

## Comparing the effectiveness of emotion-focused approach and compassion-based therapy on cognitive emotion regulation and sexual functioning of women who experienced childhood sexual abuse: a quasi-experimental study

Fatemeh Talafi Nooghani<sup>1</sup>, Atefeh Ghanbari Nikoo<sup>2</sup>, Narges Mirani Sargazi<sup>3</sup>, Maryam Ghafoorinejad<sup>4</sup>, MohammadReza Khodabakhsh<sup>5\*</sup>

1. Department of Clinical Psychology, Faculty of Psychology, Jam Education Branch, Islamic Azad University, South Khorasan, Iran

2. Department of General Psychology, Faculty of Psychology, Islamic Azad University, Research Sciences Branch, Tehran, Iran

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

4. Department of General Psychology, Faculty of Psychology, Kerman Branch, Islamic Azad University, Kerman, Iran

5. Assistant Professor, Department of General Psychology, Faculty of Psychology, Neyshabur Branch, Islamic Azad University, Neyshabur, Iran

\*Corresponding Author: MohammadReza Khodabakhsh, Email: [khodabakhsh@ut.ac.ir](mailto:khodabakhsh@ut.ac.ir)

Received: 2025/04/23

Accepted: 2025/06/10

### Abstract

**Background & Aim:** The problems in the field of emotions of sexually abused women and the problems of sexual performance that most of these women face in life, highlight the need for research and increased attention to this field. The aim of this study was to compare the effectiveness of emotion-focused approach and compassion-based therapy on cognitive regulation of emotion and sexual performance in women with experience of child sexual abuse.

**Materials & Methods:** In this quasi-experimental study, the statistical population included all women with experience of child sexual abuse who referred to counseling and psychotherapy centers in Tehran in 2024. Among them, 60 women were selected through purposive sampling and randomly assigned to two intervention groups and a control group (20 people in each group). The cognitive emotion regulation questionnaire of Granieviski and Kraij, 2006 and the index of women's sexual performance of Rosen et al. (1997) were used to collect data. Intervention sessions for both experimental groups were implemented in the form of 8 sessions, 2 sessions per week and each session lasted 90 minutes, and the control group was placed on the waiting list. Analysis of covariance and variance and t-test were used to analyze the research data.

**Result:** The results indicated that there was a significant difference between the emotion-focused therapy group and the compassion-based therapy group and the control group in the post-test of the cognitive emotion regulation variable ( $P=0.000$ ,  $F=55.9$ ), sexual performance ( $P=0.000$ ,  $F=8.67$ ). Also, the effect size for the cognitive emotion regulation variable and sexual performance in the experimental group and the control group was 83.8% and 44.5%, respectively.

**Conclusion:** The results of the present study showed that compassion-based therapy and emotion-focused therapy are appropriate approaches to improve sexual function and emotional regulation in women with experience of child sexual abuse and can be a suitable guideline for use in counseling and psychotherapy centers.

**Keywords:** Emotion-focused approach, compassion-based therapy, cognitive emotion regulation, sexual dysfunction, child sexual abuse

**How to cite this article:** Talafi Nooghani F, Ghanbari Nikoo A, Mirani Sargazi N, Ghafoorinejad M, Khodabakhsh MR. Comparing the effectiveness of emotion-focused approach and compassion-based therapy on cognitive emotion regulation and sexual functioning of women who experienced childhood sexual abuse: a quasi-experimental study. Scientific Journal of Nursing, Midwifery and Paramedical Faculty, 2025; Vol 10(3):308 – 323 <https://sjnmp.muk.ac.ir/article-1-660-fa.html>

# مقایسه اثربخشی رویکرد هیجان مدار و درمان مبتنی بر شفقت بر نظم جویی شناختی هیجان و عملکرد جنسی زنان دارای تجربه آزار جنسی در کودکی: یک مطالعه نیمه تجربی

فاطمه تلافی نوغانی<sup>۱</sup>، عاطفه قنبری نیکو<sup>۲</sup>، نرگس میرانی سرگزی<sup>۳</sup>، مریم غفوری نژاد<sup>۴</sup>، محمدرضا خداابخش<sup>۵\*</sup>

۱. گروه روانشناسی بالینی، دانشکده روان‌شناسی، واحد تربیت جام، دانشگاه آزاد اسلامی، خراسان جنوبی، ایران

۲. گروه روانشناسی عمومی، دانشکده روان‌شناسی دانشگاه آزاد اسلامی، واحد علوم تحقیقات، تهران، ایران

۳. گروه علوم تربیتی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، دانشگاه شیراز، ایران

۴. گروه روانشناسی عمومی، دانشکده روان‌شناسی، واحد کرمان، دانشگاه آزاد اسلامی، کرمان، ایران

۵. استادیار، گروه روانشناسی عمومی، دانشکده روان‌شناسی، واحد نیشابور، دانشگاه آزاد اسلامی، نیشابور، ایران

\* نویسنده مسئول: محمدرضا خداابخش، ایمیل: [khodabakhsh@ut.ac.ir](mailto:khodabakhsh@ut.ac.ir)

تاریخ پذیرش: ۱۴۰۴/۳/۲۰

تاریخ دریافت: ۱۴۰۴/۲/۳

## چکیده

**زمینه و هدف:** مشکلات موجود در حیطه هیجانات زنان آسیب‌دیده جنسی و مشکلات عملکرد جنسی که اکثر این زنان در زندگی با آن روبه‌رو می‌باشند، لزوم پژوهش و افزایش توجه به این حیطه را روشن می‌کند. هدف از این پژوهش مقایسه اثربخشی رویکرد هیجان مدار و درمان مبتنی بر شفقت بر نظم جویی شناختی هیجان و عملکرد جنسی در زنان دارای تجربه کودک‌آزاری جنسی بود.

**مواد و روش‌ها:** در این مطالعه نیمه‌تجربی جامعه‌آماري شامل تمامی زنان دارای تجربه کودک‌آزاری جنسی مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره و روان‌درمانی شهر تهران در سال ۱۴۰۳ بود. از میان آن‌ها ۶۰ زن به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به صورت تصادفی در دو گروه مداخله و یک گروه کنترل (هر گروه ۲۰ نفر) جایگزین شدند. برای جمع‌آوری داده‌ها از پرسشنامه نظم‌جویی شناختی هیجان گرانفسکی و کرایچ (۲۰۰۶) و شاخص عملکرد جنسی زنان روزن و همکاران (۱۹۹۷) استفاده شد. جلسات مداخله برای هر دو گروه آزمایش در قالب ۸ جلسه، هر هفته ۲ جلسه و هر جلسه ۹۰ دقیقه اجرا شد و گروه کنترل در لیست انتظار قرار گرفتند. برای تحلیل داده‌های پژوهش از تحلیل کوواریانس و واریانس و آزمون تی استفاده شد.

**یافته‌ها:** نتایج حاکی از آن بود بین گروه درمان هیجان‌مدار و درمان مبتنی بر شفقت و گروه کنترل در پس‌آزمون متغیر نظم‌جویی شناختی هیجان ( $F=55/9$ ،  $P=0/000$ )، عملکرد جنسی ( $F=8/67$ ،  $P=0/000$ ) تفاوت معنی‌داری وجود دارد. همچنین اندازه‌اثر برای متغیر نظم‌جویی شناختی و عملکرد جنسی در گروه آزمایش و گروه کنترل به ترتیب ۸۳/۸٪، ۴۴/۵٪ است.

**نتیجه‌گیری:** نتایج پژوهش حاضر نشان داد که درمان مبتنی بر شفقت و درمان هیجان‌مدار رویکرد مناسبی جهت بهبود عملکرد جنسی و نظم‌دهی هیجانی در زنان دارای تجربه کودک‌آزاری جنسی است و می‌تواند راهبری مناسب جهت استفاده در مراکز مشاوره و روان‌درمانی باشد.

