



تدوین بسته تلفیقی اختلال کودک‌خواهی و اثربخشی آن بر ابعاد رویکردهای جنسی

بتول حیدری: دانشجوی دکتری تخصصی روانشناسی عمومی، گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران
محمدباقر کجباغ: استاد، گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران (* نویسنده مسئول) M.kajbaf2006@gmail.com
امیر قمرانی: استادیار، گروه روانشناسی، دانشکده علوم تربیتی و روانشناسی، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران

چکیده

کلیدواژه‌ها

اختلال کودک‌خواهی،
ذهن‌آگاهی،
طرحواره‌های جنسی،
طرحواره‌درمانی،
درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد

زمینه و هدف: اختلالات جنسی، از مباحث مهم در علم روانشناسی است لذا هدف پژوهش حاضر تدوین بسته درمانی اختلال کودک‌خواهی و بررسی اثربخشی آن بر ابعاد طرحواره‌های جنسی مردان افغانستان بود.

روش کار: روش پژوهش حاضر، به صورت ترکیبی با دو روش کیفی و کمی بود. در بخش کیفی از روش قیاسی تحلیل مضمون آتراید استرلینگ استفاده شد. در بخش کمی، طرح پژوهش حاضر در زمره طرح‌های نیمه‌آزمایشی پیش‌آزمون-پس‌آزمون-پیگیری با گروه کنترل و آزمایش قرار می‌گیرد. جامعه آماری در این پژوهش را کلیه مردان افغان مبتلا به اختلال کودک‌خواهی تشکیل دادند که به صورت غیرتصادفی هدفمند تعداد ۲۰ نفر از آن‌ها به عنوان نمونه انتخاب شدند و به صورت تصادفی در گروه آزمایشی (۱۰ نفر) و گروه کنترل (۱۰ نفر) قرار گرفتند. ابزار اندازه‌گیری در این پژوهش مقیاس طرحواره جنسی مردان اندرسون و همکاران (۱۹۹۹) بود. پس از تکمیل پرسشنامه توسط هر دو گروه کنترل و آزمایش، شرکت‌کنندگان در گروه آزمایش، محتوای بسته آموزشی تدوین شده را در طی ۲۰ جلسه به صورت فردی دریافت کردند. پس از پایان جلسات، پس‌آزمون و پس از گذشت سه ماه به‌منظور پیگیری، پرسشنامه پژوهش توسط هر دو گروه تکمیل گردید.

یافته‌ها: نتایج تحلیل اندازه‌های مکرر نشان داد که درمان تلفیقی اختلال کودک‌خواهی با سطح معناداری $P < 0.05$ ، بر طرحواره‌های جنسی و هر سه بعد طرحواره‌ها تاثیرگذار بود.

نتیجه‌گیری: به طور کلی می‌توان نتیجه گرفت که در مراکز قانونی افغانستان برای مجرمان مبتلا به این اختلال، دوره‌های درمانی اختلال کودک‌خواهی توسط متخصصین برگزار گردد.

تعارض منافع: گزارش نشده است.

منبع حمایت‌کننده: حامی مالی ندارد.

شیوه استناد به این مقاله:

Heydari B, Kajbaf MB, Ghamarani A. Compilation of a Consolidated Package of Child-Loving Disorder and Its Effectiveness on the Dimensions of Sexual Schemas. Razi J Med Sci. 2024(8 Apr);31.5.

Copyright: ©2024 The Author(s); Published by Iran University of Medical Sciences. This is an open-access article distributed under the terms of the CC BY-NC-SA 4.0 (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/deed.en>).

*انتشار این مقاله به‌صورت دسترسی آزاد مطابق با **CC BY-NC-SA 4.0** صورت گرفته است.

Compilation of a Consolidated Package of Child-Loving Disorder and Its Effectiveness on the Dimensions of Sexual Schemas

Batool Heydari: PhD Student in General Psychology, Department of Psychology, Faculty of Education and Psychology, University of Isfahan, Isfahan, Iran

Mohammad bagher Kajbaf: Professor, Department of Psychology, Faculty of Education and Psychology, University of Isfahan, Isfahan, Iran (* Corresponding Author) M.kajbaf2006@gmail.com

Amir Ghamarani: Assistant Professor, Department of Psychology, Faculty of Education and Psychology, University of Isfahan, Isfahan, Iran

Abstract

Background & Aims: Sexual disorders are important topics in psychology. The importance of these disorders is that when a person gets this disease, he finds problems that unintentionally involve other people in their problems. A person with sexual disorders has abnormal behaviors, sexual fantasies, or unhealthy desires. Today, child-loving disorder is a very common disorder, and a person suffering from this disorder tends to have a relationship with children of the same sex or with children of the same sex, and thus achieves the pleasure and excitement of sexual intercourse. Sex with children is usually accompanied by abuse, and this abuse includes physical and sexual abuse, child neglect, and emotional abuse. Afghanistan is one of the countries wherein its social fabric, the disorder of child love or child play is more common and less abnormal. Some of the factors that caused this disorder in Afghan men can be listed as follows: Emotional compatibility or congruity that is caused by the unsatisfied needs of childhood and causes the sufferers of this disorder to search for people who have this disorder. Understand the need, or at least he feels that this need is understood by people of a certain age group. Despite factors such as inappropriate and weak interactions with parents during childhood, sexual abuse during childhood, feelings of inferiority and low self-esteem resulting from childhood, one of the important causes of pedophile disorder can be found in childhood. And one of the models that can help to understand the relationship between life experiences, especially childhood experiences, and subsequent psychological injuries is the examination of early maladaptive schemas, especially sexual schemas. Primary maladaptive schemas are emotional and cognitive patterns of self-harm that are formed in the mind at the beginning of growth and development and are repeated in life and affect the interpretation of experiences and relationships with others. These incompatible schemas affect people's thinking, feeling, and behavior and may form the core of personality disorders and interpersonal problems. Sexual schema is defined as a person's cognitive generalizations of sexual aspects resulting from past experiences. These schemas are a historical representation of a person's sexual life and are defined as the basic and core beliefs of a person's sexual dimensions, which are derived from past experiences and appear in present experiences and in the processing of sexual information of individuals. They affect A variety of treatment methods based on acceptance and commitment, mindfulness, schema therapy, and cognitive and behavioral therapy that deals with changing childhood beliefs, accepting thoughts and feelings, high mental awareness, and rebuilding deviant thought patterns can be used to treat this The problem is used in combination. Cognitive interventions such as schema therapy, in addition to focusing on the roots of mental problems in childhood, help the person with this disorder to identify their false beliefs by using strategies and strengthen self-control by changing unfavorable beliefs and feelings. Child-wanting disorder has many consequences for affected people and child victims. Usually, people with childishness disorder cannot establish emotional and sexual relations with adults and have low self-esteem. In these people, there is always the fear of being attracted to children, and as a result, they will not be able to lead a normal life. People suffering from this disorder usually have unknown worries and anxieties in society and have problems in their social and family relationships, job, or education. Also, people with this disorder usually suffer from depression, other mental disorders, or addiction to a certain substance. The main issue that differentiates pedophiles from other sexual abnormalities and requires special attention is that in pedophiles, the

