

تأثیر درمان مراجع - محور بر اختلال فشار روانی و افسردگی در زنان قربانی تجاوز شهر بندرعباس

سیده سریرا هاشمی پور^{۱*} سیدعبدالمجید بحرینیان^۲

۱. دانشجوی دکتری تخصصی، روانشناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد بندرعباس، بندرعباس، ایران.

۲. گروه روانشناسی دانشگاه آزاد اسلامی واحد علوم پزشکی تهران، تهران، ایران.

چکیده

هدف: فشار روانی و افسردگی می‌توانند متعاقب تجاوز جنسی بروز کنند و تهدید بزرگی برای قربانیان تجاوز جنسی باشند. هدف پژوهش حاضر، تعیین اثربخشی درمان مراجع- محور بر اختلال فشار روانی پس از حادثه و افسردگی در زنان قربانی تجاوز شهر بندرعباس بود.

روش‌ها: جامعه آماری پژوهش ۳۰ زن قربانی تجاوز در گروه سنی ۳۰-۱۳ ساله بود که در سال ۱۳۹۶ به مراکز روانشناسی و مشاوره و اداره بهزیستی بندرعباس مراجعه کرده بودند. ۳۰ نفر در دو گروه آزمایش (۱۵ نفر) و کنترل (۱۵ نفر) به روش نمونه‌گیری در دسترس انتخاب شدند. پژوهش حاضر از نوع طرح نیمه‌آزمایشی پیش‌آزمون- پس‌آزمون و ابزار گردآوری داده‌ها فرم کوتاه پرسشنامه افسردگی بک و مقیاس فشار روانی پس از حادثه می‌سی‌سی‌پی بود. پس از اجرای پیش‌آزمون برای، مداخله آزمایشی (درمان مراجع- محور) برای گروه آزمایش اجرا و پس‌آزمون اجرا شد. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS و آزمون‌های آماری توصیفی و استنباطی تجزیه و تحلیل شدند.

نتایج: نتایج تحلیل کواریانس چند متغیری نشان داد درمان مراجع- محور باعث بهبود فشار روانی شرکت‌کنندگان در کلیه خرده مقیاس‌های اختلال استرس پس از سانحه و افسردگی شده است ($P\text{-Value} < 0/05$).

نتیجه‌گیری: بر اساس نتایج این پژوهش، اثربخشی درمان مراجع- محور بر اختلال فشار روانی پس از حادثه و افسردگی تأیید می‌گردد.

کلیدواژه‌ها: درمان مراجع- محور، اختلال روانی، افسردگی، زنان، تجاوز.

نوع مقاله: پژوهشی

دریافت مقاله: ۹۶/۱۱/۱۶ پذیرش مقاله: ۹۷/۰۶/۱۸

ارجاع: هاشمی پور سیده سریرا، بحرینیان سیدعبدالمجید. تأثیر درمان مراجع - محور بر اختلال فشار روانی و افسردگی در زنان قربانی تجاوز شهر بندرعباس. طب پیشگیری. ۱۳۹۸؛ ۶(۱): ۵۳-۶۱.

مقدمه

جرایم جنسی از جمله خشن‌ترین جرایمی است که ممکن است علیه افراد به وقوع بپیوندد. اثرات این‌گونه جرایم روی قربانیان تا مدت‌ها باقی می‌ماند و گاه هرگز پاک نمی‌شود. تجاوز زمانی رخ می‌دهد که رضایت قربانی به خاطر ترس از مرگ و یا صدمه دیدن باشد و یا اینکه این عمل از طریق خوراندن دارو و باواسطه زور، تهدید یا فریب صورت گیرد (۱). جرائم جنسی یکی از مباحث پزشکی قانونی و از مشکلات جوامع متمدن امروزی است که مسئله‌ای شایع و مهم در حوزه بهداشت

عمومی در کشورهای توسعه‌یافته و در حال توسعه است. همچنین این پدیده عواقب جدی برای زنان از لحاظ جسمی و روانی دارد (۲).

تجاوز جنسی یک مشکل پیچیده است که مشکلات پس از آن دارای جوانب مختلف جسمی، روان‌شناختی و قانونی است. شیوع این مسئله در جهان از ۱۳ تا ۳۹ درصد در زنان متغیر است و این میزان در مردان ۳ درصد است (۳). اثرات روانی پس از تجاوز جنسی بسیار زیاد است و شامل اضطراب، افسردگی، اختلال خواب، اختلال حافظه و خودکشی است (۴). این افراد در

نویسنده مسئول: سیده سریرا هاشمی پور، دانشجوی دکتری روانشناسی عمومی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد بندرعباس، بندرعباس، ایران.

