

اثربخشی درمان فراشناختی بر حرمت نفس، تکانشگری، خودآسیبی، افسردگی، اضطراب، نشخوارفکری یا درماندگی ذهنی، نظم‌جویی هیجانی در آزار جنسی دختران شاغل: طرح تک موردی

دکتر حمزه نظری صارم

(عضو هیات علمی دانشگاه فرهنگیان همدان)

nazarisarem1345@gmail.com

رضا اسمعیلی

(دانشجوی کارشناسی رشته ی علوم تربیتی دانشگاه فرهنگیان شهید مقصودی همدان)

reza.esmaeili76@yahoo.com

صفیه بختیاری

(کارشناسی ارشد روانشناسی تربیتی)

Leo.sarem@gmail.com

چکیده

زمینه و هدف: برخلاف سایر خطرات محیط‌های کاری که ماهیت غیرشخصی دارند، آزار جنسی یکی از خطراتی است که ماهیت شخصی دارد. زنان شاغل همواره در معرض آزارهای جنسی بوده‌اند، لذا پژوهش حاضر با هدف، اثربخشی درمان فراشناختی بر حرمت نفس، تکانشگری، خودآسیبی، افسردگی، اضطراب، نشخوار فکری یا درماندگی ذهنی، نظم‌جویی هیجانی در دختر دچار آزار جنسی با استفاده از طرح تک موردی انجام گرفت.

روش‌ها: در یک بررسی تک موردی آزمایشی از نوع خط پایه چند گانه فرآیند درمان بر روی یک آزمودنی انجام شد. مراجع دچار آزار جنسی، پیش از درمان، پس از درمان و پیگیری 3 هفته ای با استفاده از پرسشنامه حرمت نفس کوپراسمیت (1967)، مقیاس تکانشگری بارت (1994)، ویرایش دوم پرسشنامه افسردگی بک (2000)، پرسشنامه اضطراب بک (1990)، مقیاس تجدید نظر شده تأثیر رویداد وایس و مارمر (1997) و پرسشنامه نظم جویی شناختی هیجان گارنفسکی و همکاران (2001) ارزیابی شدند.

نتایج: نتایج پژوهش نشان داد که این درمان به کاهش تکانشگری، خودآسیبی، افسردگی، اضطراب، نشخوارفکری یا درماندگی ذهنی منجر شد. رویکرد درمانی مبتنی بر مدل فراشناختی در درمان اختلال تنیدگی پس از سانحه موثر بود.

نتیجه‌گیری: نتایج حاکی از اثربخشی درمان فراشناختی بر آزار جنسی بود، هرچند این مطالعه بر روی یک نفر و بدون گروه کنترل انجام گرفت، اما یافته پژوهش دلالت بر تعمیم‌پذیری یافته‌های مربوط به فراشناخت است.

واژه‌های کلیدی: درمان فراشناختی، حرمت نفس، تکانشگری، خودآسیبی، افسردگی، اضطراب، نشخوارفکری، نظم‌جویی هیجانی، آزار جنسی

Effectiveness of Metacognitive Therapy on Self-esteem, Impulsive Behavior, Suicide, Depression, Anxiety, Thinking Rumination, Emotion Regulation and Subjective Units of Distress in Employed girls Sexual Harassment: One Case Studies

Dr Hamzeh nazare sareem (Faculty member, University of Hamedan Teachers)

Reza esmaeili (Student of Bachelor of Education , maghsodi farhangiyān University)

Safieh bakhtiari (MA in Educational Psychology)

Abstract

Introduction: Unlike other workplace dangers that are impersonal in nature, sexual harassment is one of the dangers that have personal nature. Women have always been exposed to sexual harassment. The aim of this study is to investigate the Effectiveness of Metacognitive Therapy on Self-esteem, Impulsive Behavior, Suicide, Depression, Anxiety, Thinking Rumination, Emotion Regulation and Subjective Units of Distress in Employed girls Sexual Harassment: One Case Studies.

Method: one consecutive chronic outpatients fulfilling DSM-5 and criteria for Sexual disorders were treated according to Core treatment manual of Sexual Harassment. Patients were assessed with a battery of measures, including the Coopersmith Self-esteem Inventory (SEI, 1967), Barrat Impulsivity Scals(BIS, 1994), Beck Depression Inventory-II (BDI-II, 2000), Beck Anxiety Inventory (BAI, 1990), Impact of Event Scale Revised (IES-R, 1997), Garnefski, Kraaij, Spinhoven Emotion Regulation(CERQ-P, 2001).

Results: The treatment was associated with large reductions in the specific measures of Sexual Harassment reductions in general measures of anxiety (BAI), depression (BDI-II), Barrat Impulsivity Scals(BIS),Impact of Event Scale Revised (IES-R), Emotion Regulation(CERQ-P).

Conclusion: The results of these case studies provide further support for the clinical efficacy of metacognitive therapy, and in a different culture than the treatment was originally developed.

