Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry
Vol/12/ No.5 .2025
Page: 85-102

Comparing the effectiveness of transtheoretical cognitive therapy and systematic eye movement desensitization therapy on insecure attachment style, spiritual adjustment, and personality traits of sexually abused children

Narges Mirani Sargazi[1], Parisa Nematzadeh Sote[2], Shahreh Sakhinia[3], Hakimeh Jafari[4], Esmat Sawadi[5*]

1.Department of Educational Sciences, Faculty of Psychology and Educational Sciences, Shiraz University, Shiraz, Iran

2.Department of Educational Psychology, Faculty of Psychology, Sari Branch, Islamic Azad University, Sari, Iran

3.Educational Sciences Department, Faculty of Educational Sciences, Bonab Branch, Islamic Azad University, East Azerbaijan, Iran

4.Department of Clinical Psychology, Faculty of Psychology, Tehran Branch, University of Research Sciences, Tehran, Iran

5.Faculty member, Department of Islamic Studies, West Tehran Branch, Islamic Azad University, Tehran, Iran (Corresponding Author). E-mail: savadi.e@wtiau.ac.ir

Received: 20/01/2025 **Accepted:** 01/02/2025

Abstract

Introduction: Difficulties in interpersonal communication, self-concept, hopelessness, and distrust of others—commonly observed among sexually abused children—highlight the need for research and targeted interventions in this area.

Aim: The aim of this study was to compare the effectiveness of transtheoretical cognitive therapy and systematic eye movement desensitization therapy on insecure attachment style, spiritual adjustment, and personality traits of sexually abused children.

Method: A quasi-experimental design with pre-test, post-test, and follow-up assessments and a control group was used. The study population included all sexually abused children aged 7–10 years in Tehran, Tabriz, and Sari in 2024. A total of 45 participants were selected through convenience sampling and randomly assigned to two intervention groups and a control group (15 participants per group). The first intervention group received transtheoretical cognitive therapy in eight 45-minute sessions, while the second intervention group received systematic eye movement desensitization therapy in six 45-minute sessions. The control group was placed on a waiting list. Data were collected using the Interpersonal Relationships Questionnaire, the Five-Factor Personality Questionnaire, and the Spiritual Adjustment Scale. Data analysis was conducted using ANCOVA, ANOVA, and independent t-tests at a significance level of 0.05.

Results: The findings indicated significant differences between both intervention groups and the control group in post-test scores of insecure attachment styles, spiritual adjustment, and personality traits ($P \leq 0.005$). However, there was no significant difference between the transtheoretical cognitive therapy group and the systematic eye movement desensitization therapy group in insecure attachment style at post-test ($P = 0.502$, $F = 0.46$).

Conclusion: Both systematic eye movement desensitization therapy and transtheoretical cognitive therapy were effective in improving children's interpersonal relationships, enhancing spiritual adjustment, and fostering a greater sense of belonging and connection to spiritual meaning. These interventions may therefore serve as beneficial therapeutic approaches for sexually abused children.

Keywords: Transtheoretical cognitive therapy, Systematic eye movement desensitization therapy, Insecure attachment style, Spiritual adjustment, Personality traits, Sexually abused children

miranisargazi N, nematzadehsude P, sakhikhani S, Jafari H, savadi E. Comparing the effectiveness of transtheoretical cognitive therapy and systematic eye movement desensitization therapy on insecure attachment style, spiritual adjustment, and personality traits of sexually abused children. Shenakht Journal of Psychology and Psychiatry 2025; 12 (5)

URL: http://shenakht.muk.ac.ir/article-1-2447-fa.html

Copyright © 2018 the Author (s). Published by Kurdistan University of Medical Sciences. This is an open access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution-Non Commercial License 4.0 (CCBY-NC), where it is permissible to download, share, remix, transform, and buildup the work provided it is properly cited. The work cannot be used commercially without permission from the journal.

مجله روانشناسی و روانپزشکی شناخت
سال دوازدهم شماره . ۵، ۱۴۰۴
صفحات: ۱۰۲-۸۵

مقایسهٔ اثربخشی درمان شناختی فرانظری و درمان حساسیت زدایی منظم با حرکات چشم بر سبک دلبستگی ناایمن، سازگاری معنوی و ویژگی‌های شخصیتی کودکان آزار دیدهٔ جنسی

نرگس میرانی سرگزی[۱]، پریسا نعمت زاده سوته[۲]، شهره سخی نیا[۳]، حکیمه جعفری[۴]، عصمت سوادی[۵*]

۱. دانشجوی دکتری، گروه علوم تربیتی، دانشکدهٔ روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه شیراز، شیراز، ایران
۲. دکتری تخصصی، گروه روانشناسی تربیتی، دانشکدهٔ روان شناسی، واحد ساری، دانشگاه آزاد اسلامی، ساری، ایران
۳. کارشناسی ارشد، گروه علوم تربیتی، دانشکدهٔ علوم تربیتی، واحد بناب، دانشگاه آزاد اسلامی، آذربایجان شرقی، ایران
۴ .کارشناسی ارشد، روانشناسی شخصیت،، دانشکدهٔ روان‌شناسی، واحد الکترونیک، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران
۵. استادیار، گروه معارف اسلامی، واحد تهران غرب، دانشگاه آزاد اسلامی، تهران، ایران(مولف مسئول). ایمیل:savadi.e@wtiau.ac.ir

تاریخ دریافت مقاله : ۱۴۰۳/۱۱/۰۱ **تاریخ پذیرش مقاله:** ۱۴۰۳/۱۱/۱۳

چکیده

مقدمه: مشکلات موجود در حیطهٔ ارتباطات بین فردی و خودپنداره، ناامیدی و عدم اعتماد به دیگران که اکثر کودکان آزادیدهٔ جنسی در زندگی روزمره با آن روبه‌رو می‌باشند، لزوم پژوهش و اف زایش توجه به این حیطه را روشن می کند.

هدف: هدف از این پژوهش مقایسهٔ اثربخشی درمان شناختی فرانظری و درمان حساسیت زدایی منظم با حرکات چشم بر سبک دلبستگی ناایمن، سازگاری معنوی و ویژگی‌های شخصیتی کودکان آزار دیدهٔ جنسی بود.

روش: طرح پژوهش نیمه‌آزمایشی از نوع پیش آزمون -پس آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود.جامعه آماری شامل تمامی کودکان ۷ تا ۱۰ سالهٔ آزاردیدهٔ جنسی شهر تهران، تبریز و ساری در سال ۱۴۰۳ بود. حجم نمونه شامل ۴۵ نفر بود که به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه مداخله و یک گواه (هر گروه ۱۵ نفر) جایگزین شدند. گروه‌مداخله اول درمان شناختی فرانظری را طی ۸ جلسه ۴۵دقیقه‌ای و گروه مداخله دوم درمان حساسیت زدایی منظم با حرکات چشم را طی ۶ جلسه ۴۵ دقیقه‌ای دریافت کردند و گروه‌کنترل در لیست انتظار قرار گرفتند. ابزار پژوهش شامل پرسشنامه روابط میانی دلبستگی (۲۰۰۶)، پرسشنامه پنج عامل شخصیت (۲۰۱۷) و مقیاس سازگاری معنوی(۱۳۸۸) استفاده شد. برای تحلیل داده‌های پژوهش از تحلیل کوواریانس، واریانس و آزمون تی مستقل در سطح معنی‌داری ۰/۰۵ استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که بین مداخله شناختی فرانظری و درمان حساسیت زدایی منظم با حرکات چشم و گروه کنترل در پس آزمون متغیر سبک های دلبستگی ناایمن، سازگاری معنوی و ویژگی‌های شخصیتی تفاوت معنی داری وجود دارد (P≤0/005). بین سبک دلبستگی ناایمن، گروه مداخله درمان شناختی فرانظری و گروه مداخله حساسیت زدایی منظم با حرکات چشم در مرحله پس آزمون تفاوت معناداری وجود ندارد (F=۰/۴۶ P= ۰/۵۰۲).

نتیجه‌گیری: مداخله حساسیت زدایی منظم با حرکات چشم و درمان شناختی فرانظری با بهبود روابط کودکان با دیگران، سازگاری معنوی را در کودکان آزاردیدهٔ جنسی تقویت کرد و احساس تعلق و ارتباط عمیقتر با معانی معنوی را ایجاد کرد. بنابراین می‌توان از آن‌ها به عنوان روشی مؤثر بهره برد.

کلیدواژه‌ها: درمان شناختی فرانظری، درمان حساسیت زدایی منظم با حرکات چشم، سبک دلبستگی ناایمن، کودکان آزار دیدهٔ جنسی، سازگاری معنوی، ویژگی‌های شخصیتی

تمامی حقوق نشر برای دانشگاه علوم پزشکی کردستان محفوظ است.

