



The Effect of Integrative Acceptance Commitment-Cognitive Behavioral Therapy and Parent Management Training on the Post Traumatic Stress Disorder Symptoms of Adolescent Boy with Sexual Abuse

Mohammad Akbari¹, Mohsen Golparvar², Mohsen Lali³, Parisa Taraneh⁴

1. Ph.D. student in Psychology, Department of Psychology, Isfahan (Khorasgan) Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran.
2. (Corresponding author)* Associate Professor in Psychology, Department of Psychology, Isfahan (Khorasgan) Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran.
3. Assistant Professor in Psychology, Department of Educational Science, Farhangian University, Isfahan, Iran.
4. Medical Doctor, Department of Law, Faculty of Literature and Humanities Sciences, Shahrkord Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran.

Abstract

Aim and Background: Sexual abuse of children and adolescences is a global phenomenon. These behaviors have a destructive effect on the mental health of adolescents. The aim of this study was to determine the effectiveness of integrative Acceptance Commitment-Cognitive Behavioral therapy (ACT-CBT) and parent management training (PMT) on the post-traumatic stress disorder symptoms of adolescent boy with sexual abuse.

Methods and Materials: The research method was semi-experimental, and research design was three groups (one group ACT-CBT, one group PMT and one group of control) with three stages of pre-test, post-test and two months follow-up. The statistical population of the study was adolescent boy aged 14 to 18 years old with sexual abuse in Isfahan, among them 45 people were selected based on inclusion criteria and then randomly assigned to two experimental groups and one control group. The dependent variable measurement instrument was the Weathers et al (1994) Post-Traumatic Stress Disorder Syndrome Questionnaire. The ACT-CBT and PMT received treatment in 10 sessions. The data were analyzed by repeated measure analysis of variance and post-hoc Bonferroni test.

Findings: The results showed that integrative ACT-CBT reduces the symptoms of post-traumatic stress disorder among adolescent boy with sexual abuse ($P < .001$), but PMT had no effect on reducing the symptoms post-traumatic stress disorder ($P > .05$).

Conclusions: According to the research findings, it is suggested that the integrative ACT-CBT should be used in the treatment of boy adolescents who encountered with sexual abuse to reduce the symptoms of post-traumatic stress disorder.

Keywords: Integrative ACT-CBT therapy, parent management training, sexual abuse.

Citation: Akbari M, Golparvar M, Lali M, Taraneh P. **The Effect of Integrative Acceptance Commitment-Cognitive Behavioral Therapy and Parent Management Training on the Post Traumatic Stress Disorder Symptoms of Adolescent Boy with Sexual Abuse.** J Res Behav Sci 2020; 18(1): 101-111.

* Mohsen Golparvar,
Email: drmgolparvar@gmail.com

تأثیر درمان تلفیقی پذیرش و تعهد و شناختی- رفتاری و آموزش مدیریت والدین بر نشانگان اختلال استرس پس از سانحه در نوجوانان پسر آزار دیده از سوء رفتار جنسی

محمد اکبری^۱، محسن گل‌پرور^۲، محسن لعلی^۳، پریسا ترانه^۴

- ۱- دانشجوی دکتری روان‌شناسی، گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، واحد اصفهان (خوراسگان)، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران.
- ۲- نویسنده مسئول* دانشیار، گروه روان‌شناسی، دانشکده روان‌شناسی و علوم تربیتی، واحد اصفهان (خوراسگان)، دانشگاه آزاد اسلامی، اصفهان، ایران.
- ۳- استادیار، گروه علوم تربیتی، دانشکده علوم تربیتی، دانشگاه فرهنگیان، اصفهان، ایران.
- ۴- پزشک و مدرس، گروه حقوق، دانشکده ادبیات و علوم انسانی، واحد شهرکرد، دانشگاه آزاد اسلامی، شهرکرد، ایران.

چکیده

زمینه و هدف: سوء رفتار جنسی کودکان و نوجوانان پدیده‌های جهانی محسوب می‌شوند. این رفتارها تأثیرات مخربی بر سلامت روان نوجوانان به‌جای می‌گذارند. این پژوهش با هدف تعیین تأثیر بسته درمان تلفیقی پذیرش و تعهد و شناختی-رفتاری (ACT-CBT) و آموزش مدیریت والدین (PMT) بر علائم اختلال استرس پس از سانحه در نوجوانان پسر آزار دیده از سوء رفتار جنسی اجرا شد.

مواد و روش‌ها: روش پژوهش نیمه آزمایشی و طرح پژوهش سه گروهی (یک گروه درمان ACT-CBT، یک گروه آموزش مدیریت والدین و یک گروه کنترل) در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری دوماهه بود. جامعه آماری پژوهش نوجوانان پسر ۱۴ تا ۱۸ ساله آزار دیده از سوء رفتار جنسی در شهر اصفهان بود که از بین آن‌ها ۴۵ نفر بر پایه ملاک‌های ورود انتخاب و سپس به‌صورت تصادفی در دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل جایگزین شدند. ابزار سنجش متغیر وابسته پرسشنامه نشانگان اختلال استرس پس از سانحه ودرز و همکاران (۱۹۹۴) بود. گروه درمان ACT-CBT و گروه آموزش مدیریت والدین (PMT) هر یک به مدت ۱۰ جلسه تحت درمان قرار گرفتند. جهت تحلیل داده‌ها، از تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر و آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد.

یافته‌ها: نتایج نشان داد درمان تلفیقی ACT-CBT بر کاهش علائم اختلال استرس پس از سانحه در میان نوجوانان ۱۴ تا ۱۸ ساله آزار دیده از سوء رفتار جنسی مؤثر است ($P < 0.001$)، ولی آموزش مدیریت والدین بر کاهش علائم اختلال استرس پس از سانحه تأثیری نداشت ($P > 0.05$).

نتیجه‌گیری: با توجه به یافته‌ها می‌توان نتیجه گرفت که درمان تلفیقی ACT-CBT برای درمان نوجوانان پسر آزار دیده از سوء رفتار جنسی برای کاهش علائم اختلال استرس پس از سانحه قابل‌استفاده است.

واژه‌های کلیدی: درمان تلفیقی پذیرش و تعهد و شناختی- رفتاری، آموزش مدیریت والدین، اختلال استرس پس از سانحه، بدررفتاری جنسی.

ارجاع: اکبری محمد، گل‌پرور محسن، لعلی محسن، ترانه پریسا. تأثیر درمان تلفیقی پذیرش و تعهد و شناختی- رفتاری و آموزش مدیریت والدین بر نشانگان اختلال استرس پس از سانحه در نوجوانان پسر آزار دیده از سوء رفتار جنسی. مجله تحقیقات علوم رفتاری ۱۳۹۹؛ ۱۸(۱): ۱۱۱-۱۰۱.

