

Research Article

Comparing the Effectiveness of Self-determination Skills Training and Affect Phobia Therapy on the Meta-Emotional and Mental Toughness in Adolescent Girls with Sexual Abuse Experience

Authors

FatemehDafeian^{1*} ZahraYousefi²

1. Ph.D Student, Department of Psychology, Ardakan University, Yazd, Iran. (Corresponding Author) fatemehdafeian1377@gmail.com

2. Assistant Professor, Group Psychology, Faculty of Educational Sciences and Psychology, Islamic Azad University, Khorasgan Branch, Isfahan, Iran. z.yousefi@khuisf.ac.ir

Abstract

Receive Date:
00/00/0000

Accept Date:
00/00/0000



Introduction: Sexual Abuse of children and adolescents is one of the important concerns of public health, which brings negative family-social-cultural consequences. The aim of the present study was to comparing the effectiveness of self-determination skills training and affect phobia therapy on the meta-emotional and mental toughness in adolescent girls with sexual abuse experience.

Method: This study was a semi-experimental type with a pre-test and post-test design with a control group and a two-month follow-up. The statistical population include Adolescent Girls with Sexual Abuse Experience Isfahan in 2023. 45 of them were selected by available sampling method and then randomly replaced in to three grope. Data collection tools were meta-emotional Mitmansgraber questionnaire (2009) and Clough mental toughness questionnaire (2002). The first experimental group underwent ten sessions of self-determination skills training of the Field and Hoffman (1994) and the second experimental group underwent eight sessions of treatment affect phobia of the McCullough protocol (2003). The control group was also placed on the waiting list. Data analysis was done using SPSS-23 and statistical methods of ANOVA with repeated measures.

Result: The findings showed that the age mean of the three groups of self-determination skill training, affect phobia therapy and the control group were 15.2, 16.5 & 15.7, and the members of all three groups were comparable and homogeneous. The findings also showed that both interventions self-determination skills training and affect phobia therapy were effective in meta-emotional and mental toughness of adolescent girls with sexual abuse experience in the post-test and follow-up phase ($P < 0.05$). But only affect phobia therapy is effective in improving negative emotions. There was a significant difference between the two experimental groups in the effectiveness of the type of treatment on people's over-excitement and mental strength, and the affect phobia therapy was more effective than the self-determination skills training.

Discussion and Conclusion: Based on this, it can be concluded the these two treatment methods are effective in improving the mental health adolescent girls with sexual abuse experience and affect phobia therapy is more effective. Therefore, these treatments can be used as complementary treatments to reduce psychological problems in adolescent girls with sexual abuse experience.

Keywords

Affect Phobia Therapy, Meta-Emotional, Mental Toughness, Self-determination Skills Training, Sexual Abuse.

Corresponding Author's E-mail

fatemehdafeian1377@gmail.com

آدرس پست الکترونیکی نویسنده مسئول

مقایسه اثربخشی آموزش مهارت‌های خودتعیین‌گری و درمان عاطفه‌هراسی بر فراهیجان و استحکام روانی دختران نوجوان با تجربه سو استفاده جنسی

نویسندگان

فاطمه دافعیان^{۳*}، زهرا یوسفی^۴

۱. نویسنده مسئول: دانشجوی دکترا روانشناسی، دانشگاه اردکان، یزد، ایران.

fatemehdafaian1377@gmail.com

2. استادیار، گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد خوراسگان، اصفهان، ایران.

z.yousefi@khuisf.ac.ir

چکیده

مقدمه: سو استفاده جنسی از کودکان و نوجوانان یکی از نگرانی‌های مهم بهداشت عمومی است که طیف وسیعی از پیامدهای نامطلوب اجتماعی-فرهنگی-خانوادگی را به همراه دارد. هدف پژوهش حاضر مقایسه اثربخشی آموزش مهارت‌های خودتعیین‌گری و درمان عاطفه‌هراسی بر فراهیجان و استحکام روانی دختران نوجوان با تجربه سو استفاده جنسی بود.

روش: این مطالعه از نوع نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون همراه با گروه گواه با مرحله پیگیری دو ماهه بود. جامعه آماری شامل کلیه دختران نوجوان با تجربه سو استفاده جنسی شهر اصفهان در سال 1402 بودند. تعداد 45 نفر از آنان با روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شده و سپس با جایگزینی تصادفی در سه گروه قرار گرفتند. ابزارهای گردآوری داده‌ها، پرسشنامه‌ی فراهیجان میتمنسرگرابر (2009) و پرسشنامه‌ی استحکام روانی کلاف و همکاران (2002) بود. گروه آزمایش اول تحت آموزش ده جلسه‌ای مهارت‌های خودتعیین‌گری پروتکل فیلد و هافمن (1994) و گروه آزمایش دوم تحت آموزش هشت جلسه‌ای درمان عاطفه‌هراسی پروتکل مک کالو (2003) قرار گرفتند. گروه گواه نیز در لیست انتظار قرار گرفتند. داده‌ها با استفاده از SPSS-23 و روش آماری تحلیل واریانس آمیخته با اندازه‌گیری مکرر مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

نتایج: یافته‌ها نشان داد میانگین سنی در گروه آموزش مهارت‌خودتعیین‌گری، عاطفه‌هراسی و گروه گواه، به ترتیب 15/2، 16/5 و 15/7 بود که اعضای هر سه گروه با هم قابل قیاس و همگن بودند. همچنین یافته‌ها نشان داد هر دو مداخله آموزش مهارت‌های خودتعیین‌گری و درمان عاطفه‌هراسی در افزایش فراهیجان مثبت و استحکام روانی دختران نوجوان با تجربه سو استفاده جنسی در مرحله پس‌آزمون و پیگیری موثر بوده‌اند ($p < 0/05$) اما فقط درمان عاطفه‌هراسی در بهبود فراهیجان منفی موثر است. بین دو گروه آزمایش تفاوت معناداری در اثربخشی درمان بر

تاریخ دریافت:
....../.../..

تاریخ پذیرش:
....../.../..



فراهیجان و استحکام روانی افراد وجود داشت و درمان عاطفه‌هراسی نسبت به آموزش مهارت‌های خودتعیین‌گری اثربخش‌تر بوده است.

بحث و نتیجه‌گیری: با توجه به یافته‌ها می‌توان نتیجه گرفت که این دو روش درمانی (درمان عاطفه‌هراسی و آموزش مهارت خودتعیین‌گری) در بهبود مولفه‌های روانشناختی دختران نوجوان با تجربه سو استفاده جنسی موثر محسوب می‌شوند و درمان عاطفه‌هراسی در بهبود مولفه‌های روانشناختی فراهیجان و استحکام روانی این افراد موثرتر می‌باشد. لذا از این درمان‌ها می‌توان به عنوان مکمل جهت کاهش مشکلات روانشناختی دختران با تجربه سو استفاده جنسی به‌کار گرفته شوند

استحکام روانی، سو استفاده جنسی، عاطفه‌هراسی، فراهیجان، مهارت‌های خودتعیین‌گری.

کلیدواژه‌ها

fatemehdafeian1377@gmail.com

پست الکترونیکی
نویسنده مسئول

آدرس پست الکترونیکی نویسنده مسئول

توضیح طرح پژوهشی با ذکر مرکز / موسسه تامین کننده

مقدمه

یکی از پیامدهای مهم در افرادی که دچار سو استفاده جنسی شده‌اند، تجربه هیجانات منفی دردناک ناشی از رویداد تروماتیک است. منظور از فراهیجان، هیجاناتی هستند که در مورد هیجانات خود داریم. به عبارتی، فراهیجان، آگاهی از مجموعه‌ای از هیجان‌ها یا احساس‌های فرد است که برای توصیف خود از آن‌ها استفاده می‌کنیم. این سازه‌های هیجانی را در برمی‌گیرد که در پاسخ به هیجان‌های دیگر رخ می‌دهد (9). فراهیجان‌ها به دو بعد مثبت (شامل فراشفقت و فراعلاقه) و فراهیجان منفی (شامل فراخشم، فراشرم، فراکنترل فکر و فرابازداری هیجان) تقسیم می‌شود. به عنوان مثال، فراخشم و فرااضطراب، ناتوانی فرد در پذیرش هیجانات خود را منعکس می‌کند و فراهیجان مثبت مثل فراعلاقه، بیانگر قابلیت فرد در پذیرش هیجانات خود و بهزیستی بالاتر می‌باشد (10). از این رو، راهبردهای فراشناختی هیجان، بر نحوه تفکر افراد پس از بروز یک تجربه منفی یا واقعه آسیب‌زا، تاثیر می‌گذارد (11). هنگامی که فرد با یک موقعیت رو به رو می‌شود، نیاز دارد که در این لحظات بهترین کارکرد شناختی را داشته باشد تا هیجان‌های خود را کنترل کند (12).

یکی دیگر از سازه‌های همگام با سلامت روانشناختی نوجوانان آسیب دیده سو استفاده جنسی، استحکام روانی است. استحکام روانی مجموعه‌ای از نگرش‌ها، احساسات و رفتارهایی تعریف شده است که شما را قادر می‌سازد با پشتکار و تلاش بر هر گونه مانع، سختی یا فشاری غلبه کنید و فرد توانایی افزایش برتری خود در لحظات بحرانی را دارد (13).

کودکان و نوجوان سرمایه‌های پر برکت امروز و فردای هر جامعه‌ای هستند و سلامت روان آن‌ها از ارکان اصلی هر جامعه‌ای است (1). آزار و سو استفاده جنسی یک مشکل عمده است که کلیه کودکان و نوجوانان را در برمی‌گیرد و مطالعات تخمین زده‌اند که از هر 10 فرد زیر 18 سال، 1 فرد مورد آزار جنسی قرار می‌گیرد که نسبت آن در دختران 1 به 7 و در پسران 1 به 25 می‌باشد (2 و 3). سو استفاده از کودکان و نوجوانان یک مشکل جهانی است که شیوع آن در کشورهای در حال توسعه در مقایسه با کشورهای توسعه یافته بیشتر است (4) و عواقب جدی و مادام‌العمر با خود به همراه دارد که می‌تواند تاثیرات روانی، شناختی، رفتاری، اجتماعی و عصب‌شناختی زیادی را بر کودکان و نوجوان به‌جای گذارد (5). به عنوان مثال، افسردگی، افکار خودکشی و اقدام به خودکشی، وابستگی به مواد، رفتارهای پرخطر جنسی از جمله پیامدهای ناشی از سوء استفاده جنسی از کودکان و نوجوانان می‌باشد (6). در واقع، سو استفاده از کودکان و نوجوانان در همه اشکالش باعث کاهش حس خود ارزشمندی در فرد شده و در عین حال رشد اجتماعی، هوشی، تحصیلی و خودمختاری فرد را تحت تاثیر قرار می‌دهد (7). در مطالعه‌ای قاضی زاده و همکاران (8) نشان دادند که درمان شناختی رفتاری متمرکز بر تروما می‌تواند بر بهبود نشانگان اختلال تنیدگی پس از سانحه در کودکان با تجربه سوء استفاده جنسی اثرگذار باشد.