ORCID: 0000-0002-7685-0365

پست الکترونیکی: sarira.hashemipour@gmail.com

تلفن: +۹۸ ۹۱۷۷۶۹۴۷۵۸

کارکرد عادی، بیماری، از دست دادن شغل، رفتارهای تهدیدکننده سلامت و... همراه است، بنابراین جلوگیری از این اختلال و کاستن از مشکلات عمیقی که بر زندگی افراد باقی می‌گذارد از اهمیت بسزایی برخوردار است (۱۰). عوامل گوناگونی ممکن است در کاهش شدت علائم فشار عصبی پس از آسیب دخیل باشند. از جمله این عوامل پیشگویی‌کننده می‌توان به عوامل معنوی، میزان حمایت اجتماعی دریافت شده، خوش بینی، سخت‌رویی و... اشاره کرد (۱۱).

افسردگی، اختلال دیگری است که افراد مورد تجاوز به آن دچار می‌شوند. افسردگی یکی از انواع اختلالات خلقی است که با کاهش انرژی و علاقه، احساس گناه، اشکال در تمرکز، بی‌اشتهایی و افکار مرگ و خودکشی مشخص می‌شود. سایر علائم و نشانه‌ها در این بیماری شامل تغییر در سطح فعالیت، توانایی‌های شناختی، تکلم و اعمال نباتی می‌شوند. این اختلال عملاً همیشه منجر به اختلال در عملکرد شغلی، روابط اجتماعی و بین فردی می‌گردد (۱۲). مطالعه ملی اختلالات همبود نشان می‌دهد که همبودی افسردگی و اضطراب در بیشتر از ۶۰ درصد مبتلایان به اختلال افسردگی اساسی وجود دارد و اختلال اضطراب، قبل از توسعه اختلال افسردگی اساسی معمولی و شایع است (۱۳).

اضطراب یک احساس بسیار ناخوشایند و یک دل‌آپاسی مبهم است که غالباً با علائم دستگاه عصبی خودکار از جمله تنگی قفسه سینه، تپش قلب، تعریق، سردرد، ناراحتی مختصر معده و بی‌قراری که با عدم توانایی برای نشستن یا ایستادن همراه می‌گردد. در واقع اضطراب را همه انسان‌ها تجربه می‌کنند (۱۲). در هر مقطع زمانی، ۱۵ تا ۲۰ درصد بزرگسالان از سطح قابل توجهی از نشانه‌های افسردگی رنج می‌برند. حداقل ۱۲ درصد از افراد به میزانی از افسردگی که آن‌ها را به سمت درمان می‌کشاند، مبتلا هستند و تقریباً حدود ۷۵ درصد از موارد بستری در بیمارستان‌های روانی را نیز افسردگی تشکیل می‌دهد (۱۴).

مقایسه با زنانی که تحت تجاوز جنسی قرار نگرفته‌اند با احتمال بیشتری دچار افسردگی، تلاش برای خودکشی، اضطراب مزمن، عصبانیت، مشکلات مربوط به سوءاستفاده از مواد، خستگی، اعتمادبه‌نفس پایین، احساس گناه، سرزنش خود و اختلال خواب می‌شوند. مجموعه‌ای از علائم شامل ترس، بی‌پناهی، شوک، احساس گناه، احساس حقارت، خجالت، عصبانیت و ملامت خود در این افراد دیده می‌شود (۵).

یکی از اختلالات رایج در افراد مورد تجاوز فشار روانی می‌باشد. اختلال فشار روانی پس از حادثه یک اختلال اضطرابی وابسته به فشار روانی است که می‌تواند پس از یک یا چند تجربه آسیب‌زا رخ دهد (۶). تقریباً ۵ تا ۱۰ درصد از مردان و ۱۰ تا ۱۲ درصد از زنان این اختلال را در طول زندگی‌شان تجربه می‌کنند (۷).

فشار عصبی پس از آسیب مجموعه‌ای از نشانه‌های بیمارستان که به‌طور مستمر و مکرر و پس از تجربه یا مشاهده یک رویداد آسیب‌زا روی می‌دهد. از جمله این رویدادها می‌توان به موارد حضور در جبهه جنگ، تجاوز جنسی یا سایر انواع تهاجمات فیزیکی، بدر رفتاری با کودکان، تصادف با اتومبیل، حادثه هوایی، فاجعه‌های طبیعی یا ساخته دست بشر اشاره کرد (۸).

در پنجمین راهنمای تشخیصی و آماری اختلال روانی اختلال فشار عصبی پس از آسیب در طبقه جدیدی و در ذیل اختلال‌های مرتبط با تروما قرار گرفته است، این در حالیست که در نسخه چهارم این راهنما، اختلال فشار عصبی پس از آسیب در گروه اختلال اضطرابی طبقه‌بندی می‌شد. علائم این اختلال عمدتاً به صورت خاطرات و کابوس‌های تکراری، اجتناب از خاطرات و افکار یادآوری‌کننده، وجود افکار منفی درباره علت یا پیامدهای آسیب، انتظارات منفی از خود، دیگران و دنیا، ناتوانی در به یاد آوردن جنبه‌های مهم رویداد آسیب‌زا، زودرنجی، خشم، گوش‌به‌زنگی و... تجربه می‌شوند (۹).

