اثربخشی درمان تلفیقی پذیرش و تعهد شناختی رفتاری و رویکرد آموزش مدیریت والدین بر افسردگی و اضطراب نوجوانان پسر مبتلا به سوء استفاده جنسی

دریافت: ۱۳۹۸/۰۹/۸ پذیرش: ۱۹۸/۱۱/۱۲

محمد اکبری[۱]، محسن گل‌پرور[۲*]، محسن لعلی[۳]، پریسا ترانه[٤]

۱. دانشجوی دکتری، گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران ۲. دانشیار، گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران ۳- استادیار، گروه علوم تربیتی، دانشگاه فرهنگیان، اصفهان، ایران ۴. پزشک پزشکی قانونی، مربی، گروه حقوق، دانشگاه آزاد اسلامی واحد شهرکرد، شهرکرد، ایران

چکیده

مقدمه و هدف: سوء استفاده جنسی از زمره پدیده‌هایی است که مشکلات روانشناختی قابل توجهی را برای نوجوانان ایجاد می‌کند. این پژوهش با هدف تعیین اثربخشی درمان تلفیقی پذیرش و تعهد شناختی رفتاری و رویکرد آموزش مدیریت والدین بر افسردگی و اضطراب نوجوانان پسر مبتلا به سوء استفاده جنسی انجام شد.

روش‌کار: روش پژوهش نیمه‌تجربی و طرح پژوهش سه گروهی بود. تعداد ۴۵ نوجوان پسر به روش هدفمند در شهر اصفهان انتخاب و در دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل (هر گروه ۱۵ نفر) قرار داده‌شدند. داده‌ها در سه مقطع زمانی قبل، بعد و دو ماه بعد (پیگیری) از طریق پرسشنامه افسردگی و اضطراب جمع‌آوری شدند. گروه درمان تلفیقی پذیرش و تعهد شناختی رفتاری و گروه آموزش مدیریت والدین هر یک طی ۱۰ جلسه تحت درمان قرارگرفتند. داده‌ها از طریق تحلیل واریانس اندازه‌های تکرار شده و آزمون تعقیبی بونفرونی مورد تحلیل قرار گرفتند.

یافته‌ها: نتایج نشان داد که درمان تلفیقی پذیرش و تعهد شناختی رفتاری، افسردگی را ۲۹ درصد و اضطراب را ۱۱ درصد در نوجوانان پسر مبتلا به سوء استفاده جنسی کاهش داده‌است ($p<۰/۰۱$). همچنین نتایج نشان داد آموزش مدیریت والدین بر کاهش افسردگی و اضطراب نوجوانان پسر مبتلا به سوء استفاده جنسی تأثیر معناداری ندارد ($p>۰/۰۵$).

نتیجه‌گیری: یافته‌های این پژوهش نشان داد که درمان تلفیقی پذیرش و تعهد شناختی رفتاری از جمله درمان‌هایی است که برای کاهش افسردگی و اضطراب نواجوانان پسر مبتلا به سوء استفاده جنسی مؤثر است. این کاهش افسردگی و اضطراب موجب افزایش سلامت روان این نوجوانان خواهد شد.

کلیدواژه‌ها: آموزش والدین، درمان تلفیقی پذیرش و تعهد شناختی رفتاری، افسردگی، اضطراب، سوء استفاده جنسی

* **نویسنده مسئول:** دانشیار، گروه روانشناسی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران

ایمیل: drmgolparvar@gmail.com **تلفن:** ۹-۰۳۱۳۵۳۵۴۰۰۱ **نمابر:** ۰۳۱۳۵۳۵۴۰۶۰

[Downloaded from journal.jmu.ac.ir on 2026-11-01]

مقدمه

سوء استفاده جنسی[1]، طیف متنوعی از تماس‌های غیرکلامی و جسمی تا رفتارهای کلامی قهرآمیز برای مجبور کردن کودک یا نوجوان به برقراری رابطه جنسی را می‌گویند (۱). شیوع سوء استفاده جنسی در میان دختران و پسران به ترتیب ۸٪ تا ۳۱٪ و ۳٪ تا ۱۷٪ گزارش شده‌است (۲، ۳). افسردگی و اضطراب نیز به ترتیب با شیوع ۴۲٪ و ۲۴٪، مهمترین آسیب‌ها در میان نوجوانان مواجه‌شده با سوء استفاده جنسی هستند (۴). افسردگی، تغییرات جدی و محسوس در سطح انرژی، افت خلق (بروز احساس غم و اندوه جدی و شدید)، تغییرات الگوی خواب و تغذیه همراه با کاهش انگیزه زندگی و درگیری در افکار و رفتار خودکشی را شامل می‌شود. نمودهای افسردگی به‌طور جدی با فعالیتهای متداول روزانه افراد تداخل می‌کند (۵). اضطراب نیز علایمی نظیر ترس، نگرانی و احساس گوش به زنگی همراه با پاسخ‌های سیستم خودمختار بدن مانند تپش قلب، تعریق دستان و افزایش فشار خون است. اضطراب هم قادر است با تداخل در عملکرد متعارف روزمره مشکلات عدیده‌ای را برای افراد پدید آورد (۶). نشانه‌های وابسته به سوء استفاده جنسی، به دلیل تبعات منفی که به وجود می‌آورند، نوجوانان و کودکان را نیازمند درمان‌های روانشناختی می‌کند (۷، ۸).