Keywords

Pedantic Disorder,
Mindfulness,
Sexual Schemas,
Schema Therapy,
Treatment Based on
Acceptance and
Commitment

Received: 28/10/2023

Published: 08/04/2024

disorder is not limited to a person, but causes irreparable physical and psychological damage to other people, especially children. But it is usually very difficult to diagnose and treat people with the child-loving disorder in Afghanistan, and the treatment methods that have been used so far focus on helping the patient to stop acting on their thoughts or only on one of the hypothetical causes of this disorder. They focus and do not seek to solve the origin and the leading causes of this disorder and these treatments cannot cause a long-term change in the sexual function of a person, which is also one of the most important innovations of research and can be found in legal and psychological centers. Afghanistan uses the integrated treatment of child-loving disorder to identify primary maladaptive schemas, dysfunctional beliefs, and documenting styles, to reduce intense control of thoughts and emotions, and to increase awareness and acceptance to help change maladaptive schemas and reduce the symptoms of men with the disorder. Childishness is used. Therefore, considering the importance of treating the child-loving condition in Afghanistan and paying attention to the use of several treatment methods and different pieces of training to create newer and comprehensive treatment methods for these people in order to create value towards themselves and others and improve mental health. The current study aims to answer this question: Is the integrated educational package of child-loving disorder effective on the dimensions of sexual schemas in Afghan men in the post-test and follow-up stages?

Methods: The current research method was a combination of qualitative and quantitative methods. In the qualitative part, Atride Stirling's comparative theme analysis method was used. In the quantitative part, the current research design is included in the semi-experimental designs of pre-test-post-test-follow-up with control and experimental groups. The statistical population in this research was made up of all Afghan men suffering from the child-desiring disorder, 20 of them were selected non-randomly as a sample and randomly divided into the experimental group (10 people) and the control group (10 people) were placed. The measurement tool in this research was the male sexual schema scale of Anderson et al. (1999). After completing the questionnaire by both the control and experimental groups, the participants in the experimental group received the content of the compiled training package individually during 20 sessions. After the end of the sessions, the post-exam and after three months of follow-up, the research questionnaire was completed by both groups.

Results: The results of repeated measures analysis showed that the integrated treatment of pedantic disorder had an effect on sexual schemas and all three dimensions of schemas with a significance level of $P < 0.05$.

Conclusion: In the present study, men with child-loving disorders first identified their inconsistent and ineffective schemas with the help of a therapist and then tried to provide confirming or refuting evidence for each one. Finally, by using cognitive, behavioral, and experimental techniques, they challenged their initial maladaptive schemas that were created in childhood and adolescence and were very resistant and able to change their sexual schemas and reduce the symptoms of the child's disorder. They want to be in themselves. Therefore, schema therapy, along with mindfulness and therapy based on acceptance and commitment, can have positive effects on a person's beliefs and attitudes about sexual performance and, as a result, his sexual schemas. The most important limitation of the present study was the difficulty of accessing the society and the sample group, and the researcher only had access to men with the pedophilic disorder who were criminals in legal centers under the supervision of the Ministry of Interior of Afghanistan. Therefore, it is suggested to use random sampling in future research. In addition, it is suggested that in legal centers for criminals suffering from this disorder, treatment courses for pedantic disease by experts will be held.

Conflicts of interest: None

Funding: None

Cite this article as:

Heydari B, Kajbaf MB, Ghamarani A. Compilation of a Consolidated Package of Child-Loving Disorder and Its Effectiveness on the Dimensions of Sexual Schemas. *Razi J Med Sci.* 2024(8 Apr);31.5.

Copyright: ©2024 The Author(s); Published by Iran University of Medical Sciences. This is an open-access article distributed under the terms of the CC BY-NC-SA 4.0 (<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/deed.en>).

***This work is published under CC BY-NC-SA 4.0 licence.**

مقدمه

اختلالات جنسی، از مباحث مهم در علم روانشناسی است. اهمیت این اختلالات این است که وقتی فردی به این بیماری مبتلا می‌شود، مشکلاتی پیدا می‌کند که به طور ناخواسته افراد دیگر را نیز درگیر مسائل خود می‌کند. شخصی که دچار اختلالات جنسی است رفتارهای غیرطبیعی، فانتزی‌های جنسی یا تمایلاتی ناسالم دارد (۱). امروزه اختلال کودک خواهی، اختلالی بسیار شایع است و فرد مبتلا به این اختلال تمایل دارد با کودکان هم جنس یا غر هم جنس رابطه برقرار کند و این گونه به لذت و هیجان رابطه جنسی می‌رسد (۲). رابطه جنسی با کودکان معمولاً همراه با آزار و اذیت است و این آزار و بدرفتاری با کودک شامل آزار جسمی، جنسی، بی‌توجهی به کودک و آزار عاطفی است (۳). در واقع کودک‌خواهی یک جاذبه جنسی به کودکان است که این نوع میل جنسی به دلیل فانتزی‌های ذهنی فرد و رفتار غیرمعمول جنسی او می‌باشد. کودک‌خواهی یک نوع فانتزی جنسی از نوع شدید محسوب می‌شود که در آن فرد مبتلا، به کودکان ۱۳ سال به پایین میل جنسی دارد. گاهی اوقات ممکن است که میل او به کودکان شش ماهه نیز باشد و معمولاً افراد مبتلا به این بیماری به هر دو جنس میل دارند (۴). بر اساس راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، افراد مبتلا به اختلال کودک‌خواهی به مدت حداقل ۶ ماه، خیال‌پردازی‌های برانگیزنده جنسی، یا رفتارهای مکرر و شدیدی دارند که فعالیت جنسی با کودک یا کودکان زیر سن بلوغ (عموماً ۱۳ ساله یا کوچکتر) را شامل می‌شود. عمل کردن فرد مطابق این امیال موجب ناراحتی یا اختلال شدید می‌شود. فرد مبتلا حداقل ۱۶ ساله است و دست کم ۵ سال بزرگتر از کودک قربانی می‌باشد (۵). اختلال کودک‌خواهی، منشاء و علل بسیاری می‌تواند داشته باشد و در صورت کنترل نشدن می‌تواند باعث اتفاقات ناهنجاری گردد. در نتیجه کشف و سبب شناسی و به دنبال آن درمان این اختلال در همه جوامع به خصوص کشورهای که شیوع بالایی از این اختلال را نشان می‌دهند از اهمیت بسیاری برخوردار است (۶). افغانستان یکی از کشورهای است که در بافت اجتماعی آن، اختلال کودک‌خواهی یا بچه بازی بیشتر دیده می‌شود و کمتر قالب ناهنجاری دارد.

