

اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تنظیم شناختی هیجان و تحمل ابهام دانش‌آموزان مبتلا به اختلال وسواس فکری- عملی

مسلم اصلی‌آزاد^۱، غلامرضا منشئی^۲، امیر قمرانی^۳

تاریخ دریافت: ۹۸/۰۴/۳۱

تاریخ پذیرش: ۹۸/۰۸/۱۰

چکیده

پژوهش حاضر با هدف بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تنظیم شناختی هیجان و تحمل ابهام دانش‌آموزان مبتلا به اختلال وسواس فکری- عملی انجام گرفت. پژوهش حاضر نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون- پس‌آزمون با گروه کنترل و مرحله پیگیری دو ماهه بود. جامعه آماری پژوهش حاضر، شامل دانش‌آموزان مبتلا به اختلال وسواس فکری- عملی شهر اصفهان در سال تحصیلی ۹۷-۱۳۹۶ بود. در این پژوهش تعداد ۳۰ دانش‌آموز دوره متوسطه اول مبتلا به اختلال وسواس فکری- عملی با روش نمونه‌گیری غیرتصادفی هدفمند انتخاب و با گمارش تصادفی در گروه‌های آزمایش و کنترل گمارده شدند (۱۵ دانش‌آموز در گروه آزمایش و ۱۵ دانش‌آموز در گروه کنترل). گروه آزمایش مداخله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را طی سه ماه در ۱۰ جلسه ۷۵ دقیقه‌ای دریافت نمودند. پرسشنامه‌های مورد استفاده در این پژوهش شامل پرسشنامه وسواس هاجسون و راجمن (۱۹۸۰)، پرسشنامه تنظیم شناختی هیجان گروس و جان (۲۰۰۳) و پرسشنامه تحمل ابهام مک‌لین (۱۹۹۳) بود. داده‌های حاصل از پژوهش به شیوه تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت. نتایج نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تنظیم شناختی هیجان و تحمل ابهام دانش‌آموزان مبتلا به اختلال وسواس فکری- عملی تأثیر معناداری داشته است ($p < 0/05$). بدین صورت که این درمان توانسته منجر به بهبود تنظیم شناختی هیجان و تحمل ابهام دانش‌آموزان مبتلا به اختلال وسواس فکری- عملی شود. بر اساس یافته‌های پژوهش حاضر می‌توان چنین نتیجه گرفت که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با بهره‌گیری از فونونی همانند کاربرد تکنیک‌های ذهنی،

۱. دانشجوی دکتری روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران.

۲. دانشیار روان‌شناسی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد اصفهان (خوراسگان)، اصفهان، ایران. (نویسنده مسئول)
smanshaee@yahoo.com

۳. استادیار روان‌شناسی و آموزش کودکان با نیازهای خاص، دانشگاه اصفهان، اصفهان، ایران.

مشاهده خود به عنوان زمینه، تکنیک‌های گسلش شناختی، تصریح ارزش‌ها و عمل متعهدانه می‌تواند به عنوان یک درمان کارآمد جهت بهبود تنظیم شناختی هیجان و تحمل ابهام دانش‌آموزان مبتلا به اختلال وسواس فکری- عملی مورد استفاده گیرد.

واژگان کلیدی: اختلال وسواس فکری- عملی، تنظیم شناختی هیجان، تحمل ابهام، درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد.

مقدمه

یکی از اختلال‌های روان‌شناختی مزمن که سلامت روانی، هیجانی و ارتباطی افراد مبتلا را با آسیب جدی مواجه می‌سازد، اختلال وسواس فکری- عملی^۱ است. این اختلال به عنوان یکی از اختلال‌های روان‌شناختی آسیب‌زا، به وسیله افکار تکرارشونده، مقاوم و رفتارهای تکراری همراه با اضطراب شناخته می‌شود. عموم افراد مبتلا، دارای هر دو علائم فکری و عملی هستند. افکار و اعمال تکراری حاصل از اختلال وسواس فکری- عملی، اموری لذت‌بخش و ارادی نیستند. این افکار به شکل غیرارادی بروز کرده و معمولاً در افراد ایجاد نگرانی و اضطراب می‌کند (مک‌گاب، رووا، فارل، یانگ، سویینسون و آنتونی^۲، ۲۰۱۹). علی‌رغم مقاومت ذهنی، فرد در نهایت در برابر میل مقاومت‌ناپذیر برای اجرای آیین‌های این اختلال، تسلیم می‌شود. شست‌وشو، واریسی، رفتارها یا عبارات تکراری خاص، نظم و ترتیب، احتکار و آیین‌های ذهنی شایع‌ترین اعمال وسواسی هستند که انجام هر کدام از آنها برای فرد مبتلا ایجاد پریشانی روان‌شناختی می‌کند (آناند، سادھیر، ماث و تناراسا^۳، ۲۰۱۱، اصلی‌آزاد، منشی و قمرانی، ۱۳۹۸). افکار وسواسی و تصاویر ذهنی یا تکانه‌های ناخواسته، عودکننده، مداوم و مزاحم بوده که کنترل آنها برای فرد مبتلا بسیار دشوار به نظر می‌رسد. در حالی که فرد به بی‌معنی بودن این افکار واقف است، اما باز وجود این افکار برای فرد ایجاد آشفتگی روان‌شناختی و هیجانی می‌کند (آمریو، مانیا و قائمی^۴، ۲۰۱۸).

اختلال وسواس فکری- عملی به عنوان یک اختلال اضطرابی پیچیده، تضعیف‌کننده و مزمن، ۲ تا ۳ درصد کودکان و بزرگسالان را متاثر می‌سازد (بارتون و هیمن^۵، ۲۰۱۶). این

1. Obsessive- Compulsive Disorder
2. McCabe, Rowa, Farrell, Young, Swinson & Antony
3. Anand, Sudhir, Math & Thenarasu
4. Amerio, Maina & Ghaemi
5. Barton & Heyman

اختلال مشکلی جدی در زمینه سلامت روان محسوب می‌شود که شروع آن حداقل در نیمی از مراجعان در دوران کودکی و نوجوانی بوده است (گنجی، ۱۳۹۲). شدت این افکار و اعمال و سواسی به اندازه‌ای است که بسیار برای بیمار وقت گیر (بیش از یک ساعت در روز) و منجر به پریشانی یا آسیب قابل ملاحظه می‌شوند (ایزدی و عابدی، ۱۳۹۱). شواهدی وجود دارد که نشان می‌دهد نوجوانان نیز به طور کلی افکار مزاحمی را تجربه می‌کنند که متفاوت از افکار تجربه شده در اختلال و سواس فکری - عملی نبوده و شبیه علائم اختلال و سواس فکری و عملی بزرگسالان است. اگر این افکار منجر به ناراحتی شده و یا به شیوه فعال‌تر مدیریت شوند معمولاً برای مدت طولانی‌تری تداوم می‌یابند (وایت و ویلیامز، ۲۰۰۹؛ ترجمه محمدخانی و همکاران، ۱۳۹۳). اختلال و سواس بدلیل خاصیت ناتوان‌کنندگی می‌تواند حیطه‌های مختلف رشد و تحول کودکان و نوجوانان را متأثر ساخته و از این طریق عملکرد کلی آنان را با آسیب جدی مواجه سازد (رینولدس، گرادیسار و آلفانو، ۲۰۱۵؛ استروچ، مک‌گیر، اشنایدار و اسمال، ۲۰۱۹).