**واژه‌های کلیدی:** رویکرد هیجان‌مدار، درمان مبتنی بر شفقت، نظم جویی شناختی هیجان، اختلال عملکرد جنسی، زنان دارای تجربه کودک‌آزاری جنسی

(۶،۴،۷) آزار دیدگی جنسی عامل عملکرد جنسی نامناسب در زنان و بزرگسالان است. اختلال عملکرد جنسی زنان<sup>۲</sup> بر سلامت عاطفی، عزت نفس، سلامت جسمانی و کیفیت زندگی آن‌ها تأثیر می‌گذارد. این اختلال ارتباط تنگاتنگی با مشکلات اجتماعی از قبیل جرائم و تجاوزات جنسی، بیماری‌های روان و طلاق دارد (۸، ۹). زنان دارای سابقه‌ی سوءاستفاده جنسی در دوران کودکی بیشتر از زنان هم سن خود از اختلالات جنسی رنج می‌برد نگرانی‌های جنسی اغلب گزارش شده توسط زنان با تاریخ سوءاستفاده شامل مشکلات با میل جنسی و تحریک جنسی است (۱۰).

از طرفی؛ تجربه آزار بین فردی در دوران کودکی با خطر بالای ابتلا به اختلالات روان‌پزشکی در زندگی بعدی همراه است (۱۱). علاوه بر این، پس از آزار بین فردی دوران کودکی، تظاهرات اختلالات پس از سانحه<sup>۳</sup> اغلب پیچیده‌تر است و ممکن است شامل علائم دیگری مانند مشکلات تنظیم هیجان باشد (۱۲). نظم‌جویی شناختی هیجان روشی برای بهبود تعاملات اجتماعی و عاطفی است (۱۳). استفاده از راهبردهای شناختی خاصی مثل نشخوارگری، فاجعه سازی و ملامت خود نسبت به دیگر راهبردها، آسیب پذیری فرد اختلال‌های درونی سازی را بیشتر می‌کند در حالی که استفاده از راهبردهایی مانند ارزیابی مجدد مثبت آسیب پذیری کمتری به دنبال دارد (۱۴). توانایی تنظیم هیجان منجر به

## مقدمه

سوءاستفاده جنسی از کودکان<sup>۱</sup> نوعی سوءاستفاده است که در آن زنان بیشتر در معرض خطر هستند. مسائل جنسی یکی از موضوع‌های مهم در زندگی انسان‌ها است و هرگونه مشکلی در آن می‌تواند زندگی زن‌شویی آن‌ها را دچار مشکل سازد (۱) در پژوهش‌های مختلف (۲)؛ عملکرد جنسی و اختلالات جنسی در زنان در زمینه آسیب‌های جنسی، به ویژه سوءاستفاده جنسی در دوران کودکی مورد مطالعه قرار گرفته است. احتمال افزایش مشکلات جنسی در زنان با سابقه سوءاستفاده جنسی در دوران کودکی مشاهده شده است. با این حال، اضطراب پس از سانحه ناشی از آزار جنسی؛ دارای یک اثر افزایشی است که باعث می‌شود فرد بیشتر احتمال دارد به اختلالات جنسی مبتلا شوند (۳).

بنابراین؛ سوءاستفاده جنسی از کودکان به عنوان یک عامل خطر برای اختلال عملکرد جنسی شناخته شده است و توجه روزافزونی را به خود جلب کرده است. با این حال، مناقشات در مورد تحقیقات مرتبط باقی می‌ماند (۴). اختلالات عملکرد جنسی زنان (FSD) با مناطق علاقه/برانگیختگی، ارگاسم و درد مشخص می‌شود. قابل ذکر است که مدت زمان حداقل شش ماه و همچنین ناراحتی قابل توجه بالینی ناشی از علائم جنسی پیش نیازهای تشخیص اختلالات عملکرد جنسی زنان هستند (۵). براساس نتایج پژوهش‌های مختلف

2 Female Sexual Dysfunction

3 Post-Traumatic Anxiety Disorder

1 Child Sexual Abuse (CSA)

بهبود روابط بین فردی و بهزیستی روانی می شود (۱۵) با این حال، مطالعات قبلی عمدتاً بر نقش کلی استراتژی های تنظیم هیجان ناسازگارانه در بدرفتاری تجمعی و مشکلات درونی متمرکز بودند (۱۶) به طور کلی یافته های پژوهش های متعدد بیانگر رابطه قوی راهبردهای نظم جویی شناختی هیجان با اختلال های رفتاری و آسیب های روانی است (۱۷). همچنین نتایج مطالعات نشان می دهند که نظم جویی مؤثر هیجان ها دارای پیامدهای مطلوبی بر بهداشت روانی، بهزیستی روانشناختی، سلامت جسمانی، و روابط بین فردی، کیفیت زندگی، اضطراب هستند (۱۸، ۱۹). بنابراین، پژوهش حاضر در پی این است که رابطه درمان های مختلف را بر هیجان ها بررسی کند و یافته های پژوهش حاضر ممکن است راهنمایی هدفمندتری را برای آموزش سلامت روان و بهبود عملکرد جنسی فراهم کند تا به زنان آسیب دیده جنسی در کودکی کمک کند تا به طور مؤثرتری با مشکلات سلامت روان کنار بیایند.

یکی از پرکاربردترین رویکردها در این زمینه، آموزش مهارت های مبتنی بر رویکرد هیجان مدار<sup>۱</sup> است (۲۰). براساس این رویکرد، افراد خانواده ها درون یک نظام هیجانی زندگی می کنند که نقش مهمی در کیفیت روابط بین فردی، نشانه های آسیب شناختی روانی و سلامت آنها دارد. فنون درمانی فوق العاده ساختارمند و متمرکز بر ایجاد و تنظیم حالات هیجانی هستند و توجه بیشتری هم به چیش سایر افراد درگیر در زندگی مراجع برای حمایت مؤثر از مهارت های مبتنی بر رویکرد هیجان مدار شده است (۲۱).

در راستای رویکرد هیجان مدار، مداخلات مبتنی بر درمان متمرکز بر شفقت مهارتی است که می توان به فرد آموخت و سپس با تمرین آن توسط شخص، سیستم های فیزیولوژی عصبی و ایمنی فرد تحت تاثیر قرار می گیرد (۲۲). این رویکرد بخشی از موج سوم درمان های شناختی و رفتاری در نظر گرفته می شود که بر ذهن آگاهی، پذیرش، فراشناخت، احساسات، ارزش ها و اهداف تأکید دارند. براین اساس، نتایج پژوهش های مختلف (۲۲، ۲۳) نشان داد آموزش مهارت های رویکرد هیجان مدار و خود شفقت ورزی بر تعارض های زناشویی، تمایز یافتگی زنان دارای تجربه کودک آزاری جنسی، نظم جویی شناختی هیجانی، اختلال استرس پس از ضربه تأثیر معناداری دارد.

خلاء پژوهش حاضر ناشی از آنجاست که آسیب های آزاردیدگی جنسی در دوران بزرگسالی تبعات روانی و عاطفی در پی دارد که بر عملکرد جنسی و هیجان های فرد آسیب دیده اثرگذار است، پژوهش های گذشته اثر آزاردیدگی را بر هیجان ها و عملکرد جنسی در زنان و کودکان بررسی کرده اند اما کمتر پژوهشی تکنیک های درمانی مؤثر بر آسیب های هیجانی و جنسی را مورد مداخله قرار داده است، با در نظر گرفتن اهمیت این موضوع؛ براساس ادبیات پژوهش، رابطه آزاردیدگی جنسی در دوران کودکی و عملکرد جنسی در زنان تایید شده است اما در کمتر پژوهشی تکنیک های درمانی مورد مقایسه قرار گرفته است از طرفی رویکردهای مختلفی

جهت درمان عواطف منفی و تنظیم هیجان وجود دارد که لازم است میزان اثرگذاری این رویکردها نیز مورد بررسی قرار گیرد.