*- محسن گل‌پرور

رایان نامه: drmgolparvar@gmail.com

مقدمه

کودک‌آزاری به‌عنوان یک مشکل فراگیر جهانی همراه با موارد احتمالی قتل در کودکان کمتر از ۱۵ سال (۵۷۰۰۰ مورد در سال) مطرح می‌باشد. مرکز کنترل و پیشگیری از بیماری‌ها، معتقد است که کودک‌آزاری انجام دادن یا انجام ندادن کاری است که باعث آزار روانی و جسمی و ایجاد تأثیر ماندگار همراه با آثار مخفی و آشکار آزار در کودکان و نوجوانان می‌شود (۱). کودک‌آزاری جنسی یا به‌عبارت‌دیگر استفاده از کودکان برای ارضای جنسی، یکی از اشکال آزار و اذیت کودکان است که در کودکان تمام سنین در حال وقوع بوده و پیامدهای نامطلوب و صدمات بعضاً جبران‌ناپذیری بر سلامت و بهزیستی کودکان در ابعاد گسترده بر جای می‌گذارد. کودکانی که مورد آزار جسمی و جنسی قرار می‌گیرند، بر اثر فشار روانی وعدم حمایت‌های مؤثر، تحت تأثیر قرار گرفته و در اثر استفاده از روش‌های مقابله‌ی غیر انطباقی (سوءمصرف مواد یا داروها، خالی کردن خشم خود بر سر دیگران و به‌کارگیری مداوم سازوکارهای دفاعی) خود را گرفتار تنش و فشار بیشتری می‌کنند (۲). تحقیقات نشان داده آزار جنسی علاوه بر پیامدهای کوتاه‌مدت مخربی که بر روی افراد به‌جای می‌گذارد، کودکان و نوجوانان را دچار احساس ناامنی، اضطراب، عدم تمرکز حواس، ترس، افسردگی، بی‌توجهی و رفتارهای اختلال استرس پس از سانحه نموده، پیامدهای بلندمدتی را هم برای آن‌ها به ارمغان می‌آورد. افزون بر این، پژوهشگران بین تأثیرات اولیه و تأثیرات درازمدت آزار جنسی، تفاوت قائل شده‌اند. تأثیرات اولیه یا کوتاه‌مدت، عوارضی است که در دو سال اول آزار جنسی آشکار می‌شود. گاهی تأثیرات درازمدت بدون آن‌که در ابتدا عوارض کوتاه‌مدت آشکار شده باشد، ظاهر می‌گردد. آسیب کلی روانی، ترس، افسردگی، گوشه‌گیری و خودکشی، تخاصم و پرخاشگری، کاهش عزت‌نفس، احساس گناه و شرم، فرار از خانه و دیگر رفتارهای برون‌ریزی، ناتوانی شناختی، تأخیر رشدی و کاهش کارکرد آموزشی، رفتارهای نامناسب جنسی، افزایش احتمال آزاردیدگی مجدد جنسی، اختلال جنسی و مشکلات روان‌پزشکی از جمله تأثیرات این نوع آسیب‌ها بوده و گاه ماندگاری طولانی‌مدتی دارند (۳). همچنین مطالعات حاکی از ارتباط سوءاستفاده جنسی با اختلالات متعدد از جمله اختلالات شخصیت، افسردگی، اضطراب اجتماعی و سوءمصرف مواد می‌باشد (۴). در کوتاه‌مدت سوءاستفاده جنسی در کودکان و

نوجوانان می‌تواند مشکلات متعدد روانی و عاطفی از جمله اختلال استرس پس از سانحه با علائمی مانند فلش بک، کابوس، بی‌خوابی و مشکل در تمرکز را و بیماری‌های جسمانی و روانی را در بزرگ‌سالی مانند اجتناب جنسی و وسواس جنسی در پی داشته باشد (۵).

یکی از شایع‌ترین اختلالات روان‌پزشکی در خصوص خشونت‌ها و تهاجم جنسی اختلال استرس پس از سانحه است. اختلال استرس پس از سانحه وقتی بروز می‌کند که شخص فشار روانی و هیجانی را که شدت آن عملاً برای هرکسی آسیب‌رسان خواهد بود تجربه کرده باشد. این اختلال شامل ویژگی‌هایی مانند یادآوری خاطرات و تجربه مجدد سانحه در رؤیا و بیداری، اجتناب مستمر از یادآوری سانحه و کرختی عاطفی و بی‌حسی و برانگیختگی شدید می‌باشد. اگرچه اختلال استرس پس از سانحه خودش به‌طور مستقل یک عامل خطر برای سلامتی محسوب می‌شود اما ممکن است با زمینه‌سازی برای کسب عادت‌های نادرست بهداشتی، تهدیدکننده هر چه بیشتر سلامتی باشد (۶). به‌عنوان مثال ۴۵ درصد افراد مبتلا به اختلال استرس پس از سانحه سیگاری هستند، همچنین بعضی از این بیماران برای فرار از مشکلات روانی به الکل گرایش پیدا می‌کنند که این کار جدا از عوارض جسمی باعث بدتر شدن علائم اختلال استرس پس از سانحه نیز می‌شود (۷). شایع‌ترین اختلالات همراه با اختلال استرس پس از سانحه شامل افسردگی، سوءمصرف مواد و الکل، اختلالات اضطرابی به‌خصوص حملات وحشت‌زدگی، پرخاشگری، احساسات و افکار مربوط به خودکشی، افکار پارانویید، اختلال شدید در عملکرد روزانه، مشکلات خانوادگی، شغلی و اجتماعی هستند. بازمانده‌های یک سانحه ممکن است احساس گناه کنند و این مسئله می‌تواند آن‌ها را نسبت به ابتلا به افسردگی و اختلال استرس پس از سانحه مستعد کرده یا آن را تشدید کند (۸). بسیاری از اطفال دچار اختلال استرس پس از سانحه، در نوجوانی اعمال مشابه آسیبی که برای خودشان اتفاق افتاده را نشان می‌دهند. رؤیاهای ترسناک و بدون مفهوم، وحشت‌های بی‌دلیل و حالت‌های در خود فرورفتگی از علائم اختلال استرس حاد پس از ضربه در کودکان و نوجوانان است و در صورت درمان نشدن ممکن است به اضطراب‌های شدید، از کارافتادگی و گاهی افسردگی و اختلالات جسمی منجر شود (۹). در کودکان مورد سوء رفتار جسمی یا جنسی، بسیاری از اختلالات روان‌پزشکی از جمله اضطراب، رفتار پرخاشگرانه، اندیشه پردازی

علمی و علمی در دسترس قرار ندارد؛ بنابراین لازم است تا با پژوهش علمی علاوه بر بررسی و مستند نمودن تأثیر روش ترکیبی نوین ACT-CBT، این تأثیر با یکی از معروف‌ترین روش‌های خانواده محور مانند آموزش مدیریت والدین (PMT) مورد مقایسه قرار گیرد. در همین راستا سؤال پژوهش حاضر این بوده که آیا درمان و آموزش ACT-CBT و آموزش مدیریت والدین (PMT) بر علائم اختلال استرس پس از سانحه نوجوانان آزاردیده از بدرفتاری جنسی دارای تأثیر هستند؟