نتایج پژوهش‌ها نشان داده است که اختلال فشار عصبی پس از آسیب با برخی از شرایط نامطلوب از قبیل آسیب در

شده جهت کاهش افسردگی و اختلال فشار روانی پس از حادثه پژوهش Herman و همکاران می‌باشد که نتایج حاکی از آن بود که درمان مبتنی بر تعهد و پذیرش به کاهش اختلال فشار روانی پس از حادثه کمک می‌کند (۲۰). Held و همکاران در پژوهشی که بر روی دو نفر از جانبازان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه انجام دادند، به این نتیجه رسیدند که استفاده از درمان طولانی مدت و درمان پردازش شناختی برای درمان جانبازان مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه مؤثر می‌باشد (۲۱). رفیع‌خواه و همکاران نشان دادند که دل‌بستگی ایمن به خدا و حمایت اجتماعی از سوی دوستان پیشگویی‌کننده علائم فشار عصبی پس از آسیب هستند. همچنین مشخص شد که متغیرهای سن و مدت زمان سپری شده از آسیب رابطه معناداری با متغیر ملاک ندارند (۲۲).

با وجود پژوهش‌های متعدد در عرصه اختلال فشار روانی پس از حادثه، هنوز روش درمانی مراجع-محور در این زمینه به اندازه کافی به کار گرفته نشده است و این روش نیازمند بررسی‌های بیشتر است. از این رو، هدف پژوهش حاضر بررسی تأثیر درمان مراجع-محور بر اختلال فشار روانی و افسردگی در زنان قربانی تجاوز شهر بندرعباس می‌باشد.

مواد و روش‌ها

این پژوهش از نوع نیمه‌آزمایشی پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل بود. جامعه آماری پژوهش، شامل زنان مورد تجاوز در گروه سنی ۱۳ تا ۳۰ ساله شهر بندرعباس بود که در سال ۱۳۹۶ به مراکز روان‌شناسی و مشاوره و اداره بهزیستی بندرعباس مراجعه کرده بودند. با توجه به عدم دسترسی به تمام افراد جامعه آماری و عدم تمایل آنان به اعلام این که مورد تجاوز قرار گرفته‌اند، روش نمونه‌گیری به صورت دردسترس و داوطلبانه انجام گرفت. برای این منظور از مشاورین و روانشناسان شهر بندرعباس درخواست شد تا مراجعینی که تمایل به شرکت در پژوهش را دارند به پژوهشگر معرفی نماید.

هرچند تاکنون پژوهش‌های زیادی در مورد روش‌های درمانی برای اختلال فشار روانی پس از حادثه به کار برده شده، اما روش درمانی مراجع-محور کمتر مورد توجه قرار گرفته است. درمان مراجع-محور یک مفهوم اصلی و اساسی در درمان بیماران مبتلا به اضطراب، افسردگی و فشار روانی می‌باشد. مراجع-محور بودن به معنای مشارکت فعال مراجع در تمام طول فرآیند درمان به همراه احترام و حفظ ارزش‌های اوست (۱۵). به گونه‌ای که برای مراجع معنادار باشد و نیازها، رضایت و سلامت او را نیز برآورده کند (۱۶). درمان مراجع-محور شامل ۸ حوزه کلیدی جهت راهنمایی انجام مراحل درمان است که عبارتند از: ۱) آغاز ارتباط مراجع و درمانگر جهت شروع درمان، ۲) تنظیم مراحل درمان یا همکاری مراجع با مشخص نمودن انتظارات و فرضیات در قواعد و اهداف کاری، ۳) ارزیابی و ارزشیابی عوامل فردی، کاری و محیطی مؤثر بر حوزه‌های کاری مراجع، ۴) توافق در مورد اهداف و برنامه درمان میان مراجع و درمانگر، ۵) اجرای تدریجی برنامه درمانی، ۶) کنترل و اصلاح روش‌های مداخله با ارزیابی‌های مداوم درمانگر در طول درمان جهت مطمئن شدن از جهت‌گیری صحیح اهداف، ۷) ارزیابی مجدد نتایج جهت بررسی رسیدن به هدف یا در صورت نیاز تغییر هدف، ۸) بررسی نتایج درمان با حضور مراجع و تصمیم‌گیری در مورد ادامه درمان یا ترخیص (۱۷).