یکی از متغیرهایی که نقشی برجسته در بروز و تداوم اختلال و سواس فکری و عملی نقش دارد، تحمل ابهام^۴ است. چرا که عدم تحمل ابهام نقش اصلی را در ایجاد و تداوم نگرانی افراطی ایفا می‌کند (کریگر^۵ و همکاران، ۲۰۱۳؛ فالر، فرگاس، بایلی و وو^۶، ۲۰۱۷؛ گیلت، بیلک، هانا و فیتزگرا^۷، ۲۰۱۸). چنانکه برخی از پژوهش‌ها به بررسی نقش تحمل ابهام در این اختلال پرداخته‌اند (توفالو، هاوت، انگلها^۸، ۲۰۱۴). عدم تحمل ابهام می‌تواند باعث شکل‌گیری نیروی برانگیزاننده‌ای شود که می‌تواند با فراخواندن نگرانی و سواس‌های فکری و عملی، با اختلال‌های مختلفی در ارتباط باشد. با وجود اینکه نگرانی و نشخوار فکری منجر به تداوم آسیب می‌گردد، بیماران به کرات در دام آن گیر می‌افتند. این نوع درگیر شدن در فرآیندهایی که زیان‌هایی نیز برای بیماران دارد، به دلیل فوایدی

1. Wait & Williams
2. Reynolds, Gradisar & Alfano
3. Storch, McGuire, Schneider & Small
4. Intolerance of uncertainty
5. Krieger
6. Faleer, Fergus, Bailey & Wu
7. Gillett, Bilek, Hanna & Fitzgerald
8. Toffolo, Hout, Engelhard, Hooge & Cath

است که این افراد برای نگرانی و نشخوار فکری در نظر گرفته‌اند (هازل، استیوارت، ریمان و مک‌نالی^۱، ۲۰۱۹).

پژوهش‌های گذشته نشان داده‌اند که افراد مبتلا به اختلال وسواس فکری- عملی در مولفه‌های مربوط به هیجان همچون بازداری هیجانی^۲، بازشناسی هیجانی^۳، پردازش هیجانی^۴ و توانش هیجانی^۵ دچار آسیب‌های جدی‌اند (قمری گیوی، ایمانی، برهمند و صادقی موحد، ۱۳۹۱). نقص در عملکرد این مولفه‌ها می‌تواند سبب شود که افراد دارای اختلال وسواس فکری و عملی در تنظیم شناختی هیجان نیز دارای مشکل باشند (برمن، شاو، کارلی و ویلهلم^۶، ۲۰۱۸؛ تورسن، ویت، وریس، کاث، ولتمان^۷ و همکاران، ۲۰۱۸). فرآیندهای تنظیم هیجان افراد، بر دریافت و ادراک اینکه چه هیجان‌هایی را تجربه می‌کنند، چه موقع آنها را تجربه می‌کنند و چگونه آنها را بیان می‌نمایند، تأثیر می‌گذارد و این فرآیند تنظیم هیجان به صورت ساختار وسیعی در نظر گرفته می‌شود که تعدادی از فرآیندهای تنظیمی خصیصه‌های زیربنایی و اساسی هیجان‌ها مثل واکنش‌پذیری فیزیولوژیایی، اجتماعی، رفتاری، فرآیندهای شناختی و نیز تنظیم تجربه هیجان‌ها را در خود جای می‌دهد (لی، لی، وا و وانگ^۸، ۲۰۱۹؛ جورمان و استانتون^۹، ۲۰۱۶). مطالعات متعدد نشان دهنده نقش اثربخش تنظیم شناختی هیجان در بروز آسیب‌های روان‌شناختی و هیجانی بوده است. چنانکه مالسزا^{۱۰} (۲۰۱۹)، بنفر، باردین و کلامس^{۱۱} (۲۰۱۸)، هریویک، اپیالا، کاتاپان، واتر^{۱۲} و همکاران (۲۰۱۸) و کیروان، پیکت و جارت^{۱۳} (۲۰۱۷) نشان داده‌اند که تنظیم شناختی هیجان می‌تواند در به راه انداختن، افزایش دادن، حفظ کردن یا کاهش دادن هیجان‌های مثبت همانند بهزیستی روان‌شناختی و هیجان‌ها

1. Hezel, Stewart, Riemann & McNally
2. Emotional inhibition
3. Emotion recognition
4. Emotional processing
5. Emotional Competence
6. Berman, Shaw, Curley & Wilhelm
7. Thorsen, Wit, Vries, Cath, Veltman
8. Li, Li, Wu & Wang
9. Joormann & Stanton
10. Malesza
11. Benfer, Bardeen & Clauss
12. Herwig, Opialla, Cattapan & Wetter
13. Kirwan, Pickett & Jarrett

منفی همچون افسردگی و اضطراب، نقش ایفا کند؛ زیرا فرایندهای فیزیولوژیکی، رفتاری و تجربی را تحت تاثیر قرار می دهد.

روش های درمانی و آموزشی گوناگونی جهت بهبود مولفه های روان شناختی، هیجانی، عاطفی و ارتباطی کودکان و نوجوانان مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی به کار گرفته شده است. یکی دیگر از روش های درمانی پرکاربرد برای اختلال وسواس فکری-عملی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد^۱ است که کارآیی بالینی آن جهت بهبود مولفه های روان شناختی و هیجانی همچون اضطراب و پردازش هیجانی افراد دارای اختلال وسواس فکری و عملی در پژوهش های مختلف نشان داده شده است (مصباح، حجت خواه و گل محمدیان، ۱۳۹۷؛ زمستانی، قلی زاده و علایی، ۱۳۹۷؛ پلگر، تروپنر، دیفن باچر، اسچاد^۲ و همکاران، ۲۰۱۸؛ فلجاس-کانتراس و گومز^۳، ۲۰۱۸؛ اون، لی و توهیگ^۴، ۲۰۱۸؛ توهیگ، آبرامویتز، اسمیت، فابریکنت، جاکوبی^۵ و همکاران، ۲۰۱۸؛ الینبرگ، هافمن، جنسن و فروست هولم^۶، ۲۰۱۷؛ توهیگ، ویلاردگا، لوین و هایز^۷، ۲۰۱۵؛ توهیگ، آبرامویتز، بلات، فابریکنت^۸ و همکاران، ۲۰۱۵). درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد نشأت گرفته از یک تئوری فلسفی به نام عملگرایی است و بر اساس یک برنامه تحقیقاتی در مورد زبان و شناخت پدید آمده است، که نظریه چارچوب رابطه های ذهنی خوانده می شود (کندی، ویتینگ و دیکسون^۹، ۲۰۱۴).

درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با استفاده از شش فرایند مرکزی منجر به انعطاف پذیری روان شناختی در مراجعین می شود. پذیرش^{۱۰}، گسلش^{۱۱}، خود به عنوان زمینه^{۱۲}، ارتباط با زمان

1. Acceptance and Commitment Therapy
2. Pleger, Treppner, Diefenbacher, Schade
3. Flujas-Contreras & Gomez
4. Ong, Lee & Twohig
5. Twohig, Abramowitz, Smith, Fabricant & Jacoby
6. Eilenberg, Hoffmann, Jensen & Frosthalm
7. Twohig, Vilardaga, Levin & Hayes
8. Twohig, Abramowitz, Bluett & Fabricant
9. Kennedy, Whiting & Dixon
10. acceptance
11. defusion
12. self as the context