مقدمه

سوء استفاده جنسی از کودکان[1] و تجارب آسیب زا تجارب مخربی هستند که در بزرگسالی افراد را تحت تأثیر قرار می دهند و به اعتماد آنها نسبت به خود، جهان و سایر افراد آسیب می رسانند و آنها را به سمت ناامیدی سوق می دهند(ییلماز، ارسلان و ارسلان[2]، ۲۰۲۲).

بر اساس تئوری دلبستگی، این کودکان احساس امنیت و آمادگی برای کاوش در محیط را تجربه می‌کنند، در حالی که چهره‌های والدین را به عنوان یک شبکه ایمنی نگه می‌دارند که در صورت لزوم می‌توانند به آنها بازگردند (بالبونی، واندرویل،دوان-سوآرس، لانگ و همکاران[3]، ۲۰۲۲) تجربیات آسیب زا دوران کودکی در مورد مراقبین به سبک های دلبستگی عاطفی ناایمن تبدیل شده که در روابط با دیگران در دوران نوجوانی و حتی در بزرگسالی منعکس می شود (یونگر و دی-لوکا[4]،۲۰۱۴). نظریه دلبستگی یک نظریه قابل اجرا برای درک و مداخله در افرادی است که مرتکب خشونت جنسی شده اند تا عوامل خطر مرتبط با خشونت جنسی را کاهش دهد. تحقیقات اخیر نشان می‌دهد که افرادی که مرتکب جرایم جنسی می‌شوند، میزان بیشتری از سبک‌های دلبستگی ناایمن دارند و این سبک‌ها با تعدادی از عوامل مانند مشکلات پردازش شناختی، اختلال در نظم و چالش در روابط بین فردی مرتبط هستند. خوشبختانه، مداخلات درمانی نشان داده شده است که سبک های دلبستگی ایمن تر را تقویت کرده و این عوامل خطر را کاهش می دهد(گردی و یودر[5]،۲۰۲۴).

سوء استفاده جنسی در دوران کودکی یک نگرانی مهم بهداشت عمومی در نظر گرفته می شود که می تواند روند رشد کودکان را از مسیر خارج کند. با توجه به اینکه کودکان در هنگام تجربه رویدادهای ناراحت کننده به سبک های دلبستگی خود متکی هستند، سبک دلبستگی نقش مهمی در پیش بینی سازگاری آزاردیدگان جنسی داشته باشد(اینسینک، بورلی، نرماندیان و همکاران[6]،۲۰۲۰). مطالعات (سیلوا، فریرا، سلوا-پینو و همکاران[7]، ۲۰۲۴، یوون[8]،۲۰۲۰) نشان می‌دهد که شرکت‌کنندگانی که سوء استفاده را تجربه کرده‌اند، سبک‌های دلبستگی ناایمن‌تری نسبت به شرکت‌کنندگانی که سوءاستفاده را تجربه نکرده‌اند نشان دادند.

تجربه ترومای دوران کودکی[9] با بسیاری از جنبه های زندگی بزرگسالی ارتباط منفی دارد. بر اساس پژوهش های انجام شده دینداری و معنویت اغلب به عنوان راهبردهای مقابله ای مثبت مورد مطالعه قرار می گیرد و می تواند به سازگاری روانشناختی آنها (جورلیس،رانچر، ماهونی و همکاران[10]،۲۰۲۰) کمک کند. در دنیای امروز، یکی از جدیدترین ابعاد سلامت، غیر از سلامت جسمی، روانی و اجتماعی، سلامت معنوی است (نودوشان، علیمرادی و نظری،۲۰۲۰). سازگاری معنوی ناشی از احساس ارتباط با خدا، اثرات موقعیت‌های اضطراب انگیز را کاهش داده و به طور مثبتی بر افسردگی، رضایتمندی، بهزیستی و حرمت خود اثر می-گذارد. معنویت و سازگاری معنوی، بخش مهمی از زندگی مردم را تشکیل میدهد و تاثیر مهمی بر سلامتی و

[1] CSA: Sexual Abuse of Children
[2] Yılmaz, Arslan, Arslan
[3] Balboni, VanderWeele, Doan-Soares, Long, Ferrell, Fitchett
[4] Unger & De Luca
[5] Grady, Yoder
[6] Ensink, Borelli, Normandin, Target , Fonagy
[7] Silva, Ferreira, Silva Pinto, Rocha, Barbosa-Rocha
[8] Yoon
[9] Childhood Trauma
[10] Jouriles, Rancher, Mahoney, Kurth, Cook, McDonald

رضایتمندی آنان دارد (مرعشیان و اسماعیلی،۲۰۱۱). در طی دهه های گذشته، مساله ای که به درستی به آن پرداخته نشده است اهمیت درک معنویت در کودکی می باشد (رمضانی،فضل اللهی، عسکری نکاه و همکاران،۲۰۱۸). ازطرفی، نیازهای معنوی در پایان زندگی هنوز به عنوان ناشناخته ترین جنبه مراقبت تسکینی باقی مانده است. معنویت و ابعاد معنوی مراقبت اخیرا توجه فزاینده ای را به خود جلب کرده است، اما سهم بالقوه آنها در مراقبت تسکینی تا حد زیادی ناشناخته مانده است، به ویژه در مراقبت تسکینی اطفال زیرا اکثر مطالعات بر روی بزرگسالان متمرکز شده است (بالبونی و همکاران،۲۰۲۲). همچنین لازم است، در چارچوب برنامه های مراقبت اطفال، متخصصان مراقبت آگاه هستند که معنویت باید بخشی جدایی ناپذیر از خدمات ارائه شده به کودکان مبتلا به بیماری جدی و خانواده های آنها باشد، اما اطلاعات کمی در مورد شیوه های ارائه مراقبت معنوی وجود دارد (فیتچت، لیندس، کدج و همکاران[۱]،۲۰۱۱). به طور گسترده تشخیص داده شده است که والدین برای مقابله با بیماری های تهدید کننده زندگی فرزندان خود نیاز به حمایت دارند (فیشر، فارسر و تیلور[۲]،۲۰۲۳، بارت، فراسر، نویز و همکاران[۳]،۲۰۲۳). با این حال، اینکه چگونه معنویت و باورهای مذهبی در رویکرد یکپارچه مراقبت دخیل هستند، هنوز به طور کامل توضیح داده نشده است (میکوئل،کلمنت و کیکوروسی[۴]،۲۰۲۴).

رویکردهای گروه درمانی دارای توان پنهانی برای حمایت بیمار، ایجاد چالش و درگیر کردن اعضا با آگاهی دادن به آنها درمورد مسائل فردی و شخصیتی خود می‌باشد(خانتازین[۵]،۱۹۹۰). یکی از رویکرد های روان درمانی گروهی، درمان شناختی فرانظری[۶] است. مدل فرانظری تغییر رفتار توسط پروچاسکا و همکارانش در سال ۱۹۸۸ ارائه شد که شامل ۵ مرحله تغییر در مدل است که نشان دهنده بعد زمانی است (پیش تامل ، تفکر، آماده سازی، اقدام و نگهداری)، همچنین ۱۰ فرآیند تغییر که فعالیت های آشکار و پنهان را توصیف می‌کند که منجر به پیشرفت در مراحل می شود. این ۱۰ فرآیند به دو دسته بالاتر تقسیم می شوند که دارای برچسب تجربی (افزایش آگاهی، تسکین چشمگیر، ارزیابی مجدد محیطی، رهایی اجتماعی و ارزیابی مجدد خود) و رفتاری (روابط کمکی، کنترل محرک، شرطی سازی متقابل، مدیریت تقویتی، و خودآزادی هستند (پروسکا، ولیکر،دیکلمنت و همکاران[۷]، ۱۹۹۸).