تاکنون دو درمان شناختی رفتاری[2] و درمان پذیرش و تعهد[3] برای طیف مختلف کودکان و نوجوانان مورد استفاده قرار گرفته‌اند (۹، ۱۰). از منظر رویکرد شناختی رفتاری، مشکلات نوجوانان و کودکان مواجه شده با سوء استفاده جنسی، باورها و نگرش‌های ناکارآمد همراه با رفتارهای هیجانی و ناکارآمد مرتبط با حادثه است (۱۱). شناخت‌های ناکارآمد و معنایی فراگیر و اغراق آمیز از حادثه داشتن (۱۲) موجب احساس از دست رفتن ارزشمندی شخصی، غیرقابل جبران بودن حادثه، اسناد ویژگی-های منفی به خود، سرزنش خود، خشم و پرخاشگری نسبت به خود و دیگران و حرمت خود تضعیف‌شده می‌شود (۱۳، ۱۴).

در درمان پذیرش و تعهد نیز به نوجوانان آموزش داده می-شود تا بر زمان حال تمرکز نموده و تجارب خود را به جای سرکوب یا اجتناب به دلیل قضاوت و داوری منفی، پذیرا باشند (۱۵). همچنین درمان پذیرش و تعهد به نوجوانان کمک می‌کند تا خود را به عنوان فردی جدای از افکار، تجارب و احساسات تجربه شده، بنگرند (۱۶، ۱۷). علاوه بر این، به دلیل بروز رفتارهایی نظیر خشم و پرخاشگری در میان نوجوانان مورد سوء استفاده جنسی قرار گرفته، این نوجوانان در بسیاری مواقع در روابط خود با خانواده و دیگران دچار مشکل می‌شوند (۱۸، ۱۹). این مشکلات ارتباطی، برخی نگاه‌ها را به رویکردهای آموزش والدین سوق داده است. در رویکرد آموزش مدیریت والدین[4] شیوه‌های تعدیل و اصلاح رفتار همراه با راهبردهای تعامل کارآمدتر برای اصلاح رفتار کودکان و نوجوانان به والدین آموزش داده می‌شود. این آموزش‌ها کمک می‌کنند تا نوجوان سازگاری بالاتری با موقعیت و شرایط پیدا کند (۲۰).

در حمایت از درمان شناختی رفتاری، درمان پذیرش و تعهد و آموزش مدیریت والدین، در ایران مطالعات بسیار محدود است، ولی در خارج از ایران توجه بیشتری به استفاده از این درمان‌ها و آموزش‌ها وجود دارد. مطالعه Webb و همکاران، Farnia و همکاران و Cohen و همکاران نشان داد که درمان شناختی رفتاری موجب کاهش اضطراب و افسردگی می‌شود (۱۴-۱۲). مطالعه Pohar و Argáez و مطالعه Burrows نیز نشان داد که درمان پذیرش و تعهد موجب بهبود افسردگی و اضطراب می‌شود (۱۵، ۱۶). آموزش مدیریت والدین نیز تاکنون در مطالعه Thijssen و همکاران، مطالعه فیروزکوهی مقدم و همکاران، مطالعه فراتحلیلی Mingebach و همکاران و در بررسی Kazdin به‌عنوان رویکردی اثربخش برای برخی مشکلات کودکان و نوجوانان معرفی شده است (۲۴-۲۱).

نکته حائز اهمیت در باب شواهد ارائه‌شده این است که برای نوجوانان مواجه شده با سوء استفاده جنسی توصیه شده که برای اثربخشی بالاتر، ترکیبی از فنون دو رویکرد شناختی رفتاری و پذیرش و تعهد در قالب یک بسته درمانی یکپارچه مورد استفاده قرار گیرد (۲۵). همچنین نکته اصلی در مطالعات مربوط به آموزش مدیریت والدین، این است که این نوع آموزش بر روی والدین نوجوانان مواجه شده با سوء استفاده جنسی تاکنون کمتر بررسی شده است. جنبه نوآورانه مطالعه حاضر نسبت به مطالعات قبلی استفاده از درمان تلفیقی پذیرش و تعهد و درمان شناختی رفتاری[5] است. انجام مطالعه فقط بر روی پسران نیز به دلیل کنترل تأثیر جنسیت بود (۲۶).

[1] Sexual Abuse
[2] Cognitive-Behavioral Therapy
[3] Acceptance and Commitment Therapy
[4] Parent Management Training
[5] Acceptance and Commitment-Cognitive Behavioral Therapy

[Downloaded from journal.jmu.ac.ir on 2026-11-01]

در مجموع هدف مطالعه حاضر بررسی اثربخشی درمان تلفیقی پذیرش و تعهد شناختی رفتاری و رویکرد آموزش مدیریت والدین بر افسردگی و اضطراب نوجوانان مبتلا به سوء استفاده جنسی است.

روش‌کار

پژوهش حاضر از نظر روش یک پژوهش نیمه‌تجربی و با سه گروه شامل یک گروه درمان تلفیقی پذیرش و تعهد شناختی رفتاری، یک گروه مدیریت آموزش والدین و یک گروه کنترل با سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری اجرا شد. به دلیل عدم انتخاب تصادفی نمونه اولیه (انتخاب به دلیل رعایت معیارهای ورود و خروج هدفمند بود) پژوهش حاضر نیمه تجربی در نظر گرفته شده‌است. جامعه آماری ۶۰ نوجوان پسر ۱۴ تا ۱۸ ساله در شهر اصفهان در تابستان سال ۱۳۹۷ بودند. با در نظر گرفتن ۱۵ نفر برای هر یک از سه گروه، ۴۵ نفر از جامعه آماری که واجد ملاک‌های ورود بودند (بقیه فاقد این معیارها بودند)، به روش نمونه‌گیری هدفمند بر مبنای ملاک‌های ورود انتخاب و سپس به روش تصادفی ساده (قرعه‌کشی) در سه گروه قرار داده‌شدند.