قربانیان سو استفاده جنسی در زمینه‌های آگاهی و ادراک هیجانات و استحکام ابعاد روانی خود نیازمند توجه و آموزش هستند. در این زمینه، برخی از برنامه‌های آموزشی می‌تواند در بهبود توانمندی‌های شناختی و هیجانی این افراد مثر ثمر باشد. یکی از مهم‌ترین درمان‌ها، برنامه آموزش مهارت-های خودتعیین‌گری (23) می‌باشد. فایلد و هافمن³ (2005) خودتعیین‌گری را توانایی تشخیص و کسب هدف بر مبنای شناخت و ارزشمند دانستن خود تعریف می‌کنند. بر طبق تئوری خودتعیین‌گری، همه رفتارها با ملاحظه میزان احساس خودمختاری یا خودتعیین‌گریشان تغییر می‌کنند و متفاوت هستند؛ تفاوت‌هایی که با نتایج کارکردی متفاوت، در ارتباط است (23). چراکه یکی از فرضیات خودتعیین‌گری این است که رفتارها می‌توانند در یک ردیف متوالی از احساسات برای حس خودمختاری کامل و خودتعیین‌گری تا کنترل کامل و عدم خودتعیین‌گری قرار بگیرند (24).

خودتعیین‌گری در واقع مجموعه‌ای از رفتارها و مهارت-هایی است که از محیط‌های خانه و اجتماعی ناشی می‌شود و افراد را قادر می‌سازد در زندگی به‌طور مستقل، تصمیم‌گیری کرده و مشکلات خود را حل و فصل نمایند (25). این آموزش می‌تواند با تحت تاثیر قرار دادن مفاهیم مختلف روانشناختی از جمله افکار خودآیند منفی، استحکام روانی، حل مسئله و ادراک هیجانات مثبت و منفی، روان انسان‌ها را تحت تاثیر قرار داده و بهبود ببخشد (26). پژوهش‌گران نشان دادند آموزش خودتعیین‌گری بر افزایش بهزیستی روانشناختی و انگیزش درونی افراد، تاثیر معنی‌داری دارد (27) و (28). در مطالعه‌ای تحت عنوان مقایسه اثربخشی آموزش مهارت‌های خودتعیین‌گری و آموزش کیفیت زندگی اسلامی بر تاب‌آوری و بهزیستی روانشناختی بیماران روانی مزمن، نشان داده شد که این دو درمان می‌تواند بر تاب‌آوری و بهزیستی روانشناختی این افراد بسیار موثر باشد (29)، اما اثربخشی آموزش کیفیت زندگی اسلامی بیشتر از آموزش مهارت‌های خودتعیین‌گری است و نیز در پژوهشی دیگر نشان داده شد که آموزش مهارت‌های خودتعیین‌گری بر بهبود نیازهای روانشناختی بنیادی دانش‌آموزان با مشکلات رفتاری برونی-ساز شده تاثیر معناداری دارد (30). بنابراین به نظر می‌رسد استفاده از درمان خودتعیین‌گری که به دنبال آن است

درواقع، استحکام روانی، توانایی دستیابی به اهداف شخصی در برابر فشار طیف وسیعی از عوامل استرس‌زا است که فرد با وجود چالش‌های روزمره و همچنین نگرانی‌های قابل ملاحظه، سطح بالایی از همسانی را از لحاظ ذهنی به نمایش می‌گذارد (14). کلاف¹ و همکاران استحکام روانی را دارای چهار مولفه اصلی می‌دانند: (1) کنترل: نشان دهنده این واقعیت است که فرد بر احساسات و اعمال خود کنترل کافی دارد، (2) تعهد: به این معنا که فرد با تمام وجود خود کارها را به نحو احسن انجام می‌دهد، (3) چالش: شخص مشکلات زندگی را فرصت‌هایی برای پیشرفت خود تلقی می‌کند و (4) اعتماد به نفس: داشتن ارتباطات بین فردی و ایمان به توانایی‌های خود است (15). در واقع، استحکام روانی یک مکانیزم دفاعی در واکنش به عوامل تنش‌زا است و به افراد این فرصت را می‌دهد که به صورت فعالانه در مقابل شرایط گوناگون بهترین تصمیم و عملکرد را از خود به نمایش بگذارند. مک‌کریک، ولفسون و نیو² نشان دادند که افراد دارای استحکام روانی بالاتر قادرند در شرایط خاص، آرام و راحت باقی بمانند و سطوح اضطراب پایین‌تری را نسبت به دیگران تجربه کرده و تصمیم‌گیری بهتری داشته باشند (16). تحقیقات و ادبیات بالینی نشان داده است که دخترانی که مورد آزار جنسی قرار گرفته‌اند، بیش از دخترانی که قربانی خشونت نبوده‌اند، سابقه بدتنظیمی هیجانات منفی نظیر خشم و شرم (17)، افسردگی و صدمه به خود (18)، تصویر ذهنی منفی و عزت نفس پایین (19) و کاهش تجربه هیجانات مثبت (20) را دارند. قربانیان تجربه سوءاستفاده جنسی در کودکی و نوجوانی، پیامدهای بهداشت روانی بسیار متفاوتی را در بزرگسالی تجربه می‌کنند که باعث شکل‌گیری احساس عدم کنترل بر روی شرایط و موقعیت‌های مختلف زندگی می‌شود (21). این احساس عدم کنترل، با ایجاد احساس ناتوانی علائم متوسط تا شدیدی را در فرد ایجاد کند. تاکید بر شناخت فراهیجان‌های مثبت و منفی و بهبود مولفه-هایی نظیر تعهد، توانایی کنترل بر روی زندگی، اعتماد به توانایی‌ها و به‌طور کلی افزایش استحکام روانی این افراد می‌تواند در حل مشکلات روانشناختی آن‌ها کمک کننده باشد (22).

³ Failed & Hafman¹ Clough² McCarrick, Wolfson & Neave

همکاری می‌توانند طیف گسترده‌ای از تکنیک‌های تجربی مانند نقش بازی کردن و تکنیک دو صدلی را انتخاب کنند. در واقع، هدف استفاده از روش‌های تجربی، تعمیق احساسات است. هدفی که صحبت کردن در مورد آن‌ها دشوار است (35). با توجه به مشکلات هیجانی و بدتنظیمی هیجانات در دختران با تجربه سوءاستفاده جنسی، توجه به درمان‌هایی نظیر عاطفه‌هراسی که بر مولفه‌های هیجانی این افراد تمرکز دارد و توانایی و استحکام روانی آن‌ها را در رابطه با چالش‌های رفتاری و هیجانی افراد در امور روزمره بالا می‌برد، حادز اهمیت است. پژوهش‌ها نشان داده است که درمان عاطفه‌هراسی برای بیماران اختلال شخصیت مرزی با سابقه آزار جنسی و جسمی، برخی اختلالات روانی مثل اضطراب و افسردگی و کاهش علائم افسردگی و اختلالات اضطرابی در زنان باردار موثر بوده است (34)، (36) و (37).

باید گفت، هر کدام از این دو درمان (عاطفه‌هراسی و خودتعیین‌گری) بر روی مولفه‌های خاصی تاکید دارند. درمان عاطفه‌هراسی با تاکید بر عناصر هیجانی مشکل‌آفرین و تغییر این عناصر می‌تواند بر بهبود حالات هیجانی و خلق بیمار کمک کند (32). از سمت دیگر آموزش خودتعیین‌گری به فرد مهارت‌های توانمندسازی اساسی مواجهه با چالش‌های شناختی و رفتاری زندگی روزمره را آموزش می‌دهد (25). مقایسه این دو درمان از آن جهت حائز اهمیت است که دریافته شود، کدام عوامل (عوامل هیجانی یا عوامل شناختی- رفتاری) بیشتر در ایجاد مشکلات روانشناختی دختران با تجربه سوء استفاده جنسی دخیل هستند که با تغییر آن عوامل بتوان در جهت افزایش سلامت روان‌شناختی آنان گام برداشت.

با توجه به اهمیت آنچه گفت شد، این مطالعه در نظر دارد تا اثربخشی دو روش درمانی آموزش مهارت خودتعیین‌گری و درمان عاطفه‌هراسی را بررسی نماید. بنابراین مسئله پژوهشی این است که آیا آموزش مهارت خودتعیین‌گری و درمان عاطفه‌هراسی بر بهبود فراهیجان و استحکام روانی دختران نوجوانان با تجربه سوء استفاده جنسی موثر است؟ و آیا تفاوتی بین این دو روش وجود دارد؟

روش

که توانمندی و مهارت افراد را در مواجهه با چالش‌های زندگی افزایش دهد، برای دختران با تجربه سوءاستفاده جنسی که پس از تجربه آسیب، احساس عدم کنترل بر امور زندگی و تعهد نسبت به آن‌ها دارد و ممکن است درگیر بدتنظیمی هیجانی و افزایش تجربه هیجانات منفی شوند، حائز اهمیت باشد.

همچنین یکی دیگر از درمان‌هایی که تمرکز جدی بر بیان و تجربه رویدادهای تروماتیک زندگی در روش درمانی خود دارد، درمان عاطفه‌هراسی است؛ که توسط مک کالو¹ و همکاران (31) توسعه داده شده است. در عاطفه‌هراسی، تمرکز بر شناخت، تجربه، درک و در نهایت ابراز عواطف سازگار است. بیماران به تدریج در معرض احساساتی که از آن‌ها اجتناب می‌کنند، قرار می‌گیرند و به آن‌ها آموزش داده می‌شود تا احساساتی را که در زندگی بیش از حد حاکم است را بهتر تنظیم کنند. هدف از درمان این است که بیمار بیشتر از قبل، احساسات خود را به سمت یک خزانه جدید رفتار سازگار هدایت کند (32).

درمان عاطفه‌هراسی ضمن بهره‌گیری از دستاوردهای مختلف علوم پویشی، شناختی و رفتاری برای حل تعارض افراد علاوه بر توصیف و حساسیت‌زدایی عواطف بازدارنده، تجربه کردن و بهره‌مندی از عواطف انطباقی؛ به علت سنخیت مناسب با خلق و خوی بشری، شیوه اصلی درمان خود قرار داده است. این نوع درمان هیجان محور با ارائه تکنیک‌ها و راهکارهایی موثر نقش مهمی در تجربه و تنظیم عواطف دارد (33).

اصول رفتاری مورد استفاده در این روش قرارگیری در معرض محرک‌ها و جلوگیری از پاسخ برای احساسات زدایی‌هراس عاطفی است. برای کمک به بیماران در بروز عاطفه، خاطرات عاطفی خاص از گذشته انتخاب می‌شوند (34). درمانگر صحنه‌ها را به صورت ذهنی ایجاد می‌کند و در حالی که بیمار تصور می‌کند که عمل آن‌ها (ابراز سازگاران عواطف) چه می‌تواند باشد؛ این صحنه‌ها تا زمانی که حساسیت‌زدایی انجام شود تکرار می‌شوند. قدم بعدی به سمت هدف اصلی درمانی (بیان خواسته‌ها و نیازها با روشی سازگاران تنظیم شده) بیان عواطف و تقویت پذیرش در مقابل عواطف دیگران است. برای دستیابی و تمرین بیان عواطف، درمانگر و بیمار با

¹ McCullough

نوع پژوهش

پژوهش حاضر نیمه آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون در دو گروه آزمایش و گواه با مرحله پیگیری می‌باشد. جامعه آماری پژوهش حاضر را کلیه دختران نوجوانان 13 تا 18 ساله با تجربه سواستفاده جنسی مراجعه‌کننده به کلینیک‌های تخصصی روان‌درمانی بهزیستی در شهر اصفهان تشکیل می‌دادند. نمونه پژوهش شامل 45 نفر از دختران نوجوان با سابقه سواستفاده جنسی شهر اصفهان بودند که به صورت نمونه‌گیری در دسترس با مراجعه به کلینیک‌های تحت نظر سازمان بهزیستی شهر اصفهان، انتخاب شدند. برای نمونه‌گیری، نخست با افراد داوطلبی که توسط مراکز معرفی شده بودند، مصاحبه و پرسشنامه‌های فراهیجان و استحکام روانی به عنوان ابزار غربالگری اجرا شد. در گام بعدی با توجه به ملاک‌های ورود و خروج و پاسخ‌گویی به سوال‌های پرسشنامه‌های مدنظر، تعداد 45 نفر به عنوان نمونه آماری انتخاب شدند و به صورت روش تصادفی ساده در دو گروه آزمایش (هر گروه 15 نفر) و یک گواه (15 نفر) جایگزین شدند. حجم نمونه با توجه به سطح آلفای 0/05، توان آزمون 0/95، اندازه اثر 0/39 و تعداد هر گروه 15 نفر بر اساس نرم افزار G-power محاسبه شد.