برخی عواملی که باعث ایجاد این اختلال در مردان افغانستان شده است را می‌توان به صورت زیر برشمرد: تناسب یا تناسب عاطفی که ناشی از نیازهای ارضا نشده دوران کودکی می‌باشد و باعث می‌شود مبتلایان به این اختلال در جستجوی افرادی باشند که این نیاز را درک کنند، یا حداقل او احساس کند که این نیاز توسط اشخاص مربوط به یک دوره سنی مشخص درک می‌شود (۷). همچنین بر اساس برخی نظریات، این افراد خود در کودکی مورد سوء استفاده جنسی، تحقیر، شرم، و احساس گناه قرار گرفته و احساس ناتوانی کرده‌اند و این حالت سبب می‌گردد تا در بزرگسالی در تلاش برای فایق آمدن بر این احساسات منفی و ناخوشایند از نقش قربانی بیرون شده و کودکان دیگر را قربانی ساخته، و احساس قدرتمندی و راحتی کنند (۸). فرض دیگری که در این مورد مطرح می‌شود این است که هرج و مرج اجتماعی حاصل از جنگ در افغانستان سبب گردیده تا تعداد زیادی از کودکان مورد سوء استفاده جنسی قرار بگیرند. یکی دیگر از عوامل مطرح شده، بازدارنده‌های اجتماعی در افغانستان برای فرصت داشتن ارتباط با یک شخص بالغ از جنس مخالف است (۹). بنابراین با وجود عواملی مانند تعاملات نامناسب و ضعیف فرد با والدینش در دوران کودکی، سوء استفاده‌های جنسی دوران کودکی، ایجاد احساس حقارت و عزت نفس پایین حاصل از دوران کودکی، می‌توان یکی علت‌های مهم اختلال کودک‌خواهی را در دوران کودکی جستجو کرد و یکی از مدل‌هایی که می‌تواند به فهم رابطه بین تجربه‌های زندگی به خصوص تجربه‌های دوران کودکی با آسیب‌های روانشناختی بعدی کمک کند بررسی طرحواره‌های ناسازگار اولیه و به خصوص طرحواره‌های جنسی است (۱۰). خاطرات مربوط به گذشته، انتظارات و توقعات مربوط به آینده و ویژگی‌ها و صفات خاص هر شخص عواملی می‌باشند که در طرحواره‌ها سهم خاصی دارند. طرحواره‌های ناسازگار اولیه، الگوهای هیجانی و شناختی خود آسیب رسانی هستند که در ابتدای رشد و تحول در ذهن شکل گرفته‌اند و در زندگی تکرار شده و بر نحوه تعبیر و تفسیر تجارب و روابط با دیگران تاثیر می‌گذارند. این طرحواره‌های ناسازگار، بر تفکر، احساس و رفتار افراد تاثیرگذار هستند و ممکن است

می‌پردازند را می‌توان برای درمان این مشکل به صورت ترکیبی به کار برد. مداخله‌های شناختی مانند طرحواره درمانی علاوه بر تمرکز بر ریشه‌های مشکلات روانی در دوران کودکی، به فرد مبتلا به این اختلال کمک می‌کند با استفاده از راهبردهایی، باورهای نادرست خود را شناسایی کند و با تغییر باورها و احساسات نامطلوب، خویشتن‌داری را در خود تقویت نماید. طرحواره درمانی با فراهم‌سازی و تسهیل بینش نسبت به ریشه‌های عمیق رفتارهای جاری در روابط جنسی، آگاهی و بینش افراد را نسبت به اهمیت طرحواره‌ها و نقش آن‌ها در حفظ موقعیت‌های مشکل‌زای بین فردی افزایش می‌دهد. مداخله‌های رفتاری مانند درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نیز علاوه بر اینکه قصد دارد رفتار نامناسب را خاموش و رفتار مناسبی را جایگزین آن کند می‌خواهد روش‌های جامعه‌پسند برقرار کردن رابطه با سایر بزرگسالان را تقویت کند. هدف پذیرش و تعهد آن است که باعث شود فرد هرآنچه تجارب درونی یعنی افکار، احساسات، خاطرات و احساسات بدنی ارائه می‌دهند را بدون نیاز به دفاع در برابر آن‌ها بپذیرد (۱۴). همچنین یکی از درمان‌های جدید که بر مغز افراد نیز می‌تواند تاثیرگذار باشد، درمان مبتنی بر ذهن آگاهی است. تمرینات ذهن آگاهی سبب تطابق و هماهنگی پاسخ‌های ذهنی و تناسلی به محرک‌های جنسی می‌شود. در نتیجه تلفیق انواع درمان‌ها برای ایجاد تغییر در افراد مبتلا به اختلال کودک‌خواهی ضروری می‌باشد. بنابراین آگاه بودن افراد درباره نگرش‌ها و طرز تفکر و عقیده خودشان درباره روابط جنسی می‌تواند در کاهش مشکلات جنسی آن‌ها تاثیرگذار باشد. بنابراین افراد مبتلا به اختلال کودک‌خواهی با استفاده از تمرینات مداخله ذهن آگاهی به پردازش اطلاعات خود با پرورش هیجان‌ها به شیوه‌ای متعادل می‌پردازند و از درگیر شدن یا اجتناب افراطی پرهیز می‌کنند که این امر موجب هماهنگ شدن رفتارهای سازگارانه و بهبود عملکردهای جنسی آن‌ها می‌شود. می‌توان گفت با به کار بردن راهبردهای برآمده از مدل‌های درمانی مختلف می‌توان به افراد دارای اختلال کودک‌خواهی در شناسایی و نامگذاری هیجان‌ها، بهنجارسازی تجربه‌های هیجانی و شناسایی باورهای مشکل‌ساز کمک کرد و راهبردهایی برای تفسیر،

اصلی اختلالات شخصیتی و مشکلات بین فردی را تشکیل دهند. طرحواره جنسی به عنوان تعمیم‌های شناختی فرد از جنبه‌های جنسی حاصل از تجارب گذشته تعریف می‌شود. این طرحواره‌ها یک نمایشی تاریخی از زندگی جنسی فرد هستند و به عنوان باورهای اساسی و هسته‌ای ابعاد جنسی فرد تعریف شده‌اند که از تجارب گذشته مشتق شده و در تجربه‌های حال نمود پیدا می‌کنند و در پردازش اطلاعات جنسی افراد تأثیر می‌گذارند. به عبارت دیگر، طرحواره جنسی نمایش واضحی از زندگی جنسی فرد می‌باشد و به عنوان یک مرجع برای مسائل جنسی در زمان حال و آینده می‌باشد. طرحواره‌های جنسی تمایل دارند در موقعیت‌های جنسی خاص فعال شوند که بر اساس این تعریف، طرحواره‌های جنسی شخصی در طول زمان و موقعیت‌های مختلف تقریباً ثابت می‌مانند و این موضوع سبب می‌شود که بتوانند نگرش و رفتار جنسی فرد را پیش‌بینی کنند (۱۱). بنابراین افراد مبتلا به اختلال کودک‌خواهی نیز به تجارب دوران کودکی خود بسیار بها می‌دهند و به طرحواره‌های خود به عنوان حقایقی می‌نگرند که نیاز به آزمایش در صحت و سقم آن‌ها ندارند. در نتیجه طرحواره‌ها تجارب بعدی آن‌ها را پردازش نموده و نقش عمده‌ای در تفکر، احساس، رفتار و نحوه برقراری ارتباط با دیگران بازی می‌کنند و تأثیر بر طرحواره‌های جنسی و تغییر آن‌ها به سمت باورهای مثبت می‌تواند به افراد مبتلا به این اختلال کمک کند تا علل این اختلال را در خود به میزان زیادی کاهش دهند (۱۲). در کل علل بیان شده به عنوان منشاء اختلال کودک‌خواهی در افغانستان فقط به صورت فرضیه باقی مانده است و پژوهش در این زمینه بسیار محدود است. تشخیص و درمان افراد دارای اختلال کودک‌خواهی نیز در افغانستان معمولاً بسیار سخت است زیرا آن‌ها به بیماری خود اقرار نمی‌کنند و حتی رفتار خود را نادرست نمی‌دانند. به همین دلیل معمولاً بعد از مجازات فرد کودک‌خواه در دادگاه درخواست مشاوره و درمان داده می‌شود (۱۳). در واقع انواع روش‌های درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد، ذهن آگاهی، طرحواره درمانی، شناختی و رفتاری که به تغییر باورهای دوران کودکی، پذیرش افکار و احساسات، آگاهی ذهنی بالا و بازسازی الگوهای فکری منحرف