معیارهای ورود شامل تمایل و رضایت برای شرکت در پژوهش، وجود علایم و نشانه‌های بالینی قربانی سوء استفاده جنسی‌شدن 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 بود. معیارهای خروج شامل عدم همکاری، عدم انجام تکالیف ارائه‌شده در جلسات و غیبت بیش از ۲ جلسه در جلسات درمان بود. اصول اخلاقی رازداری، استفاده از داده‌ها فقط در راستای اهداف پژوهش، آزادی و اختیار کامل شرکت‌کنندگان برای انصراف از ادامه شرکت در پژوهش و اطلاع‌رسانی دقیق در صورت درخواست شرکت‌کنندگان از نتایج، همراه با آموزش گروه کنترل پس از اتمام درمان دو گروه آزمایش، در مطالعه رعایت شدند.

از ابزارهای زیر برای سنجش افسردگی و اضطراب استفاده‌شد. برای سنجش افسردگی، از پرسشنامه افسردگی کودکان[1] با ۲۷ سوال و در برگیرنده پنج عرصه شامل خلق منفی، مشکلات بین فردی، احساس بیهودگی، فقدان احساس لذت و عزت نفس پایین، استفاده‌شد. سؤالات این پرسشنامه که از پرسشنامه افسردگی Beck[2] گرفته‌شده، می‌تواند هر نشانه‌ای که مختص افسردگی دوره کودکی و نوجوانی است را ارزیابی کند (۲۷). هر سؤال در این پرسشنامه دارای سه جمله است، که فرد پاسخگو با توجه به احساسات و افکار خود در طول دو هفته گذشته یکی از جملات را انتخاب می‌کند. نمره‌گذاری پرسشنامه بر اساس مقیاس پاسخگویی (عدم وجود نشانه=صفر تا وجود نشانه‌های مشخص=۲) انجام می‌شود و با جمع نمرات همه سؤالات (نمره کلی که در دامنه صفر تا ۵۴ در نوسان است) به‌دست می‌آید. نمره بالاتر به معنای افسردگی بالاتر است. تحلیل عامل، روایی سازه این پرسشنامه را مستند نموده‌است (۲۷). علاوه بر این، در یک مطالعه جامع و فراگیر با بررسی ۲۸۳ مطالعه، با نمونه‌ای بالغ بر صد هزار نفر از ۲۵ زبان متفاوت در سراسر دنیا، میانگین آلفای کرونباخ این پرسشنامه برابر با ۰/۸۴ گزارش شده‌است (۲۸). در این مطالعه با توجه به فرهنگ متفاوت جمعیت مورد مطالعه، مجدداً آلفای کرونباخ محاسبه و برابر با ۰/۹۶ به‌دست‌آمد.

برای سنجش اضطراب، از پرسشنامه اضطراب Cattle با ۴۰ سؤال و در برگیرنده دو عرصه اضطراب آشکار و نهان، استفاده شد (۲۹). هر سؤال این مقیاس دارای سه گزینه بله=۲، مردد=۱ و غلط=صفر است که فرد پاسخگو، پاسخی که با وضعیتش سازگاری بیشتری دارد را انتخاب می‌کند. از مجموع نمرات ۴۰ سؤال این پرسشنامه، می‌توان یک نمره کلی که بین صفر تا ۸۰ در نوسان است و افزایش نمرات به معنای افزایش سطح اضطراب کلی است را بدست‌آورد. به عنوان شواهدی از روایی، نمرات این پرسشنامه با نمرات پرسشنامه اضطراب چهار سامانه‌ای، همبستگی مثبت برابر با ۰/۶۱ و ۰/۶۵ و با نمرات پرسشنامه افسردگی بک، همبستگی مثبت برابر با ۰/۷۱ را نشان داده‌است (۳۰،۲۹). در این مطالعه، با توجه به فرهنگ متفاوت جمعیت مورد مطالعه دوباره آلفای کرونباخ محاسبه و برابر با ۰/۹۶ به دست آمد.

پیش آزمون پس از گمارش تصادفی شرکت‌کنندگان به دو گروه آزمایش و یک گروه کنترل، با استفاده از پرسشنامه افسردگی و اضطراب انجام شد. با توجه به سه گروه در مطالعه، گروه درمان تلفیقی پذیرش و تعهد شناختی رفتاری و گروه مدیریت آموزش والدین، هر یک طی ۱۰ جلسه ۶۰ دقیقه‌ای، به صورت هفته‌ای یک جلسه، توسط درمانگر مجرب و دارای بیش

[1] CDI-Children's Depression Inventory

[2] Beck's Depression Inventory

[Downloaded from journal.jmu.ac.ir on 2026-11-01]

از ۱۰ سال تجربه درمان و آموزش، تحت درمان قرار گرفتند.

پس از پایان جلسات درمان، هر سه گروه در مرحله پس آزمون و دو ماه بعد به پرسشنامه افسردگی و اضطراب پاسخ دادند. خلاصه محتوای جلسات درمان تلفیقی پذیرش و تعهد شناختی رفتاری و آموزش مدیریت والدین در جدول ۱ و ۲ ارائه شده‌است. در تحلیل آماری داده‌ها، در سطح توصیفی از میانگین و انحراف معیار و در سطح استنباطی نیز از تحلیل واریانس اندازه‌های تکرار شده و سپس آزمون تعقیبی بونفرونی برای مقایسه دو به دو گروه‌ها استفاده‌شد. داده‌ها از طریق نرم افزار SPSS نسخه ۲۴ تحلیل شدند.

