‌های فعلی معنایی یکپارچه شوند؛ و (۳) فراهم کردن یک تجربه اصلاحی با درمانگر در مراحل درمان و پیگیری بر کاهش پریشانی روانی و افزایش سازگاری فرد مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه ناشی از تجاوز جنسی.

پژوهش‌های مختلف نقش گروه را در روان درمانی تأکید کرده‌اند و نشان داده‌اند که گروه، با فراهم ساختن فرصتی برای حمایت اعضا از یکدیگر و مشارکت در شبکه اجتماعی گسترده‌تر باعث ارتقاء مهارت‌های سازگاری می‌گردد [۱۷]. نصری و همکاران [۱۸] در پژوهشی دریافتند که درمان هیجان مدار بر بهزیستی ذهنی و سازگاری فردی و اجتماعی اثربخش است. روان درمانی وجودی با تأکید بر مفاهیمی مهم مانند مسئولیت‌پذیری، حضور در هستی، آزادی، انتخاب، جستجوی معنا و... و به خصوص آگاهی دائمی از خود، شیوه منحصر به فردی را برای درمان اضطراب وجودی ارائه کرده است [۱۹]. این رویکرد مراجعان خود را تشویق می‌کند با

ابعادی از زندگی خود که همواره از آن فرار کرده‌اند؛ مواجه شده و شجاعانه این وقایع ناگوار را در زندگی خود به رسمیت بشناسند و به این دید برسند که شادی و نشاط در صورتی محقق می‌شود که فرد بپذیرد امنیت و نشاط پایدار و همیشگی در زندگی وجود ندارد [۲۰]. گروه درمانی با رویکرد وجودی ساختار بسیار مطلوبی برای کار بر روی مسایل وجودی و فرآیند جستجو برای ارزش و معنی در زندگی را فراهم می‌آورد [۲۱].

نظر به مطالب عنوان شده و با توجه به این که تا به حال بررسی‌ها و تحقیقات مشابه کمی در این زمینه در ایران صورت گرفته است؛ لذا هدف از انجام این پژوهش یافتن راهکارها و اقدامات برنامه‌ریزی شده مناسب درمانی در جهت افزایش بهزیستی روانی قربانیان آزارهای جنسی است. استناد به بررسی پیشینه‌های پژوهشی، بیانگر آن است که با توجه به مسایل خاص فرهنگی ایران، تحقیقات و پژوهش‌های کمی در خصوص آزار جنسی و پیامدهای آن بر قربانیان انجام شده است. لذا مطالعات دقیقی که به بررسی بیشتر این موضوع و همچنین پیامدهای ناشی آن بر قربانیان و راهکارهای درمانی برای مشکلات برجای مانده بپردازد، می‌تواند راهگشای خوبی برای اقدامات برنامه‌ریزی شده و استاندارد درمانی برای قربانیان آزار جنسی گردد. هدف کلی از انجام این پژوهش مقایسه اثربخشی حاصل از گروه درمانی هیجان مدار و وجودی بر ابعاد سازگاری در قربانیان آزار جنسی شهر اصفهان بود.

### روش بررسی

روش انجام این پژوهش، طرح آزمایشی پیش‌آزمون - پس‌آزمون - پیگیری با گروه گواه بود. جامعه پژوهش عبارت بود از کلیه مراجعه‌کنندگان با سابقه قربانی شدن توسط هرگونه آزار جنسی در کودکی که در سال ۱۳۹۸ و ۱۳۹۹ به مراکز خدمات مشاوره و روانشناسی شهر اصفهان مراجعه نمودند. نمونه پژوهش شامل ۴۵ نفر از افراد دارای سابقه تعرض به وسیله آزار جنسی در کودکی بود که بر اساس نمونه‌گیری هدفمند با گمارش تصادفی انتخاب شدند. افراد نمونه به طور

1. Existential Therapy

جدول ۱- جلسات گروه درمانی هیجان مدار

جلسات	هدف
اول	ارزیابی مشکلات درمانجویان و زمینه‌های ایجاد کننده، از جمله عوامل استرس‌زا، مقابله، پشتیبانی اجتماعی و ایمنی روانی. ایجاد اتحاد درمانی
دوم	شناسایی الگوها چگونگی ارتباط فرد با خود. احساسات و ارتباطات با خود (درون فردی) و دیگران (الگوهای بین فردی).
سوم	گسترش آگاهی از عواطف غیرقابل شناسایی در زمینه‌های تعامل متقابل در رابطه با خود و دیگران.
چهارم	بررسی مجدد مشکل از نظر چرخه‌ها، احساسات اساسی و نیازهای دلبستگی.
پنجم	گسترش آگاهی از احساسات اولیه (محروم) و نیازهای دلبستگی از طریق تماس با خود و دیگران.
ششم	افزایش پذیرش احساسات و نیازهای دلبستگی - توسط درمانگر.
هفتم	تسهیل در بیان نیازها و ایجاد چرخه‌های امن و مثبت با خود، درمانگر و دیگران.
هشتم	ارائه راه حل‌های جدید برای مشکلات مراجع و پشتیبانی از او در دنیای خارج از درمان.
نهم	تکمیل چرخه‌های جدید تعامل مثبت مراجع با خود و دیگران.

تصادفی در سه گروه ۱۵ نفری (دو گروه آزمایشی و یک گروه گواه) دسته‌بندی شدند. یک گروه آزمایشی به وسیله گروه درمانی هیجان مدار (برگرفته از بسته گروه درمانی هیجان مدار هاگاف<sup>۱</sup> و همکاران [۲۲]) (جدول ۱) و دیگری به وسیله گروه درمانی وجودی (برگرفته از بسته گروه درمانی وجودی یالوم<sup>۲</sup> [۲۳]) (جدول ۲) مورد مداخله قرار گرفتند و هر دو پس از اتمام مداخله درمانی با گروه گواه مقایسه شدند. بدیهی است که گروه گواه مورد هیچ مداخله‌ای قرار نگرفت و همچنین هر سه گروه به وسیله آزمون‌ها در سه مرحله پیش-آزمون و پس-آزمون و پیگیری سنجیده شدند. طول مدت زمان جهت پیگیری ۳ ماه در نظر گرفته شد.

ملاک‌های ورود عبارتند از: وجود سابقه آزار جنسی در کودکی که به واسطه مصاحبه بالینی گزارش شده باشد و اخذ نمره در پرسشنامه آزار جنسی لیزرمن، داوطلب بودن فرد، رضایت آگاهانه، بازه سنی ۲۰ تا ۳۰ سال، عدم مصرف داروهای روانپزشکی، عدم ابتلا به اختلالات روانپزشکی و عدم ابتلا به بیماری‌های فیزیکی حاد که ممکن است در روال پژوهش اختلال ایجاد نمایند. ملاک‌های خروج در این پژوهش عبارتند از: دریافت هر نوع درمان اضافی، بیش از دو مورد غیبت در جلسات درمانی، ابتلا به بیماری خاص و محل در روال جلسات درمانی و انصراف شخصی.