از جمله پژوهش‌های محدودی که در این زمینه انجام شده است، می‌توان به پژوهش McLean و همکاران اشاره نمود که به این نتیجه دست یافتند که روش درمانی مراجع-محور باعث کاهش علائم اختلال فشار روانی پس از حادثه شده که در نتیجه افسردگی افراد گروه آزمایش نیز کاهش یافته است (۱۸). همچنین McLean و همکاران به این نتیجه دست یافتند در طی درمان مراجع-محور و همچنین قرار گرفتن طولانی مدت در معرض حادثه، باعث کاهش علائم اختلال استرس پس از سانحه در نوجوانان می‌شود (۱۹). از جمله سایر پژوهش‌های انجام

۴۰ نفر طی مدت ۳ ماه از داوطلبان دریافت درمان برای کاهش فشار روانی و افسردگی پس از حادثه به پژوهشگر معرفی شدند. پس از هم‌تاسازی شرکت‌کنندگان از لحاظ سن، جنس، نوع حادثه و میزان و شدت افسردگی و فشار روانی تعداد ۳۰ نفر انتخاب شدند که به صورت تصادفی در دو گروه کنترل (۱۵ نفر) و آزمایشی (۱۵ نفر) قرار گرفتند.

پیش از شروع فرایند پژوهش، اصول اخلاق در پژوهش مانند اخذ رضایت آگاهانه، حفظ بی‌نامی، رازداری و همچنین اختیار شرکت‌کنندگان برای ترک پژوهش رعایت شد. برای هر دو گروه پیش‌آزمون اجرا و پرسشنامه پژوهش را تکمیل نمودند. پس از اجرای پیش‌آزمون برای گروه آزمایش ۸ جلسه درمانی مراجع-محور به عنوان ابزار مداخله اجرا شد، اما در این مدت گروه کنترل آموزشی دریافت نکردند. لازم به ذکر است که شرکت‌کنندگان از ۲ ماه قبل از اجرای پژوهش تا پایان پژوهش هیچ گونه درمان دیگری دریافت نکردند تا تغییرات حاصل شده تنها در نتیجه درمان مراجع-محور باشد. در پایان جلسات درمان مراجع-محور، پس‌آزمون از هر دو گروه به عمل آمد و مجدداً پرسشنامه را تکمیل نمودند.

ابزارهای گردآوری داده‌ها ۲ پرسشنامه افسردگی بک و پرسشنامه مقیاس فشار روانی پس از حادثه می‌سی‌سی‌پی بود. پرسشنامه استاندارد افسردگی بک در مجموع از ۲۱ سوال تشکیل شده است. در پژوهش حاضر برای تعیین پایایی

پرسشنامه از ضریب آلفای کرونباخ استفاده شد که برابر با ۰/۷۳ به دست آمد.

مقیاس فشار روانی پس از حادثه می‌سی‌سی‌پی این مقیاس شامل ۳۵ گویه است که در ۵ گروه (تجربه مجدد، کناره‌گیری، کرحتی، بیش‌انگیزگی و خودآزاری) طبقه بندی می‌شود. آزمودنی‌ها به این گویه‌ها با یک مقیاس پنج درجه‌ای (غلط، بندرت درست، گاهی درست، خیلی درست و کاملاً درست) پاسخ می‌دهند که این گزینه‌ها به ترتیب ۱، ۲، ۳، ۴ و ۵ نمره‌گذاری می‌شود. دامنه کل نمرات یک فرد از ۳۵ تا ۱۷۵ خواهد بود. نمره ۱۰۷ و بالا بیانگر وجود اختلال فشار روانی پس از حادثه در فرد است.

در پژوهش حاضر پایایی این آزمون از طریق آلفای کرونباخ ۰/۷۹ به دست آمد. داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار SPSS جمع‌آوری شد و جهت تحلیل داده‌ها از آزمون تحلیل واریانس با طرح اندازه‌گیری مکرر استفاده گردید.

یافته‌ها

همان‌طور که نتایج جدول ۱ نشان می‌دهد میانگین متغیرهای بیش‌انگیزگی، خودآزاری و افسردگی در پس‌آزمون کمتر از پیش‌آزمون می‌باشد که نشان‌دهنده تأثیر مثبت مداخله انجام شده می‌باشد.

جدول ۱- شاخص‌های توصیفی متغیرهای پژوهش

متغیر	گروه	تعداد	پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
			میانگین	انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار
تجربه مجدد	گروه آزمایش	۱۵	۲۴/۷۳	۱/۱۶	۲۳/۵۳	۳/۲۲
	گروه کنترل	۱۵	۲۰/۹۳	۲/۷۱	۲۱/۴۶	۳/۲۴
کناره‌گیری	گروه آزمایش	۱۵	۲۵/۰۰	۱/۷۳	۲۰/۸۶	۲/۶۹
	گروه کنترل	۱۵	۲۰/۳۷	۴/۹۹	۱۹/۶۰	۴/۴۶
کرحتی	گروه آزمایش	۱۵	۱۴/۶۶	۱/۳۹	۱۱/۰۰	۲/۲۰
	گروه کنترل	۱۵	۹/۳۳	۳/۰۱	۸/۸۰	۳/۳۱
بیش‌انگیزگی	گروه آزمایش	۱۵	۳۳/۴۰	۳/۶۸	۲۵/۲۶	۴/۰۲
	گروه کنترل	۱۵	۲۵/۱۳	۲/۹۶	۲۲/۵۳	۵/۲۲
خودآزاری	گروه آزمایش	۱۵	۲۲/۴۰	۲/۱۹	۱۲/۹۳	۱/۸۳
	گروه کنترل	۱۵	۱۶/۶۰	۲/۶۹	۹/۶۶	۱/۳۴