ملاک‌های ورود به این پژوهش عبارت از: 1. داشتن سابقه تجربه سواستفاده جنسی، 2. رضایت کتبی آگاهانه از نوجوان و والدین آن‌ها جهت تمایل به مشارکت در پژوهش، 3. نداشتن بیماری جسمی حاد، 4. پرسشنامه‌هایی که نمرات دارای یک انحراف استاندارد پایین‌تر از نقطه برش را کسب کردند و 4. عدم مصرف داروهای روان‌پزشکی و نداشتن اختلال روانشناختی و جسمانی حاد که مانع از حضور در پژوهش می‌شود بود.

ملاک‌های خروج نیز عبارت از: 1. عدم تمایل به مشارکت و ادامه همکاری، 2. نداشتن بیماری جسمانی و روانی حاد، 3. غیبت شرکت‌کنندگان بیش از دو جلسه و حضور نامنظم در جلسات بود.

ابزارهای پژوهش

در این پژوهش از ابزارهای زیر به‌منظور جمع‌آوری داده استفاده شده است:

1. پرسشنامه فراهیجان¹: این مقیاس توسط میتمنسگرابر، بک، هافر و اسکوبلر² (38) ساخته شده و دارای 28 گویه و شش خرده مقیاس می‌باشد. این پرسشنامه در کل دو بعد فراهیجان مثبت (فراشفقت و فراعلاقه) و منفی (فراخشم، فراشرم/فراتحقیر، فراکنترل فکر، فرابازداری) را می‌سنجد و براساس طیف لیکرت پنج درجه‌ای از کاملاً نادرست (1) تا کاملاً درست (5) نمره‌گذاری می‌شود و حداقل و حداکثر نمره حاصل برابر 28 و 140 می‌باشد. ضریب پایایی گزارش شده توسط سازندگان با استفاده از ضریب آلفای کرونباخ برای بعد فراهیجان مثبت 0/91 و برای فراهیجان منفی 0/85 گزارش شده است. ضریب همبستگی این مقیاس با ابزارهای شخصیت نئو و پرسشنامه بک، همبستگی معنادار به دست آمده است (38). این مقیاس برای استفاده در فرهنگ ایرانی، ترجمه، روا و پایا شد. ضریب آلفای کرونباخ این پرسشنامه در پژوهش الماسی 0/81 بدست آمده است (39). در این پژوهش، ضریب آلفای کرونباخ بعد فراهیجان مثبت 0/80 و بعد فراهیجان منفی 0/74 به دست آمد.

2. پرسشنامه استحکام روانی: این پرسشنامه که توسط کلاف³ و همکاران در سال 2002 طراحی شده است برای اندازه‌گیری عامل استحکام روانی شرکت‌کنندگان استفاده شد. پرسشنامه دارای 6 خرده مقیاس چالش⁴ (8 سوال)، تعهد⁵ (11 سوال)، کنترل هیجانی⁶ (7 سوال)، کنترل زندگی⁷ (7 سوال)، اعتماد به نفس به توانایی‌ها⁸ (9 سوال) و اعتماد به نفس بین فردی⁹ (6 سوال) است. پاسخ به هر سوال در یک مقیاس 5 امتیازی لیکرت از دامنه 1 (کاملاً مخالف) تا 5 (کاملاً موافق) مورد ارزیابی قرار می‌گیرد. هرچه نمره فرد بالاتر باشد، دارای استحکام روانی بیشتری است. ضریب پایایی به روش آزمون-آزمون مجدد توسط کلاف و همکاران، 0/9 گزارش شده است (16). رواسازی فارسی این پرسشنامه نیز توسط افسانه پورک و واعظ موسوی (40) مورد تایید قرار گرفت. در پژوهش آن‌ها پایایی کلی پرسشنامه برابر با 93/9 بود.

⁵ Commitment⁶ Emotional control⁷ Life control⁸ Confidence in abilities⁹ Interpersonal confidence¹ Meta-Emotion Questionnaire² Mitmansgruber, Beck, Hofer, Schubler³ Clough⁴ Challenge

شیوه انجام پژوهش

به‌منظور انتخاب نمونه پژوهش، پرسشنامه‌ها در مرحله پیش‌آزمون توسط 173 دختر نوجوان دارای تجربه سو استفاده جنسی، تکمیل شد. سپس با توجه به ملاک‌های ورود و خروج و نمرات پرسشنامه‌ها، اعضا به‌صورت تصادفی در سه گروه (دو گروه آزمایش و یک گروه گواه) جایگزین شدند. گروه آزمایش اول تحت 10 جلسه هفتگی 60 دقیقه‌ای آموزش مهارت خودتعیین‌گری فیلد و هافمن (1394) و گروه آزمایش دوم تحت 10 جلسه هفتگی 90 دقیقه‌ای پروتکل درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد داهل و همکاران (2015) قرار گرفتند و اعضای گروه گواه در لیست انتظار باقی ماندند. سپس یک هفته پس از اجرای درمان‌های مذکور، پرسشنامه‌ها برای

اجرای مرحله پس‌آزمون، مجدداً توسط افراد شرکت‌کننده دو گروه آزمایش و گروه گواه تکمیل شده و پس از دو ماه به منظور انجام مرحله پیگیری، مجدداً پرسشنامه‌ها توسط افراد تکمیل شد. جهت رعایت اخلاق پژوهشی رضایت کتبی نوجوانان برای شرکت آگاهانه در پژوهش دریافت شد و در حین توزیع پرسشنامه‌ها به آن‌ها اطمینان داده شد که اطلاعاتشان محرمانه نزد محقق محفوظ و نتایج به‌طور کلی در پژوهش نامه ارائه خواهد شد.

خلاصه محتوای هر جلسه از پروتکل آموزش مهارت خودتعیین‌گری (41) و درمان عاطفه‌هراسی (31) به شرح زیر است:

جدول 1. خلاصه‌ای از جلسات آموزشی مهارت‌های خودتعیین‌گری فیلد و هافمن (41)

| جلسه | محتوای جلسات |
|--|---|
| اول: معارفه و توضیح موقعیت کلی | آشنایی اعضا با هم، آشنایی با قوانین، تعداد و طول مدت جلسات، تعریف مفهوم خودتعیین‌گری، توصیف برنامه‌های آموزشی از جمله طرح تکالیف خانگی، ایجاد فضای مشارکتی برای دخالت افراد در بحث، شناسایی دو مورد از نقاط ضعف و قوت هر فرد در زمینه‌های جسمی، روانی، هیجانی، اجتماعی و باروهای خود، تشخیص نقاط قوت کمک‌کننده در پاسخ به نقاط ضعف. |
| دوم: چه چیز برای من مهم است؟ | تشخیص دادن آن‌که چگونه تخیل می‌تواند به افراد کمک کند تا به خواسته‌های خود فکر کنند، نوشتن جملاتی مبنی بر آن‌که چه چیزهایی برای آن‌ها مهم است. |
| سوم: خودآگاهی و شناخت بیشتر خود | شناسایی احساسات، عواطف و نقاط ضعف و قوت خویش، شناسایی ترجیحات و نیازهای خود، افزایش خودآگاهی نسبت به نقاط قوت، ترجیحات و نیازهای خویش، تشخیص انتخاب‌های خود در آینده مبتنی بر نقاط قوت و ضعف افراد و نوشتن درباره آن. |
| چهارم: شناخت حقوق و مسئولیت‌های خویش | شناسایی ترجیحات و نیازهای خود، تشخیص انتظارات، حمایت‌ها، مسئولیت‌ها و قواعد زندگی خود، آشنا شدن با نقش‌ها و مسئولیت‌های خویش به‌عنوان عضوی از جامعه. |
| پنجم: ارزشمندی خود | پرورش مهارت‌های مرتبط با ارزشمند دانستن خود، پذیرش خود و دیگران، برقراری روابط مثبت با دیگران. |
| ششم: ایجاد گزینه‌هایی برای هدف - های بلندمدت | تشخیص اهداف خویش، به‌کارگیری تکنیک بارش مغزی، تهیه فهرستی از گزینه‌ها برای اهداف بلندمدت، داشتن خلاقیت و پیشبینی نتایج احتمالی، انتخاب یک هدف بلند مدت. |
| هفتم: هدف‌گذاری و انتخاب هدف کوتاه مدت | نوشتن سه هدف کوتاه مدت قابل مشاهده و دستیافتنی، انتخاب یکی از سه هدف کوتاه مدت مرتبط با هدف بلند مدت، شناسایی گام‌هایی که برای رسیدن به هدف‌های کوتاه مدت کمک‌کننده است، کسب مهارت گوش داد فعال، تشخیص کارهایی که در رسیدن به هدف‌های کوتاه مدت به آن‌ها کمک می‌کند و باید انجام دهند. |
| هشتم: برداشتن گام نخست (ریسک کردن) | به‌کارگیری مدل خودتعیین‌گری در مورد تجارب خود، تشخیص نخستین گام برای کار به سوی اهداف کوتاه مدت، تشخیص فرایند مرور ذهنی برنامه‌ها، تشخیص نتایج بالقوه اعمال برنامه ریزی شده، پرورش مهارت‌های مرتبط با عمل کردن. |
| نهم: عمل کردن پیامد تجربه و یادگیری | آگاهی از عامل انرژی اجتماعی، تدوین اهداف اجتماعی و خانوادگی برای یک هفته، تشخیص پیامدهای عملی شدن برنامه خود، ارزیابی میزان موفقیت در دستیابی به اهداف، داشتن مذاکره برد-برد، تمییز دادن بین ارتباط منفعل، جرات‌مندانه و پرخاشگرانه. |
| دهم: از کجا به اینجا رسیدیم؟ | یادآوری مفاهیم کلیدی خودتعیین‌گری آموخته شده، نوشتن ایده‌های خود برای خودتعیین‌گری پایدار. |

