

## سلامت روان پس از تروما: راهکارهای عملیاتی حمایت از زنان با تجربه تجاوز جنسی

زهرا برومندفر<sup>۱</sup>، نسرين وفايي نژاد<sup>۲</sup>، اشرف کاظمی<sup>۳</sup>، حمید نصیری<sup>۴</sup>، سوسن سهرابی<sup>۵</sup>

### مقاله پژوهشی

### خلاصه اجرایی

این سند سیاستی، طبق یافته‌های مداخله‌ی آموزشی مبتنی بر تئوری شناختی اجتماعی، با هدف تدوین گزینه‌های سیاستی، برای ارائه‌ی خدمات سلامتی مرتبط با کاهش آسیب‌های روانی و بهبود شاخص‌های سلامت روانی زنانی که مورد تجاوز جنسی قرار گرفتند تدوین شد. مطالعه از نوع کارآزمایی بالینی تصادفی شده بوده و روی ۴۰ نفر از مراجعه‌کنندگان به مراکز پزشکی قانونی و بهزیستی اجرا گردید که به دو گروه مداخله (آموزش ۶ جلسه‌ای) و شاهد تقسیم شدند. یافته‌ها نشان داد، مداخله‌ی آموزشی منجر به کاهش معنادار نمرات PTSD (Post-traumatic stress disorder)، افزایش خودکارآمدی، بهبود حمایت اجتماعی ادراک شده و ارتقای رفتارهای مرتبط با سلامت در گروه مداخله شده است. نتایج حاکی از آن است که ادغام مداخلات آموزشی در نظام خدمات سلامت می‌تواند راهکار مؤثری برای حمایت از آسیب‌دیدگان باشد. حمایت روانی- اجتماعی یکپارچه و توانمندسازی اقتصادی- اجتماعی نیز به ترتیب به عنوان اولویت‌های بعدی پیشنهاد می‌شوند. موفقیت این برنامه‌ها، مستلزم همکاری نهادهای مرتبط، تخصیص منابع کافی و مشارکت فعال ذینفعان است. این سند، بر ضرورت توجه سیاستگذاران به طراحی و اجرای برنامه‌های ساختاریافته برای بهبود سلامت روانی زنان بازمانده تجاوز جنسی تأکید دارد و توصیه می‌کند سیاستگذاران با اولویت‌بندی آموزش تخصصی کارکنان، تقویت شبکه‌های حمایتی و اجرای برنامه‌های حساس‌سازی جامعه، زمینه بهبود پایدار سلامت روانی این گروه آسیب‌پذیر را فراهم نمایند.

**واژگان کلیدی:** اختلال استرس پس از سانحه؛ سلامت روان؛ تجاوز جنسی؛ آموزش؛ خلاصه سیاستی

**ارجاع:** برومندفر زهرا، وفايي نژاد نسرين، کاظمی اشرف، نصیری حمید، سهرابی سوسن. سلامت روان پس از تروما: راهکارهای عملیاتی حمایت از زنان با تجربه تجاوز جنسی. مجله دانشکده پزشکی اصفهان ۱۴۰۴؛ ۴۳ (۸۰۷): ۲۱۰-۲۱۴.

### توصیف مسئله

خشونت جنسی علیه زنان، یکی از چالش‌های عمده‌ی بهداشت عمومی و حقوق بشر در سراسر جهان است که پیامدهای روانی، اجتماعی و اقتصادی گسترده‌ای به همراه دارد. تجاوز جنسی، به‌ویژه، به عنوان یکی از شدیدترین اشکال خشونت، نه تنها باعث آسیب‌های فیزیکی مانند عفونت‌های منتقله جنسی و حاملگی‌های ناخواسته می‌شود، بلکه عوارض روانی عمیقی از جمله اختلال استرس پس از سانحه (PTSD (Post-traumatic stress disorder)، افسردگی، اضطراب و کاهش کیفیت زندگی را به دنبال دارد (۱، ۲). در ایران، با وجود آمار بالای یازمیلندگان تجاوز جنسی، خدمات حمایتی و مداخلات روان‌شناختی هدفمند برای این گروه محدود و ناکافی است (۳-۵).