یکی دیگر از رویکردهای درمانی مورد استفاده در پژوهش حاضر درمان حساسیت زدایی و پردازش مجدد حرکات چشم[۸] است. این رویکرد؛ یک روان درمانی مبتنی بر شواهد برای اختلال استرس پس از سانحه[۹] است. بیشتر دستورالعمل های عمل بالینی بین المللی، درمان حساسیت زدایی و پردازش مجدد حرکات چشم را به عنوان اولین درمان برای اختلال پس از سانحه توصیه می کنند (دی جونز، دی رز و ای-لزی[۱۰]، ۲۰۲۴). این مدل بیان می‌کند که رویدادهای بسیار ناراحت‌کننده می‌توانند

[1] Fitchett, Lyndes , Cadge, Berlinger, Flanagan, Misasi
[2] Fisher, Fraser, Taylor
[3] Barrett, Fraser, Noyes, Taylor , Hackett
[4] Miquel, Clemente, Ciccorossi

[5] Khantazian
[6] Transtheoretical Model (TTM)
[7] Prochaska, Velicer, DiClemente, Fava
[8] (EMDR)
[9] PTSD
[10] de Jongh, de Roos , El- Leithy

تعادل عاطفی مغز را مختل کنند، که منجر به تثبیت خاطرات همراه با شناخت‌ها، احساسات و واکنش‌های فیزیولوژیکی مرتبط، در حالت «یخ زده» در شبکه‌های حافظه جدا شده می‌شود که به راحتی می‌تواند توسط طیف گسترده ای از محرک ها در زندگی روزمره علاوه بر این، هر فرد دارای یک سیستم پردازش اطلاعات ذاتی است که امکان یادگیری تطبیقی از تجربیات جدید را فراهم می‌کند. در این مدل تصور می‌شود که تجربیات آسیب‌زا ذخیره‌شده برای پردازش در حافظه کاری، تحت تأثیر حرکات چشم، مانند آنچه در طول خواب با حرکات سریع چشم[1] مشاهده می‌شود، آزاد می‌شوند. در این معنا، مدل پردازش اطلاعات تطبیقی شاپیرو نشان می‌دهد که درمان حساسیت زدایی منظم با حرکات چشم شکل‌گیری اتصالات جدید را در شبکه عصبی فرد تسهیل می‌کند و اطلاعات ذخیره‌شده ناکارآمد را با سایر شبکه‌های اطلاعات عملکردی و باورهای موجود مرتبط می‌کند. نتیجه این فرآیند تبدیل حافظه آسیب زا به شکل سازگارتر و عملکردی تر است که منجر به بازسازی شناختی تجربه آسیب‌زا و معانی مرتبط و کاهش متعاقب آن در علائم مرتبط با تروما می شود. از این رو، مدل پردازش اطلاعات تطبیقی در درجه اول توصیف می کند که چگونه مغز اطلاعات ناکارآمد را در سطح استعاری یکپارچه و پردازش می‌کند (هس،بالماکدا، اوستاکولی و همکاران[2]،۲۰۱۷). درحالی که درمان حساسی زدایی با حرکات چشم و پردازش مجدد، خط اول درمان برای بسیاری از درمانگران محسوب می‌شود با این وجود برخی از درمان گران معتقدند که اثرات این روش درمانی کوتاه مدت بوده و در پیگیری کمرنگ‌تر از بسیاری از درمان ها بوده است و حتی بیان شده است با بهره‌گیری از دیگر درمان‌ها مانند شناختی- رفتاری میتوان به بیمارانی که از حساسیت زدایی با حرکات چشم و پردازش مجدد نتیجه مؤثر نگرفته‌اند، کمک کرد (میرزائی فیض آبادی، طاهری، هادیان فرد و همکاران،۲۰۲۰).

با در نظر گرفتن اهمیت این موضوع؛ عوامل مختلفی بر سبک های دلبستگی ناایمن، سازگاری معنوی و ویژگی‌های شخصیتی کودکان آزاردیدهٔ جنسی تأثیر دارد. بنابراین استفاده از یک رویکرد آموزشی مؤثر ضرورتی انکارناپذیر است. در سال‌های اخیر شاهد رشد مداوم علاقه به پژوهش و درمان برای کودکان آزاردیدهٔ جنسی در مراکز مشاوره و روان درمانی بوده‌ایم زیرا روابط قوی بین امنیت عاطفی و سبک دلبستگی با افکار خودکشی اهمیت مداخله زودهنگام با کودکانی را که مورد آزار جنسی قرار گرفته اند را نشان می‌دهد از طرفی خانواده های کودکان آزاردیدهٔ جنسی در تلاش برای بهینه سازی سبک دلبستگی آنها و کاهش ناامنی عاطفی برای جلوگیری از شروع سوء استفاده جنسی می‌باشند که این امر لزوم مداخلات درمانی را بیش از پیش نشان - میدهد. بنابراین هدف از انجام پژوهش حاضر مقایسهٔ اثربخشی درمان شناختی فرانظری و درمان حساسیت زدایی منظم با حرکات چشم بر سبک های دلبستگی ناایمن، سازگاری معنوی و ویژگی‌های شخصیتی کودکان آزار دیدهٔ جنسی است.

[1] REM
[2] Hase, Balmaceda, Ostacoli, Liebermann, Hofmann

روش

روش پژوهش نیمه‌آزمایشی طرح پیش‌آزمون- پس-آزمون و پیگیری با گروه کنترل بود. جامعهٔ در این پژوهش کودکان آزاردیدهٔ جنسی ۷ تا ۱۰ سالهٔ شهر تهران، تبریز و ساری در سال ۱۴۰۳ بود. از جامعهٔ هدف تعداد ۴۵ کودک به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب و به‌صورت تصادفی ساده (قرعه کشی) در دو گروه مداخله و یک گواه (هر گروه ۱۵نفر) جایگزین شدند.

ملاک‌های ورود به پژوهش شامل: آزاردیدهٔ جنسی، اعلام آمادگی، توانایی حضور در تمام جلسات، رضایت سرپرست به شرکت در پژوهش و دریافت نکردن برنامه مداخله‌های هم زمان بود. ملاک‌های خروج از پژوهش نیز شامل: نیز غیبت بیش از ۲ جلسه در جلسات درمان و انجام ندادن تکالیف بود. ملاک‌های اخلاقی پژوهش عبارتند از: رعایت اصول انسانی، داشتن سن ۷ تا ۱۰ سال، محرمانه نگه‌داشتن راز افراد، توضیح کامل نحوه اجرای آزمون، پر کردن فرم رضایت نامه آگاهانه و اطلاع رسانی تعداد و مدت جلسات.

پس از اجرای پیش آزمون پرسشنامه روابط میانی دلبستگی، مقیاس سازگاری معنوی و پرسشنامه پنج عامل شخصیت، از هر دو گروه مداخله (هر گروه ۱۵نفر) و گواه (۱۵نفر)؛ جلسات درمان شناختی فرانظری گروه مداخله اول در قالب ۸ جلسه، هرهفته ۲ جلسه و هر جلسه ۴۵ دقیقه بصورت گروهی و جلسات درمان حساسیت زدایی منظم با حرکات چشم گروه مداخله دوم در قالب ۶ جلسه هر جلسه ۴۵ دقیقه اجرا شد. جلسات درمانی در مرکز سلامت در شهر ساری، تهران، شیراز، توسط متخصص روانشناسی با درجه دکتری و یک دانشجوی دکتری تخصصی روان شناسی برگزار شد. جهت جلوگیری از ریزش اعضای گروه ها، حین مصاحبه اولیه با والدین کودکان آسیب دیده، از آن ها خواسته شد تعهد خود را نسبت به شرکت در کل جلسات حفظ کنند. این امر در طول جلسات نیز رصد می‌شد و همبستگی گروهی که بین اعضا ایجاد شده بود، مانع ریزش افراد گروه گردید. بعد از اتمام جلسات، آزمودنی ها پس آزمون پرسشنامه روابط میانی دلبستگی، مقیاس سازگاری معنوی و پرسشنامه پنج عامل شخصیت، را تکمیل کردند. در این پژوهش تمام اصول اخلاقی رعایت گردید. در پایان پژوهش، گروه کنترل نیز تحت مداخله قرار گرفت. به منظور تجزیه وتحلیل آماری از نرم افزارSPSS26 استفاده شد. جهت بررسی فرضیه پژوهش از تحلیل کوواریانس، آزمون تی مستقل، و انوا استفاده شد. سطح معنی‌داری اختلاف ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

همچنین در پژوهش حاضر برای گروه مداخله پروتکل درمان شناختی فرانظری بر گرفته از پژوهش بارتولمو، پارکل کوک و گوتیلب[1] (۲۰۲۱) استفاده شد. خلاصه محتوای جلسات این پروتکل در جدول(۱) آمده است.