مواد و روش‌ها

در این پژوهش پس از اخذ مجوزهای لازم برای معرفی به مرکز پزشکی قانونی شهر اصفهان و مراکز مشاوره و درمان روان‌شناختی شهر اصفهان، از جامعه آماری موردنظر در این پژوهش یعنی نوجوانان ۱۴ تا ۱۸ سال آزاردیده از بدرفتاری جنسی که در پائیز و زمستان ۱۳۹۶ و بهار ۱۳۹۷ مراجعه نموده بودند، ۴۵ نفر که دارای ملاک‌های ورود بودند انتخاب شدند. پس از انتخاب ۴۵ نفر نمونه، آن‌ها به شیوه قرعه‌کشی ساده به صورت تصادفی در سه گروه، یک گروه بسته درمانی ACT-CBT، یک گروه آموزش مدیریت والدین و یک گروه کنترل گمارده شدند. معیارهای ورود شامل تمایل و رضایت برای شرکت در پژوهش، وجود علائم و نشانه‌های بالینی قربانی سوءاستفاده جنسی شدن بر مبنای معیارهای راهنمای آماری تشخیصی اختلال‌های روانی انجمن روان‌شناسی آمریکا، مذکر بودن، دامنه سنی ۱۴ تا ۱۸ سال، عدم ابتلا به اختلال روان‌شناختی یا روان‌پزشکی حاد یا مزمن و عدم شرکت در دوره درمانی موازی در طول زمان انجام پژوهش و معیارهای خروج نیز شامل عدم همکاری و عدم انجام تکالیف ارائه شده در جلسات، غیبت بیش از ۲ جلسه در جلسات درمان، داشتن اختلالات روانی حاد یا مزمن در نوجوان یا والدین (که توسط روان‌پزشک و یا روانشناس بالینی مورد تأیید قرار گرفته باشد)، استفاده از درمان‌های روان‌شناختی هم‌زمان بودند. اصول اخلاقی رازداری، استفاده از داده‌ها فقط در راستای اهداف پژوهش، آزادی و اختیار کامل شرکت‌کنندگان برای انصراف از ادامه مشارکت در پژوهش و اطلاع‌رسانی دقیق در صورت درخواست شرکت‌کنندگان از نتایج همراه با آموزش گروه کنترل پس از اتمام درمان دو گروه آزمایش در تمامی مراحل پژوهش مدنظر قرار گرفته و رعایت شده است. از پرسشنامه زیر برای سنجش

پارانویید، اختلال استرس بعد از ضربه، اختلال افسردگی و افزایش خطر رفتار خودکشی مشاهده می‌شود (۱۰). پژوهش‌ها بیانگر آن است که اختلال استرس پس از سانحه و اختلالات تجزیه‌ای در بزرگسالانی که در دوران کودکی در معرض سوء رفتار بوده‌اند، شایع‌تر است (۱۱).

وجود مشکلات و اختلالات روان‌شناختی مورد اشاره بدون تردید نیاز به استفاده از درمان‌های مختلفی را ضروری می‌سازد. رویکردهای درمانی که تاکنون در مورد کودکان و نوجوانان مورد سوءاستفاده جنسی مورد استفاده قرار گرفته شامل خانواده‌درمانی، درمان‌های شناختی رفتاری، درمان پردازش شناختی، بازی‌درمانی، آموزش درمان یکپارچه التقاطی متمرکز بر آسیب، درمان دلبستگی، درمان حل‌وفصل خانوادگی و هنر درمانی هستند. از میان درمان‌های مورد اشاره، نتایج برخی مطالعات نشان می‌دهد که رویکرد درمانی شناختی-رفتاری متمرکز بر تروما می‌تواند رشد و بهبود پس از سانحه را در کودکان و نوجوانان آزاردیده افزایش دهد (۱۲). هر یک از این درمان‌ها در عمل یا برای گروه‌های خاص نتایج امیدبخشی به بار آورده و یا این که در زمان تلفیق با دیگر درمان‌ها نتایج آن‌ها به اشکالی بهبود را نشان داده است (۱۳). مروری بر تحقیقات گذشته نشان داده هر یک از این درمان‌ها به تنهایی توانسته بر کاهش علائم اختلال استرس پس از سانحه موثر باشد (۱۴، ۱۵). در میان درمان‌های ترکیبی مورد اشاره، تاکنون درمان و آموزش ترکیبی ACT-CBT برای سنجش اثربخشی بر روی علائم اختلال استرس پس از سانحه نوجوانان آزاردیده بدرفتاری جنسی مورد استفاده قرار نگرفته است. این امر در حالی است که از یک طرف درمان ACT-CBT به دلیل بنیان‌های نظری و کاربردی مشترک از یک طرف قابلیت تلفیق با یکدیگر را دارند و از طرف دیگر این ظرفیت که درمان و آموزش تلفیقی این دو رویکرد بتواند کمک شایان توجهی به نوجوانان آزاردیده از بدرفتاری جنسی برای غلبه بر علائم اختلال استرس پس از سانحه بنماید وجود دارد.

از طرف دیگر، پژوهش‌هایی که در زمینه پیشگیری و کاهش کودک‌آزاری انجام گرفته حاکی از این است که کودک‌آزاری به دلیل عدم آگاهی والدین از عوارض مخرب آن بر فرزندان انجام می‌شود؛ بنابراین با بالا بردن آگاهی والدین از این امر، می‌توان باعث پیشگیری و کاهش آن شد (۱۶). از طرفی در ایران در حوزه استفاده از رویکرد آموزش مدیریت والدین برای نوجوانان آزاردیده از بدرفتاری جنسی نیز شواهدی

متغیر وابسته در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری استفاده شد.