در مراکز قانونی و روانشناختی افغانستان از درمان تلفیقی اختلال کودک خواهی برای شناسایی طرحواره‌های ناسازگار اولیه، باورهای ناکارآمد و سبک‌های اسنادی و کاهش کنترل شدید افکار و احساسات و افزایش آگاهی و پذیرش جهت کمک به تغییر طرحواره‌های ناسازگار و کاهش نشانه‌های مردان مبتلا به اختلال کودک‌خواهی استفاده گردد. بنابراین با توجه به اهمیت درمان اختلال کودک‌خواهی در افغانستان و توجه به استفاده از چندین روش درمانی و آموزش‌های مختلف برای ایجاد روش‌های جدیدتر و جامع درمان روی این افراد جهت ایجاد ارزشمندی نسبت به خود و دیگران و ارتقای سلامت روان، پژوهش حاضر در صدد پاسخگویی به این سؤال می‌باشد: آیا بسته آموزشی تلفیقی اختلال کودک خواهی بر ابعاد طرحواره‌های جنسی در مردان افغانستان در مراحل پس از آزمون و پیگیری اثربخش است؟

روش کار

پژوهش حاضر با کسب کد اخلاق IR.U.IREC.1400.109 از کمیته اخلاق دانشگاه اصفهان انجام شده است. برای رعایت ملاحظات اخلاقی به تمام شرکت‌کنندگان توضیح مختصر در مورد هدف مطالعه، نحوه همکاری، فواید و مزایای شرکت در مطالعه، هدف از تکمیل پرسشنامه ارائه گردید و رضایت‌نامه کتبی توسط شرکت‌کنندگان برای شرکت در مطالعه تکمیل شد. همچنین در مورد حفظ حریم خصوصی به شرکت‌کنندگان در پژوهش اطمینان داده شد.

روش پژوهش حاضر، به صورت ترکیبی با دو روش کیفی و کمی در قالب یک طرح اکتشافی از مدل تدوین بسته آموزشی بود. در تحلیل کیفی، جهت شناسایی مطالب بسته تلفیقی اختلال کودک خواهی از روش قیاسی تحلیل مضمون آتراید استرلینگ (۲۰۰۱) استفاده شد. جامعه پژوهش حاضر در بخش کیفی را پایگاه‌های داده، مجلات معتبر بین‌المللی و تمامی تحقیقات و پژوهش‌های تجربی انجام گرفته در این حوزه تشکیل داده است که با استفاده از روش نمونه‌گیری هدفمند ملاک مدار از میان آن‌ها نمونه‌گیری به عمل آمد. بنابراین به منظور شناسایی مطالعات

قضاوت، کنترل و اقدام در مورد هیجان‌ها به آن‌ها ارائه داد تا در نهایت با تغییر باورهای دوران کودکی خود، اقدام به ایجاد راهبردها و باورهای جدید درباره تجربه هیجانی خود، به جای راهبردهای مشکل ساز اجتناب شناختی نمایند. بنابراین افراد مبتلا به اختلال کودک‌خواهی با روش‌های درمانی متمرکز بر روابط بین فردی می‌توانند احساسات حاکی از خشم، دل‌بستگی به روابط جنسی ناهنجار و درگیری‌های ذهنی با روابط جنسی را در خود کاهش داده و نسبت به والدین و افرادی که در کودکی آن‌ها را مورد آزار و اذیت‌های مختلف قرار دادند، گذشت کرده و باعث افزایش ارزش خود، رهایی از رابطه پیشین، اعتماد اجتماعی، خودارزشمندی اجتماعی و کاهش احساسات خشم شوند. در کل اختلال کودک‌خواهی عواقب زیادی را برای افراد مبتلا و کودکان قربانی به دنبال دارد. معمولاً افراد مبتلا به اختلال کودک‌خواهی نمی‌توانند با بزرگسالان رابطه عاطفی و جنسی برقرار کنند و از عزت نفس پایینی برخوردار هستند. در این افراد همواره ترس جذب شدن به کودکان وجود دارد و در نتیجه قادر به زندگی عادی نخواهند بود. افراد مبتلا به این اختلال معمولاً در اجتماع دچار نگرانی و اضطراب‌های ناشناخته‌ای هستند و در روابط اجتماعی و خانوادگی، شغل و یا تحصیلات خود دچار مشکل می‌شوند. همچنین افراد مبتلا به این اختلال معمولاً از مشکلات افسردگی، دیگر اختلالات روانی و یا اعتیاد به یک ماده خاص رنج می‌برند. مساله عمده‌ای که کودک‌خواهی را از دیگر ناهنجاری‌های جنسی متمایز ساخته و نیازمند توجه مخصوص کرده، این است که در کودک خواهی، اختلال به شخص محدود نبوده بلکه سبب صدمه مستقیم جسمی و روانی جبران‌ناپذیر بر افراد دیگر، بالاخص کودکان، می‌گردد (۱۵). ولی تشخیص و درمان افراد دارای اختلال کودک خواهی در افغانستان معمولاً بسیار سخت است و روش‌های درمانی که تاکنون استفاده شده، روی کمک به بیمار برای بازداری از عمل کردن به افکار خود تمرکز دارند و یا فقط بر یکی از علل‌های فرضی این اختلال تمرکز می‌کنند و به دنبال حل منشاء و علل اصلی این اختلال نیستند و این درمان‌ها نمی‌توانند باعث تغییری طولانی مدت در عملکرد جنسی فرد شوند که این نیز یکی از مهمترین نوآوری‌های پژوهش است و می‌توان

قسمت‌های ۳۸ مقاله (فارسی و انگلیسی) مربوط به درمان مبتنی بر ذهن آگاهی و تمام قسمت‌های ۲۶ مقاله (فارسی و انگلیسی) مربوط به طرحواره درمانی از منابع ذکر شده در حوزه پژوهش به عنوان نمونه، استخراج شده و مورد تحلیل قرار گرفته‌اند.