حال^۱، ارزش‌ها^۲ و عمل متعهدانه^۳، شش فرایندی است که در روش درمانی مبتنی بر پذیرش و تعهد مورد استفاده قرار می‌گیرد (توهیگ و همکاران، ۲۰۱۵). شیوه به کارگیری این شش فرایند بدین صورت است که در ابتدای درمان تلاش می‌شود پذیرش روانی فرد در مورد تجارب ذهنی افزایش یابد و در مقابل اعمالی که کنترل ناموثر را در پی دارد، کاهش یابد. در گام دوم آگاهی روان‌شناختی فرد نسبت به زمان حال در کانون توجه قرار گرفته و نسبت به افزایش آن اقدام می‌شود، یعنی فرد از تمام حالات روانی، افکار و رفتار خود در زمان حال آگاهی می‌یابد. در قدم سوم جداسازی فرد از تجارب ذهنی مورد هدف است، به شکلی که بتواند عمل مستقل از تجارب را در خود نهادینه کند. در گام چهارم، تلاش برای کاهش تمرکز بر خودتجسمی یا داستان شخصی که فرد برای خود در ذهنش ساخته، است. در قدم پنجم، به فرد کمک می‌شود تا ارزش‌های شخصی اصلی خود را شناخته و به طور واضح مشخص سازد و در جهت تبدیل آنها به اهداف رفتاری اقدام نماید. در نهایت ایجاد انگیزه جهت عمل متعهدانه یعنی فعالیت معطوف به اهداف و ارزش‌های مشخص شده به همراه پذیرش تجارب ذهنی (پورفرج عمران، ۱۳۹۰). در درمان مبتنی بر رویکرد شناختی رفتاری کاهش نشانگان اختلال به شکل مستقیم مورد هدف قرار می‌گیرد، در حالی که در درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، سودمندی و کارکرد تجارب روان‌شناختی نظیر افکار، احساسات، خاطرات و احساسات روان‌شناختی مورد هدف قرار می‌گیرد و فعالیت‌های معنادار زندگی بدون توجه به وجودشان پیگیری می‌شود (کروسبی و توهیگ، ۲۰۱۶).

در باب ضرورت انجام پژوهش حاضر باید اشاره کرد که اختلال وسواس فکری-عملی باعث ایجاد اختلال در فرایند بازی کردن، اجتماعی شدن، عملکرد فعال در خانواده و شرکت در مدرسه در نزد کودکان و نوجوانان می‌شود (پورت و گلر، ۲۰۱۸). اختلال در عملکرد تحصیلی نوجوانان نیز می‌تواند مشکل در تمرکز، نداشتن وقت کافی برای تحصیل بدلیل درگیر شدن با تشریفات و شکست یا ناکامی در بازگشت به کارها و تکالیف مدرسه را در پی داشته باشد (آرمسترانگ، ۲۰۱۱). همچنین باید اشاره کرد که عدم درمان اختلال

1. Communication with the present
2. Values
3. Commitment
4. Crosby & Twohig
5. Porth & Geller
6. Armstrong

وسواس فکری-عملی در سنین مدرسه می‌تواند منجر به بروز آسیب‌های بیشتر در دوره بزرگسالی و همچنین پدیدآیی دیگر آسیب‌های روان‌شناختی و هیجانی دیگر همچون افسردگی در نزد این افراد گردد (روزنمان، پیاسنتینی، انیل، برگمان^۱ و همکاران، ۲۰۱۹؛ جونز، مایر، ریمن، ماگنو و مگ‌نالی^۲، ۲۰۱۸). بر این اساس به کارگیری روش‌های درمانی کارآمد می‌تواند به عنوان راهگشایی در جهت بهبود مولفه‌های روان‌شناختی این افراد به شمار رود. حال با توجه به آسیب‌های روان‌شناختی و هیجانی در دانش‌آموزان مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی همچون ضعف در تنظیم شناختی هیجان و تحمل ابهام اهمیت بهره‌گیری از روش‌های درمانی و مداخله‌ای مناسب و از سوی دیگر تأیید کارآیی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در بهبود مولفه‌های روان‌شناختی افراد مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی و سرانجام عدم انجام پژوهشی در راستای بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تنظیم شناختی هیجان و تحمل ابهام دانش‌آموزان مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی، مساله اصلی پژوهش حاضر بررسی اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تنظیم شناختی هیجان و تحمل ابهام دانش‌آموزان مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی است.

روش

روش پژوهش از نوع نیمه‌آزمایشی با طرح پیش‌آزمون-پس‌آزمون با گروه کنترل و دوره پیگیری دو ماهه بود. متغیر مستقل درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و متغیرهای وابسته تنظیم شناختی هیجان و تحمل ابهام دانش‌آموزان مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی بود. در این پژوهش جامعه آماری را تمامی دانش‌آموزان مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی مشغول به تحصیل در مدارس دوره متوسطه اول شهر اصفهان در سال تحصیلی ۹۷-۱۳۹۶ تشکیل می‌دادند. جهت انتخاب حجم نمونه از روش نمونه‌گیری غیر تصادفی هدفمند استفاده شد. بدین صورت که از بین نواحی شش‌گانه آموزش و پرورش شهر اصفهان، ناحیه ۶ انتخاب شد. سپس به منظور شناسایی دانش‌آموزان دارای علائم اختلال وسواس فکری-عملی، پرسشنامه وسواس به تعداد ۳۸۴۰ نسخه در مدارس متوسطه اول دخترانه و پسرانه

1. Rozenman, Piacentini, O'Neill & Bergman

2. Jones, Mair, Riemann, Mugno & McNally

توزیع گردید. پس از جمع‌آوری و نمره‌گذاری پرسشنامه‌ها، تعداد ۳۷۵ پرسشنامه به دلیل عدم پاسخگویی مناسب حذف گردید و تعداد ۳۴۶۵ پرسشنامه مورد تحلیل قرار گرفت. در گام بعد، دانش‌آموزانی که نمرات بالاتر از میانگین در پرسشنامه وسواس به دست آورده بودند، مورد شناسایی قرار گرفتند (نمرات بالاتر از ۱۵). در این مرحله تعداد ۸۹ نفر نمرات بالاتر از میانگین به دست آوردند. سپس این دانش‌آموزان با استفاده از مصاحبه بالینی با بهره‌گیری از پنجمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی^۱ مورد بررسی مجدد قرار گرفته و تعداد ۷۲ نفر از این دانش‌آموزان دارای اختلال وسواس فکری-عملی تشخیص داده شدند. در مرحله آخر تعداد ۳۰ نفر از این دانش‌آموزان که بالاترین نمرات را در پرسشنامه وسواس به دست آورده بودند، انتخاب و به صورت تصادفی در گروه‌های آزمایش و کنترل گمارده شدند (۱۵ دانش‌آموز در گروه آزمایش و ۱۵ دانش‌آموز در گروه کنترل). ملاک‌های ورود به پژوهش شامل: کسب نمره بالاتر از میانگین در پرسشنامه وسواس، داشتن علائم وسواس فکری-عملی با توجه به پنجمین ویرایش راهنمای تشخیصی و آماری اختلالات روانی، برخورداری از سلامت جسمی، بودن در دوره متوسطه اول و داشتن سن ۱۳ تا ۱۷ سال بود. همچنین ملاک‌های خروج از پژوهش نیز شامل: غیبت در دو جلسه آموزشی و عدم همکاری، انجام ندادن تکالیف مشخص شده در دوره آموزشی و بروز حوادث پیش‌بینی نشده بود.