جدول 2. خلاصه‌ای از پروتکل درمانی عاطفه‌هراسی (31)

| جلسه | محتوای جلسات |
|-------|--|
| اول | مروری بر ساختار و اهداف جلسات و قوانین اصلی، تعریف عاطفه و توضیح و بیان انطباقی در مقابل بیان غیرانطباقی عواطف، نقش اضطراب و اهمیت تعدیل اضطراب. |
| دوم | پیدا کردن تعارضات روان پویایی و درک هراس عاطفی با استفاده از مثلث مالان، ایجاد تمایزهای مهم در مورد احساس‌ها، بازسازی عاطفه‌هراسی از طریق حساسیت‌زدایی منظم، شناسایی دفاع‌ها و شناسایی احساس‌های فعال‌ساز انطباقی، شناسایی اضطراب‌ها و بازداری‌ها. |
| سوم | اشاره به دفاع‌ها علیه عواطف هراس‌وار و اشاره به توانمندی‌هایی که در کنار عواطف وجود دارد. مدیریت دفاع‌ها و تکرار مداخلات تا زمانی که دفاع‌ها بازسازی شوند. |
| چهارم | شناسایی منشا دفاع‌ها و پیامدهای رفتارهای دفاعی و شناسایی نفع ثانویه دفاع‌ها و تکرار مداخلات برای تقویت انگیزه‌ها کردن دفاع‌ها. |
| پنجم | مرور کلی تجربه عاطفه، مواجهه با احساس و عاطفه هراس آور. |
| ششم | شناسایی دام‌ها در تجربه عاطفه و تکرار مداخلات تا زمانی که عاطفه‌هراسی حساسیت‌زدایی شود. |
| هفتم | بازسازی خود: بازسازی احساس نسبت به خود، تشویق والدگری برای خود و کاهش برون‌سازی و تکرار فرآیند حساسیت‌زدایی نسبت به هراس‌ها و ایجاد خود ارزشمندی. |
| هشتم | بازسازی دیگران: ایجاد تصویر درونی انعطاف‌پذیر از دیگران و آماده‌سازی برای خاتمه دادن به درمان. |

شیوه تحلیل داده‌ها

اعضای هر سه گروه با هم قابل قیاس و همگن بودند. زمانی که فرد مورد تجاوز قرار گرفته بود به سه گروه (تا 6 ماه قبل، تا 1 سال قبل و تا 2 سال قبل) تقسیم شد که نتایج نشان داد گروه آموزش مهارت‌خودتعیین‌گری (3 نفر تا 6 ماه قبل، 7 نفر تا 1 سال قبل و 5 نفر تا 2 سال قبل)، عاطفه‌هراسی (4 نفر تا 6 ماه قبل، 9 نفر تا 1 سال قبل و 2 نفر تا 2 سال قبل) و گروه گواه (6 نفر تا 6 ماه قبل، 5 نفر تا 1 سال قبل و 4 نفر تا 2 سال قبل) است.

در این پژوهش برای تجزیه و تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS-23 و در دو سطح آمار توصیفی (میانگین و انحراف استاندارد) و استنباطی (تحلیل واریانس آمیخته با اندازه‌گیری مکرر) برای مقایسه نمرات پس‌آزمون و پیگیری هر متغیر با کنترل اثر پیش‌آزمون آن متغیر به عنوان کواریتبه انجام شد.

نتایج

با توجه به جدول 3، میانگین و انحراف معیار متغیرهای فراهیجان منفی، فراهیجان مثبت، استحکام روانی و ابعاد آن در گروه‌های آزمایش (آموزش مهارت‌خودتعیین‌گری و درمان عاطفه‌هراسی) نسبت به گروه گواه، در دو مرحله پس‌آزمون و پیگیری افزایش یافته است.

بررسی ویژگی‌های جمعیت‌شناختی نشان داد میانگین سنی سه گروه آموزش مهارت‌خودتعیین‌گری، عاطفه‌هراسی و گروه گواه (به ترتیب 15/2، 16/5 و 15/7) است و تحلیل داده‌ها مربوط به خصوصیات جمعیت‌شناختی نشان داد که

جدول 3. میانگین و انحراف معیار متغیرهای پژوهش به تفکیک نوع گروه در مراحل آزمون

| گروه | | | | | | پیش‌آزمون | پس‌آزمون |
|--------------|---------|-------------------|---------|------------------------|---------|---------------|----------|
| گواه | | درمان عاطفه‌هراسی | | مهارت‌های خودتعیین‌گری | | | |
| انحراف معیار | میانگین | انحراف معیار | میانگین | انحراف معیار | میانگین | | |
| 7/34 | 39/73 | 6/32 | 41/66 | 6/23 | 40/80 | فراهیجان منفی | |
| 7/07 | 39/06 | 3/56 | 25/53 | 6/73 | 37/80 | | |
| 6/59 | 38/73 | 3/23 | 26/06 | 6/80 | 39/40 | فراهیجان مثبت | |
| 4/99 | 26/06 | 5 | 28 | 3/72 | 28/20 | | |
| 5/13 | 25/93 | 5/22 | 43/80 | 5/11 | 40/93 | چالش | |
| 4/89 | 25/93 | 4/74 | 44/06 | 4/82 | 40/86 | | |
| 2/87 | 14/46 | 2/89 | 15/33 | 3/39 | 16/40 | | |

| | | | | | | | |
|------|--------|-------|--------|------|--------|-----------|-----------------------------|
| 2/67 | 14/52 | 2/52 | 15/06 | 4/50 | 30/20 | پس آزمون | تعهد |
| 2/58 | 14/80 | 2/69 | 15/46 | 4/73 | 29/33 | پیگیری | |
| 4/77 | 23/06 | 6/25 | 20/80 | 4/73 | 20/33 | پیش آزمون | |
| 4/58 | 22 | 5/81 | 39/53 | 4/45 | 33/80 | پس آزمون | کنترل هیجانی |
| 4/61 | 21/46 | 5/53 | 38/28 | 5/34 | 38/80 | پیگیری | |
| 3/28 | 15/66 | 2/97 | 14/13 | 2/64 | 14/40 | پیش آزمون | |
| 3/10 | 15/33 | 3/02 | 26/80 | 2/72 | 14/40 | پس آزمون | کنترل زندگی |
| 3/01 | 15/73 | 3/13 | 27/53 | 2/54 | 14/80 | پیگیری | |
| 2/66 | 14/40 | 3/73 | 14/60 | 2/21 | 14/40 | پیش آزمون | |
| 2/61 | 14/46 | 2/29 | 30 | 2/36 | 23/80 | پس آزمون | اعتماد به نفس بین فردی |
| 2/87 | 14/40 | 2/50 | 30/60 | 2/42 | 24/20 | پیگیری | |
| 5/45 | 22/20 | 2/81 | 22/26 | 4/28 | 20/73 | پیش آزمون | |
| 6/28 | 23/20 | 3/47 | 33/06 | 4/51 | 20/26 | پس آزمون | اعتماد به نفس به توانایی‌ها |
| 5/14 | 20/93 | 2/85 | 32/53 | 3/91 | 20/20 | پیگیری | |
| 2/16 | 13/13 | 2/26 | 14 | 2/09 | 13/13 | پیش آزمون | |
| 2/19 | 13/33 | 2/29 | 25/53 | 2/67 | 20/80 | پس آزمون | استحکام روانی |
| 2/38 | 13/60 | 2/41 | 25/86 | 2/82 | 20/53 | پیگیری | |
| 6/23 | 102/93 | 12/64 | 101/13 | 8/68 | 99/20 | پیش آزمون | |
| 9/30 | 102/80 | 6/42 | 170 | 8/54 | 148/26 | پس آزمون | پیگیری |
| 9/97 | 100/95 | 7/38 | 173/28 | 9/76 | 145/86 | پیگیری | |

گروه عاطفه هراسی در مرحله پس‌آزمون و پیگیری نسبت به پیش‌آزمون افزایش داشته است. اما در زیر مقیاس چالش در مرحله پس‌آزمون و پیگیری نسبت به پیش‌آزمون تفاوتی نداشته است و به طور کلی میانگین استحکام روانی در گروه عاطفه هراسی در مرحله پس‌آزمون و پیگیری نسبت به پیش‌آزمون افزایش یافته است. همچنین میانگین نمرات فراهیجان منفی و مثبت و استحکام روانی و ابعاد آن در گروه گواه در مراحل پس‌آزمون و پیگیری نسبت به پیش‌آزمون تفاوتی نداشته است.

در پژوهش حاضر، برای تحلیل استنباطی نتایج، از تحلیل آمیخته واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده گردید. بنابراین قبل از آزمون تحلیل واریانس، پیش‌فرض‌های مورد نیاز جهت کاربرد آزمون‌های پارامتریک بررسی گردید. کلیه تحلیل‌ها با استفاده از نرم افزار SPSS-25 و در سطح معناداری 0/05 انجام شدند. پیش‌فرض نرمال بودن با آزمون کولموگروف-اسمیرنوف، در مورد همه متغیرها، فرض نرمال بودن نمرات را تایید کرد ($p > 0/05$). نتایج آزمون ام‌باکس نشان داد پیش‌فرض همگنی ماتریس واریانس-کواریانس رعایت شده است

یافته‌ها جدول 3 نشان داد میانگین فراهیجان مثبت در گروه مهارت‌های خودتعیین‌گری در مرحله پس‌آزمون و پیگیری نسبت به پیش‌آزمون افزایش داشته است اما بین میانگین فراهیجان منفی در گروه مهارت‌های خودتعیین‌گری در مرحله پس‌آزمون و پیگیری نسبت به پیش‌آزمون تفاوت وجود ندارد و میانگین فراهیجان منفی و فراهیجان مثبت در گروه عاطفه هراسی در مرحله پس‌آزمون و پیگیری نسبت به پیش‌آزمون افزایش یافته است. همچنین یافته‌ها جدول 3 نشان داد میانگین استحکام روانی در زیرمقیاس‌های چالش، تعهد، کنترل زندگی و اعتماد به نفس به توانایی‌ها در گروه مهارت‌های خودتعیین‌گری در مرحله پس‌آزمون و پیگیری نسبت به پیش‌آزمون افزایش داشته است اما در زیر مقیاس‌های کنترل هیجانی و اعتماد به نفس بین فردی در مرحله پس‌آزمون و پیگیری نسبت به پیش‌آزمون تفاوتی نداشته است. به طور کلی میانگین استحکام روانی در گروه مهارت‌های خودتعیین‌گری در مرحله پس‌آزمون و پیگیری نسبت به پیش‌آزمون افزایش یافته است. میانگین استحکام روانی در زیرمقیاس‌های تعهد، کنترل هیجانی، کنترل زندگی، اعتماد به نفس به توانایی‌ها و اعتماد به نفس بین فردی در

($p > 0/05$) و نتایج حاصل از آزمون لوین در خصوص پیش-فرض تساوی واریانس‌های نمرات فراهیجان منفی، فراهیجان مثبت، استحکام روانی و ابعاد آن در شرکت کنندگان سه

گروه آموزش مهارت‌های خودتعیین‌گری، درمان عاطفه‌هراسی و گروه گواه در جدول 4، منعکس شده است.

جدول 4. نتایج لوین در مورد پیش‌فرض تساوی واریانس‌های سه گروه در جامعه

| متغییر | مرحله | F | درجه آزادی صورت | درجه آزادی مخرج | معناداری |
|-----------------------------|----------|-------|-----------------|-----------------|----------|
| فراهیجان منفی | پس آزمون | 5/028 | 2 | 42 | 0/011 |
| | پیگیری | 6/651 | 2 | 42 | 0/003 |
| فراهیجان مثبت | پس آزمون | 0/159 | 2 | 42 | 0/854 |
| | پیگیری | 0/090 | 2 | 42 | 0/914 |
| چالش | پس آزمون | 5/160 | 2 | 42 | 0/010 |
| | پیگیری | 3/141 | 2 | 42 | 0/043 |
| تعهد | پس آزمون | 0/777 | 2 | 42 | 0/466 |
| | پیگیری | 0/057 | 2 | 42 | 0/944 |
| کنترل هیجانی | پس آزمون | 0/109 | 2 | 42 | 0/897 |
| | پیگیری | 0/331 | 2 | 42 | 0/720 |
| کنترل زندگی | پس آزمون | 0/052 | 2 | 42 | 0/949 |
| | پیگیری | 0/102 | 2 | 42 | 0/903 |
| اعتماد به نفس بین فردی | پس آزمون | 0/754 | 2 | 42 | 0/477 |
| | پیگیری | 2/539 | 2 | 42 | 0/108 |
| اعتماد به نفس به توانایی‌ها | پس آزمون | 0/220 | 2 | 42 | 0/803 |
| | پیگیری | 0/349 | 2 | 42 | 0/707 |
| استحکام روانی | پس آزمون | 0/844 | 2 | 42 | 0/437 |
| | پیگیری | 0/979 | 2 | 42 | 0/384 |

($p > 0/05$) و بین مراحل پیش‌آزمون با پس‌آزمون و پیگیری همگنی وجود دارد و رابطه خطی برقرار است. بنابراین با توجه به رعایت پیش‌فرض‌ها، امکان اجرای تحلیل واریانس مکرر بر روی نتایج جهت بررسی فرضیات پژوهش بلامانع است. در ادامه، به منظور بررسی این تفاوت‌ها، نتایج تحلیل واریانس مکرر بررسی شد که نتایج آن در جدول 5 ارائه شده است.