Keywords: Metacognitive Therapy, Self-esteem, Impulsive Behavior, Suicide, Depression, Anxiety, Thinking Rumination, Emotion Regulation and Subjective Units of Distress in Employed girls Sexual Harassment.

مقدمه

در میان انواع خشونت علیه زنان، آزار جنسی از اهمیت و حساسیت بیشتری برخوردار است. چرا که برخلاف سایر خطرات محیط های کاری که ماهیت غیر شخصی دارند، آزار جنسی یکی از خطراتی است که ماهیت شخصی دارد. زنان شاغل همواره در معرض آزارهای جنسی بوده اند. از سالهای 1970 به این طرف به دنبال حضور روزافزون زنان در محیط های کاری، ترکیب جنسیتی نیروهای شاغل در سازمان ها و ادارات، اکثر کشورهای دنیا دستخوش تغییرات زیادی شدند؛ اما همچنان مشکلاتی نظیر حقوق کمتر زنان، ایجاد مانع در سر راه ترفیعات شغلی، تبعیض های جنسیتی و در نهایت سوء استفاده ها و آزارگری های جنسی، زنان شاغل را رنج می دهد که با توجه به ویژگی های خاص زنان و استراتژی های صنعتی مبتنی بر سودآوری بیشتر، چنین وضعیتی به کاهش بهره وری نهایی زنان و همچنین سازمان ها می انجامد (1). آزار روانی در محل کار در آغاز دهه 1990 به خاطر خسارت و آسیب های روانی که ایجاد می کند به عنوان یک پدیده تخریب کننده فضای کار، کاهنده بهره وری و موثر بر غیبت شناخته شده است. این پدیده اساساً در کشورهای انگلوساکسون و کشورهای شمال اروپا مورد مطالعه قرار گرفت و به عنوان (Mobbing) به معنای زیر پا خوردن، تحقیر، فشار گروهی عده ای علیه یک نفر، اذیت کردن و مزاحمت توصیف شد. آزار جنسی یک پدیده چرخشی است. منشا برخورد جستجو نمی شود و حتی دلایل آن از یاد می رود (2).

از قرن 20 به بعد موضوع آزار جنسی به عنوان یک مسئله اجتماعی مورد توجه پژوهشگران قرار گرفت. قانون گذاران بر این مسئله تاکید دارند که مدیران و مسئولان در محیط های کاری موظفند که مانع از وقوع آزارهای جنسی علیه زنان گردند و در خصوص ریشه کنی آن اقدام نمایند. علیرغم تاکید قانون بر این امر، هنوز رمز و رازهایی پیرامون آزار جنسی وجود دارد. از جمله اینکه عده ای بر این باورند، موضوع آزار جنسی فقط تعداد کمی از زنان را در بر می گیرد. وجود چنین تصورات و ابهاماتی این امر را برای زنان دشوار می سازد تا در مورد آزار جنسی سخن بگویند. زیرا ممکن است این امر به ضرر و سرزنش آنها بیانجامد. معمولاً زنان هنگامی که در خصوص آزارهای جنسی علیه خود لب به سخن گشوده اند مورد طرد، بی اعتباری، انزوا و متهم به کج فهمی شده اند. علیرغم وجود این ابهامات، تحقیقات حاکی از شیوع این پدیده در محیط های کاری می باشد (3).

آزار جنسی در محیط توسط افرادی است که قدرت و منزلت بالاتری نسبت به فرد مورد استفاده قرار گرفته شده دارند و اغلب انواع آزار جنسی تا حدودی زیرکانه صورت می پذیرد و شامل فهماندن این مطلب است که پذیرش خواهش های جنسی با پاداش همراه خواهد بود یا چنانچه این خواهش ها برآورده نشود، نوعی مجازات مانند جلوگیری از ترفیع در پی خواهد داشت (4). شیوع نرخ رفتارهای مزاحمت جنسی در محیط کاری 55٪ یا بالاتر برای زنان گزارش شده است (5-6).

با توجه به اهمیت موضوع، در ایران تاکنون به طور جدی به این مسئله پرداخته نشده است و در مورد میزان و نحوه آزار جنسی، نوع محیط هایی که این مسایل رخ میدهند، نوع برخورد زنان با این موضوع اطلاعات زیادی در دسترس نیست و تنها در پژوهشی که توسط دوستی و سیادی فر به کوشش کمیته جمع آوری اسناد و گزارش های ستاد مبارزه با خشونت علیه زنان در ایران منتشر شد بدون ذکر آمار به رواج گسترده آزار جنسی زنان در محیط های کاری ایران اشاره شده است. زنان مورد مطالعه در این گزارش نه تنها منکر وجود آزار جنسی در محیط کاری نشدند، بلکه یا خود گرفتار چنین رفتار هایی شده بودند یا از نزدیک شاهد آن بوده اند (7؛ به نقل از 3).