در پژوهش حاضر از پرسشنامه‌های زیر استفاده شده است:

پرسشنامه وسواس-اجبار مادزلی: به منظور بررسی میزان نشانه‌های اختلال وسواس اجبار در بیماران مبتلا از این پرسشنامه استفاده گردید. پرسشنامه وسواس توسط هاجسون و راجمن^۲ در سال ۱۹۸۰ به منظور پژوهش در مورد نوع و حیطه مشکلات وسواس تهیه شده است و دارای ۳۰ سوال است. پاسخ سوالات بصورت صحیح و غلط است. بر این اساس پاسخ‌دهندگان نمراتی بین صفر تا ۳۰ به دست می‌آورند. کسب نمرات بالاتر نشان‌دهنده وجود اختلال وسواس در نزد افراد است. راجمن و هاجسون (۱۹۸۰) روایی همگرا و پایایی با روش آزمون-بازآزمون مجدد این پرسشنامه را رضایت بخش گزارش نموده و روایی سازه این آزمون را در نمونه‌های دارای اختلال وسواس عملی - جبری و افراد فاقد این اختلال

1. Diagnostic and statistical manual of mental disorders fifth revised edition (DSM-V)
2. Rachman & Hodgson

تایید نمودند. نورمن^۱ و همکاران (۱۹۹۶) نیز برای این آزمون هماهنگی درونی را با آلفای کرونباخ ۰/۸۵ گزارش نمودند. در ایران نیز محمدخانی و فرجاد (۲۰۰۹) نقل از محمدخانی، (۲۰۱۳) روایی محتوایی این آزمون را مورد تایید و همچنین پایایی آن را ۰/۷۵ گزارش کرده‌اند.

پرسشنامه تنظیم شناختی هیجانی: پرسشنامه تنظیم شناختی هیجانی توسط گروس و جان در سال ۲۰۰۳ ساخته و دارای ۱۰ سوال و دو خرده‌مقیاس بازداری هیجانی (سوالات ۲، ۴، ۶ و ۹) و ارزیابی مجدد شناختی (سوالات ۱، ۳، ۵، ۷، ۸ و ۱۰) را می‌سنجد. آزمودنی به هر گونه این پرسشنامه بر اساس مقیاس هفت درجه‌ای لیکرت از کاملاً مخالف (نمره یک) تا کاملاً موافق (نمره ۷) پاسخ می‌دهد. دامنه نمرات در این مقیاس از ۱۰ تا ۷۰ است. کسب نمره بالاتر نشان دهنده تنظیم شناختی هیجانی بالاتر در نزد فرد است. ضریب همسانی درونی در خرده‌مقیاس ارزیابی مجدد شناختی برای مردان ۰/۷۲ و برای زنان ۰/۷۹ است. همچنین ضریب همسانی درونی در خرده‌مقیاس بازداری هیجانی برای مردان ۰/۶۷ و برای زنان ۰/۶۹ می‌باشد (گروس و جان، ۲۰۰۳). سلیمانی و حبیبی (۱۳۹۵) در پژوهش خود ضریب آلفای کرونباخ را برای خرده‌مقیاس‌های ارزیابی مجدد شناختی ۰/۷۱ و بازداری هیجانی ۰/۸۱ گزارش کردند. همچنین ضریب آلفای کرونباخ در تحقیق محمدی و موسوی (۱۳۹۴) برای مقیاس ارزیابی مجدد شناختی ۰/۷۹ و برای بازداری هیجانی ۰/۸۱ به دست آمد. پایایی پرسشنامه حاضر در این پژوهش به وسیله ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۰ محاسبه شد.

مقیاس تحمل ابهام: مقیاس تحمل ابهام مک‌لین (۱۹۹۳) از ۲۲ ماده و به منظور ارزیابی میزان تحمل ابهام تشکیل شده است. نسخه بعدی این پرسشنامه در ۱۳ سوال تدوین شده است که در پژوهش حاضر نیز از این فرم استفاده شده است. پاسخ به این مقیاس براساس مقیاس ۵ درجه‌ای لیکرتی (از کاملاً مخالفم: نمره یک تا کاملاً موافقم: نمره ۵) نمره‌گذاری می‌شود. کمترین نمره در این پرسشنامه ۱۳ و بالاترین نمره ۶۵ است. با توجه به شیوه نمره‌گذاری این پرسشنامه، کسب نمره بالاتر نشان دهنده تحمل ابهام پایین‌تر است و بالعکس. این مقیاس از همسانی درونی مناسب (آلفای کرونباخ = ۰/۹۰) برخوردار بوده و همبستگی آن با پرسش‌نامه بلا تکلیفی ۰/۵۷ گزارش شده است که بیانگر روایی سازه مطلوب آن است (سلمانی و حسنی، ۱۳۹۵). مک‌لین (۱۹۹۳) پایایی درونی مناسبی را برای هر دو فرم ۲۲

1. Norman

آیتمی و ۱۳ آیتمی گزارش کرد (به عنوان مثال آلفای کرونباخ فرم ۱۳ آیتمی: ۰/۸۲؛ و فرم ۲۲ آیتمی: ۰/۸۶). آلفای کرونباخ این مقیاس در پژوهش سلمانی و حسنی (۱۳۹۵) نیز ۰/۹۴ و به دست آمد. پایایی پرسشنامه حاضر در این پژوهش به وسیله ضریب آلفای کرونباخ ۰/۸۸ محاسبه شد.

جهت انجام پژوهش ابتدا هماهنگی‌های لازم با مسئولان آموزش و پرورش ناحیه ۶ اصفهان انجام و مجوز حضور در مدارس با شماره نامه ۱۴۲۸-۵-۱۴-۰۴-۹۶ صادر گردید شد. سپس با مراجعه به مدارس متوسطه اول این ناحیه و تعداد ۳۸۴۰ پرسشنامه وسواس جهت شناسایی دانش‌آموزان دارای اختلال وسواس فکری- عملی توزیع و حجم برای پژوهش حاضر انتخاب گردید. سپس با رضایت کتبی و گمارش افراد در گروه‌های آزمایش و کنترل، پرسشنامه‌های پژوهش به صورت گروهی بر روی افراد حاضر در پژوهش اجرا گردید. جهت رعایت اخلاق در پژوهش رضایت دانش‌آموزان برای شرکت در برنامه مداخله کسب و از کلیه مراحل مداخله آگاه شدند. هم‌چنین به افراد گروه کنترل اطمینان داده شد که آنان نیز پس از اتمام فرایند پژوهشی این مداخلات را دریافت خواهند نمود. هم‌چنین به هر دو گروه اطمینان داده شد که اطلاعات آنها محرمانه باقی می‌ماند و نیازی به درج نام نیست. در نهایت، بر روی گروه آزمایش مداخله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در ۱۰ جلسه آموزشی ۷۵ دقیقه‌ای، هفته‌ای یک جلسه در طی سه ماه مطابق با جدول یک انجام شد در حالی که گروه کنترل مداخله درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد را دریافت نکرده و در انتظار دریافت مداخله حاضر بود. پس از دوره‌ای دو ماهه، مرحله پیگیری نیز اجرا شد. روایی پروتکل درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد که برگرفته از هیز و همکاران (۲۰۰۴) است، در ایران توسط غضنفری، امیری و زنگ آبادی (۱۳۹۴) برای افراد دارای اختلال وسواس فکری و عملی تایید شده است.