زنان بازمانده‌ی تجاوز جنسی، اغلب با چالش‌های مضاعفی مانند لنگ اجتماعی، کمبود حمایت خانوادگی و ناآگاهی از حقوق و منابع حمایتی مواجه می‌شوند. این عوامل باعث می‌شود بسیاری از آنان از پیگیری مراقبت‌های بهداشتی و روان‌شناختی خودداری کنند، که این امر به تشدید عوارض روانی و افزایش بار اقتصادی بر سیستم‌های سلامت و اجتماعی منجر می‌شود (۵-۷). متون علمی نشان می‌دهند که مداخلات آموزشی مبتنی بر نظریه شناختی اجتماعی (Social-cognitive theory) می‌تواند با تقویت خودکارآمدی، افزایش حمایت اجتماعی ادراک شده و بهبود آگاهی و نگرش نسبت به سلامت، به کاهش علائم PTSD و ارتقای رفتارهای سلامت‌محور افراد کمک کند (۵، ۸).

۱- دانشیار، گروه مامایی و بهداشت باروری، مرکز تحقیقات علوم باروری و سلامت جنسی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

۲- کارشناسی ارشد، گروه مامایی و بهداشت باروری، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

۳- استاد، گروه مامایی و بهداشت باروری، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

۴- دکتری، گروه روانشناسی بالینی، واحد اصفهان (خوراسگان)، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران.

۵- پزشک، مرکز تحقیقات پزشکی قانونی، سازمان پزشکی قانونی استان اصفهان، اصفهان، ایران

نویسنده‌ی مسؤو: زهرا برومندفر؛ دانشیار، گروه مامایی و بهداشت باروری، مرکز تحقیقات علوم باروری و سلامت جنسی، دانشگاه علوم پزشکی اصفهان، اصفهان، ایران

Email: boroumandfar@nm.mui.ac.ir

مناسب شامل آنالیز واریانس با اندازه‌های تکراری و آزمون تعقیبی Bonferroni تحلیل شدند. رعایت اصول اخلاقی شامل اخذ رضایت آگاهانه و تأیید کمیته‌ی اخلاق دانشگاه علوم پزشکی اصفهان انجام شد.

### یافته‌ها

تحلیل گزینه‌های سیاستی برای بهبود سلامت روانی زنان با تجربه تجاوز جنسی در جدول‌های ۱ و ۲ تدوین شده است.

### نتیجه‌گیری و اولویت‌بندی گزینه‌های سیاستی

اجرای هر یک از گزینه‌های سیاستی مطرح شده با مجموعه‌ای از ملاحظات و موانع اجرایی روبرو است که بایستی مورد توجه قرار گیرد. در مورد «ادغام مداخلات آموزشی در خدمات سلامت»، اگرچه این گزینه از پشتوانه‌ی علمی قوی برخوردار است و نتایج پژوهش نشان داده که تأثیر مثبتی بر کاهش علائم PTSD دارد، اما نیازمند سرمایه‌گذاری اولیه قابل توجهی در زمینه‌ی آموزش نیروی انسانی متخصص و تهیه‌ی محتوای آموزشی استاندارد است. یکی از موانع اصلی آن، مقاومت سیستم‌های بوروکراتیک و چالش‌های مربوط به هماهنگی بین سازمانی نهادهای مختلف مانند وزارت بهداشت، سازمان بهزیستی و مراکز پزشکی قانونی است.

علاوه بر این، در مناطق دارای امکانات کمتر، ممکن است کمبود نیروی متخصص و امکانات آموزشی کافی مطرح باشد و اجرای برنامه را با دشواری روبرو می‌کند. «حمایت روانی- اجتماعی» یکپارچه نیز با وجود مزایای آشکار در کاهش انزوای اجتماعی زنان آسیب دیده و بهبود خودکارآمدی آنان، با موانع فرهنگی و اجتماعی عمیق‌تری مواجه است. نگرش‌های منفی موجود در جامعه نسبت به آسیب