۲- جلسات گروه درمانی وجودی

جلسات	هدف	شیوه
اول	آشنایی با فرآیند گروه درمانی	تعیین شکل‌گیری مشکلات بر اساس رویکرد تحلیل وجودی
	آشنایی با قواعد و هنجارها	تعیین گروه درمانی تحلیل وجودی
	ایجاد زمینه برای همبستگی گروه و ارتباط اعضا	معرفی قواعد و هنجارهای گروه
	اصل رازداری و محرمانه بودن	معارفه اعضا
		بررسی نگرانی‌ها و نظرات اعضا نسبت به مسائل مطرح شده
دوم	ایجاد ارتباط و همبستگی گروهی	ترغیب اعضا به بیان احساسات و افکار
	افزایش خودآگاهی	آموزش اعضا در مورد همدلی و حضور در زمان حال
	افزایش مشارکت اعضای گروه	تمرکز بر اینجا و اکنون
سوم	تعمیق بخشیدن به خودآگاهی	افزایش آگاهی با تمرکز بر سه نوع شیوه بودن، تحلیل وجودی باز بودن و آبراز وجود
	افزایش جرات آبراز وجود و باز بودن	تشویق اعضا به بیان احساسات و افکار شخصی
	افزایش تحمل اعضا نسبت به یکدیگر	ترغیب اعضا به بیان واکنش‌ها در برابر باز بودن سایرین
چهارم	آشنایی با مفاهیم روانشناختی آزادی و انتخاب	تحلیل وجودی مفاهیم آزادی و انتخاب
	آگاهی از جایگاه پیامدهای آزادی و انتخاب	تعیین رابطه آزادی و انتخاب در روابط انسانی
		ترغیب اعضا به تصمیم‌گیری‌های جدید
پنجم	آشنایی با مفهوم مسئولیت‌پذیری	تحلیل وجودی مفهوم مسئولیت‌پذیری
	افزایش حس مسئولیت‌پذیری نسبت به خود و دیگران	تعیین نقش مسئولیت‌پذیری در رشد شخصی و رشد روابط انسانی
	درک رابطه فرار از آزادی و انتخاب با ناتوانی در مسئولیت‌پذیری	ترغیب اعضا به گفتگو در مورد تصمیم‌گیری‌های جدید و پذیرش مسئولیت انتخاب
ششم	تجربه اصالت خود در برقراری رابطه با دیگران	ترغیب به بازخورد دادن اعضا نسبت به تجارب یکدیگر در مورد روابط عمیق با دیگران
	درک و پذیرش تنهایی و مرگ به عنوان واقعیت‌های غیرقابل اجتناب	تحلیل وجودی مرگ به عنوان مکمل درک اهمیت واقعیت مرگ برای پربار شدن زندگی
	زندگی	گفتگوی اعضا درباره نگرش و احساس درباره مرگ
هفتم	درک معنا و هدف زندگی	تحلیل وجودی هدفمندی و معناجویی در کشف معناهای پنهان و آشکار زندگی اعضا
	متعهد شدن به هدفی خاص در زندگی آینده	گفتگوی اعضا درباره اهداف گذشته و یافتن معناهای پنهان
هشتم	یکپارچه‌سازی و تبیین هماهنگ مطالب جلسات قبل	مرور مطالب قبل و فرآیند گروه
	تبیین گروه درمانی به عنوان آغاز ارتباطی جدید و سالم با دیگران	تبیین چالش‌های آینده اعضا در نتیجه تغییرات رفتاری - روانشناختی
	پایان دادن به فرآیند گروه	

### ابزار پژوهش

۱- پرسشنامه آزار جنسی لیزرمن<sup>۳</sup> در سال ۲۰۰۵ توسط لیزرمن [۲۴] به منظور بررسی سابقه آزار جنسی در فرد، ایجاد شده و شامل تعداد ۷ سؤال با پاسخ‌های بله و خیر است. کسب امتیاز در این آزمون نشان‌دهنده قربانی شدن فرد به واسطه حداقل یکی از انواع آزارهای جنسی است. این پرسشنامه توسط

1. Hockauf  
2. Yalom

3. Leserman

سال ۱۳۷۴ بر روی ۱۵ نفر از دانشجویان کارشناسی ارشد دانشگاه مشهد صورت گرفت، اعتبار آزمون ۸۰ سؤالی بل با روش آلفای کرونباخ معادل با ۰.۸۸٪ به دست آمده است [۱۰].

### ملاحظات اخلاقی

تمامی جلسات به صورت کاملاً رایگان برگزار گردید. به هیچ وجه اجباری در کار نبوده و موافقت و تمایل شخصی اعضا برای شرکت در دوره لحاظ شد. پیش شرط محرمانه بودن نتایج پرسشنامه ها و اطلاعات شخصی شرکت کنندگان به طور کامل رعایت شد. از اطلاعات جمع آوری شده و به دست آمده فقط در راستای اهداف و فرضیه های پژوهش استفاده شد و از این لحاظ نیز جنبه اخلاقی پژوهش حفظ شد. در روند جلب مشارکت شرکت کنندگان رعایت حریم خصوصی و حفاظت از نیازهای روانی اجتماعی افراد در نظر گرفته شد.

### تجزیه و تحلیل آماری

با توجه به پیش فرض های مربوطه، داده ها با نرم افزار SPSS نسخه ۲۶ و به وسیله آزمون های باکس، لامبدای ویلکز، تحلیل واریانس با اندازه گیری مکرر و آزمون تعقیبی LSD مورد تحلیل قرار گرفته شده است. در تمامی آزمون ها مقدار  $p < 0.05$  به عنوان سطح معنی داری تلقی گردید.

### یافته ها

میانگین سن زنان و مردان قربانی آزار جنسی کودکی در گروه های کنترل، هیجان مدار و وجودی به ترتیب برابر با ۲۵/۴۶، ۲۵/۲۶ و ۲۵/۵۳ سال بود. در جدول ۳ فراوانی و درصد ویژگی های جمعیت شناختی قربانیان آزار جنسی کودکی ارائه گردیده است.

پژوهشگر به صورت دو سر ترجمه به فارسی برگردان شده است. در این پژوهش، روایی داخلی این آزمون به روش روایی صوری تعیین شد و پایایی داخلی آن نیز به روش آلفای کرونباخ به دست آمد.