آزار جنسی زنان را از تحقق توان بالقوه شان باز می دارد تا جایی که بسیاری از آنان در چنین شرایطی ترجیح میدهند محیط کار خود را ترک کنند، اما تجربه ناخوشایند محیط کاری تا مدت ها ذهن آنها را درگیر می سازد (8) و پیامد های منفی بر سلامت روانی و فیزیکی افراد بر جای می گذارد (9). از پیامد های آزار جنسی، ایجاد بدبینی و سوء ظن و نگرش منفی نسبت به جامعه و محیط کاری، افسردگی، اضطراب و خشم است که میتواند در زندگی روزمره شان اختلال ایجاد کند (10) و اعتماد به نفس و عزت

نفس در این افراد پایین آمده و دچار رفتارهای مخاطره آمیز خودکشی و یا رفتارهای تکانشی میشوند که با سایر رفتارهای مخاطره آمیز کاموربید است. از بین این افراد تنها تعدادی از آنها با مشکلات افسردگی از نوع افسردگی اساسی و اضطراب بالا به روانشناس مراجعه میکنند و بیشتر شکایت آنها احساس بی کفایتی، بی لیاقتی و افکار خودکشی است که بعد از آزار جنسی اتفاق افتاده است. طی دو دهه‌ی اخیر با رشد درمان فراشناختی، گروه وسیعی از گرفته اند. در واقع درمان فراشناختی رویکرد نوظهوری است که در نتیجه‌ی فرضیه‌آزمایی سیستماتیک به وجود آمده و به کاربرد روشهای مختلفی منجر شده است (11). این رویکرد درمانی در درک علل و درمان اختلالاتی مانند اضطراب فراگیر (12)، استرس پس از سانحه (13)، وسواس فکری و عملی (14)، اضطراب اجتماعی (15) و افسردگی (12) موفق بوده است (به نقل از، 11).

درمان فراشناختی بر این اصل استوار است که فراشناخت برای درک نحوه‌ی عملکرد شناخت و نحوه‌ی تولید تجربه‌های هشیارانه‌ی ما درباره‌ی خودمان و جهان اطرافمان بسیار مهم است (12) و پیشرفت جدیدی در درک علل مشکلات بهداشت روانی و درمان آنها است. این رویکرد براساس نظریه‌ی بنیادی کارکرد اجرایی خود نظم‌بخش (12، 13، 15) استوار است. هدف اصلی درمان فراشناختی این است که بیمار کنترل و آگاهی فراشناختی قابل انعطافی را کسترش دهد و از اینکه پردازش به صورت نگرانی و نشخوارگری و پایش تهدید انجام گیرد جلوگیری نماید (16؛ به نقل از 17).

با توجه به مطالب مطرح شده، این درمان در کاهش علایم افسردگی و نشخوار فکری افراد افسرده موثر بوده است. از این رو پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان فراشناختی بر حرمت نفس، تکانشگری، خودآسیبی، افسردگی، اضطراب، نشخوارفکری، نظم‌جویی هیجانی در آزار جنسی دختران شاغل به صورت طرح تک موردی انجام گرفت.

روش پژوهش

پژوهش حاضر از نوع مطالعه تجربی با روش تک‌موردی چند خط پایه‌ای است که به منظور بررسی اثربخشی درمان فراشناختی بر حرمت نفس، تکانشگری، خودآسیبی، افسردگی، اضطراب، نشخوار فکری، نظم‌جویی هیجانی، ناراحتی کلی در دختر دچار آزار جنسی انجام شده است. نمونه پژوهش شامل دختر 26 ساله، کارشناس ارشد حسابداری، مجرد بود که در شرکت خصوصی حسابداری به مدت 7 ماه مشغول به کار بود که به صورت نمونه گیری هدفمند انتخاب شد.

مراجع در ابتدا با علت افسردگی با مشاوره تلفنی تماس گرفت و بعد از چند نوبت صحبت درخواست مشاوره حضوری داشت که به کلینیک روانشناختی مراجعه کرد، ظاهر دختر مرتب و بدون آرایش بود، رنگ و روی دختر پریده و هنگام صحبت کردن تماس چشمی برقرار نمیکرد و تلاش برای پنهان کردن موضوع آزار جنسی را داشت و بعد از هر جمله‌ای اشک در چشمانش حلقه میزد، استرس و اضطرابش تا حدی بود که دستان و پاهایش را تکان میداد و لبهایش را میگزید، در هنگام مصاحبه بین حرفهایش آه بلندی میکشید و از کمبود اکسیژن در اتاق مشاوره شکایت داشت. در جلسه اول مشاوره استفاده از مکانیزمهای دفاعی و رنج هیجانی مانع از برقراری ارتباط شد و بعد از 20 دقیقه به علت مشکل تنفسی جلسه درمان قطع شد و در جلسه دوم روانشناس توانست مقاومت مراجع را بشکند و مراجع هنگام صحبت کردن از آزارهای جنسی که در محل کار ایجاد شده بود شکایت کرد و احساس بی کفایتی، بی لیاقتی داشت و افسردگی وی تا حدی بود که افکار خودکشی داشت ولی همچنان به سرکار میرفت.