همچنین جلسات آموزشی گروه آزمایش دوم براساس مداخله حساسیت‌زدایی با حرکت‌های چشم و بازپردازش براساس پروتکل شاپیرو[2] (۲۰۱۴) ارائه‌شد. روایی محتوایی مداخله مذکور در مطالعه علمدار باغینی و همکاران به تأیید رسید (علمداری باغینی، محمدتهرانی، بهبودی و همکاران،۲۰۱۹) حساسیت‌زدایی منظم ازطریق حرکات چشم و بازپردازش مجدد، درمانی التقاطی، یکپارچه و پیچیده شش مرحله‌ای است که توسط فرانسین شاپیرو برای درمان و پردازش مجدد خاطرات آسیب‌زا و

[1] Bartholomew, Parcel, Kok, Gottlieb
[2] Shapiro

پیامدهای روانشناختی آن‌ها، به‌کار رفت. درحقیقت این رویکرد درمانی با ترکیب سه مؤلفه اصلی مواجه‌سازی، تصویرسازی ذهنی و پردازش مجدد خاطرات آسیب‌زا، وحدت یافت. خلاصه محتوای جلسات این پروتکل در جدول(۲) آمده است.

جدول ۱ پروتکل درمان شناختی فرانظری ،بارتولمو ،پارکل کوک و گوتیلب (۲۰۲۱)

جلسه	اهداف و محتوا
اول	معارفه، پیش‌آزمون، ارزیابی و گردآوری داده‌ها
دوم	معرفی دلبستگی و سازگاری افزایش آگاهی[1]: فرآیندی تجربی است که مستلزم افزایش آگاهی در مورد علل عوامل پیامدها و درمانهای یک رفتار پرخطر یا ناسالم است.
سوم	آموزش تخلیه هیجانات و تسکین نمایشی[2] :که در این فرآیند فرد به بیان احساسات و تجربیات گوناگون خود پیرامون تغییر یک رفتار خاص می پردازد.
چهارم	آموزش خودارزشیابی مجدد : این فرآیند تجربی شامل فرآیند ارزیابی شناختی و عاطفی فرد از تصویر ذهنی از خود در صورت اتحاد و عدم اتخاذ رفتار جدید می باشد.
پنجم	آموزش خودرها سازی[3]: که به معنی باور به امکان پذیر بودن تغییر رفتار و تعهد به اقدام بر اساس این داور می باشد. همچنین در تمام مراحل آموزش روابط یاری رسان[4] صورت می کند
ششم	آموزش جانشین سازی یا شرطی سازی متقابل[5] : اشاره به فرآیند رفتاری دارد که مستلزم یادگیری رفتار جدید و سالم تر جهت جایگزینی آن با رفتار ناسالم می‌باشد.
هفتم	آموزش مدیریت اقتضایی با مدیریت تقویت[6]: اشاره به فرآیند رفتاری دارد که از تقویتها و تنبیه ها برای گام برداشتن در یک مسیر خاص بهره می برد.
هشتم	آماده کردن شرکت کنندگان برای اختتام جلسه کنترل محرک ها[7]: که فرآیندی رفتاری است و به معنی از بین بردن سرنخ های رفتار ناسالم و برانگیختن جایگزین های سالم تر می باشد. شناسایی موانع موجود در به کارگیری روش‌ها علت یابی و رفع آن و در نهایت نتیجه گیری

جدول ۲ شرح مختصر جلسات درمان حساسیت زدایی با حرکت‌های چشم و بازپردازش بر اساس پروتکل شاپیرو (۲۰۱۴)

جلسه	اهداف	محتوا
اول	ایجاد اتحاد درمانی توضیح فرایند درمان حساسیت زدایی با حرکت‌های	کاربرگ ثبت وقایع

[1] Consciousness
[2] Dramatic Relief
[3] Self-liberation
[4] HelpingRelationships
[5] Counter Conditioning
[6] ContingencyManagement (Reinforcement)
[7] Stimulus Control

	چشم و بازپردازش و آثار آن بر سبک های دلبستگی ناایمن، سازگاری معنوی و ویژگی‌های شخصیتی، توضیح و تشریح انتظارهای درمانی آماده سازی مراجع و ارزیابی عوامل ایمنی صورت می گیرد.	
دوم	این جلسه به آماده سازی درمان جو برای دریافت حساسیت زدایی با حرکات چشم و بازپردازش مربوط است و اتحاد درمانی ایجاد میشود.	تمرین فن آرمیدگی
سوم	در خلال این جلسه مراجع مشخص می‌کند که دوست دارد کدام خاطره خاص بررسی شود و پریشان کننده ترین تصویر دیداری مرتبط با آن رویداد را بر می گزینند. درمانگر به او کمک می‌کند افکار و احساسات کنونی فراخوانده شده با این تصویر دیدار را بازشناسی کند.	کاربرگ ثبت افکار و احساسات منفی
چهارم	تمرکز روی باور منفی درمانجو و به چپ و راست حرکت دادن سریع و هم زمان انگشتان درمانگر در مقابل او درخواست از مراجع برای تعقیب حرکت انگشتان و تکرار این کار تا کاهش سطح برآشفتگی مراجع به یک با صفر، صورت می گیرد.	تمرین واحد ذهنی آشفتگی
پنجم	این جلسه درمان کارگزاری نامیده می‌شود و این به دلیل هدفی است که دنبال می‌کند؛ یعنی کارگزاشتن و افزایش قدرت باور مثبت که فرد مشخص می‌کند تا جانشین باور منفی اصلی او شود. وارسی بدنی نیز از اهداف دیگر این جلسه درمانی است. پس از اینکه شناخت مثبت قوت بگیرد. درمانگر از شخص درخواست می‌کند حادثه اصلی را به ذهن بیاورد و ببیند آیا متوجه می شود تنشی در بدنش باقی مانده است.	پرداختن به وقایع اصلی در طول هفته و هم زمان تمرکز بر بدنش و درج احساسات جسمانی خویش در کاربرگ ثبت وقایع
ششم	در این جلسه جمع بندی جلسه و ارزیابی مجدد از اهداف جلسه آخر صورت می گیرد. خلاصه ای از روند درمانی و تغییرات انجام شده بررسی مجدد باورهای مثبت و منفی و آموزش مهارت مقابله ای انجام میشود. به طور معمول مراجعان در پایان هر جلسه در مقایسه با شروع آن جلسه در شکل بهتری جلسه را ترک می کنند.	پس آزمون و جمع بندی

ابزار

پرسشنامه روابط میانی دلبستگی[1] توسط هالپرن و کاپنبرگ[2] در سال ۲۰۰۶ ساخته‌شده‌است. این پرسشنامه دارای ۲۰ سوال و ۴ مؤلفه (تکامل انطباقی مثبت، واکنش هیجانی، رفتارهای منفی، دوری گزیدن از حمایت چهره ی دلبستگی یا فرد مراقب) می‌باشد که بر اساس مقیاس لیکرت پنج درجه‌ای می‌باشد. روایی و پایایی این پرسشنامه تایید شده است. در پژوهش سلیمانی و همکاران(۲۰۱۴) نتایج تحلیل عاملی با چرخش واریماکس وجود چهار عامل در گویه‌ها را تایید نمود که ۴۸/۷۲٪ از واریانس کل مقیاس را تبیین کرد. ضرایب همسانی درونی مقیاس در حد بالایی به‌دست آمد. محاسبه ضریب آزمون-بازآزمون به فاصله یک ماه مطلوب و بالا بود (P<۰/۰۰۱). تحلیل عامل تاییدی، نتایج حاصل از تحلیل عامل به روش چرخش واریماکس

[1] Interpersonal Relationships Questionnaire(KCAQ)
[2] Halpern and Kappenberg

را تایید کرد و مدل به دست آمده با داده‌های پژوهش برازش داشت.

مقیاس سازگاری معنوی[1] توسط رسولی و همکاران (۱۳۸۸) ساخته شده است. هدف از ساخت این پرسشنامه ارزیابی میزان سازگاری معنوی در افراد می-باشد. این پرسشنامه دارای ۳۹ سوال و ۳ بعد (معنا داشتن زندگی، ارتباط با خداوند، جستجوی حمایت معنوی) می‌باشد. شیوه نمره گذاری‌آن به صورت طیف لیکرتی ۵ درجه‌ای است روایی و پایایی پرسشنامه سازگاری معنوی تایید شده‌است.

پرسشنامه پنج عامل شخصیت[2] توسط مارکینوس و کوکینوس[3] (۲۰۱۷) بر اساس پرسشنامه پنج عاملی شخصیت برای کودکان و نوجوانان طراحی و اعتباریابی شده است. این پرسشنامه دارای ۳۰ سؤال و ۵ عامل است عامل وظیفه شناسی سؤالات ۱ تا ۶ عامل عقلانیت، سؤالات ۷ تا ۱۲- عامل پذیرش، سؤالات ۱۳ تا ۱۸ عامل ثبات هیجانی، سؤالات ۱۹ تا ۲۴- عامل انرژی برون گرایی سؤالات ۲۵ تا ۳۰ شیوه نمره گذاری آن به صورت طیف لیکرتی ۵ درجه‌ای است (۱- تقریبا هرگز ۵ تقریبا همیشه) نتیجه پژوهش مارکوس و کوکینوس (۲۰۱۷) نشان داد که این مقیاس از برازش بسیار مناسبی برخوردار است (CFI=0/98،RMSEA-0/042 و TLI=0/97).