۲- پرسشنامه سازگاری بل (BAI)<sup>۱</sup> در سال ۱۹۶۱ توسط بل تدوین گردید. وی در زمینه سازگاری دو پرسشنامه ارائه کرده است که یکی مربوط به دانش آموزان و دانشجویان و دیگری مربوط به بزرگسالان است. این پرسشنامه به عنوان کمک به مشاوره با بزرگسالانی که مسایل شخصی خود را در مورد مندرج در آزمون مطرح می کنند موفقیت آمیز بوده است و در مورد هر دو جنس زن و مرد کاربرد دارد. این پرسشنامه شامل ۱۶۰ سؤال بوده که ابعاد مختلف سازگاری (سازگاری در خانه، سازگاری بهداشتی، سازگاری اجتماعی، سازگاری عاطفی و سازگاری شغلی) را مورد بررسی قرار می دهد. هر سؤال با انتخاب یکی از سه گزینه «بلی، خیر یا نمی دانم» پاسخ داده می شود. اعتبار هر یک از ابعاد یاد شده، امکان مقایسه افراد را با یکدیگر ممکن می سازد. نمره کل به دست آمده حاصل از تحلیل آزمون را می توان جهت نشان دادن موقعیت عمومی سازگاری در ۵ حالت عالی، خوب، متوسط، ناراضی و بسیار ناراضی به کار برد. اعتبار آزمون-آزمون مجدد گزارش شده در راهنمای آزمون از ۷۰٪ تا ۹۳٪ و ضریب همسانی درونی از ۷۴٪ تا ۹۳٪ متغیر بوده است [۱۰]. بل ضرایب اعتبار را برای خرده مقیاس های سازگاری در خانه، سازگاری بهداشتی، سازگاری اجتماعی، سازگاری عاطفی، سازگاری شغلی و برای کل آزمون به ترتیب ۹۱٪، ۸۱٪، ۸۸٪، ۹۱٪، ۸۵٪، و ۹۴٪ گزارش کرده است [۲۵]. همچنین این آزمون روایی بالایی در تشخیص گروه های بهنجار از بیمار و همبستگی با آزمون شخصیت آیسنک<sup>۲</sup> نشان داده است [۲۶]. اعتبار این آزمون با روش آلفای کرونباخ محاسبه گردید و ضریب آلفای آن معادل با ۸۹٪ به دست آمد. در پژوهش دیگری که توسط ابدی فر در

1. Bell's Adjustment inventory  
2. Eysenck Personality Questionnaire

جدول ۴- یافته‌های توصیفی متغیر سازگاری و زیرمقیاس‌های آن

زیرمقیاس‌ها	مرحله	گروه		
		کنترل	وجودی	هیجان مدار
سازگاری در خانه	پیش‌آزمون	۱۲/۲۰±۵/۹۹	۱۵/۶۰±۶/۰۴	۱۶/۹۳±۶/۷۰
	پس‌آزمون	۱۱/۹۳±۵/۸۹	۱۲/۹۳±۵/۴۹	۱۴/۰۶±۵/۹۰
	پیگیری	۱۱/۶۰±۶/۳۳	۱۳/۵۳±۵/۶۴	۱۴/۴۰±۵/۸۸
سازگاری بهداشتی	پیش‌آزمون	۷/۴۰±۳/۹۰	۱۱/۸۰±۶/۳۳	۱۰/۲۶±۷/۰۳
	پس‌آزمون	۷/۴۰±۳/۷۱	۹/۷۳±۵/۱۴	۸/۲۶±۵/۲۲
	پیگیری	۷/۴۶±۳/۶۰	۱۰/۰۰±۵/۳۱	۸/۶۶±۵/۵۲
سازگاری اجتماعی	پیش‌آزمون	۱۳/۲۶±۵/۶۶	۱۵/۸۶±۵/۶۴	۱۴/۳۳±۵/۲۱
	پس‌آزمون	۱۳/۰۶±۵/۶۵	۱۲/۶۰±۴/۸۰	۱۰/۷۳±۵/۴۴
	پیگیری	۱۳/۵۳±۵/۷۰	۱۳/۲۶±۴/۷۱	۱۱/۸۶±۵/۷۰
سازگاری عاطفی	پیش‌آزمون	۱۲/۵۳±۵/۰۶	۱۶/۴۰±۶/۶۷	۱۴/۲۶±۵/۹۵
	پس‌آزمون	۱۲/۳۳±۱۴/۷۶	۱۳/۴۰±۵/۳۸	۱۰/۸۰±۵/۱۲
	پیگیری	۱۲/۹۳±۵/۰۶	۱۴/۲۰±۵/۸۰	۱۱/۵۳±۵/۰۸
سازگاری تحصیلی-شغلی	پیش‌آزمون	۱۰/۴۶±۶/۲۲	۱۱/۰۰±۵/۹۰	۱۳/۱۳±۷/۵۱
	پس‌آزمون	۱۰/۶۰±۶/۱۱	۹/۶۰±۵/۲۲	۱۰/۷۳±۶/۶۵
	پیگیری	۱۰/۶۰±۵/۷۴	۹/۹۳±۵/۱۴	۱۱/۲۶±۶/۲۲
سازگاری کلی	پیش‌آزمون	۵۵/۸۶±۲۰/۸۴	۷۰/۶۶±۲۳/۸۵	۶۸/۲۶±۲۸/۷۲
	پس‌آزمون	۵۵/۵۳±۱۹/۸۳	۵۸/۲۶±۲۰/۶۶	۵۴/۵۳±۲۴/۶۱
	پیگیری	۵۶/۴۶±۱۹/۵۳	۶۰/۸۶±۲۰/۹۵	۵۷/۵۳±۲۴/۸۰

همانطور که در جدول ۳ مشاهده می‌شود از ۴۵ نفر حجم نمونه، ۷۵/۶٪ افراد شرکت‌کننده زن، ۵۱/۱٪ دارای مدرک لیسانس و ۶۸/۹٪ مجرد بودند.

همانطور که جدول ۴ نشان می‌دهد در گروه آزمایشی هیجان‌مدار، میانگین نمرات پس‌آزمون و پیگیری افراد در مؤلفه‌های سازگاری در خانه، سازگاری بهداشتی، سازگاری اجتماعی، سازگاری عاطفی و سازگاری تحصیلی-شغلی نسبت به میانگین نمره پیش‌آزمون آنان کاهش یافته است. همچنین میانگین نمره پس‌آزمون (۵۴/۵۳) و پیگیری (۵۷/۵۳) نمره کل سازگاری نسبت به میانگین نمره پیش‌آزمون آنان (۶۸/۲۶) کاهش یافته است.