در بخش کمی، طرح پژوهش حاضر در زمره طرح‌های تحقیقی نیمه آزمایشی پیش‌آزمون-پس‌آزمون-پیگیری با گروه‌های کنترل و آزمایش قرار می‌گیرد. جامعه آماری را کلیه مردان افغان مبتلا به اختلال کودک‌خواهی در سال ۱۴۰۰-۱۴۰۱ تشکیل دادند و روش نمونه‌گیری پژوهش حاضر به صورت غیر تصادفی هدفمند بود که تعداد ۲۰ نفر از مردان افغان مبتلا به اختلال کودک‌خواهی در مراکز قانونی تحت نظارت وزارت داخله در شهرهای کابل، قندهار، قندوز و هرات به عنوان نمونه انتخاب شدند و به صورت تصادفی در گروه آزمایشی تلفیقی تدوین شده توسط پژوهشگر (۱۰ نفر) و گروه کنترل (۱۰ نفر) قرار گرفتند. ملاک‌های ورود به پژوهش حاضر برای گروه نمونه عبارت بود از: ابتلا به اختلال کودک‌خواهی بر اساس پرسشنامه پدوفیلیا و معیارهای DSM-5، تمایل به همکاری شرکت کنندگان برای مداخله درمانی، عدم دریافت هرگونه درمان روانشناختی دیگر علاوه بر حضور در مطالعه برای گروه‌های آزمایش، دارا بودن تحصیلات در حد پاسخگویی به سوالات ابزارهای پژوهش مثل سیکل. بنابراین برای اجرای پژوهش ابتدا از وزارت داخله افغانستان برای همکاری با پژوهشگر درخواست و بعد از پذیرش با مراجعه به مراکز قانونی تحت نظارت وزارت داخله در شهرهای کابل، قندهار، قندوز و هرات که مجرمینی با اختلال کودک‌خواهی داشتند برای اجرای پژوهش هماهنگی‌های لازم انجام شد. سپس نمونه انتخاب و پس از تکمیل پرسشنامه‌ها توسط هر دو گروه آزمایش و کنترل، شرکت کنندگان در گروه آزمایشی تلفیقی تدوین شده توسط پژوهشگر، محتوای بسته آموزشی اختلال کودک‌خواهی را در طی ۲۰ جلسه به صورت فردی دریافت کردند. در این مدت به گروه کنترل اطلاعات غیرمداخله‌ای داده شد و به عنوان داستان و بیان تجربه‌های شخصی پرداخته شد. پس از پایان جلسات پس‌آزمون بر روی افراد هر دو گروه آزمایش و کنترل اجرا شد. همچنین پس از گذشت

پژوهشی مرتبط با درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، درمان مبتنی بر ذهن آگاهی و طرحواره درمانی، ابتدا پژوهشگر یک مرور نظام‌مند از مبانی نظری انجام داد. برای این منظور، یک چارچوب در راستای انتخاب مطالعات تنظیم شد که بر اساس آن پژوهشگر یک الگوی جستجوی کلمات کلیدی مبتنی بر معیارهای دقیق، شفاف و از پیش تعیین شده تدوین کرد. معیارهای ورود مطالعات به پژوهش حاضر عبارت بود از: پژوهش‌هایی که در حوزه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، درمان مبتنی بر ذهن آگاهی و طرحواره درمانی به چاپ رسیده‌اند، پژوهش‌هایی که در بازه زمانی ۱۳۹۲ تا ۱۴۰۰ هجری شمسی و ۲۰۱۱ تا ۲۰۲۲ میلادی به چاپ رسیده‌اند، پژوهش‌هایی که داده‌ها و اطلاعات کافی در ارتباط با هدف پژوهش حاضر گزارش کرده‌اند. همچنین معیارهای خروج مطالعات از پژوهش حاضر عبارت بود از: پژوهش‌هایی که اطلاعات کافی در مورد اهداف مطالعه حاضر گزارش نکرده بودند، پژوهش‌هایی که با عناوین و اهداف یکسان انجام شده بودند، پژوهش‌هایی که فاقد الگوی روش شناختی مناسب بودند. پس از تدوین راهبرد جستجوی منابع و با مبنای قرار دادن معیارهای ورود و خروج مطالعات، پایگاه‌های داده گوگل اسکولار، ساینس دایرکت، وایلی، اس ای دی، نورمگز، مگ ایران به منظور جستجوی مقالات مرتبط با موضوع انتخاب شدند. سپس پایگاه‌های داده مدنظر با استفاده از واژه‌های کلیدی در مورد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، درمان مبتنی بر ذهن آگاهی و طرحواره درمانی جستجو و تمام منابع براساس ارتباطشان با موضوع پژوهش جمع‌آوری و مطالعات غیرمرتبط از چرخه بررسی خارج شدند. بنابراین با توجه به ماهیت غیرقابل پیش‌بینی طرح‌های پژوهش کیفی، فنون نمونه‌گیری این پژوهش نیز انعطاف‌پذیر بوده و نمونه‌گیری‌ها هدفمند هستند. زیرا از روی قصد، مواردی انتخاب می‌شوند که در راستای اهداف پژوهش دارای اطلاعات غنی هستند. با این توضیحات، بخش‌های مربوط به ادبیات پژوهشی در ۷ پایان‌نامه (فارسی و انگلیسی)، تمام قسمت‌های ۳۳ مقاله (فارسی و انگلیسی) و فصول مربوط به درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در ۵ کتاب (فارسی و انگلیسی)، بخش‌های مربوط به ادبیات پژوهشی در ۴ پایان‌نامه (فارسی و انگلیسی)، تمام

۴۱ منبع مربوط به ذهن آگاهی (۲۷ منبع فارسی و ۱۴ منبع لاتین) و ۲۶ منبع مربوط به طرحواره درمانی (۱۷ منبع فارسی و ۹ منبع لاتین)، بررسی شد. سپس به منظور تلخیص داده‌ها، مضامین مشابه و تکراری در منابع مورد بررسی در راستای پژوهش مبنی بر دیدگاه‌های درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، ذهن آگاهی و طرحواره درمانی با یکدیگر تلفیق شده و فراوانی آن‌ها به دست آمد و در نهایت قالب مضامین در جدول ۲ به صورت زیر ترسیم شد که در نهایت، سه مضمون فراگیر (درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، درمان مبتنی بر ذهن آگاهی و طرحواره درمانی)، ۷ مضمون سازمان دهنده و ۸۴ مضمون پایه برای درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، ۸ مضمون سازمان دهنده و ۴۷ مضمون پایه برای

دوماه یکبار دیگر پرسشنامه‌های پژوهش توسط هر دو گروه به منظور پیگیری اثرات درمان تکمیل گردید. سپس اطلاعات حاصل و گردآوری شده به وسیله بسته نرم افزار آماری در علوم اجتماعی نسخه ۲۵ برای بررسی مهمترین شاخص‌های آمار توصیفی و استنباطی مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

یافته‌ها

فرایند تحلیل مضمون منجر به استخراج تعدادی مضامین شد که پس از کدگذاری‌های اولیه، هر کدام به تفکیک عنوان منبع مورد مطالعه از بین ۱۱۲ منبع به کار گرفته شده شامل ۴۵ منبع مربوط به درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (۲۷ منبع فارسی و ۱۸ منبع لاتین)،