در ابتدا بعد از مشاوره از مراجع خواسته شد که دنبال کار دیگری باشد و به فکر استعفا از محیط کار فعلی شود که خوشبختانه به علت سابقه کاری در طی 5 روز کار مناسبی در شرکت نیمه خصوصی پیدا کرد که حقوق پایینتری نسبت به محل کار قبلی داشت ولی امنیت اخلاقی بالاتری را داشت و شغل جدید تا حد زیادی روحیه او را بهبود بخشید ولیکن او از نزدیک شدن به دیگران اضطراب داشت و همچنان خود را لایق نمیدانست. بعد از تصمیم دوطرفه بین مراجع و مشاوره تصمیم بر این شد که درمان

فراشناختی انجام شود و در کنار آن فرم ها و پرسشنامه ها کامل گردد و مراجع رضایت خود را مبنی بر انتشار نتایج پژوهش اعلام کرد.

ابزار پژوهش

پرسشنامه حرمت نفس کوپراسمیت (1967)، این مقیاس به منظور سنجش بازخورد نسبت به خود در قلمروهای اجتماعی، خانوادگی، آموزشی و شخصی فراهم شده است که شامل 58 ماده است که احساسات، عقاید یا واکنش های فرد را توصیف میکند، زیر مقیاسهای آن عبارتند از: مقیاس عمومی 26 ماده، مقیاس اجتماعی 8 ماده، مقیاس خانوادگی 8 ماده، مقیاس آموزشی 8 ماده و مقیاس دروغ 8 ماده (18). نمرات زیر مقیاسها و همچنین نمره ی کلی، امکان مشخص کردن زمینه ای را که در آن افراد واجد تصویر مثبتی از خود هستند، فراهم میسازد. هرز و گولن (19) ضریب آلفای 0/88 را برای نمره کلی آزمون گزارش کرده اند. ضریب اعتبار این آزمون در ایران با فاصله چهار هفته و دوازده روز به ترتیب 0/77 و 0/80 گزارش شده است. ضریب همسانی دورنی گزارش شده بین 0/89 تا 0/83 در مطالعات مختلف متغیر بوده است (20).

مقیاس تکانشگری بارت: این پرسشنامه، ابزار مناسبی برای سنجش انواع رفتارهای تکانشی می باشد. نسخه یازدهم این پرسش نامه توسط بارت در سال 1994 ساخته شده است که دارای 30 پرسش چهارگزینه ای میباشد، که سه عامل تکانشگری شناختی (شامل گرفتن تصمیم های شناختی) تکانشگری حرکتی (شامل عمل کردن بدون فکر میباشد) و بی برنامه گی (به صورت جهت یابی آنی یا فقدان آینده نگری مشخص میشود) را ارزیابی میکند. ساختار پرسش های گردآوری شده، نشان دهنده ابعادی از تصمیم گیری شتاب زده و فقدان دوراندیشی است (21). ترجمه فارسی مقیاس تکانشگری بارت که توسط اختیاری و همکاران در سال 1387 صورت گرفته و از نظر روایی و پایایی در حد مطلوبی است (22). میزان پایایی به دست آمده در این بررسی 0/83 است که از یافته های گزارش شده توسط بارت و همکاران (21). در نسخه انگلیسی حدود (0/81) و نسخه های دیگر مانند نسخه ایتالیایی (0/79) بهتر بوده است و ضریب آلفای کرونباخ بین 0/40 تا 0/83 برآورده شده است (به نقل از 22).

پرسشنامه افسردگی فارسی بک ویراست دوم: از جمله مناسبترین ابزارها برای انعکاس افسردگی است (23) این پرسشنامه دارای 21 ماده است که علائم جسمانی، رفتاری و شناختی افسردگی را اندازه گیری میکند. هر ماده دارای 4 گزینه است که درجات مختلفی از افسردگی را از خفیف تا شدید تعیین می کند. این پرسشنامه بیشتر به سنجش ویژگی های روانشناختی افسردگی می پردازد، تا ناراحتی های جسمانی و فیزیولوژیک و با پرسشنامه همیلتن 0/75 همبستگی دارد. 21 ماده پرسشنامه افسردگی بک در 3 گروه نشانه های عاطفی، نشانه های شناختی و نشانه های جسمانی طبقه بندی می شوند. نتایج فراتحلیل انجام شده در مورد پرسشنامه افسردگی بک حاکی از آنست که ضریب همسانی دورنی آن بین 0/73 تا 0/93 با میانگین 0/86 است و ضریب آلفا برای گروه بیمار 0/86 و غیربیمار 0/81 گزارش کرده اند. در یک بررسی بر روی دانشجویان دانشگاه تهران و دانشگاه علامه طباطبائی که جهت بررسی اعتبار و روایی پرسشنامه افسردگی بک ویرایش دوم بر روی جمعیت ایرانی انجام گرفت، نتایج بیانگر آلفای کرونباخ 0/78 و اعتبار بازآزمایی به فاصله دو هفته، 0/73 بود (24).