پرسشنامه علائم اختلال استرس پس از سانحه

(PTSDSQ): فهرست اختلال استرس پس از سانحه که به‌وسیله ویدرز و همکاران بر اساس معیارهای تشخیصی DSM برای مرکز ملی اختلال استرس پس از سانحه آمریکا تهیه شده است، یک مقیاس خود گزارش دهی است که برای ارزیابی میزان اختلال و غربال کردن این بیماران از افراد عادی و سایر بیماران به‌عنوان یک ابزار کمک تشخیصی به کار می‌رود و شامل ۱۷ ماده است که ۵ ماده آن مربوط به علائم و نشانه‌های تجربه مجدد حادثه آسیب‌زا و تروماتیک، ۷ ماده آن مربوط به علائم و نشانه‌های کرختی عاطفی و اجتناب و ۵ ماده آن مربوط به علائم و نشانه‌های برانگیختگی شدید است. امتیاز کلی (از ۱۷ تا ۸۵ در نوسان است و افزایش امتیازات به معنای افزایش سطح نشانه‌های اختلال استرس پس از سانحه است) از طریق جمع نمرات عبارات ۱۷ گانه بر اساس مقیاس لیکرت (اصلاً=۱، خیلی کم=۲، متوسط=۳، زیاد=۴، خیلی زیاد=۵) به دست می‌آید. نقطه برش برای تشخیص اختلال استرس پس از سانحه، نمره ۵۰ تعیین شده است (۱۷). پایایی و روایی این فهرست در ایران به‌وسیله گودرزی در دانشگاه شیراز با استفاده از ۱۱۷ نفر دانشجو بررسی و ضریب آلفای کرونباخ این مقیاس برابر با ۰/۹۳ و ضریب پایایی آن با استفاده از روش دونیمه کردن (بر اساس زوج یا فرد بودن ماده‌ها) برابر با ۰/۸۷ گزارش شده است. به‌منظور ارائه شواهدی برای روایی همگرایی این پرسشنامه، همبستگی امتیازات آن با فهرست وقایع زندگی محاسبه و ضریب همبستگی برابر ۰/۳۷ به‌دست آمده است (۱۸). فرایند اجرای پژوهش به این صورت بود که پس از گمارش تصادفی ۴۵ نوجوان پسر انتخاب شده به دو گروه درمان تلفیقی ACT-CBT و گروه آموزش مدیریت والدین و یک گروه کنترل، ابتدا برای هر سه گروه پیش‌آزمون اجرا شد و در ادامه، گروه‌های آزمایش تحت درمان و آموزش موردنظر قرار گرفتند و گروه کنترل هیچ‌گونه درمانی دریافت نکرد. درنهایت پس‌آزمون به اجرا درآمد. نهایتاً بعد از ۲ ماه مجدداً هر سه گروه موردسنجش در مرحله پیگیری قرار گرفتند. گروه درمان ACT-CBT و گروه آموزش مدیریت والدین هر یک به مدت ۱۰ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای و هر هفته یک جلسه توسط درمانگر دارای

تجربه ۱۵ سال مشاوره و درمان نوجوانان تحت درمان قرار گرفتند.

پروتکل درمان ACT-CBT: پروتکل درمان ACT-CBT

CBT طی ۱۰ جلسه به شرح زیر اجرا شد. جلسه اول: آگاه-سازی شرکت‌کنندگان، تأکید درمانگر بر نقش تکالیف خانگی، اطلاعات درباره ساختار درمان و توافق بر سر آن، ضرورت آموزش روانی: الف: فراگیری مهارت‌ها، ب: جلوگیری از عود بیماری، ج: درمانگر خویش شدن، فهم و ادراک نوجوان از شرایط و پیامدهای آزار جنسی، اجرای پیش‌آزمون. جلسه دوم: ۱. افکار ناکارآمد خود را یادداشت کنید. آن‌ها را با خود حمل کنید (استعاره اتوبوس). الف: مشاهده افکار و احساسات ب: یکسان نبودن افکار و واقعیات. ۲. تشکر از ذهن به خاطر افکار و به چالش کشیدن افکار (درماندگی خلاق). ۳. تمایز گذاشتن بین توصیف و ارزیابی. ۴. تمرین ذهن آگاهی. جلسه سوم: ۱. استفاده از بازسازی شناختی در چارچوب مدل تلفیقی ACT-CBT الف: رویداد فعال ساز ب: افکار باورپذیر (افکار مشکل ساز یا خطاهای شناختی) پ: نتیجه باور داشتن به افکار. ت: تمرینات گسلش ث: راه‌های جدید مؤثر بودن ۲. آموزش رابطه بین افکار، احساسات و رفتار همیشه باهم مرتبط نیستند. جلسه چهارم: کار بر روی ترس از مکان، ترس از افراد، الگوهای اجتنابی، نشخوارهای فکری، عدم کنترل تصاویر و رخدادهای فکری، از جا پریدگی، خستگی، بی‌قراری، دل‌پهره، دل‌شوره، ناامنی و نگرانی، تپش قلب هنگامی که احساس بدی دارید، اطرافیان می‌گویند: ۱. چه کاری انجام دهید؟ ۲. با چه چیزی در حال مبارزه بودید؟ ۳. چگونه سعی کردید بر آن غلبه کنید؟ ۴. چقدر این تلاش‌ها در کوتاه‌مدت یا بلندمدت مفید بوده‌اند؟ (استعاره مردی در گودال) ۵. به خاطر این مبارزه از چه چیزهایی دست برداشته‌اید؟ ۶. چرا به‌سختی تلاش می‌کنید احساس و فکرتان را تغییر دهید؟ (استعاره ببر) ۷. چرا تغییر افکار و احساساتان خیلی سخت است؟ (استعاره کیک شکلاتی)، ۸. اگر تلاش برای تغییر افکار و احساساتتان مؤثر نباشد، چه کار دیگری می‌توانید انجام دهید؟ (استعاره مسابقه طناب‌کشی با هیولا). جلسه پنجم: ۱. کاهش چسبیدن به خود مفهوم‌سازی شده (دیدن جنبه‌های منفی بازی عزت‌نفس) ۲. ایجاد آگاهی از خود به‌عنوان چشم‌انداز. الف. استعاره صفحه شطرنج ب: تمرین کشف خود ۳. تماس با خود مفهوم‌سازی شده از طریق خود مشاهده‌گر. جلسه ششم: ۱. شناسایی هیجان‌ها (کاربرگ) ۲. ابزار مؤثر هیجان‌ها (تخلیه هیجانی به‌صورت نوشتاری) ۳. شناسایی نقاط داغ

داشته‌اید را حل و فصل کنید؛ شروع به استفاده از سیستم‌های مدیریت وابستگی برای کلیه مشکلات رفتاری و به‌ویژه آن‌هایی کنید که بیشترین نگرانی را در رابطه با آن‌ها دارید. جلسه ششم: استفاده از یک سیستم گزارش مدرسه - خانه به‌منظور کاهش رفتارهای نافرمانی در کلاس درس؛ برقراری یک قرارداد مؤثر در مورد تکالیف خانگی. جلسه هفتم: یادگیری مدل حل مسئله و تمرین آن با استفاده از یک موضوع ساختگی؛ رده‌بندی کردن موضوعاتی که موجب بروز تعارض در تهیه فهرستی از مسائلی می‌شود که باید حل شوند؛ یک یا دو موضوع دارای اولویت یا شدت کمتر را برای اجرای فرایند حل مسئله انتخاب کنید. جلسه هشتم: یادگیری اصول کلی مربوط به ارتباطات خوب؛ تشخیص سبک‌های ارتباطی منفی؛ یکپارچه‌سازی یک سبک ارتباطی مثبت در جلسات حل مسئله و سایر ارتباطات با نوجوان. جلسه نهم: تلاش برای شناسایی باورها و انتظارات منفی والد و نوجوان؛ جمع‌آوری شواهد له و علیه باورهای غیرمنطقی برای مشاهده کردن این‌که آیا می‌توانید آن‌ها را با موارد مفیدتر عوض کنید؛ گنجاندن باورها و انتظارات منطقی‌تر، واقع‌بینانه و مثبت‌تر در روابطتان و حل مسئله‌تان با نوجوان. جلسه دهم: دانستن این‌که چه هنگام از چه ابزار، مهارت یا راهبردی استفاده شود؛ توافق نمودن در مورد یک طرح برای برطرف کردن بحران‌ها؛ مرور کردن برآیند و ماحصل تلاش‌هایتان و تصمیم‌گیری در مورد اقدامات بعدی؛ انجام پس‌آزمون.