جدول ۱. خلاصه مداخلات آموزش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد (هیز و همکاران، ۲۰۰۴؛ به نقل از غضنفری، امیری و زنگ‌آبادی، ۱۳۹۴)

ردیف	جلسه	شرح جلسه
۱	جلسه اول	آشنایی و ایجاد ارتباط با اعضای گروه، آموزش روانی، آموزش در خصوص درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و اهداف آن، تعریف مولفه‌های پژوهش و بیان هدف اجرای طرح برای دانش آموزان.
۲	جلسه دوم و سوم	بحث در مورد تجربیات و ارزیابی آنها، کارآمدی به عنوان معیار سنجش، ایجاد ناامیدی خلاقانه با استفاده از استعاره مزرعه و جعبه ابزار، چالش با برنامه تغییر مراجع، مشخص کردن تکلیف منزل.
۳	جلسه چهارم	بیان کنترل به عنوان مشکل، معرفی تمایل/احساسات/خاطرات و علایم جسمانی به عنوان پاسخ با استفاده از استعاره مهمان ناخوانده، مشخص کردن تکلیف منزل.
۴	جلسه پنجم و ششم	کاربرد تکنیک‌های گسلش شناختی و تضعیف ائتلاف خود با افکار و عواطف همراه با تمرین پیاده‌روی با ذهن. مشخص کردن تکلیف منزل.
۵	جلسه هفتم	مشاهده خود به عنوان زمینه، تضعیف خود مفهومی و بیان خود به عنوان مشاهده گر با استفاده از استعاره اتوبوس و مسافران، مشخص کردن تکلیف منزل.
۶	جلسه هشتم	کاربرد تکنیک‌های ذهنی، الگوسازی خروج از ذهن با استفاده از استعاره قطارهای زیر پل. مشخص کردن تکلیف منزل.
۷	جلسه نهم	معرفی مفهوم ارزش، نشان دادن خطرات تمرکز بر نتایج و کشف ارزش‌های عملی زندگی با استفاده از استعاره قطب نمای ذهنی. مشخص کردن تکلیف منزل.
۸	جلسه دهم	به کارگیری تجارب به دست آمده در زندگی واقعی و جمع بندی و تکلیف مادام‌العمر.

در این پژوهش برای تجزیه و تحلیل داده‌ها از دو سطح آمار توصیفی و استنباطی استفاده شده است. در سطح آمار توصیفی از میانگین و انحراف استاندارد و در سطح آمار استنباطی از آزمون شاپیرو-ویلک جهت بررسی نرمال بودن توزیع متغیرها، آزمون لوین برای بررسی برابری واریانس‌ها، آزمون موجلی جهت بررسی پیش فرض کرویت داده‌ها و همچنین از تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر برای بررسی فرضیه پژوهش استفاده گردید. نتایج آماری با استفاده از نرم‌افزار آماری SPSS-۲۳ مورد تجزیه و تحلیل قرار گرفت.

نتایج

یافته‌های حاصل از داده‌های جمعیت شناختی نشان داد که از افراد حاضر در پژوهش ۱۵ نفر دختر و ۱۵ نفر پسر بودند. میانگین و انحراف معیار سن دانش آموزان حاضر در گروه آزمایش $۱۳/۲۵ \pm ۳/۲۵$ و گروه کنترل $۱۲/۷۰ \pm ۳/۱۰$ بود. علاوه بر این بیشترین فراوانی پایه تحصیلی

در گروه آزمایش پایه تحصیلی هشتم (۴۲ درصد) و گروه کنترل هفتم (۴۶ درصد) بود. حال به بررسی نتایج تحلیل آزمون توصیفی پرداخته می‌شود.

جدول ۲. نتایج آمار توصیفی در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری

مولفه‌ها	گروه‌ها	پیش‌آزمون		پس‌آزمون		پیگیری
		انحراف میانگین	انحراف معیار	انحراف میانگین	انحراف معیار	
تنظیم شناختی هیجان	گروه آزمایش	۳۰/۳۳	۵/۰۹	۳۶/۴۶	۴/۹۱	۳۸/۸۰
	گروه کنترل	۳۱/۶۰	۵/۳۲	۳۰/۶۶	۴/۵۶	۳۱/۴۶
تحمل ابهام	گروه آزمایش	۴۰/۴۰	۴/۸۰	۳۲/۶۶	۴/۵۴	۲۹/۶۰
	گروه کنترل	۴۱/۲۶	۴/۴۴	۴۱/۸۰	۴/۰۹	۳۹/۴۰

نتایج جدول ۲ نشان داد که تنظیم شناختی هیجان و تحمل ابهام در گروه آزمایش در اثر ارائه درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بهبود یافته است. اما معناداری این افزایش در ادامه به وسیله آزمون استنباطی مورد بررسی قرار می‌گیرد. قبل از ارائه نتایج تحلیل آزمون کواریانس، پیش‌فرض‌های آزمون‌های پارامتریک مورد سنجش قرار گرفت. بر همین اساس نتایج آزمون شاپیرو ویلک بیانگر آن بود که پیش‌فرض نرمال بودن توزیع نمونه‌ای داده‌ها در متغیرهای تنظیم شناختی هیجان و تحمل ابهام در گروه‌های آزمایش و کنترل در مراحل پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری برقرار است ($p > 0/05$). همچنین پیش‌فرض همگنی واریانس نیز توسط آزمون لوین مورد سنجش قرار گرفت که نتایج آن معنادار نبود که این یافته می‌داد پیش‌فرض همگنی واریانس‌ها رعایت شده است ($p > 0/05$). از طرفی نتایج آزمون t نشان داد که پیش‌آزمون گروه‌های آزمایش و گروه کنترل در متغیرهای وابسته (تنظیم شناختی هیجان و تحمل ابهام) معنادار نبوده است ($p > 0/05$). همچنین نتایج آزمون موخلی بیانگر آن بود که پیش‌فرض کرویت داده‌ها در متغیرهای تنظیم شناختی هیجان و تحمل ابهام رعایت شده است ($p > 0/05$).

جدول ۳. تحلیل واریانس با اندازه‌گیری مکرر جهت بررسی تأثیرات درون و بین گروهی برای مولفه‌های تنظیم شناختی هیجان و تحمل ابهام

توان آزمون	اندازه اثر	مقدار p	مقدار f	میانگین مجذورات	درجه آزادی	مجموع مجذورات	
۱	۰/۷۵	۰/۰۰۰۱	۸۳/۹۶	۱۳۲/۸۷	۲	۲۶۵/۷۵	مراحل
۱	۰/۵۹	۰/۰۰۰۱	۴۴/۶۷	۳۵۶/۰۱	۱	۳۵۶/۰۱	گروه‌بندی
۱	۰/۷۸	۰/۰۰۰۱	۹۹/۷۲	۱۵۷/۸۱	۲	۳۱۵/۶۲	تعامل مراحل و گروه‌بندی
				۱/۵۸	۵۶	۸۸/۶۲	خطا
۱	۰/۵۰	۰/۰۰۰۱	۲۵/۹۳	۳۰۲/۷۱	۲	۶۰۵/۴۲	مراحل
۰/۹۶	۰/۳۸	۰/۰۰۱	۱۳/۶۲	۱۲۰۲/۶۷	۱	۱۲۰۲/۶۷	گروه‌بندی
۱	۰/۳۹	۰/۰۰۰۱	۱۵/۹۱	۱۸۵/۷۳	۲	۳۷۱/۴۶	تعامل مراحل و گروه‌بندی
				۱۱/۶۷	۵۶	۶۵۳/۷۷	خطا

همانگونه که نتایج جدول ۳ نشان می‌دهد که میزان F اثر تعامل مراحل و گروه برای متغیر تنظیم شناختی هیجان (۹۹/۷۲) و برای متغیر تحمل ابهام (۱۵/۹۱) است که در سطح ۰/۰۰۱ معنی دار است. این یافته نشان می‌دهد که گروه‌های آزمایش و کنترل از لحاظ متغیرهای پژوهش (تنظیم شناختی هیجان و تحمل ابهام) در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری با یکدیگر تفاوت معنی‌داری دارند. جهت بررسی تفاوت درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد با گروه کنترل در متغیر پژوهش در جدول ۴ نتایج مقایسه میانگین گروه آزمایش و کنترل در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و پیگیری گزارش شده است.