همچنین نتایج آمار توصیفی در رابطه با گروه درمانی

جدول ۶- آزمون لامبدای ویلکز جهت بررسی اثربخشی دوشویه درمانی بر سازگاری

متغیر	اثر	مقادیر	F	df1	df2	مقدار p	اندازه اثر	توان آزمون
سازگاری	زمان	۰/۲۴۴	۶۲/۴۳	۲	۴۱	<۰/۰۰۱	۰/۷۵۶	۱
	زمان×گروه	۰/۴۵۶	۹/۸۵	۴	۸۲	<۰/۰۰۱	۰/۳۲۵	۱
سازگاری در خانه	زمان	۰/۳۹۷	۳۱/۱۷	۲	۴۱	<۰/۰۰۱	۰/۶۰۳	۱
	زمان×گروه	۰/۶۵۲	۴/۸۹۶	۴	۸۲	<۰/۰۰۱	۰/۱۹۳	۱
سازگاری بهداشتی	زمان	۰/۵۲۹	۱۸/۲۴	۲	۴۱	<۰/۰۰۱	۰/۴۷۱	۱
	زمان×گروه	۰/۸۰۶	۲/۳۴۱	۴	۸۲	<۰/۰۰۵	۰/۱۰۲	۱
سازگاری اجتماعی	زمان	۰/۴۹۳	۲۱/۰۹	۲	۴۱	<۰/۰۰۱	۰/۵۰۷	۱
	زمان×گروه	۰/۶۸۲	۴/۳۲	۴	۸۲	<۰/۰۰۳	۰/۱۷۴	۱
سازگاری عاطفی	زمان	۰/۳۶۰	۳۶/۴۰	۲	۴۱	<۰/۰۰۱	۰/۶۴۰	۱
	زمان×گروه	۰/۵۶۶	۶/۷۴	۴	۸۲	<۰/۰۰۱	۰/۲۴۸	۱
سازگاری شغلی	زمان	۰/۶۲۰	۱۲/۵۶	۲	۴۱	<۰/۰۰۱	۰/۳۸۰	۱
	زمان×گروه	۰/۶۹۴	۴/۱۱	۴	۸۲	<۰/۰۰۴	۰/۱۶۷	۱

جدول ۵- آزمون باکس جهت بررسی همگنی ماتریس واریانس

متغیر	Box's M	F	df1	df2	مقدار p
سازگاری کلی	۱۶/۲۰	۱/۰۱	۱۲	۸۵۴۸/۶۱	۰/۱۲۳
سازگاری در خانه	۲۵/۵۲	۱/۹۰	۶	۵۶۸۰/۳۰	۰/۰۵۸
سازگاری بهداشتی	۱۹/۱۳	۲/۴۲	۶	۵۶۸۰/۳۰	۰/۱۴۵
سازگاری اجتماعی	۷/۶۰	۱/۲۱	۶	۵۶۸۰/۳۰	۰/۱۹۹
سازگاری عاطفی	۱۰/۳۴	۱/۴۸	۶	۵۶۸۰/۳۰	۰/۱۲۳
سازگاری شغلی	۸/۴۰	۱/۵۴	۶	۵۶۸۰/۳۰	۰/۱۹۴

وجودی نشان داد که میانگین نمرات پس‌آزمون و پیگیری افراد در زیر مقیاس‌های سازگاری در خانه، سازگاری بهداشتی، سازگاری اجتماعی، سازگاری عاطفی و سازگاری تحصیلی-شغلی نسبت به میانگین نمره پیش‌آزمون آنان کاهش یافته است. همچنین میانگین نمره پس‌آزمون (۵۸/۲۶) و پیگیری (۶۰/۸۶) نمره کل سازگاری نسبت به میانگین نمره پیش‌آزمون آنان (۷۰/۶۶) کاهش یافته است.

با توجه به نتایج جدول ۵ و معنادار نبودن آماره آزمون باکس در متغیر سازگاری، فرض همگنی یا برابری ماتریس‌های واریانس-کوواریانس تأیید شد ( $p > 0.05$ ). در ادامه به بررسی آزمون لامبدای ویلکز جهت بررسی معناداری اثر بخشی دوشویه درمانی بر سازگاری و ابعاد آن در قربانیان آزار جنسی پرداخته شد.

همانطور که نتایج جدول ۶ نشان می‌دهد بین نمره کل سازگاری و هر پنج مؤلفه سازگاری در خانه، سازگاری بهداشتی، سازگاری اجتماعی، سازگاری عاطفی و سازگاری شغلی در سه مرحله اندازه‌گیری پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری و اثر تعاملی مراحل اندازه‌گیری آنها با گروه تفاوت معناداری وجود دارد ( $p < 0.05$ ).

همانطور که نتایج جدول ۷ نشان می‌دهد که با معنادار بودن زمان در درون گروهها با F محاسبه شده برای سازگاری

جدول ۳- توزیع فراوانی متغیرهای جمعیت شناختی

متغیرها	گروه			کل
	هیجان‌مدار	وجودی	کنترل	
تحصیلات زیر دیپلم	۲ (۱۳/۳٪)	۰ (-)	۰ (-)	۲ (۴/۵٪)
دیپلم و فوق دیپلم	۲ (۱۳/۳٪)	۳ (۲۰٪)	۳ (۲۰٪)	۸ (۱۷/۸٪)
لیسانس	۵ (۳۳/۳٪)	۹ (۶۰٪)	۹ (۶۰٪)	۲۳ (۵۱/۱٪)
تحصیلات تکمیلی	۶ (۴۰٪)	۳ (۲۰٪)	۳ (۲۰٪)	۱۲ (۲۶/۷٪)
تاهل	۱۱ (۷۳/۳٪)	۱۱ (۷۳/۳٪)	۹ (۶۰٪)	۳۱ (۶۸/۹٪)
متاهل	۴ (۲۶/۷٪)	۴ (۲۶/۷٪)	۶ (۴۰٪)	۱۴ (۳۱/۱٪)
جنسیت زن	۱۱ (۷۳/۳٪)	۱۱ (۷۳/۳٪)	۱۲ (۸۰٪)	۳۴ (۷۵/۶٪)
مرد	۴ (۲۶/۷٪)	۴ (۲۶/۷٪)	۳ (۲۰٪)	۱۱ (۲۴/۴٪)

جدول ۷- تحلیل واریانس اثربخشی دو شیوه درمانی بر سازگاری و ابعاد آن در سه مرحله اندازه گیری