## مواد و روش‌ها

این پژوهش مطالعه‌ای نیمه تجربی است. جامعه در این پژوهش زنان دارای تجربه کودک‌آزاری جنسی مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره و روان‌شناسی شهر تهران بود. با بهره‌گیری از نرم‌افزار (Power\*G (0/05= $\alpha$ ، (اندازه اثر=0/15) و حجم مناسب نمونه برای مطالعات نیمه تجربی، از بین زنان واجد شرایط شرکت در پژوهش بودند و در راستای کنترل اثر، حجم نمونه مطالعه‌ی حاضر ۶۰ نفر تعیین گردید که به روش نمونه‌گیری هدفمند انتخاب و به‌صورت تصادفی ساده (قرعه‌کشی) در دو گروه مداخله و یک کنترل (هر گروه ۲۰ نفر) جایگزین شدند. معیارهای ورود به مطالعه شامل دارای تجربه کودک‌آزاری جنسی، جنسیت، اعلام آمادگی، توانایی حضور در تمام جلسات، رضایت به شرکت در پژوهش و دریافت نکردن برنامه مداخله‌های هم‌زمان بود. ملاک‌های خروج از پژوهش نیز غیبت بیش از ۲ جلسه در جلسات درمان بود. در این پژوهش ملاک‌های اخلاقی مانند رعایت اصول انسانی، محرمانه نگه‌داشتن راز افراد، توضیح کامل نحوه اجرای آزمون، پر کردن فرم رضایت‌نامه آگاهانه و اطلاع‌رسانی تعداد و مدت جلسات رعایت شد. ابزار سنجش در این پژوهش پرسشنامه نظم‌جویی شناختی هیجان گرانفسکی و کرایج (۲۴) و شاخص عملکرد جنسی زنان روزن و همکاران (۲۵) بود.

پرسشنامه نظم‌جویی شناختی هیجان<sup>۱</sup> یک پرسشنامه ۳۶ آیتی است که شامل ۹ خرده‌مقیاس می‌باشد (۲۴). هر خرده‌مقیاس نیز از ۴ آیتم تشکیل شده است. هر آیتم به چگونگی تفکر هر شخص بعد از تجربه یک رویداد تهدیدآمیز یا استرس‌آمیز می‌پردازد. پرسشنامه نظم‌جویی شناختی هیجان برای اندازه‌گیری استراتژی‌های شناختی که سبک واکنش به رویدادهای استرس‌آمیز افراد را مشخص می‌کند، کاربرد دارد. پرسشنامه نظم‌جویی شناختی هیجان پرسشنامه خود گزارش دهی است که می‌توان در افراد ۱۲ سال به بالا انجام گیرد. هر آیتم براساس مقیاس ۵ گزینه‌ای لیکرت که عبارت است از ۱ (اغلب/هرگز) تا ۵ (تقریباً همیشه/همیشه). نمره هر خرده‌مقیاس با جمع کردن آیتم کردن چهار آیتم هر خرده‌مقیاس به دست می‌آید، بنابراین دامنه نمرات برای هر خرده‌مقیاس ۴ تا ۲۰ می‌باشد. هر چه نمره فرد در خرده‌مقیاس‌ها بیشتر باشد نشان‌دهنده استفاده بیشتر از آن استراتژی شناختی می‌باشد. مشخصات روان‌سنجی نظم‌جویی شناختی هیجان در مطالعات خوب و مناسب گزارش شده است. ضریب آلفای کرونباخ در بیشتر موارد بالای ۰/۷۰ بوده و حتی برخی مطالعات آلفای کرونباخ بالای ۰/۸۰ می‌باشد. همچنین نتایج نشان‌دهنده اعتبار سازه و اعتبار عاملی خوب و مناسب پرسشنامه نظم‌جویی شناختی هیجان بود. نتایج پژوهش گرانفسکی و کرایج (۲۴) نیز در بررسی همسانی درونی خرده‌مقیاس‌ها پرسشنامه خوب گزارش شد (۰/۶۲ تا ۰/۸۵).

دقیقه و جلسات مداخله درمان مبتنی بر شفقت در قالب ۸ جلسه، هر هفته ۲ جلسه و هر جلسه ۹۰ دقیقه به صورت گروهی اجرا شد. جلسات درمانی در مرکز سلامت در شهر تهران توسط متخصص روانشناسی با درجه دکتری و یک دانشجوی دکتری تخصصی روانشناسی برگزار شد. جهت جلوگیری از ریزش اعضای گروه‌ها، حین مصاحبه اولیه با زنان، از آن‌ها خواسته شد تعهد خود را نسبت به شرکت در کل جلسات حفظ کنند. این امر در طول جلسات نیز رصد می‌شد و همبستگی گروهی که بین اعضا ایجاد شده بود، مانع ریزش افراد گروه گردید. بعد از اتمام جلسات، آزمودنی‌ها پس از آزمون پرسشنامه نظم‌جویی شناختی هیجان و شاخص عملکرد جنسی زنان را تکمیل کردند. در این پژوهش تمام اصول اخلاقی رعایت گردید. همچنین در پژوهش حاضر جلسات مداخله براساس رویکرد هیجان مدار فردی گرینبرگ (۲۷) و درمان مبتنی بر شفقت گیلبرت و راسل (۲۸) انجام گرفت که پروتکل درمانی مورد استفاده در پژوهش حاضر به شرح زیر است:

#### الف) پروتکل درمان مبتنی بر شفقت

**جلسه اول:** برقراری ارتباط اولیه، معارفه و برقراری رابطه حسنه، معرفی ساختار جلسات، تاکید بر رازداری، رعایت قوانین گروهی، اجتناب از قضاوت و سرزنش و یا تمسخر دیگران آشنایی با رویکرد شفقت درمانی و ماهیت شفقت. **جلسه دوم:** خلاصه جلسه قبل، تعریف شرم، درک مفهوم خودسرزنش گری، تفاوت شرم و احساس گناه و تحقیر، ارائه تکلیف خانگی. **جلسه سوم:** خلاصه

شاخص عملکرد جنسی زنان؛ ابزاری است که توسط روزن و همکاران (۲۵) برای اندازه‌گیری عملکرد جنسی زنان ساخته شده است. این شاخص ۱۹ ماده‌ای عملکرد جنسی زنان را در شش حوزه از جمله میل جنسی اوج لذت جنسی تهییج جنسی رطوبت مهبل رضایتمندی و درد جنسی ارزیابی می‌کند. نمره بالاتر در این شاخص نشانگر عملکرد بهتر جنسی است. ضریب آلفای کرونباخ نمره کل و خرده مقیاس‌های آزمون ۸۹/۰ و بالاتر گزارش شده است (۲۵) در پژوهش محمدی حیدری و فقیه زاده ضریب آلفای کرونباخ نمره کل و خرده مقیاس‌های آزمون ۰/۷۰ و بالاتر بوده است. همچنین این آزمون از روایی افتراقی مناسبی برخوردار بوده است (۲۶). در پژوهش حاضر ضریب آلفای کرونباخ نمره کل آزمون ۰/۸۹ بود پس از حذف خرده مقیاس درد جنسی نتایج تحلیل عاملی تأییدی  $CFI = ۰.۹۹$ ،  $NFI = ۰.۹۹$ ،  $GFI = ۰.۹۹$ ،  $RFI = ۰.۹۸$ ،  $IFI = ۰.۹۶$  و  $NNFI = ۰.۹۹$ ،  $RMSEA = ۰.۰۶۶$  خوب بود.