جدول ۴. نتایج مقایسه میانگین گروه آزمایش و کنترل در سه مرحله پیش‌آزمون، پس‌آزمون و

پیگیری در متغیرهای پژوهش

مولفه	مرحله	مقدار t	درجه آزادی	تفاوت میانگین‌ها	خطای استاندارد برآورد	سطح معناداری
تنظیم شناختی هیجان	پیش آزمون	-۰/۶۶	۲۸	-۱/۲۶	۱/۹۰	۰/۵۱
	پس آزمون	۳/۳۵	۲۸	۵/۸۰	۱/۷۳	۰/۰۰۲
	پیگیری	۴/۰۵	۲۸	۷/۳۳	۱/۸۱	۰/۰۰۰۱
تحمل ابهام	پیش آزمون	-۰/۵۱	۲۸	-۰/۸۶	۱/۶۹	۰/۶۱

۰/۰۰۰۱	۱/۵۷	-۹/۱۳	۲۸	۵/۷۸	پس آزمون
۰/۰۰۰۱	۲/۲۴	-۹/۸۰	۲۸	-۴/۳۶	پیگیری

همانگونه نتایج جدول ۴ نشان می‌دهد، در متغیرهای تنظیم شناختی هیجان و تحمل ابهام تفاوت میانگین گروه آزمایش با گروه کنترل در مرحله پیش‌آزمون (۰/۶۱ و ۰/۵۱) معنی‌دار نیست و در نتیجه بین دو گروه آزمایش و کنترل در این مرحله تفاوت معنی‌داری وجود ندارد. اما تفاوت میانگین گروه آزمایش و گروه کنترل در مرحله پس‌آزمون (۰/۰۰۰۱ و ۰/۰۰۰۲) و پیگیری (۰/۰۰۰۱ و ۰/۰۰۰۱) در متغیرهای تنظیم شناختی هیجان و تحمل ابهام معنی‌دار می‌باشد.

بحث و نتیجه‌گیری

یافته اول پژوهش نشانگر آن بود که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تنظیم شناختی هیجان دانش‌آموزان مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی تأثیر معنا‌داری داشته است. بدین صورت که این درمان توانسته منجر به بهبود تنظیم شناختی هیجان دانش‌آموزان مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی شود. نتایج پژوهش حاضر با یافته‌های پژوهشگران پیشین (اون، لی و توهیگ، ۲۰۱۸؛ یو و همکاران، ۲۰۱۷ و توهیگ و همکاران، ۲۰۱۵) مبنی بر تأثیر درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر مولفه‌های روان‌شناختی، هیجانی و شناختی افراد مبتلا به اختلال وسواس فکری و عملی همسو بود. علاوه بر این برمن و همکاران (۲۰۱۸) نیز در نتایج پژوهش خود گزارش کرده‌اند که وقوع اختلال وسواس فکری و عملی با نقص در فرایند تنظیم هیجان ارتباط دارد. در این حوزه پژوهش ناهمسویی یافت نشد.

در تبیین اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تنظیم شناختی هیجان دانش‌آموزان دارای اختلال وسواس فکری و عملی باید اشاره کرد که حذف تجارب ناخواسته در درمان پذیرش و تعهد حذف می‌شود که این فرایند باعث شد افراد هنگام مواجهه با مشکلات با بیان افکار و احساسات خود به شیوه مستقیم برای خود ارزش قائل شوند و با حفظ خویشتن دلواپسی، تحریک‌پذیری، هراس، احساس خطر، بی‌تابی و بی‌قراری ناشی از مقابله با مشکلات را کاهش دهند (توهیگ و همکاران، ۲۰۱۸) که این عوامل نخست باعث حفظ سلامتی و انرژی و بهبود عملکرد در مقابله با مشکلات مخاطره‌آمیز و در نهایت باعث افزایش تنظیم شناختی هیجان می‌شوند. در تبیینی دیگر، اثربخشی درمان پذیرش و تعهد را می‌توان

به تکنیک‌های این روش همچون تصریح ارزش‌ها و عمل متعهدانه نسبت داد. ترغیب دانش‌آموزان دارای اختلال وسواس فکری و عملی به شناسایی ارزش‌هایشان و تعیین اهداف اعمال، موانع و در نهایت تعهد به انجام آنها در راستای دستیابی به اهداف و حرکت در مسیر ارزش‌ها با وجود مشکلات، باعث می‌شود تا ضمن تحقق اهداف و شادکامی ناشی از آن رضایت از زندگی افزایش یابد و این افراد از گیر افتادن در حلقه افکار و احساسات منفی از قبیل اضطراب، استرس، یاس، ناامیدی و افسردگی که باعث افزایش شدت مشکلات می‌شوند، رها شوند که این امر در نهایت باعث افزایش تنظیم شناختی هیجان می‌شود. همچنین باید گفت که مراجعان زیادی از طیف اختلال وسواس فکری و عملی نسبت به درمان مواجهه و جلوگیری از پاسخ که یکی از درمان رایج می‌باشد، رویکرد مناسبی ندارند. یکی از عمده دلایل این رویگردانی، عدم تحمل اضطراب همراه با این روش درمانی است و همین عامل سبب سرباز زدن مراجعین از ادامه حضور در جلسات درمانی می‌شود. فرایندهای محوری درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در این پژوهش به دنبال این بود که به افراد یاد دهد، فونونی را که برای کنترل فکر به کار می‌گرفتند را رها نمایند، چگونه با افکار مزاحم و اضطراب‌زا در هم نیامیزند و چگونه هیجان‌اتشان را مدیریت و کنترل نمایند. همچنین استفاده از تکنیک‌های گسلش و پذیرش در فرایند درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد سبب می‌شود که افراد با آگاهی از هیجان‌ات منفی خود، کمتر از وجود آنها احساس رنج نمایند. بر این اساس با استفاده از فنون پذیرش و گسلش، هیجان‌های ناخوش‌آیند سیری نزولی در پیش گرفته و باعث می‌شود که دانش‌آموزان دارای اختلال وسواس فکری و عملی توانمندی بیشتری را در تنظیم هیجانی خود به دست آورد.

یافته دوم پژوهش نیز نشان داد که درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تحمل ابهام دانش‌آموزان مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی تأثیر معناداری داشته است. بدین صورت که این درمان توانسته منجر به بهبود تحمل ابهام دانش‌آموزان مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی شود. همسو با این یافته توهیگ و همکاران (۲۰۱۸) و الینبرگ و همکاران (۲۰۱۷) در نتایج پژوهش خود نشان دادند که درمان پذیرش و تعهد منجر می‌تواند منجر به بهبود مولفه‌های هیجانی و شناختی افراد مبتلا به اختلال وسواس فکری و عملی شود. در این حوزه پژوهش ناهمسویی یافت نشد.

در تبیین یافته حاضر باید گفت که هدف درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد، کاهش، تنظیم و یا از بین بردن مشکلات عاطفی و تقلیل نشانه‌های عاطفی، شناختی، جسمی و رفتاری مشکلات می‌باشد که در نهایت منجر به افزایش بهزیستی و کمک به عملکرد بهتر در زندگی و افزایش قدرت مقابله‌ای و تاب‌آوری افراد می‌شود (الینبرگ و همکاران، ۲۰۱۷). درمان مبتنی بر پذیرش تعهد به مراجع این امکان را می‌دهد که در وهله اول به تغییر روابط با تجارب درونی‌شان، کاهش اجتناب تجربی و افزایش انعطاف‌پذیری پرداخته و سپس افزایش عمل در مسیرهای ارزشمند را به افراد آموزش می‌دهد. تغییر روابط با تجارب درونی شامل وسعت بخشیدن و وضوح آگاهی درونی است که می‌تواند به بهبود تحمل ابهام بینجامد. علاوه بر این دانش‌آموزان دارای اختلال وسواس فکری و عملی بر اثر آموزش درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد فرا گرفتند که به اهداف خود در زندگی پایبند باشند و شرایط حال حاضر خود را بپذیرند و به جای کلنجار رفتن روزانه و برخورد هیجانی با مشکلات، به صورت هدفمند در زندگی عمل کنند. زندگی هدفمند نیز می‌تواند قدرت مقابله‌ای و تاب‌آوری افراد را بهبود بخشد. بهبود تاب‌آوری نیز می‌تواند تحمل دانش‌آموزان دارای اختلال وسواس فکری و عملی را در دیگر زمینه‌ها همچون قدرت تحمل ابهام تحت تاثیر قرار داده و بهبود بخشد. علاوه بر این در این درمان به نوجوانان دارای اختلال وسواس فکری و عملی آموخته می‌شود که هرگونه عملی جهت اجتناب یا کنترل تجارب ذهنی ناخواسته بی‌اثر است یا اثر معکوس دارد و موجب تشدید آن‌ها می‌شود و باید این تجارب را بدون هیچ‌گونه واکنش درونی یا بیرونی جهت حذف آن‌ها، به طور کامل پذیرفت. پذیرش حالات روانی، نیز فرد را از مقابله با افکار و احساسات ناخواسته می‌رهاند و سبب می‌شود تا فرد انرژی خود را در دیگر زمینه‌های بهنجار به کار برده و قدرت تحمل بالاتری را به دست آورد.

