



The effectiveness of Acceptance and commitment therapy on experiential avoidance, uncertainty intolerance and positive metacognitive beliefs in women with obsessive-compulsive disorder

Shirin. Yadollahi Ardestani¹, Moloud. Keykhosrovani^{2*}, Naser. Amini³

1. PhD student, Department of Psychology, Boushehr Branch, Islamic Azad University, Boushehr, Iran.
2. Assistant Professor, Department of Psychology, Boushehr Branch, Islamic Azad University, Boushehr, Iran.
3. Assistant Professor, Department of Psychology, Boushehr Branch, Islamic Azad University, Boushehr, Iran.

ARTICLE INFORMATION

Article type

Original research

Pages: 209-221

Corresponding Author's Info

Email:

Moloud.keykhosrovani@gmail.com

Article history:

Received: 2022/06/30

Revised: 2022/09/10

Accepted: 2022/09/20

Published online: 2022/10/02

Keywords:

Acceptance and commitment therapy, experiential avoidance, uncertainty intolerance, metacognitive beliefs, obsession.

ABSTRACT

Background and Purpose: The purpose of this research was the effectiveness of Acceptance and commitment therapy on experiential avoidance, uncertainty intolerance and positive metacognitive beliefs in women with obsessive-compulsive disorder. **Methods:** The current research method is semi-experimental and the design used in this research is a pre-test-post-test design with a control group and a follow-up period. The statistical population of the research was all women suffering from obsessive-compulsive disorder who referred to counseling and psychotherapy centers in Tehran in the months of February and March of 2021. The research sample included 30 women with obsessive-compulsive disorder who referred to counseling and psychotherapy centers in Tehran between February and March of 1400. Data were collected using the Yale-Brown Obsessive Compulsive Questionnaire (1989), the Experiential Avoidance Questionnaire by Bond et al. (2011), the Intolerance of Uncertainty Questionnaire by Friston et al. Obtained. In this research, the protocol of Wells (2000) was used to perform Acceptance and commitment therapy, which was performed once a week for 8 sessions of 90 minutes on the experimental group. The data was analyzed using the method of analysis of variance with repeated measurements and SPSS software. **Results:** The findings showed that Acceptance and commitment therapy on experiential avoidance ($P < 0.001$), uncertainty intolerance ($P < 0.001$), and positive metacognitive beliefs ($P < 0.001$) was effective in women with obsessive compulsive disorder. **Conclusion:** It can be concluded that Acceptance and commitment therapy was effective on experiential avoidance, intolerance of uncertainty and positive metacognitive beliefs in women with obsessive compulsive disorder, and this therapy can be used to reduce the problems of obsessive-compulsive patients.



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

© 2022 The Authors.

How to Cite This Article:

Yadollahi Ardestani, Sh., Keykhosrovani, M. & Amini, N. (2022). The effectiveness of Acceptance and commitment therapy on experiential avoidance, uncertainty intolerance and positive metacognitive beliefs in women with obsessive-compulsive disorder. *jayps*, 3(1): 209-221



اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر اجتناب تجربه‌ای، عدم تحمل بلا تکلیفی و باورهای فراشناختی مثبت در زنان مبتلا به اختلال وسواس

شیرین یداللهی اردستانی^۱، مولود کیخسروانی^{۲*}، ناصر امینی^۳

۱. دانشجوی دکتری گروه روانشناسی، واحد بوشهر، دانشگاه آزاد اسلامی، بوشهر، ایران
۲. استادیار گروه روانشناسی، واحد بوشهر، دانشگاه آزاد اسلامی، بوشهر، ایران
۳. دانشیار گروه روانشناسی، واحد بوشهر، دانشگاه آزاد اسلامی، بوشهر، ایران

چکیده

زمینه و هدف: اختلال وسواس فکری و عملی به عنوان یکی از حالات روانی ناتوان‌کننده و جدی محسوب می‌شود. هدف این پژوهش، اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر اجتناب تجربه‌ای، عدم تحمل بلا تکلیفی و باورهای فراشناختی مثبت در زنان مبتلا به اختلال وسواس بود. **روش پژوهش:** روش پژوهش حاضر نیمه آزمایشی و طرح مورد استفاده در این پژوهش طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون همراه با گروه گواه و دوره پیگیری است. جامعه آماری پژوهش، کلیه زنان مبتلا به اختلال وسواس اجبار مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره و روان‌درمانی شهر تهران در ماه‌های بهمن و اسفند سال ۱۴۰۰ بود. نمونه پژوهش شامل ۳۰ نفر از زنان مبتلا به اختلال وسواس اجبار مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره و روان‌درمانی شهر تهران بین ماه‌های بهمن تا اسفند سال ۱۴۰۰ بود. داده‌ها با استفاده از پرسشنامه وسواس اجباری ییل براون (۱۹۸۹)، پرسشنامه اجتناب تجربه‌ای بوند و همکاران (۲۰۱۱)، پرسشنامه عدم تحمل بلا تکلیفی فریستون و همکاران (۱۹۹۴) و پرسشنامه باورهای فراشناختی مثبت ولز و کارت-رایت-هاتون (۲۰۰۴) به دست آمد. در این پژوهش جهت انجام درمان پذیرش و تعهد از پروتکل ولز (۲۰۰۰) استفاده شد که به صورت هفته‌ای یک‌بار به مدت زمان ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای بر روی گروه آزمایش اجرا شد. داده‌ها با استفاده از روش تحلیل واریانس با اندازه-گیری مکرر و نرم افزار SPSS تحلیل شد. **یافته‌ها:** نتایج نشان داد درمان پذیرش و تعهد بر اجتناب تجربه‌ای ($F=13/53, P>0/001$)، عدم تحمل بلا تکلیفی ($F=65/25, P>0/001$) و باورهای فراشناختی مثبت ($F=75/86, P>0/001$) در زنان مبتلا به اختلال وسواس مؤثر بود. **نتیجه‌گیری:** می‌توان نتیجه گرفت درمان پذیرش و تعهد بر اجتناب تجربه‌ای، عدم تحمل بلا تکلیفی و باورهای فراشناختی مثبت در زنان مبتلا به اختلال وسواس اثربخش بود و می‌توان از این درمان در جهت کاهش مشکلات بیماران مبتلا به وسواس استفاده کرد.

اطلاعات مقاله

نوع مقاله: پژوهشی

صفحات: ۲۲۱-۲۰۹

اطلاعات نویسنده مسئول

ایمیل:

Moloud.keykhosrovani@gmail.com

سابقه مقاله

تاریخ دریافت مقاله: ۱۴۰۱/۰۴/۰۹

تاریخ اصلاح مقاله: ۱۴۰۱/۰۶/۱۹

تاریخ پذیرش نهایی: ۱۴۰۱/۰۶/۲۹

تاریخ انتشار: ۱۴۰۱/۰۷/۱۰

واژگان کلیدی

درمان پذیرش و تعهد، اجتناب تجربه‌ای، عدم تحمل بلا تکلیفی، باورهای فراشناختی، وسواس.

انتشار این مقاله به‌صورت دسترسی آزاد مطابق با CC BY-NC 4.0 صورت گرفته است. تمامی حقوق انتشار این مقاله متعلق به نویسنده است.



شیوه استناد به این مقاله

یداللهی اردستانی، شیرین، کیخسروانی، مولود، و امینی، ناصر. (۱۴۰۱). اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر اجتناب تجربه‌ای، عدم تحمل بلا تکلیفی و باورهای فراشناختی مثبت در زنان مبتلا به اختلال وسواس. *دوفصلنامه مطالعات روان‌شناختی نوجوان و جوان*، ۳(۱): ۲۲۱-۲۰۹.

مقدمه

در خانواده آن‌ها وجود داشته است (لوی، هانان، دیفنباخ و تولین، ۲۰۱۸). با وجود تحقیقات مختلف روان‌شناختی و نوروبیولوژیک هنوز اطلاعات دقیق و کافی در تبیین علت شناسی اختلال وسواس فکری-عملی وجود ندارد. با وجود این، بسیاری از پژوهش‌ها به بررسی عامل‌هایی پرداخته‌اند که احتمال می‌رود همبستگی معنی‌دار با علائم وسواس فکری-عملی داشته باشند. از جمله این عوامل که علاقه بسیاری از محققان را برانگیخته، اجتناب تجربه‌ای^۲ (انگلاکس و گودینگ، ۲۰۲۰)، عدم تحمل بلا تکلیفی^۳ (ویتون، مسنر مارکس، ۲۰۲۱) و باورهای فراشناختی مثبت^۴ (کیم و لی، ۲۰۲۰) را می‌توان نام برد.