پرسشنامه ی اضطراب بک: آزمون اضطراب بک در سال 1988 ساخته شده است. این آزمون شامل 21 نشانه و علامت از اضطراب است. آزمودنی میبایست به این آیتمها پاسخ دهد. شدید، متوسط، خفیف، هرگز به صورت که این گزینه ها به ترتیب 0 1 2 3 نمره گذاری میشوند. در این آزمون، نمره ی صفر تا 23 نشانه ی اضطراب خفیف، نمره ی 24 تا 28 نشانه ی اضطراب متوسط،

نمره‌ی بالاتر از 29 نشانه‌ی اضطراب مرضی است. آزمون اضطراب بک در ایران توسط لطفعلیزاده و قمری گیوی به فارسی برگردانده شده است. ضریب همبستگی این آزمون با مؤلفه‌های فیزیولوژیکی 0/89 بدست آمده است (20).

مقیاس تجدید نظر شده تأثیر رویداد وایس و مارمر: این پرسشنامه دارای 22 سوال بوده و هدف آن ارزیابی ابعاد درماندگی ذهنی به هنگام مواجهه با رویدادهای خاص در زندگی (اجتناب، افکار ناخواسته، و بیش‌انگیزگی) است. از نظر روایی پیشین و محتوا طبق یافته‌های وایس و مارمر (1997)، خرده‌مقیاس بیش‌انگیزگی در ارتباط با تروما از روایی پیشین خوبی برخوردار است و خرده‌مقیاسهای افکار ناخواسته و اجتناب که ماده‌های IES (فرم اصلی) می‌باشند از نظر محتوا تا 0/85 حمایت شدند. همچنین، در پژوهش وایس و مارمر (1997)، پایایی پرسشنامه یا قابلیت اعتماد آن با استفاده از روش اندازه‌گیری آلفای کرونباخ محاسبه شد. معمولاً دامنه ضریب اعتماد آلفای کرونباخ از صفر (0) به معنای عدم پایداری، تا مثبت یک (+1) به معنای پایایی کامل قرار می‌گیرد و هر چه مقدار بدست آمده به عدد مثبت یک نزدیکتر باشد قابلیت اعتماد پرسشنامه بیشتر می‌شود (25).

پرسشنامه نظم جویی شناختی هیجان گارنفسکی و همکاران (2001) . این پرسشنامه دارای 36 سوال بوده و هدف آن سنجش خرده‌مقیاس‌های نظم‌جویی‌شناختی هیجان (ملامت خویش، پذیرش، نشخوارگری، تمرکز مجدد مثبت، تمرکز مجدد بر برنامه ریزی، ارزیابی مجدد مثبت، دیدگاه‌گیری، فاجعه‌سازی، ملامت دیگران) است. این پرسش‌نامه توسط گارنفسکی و همکاران (26) به منظور ارزیابی راهبردهای شناختی که هر فرد بعد از تجربه رخداد‌های تهدیدکننده یا استرس‌های زندگی به کار می‌برد ابداع شده است. در بررسی مشخصات روان‌سنجی آزمون گارنفسکی و همکاران پایایی آزمون را با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ به ترتیب برابر با 0/91، 0/87، 0/93 به دست آوردند (26). در ایران نیز روایی آزمون از طریق همبستگی نمره کل با نمرات خرده‌مقیاس‌ها آزمون بررسی شد که دامنه‌ی آن از 0/40 تا 0/68 با میانگین 0/56 را دربر می‌گرفت که همگی آن‌ها معنادار بودند. در سال 1382 پایایی پرسشنامه در فرهنگ ایرانی توسط یوسفی با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای کل مقیاس‌های شناختی 0/82 گزارش شده است.

آموزش درمان فراشناختی، این درمان برای 8 هفته برنامه ریزی شد که طول هر جلسه 60 دقیقه بود. این درمان بر مبنای پروتکل درمان ولز (27) آموزش داده شد.

یافته‌ها

در جداول شماره 1 تا 3، نمرات پیش‌آزمون، پس‌آزمون مراجع در مقیاس‌های حرمت‌نفس، تکانشگری، خودآسیبی، افسردگی، اضطراب، نشخوار فکری، نظم جویی هیجانی و زیرمقیاس‌های آن مورد مقایسه قرار گرفته است و در پایان میزان اثربخشی درمان با استفاده از فرمول میانگین 1- میانگین 2 تقسیم بر میانگین انحراف معیارها در هر یک از متغیرها بررسی شد.

جدول 1: مقایسه نمرات مراجع تحت‌درمان فراشناختی در مقیاس‌های حرمت‌نفس، تکانشگری و زیرمقیاس‌های آن در پیش‌آزمون، پس‌آزمون و میزان اثربخشی درمان

متغیرها	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	میزان اثربخشی	پیگیری	میزان اثربخشی
					میزان اثربخشی
					پس از پیگیری

0/86	18	0/81	17	11	عمومی	
0/63	5	0/63	5	3	خانوادگی	حرمت
0/39	5	0/32	4	3	اجتماعی	نفس
0/79	4	0/79	5	2	شغلی/تحصیل	
0/80	16	0/80	16	28	شناختی	
0/67	12	0/67	16	24	حرکتی	تکانشگری
0/80	20	0/80	20	32	بی برنامه‌گی	

نتایج جدول شماره 1 حاکی از اثربخشی درمان فراشناختی بر متغیرهای مورد استفاده است. در مقیاس عزت نفس (حرمت نفس) نمره کلی عزت نفس 19 بود که نشانگر عزت نفس ضعیف است که بعد از درمان به 31 رسید که در حد متوسط بود. در متغیر تکانشگری نمره کل 84 بود که نشانگر بالا بودن تکانشگری بود که بعد از درمان به 52 کاهش پیدا کرد.