جدول ۱. خلاصه جلسات درمان تلفیقی پذیرش و تعهد شناختی رفتاری (ACT-CBT)

جلسه	محتوای هر جلسه درمان به تفکیک
اول	آگاه‌سازی شرکت‌کنندگان؛ تأکید درمانگر بر نقش تکالیف خانگی؛ اطلاعات درباره ساختار درمان و توافق بر سر آن؛ ضرورت آموزش روانی؛ فراگیری مهارت‌ها؛ جلوگیری ازعود بیماری؛ درمانگر خویش شدن؛ فهم وادراک نوجوان ازشرایط و پیامدهای آزار جنسی؛ اجرای پیش‌آزمون.
دوم	گسلش؛ افکار ناکارامد خود را یادداشت کنید، آنها را با خود حمل کنید (استعاره اتوبوس) ؛ مشاهده افکار و احساسات؛ یکسان نبودن افکار و واقعیات؛ تشکر از ذهن به خاطر افکار و به چالش کشیدن افکار (درماندگی خلاق)؛ تمایز گذاشتن بین توصیف و ارزیابی؛ تمرین ذهن آگاهی.
سوم	استفاده از بازسازی شناختی در چارچوب مدل تلفیقی ACT_CBT؛ الف: رویداد فعال‌ساز؛ ب: افکار باورپذیر (افکار مشکل‌ساز یا خطاهای شناختی)؛ پ : نتیجه باو رداشتن به افکار؛ ت: تمرینات گسلش؛ ث: راههای جدید مؤثر بودن؛ آموزش رابطه بین افکار، احساسات و رفتار همیشه با هم مرتبط نیستند.
چهارم	پذیرش بنیادین با استفاده از گفتگوی سقراطی.
پنجم	۱. کاهش چسبیدن به خود مفهوم‌سازی شده (دیدن جنبه‌های منفی بازی عزت نفس)؛ ۲. ایجاد آگاهی از خود به عنوان چشم انداز؛ الف. استعاره صفحه شطرنج؛ ب: تمرین کشف خود؛ ۳. تماس با خود مفهوم‌سازی شده از طریق خود مشاهده‌گر.
ششم	شناسایی هیجان‌ها (کاربرگ)؛ ابراز مؤثر هیجان‌ها (تخلیه هیجانی بصورت نوشتاری)؛ شناسایی نقاط داغ (کاربرگ)؛ به روایتی دیگر تجسم‌کردن.
هفتم	۱. تشویق تنفس عمیق، آرام‌سازی عضلانی پیش رونده؛ ۲. آموزش راهبردهای مدیریت و مقابله با هیجان؛ الف) تمرین راهبردهای شناختی؛ ب:راهبرهای 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.
هشتم	فعال‌سازی رفتار هدف نهایی مدل تلفیقی ACT_CBT؛ ارزش‌ها؛ تصریح و شناسایی ارزش‌ها (کاربرگ ارزش‌ها)؛ استعاره گدا دم در؛ استعاره درختکاری.
نهم	ارائه آموزش مهارت‌های اجتماعی؛ یادگیری داشتن احساسات ناخوشایند درعین حال عملکرد خوب؛ ارائه آموزش والدین؛ تمرین توقف، یک S.T.O.P؛ تمرین قدم برداشتن به عقب.
دهم	تمایز بین ارزش‌ها وهدف؛ ارزش‌ها قابل توجیه نیستند؛ ارزش‌ها با وجود تجارب تلخ یا شکست اهمیت خود را از دست نمی‌دهند؛ اقدام متعهدانه طولانی مدت اغلب مستلزم تحمل پریشانی بیش از حد و تمایل به مواجهه با موانع است (کاربرگ ارزش‌ها به سوی عمل).

[Downloaded from journal.jmu.ac.ir on 2026-11-01]

جدول ۲. خلاصه جلسات آموزش مدیریت والدین (PMT)

جلسه	محتوای هر جلسه آموزش به تفکیک
اول	اجرای پیش‌آزمون، آشنایی مقدماتی، بیان قواعد آموزش، آغاز تعریف مشکلات نوجوان از جانب والدین و ارائه تعریف جایگزین برای مشکلات نوجوان از دیدگاه درمانگر و از منظر آموزش مدیریت والدین.
دوم	معرفی ماهیت و فرآیند تقویت مثبت، توضیح و ارائه جدول تقویت مثبت همراه با نحوه تکمیل آن توسط والدین. در این جلسه والدین آموزش تقویت رفتارهای مثبت نوجوان را دریافت نمودند.
سوم	مرور تکالیف جلسه قبل، استفاده از تکنیک وقفه در تقویت. به این مفهوم که والدین در صورت رفتار نامناسب نوجوان، فرآیند تقویت برای وی را متوقف نمایند. آموزش تمرین و تکرار تقویت–توقف تقویت به والدین در منزل.
چهارم	مرور تکالیف جلسه قبل، استفاده از تکنیک توجه–نادیده گرفتن و آموزش فرایند شکل‌دهی رفتار نوجوان، انجام تمرین شکل‌دهی رفتار با والدین.
پنجم	مرور تکالیف جلسه قبل، آموزش حل مسئله و ارائه آموزش در حوزه نحوه برخورد و مواجهه با مسائل نوجوانان.
ششم	آموزش اصلاح رفتار نوجوان و والدین به صورت عملی در جلسه آموزش با حضور هر سه آنها.
هفتم	آموزش نحوه مواجهه و رفتار در برابر رفتارهای نامطلوب نوجوان و استفاده از پیامدهای مختلف برای مواجهه مؤثر و کارآمد.
هشتم	آموزش تکنیک‌ها و فنون مواجه و مجازات احتمالی کارآمد و مؤثر با رفتار نوجوان همراه با آموزش شیوه‌های تقویت رفتارهای اجتماعی مطلوب نوجوان.
نهم	آموزش تکنیک‌ها و فنون نحوه توافق رفتاری بین والدین برای مقابله و یا تقویت رفتارهای مختلف نوجوان در شرایط و موقعیتهای مختلف.
دهم	آموزش تعامل کلامی سازنده، کارآمد و مؤثر به والدین برای مواجهه با نوجوان در موقعیت‌های مختلف و در نهایت یکپارچه‌سازی مهارت‌های آموزش داده‌شده در طول دوره با جمع‌بندی نهایی دوره آموزش.