مراج، سینگ، کار، شارما و صراف (۲۰۲۰) در مدل خود فرض می‌کنند که اجتناب تجربی و عدم تحمل بلا تکلیفی می‌تواند باعث شکل‌گیری نیروی برانگیزاننده‌ای می‌شود که می‌تواند با فراخواندن نگرانی و وسواس‌های فکری و عملی، با اختلال‌های مختلفی در ارتباط باشد. با وجود این که نگرانی منجر به تداوم آسیب شناسی می‌گردد، بیماران به کرات در دام آن گیر می‌افتند. این نوع درگیر شدن در فرآیندهایی که زیان‌هایی نیز برای بیماران دارد، به دلیل فوایدی است که این افرادی برای نگرانی و تحمل بلا تکلیفی در نظر گرفته‌اند (هزل، استیورت، ریمن و مک‌نالی، ۲۰۱۹). از دیدگاه ولز (۱۹۹۷) این فواید، باورهای فراشناختی مثبت است. منظور از باورهای فراشناختی مثبت، باورهایی درباره سودمندی نگرانی، نشخوار فکری و دیگر فرایندهای شناختی است که در درازمدت منجر به اختلال روان‌شناختی شده و آن را تداوم می‌بخشند. ولز (۲۰۰۹) بیان می‌کند که بیماران مبتلا به وسواس در واقع به منظور یافتن راه حل برای مشکل شان، درگیر اجتناب تجربی و عدم تحمل بلا تکلیفی می‌شوند. باورهای فراشناختی مثبت در مورد نگرانی، باورهایی هستند که به اعتقادات مثبت فرد در مورد کارآمدی شیوه‌های مقابله‌ای مبتنی بر نگرانی مربوط می‌شود در حالی که این شیوه‌ها ناسازگار هستند. به طور مثال، نگرانی به این معنا است که

اختلال وسواس فکری-عملی^۱ به عنوان یکی از حالات روانی ناتوان‌کننده و جدی محسوب می‌شود (هوپر، لارسن و هیز، ۲۰۱۵). در مطالعات اپیدمیولوژیک، شیوع اختلال وسواس فکری و عملی در طول عمر در جمعیت کلی ۲/۳٪-۳/۸٪ تخمین زده شده است (ویچوا، باتلر و شاتبولت، ۲۰۲۰) و پیش‌بینی می‌شود این رقم در سال ۲۰۲۰ تا ۱۵٪ افزایش یابد (افتخارزاده، حسینیان، شمس، و یزدی، ۱۳۹۵). این اختلال به واسطه سه جز مجزا از هم شناخته می‌شود، جزء اول، تفکر دائمی یا تصورات یا عقایدی هستند که ویژگی‌های بارز آن‌ها ناخواسته بودن و مزاحم بودن آنان است، که در بخش تصاویر شامل؛ توهین به مقدسات، عقاید جنسی و یا تصویرهای خشونت بار و افکار مزاحم درباره آلودگی و یا شک کردن درباره کامل بودن یا کامل نبودن برخی کارها، می‌شوند. دومین جزء وسواس‌ها، اجبارها هستند، که به عنوان فعالیت‌های رفتاری خاص، تشریفات ذهنی ناخودآگاه (آیین مندی‌ها)، تلاش برای خنثی کردن وسواس‌ها و یا بروز رفتارهایی که نشان‌دهنده عدم قطعیت‌ها هستند، می‌باشند. علاوه بر این دو جزء، افرادی که مبتلا به این اختلال هستند، به منظور این که تحریک وسواس‌ها و اجبارهای همراه آنان پیشگیری کنند، رفتارهای اجتنابی را بروز می‌دهند (کایسر، هانی، راسکین، آروت و سیمپسون، ۲۰۲۰). شک و بلا تکلیفی رایج‌ترین وسواس فکری و شستن رایج‌ترین وسواس عملی است. ترس از کثیفی و آلودگی و افکار وسواسی درباره کثیف بودن خود و وسواس شستن بیش‌تر در زنان متداول است، در حالی که افکار کفرآمیز و وسواس‌های نظم و ترتیب در مردان فراوانی بیش‌تری دارد (ونارال، ۲۰۲۱). افرادی که بیش از بقیه در معرض اختلال وسواس هستند؛ نوجوانان، اشخاصی که تجربه اتفاقات آسیب‌زا دارند، افرادی که زایمان سختی داشته‌اند (وسواس بعد از زایمان)، زنان خانه دار، مصرف‌کنندگان مواد، افرادی که نشانه‌های افسردگی دارند، افراد با اختلال فوبیک، افرادی که تاریخچه‌ای از اضطراب دارند و یا افرادی که به طور موروثی این اختلال

3. Intolerance of Uncertainty
4. Positive metacognitive beliefs

1. Obsessive-compulsive disorder
2. experiential avoidance

احساسات اضطرابی کند. همچنین این درمان به بیماران کمک می‌کند که افکار وسواسی و احساسات منفی خود را بپذیرند و در تلاش برای به خدمت گرفتن ارزش‌های زندگی باشند خواه این وسواس‌ها اتفاق بیفتند یا نه. بنابراین درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، انعطاف‌پذیری روان‌شناختی (توانایی برای تلاش مطابق جهت‌گیری‌های پرمعنای زندگی بدون توجه به تجربیات ناخوشایند درونی) را افزایش می‌دهد (توهینگ و همکاران، ۲۰۱۵). هدف درمان پذیرش و تعهد کاهش نشانه‌ها نیست بلکه به بیمار کمک می‌کند که تجربیات درونی آزردهنده (افکار، تصاویر، عواطف و احساسات بدنی) را بپذیرند (هیز، ۲۰۰۴). پژوهش‌ها حاکی از اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر اختلال‌های روان‌شناختی است. برای مثال نتایج پژوهش ظهیری و همکاران (۲۰۱۸) حاکی از تاثیر درمان پذیرش و تعهد بر کاهش علائم وسواس فکری-جبری در مراحل پس‌آزمون و پیگیری بود. در پژوهشی دیگر غضنفری و همکاران (۱۳۹۴) گزارش کردند که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد باعث بهبود نشانگان وسواس-جبری شد. علاوه بر آن نتایج پژوهش پوزا و همکاران (۲۰۱۷) نشان‌دهنده تاثیر هر دو روش درمان شناختی همراه با پذیرش و تعهد بر کاهش نشانگان وسواس فکری-جبری بود.

به دلیل ماهیت چند بعدی بیماری وسواس و داشتن زیرشاخه‌های فراوان در آن و اهمیتی که به دلیل شیوع قابل توجهی که این اختلال دارد، پژوهش‌های جدید به این سمت خواهند رفت تا درمان‌های مختلف از جمله درمان‌های مختلف را در زیرمجموعه‌های متفاوت اختلال وسواس فکری عملی در بین زنان و مردان به صورت جداگانه بررسی و احیاناً درمان‌هایی با سطح اثربخشی احتمالی مختلف برای زنان و مردان درگیر با وسواس را مشخص نمایند. از طرفی یافتن شیوه‌های درمانی کوتاه مدت کارآ و مؤثر از جمله ضرورت‌های پژوهش در حوزه درمان می‌باشد.

روش پژوهش

روش پژوهش حاضر نیمه آزمایشی و طرح مورد استفاده در این پژوهش طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون همراه با گروه گواه و دوره پیگیری می‌باشد. جامعه آماری پژوهش، کلیه

آماده ام و اگر نگران باشم بهتر می‌توانم با خطرات مقابله کنم (لی و همکاران، ۲۰۲۰). همچنین منظور از اعتماد شناختی پایین، عدم اعتماد فرد به حافظه و توجه خود، به عنوان فرایندهای شناختی می‌باشد که به عنوان مولفه‌ها و راهبردهای ناسازگار فراشناختی مطرح هستند (هود و همکاران، ۲۰۱۹). تحقیقات مختلف نشان دادند که بین جنبه‌های خاصی از فراشناخت با اختلال وسواس فکری-عملی رابطه وجود دارد (سویس و همکاران، ۲۰۱۷؛ میوزی و همکاران، ۲۰۱۶).