#### مواد و روش‌ها

ابتدا مجوزهای لازم جهت اجرای پژوهش از مراکز ذیربط گرفته شد. پس از آن با مراجعه به مراکز مشاوره و روان‌درمانی شهر تهران و بررسی پرونده‌ها، زنان دارای تجربه کودک‌آزاری جنسی انتخاب شدند. پس از اجرای پیش آزمون مقیاس نظم‌جویی شناختی هیجان و شاخص عملکرد جنسی زنان، از هر دو گروه مداخله (هر گروه ۲۰ نفر) و کنترل (۲۰ نفر)؛ جلسات مداخله رویکرد هیجان مدار فردی برای گروه اول در قالب ۸ جلسه، هر هفته ۲ جلسه و هر جلسه ۹۰

جلسه قبل، مقایسه مسئولیت‌پذیری در مقابل تقصیرجویی خود انتقادگرانه، توجه آگاهی و ریتم تنفس تسکین‌دهنده، ارائه تکلیف خانگی. **جلسه چهارم:** خلاصه جلسه قبل، تعریف همدلی، پذیرش بدون قضاوت، شناسایی افکار خود آیند منفی، معرفی تصویرسازی مشفقانه **جلسه پنجم:** خلاصه جلسه قبل، ایجاد مکانی امن؛ پرورش خود شفقت ورزی، تکنیک صندلی خالی، گرفتن بازخورد. **جلسه ششم:** خلاصه جلسه قبل، معرفی مفهوم شفقت ورزی به دیگران، شفقت ورزی از سوی دیگران. **جلسه هفتم:** شناسایی راهبردهای ایمنی‌بخش و رفتارهای سلطه‌پذیرانه و رابطه آن با خود انتقادگری، به چالش کشیدن خود از طریق گفتگوی سقراطی، ارائه تکلیف خانگی. **جلسه هشتم:** خلاصه جلسه قبل، نوشتن نامه مشفقانه، تصویرسازی مشفقانه، تمرین شفقت به خود و شفقت به دیگران، گرفتن بازخورد و اتمام جلسه.

### ب) جلسات مداخله براساس رویکرد هیجان مدار فردی

**جلسه اول:** پیش آزمون از ابزار تحقیق، آشنایی با اهداف درمان با رویکرد هیجان مدار فردی، آشنایی اعضا با قواعد و هنجارهای گروه، آشنایی اعضا با یکدیگر و آشنایی با نقش‌ها و وظایف در گروه. **جلسه دوم، سوم و چهارم:** مرحله توقف چرخه معیوب: مشخص کردن مسائل کلیدی مشکل‌ساز، آموزش تصدیق همدلانه آسیب‌پذیری، مشخص کردن الگوهای منفی تعامل که با بروز مسائل کلیدی افزایش می‌یابند و سبب اختلاف می‌شوند، آموزش همدلی به عنوان یک فرآیند تغییر فعال (تجربه درونی

درمانگر)، شناسایی ترس‌های ناشناخته و هیجانات منفی مرتبط با دل‌بستگی که سبب شکل‌گیری الگوهای منفی تعامل می‌شوند، آموزش همدلی به عنوان یک فرآیند تغییر فعال (مسیرهای همدلی و نشانگر خرد). **جلسه پنجم، ششم و هفتم:** مرحله تغییر الگوهای تعامل: بیان متفاوت الگوهای منفی تعامل، هیجانات و ترس‌ها و نیازهای دل‌بستگی هر فرد و پی بردن به هیجانات، آموزش تصدیق نشانگر، کمک به افراد در بیان نیازهای دل‌بستگی و احساسات عمیق خود، آموزش عمق بخشی، توجه به تجربه درونی، راهنمایی در زمینه چگونگی ابراز پذیرش و دلسوزی برای نیازهای دل‌بستگی و احساسات عمیق، تجربه مجدد. **جلسه هشتم:** مرحله تثبیت و یکنواختی: تبدیل الگوهای جدید تعامل به بخش جدایی‌ناپذیر از زندگی خود، جمع بندی مطالب و پیگیری آموزش‌ها.

به منظور تجزیه و تحلیل آماری از نرم‌افزار SPSS نسخه ۲۶ استفاده شد. جهت بررسی فرضیه پژوهش از تحلیل کوواریانس و واریانس و آزمون t مستقل استفاده شد. سطح معنی‌داری اختلاف ۰/۰۵ در نظر گرفته شد.

### یافته‌ها

یافته‌های جمعیت شناختی افراد گروه‌های مورد مطالعه به تفکیک گروه آزمایش و کنترل حاکی از آن بود که در گروه رویکرد هیجان مدار ۳ نفر (۱۵ درصد) زیر ۲۰ سال، ۷ نفر (۳۵ درصد) ۲۰ تا ۳۰ سال، ۱۰ نفر (۵۰ درصد) سن بالای ۳۰ سال داشتند و همچنین ۳ نفر

(۱۵درصد) از افراد این گروه مدرک تحصیلی زیر دیپلم، ۵ نفر (۲۵درصد) دیپلم، ۱۰ نفر (۵۰درصد) کارشناسی و ۲ نفر (۱۰درصد) کارشناسی ارشد و بالاتر دارند. از طرفی در گروه درمان مبتنی بر شفقت ۲ نفر (۱۰درصد) زیر ۲۰ سال، ۸ نفر (۴۰درصد) ۲۰ تا ۳۰ سال، ۱۰ نفر (۵۰درصد) سن بالای ۳۰ سال داشتند و همچنین ۵ نفر (۲۵درصد) از افراد این گروه مدرک تحصیلی زیر دیپلم، ۷ نفر دیپلم، ۵ نفر کارشناسی و ۳ نفر کارشناسی ارشد و بالاتر دارند و همچنین در گروه کنترل، ۴ نفر زیر ۲۰ سال، ۴ نفر ۲۰ تا ۳۰ سال، ۱۲ نفر سن بالای ۳۰ سال داشتند و همچنین ۸ نفر از افراد این گروه

مدرک تحصیلی زیر دیپلم، ۵ نفر دیپلم، ۵ نفر کارشناسی و ۲ نفر کارشناسی ارشد و بالاتر داشتند.

توصیف آماری مربوط به متغیر نظم جویی شناختی هیجان و عملکرد جنسی در جدول شماره ۱ ارائه شده است. میانگین و انحراف معیار نمره‌های مربوط به عملکرد جنسی و نظم جویی شناختی هیجان را برای دو گروه مداخله درمان مبتنی بر شفقت، گروه مداخله هیجان مدار و گروه کنترل نشان می‌دهد. میانگین نمره متغیرهای وابسته در پیش آزمون، پس آزمون در هر دو گروه آزمون تفاوت معناداری دارند، ولی این تفاوت در میانگین نمره پیش آزمون، پس آزمون گروه کنترل معنادار نیست.

جدول شماره ۱: توصیف آماری نمرات پیش آزمون-پس آزمون به تفکیک گروه‌های آزمون و گروه کنترل

| مؤلفه                 | گروه                | شاخص توصیفی                | پیش آزمون | پس آزمون | مراحل |
|-----------------------|---------------------|----------------------------|-----------|----------|-------|
| رویکرد هیجان مدار     |                     | میانگین $\pm$ انحراف معیار | ۸۴/۲۵۰۰   | ۱۲۹/۵۰۰۰ |       |
|                       |                     | کجی - کشیدگی               | ۰/۱۱۶     | ۰/۰۰۰    |       |
|                       |                     |                            | -۰/۷۸۸    | -۱/۲     |       |
| نظم جویی شناختی هیجان | درمان مبتنی بر شفقت | میانگین $\pm$ انحراف معیار | ۶۲/۲      | ۱۵۰/۲۰۰۰ |       |
|                       |                     | کجی - کشیدگی               | ۰/۴۸      | -۰/۱۴۴   |       |
|                       |                     |                            | ۴/۵۲      | -۱/۱۴۱   |       |
| کنترل                 |                     | میانگین $\pm$ انحراف معیار | ۲۷/۶۰۰۰   | ۸۲/۶۵۰۰  |       |
|                       |                     | کجی - کشیدگی               | ۲/۰۰۹     | ۲/۴۹۸    |       |
|                       |                     |                            | ۴/۷۲      | ۵/۶۸     |       |
| عملکرد جنسی           | رویکرد هیجان مدار   | میانگین $\pm$ انحراف معیار | ۲۳/۵۵۰۰   | ۸۰/۸۵۰۰  |       |
|                       |                     | کجی - کشیدگی               | ۰/۱۰۳     | ۰/۱۸۷    |       |
|                       |                     |                            | -۱/۰۶۰    | -۱/۲۸۴   |       |
| درمان مبتنی بر شفقت   |                     | میانگین $\pm$ انحراف معیار | ۳۱/۱۵۰۰   | ۶۲/۲۰۰۰  |       |
|                       |                     |                            | ۵/۲۸۴۲۹   | ۵/۹۲۵۸۶  |       |

|         |         |                            |       |
|---------|---------|----------------------------|-------|
| ۰/۴۸۹   | ۰/۰۰۲   | کجی - کشیدگی               |       |
| ۴/۵۲۷   | -۰/۷۷۳  |                            |       |
| ۲۷      | ۲۶/۶۵۰۰ | میانگین $\pm$ انحراف معیار |       |
| ۲/۶۳۵۷۹ | ۱/۸۴۳۲۰ |                            |       |
| ۱/۸۷۸   | -۰/۱۵۳  | کجی - کشیدگی               | کنترل |
| ۷/۱۱۱   | -۱/۲۳۴  |                            |       |

است. برای بررسی همگونی واریانس نمرات نظم جویی شناختی هیجان و عملکرد جنسی در سه گروه در مرحله پس آزمون از آزمون لوین استفاده شد. آزمون لوین جهت بررسی مفروضه همگنی واریانس های خطا نشان داد، سطح معناداری برای این متغیرها بزرگ تر از ۰/۰۵ همگنی واریانس های خطا برقرار می باشد.