نتایج

پیش از اجرای تحلیل نهایی، سه گروه پژوهش از نظر پایه تحصیلی و سن، از طریق آزمون کای اسکوئر مورد مقایسه قرار گرفتند. نتیجه نشان داد که در متغیرهای سن و پایه تحصیلی بین سه گروه پژوهش تفاوت معناداری وجود نداشت. پیش از اجرای تحلیل واریانس اندازه‌های تکرار شده، در راستای بررسی پیش‌فرض‌های این نوع تحلیل، آزمون شاپیرو–ویلک نرمال بودن افسردگی و اضطراب و آزمون لوین برابری واریانس خطا در افسردگی و اضطراب را بین سه گروه پژوهش نشان دادند، ولی پیش فرض رعایت کرویت از طریق آزمون ماکلی (ماچلی) مورد تأیید قرار نگرفت.

در جدول ۳، میانگین و انحراف معیار افسردگی و اضطراب در سه مرحله پژوهش ارائه شده‌است. طبق نتایج این جدول میانگین نمره افسردگی و اضطراب گروه درمان تلفیقی پذیرش و تعهد شناختی رفتاری در دو مرحله پس آزمون و پیگیری، کمتر از سایر گروه‌ها است (P<۰/۰۱).

در جدول ۴ نتایج تحلیل واریانس اندازه‌های تکرار شده، ارائه شده‌است. نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد که در افسردگی، عامل گروه (F=۵۲/۹۷، P<۰/۰۱)، عامل آزمون (F=۳۵/۱۷، P<۰/۰۱) و تعامل آزمون و گروه (F=۸/۵۹، P<۰/۰۱) معنادار است و در افسردگی حداقل بین دو گروه از سه گروه پژوهش تفاوت معناداری وجود دارد. نتایج آزمون بونفرونی نشان داد که فقط بین افسردگی گروه درمان تلفیقی پذیرش و تعهد شناختی رفتاری با گروه آموزش مدیریت والدین و گروه کنترل تفاوت معنادار وجود داشت (P<۰/۰۱). این نتایج حاکی از آن است که که درمان تلفیقی پذیرش و تعهد شناختی رفتاری افسردگی را ۲۹ درصد (ستون اندازه اثر تعامل گروه و آزمون) کاهش داده است. بین آموزش مدیریت والدین با گروه کنترل تفاوت معناداری وجود نداشت.

در متغیر اضطراب، عامل گروه (F=۸۹/۹۷، P<۰/۰۱)، عامل آزمون (F=۳۴/۴۷، P<۰/۰۱) و تعامل آزمون و گروه (F=۲/۵۷، P<۰/۰۵) معنادار است. این نتایج برای متغیر اضطراب حاکی از آن است که حداقل بین دو گروه از سه گروه پژوهش تفاوت معناداری وجود دارد. نتایج آزمون بونفرونی نشان داد که برای اضطراب نیز فقط بین گروه درمان تلفیقی پذیرش

[Downloaded from journal.jmu.ac.ir on 2026-11-01]

و تعهد شناختی رفتاری با گروه آموزش مدیریت والدین و گروه کنترل تفاوت معنادار وجود داشت (P<۰/۰۱). این نتایج حاکی از آن است که که درمان تلفیقی پذیرش و تعهد شناختی رفتاری اضطراب را ۱۱ درصد (ستون اندازه اثر تعامل گروه و آزمون) کاهش داده است. بین آموزش مدیریت والدین با گروه کنترل تفاوت معناداری وجود نداشت.

جدول ۳. میانگین و انحراف معیار افسردگی و اضطراب در سه گروه پژوهش در سه مرحله زمانی

متغیر و مرحله	گروه کنترل	آموزش مدیریت والدین (PMT)	درمان تلفیقی پذیرش و تعهد شناختی رفتاری (ACT-CBT)
	انحراف معیار ± میانگین	انحراف معیار ± میانگین	انحراف معیار ± میانگین
افسردگی			
پیش‌آزمون	۴۶/۶۵±۱۰/۲۱	۴۳/۵±۱۰/۲۸	۴۵/۳۰±۱۰/۴۳
پس‌آزمون	۴۵/۷۰±۱۴/۶۴	۳۴/۴۵±۱۸/۲۱	۱۴/۲۰±۵/۲۳
پیگیری	۴۵/۱۰±۱۰/۲۳	۳۲/۱۷±۱۵/۶۵	۱۴/۴۵±۳/۰۲
اضطراب			
پیش‌آزمون	۴۶/۶۶±۱۵/۶۶	۳۱/۵±۱۱/۰۱	۴۸/۳۱±۶/۸۰
پس‌آزمون	۴۷/۳۶±۱۵/۹۱	۳۴/۱۶±۷/۰۷	۲۷/۷۸±۷/۶۲
پیگیری	۶۱/۵۶±۱۳/۷۴	۵۶/۳۳±۲۳/۱۸	۳۱/۶۶±۶/۹۲