یکی دیگر از استراتژی‌های درمانی برای اصلاح اثربخشی درمان برای افراد مبتلا به اختلال وسواس درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد است (بای و همکاران، ۲۰۲۰). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد یکی از درمان‌های رفتار موج سوم است که برای تغییر کارکرد افکار و احساسات اهمیت قائل است و به تغییر شکل و محتوای افکار و احساسات اعتقادی ندارد (هایز، ۲۰۱۹). خاستگاه نظری درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، نظریه چارچوب ارتباطی است. ویژگی‌های نظریه چارچوب ارتباطی عبارتند از: ۱. شناخت، نوع خاصی از رفتار یادگیری شده است. ۲. شناخت، اثر فرایندهای دیگر رفتاری را تغییر می‌دهد، ۳. روابط شناختی و کارکردهای شناختی را ویژگی‌های بافتاری متفاوت یک موقعیت تنظیم می‌کند (برقی و همکاران، ۱۳۹۹). در کل درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر این اعتقاد است که آنچه موجب ایجاد مشکلات در افراد وسواسی می‌شود محتوای افکارشان نیست بلکه ارتباط با افکار (اجتناب تجربی) است که ایجاد مشکل می‌کند. اجتناب تجربی یعنی عدم تمایل برای در تماس باقی ماندن با افکار و تجربیات آزردهنده از طریق اجتناب یا فرار از این تجربیات و افکار (هوپر و همکاران، ۲۰۱۵). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد به بیماران آموزش می‌دهد که یک رابطه جدیدی با افکار وسواسی و هیجان‌های اضطرابی‌شان ایجاد کنند برای مثال با در نظر گرفتن این که یک فکر، فقط یک فکر است و اضطراب تنها یک هیجان برای احساس کردن است، به توجه بیماران کمک می‌کند. درمان پذیرش و تعهد به بیماران کمک می‌کند تا به عمل برای به خدمت گرفتن ارزش‌های زندگی متعهد باشد، به جای این که زمان زیادی را صرف تلاش برای کاهش وسواس و یا اجتناب از

رفتارهای اجباری دارد. در هر دو مقیاس، شدت علائم در ۷ روز قبل از مصاحبه ارزیابی می‌شود. نمره صفر در صورت «نبود مشکل» و نمره ۴ به «مشکل خیلی زیاد» داده می‌شود. گودمن و همکاران (۱۹۸۹) به منظور سنجش پایایی این مقیاس از آلفای کرونباخ استفاده کردند که ضریب همبستگی آن را برای خرده مقیاس وسواس فکری، ۰/۹۷؛ اجبارها، ۰/۹۶ و برای کل مقیاس ۰/۹۸ به دست آوردند. همچنین، برای محاسبه روایی مقیاس، از همبستگی هر آیتم با نمره کل استفاده کردند که در دامنه ۰/۳۶ تا ۰/۷۷ به دست آمد. در ایران، پایایی بین مصاحبه کنندگان، ۰/۹۸؛ ضریب همسانی درونی آن، ۰/۸۹ و ضریب پایایی آن به روش بازآزمایی در فاصله دو هفته ۰/۸۴ گزارش شده است (یعقوبی، ۱۳۹۳). در پژوهش شاملی و همکاران (۱۳۹۷) به منظور سنجش پایایی مقیاس از روش آلفای کرونباخ استفاده شد که برای خرده مقیاس وسواس فکری، ضریب ۰/۶۲؛ اجبارها، ضریب ۰/۶۱ و برای کل مقیاس ۰/۷۱ به دست آمد.

پرسشنامه اجتناب تجربه‌ای بوند و همکاران (۲۰۱۱): این پرسشنامه در سال ۲۰۱۱ به وسیله بوند، هیز، بایر، کرپنتر، جینو و همکاران ساخته شده است که دارای ۱۰ سوال و ۲ خرده آزمون است و طیف لیکرت هفت درجه‌ای (۱. هرگز این طور نیست، ۷. همیشه همین طور هست) است. پرسشنامه پذیرش و عمل سازه‌ای را می‌سنجد که به تنوع، پذیرش و اجتناب تجربه‌ای و انعطاف ناپذیری روان شناختی بر می‌گردد. نمرات بالاتر نشان‌دهنده انعطاف پذیری روانی بیش‌تر است. بوند و همکاران (۲۰۱۱) گزارش کردند نتایج ۲۸۱۶ شرکت‌کننده در طول شش نمونه نشان داد که این ابزار پایایی، روایی و اعتبار سازه رضایت‌بخشی دارد. میانگین ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۴ و پایایی بازآزمایی در فاصله ۳ تا ۱۲ ماه به ترتیب ۰/۸۱ و ۰/۷۹ به دست آمد. در ایران، این مقیاس توسط عباسی، فنی، مولودی و ضرابی (۱۳۹۲) به فارسی ترجمه و ویژگی‌های روان‌سنجی آن بررسی گردید. شواهد حکایت از نتایج نویدبخشی درباره قابلیت کاربرد نسخه فارسی پرسشنامه پذیرش و عمل در جامعه ایرانی دارد و ضریب همسانی

زنان مبتلا به اختلال وسواس اجبار مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره و روان‌درمانی شهر تهران در ماه‌های بهمن و اسفند سال ۱۴۰۰ بود. نمونه پژوهش شامل ۳۰ نفر از زنان مبتلا به اختلال وسواس اجبار مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره و روان‌درمانی شهر تهران بین ماه‌های بهمن تا اسفند سال ۱۴۰۰ بود. برای تشخیص صفت وسواس اجبار افرادی که بر اساس مصاحبه روان‌شناسی بالینی و پرسشنامه وسواس اجبار یل براون و کسب نمره ۱۶ وارد پژوهش شدند. هر گروه دو بار مورد اندازه‌گیری قرار گرفت، اولین اندازه‌گیری با اجرای یک پیش‌آزمون قبل از آموزش، و دومین اندازه‌گیری پس از اتمام آموزش‌های مورد نیاز صورت گرفت. دو گروه با استفاده از روش نمونه‌گیری در دسترس ۱۵ نفر از آزمودنی‌ها در گروه آزمایش و ۱۵ نفر دیگر در گروه گواه به صورت تصادفی گروه‌بندی شدند (انتصاب تصادفی). همچنین پس از دو ماه، آزمون پیگیری بر روی گروه‌ها اجرا شد. برای تعیین حجم نمونه از فرمول Cohen استفاده شد. در این روش از توان آزمون ۰/۸ و سطح معنی‌داری ۰/۰۵ و نیرومندی ارتباط بین متغیرهای مستقل و وابسته، حداقل حجم نمونه برای دستیابی به توان مورد نظر ۱۵ نفر در هر گروه است. پس از تحقق ملاک‌ها و دریافت حداقل نمره ۱۶ از مقیاس یل براون، ۴۵ نفر به شیوه نمونه‌گیری در دسترس مبتنی بر ملاک‌های ورود انتخاب شدند و به صورت تصادفی در دو گروه آزمایش (هر گروه ۱۵ نفر) و یک گروه گواه (۱۵ نفر) قرار گرفتند. ملاک‌های ورود شامل: کسب نمره یک انحراف بیش‌تر از میانگین در پرسشنامه اختلال وسواس، جنسیت زن باشند، محدوده سنی ۲۰ تا ۵۰ سال و مصرف نکردن دارو از یک ماه قبل از شروع درمان بود. ملاک‌های خروج شامل: ابتلا به بیماری جسمی یا ویروسی، داشتن اختلال‌های نورولوژیک مانند صرع و سابقه هر نوع ضربه مغزی و محدوده سنی بالاتر از ۵۰ و غیبت بیش از ۲ جلسه در برنامه آموزشی بود.

ابزارهای پژوهش

پرسشنامه وسواس اجباری ییل براون (۱۹۸۹): گودمن و همکاران (۱۹۸۹) این فهرست را در سال ۱۹۸۹ ساختند و دو مقیاس فرعی مربوط به افکار وسواسی و

ماده دارد و هر آزمودنی به این ماده‌ها به صورت چهار گزینه‌ای (موافق نیستم = ۱، کمی موافقم = ۲، تا حدی موافقم = ۳، کاملاً موافقم = ۴) پاسخ می‌دهد. پرسشنامه فراشناخت ۵ مقیاس دارد که عبارتند از: باورهای مثبت در مورد نگرانی (۷، ۱۰، ۱۹، ۲۳، ۲۸)، اعتماد شناختی (۸، ۱۴، ۱۷، ۲۶، ۲۹)، خودآگاهی شناختی (۳، ۱۲، ۱۶، ۱۸، ۳۰)، باورهای منفی در مورد کنترل ناپذیری فکری و خطر (۲، ۹، ۲۱) و باورها در مورد نیاز به کنترل افکار (۶، ۲۰، ۲۷). ضریب آلفای کرونباخ و ضریب پایایی بازآزمایی (بعد از یک ماه) این پرسشنامه به ترتیب ۰/۹۳ و ۰/۷۸ گزارش شده است. ضریب همبستگی پرسشنامه فراشناخت با پرسشنامه اضطراب صفت-حالت اسپیل برگر (۰/۵۳) پرسشنامه نگرانی حالت بین (۰/۵۴) و پرسشنامه اختلال وسواس فکری-عملی پادوا (۰/۴۹) معنادار است. ولز و کارت رایت-هاتون (۲۰۰۴) در پژوهشی همسانی درونی، اعتبار همگرا و اعتبار بازآزمایی را مناسب و قابل قبول گزارش کردند. در ایران نریمانی و ابوالقاسمی (۱۳۸۴) ضریب آلفای کرونباخ بین ۰/۷۲ تا ۰/۸۹ و ضریب همبستگی با مقیاس اضطراب صفت اسپیل برگر بین ۰/۲۶ تا ۰/۷۳ گزارش کردند.

آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد: در این پژوهش جهت انجام درمان مداخله مبتنی بر پذیرش و تعهد هایز و همکاران (۱۹۹۹) استفاده خواهد شد که به صورت هفته‌ای یک‌بار به مدت زمان ۸ جلسه ۹۰ دقیقه‌ای بر روی گروه آزمایش اجرا می‌شود. روایی این جلسات در پژوهش حیدریان‌فرد و امان‌الهی (۱۳۹۵) تایید شده است. در جدول ۱ خلاصه جلسات مبتنی بر پذیرش و تعهد ارائه شده است.

درونی ۰/۸۹ و ضریب تصنیف ۰/۷۱ برای این پرسشنامه به دست آمد.

پرسشنامه عدم تحمل بلا تکلیفی فریستون و همکاران (۱۹۹۴): این مقیاس توسط فریستون و همکاران در سال ۱۹۹۴ طراحی شده است. این آزمون ۲۷ سوال دارد که مربوط به غیرقابل قبول بودن بلا تکلیفی و ابهام است و معمولاً منجر به ناکامی، استرس و ناتوانی برای انجام عمل می‌شوند. این آزمون با یک مقیاس لیکرتی پنج درجه‌ای (هرگز، به ندرت، گاهی اوقات، اغلب اوقات و همیشه) پاسخ داده می‌شود و هر یک از گزینه‌ها به ترتیب ۱، ۲، ۳، ۴ و ۵ نمره می‌گیرند. در بررسی مجدد بوهر و داگاس (۲۰۰۶) با تحلیل عوامل، چهار عامل به دست آمد که عبارتند از: عامل اول ناتوانی برای انجام عمل شامل سوال‌های: ۱، ۹، ۱۲، ۱۳، ۱۴، ۱۵، ۲۰، ۲۲ و ۲۵ عامل دوم استرس آمیز بودن بلا تکلیفی شامل سوال‌های: ۲، ۳، ۴، ۵، ۶، ۷، ۱۷، ۲۴ و ۲۶ عامل سوم منفی بودن رویدادهای غیرمنتظره و اجتناب از آن‌ها شامل سوال‌های: ۸، ۱۰، ۱۱، ۱۹ و ۲۱ عامل چهارم بلا تکلیفی در مورد آینده شامل سوال‌های: ۱۶، ۱۸، ۲۳ و ۲۷ می‌باشد. بوهر و داگاس (۲۰۰۶) ضریب آلفای کرونباخ ۰/۹۴ و ضریب بازآزمایی ۰/۷۸ را برای این مقیاس محاسبه نموده اند. در جامعه ایران، اعتبار و روایی این آزمون در پژوهش ابراهیم زاده و همکاران (۱۳۸۵) مطلوب گزارش شده است. آلفای کرونباخ برابر ۰/۸۸ و پایایی بازآزمایی (در فاصله سه هفته) برابر ۰/۷۶ گزارش شد.

پرسشنامه باورهای فراشناختی مثبت ولز و کارت رایت-هاتون (۲۰۰۴): به منظور سنجش باورهای فراشناختی مثبت توسط ولز و کارت رایت-هاتون (۲۰۰۴) ساخته شده است استفاده خواهد شد. این پرسشنامه ۳۰

جدول ۱. شرح جلسات درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد هایز و همکاران (۱۹۹۹)

جلسه	محتوای جلسات درمان پذیرش و تعهد
جلسه اول	موضوع جلسه: فهم کامل ماهیت بیماری وسواس و شناخت راهبردهای مقابله با آن. محتوای جلسه: معارفه تک تک اعضا، تشریح قوانین و قواعد مشاوره گروهی توسط گروه، تعیین اهداف زیربنایی، تعیین کوشش‌های قبلی مراجعین جهت مقابله با اضطراب، توصیف افکار و نشانه‌ها، استعاره ببر گرسنه، معرفی سیستم کنترل ناکارآمد به مراجعین، یادآوری این که کنترل خود مشکل‌ساز است، تکالیف خانگی: چگونه من در برابر اضطراب تسلیم شدم؟
جلسه دوم	موضوع جلسه: کنترل به عنوان یک مشکل و کنترل رویدادهای شخصی. محتوای جلسه: ارائه استعاره مرد در گودال، استعاره کیک شکلاتی، توجه به اشتیاق مراجع، تکالیف خانگی: برگه نگرانی ذهن آگاه

جلسه سوم	موضوع جلسه: پرداختن به تجربه مراجع و تقویت و بازشناسی او از این موضوع که کنترل خود معضل است. محتوای جلسه: استعاره طناب کشی با غول، استعاره دروغ سنج، تاکید بر اهمیت ارتقا و پرورش ذهن آگاهی. تکلیف خانگی: برگه عملکرد نگرانی چیست؟
جلسه چهارم	موضوع جلسه: ایجاد یک جهت گیری برای توسعه مهارت‌های ذهن آگاهی به عنوان جایگزینی برای نگرانی و معرفی مفهوم. محتوای جلسه: استعاره پلیگراف، تمرین استعاره شیر، شیر، اشتیاق به عنوان جایگزینی برای کنترل استعاره دو مقیاس، دستورالعمل مربوط به اشتیاق، هیجانات شفاف در مقابل هیجانات مبهم، معرفی ذهن آگاهی از طریق تمرین نفس کشیدن به طور ذهن آگاه، تکلیف خانگی: ادامه تمرین ذهن آگاهی
جلسه پنجم	موضوع جلسه: معرفی اهمیت ارزش‌ها، چگونگی تمایز آن‌ها از اهداف و تعیین اهداف رفتاری ساده، به منظور رسیدن به ارزش‌های مشخص. محتوای جلسه: معرفی ارزش‌ها، بحث در خصوص ارتباط بین اهداف و ارزش‌ها، انتخاب ارزش‌ها، انتخاب‌ها در مقابل قضاوت‌ها/تصمیم‌ها، شناسایی یک عمل با ارزش هدف رفتاری (جهت انجام در طول هفته). تکلیف خانگی: ارائه برگه شناسایی ارزش‌ها، انجام یک عمل با ارزش
جلسه ششم	موضوع جلسه: تداوم ایجاد جهت گیری نسبت به ذهن آگاهی و ارائه شیوه‌های عملی برای پرورش گسلش. محتوای جلسه: شناسایی ارزش‌ها، استفاده از استعاره سنگ قبر، دستورالعمل مهارت‌های ذهن آگاهی، تمرین افزایش ذهن آگاهی، تکلیف خانگی: شناسایی یک عمل با ارزش هدف رفتاری جهت انجام در طول هفته
جلسه هفتم	موضوع جلسه: توجه به عملکرد هیجانات، عادت به اجتناب رفتاری و تمایز بین هیجانات واضح و مبهم، محتوای جلسه: دستورالعمل و مباحثه در مورد عملکرد هیجانات، دستورالعمل کنترل چرخه هیجانی، اجتناب هیجانی، استعاره اجاق داغ، هیجانات واضح در مقابل هیجانات مبهم. تکلیف خانگی: تمرین ذهن آگاهی، شناسایی یک عمل با ارزش، تعیین هدف رفتاری در هفته
جلسه هشتم	موضوع جلسه: ارائه ایده تعهد به عنوان ابزاری برای حرکت به سوی اهداف مشخص و تقویت انتخاب‌ها جهت رسیدن به آن اهداف، محتوای جلسه: تعهد به عنوان یک فرآیند، شناسایی گام‌های عملیاتی اهداف کوچک‌تر در خدمت اهداف بزرگ‌تر، ارائه استعاره باغداری، موانع رسیدن به اهداف و اشتیاق‌ها جهت پذیرش آنها، استعاره حباب در جاده، استعاره مسافران در اتوبوس، استعاره صعود به قله، شناسایی یک عمل با ارزش هدف رفتاری برای انجام در طول هفته، تکلیف خانگی: انجام یک عمل با ارزش مشخص

روش اجرای پژوهش

نیز در این بازه زمانی در لیست انتظار قرار داده شد. در جلسه آخر نیز از هر دو گروه پس از آزمون گرفته شد. پس از سپری شدن دوره زمانی دو ماهه بعد از پایان جلسات درمانی، مرحله پیگیری از افراد هر دو گروه صورت گرفت. از آماره‌های توصیفی (نمودار، جدول، فراوانی، درصد، میانگین، واریانس و...) جهت تنظیم، تلخیص و به نمایش درآوردن داده‌های به دست آمده از متغیرها استفاده شد. برای آزمون فرضیه‌های تحقیق، از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد. برای انجام تجزیه و تحلیل داده‌های تحقیق از نرم‌افزار SPSS-24 استفاده شد.