جهت تحلیل داده‌ها در سطح آمار توصیفی از میانگین و انحراف معیار و در سطح استنباطی نیز ابتدا با بررسی پیش‌فرض‌های لازم شامل نرمال بودن توزیع متغیرها از طریق آزمون شاپیرو-ویلک، برابری واریانس‌های خطا از طریق آزمون لوین و برقراری پیش‌فرض کرویت از طریق آزمون ماچلی (ماکلی)، از تحلیل واریانس اندازه‌گیری مکرر و به دنبال آن در صورت معناداری تفاوت بین گروه‌ها از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد. تحلیل داده‌ها با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS و حداقل سطح آماری قابل قبول ۰/۰۵ بود.

یافته‌ها

بررسی میانگین سه گروه پژوهش در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری نشان داد که درمان ACT-CBT و سپس گروه آموزش مدیریت والدین در نشانگان اختلال استرس پس از سانحه نسبت به گروه کنترل کاهش قابل توجه‌تری را

(کاربرگ) ۴. به روایتی دیگر تجسم کردن. جلسه هفتم: ۱. تشویق تنفس عمیق، آرام‌سازی عضلانی پیش‌رونده ۲. آموزش راهبردهای مدیریت و مقابله با هیجان. الف: تمرین راهبردهای شناختی. ب: راهبردهای جسمانی (ورزش). پ: استفاده از راهبردهای فیزیولوژیکی (درمان دارویی). ت: ترغیب فعالیت (شرکت در امور فوق برنامه). ث: جستجوی حمایت اجتماعی برای داشتن حس خوب. جلسه هشتم: ۱. فعال‌سازی رفتار هدف نهایی مدل تلفیقی ACT-CBT ارزش‌ها. ۲. تصریح و شناسایی ارزش‌ها (کاربرگ ارزش‌ها) ۳. استعاره گدا دم در. ۴. استعاره درختکاری. جلسه نهم: ۱. ارائه آموزش مهارت‌های اجتماعی ۲. یادگیری داشتن احساسات ناخوشایند در عین حال عملکرد خوب ۳. ارائه آموزش والدین تمرین توقف، یک S.T.O.P ۴. تمرین قدم برداشتن به عقب، مشاهده، توصیف ۵. تقویت رفتارهای مؤثر مراجعین. جلسه دهم: ۱. تمایز بین ارزش‌ها و هدف ۲. ارزش‌ها قابل توجیه نیستند. ۳. ارزش‌ها باوجود تجارب تلخ یا شکست اهمیت خود را از دست نمی‌دهند ۴. اقدام متعهدانه طولانی‌مدت اغلب مستلزم تحمل پریشانی بیش از حد و تمایل به مواجهه با موانع است (کاربرگ ارزش‌ها به‌سوی عمل). انجام پس‌آزمون.

پروتکل آموزش مدیریت والدین (PMT): پروتکل

آموزش مدیریت والدین (PMT) طی ۱۰ جلسه به شرح زیر اجرا شد. جلسه اول: آشنایی با اعضای گروه و برقراری رابطه درمانی، تعیین قوانین حاکم بر جلسات درمان و بحث درباره رازداری، تصریح رابطه درمانی، توصیفی از روش درمانی و انجام پیش‌آزمون؛ بدل نمودن توجه منفی به مثبت در تعامل با نوجوانان؛ از هم گسیختن چرخه به‌ظاهر بی‌پایان تعاملات منفی بین والد و نوجوان با صرف کردن زمان کیفی با یکدیگر؛ مبدل کردن نگرش‌های مثبت به تشویق‌های اثربخش به جهت افزایش فرمانبرداری نوجوان. جلسه دوم: استفاده از اصول مدیریت رفتاری در رابطه با تعاملات روزمره با نوجوان؛ یادگیری ارائه فرامین اثربخش. جلسه سوم: اساس منطقی و اصول مربوط به مدیریت وابستگی را یاد بگیرید و آن را ملکه ذهن خود کنید؛ یک سیستم رسمی را برقرار کنید - یک قرارداد رفتاری یا یک سیستم امتیازی - که امتیازات را منوط به فرمانبرداری نوجوانتان می‌کند. جلسه چهارم: اضافه کردن تنبیه‌ها یا جریمه‌های مربوط به عدم فرمانبرداری و رفتارهای اجتماعی نامناسب؛ استفاده مؤثر از زمینه‌سازی. جلسه پنجم: هرگونه مشکل یا مسئله‌ای که تاکنون در رابطه با مدیریت وابستگی

نشان می‌دهند (جدول ۱).

جدول ۳. میانگین و انحراف معیار مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری اختلال استرس پس از سانحه در گروه‌های پژوهش

| آزمون | متغیر | ACT_CBT (n=۱۵) | | PMT (n=۱۵) | | گروه کنترل (n=۱۵) | |
|-----------|--|----------------|--------------|------------|--------------|-------------------|--------------|
| | | میانگین | انحراف معیار | میانگین | انحراف معیار | میانگین | انحراف معیار |
| پیش‌آزمون | علائم و نشانه‌های تجربه مجدد حادثه آسیب‌زا | ۵۷/۰۶ | ۴۴/۴۵ | ۸۴/۹۳ | ۲۵/۰۲ | ۸۹/۷۰ | ۲۴/۹۶ |
| | علائم و نشانه‌های کرختی عاطفی و اجتناب | ۶۳/۶۳ | ۴۰/۰۲ | ۲۱/۰۱ | ۹۰/۸۰ | ۹۲/۳۶ | ۲۶/۱۶ |
| | علائم و نشانه‌های برانگیختگی شدید | ۵۸/۰۰ | ۴۳/۱۲ | ۱۰۴/۱۶ | ۲۰/۶۷ | ۸۸/۰۳ | ۲۸/۱۷ |
| | نمره کل اختلال استرس پس از سانحه | ۵۶/۳۰ | ۴۰/۹۳ | ۹۷/۳۳ | ۱۷/۳۷ | ۸۹/۱۳ | ۲۵/۳۹ |
| پس‌آزمون | علائم و نشانه‌های تجربه مجدد حادثه آسیب‌زا | ۲۵/۴۶ | ۱۲/۰۰ | ۶۷/۸۶ | ۲۵/۱۶ | ۱۰۱/۳۰ | ۲۴/۰۹ |
| | علائم و نشانه‌های کرختی عاطفی و اجتناب | ۲۳/۲۳ | ۸/۴۹ | ۷۱/۲۳ | ۲۳/۸۶ | ۹۷/۸۶ | ۲۶/۶۴ |
| | علائم و نشانه‌های برانگیختگی شدید | ۲۵/۲۳ | ۱۱/۰۳ | ۷۸/۱۶ | ۲۶/۶۳ | ۸۹/۹۶ | ۳۳/۳۹ |
| | نمره کل اختلال استرس پس از سانحه | ۲۴/۳۰ | ۹/۴۶ | ۷۰/۷۳ | ۲۵/۶۶ | ۹۸/۱ | ۲۹/۵۰ |
| پیگیری | علائم و نشانه‌های تجربه مجدد حادثه آسیب‌زا | ۱۱/۵۳ | ۴/۰۴ | ۷۱/۰۰ | ۲۱/۱۲ | ۱۰۳/۱۳ | ۲۴/۳۹ |
| | علائم و نشانه‌های کرختی عاطفی و اجتناب | ۹/۶۳ | ۵/۵۹ | ۶۸/۴۶ | ۲۸/۲۶ | ۹۴/۷۶ | ۲۹/۱۵ |
| | علائم و نشانه‌های برانگیختگی شدید | ۹/۹۶ | ۵/۰۷ | ۷۳/۲۶ | ۲۱/۸۷ | ۸۵/۲۰ | ۲۱/۴۴ |
| | نمره کل اختلال استرس پس از سانحه | ۹/۲۶ | ۴/۸۸ | ۶۸/۸۳ | ۲۲/۶۲ | ۹۸/۰۰ | ۲۴/۶۹ |