یافته‌ها

در این پژوهش حاضر ۴۵ کودک شرکت کردند که واریانس برای گروه مداخله درمان شناختی فرانظری ۲/۵۹ میانگین سنی آن‌ها ۸/۲۶، انحراف معیار ۱/۶۱ و دامنهٔ تغییرات ۸، واریانس برای گروه مداخله حساسیت زدایی با حرکت‌های چشم و بازپردازش۲/۲۲ میانگین سنی آن‌ها ۸/۶۶، انحراف معیار۱/۴۹ و دامنهٔ تغییرات ۹، واریانس برای گروه گواه ۲/۰۲ میانگین سنی آن‌ها ۸/۸ انحراف معیار۱/۴۲ دامنهٔ تغییرات ۹، است نتایج نشان داد که بین گروه‌ها از منظر جمعیت‌شناختی تفاوت معنی‌داری وجود ندارد.

جدول ۳ توزیع فراوانی برخی ویژگی های دموگرافیک را به تفکیک گروه‌های مداخله و گروه کنترل نشان می دهد. میانگین و انحراف معیار نمره های مربوط به سبک های دلبستگی ناایمن، سازگاری معنوی،ویژگی های شخصیتی را برای دو گروه مداخله شناختی فرانظری، گروه مداخله حساسیت زدایی منظم با حرکات چشم و گروه کنترل نشان می دهد. میانگین نمره متغیرهای وابسته در پیش آزمون، پس آزمون در هر دو گروه آزمون تفاوت معناداری دارند، ولی این تفاوت در میانگین نمره پیش آزمون، پس آزمون گروه کنترل معنادار نیست.

[1] Spiritual Adaptation Scale
[2] Five-factor personality questionnaire
[3] Markos, & Kokkinos

جدول ۳ شاخص های توصیفی متغیرهای پژوهش به تفکیک گروه های آزمون و گروه کنترل

مولفه	گروه	شاخص توصیفی	مراحل		Pتغییرات درون گروهی	Pتغییرات بین گروهی
			پیش آزمون	پس آزمون		
سبک های دلبستگی ناایمن	درمان شناختی فرانظری و	میانگین±انحراف معیار	۳۲,۵۰۰۰	۸۴,۵۵۰	۰/۰۰۰	٭<۰/۰۰۱
			۳,۱۷۰۵۹	۱۱/۳۶		
		کجی-کشیدگی	۰/۶۱	۴/۲۱		
			-۰/۲	۱۸/۴۱		
	درمان حساسیت زدایی منظم با حرکات چشم	میانگین±انحراف معیار	۴۱,۵۵۰۰	۸۲,۸۰۰۰		
			۸,۵۸۶۸۶	۲,۰۱۵۷۳		
		کجی-کشیدگی	-۰/۶۶	۰/۵۱		
			۱/۶۶	-۰/۲۴		
	کنترل	میانگین±انحراف معیار	۲۵,۴۵۰۰	۲۷,۵۵۰۰		
			۲,۸۷۴۱۱	۳,۲۶۸۲۷		
		کجی-کشیدگی	۰/۹۶	۰/۴۲		
			-۰/۹۹	۰/۰۸۴		
سازگاری معنوی	درمان شناختی فرانظری و	میانگین±انحراف معیار	۴۱,۳۵۰۰	۱۳۵,۵۰۰۰	۰/۰۰۰	٭<۰/۰۰۱
			۴,۳۱۹۷۸	۳,۷۲۰۵۰		
		کجی-کشیدگی	-۰/۳۱	-۰/۲۴		
			-۰/۹۱	-۰/۶۹		
	درمان حساسیت زدایی منظم با حرکات چشم	میانگین±انحراف معیار	۴۲,۹۵۰۰	۱۳۸,۶۰۰۰		
			۳,۷۴۸۳۳	۳,۷۳۳۲۱		
		کجی-کشیدگی	۰/۳۵	۰/۳۷		
			۰/۳۹	-۰/۰۷		
	کنترل	میانگین±انحراف معیار	۳۷,۷۰۰۰	۳۹,۸۵۰۰		
			۳,۹۶۱۶۶	۳,۲۹۷۱۳		
		کجی-کشیدگی	۱/۲۲	۱/۴۶		
			۱/۱۲	۲/۰۷		
ویژگی‌های شخصیتی	درمان شناختی فرانظری و	میانگین±انحراف معیار	۳۹,۶۵۰۰	۱۰۴,۸۵۰۰		
			۲,۴۷۶۷۳	۲,۷۰۰۳۹		
		کجی-کشیدگی	-۰/۰۸	۰/۶۹		
			-۰/۸۸	۱/۲		
	درمان حساسیت زدایی منظم با حرکات چشم	میانگین±انحراف معیار	۳۸,۶۰۰۰	۱۰۷,۵۰۰۰		
			۳,۶۳۳۱۸	۳,۳۰۰۷۲		
		کجی-کشیدگی	۰۰/۸۴	۰/۵۲		
			۱/۱۸	-۰/۵		

	میانگین±انحراف	۳۱,۰۰۰۰	۳۰,۷۰۰۰
کنترل	معیار	۲,۹۷۳۵۷	۳,۰۶۲۵۱
	کجی-کشیدگی	۱/۰۶	۱/۱۵
		۱/۳۳	۱/۴۷

آزمون: تحلیل کوواریانس * P≤0/05

جدول۴ تحلیل تفاوت بین نمرات پس آزمون سبک های دلبستگی ناایمن، سازگاری معنوی و ویژگی‌های شخصیتی دو گروه مداخله اول و دوم و گروه کنترل

متغیر	منبع پراش	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داری	اندازه اثر
سبک های دلبستگی ناایمن	گروه	۲۸۲,۱۹۳	۲	۱۴۱,۰۹۷	۵,۳۹۴	۰/۰۰۷	۶۶/۶
	خطا	۴۱۲/۴۴۵	۵۴	۲۶/۱۵۶			
	کل	۷۰۵۶۱/۰۰۰	۶۰				
سازگاری معنوی	گروه	۱۸۳/۲	۲	۹۱/۶	۷/۶۶	۰/۰۰۱	۴۶/۶
	خطا	۶۴۵/۷۱۶	۵۴	۱۱/۹۵			
	کل	۱۰۰۴۳۶/۰۰۰	۶۰				
ویژگی های شخصیتی	گروه	۱۲۶/۲۶۳	۲	۶۳/۱۳	۸/۳۳	۰/۰۰۱	۷۱/۳
	خطا	۴۰۹/۰۴	۵۴	۷/۵۷			
	کل	۸۰۹۹۷/۰۰۰	۶۰				

همچنین اندازهٔ اثر برای متغیر سبک های دلبستگی ناایمن، سازگاری معنوی و ویژگی های شخصیتی در دو گروه مداخله اول و دوم و گروه کنترل به ترتیب ۶۶/۶ درصد، ۴۶/۶درصد و۷۱/۳ درصد است.

نتایج جدول ۴ نشان میدهد بین مداخله درمان شناختی فرانظری و گروه کنترل در پس آزمون متغیر سبک های دلبستگی ناایمن (F=۵/۳۹،P= ۰/۰۰۷)، سازگاری معنوی (P= ۰/۰۰۱، F=۷ /۶۶)، ویژگی های شخصیتی (F=۸/۳۳ ،P= ۰/۰۰۱)، تفاوت معنی داری وجود دارد.

جدول۵ تحلیل تفاوت بین نمرات پس آزمون سبک های دلبستگی ناایمن، سازگاری معنوی و ویژگی‌های شخصیتی گروه مداخله درمان شناختی فرانظری و گروه کنترل

متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داریp	تفاوت میانگین ها
سبک های دلبستگی ناایمن	۳۲۴۹۰/۰۰	۱	۳۲۴۹۰/۰۰	۶۴۶/۵۱	۰/۰۰۰	۵۷,۰۰۰۰۰

	۸۸۷۶۶/۰۵	۱	۸۸۷۶۶/۰۵	۷۲۳۵/۰۷۷	۰/۰۰۰	۹۵,۴۴۷۳۷
سازگاری معنوی						
ویژگی های شخصیتی	۵۳۴۴۳/۲۱	۱	۵۳۴۴۳/۲۱	۶۳۰۳/۳۱۳	۰/۰۰۰	۷۴,۰۶۰۵۳

شناختی فرانظری و گروه کنترل در مرحله پس آزمون تفاوت معناداری وجود دارد (P= ۰/۰۰۰، ۶۳۰۳/۳۱۳ =F)، همچنین تفاوت بین میانگین دو گروه به ترتیب (۵۷، ۹۵/۴۴ و ۷۴/۰۶) نشان‌دهنده اثربخشی بیشتر درمان شناختی فرانظری بر سبک های دلبستگی ناایمن، سازگاری معنوی و ویژگی‌های شخصیتی در مرحله پس آزمون است.