این خلاصه سیاستی با استناد به مطالعه‌ی انجام شده در اصفهان، بر ضرورت طراحی و اجرای برنامه‌های آموزشی ساختاریافته برای زنان با تجربه تجاوز جنسی تأکید دارد. این برنامه‌ها باید با در نظر گرفتن بافت فرهنگی و اجتماعی ایران، به‌ویژه در مراکز پزشکی قانونی و اورژانس اجتماعی، اجرا شوند تا از طریق کاهش علائم PTSD و بهبود سازه‌های روان‌شناختی، گامی موثر جهت بهبود کیفیت زندگی زنان برداشته شود. توجه سیاستگذاران به این موضوع می‌تواند هزینه‌های بلندمدت نظام سلامت را کاهش داده و به تحقق عدالت اجتماعی و حمایت از حقوق قربانیان خشونت جنسی بینجامد.

### روش اجرا

این سند بر مبنای مطالعه کارآزمایی بالینی تصادفی شده یک‌سو کور که روی ۴۰ زن با تجربه تجاوز جنسی مراجعه‌کننده به پزشکی قانونی و مراکز بهزیستی اصفهان انجام شد تدوین گردید. نمونه‌گیری به روش در دسترس انجام شد و شرکت‌کنندگان به صورت تصادفی در دو گروه مداخله و شاهد تخصیص یافتند. گروه مداخله یک برنامه‌ی آموزشی ۶ جلسه‌ای مبتنی بر سازه‌های تئوری شناختی اجتماعی دریافت کردند که شامل آموزش‌های خودکارآمدی، حمایت اجتماعی، مدیریت استرس و رفتارهای سلامت بود. گروه شاهد فقط خدمات روتین مراکز را دریافت نمودند. ابزارهای پژوهش شامل پرسشنامه استاندارد اختلال استرس پس از سانحه (PCL-5)، پرسشنامه خودکارآمدی عمومی (GSE-10)، پرسشنامه‌ی حمایت اجتماعی ادراک شده و پرسشنامه محقق ساخته آگاهی، نگرش و رفتار مرتبط با سلامت بودند. داده‌ها قبل از مداخله و دو ماه پس از آن جمع‌آوری شد و با استفاده از نرم‌افزار SPSS نسخه‌ی ۱۹ (version 19, SPSS Inc., Chicago, IL) و آزمون‌های آماری

جدول ۱: تحلیل گزینه‌های سیاستی و ملاحظات اجرایی برای بهبود سلامت روانی زنان با تجربه تجاوز جنسی

گزینه‌های سیاستی	الزامات اجرایی	موانع اجرایی	مزایا (اثرات مثبت)	معایب (اثرات منفی)
ادغام مداخلات آموزشی در خدمات سلامت	تدوین برنامه‌ی آموزشی استاندارد، آموزش مربیان و کارکنان مراکز، تأمین بودجه برای اجرا	مقاومت سیستم‌های بوروکراتیک، کمبود منابع مالی، نبود نیروی متخصص	کاهش علائم PTSD، بهبود آگاهی و رفتارهای سلامت، هزینه‌های بلندمدت درمان	هزینه‌های اولیه اجرا، نیاز به زمان برای اثربخشی
حمایت روانی- اجتماعی یکپارچه	ایجاد شبکه‌های حمایتی محلی، آموزش خانواده‌ها و ارائه‌دهندگان خدمات، توسعه‌ی خطوط مشاوره تلفنی	نگرش‌های منفی اجتماعی، محدودیت دسترسی در مناطق محروم، کمبود مشاوران آموزش دیده	کاهش انزوای اجتماعی آسیب دیدگان، بهبود خودکارآمدی، تقویت پیگیری درمان	نیاز به هماهنگی بین‌سازمانی، چالش در حفظ مشارکت خانواده‌ها
توانمندسازی اقتصادی- اجتماعی	طراحی برنامه‌های اشتغال‌زایی، ارائه تسهیلات مالی و آموزشی، همکاری با سازمان‌های مردم نهاد	محدودیت فرصت‌های شغلی، نبود سیاست‌های حمایتی پایدار، مقاومت کارفرمایان	افزایش استقلال مالی آسیب‌دیدگان، کاهش آسیب‌پذیری اجتماعی، بهبود عزت نفس	نیاز به سرمایه‌گذاری اولیه زیاد، چالش در پایش اثربخشی
حساس‌سازی جامعه و کاهش انگ	اجرای کمپین‌های رسانه‌ای، همکاری با روحانیون و فعالان اجتماعی، آموزش در مدارس و دانشگاه‌ها	مقاومت فرهنگی در برخی جوامع، محدودیت بودجه برای کمپین‌ها، نگرش‌های سنتی	تغییر نگرش‌های اجتماعی، کاهش انگ و تبعیض، افزایش گزارش‌دهی موارد تجاوز	زمان‌بر بودن تغییر نگرش‌ها، امکان مقاومت گروه‌های محافظه‌کار