همان‌گونه که در جدول 4 مشاهده می‌شود، پیش‌فرض تساوی واریانس‌ها در مورد همه متغیرها برقرار است و بین میزان واریانس خطای گروه‌ها همگنی وجود دارد. در نهایت، در بررسی پیش‌فرض همگنی شیب خط رگرسیون مشخص شد که تعامل پیش‌آزمون با متغیر گروه‌بندی در مراحل پس-آزمون و پیگیری در متغیرهای فراهیجان منفی، فراهیجان مثبت، استحکام روانی و ابعاد آن، معنادار نبوده است.

جدول 5. نتایج تحلیل واریانس مکرر برای بررسی تأثیرات درون و بین گروهی تأثیر درمان عاطفه‌هراسی و آموزش مهارت خودتعیین‌گری بر فراهیجان و استحکام روانی و ابعاد آن‌ها

| متغیر | منبع تغییرات | مجموع مجذورات | درجه آزادی | میانگین مجذورات | F | سطح معنی‌داری | اندازه اثر |
|---------------|--------------|---------------|------------|-----------------|---------|---------------|------------|
| فراهیجان منفی | درون گروهی | زمان | 1/23 | 534/067 | 100/667 | 0/00 | 0/70 |
| | | زمان×گروه | 2/47 | 596/055 | 69/501 | 0/00 | 0/76 |
| | خطا | 51/59 | 8/576 | | | | |
| | بین گروهی | گروه | 2 | 1091/356 | 10/533 | 0/00 | 0/33 |
| | | خطا | 42 | 103/608 | | | |
| | درون گروهی | زمان | 1/22 | 2217/944 | 279/42 | 0/00 | 0/86 |

| | | | | | | | | |
|------|------|---------|-----------|--------|-----------|-------------|------------|--------------------------------|
| 0/78 | 0/00 | 591/739 | 591/739 | 2/44 | 1444/756 | زمان × گروه | | فراهیجان مثبت |
| | | | 7/93 | 51/27 | 406/578 | خطا | | |
| 0/98 | 0/00 | 33/93 | 2084/689 | 2 | 4169/378 | گروه | بین گروهی | |
| | | | 61/434 | 42 | 2580/22 | خطا | | |
| 0/53 | 0/00 | 48/15 | 443/382 | 1/36 | 604/548 | زمان | درون گروهی | چالش |
| 0/69 | 0/00 | 47/39 | 436/423 | 2/72 | 1190/119 | زمان × گروه | | |
| | | | 9/20 | 57/26 | 527/33 | خطا | بین گروهی | |
| 0/79 | 0/00 | 79/92 | 1621/163 | 2 | 3242/326 | گروه | | |
| | | | 20/28 | 42 | 851/867 | خطا | درون گروهی | تعهد |
| 0/83 | 0/00 | 254/170 | 3014/568 | 1/37 | 4146/059 | زمان | | |
| 0/78 | 0/00 | 78/84 | 935/100 | 2/75 | 2572/163 | زمان × گروه | بین گروهی | |
| | | | 11/86 | 57/76 | 685/111 | خطا | | |
| 0/55 | 0/00 | 26/42 | 1678/896 | 2 | 3357/793 | گروه | درون گروهی | کنترل هیجانی |
| | | | 63/542 | 42 | 2668/756 | خطا | | |
| 0/66 | 0/00 | 83/99 | 379/810 | 1/52 | 577/911 | زمان | بین گروهی | |
| 0/79 | 0/00 | 81/59 | 370/595 | 3/04 | 1127/778 | زمان × گروه | | |
| | | | | 60/90 | 288/978 | خطا | درون گروهی | کنترل زندگی |
| 0/69 | 0/00 | 47/78 | 917/089 | 2 | 1834/178 | گروه | | |
| | | | 19/193 | 42 | 806/089 | خطا | بین گروهی | |
| 0/85 | 0/00 | 237/874 | 1902/617 | 1/14 | 2175/348 | زمان | | |
| 0/76 | 0/00 | 68/557 | 548/345 | 2/28 | 1253/896 | زمان × گروه | درون گروهی | اعتماد به نفس بین فردی |
| | | | 7/99 | 48 | 384/089 | خطا | | |
| 0/83 | 0/00 | 105/510 | 1289/341 | 2 | 2578/681 | گروه | بین گروهی | |
| | | | 12/22 | 42 | 513/244 | خطا | | |
| 0/30 | 0/00 | 18/513 | 224/258 | 1/54 | 347/244 | زمان | درون گروهی | اعتماد به نفس بین فردی |
| 0/50 | 0/00 | 21/476 | 260/152 | 3/09 | 805/644 | زمان × گروه | | |
| | | | 12/113 | 65/033 | 787/77 | خطا | بین گروهی | |
| 0/54 | 0/00 | 24/70 | 1000/956 | 2 | 2001/911 | گروه | | |
| | | | 40/520 | 42 | 1701/822 | خطا | درون گروهی | اعتماد به نفس به توانایی‌ها |
| 0/84 | 0/00 | 231/838 | 1069/421 | 1/19 | 1276/459 | زمان | | |
| 0/84 | 0/00 | 60/206 | 277/716 | 2/38 | 662/963 | زمان × گروه | بین گروهی | |
| | | | 4/61 | 50 | 231/244 | خطا | | |
| 0/77 | 0/00 | 70/22 | 807/230 | 2 | 1614/459 | گروه | درون گروهی | استحکام روانی |
| | | | 11/494 | 42 | 482/646 | خطا | | |
| 0/92 | 0/00 | 531/547 | 28337/645 | 1/60 | 45484/133 | زمان | درون گروهی | |
| 0/87 | 0/00 | 152/184 | 8113/191 | 3/21 | 26044/622 | زمان × گروه | | |
| | | | 53/312 | 67/41 | 3593/911 | خطا | بین گروهی | |
| 0/87 | 0/00 | 152/349 | 23447/489 | 2 | 46894/978 | گروه | | |
| | | | 153/907 | 42 | 6464/089 | خطا | | |

0/78، 0/79، 0/76، 0/50، 0/84 و 0/87 درصد از تفاوت در واریانس نمرات فراهیجان منفی، فراهیجان مثبت، چالش، تعهد، کنترل هیجانی، کنترل زندگی، اعتماد به نفس

نتایج جدول 5 حاکی از آن است که اثر درون‌گروهی (عامل زمان) بر متغیرهای ابعاد فراهیجان و استحکام روانی و ابعاد آن اثر معنادار است و به ترتیب 0/76، 0/78، 0/69،

نمرات فراهیجان منفی، فراهیجان مثبت، چالش، تعهد، کنترل هیجانی، کنترل زندگی، اعتماد به نفس بین فردی، اعتماد به نفس به توانایی‌ها و استحکام روانی را تبیین می‌کند.

پس از کنترل متغیر پیش‌آزمون، میانگین نمرات تعدیل شده فراهیجان منفی و فراهیجان مثبت، استحکام روانی و ابعاد آن، در ادامه به منظور نشان دادن تفاوت میانگین‌های زوجی از آزمون تعقیبی بونفرنی استفاده شد و نتایج حاصل از مقایسه‌های زوجی بر حسب 3 گروه و تاثیر مداخلات بر نمرات فراهیجان منفی و فراهیجان مثبت، استحکام روانی و ابعاد آن در جدول 6 ارائه شده است.

بین فردی، اعتماد به نفس به توانایی‌ها و استحکام روانی در گروه‌ها در پس‌آزمون و پیگیری نسبت به پیش‌آزمون را تبیین می‌کند. از طرفی دیگر اثر بین گروهی روش درمانی نیز بر ابعاد فراهیجان و استحکام روانی و ابعاد آن معنادار است که نشان می‌دهد بین نمرات ابعاد فراهیجان و استحکام روانی و ابعاد آن در گروه‌های آزمایش و کنترل تفاوت معناداری وجود دارد. نتایج بیانگر آن بود که نوع مداخله دریافتی در مراحل ارزیابی هم بر ابعاد فراهیجان و استحکام روانی و ابعاد تاثیر معنا دارد و به ترتیب 0/69، 0/83، 0/54 و 0/77 و 0/87 درصد از تفاوت در

جدول 6. آزمون تعقیبی بونفرنی برای مقایسه‌های زوجی تفاوت میانگین‌ها و انحراف استانداردهای تعدیل شده نمرات فراهیجان

منفی، فراهیجان مثبت، استحکام روانی و ابعاد آن

| متغیر | مرحله | گروه | گروه مقایسه | تفاوت میانگین‌ها | تفاوت انحراف استانداردها | معناداری |
|---------------|-------------|--------------|-------------|------------------|--------------------------|----------|
| فراهیجان منفی | پس آزمون | خودتعیین‌گری | عاطفه‌هراسی | 15/670 | 1/111 | 0/00 |
| | | عاطفه‌هراسی | کنترل | -1/373 | 1/224 | 0/810 |
| پیگیری | پیگیری | خودتعیین‌گری | عاطفه‌هراسی | -17/043 | 1/252 | 0/00 |
| | | عاطفه‌هراسی | کنترل | 14/778 | 1/239 | 0/00 |
| | | عاطفه‌هراسی | کنترل | -0/955 | 1/364 | 1/000 |
| | | عاطفه‌هراسی | کنترل | -15/733 | 1/396 | 0/00 |
| فراهیجان مثبت | پس آزمون | خودتعیین‌گری | عاطفه‌هراسی | -2/647 | 1/372 | 0/186 |
| | | عاطفه‌هراسی | کنترل | 12/079 | 1/511 | 0/00 |
| | پیگیری | عاطفه‌هراسی | کنترل | 14/726 | 1/546 | 0/00 |
| | | خودتعیین‌گری | عاطفه‌هراسی | -3/030 | 1/327 | 0/086 |
| چالش | پس آزمون | خودتعیین‌گری | عاطفه‌هراسی | 12/461 | 1/461 | 0/00 |
| | | عاطفه‌هراسی | کنترل | 15/490 | 1/495 | 0/00 |
| | پیگیری | خودتعیین‌گری | عاطفه‌هراسی | 14/158 | 0/794 | 0/00 |
| | | عاطفه‌هراسی | کنترل | 14/211 | 0/875 | 0/00 |
| تعهد | پس آزمون | عاطفه‌هراسی | کنترل | 0/053 | 0/895 | 1/000 |
| | | خودتعیین‌گری | عاطفه‌هراسی | 13/397 | 1/344 | 0/00 |
| | پیگیری | عاطفه‌هراسی | کنترل | 13/617 | 1/481 | 0/00 |
| | | عاطفه‌هراسی | کنترل | 0/220 | 1/515 | 1/000 |
| کنترل هیجانی | پس آزمون | خودتعیین‌گری | عاطفه‌هراسی | -0/457 | 0/913 | 1/000 |
| | | عاطفه‌هراسی | کنترل | 18/386 | 1/006 | 0/00 |
| | پیگیری | عاطفه‌هراسی | کنترل | 18/824 | 1/029 | 0/00 |
| | | خودتعیین‌گری | عاطفه‌هراسی | 0/731 | 1/604 | 1/000 |
| کنترل هیجانی | پس آزمون | عاطفه‌هراسی | کنترل | 18/181 | 1/766 | 0/00 |
| | | عاطفه‌هراسی | کنترل | 17/450 | 1/807 | 0/00 |
| | پیگیری | خودتعیین‌گری | عاطفه‌هراسی | -12/453 | 0/904 | 0/00 |
| | | عاطفه‌هراسی | کنترل | 0/410 | 0/996 | 1/000 |
| | | عاطفه‌هراسی | کنترل | 12/864 | 1/019 | 0/00 |