افسردگی	گروه آزمایش	۱۵	۴۲/۲۰	۲/۳۶	۲۳/۳۲	۱/۹۵
	گروه کنترل	۱۵	۳۱/۹۳	۵/۰۷	۱۸/۷۳	۲/۵۲

نتایج بدست آمده از جدول ۲ نشان می‌دهد نتیجه همگنی واریانس‌ها توسط آزمون لوین برای خرده مقیاس‌های اختلال استرس پس از سانحه و افسردگی معنادار نبود.

برای تعیین تأثیر مداخله در گروه آزمایش و کنترل نمودن تأثیر پیش‌آزمون از تحلیل کواریانس چندمتغیری استفاده شد. جدول ۳ نتایج تحلیل کواریانس چند متغیری را روی نمرات پس‌آزمون با کنترل پیش‌آزمون‌ها نشان می‌دهد. همان‌گونه که در جدول ملاحظه می‌شود مقدار پیلایی برابر با $۰/۶۱$ ، مقدار لمبدای ویکز برابر با $۰/۳۹$ ، مقدار هتلینگ برابر با $۱/۵۶$ و مقدار بزرگترین ریشه برابر با $۱/۵۶$ به دست آمده است که همگی معنادار می‌باشند و نشانگر این است که بین گروه‌های آزمایش و گواه حداقل در یکی از متغیرهای وابسته تفاوت معناداری وجود دارد.

جدول ۲- نتایج آزمون لوین جهت بررسی همگنی واریانس‌ها در خرده مقیاس‌های اختلال استرس پس از سانحه و افسردگی

متغیر وابسته	درجه آزادی ۱	درجه آزادی ۲	F	Sig
تجربه مجدد	۱	۲۸	۲/۰۲	۰/۱۶۶
کناره‌گیری	۱	۲۸	۰/۱۶	۰/۶۸۸
کرختی	۱	۲۸	۳/۵۴	۰/۰۷۰
بیش‌انگیختگی	۱	۲۸	۲/۹۷	۰/۰۹۶
خودآزاری	۱	۲۸	۰/۵۱	۰/۴۷۷
افسردگی	۱	۲۸	۱/۶۴	۰/۲۱۰

جدول ۳- نتایج تحلیل کواریانس چندمتغیری برای خرده مقیاس‌های اختلال استرس پس از سانحه و افسردگی

اثر	آزمون‌ها	ارزش	F	Df فرضیه	Df خطا	سطح معناداری
	اثر پیلایی	۰/۶۱	۴/۴۲	۶	۱۷	۰/۰۰۷
	لمبدای ویکز	۰/۳۹	۴/۴۲	۶	۱۷	۰/۰۰۷
گروه	اثر هتلینگ	۱/۵۶	۴/۴۲	۶	۱۷	۰/۰۰۷
	بزرگترین ریشه روی	۱/۵۶	۴/۴۲	۶	۱۷	۰/۰۰۷

برای بررسی دقیق‌تر تفاوت از تحلیل واریانس یکراهه در متن مانکوا روی متغیرهای وابسته استفاده شد. همان‌گونه که در جدول ۴ قابل ملاحظه است مقدار F برای تمام خرده مقیاس‌ها

در سطح کمتر از $۰/۰۵$ معنادار می‌باشد. بنابراین می‌توان ادعا کرد که اثربخشی درمان مراجع-محور بر اختلال فشار روانی پس از حادثه و افسردگی تأیید می‌گردد.

جدول ۴- نتایج تحلیل واریانس یکراهه در متن مانکوا در خرده مقیاس‌های اختلال استرس پس از سانحه و افسردگی

متغیر وابسته	مجموع مجزورات	درجه آزادی	میانگین مجزورات	F	سطح معناداری
تجربه مجدد	۲۱/۰۷	۱	۲۱/۰۷	۴/۶۳	۰/۰۴۳
کناره‌گیری	۷۷/۵۷	۱	۷۷/۵۷	۱۰/۵۹	۰/۰۰۴
کرختی	۱۲/۸۵	۱	۱۲/۸۵	۸/۵۰	۰/۰۰۸
بیش‌انگیختگی	۶۳/۴۶	۱	۶۳/۴۶	۰/۰۵	۰/۰۳۵
خودآزاری	۱۶/۱۳	۱	۱۶/۱۳	۴/۷۶	۰/۰۴۰
افسردگی	۴۶/۳۳	۱	۴۶/۳۳	۵/۱۳	۰/۰۳۴

بحث و نتیجه‌گیری

یافته‌های این تحقیق نشان داد درمان مراجع-محور بر اختلال فشار روانی پس از حادثه مؤثر و معنادار می‌باشد. به