ابتدا پیش فرض های پیوسته بودن متغیر، وابسته نرمال بودن توزیع داده ها، همگن بودن واریانس های دو گروه مستقل بودن افراد مورد بررسی قرار گرفت. بررسی توزیع طبیعی داده ها با استفاده از آزمون شاپیرو ویلک نشان داد که داده های به دست آمده دارای توزیع نرمال

جدول شماره ۲: تحلیل تفاوت بین نمرات پس آزمون نظم جویی شناختی هیجان و عملکرد جنسی دو گروه مداخله اول و دوم و گروه کنترل

| متغیر                 | منبع پراش | مجموع مجذورات | درجه آزادی | میانگین مجذورات | F    | سطح معنی داری | اندازه اثر |
|-----------------------|-----------|---------------|------------|-----------------|------|---------------|------------|
| نظم جویی شناختی هیجان | گروه      | ۱۹۱۸/۲۴       | ۵          | ۳۸۳/۶۴          | ۵۵/۹ | ۰/۰۰۰         | ۰/۸۳۸      |
|                       | خطا       | ۳۷۰/۶         | ۵۴         | ۶/۸۶            |      |               |            |
|                       | کل        | ۴۳۱۲۱۱        | ۶۰         |                 |      |               |            |
| عملکرد جنسی           | گروه      | ۶۰۳/۲۷        | ۵          | ۱۲۰/۶۵          | ۸/۶۷ | ۰/۰۰۰         | ۰/۴۴۵      |
|                       | خطا       | ۷۵۰/۹۱        | ۵۴         | ۱۳/۹            |      |               |            |
|                       | کل        | ۴۵۴۷۳         | ۶۰         |                 |      |               |            |

( $F=۵۵/۹$ )، عملکرد جنسی ( $P=۰/۰۰۰$ ,  $F=۸/۶۷$ ) تفاوت معنی داری وجود دارد. همچنین اندازه اثر برای متغیر نظم جویی شناختی و عملکرد جنسی در دو گروه مداخله اول و دوم و گروه کنترل به ترتیب ۸۳/۸ درصد، ۴۴/۵ درصد است.

نتایج جدول تحلیل کوواریانس در جدول شماره ۲ نشان می دهد بین گروه مداخله هیجان مدار و درمان مبتنی بر شفقت و گروه کنترل در پس آزمون متغیر نظم جویی شناختی هیجان ( $P=۰/۰۰۰$ )،

جدول شماره ۳: تحلیل تفاوت بین نمرات پس آزمون نظم جویی شناختی و عملکرد جنسی در گروه مداخله درمان هیجان مدار و گروه کنترل

| متغیر                 | مجموع مجذورات | درجه آزادی | میانگین مجذورات | F       | سطح معنی داری P | تفاوت میانگین ها |
|-----------------------|---------------|------------|-----------------|---------|-----------------|------------------|
| نظم جویی شناختی هیجان | ۲۱۹۴۹/۲۲      | ۱          | ۲۱۹۴۹/۲۲        | ۳۸۹/۱   | ۰/۰۰۰           | ۴۶/۸۵۰۰۰         |
| عملکرد جنسی           | ۲۸۹۹۸/۲۲      | ۱          | ۲۸۹۹۸/۲۲        | ۱۵۸۶/۵۴ | ۰/۰۰۰           | ۵۳/۸۵۰۰۰         |

کنترل در مرحله پس آزمون تفاوت معناداری وجود دارد ( $F=۳۸۹/۱$ )  
 $F=$  و  $P=۰/۰۰۰$ ). همچنین براساس نتایج این جدول، بین نمرات

نتایج تحلیل واریانس و آزمون t، در جدول شماره ۳ نشان می دهد بین نمرات نظم جویی شناختی گروه مداخله هیجان مدار و گروه

$(P=0/000)$ . همچنین تفاوت بین میانگین دو گروه (۴۶/۸۵ و ۵۳/۸۵)

نشان‌دهنده اثربخشی بیشتر درمان هیجان مدار بر نظم جویی شناختی و عملکرد جنسی در مرحله پس آزمون است.

عملکرد جنسی گروه مداخله هیجان مدار و گروه کنترل در مرحله پس آزمون تفاوت معناداری وجود دارد ( $F=1586/54$ ) و

جدول شماره ۴: تحلیل تفاوت بین نمرات پس آزمون نظم جویی شناختی و عملکرد جنسی دو گروه مداخله اول و دوم

| متغیر                 | مجموع مجذورات | درجه آزادی | میانگین مجذورات | F      | سطح معنی داری P | تفاوت میانگین‌ها |
|-----------------------|---------------|------------|-----------------|--------|-----------------|------------------|
| نظم جویی شناختی هیجان | ۴۲۸۴/۹        | ۱          | ۴۲۸۴/۹          | ۱۱۳/۸۴ | ۰/۰۰۰           | -۲۰/۷۰۰۰۰        |
| عملکرد جنسی           | ۳۴۷۸/۲۲       | ۱          | ۳۴۷۸/۲۲         | ۱۰۷/۴۷ | ۰/۰۰۰           | ۱۸/۶۵۰۰۰         |

همچنین براساس نتایج این جدول، بین عملکرد جنسی گروه مداخله اول و دوم در مرحله پس آزمون تفاوت معناداری وجود دارد ( $F=107/47$   $P=0/000$ ).

نتایج تحلیل واریانس و آزمون t، در جدول شماره ۴ نشان می‌دهد بین نظم جویی شناختی گروه مداخله اول و دوم در مرحله پس آزمون تفاوت معناداری وجود دارد ( $F=113/84$   $P=0/000$ ).

جدول شماره ۵: تحلیل تفاوت بین نمرات پس آزمون نظم جویی شناختی و عملکرد جنسی گروه درمان مبتنی بر شفقت و گروه کنترل

| متغیر                 | مجموع مجذورات | درجه آزادی | میانگین مجذورات | F      | سطح معنی داری P | تفاوت میانگین‌ها |
|-----------------------|---------------|------------|-----------------|--------|-----------------|------------------|
| نظم جویی شناختی هیجان | ۴۵۶۳۰/۰۲      | ۱          | ۴۵۶۳۰/۰۲        | ۷۷۲/۷۸ | ۰/۰۰۰           | ۶۷/۵۵۰۰۰         |
| عملکرد جنسی           | ۱۲۳۹۰/۴       | ۱          | ۱۲۳۹۰/۴         | ۵۸۹/۱۳ | ۰/۰۰۰           | ۳۵/۲۰۰۰۰         |

## بحث

این پژوهش با هدف مقایسه اثربخشی رویکرد هیجان مدار و درمان مبتنی بر شفقت بر نظم جویی شناختی هیجان و عملکرد جنسی در زنان آسیب دیده جنسی در کودکی انجام شد. نتایج حاکی از گروه درمانی مبتنی بر شفقت نسبت به درمان هیجان مدار فردی تاثیر بیشتری بر نظم جویی شناختی و عملکرد جنسی زنان آسیب دیده جنسی در دوران کودکی، دارد.