دوم یعنی ردیف آزمون گرین‌هاوس-گیزر مراجعه شد. نتایج تحلیل واریانس اندازه‌های تکرار شده نشان داد که در عامل گروه، در عامل آزمون و در عامل تعامل آزمون و گروه تفاوت معناداری وجود دارد. این نتایج حاکی از آن است که حداقل بین دو گروه از سه گروه پژوهش و حداقل در یکی از مراحل پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری وجود دارد (جدول ۲).

پیش از اجرای تحلیل واریانس اندازه‌های تکرار شده (مکرر)، در راستای بررسی پیش‌فرض‌های این نوع تحلیل، آزمون شاپیرو-ویلک، آزمون لوین و پیش‌فرض رعایت کرویت از طریق آزمون ماکلی (ماجلی) بررسی شد. با توجه به عدم رعایت پیش‌فرض کرویت ($p < 0.05$)، در این مورد مطابق با توصیه‌های مطرح، به جای ردیف رعایت پیش‌فرض کرویت به ردیف

جدول ۲. نتایج تحلیل واریانس اندازه‌های تکرار شده رتبه‌ای برای اختلال استرس پس از سانحه و مؤلفه‌های آن

| اثر پیلائی از آزمون‌های چهارگانه چند متغیری | | | | | | | |
|---|-------------|-------|-----------|----------|--------|----------------|------------|
| اثر | آزمون آماری | مقدار | F | df فرضیه | df خطا | p | اثر |
| آزمون | اثر پیلائی | ۰/۴۱۵ | ۱۴/۵۴ | ۲ | ۴۱ | ۰/۰۰۱ | |
| تعامل آزمون×گروه | اثر پیلائی | ۰/۴۵۷ | ۶/۲۲ | ۲ | ۴۱ | ۰/۰۰۱ | |
| نتایج تحلیل بین‌گروهی (سه گروه) و درون‌گروهی (سه مرحله آزمون) و تعامل آن‌ها در تحلیل واریانس اندازه‌های تکرار شده | | | | | | | |
| اثر | SS | df | MS | F | p | مجذور سهمی اتا | توان آزمون |
| عامل گروه (سه گروه، شامل دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل یا گواه) | | | | | | | |
| گروه | ۳۸۷۳۳۸/۳۷ | ۲ | ۱۹۳۶۶۹/۱۸ | ۵۴/۷۴ | ۰/۰۰۱ | ۰/۷۳۳ | ۱ |
| خطا | ۱۴۸۵۹۳/۴۶ | ۴۲ | ۳۵۳۷/۹۴ | - | - | - | - |
| عامل آزمون (شامل سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری) و تعامل آن با گروه-گرین‌هاوس-گیزر | | | | | | | |
| آزمون | ۴۸۴۱۶/۱۳ | ۱/۵۷ | ۳۰۷۵۶/۵۲ | ۲۱/۴۵ | ۰/۰۰۱ | ۰/۳۳۸ | ۱ |
| تعامل آزمون و گروه | ۴۹۵۵۲/۴۱ | ۳/۱۵ | ۱۵۷۳۹/۱۷ | ۱۰/۹۸ | ۰/۰۰۱ | ۰/۳۴۳ | ۰/۹۹۹ |
| خطا | ۹۴۷۹۵/۷۵ | ۶۶/۱۱ | ۱۴۳۳/۷۹ | - | - | - | - |

وجود دارد ($P < 0.001$)، ولی بین گروه آموزش مدیریت والدین با گروه کنترل تفاوت معناداری وجود نداشت ($P > 0.05$) (جدول ۳).

آزمون تعقیبی بونفرونی پس از تحلیل واریانس اندازه‌های تکرار شده نشان داد که بین گروه درمان تلفیقی ACT-CBT با گروه آموزش مدیریت والدین و گروه کنترل تفاوت معناداری

جدول ۳. نتایج آزمون بونفرونی برای مقایسه دوه‌دو

| آزمون | گروه مبنا | گروه مورد مقایسه | تفاوت میانگین‌ها | خطای استاندارد | p |
|-------|------------|------------------|------------------|----------------|--------|
| آزمون | پیش‌آزمون | پس‌آزمون | ۱۶/۵ | ۳/۸۳ | ۰/۰۰۰۱ |
| | پیش‌آزمون | پیگیری | ۲۲/۳۷ | ۴/۱۰ | ۰/۰۰۰۱ |
| | پس‌آزمون | پیگیری | ۵/۸۷ | ۲/۴۸ | ۰/۰۷ |
| گروه | گروه کنترل | گروه PMT | ۱۵/۰۶ | ۶/۲۷ | ۰/۰۶ |
| | گروه کنترل | گروه ACT-CBT | ۶۲/۸۳ | ۶/۲۷ | ۰/۰۰۰۱ |
| | گروه PMT | گروه ACT-CBT | ۴۷/۷۶ | ۶/۲۷ | ۰/۰۰۰۱ |