جدول ٤. نتایج تحلیل واریانس اندازه‌های تکرار شده برای افسردگی و اضطراب

متغیر	اثر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	ضریبF	معنا داری	مجذور سهمی اتا	توان آزمون
	آزمون	۱۰۶۰۹۷/۲۶	۲	۵۳۰۴۸/۶۳	۳۵/۱۷	۰/۰۰۱	۰/۴۶	۱
افسردگی	گروه	۴۸۷۰۸۴/۴۲	۲	۲۴۳۵۴۲/۲۱	۵۲/۹۷	۰/۰۰۱	۰/۷۲	۱
	تعامل آزمون و گروه	۵۱۸۴۰/۸۲	۴	۱۲۹۶۰/۲۰	۸/۵۹	۰/۰۰۱	۰/۲۹	۱
اضطراب	آزمون	۳۲۱۸۰/۶۰	۲	۱۶۰۹۰/۳۰	۳۶/۴۷	۰/۰۰۱	۰/۴۶	۱
	گروه	۳۷۶۴۹۱/۰۵	۲	۱۸۸۲۴۵/۵۲	۸۹/۹۷	۰/۰۰۱	۰/۷۹	۱
	تعامل آزمون و گروه	۴۵۳۱/۲۷	۴	۱۱۳۲/۸۲	۲/۵۷	۰/۰۴۴	۰/۱۱	۰/۷

بحث

نتایج مطالعه حاضر نشان داد که تنها درمان تلفیقی پذیرش و تعهد شناختی رفتاری بر کاهش افسردگی و اضطراب نوجوانان مواجه شده با سوء استفاده جنسی اثربخش بود. مطالعه گل‌پرور و اکبری نشان داد که درمان تلفیقی پذیرش و تعهد شناختی رفتاری بر افزایش سرمایه عاطفی که در تضاد با افسردگی قرار دارد در پسران مواجه شده با سوء استفاده جنسی اثربخش است (۲۵). همچنین در مطالعات Webb و همکاران (۱۳)، Farnia و همکاران (۱۴) و Cohen و همکاران (۱۵) تأثیر درمان شناختی رفتاری بر کاهش اضطراب و افسردگی، و در مطالعه Pohar و Argáez (۱۷) و مطالعه Burrows (۱۴) تأثیر درمان پذیرش و تعهد بر اضطراب و افسردگی نشان داده شده‌است. به طور کلی، نتایج مطالعه حاضر درباره تأثیر درمان تلفیقی پذیرش و تعهد شناختی رفتاری با نتایج مطالعه گل‌پرور و اکبری (۲۵) که تأثیر این درمان تلفیقی را بر افزایش سرمایه عاطفی نشان دادند، همسو است.

در تبیین اثربخشی درمان تلفیقی پذیرش و تعهد شناختی رفتاری باید گفت که نوجوانان مواجه شده با سوء استفاده جنسی در درجه اول دارای انعطاف‌پذیری روانشناختی لازم نبوده و در

[Downloaded from journal.jmu.ac.ir on 2026-11-01]

درجه بعدی اسیر افکار و باورهای ناکارآمد هستند (۲۵). بنابراین در درمان، نیازهای ضروری این نوجوانان، یکی افزایش سطح انعطاف‌پذیری روانشناختی با استفاده از فنون و استعاره‌های درمانی در درمان پذیرش و تعهد و سپس جایگزینی افکار، نظرات و باورهای ناکارآمد با باورهای کارآمدتر از طریق فنون درمان شناختی رفتاری است. در مطالعات گذشته بر تداوم آسیب ناشی از سوء استفاده جنسی در اثر افکار، یادآوری و باورهای غیرقابل انعطاف نوجوانان و کودکان سخن به میان آمده‌است (۴). در واقع نوجوانان مواجه‌شده با سوء استفاده جنسی، به طور ناخواسته از طریق افکار، باورها و رفتارهای ناکارآمد، فراتر از خود حادثه، توان مقابله روانی خود را با حادثه به تحلیل می‌برند. این تضعیف توان مقابله روانی ممکن است در بسیاری از مواقع به شکل افسردگی و اضطراب خود را نشان دهد (۹).

در نهایت بروز و نمود نشانه‌های همزمان اضطراب و افسردگی، این نوجوانان را در چرخه معیوب افکار، خاطرات، ارزیابی‌ها و نگرش‌های منفی نسبت به خود و دنیای اطراف گرفتار ساخته و در نهایت امکان تغییر و جایگزینی رفتار و شناخت‌های منفی با نوع مثبت و غیر ارزیابانه را از بین می‌برد. با درگیر شدن این نوجوانان در درمان تلفیقی پذیرش و تعهد شناختی رفتاری این امکان از طریق راهبردهای بازسازی شناختی و پذیرش غیر ارزیابانه برای این نوجوانان فراهم می‌شود تا سطح فشار خاطرات، باورها و نگرش‌های منفی و ناکارآمد نسبت به خود را در درجه اول و در درجه بعدی نسبت به دنیای پیرامون تضعیف نموده و از این طریق سطح افسردگی و اضطراب آنها کاهش یابد.

نتایج مطالعه حاضر نشان داد آموزش مدیریت والدین بر افسردگی و اضطراب نوجوانان پسر مواجه شده با سوء استفاده جنسی اثربخش نیست. آموزش مدیریت والدین در مطالعاتی نظیر مطالعه فیروزکوهی مقدم و همکاران (۲۳)، مطالعه فراتحلیلی Mingebach و همکاران (۲۴) و مطالعه Kazdin (۲۵) به عنوان رویکردی مؤثر مطرح شده‌است. با بررسی متون توسط تیم تحقیق، پژوهشی که در آن اثربخشی آموزش مدیریت والدین بر افسردگی و اضطراب در نوجوانان مواجه شده با سوء استفاده جنسی نشان دهد، یافت نشد. مطالعاتی که مورد اشاره قرار گرفتند، مطالعاتی بودند که بر روی نمونه‌هایی به جز نوجوانان مورد سوء استفاده جنسی انجام شده‌بودند. عدم اثربخشی آموزش مدیریت والدین بر افسردگی و اضطراب در مطالعه حاضر، با احتمال زیاد به عدم کار آموزشی و درمانی بر عناصر شناختی، عاطفی و هیجانی آسیب‌زا در نوجوانان مواجه-شده با سوء استفاده جنسی که نقشی اساسی در تشدید مسائل این نوجوانان دارند (۱۴، ۱۵)، مربوط می‌شود. با تمرکز بر این تبیین، شاید برای نوجوانان آسیب‌دیده از رابطه با جنس مخالف لازم باشد آموزش مدیریت والدین به آموزشی تلفیقی موسوم به آموزش مدیریت شناختی رفتاری نوجوان–والدین که در آن بر عناصر شناختی نوجوانان به طور همزمان کار آموزشی و درمانی صورت می‌گیرد تبدیل شود. در پایان می‌توان به محدودیت‌هایی مانند انجام پژوهش در جنس مذکر و استفاده از ابزار خودگزارشی برای سنجش افسردگی و اضطراب برای مطالعه حاضر اشاره کرد.