متغیر	منبع	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	مقدار p	اتا	توان آماری
سازگاری	درون گروهی	۲۰۲۶/۷۱۱	۲	۱۰۱۳/۳۵۶	۹۸/۸۶۷	<./۰۰۱	۰/۷۰۲	۱
	اثر تعاملی	۸۶۲/۳۱۱	۴۲	۲۱۵/۵۷۸	۲۱/۰۳۳	<./۰۰۱	۰/۵۰۰	۱
	خطا	۸۶۰/۹۷۸	۸۴	۱۰/۲۵۰				
بین گروهی	گروه	۱۹۷۴/۷۱۱	۲	۹۸۷/۳۵۶	۳/۶۲۸	۰/۰۳۹	۰/۱۴۱	۰/۱۴۸
	خطا	۶۶۰۲۵/۰۲۲	۴۲	۱۵۷۲/۰۲۴				
سازگاری در خانه	درون گروهی	۱۱۲/۷۲۶	۲	۵۶/۳۶۳	۴۰/۷۳۷	<./۰۰۱	۰/۴۹۲	۱
	اثر تعاملی	۳۹/۰۵۲	۴۲	۹/۷۶۳	۷/۰۵۶	<./۰۰۱	۰/۲۵۲	۰/۹۹۳
	خطا	۱۱۶/۲۲۲	۸۴	۱/۳۸۴				
بین گروهی	گروه	۵۹۷/۹۷۰	۲	۲۹۸/۹۸۵	۳/۴۸۲	۰/۰۴۰	۰/۱۴۲	۰/۶۲۰
	خطا	۳۶۰۶/۵۷۸	۴۲	۸۵/۸۷۱				
سازگاری بهداشتی	درون گروهی	۱۲۳/۷۹۳	۱/۱۹۷	۱۰۳/۴۴۰	۳۰/۴۷۳	<./۰۰۱	۰/۴۲۰	۱
	اثر تعاملی	۳۲/۲۵۲	۲/۳۹۴	۱۳/۴۷۵	۳/۹۷۰	۰/۰۱۹	۰/۱۵۹	۰/۷۳۹
	خطا	۱۷۰/۶۲۲	۵۰/۲۶۴	۳/۳۹۵				
بین گروهی	گروه	۴۱۶/۹۴۸	۲	۲۰۸/۴۷۴	۳/۲۳۰	۰/۰۵۰	۰/۱۳۳	۰/۵۸۵
	خطا	۳۷۱۱/۰۲۲	۴۲	۶۴/۵۴۸				
سازگاری اجتماعی	درون گروهی	۱۲۹/۶۴۴	۱/۲۷۳	۹۴/۴۲۲	۳۱/۰۳۲	<./۰۰۱	۰/۴۲۵	۱
	اثر تعاملی	۶۳/۵۵۶	۲/۷۴۶	۲۳/۱۴۴	۷/۶۰۶	<./۰۰۱	۰/۲۶۶	۰/۹۷۵
	خطا	۱۷۵/۴۶۷	۵۷/۶۶۷	۳/۰۴۳				
بین گروهی	گروه	۶۰/۹۲۳	۲	۳۰/۴۶۷	۰/۳۲۰	۰/۷۲۸	۰/۱۵	۰/۰۹۸
	خطا	۴۰۰۲/۴۰۰	۴۲	۹۵/۲۹۵				
سازگاری عاطفی	درون گروهی	۱۱۸/۲۸۱	۱/۵۹۷	۷۴/۰۸۴	۵۱/۰۶۳	<./۰۰۱	۰/۵۴۹	۱
	اثر تعاملی	۵۵/۰۹۶	۳/۱۹۳	۱۷/۲۵۴	۱۱/۸۹۳	<./۰۰۱	۰/۳۶۲	۱
	خطا	۹۷/۲۸۹	۶۷/۰۵۷	۱/۴۵۱				
بین گروهی	گروه	۱۸۹/۳۴۸	۲	۹۴/۶۷۴	۱/۰۵۳	۰/۳۵۸	۰/۴۸	۰/۲۲۲
	خطا	۳۷۷۶/۹۷۸	۴۲	۸۹/۹۲۸				
سازگاری شغلی	درون گروهی	۳۶/۷۲۶	۱/۵۱۴	۲۴/۲۵۷	۱۸/۰۴۸	<./۰۰۱	۰/۳۰۱	۰/۹۹۸
	اثر تعاملی	۲۷/۱۴۱	۳/۰۲۸	۸/۹۶۳	۶/۶۶۹	۰/۰۰۱	۰/۲۴۱	۰/۹۶۷
	خطا	۸۵/۴۶۷	۶۳/۵۸۹	۱/۳۴۴				
بین گروهی	گروه	۵۷/۴۳۷	۲	۲۸/۷۱۹	۰/۲۵۵	۰/۷۷۶	۰/۱۲	۰/۰۸۸
	خطا	۴۷۲۷/۶۰۰	۴۲	۱۱۲/۵۶۲				

نتایج جدول ۸ در آزمون تعقیبی در میانگین گروه‌ها، نشان داد که در بُعد سازگاری در خانه و سازگاری بهداشتی بین میانگین نمرات کنترل با گروه درمان وجودی و درمان هیجان مدار تفاوت معناداری مشاهده می‌شود ( $p < 0.05$ )، این در حالی است که بین میانگین نمرات دو گروه آزمایشی اختلاف معناداری مشاهده نشد ( $p > 0.05$ )، همچنین نتایج نشان داد که در متغیر سازگاری بین میانگین نمرات کنترل با گروه درمان وجودی تفاوت معناداری مشاهده می‌شود ( $p < 0.05$ )، این در

سازگاری در خانه (۴۰/۷۳)، سازگاری بهداشتی (۹۸/۸۶)، سازگاری اجتماعی (۳۱/۰۳)، سازگاری عاطفی (۳۰/۴۷) و سازگاری شغلی (۱۸/۰۴) وجود تفاوت معنادار بین سه بار اندازه‌گیری پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری در سطح  $p < 0.01$  را تأیید می‌نماید.

همچنین نتایج اثرات تعاملی نشان داد که اثرات تعاملی گروه و مراحل اندازه‌گیری در نمره کل سازگاری و تمامی مؤلفه‌های آن در سطح  $0.05$  معنادار است؛ اما نتایج بررسی منبع بین گروهی نشان داد که منبع گروه با F محاسبه شده برای نمره کل سازگاری و دو مؤلفه سازگاری در خانه و سازگاری بهداشتی در بین گروه‌های کنترل و آزمایش برابر با ۳/۶۸، ۳/۴۸ و ۳/۲۰ است؛ بنابراین می‌توان گفت که دو شیوه درمانی توانسته بر نمره کل سازگاری و ابعاد سازگاری در خانه و سازگاری بهداشتی قربانیان آزار جنسی تأثیر معناداری داشته باشد.