مثال «من نیاز به درک این موضوع دارم که چرا این اتفاق برای من حادث شده است» باعث افزایش میزان نگرانی و نشخوار فکری می‌شود. فرد تصور می‌کند که دیگر ذهنش از کنترل خارج شده و دارد دیوانه می‌شود، این نوع نگاه و باور باعث می‌شود که فرد از نگرانی‌های خود بترسد و نگران‌تر شود. به‌عبارت‌دیگر در شرایط تروما نگرانی که امری طبیعی است تبدیل به فرانگرانی می‌شود و به دنبال فرانگرانی افراد راهبردهایی را برای کاهش اضطراب ناشی از فرانگرانی استفاده می‌کنند (۲۰). تعدادی از نوجوانان آسیب‌دیده، بر خطرات بالقوه یا مشکوک متمرکز می‌شوند، در نتیجه قربانیان بدرفتاری، مراقب حضور مجرم در پیرامون خودشان می‌باشند. آن‌ها این کار را برای تشخیص هرچه سریع‌تر خطرات بالقوه و قادر بودن جهت رسیدن به امنیت و ایمنی انجام می‌دهند. به‌رحال این راهبرد منجر به تداوم یک حالت هشدار و عدم اطمینان و عدم قطعیت می‌شود (۱۹ و ۲۰). همچنین اجتناب از محرک‌های همراه شده با رویداد آسیب‌زا (مکان، افراد، ارتباطات و...) به‌عنوان یک راهبرد ایمنی ناکارآمد مورد استفاده قرار می‌گیرد. افراد درگیر اجتناب همچنین از فرونشانی خاطرات مرتبط با رویداد آسیب‌زا استفاده می‌نمایند (به‌وسیله حواس‌پرتی). به‌رحال عموماً فرونشانی افکار مزاحم، موفقیت‌آمیز نیست و تقریباً منجر به مزاحمت‌هایی می‌شود که خودشان را حتی با شدت بیشتری نشان می‌دهند که اثر برگشت دوباره نامیده می‌شود. علاوه بر این، افراد برای کاهش اضطراب ناشی از رویداد آسیب‌زا از راهبردهای کنترل فکر مانند سرکوبی، حذف و کنترل افکار منفی استفاده می‌کنند که معمولاً نتیجه عکس دارد (۲۱، ۲۲، ۲۳، ۲۴). درمان ترکیبی ACT-CBT در کاهش علائم و

بحث و نتیجه‌گیری

هدف اصلی این پژوهش تعیین تأثیر بسته درمان تلفیقی پذیرش و تعهد و درمان شناختی رفتاری (ACT-CBT) و آموزش مدیریت والدین بر علائم اختلال استرس پس از سانحه نوجوانان ۱۴ تا ۱۸ ساله آزاردیده از بدرفتاری جنسی بود. نتایج پژوهش نشان داد درمان تلفیقی ACT-CBT بر کاهش علائم اختلال استرس پس از سانحه مؤثر است. نتایج این پژوهش با نتایج سالمی و همکاران (۲۰۱۷) مبنی بر تأثیر درمان شناختی-رفتاری متمرکز بر تروما بر کاهش علائم اختلال استرس پس از سانحه در کودکان آسیب‌دیده از آزار جنسی و با نتایج بارو (۲۰۱۳) مبنی بر تأثیر درمان پذیرش و تعهد بر قربانیان تجاوز جنسی همسویی دارد (۶، ۱۱). ولی با پژوهش حبیبی و همکاران (۲۰۱۷) با موضوع اثرات سوء کودک‌آزاری بر ویژگی‌های شخصیتی کودکان مبنی بر اینکه با بالا بردن آگاهی والدین و آموزش آن‌ها جهت چگونگی تعاملات مثبت می‌توان عوارض سوء رفتار جنسی را کاهش داد همسویی ندارد (۱۶). در دنیای امروز، حوادث آسیب‌زا که می‌توانند تهدیدی برای امنیت و سلامت فرد به شمار آیند، مسئله‌ای است که بیش‌ازپیش ذهن متخصصان سلامت را به خود مشغول ساخته است. نوجوانان به‌طور طبیعی بعد از آسیب ممکن است به فکر فروروند و درباره اینکه چرا این حادثه برای آن‌ها اتفاق افتاده است و در مورد اینکه احتمال دارد دوباره حادثه مشابه آن برایشان اتفاق بیافتد نگران شوند. این پردازش‌ها از طریق ارزیابی‌های مثبت و منفی می‌تواند تشدید و تداوم یابند (۱۹). این باورها معمولاً عامل شروع‌کننده مشکل و بیماری هستند و نشان‌دهنده دلایل توجه بیماران به سودمندی پردازش‌های فکری معین می‌باشد. برای

شناختی که در درمان‌های رفتاری- شناختی به‌طور خاص مورد تأکید می‌باشد، شامل مکانیسم‌ها و راهبردهای مقابله‌ای می‌باشد که مانع پردازش طبیعی رویداد آسیب‌زا می‌گردند. این درمان پیشنهاد می‌کند که حذف نگرانی و نشخوار فکری در مبتلایان به اختلال استرس پس از سانحه به‌صورت صرف راهبردهای ناکارآمد بوده و در عوض ترکیب آن با افزایش انعطاف‌پذیری شناختی، منجر به افزایش پردازش طبیعی و بازگشت به شناخت بهنجاری می‌گردد. درنهایت می‌توان گفت که درمان تلفیقی ACT- CBT رویکرد نوپدید است که در نتیجه مدل‌سازی و فرضیه آزمایشی نظام‌دار به وجود آمده و به فنون مختلفی منجر شده که اثربخشی آن در این مطالعه نشان داده شده است. بر همین اساس نیز استفاده از درمان تلفیقی ACT- CBT را برای نوجوانان پسری که از علائم و نشانه‌های اختلال استرس پس از سانحه در اثر سوءاستفاده جنسی رنج می‌برند را در مراکز درمان روان‌شناختی و مشاوره پیشنهاد می‌کنیم. درعین حال لازم است به محدودیت‌هایی نظیر تمرکز پژوهش بر نوجوانان پسر و نه دختر و استفاده از پرسشنامه به‌جای روش‌های بررسی عمیق‌تر نظیر مصاحبه برای سنجش نشانه‌های اختلال استرس پس از سانحه در این پژوهش در تعمیم و تفسیر نتایج توجه لازم و کافی بشود.

تقدیر و تشکر

نگارندگان از کلیه همکارانی که ما را در اجرای این پژوهش یاری دادند، به‌ویژه از سازمان پزشکی قانونی استان اصفهان، کمال تشکر را دارند.

نشانه‌های تجربه مجدد حادثه آسیب‌زا، کرختی عاطفی و اجتناب، برانگیختگی شدید و کل اختلال استرس پس از سانحه نوجوانان آزرده‌یافته بدرفتاری جنسی مؤثر است و توانست کمک شایان توجهی به نوجوانان مورد آزار و سوءاستفاده جنسی برای غلبه بر علائم اختلال استرس پس از سانحه بنماید. از طرفی هر خانواده‌ای شیوه‌های خاصی را در تربیت فردی و اجتماعی فرزندان خویش به کار می‌گیرد. این شیوه‌ها که شیوه‌های فرزندپروری نامیده می‌شوند، متأثر از عوامل مختلف، از جمله عوامل فرهنگی، اجتماعی، سیاسی، اقتصادی و غیره است (۲۵). فرزندپروری یا شیوه‌های تربیتی والدین بر بروز ناپهنجاری‌های رفتاری فرزندان آثار درخور توجهی دارد. روش تربیت فرزندان از اهمیت و حساسیت زیادی برخوردار است و می‌تواند از بروز بسیاری از آسیب‌های روانی و اجتماعی نظیر بدرفتاری جنسی پیشگیری کند (۲۶). سبک فرزندپروری می‌تواند پیش‌بینی‌کننده رشد روانی اجتماعی، عملکرد تحصیلی، رفاه و سلامت و حتی مشکلات رفتاری فرزندان در آینده باشد (۲۶). اختلافات بین والدین و سبک‌های والدگری نامناسب آن‌ها در تربیت کودکان، مشکلات بسیاری را در پی داشته است (۲۷). وجود نظارت‌های والدین و مدیریت هریک از آن‌ها در چگونگی رفتار کودکان و نوجوانان نقش تعیین‌کننده‌ای دارد (۲۸). آموزش مدیریت والدین بر افزایش تعاون و همکاری بیشتر پدر و مادر در تربیت کودک و نوجوان و به‌تبع آن کاهش مشکلات رفتاری تأکید صرف دارد (۲۹). متأسفانه به نظر می‌رسد عدم حضور پدر در جلسات آموزشی و عدم توافق دوجانبه هر یک از والدین یکی از مهم‌ترین عوامل اثرگذار بر نتایج عدم همسویی نتایج پژوهش حاضر با پژوهش‌های گذشته بوده است. در مجموع، درمان بر اساس مدل تلفیقی ACT- CBT به‌جای تمرکز بر محتوای