نتیجه‌گیری

نتایج این پژوهش نشان داد درمان تلفیقی پذیرش و تعهد شناختی رفتاری بر کاهش افسردگی و اضطراب نوجوانان پسر مواجه‌شده با سوء استفاده جنسی اثربخش بود. این شواهد از اعتبار اولیه این نوع درمان برای کمک به نوجوانان پسری که مورد سوء استفاده جنسی قرار گرفته‌اند، حمایت می‌کند. چون این نوجوانان در بسیاری از مواقع به خاطر عدم تجربه و مهارت، قادر به مواجهه و مقابله مؤثر و کارآمد با ترومای سوء استفاده جنسی خود نیستند، توصیه می‌شود تا این نوجوانان از طریق مسیرهای مختلف به مراکز درمان روانشناختی برای گذراندن دوره درمان تلفیقی پذیرش و تعهد شناختی رفتاری معرفی شوند.

تشکر و قدردانی

این مقاله حاصل پایان‌نامه دکتری روانشناسی با کد اخلاق شماره IR.IAU.KHUISF. REC.1397.263 دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان) می‌باشد. بدینوسیله از کلیه نوجوانان و خانواده‌های آن‌ها و همچنین کلیه مراکزی که در اجرای این پژوهش ما را یاری رساندند، صمیمانه تشکر و قدردانی می‌نماییم.

تعارض منافع

هیچ‌گونه تعارض منافعی در مطالعه حاضر وجود نداشت.

[Downloaded from journal.jmu.ac.ir on 2026-11-01]

References

1. Walker HE, Freud JS, Ellis RA, Fraine SM, Wilson LC. The prevalence of sexual revictimization: A meta-analytic review. Trauma Violence & Abuse. 2019; 20(1): 67-80.
2. Mathews B, Collin-Vézina D. Child sexual abuse: Toward a conceptual model and definition. Trauma Violence & Abuse. 2019; 20(2): 131-48.
3. Letourneau E, Nietert P, Rheingold A. Initial assessment of stewards of children program effects on child sexual abuse reporting rates in selected South Carolina counties. Child Maltreatment. 2016; 21(1): 74-9.
4. Amado BG, Arce R, Herraiz A. Psychological injury in victims of child sexual abuse: A meta-analytic review. Psychosocial Intervention. 2015; 24(1): 49-62.
5. Moeini B, Bashirian S, Soltanian AR, Ghaleiha A, Taheri M. Prevalence of depression and its associated socio-demographic factors among Iranian female adolescents in secondary schools. BMC Psychology. 2019; 7(1): 25.
6. Braund TA, Palmer DM, Williams LM, Harris AW. Characterising anxiety in major depressive disorder and its use in predicting antidepressant treatment outcome: An ISPOT-D report. Australian & New Zealand Journal of Psychiatry. 2019; 53(8): 782-93.
7. Mathews B, Bismark M. Sexual harassment in the medical profession: Legal and ethical responsibilities. The Medical Journal of Australia. 2015; 203(4): 189-92.
8. Mendelson T, Letourneau E. Parent-focused prevention of child sexual abuse. Prevention Science. 2015: 16: 844-52.
9. Sinanan AN. Trauma and treatment of child sexual abuse. Journal of Trauma & Treatment. 2015; S4:024.
10. Lev-Wiesel R. Childhood sexual abuse: from conceptualization to treatment. Journal of Trauma & Treatment. 2015; 4: 16.
11. Farina V, Salemi S, Tatari F, Abdoli N, Ahmadi Jouybari T, Alikhani M, et al. Trauma-focused cognitive behavioral therapy a clinical trial to increase self-efficacy in abused the primary school children. Journal of Education and Health Promotion. 2018; 7: 33.
12. Webb C, Hayes A, Grasso D, Laurenceau JP, Deblinger E. Trauma-focused cognitive behavioral therapy for youth: Effectiveness in a community setting. Psychological Trauma: Theory, Research, Practice and Policy. 2014; 6(5): 555–62.
13. Farnia V, Tatari F, Salemi S, Kazemi A, Alikhani M, Golshani S, et al. Effect of trauma-focused cognitive behavioral therapy on reduction social and emotional maladjustment of physically abused children: A clinical trial. International Journal of Pediatrics. 2017; 5(8): 5473–81.
14. Cohen JA, Mannarino AP. Trauma-focused cognitive behavior therapy for traumatized children and families. Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America. 2015; 24(3): 557-70.
15. Burrows CJ. Acceptance and commitment therapy with survivors of adult sexual assault: A case study. Clinical Case Studies. 2013; 12(3): 246-59.
16. Pohar R, Argáez C. Acceptance and commitment therapy for post-traumatic stress disorder, anxiety, and depression: A review of clinical effectiveness. Ottawa (ON): Canadian Agency for Drugs and Technologies in Health; 2017 Aug 28. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK525684/.
17. McLean C, Follette VM. Acceptance and commitment therapy as a non pathologizing intervention approach for survivors of trauma. Journal of Trauma & Dissociation. 2016; 17(2): 138–50.
18. Al Odhayani A, Watson WJ, Watson L. Behavioural consequences of child abuse. Canadian Family Physician. 2013; 59(8): 831–36.
19. Vrolijk-Bosschaart TF, Brilleslijper-Kater SN, Verlinden E, Widdershoven GAM, Teeuw AH, Voskes Y, et al. A descriptive mixed-methods analysis of sexual behavior and knowledge in very young children assessed for sexual abuse: The ASAC study. Frontiers in Psychology, 2019; 9: 2716.
20. Kazdin AE, Glick A, Pope J, Kaptchukc TJ, Lecza B, Carrubbad E, et al. Parent management training for conduct problems in children: Enhancing treatment to improve therapeutic change. International Journal of Clinical and Health Psychology. 2018; 18(2): 91-101.
21. Thijssen J, Vink G, Muris P, de Ruiter C. The effectiveness of parent management training-