جدول ۸- نتایج آزمون LSD جهت مقایسه گروه‌ها در نمره کل سازگاری و ابعاد آن

متغیر	A	B	تفاوت میانگین‌ها	خطای استاندارد	مقدار p
سازگاری	کنترل	هیجان مدار	-۶/۵۱۱	۸/۳۵۹	۰/۴۴۰
	درمان وجودی	هیجان مدار	*-۹/۰۸۹	۸/۳۵۹	۰/۰۴۸
سازگاری در خانه	کنترل	هیجان مدار	-۲/۵۷۸	۸/۳۵۹	۰/۷۵۹
	درمان وجودی	هیجان مدار	*-۴/۲۰۰	۱/۹۵۴	۰/۰۳۷
سازگاری بهداشتی	کنترل	هیجان مدار	-۳/۳۷۸	۱/۹۵۴	۰/۰۲۱
	درمان وجودی	هیجان مدار	*-۴/۶۸۹	۱/۹۵۴	۰/۸۰۴
هیجان مدار	کنترل	درمان وجودی	-۰/۴۸۹	۱/۹۵۴	۰/۰۵۰
	درمان وجودی	درمان وجودی	*-۴/۰۰۰	۱/۶۹۴	۰/۰۲۳
هیجان مدار	درمان وجودی	درمان وجودی	-۰/۶۲۲	۱/۶۹۴	۰/۷۱۵

\*  $p < 0.05$



به طور معنادار سبب افزایش سازگاری در خانه و سازگاری بهداشتی شده و گروه درمانی هیجان مدار نیز تأثیر مشابهی داشته است. از میان این دو روش درمانی تنها گروه درمانی وجودی توانسته است بر سازگاری کلی قربانیان آزار جنسی تأثیرگذار باشد. نتایج این پژوهش حاکی از آن است که کلیه تأثیرات یاد شده در طول زمان پایدار مانده‌اند.

افزایش سازگاری در خانه نشان دهنده تطابق بهتر درمانجو با محیط خانه و بهبود تعاملات با خانواده و هم‌خانه‌ای‌های اوست. طبیعی است که افزایش تعاملات مثبت با خانواده می‌تواند عاملی مؤثر در بهبود عملکردهای اجتماعی و عاطفی آتی فرد گردد. افزایش سازگاری بهداشتی سبب‌ساز بهبود حالات فیزیکی و کاهش نشانگان جسمی فرد شده و به طبع آن موجب کاهش اضطراب و کج خلقی‌های احتمالی فرد که در این راستا شکل می‌گیرند، خواهد گردید. بدیهی است که افزایش بهزیستی روانی و عملکردی قربانیان نیز به نوبه خود می‌تواند فرد را در مقابل ناپهنجاری‌ها و آسیب‌های روانی احتمالی آتی ایمن‌تر سازد.

در تبیین نتایج به دست آمده در رابطه با اثربخشی درمان هیجان‌مدار بر سازگاری قربانیان می‌توان گفت که اگر بپذیریم مشکلات تنظیم هیجانی شکل مهمی از بدکارکردی هیجانی است. درمانگر هیجان‌مدار می‌تواند به مراجع خود کمک کند راهبردهایی سازگار برای دستیابی یا بالابردن هیجان‌ات خاصی شکل دهند تا بدین وسیله مراجع بتواند بر هیجان‌ات خود تمرکز کند، آنها را کاوش کرده و مورد استفاده قرار دهد تا نیروی لازم را برای عمل به دست آورد [۲۷]. از آنجایی که غرق شدن در احساسات منفی مانند نفرت به جامعه، انتقام، منفی‌بافی و احساس تحقیر در قربانیان آزار جنسی به کرات مشاهده می‌شود، کمک به آنان جهت رهایی از این هیجان‌ات منفی می‌تواند بسیار کمک‌کننده باشد. به باور گرینبرگ و همکاران [۲۸]، درمانگران هیجان‌مدار می‌توانند به مراجعان کمک کنند راهبردهای مؤثر برای کاستن از هیجان را شکل دهند. این راهبردها که به خصوص در مورد افرادی مفیدند که معمولاً

جدول ۹- نتایج آزمون LSD جهت مقایسه مراحل اندازه‌گیری سازگاری در خانه و سازگاری بهداشتی

متغیر	A	B	تفاوت میانگین‌ها خطای استاندارد	مقدار p
سازگاری در خانه	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	* $1/700$	$<0/001$
پیگیری			* $1/533$	$<0/001$
پس‌آزمون	پیگیری		$-0/167$	$0/561$
سازگاری بهداشتی	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	* $1/800$	$<0/001$
پیگیری			* $1/567$	$0/002$
پس‌آزمون	پیگیری		$-0/233$	$0/165$

\*  $p < 0/05$ , \*\*  $p < 0/001$

حالی است که بین میانگین نمرات گروه کنترل با هیجان‌مدار و دو گروه آزمایشی هیجان‌مدار با درمان وجودی اختلاف معناداری مشاهده نشد ( $p > 0/05$ ).

با توجه به نتایج به دست آمده می‌توان گفت که گروه درمانی وجودی و درمان هیجان‌مدار به‌طور مؤثری سبب افزایش سازگاری در خانه و سازگاری بهداشتی در قربانیان آزار جنسی کودکی شهر اصفهان شده است. همچنین نتایج نشان داد که از بین دو شیوه درمانی تنها درمان وجودی توانسته بر نمره کل سازگاری قربانیان آزار جنسی کودکی در شهر اصفهان تأثیر معناداری داشته باشد و درمان هیجان‌مدار نتوانسته چنین تأثیری را داشته باشد.

نتایج آزمون تعقیبی جدول ۹ در میانگین مراحل اندازه‌گیری، نشان می‌دهد که در دو مؤلفه سازگاری در خانه و سازگاری بهداشتی بین میانگین نمرات پیش‌آزمون با پس‌آزمون و پیگیری اختلاف معناداری وجود دارد ( $p < 0/05$ ). همچنین نتایج نشان داد که بین میانگین پس‌آزمون با پیگیری اختلاف معناداری وجود ندارد ( $p > 0/05$ ).

با توجه به نتایج به دست آمده می‌توان گفت که درمان هیجان‌مدار به طور مؤثری سبب افزایش سازگاری در خانه و سازگاری بهداشتی در مرحله پس‌آزمون و پیگیری شده است و اثر آن در طول زمان ثابت باقی مانده است.

## بحث و نتیجه‌گیری

همانطور که بیان شد این پژوهش با هدف بررسی مقایسه اثربخشی گروه درمانی هیجان‌مدار و وجودی بر سازگاری قربانیان آزار جنسی کودکی شهر اصفهان صورت گرفت. یافته‌ها نشان داد که از میان این درمان‌ها گروه درمانی وجودی

احساس می کنند از هیجان اشباع یا در هیجان غرق شده اند. به طور کلی درمانگر به قربانیان کمک کرده در فعالیت عمومی تجربه و کاوش احساسات مرتبط با مشکلات اهداف و تکالیف خود درگیر شوند. این کاوش به وسیله لحن غیرمتخصص و همیارانه درمانگر به درمانجو کمک می کند تا درکی کلی از اهمیت کار با هیجانها به دست آورده و در نهایت به سازگاری روانشناختی مؤثری دست یابد.