طوری که بیشترین تأثیر را در متغیر افسردگی و خودآزاری داشته است. این نتیجه با نتایج به دست آمده از پژوهش Held و همکاران، Herman و همکاران و مطالعات McLean و همکاران

همسو است (۲۱-۱۸). در تبیین اثربخشی درمان مراجع-محور بر کاهش فشار روانی، می‌توان بیان کرد که هدف از درمان مراجع-محور، این است که فرد توانایی را کسب کند که بتواند با تمام قدرت با مشکلات زندگی مقابله کند. این امر از طریق پذیرش خود بدست می‌آید. اگر مراجعان خودپذیری داشته باشند می‌توانند دوباره با تجارب خویش ارتباط برقرار کنند. افراد خودشکوفای برای برطرف کردن مشکلات جدیدشان از اضطراب، بی‌نظمی و آشفتگی استقبال می‌کنند.

از طرفی یکی از اهداف درمان مراجع-محور، امکان ظهور خلاقیت مراجعان است تا بتوانند راه‌حل‌های جدیدی برای مشکلات خود بیابند، راه‌حلهایی که تا قبل از آن به ذهن درمانگر و مراجع نرسیده است. فرایند مراجع-محور دو قسمت دارد، اول این که مراجع نحوه گوش دادن به تجربه و پذیرش آن را می‌آموزد. با این کار انعطاف‌پذیری و خودگردانی او بیشتر می‌شود. دوم پذیرش کامل تجربه درونی، ظرفیت خلاقیت و تکامل را در مراجعان افزایش می‌دهد و مراجع را به سوی راه‌های جدید و خلاقانه هدایت می‌کند (۲۳). بدین ترتیب مراجعین با بکار بستن از فرایند از میزان استرس‌شان کاسته می‌شود.

در تبیین اثربخشی درمان مراجع-محور بر کاهش تجربه مجدد افراد مورد تجاوز جنسی، می‌توان بیان کرد که در این نوع درمان درک توأم با همدلی دقیق و حساس روان‌درمانگر، واقعی بودن (به معنای صداقت در احساس و رفتار) روان‌درمانگر، خلوص و فهم دقیق و بی‌قید و شرط مراجع از اهمیت بالایی برخوردار است. در این روش مساله مهم به هیچ وجه کشف ناخودآگاه و یا یادگیری جدید نیست بلکه مراجع توسط روان‌درمانگر طوری هدایت می‌شود که خود به شناخت از چیزهایی که برایش منجر به آزردهی روانی شده‌اند، برسد و خود راه‌های مواجهه با آن‌را بیابد. برای همین در جریان درمان مراجع تعیین می‌کند که درباره چه چیزی می‌خواهد صحبت کند و روان‌درمانگر در این روش گفته‌های مراجع را با کلماتی که بار

عاطفی گفته‌های مراجع را مشخص‌تر می‌کند به وی می‌گوید و تصمیم‌گیرنده که آیا این گفته همان چیزی است که مراجع گفته است یا خیر تنها خود مراجع است. در این حال است که هرچه توان درک توأم با همدلی و حساسیت روان‌درمانگر بهتر باشد نه تنها منجر به شناخت بهتر روان‌درمانگر از مراجع می‌شود، بلکه به شناخت عمیق‌تر مراجع از خود نیز می‌انجامد (۲۴). و به این ترتیب مراجع راه‌های مفیدتری برای مقابله با مشکلات خود می‌یابد، که می‌توانند بر افسردگی خود غلبه کنند و آن را کاهش دهند.

نتایج پژوهش نشان داد واکنش قربانیان به تجاوز و سایر خشونت‌های جنسی با توجه به بستر فرهنگی هر جامعه متفاوت می‌باشد. عواملی مانند وضعیت اقتصادی و اجتماعی خانواده، دریافت حمایت اجتماعی، داشتن اعتمادبه‌نفس، داشتن سابقه سوء‌آزار جنسی در گذشته‌ها ... از عواملی است که می‌تواند تعیین‌کننده شدت واکنش (افسردگی، اضطراب، اختلال استرس پس از سانحه) افراد قربانی به تعرض انجام گرفته باشد (۲۵).

با توجه به اینکه در این پژوهش اکثر قربانیان دارای سطح مناسبی از نظر اقتصادی و تحصیلات نبوده و فاقد شغل بودند، که این امر می‌تواند در تعیین شدت اختلال گزارش شده موثر باشد. با توجه به شیوع بسیار بالای اختلال در شاکیان تجاوز در این مطالعه، پیشنهاد می‌شود کادر شاغل در مراکز پزشکی قانونی با شناسایی هر چه سریع‌تر افراد مستعد برای ابتلا به اختلال فشار روانی پس از حادثه آن‌ها را به مراکز مشاوره ارجاع دهند تا از پیدایش و تثبیت اختلال روانی در این افراد جلوگیری شود. از طرفی این افراد در جامعه با مشکلات متعددی مواجه می‌شوند که شاید مهم‌ترین آن را عدم پذیرش این افراد از سوی مردم و تابو بودن آن در جامعه دانست. بنابراین پیشنهاد می‌گردد در برنامه‌ریزی‌های بهداشتی کشور برنامه‌های لازم در زمینه حمایت این افراد در جامعه و آگاه نمودن مردم و حمایت مردم و دولت به عمل آید.