یافته‌ها

برای بررسی معناداری تفاوت بین نمره اجتناب تجربه‌ای در دو گروه درمان پذیرش و تعهد و گواه از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر استفاده شد.

به منظور رعایت مسائل اخلاقی از مراجعه‌کنندگان رضایت-نامه فردی گرفته شد تا در هر سه مرحله پیش آزمون، پس آزمون و پیگیری به سوالات پرسشنامه‌ها (پرسشنامه اجتناب تجربه‌ای بوند و همکاران و پرسشنامه عدم تحمل بلاتکلیفی فریستون و همکاران و پرسشنامه باورهای فراشناختی مثبت ولز و کارت رایت-هاتون) پاسخ دهند. جلسات درمان در یکی از کلینیک‌های روان‌درمانی برگزار شد به دلیل رعایت فاصله‌گذاری اجتماعی در شرایط کرونا هر گروه ۱۵ نفره به سه گروه کوچک‌تر ۵ نفره تقسیم شدند و در زمان‌بندی‌های مختلف جلسات درمان تشکیل شد. جلسه مقدماتی با هدف به دست آوردن اعتماد مراجعه-کنندگان، ارزیابی کلی افراد به منظور مناسب بودن برای درمان و معرفی کلی دوره‌های درمانی برگزار شد. گروه گواه

جدول ۲. شاخص‌های مرکزی و پراکندگی نمرات متغیرهای پژوهش در دو گروه آزمایش و گواه

متغیر	گروه	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	پیگیری
		میانگین	میانگین	میانگین
		انحراف معیار	انحراف معیار	انحراف معیار

۲۱/۳۸	۷۴/۳۰	۱۲/۲۷	۸۹/۲۵	۱۸/۳۵	۵۴/۸۴	درمان پذیرش و تعهد	باورهای فراشناختی
۱۹/۳۹	۵۵/۳۰	۱۸/۷۱	۵۴/۸۹	۱۹/۰۱	۵۵/۶۷	گواه	
۶/۰۶	۳۸/۸۶	۸/۹۰	۳۹/۲۹	۷/۶۴	۲۹/۷۴	درمان پذیرش و تعهد	اجتناب تجربه‌ای
۷/۴۳	۳۰/۲۴	۸/۴۹	۳۰/۵۵	۶/۳۷	۲۹/۶۱	گواه	
۱۴/۷۰	۶۱/۲۰	۱۵/۸۶	۶۳/۱۶	۲۰/۹۹	۷۷/۶۶	درمان پذیرش و تعهد	عدم تحمل بلاتکلیفی
۱۹/۷۶	۷۳/۳۸	۲۰/۹۰	۷۲/۴۹	۲۱/۶۲	۷۳/۱۳	گواه	

خطای متغیر وابسته در تمام گروه‌ها مساوی بوده است و در نهایت بررسی نتایج آزمون کرویت موچلی نشان داد که این آزمون نیز برای متغیر اجتناب تجربه‌ای معنی‌دار بوده، و بنابراین فرض برابری واریانس‌های درون آزمودنی‌ها (فرض کرویت) رعایت نشده است ($Mauchly's = 0/39$ ؛ $W = 2$ ؛ $df = 2$ ؛ $p < 0/001$). بنابراین از آزمون گرین‌هاوس گیزر برای بررسی نتایج آزمون تک متغیره را برای اثرات درون گروهی و اثرات متقابل استفاده می‌شود.

قبل از انجام آزمون تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر، جهت رعایت پیش‌فرض‌ها، نتایج آزمون‌های M باکس، کرویت موچلی، و لوین بررسی شد. از آنجایی که آزمون M باکس برای هیچ یک از متغیرهای پژوهش معنادار نبود، بنابراین شرط همگنی ماتریس‌های واریانس-کوواریانس به درستی رعایت شده است. همچنین عدم معناداری هیچ یک از متغیرها در آزمون لوین نشان دهد که شرط برابری واریانس‌های بین گروهی رعایت شده و میزان واریانس

جدول ۳. تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای مقایسه پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری اجتناب تجربه‌ای در گروه‌های آزمایش و گواه

مقیاس	منبع اثر	مجموع مجذورات	درجه آزادی	میانگین مجذورات	F	معناداری	مجذورات
اجتناب تجربه‌ای	زمان	۴۴۶/۰۶	۱/۳۵	۳۲۹/۷۵	۱۵۵/۰۸	۰/۰۰۰۱	۰/۸۴
	زمان*گروه	۳۵۶/۰۶	۱/۳۵	۲۶۳/۲۲	۱۲۳/۷۹	۰/۰۰۰۱	۰/۸۱
	گروه	۲۹۱/۶۰	۱	۲۹۱/۶۰	۳۹/۳۸	۰/۰۰۰۱	۰/۴۰
عدم تحمل بلاتکلیفی	زمان	۱۷۰/۶۰	۱/۴۵	۱۱۷/۵۷	۱۷۵/۶۱	۰/۰۰۰۱	۰/۸۶
	زمان*گروه	۱۱۶/۸۶	۱/۴۵	۸۰/۵۴	۱۲۰/۳۰	۰/۰۰۰۱	۰/۸۱
	گروه	۲۱۱/۶۰	۱	۲۱۱/۶۰	۳/۵۳	۰/۰۷	۰/۱۱
باورهای فراشناختی	زمان	۶۷/۲۸	۱/۴۶	۴۶/۴۶	۱۶۰/۶۳	۰/۰۰۰۱	۰/۸۵
	زمان*گروه	۴۷/۰۲	۱/۴۶	۳۲/۲۱	۱۱۱/۳۶	۰/۰۰۰۱	۰/۷۹
	گروه	۴۶/۹۴	۱	۴۶/۹۴	۹/۹۹	۰/۰۰۴	۰/۲۶

نتایج جدول ۳ بیان‌گر آن است که تحلیل واریانس برای عامل درون‌گروهی (زمان) و بین‌گروهی معنادار است. این نتایج به آن معنی است که با در نظر گرفتن اثر گروه، اثر

زمان نیز به تنهایی معنادار است. همچنین تعامل گروه و زمان نیز معنادار است. همچنین برای مقایسه زوجی گروه‌ها نیز از آزمون تعقیبی بونفرونی استفاده شد.

جدول ۴. نتایج آزمون تعقیبی بونفرونی

متغیر	زمان (I)	زمان (J)	تفاوت (I-J)	Sig.
اجتناب تجربه‌ای	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۲/۵۰	۰/۰۳۵
	پس‌آزمون	پیگیری	۷/۵۵	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	پیگیری	۵/۰۵	۰/۰۰۱
عدم تحمل بلاتکلیفی	پیش‌آزمون	پس‌آزمون	۴/۷۸	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	پیگیری	۸/۹۳	۰/۰۰۱
	پس‌آزمون	پیگیری	۰/۵۴	۰/۷۳

پیش‌آزمون		پس‌آزمون	
۰/۰۰۱	۵/۳۱	۰/۰۰۱	۹/۱۲
پس‌آزمون		پیگیری	
۰/۴۸	۰/۳۷	۰/۴۸	۰/۳۷

باورهای فراشناختی

(پیربازاری و همکاران، ۱۴۰۰). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، از طریق مداخلات مربوط به گسلش شناختی، در پی آن است که به مراجعان کمک کند تا به طور انعطاف پذیر تسلیم افکار و قوانین ذهنی خود نشوند و در عوض، شیوه‌هایی برای تعامل موثرتر با دنیایی که به طور مستقیم تجربه می‌شود بیابند.