جدول ۱- شاخص‌های توصیفی نمرات طرحواره جنسی و ابعاد آن در آزمودنی‌ها بر حسب عضویت گروهی و مرحله ارزیابی

متغیر	گروه	پیش آزمون		پس آزمون		پیش‌گیری
		انحراف معیار	میانگین	انحراف معیار	میانگین	
طرحواره جنسی	درمان تلفیقی	۸۴/۱	۳/۲	۸۰/۱	۶/۰۶	انحراف معیار
	کنترل	۷۸/۶	۱۵/۳	۷۸/۸	۱۵/۳	میانگین
پرشور-بامحبت	درمان تلفیقی	۲۲/۷	۸/۳	۲۷/۶	۷/۰۸	انحراف معیار
	کنترل	۲۶/۴	۸/۷	۲۶/۲	۸/۴	میانگین
قدرتمند-پرخاشگر	درمان تلفیقی	۵۱/۵	۱۲/۴	۴۲/۱	۹/۲	انحراف معیار
	کنترل	۴۳/۸	۱۱/۹	۴۴/۲	۱۱/۶	میانگین
روشنفکر-مترقی	درمان تلفیقی	۹/۹	۳/۸	۱۳/۴	۳/۳	انحراف معیار
	کنترل	۸/۴	۲/۳	۸/۲	۲/۲	میانگین

جدول ۲- تحلیل واریانس اندازه‌های مکرر (آماره لامبدای ویلکز) در مقایسه اثر اجرای درمان تلفیقی بر ابعاد طرحواره جنسی

متغیر	منبع اثر	مقدار	F	درجه آزادی	معنی داری	اندازه اثر	توان آماری
ابعاد طرحواره جنسی	زمان	۰/۳۲	۴/۵۶	(۶, ۱۳)	۰/۰۱	۰/۶۷	۰/۸۹
	اثر تعاملی	۰/۲۵	۶/۳۳	(۶, ۱۳)	۰/۰۰۳	۰/۷۴	۰/۹۷

جدول ۳- نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر برای بررسی تفاوت گروه درمان تلفیقی با گروه کنترل در نمرات ابعاد طرحواره جنسی

متغیر	منابع تغییرات	مجموع مجذورات	میانگین مجذورات	درجه آزادی	F	معنی داری	مجذور اتا
پرشور-بامحبت	گروه‌ها	۰/۰۱۷	۰/۰۱۷	۱	۰/۰۰۱	۰/۹	۰/۰۰۱
	مراحل	۷۳/۶	۶۷۵۰	۱/۴	۱۷/۹	۰/۰۰۱	۰/۴۹
قدرتمند-پرخاشگر	تعامل مراحل با گروه	۱۰۷/۰۳	۷۳/۷	۱/۴	۲۶/۰۳	۰/۰۰۱	۰/۵۹
	گروه‌ها	۱۲/۱	۱۲/۱	۱	۰/۰۳۶	۰/۸	۰/۰۰۲
روشنفکر-مترقی	مراحل	۲۸۲/۵	۲۷۲/۱	۱/۰۳	۱۱/۹	۰/۰۰۲	۰/۳۹
	تعامل مراحل با گروه	۳۴۸/۴	۳۳۵/۵	۱/۰۳	۱۴/۷	۰/۰۰۱	۰/۴۵
تعامل مراحل با گروه	گروه‌ها	۲۵۲/۱	۲۵۲/۱	۱	۱۰/۴	۰/۰۰۵	۰/۳۶
	مراحل	۳۶/۳	۳۳/۵	۱/۰۸	۲۰/۰۴	۰/۰۰۱	۰/۵۲
تعامل مراحل با گروه	گروه‌ها	۵۱/۱	۴۷/۱	۱/۰۸	۲۸/۲	۰/۰۰۱	۰/۶۱
	مراحل	۵۱/۱	۴۷/۱	۱/۰۸	۲۸/۲	۰/۰۰۱	۰/۶۱

زمان × گروه بدین معنی است که در طول زمان (از پیش آزمون به پس آزمون و پیگیری) میانگین یکی از ابعاد طرحواره جنسی در یکی از گروه‌های مستقل (درمان تلفیقی و گروه کنترل) با تغییر همراه بوده است. مجذور اتا برای عامل زمان بیانگر این است که ۶۷ درصد تفاوت بین پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری در ابعاد طرحواره جنسی مربوط به اعمال متغیر مستقل بوده که ۸۹ درصد توان تایید شده است.

جدول ۳، نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر برای بررسی تفاوت گروه‌ها در ابعاد طرحواره جنسی را نشان می‌دهد. با در نظر گرفتن مقادیر معنی‌داری در جدول ۳، نتایج آزمون تحلیل واریانس اندازه‌گیری‌های مکرر برای بررسی تفاوت گروه‌های پژوهش در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری گزارش شده است. لازم به ذکر است که سطح $P < 0.05$ برای رد فرض صفر در نظر گرفته شد. این یافته نشان می‌دهد که گروه آزمایش و کنترل از لحاظ ابعاد طرحواره‌های جنسی (طرحواره پرشور-بامحبت، قدرتمند-پرخاشگر و روشنفکر-مترقی) در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با یکدیگر تفاوت معنی‌داری دارند. همچنین مجذور اتا بیشتر از ۰/۱ می‌باشد که نشان می‌دهد تفاوت بین گروه‌ها در جامعه بزرگ و قابل توجه است. با توجه به معنی‌داری اثر تعاملی در ادامه دو اثر اصلی گروه و مرحله بررسی می‌شوند. بنابراین ابتدا به بررسی اثر اصلی مرحله (صرف‌نظر از عامل بین گروهی) به مقایسه میانگین‌های سه بار اجرا در ابعاد طرحواره

درمان مبتنی بر ذهن آگاهی و ۵ مضمون سازمان دهنده و ۴۳ مضمون پایه برای طرحواره درمانی استخراج و اعتباریابی شد. شاخص روایی محتوایی کلی قالب مضامین برای درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ۰/۹۸، برای درمان مبتنی بر ذهن آگاهی ۰/۹۹ و برای طرحواره درمانی ۰/۹۹ محاسبه گردید. سپس تکالیف بسته بر اساس شبکه مضامین تنظیم شد. با توجه به یافته‌های جدول ۱ میانگین پیش آزمون نمره کل طرحواره‌های جنسی برای گروه آزمایش درمان تلفیقی ۸۴/۱، برای مرحله پس آزمون ۸۳/۱ و برای مرحله پیگیری ۸۳/۲ و در گروه کنترل، میانگین پیش آزمون نمرات طرحواره‌های جنسی ۷۸/۶، برای مرحله پس آزمون این گروه ۷۸/۶ و برای مرحله پیگیری ۷۸/۱ گزارش شده است.