در تبیین یافته فوق در اثربخشی درمان وجودی بر سازگاری شرکت کنندگان می توان گفت که برای درمانگر وجودی مسلماً از بین بردن نشانگان بیماری یا درمان آن هدف نیست. در واقع خود مشکل یا نشانگان بیماری به مثابه یک راهنمایی واجب الوجود هستند زیرا آنها ما را به سمت مشکل اصلی هدایت می کنند. در این روند است که هر فردی به کمک درمانگر وجودی می تواند دیدگاه خود را نسبت به ابعاد وجودی خویش گسترش دهد، خود را بیشتر بشناسد، اصالت وجودی را پایه ریزی نماید، خود را رشد دهد، ارتباطات سالم با دیگران برقرار نماید و سازگاری و سلامت روان شناختی را تجربه نماید [۱۹]. از این رو که دیدگاه وجودی به جای پرداختن صرف به گذشته افراد به آنچه که اکنون است و آنچه که فرد به صورت بالقوه می تواند باشد می پردازد می توان نتیجه گرفت که افزایش میانگین سازگاری بهداشتی و سازگاری در خانه دور از انتظار نیست.

غریب بلوک و همکاران [۲۹] مطالعه ای بر میزان سازگاری اجتماعی جانبازان جنگی انجام داده و به واسطه نتایج پژوهش خود اعلام می دارند که درمان هیجان به طور معناداری سبب افزایش سازگاری اجتماعی در جانبازان جنگی شده است. صادقی زاده ساداتی و همکاران [۳۰] پژوهشی با عنوان تأثیر گروه درمانی وجودی بر سازگاری احساسی و اجتماعی زنان مبتلا به اختلال شخصیت وابسته<sup>۱</sup> انجام داده و بیان می دارند که این درمان به طور معناداری بر روی سازگاری احساسی و

اجتماعی این افراد تأثیر داشته است. پُوس<sup>۲</sup> [۳۱] پژوهشی با عنوان درمان هیجان مدار برای اختلال شخصیت اجتنابی<sup>۳</sup> انجام داده و بیان می دارد که روش مذکور به وسیله تنظیم هیجانها فرد، باعث کاهش نشانه های اختلال شخصیت اجتنابی می گردد. این پژوهش این مسئله را به وسیله افزایش سازگاری بیماران تبیین می نماید. همچنین، میرزازاده و همکاران [۳۲] در مطالعه بر روی سازگاری پس از طلاق در زنان دریافتند که روش درمان متمرکز بر هیجان در افزایش میزان سازگاری زنان مطلقه مؤثر بوده است.

نتایج پژوهش های یاد شده با یافته های پژوهش حاضر همراستاست. بنابراین توصیه می گردد که هر دو روش درمان هیجان مدار و وجودی به عنوان راهکارهای مؤثر در خصوص افزایش سازگاری در افراد دارای اختلالات روانی و به ویژه قربانیان آزار جنسی کودکی مورد استفاده قرار گیرند.

در اجرای پژوهش حاضر محدودیت هایی وجود داشت. نتایج این تحلیل مربوط به قربانیان آزار جنسی کودکی بوده و از تعمیم نتایج به سایر گروه ها مانند زنان بزرگسال قربانی آزار یا خشونت جنسی و همچنین افرادی که از سایر اختلالات روانشناختی رنج می برند، باید جانب احتیاط رعایت شود. به دلیل محدودیت زمانی، فرصت برگزاری آزمون پیگیری دوم و سنجش ثبات مداخله در فواصل زمانی زیاد فراهم نشد.

پیشنهاد می شود که این پژوهش بر روی دیگر قربانیان آزار جنسی در دیگر شهرها (به غیر از اصفهان) اجرا و نتایج حاصله با نتایج پژوهش مورد مقایسه و بررسی قرار گیرد. همچنین پیشنهاد می شود از ابزارهای دیگر همانند مصاحبه های بالینی برای سنجش اضطراب، استرس و افسردگی قربانیان آزار جنسی استفاده کرده و به این ترتیب بر اعتبار نتایج افزود. بررسی قربانیان آزار جنسی بزرگسالی نیز در پژوهش های آتی پیشنهاد می گردد.

با توجه به نتایج پژوهش پیشنهاد می گردد که برنامه

2. Pos

3. Avoidant Personality Disorder

1. Dependent Personality Disorder

مراجعان دارای سابقه آزار جنسی استفاده نمایند.

### تشکر و قدردانی

این مطالعه با کد IR.IAU.SHK.REC.1400.012 در کمیته اخلاق در پژوهش دانشگاه آزاد اسلامی واحد شهرکرد به ثبت رسیده است. از کلیه شرکت کنندگان در مطالعه تشکر و قدردانی می‌شود.

### تعارض منافع

نویسندگان اعلام می‌کنند که در این پژوهش هیچ‌گونه تعارض منافی وجود ندارد.

### سهم نویسندگان

پژوهش فوق بر گرفته از پایان‌نامه دکتری تخصصی بوده است. در نگارش این مقاله، انجام پژوهش و استخراج از متن پایان‌نامه توسط زادافشار، نظارت و اصلاحات و ارائه راهبردهای کلی توسط شریفی، نظارت و اصلاحات جزئی توسط احمدی و ویراستاری جداول و منابع و چکیده توسط چرامی بوده است.

### منابع مالی

هیچ‌گونه حمایت مالی از طرف هیچ مؤسسه‌ای صورت نگرفته است.

اختصاصی برای کنترل و مدیریت استرس و اضطراب از سوی روانشناسان و متخصصین، برای قربانیان آزار جنسی در کودکی طراحی شده و ادغام رسمی این مداخله درمانی-آموزش در برنامه درمانی قربانیان آزار جنسی مورد توجه صاحب‌نظران فعال در این زمینه قرار گیرد.