جدول ۲. تحلیل ذینفعان و چارچوب اجرایی برای بهبود سلامت روانی زنان با تجربه تجاوز جنسی

گزینه‌های سیاستی	ذینفعان کلیدی	موضع احتمالی	چالش‌های ذینفعان	چارچوب زمانی	اقدامات تسهیل‌کننده
ادغام مداخلات آموزشی در خدمات سلامت	وزارت بهداشت، مراکز پزشکی قانونی، سازمان بهزیستی، روانشناسان	حمایت از برنامه‌های مبتنی بر شواهد، نگرانی درباره هزینه‌ها	رقابت بر سر منابع محدود، چالش در هماهنگی بین بخشی	کوتاه‌مدت (۶ ماه تا ۱ سال)	جلب حمایت سیاستگذاران، اجرای پایلوت در مناطق نمونه
حمایت روانی-اجتماعی یکپارچه	خانواده‌ها، NGOها، مراکز مشاوره، نظام پزشکی	تمایل به مشارکت، ترس از قضاوت اجتماعی	کمبود مشاوران متخصص، محدودیت دسترسی در روستاها	میان‌مدت (۱ تا ۳ سال)	آموزش داوطلبان محلی، ایجاد پلتفرم‌های آنلاین مشاوره
توانمندسازی اقتصادی-اجتماعی	وزارت کار، بانک‌ها، موسسات آموزشی، کارفرمایان	حمایت از طرح‌های اشتغال‌زایی، نگرانی درباره بهره‌وری	تبعیض در محیط کار، نبود مهارت‌های شغلی در آسیب دیدگان	بلندمدت (۳ تا ۵ سال)	ارائه مشوق‌های مالیاتی به کارفرمایان، توسعه دوره‌های مهارت‌آموزی
حساس‌سازی جامعه و کاهش انگ	رسانه‌ها، روحانیون، معلمان، سلبریتی‌ها	تمایل به تغییر اجتماعی، ترس از واکنش‌های سنتی	مقاومت در برابر تغییر فرهنگ‌ها، محدودیت محتوای آموزشی	بلندمدت (۵ سال به بالا)	تولید محتوای فرهنگی جذاب، مشارکت چهره‌های محبوب

با توجه به شرایط موجود و تحلیل مزایا و موانع هر یک از گزینه‌های سیاستی، به نظر می‌رسد ادغام مداخلات آموزشی در خدمات سلامت به عنوان اولویت نخست باید مورد توجه سیاستگذاران حوزه‌ی سلامت قرار گیرد. این گزینه نه تنها از پشتوانه‌ی علمی قوی برخوردار است، بلکه در کوتاه‌مدت می‌تواند تأثیر قابل توجهی بر کاهش علائم PTSD و بهبود سلامت روانی قربانیان داشته باشد. در مرحله بعد، حمایت روانی-اجتماعی یکپارچه به دلیل تأثیر مستقیم بر کاهش انزوای اجتماعی و تقویت شبکه‌های حمایتی، باید در اولویت قرار گیرد. توانمندسازی اقتصادی-اجتماعی و حساس‌سازی جامعه اگرچه مهم هستند، اما به دلیل موانع ساختاری و زمان‌بر بودن، بهتر است در بلندمدت و به صورت تدریجی اجرا شوند. در نهایت، موفقیت هر یک از این گزینه‌ها مستلزم هماهنگی بین‌سازمانی، جلب مشارکت ذینفعان کلیدی و تخصیص منابع مالی و انسانی کافی است. سیاستگذاران حوزه‌ی سلامت باید با در نظر گرفتن این ملاحظات، برنامه‌ریزی دقیق و گام‌به‌گامی برای اجرای این سیاست‌ها داشته باشند تا بتوانند به نحو مطلوب و کارآمد از زنان دارای تجاوز جنسی حمایت کنند و سلامت روانی آنان را بهبود بخشند.