پژوهش حاضر با محدودیت‌هایی مواجه بود. از جمله وجود برخی متغیرهای کنترل نشده، مانند وضعیت هوشی دانش‌آموزان حاضر در پژوهش، وضعیت مالی خانواده‌ها، تعداد فرزندان و موقعیت اجتماعی آنها و عدم بهره‌گیری از روش‌های نمونه‌گیری تصادفی از محدودیت‌های این پژوهش بود؛ بنابراین پیشنهاد می‌شود برای افزایش قدرت تعمیم‌پذیری نتایج، در سطح پیشنهاد پژوهشی، این پژوهش در دیگر دانش‌آموزان (همانند دانش‌آموزان دارای پرخاشگری، اختلال نافرمانی مقابله‌ای، اختلال اضطراب و افسردگی)، کنترل عوامل ذکر شده و روش نمونه‌گیری تصادفی اجرا شود. علاوه بر این پیشنهاد می‌شود که طی

پژوهش‌های دیگر کارآیی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد در دانش‌آموزان دارای دیگر آسیب‌های بالینی همچون پرخاشگری، افسردگی و اختلال سلوک و نافرمانی مقابله‌ای نیز صورت پذیرد. با توجه به اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تنظیم شناختی هیجان و تحمل ابهام دانش‌آموزان مبتلا به اختلال وسواس فکری- عملی، در سطح کاربردی پیشنهاد می‌شود درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد طی کارگاهی تخصصی به مشاوران مدارس آموزش داده شود تا آنها با به‌کارگیری این درمان برای دانش‌آموزان مبتلا به اختلال وسواس فکری- عملی در مدارس و مراکز مشاوره آموزش و پرورش، جهت بهبود تنظیم شناختی هیجان و تحمل ابهام این دانش‌آموزان گامی عملی برداشته باشند.

تضاد منافع

در این پژوهش هیچ‌گونه تعارض منافی توسط نویسندگان گزارش نشده است.

تشکر و قدردانی

مقاله حاضر برگرفته از رساله دوره دکتری تخصصی به شماره ۲۳۸۲۰۷۰۵۹۵۲۰۵۹ بود. بدین وسیله از تمام دانش‌آموزان حاضر در پژوهش، خانواده‌های آنان و مسئولین آموزش و پرورش ناحیه ۶ اصفهان که همکاری کاملی جهت اجرای پژوهش داشتند، قدردانی به عمل می‌آید.

منابع

- اصلی آزاد، م.، منشی، غ؛ قمرانی، ا. (۱۳۹۸). تاثیر درمان ذهن‌آگاهی بر تحمل ابهام و درآمیختگی فکر و عمل مبتلایان به اختلال وسواس بی‌اختیاری، فصلنامه سلامت روانی کودکان، ۶(۱): ۷۷-۸۸.
- ایزدی، ر.، عابدی، م. (۱۳۹۲). کاهش علایم وسواس در بیماران مبتلا به وسواس فکری و عملی مقاوم به درمان از طریق درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد. *دوماه نامه فیض*، ۳، ۲۷۵-۲۸۶.
- پورفرج عمران، م. (۱۳۹۰). اثربخشی درمان گروهی پذیرش و تعهد بر هراس اجتماعی دانشجویان. *فصلنامه دانش و تندرستی*، ۶(۲): ۲۶-۳۹.

زمستانی، م.، قلی‌زاده، ز.، علایی، م. (۱۳۹۷). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد بر افسردگی و اضطراب مادران دارای فرزند اختلال نارسایی توجه/بیش‌فعالی، فصلنامه روان‌شناسی افراد استثنایی، ۸(۲۹): ۸۴-۶۱.

سلمانی، ب.، حسنی، ج. (۱۳۹۵). نقش عدم تحمل ابهام و باورهای فراشناختی مثبت در اختلال‌های وسواس فکری عملی و افسردگی اساسی، مجله علوم پزشکی رازی، ۲۳(۱۴۲): ۷۳-۶۴.

سلیمانی، ا.، حبیبی، ع. (۱۳۹۳). ارتباط تنظیم هیجان و تاب‌آوری با بهزیستی روان‌شناختی در دانش‌آموزان. فصلنامه روان‌شناسی مدرسه، ۳(۴): ۷۲-۵۱.

غضنفری، ف.، امیری، ف.، زنگ‌آبادی، م. (۱۳۹۴). اثربخشی درمان مبتنی بر پذیرش و تعهد و درمان فراشناختی بر بهبود علائم وسواس-جبری زنان مبتلا به اختلال وسواس-اجباری شهر خرم‌آباد. مجله مطالعات ناتوانی، ۵(۱۱): ۱۶۸-۱۶۰.

قمری گیوی، ح.، ایمانی، ح.، برهمند، ا.، صادقی‌موحد، ف. (۱۳۹۱). بررسی نقص بازداری و بازشناسی هیجانی در بیماران مبتلا به اختلال وسواس فکری-عملی، مجله روان‌شناسی بالینی، ۴(۲): ۱۹-۹.

گنجی، ح. (۱۳۹۲). آسیب‌شناسی روانی بر اساس DSM5، تهران: انتشارات ارسباران.
محمدی، ح.، موسوی، س. و. (۱۳۹۴). مقایسه تنظیم هیجان و خودمهارگری در کودکان با و بدون اختلال نارسایی توجه - فزون‌کنشی. فصلنامه سلامت روان کودک، ۲(۲): ۲۱-۳۳.

مصباح، ا.، حجت‌خواه، س.م.، گل‌محمدیان، م. (۱۳۹۷). اثربخشی درمان گروهی مبتنی بر پذیرش و تعهد بر تاب‌آوری مادران دارای کودک کم‌توان ذهنی، فصلنامه روان‌شناسی افراد استثنایی، ۸(۲۹): ۱۰۹-۸۵.

وایت، پ.، ویلیامز، ت. (۲۰۰۹). درمان شناختی-رفتاری اختلال وسواسی-اجباری در کودکان. ترجمه شهرام محمدخانی، محمد درهرج و فاطمه آیت‌مهر (۱۳۹۳). انتشارات الماس البرز.

Amerio, A., Maina, G., Ghaemi, S.N. (2019). Updates in treating comorbid bipolar disorder and obsessive-compulsive disorder: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 256: 433-440.