سپس جهت بررسی اثربخشی بسته آموزشی تلفیقی اختلال کودک‌خواهی بر طرحواره‌های جنسی در مردان افغانستان در مراحل پس آزمون و پیگیری از تحلیل واریانس با اندازه‌های مکرر استفاده شد که نتایج آن در جدول ۲ ارائه شده است. جدول ۲، نتیجه تحلیل واریانس چند متغیری نشان می‌دهد که اثر درون آزمودنی (زمان) در ابعاد طرحواره‌های جنسی معنادار می‌باشد و بدین معنی است که در طی زمان از پیش آزمون تا پیگیری حداقل در یکی از متغیرهای مستقل میانگین با تغییر همراه بوده است، و همچنین نتایج نشان می‌دهد که اثر تعاملی زمان × گروه بر ابعاد طرحواره جنسی معنادار می‌باشد. معناداری اثر متقابل

جدول ۴- مقایسه زوجی نمرات ابعاد طرحواره جنسی آزمودنی‌ها بر حسب عامل زمان

ابعاد	مرحله ارزیابی (میانگین)	مرحله ارزیابی مورد مقایسه (میانگین)	تفاوت میانگین	خطای استاندارد	معناداری
پرشور-بامحبت	پیش آزمون	پس آزمون	-۲/۳	۰/۴۷	۰/۰۰۱
	پیش آزمون	پیگیری	-۲/۳	۰/۵۴	۰/۰۰۱
	پس آزمون	پیگیری	۰/۰۰۱	۰/۲۹	۱
قدرتمند-پرخاشگر	پیش آزمون	پس آزمون	۴/۵	۱/۳	۰/۰۱
	پیش آزمون	پیگیری	۴/۷	۱/۳	۰/۰۰۷
	پس آزمون	پیگیری	۰/۲	۰/۲	۱
روشنفکر-مترقی	پیش آزمون	پس آزمون	-۱/۶۵	۰/۳۴	۰/۰۰۱
	پیش آزمون	پیگیری	-۱/۶۵	۰/۳۸	۰/۰۰۱
	پس آزمون	پیگیری	۰/۰۰۱	۰/۰۹	۱

مداخلات درمانی ناشی از رویکرد پذیرش و تعهد توانسته است بر تغییر در الگوهای اجتنابی اولیه، افزایش پذیرش، باورپذیری، انعطاف‌پذیری، تغییر قضاوت‌ها، تفاسیر، پیش‌بینی‌ها، آشکار شدن عملکرد پنهان زبان، به‌دست آوردن احساس تغییرپذیری و شناسایی اهداف و ارزش‌های مردان مبتلا به اختلال کودک خواهی تاثیرگذار باشد و منجر به تغییر در طرحواره‌های جنسی و در نتیجه کاهش علائم اختلال کودک خواهی گردد (۱۲). به عبارتی دیگر هدف درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در این پژوهش تشویق مردان افغان مبتلا به اختلال کودک خواهی برای پاسخ‌دهی به موقعیت‌های گوناگون به صورت سازنده و کارآمد بود، به طوری که این مردان با یادگیری تکنیک‌های پذیرش و تعهد به طور همزمان در حال مذاکره و پذیرش رویدادهای شناختی چالشی و احساسات مربوط به آن‌ها، به جای فرار یا جایگزین کردن آن‌ها بودند. بنابر آنچه بیان شد اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را می‌توان به واسطه فرایندهای حاکم بر آن را تعبیر کرد (۱۴). در واقع مولفه‌های تمایل و پذیرش این امکان را برای مردان مبتلا به اختلال کودک‌خواهی فراهم آورد تا تجربیات درونی ناخوشایند را بدون تلاشی برای کنترل آن‌ها بپذیرند و انجام این کار باعث گردید که آن تجربیات کمتر تهدیدکننده به نظر برسد، لذا این مردان توانستند که افکار مفرط جنسی را از ذهن عبور دهند و در جهت هدفی والاتر ذهن خویش را هدایت کنند (۱۵). همچنین از آنجایی که مداخله درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد به دلیل اینکه سبب توانمند ساختن شخص در ابعاد مختلف ذهنی شده، بهبودی و سلامت ذهن را افزایش می‌دهد که به دنبال آن موجب تغییر در طرحواره‌های جنسی و کاهش علائم اختلال کودک خواهی می‌گردد (۷). از نکات مثبت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در درمان اختلال کودک خواهی این است که هیچ نوع قضاوتی در مورد فرد نمی‌شود و هر نوع احساس، عاطفه و عقیده‌ای که فرد داشته باشد مورد پذیرش فرد درمانگر قرار می‌گیرد و فرد دارای اختلال به راحتی می‌تواند شرایط خود را برای درمانگر بازگو کند. همچنین در این روش مداخله، به جای کنترل تجربیات، به فرد یاد داده می‌شود که چگونه همراه تجربیات خود زندگی کند و آن‌ها را به چه

پرشور-بامحبت، قدرتمند-پرخاشگر و روشنفکر-مترقی پرداخته شده است و سپس نمرات طرحواره پرشور-بامحبت، قدرتمند-پرخاشگر و روشنفکر-مترقی بر حسب عامل گروه مورد بررسی قرار می‌گیرند. بررسی تغییرات میانگین ابعاد طرحواره جنسی در طی زمان در ادامه انجام شده است. همان‌طور که نتایج حاصل از مقایسه زوجی بر حسب عامل زمان در جدول ۴، نشان می‌دهد، تفاوت میانگین نمرات پیش آزمون و پس آزمون طرحواره پرشور-بامحبت $2/3$ ، تفاوت میانگین نمرات پیش آزمون و پیگیری $2/3$ و تفاوت میانگین نمرات پس آزمون و پیگیری $0/01$ می‌باشد. همچنین تفاوت میانگین نمرات پیش آزمون و پس آزمون طرحواره قدرتمند-پرخاشگر $4/5$ ، تفاوت میانگین نمرات پیش آزمون و پیگیری $4/7$ و تفاوت میانگین نمرات پس آزمون و پیگیری $0/2$ می‌باشد. تفاوت میانگین نمرات پیش آزمون و پس آزمون طرحواره روشنفکر-مترقی $1/65$ ، تفاوت میانگین نمرات پیش آزمون و پیگیری $1/65$ و تفاوت میانگین نمرات پس آزمون و پیگیری $0/01$ می‌باشد. با توجه به میزان معناداری، تفاوت میانگین نمرات پیش آزمون با نمرات پس آزمون و پیگیری در هر سه بعد معنادار می‌باشد. بنابراین می‌توان گفت که هر سه بعد طرحواره جنسی (پرشور-بامحبت، قدرتمند-پرخاشگر و روشنفکر-مترقی) در مراحل پس آزمون و پیگیری نسبت به پیش آزمون، تغییر معناداری نشان داده‌اند.