جدول 2: مقایسه نمرات مراجع تحت درمان فراشناختی در مقیاس‌های افسردگی، اضطراب و زیرمقیاس‌های آن در پیش آزمون، پس آزمون و میزان اثربخشی درمان

متغیرها	پیش آزمون	پس آزمون	میزان اثربخشی	پیگیری	میزان اثربخشی پس از پیگیری
عاطفی	18	15	0/43	12	0/51
افسردگی	15	6	0/79	9	0/61
شناختی	12	6	0/53	6	0/53
جسمانی	15	6	0/79	6	0/79
ذهنی	9	6	0/42	3	0/87
اضطراب	15	9	0/33	6	0/41
بدنی					
هراس					

با توجه نمره های جدول شماره 2 میتوان گفت متغیرهای افسردگی و اضطراب بعد از درمان فراشناختی بهبود پیدا کرده و این بهبودی در دوره پیگیری نیز پایدار بود.

جدول 3: مقایسه نمرات مراجع تحت درمان فراشناختی در مقیاس‌های درماندگی ذهنی و نظم‌جویی هیجانی و زیرمقیاس‌های آن در پیش آزمون، پس آزمون و میزان اثربخشی درمان

متغیرها	پیش آزمون	پس آزمون	میزان اثربخشی	پیگیری	میزان اثربخشی پس از پیگیری
اجتناب	11	7	0/43	8	0/37
درماندگی	26	19	0/49	18	0/58
افکار ناخواسته	22	18	0/43	16	0/55
بیش‌انگیزگی	20	12	0/56	13	0/49
ملامت خویش	20	11	0/62	10	0/58
پذیرش	16	9	0/56	9	0/56
نشخوارگری	5	11	0/67	12	0/73
تمرکز مجدد مثبت					

0/41	10	0/48	11	7	تمرکز مجدد برنامه ریزی	نظم جویی
0/39	9	0/39	9	6	ارزیابی مجدد مثبت	هیجانی
0/79	13	0/73	12	5	دیدگاه گیری	
0/68	11	0/49	13	18	فاجعه سازی	
0/64	6	0/31	11	9	ملامت دیگران	

نتایج جدول شماره 3 حاکی از اثربخشی درمان فراشناختی بر متغیرهای نشخوار فکری و نظم جویی هیجانی بود.

یافته‌ها

نتایج پژوهش نشان داد درمان فراشناختی موجب بهبود سلامت روانی و کاهش شدت علائم اختلال تنیدگی پس از سانحه (سواستفاده جنسی)، حرمت نفس، تکانشگری، خودآسیبی، افسردگی، اضطراب، نشخوار فکری، نظم جویی هیجان موثر است.

فراشناخت یک مفهوم چند وجهی است. این مفهوم در برگزیده ی دانش، فرآیندها و راهبردهایی است که شناخت را ارزیابی، نظارت یا کنترل میکنند (28؛ به نقل از 29). مدل فراشناختی اختلال افسردگی، نشخوار فکری را ویژگی مهم افسردگی معرفی میکند و هدف درمان فراشناختی درک علل نشخوار فکری و حذف این فرآیند ناسازگارانه است (30). این مدل فرض میکند که افراد آسیبپذیر نسبت به افسردگی اقدام به نگرانی و تفکر نشخوارانه راجع به کارکرد باورها و فراشناختهای زیربنایی میکنند. در درمان فراشناختی نشخوار فکری، مشخصه ی اصلی اختلالات روانی از قبیل افسردگی در نظر گرفته شده است، بنابراین برای کاهش علائم افسردگی بر حذف نشخوار تاکید شده است. ولز معتقد است در مدل فراشناختی درمان افسردگی میبایست چرخه ی نشخوار افراد را مورد حمله قرار داد (28؛ به نقل از 30).

این رویکرد درمانی در درک علل و درمان اختلالاتی مانند اضطراب فراگیر (12)، استرس پس از سانحه (13)، وسواس فکری و عملی (14)، اضطراب اجتماعی (15) و افسردگی (12) موفق بوده است (به نقل از، 11). علاوه بر این، پژوهشها نشان داده است که باورهای فراشناختی با افسردگی، سایکوز، اختلال استرس پس از سانحه، الکلیسم، علائم اختلال وسواس، وابستگی به سیگار، اضطراب امتحان (29) ارتباط دارند.