[Downloaded from journal.jmu.ac.ir on 2026-11-01]

Oregon model in clinically referred children with externalizing behavior problems in the Netherlands. Child Psychiatry & Human Development. 2016; 48(1): 136-50.
22. Firouzkouhi Moghaddam M, Forouzan Nia R, Rakhshani T, Heidaripoor A H, Taravatmanesh S. The effectiveness of parent management training (PMT) on anxiety and depression in parents of children with ADHD. Shiraz E-Medical Journal. 2016 ; 17(6): e38795.
23. Mingebach T, Kamp-Becker I, Christiansen H, Weber L. Meta-meta-analysis on the effectiveness of parent-based interventions for the treatment of child externalizing behavior problems. PloS (Public Library of Science) One. 2018; 13(9): e0202855.
24. Kazdin AE. Developing treatments for antisocial behavior among children: Controlled trials and uncontrolled tribulations. Perspectives Psychological Science. 2018; 13(5): 634-50.
25. Golparvar M, Akbari M. The effectiveness of integrative acceptance commitment-cognitive behavioral therapy (ACT-CBT) and parent management training (PMT) on the affective capital of adolescent boy with sexual abuse. Counseling Culture and Psychotherapy. 2019;10(39): 71-98. (in Persian)
26. Soylu N, Ayaz M, Gökten ES, Alpaslan AH, Dönmez YE, Özcan ÖÖ, et al. Gender differences in sexually abused children and adolescents: A multicenter study in Turkey. Journal of Child Sexual Abuse. 2016; 25(4): 415-27.
27. Kovacs M. The Children's Depression Inventory (CDI). Psychopharmacology Bulletin. 1985; 21: 995-9.
28. Sun S, Wang S. The Children's Depression Inventory in worldwide child development research: A reliability generalization study. Journal of Child and Family Studies. 2015; 24: 2352-63.
29. Maredpour A, Shaeeiri M, Kafi M. The study of psychometric properties, the "four system anxiety questionnaire" (FSAQ). Clinical Psychology & Personality. 2010; 1(43): 11-20. (in Persian)
30. Ramezanzadeh F, Aghssa MM, Abedinia N, Zayeri F, Khanafshar N, Shariat M, et al. A survey of relationship between anxiety, depression and duration of infertility. BMC Womens Health. 2004; 4(1): 9.

[Downloaded from journal.jmu.ac.ir on 2026-11-01]

Determining the effectiveness of integrative acceptance and commitment-cognitive behavioral therapy and parent management training on the depression and anxiety of adolescent Boy with sexual abuse

Received: 1 Feb 2020 Accepted: 28 Nov 2020

Mohammad Akbari [1], Mohsen Golparvar [2]*, Mohsen Lali [3], Parisa Taraneh [4]

1.Ph.D Student of Psychology, Department of Psychology, Isfahan (Khorasgan) Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran 2. Associate Professor, Department of Psychology, Isfahan (Khorasgan) Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran 3. Assistant Professor, Department of Educational Science, Farhangian University, Isfahan, Iran 4. Forensic Physician and Instructor, Department of Law, Shahrkord Branch, Islamic Azad University, Shahrkord, Iran

Abstract

Introduction: Sexual abuse is one of the phenomena causing significant psychological problems for adolescents. The aim of this study was to determine the effectiveness of integrative acceptance and commitment-cognitive behavioral therapy and parent management training on the depression and anxiety of adolescent boy with sexual abuse.

Materials and Methods: The research method was quasi-experimental, and research design was a three group design. 45 male adolescents were selected by purposive sampling method in Isfahan in 2018 and were randomly assigned to two experimental and one control group (each group 15 persons). Data were collected through depression and anxiety questionnaires at three time points before, after and two months later (follow up). The integrative acceptance and commitment-cognitive behavioral therapy and parent management training received treatment in 10 sessions. The data were analyzed through repeated measure analysis of variance and post-hoc Bonferroni test.

Results: Results revealed that integrative acceptance and commitment-cognitive behavioral therapy reduces depression by 29% and anxiety by 11% in adolescent boys with sexual abuse ($P<0.01$). The results also indicated that parental management training had no significant effect on reducing depression and anxiety in adolescent boys with sexual abuse ($P>0.05$).

Conclusion: The findings of this study showed that integrative acceptance and commitment-cognitive behavioral therapy is one of the treatments which is effective in reducing the depression and anxiety of adolescent boy with sexual abuse. This reduction in depression and anxiety will increase the mental health of these teenagers.

Keywords: parent management training, integrative acceptance and commitment-cognitive behavioral therapy, depression, anxiety, sexual abuse

***Corresponding Author:** Associate Professor, Department of Psychology, Isfahan (Khorasgan) Branch, Islamic Azad University, Isfahan, Iran

Email: drmgolparvar@gmail.com **Tel:** +983135354001-9 **Fax:** +983135354060

[Downloaded from journal.jmu.ac.ir on 2026-11-01]