### تشکر و قدردانی

این مقاله منتج از پایان‌نامه‌ی مقطع کارشناسی ارشد رشته‌ی مامایی (گرایش مامایی قانون) با شماره‌ی ۳۴۰۲۲۸۳ می‌باشد که در دانشگاه علوم پزشکی اصفهان تصویب و با حمایت مالی معاونت تحقیقات و فناوری دانشگاه به انجام رسیده است. بدین‌وسیله از زحمات دانشگاه علوم پزشکی اصفهان تقدیر و تشکر می‌شود.

دیدگان تجاوز جنسی می‌تواند مشارکت خانواده‌ها را محدود کند و حتی منجر به مقاومت در برابر دریافت خدمات حمایتی شود. همچنین، در مناطق سنتی و کم‌برخوردار، دسترسی به مشاوران آموزش‌دیده و مراکز مشاوره تخصصی بسیار محدود است و اجرای برنامه با چالش مواجه می‌شود. از سوی دیگر، حفظ مشارکت خانواده‌ها و ارائه‌دهندگان خدمات در بلندمدت نیازمند برنامه‌ریزی دقیق و تخصیص منابع مستمر است. «توانمندسازی اقتصادی-اجتماعی» زنان آسیب‌دیده اگرچه می‌تواند به افزایش استقلال مالی و کاهش آسیب‌پذیری آنان منجر شود، اما با موانع ساختاری قابل توجهی مرتبط است. بازار کار محدود و نبود فرصت‌های شغلی مناسب به ویژه برای زنانی که تجربه تجاوز جنسی داشته‌اند، یکی از اصلی‌ترین چالش‌ها در این زمینه است. علاوه بر این، مقاومت کارفرمایان و تبعیض در محیط کار می‌تواند اثربخشی این برنامه را کاهش دهد. اجرای موفق این گزینه نیازمند همکاری نزدیک با وزارت کار، بانک‌ها و موسسات آموزشی است تا از طریق ارائه‌ی تسهیلات مالی و دوره‌های مهارت‌آموزی، زمینه‌ی اشتغال‌پایدار برای قربانیان فراهم شود. «حساس‌سازی جامعه و کاهش انگ اجتماعی» با وجود اهمیت زیادی که در تغییر نگرش‌های عمومی دارد، فرایندی زمان‌بر و پیچیده است. مقاومت فرهنگی در برخی جوامع و نگرش‌های سنتی می‌تواند اجرای کمپین‌های آگاهی‌بخش را با دشواری مواجه کند. علاوه بر این، محدودیت بودجه برای اجرای کمپین‌های گسترده و نیاز به تولید محتوای فرهنگی جذاب و متناسب با بافت هر منطقه، از دیگر چالش‌ها است. مشارکت روحانیون و فعالان اجتماعی و مدیران این حوزه می‌تواند به کاهش مقاومت‌ها و افزایش پذیرش برنامه کمک کند؛ این امر مستلزم گفت‌وگو و همکاری مستمر با این گروه‌ها است.