References

1. Khanjari S, Modabber M, Rahmati M, Haghani H. Knowledge, Attitudes and Practices among Parents of School-age Children after Child Sexual abuse Prevention Education Iran. Journal of Nursing 2017; 29(104):17-27. [In Persian].
2. Khodayarifard M, Abedini Y. Cognitive - Behavioral Family Therapy for Sexual abuse In Adolscents:Case study. Journal of Science Psychology 2007; 5(17):1-17. [In Persian].
3. Firuzi H, Amiri F, Saadati N, Rostami M. The effects of childhood abuse on women's body image and sexual function. Fundamentals of Mental Health 2016;18(6): 313-320. [In Persian].
4. Afifi TO, MacMillan HL, Taillieu T, Turner S, Cheung K, Sareen J, Boyle MH. Individual-and relationship-level factors related to better mental health outcomes following child abuse: results from a nationally representative Canadian sample. The Canadian Journal of Psychiatry. 2016 Dec;61(12):776-88.

5. Ernberg E, Tidefors I, Landström S. Prosecutors' reflections on sexually abused preschoolers and their ability to stand trial. *Child Abuse & Neglect*. 2016 Jul 1;57:21-9.
6. Janßen K, Greif D, Rothschild MA, Banaschak S. Relevance of medical reports in criminal investigations of cases of suspected child abuse. *International journal of legal medicine*. 2017 Jul 1;131(4):1055-9.
7. Wamser-Nanney R, Steinzor CE. Factors related to attrition from trauma-focused cognitive behavioral therapy. *Child Abuse Negl* 2017;66:73-83.
8. Levrier K, Marchand A, Belleville G, Dominic BP, Guay S. Nightmare Frequency, Nightmare Distress and the Efficiency of Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy for Post-Traumatic Stress Disorder. *Arch Trauma Res* 2016;5(3):e33051.
9. Ebadi M, Azrami S, Shafighi S. Ekhtelale steress pas az sanehe. *Journal of the Nursing Department of the Army of the Islamic Republic of Iran* 2014;12(2):68-77. [In Persian].
10. Burrows C. Acceptance and Commitment Therapy with Survivors of Adult Sexual Assault: A Case Study. *Journals Permissions* 2013;12(3): 246–259.
11. Hebert M, Daignault IV. Challenges in treatment of sexually abused preschoolers: A pilot study of TF-CBT in Quebec. *Sexol* 2015;24(1):e21-e7.
12. Salami S, Naami A, Zargar Y, Davoodi I. Effectiveness of Trauma-Focused Behavioral Method on Post-Traumatic Growth among Abused Children. *Iranian Journal of Psychiatric Nursing*. 2017 May 1;5(1):15-21. [In Persian].
13. Sharifi M, Heidari F, Etemadi A. Counseling and treatment for child sexually transmitted diseases. Isfahan: Behtapagoresh. 2012:69-96. [In Persian].
14. Cohen JA, Berliner L, Mannarino A. Trauma focused CBT for children with co-occurring trauma and behavior problems. *Child Abuse Negl* 2010;34(4):215-24.
15. Nickerson A, Steenkamp M, Aerka IM, Salters-Pedneault K, Carper TL, Barnes JB. Prospective investigation of mental health following sexual assault. *Depression and Anxiety* 2013; 30(5):444-450.
16. Habibi S, Fallah MH, Amopor M. Child abuse effects on children's personality traits. *Quarterly Journal of Psychology and Educational Science* 2017; 3(2): 106-120. [In Persian].
17. Weather F.W, Litz B.T, Herman D.S, Huska J.A, Kean T. The PTSD Checklist (PCL). Reliability Validity & Diagnostic Utility. Presented at The 9th The Annual Meeting of The International Society for Traumatic Stress Hissre Studies 1993; Sam Antonio, Tx.
18. Goodarzi MA. Evaluating reliability and validity of the Mississippi scale for post-traumatic stress disorder in Shiraz. *J Psychol* 2003; (7): 153-78. [In Persian].
19. Simons M. Metacognitive therapy and other cognitive-behavioral treatments for posttraumatic stress disorder. *Verhaltenstherapie*. 2010 Jan 1;20:86-92.
20. Wells A, Sembi S. Metacognitive therapy for PTSD: A preliminary investigation of a new brief treatment. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*. 2004 Dec 1;35(4):307-18.
21. Wells A. *Emotional Disorders and Meta cognition: Innovative Cognitive Therapy*. Chichester, UK: John Wiley & Sons; 2000.
22. Bennett SA, Beck JG, Clapp JD. Understanding the relationship between posttraumatic stress disorder and trauma cognitions: The impact of thought control strategies. *Behaviour Research and Therapy*. 2009 Dec 1;47(12):1018-23.
23. Rabiei M. The effectiveness of metacognitive-cognitive-behavioral intervention on severity of the symptoms of hair pulling disorder. *J Behav Sci*. 2014;7(4):373-78. [In Persian.]
24. Reynolds M, Wells A. The Thought Control Questionnaire—psychometric properties in a clinical sample, and relationships with PTSD and depression. *Psychological Medicine*. 1999 Sep;29(5):1089-99.

25. Hardy DF, Power TG, Jaedicke S. Examining the relation of parenting to children's coping with everyday stress. *Child development*. 1993 Dec;64(6):1829-41.
26. Yaghubi Dost M, Enayat H. Investigating the Relationship Between Parents' Parenting Styles and Domestic Violence Against Children in Ahvaz. *Strategic research on security and social order* 2015;3(8):61-78. [In Persian].
27. Kazdin A. *Parent management training: Treatment for oppositional, aggressive, and antisocial behavior in children and adolescents*. London: Oxford University Press; 2005.
28. Kazdin AE. Implementation and evaluation of treatments for children and adolescents with conduct problems: Findings, challenges, and future directions. *Psychotherapy research*. 2018 Jan 2;28(1):3-17.
29. Biglan A, Flay B, Embry D, Sandier I. The critical Role of Nurturing Environments for. *American Psychologist* 2012; (67): 257-271.