Anand, N., Sudhir, P. M., Math, S. B., Thennarasu, K., & Janardhan Reddy, Y. C. (2011). Cognitive behavior therapy in medication non-responders

- with obsessive-compulsive disorder: A prospective one-year follow-up study. *Journal of Anxiety Disorders*, 25 (7), 939-945.
- Armstrong, B.A. (2011). *Acceptance and Commitment Therapy for Adolescent Obsessive-Compulsive Disorder*. [Doctoral Thesis]. Psychology [Logan, USA]: Utah State University, pp: 121-124.
- Barton, B., Heyman, I. (2016). Obsessive-compulsive disorder in children and adolescents. *Paediatrics and Child Health*, 26(12): 527-533.
- Benfer, N., Bardeen, J.R., Clauss, K. (2018). Experimental manipulation of emotion regulation self-efficacy: Effects on emotion regulation ability, perceived effort in the service of regulation, and affective reactivity. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 10: 108-114.
- Berman, N.C., Shaw, A.M., Curley, E.E., Wilhelm, S. (2018). Emotion regulation and obsessive-compulsive phenomena in youth. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 19: 44-49.
- Eilenberg, T., Hoffmann, D., Jensen, J.S., Frostholm, L. (2017). Intervening variables in group-based acceptance & commitment therapy for severe health anxiety. *Behaviour Research and Therapy*, 92, 24-31.
- Faleer, H.E., Fergus, T.A., Bailey, B.E., Wu, K.D. (2017). Examination of an experimental manipulation of intolerance of uncertainty on obsessive-compulsive outcomes. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 15: 64-73.
- Flujas-Contreras, J.M., Gomez, I. (2018). Improving flexible parenting with Acceptance and Commitment Therapy: A case study. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 8: 29-35.
- Gillett, S.B., Bilek, E.L., Hanna, G.L., Fitzgerald, K. D. (2018). Intolerance of uncertainty in youth with obsessive-compulsive disorder and generalized anxiety disorder: A transdiagnostic construct with implications for phenomenology and treatment. *Clinical Psychology Review*, 60: 100-108.
- Herwig, U., Opialla, S., Cattapan, K., Wetter, T.C., Jäncke, L., Brühl, A.B. (2018). Emotion introspection and regulation in depression. *Psychiatry Research: Neuroimaging*, 277: 7-13.
- Hezel, D.M., Stewart, S.E., Riemann, B.C., McNally, R.J. (2019). Standard of proof and intolerance of uncertainty in obsessive-compulsive disorder and social anxiety disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 64: 36-44.
- Jones, P.J., Mair, P., Riemann, B.C., Mugno, B.L., McNally, R.J. (2018). A network perspective on comorbid depression in adolescents with obsessive-compulsive disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 53: 1-8.

- Joormann, J., Stanton, C.H. (2016). Examining emotion regulation in depression: A review and future directions. *Behavior Research and Therapy*, 86: 35-49.
- Kennedy, A.E., Whiting, S.W., Dixon, M.R. (2014). Improving novel food choices in preschool children using acceptance and commitment therapy. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 3(4): 228-235.
- Kirwan, M., Pickett, S.M., Jarrett, N.L. (2017). Emotion regulation as a moderator between anxiety symptoms and insomnia symptom severity. *Psychiatry Research*, 254: 40-47.
- Krieger, T., Altenstien, D., Baettig, I., Doerig, N. Grosse Holtforth, M. (2013). Self-Compassion in depression: Associations with depression symptoms, rumination, avoidance in depressed outpatients. *Behavior Therapy*, 44(3):501-13.
- Li, D., Li, D., Wu, N., Wang, Z. (2019). Intergenerational transmission of emotion regulation through parents' reactions to children's negative emotions: Tests of unique, actor, partner, and mediating effects. *Children and Youth Services Review*, 101: 113-122.
- Malesza, M. (2019). Stress and delay discounting: The mediating role of difficulties in emotion regulation. *Personality and Individual Differences*, 144: 56-60.
- McCabe, R.E., Rowa, K., Farrell, N.R., Young, L., Swinson, R.P., Antony, M. M. (2019). Improving treatment outcome in obsessive-compulsive disorder: Does motivational interviewing boost efficacy? *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 22: 100446.
- McLain, D.L. (1993). The MSTAT-I: A new measure of an individual's tolerance for ambiguity, *Educational and Psychological Measurement*, 53: 183-189
- Mohammadkhani, S. H. (2013). The Role of Fusion Beliefs and Metacognitions in Obsessive– Compulsive Symptoms in General Population. *Iranian Journal of Clinical Psychology*, 1(2): 94-107.
- Norman, R. M. G., Davis, F., Malla, A. K., cortese, L., Nicholson, I. R. (1996). Relationship obsessive–compulsive symptomatology to anxiety, depression and schizotypy in a clinical population. *British Journal of Clinical psychology*, 35, 553-566.
- Ong, C.W., Lee, E.B., Twohig, M.P. (2018). A meta-analysis of dropout rates in acceptance and commitment therapy. *Behavior Research and Therapy*, 104: 14-33.
- Pleger, M., Treppner, K., Diefenbacher, A., Schade, C., Dambacher, C., Fydrich, T. (2018). Effectiveness of Acceptance and Commitment Therapy compared to CBT+: Preliminary results. *The European Journal of Psychiatry*, 32 (4): 166-173.
- Porth, R., Geller, D. (2018). Atypical symptom presentations in children and adolescents with obsessive compulsive disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 86: 25-30.
- Rachman, S. J. & Hodgson, R. J. (1980). *Obsessions and Compulsions*. Englewood cliffs. New York. Prentice- Hall.

- Reynolds, K.C., Gradisar, M., Alfano, C.A. (2015). Sleep in Children and Adolescents with Obsessive-Compulsive Disorder. *Sleep Medicine Clinics*, 10(2): 133-141.
- Rozenman, M., Piacentini, J., O'Neill, J., Bergman, R.L., Chang, S., Peris, T.S.(2019). Improvement in anxiety and depression symptoms following cognitive behavior therapy for pediatric obsessive compulsive disorder. *Psychiatry Research*, 276: 115-123.
- Storch, E.A., McGuire, J.F., Schneider , S.C., Small, B.J., Murphy, T.K., Wilhelm, S., Geller, D.A.(2019). Sudden gains in cognitive behavioral therapy among children and adolescents with obsessive compulsive disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 64: 92-98.
- Thorsen, A. L., Wit, S. J., Vries, F. E., Cath, D.C., Veltman, D. J., Van Der Werf, Y.D., Mataix-Cols, D., Hansen, B., Kvale, G., Heuvel, O.(2018). *Emotion Regulation in Obsessive-Compulsive Disorder, Unaffected Siblings, and Unrelated Healthy Control Participants*. *Biological Psychiatry: Cognitive Neuroscience and Neuroimaging*, 24: In Press, Corrected Proof
- Toffolo, M. B. J., Hout, M.A., Engelhard, I.M., Hooge, I.T.C., Cath, D. C. (2014). Uncertainty, checking, and intolerance of uncertainty in subclinical obsessive compulsive disorder: An extended replication. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 3(4): 338-344.
- Twohig, M.P., Abramowitz, J.S., Bluett, E.J., Fabricant, L.E., Jacoby, R.J., Morrison, K. L., Reuman, L., Smith, B.M. (2015). Exposure therapy for Obsessive Compulsive Disorder from an acceptance and commitment therapy (ACT) framework. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 6: 167-173.
- Twohig, M. P., Abramowitz, J.S., Smith, B.M., Fabricant, L.E., Jacoby, R.J., Morrison, K. L., Bluett, E. J., Reuman, L., Blakey, S. M., Ledermann, T. (2018). Adding acceptance and commitment therapy to exposure and response prevention for obsessive-compulsive disorder: A randomized controlled trial. *Behavior Research and Therapy*, 108: 1-9.
- Twohig, M. P., Vilardaga, 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.