درمان فراشناختی در متغیر حرمت نفس موجب افزایش 9 نمره شد و در متغیر تکانشگری موجب کاهش 32 نمره شد که در دوره پیگیری نیز کاهش 4 نمره ای داشت.

در متغیرهای افسردگی و اضطراب موجب کاهش 18 نمره ای شد. نتایج حاصل از این پژوهش با نتایج پژوهشهای بانهوفر و همکاران (31)، ولز و همکاران (12)، برگرسن، فوسیل، سانرهاگن و چانک (32)، تیزدل و همکاران (33)، فنل (34)، هاشمی و همکاران (35)، به نقل از (30)، حسنوندی، ولیزاده و مهرابی زاده هنرمند (30) همسوست. با این تفاوت که درمان فراشناختی در این پژوهشها به صورت گروهی انجام گرفت و درمان فعلی به صورت فعلی بود.

در متغیرهای درماندگی ذهنی درمان فراشناختی موجب بهبود بیشتر افکار ناخواسته، بیش برانگیختگی و اجتناب به ترتیب شد. همانطور که در پژوهشها نشان داده شده است، افسردگی با مواردی از قبیل نشخوار فکری و فراشناختهای مثبت و منفی همراه است. از این رو اگر درمان روی مولفه‌هایی از قبیل کاهش نشخوارهای فکری و تغییر فراشناختها گام بردارد میتواند علائم افسردگی را کاهش دهد (36، به نقل از 30). همچنین موجب بهبود نظم جویی هیجانی در مراجع شد.

از نوآوری های صورت گرفته در این پژوهش این است که آموزش درمان فراشناختی بر افسردگی، اضطراب و علائم اختلال تنیدگی پس از سانحه (سواستفاده جنسی)، بصورت فردی آموزش داده شد و تعامل گروههای همانند باعث کاهش هیجان و درد ناشی از مشکل میشود.

یافته های پژوهش حاضر، به طور بالقوه تلویحات کاربردی مهمی برای ارتقای سلامت روانی افراد دچار رنجهای هیجانی و پیشگیری از بروز اختلالات خلقی، هیجانی و استرس را نشان داد. در تفسیر و نتیجه گیری از یافته های پژوهش حاضر لازم است به محدودیتهایی مانند کوچک بودن نمونه های مورد مطالعه، و نبود گروه کنترل توجه شود. براین اساس برای نتیجه گیری نهایی تکرار مطالعات موردی متعدد یا انجام پژوهش های تجربی با گروه کنترل و نمونه وسیع پیشنهاد میشود.

نتیجه گیری

این پژوهش نشان داد که درمان فراشناختی موجب بهبود حرمت نفس، تکانشگری، خودآسیبی، افسردگی، اضطراب، نشخوار فکری یا درماندگی ذهنی، نظم‌جویی هیجانی در دختر دچار آزار جنسی با استفاده از طرح تک موردی است و با توجه به اثربخشی درمان فراشناختی در بهبود عملکرد سلامت روان، این راهبرد میتواند به عنوان بخشی از درمان بیماران به صورت یک برنامه دائم اجرا شود.

Global Conference

on

New Horizons in
Humanities, Future Studies
and Empowerment

2016 January 28

تقدیر و تشکر

نویسندگان مقاله وظیفه خود می‌دانند از تمامی شرکت‌کنندگان در پژوهش و کلیه همکاران بهزیستی کمال سپاسگزاری را داشته‌باشند.