توجهی آن‌ها نسبت به این که قربانی هستند نه گناهکار، تدوین و اجرا گردد.

از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر تعداد حجم نمونه بود که باعث احتیاط در تعمیم‌پذیری نتایج پژوهش حاضر می‌گردد.

تشکر و قدردانی

نویسندگان بر خود لازم می‌دانند از کلیه شرکت‌کنندگان در این پژوهش قدردانی و تشکر نمایند.

توصیه می‌شود به خانواده‌ها آموزش لازم در جهت مراقبت بیشتر از اعضای خانواده و نحوه برخورد و واکنش در موقعیت‌های تجاوز برای مقابله با متجاوزین داده شود تا افراد در این‌گونه شرایط کمترین آسیب ممکن را ببینند. از سوی دیگر با توجه به این که قربانیان تجاوز به دلایل مختلف از جمله نگرش جامعه، احساس گناه و ... کمتر حاضر می‌شوند در مورد مشکلاتشان صحبت کرده و کمک دریافت نمایند لازم است که برنامه‌هایی جهت تغییر نگرش افراد جامعه نسبت به قربانیان و

References

- Sarkar J. Mental health assessment of rape offenders. *Indian J Psychiatry*. 2013; 55(3):235-43. Doi: 10.4103/0019-5545.117137
- Islam MN, See KL, Ting LC, Khan J. Pattern of sexual offences attended at accident and emergency department of HUSM from year 2000 to 2003: a retrospective study. *Malays J Med Sci*. 2006; 13(1):30-6. PMID: 22589588
- Cybulska B. Sexual assault: Key issues. *JRSM*. 2007; 100(7):321-4. Doi: 10.1177/014107680710000713
- Ward T, Beech A. An integrated theory of sexual offending. *Aggress Violent Behav*. 2006; 11(1):44-63. Doi: 10.1016/j.avb.2005.05.002
- Elklit A, Christiansen DM. Risk factors for posttraumatic stress disorder in female help-seeking victims of sexual assault. *Violence Vict*. 2013; 28(3):552-68. Doi: 10.1891/0886-6708.09-135
- Mørkved N, Hartmann K, Aarsheim L, Holen D, Milde A, Bomyea J, et al. A comparison of narrative exposure therapy and prolonged exposure therapy for PTSD. *Clin Psychol Rev*. 2014; 34(6): 453-67. Doi: 10.1016/j.cpr.2014.06.005
- Willis S, Chou S, Hunt NC. A systematic review on the effect of political imprisonment on mental health. *Aggress Violent Behav*. 2015; 25(A):173-83. Doi: 10.1016/j.avb.2015.08.001
- Kunst M, Winkel FW, Bogaerts S. Prevalence and predictors of posttraumatic stress disorder among victims of violence applying for state compensation. *JIV*. 2010;25:1631-1654. Doi: 10.1177/0886260509354591
- Klarić M, Frančišković T, Klarić B, Krešić M, Grković J, Diminić Lisica I, et al. Social support and PTSD symptoms in war-traumatized women in Bosnia and Herzegovina. *Psychiatr Danub*. 2008; 20(4):466-73.
- Escolas SM, Pitts BL, Safer MA, Bartone PT. The protective value of hardiness on military posttraumatic stress symptoms. *Mil Psychol*. 2013; 25(2):116-23. Doi: 10.1037/h0094953
- Anderson RE, Geier TJ, Cahill SP. Epidemiological associations between posttraumatic stress disorder and incarceration in the National Survey of American Life. *CBMH*. 2016; 26(2): 110-23. Doi: 10.1002/cbm.1951
- Pool J, Odell-Miller H. Aggression in music therapy and its role in creativity with reference to personality disorder. *The Arts in Psychotherapy*. 2011; 38(3):169-77. Doi: 10.1016/j.aip.2011.04.003
- Punkanen M, Eerola T, Erkkilä J. Biased emotional recognition in depression:

- Perception of emotions in music by depressed patients. *J Affect Disord.* 2011; 130(1-2):118-26. Doi: 10.1016/j.jad.2010.10.034
14. Brown GW, Harris T. Social origins of depression: A study of psychiatric disorder in women. Routledge: Abingdon; 2012.
 15. Schindler VP. A client-centred, occupation-based occupational therapy programme for adults with psychiatric diagnoses. *OTI.* 2010; 17(3):105-12. Doi: 10.1002/oti.291
 16. Ciucurel C, Iconaru EI. A case study of occupational therapy for poststroke depression in elderly. *P Procedia Soc Behav Sci.* 2012; 46:3865-9. Doi: 10.1016/j.sbspro.2012.06.162
 17. Davis J, Craik J, Polatajko HJ. Using the Canadian process practice framework: Amplifying the process. Townsend EA, Polatajko HJ, editors. *Enabling occupation II: Advancing an occupational therapy vision for health, well-being & justice through occupation.* Ottawa: Canadian Association of Occupational Therapists; 2007. p. 247-72.
 18. McLean CP, Su Y-J, Carpenter JK, Foa EB. Changes in PTSD and depression during prolonged exposure and client-centered therapy for PTSD in adolescents. *J Clin Child Psychol.* 2017; 46(4): 500-10. Doi: 10.1080/15374416.2015.1012722
 19. McLean CP, Yeh R, Rosenfield D, Foa EB. Changes in negative cognitions mediate PTSD symptom reductions during client-centered therapy and prolonged exposure for adolescents. *Behav Res Ther.* 2015; 68:64-9. Doi: 10.1016/j.brat.2015.03.008
 20. Hermann BA, Meyer EC, Schnurr PP, Batten SV, Walser RD. Acceptance and commitment therapy for co-occurring PTSD and substance use: A manual development study. *J Contextual Behav Sci.* 2016; 5(4):225-34. Doi: 10.1016/j.jcbs.2016.07.001
 21. Held P, Klassen BJ, Brennan MB, Zalta AK. Using prolonged exposure and cognitive processing therapy to treat veterans with moral injury-based PTSD: Two case examples. *Cogn Behav Pract.* 2018; 25(3):377-90. Doi: 10.1016/j.cbpra.2017.09.003
 22. Rafikhah M, Naghizadeh Z, Esmaili Sadrabadi M, Maftoon F, Kouhpayeh Zadeh Esfehiani J. Attachment to God, and Social support in post-traumatic stress disorder (Psd) in mothers. *Payesh.* 2017; 16(2):170-178. [Persian]
 23. Johnson DM, Pike JL, Chard KM. Factors predicting PTSD, depression, and dissociative severity in female treatment-seeking childhood sexual abuse survivors. *Child Abuse Negl.* 2001; 25(1):179-98. Doi: 10.1016/S0145-2134(00)00225-8
 24. Metzler MJ, Metz GA. Analyzing the barriers and supports of knowledge translation using the PEO model. *Can J Occup Ther.* 2010; 77(3):151-8. Doi: 10.2182/cjot.2010.77.3.4
 25. Beck A, Rush A, Shaw B, Emery G. *Cognitive therapy of depression.* New York: Guilford Press; 1979.

Effect of client-centered therapy on PTSD and depression in raped women in Bandar Abbas

Seyedeh Sarira Hashemi Pour^{1*} Seyyed Abdolmajid Bahreinian²

1. PHD Student, Public Psychology, Islamic Azad University of Bandar Abbas, Bandar Abbas, Iran.
2. Faculty Psychology, Tehran Islamic Azad University of Medical Science, Tehran, Iran.

ABSTRACT

Introduction: POSTD and depression are psychosomatic disorders that can be manifested as a result of rape and are a major threat to the health of victims. The aim of this study was to determine the effectiveness of Client-Centered Therapy on PTSD and depression in raped women in Bandar Abbas.

Methods: The statistical population of the study was 30 female victims of rape in the age group of 13-30 years who referred to psychology, counseling, and welfare offices of Bandar Abbas in 1396. The subjects were selected using convenient sampling method and assigned into two groups of experimental (n = 15) and control (n = 15). This was a pretest-posttest and semi-experimental study and the data collection tools were a short form of Beck Depression Inventory and Mississippi Post-Traumatic Stress Scale (PTSD). After the pre-test, the experimental intervention (Client-Centered Therapy) was performed for the experimental group and then the post-test was performed. Data were analyzed by SPSS software using descriptive and inferential statistics.

Results: Results of multivariate covariance analysis showed that the client-centered treatment improved participants' depression and psychological stress in all subscales of PTSD (P-value <0.05).

Conclusion: It can be claimed that the Client-Centered Therapy is effective on PTSD and depression.

Key Words: Client-Centered Therapy, Psychological Disorders, Depression, Rape, Women.

Original Article

Received: 8 Jan 2019 Accepted: 10 Apr 2019

Citation: Hashemi Pour SS, Bahreinian S A. Effect of Client-Centered Therapy on PTSD and Depression in Raped Women in Bandar Abbas. JPM. 2019; 6 (1):53-61

Correspondence: Seyedeh Sarira Hashemi Pour, PHD Student, Public Psychology, Islamic Azad University of Bandar Abbas, Bandar Abbas, Iran.

Tel: +989177694758 Email: sarira.hashemipour@gmail.com ORCID: 0000-0002-7685-0365