بحث

پژوهش حاضر با هدف تعیین اثربخشی بسته تلفیقی اختلال کودک خواهی (تلفیق درمان‌های مبتنی بر پذیرش و تعهد، طرحواره درمانی و ذهن آگاهی) بر طرحواره‌های جنسی (طرحواره پرشور-بامحبت، قدرتمند-پرخاشگر و روشنفکر-مترقی) مردان افغانستان انجام شد و نتایج نشان داد آموزش تلفیقی اختلال کودک خواهی باعث شده است که هر سه بعد طرحواره جنسی (پرشور-بامحبت، قدرتمند-پرخاشگر و روشنفکر-مترقی) در مراحل پس آزمون و پیگیری نسبت به پیش آزمون، تغییر معناداری نشان دهند و این درمان بر ابعاد طرحواره‌های جنسی اثربخش بوده است (۷). در تبیین یافته‌های پژوهش باید گفت،

هر یک ارائه دهند. در نهایت با استفاده از تکنیک‌های شناختی، رفتاری و تجربی، طرحواره‌های ناسازگار اولیه خود را که در کودکی و نوجوانی ایجاد شده‌اند و بسیار مقاوم هستند را به چالش کشیدند و توانستند طرحواره‌های جنسی خود را تغییر داده و باعث کاهش علائم اختلال کودک‌خواهی در خود شوند. بنابراین طرحواره درمانی در کنار ذهن‌آگاهی و درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد می‌تواند تاثیرات مطلوبی بر باورها و نگرش‌های فرد در مورد عملکرد جنسی و در نتیجه طرحواره‌های جنسی او داشته باشند.

References

1. Hu C, Hart SN, Gnanaolivu R, Huang H, Lee KY, Na J, et al. A Population-Based Study of Genes Previously Implicated in Breast Cancer. *N Engl J Med*. 2021;384(5):440-451.
2. Foulkes WD. The ten genes for breast (and ovarian) cancer susceptibility. *Nat Rev Clin Oncol*. 2021;18(5):259-260.
3. Arts-de Jong M, de Bock GH, van Asperen CJ, Mourits MJ, de Hullu JA, Kets CM. Germline BRCA1/2 mutation testing is indicated in every patient with epithelial ovarian cancer: A systematic review. *Eur J Cancer*. 2016;61:137-45.
4. Speight B, Tischkowitz M. When to Consider Risk-Reducing Mastectomy in BRCA1/BRCA2 Mutation Carriers with Advanced Stage Ovarian Cancer: a Case Study Illustrating the Genetic Counseling Challenges. *J Genet Couns*. 2017;26(6):1173-1178.
5. Shi H, You Z, Guo Y. (Mutation of breast cancer susceptibility gene in ovarian cancer and its clinical significance). *Zhonghua Fu Chan Ke Za Zhi*. 1998;33(11):676-8.
6. Konstantinopoulos PA, Norquist B, Lacchetti C, Armstrong D, Grisham RN, Goodfellow PJ, et al. Germline and Somatic Tumor Testing in Epithelial Ovarian Cancer: ASCO Guideline. *J Clin Oncol*. 2020;38(11):1222-1245.
7. Maindet C, Burnod A, Minello C, George B, Allano G, Lemaire A. Strategies of complementary and integrative therapies in cancer-related pain-attaining exhaustive cancer pain management. *Support Care Cancer*. 2019;27(8):3119-3132.
8. Deng G. Integrative Medicine Therapies for Pain Management in Cancer Patients. *Cancer J*. 2019;25(5):343-348.
9. Giannitrapani KF, Holliday JR, Miake-Lye IM, Hempel S, Taylor SL. Synthesizing the

شکلی بپذیرد که هیچ تاثیر منفی در زندگی‌اش ایجاد نکند. در حقیقت فرد بدون تغییر یا فراموش کردن احساس و عاطفه و عقیده بدی که دارد باز هم می‌تواند برای بهبود شرایط خود اقدامات مفیدی انجام دهد (۱۲). همچنین ذهن آگاهی به عنوان یک تکنیک می‌تواند باعث انفصال در درون فرد شده و در عین حال آگاهی سطح بالاتری را نسبت به شرایط جسمانی و محیطی به وجود آورد و به همین دلیل قادر است به افراد کمک نماید تا در موقعیت‌های مختلف و به خصوص زمانی که میل جنسی نسبت به کودکان به شکل مرور افکار یا اجبار در انجام عملکرد جنسی فرد را تحت فشار قرار می‌دهند، ذهن خود را به پدیده‌های دیگری معطوف نموده و به واسطه تمرکز بر حالات احساسی و جسمانی، سدی در مقابل فشارها و اعمال تکرار شونده ایجاد نماید (۹). در واقع مراقبه‌های ذهن آگاهی باعث فعال شدن ناحیه ای از مغز می‌شود که باعث ایجاد عواطف مثبت و اثرهای سودمند در کارکرد ایمن‌سازی بدن می‌گردد. ذهن آگاهی مهارتی است که به فرد اجازه می‌دهد در زمان حال حوادث را کمتر از آن میزان که ناراحت‌کننده‌اند دریافت کند و وقتی فرد نسبت به زمان حال آگاه است دیگر توجه وی با گذشته درگیر نیست در حالی که بیش تر مشکلات روانی مردان مبتلا به اختلال کودک‌خواهی ناشی از تمرکز بر گذشته خود است (۱۵). مهم‌ترین محدودیت پژوهش حاضر، دشواری دسترسی به جامعه و گروه نمونه بود و پژوهشگر فقط به مردان مبتلا به اختلال کودک‌خواهی که به عنوان مجرم در مراکز قانونی تحت نظارت وزارت داخله افغانستان بودند، دسترسی داشت. بنابراین پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آینده از نمونه‌گیری تصادفی استفاده گردد. در ضمن پیشنهاد می‌شود در مراکز قانونی برای مجرمان مبتلا به این اختلال، دوره‌های درمانی اختلال کودک‌خواهی توسط متخصصین برگزار گردد.

نتیجه‌گیری

بنابراین در پژوهش حاضر، مردان مبتلا به اختلال کودک‌خواهی، ابتدا به کمک درمانگر، طرحواره‌های ناسازگار و ناکارآمد خود را شناسایی کردند و سپس تلاش کردند تا شواهد تاییدکننده یا تکذیب‌کننده برای

Strength of the Evidence of Complementary and Integrative Health Therapies for Pain. *Pain Med.* 2019;20(9):1831-1840.

10. Running A, Seright T. Integrative oncology: managing cancer pain with complementary and alternative therapies. *Curr Pain Headache Rep.* 2012;16(4):325-31.

11. Snyder M, Wieland J. Complementary and alternative therapies: what is their place in the management of chronic pain? *Nurs Clin North Am.* 2003;38(3):495-508.

12. Wright J, Adams D, Vohra S. Complementary, holistic, and integrative medicine: music for procedural pain. *Pediatr Rev.* 2013;34(11):e42-6.

13. Aydin D, Sahiner NC. Effects of music therapy and distraction cards on pain relief during phlebotomy in children. *Appl Nurs Res.* 2017;33:164-168.

14. Nguyen TN, Nilsson S, Hellström AL, Bengtson A. Music therapy to reduce pain and anxiety in children with cancer undergoing lumbar puncture: a randomized clinical trial. *J Pediatr Oncol Nurs.* 2010;27(3):146-55.

15. Caprilli S, Anastasi F, Grotto RP, Scollo Abeti M, Messeri A. Interactive music as a treatment for pain and stress in children during venipuncture: a randomized prospective study. *J Dev Behav Pediatr.* 2007;28(5):399-403.