## References

1. Dworkin ER, Menon SV, Bystrynski J, Allen NE. Sexual assault victimization and psychopathology: A review and meta-analysis. *Clin Psychol Rev* 2017; 56: 65-81.
2. Khademi N, Heshmat F, Khodarahmi S, Nikbakht T, Mihandoust S. Frequency of phobia among sexual assault victims referred to legal medicine organization in Isfahan province. *J Family Med Prim Care* 2022; 11(2): 487-91.
3. Vasegh Rahimparvar SF, Mottaghi B, Daneshparvar H, Jafari A. The study of post-traumatic stress disorder in women complaining of rape referred to legal medicine center in Tehran in 2013 [in Persian]. *Iranian Journal of Forensic Medicine* 2015; 21(1): 47-52.
4. Hedjazi SA, Moosavi NB, Sajjadi RB, Niroumand S. The epidemiological assessment of sexual assault. *Journal of Fundamentals of Mental Health* 2022; 24(1): 61-6.
5. Vafaiejad N, Boroumandfar Z, Kazemi A, Dehsorkhi HN, Sohrabi S. Assessment of the impact an educational intervention on post-traumatic stress disorder and social cognitive theory constructs in women with sexual assault experience: a study protocol for a clinical trial. *Reprod Health* 2024; 21(1): 141.
6. Sohrabzadeh M, Nouri Z. Model designing of determining factors affecting violence against women [in Persian]. *Journal of Woman Cultural Psychology* 2020; 11(43): 101-13.
7. Khakbazan Z, Mehdizadeh A, Azimi K, Mirmohammadali M. Knowledge of women and girls complaining of rape referred to babol forensic medicine center about sexually transmitted diseases [in Persian]. *Iran J Forensic Med* 2021; 27(2): 71-5.
8. Tarkhan M. The effectiveness of imagery rescripting and reprocessing therapy on nightmeres and suicidal ideations of girls with sexual abuse [in Persian]. *Journal of Modern Psychological Researches* 2016; 11(43): 21-40.

## Post-traumatic Mental Health: Operational Strategies for Supporting Women Who Have Experienced Sexual Assault

Zahra Boroumandfar<sup>1</sup>, Nasrin Vafainejad<sup>2</sup>, Ashraf Kazemi<sup>3</sup>, Hamid Nasiri<sup>4</sup>, Susan Sohrabi<sup>5</sup>

### Original Article

### Executive Summary

This policy document was developed based on the findings of an educational intervention based on social cognitive theory, with the aim of formulating policy options for providing health services related to reducing psychological trauma and improving mental health indicators of women who have been sexually assaulted. The study was a randomized clinical trial and was conducted on 40 people who visited forensic medicine and welfare centers, who were divided into two intervention groups (6-session training) and control. The findings showed that the educational intervention led to a significant reduction in post-traumatic stress disorder (PTSD) scores, increased self-efficacy, improved perceived social support, and promoted health-related behaviors in the intervention group. The results indicate that integrating educational interventions into the health service system can be an effective strategy for supporting victims. Integrated psychosocial support and socio-economic empowerment are also suggested as the next priorities, respectively. The success of these programs requires the cooperation of relevant institutions, the allocation of sufficient resources, and the active participation of stakeholders. This document emphasizes the need for policymakers to pay attention to the design and implementation of structured programs to improve the mental health of female survivors of sexual assault and recommends that policymakers prioritize specialized training for staff, strengthen support networks, and implement community sensitization programs to pave the way for sustainable improvement in the mental health of this vulnerable group.

**Keywords:** Post-traumatic stress disorder; Mental health; Sexual assault; Education; Policy brief

**Citation:** Boroumandfar Z, Vafainejad N, Kazemi A, Nasiri H, Sohrabi S. **Post-traumatic Mental Health: Operational Strategies for Supporting Women Who Have Experienced Sexual Assault.** J Isfahan Med Sch 2025; 43(807): 210-14.

1- Associate Professor, Midwifery and Reproductive Health Department, Reproductive Sciences and Sexual Health Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

2- MSc, Midwifery and Reproductive Health Department, School of Nursing and Midwifery, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

3- Professor, Midwifery and Reproductive Health Department, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

4- PhD, Department of Clinical Psychology, Isf. C., Islamic Azad University, Isfahan, Iran.

5- Physician, Legal Medicine Research Center, Isfahan Forensic Medicine Organization, Isfahan, Iran.

**Corresponding Author:** Zahra Boroumandfar, Associate Professor, Midwifery and Reproductive Health Department, Reproductive Sciences and Sexual Health Research Center, Isfahan University of Medical Sciences, Isfahan, Iran.

Email: boroumandfar@nm.mui.ac.ir