نتایج جدول ۵ نشان میدهد بین سبک های دلبستگی ناایمن، گروه مداخله درمان شناختی فرانظری و گروه کنترل در مرحله پس آزمون تفاوت معناداری وجود دارد (F=۶۴۶/۵۱،P= ۰/۰۰۰)، همچنین بر اساس نتایج این جدول، بین سازگاری معنوی گروه مداخله درمان شناختی فرانظری و گروه کنترل در مرحله پس آزمون تفاوت معناداری وجود دارد(F=۷۲۳۵/۰۷،P= ۰/۰۰۰)، و همچنین بین ویژگی‌های شخصیتی گروه مداخله درمان

جدول۶ تحلیل تفاوت بین نمرات پس آزمون سبک های دلبستگی ناایمن، سازگاری معنوی و ویژگی‌های شخصیتی دو گروه مداخله اول و دوم

متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داریp	تفاوت میانگین ها
سبک های دلبستگی ناایمن	۳۰/۶۲	۱	۳۰/۶۲	۰/۴۶	۰/۵۰۲	۱,۷۵۰۰۰
سازگاری معنوی	۹۶/۱	۱	۹۶/۱	۶/۹۱	۰/۰۱۲	-۳,۱۰۰۰۰
ویژگی های شخصیتی	۷۰/۲۲	۱	۷۰/۲۲	۷/۷۲	۰/۰۰۸	-۲,۶۵۰۰۰

گروه مداخله درمان شناختی فرانظری و گروه مداخله حساسیت زدایی منظم با حرکات چشم در مرحله پس آزمون تفاوت معناداری وجود دارد (P= ۰/۰۰۸، ۷/۷۲ =F)، همچنین تفاوت بین میانگین دو گروه به ترتیب (۱/۷۵، ۳/۱-و ۲/۶۵-) نشان‌دهنده اثربخشی بیشتر درمان شناختی فرانظری و درمان حساسیت زدایی منظم با حرکات چشم بر سبک های دلبستگی ناایمن، سازگاری معنوی و ویژگی‌های شخصیتی در مرحله پس آزمون است.

نتایج جدول ۶ نشان میدهد بین سبک های دلبستگی ناایمن، گروه مداخله درمان شناختی فرانظری و گروه مداخله حساسیت زدایی منظم با حرکات چشم در مرحله پس آزمون تفاوت معناداری وجود ندارد (P= ۰/۵۰۲ ،F=۰/۴۶)، همچنین بر اساس نتایج این جدول، بین سازگاری معنوی گروه مداخله درمان شناختی فرانظری و گروه مداخله حساسیت زدایی منظم با حرکات چشم در مرحله پس آزمون تفاوت معناداری وجود دارد(۰/۰۱۲ =P ،F=۶/۹۱)، و همچنین بین ویژگی‌های شخصیتی

جدول۷ تحلیل تفاوت بین نمرات پس آزمون سبک های دلبستگی ناایمن، سازگاری معنوی و ویژگی‌های شخصیتی گروه مداخله درمان حساسیت زدایی منظم با حرکات چشم و گروه کنترل

متغیر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	سطح معنی داریp	تفاوت میانگین ها

سبک های دلبستگی ناایمن	۲۹۴۸۵/۶۴	۱	۲۹۴۸۵/۶۴	۴۲۲۲/۷	۰/۰۰۰	۵۵/۰۱
سازگاری معنوی	۹۴۶۲۵/۶۸	۱	۹۴۶۲۵/۶۸	۷۶۸۲/۲۱	۰/۰۰۰	۹۸/۵۴
ویژگی های شخصیتی	۵۷۳۳۶/۲	۱	۵۷۳۳۶/۲	۵۵۵۱/۲۱	۰/۰۰۰	۷۶/۷۱

همچنین تفاوت بین میانگین دو گروه به ترتیب (۵۵/۰۱، ۹۸/۵۴ و ۷۶/۷۱) نشان‌دهنده اثربخشی بیشتر درمان حساسیت زدایی منظم با حرکات چشم بر سبک های دلبستگی ناایمن، سازگاری معنوی و ویژگی‌های شخصیتی در مرحله پس آزمون است.

مقایسهٔ نتایج تفاوت میانگین‌های جدول ۵ و ۷ نشان می-دهد که مداخله حساسیت زدایی منظم با حرکات چشم نسبت به درمان شناختی فرانظری تأثیر بیشتری بر سبک های دلبستگی ناایمن، سازگاری معنوی و ویژگی‌های شخصیتی، کودکان آسیب دیدهٔ جنسی دارد.

نتایج جدول ۷ نشان میدهد بین سبک های دلبستگی ناایمن، گروه درمان حساسیت زدایی منظم با حرکات چشم و گروه کنترل در مرحله پس آزمون تفاوت معناداری وجود دارد (F=۴۲۲۲/۷ P= ۰/۰۰۰)، همچنین بر اساس نتایج این جدول، بین سازگاری معنوی گروه درمان حساسیت زدایی منظم با حرکات چشم و گروه کنترل در مرحله پس آزمون تفاوت معناداری وجود دارد(F=۷۶۸۲/۲۱ P= ۰/۰۰۰)، و همچنین بین ویژگی‌های شخصیتی گروه درمان حساسیت زدایی منظم با حرکات چشم و گروه کنترل در مرحله پس آزمون تفاوت معناداری وجود دارد (F=۵۵۵۱/۲۱ P= ۰/۰۰۰)،

بحث

این پژوهش با هدف اثربخشی مقایسهٔ اثربخشی درمان شناختی فرانظری و درمان حساسیت زدایی منظم با حرکات چشم بر سبک های دلبستگی ناایمن، سازگاری معنوی و ویژگی‌های شخصیتی کودکان آزار دیدهٔ جنسی انجام شد. نتایج نشان داد که مداخله حساسیت زدایی منظم با حرکات چشم نسبت به درمان شناختی فرانظری تأثیر بیشتری بر سبک های دلبستگی ناایمن، سازگاری معنوی و ویژگی‌های شخصیتی، کودکان آسیب دیدهٔ جنسی دارد.

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که درمان شناختی فرانظری بر سبک های دلبستگی ناایمن، سازگاری معنوی و ویژگی‌های شخصیتی کودکان آزار دیدهٔ جنسی اثربخش بود. با توجه به نتایج پژوهش امان الهی(۲۰۲۲)، سازگاری معنوی در رشد معنوی و سلامت روان نقش دارد و دلبستگی تاایمن می‌تواند نقش تعدیل کننده در رابطه سازگاری معنوی و رشد معنوی داشته باشد. همچنین جعفری و همکاران (۲۰۱۹) در پژوهشی نتیجه گرفتند که درمان شناختی فرانظری بر باورهای خودکارآمدی نوجوانان معتاد اثر گذار بوده است. در پژوهشی ون و همکاران (۲۰۱۹) دیگر بیان کردند که مداخلات مبتنی بر مدل فرانظری بهبودهای قابل توجهی را در توانایی خود مدیریتی در فرآیند تغییر، تعادل تصمیم گیری و خودکارآمدی در بیماران مبتلا به استومی ایجاد کرد. در راستای مغایرت و ناهمسویی پژوهش های مذکور میتوان چنین بیان کرد که جامعهٔ آماری هیچکدام از این پژوهش

ها کودکان آزاردیدۀ جنسی نبوده، از طرفی درمان شناختی فرانظری در هیچکدام از این پژوهش های بر روی متغیرهای مذکور در پژوهش حاضر انجام نگرفته است.