با توجه به تأیید اثربخشی گروه درمانی وجودی و رویکرد هیجان مدار بر علایم افسردگی، اضطراب و استرس و ابعاد سازگاری قربانیان آزار جنسی، پیشنهاد می‌گردد که با برگزاری دوره‌ها و کارگاه‌های آموزشی مبتنی بر گروه درمانی وجودی، توسط متخصصان روانشناسی به افزایش بهزیستی روانشناختی و کاهش تنیدگی و بهبود علایم منفی ناشی از آزار جنسی همچون اضطراب، استرس و افسردگی کمک شود. با توجه به تأثیر چشم‌گیر هر دو روش درمانی برای کاهش اثرات ناشی از اضطراب، افسردگی و استرس و سازگاری پایین، مشاورین و روانشناسان بسته‌های آموزشی مورد نظر را به قربانیان آزار جنسی پیشنهاد دهند. آگاه‌سازی سطح دانش قربانیان آزار جنسی از طریق برگزاری دوره‌های آموزشی متناسب با شیوه‌های درمانی مذکور جهت به کارگیری مکانیسم‌های دفاعی مناسب انجام شود. پیشنهاد می‌گردد که روانشناسان فعال در حیطه بالینی و خانواده در کلینیک‌های روانشناسی از روش‌های متمرکز بر فنون هیجان مدار جهت بازیابی و افزایش مهارت‌های ارتباطی و اجتماعی با خانواده و روابط بین فردی در

### References

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5<sup>th</sup> ed. Washington, DC; 2018.
2. Kittleston M. The truth about rape. Translated by Vadie S. Tehran: Bahman Borna publication; 2013
3. Andersen ML. Thinking about women: sociological perspectives on sex and gender. 6<sup>th</sup> ed: Allyn and Bacon; 2003.
4. Vega-Gea E, Ortega-Ruiz R, Sánchez V. Peer sexual harassment in adolescence: dimensions of the sexual harassment survey in boys and girls. *International journal of clinical and health psychology*. 2016;16(1):47-57. doi:10.1016/j.ijchp.2015.08.002
5. Najar Nahavandi M, Ahangar Salabati A. A sociological analysis of the sense of security among women in Tehran. *Iranian journal of social problems*. 2010;1(3):167-177. [Persian]
6. Kordi H, Hosseini Nozari A. Women's experiences of sexual harassment types. *Social welfare quarterly*. 2015;15(57):7-30. [Persian]
7. Nahar P, Van Reeuwijk M, Reis R. Contextualising sexual harassment of adolescent girls in Bangladesh. *Reproductive health matters*. 2013;21(41):78-86. doi:10.1016/S0968-8080(13)41696-8
8. Namazi F, Sohrabi Shegefti N. The Mediating role of the social adjustment for family communication pattern and adolescent mental health. *Journal of educational psychology studies*. 2018;15(29):237-256. [Persian] doi:10.22111/JEPS.2018.3614
9. Fateel MJ. The impact of psychological adjustment on private university students' academic achievement: case study. *International journal of higher education*. 2019;8(6):184-191.
10. Fathi Ashtiani A. Psychological tests. Tehran: Besat Publications; 2015. [Persian]

11. Ogai Y, Senoo E, Gardner FC, Haraguchi A, Saito T, Morita N, et al. Association between experience of child abuse and severity of drug addiction measured by the addiction severity index among Japanese drug-dependent patients. *International journal of environmental research and public health*. 2015;12(3):2781-2792. doi:10.3390/ijerph120302781
12. Klika JB, Herrenkohl TI, Lee JO. School factors as moderators of the relationship between physical child abuse and pathways of antisocial behavior. *Journal of interpersonal violence*. 2013;28(4):852-867. doi:10.1177/0886260512455865
13. Kuo JR, Khoury JE, Metcalfe R, Fitzpatrick S, Goodwill A. An examination of the relationship between childhood emotional abuse and borderline personality disorder features: the role of difficulties with emotion regulation. *Child abuse & neglect*. 2015;39:147-155. doi:10.1016/j.chiabu.2014.08.008
14. Greenberg LS, Goldman RN. *Emotion-focused couples therapy: the dynamics of emotion, love, and power*. New York: American Psychological Association; 2008.
15. Greenberg LS, Watson JC. *Emotion-focused therapy for depression*. Washington, DC: American Psychological Association; 2006.
16. Asiabani S, Sharifi F, Zandifar A. The effectiveness of emotion-focused therapy on rape victims: A single case study. 3<sup>rd</sup> National Congress of Clinical Case Reports, Karaj; 2019
17. Cerezo MV, Ortiz-Tallo M, Cardenal V, De La Torre-Luque A. Positive psychology group intervention for breast cancer patients: a randomised trial. *Psychological reports*. 2014;115(1):44-64. doi:10.2466/15.20.PR0.115c17z7
18. Nasri S, Kakabraei K, Sharifi M. Effectiveness of emotions-oriented therapy on subjective well-being and socio-personal adjustment in divorced women. *Journal of woman and culture*. 2018;9(34):129-142. [Persian]
19. Wedding D, Corsini RJ. *Current psychotherapies*. 11<sup>th</sup> ed. New York: Cengage Learning; 2018.
20. Van Deurzen E. *Existential counselling & psychotherapy in practice*. 3rd ed. London: Sage; 2012.
21. Corsini RJ. *Handbook of innovative therapy*. 2<sup>nd</sup> ed. The University of Michigan: Wiley; 2001.
22. Hockauf Yv, Kallos-Lilly V, Brubacher L. EFT for Individuals. NY EFT Summit. 2012; [Available from: <http://www.iceeft.com/>]
23. Yalom ID. *Existential psychotherapy*. Translated by Habib S. Tehran: Nashr-e-Ney; 1980. [Persian]
24. Leserman J. Sexual abuse history: prevalence, health effects, mediators, and psychological treatment. *Psychosom Med*. 2005;67(6):906-915. doi:10.1097/01.psy.0000188405.54425.20
25. Bell HM. *The adjustment inventory (adult form)*. Consulting psychologists Press; 1962.
26. Bell HM. *Bell Adjustment Inventory: Manual*. California: Consulting Psychologists Press; 1963.
27. Carryer JR, Greenberg LS. Optimal levels of emotional arousal in experiential therapy of depression. *Journal of consulting and clinical psychology*. 2010;78(2):190-199. doi:10.1037/a0018401
28. Greenberg LS, Goldman RN. *Emotion-focused couples therapy: The dynamics of emotion, love, and power*. American Psychological Association; 2008.
29. Atadokht A, Gharib Bolouk M, Mikaeli N, Samadifard HR. Effect of emotion-focused cognitive behavioral therapy on social adjustment and experiential avoidance in Iranian disabled veterans. *Military Caring Sciences*. 2019;6(3):176-186. [Persian] doi:10.29252/mcs.6.3.3
30. Sadeghizadeh Sadati N, Hosseini B, Hakami M, Sadeghizadeh Sadati N. The effectiveness of existential group therapy on social and emotional adjustment in women with dependent personality disorder. *International journal of existential psychology & psychotherapy*. 2017;7(1):1-11.
31. Pos AE. Emotion focused therapy for avoidant personality disorder: Pragmatic considerations for working with experientially avoidant clients. *Journal of contemporary psychotherapy*. 2014;44(2):127-139. doi:10.1007/s10879-013-9256-6
32. Mirzazadeh F, Ahmadi K, Fatehezadeh MS. Examining the effectiveness of emotionally focused therapy on post-divorce adjustment in women. *Journal of family counseling & psychotherapy*. 2012;1(4):441-460. [Persian]