نتایج تاثیر مداخله هیجان مدار و درمان مبتنی بر شفقت متغیر نظم جویی شناختی بر متغیر نظم جویی شناختی هیجان و عملکرد جنسی با پژوهش (۲۹،۳۰،۳۱،۳۲،۳۳،۳۴،۳۵،۳۶،۴۰،۴۱) همسو است.

نتایج تحلیل واریانس و آزمون t، در جدول شماره ۵ نشان می‌دهد بین نظم جویی شناختی گروه درمان مبتنی بر شفقت و گروه کنترل در مرحله پس آزمون تفاوت معناداری وجود دارد ( $F=772/78$   $P=0/000$ ). همچنین براساس نتایج این جدول، بین عملکرد جنسی گروه درمان مبتنی بر شفقت و گروه کنترل در مرحله پس آزمون تفاوت معناداری وجود دارد ( $F=589/13$   $P=0/000$ ). مقایسه نتایج تفاوت میانگین‌های جدول‌های شماره ۳ و ۵ نشان می‌دهد که گروه درمانی مبتنی بر شفقت نسبت به درمان هیجان مدار فردی تاثیر بیشتری بر نظم جویی شناختی و عملکرد جنسی زنان آسیب دیده جنسی در دوران کودکی، دارد.

تیموری و همکاران (۱۴۰۰) در پژوهشی نشان داد که هر دو روش درمانی بر افزایش تنظیم هیجانی زوجین اثرگذار است اما بین زوج درمانی هیجان مدار و درمان مبتنی بر شفقت خود بر تنظیم هیجان تفاوت معنی داری وجود ندارد (۲۹). در پژوهشی دیگر؛ قادری و همکاران (۱۴۰۳) درمان هیجان مدار تروما بر کارکردهای اجرایی در افراد مبتلا به ترومای جنسی موثر است (۳۰). بهوند و همکاران (۱۴۰۰) نیز دریافتند که درمان متمرکز بر هیجان و مبتنی بر شفقت، دو روش درمانی مناسب جهت افزایش کیفیت خواب و کاهش انواع باورهای غیرمنطقی بیماران مبتلا به علائم سردرد اولیه هستند (۳۱). هاشمی و همکاران (۱۴۰۰) نیز دریافتند که زوج درمانی هیجان مدار بر بهبود عملکرد جنسی و کاهش اضطراب حین رابطه جنسی زنان مبتلا به واژینیسموس تاثیر دارد (۳۲). نتایج پژوهش امیرشاهی و همکاران (۱۴۰۳) نشان داد اثربخشی درمان شناختی- رفتاری مبتنی بر شفقت بر عملکرد جنسی و رفتارهای ارتقادهنده سلامت بیشتر از درمان متمرکز بر هیجان است (۳۳). در مطالعه‌ای دیگر صنعتی و همکاران (۱۴۰۳) دریافتند که تمرینات شناختی- رفتاری مبتنی بر شفقت می تواند به عنوان یک روش مداخله‌ای موثر برای بهبود وضعیت شناختی- عاطفی زنانی که خیانت زناشویی را تجربه کرده‌اند مورد استفاده قرار گیرد (۳۴). یافته‌های پژوهش Naismith و همکاران (۲۰۲۱) نشان می دهد که مداخلات مبتنی بر شفقت ممکن است برای زنان آزاردیده جنسی از طرف شریک جنسی جهت بهبود احساس گناه و بی کفایتی مفید است (۳۵).

ناهمسویی پژوهش‌های مذکور با پژوهش حاضر از آن جهت است که جامعه آماری پژوهش‌های مذکور زنان آزاردیده جنسی در کودکی نیستند، از طرفی این پژوهش‌ها دو روش درمانی را بر متغیرهایی همچون هیجان، اضطراب، عملکرد جنسی، کیفیت خواب، باورهای غیرمنطقی و سایر متغیرها بررسی کرده‌اند و متغیرهای نظم جویی شناختی هیجان و عملکرد جنسی را همزمان مورد بررسی قرار نداده‌اند.

در تبیین یافته‌های فوق می توان چنین بیان کرد که آزاردیدگی جنسی زنان در کودکی منجر به احساس شرم و انتقاد در بزرگسالی شده، همچنین تجارب دوران کودکی خصوصاً آزاردیدگی جنسی منجر به شکل گیری هیجانات منفی شده و در فرایندهای شناختی تاثیر دارد. از نظر Barlow و همکاران (۲۰۱۸) فرایندهای شناختی نقش مهمی در ایجاد و تداوم اختلال‌های جنسی دارند. برای مثال، افراد مبتلا به عملکرد جنسی انتظار بدترین حالت را دارند و شرایط را منفی و ناخوشایند ارزیابی می کنند. آن‌ها از آگاهی بر نشانه‌های جنسی اجتناب می کنند و از طریق افکار منفی حواس خود را پرت می کنند که این سبب کاهش برانگیختگی جنسی آنها می شود (۳۶). درمان مبتنی بر شفقت سبب درک و پرهیز از انتقاد نادرست نسبت به خود، مهربانی و نبود قضاوت می شود و کمک می کند افکار و رفتارهای تسکین بخش بیرونی، درونی شوند شفقت به خود باعث افزایش انعطاف پذیری عاطفی شده و می تواند در بهبود هیجان‌های منفی ناشی از تجارب رابطه جنسی اثربخش باشد (۳۷). از آنجایی

زنان نیازها و خواسته‌های خود را ابراز کرده و نگرانی و اضطراب کمتری در حین رابطه جنسی از خود نشان می‌دهند. همچنین با استفاده از آموزش‌های هیجان‌مدار زنان دارای تجربه کودک‌آزاری جنسی با کنترل و مدیریت هیجانات و ساماندهی احساسات خود؛ از بروز هیجانات منفی و آسیب‌رسان حین رابطه جنسی جلوگیری کردند.

از نظر قاسمی و همکاران (۱۳۹۸) افرادی که شفقت خود بالایی دارند تمایل بیشتری برای پذیرش نقش و مسئولیت خود در حوادث منفی دارند، می‌توانند اتفاقات منفی را با آنچه که هستند در ارتباط ببینند، اما همین حوادث منفی را کم‌تر نشخوار می‌کنند و در نتیجه در مواجهه با اشتباهاتشان کم‌تر هیجان‌های منفی را تجربه می‌کنند. افرادی که شفقت خود بالاتری دارند، در تجربه وقایع ناخوشایند با در نظر گرفتن این که انسان ممکن است خطا کند و همه انسان‌ها مرتکب اشتباه و تصمیم اشتباه می‌شوند، احساسات منفی کم‌تری را تجربه می‌کنند (مؤلفه اشتراکات انسانی) و در نتیجه کم‌تر از راهبردهای ناسازگارانه سرزنش خود و سرزنش دیگران استفاده می‌کنند (۴۰). به طور خلاصه می‌توان گفت که شفقت به خود یک سازه مهم در تعدیل واکنش افراد به موقعیت‌های ناراحت‌کننده است، لذا برای تنظیم هیجان می‌توان از این رویکرد نوین استفاده کرد. از نظر اورنگ و همکاران (۱۴۰۲) (۴۱) درمان مبتنی بر هیجان از علائم ظاهری فراتر می‌رود. هیجان‌های اصیل‌تر پنهان را نمایان کرده و آنها را تعدیل