در تبیین یافته های این بخش از پژوهش حاضر می‌توان چنین بیان کرد که کودکان دارای دلبستگی ناایمن ممکن است به شدت با علائم طرد شدن از طرف اطرافیان خود هماهنگ باشند و احساسات آنها را فاجعه بار کنند. افرادی که دارای سبک های دلبستگی اجتنابی هستند ممکن است با هدف سرکوب احساسات منفی ناشی از ترس از طرد شدن، کم فعال سازی احساسات را نشان دهند (صادقی،سارانی، صنوبر و همکاران،۲۰۲۰). این می تواند باعث شود که آنها سرد و دور به نظر برسند و ممکن است از نزدیکی عاطفی و صمیمیت به عنوان راهی برای محافظت از خود در برابر طرد شدن احتمالی اجتناب کنند. هنگامی که کودکان از حمایت مداوم و قابل اعتماد مراقبان اصلی خود، مانند تجربیات نامطلوب دوران کودکی، دریافت نمی کنند، ممکن است سبک های دلبستگی ناایمن ایجاد کنند(میکولینسر و شاور[1]، ۲۰۱۹). این تجربیات می‌تواند تأثیری ماندگار بر مدل‌های کار درونی کودکان داشته باشد، که با جستجوی ارتباطات برای بقا، ایجاد پیوندهای دلبستگی نزدیک، و سپس درونی کردن این پیوندها برای تشکیل پایه‌های سبک دلبستگی بزرگسالان آنها شروع می‌شود (اسمیت، ویلیام، والش و همکاران[2]، ۲۰۱۶). به طور خاص، به دلیل تجارب نامطلوب (مانند نادیده گرفته شدن، آزار و اذیت شدن، یا بی نظمی والدین)، افراد پیوندهای دلبستگی بیش از حد مضطرب، عاطفی و/یا به هم ریخته ایجاد می کنند که منعکس کننده رفتارهای مراقبان آنها است. همانطور که افراد رشد می کنند و رشد می کنند، آنها یک رکورد ذهنی از تجربیات خود با به دست آوردن نزدیکی/آرامش یا تجربه غفلت/ناراحتی از مراقبین خود جمع آوری می کنند که سپس از آن برای شکل دادن مدل های کاری درونی دلبستگی استفاده می کنند (یی، وی، ژانگ و همکاران[3]،۲۰۲۴). از طرفی؛ کودکانی که در معرض آزار جنسی و ناملایمات قرار می‌گیرند به مرور دچار افسردگی شده، آنها به فشارهای بیرونی حساس شده و سریعا ناراحت می‌شوند و حتی استرس های جزئی نیز احساسات منفی فزاینده ای در آن ها ایجاد می‌کند بنابراین لازم است که بوانند احساساتشان را تنظیم کنند؛ درمان شناختی فرانظری این فرست را به کودکان می‌دهد که از احساساتشان آگاه شوند و و با تخلیۀ هیجانی احساساتشان را مجددا ارزیابی کنند. کودکان آزاردیدۀ جنسی در پیوند با افراد احساس ناامنی دارند آنها نمیتوانند پریشانی های خودشان را ارزیابی مجدد کنند، از روابط با دیگران ترس دارند و به راحتی نیازهایشان را بیان نمیکنند بنابراین درمان شناختی فرانظری به این کودکان کمک کرد تا با تغییر الگوی ناسالم در روابط بتوانند عواطف ور وابط اجتماعی شان را بهبود بخشند. همچنین کودکان آزاردیدۀ جنسی به دلیل مواجه شدن با این تجربه نمی‌توانند از منابع معنوی جهت بهبود روابط استفاده کنند و در نتیجه احساس آرامش و رضایت از زندگی ندارند، به معنا و هدف زندگی فکر نمی‌کنند و کمتر با خداوند ارتباط برقرار می‌کنند. درمان شناختی فرانظری به کودکان کمک کرد تا خود را بهتر بشناسند و

[1] Mikulincer & Shaver
[2] Smith, Williamson, Walsh & McCartney,
[3] Ye Z, Wei X, Zhang J, Li H, Cao

نقاط ضعف و قوت خود را به خوبی شناسایی کنند و با ایجاد سازگاری معنوی روابط اجتماعی خود را نیز تقویت کنند. از طرفی این مداخله با تسهیل تغییر رفتار؛ منجر به پایین آمدن سطح استرس در بحران‌ها و چالش‌ها از طریق بهبود سازگاری معنوی،گردید. کودکان آزاردیدهٔ جنسی در پژوهش حاضر احساس ناراحتی، اضطراب، شرم و ترس داشتند؛ درون گرا بوده و احساساتشان را نمیپذیرفتند همچنین شخصیتی غیر منطقی، درون گرا، بی‌مسئولیت و بی ثبات داشتند. بنابراین طی مداخله انجام شده در این کودکان ثبات هیجانی ایجاد گردید و آن‌ها توانستند عواطف و احساساتشان را بروز دهند از طرفی نسبت به خود و زندگی خود مسئولیت پذیرتر شدند.

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که درمان حساسیت زدایی منظم با حرکات چشم بر سبک های دلبستگی ناایمن، سازگاری معنوی و ویژگی‌های شخصیتی کودکان آزار دیدهٔ جنسی اثربخش بود. با توجه به نتایج پژوهش کاکاوند و همکاران(۲۰۱۶) درمان حساسیت زدایی از طریق حرکات چشم و پردازش مجدد در بهبود اختلالات اضطرابی افراد آزاردیده جنسی، در مقیاس های وحشت زدگی، اضطراب فراگیر, وسواسی-اجباری و استرس پس از سانحه مؤثر است. بر اساس نتایج پژوهش صادقی و همکاران(۲۰۱۵) عناصر درمان حساسیت‌زدایی منظم چشم و پردازش مجدد بر پایه‌ی ساخت نظری پردازش اطلاعات تطبیقی از طریق تأثیر بر یکپارچه سازی حافظه و حل و فصل آسیب حل نشده می‌تواند در پردازش اطلاعات مربوط به حادثه‌ی تروماتیک و شدت نشانه‌های بیماران مبتلا به اختلال پس از سانحه مفید باشد. نتایج پژوهش خدایی-خیوانی و همکاران(۲۰۱۶) نشان داد که برای کاهش مولفه ترس اختلال اضطراب اجتماعی روش طرحواره درمانی مؤثر تر از حساسیت زدایی با حرکات چشم و پردازش مجدد می باشد.

در تبیین یافته‌های این پژوهش درمان حساسیت زدایی منظم با حرکات چشم به عنوان درمان اختلال پس از سانحه به کودکان آزاردیدهٔ جنسی کمک کرد با مشکلات ناشی از آزاردیدگی و تجربهٔ آسیب زا را تا حدودی کنار آیند. از طرفی تجربهٔ منفی ناشی از این آزاردیدگی منجر به مشکلات عاطفی و اجتماعی (دلبستگی ناایمن) کودکان شده بود که این تکنیک درمانی با شناسایی و پردازش احساسات منفی کودکان به کاهش اضطراب ناشی از تجربیات گذشته کمک کرد در نتیجه کودکان با یادگیری الگوی جدید دلبستگی توانستند روابط بهتری را برقرار کنند. همچنین درمان حساسیت زدایی منظک با حرکات چشم با تجزیه و تحلیل احساسات و باورهای منفی ناشی از آزاردیدگی جنسی و ارزیابی پاسخ های کودکان، کاهش اضطراب را در پیداشت که این امر آرامش و اعتماد به نفس در کودکان را تقویت کرد همچنین کودکان با شناسایی عواطف و تغییر احساسات منفی خود، به خودباوری و رضایت از خود رسیدند و تصویر بهتری از خود را ایجاد کردند. از طرفی دیگر، درمان حساسیت‌زدایی منظم با حرکات چشم با آموزش آرام سازی منجر به بازنگری در باورهای معنوی در کودکان شد همچنین با افزایش تاب آوری آنها منجر به آن شد که کودکان باورهای معنوی و استفاده از معنویات را به عنوان ابزاری برای مقابله با اضطراب و چالش های ناشی از آزاردیدگی جنسی ببینند و احساس امید و هدفمندی داشته باشند. از طرفی این تکنیک درمانی با بهبود روابط کودکان با

دیگران، سازگاری معنوی را در کودکان آزاردیدهٔ جنسی تقویت کرد و احساس تعلق و ارتباط عمیقتر با معانی معنوی را ایجاد کرد و این امر کاهش گوشه گیری کودکان و ارتباط بیشتر با باورهای معنوی را در پی داشت.

نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که مداخله حساسیت زدایی منظم با حرکات چشم نسبت به درمان شناختی فرانظری تأثیر بیشتری بر سبک های دلبستگی ناایمن، سازگاری معنوی و ویژگی‌های شخصیتی، کودکان آسیب دیدهٔ جنسی دارد. نتایج این پژوهش میتواند علاوه بر رفع مشکلات کودکان آزاردیدهٔ جنسی، به بهبود پروتکل های درمانی و استفاده از درمان مناسب کمک کند. از جمله پژوهش‌های آینده، جلسات مشترکی برای اجرای دو روش درمانی مطرح شده در بین سایر کودکان انجام بگیرد و اثرات این روش روی کودکان عادی و آسیب دیدهٔ جنسی مقایسه گردد و پژوهش حاضر بر روی نمونه ای از کودکان در سایر شهرها بررسی شود تا از نتایج پژوهش اطمینان خاطر به عمل آید. پیشنهاد می‌شود که استفاده از روش درمان شناختی فرانظری و حساسیت زدایی منظم با حرکات چشم در مراکز مشاوره و روان درمانی کودکان فرهنگ سازی شود و مشاوران و روانشناسان ابتدا این روش‌ها را بر روی کودکان آسیب دیدهٔ جنسی بپذیرند سپس اقدامات لازم جهت اجرای روش صورت گیرد.