بنابراین، اجتناب تجربی فرآیند تغییر در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد است. از آنجایی که اجتناب کردن، قدرت افکار و هیجاناتی را که مورد اجتناب قرار گرفته اند، افزایش می‌دهد؛ بنابراین، اثر متناقضی برای اجتناب تجربه‌ای وجود دارد؛ بنابراین؛ درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد ابتدا از طریق آموزش مستقیم، فضایی را برای نگرش مثبت به افکار و احساسات مرتبط با اجتناب تجربی فراهم می‌کند (پالیلیوناس و همکاران، ۲۰۱۸، نقل در یداللهی، شکیب و یوسفی، ۱۴۰۰)؛ بنابراین، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، موقعیتی را به وجود می‌آورد که طی آن مبتلایان به اختلال وسواس اجبار نسبت به راه کارهای کنترلی خود مبنی بر تلاش در جهت حذف افکار و احساسات، احساس درماندگی کنند. در نهایت این وضعیت زمینه را برای معرفی پذیرش به عنوان یک راه حل جایگزین فراهم می‌کند و این پذیرش فرصتی می‌شود تا مبتلایان به اختلال وسواس اجبار به جای تمرکز مداوم بر افکار و احساسات منفی و رفتارهای اجتنابی به امور مهم و ارزشمند زندگی خود و سایر توانایی‌های که دارند، بپردازند. با توجه به یافته‌های به دست آمده ملاحظه می‌شود که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر عدم تحمل بلا تکلیفی در مبتلایان به اختلال وسواس اجبار مؤثر است. نتایج این پژوهش با پژوهش ملکی پیربازاری و همکاران (۱۴۰۰)، دانش میرکهن (۱۳۹۹)، فرجی (۱۳۹۹)، اصلی و همکاران (۱۳۹۸)، ایزدی (۱۳۹۱)، فیلیپ و چریان (۲۰۲۱)، تامپسون و همکاران (۲۰۲۱)، توهینگ و همکاران (۲۰۱۵) همسو بود. در تبیین این یافته می‌توان گفت که در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، اعتقاد بر این است که افکار فرآورده یک ذهن طبیعی هستند. آنچه که افکار را به باور تبدیل می‌کند، آمیخته شدن فرد به محتوای افکار می‌باشد (فلیپ و چریان، ۲۰۲۱) وقتی که فردی طبق محتوای یک فکر (برای مثال وقتی سرم درد می‌کند، نمی‌توانم جلوی خودم را بگیرم) عمل می‌کند، یعنی عمل خوردن با محتوای آن فکر آمیخته شده است و حاصل این آمیختگی، پرخوری می‌باشد که خودالگویی از اجتناب تجربی محسوب می‌شود

نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد که نمره متغیر اجتناب تجربه‌ای در گروه درمان پذیرش و تعهد و در مرحله پس-آزمون بالاتر از پیش‌آزمون است. همچنین اجتناب تجربه‌ای در مرحله پیگیری بالاتر از پیش‌آزمون است. با این حال، نمرات پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری با هم نداشتند. نمره متغیر عدم تحمل بلا تکلیفی در گروه درمان پذیرش و تعهد و در مرحله پس‌آزمون پایین‌تر از پیش‌آزمون است. همچنین عدم تحمل بلا تکلیفی در مرحله پیگیری پایین‌تر از پیش‌آزمون است. با این حال، نمرات پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری با هم نداشتند. نمره متغیر باورهای فراشناختی در گروه درمان پذیرش و تعهد و در مرحله پس‌آزمون بالاتر از پیش‌آزمون است. همچنین باورهای فراشناختی در مرحله پیگیری بالاتر از پیش‌آزمون است. با این حال، نمرات پس‌آزمون و پیگیری تفاوت معناداری با هم نداشتند.

بحث و نتیجه‌گیری

با توجه به یافته‌های به دست آمده ملاحظه می‌شود که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر اجتناب تجربه‌ای در مبتلایان به اختلال وسواس اجبار مؤثر است. نتایج این پژوهش با پژوهش ملکی پیربازاری و همکاران (۱۴۰۰)، دانش میرکهن (۱۳۹۹)، فرجی (۱۳۹۹)، اصلی و همکاران (۱۳۹۸)، ایزدی (۱۳۹۱)، فیلیپ و چریان (۲۰۲۱)، تامپسون و همکاران (۲۰۲۱)، توهینگ و همکاران (۲۰۱۵) همسو بود. در تبیین این یافته می‌توان گفت که در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، اعتقاد بر این است که افکار فرآورده یک ذهن طبیعی هستند. آنچه که افکار را به باور تبدیل می‌کند، آمیخته شدن فرد به محتوای افکار می‌باشد (فلیپ و چریان، ۲۰۲۱) وقتی که فردی طبق محتوای یک فکر (برای مثال وقتی سرم درد می‌کند، نمی‌توانم جلوی خودم را بگیرم) عمل می‌کند، یعنی عمل خوردن با محتوای آن فکر آمیخته شده است و حاصل این آمیختگی، پرخوری می‌باشد که خودالگویی از اجتناب تجربی محسوب می‌شود

مرگ از شمار مسائل مربوط به زندگی و بی‌اعتنایی به جنبه‌های مردن، انزوا و دوری‌گزینی، باعث رنج و تشدید ترس از افراد می‌شود و هیچ‌گونه آرامشی برای انسان به ارمغان نخواهد آورد (یدالهی و همکاران، ۱۴۰۰). این‌گونه رفتارها از دیدگاه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، نوعی اجتناب محسوب می‌شود. این درمان به جای تغییر دادن افکار و احساسات فرد به دنبال تغییر رابطه مبتلایان به اختلال وسواس اجبار با این افکار و احساسات است و به این منظور با استفاده از تکنیک‌های پذیرش افکار و احساسات به جای اجتناب از آن‌ها و تکنیک‌های ذهن آگاهی به منظور افزایش توجه و آگاهی فرد نسبت به افکار، هیجانات و تمایلات، باعث افزایش انعطاف‌پذیری روان‌شناختی، هماهنگ شدن رفتارهای سازگارانه فرد و افزایش توانایی فرد در جهت فعالیت‌های انفرادی و اجتماعی شود و عدم تحمل بلا تکلیفی مبتلایان به اختلال وسواس اجبار را بهبود می‌بخشد.

با توجه به یافته‌های به دست آمده ملاحظه می‌شود که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر باورهای فراشناختی مثبت در مبتلایان به اختلال وسواس اجباری مؤثر است. نتایج این پژوهش با پژوهش ملکی پیربازاری و همکاران (۱۴۰۰)، دانش میرکهن (۱۳۹۹)، فرجی (۱۳۹۹)، اصلی و همکاران (۱۳۹۸)، ایزدی (۱۳۹۱)، فیلیپ و چریان (۲۰۲۱)، تامپسون و همکاران (۲۰۲۱)، توهینگ و همکاران (۲۰۱۵) همسو بود. در تبیین این یافته می‌توان گفت که این شیوه آموزشی به مبتلایان به اختلال وسواس اجبار کمک می‌کند تا با بهبود باورهای فراشناختی مثبت طبق ارزش‌های انسانی عمل کند و کیفیت زندگی خود را ارتقاء دهد (سیمونز و کئورساوی، ۲۰۱۹). مبتلایان به اختلال وسواس اجبار با افزایش باورهای فراشناختی مثبت در مقابل مشکلات از نظر روان‌شناختی پذیرا تر می‌شوند و به جای موضع انفعالی به هنگام مواجهه با مشکلات، خود عامل و فاعل هستند و برای حل مسأله اقدام می‌کنند. چنین وضعیتی به نوبه خود می‌تواند زمینه بهبود عملکرد را در مبتلایان به اختلال وسواس اجبار در اکثر موضوع‌ها و محورهای زندگی اجتماعی و روان‌شناختی فراهم کند. در فرایند درمان تعهد و پذیرش، باورهای فراشناختی مثبت به عنوان اساس سلامت روان‌شناختی شناخته می‌شود و به