| | | | | | | |
|-------|-------|---------|-------------|--------------|-------------|-----------------------------------|
| 0/00 | 0/960 | -12/959 | عاطفه‌هراسی | خودتعیین‌گری | پیگیری | |
| 1/000 | 1/057 | -0/547 | کنترل | | | |
| 0/00 | 1/082 | 12/412 | کنترل | عاطفه‌هراسی | | |
| 0/00 | 0/947 | -6/037 | عاطفه‌هراسی | خودتعیین‌گری | پس آزمون | کنترل زندگی |
| 0/00 | 1/043 | 6/691 | کنترل | | | |
| 0/00 | 1/067 | 15/728 | کنترل | عاطفه‌هراسی | | |
| 0/00 | 1/071 | -6/122 | عاطفه‌هراسی | خودتعیین‌گری | پیگیری | |
| 0/00 | 1/180 | 9/978 | کنترل | | | |
| 0/00 | 1/207 | 16/101 | کنترل | عاطفه‌هراسی | | |
| 0/00 | 1/785 | -12/796 | عاطفه‌هراسی | خودتعیین‌گری | پس آزمون | اعتماد به نفس به بین فردی |
| 0/707 | 1/965 | -2/373 | کنترل | | | |
| 0/00 | 2/011 | 10/423 | کنترل | عاطفه‌هراسی | | |
| 0/00 | 0/951 | -11/282 | عاطفه‌هراسی | خودتعیین‌گری | پیگیری | |
| 1/000 | 1/048 | 0/305 | کنترل | | | |
| 0/00 | 1/072 | 11/587 | کنترل | عاطفه‌هراسی | | |
| 0/00 | 0/886 | -4/516 | عاطفه‌هراسی | خودتعیین‌گری | پس آزمون | اعتماد به نفس به توانایی‌ها |
| 0/00 | 0/976 | 7/412 | کنترل | | | |
| 0/00 | 0/999 | 11/928 | کنترل | عاطفه‌هراسی | | |
| 0/00 | 0/937 | -5/176 | عاطفه‌هراسی | خودتعیین‌گری | پیگیری | |
| 0/00 | 1/032 | 6/812 | کنترل | | | |
| 0/00 | 1/055 | 11/989 | کنترل | عاطفه‌هراسی | | |
| 0/00 | 2/857 | -22/102 | عاطفه‌هراسی | خودتعیین‌گری | پس آزمون | استحکام روانی |
| 0/00 | 3/146 | 47/719 | کنترل | | | |
| 0/00 | 3/219 | 69/821 | کنترل | عاطفه‌هراسی | | |
| 0/00 | 3/23 | -21/412 | عاطفه‌هراسی | خودتعیین‌گری | پیگیری | |
| 0/00 | 3/55 | 48/347 | کنترل | | | |
| 0/00 | 3/640 | 69/759 | کنترل | عاطفه‌هراسی | | |

2/647- و در مرحله پیگیری 3/030- می‌باشد که به لحاظ آماری معنادار نیست ($p > 0/05$)؛ تفاوت بین میانگین نمرات در گروه مهارت‌های خودتعیین‌گری با گروه گواه در مرحله پس‌آزمون 12/079 و در مرحله پیگیری 12/461- می‌باشد که به لحاظ آماری معنادار است ($p < 0/05$)؛ تفاوت بین میانگین نمرات در گروه درمان عاطفه‌هراسی با گروه گواه در مرحله پس‌آزمون 14/726 و در مرحله پیگیری 15/490 می‌باشد که به لحاظ آماری معنادار است ($p < 0/05$).

در مجموع می‌توان گفت که میانگین تعدیل شده پس-آزمون و پیگیری فراهیجان منفی در گروه مهارت‌های خودتعیین‌گری نسبت به گروه گواه تفاوت معناداری ندارد و این درمان نتوانسته است در بهبود فراهیجان منفی دختران با تجربه سواستفاده جنسی نقش داشته باشد اما میانگین

مطابق با یافته‌های جدول 6، تفاوت بین میانگین نمرات فراهیجان منفی در گروه مهارت‌های خودتعیین‌گری و عاطفه‌هراسی در مرحله پس‌آزمون 15/670 و در مرحله پیگیری 14/778 می‌باشد که به لحاظ آماری معنادار است ($p < 0/05$)؛ تفاوت بین میانگین نمرات در گروه مهارت‌های خودتعیین‌گری با گروه گواه در مرحله پس‌آزمون 1/373- و در مرحله پیگیری 0/955- می‌باشد که به لحاظ آماری معنادار نیست ($p > 0/05$)؛ تفاوت بین میانگین نمرات در گروه درمان عاطفه‌هراسی با گروه گواه در مرحله پس‌آزمون 17/043- و در مرحله پیگیری 15/733- می‌باشد که به لحاظ آماری معنادار است ($p < 0/05$). همچنین، تفاوت بین میانگین نمرات فراهیجان مثبت در گروه مهارت‌های خودتعیین‌گری و عاطفه‌هراسی در مرحله پس‌آزمون

و در مرحله پیگیری $0/547$ می‌باشد که به لحاظ آماری معنادار نیست ($p > 0/05$)؛ تفاوت بین میانگین نمرات در گروه درمان عاطفه‌هراسی با گروه گواه در مرحله پس‌آزمون $12/864$ و در مرحله پیگیری $12/412$ می‌باشد که به لحاظ آماری معنادار است ($p < 0/05$). تفاوت بین میانگین نمرات کنترل زندگی در گروه مهارت‌های خودتعیین‌گری و عاطفه‌هراسی در مرحله پس‌آزمون $6/037$ و در مرحله پیگیری $6/122$ می‌باشد که به لحاظ آماری معنادار است ($p < 0/05$)؛ تفاوت بین میانگین نمرات در گروه مهارت‌های خودتعیین‌گری با گروه گواه در مرحله پس‌آزمون $6/691$ و در مرحله پیگیری $9/978$ می‌باشد که به لحاظ آماری معنادار است ($p < 0/05$)؛ تفاوت بین میانگین نمرات در گروه درمان عاطفه‌هراسی با گروه گواه در مرحله پس‌آزمون $15/728$ و در مرحله پیگیری $16/101$ می‌باشد که به لحاظ آماری معنادار است ($p < 0/05$). تفاوت بین میانگین نمرات اعتماد به نفس بین فردی در گروه مهارت‌های خودتعیین‌گری و عاطفه‌هراسی در مرحله پس‌آزمون $12/796$ و در مرحله پیگیری $11/282$ می‌باشد که به لحاظ آماری معنادار است ($p < 0/05$)؛ تفاوت بین میانگین نمرات در گروه مهارت‌های خودتعیین‌گری با گروه گواه در مرحله پس‌آزمون $2/373$ و در مرحله پیگیری $0/305$ می‌باشد که به لحاظ آماری معنادار نیست ($p > 0/05$)؛ تفاوت بین میانگین نمرات در گروه درمان عاطفه‌هراسی با گروه گواه در مرحله پس‌آزمون $16/101$ و در مرحله پیگیری $11/587$ می‌باشد که به لحاظ آماری معنادار است ($p < 0/05$). تفاوت بین میانگین نمرات اعتماد به نفس به توانایی‌ها در گروه مهارت‌های خودتعیین‌گری و عاطفه‌هراسی در مرحله پس‌آزمون $4/516$ و در مرحله پیگیری $5/176$ می‌باشد که به لحاظ آماری معنادار است ($p < 0/05$)؛ تفاوت بین میانگین نمرات در گروه مهارت‌های خودتعیین‌گری با گروه گواه در مرحله پس‌آزمون $7/412$ و در مرحله پیگیری $6/812$ می‌باشد که به لحاظ آماری معنادار است ($p < 0/05$)؛ تفاوت بین میانگین نمرات در گروه درمان عاطفه‌هراسی با گروه گواه در مرحله پس‌آزمون $11/928$ و در مرحله پیگیری $11/989$ می‌باشد که به لحاظ آماری معنادار است ($p < 0/05$). در نهایت، تفاوت بین میانگین نمرات کل استحکام روانی در گروه مهارت‌های خودتعیین‌گری و عاطفه‌هراسی در مرحله پس‌آزمون

تعدیل شده پس‌آزمون و پیگیری فراهیجان منفی در گروه عاطفه‌هراسی نسبت به گروه گواه و گروه مهارت‌های خودتعیین‌گری به‌طور معنی‌داری بالاتر است و نتایج حکایت از اثربخشی درمان عاطفه‌هراسی بر روی بهبود فراهیجان منفی دختران با تجربه سواستفاده جنسی دارد. همچنین نتایج نشان داد که میانگین‌های تعدیل شده فراهیجان مثبت هر دو درمان در مرحله پس‌آزمون و پیگیری نسبت به گروه گواه بالاتر است که نشان از اثربخشی درمان‌ها بر بهبود فراهیجان مثبت دختران با تجربه سواستفاده جنسی دارد؛ اما بین میانگین‌های فراهیجان مثبت دو گروه آموزش مهارت‌های خودتعیین‌گری و درمان عاطفه‌هراسی تفاوت معناداری وجود ندارد و هر دو درمان به یک اندازه اثربخش بوده‌اند. از سوی دیگر، مطابق با یافته‌های جدول 6، تفاوت بین میانگین نمرات چالش در گروه مهارت‌های خودتعیین‌گری و عاطفه‌هراسی در مرحله پس‌آزمون $14/158$ و در مرحله پیگیری $13/397$ می‌باشد که به لحاظ آماری معنادار است ($p < 0/05$)؛ تفاوت بین میانگین نمرات در گروه مهارت‌های خودتعیین‌گری با گروه گواه در مرحله پس‌آزمون $14/211$ و در مرحله پیگیری $13/617$ می‌باشد که به لحاظ آماری معنادار است ($p < 0/05$)؛ تفاوت بین میانگین نمرات در گروه درمان عاطفه‌هراسی با گروه گواه در مرحله پس‌آزمون $0/053$ و در مرحله پیگیری $0/220$ می‌باشد که به لحاظ آماری معنادار نیست ($p > 0/05$). تفاوت بین میانگین نمرات تعهد در گروه مهارت‌های خودتعیین‌گری و عاطفه‌هراسی در مرحله پس‌آزمون $0/457$ و در مرحله پیگیری $0/731$ می‌باشد که به لحاظ آماری معنادار نیست ($p > 0/05$)؛ تفاوت بین میانگین نمرات در گروه مهارت‌های خودتعیین‌گری با گروه گواه در مرحله پس‌آزمون $18/386$ و در مرحله پیگیری $18/181$ می‌باشد که به لحاظ آماری معنادار است ($p < 0/05$)؛ تفاوت بین میانگین نمرات در گروه درمان عاطفه‌هراسی با گروه گواه در مرحله پس‌آزمون $18/824$ و در مرحله پیگیری $17/450$ می‌باشد که به لحاظ آماری معنادار است ($p < 0/05$). تفاوت بین میانگین نمرات کنترل هیجانی در گروه مهارت‌های خودتعیین‌گری و عاطفه‌هراسی در مرحله پس‌آزمون $12/453$ و در مرحله پیگیری $12/959$ می‌باشد که به لحاظ آماری معنادار است ($p < 0/05$)؛ تفاوت بین میانگین نمرات در گروه مهارت‌های خودتعیین‌گری با گروه گواه در مرحله پس‌آزمون $0/410$