که درمان مبتنی بر شفقت موجب تسهیل تغییر عاطفی به منظور مراقبت بیشتر و حمایت از خود می‌شود، قابلیت پذیرش ناراحتی و پریشانی در زنان مبتلا به عملکرد جنسی افزایش می‌یابد و آشفته‌گی هیجانی ناشی از عملکرد جنسی کاهش می‌یابد. از آنجا که در روابط جنسی نظام‌های شناختی، هیجانی و فیزیولوژیکی درگیر هستند درمان مبتنی بر شفقت با هدف قرار دادن این نظام‌ها از طریق کارکردن روی نظام امنیت و آرامش، زمینه را برای تعادل هیجانی و جسمانی فراهم می‌آورد و با استفاده از این روش درمانی فرد قادر می‌شود به جای کنترل دیگران، روی خود تسکینی و خودمراقبتی متمرکز شود (۳۸). رویکرد هیجان‌مدار نیز با آشکارسازی هیجانات آسیب‌زای زیربنایی و شکستن چرخه تعاملات منفی باعث در کنار عمیق‌تر شدن صمیمیت و پیوند دل‌بستگی می‌شود. در کنار آن مهارت‌های هیجانی مانند توانایی تشخیص و ابراز هیجانات و همچنین توانایی همدلی با دیگران که از مهارت‌های تأکیدشده این رویکرد است، با افزایش صمیمیت و احساس امنیت در روابط و حفظ و تداوم روابط آن‌ها می‌شود (۳۹). پژوهش حاضر نشان داد که درمان مبتنی بر شفقت با شناسایی افکار خودآیند منفی، از بین بردن احساس گناه و افزایش عزت نفس باعث شد زنان عملکرد جنسی مناسبی داشته باشند، از طرفی درمان هیجان‌مدار نیز باعث شد زنان به هیجانات درونی‌شان دست یافته؛ با این درمان شناسایی الگوهای تعامل منفی، هیجانات و ترس‌ها و الگوی دل‌بستگی زنان را تغییر داده و هیجان ترس را ترمیم کرده در نتیجه

می‌کند. درمان مبتنی بر هیجان بر روی بعد هیجانی اضطراب تمرکز کرده و با حل و فصل آن، هیجان اضطراب کاهش می‌یابد. درمان مبتنی بر هیجان به بهبود راهبردهای منفی تنظیم شناختی هیجان انجامید. درمان مبتنی بر هیجان با کمک به کم کردن هیجان و عینی کردن استفاده از نتایج هر راهبرد، امکان شناخت و آگاهی از هر راهبرد و پیامد آن را ایجاد می‌نماید. لذا آگاهی ایجاد شده نسبت به هیجان تجربه شده به اصلاح راهبردهای تنظیم هیجان می‌انجامد. از منظر دیگر راهبردهای تنظیم شناختی هیجان از تجربه سلسله تروماها و تجارب گذشته شکل گرفته در موقعیت‌های مختلف تکرار می‌شوند. بنابراین درمان مبتنی بر هیجان با بازآفرینی تجارب معنادار گذشته و تغییر معناها و اکتساب شده از هر تجربه، حالتی آموزشی اصلاحی برای راهبردهای هیجانی تثبیت شده دارد که با درهم شکستن راهبرد ناکارآمد امکان استفاده از راهبردهای کارآمد و مثبت را افزایش دهد. از طرفی؛ پژوهش حاضر نشان داد که درمان مبتنی بر شفقت به زنان آسیب دیده جنسی در کودکی نشان داد که احساسات منفی‌شان را سرکوب نکنند، و نسبت به خود مهرورزی داشته باشند و براساس عملکرد واقعی‌شان خودشان را قضاوت کنند. از طرفی؛ درمان هیجان مدار با نظم‌دهی به هیجانات و ایجاد تعادل هیجانی و درمان مبتنی بر شفقت با افزایش انعطاف‌پذیری عاطفی در زنان باعث شد آن‌ها هنگام رویارویی با هیجانات منفی از راهبردهای شناختی مناسب استفاده کنند و اطلاعات پراکنده هیجانی‌شان را مدیریت کنند از طرفی این دو رویکرد درمانی باعث شدند زنان

تجربه تلخ دوران کودکی‌شان را بپذیرند و سرزنش خود و دیگران را کنار بگذارند در نتیجه با بازیابی هیجانات مثبت و برنامه‌ریزی از نشخوار فکری جلوگیری کنند.

از جمله محدودیت‌های پژوهش حاضر استفاده از نمونه محدود به زنان دارای تجربه کودک‌آزاری جنسی بوده و در تعمیم نتایج باید جوانب احتیاط را رعایت نمود. از دیگر محدودیت‌های پژوهش عدم اجرای دوره پیگیری است که به دلیل محدودیت زمانی این امکان میسر نگردید. بنابراین در همین راستا به مشاوران، درمان‌گران و متخصصان حوزه اختلالات روانی و جنسی پیشنهاد می‌شود که در پژوهش‌های آتی ضمن مرتفع ساختن محدودیت‌های ذکر شده، پژوهش با تعداد نمونه بیشتر و در سایر نقاط کشور و سایر دامنه‌های سنی تکرار شود. همچنین محققین آینده الگویی جهت کارگیری درمان مبتنی بر شفقت و رویکرد هیجان مدار جهت افزایش ذهن آگاهی افراد آسیب دیده جنسی در سنین مختلف با جنسیت متفاوت ارائه دهند.

### نتیجه‌گیری

نتایج پژوهش حاضر نشان داد که درمان مبتنی بر شفقت و درمان هیجان مدار رویکرد مناسبی جهت بهبود عملکرد جنسی و نظم‌دهی هیجانی در زنان دارای تجربه کودک‌آزاری جنسی است و می‌تواند راهبری مناسب جهت استفاده در مراکز مشاوره و روان‌درمانی باشد.

### تشکر و قدردانی

مراجعہ کنندگان، دسترسی به پرونده پزشکی مراجعہ کنندگان تنها به محققین محدود بود و انتشار نتایج بدون ذکر نام افراد بوده است.

محققان بر خود لازم می‌دانند از تمامی آزمودنی‌ها که در اجرای برنامه ما را یاری کردند تشکر نمایند. جمع‌آوری اطلاعات پس از تأیید کمیته اخلاق و پژوهش دانشگاه و دریافت شناسه ۴/۲۷۳/۱۴۰۳

### تعارض منافع

نویسندگان هیچ گونه تضاد منافع‌ی نداشتند.

انجام شد. باتوجه به محرمانه بودن اطلاعات ثبت شده در پرونده‌های

## References

1. Soumali H, Amiri H, Kakaberaei K, & Arefi M. Predictions of sexual satisfaction and marital adjustment family cohesion and secure attachment style in couples. *Biannual Journal of Applied Counseling*. 2021;11(1):59-78.
2. Pulverman CS, Kilimnik CD, Meston CM. The impact of childhood sexual abuse on women's sexual health: A comprehensive review. *Sexual medicine reviews*. 2018;6(2):188-200.
3. Bornefeld-Ettmann P, Steil R, Lieberz KA, Bohus M, Rausch S, Herzog J, Priebe K, Fydrich T, Müller-Engelmann M. Sexual functioning after childhood abuse: The influence of post-traumatic stress disorder and trauma exposure. *The journal of sexual medicine*. 2018;15(4):529-38.
4. Wang SJ, Chang JJ, Cao LL, Li YH, Yuan MY, Wang GF, Su PY. The relationship between child sexual abuse and sexual dysfunction in adults: a meta-analysis. *Trauma, Violence, & Abuse*. 2023;24(4):2772-88.
5. Weiss J, Steil R, Priebe K, Lindauer P, Kleindienst N, Fydrich T, Müller-Engelmann M. Sexual dysfunctions in women with posttraumatic stress disorder following childhood sexual abuse: Prevalence rates according to DSM-5 and clinical correlates. *Archives of Sexual Behavior*. 2023;52(8):3365-78.
6. Ahmadi F, Tahmasebi R, Noroozi A, Akbarizade F. Prevalence of and Factors Affecting Sexual Dysfunction in Women of Reproductive Age. *Iran South Med J* 2022; 25(2):114-29. [Persian]
7. Saadedine M, Faubion S, Kingsberg S, Enders F, Kuhle C, Kling JM, Mara K, Kapoor E. Adverse childhood experiences and sexual dysfunction in midlife women: Is there a link?. *The Journal of Sexual Medicine*. 2023;20(6):792-9.
8. Roshanaei S. An approach to sexual dysfunction in women, Second National Conference on Applied Ideas in Educational Sciences, Psychology and Cultural Studies, Bushehr. 2022. <https://civilica.com/doc/1552499/>. [Persian]
9. Erdős C, Kelemen O, Pócs D, Horváth E, Dudás N, Papp A, Paulik E. Female sexual dysfunction in association with sexual history, sexual abuse and satisfaction: A cross-sectional study in Hungary. *Journal of Clinical Medicine*. 2023;12(3):1112.
10. Darabian P, Baraz Sh, Ramezani Z, Raisifar Z. Investigation of the relationship between childhood sexual abuse and sexual health in women: a systematic review, 7th International Seminar on Women's Health, Shiraz. 2018; <https://civilica.com/doc/875028/>. [Persian]
11. Steil R, Weiss J, Bornefeld-Ettmann P, Priebe K, Kleindienst N, Müller-Engelmann M. A preliminary study on the effect of trauma-focused therapies on sexual dysfunctions in women with PTSD after childhood abuse. *Journal of psychiatric research*. 2024;170:340-7.
12. Messman-Moore TL, Bhuptani PH. A review of the long-term impact of child maltreatment on posttraumatic stress disorder and its comorbidities: An emotion dysregulation perspective. *Clinical psychology: science and practice*. 2017;24(2):154.