عدم تحمل بلا تکلیفی در مبتلایان به اختلال وسواس اجبار مؤثر بوده است. به نظر می‌رسد درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با تغییر نوع فکر و تغییرات نحوه فکر کردن و برداشت از رنج‌ها و آسیب‌هایی که مستلزم زندگی بشری است به میزان زیادی می‌تواند هیجانات منفی از قبیل عدم تحمل بلا تکلیفی در مبتلایان به اختلال وسواس اجبار را کاهش دهد. لذا درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد توانسته با آموزش تکنیک‌ها و راهبردها به این مبتلایان به اختلال وسواس اجبار آموزش دهد که با رنج‌های زندگی چگونه کنار بیایند، ارزش‌های زندگی‌شان را شناسایی و در راستای آن قدم بردارند، هیجانات منفی و ناپاک خویش را جزئی از مراحل انسان بودن خویش بدانند و نحوه برخورد با این هیجانات را یاد بگیرند (فراغب و همکاران، ۲۰۲۰). علت این تأثیر، تغییر در نگرش مراجعان نسبت به علت ایجاد افکار غیرمنطقی، سیکل منفی و معیوب این افکار و هدف آموزش، شروع تمرینات مبتنی بر آگاهی و ایجاد درماندگی خلاق نسبت به راه حل‌های گذشته، گسلس شناختی و تأکید بر عمل متعهدانه است. ترغیب مبتلایان به اختلال وسواس اجبار به روشن کردن ارزش‌ها، تعیین اهداف، پیش‌بینی موانع و نهایتاً، تعهد به انجام اعمالی در راستای دستیابی به اهداف و حرکت در جهت ارزش‌ها، علی‌رغم وجود مشکلات باعث می‌شود تا ضمن تحقق اهداف و شادکامی ناشی از آن بر ارتقاء و بهبود کیفیت زندگی مبتلایان به اختلال وسواس اجبار می‌افزاید، او را گیر افتادن در حلقه‌ای از افکار و احساسات منفی رهایی بخشد (پاپاگیئوگیئو و همکاران، ۲۰۱۸، نقل در یدالهی، شکیب و یوسفی، ۱۴۰۰). آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد از دو طریق انعطاف‌ناپذیری روان‌شناختی را از بین می‌برد؛ از یک سو درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با تقویت فرآیندهای ذهن آگاهی از جمله پذیرش، گسلس و ارتباط با زمان حال (تماس فعال با محرک‌های درونی و بیرونی، بدون تلاش برای تغییر دادن شکل یا فراوانی آن‌ها)، به مراجعان کمک می‌کند بدون اجتناب از تجارب درونی و بیرونی به آن‌ها پاسخ دهند و از سوی دیگر در آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد، تعهد به ارزش‌ها است و مراجعان ترغیب می‌شوند تا آن‌چه را که در ابعاد مختلف زندگی برای آن‌ها مهم هستند بررسی و شناسایی کنند. بیرون راندن

پیشنهاد می‌شود در پژوهش‌های آتی پژوهش‌گر از یک متخصص به عنوان درمانگر و آموزش درمان در پژوهش خویش سود جوید تا احتمال سوگیری در پژوهش کاهش یابد. پیشنهاد می‌شود که این پژوهش در سایر شهرها نیز صورت گیرد و نتایج آن مورد ارزیابی قرار گیرد. پیشنهاد می‌شود این پژوهش پس از آموزش گروهی به صورت مشاوره فردی نیز پیگیری شود. با توجه به تأثیر درمان پذیرش و تعهد بر اجتناب تجربه‌ای، عدم تحمل بلا تکلیفی و باورهای فراشناختی مثبت در مبتلایان به اختلال وسواس اجبار پیشنهاد می‌گردد روان‌شناسان از درمان پذیرش و تعهد به صورت گسترده‌ای بهره‌گیرند. با توجه به یافته‌های پژوهش حاضر، می‌توان به متخصصان سلامت روان و افراد فعال در حوزه سلامت و بهداشت توصیه کرد که با طراحی و کاربرد روش‌های مناسب الهام گرفته شده از درمان پذیرش و تعهد بر سلامت روان مبتلایان به اختلال وسواس اجبار بیافزایند.

موازین اخلاقی

در این پژوهش موازین اخلاقی شامل اخذ رضایت آگاهانه، تضمین حریم خصوصی و رازداری رعایت شد. با توجه به شرایط و زمان تکمیل پرسشنامه‌ها ضمن تأکید به تکمیل تمامی سؤال‌ها، شرکت‌کنندگان در مورد خروج از پژوهش مختار بودند. پس از اتمام پژوهش گروه گواه نیز تحت مداخله قرار گرفتند.

تشکر و قدردانی

این پژوهش به عنوان رساله دکتری رشته روان‌شناسی عمومی دانشگاه آزاد اسلامی واحد بوشهر انجام گرفته است. بدین وسیله از همه کسانی که در انجام دادن پژوهش یاری رساندند، سپاسگزاری می‌شود.

مشارکت نویسندگان

پژوهش حاضر حاصل اقتباس از رساله دکتری نویسنده اول بود که توسط معاونت پژوهشی دانشگاه آزاد اسلامی واحد بوشهر به تصویب رسیده است. نویسنده این پژوهش در طراحی، مفهوم‌سازی، روش‌شناسی، گردآوری داده‌ها، تحلیل آماری داده‌ها، پیش‌نویس، ویراستاری و نهایی‌سازی نقش داشت.

افراد کمک می‌کند تا مسئولیت تغییر رفتارهای خود را بپذیرند و هر زمان که لازم بود؛ تغییر کنند و در واقع این آموزش به دنبال متعادل کردن شیوه‌های متناسب با موقعیت است (ولز و همکاران، ۲۰۱۸).

در حوزه‌هایی که مثل رفتار آشکار قابل تغییر است؛ بر تغییر متمرکز می‌شود و در حوزه‌هایی که تغییر امکان‌پذیر نیست؛ بر پذیرش و تمرین‌های ذهن آگاهی تمرکز می‌کند. همچنین نتایج حاکی از تاثیرگذاری آموزش مبتنی بر پذیرش و تعهد بر بهبود شناختی هیجان تأیید بوده‌اند. در تبیین این یافته می‌توان اینگونه بیان کرد که درمان پذیرش و تعهد با آموزش ناامیدی خلاق به افراد کمک می‌کند تا نسبت به هیجان‌ها و شناخت‌های خود، آگاهی یابند و راهبردهای ناسازگار پیشین خود را به منظور دستیابی به اهداف بهتر و سازگارانه‌تر کنار بگذارند. به همین دلیل این شیوه آموزشی مراجع را از چنگ کشمکش خودتخریبی که گرفتار آن شده و ممکن است او را به سمت آزار رساندن به خود و دیگری و پناه بردن به راه حل‌های هیجان مدار مانند رفتارهای پرخطر سوق دهد؛ رها می‌سازد و باعث بهبود باورهای فراشناختی مثبت و ارتقای سلامت روانی و اجتماعی مبتلایان به اختلال وسواس اجبار می‌شود.

محدودیت عمده این پژوهش مربوط به روایی بیرونی می‌باشد چرا که جامعه آماری پژوهش گروه خاصی از جامعه، یعنی زنان مبتلا به اختلال وسواس اجبار مراجعه‌کننده به مراکز مشاوره و روان‌درمانی شهر تهران بودند، لذا امکان تعمیم نتایج به کل جامعه با محدودیت روبه‌رو است. جمع‌آوری اطلاعات در این پژوهش براساس مقیاس‌های خودگزارش‌دهی بود. بنابراین، محدودیت دیگر این پژوهش مربوط به اندازه‌گیری می‌باشد؛ چرا که ممکن است بازخورد یا نظرات و خودگزارشی افراد در مورد خود که از این آزمون‌ها به دست می‌آید با آن چیزی که واقعا در عمل و رفتار فرد می‌توانیم مشاهده کنیم، متفاوت باشد. طرح پژوهشی نیمه آزمایشی بوده است و لذا مزایای طرح‌های آزمایشی حقیقی را ندارد. در پژوهش‌های آتی از سایر رویکردهای درمانی نیز در مقایسه با این روش استفاده گردد تا امکان مقایسه اثربخشی درمان پذیرش و تعهد با سایر رویکردها فراهم گردد.

تعارض منافع

بنا بر اظهار نویسندگان، این مقاله حامی مالی و تعارض منافع ندارد.