Reference

1. Esmailinasab M. Sexual harassment in workplace. Monthly magazine of Sepide danayi. 1(2):44-51. [Persian]
2. Kenig S, Ryan J. Sex differences in levels of tolerance and attribution of blame for sexual harassment on a university campus. *Sex Roles* 2002., 15: 535–549
3. Behzadfar F, Eskandari H, Golzari M, Khani H, Zamani N. The relationship between demographic factors and the incidence of sexual harassment of working women. *Accept in Journal of Research & Health Social Development & Health Promotion Research Center* May 2015.
4. Gidenz B. Focus groups, feminist research and farm women: opportunities for empowerment in rural social research. *Journal of Rural Studies* 1987., 18: 339–351
5. Dodge KA, Pettit GS. A bio psychosocial model of the development of chronic conduct problems in adolescence. *Developmental Psychology* 2003., 39: 349–371.
6. Rospenda KM. Sexual and non-sexual harassment as interpersonal conflict stressors in the workplace: Effects on job, mental health, and physical health outcomes. Unpublished doctoral dissertation. DePaul University Chicago, 1998.
7. Dusti A, Sayadifar M. Sexual harassment in the workplace, black reality. *Journal of Trust*, 2005., 16:37-56 [Persian]
8. Heydari chorudeh M. Sociological analysis of the behavior of victims of violence and its association with violent behavior against them. Master's thesis Shahid Beheshti university, 2009. [Persian]
9. Tajmohammadi P. sexual harassment in the workplace. *Nasir Boshehr Site Weekly*, 2006. [Persian]
10. Behzadfar F, Eskandari H, Golzari M, Khani H, Zamani N. Studying Attachment Style and Personality Traits for Employed Women Sexual Harassment at Tehran City. *Submission in Health psychology*, 2015.
11. Hasanvandi S, Valizadeh M, Mehrabizadeh Honarmand M. Effect of group metacognitive therapy on depression symptoms and rumination. *Journal of Fundamentals of Mental Health* 2013; 15(1): 71-81.
12. Wells A, Welford M, Fraser J, King P, Mendel E, Wisely J. chronic treated with metacognitive therapy: An open trial. *Cogn Behav Pract* 2008; 15(2): 85-92.
13. Wells A, Sembi S. Metacognitive therapy for PTSD: A preliminary investigation of a new brief treatment. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 2004; 35(3): 307-18.
14. Fisher P L, Wells A. Metacognitive therapy for obsessive-compulsive disorder: A case series. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 2008; 39(2): 117-32.
15. Wells A, Papageorgiou C. Brief cognitive therapy for social phobia: A case series. *Behaviour Research and Therapy* 2001; 39(2): 713–720.
16. Wells A, Sembi S. Metacognitive therapy for PTSD: A core treatment manual. *Cogn Behav Pract*. 2004; 11(4):365-77.
17. Vakili Y, Fata L, Habibi M. Effectiveness of Metacognitive Therapy in Patients with Post-Traumatic Stress Disorder: Three Case Studies. *Journal of Clinical Psychology* 2014; 4(20): 1-9
18. Coopersmith S. The antecedents of self-esteem. Freeman and Company San Francisco 1967.
19. Herz L, Gullone E. The relationship between self esteem and parenting style. *Journal of Cross Cultural Psychology*. 1999: 30(6); 742-761.
20. Fathiashtiani A, Dadsetan M. Psychological Tests personality and Mental Health. Besat population; 2008
21. Barratt E, Stanford MS, Kent TA, and Felthous A. Neuropsychological and cognitive psychophysiology substrates of impulsive aggression. *Biological Psychiatry* 2004; 41: 1045-1061.
22. Ekhtiari H, Rezvanfard M, Mokri A. Impulsivity and its Different Assessment Tools: A Review of View Points and Conducted Researches. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology* 2008; 14(3): 247-257.
23. Beck AT, Steer RA, Brown GK. Manual for the beck depression inventory-II. San Antonio, TX: The psychological corporation 2000.

24. Fata L, Birashk B, Atef-Vahid MK, Dobson KS. Meaning assignment structures/ schemas, emotional states and cognitive processing of emotional information: Comparison of two conceptual frameworks. *Iranian J psychiatry Clin psychol*, 2005; 11 (3), 312- 326. [Persian].
25. Weiss D, Marmar C. The Impact of Event Scale Revised. In J. Wilson & T. Keane (Eds), *Assessing psychological trauma and PTSD*. New York: Guilford .1997.
26. Garnefski, N, Kraaij V & Spinhoven, Ph. Negative life events, cognitive emotion regulation and depression. *Personality and Individual Differences*. 2001; 30: 1311-1327.
27. Wells A. *Metacognitive therapy for anxiety and depression*. New York: The Guilford Press 2009.
28. Wells A. *Emotional disorders and metacognition: Innovative cognitive therapy*. 1st ed. Chichester: Wiley and sons; 2000: 14-54.
29. Ashoori A, Vakili Y, Ben Saeed S, Noei Z. Metacognitive beliefs and general health among college students. *Journal of Fundamentals of Mental Health* 2009; 11(1): 15-20.
30. Hasanvandi S, Valizadeh M, Mehrabizadeh Honarmand M. Effect of group metacognitive therapy on depression symptoms and rumination. *Journal of Fundamentals of Mental Health* 2013; 15(1): 71-81.
31. Banhofer T, Crane C, Harguse E, Amrasinghe M, Winder R, Williams JMG. Mindfulness- based cognitive therapy as a treatment for chronic depression: A preliminary study. *Behav Res Ther* 2009; 47(3): 366-73.
32. Bergersen H, Foslie F, Sunnerhagen KS, Schank AK. Anxiety, depression, and psychological well-being 2 to 5 years post stroke. *J Stroke Cerebrovasc Dis* 2011; 23(2): 1-6.
33. Teasdale JD, Moore RG, Hayhurst H, Pope M, Williams S, Segal ZV. Metacognitive awareness and prevention of relapse in depression: empirical evidence. *J Consult Clin Psychol* 2002; 70(2): 275- 87.
34. Fennel MJV. Depression, low-esteem and mindfulness. *Behav Res Ther* 2004; 42(2):1053-67.
35. Hashemi Z, Mohammadaliloo M, Nosratabad T. Effectiveness of metacognitive therapy on major depression disorder: Case study. *Clin Psychol* 2010; 12(3): 85-97.
36. Nolen-Hoeksema S. Ruminative coping with depression. In: Hechousem J, Dweck CS. (editors). *Motivation and self-regulation across the life span*. New York: Cambridge University; 1999: 237-56.