13. Dryman MT, Heimberg RG. Emotion regulation in social anxiety and depression: A systematic review of expressive suppression and cognitive reappraisal. *Clinical psychology review*. 2018 ;65:17-42.
14. Yu T, Hu J, Zhang W, Zhang L, Zhao J. Psychological maltreatment and depression symptoms among Chinese adolescents: a multiple mediation model. *Child Abuse & Neglect*. 2022 ;134:105940.
15. MacCann C, Jiang Y, Brown LE, Double KS, Bucich M, Minbashian A. Emotional intelligence predicts academic performance: A meta-analysis. *Psychological bulletin*. 2020;146(2):150.
16. 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.
17. Malesza M. Stress and delay discounting: The mediating role of difficulties in emotion regulation. *Pers Individ Dif*. 2019;144:56–60.
18. Kirwan M, Pickett SM, Jarrett NL. Emotion regulation as a moderator between anxiety symptoms and insomnia symptom severity. *Psychiatry Res*. 2017; 254:40–47.
19. Motahari Nasab Z, Mirhoseini F A, Asli Azad M. Effectiveness of Cognitive Emotional Regulation Training on Emotional Knowledge and Emotional Control of Poorly Supervised Students. *J Child Ment Health*. 2020;6(4):97-107. [Persian]
20. Wiebe SA, Johnson SM. A review of the research in emotionally focused therapy for couples. *Fam Process*. 2016;55(3):390-407.
21. Greenberg L, Goldman R. Emotion-focused couple therapy. Translated by Ramezani MA, Ghaemmaghami A, Jannesari Z, Jamshidnejad N, Dayani N, Faghih S. Tehran: Virayesh Publishing. 2018. [Persian]
22. Valipour M, Mobayeni M. Comparison of the effectiveness of solution-based approach and compassion-focused therapy on emotional cognitive regulation and post-traumatic stress disorder in female-headed households. *Journal of Counseling Research*. 2023;22(85):162-91. [Persian]
23. Farshchiyan Yazdi, M., Bagherzadeh Golmakani, Z., Mansouri, A. Comparison of the Effectiveness of Emotionally Focused Therapy and Self-Compassion Skills Training on Marital Conflicts and Differentiation of Self of Women Affected by Marital Infidelity. *medical journal of mashhad university of medical sciences*. 2021;64(4): 3517-31. [Persian]
24. Garnefski N, Kraaij V. Relationships between cognitive emotion regulation strategies and depressive symptoms: A comparative study of five specific samples. *Pers Individ Differ*. 2006;(40):1659-1669.
25. Rosen C, Brown J, Heiman S, Leiblum C, Meston R, Shabsigh D, Ferguson R, D'Agostino R. The Female Sexual Function Index (FSFI): a multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *Journal of sex & marital therapy*. 2000;26(2):191-208.
26. Mohammadi Kh, Heydari M, Faghihzadeh S. The Female Sexual Function Index (FSFI): Validation of the Iranian version. *Payesh*. 2008;7(3):269-78. [Persian]
27. Greenberg LS, & Safran JD. Emotion in psychotherapy. *American psychologist*. 1989;44(1):19.
28. Gilbert W. Class in Compassion-Focused Therapy, translated by Mehrnoush Aqbati, Tehran: Ibn Sina Publications. 2016.
29. Teymori Z, Mojtabaei M, Rezazadeh S M R. Comparison of the Effectiveness of Emotionally Focused Couple Therapy and Self-compassion-based Therapy On Emotion Regulation In Women Affected by Infidelity. *JGUMS*. 2021; 30(2):130-143. [Persian]
30. Ghaderi H, Arjmandnia AA, Dehestani M, Afroz GA. The Effectiveness of Emotion-Focused Therapy for Trauma on Executive Functions in individuals with Sexual Trauma (Case Report). *Journal of Applied Psychological Research*. 2024;15(2): 235-251. [Persian]
31. Behvandi N, Khayatan F, Golparvar M. Comparing the Effectiveness of emotion focused therapy with compassion Focused therapy on sleep quality and irrational beliefs in patients with early headache symptoms. *Yafte*. 2021;23(4):31-44. [Persian]

32. Hashemi M, Ghahremani M. The effectiveness of emotion-focused couple therapy on improving sexual dysfunction and anxiety during intercourse in women with vaginismus. *Disability Studies (Internet)*. 2021;11(1(serial 19)):0-0. [Persian]
33. Amirshahi M, Saremi A, Nouri R, Karbalaei M, Hosseini-Sadat R. Comparing the Effectiveness of Emotionally Focused Therapy and Cognitive-Behavioral Therapy on Sexual Function and Health-Promoting Behaviors in Women with PCOS. *International Journal of Behavioral Sciences*. 2024;18(1):29-36. [Persian]
34. Sanati Y, Hosseini S, & Abbasi F. Investigating the Effectiveness of Cognitive-Behavioral Therapy on Self-Compassion and Experiential Avoidance in Women Who Have Experienced Marital Infidelity. *Applied Family Therapy Journal (AFTJ)*. 2024; 5(2): 112-120. [Persian]
35. Naismith I, Ripoll K, Pardo VM. Group compassion-based therapy for female survivors of intimate-partner violence and gender-based violence: A pilot study. *Journal of Family Violence*. 2021;36:175-82.
36. Barlow DHV, Durand M, & Hofmann SG. *Abnormal Psychology: An integrative approach*. Cengage Learning. 2018.
37. Saunders F, Vosper J, Gibson S, Jamieson R, Zelin J, & Barter J. Compassion Focused Psychosexual Therapy for Women Who Experience Pain during Sex. *OBM Integrative and Complementary Medicine*. 2021;7(2):2-14.
38. Mirzaei A, & Sharifi T. Comparison of the Effectiveness of Emotion-Focused Therapy and Intensive Short-Term Psychodynamic Therapy on Sexual Dysfunction and Quality of Sexual Life in Women. *Applied Family Therapy Journal (AFTJ)*. 2024;5(2): 171-181. [Persian]
39. Johnson SM. Attachment theory and emotionally focused therapy for individuals and couples. In: Obegi JH, Berant E, editors. *Attachment theory and research in clinical work with adults*. New York: Guilford Press; 2009; 410-433.
40. Ghasemi N, Goodarzi M, Ghazanfari F. The effectiveness of compassion-based therapy on cognitive emotion regulation, mindfulness skills, and readiness to experience shame and guilt in individuals with mixed anxiety-depressive disorder. *Clinical Psychology Studies*. 2019;10(34):145-166. [Persian]
41. Orang S, Saberi H, Taheri A. Development and effectiveness of emotion-based therapy on cognitive regulation of emotion and death anxiety in elderly women with cancer. *Quarterly Cultural-Educational Journal of Women and Family*. 2023;18(63): 133-152. [Persian]