توانایی‌ها و اعتماد به نفس بین فردی در گروه عاطفه‌هراسی در مرحله پس‌آزمون و پیگیری نسبت به پیش‌آزمون افزایش داشته است اما در زیر مقیاس چالش در مرحله پس‌آزمون و پیگیری نسبت به پیش‌آزمون تفاوت معناداری وجود ندارد. به طور کلی درمان عاطفه‌هراسی نسبت به آموزش مهارت خودتعیین‌گری، بهتر توانسته است، نمرات استحکام روانی این افراد را بهبود ببخشد. یافته‌های پژوهش با پژوهش شاه-سیاه و همکاران (42) همسو بود. آن‌ها در پژوهش خود نشان دادند که مشکلات هیجانی نظیر ناگویی هیجانی و کاهش ذهن‌آگاهی می‌تواند بر عملکرد ناهنجار مهارت‌های خودتعیین‌گری دختران با سابقه خودزنی و سواستفاده جنسی، مرتبط باشد. همچنین یوسف‌وند و همکاران (43) در پژوهش خود نشان دادند که رفتار درمانی دیالکتیک می‌تواند بر تغییر سطح نیازهای خودتعیین‌گری و معنای تحصیل دختران با سابقه سوءاستفاده افسرده اثر معناداری داشته باشد. در تبیین این یافته‌ها می‌توان گفت که درمان عاطفه‌هراسی شناخت تعارضات هیجانی افراد، از بین بردن دفاع‌ها و بازسازی احساسات افراد و حساسیت زدایی، می‌تواند آگاهی بهتری را نسبت به هیجانات برای افراد در مقایسه با آموزش مهارت‌های خودتعیین‌گری، رقم بزند و باعث بهبود بیشتری فراهمیجان و استحکام روانی افراد در برابر مشکلات زندگی می‌شود اما مهارت‌های خودتعیین‌گری بیشتر به مسائل شناختی و مولفه‌های درون فردی فرد می‌پردازد و رابط و هیجانات بین فردی را کمتر مدنظر قرار می‌دهد. به نظر می‌رسد عناصر هیجانی در تجربه سواستفاده جنسی نقش اساسی دارد و بهبود آن می‌تواند در بازسازی هیجانی و شناختی افراد نقش داشته و سلامت روان آن‌ها را بهبود بخشد.

یافته‌ی پژوهش حاضر، در تایید اثربخشی درمان عاطفه‌هراسی در فراهمیجان و استحکام روانی دختران با تجربه سو استفاده جنسی است. این یافته‌ها با یافته‌های پژوهش ساندر (33)، فرانکل (36)، کالاکلی (37) و حاج محمد حسینی (34) همسو است. در تبیین بخشی درمان عاطفه‌هراسی باید گفت که دفاع‌ها با هدف کاهش آگاهی نسبت به هیجانات منفی، باعث می‌شود این هیجانات در سطح ناهوشیار باقی بمانند و در نتیجه فرد برای عدم تجربه هیجانات ناخوشایند به اجتناب از محرک‌های برانگیزاننده هیجانات منفی نظیر خشم و فرونشانی می‌پردازد (32). این کار باعث می‌شود که فرد از تجربه هیجانات مثبت و خوشایند نظیر علاقه و

22/102- و در مرحله پیگیری 21/412- می‌باشد که به لحاظ آماری معنادار است ($p < 0/05$)؛ تفاوت بین میانگین نمرات در گروه مهارت‌های خودتعیین‌گری با گروه گواه در مرحله پس‌آزمون 47/719 و در مرحله پیگیری 48/347 می‌باشد که به لحاظ آماری معنادار است ($p < 0/05$)؛ تفاوت بین میانگین نمرات در گروه درمان عاطفه‌هراسی با گروه گواه در مرحله پس‌آزمون 69/821 و در مرحله پیگیری 69/759 می‌باشد که به لحاظ آماری معنادار است ($p < 0/05$).

در مجموع می‌توان گفت که میانگین تعدیل شده پس-آزمون و پیگیری استحکام روانی در هر دو درمان نسبت به گروه گواه بالاتر است که نشان از اثربخشی درمان‌ها بر بهبود استحکام روانی دختران با تجربه سواستفاده جنسی دارد؛ همچنین نتایج حاکی از آن است که بین میانگین‌های استحکام روانی دو گروه آموزش مهارت‌های خودتعیین‌گری و درمان عاطفه‌هراسی نیز تفاوت معناداری وجود دارد و درمان عاطفه‌هراسی نسبت به آموزش مهارت‌های خودتعیین‌گری در افزایش استحکام روانی دختران با تجربه سواستفاده جنسی اثربخشی بیشتری دارد.

بحث و نتیجه گیری

پژوهش حاضر با هدف مقایسه اثربخشی آموزش مهارت‌های خودتعیین‌گری و درمان عاطفه‌هراسی بر فراهمیجان و استحکام روانی دختران نوجوان با تجربه سواستفاده جنسی انجام شد. نتایج نشان داد که هر دو روش درمانی بر افزایش فراهمیجان مثبت در مرحله پس‌آزمون و پیگیری موثر بوده‌اند اما فقط روش درمانی عاطفه‌هراسی بر بهبود فراهمیجان منفی در مرحله پس‌آزمون و پیگیری موثر بوده است. همچنین نتایج حاکی از آن است که بین دو درمان از نظر تاثیر و افزایش ابعاد استحکام روانی تفاوت معناداری وجود دارد. میانگین نمرات استحکام روانی در زیرمقیاس‌های چالش، تعهد، کنترل زندگی و اعتماد به نفس به توانایی‌ها در گروه مهارت‌های خودتعیین‌گری در مرحله پس‌آزمون و پیگیری نسبت به پیش‌آزمون افزایش داشته است اما در زیر مقیاس‌های کنترل هیجانی و اعتماد به نفس بین فردی در مرحله پس‌آزمون و پیگیری نسبت به پیش‌آزمون تفاوت معناداری وجود ندارد و میانگین استحکام روانی در زیرمقیاس‌های تعهد، کنترل هیجانی، کنترل زندگی، اعتماد به نفس به

تصمیم‌گیری کرده و مشکلات خود را حل و فصل کند (25). این کار باعث می‌شود که فرد از تجارب مثبت خود، هیجانات مثبت نظیر فراعلاقه و فرادلسوزی را دریافت کند، اما همانطور که نتایج پژوهش نشان داد، مهارت خودتعیین‌گری در بهبود هیجانات منفی موثر نیست و به نظر می‌رسد این درمان نمی‌تواند در شناخت و یکپارچه کردن هیجانات منفی نظیر خشم و فرونشانی نقش داشته باشد. همچنین مهارت‌های خودتعیین‌گری می‌توانند در افزایش استحکام روانی افراد در برابر مشکلات زندگی، نقش داشته باشد و فرد بتواند توانایی مقابله با چالش‌های جدید زندگی خود و تعهد در قبال آن را پیدا کند، احساس کند بر رویدادهای زندگی خود کنترل دارد و در نتیجه اعتماد به نفس به توانایی‌هایش افزایش یابد.

محدودیت‌ها و پیشنهادهای پژوهش

همانند دیگر پژوهش‌ها، این پژوهش نیز محدودیت‌هایی بر اعتبار نتایج و یافته‌های پژوهش حاضر داشت، از قبیل آنکه ویژگی‌های خاص نمونه از جمله نمونه‌گیری غیرتصادفی در دسترس که در تعمیم نتایج باید رعایت جوانب احتیاط شود. همچنین این طرح محدود به گروه سنی نوجوان بود که می‌تواند تعمیم‌پذیری نتایج به سایر گروه‌های سنی را تحت تاثیر قرار دهد. پیشنهاد می‌شود که این پژوهش در دیگر گروه‌ها، انجام شده و نتایج آن مورد ارزیابی قرار گیرد و در پژوهش‌های آتی از روش نمونه‌گیری تصادفی برای افزایش تعمیم نتایج استفاده شود. همچنین با توجه به اثربخشی درمان عاطفه‌هراسی و آموزش مهارت‌های خودتعیین‌گری در بهبود مولفه‌های وراثشناختی دختران دارای تجربه سوء استفاده جنسی، پیشنهاد می‌شود نتایج این پژوهش جهت آگاهی بیشتر در اختیار مراکز درمانی قرار گیرد و این شیوه‌های درمانی به عنوان مکمل درمان‌های دیگر، جهت کاهش مشکلات روانشناختی افراد دارای تجربه سوء استفاده جنسی استفاده شود.

تشکر و قدردانی

در پایان، پژوهشگران وظیفه خود می‌دانند از کلیه آزموذنی‌ها کمال تشکر و قدردانی را به عمل آورند.

دلسوزی نیز باز بماند و استحکام روانی فرد کاهش یابد و فرد توانایی تعهد در قبال زندگی خود نداشته باشد، کنترل هیجانی خود را از دست بدهد، احساس کند بر رویدادهای زندگی خود کنترل ندارد، و در نتیجه اعتماد به نفس به توانایی‌ها و اعتماد به نفس بین فردی او کاهش یابد. در درمان عاطفه‌هراسی، درمانگر علاوه بر شناسایی بستر ادراک هیجانات و رنج‌ها، در بیمار شدت آن‌ها را نیز بررسی می‌کند. سپس از طریق سازش‌یافتگی کارکردهای ایگو در این درمان، به فرد کمک می‌کند تا به مشاهده و توجه به هیجانانشان بپردازد و خودتنظیمی صحیحی را به فرد بیاموزد. هنگامی که افراد از روی عادت هیجانات و رنج‌هایشان را نادیده می‌گیرند، هیجانات منفی تنظیم نشده باقی می‌ماند، از این رو درمانگر هر دفاعی را که مانع تنظیم ترس می‌شود در لحظه قطع کرده و توجه فرد را به تجربه بدنی‌اش از هیجانات در همان لحظه جلب می‌کند (33). بنابراین آگاهی به هیجانات و ادراک رنج‌ها در گذشته و نه در آینده تنظیم نمی‌گردد، بلکه فقط در همان لحظه ظهور در فرآیند درمان قابل تنظیم است و از این رو آگاهی از هیجانات افزایش یافته، احساس می‌کند کنترل بیشتری بر روی خود و رویدادهای زندگی‌اش دارد و فرد استحکام روانی بیشتری را تجربه خواهد کرد.