سپاسگزاری

این پژوهش، کارآزمایی بالینی تصادفی شده بوده که به تأیید شورای علمی-پژوهشی و ریاست دانشگاه فرهنگیان تهران با رسیده و دارای کد ۰۳۰۹۰۵/۲۷۳/۱ می‌باشد. بدینوسیله از کلیه آزمودنی ها و والدین عزیزی که در این پژوهش ما را یاری کردند تشکر و قدرانی می‌گردد. همچنین از تمام اساتید دانشگاه فرهنگیان و دانشگاه آزاد اسلامی به جهت حمایت از این پژوهش تشکر و قدرانی می‌شود. هیچگونه تضاد منافعی بین نویسندگان برای این مطالعه وجود نداشت.

References

Yılmaz H, Arslan C, Arslan E. (2022). El efecto de las experiencias traumáticas en los estilos de apego. Anales de Psicología.38(3):489-98.

Balboni TA, VanderWeele TJ, Doan-Soares SD, Long KNG, Ferrell BR, Fitchett G, et al. (2022). Spirituality in serious illness and health. JAMA. 328(2):184–97.

Unger, J. A. M., & De Luca, R. V. (2014). The relationship between childhood physical abuse and adult attachment styles. JOFV, 223–234.

Grady MD, Yoder J. (2024). Attachment theory and sexual offending: making the connectionCurr. Psychiatry Rep. 26(4):134-41.

Ensink K, Borelli JL, Normandin L, Target M, Fonagy P. (2020). Childhood sexual abuse and attachment insecurity: Associations with child psychological difficulties. AJO. 90(1):115.

Silva A, Ferreira S, Silva Pinto É, Rocha SA, Barbosa-Rocha N. (2024). The relationship between childhood abuse and adult attachment styles: The mediator role of sensory over-responsivity. J. Aggression Maltreat. Trauma. 1;33(2):236-54.

Yoon D. (2020). Peer-relationship patterns and their association with types of child abuse and adolescent risk behaviors among youth at-risk of maltreatment. J Adolescence. 1;80:125-35.

Jouriles EN, Rancher C, Mahoney A, Kurth C, Cook K, McDonald R. (2020). Divine spiritual struggles and psychological adjustment among adolescents who have been sexually abused. Psychol Violence. 10(3):334.

Hase M, Balmaceda UM, Ostacoli L, Liebermann P, Hofmann A. (2017). The AIP model of EMDR therapy and pathogenic memories. Front. psychol.. 21;8:1578.

Mirzaei feizabadi S, Taheri N, Hadianfard H. (2020). Treatment of Eye Movement Desensitization and Reprocessing for Post-Traumatic Stress Disorder in Iran: A Systematic Review Study. Rooyesh. 9(9), 105-120.

Soleimani H, Bashash L, Latifian M. (2014). Psychometric properties of the Interpersonal Relationships Questionnaire for middle childhood. Psychol. Methods. 4(16):41-63. (In Persian)

Bartholomew, L.K.K.; Parcel, G.S.S.; Kok, G.; Gottlieb, N.H.H. (2021). Planning Health Promotion Programs; Wiley: San Franscisco, CA, USA.

Shapiro F. (2014). The role of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) therapy in medicine: addressing the psychological and physical symptoms stemming from adverse life experience. Perm J. 18(1).

Alamdar Baghini A, Mohammad Tehrani H, Behbodi M, Kiamanesh A. (2019). Comparison of effectiveness of eye movement desensitization and reprocessing, cognitive behavioral therapy, and emotional freedom technique in reducing anxiety in patients with post-traumatic stress disorder. QAPsy. 13(4):625–50. (In Persian)

Amanelahi, A., Safaei Moghadam, S., Taghipour, M. (2022). Moderating role of insecure attachment styles in the relationship between spiritual compatibility with spiritual growth and psychological distress in university students who experienced emotional failure. Journal of Fundamentals of Mental Health, 24(3): 153-160. (In Persian)

Jafari I., Jalali M, Salmani A. (2019). Investigating the role of spiritual adaptation in predicting the anxiety of students' corona disease, The First National Congress of University and Covid-19, Tehran. (In Persian)

Nodoushan RJ, Alimoradi H, Nazari M. (2020). Spiritual health and stress in pregnant women during the COVID-19 pandemic. SN Compr Clin Med. 2(12): 2528-2534. (In Persian)

Marashian Fatima, Ismaili Elaha. (2011). Investigating the relationship between spiritual adjustment and life satisfaction with mental health of students of Ahvaz Islamic Azad University. J Pers. 7(24):85-98. (In Persian)

Ramezani M, fazlollahi M, asghari nekah S M, saki A, jahangir feyzabadi M J. (2018). Children Spiritual Development and its Utilization in Health: a Review Study. JPEN.5 (1) :76-89. (In Persian)

Fitchett G, Lyndes KA, Cadge W, Berlinger N, Flanagan E, Misasi J. (2011). The role of professional chaplains on pediatric palliative care teams: perspectives from physicians and chaplains. J Palliat Med. 14(6):704–7.

Fisher V, Fraser L, Taylor J. (2023). Experiences of fathers of children with a life-limiting condition: a systematic review and qualitative synthesis. BMJ Support Palliat Care. 13(1):15–26.

Barrett L, Fraser L, Noyes J, Taylor J, Hackett J. (2023). Understanding parent experiences of end-of-life care for children: a systematic review and qualitative evidence synthesis. J. Palliat. Med.37(2):178–202.

Miquel P, Clemente I, Ciccorossi M. (2024). Exploring spirituality, religion and life philosophy among parents of children receiving palliative care: A qualitative study. BMC Palliative Care. 15;23(1):43.

Khantazian EJ. (1990). Addiction and the vulnerable selfmodified: Dynamic group psychotherapy for substance abusers. New York: Guildford Press.

Prochaska JO, Velicer WF, DiClemente CC, Fava J. (1998). Measuring processes of change: applications to the cessation of smoking. JCCP. 56(4):520.

de Jongh A, de Roos C, El- Leithy S. (2024). State of the science: Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) therapy. J. Trauma. Stress. 37(2):205-16.

on reducing social anxiety: Presenting a model, 2016. (In Persian)

Wen SL, Li J, Wang AN, Lv MM, Li HY, Lu YF, Zhang JP. (2019). Effects of transtheoretical model- based intervention on the self- management of patients with an ostomy: A randomised controlled trial. J. Clin. Nurs. 28(9-10):1936-51.

Sadeghi M, Sarani H, Senobar A, Asgari M. (2020). The impacts of Cognitive Behavioral Therapy (CBT) on self-controlling, self Restraint and dysfunctional attitudes in persons with drug abuse. Rooyesh. 9(10), 67-78. (In Persian)

Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2019). Attachment orientations and emotion regulation. Curr. Opin. Psychol. 25, 6–10

Smith, M., Williamson, A. E., Walsh, D., & McCartney, G. (2016). Is there a link between childhood adversity, attachment style and Scotland's excess mortality? Evidence, challenges and potential research. Bmc Public Health. 16, 655.

Ye Z, Wei X, Zhang J, Li H, Cao J. (2024). The impact of adverse childhood experiences on depression: the role of insecure attachment styles and emotion dysregulation strategies. Curr Psychol.43(5):4016-26.

Kakavand A, Jafari Jozani R, Ardlani J. (2016). The effectiveness of eye movement desensitization and reprocessing (EMDR) on improving the symptoms of anxiety disorders in sexually abused students. ScPsy. 6(4):140-160. (In Persian)

Sadeghi K, Arjmandnia A, Namjoo S. (2015). Efficacy of Eye Movement Desensitization Reprocessing (EMDR) on negative emotional representations in people with post- traumatic stress disorder. IJPN. 3 (3) :29-40. (In Persian)

Markos, A., & Kokkinos, C. M. (2017). Development of a short form of the Greek Big Five Questionnaire for Children (GBFQ-C-SF): Validation among preadolescents. Personality and Individual Differences, 112, 1217.

Khodai-Khiavi S., Hosseinian S.,Yazdi SM. Comparing the effectiveness of schema therapy and eye movement desensitization and reprocessing using a case-based method