منابع

- اصلی، مسلم؛ منشی، غلامرضا؛ قمرانی، امیر. (۱۳۹۸). اثربخشی درمانگری مبتنی بر پذیرش و تعهد بر نشانگان وسواس-ناخودداری و درآمیختگی فکر و عمل در دانش آموزان مبتلا به اختلال وسواس-ناخودداری. *فصلنامه علوم روان‌شناختی*، ۷۳ (۱۰)، ۶۷-۷۶.
- افتخارزاده، راضیه؛ حسینیان، سیمین؛ شمس، جمال؛ یزدی، سیده منصوره. (۱۳۹۵). اثربخشی آموزش روان‌شناختی بر هیجان ابراز شده و کاهش شدت اختلال در مبتلایان به وسواس فکری-عملی. *مطالعات روان‌شناختی*، ۱۲ (۲)، ۸۳-۶۸.
- ایزدی، راضیه. (۱۳۹۱). بررسی و مقایسه اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان شناختی رفتاری بر علائم و باورهای وسواسی، کیفیت زندگی، انعطاف پذیری روان‌شناختی، افسردگی و اضطراب بیماران مبتلا به وسواس فکری و عملی مقاوم به درمان. پایان نامه دکتری تخصصی، دانشگاه اصفهان.
- برقی، شیماسادات؛ روشن، رسول؛ بهرامی، هادی. (۱۳۹۹). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و معنویت درمانی به شیوه گروهی بر بهبود شدت علائم و باورهای وسواسی و کیفیت زندگی افراد مبتلا به اختلال وسواس فکری و عملی. *مجله مطالعات ناتوانی*، ۱۰ (۱)، ۱۲-۶.
- حیدریان فر، نرگس، امان الهی، عباس، خجسته مهر، رضا، ایمانی، مهدی. (۱۳۹۳). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (ACT) در درمان پریشانی زوج‌ها. دانش میرکهن، رویا سادات. (۱۳۹۹). *مقایسه اثربخشی درمان پذیری و تعهد و شناختی درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی بر خودکنترلی هیجانی، انعطاف پذیری عاطفی و ارزشمندی زندگی در زنان دارای وسواس خرید*. پایان نامه دکتری تخصصی، دانشگاه آزاد اسلامی واحد اردبیل.
- غضنفری، فیروزه؛ امیری، فاطمه؛ زنگی آبادی، معصومه. (۱۳۹۴). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان فراشناختی بر بهبود علائم وسواس-جبری زنان به اختلال وسواس-اجباری شهر خرم آباد. *مجله مطالعات ناتوانی*، ۵ (۱۱)، ۹-۱.
- ظهیری ناو، بیژن، و رجبی، سوران (۲۰۱۸). بررسی ارتباط گروهی از متغیرها با کاهش انگیزش تحصیلی دانشجویان رشته زبان و ادبیات فارسی. *دانشور رفتار*، ۱۶: ۸۰-۶۹.
- ملکی پیربازاری، معصومه؛ نریمانی، محمد؛ میکائیلی، نیلوفر؛ ابوالقاسمی، عباس. (۱۴۰۰). اثربخشی درمان پذیرش و تعهد بر بهبود علائم و افزایش کیفیت زندگی بیماران مبتلا به اختلال وسواسی-اجباری در تعامل با سابقه خانوادگی وسواس. *نشریه روان‌شناسی نوین*، ۱ (۲)، ۵۰-۳۷.
- یداللهی اردستانی، شیرین، شکیب، نیلوفر، یوسفی، سارا. (۱۴۰۰). اثربخشی شناخت درمانی هیجان مدار بر انعطاف پذیری شناختی و نشخوار فکری نوجوانان مبتلا به وسواس فکری عملی. *دوفصلنامه مطالعات روان‌شناختی نوجوان و جوان*، ۲ (۱): ۱۷۰-۱۶۰.
- Angelakis, I., & Gooding, P. (2020). Obsessive-compulsive disorder and suicidal experiences: The role of experiential avoidance. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 50(2), 359-371.
- Bai, Z., Luo, S., Zhang, L., Wu, S., & Chi, I. (2020). Acceptance and commitment therapy (ACT) to reduce depression: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 260, 728-737.
- Buher, K., Dugas, M.J. (2006) Investigating the construct validity of intolerance uncertainty and its unique relationship with worry. *Anxiety disorder*; 20: 222-236.
- Bond, F.W., Hayes, S.C., Baer, R.A., Carpenter, K.M., Guenole, N., Orcutt, H.K., et al. (2011). Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire-II: a revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance. *Behavior Therapy*, 42(4), 676-88.
- Hayes, S. C. (2019). Acceptance and commitment therapy: towards a unified model of behavior change. *World Psychiatry*, 18(2), 226.
- Hezel, D. M., Stewart, S. E., Riemann, B. C., & McNally, R. J. (2019). Clarifying the thought-action fusion bias in obsessive-compulsive disorder. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 20, 75-84.
- Hood, H. K., Wilson, G. A., Koerner, N., McCabe, R. E., Rowa, K., & Antony, M. M. (2019). Poor insight in obsessive-compulsive disorder: Examining the role of cognitive and metacognitive variables. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 23, 100447.
- Hooper, N., Larsson, A., & Hayes, S. C. (2015). *The research journey of acceptance and*

- computerized interpretation training. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 12, 15-22.
- Thompson, B. L., Twohig, M. P., & Luoma, J. B. (2021). Psychological flexibility as shared process of change in acceptance and commitment therapy and exposure and response prevention for obsessive-compulsive disorder: A single case design study. *Behavior Therapy*, 52(2), 286-297.
- Twohig, M. P., Vildardaga, J. C. P., Levin, M. E., & Hayes, S. C. (2015). Changes in psychological flexibility during acceptance and commitment therapy for obsessive compulsive disorder. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 4(3), 196-202.
- Vicheva, P., Butler, M., & Shotbolt, P. (2020). Deep brain stimulation for obsessive-compulsive disorder: A systematic review of randomised controlled trials. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 109, 129-138.
- Wells A. (2009). Metacognitive therapy for anxiety and depression. New York, London: Guilford Press.
- Wells, A., McNicol, K., Reeves, D., Salmon, P., Davies, L., Heagerty, A., & Fisher, P. (2018). Metacognitive therapy home-based self-help for cardiac rehabilitation patients experiencing anxiety and depressive symptoms: study protocol for a feasibility randomised controlled trial (PATHWAY Home-MCT). *Trials*, 19(1), 1-13.
- Wheaton, M. G., Messner, G. R., & Marks, J. B. (2021). Intolerance of uncertainty as a factor linking obsessive-compulsive symptoms, health anxiety and concerns about the spread of the novel coronavirus (COVID-19) in the United States. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 28, 100605.
- commitment therapy (ACT). Basingstoke, UK: Palgrave Macmillan.
- Kayser, R. R., Haney, M., Raskin, M., Arout, C., & Simpson, H. B. (2020). Acute effects of cannabinoids on symptoms of obsessive-compulsive disorder: A human laboratory study. *Depression and anxiety*, 37(8), 801-811.
- Kim, J. E., & Lee, S. J. (2020). Thought-Action Fusion as Predictors of Obsessive-Compulsive Symptom Dimensions. *Psychiatry Investigation*, 17(12), 1226.
- Levy, H. C., Hannan, S. E., Diefenbach, G. J., & Tolin, D. F. (2018). Change in obsessive beliefs in therapist-directed and self-directed exposure therapy for obsessive-compulsive disorder. *Journal of obsessive-compulsive and related disorders*, 18, 1-7.
- Mauzay, D., Spradlin, A., & Cuttler, C. (2016). Devils, witches, and psychics: The role of thought-action fusion in the relationships between obsessive-compulsive features, religiosity, and paranormal beliefs. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 11, 113-120.
- Meraj, M. B., Singh, S., Kar, S. K., Sharma, E., & Sarraf, S. R. (2020). Metacognitions in Symptomatic and Remitted Patients with Obsessive Compulsive Disorder: Preliminary Evidence for Metacognitive State and Trait Markers. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 0253717620975295.
- Onaral, G. (2021). Effectiveness of Third Wave Therapies for Treatment of Obsessive-Compulsive Disorder: A Review. *Current Approaches in Psychiatry/Psikiyatride Guncel Yaklasimlar*, 13(2).
- Philip, J., & Cherian, V. (2021). Acceptance and Commitment Therapy in Obsessive-Compulsive Disorder: A Case Study. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 0253717621996734.
- Pozza, A., Domenichetti, S., Giaquinta, N., & Davide, D. (2017). Efficacy of cbt plus acceptance & commitment therapy versus cbt alone for obsessive-compulsive disorder. Protocol for a randomised single-blinded superiority trial. *Eur Psychiatry*, 41.
- Simons, M., & Kursawe, A. L. (2019). Metacognitive therapy for posttraumatic stress disorder in youth: a feasibility study. *Frontiers in Psychology*, 10, 264.
- Siwiec, S. G., Davine, T. P., Kresser, R. C., Rohde, M. M., & Lee, H. J. (2017). Modifying thought-action fusion via a single-session