از دیگر یافته‌های پژوهش حاضر، در تایید اثربخشی آموزش مهارت‌های خودتعیین‌گری در فراهیجان و استحکام روانی دختران با تجربه سوء استفاده جنسی است. این یافته‌ها با یافته‌های پژوهش کنت (27)، دامن (28)، توسلی (29) و منصورنژاد (30) همسو می‌باشد. در تبیین بخشی آموزش مهارت‌های خودتعیین‌گری باید گفت که خودتعیین‌گری توانایی تشخیص و کسب هدف بر مبنای شناخت و ارزشمند دانستن خود می‌باشد که همه رفتارها با ملاحظه میزان احساس خودمختاری یا خودتعیین‌گری‌شان تغییر می‌دهد (23). یکی از فرضیات خودتعیین‌گری این است که رفتارها می‌توانند در یک ردیف متوالی از احساسات برای حس خودمختاری کامل و خودتعیین‌گری تا کنترل کامل و عدم خودتعیین‌گری قرار بگیرند (24). خودتعیین‌گری مجموعه‌ای از رفتارها و مهارت‌هایی را از محیط‌های خانه و اجتماعی فرامی‌گیرد که افراد را قادر می‌سازد در زندگی به‌طور مستقل،

منابع

1. Mathews B, Collin-Vézina D. Child sexual abuse: Toward a conceptual model and definition. *Trauma, Violence, & Abuse*. 2019 Apr;20(2):131-48.
2. Noll JG. Child sexual abuse as a unique risk

- Psychology of Sport and Exercise. 2021; 1(15):101787.
14. Hengen K, Alpers G. Stress makes the difference: social stress and social anxiety in decision-making under uncertainty. *Front. Psychol.* 2021; 12, 578293.
 15. McCarrick D, Wolfson S, Neave N. Personality characteristics of UK Association Football referees. *Journal of Sport Behavior.* 2019; 42(4), 493-508.
 16. Clough P, Earle K, Sewell D. Mental toughness: The concept and its measurement. *Solutions in sport psychology.* 2002; 1:32-45.
 17. Lemieux S, Tourigny M, Joly J, Baril K, Séguin M. Characteristics associated with depression and post-traumatic stress disorder among childhood sexual abuse women. *Revue d'épidémiologie et de sante publique.* 2019 Jul 25; 67(5):285-94.
 18. رضایی، مهدی؛ قدم پور، عزت اله؛ کاظمی، رضا. نقش میانجی اعتبارزدایی هیجانی در رابطه بین سوءاستفاده جنسی-هیجانی و نشانه‌های افسردگی در دانشجویان دختر. دست‌آوردهای روان‌شناختی، 1397؛ 25(1)، 75-99.
 19. فیروزی، هاشم؛ امیری، فاطمه؛ سعادت، نادره؛ رستمی، مهدی. نقش آزرده‌دگی دوران کودکی بر تصویر بدنی و عملکرد جنسی در زنان. *مجله اصول بهداشت روانی.* 1395، 18(6)؛ 316-320.
 20. Eubanks JR, Kenkel MY, Gardner RM. Body-size perception, body-esteem, and parenting history in college women reporting a history of child abuse. *Perceptual and motor skills.* 2006 Apr; 102(2):485-97.
 21. Noll JG. Child sexual abuse as a unique risk factor for the development of psychopathology: the compounded convergence of mechanisms. *Annual review of clinical psychology.* 2021 May 7; 17:439-64.
 22. Maniglio R. The impact of child sexual abuse on health: A systematic review of reviews. *Clinical psychology review.* 2009 Nov 1; 29(7):647-57
 23. Ryan RM, Deci EL. *Self-determination theory: Basic psychological needs in motivation, development, and wellness.* New York: Guilford Press. 2017.
 24. Yang Y, Zhang Y, & Sheldon K. Self-determined motivation for studying abroad predicts lower culture shock and greater well-being among international students: The mediating role of basic psychological needs satisfaction. *International Journal of Intercultural Relations.* 2018; 63, 95-104.
- factor for the development of psychopathology: the compounded convergence of mechanisms. *Annual review of clinical psychology.* 2021 May 7; 17:439-64.
3. آزادی، اسما؛ سنجرانی، سعیده؛ بخشایش، علیرضا. تجربه زیسته دختران از سوءاستفاده جنسی در دوران کودکی: مطالعه کیفی، فصلنامه روانشناسی بالینی و شخصیت، 1402؛ 21(2)، 49-58.
 4. Angelakis I, Austin JL, Gooding P. Association of childhood maltreatment with suicide behaviors among young people: a systematic review and meta-analysis. *JAMA network open.* 2020 Aug 3; 3(8):e2012563.
 5. Kletenik I, Sillau SH, Isfahani SA, LaFaver K, Hallett M, Berman BD. Gender as a risk factor for functional movement disorders: the role of sexual abuse. *Movement disorders clinical practice.* 2020 Feb; 7(2):177-81.
 6. Hébert M, Langevin R, Oussaïd E. Cumulative childhood trauma, emotion regulation, dissociation, and behavior problems in school-aged sexual abuse victims. *Journal of affective disorders.* 2018; 225:306-12.
 7. Sadock BJ, & Sadock V, Ruiz P. Kaplan and Sadock's synopsis of psychiatry: Behavioral sciences/clinical psychiatry. 11th ,editor: Lippincott Williams & Wilkins. 2015.
 8. قاضی زاده، سپیده؛ مشهدی، علی؛ طیبی، زهرا و سلطانی فر، عاطفه. اثربخشی درمان شناختی رفتاری متمرکز بر تروما بر نشانگان اختلال تنیدگی پس از سانحه در کودکان با تجربه سوءاستفاده جنسی. *مجله روانشناسی بالینی.* 1399؛ 12(4)، 77-89.
 9. Bartsch A. Meta-emotion: How films and music videos communicate emotions about emotions. *Projections.* 2019; 2(1): 45-59
 10. Ebadi M, Basharpour S, and Narimani M. Fitting the Causal Model Based on the Couple Relationship Distress According to Negative Meta-Emotion: The Mediating Role of Rejection Sensitivity in Married People. *Journal of Family Psychology.* 2021; 7(2):61-74. (In Persian)
 11. Bailen N, Thompson J. Meta-emotions in daily life: Associations with emotional awareness and depression. *Journal of Emotion.* 2019; 19(5): 776-787.
 12. Srinivasan P, Pushpam M. Exploring the influence of metacognition and metaemotion strategies on the outcome of students of IX Std. *American Journal of Educational Research.* 2016; 4(9):663-68.
 13. Pina JA, Passos AM, Maynard MT, Sinval J. Self-efficacy, mental models and team adaptation: A first approach on football and futsal refereeing.

34. Haj Mohammad Hosseini T, Mirza Hosseini H, Zargham Hajbi M. Comparison of the effectiveness of mentalization-based therapy and phobia-based therapy on reducing depressive symptoms in borderline personality spectrum women, *Applied Family Therapy Quarterly*. 2022; 3(1): 21-36. (In Persian)
35. Ferankl M, Wennberg P, Berggraf L, Philips B. Affect Phobia Therapy for Mild to Moderate Alcohol Use Disorder: The Cases of "Carey," "Michelle," and "Mary". *Pragmatic Case Studies in Psychotherapy*. 2018; (1):214-257.
36. Ferankl M, Philips B, Berggraf L, Ulvenes P, Johansson R, & Wennberg P. Psychometric properties of the Affect Phobia Test. *Scandinavian Journal of Psychology*. 2016; 57, 482-488.
37. Kalleklev J, Karterud S. Comparative study of a mentalization – based versus a psychodynamic group therapy session. *Group Analysis*. 2018; 51(1): 44-60.
38. Mitmansgruber H, Beck T, Hofer S, et al. When you don't like what you feel: Experiential avoidance, mindfulness and Meta emotion in emotion regulation. *Personality and Individual Differences*. 2009; 46(4); 4.
39. Ahadi B, Mehrinejad A, Moradi M. Cognitive failure in the elderly: the role of mindfulness and meta-emotion. *Journal aging Psychology*. 2017; 3(2): 115-125. (In Persian)
40. افسانه پورک، سیدعباس و واعظ موسوی، سید محمد. روایی و پایایی نسخه فارسی پرسشنامه استحکام روانی 48 سوالی، پژوهش‌نامه مدیریت ورزشی و رفتار حرکتی، 1393؛ 10(19)، 39-54.
41. Field S, Hoffman A. Fostering self-determination through building productive relationships in the classroom. *Intervention in school and clinic*. 1994; 48(1):6-14.
42. شاه‌سیاه، نسیم؛ رضاپورمر صالح، یاسر و صافی، محمد هادی. روابط ساختاری ذهن‌آگاهی، خودتعیین‌گری، شفقت به خود و ناگویی هیجانی در دانش‌آموزان دختر دارای سابقه سو استفاده و خودزنی، فصلنامه پژوهش‌های نوین روانشناختی، 1399؛ 15(60)، 170-149.
43. یوسف وند، مهدی؛ الله‌قدم پور، عزت؛ حسینی، حسین و فرخ-زادیان، علی‌اصغر. اثربخشی درمان DBT بر نیازهای خودتعیین‌گری و معنای تحصیل دانش‌آموزان دختر مورد سو استفاده مبتلا به افسردگی، مجله روانشناسی بالینی و شخصیت، 1397؛ 16(2)، 87-98.
25. Forest J, Gradito Dubord A, Olafsen A, Carpentier J. Shaping tomorrow's workplace by integrating self-determination theory: A literature review and recommendations. Chapter to be published in R. Ryan, & E. Deci (Eds.), *The Oxford Handbook of work engagement, motivation, and self-determination theory*. Oxford University Press: New York. 2022.
26. Xiang C, Wang X, Xie T, Fu C. Differential effects of work and family support on the relationship between surface acting and wellbeing: A self-determination theory approach. *Psychological Reports*; (2023); 126(1): 198-219.
27. Kent A. Toward a Resilience Model of Student WellBeing: A Self-Determination Approach to Thriving and Burnout among College Students. Iowa State University ProQuest Dissertations. 2022.
28. Damien T, Clement, G, Rebecca S. Promoting Motivation and Well-Being at School: the effect of a teacher training combining a self-determination theory-based intervention and positive psychology interventions. *Journal of SENS*. 2022; 12(4): 24-36.
29. توسلی، الهام؛ شریفی، طیبه و احمدی، رضا. مقایسه اثربخشی آموزش مهارت‌های خودتعیین‌گری و آموزش کیفیت زندگی اسلامی بر تاب‌آوری و بهزیستی روانشناختی. *مجله دانشگاه علوم پزشکی سبزوار*، 1402؛ 30(5)، 583-595.
30. منصور نژاد، زهرا؛ ملک‌پور، مختار؛ قمبرانی، امیر و یارمحمدیان، احمد. اثربخشی آموزش مهارت‌های خودتعیین‌گری بر نیازهای روانشناختی بنیادی دانش‌آموزان با مشکلات رفتاری برونی‌سازی شده. *مجله دست‌آوردهای روانشناختی*، 1398؛ 26(1)، 1-16.
31. McCullough L, Kuhn N, Kaplan A, Wolf J, Hurley C. Treating affect phobia. Publish by the Guilford press. A division of Guilford publications, Inc. 72 Spring street, New York, London, NY 10012. 2003.
32. Fonagy P, Luyten P, Moulton-Perkins A, Lee Y, Warren F, Howard S, Ghinia R, Fear P, Lowyck B. Development and validation of a self-report measure of mentalizing: The reflective functioning questionnaire: The reflective functioning questionnaire. *PIOS ONE*, 2016; 11(7): e0158678.
33. Saunders R, Buckman E, Cape J, Fearon P, Leibowitz J, & Pilling S. Trajectories of depression and anxiety symptom change during psychological therapy. *Journal of affective disorders*. 2019; 249: 327-335.